



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 年臨時會
會議資料

103 年 5 月 6 日 (星期二)
本署 18 樓會議室

103 年度「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」臨時會議議程

壹、主席致詞

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

參、討論事項

一、修訂「全民健康保險急診品質提升方案」。	第 1-1 頁
二、有關新增全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準「胸腔鏡胸管結紮術」等 6 項診療項目案。	第 2-1 頁
三、修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號 12197B「血中藥物濃度測定-Everolimus」等 9 項診療項目案。	第 3-1 頁
四、增修「視網膜手術」及「角膜移植手術」等 13 項全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目案。	第 4-1 頁
五、有關再辦理「全民健康保險週產期論人支付制度試辦計畫」案。	第 5-1 頁
六、修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準，安寧住院療護通則七癌症骨轉移病人得另行核實申報「RANK Ligand」抑制劑類藥物(如 denosumab)案。	第 6-1 頁
七、修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號 05404C-05406C「精神疾病患者居家治療」等 3 項診療項目案。	第 7-1 頁
八、增修訂支付標準第二部第二章第四節復健治療「語言治療」相關診療項目案。	第 8-1 頁

肆、臨時動議

伍、散會

貳、確認本會 103 年度第 1 次會議紀錄及

歷次會議決議事項辦理情形

-請參閱(不宣讀)確認

**103 年第 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」會議紀錄**

時 間：103 年 3 月 13 日(星期四)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：葉祝玫

出席人員：

陳代表雪芬	陳雪芬	陳代表福展	陳福展
黃代表雪玲	黃雪玲	蘇代表清泉	蘇清泉
林代表富滿	林富滿	吳代表志雄	(請假)
郭代表正全	郭正全	劉代表俊言	劉俊言
廖代表學志	廖學志	陳代表彥廷	許世明(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	曾代表中龍	曾中龍
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	王秀貞(代)	黃代表鶴珠	黃鶴珠
謝代表武吉	謝武吉	黃代表棟國	(請假)
朱代表益宏	朱益宏	梁代表淑政	梁淑政
李代表紹誠	(請假)	葉代表宗義	葉宗義
陳代表宗獻	陳宗獻	李代表永振	陳炳宏(代)

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 吳肖琪

陳代表憲法 陳憲法

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、張友珊

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、陳思琦

中華民國醫事放射師公會全國聯合會

何介中

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

梁淑媛

台灣醫院協會

黃瑞美、林佩荻、何宛青

董家琪、吳心華

台灣急診醫學會

陳健驊

台灣急診管理學會

黃集仁

醫藥品查驗中心

林郁婷、許雅蓉、吳慧敏

黃伊寧、朱秀貞

本署台北業務組

丁香豔、陳美玲、余千子

本署北區業務組

郭佩萱

本署中區業務組	楊惠真
本署企劃組	詹孟樵
本署醫審及藥材組	詹素珠
本署醫務管理組	林阿明、李純馥、林淑範 李待弟、王玲玲、朱文玥 涂奇君、吳明純、張淑雅

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。

三、報告事項：

(一) 調升全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫支付標準第四章、第五章、第六章及第八章針傷科相關診療項目支付點數案。

決議：同意全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫支付標準第四章、第五章、第六章及第八章針傷科相關診療項目支付點數均調升 10 點，修訂後支付標準詳附件 1。

(二) 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. 同意編號00129C~00134C「符合加強感染控制之牙科門診診察費」附註1申報規定，修訂為「牙醫特約醫事服務機構須依「牙醫院所感染控制SOP作業細則」執行，並依附表3.1.1「牙醫院所感染控制SOP作業考評表」自行評分，自評合格者應將考評表函送至保險人所轄分區業務組，並於次月開始申報之。惟經抽查不合格者自文到次月起不得申報，三個月後得申請複查，通過者於文到次月起得再行申報。」如附件2。

2. 同意附表3.1.1「牙醫院所感染控制SOP作業考評表」修訂如附件

3。

3. 同意非醫療機構(包括矯正機關、巡迴點及醫療站)得比照醫療機構申報感控門診診察費。
4. 同意修訂3.3.3「牙醫相對合理門診點數給付原則」之一、(二)牙醫師不適用本原則之折付方式第1點由「花東地區已結算之最近4季平均點值超過1.15，該年度該區之專任醫師」，修訂為「花東地區已結算之最近4季浮動點值之平均超過1.05，該年度該區之專任醫師」，詳附件4。

四、討論事項

(一) Tw-DRGs103 年適用參數。

決議：

1. 為反映臨床現況及密集度改變，同意103年起各年適用之RW、SPR、上限臨界點、下限臨界點及幾何平均住院日數等參數，修正為均由保險人每年年底公告，依前一年醫療服務點數計算之結果，並於次年適用，意即103年適用之參數均採101年醫療服務點數，嗣後並依年遞移。
2. 103年適用參數公告前，103年1月起已暫以102年適用統計值申報之DRG案件，由醫院以補報方式處理，補報作業期間俟本署公告後2個月完成補報，特殊困難醫院之補報時程，由分區業務組認定，補報方式於公告函轉各分區業務組時再一併通知。

(二) Tw-DRGs 第 2 階段導入項目相關事宜討論案。

決議：

1. 第2階段TW-DRGs預訂自103年7月1日起實施，附表7.1分類條件、附表7.1.11流程圖、附表7.2各Tw-DRG科系對照表，本署將於公告前將草案公開於本署網站，請醫院預為準備，實施內容依據

衛生福利部公告辦理。

2. 支付標準第七部第一章TW-DRGs支付通則修訂重點：(1)不適用DRG的個案範圍，增加使用IABP個案，同步刪除特材IABP核實申報之規定，(2)生物製劑採核實申報，(3)修訂支付通則一之(九)RW、上下限臨界點、幾何平均住院日、SPR等均由保險人每年年底公告，依前一年醫療服務點數計算之結果，並於次年適用，修訂後支付通則草案詳附件5。
3. 當次住院費用移轉至門急診之支付及審查方式、6歲以下先天性疾病兒童及特殊材料支付方式，維持現行規定，不排除於DRG範圍。
4. 由本署將依據前述修正不適用DRG個案及得核實申報項目，重新計算附表7.3 權重表表列之RW、上下限臨界點、幾何平均住院日及SPR值後，逕行預告及報請衛生福利部核定發布。
5. 屬第2階段導入項目之6項安胎相關DRG（37901（迫切流產(1)）、37902（迫切流產(2)，有合併症或併發症）、37903（迫切流產(2)，無合併症或併發症）、38301（伴有內科併發症之其他產前診斷，有合併症或併發症）、38302（伴有內科併發症之其他產前診斷，無合併症或併發症）、384（無內科併發症之其他產前診斷），因為住院日期差異大，暫不導入。
6. 現行論病例計酬項目回歸DRG之處理方式：
 - (1) 子宮外孕手術：DRG分類中屬「主診斷與處置不相關」，本階段將本項回歸MDC14。
 - (2) 「自行要求剖腹產」：於MDC14下新增DRG513，該DRG之RW由論病例計酬支付點數（15,669點）及各年當年度的SPR

值回推RW。且實施DRG後不得加計層級別、山地離島及CMI加成。以DRG3.3版(1,029項)103年參考為例，SPR 為38,039，回推RW為0.4119。

(3) 以上各項目，於第2階段導入時，地區醫院以上層級，自論病例計酬項目中刪除。

7. 與會代表提及研訂心臟內科不適當出院狀態規範乙項，留由本署研議辦理。

(三) 103 年健保特約醫院 ICD-10-CMPCS 編碼實作獎勵方案。

決議：

1. 考量醫院編碼人員配置及人力，刪除指標3：醫院內部或外部稽核ICD-10-CM/PCS編碼一致率（限區域（含）層級以上醫院填報）。
2. 本方案將於公告實施3個月後就執行狀況進行討論。
3. 餘照案通過，修訂後方案(草案)如附件6。

(四) 103 年度西醫基層提升婦產科夜間住院護理照護品質案。

決議：

1. 為避免與非護理人員相關之違規事件影響獎勵款項之撥付，對於特約院所如有違反勞動法令及特約管理辦法，應涉及護理人員時，始追回當季撥付款項或已撥付款項。
2. 本執行方式修訂詳如附件7，將依程序報請衛生福利部核定公告實施。

(五) 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。

決議：

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。

(六)再辦理「全民健康保險週產期論人支付制度試辦計畫」案。

決議：

與會代表表示，考量國內孕產婦選擇就醫場所之特性、提供分娩服務醫事機構間競爭關係及資源配置問題，爰不同意再辦理「全民健康保險週產期論人支付制度試辦計畫」。

(七)修訂「全民健康保險急診品質提升方案」。

決議：與會人數不足，暫停討論，提報 103 年 4 月 29 日臨時會議討論。

(八)有關新增全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準「胸腔鏡胸管結紮術」等 5 項診療項目案。

決議：

與會人數不足，暫停討論，提報 103 年 4 月 29 日臨時會議討論。

(九)修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號 12197B「血中藥物濃度測定-Everolimus」等 6 項診療項目案。

決議：

與會人數不足，暫停討論，提報 103 年 4 月 29 日臨時會議討論。

(十)增修「視網膜手術」及「角膜移植手術」等 13 項全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目案。

決議：

與會人數不足，暫停討論，提報 103 年 4 月 29 日臨時會議討論。

(十一)有關全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療編號 91009B 及 91010B「牙周骨膜翻開術」開放至 C 表案。

決議：

牙醫師公會全國聯合會代表表示，牙醫支付標準之修訂應先提案至牙醫總額研商議事會議討論，俟有共識後，再提至本會議討論，本案暫先行撤案。

五、散會：下午 5 時 40 分

全民健康保險醫療給付協議會議決議辦理情形追蹤表

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
102-6-3報	102.12.19	修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準，安寧住院療護通則七癌症骨轉移病人得另行核實申報「RANK Ligand (如 denosumab)」抑制劑類藥物案。	本案由健保署補充該藥品使用之財務衝擊分析資料，再提案報告。	健保署醫管組	本案提報 103 年 5 月 6 日臨時會議報告。	√	
103-1-1報	103.3.13	調升全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫支付標準第四章、第五章、第六章及第八章針傷科相關診療項目支付點數案。	同意全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫支付標準第四章、第五章、第六章及第八章針傷科相關診療項目支付點數均調升 10 點。	健保署醫管組	1. 本署於 103 年 4 月 11 日辦理預告，預告期間 103 年 4 月 12 日至 18 日。 2. 已於 103 年 4 月 24 日健保醫字第 1030033121 號函陳至衛生福利部核定發布。	√	
103-1-2報	103.3.13	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。	1. 同意編號 00129C~00134C「符合加強感染控制之牙科門診診察費」附註 1 申報規定，修訂為「牙醫特約醫事服務機構須依「牙醫院所感染控制 SOP 作業細則」執行，並依附表 3.1.1「牙醫院所感染控制 SOP 作業考評表」自行評分，自評合格者應將考評表函送至保險人所轄分區業務組，並於次月開始申報之。惟經抽查不合格者自文到次月起不得申報，三個月後得申請複查，通過者於文到次月起得再行申報。」。 2. 同意附表 3.1.1「牙醫院所感	健保署醫管組	1. 本署於 103 年 4 月 11 日辦理預告，預告期間 103 年 4 月 12 日至 18 日。 2. 已於 103 年 4 月 24 日健保醫字第 1030033121 號函陳至衛生福利部核定發布。	√	

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
			染控制 SOP 作業考評表」修訂。 3. 同意非醫療機構(包括矯正機關、巡迴點及醫療站)得比照醫療機構申報感控門診診察費。 4. 同意修訂 3.3.3「牙醫相對合理門診點數給付原則」之一、(二)牙醫師不適用本原則之折付方式第 1 點由「花東地區已結算之最近 4 季平均點值超過 1.15，該年度該區之專任醫師」，修訂為「花東地區已結算之最近 4 季浮動點值之平均超過 1.05，該年度該區之專任醫師」。				
103-1-1 討	103. 3. 13	Tw-DRGs103 年適用參數。	1. 為反映臨床現況及密集度改變，同意 103 年起各年適用之 RW、SPR、上限臨界點、下限臨界點及幾何平均住院日數等參數，修正為均由保險人每年年底公告，依前一年醫療服務點數計算之結果，並於次年適用，意即 103 年適用之參數均採 101 年醫療服務點數，嗣後並依年遞移。 2. 103 年適用參數公告前，103 年 1 月起已暫以 102 年適用統計值申報之 DRG 案件，由醫院以補報方式處理，補報作業期間俟本署公告後 2 個月完成補報，特殊困難醫院之補報時程，由分區業務組認定，補報方式於公告函轉各分區業務組時再一併通知。	健保署醫管組	1. 本署於 103 年 4 月 11 日辦理預告，預告期間 103 年 4 月 12 日至 18 日。 2. 已於 103 年 4 月 24 日健保醫字第 1030033121 號函陳至衛生福利部核定發布。 3. 103 年 1 月起已暫以 102 年適用統計值申報之 DRG 案件之差額補報作業刻研議辦理中。	V	
103-1-2 討	103. 3. 13	Tw-DRGs 第 2 階段導入項目相關事宜討論案。	1. 第 2 階段 TW-DRGs 預訂自 103 年 7 月 1 日起實施，附表 7.1 分類條件、附表 7.1.11 流程圖、附表 7.2 各 Tw-DRG 科系對照表，本署將於公告前將草案公開於本署網站，請醫院預為準備，實施內容依據衛生福利部公告辦理。 2. 支付標準第七部第一章	健保署醫管組	1. 已於 103 年 4 月 9 日將第 2 階段 TW-DRGs 實施起適用之支付通則及相關附表草案公開於本署網站，實施內容依據衛生福利	V	

編號	會議時間	案由	決議(結論)事項	辦理單位	辦理情形	列管建議	
						解除列管	繼續列管
			<p>TW-DRGs 支付通則修訂重點：(1) 不適用 DRG 的個案範圍，增加使用 IABP 個案，同步刪除特材 IABP 核實申報之規定，(2) 生物製劑採核實申報，(3) 修訂支付通則一之(九)RW、上下限臨界點、幾何平均住院日、SPR 等均由保險人每年年底公告，依前一年醫療服務點數計算之結果，並於次年適用，修訂後支付通則草案。</p> <p>3. 當次住院費用移轉至門急診之支付及審查方式、6 歲以下先天性疾病兒童及特殊材料支付方式，維持現行規定，不排除於 DRG 範圍。</p> <p>4. 由本署將依據前述修正不適用 DRG 個案及得核實申報項目，重新計算附表 7.3 權重表表列之 RW、上下限臨界點、幾何平均住院日及 SPR 值後，逕行預告及報請衛生福利部核定發布。</p> <p>5. 屬第 2 階段導入項目之 6 項安胎相關 DRG (37901 (迫切流產(1))、37902 (迫切流產(2))，有合併症或併發症、37903 (迫切流產(2))，無合併症或併發症)、38301 (伴有內科併發症之其他產前診斷，有合併症或併發症)、38302 (伴有內科併發症之其他產前診斷，無合併症或併發症)、384 (無內科併發症之其他產前診斷)，因為住院日期差異大，暫不導入。</p> <p>6. 現行論病例計酬項目回歸 DRG 之處理方式： (1) 子宮外孕手術：DRG 分類中屬「主診斷與處置不相關」，本階段將本項回歸 MDC14。 (2) 「自行要求剖腹產」：於 MDC14 下新增 DRG513，該 DRG 之 RW 由論病例計酬支付點數 (15,669 點) 及各年當年度的 SPR 值回推 RW。且實施 DRG 後不</p>		部公告辦理。		

編號	會議時間	案由	決議(結論)事項	辦理單位	辦理情形	列管建議	
						解除列管	繼續列管
			<p>得加計層級別、山地離島及 CMI 加成。以 DRG3.3 版(1,029 項)103 年參考為例, SPR 為 38,039, 回推 RW 為 0.4119。</p> <p>(3) 以上各項目, 於第 2 階段導入時, 地區醫院以上層級, 自論病例計酬項目中刪除。</p> <p>7. 與會代表提及研訂心臟內科不適當出院狀態規範乙項, 留由本署研議辦理。</p>				
103-1-3 討	103.3.13	103 年健保特約醫院 ICD-10-CMPCS 編碼實作獎勵方案。	<p>1. 考量醫院編碼人員配置及人力, 刪除指標 3: 醫院內部或外部稽核 ICD-10-CM/PCS 編碼一致率(限區域(含)層級以上醫院填報)。</p> <p>2. 本方案將於公告實施 3 個月後就執行狀況進行討論。</p> <p>3. 餘照案通過。</p>	健保署醫管組	<p>1. 本署已於 103 年 4 月 2 日以健保醫字第 1030032984 號函報衛生福利部核定。</p> <p>2. 衛生福利部已於 103 年 4 月 18 日核定, 本署已於 4 月 24 日公告。</p>	√	
103-1-4 討	103.3.13	103 年度西醫基層提升婦產科夜間住院護理照護品質案。	<p>1. 為避免與非護理人員相關之違規事件影響獎勵款項之撥付, 對於特約院所如有違反勞動法令及特約管理辦法, 應涉及護理人員時, 始追回當季撥付款項或已撥付款項。</p> <p>2. 本執行方式修訂, 將依程序報請衛生福利部核定公告實施。</p>	健保署醫管組	業於 103 年 4 月 11 日以健保醫字第 1030033036 號函請衛福部核定。	√	
103-1-5 討	103.3.13	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	本署於 103 年 4 月 14 日及 4 月 9 日向衛生福利部醫事司及國民健康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		√

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
					同專業證照等問題，據回復內容辦理再行後續事宜。		
103-1-6 討	103.3.13	再辦理「全民健康保險週產期論人支付制度試辦計畫」案。	與會代表表示，考量國內孕產婦選擇就醫場所之特性、提供分娩服務醫事機構間競爭關係及資源配置問題，爰不同意再辦理「全民健康保險週產期論人支付制度試辦計畫」。	健保署醫管組	依會議代表決議，不再辦理本計畫。	√	

參、討論事項

討論事項

第一案

提案單位：健保署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險急診品質提升方案」案，提請 討論。

說明：資料後補。

擬辦：

討論事項

第二案

提案單位：健保署醫務管理組

案由：「胸腔鏡胸管結紮術」等 6 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及建議案，提請討論。

說明：

一、「胸腔鏡胸管結紮術」、「胸腔鏡肺分葉切除術」、「胸腔鏡肺葉袖形切除術」及「右心室至肺動脈心導管連接術(萊斯特利術式)」等 4 項診療項目

(一) 本案處理過程：

1. 上述 4 項新增診療項目業已於 102 年 11 月 27 日「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」會議決議同意新增，惟有關支付標準編號由 6 碼增加 2 碼表示加成項目及加成比率等申報配套措施乙節，因事涉醫療院所申報作業程式較大幅度變更，與會代表建議先行與醫界研商該等配套措施之可行性。
2. 本署於 102 年 12 月 10 日召開「新增診療項目申報配套措施可行性討論會」討論上述申報配套措施之可行性。會議決議暫不修改新增手術項目支付標準編號。(詳附件 1，P2-3~P2-4)

(二) 本署建議辦理方式：上述 4 項新增診療項目表列點數不含一般材料費用及過程面必要特殊材料費，以備註方式標明其一般材料費及過程面必要特殊材料費點數占率，並按實際佔率申報材

料費加成。

二、「鉕雅銘雷射手術 (Erb-YAG laser operation)」乙項診療項目：原提案單位建議 62020B「二氧化碳雷射手術」修訂名稱為「氣化式雷射手術 (包含二氧化碳雷射手術與鉕雅銘雷射手術)，惟該案業經提至 102 年度第 4 次支付標準專家諮詢會議討論，考量臨床上二氧化碳雷射手術與鉕雅銘雷射手術皆可達到氣化組織之目的，惟鉕雅銘雷射手術之成本低於二氧化碳雷射手術，故與會專家建議保留原診療項目 62020B「二氧化碳雷射手術 (CO2 laser operation)」支付點數 4,916 點，另新增診療項目「鉕雅銘雷射手術 (Erb-YAG laser operation)」支付點數 2,936 點(表列點數 2,848 點，一般材料費及過程面必要特殊材料費點數占率 4%)。

三、「即時定性聚合酶連鎖反應 KRAS 基因突變檢測」乙項診療項目：業經提案至 103 年度第 1 次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議討論，考量申請健保給付 cetuximab 成分藥品治療之轉移性直腸結腸癌病患，默克公司願意贊助 KRAS 基因檢測費用予醫療院所，病患無需自行負擔，故以不重複付費原則，不建議新增本項診療項目。

四、本次建議新增「胸腔鏡胸管結紮術」等 5 項診療項目，預估增加 0.28 億元預算(詳附件 2，P2-5~P2-6)，依 103 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 12.31 億元辦理。

擬辦：本案經討論後如獲同意，擬增訂支付標準表 (詳附件 3，P2-7~P2-8)，並依程序陳報衛生福利部核定公布。

「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申報配套措施可行性討論會」會議紀錄

時間：102 年 12 月 10 日(星期二)下午 2 時 00 分

地點：中央健康保險署 9 樓第 4 會議室

主席：李專門委員純馥

紀錄：吳明純

出席人員：

台灣醫院協會	陳顧問瑞瑛、朱副院長益宏、陳高專茂文、張組長淑慧、林秘書長佩荻、王副秘書長秀貞、楊智涵、何宛青、吳心華、董家琪
台灣醫學中心協會	郭特助正全、黃組長雪玲、林主任富滿

列席單位及人員：

本署醫審及藥材組	黃鈺媛
本署資訊組	潘承瓏
本署醫務管理組	林科長淑範、王金桂、張淑雅、吳明純

一、主席致詞：略。

二、討論事項：有關「胸腔鏡胸管結紮術」等 4 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申報配套措施之可行性乙案。

一、與會單位之意見摘要如下：

(一)有關支付點數採包裹支付乙項，考量目前醫院計算醫師獎勵金多為參考支付標準表列點數，若日後無法拆分材料費，獎勵金計算上將難有依據，且醫師抽成獎金比例將看似下降，易引發醫師與院所間之誤解及爭議。

(二)有關支付標準編號增加第 7-8 碼呈現兒童及急診加成乙項，該等加成編碼屬多對多關係，支付標準主檔難以維護；

每一支付標準編號將各增加9個對應碼，複雜度及成本過高且醫事人員點選困難。

二、結論：

(一) 本案因以下原因，爰暫不修改新增手術項目支付標準編號，對於各界反映現行支付項目無法充分表達各種手術之人力投入成本及總支付點數，與會醫界建請於診療項目中以備註方式呈現，本署納入未來修訂之參考。

1. 醫院電腦資訊程式約有一千多支需全面大幅修改。
2. 新舊診療項目申報方式採雙軌進行，將使申報人員及醫師更混亂及難以執行。
3. 同一個案同次執行之各項手術包含新舊診療項目，同一清單上則呈現兩套不同申報方式之混亂現象。

(二) 「胸腔鏡胸管結紮術」等4項支付標準新增診療項目支付點數將按支付標準共同擬訂會議決議，依扣除一般材料費用及過程面必要特殊材料費後之支付點數，報請衛生福利部核定發布實施。

三、臨時動議:無。

四、散會：102年12月10日(星期二)下午15時20分。

103 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--同意項目

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	預估增加執行次數/年 (A)	專家諮詢會議結論		替代現行診療項目						預估年增加點數 (單位：千元/年)	
					適應症	支付點數 (B)	編號	中英文名稱	支付點數(C)	替代現行診療項目後之點數差 (D) = (B) - (C)	101 年醫令申報量 (E)	申報量替代率 (F)	平均支付成數 (G)	(H) = 【 (A*B) + (D*E*F) 】 *G
1	胸腔鏡胸管結紮術 VATS with thoracic duct ligation	確實針對無法以保守性療法治療之乳糜胸病患進行胸管結紮術，達到停止病患乳糜滲漏的情形，並且減少病患營養不良及感染的機會。	台灣胸腔及心臟血管外科學會	60		31,884							1.0254	1,913
2	胸腔鏡肺分葉切除術 Thoracoscopic segmentectomy of lung	早期肺癌或心肺功能不佳與高齡肺癌患者做手術治療保留肺功能；某些支氣管擴張症患者切除病灶及減少復發。	台灣胸腔及心臟血管外科學會	20	(1) 早期局限性肺癌 stage I。 (2) 肺單元分葉內之癌症且心肺功不佳者，不適合肺葉切除術者。 (3) 具合併症且內科治療無效之感染性疾病。	59,077	67051B	胸腔鏡肺楔狀或部分切除術 Thoracoscopic wedge or Partial resection of the Lung	38,868	20,209	7,033	10%	1.0005	15,403
3	胸腔鏡肺葉袖形切除術 Thoracoscopic sleeve lobectomy	1. 根治性手術治療肺癌病人提高存活率與降低併發症與死亡率，同時保留較多肺臟以取得較佳術後肺功能。 2. 某些良性腫瘤侵犯肺葉分歧處欲切除有病變之肺葉而保留功能正常之肺葉。	台灣胸腔及心臟血管外科學會	6	(1) 肺癌病人腫瘤侵犯支氣管分歧處又不適合作全肺葉切除術的病人。 (2) 良性腫瘤侵犯肺葉分歧處欲切除有病變之肺葉而保留功能正常之肺葉。	60,858	67050B	胸腔鏡肺葉切除術 Thoracoscopic Lobectomy	49,139	11,719	2,201	10%	1.0015	2,949

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	預估增加執行次數/年(A)	專家諮詢會議結論		替代現行診療項目						預估年增加點數 (單位：千元/年)		
					適應症	支付點數(B)	編號	中英文名稱	支付點數(C)	替代現行診療項目後之點數差(D) = (B) - (C)	101年醫令申報量(E)	申報量替代率(F)	平均支付成數(G)	(H) = 【(A*B) + (D*E*F)】*G	
4	右心室至肺動脈心導管連接術(萊斯特利術式)(Rastelli operation)	對於各種先天性心臟病合併有右心室及肺動脈出口阻塞之情況,利用帶有人工瓣膜之人工血管連接右心室與肺動脈來達成矯正的目的	台灣胸腔及心臟血管外科學會	30	法洛氏四合症、肺動脈發育不全合併心室中膈缺損、大動脈轉位症合併心室中膈缺損與右心室出口阻塞。	62,877								1.0015	1,889
5	鉚雅銘雷射手術 Erb-YAG laser operation	氣化組織,臨床適應症及療效同二氧化碳雷射。	臺灣皮膚科醫學會	1,982		2,962									5,871
同意新增小計														28,024	
6	即時定性聚合酶連鎖反應 KRAS 基因突變檢測	1. 用來確認從福馬林固定石蠟包埋的人類直腸大腸癌組織取得的 DNA,其 KRAS 基因上 Codon 12 和 13 是否發生突變。 2. 用來判斷轉移性直腸大腸癌病患是否適合接受 Erbitux (cetuximab) 等抗 EGFR 單株抗體標靶治療時使用。	台中榮民總醫院	2,000	按本署 103 年度第 1 次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議,有關新增「即時定性聚合酶連鎖反應 KRAS 基因突變檢測」乙項,因默克公司願意贊助醫療院所基因檢測費用,按會議結論以不重複付費原則,不建議新增本項診療項目。										0
不同意新增小計														0	
健保增加支出合計(同意增列+不同意增列)														28,024	

註 1. 平均支付成數,係以 101 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。

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

第七節 手術

第一項 皮膚 Integumentary System (62001-62071)

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	說明
62071B	鉀雅銘雷射手術 Erb-YAG laser operation 註：含一般材料費及過程面必要特殊材料，得按表列點數加計4%。		√	√	√	2848	新增

第四項 呼吸器 Respiratory System

三、胸腔 Thoracic (67001-67054)

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	說明
67052B	胸腔鏡胸管結紮術 VATS with thoracic duct ligation 註：含一般材料費及過程面必要特殊材料，得按表列點數加計33%。		√	√	√	23973	新增
67053B	胸腔鏡肺分葉切除術 Thoracoscopic segmentectomy of lung 註： 1.適應症 (1)早期侷限性肺癌 stage I。 (2)肺單元分葉內之癌症且心肺功不佳者，不適合肺葉切除術者。 (3)具合併症且內科治療無效之感染性疾病。 2.含一般材料費及過程面必要特殊材料，得按表列點數加計12%。		√	√	√	52747	新增
67054B	胸腔鏡肺葉袖形切除術 Thoracoscopic sleeve lobectomy 註： 1.適應症 (1)肺癌病人腫瘤侵犯支氣管分歧處又不適合作全肺葉切除術的病人。 (2)良性腫瘤侵犯肺葉分歧處欲切除有病變之肺葉而保		√	√	√	58517	新增

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	說明
	<u>留功能正常之肺葉。</u> <u>2.含一般材料費及過程面必要特殊材料，得按表列點數加計4%。</u>						
68042B	<u>右心室至肺動脈心導管連接術(萊斯特利術式)</u> <u>(Rastelli operation)</u> <u>註：</u> <u>1.適應症：法洛氏四合症、肺動脈發育不全合併心室中膈缺損、大動脈轉位症合併心室中膈缺損與右心室出口阻塞。</u> <u>2.含一般材料費及過程面必要特殊材料，得按表列點數加計29%。</u>		√	√	√	48742	新增

討論事項

第三案

提案單位：健保署醫務管理組

案由：修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號 12197B

「血中藥物濃度測定-Everolimus」等 9 項診療項目案，提請討論。

說明：

- 一、本案係彙整台灣小兒神經醫學會、中華民國骨科醫學會及奇美醫療財團法人奇美醫院等單位建議修訂支付標準辦理。
- 二、本案經彙集相關學會、審查醫師意見，建議修訂 9 項診療項目如下(詳附件 4，P3-5~P3-6)：

(一) 編號 12197B 「血中藥物濃度測定-Everolimus」放寬適用對象：

1. 修訂說明：業經提案至 102 年度第 4 次支付標準專家諮詢會議討論，考量臨床上服用 Everolimus 病患，須監測病患服用 Everolimus 後之血中濃度，為治療過程中調整用藥處方之必要處置，與會專家一致建議增列「罕見疾病結節性硬化症患者經本保險核准使用 Everolimus 者亦適用」。
2. 財務影響：經本署統計 2012 年申報 ICD9CM 診斷碼 759.5 「結節硬化症」人數 464 人，按提案單位建議每人每年 3~6 次，預估增加 1,392~2,784 人次，費用增加 0.021~0.042 億元(=1500*1392~1500*2784)，建議以高推估 0.042 億列計。

(二) 編號 56016B~56019B 「腦神經外科術中特殊儀器使用費」

(Application of special machines)修訂中英文名稱：

1. 修訂說明：業經提案至 102 年度第 4 次支付標準專家諮詢會議討論，考量「腦神經外科術中特殊儀器使用費」項下 56016B「超音波吸除機」、56017B「超音波診查機」、56018B「誘發電位手術監視機」及 56019B「精密手術顯微鏡」等 4 項診療項目普遍應用於腦、脊椎手術，以確保手術過程中病患脊椎神經不受損害，確保脊椎手術之病人安全，與會專家一致建議本項診療項目中英文名稱修訂為「腦神經及脊椎手術中特殊儀器使用費(Special machines application for brain and spinal surgery)」
2. 財務影響：按骨科醫學會提供之資料，骨科於手術過程中需使用特殊儀器 56016B「超音波吸除機」及 56018B「誘發電位手術監視機」之一年之執行件數為各約 800-1000 件。本署預估將增加 0.1 億點預算(6000 點*1000 件+4000 點*1000 件=10,000,000 點)。

(三) 編號 79407C「經尿道前列腺切片術」(TUR for prostate gland biopsies)修訂中英文名稱：

1. 修訂說明：業經提案至 102 年度第 4 次支付標準專家諮詢會議討論，考量過去女性病患接受經尿道之切片術均比照「經尿道前列腺切片術」申報，為使臨床使用範疇與支付

標準名稱具一致性，故建議修正中英文名稱為「經尿道切片術(Transurethral biopsies)」，併同刪除原附註之規定(含 supra-pubic irrigation，sounding，urethrotomy)。

2. 財務影響：本案係為利明確規範，並非放寬適應症，不影響費用。

(四) 編號 72050B 「內視鏡黏膜切除術」增列不得同時申報之診療項目：

1. 修訂說明：業經提案至 103 年度第 1 次支付標準專家諮詢會議討論，與會專家一致建議本項不得同時申報之診療項目，增列 74207C 「經直腸大腸息肉切除術」乙項。
2. 財務影響：本案係增列不得同時申報之項目，故不增加費用。

(五) 編號 30512C 「碳-13 尿素呼氣檢查幽門螺旋桿菌感染」修訂適應症：

1. 修訂說明：業經提案至 103 年度第 2 次支付標準專家諮詢會議討論，考量本項檢測之時間點修訂後，更符合臨床實務執行現況，與會專家一致建議適應症 2 修訂為「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」。
2. 財務影響：本案僅修訂檢測時間點，故不影響費用。

(六) 編號 12075B 「白血球表面標記－白血病、淋巴瘤檢驗」修訂中英文名稱及支付點數：

1. 修訂說明：業經提案至 102 年度第 4 次及 103 年度第 2 次支付標準專家諮詢會議討論，考量現行支付點數實不敷臨床執行檢驗成本，與會專家一致建議按使用成熟及不成熟 T 及 B 或顆粒球與單核球等單源抗體數，予以 4 種不同支付點數；另考量本項檢測係於病患疾病未知情況下執行，非確診後才執行，故不建議訂定適應症，另建議中英文名稱修訂為「白血球表面標記 (Leukocyte surface marker)」。
2. 財務影響：按中華民國血液病學會提供上開 4 種類檢驗抗體數之全年申報比率及建議支付點數進行推估，將增加支出 0.0503~0.3358 億點，建議以高推估 0.3358 億列計。

三、 依 103 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 12.31 億元辦理，本次修訂診療項目計三項需增加預算，推估將增加支出 0.4778 億元，預算足以支應。

擬辦：本案如經討論同意，擬修訂支付標準(詳附件 5，P3-7~P3-9)，並依程序陳報衛生福利部核定公布。

103 年第 1 次全民健康保險醫療服務項目及支付標準共同擬訂會議支付標準修訂案彙整表

項次	診療編號	現行中文項目名稱	修訂類別	現行支付標準	提案單位	提案單位建議事項	本署修訂建議		推估增加費用
							本署綜合意見	本署意見說明	
1	12197B	血中藥物濃度測定- <u>Everolimus</u>	備註	註：測定移植病人器官移植後抗排斥用藥 Certican 濃度。	台灣小兒神經醫學會	註： 1. 測定移植病人器官移植後抗排斥用藥 Certican 濃度。 2. <u>罕見疾病結節性硬化症患者接受 Everolimus 治療之藥物濃度測定。</u>	註： 1. 測定移植病人器官移植後抗排斥用藥 Certican 濃度。 2. <u>罕見疾病結節性硬化症患者經本保險核准使用 Everolimus 者亦適用。</u>	1. 業經 102 年度第 4 次支付標準專家諮詢會議討論建議增列 2. 經本署統計 2012 年申報 ICD9CM 診斷碼 759.5「結節硬化症」人數 464 人，按提案單位建議每人每年 3~6 次，預估增加 1,392~2,784 人次，費用增加 0.021~0.042 億元 (=1500*1392~1500*2784)，建議以高推估 0.042 億列計。	0.042 億
2	56016B~56019B	腦神經外科術中特殊儀器使用費	中英文名稱	腦神經外科術中特殊儀器使用費 (Application of special machines)	中華民國骨科醫學會	外科術中特殊儀器使用費 (Application of special machines)	腦神經及脊椎手術中特殊儀器使用費 (Special machines application for brain and spinal surgery)	1. 業經 102 年度第 4 次支付標準專家諮詢會議討論建議增列 2. 按骨科醫學會提供之資料，骨科於手術過程中需使用特殊儀器 56016B「超音波吸除機」及 56018B「誘發電位手術監視機」之一年之執行件數為各約 800-1000 件。本署預估將增加 0.1 億點預算(6000 點*1000 件+4000 點*1000 件=10,000,000 點)。	0.1 億
3	79407C	經尿道前列腺切片術	中英文名稱 備註	經尿道前列腺切片術 (TUR for prostate gland biopsies) 註：含 supra-pubic irrigation, sounding, urethrotomy	中央健康保險署	經尿道切片術(Transurethral biopsies) 配合修訂名稱，刪除「註：含 supra-pubic irrigation, sounding, urethrotomy」	1. 業經 102 年度第 4 次支付標準專家諮詢會議討論建議增列 2. 現行女性經尿道、膀胱切片已比照本項申報，本次修訂文字係為利明確規範，並非放寬適應症，不影響費用。	不影響	
4	72050B	內視鏡黏膜切除術	備註	相關規範：不得同時申報之診療項目及編號：28016C、28017C、28030C、28031C、47074C、49014C、47043B、49026C、49023C、73008B。	中央健康保險署	增列乙項不得同時申報之項目。 相關規範：不得同時申報之診療項目及編號：28016C、28017C、28030C、28031C、47074C、49014C、47043B、49026C、49023C、73008B、 <u>74207C</u> 。	業經 103 年度第 1 次支付標準專家諮詢會議討論建議增列 74207C「經直腸大腸息肉切除術」乙項不得同時申報項目。	不影響	
5	30512B	碳-13 尿素呼吸檢查 幽門螺旋桿菌感染	適應症	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，第一次於治療停藥後一個月施行一次。	中央健康保險署	配合臨床實況修訂檢測時間點為「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」。	1. 業經 103 年度第 1 次支付標準專家諮詢會議討論建議修訂。 2. 修訂檢測時間點並不影響醫師開立本項檢測及費用，且較符合臨床執行實況。	不影響	

項次	診療編號	現行中文項目名稱	修訂類別	現行支付標準	提案單位	提案單位建議事項	本署修訂建議		推估增加費用
							本署綜合意見	本署意見說明	
6	12075B	白血球表面標記－白血病、淋巴瘤檢驗	中英文名稱	白血球表面標記－白血病、淋巴瘤檢驗 (Leukocyte surface marker-Leukemia/lymphoma)	奇美醫療財團法人奇美醫院	白血病淋巴瘤檢查 (Leukemia / lymphoma)		<p>1. 業經提案至102年度第4次及103年度第2次支付標準專家諮詢會議討論建議修訂。</p> <p>2. 按102年第4次會議建議4種檢驗抗體數支付點數、102年醫令申報量8,395件及中華民國血液病學會提供之全年申報比率進行計算支出0.2183~0.5038億點。</p> <p>(1) ≤10種：約0~1,679件，支出0~0.0336億點。</p> <p>(2) 11-20種：約1,679~2,519件，支出0.0672~0.1008億點。</p> <p>(3) 21-30種：約2,519~5,037件，支出0.1511~0.3022億點。</p> <p>(4) 31種以上：約0~840件，支出0~0.0672億點。</p> <p>3. 實際健保增加支出0.0503~0.3358億點「=(0.2183~0.5038億點)-0.168億點(=現行健保支付點數2000*8,395件)」。</p>	0.0503~0.3358億
			支付點數	2000點，包含至少十種以上成熟與不成熟T及B或顆粒球與單核球等單源抗體檢查		按使用成熟及不成熟T及B或顆粒球與單核球等單源抗體數，予以不同支付點數：			
						<p>1. ≤10種：支付點數2,000點。</p> <p>2. 11-20種：支付點數4,000點。</p> <p>3. 21-30種：支付點數6,000點。</p> <p>4. 31種以上：支付點數8,000點。</p>			

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

第六項 免疫學檢查 Immunology Examination (12001-122036)

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	說明
12075B	白血球表面標記—白血病、淋巴瘤檢驗 Leukocyte surface marker- Leukemia/lymphoma 註： <u>包含至少十種以上成熟與不成熟 T 及 B 或顆粒球與單核球等單源抗體檢查之使用量</u>						1.修訂中 英文名稱 2.修訂支付方式及 點數，按使
12204B	— <u>≤10種</u>		v	v	v	2000	點數，按使用抗體數 予以不同 點數。
12205B	— <u>11-20種</u>		v	v	v	4000	
12206B	— <u>21-30種</u>		v	v	v	6000	
	— <u>31種以上</u>		v	v	v	8000	
12197B	血中藥物濃度測定-Everolimus TDM - Everolimus 註： <u>1.測定移植病人器官移植後抗排斥用藥Certican濃度</u> <u>2.罕見疾病結節性硬化症患者經本保險核准使用 Everolimus者亦適用。</u>		v	v	v	1500	增列註2： 罕見疾病 結節性硬化症患者 經本保險核准使用 Everolimus者。

第二十四項 其他檢查 Other Test (30501-30521)

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	說明
30512C	碳-13尿素呼氣檢查幽門螺旋桿菌感染 13C-urea breath test for Helicobacter pylori infection 註:適應症 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，第一次於治療 <u>潰瘍治療(含PPI藥物)</u> 停藥後一個月施行一次。 3.不得同時申報13018B、28016C、28030C及13007B。 4.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。	v	v	v	v	1160	修訂適應症2之檢測時間點

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

第一項 處置費 Treatment

十、外科處置 General Surgery Treatment (56001-56038)

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	說明
	腦神經 外科術 及 脊椎手術 中特殊儀器使用費 Application of special machines Special machines application for brain and spinal surgery						修訂中、英文名稱
56016B	— 超音波吸除機 cusa		v	v	v	6000	
56017B	— 超音波診查機 sonogram		v	v	v	2000	
56018B	— 誘發電位手術監視機 evoke potential		v	v	v	4000	
56019B	— 精密手術顯微鏡 microscope		v	v	v	2000	

第七節 手術

第七項 消化器 Digestive System

三、胃 Stomach (72001-72050)

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	說明
72050B	內視鏡黏膜切除術 註： 1.適應症： (1)超過2公分無莖型之胃腸道息肉或黏膜病灶。 (2)早期胃腸道癌症(包括食道、胃、十二指腸、大腸、直腸)。 (3)胃腸道黏膜下腫瘤，如類癌(carcinoid)。 2.相關規範：不得同時申報之診療項目及編號： 28016C、28017C、28030C、28031C、47074C、 49014C、47043B、49026C、49023C、73008B、 74207C 。		v	v	v	8199	增列不可同時申報之診療項目

第八項 尿、性器 Uninary & Genital System

十、前列腺 Prostate (79401-79412)

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	說明
79407C	經尿道 前列腺 切片術 TUR for prostate gland biopsies Transurethral biopsies 註： 含supra-pubic irrigation, sounding, urethrotomy	v	v	v	v	4242	1.修訂中、英文名稱 2.刪除原附註之規定。

討論事項

第四案

提案單位：健保署醫務管理組

案由：有關眼科「視網膜手術」及「角膜移植手術」等 13 項全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準增修診療項目及建議案，提請討論。

說明：

- 一、按本署 101 年 12 月 1 日實施「全民健康保險醫事服務機構收取自費特材費用規範」中第四點（五）規定，各項手術項目之「手術一般材料費及執行各項治療處置之一般材料費」，費用已包含於手術、治療處置、檢驗檢查及注射等支付標準，不可再向保險對象收取該等一般材料費用辦理，另本署對於過程面使用之特殊材料已規劃包裹於診療項目支付點數中，不另行核價。
- 二、本次增修旨揭 13 項診療項目，本署基於提升醫療技術、考量臨床實務之必要性等因素，與眼科醫學會討論溝通，以包裹給付方式內含過程面使用特材之支付標準調整案，並依程序提案至 102 年第 4 次支付標準專家諮詢會議，按會議結論建議，如下：
 - （一）同意「視網膜手術」增修 8 項診療項目乙節
 1. 調高 86207B「眼坦部玻璃體切除術-複雜」乙項支付點數。
 2. 增列「眼坦部玻璃體切除術合併光線凝固治療—簡單」、「眼坦部玻璃體切除術合併光線凝固治療—複

雜」及「複雜眼坦部玻璃體切除術合併鞏膜切除併植入或扣壓」等3項診療項目。

3. 上開之5項診療項目支付點數，均內含目前健保已給付之20Ga玻璃體切除術主體包及手術過程必須使用之單一使用拋棄式特殊材料(詳附件6，P4-5)。
4. 新增「微創玻璃體黃斑部手術」、「微創玻璃體切除術-簡單」、「微創玻璃體切除術-複雜」及「微創複雜性玻璃體切除合併鞏膜扣環手術」等4項診療項目(詳附件7，P4-6)：

(1) 為新式醫材合併新醫療技術發展，玻璃體切除主體包由20Ga提升為23Ga(含)以上，其手術方式由傳統切開手術改以經皮置換手術方式執行。

(2) 內含23Ga(含)以上玻璃體切除主體包及手術過程必須使用之單一使用拋棄式特殊材料。

(二) 同意「角膜移植手術」增修5項診療項目乙節

1. 調高85212B「板層角膜移植術」及85213B「穿透性角膜移植術」等2項診療項目支付點數(詳附件8，P4-7)。
2. 新增「深層前角膜移植」、「角膜內皮移植(使用已分離之角膜)」及「角膜內皮移植」等3項診療項目

(詳附件 8，P4-7)。

3. 上開診療項目支付點數，均內含目前健保已給付之角膜環刀及 ATLK 刀片(詳附件 8 及附件 9，P4-7～P4-8)。

三、依 103 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 12.31 億元辦理，本案增修旨揭 13 項診療項目，全年預估支出 126,291 千元。

四、本案支付點數係以包裹給付方式內含過程面使用特材之支付標準調整，其一般材料費及過程面特殊材料費，得以表列支付點數另外加計。

擬辦：本案經討論後如獲同意，擬增訂支付標準表(詳附件 10，P4-9～P4-11)，並依程序報請衛生福利部核定後公佈實施，且同步刪除上開前健保已給付捐贈者及受贈者真空角膜環刀等 2 項特材碼。

附件1、以包裹給付方式增修支付標準視網膜手術費用健保財務預算表

項次	新增支付標準編號	增列後診療項目中英文名稱	支付標準				手術過程面特材				現行健保支付點數(含特材)	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點數差額	健保財務影響																							
			編號	中文名稱	表列支付點數	一般材料費*0.53	健保申報方式	支付點數	健保給付特材(光纖導管及探頭)特材項目	健保未給付(經本署認定為手術處置過程面內含之特材品項)		建議價格	調查醫院採購平均價格*1.05(管理費)	建議內含過程面特材之建議支付點數	表列支付點數		表列材料費(點、%) (無條件進位)	每一個案包裹支付點數	101年申報件數	替代率	平均支付成數	預估增加支出預算(千元)																		
																							a	b	c	d=(a+b)*c	e	f	g=d+e	h=d+e+f	i=Σ(a*c)	j=Σ(b*c)+e+f %=j/i*100	k=i*k%	l=k-g	m	n	o	p=l*m*n*o		
1	修訂		86207B	眼坦部玻璃體切除術-複雜Pars plana vitrectomy (vitrector)-complicated	14,780	7,833	1	22,613	20Ga玻璃體切除術主體包	6,248	眼內鑷	4,384	28,861	33,245	14,780	18,465	33,255	4,395	單一使用	3,090	0%	1.00766657109847	0																	
															125%					合併術式	1,148			5,084																
2	86409B	眼坦部玻璃體切除術合併光線凝固治療-簡單 Pars plana vitrectomy (vitrector) with Photocoagulation therapy-Simple	86206B	眼坦部玻璃體切除術-簡單 Pars plana vitrectomy (vitrector)-simple	9,266	4,911	1	16,924	20Ga玻璃體切除術主體包	6,248	雷射探頭	7,616	23,172	30,788	11,062	19,726	30,863	7,692		610	0%	1.002066814401140	0																	
			86407B	光線凝固治療-簡單 Photocoagulation therapy-Simple	3,591	1,903	0.5									179%																								
3	86410B	眼坦部玻璃體切除術合併光線凝固治療-複雜 Pars plana vitrectomy (vitrector) with Photocoagulation therapy-	86207B	眼坦部玻璃體切除術-複雜Pars plana vitrectomy (vitrector)-complicated	14,780	7,833	1	29,598	20Ga玻璃體切除術主體包	6,248	眼內鑷	4,384	35,846	53,096	19,345	33,750	53,199	17,354		3,176	50%	1.008451964599380	27,790																	
			86408B	光線凝固治療-複雜 Photocoagulation therapy-Complicated	9,130	4,839	0.5				眼內剪	5,250	雷射探頭	7,616			175%																							
4	86411B	複雜眼坦部玻璃體切除術合併鞏膜切除併植入或扣壓 Complication Pars plana vitrectomy (vitrector) with Reattachment retina with diathermy or cryopex	86207B	眼坦部玻璃體切除術-複雜Pars plana vitrectomy (vitrector)-complicated	14,780	7,833	1	31,443	20Ga玻璃體切除術主體包	6,248	雷射探頭	7,616	37,691	54,941	20,550	34,389	55,074	17,384		858	70%	1.003872125177230	10,481																	
			85608B	鞏膜切除併植入或扣壓Resection, scleral, with graft or buckling	11,540	6,116	0.5				眼內鑷	4,384				168%																								
			86402B	網膜透熱或冷凍法再附著術 Reattachment retina with diathermy or cryopexy	6,260						眼內剪	5,250																												
總計																																								43,355

註1. 平均支付成數，係以101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；如為合併手術方式之診療項目，係以現行支付標準診療項目支付點數加權後之成數帶入。
 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。

附件2、以包裹給付方式新增支付標準視網膜手術費用健保財務預算表

項次	眼科醫學會建議支付標準					手術過程面特材		採包裹給付之支付標準調整建議支付點數				替代現行診療項目			現行支付點數與建議包裹支付點數差額	健保財務影響					
	編號	中文名稱	表列支付點數	一般材料費	健保申報方式	支付點數	健保未給付 (經本署認為手術處置過程面內含之特材品項)	建議價格		建議內含過程面特材之建議支付點數	表列支付點數	表列材料費(點、%) (無條件進位)	每一個案包裹支付點數	編號		101年申報件數	建議調整後支付點數	替代率	全國執行數	平均支付成數	預估增加支出預算(千元)
								調查醫院採購平均價格*1.05(管理費)	建議價格												
1	86412B	微創玻璃體黃斑部手術 microincision vitreomacular	18,475	7,833	1	26,308	23Ga玻璃體切除術主體包	14,035	46,827	18,475	28,352	46,927	86207B	3,090	33,255	13,672	100%	3,090	1.00766657109847	42,570	
			a	b	c	d=(a+b)*c		e	f=d+e	g=a	h=b+Σe %=h/g*100	i=g*%		j	k	l=i-k	m	n	o	p=l*n*o	
2	86414B	微創玻璃體切除術-簡單 microincision vitreoretinal surgery -- simple	12,800	6,814	1	19,614	23Ga玻璃體切除術主體包	14,035	42,802	12,800	30,002	42,880	86206B+ 86407B	610	30,863	12,017	100%	610	1.00206681440114	7,346	
3	86415B	微創玻璃體切除術-複雜 microincision vitreoretinal surgery -- complicated	24,181	12,672	1	36,853	23Ga玻璃體切除術主體包	14,035	69,675	24,181	45,494	69,883	86207B+ 86408B	3,176	53,199	16,684	50%	1,588	1.00845196459938	26,718	
4	86413B	微創複雜性玻璃體切除合併鞏膜扣環手術 microincision vitreoretinal surgery combined with scleral buckle	24,181	13,949	1	38,130	23Ga玻璃體切除術主體包	14,035	70,952	24,181	46,771	71,092	86207B+ 85608B+ 86402B	858	55,074	16,018	30%	257	1.00387212517723	4,133	
總計																					80,767
備註	註1. 平均支付成數，係以101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；如為合併手術方式之診療項目，係以現行支付標準診療項目支付點數加權後之成數帶入。 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。																				

附件 3、以包裹給付方式修訂支付標準角膜移植手術費用健保財務預算表

項次	支付標準				手術過程面特材			現行健保給付手術支付點數 (含特材)	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	健保支付點數	健保給付			建議價格	建議內含過程面特材之建議支付點數	表列支付點數	表列材料費(點、%) (無條件進位)		每一個案包裹支付點數	101年申報件數	替代率	平均支付成數	預估增加支出預算(元)
			a	0.53		c=(a+b)	特材品項											
1	85212 B	板層角膜移植術 (Lamellar keratoplasty)	10,560	5,597	16,157	捐贈者非真空角膜環刀	2,350	2,861	20,857	21,879	10,560	11,319	21,965	1,108	121	50%	1.03	69,102
						受贈者真空角膜環刀	2,350	2,861										
2	85213 B	穿透性角膜移植術 (Penetrating keratoplasty)	12,390	6,567	18,957	捐贈者非真空角膜環刀	2,350	2,861	23,657	24,679	12,390	12,289	24,780	1,123	519	50%	1.06	308,426
						受贈者真空角膜環刀	2,350	2,861										
總 計 377,528																		
註 1.平均支付成數，係以 101 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；如為合併手術方式之診療項目，係以現行支付標準診療項目支付點數加權後之成數帶入。 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。																		

附件 4、以包裹給付方式新增支付標準角膜移植手術費用健保財務預算表

項次	眼科醫學會所建議支付標準				手術過程面特材			採包裹給付之支付標準調整建議支付點數				替代現行診療項目		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	健保給付		建議價格	建議內含過程面特材之建議支付點數	表列支付點數	表列材料費(點、%) (無條件進位)	每一個案包裹支付點數	101年申報件數	建議調整點數		替代率	全國執行數	平均支付成數	預估增加支出預算(千元)	
					特材品項	支付點數													a
1	85215B	深層前角膜移植 (Deep Anterior Lamellar Keratoplasty)	17,740	6,066	捐贈者非真空角膜環刀	2,350	2,861	29,528	17,740	11,788	29,626	85212B	121	21,965	7,661	50%	61	1.03	482
					受贈者真空角膜環刀	2,350	2,861				67%	85213B	519	24,780	4,846	10%	52	1.06	267
2	85216B	角膜內皮移植 (Descemet's Stripping Automated Endothelial Keratoplasty)	18,585	9,362	受贈者真空角膜環刀	2,350	2,861	33,696	18,585	15,111	33,825	85213B	519	24,780	9,045	20%	104	1.06	996
					ATLK 刀片	無健保給付	2,888				82%								
3	85217B	角膜內皮移植(使用已分離之角膜)Descemet's Stripping Automated Endothelial Keratoplasty with precut cornea	16,478	5,720	受贈者真空角膜環刀	2,350	2,861	25,059	16,478	8,581	25,211	85213B	519	24,780	431	20%	104	1.06	47
											53%								
總 計																	1,791		
備註	註 1.平均支付成數，係以 101 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；如為合併手術方式之診療項目，係以現行支付標準診療項目支付點數加權後之成數帶入。 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。																		

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第七節 手術

第十二項、視器 Visual System

二、角膜 Cornea (85201~85217)

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
85212B	板層角膜移植術 Lamellar keratoplasty 註： 1. <u>一般材料費及特殊材料費，得另加計108%。</u> 2. <u>上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		v	v	v	10560
85213B	穿透性角膜移植術 Penetrating keratoplasty 註： 1. <u>一般材料費及特殊材料費，得另加計100%。</u> 2. <u>上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		v	v	v	12390
85215B	<u>深層前角膜移植</u> <u>Deep Anterior Lamellar Keratoplasty</u> 註： 1. <u>一般材料費及特殊材料費，得另加計67%。</u> 2. <u>上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		v	v	v	17740
85216B	<u>角膜內皮移植</u> <u>Descemet's Stripping Automated Endothelial Keratoplasty</u> 註： 1. <u>一般材料費及特殊材料費，得另加計82%。</u> 2. <u>上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		v	v	v	18585
85217B	<u>角膜內皮移植（使用已分離之角膜）</u> <u>Descemet's Stripping Automated Endothelial Keratoplasty with pre-cut cornea</u> 註： 1. <u>一般材料費及特殊材料費，得另加計53%。</u> 2. <u>上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		v	v	v	16478

八、網膜 Retina (86401-86415)

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
86206B	眼坦部玻璃體切除術 Pars plana vitrectomy (vitrector) — 簡單 simple		v	v	v	9266
86207B	— 複雜 complicated <u>註：86207B眼坦部玻璃體切除術</u> 1. <u>複雜之定義：加上網膜前纖維膜切除 (Removal of epiretinal Membrane)。</u> 2. <u>一般材料費、20Ga玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計125%。</u> 3. <u>上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		v	v	v	14780
86409B	眼坦部玻璃體切除術合併光線凝固治療 <u>Pars plana vitrectomy (vitrector) with Photocoagulation therapy</u> — 簡單 Simple <u>註：</u> 1. <u>一般材料費、20Ga玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計179%。</u> 2. <u>不得同時申報86206B及86407B。</u> 3. <u>上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		v	v	v	11062
86410B	— 複雜 Complicated <u>註：</u> 1. <u>一般材料費、20Ga玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計175%。</u> 2. <u>不得同時申報86207B及86408B。</u> 3. <u>上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		v	v	v	19345
86411B	複雜眼坦部玻璃體切除術合併鞏膜切除併植入或扣壓 <u>Complication Pars plana vitrectomy (vitrector) with Reattachment retina with diathermy or cryopex</u> <u>註：</u> 1. <u>一般材料費、20Ga玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計168%。</u> 2. <u>不得同時申報86207B及86402B及85608B。</u> 3. <u>上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		v	v	v	20550

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
86412B	<u>微創玻璃體黃斑部手術</u> <u>Microincision vitreomacular surgery</u> 註： 1. <u>一般材料費、23Ga（含）以上玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計154%。</u> 2. <u>不得同時申報86207B。</u> 3. <u>上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		Y	Y	Y	18475
86413B	<u>微創複雜性玻璃體切除合併鞏膜扣環手術</u> <u>Microincision vitreoretinal surgery combined with scleral buckle</u> 註： 1. <u>一般材料費、23Ga（含）以上玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計194%。</u> 2. <u>不得同時申報86207B及86402B及85608B及86411B。</u> 3. <u>上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		Y	Y	Y	24181
86414B	<u>微創玻璃體切除術</u> <u>Microincision vitreoretinal surgery</u> — 簡單 Simple 註： 1. <u>一般材料費、23Ga（含）以上玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計235%。</u> 2. <u>不得同時申報86206B及86407B及86409B。</u> 3. <u>上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		Y	Y	Y	12800
86415B	— 複雜 Complicated 註： 1. <u>一般材料費、23Ga（含）以上玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計189%。</u> 2. <u>不得同時申報86207B及86408B及86410B。</u> 3. <u>上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		Y	Y	Y	24181

討論事項

第五案

提案單位：健保署醫務管理組

案由：有關再辦理「全民健康保險週產期論人支付制度試辦計畫」(詳附件 11，P5-2~P5-8)(以下稱本計畫)案，提請 討論。

說明：

- 一、本計畫原提案至103年第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」會議討論，與會代表表示，考量國內孕產婦選擇就醫場所之特性、提供分娩服務醫事機構間競爭關係及資源配置問題，爰決議不同意再辦理本計畫。
- 二、惟外界再次建議，提會討論再辦理本計畫，由院所自由選擇參加，朝向整合醫療目標，方便產婦因緊急生產時，依交通便利選擇任一照護群內之院所生產，以利由產檢至生產完整照護。
- 三、因本計畫未增加支付，爰對各總額財務及點值不會影響。

擬辦：

全民健康保險週產期論人支付制度試辦計畫(草案)

96.12.01 第一版實施

98.12.01 第二版實施

壹、前言

目前全民健康保險生產案件採用論病例計酬及住院診斷關聯群(TW-DRG)定額之支付方式，而孕婦產檢則自 95 年起改由行政院衛生署衛生福利部國民健康局署辦理。有鑑於醫療執業型態改變，為能提供孕產婦醫療專業合作之照護及研議多元支付之可行性，爰規劃試辦「週產期論人支付制度」。本試辦計畫將「生產」視為一完整療程，並將整段療程之各項支付標準予以整合，期能提高照護效益，達到提供整體性醫療照護之目的。各特約醫療院所得自行選擇生產案件依本試辦計畫，採論療程給付或依現行採產檢論次、生產論病例計酬及住院診斷關聯群(TW-DRG)定額方式申報。

貳、計畫目的

建立一個整體性醫療服務體系，提供區域內孕產婦就醫可近性及管理式照護，以達到全人照護服務及提昇孕產婦之醫療照護品質。

參、計畫時程

- 1.自 98103 年 12 月 1 日至 99103 年 11 月 30 日。
- 2.於試辦計畫執行滿半年後，依參與院所之參與情形與品質監控指標進行評估，必要時得停止試辦。

肆、計畫內容

一、參與試辦醫療院所資格

- (一)由同一地區可承作孕婦產檢或生產業務之醫療院所共同組成，基層院所可由多家診所進行水平整合，但至少應有 1 家特約醫院(地區醫院以上)作為合作對象，以建立週產期照護網路及提供後續醫療照護。
- (二)參與之試辦院所須填寫「全民健康保險週產期論人支付制度試辦方案申請書」(如附件一)，經本保險之分區核准後加入。

二、收案條件

為達全人照護之目的，本試辦計畫收案條件為「確認懷孕到未滿 17 週(符合國民健康局署規定之妊娠第一期申報期程)」。如為 17 週以上才確認懷孕或由其他院所轉介時已逾 17 週，均不得以本試辦計畫申報。

三、 支付標準及其涵蓋範圍(如附件二)

包括懷孕至產後一週整合性醫療照護之產檢、生產及相關門、住診診療服務，但嚴重併發症及週產期非相關內外科嚴重疾病仍得依本試辦計畫支付標準通則規定申報。

- (一) 產前部分：共分為三階段，各階段照護時程及內容依現行國民健康局署規定之10次產檢內容辦理，每階段完成後依該階段點數申報。
 1. 第一階段(P3501C)：產婦確定懷孕至懷孕17週。
 2. 第二階段(P3502C)：懷孕17至29週。
 3. 第三階段(P3503C)：懷孕29至38週。
- (二) 生產及產後部分：第四階段(P3504C)時程自懷孕39至41週及產後1週，39至41週得依孕婦情形提供1-2次產檢服務及1次產後檢查。
- (三) 第四階段生產及產後部分，如為產婦自行要求剖腹產，或第一至第三任一階段孕產婦所接受之醫療服務非在參加本試辦計畫之醫療院所（附件一試辦計畫申請書所列之院所）執行者，則須回歸原支付標準申報，不得以本試辦計畫之支付標準申報。

四、 醫療費用之申報、暫付、審查及核付方式

(一)費用申報時，請依產前及生產分別申報如下：

1.產前部分

(1) 門診醫療服務點數清單填寫方式及注意事項：

A.案件類別：E1

B.特定治療項目：E5

C.就醫日期：每階段需填寫階段完成起迄日期（階段完成才能申報）。

D.就醫序號：第一階段以 IC41 申報
第二階段以 IC43 申報
第三階段以 IC45 申報

E.部分負擔代碼：009

(2) 門診醫療服務醫令清單填寫方式及注意事項：

A. 定額費用：

醫令類別「2」，第一階段完成後請填報 P3501C、第二階段完成後請填報 P3502C、第三階段完成後請填報 P3503C，第四階段完成後請填報 P3504C。

B.內含項目：

醫令類別「4」，第一階段需完成 41、42，第二階段需完成 43、44，第三階段需完成 45 至 50；惟 Rubella IgG 實驗室檢驗、超音波檢查、母嬰親善醫療機構產前檢查個案衛教指導部分，仍按現行規定核實申報。

2.生產部分

- (1)總表、點數清單與醫令清單：欄位同現行論病例計酬案件申報規定，住院案件之醫療服務點數清單之案件類別請填「4」、給付類別請填「D」。
- (2)第四階段費用包含懷孕 39-41 週產前檢查 1-2 次及產後 1 週檢查，如依孕婦情形而未執行仍可申報該階段之費用。
- (3)內含項目：醫令類別請填寫「4」，其懷孕 39-41 週產前檢查醫令代碼「66」（只填一次即可）；產後 1 週醫令代碼「67」。

(二)暫付、審查：依「全民健康保險醫事服務機構醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」辦理，惟本試辦計畫執行初期保險人得視情形抽樣或全審。

五、品質監控及評估方式：(依附件三-表 1 及表 2 格式填寫)

(一)參與試辦院所每月須提報下列相關指標供本保險人之分區參考。

(二)本保險之分區需針對參與試辦院所提報之下列相關指標進行評核，

經輔導仍未改善之參與試辦院所，自保險人文到次日之次月起，不得再收案。

- 1.結構指標：人員專業素質與醫療行政品質（專科資格、在職教育、醫療設備）。
- 2.過程指標：計畫試辦前後平均住院天數比較。
- 3.結果指標：產檢利用率。
- 4.危險因子指標：子癩前症、子癩症、早產兒、低體重兒比率。

附件一

全民健康保險週產期論人支付制度試辦計畫申請書

本院所自 年 月 日起申請參加全民健康保險週產期論人支付制度試辦計畫，並同意遵照本計畫內容之規範。

此致

行政院衛生福利部署中央健康保險局署

申請資料

醫事機構名稱及代號：

醫事機構負責人：

醫事機構地址：

本計畫聯絡人：

聯絡電話：

合作之診所及地區醫院（含）以上層級之名稱及代號：

醫事機構（特約）章戳



(醫療院所印章)



(負責醫師印章)

中 華 民 國 年 月 日

附件二

全民健康保險週產期論人支付制度試辦計畫支付標準

通則：

- 一、本試辦計畫之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次之新生兒費用為界，多胞胎類推），得按實際醫療費用申報。
- 二、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、642.91、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，不論有無次診斷或次手術（處置）者，得適用通則一之規定。
- 三、本試辦計畫之剖腹產案件中有次診斷或次手術（或處置）而致實際醫療費用超過 33,460 元以上者，得按實際醫療費用申報，惟個案數不得超過該醫事服務機構當月份剖腹產個案總數之 5%。
- 四、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，不論有無次診斷或次手術（處置）者，得適用通則三之規定。
- 五、本章節所述「實際醫療費用」係包括母親及新生兒費用。
- 六、定額支付點數中已含一人次新生兒照護費，如為雙胞胎，得另加計一人次新生兒費（多胞胎類推）。
- 七、不符醫學上適應症而自行要求剖腹產者，則須回歸原支付標準申報，依自行要求剖腹產（97014C）點數支付，不得以本試辦計畫之支付標準申報。
- 八、其他未列入本試辦計畫之支付標準規定項目，依現行支付標準規定辦理。

代碼	給付時程	服務項目	支付點數
P3501C	第一次 確定懷孕至懷孕未滿 17 週	依國民健康局署規定，需完成第一次「醫令代碼：41，就醫序號：IC41」與第二次產檢「醫令代碼：42，就醫序號：IC42」，產檢項目如下： 1. 於妊娠第六週或第一次檢查須包括下列檢查項目 （1）問診：家庭疾病史、過去疾病史、過去孕產史、本胎不適症狀 （2）身體檢查：體重、身高、血壓、甲狀腺、乳房、骨盆腔檢查、胸部及腹部檢查 （3）實驗室檢驗：血液常規(WBC、RBC、PLT、HCT、HB、MCV)、血型、RH因子、VDRL、Rubella IgG（惟因特殊情況無法於本次檢查者，可於第五次孕婦產前檢查時接受本項檢查。）及尿液常規。 2. 例行產檢 註：此階段不含 Rubella IgG 之檢驗，若完成該項檢驗者，另依備註（1）申報。	800 855
P3502C	第二次 懷孕 17 週至未滿 29 週	依國民健康局署規定，需完成第三次「醫令代碼：43，就醫序號：IC43」與第四次產檢「醫令代碼：44，就醫序號：IC44」，產檢項目如下： 1. 例行產檢 2. 於妊娠 20 週前後提供一次超音波檢查（惟因特殊情況無法於本期檢查，可改於妊娠第三期接受本項檢查）。 註：此階段不含超音波之檢驗，若完成該項檢驗者，另依備註（2）申報。	400 460
P3503C	第三次 懷孕 29 週以上	依國民健康局署規定，需完成第五次至第十次產檢「醫令代碼：45-50，就醫序號：IC45-IC50」，產檢項目如下： 1. 例行產檢 2. 於妊娠 32 週前後提供、HBsAG、HBeAG、VDRL 等實驗室檢驗	1,400 1580
P3504C	第四次 懷孕 39-40 週至 產後 1 週生產	1. 視情況執行妊娠 39-40 週產前檢查 1-2 次及產後 1 週檢查 1 次。 生產（包含基層院所轉診至合作醫院生產）	31,850 醫院依住院 診斷關聯群 (DRG)，基層 診所以論病 例計酬規定 申報

備註（1）：Rubella IgG 實驗室檢驗—醫令代碼「64」、就醫序號「IC41、IC45」，費用為 200 點。

備註（2）：超音波檢查—醫令代碼「61」、就醫序號「IC41-IC50」，費用為 350 點。

備註（3）：母嬰親善醫療機構產前檢查個案衛教指導，每案每次增加之費用。限本署認證之母嬰親善醫療機構始得申報。其醫令代碼「63」、就醫序號「IC41-IC50」，費用為 20 點。

附件三

「週產期論人支付制度」醫療品質指標報告表

院所名稱 _____ 院所代號 _____

費用年月： _____ 年 _____ 月

表 1

項目 過程	專科資格	在職教育	醫療設備
結構面			
過程面	1.參與本試辦計畫前之平均住院天數		天
	2.參與本試辦計畫後之平均住院天數		天
結果面	產檢利用率（分子： 分母： ）		

表 2

項目	個案人數 (A)	新生兒人數 (B)	比率% (A/B)
子癇前症			
子癇症			
早產兒			
低體重兒			

註：本表請於每月申報醫療費用時一併提供於本保險之分區。

討論事項

第六案

提案單位：健保署醫務管理組

案由：補充說明支付標準第二部西醫第一章第八節住院安寧療護，增列得另行核實申報「RANK Ligand 抑制劑類藥物（denosumab）」取代雙磷酸鹽類(zoledronic acid)藥物財務衝擊資料案，再提請討論。

說明：

- 一、本案業已提報於 102 年 12 月 19 日第 6 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，當日會議決議由健保署補充該藥品使用之財務衝擊分析資料，再提案報告。[\(會議紀錄詳附件 12，P6-3~P6-7\)](#)。
- 二、依上述結論，本署於 103 年 2 月 18 日以健保醫字第 1030032702 函請原提案單位台灣癌症安寧緩和醫學會提供財務評估資料，該會表示：
 - (一) 參酌臨床使用方式與現況及醫藥品查驗中心的醫療科技評估報告：RANK Ligand 抑制劑類藥物(denosumab) 取代對象僅為雙磷酸鹽類(zoledronic acid)。
 - (二) 優點：(1) denosumab 給藥方式為皮下注射，較被取代藥品 zoledronic acid 之靜脈注射劑型方便，可節省醫護人員調配及注射的時間及耗材成本。(2)在降低整體醫療支出的前提下，提供安寧療護患者多一項治療選擇。

三、另依本署醫審及藥材組提供藥品給付規定比較資料，說明如下：

(一) 給付規定：denosumab 與 zoledronic acid 二者臨床治療用途與健保給付規定相同，均限用於乳癌、前列腺癌併有蝕骨性骨轉移之病患。

(二) 每療程藥費與注射技術費：denosumab 均略低於 zoledronic acid，分別是 11,102 元、12,384 元。

四、按本署 102 年雙磷酸鹽類(zoledronic acid)藥物申報量及申報醫令金額得知，若納入「RANK Ligand 抑制劑類藥物(denosumab)」後取代情形依比率分析，財務分別為節約 133,328 元~530,748 元(詳附件 13，P6-8)。整體而言，以 denosumab 取代 zoledronic acid 作為治療藥物，醫療費用較為節約，應不會增加費用支出。

五、綜上，基於民眾用藥權益，建議同意增列「RANK Ligand 抑制劑類藥物(denosumab)」，為安寧住院定額支付外，得另行核實申報之項目，檢附修訂後支付標準(詳附件 14，P6-9~P6-14)，並依程序報請衛生福利部核定發布。

擬辦：

102 年度第 6 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

時間：102 年 12 月 19 日(星期四)下午 2 時

地點：中央健康保險署 9 樓第一會議室

主席：蔡副署長魯

紀錄：方淑雲

出席人員：

陳代表雪芬	陳雪芬	陳代表福展	翁瑞文(代)
黃代表雪玲	黃雪玲	蘇代表清泉	蔣世中(代)
林代表富滿	林富滿	吳代表志雄	(請假)
郭代表正全	郭正全	劉代表俊言	謝偉明(代)
廖代表學志	(請假)	陳代表彥廷	(請假)
陳代表志忠	陳志忠	高代表靖秋	高靖秋
徐代表弘正	徐弘正	曾代表中龍	曾中龍
林代表淑霞	(請假)	曹代表昭懿	曹昭懿
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	林綉美(代)
謝代表武吉	謝武吉	黃代表棟國	黃棟國
朱代表益宏	朱益宏	梁代表淑政	梁淑政
李代表紹誠	(請假)	葉代表宗義	葉宗義
陳代表宗獻	(請假)	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	(請假)	侯代表彩鳳	侯彩鳳
王代表正坤	(請假)	李代表玉春	李玉春
黃代表啟嘉	(請假)	吳代表肖琪	(請假)
陳代表憲法	陳憲法		

列席單位及人員：

衛生福利部醫事司	請假
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
食品藥物管理署	請假
中華民國中醫師公會全國聯合會	黃鏐容
台灣醫院協會	何宛青、潘廷健
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
中華民國藥師公會全國聯合會	李蜀平、王韻婷
中華民國護理師護士公會全國聯合會	曾修儀
中華民國助產師助產士公會全國聯合會	請假
台灣急診醫學會	陳維恭
本署台北業務組	蔡翠珍、陳美玲、張作貞
本署北區業務組	郭珮萱
本署中區業務組	請假
本署南區業務組	請假
本署高屏業務組	請假
本署東區業務組	請假
中央健康保險署	李純馥、林淑範、王淑華 李待弟、蕭靜怡、張益誠、 涂奇君、方淑雲

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。

三、報告事項：

(一) 有關本保險支付標準編碼 58027C(急重症透析)申報條件修訂案。

決議：同意修訂病患同時持有慢性腎衰竭(585)及囊腫性腎病(753.1)/腎臟移植手術後追蹤照護(V42.0)2 張重大傷病卡，應屬申報支付標準編碼 58029C(一般透析)。

(二) 更正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 花東地區不適用牙醫相對合理門診點數折付之平均點值數據案。

決議：本案請中華民國牙醫師公會全國聯合會，於牙醫門診總額研商議事會議討論，依其決議，再提案至本會議報告。

(三) 修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準，安寧住院療護通則七癌症骨轉移病人得另行核實申報「RANK Ligand(如 denosumab)」抑制劑類藥物案。

決議：本案由健保署補充該藥品使用之財務衝擊分析資料，再提案報告。

(四) 有關「全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫」內容報告案。

決議：

1. 部分委員建議，本計畫承作醫院之專任專業人員中，語言治療師可得採兼任方式辦理，以及本計畫評估量表是否有使用版權問題，請業務單位參考，餘本次所提修訂計畫內容洽悉。
2. 請健保署於 103 年 2 月醫院總額研商議事會議報告財務評估，並於實施半年後檢討。
3. 有關獲選試辦團隊之目標管理，建請分區業務組適當檢討調整。

4.，請健保署考量。

(五) 有關修訂 103 年「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫」案。

決議：洽悉。

(六) 102 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準調整案後續辦理事宜。

決議：

1. 本支付標準調整案，醫院部門追溯至 102 年 1 月 1 日起實施，西醫基層院所僅追溯中華民國醫師公會全國聯合會建議調升之 10 項外科手術及處置項目，其餘調整項目於 103 年 1 月 1 日起實施。
2. 102 年 1 月至 12 月追溯之支付標準調整差額點數，由本署按申報醫令數統一進行補付作業，並併入第 4 季結算，為利醫院於 103 年農曆前能收到本項費用，本署將於 103 年春節前先行補付 102 年 1 月至 9 月之差額。
3. 全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)及論病例計酬案件以申報醫令之支付標準調整差額點數計算，不另行檢核是否超過「醫療服務點數上限臨界點」或「得核實申報上限點數」。
4. 同步調整論病例計酬項目之包裹支付點數及「得核實申報上限點數」，影響項目包括「97004C（陰道生產）」等共計 23 項。本次調整內容將併 102 年支付標準調整案公告實施。
5. 103 年適用之 RW、SPR、醫療服務點數上限臨界點、醫療服務點數下限臨界點等相關計算參數暫沿用 102 年適用之統計值，俟本署依本 102 年支付標準修訂內容，校正 101 年申報資料及統計相關數據，另案提本會議報告。
6. 103 年各醫院 CMI 值，依 102 年支付標準修訂內容，校正 101 年申報資料進行統計，於 102 年底公布。

7. 餘洽悉。

四、討論事項：

有關醫院藥事服務費調整及藥事人員合理調劑量規定案。

決議：

1. 因醫院藥事作業包含藥品倉儲管理、臨床研發、藥歷管理、藥品資訊建置及提供、處方適當性評估、藥品調配及核對、用藥指導、特殊病人衛教等團隊運作，非由單一藥事人員負責整筆處方調劑作業，及醫院處方量受到不可控制因素如病患疾病、國定例假日之急診量、氣候等多項因素，原規劃醫院申報每日調劑人員及按日計算合理調劑量，因無法顯現醫院藥事人力配置，改採按月依執業登陸之藥事人員數計算醫院藥事人員合理調劑量，超出部分予以折付 50%。
2. 為降低醫院各層級間藥事服務費之差距，建議藥事服務費以定額方式調整，及支付點數偏低之住院非單一劑量處方，亦納入調整項目。
3. 依前述會議決議修訂調整內容，依全民健康保險會 103 年醫院總額協商結論，提該會同意。
4. 餘洽悉。

散會：下午 18 時 10 分。

102年「RANK Ligand抑制劑類藥物(denosumab)」取代雙磷酸鹽類(zoledronic acid)藥物依比率(25%-100%)分析表

取代率	藥品名稱	醫令申報量		合計	醫令金額	總金額	財務衝擊
		醫學中心	區域醫院				
	醫令申報量	醫令金額	醫令申報量	醫令金額			
25%	雙磷酸鹽類(zoledronic acid)	174	136	310	3,839,040	4,993,648	-133,328
	「RANK Ligand 抑制劑類藥物(denosumab)」	58	46	104	1,154,608		
50%	雙磷酸鹽類(zoledronic acid)	116	91	207	2,563,488	4,861,602	-265,374
	「RANK Ligand 抑制劑類藥物(denosumab)」	116	91	207	2,298,114		
75%	雙磷酸鹽類(zoledronic acid)	58	45	103	1,275,552	4,728,274	-398,702
	「RANK Ligand 抑制劑類藥物(denosumab)」	174	137	311	3,452,722		
100%	雙磷酸鹽類(zoledronic acid)	0	0	0	0	4,596,228	-530,748
	「RANK Ligand 抑制劑類藥物(denosumab)」	232	182	414	4,596,228		

註1：雙磷酸鹽類(zoledronic acid) 支付點數 12,384元。

「RANK Ligand抑制劑類藥物(denosumab)」 支付點數 11,102元。

註2：地區醫院申報量為0。

第八節 住院安寧療護(草案)

通則：

一、安寧療護是以完整的醫療團隊，運用積極的醫療措施及護理照顧，儘可能緩解病人因得到威脅生命疾病所造成之身、心、靈痛苦，以提升病人與家屬的生活品質。

二、本節各項目限經核准設有安寧療護住院病床之醫事服務機構申報。

三、收案條件：

(一) 病患或家屬同意接受安寧療護，並簽署選擇安寧緩和醫療意願書或同意書(必要條件)。

(二) 癌症末期病患：

1. 確定病患對各種治癒性治療效果不佳(必要條件)。

2. 居家照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。

3. 病情急劇轉變造成病人極大不適時，如

(1) 高血鈣 (Hypercalcemia)

(2) 脊髓壓迫 (Spinal Cord compression)

(3) 急性疼痛 (Acute pain)

(4) 嚴重呼吸困難 (Severe dyspnea)

(5) 惡性腸阻塞 (Malignant bowel obstruction)

(6) 出血 (Bleeding)

(7) 腫瘤 (塊) 潰瘍 (Ulcerated mass 如 breast cancer, buccal cancer)

(8) 嚴重嘔吐 (Vomiting severe)

(9) 發燒，疑似感染 (Fever, suspect infection)

(10) 癲癇發作 (Seizure)

(11) 急性瞻妄 (Acute delirium)

(12) 急性精神壓力，如自殺意圖 (Acute Psychological distress, Suicide attempt)

(三) 末期運動神經元病患：

1. 末期運動神經元病患，不接受呼吸器處理，主要症狀有直接相關及／或間接相關症狀者。

(1) 直接相關症狀：虛弱及萎縮、肌肉痙攣、吞嚥困難、呼吸困難。

(2) 間接相關症狀：睡眠障礙、便秘、流口水、心理或靈性困擾、分泌物及黏稠物、低效型通氣不足、疼痛。

2. 末期運動神經元患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者。

(四) 主要診斷為下列疾病，且已進入末期狀態者 (相關入住症狀等條件詳附表)：

1. 老年期及初老期器質性精神病態

2. 其他大腦變質

3. 心臟衰竭

4. 慢性氣道阻塞，他處未歸類者

5. 肺部其他疾病

6. 慢性肝病及肝硬化

7. 急性腎衰竭，未明示者

8. 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

- 四、住院照護費之計算，凡住院之日，不論何時進院，均作一天論，出院之日，不論何時出院，其出院當日不予計算。
- 五、本章住院照護費所訂點數已包括醫師診察費、護理費、病床費、相關醫療團隊照護費、各項診療、處置費、藥劑費、藥事服務費、特殊材料費及其他雜項成本，如不計價藥材成本、建築與設備成本、水電費支出、廢棄物處理、電子資料處理及行政作業成本等，不得另外申報全民健康保險醫療費用支付標準所列項目，亦不得以其他名目向保險對象收取費用。
- 六、支付標準第2部第2章第2節第2項放射線治療、第6節第1項處置費47091B「淋巴水腫照護-徒手淋巴引流」及第6節第2項血液透析治療等特定診療項目，得另行申報費用，惟該類案件採逐案審查。
- 七、病患屬癌症骨轉移病人並有頑固性之骨疼痛者、高血鈣末期病人，經心理、社會、靈性層面評估，需要繼續降低血鈣者，及癌症骨轉移病人經評估為病理性骨折之高危險群者，得另行核實申報雙磷酸鹽類 (bisphosphonate)，其中 zoledronic acid 得由 RANK Ligand 抑制劑 (denosumab) 藥物取代，於使用期間需有成效評估紀錄備查，惟使用該類藥物需符合全民健康保險藥品給付之規定並採逐案審查。(增列得核實申報項目)
- 八、當申報本章節之病患住院日數大於30天以上者，且占該院當月總照護人數50%以上者，採逐案審查。
- 九、以本章節支付標準申報之個案不適用本支付標準第9部全民健康保險住院診斷關聯群 (Tw-DRGs)。

編號	診療項目	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
05601K	安寧住院照護費 (每日)			v	4,930
05602A			v		4,930
05603B		v			4,930

附表

一、老年期及初老期器質性精神病態

1. 必要條件：CDR 臨床失智評分量表為一末期(CDR=5)者：病人沒有反應或毫無理解力。認不出人。需旁人餵食，可能需用鼻胃管。吞食困難。大小便完全失禁。長期躺在床上，不能坐也不能站，全身關節攣縮。
2. 居家照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。
3. 病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：
 - (1) 電解值不平衡(Electrolyte imbalance)
 - (2) 急性疼痛(Acute pain)
 - (3) 嚴重呼吸困難(Severe dyspnea)
 - (4) 惡性腸阻塞(Malignant bowel obstruction)
 - (5) 嚴重嘔吐(Severe vomiting)
 - (6) 發燒，疑似感染(Fever, suspect infection)
 - (7) 癲癇發作(Seizure)
 - (8) 急性瞻妄(Acute delirium)
 - (9) 瀕死狀態(Predying state)

二、其他大腦變質

嚴重神經疾病如：嚴重中風，嚴重腦傷，Multiple sclerosis, Parkinson's disease, Huntington's disease 等退化性疾病末期，合併以下狀況：

1. 末期大腦變質病患，不需使用呼吸器維生者，病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：
 - (1) 電解值不平衡(Electrolyte imbalance)
 - (2) 急性疼痛(Acute pain)
 - (3) 嚴重呼吸困難(Severe dyspnea)
 - (4) 惡性腸阻塞(Malignant bowel obstruction)
 - (5) 嚴重嘔吐(Severe vomiting)
 - (6) 發燒，疑似感染(Fever, suspect infection)
 - (7) 癲癇發作(Seizure)
 - (8) 急性瞻妄(Acute delirium)
 - (9) 瀕死狀態(Predying state)
2. 末期大腦變質患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者。

三、心臟衰竭

心臟衰竭末期應最少符合下列二個指標：

1. CHF NYHA stage III 或 IV – 休息或輕度活動時會喘。
2. 原心臟照顧團隊認為病人很可能在近期內死亡。
3. 經常因嚴重心臟衰竭症狀住院。
4. 雖經最大的醫療處置但仍有極不容易控制的生理或心理症狀如下：
 - (1) 因心律不整而造成的昏厥等嚴重症狀者
 - (2) 曾有心臟停止或心肺復甦術病史
 - (3) 常有不明原因的昏厥
 - (4) 心因性腦栓塞
 - (5) 左心室射出分率(LV ejection fraction) $\leq 20\%$

四、慢性氣道阻塞疾病，他處未歸類者

慢性阻塞性肺病 Chronic Obstructive Pulmonary Disease – COPD

休息時就會喘，且病況持續惡化 (如：反覆因肺炎或呼吸衰竭需送至醫院急診或住院)，合併以下任一狀況：

1. 即使使用氧氣，然而 $\text{PaO}_2 \leq 55\text{mmHg}$ 、 $\text{PaC O}_2 \geq 50\text{mmHg}$ 或 $\text{O}_2 \text{ saturation} \leq 88\%$ 。
2. $\text{FEV1} \leq 30\%$ of predicted。
3. FEV1 持續下降且速度每年大於 40 mL。
4. 六個月內體重減少 10% 以上。
5. 休息時心跳超過 100beat/min。
6. 肺心症或肺病造成之右心衰竭。
7. 合併有其他症狀 (如：惡質病、反覆感染、重度憂鬱)或多重合併症。

五、肺部其他疾病

Cystic fibrosis, severe fibrotic lung disease 等末期肺病，休息時就會喘，且病況持續惡化 (如：反覆因肺炎或呼吸衰竭需送至醫院急診或住院)，合併以下任一狀況：

1. 即使使用氧氣，然而 $\text{Pa O}_2 \leq 55\text{mmHg}$ 、 $\text{PaC O}_2 \geq 50\text{mmHg}$ 或 $\text{O}_2 \text{ saturation} \leq 88\%$ 。
2. $\text{FEV1} \leq 30\%$ of predicted。
3. FEV1 持續下降且速度每年大於 40 mL。
4. 六個月內體重減少 10% 以上。
5. 休息時心跳超過 100 beat /min。
6. 肺心症或肺病造成之右心衰竭。
7. 合併有其他症狀 (如：惡質病、反覆感染、重度憂鬱)或多重合併症。

六、慢性肝病及肝硬化

必要條件：肝病或肝硬化末期，不適合肝臟移植，且

- (1) $\text{PT} > 5 \text{ sec above control}$ 或 $\text{INR} > 1.5$
- (2) $\text{Serum albumin} < 2.5 \text{ g/dl}$

合併下列任一項症狀

1. 困難處理之腹水 (Refractory ascites)。
2. 自發性細菌性腹膜炎 (Spontaneous bacterial peritonitis)。
3. 肝腎症候群 (Hepatorenal syndrome)。
4. 肝腦病變合併坐立不安、昏睡和昏迷 (Encephalopathy with asterixis, somnolence, coma)。
5. 復發性食道靜脈瘤出血 (Recurrent variceal bleeding)。
6. 多重器官衰竭 (Multiple organ failure)。
7. 惡病質與消瘦 (Cachexia and asthenia)。

七、急性腎衰竭，未明示者

acute renal failure, unspecified

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

八、慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

本項適用主診斷 585 (慢性腎衰竭; chronic renal failure)及 586 (腎衰竭，未明示者; renal failure, unspecified)兩項疾病末期定義

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

討論事項

第七案

提案單位：健保署醫務管理組

案由：修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號 05404C-05406C「精神疾病患者居家治療」等3項診療項目案，提請討論。

說明：

- 一、衛生福利部於102-103年間多次召開精神醫療資源檢討研商會議，會議決議建議本署應調高精神疾病患者居家治療支付點數，期能藉由提高支付誘因，鼓勵醫療機構多投入資源至社區。103年其他部門醫療給付費用成長率中，「非屬各部門總額支付制度範圍之服務」項下已編列預算調整該等診療項目支付點數。
- 二、本案經彙集相關專家及台灣精神醫學會意見，建議修訂如下
 - (一)調升支付點數：參採100年RBRVS調查成本參數，考量病患照護時間、交通因素及行政人員作業費用等項目，建議醫師訪視費(第1-4個個案)由1,035點調整為1,656點，醫師訪視費(第5個個案後)由600點調整為960點，其他醫事人員處置費由700點調整為775點。
 - (二)放寬每位醫師每日及每月看診量上限：由「每日以六個為限；每月以一百八十個為限」放寬為「每日以八個為限；每月以二百四十個為限」，以鼓勵醫師積極從事居家治療業務。
- 三、財務影響：以102年申報量及歷年成長率作推估，將增加0.422

億點，由其他預算「非屬各部門總額支付制度範圍」項下匡列之「精神疾病社區復健居家訪視費」0.36 億點支應。考量超出金額不大(0.062 億點)，且其他部門近年支出皆未超出預算金額，應尚足以支應。

擬辦：本案如經討論同意，擬修訂支付標準(詳附件 15，P7-3)，並依程序陳報衛生福利部核定公布。

第五部 居家照護及精神病患者社區復健

第二章 精神疾病患者社區復健

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	備註
05404C	居家治療醫師診治費(次)					1035 <u>1656</u>	調升點數及放寬醫師看診量上限
05405C	同一醫師，應同一承辦居家治療業務之醫療機構之請，當日診治個案數在五個以上者，自第五個個案起，其診治費依本項申報。 註：1.診治費每一個案每人每月以二次為原則，申報費用時應檢附訪視紀錄，並詳述理由。 2.每位醫師診治個案數，每日以 <u>六</u> 個為限；每月以 <u>二百四十個</u> 一百八十個 為限。					600 <u>960</u>	
05406C	居家治療其他專業人員處置費(次) 註：處置費每一個案每月以二次為限，申報費用時應檢附訪視紀錄。					700 <u>775</u>	

討論事項

第八案

提案單位：健保署醫務管理組

案由：增修訂支付標準第二部第二章第四節復健治療「語言治療」相關診療項目案，提請討論。

說明：

一、監察院於 102 年間針對現行復健支付標準未導入相對值量表等情，多次約詢本署及相關單位，並檢送調查報告，其中包括本署應儘速調升語言治療支付點數。另本署於 102 年 12 月 26 日邀集各相關學會召開「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準復健治療支付標準第一次研修會」，議程中所訂「研議復健治療支付點數各項調整原則」包括「適度調高語言治療支付點數」等原則，會議決議由聽力語言學會提案新增語言治療「中度-複雜」之診療項目，由 103 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支應。

二、增修訂重點說明

- (一) 新增語言治療「中度-複雜」之診療項目，支付點數分醫院層級 415 點，基層院所層級 288 點。
- (二) 調整語言治療「複雜」之診療項目支付點數，比照「中度-複雜」改為兩級制，即醫院層級 563 點，基層院所層級 430 點，各級調幅如下：醫學中心及區域醫院由 480 點調升為 563 點，地區醫院由 350 點調升為 563 點，復健科基層院所由

335 點調升為 430 點，非復健科基層院所由 240 點調升為 430 點。

- (三) 重新修訂語言治療各治療程度項目區分方式之備註，簡單治療訂為「治療項目 1 項以上，合計治療時間未滿 30 分鐘之簡單治療」，中度治療訂為「治療項目 2 項以上，合計治療時間超過 30 分鐘至 40 分鐘以內之中度治療。」，中度-複雜治療訂為「治療項目 3 項以上，合計治療時間超過 40 分鐘至 50 分鐘以內之中度治療」，複雜治療訂為「治療項目 4 項以上，合計治療時間超過 50 分鐘以上之複雜治療」。

三、財務影響：依台灣聽力語言學會推估修訂後，原「中度」治療約 0.5% 轉申報「中度-複雜」；並無轉申報「複雜」治療，其餘 99.5% 維持申報中度治療。原「複雜」治療中，約 43% 轉申報「中度-複雜」；約 53% 維持申報「複雜」治療。本署推估將增加 76.12 百萬點預算，由 103 年醫院及西醫基層總額成長率下非協商因素內支應。(詳附件 16，P8-3)

擬辦：本案如經討論同意，擬修訂支付標準(詳附件 17，P8-4)，並依程序陳報衛生福利部核定公布。

支付標準增修訂語言治療相關診療項目案財務影響評估

一、醫院層級

治療程度	修訂前					修訂後				增加醫療點數 (百萬點)
	醫令代碼	支付點數 A	申報量 (千件) B	平均申報 成數 C	申請醫療點 數 (百萬點) D=A*B*C	建議支 付點數 E	預估申報 量 F (千件)	平均申報成 數 G	預估申請 醫療點數 H=E*F*G (百萬點)	
中度	44004A	320	146.4	1.014	47.5	320	145.7	1.014	47.3	-0.2
	44005B	280	157.6	1.046	46.2	280	156.8	1.046	45.9	-0.2
中度- 複雜	無					415	393.1	1.095	178.7	178.7
複雜	44007A	480	574.9	1.094	301.9	563	519.1	1.096	320.2	-110.8
	44008B	350	335.8	1.098	129.1					
總計										67.45

二、基層院所

治療程度	修訂前					修訂後				增加醫療點數 (百萬點)
	醫令代碼	支付點數 A	101年申報 量 (千件) B	平均申報 成數 C	申請醫療點 數 (百萬點) D=A*B*C	建議支 付點數 E	預估申報 量 F (千件)	平均申報成 數 G	預估申請 醫療點數 H=E*F*G (百萬點)	
中度	44011C	265	177.3	1.109	52.1	265	176.5	1.109	51.9	-0.3
	44006C	190	9.3	1.136	2.0	190	9.3	1.136	2.0	0.0
中度- 複雜	無					288	94.6	1.143	31.1	31.1
複雜	44012C	335	216.0	1.144	82.8	430	124.2	1.143	61.0	-22.2
	44009C	240	1.9	1.024	0.5					
總計										8.67

註:

- 按提案單位提供之資料，修訂後預估申報轉移情形：原「中度」治療」約 0.5% 轉申報「中度-複雜」；並無轉申報「複雜」治療，其餘 99.5% 維持申報中度治療。原「複雜」治療中，約 43% 轉申報「中度-複雜」；約 53% 維持申報「複雜」治療。
- 本表修訂後「中度-複雜」及「複雜」預估申報量係以修訂後轉移申報量比率乘上 101 年申報量所得。
- 本表修訂後「中度-複雜」平均申報成數係以 101 年「中度」及「複雜」治療平均申報成數乘以推估將轉移至「中度-複雜」申報量比率而得。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第四節 復健治療 Rehabilitation Therapy

第四項 語言治療 Communication Therapy (44001~44012)

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	備註
44001A	簡單Simple：指治療項目1~2項以上，合計治療時間未滿30分鐘之簡單治療。			v	v	240	修訂語言治療各治療程度項目之區分方式
44002B			v			210	
44003C		v				145	
44004A	中度Moderate：指治療項目2~3項以上，合計治療時間超過30分鐘至450分鐘以內之中度治療。			v	v	320	度項目之區分方式
44005B			v			280	
44011C		v				265	
44006C		v				190	
<u>44013B</u>	<u>中度-複雜：指治療項目3項以上，合計治療時間超過40分鐘至50分鐘以內之中度治療。</u>					<u>415</u>	新增
<u>44014C</u>						<u>288</u>	
<u>44007A</u>	複雜Complicated：指治療項目43項以上，合計治療時間超過50分鐘以上之複雜治療。 註：1.治療項目 ST 1. 聽能瞭解訓練 Auditory comprehension training ST 2. 口語訓練 Verbal production ST 3. 輔導溝通法 Augmentative communication system ST 4. 認讀訓練 Reading training ST 5. 書寫訓練 Writing training ST 6. 視知覺訓練 Visual perception ST 7. 高階層認知訓練 High level cognitive function training ST 8. 觸覺肌動法 Tactile stimulation ST 9. 口腔動作訓練 Oral Tx. ST 10. 發音部位法 Phonetic placement ST 11. 聽辨訓練 Auditory discrimination ST 12. 節律訓練 Rhythm training ST 13. 視聽回饋法 Audiovisual feedback monitoring ST 14. 語言分析 Acoustu analysis ST 15. 其他經保險人核可者 <u>2.44011C、44012C限復健科專科醫師開設之基層院所或基層院所聘有專任之復健醫師者申請。</u>			v	v	480	縮短層級別支付點數差距及調升點數
<u>44008B</u>			v			350	
<u>44015B</u>			v	v	v	563	
<u>44012C</u>		v				335	
<u>44009C</u>		v				240	
<u>44016C</u>		v				430	