



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

105 年第一次臨時會

105 年 1 月 13 日（星期三）下午 2 時  
本署 18 樓會議室



# 105 年度「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」第一次臨時會議議程

壹、主席致詞

貳、上次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形，請參閱(不宣讀)確認.....

第 01 頁

參、報告事項

一、修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第六部論病例計酬」之 ICD-10-CM/PCS 編碼案。.....	第 1 頁
--	-------

肆、討論事項

一、修訂「全民健康保險急診品質提升方案」及增列急診相關支付標準案。.....	第 13 頁
二、修訂「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」(草案)。	第 33 頁
三、應用 105 年醫院及西醫基層總額非協商因素預算調整支付標準案。.....	第 57 頁

伍、散會



貳、確認本會 104 年度第 4 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」

104年第4次會會議紀錄

時間：104年12月31日(星期四)上午9時30分

地點：中央健康保險署18樓大禮堂

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：李筱婷

干代表文男	干文男	陳代表彥廷	陳彥廷
王代表榮濱	王榮濱	陳代表福展	翁瑞文(代)
朱代表益宏	朱益宏	黃代表啟嘉	(請假)
何代表語	何語	黃代表雪玲	黃雪玲
吳代表美環	(請假)	黃代表棟國	(請假)
李代表飛鵬	李飛鵬	楊代表秀儀	(請假)
李代表紹誠	李紹誠	楊代表政峯	楊政峯
林代表淑霞	(請假)	葉代表宗義	葉宗義
林代表富滿	林富滿	滕代表西華	滕西華
林代表敬修	林敬修	潘代表延健	潘延健
林代表綉珠	劉淑芬(代)	盧代表榮福	(請假)
姚代表鈺	廖秋燭(代)	賴代表振榕	賴振榕
徐代表弘正	(請假)	謝代表文輝	謝文輝
張代表金石	溫哲暉(代)	謝代表武吉	王秀貞(代)
張代表冠宇	(請假)	顏代表良達	顏良達
張代表嘉訓	(請假)	羅代表永達	(請假)
梁代表淑政	梁淑政	蘇代表清泉	蔡明忠(代)
郭代表素珍	許美月(代)	(依代表姓氏筆劃排序)	
陳代表志忠	陳志忠		
陳代表宗獻	(請假)		

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司	周雯雯
衛生福利部全民健康保險會	張友珊、劉于鳳
中華民國中醫師公會全國聯合會	王逸年
中華民國牙醫師公會全國聯合會	許家禎、柯懿娟
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	宋佳玲
中華民國醫師公會全國聯合會	吳春樺、陳哲維
中華民國藥師公會全國聯合會	洪鈺婷
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
台灣醫院協會	林佩荻、吳心華、楊智涵

醫藥品查驗中心  
中華民國糖尿病學會  
社團法人中華民國糖尿病衛教學會  
中華民國呼吸治療師公會全國聯合會  
本署臺北業務組  
本署南區業務組  
本署企劃組  
本署醫審及藥材組  
本署醫務管理組

黎伊帆、朱素貞、陳嘉玲  
李亭儀  
徐蓓蒂  
王慧中  
賴香蓮、王文君、劉美慧、林慧慈  
溫哲暉  
何恭政  
李待弟、陳綉琴  
龐一鳴、陳真慧、谷祖棣、張淑雅、  
王玲玲、涂奇君、吳明純、陳逸嫻、  
張巧如、陳依婕、林佑縉、李筱婷、  
彭麗玲、廖敏欣

一、主席致詞：略。

二、確認上次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形

- (一) 上次決議辦理情形追蹤表，案由：「新增全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準「膠囊內視鏡術」等 9 項暨修訂編號 68034B「心臟摘取術」等 19 項診療項目，計增修 28 項支付標準」乙案，為了解新醫療科技預算執行情形，請健保署每半年提新增診療項目之執行情形報告。
- (二) 其餘確認。

三、報告事項

- (一) 105 年度共同擬訂會議時間。  
決定：洽悉。

- (二) 新增全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部第三章「初期慢性腎臟病」、第四章「糖尿病及初期慢性腎臟病個案資訊整合及鼓勵資料上傳(草案)」，及修訂本保險結核病等八項論質支付標準案。

決定：

1. 本案洽悉新增第八部第三章「初期慢性腎臟病」、第四章「糖尿病及初期慢性腎臟病個案資訊整合及鼓勵資料上傳(草案)」及修訂「B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者醫療給付改善方案」之文字通過 (詳附件 1, P6~P36)。
2. 另對於增列推廣健康存摺使用乙項，部分代表建議另訂定於共同規範，或特約醫事服務機構合約中。

- (三) 增修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫、修訂 105 年度「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」及「全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」案

決定：洽悉，修訂摘要如下：(詳附件 2, P37~P114)

1. 修訂第三部牙醫支付標準：修訂「牙齦切除術」等 13 項支付標準文字、調整「前牙複合樹脂充填-單面」等 18 項支付點數及新增「前牙雙鄰接面複合樹脂充填」等 6 項診療項目。
2. 修訂 105 年「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(草案)：增加服務人次、增修訂服務對象及在宅醫療服務相關規定。
3. 修訂 105 年「全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」(草案)：增加照護人次目標及修訂醫師退場機制，並修訂計畫內容部分文字。

(四)增修訂 105 年度「全民健康保險中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」及「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」等三項中醫總額醫療照護試辦計畫暨「支付標準第四部中醫」報告案。

決定：洽悉，修訂摘要如下：**(詳附件 3，P115~P142)**

1. 新增「全民健康保險中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫」(草案)，惟其照護對象之乳癌與全民健康保險乳癌醫療給付改善方案試辦計畫之 ICD-10 碼不一致，俟再確認後，即報部核定由本署公告。
2. 修訂 105 年「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」(草案)：計畫內容多為延續 104 年度，並於目的及適用範圍作重新定義，相關診療紀錄表及申請表，作部分欄位修訂。
3. 修訂 105 年「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」(草案)：增列「脊髓損傷」乙項適應症、評估量表、支付點數、量表資料須填報於健保資訊網服務系統(VPN)及後續執行效益評估等部分條文。
4. 修訂第四部中醫支付標準：
  - (1)第一章一般門診診察費中之(二)不符(一)項之中醫醫療院所每位專任中醫師每月看診日平均門診量第一階段人數由 25 人次提高至 30 人次。
  - (2)第一章刪除註 2.針灸、傷科及脫臼整復同療程第二次以後之就醫亦併入每日門診量內計算。
  - (3)第二章藥費，每日藥費由 30 點修訂為 31 點。
  - (4)第九章特定疾病門診加強照護通則一、個案適用範圍，小兒氣喘疾病及小兒腦性麻痺疾病門診加強照護之年齡由十二歲(含)以下修訂為未滿十三歲患者。

#### 四、臨時動議：

提案人：台灣醫院協會之地區醫院代表謝文輝及謝武吉。

案由：針對 105 年 Tw-DRGs 之基本診療加成乙節，提出丙案：醫學中

心 5%、區域醫院 6.1%、地區醫院 7.1%，建議併同前次會議之 Tw-DRGs 案報衛生福利部裁示。

決議：前次會議時，除實施之 1,660 項 Tw-DRGs 之實施期間及基本診療加成之決議案已依流程報部，其中基本診療加成並奉部長裁定維持現行醫學中心加成 7.1%、區域醫院加成 6.1%、地區醫院加成 5%，故本案若有新事証，請依程序正式提案後再議。

**五、散會：下午 12 時 40 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	104-臨3-1 討	104.10.1	建議健保署採用新增診療項目的成本分析方式，套用於現行支付標準表之各個項目，對支付標準進行檢討，並爭取預算予以調整，促進支付標準之公平性與合理性。	為了解本案之可行性，先試行10項診療項目。請台灣醫院協會於兩週內提供本署10項試行診療項目，由本署依據健保法第79條及第80條規定，函請所有申報該等診療項目之醫療院所，於兩週內提供成本分析相關資料。	健保署醫管組	本署將評估本項作業影響衝擊，並先提至本會議確認後，再行辦理。		V
2	104-臨4-1 討	104.11.17	105年1月實施1,660項全民健康保險住院診斷關聯群(Taiwan Diagnosis Related Groups, Tw-DRGs, 以下稱Tw-DRGs)案。(補充105年Tw-DRGs適用參數及支付通則補正)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 同意本案提報之DRG支付通則、分類表及暫緩實施項目計53項。本署將逐年滾動式檢討，並對於各界修訂意見，持續蒐集、檢討與修正。</li> <li>2. 實施期程及基本診療加成方式，以下列2案併案陳報衛生福利部核定： <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)Tw-DRGs 實施期程： <ol style="list-style-type: none"> <li>A. 甲案：105年1月全面實施1,660項Tw-DRGs。</li> <li>B. 乙案：105年1月持續辦理已導入第1、2階段401項DRG；105年7月全面實施再分類後1,660項DRG。</li> </ol> </li> <li>(2)基本診療章加成： <ol style="list-style-type: none"> <li>A. 甲案：維持現行醫學中心加成7.1%、區域醫院加成6.1%、地區醫院加成5%。</li> <li>B. 乙案：以103年各醫院申報之DRG案件費用重新試算各層級基本診療章加成。</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>	健保署醫管組	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 基本診療章加成經報部核定採原加成方式即維持現行醫學中心加成7.1%、區域醫院加成6.1%、地區醫院加成5%。</li> <li>2. 本案支付通則及分類表已自104年12月18日預告至105年1月1日，將依程序陳報衛生福利部核定。</li> </ol>		V
3	105-臨1-2 報	104.12.31	新增全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部第三章「初期慢性腎臟病」、第四章「糖尿病及初期慢性腎臟病」、第四章「糖尿病及初期慢性	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 本案洽悉新增第八部第三章「初期慢性腎臟病」、第四章「糖尿病及初期慢性腎臟病個案資訊整合及鼓勵資料上傳(草案)」及修訂「B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者醫療給付改善方案」之文字通過。</li> <li>2. 另對於增列推廣健康存摺使用乙</li> </ol>	健保署醫管組	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 依程序陳報衛生福利部公告實施。</li> <li>2. 惟增列推廣健康存摺下載乙項，俟確認訂定之規範後，再提會討論。</li> </ol>		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
			腎臟病個案資訊整合及鼓勵資料上傳(草案)」,及修訂本保險結核病等八項論質支付標準案	項,部分代表建議另訂定於共同規範,或特約醫事服務機構合約中。				
4	105-臨1-3報	104.12.31	增修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫、修訂105年度「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」及「全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」案	洽悉,修訂摘要如下: 1. 修訂第三部牙醫支付標準:修訂「牙齦切除術」等13項支付標準文字、調整「前牙複合樹脂充填-單面」等18項支付點數及新增「前牙雙鄰接面複合樹脂充填」等6項診療項目。 2. 修訂105年「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(草案):增加服務人次、增修訂服務對象及在宅醫療服務相關規定。 3. 修訂105年「全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」(草案):增加照護人次目標及修訂醫師退場機制,並修訂計畫內容部分文字。	健保署醫管組	依程序陳報衛生福利部公告實施。	V	
5	105-臨1-4報	104.12.31	增修訂105年度「全民健康保險中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」及「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」等三項中醫總額醫療照護試辦計畫暨「支付標準第四部中醫」報告案	洽悉,修訂摘要如下: 1. 新增「全民健康保險中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫」(草案),惟其照護對象之乳癌與全民健康保險乳癌醫療給付改善方案試辦計畫之ICD-10碼不一致,俟再確認後,即報部核定由本署公告。 2. 修訂105年「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」(草案):計畫內容多為延續104年度,並於目的及適用範圍作重新定義,相關診療紀錄表及申請表,作部分欄位修訂。 3. 修訂105年「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」(草案):增列「脊髓損傷」乙項適應症、評估量表、支付點數、量表資料須填報於健保資訊網服務系統(VPN)及後續執行效益評估等部分條文。 4. 修訂第四部中醫支付標準: (1)第一章一般門診診察費中之	健保署醫管組	依程序陳報衛生福利部公告實施。	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>(二)不符(一)項之中醫醫療院所每位專任中醫師每月看診日平均門診量第一階段人數由 25 人次提高至 30 人次。</p> <p>(2)第一章刪除註 2. 針灸、傷科及脫臼整復同療程第二次以後之就醫亦併入每日門診量內計算。</p> <p>(3)第二章藥費，每日藥費由 30 點修訂為 31 點。</p> <p>(4)第九章特定疾病門診加強照護通則一、個案適用範圍，小兒氣喘疾病及小兒腦性麻痺疾病門診加強照護之年齡由十二歲(含)以下修訂為未滿十三歲患者。</p>				

# 參、報告事項



## 報告事項

### 第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第六部論病例計酬」之 ICD-10-CM/PCS 編碼。

說明：

- 一、本署前已委託台灣病歷資訊管理學會將論病例計酬所需資料中之 ICD-9-CM 編碼，轉換為正確之 2014 年版 ICD-10-CM/PCS 編碼。
- 二、經臨床編碼相關人員反映部分項目有誤，經本署徵詢編碼專家及相關學會意見後，建議修訂支付標準第六部論病例計酬之 ICD-10-CM/PCS 編碼，修訂項目如下，**詳附件 1-1，P2~P12**：
  - (一)第一章產科通則七及九、支付標準 97004C、97005D 及 97934C。
  - (二)第二章婦科支付標準 97017C、97033B、97037B、97044C、97047C。
  - (三)第四章泌尿科支付標準 97405K-97412A、97420B-97423B。
  - (四)第七章耳鼻喉科 97716K-97718B、附表 6.7.0 耳鼻喉科項目之國際疾病臨床分類修正代碼。

擬辦：本案若經通過，依程序報請衛生福利部核定公告實施。

## 第六部 論病例計酬

## 第一章 產科

通則：

一、本章各項目「得核實申報上限點數」、「得核實申報個案數比率」如下表：

項目名稱	支付代碼	層級	得核實申報上限點數	得核實申報個案數比率	標準住院日數
陰道生產	97004C	基層院所	30,570	-	3 天
	97005D	助產所	27,838	-	
剖腹產	97009C	基層院所	33,465	5%	6 天
自行要求剖腹產	97014C	基層院所	無	無	6 天
前胎剖腹產之陰道生產	97934C	基層院所	43,292	-	3 天

二、陰道生產標準住院日數自住院日起算三天，剖腹產標準住院日數自住院日起算六天，生產過程中有施行引產之事實者，得多住一天，惟皆依定額給付，不得另行申報費用。

三、本章定額支付中已包括正常新生兒照護費。

四、新生兒體重二、〇〇〇公克以下或因病須轉至有小兒科專科醫師之醫院診治，若未符前述情況，僅於婦產科診所保溫箱照護者，申報費用時除生產定額外不得另行申報費用或另行收費。

五、陰道生產因有次診斷或次手術(或處置)而致實際醫療費用超過定額時(雙胞胎者以定額再加計一人次之新生兒費用為界限，多胞胎類推)，得按實際醫療費用申報。

六、前胎剖腹產之陰道生產，實際醫療費用超過定額時(雙胞胎者以定額再加計一人次之新生兒費用為界限，多胞胎類推)，得按實際醫療費用申報。

七、陰道生產案件中，屬下列主診斷碼且不論有無次診斷或次手術(處置)者，得適用本章通則五之規定：

ICD-9-CM：641.01、641.11、641.21、641.31、641.81、641.91、642.01、642.02、642.11、642.12、642.21、642.22、642.31、642.41、642.42、642.51、642.52、642.61、642.62、642.71、642.72、642.91、642.92、643.01、643.11、643.21、643.81、643.91、644.21、647.01、647.02、647.11、647.12、647.21、647.22、647.31、647.32、647.41、647.42、647.51、647.52、647.61、647.62、647.81、647.82、647.91、647.92、648.01、648.02、648.51、648.52、648.61、648.62、648.81、654.51、658.10、658.11、658.20、658.21、659.21、659.31、666.12、666.22、666.32、667.02、667.12、668.01、668.02、668.11、668.12、668.21、668.22、668.81、668.82、668.91、668.92、669.11、669.12、669.32、669.41、669.42、670.02、671.31、671.42、671.51、671.52、672.02、673.01、673.02、673.11、673.12、673.21、673.22、673.31、673.32、673.81、673.82、674.01、674.02、674.12、674.22、674.32、674.82、675.01、675.02、675.11、675.12、675.21、675.22

ICD-10-CM：**O10-O11、O13-O16、O21-O22、O24、O34.3、O42、O43.2、O44-O46、O60.1、O60.2、O67、O72-O75、O85-O86、O87.1、O87.3、O88、O89.09、O89.8、O89.9、O90-O91、O98-O99**

O44.01-O44.03、O44.10-O44.13、O45.001-O45.93、O46.001-O46.099、

O46.8X1-O46.8X9、O46.90-O46.93、O10.011-O10.02、O10.03、O10.411-O10.42

八、剖腹產案件中，其有次診斷或次手術(或處置)而致實際醫療費用超過「得核實申報上限點數」者，得按實際醫療費用申報，惟其個案數不得超過「得核實申報個案數比率」；除以上情形外之其它剖腹產個案皆依本部所訂支付點數申報費用。

九、剖腹產案件中，屬下列主診斷碼且不論有無次診斷或次手術（處置）者，得適用本章通則通則八之規定：

ICD-9-CM：641.11、641.21、642.01、642.11、642.21、642.31、642.41、642.51、642.61、642.71、642.91、643.01、643.11、643.21、643.81、643.91、644.21、648.01、648.81、654.51、658.10、658.11、658.20、658.21

ICD-10-CM：**O10-O11、O13-O16、O21、O24、O34、O42、O44-O45、O60.1、O60.2、O99.81**

~~O44.10 O44.13 O45.001 O45.93 O10.011 O10.03 O10.411 O10.42 O10.111 O1032 O13.1 O13.9 O14.00 O14.03 O14.10 O14.13 O15.00 O15.1 O11.1 O11.9 O16.1 O16.9 O21.0 O21.1 O21.2 O21.8 O21.9 O60.10X0 O60.14X9 O24.311 O24.32 O24.420 O24.429 O99.814 O34.30 O34.33 O42.00 O42.02 O42.90 O42.919 O42.10 O42.12~~

十、本章節所述「實際醫療費用」係包括母親及新生兒費用。

十一、陰道生產及剖腹產論病例計酬定額支付點數中已含一人次新生兒費，如為雙胞胎，得另加計一人次新生兒費（多胞胎類推）。

十二、不符醫學上適應症而自行要求施行剖腹產者，依自行要求剖腹產(97014C)點數支付。

編號	診療項目	助產所	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
97004C 97005D	陰道生產 註：1.診療項目要求表(詳附表 6.1.1) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.出院狀態 (1)子宮收縮良好 (2)惡露量正常 (3)會陰傷口癒合良好 (4)生命跡象穩定及自行解尿順暢 3.主手術(或處置)碼： ICD-9-CM：72.XX、73.XX ICD-10-PCS：10D07Z3-10D07Z8~ <del>10900ZC-10908ZC、0U7C7ZZ~</del> <del>10S07ZZ-10S0XZZ、10D07Z7、10J07ZZ~</del> <del>3E030VJ-3E063VJ、10E0XZZ、0W8NXZZ~</del> <del>10907ZA、10908ZA、10A07ZZ、10A08ZZ~</del> <del>10S0XZZ+10E0XZZ、0U7C7ZZ+10E0XZZ~</del> <del>0Q820ZZ-0Q834ZZ+10E0XZZ、10D07Z8~</del> <b>10A07Z6</b>	v	v				30,570 27,838
97009C	剖腹產 註：1.診療項目要求表(詳附表 6.1.2) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.出院狀態 (1)體溫低於 37.7°C 至少 24 小時 (2)傷口乾燥並癒合 (3)病人可進全食 例外：有其他因素必需改變飲食 (4)無併發症 (5)教導病人 A.日常生活活動包括性生活 B.沐浴及個人衛生 C.乳房及傷口護理重點 D.排定返診檢查 (6)教導病人 A.嬰兒餵哺 B.嬰兒沐浴及照顧 C.小兒科醫師返診檢查 3.主手術(或處置)碼： ICD-9-CM：74.0、74.1、74.2、74.4 ICD-10-PCS：10D00Z0、10D00Z1、10D00Z2		v				30,570
97014C	自行要求剖腹產 註：1.不符醫學上適應症而自行要求施行剖腹產者，依本項點數支付。 2.診療項目要求表(詳附表 6.1.2) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 3.出院狀態		v				15,669

編號	診療項目	助產所	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	(1)體溫低於 37.7°C 至少 24 小時 (2)傷口乾燥並癒合 (3)病人可進全食 例外：有其他因素必需改變飲食 (4)無併發症 (5)教導病人 A.日常生活活動包括性生活 B.沐浴及個人衛生 C.乳房及傷口護理重點 D.排定返診檢查 (6)教導病人 A.嬰兒餵哺 B.嬰兒沐浴及照顧 C.小兒科醫師返診檢查 4.主手術(或處置)碼： ICD-9-CM：74.0、74.1、74.2、74.4 ICD-10-PCS：10D00Z0、10D00Z1、10D00Z2						
97934C	前胎剖腹產之陰道生產 註：1.診療項目要求表(詳附表 6.1.1) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.出院狀態 (1)子宮收縮良好 (2)惡露量正常 (3)會陰傷口癒合良好 (4)生命跡象穩定及自行解尿順暢 3.主手術(或處置)碼： ICD-9-CM：72.XX、73.XX ICD-10-PCS： <b>10D07Z3-10D07Z8</b> ↖ <del>10900ZC 10908ZC、0U7C7ZZ、</del> <del>10S07ZZ-10S0XZZ、10D07Z7、10J07ZZ、</del> <del>3E030VJ-3E063VJ、10E0XZZ、0W8NXZZ、</del> <del>10907ZA、10908ZA、10A07ZZ、10A08ZZ、</del> <del>10S0XZZ+10E0XZZ、0U7C7ZZ+10E0XZZ、</del> <del>0Q820ZZ-0Q834ZZ+10E0XZZ、10D07Z8、</del> <b>10A07Z6</b>	v					43,292

## 第二章 婦科

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
97013C	子宮肌瘤切除術(住院)、子宮鏡子宮肌瘤切除術 (住院) 註：1.診療項目要求表(詳附表 6.2.1) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.出院狀態 (1)出院前至少 24 小時內體溫低於 37.5℃ (2)無合併症 (3)可自行解尿 (4)正常胃腸功能，出院前 24 小時內至少正常排便 1 次 (5)病人之衛教： A.沐浴及個人衛生 B.傷口之照料 C.活動程度(包括性生活等)之衛教 D.口服藥 E.門診回診時間 3.主手術(或處置)碼： ICD-9-CM：68.29、68.29+68.12 ICD-10-PCS：0U590ZZ、0UB90ZZ、0U598ZZ、0UB98ZZ 4.西醫基層院所申報限設置有門診手術室及觀察病床者。	v				43,483
97017C	輸卵管外孕手術(住院) 註：1.診療項目要求表(詳附表 6.2.2) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.出院狀態 (1)出院前至少 24 小時內體溫低於 37.5℃ (2)無合併症 (3)可自行解尿 (4)正常胃腸功能，出院前 24 小時內至少正常排便 1 次 (5)病人之衛教： A.沐浴及個人衛生 B.傷口之照料 C.活動程度(包括性生活等)之衛教 D.口服藥 E.回診時間 3.主診斷碼及主手術(或處置)碼： 主診斷碼： ICD-9-CM：633.1 ICD-10-CM：O00.1 主手術(或處置)碼： ICD-9-CM：66.01、66.62、66.02 ICD-10-PCS：0U950ZZ、0U960ZZ、0U970ZZ、 <b>10T20ZZ、10D27ZZ、10D28ZZ、10T23ZZ、</b>	v				37,624

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 style="text-align: center;"><b><u>10T27ZZ、10T28ZZ</u>、10T20ZZ+0UB50ZZ、 10T20ZZ+ 0UB60ZZ</b></p> <p style="text-align: center;">4.西醫基層申報限設置有門診手術室及觀察病床者。</p>					
97022B	<p>子宮完全切除術(住院)</p> <p>註：1.診療項目要求表(詳附表 6.2.3)</p> <p style="margin-left: 20px;">(1)基本診療項目</p> <p style="margin-left: 20px;">(2)選擇性診療項目</p> <p>2.出院狀態</p> <p style="margin-left: 20px;">(1)出院前至少 24 小時內體溫低於 37.5°C</p> <p style="margin-left: 20px;">(2)無合併症</p> <p style="margin-left: 20px;">(3)可自行解尿</p> <p style="margin-left: 20px;">(4)正常胃腸功能，出院前 24 小時內至少正常排便 1 次</p> <p style="margin-left: 20px;">(5)病人之衛教：</p> <p style="margin-left: 40px;">A.沐浴及個人衛生</p> <p style="margin-left: 40px;">B.傷口之照料</p> <p style="margin-left: 40px;">C.活動程度(包括性生活等)之衛教</p> <p style="margin-left: 40px;">D.口服藥</p> <p style="margin-left: 40px;">E.回診時間</p> <p>3.主手術(或處置)碼：</p> <p style="margin-left: 40px;">ICD-9-CM：68.4、68.59</p> <p style="margin-left: 40px;">ICD-10-PCS：0UT90ZZ+0UTC4ZZ、 0UT97ZZ+0UTC7ZZ</p>		v			52,991
97027C	<p>次全子宮切除術(住院)</p> <p>註：1.診療項目要求表(詳附表 6.2.4)</p> <p style="margin-left: 20px;">(1)基本診療項目</p> <p style="margin-left: 20px;">(2)選擇性診療項目</p> <p>2.出院狀態</p> <p style="margin-left: 20px;">(1)出院前至少 24 小時內體溫低於 37.5°C</p> <p style="margin-left: 20px;">(2)無合併症</p> <p style="margin-left: 20px;">(3)可自行解尿</p> <p style="margin-left: 20px;">(4)正常胃腸功能，出院前 24 小時內至少正常排便 1 次</p> <p style="margin-left: 20px;">(5)病人之衛教：</p> <p style="margin-left: 40px;">A.沐浴及個人衛生</p> <p style="margin-left: 40px;">B.傷口之照料</p> <p style="margin-left: 40px;">C.活動程度(包括性生活等)之衛教</p> <p style="margin-left: 40px;">D.口服藥</p> <p style="margin-left: 40px;">E.回診時間</p> <p>3.主手術(或處置)碼：</p> <p style="margin-left: 40px;">ICD-9-CM：68.3；</p> <p style="margin-left: 40px;">ICD-10-PCS：0UT90ZZ</p>		v			49,681

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
97033B	卵巢部分（全部）切除術或輸卵管卵巢切除術(住院) 註：1.診療項目要求表(詳附表 6.2.5) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.出院狀態 (1)出院前至少 24 小時內體溫低於 37.5°C (2)無合併症 (3)可自行解尿 (4)正常胃腸功能，出院前 24 小時內至少正常排便 1 次 (5)病人之衛教： A.沐浴及個人衛生 B.傷口之照料 C.活動程度(包括性生活等)之衛教 D.口服藥 E.回診時間 3.主手術(或處置)碼： ICD-9-CM：65.22、65.29、65.39、65.49、65.51、65.52、 65.61、65.62 ICD-10-PCS：0UB00ZZ、0UB10ZZ、0UB20ZZ、 0U500ZZ、0U510ZZ、0U520ZZ、0UB50ZZ、 0UB60ZZ、 <b>0UT50ZZ、0UT60ZZ、0UT70ZZ</b> 、 0UT20ZZ、0UT00ZZ、0UT10ZZ、 <b>0UT20ZZ+0UT70ZZ、0UT00ZZ+0UT50ZZ、                  0UT10ZZ+0UT60ZZ</b>		v			39,383
97037B	腹腔鏡子宮完全切除術(住院) 註：1.診療項目要求表(詳附表 6.2.6) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.出院狀態 (1)出院前至少 24 小時內體溫低於 37.5°C (2)無合併症 (3)可自行解尿 (4)正常胃腸功能，出院前 24 小時內至少正常排便 1 次 (5)病人之衛教： A.沐浴及個人衛生 B.傷口之照料 C.活動程度(包括性生活等)之衛教 D.口服藥 E.回診時間 3.主手術(或處置)碼： ICD-9-CM：68.51、(68.4+54.21) ICD-10-PCS：0UT9FZZ+0UTC4ZZ、		v			85,514

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
	<del>0UT94ZZ+0UTC4ZZ</del> → <del>0UT9FZZ+0UTC7ZZ</del> 、 <del>0UT90ZZ+0UTC0ZZ+0UJD4ZZ</del>					
97044C	<p>腹腔鏡卵巢部分（全部）切除術或輸卵管卵巢切除術(住院)  註：1.診療項目要求表(詳附表 6.2.7)</p> <p>(1)基本診療項目  (2)選擇性診療項目</p> <p>2.出院狀態</p> <p>(1)出院前至少 24 小時內體溫低於 37.5℃  (2)無合併症  (3)可自行解尿  (4)正常胃腸功能，出院前 24 小時內至少正常排便 1 次  (5)病人之衛教：  A.沐浴及個人衛生  B.傷口之照料  C.活動程度(包括性生活等)之衛教  D.口服藥  E.回診時間</p> <p>3.主手術(或處置)碼：  ICD-9-CM：65.24、65.25、65.31、65.41、65.53、65.54、  65.63、65.64  ICD-10-PCS：0UB04ZZ、0UB14ZZ、0UB24ZZ、  0U504ZZ、0U514ZZ、0U524ZZ、<u>0UT74ZZ</u>、  <u>0UT64ZZ</u>、<u>0UT54ZZ</u>、<del>0UB04ZZ</del>→<del>0UB14ZZ</del>→  <del>0UB24ZZ</del>→<del>0UT04ZZ</del>、<del>0UT14ZZ</del>、  <del>0UT04ZZ+0UT54ZZ</del>→<del>0UT14ZZ+0UT64ZZ</del>→  <del>0UT24ZZ</del>、<del>0UT04ZZ</del>→<del>0UT14ZZ</del>→<del>0UT24ZZ</del>  <u>+0UT74ZZ</u>、<u>0UT04ZZ+0UT54ZZ</u>、  <u>0UT14ZZ+0UT64ZZ</u></p> <p>4.西醫基層院所申報限設置有門診手術室及觀察病床者。</p>	v				64,751
97047C	<p>腹腔鏡子宮外孕手術(住院)  註：1.診療項目要求表(詳附表 6.2.8)</p> <p>(1)基本診療項目  (2)選擇性診療項目</p> <p>2.出院狀態</p> <p>(1)出院前至少 24 小時內體溫低於 37.5℃  (2)無合併症  (3)可自行解尿  (4)正常胃腸功能，出院前 24 小時內至少正常排便 1 次  (5)病人之衛教：  A.沐浴及個人衛生  B.傷口之照料  C.活動程度(包括性生活等)之衛教  D.口服藥</p>	v				58,530

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>E.回診時間</p> <p>3.主診斷碼及主手術(或處置)碼：</p> <p>主診斷碼：</p> <p>ICD-9-CM：633.0、633.1、633.2、633.8、633.9</p> <p>ICD-10-CM：O00.0、O00.1、O00.2、O00.8、O00.9</p> <p>主手術(或處置)碼：</p> <p>ICD-9-CM：(66.01、66.62、74.3、66.02)+54.21 或 54.51</p> <p>ICD-10- PCS：<b>0U954ZZ、0U964ZZ、0U974ZZ、</b>  <del>10T24ZZ+0UB54ZZ、10T24ZZ+0UB64ZZ、</del>  <del>10T24ZZ+0UB74ZZ、10T24ZZ、</del>  <del>0U954ZZ+0DNW4ZZ、0U964ZZ+0DNW4ZZ、</del>  <del>0U974ZZ+0DNW4ZZ、</del>  <del>10T24ZZ+0UB54ZZ+0DNW4ZZ、</del>  <del>10T24ZZ+0UB64ZZ+0DNW4ZZ、</del>  <del>10T24ZZ+0UB74ZZ+0DNW4ZZ、</del>  10T24ZZ+0DNW4ZZ</p> <p>4.西醫基層院所申報限設置有門診手術室及觀察病床者。</p>					

#### 第四章泌尿科

編號	診療項目	基層醫院	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
97405K	尿路結石體外震波碎石術(單側)(門診)				v	29,033
97406A				v		29,033
97420B		v				29,033
97407K	尿路結石體外震波碎石術(雙側)(門診)				v	51,295
97408A				v		51,295
97421B		v				51,295
97409K	尿路結石體外震波碎石術(三十日內施行第二次,單側)(門診)				v	22,983
97410A				v		22,983
97422B		v				22,983
97411K	尿路結石體外震波碎石術(三十日內施行第二次,雙側)(門診)				v	45,245
97412A				v		45,245
97423B		v				45,245
	註：1.診療項目要求表(詳附表 6.4.2) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.主診斷碼及主手術(或處置)碼： 主診斷碼： ICD-9-CM：274.11、592.X ICD-10-CM：N20.0→N20.0-N20.9 主手術(或處置)碼： ICD-9-CM：98.51 ICD-10-PCS：0TF3XZZ、0TF4XZZ、0TF6XZZ、 0TF7XZZ、0TFBXZZ、0TFCXZZ、0WFRXZZ					

## 第七章 耳鼻喉科

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
97716K	喉直達鏡並做聲帶或會厭軟骨腫瘤切除或剝去，無主要合併症或併發症（門診） 註：1.診療項目要求表（詳附表 6.7.4） (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.主診斷碼及主手術(或處置)碼： 詳附表 6.7.0 3.主要合併症或併發症診斷碼(詳附表 6.7.5、6.7.5.1、6.7.5.2)				v	15,544
97717A				v		15,411
97718B		v				15,533

附表 6.7.0 耳鼻喉科項目之國際疾病臨床分類修正代碼

項目名稱	診斷碼	主處置碼	年齡	處置或手術排除碼
喉直達鏡並做聲帶或會厭軟骨腫瘤切除或剝去，無主要合併症或併發症（門診）	1.主診斷為耳鼻喉及口腔疾病或病變。 2.主診斷為下列診斷碼，及次診斷與主診斷之關係不符附錄 6.1 或附表 6.7.5、6.7.5.1、6.7.5.2 表列者，不適用本項目。 ICD-9-CM：140-149.9、160.0-161.9、165.0、195.0 ICD-10-CM：C00-C14.8、C30.0-C33、C39.0、C76.0 3.惟次診斷與主診斷之關係若符合附錄 6.2 表列者，則該案件仍屬於本項目。	ICD-9-CM： (30.01、30.09、30.22)+31.42 ICD-10-PCS： 0C9S8ZZ、0C5S8ZZ、0C5T8ZZ、0C5V8ZZ、0CBT8ZZ、0CBV8ZZ、 <b>0CDT8ZZ</b> 、 <b>0CDV8ZZ</b> 、 <b>0CBR8ZZ</b> 、 <b>0CBS8ZZ</b> 、 <b>0C5R8ZZ</b>	-	主處置碼排除 ICD-9-CM：20.98 ICD-10-PCS： 09HD06Z、09HE06Z、09HD06Z+09PD0SZ、09HE06Z+09PD0SZ

# 肆、討論事項



## 討論事項

### 第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險急診品質提升方案」及增列急診相關支付標準案。

說明：

#### 一、背景說明：

- (一)立法院衛環委員會 104 年 6 月 8 日要求「急診 48 小時滯留率」三年下降目標納入下年度「全民健康保險急診品質提升方案」計畫目標。
- (二)衛生福利部率醫事司及本署於 104 年 5 月 12 日至 104 年 6 月 24 日間多次視察多家醫學中心，研議醫學中心急診滯留情形將納入醫院評鑑標準(急診 48 小時滯留率三年需達零)，並適當獎勵急診病患下轉住院及落實出院準備及追蹤管理。
- (三)衛生福利部於 104 年 7 月 28 日公告修正「醫院評鑑及教學醫院評鑑作業程序」，增列醫學中心急診 48 小時置留率目標值及處理方式。
- (四)本署於 104 年 7 月 29 日邀請台灣醫院協會、醫師公會全國聯合會、護理師公會全國聯合會召開急診溝通會議，原則同意增訂急診下轉住院獎勵費。
- (五)本署於 104 年 10 月 2 日再次邀請上述團體、醫事司及照護司，召開「出院準備及追蹤管理費」溝通討論會議，與會團體表達部分意見，會議決議本署參採醫界意見，研擬草案後提會討論。
- (六)立法院衛環委員會 104 年 10 月 5 日及 19 日全體委員會議中，王委員育敏提出兒科醫師不足且分配不均，且無法從健保得到良好補助，要求本署檢討兒童(醫院)急診診察費之合理性。

#### 二、全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準增列急診相關支付

##### (一)新增支付標準「出院準備及追蹤管理獎勵費」

1.104 年 10 月 2 日會議中醫界意見包括：應有充份財源支應、

不宜硬性規範收案適應症、再調整跨團隊會議、電訪追蹤次數、支付點數等節之合宜性，並建議應由病患端改善急診壅塞。

2.本署參考醫界意見，修正支付規範摘要如下

- (1)醫事機構條件：設有出院準備服務小組，定期召開會議。
- (2)申請程序：醫事服務機構應檢附計畫書(敘明收案對象及執行方式)及專業團隊名單向保險人分區業務組申請核備後執行。
- (3)服務項目：
  - A.出院準備服務計畫：提供營養、復健、用藥、後續門診追蹤、緊急就醫之醫療資源與途徑等資訊，提升病人及家屬居家自我照顧能力、提供生活適應訓練、社會經濟及心理層面諮詢等疾病相關之計畫及指導。
  - B.每位個案應進行一次以上之跨團隊溝通協調。
  - C.評估個案需求，協助轉介各項後續照護資源。
  - D.提供電話專線諮詢服務
  - E.出院後電訪追蹤至少一次以上
- (4)監控指標：同一疾病 3 日再急診比率(含跨院)、同一疾病 14 日內非計畫性再住院率(含跨院)
- (5)支付規範：每次 1,500 點，每人每次住院得申請乙次。
- (6)由醫院一般預算減少再急診及再住院率省下之費用支應(同保險人品保方案之「住院案件出院後十四日內再住院率」定義及統計範圍)。

(二)「未滿六個月兒童」之急診診察費加成方式，修訂為「提升兒童加成項目」案

- 1.經查 102 年支付標準調整中，已針對風險及處置困難度較高之兒科診療項目，進行點數及兒童加成率之調升。另為反應急診醫師投入心力，於支付「急診診察費」乙項，依檢傷分類等級予以不同支付點數，並得加計兒童加成、假日及夜間加成、資源不足地區急救責任醫院加成(現行加計後最高支付點數詳附件 1-1，P17)。

2. 考量醫療城鄉差距，國內各醫院之專科發展，及亦有其他專科醫師提供兒童服務，且現行「急診診察費」已訂定相關加成項目，爰不建議再訂定兒童醫院或兒科專科醫師等加成。
3. 本署建議年齡未滿六個月兒童之「急診診察費」加成方式，由現行「兒童加成項目」(即加計 60%)，修訂為「提升兒童加成項目」(即加計 100%)(調整加計後最高支付點數詳附件 1-1，P17)。
4. 財務評估：以 103 年未滿六個月兒童之急診診察費申報件數，推估全年增加約 882 萬點，由 105 年醫院總額非協商因素支應(詳附件 1-2，P18)。

三、修訂「全民健康保險急診品質提升方案」，重點說明如下：

- (一)醫學中心評鑑基準急診 48 小時滯留率三年「達零或小於同儕平均值」之目標，列入「急診品質提升方案」撥付獎勵金之門檻指標，未達標經主辦機關調降其醫院評鑑合格類別或註銷評鑑合格資格者，不予撥付急診處置效率獎勵金。
- (二)新增「醫學中心急診病患下轉住院獎勵」
  1. 醫院接受下轉病患之住院案件得比照醫學中心標準支付，支付原層級與醫學中心之急性病房病房費、護理費、醫師診察費及藥事服務費支付點數差額。
  2. 區域醫院每名病患每日支付 171 點差額，地區醫院 290 點差額。
- (三)新增「急性醫療轉院醫師訪視獎勵費」：
  1. 鼓勵急性醫療主治醫師至下轉轉入醫院探訪病人，直接與轉入醫院團隊成員溝通病情，增加病人信心。
  2. 支付點數每次支付 1,000 點，每週申報一次，每次住院最多申報 3 次。
- (四)取消急性腦中風完成 r-tPA 注射個案之急診重大疾病照護品質獎勵費：本署業經 104 年 10 月 7 日支付標準專家諮詢會議通過支付標準新增「急性缺血性中風靜脈血栓溶解治療處置費」(已於 104 年 11 月 17 日第四次臨時會議同意新增)，基於給付不重複原則，本方案配合刪除本項獎勵費用。

(五)調整部分適應症，符合臨床實際現況

- 1.增列附表一「緊急搶救手術或處置」之項目：急診重大疾病照護品質中，體表面積>20%之重大燒傷患者，需接受之緊急搶救手術或處置增列「皮面創傷處理」乙類處置(醫令代碼48014C-48017C、48029B-48030B)
- 2.增列附表二「向上轉診或平行轉診疾病別」項目：增列「體表面積>20%之重大燒傷」乙類疾病。

(六)酌修部分文字呈現方式或誤植：包含重大外傷適應症

ICD-10CM、附表三「向下或平行轉診疾病別」中泌尿道感染之 ICD-10-CM 呈現方式及附表四 VPN 欄位表部分文字。

(七)財務評估：

- 1.新增「醫學中心急診病患下轉住院獎勵費」及新增「急性醫療轉院醫師訪視獎勵費」預估增加 9.7 百萬點醫療費用；)取消急性腦中風完成 r-tPA 注射個案之急診重大疾病照護品質獎勵費預估減少 8.2 百萬點醫療費用；調整重大燒傷患者處置碼及將之列入向上轉診適應症預估增加 5.45 百萬點醫療費用。
- 2.總計將增加 0.069 億點。104 年本方案編列 1.6 億，按現行方案預估執行 0.99 億點，修訂後預估執行 1.059 億點，105 年本方案續編列 1.6 億，足以支應。

擬辦：本案如經討論同意，擬增修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準表（詳附件 1-3，P19~P20）及修訂「全民健康保險急診品質提升方案」（詳附 1-4，P21~P31），依程序陳報衛生福利部核定公布。

## 急診診察費支付點數

急診診察費	支付點數	現行最高支付點數 (加計成數 140%) (註 2)	調整後最高支付點數 (加計成數 180%) (註 3)
01015C 非按檢傷分類	478	1,147	1,338
00201B 檢傷分類第一級	1,652	3,965	4,626
00202B 檢傷分類第二級	901	2,162	2,523
00203B 檢傷分類第三級	606	1,454	1,697
00204B 檢傷分類第四級	412	989	1,154
00225B 檢傷分類第五級	358	859	1,002

註:

## 1. 現行支付標準支付加成規定:

- (1) 夜間(晚上十時至隔日早上六時) 加成 50%、例假日(週六之中午十二時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加成 20%，同時符合夜間及例假日者，則僅加成 50%。
- (2) 兒童加成項目:病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計 60%；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計 30%；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計 20%。
- (3) 山地離島及符合行政院衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加成 30%，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加成 80%。
- (4) 地區醫院申報檢傷分類第四、五級之急診診察費得依表定點數加成 19%。

## 2. 現行最高支付點數，為同時符合兒童加成(60%)、夜間及例假日加成(50%)，及緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加成(30%)者，得加計 140%。

3. 調整後最高得加計 180%，係年齡未滿六個月者，修訂為提升兒童加成項目(100%)。

年齡未滿六個月兒童之急診診察費加成方式，修訂為「提升兒童加成項目」之財務評估

急診診察費	原支付 點數	加計後支付點數			未滿六個 月兒童之 申報件數 (D)	財務影響 (E=C*D)
		兒童加成 (加計 60%) (A)	提升兒童加成 (加計 100%) (B)	差額 (C=B-A)		
01015C 非按檢傷分類	478	765	956	191	1,350	257,850
00201B 檢傷分類第一級	1,652	2,643	3,304	661	1,044	690,084
00202B 檢傷分類第二級	901	1,442	1,802	360	9,237	3,325,320
00203B 檢傷分類第三級	606	970	1,212	242	15,009	3,632,178
00204B 檢傷分類第四級	412	659	824	165	4,934	814,110
00225B 檢傷分類第五級	358	573	716	143	695	99,385
總計						8,818,927

註:

- 1.資料來源：中央健康保險署二代倉儲系統門、住診明細及醫令檔(資料擷取日期：2015.10.1)。
- 2.統計範圍：門診案件中申報有「急診診察費相關醫令」或「急診起、迄時間醫令」者；住院案件合併申報有「急診診察費相關醫令」或「急診起、迄時間醫令」者。
- 3.同一案件申報多筆診察費醫令代碼者，取檢傷分類嚴重度最高之等級(分類碼較小者)。
- 4.診察費係以急診診察費之醫令點數計算。

## 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(草案)

## 第二部 西醫

## 第一章 基本診療

## 第一節 門診診察費

通則：

~~十、本節之各項診察項目中，註有「兒童加成項目」者，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計 60%；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計 30%；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計 20%。其他未註有兒童加成之診察費項目，三歲(含)以下兒童之門診診察費得依表定點數加計 20%。~~

十、本節所謂兒童加成項目分為：

- 1.兒童加成項目：病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之二十。
- 2.提升兒童加成項目：病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之百；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計百分之八十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之六十。

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
01015C	急診診察費 註：1.急診定義及適用範圍如附表2.1.1。 2.本項支付點數含護理費46—73點。 3.夜間(晚上十時至隔日早上六時)加成 50%、例假日(週六之中午十二時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加成 20%，同時符合夜間及例假日者，則僅加成 50%。 4.山地離島及符合行政院衛生署公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加成30%，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加成80%。 5. <u>年齡未滿六個月者為提升兒童加成項目，餘為兒童加成項目。</u> 6.地區醫院得依表定點數加成19%。	v	v			478
00201B	急診診察費(按檢傷分類) 檢傷分類第一級		v	v	v	1652
00202B	檢傷分類第二級		v	v	v	901
00203B	檢傷分類第三級		v	v	v	606
00204B	檢傷分類第四級		v	v	v	412
00225B	檢傷分類第五級 註：1.檢傷分類依行政院衛生署規定。 2.地區醫院得就本項費用與01015C急診診察費擇一申報，惟採行後一年始得變更。 3.夜間(晚上十時至隔日早上六時) 加成50%、例假日(週六之中午十二時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加成20%，同時符合夜間及例假日者，則僅加成50%。		v	v	v	358

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>4.山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加成30%，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加成80%。</p> <p>5.<u>年齡未滿六個月者為提升兒童加成項目，餘為兒童加成項目</u></p> <p>6.地區醫院申報檢傷分類第四、五級之急診診察費得依表定點數加成19%。</p> <p>7.內含護理費比率為32.04%，點數介於115點~529點。</p>					

## 第二節 住院診察費

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
02025B	<p><u>出院準備及追蹤管理費</u></p> <p><u>註:</u></p> <p>1.<u>醫事機構條件：需設有出院準備服務小組，定期召開會議，檢討、修訂出院照護計畫架構、流程等，並能具體解決問題，並紀錄完整。</u></p> <p>2.<u>服務項目:</u></p> <p>(1)<u>出院準備服務計畫: 提供營養、復健、用藥、後續門診追蹤、緊急就醫之醫療資源與途徑等資訊，提升病人及家屬居家自我照顧能力、提供生活適應訓練、社會經濟及心理層面諮詢等疾病相關之計畫及指導。</u></p> <p>(2)<u>每位個案應進行一次以上之跨團隊溝通協調。</u></p> <p>(3)<u>評估個案需求，協助轉介全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫社區醫療群、各類居家照護、全民健康保險居家醫療整合照護試辦計畫、長照機構等後續照護資源。</u></p> <p>(4)<u>提供電話專線諮詢服務</u></p> <p>(5)<u>出院後電訪追蹤至少一次以上</u></p> <p>3.<u>支付規範：</u></p> <p>(1)<u>醫事服務機構應檢附計畫書(敘明收案對象及執行方式)及專業團隊名單向保險人分區業務組申請核備後執行。</u></p> <p>(2)<u>每人每次住院得申請乙次。</u></p> <p>4.<u>品質監控指標：同一疾病3日再急診比率(含跨院)、同一疾病14日內非計畫性再住院率(含跨院)。</u></p>		Y	Y	Y	1500

## 全民健康保險急診品質提升方案

101.05.01 第一版公告實施  
 102.01.01 第二版公告實施  
 104.01.01 第三版公告實施  
 104.05.25 第四版公告實施  
105.00.00 第五版公告實施

### 壹、前言

中央衛生主管機關為加速醫院急診部門檢傷分類作業，參採國外經驗，於 99 年公告施行急診五級檢傷分類基準，期快速檢定病人病況危急與嚴重度，讓真正急重症患者，能及時獲得緊急醫療服務，挽回寶貴的生命，全民健康保險(以下稱全民健保)亦配合於 99 年 1 月 1 日起調增檢傷分類之急診診察費支付標準，並將夜間急診診察費用加成率由 2 成提高為 5 成，期盼醫院能因而提升急診照護之品質。

然而，國內多數醫學中心急診壅塞情形仍為外界及媒體關切，又依據全民健保 99 年 4 月至 100 年 3 月急救責任醫院相關統計，檢傷分類第 4 級及第 5 級病患病況較不急急，醫師可於 1 小時以後看診之病人，約占全部之 25%，此類病人應儘速加以紓解；第 1 級至第 3 級病況危急之病人急需住院個案中，仍有 17% 患者未於 6 小時內入住；急診病人滯留超過 24 小時者，檢傷分類第 1 級約占該類檢傷總病人次之 4.16%，又 23 家重度急救責任醫院檢傷分類計有 11 家占率大於 5%；顯示，醫院對於急診人力之安排，適時提供病人住院照護及適切的轉介作業流程未達相當的品質，除急診部門醫事人員工作負荷增加，並因而影響到急重症病患的醫療照護；急診服務品質仍有待進一步研擬改善之需要。

依據美國醫療機構評鑑聯合會(Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 簡稱 JCAHO)的報告，超過 53% 延誤治療的警訊事件(sentinel event)是發生在急診，而因急診壅塞所造成的事件就占了 31%。Chalfin(2007)等的報告，急診重症病人如果無法在 6 小時內入住加護病房，結果不僅住院天數會因此拉長，病人的死亡率也會增高(從 8.4% 上升至 10.7%)。Richardson(2006)等的報告，在壅塞時段，相同疾病嚴重度的病人有較高的死亡。Sprivulis(2006)等的報告，壅塞時段，急診病人在第 2 天及第 7 天的病人死亡率增加了 30%。顯示，急診醫療品質的低落，不僅影響病人的安全，更對有限的醫療資源造成一種無形的浪費。

全民健康保險保險人(以下稱保險人)已加強宣導輕症病人不要到醫院急診外，並依主管機關有關加強急重症之醫療照護百年衛生醫療改革計畫，邀集急診醫學會、急診管理學會、主管機關及相關專科醫學會共同研擬本案，並與醫界協商，以試辦論質計酬計畫辦理，期提升急重症照護品質，縮短病人在急診室留置之時間。

### 貳、目標

- 一、 確保重大疾病照護品質。
- 二、 落實品質導向轉診制度。
- 三、 提升急診病人處置效率。

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

肆、 參與資格：須為全民健保特約醫院，並依本方案規定據實登錄相關資料者。其中未申報急診檢傷分類之地區醫院，配合本方案轉診品質規定，將病人上轉或接受下轉病人個案，給予獎勵。

## 伍、計畫構面

### 一、急診重大疾病照護品質：

針對~~急性腦中風~~急性心肌梗塞、重大外傷及嚴重敗血症患，訂定到院一定時間內接受必要治療處置之標準及獎勵

~~(一)急性腦中風：係主診斷碼為 ICD-9-CM：433.00-434.91；ICD-10-CM：I63-I66，美國中風量表 NIHSS 介於 4-25 分之急診病人，符合健保相關用藥規定，完成血栓溶解劑(r-tPA 健保申報碼:K000743248)注射之個案。~~

~~(二)(一)急性心肌梗塞：主診斷碼為 ICD-9-CM：410.00-410.52、410.80-410.92；ICD-10-CM：I21.0-I21.3、I22.0-I22.1、I22.8-I22.9 之病患，從進入急診後經檢查適合者，於 90 分鐘內接受緊急介入性心導管治療(診療項目為 33076B 至 33078B 經皮冠狀動脈擴張術)之個案(door to balloon time < 90 min)。~~

~~(三)(二)重大外傷：~~

1. 符合下列主診斷碼，ISS $\geq$ 16 之急診病人，從進入急診後 2 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置(詳附表一)之個案。

ICD-9-CM：800-904、910-929、950-959；

ICD-10-CM：~~S00-S17、S19-S99、T07、T79(前述第 7 位碼皆須為"A")、S12、S22、S32、S42、S52、S62、S72、S82、S92(前述第 7 位碼皆須為"B")、S52、S72、S82(前述第 7 位碼皆須為"C")~~

(1)T07、T79

(2)S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99(前述第 7 位碼皆須為"A")

(3)S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92(前述第 7 位碼皆須為"A"或"B")

(4)S52、S72、S82(前述第 7 位碼皆須為"A"或"B"或"C")

2. 或體表面積>20%之重大燒傷，診斷為下列代碼，從進入急診後 2 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置(詳附表一)之個案。

ICD-9-CM：948.2-948.9、940、941.5

ICD-10-CM：T312.0-T319.9、T265.0XA-T267.0XA、T269.0XA、

T20.30XA-T20.39X、T20.70XA-T20.79XA、T26.20XA-T26.22XA

(三)嚴重敗血症：主診斷或次診斷碼如下所列，符合國際嚴重敗血症指引定義之急診敗血症病人，從進入急診後 3 小時內給與予第一劑抗生素及 6 小時內完成敗血症治療組套(sepsis bundle)同時申報:09059B 乳酸檢查(或 09135B 乳酸-丙酮酸檢查)、收縮壓，及至少完成 13016B 及「13001C 至 13026C 中之任 1 項」細菌學及黴菌檢查之個案。

ICD-9-CM：038.0-038.9、785.59

ICD-10-CM：A40.0、A40.1、A40.3、A40.8、A40.9、A41.01、A41.02、A41.1、A41.2、A41.3、A41.4、A41.50、A41.51、A41.52、A41.53、A41.59、A41.81、A41.89、A41.9、R65.10、R65.11、R65.20、R57.1、R57.8、R65.21

(四)獎勵方式：(一)~(四)達標者每個案支付 2000 點。

## 二、轉診品質：

強化急診室重症病患上轉且穩定病患下轉之機制，針對符合轉診品質保證之個案，給予轉出及轉入醫院獎勵，希望透過有品質的轉診機制，各急救責任醫院能各司其職於第一時間依其能力完成病患醫療處置。

(一) 向上或平行轉診：中度或一般級急救責任醫院及地區醫院，因重大疾病之緊急狀況，醫院照護能力未符需求，須轉診至上一級或同層級急救責任醫院或區域以上醫院接受專業處理。疾病主診斷包括急性心肌梗塞，急性腦中風、主動脈剝離、重大外傷須緊急手術、嚴重敗血症等(詳附表二)。

(二) 向下或平行轉診：重度級或中度級急救責任或區域以上醫院，為讓病床更有效率運用，將已收治一般急診常見疾病的穩定病人轉出至同等級或下一級急救責任院或同層級或下一層級之醫院之適當醫療機構。疾病主診斷包括上消化道出血，肺炎，泌尿道感染、肝硬化或肝昏迷、鬱血性心臟衰竭、軟組織之蜂窩組織炎等(詳附表三)。

### (三) 轉診作業

1. 醫院應設有專責辦理轉診作業之窗口。

2. 轉出醫院：向病人說明轉診原因；填寫轉診同意書及轉診單。

3. 轉入醫院：接收醫院要同意，並提供必要醫療照護；填寫處置情形轉診回覆單。

### (四) 獎勵方式：

1. 符合向上轉診或平行轉診之病人，每個案獎勵 1000 點。轉出與轉入醫院各給予 50%。

2. 符合向下轉診之病人，可申報之獎勵如下

(1) 每個案獎勵 4,000 點。轉出與轉入醫院各給予 50%。

(2) 自醫學中心下轉之病患，另得申報以下費用：

A. 轉入醫院該次住院之基本診療費用得按醫學中心標準支付，另行申報「醫學中心急診病患下轉住院獎勵」，區域醫院每人每日支付 171 點，地區醫院每人每日 290 點。

B. 轉出醫院之主治醫師至轉入醫院探訪病人，直接與轉入醫院團隊成員溝通病情者，可申報「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」，每次支付 1,000 點，每週申報一次，每次住院最多申報 3 次。

## 三、急診處置效率

本項係以各項效率指標為基礎加以比較獎勵，藉以提升急診處置效率，舒緩急診的壅塞。

### (一) 觀察指標：

1. 非外傷病人檢傷分類各級住院比率

**定義**：大於等於 18 歲非外傷病人住院(包含普通病房及加護病房)

**計算基準**：由急診治療後住入同一醫院比率

**計算方式**：分子：大於等於 18 歲非外傷該級住院人次

分母：大於等於 18 歲非外傷該級病人次

(大於等於 18 歲非外傷該級住院人次 / 大於等於 18 歲非外傷該級病人次)

\* 100%

## 2. 外傷病人檢傷分類各級住院比率

**定義**：處置碼介於 48001C-48035C 之外傷病人住院(包含普通病房及加護病房)

**計算基準**：由急診治療後住入同一醫院比率

**計算方式**：分子：外傷病人該級住院人次

分母：外傷病人該級病人次

$(\text{外傷病人該級住院人次} / \text{外傷病人該級病人次}) * 100\%$

## 3. 兒科病人檢傷分類各級住院比率

**定義**：小於 18 歲非外傷病人住院(包含普通病房及加護病房)

**計算基準**：由急診治療後住入同一醫院比率

**計算方式**：分子：小於 18 歲非外傷病人該級住院人次

分母：小於 18 歲非外傷病人該級病人次

$(\text{小於 18 歲非外傷病人各級住院人次} / \text{小於 18 歲非外傷病人各級病人次}) * 100\%$

### (二) 壅塞指標：急診病人停留超過 24 小時之比率

**計算基準**：病人到院時間-病人離院或住院時間

**計算方式**：分子：急診病人停留超過 24 小時病人次

分母：所有急診病人次

$(\text{急診停留超過 24 小時病人次} / \text{所有急診病人次}) * 100\%$

### (三) 效率指標

#### 3.1 完成急診重大疾病照護病人進入加護病房 < 6 小時之比率

**計算基準**：完成急診重大疾病照護病人轉入加護病房時間-其到達急診時間 < 6 小時

**計算方式**：分子：完成急診重大疾病照護於六小時內轉入加護病房病人次

分母：完成急診重大疾病照護總人次

$(\text{完成急診重大疾病照護病人於六小時內轉入加護病房人次} / \text{完成急診重大疾病照護之總人次}) * 100\%$

#### 3.2 檢傷一、二、三級急診病人轉入病房 < 8 小時之比率

**計算基準**：病人轉入同一家醫院病房時間-病人到達急診時間 < 8 小時

**計算方式**：分子：檢傷一、二、三級病人 8 小時內住院人次

分母：檢傷一、二、三級病人住院人次

$(\text{檢傷一、二、三級 8 小時內住院人次} / \text{檢傷一、二、三級病人住院人次}) * 100\%$

#### 3.3 檢傷四、五級急診病人離開醫院 < 4 小時之比率

**計算基準**：病人離院時間-病人到達急診時間 < 4 小時

**計算方式**：分子：檢傷四、五級病人 4 小時內出院人次

分母：檢傷四、五級病人出院人次

$(\text{檢傷四、五級病人 4 小時內出院人次} / \text{檢傷四、五級病人出院人次}) * 100\%$

#### 3.4 地區醫院急診病人增加

**計算基準**：以檢傷分類等級申報所有急診病人次計算

**計算方式**：本年急診人次 > 上年急診人次

#### (四)品質獎勵方式

1. 維持獎：壅塞指標小於或等於 1%，且該院所本年度轉出比率低於同級醫院之 50 百分位。本年度效率指標(3.1-3.3)，維持在同級醫院前 25 百分位，三項指標達到者，每一醫院給予 20 點乘以當年度急診檢傷一、二、三級病人次合計數獎勵，若有單項指標達到給予 1/3，兩項指標達到給予 2/3。
2. 進步獎：
  - (1) 壅塞指標大於1%
    - A. 效率指標(3.1-3.3)年度進步8%以上，三項指標均達到者，每一醫院獎勵10點乘以當年度急診檢傷一、二、三級病人次合計數，若有單項指標達到給予1/3，兩項指標達到給予2/3。
    - B. 效率指標(3.1-3.3)年度進步10%以上，三項指標達到者，每一醫院獎勵15點乘以當年度急診檢傷一、二、三級病人次合計數，若有單項指標達到給予1/3，兩項指標達到給予2/3。
  - (2) 效率指標(3.4)各醫院本年急診人次較上年增加，每增加1人次支給500點獎勵。

#### 四、補助急診專科醫師人力

##### (一)補助醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務：

1. 同體系醫院間（含委託經營）之支援不予補助，包括：  
同法人醫院體系、國軍退除役官兵輔導委員會醫院體系、國軍醫院體系、衛生福利部醫院體系、同醫學院附設醫院體系、同縣市政府所屬醫院體系、同醫院總分院(院區)。若對保險人認定有異議，醫院可舉證非屬同體系醫院，經保險人分區業務組同意後認定。
2. 補助方式：
  - (1) 以急診專科醫師支援急診之班次計算，每人次每月補助上限1.5萬點。
  - (2) 支援人力計算方式：以全院每月急診專科醫師支援急診服務班次之總和，每15班算1人次(1班至少8小時)。支援不足1人次則依班次比例核算。
  - (3) (3)派出支援醫院與接受支援醫院皆可接受本項補助。
3. 支援規定：  
支援醫師均應依醫事法規相關規定向當地衛生主管機關辦理報備支援，並請醫師考量負擔能力提供支援服務。

##### (二)補助地區醫院增聘急診專科醫師人力：

1. 補助方式：  
當年度地區醫院每增聘1名急診專科醫師執行急診業務，每人每月補助3萬點。
2. 增聘急診專科醫師人數計算方式：
  - (1) 該地區醫院當年每月平均執業登記急診專科醫師人數與前一年每月平均執業登記急診專科醫師人數相比較。  
以 104 年為例：  
【104 年每月 10 日該院有效執業登記急診專科醫師人數總和÷12 個月】  
減【103 年每月 10 日該院有效執業登記急診專科醫師人數總和÷12 個月】

(2)增聘醫師未滿 1 人則依比例核算。

(三)前述兩項補助合計，每家醫院全年申請上限為 1,800,000 點，超過點數不予補助。

(四)本補助不適用對象：

1. 「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」、「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」之保障醫院。
2. 104 年「全民健康保險跨層級醫院合作計畫」補助之門診支援服務。
3. 衛生福利部醫事司「醫學中心支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」及「緊急醫療資源不足地區改善計畫」之補助醫師或補助開診費用。

(五)地區醫院醫療利用監測指標：

1. 接受本方案補助之急診專科醫師急診看診量：

(1) 指標定義：

當年度接受補助之地區醫院支援及增聘急診專科醫師，平均每月看診人次。

(2) 目標值：每位接受補助之急診專科醫師平均每月急診申報件數大於去年同期值。

2. 地區醫院接受醫學中心、區域醫院下轉急診案件之七日內回轉比率：

(1) 指標定義：

分子：地區醫院接受醫學中心、區域醫院下轉之急診案件，七日內回轉醫學中心、區域醫院之急診件數。

分母：地區醫院接受醫學中心、區域醫院下轉急診件數。

(2) 目標值：實施一年後地區醫院接受下轉案件之七日內回轉比率不超過 3%。

## 陸、醫療費用申報、支付及審查

一、急診重大疾病照護及轉診品質獎勵申報規定如下

(一)急診重大疾病照護品質方面：第一至第三項疾病完成照護個案以編號 P4601B「急性~~腦中風~~心肌梗塞及重大外傷照護獎勵」支付點數 2000 點申報，第四項疾病完成照護個案以編號 P4602B「嚴重敗血症照護獎勵」支付點數 2,000 點申報。採每月申報，醫令類別為「2」。

(二)轉診品質獎勵方面：

1. 上轉個案：轉出醫院以編號 P4603B「急診上轉轉出醫院獎勵」支付點數 500 點申報；接受轉診醫院，以編號 P4604B「急診上轉轉入醫院獎勵」支付點數 500 點申報。採每月申報，醫令類別為「2」。
2. 下轉個案：轉出醫院以編號 P4605B「急診下轉轉出醫院獎勵」支付點數 2,000 點及 P4610B「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」1,000 點申報；接受轉診醫院，以編號 P4606B「急診下轉轉入醫院獎勵」支付點數 2,000 點及 P4609B「醫學中心急診病患下轉住院獎勵」(區域醫院每人每日支付 171 點，地區醫院每人每日 290 點)申報。採每月申報，醫令類別為「2」。
3. 平轉個案：轉出醫院以編號 P4607B「急診平轉轉出醫院獎勵」支付點數 500 點申報；接受轉診醫院，以編號 P4608B「急診平轉轉入醫院獎勵」

支付點數 500 點申報。採每月申報，醫令類別為「2」。

- 二、年度結束後 4 月底前辦理前一年度急診處置效率獎勵、急診專科醫師人力補助結算作業，急診專科醫師人力補助以撥入接受支援之地區醫院為原則。本方案各項獎勵以每點 1 元為上限，但若有超支，則以浮動點值支付。
- 三、醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。
- 四、經保險人審查發現登載不實者，除不支付方案相關費用外，經確證日起至次年底不納入本計畫之獎勵。
- 五、未達醫學中心評鑑基準急診 48 小時滯留率三年「達零或小於同儕平均值」之目標，經主辦機關調降其醫院評鑑合格類別或註銷評鑑合格資格者，當年度不予撥付或追扣已撥付之急診處置效率獎勵金。

#### 柒、品質資訊之登錄

- 一、參加本方案醫院應依規定，於保險人健保資訊網服務系統之 VPN 登載急診重大疾病照護品質及轉診品質相關資料，格式如附表四（建置於健保資訊網服務系統 <https://10.253.253.243/iwpe0000/iwpe0000s01.aspx>），如健保相關資料未及時登錄或登錄不全者，不予支付相關費用。
- 二、醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務中，地區醫院（接受支援醫院）應於每月申報時，一併將接受醫師支援明細資料登錄於健保資訊網服務系統 VPN 中。
- 三、有關資料登錄作業，因重大行政或系統問題導致延誤或錯誤者，由保險人分區業務組衡酌處理，且同醫院一年不得超過 1 次。

#### 捌、資訊之分享與公開

- 一、保險人各分區業務組得舉辦方案執行概況檢討或發表會，由參與本方案之特約醫院報告，藉以進行計畫執行成果檢討及經驗交流。
- 二、保險人得公開參與本方案之醫院名單及相關品質資訊供民眾參考。
- 三、參與醫院所獲得本方案之獎勵金，應用於改善急診工作人力或病人服務。保險人得要求參與醫院提報獎勵金之運用情形並得酌情予以公開。

#### 玖、訂定與修正程序

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

附表一、緊急搶救手術或處置

健保碼	手術名稱
33075B	血管阻塞術
64197C	肌腱切開或筋膜切開
64158B	斷肢再接手術
69038C	末稍血管修補及吻合術併血管移植
64237C	骨骼外固定器裝置術
67013B	氣管支氣管傷修補術
67002B	開胸探查術
67010B	肺單元切除術
67011B	肺楔狀或部份切除術
67022B	全肺切除及胸廓成形術或支氣管成形術
67023B	一葉肺葉切除
67024B	肺全切除術
68036B	體外循環維生系統(ECMO)建立
68006B	探查性開心術
68005B	心臟縫補術
68001B	探查性心包膜切開術
69009B	動脈縫合
75007B	縫肝術(肝損傷縫合,小於5公分)
75009B	縫肝術(複雜肝損傷之縫合或大於5公分)
75805B	剖腹探查術
83036C	硬腦膜外血腫清除術
83037C	急性硬腦膜下血腫清除術
83039B	腦內血腫清除術
73010B	小腸切除術加吻合術
71206B	食道切除再造術
72014B	胃空腸造口吻合術
73017B	結腸全切除術併行直腸切除術及迴腸造口
74206B	Hartmann 氏直腸手術
70001B	脾臟切除術
70002B	脾臟修補術
83080B	顱內壓監視置入
64022B至64024B	四肢切斷術
<u>48014C-48017C、 48029B-48030B</u>	<u>皮面創傷處理(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒 膿瘍之處理及換藥)</u>

附表二、向上轉診或平行轉診疾病別

診斷碼中文名稱	ICD-9-CM	ICD-10-CM
急性心肌梗塞	410.00-410.52、 410.80-410.92	I21.0-I21.3、I22.0-I22.1、 I22.8-I22.9
急性腦中風	433.00-434.91	I63-I66
主動脈剝離	441.00-441.02	I71.00-I71.02
食道靜脈瘤出血	主診斷需為肝硬化 571.0-571.9 或門脈高壓 572.3，且次 診斷為 456.20	主診斷需為肝硬化 K70.0、 K70.10、K70.11、K70.2、 K70.30、K70.31、K70.40、 K70.41、K70.9、K73.0、 K73.1、K73.2、K73.8、K73.9、 K74.0、K74.1、K74.2、K74.3、 K74.4、K74.5、K74.60、 K74.69、K75.4、K75.81、 K76.0、K76.89、K76.9； 或門脈高壓 K76.6，且次診斷 為 I85.11。
敗血症	038.0-038.9、785.59	A41.9、R57.1、R57.8、R65.21
重大外傷	800-904、910-929、 950-959	<del>S00-S17、S19-S99、T07、T79</del> (前述第7位碼皆須為"A")、 <del>S12、S22、S32、S42、S52、</del> <del>S62、S72、S82、S92</del> (前述 第7位碼皆須為"B")、 <del>S52、S72、S82</del> (前述第7位 碼皆須為"C") (重新調整呈現方式): <u>1.T07</u> <u>2.S00-S01、S03-S11、</u> <u>S13-S17、S19-S21、S23-S51、</u> <u>S53-S61、S63-S71、S73-S81、</u> <u>S83-S91、S93-S99、T79</u> (前 述第7位碼皆須為"A") <u>3.S02、S12、S22、S32、S42、</u> <u>S62、S92</u> (前述第7位碼皆須 為"A"或"B") <u>4.S52、S72、S82</u> (前述第7 位碼皆須為"A"或"B"或"C")
<u>體表面積&gt;20%之重 大燒傷</u>	<u>948.2-948.9、940、941.5</u>	<u>T312.0-T319.9</u> 、 <u>T265.0XA-T267.0XA</u> 、 <u>T269.0XA</u> 、 <u>T20.30XA-T20.39X</u> 、 <u>T20.70XA-T20.79XA</u> 、 <u>T26.20XA-T26.22XA</u>

附表三、

診斷碼中文名稱	ICD-9-CM	ICD-10-CM
胃腸道出血	5789	K92.2
大量腸胃道出血	531.00-531.21、 532.00-532.21、 533.00-533.21	K25.0-K25.2、K31.82、K56.60、 K26.0-K26.2、K56.60、K27.0-K27.2
腸阻塞	560	K56.60、K56.69、K56.7
急性膽囊炎、膽結石併急性膽囊炎併阻塞	574-575	K80.00、K80.01、K80.11-K80.13、 K80.18-K80.21、K80.30-K80.37、 K80.40-K80.47、K80.50、K80.51、 K80.60-K80.67、K80.70、K80.71、K80.80、 K80.81、K81.0-K81.2、K81.9、K82.0-K82.4、 K82.8、K82.9
膽管炎	5761	K74.3、K80.3、K83.0
急性胰臟炎	5770	K85
肺炎	486	J18.9
慢性氣道阻塞	496	J44
其他蜂窩組織炎及膿瘍	682	K12.2、L02-L03、L98.3
充血性心臟衰竭	4280	I50.2-I50.9
發燒	7806	R50.9
泌尿道感染	599	<del>N36</del> <u>N36.0、N36.1、N36.2、N36.4、N36.5、 N36.8</u> 、N39、N13.9、R31
腎盂腎炎	59080	N12
慢性腎衰竭	585	N18.4、N18.5
肝硬化，未提及酒精性者	5715	K74.60、K74.69
肝性昏迷	5722	K72.91

## 附表四

### 全民健康保險急診品質方案 獎勵個案登錄系統(VPN)必要欄位表

#### 一、基本資料

1. 院所代碼、2.病人 ID、3.出生日期、4.進入急診時間(年月日時分)

#### 二、急診重大疾病照護品質必登欄位

~~1. 急性腦中風照護(共 3 欄)：NIHSS 量表分數、藥品代碼(K000743248)、開始給藥時間。~~

2.1.急性心肌梗塞(共 2 欄)：治療項目醫令代碼(33076B 至 33078B 任一項)、開始執行時間。

3.2.重大外傷(共 3 欄)：ISS 量表分數、治療項目醫令代碼(詳附表一任一項)、開始執行時間。

4.3.嚴重敗血症患(共 11 欄)：收縮壓、治療項目醫令代碼及開始時間如下

(1) 抗生素藥品代碼、給藥時間

(2) 47015B、開始執行時間

(3) 09059B 或 09135B、開始執行時間

(4) 13001C 至 13026C 中任兩一檢查項目、各自開始執行時間

#### 三、轉診獎勵品質必登欄位

1. 轉出醫院：轉出時間、轉出醫院代號

2. 接受轉診醫院：轉入時間、轉入醫院代號

#### 四、急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務必登欄位

1.費用年月、2.接受支援(地區)醫院業務組別、3.接受支援(地區)醫院名稱、4.接受支援(地區)醫院代號、5.支援醫師 ID、6.支援醫師姓名、7.派出支援醫院代號、8.派出支援醫院名稱、9.支援班次數、10.支援開始時間(年月日時分)、11.支援結束時間(年月日時分)。



## 討論事項

### 第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險居家醫療照護整合計畫(草案)」案，提請討論。

說明：

- 一、健保自開辦起，陸續推行多項居家醫療照護服務，為增進行動不便患者就醫可近性，擴大照護對象，自 104 年 4 月 23 日公告施行「104 年全民健康保險居家醫療整合照護試辦計畫」。
- 二、為提升保險給付效率，提供以病人為中心之全人照護，爰於不影響現行居家照護服務及支付衡平性下，著手研議整合不同類型居家醫療照護，於 104 年 6 月 23 日及 104 年 10 月 20 日邀集醫療專業團體、衛生福利部等相關單位開會討論。
- 三、本署依據前述二次會議結論，研擬旨揭「全民健康保險居家醫療照護整合計畫(草案)」，重點摘要如下(詳如附件 2-1、2-2，P36～P55)：
  - (一) 計畫施行期間：105 年至 107 年。施行初期與現制雙軌併行，預計試辦二期 6 年，期滿時評估全面導入。
  - (二) 預算來源：本計畫之個案管理費及支付標準由其他預算之「非屬各部門總額支付制度範圍之服務」支應，其餘醫療費用由各總額部門預算支應。
  - (三) 服務整合範圍：將一般居家照護、呼吸居家照護、安寧居家療護及居家醫療試辦計畫 4 項個別收案之服務，整合為 3 照護階段，收案期間可彈性調整照護階段，無須結案後重新收案。
  - (四) 服務提供者資格：須組成整合性照護團隊，提供含括 3 階段居家照護服務。團隊間應有個案轉銜合作及後送機制。
  - (五) 收案條件：
    - 1、居家醫療階段(現行居家醫療試辦計畫)：限居住於住家(不含照護機構)，且經醫師評估有明確醫療需求，因失能或疾

病特性致外出就醫不便。

2、 重度居家醫療階段(現行一般居家照護、呼吸居家照護)：除第 1 項條件外，護理照護限有明確護理需求者，呼吸照護限呼吸器依賴患者。

3、 安寧療護階段(同現行)：除第 1 項條件外，限為末期病患。

(六) 照護期間、照護內容及訪視頻率：由醫師專業評估決定。為確保醫師適時依照護對象病情調整醫囑，醫師每 2 個月至少應訪視 1 次，且照護階段轉換、照護期滿應重新評估。

(七) 照護內容：醫師訪視、護理人員訪視、呼吸治療人員訪視、其他專業人員訪視、個案健康管理(含輔導新收個案查詢健康存摺供醫事人員參考)與 24 小時電話諮詢服務。

(八) 支付原則：

1、 朝一致性規劃，各專業人員訪視費採論次計酬、呼吸器使用採論日計酬、藥費與藥事服務費核實、檢驗(查)費核實。

2、 增加個案管理費：每人每年 600 點，以強化個案健康管理及 24 小時電話諮詢服務。參與本計畫後之新收個案均應收為本計畫之照護對象，原有個案於照護期滿應轉為本計畫之照護對象。

3、 增加緩和醫療家庭諮詢費：參照現行住院或急診重症末期病患之支付內容與點數(02020B)，提供重度居家醫療階段之末期病患本項服務。

4、 各類專業人員每月訪視次數訂有上限值，以現制合理量換算成權重計算(換算後安寧療護階段之醫師訪視權值為 4、護理訪視權值為 2.2)，超過時不予支付。為確保照護品質，本計畫與現制之專業人員訪視次數人次歸戶合併計算。

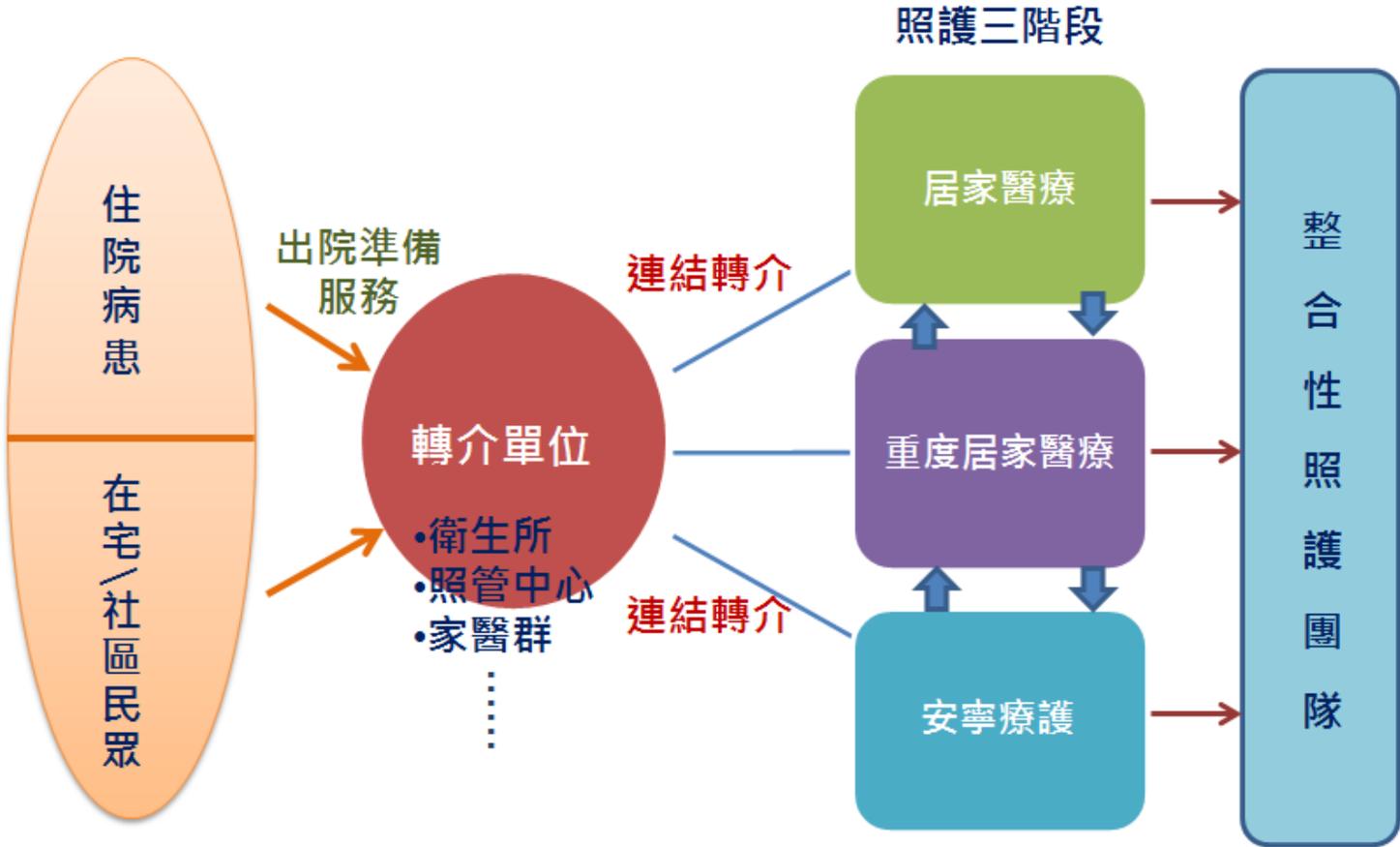
權值	醫師	護理人員	呼吸治療人員	其他專業人員
居家醫療	1	-	-	-
重度居家醫療	1	1	1	1
安寧療護	4	2.2	1	1
服務人次上限	180	100	60	45

(九) 審查原則：依西醫其他專案方式抽審。

(十) 監測指標：每人每年門診就醫次數、每人每年住院天數、住院率、急診率及照護對象健康存摺查詢率。

結論：

# 整合居家相關照護服務



## 全民健康保險居家醫療照護整合計畫(草案)

104 年 4 月 23 日健保醫字第 1040004024 號公告訂定

105 年○月○日健保醫字第 105\*\*\*\*\*號公告修訂

### 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辦理。

### 二、計畫目的

- (一) 提升因失能或疾病特性致外出就醫不便患者之醫療照護可近性。
- (二) 鼓勵醫事服務機構連結社區照護網絡，提供住院替代服務，降低住院日數或減少不必要之社會性住院。
- (三) 改善現行不同類型居家醫療照護片段式的服務模式，以提供病患整合性之全人照護。

### 三、施行期間

自公告日起至 107 年 12 月 31 日止。

### 四、預算來源

本計畫個案管理費及附件 1 所列給付項目及支付標準之醫療費用由其他預算之「非屬各部門總額支付制度範圍之服務」支應，其餘醫療費用由各總額部門預算支應。

### 五、醫療服務提供者資格

- (一) 由本保險特約醫事服務機構組成整合性照護團隊（以下稱照護團隊），提供包括「居家醫療」、「重度居家醫療」及「安寧療護」三階段居家醫療照護，並依其醫事人員專長提供各階段之服務項目。照護團隊應提供團隊內、外轉診服務，確保照護對象轉介與後送就醫之需求。
- (二) 訪視醫師須具專科醫師資格；惟經保險人分區業務組審酌區域居家醫療服務資源後同意之醫師，不在此限。各類專業醫事人員提供呼吸照護及安寧療護等居家醫療照護，應具備各該項目之服務資格。
- (三) 照護團隊應有個案管理人員負責協調、溝通及安排相關事宜；個案管理人員可由醫師、護理人員、呼吸治療人員或社會工作人員擔任。
- (四) 特約醫事服務機構於參與計畫日起前 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）；抵扣停約或終約者亦同。前述違規期間之認定，以第一次處分函所載處分日起算。
- (五) 醫事人員至照護對象住家提供醫療服務，須依法令規定事前報經當地衛生主管機關核准及保險人同意。
- (六) 符合前述各項資格之照護團隊，由主責醫事服務機構向保險人分區業務組提出參與計畫申請書（附件 2，須檢附具體之照護團隊內、外轉診服務計畫與後送機制）。經保險人分區業務組資格審核同意後，始可參與本計畫；異動時亦同。

### 六、服務區域

以申請收案之特約醫事服務機構所在地 10 公里之範圍為原則，但全民健康保險法所稱山地離島地區（附件 3）與醫療資源缺乏地區，及報經保險人分區業務組認定之特殊情形，不在此限，惟仍應以鄰近之特約醫事服務機構就近收案提供服務為原則。

### 七、收案條件

- (一) 居家醫療階段：照護對象限居住於住家（不含照護機構），且經照護團隊醫事人員評估有明確醫療需求，因失能或疾病特性致外出就醫不便。
- (二) 重度居家醫療階段：除第(一)項條件外，另應符合「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第 5 部第 1 章居家照護之收案條件；使用呼吸器相關服務之照護對象，另應符合「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫」居家照護

階段之收案條件。

- (三) 安寧療護階段：除第(一)項條件外，另應符合「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第5部第3章安寧居家療護之收案條件。
- (四) 基於給付不重複之原則，行動不便患者(一般)居家照護、呼吸器依賴患者居家照護、末期病患安寧居家療護之收案對象，應自原照護計畫結案，始得收案為本計畫之照護對象。
- (五) 同一照護對象於相同照護期間，其他特約醫事服務機構不得再申請收案。

## 八、收案及審核程序

### (一) 照護對象來源：

- 1、住院個案：經診治醫師評估，由出院準備服務轉銜至參與本計畫之特約醫事服務機構收案。
- 2、非住院個案：
  - (1) 由參與本計畫之特約醫事服務機構直接評估收案。
  - (2) 由個案或其家屬向參與本計畫之特約醫事服務機構提出申請，或由各縣市長期照顧管理中心(及合約居家服務單位)、衛生局(所、室)、社會局(處)等轉介至參與本計畫之醫事服務機構評估收案。

### (二) 收案程序：

- 1、照護對象經訪視醫事人員評估符合收案條件，開立收案申請書(附件4)，並擬訂居家醫療照護計畫(含照護期間、照護內容、訪視頻率等)，由健保資訊網服務系統(VPN)送保險人備查，保險人得視情況實地評估照護對象之醫療需求。
  - 2、特約醫事服務機構應擇一最適照護階段收案提供照護，收案期間照護對象病情轉變，可彈性調整照護階段，無須結案後重新收案，但應於1週內(含例假日)於健保資訊網服務系統(VPN)登錄異動。
  - 3、訪視醫師於照護階段轉換或照護期滿應重新評估，且每二個月至少訪視一次，以確認照護對象病情變化，適時調整醫囑。
- (三) 照護期間之計算，新收個案以收案日起算；期滿申請延長照護個案以申請日起算(於原照護期限內申請者，以接續日起算)。同一特約醫事服務機構同一個案，於照護期間截止日起30日內再申請照護者，應以延長照護申請並以接續日起算，不得以新個案申請。
- (四) 特約醫事服務機構應依訪視醫師醫囑擬訂居家醫療照護計畫排定訪視時間。訪視時應查驗照護對象之全民健康保險憑證(以下稱健保卡)、身分證明文件，並自備讀卡設備逐次於健保卡登錄就醫紀錄，於24小時內上傳予保險人備查。
- (五) 特約醫事服務機構參與本計畫後之新收個案均應收為本計畫之照護對象，原有個案於照護期滿應轉為本計畫之照護對象。

## 九、照護內容

### (一) 醫師訪視：

- 1、依照照護對象醫療需求，開立居家醫療服務醫囑。
  - 2、提供一般西醫門診診療服務，但不包括手術、麻醉、血液透析、復健診療、慢性精神疾病居家治療等特定診療服務。
  - 3、一般藥品處方箋用藥，得按病人病情需要，每次開給足夠用量。
  - 4、醫師開立藥品處方時，應透過健保資訊網服務系統(VPN)，以健保雲端藥歷系統，即時查詢照護對象近期之用藥資訊，避免重複處方，以提升照護對象用藥安全及品質。
- (二) 護理人員訪視：提供居家護理一般照護、特殊照護、臨終照護及案家自我照護指導等。
- (三) 呼吸治療人員訪視：提供居家呼吸照護及案家自我照護指導。

- (四) 其他專業人員訪視：視需要由臨床心理師或社會工作人員訪視。
- (五) 藥品處方調劑服務：照護對象所需之藥品，得由處方之特約醫療院所提供調劑與送藥服務，或由家屬持健保卡及處方箋至社區藥局或原處方院所調劑領藥。照護對象獨居時，應提供適當之藥事服務。
- (六) 個案健康管理：穩定健康狀態、連結醫療及長期照顧服務資源。輔導新收個案查詢健康存摺(應經照護對象、監護人或其指定代理人同意)，以協助訪視醫事人員掌握照護對象就醫資訊，提升醫療安全與效益。
- (七) 24 小時電話諮詢服務：於照護對象發生緊急狀況時，提供照護對象及其家屬 24 小時醫療專業諮詢服務，必要時應啟動緊急醫療後送程序。
- (八) 每次訪視應詳實製作病歷或紀錄，且須記錄每次訪視時間(自到達案家起算，至離開案家為止)，並請照護對象或其家屬簽章；另應製作照護對象之居家醫療照護紀錄留存於案家，以利與其他醫事人員或長期照顧服務人員提供整合性之居家照護服務。

#### 十、醫療費用申報、支付及審查原則

- (一) 醫療費用之申報、暫付、審查及核付，除另有規定外，悉依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」辦理。
- (二) 本計畫收案及延長照護案件之醫療費用，依西醫其他專案方式抽審；經審核不符收案條件者，保險人不予支付費用。
- (三) 醫療費用申報：

- 1、特約醫事服務機構執行本計畫之醫療費用應按月申報，並於門診醫療服務點數清單依下表規定填報「案件分類」及「特定治療項目代號」欄位。

照護階段	案件分類	任一特定治療項目代號
居家醫療	E1	EC
重度居家醫療	A1	EC
安寧療護	A5	EC

- 2、其他欄位依居家照護案件，採同一療程每月申報一次：
  - (1) 「就醫日期」及「治療結束日期」欄位分別填報該月第一次訪視日期及該月最後一次訪視日期。「診治醫事人員代號」欄位，請填報該月第一次訪視人員身分證號(若同日訪視人員一人以上者，優先填報順序為醫師、護理人員、呼吸治療人員、其他專業人員)。
  - (2) 醫事人員各次訪視費應逐筆填報醫令代碼、執行時間一起/迄、執行醫事人員代號及就醫科別。前述就醫科別，醫師訪視請以該次訪視實際提供之診療最適科別填報，護理人員訪視請填「EA 居家護理」，呼吸治療人員訪視請填「AC 胸腔內科」，其他專業人員訪視免填。
- 3、如可歸責於特約醫事服務機構申報資料錯誤，導致點值核付錯誤時，特約醫事服務機構需自行負責。
- 4、本計畫之醫師訪視費由其專任或兼任之特約醫院或診所申報，其他專業醫事人員訪視費由其專任或兼任之特約醫事服務機構於業務範圍內申報。藥費、藥事服務費、檢驗(查)費由提供服務之特約醫事服務機構依規定申報，不得由護理機構申報，否則不予支付。

#### (四) 給付項目及支付標準：

- 1、個案管理費：
  - (1) 申請收案之特約醫事服務機構應負責提供個案健康管理及 24 小時電話諮詢服務，惟前述服務可由照護團隊合作提供。
  - (2) 每名照護對象每年支付 600 點，按月比例支付，由保險人於年度結束後計算支付給收案之特約醫事服務機構。年度間由 2 家以上特約醫事服務機構收案者，

如於同一月份結案並重新收案，當月個案管理費不論實際收案天數對半支付給首家結案機構及最終收案機構。

2、各照護階段之給付項目及支付標準原則如下：

照護階段	給付項目	支付標準
居家醫療	醫師訪視	訪視費論次計酬 藥費、藥事服務費核實 檢驗（查）費核實
重度居家醫療	醫師訪視 護理人員訪視 呼吸治療人員訪視 其他專業人員訪視	訪視費論次計酬 藥費、藥事服務費核實 檢驗（查）費核實 呼吸器使用論日計酬 緩和醫療家庭諮詢費論次計酬
安寧療護	醫師訪視 護理人員訪視 呼吸治療人員訪視 其他專業人員訪視	訪視費論次計酬 藥費、藥事服務費核實 檢驗（查）費核實 呼吸器使用論日計酬 病患自控式止痛論次計酬

備註：各照護階段內之給付項目應依照護對象病情實際需要提供，並非照護階段內各類醫事人員訪視均須提供。

- 3、各類醫事人員訪視費、呼吸器使用費、緩和醫療家庭諮詢費及病患自控式止痛處置及材料費(PCA)等，依附件 1 之給付項目及支付標準支付。
- 4、藥事服務費、藥費及檢驗（查）費等：依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」及「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」規定支付。
- 5、各類醫事人員每人每月服務人次上限，依各照護階段權重計算，超過的部分不予支付訪視費用。例如：甲醫師訪視居家照護階段個案 70 次、安寧療護階段個案 3 次，當月服務人次為 82 人次(70\*1+3\*4)；乙護理師訪視重度居家醫療個案 60 次，安寧療護階段個案 10 次，當月服務人次為 82 人次(60\*1+10\*2.2)。

權值	醫師	護理人員	呼吸治療人員	其他專業人員
居家醫療	1	-	-	-
重度居家醫療	1	1	1	1
安寧療護	4	2.2	1	1
<b>服務人次上限</b>	<b>180</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>45</b>

- 6、為確保照護品質，本計畫與健保原有居家醫療照護服務（一般居家照護、呼吸居家照護、安寧居家療護）之各類醫事人員每月訪視次數上限歸戶合併計算。

(五) 部分負擔計收規定：

- 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居家照護規定計收，處方用藥另依門診藥品部分負擔規定計收。
- 2、若屬全民健康保險法第四十八條所列重大傷病、分娩、山地離島地區就醫情形之一，保險對象免自行負擔費用。
- 3、若屬全民健康保險法第四十三條第四項所訂醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，保險對象應自行負擔費用得予減免 20%。

(六) 點值結算方式：本計畫個案管理費及附件 1 所列給付項目及支付標準之醫療費用每點金額以 1 元暫結。

## 十一、 監測指標（排除已死亡個案）

- (一) 每人每年門診就醫次數
  - 1、 分子：照護對象門診次數合計
  - 2、 分母：當年度照護對象人數
  - 3、 居家訪視次數及院所門診次數分計
- (二) 每人每年住院天數
  - 1、 分子：照護對象住院天數合計
  - 2、 分母：當年度照護對象人數
- (三) 住院率
  - 1、 分子：照護對象住院人數
  - 2、 分母：當年度照護對象人數
- (四) 急診率
  - 1、 分子：照護對象急診人數
  - 2、 分母：當年度照護對象人數
- (五) 照護對象健康存摺下載率
  - 1、 分子：照護對象下載健康存摺人數
  - 2、 分母：當年度照護對象人數

## 十二、 計畫管理機制

- (一) 保險人負責總體計畫架構之研訂、協調與修正。
- (二) 保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之參與資格、輔導轄區醫事服務機構執行計畫、計算指標與核發費用。
- (三) 參與本計畫之醫事服務機構負責提供照護對象連續性之整合醫療照護。

## 十三、 退場機制

- (一) 參與本計畫之醫事服務機構，未依排定時間進行訪視且未事先通知照護對象、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，應自保險人通知終止執行本計畫日起退出本計畫。經保險人終止計畫參與資格者，一年內不得再申請參與本計畫。
- (二) 參與本計畫之醫事服務機構如涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理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。
- (三) 特約醫事服務機構如經保險人分區業務組審查不符合參與資格或應終止參與資格，得於通知送達日起 30 日內，以書面向保險人分區業務組申請複核，但以一次為限。

## 十四、 計畫修訂程序

- (一) 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，報請主管機關核定後公告實施，並送健保會備查。
- (二) 屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告。

## 十五、 附則

- (一) 特約醫事服務機構至照護對象住家提供健保居家醫療照護服務，得併行提供保險人代辦之醫療服務(如預防保健等)，其服務範圍與支付標準悉依各業務主管機關之規定辦理。
- (二) 本計畫施行期間，與健保原有居家醫療照護服務（一般居家照護、呼吸居家照護、安寧居家療護）雙軌併行；計畫分二期逐步整合與推廣，每期 3 年，期滿應評估全面導入。

## 「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」給付項目及支付標準

通則：

- 一、限參與本計畫之照護團隊申報。
- 二、居家護理特殊照護項目如附表 1，居家護理一般照護項目如附表 2；施行特殊照護項目者，申報費用時，應填報項目編號、名稱及數量。居家照護治療材料表如附表 3。
- 三、照護團隊對同一照護對象於相同期間，僅可擇一最適照護階段提供照護，不可跨照護階段收案。
- 四、照護階段內之服務項目，由收案醫事服務機構協調照護團隊合作提供，不得重複提供。例如：重度居家醫療階段之呼吸依賴患者，所需護理訪視服務，應由主責護理人員提供全人照護，而非分別派遣多名護理人員進行訪視。
- 五、呼吸器依賴患者每月實際醫療費用未達 27,000 點時，以 27,000 點扣除其他機構申報之醫療費用後，支付給收案之特約醫事服務機構；照護期間不足 1 個月時，依相同原則，按實際照護天數以每日 900 點計算支付。前述醫療費用不含安寧療護醫師訪視費、安寧療護護理訪視費、其他專業人員處置費、緩和醫療家庭諮詢費、臨終病患訪視費、PCA、藥費、藥事服務費及附表 3 備註所列特殊材料。

編號	診療項目	支付點數
	<b>醫師訪視費</b>	
	<b>居家醫療、重度居家醫療：</b>	
05307C	醫師訪視費(次)	1553
05308C	山地離島地區醫師訪視費(次)	1709
	<b>甲類安寧療護：</b>	
05312C	醫師訪視費(次)	1553
05323C	醫師訪視費山地離島地區(次)	1709
	<b>乙類安寧療護：</b>	
05336C	醫師訪視費(次)	1088
05337C	醫師訪視費山地離島地區(次)	1196
	註：醫師訪視費所訂點數含診療、處方、治療處置、治療材料、電子資料處理及行政作業成本等。	
	<b>護理人員訪視費</b>	
	<b>重度居家醫療：</b>	
	—資源耗用群為第一類	
05301C	護理訪視費(次)	1050
05302C	山地離島地區護理訪視費(次)	1155
	—資源耗用群為第二類	
05303C	護理訪視費(次)	1455
05304C	山地離島地區護理訪視費(次)	1601
	—資源耗用群為第三類	
05305C	護理訪視費(次)	1755
05306C	山地離島地區護理訪視費(次)	1931

編號	診療項目	支付點數
	—資源耗用群為第四類	
05321C	護理訪視費(次)	2055
05322C	山地離島地區護理訪視費(次)	2261
	<b>甲類安寧療護：</b>	
	—訪視時間一小時以內 (≤1 小時)	
05313C	護理訪視費(次)	1650
05324C	護理訪視費山地離島地區(次)	1815
	—訪視時間一小時以上 (>1 小時)	
05314C	護理訪視費(次)	2250
05325C	護理訪視費山地離島地區(次)	2475
	<b>乙類安寧療護：</b>	
	—訪視時間一小時以內 (≤1 小時)	
05338C	護理訪視費(次)	1155
05339C	護理訪視費山地離島地區(次)	1271
	—訪視時間一小時以上 (>1 小時)	
05340C	護理訪視費(次)	1575
05341C	護理訪視費山地離島地區(次)	1733
	註：	
	1. 資源耗用群分類：	
	第一類：需居家護理一般照護項目之病人	
	第二類：需居家護理特殊照護群組任一組之病人	
	第三類：需居家護理特殊照護群組任二組之病人	
	第四類：需居家護理特殊照護群組任三組及以上之病人	
	2. 護理訪視費所訂點數含訪視、護理服務、治療處置、代採檢體及送檢、治療材料及電子資料處理等費用在內。	
	3. 上項代採之檢體，委託代檢機構應以保險醫事服務機構或保險人指定之醫事檢驗機構為限。	
	4. 視訪時間應記錄於訪視紀錄內，並請患者或其家屬簽章。	
	<b>呼吸治療人員訪視費</b>	
	—非侵襲性呼吸器依賴患者-使用鼻導管(nasal prong)或面罩等	
P5401C	呼吸治療人員訪視費(次)	1050
P5402C	山地離島地區呼吸治療人員訪視費(次)	1155
	—侵襲性呼吸器依賴患者-使用氣切管或氣管內管插管等	
P5403C	呼吸治療人員訪視費(次)	1455
P5404C	山地離島地區呼吸治療人員訪視費(次)	1601
	註：	
	1. 限呼吸器依賴患者申報。	
	2. 呼吸治療人員提供侵襲性呼吸器依賴患者呼吸照護時，護理人員不	

編號	診療項目	支付點數
	得再以提供氣切護理申報資源耗用群為第二類之護理訪視費。	
05315C	其他專業人員處置費(次)：限社會工作人員或心理師	1050
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 註：限呼吸器依賴患者、臨終病患申報。	1155
P5406C	呼吸器使用(天) 註：限呼吸器依賴患者申報。	590
P5407C	緩和醫療家庭諮詢費 註： 1. 限重度居家醫療階段申報。 2. 適應症：以進入末期狀態病患為主。 3. 相關規範： (1)諮詢參與人員：包括主治醫療團隊、病患或家屬。 (2)諮詢時間：每一個案諮詢時間至少1小時。 (3)諮詢記錄：應有完整的諮詢溝通內容紀錄，並應併入病患之病歷及紀錄留存，紀錄並有參與諮詢醫療團隊及病患或家屬簽名。 (4)申報規定： a. 病患已參與全民健康保險安寧共同照護試辦方案、住院安寧療護或居家安寧照護，不得再申報此項費用。 b. 出院病患住院期間已接受緩和醫療家庭諮詢服務(項目代碼02020B)，不得再申報此項費用。 c. 同一照護團隊對同一照護對象限申報二次。 d. 由主治醫師執業之醫事服務機構申報此項費用。	2250
05326C	臨終病患訪視費	5000
05327C	山地離島地區臨終病患訪視費 註： 1. 限訪視臨終病患，且 ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group Scale) 大於三級以上(含三級)之病患，實際訪視時間在二小時以上(含二小時)，始得申報此項費用，每位病患申報訪視次數僅限一次。 2. 甲、乙兩類安寧療護醫事人員皆可申報。 3. 服務內容需包含臨終訪視、善終準備及家屬哀傷輔導等。	5500
05316C	病患自控式止痛處置及材料費(Patient-Controlled Analgesia, PCA) 註：限訪視臨終病患，所訂點數含 PCA 幫浦注射費、PCA 裝置(set)、PCA 袋(bag)等。每一個案每月限申報二次。	1890

附表 1. 居家護理特殊照護項目表

特殊照護群組	支付標準 編號	診療項目
1. 氣切護理	56004C	換造口器 Change tracheostomy set 註：含氣切造瘻口處理 Tracheostomy care
2. 留置導尿管 護理	47014C 50022C	留置導尿 Urinal indwelling catheterization 更換腎臟引流或膀胱引流管 Catheter change
3. 留置鼻胃管 護理	47017C	胃管插入(或更換) Insertion of nasogastric tube 註：更換胃管(Change N-G tube)比照申報。
4. 膀胱灌洗	50012C	膀胱灌洗 Bladder irrigation
5. 三、四期壓瘡 傷口護理	48001C 48002C 48003C 48004C 48005C	淺部創傷處理-傷口長 5 公分以下者 Wound treatment <5 cm 淺部創傷處理-傷口長 5-10 公分者 Wound treatment 5-10 cm 淺部創傷處理-傷口長 10 公分以上者 Wound treatment >10 cm 深部複雜創傷處理-傷口長 5 公分以下者 Debridement <5 cm 深部複雜創傷處理-傷口長 5-10 公分者 Debridement 5-10 cm 註：傷口程度分期係採用國際腸造瘻治療協會及美國國家褥瘡學會的分類法；本項護理含傷口評估、淺部或深部創傷縫合、接紮、擴創處理、教導家屬換藥技巧及預防其他部位壓瘡發生；糖尿病足末梢動靜脈阻塞之皮膚潰爛護理比照申報。訪視紀錄請註明處置日期和部位。
6. 大量液體點 滴注射	39004C	大量液體點滴注射 IV drip (林格兒氏液、Rock 液、生理食鹽水、葡萄糖液、因糖液或血液代用劑等)注射。 註：含靜脈留置針設立，觀察病患對注射藥物之反應、教導家屬觀察注射部位之狀況及維護靜脈點滴之通暢。
7. 造口護理	49004C 49005C 49020B 49021B 49022B	肛門切除後治療 Post APR wound care 人工肛門灌洗 Colostomy irrigation 三路灌洗 Three way irrigation 迴腸造口永久裝具裝置 Ileostomy, permanent appliance 迴腸膀胱永久裝具裝置 Ileum bladder, permanent appliance

註：48004C「深部複雜創傷處理-傷口長 5 公分以下者」及 48005C「深部複雜創傷處理-傷口長 5-10 公分者」二項診療項目，依病人之實際需要並由醫師開立醫囑者得另行核實申報。

附表 2. 居家護理一般照護項目表

支付標準 編號	診療項目
(免填報)	小量注射：如肌肉注射、皮下注射、靜脈注射
	靜脈點滴加藥
	藥物敏感反應試驗(Cytomack test, Penicillin test 等)
	濕氣吸入治療 Humidity inhalation、呼吸道抽吸 Suction、體位引流 Postural drainage
	被動性關節運動 Passive R. O. M.
	置入器皮下注射(port-A)及護理
	小換藥(10 公分以下) Change dressing small (<10 cm)
	中換藥(10-20 公分) Change dressing medium (10-20 cm)
	大換藥(20 公分以上) Change dressing large (>20 cm)
	拆線-傷口在 10cm 以下 Remove Stiches <10 cm
	拆線-傷口在 10cm 以上 Remove Stiches >10 cm
	一般導尿、更換尿袋、尿管護理、拔除尿管之膀胱訓練
	口腔護理
	塞劑給予、糞嵌塞清除 Cleaning fecal impaction
	甘油灌腸 Glycerin enema(大小量灌腸比照本項)
	礦物油留置灌腸 Retension enema(留置灌腸比照本項)
	一般身體檢查、護理指導(含胰島素注射及傷口照顧指導)
酒精拭浴 Alcohol packing、薄荷擦拭 Menthol packing	
會陰沖洗 Perineal irrigation care	
其它護理項目	

附表 3. 居家照護治療材料表

特材代碼	特材品名
NDN01	頭皮針
NDN04	靜脈留置針
CLS04	精密輸液套 (PRECISION ADMINISTRATION SET)
CEE01	延長管 (EXTENSION SET (T-CONNECTOR))
WDD08	人工生物化學覆蓋物 (ARTIFICIAL BIOCHEMICAL COVERING MATERIAL)
(免填報)	肛管(RECTAL TUBE)、小量灌腸器
	鼻胃管 (N-G TUBE)
	導尿包、導尿管(FOLY CATHETER)、蓄尿袋(URINE BAG)
	敷料類(紗布、棉墊、棉枝、棉棒、棉籤、棉片、膠帶)
	普通點滴套(IV SET)
	注射筒器、針頭、靜脈帽(IV CAP)、人工薄膜(OP-SITE)
	抽吸導管 (SUCTION TUBE)
	灌食空針 (FEEDING SYRINGE)
	生理食鹽水、蒸餾水
	優碘(AQ-BETA IODINE)、優碘軟膏、酒精
	KY-JELLY
	手套、口罩、紙治療巾
	壓舌板
	尿糖試紙、血糖試紙、痰液收集器

註：矽質二又留置導尿管、矽質鼻胃管、PVC 氣切管、矽質氣切管及胃造口術管路衛材(須由醫師操作更換)等特殊材料，依病人之實際需要並由醫師開立醫囑者得另行申報，支付品項以全民健康保險藥物給付項目及支付標準收載之特殊材料品項為限。

參與「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」申請書

基本資料	主責院所		院所代碼	
	負責醫師		聯絡人	
	聯絡電話		email	
配套措施	藥品處方調劑方式	<input type="checkbox"/> 診療院所調劑後送藥 <input type="checkbox"/> 交付處方箋 <input type="checkbox"/> 其他：(請說明)		
	24 小時諮詢專線			
	個案健康管理措施			
	個案轉銜合作機制			
	轉診後送機制			

本院(所)及團隊內醫事服務機構同意於執行計畫期間，依照本計畫及全民健康保險法等相關規定，提供保險對象居家醫療照護。

此致 衛生福利部中央健康保險署



醫療院所印信

負責醫師印章

中華民國            年            月            日

### 居家醫療照護團隊組成清單

序號	醫事服務機構名稱	機構代碼	縣市鄉鎮	層級別	居家服務項目	醫事人員數				聯絡人	聯絡電話
						醫師	護理人員	呼吸治療人員	其他專業人員		
1											

備註：

1. 主責院所請列序號 1，其餘團隊組成之醫事服務構則依序編號。
2. 層級別：依評鑑結果分為醫學中心、區域醫院、地區醫院；其餘醫療機構(藥局除外)稱基層院所。
3. 應檢附照護團隊之合作契約或證明文件。

全民健康保險山地離島地區一覽表

縣(市)別	山地鄉(區)	離島鄉(島)
宜蘭縣	大同鄉、南澳鄉	
新北市	烏來區	
桃園市	復興區	
新竹縣	尖石鄉、五峰鄉	
苗栗縣	泰安鄉	
臺中市	和平區	
南投縣	信義鄉、仁愛鄉	
嘉義縣	阿里山鄉	
高雄市	茂林區、桃源區、那瑪夏區	東沙島、南沙太平島
屏東縣	三地門鄉、霧台鄉、瑪家鄉、泰武鄉、來義鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉	琉球鄉
花蓮縣	秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉	
臺東縣	海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉	蘭嶼鄉、綠島鄉
澎湖縣		馬公市、湖西鄉、西嶼鄉、白沙鄉、望安鄉、七美鄉
金門縣		金城鎮、金寧鄉、金沙鎮、烈嶼鄉、金湖鎮、烏坵鄉
連江縣		南竿鄉、北竿鄉、莒光鄉、東引鄉

全民健康保險居家醫療照護整合計畫收案申請書

1 申請收案 2 申請收案複核 3 申請延長照護 4 申請延長照護複核 5 照護階段轉換

醫事機構 收案日期	年 月 日	前次 核定迄日	年 月 日	保險人 受理日期	年 月 日
<b>第一部分：基本資料</b>					
個案姓名		性別	<input type="checkbox"/> 1 男 <input type="checkbox"/> 2 女	出生日期	年 月 日
身分證號		電話	(日)	(夜)	
住家種類	<input type="checkbox"/> 1 平房 <input type="checkbox"/> 2 公寓__樓 <input type="checkbox"/> 3 電梯大廈 <input type="checkbox"/> 4 透天厝 <input type="checkbox"/> 5 其他_____				
居住地址					
居住狀況	<input type="checkbox"/> 1 獨居 <input type="checkbox"/> 2 家人同住 <input type="checkbox"/> 3 親友同住 <input type="checkbox"/> 4 其他_____				
常用語言	<input type="checkbox"/> 1 國語 <input type="checkbox"/> 2 台語 <input type="checkbox"/> 3 客家語 <input type="checkbox"/> 4 原住民族語 <input type="checkbox"/> 5 其他_____				
主要 聯絡人	與個案關係：		聯絡電話/手機：		
主要 照顧者	與個案關係：		聯絡電話/手機：		
社會福利 身分別	<input type="checkbox"/> 1 無 <input type="checkbox"/> 2 低收入戶 <input type="checkbox"/> 3 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 4 榮民 <input type="checkbox"/> 5 原住民 <input type="checkbox"/> 6 領有身心障礙證明(續答 A~C) A. 障礙類別(可複選)： <input type="checkbox"/> 01 視覺障礙 <input type="checkbox"/> 02 聽覺機能障礙 <input type="checkbox"/> 03 平衡機能障礙 <input type="checkbox"/> 04 聲音機能或語言機能障礙 <input type="checkbox"/> 05 肢體障礙 <input type="checkbox"/> 06 智能障礙 <input type="checkbox"/> 07 重要器官失去功能 <input type="checkbox"/> 08 顏面損傷 <input type="checkbox"/> 09 植物人 <input type="checkbox"/> 10 失智症 <input type="checkbox"/> 11 自閉症 <input type="checkbox"/> 12 慢性精神病患 <input type="checkbox"/> 13 多重障礙(請勾選各項障礙類別) <input type="checkbox"/> 14 頑型(難治型)癲癇症 <input type="checkbox"/> 15 經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙者 <input type="checkbox"/> 16 其他經中央衛生主管機關認定之障礙者(染色體異常、先天代謝異常、先天缺陷) B. 障礙等級： <input type="checkbox"/> 1 輕度 <input type="checkbox"/> 2 中度 <input type="checkbox"/> 3 重度 <input type="checkbox"/> 4 極重度 C. 新制或舊制身心障礙類別評估： <input type="checkbox"/> 1 舊制 <input type="checkbox"/> 2 新制(障礙類別：第__類；ICD 診斷：__)				
<b>第二部分：健康狀況</b>					
意識狀態	<input type="checkbox"/> 1 清醒 <input type="checkbox"/> 2 嗜睡 <input type="checkbox"/> 3 混亂 <input type="checkbox"/> 4 呆滯(木僵) <input type="checkbox"/> 5 昏迷(或植物人) <input type="checkbox"/> 6 其他_____				
情緒狀態	<input type="checkbox"/> 1 平穩 <input type="checkbox"/> 2 憂鬱 <input type="checkbox"/> 3 焦慮 <input type="checkbox"/> 4 無法評估				
理解能力	<input type="checkbox"/> 1 良好 <input type="checkbox"/> 2 僅可理解簡單句子或關鍵字 <input type="checkbox"/> 3 無法理解 <input type="checkbox"/> 4 無法評估				
表達方式	<input type="checkbox"/> 1 語言 <input type="checkbox"/> 2 肢體表達 <input type="checkbox"/> 3 溝通輔具 <input type="checkbox"/> 4 無法表達 <input type="checkbox"/> 5 無法評估				
呼吸 (可複選)	<input type="checkbox"/> 1 自行呼吸 <input type="checkbox"/> 2 使用氧氣 <input type="checkbox"/> 3 使用侵襲性呼吸器 <input type="checkbox"/> 4 使用非侵襲性呼吸器 <input type="checkbox"/> 5 使用氣切管或氣管內管插管 <input type="checkbox"/> 6 其他_____				
進食	<input type="checkbox"/> 1 由口進食 <input type="checkbox"/> 2 鼻胃管灌食 <input type="checkbox"/> 3 靜脈注射 <input type="checkbox"/> 4 其他_____				
排泄	<input type="checkbox"/> 1 自行排泄 <input type="checkbox"/> 2 需協助排泄 <input type="checkbox"/> 3 大小便失禁 <input type="checkbox"/> 4 存留導尿管 <input type="checkbox"/> 5 腸造口 <input type="checkbox"/> 6 其他_____				
皮膚狀況	<input type="checkbox"/> 1 完整 <input type="checkbox"/> 2 損傷(部位：_____大小：__X__ X__等級：_____類別： <input type="checkbox"/> 擦傷、割傷 <input type="checkbox"/> 術後傷口 <input type="checkbox"/> 燒燙傷 <input type="checkbox"/> 壓瘡 <input type="checkbox"/> 其他慢性傷口：_____)				
日常生活 活動能力 (ADL)	總分：__分(細項如評估量表)				

本申請書自開立日起 30 日內有效，逾期不受理申請。

肌力	上肢(左:___分 右:___分)、下肢(左:___分 右:___分)
疾病史	
過敏史	
<b>第三部分：收案評估</b>	
收案來源	<input type="checkbox"/> 1 住院個案，轉介醫院代碼_____ <input type="checkbox"/> 2 非住院個案(病患或家屬自行申請) <input type="checkbox"/> 3 非住院個案(衛生局、社會局、長照管理中心等轉介病患)
收案條件	<input type="checkbox"/> 1 有明確醫療需求 <input type="checkbox"/> 2 外出就醫不便，原因： <input type="checkbox"/> 失能(ADL<60) <input type="checkbox"/> 疾病特性：_____ <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 3 符合「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第5部第1章居家照護收案條件 <input type="checkbox"/> 4 符合「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫」居家照護階段之收案條件 <input type="checkbox"/> 5 符合「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第5部第3章安寧療護收案條件(續答末期病患主要症狀表) <input type="checkbox"/> 癌症末期 <input type="checkbox"/> 末期運動神經元 <input type="checkbox"/> 老年期及初老期器質性精神病態 <input type="checkbox"/> 其他大腦變質 <input type="checkbox"/> 心臟衰竭 <input type="checkbox"/> 慢性氣道阻塞，他處未歸類者 <input type="checkbox"/> 肺部其他疾病 <input type="checkbox"/> 慢性肝病及肝硬化 <input type="checkbox"/> 急性腎衰竭，未明示者 <input type="checkbox"/> 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者 <b>(條件1、2為必要條件)</b>
照護階段	<input type="checkbox"/> 1 居家醫療 <input type="checkbox"/> 2 重度居家醫療 <input type="checkbox"/> 3 安寧療護(續答A~C) A. 疼痛評估(0-10)：_____ B. ECOG(0-4)：_____ C. 安寧緩和意願書或同意書簽署 病人姓名：_____ 申請人姓名：_____ 與病人關係：_____ 簽署日期：____年__月__日
其他照護需求評估	<input type="checkbox"/> 1 有到宅牙科醫療需求，轉介至_____ <input type="checkbox"/> 2 有長期照顧服務需求，轉介至_____
<b>第四部分：醫囑</b>	
疾病診斷	主診斷： <input type="checkbox"/> 病名_____ 次診斷1： <input type="checkbox"/> 病名_____ 次診斷2： <input type="checkbox"/> 病名_____ 次診斷3： <input type="checkbox"/> 病名_____

醫囑	<input type="checkbox"/> 更換鼻胃管：____天換一次 材質： <input type="checkbox"/> 1 一般塑膠 <input type="checkbox"/> 2 矽質 <input type="checkbox"/> 3 其他____；管徑大小：____FR <input type="checkbox"/> 更換導尿管：____天換一次 材質： <input type="checkbox"/> 1 一般橡膠 <input type="checkbox"/> 2 矽質 <input type="checkbox"/> 3 其他____；管徑大小：____FR <input type="checkbox"/> 更換氣切管：____天換一次 材質： <input type="checkbox"/> 1 一般塑膠 <input type="checkbox"/> 2 矽質 <input type="checkbox"/> 3 鐵製 <input type="checkbox"/> 4 其他____；管徑大小：____mm <input type="checkbox"/> 腸造口 <input type="checkbox"/> 胃造口 <input type="checkbox"/> 膀胱造口 <input type="checkbox"/> 壓瘡 <input type="checkbox"/> 膀胱灌洗：____天一次 <input type="checkbox"/> 傷口照護：____天一次 <input type="checkbox"/> 尿液檢查：____天一次，項目：____ <input type="checkbox"/> 血液檢查：____天一次，項目：____ <input type="checkbox"/> 呼吸照護評估與治療：____天一次 <input type="checkbox"/> 疼痛控制： <input type="checkbox"/> 1PCA <input type="checkbox"/> 2 其他____ <input type="checkbox"/> 其他處置：  <input type="checkbox"/> 藥物處方：
訪視計畫	照護期間：____個月 訪視頻率： <input type="checkbox"/> 1 醫師____週一次，主治醫師：____，醫事機構名稱：____ <input type="checkbox"/> 2 護理人員____週一次，主責護理師：____，醫事機構名稱：____ <input type="checkbox"/> 3 呼吸治療人員____週一次，主責呼吸治療師：____，醫事機構名稱：____ <input type="checkbox"/> 4 臨床心理師____週一次 <input type="checkbox"/> 5 社工人員____週一次
收案 醫事機構	名稱：____ 代號：____
照護團隊 代號	
申請日期	

個案(或代理人)簽章：\_\_\_\_\_

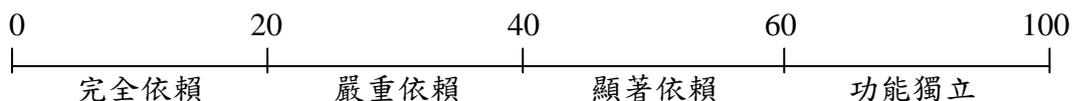
評估醫事人員簽章：\_\_\_\_\_

醫囑醫師簽章：\_\_\_\_\_

基本日常生活功能：巴氏量表(Barthel ADL index)

評估日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

項 目	分數	內 容 說 明
1. 進食	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	自己在合理時間(約 10 秒鐘吃一口)可用筷子取食眼前的食物。若需進食輔具時，應會自行穿脫。 需別人幫忙穿脫輔具或只會用湯匙進食。 無法自行取食或耗費時間過長。
2. 個人衛生	5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	可以自行洗手、刷牙、洗臉及梳頭。 需要他人部份或完全協助。
3. 上廁所	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	可自行上下馬桶、穿脫衣服、不弄髒衣服、會自行使用衛生紙擦拭。 需要協助保持姿勢的平衡、整理衣服或用衛生紙。 無法自己完成。
4. 洗澡	5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	能獨立完成(不論是盆浴或沐浴)，不需別人在旁。 需別人協助。
5. 穿脫衣服	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	能自己穿脫衣服、鞋子，自己扣釦子、上拉鍊或綁鞋帶。 在別人協助下，可自己完成一半以上的動作。 不會自己做。
6. 大便控制	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	不會失禁，能自行灌腸或使用塞劑。 偶爾會失禁(每週不超過一次)，需要他人協助使用灌腸或塞劑。 失禁，無法自己控制且需他人處理。
7. 小便控制	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	能自己控制不會有失禁，或能自行使用並清潔尿套、尿袋。 偶爾會失禁(每週不超過一次)或尿急(無法等待放好便盆或及時趕到廁所)或需要他人協助處理尿套。 失禁，無法自己控制且需他人處理。
8. 平地行走	15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	使用或不使用輔具，皆可獨立行走 50 公尺以上。 需他人稍微扶持或口頭指導才能行走 50 公尺以上。 雖無法行走，但可以操作輪椅(包括轉彎、進門及接近桌子、床沿)並可推行輪椅 50 公尺以上。 完全無法自行行走，需別人幫忙推輪椅。
9. 上下樓梯	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	可自行上下樓梯，可使用扶手、柺杖等輔具。 需他人協助或監督才能上下樓梯。 無法上下樓梯。
10. 移位	15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	整個過程可獨立完成。 移動身體時需要稍微協助、給予提醒、安全監督。 可以自行坐起，但從床上坐起時或移動身體時需要他人協助。 不會自己移動。
總分		



### 末期病患主要症狀

<p>1. 癌症末期病患：</p> <p><input type="checkbox"/>高血鈣 <input type="checkbox"/>脊髓壓迫 <input type="checkbox"/>急性疼痛 <input type="checkbox"/>嚴重呼吸困難 <input type="checkbox"/>惡性腸阻塞 <input type="checkbox"/>出血 <input type="checkbox"/>腫瘤潰瘍 <input type="checkbox"/>嚴重嘔吐 <input type="checkbox"/>發燒，疑似感染 <input type="checkbox"/>癲癇發作 <input type="checkbox"/>急性瞻妄 <input type="checkbox"/>急性精神壓力，如自殺意圖</p>
<p>2. 末期運動神經元病患：</p> <p><input type="checkbox"/>虛弱及萎縮 <input type="checkbox"/>肌肉痙攣 <input type="checkbox"/>吞嚥困難 <input type="checkbox"/>呼吸困難 <input type="checkbox"/>睡眠障礙 <input type="checkbox"/>便秘 <input type="checkbox"/>流口水 <input type="checkbox"/>心理或靈性困擾 <input type="checkbox"/>分泌物及黏稠物 <input type="checkbox"/>低效型通氣不足 <input type="checkbox"/>便秘 <input type="checkbox"/>流口水</p>
<p>3. 老年期及初老期器質性精神病態：</p> <p><input type="checkbox"/>CDR 臨床失智評分量表為一末期(CDR=5)者：<input type="checkbox"/>病人沒有反應或毫無理解力 <input type="checkbox"/>認不出人 <input type="checkbox"/>需旁人餵食，可能需用鼻胃管 <input type="checkbox"/>吞食困難 <input type="checkbox"/>大小便完全失禁 <input type="checkbox"/>長期躺在床上，不能坐也不能站，全身關節攣縮 <input type="checkbox"/>病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：<input type="checkbox"/>電解值不平衡 <input type="checkbox"/>急性疼痛 <input type="checkbox"/>嚴重呼吸困難 <input type="checkbox"/>惡性腸阻塞 <input type="checkbox"/>嚴重嘔吐 <input type="checkbox"/>發燒，疑似感染 <input type="checkbox"/>癲癇發作 <input type="checkbox"/>急性瞻妄 <input type="checkbox"/>瀕死狀態</p>
<p>4. 其他大腦變質：</p> <p><input type="checkbox"/>嚴重神經疾病如：<input type="checkbox"/>嚴重中風 <input type="checkbox"/>嚴重腦傷</p> <p><input type="checkbox"/>末期大腦變質病患，不需使用呼吸器維生者，病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：電解值不平衡 <input type="checkbox"/>急性疼痛 <input type="checkbox"/>嚴重呼吸困難 <input type="checkbox"/>惡性腸阻塞 <input type="checkbox"/>嚴重嘔吐 <input type="checkbox"/>發燒，疑似感染 <input type="checkbox"/>癲癇發作 <input type="checkbox"/>急性瞻妄 <input type="checkbox"/>瀕死狀態 <input type="checkbox"/>末期大腦變質患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者</p>
<p>5. 心臟衰竭：</p> <p><input type="checkbox"/>CHF NYHA stage III 或 IV - 休息或輕度活動時會喘 <input type="checkbox"/>原心臟照顧團隊認為病人很可能在近期內死亡 <input type="checkbox"/>經常因嚴重心臟衰竭症狀住院 <input type="checkbox"/>因心律不整而造成的昏厥等嚴重症狀者 <input type="checkbox"/>曾有心臟停止或心肺復甦術病史 <input type="checkbox"/>常有不明原因的昏厥 <input type="checkbox"/>心因性腦栓塞 <input type="checkbox"/>左心室射出分率<math>\leq 20\%</math></p>
<p>6. 慢性氣道阻塞，他處未歸類者：</p> <p><input type="checkbox"/>即使使用氧氣，然而<math>PaO_2 \leq 55\text{mmHg}</math>、<math>PaCO_2 \geq 50\text{mmHg}</math>或<math>O_2</math> saturation<math>\leq 88\%</math> <input type="checkbox"/>FEV1<math>\leq 30\%</math> of predicted <input type="checkbox"/>FEV1持續下降且速度每年大於40 ml <input type="checkbox"/>6個月內體重減少10%以上 <input type="checkbox"/>休息時心跳超過100/min <input type="checkbox"/>肺心症或肺病造成之右心衰竭 <input type="checkbox"/>合併有其他症狀(如：惡質病、反覆感染、重度憂鬱)或多重合併症</p>
<p>7. 肺部其他疾病：</p> <p><input type="checkbox"/>即使使用氧氣，然而<math>PaO_2 \leq 55\text{mmHg}</math>、<math>PaCO_2 \geq 50\text{mmHg}</math>或<math>O_2</math> saturation<math>\leq 88\%</math> <input type="checkbox"/>FEV1<math>\leq 30\%</math> of predicted <input type="checkbox"/>FEV1持續下降且速度每年大於40 ml <input type="checkbox"/>6個月內體重減少10%以上 <input type="checkbox"/>休息時心跳超過100/min <input type="checkbox"/>肺心症或肺病造成之右心衰竭 <input type="checkbox"/>合併有其他症狀(如：惡質病、反覆感染、重度憂鬱)或多重合併症</p>
<p>8. 慢性肝病及肝硬化：</p> <p><input type="checkbox"/>肝病或肝硬化末期，不適合肝臟移植，且(1)PT<math>&gt; 5</math> sec above control 或 INR<math>&gt; 1.5</math> (2)Serum albumin<math>&lt; 2.5</math> g/dl <input type="checkbox"/>PT<math>&gt; 5</math>sec above control或INR<math>&gt; 1.5</math> <input type="checkbox"/>Serum albumin<math>&lt; 2.5</math>g/dl <input type="checkbox"/>困難處理之腹水 <input type="checkbox"/>自發性細菌性腹膜炎 <input type="checkbox"/>肝腎症候群 <input type="checkbox"/>肝腦病變合併坐立不安、昏睡和昏迷 <input type="checkbox"/>復發性食道靜脈瘤出血 <input type="checkbox"/>多重器官衰竭 <input type="checkbox"/>惡病質與消瘦</p>
<p>9. 急性腎衰竭，未明示者：</p> <p><input type="checkbox"/>已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病患 <input type="checkbox"/>病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病患可能在近期內死亡 <input type="checkbox"/>其他重要器官衰竭及危及生命之合併症 <input type="checkbox"/>長期使用呼吸器 <input type="checkbox"/>嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症 <input type="checkbox"/>惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者 <input type="checkbox"/>惡性腫瘤末期患者 <input type="checkbox"/>因衰老、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者</p>
<p>10. 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者：</p> <p><input type="checkbox"/>慢性腎臟病至末期腎臟病階段，尚未接受腎臟替代療法病患，屬慢性腎臟病(CKD) 第4, 5期病患(GFR<math>&lt; 30</math> ml/min/1.73m<sup>2</sup>)，或已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病患 <input type="checkbox"/>病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病患可能在近期內死亡 <input type="checkbox"/>其他重要器官衰竭及危及生命之合併症 <input type="checkbox"/>長期使用呼吸器 <input type="checkbox"/>嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症 <input type="checkbox"/>惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者 <input type="checkbox"/>惡性腫瘤末期患者 <input type="checkbox"/>因衰老、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者 <input type="checkbox"/>其他：_</p>



## 討論事項

### 第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：應用 105 年醫院及西醫基層總額非協商因素預算調整支付標準案。

說明：

- 一、依據衛生福利部 105 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商之政策方向，善用「醫療服務成本指數改變率」項目之費用，調整支付標準，並可反映因制度影響所增加之人事成本，合理分配醫療資源。另衛生福利部全民健康保險會 104 年度第 8 次委員會會議議事錄，105 年總額協商中非協商因素中醫療服務成本指數改變率所增加之預算應用於調整支付標準。
- 二、105 年醫院及西醫基層總額非協商因素，醫療服務成本指數改變率分別為 2.485% 及 2.272%，金額為 92 億及 22 億，本署 104 年 12 月 23 日召開「應用 105 年醫院及西醫基層總額非協商因素預算調整支付標準溝通會議」，邀請台灣醫院協會、中華民國醫師公會全聯會、衛生福利部社會保險司、全民健康保險會交換意見。
- 三、前揭會議台灣醫院協會建議該預算應用於調整支付標準基本診療章，或直接挹注點值；中華民國醫師公會全聯會則建議其中 10~12 億用於調整西醫基層門診合理量第一階段(1-30 人次)之門診診察費。
- 四、本署參考前述意見提具調整方案如下：
  - (一)調整範圍：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基本診療章部分。
  - (二)調幅計算：
    - 1.屬調整範圍各醫令項目，以 103 年醫令量及各醫令平均加成分數計算各醫令加權平均醫令量(含各項加成)。

## 2. 醫院部分：

(1) 若 92 億全數用於調整基本診療項目，以 92 億及各醫令加權平均醫令量推算調幅為 12.95%，其中門診診察費約調升 3071.88 百萬點(占 33%)、住院診察費約調升 1483.68 百萬點(占 16%)，病房費約調升 2003.54 百萬點(占 22%)、護理費約調升 1087.89 百萬點(占 12%)，精神科慢性病房住院照護費及日間住院治療費約調升 533.77 百萬點(占 6%)、調劑費調升 994.83 百萬點(占 11%)，合計 9175.59 百萬點(詳附件 3-1，P59)。

(2) 本案若經確定調整額度及各項目分配比例，本署另行據以計算調幅及修訂後點數。

3. 西醫基層部分：預算額度 22 億中，以 12 億及門診合理量第一階段(1-30 人次)診察費申報量推算調幅為 3.6%，約調升 1221 百萬點。

(三)各項目現行點數、調整後點數、調整幅度彙整如附件 3-2，P60~P64。

五、本案為免因追溯之補付作業造成院所及健保行政作業繁複於公告後實施，不追溯。

擬辦：本案經討論後如獲同意，擬調整支付標準表(詳附件 3-3，P65~P82)，將依程序辦理後續公告事宜。

## 支付標準調整費用預估

章節	支付標準分類	調整項目數	增加點數 (百萬)	占率
基本診療 (醫院部分)	門診診察費	47	3071.88	33.5%
	住院診察費	14	1483.68	16.2%
	病房費	32	2003.54	21.8%
	護理費	20	1087.89	11.9%
	精神科慢性病房費住院照 護費與日間住院治療費	10	533.77	5.8%
	調劑費	26	994.83	10.8%
合計		149	9175.59	100%

	支付標準	調整項目數	增加點數 (百萬)	占率
基本診療 (西醫基層)	門診診察費合理量(1-30人)	2	1221.03	56%

應用105年總額非協商因素預算調整支付標準建議調整方項目彙總表(醫院部分)

代碼	中文名稱	現行 點數	調升 點數 A	調升後 點數	醫令量 (不含加成)	醫令量 (含加成) B	增加支出點數 A*B
00101B	一般門診診察費－醫院門診診察費（不含牙科門診） 2．地區醫院（1）處方交付特約藥局調劑	228	30	258	161,681	177,550	5,326,499
00102B	一般門診診察費－醫院門診診察費（不含牙科門診） 2．地區醫院〔3〕未開處方或處方由本院所自行調劑	228	30	258	19,632,189	22,463,000	673,890,008
00103B	一般門診診察費－醫院門診診察費（不含牙科門診） 3．就診人次超出合理量部分：（2）未開處方或處方由本院所自行調劑	120	16	136	5,384,538	5,390,624	86,249,991
00105B	一般門診診察費－醫院門診診察費（不含牙科門診） 4．金門馬祖以外之山地離島地區（1）處方交付特約藥局調劑	228	30	258	951	1,048	31,429
00106B	一般門診診察費－醫院門診診察費（不含牙科門診） 4．金門馬祖以外之山地離島地區（3）未開處方或處方由本院所自行調劑	228	30	258	239,084	262,812	7,884,359
00107B	一般門診診察費－醫院門診診察費（不含牙科門診） 5．金門馬祖地區：（1）處方交付特約藥局調劑	240	31	271	9,441	9,834	304,869
00108B	一般門診診察費－醫院門診診察費（不含牙科門診） 5．金門馬祖地區（3）未開處方或處方由本院所自行調劑	240	31	271	198,104	222,710	6,904,015
00131B	一般門診診察費－醫院門診診察費（不含牙科門診） 1．就診人在合理量內，2.地區醫院－開具慢性病連續處方交付特約藥局調劑	263	34	297	257	266	9,036
00132B	一般門診診察費－醫院門診診察費（不含牙科門診） 2．地區醫院（4）開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	243	31	274	28,580	29,754	922,385
00135B	一般門診診察費－醫院門診診察費（不含牙科門診） 4．金門馬祖以外之山地離島地區－（2）開具慢性病連續處方交付特約藥局調劑	263	34	297	-	-	-
00136B	一般門診診察費－醫院門診診察費（不含牙科門診） 4．金門馬祖以外之山地離島地區（4）開具慢性病連續處方由本院所自行調劑	243	31	274	36	36	1,124
00137B	一般門診診察費－醫院門診診察費（不含牙科門診） 5．金門馬祖地區（2）開具慢性病連續處方交付特約藥局調劑	283	37	320	1	1	37
00138B	一般門診診察費－醫院門診診察費（不含牙科門診） 5．金門馬祖地區（4）開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	263	34	297	-	-	-
00151B	一般門診診察費－醫院門診診察費（不含牙科門診） 3．就診人次超出合理量部分：（1）處方交付特約藥局調劑	120	16	136	2,124	2,124	33,984
00154A	一般門診診察費－醫院門診診察費（不含牙科門診） 1．就診人次在合理量內：醫學中心及區域醫院（1）處方交付特約藥局調劑	228	30	258	142,857	148,232	4,446,955
00155A	一般門診診察費－醫院門診診察費（不含牙科門診） 1．就診人次在合理量內：醫學中心及區域醫院（2）開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	263	34	297	50	51	1,730
00156A	一般門診診察費－醫院門診診察費（不含牙科門診） 1．就診人次在合理量內：醫學中心及區域醫院（3）未開處方或處方由本院所自行調劑	228	30	258	31,926,650	34,788,357	1,043,650,723
00157A	一般門診診察費－醫院門診診察費（不含牙科門診） 1．就診人次在合理量內：醫學中心及區域醫院（4）開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	243	31	274	16,478	17,419	539,995
00170A	一般門診診察費－醫院門診診察費（不含牙科門診） 1．就診人次在合理量內：醫學中心及區域醫院（5）開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	463	60	523	58,917	59,729	3,583,726
00171A	一般門診診察費－醫院門診診察費（不含牙科門診） 1．就診人次在合理量內：醫學中心及區域醫院（6）開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	443	57	500	13,432,533	13,782,282	785,590,069
00172B	一般門診診察費－醫院門診診察費（不含牙科門診） 2．地區醫院（5）開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	463	60	523	41,016	45,380	2,722,810
00173B	一般門診診察費－醫院門診診察費（不含牙科門診） 2．地區醫院（6）開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	443	57	500	2,853,458	3,108,732	177,197,724
00174B	一般門診診察費－醫院門診診察費（不含牙科門診） 4．金門馬祖以外之山地離島地區（5）開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	463	60	523	560	619	37,111

應用105年總額非協商因素預算調整支付標準建議調整方項目彙總表(醫院部分)

代碼	中文名稱	現行 點數	調升 點數 A	調升後 點數	醫令量 (不含加成)	醫令量 (含加成) B	增加支出點數 A*B
00175B	一般門診診察費－醫院門診診察費(不含牙科門診)4·金門馬祖以外之山地離島地區(6)開具連續二次以上調劑,而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	443	57	500	14,098	15,406	878,148
00176B	一般門診診察費－醫院門診診察費(不含牙科門診)5·金門馬祖地區:(5)開具連續二次以上調劑,而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	483	63	546	4,292	4,652	293,088
00177B	一般門診診察費－醫院門診診察費(不含牙科門診)5·金門馬祖地區:(6)開具連續二次以上調劑,而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	463	60	523	15,269	16,733	1,004,007
00178B	精神科門診診察費－每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)1.醫院(2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	305	39	344	27	27	1,053
00179B	精神科門診診察費－每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)1.醫院(4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	284	37	321	6,737	6,737	249,269
00180B	精神科門診診察費－每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)1.醫院(5)開具連續二次以上調劑,而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	505	65	570	16,113	16,113	1,047,345
00181B	精神科門診診察費－每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)1.醫院(6)開具連續二次以上調劑,而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	484	63	547	848,781	848,787	53,473,595
00186C	精神科門診診察費－每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45)(1)處方交付特約藥局調劑	150	19	169	-	-	-
00187C	精神科門診診察費－每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45)(2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	200	26	226	-	-	-
00188C	精神科門診診察費－每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45)(3)未開處方或處方由本院所自行調劑	150	19	169	61,361	61,401	1,166,627
00189C	精神科門診診察費－每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45)(4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	180	23	203	62	62	1,426
00190C	精神科門診診察費－每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45)(5)開具連續二次以上調劑,而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	400	52	452	7	7	364
00191C	精神科門診診察費－每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45)(6)開具連續二次以上調劑,而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	380	49	429	21,043	21,043	1,031,127
00204B	急診診察費(按檢傷分類)檢傷分類第四級	412	53	465	1,232,455	1,606,401	85,139,248
00225B	急診診察費(按檢傷分類)檢傷分類第五級	358	46	404	100,834	130,718	6,013,033
01015C	急診診察費	478	62	540	324,528	445,916	27,646,770
01018B	精神科門診診察費－每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)1.醫院(1)處方交付特約藥局調劑	257	33	290	38,304	38,304	1,264,032
01019B	精神科門診診察費－每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)1.醫院(1)未開處方或處方由本院自行調劑	257	33	290	2,749,629	2,752,595	90,835,620
01021C	精神科急診診察費	505	65	570	20,066	22,441	1,458,668
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	390	51	441	15,050	20,570	1,049,047
01024C	山地離島地區醫療報酬－山地離島地區醫師巡迴醫療費(半天)	1,000	130	1,130	-	-	-
01027C	山地離島地區醫療報酬－山地離島地區護理人員巡迴醫療費(半天)	800	104	904	-	-	-
01028C	山地離島地區醫療報酬－支援二、三、四級離島無醫師地區醫療費(一天)	2,000	259	2,259	-	-	-
01033C	山地離島地區醫療報酬－山地離島地區藥事人員巡迴醫療費(半天)	800	104	904	-	-	-
02005B	住院會診費	367	48	415	2,114,739	2,149,495	103,175,746
02006K	一般病床住院診察費(天)	353	46	399	8,253,662	8,600,708	395,632,570
02007A	一般病床住院診察費(天)	333	43	376	10,865,784	11,374,415	489,099,861
02008B	一般病床住院診察費(天)	300	39	339	5,760,954	5,832,799	227,479,142
02010B	燒傷病床住院診察費(天)	604	78	682	23,192	25,000	1,949,984
02011K	加護病床住院診察費(天)	805	104	909	934,054	1,097,789	114,170,077
02012A	加護病床住院診察費(天)	724	94	818	985,604	1,029,336	96,757,571
02013B	加護病床住院診察費(天)	643	83	726	261,629	262,957	21,825,390

應用105年總額非協商因素預算調整支付標準建議調整方項目彙總表(醫院部分)

代碼	中文名稱	現行 點數	調升 點數 A	調升後 點數	醫令量 (不含加成)	醫令量 (含加成) B	增加支出點數 A*B
02014K	隔離病床住院診察費(天)	373	48	421	136,332	145,179	6,968,582
02015A	隔離病床住院診察費(天)	348	45	393	82,380	83,476	3,756,434
02016B	隔離病床住院診察費(天)	307	40	347	16,984	17,035	681,416
02021K	慢性病床住院診察費(天)	353	46	399	186,706	186,706	8,588,476
02022A	慢性病床住院診察費(天)	333	43	376	145,598	145,613	6,261,355
02023B	慢性病床住院診察費(天)	300	39	339	188,033	188,044	7,333,732
03001K	急性一般病床(床/天)-病房費	537	70	607	6,694,545	6,694,545	468,618,150
03002A	急性一般病床(床/天)-病房費	478	62	540	7,888,236	7,888,237	489,070,706
03004B	急性一般病床(床/天)-病床費	457	59	516	3,192,976	3,192,976	188,385,584
03005K	經濟病床(床/天)-病房費	302	39	341	111,953	111,953	4,366,167
03006A	經濟病床(床/天)-病房費	271	35	306	198,367	198,367	6,942,845
03008B	經濟病床(床/天)-病房費	232	30	262	253,061	253,061	7,591,830
03009K	嬰兒病床(床/天)-病房費	1,066	138	1,204	166,627	166,627	22,994,526
03010E	加護病床(床/天)-病房費	2,560	332	2,892	1,014,506	1,014,506	336,815,992
03011F	加護病床(床/天)-病房費	2,160	280	2,440	699,024	699,024	195,726,720
03012G	加護病床(床/天)-病房費	1,560	202	1,762	195,929	195,929	39,577,658
03014A	精神科加護病床(床/天)-病房費	1,172	152	1,324	25,775	25,775	3,917,800
03016B	燒傷病床(床/天)-病房費	1,119	145	1,264	21,526	21,526	3,121,270
03017A	燒傷加護病床(床/天)-病房費	5,831	755	6,586	12,511	12,511	9,445,805
03018A	急診觀察床(床/天)-病房費	150	19	169	860,479	860,486	16,349,228
03019B	急診觀察床(床/天)-病房費	125	16	141	52,034	52,034	832,544
03020B	隔離病床(床/天) 1.普通隔離病床-病房費	862	112	974	59,405	59,405	6,653,360
03021B	隔離病床(床/天) 2.正壓隔離病床-病房費	1,786	231	2,017	35,187	35,187	8,128,197
03022K	骨髓移植隔離病床(床/天)-病房費	4,791	620	5,411	10,054	10,054	6,233,480
03023A	嬰兒病床(床/天)-病房費	972	126	1,098	130,052	130,052	16,386,552
03024B	嬰兒病床(床/天)-病房費	878	114	992	19,364	19,364	2,207,496
03025B	精神科加護病床(床/天)-病房費	1,048	136	1,184	-	-	-
03034K	嬰兒病床(床/天)-護理費	1,871	242	2,113	166,627	166,654	40,330,268
03035A	嬰兒病床(床/天)-護理費	1,706	221	1,927	130,054	130,054	28,741,934
03036B	嬰兒病床(床/天)-護理費	1,541	200	1,741	19,365	19,365	3,873,000
03037A	精神科加護病床(床/天)-護理費	1,758	228	1,986	25,775	25,775	5,876,700
03039B	精神科加護病床(床/天)-護理費	1,572	204	1,776	-	-	-
03040B	燒傷病床(床/天)-護理費	1,119	145	1,264	21,526	22,024	3,193,509
03041A	燒傷加護病床(床/天)-護理費	8,746	1,133	9,879	12,511	12,924	14,642,326
03042A	急診觀察床(床/天)-護理費	150	19	169	863,703	873,648	16,599,312
03043B	急診觀察床(床/天)-護理費	125	16	141	51,779	51,915	830,643
03044B	隔離病床(床/天) 1.普通隔離病床-護理費	862	112	974	58,588	58,785	6,583,864
03045B	隔離病床(床/天) 2.正壓隔離病床-護理費	1,786	231	2,017	35,190	36,169	8,355,016
03046K	骨髓移植隔離病床(床/天)-護理費	7,186	931	8,117	10,054	10,185	9,482,328
03047E	加護病床(床/天)-護理費	3,840	497	4,337	1,014,522	1,095,846	544,635,561
03048F	加護病床(床/天)-護理費	3,240	420	3,660	699,107	714,972	300,288,240
03049G	加護病床(床/天)-護理費	2,340	303	2,643	195,934	196,764	59,619,401
03051B	隔離病床(床/天) 3.負壓隔離病床-病房費	1,786	231	2,017	126,098	126,098	29,128,638
03052B	隔離病床(床/天) 3.負壓隔離病床-護理費	1,786	231	2,017	126,100	126,440	29,207,663
03053B	核醫病床-病房費	2,007	260	2,267	4,850	4,850	1,261,000
03054B	核醫病床-護理費	1,786	231	2,017	4,850	4,850	1,120,350
03055K	精神急性一般病床(床/天)-病房費	537	70	607	216,646	216,646	15,165,220
03056A	精神急性一般病床(床/天)-病房費	478	62	540	1,103,459	1,103,459	68,414,458
03057B	精神急性一般病床(床/天)-病床費	457	59	516	592,125	592,125	34,935,375
03061K	精神急性經濟病床(床/天)-病房費	302	39	341	7,335	7,335	286,065
03062A	精神急性經濟病床(床/天)-病房費	271	35	306	100,578	100,578	3,520,230
03063B	精神急性經濟病床(床/天)-病房費	232	30	262	13,361	13,361	400,830
03067K	慢性病床(床/天)-病房費	302	39	341	179,593	179,593	7,004,127
03068A	慢性病床(床/天)-病房費	271	35	306	122,684	122,684	4,293,940
03069B	慢性病床(床/天)-病房費	232	30	262	192,127	192,127	5,763,810

應用105年總額非協商因素預算調整支付標準建議調整方項目彙總表(醫院部分)

代碼	中文名稱	現行 點數	調升 點數 A	調升後 點數	醫令量 (不含加成)	醫令量 (含加成) B	增加支出點數 A*B
03070K	慢性病床(床/天) - 護理費	271	35	306	179,592	179,596	6,285,846
03071A	慢性病床(床/天) - 護理費	239	31	270	122,686	122,692	3,803,461
03072B	慢性病床(床/天) - 護理費	180	23	203	192,126	192,137	4,419,146
04001A	一般慢性精神病床住院照護費(床/天)	816	106	922	1,888,524	1,888,524	200,183,544
04002B	一般慢性精神病床住院照護費(床/天)	714	92	806	2,548,143	2,548,143	234,429,156
04004C	精神科日間住院治療費(日間全天)-成人	714	92	806	957,151	957,151	88,057,892
04007C	精神科日間住院治療費(日間半天)-成人	357	46	403	98,113	98,113	4,513,198
04010A	院外適應治療(天)	336	44	380	44,411	44,411	1,954,084
04011B	院外適應治療(天)	288	37	325	55,235	55,235	2,043,695
04012C	精神科日間住院治療費(日間全天)-6歲至15歲	795	103	898	2,039	2,039	210,017
04013C	精神科日間住院治療費(日間全天)-6歲以下	877	114	991	9,954	9,954	1,134,756
04014C	精神科日間住院治療費(日間半天)-6歲至15歲	398	52	450	2,285	2,285	118,820
04015C	精神科日間住院治療費(日間半天)-6歲以下	438	57	495	19,758	19,758	1,126,206
05201A	門診藥事服務費-一般處方給藥(7天以內)	50	6	56	16,653,915	16,835,714	101,014,283
05202B	門診藥事服務費-每人每日80件內-一般處方給藥(7天以內)-特約藥局(山地離島地區每人每日100件內)	48	6	54	1,337	1,352	8,113
05204D	門診藥事服務費-一般處方給藥(7天以內)	14	2	16	41,673	41,683	83,366
05205A	門診藥事服務費-慢性病處方給藥14-27天	59	8	67	5,418,785	5,418,805	43,350,440
05206B	門診藥事服務費-每人每日80件內-慢性病處方給藥14-27天-特約藥局(山地離島地區每人每日100件內)	59	8	67	-	-	-
05208D	門診藥事服務費-慢性病處方給藥14-27天	24	3	27	4,314	4,314	12,943
05209A	門診藥事服務費-慢性病處方給藥28天以上	69	9	78	34,328,692	34,356,132	309,205,185
05210B	門診藥事服務費-每人每日80件內-慢性病處方給藥28天以上-特約藥局(山地離島地區每人每日100件內)	69	9	78	527	527	4,743
05212D	門診藥事服務費-慢性病處方給藥28天以上	35	5	40	12,760	12,760	63,800
05213K	住院藥事服務費(天)-非單一劑量處方	46	6	52	625,658	630,244	3,781,463
05214A	住院藥事服務費(天)-非單一劑量處方	35	5	40	2,808,500	2,841,818	14,209,090
05215B	住院藥事服務費(天)-非單一劑量處方	31	4	35	4,939,455	4,949,248	19,796,994
05216K	住院藥事服務費(天)-單一劑量處方	93	12	105	9,216,950	9,471,709	113,660,509
05217A	住院藥事服務費(天)-單一劑量處方	81	10	91	11,916,804	12,091,793	120,917,934
05218B	住院藥事服務費(天)-單一劑量處方	71	9	80	3,949,410	3,963,308	35,669,773
05219B	放射性藥品處方之藥事服務費(天)	202	26	228	207,244	207,276	5,389,179
05220A	全靜脈營養注射劑處方之藥事服務費(天)	328	42	370	346,280	382,909	16,082,170
05221A	化學腫瘤藥品處方之藥事服務費(天)	328	42	370	701,842	705,341	29,624,314
05222A	門診藥事服務費-慢性病處方給藥13天以內	50	6	56	3,019,443	3,019,447	18,116,683
05223B	門診藥事服務費-每人每日80件內-慢性病處方給藥13天以內-特約藥局(山地離島地區每人每日100件內)	48	6	54	1	1	6
05225D	門診藥事服務費-慢性病處方給藥13天以內	14	2	16	4,699	4,699	9,398
05226B	門診藥事服務費-一般處方給藥(7天以內)	45	6	51	10,690,346	10,904,443	65,426,656
05227B	門診藥事服務費-慢性病處方給藥13天以內	45	6	51	969,830	973,577	5,841,462
05228B	門診藥事服務費-慢性病處方給藥14-27天	52	7	59	2,260,360	2,262,152	15,835,065
05229B	門診藥事服務費-慢性病處方給藥28天以上	64	8	72	9,590,206	9,590,738	76,725,906
05234D	門診藥事服務費(診所自聘藥事人員及藥局部分)每人每日81-100件內(山地離島地區每人每日101-120件內)	18	2	20	1,679	1,680	3,359
合計							9,175,593,753

註:

1.本表以103年申報資料計算

2.各診療項目以92億及各醫令加權平均醫令量推算調幅12.95%

### 應用105年總額非協商因素預算調整支付標準建議調整方項目彙總表(西醫基層)

代碼	中文名稱	現行 點數	調升 點數 A	調升 後點 數	醫令量 (不含加成)	醫令量 (含加成) B	增加支出點數 A*B
00109C	一般門診診察費 - 基層院所門診診察費 1 · 每位醫師每日門診量在四十人次以下部分 ( 1-1 ) 處方交付特約藥局調劑(1-30人次)	320	12	332	30,342,997	32,163,577	385,962,922
00110C	一般門診診察費 - 基層院所門診診察費 1 · 每位醫師每日門診量在四十人次以下部分 ( 3-1 ) 未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人次)	320	12	332	66,275,442	69,589,214	835,070,569
合計							1,221,033,491

註:

1.本表以103年申報資料計算

2.各診療項目以12億及各醫令加權平均醫令量推算調幅為3.6%

## 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

## 第二部 西醫

## 第一章 基本診療

## 第一節 門診診察費

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	一般門診診察費					
	— 醫院門診診察費(不含牙科門診)					
	1.就診人次在合理量內：					
	醫學中心及區域醫院					
00154A	1)處方交付特約藥局調劑			v	v	<del>228</del> <u>258</u>
00155A	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑			v	v	<del>263</del> <u>297</u>
00156A	3)未開處方或處方由本院所自行調劑			v	v	<del>228</del> <u>258</u>
00157A	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑			v	v	<del>243</del> <u>274</u>
00170A	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑			v	v	<del>463</del> <u>523</u>
00171A	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑			v	v	<del>443</del> <u>500</u>
	2.地區醫院					
00101B	1)處方交付特約藥局調劑		v			<del>228</del> <u>258</u>
00131B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v			<del>263</del> <u>297</u>
00102B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		v			<del>228</del> <u>258</u>
00132B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v			<del>243</del> <u>274</u>
00172B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v			<del>463</del> <u>523</u>
00173B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v			<del>443</del> <u>500</u>
	3.就診人次超出合理量部分：					
00151B	1)處方交付特約藥局調劑		v	v	v	<del>120</del> <u>136</u>
00103B	2)未開處方或處方由本院所自行調劑		v	v	v	<del>120</del> <u>136</u>

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	4.金門馬祖以外之山地離島地區					
00105B	1)處方交付特約藥局調劑		v	v	v	<del>228</del> <u>258</u>
00135B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	<del>263</del> <u>297</u>
00106B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		v	v	v	<del>228</del> <u>258</u>
00136B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	<del>243</del> <u>274</u>
00174B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	<del>463</del> <u>523</u>
00175B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	<del>443</del> <u>500</u>
	5.金門馬祖地區					
00107B	1)處方交付特約藥局調劑		v	v	v	<del>240</del> <u>271</u>
00137B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	<del>283</del> <u>320</u>
00108B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		v	v	v	<del>240</del> <u>271</u>
00138B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	<del>263</del> <u>297</u>
00176B	5) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	<del>483</del> <u>546</u>
00177B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	<del>463</del> <u>523</u>
	— 基層院所門診診察費					
	1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分(≤40)					
00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人次)	v				<del>320</del> <u>332</u>
00223C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-40人次)	v				250
00139C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				355
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人次)	v				<del>320</del> <u>332</u>
00224C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-40人次)	v				250
00140C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				330

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
00158C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				555
00159C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				530
	2.每位醫師每日門診量超過四十人次，但在六十人次以下部分(41-60)					
00111C	1)處方交付特約藥局調劑	v				220
00141C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				275
00112C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				220
00142C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				250
00160C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				475
00161C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				450
	3.每位醫師每日門診量超過六十人次，但在八十人次以下部分(61-80)					
00113C	1)處方交付特約藥局調劑	v				160
00143C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				215
00114C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				160
00144C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				190
00162C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				415
00163C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交由本院所自行調劑	v				390
	4.每位醫師每日門診量超過八十人次，但在一五〇人次以下部分(81-150)					
00115C	1)處方交付特約藥局調劑	v				70
00145C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				125
00116C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				70
00146C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				100
00164C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				325
00165C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				300
	5.每位醫師每日門診量超過一五〇人次部分(>150)					
00117C	1)處方交付特約藥局調劑	v				50
00147C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				105
00118C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				50

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
00148C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				80
00166C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				305
00167C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				280
	6.山地離島地區					
	(1)每位醫師每日門診量在五十人次以下部分(≤50)					
00119C	1)處方交付特約藥局調劑	v				300
00149C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				355
00120C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				300
00150C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				330
00168C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				555
00169C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				530
	(2)每位醫師每日門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分(51-70)					
00205C	1)處方交付特約藥局調劑	v				220
00206C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				275
00207C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				220
00208C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				250
00209C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				475
00210C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				450
	(3)每位醫師每日門診量超過七十人次，但在一五〇人次以下部分(71-150)					
00211C	1)處方交付特約藥局調劑	v				160
00212C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				215
00213C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				160
00214C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				190
00215C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				415
00216C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交由本院所自行調劑	v				390
	(4)每位醫師每日門診量超過一五〇人次部分 (>150)					
00217C	1)處方交付特約藥局調劑	v				90
00218C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				145
00219C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				90
00220C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				120
00221C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				345

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
00222C	<p>6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑</p> <p>註：1.以上第1至5點每月看診日數計算方式： 每月實際看診日數不足二十五日(不含二十五日)，應以實際看診日數計；每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日)，以二十五日計算合理量。</p> <p>2.第6點山地離島地區每月看診日數計算方式： 每月實際看診日數不足二十五日(不含二十五日)，應以實際看診日數計；每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日)，得以當月全月日數計。</p> <p>3.以上第1至6點限向衛生局登記為診所(不含中醫診所及牙醫診所)之特約醫事服務機構申報。</p> <p>4.處方交付特約藥局調劑或未開處方者，不得申報藥事服務費。</p> <p>5.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。</p> <p>6.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑申報。</p> <p>7.本項支付點數含護理費29-39點。</p> <p>8.山地離島地區經總額受託單位與保險人共同協議認定之特殊地區院所得除外，以山地離島地區50人次以下部分之支付點數申報。</p> <p>9.基層診所醫師診治病人後，應交付處方箋給病人，由病人自行選擇調劑之場所。</p>	v				320
01015C	<p>急診診察費</p> <p>註：1.急診定義及適用範圍如附表2.1.1。</p> <p>2.本項支付點數含護理費46—73點。</p> <p>3.夜間(晚上十時至隔日早上六時)加成50%、例假日(週六之中午十二時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加成20%，同時符合夜間及例假日者，則僅加成50%。</p> <p>4.山地離島及符合行政院衛生署公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加成30%，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加成80%。</p> <p>5.兒童加成項目。</p> <p>6.地區醫院得依表定點數加成19%。</p>	v	v			478 <u>540</u>

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	急診診察費(按檢傷分類)					
00201B	檢傷分類第一級		v	v	v	1652
00202B	檢傷分類第二級		v	v	v	901
00203B	檢傷分類第三級		v	v	v	606
00204B	檢傷分類第四級		v	v	v	<del>412</del> <u>465</u>
00225B	檢傷分類第五級		v	v	v	<del>358</del> <u>404</u>
	註：1.檢傷分類依行政院衛生署規定。 2.地區醫院得就本項費用與01015C急診診察費擇一申報，惟採行後一年始得變更。 3.夜間(晚上十時至隔日早上六時) 加成50%、例假日(週六之中午十二時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加成20%，同時符合夜間及例假日者，則僅加成50%。 4.山地離島及符合行政院衛生署公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加成30%，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加成80%。 5.兒童加成項目。 6.地區醫院申報檢傷分類第四、五級之急診診察費得依表定點數加成19%。 7.內含護理費比率為32.04%，點數介於115點~529點。					
	精神科門診診察費 —每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)					
	1.醫院					
01018B	1)處方交付特約藥局調劑		v	v	v	<del>257</del> <u>290</u>
00178B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	<del>305</del> <u>344</u>
01019B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		v	v	v	<del>257</del> <u>290</u>
00179B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	<del>284</del> <u>321</u>
00180B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	<del>505</del> <u>570</u>
00181B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	<del>484</del> <u>547</u>
	2.基層診所					
01031C	1)處方交付特約藥局調劑	v				318
00182C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				369
01032C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				318
00183C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				348

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
00184C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				569
00185C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑 —每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45)	v				548
00186C	1)處方交付特約藥局調劑	v	v	v	v	<del>150</del> 169
00187C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v	v	v	v	<del>200</del> 226
00188C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	v	<del>150</del> 169
00189C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v	v	v	v	<del>180</del> 203
00190C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v	v	v	v	<del>400</del> 452
00191C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑 註：1.處方交付特約藥局調劑或未開處方者，不得申報藥事服務費。 2.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。 3.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑申報。 4.本項支付點數含護理費31-41點。 5.基層院所精神科門診診察費限向衛生局登記為診所(不含中醫診所及牙醫診所)之特約醫事服務機構申報。 6.基層院所精神科每月看診日數計算方式： 每月實際看診日數不足二十五日(不含二十五日)，應以日計；每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日)，得以當月全月日數計。	v	v	v	v	<del>380</del> 429
01021C	精神科急診診察費 註：1.精神科急診定義及範圍如附表2.1.1。 2.本項支付點數含護理費48-67點。 3.夜間(晚上十時至隔日早上六時)加成50%、例假日(週六之中午十二時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加成20%，同時符合夜間及例假日者，則僅加成50%。 4.山地離島及符合行政院衛生署公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加成30%，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加成80%。 5.兒童加成項目。	v	v	v	v	<del>505</del> 570

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
01023C	高危險早產兒特別門診診察費 註：1.限出生時 2000 公克以下的早產兒於二歲前之特別門診追蹤治療，並限由小兒科專科醫師親自執行。 2.本支付點數含護理費 49-65 點。	v	v	v	v	<del>390</del> <u>441</u>
01024C	山地離島地區醫療報酬 — 離島地區醫師巡迴醫療費(半天)	v	v	v	v	<del>1000</del> <u>1130</u>
01027C	— 山地離島地區護理人員巡迴醫療費(半天)	v	v	v	v	<del>800</del> <u>904</u>
01033C	— 山地離島地區藥事人員巡迴醫療費(半天)	v	v	v	v	<del>800</del> <u>904</u>
01028C	— 支援二、三、四級離島無醫師地區醫療費(一天)	v	v	v	v	<del>2000</del> <u>2259</u>
	註：1. 山地離島地區巡迴醫療每位醫師、藥事人員及護理人員每月以八次為限，每次以半天為單位。 2. 申報 01024C 及 01028C 者，得另依規定申報醫療費。 3. 相關規定請依「全民健康保險申請山地離島地區醫療報酬作業須知」辦理。					

## 第二節 住院診察費

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
02005B	住院會診費  註：1.本項會診費，除急診期間外，每一保險對象每次住院最多限申報五次。 2.急診處暫留床病患，以申報一次為限。		V	V	V	<del>367</del> <u>415</u>
02006K	一般病床住院診察費(天)				V	<del>353</del> <u>399</u>
02007A				V		<del>333</del> <u>376</u>
02008B			V			<del>300</del> <u>339</u>
	註：1.經濟病床及急性精神病床比照申報。 2.留置急診處暫留床二日以上者，自第二天起比照申報。					
02010B	燒傷病床住院診察費(天) 註：本項兒童加成方式：病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之一百二十；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計百分之九十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之八十。		V	V	V	<del>604</del> <u>682</u>
02011K	加護病床住院診察費(天)				V	<del>805</del> <u>909</u>
02012A				V		<del>724</del> <u>818</u>
02013B			V			<del>643</del> <u>726</u>
	註：精神科加護病床、燒傷中心及骨髓移植隔離病床比照申報。					
02014K	隔離病床住院診察費(天)				V	<del>373</del> <u>421</u>
02015A				V		<del>348</del> <u>393</u>
02016B			V			<del>307</del> <u>347</u>
	註：核醫病床得比照申報。					
02021K	慢性病床住院診察費(天)				V	<del>353</del> <u>399</u>
02022A				V		<del>333</del> <u>376</u>
02023B			V			<del>300</del> <u>339</u>

### 第三節 病房費

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
03001K	急性一般病床(床/天) --病房費				v	<del>537</del> <u>607</u>
03002A				v		<del>478</del> <u>540</u>
03004B			v			<del>457</del> <u>516</u>
03026K	--護理費				v	682
03027A				v		602
03029B			v			547
註：護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。						
03005K	經濟病床(床/天) --病房費				v	<del>302</del> <u>341</u>
03006A				v		<del>271</del> <u>306</u>
03008B			v			<del>232</del> <u>262</u>
03030K	--護理費				v	287
03031A				v		253
03033B			v			191
註：1.指每一病室設四床(不含四床)以上之病床。 2.護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。						
03009K	嬰兒病床(床/天) --病房費				v	<del>1066</del> <u>1204</u>
03023A				v		<del>972</del> <u>1098</u>
03024B			v			<del>878</del> <u>992</u>
03034K	--護理費				v	<del>1871</del> <u>2113</u>
03035A				v		<del>1706</del> <u>1927</u>
03036B			v			<del>1541</del> <u>1741</u>

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	註：1.指足月出生四個月內或早於三十五週出生之早產兒出生後矯正年齡五個月內之嬰兒(正常新生兒除外)因疾病而需特別觀察治療者，或因早產需要特別養育者，以入住時之年齡判定。 2.限無家屬照顧，二十四小時由醫護人員照顧者。 3.本項非兒童加成項目。 4.非註1之嬰兒住院者，以急性一般病床申報費用。					
03055K	精神急性一般病床(床/天) --病房費				v	<del>537</del> <u>607</u>
03056A				v		<del>478</del> <u>540</u>
03057B			v			<del>457</del> <u>516</u>
03058K	--護理費				v	682
03059A				v		602
03060B			v			547
	註：護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。					
03061K	精神急性經濟病床(床/天) --病房費				v	<del>302</del> <u>341</u>
03062A				v		<del>271</del> <u>306</u>
03063B			v			<del>232</del> <u>262</u>
03064K	--護理費				v	287
03065A				v		253
03066B			v			191
	註：1.指每一病室設四床(不含四床)以上之病床。 2.護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。					
03067K	慢性病床(床/天) --病房費				v	<del>302</del> <u>341</u>
03068A				v		<del>271</del> <u>306</u>
03069B			v			<del>232</del> <u>262</u>
03070K	--護理費				v	<del>271</del> <u>306</u>
03071A				v		<del>239</del> <u>270</u>
03072B			v			<del>180</del> <u>203</u>

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
03014A	精神科加護病床(床/天) --病房費			v	v	<del>1172</del> <u>1324</u>
03025B			v			<del>1048</del> <u>1184</u>
03037A	--護理費			v	v	<del>1758</del> <u>1986</u>
03039B			v			<del>1572</del> <u>1776</u>
	註：指對急性或重症精神病患，無法以一般急性病房之人力與設施照護，需施以隔離治療及24小時密集監測之醫療床，其病房設施須先報經保險人核可後適用。					
03016B	燒傷病房(床/天) --病房費		v	v	v	<del>1119</del> <u>1264</u>
03040B	--護理費		v	v	v	<del>1119</del> <u>1264</u>
	註：指有隔離技術及加護病房設施並具有燒傷醫療計畫等特別整合以提供專門醫療燒傷之病房，其病房設施須先報經保險人核可適用。					
03017A	燒傷加護病床(床/天) --病房費			v	v	<del>5831</del> <u>6586</u>
03041A	--護理費			v	v	<del>8746</del> <u>9879</u>
	註：1.指除具有燒傷病房之功能外，另有專業人員包括醫師、護理師(士)、營養師、復健師、社工師、呼吸治療師及心理治療師為特別燒傷醫療團隊的病房，其病房設施須先報經保險人核可後適用。 2. C.V.P.處理費、矽砂床、監視器等費用已包括在所訂點數內，不得另計。 3.呼吸器、電擊、氧氣及C.V.P.置入等另按實際使用申報。 4.適應症：二度燒傷，燒傷面積成人大於全身20%，兒童大於10%；或三度燒傷，燒傷面積成人大於全身10%，兒童大於5%。 5.申報費用時應檢附病歷摘要，並保存病人入出院時皮表處理之彩色照片，以備審核。					
03018A	急診觀察床(床/天) --病房費			v	v	<del>150</del> <u>169</u>
03019B			v			<del>125</del> <u>141</u>
03042A	--護理費			v	v	<del>150</del> <u>169</u>
03043B			v			<del>125</del> <u>141</u>

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p>註：1.急診留觀或待床病人，入住滿六小時始得申報。</p> <p>2.留置超過一日(二十四小時)者，比照住院病房費申報方式，依算進不算出原則計算。</p> <p>3.僅作注射點滴、輸血或休息者，不予支付。</p>					
03020B	<p>隔離病床(床/天)</p> <p>1. 普通隔離病床</p> <p>--病房費</p>		v	v	v	<del>862</del> <u>974</u>
03044B	- 護理費		v	v	v	<del>862</del> <u>974</u>
03021B	<p>2. 正壓隔離病床</p> <p>--病房費</p>		v	v	v	<del>1786</del> <u>2017</u>
03045B	--護理費		v	v	v	<del>1786</del> <u>2017</u>
03051B	<p>註：指對免疫缺乏之重症患者，具有保護免於受外界感染源侵犯之特殊設計之病床，其病房設施須先報經保險人核可後適用。</p> <p>3. 負壓隔離病床</p> <p>--病房費</p>		v	v	v	<del>1786</del> <u>2017</u>
03052B	--護理費		v	v	v	<del>1786</del> <u>2017</u>
	<p>註：指對患有具傳染性疾病之病人，能夠不讓其病源體散布於社區或醫院內之特殊設計之病床。</p>					
03053B	<p>核醫病床</p> <p>--病房費</p>		v	v	v	<del>2007</del> <u>2267</u>
03054B	--護理費		v	v	v	<del>1786</del> <u>2017</u>
	<p>註：限行政院原子能委員會安全檢查及游離幅射測量合格之核醫病床申報</p>					
03022K	<p>骨髓移植隔離病床(床/天)</p> <p>--病房費</p>				v	<del>4791</del> <u>5411</u>
03046K	--護理費				v	<del>7186</del> <u>8117</u>
	<p>註：指具高效率過濾網(HEPA Filter)及水平層流無菌室(LAF) 設備並需符合美國太空總署class 100 標準(每公升微塵粒子數不超過3.5個)之隔離病床，其病房設施須先報經保險人核可後適用。</p>					

編號	診療項目	丁 級	丙 級	乙 級	甲 級	支 付 點 數
03010E	加護病床 ICU (床/天) --病房費				v	<del>2560</del>
03011F				v		<del>2160</del>
03012G			v			<del>2440</del>
03047E	--護理費				v	<del>1560</del>
03048F				v		<del>1762</del>
03049G			v			<del>3840</del>
	<p>註：1.監視器、C.V.P.處理費等已包括在所訂點數內，不得另計。</p> <p>2.呼吸器、電擊、氧氣、C.V.P.置入及顱內壓監視置入等另按實際使用申報。</p> <p>3.使用加護病床患者以下列為限：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1)急性心肌梗塞患者，不穩定型心絞痛或狹心症患者。</li> <li>2)急性心臟衰竭、急性腎臟衰竭、急性肝臟衰竭患者。</li> <li>3)急性呼吸衰竭、呼吸窘迫、間歇性呼吸暫停或重度窒息需積極呼吸治療患者。</li> <li>4)手術後仍需輔助性治療或生命徵象不穩定者。</li> <li>5)危命性不整脈（含心搏暫停後）患者。</li> <li>6)休克患者。</li> <li>7)嚴重新陳代謝及電解質、水分不平衡患者或內分泌異常需加強監視患者。</li> <li>8)急性中毒性昏迷患者。</li> <li>9)肝硬化性肝昏迷患者。</li> <li>10)胸腔外科、心臟外科及神經外科術後患者需加強醫療者。</li> <li>11)腦中風、腦膜炎、腦炎等腦病變急性期，合併意識障礙或昏迷者。</li> <li>12)癲癇重積症患者。</li> <li>13)急性顱內壓增高危及生命者。</li> <li>14)急性腦幹病變者。</li> <li>15)敗血症或疑敗血症且生命徵象不穩定者。</li> <li>16)新生兒黃膽過高需換血者。</li> <li>17)出生體重低於1500公克之極度早產兒。</li> <li>18)其他危篤重症危及生命者。</li> </ol> <p>4.入住加護病房之患者如符合下列條件，應予轉出：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1)血液動力學值穩定者(生命徵象、中心靜脈壓、肺動脈楔壓、心輸出量··)。</li> <li>2)脫離呼吸器。</li> <li>3)病情穩定已不需使用特殊生理監測器者。</li> <li>4)合併症已穩定控制者。</li> <li>5)已脫離急性期不需加護醫療照護者。</li> <li>6)家屬要求自動出院者。</li> </ol>					<del>4337</del>
						<del>3240</del>
						<del>3660</del>
						<del>2340</del>
						<del>2643</del>

#### 第四節 精神科慢性病房住院照護費與日間住院治療費

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
04001A	一般慢性精神病床住院照護費（床/天）			v	v	<del>816</del>
04002B			v			<u>922</u> <del>714</del> <u>806</u>
04004C	精神科日間住院治療費（日間全天） -成人	v	v	v	v	<del>714</del> <u>806</u>
04012C	-6歲至15歲	v	v	v	v	<del>795</del> <u>898</u>
04013C	-6歲以下	v	v	v	v	<del>877</del> <u>991</u>
	註：限經中央衛生主管機關精神醫療院所(科)評鑑合格且辦理日間住院業務者申報。					
04007C	精神科日間住院治療費（日間半天） -成人	v	v	v	v	<del>357</del> <u>403</u>
04014C	-6歲至15歲	v	v	v	v	<del>398</del> <u>450</u>
04015C	-6歲以下	v	v	v	v	<del>438</del> <u>495</u>
	註：限經中央衛生主管機關精神醫療院所(科)評鑑合格且辦理日間住院業務者申報。					
04010A	院外適應治療（天）			v	v	<del>336</del>
04011B			v			<u>380</u> <del>288</del> <u>325</u>

第六節 調劑

編號	診療項目	特約藥局	基層院所		地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
			醫自 師調 親劑	藥員 事調 人劑				
05201A	門診藥事服務費（醫院部分） —一般處方給藥(7天以內)					v	v	<del>50</del> <u>56</u>
05226B					v			<del>45</del> <u>51</u>
05222A	—慢性病處方給藥13天以內					v	v	<del>50</del> <u>56</u>
05227B					v			<del>45</del> <u>51</u>
05205A	—慢性病處方給藥14-27天					v	v	<del>59</del> <u>67</u>
05228B					v			<del>52</del> <u>59</u>
05209A	—慢性病處方給藥28天以上					v	v	<del>69</del> <u>78</u>
05229B					v			<del>64</del> <u>72</u>
05202B	門診藥事服務費（診所及藥局部分） 每人每日80件內 (山地離島地區每人每日100件內) —一般處方給付(7天以內)	v						<del>48</del> <u>54</u>
05203C				v				33
05204D			v					<del>14</del> <u>16</u>
05223B	—慢性病處方給藥13天以內	v						<del>48</del> <u>54</u>
05224C				v				33
05225D			v					<del>14</del> <u>16</u>

編號	診療項目	特約藥局	基層院所		地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
			醫師調劑	藥事調劑				
05206B	一慢性病處方給藥14-27天	v					<del>59</del>	
05207C				v			<u>67</u>	
05208D			v				<del>35</del>	
							<u>24</u>	
							<u>27</u>	
05210B			v				<del>69</del>	
05211C	一慢性病處方給藥28天以上			v			<u>78</u>	
05212D			v				45	
							<del>35</del>	
							<u>40</u>	
05234D	門診藥事服務費（診所及藥局部分） 每人每日81-100件內 (山地離島地區每人每日101-120件內)	v		v			<del>18</del>	
							<u>20</u>	
05213K	住院藥事服務費(天) 一非單一劑量處方					v	<del>46</del>	
05214A					v		<u>52</u>	
05215B				v			<del>35</del>	
05216K	一單一劑量處方					v	<u>40</u>	
05217A					v		<del>34</del>	
05218B				v			<u>35</u>	
							<del>93</del>	
							<u>105</u>	
							<del>84</del>	
							<u>91</u>	
							<del>74</del>	
							<u>80</u>	
	註：1.精神科日間住院病患申報藥事服務費，應以該病患實際日間住院治療之日數為限；至院外適應治療期間，不得再申報本項費用。 2.留置急診處暫留床二日以上者，自第二天起比照申報。 3.精神科日間住院病患及留置急診處暫留床病患不得申報單一劑量藥事服務費。							

編號	診療項目	特約藥局	基層院所		地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
			醫自 師調 親劑	藥員 事調 人劑				
05219B	放射性藥品處方之藥事服務費(天) 註：凡設置核子醫學部或核醫科，使用放射性同位素(如口服I-131以及其他身體各部位之檢查所需之放射線製劑均屬之)，且調劑藥師具有放射性物質操作執照，於核醫科特殊配製環境內調配，及申報本標準第二部第二章第一節第二十項核子醫學檢查一、「造影」所列項目(排除26009B甲狀腺刺激素試驗、26049B核子斷層檢查術、26074C碘-131癌症追蹤檢查-施打Thyrogen三項)時，得申報本項。				v	v	v	<del>202</del> <u>228</u>
05220A	全靜脈營養注射劑處方之藥事服務費(TPN)(天) 註：限設有經「中華民國靜脈暨腸道營養學會」認定合格之「營養醫療小組」之特約醫院申報。					v	v	<del>328</del> <u>370</u>
05221A	化學腫瘤藥品處方之藥事服務費(天) 註：在層流工作檯內操作或調配之化學腫瘤藥品〈係指所有細胞毒(cytotoxic)藥品針劑、非單一劑量包裝之口服細胞毒藥品及生物毒藥品類等〉者得申報本項，惟不包括藥廠製造之一般口服或外用化學腫瘤等，無需在層流工作檯調配之成品製劑者。					v	v	<del>328</del> <u>370</u>