



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 年第一次會議資料

104 年 3 月 26 日（星期四）
本署 18 樓大禮堂

104 年度第 1 次「全民健康保險醫療服務給付項目及 支付標準共同擬訂會議」 會議議程

壹、主席致詞

貳、上次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形，請參閱(不
宣讀)確認..... 第 01 頁

參、報告事項

一、增修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」 第三部牙醫附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則 案。.....	第 1 頁
二、本署 105 年實施 ICD-10-CM/PCS 所需之全民健康保險醫 療服務給付項目及支付標準等 9 項草案。.....	第 3 頁

肆、討論事項

一、「幽門桿菌糞便抗原檢查」等 8 項全民健康保險醫療服務 給付項目及支付標準新增診療項目案。.....	第 83 頁
二、調升支付標準編號 28031C 及 33024B 二項診療項目支付點 數，以包裹給付過程面必須使用之「單一使用拋棄式生檢 鉗或組織夾」等 3 項特材案。.....	第 103 頁
三、修訂安寧居家療護醫師訪視費支付標準案。.....	第 113 頁

伍、臨時動議

陸、散會

貳、確認本會 103 年度第 3 次臨時會
會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形

-請參閱(不宣讀)確認

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」

103 年第 3 次臨時會會議紀錄

時 間：103 年 12 月 24 日(星期三)下午 2 時

地 點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主 席：蔡副署長魯

紀錄：張巧如

姚代表鈺	(請假)	陳代表福展	翁瑞文(代)
黃代表雪玲	黃雪玲	蘇代表清泉	(請假)
林代表富滿	林富滿	吳代表志雄	(請假)
郭代表正全	潘延健(代)	陳代表彥廷	陳彥廷
李代表伯璋	(請假)	林代表敬修	連新傑(代)
陳代表志忠	陳志忠	高代表靖秋	林綉珠(代)
徐代表弘正	徐弘正	賴代表振榕	賴振榕
林代表淑霞	林淑霞	曹代表昭懿	朱世瑋(代)
羅代表永達	羅永達	吳代表進興	吳進興
謝代表文輝	謝文輝	黃代表鶴珠	(請假)
謝代表武吉	謝武吉	黃代表棟國	(請假)
朱代表益宏	謝景祥(代)	梁代表淑政	梁淑政
李代表紹誠	李紹誠	葉代表宗義	葉宗義
陳代表宗獻	陳宗獻	李代表永振	李永振
盧代表榮福	(請假)	陳代表川青	陳川青
張代表嘉訓	張嘉訓	侯代表彩鳳	侯彩鳳
王代表正坤	張金石(代)	李代表玉春	(請假)
黃代表啟嘉	黃啟嘉	吳代表肖琪	(請假)
陳代表憲法	(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

葉肖梅

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

朱智華

中華民國醫師公會全國聯合會

吳春樺、陳哲維、黃幼薰

中華民國藥師公會全國聯合會

王韻婷

中華民國護理師護士公會全國聯合會

台灣醫院協會

醫藥品查驗中心

台灣安寧緩和醫學學會

台灣安寧緩和護理學會

台灣癌症安寧緩和醫學會

台灣急診醫學會

台灣急診管理學會

台灣消化系醫學會

本署台北業務組

本署北區業務組

本署企劃組

本署醫審及藥材組

本署醫務管理組

梁淑媛

楊智涵、吳心華、林佩荻

許雅蓉、黎伊帆、黃依寧

翁益強、李嘉莉

蘇逸玲、邱智鈴、劉景萍、

劉曉菁、顏聆朱

黃舒怡

顏鴻章

陳日昌

王秀伯、邱正堂

王文君、蔡翠珍、李珮君、

陳秋雪

黃尹韻

李佳芬

詹素珠

林阿明、李純馥、陳真慧、

林淑範、張美玲、王淑華、

張益誠、陳依婕、涂奇君、

吳明純、張淑雅、蕭靜怡、

張巧如、李筱婷、李待弟

王玲玲

一、主席致詞：略。

二、確認上次會議紀錄（議事錄）：請參閱(不宣讀)確認。

(一)103 年第 4 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」會議紀錄文字修正：三、報告事項之(二)修訂 104 年度「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」案之(5)修訂結算方式中，當季預算若有結餘，則「流」用至下季，文字修正為當季預算若有結餘，則「留」用至下季。

(二)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，列管建議異動如下：

1.解除列管 1 項：103-1-5 討，「修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部第二章糖尿病案」，因 103 年 12 月 23 日與相關單位召開之會前會，會上對於修正意見無共識。

經本會與會代表同意解除列管。

2.繼續列管增列 3 項：

- (1) 103-4-1 討，「增修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第四節復健治療之語言治療相關診療項目案」，與會代表表示因決議辦理事項中，建議擬訂適應症乙項未完成，爰決議繼續列管。
- (2) 103-4-4 討，修訂「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」乙案，與會代表表示因決議辦理事項中，醫療不足之縣市乙項仍洽相關專科學會彙整意見，爰決議繼續列管。
- (3) 103-4-2 臨時動議，攸關「跨層級醫院合作計畫」，涉及轉診及分級醫療之政策，建議邀請衛福部就法及政策至本會報告，並就各單位權責分工，擬訂相關配套乙案，仍研議中，經衛生福利部及與會代表同意繼續列管。

三、報告事項

- (一) 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支付標準」案。

決議：

1. 同意修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫支付標準」，修訂後支付標準(詳如附件 1，P13-P28)。
2. 其修訂重點如下：
 - (1) 新增「特定牙周保存治療-全口總齒數 9-15 顆」等 7 項診療項目。
 - (2) 修訂「重度以上特定身心障礙(非精神疾病)者診察費」

等 41 項支付標準文字。

(3)調整「符合加強感染控制之牙科門診診察費」等 8 項支付點數。

(4)修訂「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」之文字、「牙醫相對合理門診點數給付原則」之感染管制診察費差額及不適用範圍。

(5)另診療項目 91017C「懷孕婦女牙結石清除-全口」之註 3.與其他全口牙結石清除需間隔 3 個月，刪除「全口」2 字，文字修正為註 3.與其他牙結石清除需間隔 3 個月。

(二) 有關放寬「全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」醫事人員資格乙案。

決議：

- 1.同意放寬「全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」醫事人員資格，開放所有專科醫師均可參加，
- 2.條文修正為健保特約院所，除腎臟、心臟、新陳代謝專科醫師外，其他專科醫師需接受本署認可之慢性腎臟病照護訓練，上課時數至少 6 小時(4 小時上課+2 小時 e-learning 課程)，並取得證明。修訂後方案(詳如附件 2，P29)。
- 3.另與會代表建議泌尿專科醫師免接受慢性腎臟病照護訓練課程訓練乙節，本署將徵詢台灣泌尿科醫學會、台灣腎臟醫學會意見。

(三) 修訂安寧療護暨一般居家照護支付標準案。

決議：

- 1.因本案於本會議前，已邀集醫院團體、專業團體召開會前會，故由討論案調整為報告案。

2.同意修訂安寧療護暨一般居家照護支付標準，修訂後支付標準(詳如附件 3，P30-P45)，修訂重點如下：

(1) 安寧療護：

- ①住院安寧療護：每日支付點數調整 30%，其中「相關醫療團隊照護費」敘明包含如社工師、心理師、物理治療師、職能治療師等安寧療護相關人員之照護費用。
- ②安寧共同照護：首次共同照護費及後續團隊照護費支付點數調整 50%，且放寬首次訪視後 3 日內入住安寧病房不得申報之限制，改為首次訪視當日入住安寧病房不得申報，並修改服務說明書為「參與『全民健康保險安寧共同照護試辦方案』服務說明書」。
- ③緩和醫療家庭諮詢費：支付點數調整 50%，放寬申報次數為 2 次並將急診末期病患納入適用範圍。
- ④安寧居家療護：依提供服務地點，拆分機構及非機構，其支付點數調整幅度，在宅調整 50%、機構 20%、臨終訪視費 100%。
- ⑤放寬乙類安寧居家療護（社區安寧）之護理人員為專責安寧居家療護人員，可合併提供一般居家照護或原診所相關業務，惟合併執行一般居家照護及安寧居家照護時，規範其訪視次數。

(2) 一般居家照護：

- ①比照安寧居家療護調整方式，拆分機構及非機構，支付點數調整幅度，在宅 50%、機構 20%。
- ②三、四級壓瘡護理中之 48004C「深部複雜創傷處理-

傷口長 5 公分以下者」或 48005C「深部複雜創傷處理-傷口長 5-10 公分者」得另行核實申報。

③增列通則「為能快速回應病人發生之緊急狀況，申報本章節之保險醫事服務機構或護理機構應提供居家照護專業人員 24 小時電話諮詢服務」。

四、討論事項

(一)有關支付標準以包裹給付過程面必須使用之「單一使用拋棄式生檢鉗或組織夾」等 2 項特材之支付標準編號 28030C 及 72050B 二項診療項目調整案。

決議：

1. 同意將診療過程面必須使用之「單一使用拋棄式生檢鉗或組織夾」及「單一使用拋棄式先端部固定環」納入包裹給付，調整支付標準編號 28030C「內視鏡切片」及 72050B「內視鏡黏膜切除術（EMR）」二項診療項目，修訂後支付標準(詳如附件 4，P46)。
2. 針對「單一使用拋棄式生檢鉗或組織夾」特材乙項，與會代表表示在地區醫院，本署訪價金額高於平均價格，有成本上的考量，經會上討論同意將該項特材之平均價格提高至 650 元，再重新計算包裹支付點數。

(二)104 年全民健康保險國際疾病分類第十版(ICD-10-CM/PCS)編碼實作獎勵方案。

決議：

1. 同意修訂(三) 104 年全民健康保險國際疾病分類第十版（ICD-10-CM/PCS）編碼實作獎勵方案，修訂後方案(詳如附件 5，P47-P52)。

2.修訂重點如下：

- (1)採用之 ICD-10-CM/PCS 編碼版本，自 104 年 7 月起限 2014 年版本。
- (2)增加西、中、牙醫門診定額獎勵。西、中、牙醫診所除原以 ICD-9-CM 編碼外，另以 ICD-10-CM/PCS 編碼，於 104 年 7-10 月中，任 1 月次月 30 日前於本署「健保資訊網服務系統（VPN）」之「ICD-10-CM/PCS 預檢醫療費用申報資料上傳」作業區，依現行醫療費用申報格式申報，並通過預檢檢核，中、牙醫診所即給予定額獎勵金每家 5,000 元，西醫基層診所方面，考量婦產科診所含生產之住診案件，業務較一般西醫基層診所複雜，定額獎勵金予以調高，惟調整金額由健保署醫務管理組於預算額度內重新擬訂。
- (3)醫院住診獎勵標準，除 103 年方案所訂 2 項標準外，增加標準 3：104 年 7-10 月任 1 月除原以 ICD-9-CM 編碼外，另以 ICD-10-CM/PCS 編碼於「健保資訊網服務系統（VPN）」之「ICD-10-CM/PCS 預檢醫療費用申報資料上傳」作業區，依現行醫療費用申報格式申報，並通過預檢程式檢核，未通過或未進行預檢程式檢核者，不核發本方案獎勵金，已核發獎勵金者，則追扣已核發之全部獎勵金，獎勵點數維持不變。
- (4)本項專款預算按季採浮動點值計算暫結，且每點不高於 1 元。年底時進行結算，以全年預算扣除西、中、牙醫診所之定額費用後，醫院住診皆採浮動點值計算，且每點金額不高於 1 元。

(三)有關 TW-DRGs 案件「次診斷為癌症及性態未明腫瘤之個案實施化療注射劑」得另行核實申報項目之化療藥品相對應之處置代碼案。

決議：同意將 TW-DRGs 案件申報處置碼：「99.24 荷爾蒙注射療法」納入得另行核實申報項目「次診斷為癌症及性態未明腫瘤之個案核實申報之化療、放療」之要件，修訂後支付通則(詳如附件 6，P53)。

(四) 修訂「全民健康保險急診品質提升方案」。

決議：

1. 同意修訂「全民健康保險急診品質提升方案」，修訂後方案(詳如附件 7，P54)。

2. 修訂重點如下：

(1) 急診重大疾病照護品質：

①放寬急性腦中風量表為 4-25 分。

② 重大外傷：增列主診斷為體表面積>20%之重大外傷，另方案附表一「緊急搶救手術或處置」另增列焦痂(筋膜)切開術(64197C)等 4 項處置項目。

③ 嚴重敗血症：

甲、每個案獎勵點數調升為 2,000 點，另主或次診斷由 038.9 修訂為 038.0-038.9，將 038.0-038.8 等特定疾病之敗血症納入獎勵範圍。

乙、另其他處置：刪除中央靜脈導管置入術(47015B)、納入乳酸-丙酮酸檢查(09135B)項目，且可就乳酸檢查(09059B)及乳酸-丙酮酸檢查(09135B)擇一處理、修改細菌學及

黴菌檢查方式為「至少完成 13016B 及『13001C 至 13026C 中之任 1 項』」。

(2)轉診品質：放寬向上轉診疾病別可平行轉診，調高向下轉診點數為 4,000 點。

(3)補助急診專科醫師人力：

①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每人次每月補助上限 1.5 萬點；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不適用對象：「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、全民健康保險 104 年度「跨層級醫院合作計畫」之門診支援服務補助、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」以及「緊急醫療資源不足地區改善計畫」之補助醫師。

③設定地區醫院醫療利用監測指標：

甲、接受本方案補助之急診專科醫師急診看診量，平均每月急診件數大於去年同期值。

乙、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，實施一年後不超過 3%。

3. 另部分與會代表建議若未來本方案預算較充足，可考量將偏遠地區急救責任醫院(燈塔型醫院)納入。

(五) 有關中華民國醫師公會全國聯合會針對「西醫基層院所合理門診量」提出之建議支付標準調整案乙案。

決議：

1. 同意「西醫基層院所合理門診量」支付標準調整案，修訂後支付標準(詳如附件 8，P63-P66)。

2. 修訂重點如下：

(1)看診日數：每月實際看診日數不足 25 日(不含 25 日)，應以實際看診日數計；每月實際看診日數 25 日以上者，以 25 日計算合理量。

(2)調整第一、二、五階段看診人次及第五階段支付點數。

(3)監控指標：

①由健保署醫務管理組與中華民國醫師公會全國聯合會討論確認指標及其操作型定義。

②監控結果處理方式：診所假日開診率低於前一年度之水準，則應恢復原制，以確保民眾就醫可近性不受影響。

(六) 有關新增「全民健康保險 104 年度跨層級醫院合作計畫」案。

決議：

1. 同意新增「全民健康保險 104 年度跨層級醫院合作計畫」，方案內容(詳如附件 9，P67-P70)。

2. 限於預算本計畫規範不適用對象，未來若資源足夠，建議偏遠地區醫院亦納入本計畫補助。修訂重點如下：

(1)醫療支援補助：醫學中心與區域醫院之醫師支援地區醫院，每診日補助 2600 點(派出支援、受支援各半)。單一地區醫院每季補助上限 26 萬點，費用逕撥入接受支援之地區醫院。

(2)適用對象：限於預算或已有其他計畫獎勵，本計畫不適

用對象如下：

- ①同體系醫院間(含委託經營)之支援：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參加。
 - ②「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫」之地區醫院。
 - ③「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」之地區醫院。
 - ④呼吸照護、精神專科醫院，註：最近 1 年申報就醫科別精神科(科別 13)+呼吸照護(給付類別=9)之門住醫療費用(申請點數+部分負擔)>該院門住醫療費用 50.0%。
 - ⑤參加「全民健康保險急診品質提升方案」醫院之急診支援。
 - ⑥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」、衛生福利部醫事司「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。
- (3)落實跨層級合作，合作內容如下：
- ①對病患就醫程序安排(急診後送及下轉、轉住院或手術)。

②醫師及醫事人員專業訓練(建教合作、支援、醫療團隊訓練)。

③醫療資訊交換(電子病歷互通、醫療影像交換)。

③醫療設備共享。

(4)評核指標：

①民眾就醫滿意度 $\geq 85\%$ 。

②分級醫療指標：受補助地區醫院總門診就醫人次較去年同期增加。

③參加「全民健康保險醫療費用總額其他預算項目-鼓勵醫療院所即時查詢就醫資訊方案」：受補助地區醫院「門診病人健保雲端藥歷系統查詢率」 $\geq$ 當年全部醫院查詢率 60 百分位。

④醫療品質指標：以本署「醫療品質公開網站」院所別醫療品質資訊為準，受補助地區醫院各指標較去年同期下降。

甲、跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓(口服)、降血脂 (口服)。

乙、跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-安眠鎮靜、抗憂鬱症。

五、臨時動議：無

六、散會：下午 5 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	103-1-5 討	103.03.13	有關修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部第二章糖尿病」案。	由本署釐清藥師支援地區醫院及基層院所之適法性；以及糖尿病共照網是否可同一醫事人員取得2張不同專業證照等問題後，再提案討論。	健保署醫管組	本署已彙整醫事司、國健署及各醫學會意見，並於103年12月23日與該等單位召開會前會討論，因與會人員意見分歧，故本案緩議。	V	
2	103-2-3 報	103.06.12	有關「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」擬導入支付標準案。	與會代表對於本方案導入支付標準表示支持，惟對方案內「參與資格」尚有不同意見，故暫緩導入支付標準。由健保署邀集醫院團體及安寧相關專業團體討論，在兼顧可行性及品質的前提下，取得共識後，再提會報告。	健保署醫管組	本署將彙整相關資料後，邀集安寧相關學會及各層級醫院協會共同討論後再提案討論。		V
3	103-4-1 討	103.11.27	增修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第四節復健治療之語言治療相關診療項目案。	1. 同意增修訂語言治療相關診療項目案。 2. 修訂重點如下： (1) 新增語言治療「中度-複雜」之診療項目，支付點數比照現行物理治療支付點數。 (2) 調高語言治療「複雜」之診療項目支付點數，比照現行物理治療支付點數。 (3) 重新修訂語言治療各治療程度項目區分方式之備註。 3. 另台灣復健醫學會、台灣聽力語言學會、中華民國語言治療師公會全國聯合會，建議擬訂適應症乙項，俟收集彙整相關資料再提案至下次會議討論。	健保署醫管組	1. 有關新增「中度-複雜」、調升「複雜」項目支付點數及重新修訂治療項目數等事項，衛生福利部已於104年2月12日以衛部保字第1041260110號令公告施行。 2. 有關台灣復健醫學會、台灣聽力語言學會分別於104年3月5日、及104年3月6日提供增修訂適應症及相關時間規範之意見，本署將再徵詢中華民國耳鼻喉科醫學會後再提案討論。	V	
4	103-4-4 討	103.11.27	有關修訂「全民健康保險加強慢性B型及C型肝炎治療計畫」乙案。	1. 同意修訂「全民健康保險加強慢性B型及C型肝炎治療計畫」。 2. 其修訂重點如下： (1) 維持B、C型肝炎資源不足之縣市西醫基層院所可由兼任	健保署醫管	1. 本案經提報衛生福利部肝癌及肝炎防治會103年第2次會議討論，委員會	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
				醫師提供診療服務。惟醫療不足之縣市乙項洽相關專科學會提供意見。 (2) 為利評估個案藥物治療之效果，請院所於健保資訊服務系統（VPN）登錄個案歷次病毒量檢驗結果。另病毒量檢驗乙項，有部分代表建議是否有該排除之個案（例如：肝移植個案），俟收集相關意見及資料再行檢討。	組	請本署就肝炎盛行率及醫療資源不足區等資料再綜合評估。 2. 本署經參考近年盧勝男醫師針對台灣 B、C 型肝炎盛行率之研究報告、平均每位醫師照護人數，以及是否為原 B、C 型肝炎醫療資源不足地區等 3 個因素綜合評估後，已提報至「全民健康保險西醫基層總額研商議事會議」104 年 3 月 5 日第 1 次會議討論，因時間因素未及討論，將於下次研商議事會議再行討論。		
5	103-4-2 臨時動議	103.11.27	攸關「跨層級醫院合作計畫」，涉及轉診及分級醫療之政策，建議邀請衛福部就法及政策至本會報告，並就各單位權責分工，擬訂相關配套。	衛福部已併案至有關轉診及分級醫療政策中研議，俟彙整相關意見後再行討論。	衛生福利部社會保險司	1. 依據醫療法第 73 條規定，醫院、診所因限於人員、設備及專長能力，無法確定病人之病因或提供完整治療時，應建議病人轉診。同法施行細則第 50 條至第 53 條亦有相關規範。另有相關轉診實施辦法，中央健康保險署業依「全民健康保險法」第 43 條規定，訂定「全民健康保險轉診實施辦法」，特約醫院、診所應設轉診櫃檯，為轉診病人提供適當就醫安排。 2. 為促進分級就	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
						醫，健全基層醫療體系，中央健康保險署修訂「全民健康保險法」，明訂家庭責任醫師制度，並推動「家庭醫師整合性照護計畫」，及「論人計酬試辦計畫」，本部亦推動「社區健康照護網絡計畫」，建置社區醫療體系與提振基層醫療。另本部自 100 年起，將評鑑合格醫院區分為「醫學中心」、「區域醫院」、「地區醫院」等三類，並於「醫院資訊公開專區」揭露醫院評鑑相關資訊，鼓勵民眾依據健康需求，選擇適當層級醫院就醫。 3. 本部自 102 年起辦理「提升急診暨轉診品質計畫」，目前全國有 193 家急救責任醫院參與，架構 14 個緊急傷病患轉診網絡，期減少因重複就診或不當轉診之醫療資源浪費。		
6	103-臨 3-1 報	103.12.24	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支付標準案。	同意修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫支付標準」。	中央健保署醫務管理組	已於 104.02.13 以健保醫字第 1040001666 號函轉部公告，實施日期追溯至 104 年 1 月 1 日並由本署進行 104 年 1-2 月補付作業。	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
7	103-臨 3-2 報	103.12.24	有關放寬「全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」醫事人員資格乙案。	1. 同意放寬「全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」醫事人員資格，開放所有專科醫師均可參加。 2. 條文修正為健保特約院所，除腎臟、心臟、新陳代謝專科醫師外，其他專科醫師需接受本署認可之慢性腎臟病照護訓練，上課時數至少 6 小時(4 小時上課+2 小時 e-learning 課程)，並取得證明。 3. 另與會代表建議泌尿專科醫師免接受慢性腎臟病照護訓練課程訓練乙節，本署將徵詢台灣泌尿科醫學會、台灣腎臟醫學會意見。		1. 依程序陳報衛福部，並於民國 104 年 1 月 12 日以健保醫字第 1040032525 號公告實施。 2. 台灣腎臟醫學會於 104 年 2 月 2 日回復認為泌尿科醫師仍要接受慢性腎臟病照護訓練課程；致電徵詢泌尿科醫學會，其表示正在處理中儘快回復。		V
8	103-臨 3-1 討	103.12.24	修訂安寧療護暨一般居家照護支付標準案	同意修訂安寧療護暨一般居家照護支付標準。	中央健保署醫務管理組	依程序陳報衛福部，其中住院安寧療護、安寧居家療護及一般居家照護於民國 104 年 2 月 12 日以衛部保字第 1041260110 號公告實施；安寧共同照護試辦計畫於民國 104 年 2 月 17 日健保醫字第 1040032766 號公告實施。	V	
9	103-臨 3-2 討	103.12.24	有關支付標準以包裹給付過程面必須使用之「單一使用拋棄式生檢鉗或組織夾」等 2 項特材之支付標準編號 28030C 及 72050B 二項診療項目調整案	同意將診療過程面必須使用之「單一使用拋棄式生檢鉗或組織夾」及「單一使用拋棄式先端部固定環」納入包裹給付，調整支付標準編號 28030C「內視鏡切片」及 72050B「內視鏡黏膜切除術（EMR）」二項診療項目。	中央健保署醫務管理組	依程序陳報衛福部，並於民國 104 年 2 月 12 日以衛部保字第 1041260110 號公告實施。	V	
10	103-臨 3-3 討	103.12.24	104 年全民健康保險國際疾病分類第十版（ICD-10-CM/PCS）編碼實作獎勵方案（草案）	同意修訂(三) 104 年全民健康保險國際疾病分類第十版（ICD-10-CM/PCS）編碼實作獎勵方案。	中央健保署醫務管理組	已於 104 年 2 月 3 日以健保醫字第 1040001043 號公告實施	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
11	103-臨 3-4 討	103.12.24	有關 TW-DRGs 案件「次診斷為癌症及性態未明腫瘤之個案實施化療注射劑」得另行核實申報項目之化療藥品相對應之處置代碼案。	同意將 TW-DRGs 案件申報處置碼：「99.24 荷爾蒙注射療法」納入得另行核實申報項目「次診斷為癌症及性態未明腫瘤之個案核實申報之化療、放療」之要件。	中央健保署醫務管理組	依程序陳報衛福部，並於民國 104 年 2 月 12 日以衛部保字第 1041260110 號公告實施。	V	
12	103-臨 3-5 討	103.12.24	修訂「全民健康保險急診品質提升方案」	同意修訂「全民健康保險急診品質提升方案」。	中央健保署醫務管理組	衛生福利部已於 104 年 2 月 3 日以健保醫字第 1040001044 號公告實施。	V	
13	103-臨 3-6 討	103.12.24	有關中華民國醫師公會全國聯合會針對「西醫基層院所合理門診量」提出之建議支付標準調整案	1. 同意「西醫基層院所合理門診量」支付標準調整案。 2. 由健保署醫務管理組與中華民國醫師公會全國聯合會討論確認指標及其操作型定義。 3. 監控結果處理方式：診所假日開診率低於前一年度之水準，則應恢復原制，以確保民眾就醫可近性不受影響。	中央健保署醫務管理組	1. 依程序陳報衛福部，並於民國 104 年 2 月 12 日以衛部保字第 1041260110 號公告實施。 2. 有關監控指標定義，經與醫師公會討論後，已提報「全民健康保險西醫基層總額研商議事會議」104 年 3 月 5 日第 1 次會議討論，因時間因素未及討論，將於下次研商議事會議再行討論。		V
14	103-臨 3-7 討	103.12.24	有關新增「全民健康保險 104 年度跨層級醫院合作計畫」案。	1. 同意新增「全民健康保險 104 年度跨層級醫院合作計畫」。 2. 限於預算本計畫規範不適用對象，未來若資源足夠，建議偏遠地區醫院亦納入本計畫補助。	中央健保署醫務管理組	1. 計畫已於 104.2.2 公告實施。 2. 已錄案做為計畫修訂參考。	V	

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：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
牙醫附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則案。

說明：

- 一、依 104 年 3 月 3 日「全民健康保險醫療服務給付費用牙醫門診總額研商議事會議」第一次會議決議辦理。
- 二、修訂事項如下：
 - (一)為加強口腔癌病患之照護並鼓勵院所醫師參與照護，同意修訂，新增不列入牙醫相對合理門診點數之計算項目：口腔癌統合照護計畫(P4501C、P4502C)、口腔粘膜難症特別處置(92073C)。
 - (二)為簡化作業，同意刪除各項診察費之差額點數數值。
- 三、本案增修訂後支付標準(詳后附件1-1，P2)，因無涉及支付點數調整，將由本署公告實施。

決定：

附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則

一、實施範圍定義：

(一)醫療費用

1. 申報之總醫療費用點數（含部分負擔）。
2. 下列項目費用，不列入計算：
 - (1) 案件分類為 14、16 等專款專用之試辦計畫項目。
 - (2) 加成之點數。
 - (3) 牙齒預防保健案件(案件分類為 A3)。
 - (4) 支付標準適用地區以上醫院之表別(A、B 表)項目。
 - (5) 初診診察費差額(~~370~~點)。
 - (6) 感染管制診察費差額(~~55~~點)。
 - (7) 職災代辦案件(案件分類為 B6)。
 - (8) 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。
 - (9) 山地離島診察費差額(~~20~~點)。
 - (10) 牙醫急診診察費差額(~~248~~點)。
 - (11) 牙周病統合照護計畫申報點數(P4001C、P4002C、P4003C)。
 - (12) 週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。
 - (13) 全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫。
 - (14) 口腔癌統合照護計畫(P4501C、P4502C)。
 - (15) 口腔粘膜難症特別處置(92073C)。

報告事項

第 二 案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本署 105 年實施 ICD-10-CM/PCS 所需之全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準等 9 項草案。

說明：

- 一、 為使本署特約醫療院所有更多的時間進行充分之準備，增加人員訓練及醫院程式改寫之作業時間，以減少轉碼資料之錯誤，本署報請衛生福利部核定實施日期由 104 年 1 月 1 日往後展延一年，並於 103 年 10 月 27 日公告自 105 年 1 月 1 日起門、住診診斷及處置代碼全面單軌申報 2014 年版國際疾病與相關健康問題統計分類第十版臨床修訂及處置代碼系統 ICD-10-CM/PCS。
- 二、 為配合上述實施期程，本署委託台灣病歷資訊管理學會將本署業務所需資料中之 ICD-9-CM 編碼，轉換為正確之 2014 年版 ICD-10-CM/PCS 編碼。
- 三、 上述草案已自 104 年 1 月 15 日起公布本署網站供社會各界提供修正意見，截至目前為止，結果如下：
 - (一) 全民健康保險急診品質提升方案：
 1. 民眾建議嚴重敗血症患主診斷或次診斷碼 ICD-9-CM 為 038.9 (敗血症)、785.59 (其他未提及外傷之休克) 其 ICD-10-CM 應由 A419 (敗血症，未特定)、R571 (低血容性休克)、R578 (其他休克)、R6521 (伴有敗血性休克之嚴重敗血症) 刪除 R571、R578，改為 A419 、R6521。
 2. 經徵詢台灣病歷資訊管理學會及查詢美國 CMS 2014 ICD-9 GEMs ，ICD-9-CM 為 038.9、785.59 其 ICD-10-CM 應為 A419 、R571、R578、R6521 無誤。

3. 綜上，原 ICD-10-CM 碼維持不變。

(二) 其餘方案未有修正意見。

四、 茲就各草案轉碼重點，綜整如下表：

項次	方案(試辦計畫)	轉碼處
1	全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準【草案】(除附表 6.7.5 (MCC)因資料多，請上本署網站查閱，餘詳后附件 2-1，P6～P28	1. 第二部第二章第四節復健治療第三項職能治療(43029A-43032C)。 2. 第四部中醫第九章特定疾病門診加強照護通則一、附表 4.4.2 複雜性針灸適應症、附表 4.5.2 複雜性傷科適應症及附表 4.9.1 標準作業流程腦血管疾病及顱腦損傷門診加強照護。 3. 第六部論病例計酬： (1) 第一章產科通則七及九、支付標準 97004C、97005D、97009C、97014C 及 97934C。 (2) 第二章婦科支付標準 97013C、97017C、97022B、97027C、97033B、97037B、97044C、97047C。 (3) 第三章一般外科支付標準 97220K-97224P。 (4) 第四章泌尿科支付標準 97405K-97412A、97420B-97423B。 (5) 第六章眼科支付標準 97605K-97608C。 (6) 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。 (7) 刪除附錄、新增第七章-附表 6.7.5 (MCC)(詳本署網站資料)。 4. 第八部品質支付服務第二章通則二
2	全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案(草案)(詳后附件	1. 參、收案對象。 2. 陸、費用支付方式、二病人群組

項次	方案(試辦計畫)	轉碼處
	2-2, P29~P31)	風險校正。
3	全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫(草案)(詳后附件 2-3, P32~P34)	四、適用範圍。
4	全民健康保險牙醫門診總額口腔癌統合照護計畫(草案)(詳后附件 2-4, P35~P37)	四、給付項目及支付標準。
5	全民健康保險乳癌醫療給付改善方案試辦計畫(草案)(詳后附件 2-5, P38~P49)	肆、計畫內容、二試辦對象範圍(一)收案範圍。
6	全民健康保險 B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者醫療給付改善方案(草案)(詳后附件 2-6, P50~P53)	參、計畫內容、二收案對象。
7	全民健康保險急診品質提升方案(草案)(詳后附件 2-7, P54~P64)	1. 伍、計畫構面一、急診重大疾病照護品質。 2. 附表二、向上轉診疾病別。 3. 附表三、向下或平行轉診疾病別。
8	全民健康保險氣喘醫療給付改善方案(草案)(詳后附件 2-8, P65~P71)	1. 肆、計畫內容二、收案對象(給付對象)。 2. 附件四提昇院所氣喘慢性照護能力與病人生活品質的量化評量表。
9	「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(草案)(詳后附件 2-9, P72~P82)	附件二「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫給付項目及支付標準通則一。

五、本案將陳報衛生福利部核定發布。

決定：

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第四節 復健治療 Rehabilitation Therapy

第三項 職能治療 Occupational Therapy (43001-43038)

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
43029A 43030B 43031C 43032C	複雜Complicated：實施本項須符合於下列適應症及其項目規定： 1. 成人中樞神經系統疾患(含外傷造成)：(須符合ICD-10診斷代號036、044、049、101、102、320、324、333、334、336、340、342、353、430、435、806、851、854、952、953<u>A39、B20、C71、C72、G00-G09、G23、G11、G95、G35-G37、G81、G54、I60-I67、S14.1+S12.0~S12.6、S24.1+S22.0、S34.1+S22.0~S32.0、S06.3、S06.8、S12.0~S12.6、S22.0、S22.0~S32.0、S14.1、S24.1、S34.1、S14.2、S14.3、S24.2、S34.4</u>) (1)限因上述診斷住院期間及出院後六個月內。 (2)治療項目三項(含)以上，合計治療時間三十分鐘以上。 (3)必須包含下列二項(含)以上之治療項目： OT 1、OT 3、OT 4、OT 5、OT 7、OT 8、OT 9、OT 10、OT 11、OT 12。	V V	V	V	V	600 525 500 360
	2. 兒童中樞神經系統疾患(含外傷造成及罕見疾病)： (1)限從出生至滿十二歲以前。 (2)治療項目三項(含)以上，合計治療時間三十分鐘以上。					
	3. 外科手術患者(含骨骼、神經、肌肉、燒燙傷之疾患)：(須符合ICD-10診斷代號815、816、885、887、927、929、943、946、955<u>S62.3、S62.6、S68.0、S68.1、S68.4、S68.5、S68.6、S68.7、S47、S57.0、S57.8、S67.0、S67.1、S67.2、S67.3、S67.9、S77、T22~T25、S44</u>) (1)限因上述診斷手術實施後三個月內。 (2)治療項目三項(含)以上，合計治療時間三十分鐘以上。 (3)必須包含下列二項(含)以上之治療項目： OT 2、OT 5、OT 6、OT 7、OT 8、OT 9、OT 10、OT 11。					

第四部 中 醫

第九章 特定疾病門診加強照護

通則：

一、個案適用範圍：

- (一)小兒氣喘疾病門診加強照護：年齡在十二歲(含)以下之氣喘疾病(ICD-~~9~~10:~~493~~J45)患者，並於病歷中檢附西醫診斷證明或肺功能檢查報告。
- (二)小兒腦性麻痺疾病門診加強照護：年齡在十二歲(含)以下之腦性麻痺疾病(ICD-~~9~~10:~~343~~G80)患者。
- (三)腦血管疾病(ICD-~~9~~10:~~430-437~~G450-G468 及 I60-I68)及顱腦損傷(ICD-~~9~~10:~~801-804~~及 850-854S021-S024, S026-S029, S063-S066, S068-S069)疾病門診加強照護：自診斷日起二年內之患者。

附表 4.4.2 複雜性針灸適應症

icd - 9 <u>10</u>	中文病名
140-208 <u>C00-C96</u>	惡性腫瘤(衍生出的相關符合針灸適應症)
225 <u>D33</u>	腦瘤併發神經功能障礙(73)
290 <u>F03-F05</u>	(一) 老年期及初老年期器質性精神病態【限由精神科或神經科專科醫師開具之診斷書並加註專科醫師證號】
293.1 <u>F05</u>	(二) 亞急性譫妄
294 <u>F02、F04、F09</u>	(三) 其他器質性精神病態
295 <u>F20、F21、F25</u>	(四) 思覺失調症
296 <u>F30-F39</u>	(五) 情感性精神病
297 <u>F22、F23、F24</u>	(六) 妄想狀態
299 <u>F84</u>	(七) 源自兒童期之精神病
小兒麻痺、腦性麻痺所引起之神經、肌肉、骨骼、肺臟等之併發症者(其身心障礙等級在中度以上者)。	
045.1 <u>A80</u>	(一) 急性脊髓灰白質炎併有其他麻痺者
343 <u>G80</u>	(二) 嬰兒腦性麻痺
344+138 <u>G82-G83+B91</u>	(三) 其他麻痺性徵候群(急性脊髓灰白質炎之後期影響併有提及麻痺性徵候群)
358.0	重症肌無力症

icd - 0 10	中文病名
<u>G70</u>	
脊髓損傷或病變所引起之神經、肌肉、皮膚、骨骼、心肺、泌尿及腸胃等之併發症者（其身心障礙等級在中度以上者）	
806 <u>S14.1+S12.0~S12.6,</u> <u>S24.1+S22.0,</u> <u>S34.1+S22.0~S32.0</u>	（一）脊柱骨折，伴有脊髓病灶
952 <u>S14.1、S24.1、S34.1</u>	（二）無明顯脊椎損傷之脊髓傷害
336 <u>G95</u>	（三）其他脊髓病變
急性腦血管疾病	
430 <u>I60</u>	（一）蜘蛛膜下腔出血
431、432 <u>I61、I62</u>	（二）腦內出血
433、434 <u>I65、I66、I63</u>	（三）腦梗塞
435-437 <u>G45、G46、I67</u>	（四）其他腦血管疾病
345 <u>G40</u>	癲癇
332 <u>G20、G21</u>	巴金森病
334 <u>G11、G94</u>	脊髓小腦症
851 <u>S019、S063</u>	腦裂傷及挫傷
852 <u>S019、S064-S066</u>	受傷後之蜘蛛網膜下、硬腦膜下及硬腦膜外出血
950 <u>S0401-S0404</u>	視神經及神經徑之損傷
953 <u>S142、S143、S242、S342、S344</u>	神經根級脊神經叢之損傷
954 <u>S145、S243、S244、S248、S249、S345、S346、S348、S349</u>	肩及骨盆以外之軀幹神經損傷
955 <u>S440-S445、S448-S449、S540-S543、</u>	肩及上肢末梢神經之損傷

icd - 9 <u>10</u>	中文病名
<u>S548-S549</u> 、 <u>S640-S644</u> 、 <u>S648-S649</u>	
956 <u>S740-S742</u> 、 <u>S748-S749</u> 、 <u>S840-S842</u> 、 <u>S848-S849</u> 、 <u>S940-S943</u> 、 <u>S948-S949</u>	骨盆及下肢末梢神經損傷

附表 4.5.2 複雜性傷科適應症

ICD 9 <u>10</u>	中文病名
71110 <u>M02.39</u>	雷特病之關節病變及有關病態，多處部位
71120 <u>M35.2</u>	畢賽徵候群之關節病變，多處部位
71630 <u>M13.89</u>	更年期關節炎，多處部位
71650 <u>M13.0</u>	未明示之多發性關節病變或多發性關節炎，多處部位
71680 <u>M12.89</u>	其他明示之關節病變，多處部位
71690 <u>M12.9</u>	未明示之關節病變，多處部位
71800 <u>M24.10</u>	關節軟骨疾患，多處部位
71840 <u>M24.50</u>	關節緊縮，多處部位
71850 <u>M24.60</u>	關節粘連，多處部位
71880 <u>M24.80</u>	其他關節障礙，他處未歸類，多處部位
71890 <u>M24.9</u>	未明示之關節障礙，多處部位
71030 <u>M12.39</u>	復發性風濕，多處部位
71040 <u>M25.50</u>	關節痛，多處部位
71050 <u>M25.60</u>	關節僵直，他處未歸類者，多處部位
71070 <u>R26.2</u>	行走障礙，多處部位

ICD910	中文病名
71000 <u>M25. 9</u>	未明示之關節疾患，多處部位
7338 <u>(S42、S52、S62、S72、S82、S92)+第 7 位碼 P、Q、R</u>	癒合不良及不癒合之骨折
73381 <u>(S42、S52、S62、S72、S82、S92)+第 7 位碼 P、Q、R</u>	癒合不良之骨折
73382 <u>(S42、S52、S62、S72、S82、S92)+第 7 位碼 P、Q、R</u>	不癒合之骨折
8000-8004 <u>S02. 0+S06</u>	顱骨穹窿骨折
80100-80140 <u>S02. 1+S06</u>	顱骨底部骨折
802. 0 及 802. 2 <u>S02. 2、S02. 6</u>	臉骨骨折
8024 <u>S02. 4</u>	顴骨及上頷骨骨折，閉鎖性
8026 <u>S02. 3</u>	眶底閉鎖性骨折
8028 <u>S02. 8-S02. 9</u>	其他顏面骨閉鎖性骨折
8030-8034 <u>S02. 8-S02. 9+S06</u>	其他及性質不明之顱骨骨折
8040-8044 <u>S02. 9+S06</u>	多處骨折，侵及顱骨或顏面骨者
80500-80508 <u>S12. 0~S12. 9</u>	脊柱骨折，閉鎖性
8060 及 8062 <u>S14. 1、S24. 1</u>	頸椎骨折，閉鎖性，
8064 <u>S34. 1</u>	腰椎骨折，閉鎖性
8066 <u>S34. 1</u>	骶骨及尾骨骨折，閉鎖性
8068 <u>S14. 1</u>	未明示之脊柱骨折，閉鎖性
8070 <u>S22. 3~S22. 4</u>	肋骨閉鎖性骨折
8072 <u>S22. 2</u>	胸骨閉鎖性骨折
8074 <u>S22. 5</u>	連枷胸（多條肋骨塌陷性骨折）
8075 <u>S12. 9</u>	喉部及氣管閉鎖性骨折

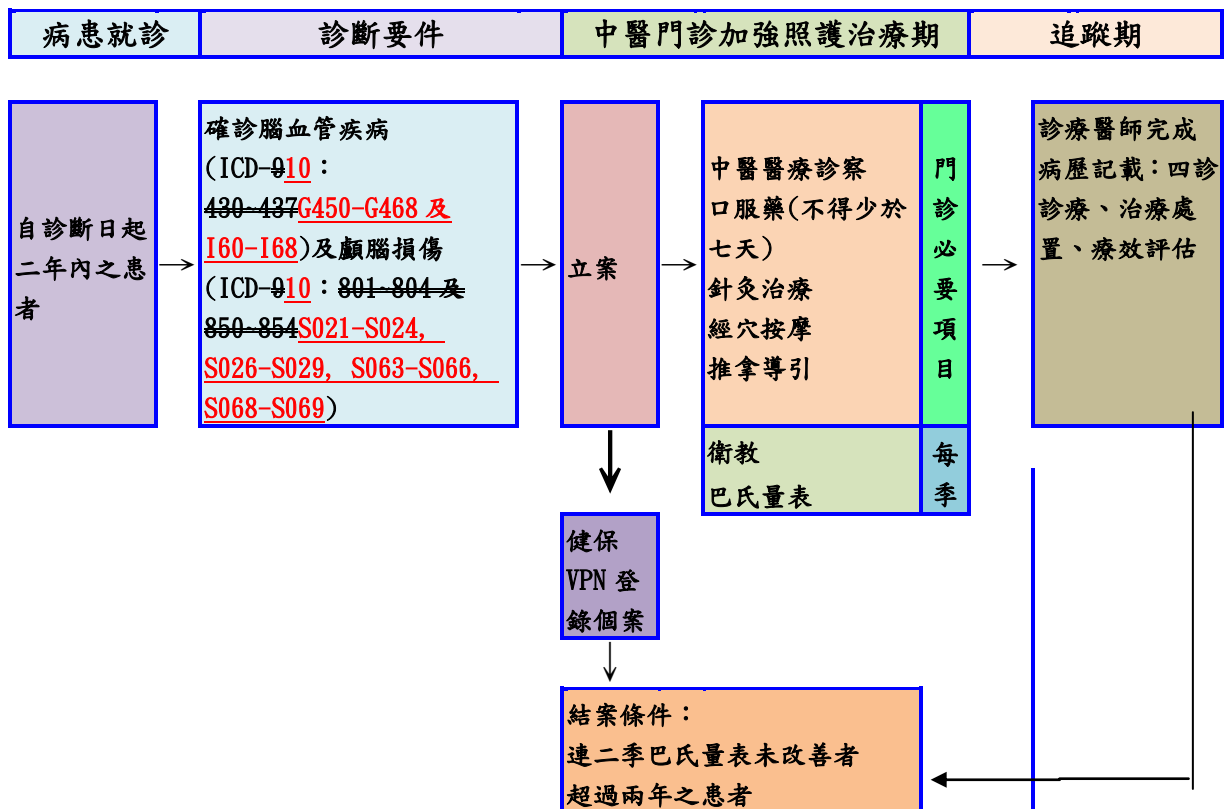
ICD10	中文病名
808.0 <u>S32.3~S32.9</u>	骨盆骨折
8080 <u>S32.4</u>	髌臼閉鎖性骨折
8082 <u>S32.5</u>	恥骨閉鎖性骨折
8084-80843 <u>S32.3、S32.6、 S32.810A~S32.811A</u>	骨盆其他明示部位之閉鎖性骨折
80840 <u>S32.89XA</u>	骨盆之其他骨折，閉鎖性
809.0 <u>S22.9</u>	診斷欠明之軀幹骨骨折
8090 <u>S22.9XXA</u>	軀幹骨骨折，閉鎖性
81000-81003 <u>S42.001A~S42.036A</u>	鎖骨閉鎖性骨折
81100-81103 <u>S42.101A~S42.199A</u>	肩胛骨骨折
81109 <u>S42.113A、S42.116A</u>	其他之肩胛骨骨折，閉鎖性
81200-81209 <u>S42.201A~S42.296A</u>	肱骨上端閉鎖性骨折
8122 <u>S42.301A~S42.399A</u>	肱骨骨幹或未明示部位之閉鎖性骨折
8124 <u>S42.1~S42.4</u>	肱骨下端骨折，閉鎖性
81241-81249 <u>S42.101A~S42.496A</u>	肱骨踝上骨折，閉鎖性
81300-81308 <u>S52.101A~S52.189A</u>	橈骨及尺骨上端閉鎖性骨折
8132-81323 <u>S52.201A~S52.399A</u>	橈骨及尺骨骨幹閉鎖性骨折
8134-81344 <u>S52.501A~S52.699A</u>	橈骨及尺骨下端閉鎖性骨折
8138-81383 <u>S52.90XA~S52.92XA</u>	橈骨及尺骨之閉鎖性骨折
81400-81409 <u>S62.001A~S62.186A</u>	腕骨骨折
81500-81509 <u>S62.201A~S62.399A</u>	掌骨骨折
81600-81603 <u>S62.501A~S62.669A</u>	一個或多個手指骨骨折
8170	手骨之多處閉鎖性骨折

ICD910	中文病名
<u>S62. 90XA~S62. 92XA</u>	
8100 <u>S42. 90XA~S42. 92XA 、</u> <u>S52. 90XA~S52. 92XA 、</u> <u>S22. 20XA 、S22. 39XA 、</u> <u>S22. 49XA</u>	多發性骨折，侵及兩側上肢及上肢與肋骨和胸骨者，閉鎖性
82000-82009 <u>S72. 001A~S72. 099A</u>	股骨頸骨折
8202-82022 <u>S72. 101A~S72. 26XA</u>	經由粗隆之骨折，閉鎖性
8208 <u>S72. 001A~S72. 009A</u>	未明示部位之股骨頸骨折，閉鎖性
8210-82129 <u>S72. 301A~S72. 499A</u>	股骨骨折，閉鎖性
8220 <u>S82. 001A~S82. 099A</u>	閉鎖性髕骨之骨折
8230-82302 <u>S82. 101A~S82. 199A</u>	脛骨與腓骨之上端閉鎖性骨折
8232 <u>S82. 201A~S82. 299A 、</u> <u>S82. 401A~S82. 499A</u>	脛骨與腓骨幹之閉鎖性骨折
82320 <u>S82. 201A~S82. 299A</u>	僅脛骨幹閉鎖性骨折
82321 <u>S82. 401A~S82. 499A</u>	僅腓骨幹閉鎖性骨折
82322 <u>S82. 201A~S82. 299A+S82. 401A~S82. 499A</u>	脛骨與腓骨幹之閉鎖性骨折
8238 <u>S82. 201A~S82. 209A 、</u> <u>S82. 401A~S82. 409A</u>	脛骨與腓骨未明示部位之閉鎖性骨折
82380 <u>S82. 201A~S82. 209A</u>	僅脛骨未明示部位之閉鎖性骨折
82381 <u>S82. 401A~S82. 409A</u>	僅腓骨未明示部位之閉鎖性骨折
82382 <u>S82. 201A~S82. 209A+S82. 401A~S82. 409A</u>	脛骨與腓骨未明示部位之閉鎖性骨折
8240-8248 <u>S82. 51XA~S82. 66XA</u>	閉鎖性踝骨折
8250 <u>S92. 001A~S92. 066A</u>	閉鎖性跟骨骨折
8252-82529 <u>S92. 101A~S92. 56XA</u>	其他跗骨及蹠骨之骨折，閉鎖性

ICD10	中文病名
8260 <u>S92.401A-S92.919A</u>	閉鎖性一個或多個腳趾骨骨折
8270 <u>S82.90XA-S82.92XA</u>	閉鎖性下肢之其他多處及診斷欠明之骨折
8280 <u>T07</u>	閉鎖性多處骨折，侵及兩側下肢，下與上肢及下肢與肋骨和胸骨者
8290 <u>T14.8</u>	閉鎖性未明示部位之骨折
8310-S320-S330-S340-S350-S360-S363-S365-S370-S380-S390-S392-S394-S396 <u>S43.0-S43.3、</u> <u>S53.0-S53.1、S63.0、</u> <u>S63.1-S63.2、S73.0、</u> <u>S83.21-S83.24、</u> <u>S83.001A-S83.096A、</u> <u>S83.101A-S83.196A、</u> <u>S93.0、S93.3、</u> <u>S13.1-S13.2、</u> <u>S33.1-S33.3、</u> <u>S23.1-S23.2、S43.2、</u> <u>S33.30XA-S33.39XA</u>	脫臼
0228 <u>T14.8</u>	軀幹多處挫傷
0238 <u>S40.019A</u>	上肢多處挫傷
0244 <u>S70.10XA-S70.12XA、</u> <u>S80.10XA-S80.12XA</u>	下肢多處挫傷
0248 <u>T14.8</u>	下肢挫傷及其他與未明示位置之挫傷，多處位置挫傷，他處未歸類者
02700 <u>S47</u>	肩及上臂多處位置壓砸傷
0278 <u>S47</u>	上肢多處位置壓砸傷
0288 <u>S77.0、S77.1、S87.0、</u> <u>S87.8、S97.0、S97.1、S97.8</u>	下肢多處壓砸傷
0290 <u>S77.2</u>	多處及未明示位置之壓砸傷
0290 <u>S77.20XA</u>	多處位置壓砸傷，他處未歸類者
0050 <u>S02+第7位碼S</u>	顱骨及面骨骨折之後期影響
0051	脊柱及軀幹骨折之後期影響，未提及脊髓病灶者

ICD-10	中文病名
(S12.9、S22.0、S22.9、S32.9)+第7位碼S	
0052 S42.2~S42.9、S52.9、S62.9	上肢骨折後期影響
0053 S72.0~S72.2+第7位碼S	股骨頸骨折後期影響
0054 (S72.3~S72.4、S82.0~S82.6、S82.9、S92.0~S92.9)+第7位碼S	下肢骨折後期影響
0055 T07	多處及未明示骨折之後期影響
0056 S030-S031、S130-S132、S230-S232、S330-S333、S430-S433、S530-S531、S630-S632、S730、S830、S831、S930、S931、S933	脫臼之後期影響
0508 T07	其他明示位置之損傷，包括多處

附表 4.9.1 標準作業流程 **腦血管疾病及顱腦損傷門診加強照護**



第六部 論病例計酬

通則：

- 一、當主診斷及主手術(或處置)碼為本部各章節所列 ICD-9-CM 診斷碼及手術(或處置)碼時，依本部各章節所訂支付點數或相關規定申報費用。
- 二、本部各章節所訂診療項目分為基本診療項目、選擇性診療項目二部份，基本診療項目之實施需達所訂基本診療項目之 65%(以四捨五入取至整數位)，選擇性診療項目(或其他診療項目)若為診療必須仍應施行，惟其費用已包含於定額中不得另行申報費用。
- 三、個案出院時應符合本部各章所訂出院狀態。
- 四、申報費用時須詳填國際疾病臨床修訂號碼，包括診斷碼及手術(或處置)碼，若有其他合併症時應詳填次診斷、次手術(或處置)碼。
- 五、本部各章節所訂點數中，已包含病房費、診察費、藥事服務費、藥品費、各項檢查及治療處置費、注射費、麻醉費、手術費、一般材料費及特殊材料費等健保支付標準所訂相關費用。
- 六、本部各章節所訂項目，若未依規定完成治療，保險對象即因故出院者，整筆醫療費用應按實際醫療費用申報。
- 七、本部各章節所述「實際醫療費用」應以本部以外其他各章節所訂點數計算。
- 八、本部各章節中基本診療項目列有執行次數，每項目執行一次即視為完成，惟醫令項目之執行未依規定達 65%時，以「所訂全部項目中未執行項目×其個別執行次數」為核減項次。
- 九、本部各章節中基本診療項目中有※者為必要執行項目，若未執行，整筆醫療費用不予給付。
- 十、各章節中若術前、術中或術後列有相同項目時，視為一項，其執行次數為二者之合計。
- 十一、本部各章節列有「得核實申報上限點數」及「得核實申報個案數比率」，其中「得核實申報上限點數」係指各醫療院所該項手術案件中，其有次診斷或次手術(或處置)而致實際醫療費用在所列之點數以上者，得按實際醫療費用申報；「得核實申報個案數比率」係指依前述規定核實申報之個案數不得超過各醫療院所當月份該項手術個案數之比率。
- 十二、本部各章節所訂項目，若有公認新療法或公認新手術方式，醫療院所應檢具相關成本資料向保險人提出申請，由保險人評估後先行訂定申報項目，供特約醫療院所適用，俟彙集項目及完整資料後，再另依全民健康保險法第四十一條辦理。
- 十三、若特約醫療院所計算得核實申報個案數未達一個案例時，得有一個案例核實申報，惟應同時符合申報上限點數之規定。
- 十四、特約醫療院所門診論病例計酬案件釋出處方者，應扣除釋出處方之藥費及藥事服務費後申報。
- 十五、本部各章節所訂項目執行率為百分之百之診療項目(例如第二部第一章病房費、診察費、藥事服務費等，以及本部之必要診療項目)之支付點數有異動時，依上述診療項目計算前後點數差額，配合調整本部定額支付點數及核實申報上限點數，其中第二部第一章項目次數，依本標準所列各論病例計酬平均住院日數計算；必要診療項目次數，則依本部各診療項目要求表所列次數計算。
- 十六、已導入全民健康保險住院診斷關聯群(Taiwan Diagnosis Related Groups, Tw-DRGs)之論病例計酬項目，適用 Tw-DRGs 之醫院應以 Tw-DRGs 支付標準申報。

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，剖腹生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、陰道生產案件中其主診斷碼為：

~~641.01~641.11~641.21~641.31~641.81~641.91~642.01~642.02~642.11~642.12~642.21~642.22~642.31~642.41~642.42~642.51~642.52~642.61~642.62~642.71~642.72~642.81~642.91~642.92~643.01~643.11~643.21~643.81~643.91~644.21~647.01~647.02~647.11~647.12~647.21~647.22~647.31~647.32~647.41~647.42~647.51~647.52~647.61~647.62~647.81~647.82~647.91~647.92~648.01~648.02~648.51~648.52~648.61~648.62~648.81~654.51~658.10~658.11~658.20~658.21~659.21~659.31~666.12~666.22~666.32~667.02~667.12~668.01~668.02~668.11~668.12~668.21~668.22~668.81~668.82~668.91~668.92~669.11~669.12~669.32~669.41~669.42~670.02~671.31~671.42~671.51~671.52~672.02~673.01~673.02~673.11~673.12~673.21~673.22~673.31~673.32~673.81~673.82~674.01~674.02~674.12~674.22~674.32~674.82~675.01~675.02~675.11~675.12~675.21~675.22~~ 044.01~044.03、044.10~044.13、045.001~045.93、046.001~046.099、046.8X1~046.8X9、046.90~046.93、010.011~010.02、010.03、010.411~010.42，

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。

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、剖腹產案件中其主診斷為 ~~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~~ 044.10~044.13、045.001~045.93、010.011~010.03、010.411~010.42、010.111~01032、013.1~013.9、014.00~014.03、014.10~014.13、015.00~015.1、011.1~011.9、016.1~016.9、021.0、021.1、021.2、021.8、021.9、060.10X0~060.14X9、024.311~024.32、

024.420~024.429、099.814、034.30~034.33、042.00~042.02、042.90~042.919、042.10~042.12，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。

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. 國際疾病分類臨床修正代碼：主手術(或處置)碼： 72.XX、73.XX <u>10D07Z3~10D07Z8、</u> <u>10900ZC~10908ZC、0U7C7ZZ、10S07ZZ~10S0XZZ、</u> <u>10D07Z7、10J07ZZ、3E030VJ~3E063VJ、10E0XZZ、</u> <u>0W8NXZZ、10907ZA、10908ZA、10A07ZZ、10A08ZZ、</u> <u>10S0XZZ+ 10E0XZZ、0U7C7ZZ+10E0XZZ、</u> <u>0Q820ZZ~0Q834ZZ+10E0XZZ、10D07Z8</u>	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℃ 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. 國際疾病分類臨床修正代碼：主手術(或處置)碼： 74.0~74.1~74.2~74.4 <u>10D00Z0、10D00Z1、10D00Z2</u>		V				30,570

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
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 (1)體溫低於 37.7℃ 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. 國際疾病分類臨床修正代碼：主手術(或處置)碼： 74.0~74.1~74.2~74.4 <u>10D00Z0、10D00Z1、10D00Z2</u>		V				15,669
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. 國際疾病分類臨床修正代碼：主手術(或處置)碼： 72.XX~73.XX <u>10D07Z3~10D07Z8、</u> <u>10900ZC~10908ZC、0U7C7ZZ、10S07ZZ~10S0XZZ、</u> <u>10D07Z7、10J07ZZ、3E030VJ~3E063VJ、10E0XZZ、</u> <u>0W8NXZZ、10907ZA、10908ZA、10A07ZZ、</u> <u>10A08ZZ、10S0XZZ+ 10E0XZZ、</u> <u>0U7C7ZZ+10E0XZZ、0Q820ZZ~0Q834ZZ+10E0XZZ、</u> <u>10D07Z8</u>		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. 國際疾病分類臨床修正代碼： 主手術(或處置)碼： 68.20、68.20+68.12 <u>0U590ZZ、0UB90ZZ、0U598ZZ、0UB98ZZ</u> 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. 國際疾病分類臨床修正代碼： 主診斷碼：633.1 <u>000.1</u> 主手術(或處置)碼： 66.01、66.62、66.02 <u>0U950ZZ、0U960ZZ、0U970ZZ、10T20ZZ+0UB50ZZ、10T20ZZ+ 0UB60ZZ</u> 4. 西醫基層申報限設置有門診手術室及觀察病床者。	V				37,624
97022B	子宮完全切除術(住院) 註：1. 診療項目要求表(詳附表 6.2.3) (1)基本診療項目		V			52,991

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	(2)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. 國際疾病分類臨床修正代碼： 主手術(或處置)碼： 68.4、68.50 <u>OUT90ZZ+OUTC4ZZ、OUT97ZZ+OUTC7ZZ</u>					
97027C	次全子宮切除術(住院) 註：1. 診療項目要求表(詳附表 6.2.4) (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. 國際疾病分類臨床修正代碼： 主手術(或處置)碼： 68.3 <u>OUB90ZZ</u>	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℃ (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. 國際疾病分類臨床修正代碼： 主手術(或處置)碼： 65.22、65.29、65.30、65.40、65.51、 65.52、65.61、65.62 <u>0UB00ZZ、0UB10ZZ、0UB20ZZ、</u> <u>0U500ZZ、0U510ZZ、0U520ZZ、0UB50ZZ、0UB60ZZ、0UT20ZZ、</u> <u>0UT00ZZ、0UT10ZZ、0UT20ZZ+0UT70ZZ、</u> <u>0UT00ZZ+0UT50ZZ、0UT10ZZ+0UT60ZZ</u>		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℃ (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. 國際疾病分類臨床修正代碼： 主手術(或處置)碼： 68.51、(68.4+54.21) <u>OUT9FZZ+OUTC4ZZ、</u> <u>OUT94ZZ+OUTC4ZZ</u>		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
97044C	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） (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. 國際疾病分類臨床修正代碼： 主手術（或處置）碼： 65.24、65.25、65.31、65.41、65.53、65.54、65.63、 65.64 <u>0UB04ZZ、0UB14ZZ、0UB24ZZ、0U504ZZ、0U514ZZ、</u> <u>0U524ZZ、0UB04ZZ、0UB14ZZ、0UB24ZZ、0UT04ZZ、</u> <u>0UT14ZZ、0UT04ZZ+0UT54ZZ、0UT14ZZ+0UT64ZZ、</u> <u>0UT24ZZ、0UT04ZZ、0UT14ZZ、0UT24ZZ+0UT74ZZ、</u> <u>0UT04ZZ+0UT54ZZ、0UT14ZZ+0UT64ZZ</u> 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				64,751
97047C	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） (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. 國際疾病分類臨床修正代碼： 主診斷碼：633.0、633.1、633.2、633.8、633.9 <u>000.0、</u> <u>000.1、000.2、000.8、000.9</u> 主手術（或處置）碼： (66.01、66.62、74.3、66.02)+54.21 或 54.51 <u>0U954ZZ、</u> <u>0U964ZZ、0U974ZZ、10T24ZZ+0UB54ZZ、</u> <u>10T24ZZ+0UB64ZZ、10T24ZZ+0UB74ZZ、10T24ZZ、</u> <u>0U954ZZ+0DNW4ZZ、0U964ZZ+0DNW4ZZ、0U974ZZ</u> <u>+0DNW4ZZ、10T24ZZ+0UB54ZZ+0DNW4ZZ、</u> <u>10T24ZZ+0UB64ZZ+0DNW4ZZ、</u> <u>10T24ZZ+0UB74ZZ+0DNW4ZZ、10T24ZZ+0DNW4ZZ</u> 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				58,530

第三章 一般外科

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
97220K	股及腹股溝疝氣手術(AGE>1, 單側)(門診)				V	28,441
97221A	註：1. 診療項目要求表(詳附表 6.3.5)			V		27,911
97222B	(1)基本診療項目		V			27,689
97223C	(2)選擇性診療項目	V				27,067
	2. 國際疾病分類臨床修正代碼： 主手術(或處置)碼： 53.00~53.01~53.02~53.20 <u>0YQ50ZZ、0YQ60ZZ、0YQ70ZZ、0YQ80ZZ</u>					
97224P	股及腹股溝疝氣手術(AGE<1, 單側)(門診)	V				23,896
	註：1. 診療項目要求表(詳附表 6.3.5)					
	(1)基本診療項目					
	(2)選擇性診療項目					
	2. 國際疾病分類臨床修正代碼： 主手術(或處置)碼： 53.00~53.01~53.02~53.20 <u>0YQ50ZZ、0YQ60ZZ、0YQ70ZZ、0YQ80ZZ</u>					
	3. 限由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。					

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	註：1. 診療項目要求表(詳附表 6.4.2)		V			45,245
	(1)基本診療項目					
	(2)選擇性診療項目					
	2. 國際疾病分類臨床修正代碼： 主診斷碼： 274.11~502.X <u>N20.0、N20.0~N20.9</u> 主手術(或處置)碼： 98.51 <u>0TF3XZZ、0TF4XZZ、0TF6XZZ、0TF7XZZ、0TFBXZZ、0TFXZZ、0WFRXZZ</u>					

第六章眼科

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
97605K 97606A 97607B 97608C	水晶體囊內(外)摘除術及人工水晶體置入術(單側)(門診) 註：1. 診療項目要求表(詳附表 6.6.2) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2. 國際疾病分類臨床修正代碼：主手術(或處置)碼： (13.11、13.19、13.2、13.3、13.41、13.42、13.43、13.51、13.59)+13.71 <u>08DJ3ZZ+08RJ3JZ、08DK3ZZ+08RK3JZ</u>	V	V	V	V	20,669 20,669 20,667 20,665

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 97717A 97718B	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. 國際疾病分類臨床修正代碼： 主診斷碼及主手術(或處置)碼： 詳附表 6.7.0 <u>3. 主要合併症或併發症診斷碼(詳附表 6.7.5)</u>		V	V	V	15,544 15,411 15,533

附表 6.7.0 耳鼻喉科項目之國際疾病分類修正代碼

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 140、140.0、160.0、161.0、165.0、165.0 <u>C00-C14.8、C30.0-C33、C39.0、C76.0</u> 及次診斷與主診斷之關係不符附錄一表列者，不適用本項目。 3. 惟次診斷與主診斷之關係若符合附錄 7.2 表列者，則該案件仍屬於本項目。	30.01、30.00、30.22)+31.42 <u>0C9S8ZZ、0C5S8ZZ、0C5T8ZZ、0C5V8ZZ、0CBT8ZZ、0CBV8ZZ</u>	-	主處置碼排除 20.08 <u>09HD06Z、09HE06Z、09HD06Z+、09PD0SZ、09HE06Z+、09PD0SZ</u>

第八部 品質支付服務

第二章 糖尿病

通則：

一、參與資格：

申報本章費用之醫事機構須組成照護團隊，醫事人員並經縣市共同照護網認證後向保險人之分區業務組申請同意。

(一) 第一階段照護：

1. 團隊醫事人員資格如下：醫師、護理衛教及營養衛教之專業人員須經各縣市糖尿病共同照護網認證合格，地區醫院及基層院所之護理衛教及營養衛教人員，得依相關法規規定以共聘或支援方式辦理。地區醫院及基層院所團隊醫事人員可為醫師加另一專業人員執行(可包括護理師、營養師、藥師)，惟團隊仍需取得各縣市糖尿病共同照護網醫師、護理衛教及營養衛教認證合格。
2. 上述參與資格如主管機關有最新規定，從其規定。

(二) 第二階段照護

個案完整申報新收案(P1407C) 1 次、追蹤(P1408C)至少 5 次、年度評估(P1409C)至少 2 次後，另得視病情需要進行衛教服務，申報第二階段照護項目。

1. 醫事人員資格如下：限內科、兒科、家醫科、新陳代謝、內分泌、心臟、腎臟專科醫師。除新陳代謝、內分泌、心臟、腎臟專科醫師及原第一階段照護醫師，其他專科醫師需接受中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國糖尿病學會、中華民國糖尿病衛教學會、台灣醫療繼續教育推廣學會或國民健康署公布之糖尿病健康促進機構所主辦之糖尿病相關課程 8 小時，並取得證明。
2. 限參與第一階段照護之醫事機構方能提供第二階段照護，第二階段照護醫師名單，醫事機構須向保險人各分區業務組申請同意。另第一階段照護醫師第一、二階段照護皆可執行。

(三) 申報本章費用之醫師，第一階段其當季個案追蹤率小於 20%者(指前一季已收案之個案中，於本季完成追蹤者)，經輔導未改善，自保險人文到日之次月起，一年內不得再申報本章之相關費用(P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C)。

二、收案對象：

- (一) 最近九十天曾在該院所診斷為糖尿病 (~~ICD-9-CM 前二碼為 250~~ ICD-10-CM 前三碼為 E08) 至少同院所就醫達二次(含)以上者，才可收案，惟當次收案須以主診斷【門診醫療費用點數申報格式點數清單段之國際疾病分類碼(一)】收案。
 - (二) 同一院所經結案對象 1 年內不得再收案，但院所仍可依本支付標準申報相關醫療費用。
 - (三) 參與方案院所新收案對象，經保險人健保資訊網服務系統(VPN)查詢，若已被其他院所收案照護中(1 年內仍有追蹤紀錄)，不得收案。
 - (四) 收案前需與病人解釋本方案之目的及需病人配合定期回診等事項，並發給相關文宣資料。
 - (五) 結案條件：
 1. 可歸因於個案者，如失聯超過三個月、拒絕再接受治療等。
 2. 經醫師評估已可自行照護者。
 3. 個案未執行本方案管理照護超過 1 年者。
- 三、品質資訊之登錄及監測：特約醫療院所應依保險人規定內容(如附表四)，登錄相關品質資訊。

四、醫療費用審查：

(一) 申報原則：

1. 醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。
2. 門診及住院醫療服務點數清單及醫令清單填表說明
 - (1) 屬本方案收案之保險對象，其就診當次符合申報 P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C 者，於申報費用時，門診醫療費用點數申報格式點數清單段之案件分類應填『E1』、特定治療項目代號(一)應填『E4』；住院醫療服務點數申報格式點數清單段之給付類別則填寫「C」。未符合申報上述醫令者，依一般費用申報原則辦理。
 - (2) 申報方式：併當月份送核費用申報。

(二) 審查原則

1. 未依保險人規定內容登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付該筆管理照護費並依相關規定辦理；另該筆疾病管理費被核刪後不得再申報。
2. 糖化血色素(HbA1C)及低密度脂蛋白(LDL)之任一病患檢驗值經保險人審查發現登載不實，將取消該年度之品質獎勵措施資格，並追扣該年度已核發之品質獎勵點數。如連續二年經保險人審查發現登載不實，自保險人文到日之次月起，二年內不得再申報本章費用。

五、品質獎勵措施：

(一) 門檻指標：以申報本章費用之醫師為計算獎勵之單位，符合下列門檻指標目標值之醫師，方可進入品質獎勵之評比對象。

1. 新收案率：

- 定義：指當年度符合收案條件(最近 90 天曾在該院所診斷為糖尿病 (ICD-9-CM 前三碼為 250) 同院所就醫達 2 次(含)以上之病人)中，排除已被其他醫師收案且未結案或前曾經自己收案的人數後，新被收案的比率。
- 門檻目標值：醫師新收案率須 $\geq 30\%$ 以上，限第一階段照護醫師有申報新收案 P1407C 者。

2. 收案人數 ≥ 50 人。

(二) 品質加成指標

1. 個案完整追蹤率：

➢ 定義：

- (1) 分母：當年度該院所由該醫師收案之所有個案當中，排除第 4 季新收案之人數。
- (2) 分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之個案當中，於當年度該院所完成下列條件者，視為達成追蹤。
 - A. 已申報年度評估者 (P1409C 或 P1411C)，其申報當年度追蹤管理(P1408C 或 P1410C)次數達 3 次者。
 - B. 已申報新收案者 (P1407C)，視申報新收案之季別，完成下列追蹤管理次數者，視為達成追蹤。
 - a. 如為第 1 季申報新收案，其當年度追蹤管理+年度評估次數達 3 次者。
 - b. 如為第 2 季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達 2 次者。
 - c. 如為第 3 季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達 1 次者。
- (3) 當年度同時申報新收案 (P1407C) 及年度評估 (P1409C 或 P1411C) 者，以申報新收案 (P1407C) 之季別，依第(2)項之 B 原則辦理。

2. HbA1C<7.0%比率(HbA1C 控制良好率)

➤ 定義：

(1)分母：當年度該院所由該醫師收案之所有個案當中之完成當年度追蹤管理及年度評估次數，排除第4季新收案個案。

(2)分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之收案當中，其 HbA1C<7.0%之次數比率。

3. HbA1C>9.0%比率(HbA1C 不良率)

➤ 定義：

(1)分母：當年度該院所由該醫師收案之所有收案當中之完成當年度追蹤管理及年度評估次數，排除第4季新收案個案。

(2)分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之收案當中，其 HbA1C>9.0%之次數比率。

4. LDL>130mg/dl 比率(LDL 不良率)

➤ 定義：(註：LDL 值係指年度評估之登錄值)

(1)分母：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人次。

(2)分子：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人次中，其 LDL>130mg/dl 之次數比率。

註：配合第二階段照護，年度評估者計算包含 P1409C 或 P1411C，追蹤管理計算包含 P1408C 或 P1410C。

5. LDL<100mg/dl 比率(LDL 良率)

➤ 定義：(註：LDL 值係指年度評估之登錄值)

(1)分母：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人次。

(2)分子：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人次中，其 LDL<100mg/dl 之次數比率。

註：配合第二階段照護，年度評估者計算包含 P1409C 或 P1411C，追蹤管理計算包含 P1408C 或 P1410C。

(三) 品質卓越獎

1. 依各醫師新收案率分為2組(以新收案率≤55%及>55%予區分，合計共分為2組)。

2. 各組依上述收案完整追蹤率、HbA1C 控制良好率、HbA1C 不良率、LDL 不良率、LDL 良率等五項指標比率分別排序(收案完整追蹤率、HbA1C 控制良好率及 LDL 良率為由高排至低；HbA1C 不良率及 LDL 不良率為由低排至高)，再將各指標之序別各乘上 1/5 後相加重新排序，取排序總和前 25%之醫師，惟當年度新參與方案之醫師，須於次年方得參與品質獎勵評比，依該醫師所收個案中達成完整追蹤之個案數，每個個案數給予 1,000 點獎勵，當年度新收個案則依完整追蹤季數等比例支付。

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

(四) 品質進步獎

1. 依前一年度之各組個案完整追蹤率、HbA1C 不良率、HbA1C 控制良好率、LDL 不良率及 LDL 良率等五項指標為基準年，計算品質獎勵進步獎，惟醫師需有全曆年之指標為基準年，當得於基準年後之次年參與品質獎勵進步獎之計算(即醫師需有 2 個完整全曆年申報本章費用)。

2. 門檻指標及品質加成指標計算方式同本通則五之(一)(二)規定。

3. 各組依兩年度之 5 項品質指標比率相減，5 項品質指標中均需進步或持平，依該醫師所收個案中達成完整追蹤之個案數，每個個案數給予 500 點獎勵，當年度新收個案則依完整追蹤季數等比例支付，並排除該年度品質卓越獎之得獎醫師。
- (五) 品質進步獎與品質卓越獎，合計整體獎勵金額不得超過當年度糖尿病照護管理費用的 30%。
- 六、本方案之疾病管理照護費用(P1407C、P1408C、P1409C、 P1410C、P1411C) 及相關品質獎勵措施費用來源，由各總額別專款項目支應，保險人並得視費用支付情形，隨時召開會議研議修改本方案之相關內容。
- 七、資訊公開：保險人得公開申報本章之名單及相關品質資訊供民眾參考，其品質獎勵措施，將於保險人全球資訊網公開獲得品質獎勵金前 25% 之院所醫師人數，並於 VPN 系統中公開各組別每項品質指標之百分位 25、50、75 及 100 之指標值與各院所參與醫師門檻指標新收案率 $\geq 30\%$ 及收案人數 ≥ 50 人之醫師各品質指標值，供參與醫師自行查詢與比較。
- 八、符合本章節之個案，若合併其它疾病且分屬保險人本署辦理之不同方案收案對象時，除依本章節支付標準申報外，得再依相關方案申報費用。
- 進入第二階段管理照護一年內不得再申報第一階段管理照護費 P1408C、P1409C。

全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案

99.01.01 第一版實施

100.07.01 第二版修訂

103.06.12 第三版修訂

壹、計畫目的：

- 一、鼓勵醫療院所將財務誘因由量之競爭，逐步轉化為醫療品質之提升。
- 二、鼓勵醫師主動積極介入治療，使思覺失調症患者能固定規則接受治療，提高病患治療之依從性。
- 三、促使醫療院所提高思覺失調症疾病之醫療照護品質，以提昇病患之生活功能與品質、降低社會成本。

貳、計畫目標：醫療照護品質指標項目三年進步率總體達 10%。

參、收案對象：

- 一、領有重大傷病卡之思覺失調症(ICD-10-CM ~~295~~F20, F25)患者。
- 二、排除條件：
 - (一)精神科慢性病房住院中病患。
 - (二)同時領有 2(含)張以上不同疾病之重大傷病卡者。

肆、收案標準：

一、固定就醫病人：

- (一)定義：病患前一年於精神科拿藥 ≥ 8 次，且於特定醫療院所之精神科就醫次數，大於其全年精神科就醫次數 60%。
- (二)收案方式：由全民健康保險保險人（以下稱保險人）分區業務組定期產製名單交給該特定醫療院所收案。

二、未固定就醫病人：

- (一)定義：病患前一年於精神科就醫次數(含門住診)未明顯集中於某特定醫療院所(即固定就醫以外及久未就醫以外之病人)。
- (二)收案方式：由保險人分區業務組定期產製名單交參與本方案醫療院所收案。

三、久未就醫病人：

- (一)定義：病患前一年連續六個月以上無精神科就醫(含門住診)資料者。
- (二)收案方式：由保險人分區業務組定期產製名單交參與本方案醫療院所收案。

伍、結案條件：收案對象有下列情事之一者，於發生日起終止收案。

- 一、死亡。
- 二、入監服刑。
- 三、失聯 2 個月以上(連續 2 個月未於收案醫療院所就診者)。
- 四、因轉診結案。

陸、費用支付方式：

一、確認收案人數

- (一) 固定就醫病人：由參與本方案院所於年度開始前，與保險人分區業務組確認應收案名單；除有正當理由外，需全數收案，不得選擇病患，收案率需 $\geq 80\%$ 。收案院所應按月上傳新收案名單。
- (二) 未固定就醫病人、久未就醫病人：收案院所應按月上傳新收案名單。
- (三) 個案收案月數之計算，收、結案當月均納入計算。

二、病人群組風險校正：

(一) 高風險病人(high risk patient, HRP)：

- 1. 定義：病患前1年曾因下列情形，門、住診就醫次數合計大於3次（不含切帳）者。
 - (1) 以主診斷 ~~295~~F20, F25 入住急性病房者。
 - (2) 或以損傷(含自殺)及中毒(ICD-~~9~~10-CM ~~800-999~~S00-T88, E-CODEV00-Y99)於門、住診就醫者。
- 2. 支付相對風險權值(relative risk):1.5。

(二) 一般病人(general patient, GP)：

- 1. 定義：非屬高風險病人。
- 2. 支付相對風險權值(relative risk):1。

三、費用核付：

- (一) 個案管理照護費：一般病人以每人每年1000點為個案管理照護費支付基準，高風險病人依病人群組相對風險權值加權計算， $1000 \text{ 點} \times 1.5 = 1500 \text{ 點}$ 。

- 1. 基本承作費：以「個案管理照護費」之40%計算，固定就醫病人收案率未達80%者，本項不予支付。

- (1) 自個案收案當月起計算至年底，按一年所占月份數比例支付基本承作費；醫療院所上傳收案名單，由保險人分區業務組依實際情形辦理核付。

- (2) 計算公式=

$$\text{一般病人收案總人月數} / 12 \times \text{個案管理照護費}(1000 \text{ 點}) \times 40\% + \\ \text{高風險病人收案總人月數} / 12 \times \text{個案管理照護費}(1500 \text{ 點}) \times 40\%$$

- 2. 品質獎勵費：以「個案管理照護費」之60%計算。

- (1) 由保險人分區業務組辦理照護品質指標評量，依照醫療院所年度達成情形，於年度結束後核付。
- (2) 醫療院所以上年度自身基礎值為比較基礎，各項品質指標依一般病

人組及高風險病人組分別計算及獎勵。

- (3) 目標權值達成度 $\geq 60\%$ 始可獎勵，獎勵金額依照目標權值達成度，給予品質獎勵費之 60%、80%、100%獎勵。計算公式=一般病人數*個案管理照護費(1000 點)*60%*一般病人目標權值達成度 +高風險病人數*個案管理照護費(1500 點)*60%*高風險病人目標權值達成度
照護品質評量之指標項目、目標值及權值如附表 1。

- (二)發現費:為鼓勵早期介入，早期治療，以避免發病或減緩發病之嚴重度，且能輔導未規則就醫者積極尋求醫療協助，收案對象屬未固定就醫或久未就醫者，每一個案增加支付發現費 500 點，每一個案每一院所支付以一次為限，且跨院所不得重複收案。

- (三)上開費用核付作業，不併醫療費用申報，由保險人分區業務組依計畫執行結果核定金額後，於追扣補付系統辦理帳務處理。

柒、計畫申請方式:

參與本方案之醫療院所應檢附計畫書向保險人分區業務組提出申請，經保險人分區業務組同意後實施。

捌、經費來源:

於醫院總額及西醫基層總額之專款項目「醫療給付改善方案」項下支應，如施行結果超過該專款預算數時，採點值浮動方式處理。

- 玖、參與本方案之醫療院所應成立專責窗口，負責接收收案名單及連繫等相關事宜，院方應依個人資料保護法之規定，負保險對象資料保密之責。

拾、績效評估:

參與本方案之醫療院所全年醫療照護品質指標執行結果，於次年 2 月份時進行總評，各參與院所全年品質指標權值達成度需 $\geq 40\%$ 。未達成之院所應提改善計畫，由所屬保險人分區業務組據以評量其是否得以續辦之資格。

全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫

一、依據：

各年度全民健康保險醫療給付費用總額之協議結果。

二、目的：

- (一)針對住院中之腦血管疾病及顱腦損傷患者，藉由具文獻依據之中醫輔助醫療介入措施，期使達到病患神經學功能進步、日常生活能力改善、生活品質提昇，併縮短住院天數，降低醫療費用支出的目的。
- (二)希望透過中西醫結合的治療方式，將腫瘤患者經手術、放化療後常出現的腸胃不適、眩暈、落髮，以及療程中常出現的口乾、口腔潰瘍、便秘、腹瀉、張口困難等症狀減輕到最低，讓患者能順利完成整個西醫療程，發揮最大療效；尤其對末期患者所出現的惡病質，諸如體重減輕，食慾不振，精神萎靡等不適，以及癌性疼痛問題，透過中醫的體質調理，提升患者的生活品質。

三、施行期間：自公告日起至103年12月31日止。

四、適用範圍：

(一)腦血管疾病(ICD-~~9~~10：430-437G450-G468及I60-I68)及顱腦損傷(ICD-~~9~~10：801-804及850-854S021-S024, S026-S029, S063-S066, S068-S069)自診斷日起三個月內之住院病患，需中醫輔助醫療協助者。

(二)需中醫輔助醫療之腫瘤住院患者。

五、預算來源：全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫」專款項目。

六、申請資格：

- (一)設有中醫門診之醫院，申請參與本計畫之醫師需個人執業滿三年以上，並參加中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)所辦理講習會(講習會不定期召開)，且領有繼續教育證明之中醫師。
- (二)申請參與本計畫之醫師及醫事服務機構須二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)。

七、申請程序：

中醫門診特約醫事服務機構應檢送申請表(附件一)及計畫書，以掛號郵寄方式向中醫全聯會提出申請。

八、計畫書之規範：

(一)書寫格式：以WORD形式建檔，A4版面，由左而右，由上而下，(標)楷書14號字型，橫式書寫。

(二)封面：包括計畫名稱、執行單位、執行期間。

(三)內容至少應包括下列項目：

1. 前言：請敘述申請本計畫動機，包括：加強中醫醫療照護門診的種類、醫療資源提供情況及需求狀況等。

2. 目的：分點具體列述所要達成之目標。

3. 實施方法與步驟：請依計畫內容分別具體列述，並應包括下列項目：

(1)醫療人力資源：請詳述執行本計畫之醫事人力名單及其學經歷、身分證字號、中醫師證號及其完整訓練之證明。

(2)標準作業程序。

(3)適應症。

(4)治療及追蹤計畫。

(5)療效評估標準：

A、腦血管疾病，以NIHSS、Barthel Index做為評估標準。

B、顱腦損傷，以 Barthel Index、改良式創傷嚴重度指標 RTS（以呼吸次數、收縮血壓及 Glasgow 昏迷指數等三項生理指標）做為評估標準。

C、腫瘤住院患者，以 EORTC QLQ-C30 癌症患者生命質量測定量表、ECOG 生活品質評估等做為評估標準。

(6)不良反應紀錄及通報。

(7)經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請依本計畫第十一點支付方式預估。

(四)評估預期效益：請詳述計畫實施後預期達成之效益指標。

九、申請資格審查：

中醫全聯會於每季季底(以郵戳為憑)收齊申請案件後，十五日內遴聘專家學者進行審查，並於審查完成後十五日內送全民健康保險保險人(以下稱保險人)核定及公告新增承辦之保險醫事服務機構名單，執行日以公告院所名單日當月1日起計。

十、執行方式：

(一) 看診醫師應對當次看診病人提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，並以標準作業流程與處置完成診療。

(二) 本計畫執行期間，保險醫事服務機構欲變更計畫者，需先函送中醫全聯會進行評估，並檢具中醫全聯會所發予之評估結果，向保險人之分區業務組申請計畫之變更，經保險人分區業務組核定後，始得變更。

十一、支付方式：

(一)本計畫之給付項目及支付標準表如附件二。

(二)本計畫之預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

十二、醫療費用申報與審查

(一)醫療費用申報

1.門診醫療費用點數申報格式之總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。

2.門診醫療費用點數申報格式點數清單段：

(1)案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。

(2)特定治療項目(一)：請填報「C8(腦血管疾病及顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療)」或「J7(腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院中醫輔助醫療)」。

(二)有關醫療費用申報及支付、程序審查、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，按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。

十三、執行報告

執行本計畫之保險醫事服務機構，應於計畫執行結束或年度結束後三十日內，檢送執行報告至中醫全聯會，執行報告之格式及內容，依送審計畫書之內容及要項撰寫執行成果及實施效益，執行報告之內容將做為下年度申請資格審查之依據。

十四、辦理本計畫之保險醫事服務機構，如於執行期間，因有特約管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一（含行政救濟程序進行中尚未執行處分者），且經保險人予以停止特約或終止特約者，本計畫執行資格將同步自處分停約或終止特約日起終止。

十五、執行本計畫而成效不佳者、未依本計畫規定事項執行者或未依中醫全聯會規定繳交相關資料、評量報表者，由中醫全聯會重新評估後，報請保險人分區業務組予以停止執行本計畫。

十六、本計畫實施成效由中醫全聯會進行評估，並於實施半年後進行期中檢討，於年終向全民健康保險會(以下稱健保會)提送年度執行報告，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況及病患療效評估等資料。

十七、本計畫由保險人與中醫全聯會共同研訂後，送健保會備查。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

全民健康保險牙醫門診總額口腔癌統合照護計畫

一、依據

各年度全民健康保險醫療給付費用總額之協議結果。

二、目的

- (一) 為持續並定期觀察頭頸口腔惡性腫瘤患者或癌前病變患者是否有癌變的現象，以期及早發現及早治療。
- (二) 以病人為中心，進行個案追蹤治療之管理。
- (三) 強化接受放射性治療之頭頸口腔惡性腫瘤患者牙齒防齲結構，預防因放射線治療所引起的口乾症或免疫系統改變所造成之放射性猛爆型齲齒的發生。

三、預算來源

由全民健康保險牙醫門診總額一般服務部門項下支應。

四、給付項目及支付標準：

(一)適用治療對象(給付對象)

經病理報告確診為頭頸口腔惡性腫瘤患者或癌前病變(Potentially Malignant Disorder, 以下稱 PMD) 患者，癌前病變臨床診斷類別：紅斑(疾病診斷碼為 ~~210.4~~D103)、白斑(疾病診斷碼為 ~~528.6~~K1321, K133)、疣狀增生(疾病診斷碼為 ~~210.4~~D103)、口腔黏膜纖維化(疾病診斷碼為 ~~528.8~~K135)、扁平苔癬(疾病診斷碼為 ~~607.0~~L430-L439, L661)。

(二)醫師資格：限口腔顎面外科專科醫師、口腔病理科專科醫師及經口腔黏膜提升計畫課程受訓牙醫師，需向中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)提出申請，並經全民健康保險保險人(以下稱保險人)核定後始得執行。(申請書詳附件一)。

(三)僅施行本計畫所列之追蹤治療項目，不得申報診察費，但如併行其他治療處置時，則得申報診察費，且與相關治療處置費用，併同計畫項目申報。

編號	診療項目	支付點數
P4501C	定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療 Regular oral potentially malignant disorder follow-up treatment 註：1. 須附 2 年內病理切片報告，且經確診為頭頸口腔癌或癌前病變(PMD) 患者。 2. 第一次限申報定期性口腔癌前病變追蹤治療，不得與非定期性口腔癌前病變追蹤治療(P4502C)併同申報。 3. 填寫口腔照護定期檢查紀錄表，詳如附件二。 4. 填寫口腔癌與癌前病變個人習慣紀錄單(吃檳榔、抽菸、喝酒)	600

編號	診療項目	支付點數
	等不良習慣)，詳如附件三。 5. 口腔清潔維護治療(包括視情況移除口腔內尖銳牙齒結構填補物、不良補綴物、癌前病變清除維護等) 6. 嚼檳榔、抽菸、喝酒等不良習慣(致癌因子)之戒除輔導。 7. 限 90~120 天申報乙次，超過 120 天者則以非定期性口腔癌前病變追蹤治療申報。	
P4502C	非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療 Irregular oral potentially malignant disorder follow-up treatment 註：1. 限已申報定期性口腔癌前病變追蹤治療(P4501C)後執行，且間隔時間超過 120 天者，不得與定期性口腔癌前病變追蹤治療(P4501C)併同申報。 2. 須附 2 年內病理切片報告，且經確診為頭頸口腔癌或癌前病變(PMD)患者。 3. 填寫口腔照護定期檢查紀錄表，詳如附件二。 4. 填寫口腔癌與癌前病變個人習慣紀錄單(吃檳榔、抽菸、喝酒等不良習慣)，詳如附件三。 5. 口腔清潔維護治療(包括視情況移除口腔內尖銳牙齒結構填補物、不良補綴物、癌前病變清除維護等)。 6. 嚼檳榔、抽菸、喝酒等不良習慣(致癌因子)之戒除輔導。	400

(三)臨床治療指引

支付標準項目	定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療 (P4501C) 非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療 (P4502C)
適應症 Indications	經病理報告確診為頭頸口腔惡性腫瘤患者或癌前病變 (PMD) 患者， 癌前病變臨床診斷類別：紅斑、白斑、疣狀增生、口腔黏膜纖維化、扁平苔癬
診斷 Diagnostic Study	病史、理學檢查(切片病理報告)
處置 Management	口腔清潔維護治療(視情況移除口腔內尖銳牙齒結構填補物、不良補綴物、癌前病變清除維護等) 填寫口腔照護定期檢查紀錄表，詳附件二 填寫口腔癌與癌前病變個人習慣紀錄單，詳附件三 嚼檳榔、抽菸、喝酒等不良習慣(致癌因子)之戒除輔導
完成狀態 Finishing Status	完成口腔照護定期檢查紀錄表、口腔癌與癌前病變個人習慣紀錄單 完成口腔癌與癌前病變追蹤治療

五、計畫申請程序及申報規定：

- (一) 院所應檢附申請書及口腔外科專科證書或口腔病理專科證書或口腔黏膜篩檢訓練證明以等相關資料，向牙醫全聯會申請審核，並由牙醫全聯會函送保險人分區業務組核定，異動時亦同，申請書格式如【附件一】。
- (二) 如病患病情需要，由上述參與計畫之特約醫療院所醫師實施並申報本計畫所列之追蹤治療項目。

六、醫師資格審查程序

- (一) 每月 5 日前將申請書及相關資料以掛號郵寄至牙醫全聯會，牙醫全聯會審查後，於每月 20 日前將名單函送保險人分區業務組審理確認，並由保險人以公告或行文通知相關院所；申請者得於核定日起執行本計畫服務。
- (二) 醫師名單若有異動，應於每月 5 日前函報牙醫全聯會，並送保險人分區業務組確認後，得於次月生效。
- (三) 特約醫療院所代碼如有變更，應函報牙醫全聯會及保險人之分區業務組辦理本計畫之起始日期變更作業。

七、本計畫由保險人與牙醫全聯會共同研訂，送全民健康保險會備查。屬給付項目及支付標準之修訂，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，得由保險人逕行修正公告。

全民健康保險乳癌醫療給付改善方案試辦計畫

乳癌醫療給付改善方案(93 年修訂版)

96 年 08 月 17 日修訂第 1 版

99 年 01 月 01 日文字修正

99 年 09 月 01 日文字修正

102 年 07 月 29 日文字修正

壹、前言

癌症「早期發現，早期治療」，其療效佳且治癒機會大；否則，不僅療效不佳且耗費更多的醫療資源。某醫院以該院乳癌病人為例進行五年存活率與醫療費用分析，研究結果發現第 0 期五年存活率為 95.7%，第 4 期五年存活率則為 18.5%。醫療費用分析結果發現乳癌病人經治療後，再復發者之醫療費用是無病狀態者的 6.7 倍，而第 4 期乳癌病人的醫療費用是第 0 期病人的 5 倍多，是第 1 期病人的 3 倍多。

但如果只做到「早期發現，早期治療」，癌症仍不足以獲得最佳療效，需要「早期正確診斷，早期正確治療」，癌症方可獲得最佳療效。早期正確診斷有賴於足夠且有效的檢查，才可以提供正確癌症分期，進而使癌症醫療團隊得以決定最好的醫療策略。早期正確治療不但需給予足夠的醫療服務，且依照臨床實驗認可的診療準則完整、徹底的執行治療。在目前論量計酬支付制度下，並無確保醫療品質機制的醫療服務，醫療服務提供者沒有誘因提供有效的檢查與正確且足夠的醫療服務，另保險人為控制醫療費用，常會刪減到必要的醫療服務項目，在此制度的窘境下，無法分辨刪減的醫療服務是否真的是浪費；醫療服務提供者的窘境為有意盡全力提供病人醫療服務，但同時必需考慮保險人支付的不足引起財務虧損。在論量計酬支付制度且無確保醫療品質機制的環境下，因為無有效為病人規劃治療，而使得病人持續回來接受醫療服務，反而使醫療服務提供者獲利。

「癌症治療只有一次機會」這句話道出癌症治療的重要特性。三種癌症常用的治療方式為手術、化學治療與放射治療。如果第一次手術沒有將腫瘤完全切除乾淨，癌細胞可能很容易擴散。第一次化學治療如果沒有使用有效化學治療藥物與足夠的劑量，則不僅無法達到治療效果，也會增加癌症抗藥性導致復發與轉移機率。有效治療癌症放射治療劑量僅 7000 雷得(cGY)，心臟最多能承受放射治療的劑量為 5000 雷得(cGY)，肺部則約只能承受 2000 雷得(cGY)。在第一次放射治療時，如果沒有做詳細的治療計畫，正確針對腫瘤部位給予足夠劑量，不僅無法殺死癌細胞，而且同部位再給予第二次放射治療時，正常組織累積劑量將產生更大的副作用。在論量計酬支付制度且無確保醫療品質機制的環境下，保險人往往面臨無

法分辨醫事服務機構放射治療的劑量是否正確或是被濫用的窘境。

提供醫療服務的目的不外是治療好疾病與照顧好病人，但其預後評估比較困難，而存活率是評估癌症病人預後最常用的指標，因此癌症治療的預後較一般疾病容易測量。如果癌症病人沒有接受有效、正確的診斷與治療，癌症容易復發與轉移，會影響病人存活年數，甚至短時間內致死；雖然醫學上無法保證每次治療成功率為百分之百，但正確的診療獲得好的預後機率一定比較高。

先進國家診療癌症病人往往可以依循診療準則 (practice guidelines 或 protocols)，因此保險人與醫療服務提供者皆有可依循的規範，癌症病人亦可獲得妥善的醫療照顧服務。國內短時間內對於癌症病人診療與照顧服務準則尚無法達成共識，但我們可以發展具有確保醫療品質機轉的癌症支付制度，創造合理的醫療環境，讓醫療服務提供者可以有效的幫助癌症病人，同時又可達到控制醫療費用與確保醫療品質的目的。

本試辦計畫即根據癌症疾病屬性與其相關診療特性，嘗試以資料申報與專業審查監控癌症診斷正確性，以定期醫療品質報告 (report) 與癌症資料庫建立，確保癌症診療與照護品質。

貳、計畫目的

- 一、提升乳癌病人照護之醫療品質。
- 二、建立以醫療品質導向之支付方式。

參、試辦期間

- 一、本試辦計畫在試辦開始滿一年後，逐年由保險人與參加本計畫之醫院就試辦情況提出檢討，在保險人與試辦醫院雙方均同意下，訂定修正方案，若有一方無法同意修正方案，得停止試辦。
- 二、試辦醫院於試辦期間或年度檢討時經查醫療品質有重大缺失者，應停止其試辦醫院資格。

肆、計畫內容

一、參與試辦醫院資格

- (一) 每年執行乳癌手術人數達 100 人(註)以上，且已發展乳癌之 clinical practice guidelines 或 protocols，並建立何時修訂、如何修訂與監控乳癌診療準則實施結果之流程與機制。
- (二) 已成立乳癌共同診療團隊，包括以下科別：
 1. 具有外科、內科(含腫瘤內科)等各科別專任專科醫師至少二名。
 2. 具有放射線(腫瘤)科、放射線(診斷)科、病理科、整型外科、精神科、復健科等各科別專任專科醫師至少各一名。

3. 以上相關醫事人員。

(三) 上述人員應定期開會討論，以整合各科意見，確定乳癌病人之診斷並提出最適之治療計畫，再由主治醫師根據討論結果或乳癌診療準則與患者討論，共同決定治療計畫。

(四) 已定期追蹤、收集不同期別乳癌病人之復發與存活資料，並建立可提供不同期別乳癌病人五年以上整體存活率與無病存活率統計之相關資料庫。

註：1. 參與試辦醫院應準備上述資料向本保險之分區申請及備查（備查資料明細及說明詳附件一）。

2. 每年執行乳癌人數未達 100 人以上時，若其他條件皆符合本試辦計畫規定，由本保險之分區審酌以專案辦理。

二、試辦對象範圍

(一) 收案範圍：

試辦醫院於試辦期間收治之女性新病人，其 ICD-~~9~~10-CM 主診斷碼應符合 ~~174.0-174.9~~C50、~~198.2~~C792、~~198.81~~C7981、~~233.0~~D0500-D0592、~~238.3~~D4860-D4862、~~V58.0~~Z510、~~V58.1~~Z5111 之範圍（安寧療護個案除外）。

(二) 結案條件

1. 死亡。
2. 追蹤滿五年且無復發。
3. 中斷治療（歸責於病患因素）。

三、費用支付

(一) 支付標準涵蓋範圍

1. 符合收案範圍主診斷碼條件者至結案期間，試辦醫院所提供之門、住診診療服務及居家照護。
2. 已收案之乳癌病人當次就診原因非收案範圍之主診斷，若併行乳癌相關治療，因相關治療費用已含於乳癌診療組合定額費用內，故乳癌相關治療費用不得再重複併行申報。

(二) 試辦醫院於試辦期間除全民健康保險法等相關規定本保險不給付項目外，不得另行向保險對象收取自費項目。

(三) 支付標準：詳附件二

(四) 計畫期間所需經費

預估積極治療五年之醫療費用將增加二億六千萬元，惟本計畫實施五年正面可估算效益若可減少現行乳癌患者之復發率 5%，且再復發

者之醫療費用為無病狀態之七倍左右，估計五年節省復發者之醫療費用二億。

四、醫療費用申報、暫付、審查及結算方式

(一)申報：

1. 該診療組合（分期）定額費用如含括門、住（含多次）診療時，請依現行方式逐次申報，惟處方治療明細（門診）、醫令點數清單（住院）之醫令類別請以「4（不計價）」申報，俟可申報診療組合（分期）定額費用時，再以醫令類別「2」申報診療組合（分期）定額費用。定額費用可併同該個案當月診療費用申報，亦可獨立申報於門診或住院費用，若採獨立申報時，健保卡號請填「99」（若健保 IC 卡單軌實施後就醫序號請填「IC99」）。
2. 病人中斷診療（含治療或追蹤），其完成診療組合之申報，應依已施行之診療內容，改按最相近之組合申報，且未完成之分期定額支付項目，請於中斷後一次併同申報。
3. 為監控醫療品質，申報組合費用時須另申報個案醫療明細檔（申報格式詳附件三），如未申報或內容有品質之虞者，則暫不支付該項費用，俟補正後再予支付。
4. 總表：併入現行送核費用申報辦理。
5. 門診醫療服務點數清單之申報：
 - (1) 案件分類欄位：應申報「E1（支付制度試辦計畫）」。
 - (2) 特定治療項目代號（一）欄位：應依個案申報「N（新發個案）」、「R（復發個案）」或「C（完成個案）」。
 - A. 未完成個案，每次申報費用時均應填寫「N」或「R」。
 - B. 完成診療組合（包括中斷治療）之個案，申報費用時均應填寫「C」。
 - C. 本欄位為 2 BYTES，故登打時請左靠，不足之 1 BYTE，請補空白。
 - (3) 門診「就醫日期」及「治療迄日」欄位：

依現行方式申報（如實施化學、放射治療時，同現行同一療程方式申報），惟當次診療需填報醫令類別「2」之診療組合（分期）定額費用時，「就醫日期」應填該診療組合之開始治療日期（即該診療組合開始治療的第一天），「治療迄日」填該（期）定額費用之診療截止日期。
 - (4) 申請金額欄位：將處方治療明細醫令類別「1」、「2」、「3」之費

用扣除部分負擔申報。如申請金額為負數時，請依實際負數金額填寫。(例如：當次診療尚不能申報診療組合(分期)定額費用時，如果病患未領重大傷病卡或零期癌需部分負擔時，則申請金額為負數)

6. 住診醫療服務點數清單之申報：

(1)案件分類欄位：應申報「4(支付制度試辦計畫)」

(2)入出院日期欄位：請依現行方式以實際入出院日期填寫。

(3)住診「申報期間一起」及「申報期間一迄」欄位：

依現行方式申報，惟當次診療需填報醫令類別「2」之診療組合(分期)定額費用時，「申報期間一起」請填該診療組合之開始治療日期(即該診療組合開始治療的第一天)，及「申報期間一迄」請填該(期)定額費用之治療截止日期。

(4)病患來源欄位：應依個案申報「N(新發個案)」、「R(復發個案)」或「C(完成個案)」。

A. 未完成個案，每次申報費用時均應填寫「N」或「R」。

B. 完成診療組合(包括中斷治療)之個案，申報費用時均應填寫「C」。

(5)申請金額欄位：將醫令清單醫令類別屬「1」、「2」、「3」之費用扣除部分負擔申報。如申請金額為負數時，請依實際負數金額填寫。(例如：當次診療尚不能申報診療組合(分期)定額費用時，又病患未領重大傷病卡或者屬零期癌需部分負擔時，則申請金額為負數)

7. 醫令申報：

(1)診療組合定額費用

A. 診療組合定額項目：醫令類別請填「2」，其中住院申報之執行日期起迄欄，請填實際執行該(期)定額費用之起迄日期。

B. 實際醫療費用醫令項目：醫令類別請填「4」，其中住院申報之執行日期起迄欄，請填執行該醫令項目之起迄時間。

C. 醫令類別「4」之費用，請加總於門診處方治療明細之「合計金額」或住診點數清單之、「醫療費用合計」欄位。

(2)乳癌荷爾蒙治療費用

A. 以現行論量計酬方式申報，並可與任一診療組合併同申報。

B. 申報之醫令項目，須另申報一筆醫令類別為「4」之費用。

(二)暫付：依現行暫付作業規定辦理。

(三)審查：

1. 參加本試辦計畫之案件，依全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法規定辦理。
2. 對於試辦醫院申報資料進行相關之檔案分析，經分析發現醫療品質有疑慮部分，得擇定不同之審查方式：
 - (1)實地審查
 - (2)重點抽審
 - (3)其他專業醫療品質評量
3. 申復、爭議審議依全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法之規定。

(四)結算：

1. 針對完成診療組合之個案（即門診點數清單特定治療項目代號（一）欄位或住診點數清單病患來源欄位申報「C」者），按季執行結算作業。
2. 對於變更治療組合之個案將依該個案完成治療時當次申報之治療組合，與先前申報之治療組合，結算其差額費用。
3. 中斷治療之個案，將依改按最相近之治療組合，與先前申報之治療組合，結算其差額費用。

五、品質監控

(一)試辦醫院定期向本保險之分區申報品質資訊，包括：

1. 診療程序準則、診療計畫之訂定原則及修正重點（每年）。
2. 乳癌共同診療團隊定期開會之會議紀錄及名單（每季抽調會議紀錄或實地審查）。
3. 提供品質監控項目（詳附件四）之年中及年度報表。
4. 提升乳癌病人及家屬衛生教育之具體措施（每年）。
5. 其他與本試辦計畫相關之品質資訊，得由試辦醫院與本保險之分區討論後提交。

(二)對於品質資訊有疑義部分，本保險之分區得請試辦醫院說明，或依試辦醫院所提供之診療程序準則等文件，進行實地審查或重點抽審，以瞭解該院所之個案管理情形。

(三)試辦醫院除上述品質指標報告外，如另有攸關本計畫之品質指標亦可提供。

六、獎勵措施

保險人應於試辦後每年年終（試辦第一年於次年年終），就試辦期間乳癌

病人第零期至第三期之無病存活率及第四期之整體存活率均大於以下條件之試辦醫院，核撥獎勵金。存活率及獎勵金之計算說明詳附件五。

病理期別\年	第一年	第二年	第三年	第四年	第五年
第零期(無病存活率)	97%	94%	93%	93%	93%
第一期(無病存活率)	97%	93%	89%	88%	86%
第二期(無病存活率)	95%	86%	80%	78%	75%
第三期(無病存活率)	85%	70%	50%	45%	40%
第四期(整體存活率)	64%	33%	23%	18%	10%
加 計 百 分 比	2%	3%	4%	6%	7%

七、計畫施行評估：

(一)本保險之分區定期監控試辦醫院實施成效，並作為其試辦醫院資格之參考：

1. 監控試辦醫院收治之乳癌病患是否符合本計畫之收案範圍，是否有符合試辦計畫收案範圍但未進入本試辦計畫之情形。
2. 監控試辦醫院對於個案之管理情形，並瞭解更改治療組合或中斷治療個案比率是否異常。
3. 監控試辦醫院對於診療程序之執行狀況。
4. 分析乳癌病人癌症分期之分布情形，以監控醫療機構有無刻意選擇病人。
5. 比較乳癌病人實際醫療利用情形與診療組合之總支付項目，以瞭解醫療機構有無刻意減少醫療服務，及遵循乳癌診療程序準則之狀況。
6. 歸戶分析乳癌病人之所有醫療費用，以瞭解醫療機構有無將乳癌相關之診療費用，切割另外以論量計酬申報。
7. 必要時保險人得回饋分析資料給試辦醫院參考。

(二)本試辦計畫施行情形應每年年終定期檢討(試辦第一年於次年年終)：

1. 試辦醫院應就整體試辦成果(含照護之品質)向本保險之分區報告及檢討。
2. 新科技之使用應於年度檢討時提報討論。

附件三

乳癌醫療給付改善方案試辦計畫個案醫療明細檔說明

分三種格式，請併該月送核費用一起申報，申報時程如下：

A 治療新個案醫療明細檔：申報治療滿一個月費用時申報，惟僅實施手術（1-4、2-4、4-4 組合）之個案免申報。

B 治療完成個案醫療明細檔：整組診療組合治療結束時申報。

C 追蹤檢查個案醫療明細檔：申報每期追蹤檢查費用時均須申報一次。

A表：乳癌醫療給付改善方案試辦計畫治療新個案醫療明細檔							長度：74
序號	中文欄位	資料型態	長度	起始位置	迄末位置	資料說明	資料意義
一、基本資料							
1	申報費用年月	C	5	1	5	前三碼為年份，後二碼為月份	
2	醫事機構代號	C	10	6	15	衛生福利部編定之代碼，前2碼為權屬別	計算該醫院每年診斷與治療的乳癌新個案數
3	個案姓名	C	20	16	35	五個中文字，左靠不足補中文空白(BIG-5碼請補滿20個BYTES)，如為外籍人士無中文姓名者，請輸入英文半形，不足補英文空白(姓名欄為檔案最後之欄位)	
4	身份證字號	C	10	36	45	國民身份證統一編號，或外籍居留證號碼，左靠不足補空白	
5	出生日期	C	7	46	52	前三碼為年份(右靠不足補0)，中二碼為月份，後二碼為日數(如：0830630表示83年6月30日)，民國前為負數(如：-05表示民國前5年)	
6	初步病理分期	C	1	53	53	0：0期 1：1期 2：2期 3：3期 4：4期 X：不詳 [依據AJCC/IUAC(UICC) 第六版本]，若病理分期確定，則初步病理分期即指病理分期)	初步病理期別分布(分子：各病理期別人數，分母：進入診療組合所有新個案數) 無初步病理分期比率(分子：初步病理分期不詳之個案，分母：進入診療組合所有新個案數)
7	本院第一次診察日期	C	7	54	60	前三碼為年份，中二碼為月份，後二碼為日數 病人第一次至本院門診日期	
8	本院第一次治療日期	C	7	61	67	前三碼為年份，中二碼為月份，後二碼為日數 第一次手術、化療、放療、荷	藉此判斷申報治療組合之結案日期 據此作為存活率計算時

						蒙治療或復發開始治療日期	間的起點
9	經病理確認之病人復發狀況	C	1	68	68	0：無病狀態(disease free) 1：原部位復發 2：淋巴引流區復發 3：遠端復發 4：1+2 5：1+3 6：2+3 7：1+2+3 8：從未存在無病狀態 X：不詳	據此以Kaplan-Meier方法估計整體存活率與無病存活率 復發率（分子：完成追蹤之原部位、淋巴引流區或遠端復發個案，分母：完成追蹤個案數） 追蹤期間因乳癌相關治療之死亡率（分子：追蹤期間因乳癌相關治療死亡個案數，分母：追蹤組合新個案數）
10	規劃組合代號	C	6	69	74	支付標準「診療組合」編號後加填分期區別碼	

B表：乳癌醫療給付改善方案試辦計畫治療完成個案醫療明細檔

長度：111

序號	中文欄位	資料型態	長度	起始位置	迄末位置	資料說明	資料意義
一、基本資料							
1	申報費用年月	C	5	1	5	前三碼為年份，後二碼為月份	
2	醫事機構代號	C	10	6	15	衛生福利部編定之代碼，前2碼為權屬別	
3	個案姓名	C	20	16	35	五個中文字，左靠不足補中文空白(BIG-5碼請補滿20個BYTES)，如為外籍人士無中文姓名者，請輸入英文半形，不足補英文空白(姓名欄為檔案最後之欄位)	
4	身份證字號	C	10	36	45	國民身份證統一編號，或外籍居留證號碼，左靠不足補空白	
5	出生日期	C	7	46	52	前三碼為年份(右靠不足補0)，中二碼為月份，後二碼為日數(如：0830630表示83年6月30日)，民國前為負數(如：-05表示民國前5年)	
二、病理分期							
6	經病理確認之病人復發狀況	C	1	53	53	0：無病狀態(disease free) 1：原部位復發 2：淋巴引流區復發 3：遠端復發 4：1+2 5：1+3 6：2+3 7：1+2+3	據此以Kaplan-Meier方法估計整體存活率與無病存活率 復發率

						8：從未存在無病狀態 X：不詳	
7	病人存活狀況	C	1	54	54	1：存活 2：死亡 X：不詳	據此計算存活率
8	病人治療狀況	C	1	55	55	1：病人轉他院治療 2：病人無法繼續治療 3：繼續在本院治療 X：不詳	
9	復發日期	C	7	56	62	前三碼為年份，中二碼為月份，後二碼為日數 未治療者空白	據此計算復發率
10	死亡日期	C	7	63	69	前三碼為年份，中二碼為月份，後二碼為日數 未治療者空白	據此計算存活率
11	病理分期	C	1	70	70	0：0期 1：1期 2：2期 3：3期 4：4期 X：不詳 [依據AJCC/IUAC(UICC) 第六版本]	病理期別分布
12	診斷腫瘤大小	N	4	71	74	前兩位數為公分，第三位為小數點，最後一位數為公釐（如：12.3表12.3公分） 9999為不詳	
13	分期定義：T（腫瘤大小）	C	2	75	76	0：無 is：CIS 1：≤2cm 2：>2cm且≤5cm 3：>5cm 4：擴散至胸壁或皮膚 X：不詳	
14	分期定義：N（侵犯淋巴結）	C	1	77	77	0：無淋巴結侵犯 1：1-3顆 2：4-9顆 3：10顆以上 X：不詳	
15	分期定義：N（侵犯淋巴結）	C	1	78	78	0：無淋巴結侵犯(N0) 1：無沾黏性淋巴結轉移(N1) 2：有沾黏性淋巴結轉移(N2) 3：同側內乳淋巴轉移(N3) X：不詳	
16	分期定義：M（遠端轉移）	C	1	79	79	0：無轉移 1：轉移 X：不詳	
三、治療紀錄							
17	在本院診斷	C	1	80	80	0：否 1：是	在本院是否有申報診斷組合，據此列為存活率計算之母體

18	手術治療死亡日期	C	7	81	87	前三碼為年份，中二碼為月份，後二碼為日數 未治療者空白	據此計算存活率
19	化學治療執行狀況	N	1	88	88	1：完成化學治療 2：病人本身中止治療 3：醫師判斷病人狀況不適合進行治療 4：轉院治療 5：於治療中死亡	
20	化學治療死亡日期	C	7	89	95	前三碼為年份，中二碼為月份，後二碼為日數 未治療者空白	據此計算存活率
21	放射治療執行狀況	N	1	96	96	1：完成治療 2：病人本身中止治療 3：醫師判斷病人狀況不適合進行治療 4：轉院治療 5：治療中死亡	
22	放射治療死亡日期	C	7	97	103	前三碼為年份，中二碼為月份，後二碼為日數 未治療者空白	據此計算存活率
23	在本院完成整個治療療程	N	1	104	104	0：否 1：是	
24	完成治療組合代號	C	7	105	111	支付標準「診療組合」編號 後加填分期區別碼	

C表：乳癌醫療給付改善方案試辦計畫追蹤檢查個案醫療明細檔							長度：92
序號	中文欄位	資料型態	長度	起始位置	迄末位置	資料說明	資料意義
一、基本資料							
1	申報費用年月	C	5	1	5	前三碼為年份，後二碼為月份	
2	醫事機構代號	C	10	6	15	衛生福利部編定之代碼，前2碼為權屬別	
3	個案姓名	C	20	16	35	五個中文字，左靠不足補中文空白(BIG-5碼請補滿20個BYTES)，如為外籍人士無中文姓名者，請輸入英文半形，不足補英文空白(姓名欄為檔案最後之欄位)	
4	身份證字號	C	10	36	45	國民身份證統一編號，或外籍居留證號碼，左靠不足補空白	
5	出生日期	C	7	46	52	前三碼為年份(右靠不足補0)，中二碼為月份，後二碼為日數(如：0830630表示83	

						年6月30日)，民國前為負數(如：-05表示民國前5年)	
6	病理分期	C	1	53	53	0：0期 1：1期 2：2期 3：3期 4：4期 X：不詳 [依據AJCC/IUAC(UICC)第六版本]	
二、收案標準與日期							
7	本院第一次追蹤起日	C	7	54	60	前三碼為年份，中二碼為月份，後二碼為日數	藉此判斷追蹤組合之結案日期
8	治療狀況	C	1	61	61	1：本院治療，於本院追蹤 2：他院治療，於本院追蹤 X：不詳	
三、追蹤紀錄							
9	本季第一次追蹤日期	C	7	62	68	前三碼為年份，中二碼為月份，後二碼為日數 未追蹤者空白	
10	經病理確認之病人復發狀況	C	1	69	69	0：無病狀態(disease free) 1：原部位復發 2：淋巴引流區復發 3：遠端復發 4：1+2 5：1+3 6：2+3 7：1+2+3 8：從未存在無病狀態 X：不詳	據此以Kaplan-Meier方法估計整體存活率與無病存活率 復發率
11	病人存活狀況	C	1	70	70	1：存活 2：死亡 X：不詳	據此計算存活率
12	病人追蹤狀況	C	1	71	71	1：病人轉他院追蹤 2：病人無法繼續追蹤 3：在本院繼續追蹤 X：不詳	
13	死亡日期	C	7	72	78	前三碼為年份，中二碼為月份，後二碼為日數 未追蹤者空白	據此計算存活率
14	確定復發日期	C	7	79	85	前三碼為年份，中二碼為月份，後二碼為日數 未追蹤者空白	據此計算存活率
15	追蹤檢查組合代號	C	7	86	92	支付標準「診療組合」編號 後加填分期區別碼	

全民健康保險 B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者醫療給付改善方案

壹、前言

肝癌死亡率近10年來一直位居台灣癌症死因之前二位，根據全民健保統計資料，94年以來每年新增肝癌患者約9500人。另根據國民健康署(以下稱國健署)94、95年癌症登記分析肝癌臨床期別，有將近50%屬於較晚發現的第3期及第4期之肝癌。衛生福利部97年的死因統計，約有8千人死於肝癌，標準化死亡率高居各項癌症首位。據調查，死於肝癌的病患中約有80%的人為B型肝炎帶原者，而10%為慢性C型肝炎感染者，可見B、C型肝炎病毒感染是國人肝癌的主因。在感染B、C型肝炎病毒之後，帶原者有可能肝功能維持正常，或是肝功能(GOT 及GPT值)持續異常而演變為慢性肝炎，肝臟反覆發炎繼而導致肝硬化或肝癌。許金川教授研究指出全台20歲以上成人中約有300萬人是B型肝炎帶原者，約42萬人是C型肝炎感染者，其中約有25%的B型肝炎帶原者及30%的C型肝炎感染者，因無外顯症狀而不知自己帶原情況。根據2009年8月國衛院肝癌小組專家共識肝癌處理對策指引及台灣消化系醫學會指引，肝炎帶原者等高危險群每6個月需篩檢1次(證據強度等級1)。依據健保申報資料97年約有68.5萬人主診斷為肝炎或肝硬化，其中僅9.1萬人(13%)符合指引每6個月接受1次腹部超音波及肝功能檢查(GOT、GPT)。2004年發表的實證研究指出，對35-59歲的B肝帶原和慢性肝炎者每6個月提供1次腹部超音波檢查，可以降低37%的肝癌死亡率(Journal of Cancer Research and Clinical Oncology(2004)130:417-422)。綜上，對慢性B、C型肝炎患者，尤其是未曾被診斷出肝炎患者，實有加強照護及追蹤管理之必要。

有鑒於民眾通常不瞭解自己是否為B型肝炎帶原者或C型肝炎感染者，如能由全民健保提供個案追蹤管理機制，促使醫療院所持續追蹤B型肝炎帶原者和慢性C型肝炎感染者，使其能定期接受後續追蹤檢查，同時透過醫療團隊，給予完整且正確的照護，不但能讓這些病患充分瞭解自身的病況，長期而言，有助減少國人肝癌的發生，亦能有助於整體醫療費用的降低。

本方案藉由支付制度的設計，導入B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案管理追蹤之誘因，鼓勵醫療院所設計以病人為中心之完整照護，遵守個案管理追蹤指引，加強患者之追蹤及衛教服務，提供完整且連續性的照護模式，以創造被保險人、供給者及保險人三贏之局面。

貳、目標

- 一、建立以病患為中心的共同照護模式。
- 二、提升B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案管理追蹤指引遵循率。
- 三、建立品質導向之支付制度。

參、計畫內容

一、參與本方案之醫事人員及醫事機構，須向所轄全民健康保險保險人(以下稱保險人)之分區業務組申請同意，資格如下：

- (一) 內、消化(含消化內、外科)、兒、家醫科醫師。
- (二) 參與本計畫之院所，年度追蹤率小於 20%者，經本保險之分區業務組輔導未改善，自文到日之次月起，一年內不得再申報本方案之相關費用。

二、收案對象(給付對象)

- (一) 同一院所經結案之保險對象，不得再收案，但院所仍可依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準申報相關醫療費用。
- (二) 最近 6 個月內曾在該院所主診斷為 B 型肝炎帶原者或 C 型肝炎感染者至少就醫達 2 次(含)以上者 (ICD-~~9~~10-CM 為 ~~070.30-070.33~~B161、B169、B180-B181、B1910、~~070.51~~B1710、B1920、~~070.54~~ B182、~~571.40-571.49~~K73、K754、~~571.5~~K7460、K7469、~~V02.61~~Z2251、~~V02.62~~Z2252)，才可收案，惟當次收案須以主診斷【門診醫療費用點數申報格式點數清單段及填表說明之國際疾病分類號(一)】收案。
- (三) 個案若符合全民健康保險加強慢性 B 型或 C 型肝炎治療計畫的用藥條件，可接受 B、C 型肝炎用藥的療程治療，其支付方式按全民健康保險藥物給付項目及支付標準規定辦理。
- (四) 追蹤個案收案前需與病人解釋本方案實施之目的及需病人配合定期回診等事項，並發給相關文宣資料詳附件一，經病人同意配合方得收案，並將病人或親屬同意書簽名黏貼於病歷表上，未黏貼者，不予支付管理照護費。
- (五) 本方案建議照護醫師團隊需衛教個案維持正常作息、均衡飲食及遠離菸酒。
- (六) 個案在醫師的照護下接受個案管理追蹤，因工作、遷移等因素需做轉診接續管理追蹤時，該個案之院所應先上網辦理轉介(轉出)程序後，即由受理轉診之院所再上網辦理轉介(轉入)程序，接續個案管理追蹤。為免個案中斷管理追蹤超過一年，喪失管理追蹤之權益，原負責管理追蹤與接續管理追蹤之院所應儘速執行轉介程序。

三、結案條件：

- (一) 可歸因於病人者，如失聯超過一年(≥360 天)、拒絕再 接受管理追蹤。
- (二) 病患罹患肝癌、肝昏迷個案不符收案資格。
- (三) 死亡。

四、給付項目及支付標準：

- (一) 新收案及追蹤管理照護費(詳附件二):符合本計畫之B型肝炎帶原者或C型肝炎感染者個案管理追蹤,接受以醫師為主導之醫療團隊提供常規性B、C型肝炎追蹤檢查之完整性照護,醫療院所得定期申報管理照護費。
- (二) 肝癌早期發現費(詳附件二):首次被診斷肝癌(155)且肝癌診斷期別為第1期或第2期,並取得重大傷病卡,醫療院所得申報早期發現費,肝癌期別登錄於VPN並記載於病歷備查。
- (三) 品質提升獎勵費:醫療院所達成該院所年度品質指標,所完成追蹤照護個案,得給付照護品質提升獎勵費用,每人次支付100點。
- (四) 本方案之疾病管理照護費用及相關品質獎勵費用,於全民健康保險醫院總額及西醫基層總額之「醫療給付改善方案」專款項下支應,採浮動點值計算,且每點支付金額不高於1元。

五、品質資訊之登錄及監測

- (一) 參與本方案之特約醫療院所應依保險人規定內容(如附件三),登錄檢驗、檢查結果資訊。
- (二) 保險人視情形舉辦本方案執行概況檢討或發表會,藉以進行執行成果檢討及經驗交流。

六、醫療費用申報及審查原則

(一)申報原則:

- 3. 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。
- 4. 門診醫療費用點數申報格式點數清單段醫令清單段填表說明。
 - (1)屬本方案收案之保險對象,其就診當次符合申報P碼者,於申報費用時,門診醫療費用點數申報格式點數清單段之案件分類應填『E1』、特定治療項目代號(一)應填『H7』。未符合申報上述醫令者,依一般費用申報原則辦理。
 - (2)申報方式:併當月份送核費用申報。
- 5. 醫師視臨床需要依專業判斷提供檢查及診療服務,依一般費用申報規定申報,不以本方案建議檢查項目及次數為限。

(二)審查原則

- 1. 未依保險人規定內容登錄相關資訊,或經保險人審查發現登載不實者,不予支付該筆管理照護費並依相關規定辦理;另該筆疾病管理費被核刪後不得再申報。
- 2. 其餘未規定事項,依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。

七、品質獎勵措施：

以參與本方案之醫療院所為單位，全部達成下列所有品質指標目標值之院所，依所完成追蹤之個案數每個案給予 100 點獎勵，品質指標之計算自本方案公告日起算，相關進步指標之計算自本方案公告日累計兩年執行率後再予核算。未全部達成者，獎勵費用不予給付。

(一) 門檻指標：

1. 醫學中心及區域醫院當年度收案人數須 ≥ 50 人以上。
2. 地區醫院及基層診所當年度收案人數須 ≥ 20 人以上。

(二) 品質指標：

1. 收案率 $\geq 30\%$ ：

➤ 定義：

- (1)分母：指該院所當年度符合收案條件患者（最近 6 個月曾在該院所主診斷為 B 型肝炎帶原者或 C 型肝炎感染者，至少就醫達 2 次(含)以上者）。

- (2)分子：當年度該院所本方案所收案個案數。

2. 腹部超音波檢查執行進步率

➤ 定義：

- (1)分母：當年度該院所收案之個案數。

- (2)分子：當年度該院所之個案，依本方案建議(半年執行 1 次)執行腹部超音波檢查個案數。

- (3)基準：當年度腹部超音波檢查執行率 $>$ 上年度該院所個案腹部超音波檢查執行率。(當年度執行率 100%亦屬達成)。

3. 年度完整追蹤率 $\geq 50\%$

➤ 定義：

- (1)分母：當年度該院所收案個案數，排除最後 1 季新收個案。

- (2)分子：當年度該院所之個案，申報追蹤管理照護個案數。

八、資訊公開：保險人得公開參與本方案之醫療院所名單及相關品質資訊供民眾參考。

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

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

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 級病患病況較不危急，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: ~~433.00 至 434.01~~ **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) 急性心肌梗塞：主診斷碼為 ICD: ~~410.00 至 410.52、410.80 至 410.92~~ **I210-I213、I220-I221、I228-I229** 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) 重大外傷：主診斷碼 ICD: ~~800-904、910-929、950-959~~ **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")**，ISS $\geq$ 16 之急診病人，或體表面積>20%之重大燒傷，診斷為 ~~948.2-948.9~~ **T312.0-T319.9**、~~940~~ **T265.0XA-T267.0XA, T269.0XA**、~~941.5~~ **T20.30XA-T20.39X, T20.70XA-T20.79XA, T26.20XA-T26.22XA**，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。
- (四) 嚴重敗血症：主診斷或次診斷碼為 ICD: ~~038.0-038.9~~ **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、785.59** **R571、R578、R6521**，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。

(五) 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：符合向上轉診或平行轉診之病人，每個案獎勵 1000 點；符合向下轉診之病人，每個案獎勵 4,000 點。轉出與轉入醫院各給予 50%。

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

$$\left(\frac{\text{大於等於 18 歲非外傷該級住院人次}}{\text{大於等於 18 歲非外傷該級病人次}} \right) * 100\%$$

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

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

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
(小於 18 歲非外傷病人各級住院人次 / 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

(急診停留超過 24 小時病人次/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

(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/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

(檢傷一、二、三級 8 小時內住院人次/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

(檢傷四、五級病人 4 小時內出院人次/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)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以及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。

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，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附表一、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

附表二、向上轉診或平行轉診疾病別

疾病碼	診斷碼中文名稱
410.00 至 410.52、410.80 至 410.92 I210-I213、I220-I221、I228-I229	急性心肌梗塞
433.00 至 434.01 I63-I66	急性腦中風
441.00 至 441.02 I7100-I7102	主動脈剝離
主診斷需為肝硬化(571.0-571.9 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(572.3 K76.6)，且次診斷為 456.20 I8511。	食道靜脈瘤出血
038.0-038.9、785.50 A419、R571、R578、R6521	敗血症
800-904、910-929、950-959 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"）	重大外傷

附表三、向下或平行轉診疾病別

疾病碼	診斷碼中文名稱
5780 K922	胃腸道出血
531.00-531.21 K25.0-K25.2, K31.82, K56.60、 532.00-532.21 K26.0-K26.2, K56.60、 533.00-533.21 K27.0-K27.2	大量腸胃道出血
560 K56.60, K56.69, K56.7	腸阻塞
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	急性膽囊炎、膽結石併急性膽囊炎併阻塞
5761 K743、K803、K830	膽管炎
5770 K85	急性胰臟炎
486 J189	肺炎
496 J44	慢性氣道阻塞
682 K12.2, L02-L03, L98.3	其他蜂窩組織炎及膿瘍
4280 I502-I509	充血性心臟衰竭
7806 R509	發燒
590 N36、N39、N139、R31	泌尿道感染
59080 N12	腎盂腎炎
585 N184、N185	慢性腎衰竭
5715 K7460、K7469	肝硬化，未提及酒精性者
5722 K7291	肝性昏迷

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. 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. 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. 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、開始執行時間
 - (4) 13001C 至 13026C 中任兩檢查項目、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)。

全民健康保險氣喘醫療給付改善方案

90.11.01 第一版公告實施
93.01.01 修訂第二版公告
95.01.01 修訂第三版公告
96.01.01 修訂第四版公告
97.01.01 修訂第五版公告
99.01.01 修訂第六版公告
99.06.01 修訂第七版公告
101.05.01 修訂第八版公告
102.01.01 修訂第九版
102.07.29 修訂第十版

壹、前言

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

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

本方案藉由支付制度的設計，導入提昇氣喘照護品質之誘因，鼓勵醫療院所設計以病人為中心之完整照護，遵守氣喘診療指引，加強氣喘患者之追蹤管理及衛教服務，提供完整且連續性的照護模式，以創造被保險人、供給者及保險人三贏之局面。

貳、現況分析

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

參、目標

- 一、建立以病患為中心的共同照護模式。
- 二、提昇氣喘治療指引遵循率。

三、建立品質導向之支付制度。

肆、計畫內容

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

- (一) 具有氣喘患者照護及管理能力之內、兒、家醫、耳鼻喉科醫師需接受保險人認可之氣喘照護教育訓練，新加入方案之醫師至少取得 8 小時課程時數，已加入方案之醫師每 3 年須取得 8 小時課程時數，並取得證明，教育訓練課程由台灣胸腔暨重症加護醫學會、中華民國免疫學會、台灣兒童胸腔醫學會、台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會、台灣氣喘衛教學會或台灣氣喘諮詢協會等六個學會協調每月公益提供，課程表詳附件 1。
- (二) 經台灣胸腔暨重症加護醫學會、中華民國免疫學會、台灣兒童胸腔醫學會、台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會認證之專科醫師。
- (三) 參與本方案之醫師，其半年病人追蹤率小於 12% 者（指前半年已收案之個案中，於收案或追蹤後次季至後半年內至少完成 1 次追蹤者），經保險人輔導後，3 個月未改善，自保險人文到日之次月起，一年內不得再申報本方案之相關費用。

二、收案對象(給付對象)

- (一) 最近 90 天曾在該院所同醫師診斷為氣喘（ICD-~~9~~10-CM 前三碼為 ~~493~~J44-J45）至少就醫達 2(含)以上者，才可收案，惟當次收案須以主診斷【門診醫療費用點數申報格式點數清單段及填表說明之第 18 欄位國際疾病分類號（一）】收案。
- (二) 收案前需與病人解釋本方案實施之目的及需病人配合定期回診等事項，經病人同意配合方得收案，並將病人或親屬簽名黏貼於病歷表上，未黏貼者，不予支付疾病管理照護費。
- (三) 年齡 14 歲（含）以上診斷氣喘者，需要有肺功能或尖峰流速值至少一項的紀錄，否則不得收案。
- (四) 參與方案院所新收案對象，經本保險人健保資訊網服務系統(VPN)查詢，若已被其他院所收案照護中(1 年內仍有追蹤紀錄)，不得收案。
- (五) 結案條件：
 - 1. 可歸因於病人者，如失聯超過三個月(≥90 天)、拒絕再接受治療，或病患不願再遵醫囑或聽從衛教者等。
 - 2. 經醫師評估已可自行照護者或轉診。
 - 3. 同一院所經結案對象 1 年內不得再收案，但院所仍可依現行全民健保醫

療服務給付項目及支付標準申報相關醫療費用。

4. 病人未執行本方案管理照護超過1年者。

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

四、品質資訊之登錄及監測

- (一) 參與本方案之特約醫療院所應依保險人規定內容(如附件3)，登錄相關品質資訊。
- (二) 保險人之分區業務組應舉辦方案執行概況檢討或發表會，由參與本方案之特約醫療院所報告，藉以進行計畫執行成果檢討及經驗交流。
- (三) 參與本方案之醫療院所定期依「提昇院所氣喘慢性照護能力與病人生活品質的量化評量表」(如附件4)自我評量後，於每年年底函送保險人之分區業務組備查。

五、醫療費用申報及審查原則

(一) 申報原則：

- 1. 醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。
- 2. 門診醫療費用點數申報格式點數清單段及醫令清單段填表說明：
 - (1) 屬本方案收案之保險對象，其就診當次符合申報P1612C、P1613C、P1614B、P1615C者，於申報費用時，門診醫療費用點數申報格式點數清單段之案件分類應填『E1』、特定治療項目代號(一)應填『E6』；未符合申報上述醫令者，依一般費用申報原則辦理。
 - (2) 申報方式：併當月份送核費用申報。

(二) 審查原則

- 1. 未依保險人規定內容登錄相關品質資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付該筆管理照護費並依相關規定辦理；另該筆疾病管理費被核刪後不得再申報。
- 2. 其餘未規定事項，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。

六、獎勵措施：獎勵點數之計算自有完整曆年資料後，再予核算。

(一) 品質加成指標：

1. 病人完整追蹤率

操作型定義如下：

(1)分母：當年度該院所由該醫師收案之所有病人當中，排除第4季

新收案之人數及 VPN 系統登錄結案者。

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

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

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

d. 如為第 1 季申報新收案，其當年度追蹤管理+年度評估次數達 3 次者。

e. 如為第 2 季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達 2 次者。

f. 如為第 3 季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達 1 次者。

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

2. 收案病人因氣喘住院的比率

操作型定義如下：

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

(2)分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之病人當中，因氣喘住院之總人數。

3. 收案病人因氣喘急診的比率

操作型定義如下：

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

(2)分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之病人當中，因氣喘急診之總人數。

(二)獎勵評比方式：

1. 先區分醫院與基層，再分成人與兒童共 4 組。

2. 各組依上述「病人完整追蹤率」、「收案病人因氣喘住院的比率」及「收案病人因氣喘急診的比率」等三項指標比率分別排序(「病人完整追蹤率」由高排至低；「收案病人因氣喘住院的比率」及「收案病人因氣喘急診的比率」由低排至高)，再將各指標之序別各乘上 1/3 後相加重新排序，取排序總和前 25%之醫師，惟當年度新參與方案之醫師，須於次年方得參與

品質獎勵評比，依該醫師所收個案中達成完整追蹤之個案數，每一個案支付 500 點獎勵，當年度新收個案則依完整追蹤季數等比例支付。

七、本方案之疾病管理費用（P1612C、P1613C、P1614B、P1615C）及相關品質獎勵措施費用於全民健康保險醫院總額及西醫基層總額之「醫療給付改善方案」專款項下支應，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。保險人並得視實際執行及費用支付情形，召開會議與醫界研議修改本方案之相關內容。

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

伍、品質監測觀察指標：

（一）降階治療成功率：

1. 分母：當年度該院所收案病人數。
2. 分子：當年度該院所收案病人數中，其年度評估之疾病嚴重度較前一年之年度評估（當年度新收個案者，採初診資料）疾病嚴重度下降者。

（二）氣喘出院 14 日內再入院率：

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

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

附件四 提昇院所氣喘慢性照護能力與病人生活品質的量化評量表

機構名稱： 自評日期： 年 月 日

評量面向	評量項目	符合打勾	配分	總分	備註
結構面 16%	1. 照護醫師資格(4%) (1) 具有氣喘患者照護及管理能力之內、兒、家醫、耳鼻喉科醫師需接受保險人認可之氣喘照護教育訓練，新加入方案之醫師至少取得 8 小時課程時數，已加入本方案之醫師每 3 年須取得 8 小時課程時數，並取得證明	☐	2		
	(2) 具有經台灣胸腔暨重症加護醫學會、中華民國免疫學會、台灣兒童胸腔醫學會、台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會認證認證之專科醫師	☐	2		
	2. 收案資格(4%) (1) 最近 90 天內曾在同一醫療院所由同醫師診斷為氣喘 (ICD- 9 <u>10</u> -CM 前三碼為 493 <u>J44-J45</u>) 至少就醫達 2 次(含)以上者	☐	2		
	(2) 年齡 14 歲 (含) 以上診斷氣喘者，需有肺功能或尖峰流速值的記錄	☐	2		
	3. 登錄及後續追蹤(4%) (1) 有專責人員負責登錄及追蹤	☐	2		
	(2) 負責登錄及追蹤之專責人員需有氣喘照護相關訓練學分，兩年至少 20 學分	☐	2		
	4. 相關設備(4%) (1) 備有尖峰呼氣流速計相關設備(拋棄式吹嘴)可供使用	☐	2		
	(2) 備有氣喘藥物衛教相關教具	☐	2		
過程面 64%	1. 資訊告知(4%) 收案前有向病人解釋參與試辦計畫之目的及需病人配合定期回診等事項，並經病人同意，且病歷中附有收案病人簽章之同意書可供查閱	☐	4		
	2. 個案資料管理(6%) (1) 收案病人初診及複診資料，定期上傳健保署	☐	2		
	(2) 收案病人資料或電腦建檔	☐	2		
	(3) 建立病人完整專屬病歷資料	☐	2		
	3. 收案個案之病歷或收案紀錄單完整記載病患相關資料，需包含：(16%) (1) 相關病史(家族史，過去病史，處置狀況，抽菸史/二手菸史)	☐	4		
	(2) 治療計畫的調整	☐	4		
	(3) 過去和目前處置：藥劑、自我處理與監測	☐	4		
	(4) 家庭狀況(獨居或有同居者)	☐	2		
	(5) 主要照護者	☐	2		
	4. 線上登錄資料完整性(15%) (1) 登錄基本資料(ID、姓名、地址、電話等)。	☐	3		
	(2) 於「新收案資料維護」中填報下列資料： A. 新收案日期	☐	1		
	B. 症狀頻率(白天)/(夜間)	☐	1		
	C. 預估值或最佳值(%) (14 歲以下免填)	☐	1		
	D. 變異度(%) (14 歲以下免填)	☐	1		
	E. 嚴重度評估	☐	1		
	※(A~E 皆符合)	☐	1		
	(3) 於「追蹤管理資料維護」中填報下列資料：				

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

「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫

保險人(89 年 5 月 2 日)

第一次修訂(89 年 6 月 27 日)

第二次修訂(89 年 8 月 19 日)

第三次修訂(91 年 11 月 01 日)

第四次修訂(99.01 費用月份起適用，98 年 07 月 24 日)

第五次修訂(99.01 費用月份起適用，98 年 11 月 06 日)

第六次修訂(99.09 費用月份起適用，99 年 08 月 10 日)

第七次修訂(102.01 費用月份起適用，101 年 11 月 22 日)

壹、前言

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

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

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

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

貳、計畫目的

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

參、計畫內容

一、參與計畫醫院之資格

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

(二) 設置基準

各階段特約醫事服務機構需符合行政院衛生署「醫療機構設置標準」及本計畫支付標準附表 9.2 規定設置。

(三) 申請書格式

由各參與之特約醫療機構檢附「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫申請書(附件一)向保險人分區業務組提出申請。

(四) 其他

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

二、給付項目及支付標準：詳附件二

三、醫療費用之申報

(一) 參與計畫之申報

1、第一到第三階段以住院案件申報，第四階段以門診案件申報。

(1). 第一到第三階段使用呼吸器之各病房異動皆應「獨立」切帳申報。

(2). 第三階段未結案之個案至少須每 60 天始得申報乙次。

(3). 第四階段未結案之個案按月申報。

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

3、門診及住院醫療點數申報格式填報：

(1). 總表段之申報類別：請填報【1：送核】

(2). 點數清單段之給付類別：請填報【9：呼吸照護】

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

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

住院醫療費用點數申報格式點數清單段欄位填報：

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

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

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

d. 申請點數（欄位 IDd85）。

(a)若：定額申報費用＞合計點數

則： $[申請點數]欄位 = 定額申報費用 - 部分負擔點數$

(b)若：亞急性呼吸照護病房定額申報費用＜亞急性呼吸照護病房合計點數

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

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

(d)同一月份同一個案申報二次以上者，流水號請連續編號。

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

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

B. $[申請點數]欄位 = 定額申報費用 - 部分負擔點數$ 。

4、門診及住院醫療費用點數醫令清單段申報說明：

(1). 第一階段之申報：以論量計酬申報。

(2). 第二階段~第三階段之申報：

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

B. 實際醫療費用醫令項目：醫令類別請填「4」，並填列執行起迄日期。

(3). 第四階段之申報：

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

B. 實際醫療費用醫令項目：醫令類別請填「4」。

C. 「總量」欄位填列實際申報天數。

(二)住院未參與計畫之申報：各病房異動皆應「獨立」切帳申報

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

病房	費用清單			醫令清單	
	申報	案件	給付	醫令	醫令
	類別	分類	類別	代碼	類別
1. 一般病房費用「實際醫療費用」>「P 碼」+「得另核實項目」時，「申請金額+部分負擔」=「P 碼」+「得另核實項目」 2. 當「實際醫療費用」<「P 碼」+「得另核實項目」時，「申請金額+部分負擔」=「實際醫療費用」。					

四、病患轉介之流程：詳附圖。

五、品質監控指標

(一) 結構指標

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

(二) 過程指標

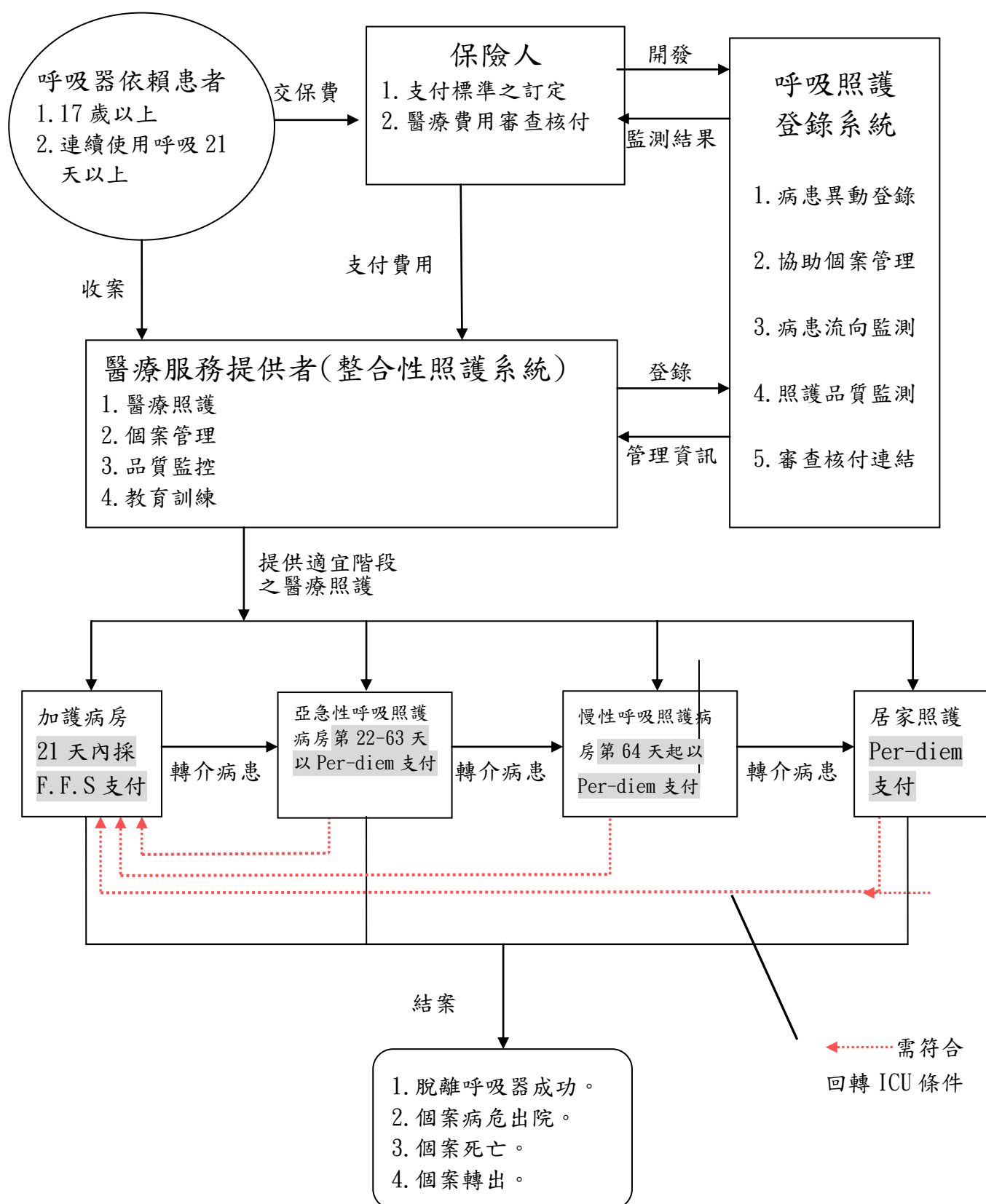
- 1、照護小組各類照護人員之照護及在職教育品質。
- 2、內部品質監控指標：
 - (1) 個案完整登錄比率。
 - (2) 疾病嚴重度。
- 3、呼吸器依賴病患之個案管理與出院規劃完整性。

(三) 結果指標：(以下之指標均以出院日為準)

- 1、 品質監控指標
 - (1) 平均住院日（不適用慢性呼吸照護病房）。
 - (2) 平均呼吸器使用日（不適用慢性呼吸照護病房）。
 - (3) 回轉率。
 - (4) 死亡率。
 - (5) 呼吸器脫離成功率。
 - (6) 未脫離呼吸器下轉居家照護比率
- 2、 被保險人（或其家屬）之滿意度。

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

附圖、呼吸器依賴患者整合性照護流程圖



附件二「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」 計畫給付項目及支付標準

(102 年 1 月 1 日起適用)

第一章 呼吸器依賴患者全面納管

通則：

- 一、收案條件：呼吸器依賴患者係指連續使用呼吸器 21 天(含)以上，呼吸器使用中斷時間未符合脫離呼吸器成功之定義者，皆視為連續使用。其使用呼吸器之處置項目需為 57001B (侵襲性呼吸輔助器使用)、57002B(負壓呼吸輔助器使用)或 57023B (非侵襲性陽壓呼吸治療如 Nasal PAP、CPAP、Bi-PAP)，惟使用 57023B 之呼吸器依賴患者，須由加護病房或亞急性呼吸照護病房使用 57001B 或 57002B 後，因病情好轉改用 57023B 之呼吸器依賴患者；或居家照護階段，經醫師診斷為 Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS 肌萎縮性脊髓側索硬化症，~~ICD-9-CM 335.20~~ ICD-10-CMG1221)或 Congenital Muscular Dystrophy (先天性肌肉萎縮症，~~ICD-9-CM 359.0、359.1~~ ICD-10-CMG G712、G710)，且領有重大傷病證明並符合附表 9.5 之收案標準者)，再經本保險人分區業務組審查符合醫療必須使用呼吸器處置項目 57023B (非侵襲性陽壓呼吸治療如 Bi-PAP，排除 Nasal PAP、CPAP) 之呼吸器依賴患者。

註：呼吸器使用條件詳附表 9.1。

- 二、所有呼吸器依賴個案，自其連續使用呼吸器超過 21 天起，所有異動（轉入、轉出及結案狀況等），特約醫事服務機構應於 5 日（工作日）內上網登錄(含本計畫公告實施日前已開始使用呼吸器之所有個案)，未於 5 日內登錄者，自登錄日起才支付費用，若登錄不實者，費用不予支付，惟不可歸責於醫院者，不在此限，並由原登錄不實或未登錄者扣回相關點數。

- 三、脫離呼吸器成功之病患應改依本計畫以外支付標準申報，脫離呼吸器成功之定義：脫離呼吸器 ≥ 5 日，5日中之第1日，若使用呼吸器小於6小時(不含)，則當日可視為未使用呼吸器(得計算為5日之第1日)；惟連續中斷之第2~5日必需是完全沒有使用呼吸器才能視為脫離成功。

四、結案條件：

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

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

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

- 六、收治呼吸器依賴患者之院所應積極協助病患嘗試脫離呼吸器，一般病房(含經濟病床)或

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

註：上游病房係指下列條件之一

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

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

第二章 整合性照護

第一節 住院照護階段

通則：

一、符合下列(一)或(二)項條件者，需適用本節支付標準：

(一) 事先報經保險人核准。

(二) 收治符合呼吸器依賴病患定義之一般病床。

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

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

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

三、本計畫鼓勵組成整合性照護系統(IDS, Integrated Delivery System)，提供包括加護病房、亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房各階段照護；各照護階段之支付標準及規定如附表 9.3 及 9.4，其中亞急性呼吸照護病房及慢性呼吸照護病房階段所訂點數已含本保險醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準所訂相關醫療支付點數，除施行血液透析(58001C)、腹膜透析(58002C)(含透析液及特材)、連續性可攜帶式腹膜透析(58009B-58012B、58017C、58028C)(含透析液)、氣管切開造口術(56003C)、緊急手術、施行安寧療護共同照護費(P4401B-P4403B)及緩和醫療家庭諮詢費(02020B)外，不得申報其他費用，所有個案皆需依階段下轉(STEP DOWN CARE)之原則辦理，各階段若未依病情及本節通則規定入住，則依下階段或適宜入住階段之費用支付，並累計各階段照護日數：

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

1. 應下轉而未下轉者，自應下轉日起每日醫療支付點數核扣標準如下：

(1) 醫學中心每日核扣 6,710 點

(2) 區域醫院每日核扣 5,810 點

(3) 地區教學醫院每日核扣 3,750 點

(4) 地區醫院每日核扣 2,960 點

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

(二)「亞急性呼吸照護病房階段」：

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

(三)「慢性呼吸照護病房階段」：支付標準及規定如附表 9.3。

- 四、呼吸器依賴個案於嘗試脫離呼吸器期間若仍住在亞急性呼吸照護病房或慢性呼吸照護病房，得按亞急性呼吸照護病房或慢性呼吸照護病房支付標準申報，嘗試脫離呼吸器但未成功之患者，在嘗試脫離期間，應累計其照護日數及呼吸器使用日數，呼吸器脫離成功者，即應轉出至一般病房。
- 五、因亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房滿床得轉至一般病房，採論量計酬並以病患適宜入住階段之費用為上限支付，餘應按本節支付標準規定入住各階段病房，病患俟後由一般病房再回轉至慢性呼吸照護病房、亞急性呼吸照護病房者，應累計其使用呼吸器之照護日數。
- 六、本整合性照護凡轉入各階段之日，不論何時，均作一天論，轉出該階段或出院之日，不論何時，其當日不予計算支付點數。

第二節 居家照護階段

通則：

一、適用本節之支付標準需事先報經保險人核准。

二、收案條件須符合下列(一)或(二)項條件：

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

(二) 經醫師診斷為 Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS 肌萎縮性脊髓側索硬化症，~~ICD-9-CM 335.20~~ ICD-10-CMG1221)或 Congenital Muscular Dystrophy (先天性肌肉萎縮症，~~ICD-9-CM 350.0、350.1~~ ICD-10-CMG G712、G710)，且領有重大傷病證明並符合附表 9.5 之收案標準者；病患經專業審查同意收案後，每年評估 1 次，3 年以後除有特殊理由，原則不再評估。

三、特約醫事服務機構需按附表 9.2 辦理並向當地衛生主管機關核備。

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

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

六、呼吸器依賴個案若係由醫院轉回家中或健保特約之一般護理之家照護者，只需依規定上網登錄，惟若所收個案非由醫院轉回居家或護理之家，則應由醫師評估其使用呼吸器之必要性，並檢具評估報告，送保險人分區業務組審查同意後上網登錄。未依規定辦理者，醫療費用不予支付。

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：「幽門桿菌糞便抗原檢查」等 8 項全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增診療項目案，提請討論。

說明：

- 一、本次各項新增診療項目，依程序提案至 103 年第 8 次及第 9 次專家諮詢會議，按會議結論：建議新增 3 項診療項目，為「幽門桿菌糞便抗原檢查」、「小腸移植術」及「小腸摘取術」(詳后附件 1-1，P85～P88)。
- 二、另「不整脈經導管燒灼術-複雜 3-D 立體定位（單腔）」、「不整脈經導管燒灼術-複雜 3-D 立體定位（雙腔）」、「電子式內視鏡超音波」、「細鏡(迷你)探頭式內視鏡超音波」及「快速結核病分子診斷」等 5 項，經提至 103 年 10 月 21 日召開之第 2 次本會議之臨時會討論，會中與會代表表示上述新增診療項目成本分析結果與現行類似診療項目支付點數的相對性差異過大，建議徵詢相關學會提供意見後再提會討論。
- 三、本署於 103 年 11 月中旬分別函詢台灣消化系醫學會、中華民國心臟學會及台灣醫事檢驗學會 (詳后附件 1-2，P89～P94)後，其函復意見表示新增診療項目建議之支付點數應屬合宜 (詳后附件 1-3 及同附件 1-1，P95～P97 及 P85～P88)。
- 四、依 104 年醫療給付費用總額及其分配之醫院總額新增支付標準編

列預算 3 億元辦理，本案新增 8 項支付標準，全年預估支出 1.50 億元。

擬辦：本案經討論後如獲同意，擬增訂支付標準表 (詳后附件 1-4, P98 ~P101)，並依程序報請衛生福利部核定後公佈實施。

104 年第 1 次支付標準共同擬訂會議-新增診療項目意見及財務影響評估彙整表--同意給付項目

附件 1-1

項次	中文項目名稱	主要之臨床功能及目的	建議事項		健保署建議													
			申請單位	預估一年執行總次數（A）	103 年第 8、9 次支付標準專家諮詢會議結論及 103 次 103 年第 2 次共同擬訂會議臨時會會議決議				建議支付點數		替代現行診療項目							預估年增加點數 (單位：千元/年)
					專家諮詢會議建議新增理由說明	適應症/支付規範			支付點數（B）	表列支付點數	表列材料費%	編號	中英文名稱	支付點數（C） (含 53% 一般材料費)	替代現行診療項目後之點數差 (D)=(B)-Σ（C）	103 年醫令申報量（E）	申報量替代率（F）	平均支付成數（G）
1	幽門桿菌糞便抗原檢查 Helicobacter pylori stool antigen(HpSA)Test	於決定是否需要施以臨床常用的三合一療法(一種制酸劑加上兩種抗生素)來治療因幽門桿菌感染所導致的消化性潰瘍及持續監測實施三合一療法後療程成效。	萬芳醫院委託北醫辦理	18,854 (約替代 50% 編號 30512C 執行量)	因本項試劑抗原屬台灣本土菌株，故準確性相當現行支付編號 30512C「碳-13 尿素呼氣檢查幽門螺旋桿菌感染」乙項，且檢驗耗時較短，爰建議新增。	<u>適應症</u> 1.出血、幼兒、孕婦、衰老等不適合做胃鏡檢查之消化性潰瘍患者治療前之幽門螺旋桿菌感染鑑定檢查。 2.證實為潰瘍併幽門螺旋桿菌感染患者為除菌治療後之療效確認與追蹤，第一次於潰瘍治療(含 PPI 藥物)停藥後一個月施行一次。 <u>支付規範</u> 1.不得同時申報 13007C、13018C、28016C、28030C、及 30512C。 2.限試劑抗原屬台灣本土菌株者申報。 3.本項檢查採包裹式給付，不論方法皆不得另行申請材料費用。	376	同左		30512C	碳-13 尿素呼氣檢查幽門螺旋桿菌感染	1,160	-784	37,707	50%	1.00	-14,782	
2	小腸移植術 Isolated small bowel transplantation	(1)恢復腸道營養功能。 (2)停止使用全靜脈營養治療，減少伴隨之併發症及生活的限制。	亞東紀念醫院	7	為器官移植手術並已完成衛生福利部之人體試驗，其臨床醫療安全性無太大疑慮，且經與英國及美國執行相同適應症之個案 5 年存活率（英國 61.8%、美國 65%、台灣 61.5%）相比為相近，且此類病患及早接受小腸移植可避免肝臟移植，爰建議新增診療項目。	<u>適應症</u> 1. 超短腸症:嬰兒或成人有超短腸的情形(嬰兒小於 10 cm 的空腸，或成人 小於 50 cm 的空腸)並且沒有迴盲瓣。 2. 先天性黏膜病變，如： A.microvillus inclusion disease、B.tufting enteropathy 3. 小腸局部性侵襲性腫瘤，如： A.家族性大腸癌肉症、B.類結締纖維瘤 desmoid tumor 4. 因先天性或後天性的原因造成腸衰竭，使用全靜脈營養治療引起之併發症，如： A.肝臟病變、B.主要靜脈管道栓塞(超過兩處)、C.人工血管感染引發之反覆敗血症 <u>相關規範：</u> 1.需事前審查。 2.人員及設備資格：執行醫師及醫院須通過衛生福利部（前衛生署）小腸移植執行醫師及醫院資格審核。	198,868	同左	14%							1.00	1,392	

項次	中文項目名稱	主要之臨床功能及目的	建議事項		健保署建議												
			申請單位	預估一年執行總次數（A）	103 年第 8、9 次支付標準專家諮詢會議結論及 103 次 103 年第 2 次共同擬訂會議臨時會會議決議			建議支付點數		替代現行診療項目							預估年增加點數 (單位：千元/年)
					專家諮詢會議建議新增理由說明	適應症/支付規範	支付點數（B）	表列支付點數	表列材料費%	編號	中英文名稱	支付點數（C） (含 53% 一般材料費)	替代現行診療項目後之點數差 (D)=(B)-Σ（C）	103 年醫令申報量（E）	申報量替代率（F）	平均支付成數（G）	(H)=【Σ（A*B） +/-Σ（D*E*F）】*G
3	小腸摘取術 Cadaveric small intestine harvest	提供小腸移植器官。	亞東紀念醫院	7	係為提供小腸移植之必要器官，經與會專家討論獲一致性共識建議新增。	<u>相關規範：</u> 1.執行人員及醫院資格須通過衛生福利部（前衛生署）小腸移植執行醫師及醫院資格審核。 2. 不得同時申報之診療項目及編號：73010B(小腸切除術加吻合術)、支付點數 21,038 點。	25,970	同左	170%							1.00	182
4	不整脈經導管燒灼術-複雜 3-D 立體定位（單腔）	利用電腦儀器將心臟單一腔室以定位導管建構出 3 度空間立體圖，進一步標定心律過速之來源與路徑，了解心臟腔室之電氣活性，可縮短手術時間、提高電燒成功率、減少復發及增加手術安全性。	中華民國心臟學會	1.經洽學會表示，原提供之年執行人數（單腔 400 人、雙腔 400 人），係由原接受 33091B 之執行數計算而來。2.建議以替代率 20 %計算，一年執行總次數。	為治療過程之必要處置，均建議新增本項診療項目。	複雜性不整脈包括心房頻脈、「非」典型性心房撲動、心房顫動、心室不整脈等	45,109	同左		33091B	不整脈經導管燒灼術修訂為不整脈經導管燒灼術（2-D 定位）	36,900	8,209	3,669	20%	1.00	6,024
5	不整脈經導管燒灼術-複雜 3-D 立體定位（雙腔）					同上	49,177	同左						12,277	3,669		20%

項次	中文項目名稱	主要之臨床功能及目的	建議事項		健保署建議												
			申請單位	預估一年執行總次數（A）	103 年第 8、9 次支付標準專家諮詢會議結論及 103 次 103 年第 2 次共同擬訂會議臨時會會議決議			建議支付點數		替代現行診療項目							預估年增加點數 (單位：千元/年)
					專家諮詢會議建議新增理由說明	適應症/支付規範	支付點數（B）	表列支付點數	表列材料費%	編號	中英文名稱	支付點數（C） (含 53% 一般材料費)	替代現行診療項目後之點數差 (D)=(B)-Σ（C）	103 年醫令申報量（E）	申報量替代率（F）	平均支付成數（G）	(H)=【Σ（A*B） +/-Σ（D*E*F）】*G
6	電子式內視鏡超音波 Electronic Endoscopic Ultrasonography，EUS	為醫療必須之所需，具有提升醫療水準及增進醫療服務品質，用於檢查上（下）消化道病灶之成因。	台灣消化系醫學會	建議以編號 28029C 替代率 30%計算，惟臨床尚需配合相關內視鏡檢查如 28016C。	本項技術困難，耗費醫師投入心力，且臨床上內視鏡超音波已提升主機功能，故建議包裹給付新增 2 項診療項目。	支付規範： 1.不得同時申報 28029C、相關內視鏡檢查及細鏡(迷你)探頭式內視鏡超音波。 2.內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料。	6,999	同左		28029C	內視鏡超音波	750	4,749	15,442	30%	1.00	22,002
										28016C	上消化道泛內視鏡檢查	1,500					
7	細鏡(迷你)探頭式內視鏡超音波 Miniprobe Endoscopic Ultrasound					支付規範： 1.不得同時申報 28029C、相關內視鏡檢查及電子式內視鏡超音波。 2.內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料。	5,980	同左		28029C	內視鏡超音波	750	3,730	15,442	70%	1.00	40,318
										28016C	上消化道泛內視鏡檢查	1,500					

項次	中文項目名稱	主要之臨床功能及目的	建議事項		健保署建議														
			申請單位	預估一年執行總次數（A）	103 年第 8、9 次支付標準專家諮詢會議結論及 103 次 103 年第 2 次共同擬訂會議臨時會會議決議					建議支付點數		替代現行診療項目							預估年增加點數 (單位：千元/年)
					專家諮詢會議建議新增理由說明	適應症/支付規範			支付點數（B）	表列支付點數	表列材料費%	編號	中英文名稱	支付點數（C） (含 53% 一般材料費)	替代現行診療項目後之點數差 (D)=(B)-Σ（C）	103 年醫令申報量（E）	申報量替代率（F）	平均支付成數（G）	(H)=【Σ（A*B） +/-Σ（D*E*F）】*G
8	快速結核病分子診斷 Rapid Molecular diagnosis for tuberculosis	即時鑑別診斷結核分枝桿菌(MTB)或非結核分枝桿菌(NTM)感染。	中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	35,507	因台灣屬於肺結核盛行區，基於國家衛生安全及提審法之通過施行，以及該檢測方式與健保給付傳統 PCR（編號 12182C 及 12083C）不同，具即時性、準確度高達 98% 以上，對於臨床實務上需立即要住院及急診的臨床高度懷疑肺結核患者有必要性，建議新增本項診療項目。	<u>適應症</u> 1.塗片耐酸性染色鏡檢陽性的患者，但無法區分為結核菌或非結核分枝桿菌。2.懷疑罹患肺結核，但塗片耐酸性染色鏡檢陰性的患者。 <u>支付規範</u> 1.需裝置有生物安全櫃的 P2 實驗室。2.需於醫令開立當日發報告。3.限檢體直接檢測申報。			2,431	同左							1.00	86,318	
同意新增小計																			150,462

註 1.平均支付成數，係以 102 年門住診醫療費用申報各項手術診療項目之申報點數/（申報醫令量*表列支付點數）為計算基礎。

註 2.如新增診療項目，無對應之替代現行診療項目，即以支付標準所有手術項目之平均支付成數進行計算。

註 3.上開新增不整脈經導管燒灼術-複雜 3-D 立體定位，所需之 3-D 立體電極貼片，按不符比例原則，特材暫編 Y 碼，俟本署納入健保給付特材品項收載前，於本署納入健保給付特材品項收載前，暫同意保險醫事服務機構，因臨床業務需要，經向本保險對象解說並取得同意後向保險對象收取特材全額自費，俟納入健保給付特材品項收載後，不得向保險對象收費。

抄 件：張 淑 雅

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

機關地址：台北市信義路3段140號
傳真：(02)27026324
聯絡人及電話：張淑雅(02)27065866轉2632
電子信箱：A110640@nhi.gov.tw

受文者：

發文日期：中華民國103年11月14日
發文字號：健保醫字第1030034361號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：見說明

主旨：貴學會建議全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增「電子式」及「細鏡(迷你)探頭式」內視鏡超音波等2項診療項目乙案，復如說明，請 查照。

說明：

一、旨揭2項新增診療項目，為 貴學會前於103年7月22日與本署溝通討論經本署認定屬手術處置過程面內含特材之健保內含序號259「“奧林柏斯”超音波電子胃鏡及附件-氣球」乙項特材，建議包裹給付過程面特材，新增旨揭2項診療項目，並提案至103年8月6日之全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議討論（詳附件1）。

二、按前會議結論之建議新增「電子式內視鏡超音波」及「細鏡(迷你)探頭式內視鏡超音波」等2項診療項目建議支付點數及年執行量、相關規範等意見如下，並提至103年10月21日之全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議（以下稱支付標準共同擬訂會議）討論。

（一）建議支付點數：按 貴學會提供之成本分析，經本署100年調查成本參數校正後如下：

1、電子式內視鏡超音波：6,999點。

2、細鏡(迷你)探頭式內視鏡超音波：5,980點。

（二）年執行量

1、電子式內視鏡超音波：以102年申報編號28029C內視

鏡超音波之醫令量*30%計算，為4,358人次。

2、細鏡(迷你)探頭式內視鏡超音波：以102年申報編號28029C內視鏡超音波之醫令量*70%計算，為10,168人次。

(三)替代現行診療項目，為編號28029C內視鏡超音波、支付點數750點及編號28016C上消化道泛內視鏡檢查、支付點數1,500點。

三、惟經103年10月21日支付標準共同擬訂會議與會代表表示，上述新增診療項目成本分析結果與現行類似診療項目支付點數的相對性差異過大，爰暫保留（詳附件3）。

四、請 貴會重新檢視及評估「電子式內視鏡超音波」等2項新增診療項目之替代成本、年執行量，以及是否有跨科別之使用等疑義，重新計算成本並提供說明資料送本署後再議。

正本：台灣消化系醫學會

副本：本署醫務管理組

抄 件：張 淑 雅

檔 號：

保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

機關地址：台北市信義路3段140號

傳真：(02)27026324

聯絡人及電話：張淑雅(02)27065866轉2632

電子信箱：A110640@nhi.gov.tw

受文者：

發文日期：中華民國103年11月17日

發文字號：健保醫字第1030034356號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明

主旨：貴學會建議全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增「不整脈經導管燒灼術-複雜3-D立體定位（單腔）」及「不整脈經導管燒灼術-複雜3-D立體定位（雙腔）」等2項診療項目乙案，復如說明，請查照。

說明：

- 一、復 貴會102年3月21日中心（榮）字第0152號暨102年5月10日中心（榮）字第0218號函。
- 二、本署業於102年12月13日以健保醫字第1020034292號函復，本案將依規定辦理支付標準擬訂在案（諒達）。
- 三、查旨揭2項新增診療項目，於102年11月6日召開之全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議討論，其會議結論（詳附件1）：
 - （一）建議將原現行33091B「不整脈經導管燒灼術」修訂為33091B「不整脈經導管燒灼術（2-D定位）」、支付點數為36,900點。
 - （二）「不整脈經導管燒灼術-複雜3-D立體定位（單腔）」及「不整脈經導管燒灼術-複雜3-D立體定位（雙腔）」等2項新增診療項目，支付點數為上開支付點數36,900點，再加計複雜3-D立體定位技術費之單腔為8,209點、雙腔為12,277點後（詳附件2），為：
 - 1、單腔：建議支付點數為45,109點。

2、雙腔：建議支付點數為49,177點。

3、過程面必須使用之「電極貼片組」，則按健保給付之特材品項辦理後續事宜。

四、本署亦依全民健康保險法第41條規定，提至103年10月21日召開之全民健康保險醫療服務給付及支付標準共同擬訂會議討論案第二案討論，其會議決議為「暫保留，且與會代表表示旨揭新增診療項目成本分析結果與現行類似診療項目支付點數的相對性差異過大，建議徵詢相關醫學會提供意見後再提會討論」（詳附件3）

五、爰請 貴會重新檢視及評估，前「不整脈經導管燒灼術-複雜3-D立體定位（單腔）」等2項診療項目替代編號33091B「不整脈經導管燒灼術（2-D定位）」之替代成本後，重新計算成本並提供說明資料送本署後再議。

正本：中華民國心臟學會

副本：本署醫務管理組

抄件：吳明純

檔號：

保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

機關地址：台北市信義路3段140號

傳真：(02)27026324

聯絡人及電話：吳明純(02)27065866轉2638

電子信箱：A110744@nhi.gov.tw

受文者：

發文日期：中華民國103年11月19日

發文字號：健保醫字第1030034363號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明二

主旨：請貴會惠予協助檢視及確認全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增「快速結核病分子診斷」乙項診療項目適應症、預估執行數及支付點數之適當性，並於103年12月1日前回復，請查照。

說明：

- 一、旨揭診療項目業經本署103年10月21日召開之「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」提案討論，惟與會代表針對適應症及支付點數多有疑慮，決議本項暫保留，俟徵詢相關學會意見後再提會討論。
- 二、檢附「快速結核病分子診斷」支付標準草案及本署校正後之成本分析表如附件。請貴會協助提供以下兩點之專業意見：
 - (一)與會代表表示提案所列之適應症有造成浮濫之虞，請協助研訂更為嚴謹合適之適應症規範，並說明此適應症下之預估一年執行總次數及預估方式。
 - (二)與會代表表示應考量旨揭新增診療項目支付點數與現行類似診療項目(12182C「去氧核糖核酸類定性擴增試驗」，支付點數1,000點)及12183C「核糖核酸類定性擴增試驗」，支付點數1,200點)支付之衡平性，且提案所列人力投入時間似應考量一次施行多個檢體之情形。請協助檢視及確認成本分析表及支付點數之合理及

適當性。

正本：台灣醫事檢驗學會

副本：社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、衛生福利部疾病管制署(均含附件)

台灣消化系醫學會 函

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國一〇四年一月二十九日

發文字號：台消醫會總字第一〇四〇一一號

速別：最速件

附件：

機關地址：台北市忠孝西路1段50號12樓之4

聯絡電話：(02)2311-9062

傳真電話：(02)2311-4181

電子信箱：gest@gest.org.tw

主旨：有關全民健康保險醫療服務給付項目及知付標準新增「電子式」及「細鏡(迷你)探頭式」內視鏡超音波等2項診療項目乙案，請查照。

說明：

- 一、復貴署民國一〇三年十一月十四日健保醫字第1030034361號函。
- 二、原內視鏡超音波給付，當年是依名稱「內視鏡」(28016C) 1,500點及超音波」(28029C) 750點來給付，根本無成本分析。惟內視鏡超音波術是另一種技術，多年因原給付不敷成本，以致國內多數民眾無法受惠於此技術。內視鏡超音波術在國際上已為標準且必需之診斷工具。本會提出之計算為精密計算之結果(如附件)，此項技術無跨科之疑義。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：

理事長

林肇堂

總收文104年2月12日收到
健保署

中央健康保險署
署 1040052917

檔 號：
保存年限： 年

中華民國心臟學會函

地 址：104 台北市民權西路 11 號 13F-1
連絡人：黃淑菁
電 話：02-2597-6177~9*17
傳 真：02-2597-6180

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 104 年 1 月 26 日

發文字號：中心(洲)字第○一四一號

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：貴署 爰請本會重新檢視評估「不整脈經導管燒灼術複雜 3D 及 2D 立體定位術」之替代成本乙案，復請，查照。

說明：

- 一、復 貴署中華民國 103 年 11 月 17 日健保醫字第 1030034356 號函。
- 二、本會重新評估「不整脈經導管燒灼術複雜 3D 單腔及雙腔立體定位術」之成本分析後，建請維持貴署於 102 年 11 月 6 日召開之「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」決議：複雜 3D 單腔立體定位技術費支付點數為 45,109 點；複雜 3D 雙腔立體定位技術費支付點數為 49,177 點。
- 三、針對 103 年 11 月 17 日「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬定會議」中委員對於「不整脈經導管燒灼術複雜 3D 單腔及雙腔立體定位術」不明瞭事項，要求心律不整專家出席答覆乙案，建請貴署邀請本會相關心律不整專家出席，以解答共同擬定會議中委員之提問。
- 四、本案自 100 年 8 月由本會發文〔中心(鴻)字第○二三號〕討論至今已逾 3 年，各項討論均已完備並獲專家諮詢會議決議通過，茲附上相關公文以資佐證，如附件。

理事長

葉森洲

總收文 104 年 1 月 29 日收到

健保醫

中央健康保險署
署 1040052051

第一頁

社團法人台灣醫事檢驗學會

會址：新北市板橋區四維路一段239號6樓
電話：(02) 89675031 傳真：(02) 89670031
網址：www.labmed.org.tw
e-mail：office@labmed.org.tw



受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 103 年 12 月 11 日

發文字號：(103) 醫檢學字第 237 號

速別：

密等及解密條件：普通

附件：

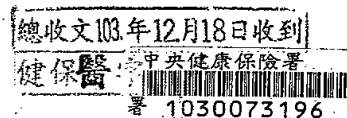
主旨：覆 貴署詢問有關新增「快速結核病分子診斷」乙項診療項目適應症、預估執行數及支付點數之適當性，敬請 參卓。

說明：

- 一、覆 貴署 103 年 11 月 19 日健保醫字第 1030034363 號函。
- 二、有關 貴署來函詢問有關新增快速結核病分子診斷乙項診療項目適應症、預估執行數及支付點數之適當性，經本會詢問相關領域專家後，應屬合宜，本會對此部分無其他意見。但支付規範部分，本會建議(2)需收檢當日發告報，可修改為「需於醫令開立當日發報告」外另於適應症名稱上應加入「限檢體直接檢測適用」，意即菌株鑑定不能使用此代碼，另再增加(3)使用試劑應有文獻或廠商 package insert 說明可以用於抹片陰性的檢體。
- 三、如有任何疑問，請洽本會聯絡人：張婷翊，聯絡電話：02-89675031 分機 32。

理事長

謝文祥



全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

第七項 細菌學與黴菌檢查 Bacteriology & Fungus Test (13001-13026~~7~~)

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
13027B	<u>快速結核病分子診斷</u> <u>Rapid Molecular diagnosis for tuberculosis</u> <u>註：</u> <u>1.適應症：</u> <u>(1)塗片耐酸性染色鏡檢陽性的患者，但無法區分為結核菌或非結核分枝桿菌。</u> <u>(2)懷疑罹患肺結核，但塗片耐酸性染色鏡檢陰性的患者。</u> <u>2.支付規範：</u> <u>(1)需裝置有生物安全櫃的P2實驗室。</u> <u>(2)需於醫令開立當日發報告。</u> <u>(3)限檢體直接檢測申報。</u>		<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>2431</u>

第二十四項 其他檢查 Other Test (30501-30524~~2~~)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
30522C	<u>幽門桿菌糞便抗原檢查</u> <u>Helicobacter pylori stool antigen(HpSA)Test</u> <u>1.適應症</u> <u>(1)出血、幼兒、孕婦、衰老等不適合做胃鏡檢查之消化性潰瘍患者治療前之幽門螺旋桿菌感染鑑定檢查。</u> <u>(2)證實為潰瘍併幽門螺旋桿菌感染患者為除菌治療後之療效確認與追蹤，第一次於潰瘍治療(含PPI藥物)停藥後一個月施行一次。</u> <u>2.支付規範</u> <u>(1)不得同時申報13007C、13018C、28016C、28030C、及30512C。</u> <u>(2)限試劑抗原屬台灣本土菌株者申報。</u> <u>(3)本項檢查採包裹式給付，不論方法皆不得另行申請材料費用。</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>376</u>

第二節 放射線診療 X-RAY

第一項 X光檢查費 X-Ray Examination

二、特殊造影檢查 Scanning (33001-33133-40)

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
33091B	不整脈經導管燒灼術 Transcatheter Radiofrequency Ablation for Arrhythmia — 2-D定位 2D Mapping		√	√	√	36900
33139B	—複雜3-D立體定位 Chamber 3D Mapping 單腔 Single		√	√	√	45109
33140B	雙腔 Double		√	√	√	49177
	註： 1.施行本項之醫院及醫師資格如下： (1)醫院資格： A須具有心臟外科醫師支援之醫院。 B須具備完善之心導管透視機、電生理檢查紀錄儀、電生理刺激器、高頻幅釋出機、心臟去顫器等。 (2)醫師資格： 具中華民國心臟學會專科醫師，曾接受一年完整之臨床電生理及不整脈經導管燒灼術之訓練，且至少完成50例以上不整脈經導管燒灼術之經驗，其完成之病例數須經中華民國心臟學會審核認定。 (3)醫院及主持醫師資格有變更時應重新報保險人核備。 2.施行本項之適應症如下： (1) 2-D立體定位 ：經心電圖及心臟電氣生理檢查經證實為室上頻脈(supraventricular tachycardia)。 (2) 複雜3-D立體定位 ：複雜性不整脈包括心房頻脈、「非」典型性心房撲動、心房顫動、心室不整脈等。 3.本項目所訂點數包含心導管置入及造影、冠狀動脈及冠狀竇造影、燒灼前後完整之電氣生理檢查、心律不整燒灼定位、心律不整燒灼、血壓及心電圖監視、一般材料費等費用。 4.醫院申請醫療費用時應一併檢附心臟電氣生理檢查證實為室上頻脈且確實施行本處置之相關資料。 5.若術後三十天（含）內復發並再次使用者，按所訂支付點數之一半支付。					

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	6.提升兒童加成項目。					

第二十一項 內視鏡檢查 Endoscopy Examination (28001-28039~~39~~44)

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
28043B	<u>電子式內視鏡超音波</u> <u>Electronic Endoscopic Ultrasonography, EUS</u> <u>註：</u> <u>1.支付規範：</u> <u>(1)不得同時申報28029C、相關內視鏡檢查及細鏡(迷你)探頭式內視鏡超音波。</u> <u>(2)內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		V	V	V	6999
28044B	<u>細鏡(迷你)探頭式內視鏡超音波</u> <u>Miniprobe Endoscopic Ultrasound</u> <u>註：</u> <u>1.支付規範：</u> <u>(1)不得同時申報28029C、相關內視鏡檢查及電子式內視鏡超音波。</u> <u>(2)內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		V	V	V	5980

第七節 手術

第七項 消化器 Digestive System

四、腸(除直腸外) Intestine (Except Rectum) (73001-73049~~49~~50)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
73049B	小腸移植術 Isolated small bowel transplantation 1.適應症： (1)超短腸症：嬰兒或成人有超短腸的情形(嬰兒小於10 cm 的空腸，或成人 小於50 cm的空腸)並且沒有迴盲瓣。 (2)先天性黏膜病變，如： A.microvillus inclusion disease、B.tufting enteropathy (3) 小腸局部性侵襲性腫瘤，如： A.家族性大腸癌肉症、B.類結締纖維瘤 desmoid tumor (4)因先天性或後天性的原因造成腸衰竭，使用全靜脈營養治療引起之併發症，如： A.肝臟病變、B.主要靜脈管道栓塞(超過兩處)、C.人工血管感染引發之反覆敗血症 2.相關規範： (1)需事前審查。 (2)人員及設備資格：執行醫師及醫院須通過衛生福利部（前衛生署）小腸移植執行醫師及醫院資格審核。 (3)一般材料費及特殊材料費，得另加計 14%		Y	Y	Y	198868
73050B	小腸摘取術 Cadaveric small intestine harvest 1.相關規範： (1)執行人員及醫院資格須通過衛生福利部（前衛生署）小腸移植執行醫師及醫院資格審核。 (2)不得同時申報之診療項目及編號：73010B(小腸切除術加吻合術)、支付點數21,038點。 (3)一般材料費及特殊材料費，得另加計170%		Y	Y	Y	25970

討論事項

第 二 案

提案單位：本署醫務管理組

案由：調升支付標準編號 28031C 及 33024B 二項診療項目支付點數，以包裹給付過程面必須使用之「單一使用拋棄式生檢鉗或組織夾」等 3 項特材案，提請討論。

說明：

- 一、本案包裹過程面特材為「單一使用拋棄式導引線或雙頭導線」、「單一使用拋棄式內視鏡造影導管」及「單一使用拋棄式生檢鉗或組織夾」等 3 項。
- 二、「單一使用拋棄式生檢鉗或組織夾」乙項：
 - (一) 前於 103 年 12 月 24 日於本會議通過，以 650 元包裹給付於現行診療項目編號 28030C「內視鏡切片」，其支付點數由 290 點調升為 940 點，衛生福利部已公告自 104 年 2 月 1 日實施。
 - (二) 該次會議時與會代表，以及衛生福利部核定期間接獲醫院反映此特材也用於同功能診療項目編號 28031C「大腸或小腸纖維鏡切片(每一診次)」，基於支付一致性，參照前會議決議以 650 元，包裹於編號 28031C 支付點數由 369 點調升為 1,019 點，詳后附件 2-1，P105，增修後健保增加支出約 0.91 億元。
- 三、「單一使用拋棄式導引線或雙頭導線」及「單一使用拋棄式內視鏡造影導管」2 項特材：與台灣消化系醫學會討論溝通，並提案

至 103 年第 7 次支付標準專家諮詢會議，按會議結論建議包裹給付調整於支付標準診療項目編號 33024B「逆行性膽道及胰管造影」，申報醫令量 (詳后附件 2-2，P107)：

- (一) 單一使用拋棄式導引線或雙頭導線乙項：特材價格按本署訪價各層級院所結果同后附件 2-2，P107，平均價格 6,580 元*1.05 (特材管理作業費用 5%) 為 6,909 點計算。
- (二) 單一使用拋棄式內視鏡造影導管乙項：特材價格按本署訪價各層級院所結果同后附件 2-2，P107，平均價格 2,430 元*1.05 (特材管理作業費用 5%) 為 2,552 點計算。
- (三) 上開建議包裹支付點數 (表列材料費之%，採無條件進位後) 為 13,461 點，詳后附件 2-3，P109，增修後推估健保增加支出約 0.71 億元。

四、依 104 年醫療給付費用總額及其分配之醫院總額新增支付標準編列預算 3 億元辦理，本案增修旨揭支付標準編號編號 28031C 及 33024B，全年預估支出 1.62 億元。

擬辦：本案經討論後如獲同意，擬增訂支付標準 (詳后附件 2-4，P111)，並依程序報請衛生福利部核定後公佈實施。

擬辦：

附表、增修支付標準編號 28031C 研議採包裹給付、單一支付點數之健保財務衝擊分析表

單位：元

項次	支付標準					特殊材料								建議包裹支付，內含過程面特材之建議支付點數	採包裹給付之支付標準調整建議支付點數				現行支付點數與建議包裹支付差額	健保財務影響				
	編號	中英文名稱	表列支付點數	一般材料費	健保申報方式	現行健保支付點數	健保給付		過程面需使用之特材											103 年申報件數	申報件數成長率以 10 %推估之件數	平均支付成數	預估增加支出預算	
						0.53			特材品項	支付點數	項目	數量	訪價後之平均價格		訪價後之平均價格（加計特材管理作業費用 5 %）	按 103.12.24 會議決議辦理		h=d+650		i=Σ(a*c)	j=Σ(b*c)+g	%=j/i*100	k=i*(1+%)	l=k-d
			a	b	c	d=(a+b)*c				e	f	g=f*1.05												
1	28031C	大腸或小腸纖維鏡切片(每一診次)	369			369			單一使用之拋棄式生檢針及組織夾	1	589	619	650	1,019	1,019			1,019	650	126,834	139,518	1.00	90,686,700	
總計																							90,686,700	

支付標準以包裹給付過程面必須使用之「單一使用拋棄式導引線或雙頭導線」等 2 項特材訪價結果表

一、單一使用拋棄式導引線或雙頭導線

診療項目	層級別	103 年申報醫令量	訪價院所數	實際回覆院所數	平均價格(元)	備註
33024B	醫學中心	3,471	22	20	6,659.0	
	區域醫院	3,595	4	3	5,550.0	
	地區醫院	117	3	2	7,167.0	
	基層診所					
整體總計		7,183	29	25	6,580.0	總計平均價格係為各層級整體回覆價格/整體回覆項次計算。

二、單一使用拋棄式內視鏡造影導管

診療項目	層級別	103 年申報醫令量	訪價院所數	實際回覆院所數	平均價格(元)	備註
33024B	醫學中心	3,471	22	20	2,504.9	
	區域醫院	3,595	4	3	1,829.0	
	地區醫院	117	3	2		提供資料均為重複消毒之特材，故予以排除計算。
	基層診所					
整體總計		7,183	29	25	2,429.8	總計平均價格係為各層級整體回覆價格/整體回覆項次計算

附表、增修支付標準編號 33024B 研議採包裹給付、單一支付點數之健保財務衝擊分析表

單位：元

項次	支付標準						特殊材料						建議包裹支付，內含過程面特材之建議支付點數	採包裹給付之支付標準調整建議支付點數				現行支付點數與建議包裹支付差額	健保財務影響			
	編號	中英文名稱	表列支付點數	一般材料費	健保申報方式	現行健保支付點數	健保給付		過程面需使用之特材										表列支付點數	表列材料費（點）（無條件進位）	表列材料費（%）（無條件進位）	每一個案包裹支付點數
							特材品項	支付點數	項目	數量	訪價後之平均價格	訪價後之平均價格（加計特材管理作業費用 5%）										
			a	b	c	d=(a+b)*c			e	f	g=f*1.05	h=d+g		i=Σ(a*c)	j=Σ(b*c)+g	%=j/i*100	k=i*(1+%)		l=k-d		m	n
1	33024B	逆行性膽道及胰管造影 E.R.C.P. (Endoscopic retrograde cholangiopancreatography) 註：含膽道鏡費用在內。	4,000			4,000			1.單一使用拋棄式導引線或雙頭導線	1	6,580	6,909	13,461	13,461			13,461	9,461	7,183	7,543	1.00	71,364,323
									2.單一使用拋棄式內視鏡造影導管	1	2,430	2,552										
總計																					71,364,323	

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

第二十一項 內視鏡檢查 Endoscopy Examination (28001-28039)

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
28031C	大腸或小腸纖維鏡切片(每一診次) Colonoscopic or enteroscopic biopsy, each exam. <u>註：內含一般材料費及單一使用之拋棄式生檢針及組織夾費用。</u>	V	V	V	V	369 <u>1019</u>

第二節 放射線診療 X-RAY

第一項 X光檢查費 X-Ray Examination

二、特殊造影檢查 Scanning (33001-33135、P2101-P2104)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
33024B	逆行性膽道及胰管造影 E.R.C.P. (Endoscopic retrograde cholangiopancreatography) <u>註：1.含膽道鏡費用在內。</u> <u>2.內含一般材料費及單一使用之拋棄式導引線或雙頭導線及拋棄式內視鏡造影導管費用。</u>		V	V	V	4000 <u>13461</u>

討論事項

第 三 案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂安寧居家療護醫師訪視費支付標準案。

說明：資料後補。

擬辦：

