



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 年第一次臨時會
會議資料

111 年 3 月 30 日（星期三）下午 2 時
本署 18 樓大禮堂

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同 擬訂會議」111 年第一次臨時會會議議程

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、討論事項

一、修訂「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」。	討 1-1
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)」。	討 2-1
三、新增「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」。	討 3-1
四、全民健康保險遠距醫療給付計畫修訂案。	討 4-1
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。	討 5-1

肆、報告事項

一、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。	報 1-1
---	-------

伍、臨時討論案

一、修改全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫。	臨 1-1
--------------------------	-------

陸、臨時動議

柒、散會

貳、確認本會議 111 年度第 1 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

「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

主席：李署長伯璋（下午 2 時 30 分後蔡副署長淑玲代）

紀錄：蔡孟芸

李代表偉強	廖秋燭(代)	蘇代表守毅	蘇守毅
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	李飛鵬
游代表進邦	游進邦	徐代表邦賢	林敬修(代)
李代表佳珂	李佳珂	謝代表偉明	黃克忠(代)
陳代表志忠	陳志忠	林代表綉珠	林綉珠
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	朱世瑋
周代表國旭	周國旭	林代表鳳珠	李承光(代)
謝代表景祥	謝景祥	林代表桂美	許美月(代)
朱代表文洋	吳淑芬(代)	杜代表俊元	溫建雄(代)
朱代表益宏	朱益宏	梁代表淑政	梁淑政
李代表紹誠	黃啓嘉(代)	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	林誓揚(代)	劉代表國隆	劉國隆
黃代表振國	黃振國	陳代表莉茵	陳莉茵
賴代表俊良	賴俊良	江代表銘基	江銘基
洪代表德仁	洪德仁	陳代表志鴻	(請假)
吳代表清源	吳清源		

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、黃瑋絜、黃佩宜
台灣醫院協會	吳亞筑、林佩菽、吳心華、顏正婷、吳昱嫻
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
中華民國醫事放射師公會全國聯合會	溫建雄
台灣泌尿科醫學會	周詠欽
中華民國重症醫學會	王晨旭
社團法人台灣急診醫學會	黃集仁、陳健驊
台灣麻醉醫學會	鄒美勇、鄭宏煒
中華民國風濕病醫學會	曹彥博
臺北榮民總醫院	曹彥博
台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會	張伯宏
台灣消化系內視鏡醫學會	張天恩
台灣腎臟醫學會	請假
台灣婦產科醫學會	黃建霈
台灣精神醫學會	郭錫卿
台灣兒童青少年精神醫學會	郭錫卿
台灣安寧緩和醫學學會	張賢政、翁益強
台灣安寧緩和護理學會	蘇逸玲
台灣安寧照顧協會	黃銘源
台灣兒科醫學會	邱舜南
社團法人台灣神經罕見疾病學會	劉青山

台灣胸腔暨重症加護醫學會	請假
台灣內科醫學會	林誓揚
台灣居家護理暨服務協會	曾勤媛、邱青萸
中華民國診所協會全國聯合會	陳宏麟、洪才力
台灣醫院整合醫學醫學會	樹金忠、曾家琳
台灣家庭醫學醫學會	曾家琳
台灣老年學暨老年醫學會	詹鼎正
台灣神經學學會	陳兆煒
台灣臨床失智症學會	陳正生
衛生福利部長照司	蕭玉梅
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、邱麗君
衛生福利部醫事司	彭美珍、卓琍萍、莊惠閔、 呂素蘭
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	陳淑華、周雯雯、白其怡
衛生福利部心理及口腔健康司	姚依玲
衛生福利部國民健康署	魏璽倫、李惠蘭
醫藥品查驗中心	張慧如、朱素貞
本署副署長室	蔡淑鈴
本署臺北業務組	蔡美真、陳雅惠、柯玲晶、 黃艾青、呂佳穎、朱沛語
本署北區業務組	利雅萍
本署企劃組	王宗曦
本署醫審及藥材組	張淑雅、簡淑蓮
本署醫務管理組	張禹斌、黃兆杰、游慧真、 韓佩軒、林右鈞、張作貞、 李雨育、呂姿曄、鍾欣穎、 陳依婕、洪于淇、許博淇、

王智廣、劉立麗、黃奕瑄、
蔡金玲、宋宛蓁、陳玫吟、
吳亮穎、劉志鴻、蔡松蒲、
周筱妘、廖韻慈、劉勁梅、
陳逸嫻、崔允馨、高嘉慧、
蔡孟妤、張艾琪、宋思嫻、
林煜翔、詹文成、林煜翔、
蘇明雪

一、主席致詞：略。

二、報告事項：

(一) 修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫及西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫案（詳附件 1，P12-P42）。

決定：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（合理學檢查）」，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—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—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。
- (二) 全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs) 支付標準修訂及 3.4 版 111 年 7-12 月適用之相對權重統計結果案。（詳附件 2，P43-P53）。
- 決定：同意修訂 Tw-DRGs 支付通則有關「全民健保尚未納入給付特材管理作業要點」相關內容，並新增參數計算頻率及校正方式，另將依本次會議通過增修診療項目，重新計算權重後再提下次會議報告。
- (三) 增修全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準各類病床「護

理費（第一天）」等診療項目報告案（詳附件 3，P54-P61）。

決定：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。
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。

(四) 111 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準案（詳附件 4，P62）。

決定：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」。

(五) 新增修訂轉診支付標準之同體系院所名單案。

決定：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。

三、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。

(二) 修訂「全民健康保險急診品質提升方案」(詳附件 6，P72-P85)。

決議：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。
- (三) 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。（詳附件 7，P86-P96）。

決議：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」。

- (四) 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」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（詳附件 8，P97-P105）。

決議：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。

- (五) 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之收案對象範圍案（詳附件 9，P106-P155）。

決議：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」。

- (六) 全民健康保險居家醫療照護整合計畫修訂案（詳附件 10，P156-P185）。

決議：

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。

(七) 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 (詳附件 11, P186-P209)。

決議：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」。

(八) 全民健康保險遠距醫療給付計畫修訂案。

決議：代表建議應擬訂計畫執行資格規範及相關配套措施後，再討論。

(九) 修訂「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」。

決議：因時間因素，保留至下次會議討論。

(十) 有關 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)。

決議：因時間因素，保留至下次會議討論。

(十一) 新增全民健康保險對象代謝症候群管理計畫 (詳附件 12, P210-P224)。

決議：通過，重點如下：

1. 新增「全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫」，訂有收案評估費(900 點/人)、追蹤管理費(200 點/人)、年度評估

費（500 點／人）及獎勵費（檢驗檢查上傳率 \geq 50%且品質指標排序前 75%獎勵 10,000 點、40 歲以下具腦血管等疾病且開始追蹤治療獎勵 150 點、照顧個案於 5 項指標任 3 項達標者獎勵 500 點，另本計畫醫師提供戒菸服務由衛生福利部國民健康署（下稱國健署）支付獎勵）。

2. 獎勵費（四）戒菸治療服務相關文字，請國健署提供修訂文字。

（十二）新增「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」。

決議：因時間因素，保留至下次會議討論。

四、臨時提案：無。

五、散會：下午 6 時 16 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	繼續列管
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。	<ol style="list-style-type: none"> 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%)。 Tw-DRGs 實施時程 <ol style="list-style-type: none"> 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。 各階段實施期程如下： <ol style="list-style-type: none"> 第 3 階段 DRG：107 年 7 月 1 日實施，計 443 項。 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)。 第 5 階段 DRG：107 年 11 月 1 日實施，計 387 項。 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)。 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	<ol style="list-style-type: none"> 本署 111 年 1 月 19 日邀集各層級醫院協會召開「111 年健保重要政策推動醫界溝通會議」，並就 Tw-DRGs 雙軌推動規劃及 ICD-10-CM/PCS 改為 2021 年版進度案進行討論，本署原規劃於 111 年 7 月及 112 年 1 月分別實施 DRG 雙軌制及 2021 年版 ICD-10-CM/PCS 上線，惟會議決議考量 DRG 分類及資訊系統等需同步配合 ICD-10-CM/PCS 代碼轉換調整，建議本署在完備 ICD-10-CM/PCS 改版工作後，再辦理 DRG 雙軌推動事宜。 後續將重啟與台灣醫院協會 Tw-DRGs 工作小組會議，針對 DRG 雙軌制度規劃、支付誘因設計、支付通則修訂以及本署 108 年接獲醫學會所提 832 項建議中，301 項涉再分類之建議，逐項研議修訂方向。 		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。	<p>洽悉。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 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 	健保署醫管組	<ol style="list-style-type: none"> 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。 未列項新增項目計 35 項： <ol style="list-style-type: none"> (1)16 項(15 項為腹腔鏡相關、1 項小腸鏡) 為現行研 		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
				尚待徵詢專家意見，後續將依未列項作業流程辦理。		<p>議中新增項目，14項已獲本會議通過結案、1項待提案單位檢送資料、1項循新增診療項目流程辦理。</p> <p>(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，p22-p23)。</p> <p>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。</p>		
3	110-4報2	110.12.9	有關增修訂全民健康保險醫療服務給付標準第三部牙醫部分及牙醫門診總額3項專款計畫案	<p>1. 支付標準：</p> <p>(1) 新增「高風險疾病患者牙結石清除-全口」(700點)及「高齲齒率患者氟化物治療」(500點)2項診療項目，另刪除「高風險疾病患者牙結石清除-全口」支付規範1.(2)血液透析及腹膜透析患者(洗腎)之(洗腎)文字。</p> <p>(2) 符合牙醫門診加強感染管制實施方案之「山地離島地區」牙科門診診察費，增列「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」(下稱牙不足方案)巡迴案件可申報。</p> <p>(3) 通則八「醫院夜間急診案件」特定處置費增列「職災代辦案件」亦得加計50%。</p> <p>(4) 修訂91001C「牙周病緊急處置」中英文名稱及第五章「牙周病統合治療方案」通則二，醫師資格由「違約記點、扣減費用或停約以上處分」改為「醫師非二年內經保險人停、終約之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人」。</p> <p>(5) 配合新增「高風險疾病患者牙結石清除-全口」，於「91001C牙周病緊急處置」等12項支付規範增列九十天內不得再申報前揭項目之規定。</p>	健保署醫管組	<p>1. 牙醫支付標準修訂業經衛生福利部111年2月15日公告，自111年3月1日生效。</p> <p>2. 111年度牙醫門診總額特殊醫療服務計畫及111年度0歲至6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫業於111年1月24日以健保醫字第1110800828號公告，自111年1月1日生效。</p> <p>3. 111年度全民健康保險牙醫門診總額12歲至18歲青少年口腔提升照護試辦計畫業於111年3月11日健保醫字第1110100318號公告，並自公告日起生效。</p>	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
				<p>2. 修訂 111 年牙醫門診總額特殊醫療服務計畫</p> <p>(1) 新增「先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務」之醫院及醫師資格申請程序。</p> <p>(2) 院所及醫師資格比照牙不足方案修訂為「醫師非二年內經保險人停、終約之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人」。</p> <p>(3) 增列「0歲至6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫」及本案之「牙醫門診總額12歲至18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」不得同時併報。</p> <p>3. 修訂 111 年牙醫門診總額 0 歲至 6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫</p> <p>(1) 牙醫師資格比照牙不足方案修訂為「醫師非二年內經保險人停、終約之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人」。</p> <p>(2) 符合退場條件之醫師，兩年內不得再收新案，已收之個案仍需依計畫內容完成相關診療項目，且醫師於退場後完成之個案不納入品質獎勵費用計算；另退場條件修改為「申報複診治療次數達3次之個案數比率<33.33%」。</p> <p>4. 新增 111 年度全民健康保險牙醫門診總額 12 歲至 18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫。</p>				
4	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	<p>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。</p> <p>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。</p>	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
5	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(合理學檢查)」，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「中度複雜性傷科一療程第一次」及「高度複雜性傷科一起始次」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	健保署醫管組	1. 修訂支付標準第四部中醫刻正依會議決議辦理預告等行政作業。 2. 修訂西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫：刻正依會議決議辦理報部事宜。		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
				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。				
6	111-1 報 2	111.3.10	全民健康保險住院診斷關聯群 (Tw-DRGs) 支付標準修訂及 3.4 版 111 年 7-12 月適用之相對權重統計結果案。	同意修訂 Tw-DRGs 支付通則有關「全民健保尚未納入給付特材管理作業要點」相關內容，並新增參數計算頻率及校正方式，另將依本次會議通過增修診療項目，重新計算權重後再提下次會議報告。	健保署醫管組	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，配合前次通過診療項目重新計算，將提本次會議報告。	V	
7	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付標準各類病床「護理費(第一天)」等診療項目報告案。	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。 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。	健保署醫管組	刻正依會議決議辦理預告等行政作業。	V	
8	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	刻正依會議決議辦理預告等行政作業。	V	
9	111-1 報 5	111.3.10	新增修訂轉診支付標準之同體系統院所名單案。	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	
10	111-1 討 1	111.3.10	全民健康保險醫療服務給付	通過，重點如下：	健保	1. 修訂 50023B、50024B「尿路結石體外震波碎石術」待	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
			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。	<ol style="list-style-type: none"> 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「內視鏡蝶膠動脈結紮術」(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。 	署醫管組	<p><u>醫事司提供與學會討論達成共識後之修訂文字，再提本會議討論，尚未收到醫事司來文。</u></p> <p><u>2. 其餘項目刻正依會議決議辦理預告等行政作業。</u></p>		
11	111-1 討 2	111.3.10	修訂「全民健康保險急診品質提升方案」。	<p>通過，重點如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 急診重大疾病照護品質獎勵： <ol style="list-style-type: none"> (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。 	健保署醫管組	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>刻正依會議決議辦理報部事宜。</u> 2. <u>另本署已於 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壅塞相關指標。</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
				<p>(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。</p> <p>2. 轉診品質獎勵：</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>3. 急診處置效率：</p> <p>(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。</p> <p>(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，每人次50點獎勵。</p> <p>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。</p> <p>5. 附表一「緊急搶救手術或處置」增列33144B(血管阻塞術-Lipiodol)。</p> <p>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。</p>				
12	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。	<p>通過，重點如下：</p> <p>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」。</p> <p>2. 同意新增高風險病人定義「前1年曾以主診斷ICD-9-CM：</p>	健保署醫管組	刻正依會議決議辦理報部事宜。		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
				<p>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」。</p> <p>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。</p> <p>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」。</p> <p>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」。</p>				
13	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章「居家照護」及同部第三章「安寧居家療護」增訂緊急訪視加地離島醫事人員訪視費用案。	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」增訂緊急訪視加地離島醫事人員訪視費用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。	健保署醫管組	刻正依會議決議辦理預告等行政作業。	V	
14	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收案對象。	<p>同意修訂，重點如下：</p> <p>1. 增列收案對象：</p> <p>(1) 末期骨髓增生不良症候群(MDS)。</p> <p>(2) 末期衰弱老人。</p> <p>(3) 病人自主權利法第14條第一項所列臨床條件者：</p> <p>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。</p> <p>B. 第五款之12類疾病。</p> <p>(4) 罕見或其他疾病預估生命受限者。</p> <p>2. 參考與會專家意見，末期病人之評估應回歸安寧緩和醫</p>	健保署醫管組	<p>1. 修訂支付標準第二部第一章第八節住院安寧療護及第五部第三章安寧居家療護刻正依會議決議辦理預告等行政作業。</p> <p>2. 修訂安寧共同照護試辦方案刻正依會議決議辦理報部事宜。</p>	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
				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」。			
15	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>本案將依會議決議，報請衛生福利部核定後公告實施。</u>	V
16	111-1 討 7	111.3.10	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。	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>刻正依會議決議辦理報部事宜。</u>	V
17	111-1 討 8	111.3.10	全民健康保險遠距醫療給付計畫修訂案。	代表建議應擬訂計畫執行資格規範及相關配套措施後，再討論。	健保署醫管組	<u>刻正就與會代表建議及提問事項簽辦補充說明資料，將提本次會議討論。</u>	V
18	111-1 討 11	111.3.10	新增全民健康保險對象代謝症候群管理計畫。	通過，重點如下： 1. 新增「全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫」，訂有收案評估費(900點/人)、追蹤管理費(200點/人)、年度評估費(500點/人)及獎勵費(檢驗檢查上傳率≥50%且品質指標排序前75%獎勵10,000點、40歲以下具腦血管等疾病且開始追蹤治療獎勵150點、照顧個案於5項指標任3項達標者獎勵500點，另本計畫醫師提供戒菸服務由衛生福利部國民健康署(下稱國健署)支付獎勵)。	健保署醫管組	<u>本案已依國民健康署提供文字修訂計畫草案，預定提報至111年3月25日健保會報告。</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
				2.獎勵費（四）戒菸治療服務相關文字，請國健署提供修訂文字。				

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）	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。
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	
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	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
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	已結案：經110年第6次專家諮詢會議 決議，由台灣婦產科醫學會依支付標 準增修流程提送成本分析表辦理。
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	已函覆：結案(109/9/24院所函復本 項為已列項目27077B「紅血球生成因 子檢驗」)
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	已函覆：結案(109/9/24院所函復本 項為已列項目12117B「T 淋巴球交叉 配合試驗」)
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	已函覆：結案(110/1/22回復待病理 方法學轉移後(成本不同)，再送新增 項目所需資料。)

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	股骨頸骨折開放性復位術	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	普卡因醃胺放射免疫分析	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)
	3d ct-abdomen				已函覆：結案(109/11/26函請院所補件，逾一年未補件)
26	3d ct-cv heart	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	
	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、討論事項

討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」(下稱本計畫)，提請討論。

說明：

一、依據本署 111 年 2 月 21 日召開修訂「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」討論會議決議辦理。

二、本計畫建議修訂重點如下：

(一)為利指標定義具一致性，本計畫失智症定義，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」之失智症定義辦理，爰修正如下：

1. 增加次診斷。

2. 刪除診斷碼 F05 (Delirium due to known physiological condition，已知生理狀況引起的譫妄)。

3. 另有關台灣神經醫學會建議刪除 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。

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

(二)放寬本計畫「失智症門診家庭諮詢費」給付條件及修訂醫師教育訓練內容：

1. 「失智症門診家庭諮詢費」，不內含於門診整合初診或複診診察費中，得另外申報。每次諮詢服務時間 15 分鐘(含)以上，未達 30 分鐘者，申報 P5201C；每次諮詢服務時間 30 分鐘(含)以上者，申報 P5202C。

2. 為利醫師提供上述諮詢服務，本計畫醫師教育訓練內容增列失智症基礎訓練(內含於原教育訓練 6 小時課程之內)，已參與之

醫師不需重新參加，課程內容請台灣神經學學會和相關學會研議。

(三)鼓勵醫院開設「整合照護門診模式」，避免多重慢性病人重複、不當治療用藥或處置，自 111 年 7 月 1 日起取消「未開設整合門診照護模式」(即整合式照護模式註記為 X 者)。

(四)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。

(五)「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)。

三、本計畫修訂全文詳附件(頁次討 1-3~1-15)，後續依程序報請衛生福利部公告實施並副知全民健康保險會。

附件、醫院以病人為中心門診整合照護計畫

106年2月9日健保醫字第1060001379號公告修訂

107年6月21日健保醫字第1070008162號公告修訂

108年3月14日健保醫字第1080003099號公告修訂

111年0月00日健保醫字第0000000000號公告修訂

壹、計畫依據

依各年度全民健康保險醫療給付費用總額之協議結果辦理。

貳、計畫說明

多重慢性病人乃是我國醫療照護系統中最重要之資源使用者，且隨著我國人口結構之逐年老化，多重慢性病的盛行率將逐年升高，其醫療照護課題也將愈趨重要。就提高慢性醫療照護品質及控制醫療成本之觀點而言，如何改變現行醫療照護模式，使成為適合多重慢性病患之整合性醫療照護模式，乃當務之急。

參、目的

- 一、提供多重慢性病人適切、效率、良好品質之醫療服務，避免重複、不當治療用藥或處置，影響病人安全。
- 二、配合總額支付制度，提供整合式照護服務，促成醫院各專科醫療之適當整合。
- 三、對於病情穩定之病人，逐步落實分級醫療、促進層級間之轉診，以提升醫療資源使用效率。

肆、預算來源

由全民健保年度醫療給付費用總額其他預算「推動促進醫療體系整合計畫」項下支應，~~以2.5億元為上限。~~

伍、執行方式

申請計畫之醫院(或整合團隊)可選擇**需開設整合照護門診**採行下列模式(可複選)，並檢附計畫書(附件1)，向保險人各分區業務組提出申請，自保險人各分區業務組審查通過之月份開始實施。

~~一、非開設整合照護門診模式：同一保險對象如同一日於參與計畫醫院就診多科，並由最後就診醫師整合開藥及處置者，得僅收一次部分負擔，惟不得申報本計畫之門診整合初診診察費、複診診察費，其餘相關醫療費用申報、支付及審查依現行規定處理。~~

二、開設整合照護門診模式

一、申請及審查程序：

(一)參與計畫之醫院(或整合團隊)：

1. (一)參與計畫醫院(或整合團隊)應先行報備整合門診之門診時刻表、診次及醫師等，並將相關資料上傳健保資訊網服務系統(VPN)，如有異動，重新報備並更新VPN資料。
 2. (二)醫學中心平日看診日每日至少開診2個診次，區域醫院平日看診日每日至少1個診次，地區醫院不限診次，並於門診時刻表及明顯處張貼說明。
 3. (三)若服務內容變動，應檢附修訂後計畫書向各分區業務組報備。
- (二)(四)承作醫師資格：不限專科別，但須完成6小時教育訓練課程(附件2)，並取得證明。

三、(五)申請醫院資格：醫院於執行申請年之前一年起，無全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八38條至第四十40條或第44條至第45條中各條等歸因於醫院總額所列違規情事之一且經保險人處分者(以第一次處分函所載停約或終止特約日期間認定，含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)。惟為保障保險對象就醫權益，保險人各分區業務組得視違規情節及醫院所提計畫之內容，可另予考量。

(二)二、收案對象：

1. (一)保險對象最近3個月符合下列條件之一者，得予以收案照護：
 - (1)1.給藥日份 \geq 28天之案件中，最近3個月申報之主診斷中有3種(含)以上慢性病，並經2位(含)以上醫師看診者。
 - (2)2.最近3個月至少申報2次(含)以上慢性病連續處方箋且最近3個月申報之慢性病連續處方箋用藥之藥品品項數合計達10種(含)以上，並經2位(含)以上醫師看診者。
 - (3)3.保險人建議應納入門診整合者。
- 註：前開慢性病係指主診斷為本保險公告之慢性疾病範圍者。
2. (二)保險對象或家屬同意接受整合照護服務且簽署本服務同意書者(附件3)，始得收案。
 3. (三)同一個案不能同時被2家院所收案，收案時，須向病人說明應配合定期回診等事項。

三、收案程序：

(四)(一)初診須完成周全性評估及照護計畫，周全性評估之內容及工具如附件 4 (若有相關版權問題請醫院自行申請)。

(五)(二)個案登錄及管控作業：

- 1.個案經醫師評估符合收案條件並簽署同意書後始得收案，醫事服務機構必須上傳個案資料至「全民健康保險醫院以病人為中心門診整合照護計畫」之個案登錄子系統，其必要欄位如附件 5。承作醫師須透過參與醫院向保險人各分區業務組申請，始能登入個案登錄子系統(網址：<https://medvpn.nhi.gov.tw/>，VPN服務項目/試辦計畫資料維護/基本資料維護)。
- 2.個案之首次資料登錄，應於保險對象實際就診日當日填報「收案日期」，方得收案。經保險人勾稽收案日期與申報門診整合初診診察費日期不符者，不予支付。

(六)(三)同一分區業務組轄區醫院，得選擇採院際共同整合照護方式，並依下列規定辦理：

- 1.推派單一醫院為主責醫院，負責提送計畫書、保險人聯繫窗口、經費撥付等事宜。
- 2.應於計畫書內一併檢送各整合醫院之參加同意書。
- 3.整合團隊於計畫執行期間若發生個別醫院退出情形，須由主責醫院向轄區分區業務組提出申請。
- 4.整合團隊之個別醫院，於計畫執行期間亦受本計畫「柒、退場機制」規範。

~~三、申請醫院資格~~

~~醫院於執行年之前一年起，無全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一且經保險人處分者(以第一次處分函所載停約或終止特約日認定，含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)。惟為保障保險對象就醫權益，保險人各分區業務組得視違規情節及醫院所提計畫之內容，可另予考量。~~

陸、費用申報及支付方式

一、本計畫之給付項目及支付標準：

(一)門診整合診察費

- 1.限開設整合照護門診模式申報。
- 2.診察費依看診階段(初診、複診)支付，支付標準如下：
 - (1)門診整合初診診察費1,500點(支付標準編號 P5203C)，須

完成周全性評估及照護計畫後申報。

(2) 門診整合複診診察費1,000點(支付標準編號 P5204C)，須依下列規定辦理：

①限門診整合初診後半年**200天**內申報。

②同一照護對象最多可申報2次。

③含照護計畫之修正與調整。

3.申報本計畫之門診整合診察費者，不得另申報醫院門診診察費。

4.本計畫個案整合**完竣結束**後，~~則回歸一般門診(一般案件，不納入本計畫)~~診察費回歸醫院總額一般服務預算，依**一般門診診察費支付，不納入本計畫支應**。

~~5.失智症家庭諮詢費用已內含於初診或複診診察費中，不另支付。~~

6.5醫師提供整合照護，應於個案之就醫當日病歷中，由負責整合之醫師於其診斷下，簡述整合之科別、疾病別或藥品、處置或檢查類別等並檢附周全性評估相關資料，以備查核。未於病歷中載明以上整合方式並檢附相關資料者，不得申報整合照護模式註記。

(二)失智症門診照護家庭諮詢費用

1.保險對象參與本計畫開設整合照護門診模式且於整合期間，~~如經參與計畫醫院申報門診整合診察費之個案，則本項費用已內含於門診整合初診或複診診察費中，不得另外申報。~~

2.本計畫失智症病患經神經科或精神科專科醫師確診，經評估有諮詢需要，且患者之失智症評估結果，符合臨床失智症評量表(Clinical Dementia Rating,CDR)值 ≥ 1 或簡易心智量表(Mini-Mental State Examination, MMSE) ≤ 23 者，醫院得提供諮詢服務，申報本項費用。

3.2.每次諮詢須填報諮詢溝通內容及規定(附件6)，併入病人病歷紀錄留存。

4.3.支付點數：

(1)每次諮詢服務時間15分鐘(含)以上，未達30分鐘者：支付300點，申報編號 P5201C。

(2)每次諮詢服務時間30分鐘(含)以上：支付500點，申報編號 P5202C。

(3)同院每位病人每年最多支給2次費用。

註：前項「諮詢服務時間」不包括醫師診療及失智症評估量表填報時間。

二、特約醫事服務機構門診醫療服務點數申報格式之點數清單段及醫令清單段填表說明：

~~(一) 非開設整合照護門診模式：同日多科就診，且僅收一次部分負擔者，門診醫療服務點數申報格式清單段之「整合式照護模式註記」(欄位 ID：d13)應填「X」。~~

(一) 開設整合照護門診模式： _

1. 屬本計畫收案之照護對象，其就診當次符合申報初診及複診診察費者，於申報費用時，門診醫療服務點數申報格式清單段之案件分類應填「E1」、整合式照護計畫註記(欄位ID：d13)填寫方式如下：

(1) 給藥日份 \geq 28天之案件中，最近3個月申報之主診斷中有3種(含)以上慢性病，並經2位(含)以上醫師看診者，應填「Q」。

(2) 最近3個月至少申報2次(含)以上慢性病連續處方箋且最近3個月申報之慢性病連續處方箋用藥之藥品品項數合計達10種(含)以上，並經2位(含)以上醫師看診者，應填「R」。

(3) 保險人建議應納入門診整合者者，應填「S」。

2. 醫令類別應填「0」。

3. 其餘依一般費用申報原則辦理。

(二) 失智症門診照護家庭諮詢費用：醫令類別應填「0」，醫令執行時間起迄請填報諮詢服務時間至年月日時分。本項併門診醫療費用申報，非當日執行，請比照排程檢查案件作業方式申報。

三、本計畫之預算，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。

四、審查原則

(一) 依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。

(二) 申報本計畫支付項目，相關資料需存放於病歷備查，未依保險人規定內容登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，不予支付該筆費用並依相關規定辦理。

柒、退場機制

醫院於計畫執行期間因違反特管辦法第~~三十八~~**38**條至第~~四十~~**40**條**或第44條至第45條等**歸因於醫院總額所列違規情事，致受停約或終止特約**致受停約**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)，以第一次處分函**日期**所載停約或終止特約**起始**日起同步終止**參與**本項計畫，惟為保險對象醫療照護之延續性，分區業務組得視違規情節，可另予考量。凡經終止本計畫者，各項支付費用不予核付。

捌、執行配套措施

一參與本計畫之醫院(或整合團隊)目標管理點數額度調整：由保險人各分區業務組與轄區醫院依現行作業原則共同議定，惟對於本計畫之效益應予考量。

二計畫管理機制：

- (一)保險人研議總體計畫架構模式、指標之開發與計算、行政授權與協調。
- (二)保險人各分區業務組受理及輔導轄區醫院申請計畫與觀察輔導醫院之執行，並得進行實地訪視瞭解其計畫實際執行情形。
- (三)各計畫參與醫院提出計畫之申請，推動整合照護模式，並參與保險人各分區成果分享活動。
- (四)保險人各分區業務組如審查發現整合照護個案病歷中未載明整合方式，或整合後仍發現有重複用藥或處置時，得核扣該個案之門診整合診察費，並依情況，請醫院提出說明或改善措施及列為下年度參與本計畫之資格參考。

三監測指標：以收案個案照護滿1年之各項指標與收案前1年比較。

- (一)指標 1：照護對象每人西醫門診醫療費用^註。
- (二)指標 2：照護對象每人西醫門診申報件數。
- (三)指標 3：照護對象每人西醫門診藥品品項數。
- (四)指標 4：照護對象每人門診潛在不當用藥數 (PIM)。(以 2015 年 Beer's criteria 計算)
- (五)指標 5：照護對象每人門診急診申報件數(案件分類 02)。
- (六)指標 6：照護對象每人住院次數。(依入院日期歸戶計算。)

註：前述「西醫門診醫療費用」範圍，係指西醫醫院門診、西醫基層門診及門診透析之申請點數加部分負擔，包含交付機構之申報點數

加部分負擔，且排除下列之案件：1.中醫門診、牙醫門診、代辦案件、居家照護與精神疾病社區復健。2.慢性病連續處方箋調劑、診察費為0之案件件數不計。

玖、計畫實行評估

- 一保險人分區業務組得不定時至參與計畫醫院實地訪查或以立意抽樣審查方式確定計畫內容是否落實，以作為未來是否准予續辦之考量。
- 二保險人定期進行整體執行成效之評估，作為研修參考。
- 三本計畫所核付之款項，請參與醫院應用於鼓勵執行本計畫之整合單位或相關人員。

拾、訂定與修正程序

本計畫由保險人報請主管機關核定後公告實施，並送副知全民健康保險會備查。屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。

【附件 1】

_____醫院(院所代號：_____)

申請____年「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」

提報日期：

- 一、計畫書封面：至少包含計畫名稱、計畫執行單位。
- 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、計畫書撰寫說明：計畫書(含電子檔)內容應包含下列：
 - (一)整合**照護**門診**照護**模式：應敘明**開設之**整合門診名稱、照護目的及內容。
 - 非開設整合照護門診模式(得僅填列(三)至(七))
 - 開設整合照護門診模式
 - (二)請敘明以上整合門診之門診時刻表、診次及醫師等，並將相關資料上傳至健保資訊網服務系統(VPN)(請檢附最新應診時刻表、網路相關說明及張貼處照相等資料供參，如有異動，須重新報備保險人各分區業務組，並更新 VPN 資料)。
 - (三)本計畫照護對象之掛號、看診、用藥諮商標準作業流程。
 - (四)整合門診或主責醫師如會診他科醫師，綜合評量發現有用藥處置重複情形，請敘明聯繫處理之方式。
 - (五)辦理本計畫除醫師外，其他醫事人員參與情形說明：
 - (六)辦理醫師及醫事人員整合照護相關教育訓練：
(預訂辦理日期及次數)
 - (七)整合照護宣導方式：
- 四、整合式照護醫療需求評估方式說明。

【附件 2】

醫院以病人為中心門診整合照護計畫

醫師教育訓練內容

- 一、不限專科別，均須接受 6 小時教育訓練合格後(實體或網路課程)，才能參與本計畫。
- 二、課程內容如下：
 - (一)全人整合醫療理念。
 - (二)門診整合實務。
 - (三)多重用藥與不適當用藥評估原則。
 - (四)周全性評估與照護計畫擬訂。
 - (五)失智症基礎訓練。**
- 三、各相關學會均得辦理教育訓練，授課講師可依授課時數抵免。

【附件 3】

醫院以病人為中心門診整合照護計畫 照護對象「用藥整合」暨「整合照護服務」同意書

為保障您的用藥安全，多科掛號之困擾，本院參與中央健康保險署「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」，藉由醫院的整合門診，透過「健保醫療資訊雲端查詢系統」查詢您近期之就醫與用藥資訊，協助整合門、住診等用藥，除了節省您寶貴時間，更可提升您就醫品質。

本計畫鼓勵您於同一醫院接受整合照護服務，您如欲維持原門診就醫習慣，無法配合西醫主治醫師整合用藥、提供實質醫療照護，則不符合本計畫之收案條件。

我同意參加門診整合照護服務，○○醫院○○醫師為本人西醫主治醫師，於本人簽署同意書日起至結案日止，配合醫師整合用藥，提供實質醫療照護，並可透過中央健康保險署建置之「健保醫療資訊雲端查詢系統」，查詢本人就醫之醫療費用申報資料。

此致 ○○醫院

立書同意人：

出生年月日：民國____年____月____日

身分證號：

代理人：

與照護對象之關係：

身分證號：

【附件 4】

醫院以病人為中心門診整合照護計畫

周全性評估工具內容

須至少包含下列評估重點(評估量表僅供參考)

- 一、日常生活功能：建議巴氏日常生活量表 (Barthel Index) 或(Instrumental Activities of Daily Living, IADL)
- 二、衰弱程度：建議社區民眾健康行為調查綜合問卷或臨床衰弱量表(Clinical Frailty Scale, CFS)。
- 三、失智程度：建議簡易心智狀態問卷調查表(SPMSQ)或簡易失智量表(MMSE)或早期快篩簡易失智量表(AD8)。
- 四、憂鬱狀態：建議老人憂鬱量表(GDS)或憂鬱量表(CES-D scale)。
- 五、用藥整理：除須記載實際使用情況及重複用藥、建議以潛在不當用藥(Beers criteria)評估。
- 六、營養量表(MNA-SF)。

醫院以病人為中心門診整合照護計畫

個案登錄系統必要欄位

- 一、新收案必登錄欄位如下：新收案日期、照護對象身分證號、照護對象姓名、照護對象性別、照護對象出生日期、醫師身分證號、醫師姓名及照護對象類別。照護對象類別如下：
- Q：給藥日份 ≥ 28 天之案件中，最近3個月申報之主診斷中有3種(含)以上慢性病，並經2位(含)以上醫師看診者。
- R：最近3個月至少申報2次(含)以上慢性病連續處方箋且最近3個月申報之慢性病連續處方箋用藥之藥品品項數合計達10種(含)以上，並經2位(含)以上醫師看診者。
- S：保險人建議應納入門診整合者。
- 二、追蹤管理必登錄欄位如下：照護對象身分證號、照護對象姓名、照護對象複診次數、照護對象複診日期、醫師身分證號、醫師姓名。
- 三、結案（或轉診）日期必須登錄欄位如下：照護對象身分證號、照護對象姓名、照護對象複診次數、醫師身分證號、醫師姓名。
- (一)結案（或轉診）日期。
- (二)結案原因：
- 1：已完成申報初診診察費及2次複診診察費。
 - 2：轉診進入其他院所。
 - 3：長期失聯(≥ 180 天)。
 - 4：拒絕再接受收案。
 - 5：死亡。
 - 6：保險對象未執行本計畫照護超過半年者。
 - 7：醫院因歇業、停業、違約等因素退出本計畫。
 - 8：其他：_____ (應敘明原因)
- (三)接受轉診院所保險醫事服務機構代號：_____

【附件6】

失智症門診照護諮詢溝通記載內容及規定如下：

- 一、照護對象姓名及臨床失智症評量表(CDR)或簡易心智量表(MMSE)評量結果。
- 二、依需要簡要敘述病況、照護技巧指導、藥物或營養諮詢、家屬心理支持、社會資源運用等內容。
- 三、諮詢服務之日期及起迄時間至分。
- 四、提供服務者職稱及簽章(除醫師外，亦包含社工師或其他醫事人員)。
- 五、接受諮詢服務者簽章及其與照護對象之關係(接受諮詢服務者包括照護對象或主要照護者，且至少有1位家屬參與)。

註：

- 1.失智症定義：主、次診斷代碼(ICD-10-CM)為 F01-F04、F1027、F1097、F1327、F1397、F1827、F1897、F1927、F1997、G30、G31 及 G91。
- 2.諮詢服務時間不包括醫師診療及失智症評估量表填報時間。

討論事項

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：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）（下稱即時方案（草案）」（[附件 1](#)，[頁次討 2-5 ~2-53](#)），提請討論。

說明：

- 一、依111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」（下稱總額預算）（[附件2](#)，[頁次討2-54~2-65](#)）及111年2月24日修訂「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）」溝通會議會議紀錄（[附件3](#)，[頁次討2-66~2-67](#)）辦理。
- 二、111年度總額預算之其他部門項下新增「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」項目15億元，除原用於補助院所提升網路頻寬費用及支付即時方案資料上傳獎勵費外，另增加提升智慧化資訊機制之獎勵（[同附件2](#)，[頁次討2-54~2-65](#)）。
- 三、為辦理「提升院所智慧化資訊機制」獎勵，及配合「111年使用者付費精神下全民健康保險部分負擔改革方案」，規劃於即時方案草案，增加下列獎勵項目：
 - （一）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」改版獎勵。
 - （二）綁定「虛擬健保卡及就醫」獎勵，其獎勵規範依「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。
 - （三）「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。

(四)「就醫識別碼(健保卡資料上傳格式)」改版、上傳即時性及完整性等獎勵。

四、上開「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)」及「就醫識別碼(健保卡資料上傳格式)」改版、上傳即時性及完整性等獎勵項目，本署前於111年2月24日邀集醫界相關學會，召開修訂即時方案(草案)溝通會議，就該二項獎勵內容進行溝通討論，會議結論摘述如下：

(一)「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)」：

健保署提供本項獎勵可以讓醫界更有動力，強化居家醫療服務，經瞭解本項資訊介接費用約介於 5,000 元至 6,000 元，在預算經費有限下，建議健保署可匡列本項獎勵總金額，支付點數上限為 6,000 點/家，以年度方式結算，若超過匡列預算，則採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於 1 元。

(二)「就醫識別碼(健保卡資料上傳格式)」改版、上傳即時性及完整性獎勵：

1. 為避免發生保險對象持處方箋(彩色列印)至多個藥局重複調劑，及提供簡單明確鍵值，以對應處方資訊、檢驗(查)、影像等資料，提升資料正確性，爰規劃健保卡資料即時性上傳(獎勵時間需在一小時內)。
2. 惟考量醫院層級，健保卡上傳資料量大，補正資料亦多，建議本項獎勵上傳時間，應將醫院和基層層級分別訂定，醫院層級即時性獎勵時間建議為6小時內，基層則依原規劃時效內上傳即可給予獎勵費用。

五、本署依上開會議結論修正「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)」及「就醫識別碼(健保卡資料上傳格式)」獎勵內容，摘述如下：

(一)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：

- 1.需於111年12月31日前完成安裝本署「醫療資料傳輸共通介面API」及將居家輕量藍牙 APP 就醫資料介接(寫入)院所端醫療資訊系統(HIS)。
- 2.本項預算上限1,200萬元，每家院所給付最高點數為6,000 點，如完成家數大於2,000家，則在本項預算限額下，採浮動點值，全年結算，每點支付金額不高於1元。

(二)「就醫識別碼(健保卡資料上傳格式)」獎勵項目，包括改版費(每家最高 7,000 點)、上傳即時性(每家最高 3,000 點)、上傳急診及病床資料完整性(每家最高 4,000 點)，獎勵指標及方式(詳附件 4，頁次討 2-68~2-70)。

六、財務評估：

(一)獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用合計 1,020,943,731 元，說明如下：

- 1.獎勵上傳資料:以 109 年網路頻寬補助成長率 23.6%推估，111 年所需經費為 797,332,108 元。
- 2.網路頻寬補助以 109 年網路頻寬補助成長率 31.3%推估，111 年所需經費為 223,611,623 元。

(二)提升院所智慧化資訊機制及配合「111 年使用者付費精神下全民健康保險部分負擔改革方案」獎勵費用合計 444,816,000 元，說明如下：

- 1.特約醫事服務機構完成門診醫療費用點數申報格式改版獎勵費，以 110 年本署特約醫事服務機構數(28,841 家)*每家獎勵費 2,000 元估算，計 57,682,000 元。

2.綁定「虛擬健保卡及就醫」，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，預估經費 80,000,000 元。

3.居家輕量藍牙 APP 就醫資料介接(寫入)院所端醫療資訊(HIS)獎勵費，110 年參與居家醫療照護整合計畫院所家數為 3047 家，以 3,000 家估算，每家獎勵費 4,000 點，計 12,000,000 元。

4.「就醫識別碼(健保卡資料上傳格式)」獎勵費合計 295,134,000 元，說明如下：

(1)特約醫事機構家數計算區間：110.9.1~110.12.1。

(2)改版費:以上傳健保卡資料之特約醫事機構家數(29,335 家)

*每家改版獎勵費最高 7,000 元，計 205,345,000 元。

(3)上傳即時性：以上傳健保卡資料之特約醫事機構總家數(29,335 家)*每家獎勵費 3,000 元估算，計 88,005,000 元。

(4)上傳急診資料完整性：以上傳健保卡資料(急診)之家數(419 家)*每家獎勵費 2,000 元估算，計 838,000 元。

(5)病床完整性：以上傳健保卡資料(住院)之家數(473 家)*每家獎勵費 2,000 元估算，計 946,000 元。

(三)上開提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用共計 1,465,759,732 元。

擬辦：本案提報本會議通過，再函報衛生福利部核定後公告實施。

決議：

「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」

修正草案對照表

修正方案	現行方案	說明
	一、依據：全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額辦理。	未修正。
	二、目的：為鼓勵特約醫事服務機構提升網路頻寬，以利即時、迅速查詢病患於不同醫事機構間之醫療資訊，供處方參考，以確保保險對象就醫安全，以及提升醫療服務效率。	未修正。
<p>三、預算來源：</p> <p>(一)111 年全民健康保險「醫院」醫療給付費用總額之「網路頻寬補助費用」專款項目 2 億元，用於補助醫院提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。</p> <p>(二)111 年全民健康保險「西醫基層」醫療給付費用總額之「網路頻寬補助費用」專款項目 2.53 億元，用於補助西醫基層診所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。</p> <p>(三)111 年全民健康保險「牙醫門診」醫療給付費用總額之「網路頻寬補助費用」專款項目 1.68 億元，用於補助牙醫院所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。</p> <p>(四)111 年全民健康保險「中醫門診」醫療給付費用總額之「網路頻寬補助費用」專款項目 0.98 億元，用於補助中醫院所提升網路頻寬之「固</p>	<p>三、預算來源：</p> <p>(一)全民健康保險「醫院」醫療給付費用總額之「網路頻寬補助費用」專款項目 1.27 億元，用於補助醫院提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。</p> <p>(二)全民健康保險「西醫基層」醫療給付費用總額之「網路頻寬補助費用」專款項目 2.14 億元，用於補助西醫基層診所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。</p> <p>(三)全民健康保險「牙醫門診」醫療給付費用總額之「網路頻寬補助費用」專款項目 1.36 億元，用於補助牙醫院所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。</p> <p>(四)全民健康保險「中醫門診」醫療給付費用總額之「網路頻寬補助費用」專款項目 0.81 億元，用於補助中醫院所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」；</p>	<p>依 111 年 1 月 26 日衛部健字第 1113360011 號公告「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，本方案 111 年全年經費為 22.19 億元。</p>

修正方案	現行方案	說明
<p>接網路及行動網路月租費」；</p> <p>(五)<u>111年</u>全民健康保險醫療給付費用總額之其他預算「<u>提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構之網路頻寬補助費用</u>」<u>15億元</u>，用於補助院所外其他醫事服務機構提升網路頻寬之「<u>固接網路及行動網路月租費</u>」及<u>支付資料上傳及提升智慧化資訊機制獎勵金</u>。如各部門總額「網路頻寬補助費用」專款項目預算不足時，由本項預算支應。</p>	<p>(五)全民健康保險醫療給付費用總額之其他預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」項目 9.80 億元，用於補助院所外其他醫事服務機構提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」及支付資料上傳獎勵金。如各部門總額「網路頻寬補助費用」專款項目預算不足時，由本項預算支應。</p>	
	<p>四、適用對象及其條件：</p> <p>(一)固接網路：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.保險人特約醫事服務機構應選擇申請裝設所需光纖電路之速率頻寬。 2.特約醫事服務機構需檢送申請表(附件1)或採電子申請，由保險人分區業務組核定後辦理。 <p>(二)行動網路(Mobile Data Virtual Private Network, MDVPN)：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.適用對象為事先經保險人同意提供居家醫療照護、或至醫療資源不足地區、山地離島地區等，非於院所內提供醫療服務之特約醫事服務機構。 2.申請數量以1組為原則，經分區業務組瞭解特約醫事服務機構有實際業 	<p>未修正。</p>

修正方案	現行方案	說明
	<p>務需要者，最多可申請 2 組。</p> <p>3.特約醫事服務機構需檢送申請表(附件 2)，由保險人分區業務組核定後辦理。</p>	
<p>五、支付項目及標準：</p> <p>(一)特約醫事服務機構之「固接網路」網路月租費：</p> <p>1.按月先行依電信公司提供特約醫事服務機構繳交網路頻寬之月租費證明書據(繳款人需為該特約醫事服務機構含機構代號)金額核實支付，但費用高於各層級特約醫事服務機構之支付上限者，其超過部分，不予支付。</p> <p>2.依保險人與電信公司合約折扣率計算之頻寬月租費為上限，<u>111</u>年各層級特約醫事服務機構支付上限如下，詳附件 3。</p> <p>(1)醫學中心：企業型光纖 50M，月租費 5 萬 4,561 元。</p> <p>(2)區域醫院：企業型光纖 20M，月租費 4 萬 5,201 元。</p> <p>(3)地區醫院：企業型光纖 10M，月租費 2 萬 5,857 元。</p> <p>(4)基層診所及其他醫事服務機構：一般型光纖 6M/2M，月租費 1,691 元；107 年 12 月 31 日以前(含)已申請參加本方案企業型或專業型光纖</p>	<p>五、支付項目及標準：</p> <p>(一)特約醫事服務機構之「固接網路」網路月租費：</p> <p>1.按月先行依電信公司提供特約醫事服務機構繳交網路頻寬之月租費證明書據(繳款人需為該特約醫事服務機構含機構代號)金額核實支付，但費用高於各層級特約醫事服務機構之支付上限者，其超過部分，不予支付。</p> <p>2.依保險人與電信公司合約折扣率計算之頻寬月租費為上限，110 年各層級特約醫事服務機構支付上限如下，詳附件 3。</p> <p>(1)醫學中心：企業型光纖 50M，月租費 5 萬 4,561 元。</p> <p>(2)區域醫院：企業型光纖 20M，月租費 4 萬 5,201 元。</p> <p>(3)地區醫院：企業型光纖 10M，月租費 2 萬 5,857 元。</p> <p>(4)基層診所及其他醫事服務機構：一般型光纖 6M/2M，月租費 1,691 元；107 年 12 月 31 日以前(含)已申請參加本方案企業型或專業型光纖</p>	<p>修正年度為 111 年。</p>

修正方案	現行方案	說明
<p>電路頻寬之基層診所及其他醫事服務機構，<u>111</u>年網路月租費支付上限為專業型光纖 1M 月租費 1,980 元。</p>	<p>電路頻寬之基層診所及其他醫事服務機構，110年網路月租費支付上限為專業型光纖 1M 月租費 1,980 元。</p>	
<p>(二) 特約醫事服務機構之「行動網路」網路月租費：</p> <p>1. 依電信公司提供特約醫事服務機構該季繳交網路頻寬之月租費證明書據（繳款人需為該特約醫事服務機構含機構代號）金額核實支付。</p> <p>2. 支付上限：依保險人與電信公司合約之無線網路-MDVPN 4G 優惠月租費率計算之，並依優惠方案所訂之最高收費金額為上限。<u>111</u>年 4G 優惠方案支付上限 799 元、<u>5G 優惠方案支付上限 599 元</u>，詳附件 4。</p>	<p>(二) 特約醫事服務機構之「行動網路」網路月租費：</p> <p>1. 依電信公司提供特約醫事服務機構該季繳交網路頻寬之月租費證明書據（繳款人需為該特約醫事服務機構含機構代號）金額核實支付。</p> <p>2. 支付上限：依保險人與電信公司合約之無線網路-MDVPN 4G 優惠月租費率計算之，並依優惠方案所訂之最高收費金額為上限。109 年 4G 優惠方案支付上限 799 元，詳附件 4。</p>	<p>修正年度為 111 年及新增 5G 費用。</p>
<p>(三) <u>獎勵資料上傳項目</u>：特約醫事服務機構須於「報告日期(或實際檢查日期)後之 24 小時內」或「費用年月」之次月底前上傳下列資料，否則不予列計。上傳格式公布於保險人全球資訊網之健保服務專區之健保與就醫紀錄查詢項下。</p> <p>1. 上傳檢驗(查)結果：</p> <p>(1) 獎勵項目：如附件 5。非獎勵上傳之檢驗(查)項目，仍可依規定格式上傳，惟不列入即時上傳檢驗(查)結果獎勵金之計算。</p>	<p>(三) 資料上傳獎勵：特約醫事服務機構須於「報告日期(或實際檢查日期)後之 24 小時內」或「費用年月」之次月底前上傳下列資料，否則不予列計。上傳格式公布於保險人全球資訊網之健保服務專區之健保與就醫紀錄查詢項下。</p> <p>1. 上傳檢驗(查)結果：</p> <p>(1) 獎勵項目：如附件 5。非獎勵上傳之檢驗(查)項目，仍可依規定格式上傳，惟不列入即時上傳檢驗(查)結果獎勵金之計算。</p>	<p>修正名稱</p>

修正方案	現行方案	說明
<p>(2)獎勵條件：附件 5 獎勵項目：須於報告日期 24 小時內將其檢驗(查)結果上傳；如屬健保卡補卡案件，且健保卡刷卡日期時間大於報告日期時間，須於補卡後 24 小時內上傳；如屬轉(代)檢案件，須於實際收到報告日期 24 小時內上傳。</p> <p>(3)支付方式：「報告型資料」者，每筆即時上傳醫令獎勵 5 點；「非報告型資料」者，每筆即時上傳醫令獎勵 1 點。</p> <p>2.即時上傳醫療檢查影像及影像報告：</p> <p>(1)獎勵項目及支付方式：如附件 5-1。</p> <p>(2)獎勵條件：醫療檢查影像及影像報告須於下列期限上傳，方符合獎勵條件。</p> <p>①醫療檢查影像：須於實際檢查日期後之 24 小時內上傳影像；如屬健保卡補卡案件，且健保卡刷卡日期時間大於實際檢查日期時間，須於補卡後 24 小時內上傳；如屬轉(代)檢案件，須於實際收到影像日期 24 小時內上傳。</p> <p>②影像報告：須於報告日期 24 小時內將其影像報告上傳；如屬健保卡補卡案件，且健保卡刷卡日期時間大於報告日期時間，須於補卡後 24 小</p>	<p>(2)獎勵條件：附件 5 獎勵項目：須於報告日期 24 小時內將其檢驗(查)結果上傳；如屬健保卡補卡案件，且健保卡刷卡日期時間大於報告日期時間，須於補卡後 24 小時內上傳；如屬轉(代)檢案件，須於實際收到報告日期 24 小時內上傳。</p> <p>(3)支付方式：「報告型資料」者，每筆即時上傳醫令獎勵 5 點；「非報告型資料」者，每筆即時上傳醫令獎勵 1 點。</p> <p>2.即時上傳醫療檢查影像及影像報告：</p> <p>(1)獎勵項目及支付方式：如附件 5-1。</p> <p>(2)獎勵條件：醫療檢查影像及影像報告須於下列期限上傳，方符合獎勵條件。</p> <p>①醫療檢查影像：須於實際檢查日期後之 24 小時內上傳影像；如屬健保卡補卡案件，且健保卡刷卡日期時間大於實際檢查日期時間，須於補卡後 24 小時內上傳；如屬轉(代)檢案件，須於實際收到影像日期 24 小時內上傳。</p> <p>②影像報告：須於報告日期 24 小時內將其影像報告上傳；如屬健保卡補卡案件，且健保卡刷卡日期時間大於報告日期時間，須於補卡後 24 小</p>	

修正方案	現行方案	說明
<p>時內上傳；如屬轉(代)檢案件，須於實際收到報告日期 24 小時內上傳。</p> <p>3.上傳出院病歷摘要：每筆獎勵 5 點。</p> <p>4.上傳人工關節植入物資料：每筆獎勵 5 點。</p> <p>(1)醫令項目：詳附件 6。</p> <p>(2)每筆上傳內容：包括 body height、body weight、ASA(麻醉危險分級)、Surgical Approach (側別/術別/入路途徑)、特材條碼等。</p> <p>5.居家訪視健保卡登錄暨上傳資料：每次獎勵 5 點。</p> <p>(1)醫令項目詳附件 7。</p> <p>(2)保險醫事服務機構將提供保險對象之居家訪視服務登錄於健保卡後，於 24 小時內，經由健保資訊網線路上傳予保險人，每次居家訪視獎勵 5 點。</p> <p>6.特定醫令申報執行起迄時間資料：每筆獎勵 1 點。</p> <p>(1)醫令項目詳附件 8。</p> <p>(2)保險醫事服務機構向保險人申報之門住診醫療費用中，於醫令清單段申報特定醫令之「執行時間-起」及「執行時間-迄」，每筆獎勵 1 點。</p> <p>(3)資料如經保險人查屬不實，核發之獎勵金將予以追扣。</p>	<p>時內上傳；如屬轉(代)檢案件，須於實際收到報告日期 24 小時內上傳。</p> <p>3.上傳出院病歷摘要：每筆獎勵 5 點。</p> <p>4.上傳人工關節植入物資料：每筆獎勵 5 點。</p> <p>(1)醫令項目：詳附件 6。</p> <p>(2)每筆上傳內容：包括 body height、body weight、ASA(麻醉危險分級)、Surgical Approach (側別/術別/入路途徑)、特材條碼等。</p> <p>5.居家訪視健保卡登錄暨上傳資料：每次獎勵 5 點。</p> <p>(1)醫令項目詳附件 7。</p> <p>(2)保險醫事服務機構將提供保險對象之居家訪視服務登錄於健保卡後，於 24 小時內，經由健保資訊網線路上傳予保險人，每次居家訪視獎勵 5 點。</p> <p>6.特定醫令申報執行起迄時間資料：每筆獎勵 1 點。</p> <p>(1)醫令項目詳附件 8。</p> <p>(2)保險醫事服務機構向保險人申報之門住診醫療費用中，於醫令清單段申報特定醫令之「執行時間-起」及「執行時間-迄」，每筆獎勵 1 點。</p> <p>(3)資料如經保險人查屬不實，核發之獎勵金將予以追扣。</p>	
<p><u>(四) 為辦理「提升院所智慧化資訊機制」獎勵，及配合「111</u></p>		<p>新增</p>

修正方案	現行方案	說明
<p><u>年使用者付費精神下全民健康保險部分負擔改革方案」獎勵項目：</u></p> <p>1. <u>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。</u></p> <p>2. <u>「虛擬健保卡就醫」之居家整合照護及遠距醫療申報案件之獎勵指標詳「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。</u></p> <p>3. <u>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：</u></p> <p><u>完成安裝本署「醫療資料傳輸共通介面 API」，並將醫療院所於居家輕量藍牙 APP 產生的民眾就醫資料批次下載至院所端醫療資訊系統(HIS)內。</u></p> <p><u>(1) 獎勵費：每家最高 6,000 點。</u></p> <p><u>(2) 需完成事項：於 111 年 12 月 31 日前完成安裝本署「醫療資料傳輸共通介面 API」及將居家輕量藍牙 APP 就醫資料介接(寫入)院所端醫療資訊系統(HIS)。</u></p> <p><u>(3) 完成定義：</u></p>		

修正方案	現行方案	說明
<p><u>①安裝本署「醫療資料傳輸共通介面 API」，以本署系統之紀錄為依據。</u></p> <p><u>②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)，院所檢附相關佐證資料，函至本署為憑。前開函文及佐證資料需於 111 年 12 月 31 日前送達本署。</u></p> <p><u>(4) 獎勵方式：本項預算上限 1,200 萬元，每家院所給付最高點數為 6,000 點，如完成家數大於 2,000 家，則在本項預算限額下，採浮動點值，全年結算，每點支付金額不高於 1 元。</u></p> <p><u>4. 「就醫識別碼（健保卡資料上傳格式）」改版獎勵指標：保險特約醫事服務機構配合安裝讀卡機控制軟體（Windows 版）5.1.5 版本以上、虛擬健保卡醫事機構正式版 SDK-v2.4.0 以上，並改以「健保卡資料上傳格式 2.0」版本，上傳每日就醫紀錄。</u></p> <p><u>(1)改版費：每家最高 7,000 點</u></p> <p><u>①基本獎勵：111 年 12 月 31 日前完成上傳作業，每家 4,000 點，於 111 年 11 月 30 日前完成者，始能參加「(2)上傳即時性、完整性獎勵」。</u></p> <p><u>②額外獎勵：</u></p> <p><u>A. 預檢作業：111 年 9 月 30 日前完成預檢作業，</u></p>		

修正方案	現行方案	說明
<p><u>每家額外獎勵費用 1,000 點。</u></p> <p><u>B.上傳作業：111 年 10 月 31 日前完成，每家額外獎勵費用 2,000 點。</u></p> <p><u>③計算方式：</u></p> <p><u>A.預檢作業：111 年 9 月 30 日前以「健保卡資料上傳格式 2.0」預檢作業上傳「就醫識別碼」之各項「就醫類別」(*註)需預檢成功至少 6 件。</u></p> <p><u>B.上傳作業：111 年 10 月 31 日前完成「健保卡資料上傳格式 2.0」相關軟體建置，並以該格式執行每日之就醫資料上傳成功。</u></p> <p><u>(2)上傳即時性、完整性獎勵：每家最高 7,000 點。</u></p> <p><u>①定義：111 年 11 月 30 日前完成「健保卡資料上傳格式 2.0」上傳成功之額外獎勵。</u></p> <p><u>A.即時性：每家最高 3,000 點。</u></p> <p><u>B.完整性：每家最高 4,000 點。</u></p> <p><u>②計算方式：</u></p> <p><u>A.資料計算區間：111 年 12 月 1 日至 31 日之每日就醫紀錄資料。</u></p> <p><u>B.即時性與完整性之計算方式詳附件 9。</u></p>		
<p>(五)結算方式：</p> <p>1.網路月租費：</p> <p>(1)屬各總額部門之醫事機構，由各該部門「網路頻</p>	<p>(四)結算方式：</p> <p>1.網路月租費：</p> <p>(1)屬各總額部門之醫事機構，由各該部門「網路頻</p>	<p>變更項次(四)修正為(五)。</p>

修正方案	現行方案	說明
<p>寬補助費用」專款項目支應，如預算不足時，由其他預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」支應。</p> <p>(2)其他醫事機構，由其他預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」項目中支應。</p> <p>2.資料上傳獎勵費：由其他預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」項目中支應，採浮動點值，按季以每點1元暫付，全年結算，每點支付金額不高於1元。</p>	<p>寬補助費用」專款項目支應，如預算不足時，由其他預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」支應。</p> <p>(2)其他醫事機構，由其他預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」項目中支應。</p> <p>2.資料上傳獎勵費：由其他預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」項目中支應，採浮動點值，按季以每點1元暫付，全年結算，每點支付金額不高於1元。</p>	
	<p>(五)保險人為利特約醫事服務機構查詢及傳送資料，相對應需增加之網路頻寬費用：依政府採購法及相關規定，辦理採購、簽約及核銷程序後覈實支付。</p>	未修正。
	<p>六、本方案由保險人報請主管機關核定後公告實施，並送全民健康保險會備查。屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。</p>	未修正。

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）

- 一、依據：全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額辦理。
- 二、目的：為鼓勵特約醫事服務機構提升網路頻寬，以利即時、迅速查詢病患於不同醫事機構間之醫療資訊，供處方參考，以確保保險對象就醫安全，以及提升醫療服務效率。

三、預算來源：

- (一)111年全民健康保險「醫院」醫療給付費用總額之「網路頻寬補助費用」專款項目2億元，用於補助醫院提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。
- (二)111年全民健康保險「西醫基層」醫療給付費用總額之「網路頻寬補助費用」專款項目2.53億元，用於補助西醫基層診所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。
- (三)111年全民健康保險「牙醫門診」醫療給付費用總額之「網路頻寬補助費用」專款項目1.68億元，用於補助牙醫院所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。
- (四)111年全民健康保險「中醫門診」醫療給付費用總額之「網路頻寬補助費用」專款項目0.98億元，用於補助中醫院所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。
- (五)111年全民健康保險醫療給付費用總額之其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」項目15億元，用於補助院所外其他醫事服務機構提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」及支付本方案資料上傳及提升智慧化資訊機制獎勵金。如各部門總額「網路頻寬補助費用」專款項目預算不足時，由本項預算支應。

四、適用對象及其條件：

(一)固接網路：

1. 保險人特約醫事服務機構應選擇申請裝設所需光纖電路之速率頻寬。
2. 特約醫事服務機構需檢送申請表（附件1）或採電子申請，由保險人分區業務組核定後辦理。

(二)行動網路(Mobile Data Virtual Private Network, MDVPN)：

1. 適用對象為事先經保險人同意提供居家醫療照護、或至醫療資源不足地區、山地離島地區等，非於院所內提供醫療服務之特約醫事服務機構。
2. 申請數量以1組為原則，經分區業務組瞭解特約醫事服務機構有實際業

務需要者，最多可申請2組。

3. 特約醫事服務機構需檢送申請表(附件2)，由保險人分區業務組核定後辦理。

五、支付項目及標準：

(一) 特約醫事服務機構之「固接網路」網路月租費：

1. 按月先行依電信公司提供特約醫事服務機構繳交網路頻寬之月租費證明書據(繳款人需為該特約醫事服務機構含機構代號)金額核實支付，但費用高於各層級特約醫事服務機構之支付上限者，其超過部分，不予支付。
2. 依保險人與電信公司合約折扣率計算之頻寬月租費為上限，111年各層級特約醫事服務機構支付上限如下，詳附件3。
 - (1)醫學中心：企業型光纖50M，月租費5萬4,561元。
 - (2)區域醫院：企業型光纖20M，月租費4萬5,201元。
 - (3)地區醫院：企業型光纖10M，月租費2萬5,857元。
 - (4)基層診所及其他醫事服務機構：一般型光纖6M/2M，月租費1,691元；107年12月31日以前(含)已申請參加本方案企業型或專業型光纖網路頻寬之基層診所及其他醫事服務機構，111年網路月租費支付上限為專業型光纖1M月租費1,980元。

(二) 特約醫事服務機構之「行動網路」網路月租費：

1. 依電信公司提供特約醫事服務機構該季繳交網路頻寬之月租費證明書據(繳款人需為該特約醫事服務機構含機構代號)金額核實支付。
2. 支付上限：依保險人與電信公司合約之無線網路-MDVPN 4G優惠月租費率計算之，並依優惠方案所訂之最高收費金額為上限。111年4G優惠方案支付上限799元、5G優惠方案支付上限599元，詳附件4。

(三) 獎勵資料上傳項目：特約醫事服務機構須於「報告日期(或實際檢查日期)之上傳時效內」或「費用年月」之次月底前上傳下列資料，否則不予列計。上傳格式公布於保險人全球資訊網之健保服務專區之健保與就醫紀錄查詢項下。

1. 上傳檢驗(查)結果：

- (1) 獎勵項目：如附件5及按「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」規定，須上傳檢驗(查)結果之診療項目。非獎勵上傳之檢驗(查)項目，仍可依規定格式上傳，惟不列入上傳檢驗(查)結果獎勵金之計算。

- (2) 獎勵條件：須於報告日期之時效內將其檢驗(查)結果上傳。
 - ①如屬健保卡補卡案件，且健保卡刷卡日期時間大於報告日期時間，須於補卡後於時效內上傳；如屬轉(代)檢案件，須於實際收到報告日期時效內上傳。
 - ②如報告日期(或健保卡刷卡日期時間、實際收到報告日期)在住院期間，須於住院期間或出院後於時效內上傳。
 - (3) 支付方式：「報告型資料」者，每筆上傳醫令獎勵5點；「非報告型資料」者，每筆上傳醫令獎勵1點。
 - (4) 上傳時效及獎勵計算：
 - ①24小時內(或住院期間)：以獎勵點數之100%計算。
 - ②逾24小時但於3日內：以獎勵點數之50%計算。
2. 上傳醫療檢查影像及影像報告：
- (1) 獎勵項目及支付方式：如附件5-1。
 - (2) 獎勵條件：醫療檢查影像及影像報告須於下列時效內上傳，方符合獎勵條件。
 - ①醫療檢查影像：須於實際檢查日期後之時效內上傳影像；如屬健保卡補卡案件，且健保卡刷卡日期時間大於實際檢查日期時間，須於補卡後之時效內上傳；如屬轉(代)檢案件，須於實際收到影像日期之時效內上傳。
 - ②影像報告：須於報告日期之時效內將其影像報告上傳；如屬健保卡補卡案件，且健保卡刷卡日期時間大於報告日期時間，須於補卡後之時效內上傳；如屬轉(代)檢案件，須於實際收到報告日期之時效內上傳。
 - (3)上傳時效及獎勵計算：
 - ①24小時內：以獎勵點數之100%計算。
 - ②逾24小時但於3日內：以獎勵點數之50%計算。
 - ③上傳出院病歷摘要：每筆獎勵5點。
3. 上傳人工關節植入物資料：每筆獎勵5點。
- (1) 醫令項目：詳附件6。
 - (2) 每筆上傳內容：包括body height、body weight、ASA(麻醉危險分級)、Surgical Approach (側別/術別/入路途徑)、特材條碼等。
4. 居家訪視健保卡登錄暨上傳資料：每次獎勵5點。
- (1) 醫令項目詳附件7。

(2) 保險特約醫事服務機構將提供保險對象之居家訪視服務登錄於健保卡後，於24小時內，經由健保資訊網線路上傳予保險人，每次居家訪視獎勵5點。

5. 特定醫令申報執行起迄時間資料：每筆獎勵1點。

(1) 醫令項目詳附件8。

(2) 保險特約醫事服務機構向保險人申報之門住診醫療費用中，於醫令清單段申報特定醫令之「執行時間-起」及「執行時間-迄」，每筆獎勵1點。

(3) 資料如經保險人查屬不實，核發之獎勵金將予以追扣。

(四)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」，提升智慧化資訊獎勵項目：

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. 「虛擬健保卡就醫」之居家整合照護及遠距醫療申報案件之獎勵指標詳「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。

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：完成安裝本署「醫療資料傳輸共通介面 API」，並將醫療院所於居家輕量藍牙 APP 產生的民眾就醫資料批次下載至院所端醫療資訊系統(HIS)內。

(1) 獎勵費：每家最高6,000點。

(2) 需完成事項：於111年12月31日前完成安裝本署「醫療資料傳輸共通介面API」及將居家輕量藍牙APP就醫資料介接(寫入)院所端醫療資訊系統(HIS)。

(3) 完成定義：

① 安裝本署「醫療資料傳輸共通介面API」，以本署系統之紀錄為依據。

② 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)，院所檢附相關佐證資料，函至本署為憑。前開函文及佐證資料需於111年12月31日前送達本署。

(4) 獎勵方式：本項預算上限1,200萬元，每家院所給付最高點數為

6,000點，如完成家數大於2,000家，則在本項預算限額下，採浮動點值，全年結算，每點支付金額不高於1元。

4. 「就醫識別碼（健保卡資料上傳格式）」改版獎勵指標：保險特約醫事服務機構配合安裝讀卡機控制軟體（Windows版）5.1.5版本以上、虛擬健保卡醫事機構正式版SDK-v2.4.0以上，並改以「健保卡資料上傳格式2.0」版本，上傳每日就醫紀錄。

一、改版費：每家最高7,000點

(一)基本獎勵：111年12月31日前完成上傳作業，每家4,000點，於111年11月30日前完成者，始能參加「(2)上傳即時性、完整性獎勵」。

(二)額外獎勵：

1. 預檢作業：111年9月30日前完成預檢作業，每家額外獎勵費用1,000點。

2. 上傳作業：111年10月31日前完成，每家額外獎勵費用2,000點。

③ 計算方式：

A. 預檢作業：111年9月30日前以「健保卡資料上傳格式2.0」預檢作業上傳「就醫識別碼」之各項「就醫類別」(*註)需預檢成功至少6件。

B. 上傳作業：111年10月31日前完成「健保卡資料上傳格式2.0」相關軟體建置，並以該格式執行每日之就醫資料上傳成功。

***註：就醫類別**

00-指定就醫之門診	AI-同日同醫師看診（第二次以後）
01-西醫門診	AJ-透析門診療程第二次(含)以後(新增)
02-牙醫門診	AK-急診留觀(1100701起)
03-中醫門診	BA-急診當次轉住院之入院
04-急診	BB-出院
05-住院	BC-急診中、住院中執行項目
06-門診轉診就醫	BD-急診離院
07-門診手術後之回診	BE-職業傷害或職業病之住院
08-住院患者出院之回診	BF-繼續住院依規定分段結清者,切帳申報時(如長期住院60天以上切帳)需登錄一筆BF不須累計就醫序號,並連線即時查保
09-透析門診(新增)	BG-門診當次轉住院之入院
AA-同一療程項目以6次以內治療為限者	
AB-同一療程項目屬"非"6次以內治療為限者	
AC-預防保健	

AD-職業傷害或職業病 門(急)診	CA-其他規定不須累計就醫序號即不扣除就醫次數者
AE-慢性病連續處方箋領藥	DA-門診轉出
AF-藥局調劑	DB-門診手術後需於7日內之1次回診
AG-排程檢查	DC-住院患者出院後需於7日內之1次回診
AH-居家照護 (第二次以後)	EA-床號變更/轉床

二、上傳即時性、完整性獎勵：每家最高7,000點。

① 定義：111年11月30日前完成「健保卡資料上傳格式2.0」上傳成功之額外獎勵。

A. 即時性：每家最高 3,000 點。

B. 完整性：每家最高 4,000 點。

② 計算方式：

A. 資料計算區間：111年12月1日至31日之每日就醫紀錄資料。

B. 即時性與完整性之計算方式詳附件 9。

(五) 結算方式：

1. 網路月租費：

(1) 屬各總額部門之醫事機構，由各該部門「網路頻寬補助費用」專款項目支應，如預算不足時，由其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」項目中支應。

(2) 其他醫事機構，由其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」項目中支應。

2. 獎勵資料上傳項目：由其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」項目中支應，採浮動點值，按季以每點1元暫付，全年結算，每點支付金額不高於1元。

3. 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」，提升智慧化資訊獎勵項目：由其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」項目中支應，採浮動點值，按季以每點1元暫付，全年結算，每點支付金額不高於1元。

(六) 保險人為利特約醫事服務機構查詢及傳送資料，相對應需增加之網路頻寬費用：依政府採購法及相關規定，辦理採購、簽約及核銷程序後覈實支付。

六、本方案由保險人報請主管機關核定後公告實施，並送全民健康保險會備查。屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。

(請注意下列事項：

1. 承接固接網路之醫事服務機構，需向保險人申請參加本方案及向電信公司辦理繳款人變更(繳款人需為該特約醫事服務機構含機構代號)，始支付方案費用。
2. 醫事服務機構需於健保特約在約期間內，始支付方案費用。
3. 線路資料： AT (本欄供電信公司使用)

八、聯絡人姓名： 電話： 傳真：

E-MAIL：

九、特約醫事服務機構及負責人印章：

(請注意下列事項：請勿變更帳單週期，以免影響貴院(所)方案結算權益。

附件 3

特約醫事服務機構之「固接網路」網路月租費上限：依保險人與電信公司合約折扣率計算之頻寬月租費為上限(以 111 年為例)

特約層級別	網路頻寬	網路月租費支付上限
醫學中心	企業型 FTTB 50M	54,561 元
區域醫院	企業型 FTTB 20M	45,201 元
地區醫院	企業型 FTTB 10M	25,857 元
診所及其他醫事服務機構	一般型 FTTB 6M/2M	1,691 元

註1：107年12月31日以前(含)已申請參加本方案企業型或專業型光纖網路頻寬之基層診所及其他醫事服務機構，111年網路月租費支付上限為專業型光纖1M 月租費1,980元。

2．註2：保險人與電信公司合約折扣率計算之頻寬月租費如有調整，將另行通知特約醫事服務機構。

附件 4

特約醫事服務機構之「行動網路」網路月租費：依保險人與電信公司合約之無線網路-MDVPN 4G、5G 優惠月租費率計算之，並依優惠方案所訂之最高收費金額為上限(以 111 年為例)

方案類型	優惠月租費率 (元/月)	最高收費金額 (單位：新台幣元)	方案內容
4G	175	799 元	<ol style="list-style-type: none"> 1. 方案數據服務通信費以「KB」計費，月租費可抵扣1GB。 2. 超過部分之資料通信費以每月實際傳送 KB 數量另計，每 KB 0.00023元。
<u>5G</u>	=	<u>599 元</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>本方案使用既有頻寬，不另收頻寬（1M=500M 元）使用費。</u> 2. <u>本案免收新增組員設定費、組員異動費優惠。</u>

註：保險人與電信公司合約之無線網路-MDVPN 4G、5G 優惠月租費率及最高收費金額如有調整，將另行通知特約醫事服務機構。

獎勵醫事服務機構上傳檢驗（查）結果之項目

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
1	06012C	尿一般檢查（包括蛋白、糖、尿膽元、膽紅素、尿沈渣、比重、顏色、混濁度、白血球酯酶、潛血、酸鹼度及酮體）	1
2	06013C	尿生化檢查（包括蛋白、糖、尿膽元、膽紅素、比重、顏色、混濁度、酸鹼度、白血球酯酶及酮體）	1
3	06505C	懷孕試驗－酵素免疫法	1
4	07009C	糞便一般檢查（包括外觀、蟲卵、潛血反應、硬度、顏色、消化能力、紅、白血球、粘液等）	1
5	08002C	白血球計數	1
6	08003C	血色素檢查	1
7	08004C	血球比容值測定	1
8	08005C	紅血球沈降速度測定	1
9	08006C	血小板計數	1
10	08011C	全套血液檢查 I（八項）	1
11	08013C	白血球分類計數	1
12	08026C	凝血酶原時間 Prothrombin time(一段式)	1
13	08036C	部份凝血活酶時間	1
14	09001C	總膽固醇	1
15	09002C	血中尿素氮	1
16	09004C	三酸甘油脂	1
17	09005C	血液及體液葡萄糖	1
18	09006C	醣化血紅素	1
19	09011C	鈣	1
20	09012C	磷	1
21	09013C	尿酸	1
22	09015C	肌酸酐、血	1
23	09016C	肌酐、尿	1
24	09017C	澱粉酶、血	1
25	09021C	鈉	1
26	09022C	鉀	1
27	09023C	氯	1
28	09025C	血清麩胺酸苯醋酸轉氨基酶	1
29	09026C	血清麩胺酸丙酮酸轉氨基酶	1
30	09027C	鹼性磷酸酶	1
31	09029C	膽紅素總量	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
32	09030C	直接膽紅素	1
33	09031C	麩胺轉酸酶	1
34	09032C	肌酸磷化酶	1
35	09033C	乳酸脫氫酶	1
36	09038C	白蛋白	1
37	09040C	全蛋白	1
38	09041B	血液氣體分析	1
39	09043C	高密度脂蛋白－膽固醇	1
40	09044C	低密度脂蛋白－膽固醇	1
41	09046B	鎂	1
42	09064C	解脂酶	1
43	09071C	肌酸磷酸酶(MB 同功酶)	1
44	09099C	心肌旋轉蛋白 I	1
45	09106C	游離甲狀腺素免疫分析	1
46	09112C	甲狀腺刺激素免疫分析	1
47	11001C	ABO 血型測定檢驗	+
48	11002C	交叉配合試驗	+
49	11003C	RH (D) 型檢驗	+
50	11004C	不規則抗體篩檢	+
51	12007C	α -胎兒蛋白檢驗	1
52	12015C	C 反應性蛋白試驗－免疫比濁法	1
53	12021C	癌胚胎抗原檢驗	1
54	12081C	攝護腺特異抗原 (EIA/LIA 法)	1
55	12111C	微白蛋白 (免疫比濁法)	1
56	12184C	去氧核糖核酸類定量擴增試驗	1
57	12185C	核糖核酸類定量擴增試驗	1
58	12193C	B 型利納利尿胜肽原(B 型利納利尿胜肽)	1
59	12202C	C 型肝炎病毒核酸基因檢測－即時聚合酶連鎖反應法	1
60	13006C	排泄物，滲出物及分泌物之細菌顯微鏡檢查	1
61	13007C	細菌培養鑑定檢查 (包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定，抗酸菌除外)	1
62	13008C	細菌培養鑑定檢查 (包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定，抗酸菌除外)，對同一檢體合併實施一般培養及厭氧性培養時加算二分之一	1
63	13016B	血液培養	1
64	13023C	細菌最低抑制濃度快速試驗	1
65	13025C	抗酸性濃縮抹片染色檢查	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
66	13026C	抗酸菌培養(限同時使用固態培養基及具自動化偵測功能之液態培養系統)	1
67	14032C	B型肝炎表面抗原	1
68	14033C	B型肝炎表面抗體	1
69	14035C	B型肝炎e抗原檢查 HBeAg	1
70	14051C	C型肝炎病毒抗體檢查	1
71	15001C	體液細胞檢查	3
72	17008B	睡眠多項生理檢查	2
73	18001C	心電圖	2
74	18010B	頸動脈聲圖檢查	2
75	18015B	極度踏車運動試驗	2
76	18019C	攜帶式心電圖記錄檢查	2
77	18020B	心導管—一側	2
78	18022B	冠狀動脈攝影	2
79	20001C	腦波檢查睡眠或清醒	2
80	20019B	感覺神經傳導速度測定	2
81	20023B	F波	2
82	25003C	第三級外科病理	3
83	25004C	第四級外科病理	3
84	25006B	冰凍切片檢查	3
85	25012B	免疫組織化學染色(每一抗體)	3
86	25024C	第五級外科病理	3
87	25025C	第六級外科病理	3
88	26025B	壓力與重分佈心肌斷層灌注掃描	2
89	26029B	全身骨骼掃描	2
90	26072B	正子造影-全身	2
91	28002C	鼻咽喉內視鏡檢查	2
92	28023C	肛門鏡檢查	2
93	30022C	特異過敏原免疫檢驗	1
94	33005B	乳房造影術	2
95	33012B	靜脈注射泌尿系統造影術(點滴注射)	2
96	33074B	單純性血管整形術	2
97	33075B	血管阻塞術	2
98	33076B	經皮冠狀動脈擴張術—一條血管	2
99	33077B	經皮冠狀動脈擴張術—二條血管	2
100	08010C	嗜酸性白血球計算	1
101	12031C	免疫球蛋白E	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
102	17003C	流量容積圖形檢查	2
103	17004C	標準肺量測定 (包括 FRC 測定)	2
104	17006C	支氣管擴張劑試驗	2
105	17019C	支氣管激發試驗	2
106	14065C	流行性感冒 A 型病毒抗原	1
107	14066C	流行性感冒 B 型病毒抗原	1
108	18008C	杜卜勒氏血流測定(週邊血管)	2
109	09125C	濾泡刺激素免疫分析	1
110	09126C	黃體化激素免疫分析	1
111	12033B	補體 3—單向免疫擴散法	1
112	12034B	補體 3—免疫比濁法	1
113	12035B	補體 3(活化測定)—單向免疫擴散法	1
114	12036B	補體 3(活化測定)—免疫比濁法	1
115	12037B	補體 4—單向免疫擴散法	1
116	12038B	補體 4—免疫比濁法	1
117	27013B	濾胞刺激素放射免疫分析	1
118	27014B	黃體化激素放射免疫分析	1
119	15017C	婦科細胞檢查	3
120	09042C	攝護腺酸性磷酸酶	1
121	09111C	甲狀腺球蛋白	1
122	12022C	乙型人類絨毛膜促性腺激素	1
123	12052B	β2-微球蛋白	1
124	12072B	淋巴球表面標記-癌症腫瘤檢驗	1
125	12075B	白血球表面標記≤10 種	1
126	12077C	CA-125 腫瘤標記(EIA/LIA 法)	1
127	12078C	CA-153 腫瘤標記(EIA/LIA 法)	1
128	12079C	CA-199 腫瘤標記(EIA/LIA 法)	1
129	12080B	SCC 腫瘤標記(EIA/LIA 法)	1
130	12109B	成人 T 淋巴白血病病毒抗體	1
131	12120B	腫瘤多胜酶抗原	1
132	12163B	第一型人類嗜 T 細胞抗體(定性)	1
133	12182C	去氧核糖核酸類定性擴增試驗	1
134	12183C	核糖核酸類定性擴增試驗	1
135	12186C	染色體轉位基因重組之南方墨點法分析	1
136	12187C	短片段重覆序列多型性分析	1
137	12188C	染色體轉位融合基因之反轉錄聚合酶連鎖反應分析	1
138	12194B	代謝產物串聯質譜儀分析	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
139	12195B	Her-2/neu 原位雜交	3
140	12196B	HLA-B 1502 基因檢測	1
141	12198C	游離攝護腺特異抗原	1
142	12199B	人類組織相容複合物 I 類鏈相關基因 A 抗體篩檢	1
143	12203B	C 型肝炎病毒核酸基因檢測-一般聚合酶連鎖反應法	1
144	12204B	白血球表面標記 11-20 種	1
145	12205B	白血球表面標記 21-30 種	1
146	12206B	白血球表面標記 31 種以上	1
147	12207B	白血病即時定量聚合酶連鎖反應法	1
148	12208B	生長刺激表達基因 2 蛋白(ST2)	1
149	14046B	EB 病毒囊鞘免疫球蛋白 G.M.A.(IFA 法)	1
150	25007B	細胞遺傳學檢查	3
151	25021B	染色體檢查(特殊)	3
152	27010B	絨毛膜促性腺激素-乙亞單體	1
153	27030B	攝護腺酸性磷酸鹽酵素放射免疫分析	1
154	27049C	甲-胎兒蛋白	1
155	27050C	胚胎致癌抗原	1
156	27051B	β -2 微球蛋白	1
157	27052C	攝護腺特異抗原	1
158	27053C	CA-125 腫瘤標記	1
159	27054B	CA-153 腫瘤標記	1
160	27055C	CA-199 腫瘤標記	1
161	27056B	抗-SCC 腫瘤標記	1
162	27059B	甲狀腺球蛋白	1
163	27076B	腫瘤多肽抗原	1
164	27083B	游離攝護腺特異抗原	1
165	30101B	肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變體外診斷醫療器材檢測(IVD)	3
166	06001C	酸鹼度反應	+
167	06003C	尿蛋白	1
168	06005C	尿膽素原	1
169	06006C	尿膽紅素	1
170	06008C	班尼迪克特反應	1
171	06009C	尿沉渣	1
172	06010C	本周氏蛋白試驗	1
173	06011B	乳糜尿之確定	1
174	06014B	酸鹼度(酸鹼儀)	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
175	06015C	亞硝酸鹽檢驗	1
176	06016B	脂肪染色	1
177	06017B	白血球酯酶	1
178	06503B	尿滲透壓檢驗	1
179	06504C	懷孕試驗－乳膠凝集法	1
180	06508B	紫質類檢驗	1
181	06509B	Porphobilinogen 檢驗	1
182	06510C	巴拉刈定性檢驗	1
183	06511C	四次尿糖	1
184	06512B	尿液糞紫質檢驗	1
185	06513B	尿液新陳代謝障礙檢測	1
186	07001C	糞便潛血化學法	1
187	07002C	糞便中膽紅素	1
188	07003C	阿米巴檢驗 (直接法)	1
189	07004C	澱粉質染色	1
190	07005C	中性脂肪染色	1
191	07006C	脂肪酸染色	1
192	07007C	酸鹼值	1
193	07008C	糞便中尿膽素原	1
194	07010B	胰蛋白酶	1
195	07012C	寄生蟲卵－濃縮法	1
196	07013C	寄生蟲卵－計數法	1
197	07015C	還原物質測定	1
198	07017B	APT 檢測試驗	1
199	07018C	糞便白血球檢查	1
200	08001C	紅血球計數	1
201	08007C	血中寄生蟲檢查	1
202	08008C	網狀紅血球計數	1
203	08009C	紅血球形態	1
204	08012C	全套血液檢查II(七項)	1
205	08014C	血液一般檢查 (白血球, 紅血球及血色素)	1
206	08015C	紅斑性狼瘡細胞	1
207	08016C	紅斑性狼瘡因子	1
208	08017B	血清黏度	1
209	08021C	血塊收縮試驗	1
210	08022B	纖維蛋白原測定 (定性)	1
211	08024B	纖維蛋白原測定(免疫比濁法)	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
212	08025B	凝血酶時間	1
213	08027B	骨髓細胞形態判讀	1
214	08028B	胚胎血色素量值	1
215	08029B	H血紅素檢查	1
216	08030C	血紅素電泳	1
217	08031B	紅血球脆性試驗	1
218	08032B	漢姆斯酸性血清試驗	1
219	08033B	自動溶血試驗	1
220	08034B	毛細管抵抗測定	1
221	08035C	血漿凝固時間	1
222	08037B	纖維蛋白降解產物—定性	1
223	08038B	纖維蛋白降解產物—定量	1
224	08039B	半定量血塊收縮試驗	1
225	08040B	變性血色素檢查	1
226	08041B	糖水試驗	1
227	08042C	骨髓鐵染色	1
228	08043C	蘇丹B染色	1
229	08044B	白血球鹼性磷酸酶染色	1
230	08045B	凝塊溶解試驗	1
231	08046B	硫酸魚精蛋白副凝固試驗	1
232	08047B	過氧化酶染色	1
233	08048B	特異性酯酶染色	1
234	08049B	非特異性酯酶染色	1
235	08050B	酸性磷酸酶染色	1
236	08051B	肝糖染色試驗	1
237	08052B	胚胎血色素染色	1
238	08053B	漢斯氏體染色	1
239	08054B	血色素 A2 測定	1
240	08055B	凝血酶原消耗試驗	1
241	08056B	部份凝血激酶取代試驗	1
242	08057B	第二因子測定	1
243	08058B	第五因子測定	1
244	08059B	第七因子測定	1
245	08060B	第八因子測定	1
246	08061B	第九因子測定	1
247	08062B	第十因子測定	1
248	08063B	尿素溶解試驗	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
249	08064B	凝血酶原轉化試驗 (包括測III、VII、X)	1
250	08065B	終端去氧轉化酶染色	1
251	08066B	優球蛋白溶解時間	1
252	08067B	第八因子之抑制因子	1
253	08068B	凝血酶時間矯正試驗	1
254	08069B	血小板凝集試驗	1
255	08071B	細胞化學染色	1
256	08072B	抗凝血 III	1
257	08073B	Isopropanol HR stability test	1
258	08075C	血液滲透壓	1
259	08076B	鋅化原紫質檢查	1
260	08077B	蛋白 C	1
261	08078B	α_2 抗胞漿素	1
262	08079B	D 雙合體試驗	1
263	08080B	第十一因子測定	1
264	08081B	第十二因子測定	1
265	08082C	全套血液檢查 III(五項)	1
266	08083C	平均紅血球血紅素量	1
267	08084C	平均紅血球血紅素濃度	1
268	08085B	血漿黏度	1
269	08086B	全血黏度	1
270	08087B	尿液纖維蛋白原分解物含量	1
271	08088B	混合性凝血酶原時間	1
272	08090B	血漿血色素電泳	1
273	08091B	等電點血色素電泳分析	1
274	08092B	混合性部份凝血活酶時間	1
275	08093B	不穩定性血紅素	1
276	08094B	尿甘酸化物酶染色	1
277	08103B	第九因子之抑制因子	1
278	09018B	粘性蛋白	1
279	09019B	r-球蛋白	1
280	09020C	鐵	1
281	09024C	二氧化碳	1
282	09028C	酸性磷酸酶	1
283	09034B	酚四溴鈉試驗	1
284	09035C	總鐵結合能力	1
285	09036B	腦磷脂膽固醇結合試驗	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
286	09037C	血氨	1
287	09039C	球蛋白	1
288	09047B	銅	1
289	09048B	鋅	1
290	09050B	乳糖	1
291	09051C	葡萄糖六磷酸脫氫酶	1
292	09052B	香莢杏仁酸定量	1
293	09053B	17 酮類固醇類	1
294	09054B	17 氫氧根腎上腺酮	1
295	09055B	尿動情激素	1
296	09057B	胺基左旋醣酸	1
297	09058B	胺基左旋醣酸脫氫酵素	1
298	09060B	丙銅酸	1
299	09061B	肌酸磷化同功酶	1
300	09062B	乳酸脫氫同功酶	1
301	09063B	D型木糖吸收試驗	1
302	09065B	蛋白電泳分析	1
303	09066B	脂蛋白電泳分析	1
304	09067B	鹼性磷酸酯電泳分析	1
305	09068B	澱粉酶電泳分析	1
306	09069B	血清醛縮酶	1
307	09070B	羥基丁酸鹽脫氫酶	1
308	09072B	異枸橼酸去氫酶	1
309	09073B	維生素A定量	1
310	09074B	維生素C定量	1
311	09075B	後腎上腺髓素	1
312	09076B	5-核酸解酶	1
313	09077B	兒茶酚胺測定	1
314	09079C	麝香混濁反應	1
315	09080C	硫酸鋅混濁反應	1
316	09081C	殘餘氯定量	1
317	09082B	蔗糖溶血分析	1
318	09083B	乙醯膽鹼酶	1
319	09084B	β 脂蛋白	1
320	09085C	白胺酸胺酶	1
321	09086C	N-乙醯胺基葡萄糖甘酶	1
322	09087B	甲狀腺素結合容量	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
323	09088B	先天代謝異常有關之酵素定量檢查	1
324	09089B	有機酸定量檢查	1
325	09095B	總脂肪	1
326	09096B	胺基酸定性檢查	1
327	09097B	G6PD 定量	1
328	09100B	尿液蛋白電泳	1
329	09101B	蔗糖確認試驗	1
330	09102B	腺甘脫胺酶	1
331	09103C	胰島素免疫分析	1
332	09104C	胎盤生乳激素免疫分析	1
333	09105C	黃體脂酮免疫分析	1
334	09107C	游離三碘甲狀腺素免疫分析	1
335	09108C	生長激素免疫分析	1
336	09109C	17-氫氧基黃體脂酮免疫分析	1
337	09110B	骨原蛋白免疫分析	1
338	09113C	皮質素免疫分析	1
339	09114B	醛類脂醇酵素免疫分析	1
340	09115B	降血鈣素免疫分析	1
341	09116B	抗利尿激素免疫分析	1
342	09117C	甲狀腺原氨酸免疫分析	1
343	09118B	碳-副甲狀腺素免疫分析	1
344	09119B	促腎上腺皮質素免疫分析	1
345	09120C	催乳激素免疫分析	1
346	09121C	睪丸酯醇免疫分析	1
347	09122C	Intact 副甲狀腺素免疫分析	1
348	09123B	MM-副甲狀腺素免疫分析	1
349	09124B	血漿腎素活性免疫分析	1
350	09127C	二氫基春情素免疫分析	1
351	09128C	C-胜鏈胰島素免疫分析	1
352	09129C	維生素 B12 免疫分析	1
353	09130C	葉酸免疫分析	1
354	09131C	春情素醇酵素免疫分析	1
355	09132B	胃泌激素免疫分析	1
356	09133B	環磷酸腺酞酸免疫分析	1
357	09134C	糞便潛血免疫分析	1
358	09135B	乳酸 — 丙酮酸檢查	1
359	09136B	缺糖型式運鐵蛋白之分析	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
360	09137B	血清酮體定量分析	1
361	09138C	直接及總膽紅素比值	1
362	09139C	醣化白蛋白(GA)	1
363	10001B	銀	1
364	10002B	鋁	1
365	10003B	砷	1
366	10004B	金	1
367	10005B	鎘	1
368	10006B	鈷	1
369	10007B	鉻	1
370	10008B	汞	1
371	10009B	錳	1
372	10010B	鎳	1
373	10011B	鉬	1
374	10012B	鋅(原子吸收光譜法)	1
375	10501C	卡巴馬平	1
376	10502B	二苯妥因	1
377	10503B	甲乙琥珀亞胺	1
378	10504B	滅殺除癌	1
379	10505B	普卡因胺	1
380	10506B	立克菌星	1
381	10507B	乙苯嘧啶二酮	1
382	10508B	水楊酸	1
383	10509B	茶鹼	1
384	10510C	發爾波克	1
385	10511C	長葉毛地黃	1
386	10512B	Amikacin	1
387	10515B	力多卡因	1
388	10516B	奎尼丁	1
389	10517B	Disopyramide	1
390	10518B	健大黴素	1
391	10519B	托不拉黴素	1
392	10520C	鋰鹽	1
393	10521B	Imipramine	1
394	10522B	血中藥物濃度測定 - Cyclosporine-A	1
395	10523B	血中藥物濃度測定-二苯環丙氨	1
396	10524B	血中藥物濃度測定 - Desipramine	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
397	10525B	血中藥物濃度測定 — Phenobarbital (luminal)	1
398	10526B	血中藥物濃度測定 — Diazepam (valium)	1
399	10527B	苯重氮基鹽類濃度(定量)	1
400	10529B	血中藥物濃度測定-普潘奈	1
401	10530B	血中藥物濃度測定 — Dibekacin	1
402	10531B	血中藥物濃度測定 — Vancomycin	1
403	10532B	血中藥物濃度測定-氯黴素	1
404	10533B	血中藥物濃度測定-康絲菌素	1
405	10534B	血中藥物濃度測定 — Nortriptyline	1
406	10535B	血中藥物濃度測定-三環抗鬱劑	1
407	10536B	血中藥物濃度測定-FK-506	1
408	10537C	Sirolimus 全血濃度測定	1
409	10801B	毒物試驗 (定性)	1
410	10802B	巴比妥酸鹽	1
411	10803B	乙醯對氨基酚	1
412	10804B	一氧化碳血紅素	1
413	10805B	氰化物	1
414	10806B	甲醇	1
415	10807B	乙醇	1
416	10808B	高鐵血紅素	1
417	10809B	血中農藥中毒濃度測定	1
418	10810B	安非他命檢測(免疫分析)	1
419	10811B	嗎啡檢測(免疫分析)	1
420	10812B	古柯鹼檢測(免疫分析)	1
421	10813B	大麻檢測(免疫分析)	1
422	10814B	天使塵檢測(免疫分析)	1
423	10815B	有機磷濃度確認分析	1
424	10816B	乙醯膽鹼酶紅血球(定量)	1
425	10817B	乙醇-酒後非駕駛	1
426	10818B	乙醇-酒後駕駛	1
427	10819C	殺鼠藥分析	1
428	11005B	不規則抗體鑑定	1
429	11006B	不規則抗體之沖出及鑑定	1
430	11007B	血小板抗體	1
431	11008B	特殊血型-Lewis antigen	1
432	11009B	特殊血型-D、E、C、e、c	1
433	11010B	特殊血型 — 特殊血型三大群以上	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
434	11011B	輸血反應探測	1
435	11012B	HLA 符合試驗	+
436	12001C	梅毒試驗	1
437	12002B	傷寒凝集試驗	1
438	12003C	抗鏈球菌溶血素 O 效價測定—溶血抑制法	1
439	12004C	抗鏈球菌溶血素 O 效價測定—免疫比濁法	1
440	12005B	鏈球菌激酶試驗	1
441	12006B	布魯氏菌凝集素試驗	1
442	12008B	冷凝集反應	1
443	12009C	類風濕性關節炎因子試驗-乳膠凝集法	1
444	12010C	類風濕性關節炎因子試驗—被動血球凝集法	1
445	12011C	類風濕性關節炎因子試驗—免疫比濁法	1
446	12012B	冷凝球蛋白	1
447	12013C	C 反應性蛋白試驗—乳膠凝集法	1
448	12014C	C 反應性蛋白試驗 — 免疫擴散法	1
449	12016C	砂眼披衣菌抗原—酵素免疫法	1
450	12017B	砂眼披衣菌抗原—螢光法	1
451	12018C	梅毒螺旋體抗體試驗	1
452	12019B	螢光梅毒螺旋體抗體吸附試驗	1
453	12020C	肺炎黴漿菌抗體試驗	1
454	12023B	人體阿米巴體抗體檢驗	1
455	12024B	免疫球蛋白 G—單向免疫擴散法	1
456	12025B	免疫球蛋白 G—免疫比濁法	1
457	12026B	免疫球蛋白 A—單向免疫擴散法	1
458	12027B	免疫球蛋白 A—免疫比濁法	1
459	12028B	免疫球蛋白 M—單向免疫擴散法	1
460	12029B	免疫球蛋白 M—免疫比濁法	1
461	12030B	免疫球蛋白 D	1
462	12032B	補體 1 定量	1
463	12039B	補體-5 定量	1
464	12040B	α 1- 抗胰蛋白酶 — 單向免疫擴散法	1
465	12041B	α 1- 抗胰蛋白酶 — 免疫比濁法	1
466	12042B	α 1- 粘液蛋白 (免疫比濁法)	1
467	12043B	α 2- 巨球蛋白 — 單向免疫擴散法	1
468	12044B	α 2- 巨球蛋白— 免疫比濁法	1
469	12053C	抗核抗體(間接免疫螢光法)	1
470	12056B	粒腺體抗體	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
471	12060C	DNA 抗體	1
472	12064B	可抽出的核抗體測定—Ro/La 抗體	1
473	12066B	基底膜帶抗體	1
474	12067B	細胞間質抗體	1
475	12068C	甲狀腺球蛋白抗體	1
476	12070B	冷凝纖維蛋白原	1
477	12071B	淋巴球表面標記— T細胞及B細胞定量	1
478	12073C	淋巴球表面標記— 感染性疾病檢驗	1
479	12074B	淋巴球表面標記— 免疫性疾病檢驗	1
480	12076B	淋巴球表面標記— 其他疾病	1
481	12086C	人類白血球抗原 — HLA-B27	1
482	12097B	庫姆氏血中多項抗體檢驗 (直接法)	1
483	12098B	庫姆氏血中多項抗體檢驗 (間接法)	1
484	12099B	庫姆氏血中單項 IgG 抗體檢驗	1
485	12100B	庫姆氏血中單項 C3 抗體檢驗	1
486	12126B	肺炎雙球菌抗原(乳膠凝集法)	1
487	12128B	腦膜炎雙球菌抗原(乳膠凝集法)	1
488	12129C	腦脊髓液快速測定	1
489	12130B	沙門氏菌抗原	1
490	12131B	志賀氏菌抗原	1
491	12132B	肺炎披衣菌(TWAR)抗原	1
492	12133B	抗 β 2 糖蛋白 I 抗體	1
493	12134C	甲狀腺過氧化酶抗體	1
494	12135B	抗角質抗體	1
495	12136B	DNA 分析	1
496	12137B	肌肉炎自體抗體組合	1
497	12138B	腎絲球基底膜抗體	1
498	12139B	腦脊髓液新隱形球菌藥物濃度試驗	1
499	12140B	T3+DR+, T3+DR-	1
500	12141B	劉氏 3+8+抗原, 劉氏 3+8-細胞	1
501	12142B	劉氏 2+15+抗原, 劉氏 2+15-細胞	1
502	12143B	抗原依靠性補體細胞毒殺試驗	1
503	12144B	自然毒殺細胞活力試驗	1
504	12145B	直接細胞毒殺試驗	1
505	12146B	免疫球蛋白 G1 量	1
506	12147B	免疫球蛋白 G2 量	1
507	12148B	免疫球蛋白 G3 量	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
508	12149B	免疫球蛋白 G4 量	1
509	12150B	胺基酸定量檢查	1
510	12151C	同半胱胺酸	1
511	12152B	In vitro IgG, A, M synthesis	1
512	12153B	混合淋巴球雙向培養	1
513	12154B	可抽出之核抗體 Jo-1	1
514	12155B	可抽出之核抗體 KI,KU(免疫擴滲分析法)	1
515	12156B	Ribosomal-P 抗體	1
516	12157B	腦脊髓液免疫球蛋白免疫電泳	1
517	12158B	尿液免疫球蛋白免疫電泳	1
518	12159B	尿液免疫固定電泳分析	1
519	12160B	免疫球蛋白 κ/λ	1
520	12161B	白血球介質-2	1
521	12162B	組織壞死因子	1
522	12164B	脂蛋白 a	1
523	12165C	A 群鏈球菌抗原	1
524	12166B	腦膜炎雙球菌抗原	1
525	12167B	組織胞漿菌抗體檢查	1
526	12168B	芽生菌抗體檢查	1
527	12169B	球孢子菌抗體檢查	1
528	12170B	麴菌抗體檢查	1
529	12171B	抗嗜中性球細胞質抗體	1
530	12172C	尿液肺炎球菌抗原	1
531	12173B	可抽出的核抗體測定— Sm/RNP 抗體	1
532	12174B	可抽出的核抗體測定— Scl-70 抗體	1
533	12175B	淋巴球變形反應—抗原刺激	1
534	12176B	人類白血球抗原 — HLA-ABC(單一抗原)	1
535	12177B	人類白血球抗原 — HLA-DR(單一抗原)	1
536	12178C	腎上腺抗體	1
537	12179C	Aspergillus 抗原測定	1
538	12180C	穀醯酸脫梭酶抗體	1
539	12181C	乙醯膽鹼抗體	1
540	12189C	肺炎披衣菌 IgM	1
541	12190C	肺炎披衣菌 IgG	1
542	12191C	尿液退伍軍人菌抗原	1
543	12192C	前降鈣素原	1
544	12197B	血中藥物濃度測定-Everolimus	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
545	12200B	人類白血球群體反應性抗體百分比篩檢試驗	1
546	12201B	抗環瓜氨酸月太抗體	1
547	13002B	阿米巴抗體凝集試驗	1
548	13004B	白喉毒力試驗	1
549	13005B	披衣菌檢查(定性)	1
550	13012C	抗酸菌培養	1
551	13013C	抗酸菌鑑定檢查	1
552	13014B	抗酸菌藥物敏感性試驗—三種藥物以下	1
553	13015C	抗酸菌藥物敏感性試驗—四種藥物以上	1
554	13017C	KOH 顯微鏡檢查	+
555	13019B	試管抗藥性試驗	1
556	13020C	抗生素敏感性試驗(MIC 法) 一菌種【抗微生物藥劑最低抑菌濃度 MIC】	1
557	13021B	抗生素敏感性試驗(MIC 法) 二菌種【抗微生物藥劑最低抑菌濃度 MIC】	1
558	13022B	抗生素敏感性試驗(MIC 法) 三菌種以上【抗微生物藥劑最低抑菌濃度 MIC】	1
559	13024C	結核菌檢驗	1
560	13028B	困難梭狀桿菌抗原快速檢驗(GDH)	1
561	13029B	困難梭狀桿菌毒素 A、B 快速檢驗(Toxin A/B)	1
562	14001B	病毒分離及鑑定	1
563	14002B	腺病毒補體結合抗體	1
564	14003B	巨大細胞病毒抗體 補體結合法	1
565	14004B	巨大細胞病毒抗體 酵素免疫法	1
566	14005C	單純疱疹病毒 I II 補體結合抗體(各項)	1
567	14006B	麻疹病毒抗原	1
568	14007B	麻疹病毒 IgM 抗體	1
569	14008B	麻疹病毒補體結合抗體	1
570	14009C	腮腺炎病毒補體結合抗體	1
571	14010B	呼吸道融合病毒抗原	1
572	14011B	呼吸道融合病毒補體結合抗體	1
573	14012B	水痘帶狀疱疹病毒補體結合抗體	1
574	14013B	水痘帶狀疱疹病毒 IgM 抗體	1
575	14014B	肺炎漿胞菌補體結合抗體	1
576	14015B	副流行性感冒病毒 1 型抗原	1
577	14016B	副流行性感冒病毒 2 型抗原	1
578	14017B	副流行性感冒病毒 1 型補體結合抗體	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
579	14018B	副流行性感冒病毒 2 型補體結合抗體	1
580	14019B	副流行性感冒病毒 3 型補體結合抗體	1
581	14020B	流行性感冒 A 型病毒補體結合抗體	1
582	14021B	流行性感冒 B 型病毒補體結合抗體	1
583	14022B	日本腦炎病毒補體結合抗體	1
584	14023B	柯沙奇 B 型病毒抗體(每項)	1
585	14024B	柯沙奇 B 型病毒補體結合抗體(B1-B6)	1
586	14025C	腸內病毒 70 抗體	1
587	14026C	輪狀病毒抗原	1
588	14027C	輪狀病毒抗體	1
589	14028B	呼腸弧病毒抗體	1
590	14029B	小兒麻痺病毒第 1.2.3 型抗體各項	1
591	14030C	B 型肝炎表面抗原	1
592	14031C	B 型肝炎表面抗原	1
593	14034C	B 型肝炎 e 抗原檢查 HBeAg—RPHA 法	1
594	14036C	B 型肝炎 E 抗體檢查	1
595	14037C	B 型肝炎核心抗體檢查	1
596	14038C	B 型肝炎核心抗體免疫球蛋白 M 檢查 (EIA/LIA 法)	1
597	14039C	A 型肝炎抗體免疫球蛋白 M 檢查 (EIA/LIA 法)	1
598	14040C	A 型肝炎抗體	1
599	14041B	D 型肝炎抗體檢查	1
600	14042B	弓漿蟲 IgG 抗體	1
601	14043B	德國麻疹血球凝集抗體效價 (H I 法)	1
602	14047B	EB 病毒核抗原抗體	1
603	14048B	巨細胞病毒核抗原抗體	1
604	14052B	單純疱疹病毒 IgM 抗體	1
605	14053B	單純疱疹病毒-1 或-2 抗原	1
606	14054B	腮腺炎病毒 IgM 抗體	1
607	14056B	腸病毒 71 型-IgM 抗體快速檢驗試驗	1
608	14058C	呼吸融合細胞病毒試驗	1
609	14059B	巨細胞病毒抗原檢查	1
610	16002C	腹水分析	1
611	16003C	胸水分析	1
612	16004C	胃液分析	1
613	16006C	腦脊髓液分析	1
614	16008C	關節囊液分析--常規檢查	1
615	16013C	關節囊液分析--偏光鏡檢查	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
616	27005B	游離甲狀腺素指數分析	1
617	27009B	胎盤生乳激素放射免疫分析	1
618	27012B	春情素醇放射免疫分析	1
619	27015C	胰島素放射免疫分析	1
620	27016B	胃泌激素放射免疫分析	1
621	27017B	鐵蛋白放射免疫分析	1
622	27018B	A型肝炎放射免疫分析	1
623	27019B	二氫基春情素放射免疫分析	1
624	27020B	黃體脂酮放射免疫分析	1
625	27022B	C-胜鍊胰島素放射免疫分析	1
626	27024B	碳一端副甲狀腺素放射免疫分析	1
627	27025B	MM-副甲狀腺素放射免疫分析	1
628	27026B	Intact 副甲狀腺素放射免疫分析	1
629	27028B	維生素 B12 放射免疫分析	1
630	27029B	葉酸放射免疫分析	1
631	27033C	B型肝炎表面抗原放射免疫分析	1
632	27034B	B型肝炎表面抗體放射免疫分析	1
633	27035B	B型肝炎 e 抗原放射免疫分析	1
634	27036B	B型肝炎 e 抗體放射免疫分析	1
635	27037B	B型肝炎核心抗體放射免疫分析	1
636	27040B	A型肝炎免疫球蛋白M放射免疫分析	1
637	27043B	普卡因醯胺放射免疫分析	1
638	27058B	甲狀腺球蛋白抗體	1
639	27063B	脂蛋白酶元 B 分析	1
640	27064B	脂蛋白酶元 A1 分析	1
641	30102B	肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變實驗室自行研發檢測(LDT)	3
642	30103B	PD-L1 免疫組織化學染色	3
643	30104B	All-RAS 基因突變分析	3

註 1：報告類別代碼說明：1：檢體檢驗報告；2：影像報告；3：病理報告。

註 2：報告類別代碼「1」屬於「非報告型資料」；報告類別代碼「2」及「3」屬於「報告型資料」。

獎勵醫事服務機構上傳醫療檢查影像及影像報告之項目

附件 5-1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別	每筆醫令獎勵金額(點)
1	33070B	電腦斷層造影－無造影劑	2	15
2	33071B	電腦斷層造影－有造影劑	2	15
3	33072B	電腦斷層造影－有/無造影劑	2	15
4	33084B	磁共振造影－無造影劑	2	15
5	33085B	磁共振造影－有造影劑	2	15
6	34004C	齒顎全景 X 光片攝影	無報告有影像	2
7	28016C	上消化道泛內視鏡檢查	2	7
8	28017C	大腸鏡檢查	2	7
9	18005C	超音波心臟圖（應包含醫令代碼 18006C（杜卜勒氏超音波心臟圖）或 18007C（杜卜勒氏彩色心臟血流圖）之影像報告）	2	7
10	18006C	杜卜勒氏超音波心臟圖	2	7
11	18007C	杜卜勒氏彩色心臟血流圖	2	7
12	18033B	經食道超音波心圖	2	7
13	18041B	周邊動靜脈血管超音波檢查	2	7
14	19001C	腹部超音波	2	7
15	19002B	術中超音波	2	7
16	19003C	婦科超音波	2	7
17	19005C	其他超音波	2	7
18	19007C	超音波導引(為組織切片，抽吸、注射等)	2	7
19	19009C	腹部超音波，追蹤性	2	7
20	19010C	產科超音波	2	7
21	19012C	頭頸部軟組織超音波	2	7
22	19014C	乳房超音波	2	7
23	19015C	男性外生殖器官超音波	2	7
24	19016C	四肢超音波	2	7
25	19017C	經尿道(直腸)超音波檢查	2	7
26	19018C	嬰幼兒腦部超音波	2	7
27	20013C	頸動脈超音波檢查	2	7
28	20026B	穿顱都卜勒超音波檢查	2	7
29	21008C	膀胱掃描	2	7
30	23504C	超音波檢查(B 掃瞄)	2	7
31	23506C	微細超音波檢查	無報告有影像	2

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別	每筆醫令獎勵金額(點)
32	32001C	胸腔檢查 (包括各種角度部位之胸腔檢查)	2	7
33	32002C	胸腔檢查 (包括各種角度部位之胸腔檢查)	2	7
34	32006C	腎臟、輸尿管、膀胱檢查	2	7
35	32007C	腹部檢查 (包括各種姿勢之腹部檢查)	2	7
36	32008C	腹部檢查 (包括各種姿勢之腹部檢查)	2	7
37	01271C	環口全景 X 光初診診察	無報告有影像	2
38	32009C	頭顱檢查 (包括各種角度部位之頭顱檢查)	2	7
39	32010C	頭顱檢查 (包括各種角度部位之頭顱檢查)	2	7
40	32011C	脊椎檢查 (包括各種角度部位之頸椎、胸椎、腰椎、薦椎、尾骨及薦髂關節等之檢查)	2	7
41	32012C	脊椎檢查 (包括各種角度部位之頸椎、胸椎、腰椎、薦椎、尾骨及薦髂關節等之檢查)	2	7
42	32013C	肩部骨頭及關節檢查 (包括各種角度與部位之檢查)	2	7
43	32014C	肩部骨頭及關節檢查 (包括各種角度與部位之檢查)	2	7
44	32015C	上肢骨各處骨頭及關節檢查 (包括各種角度與部位之檢查)	2	7
45	32016C	上肢骨各處骨頭及關節檢查 (包括各種角度與部位之檢查)	2	7
46	32017C	下肢骨各處骨頭及關節檢查 (包括各種角度與部位之檢查)	2	7
47	32018C	下肢骨各處骨頭及關節檢查 (包括各種角度與部位之檢查)	2	7
48	32022C	骨盆及髖關節檢查 (包括各種角度與部位之檢查)	2	7
49	32023C	骨盆及髖關節檢查 (包括各種角度與部位之檢查)	2	7
50	01272C	年度初診 X 光檢查	無報告有影像	2
51	01273C	高齶齒罹患率族群年度初診 X 光片檢查	無報告有影像	2
52	00315C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之環口全景 X 光初診診察	無報告有影像	2
53	00316C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之年度初診 X 光檢查	無報告有影像	2
54	00317C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之高齶齒罹患率族群年度初診 X 光片檢查	無報告有影像	2
55	34006B	顳顎關節 X 光攝影 (單側)	無報告有影像	2
56	34005B	測顱 X 光攝影	無報告有影像	2

註 1：醫令代碼 34004C(齒顎全景 X 光片攝影)、01271C(環口全景 X 光初診診察)、23506C(微細超音波檢查)、01272C(年度初診 X 光檢查)、01273C(高齲齒罹患率族群年度初診 X 光片檢查)、00315C(符合牙醫門診加強感染管制實施方案之環口全景 X 光初診診察)、00316C(符合牙醫門診加強感染管制實施方案之年度初診 X 光檢查)、00317C(符合牙醫門診加強感染管制實施方案之高齲齒罹患率族群年度初診 X 光片檢查)、34006B(顳顎關節 X 光攝影(單側))及 34005B(測顳 X 光攝影)因無報告，故僅須上傳醫療檢查影像，每筆醫令獎勵 2 點。

註 2：醫令代碼 18006C (杜卜勒氏超音波心臟圖) 或 18007C (杜卜勒氏彩色心臟血流圖) 之影像報告併入醫令代碼 18005C 之影像報告，故醫令代碼 18006C (杜卜勒氏超音波心臟圖) 或 18007C (杜卜勒氏彩色心臟血流圖) 無須再單獨上傳醫療檢查影像報告。

附件 6

獎勵醫事服務機構上傳人工關節植入物之項目

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
1	64164B	全膝關節置換術	4
2	64169B	部份關節置換術併整形術只置換股骨髁或脛骨高丘或半膝關節或只換髁骨	4
3	64202B	人工全膝關節再置換	4
4	64162B	全股關節置換術	4
5	64170B	部份關節置換術併整型術—只置換髁白或股骨或半股關節或半肩關節（半肩關節不納入收載）	4
6	64258B	人工半髖關節再置換術	4
7	64201B	人工全髖關節再置換	4

獎勵居家訪視健保卡登錄暨上傳資料之醫令項目

項次	醫令代碼	中文名稱
1	05301C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第一類(在合理量內)1.在宅
2	05302C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群第一類(在合理量內)1.在宅
3	05303C	護理訪視費(次)-資源耗用群島為第二類(在合理量內)1.在宅
4	05304C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第二類(在合理量內)1.在宅
5	05305C	護理訪視費(次)-資源耗用群第三類(在合理量內)1.在宅
6	05306C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第三類(在合理量內)1.在宅
7	05307C	醫師訪視費(次)1.在宅
8	05308C	山地離島地區醫師訪視費(次)1.在宅
9	05309C	醫師訪視費(次)1.在宅—醫師應同一承辦居家照護業務機構之請，當日訪視個案數在五個以上者，自第五個個案起其訪視費依本項申報
10	05310C	山地離島地區醫師訪視費(次)1.在宅—醫師應同一承辦居家照護業務機構之請當日個案在五個以上者，自第五個個案起其訪視費依本項申報
11	05321C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(在合理量內)1.在宅
12	05322C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(在合理量內)1.在宅
13	05328C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第一類(超出合理量)1.在宅
14	05329C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群第一類(超出合理量)1.在宅
15	05330C	護理訪視費(次)-資源耗用群島為第二類(超出合理量)1.在宅
16	05331C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第二類(超出合理量)1.在宅
17	05332C	護理訪視費(次)-資源耗用群第三類(超出合理量)1.在宅
18	05333C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第三類(超出合理量)1.在宅
19	05334C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(超出合理量)1.在宅
20	05335C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(超出合理量)1.在宅
21	05342C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第一類(在合理量內)2.機構
22	05343C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群第一類(在合理量內)2.機構
23	05344C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第一類(超出合理量)2.機構
24	05345C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群第一類(超出合理量)2.機構
25	05346C	護理訪視費(次)-資源耗用群島為第二類(在合理量內)2.機構
26	05347C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第二類(在合理量內)2.機構
27	05348C	護理訪視費(次)-資源耗用群島為第二類(超出合理量)2.機構
28	05349C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第二類(超出合理量)2.機構
29	05350C	護理訪視費(次)-資源耗用群第三類(在合理量內)2.機構
30	05351C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第三類(在合理量內)2.機構
31	05352C	護理訪視費(次)-資源耗用群第三類(超出合理量)2.機構

項次	醫令代碼	中文名稱
32	05353C	護理訪視費(次)-資源耗用群第三類(超出合理量)2.機構
33	05354C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(在合理量內)2.機構
34	05355C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(在合理量內)2.機構
35	05356C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(超出合理量)2.機構
36	05357C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(超出合理量)2.機構
37	05358C	醫師訪視費(次)2.機構
38	05359C	山地離島地區醫師訪視費(次)2.機構
39	05360C	醫師訪視費(次)2.機構—醫師應同一承辦居家照護業務機構之請，當日訪視個案數在五個以上者，自第五個個案起其訪視費依本項申報
40	05361C	山地離島地區醫師訪視費(次)2.機構—醫師應同一承辦居家照護業務機構之請當日個案在五個以上者，自第五個個案起其訪視費依本項申報
41	05404C	居家治療醫師診治費(次)
42	05405C	居家治療醫師診治費-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。
43	05406C	居家治療其他專業人員處置費(次)
44	05312C	甲類醫師訪視費用(次)-在宅
45	05362C	甲類醫師訪視費用(次)-機構
46	05323C	甲類醫師訪視費用-山地離島地區(次)-在宅
47	05363C	甲類醫師訪視費用-山地離島地區(次)-機構
48	05336C	乙類醫師訪視費用(次)-在宅
49	05364C	乙類醫師訪視費用(次)-機構
50	05337C	乙類醫師訪視費用山地離島地區(次)-在宅
51	05365C	乙類醫師訪視費用山地離島地區(次)-機構
52	05313C	甲類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間1小時以內(≤1小時)
53	05366C	甲類護理訪視費(次)-機構:訪視時間1小時以內(≤1小時)
54	05324C	甲類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間1小時以內(≤1小時)-山地離島地區
55	05367C	甲類護理訪視費(次)-機構:訪視時間1小時以內(≤1小時)-山地離島地區
56	05338C	乙類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間1小時以內(≤1小時)
57	05368C	乙類護理訪視費(次)-機構:訪視時間1小時以內(≤1小時)
58	05339C	乙類護理訪視費山地離島地區(次)-在宅:訪視時間1小時以內(≤1小時)
59	05369C	乙類護理訪視費山地離島地區(次)-機構:訪視時間1小時以內(≤1小時)
60	05314C	甲類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間1小時以上(>1小時)

項次	醫令代碼	中文名稱
61	05370C	甲類護理訪視費(次)-機構:訪視時間 1 小時以上(>1 小時)
62	05325C	甲類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間 1 小時以上(>1 小時)-山地離島地區
63	05371C	甲類護理訪視費(次)-機構:訪視時間 1 小時以上(>1 小時)-山地離島地區
64	05340C	乙類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間 1 小時以上(>1 小時)
65	05372C	乙類護理訪視費(次)-機構:訪視時間 1 小時以上(>1 小時)
66	05341C	乙類護理訪視費山地離島地區(次)-在宅:訪視時間 1 小時以上(>1 小時)
67	05373C	乙類護理訪視費山地離島地區(次)-機構:訪視時間 1 小時以上(>1 小時)
68	05326C	臨終病患訪視費
69	05327C	臨終病患訪視費山地離島地區
70	05315C	其他專業人員處置費(次)-在宅:目前僅限於社會工作人員或心理師
71	05374C	其他專業人員處置費(次)-機構:目前僅限於社會工作人員或心理師
72	P5401C	呼吸治療人員訪視費—非侵襲性呼吸器依賴患者-使用鼻導管(nasal prong)或面罩等 呼吸治療人員訪視費(次)
73	P5402C	呼吸治療人員訪視費—非侵襲性呼吸器依賴患者-使用鼻導管(nasal prong)或面罩等 山地離島地區呼吸治療人員訪視費(次)
74	P5403C	呼吸治療人員訪視費—侵襲性呼吸器依賴患者-使用氣切管或氣管內管插管等 呼吸治療人員訪視費(次)
75	P5404C	呼吸治療人員訪視費—侵襲性呼吸器依賴患者-使用氣切管或氣管內管插管等 山地離島地區呼吸治療人員訪視費(次)
76	P5405C	山地離島地區其他專業人員處置費(次):限社會工作人員或心理師
77	05303CA	呼吸治療人員訪視費
78	P4101C	藥事居家照護費
79	P4102C	偏遠地區藥事居家照護費
80	P30005	到宅牙醫服務(每乙案)論次費用
81	P30006	牙醫特殊醫療服務計畫到宅訪視費

附件 8

獎勵醫事服務機構申報特定醫令執行起迄時間資料之項目

項次	醫令代碼	中文名稱
1	18005C	超音波心臟圖(包括單面、雙面)
2	18006C	杜卜勒氏超音波心臟圖
3	18033B	經食道超音波心圖
4	18037B	胎兒、臍帶、或孕期子宮動脈杜卜勒超音波
5	18038B	骨盆腔杜卜勒超音波
6	18041B	周邊動靜脈血管超音波檢查
7	18043B	冠狀動脈血管內超音波
8	18044B	負荷式心臟超音波心臟圖
9	19001C	腹部超音波
10	19002B	術中超音波
11	19003C	婦科超音波
12	19004C	鼻竇超音波檢查
13	19005C	其他超音波
14	19007C	超音波導引(為組織切片，抽吸、注射等)
15	19008B	超音波導引下肝內藥物注入治療
16	19009C	腹部超音波，追蹤性
17	19010C	產科超音波
18	19011C	高危險妊娠胎兒生理評估
19	19012C	頭頸部軟組織超音波(如甲狀腺 thyroid、副甲狀腺 parathyroid、腮腺 parotid)
20	19014C	乳房超音波
21	19015C	男性外生殖器官超音波
22	19016C	四肢超音波
23	19017C	經尿道(直腸)超音波檢查
24	19018C	嬰兒腦部超音波
25	20013C	頸動脈超音波檢查
26	20026B	穿顱都卜勒超音波檢查(顱內血管超音波檢查)
27	23503C	超音波檢查(A 掃瞄)
28	23504C	超音波檢查(B 掃瞄)
29	23506C	微細超音波檢查
30	28029C	內視鏡超音波
31	28040B	支氣管內視鏡超音波
32	28041B	支氣管內視鏡超音波導引縱膈淋巴節定位切片術
33	28042B	支氣管內視鏡超音波導引週邊肺組織採檢切片術
34	28043B	電子式內視鏡超音波
35	28044B	細徑(迷你)探頭式內視鏡超音波
36	28016C	上消化道泛內視鏡檢查

➤ **即時性：每家最高 3,000 點**

1. 屬於就醫類別範圍A(註*)，成功上傳比率 $\geq 80\%$ 。(獎勵 2,000 點)
 分子：成功上傳就醫類別範圍A資料之上傳時間-就醫日期時間。
 分母：成功上傳就醫類別範圍A之總件數。
2. 屬於就醫類別範圍B(註*)，成功上傳比率 $\geq 80\%$ 。(獎勵 2,000 點)
 分子：成功上傳就醫類別範圍B資料之上傳時間-就醫日期時間
 分母：成功上傳就醫類別範圍B之總件數。
3. 屬於就醫類別範圍C(註*)，成功上傳比率 $\geq 80\%$ 。(獎勵 1,000 點)
 分子：成功上傳就醫類別範圍C資料之上傳時間為當日 23：59 前。
 分母：成功上傳就醫類別範圍C之總件數。

➤ **完整性：每家最高 4,000 點**

1. 急診資料上傳完整性：每家 2,000 點

定義：急診進出資料上傳完整性之比率：就醫類別為【04-急診】時，AK-急診留觀、BD_急診離院、BA-急診轉住院及BE-職業傷害或職業病之住院上傳比率 $\geq 80\%$ 。

◇ 分子：就醫類別【AK-急診留觀】、【BD-急診離院】、【BA-急診轉住院】及【BE-職業傷害或職業病之住院】，其【原就醫識別碼(M16)】欄位資料，為就醫類別【04-急診】之【就醫識別碼(M15)】欄位資料件數加總。

◇ 分母：就醫類別為【04-急診】之總件數。

2. 病床資料上傳完整性：每家 2,000 點

定義：申報之病床號資料比對就醫類別範圍C(註*)及就醫類別AJ之上傳之【病床號(M50)】欄位資料，比對正確資料比率 $\geq 80\%$ 。

◇ 分子：就醫類別範圍C之上傳之【病床號(M50)】欄位資料比對申報資料正確件數。

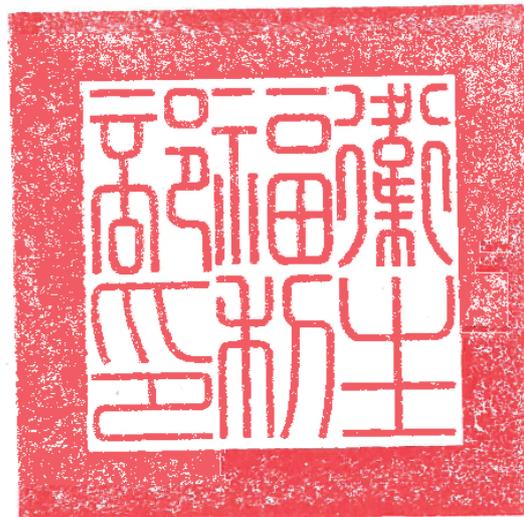
◇ 分母：醫療費用申報病床號資料件數

*註

就醫類別範圍 A(非醫院 ≤ 1 小時；醫院 ≤ 6 小時)	就醫類別範圍 B(非醫院 ≤ 4 小時；醫院 ≤ 6 小時)	就醫類別範圍 C(當日 23:59)
01-西醫門診 04-急診 06-門診轉診就醫 07-門診手術後之回診 08-住院患者出院之回診 <u>09-透析門診</u> BD-急診離院 BA-急診當次轉住院之入院 AE-慢性病連續處方箋領藥 AF-藥局調劑 AI-同日同醫師看診(第二次以後)	02-牙醫門診 03-中醫門診 AA-同一療程項目以 6 次以內治療為限者 AB-同一療程項目屬"非"6 次以內治療為限者 <u>AJ-透析門診療程第二次(含)以後</u>	05-住院 AK-急診留觀 BB-出院 BE-職業傷害或職業病之住院 BF-繼續住院依規定分段結清者 BG-門診當次轉住院之入院 DC-住院患者出院後需於 7 日內之 1 次回診 EA-床號變更/轉床

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

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。

(四)支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費：全年經費 290 百萬元。

(五)支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款項目不足之經費：

- 1.全年經費 1,900 百萬元。

- 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新科技等之財源之一。

(六)推動促進醫療體系整合計畫：

- 1.全年經費 450 百萬元。
- 2.持續辦理「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「急性後期整合照護計畫」、「跨層級醫院合作計畫」及「遠距醫療會診」，請中央健康保險署檢討執行情形及辦理方式，以提升執行成效。
- 3.因應新興傳染性疾病，請中央健康保險署儘速研議遠距醫療會診執行及管理策略，並審慎規劃及執行急重症轉診網絡之遠距會診醫療服務。

(七)調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費：

- 1.全年經費 1,000 百萬元。
- 2.經費之支用，依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理。

(八)提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用：

- 1.全年經費 1,500 百萬元。
- 2.四部門總額「網路頻寬補助費用」專款項目經費如有不足，由本項預算剩餘款支應。
- 3.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。
- 4.新增提升院所智慧化資訊機制：

執行目標：提升檢驗所(與西醫基層診所合併計算)資料上傳率達 50%。

預期效益之評估指標：西醫基層於 20 類檢查(驗)同病人 28 天內再檢查率，較 108 年下降 10%。

(九)提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫：

- 1.全年經費 1,653.8 百萬元。
- 2.請中央健康保險署持續檢討本計畫醫療利用情形，並加強執行面監督。

(十)腎臟病照護及病人衛教計畫：

- 1.全年經費 450 百萬元。
- 2.持續推動初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案、慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫。
- 3.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)積極提升初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率。
 - (2)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。

(十一)提升保險服務成效：

- 1.全年經費 600 百萬元。
- 2.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)精進提升保險服務成效之評估指標，以反映實施成效及節流效益。
 - (2)於協商 112 年度總額前檢討實施成效，及預算編列之妥適性，提出節流效益並納入該年度總額預算財

源。

(3)請於 111 年 7 月底前提出成效評估報告。

(十二)提升用藥品質之藥事照護計畫：

1.全年經費 30 百萬元。

2.執行目標：年度預計服務達 3 萬人次。

預期效益之評估指標：收案保險對象使用藥品品項數，較照護前(108 年)下降 10%。

表 5 111 年度其他預算協定項目表

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
其他預算(全年計畫經費)			<ol style="list-style-type: none"> 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。 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；實施成效並納入下年度總額協商考量。
基層總額轉診型態調整費用	800.0	-200.0	<ol style="list-style-type: none"> 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)」。 請中央健康保險署辦理下列事項： <ol style="list-style-type: none"> 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。 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)。 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。
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	605.4	-50.0	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。
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	7,300.0	756.0	<ol style="list-style-type: none"> 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。 請中央健康保險署辦理下列事項： <ol style="list-style-type: none"> 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

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			<p>於健保政策下之定位。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p>
支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費	290.0	0.0	
支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款項目不足之經費	1,900.0	-950.0	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新科技等之財源之一。
推動促進醫療體系整合計畫	450.0	50.0	<p>1.持續辦理「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「急性後期整合照護計畫」、「跨層級醫院合作計畫」及「遠距醫療會診」，請中央健康保險署檢討執行情形及辦理方式，以提升執行成效。</p> <p>2.因應新興傳染性疾病，請中央健康保險署儘速研議遠距醫療會診執行及管理策略，並審慎規劃及執行急重症轉診網絡之遠距會診醫療服務。</p>
調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費	1,000.0	0.0	經費之支用，依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理。

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
提升院所智慧化資訊機制(111年新增項目)、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用	1,500.0	520.0	<p>1.四部門總額「網路頻寬補助費用」專款項目經費如有不足，由本項預算剩餘款支應。</p> <p>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月底前提交全民健康保險會報告。</p> <p>3.新增提升院所智慧化資訊機制： 執行目標：提升檢驗所(與西醫基層診所合併計算)資料上傳率達50%。 預期效益之評估指標：西醫基層於20類檢查(驗)同病人28天內再檢查率，較108年下降10%。</p>
提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	1,653.8	0.0	請中央健康保險署持續檢討本計畫醫療利用情形，並加強執行面監督。
腎臟病照護及病人衛教計畫	450.0	0.0	<p>1.持續推動初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案、慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)積極提升初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率。 (2)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。</p>
提升保險服務成效	600.0	300.0	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>1.精進提升保險服務成效之評估指標，以反映實施成效及節流效益。</p> <p>2.於協商112年度總額前檢討實施成效，及預算編列之妥適性，提出節流</p>

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			效益並納入該年度總額預算財源。 3.請於111年7月底前提出成效評估報告。
提升用藥品質之藥事照護計畫	30.0	0.0	執行目標：年度預計服務達3萬人次。 預期效益之評估指標：收案保險對象使用藥品品項數，較照護前(108年)下降10%。
總計	16,579.2	426.0	

修訂「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）」溝通會議會議紀錄

時間：111 年 2 月 24 日（四）上午 10 時

地點：本署 9 樓第 2 會議室

主席：李伯璋署長

紀錄：陳逸嫻

出席人員：(職稱略)

中華民國醫師公會全國聯合會

黃啟嘉、黃佩宜

中華民國中醫師公會全國聯合會

陳博淵、黃澤宏、施丞修

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

林敬修、施奕含

台灣醫院協會

林佩菽、吳心華

台灣醫學中心協會

許雅淇、莊又丞

中華民國區域醫院協會

申斯靜

台灣社區醫院協會

葉蓮瑛、周貝珊

本署署長室

黃珮珊、洪佳蘭

本署資訊組

吳淑慧、黃淑玲、黃俊欽、

翁慧萍

本署醫務管理組

張禹斌、黃兆杰、林右鈞、

鍾欣穎、黃奕瑄、陳世卿、

林育慈、林窩煥、張雅惠

壹、主席致詞：略

貳、提案討論

一、新增居家輕量藍牙 APP 就醫資料介接(寫入)院所端醫療資訊 系統(HIS)獎勵費

(一) 討論重點：

1. 健保署提供本項獎勵可以讓醫界更有動力，強化居家醫療服務，經瞭解本項資訊介接費用約介於 5,000 元至 6,000 元，本次規劃獎勵費 3,000 點/家，似有不足。

2. 在預算經費有限下，建議健保署可研擬下列意見之可行性：

- (1) 本項獎勵費原規劃 3,000 點/家，以 110 年 12 月底參加居家醫療照護整合計畫家數 3,047 家，推估獎勵費用約 900 萬，建議本項在預算可支應下，調高支付點數，上限為 6,000 點/家，並匡列預

算，以年度方式結算，若超過匡列預算，則採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於 1 元。

(2) 設定獎勵指標，以完成時間及家數為基準，依完成時間給予不同獎勵費用，以鼓勵院所積極參與並完成本項資訊改版作業，若獎勵效果良好，亦可做為爭取明年預算之依據。

(二) 結論：本署將依醫界建議研議調整獎勵內容，並提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。

二、「就醫識別碼（健保卡資料上傳格式）」改版獎勵指標

(一) 討論重點：

1. 健保署因屢次發生保險對象持處方箋(彩色列印)至多個藥局重複調劑及無簡單明確鍵值可對應處方資訊、檢驗(查)、影像資料 致雲端醫療資訊呈現錯誤資料，所以規劃就醫類別範圍 A(附件)之健保卡資料需在一小時內上傳，惟醫療院所實務面操作會有相當難度，尤其是醫院層級，爰建議如下：

(1) 醫學中心門診診次多，診次結束時間亦不相同，亦常會在門診結束後補正就診資料，又因傳輸資料量大，避免資訊負荷過載，爰多於離峰時段採批次（一次性）上傳資料，若需配合本項獎勵指標規定之時效內上傳，醫院上傳資料之頻率將增加，再加上原本例行的資料上傳，除對頻寬承載量將造成負載，恐致造成醫療院所之行政作業負擔。

(2) 如為避免保險對象使用彩色列印處方箋重複調劑，建議可考量子保險對象相對責任，如重複領藥，第二次應改為自費等，如此資料就可不需即時上傳。

(3) 因醫院健保卡上傳資料量大，補正資料亦多，爰建議本方案健保卡資料即時性之上傳獎勵時間，醫院和西醫基層分別訂定，醫院層級健保卡上傳即時性獎勵時間建議改為 6 小時內上傳即可給予獎勵費用。

(二) 結論：醫院層級健保卡上傳即時性獎勵時間改為 6 小時內上傳即可給予獎勵費用，其餘不變，並將提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。

就醫識別碼（健保卡資料上傳格式）改版獎勵指標

保險特約醫事服務機構配合安裝讀卡機控制軟體（Windows 版）5.1.5 版本以上、虛擬健保卡醫事機構正式版SDK-v2.4.0 以上，並改以「健保卡資料上傳格式 2.0」版本，上傳每日就醫紀錄。

一、改版費：每家最高7,000點

(一) 基本獎勵：111年12月31日前完成上傳作業，每家4,000點，於111年11月30日前完成者，始能參加「(2)上傳即時性、完整性獎勵」。

(二) 額外獎勵：

1. 預檢作業：111年9月30日前完成預檢作業，每家額外獎勵費用1,000點。

2. 上傳作業：111年10月31日前完成，每家額外獎勵費用2,000點。

二、計算方式：

(一) 預檢作業：111年9月30日前以「健保卡資料上傳格式2.0」預檢作業上傳「就醫識別碼」之各項「就醫類別」(*註)需預檢成功至少6件。

(二) 上傳作業：111年10月31日前完成「健保卡資料上傳格式2.0」相關軟體建置，並以該格式執行每日之就醫料上傳成功。

*註：就醫類別

00-指定就醫之門診	AI-同日同醫師看診（第二次以後）
01-西醫門診	AJ-透析門診療程第二次(含)以後(新增)
02-牙醫門診	AK-急診留觀(1100701起)
03-中醫門診	BA-急診當次轉住院之入院
04-急診	BB-出院
05-住院	BC-急診中、住院中執行項目
06-門診轉診就醫	BD-急診離院
07-門診手術後之回診	BE-職業傷害或職業病之住院
08-住院患者出院之回診	BF-繼續住院依規定分段結清者,切帳
09-透析門診(新增)	

AA-同一療程項目以 6 次以內治療為限者	申報時(如長期住院 60 天以上切帳)需登錄一筆BF不須累計就醫序號 ,並連線即時查保
AB-同一療程項目屬"非"6 次以內治療為限者	BG-門診當次轉住院之入院
AC-預防保健	CA-其他規定不須累計就醫序號即不扣除就醫次數者
AD-職業傷害或職業病 門(急)診	DA-門診轉出
AE-慢性病連續處方箋領藥	DB-門診手術後需於 7 日內之 1 次回診
AF-藥局調劑	DC-住院患者出院後需於 7 日內之 1 次回診
AG-排程檢查	EA-床號變更/轉床
AH-居家照護 (第二次以後)	

三、上傳即時性及完整性

(一)即時性：每家最高 3,000 點

1. 屬於就醫類別範圍A(註*)，成功上傳比率 $\geq 80\%$ 。(獎勵 2,000 點)

✧分子：成功上傳就醫類別範圍A資料之上傳時間-就醫日期時間。

✧分母：成功上傳就醫類別範圍A之總件數。

2. 屬於就醫類別範圍B(註*)，成功上傳比率 $\geq 80\%$ 。(獎勵 2,000 點)

✧分子：成功上傳就醫類別範圍B資料之上傳時間-就醫日期時間

✧分母：成功上傳就醫類別範圍B之總件數。

3. 屬於就醫類別範圍C(註*)，成功上傳比率 $\geq 80\%$ 。(獎勵 1,000 點)

✧分子：成功上傳就醫類別範圍C資料之上傳時間為當日 23：59前。

✧分母：成功上傳就醫類別範圍C之總件數。

(二) 完整性：每家最高 4,000 點

1. 急診資料上傳完整性：每家 2,000 點

定義：急診進出資料上傳完整性之比率：就醫類別為【04-

急診】時，AK-急診留觀、BD_急診離院、BA-急診轉住院及BE-職業傷害或職業病之住院上傳比率 $\geq 80\%$ 。

◇分子：就醫類別【AK-急診留觀】、【BD-急診離院】、【BA-急診轉住院】及【BE-職業傷害或職業病之住院】，其【原就醫識別碼(M16)】欄位資料，為就醫類別【04-急診】之【就醫識別碼(M15)】欄位資料件數加總。

◇分母：就醫類別為【04-急診】之總件數。

2. 病床資料上傳完整性：每家 2,000 點

定義：申報之病床號資料比對就醫類別範圍C(註*)及就醫類別AJ之上傳之【病床號(M50)】欄位資料，比對正確資料比率 $\geq 80\%$ 。

◇分子：就醫類別範圍C之上傳之【病床號(M50)】欄位資料比對申報資料正確件數。

◇分母：醫療費用申報病床號資料件數

*註

就醫類別範圍 A(非醫院 ≤ 1 小時；醫院 ≤ 6 小時)	就醫類別範圍 B(非醫院 ≤ 4 小時；醫院 ≤ 6 小時)	就醫類別範圍 C(當日 23:59)
01-西醫門診 04-急診 06-門診轉診就醫 07-門診手術後之回診 08-住院患者出院之回診 <u>09-透析門診</u> BD-急診離院 BA-急診當次轉住院之入院 AE-慢性病連續處方箋領藥 AF-藥局調劑 AI-同日同醫師看診(第二次以後)	02-牙醫門診 03-中醫門診 AA-同一療程項目以6次以內治療為限者 AB-同一療程項目屬"非"6次以內治療為限者 <u>AJ-透析門診療程第二次(含)以後</u>	05-住院 AK-急診留觀 BB-出院 BE-職業傷害或職業病之住院 BF-繼續住院依規定分段結清者 BG-門診當次轉住院之入院 DC-住院患者出院後需於7日內之1次回診 EA-床號變更/轉床

討論事項

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：新增「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」。

說明：

一、依本署全民健康保險醫療給付費用醫院總額 111 年第 1 次研商議事會議決議辦理。

二、預算來源：

(一)111年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額中之「住院整合照護服務試辦計畫」專款項下支應，全年度經費為300.0百萬元。

(二)本計畫以每點1元為上限，透過計畫遴選、核定經費額度及執行過程進行前端管控，若有超支，則以浮動點值支付。

三、本案試辦計畫執行方式，業經 111 年 3 月 2 日全民健康保險醫療給付費用醫院總額 111 年第 1 次研商議事會議提案討論，並依是日委員所提意見完成計畫草案修正（附件，頁次討 3-4~3-16），重點如下：

(一)遴選方式

審查小組由專家學者（可由相關團體推薦）及衛生福利部相關單位代表組成，計 9-11 人，透過會議研商計畫書審查項目及權重，並進行審查遴選，擇優核定。

(二)申請資格

- 1.申請醫院依其型態、規模、所在地區及人力等不同條件，評估全院病床運用情形，提出因院制宜之執行計畫，含試辦規模及管理機制計畫（含每日住院整合照護使用之估計人數及相關管理方式）。
- 2.視申請醫院計畫及遴選結果，擇優增加醫院辦理，惟各層級醫院至少1家，核定後並於111年專款經費300.0百萬元額度內辦理。

(三) 試辦方式

1. 全責照護(skill-mix model)：醫院依病房特性及病患疾病嚴重程度，安排適當照護輔佐人力（以下簡稱護佐），以病房團隊人員照護工作分級分工提供住院照顧，亦可依病床運用或病患需求提供不同形式之住院照護人力安排。
 2. 提供家屬選擇權，可不參與條件：
 - (1) 家屬自行照顧。
 - (2) 家中原聘請之外籍看護工連續照顧。
 - (3) 自我照顧獨立之病患（日常生活活動 ADL 滿分者）。
 - (4) 病患特殊狀況，需要 1 對 1 照顧服務。
 3. 人力配置：
 - (1) 醫院依病患照護需求項目估算所需照顧時數，規劃住院照護人力最適組合，以護佐人員每日 2 班或 3 班工時計算並配合床數計算照顧比，可採固定人員於病房服務，但院方得視病房特性及病患疾病嚴重程度，規劃人力配置及支援等彈性調度機制由病房統合運用。
 - (2) 人力來源不限於自聘，如採委外或特約方式，提報執行計畫時，應訂定相關管理規則。
 4. 人員管理與業務範圍：醫院應訂定護佐臨床照顧之管理、監督與查核機制，並依據衛生福利部所定業務範圍內自訂適當工作內容，並視需要提供補強/進階訓練。
 5. 人員薪資條件：由醫院依人力來源、人力配置估算營運成本，衡量整體公平性，訂定具人員投入誘因之薪資福利（如夜班津貼、三節獎金、勞健保及勞退金補助，及投保第三責任險等）。
- ### (四) 給付項目及支付標準

1. 新增「住院整合照護管理費」項目：每人日支付750點。

2. 醫院依實際服務之住院日數申報（比照病房費計算方式，從住院之日起算，出院之日不算）。

(五) 品質監控指標（由健保資料庫統計及試辦醫院填報）

1. 結構指標：

- (1) 全院推動住院整合照護涵蓋率(急性一般病床)。

2. 過程指標：

- (1) 住院整合照護病床使用率。

3. 結果指標：

- (1) 滿意度(病患、家屬、護理人員及護佐)。
- (2) 住院整合照護病患平均住院天數。

(六) 其他事項：

1. 醫院領取本計畫之款項，應用於提升住院護理整合照護人力配置、照護品質及提高護佐薪資及福利。
2. 醫院得考量各項成本，就全民健康保險不給付範圍之費用，參考衛生福利部訂定收費項目及範圍，報機構所在地衛生局備查，調整時，亦同。並應事先妥適向病患說明，使其能夠知情同意。

四、預算控管：本項專款透過計畫遴選、7成預算推估執行量，進行前端控管，執行期間，本署定期（每月）將本計畫執行情形，提供台灣醫院協會、中華民國護理師護士公會全國聯合會及衛生福利部護理及健康照護司參考，以確保預算足以支應。

擬辦：本案如經確認同意，依程序報請衛生福利部核定後公告實施。

決議：

111 年「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」

壹、依據

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、預算來源

- 一、111 年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額中之「住院整合照護服務試辦計畫」專款項下支應，全年度經費為 300.0 百萬元。
- 二、本計畫以每點 1 元為上限，透過計畫遴選、核定經費額度及執行過程進行前端管控，若有超支，則以浮動點值支付。

參、目的

為強化醫院人員感控機制及有效運用住院照護人力，以病房團隊人員照護工作分級分工提供住院照顧，使病患也能獲得連續性及完整性的照護，提升民眾住院醫療照護品質，減輕家屬住院之照顧及經濟負擔，同時提升健保給付效益與支付效率。

肆、計畫期間

自本計畫公告日起至 111 年 12 月 31 日止。

伍、實施方法及進行步驟

- 一、本計畫由申請醫院提出執行計畫（申請表及計畫格式如附件 1），視申請醫院計畫及遴選結果，擇優增加醫院辦理，惟各層級醫院至少 1 家，核定後並於 111 年專款經費 300.0 百萬元額度內辦理。
- 二、申請醫院應符合下列資格條件：
 - （一）屬醫院總額範圍內之特約醫院。
 - （二）申請醫院依其型態、規模、所在地區及人力等不同條件，評估全院病床運用情形，提出因院制宜之試辦規模及管理機制計畫（含每日住院整合照護使用之估計人數及相關管理方式）。
 - （三）申請送件截止日：本計畫公告日起 15 個工作日內（以郵戳為憑），檢具申請醫院執行計畫書（附件 1）向所轄保險人分區業務組提出申請（申請文件請自行備份，經受理後不予檢還）。

(四) 保險人分區業務組於申請送件截止日起，7 個工作日內移送申請文件予保險人，由保險人邀請其分區業務組及衛生福利部護理及健康照護司等單位召開審查會議。審查會議核定結果由保險人行文通知申請醫院，並副知衛生福利部護理及健康照護司及台灣醫院協會。

(五) 核定同意之醫院，自核定函發文日起，支付本計畫費用。

三、住院整合照護辦理方式：

(一) 醫院依病房特性及病患疾病嚴重程度，安排適當照護輔佐人力（以下簡稱護佐），以病房團隊人員照護工作分級分工提供住院照顧，使民眾於住院流程中，醫院能讓家屬可以不用全時在醫院照顧病患(或自聘看護)，且病患也能獲得連續性及完整性的照顧。

(二) 提供家屬選擇權，可不參與條件：

- 1.家屬自行照顧。
- 2.家中原聘請之外籍看護工連續照顧。
- 3.自我照顧獨立之病患（日常生活活動 ADL 滿分者）。
- 4.病患特殊狀況，需要 1 對 1 照顧服務。

(三) 醫院護佐人力配置：

1.醫院依病患照護需求項目估算所需照顧時數，規劃住院全責照顧人力最適組合（Skill-Mixed 模式），以護佐人員每日 2 班或 3 班工時計算並配合床數計算照顧比，可採固定人員於病房服務，但院方得視病房特性及病患疾病嚴重程度，規劃人力配置及支援等彈性調度機制由病房統合運用，護佐人力配置計算方式如下：

(1)人力計算：(現行各床所需照顧項目次數*每項目所需工時)之總和/1 位護佐每日工時。

(2)照顧比計算：整合照護病人數/每班護佐人力數。

2.人力來源不限於自聘，如採委外或特約方式，提報執行計畫時，應訂定相關管理規則。

(四) 醫院護佐管理與業務範圍：

- 1.醫院應訂定護佐臨床照顧之管理、監督與查核機制（含操作技術稽核），且有專責人員負責其招募、排班調度、工時、訓練、留用、品質制度等管理作業。
- 2.醫院護佐應至少具備照顧服務員資格，醫院應依照護需求與人力現況，依衛生福利部所定業務範圍內（附件3）自訂適當工作內容，並視需要提供補強/進階訓練。
- 3.人員薪資條件：由醫院依人力來源、人力配置估算營運成本，衡量整體公平性，訂定具人員投入誘因之薪資福利（如夜班津貼、三節獎金、勞健保及勞退金補助，及投保第三責任險等）。

(五) 其他事項

- 1.醫院應訂有住院整合照護實施模式（含受理服務流程作業、推動病房科別、病床數、護佐人力配比、收費金額與方式等）。
- 2.透過醫院網頁或院內宣傳機制，提供民眾「住院整合照護」資訊。

陸、醫療費用支付

一、預算分配：

(一) 111年專款經費300.0百萬元額度內，透過申請醫院執行計畫審查，遴選醫院推動，並依本計畫核定各醫院之試辦金額辦理。

(二) 本計畫得於111年專款經費300.0百萬元額度內，視計畫遴選結果，擇優增加醫院辦理，並調整預算分配。

二、給付項目及支付標準：

(一)對入住急性一般病床病患，提供符合實施方法與進行步驟之住院整合照護，醫院得申報「住院整合照護管理費（每日）」，每人日支付 750 點。

編號	診療項目	支付點數
P7201B	住院整合照護管理費（每日）	750

(二)醫院依實際服務之住院日數申報(自住院之日起算至出院日之前 1 日止)。

三、醫療費用點數申報格式

(一)案件分類：請依原住診案件申報。

(二)醫令類別：Tw-DRG 案件請以「X」填報；其他案件分類以「2」填報。

(三)「病床號」及「執行醫事人員代號」必填，其中「執行醫事人員代號」以護佐人員 ID 填列。

(四)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。

柒、品質監控指標

本計畫由健保資料庫統計及試辦醫院填報指標如下（內容如附件 4）。

一、結構指標：

(一) 全院推動住院整合照護涵蓋率(急性一般病床)。

二、過程指標：

(一) 住院整合照護病床使用率。

三、結果指標：

(一) 滿意度(病患、家屬、護理人員及護佐)。

(二) 住院整合照護病患平均住院天數。

捌、資訊公開

保險人得於全球資訊網公開參與本計畫之醫院名單、獲得本計畫整合照護費用及相關品質資訊供民眾參考。

玖、款項之運用

- 一、醫院領取本計畫之款項，應用於提升住院護理整合照護人力配置、照護品質及提高護佐薪資及福利。
- 二、領有本計畫款項之醫院應依費用核付進度，每半年將款項之運用情形提報保險人備查，並於本計畫費用核付結束後3個月內完成全年款項應用情形報告（非屬本計畫之金額請勿填入），保險人應依本計畫費用核付進度，每半年稽核款項之運用情形1次，醫院如未落實前述規定，保險人將予以追扣是項款項。

拾、方案修訂程序

本計畫由保險人與衛生福利部護理及健康照護司共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第41條第1項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

拾壹、醫院得考量各項成本，就全民健康保險不給付範圍之費用，參考衛生福利部訂定收費項目及範圍，報機構所在地衛生局備查，調整時，亦同。並應事先妥適向病患說明，使其能夠知情同意。

「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」

申請醫院執行計畫書

一、基本資料：

申請醫院名稱：	
醫院代碼：	評鑑類別：
聯絡人：	職稱：
電子信箱：	
聯絡電話：	傳真電話：
地址：()	
全院急性一般病床開放床數：	
預計提供住院整合照護病床數（如採分階段推動，請註明）：	
全院推動住院整合照護涵蓋率（如採分階段推動，請註明）：	

二、執行計畫內容：

（一）具體說明醫院住院整合照護推動理念、專責管理部門與成果評估機制。

（二）詳述住院整合照護推動模式規劃：

1. 醫院評估全院病床運用情形，提出因院制宜之試辦規模及管理機制計畫（含每日住院整合照護使用之估計人數及相關管理方式）。
2. 所規劃推動整合照護病房科別、各病房推動病床號、床數及比率，以及護佐人力名單（如申請階段尚未有確定/完整名單，應於醫院預計提供整合照護服務前 15 日完成補正），並請說明選擇該科/床數推動之理由。

3. 護佐人力配置：人力來源、資格條件、招募方式、護佐總人力數、護佐人力配置計算方式依據。
 4. 如考量病床運用或病患需求提供不同形式之住院照護人力安排，包括提供 1 對 1 照護輔佐人員安排服務，應說明辦理方式。
 5. 實施方式：推廣宣傳機制、受理服務流程作業、護理及護佐人力配比、護佐人力與病患配比或人力配置方式、收費方式與金額等，前述資料如依各病房特性調整，請分別說明。
- (三) 具體說明醫院護佐人員臨床照顧之管理制度與工作規範：工時、薪資福利、排班、調度、訓練、留用、業務範圍、與護理人員照護分工方式及品質監督機制等，倘人力來源採委外或特約方式，應說明相關管理規則。
- (四) 如規劃採分階段推動，請一併敘明理由、相關時程及擴大規模方式（未來醫院得依辦理成效，進行滾動式修正）。
- (五) 其他：醫院過往推動相關經驗及成效（如：全責護理、Skill-Mixed 照護、住院友善照顧共聘、智慧共聘模式等）、本計畫相關創新規劃與健保政策推動建議等。

「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」

申請醫院審查作業及標準

一、審查作業流程：

- (一) 審查小組由專家學者（可由相關團體推薦，比例可佔二分之一席次）及衛生福利部相關單位代表組成，計 9-11 人，召開審查會議研商計畫書審查項目及權重，並就申請醫院資格與執行計畫審查（必要時視疫情調整採書面審查），與提供本計畫推動專業意見，視需要得要求申請醫院出席審查會議進行簡報與詢答（醫院出席人數以 3 人為限）。
- (二) 前項審查小組審查，須有至少 7 位委員（外部委員 5 位）出席，依申請醫院提出符合本計畫中需求之執行計畫書，經送審查小組依審查標準評分，擇優核定。

二、計畫書審查項目及權重（得依本計畫審查小組建議進行調整）：

審 查 項 目	權 重
1.對計畫之瞭解（醫院推動理念、對國內外現況之瞭解程度與辦理經驗）	20%
2.計畫書完整性與可行性（各項規劃具體與明確性）	30%
3.計畫執行方式（執行方法與步驟、品質控制及相關期程是否恰當）	40%
4.本計畫相關創新規劃與健保政策推動建議	10%

三、評定方式：

- (一) 審查小組委員按「計畫書審查項目及權重」規定，於計畫書審查評分表(如表 1) 給予評分與審查意見。

表 1：審查意見表

項次	審查項目	權重 (%)	醫院名稱
			評分
1	對計畫之瞭解（醫院推動理念、對國內外現況之瞭解程度與辦理經驗）	20	
2	計畫書完整性與可行性（各項規劃具體與明確性）	30	
3	計畫執行方式（執行方法與步驟、品質控制及相關期程是否恰當）	40	
4	本計畫相關創新規劃與健保政策推動建議	10	
總分數(總滿分：100分)			
審查意見			
審查委員簽名：			
年 月 日			

- (二) 審查結果評定：以各委員給予總分數之合計總分數，計算總平均數，並以總平均分數高至低方式排定序位，分數最高為第 1 優勝序位，如遇總平均分數相同則以審查項目 2 與 3 之合計總分數高者為優勝，若仍相同則由出席之審查委員共同決定之，並製作過程紀錄。
- (三) 本案合格分數為總平均 75 分，且各項次分數不得為 0 分，始通過審查標準。
- (四) 各案審查分數及意見由審查辦理單位彙整總評表(如表 2)，經出席審查委員確認，併同相關附件，循行政程序簽報擇優核定。

表 2：總評表

醫院名稱 審查評比		醫院 1		醫院 2		醫院 3	
		總分	2+3 項 總分	總分	2+3 項 總分	總分	2+3 項 總分
審查委員							
A 委員							
B 委員							
C 委員							
D 委員							
E 委員							
F 委員							
G 委員							
合計總分數							
總平均分數							
是否達合格分數 (審查標準)							
優勝序位							
過程 紀錄							
出席 委員 (簽名)							

醫院照護輔佐人力業務範圍及工作內容

工作項目	工作內容
一般事務工作	<ol style="list-style-type: none"> 1.量身高、體重 2.回應叫人鈴 3.病床整理等 4.其他庶務工作
一般性技術工作 (非專業性)	<ol style="list-style-type: none"> 1.協助病人及家屬環境介紹 2.登記輸出輸入量 3.床欄適當應用 4.協助遺體清潔與更衣 5.冰枕使用(含冰袋、冰囊、冰寶) 6.點滴更換通知 *7.在護理人員指導下，協助檢查、治療時環境與病人之準備 8.發現異常狀況立即通報護理人員等
身體清潔與舒適照護	<ol style="list-style-type: none"> 1.頭部清潔 (洗臉、刮鬍子、洗頭、梳理及眼耳鼻清潔) 2.一般口腔衛生清潔(含刷牙漱口、口腔潤濕) 3.身體清潔 (床上擦澡、洗澡、會陰部清潔或皮膚照護) 4.足部清潔 5.協助大小便及便後清潔 6.更換尿布、看護墊 7.協助更換(穿脫)衣褲 8.更換床單被服類 9.指甲修剪 (糖尿病及灰指甲病人應由護理人員評估後，徵求家屬同意後始可執行)
排泄照護	<ol style="list-style-type: none"> 1.倒蓄尿袋之尿液 2.協助人工肛門便袋之更換清潔

	3.便盆、尿壺、尿套便盆椅使用
膳食與給藥	1.協助用餐或餵食 *2.在護理人員指導下，維持個案生理機能之管灌食等
舒適與活動	1.協助翻身、拍背 2.姿位改變活動(如協助移位、上下床坐輪椅/椅子、輔具使用) 3.維持病人正確與舒適姿勢 4.協助副木/垂足板使用 *5.在護理人員指導下，協助溫水坐浴環境與病人之準備
安全維護	1.床輪、床欄固定 2.協助注意點滴、導尿管、氧氣導管等各種管路之通暢 3.協助注意病人臥床、行走、如廁、起坐時之安全,防止病人跌倒受傷害
其他	1.餵食/灌食器清潔 2.水分補充 3.協助庶務性工作 4.排泄後便器清潔 5.其他非專業性臨時交辦事項等 *6.在護理人員指導下，協助血壓、脈搏、體溫及呼吸狀況資料之收集 *7.在護理人員指導下，協助餵藥或灌藥

備註：打*號部分應提供教育訓練及標準作業流程

全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫 品質監控指標登錄

一、結構指標：

指標名稱	登錄頻率	說明（四捨五入取 至小數點下 2 位）
（一）全院推動住院整合照護涵蓋率	每季 (健保資料庫統計)	前季住院整合照護開放床數÷前季全院急性一般病床開放床數×佔床率×100 (%)

二、過程指標：

指標名稱	登錄頻率	說明（四捨五入取 至小數點下 2 位）
（一）住院整合照護病床使用率	每季 (健保資料庫統計)	前季整合照護病床總住院人日數÷整合照護病患日數×100(%)

三、結果指標：

指標名稱	登錄頻率	說明（四捨五入取 至小數點下 2 位）
（一）滿意度 (病患、家屬、護理人員及護佐)	每季 (試辦醫院填報)	前季住院整合照護病房病患、家屬、護理人員及護佐對住院整合照護模式滿意度調查結果
（二）住院整合照護病患平均住院天數	每季 (健保資料庫統計)	1.前季住院整合照護病患總住院人日數÷前季住院整合照護病患總住院人次數 2.分子、分母皆包含自動出院、轉院及死亡人數，算進不算出

討論事項

第四案

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、依本署邀集專家、實際執行遠距醫療之醫療機構、醫界團體、科技部及衛生福利部相關單位於110年11月29日召開「遠距醫療與因應疫情之視訊診療未來發展方向及建議」座談會結論辦理(附件1，頁次討4-5~4-16)。

二、本計畫修訂重點摘述如下(修訂對照表如附件2，頁次討4-17~4-30)：

(一)新增施行地區：

1. 醫療資源缺乏地區(111年共77個，納入後較現行增加71個地區)。

2. 110年以前試辦遠距醫療相關計畫之施行地區(不影響地區數)。

3. 衛生福利部110-111年度「偏遠地區遠距醫療建置計畫」之網絡醫院與急診醫療站，得申請執行本計畫，惟其所在地區不列入本計畫施行地區，且非於施行地區之醫療院所僅限急診遠距會診。

4. 財務影響評估：

(1) 專科門診遠距會診費：以每地區(131個)均有1家機構參與計畫，每週開3診，每診5千元推估，約需1.02億元。

(2) 急診遠距會診費：

A. 以檢傷分類第一級急診診察費2,340元，每地區每年急診會診100人次推估，約需0.3億元。

B. 依衛生福利部推估「偏遠地區遠距醫療建置計畫」經費，約需0.15億元。

(3) 綜上，111年約需1.47億元。

(二) 新增會診科別：心臟內科、腸胃科、神經內科、胸腔科。

(三) 新增實施場域：

1. 衛生福利部 110-111 年度「偏遠地區遠距醫療建置計畫」之網絡醫院與急診醫療站。
2. 本計畫施行地區之照護機構(包含政府立案之老人安養、養護機構或身心障礙福利機構、護理之家、長照機構)。
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)」收案個案住家。

(四) 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) 110 年已核定執行之特約院所：
 - A. 未變更執行內容者，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。

(五) 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. 以每地區(131 個)均有 1 家機構參與計畫，每月就醫 12 件，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 67.5 萬點。

(六) 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，頁次討4-31)：

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 247.4 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($25\% \leq$ 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 170 萬點。
 - (3) 第二階段($50\% \leq$ 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 340 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 262 萬點。
4. 合計虛擬(行動)健保卡獎勵需 1,020 萬點。

(七) 其他相關規範及文字酌修：

1. 新增在地院所至照護機構執行本計畫所提供醫療服務，須符合全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法相關規定。
2. 新增計畫附件 1：「全民健康保險遠距醫療給付計畫」施行地區一覽表。
3. 計畫附件 3「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。
4. 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：

「遠距醫療與因應疫情之視訊診療未來發展方向及建議」座談會

會議紀錄

時間：110年11月29日（星期一）下午2時

地點：本署18樓禮堂

主席：李伯璋署長

紀錄：崔允馨

出席專家：

黃勝堅總院長(請假)、李偉強主任、邱冠明院長、潘延健總執行長、
溫明賢副院長、周德陽院長、黃瑞仁院長、王中敬副院長(請假)、
邱仲慶院長(請假)、鍾飲文院長、侯明鋒教授(請假)、
王植熙院長(請假)、陳星助主任秘書、王功亮院長

出席單位及人員：

中華民國醫師公會全國聯合會：黃啟嘉常務理事、吳國治常務理事、
黃佩宜

中華民國中醫師公會全國聯合會：陳博淵副秘書長、陳冠仁副執行
長、
王逸年

台灣醫院協會：陳瑞瑛顧問、林佩菽副秘書長、吳心華

台灣醫學中心協會：洪啟盛醫師、陳宜慶主任、許雅琪

中華民國區域醫院協會：劉碧珠秘書長、許世欣副院長、顏正婷辦公
室主任

台灣社區醫院協會：吳淑芬監事、蔡味娟副院長、吳亞筑

臺北市立聯合醫院：柯明中外科部部長、朱昭美主任

醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會亞東紀念醫院：黃裔貽主任

振興醫療財團法人振興醫院：曾家琳副主任、曾淑秋醫務專員

高柏森耳鼻喉科診所：劉珊吟護理長

長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院：祝孔聖行政主辦

中國醫藥大學附設醫院：林文元醫師、吳毓銘管理師

國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院：馬惠明副院長、張善涵執行
秘書

天主教中華聖母修女會醫療財團法人天主教聖馬爾定醫院：黃勝雄副
院長

奇美醫療財團法人奇美醫院：蔡岡廷主任、施貞伶主任

長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院：賴正皓專員

佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院：張菁育副主任

台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人台東馬偕紀念醫院：卓秀霞課長

衛生福利部臺東醫院成功分院：黃朱岑護理長

科技部：簡榮村科管師

衛生福利部社會保險司：蔡季君研究員、周雯雯副研究員

衛生福利部醫事司：彭美珍專門委員、廖宜昱技士

衛生福利部護理及健康照護司：張震遠約聘助理研究員、曾晨

衛生福利部全民健康保險會：盛培珠技正、劉于鳳科員

衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會：邱麗君約用專員、
陳亭妤約用專員

本署臺北業務組：劉玉娟組長

本署北區業務組：倪意梅科長、施美瑄科員

本署中區業務組：視訊出席

本署南區業務組：視訊出席

本署高屏業務組：視訊出席

本署東區業務組：視訊出席

本署醫務管理組：張禹斌組長、黃兆杰參議、游慧真副組長、李雨育
專門委員、張作貞專門委員、呂姿曄科長、黃奕瑄
視察、崔允馨科員、米珮菱助理員、吳庭沂辦事
員、陳怡靜辦事員、施百謙、曾婉筑

一、主席致詞：(略)

二、報告事項：

全民健康保險遠距醫療給付計畫、因應 COVID-19 疫情視訊診
療之說明及執行現況（中央健康保險署）

三、討論事項及發言重點摘要：

**提案一：遠距醫療(醫師對醫師之遠距會診)之施行地區、會診科
別、實施場域、看診模式等面向是否放寬。**

一、施行地區：

(一) 醫師公會全聯會：

2018 年世界醫師會中提出遠距醫療倫理聲明，提到遠距
醫療不應被視為相等於面對面醫療，站在對病患的照護
上來講，親自診療還是普世核心價值。

(二) 鐘飲文院長(高醫大附設中和紀念醫院)：

贊成施行地區五個方向，惟長照失能個案適用全國，依今
日說明是將遠距醫療跟視訊診療切開來看，長照個案分
散在偏遠地區及都市，這部分需考量是否放在視訊診療。

(三) 李偉強主任(臺北榮民總醫院)：

遠距醫療開放的地區、機構、人員對象，需由醫事司開放
法規限制，本次會議能討論的部分為那些項目可以納入
健保給付。

(四) 衛生福利部醫事司：

今天的議題是在給付的部分，法源有醫師法跟醫療法，往下延伸通訊診察治療辦法。按照通訊診察治療辦法，今天會議所提項目及對象與辦法是沒有出入的。

(五) 邱冠明院長(亞東紀念醫院)：

- 1、建議通訊診察治療辦法可考量放寬國際醫療及自費門診部分。
- 2、遠距醫療是對弱勢或離島偏鄉醫療平權的機會，希望繼續開放，可採預算制或每季價量調控方式管控。

(六) 王功亮院長(台東馬偕紀念醫院)：

- 1、台東地區遠距醫療的成功，仰賴於縣長推動、5G 建設以及健保給付等各方面的支持，改善偏鄉離島人力不足情形。
- 2、醫院可能沒有該專科醫師，但當地開業診所所有提供該專科之情形，建議審核上要小心。

(七) 陳星助主任秘書(花蓮慈濟醫院)：

- 1、遠距醫療四大趨勢包括，民眾需求、多元發展(傳統醫療會診外，包含遠距傷口照護、長照等)、有一定門檻(如網路基礎建設及通訊軟體，包含儲存空間紀錄病歷資料等)，及由論量朝向論質發展。
- 2、建議偏遠地區持續傳統模式(限地區、限科別)之論量支付，創新模式(如傷口照護、出院追蹤或病人的篩檢)用論人或論質去評估，而特殊疾病以研究計畫支持，有療效的再納入給付。

(八) 周德陽院長(中國醫藥大學附設醫院)：

建議先釐清醫療資源不足地區之定義，按偏僻程度開放遠距。

(九) 潘延健總執行長(長庚醫療財團法人行政中心)：

- 1、認同遠距醫療擴大開放，定義一開始已說明是屬於山地離島或偏鄉地區。
- 2、台灣山地離島多，提供醫療時要打破地域及時間限制，遠距醫療克服了地域限制，未來朝向不受時間限制，打破專診模式，達到以病人為中心且可減少總額負擔。
- 3、在 COVID-19 疫情下，很多院所對於提供視訊診療已做好準備，接下來就是去評估篩選真的不足或是沒有這類醫療服務的地區。

(十) 臺大醫院雲林分院：

- 1、遠距醫療的重要目的是要虛實整合，透過實體的門診加上遠距醫療達到全民健康覆蓋與健康平權之目標：可近性、連續性及高品質。
- 2、為達到前述目標，整體上建議可朝地區、場域及專科三大方向思考遠距醫療擴大範圍：
 - (1) 地區：除了原來的山地離島，法規尚有偏僻地區、醫療資源缺乏地區、醫療資源不足地區等，建議醫事司、健保署研議逐步擴大。
 - (2) 場域：民眾非於醫療缺乏地區，但所在場域缺乏醫療資源，如照護機構、矯正機關。
 - (3) 專科：部分民眾非屬於前 2 項區域，但因疾病所需專科特性(如移植、罕病)，致取得醫療困難。

(十一) 張禹斌組長(中央健康保險署)：

本次座談會蒐集之意見，彙整後提供醫事司作為法規修訂之參考。可朝馬副院長(臺大醫院雲林分院)所述三大方向、鐘院長所述長照失能個案不宜放在遠距醫療，及王院長所述如納入專科不足醫院需小心等方向去做思考。

二、會診科別：

(一) 醫師公會全聯會：

- 1、全聯會支持遠距醫療是未來趨勢，但如能面對面診療仍應優先，遠距醫療應屬特例而非常態，也要確定是基層醫療不能提供在地服務的區域，建議衛生福利部建立一個專章來發展台灣特色的遠距醫療。
- 2、我們希望基層醫療能夠做到全人醫療、社區關懷，這些是無法用遠距達成的，部分遠距醫療亦為醫療經濟考量，因偏鄉可能醫師支援意願低，或醫療資源不足以支撐頻繁的居家醫療，才以遠距取代。
- 3、偏鄉或年長者社會經濟地位較低，無能力支持遠端設備及操作，且偏鄉網路不佳，推動 B2C 遠距醫療有困難，建議逐步擴大，如為 B2B 情形應可開放較多科別。

(二) 台灣社區醫院協會：

基層的家醫科醫師應該有能力可以處理，如果有特別的情形還是可以轉診，目前應該無全面開放所有科別會診的必要。

(三) 溫明賢副院長(林口長庚紀念醫院)：

遠距專科會診係為解決偏鄉地區基層醫療無法解決之情形(如急診、疑難雜症)，對於慢性、高齡、不方便行動病人，贊成階段性開放會診科別。

(四) 李偉強主任(臺北榮民總醫院)：

目前討論的遠距醫療鎖定在 B2B 會診模式，係以科技彌補距離，且依健保署報告內容目前執行量少，病人數不足將影響醫療院所參與意願，故建議應適當放寬會診科別，打破限制，可先開放主專科，再逐步放寬次專科。

(五) 潘延健總執行長(長庚醫療財團法人行政中心)：

- 1、遠距醫療科別開放應是出自於對民眾之考量，如有疑慮，可考慮搭配條件限制(如不得為初診)。
- 2、另應思考在地端已有的科別進行遠距會診是否適當，可能與原本推動遠距醫療之初衷不同，複雜病症需要會診大醫院之狀況又不一樣，建議再做釐清。

(六) 邱冠明院長(亞東紀念醫院)：

建議授權於在地醫師決定需遠距會診的科別，如以防弊角度來看，可考慮採分區限額，用預算制、額度制、逐季討論之方式管控，基本上支持開放科別。

(七) 王功亮院長(台東馬偕紀念醫院)：

建議科別應慎重開放，如開放多科別時，儀器設備需要到何種等級，且很多技巧上不是我們想像的這麼容易，實際操作面要看到底需要哪些科，另開放婦產科要小心私密性的問題。

(八) 臺大醫院雲林分院：

- 1、如為單純遠距會診，可逐步增加科別，如目前試辦的心臟內科、肝膽腸胃科、傷口照護等，到部分地區或是診所沒辦法提供的科別，包括神經科、精神科等。
- 2、難罕門診(如移植、小兒神經科、遺傳諮詢)可以用健保特約的方式，將科別訂出，在專科缺乏的醫院以 B2B、B2C 的方式來執行。
- 3、長照的部分由機構合作院所定期駐診的醫師來啟動，可以保證品質，另財源的部份，健保給付到什麼層面？長照如何跟健保切割？是很棘手的問題。

(九) 張禹斌組長(中央健康保險署)：

依各單位建議，會診科別宜依就診端之需求啟動，今年是第一年執行，若要開放，會考慮設計條件放寬部分科別，不一次全面開放，另相關意見將提供醫事司參考。

三、實施場域與看診模式：

(一) 李伯璋署長：

- 1、看診模式放寬要小心，醫療有醫療的專業，這種開放問題我們承擔不起這樣的風險。
- 2、依現在健保給付的方式，想要全部都納入給付，事實上是很可怕的資源使用，整體來說在座各位都是醫療體系，重要的是你們覺得要怎麼去管理比較好，遠距醫療不宜盲目開放，預算仍應做有效運用。

(二) 李偉強主任(臺北榮民總醫院)：

- 1、通訊診察治療辦法除了山地離島地區之外，已開放五大類別病人得採通訊診療，基本上法令當中沒有限定它的位置，此應為健保是否納入給付之問題。
- 2、通訊診察治療辦法已施行 3 年，建議可先去瞭解是否已有實務經驗或地方衛生主管機關實際管理方式，我覺得適當管理是需要的。

(三) 劉玉娟組長(中央健康保險署臺北業務組)

- 1、補充說明，通訊診察治療辦法特殊情形有五款規定，指的是當發生特殊情形的時候，才會去符合所謂機構之外的一些場域。
- 2、回到其母法，醫師法第 11 條提到「醫師非親自診察，不得施行治療、開給方劑或交付診斷書，除非有特殊、急迫，得由直轄市、縣(市)主管機關指定之醫師，以通訊方式，囑由衛生醫療機構護理人員、助產人員」，母法是選定醫療機構。

(四) 衛生福利部醫事司：

- 1、已在蒐集各界意見研擬修法，主要目的是針對以後非本國籍、沒有健保的境外病人，如何讓他有需求尤其是要開處方的時候可以執行，會就通訊診察治療辦法第三條第二項，再做相關的修法，來排除第二款第五目的限制，這是目前的進度。
- 2、有關遠距醫療之對象、場域、科別，通訊診察治療辦法無限制，就是按照健保給付來討論。

(五) 醫師公會全聯會：

通訊診察治療辦法第七條第三項有提到，通訊診療過程，醫師應於醫療機構內實施，建議修法時一併納入考量。

(六) 鐘飲文院長(高醫大附設中和紀念醫院)：

- 1、衛生福利部已開放試辦之心臟內科、胃腸科及傷口照護納入，應比較沒有問題，而其他科別建議由需求面提出，在計畫書完整敘明，健保署分區業務組審核。
- 2、照護機構確實有傷口照護之需求，建議開放施行地區照護機構之傷口照護；另病人住所、矯正機關限於設備、醫療、實際執行層面、醫療紀錄、法律(如病人或家屬錄音)等問題，現階段建議暫緩開放。

(七) 台北市立聯合醫院：

實務上執行居家醫療時，部份情況下需要會診其他科別，這部份費用目前是由醫院吸收，是否可每年給予醫院或醫師遠距會診額度。

(八) 潘延健總執行長(長庚醫療財團法人行政中心)：

現在是以 107 年的通訊診察治療辦法為依據，超出法律的範圍不應由健保給付，建議提供部分的試辦方案，蒐集更多明確的經驗，再來討論該不該開放及如何開放。

(九) 張禹斌組長(中央健康保險署)：

- 1、如照護機構提出具體可行之計畫書，可納入實施場域，但需審慎評估，至於病人住家明年暫不新增。
- 2、暫維持現行計畫會診模式，持續蒐集經驗。

四、其他：

(一) 鐘飲文院長(高醫大附設中和紀念醫院)：

- 1、遠距設備的補助，應非由健保署經費支應，另部份意見屬傷口處置支付標準，是否應由另外的程序處理。
- 2、如要開放前開項目，應先評估經費或預算需求，才能評量可行性與需求。
- 3、建議優先考慮三管與傷口脫鉤，因實質照護上應屬不同範疇，另傷口處置部分，因屬新增支付標準，且傷口超過 10 公分，理論上應該到醫院處理，在照護機構儀器設備不足，能否妥善處理尚有疑慮，宜暫緩考量。

(二) 黃瑞仁院長(臺大醫院雲林分院)：

- 1、三管的照護應與傷口脫鉤，避免人力浪費，且會與原來執行三管照護的居家護理人員衝突，此應屬不同專業，應慎重考慮。
- 2、傷口處置支付標準部份，有些傷口確實超過 10 公分，且可增加整形外科醫師參與意願，另就臺大醫院雲林分院執行遠距智慧傷口的經驗，將傷口照護好，再衛教如何避免壓瘡，才能夠真正解決住民的問題。

(三) 衛生福利部護理及健康照護司：

有關「專科護理師於醫師監督下執行醫療業務辦法」放寬傷口照護範圍部分，將帶回研議。

(四) 張禹斌組長(中央健康保險署)：

- 1、B、C 肝用藥之處方專科資格已放寬。
- 2、專科護理師傷口照護範圍，因涉及辦法修正，請照護司及醫事司研究。
- 3、傷口照護支付部分建議循「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」新增診療項目及現有診療項目修訂之程序提出申請，可再做研議。

提案二：疫情結束後，視訊診療(醫師對病人之遠距診察) 納入常態性給付面臨之相關問題。

一、李偉強主任(臺北榮民總醫院)：

(一) 目前的視訊診療是疫情嚴重時，在緊急狀況下，由傳染病防治法授權的迫切作法。

(二) 在實務面上的建議包括：

- 1、適用對象：初診病人宜採面對面診療，且在這次疫情期間之視訊診療，醫療院所係提供穩定慢性病人回診為主，而國外保險對象可待醫事司修法後，再做考量。
- 2、追蹤頻率：如果是慢性病為主的時候，追蹤頻率不應該高，否則會有浮濫之嫌。
- 3、虛擬健保卡：在病人無法到現場的狀況下，健保卡反而成為一種限制，推動虛擬健保卡亦為另一項超前部署。
- 4、領取處方箋及藥品：目前電子處方箋應尚未合法，且涉及諸多事項，另回院領藥、送藥到宅、郵寄處方等，為現行已在執行的方式。

(三) 視訊診療不管在國內或國外，都是一個替代性的方案，建議先以部分專案(如糖尿病照護、傷口照護)進行試辦，再慢慢擴展至其他部分。而在疫情發生時，可作為備胎，緩和慢性病醫療需求。

(四) 應先完善法規框架，如病歷安全、處方箋及領藥規範，再來考慮是否納入健保給付，其他可交由自由市場，讓民眾自費決定是否要接受。

二、醫師公會全聯會：

視訊診療應屬特例而非常態。在疫情的時候，不是將視訊診療普遍化的時機，反而是推行分級醫療的好時機，讓民眾認知到穩定的慢性病應回歸社區，醫院負責處理重症。

三、邱冠明院長(亞東紀念醫院)：

(一) 目前討論視訊診療的資訊、支付及物流，在物流(處方箋及藥品交付)這塊，藥事法相關規定仍有很大限制。

(二) 開放國際醫療、境外國人之自費視訊診療，可減少交通與時間成本，應有其需求存在，讓醫界留下一個發展的機會。

四、散會：下午4時。

「全民健康保險遠距醫療給付計畫」修正草案條文對照表

附件 2

111.1.13

現行條文	建議修訂條文	修訂說明
<p>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。</p> <p>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。</p>	<p>(同現行條文)</p>	
<p>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。</p>	<p>三、預算來源 <u>(一)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。</u> <u>(二)虛擬(行動)健保卡獎勵金由其他預算之「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」項下支應。</u></p>	<p>1. 新增(二)虛擬(行動)健保卡獎勵金預算來源。 2. 分項條列。</p>
<p>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。</p>	<p>四、施行地區(附件 1) (一)全民健康保險法所稱山地離島地區及醫療資源缺乏地區。 (二)衛生福利部試辦遠距醫療相關計畫之施行地區，惟限 110 年以前(含)已核定之計畫。 <u>(三)衛生福利部 110-111 年度「偏遠地區遠距醫療建置計畫」所訂 14 處急重症轉診網絡之網絡醫院與急診醫療站，得申請執行本計畫，惟其所在地區不列入本計畫施行地區，且非於施行地區之醫療院所僅限急診遠距會診。</u></p>	<p>1. 依 110 年 11 月 29 日「遠距醫療與因應疫情之視訊診療未來發展方向及建議」座談會建議「釐清相關法規所列偏鄉地區定義，按偏僻程度納入計畫」，並配合衛生福利部遠距及前瞻 2.0 計畫，修訂本項。 2. 查法規所列偏鄉地區定義如下： (1) 通訊診察治療辦法所訂偏僻地區(計 116 個)：係參據 106 年西醫醫療資源不足地區改善方案施行地區，定義如下： A. 醫人比超過 2,600 人之地區。 B. 各縣市衛生局提供名單。 C. 排除 IDS 計畫之地區。 D. 屬醫人比低於 2,600 之地區，其巡迴點僅限當地衛生主管機關或保險人分區業務組認定者。 (2) 健保醫療資源缺乏地區(111 年計 77 個)，定義如下： A. 近一年醫人比或近三年平均醫人比超過 4,300 人之地區。 B. 人口密度低於全國平均人口密度 1/5 之地區。 C. 經保險人認定特殊情況，報主管機關專案核定之地區。 (3) 考量前述定義之偏僻程度，且計畫預算有限，故優先納入 111 年醫療資源缺乏地區。 3. 修訂後計畫施行地區計 131 個，含 50 個山地離島地區、77 個醫療資源缺乏地區，與 4 個衛生福利部遠距計畫施</p>

現行條文	建議修訂條文	修訂說明
		<p>行地區。</p> <p>4. 財務影響評估：</p> <p>(1) 專科門診遠距會診費：以每地區均有 1 家機構參與計畫，每週開 3 診，每診 5 千元推估，約需 1.02 億元。</p> <p>(2) 急診遠距會診費：</p> <p>A. 以檢傷分類第一級急診診察費 2,340 元，每地區每年急診會診 100 人次推估，約需 0.3 億元。</p> <p>B. 依衛生福利部推估「偏遠地區遠距醫療建置計畫」經費，約需 0.15 億元。</p> <p>(3) 綜上，111 年約需 1.47 億元。</p>
<p>五、 施行期間</p> <p>自保險人公告日起至 110 年 12 月 31 日止。</p>	<p>五、施行期間</p> <p>自<u>保險人公告日起實施</u>。</p>	<p>修訂計畫施行期間。</p>
<p>六、 參與計畫醫療院所、醫師資格</p> <p>(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。</p> <p>1、醫事服務機構(以下稱遠距院所)：特約醫院、基層診所。</p> <p>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。</p> <p>(二) 在地端：親自診察病人、施行治療、開立醫囑，並有看診紀錄。</p> <p>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。</p> <p>2、醫師(以下稱在地醫師)：以前述特約院所執業之醫師為限。</p> <p>(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。</p>	<p>六、參與計畫醫療院所、醫師資格</p> <p>(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。</p> <p>1、醫事服務機構(以下稱遠距院所)：特約醫院、基層診所。</p> <p>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。</p> <p>(二) 在地端：親自診察病人、施行治療、開立醫囑，並有看診紀錄。</p> <p>1、醫事服務機構(以下稱在地院所)：</p> <p><u>(1)本計畫施行地區內之特約醫院及基層診所。</u></p> <p><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></p> <p><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></p> <p><u>(4)衛生福利部 110-111 年度「偏遠地區遠距醫療建置計畫」之網絡醫院與急診醫療站。</u></p> <p>2、醫師(以下稱在地醫師)：以前述特約院所執業之醫師為限。</p> <p>(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。</p>	<p>1. 新增衛生福利部 110-111 年度「偏遠地區遠距醫療建置計畫」之網絡醫院與急診醫療站得為在地醫療機構。</p> <p>2. 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。</p>
<p>七、 服務內容</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p>	<p>七、服務內容</p> <p>(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。</p> <p>(二) 實施地點<u>以下列場域為限</u>：</p> <p><u>1、醫療院所或衛生所(室)。</u></p> <p><u>2、IDS 計畫承作醫療院所自設之醫療站。</u></p>	<p>1. 新增偏遠地區遠距醫療建置計畫」之網絡醫院與急診醫療站、本計畫施行地區之照護機構、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。</p> <p>2. 依 110 年 11 月 29 日「遠距醫療與因應疫情之視訊診療未來發展方向及建議」座談會建議，納入照護機構之遠</p>

現行條文	建議修訂條文	修訂說明
<p>(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看(會)診。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>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。</p> <p>(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)：</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p>	<p><u>3、衛生福利部 110-111 年度「偏遠地區遠距醫療建置計畫」之網絡醫院與急診醫療站。</u></p> <p><u>4、本計畫施行地區之照護機構(包含政府立案之老人安養、養護機構或身心障礙福利機構、護理之家、長照機構)。</u></p> <p><u>6、山地離島地區之居整計畫收案個案住家。</u></p> <p><u>7、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，於照護機構及居整計畫收案個案住家執行時應備有行動遠距設備，且應注意資訊安全與病人隱私。</u></p> <p>(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看(會)診。</p> <p>(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；<u>在地院所至照護機構執行本計畫所提供醫療服務，須符合全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法相關規定。</u></p> <p>(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。</p> <p>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。</p> <p>(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>)：</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p>	<p>距會診及衛生福利部已試辦之胃腸科、心臟內科。</p> <p>3. 另經檢視各地區 IDS 子計畫提供遠距會診服務相關科別，尚包括神經內科及胸腔科，故本次一併納入計畫範圍。</p>
<p>八、申請及審核程序</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p>	<p>八、申請及審核程序</p> <p>(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 2)，向保險人分區業務組提出申請(以郵戳為憑)，逾時概不受理。</p> <p>(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。</p> <p>(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，<u>各鄉鎮(市/區)以核定 1 家在地院所為原則。</u></p>	<p>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，修訂計畫核定原則，同意分區業務組得視預算額度及當地實際情形進行核定。</p> <p>2. 配合納入衛生福利部遠距醫療相關計畫之醫療院所，修訂該等院所不受「每地區核定 1 家在地院所為原則」之限制。</p> <p>3. 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。</p>

現行條文	建議修訂條文	修訂說明																														
<p>(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。</p>	<p><u>(1)經分區業務組評估因地形區隔、幅員廣大致交通不便(如離島同鄉鎮不同島嶼、山地地形區隔不同村落等)，有不同在地院所提供服務需求之鄉鎮，得視當地實際醫療需求，核定不同在地院所執行計畫。</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，得不受此限制。</u></p> <p>(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。</p> <p><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></p>																															
<p>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。</p> <table border="1" data-bbox="181 1066 1160 1780"> <thead> <tr> <th>編號</th> <th>診療項目</th> <th>支付點數</th> </tr> </thead> <tbody> <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> <tr> <td>P6607C</td> <td>-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。</td> <td>5000/診次</td> </tr> </tbody> </table> <p>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：</p> <table border="1" data-bbox="181 1818 1160 1898"> <thead> <tr> <th>編號</th> <th>診療項目</th> <th>支付點數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>急診遠距會診費</td> <td></td> </tr> </tbody> </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	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	編號	診療項目	支付點數		急診遠距會診費		<p>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。</p> <table border="1" data-bbox="1297 1066 2276 1780"> <thead> <tr> <th>編號</th> <th>診療項目</th> <th>支付點數</th> </tr> </thead> <tbody> <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> <tr> <td>P6607C</td> <td>-論診次 註： 6.限開設遠距醫療門診接受遠距會診者申報。 7.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。 8.每診合理看診人次，由醫療院所視臨床需要協調開診。 9.開診前如無預約掛號病人，應取消當次遠距醫療門診。 10.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。</td> <td>5000/診次</td> </tr> </tbody> </table> <p>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：</p> <table border="1" data-bbox="1297 1818 2276 1898"> <thead> <tr> <th>編號</th> <th>診療項目</th> <th>支付點數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>急診遠距會診費</td> <td></td> </tr> </tbody> </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	P6607C	-論診次 註： 6.限開設遠距醫療門診接受遠距會診者申報。 7.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。 8.每診合理看診人次，由醫療院所視臨床需要協調開診。 9.開診前如無預約掛號病人，應取消當次遠距醫療門診。 10.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	編號	診療項目	支付點數		急診遠距會診費		<p>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) 110年3月至10月，在地院所申報遠距醫療就醫案件計16家、1,519件，推估每院所每月就醫件數約12件。 (2) 以每地區均有1家機構參與計畫，每月就醫12件，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，約需67.5萬點。</p>
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																														
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																														
編號	診療項目	支付點數																														
	急診遠距會診費																															
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																														
P6607C	-論診次 註： 6.限開設遠距醫療門診接受遠距會診者申報。 7.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。 8.每診合理看診人次，由醫療院所視臨床需要協調開診。 9.開診前如無預約掛號病人，應取消當次遠距醫療門診。 10.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																														
編號	診療項目	支付點數																														
	急診遠距會診費																															

現行條文			建議修訂條文			修訂說明																																																
P6601C	-檢傷分類第一級	2,340	P6601C	-檢傷分類第一級	2,340																																																	
P6602C	-檢傷分類第二級	1,300	P6602C	-檢傷分類第二級	1,300																																																	
P6603C	-檢傷分類第三級	788	P6603C	-檢傷分類第三級	788																																																	
P6604C	-檢傷分類第四級	584	P6604C	-檢傷分類第四級	584																																																	
P6605C	-檢傷分類第五級	507	P6605C	-檢傷分類第五級	507																																																	
<p>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。</p> <p>(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。</p>			<p>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。</p> <p>(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；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。</p>																																																			
<p>十、醫療費用申報、支付及審查原則</p> <p>(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。</p> <p>(二)申報原則：醫療費用由在地院所按月申報，遠距會診費由遠距院所按月申報。</p> <p>(三)醫療服務點數清單及醫令清單填表說明：</p> <p>1、遠距院所：</p> <p>(1)申報專科門診遠距會診費、急診遠距會診費之論服務量：</p> <p> ⊠門診醫療費用點數清單段：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>申報欄位</th> <th>說明</th> </tr> </thead> <tbody> <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</td> </tr> <tr> <td>就醫科別</td> <td>依實際會診科別填寫</td> </tr> </tbody> </table> <p> ⊡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。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>申報欄位</th> <th>說明</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </table> <p>(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業務組。</p>			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	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	<p>十、醫療費用申報、支付及審查原則</p> <p>(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。</p> <p>(二)申報原則：醫療費用由在地院所按月申報，遠距會診費由遠距院所按月申報。</p> <p>(三)醫療服務點數清單及醫令清單填表說明：</p> <p>1、遠距院所：</p> <p>(1)申報專科門診遠距會診費、急診遠距會診費之論服務量：</p> <p> ⊠門診醫療費用點數清單段：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>申報欄位</th> <th>說明</th> </tr> </thead> <tbody> <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</td> </tr> <tr> <td>就醫科別</td> <td>依實際會診科別填寫</td> </tr> </tbody> </table> <p> ⊡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。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>申報欄位</th> <th>說明</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </table> <p>(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3)，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業務組。</p>			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	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	<p>新增遠距院所如以虛擬(行動)健保卡就醫時，就醫序號填報方式說明。</p>
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																																																					
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																																																					
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																																
<p>2、在地院所：申報醫療服務、藥物費用。</p> <p>(1)門診醫療費用點數清單段：</p> <table border="1" data-bbox="222 226 1193 310"> <thead> <tr> <th>申報欄位</th> <th>說明</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </table> <p>(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。</p> <table border="1" data-bbox="222 394 1193 680"> <thead> <tr> <th>申報欄位</th> <th>說明</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </table> <p>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。</p> <p>(四)審查原則：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 <p>(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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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%。 <p>(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。</p>	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	<p>2、在地院所：申報醫療服務、藥物費用。</p> <p>(1)門診醫療費用點數清單段：</p> <table border="1" data-bbox="1338 226 2309 310"> <thead> <tr> <th>申報欄位</th> <th>說明</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </table> <p>(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。</p> <table border="1" data-bbox="1338 394 2309 680"> <thead> <tr> <th>申報欄位</th> <th>說明</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </table> <p>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。</p> <p>(四)審查原則：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 <p>(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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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%。 <p>(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。</p>	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																																	
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																																	
<p>十一、 監測指標</p> <p>(一) 門診遠距會診當次轉診(轉出)率</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>(二) 急診：24小時內重返急診率</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>(三) 專科門診-論診次：每診看診人次</p>	<p>(同現行條文)</p>																																	

現行條文	建議修訂條文	修訂說明										
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	<p>十二、獎勵措施</p> <p>(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：</p> <p>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)。</p> <p>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。</p> <table border="1" data-bbox="1329 709 2309 915"> <thead> <tr> <th>申報欄位</th> <th>說明</th> </tr> </thead> <tbody> <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>TMV01：協助綁定虛擬(行動)健保卡</td> </tr> <tr> <td>執行醫事人員代號</td> <td>填寫在地院所之醫師身分證號</td> </tr> <tr> <td>醫令調劑方式</td> <td>6：遠距醫療</td> </tr> </tbody> </table> <p>3、協助每名保險對象綁定虛擬(行動)健保卡獎勵費用 200 點。</p> <p>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。</p> <p>5、本項獎勵金由保險人每季計算，並支付予在地院所。</p> <p>(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：</p> <p>1、獎勵指標定義：</p> <p>(1)在地院所與遠距會診費以論服務量申報之遠距院所： $\frac{\text{醫事機構當年度以虛擬(行動)健保卡申報本計畫之件數}}{\text{醫事機構當年度申報本計畫之件數}}$</p> <p>(2)遠距會診費以論診次申報之遠距院所： $\frac{\text{醫事機構當年度論次費用申報使用虛擬(行動)健保卡之人次}}{\text{醫事機構當年度論次費用申報之診療人次}}$</p> <p>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。</p> <p>2、獎勵條件與費用</p> <p>(1)第一階段(25%≤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。</p> <p>(2)第二階段(50%≤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。</p>	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	TMV01：協助綁定虛擬(行動)健保卡	執行醫事人員代號	填寫在地院所之醫師身分證號	醫令調劑方式	6：遠距醫療	<p>1. 本項新增。</p> <p>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」。</p> <p>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 11 月，在地院所申報遠距醫療就醫案件計 18 家、1,275 人，推估每院所每月就醫人數約 8 人。 (2) 以每地區均有 1 家機構參與計畫，每月協助綁定 8 人計算，約需 247.4 萬點。</p> <p>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 11 月，在地院所申報遠距醫療就醫案件計 18 家、2,019 件，推估每院所每月就醫件數約 12 件；遠距院所申報遠距會診費案件計 15 家、781 件，推估每院所每月就醫件數約 6 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 131 家)推估： A. 1.第一階段(25%≤占率<50%)：需約 170 萬點。 B. 2.第二階段(50%≤占率<70%)：需約 340 萬點。 C. 3.第三階獎勵金(占率≥70%)：需約 262 萬點。</p>
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	TMV01：協助綁定虛擬(行動)健保卡											
執行醫事人員代號	填寫在地院所之醫師身分證號											
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
	<p><u>(2)第三階段(占率≥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。</u></p> <p><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></p>	
<p>十二、 計畫管理機制</p> <p>(一) 保險人負責本計畫之研訂與修正。</p> <p>(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。</p> <p>(三) 醫事服務機構負責依執行計畫提供遠距會診服務。</p>	<p>十三、 計畫管理機制</p> <p>(同現行條文)</p>	項次變更
<p>十三、 退場機制</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p>	<p>十四、 退場機制</p> <p>(同現行條文)</p>	項次變更
<p>十四、 計畫修訂程序</p> <p>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。</p>	<p>十五、 計畫修訂程序</p> <p>(同現行條文)</p>	項次變更

附件 1、「全民健康保險遠距醫療給付計畫」施行地區一覽表

分區	縣市	鄉鎮區	分類	分區	縣市	鄉鎮區	分類	分區	縣市	鄉鎮區	分類	分區	縣市	鄉鎮區	分類
臺北	新北市	烏來區	1	北區	苗栗縣	泰安鄉	1	南區	臺南市	七股區	2	高屏	屏東縣	枋山鄉	2
		石碇區	2			南庄鄉	2			將軍區	2			恆春鎮	3
		坪林區	2			西湖鄉	2			北門區	2			馬公市	1
		石門區	2			造橋鄉	2			楠西區	2			湖西鄉	1
		平溪區	2			三灣鄉	2			南化區	2			白沙鄉	1
		雙溪區	2			獅潭鄉	2			左鎮區	2			西嶼鄉	1
		貢寮區	2			和平區	1			龍崎區	2			望安鄉	1
		萬里區	2			大安區	2			大內區	2			七美鄉	1
	宜蘭縣	大同鄉	1	中區	彰化縣	線西鄉	2	高雄市	高屏	花蓮縣	秀林鄉	1			
			南澳鄉			1	福興鄉				2	桃源區	1	萬榮鄉	1
			冬山鄉			2	芬園鄉				2	那瑪夏區	1	卓溪鄉	1
			五結鄉			2	埔鹽鄉				2	東沙島	1	鳳林鎮	2
			三星鄉			2	田尾鄉				2	南太平島	1	玉里鎮	2
			金城鎮			1	芳苑鄉				2	田寮區	2	壽豐鄉	2
		金門縣	金沙鎮		1	南投縣	溪州鄉		2	永安区	2	光復鄉	2		
			金湖鎮		1		信義鄉		1	六龜區	2	豐濱鄉	2		
			金寧鄉		1		仁愛鄉		1	甲仙區	2	瑞穗鄉	2		
			烈嶼鄉		1		鹿谷鄉		2	杉林區	2	富里鄉	2		
		連江縣	烏坵鄉		1	雲林縣	中寮鄉		2	內門區	2	綠島鄉	1		
			南竿鄉		1		魚池鄉		2	三地門鄉	1	延平鄉	1		
			北竿鄉		1		國姓鄉		2	霧臺鄉	1	海端鄉	1		
			莒光鄉		1		大埤鄉		2	瑪家鄉	1	達仁鄉	1		
		北區	桃園市		復興區	1	南區		嘉義縣	臺西鄉	2	屏東縣	臺東縣	來義鄉	1
					觀音區	2				元長鄉	2			春日鄉	1
	新竹縣		尖石鄉	1	嘉義縣	斗六市		3	獅子鄉	1	成功鎮			2	
			五峰鄉	1		虎尾鎮		3	牡丹鄉	1	卑南鄉			2	
			新埔鎮	2		阿里山鄉		1	琉球鄉	1	大武鄉			2	
			橫山鄉	2		六腳鄉		2	萬巒鄉	2	太麻里鄉			2	
			芎林鄉	2		東石鄉		2	竹田鄉	2	東河鄉			2	
			寶山鄉	2		番路鄉		2	崁頂鄉	2	長濱鄉			2	
			北埔鄉	2		大埔鄉		2	車城鄉	2	鹿野鄉			2	
			峨眉鄉	2		鹿草鄉		2	滿州鄉	2	池上鄉			2	
								關山鎮	3						

註：計 131 個地區，分類：1-山地離島地區、2-111 年醫療資源缺乏地區、
3-衛生福利部試辦遠距醫療相關計畫之施行地區。

附件 2、「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：
- 一、申請至照護機構執行本計畫，請檢附照護機構基本資料及服務時間。
 - 二、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 3、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:	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。										
醫事服務機構地址:	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>										
電話:	三、支付別： P6607C (專科門診遠距會診費-論診次，每次)										
印信:	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 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%)			第三階段獎勵 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	81	50	2,474,400	116,640	144,000	260,640	655,000	233,280	288,000	521,280	1,310,000	1,310,000	6,531,320
遠距院所	81	50	-	58,320	72,000	130,320	655,000	116,640	144,000	260,640	1,310,000	1,310,000	3,665,960
合計	162	100	2,474,400	174,960	216,000	390,960	1,310,000	349,920	432,000	781,920	2,620,000	2,620,000	10,197,280

註：總獎勵=個案綁訂獎勵金+三階段獎勵

全民健康保險遠距醫療給付計畫修訂案－補充資料

一、全民健康保險遠距醫療給付計畫(下稱遠距計畫)110年申請及執行情形：

(一) 各分區業務組申請及核定情形：

分區別	施行地區數	申請數	核定數
全署	60	32	28
台北	13	4	4
北區	4	4	4
中區	3	3	2
南區	3	3	3
高屏	21	6	3
東區	16	12	12

註：未核定之鄉鎮係待衛生福利部護理及健康照護司提供設備。

(二) 遠距會診費合計申報853,768點，執行情形如下：

1. 專科門診遠距會診-論服務量：計 304 人、555 人次。
2. 專科門診遠距會診-論診次：計 113 診次、433 人次。
3. 急診遠距會診：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。

二、有關111年3月10日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議，針對與會代表提問或建議事項說明如下：

(一) 遠距醫療仍應實施分級醫療，且病人優先以同一生活圈之醫療院所進行看診，過度開放會診科別將排擠當地原有的醫療資源(醫院總額代表-社區醫院_朱益宏醫師)：

【說明】

1. 遠距計畫看診模式為醫師對醫師之遠距會診，並由計畫預算支付遠距會診費用，而在地端醫師得參據遠距端醫師建議開立處方、處置、檢驗檢查等項目。故病人在當地醫療院所就醫，由在地醫師會診遠距院所之專科醫師給與診療建議。

2. 遠距計畫係由在地院所尋求合作之遠距院所，另目前計畫未限制在地院所與遠距院所之特約類別。
3. 以遠距計畫 111 年修正草案之施行地區及新增會診科別(心臟內科、腸胃科、胸腔科、神經內科)進行統計，專科醫師於計畫施行地區之開業醫療院所執業情形如下：

縣市別	鄉鎮別	心臟內科	胸腔暨重症專科	消化內科	神經科
新北市	萬里區				1
金門縣	金湖鎮	2	1	3	2
宜蘭縣	冬山鄉	1			1
桃園市	復興區				1
雲林縣	臺西鄉		1		
屏東縣	恆春鎮		2	1	1
屏東縣	琉球鄉			1	
澎湖縣	馬公市	4	3	4	2
花蓮縣	玉里鎮	1	4	2	1
花蓮縣	鳳林鎮		1	1	
臺東縣	成功鎮			1	
臺東縣	東河鄉				1

註：

1. 未列出之鄉鎮表示當地院所無表列專科醫師執業(擷取日期：111.3.17)。
2. 雲林縣斗六市、虎尾鎮係國立台灣大學醫學院附設醫院雲林分院執行衛生福利部 109 年-110 年智慧醫療區域聯防試辦計畫而納入，僅同意其執行急診距會診。

(二) 遠距醫療如擴大實施，建議將電子處方箋納入考量(社團法人中華民國藥師公會全國聯合會_李懿軒藥師)：

【說明】

1. 遠距計畫看診模式為醫師對醫師之遠距會診，在地端醫師得參據遠距端醫師建議開立處方、處置、檢驗檢查等項目，並直接由在地端醫師交付處方箋予病人。
2. 另依 110 年 11 月 10 日嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫

情指揮中心醫療應變組第 69 次會議決議，有關電子處方箋與遠距醫療平台結合，請醫事司持續與健保署、資訊處等單位共同研議處方箋電子化及納入電子病歷交換中心(EEC)平台等運作方式。

(三) 遠距計畫施行地區是否有必要擴大至110年衛生福利部核定之遠距醫療相關計畫(西醫基層總額代表_黃啟嘉醫師)：

【說明】配合衛生福利部前瞻2.0計畫及健保中長程改革計畫，故本次修正草案將衛生福利部核定之遠距醫療相關計畫由109年以前核定修訂為110年以前核定，惟未影響遠距計畫施行地區數。

(四) 遠距醫療如有醫療糾紛，在地端與遠距端之責任該如何區分。另健保署110年11月29日「遠距醫療與因應疫情之視訊診療未來發展方向及建議」座談會紀錄，李伯璋署長提及「看診模式放寬要小心，遠距醫療不宜盲目開放，預算仍應做有效運用」等語，遠距計畫是否有放寬之必要性(醫院總額代表-社區醫院_謝景祥醫師)

【說明】

1. 遠距計畫已規範執行遠距會診時雙方均應製作看(會)診紀錄，併同病歷保存，並註明以視訊方式進行看(會)診。故如發生醫療爭議，得由病人病歷及看(會)診紀錄等文件協助釐清相關責任歸屬。
2. 本署 110 年 11 月 29 日召開「遠距醫療與因應疫情之視訊診療未來發展方向及建議」座談會，會前業函請中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會及各層級醫院協會就計畫施行地區、會診科別、實施場域及看診模式提出建議。其中涉開放看診模式之建議包括，延續疫情期間視訊診療模式(醫師對病人之遠距診察)、新增遠距端醫師對在地端醫事人員視訊會診、遠距端整形外科醫師指導在地端傷口護理師對病人之傷口照護等。

3. 本署綜整醫界團體建議及衛生福利部遠距計畫試辦結果，並就遠距計畫預算額度、病人就醫需求及偏鄉地區定義等因素進行考量，修訂計畫草案，放寬施行地區、會診科別及實施場域，而看診模式維持醫師對醫師之遠距會診，由在地醫師依病人病情評估是否進行遠距會診。

(五) 是否可放寬護理人員至病人家中訪視時，與診所醫師連線看診(台灣居家護理暨服務協會_曾勤媛理事長)

【說明】

1. 依衛生福利部 110 年 4 月 16 日「全民健康保險醫療給付總額中長期改革計畫推動協調會報第 1 次工作小組會議」決議，醫師對護理人員之遠距診察，可再進一步試辦，可行後給付制度才介入。
2. 考量遠距計畫為試辦初期，建議先維持醫師對醫師之遠距會診，待穩定執行後再逐步檢討是否放寬看診模式。

討論事項

第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：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。

說明：

- 一、依據本署 111 年 3 月 9 日召開 111 年第 2 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（下稱專家諮詢會議）決議辦理（附件 1，頁次討 5-3~5-4）。
- 二、新增「成功移除長期留置鼻胃管並恢復經口進食」診療項目，推估增加支出約 38.55 百萬點（附件 2，頁次討 5-5）：
 - （一）依 111 年第 2 次專家諮詢會議結論（同附件 1，頁次討 5-3~5-4），本項用於及早訓練長期留置鼻胃管病人（放置鼻胃管 3 個月以上者）移除鼻胃管，促病人早日恢復以口進食吞嚥功能，避免相關併發症之發生，以提升病人照護品質及生命尊嚴，爰建議新增本項，以鼓勵吞嚥訓練團隊並訂有適應症。
 - （二）財務評估：建議支付 3,000 點，以 110 年連續 3 個月申報 47017C「胃管插入」之新插管個案且有執行 54032C「吞嚥訓練」及語言治療者，首次置入鼻胃管後 4 至 6 個月中，有 1 個月以上未再申報胃管插入之人數，以及 108 年至 109 年平均成長率（10.83%），推估 111 年符合者約 12,851 人，醫院增加支出 38.55 百萬點。
- 三、修訂編號 68057B「經導管肺動脈瓣膜置換術」詳表二序號 1（附件 2，頁次討 5-6）：依 111 年第 1 次專家諮詢會議結論（同附件 1，頁次討 5-3~5-4）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」，本項不增加健保財務支出。
- 四、預算來源：本次增修 2 項診療項目，推估增加支出約 38.55 百

萬點，由 111 年醫院總額「新醫療科技」項下新增診療項目預算 273.6 百萬元支應。

擬辦：本案經討論後如獲同意，增修支付標準表（詳附件 3，頁次討 5-7~5-9），並依程序報請衛生福利部核定後公布實施。

決議：

111 年第 2 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 3 月 9 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：劉志鴻

壹、出席專家：略。

貳、請假專家：略。

參、列席單位及人員：略。

肆、主席致詞：略。

伍、確認上次會議紀錄：確認。

陸、報告事項：略。

柒、討論事項：

一、本署建議修訂 68057B「經導管肺動脈瓣膜置換術」診療項目案。

討論重點：

- (一) 與會專家表示，法洛氏四重症之病人於術後常發生肺動脈瓣逆流及右束支傳導阻滯（CRBBB），導致右心室擴大變形，進而導致三尖瓣逆流，亦可能因病人本身三尖瓣即有缺損所致，故三尖瓣閉鎖不全不宜列為絕對禁忌症。
- (二) 與會專家表示，有學會把關執行本項醫師資格是必要的，因法洛氏四重症好發於兒童階段，且兒童心臟學會與心臟學會中，執行本項為相同專家群，爰建議維持原「經社團法人台灣兒童心臟學會核發認證」規範，由兒童心臟學會核發。考量造成三尖瓣閉鎖不全之因素多，故同意於執行本項前由兒童心臟內外科召開團隊會議，評估病人是否適合執行本項目，透過醫病共享決策，提供病人選擇權。另有關比照 TAVI 增訂「執行前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肺動脈瓣膜置換或開刀危險性過高」，考量現行以手術執行經導管肺動脈瓣置換風險低，和 TAVI 不同，故建議毋須訂入適應症中。
- (三) 與會專家表示，現行支付規範適應症其一條件為「病人年齡十二足歲以上及五十歲以下」，惟目前部分法洛氏四重症病人因醫療技術發展，年齡可能逾 50 歲，且術後效果佳，建議應刪除 50 歲年齡上限。
- (四) 另建議於「具有三百例以上的先天性心臟病導管介入手術的經驗」文字前增加「累積」二字，與會專家表示，因加入累積二字後宜再增訂計算時間點，故建議不增加。

結論：經與會專家討論，同意於本項適應症增列「執行前須經兒童心臟內外科召開討論會議，並附上會議紀錄」，及刪除現有適應症中「限 50 歲以下」之規定。

四、本署建議新增「成功移除長期留至鼻胃管並恢復經口進食」診療項目案。

討論重點：

- (一) 與會專家表示，腦中風、頭頸癌、舌癌及神經性退化等病人，皆有長期留置鼻胃管之可能，另鼻胃管移除之評估及執行涉跨醫療專業合作

議題，除透過持續訓練外，移除後仍需持續觀察病人進食情形，惟有部分長期留置鼻胃管病人，僅係因院所照顧便利而未能積極移除，故同意透過新增獎勵誘因方式，以提升照護團隊對於困難個案移除鼻胃管留置之意願。

- (二) 與會專家表示，咀嚼或吞嚥功能恢復情形，皆會影響移除鼻胃管成功率，病人經移除鼻胃管後，亦須維持口腔衛生，以減少嗆咳導致吸入性肺炎。另吞嚥評估及訓練具有專業性，倘須開放其他專科於課程訓練或認證後執行吞嚥訓練，應審慎考慮。
- (三) 與會專家建議，病人於移除鼻胃管 1 個月後，倘因營養不良將可能再次置入鼻胃管，故成功移除之定義可考慮調整為成功移除 2 個月以上。另考量病人移除鼻胃管前，需配合完整之評估、檢查及復健相關治療，移除後亦需進行評估及追蹤，故不宜開放於居家執行，建議僅開放醫院之門、住診執行。另建議本項應獎勵訓練病人恢復吞嚥功能之團隊，而非獎勵單純移除管路者。
- (四) 與會專家建議，鼻胃管移除需藉由內視鏡或 X 光攝影等檢查協助評估後執行，但因現行相關檢查項目之支付點數偏低，可能影響院所執行意願，建議未來納入研議調整。另耳鼻喉科之吞嚥治療建議列為同一療程診療項目或訂定相關適應症，以符合臨床實務需求。
- (五) 與會專家表示，提案中成功移除定義「恢復經口進食無攝取熱量不足、體重減輕、脫水及肺部感染等併發症，且未重置鼻胃管 1 個月以上」，原係為要求院所提供營養評估或功能恢復佐證，惟當移除鼻胃管後，病人倘發生營養不良，院所還是會重新置入鼻胃管，且上述文字之操作型定義不易明確訂定，故建議限制未重置鼻胃管之時間即可。
- (六) 因部分兒童會有吞嚥障礙之症狀，故與會專家建議執行人員，可加入小兒神經科專科醫師。

結論：本案經專家充分討論後同意新增，說明如下：

- (一) 項目名稱：成功移除長期留置鼻胃管並恢復經口進食。
- (二) 適用對象：長期留置鼻胃管 3 個月以上，恢復經口進食且未重置鼻胃管 1 個月以上者。
- (三) 適用類別：地區醫院以上之門診及住診，獎勵對象為執行吞嚥相關評估跟吞嚥訓練且成功移除鼻胃管之團隊。
- (四) 執行人員：復健科、耳鼻喉科、神經科、小兒神經科專科醫師、牙醫師及語言治療師組成之團隊。
- (五) 申報頻率：每人每年同一傷病限申報 1 次。
- (六) 支付點數：3,000 點。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：12 時 06 分。

表一、111 年建議新增醫療服務給付項目及財務影響評估彙整表(計 1 項目)

序號	中文名稱	主要臨床功能及目的	適應症/支付規範	建議支付點數		建議支付點數(含一般材料費) A	被替代項目及替代率					預估年執行量 E	預估年增點數 (百萬點) F= ①A*E-B*C*D ②A*E
				表定點數	表列材料費 %		被替代診療項目	中文名稱	支付點數 B	替代成數 C	醫令申報量 D (108/109 年)		
1	成功移除長期留置鼻胃管並恢復經口進食	及早訓練長期留置鼻胃管病人移除鼻胃管，促病人早日恢復進食吞嚥功能，避免相關併發症之建議，以提升病人照護品質及生命尊嚴。	<u>1.適應症（須符合下列各項條件）：</u> <u>(1)因腦中風、神經疾病、頭頸部癌症、喉部疾病、老年退化、結構異常等原因，導致吞嚥功能障礙而置入鼻胃管長期留置達3個月以上者。</u> <u>(2)恢復以口進食並有相關評估紀錄且未重置鼻胃管1個月以上。</u> <u>2.限復健科、耳鼻喉科、神經科、小兒神經科專科醫師、牙醫師及語言治療師執行及申報。</u> <u>3.本項限由執行吞嚥等口腔功能訓練且成功移除長期留置鼻胃管之照護團隊人員申報。</u> <u>4.申報頻率：每人每年同一傷病限申報1次。</u>	3,000		3,000	/					12,851 (註 1)	38.55 ^②
(1) 1項新增項目 小計												38.55	

註 1：以 110 年連續 3 個月申報 47017C「胃管插入」之新發生個案且有執行 54032C「吞嚥訓練」及語言治療者，首次置入鼻胃管後 4 至 6 個月中，有 1 個月以上未再申報胃管插入之人數(11,595 人)及 108 年至 109 年平均成長率(10.83%)，推估 111 年符合者約 12,851 人(=11595*(1+10.83%))。

表二、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 1 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	68057B	經導管肺動脈瓣膜置換術	本署 110 年 9 月 16 日「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 53 次會議」之附帶決議，與會專家及代表建議修訂禁忌症及醫師資格。	適應症：須符合下列四項條件。 (1)法洛氏四重症手術後或主動脈瓣狹窄接受 Ross 術後，發生肺動脈瓣嚴重逆流，造成右心室擴大，或有心衰竭症狀者。 (2)以磁振造影 MRI 檢查(至少具備以下任三項條件)： A.肺動脈瓣逆流指數(Pulmonary Regurgitation Index fraction > 30 %。 B.右心室舒張末期容積 > 150 ml/m ² 。 C.右心室舒張末期容積(End-diastolic Volume)/左心室舒張末期容積比大於 1.7 者或是右心室收縮末期容積>80ml/m ² 。 D.右心室收縮分率小於 45%。 (3)病人年齡十二足歲以上及未滿五十一歲，且體重三十公斤以上。 (4)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。	98,957			不影響財務支出

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目 修正規定

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

第一項 處置費 Treatment

一、一般處置 General Treatment (47001~471067)

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
47107B	<p><u>成功移除長期留置鼻胃管並恢復經口進食</u></p> <p><u>註：</u></p> <p><u>1.適應症（須符合下列各項條件）：</u></p> <p><u>(1)因腦中風、神經疾病、頭頸部癌症、喉部疾病、老年退化、結構異常等原因，導致吞嚥功能障礙而置入鼻胃管長期留置達三個月以上者。</u></p> <p><u>(2)恢復以口進食並有相關評估紀錄且未重置鼻胃管一個月以上。</u></p> <p><u>2.限復健科、耳鼻喉科、神經科、小兒神經科專科醫師、牙醫師及語言治療師執行及申報。</u></p> <p><u>3.本項限由執行吞嚥等口腔功能訓練且成功移除長期留置鼻胃管之照護團隊人員申報。</u></p> <p><u>4.申報頻率：每人每年同一傷病限申報一次。</u></p>		Y	Y	Y	3000

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
68057B	<p>經導管肺動脈瓣膜置換術 Transcatheter pulmonary valve implantation ,TPVI</p> <p>註：</p> <p>1.適應症：須符合下列<u>三四</u>項條件。</p> <p>(1)法洛氏四重症手術後或主動脈瓣狹窄接受 Ross 術後，發生肺動脈瓣嚴重逆流，造成右心室擴大，或有心衰竭症狀者。</p> <p>(2)以磁振造影 MRI 檢查(至少具備以下任三項條件)：</p> <p>A.肺動脈瓣逆流指數(Pulmonary Regurgitation Index fraction > 30 %。</p> <p>B.右心室舒張末期容積 > 150 ml/m²。</p> <p>C.右心室舒張末期容積(End-diastolic Volume)/左心室舒張末期容積比大於1.7者或是右心室收縮末期容積>80ml/m²。</p> <p>D.右心室收縮分率小於45%。</p> <p>(3)病人年齡十二歲以上及未滿五十一歲，且體重三十公斤以上。</p> <p><u>(4)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。</u></p> <p>2.禁忌症：</p> <p>(1)右心室出口有形成 aneurysm 或肺動脈環大於32mm 或小於14mm 者。</p> <p>(2)冠狀動脈有異常途徑，繞於肺動脈基部後方或可能被植入瓣膜壓迫者。</p> <p>(3)殘留心室中膈缺損或任一側肺動脈嚴重狹窄需手術修補者。</p> <p>(4)合併左心室衰竭或冠狀動脈疾病需開刀者或放置血管支架。</p> <p>(5)嚴重肺動脈高壓(平均肺動脈壓大於等於30 mmHg)。</p> <p>(6)任何感染症尚未痊癒者。</p> <p>(7)腎功能異常。</p> <p>3.醫院條件：</p> <p>(1)專任之兒童心臟內科及心臟外科醫師。</p> <p>(2)醫院每年需具三十例以上之先天性心臟病開心手術加上瓣膜手術之案例。</p> <p>(3)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。</p> <p>4.醫師資格：</p>	v	v	v	v	98957

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
	<p>(1)由符合下述資格之小兒心臟專科醫師執行，且經社團法人台灣兒童心臟學會核發認證。</p> <p>A.具有小兒心臟專科醫師五年以上資格。</p> <p>B.具有三百例以上的先天性心臟病心導管介入手術的經驗</p> <p>C.須完成「經導管肺動脈瓣置換術」相關講習或操作訓練時數三十小時，並擔任手術第一助手五例以上。</p> <p>(2)須有心臟外科專科醫師隨時提供必要之緊急措施。</p> <p>(3)執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請核定。</p> <p>5.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，以及肺動脈瓣擴張術(編號68029B 及69033B)等項目。</p> <p>6.一般材料費，得加計百分之十一。</p> <p>7.需事前審查。</p>					

肆、報告事項

報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：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。

說明：

- 一、依據本署 111 年 3 月 10 日本會議決議（附件 1，頁次報 1-3～1-6）辦理。
- 二、本署前次會議報告 111 年 7-12 月適用之相對權重，摘述如下：
 - （一）全國平均每人次點數（52,400）=校正後全國總點數（1,025 億點）/採計個案（196 萬件）。
 - （二）標準給付額（SPR）=48,837 點。
- 三、111 年 7-12 月參數計算採 109 年住院申報資料，除校正基本診療項目外，並將 109 年至 111 年新增修訂診療項目調整及 110 年特材價量調查調整之點數差額串回申報資料後進行統計。惟因 111 年 3 月 10 日共擬會議通過調升各類病床護理費（第一天）及腎臟移植等診療項目之支付點數，前述修訂 111 年預估約增加 12.9 億點，爰配合重新計算 Tw-DRGs 3.4 版 111 年 7 月-12 月適用參數。
- 四、新計算之 111 年 7-12 月適用參數計算結果說明如下（附件 2，頁次報 1-7）：
 - （一）相對權重（RW）計算過程及結果（附件 3，頁次報 1-8）：
 1. RW=「某 Tw-DRGs 平均每人次點數/全國平均每人次點數」。
 2. 全國平均每人次點數（52,784）=校正後全國總點數（1,032 億點）/採計個案（196 萬件）。
 3. 某 DRG 平均每人次點數=各 DRG 總點數/各 DRG 去極值後納入計算個案數。
 4. 經統計，各 DRG 之權重、上限臨界點、下限臨界點及幾何平

均住院天數，詳附表 7.3 權重表(附件 5，頁次報 1-10~1-36)。

(二)標準給付額 (SPR) 計算過程及結果 (附件 4，頁次報 1-9)：

1. $SPR = \text{全國合計點數} / \text{全國總權重} = 1,132 \text{ 億點} / 230 \text{ 萬} = 49,192 \text{ 點}$ 。
2. 較 111 年 3 月 10 日共擬會議報告之 SPR 48,837 點(採例行參數計算方式)，增加 355 點。

五、查 111 年 7 月-12 月適用權重重新計算結果，1,068 項 DRG 中計有 194 項 DRG 將採核實申報，另採 DRG 包裹支付之 874 項 DRG，相較於 111 年 1 月-6 月適用權重，有 460 項 DRG 權重增加，412 項 DRG 權重減少，2 項 DRG 權重不變。其中權重上升以 DRG30201、30202 (腎移植，有/無合併症或併發症) 定額增加 17 萬點最多，因腎臟移植支付點數調升所致。

六、擬依會議決議，依程序報請衛生福利部核定後公告實施。

決定：

「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(重點節錄)

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

主席：李署長伯璋

紀錄：蔡孟芸

出席人員：略

一、主席致詞：略。

二、報告事項：

(二) 全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs) 支付標準修訂及 3.4 版 111 年 7-12 月適用之相對權重統計結果案。(詳附件 2, P41-P51)。

決定：同意修訂 Tw-DRGs 支付通則有關「全民健保尚未納入給付特材管理作業要點」相關內容，並新增參數計算頻率及校正方式，另將依本次會議通過增修診療項目，重新計算權重後再提下次會議報告。

(三) 增修全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準各類病床「護理費（第一天）」等診療項目報告案（詳附件 3, P52-P59）。

決定：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。
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。

三、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, P61-P69）。

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。

四、臨時提案：無。

五、散會：下午6時16分

111年3月10日共同擬訂會議提案

報告事項 報告單位：本署醫務管理組

第二案

案由：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案。

說明：

- 一、按 Tw-DRGs 支付通則十三規定：各 Tw-DRG 權重 (RW)、幾何平均住院日、醫療服務點數上限臨界點、醫療服務點數下限臨界點及標準給付額 (SPR)，由保險人每年年底依前一年醫療服務點數計算，並於次年適用。另依 108 年 6 月 13 日本會議決議，自 108 年起，Tw-DRGs 適用權重每年公告兩次，分別於當年度 1 月及 7 月起適用。
- 二、111 年 7-12 月適用參數計算結果說明如下(計算說明詳附件 1)：
 - (一) 相對權重 (RW) 計算過程及結果 (附件 2)：
 1. $RW = \text{「某 Tw-DRGs 平均每人點數} / \text{全國平均每人點數」}$ 。
 2. 全國平均每人點數 (52,400) = 校正後全國總點數 (1,025 億點) / 採計個案 (196 萬件)。
 3. 某 DRG 平均每人點數 = 各 DRG 總點數 / 各 DRG 去極值後納入計算個案數。
 4. 經統計，各 DRG 之權重、上限臨界點、下限臨界點及幾何平均住院天數，詳附表 7.3 權重表 (附件 4)。
 - (二) 標準給付額 (SPR) 計算過程及結果 (附件 3)：
 1. $SPR = \text{全國合計點數} / \text{全國總權重} = 1,124 \text{ 億點} / 230 \text{ 萬} = 48,837 \text{ 點}$ 。
 2. 較適用於 111 年 1-6 月 SPR 48,815 點(採例行參數計算方式

計算)，增加 22 點。

3. 111 年參數計算資料來源為 109 年住院申報資料，因 109 年 COVID-19 疫情影響，件數由 240 萬件下降為 221 萬件，又全國合計點數下降幅度較總權重小，致 SPR 增加。111 年下半年 48,837 點較 110 年同期 45,837 點，增加 3,000 點。
4. 綜上，擬參照 111 年上半年通過之計算方式，採例行參數計算 111 年下半年 SPR 為 48,837 點。

三、查 111 年 7 月-12 月適用權重計算結果，1,068 項 DRG 中計有 194 項 DRG 將採核實申報，另採 DRG 包裹支付之 874 項 DRG，相較於 111 年 1 月-6 月適用權重，有 156 項 DRG 權重增加，675 項 DRG 權重減少，43 項 DRG 權重不變，分析報告如附件 5。

四、因「全民健康保險保險醫事服務機構收取自費特材費用規範」自 110 年 12 月 15 日起修訂為「全民健保尚未納入給付特材管理作業要點」(附件 6)，爰配合修訂支付標準第七部第一章 Tw-DRGs 支付通則文字，另增列 DRG 參數計算頻率及參數校正方式(附件 7)。

擬辦：擬依會議決議，依程序報請衛生福利部核定後公告實施。

111 年 7-12 月各 Tw-DRGs 適用之相對權重 (RW)、幾何平均住院日、醫療服務點數上限臨界點、醫療服務點數下限臨界點及標準給付額 (SPR) 之計算方式重點說明如下：

- 一、採 109 年住院申報資料，並依 107 年 7 月 11 日公告之「特約醫事服務機構住院醫療費用點數申報格式及填表說明」備註 21 規定，「同醫院急診當次轉住院案件，原則分開申報，該筆急診案件以門診醫療費用申報格式申報，惟 DRG 案件由醫院依急診之診療項目與住院之 DRG 相關性辦理，相關者合併於住院案件申報，無關者分開於門診案件申報」，故自 108 年費用基期起，急診轉住院者且申報於門診之急診費用不納入計算。
- 二、校正基本診療項目，並將 109 年至 111 年新增及修訂支付標準及 110 年特材價量調查調整之點數差額串回申報資料後進行統計。與 111 年 1-6 月適用參數比較，增加 110 年至 111 年增修支付標準及 110 年特材價量調查調整之點數差額串回申報資料後，住院總點數增加 12.9 億點（較前次議程所提 1.09 億點，增加 11.79 億點），DRG 範圍增加 9.2 億點（較前次議程所提 0.57 億點，增加 8.63 億點）。
- 三、該年度符合 DRG 範圍之醫院住院申報資料經歸戶、排除不完整資料及不適用 DRG 範圍資料，共計 221 萬筆，醫療服務點數 1,254 億點。

111年7-12月適用之權重計算過程

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

一、全國平均每人次點數之計算過程：

適用年度	申報資料歸戶	有效資料	不適用DRG	個案數						計算RW之數據	
				符合DRG範圍資料	排除資料			納入計算RW個案	校正後全國總點數	全國平均每人次點數	
					清檔排除案件	異常轉歸案件	自行要求剖腹產案件				極值案件
111年7-12月	A	B	C	D	a	b	c	d	E=D-a-b-c-d	F	G=F/E
	3,117,053	2,979,724	774,150	2,205,574	89,836	107,735	1,058	50,976	1,955,969	103,242,996,697	52,784

註1.「全國平均每人次點數」計算步驟：

(1)申報資料歸戶：111年以109年住院申報資料(已校正110年起支付標準調整及110年特材價量調查)，按醫院代碼、病人ID、住院日期、出生日期歸戶，

新生兒依附件歸戶。

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

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

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

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

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

(6)極值案件處理：排除各DRG兩端極端值資料：

A.校正後醫療點數<DRG之2.5百分位值之個案，不納入計算。

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

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

並扣除支付通則六(六)規定之核實申報點數

(7)符合DRG範圍資料：排除支付通則三，不適用DRG範圍之個案。

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

(9)校正後全國總點數：上述納入計算個案之校正後醫療點數。

(10)全國平均每人次點數=校正後全國總點數/納入計算RW個案數。

註2.某Tw-DRG平均每人次點數之計算步驟：

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

註3.資料來源：109年符合DRG範圍之住院申報資料，其中DRG範圍按適用年度之通則規定辦理。

111年7-12月適用SPR之計算過程

符合DRG範圍		不納入計算之點數				計算SPR			
個案數	總點數	特定核實項目申報點數	採核實申報個案之點數	非反映支付標準之校正因素	add-on特材加計點數	實際點數高於上限臨界點支付點數	全國合計點數	全國總權重	SPR值(取整數)
A	B	C	D	E	F	H	I=B-C-D-E-F-H	J	K=I/J
2,205,574	125,443,495,807	2,718,217,544	2,454,936,725	671,730,829	66,818,838	6,299,379,695	113,232,412,176	2,301,866	49,192

註1.資料說明：

- (1)資料來源：109年符合DRG範圍之住院申報資料(已校正110年起支付標準調整及110年特材價格調整)(103年起，權重、上下限臨界點改以前一年度之住院申報資料計算，並依年遞延。
- (2)A.特定核實項目申報點數，係指DRG支付通則六之(六)所列雙胞胎胎以上之新生兒照護費、癌症及性態未明腫瘤之化療(放療)費用、呼吸器、洗腎、生物製劑費用等定義之核實申報項目之點數。
B.生物製劑自103.7.1生效，IABP自103.7.1刪除。

雙胞胎以上之新生兒照護	IABP特殊材料費	癌症及性態未明腫瘤之化療(放療)費用	呼吸器	洗腎	生物製劑	特定核實特材	BC肝藥費	小計
7,207,900				2,003,892,322	314,970,286	388,396,876	3,750,160	2,718,217,544

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

個案數	A ₁	點數	B ₁	低於下限		點數	D ₁	C ₁	E ₁ =A ₁ +C ₁	F ₁ =B ₁ +D ₁	合計
				個案數	點數						
94,679	1,953,527,412	5,405	501,409,312	100,084	2,454,936,725						

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

減少層級差距	政策鼓勵之兒童加成比率	CMI加成	合計
374,106,944	102,872,748	187,506,487	671,730,829

(5)各DRG之參數(權重、上/下限臨界點)採用按109年資料，111年適用之DRG分類表進行統計之結果。

註2：SPR=(全國合計點數/全國總權重)=48,837，實施前後點數差值，係由於SPR採整數，小數點進位導致點數差值。

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

符合DRG範圍	不納入計算項目	實施前後總點數中平原則	計算SPR
個案之總權重	低於下限或核實申報個案之總權重	反映權重	全國總權重
A ₂	B ₂	C ₂	D ₂ =A ₂ -B ₂ +C ₂
2,264,486	107,514	144,893	2,301,866

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

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

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

附表 7.3

111 年 7-12 月 3.4 版 1,068 項 Tw-DRGs 權重表

註:

1. 本表每 1 權重之標準給付額(SCR)為 49,192 點，係以一百零九年一至十二月醫院住院符合 DRG 範圍申報資料（已校正一百零九年起支付標準調整及一百壹十年特材價格調整）及支付通則規定辦理。
2. 無權重者(計六十六項)依支付標準通則採核實申報醫療費用。
3. 註記*者(計一百九十四項)為去極值後個案數<20 件，依支付標準通則暫以核實申報醫療服務點數。
4. 邏輯註記●者(五十四項)為該組 DRG 違反單向邏輯已校正後之權重。
- 5 下限臨界點採實際醫療點數之 2.5 百分位計算； 上限臨界點為醫療點數之各 DRG 90 百分位。
- 6.DRG513 支付點數以「標準給付額」x「權重」計算，不得加計各項加成或其他另行加計之醫療點數。
7. 資料期間：一百零九年一至十二月； 製表日期一百一十一年三月十七日。

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
PRE	1	10301	20.6288	*		27	931,859	1,649,525
PRE	2	10302	-	*		-	-	-
PRE	3	48301	2.7987			15	26,621	340,063
PRE	4	48302	1.8660			10	10,722	251,858
PRE	5	48001	24.6052			23	710,729	1,900,908
PRE	6	48002	17.0166			20	672,887	1,149,315
PRE	7	48101	-	*		-	-	-
PRE	8	48102	12.1031	*		24	589,320	658,866
PRE	9	49501	-	*		-	-	-
PRE	10	49502	21.6368	*		27	965,425	1,210,230
PRE	11	48201	2.7158			12	27,166	306,456
PRE	12	48202	2.6107			10	27,319	332,880
PRE	13	512	18.5355	*		20	751,051	1,205,031
1	1	00201	4.1633			15	64,212	403,369
1	2	00202	2.6469			9	51,497	254,918
1	3	00101	4.8502			13	54,074	491,297
1	4	00102	4.6225			8	47,687	454,208
1	5	00301	4.5843			13	61,090	425,654
1	6	00302	3.7388			10	58,857	372,390
1	7	00401	2.7406			8	33,378	253,998
1	8	00402	2.1301			6	32,622	176,979
1	9	00501	2.7175		●	6	46,240	255,337
1	10	00502	2.7175		●	4	57,687	203,641

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
1	11	00601	0.4326			2	11,216	34,445
1	12	00602	0.3674			2	10,901	27,659
1	13	00701	-	*		-	-	-
1	14	00702	2.2686			7	52,726	225,936
1	15	00703	1.0779			4	20,132	144,395
1	16	00704	1.3300			6	16,417	181,561
1	17	008	0.8411			3	15,754	157,490
1	18	00901	0.6289			6	4,280	83,257
1	19	00902	0.3826			4	3,119	37,050
1	20	00903	0.6525			6	4,514	82,133
1	21	00904	0.3394			4	2,663	31,289
1	22	00905	0.8044			6	3,111	86,652
1	23	01001	0.8434			6	7,194	88,705
1	24	01002	0.8025			5	6,228	77,244
1	25	01101	0.5169			3	4,175	53,706
1	26	01102	0.5884			4	5,470	53,544
1	27	01201	0.7765			7	6,434	81,624
1	28	01202	0.8570			7	7,181	93,151
1	29	01203	0.6269			4	5,213	61,695
1	30	01301	0.8613			6	10,247	71,386
1	31	01302	0.6873			4	5,095	63,428
1	32	01303	1.0106			5	4,704	137,574
1	33	01304	0.7053			4	4,929	74,272
1	34	01401	1.4748			12	13,328	156,261
1	35	01402	0.9110			8	8,722	91,516
1	36	01403	1.2701			10	19,027	146,662
1	37	01404	0.7916			7	13,315	74,468
1	38	01405	1.1090			9	15,780	127,032
1	39	01406	0.7160			6	12,819	64,478
1	40	01501	0.6850			4	9,050	63,563
1	41	01502	0.5935			3	8,986	48,975
1	42	01503	0.8196			5	11,168	92,084
1	43	01504	0.6279			4	10,526	53,404
1	44	01505	0.6034			5	9,660	53,810
1	45	01506	0.4921			4	8,557	40,305
1	46	01601	0.9164			7	7,890	105,931
1	47	01602	0.6361			5	8,709	61,701
1	48	01701	0.6173			4	5,852	62,152
1	49	01702	0.4869			3	10,308	38,595
1	50	018	0.8229			6	5,516	94,717
1	51	019	0.6286			4	3,793	59,083

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
1	52	02001	1.7724			11	7,968	195,852
1	53	02002	1.2078			8	6,951	137,529
1	54	02003	2.1808			13	26,606	229,527
1	55	02004	1.6230			10	9,177	168,685
1	56	02101	1.9613			13	15,486	222,393
1	57	02102	1.3328			11	21,035	109,652
1	58	02103	1.4781			10	12,297	181,867
1	59	02104	0.9679			7	6,295	92,158
1	60	02201	0.5484			5	5,597	77,577
1	61	02202	0.4503			4	8,052	47,424
1	62	02301	0.7824			6	5,980	83,328
1	63	02302	0.4552			4	5,350	49,946
1	64	024	0.8570			6	7,084	99,610
1	65	025	0.4626			4	3,657	46,725
1	66	02601	0.5646			4	5,792	65,482
1	67	02602	0.3711			3	4,516	39,671
1	68	02701	1.0781			8	5,881	145,328
1	69	02702	0.5280			5	4,277	63,882
1	70	02801	0.8224			6	5,537	109,036
1	71	02802	0.8201			6	5,278	104,773
1	72	02803	0.8639	*		6	5,755	80,213
1	73	02901	0.4512			4	4,427	51,843
1	74	02902	0.4689			4	3,971	55,947
1	75	02903	0.3417			4	2,076	33,424
1	76	03001	0.8870	*		7	19,940	128,903
1	77	03002	0.4372			4	4,906	43,809
1	78	03003	0.9398			5	4,233	136,830
1	79	03004	0.4051			3	4,473	46,655
1	80	03005	-	*		-	-	-
1	81	03006	0.1857	*		3	6,747	12,643
1	82	031	0.3651			4	3,343	37,123
1	83	032	0.2324			3	2,725	21,696
1	84	03301	0.4236			4	7,360	51,442
1	85	03302	0.2058			2	2,495	19,357
1	86	034	0.7744			6	5,681	95,358
1	87	035	0.4845			3	4,346	48,441
2	1	03701	1.4391			5	27,862	133,121
2	2	03702	1.0508			3	24,762	84,538
2	3	03703	0.6375	*		6	15,957	35,580
2	4	03704	-	*		-	-	-
2	5	03705	0.8763			5	20,470	78,834

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
2	6	03706	1.6201			5	36,977	148,599
2	7	03707	1.1260			4	33,316	87,848
2	8	04001	0.6385			2	15,202	56,926
2	9	04002	0.5442			3	7,481	50,444
2	10	04003	-	*		-	-	-
2	11	04004	1.0551	*		4	18,618	90,760
2	12	04101	0.5016			2	15,727	36,621
2	13	04102	0.5963	*		2	9,373	53,151
2	14	04103	-	*		-	-	-
2	15	04104	-	*		-	-	-
2	16	03601	1.5074			3	33,891	103,250
2	17	03602	0.5773	*		2	9,752	86,862
2	18	04201	1.1564			4	17,006	87,358
2	19	04202	0.4499			3	6,858	33,993
2	20	03901	1.9823			2	30,286	147,693
2	21	03903	1.0449			2	21,022	56,806
2	22	03902	0.7814	*		4	20,054	58,142
2	23	03904	0.9654			2	33,001	52,806
2	24	03905	0.5211			1	21,093	29,453
2	25	03906	0.7943	*		4	11,136	70,682
2	26	03801	0.6526	*		2	13,608	35,854
2	27	03802	0.4384			3	7,910	33,994
2	28	04301	-	*		-	-	-
2	29	04302	-	*		-	-	-
2	30	04401	0.4754			7	6,102	53,828
2	31	04402	0.3449			6	5,501	36,483
2	32	04501	0.6264			5	8,702	59,146
2	33	04502	0.4934			4	7,304	44,940
2	34	046	0.4711			5	3,058	50,458
2	35	047	0.2989			3	2,396	34,707
2	36	048	0.2932			3	2,840	31,015
3	1	04901	4.4355			11	45,527	416,214
3	2	04902	1.9171			4	31,877	188,426
3	3	06101	0.7319	*		2	9,968	43,310
3	4	06102	0.4322			2	11,268	29,474
3	5	062	0.5513			1	16,361	36,060
3	6	05301	0.9593			3	25,365	79,434
3	7	05302	0.9306			2	26,620	72,354
3	8	05401	1.4763	*		4	47,870	115,488
3	9	05402	0.9409			2	26,050	67,067
3	10	05701	0.8541			4	8,226	47,861

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
3	11	05702	0.5161			3	10,390	29,503
3	12	058	0.8443			2	24,361	50,213
3	13	052	1.4490			3	32,273	102,164
3	14	168	0.8435			4	11,975	77,124
3	15	169	0.7315			3	16,912	55,867
3	16	05601	0.6503		●	3	20,623	40,975
3	17	05602	0.6503		●	3	17,088	78,768
3	18	05001	1.1258			4	27,777	78,464
3	19	05002	1.0358			3	25,242	72,149
3	20	05101	0.8208	*		6	15,861	120,071
3	21	05102	0.6531			3	21,184	48,785
3	22	05501	4.1622	*		7	44,660	291,297
3	23	05502	3.0133	*		9	66,922	274,894
3	24	05503	0.8047			2	20,049	43,712
3	25	05504	0.7278			2	23,901	40,651
3	26	05505	0.7444			2	15,499	45,916
3	27	05506	0.5635			2	18,004	32,505
3	28	059	0.5340			3	22,366	29,890
3	29	060	0.6450			2	21,611	37,529
3	30	06301	1.6727			6	25,961	154,286
3	31	06302	0.9167			3	21,737	76,266
3	32	06401	0.6647	*	●	3	15,678	62,594
3	33	06402	0.6647	*	●	3	13,019	61,940
3	34	065	0.3777			4	3,746	35,056
3	35	06601	0.5919			5	5,083	65,215
3	36	06602	0.2213			3	3,026	19,541
3	37	06701	0.5193			6	7,267	53,878
3	38	06702	0.3048			4	5,996	27,813
3	39	068	0.4306			5	5,429	45,173
3	40	069	0.2616			4	3,943	24,578
3	41	070	0.2862			4	6,263	24,953
3	42	071	0.3180			3	6,175	28,493
3	43	072	0.3331			2	3,254	26,605
3	44	07301	0.5890			6	5,553	61,234
3	45	07302	0.4295			4	4,291	36,749
3	46	07401	0.5792			4	5,346	74,831
3	47	07402	0.3816			3	3,444	39,293
3	48	18701	0.6164			6	9,673	65,382
3	49	18702	0.4374			5	8,999	37,066
3	50	18703	0.5193			2	12,328	42,831
3	51	185	0.4001			4	3,865	40,336

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
3	52	186	0.3246			4	5,975	28,694
4	1	07501	3.3432			13	63,204	306,753
4	2	07502	2.4904			7	54,561	205,013
4	3	07503	2.8635			8	51,262	250,715
4	4	07504	2.2766			5	71,386	169,163
4	5	07601	1.6604			9	21,196	198,001
4	6	07602	2.9650			6	73,636	217,850
4	7	07603	2.0670			12	22,086	254,361
4	8	07701	0.9979			4	20,814	104,975
4	9	07702	2.8438			5	101,444	203,815
4	10	07703	1.0543			4	13,976	110,921
4	11	47501	2.7125			14	39,599	264,617
4	12	47502	2.0911			9	16,031	211,741
4	13	07801	1.2836			8	13,195	133,446
4	14	07802	0.9576			6	10,161	104,118
4	15	07901	1.5535			12	14,313	157,555
4	16	07902	1.1047			10	13,971	117,944
4	17	07903	1.2773			12	18,595	130,777
4	18	07904	1.1053		●	9	10,161	118,731
4	19	07905	0.5447	*	●	6	7,908	35,248
4	20	08001	1.2062			10	10,760	116,100
4	21	08002	0.7166			7	9,128	73,144
4	22	08003	0.9117			9	13,814	92,152
4	23	08004	1.1053	*	●	9	31,585	106,369
4	24	08005	0.5447	*	●	5	5,945	46,575
4	25	08101	1.7083	*		12	42,598	105,688
4	26	08102	1.3760	*		10	35,579	140,521
4	27	08103	1.2420			7	9,247	156,193
4	28	08104	0.5575			5	6,746	59,232
4	29	08105	0.7731			6	10,510	108,699
4	30	08106	0.3896			4	8,982	37,291
4	31	08107	-	*		-	-	-
4	32	08108	-	*		-	-	-
4	33	08109	0.5986	*		5	30,977	33,893
4	34	082	0.4995			3	3,709	49,906
4	35	08301	0.5140			6	6,729	55,576
4	36	08302	0.4398			5	5,051	47,252
4	37	08303	-	*		-	-	-
4	38	08401	0.3714	*		5	4,668	24,801
4	39	08402	0.2621			4	4,243	24,618
4	40	08403	-	*		-	-	-

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
4	41	085	0.8888			7	8,447	95,272
4	42	086	0.6362			5	7,388	59,095
4	43	08701	1.5191			11	16,974	156,018
4	44	08702	0.6764			5	5,196	81,756
4	45	08703	0.7639			6	7,923	87,354
4	46	08704	0.4815			4	6,756	49,709
4	47	08801	0.7571			8	10,205	79,574
4	48	08802	0.5254			6	8,059	49,873
4	49	089	0.9297			9	11,459	100,770
4	50	090	0.5492			6	7,204	55,500
4	51	09101	0.4329			5	8,444	39,569
4	52	09102	0.3387			4	7,377	28,839
4	53	092	0.7665			5	3,834	102,974
4	54	093	0.6032			4	2,947	66,319
4	55	094	0.5282			6	5,528	61,089
4	56	095	0.3026			4	3,759	29,797
4	57	09601	0.6045			7	8,321	61,321
4	58	09602	0.4524			5	6,412	42,885
4	59	09701	0.4296			5	5,204	40,825
4	60	09702	0.2994			4	3,943	27,986
4	61	09801	0.3472			4	6,621	30,910
4	62	09802	0.2737			3	5,749	24,560
4	63	09803	0.4535			5	8,525	43,031
4	64	09804	0.3741			4	6,954	35,358
4	65	09901	0.7314	*		5	7,571	98,594
4	66	09902	0.5393			5	6,806	61,377
4	67	09903	0.5931			5	5,551	60,466
4	68	10001	0.3216			3	3,964	31,049
4	69	10002	0.3703			2	3,466	37,782
4	70	10003	0.3653			4	4,608	36,586
4	71	10101	0.5876			4	4,515	67,288
4	72	10102	0.7362			5	7,046	98,390
4	73	10103	0.3939			5	4,088	42,786
4	74	10104	1.0233	*		3	15,783	96,587
4	75	10105	-	*		-	-	-
4	76	10106	0.5888			5	7,523	55,698
4	77	10201	0.3342			2	3,486	34,112
4	78	10202	0.5508			3	4,426	53,015
4	79	10203	0.2612			3	3,259	25,849
4	80	10204	-	*		-	-	-
4	81	10205	-	*		-	-	-

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
4	82	10206	0.4340			2	3,255	47,799
5	1	10401	9.6416			17	274,473	580,712
5	2	10402	10.9513	*	●	18	392,538	684,034
5	3	10403	10.9513		●	18	372,176	774,492
5	4	10409	8.8701			19	356,713	546,722
5	5	10410	7.9985			16	280,521	483,937
5	6	10404	7.1447			14	208,442	404,169
5	7	10405	-	*		-	-	-
5	8	10406	-	*		-	-	-
5	9	10407	13.9625			9	326,233	816,086
5	10	10408	12.6780			7	460,339	683,260
5	11	10501	9.6807			14	324,208	577,293
5	12	10502	10.0567	*	●	15	394,184	540,288
5	13	10503	10.0567		●	15	352,262	641,640
5	14	10509	8.2766			15	334,175	561,522
5	15	10510	7.6736			12	262,253	438,421
5	16	10504	6.5501			13	175,198	411,845
5	17	10505	-	*		-	-	-
5	18	10506	-	*		-	-	-
5	19	10507	12.0723			7	425,568	675,469
5	20	10508	11.2416			3	184,516	604,692
5	21	10801	10.7222			11	196,473	645,352
5	22	10802	7.0281			3	195,856	405,926
5	23	10601	11.5956	*		19	454,717	732,320
5	24	10602	-	*		-	-	-
5	25	10603	9.8997			17	358,740	543,405
5	26	10604	9.7384	*		17	396,894	623,884
5	27	10701	8.7896			17	317,469	507,069
5	28	10901	8.2286			14	270,741	462,561
5	29	10702	7.7809			15	236,888	505,750
5	30	10902	6.9802			11	210,092	389,489
5	31	11001	11.4497			18	233,057	670,622
5	32	11005	6.1462			8	26,956	398,233
5	33	11002	3.5569		●	8	16,188	193,130
5	34	11006	2.7632	*		2	64,871	195,109
5	35	11003	5.1549			8	32,489	304,422
5	36	11004	5.9437	*		9	166,059	425,270
5	37	11101	10.5365	*		14	341,373	716,526
5	38	11105	5.5289	*		10	86,448	314,945
5	39	11102	3.5569		●	3	14,674	221,274
5	40	11106	2.7207			2	62,586	152,998

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	41	11103	5.1420			4	51,081	312,600
5	42	11104	-	*		-	-	-
5	43	11301	1.9692			12	34,034	118,005
5	44	11302	1.8704			11	30,585	103,261
5	45	11501	7.8873			5	155,110	475,423
5	46	11502	7.4653			4	32,098	472,060
5	47	11601	2.5438		●	3	88,723	186,311
5	48	11602	3.4540		●	3	107,415	267,065
5	49	11603	3.3983			5	123,512	231,131
5	50	11604	2.6765			4	94,946	195,758
5	51	11605	5.4519			5	120,424	433,800
5	52	47801	4.3924			8	68,696	252,630
5	53	47802	1.5325			4	21,043	102,209
5	54	47803	2.0414			4	28,840	123,026
5	55	47804	3.9472			4	46,193	378,319
5	56	47901	3.6059			5	57,576	269,606
5	57	47902	1.4926			4	18,808	79,903
5	58	47903	1.9742			3	28,744	129,444
5	59	47904	2.8742			3	34,463	272,917
5	60	11201	3.4540		●	3	85,510	223,492
5	61	11202	2.5438		●	2	73,742	163,572
5	62	11203	3.2952			3	103,639	203,795
5	63	11205	4.0090			3	121,796	250,229
5	64	11206	3.0936			2	97,677	171,145
5	65	11204	1.8016			2	18,994	97,014
5	66	11401	1.1172			7	17,722	61,888
5	67	11402	0.7353			5	14,072	40,413
5	68	11801	2.6716			3	110,533	143,292
5	69	11802	2.3739			3	108,512	128,015
5	70	11803	2.1258			3	78,100	114,619
5	71	11804	1.8750			3	74,298	105,168
5	72	11701	1.6800			4	19,248	96,956
5	73	11702	0.7187	*		3	17,244	58,875
5	74	11901	0.7209			2	20,494	43,318
5	75	11902	0.5748			2	18,298	33,668
5	76	12001	1.4281			8	17,977	83,696
5	77	12002	1.0693			5	16,489	60,427
5	78	12101	1.5351			5	29,270	96,596
5	79	12102	1.5794			7	13,755	89,172
5	80	12201	1.1179			3	23,166	69,030
5	81	12202	2.0603			5	10,418	114,506

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	82	12301	-	*		-	-	-
5	83	12302	-	*		-	-	-
5	84	124	1.1145			3	21,477	61,162
5	85	125	0.7710			2	20,482	43,058
5	86	126	1.5878			18	11,884	143,362
5	87	12701	-	*		-	-	-
5	88	12702	0.7401			7	8,746	81,408
5	89	12801	1.1348			6	17,010	72,706
5	90	12802	0.9766			4	7,890	92,970
5	91	129	2.5733			10	14,775	155,242
5	92	13001	1.2927			7	11,525	81,364
5	93	13002	1.0171			5	7,416	55,096
5	94	13101	0.9325			5	8,221	68,159
5	95	13102	0.8098			4	4,386	43,692
5	96	132	0.5706			4	5,040	32,197
5	97	133	0.3969			3	3,479	24,001
5	98	13401	0.5878			4	7,608	32,817
5	99	13402	0.4330			3	4,742	24,876
5	100	135	0.7105			4	7,086	39,777
5	101	136	0.4482			3	4,825	25,806
5	102	13701	2.8292			4	5,300	207,454
5	103	13702	1.8641			2	4,955	141,756
5	104	13801	1.8237	*		6	9,455	103,140
5	105	13802	0.7472			4	7,249	46,017
5	106	13803	0.6482			4	7,117	38,071
5	107	13804	1.4114			6	29,163	107,237
5	108	13805	1.3095			6	28,845	101,664
5	109	13901	0.3578	*		2	10,920	71,105
5	110	13902	0.5615			3	5,153	33,246
5	111	13903	0.4233			3	4,929	24,625
5	112	13904	1.1164			5	21,216	109,869
5	113	13905	0.8718			5	20,997	58,453
5	114	14001	0.6026			4	7,529	34,170
5	115	14002	0.4199			3	4,152	23,834
5	116	141	0.6037			4	7,328	33,882
5	117	142	0.4886			3	5,738	27,022
5	118	143	0.4325			3	4,372	24,846
5	119	14401	0.8827			4	6,022	53,900
5	120	14402	0.9507			5	8,983	64,535
5	121	14403	0.6162			4	5,518	35,577
5	122	14501	0.7590			3	3,473	44,596

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	123	14502	0.7120			3	7,032	43,704
5	124	14503	0.4494			3	5,616	25,446
6	1	15401	7.8444	*		21	216,782	546,103
6	2	15402	3.4896			12	29,187	398,390
6	3	15403	2.5384			11	14,435	270,326
6	4	15404	3.0612			12	60,453	312,516
6	5	15501	5.6821	*		15	90,087	405,569
6	6	15502	1.1515			3	22,965	109,748
6	7	15503	1.7122			7	22,917	133,885
6	8	15504	2.1710			8	40,578	189,730
6	9	15601	-	*		-	-	-
6	10	15602	-	*		-	-	-
6	11	15603	4.0448			11	19,586	419,213
6	12	15604	2.5553	*		6	71,084	230,501
6	13	15605	4.2065	*	●	12	48,359	237,049
6	14	15606	4.2065	*	●	12	134,005	329,455
6	15	15607	2.0587			8	44,446	181,924
6	16	15608	1.6764			6	44,064	158,164
6	17	14801	2.8930			12	42,452	276,819
6	18	14802	3.5699			14	38,011	420,100
6	19	14803	-	*		-	-	-
6	20	14804	1.2269	*		7	26,517	259,542
6	21	14805	1.9939			10	35,264	221,545
6	22	14901	2.4908			9	45,651	183,253
6	23	14902	2.8981	*		12	45,765	342,522
6	24	14903	-	*		-	-	-
6	25	14904	1.0475			4	14,673	189,411
6	26	14905	1.8737			8	12,589	168,657
6	27	14601	1.2585			4	21,141	166,411
6	28	14602	1.4466	*		3	20,021	248,488
6	29	14701	0.7227			2	21,305	52,834
6	30	14702	0.6341			2	20,446	50,801
6	31	150	2.5065			11	56,780	238,912
6	32	151	1.5949			6	47,241	128,146
6	33	16401	1.4334			5	43,989	81,116
6	34	16501	1.1366			3	38,908	63,423
6	35	16402	1.4522			6	39,056	85,279
6	36	16502	1.0367			5	34,365	64,151
6	37	16601	1.1560			3	40,883	62,301
6	38	16701	0.9818			3	38,058	53,186
6	39	16602	1.0292			4	32,225	55,410

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
6	40	16702	0.8350			3	29,540	46,676
6	41	152	1.2181			7	12,734	132,409
6	42	153	0.7201			4	13,162	78,008
6	43	15701	0.7227			3	9,633	40,113
6	44	15702	0.6154			2	19,055	34,183
6	45	15801	0.5146			2	8,676	28,606
6	46	15802	0.5096			2	17,326	28,439
6	47	16101	1.1073			3	37,997	61,669
6	48	16201	0.8777			2	34,702	50,919
6	49	16102	0.7887			2	27,356	45,061
6	50	16202	0.6241			2	22,592	34,875
6	51	159	1.2478			4	34,475	70,464
6	52	160	0.8780			3	30,818	48,791
6	53	16301	6.6867	*	●	18	238,967	292,289
6	54	16302	6.6867	*	●	18	196,881	501,391
6	55	16303	6.8095			2	47,463	417,560
6	56	16304	4.4441			2	37,753	274,434
6	57	16305	3.6691			2	29,306	249,330
6	58	16306	1.8061			1	27,353	126,811
6	59	170	1.5668			5	25,093	170,023
6	60	171	0.9182			2	28,911	64,856
6	61	17201	0.8854			5	13,156	103,940
6	62	17202	0.7408			6	4,717	60,474
6	63	17203	0.6643			4	4,584	68,358
6	64	17301	0.6240			4	11,344	54,571
6	65	17302	0.4579			3	6,218	38,525
6	66	17303	0.4335			2	3,876	40,007
6	67	17401	1.0782			7	10,331	113,886
6	68	17402	0.6175			6	7,753	65,309
6	69	17403	0.7127			6	7,799	80,329
6	70	17404	0.6798			6	7,959	75,944
6	71	17501	0.7929			5	11,321	68,581
6	72	17502	-	*		-	-	-
6	73	17503	0.4399			4	5,586	42,674
6	74	17504	0.4146			4	5,842	38,671
6	75	17601	1.1815			10	9,704	127,891
6	76	17602	0.6714			6	9,817	69,071
6	77	17603	0.6606			6	8,011	74,371
6	78	17604	0.5197			4	5,553	47,680
6	79	177	0.5114			5	6,766	49,628
6	80	178	0.3501			3	5,518	31,339

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
6	81	17901	0.6238			3	3,717	72,609
6	82	17902	0.8395			6	4,910	97,486
6	83	17903	0.5523			3	3,403	62,220
6	84	180	0.5237			6	5,800	56,541
6	85	181	0.3279			4	4,688	31,228
6	86	182	0.4772			5	5,769	49,211
6	87	183	0.3069			3	4,618	28,381
6	88	18401	0.3567			4	6,535	34,099
6	89	18402	0.2578			3	4,669	23,100
6	90	18801	1.4028			10	11,819	140,967
6	91	18802	0.5650			5	4,872	63,776
6	92	18803	0.7755	*		6	4,428	65,074
6	93	18804	0.8144			7	7,167	95,925
6	94	18805	0.6554			6	7,116	75,165
6	95	18901	0.8330	*		6	6,633	72,004
6	96	18902	0.3253			3	3,253	30,861
6	97	18903	0.4892	*		3	7,854	35,697
6	98	18904	0.4982			5	4,519	45,755
6	99	18905	0.4052			3	4,142	37,207
6	100	19001	-	*		-	-	-
6	101	19002	-	*		-	-	-
6	102	19003	0.4555			3	6,010	52,344
6	103	19004	0.4515			3	6,864	49,663
6	104	19005	-	*		-	-	-
6	105	19006	-	*		-	-	-
6	106	19007	0.7937	*	●	6	7,164	92,746
6	107	19008	0.7937	*	●	3	15,634	98,709
6	108	19009	0.6395			5	6,754	72,471
6	109	19010	0.3623			3	3,834	40,704
7	1	191	3.2885			11	21,299	281,829
7	2	192	3.0829			9	42,015	236,320
7	3	195	2.9947			13	79,622	249,403
7	4	196	2.4470			10	71,942	183,887
7	5	197	2.4044			11	53,081	225,622
7	6	198	1.6765			8	45,927	144,966
7	7	49301	2.5193			8	78,921	150,395
7	8	49401	2.1972			7	75,289	132,787
7	9	49302	1.4941			4	43,399	80,985
7	10	49402	1.2285			3	42,354	66,370
7	11	193	1.5453			8	25,299	150,703
7	12	194	0.9863			5	21,457	83,617

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
7	13	199	-	*		-	-	-
7	14	20001	1.7438			8	15,400	163,229
7	15	20002	0.7504			5	10,482	73,672
7	16	20101	2.1636			8	43,014	200,395
7	17	20102	1.4703			4	46,095	105,855
7	18	20201	0.8127			6	8,126	92,504
7	19	20202	0.4304			5	5,708	46,154
7	20	20301	1.3138	*		7	22,080	99,806
7	21	20302	1.1583	*		5	41,653	69,438
7	22	20401	0.5280			5	6,702	56,300
7	23	20402	0.8959	*		6	5,546	136,130
7	24	20403	0.4804	*		3	5,434	55,041
7	25	205	0.7906			7	7,077	94,092
7	26	206	0.5152			5	5,722	57,159
7	27	207	0.9946			6	9,052	92,481
7	28	208	0.6569			4	5,534	66,810
8	1	47101	3.7873			8	142,496	218,588
8	2	47102	3.5675			5	149,748	202,933
8	3	47103	4.2715			6	147,963	231,458
8	4	21701	2.0482			8	32,203	110,854
8	5	21702	1.3403			4	24,164	75,796
8	6	21703	2.1442			10	21,100	129,559
8	7	21704	1.3876			5	14,057	75,637
8	8	20901	3.2222			8	73,499	174,898
8	9	20907	4.2439			7	101,040	228,233
8	10	20902	2.7080			6	61,806	145,630
8	11	20908	3.8393			6	84,313	204,511
8	12	20903	2.3375			5	88,464	127,115
8	13	20904	1.8670			7	73,969	104,445
8	14	20905	2.3886			5	85,709	130,698
8	15	20906	1.0105			6	38,108	58,822
8	16	21601	1.2480			4	15,379	73,545
8	17	21602	0.8716			3	12,946	50,996
8	18	21001	2.6843			10	54,841	163,866
8	19	21101	1.9190			7	46,678	104,273
8	20	21002	1.7987			8	39,594	99,430
8	21	21102	1.4280			6	26,747	81,068
8	22	21003	1.5728			7	43,361	90,519
8	23	21103	1.2607			5	30,679	69,212
8	24	21201	1.9234			8	53,104	176,060
8	25	21202	1.3970	*		8	48,626	73,944

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	26	21203	1.8120	*	●	8	49,637	192,427
8	27	21204	1.8120	*	●	4	34,581	159,348
8	28	21205	1.6533			6	41,954	101,156
8	29	21206	1.3240			4	25,776	111,834
8	30	21301	6.5093	*		27	286,391	993,513
8	31	21302	0.6855	*		6	23,106	45,512
8	32	21303	2.6570			13	35,447	145,837
8	33	21304	1.6483			8	26,249	90,598
8	34	21305	2.7993	*		19	46,461	206,686
8	35	21306	-	*		-	-	-
8	36	49101	2.0567			5	67,614	109,844
8	37	49102	1.6112			5	60,478	88,095
8	38	49201	2.5564			6	39,119	146,113
8	39	49202	2.0079			5	33,633	108,713
8	40	496	4.1311			8	94,129	368,266
8	41	49701	3.3962			9	76,255	278,555
8	42	49702	2.8990			7	71,508	232,242
8	43	49801	2.9779			7	87,762	233,868
8	44	49802	2.5157			5	82,641	186,669
8	45	499	1.5192			6	28,858	142,610
8	46	500	1.2195			4	26,836	98,109
8	47	501	2.0700			15	41,552	120,242
8	48	502	1.5590			12	29,164	99,222
8	49	50301	1.2355			4	30,221	66,977
8	50	50302	1.0824			3	31,085	58,723
8	51	50303	0.8299			3	22,008	44,723
8	52	50304	0.6199			2	20,618	33,763
8	53	21801	1.7360			9	38,663	97,513
8	54	21802	1.6665			8	35,858	98,710
8	55	21901	1.6310			8	40,253	91,906
8	56	21902	1.2455			6	29,060	68,508
8	57	21803	1.3975			6	35,859	78,216
8	58	21804	1.2256			6	26,937	69,066
8	59	21903	1.0992			5	25,687	59,702
8	60	21904	0.8582			4	22,142	47,173
8	61	22001	3.7429	*		21	78,464	270,060
8	62	22002	2.5262	*		10	42,827	134,307
8	63	22003	1.2944	*		7	28,048	104,692
8	64	22004	1.0799			5	28,527	64,197
8	65	22005	1.2221	*		5	43,527	78,062
8	66	22006	0.9776			3	19,402	55,534

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	67	22007	1.2748			4	26,089	84,561
8	68	22008	0.7737			2	23,317	44,416
8	69	23101	1.4048			6	21,440	95,843
8	70	23102	0.7124			3	15,307	38,679
8	71	23103	0.5345			3	14,657	31,603
8	72	23104	0.3693			2	13,883	20,624
8	73	23001	0.7309	*		1	23,195	86,166
8	74	23002	0.5033	*		3	18,949	45,695
8	75	23003	0.5153			3	15,607	32,366
8	76	23004	0.4325			2	15,607	25,856
8	77	22601	1.2066			4	18,573	68,067
8	78	22602	1.0560			4	19,979	60,299
8	79	22701	0.5858			3	13,317	33,591
8	80	22702	0.7168			3	15,020	42,670
8	81	22501	1.0295			5	17,500	63,072
8	82	22502	0.7087			4	14,835	40,566
8	83	22503	0.9355			4	17,755	54,141
8	84	22504	0.7018			3	15,852	41,306
8	85	228	0.7547			3	16,325	43,220
8	86	22301	-	*		-	-	-
8	87	22302	0.8395			3	26,727	45,947
8	88	23201	0.6566	*		4	14,705	37,127
8	89	23202	0.5261			2	13,608	29,201
8	90	22401	1.2233			5	29,168	78,588
8	91	22402	0.9227			4	26,015	52,393
8	92	22403	0.7992			4	22,577	43,982
8	93	22404	0.6362			3	20,472	34,817
8	94	22901	0.5713			3	12,985	31,784
8	95	22902	0.5368			2	13,004	30,535
8	96	23301	2.9043			10	59,818	269,167
8	97	23302	2.0026			7	49,916	365,856
8	98	23401	0.9980			4	24,251	57,848
8	99	23402	0.7062			3	21,072	39,839
8	100	23501	0.8901			4	6,882	91,990
8	101	23502	0.7636			4	7,023	59,130
8	102	23503	3.1953	*		18	80,155	173,859
8	103	23504	0.3483	*		7	16,043	18,382
8	104	23601	0.9231			6	6,153	92,777
8	105	23602	0.7156			4	4,454	87,904
8	106	23701	0.4919			4	4,255	41,196
8	107	23702	0.3903			2	4,057	23,368

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	108	23801	1.3168			13	13,154	87,608
8	109	23802	1.0389			10	8,668	65,384
8	110	23803	1.1663			10	10,473	85,303
8	111	23804	0.9240			6	4,942	51,393
8	112	23805	0.9584	*		11	11,861	69,432
8	113	23806	0.4057	*		4	16,265	58,931
8	114	23901	0.6539			4	3,930	38,670
8	115	23902	0.4476			3	3,877	25,066
8	116	24001	0.7727			3	4,440	41,807
8	117	24002	0.9761			2	4,101	58,188
8	118	24003	0.9408			2	3,666	51,110
8	119	24101	0.4642			2	3,526	24,998
8	120	24102	0.9639			2	3,317	60,786
8	121	24103	0.7736			2	2,751	42,236
8	122	24201	1.0879			10	10,426	65,133
8	123	24202	0.7769			8	9,580	53,155
8	124	24203	1.4925	*		13	9,207	223,616
8	125	24204	1.4829	*		18	25,219	83,400
8	126	24205	1.0745			9	10,134	72,972
8	127	24206	0.7020			7	9,194	39,362
8	128	24301	0.8228			3	2,576	44,929
8	129	24302	0.4093			3	3,646	23,005
8	130	244	0.4799			4	4,546	26,865
8	131	245	0.3015			2	2,407	17,758
8	132	24601	0.5785			5	5,556	31,420
8	133	24602	0.3906			4	3,683	26,168
8	134	24701	0.6193			4	5,768	36,368
8	135	24702	0.4036			3	4,280	24,352
8	136	24801	0.8192			6	5,644	46,650
8	137	24802	0.3940			2	2,965	22,534
8	138	24901	1.0301			11	11,012	63,065
8	139	24902	0.8076			9	7,038	55,995
8	140	24903	0.7780			4	3,967	41,283
8	141	24904	0.4882			2	3,055	26,231
8	142	250	0.4315			3	5,301	23,640
8	143	251	0.2945			2	3,123	16,229
8	144	252	0.3702			1	5,530	22,601
8	145	253	0.4421			3	4,729	24,279
8	146	254	0.2897			2	2,614	16,144
8	147	255	0.4138			2	3,514	27,289
8	148	25601	0.7810		●	8	7,153	45,832

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	149	25602	0.7810	*	●	8	12,742	106,121
8	150	25603	0.6651			4	5,511	38,551
8	151	25604	0.4831			2	3,393	29,473
9	1	263	1.4767			12	17,154	149,737
9	2	264	0.9159			8	13,338	90,038
9	3	265	0.9460			6	13,123	97,347
9	4	266	0.6022			3	11,335	52,729
9	5	26801	1.5547			6	24,353	164,141
9	6	26802	1.2766			4	20,215	116,345
9	7	26701	0.3512	*		2	12,849	21,291
9	8	26702	0.2544			2	8,348	26,045
9	9	25701	-	*		-	-	-
9	10	25801	1.6603			4	49,932	89,003
9	11	25702	1.5079			5	39,497	89,142
9	12	25802	1.4109			4	37,357	79,017
9	13	259	0.8997		●	2	20,704	47,875
9	14	260	0.8997		●	2	21,333	52,613
9	15	261	0.4950			2	15,675	34,977
9	16	26201	0.5906	*		3	16,424	51,603
9	17	26202	0.4326			2	12,578	31,008
9	18	269	1.4664			8	15,780	153,164
9	19	270	0.7612			4	12,349	70,012
9	20	271	0.8293			9	7,729	87,786
9	21	27201	0.7852			7	3,558	103,381
9	22	27202	0.6441			7	8,699	64,996
9	23	27203	0.6492	*		5	4,115	90,571
9	24	27301	0.3671			3	2,248	50,247
9	25	27302	0.4323			5	6,985	39,544
9	26	27303	0.3345	*		4	6,813	35,981
9	27	274	0.7370	*		5	2,107	90,623
9	28	275	0.1898			1	2,308	31,862
9	29	27601	0.4207			3	4,482	41,697
9	30	27602	0.4084			3	2,904	38,541
9	31	277	0.6310			8	8,167	67,887
9	32	278	0.3943			6	6,170	37,979
9	33	27901	0.4175			5	4,677	42,226
9	34	27902	0.3254			4	5,050	30,811
9	35	280	0.3572			4	3,220	35,860
9	36	281	0.2479			3	2,734	23,766
9	37	282	0.2908			3	2,969	31,650
9	38	28301	0.3269			3	4,093	36,145

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
9	39	28302	0.4725			4	3,869	61,426
9	40	28401	0.2851			3	3,154	28,035
9	41	28402	0.2105			2	2,741	26,228
10	1	28601	2.7616			7	60,765	257,349
10	2	28602	2.2855			6	57,018	196,946
10	3	28801	2.0241		●	11	31,041	176,017
10	4	28802	2.0241		●	3	46,158	141,035
10	5	28501	1.6950			13	24,619	186,156
10	6	28502	1.5305			11	22,630	159,323
10	7	28701	1.3539			9	22,466	128,352
10	8	28702	0.9171			7	15,475	95,635
10	9	28901	1.1638			4	32,075	104,700
10	10	28902	0.7468			3	29,883	55,349
10	11	290	1.0678			3	32,825	61,041
10	12	29101	0.9558			5	22,057	151,868
10	13	29102	0.6618			3	20,178	58,297
10	14	292	2.2205			12	26,859	217,381
10	15	293	1.4170			4	25,410	140,914
10	16	29401	0.7054			7	7,719	80,611
10	17	29402	0.3829			5	5,434	36,941
10	18	29501	0.6779			6	8,383	74,202
10	19	29502	0.4328			4	4,084	51,536
10	20	29601	0.5705			6	6,082	65,247
10	21	29602	0.5767			6	4,362	66,517
10	22	29701	0.3216			4	3,942	32,699
10	23	29702	0.4006			5	4,301	41,727
10	24	29801	0.5614			4	4,409	88,654
10	25	29802	0.2851			2	3,861	31,612
10	26	29803	0.2601			2	4,052	29,158
10	27	29804	0.2404			2	3,164	25,263
10	28	29901	1.2938			4	3,979	174,782
10	29	29902	0.4833			3	3,880	61,898
10	30	29903	0.6195			5	4,329	76,449
10	31	29904	0.5550			2	2,759	88,003
10	32	30001	0.6531			5	7,497	79,205
10	33	30002	0.4869			4	4,099	62,190
10	34	30101	0.4427			2	3,374	41,165
10	35	30102	0.2497			2	3,164	28,223
11	1	30201	13.5589			14	464,216	743,553
11	2	30202	13.1424			13	462,394	725,383
11	3	30301	1.8974			6	24,235	166,070

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
11	4	30302	1.7983			6	18,752	137,178
11	5	304	1.1290			5	14,499	109,416
11	6	305	1.0288			4	14,215	86,122
11	7	308	0.9900			5	14,640	106,612
11	8	309	0.6346			2	11,389	67,274
11	9	30601	1.4072			5	50,849	86,804
11	10	30602	1.3377			4	25,493	71,411
11	11	30701	1.0890		●	4	24,432	70,864
11	12	30702	1.0890		●	3	23,100	61,855
11	13	310	0.7628			3	20,964	65,863
11	14	311	0.5887			2	19,771	41,293
11	15	312	0.6882			4	15,452	64,887
11	16	313	0.4758			2	14,581	41,712
11	17	314	1.1720	*		3	17,436	109,447
11	18	31501	1.3807			6	17,851	140,112
11	19	31502	1.1087			4	17,968	103,478
11	20	31601	1.0829			8	8,673	124,820
11	21	31602	0.7255			6	4,579	82,334
11	22	31603	0.6548			6	6,525	74,541
11	23	31604	0.4478			4	5,380	52,664
11	24	317	0.4977	*		3	3,067	53,763
11	25	318	0.5102			3	4,718	49,253
11	26	319	0.3721			2	3,084	39,015
11	27	320	0.6914			8	9,291	72,095
11	28	321	0.4198			5	6,615	39,661
11	29	32201	0.5437			6	9,704	55,819
11	30	32202	0.4222			5	8,537	41,055
11	31	32301	0.7279			2	29,096	50,714
11	32	32302	0.4624			3	3,980	41,281
11	33	32401	0.6716			2	28,943	42,918
11	34	32402	0.3549			2	2,958	28,837
11	35	325	0.5799			4	5,967	61,718
11	36	326	0.4704			3	4,390	54,534
11	37	32701	0.4022			4	3,849	36,913
11	38	32702	0.2884			3	4,783	24,845
11	39	328	0.4681			3	12,094	40,150
11	40	329	0.3949			2	10,525	29,383
11	41	33001	0.8207	*		4	27,409	55,358
11	42	33002	0.5184	*		3	12,501	33,596
11	43	331	0.7694			6	6,897	85,776
11	44	332	0.6254			3	5,368	64,197

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
11	45	33301	0.5527			3	4,187	68,154
11	46	33302	0.5041			3	4,174	60,677
12	1	334	5.0770	*		27	154,035	351,724
12	2	335	2.6186	*		7	121,405	203,462
12	3	34101	1.2727			5	12,017	72,246
12	4	34102	1.1705			2	8,976	82,257
12	5	34103	3.2036	*	●	6	57,353	174,815
12	6	34104	3.2036		●	2	56,675	175,299
12	7	338	-	*		-	-	-
12	8	33901	0.9781			3	17,634	52,297
12	9	33902	0.4777			2	16,335	27,909
12	10	34001	1.2880			2	20,050	76,168
12	11	34002	0.9636			2	21,189	58,357
12	12	34201	-	*		-	-	-
12	13	34202	0.6449	*		4	22,919	51,999
12	14	34301	-	*		-	-	-
12	15	34302	-	*		-	-	-
12	16	33601	1.1559			4	43,987	68,693
12	17	33602	1.1065			5	25,287	62,931
12	18	33701	0.9938			4	42,846	59,767
12	19	33702	0.9256			4	22,282	52,162
12	20	344	-	*		-	-	-
12	21	34501	1.3826			5	22,128	76,224
12	22	34502	0.6744			3	12,568	37,729
12	23	346	0.6092	*	●	2	23,176	26,147
12	24	347	0.6092	*	●	2	12,904	77,944
12	25	348	0.4436			2	4,314	25,508
12	26	349	0.3447			2	3,759	20,424
12	27	35001	0.7022			6	8,688	40,734
12	28	35002	0.4917			4	6,057	29,478
12	29	35201	0.5151	*		5	3,765	31,091
12	30	35202	0.6445	*		5	20,980	57,046
12	31	35203	0.5237			2	2,325	37,025
12	32	35204	0.7113			4	3,747	43,869
12	33	35205	0.4133			2	3,511	24,836
13	1	35301	4.3264	*		12	167,636	400,087
13	2	35302	2.5891			6	81,719	138,922
13	3	35801	2.2349			5	81,372	122,944
13	4	35802	1.8805			4	68,145	101,678
13	5	35803	1.7894			5	60,597	106,087
13	6	35804	1.3371			5	43,220	75,829

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
13	7	35805	1.4795			3	46,860	81,116
13	8	35806	1.0799			3	26,581	62,389
13	9	35901	2.0356			4	80,782	114,242
13	10	35902	1.7562			4	63,109	96,847
13	11	35903	1.6658			5	60,227	91,333
13	12	35904	1.2332			5	41,944	70,524
13	13	35905	1.3831			3	42,811	77,385
13	14	35906	0.9798			3	22,606	56,350
13	15	36101	2.0318			4	79,626	120,754
13	16	36102	-	*		-	-	-
13	17	36001	0.6357			2	13,230	41,780
13	18	36002	0.4729			2	11,503	31,785
13	19	35601	1.1105			3	20,603	62,526
13	20	35602	0.9970			3	20,245	55,766
13	21	363	0.4599			2	15,919	31,254
13	22	364	0.4862			2	10,471	29,653
13	23	36501	1.7108			5	46,311	96,960
13	24	36502	0.9387			3	14,251	50,246
13	25	36604	0.7315	*		3	8,862	84,410
13	26	36704	0.1876	*		1	4,083	22,642
13	27	36801	0.6514			6	8,440	35,420
13	28	36802	0.4042			4	6,149	22,624
13	29	369	0.2886			2	2,480	16,257
14	1	469	0.3099	*		4	5,046	25,547
14	2	370	0.9421			5	35,324	58,192
14	3	371	0.7611			5	34,177	47,593
14	4	37401	-	*		-	-	-
14	5	37402	0.6042	*		3	21,100	37,885
14	6	37501	1.1444	*		3	49,823	76,501
14	7	37502	0.9703	*		3	38,660	55,166
14	8	372	0.8476			3	30,683	48,064
14	9	37301	0.7867			3	31,066	44,688
14	10	37302	0.7202			3	29,957	39,374
14	11	37701	-	*		-	-	-
14	12	37702	-	*		-	-	-
14	13	37703	-	*		-	-	-
14	14	37704	2.1106			6	15,021	164,672
14	15	37705	0.7500			3	7,543	43,952
14	16	37601	0.9377	*		5	11,076	117,130
14	17	37602	-	*		-	-	-
14	18	37603	-	*		-	-	-

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
14	19	37604	0.5802			5	4,719	33,730
14	20	37605	0.3799			4	3,465	21,721
14	21	37801	1.2271			2	40,437	66,006
14	22	37802	0.9154			4	27,876	50,589
14	23	37803	0.3952			2	3,359	21,694
14	24	37901	0.2925			4	3,251	32,079
14	25	37902	0.4974			5	4,870	59,162
14	26	37903	0.3871			4	4,197	44,839
14	27	38101	0.7630			2	12,406	45,010
14	28	38102	0.5462			2	10,579	31,200
14	29	38001	0.4877			2	7,273	29,609
14	30	38002	0.4117			2	5,122	23,380
14	31	382	0.2220			2	2,032	12,528
14	32	38301	0.3806			4	4,063	41,980
14	33	38302	0.2624			3	3,564	28,029
14	34	384	0.4018			4	3,565	46,729
14	35	513	0.3185			5	-	-
15	1	N01	0.6723			4	9,676	66,147
15	2	N02	-	*		-	-	-
15	3	N03	-	*		-	-	-
15	4	N04	-	*		-	-	-
15	5	N05	4.4476			26	138,052	408,710
15	6	N06	3.6741	*		24	6,836	269,762
15	7	N07	3.7203			21	86,717	355,188
15	8	N08	2.3392			18	34,281	229,047
15	9	N09	1.8985			16	32,918	154,660
15	10	N10	1.4727			14	24,029	132,654
15	11	N11	2.4375			12	40,661	277,258
15	12	N12	1.1494			8	16,391	102,655
15	13	N13	0.8146			6	11,442	80,135
15	14	N14	7.0253			18	80,610	653,803
15	15	N15	2.8843			8	20,785	329,023
15	16	N16	1.6999			8	24,279	193,982
15	17	N17	0.7959			5	11,712	77,498
15	18	N18	0.4596			4	6,884	47,094
15	19	N19	0.4368			4	9,024	38,761
16	1	39201	2.9448			10	75,750	287,278
16	2	39202	2.4105			9	66,460	207,565
16	3	39301	3.6218	*		13	92,126	289,621
16	4	39302	2.4070	*		9	80,152	142,694
16	5	39401	1.5253			7	17,011	159,707

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
16	6	39402	0.8410			3	16,513	90,683
16	7	39501	0.9572			4	2,999	119,173
16	8	39502	0.6074			5	8,274	62,743
16	9	39503	0.4262			3	4,808	40,543
16	10	39601	0.7272			2	3,977	97,905
16	11	39602	0.6814			4	8,167	90,955
16	12	39603	0.3428			2	5,675	39,591
16	13	39701	6.4290	*		5	39,010	585,713
16	14	39702	0.7980	*		4	13,688	116,463
16	15	39703	2.3429			13	24,562	212,157
16	16	39704	-	*		-	-	-
16	17	39705	0.8188			5	4,084	102,593
16	18	39706	0.4725			3	3,215	59,706
16	19	39802	0.7684			6	6,347	88,109
16	20	39803	0.6952			5	4,360	85,464
16	21	39804	0.3970			3	3,643	51,391
16	22	39902	0.4443			4	4,496	45,251
16	23	39903	0.3707			3	3,209	49,375
16	24	39904	0.2625			2	3,574	31,887
17	1	40001	-	*		-	-	-
17	2	40002	-	*		-	-	-
17	3	401	-	*		-	-	-
17	4	402	-	*		-	-	-
17	5	40301	1.0341	*		4	3,749	147,406
17	6	40401	0.1800	*		1	2,509	41,776
17	7	406	2.6181			8	54,237	235,833
17	8	407	1.7336			4	30,923	147,154
17	9	40801	1.1090			5	15,697	110,657
17	10	40802	0.6080			2	11,413	56,452
17	11	412	0.4982	*		2	12,393	34,902
17	12	41101	0.4322			2	3,803	36,269
17	13	41102	0.4172			2	2,782	31,072
17	14	413	0.7308			6	6,209	82,826
17	15	414	0.4372			2	3,671	39,080
18	1	41501	2.1604			13	26,747	237,903
18	2	41502	1.0831			6	16,094	109,729
18	3	41601	1.0419			9	11,698	121,723
18	4	41602	0.5736			6	6,891	60,079
18	5	41701	0.8100			7	11,094	94,151
18	6	41702	0.5211			5	9,753	54,886
18	7	41803	0.7188			8	7,467	82,880

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
18	8	41804	0.5607			7	6,952	60,657
18	9	419	0.5893			6	6,419	66,291
18	10	420	0.4235			4	5,034	41,834
18	11	42101	0.6667			6	7,086	75,950
18	12	42102	0.4215			5	5,048	43,186
18	13	42201	0.4155			4	7,430	39,669
18	14	42202	0.3018			3	6,033	27,848
18	15	42301	1.7829			14	34,274	162,210
18	16	42302	1.2272			10	6,167	112,634
18	17	42303	0.7163			7	7,561	90,384
18	18	42304	0.4142			5	5,249	43,921
21	1	44001	0.7024			6	9,904	60,065
21	2	44002	0.4681			4	6,629	47,583
21	3	43901	1.0920			7	17,676	114,133
21	4	43902	0.8103			6	15,037	74,863
21	5	44101	1.0047		●	5	11,828	112,925
21	6	44102	1.0047		●	4	13,635	112,460
21	7	442	1.5608			7	15,527	178,328
21	8	443	0.8635			4	12,016	85,020
21	9	444	0.4440			5	4,285	47,023
21	10	445	0.2801			3	2,909	26,568
21	11	44601	0.4666			4	4,069	55,478
21	12	44602	0.2706			3	3,657	23,084
21	13	44701	0.5241			5	4,794	60,228
21	14	44702	0.2492			3	2,639	25,759
21	15	44801	0.3336			3	2,840	25,906
21	16	44802	0.2568			3	4,265	26,874
21	17	44901	1.0169			6	5,195	130,743
21	18	44902	0.6710			5	5,219	80,345
21	19	45001	0.5417			3	3,178	64,950
21	20	45002	0.2916			3	2,687	31,182
21	21	45101	0.8153			4	4,481	148,884
21	22	45102	0.3180			2	3,308	33,491
21	23	45103	0.4901			3	4,147	59,215
21	24	45104	0.2416			2	3,366	26,655
21	25	452	0.5835			5	4,854	71,262
21	26	453	0.3253			3	2,975	34,466
21	27	454	0.6537			4	4,681	110,108
21	28	455	0.3148			3	2,749	40,349
21	29	41801	0.6739		●	8	6,280	105,101
21	30	41802	0.6739	*	●	8	24,424	61,015

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
22	1	50401	13.3976	*		26	154,131	973,501
22	2	50402	-	*		-	-	-
22	3	50403	21.9805	*		23	114,929	1,166,304
22	4	50404	-	*		-	-	-
22	5	50405	-	*		-	-	-
22	6	50501	3.6486	*		15	18,362	385,529
22	7	50502	-	*		-	-	-
22	8	50503	5.7335	*		28	98,394	1,060,828
22	9	50504	-	*		-	-	-
22	10	50505	-	*		-	-	-
22	11	50601	5.5301	*		19	82,184	657,200
22	12	50602	4.4746			14	17,260	554,085
22	13	50603	2.4531			14	23,139	233,410
22	14	50604	1.8350			12	29,634	175,876
22	15	50605	3.0431			13	32,055	303,736
22	16	50606	4.0672			17	26,655	471,851
22	17	50701	1.2928			6	19,436	154,677
22	18	50702	1.9100			12	33,164	194,263
22	19	50703	1.3249			9	18,329	138,022
22	20	50704	3.5374	*		10	23,575	455,618
22	21	50705	1.3264			8	23,435	150,071
22	22	50801	1.0507	*	●	8	5,727	103,667
22	23	50802	1.1009	*		8	8,364	86,376
22	24	50803	2.8330			11	21,253	343,646
22	25	50804	1.4123		●	9	12,603	128,224
22	26	50901	1.0507		●	7	11,045	134,675
22	27	50902	0.3957	*		4	5,748	38,417
22	28	50903	1.1747	*		9	24,439	97,303
22	29	50904	1.4123	*	●	9	22,303	274,748
22	30	510	1.3508			8	8,009	173,347
22	31	511	0.8811			6	6,005	106,029
23	1	46101	0.8140			3	10,406	124,956
23	2	46102	0.6570		●	3	13,443	112,108
23	3	46103	0.6570		●	2	12,117	61,475
23	4	46201	1.4725			22	19,770	115,610
23	5	46202	1.2662			20	12,350	99,787
23	6	46203	1.3372		●	21	15,828	103,051
23	7	46204	1.3372	*	●	21	30,283	104,827
23	8	463	0.6438			6	5,058	70,710
23	9	464	0.4361			3	4,503	39,640
23	10	465	0.3644			2	2,809	29,861

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
23	11	466	0.4944			3	2,869	47,586
23	12	467	0.7888			2	2,860	73,760
24	1	48401	5.9995		●	19	118,335	478,549
24	2	48402	5.9995	*	●	19	246,849	374,347
24	3	48501	1.9486			10	45,232	171,623
24	4	48502	1.2245	*		7	36,694	86,982
24	5	48601	3.0754			12	40,848	325,702
24	6	48602	1.8813			9	31,793	161,831
24	7	48701	0.9233			7	6,732	105,567
24	8	48702	0.5897			6	3,988	66,483
UN	1	46801	2.2420			10	23,346	251,060
UN	2	46802	1.2741			4	15,076	132,547
UN	3	46803	2.4457			7	21,271	334,146
UN	4	46804	0.9132			3	19,431	83,589
UN	5	47601	1.8429			11	26,647	183,590
UN	6	47602	1.0272			5	16,797	112,470
UN	7	47701	1.4544			9	19,630	163,173
UN	8	47702	0.7849			3	13,662	66,173
UN	9	47703	1.7451			9	17,478	246,515
UN	10	47704	0.8313			3	14,712	71,217
全國平均點數		52,784						

伍、臨時討論案

臨時討論案

第一案

提案單位：衛生福利部國民健康署

案由：修改「全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫」案，提請討論。

說明：

- 一、依據中央健康保險署 111 年 3 月 10 日「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」決議及 111 年 3 月 21 日衛生福利部討論會議指示辦理。
- 二、本計畫係對代謝症候群病人提供疾病危險因子如菸、檳及過重等之指導，並視需要轉銜各相關系統(含健康署現行機制所補助之介入防治措施)。計畫內容概述如下(方案草案如附件，頁次臨 1-3~1-19)：
 - (一)參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求：有申辦成人預防保健服務之本保險特約西醫診所，醫師完成 4 小時本計畫教育訓練課程時數，並取得訓練認證，但具有家醫科、內科專科醫師、有申辦成健或糖尿病共同照護網認證之醫師資格者免參與本計畫訓練課程。
 - (二)收案條件：20 歲至 64 歲符合代謝症候群指標任 3 項者，每一診所收案人數上限為 100 名。
 - (三)服務內容：
 1. 收案評估：參與本計畫之特約西醫診所應向代謝症候群患者解釋本計畫內容，並確實告知患者收案。依個案情況，擬定流程完整的照護目標及策略，交付「代謝症候群疾病管理紀錄表」衛教指引予收案個案，進行自我管理。
 2. 追蹤管理：定期追蹤收案個案之代謝症候群五大指標之改善情形，未達標準值之檢驗檢查項目，應至少追蹤 1 次。如個案合併有其他慢性病危險因子(如菸、酒、檳榔)，得併提供個案衛

教指導或協助轉介國民健康署合約戒菸機構或戒癮服務醫院執行戒除服務。

3. 年度評估：依收案個案代謝症候群五大指標之改善情形，擬定次年度照護目標及策略並建檔。

(四) 評核指標：包含代謝症候群改善率(含腰圍、醣化血紅素、血壓、三酸甘油脂、低密度脂蛋白膽固醇及戒菸等指標改善情形)、完整照護達成率及介入成效率等指標。

(五) 給付項目及支付標準：含收案評估費、追蹤管理費、年度評估費、獎勵費(檢驗檢查上傳率、新發現個案獎勵、照顧個案進步獎勵、實際提供戒菸治療服務)等項。有關戒菸服務相關費用及獎勵，均由國民健康署支應。

(六) 計畫管理機制、退場機制、計畫修訂程序，均依現行全民健康保險相關規定辦理。

三、 預算來源及財務影響：

(一) 本計畫以西醫基層總額之「代謝症候群防治計畫」專款 3.08 億元支應。

(二) 財務影響：

1. 本計畫除國民健康署提供之實際戒菸服務獎勵費每 1 醫師 500 元、戒癮服務獎勵費每 1 個案每次 100 元(上限 3 次)獎勵外，其餘支付標準及獎勵費，均以點值計算。

2. 支付點數、獎勵金點數及實際財務影響請健保署評估。

四、 本署意見：有關計畫「執行目標」及「預期效益之評估指標」，請確認是否依下列目標值提報全民健康保險會報告：

(一) 執行目標：提供 10 萬名代謝症候群個案疾病危險因子管理服務。

(二) 預期效益之評估指標：辦理代謝症候群個案完整照護達成率 30%。

全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫(草案)

○○○年○月○日健保醫字第○○○○○○○○○號公告修正

壹、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辦理。

貳、計畫說明

代謝症候群被認為與腦血管疾病、心臟病、糖尿病、高血壓等慢性疾病的併發症密切相關，將比一般族群增加 6 倍糖尿病風險、4 倍高血壓風險、3 倍高血脂風險、2 倍腦中風及心臟病風險。

代謝症候群與飲食、生活習慣息息相關，若能積極導正，就可免於心血管疾病的威脅。預防代謝症候群最好的方法就是改變生活型態，如規律的生活作息、健康飲食、規律運動等；不吸菸或適量使用酒精；多攝取高纖、低油、低鹽與低糖的食品，藉此達到減重及減腰圍等，減少罹患慢性疾病為主要目標。

如能針對代謝症候群個案早期介入，由醫事服務機構早期發現代謝症候群患者，協助個案追蹤管理，透過醫療人員指導，引導代謝症候群者改變飲食及生活型態，就可進一步預防或延緩慢性病之發生，以達有效慢性病之防治。

透過推行本計畫，結合疾病前期之危險因子防治，藉由醫療人員指導增進病人自我健康管理識能，期能實達慢性病防治之目的，減輕後續健保醫療資源負擔並提升給付效率。

參、計畫目的

- 一、藉由衛教及個案追蹤管理方式，提升代謝症候群患者自我健康照護。
- 二、以民眾健康為導向，透過罹病前期介入，改變生活型態及壓力調適，進而降低罹患慢性病之風險。

三、透過醫療人員指導，增進病人自我疾病管理識能，奠定自身疾病由病人與醫師共同管理責任之基礎。

四、強化代謝症候群個案篩檢後之介入與個案管理措施，減少國人由疾病初期發展為慢性病病人。

五、防治慢性病危險因子，由根本降低國人罹患慢性病風險。

肆、經費來源

全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中「代謝症候群防治計畫」專款項目。

伍、計畫施行期間

自公告日起實施至當年底。

陸、參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求

一、有申辦成人預防保健服務之本保險特約西醫診所。

二、具有家醫科、內科專科醫師、有申辦成健或糖尿病共同照護網認證之醫師資格者免參與本計畫訓練課程，中華民國醫師公會全國聯合會、台灣內科醫學會及台灣家庭醫學醫學會可辦理教育訓練課程提供有需要者(核心課程如附件1)。完成4小時教育訓練課程時數，並取得訓練認證。若於年度內未取得訓練認證之醫師，須退出本計畫，保險人將不予支付該醫師當年度之相關費用。

三、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。

四、符合前述各項資格之特約西醫診所，向保險人分區業務組提出參與計畫申請書(附件2)。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。

柒、收案條件與服務內容、結案條件

一、收案條件：

(一) 年齡為20~64歲之保險對象，符合下列代謝症候群指標任三項者：

1. 腰圍：男性 ≥ 90 公分，女性 ≥ 80 公分或身體質量指數(kg/m^2)BMI ≥ 27 。
2. 飯前血糖值(AC)： $\geq 100\text{mg}/\text{dl}$ ，或已使用藥物治療。
3. 血壓值：收縮壓 $\geq 130\text{mmHg}$ ，舒張壓 $\geq 85\text{mmHg}$ ，或已使用藥物治療。
4. 三酸甘油脂值(TG)： $\geq 150\text{mg}/\text{dl}$ ，或已使用藥物治療。
5. 高密度脂蛋白膽固醇值(HDL)：男性 $< 40\text{mg}/\text{dl}$ ，女性 $< 50\text{mg}/\text{dl}$ ，或已使用藥物治療。

(二) 本計畫收案期限自公告日起至10月底止。

(三) 每一診所收案人數上限為100名。收案名單須登錄於健保資訊網服務系統(VPN)查詢，不得為全民健康保險各醫療給付改善方案收案名單或與其他特約醫事服務機構重複收案。

二、服務內容

(一) 收案評估

1. 參與本計畫之特約西醫診所應向代謝症候群患者解釋本計畫內容，並確實告知患者收案。
2. 代謝症候群患者之相關資料管理(附件3)：
 - (1) 包含基本資料、生活習慣及相關檢測資料(含代謝症候群指標)。
 - (2) 依不同狀況收案個案情況，擬定流程完整的照護目標及策略，個案管理資訊化、衛教資料齊全且定期更新，注重個案評估及追蹤，並定期對收案個案舉辦相關課程。
 - (3) 依收案個案評估情形，交付「代謝症候群疾病管

理紀錄表」衛教指引(附件4)，含營養諮詢、健康諮詢、血壓自我管理(722紀錄，參考附件5)等，予收案個案進行自我管理。

(二) 追蹤管理：

1. 定期追蹤收案個案之代謝症候群五大指標之改善情形，提供持續性的電話諮商或訪視追蹤管理、協助進行個案健康評估、聯繫及協調照護計畫、規劃個案健康管理與疾病預防衛教(如其他預防保健項目、四癌篩檢之重要性等)。以使收案個案認知進步，照護行為及代謝控制也能獲得顯著的改善。
2. 個案於收案評估時，未達標準值之檢驗檢查項目，應至少追蹤1次。
3. 如個案合併有其他慢性病危險因子(如菸、酒、檳榔)，得併提供個案衛教指導或協助轉介衛生福利部國民健康署合約戒菸機構或戒檳服務醫院執行戒除服務(參考資料：衛生福利部國民健康署健康九九網站 <https://health99.hpa.gov.tw/>)。
4. 依個案管理情形資料建檔(附件3)。

(三) 年度評估：

1. 依收案個案代謝症候群五大指標之改善情形，擬定次年度照護目標及策略。
2. 依個案年度評估結果資料建檔(附件3)。

(四) 結案條件(符合以下任一條件者可結案，同一院所同一收案對象經結案後1年內不得再收案)

1. 個案經介入管理後，經個案管理評估已非代謝症候群患者。
2. 病情變化無法繼續接受本計畫之照護者。
3. 個案拒絕或失聯 \geq 3個月。
4. 個案死亡。

(五) 管理登錄個案

1. 將代謝症候群患者之相關資料上傳至健保資訊網服務系統 VPN(同附件3)。
2. 參與本計畫之特約西醫診所未依保險人規定完整登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付相關費用，並依相關規定辦理。
3. 參與本計畫之特約西醫診所應依個人資料保護法之規定，保險對象個人資料應予保密。

捌、評核指標

參與本計畫之特約西醫診所，依下列指標達成情形，核發獎勵費用。

一、代謝症候群改善率(70分)

- (一) 診所收案個案之腰圍(男性 ≥ 90 公分，女性 ≥ 80 公分)減少3公分以上或身體質量指數 BMI(≥ 27)，下降1以上，且人數 ≥ 5 人以上，得10分。
- (二) 診所收案個案之醣化血紅素，原 $>7.5\%$ 下降10%，且人數 ≥ 5 人以上，得10分。
- (三) 診所收案個案之血壓，收縮壓140mmHg 以上降至130mmHg 以下，及舒張壓90mmHg 以上降至80mmHg 以下(得以722紀錄之血壓為原則，722紀錄須附存病歷)，且人數 ≥ 5 人以上，得15分。
- (四) 診所收案個案之三酸甘油脂，原200mg/dl 以上降到150mg/dl 以下，且人數 ≥ 5 人以上，得10分。
- (五) 診所收案個案之低密度脂蛋白膽固醇，原130mg/dl 以上下降10%，且人數 ≥ 5 人以上，得15分。
- (六) 診所收案之吸菸個案經醫療人員用藥或衛教指導後，期末自訴未再吸菸者，或受轉介戒菸服務個案經戒菸服務醫事機構評估為戒菸成功者(於3個月或6個月戒菸結果追蹤7天內無吸菸者)，且人數 ≥ 5 人以上，得10分(戒菸服務及費用，仍由國民健康署補助計畫支應)。
- (七) 執行方式：由收案診所於當年度收案時同時上傳風險

控制項目及檢驗值(前測)，並於12月底前上傳再次檢驗結果(後測)，超過繳交期限者，檢測值以缺失計算。

二、個案完整照護達成率 $\geq 30\%$ (15分)

(一) 分子：診所申報年度評估費人數

(二) 分母：診所收案個案人數

三、介入成效率 $\geq 30\%$ (15分)

(一) 分子：個案經收案照護後，任何一項代謝症候群指標已達標並已不符代謝症候群患者人數。

(二) 分母：診所收案個案人數

玖、給付項目及支付標準：

一、收案評估費：

(一) 每人支付900點(支付代碼 P7501C)，同一個案同一院所僅得申報一次，代謝症候群相關之檢查檢驗項目(三酸甘油脂120點、低密度脂蛋白膽固醇250點、糖化血紅素200點、總膽固醇70點)費用已包含於本項所訂點數。

(二) 完成收案評估且收案後，才得申請本項費用。

二、追蹤管理費

(一) 每人支付200點(支付代碼 P7502C)，追蹤管理項目詳本計畫第二項服務內容，除檢驗檢查項目由西醫基層總額一般服務預算支應外，其餘費用已內含於本項所訂點數內。

(二) 申報收案評估費後至少須間隔12週才能申報本項費用，每年度最多申報3次，每次間隔至少12週。

(三) 同一個案於全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫收案者，不得重複支付該計畫個案管理費及本項費用為原則。

三、年度評估費：

(一) 每人支付500點(支付代碼 P7503C)，年度評估項目詳

本計畫第二項服務內容，除檢驗檢查項目由西醫基層總額一般服務預算支應外，其餘費用已內含於本項所訂點數內。

- (二) 申報追蹤管理費後至少須間隔12週才能申報本項費用，每年度最多申報1次。
- (三) 結案原因為失聯、死亡或拒絕收案者，不得申報本項費用。

四、獎勵費：

(一) 參與計畫診所於計畫內至少收案30名，及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。

(二) 因本計畫收案評估而新發現40歲以下保險對象具腦血管疾病、心臟病、糖尿病、高血壓、高血脂，且開始追蹤治療者，每個案獎勵150點，同一個案僅得獎勵一次。

1. 新發現定義：保險對象於收案評估前2年，於該收案診所門診就醫紀錄之主次診斷未申報前述疾病之國際疾病分類代碼。

2. 本項費用以診所為單位，每年撥付1次；由保險人分區業務組於年度結束，經審查通過後一個月內撥付費用。相關之必要欄位需填寫完整，填寫不實或資料欄位以符號取代文字者，則核扣該筆獎勵金。

(三) 照顧個案進步獎勵：個案於收案評估檢測「未達標準」之代謝症候群指標，於年度評估時，任三指標達下列條件者，每一個案獎勵500點，同一個案僅得獎勵1次：

1. 腰圍：減少3%以上。

2. 飯前血糖：達成收案時「代謝症候群疾病管理紀錄表」中，醫師依病況與病人共同訂定之飯前血糖個

人目標值。

3. 血壓：收縮壓降至130mmHg 以下，舒張壓降至85mmHg 以下。

4. 三酸甘油脂：達成收案時「代謝症候群疾病管理紀錄表」中，醫師依病況與病人共同訂定之三酸甘油脂個人目標值。

5. 低密度脂蛋白膽固醇：達成收案時「代謝症候群疾病管理紀錄表」中，醫師依病況與病人共同訂定之低密度脂蛋白膽固醇個人目標值。

(四) 參與本計畫之特約西醫診所，且與國民健康署簽訂戒菸服務補助計畫契約，機構內醫師完成國民健康署認可之戒菸服務訓練課程，取得學分認證，具有效期內之戒菸服務資格，且首次提供戒菸服務之醫師(即不曾向國民健康署申請戒菸服務補助費用之醫師)，每位醫師獎勵500元(本項獎勵經費由國民健康署支應)。

(五) 參與本計畫之特約西醫診所，於收案評估、追蹤管理及年度評估時，每次評估個案戒檳動機、勸導戒檳、設定戒檳目標、強化戒檳動機、填報戒檳指導紀錄並上傳資料者，每位個案每次評估提供獎勵100元(每個案300元為上限，本項獎勵經費由國民健康署支應)。

二、當次個案追蹤管理，如未提供其他各項醫療服務、藥物費用，不得依「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，亦不得向收案個案收取部分負擔費用。

三、點值結算方式：

本計畫收案評估費、追蹤管理費、年度評估費及獎勵費採浮動點值計算，每點支付金額不高於1元；當季預算如有

結餘，則流用至下季。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

壹拾、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執行計畫。

壹拾壹、退場機制

- 一、參與本計畫之特約西醫診所，未依所提計畫提供個案管理服務、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。
- 三、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。

壹拾貳、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。

【附件 1】全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫教育訓練課程

課程名稱	學分數
代謝症候群之篩檢與診斷? — 台灣代謝症候群流行病學與防治	1
代謝症候群防治計畫執行介紹	1
代謝症候群防治之危險因子管理	1
代謝症候群防治之飲食管理及指導病人技巧	1

【附件 2】全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫申請表

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
	成人預防保健服務		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他	
	參與本計畫相關醫事人員資料表		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他	
	認證書面資料影本		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他	
保險醫事服務機構	機構章戳		保險人審核意見欄 1 <input type="checkbox"/> 審核通過 2 <input type="checkbox"/> 不符合規定 3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請補齊 4 <input type="checkbox"/> 其他 日期章戳：	本欄由審查單位填寫
	申請日期： 年 月 日			

【附件 3】全民健康保險保險對象代謝症候群管理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(YYY/MM/DD)

(二) 收案診所：醫事機構代碼、醫師 ID、醫師姓名

(三) 個案基本資料：個案身分證號、姓名、性別、出生日期

(四) 危險因子：

1. 抽煙：1.無、2.偶爾交際應酬、3.平均一天約吸一包菸(含以下)、4.平均一天約吸一包菸以上

2. 檳榔：1.無、2.偶爾交際應酬、3.經常嚼或習慣在嚼(平均>1 顆/天)

(五) 伴隨疾病：1.無、2.糖尿病、3.高血壓、4.心臟血管疾病、5.高血脂症、6.腎臟病、9.其他

(六) 檢查數據：檢查日期(YYY/MM/DD)、身高(cm)、體重(kg)、腰圍(cm)、飯前血糖值(mg/dl)、收縮壓(mmHg)(若為 722 血壓請附註，並登錄最高數值的一次)、舒張壓(mmHg)(若為 722 血壓請附註，並登錄最高數值的一次)、三酸甘油酯值(mg/dl)、高密度脂蛋白膽固醇值(mg/dl)、身體質量指數 BMI (kg/m²)、低密度脂蛋白膽固醇值(mg/dl)、醣化血紅素(%)、總膽固醇值(mg/dl)

(七) 慢性疾病風險值：冠心病(%;1.高、2.中、3.低)、糖尿病(%;1.高、2.中、3.低)、高血壓(%;1.高、2.中、3.低)、腦中風(%;1.高、2.中、3.低)、心血管不良事件(%;1.高、2.中、3.低)

(八) 疾病管理指引：

1. 戒菸：1.不適用、2.戒菸指導、3.戒菸服務、4.同意轉介

2. 戒檳：

(1) 不適用

(2) 戒檳指導：

a. 嚼檳史：(嚼檳 年；近 6 個月 1.<1 顆、2.≤10 顆、3.>10 顆)

b. 嚼檳原因：1.社交、2.提神、3.想嚼

c. 指導項目：1.評估戒檳意願、2.說明嚼檳對身體影響、3.設定戒檳目標、4.安排口腔黏膜檢查

3. 注意飲食熱量：

(1) 不適用

- (2) 減少熱量：1.不適用、2.目標值 大卡/天。
- (3) 減少項目：1.不適用、2.油炸物、3.甜食、4.鹽、5.含糖飲料、
6.其他 。
4. 規律運動：1.不適用、2.目標值(每週 5 天,每次 30 分鐘中等費力運動) 。(請填運動項目)
5. 想達成的：
- (1) 腰圍：1.不適用、2.腰圍 公分
- (2) 體重：1.不適用、2.體重 公斤
6. 722 血壓量測指導：1.無、2.有
7. 其他叮嚀：
- (1) 飯前血糖：1.不適用、2.個人目標值： mg/dl
- (2) 三酸甘油脂：1.不適用、2.個人目標值： mg/dl
- (3) 低密度脂蛋白膽固醇：1.不適用、2.個人目標值： mg/dl

二、追蹤管理(收案診所、個案基本資料、登錄次數等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位：

(一) 追蹤管理日期(YYY/MM/DD)

(二) 追蹤方式：1.電話諮商、2.訪視

(三) 追蹤項目：1.營養諮詢、2.運動計畫、3. 營養諮詢及運動計畫

(四) 危險因子：

1. 抽煙：1.無、2.偶爾交際應酬、3.平均一天約吸一包菸(含以下)、4.平均一天約吸一包菸以上

2. 戒檳：

(1) 不適用

(2) 戒檳指導：

a. 近 6 個月 1.0 顆、2.<1 顆、3.≤10 顆、4.>10 顆

b. 指導項目：1.強化戒檳動機、2.提供戒檳技巧、3.支持行為改變

(五) 伴隨疾病：1.無、2.糖尿病、3.高血壓、4.心臟血管疾病、5.高血脂症、6.腎臟病、9.其他

(六) 檢查數據：檢查日期(YYY/MM/DD)、身高(cm)、體重(kg)、腰圍(cm)、收縮壓(mmHg)(若為 722 血壓請附註，並登錄最高數值的一次)、舒張

壓(mmHg)(若為 722 血壓請附註，並登錄最高數值的一次)、身體質量指數 BMI (kg/m²)，及收案評估未達標準之檢驗檢查項目

三、年度評估/結案(收案診所、個案基本資料、登錄次數等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位:

(一) 年度評估/結案日期(YYYY/MM/DD)

(二) 危險因子:

1. 抽煙：1.無、2.偶爾交際應酬、3.平均一天約吸一包菸(含以下)、4.平均一天約吸一包菸以上

2. 檳榔：1.無、2.偶爾交際應酬、3.經常嚼或習慣在嚼(平均>1 顆/天)

(三) 伴隨疾病：1.無；2.糖尿病；3.高血壓；4.心臟血管疾病；5.高血脂症；9.其他

(四) 檢查數據：檢查日期(YYYY/MM/DD)、身高(cm)、體重(kg)、腰圍(cm)、飯前血糖值(mg/dl)、收縮壓(mmHg)(若為 722 血壓請附註，並登錄最高數值的一次)、舒張壓(mmHg)(若為 722 血壓請附註，並登錄最高數值的一次)、三酸甘油酯值(mg/dl)、高密度脂蛋白膽固醇值(mg/dl)、身體質量指數 BMI (kg/m²)，及收案評估未達標準之檢驗檢查項目

(五) 結案原因：1.個案經介入管理後，經個案管理評估已非代謝症候群患者、2.病情變化無法繼續接受本計畫之照護者、3.個案拒絕或失聯≥3 個月、4.個案死亡、5.年度評估(尚未結案)。

(六) 疾病管理指引：

1. 戒菸：1.不適用、2.戒菸指導、3.戒菸服務、4.同意轉介

2. 戒檳：

(1) 不適用

(2) 戒檳指導：

a. 近 6 個月 1.0 顆、2.<1 顆、3.≤10 顆、4.>10 顆

b. 指導項目：1.強化戒檳動機、2.提供戒檳技巧、3.支持行為改變

c. 戒檳成果：1.減量、2.近 3 個月未嚼食、3.近 6 個月未嚼食

3. 注意飲食熱量：

(1) 不適用

(2) 減少熱量：1.不適用、2.目標值 大卡/天。

- (3) 減少項目：1.不適用、2.油炸物、3.甜食、4.鹽、5.含糖飲料、6.其他_____。
4. 規律運動：1.不適用、2.目標值(每週5天,每次30分鐘中等費力運動)_____。(請填運動項目)
5. 想達成的：
- (1) 腰圍：1.不適用、2.腰圍_____公分
- (2) 體重：1.不適用、2.體重_____公斤
6. 722 血壓量測指導：1.無、2.有
7. 其他叮嚀：
- (1) 飯前血糖：1.不適用、2.個人目標值：_____mg/dl
- (2) 三酸甘油脂：1.不適用、2.個人目標值：_____mg/dl
- (3) 低密度脂蛋白膽固醇：1.不適用、2.個人目標值：_____mg/dl

備註：

參與方案之醫師需透過醫事服務機構行文至保險人分區業務申請，待保險人分區業務組核准後，始能登入健保資訊網服務系統(VPN)傳輸個案資料。

- 一、 醫師進入保險人資訊網服務系統網頁後登入試辦方案登錄系統後，可以點選個案管理選項，進行個案資料之登錄、維護及查詢事項。
- 二、 保險人分區業務組需確實將參與診所名單登錄於 HMA 系統。
- 三、 診所需請資訊廠商修改其自行維護的畫面，並將個案資料以批次經本系統上傳至健保資訊網服務系統(VPN)。

【附件4】全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫疾病管理紀錄表
(交付收案個案)

代謝症候群疾病管理紀錄表

病人姓名 _____ 收案評估/年度評估 _____ 年 _____ 月 _____ 日

基本資料與生活習慣		得到慢性病的風險(僅需收案評估時上傳)	
1.身高：_____公分		項目	風險程度
2.體重：_____公斤		冠心病	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低
3.運動： <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.偶爾 <input type="checkbox"/> 3.經常(每週3次，1次30分鐘)		糖尿病	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低
4.抽菸： <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.偶爾 <input type="checkbox"/> 3.經常		高血壓	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低
5.檳榔： <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.偶爾 <input type="checkbox"/> 3.經常		腦中風	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低
		心血管不良事件	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低
代謝症候群五大指標(參考值)			
<input type="checkbox"/> 腰圍：_____公分		(男性 \geq 90公分，女性 \geq 80公分)	
<input type="checkbox"/> 飯前血糖值：_____mg/dl		(\geq 100mg/dl)	
<input type="checkbox"/> 血壓：收縮壓_____mmHg、舒張壓_____mmHg		(收縮壓 \geq 130mmHg，舒張壓 \geq 85mmHg)	
<input type="checkbox"/> 三酸甘油酯值：_____40mg/dl		(\geq 150mg/dl)	
<input type="checkbox"/> 高密度脂蛋白膽固醇值：_____40mg/dl		(男性 $<$ 40mg/dl，女性 $<$ 50mg/dl)	
<input type="checkbox"/> 身體質量指數(kg/m ²)BMI：_____ (\geq 27)			
疾病管理指引(醫師對病人說明治療用藥外，亦須改善危險因子的重要性)			
<input type="checkbox"/> 戒菸(>10支/日或尼古丁成癮度>4分可轉介)			
<input type="checkbox"/> 戒菸指導 <input type="checkbox"/> 戒菸服務 <input type="checkbox"/> 同意轉介戒菸醫院/診所			
<input type="checkbox"/> 戒檳(<u>嚼過好幾次且6個內有嚼檳榔</u>)			
<input type="checkbox"/> 戒檳指導			
<input type="checkbox"/> 注意飲食熱量，目標值_____大卡/天			
盡量減少 <input type="checkbox"/> 油炸物 <input type="checkbox"/> 甜食 <input type="checkbox"/> 鹽 <input type="checkbox"/> 含糖飲料 <input type="checkbox"/> 其他(_____)			
<input type="checkbox"/> 規律運動，目標值：每週5天,每次30分鐘中等費力運動。			
<input type="checkbox"/> 想達成的腰圍及體重：腰圍_____公分、體重_____公斤			
<input type="checkbox"/> 量血壓：指導722量測。			
<input type="checkbox"/> 其他叮嚀：飯前血糖個人目標值：_____mg/dl、三酸甘油酯個人目標值：_____mg/dl、 <u>低密度脂蛋白膽固醇個人目標值：_____mg/dl。</u>			

診所，建議回診日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※本表請參照國民健康署提供之「代謝症候群管理計畫照護流程與指導手冊」執行。

【附件5】血壓「722紀錄」

血壓「722紀錄」

※正確測量血壓7-2-2(請-量-量)

1. 量血壓前30分鐘，勿抽菸、勿喝含咖啡因或酒精飲料。
2. 建議：
 - (1)回診前，量測血壓7天。
 - (2)每天早晚量2次：起床1小時內的吃飯及吃藥前，晚上睡前1小時內。
 - (3)每次連續量2遍，每遍中間要隔1至2分鐘。

我的名字。

天數		第1天	第2天	第3天	第4天	第5天	第6天	第7天	我的回診日期
○月/○日		/	/	/	/	/	/	/	
一 早 起 床 血 壓	第1遍								月 日
	第2遍								
晚 上 睡 前 血 壓	第1遍								
	第2遍								

範例：收縮壓140mmHg，舒張壓60mmHg，格子內寫「140/60」。