全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 112 年第 3 次研商議事會議紀錄

時間：112 年 12 月 7 日下午 2 時

地點：本署 9 樓第一會議室

主席：李副署長丞華　　紀錄：陳怡蒨

出席代表（依姓氏筆劃排列，*係指採線上與會人員名單）

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
丁榮哲	塗勝雄	徐超群	徐超群*
王宏育	王宏育*	張孟源	張孟源*
古有馨	古有馨*	連哲震	請假
朱光興	朱光興*	陳志明	陳志明
朱益宏	林佩萩	陳相國	陳相國*
江心怡	江心怡	陳晟康	陳晟康*
江俊逸	江俊逸*	劉林義	劉林義
何活發	何活發*	黃振國	黃振國
吳國治	陳志宏	黃啟嘉	黃啟嘉*
吳順國	吳順國*	楊宜青	請假
李丞華	主席	楊芸蘋	楊芸蘋
李承光	李承光	趙善楷	趙善楷*
李紹誠	李紹誠*	劉守仁	劉守仁*
李龍騰	李龍騰*	劉碧珠	請假
周朝雄	請假	蔡有成	蔡有成*
周慶明	周慶明*	蔡昌學	蔡昌學*
林名男	林名男*	鄭俊堂	請假
林旺枝	林旺枝*	盧榮福	盧榮福*
林恆立	林恆立	賴俊良	賴俊良*
林誓揚	林誓揚*	藍毅生	藍毅生*
林憶君	溫致群	顏鴻順	顏鴻順
洪一敬	洪一敬	林煥洲	林煥洲*
洪德仁	洪德仁*	蘇東茂	蘇美惠*

列席單位及人員

衛生福利部社會保險司	梁淑政		
衛生福利部全民健康保險會	陳燕鈴	劉于鳳	
中華民國醫師公會全國聯合會	黃佩宜	謝沁妤	
台灣醫院協會	黃心華		
中華民國藥師公會全聯會	請假		
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	請假		
中華民國物理治療師公會全國聯合會	請假		
衛生福利部國民健康署	魏璽倫*	周燕玉*	李惠蘭*
	薛曉筑*		
本署臺北業務組	林怡君*	廖美惠*	莊茹婷*
本署北區業務組	陳祝美*	王慈錦*	胡淑惠*
	陳孟函*		
本署中區業務組	張黛玲*	游姿瑗*	
本署南區業務組	賴阿薪*	洪欀皊*	郭郁伶*
本署高屏業務組	蔡逸虹*	施怡如*	陳瑩玲*
	陳榆萍*		
本署東區業務組	黃兆杰*	王素惠*	江春桂*
	劉寶云*	馮美芳*	劉惠珠*
	陳佳穎*	黃婷亭*	
本署醫審及藥材組	許明慈	詹淑存	陳盈如
企劃組	陳泰諭		
本署醫務管理組	劉林義	林右鈞	洪于淇
	陳依婕	呂姿曄	賴彥壯
	朱文玥	黃怡娟	黃瓊萱
	黃奕瑄	王智廣	張毓芬
	崔允馨	林鈺禎	張玉婷
	周筱妘	楊庭嫣	

壹、 主席致詞(略)

貳、 西醫基層總額研商議事會議前次會議紀錄，請參閱（不宣讀）確認（略）

參、報告事項

第一案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定/決議事項辦理情形

決定：追蹤事項共計 8 案，解除列管 8 案。

第二案　　報告單位：中華民國醫師公會全國聯合會
本署醫務管理組

案由：西醫基層總額執行概況

決定：洽悉。

第三案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：西醫基層總額 112 年第 2 季結算點值報告

決定：

一、 依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

二、 112 年第 2 季點值結算之各分區一般服務浮動及平均點值如下表：

分區	浮動點值	平均點值
臺北	0.82697267	0.88502929
北區	0.88091197	0.92801172
中區	0.88765033	0.92551337
南區	0.93049714	0.95825634
高屏	0.89289568	0.92953565
東區	1.05658550	1.03715690
全區	0.88733075	0.91917013

三、 結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

肆、討論事項

第一案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：113 年「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議」召開會議時程案

決議：

一、 基於配合每季結算作業時程及業務執行概況統計之完整性，仍維持於 2 月、5 月、8 月、11 月召開會議為原則，必要時得召開臨時會。

二、 為增進議事效率，建議提案如涉其他團體，可先取得共識後再提會討論，必要時本署亦可加開臨時會，以縮短提案至實施之時程。

三、 113 年西醫基層總額研商議事會議時間如下，請各代表預留時間：

會議	第 1 次	第 2 次	第 3 次	第 4 次	第 1 次臨時會	第 2 次臨時會
日期	3 月 7 日(星期四)	5 月 23 日(星期四)	8 月 22 日(星期四)	11 月 28 日(星期四)	12 月 12 日(星期四)	12 月 18 日(星期三)
時間	下午 2 時	下午 2 時	下午 2 時	下午 2 時	下午 2 時	下午 2 時

第二案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：擬修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點(草案)」(下稱研商議事作業要點)案

決議：本案修訂通過，增修條文 4-1 條重點如下：

一、 本會議代表於任職前五年內不得因其行為致有下列情形：

(一) 受停業、廢止執業執照或醫事人員證書處分。

(二) 所服務之醫療(事)機構受停業、廢止開業執照處分。

(三) 依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法受停止、終

止或不予特約處分。

(四) 受前三款處分之執行。

二、 本會議代表於任期中發生前項各款情形之一者，當然解任，並應通知保險人。

三、 醫療(事)機構所屬醫事人員二年內有第一項各款情形，其負責人於所屬總額部門準用前二項規定。

四、 本會議代表未能親自出席會議時，依代理人順位由一人代理出席。代表代理人之產生，準用前點規定。但由保險人邀請之代表，不適用之。

五、 第一項至第三項規定於本會議代表之代理人準用之。

第三案　　提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：113 年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」案。

決議：本案通過如附件 1，「(三)111 年西醫基層總額六區查處非總額舉發追扣金額依六分區減列金額之 50%」，由 112 年度之 30%，113 年度修訂為 50%，餘同 112 年分配方式。

第四案　　提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：113 年度西醫基層總額一般服務案件之保障項目及操作型定義案。

決議：本案通過，同意比照 112 年保障項目(每點 1 元支付)如下：

一、論病例計酬案件。

二、血品費。

三、西醫基層總額「提升婦產科夜間住院護理照護品質」執行方案，每季各婦產科診所撥付款項＝280 點×季申報總住院日數。

註：藥費依據藥物給付項目及支付標準辦理。

第五案　　提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：有關113年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施

方案修訂案。

決議：本案修訂通過如附件 2，修訂重點如下：

一、相關參數配合年度修訂，餘同 112 年方案。

二、本署健保卡控制軟體將朝向輕量化架構改版，其中就醫紀錄朝不再寫入健保卡，目前尚待修法。爰 113 年度仍保留該指標，如修法通過後，建議來年刪除獎勵指標 4「健保卡處方登錄差異率≦8%」。

三、仍請中華民國醫師公會全國聯合會(下稱全聯會)參採健保會委員意見修訂更具提升醫療品質鑑別度之指標。

四、請本署提供本方案資料「111 年延續性指標達標情形」第 8-10 項指標各分區執行情形供參(經統計如附件 3)。

第六案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂提升心肺疾病照護品質計畫之品質獎勵條件案。

決議：

一、本案修訂通過如附件 4，修訂重點如下：

(一) 修訂獎勵條件為「心肺運動功能改善達到正常標準，60 歲以上病人須符合 3 項條件之一，未滿 60 歲者須符合 3 項條件」。

(二) 修訂品質獎勵費每個案為「每年度」獎勵 500 點。

二、將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

第七案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：有關轉診支付標準修訂案。

決議：

一、有關調降上轉醫令 01036C 及 01037C 支付點數 30 點，全聯會代表表示上轉病人多屬病況複雜、須於平台填報病情等轉診

資料，建議仍維持原支付點數，其餘下轉點數調高及增列下轉後停留基層達 90 天之獎勵點數等則無異議。

二、本案將併同全聯會代表意見，依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

第八案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：修正西醫基層山地離島地區採計次一級合理門診量得除外適用之地區及院所名單案。

決議：本案修訂通過，將依程序公告更新之「山地離島地區基層院所採次一級門診合理量得除外適用之地區及院所名單」，另考量基層申報數可能高於現行推估，建議定期監測申報量並滾動式檢討調整。

第九案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險偏鄉地區基層診所/助產機構產婦生產補助試辦計畫」案。

決議：　本案修訂通過如附件 5，修訂重點如下：

一、計畫名稱修訂為「全民健康保險基層診所/助產機構產婦生產補助試辦計畫」。

二、申請條件通則增列參與計畫前二年內不得有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第四十四至四十五條規定，並明訂兩年內違規之日期計算。

三、補助點數結算時程，由每季調整為每半年。

四、新申請參加「全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案」且符合本計畫施行區域之診所，由所轄保險人分區業務組逕予核定；如符合新特約且特約當月提出申請之診所，費用可追溯至合約生效日，未符合者以申請計畫之當月 1 日起算。

五、 當年度施行區域未有提供生產服務之特約醫院、西醫基層婦產科診所時，參與計畫之特約助產機構，每例生產案件核發之補助點數，比照基層診所計算。

第十案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「113年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」案。

決議：請全聯會通盤檢視本計畫施行區域之合宜性，提供本署進行財務估算，併同巡迴計畫醫事人員論次費用檢討，提下次會議討論。

第十一案　　提案單位：國民健康署、本署醫務管理組

案由：修訂113年「全民健康保險代謝症候群防治計畫」案。

決議：本案修訂通過如附件6，修訂重點如下：

一、收案條件增列個案派案相關文字。

二、收案人數提高至每一診所 500 名；收案對象增列排除透析患者(含血液透析及腹膜透析)。

三、結案條件增列個案收案院所退出本計畫之項目。

四、給付項目及支付標準：

(一) 調整申報收案評估費(P7501C)不需合併申報 4 項不計價醫令。

(二) 修訂追蹤管理費(P7502C)支付規定，「同一個案於同一診所之家醫計畫收案者，不予支付家醫計畫個案管理費」。

五、獎勵費：

(一) 調整診所品質獎勵費，前 25%核付 30,000 點；排序大於 25%至 50%核付 15,000 點。

(二) 調整新發現個案獎勵費，每一個案獎勵 500 點。

(三) 新增腰圍或身體質量指數管理成效獎勵費，每一個案獎勵

500 點。

(四) 調整首次提供戒菸服務之醫師獎勵費為 1,000 元。

六、本計畫收案評估費、追蹤管理費及年度評估費採固定給付每點 1 元，各項獎勵費則採浮動點值計算。

第十二案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：有關調整西醫基層申報醫療費用每點暫付金額/每點支付金額案。

決議：

一、有關自 112 年 6 月 15 日起調整為以最近一季結算與最近一季預估點值中，取較低之點值作為暫核付依據案，同意回復原作業原則：醫療服務點數每點暫付金額以最近一季結算平均點值 9 成計算，並以不高於 0.9 元為限；每點核定金額，以最近一季結算每點支付金額 9 成計算，並以不高於 0.9 元為限。其他交付機構適用之每點暫付金額及每點核定金額，比照西醫基層總額部門計算。

二、本案於報部核定後實施。

臨時動議：無。

伍、散會下午 5 時 0 分(預訂 113 年 1 月 11 日召開臨時會)

附件 1

113 年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式

一、 113年西醫基層一般服務費用地區預算之參數分配方式。

二、 SMR及TRANS以108-111年度數值依25%、25%、25%、25%加權平均計算。

三、 113年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式：

（一）113年一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度1.052億元)，全年移撥風險調整移撥款600百萬元。提撥300百萬元撥補臺北區，300百萬元優先用於保障東區浮動點值不低於每點1元(不含「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)，其次，為撥補因R值占率前進而減少預算分區之「減少費用」，餘款用於撥補點值落後地區(不含臺北區、東區) ，並依113年西醫基層總額四季預算占率提列。

（二）六分區各季預算69%依「人口風險因子及轉診型態校正比例(R值）」，31%依「開辦前一年各區門診醫療費用占率（S值）」比率分配。

（三）撥補因R值占率前進而減少預算分區之「減少費用」，係採113年一般服務總額預算計算，並扣除風險調整移撥款6億元後，估算減少地區之費用，進行該區預算回補。

（四）以臺北區及東區以外之四分區一般服務費用(不含新增醫藥分業地區所增加之藥劑調劑費用，含查處追扣金額、「強化基層照護能力開放表別項目」、「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」、「因應長新冠照護衍生費用」、「促進醫療服務診療項目支付衡平性」等專款、其他部門「基層總額轉診型態調整費用」、及藥品給付協議)，估算浮動點值後進行排序及風險調整移撥款作業。

（五）風險調整移撥款撥補點值落後地區(不含臺北區、東區)方式及比率分配如下：

1、 點值落後地區：係指點值排序第3名及第4名地區且點值小於每點1元者。

2、 撥補比率：點值排序第3名地區撥補30%，點值排序第4名地區撥補70%。

3、 點值落後地區如僅有一分區，仍維持前開撥補比率。

4、 撥補前與撥補後點值排序不變，若撥補後影響點值排序，則受撥補分區最高補至與原點值排序前一名之分區浮動點值。

（六）若有剩餘或未動用之移撥款，則當季依五分區(不含臺北區)移撥後(係指撥補因R值占率前進而減少預算分區之「減少費用」後)之預算(不含違規查處、專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算)占率攤分。

（七）分區一般服務預算依前開調整後併入「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」，結算點值。

四、 111年西醫基層總額六區查處非總額舉發追扣金額，依六分區減列金額之**50%**，列入113年六分區地區預算分配。

（一）扣除額度，臺北1,332,996元、北區652,325元、中區580,124元、南區25,105,797元、高屏3,380,655元、東區230元。

（二）113年六分區四季一般服務費用預算應減列之金額，依111年四季預算占率計算。

（三）113年六分區四季一般服務費用預算扣除各該區應減列之金額後，各該季總減列之金額再依111年六分區同期一般服務費用預算占率計算回補至113年六分區各該季費用預算。

註：四季預算占率係指不含專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算。

附件 2

113 年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案

中華民國 00 年 00 月 00 日健保醫字第 0000000000 號公告

壹、 依據：

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的：

本方案之實施為確保西醫基層總額支付制度實施後醫療服務之品質，獎勵優質西醫基層特約診所。

參、預算來源：

全民健康保險年度西醫基層醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。

肆、 核發資格：(需符合下列 3 項)

一、 西醫基層特約診所於當年度(12 個月)門診醫療費用案件均以電子資料申報，且當年度 10 個月(含)以上符合第一次暫付，得核發品質保證保留款。另當年度院所之醫事服務機構代號如有變更，視為不同開業主體分別計算。

二、 西醫基層特約診所因有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十七條至第四十條、第四十四條及第四十五條所列違規情事之一者，於當年度 1 月 1 日至 12 月 31 日期間，經全民健康保險保險人(以下稱保險人)處分者，則不予核發品質保證保留款。前述期間以第一次處分日期(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)認定之。倘停止或終止特約之期間為跨年度者，該期間涵蓋所屬之年度，均不予核發。

三、 不包含「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」核發資格之診所。

伍、 獎勵指標與核發原則

一、 獎勵指標：

（一） 診所月平均門、住診申復核減率，應低於該分區 111 年所屬科別

80 百分位，即<80 百分位。(註 1)

（二） 診所之每位病人年平均就診次數，應低於該分區 111 年所屬科別 80 百分位，即<80 百分位。(註 2)

（三） 個案重複就診率應低於該分區 111 年所屬科別 80 百分位，即<80 百分位。(註 3)

（四） 健保卡處方登錄差異率≦8%。(註 4)

（五） 門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率>10%，惟家醫科和內科門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率>15%。(註 5)

（六） 初期慢性腎臟病 eGFR 執行率，超過 5 百分位，即>5 百分位。(註 6)

（七） 檢驗（查）結果上傳率≧70%。(註 7)

（八） 連續假日前開診時段維護作業次數比率≧50%。(註 8)

（九） 當年度每月看診日數達 22 日以上之月次數≧6 次。(註 9)

（十） 假日及國定假日開診比率≧50%。(註 10)

二、 核發原則：

(一) 符合獎勵指標第 1 項至第 5 項者，各給予核發權重 20%。

(二) 符合獎勵指標第 6 項至第 10 項，各給予核發權重 2%。

(三) 前述各診所核發權重和，最高以 100%計算。

陸、 經前述各項指標計算核發權重和後，排除權重和為零之診所，若合格之診所數大於 80%，則依權重和由高至低排序，取前 80%之診所核發品質保證保留款。前開指標涉及診所所屬科別之認定方式，以當年度第 1 季門診申報費用之就醫科別件數比例較高且超過 30%者認定之(若件數相同，則採費用較高者)；未有任一科件數比率超過 30%者（如聯合診所），或該科別之家數未達 20 家，則歸屬為其他科(科別代碼為 XX)。

柒、 支用條件：

一、 本方案品質保證保留款之分配與支用，每年結算 1 次。

二、 每家診所核發金額＝(該診所核發權重和/全區診所核發權重和小計)×品質保證保留款。

三、 保險人辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之西醫基層特約診所提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度西醫基層總額品質保證保留款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季西醫基層總額一般服務項目預算中支應。

捌、 本方案由保險人與中華民國醫師公會全國聯合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬指標項目之操作型定義等執行面之修正，由保險人與該會共同研修後，逕行公告。

113 年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案-註釋

指標項目	操作型定義
註 1： 診所月平均門、住診申復核減率	1. 資料期間： (1) 當期值：114 年 2 月 28 日前核定之 112 年 7 月至 113 年 6 月之門、住診醫療費用計算。 (2) 目標值：112 年 2 月 28 日前核定之 110 年 7 月至 111 年 6 月之門、住診醫療費用計算。(如附件-西醫基層各分區各科別「申復後核減率」、「病人年平均就診次數」及「個案重複就診率」之 80 百分位) 2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3. 公式：A/B 分子 A：診所每月「門、住診申復後核減率」之合計。 分母 B：該診所核定月數。 4. 本項之門、住診醫療費用（含申復），計算「申復後核減率」，未有申復或申復尚未核定者，以初核核減率計算之。
註 2： 診所之每位病人年平均就診次數	1. 資料期間： (1) 當期值：西醫基層特約診所於 114 年 1 月 31 日前申報之 113 年 1 月至 12 月門診就醫件數計算。 (2) 目標值：西醫基層特約診所於 112 年 1 月 31 日前申報之 111 年 1 月至 12 月門診就醫件數計算。(如附件) 2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3. 公式：A/B 分子 A：全年診所申報總案件數。 分母 B：全年診所歸戶總人數。 4. 本項排除其他預算部門、代辦案件及診察費為 0 之案件。
註 3：個案重複就診率	1. 資料期間： (1) 當期值：西醫基層特約診所於 114 年 1 月 31 日前申報之 113 年 1 月至 12 月門診就醫件數計算。 (2) 目標值：西醫基層特約診所於 112 年 1 月 31 日前申報之 111 年 1 月至 12 月門診就醫件數計算。(如附件) 2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3. 公式：Σ【(A/B)×100%】/【同一費用年月、同一院所，身分證號歸戶之門診人數就醫月份合計數】 分子 A：同一費用年月、同一就醫日期、同一院所，同一人(身分證號)就診 2 次(含)以上，按身分證號歸戶之門診人數。 分母 B：同一費用年月、同一院所，身分證號歸戶之門診人數。 4. 排除其他預算部門、代辦案件及診察費為 0 之案件。

指標項目	操作型定義
註 4： 健保卡處方登錄差異率≦8%	1.資料期間：西醫基層特約診所 113 年 1 月至 12 月健保卡上傳資料。 2.列計對象：資料上傳格式為 1.正常上傳。 3.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 4.健保卡處方登錄錯誤率=Σ【(A/B)×100%】/【健保卡上傳之月份合計數】 分子 A：當月份(以就醫日期計算範圍)健保卡上傳欄位[A79]之錯誤代碼為 AA 或 16 之筆數。 分母 B：當月份(以就醫日期計算範圍)健保卡上傳之處方(醫令)筆數。 註：排除精神病、愛滋病、受性侵害之醫令筆數。 排除 ICD-10 診斷碼為 B20、F01.50、F01.51、F02.80、F02.81、F03.90、F03.91、F04、F05、F06.0、F06.1、F06.8、F09、F20.0、F20.1、F20.2、F20.3、F20.5、F20.81、F20.89、F20.9、F21、F22、F23、F24、F25.0、F25.1、F25.8、F25.9、F30.10、F30.11、F30.12、F30.13、F30.2、F30.3、F30.4、F30.8、F30.9、F31.0、F31.10、F31.11、F31.12、F31.13、F31.2、F31.30、F31.31、F31.32、F31.4、F31.5、F31.60、F31.61、F31.62、F31.63、F31.64、F31.70、F31.71、F31.72、F31.73、F31.74、F31.75、F31.76、F31.77、F31.78、F31.81、F31.89、F31.9、F32.0、F32.1、F32.2、F32.3、F32.4、F32.5、F32.8、F32.9、F33.0、F33.1、F33.2、F33.3、F33.40、F33.41、F33.42、F33.8、F33.9、F34.0、F34.1、F34.8、F34.9、F39、F40.00、F40.01、F40.02、F40.10、F40.11、F40.210、F40.218、F40.220、F40.228、F40.230、F40.231、F40.232、F40.233、F40.240、F40.241、F40.242、F40.243、F40.248、F40.290、F40.291、F40.298、F40.8、F40.9、F41.0、F41.1、F41.3、F41.8、F41.9、F42、F43.0、F43.10、F43.11、F43.12、F43.20、F43.21、F43.22、F43.23、F43.24、F43.25、F43.29、F43.8、F43.9、F44.0、F44.1、F44.2、F44.4、F44.5、F44.6、F44.7、F44.81、F44.89、F44.9、F45.0、F45.1、F45.20、F45.21、F45.22、F45.29、F45.8、F45.9、F48.1、F48.8、F48.9、F60.0、F60.1、F60.2、F60.3、F60.4、F60.5、F60.6、F60.7、F60.81、F60.89、F60.9、F68.10、F68.11、F68.12、F68.8、F69、F84.0、F84.3、F84.5、F84.8、F84.9、F93.0、F94.8、F99、R45.2、R45.5、R45.6、R45.86、T74.21XA、T74.22XA、 T76.21XA、T76.22XA、Z21、Z22.6。
註 5： 門診病人健保雲端藥歷系統查詢率>10%，惟家醫科和內科門診病人健保雲端藥歷系統查詢率>15%。	1. 資料期間：西醫基層特約診所 113 年 1 月至 12 月病人查詢資料。 2.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3.公式：A/B A：門診病人查詢健保雲端藥歷系統人數。 B：門診病人數。 備註：病人數係以就醫病人 ID 合併歸戶計算。

指標項目	操作型定義
註 6： 初期慢性腎臟病 eGFR 執行率	1.資料期間：西醫基層特約診所 113 年 1 月至 12 月資料。 2.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3.公式：A/B A：分母 ID 中，在統計期間於門診有執行肌酸酐(Creatinine)檢驗人數。 B：符合初期慢性腎臟病方案收案條件之初期慢性腎臟病人數(ID 歸戶數)。 4.慢性腎臟疾病－任一主、次診斷之 ICD_10_CM 為三碼為 A18.11、A52.75、C64.1、C64.2、C64.9、C7A.093、E11.21、E11.22、E11.29、E13.21、E13.22、E13.29、E10.21、E10.22、E10.29、E11.65、E10.65、E74.8、M10.30、M10.311、M10.312、M10.319、M10.321、M10.322、M10.329、M10.331、M10.332、M10.339、M10.341、M10.342、M10.349、M10.351、M10.352、M10.359、M10.361、M10.362、M10.369、M10.371、M10.372、M10.379、M10.38、M10.39、N20.0、M10.30、D59.3、I70.1、I75.81、I72.2、I77.73、I77.3、K76.7、N00.0、N00.1、N00.2、N00.3、N00.4、N00.5、N00.6、N00.7、N01.0、N01.1、N01.2、N01.3、N01.4、N01.5、N01.6、N01.7、N01.8、N01.9、N08、N00.8、N00.9、N04.4、N02.1、N02.2、N02.3、N04.1、N04.2、N02.4、N02.5、N02.6、N02.7、N04.3、N04.4、N04.5、N04.6、N02.0、N04.0、N08、N02.8、N04.7、N04.8、N02.9、N04.9、N03.2、N03.1、N03.3、N03.4、N03.5、N03.6、N03.7、N03.8、N08、N03.0、N03.8、N03.9、N05.9、N05.2、N06.2、N07.2、N05.3、N05.4、N05.5、N06.3、N06.4、N06.5、N07.3、N07.4、N07.5、N05.9、N17.1、N17.2、E10.21、E11.21、N16、N05.0、N05.1、N05.6、N05.7、N05.8、N06.0、N06.1、N06.6、N06.7、N06.8、N07.0、N07.1、N07.6、N07.7、N07.8、N14.0、N14.1、N14.2、N14.3、N14.4、N15.0、N15.8、N05.9、N06.9、N07.9、N15.9、N17.0、N17.1、N17.2、N17.8、N17.9、N26.1、N26.9、N25.0、N25.1、N25.81、N25.89、N25.9、N18.1、N18.2、N18.3、O10.419、O10.411、O10.412、O10.413、O10.42、O10.43、O10.411、O10.412、O10.413、O10.43、O10.119、O10.219、O10.319、O11.9、O10.111、O10.113、O10.113、O10.12、O10.211、O10.212、O10.213、O10.22、O10.311、O10.312、O10.313、O10.32、O11.1、O11.2、O11.3、O10.13、O10.111、O10.113、O10.113、O10.211、O10.212、O10.213、O10.311、O10.312、O10.313、O11.1、O11.2、O11.3、O10.13、O10.23、O10.33、Q61.01、Q61.3、Q61.2、Q61.11、Q61.19、Q61.4、Q61.5、Q61.5、Q61.02、Q61.8、Q62.39、Q62.11、Q62.12、Q62.2、Q62.31、Q62.32、Q62.0、Q62.10、Q62.11、Q62.2、R94.4 之案件。 註：本指標之主診斷國際疾病分類碼 ICD-10-CM 比照醫療給付檔案分析系統(DA 系統)指標 1203 初期慢性腎臟病方案照護率辦理。 5.肌酸酐(Creatinine)檢驗案件係指申報醫令代碼為 09015C 及 09016C 之案件。

指標項目	操作型定義
註 7： 檢驗（查）結果上傳率	1.資料期間：西醫基層特約診所 113 年 1 月至 12 月資料。 2.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3.公式：A/B A：已上傳「應上傳檢驗（查）結果項目」醫令數。 B：申報「應上傳檢驗（查）結果項目」醫令數。 註：本指標應上傳檢驗(查)結果項目之醫令代碼比照全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案辦理。
註 8：連續假日前開診時段維護作業次數比率≧50%	1. 資料期間：西醫基層特約診所113年1月至12月，診所在人事行政總處公告之每次四天以上(含)連續假期前，於「健保資訊網服務系統(VPN)/看診時段及掛號維護專區」維護長假期開診科別及時段次數比率。 2. 檔案分析：分子除以分母後之商數，取至小數點後第一位（四捨五入） 3. 公式：A/B≧50% 分子A：診所當年維護長假期開診科別及時段之次數。 分母B：人事行政總處當年公告之全年長假期次數。
註 9：當年度每月看診日數達 22 日以上之月次數≧6次	1. 資料期間：西醫基層特約診所113年1月至12月。 2. 定義：診所每月看診日數≧22日以上之月次數。
註 10：假日及國定假日開診比率≧50%	1. 資料期間：西醫基層特約診所113年1月至12月。 2. 公式:(A/B)×100% (1) 分子 A：全年「假日」(星期六及星期日，至少有一天開診）看診週數+全年「國定假日」看診次數（排除國定假日在星期六或星期日，且屬連續假期僅算 1 次）。 (2) 分母 B：全年週數(52 週) 。 註：1.國定假日看診次數，如該國定假日為星期六或星期日者不計。 2.國定假日屬連續假期，不論開診天數，僅計算開診 1 次。 3.看診週數指星期一至星期日。 4.以 113 年為例，國定假日有農曆春節、二二八和平紀念日、兒童節/民族掃墓節、五一勞動節、端午節、中秋節、國慶日、計 7 次國定假日。若診所於「假日」和「國定假日」有開診，則最高開診比率為(52+7)/52×100%。

附件　　111 年西醫基層各分區各科別「申復後核減率」、「病人年平均就診次數」及「個案重複就診率」之 80 百分位

科別	科別代碼	1-臺北			2-北區			3-中區		
		1-診所月平均門診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率（月平均)	1-診所月平均門診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率（月平均)	1-診所月平均門診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率（月平均)
家醫科	01	0.0017	4.8681	0.0002	0.0019	4.4235	0.0002	0.0013	5.1389	0.0001
內科	02	0.0031	5.4690	0.0002	0.0065	4.5293	0.0002	0.0013	5.3715	0.0001
外科	03	0.0027	4.0901	0.0003	0.0023	4.3706	0.0001	0.0039	4.7508	0.0001
小兒科	04	0.0003	3.9073	0.0002	0.0007	3.6667	0.0002	0.0011	3.8571	0.0001
婦產科	05	0.0041	3.4634	0.0002	0.0011	3.1153	0.0000	0.0022	3.9811	0.0001
骨科	06	0.0020	3.6355	0.0002	0.0021	3.2219	0.0001	0.0022	2.9108	0.0000
耳鼻喉科	09	0.0011	3.1245	0.0001	0.0006	3.0307	0.0001	0.0014	3.2596	0.0001
眼科	10	0.0007	2.3949	0.0000	0.0003	2.1642	0.0000	0.0010	2.4115	0.0000
皮膚科	11	0.0011	2.7749	0.0000	0.0005	2.8116	0.0000	0.0013	2.9388	0.0000
精神科	13	0.0030	7.6877	0.0000	0.0102	6.5630	0.0000	0.0019	7.2801	0.0000
復健科	14	0.0020	4.0437	0.0001	0.0035	4.8823	0.0001	0.0130	4.1883	0.0001
消化內科	AA	0.0016	4.4434	0.0110						
不分科	XX	0.0033	4.9407	0.0257	0.0042	4.0850	0.0025	0.0011	4.5085	0.0001

科別	科別代碼	4-南區			5-高屏			6-東區		
		1-診所月平均門診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率（月平均)	1-診所月平均門診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率（月平均)	1-診所月平均門診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率（月平均)
家醫科	01	0.0008	5.4255	0.0000	0.0017	5.5726	0.0001	0.0030	5.5399	0.0004
內科	02	0.0009	5.1570	0.0000	0.0007	5.6377	0.0000	0.0023	5.3421	0.0009
外科	03	0.0006	4.7470	0.0000	0.0011	4.5436	0.0000			
小兒科	04	0.0002	3.6685	0.0000	0.0005	3.7254	0.0001			
婦產科	05	0.0012	4.4663	0.0000	0.0011	3.7961	0.0001			
骨科	06	0.0014	3.2548	0.0001	0.0012	3.5049	0.0000			
耳鼻喉科	09	0.0005	2.8801	0.0001	0.0003	3.1327	0.0001	0.0016	2.8347	0.0001
眼科	10	0.0002	2.8313	0.0000	0.0003	2.9199	0.0000			
皮膚科	11	0.0004	2.6462	0.0000	0.0003	2.7723	0.0000			
精神科	13	0.0006	7.3946	0.0000	0.0079	8.4927	0.0000			
復健科	14	0.0018	4.6857	0.0000	0.0019	4.1660	0.0000			
消化內科	AA	0.0003	3.9663	0.0001	0.0009	4.0521	0.0003			
不分科	XX	0.0007	4.6399	0.0001	0.0015	5.0467	0.0001	0.0005	3.6621	0.0000

註：1.不分科係指該分區科別院所不滿 20 家，而將視為不分科，包括：神經外科、泌尿、整型等。

2.百分位計算時已排除申報費用未滿 12 個月的院所資料。

附件 3

111 年延續性指標達標情形

項次	指標別	核發權重	全區		臺北區		北區		中區		南區		高屏區		東區	
			達標家數	比率	達標家數	比率	達標家數	比率	達標家數	比率	達標家數	比率	達標家數	比率	達標家數	比率
1	診所月平均門診申復核減率，不超過該分區所屬科別 80 百分位，即<80 百分位。	20%	8,256	75.36%	2,377	71.68%	1,059	77.02%	1,801	76.90%	1,244	74.85%	1,568	77.93%	207	83.13%
2	診所之每位病人年平均就診次數，不超過該分區所屬科別 80 百分位，即<80 百分位。	20%	8,220	75.03%	2,398	72.32%	1,047	76.15%	1,775	75.79%	1,285	77.32%	1,520	75.55%	195	78.31%
3	個案重複就診率不超過該分區所屬科別 80 百分位，即<80 百分位。	20%	8,037	73.36%	2,370	71.47%	993	72.22%	1,701	72.63%	1,293	77.80%	1,500	74.55%	180	72.29%
4	健保卡處方登錄差異率≦8%。	20%	8,739	79.76%	1,095	79.64%	1,911	81.60%	1,911	81.60%	1,332	80.14%	1,619	80.47%	219	87.95%
5	門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率>10%，惟家醫科和內科門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率>15%。	20%	9,112	83.17%	2,593	78.20%	1,152	83.78%	2,059	87.92%	1,394	83.87%	1,700	84.49%	214	85.94%
6	初期慢性腎臟病 eGFR 執行率，超過 5 百分位，即>5 百分位。	2%	3,875	35.37%	978	29.49%	488	35.49%	883	37.70%	676	40.67%	744	36.98%	106	42.57%
7	檢驗(查)結果上傳率，≧70%。	2%	780	7.12%	242	7.30%	82	5.96%	101	4.31%	123	7.40%	193	9.59%	39	15.66%
8	連續假日前開診時段維護作業次數比率≧50%。	2%	10,025	91.50%	2,933	88.45%	1,265	92.00%	2,161	92.27%	1,568	94.34%	1,861	92.50%	237	95.18%
9	當年度每月看診日數達 22 日以上之月次數≧6 次。。	2%	8,940	81.60%	2,595	78.26%	1,138	82.76%	1,933	82.54%	1,408	84.72%	1,680	83.50%	186	74.70%
10	假日及國定假日開診比率≧50%。	2%	9,007	82.21%	2,650	79.92%	1,153	83.85%	1,936	82.66%	1,402	84.36%	1,686	83.80%	180	72.29%
院所數(排除不符本方案第肆點核發資格之院所)			10,026	100.00%	2,934	100.00%	1,265	100.00%	2,161	100.00%	1,568	100.00%	1,861	100.00%	237	100.00%

附件 4

113~~112~~年度全民健康保險西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫

一、依據：

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的：

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

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

三、實施期間：113~~112~~年 1 月 1 日至 113~~112~~年 12 月 31 日。

四、預算來源：113~~112~~年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中「提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬pay for value計畫」專款項目下支應。

五、年度執行目標：

(一)預估收案人數：250人。

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

※註：

心肺功能有意義的改善定義如下：心肺運動功能測試(Cardiopulmonary Exercise Testing，CPET)最大耗氧量進步 25%，或六分鐘行走距離增加25%或 100 公尺。

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

六、診所申請資格及審查程序：

(一)申請資格：

1.診所資格：本保險特約西醫診所，須組成團隊附上至少兩職類(含)以上之各職類名單、證書並且採取團隊方式提供相關服務，此特約診所須已具備申報 42019C或 43031C資格。

註：申報 42019C或 43031C資格為(1)復健科專科醫師開設之基層院所。(2)聘有專任復健專科醫師之基層院所且由復健專科(含專任及支援)醫師所開立之處方。

2.醫師資格：具有復健科專科醫師資格，並取得復健醫學會主辦之西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫訓練課程 4 學分。

3.執行復健治療專業之醫事人員：係指診所內之物理治療師、職能治療師、呼吸治療師及護理師等醫事人員，需具備急救人員資格。

4.參與本計畫之特約西醫診所或醫師參與計畫之日起前 2 年內，不得有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八至四十條所列違規情事之一，且經全民健康保險保險人(以下稱保險人)處分者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)；終止特約者亦同。前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約或終止特約日起算。惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。

(二)申請程序：符合前述各項資格之特約西醫診所，自公告日起向保險人分區業務組提出參與計畫申請書(附件1)。經保險人分區業務組資格審核同意後，始可參與本計畫。

七、收案條件：

(一)收案對象：個案符合心肺功能不良仍在積極治療期且具有復健潛能病人。心肺功能不良之定義：患有急性心肺疾病(ICD-10-CM認定，詳附件2)，且符合下列條件之一者：

1.最大耗氧量<5METs。

2. VO_2peak <73%年紀性別預測值。

3.六分鐘步行測試<500 公尺。

(二)收案來源

1.醫院轉診：

(1)屬醫院轉診急性心肺疾病出院病人且獲執行本計畫診所接受者，醫院及診所須申報轉診相關支付標準(01034B或 01035B、01038C)。

(2)診所收案時須檢附轉出醫院之心肺運動功能測試(CPET)報告(附件 3)、運動處方建議及病歷摘要(或診斷書)。

2.參與診所自行收案：收案時，須檢附心肺運動功能測試(CPET)報告(附件 3)及病歷摘要(或診斷書)。

3.收案時，須一個月內於健保資訊網服務系統 (VPN)登錄收案個案相關資料(附件 4)。

八、結案條件：收案對象有下列情事之一者，於發生日起終止收案。

(一)死亡。

(二)病情變化無法繼續接受本計畫。

(三)失聯≧3個月。

(四)持續接受心肺復健達最高上限36次。

(五)病人心肺運動功能有意義改善(最大耗氧量進步25%，或6分鐘步行測試距離增加25%或100公尺)。

九、給付項目及支付標準：

(一) 給付項目及支付標準表

編號	診療項目	支付點數
P7601P	心肺疾病患者復健整合治療費 註： 1.支付規範：每人每日限申報一次，收案期間限申報 36 次，每次治療時間合計超過 1 小時。 2.服務內容：執行心肺危險因子調整改善(生活型態改變、飲食、運動原則之指導)及PTC5.心肺功能訓練(含呼吸訓練及有氧功能訓練)且須包含下列治療項目三項(含)以上： (1)42019C物理治療-複雜治療項目： PTC 2.平衡訓練 Balance training PTC 4.等速肌力訓練 Isokinetic training PTC 6.行走訓練 Ambulation training PTM 5.被動性關節運動 Passive R.O.M. PTM 7.運動治療 Therapeutic Exs. PTM 9.肌力訓練 Strengthening Tx	1000

編號	診療項目	支付點數
	PTM 10.耐力訓練 Endurance training PTM 13.姿態訓練 Posture training (含步態訓練及姿勢訓練) PTS 11.低能雷射治療 Low power laser PTS 2.治療性冷/熱敷 Hot/cold pack (2)43031C職能治療-複雜治療項目： OT 1.姿態訓練 OT 3.坐站平衡訓練 OT 4.移位訓練 OT 5.日常生活訓練 OT 7.運動知覺訓練 OT 8.上肢(下肢)功能訓練 OT 12.知覺認知訓練) (3)其他：47041C、47045C或第二部第二章第六節呼吸治療處置。 3.收案須檢附心肺運動功能評估報告(附件 3)。 4.不得同時申報診療項目 42019C、43031C。	
P7602P	心肺復健治療評估 註： 1.每人限申報 3 次。 2.第二次、第三次：個案心肺運動功能評估報告中，符合休息血壓及心跳下降，或自覺疲勞指數改善 1 分以上或六分鐘步行測試距離進步>20 公尺以上。 3.第二次限執行復健整合治療費至少 12 次後申報，第三次為執行復健整合治療費 36 次或符合結案條件後申報。 4.申報須檢附附件 3： (1)第一次：心肺運動功能測試(CPET)報告、西醫診所心肺功能評估表。 (2)第二次、第三次：西醫診所心肺功能評估表。	300

(二)品質獎勵費：每個案每年度獎勵500點。

1.獎勵條件：診所收案人數至少 10 位，且收案對象之心肺運動功能改善達到正常標準者。

2.心肺運動功能改善達到正常標準，~~須符合下列條件之一~~ 60 歲以

上病人須符合下列條件之一，未滿 60 歲者須符合下列 3 項條件：

(1)最大耗氧量>5 METS。

(2)VO_2peak>73%年紀性別預測值。

(3)六分鐘步行測試>500 公尺以上。

十、醫療費用申報、審查及點值結算：

（一） 依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

（二） 本計畫之診療項目不得於其他計畫重複申報，例如全民健康保險急性後期整合照護計畫。

（三） 本計畫醫療費用點數申報格式：

1.案件分類：請填報「E1(論質計酬計畫)」。

2.特定治療項目代號(一)：請填報HK。

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

十一、退場機制

(一)參與本計畫之特約西醫診所，未依所提計畫提供服務或參與本計畫有待改善事項(未依保險人規定內容登錄相關品質資訊，或經保險人審查發現登載不實者，登錄之檢查之任一病人數值經保險人審查發現登載不實)，經保險人2次通知限期改善而未改善者或一年內因相同事由經保險人通知限期改善累計達3次者，應自保險人通知終止執行本計畫日起退出本計畫。

(二)參與本計畫之特約西醫診所，如涉及特管辦法第三十八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)，應自保險人第一次處分函所載停約日起退出執行本計畫，惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。

十二、特約西醫診所如經保險人分區業務組審查不符合參與資格或應終止參與資格，有異議者，得於通知送達日起 30 日內，以書面向保險人分區業務組申請複核，但以一次為限。

十三、計畫管理機制

(一)保險人負責本計畫之研訂與修正。

(二)保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之參與資格、核定及輔導轄區醫事服務機構執行計畫。

十四、計畫施行評估指標：

(一)病人疾病復發率(包括再住院或再急診)：<30%

定義：收案 6 個月內病人因相同疾病再就診率<30%。

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

分母：計畫總收案人數。

(二)有意義的心肺功能改善比率: >70%

定義：CPET (VO_2peak最大耗氧量或無氧代謝閥值耗氧量VO_2AT)較首次進步改善 25%或 6 分鐘步行測試進步 25%或 100 公尺以上

分子：達到有意義的心肺功能改善之病人總數

分母：所有接受此計畫下的門診心肺復健總人數

※註：六分鐘步行之正常數值為 500 公尺以上，未達 300 公尺為高風險。

十五、新年度計畫未公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。

十六、計畫修正程序

本計畫由保險人與中華民國醫師公會全國聯合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告。

【附件 1】

全民健康保險西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫申請表

診所申請類別:□新增　□變更(變更者另檢附變更事項前後對照表)

<table>
<tr><td rowspan="3">基本資料</td><td>診所名稱</td><td></td><td>診所醫事機構代碼</td><td></td></tr>
<tr><td>計畫聯絡人姓名</td><td></td><td colspan="2">計畫聯絡人電話：</td></tr>
<tr><td>計畫聯絡人
e-mail</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">審核項目</td><td colspan="2">項目</td><td colspan="2">審查結果</td><td>備註</td></tr>
<tr><td colspan="2">參與本計畫相關醫事人員資料表</td><td colspan="2">□符合□未符合□其他</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">認證書面資料影本</td><td colspan="2">□符合□未符合□其他</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">保險醫事服務機構</td><td rowspan="2">機構章戳</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">保險人審核意見欄</td><td colspan="2" rowspan="2">1□審核通過
2□不符合規定
3□資料不全，請補齊
4□其他

日期章戳：

本欄由審查單位填寫</td></tr>
<tr><td colspan="2">申請日期：　年　月　日</td></tr>
</table>

【附件 2】 急性心肺疾病以ICD-10-CM認定表

ICD-10-CM代碼：

心臟

MI : I21.xxx、I25.xxx、I24.xxx、I22.xxx

CABG : Z95.xxx

Vavle disorder：I35.xxx

Disease of circulation system: I00-I99

Other congenital malformations of heart : Q24.xxx

Congenital malformation of the circulation system : Q20-Q28

Heart failure : I50.xxx

Heart failure due to hypertension : I11.0

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

Heart failure following sugery : I97.13

Rheumatoid heart failure : I09.81

肺臟

COPD : J44.x

Disease of respiratory system: J00-J99

Chronic lower lung disease: J40-J47

Lung cancer : C34.90

Malignant neoplasmas of respiratory and intrathoracic organs: C30-C39

Covid-19 : U07.1

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

Peripheral artery disease：I70.2

PAOD: I73.9。

【附件 3】 心肺運動功能評估報告

心肺運動功能評估報告			
就診日期 項目	年 月 日 第一次 (收案時)	年 月 日 第二次 (第 12 次治療後)	年 月 日 第三次 (第 36 次或結案當次)
心肺運動功能測試(CPET)報告【第一次必填】			
最大耗氧量(METs)			
無氧代謝閾值耗氧量(METs)			
年紀性別心肺功能預測值(%)			
心跳(beat/min)			
血壓-收縮壓(mmHg)			
血壓-舒張壓(mmHg)			
血氧濃度(SPO2 %)			
運動時心臟之電生理反應：心律不整有無	□有 □無 (註:)	□有 □無 (註:)	□有 □無 (註:)
資料來源	□醫院 □診所	□醫院 □診所	□醫院 □診所
西醫診所心肺功能評估表【必填】			
身高(cm)			
體重(kg)			
BMI			
血壓-收縮壓(mmHg)			
血壓-舒張壓(mmHg)			
心跳(beat/min)			
六分鐘步行測試距離(m)			
自覺疲勞指數(0-10)，詳			

備註			
治療師衛教紀錄 衛教對象	□有　　□無 □本人 □家屬： □其他：	□有　　□無 □本人 □家屬： □其他：	□有　　□無 □本人 □家屬： □其他：
醫師/團隊人員 (若更多人員請增列)	醫師 醫事人員 1 醫事人員 2 醫事人員 3	醫師 醫事人員 1 醫事人員 2 醫事人員 3	醫師 醫事人員 1 醫事人員 2 醫事人員 3

備註：

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

9	
10	非常非常強

【附件 4】

全民健康保險西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫收案個案資料建檔欄位

一、新收案，必須登錄欄位

（一） 新收案日期(YYY/MM/DD)

（二） 收案診所：醫事機構代碼、醫師ID、醫師姓名

（三） 診所心肺復健團隊成員：醫事人員類別

（四） 個案基本資料：個案身分證號、姓名、性別、出生日期

二、病人心肺功能改善程度：

（一）有氧運動能力：擇一填寫，第一次評估兩者皆需要

1. 攝氧量【最大耗氧量(VO_2peak)、無氧代謝閾值耗氧量(VO_2AT)，年紀性別心肺功能預測值(%)】

2. 六分鐘步行測試距離：未達300公尺為高風險，正常數值為500公尺以上。

（二）運動時血流血氧變化：

血壓：收縮壓(mmHg)、舒張壓(mmHg)、血氧濃度。

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

三、其他：身高、體重、BMI等

附件 5

全民健康保險基層診所/助產機構產婦生產補助試辦計畫

第一章 基層診所

一、依據：

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的：

(一)107年新生兒僅約十八萬人，創下八年新低，少子化危機重重，在部分地區這個現象更為嚴重，使得基層診所紛紛停止產科業務，如台東一家婦產科診所停止接生，即有500位新生兒接生受到影響。

(二)為保障產婦在當地接受的醫療照顧，由當地診所/助產所提供更完善、安心的生產環境，政府提出「開放醫院生產共同照護計畫」，基層醫師如到醫院為產婦接生，每案可補助診所醫師1萬元，但仍無法鼓勵醫師常駐於當地深耕持續提供醫療服務。對於還在診所接生的醫師反而沒有相對的補助計畫，長久之後，部分地區基層產科服務將更為萎縮，不利於該地區產婦的醫療照顧。

(三)爰此，對在地深耕之基層診所產科之醫師，應給予鼓勵及支持，也讓更多醫師願意投入偏鄉產科服務。

三、預算來源：

由當年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中之「偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫」專款項目，全年為50百萬元。

四、執行方式及年度目標：

獎勵於偏鄉提供生產服務之基層診所婦產科專科醫師，持續留在執業診所提供生產服務。

五、預期效益之評估：

計畫執行地區提供生產之西醫基層診所至少維持前一年家數、生產服務量較前一年增加。

六、施行區域：

(一)第一級區域：各縣市偏遠地區(含原住民、山地及離島地區)，詳附表一。

(二)第二級區域：以鄉為行政單位，或原以鄉為行政單位但編入六都時改為區者，詳附表二。

(三) 第三級區域：以鎮為行政單位，或原以鎮為行政單位但編入六都時改為區者及其他經認定為偏遠鄉鎮者，詳附表三。

七、申請相關規定：

(一) 申請條件：

1. 診療科別為婦產科，並設有符合醫療機構設置標準規定之產房及嬰兒室之特約西醫基層診所。
2. 申請參加本計畫之西醫基層診所須符合全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第二十條規定：「診所申請特約辦理本保險分娩給付，應經所在地衛生主管機關核准設置門診手術室、產房、嬰兒室及觀察病床；未設置門診手術室者，不得申請剖腹產給付。」

(二) 申請條件通則：申請參與本計畫之西醫基層診所及醫師須為提出申請日前二年未曾有全民健康保險特約及管理辦法第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一暨第四十四及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經全民健康保險保險人(以下稱保險人)核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)。前述違規期間之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。

八、申請流程：

(一)申請程序：

1. 符合本計畫申請條件之基層診所得檢具申請書(詳附件1)，向所轄保險人分區業務組提出申請。
2. 當年度新特約且特約當月提出申請加入本計畫之基層診所：費用可追溯至合約生效日。
3. 未符合前項條件之基層診所，計畫生效日以申請加入本計畫之當月1日起算。

(二)保險人分區業務組核定程序：保險人分區業務組自受理日起15個工作

日內核定並函復申請單位，其核定通知一併副知保險人及中華民國醫師公會全國聯合會(以下稱醫師全聯會)。

(三)首次向保險人各分區業務組提出申請後，次年無須重新提出申請；若因故退出本計畫，應函文向所轄保險人分區業務組申請退出計畫並副知保險人。

(四)新申請參加「全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案」且符合本計畫施行區域之診所，由所轄保險人分區業務組逕予核定，如非符合(一)申請程序2、條件之基層診所，則其計畫生效日以申請加入「全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案」之當月1日起算。

九、支付項目及核發原則：

(一) 支付項目及計算方式：

1. 每例生產案件補助之計算基礎：

(1)第一級區域：每例生產補助30,000點。

(2)第二級區域：每例生產補助12,000點。

(3)第三級區域：每例生產補助7,000點。

2. 核發計算原則：依下列專任醫師前一年度每月平均申報醫療費用點數及孕期產前檢查次數，計算補助點數：

A.每位專任醫師：依下列級距計算每例生產補助點數

(a) 小於100萬點者，以100%計。

(b) 100萬點至200萬點者，以75%計。

(c) 大於200萬點者，以50%計。

B.產前檢查次數：根據前款(A)之計算結果，再依下列級距核發補助點數

(a)同一診所產前檢查≧9次，核發100 %。

(b)同一診所產前檢查7至8次，核發75 %。

(c)同一診所產前檢查5至6次，核發50 %。

(d)同一診所產前檢查≦4次，不予核發。

舉例：如以第一級區域西醫基層診所申報之生產案件為例，診所內專任

醫師(1位)前一年度每月平均申報醫療費用點數小於100萬點且產婦於同一診所產前檢查≧9次，該筆生產案件核發30,000點(30,000x100%x100%)；如產前檢查7至8次，該筆案件核發22,500點(30,000x100%x75%)；如產前檢查≦4次，該筆案件則不予核發(30,000x100%x0%)。

3. 生產案件補助點數加成：

當年度施行區域內未有提供生產服務之第一家新開業且提供生產服務之特約西醫基層診所，其每例生產案件依前款核發之補助點數加成50%。

舉例：承前例，產前檢查≧9次者，該筆生產案件依前款之核發補助點數30,000點加成50%，即為45,000點[30,000x(1+50%)]。

（二）生產案件定義：屬全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目第六部論病例計酬第一章產科項目。

(三)產前檢查定義：依據衛生福利部國民健康署「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」,屬案件分類為「A3(預防保健)」且醫令代碼為「40-53」者。

就醫序號	補助時程	
IC40	第一次	妊娠第一期
IC41	第二次	妊娠第一期
IC42	第三次	妊娠第二期
IC43	第四次	妊娠第二期
IC44	第五次	妊娠第二期
IC45	第六次	妊娠第二期
IC46	第七次	妊娠第三期
IC47	第八次	妊娠第三期
IC48	第九次	妊娠第三期
IC49	第十次	妊娠第三期
IC50	第十一次	妊娠第三期

IC51	第十二次	妊娠第三期
IC52	第十三次	妊娠第三期
IC53	第十四次	妊娠第三期

十、醫療費用申報與審查：

(一) 通則：

1. 有關醫療服務支付項目及支付點數、申報及核付、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，悉依全民健康保險相關法規辦理。
2. 另如有可歸責於執行計畫之西醫基層診所申報資料錯誤，導致補助點數核付錯誤時，需由申報之執行診所自行負責。

(二) 本計畫醫療費用申報，由執行計畫之西醫基層診所依相關規定每月申報(應於次月20日前申報)，補助點數由保險人以半年為一期，於每年度2月及8月進行結算，當期生產案件補助點數，經勾稽住診申報資料後，由保險人依本計畫第九項規定，進行點值結算後支付。

十一、點值結算方式：本章預算按季均分，採浮動點值支付，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，可流用至下季。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

十二、本計畫由保險人與相關醫事團體共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準者，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，其餘屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。

第二章 助產機構

一、目的：

（一）助產機構之助產師(士)相對於基層產科醫療院所，有其「極高之機動性」，彌補基層產科醫療無法服務到之地區接生業務，助產機構提供在地孕、產婦、嬰完善全程照護，落實政府照護孕、產婦、母嬰保健醫療服務資源平等化之政策。

（二）降低醫療成本:助產師(士)於城鄉社區，以其專業扮演高危險孕產婦其問題的發現者，並做適當轉介，守護母嬰生命安全，同時提供社區民眾正確的婦幼保健資訊，減少醫療成本。

（三）提高生育意願:助產師(士)在地深耕，營造更友善溫馨、專業安心的生產環境，佈建專業孕產資源，有助提高生育意願。

（四）鼓勵更多助產人員願意投入產科服務。更具落實孕產幼婦保健政策。

二、預算來源：

由當年度全民健康保險其他預算之「居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務」項下支應，全年為1百萬元。

三、執行方式及年度目標：

獎勵於執行地區提供生產服務之助產機構之助產師(士)，持續留在執業助產機構，提供生產服務。

四、預期效益之評估：

計畫執行地區提供生產之助產機構至少維持前一年家數及助產機構生產服務量較前一年增加。

五、施行區域：

（一）第一級區域：各縣市偏遠地區(含原住民、山地及離島地區)，詳附表一。

（二）第二級區域：以鄉為行政單位，或原以鄉為行政單位但編入六都時改為區者，詳附表二。

（三）第三級區域：以鎮為行政單位，或原以鎮為行政單位但編入六都時改為區者及其他經認定為偏遠鄉鎮者，詳附表三。

六、申請相關規定：

（一）申請條件：全民健康保險特約助產機構。

（二）申請條件通則：申請參與本計畫之助產機構須為提出申請日前二年未曾有全民健康保險特約及管理辦法第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一暨第四十四及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經全民健康保險保險人(以下稱保險人)核定違規者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者）。前述違規期間之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。

七、申請流程：

（一）申請程序：

1. 符合本計畫申請條件之助產機構得檢具申請書(詳附件2)，向所轄保險人分區業務組提出申請。
2. 當年度新特約且特約當月提出申請加入本計畫之助產機構：費用可追溯至合約生效日。

（二）保險人分區業務組核定程序：保險人分區業務組自受理日起15個工作日內核定並函復申請單位，其核定通知一併副知保險人及台灣助產學會。

（三）首次向保險人各分區業務組提出申請後，次年無須重新提出申請；若因故退出本計畫，應函文向所轄保險人分區業務組申請退出計畫，並副知保險人。

八、支付項目及核發原則：

（一）支付項目及計算方式：

1. 每例生產案件補助之計算基礎：

(1)第一級區域：每例生產補助27,000點。

(2)第二級區域：每例生產補助10,800點。

(3)第三級區域：每例生產補助6,300點。

(4)核發計算原則：依孕期產前檢查次數，計算補助點數

A.同一助產機構產前檢查≧9次，核發100 %。

B.同一助產機構產前檢查7至8次，核發75 %。

C.同一助產機構產前檢查5至6次，核發50 %。

D.同一助產機構產前檢查≦4次，不予核發。

(5)前開產檢次數之計算，若助產機構之生產案件，於醫院或西醫基層婦產科診所執行唐氏症篩檢及超音波檢查之產前檢查，仍納入產檢次數計算(最多計算3次)。

舉例：如以第一級區域助產機構申報之生產案件為例，產婦於同一助產機構產前檢查≧9次，該筆生產案件核發27,000點；產前檢查7至8次，該筆案件核發20,250點；產前檢查5至6次，該筆案件核發13,500點；如產前檢查≦4次，該筆案件則不予核發。

2. 生產案件補助點數加成：

(1)當年度施行區域內未有提供生產服務之第一家新開業且提供生產服務之特約助產機構，每例生產案件補助點數加成50%。

(2)當年度施行區域未有提供生產服務之特約醫院、西醫基層婦產科診所時，參與計畫之特約助產機構，每例生產案件核發之補助點數，比照第一章基層診所計算。

(3)核發原則：依生產案件補助點數及核發原則計算。

備註：如以第一級區域第一家新開業者申報之生產案件為例，產婦於同一助產機構產前檢查≧9 次，經生產案件點數加成 50%，該筆生產案件核發40,500點[27,000x(1+50%)]；產前檢查7至8次，該筆案件核發 30,375點[20,250x(1+50%)]；產前檢查5至6次，該筆案件核發 20,250點[13,500x(1+50%)]。

(二) 生產案件定義：屬全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目第六部論病例計酬第一章產科項目。

(三)產前檢查定義：依據衛生福利部國民健康署「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」,屬案件分類為「A3(預防保健)」且醫令代碼為「5A-5N」者。

就醫序號	補助時程	
IC5A	第一次	妊娠第一期
IC5B	第二次	妊娠第一期
IC5C	第三次	妊娠第二期
IC5D	第四次	妊娠第二期
IC5E	第五次	妊娠第二期
IC5F	第六次	妊娠第二期
IC5G	第七次	妊娠第三期
IC5H	第八次	妊娠第三期
IC5I	第九次	妊娠第三期
IC5J	第十次	妊娠第三期
IC5K	第十一次	妊娠第三期
IC5L	第十二次	妊娠第三期
IC5M	第十三次	妊娠第三期
IC5N	第十四次	妊娠第三期

九、醫療費用申報與審查：

(一)通則：

1. 有關醫療服務支付項目及支付點數、申報及核付、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，悉依全民健康保險相關法規辦理。
2. 另如有可歸責於執行計畫之助產機構申報資料錯誤，導致補助點數核付錯誤時，需由申報之執行助產機構自行負責。

(二)本計畫醫療費用申報，由執行計畫之助產機構依相關規定每月申報(應於次月20日前申報)，補助點數由保險人以半年為一期，於每年度2月及8月進行結算，當期生產案件補助點數，經勾稽住診申報資料後，由保險人依本計畫第八項規定，進行點值結算後支付。

十、點值結算方式：本章預算按季均分，採浮動點值支付，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，可流用至下季。若全年經費尚有結餘，則進

行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

十一、本計畫由保險人與相關醫事團體共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準者，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，其餘屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。

附表一　第一級區域列表

縣市別	區域別	鄉鎮市區別	數量
新北市	原住民族地區	烏來區	1
	其他偏遠地區	石碇區、坪林區、平溪區、雙溪區	4
桃園市	原住民族地區	復興區	1
新竹縣	原住民族地區	五峰鄉、尖石鄉、關西鎮	3
苗栗縣	原住民族地區	泰安鄉、南庄鄉、獅潭鄉	3
臺中市	原住民族地區	和平區	1
南投縣	原住民族地區	仁愛鄉、信義鄉、魚池鄉	3
	其他偏遠地區	中寮鄉、國姓鄉	2
嘉義縣	原住民族地區	阿里山鄉	1
	其他偏遠地區	番路鄉、大埔鄉	2
臺南市	其他偏遠地區	楠西區、南化區、左鎮區、龍崎區	4
高雄市	原住民族地區	那瑪夏區、桃源區、茂林區	3
	其他偏遠地區	田寮區、六龜區、甲仙區	3
屏東縣	原住民族地區	三地門鄉、霧台鄉、瑪家鄉、泰武鄉、來義鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉、滿州鄉	9
	離島地區	琉球鄉	1
宜蘭縣	原住民族地區	大同鄉、南澳鄉	2
花蓮縣	原住民族地區	花蓮市、吉安鄉、新城鄉、壽豐鄉、鳳林鎮、光復鄉、豐濱鄉、瑞穗鄉、玉里鎮、富里鄉、秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉	13
臺東縣	原住民族地區	臺東市、卑南鄉、大武鄉、太麻里鄉、東河鄉、鹿野鄉、池上鄉、成功鎮、關山鎮、長濱鄉、海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉、蘭嶼鄉	15
	離島地區	綠島鄉	1
澎湖縣	離島地區	馬公市、湖西鄉、白沙鄉、西嶼鄉、望安鄉、七美鄉	6
金門縣	離島地區	金城鎮、金寧鄉、金沙鎮、烈嶼鄉、金湖鎮、烏坵鄉	6
連江縣	離島地區	南竿鄉、北竿鄉、莒光鄉、東引鄉	4

◎原住民族地區計55處、離島地區計18處、其他偏遠地區計15處，合計88處。

◎本表參照衛生福利部護理及健康照護司界定山地原住民鄉、離島鄉、平地原住民鄉及偏遠地區之標準與99年7月13日衛署照字0992861898函示。

附表二　第二級區域列表

縣市別	鄉鎮市區別	數量
新北市	五股、泰山、林口、深坑、三芝、石門、八里、貢寮、金山、萬里	10
桃園市	大園、龜山、龍潭、新屋、觀音	5
新竹縣	湖口、橫山、新豐、芎林、寶山、北埔、峨眉	7
苗栗縣	大湖、公館、銅鑼、頭屋、三義、西湖、造橋、三灣	8
臺中市	后里、神岡、潭子、大雅、新社、石岡、外埔、大安、烏日、大肚、龍井、霧峰	12
彰化縣	線西、伸港、福興、秀水、花壇、芬園、大村、埔鹽、埔心、永靖、社頭、二水、田尾、埤頭、芳苑、大城、竹塘、溪州	18
南投縣	名間、鹿谷、水里	3
雲林縣	古坑、大埤、莿桐、林內、二崙、崙背、麥寮、東勢、褒忠、臺西、元長、四湖、口湖、水林	14
嘉義縣	民雄、溪口、新港、六腳、東石、義竹、鹿草、水上、中埔、竹崎、梅山	11
臺南市	柳營、後壁、東山、下營、六甲、官田、大內、西港、七股、將軍、北門、新市、安定、山上、玉井、仁德、歸仁、關廟	18
高雄市	林園、大寮、大樹、仁武、大社、鳥松、橋頭、燕巢、阿蓮、路竹、湖內、茄萣、永安、彌陀、梓官、杉林、內門	17
屏東縣	萬丹、長治、麟洛、九如、里港、鹽埔、高樹、萬巒、內埔、竹田、新埤、枋寮、新園、崁頂、林邊、南州、佳冬、車城、枋山	19
宜蘭縣	礁溪、壯圍、員山、冬山、五結、三星	6

◎本表指以鄉為行政單位，或原以鄉為行政單位但編入六都時改為區者。

附表三　第三級區域列表

縣市別	鄉鎮市區別	數量
新北市	鶯歌、三峽、淡水、瑞芳	4
桃園市	大溪	1
新竹縣	新埔、竹東	2
苗栗縣	苑裡、通霄、竹南、頭份、後龍、卓蘭	6
臺中市	東勢、大甲、清水、沙鹿、梧棲	5
彰化縣	鹿港、和美、北斗、員林、溪湖、田中、二林	7
南投縣	南投、埔里、草屯、竹山、集集	45
雲林縣	斗南、虎尾、西螺、土庫、北港	5
嘉義縣	布袋、大林	2
臺南市	鹽水、白河、麻豆、佳里、新化、善化、學甲	7
高雄市	岡山、旗山、美濃	3
屏東縣	潮州、東港、恆春	3
宜蘭縣	羅東、蘇澳、頭城	3
基隆市	七堵、暖暖、中山、信義	4

◎本表指以鎮為行政單位，或原以鎮為行政單位但編入六都時改為區者及其他經認定為偏遠鄉鎮者。

附件 1

偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫
申請書

保險人分區業務組:　　分區　　填表日期：　年　月　日

<table>
<tr><td rowspan="5">基本資料</td><td>診所名稱</td><td></td><td>聯絡電話</td><td>(　　)</td></tr>
<tr><td>診所代碼</td><td></td><td>負責醫師姓名</td><td></td></tr>
<tr><td>郵遞區號</td><td></td><td>E-mail</td><td></td></tr>
<tr><td>聯絡地址</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="4">
<table>
<tr><td>醫師姓名</td><td>身分證字號</td><td>證書字號</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>審核情形</td><td colspan="4">分區業務組意見：

□同意
□申請日前2年未涉有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第38條至40條所列違規情事。
□符合全民健康保險醫事機構特約及管理辦法第20條規定。

□不同意，
□其他原因：

申請通過日期：
年　月　日

申請通過函號：</td></tr>
</table>

附件 2

偏鄉地區助產機構產婦生產補助試辦計畫
申請書

保險人分區業務組:　　分區　　填表日期：　年　月　日

<table>
<tr><td rowspan="5">基本資料</td><td>助產機構名稱</td><td></td><td>聯絡電話</td><td>(　　)</td></tr>
<tr><td>助產機構代碼</td><td></td><td>負責人姓名</td><td></td></tr>
<tr><td>郵遞區號</td><td></td><td>E-mail</td><td></td></tr>
<tr><td>聯絡地址</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="4">
<table>
<tr><td>助產師(士)姓名</td><td>身分證字號</td><td>證書字號</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>審核情形</td><td colspan="4">分區業務組意見：

□同意
□申請日前2年未涉有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第38條至40條所列違規情事。
□符合助產機構設置標準規定。

□不同意，
□其他原因：

申請通過日期：
年　月　日

申請通過函號：</td></tr>
</table>

附件 6

全民健康保險代謝症候群防治計畫

111 年 6 月 20 日健保醫字第 1110108093 號公告
111 年 11 月 9 日健保醫字第 1110062964 號公告修正
112 年 2 月 13 日健保醫字第 1120102171 號公告修正
112 年 7 月 17 日健保醫字第 1120113778 號公告修正
○年○月○日健保醫字第○○○○○號公告修正

壹、計畫依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、計畫說明

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

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

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

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

參、計畫目的

一、 藉由疾病管理指導及個案追蹤管理方式，提升代謝症候群個案自我

健康照護。

二、 以民眾健康為導向，透過罹病前期介入，改變生活型態及壓力調適，進而降低罹患慢性病之風險。

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

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

五、 防治慢性病危險因子，由根本降低國人罹患慢性病風險。

肆、經費來源

全民健康保險(以下稱本保險)西醫基層醫療給付費用總額中「代謝症候群防治計畫」專款項目下支應。

伍、參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求

一、 診所資格：辦理成人預防保健服務之本保險特約西醫診所。

二、 醫師資格，須符合下列條件之一者：

（一）家庭醫學科、內科專科醫師、執行成人預防保健，或糖尿病共同照護網認證之醫師。

（二）完成本計畫訓練課程四小時並取得認證者：

1. 本計畫訓練課程(如附件1)，可由中華民國醫師公會全國聯合會、台灣內科醫學會及台灣家庭醫學醫學會辦理。

2. 若於年度內未取得訓練認證者，須退出本計畫，本保險保險人將不予支付該醫師當年度之相關費用。

三、 參與本計畫之診所或醫師於參與計畫起日前二年內，不得有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八至四十條所列違規情事之一暨第四十四及四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人~~處分~~核定違

規者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行~~處分~~者）~~；終止特約者亦同~~。前述未曾涉及違規情事期間之認定，以保險人第一次~~處分~~核定違規函所載~~停約或終止特約日~~核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。

四、 符合前述各項資格之特約西醫診所，得向保險人分區業務組提出參與計畫申請書(申請書如附件2)，經審核通過後，自核定日起執行本計畫。

五、 前一年度已參加本計畫之醫療院所或醫師，若未有本計畫壹拾壹、退場機制所列之情形者，得延續執行本計畫，無須重新申請。

陸、收案條件與服務內容、結案條件

一、 收案條件：

（一）20歲至64歲之保險對象：

1. 符合下列代謝症候群指標任三項者：

(1) 腰圍：男性≧90公分，女性≧80公分或身體質量指數(kg/m^2)BMI≧27。

(2) 飯前血糖值(AC)：≧100mg/dL，或已使用藥物治療。

(3) 血壓值：收縮壓≧130mmHg，舒張壓≧85mmHg，或已使用藥物治療。

(4) 三酸甘油脂值(TG)：≧150mg/dL，或已使用藥物治療。

(5) 高密度脂蛋白膽固醇值(HDL)：男性<40mg/dL，女性<50mg/dL，或已使用藥物治療。

2. 符合糖尿病前期定義者：醣化血紅素(HbA1c)：5.7%~6.4%。

（二）保險人得依全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案檢驗(查)結果上傳資料及成人預防保健服務結果資

料，擷取符合收案條件之名單，交付參與本計畫之診所進行收案評估。

（三）每一診所收案人數上限為~~300名~~ 500名(包含前一年度延續收案個案)，不得與「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」(初期慢性腎臟病收案對象除外)重複收案或與其他特約醫事服務機構重複收案、透析患者(含血液透析及腹膜透析)不得收案。收案名單須登錄於健保資訊網服務系統(以下稱 VPN) ，以利院所查詢。

二、 服務內容

（一）收案評估：

1. 參與本計畫醫師應向符合收案條件者解釋本計畫目的及內容，由醫師確實向個案說明，若不改變慢性病危險因子(如不健康飲食、缺乏運動、菸酒檳、肥胖)，則無法改善疾病進程，並取得個案同意後，方得收案。

2. 須於 VPN 登錄收案對象相關資料及管理(附件3)：

(1) 登錄資料：包含基本資料、生活習慣及相關檢測資料(含代謝症候群指標) ，可採收案日前3個月(90天)內之檢驗、檢查數據(含成人健康檢查)。

(2) 依收案對象情況，擬訂照護目標及策略：針對吸菸、嚼檳榔等個案，提供戒菸或戒檳指導或服務；個案管理資訊化，提供所需之衛教資料；注重個案評估及追蹤，並定期對個案舉辦相關課程。

(3) 須交付「代謝症候群疾病管理紀錄表」衛教指引(附件4)，含營養諮詢、健康諮詢、血壓自我管理(722紀錄表，參考附件5)等，予收案對象進行自我管理。

（二）追蹤管理：

1. 定期追蹤收案對象其代謝症候群五大指標之改善情形，提供持續性追蹤諮詢，如電話、訪視、診間等，協助進行個案健康評估(包含飲食、運動、菸檳等風險因子改善情形、未達標準值之檢驗檢查項目監測)、提供個案疾病管理衛教(如其他預防保健項目、五癌篩檢之重要性等)、聯繫及協調照護計畫，以使收案對象認知進步，照護行為及代謝控制也能獲得顯著的改善。
2. 個案如合併有其他慢性病危險因子(如菸、酒、檳榔)，得併提供相關衛教指導或協助轉介衛生福利部國民健康署合約戒菸機構或戒檳服務醫院執行戒除服務(參考資料：衛生福利部國民健康署健康九九網站 https://health99.hpa.gov.tw/)。
3. 個案於收案評估時，未達標準值之檢驗檢查項目，應至少追蹤1次，且可採用追蹤管理日前3個月(90天)內之檢驗、檢查數據，但檢驗檢查日期不得與前次追蹤管理階段~~日期~~或收案評估階段~~日期~~之檢驗檢查日期相同
4. 依個案管理情形資料建檔(附件3)。

（三）年度評估：

1. 依收案對象代謝症候群五大指標之改善情形，調整照護目標及策略。相關檢驗項目資料，可採用前3個月(90天)內之檢驗、檢查數據，但檢驗檢查日期不得與追蹤管理階段之檢驗檢查日期相同。
2. 依個案年度評估結果資料建檔(附件3)。

（四）結案條件(符合以下任一條件者~~可~~應予結案，同一院所同一收案對象經結案後一年內不得再收案)：

1. 個案經介入管理後，經個案管理評估已非代謝症候群患者。
2. 病情變化無法繼續接受本計畫之照護者或屬「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」中糖尿病相關條件收案者。
3. 個案拒絕或失聯≧3個月。
4. 個案死亡。
5. 收案個案已達一年且收案評估時未達標準值的管理項目，任一項皆未有進步者。
6. 個案收案院所退出本計畫。

（五）管理登錄個案：

1. 參與本計畫之院所須依照護時程，將收案對象之相關資料(附件3)上傳至 VPN。
2. 若未依保險人規定完整登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付相關費用，並依相關規定辦理。
3. 依個人資料保護法之規定，保險對象個人資料應予保密。

柒、 給付項目及支付標準：

編號	診療項目	支付點數
P7501C	收案評估費 註： 1. 同一病人於同一院所僅得申報一次。 2. 本項支付點數包含代謝症候群及糖尿病前期相關之檢查檢驗項目(三酸甘油酯、高密度脂蛋白膽固醇或低密度脂蛋白膽固醇、空腹血糖或醣化血紅素、總膽固醇)。 3. 上述收案相關檢查檢驗項目數據得採用收案日前3個月(90天)內之數據(含成人健康檢查)。 4. 本項支付點數包含收案所需執行項目： (1) 個案收案資料確認(基本檢驗數據) (2) 配合管理所需規劃補充檢驗檢查項目 (3) 告知個案計畫管理流程及收案 (4) 慢性病風險計算及評估	900

編號	診療項目	支付點數
	(5) 風險因子評估(菸檳、運動、飲食、腰圍、BMI、三高) (6) 個案健康指導及衛教(菸檳、運動、飲食) (7) 血壓量測之722指導 (8) 醫病共議改善目標(如腰圍、體重、血壓、飯前血糖或醣化血紅素、三酸甘油脂、高密度或低密度脂蛋白膽固醇) (9) 完成疾病管理紀錄表交付病人 (10)個案健康行為及檢驗檢查值上傳 VPN 系統 5. 完成收案評估且上傳收案登錄相關資料後，方得申報本項費用。	
P7502C	追蹤管理費 註： 1. 除檢驗檢查項目由西醫基層總額一般服務預算支應外，其餘費用業已包含於本項所訂點數。 2. 申報「收案評估費」後，至少須間隔10週(≧70天)，方能申報本項費用，每年度最多申報3次，每次間隔至少10週(≧70天)。 3. 同一個案於同一診所全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫收案者，不予支付家醫計畫個案管理費，惟仍須申報 P7502C，俾利進入年度評估~~、全民健康保險醫療給付改善方案(包括糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案之初期慢性腎臟病收案對象)之收案者，不得重複申報該計畫個案管理費及本項費用~~。如有重複支付，將於年度結束後，核扣~~該項~~費用。	200
P7503C	年度評估費 註： 1. 除檢驗檢查項目由西醫基層總額一般服務預算支應外，其餘費用業已包含於本項所訂點數。 2. 申報「追蹤管理費」後，至少須間隔10週(≧70天)，且限申報追蹤管理費三次(含)以上始得申報本項費用，每年度最多申報1次。 3. 結案原因為失聯、死亡或拒絕收案者，不得申報本項費用。	500

捌、獎勵費：

一、 診所品質獎勵費：診所收案60名以上且當年度檢驗檢查上傳率(含診所申報檢驗所上傳之案件)≧70%者，並依下列診所品質指標得分排序：前25%之診所，核付獎勵費~~10,000點~~ 30,000點；得分排序大於25%至50%之診所，核付獎勵費~~5,000點~~ 15,000點。

（一）代謝症候群改善率(70分)

1. 診所收案之吸菸對象經醫事人員用藥或衛教指導後，期末自訴未再吸菸者，或受轉介戒菸服務對象經戒菸服務醫事機構評估為戒菸成功者(自接受戒菸服務開始後3個月或6個月，若上一支菸在7天前抽的，視為戒菸成功)，且人數(以本計畫結算年前一年7月至本計畫結算年當年12月登錄個案，並排除前一年結算時已達標之個案計算)≧10人者，得20分。(戒菸服務及費用由國民健康署補助計畫支應)
2. 診所收案對象之腰圍(男性≧90公分，女性≧80公分)減少3公分以上或身體質量指數 BMI(≧27)，下降1以上，且人數≧10人者，得20分。
3. 診所收案對象之血壓，收縮壓140mmHg 以上降至130mmHg 以下，及舒張壓90mmHg 以上降至80mmHg 以下(以非診間血壓紀錄為原則，722紀錄須附存病歷)，且人數≧10人者，得10分。
4. 診所收案對象之三酸甘油脂，原200mg/dL 以上降至150mg/dL 以下，且人數≧10人者，得10分。
5. 診所收案對象之低密度脂蛋白膽固醇，原130mg/dL 以上，下降10%，且人數≧10人者，得10分。

（二）加分項(10分)：診所收案對象之醣化血紅素(前測值須≧5.7%)，下降10%或降至5.7%以下，且人數≧10人者，得10

分。

（三）上述(一)及(二)執行方式：

1. 由收案診所於當年度收案時同時上傳風險控制項目及檢驗值為前測值，並以收案診所當年度7月至12月最後一筆上傳之檢驗結果為後測值。

2. 如為前一年度收案對象則以前一年度最後一筆檢驗值當作本年度前測值計算。

（四）個案完整照護達成率≧30%(15分)

1. 分子：診所申報「年度評估費」人數

2. 分母：診所收案人數

（五）介入成效率≧30%(15分)

1. 分子：收案對象任何一項代謝症候群指標已達標並已不屬代謝症候群之人數。

2. 分母：診所收案人數

二、 新發現個案獎勵費：

（一）因本計畫收案評估而新發現未滿40歲保險對象具腦血管疾病、心臟病、糖尿病、高血壓、高血脂，且開始追蹤治療者，每個案獎勵~~150點~~ 500點，同一個案僅得獎勵一次。

（二）新發現定義：保險對象於收案評估前二年，於該收案診所門診就醫紀錄之主次診斷未申報前述疾病之國際疾病分類代碼。

三、 腰圍或身體質量指數(BMI)管理成效獎勵費：個案於收案評估時腰圍未達標準(男性≧90公分，女性≧80公分，或 BMI≧27)，且飯前血糖未達標準(AC≧100mg/dL 或糖化血色素≧5.7%)，於當年度7月至12月最後一筆上傳之檢驗結果，該個案腰圍達標準值(男性<90公分，女性<80公分，或 BMI<27)，且糖化血色素<5.7%，每一個案獎勵500

點。

四、 個案進步獎勵費：個案於收案評估檢測「未達標準」之代謝症候群指標，於年度評估時，下列任三項指標達成者，每一個案獎勵500點，同一個案獎勵一次，本項獎勵個案不得與「個案績優改善獎勵費」重複支付：

（一）腰圍：減少3%以上。

（二）飯前血糖：達成收案時「代謝症候群疾病管理紀錄表」中，醫師依病況與病人共同訂定之飯前血糖個人目標值。

（三）血壓：收縮壓降至130mmHg 以下，舒張壓降至85mmHg 以下。

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

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

五、 個案績優改善獎勵費：個案於年度評估時，已非屬代謝症候群(即下列3項或3項以上代謝症候群指標達標)，且結案日前6個月內，個案無三高用藥(係指降血壓、降血糖或降血脂用藥)紀錄且結案者，每一個案獎勵1,000點，同一個案獎勵一次。本項獎勵個案不得與「個案進步獎勵費」重複支付。

（一）腰圍：男性<90公分，女性<80公分或身體質量指數(kg/m2) BMI<27。

（二）飯前血糖值(AC)：<100mg/dL，或醣化血紅素(HbA1c)：<5.7%。

（三）血壓值：收縮壓<130mmHg 且舒張壓<85mmHg。

（四）三酸甘油脂值(TG)：<150mg/dL。

（五）高密度脂蛋白膽固醇值(HDL)：男性≧40mg/dL，女性

≧50mg/dL，或低密度脂蛋白膽固醇(LDL)：<130mg/dL。

六、 前述獎勵費以診所為單位，每年撥付1次；由保險人分區業務組審查通過後1個月內撥付費用。相關之必要欄位需填寫完整，填寫不實或資料欄位以符號取代文字者，則不予核發該筆獎勵金。

七、 參與本計畫之特約西醫診所，且與國民健康署簽訂戒菸服務補助計畫契約，機構內醫師完成國民健康署認可之戒菸服務訓練課程，取得學分認證，具有效期內之戒菸服務資格，且首次提供戒菸服務之醫師(即不曾向國民健康署申請戒菸服務補助費用之醫師)，每位醫師獎勵~~500元~~ 1,000元(本項獎勵經費由國民健康署支應)。

八、 參與本計畫之特約西醫診所，於收案評估、追蹤管理及年度評估時，對有嚼檳榔習慣(6個月內有嚼檳榔)之個案，每次評估個案戒檳動機、勸導戒檳、設定戒檳目標、強化戒檳動機、填報戒檳指導紀錄並上傳資料者，每位個案每次評估提供獎勵100元(每個案300元為上限，本項獎勵經費由~~國民健康署~~衛生福利部口腔健康司支應)。

玖、醫療費用申報、審查及點值結算：

一、 申報原則：

（一）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. 屬本計畫收案之保險對象，其就診當次符合申報 P7501C、P7502C 及 P7503C，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「09：西醫其他專案」、特定治療項目代號(一)應填「EM：代謝症候群防治計畫」；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）本計畫除另有規定外，依全民健康保險醫療服務給付項目及支

付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

二、 本計畫支付點數，收案評估費、追蹤管理費及年度評估費每點1元；各項獎勵費則採浮動點值計算，每點支付金額不高於1元。除獎勵費按年結算外，其餘按季結算。當季預算如有結餘，則流用至下季。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

壹拾、計畫管理機制

一、 保險人負責本計畫之研訂與修正。

二、 保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之參與資格、核定及輔導轄區醫事服務機構執行計畫。

壹拾壹、退場機制

一、 參與本計畫之特約西醫診所，未依所提計畫提供個案管理服務、或有待改善事項，經保險人二次通知限期改善而未改善者、或一年內因相同事由經保險人通知限期改善累計達三次者，應自保險人通知終止執行本計畫日起退出本計畫。

二、 參與本計畫之特約西醫診所如涉及特管辦法第三十八至四十條所列違規情事之一暨第四十四及四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人~~處分~~核定違規者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行~~處分~~者），應自保險人第一次~~處分~~核定違規函所載核定停約或終止特約日起退出執行本計畫，惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。

三、 參與本計畫滿一年(12個月)之特約西醫診所，倘當年度年底收案滿6個月之所有個案，其代謝症候群指標皆無改善，應自保險人通知終

止執行本計畫日起退出本計畫，次年度不得再參加本計畫。

四、 特約西醫診所如經保險人分區業務組審查不符合參與資格或應終止參與資格，得於通知送達日起30日內，以書面向保險人分區業務組申請複核，但以一次為限。

壹拾貳、計畫修訂程序

本計畫視需要檢討，由保險人邀集醫療專業團體及國民健康署共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告。

【附件 1】全民健康保險代謝症候群防治計畫教育訓練課程

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

【附件 2】全民健康保險代謝症候群防治計畫申請表

診所申請類別：□新增　□變更(變更者另檢附變更事項前後對照表)

<table>
<tr><td rowspan="3">基本資料</td><td>診所名稱</td><td></td><td>診所醫事機構代碼</td><td></td></tr>
<tr><td>計畫聯絡人姓名</td><td></td><td colspan="2">計畫聯絡人電話：</td></tr>
<tr><td>計畫聯絡人
e-mail</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="4">審核項目</td><td colspan="2">項目</td><td>審查結果</td><td>備註</td></tr>
<tr><td colspan="2">成人預防保健服務</td><td>□符合□未符合□其他</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">參與本計畫相關醫事人員資料表</td><td>□符合□未符合□其他</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">認證書面資料影本</td><td>□符合□未符合□其他</td><td></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="2">保險醫事服務機構</td><td>機構章戳</td><td></td><td rowspan="2">保險人審核意見欄</td><td rowspan="2">1□審核通過
2□不符合規定
3□資料不全，請補齊
4□其他

日期章戳：</td><td rowspan="2">本欄由審查單位填寫</td></tr>
<tr><td colspan="2">申請日期：　年　月　日</td></tr>
</table>

【附件 3】全民健康保險代謝症候群防治計畫收案對象資料建檔欄位

一、 新收案，必須登錄欄位:

（一）收案日期(YYY/MM/DD)

（二）收案診所：醫事機構代碼、醫師 ID

（三）個案基本資料：個案身分證號、姓名、性別、出生日期

（四）危險因子：

1. 抽菸：1.無、2.偶爾交際應酬、3.平均一天約吸10支菸以下、4.平均一天約吸10支菸(含)以上

2. 檳榔：1.無、2.偶爾交際應酬、3.經常嚼或習慣在嚼

3. 運動：1.無、2.偶爾、3.經常(每週3次，1次30分鐘)

（五）伴隨疾病：1.無、2.糖尿病、3.高血壓、4.心臟血管疾病、5.高血脂症、6.腎臟病、7. 腦血管疾病、8.其他

（六）檢查數據：各項檢驗(查)日期(YYY/MM/DD)、身高(cm)、體重(kg)、腰圍(cm) 、身體質量指數 BMI (kg/m2)、飯前血糖值(mg/dL)、醣化血紅素(%)(~~飯前血糖異常或~~糖尿病前期者須填寫)、收縮壓(mmHg)、舒張壓(mmHg) (請註記是否為診間血壓量測值)、三酸甘油脂值(mg/dL)、高密度脂蛋白膽固醇值(mg/dL)、低密度脂蛋白膽固醇值(mg/dL) (高密度脂蛋白膽固醇值異常者可選填)、總膽固醇值(mg/dL)

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

（八）疾病管理指引：

1. 戒菸：

(1) 不適用

(2) 戒菸指導(無意願接受戒菸服務或<10支/日或尼古丁成癮<4分)、自行提供戒菸服務(≧10支/日或尼古丁成癮≧4分)、轉介戒菸服務(≧10支/日或尼古丁成癮≧4分)

(3) ~~戒菸服務(≧10支/日或尼古丁成癮≧4分)：1戒菸用藥/衛教、2同意轉介戒菸機構~~

2. 戒檳：

(1) 不適用

(2) 戒檳指導(6個月內有嚼檳榔)：1.戒檳指導 、2.安排口篩(可複選)

A. ~~嚼檳史：(嚼檳__年；嚼檳現況(近3個月嚼檳情形)：1.偶爾嚼(每週嚼≦2天)；2.經常嚼(每週嚼＞2天)；3.已停止嚼檳)~~

B. ~~嚼檳原因：1.社交、2.提神專注、3.習慣想嚼、4.壓力情緒；5.禦寒、6.解渴(可複選)~~

C. ~~指導項目：1.評估、強化戒檳動機、2.指導戒檳技巧，3.討論設定戒檳目標、4.支持行為改變、5.安排口腔黏膜檢查(可複選)~~

3. 每日建議攝取熱量：

(1) 不適用

(2) 建議攝取熱量：1. 1200大卡/天、2. 1500大卡/天、3. 1800大卡/天、4. 2000大卡/天、5. 其他：____大卡/天

4. 運動建議：~~1.不適用、2.健走、3.游泳、4.網球、5.羽毛球、6.桌球、7.排球、8.太極拳、9.跳舞、10.騎腳踏車、11.瑜珈、12.健身操、13.其他：_____~~ 1.提供運動指導、2.提供社區運動資源(可複選)

5. 想達成的

(1) 腰圍：1.不適用、2.腰圍____公分

(2) 體重：1.不適用、2.體重____公斤

6. 722血壓量測指導：1.無、2.有

7. 其他叮嚀：(飯前血糖值異常或糖尿病前期者，得選填飯前血糖或醣化血紅素為目標值；高密度脂蛋白膽固醇值異常者，得選填高密度或低密度脂蛋白膽固醇為目標值)

(1) 飯前血糖：1.不適用、2.個人目標值：_____mg/dL

(2) 醣化血紅素：1.不適用、2.個人目標值：_____%

(3) 三酸甘油脂：1.不適用、2.個人目標值：_____mg/dL

(4) 低密度脂蛋白膽固醇：1.不適用、2.個人目標值：_____mg/dL

(5) 高密度脂蛋白膽固醇：1.不適用、2.個人目標值：_____mg/dL

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

（一）追蹤日期(YYY/MM/DD)

（二）追蹤方式：1.電話追蹤、2.訪視、3.回診

（三）追蹤項目：1.營養指導、2.運動計畫、3.戒菸、4.戒檳(可複選)

（四）危險因子：

1. 抽菸：1.無、2.偶爾交際應酬、3.平均一天約吸10支菸以下、4.平均一天約吸10支菸(含)以上

~~2. 戒檳：~~

~~(1) 不適用~~

~~(2) 戒檳指導：~~

A. ~~嚼檳現況(近3個月嚼檳情形)：1.偶爾嚼(每週嚼≦2天)、2.經常嚼(每週嚼＞2天)、3.已停止嚼檳~~

B. ~~嚼檳原因：1.社交、2.提神專注、3.習慣想嚼、4.壓力情緒；5.禦寒、6.解渴(可複選)~~

C. ~~指導項目：1.評估、強化戒檳動機、2.指導戒檳技巧，3.討論設定戒檳目標、4.支持行為改變、5.安排口腔黏膜檢查(可複選)~~

2. 檳榔：1.無、2.偶爾交際應酬、3.經常嚼或習慣在嚼

3. 運動：1.無、2.偶爾、3.經常(每週3次，1次30分鐘)

（五）伴隨疾病：1.無、2.糖尿病、3.高血壓、4.心臟血管疾病、5.高血脂症、6.腎臟病、7. 腦血管疾病、8.其他

（六）檢查數據：各項檢驗(查)日期(YYY/MM/DD)、身高(cm)、體重(kg)、腰圍(cm)、收縮壓(mmHg)、舒張壓(mmHg)(請註記是否為診間血壓量測值)、身體質量指數 BMI (kg/m^2)，及收案評估未達標準之檢驗檢查項目或參採用藥收案之檢驗檢查項目(於追蹤期間至少上傳一次檢驗檢查值)

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

（一）年度評估日期(YYY/MM/DD)

（二）危險因子：

2. 抽菸：1.無、2.偶爾交際應酬、3.平均一天約吸10支菸以下、4.平均一天約吸10支菸(含)以上

3. 嚼檳榔：1.無、2.偶爾交際應酬、3.經常嚼或習慣在嚼

（三）伴隨疾病：1.無、2.糖尿病、3.高血壓、4.心臟血管疾病、5.高血脂症、6.腎臟病、7. 腦血管疾病、8.其他

（四）檢查數據：各項檢驗(查)日期(YYY/MM/DD)、身高(cm)、體重(kg)、腰圍(cm)、飯前血糖值(mg/dL)、醣化血紅素(%)(糖尿病前期收案者必填)、收縮壓(mmHg)、舒張壓(mmHg) (請註記是否為診間血壓量測值)、三酸甘油脂值(mg/dL)、高密度脂蛋白膽固醇值(mg/dL) 、低密度脂蛋白膽固醇值(mg/dL) (高密度脂蛋白膽固醇值異常者可選填)、身體質量指數 BMI (kg/m^2)~~，及收案評估未達標準之檢驗檢查項目或參採用藥收案之檢驗檢查項目~~。

（五）疾病管理指引：

1. 戒菸：

(1) 不適用

(2) 戒菸指導(無意願接受戒菸服務或<10支/日或尼古丁成癮<4分)、自行提供戒菸服務(≧10支/日或尼古丁成癮≧4分)、轉介戒菸服務(≧10支/日或尼古丁成癮≧4分)

(3) ~~戒菸服務(≧10支/日或尼古丁成癮≧4分)：1戒菸用藥/衛教、2同意轉介戒菸機構~~

2. 戒檳：

(1) 不適用

(2) 戒檳指導(6個月內有嚼檳榔)：1.戒檳指導 、2.安排口篩(可複選)

A. ~~嚼檳現況(近3個月嚼檳情形)：1.偶爾嚼(每週嚼≦2天)、2.經常嚼(每週嚼＞2天)；3.已停止嚼檳~~

B. ~~嚼檳原因：1.社交、2.提神專注、3.習慣想嚼、4:壓力情緒、5.禦寒、6.解渴(可複選)~~

C. ~~指導項目：1.評估、強化戒檳動機、2.指導戒檳技巧、3.討論設定戒檳目標、4.支持行為改變、5.安排口腔黏膜檢查(可複選)~~

3. 每日建議攝取熱量：

(1) 不適用

(2) 建議攝取熱量：1. 1200大卡/天、2. 1500大卡/天、3. 1800大卡/天、4. 2000大卡/天、5. (其他) ____大卡/天

4. 運動建議：~~1.不適用、2.健走、3.游泳、4.網球、5.羽毛球、6.桌球、7.排球、8.太極拳、9.跳舞、10.騎腳踏車、11.瑜珈、12.健身操、13.其他：_____~~ 1.提供運動指導、2.提供社區運動資源(可複選)

5. 想達成的

(1) 腰圍：1.不適用、2.腰圍____公分

(2) 體重：1.不適用、2.體重____公斤

6. 722血壓量測指導：1.無、2.有

7. 其他叮嚀：(飯前血糖值異常或糖尿病前期者，得選填飯前血糖或醣化血紅素為目標值；高密度脂蛋白膽固醇值異常者，得選填高密度或低密度脂蛋白膽固醇為目標值)

(1) 飯前血糖：1.不適用、2.個人目標值：_____mg/dL

(2) 醣化血紅素：1.不適用、2.個人目標值：_____%

(3) 三酸甘油脂：1.不適用、2.個人目標值：_____mg/dL

(4) 低密度脂蛋白膽固醇：1.不適用、2.個人目標值：_____mg/dL

(5) 高密度脂蛋白膽固醇：1.不適用、2.個人目標值：_____mg/dL

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

（一）結案日期(YYY/MM/DD)

（二）結案原因：1.個案經介入管理後，經個案管理評估已非代謝症候群患者、2.病情變化無法繼續接受本計畫之照護者或屬「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」中糖尿病相關條件收案者、3.個案拒絕或失

聯≧3個月、4.個案死亡、5.收案個案已達一年且收案評估時未達標準值的管理項目，任一項皆未有進步者、6.個案收案院所退出本計畫。

備註：

參與本計畫之醫師需透過醫事服務機構向保險人分區業務組申請，經保險人分區業務組核准後，始能登入 VPN 傳輸個案資料。

一、 醫師進入保險人 VPN 網頁，登入本計畫登錄系統後，可以點選個案管理選項，進行個案資料之登錄、維護及查詢事項。

二、 保險人分區業務組須確實將參與診所名單登錄於 HMA 系統。

三、 診所須請資訊廠商修改其自行維護的畫面，並將個案資料上傳至 VPN。

【附件 4】全民健康保險代謝症候群防治計畫疾病管理紀錄表

代謝症候群疾病管理紀錄表(交付收案對象)

病人姓名　　□收案評估/□年度評估　　年　　月　　日

基本資料與生活習慣	得到慢性病的風險(僅需收案時評估)	
1. 身高：_____公分 2. 體重：_____公斤 3. 運動：□1. 無 □2. 偶爾 □3. 經常(每週 3 次，1 次 30 分鐘) 4. 抽菸：□1. 無 □2. 偶爾 □3. 平均一天約吸 10 支菸以下 □4. 平均一天約吸 10 支菸(含)以上 5. 嚼檳榔：□1. 無 □2. 偶爾 □3. 經常	項目	風險程度
	冠心病	□高 □中 □低 □不適用
	糖尿病	□高 □中 □低 □不適用
	高血壓	□高 □中 □低 □不適用
	腦中風	□高 □中 □低 □不適用
	心血管不良事件	□高 □中 □低 □不適用

代謝症候群五大指標及身體質量指數(參考值)	
□腰圍：_____公分	(男性≧90 公分，女性≧80 公分)
□飯前血糖值：_____mg/dL	(≧100mg/dL)
□血壓：收縮壓_____ mmHg、舒張壓_____ mmHg	(收縮壓≧130mmHg，舒張壓≧85mmHg)
□三酸甘油脂值：_____ mg/dL	(≧150mg/dL)
□高密度脂蛋白膽固醇值：_____ mg/dL	(男性<40mg/dL，女性<50mg/dL)
□身體質量指數(kg/m^2)BMI：_____	(≧27)

疾病管理指引(醫師對病人說明治療用藥外，亦須改善危險因子的重要性)

□戒菸(吸菸≧10 支/日或尼古丁成癮度≧4 分可轉介)
　□戒菸指導(<10 支/日或尼古丁成癮度<4 分或無戒菸意願)
　□戒菸服務(≧10 支/日或尼古丁成癮度≧4 分)：□戒菸用藥/衛教 □同意轉介戒菸機構
□戒檳(6 個月內有嚼檳榔)
　□戒檳目標：___年___月___日前戒除檳榔　□安排口腔黏膜檢查：___年___月
□每日建議攝取熱量：(大卡/天)：□1200 □1500 □1800 □2000 □其他(_____)
　盡量減少□油炸物□甜食□鹽□含糖飲料□其他(_____)
□運動建議：
　□提供運動指導:每週累積 150 分鐘中等費力運動(活動時仍可交談，但無法唱歌)
　□提供社區運動資源:_____
□想達成的腰圍及體重：腰圍_____公分、體重_____公斤
□量血壓：指導 722 量測
□其他叮嚀：(1)□飯前血糖或□醣化血紅素個人目標值：_____mg/dL(%)、
　(2)□三酸甘油脂個人目標值：_____ mg/dL、
　(3)□高密度或□低密度脂蛋白膽固醇個人目標值：_____mg/dL

_____ 診所，建議回診日期 _____年_____月_____日

※本表請參照國民健康署提供之「代謝症候群管理計畫照護流程與指導手冊」執行。

【附件 5】

血壓「722紀錄」表

※正確測量血壓 7-2-2(請-量-量)

1. 量血壓前30分鐘，勿抽菸、勿喝含咖啡因或酒精飲料。

姓名：_____

2. 建議：(1)回診前，量測血壓**7**天。
   (2)每天早晚量**2**次：起床1小時內的吃飯及吃藥前，晚上睡前1小時內。
   (3)每次連續量**2**遍，每遍中間要隔1至2分鐘。

天數		第 1 天	第 2 天	第 3 天	第 4 天	第 5 天	第 6 天	第 7 天	我的回診日期
○月/○日		/	/	/	/	/	/	/	
一早起床血壓	第 1								
	第 2								
晚上睡前血壓	第 1								月
	第 2								日

範例：收縮壓 140mmHg，舒張壓 60mmHg，格子內寫「140/60」。