



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

113 年第二次
會議資料

113 年 3 月 21 日（星期四）下午 2 時
本署 18 樓大禮堂

113 年第二次「全民健康保險醫療服務給付項目及 支付標準共同擬訂會議」會議議程

壹、主席致詞

貳、確認上次會議紀錄，請參閱(不宣讀)

第 01 頁

參、報告事項

一、歷次會議決議事項辦理情形。	報 1-1
二、修訂支付標準「離島地區住院案件」加成規範案。	報 2-1
三、修訂住院診斷關聯群(Tw-DRGs)3.4 版支付通則暨 113 年 7-12 月適用之相對權重統計結果案。	報 3-1
四、修訂「強化住院護理照護量能方案」案。	報 4-1
五、113 年度醫院醫療給付費用總額「提升醫院兒童急重症照護量能」項目運用方式案。	報 5-1
六、113 年「主動脈剝離手術病患照護跨院合作」及「腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作」專款計畫案。	報 6-1
七、新增「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」案。	報 7-1
八、西醫基層總額修訂開放表別項目支付標準案。	報 8-1
九、修訂「家庭醫師整合性照護計畫」案。	報 9-1
十、修訂「提升用藥品質之藥事照護計畫」案。	報 10-1

肆、討論事項

一、新增實體腫瘤、血液腫瘤次世代基因定序等 5 項診療項目案。	討 1-1
二、增修「經口內視鏡食道肌肉切開術」等 13 項診療項目。	討 2-1
三、新增「在宅急症照護試辦計畫」案。	討 3-1
四、修訂「遠距醫療給付計畫」案。	討 4-1
五、修訂「鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊」方案。	討 5-1

伍、臨時動議

陸、散會

貳、確認本會議 113 年度第 1 次

會議紀錄

-請參閱(不宣讀)確認

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」

113年第1次會議紀錄

時 間：113年1月16日（星期二）下午2時

地 點：中央健康保險署18樓大禮堂

主 席：石署長崇良

紀錄：楊庭嫣

彭代表家勛	廖秋鍤(代)	陳代表俊良	陳俊良
黃代表雪玲	黃雪玲	吳代表國治	蘇育儀(代)
林代表富滿	林富滿	李代表飛鵬	李飛鵬
游代表進邦	黃建民(代)	徐代表邦賢	(請假)
李代表佳珂	李佳珂	羅代表界山	羅界山
陳代表志忠	陳志忠	劉代表淑芬	劉淑芬
劉代表碧珠	劉碧珠	李代表懿軒	李懿軒
嚴代表玉華	嚴玉華	朱代表世瑋	朱世瑋
羅代表永達	羅永達	李代表承光	李承光
謝代表景祥	謝景祥	林代表桂美	林桂美
朱代表文洋	朱文洋	吳代表茂昌	吳茂昌
朱代表益宏	朱益宏	陳代表淑華	陳淑華
李代表紹誠	李紹誠	李代表永振	李永振
林代表恒立	林恒立	何代表語	何語
王代表宏育	林誓揚(代)	陳代表杰	陳杰
黃代表振國	黃振國	陳代表莉茵	陳莉茵
賴代表俊良	賴俊良	陳代表振文	(請假)
洪代表德仁	洪德仁	施代表壽全	(請假)
吳代表清源	吳清源		

列席單位及人員：

中華民國醫師公會全國聯合會	陳哲維、謝沁妤、黃佩宜、 吳韻婕
台灣醫院協會	吳昱嫻、吳心華、王秀貞、 何宛青、顏正婷
中華民國藥師公會全國聯合會	黃羽婕
中華民國中醫師公會全國聯合會	王逸年
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	宋佳玲
中華民國牙醫師公會全國聯合會	潘佩筠
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
臺灣病理學會	杭仁釗、梁哲維
台灣臨床病理暨檢驗醫學會	林倍親
中華民國大腸直腸外科醫學會	請假
中華民國血液病學會	黃泰中
中華民國癌症醫學會	請假
台灣腎臟醫學會	許永和
中華民國心臟學會	張耀庭
中華民國心律醫學會	張耀庭
奇美醫療財團法人奇美醫院	郭禹廷
台灣新生兒科醫學會	詹偉添
台灣兒童胸腔暨重症醫學會	詹偉添
台灣胸腔外科醫學會	謝致政
中華民國骨科醫學會	傅再生
台灣消化系醫學會	邱瀚模
台灣消化系外科醫學會	請假
財團法人醫藥品查驗中心	朱素貞、張慧如、賴美祁、 黃昭仁、林鈺婷、高嘉慧、 何函軒、傅冠宜
衛生福利部護理及健康照護司	蔡閭閭、何秀美、林杰穎
衛生福利部社會保險司	白其怡

衛生福利部全民健康保險會
本署醫審及藥材組
本署醫務管理組

邱臻麗、李岳蓁、盛培珠
賴秋伶
劉林義、林右鈞、黃珮珊、
陳依婕、呂姿暉、林家輝、
黃瓊萱、黃怡娟、林沁政、
朱文明、劉立麗、王智廣、
蔡金玲、許博淇、施沂廷、
謝欣穎、黃鈺君、吳倍儀、
何懿庭、顏其敏、高翊庭、
吳睿杰、陳書涵、周筱妘、
蔡孟妤、宋思嫻、林雯婷、
林煜翔、蘇明雪

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄，參閱不宣讀：

決定：

一、前次會議報告事項第八案「增修訂牙醫支付標準及 4 項牙醫專款計畫案」，中華民國護理師護士公會全國聯合會(下稱護理全聯會)代表就「護理之家納入特殊醫療服務計畫服務範圍」之發言重點列入會議紀錄，並函送與會人員確認修正之 112 年第 4 次本會議會議紀錄。

二、其餘項目確認。

參、報告事項：

一、歷次會議決議事項辦理情形。

決定：

(一)增修訂牙醫支付標準及 4 項牙醫專款計畫案(序號 8)，依修正之 112 年第 4 次本會議會議紀錄，增列護理全聯會代表建議「護理之家納入特殊醫療服務計畫服務範圍」之發言重點。

(二)「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」修訂案(序號 9)，函請法務部矯正署協助事項，請於下次辦理情形說明本署發函日期、文號及法務部矯正署回復之內容，繼續列管。

(三)修訂提升心肺疾病照護品質計畫之品質獎勵條件案(序號 10)，本計畫名稱參照總額公告之專款名稱，增訂復健文字，修訂為全民健康保險西醫基層提升心肺疾病復健照護品質計畫。

(四)新增 112 年全民健康保險醫院及西醫基層總額「配合醫療器材使用規範，單次使用醫材點數調整」計畫(序號 13)，依本計畫完成單次使用醫材成本補貼後，將補貼結果提至本會議報告。

(五)其餘項目依議程所列。

二、修訂 113 年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時程案。

決定：113 年第 2 次本會議日期修訂至 113 年 3 月 21 日，其餘日期依議程所列。

三、修訂「白血病即時定量聚合酶連鎖反應法」、「All-RAS 基因突變分析」診療項目案。

決定：本署續就「體外診斷醫療器材(IVD)是否比照實驗室開發檢測(LDTs)訂定支付規範」與相關學會討論並凝聚共識後再提會，本案暫保留。

四、修訂西醫基層門診診察費案（詳附件 1，P8-P11）。

說明：本案將續提至健保會確認，重點如下：

(一)113 年「強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護」預算 1.225 億元：修訂支付標準門診診察費通則「未滿 4 歲兒童第一段門診診察費專科醫師加成均調升至 13%」，並訂有品質監測指標。

(二)113 年「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」6.593 億元：

1. 「提升基層護理人員照護品質之門診診察費加計」由 6 點調升至 12 點，並改以獎勵計畫「提升基層護理人員照護品質獎勵方案(草案)」給付，由本署後續勾稽診所實際調薪情形核付費用，並刪除原支付標準 00246C。
2. 本預算將按季均分及結算(每點不高於 1 元)，最後一季若有結餘將採獎勵金方式，依各診所當年度調升護理人員薪資之人月占率核發。

決定：洽悉。

五、修訂鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫案（詳 附件 2，P12-P40）。

說明：修訂重點如下：

- (一)配合 113 年總額預算及決定文字，修訂計畫年度並增加「其中 300 百萬元不得流用於一般服務」。
- (二)山地離島地區特約院所之醫師資格，其腹膜透析醫師及護理人員訓練指定醫院名單，由台灣腎臟醫學會提供，本署另案函知，不列於本計畫。
- (三)本計畫柒、一、(二)「院所重新收治腹膜透析病人之院所開辦腹膜透析獎勵費」獎勵條件(2)修正為「前述腹膜透析室/中心重新啓用後，一年內需收治腹膜透析病人，或一年內有與其他院所『共同照護』腹膜透析病人」。
- (四)P8110B「腹膜透析平轉獎勵費」及 P8111Q「腹膜透析上轉獎勵費」支付規範註 1，刪除文字「並開始腹膜透析」。

決定：

- (一)為避免本計畫柒、一、(二)「院所重新收治腹膜透析病人之院所開辦腹膜透析獎勵費」獎勵條件(1)「前一年」認定有疑義，爰修正為「已設立腹膜透析室/中心，於 111 年 7 月 4 日至參與本計畫起始日前皆未收治腹膜透析病人」。
- (二)本計畫 P8108C「腹膜透析病人訪視費-視訊訪視」依通訊診察治療辦法辦理。
- (三)餘洽悉。

六、修訂「全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫」案。

決定：本署就本計畫收案條件，與相關團體討論並凝聚共識後再議，本案暫保留。

肆、討論事項：

一、增修「心內超音波」等 23 項診療項目案（詳附件 3，P41-P46）。

說明：

(一)新增「心內超音波」(133,366 點)、「磁振造影使用 Primovist 造影劑加計」(5,686 點)、「神經調控通氣輔助呼吸治療及橫膈膜電位訊號監測（一天）」(3,712 點) 及「單側肋骨骨折復位手術—1-3 根/4-6 根/7 根以上」(17,317 點/28,810 點/40,270 點)、「胸腔鏡單側肋骨骨折復位手術—1-3 根/4-6 根/7 根以上」(25,994 點/37,746 點/49,204 點)。

(二)修訂 74207C「經直腸大腸息肉切除術」、49027C「大腸息肉切除術—1-3 顆」。另併同新增「大腸息肉切除術—4-9 顆/10 顆以上」(3,304 點/6,304 點) 及刪除 49014C「大腸鏡息肉切除術」。

(三)修訂 33126B「經皮椎體成形術(第一節)」等 9 項診療項目支付規範。

決定：

(一)與會代表建議「心內超音波」之心內超音波導管另依流程研議採特材給付，爰本項扣除醫材費用，訂定支付點數 8,385 點。

(二)「單側肋骨骨折復位手術—1-3 根/4-6 根/7 根以上」、「胸腔鏡單側肋骨骨折復位手術—1-3 根/4-6 根/7 根以上」，與會代表建議就 1-3 根肋骨骨折執行手術及本案支付點數之合宜性再研議，爰暫保留；另因前述項目未通過，67003B「胸骨或肋骨骨折開放復位手術」無須配合修訂支付規範。

(三)考量 49027C「大腸息肉切除術—1-3 顆」具降低病人罹患大腸癌風險等效益，維持原支付點數 2,520 點。

(四)餘照案通過。

二、有關調整轉診支付標準申報及獎勵方式案。

決定：因時間因素，保留至下次會議討論。

伍、臨時提案：

一、修訂「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」案。

決定：因時間因素，保留至下次會議報告。

二、113 年度全民健康保險其他預算「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」專款運用方式（**提健保會之強化醫院夜班護理照護量能方案詳附件 4，P47-P50**）。

說明：台灣醫院協會及護理全聯會於會上提出專款運用方案：

(一) 甲案：依各醫院執登護理人員數分配本案獎勵金，續由醫院自行依護理全聯會訂定之權重分配並撥付予護理人員。

(二) 乙案：由本署依護理全聯會訂定之權重，計算各權重可分配之獎勵金額度，續由醫院依獲配之獎勵金撥付予護理人員。

決定：請台灣醫院協會及護理全聯會提出按不同單位別及班別相對權重之共識方案，本署協助試算本案獎勵金發放額度。本案併代表意見續提健保會確認。

三、修訂全民健康保險遠距醫療給付計畫案。

決定：因時間因素，保留至下次會議討論。

陸、散會：下午 6 時 24 分

叁、報告事項

報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：歷次會議決議事項辦理情形。

說明：擬解除列管計 15 項，繼續列管計 5 項。

序號	編號	會議時間	案由	決議（結論）事項	辦理單位	辦理情形		列管建議 刪除 繼續 列管
						刪除	繼續 列管	
1	112-3 討 1	112.9.14	增修「遊戲式聽力檢查」等 29 項診療項目案。	113 年第一次會議決定： 同意修訂 33143B「急性缺血性腦中風機械取栓術」支付規範，並依代表建議於執行一段期間後，由本署委託相關專業團體進行醫療科技再評估(HTR)，俟 113 年 HTR 委辦案啟動後，將提報選題會議研議納入 113 年進行醫療科技再評估。 (112.9 決議、112.12 決定、113.1 決定)	健保署醫管組	已將「急性缺血性腦中風機械取栓術及急性缺血性腦中風處置費(含溶栓)」納入 113 年 HTR 項目，委辦將於 113 年 3 月 26 日開標。		✓
2	112-4 報 3	112.12.14	有關臺中榮民總醫院(下稱臺中榮總)提供「急診病人留置急診室超過 24 小時比率」顯著下降之相關執行策略案。	112 年第四次會議決定： 洽悉，另考量造成急診病人滯留因素複雜，本會代表建議解決急診壅塞方法(如：列入分區共管方案、統一簽床及 AI 管理病床、病床透明公開化供民眾參考、訂定獎勵辦法等)，納入本署醫院總額研商議事會議討論參考，並研擬具體方案及改善策略，於 113 年度第 2 次本會議報告。	健保署醫管組	本案經提 113 年第 1 次醫院總額研商議事會議報告，決議考量各分區業務組急診壅塞情形不盡相同，請各分區就轄區急診壅塞進行分析，並邀請醫院及急診醫學會共同討論，提出具體改善方案，續併入急診品質提升方案研修會議討論，再提至本會議討論。		✓
3	112-4 報 5	112.12.14	修訂「雙能量 X 光骨質密度檢查」、「經內視鏡施行食道擴張術」及「經尿道攝護腺切除術」診療項目案	112 年第四次會議決定： 洽悉。	健保署醫管組	衛生福利部業於 113 年 2 月 27 日公告，自 113 年 3 月 1 日起施行。		✓
4	112-4 報 6	112.12.14	修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準「未通過區域醫院評鑑之地區醫院支付適用表別」案。	112 年第四次會議決定： 洽悉。另代表建議： 1.建議釐清若隔年不符「申請區域醫院評鑑」資格者之評鑑認定及層級別劃分事宜，並建議將現行醫院評鑑等級以病床數進一步細分，如將未滿 50 床之地區醫院增列為「社區醫院」，將函送醫事司研議參考。 2.地區醫院病床數規模差距懸殊，是否都適用相同加成原則，應重新檢討，請再提本署醫院總額研商議事會議討論。	健保署醫管組	1.本署業於 113 年 1 月 22 日以健保醫字第 1130660100 號函請衛生福利部醫事司就「應申請區域醫院評鑑之地區醫院，如經評鑑不符合區域醫院之後續評鑑資格認定及層級別劃分」案提供相關說明。 2.醫事司 113 年 2 月 27 日回復說明如下： (1)查衛生福利部 112 年度醫院評鑑及教學醫院評鑑作業程序略		✓

序號	編號	會議時間	案由	決議（結論）事項	辦理單位	辦理情形	列管建議
							解除列管
						<p>以，醫院有下列情形者應申請區域醫院評鑑：</p> <ul style="list-style-type: none"> i. 急性一般病床登記許可床數 250 床以上，但有下列情形之一者不在此限： <ul style="list-style-type: none"> (i). 評鑑前 4 年，平均每月申報全民健康保險醫療服務點數 1 億點以下者。 (ii). 首次申請評鑑之新設立醫院。 ii. 急性一般病床登記許可床數 249 床以下，且評鑑前 4 年，平均每月申報全民健康保險醫療服務點數 2 億點以上者。 <p>(2) 如是類醫院之評鑑成績核算未達「區域醫院」評鑑合格基準，則以「地區醫院」層級需達成項目，重新核算成績。達地區醫院合格基準者，核予評鑑合格效期 1 年，該院隔年需再次申請醫院評鑑，以延續評鑑合格效期，並依前述「應申請區域醫院評鑑」標準判定，該院是否應申請區域醫院評鑑。</p> <p>(3) 另有關「將現行醫院評鑑等級以病床數進一步細分（如未滿 50 床之地區醫院，增列為社區醫院）」部分，衛福部將錄案研議，並請財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會協助辦理。</p> <p>3. 本署考量醫事司已訂定「應申請區域醫院評鑑之地區醫院」須符合之條件（包含登記許可床數及醫療服務申報點數），且亦將前次會議代表建議列入後續研議事項，爰本署將配合相關規範辦理醫院特約類別之認定。</p>	繼續列管

序號	編號	會議時間	案由	決議(結論)事項	辦理單位	辦理情形	列管建議
							解除列管
5	112-4 報 7	112.12.14	修訂 113 年「全民健康保險癌症治療品質改善計畫」案。	112 年第四次會議決定： 洽悉，另請本署與國健署研擬本計畫朝向免申報醫令代碼進行規劃，以簡化行政流程。	健保署醫管組	1. 本計畫業於 113 年 1 月 24 日健保醫字第 1130101605 號公告修正並自 113 年 1 月 1 日實施。 2. 本署與國健署於 113 年 2 月 1 日召開「全民健康保險癌症治療品質改善計畫」費用核付共識會議，討論免申報醫令代碼之可行性，會議決議為因同一個案於「癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統」可能有多筆不同院所的上傳資料，無法確認篩檢與確診資料是否為相對應資料，爰國健署建議維持申報醫令代碼，以利資料勾稽比對。	✓
6	112-4 報 8	112.12.14	增修訂牙醫支付標準及 4 項牙醫專款計畫案。	113 年第一次會議決定： 1. 通則五「高齡患者根管治療難症處理」得加計百分之三十放宽至 65 歲(含)以上、特定疾病病人牙科就醫安全計畫、牙醫特殊醫療服務計畫、高風險疾病口腔照護計畫，俟提報 113 年 1 月 24 日全民健康保險會第 6 屆 113 年第 1 次委員會議同意後依該會議結論辦理修訂程序。 2. 12-18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫，將依程序提報衛生福利部，俟核定後本署公告實施。 3. 其餘支付標準項目刻正辦理支付標準部分診療項目修正草案預告。 4. 修正 112 年第 4 次本會議會議紀錄，增列護理全聯會代表建議「牙特計畫可擴大服務場域，將有需求之護理之家納入」之發言重點。 (112.12 決定、113.1 決定)	健保署醫管組	1. 有關「牙醫特殊醫療服務計畫」、「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」及「牙醫支付標準通則五『高齡根管治療難症處理』」加放寬至 65 歲(含)以上分別於 113 年 2 月 26 日、同年 3 月 4 日及同年 3 月 8 日提報衛生福利部，俟核定後公告實施。 2. 「高風險疾病口腔照護計畫」業於 113 年 3 月 12 日健保醫字第 1130104547 號公告修正並溯至 113 年 1 月 1 日適用，其中給付項目部分自同年 3 月 1 日起適用。 3. 「12-18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」，本署業以 113 年 2 月 2 日以健保醫字第 1130660450 號公告在案。 4. 有關護理全聯會建議「牙特計畫可擴大服務場域，將有需求之護理之家納入」一節，本署於 113 年 2 月 7 日函請牙全會、照護司及長照司評估需求，各單位辦理	✓

序號	編號	會議時間	案由	決議（結論）事項	辦理單位	辦理情形	列管建議
							解除列管
						<p>情形如下，本署將持續追蹤：</p> <p>(1)牙全會：將在不排擠現行計畫之服務對象下，評估可行性及研議相關規範。</p> <p>(2)照護司：於 113 年 2 月 17 日行文調查各縣市主管機關，調查所轄護理之家之設備及住民需求，並於調查完成後，評估需求提報名單予本署。</p> <p>(3)長照司：將協助了解長照機構之需求。</p>	
7	112-4 報 9	112.12.14	「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」修訂案。	<p>113 年第一次會議決定：</p> <p>1. 會後函請法務部矯正署協助事項如下：</p> <p>(1) 於矯正機關內門診診療服務時，請矯正機關一併提供照相器材，以符合疥瘡口服藥開立規定。</p> <p>(2) 於矯正機關內門診診療服務時，請由戒護人員從旁提供協助，確保醫事人員人身安全。</p> <p>(3) 請積極改善矯正機關相關公共衛生措施，以減少疥瘡擴散與傳染。</p> <p>2. 上述函請法務部矯正署協助事項，請於下次辦理情形說明本署發函日期、文號及法務部矯正署回復之內容。 (112.12 決定、113.1 決定)</p>	健保署醫管組	<p>1. 本署業於 112 年 12 月 26 日以健保醫字第 1120665451A 號函請法務部矯正署協助提供照相器材、戒護人員從旁提供協助與改善矯正機關相關公共衛生措施。</p> <p>2. 法務部矯正署於 112 年 12 月 28 日以法矯署醫字第 11201977690 號函轉其所屬各機關矯正計畫自 113 年 1 月 1 日起放寬疥瘡口服用藥規定並請協助提供照相器材及維護醫事人員安全、持續落實疥瘡感染管制措施與改善衛生環境，俾利提升疥瘡防治成效，副知本署。</p> <p>3. 另本署業於 113 年 1 月 30 日健保醫字第 1130660407 號函，再次請法務部矯正署回復有關本署請其協助提供特約醫事服務機構至矯正機關提供照相器材、現場戒護與落實疥瘡防治之辦理情形。</p> <p>4. 法務部矯正署於 113 年 2 月 23 日以法矯署醫決字第 11301457260 號函復，說明如下：</p> <p>(1) 經查矯正署所屬矯正機關均於門診時，協助提供照相器材，俾利醫師依相關規定開立疥瘡口服藥。</p>	✓

序號	編號	會議時間	案由	決議（結論）事項	辦理單位	辦理情形	列管建議
							解除列管
						(2)矯正署所屬矯正機關均依「全民健康保險提供矯正機關醫療服務作業須知」管理篇第七點及九點規定，協助現場戒護，以維護醫事人員安全。 (3)為提升濟瘡防治效能，矯正署督導所屬矯正機關參酌貴署與貴部疾病管制署所提供之濟瘡衛教資料及感染管制措施，並落實矯正署「健康監獄推動及實踐計畫」規劃相關促進措施及編列預算購置所需醫療設備，以維護收容人健康。	
8	112-4 報 10	112.12.14	修訂提升心肺疾病照護品質計畫之品質獎勵條件案。	113年第一次會議決定： 本計畫名稱參照總額公告之專款名稱，增訂復健文字，修訂為全民健康保險西醫基層提升心肺疾病復健照護品質計畫。 (112.12 決定、113.1 決定)	健保署醫管組	本署業於113年1月24日以健保醫字第1130101167號函公告，自113年1月1日起施行。	✓
9	112-4 討 1	112.12.14	增修「冠狀動脈旋磨斑塊切除術」等10項診療項目案。	112年第四次會議決議： 通過。	健保署醫管組	衛生福利部業於113年2月27日公告，自113年3月1日起施行。	✓
10	112-4 討 2	112.12.14	新增112年全民健康保險醫院及西醫基層總額「配合醫療器材使用規範，單次使用醫材點數調整」計畫。	113年第一次會議決議： 依本計畫完成單次使用醫材成本補貼後，將補貼結果提至本會議報告。 (112.12 決定、113.1 決定)	健保署醫管組	刻正計算補貼費用，將於113年3月31日前完成過帳作業。	✓
11	113-1 報 2	113.1.16	修訂113年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時程案。	113年第一次會議決議： 113年第2次本會議日期修訂至113年3月21日，其餘日期依議程所列。	健保署醫管組	113年會議時間業經會議確認。	✓
12	113-1 報 3	113.1.16	修訂「白血病即時定量聚合酶連鎖反應法」、「All-RAS 基因突	113年第一次會議決議： 本署續就「體外診斷醫療器材(IVD)是否比照實驗室開發檢測(LDTs)訂定支付規範」與相關學會討論並凝聚共識後再提會，本案暫保留。	健保署醫管組	業於113年2月5日召開溝通會議凝聚學會共識，提至本次會議討論案第2案，於討論後解除追蹤。	✓

序號	編號	會議時間	案由	決議(結論)事項	辦理單位	辦理情形	列管建議
							解除列管
			變分析」診療項目案。				
13	113-1 報 4	113.1.16	修訂西醫基層門診診察費案。	113年第一次會議決議： 洽悉。	健保署醫管組	業於113年3月8日提報衛生福利部，俟部核定後公告實施。	✓
14	113-1 報 5	113.1.16	修訂鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫案。	113年第一次會議決議： 1. 為避免本計畫柒、一、(二)「院所重新收治腹膜透析病人之院所開辦腹膜透析獎勵費」獎勵條件(1)「前一年」認定有疑義，爰修正為「已設立腹膜透析室/中心，於111年7月4日至參與本計畫起始日前皆未收治腹膜透析病人」。 2. 本計畫P8108C「腹膜透析病人訪視費-視訊訪視」依通訊診察治療辦法辦理。 3. 餘洽悉。	健保署醫管組	本署業於113年3月18日以健保醫字第1130105256號函公告，自113年1月1日起施行。	✓
15	113-1 報 6	113.1.16	修訂「全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫」案。	113年第一次會議決議： 本署就本計畫收案條件，與相關團體討論並凝聚共識後再議，本案暫保留。	健保署醫管組	1. 本署業於113年2月27日與中華民國藥師公會全聯會、中華民國醫師公會全聯會及台灣醫院協會召開討論會議。 2. 上述會議決議及修訂草案提至本次會議報告案第10案，於報告後解除追蹤。	✓
16	113-1 討 1	113.1.16	增修「心內超音波」等23項診療項目案。	113年第一次會議決議： 1. 與會代表建議「心內超音波」之心內超音波導管另依流程研議採特材給付，爰本項扣除醫材費用，訂定支付點數8,385點。 2. 「單側肋骨骨折復位手術—1-3根/4-6根/7根以上」、「胸腔鏡單側肋骨骨折復位手術—1-3根/4-6根/7根以上」，與會代表建議就1-3根肋骨骨折執行手術及本案支付點數之合宜性再研議，爰暫保留；另因前述項目未通過，67003B「胸骨或肋骨骨折開放復位手術」無須配合修訂支付規範。 3. 考量49027C「大腸息肉切除術—1-3顆」具降低病人罹患大腸癌風險等效益，維持原支付點數2,520點。 4. 餘照案通過。	健保署醫管組	業於113年3月8日提報衛生福利部，俟部核定後公告實施。	✓

序號	編號	會議時間	案由	決議（結論）事項	辦理單位	辦理情形	列管建議
							解除 繼續 列管
17	112-4 報 11	112.12.14	修訂轉診支付標準案。	112 年第四次會議決定： 為增加轉診人員執行誘因及持續監測執行成效： 1. 轉診支付規範明訂表定點數內含 50% 轉診相關人力成本。 2. 區域醫院接受下轉之加算一致調升 150 點。 3. 建立上轉案件 3 個月及 6 個月回轉率為監測指標，並請本署各分區業務組評估納入共管方案，並列入本署定期監測指標。	健保署醫管組	1. 考量中華民國醫師公會全國聯合會代表前於 113 年 1 月 11 日全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商會議事會表示，部分偏鄉醫療院所可能因設備問題致無法使用本署電子轉診平台，如僅限使用電子轉診平台之案件得獎勵恐有失公平。 2. 考量前開建議須再研議，爰本署於 113 年 2 月 16 日報請衛生福利部之核定函敘明理由，暫保留本案。	✓
	113-1 討 2	113.1.16	有關調整轉診支付標準申請報及獎勵方式案。	113 年第一次會議決議： 因時間因素，保留至下次會議討論。			
18	113-1 臨 1	113.1.16	修訂「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」案。	113 年第一次會議決議： 因時間因素，保留至下次會議討論。	健保署醫管組	提至本次會議報告案第 9 案，於報告後解除追蹤。	✓
19	113-1 臨 2	113.1.16	113 年度全民健康保險其他預算「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」專款運用方式。	113 年第一次會議決議： 請台灣醫院協會及護理全聯會提出按不同單位別及班別相對權重之共識方案，本署協助試算本案獎勵金發放額度。本案併代表意見續提健保會確認。	健保署醫管組	本案依 113 年 1 月 24 日衛生福利部全民健康保險會委員會議決議報請衛生福利部核定，並同年月 26 日以健保醫字第 1130660376 號函公告，自 113 年 1 月 1 日起施行。	✓
20	113-1 臨 3	113.1.16	修訂全民健康保險遠距醫療給付計畫案。	113 年第一次會議決議： 因時間因素，保留至下次會議討論。	健保署醫管組	提至本次會議討論案第 4 案，於討論後解除追蹤。	✓

報告事項

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（下稱支付標準）「離島地區住院案件」加成規範案。

說明：

- 一、依據本署 113 年 3 月 6 日、同年月 7 日召開全民健康保險醫療給付費用醫院、西醫基層總額 113 年第 1 次研商議事會議（下稱醫院及西基研商會議）決議（**附件 1，頁次報 2-3~2-4**）辦理。
- 二、金門縣政府為保障離島醫療人權、合理反應離島醫院成本，建議本署修訂支付標準，離島醫院得依表定支付點數加計 20%-30%。
- 三、本案前經本署 113 年 3 月 6 日、同年月 7 日醫院、西基研商會議決議通過，「離島地區住院案件」之醫療服務支付點數得額外加計 30%，以鼓勵離島地區醫療院所強化在地急重症照護量能及品質。另考量支付標準訂有「偏鄉醫院護理費」加成規範，基於不重複獎勵原則，是類案件之加成規範將以「住院案件加計 30%」為限。

四、財務影響評估：

- (一)統計 108 年至 112 年離島醫事服務機構所有住院案件之醫令申報量約 100.7 萬件至 114.5 萬件。

年度	108	109	110	111	112
醫令申報量（萬件）	106.6	110.7	112.1	100.7	114.5
成長率（%）	-	3.88	1.25	-10.15	13.67
108 年至 112 年年平均成長率（%）					1.81

(二) 考量近年離島醫事服務機構住院案件之申報量受疫情影響而有所起伏，爰本署以 112 年醫令申報量及 108 年至 112 年年平均成長率 1.81% 推估，約增加財務支出 1.46 億點，說明如下：

1. 醫院總額：以 112 年所有住院案件支付點數加計 30% 計算(不重複計算偏鄉醫院護理費加成)，約增加財務支出 1.46 億點。
2. 西醫基層總額：統計 112 年「無」西醫基層診所申報住院案件，爰本案不增加西醫基層總額之財務支出。

(單位：百萬點)

總額別	加計 30%	原偏鄉醫院 護理費加成	總計
醫院總額	153.51	-7.67	145.84
西醫基層總額	-	-	-
合計	153.51	-7.67	145.84

註 1：本表係以 112 年所有醫令申報量（含 P 碼）及 108 年至 112 年年平均成長率 1.81% 推估。

註 2：查全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第一章第三節訂有「偏鄉醫院護理費」加成規範，本案與該通則規範不重複獎勵。

(三) 預算來源：113 年醫院總額「促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」項下 26.69 億元支應。

五、為監測離島地區在地急重症照護量能，本署將另訂定離島地區「住院人次」及「轉診後送人次」等指標，俾利觀察本案成效。

六、配合離島住院案件加成，將另案報告 DRG 相關參數調整事宜；另查西醫基層尚無住院案件，爰論病例計酬暫毋需調整。

七、修訂後支付標準如附件 2 (頁次報 2-5~2-6)，將依程序報請衛生福利部核定後公布實施。

決定：

全民健康保險醫療給付費用醫院總額
113 年第 1 次研商議事會議紀錄（草案）

討論事項

第九案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準離島住院案件加成規範案。

決議：本案通過，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。本署將建立「住院人次」及「轉診後送人次」等指標，俾利監測離島地區在地急重症照護量能。

全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 113 年第 1 次研商議事會議紀錄（草案）

討論事項

第二案
組

提案單位：本署醫務管理

案由：修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準離島住院案件加成規範案。

決議：本案通過，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，惟醫師全聯會考量日後可能有離島西醫基層住院案件，建議屆時西醫基層總額應編列相關預算支應。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目 修正規定

第一部 總則

十四、地區醫院週六、週日及國定假日之西醫門診(不含急診)案件，
申報本標準第二部各診療項目（不含第二部第一章第一節門
診診察費），依各該編號項目所訂點數加計百分之三十支付。

十五、離島地區各保險醫事服務機構之住診案件，申報本標準第二部
及第三部各診療項目，依各該編號項目所定點數加計百分之
三十支付。

(下略，標號依序遞延)

第二部 西醫

第一章 基本診療

第三節 病房費

通則：

九、本節註有「護理費加成」項目者，其加成之方式及申報規定：

(一)偏鄉醫院之加成：以下醫院依表定點數加計百分之十五。

1.列於衛生福利部「偏鄉護理菁英計畫公費生管理要點」所定偏鄉地區範圍之醫院，排除僅屬於「衛生福利部公費醫師訓練後服務醫療機構及開業地區」之指定支援山地或離島地區之醫院。

2.符合下列任一項之醫院：

(1)設立於保險人公告之離島山地鄉之醫院；如前述地區未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，屬區域級醫院則須距離最近之醫學中心達三十公里以上者。

(2)設立於全民健保醫療資源不足地區(鄉鎮)之醫院；如前述鄉鎮未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，但排除已設立區域級醫院之鄉鎮。

3.離島地區醫院之加成規範，以本標準第一部總則十五為限。

3.4.符合條件之醫院名單可參閱保險人全球資訊網，網址：www.nhi.gov.tw，資料路徑如下：首頁>健保表單下載>其他>提升住院護理照護品質方案。

(下略)

報告事項

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)3.4 版支付通則暨 113 年 7-12 月適用之相對權重統計結果案。

說明：

- 一、按 Tw-DRGs 支付通則十三規定：各 Tw-DRG 權重（RW）、幾何平均住院日、醫療服務點數上限臨界點、醫療服務點數下限臨界點及標準給付額（SPR），由保險人每半年計算一次，每下半年依前一年度資料計算次年上半年度適用參數；每上半年依前前一年度資料計算當年下半年度適用參數。
- 二、113 年 7-12 月適用參數計算結果說明如下（**計算說明詳附件 1，頁次報 3-3**）：
 - (一)相對權重（RW）計算過程及結果（**附件 2，頁次報 3-4**）：
 1. $RW = \text{「某 Tw-DRGs 平均每人次點數} / \text{全國平均每人次點數}」$ 。
 2. 全國平均每人次點數（57,412）=校正後全國總點數（974 億點）/採計個案（170 萬件）。
 3. 某 DRG 平均每人次點數=各 DRG 總點數/各 DRG 去極值後納入計算個案數。
 4. 經統計，各 DRG 之權重、上限臨界點、下限臨界點及幾何平均住院天數，詳附表 7.3 權重表（**附件 3，頁次報 3-5~3-31**）。
 - (二)標準給付額（SPR）計算過程及結果（**附件 4，頁次報 3-32**）：
 1. $SPR = \text{全國合計點數} / \text{全國總權重} = 1,085 \text{ 億點} / 203 \text{ 萬} = 53,536 \text{ 點}$ 。
 2. 較適用於 113 年 1-6 月 SPR 53,540 點，減少 4 點。

- 三、查 113 年 7 月-12 月適用權重計算結果，1,068 項 DRG 中計有 207 項 DRG 將採核實申報，另採 DRG 包裹支付之 861 項 DRG，相較於 113 年 1 月-6 月適用權重，有 333 項 DRG 權

重增加，178 項 DRG 權重減少，350 項 DRG 權重不變，分析報告如附件 5（頁次報 3-33～3-34）。

- 四、過往配合支付標準修訂之預告及報部等作業時程，例行 Tw-DRG 權重參數計算最遲需提 3 月及 9 月本會議報告，爰當次會議通過之增修支付標準未及納入點數校正，致參數校正落後半年。為使 Tw-DRG 權重能更即時反應支付標準增修，未來規劃調整為由本署每年按 3 月/9 月本會議通過支付標準增修項目進行權重參數校正，並依程序辦理預告及報部作業，並將計算結果提 6 月/12 月本會議報告。
- 五、另配合本署 113 年 3 月 6 日、同年月 7 日醫院及西基研商會議決議，倘報告案第 2 案「離島地區住院案件」醫療服務支付點數得額外加計 30%通過，為使 DRG 案件定額支付點數得反應前述加計規範，爰以 111 年申報資料計算，離島住院案件醫療服務支付點數倘加計 30%，平均每件 DRG 案件定額支付點數約由 5.0 萬點增加至 6.0 萬點，調幅約 18%。查現行 Tw-DRGs 支付定額已訂有山地離島加成(2%)，研擬修訂 Tw-DRGs 支付通則，離島地區得再加成 18% (共 20%) 之規範。
- 六、修訂後支付標準如附件 6（頁次報 3-35～3-36），將報請衛生福利部核定後公告實施。

決定：

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

- 一、採 111 年住院申報資料，並校正基本診療項目，並將 111 年至 113 年新增及修訂支付標準及 112 年特材支付點數調整品項及特材價量調查調整之點數差額串回申報資料後進行統計。與 113 年 1 月-6 月適用版本比較，住院總點數減少 0.18 億點，DRG 範圍減少 0.09 億點。
- 二、該年度符合 DRG 範圍之醫院住院申報資料經歸戶、排除不完整資料及不適用 DRG 範圍資料：
 - (一) 共計 194.6 萬筆，較前一年 199.5 萬筆減少約 4.9 萬筆。
 - (二) 醫療服務點數 1,208 億點，較前一年 1,195 億點增加約 13.27 億點。

113年7-12月適用之權重計算過程

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

一、全國平均每人次點數之計算過程：

適用年度	個案數								計算RW之數據	
	申報資料歸戶	有效資料	不適用 DRG	符合DRG範圍資料	排除資料					
					清檔排除案件	異常轉歸案件	自行要求剖腹產案件	極值案件	納入計算RW個案	校正後全國總點數
	A	B	C	D	a	b	c	d	E=D-a-b-c-d	F
113年7-12月	2,932,733	2,677,101	731,326	1,945,775	110,291	94,609	844	44,225	1,695,806	97,359,255,106
										57,412

註1.「全國平均每人次點數」計算步驟：

(1)申報資料歸戶：113年以111年住院申報資料(已校正111年-113年支付標準調整、112年特材價量調查及特材支付點數調升)，按醫院代碼、病人ID、住院日期、出生日期歸戶，新生兒依附案件歸戶。

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

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

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

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

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

(6)極值案件處理：排除各DRG兩端極端值資料：

A.校正後醫療點數<DRG之2.5百分位值之個案，不納入計算。

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

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

並扣除支付通則六(六)規定之核實申報點數

(7)符合DRG範圍資料：排除支付通則三，不適用DRG範圍之個案。

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

(9)校正後全國總點數：上述納入計算個案之校正後醫療點數。

(10)全國平均每人次點數=校正後全國總點數/納入計算RW個案數。

註2.某Tw-DRG平均每人次點數之計算步驟：

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

註3.資料來源：111年符合DRG範圍之住院申報資料，其中DRG範圍按適用年度之通則規定辦理。

附表 7.3 113 年 7-12 月 3.4 版 1,068 項 Tw-DRGs 權重表

註：

1. 本表每 1 權重之標準給付額(SPR)為 53,536 點，係以一百十一年一至十二月醫院住院符合 DRG 範圍申報資料(已校正一百十一年起支付標準調整及一百十三年特材價格調整及一百十一年特材支付點數調升)及支付通則規定辦理。
2. 無權重者(計七十六項)依支付標準通則採核實申報醫療費用。
3. 註記 * 者(計兩百零七項)為去極值後個案數 < 20 件，依支付標準通則暫以核實申報醫療服務點數。
4. 邏輯註記●者(六十項)為該組 DRG 違反單向邏輯已校正後之權重。
5. 下限臨界點採實際醫療點數之 2.5 百分位計算；上限臨界點為醫療點數之各 DRG90 百分位。
6. DRG513 支付點數以「標準給付額」 \times 「權重」計算，不得加計各項加成或其他另行加計之醫療點數。
7. 資料期間：111.01-12；製表日期 113.3.12。

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
PRE	1	10301	18.7115	*		24	910,134	1,200,761
PRE	2	10302	-	*		-	-	-
PRE	3	48301	2.9656			16	31,884	370,241
PRE	4	48302	2.3281			11	15,053	309,270
PRE	5	48001	25.1093			22	804,116	2,046,544
PRE	6	48002	16.1579	*		22	746,873	1,145,021
PRE	7	48101	8.5482	*	●	24	41,666	830,089
PRE	8	48102	8.5482	*	●	24	329,138	805,011
PRE	9	49501	-	*		-	-	-
PRE	10	49502	-	*		-	-	-
PRE	11	48201	2.6721			12	30,290	323,370
PRE	12	48202	2.5963			11	27,811	360,873
PRE	13	512	13.8228	*		18	674,174	1,113,327
1	1	00201	3.9921			15	65,214	401,500
1	2	00202	2.6574			9	51,899	293,182
1	3	00101	4.6847			12	51,504	509,557
1	4	00102	4.3631			7	46,970	451,000
1	5	00301	4.9722			13	50,354	518,678
1	6	00302	3.5065			9	57,026	370,675
1	7	00401	2.5221			8	37,698	255,718
1	8	00402	1.9840			5	31,480	174,958
1	9	00501	2.7791		●	5	45,085	294,938
1	10	00502	2.7791		●	4	62,282	260,949
1	11	00601	0.3996			2	10,252	39,213
1	12	00602	0.3391			2	10,355	26,898
1	13	00701	-	*		-	-	-

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
1	14	00702	2.0458	*		7	41,497	245,864
1	15	00703	0.9613			4	19,588	114,106
1	16	00704	1.2863			6	17,996	187,370
1	17	008	0.7924			3	16,382	154,175
1	18	00901	0.7212			7	4,498	87,349
1	19	00902	0.4188			4	3,600	44,970
1	20	00903	0.6212			8	6,238	79,160
1	21	00904	0.3484			4	4,136	36,863
1	22	00905	0.6932			6	1,390	82,035
1	23	01001	0.7777			5	6,253	89,387
1	24	01002	0.6950			5	2,973	83,983
1	25	01101	0.5227			3	3,583	54,594
1	26	01102	0.5448			3	4,001	67,979
1	27	01201	0.7881			7	7,771	103,776
1	28	01202	0.8619			7	6,252	100,007
1	29	01203	0.6118			4	5,265	66,063
1	30	01301	0.8129		●	5	16,280	76,592
1	31	01302	0.8129		●	5	6,952	95,847
1	32	01303	0.8991			5	3,352	128,016
1	33	01304	0.7533			4	4,157	95,681
1	34	01401	1.3587			12	12,248	150,707
1	35	01402	0.8475			7	6,909	94,309
1	36	01403	1.1515			9	17,082	139,882
1	37	01404	0.7244			6	12,401	73,254
1	38	01405	1.0422			9	15,904	126,610
1	39	01406	0.6705			6	13,358	65,030
1	40	01501	0.6348			4	12,154	62,225
1	41	01502	0.5505			2	7,138	46,395
1	42	01503	0.6404			5	7,338	80,246
1	43	01504	0.5775			3	7,083	57,031
1	44	01505	0.6001			5	9,745	58,245
1	45	01506	0.4638			4	9,340	40,896
1	46	01601	0.9361			8	8,817	121,268
1	47	01602	0.6479			5	12,727	68,363
1	48	01701	0.5335			5	7,224	57,168
1	49	01702	0.4776			3	4,876	41,058
1	50	018	0.7355			6	5,376	83,569
1	51	019	0.5115			4	3,748	57,288
1	52	02001	1.6579			10	9,237	207,899
1	53	02002	1.1238			7	8,068	136,301
1	54	02003	2.4038			13	13,640	274,754

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
1	55	02004	1.5872			10	13,261	156,592
1	56	02101	1.5292			12	25,831	144,468
1	57	02102	1.1619			11	6,459	114,613
1	58	02103	1.2449			9	14,759	132,201
1	59	02104	1.0265			8	14,099	99,761
1	60	02201	0.6374			6	3,494	75,520
1	61	02202	0.5169	*		4	10,460	53,263
1	62	02301	0.7857			7	7,693	93,167
1	63	02302	0.4766			5	3,689	46,536
1	64	024	0.8645			7	7,946	111,910
1	65	025	0.4496			4	3,196	49,700
1	66	02601	0.5978			4	6,799	81,624
1	67	02602	0.3775			3	4,622	43,434
1	68	02701	0.9451			7	5,796	137,999
1	69	02702	0.4997			5	4,349	65,224
1	70	02801	0.7160			6	5,864	93,812
1	71	02802	0.7809			6	5,121	105,338
1	72	02803	0.3905	*		5	5,927	47,205
1	73	02901	0.4458			4	4,542	51,042
1	74	02902	0.4393			4	4,044	56,195
1	75	02903	0.2759	*		4	4,439	32,983
1	76	03001	-	*		-	-	-
1	77	03002	0.4712			4	3,039	49,261
1	78	03003	0.9275			6	8,354	155,723
1	79	03004	0.4025			4	3,340	54,721
1	80	03005	-	*		-	-	-
1	81	03006	-	*		-	-	-
1	82	031	0.3268			4	3,157	36,391
1	83	032	0.2171			3	2,694	21,867
1	84	03301	0.3063			3	3,378	29,615
1	85	03302	0.1925			3	2,566	21,283
1	86	034	0.7864			6	4,752	103,205
1	87	035	0.4676			3	3,828	52,066
2	1	03701	1.0809			4	26,509	106,081
2	2	03702	0.8946			3	25,945	83,462
2	3	03703	-	*		-	-	-
2	4	03704	1.0085	*		5	38,385	84,941
2	5	03705	0.8278			4	22,156	68,966
2	6	03706	1.5575			6	36,057	148,557
2	7	03707	1.0746			4	32,623	88,760
2	8	04001	0.5969			2	16,333	54,982

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
2	9	04002	0.4333			3	6,308	51,934
2	10	04003	-	*		-	-	-
2	11	04004	0.7506	*		3	31,714	70,273
2	12	04101	0.4534			2	15,540	37,620
2	13	04102	0.4250	*		2	15,470	49,690
2	14	04103	-	*		-	-	-
2	15	04104	-	*		-	-	-
2	16	03601	1.3844			2	38,221	102,411
2	17	03602	0.7820	*		4	15,187	128,823
2	18	04201	1.1012			4	20,431	87,764
2	19	04202	0.4256			2	10,588	35,149
2	20	03901	2.1996			2	40,028	169,881
2	21	03903	0.9580			2	18,477	55,980
2	22	03902	-	*		-	-	-
2	23	03904	0.8933			1	32,494	52,464
2	24	03905	0.4775			1	20,767	28,898
2	25	03906	0.6671	*		2	9,575	59,836
2	26	03801	0.4490	*		2	17,710	35,974
2	27	03802	0.3279	*		2	10,377	35,281
2	28	04301	-	*		-	-	-
2	29	04302	-	*		-	-	-
2	30	04401	0.5633			8	7,941	68,936
2	31	04402	0.3340			6	6,118	41,115
2	32	04501	0.5949			5	7,440	62,251
2	33	04502	0.4772			4	6,102	48,977
2	34	046	0.4276			4	2,784	56,109
2	35	047	0.2962			3	2,279	36,167
2	36	048	0.3449			3	2,641	38,130
3	1	04901	4.5043			11	44,521	509,700
3	2	04902	1.9394			4	29,314	199,571
3	3	06101	0.8197	*		3	15,160	97,081
3	4	06102	0.4087			2	11,289	34,522
3	5	062	0.4478			1	14,271	34,551
3	6	05301	1.0348			3	29,487	93,094
3	7	05302	0.9936			2	31,544	82,213
3	8	05401	1.7493	*		6	38,893	228,833
3	9	05402	1.0361			3	32,461	82,950
3	10	05701	0.8029			4	15,500	48,899
3	11	05702	0.4923			3	10,224	32,399
3	12	058	0.7854			2	23,470	49,073
3	13	052	1.4290			4	36,767	109,607

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
3	14	168	0.8787			4	12,898	90,647
3	15	169	0.6915			2	18,575	57,120
3	16	05601	0.8991	*		4	18,282	71,651
3	17	05602	0.4978			2	19,231	36,031
3	18	05001	1.0858			4	31,803	83,088
3	19	05002	0.9676			3	25,047	73,658
3	20	05101	0.9970	*		7	38,027	78,279
3	21	05102	0.6424			3	19,033	48,768
3	22	05501	3.5336	*		9	36,605	334,892
3	23	05502	2.9904	*		8	51,328	275,421
3	24	05503	0.7503			2	23,846	45,854
3	25	05504	0.6761			2	24,921	41,382
3	26	05505	0.6977			2	17,626	43,617
3	27	05506	0.5228			2	15,749	33,438
3	28	059	0.4848			3	22,233	29,269
3	29	060	0.6078			2	22,012	37,510
3	30	06301	1.5968			5	27,110	163,511
3	31	06302	0.8685			3	21,778	77,393
3	32	06401	0.6913	*	●	3	5,036	81,889
3	33	06402	0.6913		●	2	6,901	98,449
3	34	065	0.3676			4	3,881	36,814
3	35	06601	0.5069			5	4,543	64,440
3	36	06602	0.2470			3	3,113	26,421
3	37	06701	0.7103			6	5,821	106,971
3	38	06702	0.2939			4	6,334	30,767
3	39	068	0.4012			5	4,364	46,476
3	40	069	0.2538			4	3,746	26,777
3	41	070	0.2884			4	6,261	28,045
3	42	071	0.3053			4	5,849	29,631
3	43	072	0.3134			3	3,246	27,233
3	44	07301	0.5493			5	5,140	61,303
3	45	07302	0.4039			4	4,381	38,036
3	46	07401	0.7112			5	9,111	95,415
3	47	07402	0.4124			3	4,222	45,961
3	48	18701	0.4649			5	8,805	46,576
3	49	18702	0.4082			4	7,631	40,309
3	50	18703	0.4753			2	12,729	41,980
3	51	185	0.3702			4	3,698	41,065
3	52	186	0.3039			4	5,676	29,740
4	1	07501	3.3541			11	59,923	357,816
4	2	07502	2.3258			6	55,275	211,805

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
4	3	07503	2.8062			8	62,959	276,950
4	4	07504	2.1570			5	72,054	175,352
4	5	07601	1.6995			9	29,047	269,092
4	6	07602	2.8972			5	73,768	236,404
4	7	07603	1.9528			11	21,544	269,967
4	8	07701	0.8562			4	19,747	105,064
4	9	07702	2.6494			4	98,110	203,991
4	10	07703	0.8972			4	14,363	108,747
4	11	47501	2.5995			14	39,471	279,228
4	12	47502	1.9474			9	23,163	196,944
4	13	07801	1.1077			8	12,195	128,516
4	14	07802	0.8359			6	11,870	89,536
4	15	07901	1.4078			12	15,013	156,224
4	16	07902	1.0504			11	14,495	119,948
4	17	07903	1.2005			12	19,742	133,449
4	18	07904	0.9822			8	9,130	107,919
4	19	07905	0.5444	*		10	7,996	58,991
4	20	08001	1.0754			10	10,327	118,066
4	21	08002	0.6901			8	9,866	73,995
4	22	08003	0.8672			10	13,414	88,703
4	23	08004	0.7198	*		6	5,178	95,899
4	24	08005	-	*		-	-	-
4	25	08101	-	*		-	-	-
4	26	08102	1.6893	*		14	24,575	220,241
4	27	08103	1.0710			7	8,305	147,047
4	28	08104	0.6806			5	7,276	115,427
4	29	08105	0.7872			6	10,917	171,645
4	30	08106	0.3790			4	7,989	41,109
4	31	08107	-	*		-	-	-
4	32	08108	-	*		-	-	-
4	33	08109	-	*		-	-	-
4	34	082	0.4807			2	3,683	55,730
4	35	08301	0.5200			6	3,809	67,904
4	36	08302	0.4071			5	5,070	48,893
4	37	08303	-	*		-	-	-
4	38	08401	0.2956	*		4	4,087	38,841
4	39	08402	0.2420			4	3,698	23,903
4	40	08403	-	*		-	-	-
4	41	085	0.8709			8	9,726	101,912
4	42	086	0.6001			5	7,500	61,829
4	43	08701	1.4806			12	16,977	162,081

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
4	44	08702	0.6509			5	4,463	87,392
4	45	08703	0.7236			6	6,889	90,896
4	46	08704	0.4840			5	3,557	50,077
4	47	08801	0.7212			8	10,243	82,025
4	48	08802	0.4987			6	7,915	51,115
4	49	089	0.9029			9	12,602	102,023
4	50	090	0.5903			7	8,281	64,139
4	51	09101	0.4019			4	8,641	39,052
4	52	09102	0.3188			4	7,654	29,356
4	53	092	0.6704			5	4,004	91,352
4	54	093	0.4568			3	2,908	59,502
4	55	094	0.4677			5	5,081	60,534
4	56	095	0.2834			4	3,688	31,345
4	57	09601	0.5926			7	8,239	63,848
4	58	09602	0.4925			6	7,616	54,549
4	59	09701	0.4014			5	3,970	42,280
4	60	09702	0.2873			4	3,842	27,517
4	61	09801	0.3650			4	7,765	37,074
4	62	09802	0.2750			3	4,928	26,815
4	63	09803	0.4426			5	8,051	48,344
4	64	09804	0.3573			4	7,177	37,562
4	65	09901	0.3532	*		4	2,750	38,263
4	66	09902	0.5276			5	8,011	64,664
4	67	09903	0.5735			5	7,413	66,982
4	68	10001	0.2764			2	4,377	30,447
4	69	10002	0.3669			3	3,652	37,313
4	70	10003	0.3302			3	3,701	34,288
4	71	10101	0.4992			4	4,085	67,314
4	72	10102	0.6708			6	5,361	95,661
4	73	10103	0.3862			4	4,163	53,443
4	74	10104	-	*		-	-	-
4	75	10105	-	*		-	-	-
4	76	10106	0.7473			5	5,857	93,380
4	77	10201	0.2910			2	3,468	31,679
4	78	10202	0.5059			3	3,859	66,232
4	79	10203	0.2999			3	4,562	29,210
4	80	10204	-	*		-	-	-
4	81	10205	-	*		-	-	-
4	82	10206	0.4245			2	3,059	49,705
5	1	10401	8.9965			16	326,410	578,366
5	2	10402	10.9433			18	475,757	782,165

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	3	10403	9.9204	*		15	450,695	582,882
5	4	10409	8.2395			16	363,702	522,030
5	5	10410	7.3711			15	303,713	469,265
5	6	10404	6.8655			14	178,345	484,597
5	7	10405	-	*		-	-	-
5	8	10406	-	*		-	-	-
5	9	10407	7.7551			10	131,526	744,933
5	10	10408	5.4550			6	58,886	671,852
5	11	10501	8.8628			13	276,978	603,323
5	12	10502	11.2473	*		17	508,534	837,363
5	13	10503	9.1152	*		11	431,278	540,451
5	14	10509	7.5513	*		13	347,589	467,790
5	15	10510	7.1597			13	173,321	460,286
5	16	10504	5.9447			12	162,959	381,414
5	17	10505	24.1938	*		22	673,075	1,100,364
5	18	10506	-	*		-	-	-
5	19	10507	4.6253			7	45,190	637,388
5	20	10508	3.3394			4	24,472	593,697
5	21	10801	10.2841			11	205,993	674,930
5	22	10802	6.6329			3	117,772	408,309
5	23	10601	8.7112	*		15	472,037	1,077,746
5	24	10602	-	*		-	-	-
5	25	10603	9.5015		●	15	323,083	664,032
5	26	10604	9.5015	*	●	15	352,871	691,856
5	27	10701	8.0743			17	320,313	521,423
5	28	10901	7.5722			14	285,702	470,988
5	29	10702	7.1852			14	258,596	463,709
5	30	10902	6.3231			11	204,345	413,062
5	31	11001	10.8916			17	312,695	699,327
5	32	11005	5.6009			5	21,985	332,738
5	33	11002	3.3152		●	8	15,641	206,647
5	34	11006	2.7001	*	●	2	60,365	143,961
5	35	11003	5.2566		●	7	26,943	374,218
5	36	11004	7.3287	*	●	14	150,155	406,246
5	37	11101	8.8367			15	212,379	674,700
5	38	11105	4.3281	*		11	56,102	301,949
5	39	11102	3.3152		●	3	9,311	227,494
5	40	11106	2.7001		●	2	71,384	173,974
5	41	11103	5.2566		●	5	51,147	368,498
5	42	11104	7.3287	*	●	14	499,053	640,790
5	43	11301	1.9044		●	11	36,538	128,916

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	44	11302	1.9044		●	11	39,432	190,378
5	45	11501	4.9358		●	6	18,263	423,348
5	46	11502	4.9358		●	5	18,221	398,478
5	47	11601	2.3256			3	88,832	191,122
5	48	11602	3.2539			3	109,077	276,203
5	49	11603	3.1398			4	126,109	230,916
5	50	11604	2.4829			4	93,813	193,946
5	51	11605	5.2928			5	117,663	474,292
5	52	47801	4.3599			8	78,841	340,572
5	53	47802	1.5137		●	4	23,804	104,438
5	54	47803	2.0155			4	29,548	143,519
5	55	47804	3.8692			5	50,103	405,679
5	56	47901	3.4009			6	67,444	211,878
5	57	47902	1.5137		●	4	23,301	116,662
5	58	47903	1.8644			3	30,756	113,367
5	59	47904	2.5318			3	38,469	274,925
5	60	11201	3.3895			3	85,767	237,780
5	61	11202	2.4616			2	73,996	165,249
5	62	11203	3.1733			3	114,050	207,252
5	63	11205	3.9604			3	125,419	255,458
5	64	11206	2.9273			2	99,927	178,358
5	65	11204	1.6620			2	17,077	96,797
5	66	11401	1.1394			7	21,192	82,473
5	67	11402	0.7530			5	17,627	53,668
5	68	11801	2.4595			2	109,844	143,383
5	69	11802	2.1784			2	109,266	127,404
5	70	11803	1.9885			3	78,151	121,369
5	71	11804	1.7286			2	68,559	105,941
5	72	11701	1.6667			4	15,564	105,026
5	73	11702	0.8829	*		3	15,299	82,420
5	74	11901	0.6592			2	21,131	39,334
5	75	11902	0.5321			2	16,820	33,101
5	76	12001	1.3976			9	19,216	98,744
5	77	12002	1.0106			5	15,170	63,037
5	78	12101	1.4376			5	27,791	100,140
5	79	12102	1.4440			7	13,231	87,739
5	80	12201	1.0439			3	22,888	69,832
5	81	12202	1.8184			5	8,502	109,562
5	82	12301	-	*		-	-	-
5	83	12302	-	*		-	-	-
5	84	124	1.0470			3	21,069	66,744

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	85	125	0.7161			2	20,472	43,018
5	86	126	1.4068			16	13,658	144,274
5	87	12701	-	*		-	-	-
5	88	12702	0.7017			7	9,111	82,809
5	89	12801	0.9615			6	9,054	67,522
5	90	12802	0.9501	*		5	11,169	73,617
5	91	129	2.5019			8	21,595	139,113
5	92	13001	1.2340			7	10,218	98,858
5	93	13002	0.9922			5	7,382	69,833
5	94	13101	0.8509			4	8,587	57,285
5	95	13102	0.7716			4	4,065	48,831
5	96	132	0.5249			4	4,398	34,722
5	97	133	0.3757			3	3,346	26,119
5	98	13401	0.5667			5	6,765	40,970
5	99	13402	0.4099			3	3,553	30,890
5	100	135	0.6863			4	5,266	50,393
5	101	136	0.4113			3	3,842	26,972
5	102	13701	3.5584			3	5,180	278,488
5	103	13702	2.1872			2	4,845	182,579
5	104	13801	2.1873			8	15,537	226,735
5	105	13802	0.6926			4	6,725	42,811
5	106	13803	0.6149			4	6,973	41,813
5	107	13804	1.2849			7	27,459	78,916
5	108	13805	1.1884			6	27,569	70,536
5	109	13901	0.6748	*		3	26,902	46,968
5	110	13902	0.5404			3	4,324	38,806
5	111	13903	0.4032			3	5,083	27,947
5	112	13904	0.9405			4	19,443	59,674
5	113	13905	0.7958			5	13,572	59,601
5	114	14001	0.5710			4	6,539	39,680
5	115	14002	0.3948			3	3,871	27,489
5	116	141	0.5745			4	7,534	38,172
5	117	142	0.4563			3	5,522	31,267
5	118	143	0.3908			3	3,881	25,846
5	119	14401	0.8601			4	6,066	59,839
5	120	14402	0.9278			5	9,349	68,671
5	121	14403	0.6036			5	6,725	42,533
5	122	14501	0.7632			3	4,134	61,277
5	123	14502	0.6782			3	6,478	50,096
5	124	14503	0.4246			3	5,212	30,891
6	1	15401	6.6520	*	●	19	142,630	644,455

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
6	2	15402	3.1294			12	28,547	342,419
6	3	15403	2.0393			9	11,795	199,383
6	4	15404	3.0054			13	47,262	320,539
6	5	15501	6.6520	*	●	16	122,147	543,093
6	6	15502	0.9529			3	24,746	107,494
6	7	15503	1.3241			6	29,902	140,421
6	8	15504	1.9208			7	29,901	187,771
6	9	15601	-	*		-	-	-
6	10	15602	-	*		-	-	-
6	11	15603	3.3026	*		12	38,959	311,366
6	12	15604	1.8960	*		7	27,774	201,131
6	13	15605	8.6560	*		20	122,710	557,738
6	14	15606	1.1975	*		4	69,005	374,408
6	15	15607	2.3573			9	26,516	234,607
6	16	15608	1.6180			7	38,347	216,765
6	17	14801	2.6854			12	40,577	284,848
6	18	14802	3.0935			16	42,658	422,692
6	19	14803	-	*		-	-	-
6	20	14804	1.3474	*		6	15,399	157,294
6	21	14805	1.8566			10	36,109	240,597
6	22	14901	2.4159			10	44,780	195,836
6	23	14902	2.8370	*		11	29,573	377,472
6	24	14903	-	*		-	-	-
6	25	14904	0.9996			5	27,096	136,967
6	26	14905	1.7479			8	13,706	179,598
6	27	14601	0.7609			3	21,602	92,297
6	28	14602	1.6500	*		4	26,541	267,626
6	29	14701	0.6398			2	20,634	59,921
6	30	14702	0.6311			2	20,917	105,685
6	31	150	2.3076			10	56,628	247,550
6	32	151	1.4698			5	45,875	121,592
6	33	16401	1.3211			5	44,456	80,729
6	34	16501	1.0616			3	40,201	66,614
6	35	16402	1.3665			6	39,313	81,757
6	36	16502	0.9608			5	34,418	60,496
6	37	16601	1.0747			3	41,184	65,920
6	38	16701	0.9106			2	38,578	56,172
6	39	16602	0.9528			4	32,740	56,388
6	40	16702	0.7685			3	29,571	46,022
6	41	152	1.0871			6	16,568	154,951
6	42	153	0.5843			3	13,590	83,100

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
6	43	15701	0.7112			3	9,882	44,894
6	44	15702	0.5678			2	19,204	33,565
6	45	15801	0.4700			3	9,229	27,731
6	46	15802	0.4649			2	17,396	27,358
6	47	16101	1.0288			3	38,020	61,902
6	48	16201	0.8110			2	34,911	50,619
6	49	16102	0.7381			2	27,769	45,161
6	50	16202	0.5733			2	22,651	34,700
6	51	159	1.1615			4	34,490	70,415
6	52	160	0.8136			3	30,889	50,053
6	53	16301	-	*		-	-	-
6	54	16302	2.5192	*		6	87,552	161,980
6	55	16303	9.0139			3	55,498	583,191
6	56	16304	5.6582			2	37,921	380,610
6	57	16305	4.3180			2	29,481	314,236
6	58	16306	2.0167			1	27,491	154,681
6	59	170	1.6198			7	23,208	162,570
6	60	171	0.8871			2	18,819	76,390
6	61	17201	0.7575		●	5	11,261	86,364
6	62	17202	0.6163			4	8,746	70,244
6	63	17203	0.6488			4	6,527	76,159
6	64	17301	0.7575		●	4	7,241	143,149
6	65	17302	0.4480			3	8,180	47,796
6	66	17303	0.4180			3	3,920	42,424
6	67	17401	0.9929			7	10,056	102,696
6	68	17402	-	*		-	-	-
6	69	17403	0.6985			6	8,020	84,825
6	70	17404	0.6466			6	8,203	79,401
6	71	17501	0.7042			5	7,795	69,498
6	72	17502	-	*		-	-	-
6	73	17503	0.4049			4	5,189	42,647
6	74	17504	0.3940			4	6,092	39,712
6	75	17601	1.1056			9	9,434	144,358
6	76	17602	0.6961			7	8,579	83,669
6	77	17603	0.6424			6	7,801	76,129
6	78	17604	0.5666			4	6,257	84,594
6	79	177	0.5101			5	7,292	53,765
6	80	178	0.3447			4	5,456	33,724
6	81	17901	0.5519			3	3,634	71,708
6	82	17902	0.7539			6	4,754	94,544
6	83	17903	0.4884			3	3,061	61,892

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
6	84	180	0.5017			6	6,116	57,715
6	85	181	0.3153			4	4,494	32,178
6	86	182	0.4671			5	5,815	52,871
6	87	183	0.2978			4	4,625	30,123
6	88	18401	0.3512			4	6,680	35,662
6	89	18402	0.2547			3	5,069	25,128
6	90	18801	1.3008		●	10	10,862	145,948
6	91	18802	0.5121			5	5,183	61,190
6	92	18803	0.6056	*		5	9,438	68,744
6	93	18804	0.7374			6	7,118	84,569
6	94	18805	0.6152			6	7,192	75,711
6	95	18901	1.3008	*	●	10	36,240	198,129
6	96	18902	0.3017			3	3,073	32,752
6	97	18903	0.5446	*		3	9,233	51,002
6	98	18904	0.5465			5	8,440	52,328
6	99	18905	0.3668			3	4,129	36,426
6	100	19001	-	*		-	-	-
6	101	19002	-	*		-	-	-
6	102	19003	0.4537			3	9,225	57,800
6	103	19004	0.4364			3	8,140	53,298
6	104	19005	-	*		-	-	-
6	105	19006	0.2776	*		7	7,844	16,593
6	106	19007	0.6247	*		2	12,479	67,653
6	107	19008	0.5549	*		3	8,795	78,070
6	108	19009	0.6519			5	7,359	97,372
6	109	19010	0.3623			3	3,961	41,240
7	1	191	3.0568		●	10	22,169	277,296
7	2	192	3.0568		●	8	46,742	268,643
7	3	195	2.8820			12	82,566	266,326
7	4	196	2.2313			9	63,366	188,799
7	5	197	2.1855			11	52,409	223,253
7	6	198	1.5047			8	46,256	145,711
7	7	49301	2.4296			8	84,356	158,492
7	8	49401	2.0866			6	63,634	135,778
7	9	49302	1.3907			4	43,551	83,737
7	10	49402	1.1240			3	42,684	65,939
7	11	193	1.4883			7	25,877	154,046
7	12	194	0.9325			5	20,473	88,305
7	13	199	-	*		-	-	-
7	14	20001	1.3715			7	14,899	165,049
7	15	20002	0.7279			5	10,023	95,174

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
7	16	20101	2.0241			7	39,051	214,497
7	17	20102	1.3169			4	46,093	100,154
7	18	20201	0.7802			6	7,884	98,760
7	19	20202	0.4096			5	5,480	47,323
7	20	20301	1.5314	*	●	6	15,769	177,229
7	21	20302	1.5314	*	●	6	31,768	105,132
7	22	20401	0.5167			5	6,485	61,926
7	23	20402	1.0322			6	6,799	95,813
7	24	20403	0.4883	*		5	6,102	73,500
7	25	205	0.7463			7	7,326	97,144
7	26	206	0.4933			5	5,377	60,541
7	27	207	0.9785			6	8,529	101,232
7	28	208	0.6643			4	4,765	77,110
8	1	47101	3.7301			7	118,863	228,113
8	2	47102	3.3722			4	165,211	195,047
8	3	47103	3.9840			5	160,455	231,945
8	4	21701	1.9557			8	29,774	124,719
8	5	21702	1.2124			4	21,495	79,399
8	6	21703	2.0533			10	22,910	134,167
8	7	21704	1.3278			4	14,276	81,520
8	8	20901	3.0832			7	76,931	199,556
8	9	20907	4.0718			7	111,147	266,189
8	10	20902	2.5575			6	63,471	150,466
8	11	20908	3.6310			5	87,045	215,941
8	12	20903	2.1565			5	89,017	128,061
8	13	20904	1.7475			6	74,709	106,646
8	14	20905	2.1918			5	90,926	129,510
8	15	20906	0.9378			5	38,765	57,522
8	16	21601	1.2045			4	13,831	82,336
8	17	21602	0.8572			3	12,548	54,894
8	18	21001	2.5370			9	57,725	158,049
8	19	21101	1.8173			7	45,971	111,478
8	20	21002	1.7211			7	40,740	115,464
8	21	21102	1.3510			6	25,400	89,062
8	22	21003	1.5169			6	45,543	98,966
8	23	21103	1.2115			5	30,484	76,079
8	24	21201	1.8313	*		8	69,273	116,367
8	25	21202	1.4518	*		7	49,399	133,959
8	26	21203	1.7900	*	●	6	36,955	136,474
8	27	21204	1.7900		●	4	21,905	214,106
8	28	21205	1.6453			6	38,048	136,152

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	29	21206	1.2738			4	28,212	101,419
8	30	21301	4.0374	*		17	52,728	270,373
8	31	21302	-	*		-	-	-
8	32	21303	2.7019			14	44,171	233,173
8	33	21304	1.5673			10	18,972	128,288
8	34	21305	-	*		-	-	-
8	35	21306	3.8924	*		28	100,717	226,157
8	36	49101	2.0162			5	47,780	128,933
8	37	49102	1.6323			4	43,295	98,135
8	38	49201	2.3642			5	46,067	140,106
8	39	49202	1.9059			4	32,736	113,920
8	40	496	3.9639			8	98,854	385,822
8	41	49701	3.3280			8	85,233	292,864
8	42	49702	2.8319			6	75,982	243,524
8	43	49801	2.8273			6	85,880	244,491
8	44	49802	2.3894			5	82,882	195,614
8	45	499	1.4995			5	29,219	159,862
8	46	500	1.1880			4	27,063	102,781
8	47	501	1.9834			15	43,664	140,944
8	48	502	1.4475			11	29,032	92,445
8	49	50301	1.2090			4	30,907	74,403
8	50	50302	1.0541			3	32,146	64,880
8	51	50303	0.7920			3	24,008	48,137
8	52	50304	0.5961			2	22,310	39,089
8	53	21801	1.7182			8	45,213	128,217
8	54	21802	1.6390			7	39,155	118,516
8	55	21901	1.6609			8	39,014	126,431
8	56	21902	1.2181			6	29,101	84,627
8	57	21803	1.3621			5	38,124	88,448
8	58	21804	1.1924			5	26,258	80,304
8	59	21903	1.0563			4	26,391	64,011
8	60	21904	0.8279			4	22,052	55,707
8	61	22001	2.1193	*	●	8	64,600	181,000
8	62	22002	2.1193	*	●	8	84,091	142,207
8	63	22003	1.4584	*		9	52,781	111,248
8	64	22004	1.1315			5	28,730	81,985
8	65	22005	1.0516	*		2	42,586	65,807
8	66	22006	1.0051			3	25,914	67,762
8	67	22007	1.2432			4	28,043	76,814
8	68	22008	0.7818			2	24,004	52,332
8	69	23101	1.3470			5	22,107	83,562

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	70	23102	0.7035			3	21,068	47,509
8	71	23103	0.5019			2	15,655	29,844
8	72	23104	0.3527			2	14,728	22,576
8	73	23001	-	*		-	-	-
8	74	23002	0.4534	*		3	21,134	48,102
8	75	23003	0.4664			2	15,767	27,689
8	76	23004	0.4027			2	15,543	25,864
8	77	22601	1.1532			4	17,329	72,672
8	78	22602	1.0135			4	19,842	62,704
8	79	22701	0.5622			2	12,679	37,204
8	80	22702	0.6806			3	12,068	45,910
8	81	22501	1.0132			6	13,591	64,554
8	82	22502	0.6983			4	15,640	48,121
8	83	22503	0.9503			4	18,407	65,684
8	84	22504	0.7218			3	16,132	48,385
8	85	228	0.7365			3	16,923	47,106
8	86	22301	-	*		-	-	-
8	87	22302	0.8053			3	26,990	50,338
8	88	23201	0.5490	*		3	20,939	45,483
8	89	23202	0.5430			2	16,516	36,474
8	90	22401	1.1852			5	31,968	72,703
8	91	22402	0.9085			4	25,407	58,361
8	92	22403	0.7768			3	23,812	49,429
8	93	22404	0.6260			3	21,616	40,519
8	94	22901	0.5521			3	14,023	38,034
8	95	22902	0.5385			2	13,217	36,283
8	96	23301	2.7608	*		8	110,109	201,091
8	97	23302	1.8757			5	48,679	125,211
8	98	23401	0.9457			3	24,360	62,040
8	99	23402	0.6715			2	21,800	43,744
8	100	23501	0.8378			4	5,176	53,025
8	101	23502	0.7997			3	6,207	73,363
8	102	23503	1.6793	*	●	20	19,672	59,061
8	103	23504	1.6793	*	●	20	36,059	139,569
8	104	23601	0.9977			6	7,197	87,095
8	105	23602	0.8642			5	5,199	98,693
8	106	23701	0.4291			3	2,721	26,400
8	107	23702	0.3471			2	2,460	22,517
8	108	23801	1.2706			12	13,572	90,025
8	109	23802	0.9862			9	12,049	69,127
8	110	23803	1.0968			10	11,217	72,837

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	111	23804	0.8834			5	5,013	61,661
8	112	23805	0.9315	*		9	21,228	137,319
8	113	23806	0.6924	*		6	5,933	40,558
8	114	23901	0.6352			3	4,064	43,587
8	115	23902	0.4230			3	2,827	30,222
8	116	24001	0.7652			3	4,437	54,477
8	117	24002	0.9572			2	4,165	62,952
8	118	24003	0.8729			2	3,688	50,496
8	119	24101	0.4871			2	3,965	46,126
8	120	24102	0.9479			3	3,846	62,164
8	121	24103	0.7080			1	2,840	41,519
8	122	24201	1.0552			11	10,393	83,169
8	123	24202	0.7344			7	10,152	50,519
8	124	24203	-	*		-	-	-
8	125	24204	0.4974	*		13	13,545	31,330
8	126	24205	0.9838			8	12,680	59,228
8	127	24206	0.7267			7	6,904	49,059
8	128	24301	0.7976			3	2,594	52,497
8	129	24302	0.3876			3	3,149	26,839
8	130	244	0.4497			4	3,069	32,869
8	131	245	0.2891			2	2,395	19,801
8	132	24601	0.5462			5	3,675	35,487
8	133	24602	0.2558			2	2,000	20,770
8	134	24701	0.5834			5	5,835	37,550
8	135	24702	0.3807			2	4,035	24,671
8	136	24801	0.7668			6	6,295	49,607
8	137	24802	0.3685			2	2,741	22,792
8	138	24901	1.0361			11	12,870	76,447
8	139	24902	0.7977			7	7,003	66,556
8	140	24903	0.8608			5	3,341	79,375
8	141	24904	0.5400			3	2,828	35,666
8	142	250	0.4202			3	4,676	27,668
8	143	251	0.2772			2	3,297	17,474
8	144	252	0.3511			1	7,331	22,567
8	145	253	0.4207			3	4,008	26,903
8	146	254	0.2765			2	2,521	17,866
8	147	255	0.3984			2	2,356	26,686
8	148	25601	0.7304			7	4,181	49,350
8	149	25602	0.5928	*		9	6,357	56,468
8	150	25603	0.5955			3	3,661	40,091
8	151	25604	0.4713			2	3,446	31,157

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
9	1	263	1.4346			12	18,473	159,143
9	2	264	0.9103			7	14,624	97,333
9	3	265	0.8882			6	14,361	99,232
9	4	266	0.5772			3	11,829	52,575
9	5	26801	1.4106			5	25,793	170,103
9	6	26802	1.2781			4	19,380	136,704
9	7	26701	0.5037	*		3	10,597	99,005
9	8	26702	0.2535			2	8,074	25,110
9	9	25701	2.8112	*		3	154,257	162,308
9	10	25801	2.4488			4	82,579	171,316
9	11	25702	1.4325			4	34,326	90,443
9	12	25802	1.3215			4	34,092	79,290
9	13	259	0.8676		●	2	20,870	51,601
9	14	260	0.8676		●	2	22,490	57,371
9	15	261	0.4475			2	15,131	34,789
9	16	26201	0.8458	*		4	17,565	65,238
9	17	26202	0.4156			2	14,419	30,392
9	18	269	1.3365			7	15,691	159,844
9	19	270	0.7031			4	12,255	70,376
9	20	271	0.8273			10	8,425	97,848
9	21	27201	0.7289			7	4,336	97,465
9	22	27202	0.5390			7	9,067	56,252
9	23	27203	0.5475	*	●	6	4,265	58,063
9	24	27301	0.3080			3	2,217	48,604
9	25	27302	0.4091			6	7,450	38,388
9	26	27303	0.5475	*	●	6	9,866	65,126
9	27	274	0.5222	*		4	2,363	55,575
9	28	275	0.1629			1	2,371	24,570
9	29	27601	0.4659			4	3,573	56,888
9	30	27602	0.3458			3	2,789	37,085
9	31	277	0.5984			8	8,501	70,109
9	32	278	0.3867			6	6,375	41,007
9	33	27901	0.4705			5	6,865	51,644
9	34	27902	0.3269			4	5,109	34,113
9	35	280	0.3486			5	3,095	40,757
9	36	281	0.2317			3	2,696	24,089
9	37	282	0.2362			3	3,178	29,217
9	38	28301	0.2777		●	3	4,333	37,026
9	39	28302	0.3867			4	3,586	55,396
9	40	28401	0.2777		●	3	3,300	30,729
9	41	28402	0.1554			2	2,851	20,529

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
10	1	28601	2.7331			7	62,681	272,083
10	2	28602	2.2097			5	59,575	225,045
10	3	28801	2.3477			9	30,349	186,556
10	4	28802	1.9001			3	34,520	152,968
10	5	28501	1.5831		●	12	24,401	163,137
10	6	28502	1.5831		●	11	24,537	180,942
10	7	28701	1.2101			10	21,276	113,562
10	8	28702	0.8577			8	20,319	84,221
10	9	28901	1.0738			3	32,882	106,611
10	10	28902	0.7493			3	30,341	63,742
10	11	290	0.9859			3	32,388	60,185
10	12	29101	-	*		-	-	-
10	13	29102	-	*		-	-	-
10	14	292	2.2377			12	27,979	235,386
10	15	293	1.1411			4	21,637	132,648
10	16	29401	0.7078			7	7,835	88,446
10	17	29402	0.3773			5	4,770	40,870
10	18	29501	0.6730			6	7,097	77,359
10	19	29502	0.3883			4	3,332	55,199
10	20	29601	0.5586			6	6,196	68,748
10	21	29602	0.5914			6	2,494	70,940
10	22	29701	0.3107			4	4,380	34,242
10	23	29702	0.4411			5	5,352	45,836
10	24	29801	0.9514			5	6,380	145,495
10	25	29802	0.3810			3	4,313	42,626
10	26	29803	0.3942			2	3,965	53,972
10	27	29804	0.2394			2	3,704	27,479
10	28	29901	0.7583			5	5,883	99,289
10	29	29902	0.5127			3	2,519	78,515
10	30	29903	0.5258			4	3,903	62,829
10	31	29904	0.2812			2	2,519	45,237
10	32	30001	0.5947			4	3,999	73,990
10	33	30002	0.4708			4	4,345	63,666
10	34	30101	0.4107			2	3,725	44,263
10	35	30102	0.2277			2	3,131	28,668
11	1	30201	12.8736			15	432,406	782,671
11	2	30202	12.6498			13	324,555	763,747
11	3	30301	1.6949		●	6	19,256	157,999
11	4	30302	1.6949		●	5	23,278	143,510
11	5	304	1.0140			5	14,312	106,672
11	6	305	0.8714			3	15,138	81,590

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
11	7	308	0.8404			4	14,445	103,593
11	8	309	0.5513			2	11,973	57,982
11	9	30601	1.3237			5	45,907	82,059
11	10	30602	1.2554			4	42,691	78,031
11	11	30701	1.0316			5	23,506	61,196
11	12	30702	0.9936			3	20,879	61,121
11	13	310	0.7160			3	21,255	65,651
11	14	311	0.5506			2	19,074	42,126
11	15	312	0.5324			3	13,462	57,117
11	16	313	0.4490			2	14,443	39,046
11	17	314	1.0994	*		3	16,079	100,339
11	18	31501	1.3093			6	18,190	140,857
11	19	31502	1.0458			4	17,198	109,706
11	20	31601	1.0669			9	9,768	134,553
11	21	31602	0.7397			6	4,878	85,980
11	22	31603	0.6450			6	6,680	77,697
11	23	31604	0.4517			5	4,882	55,691
11	24	317	0.4242	*		3	2,363	45,494
11	25	318	0.4323			2	3,794	43,678
11	26	319	0.3653			2	3,845	33,854
11	27	320	0.6648			8	9,640	75,437
11	28	321	0.4020			5	6,831	41,774
11	29	32201	0.5314			6	9,454	59,070
11	30	32202	0.3994			5	8,417	41,756
11	31	32301	0.7135			3	29,763	57,766
11	32	32302	0.4487			3	4,616	43,283
11	33	32401	0.6113			2	27,423	41,861
11	34	32402	0.3491			2	3,110	30,454
11	35	325	0.5798			4	5,177	64,332
11	36	326	0.4788			3	3,776	59,060
11	37	32701	0.3936			3	3,182	49,022
11	38	32702	0.3346			3	4,913	44,484
11	39	328	0.4636			3	11,345	41,240
11	40	329	0.3651			2	12,203	28,987
11	41	33001	-	*		-	-	-
11	42	33002	0.4200	*		2	14,973	31,453
11	43	331	0.7391			6	7,268	89,752
11	44	332	0.5808			3	4,147	64,806
11	45	33301	0.4407			3	4,399	64,775
11	46	33302	0.4344			2	4,202	62,277
12	1	334	2.3332	*		15	97,090	164,772

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
12	2	335	1.1115	*		6	11,701	177,853
12	3	34101	1.2308			4	12,406	86,647
12	4	34102	1.1328			2	7,657	68,055
12	5	34103	3.4630	*	●	3	18,131	152,494
12	6	34104	3.4630		●	2	48,441	205,042
12	7	338	-	*		-	-	-
12	8	33901	0.9340			3	18,185	61,483
12	9	33902	0.4464			2	16,505	28,028
12	10	34001	1.2980			2	23,870	82,312
12	11	34002	0.9914			2	21,699	67,964
12	12	34201	-	*		-	-	-
12	13	34202	0.2000			2	3,636	19,338
12	14	34301	-	*		-	-	-
12	15	34302	0.7248	*		3	24,869	54,848
12	16	33601	1.0766			4	44,658	65,124
12	17	33602	1.0106			3	42,677	59,684
12	18	33701	0.8635		●	4	23,898	56,864
12	19	33702	0.8635		●	4	19,666	52,737
12	20	344	-	*		-	-	-
12	21	34501	1.4219			5	22,868	91,359
12	22	34502	0.6648			3	17,641	43,610
12	23	346	-	*		-	-	-
12	24	347	0.3057	*		1	14,110	21,193
12	25	348	0.4265			2	4,388	28,342
12	26	349	0.3326			2	3,709	22,808
12	27	35001	0.6668			6	8,956	43,286
12	28	35002	0.4691			4	4,583	31,316
12	29	35201	0.1776	*		3	5,101	10,370
12	30	35202	0.4754	*	●	4	6,179	62,881
12	31	35203	0.4754		●	2	6,854	27,928
12	32	35204	0.6592			3	3,819	43,074
12	33	35205	0.4142			2	3,777	30,439
13	1	35301	2.8871	*		9	79,683	221,557
13	2	35302	2.4407	*		5	71,942	138,964
13	3	35801	2.0795			4	83,174	120,746
13	4	35802	1.7704			4	69,651	109,206
13	5	35803	1.6559	*		4	63,269	104,763
13	6	35804	1.2588			5	43,299	82,111
13	7	35805	1.3917			3	47,677	89,976
13	8	35806	1.0065			3	29,112	62,728
13	9	35901	1.8502			4	82,793	109,148

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
13	10	35902	1.6301			4	66,069	96,459
13	11	35903	1.5340			4	58,474	93,854
13	12	35904	1.1429			5	41,828	71,600
13	13	35905	1.2943			3	44,109	81,603
13	14	35906	0.9140			2	25,312	54,774
13	15	36101	1.7285			4	55,795	107,119
13	16	36102	1.5853			4	53,455	115,409
13	17	36001	0.5774			2	14,761	33,857
13	18	36002	0.4413			2	12,629	30,107
13	19	35601	1.0244			3	21,580	60,225
13	20	35602	0.9312			3	20,244	56,224
13	21	363	0.4138	*		2	8,970	24,459
13	22	364	0.4517			2	10,727	29,427
13	23	36501	1.6205			4	45,312	104,616
13	24	36502	0.9118			3	13,654	64,320
13	25	36604	0.5688	*		5	2,178	34,204
13	26	36704	0.4192	*		1	1,969	59,879
13	27	36801	0.6124			6	8,191	40,180
13	28	36802	0.3867			4	6,255	27,133
13	29	369	0.2463			2	2,061	17,708
14	1	469	0.1403	*		2	3,257	13,023
14	2	370	0.8699			5	34,572	59,129
14	3	371	0.6933			5	34,254	49,032
14	4	37401	-	*		-	-	-
14	5	37402	0.6362	*		2	24,481	56,700
14	6	37501	1.4264	*		5	40,269	81,788
14	7	37502	0.8744	*		3	34,709	49,220
14	8	372	0.7781			3	30,781	46,523
14	9	37301	0.7214			3	31,067	43,097
14	10	37302	0.6579			3	30,079	38,790
14	11	37701	-	*		-	-	-
14	12	37702	-	*		-	-	-
14	13	37703	-	*		-	-	-
14	14	37704	1.9207			6	13,566	113,285
14	15	37705	0.7289			4	8,055	51,843
14	16	37601	1.1872	*		5	7,311	128,986
14	17	37602	1.0313	*		6	33,080	84,984
14	18	37603	0.7716	*		5	13,335	75,619
14	19	37604	0.5845			5	5,111	50,330
14	20	37605	0.3606			4	4,274	24,402
14	21	37801	1.1353			2	40,692	66,553

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
14	22	37802	0.8957			3	29,869	58,748
14	23	37803	0.3695			2	3,357	21,228
14	24	37901	0.2913			4	3,029	37,074
14	25	37902	0.4609			5	4,387	59,671
14	26	37903	0.3431			4	4,022	44,741
14	27	38101	0.6989			2	11,298	40,596
14	28	38102	0.5039			2	11,140	31,713
14	29	38001	0.4520			2	4,662	29,846
14	30	38002	0.3847			2	5,754	24,259
14	31	382	0.2027			1	2,295	11,914
14	32	38301	0.3726			4	4,140	47,059
14	33	38302	0.2534			3	3,404	28,524
14	34	384	0.3500			4	3,309	43,565
14	35	513	0.2927			-	-	-
15	1	N01	0.8358			5	13,466	105,777
15	2	N02	-	*		-	-	-
15	3	N03	-	*		-	-	-
15	4	N04	-	*		-	-	-
15	5	N05	4.4557			27	160,321	422,296
15	6	N06	2.7950	*		26	68,050	237,961
15	7	N07	3.7415			22	83,619	383,151
15	8	N08	2.2144			18	39,019	211,844
15	9	N09	1.8707			17	49,679	171,220
15	10	N10	1.6025			16	34,971	144,926
15	11	N11	2.5220			13	41,727	309,206
15	12	N12	1.1682			8	19,128	121,361
15	13	N13	0.7344			6	11,308	79,100
15	14	N14	7.2732			20	88,525	721,885
15	15	N15	3.3308			10	33,898	355,216
15	16	N16	1.6729			8	26,328	205,334
15	17	N17	0.7931			6	12,390	85,521
15	18	N18	0.4535			4	6,848	50,252
15	19	N19	0.4336			4	10,181	42,708
16	1	39201	2.8814			11	82,624	311,545
16	2	39202	2.1614			8	68,854	167,445
16	3	39301	4.9496	*		18	115,225	452,179
16	4	39302	1.6872	*		7	53,804	169,662
16	5	39401	1.2142			6	20,412	136,017
16	6	39402	0.7640			3	16,733	85,764
16	7	39501	0.9789			5	4,609	121,978
16	8	39502	0.6067			5	7,413	67,521

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
16	9	39503	0.4258			3	4,523	44,512
16	10	39601	0.7232			2	4,012	104,475
16	11	39602	0.5320			3	7,333	70,523
16	12	39603	0.3676			2	4,613	43,253
16	13	39701	20.9097	*		18	31,206	1,204,508
16	14	39702	0.9428	*		2	8,780	189,215
16	15	39703	1.7307	*		13	19,109	193,045
16	16	39704	-	*		-	-	-
16	17	39705	0.8473			5	4,363	124,749
16	18	39706	0.4780			3	3,081	64,986
16	19	39802	0.7210			6	7,371	92,757
16	20	39803	0.6538			5	4,462	86,009
16	21	39804	0.3137			2	3,391	43,508
16	22	39902	0.4123			4	4,005	46,627
16	23	39903	0.3370			2	3,499	48,095
16	24	39904	0.2252			2	3,329	30,999
17	1	40001	-	*		-	-	-
17	2	40002	-	*		-	-	-
17	3	401	-	*		-	-	-
17	4	402	-	*		-	-	-
17	5	40301	0.6784			3	3,596	129,010
17	6	40401	0.0811	*		1	4,279	5,050
17	7	406	2.2819			7	45,969	215,207
17	8	407	1.6091			4	31,830	138,530
17	9	40801	1.0025			4	16,417	99,905
17	10	40802	0.6105			2	12,838	53,436
17	11	412	0.2803	*		2	4,586	34,457
17	12	41101	0.4558		●	2	7,296	47,983
17	13	41102	0.4558		●	2	5,840	39,949
17	14	413	0.7086			6	7,855	88,297
17	15	414	0.4754			3	2,839	51,279
18	1	41501	2.1000			13	29,127	254,104
18	2	41502	1.0508			6	17,083	111,110
18	3	41601	1.0385			10	12,601	129,770
18	4	41602	0.5562			7	7,792	61,393
18	5	41701	0.8720			7	11,993	123,556
18	6	41702	0.5855			6	9,811	63,535
18	7	41803	0.6836			8	7,647	84,273
18	8	41804	0.4903			7	5,921	57,646
18	9	419	0.5775			6	6,272	68,532
18	10	420	0.4080			5	5,035	45,639

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
18	11	42101	0.6828			6	6,940	87,678
18	12	42102	0.4468			5	6,002	52,402
18	13	42201	0.4021			4	7,646	44,277
18	14	42202	0.2977			3	5,881	30,851
18	15	42301	1.5480			14	15,926	188,770
18	16	42302	1.2778	*		11	12,526	108,032
18	17	42303	0.6743			7	7,424	97,827
18	18	42304	0.3501			4	4,247	41,694
21	1	44001	0.6623			6	8,502	70,719
21	2	44002	0.4205			4	10,325	42,488
21	3	43901	1.1325			8	21,084	122,961
21	4	43902	0.7037			5	18,362	67,324
21	5	44101	0.9570		●	5	14,142	108,077
21	6	44102	0.9570		●	4	14,717	114,805
21	7	442	1.4855			7	15,900	172,525
21	8	443	0.8336			4	12,778	92,275
21	9	444	0.4335			5	4,805	50,304
21	10	445	0.2519			3	2,776	26,593
21	11	44601	0.3736			4	5,266	37,876
21	12	44602	0.2778			3	3,008	27,775
21	13	44701	0.5195			5	4,098	74,225
21	14	44702	0.2766			4	4,371	32,456
21	15	44801	0.6119	*		5	7,717	75,030
21	16	44802	0.2564			3	5,189	33,292
21	17	44901	0.9201			6	5,573	134,767
21	18	44902	0.6558			5	4,617	90,088
21	19	45001	0.5261			3	3,056	80,430
21	20	45002	0.2665			3	2,788	31,820
21	21	45101	0.6640			4	4,332	112,879
21	22	45102	0.3031			2	2,836	55,667
21	23	45103	0.4369			3	3,226	67,949
21	24	45104	0.2389			2	3,263	29,624
21	25	452	0.5480			5	4,453	71,693
21	26	453	0.2958			3	2,893	34,943
21	27	454	0.6768			5	4,868	112,547
21	28	455	0.4056			3	3,580	61,383
21	29	41801	0.4748	*		7	7,496	43,474
21	30	41802	0.4426	*		6	10,025	50,829
22	1	50401	10.2174	*		22	65,167	1,107,205
22	2	50402	-	*		-	-	-
22	3	50403	-	*		-	-	-

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
22	4	50404	-	*		-	-	-
22	5	50405	-	*		-	-	-
22	6	50501	4.3580	*		13	77,634	427,665
22	7	50502	-	*		-	-	-
22	8	50503	-	*		-	-	-
22	9	50504	-	*		-	-	-
22	10	50505	17.5183	*		24	503,988	1,016,157
22	11	50601	4.5271			19	48,622	597,545
22	12	50602	4.0944			15	12,339	481,985
22	13	50603	2.3421			15	15,212	266,833
22	14	50604	1.9300			13	25,609	198,122
22	15	50605	3.4698			18	44,463	342,188
22	16	50606	3.4550			16	39,204	411,988
22	17	50701	2.1517			9	12,790	232,542
22	18	50702	1.3694			10	17,113	152,387
22	19	50703	1.2750			10	22,036	133,460
22	20	50704	1.6610	*		15	50,709	99,165
22	21	50705	1.4332	*		8	10,499	125,756
22	22	50801	1.3757	*		9	17,689	126,164
22	23	50802	1.0720	*		9	14,718	103,912
22	24	50803	1.9734			9	9,224	227,869
22	25	50804	1.8388			9	13,131	224,343
22	26	50901	1.1994			9	9,976	146,795
22	27	50902	0.3700	*		5	10,299	28,540
22	28	50903	1.5704	*		11	37,997	130,253
22	29	50904	0.7707	*		4	6,550	82,713
22	30	510	1.2978			8	9,038	177,014
22	31	511	0.8224			6	6,358	103,639
23	1	46101	0.7444			3	9,971	127,786
23	2	46102	0.8394			2	12,322	150,627
23	3	46103	0.6665			2	9,146	88,042
23	4	46201	1.3818			21	16,625	119,104
23	5	46202	1.1479			19	8,303	101,999
23	6	46203	1.3772			20	13,730	116,895
23	7	46204	1.0561			18	13,515	94,885
23	8	463	0.6565			6	5,894	80,652
23	9	464	0.4056			2	4,551	36,508
23	10	465	0.3522			2	2,588	37,695
23	11	466	0.4640			3	2,676	49,349
23	12	467	0.7392			3	6,343	79,641
24	1	48401	5.7795			19	103,671	509,298

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
24	2	48402	-	*		-	-	-
24	3	48501	1.9829			9	45,670	200,761
24	4	48502	1.1668	*		5	48,296	81,937
24	5	48601	3.2552			12	41,215	389,479
24	6	48602	2.1927			8	19,587	226,126
24	7	48701	0.8595			7	6,781	113,582
24	8	48702	0.5163			5	4,787	68,376
UN	1	46801	2.1755			10	23,406	270,453
UN	2	46802	1.0574			4	15,135	133,277
UN	3	46803	2.1294			6	24,929	292,391
UN	4	46804	0.9077			3	17,776	103,555
UN	5	47601	1.7430			12	21,640	156,760
UN	6	47602	0.8390			4	17,889	91,536
UN	7	47701	1.4419			8	20,051	182,418
UN	8	47702	0.7348			3	14,851	67,928
UN	9	47703	1.5075			6	16,589	172,939
UN	10	47704	0.8385			3	12,568	81,025
全國平均點數							<u>57,412</u>	

113年7-12月適用SPR之計算過程

符合DRG範圍		不納入計算之點數					計算SPR		
個案數	總點數	特定核實項目 申報點數	採核實申報 個案之點數	非反映支付標準 之校正因素	add-on特材加計點數	實際點數高於 上限臨界點 支付點數	全國合計點數	全國總權重	SPR值 (取整數)
A	B	C	D	E	F	H	I=B-C-D-E-F-H	J	K=I/J
1,945,775	120,816,062,019	3,192,966,611	2,468,175,276	647,823,054	85,006,212	5,877,530,667	108,544,560,199	2,027,513	53,536

註1.資料說明：

- (1)資料來源：111年符合DRG範圍之住院申報資料(已校正111年-112年支付標準調整及111年特材價格調整)(103年起，權重、上下限臨界點改以前一年度之住院申報資料計算，並依年遞延。)
 - (2)A.特定核實項目申報點數，係指DRG支付通則六之(六)所列雙胞胎以上之新生兒照護費、癌症及性態未明腫瘤之個案核實申報之化療(放療)費用、呼吸器、洗腎、生物製劑費用等定義之核實申報項目之點數。
- B.生物製劑自103.7.1生效，IABP自103.7.1刪除。

雙胞胎以上之新生兒照護	IABP特殊材料費	癌症及性態未明腫瘤之化療(放療)費用	呼吸器	洗腎	生物製劑	特定核實特材	BC肝藥費	小計
5,793,120			1,814,984,422		289,582,762	1,079,368,487	3,237,820	3,192,966,611

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

低於下限	個案數<20之核實申報			合計	
個案數	點數	個案數	點數	個案數	點數
A ₁	B ₁	C ₁	D ₁	E ₁ =A ₁ +C ₁	F ₁ =B ₁ +D ₁
89,322	1,988,053,677	4,806	480,121,599	94,128	2,468,175,276

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

減少層級差距	政策鼓勵之兒童加成比率	CMI加成	小於18歲先天性疾病個案超過上限臨界點(由8成改為全額支付之差額)	合計
376,661,841	105,427,572	160,920,318	4,813,324	647,823,054

(5)各DRG之參數(權重、上/下限臨界點)採用按111年資料，113年適用之DRG分類表進行統計之結果。

註2：SPR=(全國合計點數/全國總權重)=53,536，實施前後點數差值，係由於SPR採整數，小數點進位導致點數差值。

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

(2)全國總權重：

符合DRG範圍	不納入計算項目	實施前後 總點數中平原則	計算SPR
個案之總權重	低於下限或核實申報個案之總權重	反映權重	全國總權重
A ₂	B ₂	C ₂	D ₂ =A ₂ -B ₂ +C ₂
2,003,252	102,066	126,327	2,027,513

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

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

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

113 年 7 月-12 月適用權重上升下降分析結果

1,068 項 DRG 中計有 207 項 DRG 將採核實申報，另採 DRG 包裹支付之 861 項 DRG，相較於 113 年 1 月-6 月適用權重版本，有 333 項 DRG 權重增加，178 項 DRG 權重減少，350 項 DRG 權重不變：

- (一)無權重核實申報者：計 76 項 DRG，與 113 年 1 月-6 月適用版本相同。
- (二)去極值後個案數小於 20 件，暫以核實申報者：計 207 項 DRG，與 113 年 1 月-6 月適用版本相同。

(三)已導入之 DRG 項目(328 項)：

1. 權重上升或不變 (計 266 項 DRG)：

- (1)主要為 MDC8 骨骼、肌肉系統及結締組織之疾病與疾患，共 110 項 DRG。
- (2)定額影響：266 項皆為定額減少，以 MDC5 之 DRG 10603 「冠狀動脈繞道手術伴有經皮冠狀動脈單處血管成形術，有合併症或併發症」定額減少 373 點最多。

2. 權重下降(計 62 項 DRG)：

- (1)主要為 MDC5 循環系統之疾病與疾患，共 38 項 DRG。
- (2)定額影響：62 項皆為定額減少，以 MDC8 之 DRG 20901 「髋關節再置換術，有合併症或併發症」定額減少 671 點最多。

(四)未導入或暫緩導入之 DRG 項目(533 項 DRG)：

1. 權重上升或不變 (計 417 項 DRG)：

- (1)主要為 MDC1 神經系統之疾病與疾患共 67 項 DRG。
- (2)定額影響：5 筆定額上升，以 MDC15 之 DRG N01 「新生兒出生 ≥ 28 天」定額增加 119 點為最多；412 筆定額下降，以 MDC15 「出生 ≤ 27 天，出生體重 > 2499 公克，有手術，主或次診斷有多重 MAJOR PROBLEM」定額減少 308 點為最多。

2. 權重下降(計 116 項 DRG)：

- (1) 主要為 MDC6 消化系統之疾病與疾患之 25 項 DRG。
- (2) 定額影響：116 項皆為定額減少，以 PRE MDC 之 DRG 48001 「肝移植，有合併症或併發症」定額減少 1,177 點最多。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目 修正規定

第七部 全民健康保險住院診斷關聯群 (Taiwan Diagnosis Related Groups , Tw-DRGs)

第一章 Tw-DRGs 支付通則

六、各案件依全民健康保險住院診斷關聯群分類表認定 Tw-DRG 後，依下列原則計算 Tw-DRG 支付點數：

- (一) 實際醫療服務點數低於下限臨界點者，應核實申報。
- (二) 實際醫療服務點數在上、下限臨界點範圍內者，計算公式如下：
 1. Tw-DRG 支付定額 = RW × SPR × (1 + 基本診療加成率 + 兒童加成率 + CMI 加成率 + 山地離島地區醫院加成率)。
 2. 基本診療加成率：依據本標準第一部總則二規定，依醫療機構與保險人簽定合約之特約類別：
 - (1) 醫學中心：百分之七點一。
 - (2) 區域醫院：百分之六點一。
 - (3) 地區醫院：百分之五。
 3. 兒童加成率：
 - (1) MDC15：「年齡未滿六個月者」為百分之二十三；「年齡六個月以上，未滿二歲者」為百分之九；「年齡二歲以上，未滿七歲者」為百分之十。
 - (2) 非 MDC15。
 - a. 內科系 Tw-DRG：「年齡未滿六個月者」為百分之九十一；「年齡六個月以上，未滿二歲者」為百分之二十三；「年齡二歲以上，未滿七歲者」為百分之十五。
 - b. 外科系 Tw-DRG：「年齡未滿六個月者」為百分之六十六；「年齡六個月以上，未滿二歲者」為百分之二十一；「年齡二歲以上，未滿七歲者」為百分之十。
 - (3) 內外科系認定表詳見「TW-DRG 分類手冊」。
 4. 病例組合指標 Case Mix Index(CMI)加成率：各醫院依據保險人公布之CMI值及下列成數加成。
 - (1) CMI 值大於 1.1，小於等於 1.2 者，加計百分之一。
 - (2) CMI 值大於 1.2，小於等於 1.3 者，加計百分之二。
 - (3) CMI 值大於 1.3，加計百分之三。

(4)各醫院 CMI 值依各醫院全部住院案件(不含精神病人、入住 RCW 及一般病房之呼吸器依賴患者)為基礎計算，由保險人每年年底公布，依前一年醫療服務點數計算之結果，並於次年適用。變更負責醫師或權屬別之醫院得向本保險之分區申請同意後比照原醫事機構代號之 CMI 值，資料統計期間後新設立醫院不得申請比照事宜。

5. 山地離島地區之醫院加成率：

(1)山地地區：百分之二。

(2)離島地區：百分之二十。

報告事項

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險強化住院護理照護量能方案」案。

說明：

- 一、依衛生福利部 113 年 3 月 15 日衛部照字第 1131560441 號函
(附件 1，詳頁次報 4-3~4-4)暨同仁院醫療財團法人萬華醫院（下稱萬華醫院）113 年 3 月 4 日同萬發字第 1130304001 號函**(附件 2，詳頁次報 4-5~4-8)**辦理。
- 二、「全民健康保險強化住院護理照護量能方案」支付方式如下：
(一)急性一般病床（含精神）護理人員夜班獎勵（27 億元）：依醫院每月於 VPN 系統填報之「護理人員夜班排班資料」計算。
(二)其他護理獎勵（13 億元）：優先支應本方案「急性一般病床護理人員夜班獎勵」之不足，其餘再依各醫院急性一般病床護理人員夜班獎勵金占整體獎勵金之比率撥付。
- 三、為回應醫界訴求，行政院前於 113 年 3 月 4 日召開政策溝通會議，**會中共識縮減各層級醫院間差距**。衛生福利部前於 113 年 3 月 15 日函請本署調整「急性一般病床護理人員夜班獎勵」單價為大夜班 900-1,000 元、小夜班 500-600 元，並回溯自同年 1 月 1 日起算。
- 四、另萬華醫院前於 113 年 3 月 4 日來函表示，本方案「其他護理獎勵」係以各醫院急性一般病床護理人員夜班獎勵金之**占率分配**，未設置急性一般病床之醫院恐無法依現行規範獲配獎勵，爰建議本署通盤考量並將是類醫院納入獎勵範圍。

五、本署說明：

(一)修訂「急性一般病床護理人員夜班獎勵」獎勵單價如下表：

特約類別	【小夜班】			【大夜班】		
	修訂前	修訂後	差額	修訂前	修訂後	差額
醫學中心	600 元	600 元	-	1,000 元	1,000 元	-
區域醫院	500 元	550 元	+50 元	800 元	950 元	+150 元
地區醫院	400 元	500 元	+100 元	600 元	900 元	+300 元

(二)財務影響評估：以各醫院 113 年 1 月填報之護理人員夜班排班資料試算「急性一般病床（含精神）護理人員夜班獎勵」，每月約增加 0.27 億元，推估全年增加 3.27 億元，如下表（單位：億元）：

特約類別	每月			推估全年		
	調整前	調整後	差額	調整前	調整後	差額
	(A)	(B)	(C=B-A)	(D=A*12)	(E=B*12)	(F=E-D)
醫學中心	0.91	0.91	-	10.93	10.93	-
區域醫院	0.82	0.94	0.12	9.81	11.28	1.47
地區醫院	0.34	0.49	0.15	4.12	5.92	1.80
總計	2.07	2.34	0.27	24.86	28.13	3.27

(三)另有關萬華醫院之建議，考量「其他護理獎勵」係為提升「其他須輪值夜班單位（除急性一般病床外）」之護理人員夜班費，爰本署續將規劃調整該獎勵之分配方式後，再提會討論。

(四)綜上，調升「急性一般病床護理人員夜班獎勵」獎勵單價將增加財務支出，其中超出原分配之年度獎勵預算 27 億元部分（推估約 1.13 億元），本署將爭取其他預算支應；另「其他護理獎勵」額度維持 13 億元，兩者預算不相互流用。

六、修訂後方案如附件 3（頁次報 49~4-12），將依程序報請衛生福利部核定後，本署公布實施。

決定：

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：林杰穎
聯絡電話：(02)8590-7114
傳真：(02)8590-7072
電子郵件：nhtracy1915@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國113年3月15日
發文字號：衛部照字第1131560441號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：有關調整「113年全民健康保險強化住院護理照護量能方案」急性一般病床護理人員夜班獎勵標準案，移請貴署配合辦理，請查照。

說明：

- 一、依據本部113年3月12日奉核簽呈、行政院副院長113年3月4日召開「台灣社區醫院協會與衛生福利部政策溝通會議」共識及同年2月29日部長與王次長接待社區醫院協會初步談話共識辦理。
- 二、依113年2月29日部長與王次長接待社區醫院協會初步談話共識：「朝向縮小各層級醫院急性一般病房護理夜班獎勵差距，並往醫學中心靠攏，需爭取與籌措所需經費來源支應」與行政院副院長113年3月4日召開「台灣社區醫院協會與衛生福利部政策溝通會議」共識，於短期作為方面：「護理獎勵夜班費層級差距縮減，大夜班醫學中心1,000元、區域醫

院950元、地區醫院900元；小夜班醫學中心600元、區域醫院550元、地區醫院500元，確保護理人員於各層級醫院服務受到合理保障。」先予敘明。

三、承上，爰旨案業於113年3月12日經部內簽奉核定調整「113年全民健康保險強化住院護理照護量能方案」各層級急性一般病床護理人員夜班獎勵標準差距，惟涉及貴署權管方案執行，故移請貴署配合調整上開方案急性一般病床護理人員夜班獎勵標準金額與調整之實施日期。

(一)調整各層級急性一般病床護理人員夜班獎勵標準差距為50元/班，如下：

1、小夜班獎勵：

(1)醫學中心：維持600元/班。

(2)區域醫院：原500元/班，調升為550元/班。

(3)地區醫院：原400元/班，調升為500元/班。

2、大夜班獎勵：

(1)醫學中心：維持1,000元/班。

(2)區域醫院：原800元/班，調升為950元/班。

(3)地區醫院：原600元/班，調升為900元/班。

(二)方案調整後，實施日期擬回溯自113年1月1日起算。

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：

檔 號：

保存年限：

附件 2

同仁院醫療財團法人萬華醫院 函

機構地址：台北市中華路二段 606 巷 6 號

傳真電話：02-2305-9742

承辦人：許育嘉

聯絡電話：02-2305-9292#821

106211 臺北市大安區信義路三段 140 號

受文者：衛生福利部中央健保署本部

發文日期：中華民國 113 年 3 月 4 日

發文字號：同萬發字第 1130304001 號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：

主旨：懇請 鈞座將本院納入「113年度全民健康保險強化住院護理照護量能方案」，惠請給予相同的獎勵補助為禱，請查照。

說明：

一、113年1月26日健保醫字第1130660376號公告「113年度全民健康保險強化住院護理照護量能方案」一案，其中獎勵之對象為「急性一般病床護理人員夜班」，另其他護理獎勵亦是基於「各醫院急性一般病床護理人員夜班獎勵金占整體獎勵金之比率」。依此觀之，此案獎勵並未公平的包含慢性醫院之病床。本院先前對此疑義已函詢衛生福利部，後獲衛部煦字第 1139900734 號回覆，文中函示為送中央健保署參酌辦理，合先敘明。

檔 號：

保存年限：

二 本院設立之始，為配合政府政策，是全台第一家也是唯一正常運作的慢性醫院，全院皆為慢性病床。民國90年為首家配合中央健保局台北分局推廣「長期使用呼吸器依賴患者整合性照護試辦計畫」，是第一家設立呼吸照護病床的醫院，從而緩解呼吸器依賴患者長期佔用醫學中心、區域醫院急性病床之壓力，而後又響應政策參加「全民健康保險急性後期整合照護計畫」提供PAC病床，現本院病床多做為此兩項之住院病床，而實質上與其他地區醫院以一般急性病床提供前述兩者住院之醫療內容毫無差異，醫院設備設施及人力設置標準與健保申報給付標準亦均相同，而貴署亦以地區醫院標準給付本院健保費用。另本院歷年來皆配合貴署政策提供醫療，在醫療行政管理上都符合分級審查基準A級標準，在醫療品質方面，112年RCW收治94名新病人，其中RCW事前審查通過核定比例為97%、簽屬DNR達成率為100%、簽屬緩和醫療達成率為100%。PAC收案36名，VPN上傳率為100%、出院後30日再入院率為0%、非計畫性管路滑脫率為0%，就過程與結果而言，與其他地區醫院相比毫不遜色。

三 此方案之獎勵目的乃為鼓勵醫院護理人員留任、提升住院護理照護品質與強化醫院夜班護理照護量能。本院護理師同仁對工作量能及品質的表現均優於同儕水準，基於同工同酬之理念，認為本院護理師應獲得此獎勵。本院基於維護護理師之權益，避免護理師不平之鳴，實對本院夜班護理師是否能領取

檔 號：

保存年限：

獎勵不確定性有所擔憂，亦恐未受此方案之美意而先受其害。故呈請鈞長參
酌，惠請獎勵方案包括慢性醫院，同地區醫院以示公正。

四 檢附陳情書，如附件。

正本：衛生福利部中央健保署本部

副本：

院長 

檔 號：

保存年限：

陳情書

政府為體恤護理人員三班輪值之辛勞，自民國 113 年 1 月 1 日起，針對全國各級醫院急性一般病床，給予夜班每人每班 1000 元～400 元之補助。

然本院為全國極少數的慢性醫院，卻不幸被排除在急性一般醫院的高牆之外，無法享有政府美意得到夜班補助，同時也造成護理人員內心的不平委屈與傷害。

本院為醫療財團法人醫院，為響應配合政府政策，於呈送申請設立計畫書時，即屬慢性醫院。民國 86 年開業時，設有內外婦兒四科及慢性一般病床。89 年為配合健保局長期呼吸器依賴患者整合性照護試辦計畫，是台北分局第一所加入試辦計畫的醫院。目前本院登記 30 床慢性呼吸照護病床及 79 床慢性一般病床，其中 50 床加入呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫，另 29 床收治急性後期照護計畫之復健個案。

本院自始迄今都率先響應政策配合辦理，雖為慢性醫院實則執行與急性一般醫院相同的任務與職責，無論在 RCW 事前審查的被核准率、脫離率、核刪率、DNR 簽署及 PAC 復健成效都著有佳績，於今卻無法享有與急性一般醫院相同的補助，實令工作團隊倍感鬱卒無奈，蒙受同工卻無法同酬的不平與委屈。

是故懇請 鈞座能明鑑原委，祈從 113 年 1 月 1 日起亦將本院納入受補助之列，共享政策之美意為禱。

113 年度全民健康保險強化住院護理照護量能方案

113 年 1 月 26 日健保醫字第 1130660376 號公告 新增

○年○月○日健保醫字第○○○○○號公告修訂

壹、依據

全民健康保險會（下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的

- 一、鼓勵醫院護理人員留任。
- 二、提升住院護理照護品質。
- 三、強化醫院夜班護理照護量能。

參、實施期間：113 年 1 月 1 日至 113 年 12 月 31 日。

肆、預算來源：

113 年度全民健康保險其他預算「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」項下 40 億元。

伍、支付方式：

一、急性一般病床護理人員夜班獎勵：全年預算 27 億元

(一) 醫院資料登錄：

1. 醫院應於統計年月次月 20 日前，至健保資訊網服務系統(VPN)填報「護理人員夜班排班資料」，包含：本月夜班總排班護理人數、本月急性一般病床大(小)夜班排班護理人員數、本月急性一般病床大(小)夜班總排班護理人次等資料。未填報前述資料者，不予核發本方案各項獎勵金。
2. 本方案每月撥付夜班獎勵款項後，醫院如有資料修正需求，須於款項撥付日起 1 個月內，向全民健康保險保險人（下稱保險人）各分區業務組提出申請並提具佐證資料，經審核通過後，不足者補付，溢付者於下次撥款時沖抵。
3. 醫院應保存每月「護理人員夜班排班資料」及本案獎勵撥付護

理人員清單備查。

(二) 夜班獎勵金計算方式：

1. 急性一般病床夜班獎勵標準：

班別 特約類別	小夜班獎勵	大夜班獎勵
醫學中心	600 元／班	1,000 元／班
區域醫院	500 <u>550</u> 元／班	800 <u>950</u> 元／班
地區醫院	400 <u>500</u> 元／班	600 <u>900</u> 元／班

2. 每月各醫院夜班獎勵金 = (當月該院小夜班總排班人次×該院所屬特約類別之小夜班獎勵標準) + (當月該院大夜班總排班人次×該院所屬特約類別之大夜班獎勵標準)。
3. 本獎勵按月結算及撥付，經費如有不足，由本方案「其他護理獎勵」費用支應。

(三) 夜班獎勵撥付規範：

1. 保險人應於醫院每月「護理人員夜班排班資料」填報完成後，計算前一個月各醫院之夜班獎勵金，並於每月月底前撥付夜班獎勵金。
2. 醫院應於保險人撥付夜班獎勵後，併同最近一次發薪時，將「急性一般病床護理人員夜班獎勵」撥付予護理人員，並備註該款項名目為【衛生福利部護理人員輪值大(小)夜班獎勵】。
3. 醫院應於第一次撥款後 30 個工作日內，將「薪資明細案例(遮蔽本項夜班獎勵以外之個人資訊)」提交保險人分區業務組備查。

(四) 如有特殊情形，保險人得依醫院填報之三班護病比及住院護理費申報資料，預撥「急性一般病床護理人員夜班獎勵」，並於醫院填報該月實際資料後重新計算夜班獎勵，不足者補付，溢付者於下次撥款時沖抵。

二、其他護理獎勵：全年預算 13 億元

- (一) 優先支應本方案「急性一般病床護理人員夜班獎勵」之不足，其餘再依各醫院急性一般病床護理人員夜班獎勵金占整體獎勵金之比率，每半年撥付。
- (二) 本項獎勵金上半年預算占全年預算 40% (上半年獎勵金約於 113 年 9 月底撥付)、下半年預算占全年預算 60% (下半年獎勵金約於 114 年 3 月底前撥付)。
- (三) 醫院應於方案公告後 30 個工作日內，提交本款項運用方式 (8 成以上須用於提升其他須輪值夜班單位之護理人員夜班費) 予保險人分區業務組備查。

三、保險人將定期監測預算執行情形，「急性一般病床護理人員夜班獎勵」及「其他護理獎勵」得互相流用。

陸、預期效益之評估指標

- 一、調升護理人員夜班獎勵之醫院達 100%。
- 分子：領有本方案款項之醫院家數。
- 分母：申報急性一般病床護理費之醫院家數。
- 二、各醫院每月大（小）夜班護病比不高於基期（112 年第 4 季平均）大（小）夜班護病比。
- 三、急性一般病床之「年資 3 個月以上護理人員離職率」、「年資 3 個月以上但未滿 2 年護理人員離職率」不高於 112 年同期。
- 四、整體護理人員空缺率不高於 112 年同期。

柒、稽核機制及罰則

一、款項之應用

- (一) 本方案「急性一般病床護理人員夜班獎勵」之款項應用於撥付急性一般病床護理人員夜班獎勵，不得用於其他用途。
- (二) 本方案「其他護理獎勵」應用於提高其他須輪值夜班單位之護理人員夜班費（本款項 8 成以上須用於此）、強化護理照護量能及提升

護理人力配置，不得用於其他用途。

(三) 醫院如未將本方案款項落實於前述用途，保險人將予以追扣。

二、透過衛生福利部護理及健康照護司(下稱照護司)「護助 e 起來平台」

宣導與公告醫院夜班費調查結果。

三、如護理人員有夜班獎勵相關爭議，可透過衛生福利部「護理職場爭議通報平台」反映，向照護司提出申訴及陳情受理。

四、保險人得不定期進行稽核，經查有下列情形者，追扣本方案獎勵款項：

(一) 倘醫院未如實將夜班獎勵撥付予護理人員，保險人將依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條、第 40 條規定辦理。

(二) 登錄不實或有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 38 條至第 40 條所列違規情事之一暨第 44 條及第 45 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，且經保險人處以停止特約者(含行政救濟進行中尚未執行處分者)，以違規發生日期認定，對於處分期間或停約之月份數，不撥付本方案之款項，已撥付者則追扣其費用。

(三) 經勞動檢查發現違反護理人員相關勞動法令者，處分日期當月不予核發本方案獎勵金，款項已撥付者則追扣其費用。

捌、訂定與修正程序

本方案由保險人與相關團體共同研訂，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。本方案之修訂，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。

報告事項第四案 會議補充資料

修訂「全民健康保險強化住院護理照護量能方案」案

一、「全民健康保險強化住院護理照護量能方案」支付方式如下：

- (一) 急性一般病床（含精神）護理人員夜班獎勵（27億元）：依醫院每月於 VPN 系統填報之「護理人員夜班排班資料」計算。
- (二) 其他護理獎勵（13億元）：優先支應本方案「急性一般病床護理人員夜班獎勵」之不足，其餘再依各醫院急性一般病床護理人員夜班獎勵金占整體獎勵金之比率撥付。

二、同仁院醫療財團法人萬華醫院前於113年3月4日來函表示，本方案「其他護理獎勵」係以各醫院急性一般病床護理人員夜班獎勵金之占率分配，未設置急性一般病床之醫院恐無法依現行規範獲配獎勵，爰建議本署通盤考量並將是類醫院納入獎勵範圍。

三、本署說明：

- (一) 考量「其他護理獎勵」係為提升「其他須輪值夜班單位（除急性一般病床外）」之護理人員夜班費，爰本項獎勵將調整為以「特殊病床使用人日數占率」進行分配。另為儘早撥付獎勵金予各醫院，由「每半年撥付」調整為「按季撥付」。
- (二) 財務影響評估：以各醫院113年1月護理人員夜班排班資料試算之「急性一般病床（含精神）護理人員夜班獎勵」及113年1月特殊病床使用人日數（住院護理費醫令申報量）估算，本方案全年獎勵金分配情形如下表（單位：億元）：

特約類別	第一階段	第二階段（13 億）		總計 (D=A+C)
		調整前 (A)	調整後 (B)	
醫學中心	10.93	5.05	3.93	14.86
區域醫院	11.28	5.21	4.53	15.81
地區醫院	5.92	2.73	4.54	10.45
總計	28.13	13.00	13.00	41.13

四、修訂後方案如附件，將併原報告案第4案修訂內容，依程序報請衛生福利部核定後，本署公布實施。

決定：

113 年度全民健康保險強化醫院夜班護理照護量能方案

113 年 1 月 26 日健保醫字第 1130660376 號公告 新增

○年○月○日健保醫字第○○○○○號公告修訂

玖、依據

全民健康保險會（下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

壹拾、目的

- 四、鼓勵醫院護理人員留任。
- 五、提升住院護理照護品質。
- 六、強化醫院夜班護理照護量能。

壹拾壹、實施期間：113 年 1 月 1 日至 113 年 12 月 31 日。

壹拾貳、預算來源：

113 年度全民健康保險其他預算「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」項下 40 億元。

壹拾參、支付方式：

四、急性一般病床護理人員夜班獎勵：全年預算 27 億元

(一) 醫院資料登錄：

1. 醫院應於統計年月次月 20 日前，至健保資訊網服務系統(VPN)填報「護理人員夜班排班資料」，包含：本月夜班總排班護理人數、本月急性一般病床大(小)夜班排班護理人員數、本月急性一般病床大(小)夜班總排班護理人次等資料。未填報前述資料者，不予核發本方案各項獎勵金。
2. 本方案每月撥付夜班獎勵款項後，醫院如有資料修正需求，須於款項撥付日起 1 個月內，向全民健康保險保險人（下稱保險人）各分區業務組提出申請並提具佐證資料，經審核通過後，不足者補付，溢付者於下次撥款時沖抵。
3. 醫院應保存每月「護理人員夜班排班資料」及本案獎勵撥付護

理人員清單備查。

(二) 夜班獎勵金計算方式：

1. 急性一般病床夜班獎勵標準：

班別 特約類別	小夜班獎勵	大夜班獎勵
醫學中心	600 元／班	1,000 元／班
區域醫院	500 <u>550</u> 元／班	800 <u>950</u> 元／班
地區醫院	400 <u>500</u> 元／班	600 <u>900</u> 元／班

2. 每月各醫院夜班獎勵金 = (當月該院小夜班總排班人次×該院所屬特約類別之小夜班獎勵標準) + (當月該院大夜班總排班人次×該院所屬特約類別之大夜班獎勵標準)。
3. 本獎勵按月結算及撥付，經費如有不足，由本方案「其他護理獎勵」費用支應。

(三) 夜班獎勵撥付規範：

1. 保險人應於醫院每月「護理人員夜班排班資料」填報完成後，計算前一個月各醫院之夜班獎勵金，並於每月月底前撥付夜班獎勵金。
2. 醫院應於保險人撥付夜班獎勵後，併同最近一次發薪時，將「急性一般病床護理人員夜班獎勵」撥付予護理人員，並備註該款項名目為【衛生福利部護理人員輪值大(小)夜班獎勵】。
3. 醫院應於第一次撥款後 30 個工作日內，將「薪資明細案例(遮蔽本項夜班獎勵以外之個人資訊)」提交保險人分區業務組備查。

(四) 如有特殊情形，保險人得依醫院填報之三班護病比及住院護理費申報資料，預撥「急性一般病床護理人員夜班獎勵」，並於醫院填報該月實際資料後重新計算夜班獎勵，不足者補付，溢付者於下次撥款時沖抵。

五、其他護理獎勵：全年預算 13 億元

- (一) 優先支應本方案「急性一般病床護理人員夜班獎勵」之不足，其餘再依各醫院急性一般病床護理人員夜班獎勵金占整體獎勵金特殊病床（含急診觀察床）護理費申報人日數之比率，每半年按季撥付。
- (二) 本項獎勵金按季均分，各季獎勵金於每季結束後次月月底前撥付（如第 1 季獎勵金於 5 月底前撥付）上半年預算占全年預算 40%（上半年獎勵金約於 113 年 9 月底撥付）、下半年預算占全年預算 60%（下半年獎勵金約於 114 年 3 月底前撥付）。
- (三) 醫院應於方案公告後 30 個工作日內，提交本款項運用方式（8 成以上須用於提升其他須輪值夜班單位之護理人員夜班費）予保險人分區業務組備查。

六、保險人將定期監測預算執行情形，「急性一般病床護理人員夜班獎勵」及「其他護理獎勵」得互相流用。

壹拾肆、預期效益之評估指標

五、調升護理人員夜班獎勵之醫院達 100%。

分子：領有本方案款項之醫院家數。

分母：申報急性一般病床護理費之醫院家數。

六、各醫院每月大（小）夜班護病比不高於基期（112 年第 4 季平均）大（小）夜班護病比。

七、急性一般病床之「年資 3 個月以上護理人員離職率」、「年資 3 個月以上但未滿 2 年護理人員離職率」不高於 112 年同期。

八、整體護理人員空缺率不高於 112 年同期。

壹拾伍、稽核機制及罰則

五、款項之應用

(一) 本方案「急性一般病床護理人員夜班獎勵」之款項應用於撥付急性一般病床護理人員夜班獎勵，不得用於其他用途。

(二) 本方案「其他護理獎勵」應用於提高其他須輪值夜班單位之護理人

員夜班費（本款項 8 成以上須用於此）、強化護理照護量能及提升護理人力配置，不得用於其他用途。

(三) 醫院如未將本方案款項落實於前述用途，保險人將予以追扣。

六、透過衛生福利部護理及健康照護司（下稱照護司）「護助 e 起來平台」宣導與公告醫院夜班費調查結果。

七、如護理人員有夜班獎勵相關爭議，可透過衛生福利部「護理職場爭議通報平台」反映，向照護司提出申訴及陳情受理。

八、保險人將定期監測預算執行情形並得不定期進行稽核，經查有下列情形者，追扣本方案獎勵款項：

(一) 倘醫院未如實將夜班獎勵撥付予護理人員，保險人將依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條、第 40 條規定辦理。

(二) 登錄不實或有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 38 條至第 40 條所列違規情事之一暨第 44 條及第 45 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，且經保險人處以停止特約者（含行政救濟進行中尚未執行處分者），以違規發生日期認定，對於處分期間或停約之月份數，不撥付本方案之款項，已撥付者則追扣其費用。

(三) 經勞動檢查發現違反護理人員相關勞動法令者，處分日期當月不予以核發本方案獎勵金，款項已撥付者則追扣其費用。

壹拾陸、訂定與修正程序

本方案由保險人與相關團體共同研訂，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。本方案之修訂，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。

報告事項

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：113 年度醫院醫療給付費用總額「提升醫院兒童急重症照護量能」項目運用方式案。

說明：

- 一、依據本署 113 年 3 月 6 日召開全民健康保險醫療給付費用醫院總額 113 年第 1 次研商議事會議（下稱醫院研商會議）決議（**附件 1，頁次報 5-4**）辦理。
- 二、查 113 年度醫院醫療給付費用總額一般服務編列「提升醫院兒童急重症照護量能」項目 3.38 億元，並請本署會同醫院總額相關團體提出相關計畫內容，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。
- 三、本案前經本署 113 年 3 月 6 日醫院研商會議決議通過，調升「住院兒童急重症」相關診療項目（**附件 2，頁次報 5-5**）之加成規範及支付點數，修訂重點如下：
(一)未滿 19 歲案件申報加護病床住院診察費、病房費及住院護理費（含精神科及燒傷加護病床）得另加計 20%，如下表：

年齡區間	診察費及護理費		病房費	
	調整前	調整後	調整前	調整後
未滿 6 個月	60%	80%	0%	20%
6 個月~未滿 2 歲	30%	50%	0%	20%
2 歲~未滿 7 歲	20%	40%	0%	20%
7 歲~未滿 19 歲	0%	20%	0%	20%

註：加護病房住院診察費及住院護理費均為兒童加成項目。

- (二)承上，考量兒科專科醫師申報「加護病床住院診察費」訂有最高加成上限 120%，爰併同修訂為 140%。**

(三)考量新生兒中重度住院診察費係針對兒童訂定之診療項目，且非屬兒童加成項目，爰考量與一般住院診察費經兒科專科醫師加成後之點數衡平性，調升支付點數 50%，如下表：

醫令代碼	診療項目	原支付點數	調整後支付點數
02017K	新生兒中	819	1,229 【=819*(1+50%)】
02018A	重度住院	777	1,166 【=777*(1+50%)】
02019B	診察費 (天)	710	1,065 【=710*(1+50%)】

註：02006K-02008B「一般病床住院診察費」經兒科專科醫師加成 150%後，分別支付 1,170 點、1,105 點、995 點。

四、財務影響評估（附件 3，頁次報 5-6）：

(一)統計近五年兒童急重症診療項目申報量約 52.8 萬~57.3 萬件：

年度	108	109	110	111	112
醫令申報量（萬件）	55.1	53.9	52.8	54.3	57.3
成長率（%）	-	-2.22	-1.93	2.75	5.54
年平均成長率（%）				0.98	

(二)考量 COVID-19 疫情影響，相關診療項目申報量較低，爰以 112 年醫令申報量及 108 年至 112 年年平均成長率 0.98% 推估，113 年全年約增加財務支出 3.5 億點，說明如下：

1. 未滿 19 歲案件申報加護病床住院診察費、病房費及護理費得另加計 20%，增加財務支出約 3.01 億點。
2. 新生兒中重度住院診察費支付點數調升 50%，增加財務支出約 0.49 億點。

五、本署擬訂本案預期效益之評估指標如下：

(一)未滿 19 歲兒童入住加護病房平均住院日數不大於 112 年同期。

(二)未滿 19 歲兒童入住加護病房死亡率不高於 112 年同期。

六、修訂後支付標準如**附件 4 (頁次報 5-7~5-10)**，將提至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認，並依程序報請衛生福利部核定後公布實施。

決定：

全民健康保險醫療給付費用醫院總額
113 年第 1 次研商議事會議紀錄（草案）

討論事項

第三案

提案單位：本署醫務管理

組

案由：113 年度醫院醫療給付總額「提升醫院兒童急重症照護量能」
項目運用方式案。

決議：新增「未滿 19 歲案件申報加護病床住院診察費、病房費及護理費得另加計 20%」規範，並調升 02017K-02019B「新生兒中重度住院診察費（天）」支付點數 50%，本案將續提全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

附件 2、住院兒童急重症相關診療項目調整表

醫令代碼	診療項目	支付點數	調整方式
02011K	加護病床 住院診察費（天）	1,925	未滿 19 歲案件 得另加計 20%
02012A		1,729	
02013B		1,536	
02017K	新生兒中重度 住院診察費（天）	819	調升支付點數 50% (如右)
02018A		777	
02019B		710	
03010E	加護病床（床/天） 病房費	2,852	未滿 19 歲案件 得另加計 20%
03011F		2,406	
03012G		2,406	
03104E	加護病床（床/天） 護理費-第一天	6,131	未滿 19 歲案件 得另加計 20%
03105F		5,171	
03106G		3,868	
03047E	加護病床（床/天） 護理費-第二天起	4,716	未滿 19 歲案件 得另加計 20%
03048F		3,978	
03049G		2,975	
03014A	精神科加護病床（床/天） 病房費	1,305	未滿 19 歲案件 得另加計 20%
03025B		1,305	
03095A	精神科加護病床（床/天） 護理費-第一天	2,673	
03096B		2,474	
03037A	精神科加護病床（床/天） 護理費-第二天起	2,056	
03039B		1,903	
03017A	燒傷加護病床（床/天） 病房費	6,495	未滿 19 歲案件 得另加計 20%
03098A	燒傷加護病床（床/天） 護理費-第一天	13,298	
03041A	燒傷加護病床（床/天） 護理費-第二天起	10,229	

醫院總額「提升醫院兒童急重症照護量能」財務影響評估

(單位：百萬點)

特約類別	加護病床（含精神、燒傷）			新生兒中重度 住院診察費	總計
	住院診察費	病房費	護理費		
醫學中心	51.11	71.60	122.06	27.72	272.48
區域醫院	9.94	13.18	22.80	15.71	61.63
地區醫院	2.30	3.42	4.43	6.05	16.20
總計	63.34	88.20	149.28	49.48	350.30

資料來源：本署四代倉儲住院醫令清單檔。（製表日期：113.02.17）

註1. 本表推估範圍包含加護病床住院診察費、病房費、護理費（包含精神科及燒傷）及新生兒中重度住院診察費。

註2. 本表以112年各醫令申報量及「108年至112年年平均成長率」估算財務影響。

	108年	109年	110年	111年	112年
醫令申報量	550,835	538,623	528,230	542,743	572,795

（考量109年至111年受疫情影響，加護病床相關醫令申報量較低，爰以年平均成長率估算） $\sqrt[4]{(572,795/550,835)} - 1$

註3. 查加護病房診察費及護理費均為兒童加成項目，調整加成規範後，得依下表年齡範圍加計。

	未滿6個月	6個月~未滿2歲	2歲~未滿7歲	7歲~未滿19歲
調整前	60%	30%	20%	0%
調整後	80%	50%	40%	20%

註4. 考量新生兒中重度住院診察費係針對兒童訂定之診療項目，爰以調升支付點數50%估算（如下表）。

醫令代碼	診療項目	原支付點數	調整後支付點數
02017K	新生兒中重度住院診察費（天）	819	1,229
02018A		777	1,166
02019B		710	1,065

註5. 查加護病房病房費非兒童加成項目，爰均加計20%。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目 修正規定

第二部 西醫

第一章 基本診療

第二節 住院診察費

通則：

六、兒科專科醫師申報部分住院診察費得加成，說明如下：

(一) 加護病房診察費 (包括編號 02011K、02012A、02013B)，兒科專科醫師得加計百分之一百二十，若同時符合兒童加成或未滿 19 歲加成者，依加成率合計後一併加成，最高加成上限為百分之一百四十。

~~(一)~~ (二) 加護病房診察費及住院會診費(包括編號 02005B、02011K、02012A、02013B)，兒科專科醫師得加計百分之一百二十，若同時符合兒童加成者，依加成率合計後一併加成，最高加成上限為百分之一百二十。

~~(二)~~ (三) 一般住院診察費及隔離病床住院診察費(包括編號 02006K、02007A、02008B、02014K、02015A、02016B)，兒科專科醫師得加計百分之一百五十，若同時符合兒童加成者，依加成率合計後一併加成，最高加成上限為百分之一百五十。

~~(三)~~ (四) 小兒外科專科醫師診治未滿十九歲病人之案件，得依前述規範加成。

八、未滿十九歲病人之加護病床住院診察費(02011K、02012A、02013B)，得依表定點數另加計百分之二十。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
02005B	住院會診費 註： 1.本項會診費，除急診期間外，每一保險對象每次住院最多限申報五次。 2.急診處暫留床病人，以申報一次為限。 3.不得同時申報高風險妊娠生產新生兒緊急處置費(編號 57124C、57125B 及 57126B)。		v	v	v	429
02006K	一般病床住院診察費(天)			v	v	468
02007A				v		442
02008B	註： 1.經濟病床及急性精神病床比照申報。 2.留置急診處暫留床二日以上者，自第二天起比照申報。		v			398
02011K	加護病床住院診察費(天)			v	v	1925
02012A				v		1729
02013B	註：精神科加護病床、燒傷中心及骨髓移植隔離病床比照申報。		v			1536
02014K	隔離病床住院診察費(天)			v	v	495
02015A				v		462
02016B	註：核醫病床得比照申報。		v			407
02017K	新生兒中重度住院診察費(天)			v	v	<u>1,229</u> 819
02018A				v		<u>1,166</u> 777
02019B	註：本項非兒童加成項目。		v			<u>1,065</u> 710

第二部 西醫

第一章 基本診療 第三節 病房費

通則：

十、未滿十九歲病人之加護病床病房費及護理費，得依表定點數另加計百分之二十，包含加護病床病房費(03010E、03011F、03012G)、加護病床護理費(03104E、03105F、03106G、03047E、03048F、03049G)、精神科加護病床病房費(03014A、03025B)、精神科加護病床護理費(03095A、03096B、03037A、03039B)、燒傷加護病床病房費(03017A)、燒傷加護病床護理費(03098A、03041A)。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
03014A	精神科加護病床(床/天) --病房費		v	v	v	1,305
03025B		v		v	v	1,305
03095A	--護理費 (第一天)		v	v	v	2,673
03096B		v		v		2,474
03037A	--護理費 (第二天起)		v	v	v	2,056
03039B		v				1,903
03017A	燒傷加護病床(床/天) --病房費			v	v	6,495
03098A	--護理費 (第一天)			v	v	13,298
03041A	--護理費 (第二天起) 註： (下略)			v	v	10,229

編號	診療項目	丁	丙	乙	甲	支付 點 數
		級	級	級	級	
03010E	加護病床 ICU (床/天) --病房費			v	v	2,852
03011F			v	v		2,406
03012G		v				2,406
03104E	--護理費 (第一天)			v	v	6,131
03105F			v	v		5,171
03106G		v				3,868
03047E	--護理費 (第二天起)			v	v	4,716
03048F			v	v		3,978
03049G		v				2,975
	註： (下略)					

報告事項

第六案

報告單位：本署醫務管理組

案由：113年「主動脈剝離手術病患照護跨院合作」及「腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作」專款計畫案。

說明：

- 一、依據本署113年3月6日召開全民健康保險醫療給付費用醫院總額113年第1次研商議事會議決議（**附件1，頁次報6-4**）辦理。
- 二、113年度醫院總額新增「主動脈剝離手術病患照護跨院合作」及「腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作」專款，分別編列81百萬元及127百萬元，協定事項訂有擬訂執行內容、支付方式以及以結果面為導向之品質監測指標等事項。
- 三、計畫經提至前揭會議討論通過，重點內容說明如下（**計畫草案如附件2，頁次報6-5~6-18**）：

(一)收案條件：

- 1.主動脈剝離：門、急、住診主或次診斷(ICD-10-CM)為I71.00-I71.03且執行68043B「A型急性主動脈剝離術」。
- 2.腦中風(與重大傷病範圍一致)：門、急、住診主或次診斷(ICD-10-CM)為 I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.89或I67.9。

(二)支付方式：

- 1.網絡建置費：單一疾病每分區業務組100萬點，由保險人各分區業務組統籌運用及核發。
- 2.個案管理費：支付資源分配及管理調度醫院每名個案獎勵3,000點(腦中風部分，限有執行33143B「急性缺血性腦中風機械取栓術」之病人申報)。

3. 跨院合作執行費：

(1) 主動脈剝離：

A 轉診病人，以病人轉出時間區分：

i. 轉出醫院 2 小時以內轉出，支付 2 萬點；超過 2 小時轉出，支付 1 萬點。

ii. 收治轉出醫院轉出之病人，支付收治醫院 9 萬點。

B 自行收治個案：支付 5 萬點。

(2) 腦中風(限於轉入醫院或收治醫院有執行 33143B 者申報)

A. 轉診病人，以病人轉出時間區分：

i. 轉出醫院於 1 小時以內、超過 1 小時且 2 小時以內、超過 2 小時將病人轉出，分別支付轉出醫院 2 萬點、1.5 萬點及 1 萬點。

ii. 收治轉出醫院轉出之病人，支付收治醫院 3.5 萬點。

B. 自行收治個案：支付 2.5 萬點。

4. 24 小時急性缺血性腦中風整合治療評估費：限腦中風病人於發作後 24 小時內到院進行術前評估且評估後不符合執行接受治療條件之病人，支付每案 3,000 點。

四、另本署訂定相關指標以監測計畫執行成效，分為整體指標及醫院別指標，說明如下：

(一) 整體指標：總死亡率、總手術死亡率、總失能率及腦中風病人經整合評估且完成處置率。

(二) 醫院別指標包含效率指標及結果面指標，說明如下：

1. 效率指標：急診病人停留時間之達標比率，及醫院自行收治或經轉診主動脈剝離/腦中風經動脈取栓手術病人之時間達標比率。

2. 結果面指標：死亡率、手術死亡率及失能率。

五、如經確認同意，擬提至衛生福利部全民健康保險會報告，並依程序報請衛生福利部核定後，本署公布實施。

決定：

全民健康保險醫療給付費用醫院總額
113 年第 1 次研商議事會議紀錄(草案)

討論事項

第七案

案由：113 年度「主動脈剝離手術病患照護跨院合作」及「腦中風
經動脈取栓術病患照護跨院合作」專款運用方式案。

決議：本案通過，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。

113 年「主動脈剝離手術病患照護跨院合作」及「腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作」專款計畫(草案)

113.00.00 公告

壹、前言

急性主動脈剝離為一種複雜且致死率高之心血管疾病，病人發病後如未獲得適當處置，死亡率將隨時間增加，每小時增加 1% 死亡率，約有 50% 的病人在送達醫院 24 小時內死亡、71% 的人在 2 個月內死亡；另依據衛生福利部近 10 年統計資料顯示，腦血管疾病列為國人十大死因第 2 至第 4 位，平均每年約有 1 萬多的人死於該疾病。腦中風病人發病後即使存活後通常會留下不同程度的神經功能障礙，而失能之後遺症亦是我國成人殘障的主因之一，不僅造成病人與照顧者的負擔，也嚴重影響生活品質。

為使上述疾病之急重症個案於黃金治療期內接受完善的治療及照顧，以提升功能性預後機率，早日回歸社會。全民健康保險保險人(以下稱保險人)邀集社團法人台灣急診醫學會、台灣胸腔及心臟血管外科學會、社團法人台灣腦中風醫學會、社團法人台灣神經外科醫學會及台灣神經學學會共同研擬本計畫，鼓勵醫院建立完整之上、下游區域聯防合作機制，共同擔任主動脈剝離及腦中風病人之健康守門員。

貳、目標

- 一、建立醫院間合作溝通機制。
- 二、確保急重症個案疾病照護品質及效率。
- 三、落實以品質為導向轉診制度。

參、實施期間：本計畫公告日起至 113 年 12 月 31 日。

肆、預算來源：全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款項目之「主動脈剝離手術病患照護跨院合作」項下 81 百萬元及「腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作」項下 127 百萬元支應。

伍、參與資格：

- 一、須為全民健康保險特約醫院，並依本計畫規定據實登錄相關資料者。
- 二、由本保險特約醫院共同組成合作團隊，並由主責醫院向保險人分區業務組提出參與計畫申請書(附表一)，並經保險人分區業務組資格審核同意後，始得參與本計畫。

陸、計畫構面

一、收案條件：

(一) 主動脈剝離：

門、急、住診主或次診斷(ICD-10-CM)為 I71.00-I71.03 且執行 68043B「A 型急性主動脈剝離術」。

(二) 腦中風：

門、急、住診主或次診斷(ICD-10-CM)為 I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.89 或 I67.9。

二、支付方式：

(一) 網絡建置費：單一疾病每分區業務組 100 萬點，由保險人各分區業務組統籌運用及核發，參與本計畫之主責醫院應自計畫公告日起 30 日內向分區業務組提出申請。

(二) 個案管理費：支付資源分配及管理調度醫院每名個案獎勵 3,000 點(腦中風部分，限有執行 33143B「急性缺血性腦中風機械取栓術」之病人申報)。

(三) 跨院合作執行費：

1. 主動脈剝離：

(1) 轉診病人：

以病人在第一間醫院轉出時間區分獎勵條件，說明如下：

A. 轉出醫院於 2 小時以內將病人轉出，支付轉出醫院每案 2 萬點；轉出醫院超過 2 小時將病人轉出，支付轉出醫院每案 1 萬點。

B. 收治轉出醫院轉出之病人，支付收治醫院每案 9 萬點。

(2) 自收個案：醫院自行收治並診治病，支付每案 5 萬點。

2. 腦中風：(限於轉入醫院或自收醫院有執行 33143B 者申報)

(1) 轉診病人

以病人在第一間醫院轉出時間區分獎勵條件，說明如下：

A. 轉出醫院分別於 1 小時以內、超過 1 小時且 2 小時以內、超過 2 小時將病人轉出，依上述條件分別支付轉出醫院 2 萬點、1.5 萬點及 1 萬點。

B. 收治轉出醫院轉出之病人，支付收治醫院每案 3.5 萬點。

(2) 自收個案：醫院自行收治並診治病，支付每案 2.5 萬點。

(四) 24 小時急性缺血性腦中風整合治療評估費：限腦中風病人於發作後 24 小時內到院進行術前評估，若評估後不符合執行靜脈溶栓治療(IVT)或導管取栓治療(EVT)條件之病人，支付每案 3,000 點。前項所述評估項目應包含神經影像(CT/MRI)檢查、中風嚴重度(NIHSS)評估、健保雲端與在院病歷整合查詢、不同治療藥物適應症與禁忌症之評估、轉診評估、神經外科介入之可能性討論，並應製作於病歷中，保險人將不定期進行抽查。

柒、醫療費用申報、支付及審查

一、急重症疾病照護獎勵、跨院合作執行費獎勵及自行收治病獎勵申報規定如下(支付標準如附表二)：

(一) 急重症疾病照護獎勵：採按月申報

1. 個案管理費：負責資源分配及管理調度之醫院，主動脈剝離及腦中風分別以代碼 P8201B「主動脈剝離個案管理費」及 P8202B 申報「腦中風個案管理費」，每個案支付 3,000 點。

2. 24 小時急性缺血性腦中風整合治療評估費：以代碼 P8203B「24 小時急性缺血性腦中風整合治療評估費」申報，每個案支付 3,000 點。

(二) 跨院合作執行費獎勵：採按月申報

1. 轉出醫院：醫令類別填報 G，支付點數填報 0，d55「轉往之醫事服務機構代號」須填報轉往之院所代號，由保險人依轉入院所申報及 VPN 登錄內容進行勾稽後，每季統一補付費用。

(1) 主動脈剝離

- A. 2 小時以內轉出者，以代碼 P8204B「轉出醫院於 2 小時以內轉出獎勵」申報，支付點數 20,000 點。
- B. 超過 2 小時轉出者，以代碼 P8205B「轉出醫院超過 2 小時轉出獎勵」申報，支付點數 10,000 點。

(2) 腦中風(限於轉入醫院有執行 33143B 者申報)

- A. 1 小時以內轉出者，以代碼 P8208B「轉出醫院於 1 小時以內轉出獎勵」申報，支付點數 20,000 點。
- B. 超過 1 小時且 2 小時以內轉出者，以代碼 P8209B「轉出醫院超過 1 小時且 2 小時以內轉出獎勵」申報，支付點數 15,000 點。
- C. 超過 2 小時轉出者，以代碼 P8210B「轉出醫院超過 2 小時轉出獎勵」申報，支付點數 10,000 點。

2. 接受轉診醫院：接受轉診醫院於申報時須填報 d107「轉入服務機構代號」

- (1) 主動脈剝離：接受轉診醫院以代碼 P8206B「接受主動脈剝離病人轉入醫院獎勵」申報，支付點數 90,000 點。
- (2) 腦中風：接受轉診醫院以代碼 P8211B「接受腦中風病人轉入醫院獎勵」申報，支付點數 35,000 點。

(三) 自行收治病人獎勵

1. 主動脈剝離：自行收治主動脈剝離之病人，收治醫院以代碼 P8207B「自行收治主動脈剝離病人之醫院」申報，支付點數 50,000 點。

2. 腦中風：自行收治腦中風之病人，收治醫院以代碼 P8212B「自行收治腦中風病人之醫院」申報，支付點數 25,000 點(限有執行 33143B 者申報)。

二、考量本計畫部分獎勵項目與本署急診品質提升方案(急診重大傷病品質照護-主動脈剝離需緊急開刀且存活出院個案申報 P4621B-P4623B)雷同，為避免重複獎勵，本計畫公告生效後，不得重複申報。

三、本方案之醫令類別，以門診申報格式申報者為「2」、以住院申報格式申報者為「K」。

四、本計畫預算先扣除網絡建置費後，按季均分，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元，當季預算若有結餘則流用至下季。於年度結束後進行全年結算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於 1 元。

五、醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。

六、經保險人審查發現登載不實者，除不支付計畫相關費用外，經確證日起至次年底不納入本方案之獎勵。

捌、品質監測指標

訂定下列指標(指標定義如附表三)，用以監測本計畫執行成效。

一、整體指標：

- (一) 總死亡率：主、次診斷為主動脈剝離/腦中風病人之死亡人數比率。
- (二) 總手術死亡率：當次因該疾病之主、次診斷執行手術且術後 48 小時內死亡之人數比率。
- (三) 總失能率：因該疾病執行手術且出院時、出院後 90 天失能評估量表(Modified Rankin Scale, mRS)之分數達失能標準之人數比率。
- (四) 腦中風病人經整合評估且完成處置率：符合腦中風收案條件之病人，於發作後 24 小時內完成術前評估且執行治療之人數比率。

二、醫院別指標：

- (一) 效率指標：

1. 急診病人停留時間之達標比率：
 - (1) 病人不須轉診：符合收案條件之病人進入收治醫院急診後立即評估(到急診時至完成影像檢查於 25 分鐘內)之人次比率。
 - (2) 經轉診病人：符合收案條件之病人抵達第一間醫院後，2 小時內轉出之人次比率。
2. 醫院自行收治或經轉診主動脈剝離/腦中風經動脈取栓手術病人之時間達標比率：
 - (1) 主動脈剝離手術：
 - A. 醫院自行收治之病人入院後，4 小時內進入開刀房之人次比率。
 - B. 病人抵達第一間醫院後，4 小時內轉診至轉入醫院之人次比率。
 - (2) 腦中風：依病人來源區分（入院至接受取栓手術之間）：
 - A. 病人不經轉診至收治醫院接受取栓治療 \leq 2 小時之人次比率。
 - B. 病人經轉診至轉入醫院接受取栓治療 \leq 1.5 小時之人次比率。

（二）結果面指標：

1. 死亡率：醫院收治主、次診斷為主動脈剝離/腦中風個案死亡之人數比率，倘於轉院途中之個案死亡應列計於轉出醫院之死亡人數。
2. 手術死亡率：當次因該疾病之主、次診斷執行手術且術後 48 小時內死亡之人數比率。
3. 失能率：因該疾病執行手術且出院時、出院後 90 天失能評估量表(Modified Rankin Scale, mRS)之分數達失能標準之人數比率。

玖、品質資訊之登錄

- 一、參加本計畫醫院應依規定，於保險人健保資訊網服務系統之 VPN 登載急診重大疾病照護品質及轉診品質相關資料，格式如附表四（建置於健保資訊網服務系統），如健保相關資料未及時登錄或登錄不全者，不予支付相關費用。
- 二、有關資料登錄作業，因重大行政或系統問題導致延誤或錯誤者，由保險人分區業務組衡酌處理，且同醫院一年不得超過1次。
- 三、另為確保急重症照護成效及追蹤個案預後情形，參加本計畫醫院除依前述規定填報出院評估結果外，醫院應追蹤出院個案失能情形，並於出院後90天再評估，登載mRS分數於VPN。

壹拾、資訊之分享與公開

- 一、保險人各分區業務組得舉辦方案執行概況檢討或發表會，由參與本方案之特約醫院報告，藉以進行計畫執行成果檢討及經驗交流。
- 二、保險人得公開參與本方案之醫院名單及相關品質資訊供民眾參考。

壹拾壹、訂定與修正程序

本計畫由保險人與醫院總額相關團體共同研訂後，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之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附表一、參與 113 年「主動脈剝離手術病患照護跨院合作」及「腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作」專款計畫申請書

疾病別：

基本資料	主責醫院		醫事機構代碼	
	聯絡人		聯絡電話	
	E-mail			
配套措施	轉診後送機制			
	合作醫院名單	醫事機構代號	合作醫院名稱	

本院及團隊內醫院同意於計畫執行期間，依照本計畫及全民健康保險法等相關規定，提供保險對象醫療服務。

健保合約大小章用印處

中華民國 年 月 日

附表二、急重症疾病照護、跨院合作執行費及自行收治病人給付項目及支付標準

編號	項目	點數
一、急重症疾病照護獎勵		
P8201B	個案管理費 1. 主動脈剝離個案管理費： 門、急、住診主或次診斷(ICD-10-CM)為 I71.00-I71.03 且執行 68043B 「A 型急性主動脈剝離術」，由負責資源分配及管理調度之醫院申報，同個案每次事件限申報一次。	3,000
P8202B	2. 腦中風個案管理費： 門、急、住診主或次診斷(ICD-10-CM)為 I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.89 或 I67.9 且執行 33143B 「急性缺血性腦中風機械取栓術」，由負責資源分配及管理調度之醫院申報，同個案每次事件限申報一次。	3,000
P8203B	24 小時急性缺血性腦中風整合治療評估費 註： 1. 限腦中風病人於發作後 24 小時內到院進行術前評估，且不 符施作 IVT 或 EVT 治療資格者。同個案每次事件限申報一次。 2. 前述評估項目應包含神經影像(CT/MRI)檢查、中風嚴重度(NIHSS)評估、健保雲端與在院病歷整合查詢、不同治療藥物適應症與禁忌症之評估、轉診評估、神經外科介入之可能性討論。	3,000
二、跨院合作執行費獎勵		
P8204B	(一)主動脈剝離 1. 轉出醫院： -轉出醫院於 2 小時以內轉出獎勵	20,000
P8205B	-轉出醫院超過 2 小時轉出獎勵	10,000
P8206B	2. 接受主動脈剝離病人轉入醫院獎勵 (二)腦中風(限於轉入醫院有執行 33143B 者申報) 1. 轉出醫院	90,000

編號	項目	點數
P8208B	-轉出醫院於 1 小時以內轉出獎勵	20,000
P8209B	-轉出醫院超過 1 小時且 2 小時以內轉出獎勵	15,000
P8210B	-轉出醫院於超過 2 小時轉出獎勵	10,000
P8211B	2. 接受腦中風病人轉入醫院獎勵	35,000
三、自行收治病人獎勵		
P8207B	(一)自行收治主動脈剝離病人之醫院	50,000
P8212B	(二)自行收治腦中風病人之醫院(限有執行 33143B 者申報)	25,000

附表三、指標定義明細

序號	指標名稱	指標定義
整體指標		
1	總死亡率	<p>主、次診斷為主動脈剝離/腦中風病人之死亡人數比率</p> <p>分子：分母人數中，死亡之病人數</p> <p>分母：我國主、次診斷為主動脈剝離(ICD-10-CM：I71.00-I71.03)/腦中風(ICD-10-CM：I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.89 或 I67.9)之住院病人數</p>
2	總手術死亡率	<p>當次因該疾病之主、次診斷執行手術且術後 48 小時內死亡之人數比率</p> <p>分子：分母人數中，執行 68043B/33143B 且術後 48 小時內死亡之人數</p> <p>分母：我國主動脈剝離(ICD-10-CM：I71.00-I71.03)/腦中風(ICD-10-CM：I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.89 或 I67.9)且執行 68043B/33143B 之病人數</p>
3	總失能率	<p>因該疾病執行手術且出院時、出院後 90 天失能評估量表之分數達失能標準之人數比率</p> <p>分子：分母人數中，量表分數符合失能之病人數</p> <p>分母：執行該項手術之病人數</p>
4	腦中風病人經整合評估且完成處置率	<p>符合腦中風收案條件之病人，於發作後 24 小時內完成術前評估且執行治療之人數比率</p> <p>分子：分母人數中，有執行 24 小時腦中風整合治療評估且執行 33143B 人數</p> <p>分母：我國主、次診斷為腦中風(ICD-10-CM：I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.89 或 I67.9)，且有申報 33143B 或 P8203B 之病人數</p>

序號	指標名稱	指標定義
醫院別指標		
(一)效率指標		
5	急診停留時間之達標比率	<p>1. 病人不須轉診：符合收案條件之病人進入收治醫院急診後立即評估(到急診時至完成影像檢查於25分鐘內)之人次比率。</p> <p>2. 病人須轉診：符合收案條件之病人進入收治醫院急診後，於2小時內轉出醫院之人次比率。</p> <p>分子：分母人次中，達指標規範時間之人次 分母：符合收案條件之病人次</p>
6	醫院自行收治或經轉診主動脈剝離/腦中風經動脈取栓手術病人之時間之達標比率	<p>1. 主動脈剝離手術：</p> <p>(1) 自行收治之醫院於病人入院後，4小時內進入開刀房之人次比率。</p> <p>(2) 病人抵達第一間醫院後，4小時內轉診至轉入醫院之人次比率。</p> <p>2. 腦中風：依病人來源區分（入院至接受取栓治療時間）：</p> <p>(1) 病人不經轉診至收治醫院接受取栓治療\leq2小時之人次比率。</p> <p>(2) 病人經轉診至轉入醫院接受取栓治療\leq1.5小時之人次比率。</p> <p>分子：分母人次中，達指標規範時間之人次 分母：符合收案條件之病人次</p>
(二)結果面指標		
7	死亡率	<p>醫院收治主、次診斷為主動脈剝離/腦中風個案死亡之人數比率，倘於轉院途中之個案死亡應列計於轉出醫院之死亡人數</p> <p>分子：主、次診斷為主動脈剝離/腦中風之病人於收治醫院死亡之人數(含轉診途中死亡)</p>

序號	指標名稱	指標定義
		分母：醫院收治主、次診斷為主動脈剝離/腦中風之住院病人數
8	手術死亡率	<p>當次因該疾病之主、次診斷執行手術且術後 48 小時內死亡之人數比率</p> <p>分子：醫院執行 68043B/33143B 且術後 48 小時內死亡之人數</p> <p>分母：醫院收治主動脈剝離(ICD-10-CM：I71.00-I71.03)/腦中風(ICD-10-CM：I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.89 或 I67.9)且執行 68043B/33143B 之病人數</p>
9	失能率	<p>因該疾病執行手術且出院時、出院後 90 天失能評估量表之分數達失能標準之人數比率</p> <p>分子：分母人數中，量表分數符合失能之病人數</p> <p>分母：執行該項手術之病人數</p>

附表四、區域聯防跨院合作照護計畫個案登錄系統(VPN)必要欄位表

一、基本資料

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

二、重大疾病照護品質必填欄位

- 1.主動脈剝離(共 4 欄)：主或次診斷、治療項目醫令代碼(68043B)、開始執行時間。
- 2.腦中風(共 5 欄)：主或次診斷、治療項目醫令代碼(33143B)、開始執行時間、出院前、出院後 90 天之 mRS 分數(0-5 分)。

三、轉診必填欄位

- 1.轉出醫院：入院時間、轉出時間、轉出醫院代號
- 2.接受轉診醫院：轉入時間、轉入醫院代號、治療項目醫令代碼(68043B、33143B)、開始執行時間。

四、24 小時急性缺血性腦中風整合治療評估費必填欄位

- 1.疾病發作時間、2.進入醫院(急診)時間(年月日時分)、3.完成評估時間、4.評估結果(填寫 NIHSS 分數)

五、若病人術後 48 小時內死亡或轉診途中死亡，請於相關死亡欄位勾選「Y」(必填)

報告事項

第七案

報告單位：本署醫務管理組

案由：新增「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」案。

說明：

- 一、依衛生福利部 112 年 12 月 26 日公告 113 年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額及其分配暨 113 年 3 月 6 日全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議(下稱醫院研商會議)決議辦理(**附件 1，頁次報 7-6~7-8**)。
- 二、查衛生福利部 113 年度醫院總額專款「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」2.25 億元，決定事項為請本署會同醫院總額相關團體，於 113 年度總額公告後，提出相關計畫內容(含關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標，並主要以結果面為導向規劃)，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。
- 三、本署於 113 年 2 月 20 日邀集台灣感染症醫學會(下稱感染症醫學會)及衛生福利部疾病管制署召開「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」溝通會議討論，並經 113 年 3 月 6 日醫院研商會議討論，依會議決議研擬「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」草案(**附件 2，頁次報 7-9~7-27**)，摘要說明如下：

(一)以醫療院所為對象之獎勵規劃(依據達成指標積分獎勵)

1. 參與醫院資格：醫院評鑑感染管制章節合格。

2. 過程面指標及計分：

- (1) 醫院總病床數每 300 床(3 分)、每 200 床(5 分)、每 100 床(10 分)
設有接受感染症醫學訓練之專任專科醫師 1 位。若醫院急
性一般病床登記許可床數 249 床以下，且設有專責感染症
專科醫師（專任或支援），以 3 分計。

- (2) 管理階層對於感染管制人員訂有攬才、育才、留才計畫(2分)。
- (3) 管理階層訂有管理計畫及內部獎勵制度，提撥獎勵予感染管制師或相關人員的百分比(2分)。
- (4) 台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統(THAS)之抗藥性監測模組參與度：當年度通報月比率達100% (6分)；通報月比率50%以上 (4分)；通報月比率未達50% (2分)。

3. 結果面指標及計分：

- (1) 全院重點監測抗藥菌占率改善成果(最高積分10分)：單一抗藥菌占率較基期(前一年度)下降2-5%(1分)，較基期下降5%以上(2分)。重點監測抗藥菌包括 MRSA、VRE、CRKP、CRAB、CRPA。
- (2) 重點監測抗藥菌感染密度(%)：MRSA、VRE、CRKP、CRAB、CRPA 全院/加護病房感染密度維持與基期(依據該院全院過去3年之數據)相當(1分)，較基期下降2-5%(2分)；較基期下降5%以上(3分)。
- A. 全院重點監測抗藥菌感染密度(最高積分15分)。
- B. 加護病房重點監測抗藥菌感染密度(最高積分15分)。
- (3) 醫療照護相關感染密度(%)：將全院/加護病房月平均感染發生密度控制在95%信賴區間高標以下(依據該院全院過去3年之數據);反之則整體結果面積分撥補獎勵乘以0.8計。
依據疾病管制署 THAS 系統 HAI 模組通報資料，各層級設有加護病房醫院完整通報比例偏低，且年度資料有通報截止日期，爰建議該指標暫不予以納入積分計算，惟仍請醫院通報，以供下一年度指標積分納入之參考。

- A. 全院醫療照護相關感染密度。
- B. 加護病房醫療照護相關感染密度。

(4) 高度管制性抗微生物製劑管理成果(最高積分3分)：針對本署抗微生物劑藥品給付規定通則須經感染症專科醫師會診確認需要使用藥品(共18項，**附件2，頁次報7-15~7-19**)，其DDD耗用量或DID(住院抗生素耗用量密度)維持與基期(前一年度)相當(1分)，較基期下降2-5%(2分)，較基期下降5%以上(3分)。

4. 醫療院所端之獎勵金額之分配

(1) 按達成指標積分獎勵，並依照醫院總病床數給予權重加成，各醫院獎勵金分配＝

$$\frac{\text{該院之(指標達成積分} \times \text{權重)}}{\sum \text{各醫院(指標達成積分} \times \text{權重)}} \times \text{獎勵點數}$$

分配權重如下：

- A. 病床數未滿500床分配權重=1
- B. 病床數501至1250床分配權重=1.5
- C. 病床數1251至2000床分配權重=2
- D. 病床數2001床以上分配權重=3

(2) 獎勵金須給付一定成數予感染管制師或相關人員，並請醫院提供提撥成數予本署分區業務組備查。每一積分採浮動點值，以5,000點為上限。

(二)高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費：

1. 參與醫院資格，須符合以下各項條件：

- (1) 醫院評鑑感染管制章節合格。
- (2) 參與傳染病監視通報機制。
- (3) 參與台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統(THAS)之抗藥性監測模組。

2. 執行人員資格：專任感染症專科醫師。

3. 照護對象：嚴重感染症之住院病人，包含複雜性感染、嚴重

敗血症、困難治療照護處置、及免疫不全之病人。

4. 量表評估時機，符合以下任一條件：

(1) 於使用高度管制性抗微生物製劑前。

(2) 於使用高度管制性抗微生物製劑期間，每週評估並以每週申報1次為限。每週採計，滿7天得申報一次。

5. 支付點數：每次1,000點。

6. 照護評估給付規劃：給付一定成數以上予感染症專科醫師，並請醫院提供提撥成數予本署分區業務組備查。

7. 適用藥品：計畫開始施行6個月內，納入計畫附件1-1之18類抗微生物劑；第7個月內納入附件1-2之抗微生物劑。

四、 關鍵績效指標：

(一) 全院重點監測抗藥菌占率不高於112年同期。

(二) 全院重點監測抗藥菌感染密度、加護病房重點監測抗藥菌感染密度不高於112年同期。

(三) 全院醫療照護相關感染密度、加護病房醫療照護相關感染密度不高於112年同期。

(四) 高度管制性抗微生物製劑管理成果不高於112年同期。

五、 財務評估：本案專款年度經費為 225 百萬元，以上述支付規劃推估如下：

(一) 以醫療院所為對象之獎勵規劃：

1. 按達成指標積分獎勵，並依醫院總床數給予權重加成，其中過程面指標共4項(最高共20分)；結果面指標共6項(其中2項今年度暫不計分，最高共43分)，爰最高達成指標點數計63分。

2. 暫依感染症醫學會所訂醫院指標積分達成比例推估(尚未列入急性一般病床登記許可床數249床以下及未設有加護病房醫院之積分)：合計積分 $15,562 \text{ 分} \times 5,000 \text{ 點/分} = 77.81 \text{ 百萬點}$ (附件3，頁次報7-28~7-29)。

(二)高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費：

1. 依112年18種抗微生物製劑藥品使用量，以使用前計1次，或每滿7天加計1次，共計483,405次，並以感染症醫學會估計符合申請給付資格且適用嚴重感染症照護評估比例約占藥品使用量40%，推估量表使用量約193,362次(483,405*40%)。
2. 推估全年支出：193,362次×1,000點=193.36百萬點。

(三)合計約271百萬點。本計畫預算優先支應「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費」後，餘款支應「以醫療院所為對象之獎勵規劃」。若超出專款預算，則以浮動點值計算。

六、如經確認同意，擬提至衛生福利部全民健康保險會報告，並依程序報請衛生福利部核定後，本署公布實施。

決定：

113 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

- 113年度醫院醫療給付費用總額 = 校正後112年度醫院一般服務醫療給付費用 $\times (1 + 113\text{年度一般服務成長率}) + 113\text{年度專款項目經費} + 113\text{年度醫院門診透析服務費用}$
- 113年度醫院門診透析服務費用 = 112年度醫院門診透析服務費用 $\times (1 + 113\text{年度成長率})$

註：校正後112年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會112年第7次委員會議決定，校正投保人口預估成長率差值、加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款，及扣除「111年未導入預算扣減」部分(醫院總額111年度未有本項扣減金額)。

二、總額決定結果：

經醫院代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第10條規定，分別就付費者代表及醫院代表之委員建議方案當中各提一案，報請主管機關決定，結果如下：

- (一)一般服務成長率為5.388%。其中醫療服務成本及人口因素成長率4.179%，協商因素成長率1.209%。
- (二)專款項目全年經費為45,078.2百萬元。
- (三)門診透析服務成長率為1.586%。
- (四)前述三項額度經換算，113年度醫院醫療給付費用總額，較基期成長4.700%。各細項成長率及金額，如附表。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，依決定事項辦理，並於113年7月前提報執行情形，延續性項目則包含前

1年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效納入114年

②以5年為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第5年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

27. 抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫(113年新增項目)：

- (1) 全年經費225百萬元。
- (2) 請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，於113年度總額公告後，提出相關計畫內容(含關鍵績效指標、執行目標及預期效益之評估指標，並主要以結果面為導向規劃)，提報至全民健康保險會最近1次委員會議確認。

28. 品質保證保留款：

- (1) 全年經費501.5百萬元。
- (2) 原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(388.7百萬元)，與113年度品質保證保留款(501.5百萬元)合併運用(計890.2百萬元)。
- (3) 請中央健康保險署積極檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

(四)門診透析服務：

1. 門診透析服務總費用成長率為3%，合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。
2. 門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第1季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。依上述分攤基礎，醫院總額本項服務費用成長率為1.586%。

全民健康保險醫療給付費用醫院總額
113 年第 1 次研商議事會議紀錄(草稿)

報告事項

第八案

提案單位：本署醫務管理組

案由：113 年度醫院總額「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」案。

決議：本案通過，續提全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告，重點如下：

- 一、本項預算2.25億元，分配方式優先支應「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費」（預算1.25億元，以1點1元支應），餘款支應「醫療院所端之獎勵金額之分配」（預算1億元，預算不足時以浮動點值支應），二項費用可互相流用。
- 二、有關本署原提案之急性一般病床數200床以下設有專責感染且設有專責感染症專科醫師（專任或支援），配合衛生福利部醫院評鑑及教學醫院評鑑作業程序「應申請區域醫院評鑑」之急性一般病床數規定，修正為249床（含）以下。
- 三、有關感染症醫學會建議本項預算相關獎勵金原須給付一定成數（如5成或8成之文字）予以相關人員，本案未獲共識，經討論後決議，刪除如5成或8成之文字，本案施行後請各醫院提報本署分配情形，作為下一年度修訂參考。
- 四、有關本署原提案之獎勵金給付相關人員，與會代表（中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會），建議增列護理人員及藥師，考量醫院各類醫事人員均有投入感控，原條文「相關人員」實以包括醫院各類醫事人員，爰此，維持原文字。

抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫

○年○月○日健保醫字第○○○○○號公告

壹、依據

全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的

- 一、鼓勵醫院推動、落實或提升感染管制及抗微生物製劑管理。
- 二、提升醫療品質，保障病人安全。
- 三、鼓勵醫院管理階層對感染管制的實質支援。

參、實施期間

自計畫公告實施日起至 113 年 12 月 31 日止。

肆、預算來源

113 年全民健康保險醫院醫療給付費用總額「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」專款項下支應，全年度經費為 225 百萬元。

伍、計畫內容

一、以醫療院所為對象之獎勵規劃(依據達成指標積分獎勵)

- (一)參與醫院資格：醫院評鑑感染管制章節合格。
- (二)過程面指標及計分：

1. 醫院總病床數每300床(3分)、每200床(5分)、每100床(10分)設有接受感染症醫學訓練之專任專科醫師1位。若醫院急性一般病床登記許可床數249床以下，且設有專責感染症專科醫師(專任或支援)，以3分計。
2. 管理階層對於感染管制人員訂有攬才、育才、留才計畫(2分)。
3. 管理階層訂有管理計畫及內部獎勵制度，提撥獎勵予感染管制師或相關人員的百分比(2分)。
4. 台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統(THAS)之抗藥性監測(AR)模組參與度：當年度通報月比率達100% (6分)；通報月比率

50%以上(4分)；通報月比率未達50%(2分)。

(三)結果面指標及計分：

1. 全院重點監測抗藥菌占率改善成果(最高積分10分)：單一抗藥菌占率較基期(前一年度)下降2-5%(1分)；較基期下降5%以上(2分)。重點監測抗藥菌包括 MRSA、VRE、CRKP、CRAB、CRPA，分別計算前揭菌種占率之下降率。
2. 重點監測抗藥菌感染密度(%):
 - (1) 全院重點監測抗藥菌感染密度(最高積分15分)：改善成果個別計分，重點監測抗藥菌包括 MRSA、VRE、CRKP、CRAB、CRPA 全院感染密度維持與基期(依據該院全院過去3年之數據)相當(1分)；較基期下降2-5%(2分)；較基期下降5%以上(3分)。
 - (2) 加護病房重點監測抗藥菌感染密度(最高積分15分)：改善成果個別計分，重點監測抗藥菌包括 MRSA、VRE、CRKP、CRAB、CRPA 加護病房感染密度維持與基期(依據該院加護病房過去3年之數據)相當(1分)；較基期下降2-5%(2分)；較基期下降5%以上(3分)。
3. 醫療照護相關感染密度(%): (暫不列入113年度積分計算)
 - (1) 全院醫療照護相關感染密度：將全院月平均感染發生密度控制在95%信賴區間高標以下(依據該院全院過去3年之數據)。
 - (2) 加護病房醫療照護相關感染密度：將加護病房月平均感染發生密度控制在95%信賴區間高標以下(依據該院加護病房過去3年之數據)。
4. 高度管制性抗微生物製劑管理成果(最高積分3分)：針對本保險抗微生物劑藥品給付規定通則須經感染症專科醫師會診確認需要使用藥品(共18項，附件1-1)，其 DDD 耗用量或 DID(住院抗生素耗用量密度)維持與基期(前一年度)相當(1分)；較基期下降2-5%(2分)；較基期下降5%以上(3分)。

二、高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費(附件2)

(一)參與醫院資格，須符合以下各項條件：

1. 醫院評鑑感染管制章節合格。
2. 參與傳染病監視通報機制。
3. 參與台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統(THAS)之抗藥性監測模組。

(二)執行人員資格：專任感染症專科醫師。

(三)照護對象：嚴重感染症之住院病人(附件3)，包含複雜性感染、嚴重敗血症、困難治療照護處置、及免疫不全之病人，並經專任感染症專科醫師評估需使用高度管制性抗微生物製劑。

(四)量表評估時機，符合以下任一條件：

1. 於使用高度管制性抗微生物製劑前。
2. 於使用高度管制性抗微生物製劑期間，每週評估並以每週申報1次為限。每週採計，滿7天得申報一次。

[註]適用藥品：計畫施行前6個月，僅納入本保險抗微生物劑藥品給付規定通則須經感染症專科醫師會診確認需要使用之18個抗微生物製劑(附件1-1)，第7個月起依量表實際使用狀況評估納入之完整高度管制性抗微生物製劑(附件1-2)。

陸、 支付方式及費用申報、審查及核付作業：

一、以醫療院所為對象之獎勵規劃：

(一)獎勵金計算方式：

1. 各醫院獎勵金分配=

$$\frac{\text{該院之(指標達成積分} \times \text{權重)}}{\sum \text{各醫院(指標達成積分} \times \text{權重)}} \times \text{獎勵點數}$$

2. 按達成指標積分獎勵，並依醫院總病床數給予權重加成，分配權重如下：

- (1) 病床數未滿500床分配權重=1
- (2) 病床數501至1250床分配權重=1.5
- (3) 病床數1251至2000床分配權重=2
- (4) 病床數2001床以上分配權重=3

(二)獎勵金須給付一定成數予感染管制師或相關人員，每一積分採浮動點值，以 5,000 點為上限。

二、高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費：支付點數 1,000 點，申報時醫令類別為「X」，並須給付一定成數予感染症專科醫師。給付項目及支付標準如下：

編號	診療項目	地區 醫院	區域 醫院	醫學 中心	支付 點 數
P8301B	高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費 註： 1. 適應症：嚴重感染症之住院病人(附件3)，包含複雜性感染、嚴重敗血症、困難治療照護處置、及免疫不全之病人，並經專任感染症專科醫師評估需使用高度管制性抗微生物製劑。 2. 量表評估時機，符合以下條件之一： (1) 於使用高度管制性抗微生物製劑前。 (2) 於使用高度管制性抗微生物製劑期間，每週評估並以每週申報1次為限。	V	V	V	1,000

三、「以醫療院所為對象之獎勵」及「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費」得互相流用。

四、點值結算方式：

(一)本計畫預算按季均分，優先支應「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費」後，餘款支應「以醫療院所為對象之獎勵規劃」。以浮動點值計算，且每點金額不高於 1 元，當季預算若有結餘則流用至下季。若全年預算當有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。

(二)本計畫「以醫療院所為對象之獎勵規劃」每年結算一次，由保險人於次年 3 月底前，計算參與計畫之醫院名單及分配金額後，辦理撥付事宜。

五、申報、審查及核付作業：

(一)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)醫院應於次年 1 月底前完成通報相關指標資料(含過程面指標 AR 模組

通報及所有結果面指標)，如相關資料未及時登錄或登錄不全者，不予支付相關費用。

(三)參與計畫之醫院應於指定期限前彙整當年度「以醫療院所為對象之獎勵規劃」中「管理階層對於感染管制人員訂有攬才、育才、留才計畫」及「管理階層訂有管理計畫及內部獎勵制度，提撥獎勵予感染管制師或相關人員的百分比」兩項指標相關計畫及獎勵制度內容送保險人，保險人將請台灣感染症醫學會審查。台灣感染症醫學會應將審查核定名單，於次年1月底前函送保險人。

(四)醫院應於次年6月底前，彙整本計畫提撥予感染管制師或相關人員(以醫療院所為對象之獎勵規劃)及感染症專科醫師(高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費)之個別成數，並函送至所屬保險人分區業務組備查。

(五)醫療費用核付依據：由衛生福利部醫事司(下稱醫事司)及衛生福利部疾病管制署(下稱疾管署)提供下列資料予保險人：

1. 醫事司：醫院評鑑感染管制章節合格名單(含醫院名稱及醫事機構代碼)、全院醫療照護相關感染密度。
2. 疾管署：THAS 之抗藥性監測模組參與度、全院重點監測抗藥菌占率、全院重點監測抗藥菌感染密度、加護病房重點監測抗藥菌感染密度、加護病房醫療照護相關感染密度。

(六)醫療費用申復：辦理本計畫核發作業後，若有未列入本計畫核發名單之特約醫院提出申復等行政救濟事宜，經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度醫院總額「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」專款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季醫院總額一般服務項目預算中支應。

柒、 關鍵績效指標

本項係訂定下列指標(指標定義如附件4)，用以監測本計畫執行成效。

- 一、全院重點監測抗藥菌占率不高於112年同期。
- 二、全院/加護病房重點監測抗藥菌感染密度不高於112年同期。
- 三、全院/加護病房醫療照護相關感染密度不高於112年同期。

四、高度管制性抗微生物製劑管理 DDD 耗用量或 DID(住院抗生素耗用量密度)不高於112年同期。

捌、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。

玖、訂定與修正程序

本計畫由保險人與醫院總額相關團體共同擬訂後，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，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附件 1-1 中央健康保險署抗微生物劑用藥給付規定通則須經感染症專科醫師會診*確認需要使用之高度管制性抗微生物製劑清單

章節	抗微生物劑	用藥給付規定
10.3.5	Ceftaroline fosamil *	<p>1.限下列條件之一且經感染症專科醫師會診確認需使用者：</p> <p>(1)社區性肺炎，經使用第一線社區性肺炎抗生素(如盤尼西林類抗生素、第三代頭孢子菌素、quinolone類抗生素)治療失敗或致病菌對第一線抗生素不具感受性。</p> <p>(2)證實或高度懷疑MRSA複雜性皮膚和皮膚構造感染，並符合下列條件之一：</p> <p>I.有全身性感染徵兆且白血球數異常(>12,000 或 <4,000 cells /mCL)。</p> <p>II.免疫功能不全。</p> <p>2.申報費用時須檢附會診紀錄及相關之病歷資料。</p>
10.3.6	Ceftazidime+ avibactam sodium*	<p>1. 限下列條件之一且經感染症專科醫師會診確認需使用者：</p> <p>(1) 複雜性腹腔內感染</p> <p>(2) 複雜性泌尿道感染</p> <p>(3) 院內感染型肺炎</p> <p>(4) 其他臨床感染症</p> <p>2. 申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料。</p>
10.3.7.	Ceftolozane+tazobactam*	<p>1. 治療18 歲以上成人，患有對ceftolozane/tazobactam 有感受性的致病菌引起的以下感染症：</p> <p>(1) 複雜性腹腔內感染，需與metronidazole 併用。</p> <p>(2) 複雜性泌尿道感染，包括腎盂腎炎。</p> <p>(3) 院內感染性肺炎，包括呼吸器相關肺炎。</p> <p>2. 需經會診感染科醫師同意後使用。申報費用時，需檢附感染科醫師會診報告。</p>
10.4.2	Erythromycin lactobionate*	<p>(1)限用於無法口服之病患。</p> <p>(2)使用期間不得超過10 日。</p> <p>(3)若需使用高劑量（成人每日劑量大於2g）或延長治療者，需經感染症專科醫師會診確認需要使用。</p>
10.4.4 (3)	Clarithromycin*	<p>I. 限用於無法口服之病患。</p> <p>II. 若需使用高劑量（成人每日劑量大於1g）或延長治療者，需經感染症專科醫師會診確認需要使用。</p>

章節	抗微生物劑	用藥給付規定
10.5.1	Imipenem + cilastatin*	<ol style="list-style-type: none"> 經細菌培養證實有意義之致病菌且對其他抗微生物製劑均具抗藥性，而對carbapenem 具有感受性（sensitivity）。 經細菌培養，發現有意義之致病菌對carbapenem及其他抗微生物製劑具有感受性，但病患對其他抗微生物製劑過敏無其他藥物可供選用時。 臨床上為嚴重之細菌感染，且經其他廣效性的非第一線抗微生物製劑治療仍無法控制病情者。 經感染症專科醫師會診，確認有感染症需使用者（申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料）。
10.5.1	Meropenem*	<ol style="list-style-type: none"> 經細菌培養證實有意義之致病菌且對其他抗微生物製劑均具抗藥性，而對carbapenem 具有感受性（sensitivity）。 經細菌培養，發現有意義之致病菌對carbapenem及其他抗微生物製劑具有感受性，但病患對其他抗微生物製劑過敏無其他藥物可供選用時。 臨床上為嚴重之細菌感染，且經其他廣效性的非第一線抗微生物製劑治療仍無法控制病情者。 經感染症專科醫師會診，確認有感染症需使用者（申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料）。
10.5.2	Ertapenem*	<ol style="list-style-type: none"> 臨床上為中、重度細菌感染，且經其他抗微生物製劑治療仍無法控制病情者，但限用於： <ol style="list-style-type: none"> (1) 複雜的腹腔內感染 (2) 感染性肺炎 (3) 急性骨盆感染 經感染症專科醫師會診，確認有感染症需使用者（申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料）。
10.5.3	Doripenem*	<ol style="list-style-type: none"> 經細菌培養證實有意義之致病菌且對其他抗微生物製劑均具抗藥性或對其他具有感受性抗微生物製劑過敏，而對carbapenem 具有感受性（sensitivity）之複雜性泌尿道感染（包括腎盂腎炎）及複雜性腹腔內感染。 臨床上為嚴重之複雜性泌尿道感染（包括腎盂腎炎）及複雜性腹腔內感染，且經其他廣效性的非第一線抗微生物製劑治療仍無法控制病情者。 經感染症專科醫師會診，確認有感染症需使用者（申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料）。

章節	抗微生物劑	用藥給付規定
10.6.3.2	Itraconazole 注射劑*	<p>1. 限用於第一線治療藥物amphotericin B 治療無效或有嚴重副作用之侵入性麴菌症、侵入性念珠菌感染症、組織漿病菌之第二線用藥使用，以14日為限。</p> <p>2. 限用於第一線治療藥物無法使用或無效的免疫功能不全及中樞神經系統罹患隱球菌病（包括隱球菌腦膜炎）的病人，並以14日為限。</p> <p>3. 因病情需要，經感染症專科醫師會診確認需要使用者（申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料）。</p>
10.6.10.	Posaconazole*	<p>1. 限下列條件之一使用：</p> <p>(1) 對amphotericin B或itraconazole或voriconazole治療無效或不能忍受之成人侵入性麴菌病（invasive aspergillosis）的第二線用藥。（無效的定義是先前用有效抗黴菌劑的治療劑量至少7天，感染惡化或未改善）。</p> <p>(2) 對itraconazole或fluconazole治療無效或不能忍受之成人口咽念珠菌感染（ oropharyngeal candidiasis）的第二線用藥。（無效的定義是先前用有效抗黴菌劑的治療劑量至少治療一段時間：持續性黴菌血症3天，非黴菌血症型感染7 天，食道念珠菌病14天，感染惡化或未改善）限使用口服懸液劑劑型。</p> <p>(3) 用於造血幹細胞移植接受者因發生嚴重（gradeIII、IV）急性植體宿主反應（acute graft versus host reaction, GVHD），而接受高劑量免疫抑制劑（prednisolone 使用劑量超過0.8mg/kg/day）治療之高危險病人（口服劑型限用於13 歲以上病人、注射劑限用於18 歲以上病人），做為預防侵入性黴菌感染，使用期間以3個月為限。</p> <p>(4) 急性骨髓性白血病（ acute myelogenous leukemia ）或高危險骨髓化生不良症候群（myelodysplastic syndrome）病人接受誘導性化學治療者，給付條件如下：</p> <p> I.用於初診斷之誘導性化學治療、誘導失敗進行第二次誘導性化學治療，或復發病患進行復發後第一次誘導性化學治療者。</p> <p> II. 誘導性化學治療需使用「cytarabine(Ara-C)7 天及anthracycline類藥物3天」、或「高劑量Ara-C」、或「老年人(60 歲以上) 使用 cytarabine (Ara-C)5 天 及anthracycline類藥物2天」、或較上述療法更強的化學治療。</p> <p> III.自化學治療第一天開始使用，當絕對嗜中性白血球數 (absolute neutrophil count, ANC)大於500/mm³，或出現</p>

章節	抗微生物劑	用藥給付規定
		<p>侵入性黴菌感染時應停止使用。每次療程投予 posaconazole 預防以一個月為限，最多給付2次誘導性化學治療療程。</p> <p>IV. 口服劑型限用於13歲以上病人、注射劑限用於18歲以上病人。</p> <p>2. 使用本藥須經感染症專科醫師會診確認需要使用，申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料。</p> <p>3. 注射劑限用於無法口服之病人。</p>
10.6.11.	Isavuconazole*	<p>1. 限用於：</p> <p>(1) 侵犯性麴菌症 (invasive aspergillosis)</p> <p>(2) 使用於不適合接受 amphotericin B 的病人治療白黴菌病 (mucormycosis)</p> <p>2. 使用本藥須經感染症專科醫師會診確認需要使用，申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料。</p> <p>3. 注射劑限用於無法口服之病人。</p>
10.8.2.1	Moxifloxacin*	<p>1. 慢性支氣管炎的急性惡化、社區性肺炎、複雜性腹腔內感染。</p> <p>2. 急性鼻竇炎或複雜性皮膚和軟組織感染，因抗藥性細菌感染及病情需要，經感染科醫師會診確認需要使用者。</p>
10.8.3	Linezolid*	<p>1. 限下列條件之一使用：</p> <p>(1) 確定或高度懷疑為MRSA 肺炎（痰液培養出MRSA，伴隨全身發炎反應，且CXR 出現新的浸潤或痰液性狀改變或氧氣需求增加），並符合下列危險因子之一：</p> <p>I. 65 歲以上。</p> <p>II. BMI\geq30。</p> <p>III. 急性腎衰竭、腎功能不穩定時。</p> <p>IV. 過去90 天內曾使用 glycopeptides 者。</p> <p>(2) 因嚴重肺炎致呼吸衰竭或合併嚴重敗血症之患者，同時有其他部位懷疑或證實為MRSA感染，得以經驗性使用；惟後續呼吸道微生物學檢查結果無MRSA呼吸道感染證據時，應停止使用。</p> <p>(3) 證實為MRSA複雜性皮膚和皮膚構造染，並符合下列條件之一：</p> <p>I. 有全身性感染徵兆且白血球數異常 (>12,000 或 <4,000 cells/mcL) 。</p> <p>II. 免疫功能不全。</p> <p>(4) 證實為VRE (vancomycin-resistant enterococci) 感染，且其VRE菌株對ampicillin為抗藥者。</p>

章節	抗微生物劑	用藥給付規定
		<p>(5) 其他抗藥性革蘭氏陽性球菌感染，因病情需要，經感染症專科醫師會診確認需要使用者。</p> <p>2. 心內膜炎（endocarditis）病患不建議使用。</p> <p>3. 申報費用時需檢附會診紀錄或相關之病歷資料。</p>
10.8.5	Tigecycline*	<p>1. 限下列條件之一使用：</p> <p>(1) 經細菌培養證實有意義之致病菌且對其他抗微生物製劑均具抗藥性或對其他具有感受性抗微生物製劑過敏，而對tigecycline 具有感受性（sensitivity）之複雜性皮膚及皮膚結構感染或複雜性腹腔內感染症使用。</p> <p>(2) 其他經感染症專科醫師會診，認定需使用之下列感染症：複雜性皮膚及皮膚結構感染、複雜性腹腔內感染、社區感染性肺炎。</p> <p>2. 申報費用時需檢附會診紀錄或相關之病歷資料。</p>
10.8.6	Colistin*	限經感染症專科醫師會診，確定使用於一般抗生素無效，且具多重抗藥性之革蘭氏陰性菌之嚴重感染。
10.8.7	Daptomycin*	<p>1. 證實為MRSA (methicillin-resistant staphylococcus aureus) 複雜皮膚和皮膚組織感染，且證明為vancomycin抗藥菌株或使用vancomycin、teicoplanin治療失敗者或對vancomycin、teicoplanin治療無法耐受者。</p> <p>2. 其他抗藥性革蘭氏陽性菌引起的複雜皮膚和皮膚組織感染或MRSA菌血症（含右側感染性心內膜炎），因病情需要經感染症專科醫師會診確認需要使用者（申報費用時需檢附會診及相關之病歷資料）。</p>
10.8.8	Fidaxomicin*	<p>1. 限用於經第一線藥物metronidazole及vancomycin治療無效或復發，且細菌培養或毒素分析（toxin assay）報告證實為困難梭狀桿菌相關腹瀉（C. difficile-associated diarrhoea, CDAD），並經感染症專科醫師會診，確認有感染症需使用者。</p> <p>2. 申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料。</p>

附件 1-2 其他涵蓋 MDRO 治療指引之高度管制性抗微生物製劑清單

章節	抗微生物劑	用藥給付規定
10.1	Ceftazidime	Ceftazidime 是殺菌性頭孢子菌抗生素、對多種乙內醯胺、有抵抗力、並對廣範圍的革蘭氏陽性及陰性及陰性的細菌有效。
10.1	Cefepime	對Cefepime 具感受性之細菌性感染症。
10.1	Cefpirome	對Cefpirome Sulphate 具感受性細菌引起之感染症。
10.1	Fosfomycin	綠膿菌、變形菌、沙雷氏菌、葡萄球菌、大腸菌等具有感受性細菌所引起之下列感染症（敗血症、支氣管炎、細支氣管炎、支氣管擴張症、肺炎、肺化膿症、膿胸、腹膜炎、腎盂腎炎、膀胱炎）。
10.1	Sulbactam	鏈球菌、葡萄球菌、大腸桿菌、克雷氏菌、沙雷氏菌、流行感冒嗜血桿菌、引產陰性變形桿菌屬、檸檬酸菌屬、厭氧性細菌（Bacteroides Fusobacterium,Clostridium difficile）、Branhamella catarrhalis 引起之感染症。
10.1	Piperacillin	革蘭氏陰性及陽性厭氧菌及需氧菌所引起之全身性及局部性感染。
10.1	Piperacillin +tazobactam	Piperacillin 具有感受性、以及對Piperacillin 具抗藥性但對Piperacillin-Tazobactam 有感受性之B-Lactamase產生菌株所引起之中至嚴重程度感染。
10.6.1	Fluconazole	<p>10.6.1.1.Fluconazole錠劑膠囊劑（如Diflucan oral）：限</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 全身黴菌感染之治療。 2. 免疫不全病例，治療或預防黴菌感染時使用。 3. 非愛滋病隱球菌腦膜炎患者使用，原則上使用6到8週，視病人臨床反應，抗原效價及培養結果調整療期，而治黴菌藥物之終止以效價下降四倍及兩次培養陰性為原則。 4. 用於念珠性陰道炎，限頑固性疾病或無性經驗病人 <p>10.6.1.2.Fluconazole注射劑（如Diflucan inj）：限</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 已證實為全身性黴菌感染（經組織或培養證實）病例使用。 2. 非愛滋病隱球菌腦膜炎患者使用，原則上使用6到8週，視病人臨床反應，抗原效價及培養結果調整療期，而治黴菌藥物之終止以效價下降四倍及兩次培養陰性為原則。 <p>10.6.1.3. Fluconazole 口服液劑（如 Fluzole powder for oral suspension）：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 限用於12 歲以下或吞嚥困難患者，併下列條件之一使用： 念珠球菌局部或全身感染、囊珠菌感染。 預防後天免疫缺乏症候群病人的黴菌感染。 2. 病人接受本品治療期間，不得併用其他同類藥品。
10.6.6	Caspofungin Injection	限符合下列規定之一： <ol style="list-style-type: none"> 1. 限用於其他黴菌藥物治療無效或有嚴重副作用之侵入性黴

章節	抗微生物劑	用藥給付規定
		菌症、侵入性念珠菌感染症之第二線用藥。 2. 經感染症專科醫師認定需使用者，惟治療食道念珠菌感染限用於fluconazole 無效或有嚴重副作用者。
10.6.7	Micafungin Injection	限用於 1. 治療16 歲以上的食道念珠菌感染。 2. 預防接受造血幹細胞移植病患的念珠菌感染。 3. 治療念珠菌血症與其他侵襲性之念珠菌感染。
10.6.9	Anidulafungin 注射劑	限用於治療一個月以上患者之侵襲性念珠菌感染。
10.8.2	Ciprofloxacin	對Ciprofloxacin 有感受性之細菌所引起之呼吸道感染、中耳炎、眼感染、腎臟及泌尿道感染（包括淋病）、腹部感染（包括腹膜炎）、竇炎、皮膚及軟組織感染、骨髓炎、關節感染、菌血症。
10.8.2.3	Levofloxacin	限用於成人(18 歲以上)之慢性支氣管炎的急性惡化、社區性肺炎、複雜性泌尿道感染。
-	Amikacin	革蘭氏陰性菌（包括綠膿菌、變形菌、大腸菌）所引起的感染症：敗血症、肺炎、肺化膿症、腹膜炎、腎盂腎炎、膀胱炎、尿道炎、創傷、熱傷、手術後之次感染症。
-	Amphotericin B	骨髓移植後併發腎毒性出現侵入性黴菌感染。 腎功能不全之麴菌屬、念珠菌屬或囊球菌屬類的菌種感染病患。 治療感染囊球菌腦膜炎的HIV 患者（參閱臨床研究） 治療麴菌屬、念珠菌屬或是囊球菌屬類的菌種感染，或是無法用Amphotericin B deoxycholate 治癒的病患，或是腎功能不全或無法耐受Amphotericin B deoxycholate 所產生的毒性之病患。 治療臟器的利時曼氏病。在免疫不全且患有臟器的利時曼氏病之患者使用Amphotericin B Liposome for Injection 治療，在初期寄生蟲清除後仍有高復發率。（參閱臨床研究）參閱用法用量中之適應症建議劑量。 對發燒的重度嗜中性白血球缺乏症患者可能罹患黴菌感染症之經驗療法。說明：發燒的重度嗜中性白血球缺乏症係指嗜中性白血球絕對值小於500 cell/mm ³ 以下或白血球小於1000cells/mm ³ 以下，持續達96 小時，引起發燒（>38°C）之現象。
-	Flucytosine	白色黴菌病、黴菌性肺炎及產色黴菌病。
-	Itraconazole	嚴重或全身性黴菌感染、甲癬、髮癬。
-	Voriconazole	一、治療侵犯性麴菌病（invasive aspergillosis）； 二、治療嚴重之侵犯性念珠菌感染（serious invasive candida infections）； 三、治療足分枝菌（Scedosporium spp.）和鐮刀菌（Fusarium spp.）之嚴重黴菌感染；

章節	抗微生物劑	用藥給付規定
		四、預防高危險患者發生侵入性黴菌感染，包括接受造血幹細胞移植（HSCT）的患者。
	Cefoperazone+ Sulbactam	適用於治療由感受性細菌所引起的下列感染：上、下呼吸道感染、上、下泌尿道感染、腹膜炎、膽囊炎、膽管炎及其他腹腔內感染、骨盆發炎、子宮內膜炎及其他生殖道感染、以及創傷燙傷、手術後之二次感染。
	Imipenem + cilastatin+ relabactam	適用於治療成人病人患有對RECARBRO 具感受性的革蘭氏陰性微生物（susceptible Gram-negative microorganisms）引起之下列感染： -院內感染性肺炎及呼吸器相關肺炎（HAP/VAP） -複雜性泌尿道感染（cUTI），包括腎盂腎炎 -複雜性腹內感染（cIAI）

附件 2 高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表

一、個案基本資料

醫院代號		醫院名稱		填表日期	
病人姓名		性別		出生日期	
身分證號		病歷號碼			

二、用藥前感染症評估暨管制性藥品用藥評估

內容如感染症病灶、可能之病原菌、使用此藥物之特別考慮、延長使用之理由等。

三、抗微生物製劑治療策略評估

<input type="checkbox"/> 同意使用
<input type="checkbox"/> 建議修改
<input type="checkbox"/> 需臨床照會

四、使用藥品（經評估之建議用藥）

建議藥品	藥品名（藥品代碼）	
建議用法	劑量	
	頻次	
	天數	
	輸液與輸注速度	

五、說明欄位：

醫師（簽名蓋章）_____ 醫事機構章戳：

附件 3 高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表

適用對象操作型定義

適用對象	說明
複雜性感染	複雜性感染症包含複雜性泌尿道感染，複雜性腹腔內感染，院內感染肺炎，複雜性感染皮膚軟組織，中樞神經，手術部位感染，血流感染等。
嚴重敗血症	<p>確定或疑似感染所引起的 SIRS 症狀，並至少符合嚴重敗血症灌流不良與器官衰竭規範之一項以上之個案。</p> <p>嚴重敗血症灌流不良與器官衰竭規範包含：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 心血管：給予適當之輸液急救，維持適當之血管內容積，或使用昇壓劑情況下，收縮壓仍$\leq 90\text{mmHg}$，或平均動脈壓$\leq 70\text{mmHg}$並持續一小時以上。 2. 腎臟：給予適當之輸液急救，排尿量$< 0.5\text{ml/Kg/hr}$。 3. 呼吸：$\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 250$，或肺功能喪失時，$\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 200$。 4. 血液：血小板數$< 80,000/\text{mm}^3$，或血小板數於3日內下降50%無法解釋之代謝性酸中毒：$\text{pH} \leq 7.3$，或血漿乳酸濃度高於正常值上限1.5倍以上，合併鹼基不足（Base deficit）$\geq 5\text{mEq/L}$。
困難治療照護處置	<p>困難治療病人之照護處置包括</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 抗藥性菌株感染：如抗甲氧苯青黴素金黃色葡萄球菌（MRSA）抗碳青黴烯類綠膿桿菌（CRPA）抗碳青黴烯類鮑氏不動桿菌（CRAB）抗碳青黴烯類腸道菌（CRE，含 CRE. coli 及 CRKP），或抗萬古黴素腸球菌（VRE）等。 2. 器官功能衰竭等宿主因素導致困難選擇藥物，如腎毒性藥物使用在因嚴重敗血症併發腎衰竭之病人，triazole抗黴菌藥物使用在QT prolongation之病人。 3. 藥物交互作用，如抗微生物製劑與治療原本疾病的藥物有交互作用。 4. 依據國內外指引之建議藥物治療失敗之情境。
免疫不全	因免疫力下降的疾病、處置或情況導致病人免疫缺失，包括原發性先天免疫不全、惡性血液腫瘤疾病、器官移植使用抗排斥藥物、血液幹細胞移植使用抗排斥藥物、免疫抑制處置、抗癌化學治療、人類免疫不全病毒（human immunodeficiency virus；HIV）感染等。

附件 4-指標操作型定義

原則：

1. 醫院基期及執行期應每月都有通報資料，確實無菌株或醫療照護相關感染個案資料之月份，應依 THAS 系統通報規則，於 AR 模組及 HAI 模組進行「零通報」，否則將認定為未通報。
2. 指標一、二、三及五：醫院基期或執行期任一月份沒有完整通報，則該項指標不予計分。
3. 指標四：醫院執行期任一月份沒有完整通報，則該項指標不予計分；基期(過去 3 年)通報率 8 成以下，則該項指標不予計分。(113 年度暫不納入積分計算)

一、台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統(THAS)之抗藥性監測模組參與度：

- (一)指標說明：執行期資料通報月比率。
- (二)統計期間：計畫公告月份起至 113 年年底。
- (三)計算公式：通報率(%)

$$\frac{\text{實際通報月份數}}{\text{總月份數}} \times 100$$

二、全院重點監測抗藥菌占率：

- (一)指標說明：執行期全院重點監測抗藥菌(CRAB、CRKP、CRPA、MRSA 及 VRE)抗藥性百分比相較該院過去 1 年(基期)之降幅。
- (二)統計期間：執行期為 113 年，以 112 年為基期。
- (三)計算公式：CRAB、CRKP、CRPA、MRSA 及 VRE 分別計算。

1. 重點監測抗藥菌抗藥性百分比(%)：

$$\frac{\text{重點監測抗藥菌菌株數}}{\text{藥敏試驗菌株數}} \times 100$$

2. 重點監測抗藥菌抗藥性百分比改善成果(%)：

$$\frac{[\text{執行期抗藥性百分比} - \text{基期抗藥性百分比}]}{\text{基期抗藥性百分比}} \times 100$$

三、重點監測抗藥菌感染密度

- (一)指標說明：執行期全院住院及加護病房重點監測抗藥菌(CRAB、CRKP、CRPA、MRSA 及 VRE)感染密度相較該院過去 3 年(基期)之降幅。

(二)統計期間：執行期為 113 年，以 110-112 年為基期。

(三)計算公式：CRAB、CRKP、CRPA、MRSA 及 VRE 分別計算。

1. 重點監測抗藥菌感染密度(%)：

$$\frac{\text{重點監測抗藥菌個案數}}{\text{總住院人日數}} \times 1000$$

2. 重點監測抗藥菌感染密度改善成果(%)：

$$\frac{[\text{執行期感染密度} - \text{基期感染密度}]}{\text{基期感染密度}} \times 100$$

[註]：基期感染密度(%)計算公式：

$$\frac{\text{過去 3 年重點監測抗藥菌個案數加總}}{\text{過去 3 年總住院人日數加總}} \times 1000$$

四、醫療照護相關感染密度

(一)全院醫療照護相關感染密度

(二)加護病房醫療照護相關感染密度

1. 指標說明：執行期加護病房月平均醫療照護相關感染密度控制在該院過去 3 年(基期)之 95% 信賴區間高標以下。
2. 統計期間：執行期為 113 年，以 110-112 年為基期。
3. 計算公式：

(1) 醫療照護相關感染密度 (%) =

$$\frac{\text{醫療照護相關感染人次數}}{\text{住院人日數}} \times 1000$$

$$(2) 95\% \text{ 信賴區間} = \text{平均值 } \bar{x} \pm t_{0.05} \times \frac{\text{標準差 } s}{\sqrt{\text{樣本數 } n}}$$

五、高度管制性抗微生物製劑管理成果

(一)指標說明：針對本署抗微生物劑藥品給付規定通則須經感染症專科醫師會診確認需要使用藥品(共 18 項，附件 1-1)，其 DDD 耗用量或 DID(住院抗生素耗用量密度)與過去 1 年(基期)之降幅。

(二)統計期間：執行期為 113 年，以 112 年為基期。

(三)計算公式：

1. 定義每日劑量(Defined Daily Dose, DDD)：

- (1) 為 WHO 制定的標準化單位，表示藥物使用在主要適應症時，70 公斤成人每日所需之平均維持劑量，可用於藥物耗用量之評比與監測。
- (2) 以 0.5 克口服劑型之 ampicillin 為例：
- A. WHO 定義之 ampicillin 的 DDD 為 2.0 公克/天，故一錠 0.5 公克之 ampicillin 錠劑經換算後為 0.25 DDD。(公式換算說明： $0.5 \div 2 = 0.25$)
- B. 如 113 年全國共開立 1,000,000 錠 0.5 克的 ampicillin，則 113 年 ampicillin 之總耗用量為 250,000 DDD。[公式換算說明： $1,000,000 \times (0.5 \div 2) = 250,000$]
2. 住院抗生素耗用量密度(Defined Daily Dose per 1000 inpatients per day, DID)，即每千住院人日之定義每日劑量，定義如下：
- (1) 公式：住院抗生素耗用量密度(DID) =
- $$\frac{\text{所選擇條件下之 DDD 數加總}}{\text{所選擇條件下之住院人日數加總}} \times 1000$$
3. 繼以前述 0.5 公克口服劑型之 ampicillin 為例：
若所有醫院 113 年累計總住院人日數為 100,000 人日，該年度全國住院開立口服劑型 ampicillin 之總耗用量為 250,000 DDD，則 113 年住院口服劑型之 ampicillin 之 DID 為： $(250,000 \text{ DDD/年}) / (100,000 \text{ 住院人日/年}) = \text{每千住院人日 } 2.5 \text{ DDD}$ 。

「以醫療院所為對象之獎勵」-模擬全國積分分布

加成權重(D)	總計 指標 積分 (A)	醫院 占比 (B)	依總病床數分類之醫院家數(C)				合計 積分
			未滿 500 床	501~1250 床	1251~2000 床	2001 床以上	
			378 家	68 家	11 家	6 家	
			1	1.5	2	3	
Tier I	63	5%	1,197	284	126	0	1,607
Tier II	45	15%	2,565	675	180	135	3,555
Tier III	25	80%	7,550	2,025	450	375	10,400
小計			11,312	2,984	756	510	15,562

計算公式=C×B(四捨五入)×A×D

*暫定指標積分分布如下表：

過程面指標	Tier I	Tier II	Tier III
1. 總病床數每 300 床(3 分)、每 200 床(5 分)、每 100 床(10 分)設有接受感染症醫學訓練之專任專科醫師 1 位。若醫院急性一般病床登記許可床數 249 床以下，且設有專責感染症專科醫師，以 3 分為計。	10	5	3
2. 管理階層對於感染管制人員訂有攬才、育才、留才計畫(2 分)。	2	2	2
3. 管理階層訂有管理計畫及內部獎勵制度，提撥獎勵予感染管制師或相關人員的百分比(2 分)。	2	2	2
4. 台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統(THAS)之抗藥性監測模組參與度：通報月比率達 100% (6 分)；通報月比率 50% 以上 (4 分)；通報月比率未達 50% (2 分)。	6	4	2
結果面指標	Tier I	Tier II	Tier III
1. 全院重點監測抗藥菌占率改善成果：單一抗藥菌占率較基期(前一年度)下降 2-5%(1 分)；較基期下降 5% (含) 以上(2 分)。重點監測抗藥菌包括 MRSA、VRE、CRKP、CRAB、CRPA，分別計算前揭個別菌種占率之下降率。	10(2*5)	10(2*5)	5(1*5)
2-1. 全院重點監測抗藥菌感染密度：改善成果個別計分，重點監測抗藥菌包括 MRSA、VRE、CRKP、CRAB、CRPA 全院感染密度維持與基期(依據該院全院過去 3 年之數據)相當(1 分)；較基期下降 2-5%(2 分)；較基期下降 5%(含)以上(3 分)。	15(3*5)	10(2*5)	5(1*5)
2-2. 加護病房重點監測抗藥菌感染密度：改善成果個別計分，重點監測抗藥菌包括 MRSA、VRE、CRKP、CRAB、CRPA 加護病房感染密度維持與基期(依據該院加護病房過去 3 年之數據)相當(1 分)；較基期下降 2-5%(2 分)；較基期下降 5%(含)以上(3 分)。	15(3*5)	10(2*5)	5(1*5)
3-1. 全院醫療照護相關感染密度：將全院月平均感染發生密度控制在 95% 信賴區間高標以下(依據該院全院過去 3 年之數據)(5 分)；反之則整體結果面點數撥補獎勵乘以 0.8 為計。	暫不納入積分計算		
3-2. 加護病房醫療照護相關感染密度：將加護病房月平均感染發生密度控制在 95% 信賴區間高標以下(依據該院加護病房過去 3 年之數據)(5 分)；反之則整體結果面點數撥補獎勵乘以 0.8 為計。			
4. 高度管制性抗微生物製劑管理成果：針對本署抗微生物劑用藥給付規定通則須經感染症專科醫師會診確認需要使用藥品 (共 18 項)，其DDD耗用量 or DID 維持與基期相當(1 分)；較基期下降 2-5%(2 分)；較基期下降 5%(含)以上(3 分)。	3	2	1
總計	63	45	25

報告事項

第八案

報告單位：本署醫務管理組

案由：西醫基層總額修訂開放表別項目支付標準案。

說明：

- 一、依據本署 113 年 3 月 7 日召開全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 113 年第 1 次研商議事會議決議辦理（[附件 1](#)，頁次報 8-2～8-4）。
- 二、本案業經提報上述會議討論通過，決議 51018C「光化治療一天」及 51019C「光線治療(包括太陽光、紫外線、紅外線)一天」支付規範增訂乾癬之 ICD-10-CM 代碼「L40.0-L40.4、L40.8、L40.9」。
- 三、預算來源及執行情形：
 - (一)113 年度西醫基層醫療給付費用總額「強化基層照護能力及開放表別項目」專款項目同 112 年續編列 13.2 億元，包含 106 年至 112 年已開放項目（[附件 2](#)，頁次報 8-5）。
 - (二)112 年預算及執行情形：112 年開放 1 項，統計 106 年至 112 年已開放項目共執行 9.02 億點、執行率 68%。
- 四、財務影響：51019C 及 51018C 支付規範增訂乾癬之 ICD-10-CM 代碼，屬支付規範文字修訂，爰不增加財務支出。
- 五、本案修訂後支付標準如[附件 3](#)（頁次報 8-6），將依程序報請衛生福利部核定後發布實施。

決定：

全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 112 年第 1 次 研商議事會議紀錄(草案)

時間：113 年 3 月 7 日下午 2 時

地點：本署 18 樓大禮堂

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）

列席單位及人員(略)

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(略)

肆、討論事項

第一案 提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：有關修訂開放表別項目支付標準案。

決議：本案通過，51018C「光化治療 一天」及 51019C「光線治療(包括太陽光、紫外線、紅外線)一天」支付規範增訂乾癬之 ICD-10-CM 代碼「L40.0-L40.4、L40.8、L40.9」，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。

備註：
保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市大安區安和路一段29號
9樓
承辦人：陳宏毅
電話：(02)27527286-171
傳真：(02)2771-8392
Email：tma171@mail.tma.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國112年12月7日
發文字號：全醫聯字第1120001562號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如文（1120001562_Attach1.pdf）

主旨：建議全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準「光線治療（包括太陽光、紫外線、紅外線）一天（51019C）」及其醫令自動化審查（REA），增列「乾癬」ICD-10CM診斷碼，詳如說明，復請查照。

說明：

- 一、依據本會112年10月5日西醫基層醫療服務審查執行會（審查組）112年第2次會議結論暨112年11月19日西醫基層醫療服務審查執行會112年第4次委員會會議報告通過辦理。
- 二、併復貴署112年6月8日健保審字第1120109659號書函。
- 三、本會採納台灣皮膚科醫學會意見，支付標準「光線治療（51019C）」及其醫令自動化審查（REA）之「乾癬」ICD-10CM診斷碼如下：

L40 Psoriasis

L40.0 Psoriasis vulgaris

L40.1 Generalized pustular psoriasis

L40.2 Acrodermatitis continua

總收文 112.12.07



1120125093

L40.3 Pustulosis palmaris et plantaris

L40.4 Guttate psoriasis

L40.8 Other psoriasis

L40.9 Psoriasis, unspecified

四、另併同更新本會建議增訂「光線治療」醫令自動化審查

(REA) 項目如附件。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：

理事長 周慶明



項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
4.C型肝炎藥費	292.0	0.0	<p>1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。</p> <p>2.請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並於協商114年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一。</p>
5.醫療給付改善方案	900.3	0.0	<p>1.持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、思覺失調症、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、生物相似性藥品等8項方案。</p> <p>2.請中央健康保險署通盤檢討各項方案照護成效不佳之原因，研議具體改善策略，朝向「以人為中心」提供整合式服務，並檢討品質指標之獎勵效果，以提升執行成效。</p> <p>3.對於執行穩定且具成效的項目，宜回歸一般服務費用與相關醫療處置銜接。</p>
6.強化基層照護能力及「開放表別」項目	1,320.0	0.0	<p>1.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)提出規劃調整開放之項目與作業時程。</p> <p>(2)建立評估機制，檢討各開放項目執行差異因素及其適當性，對於執行占率較高、有助病人留在基層就醫之開放品項，應規劃導入一般服務之時程。</p> <p>2.本項經費依實際執行扣除</p>
			原基期點數併入西醫基層總額一般服務費用結算。

**全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目
修正規定**

第二部 西醫**第二章 特定診療 Specific Diagnosisand Treatment****第六節 治療處置 Therapeutic Treatment****五、皮膚處置 Dermatology Treatment (51001-51033)**

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
51018C	光化治療 一天 Photochemotherapy (PUVA) daily 註： 1.應於病歷上註明每次治療日期及劑量。 2.病情穩定者，同一療程以六次為原則。 3.每週至多可申報三至四次為原則。 4.適應症：乾癬、皮膚淋巴瘤及尿毒性皮癢症，或其他經公認照光治療有效之皮症。但屬西醫基層總額部門院所限申報乾癬(ICD-10-CM : L40.0-L40.4、L40.8、L40.9)。 5.限皮膚科專科醫師執行及申報。 6.屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方及執行始可申報。	v	v	v	v	855
51019C	光線治療 (包括太陽光、紫外線、紅外線)一天 Phototherapy (including sun-lamp、ultraviolet light、infra red)daily 註： 1.應於病歷上註明每次治療日期及劑量。 2.病情穩定者，同一療程以六次為原則。 3.每週至多可申報六次為原則。 4.適應症：乾癬、皮膚淋巴瘤及尿毒性皮癢症，或其他經公認照光治療有效之皮症。但屬西醫基層總額部門院所限申報乾癬(ICD-10-CM : L40.0-L40.4、L40.8、L40.9)。 5.限皮膚科專科醫師執行及申報。 6.屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方及執行始可申報。	v	v	v	v	430

報告事項

第九案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫(下稱家醫計畫)」案。

說明：

- 一、依 113 年 1 月 11 日「西醫基層總額研商議事會議 113 年第 1 次臨時會」決議辦理。
- 二、本署規劃逐年將家醫計畫與論質方案(下稱 P4P)、代謝症候群防治計畫(下稱代謝計畫)等相關計畫整合，113 年優先整合 P4P 之糖尿病/慢性腎臟病/糖尿病合併慢性腎病(下稱 P4P-DM/CKD/DKD)及代謝計畫。
- 三、113 年修訂重點摘要如下 (附件，頁次報 9-5～報 9-26)：
 - (一)113 年家醫計畫雙軌併行：有加強 DM/CKD 疾病管理能力之醫療群認定為「家醫 2.0 醫療群」，得支付「糖尿病/慢性腎臟病整合照護提升費」，且評核指標達特優級以上者，績效獎勵費用優先保障 1 點 1 元；其餘修訂事項則全體醫療群適用。
 - (二)為使病人能於同一家診所接受家醫計畫及 P4P-DM/CKD/DKD、代謝計畫相關醫療照護，爰修訂派案原則如下：
 - 1.較需照護個案若已被 P4P-DM/CKD/DKD、代謝計畫收案，且該收案診所前一年度有參加家醫計畫，則優先交付該診所，並以 DKD、DM、代謝計畫、CKD 收案診所為優先交付順序。
 - 2.其餘較需照護個案，則依原交付原則派案。
 - (三)教育訓練：申請成為「家醫 2.0 醫療群」之診所，若未參加 P4P-DM/CKD/DKD 方案，其參與家醫計畫之醫師應按個案疾病樣態，每年接受 DM/CKD 相關教育課程，加強其 DM/CKD 疾病管理照護能力。另敘明得提供教育課程之單位。

(四)收案期限：為讓家醫會員能更早開始接受完整年度之照護，第一階段收案期限自 3 個月內修訂為 2 個月內；另為讓家醫會員可持續接受前一年度家醫收案診所照護，爰修訂為若前一年度已為家醫會員，且派案診所與前一年度相同者，診所無須於隔年度重新派案及收案。

(五)個案管理費：若家醫計畫與 P4P、代謝計畫收案診所相異，得支付家醫計畫個案管理費；相同者，則循原計畫規定，不予以支付。

(六)修訂部分評核指標配分、得分閾值及內容：

1. 過程面指標：

- (1) 新增 1 項：B、C 肝炎篩檢率(5 分)。
- (2) 調整配分：成人預防保健檢查率、65 歲以上老人流感注射率、糞便潛血檢查率。
- (3) 刪除 1 項：檢驗(查)結果上傳率。

2. 結果面指標：

- (1) 新增 1 項：糖尿病及慢性腎臟病監測數據控制良率(15 分)。
- (2) 調整配分及內容：慢性病個案三高生活型態風險控制率。

3. 自選指標：

- (1) 新增 1 項：會員於醫院之糖尿病慢性病連續處方箋開立率(5 分)。
- (2) 刪除 1 項：兒童預防保健檢查率。

4. 加分指標：

- (1) 「檢驗(查)結果上傳率 $\geq 90\%$ 」修訂為「檢驗(查)結果即時上傳率 $\geq 70\%$ 」。
 - (2) 增列「醫療群內收案會員重複用藥核扣情形」之得分條件。
5. 「糖尿病會員胰島素注射率」自自選指標移列至結果面指標，並修訂得分條件。

(七) 多重慢性病門診整合費用：

1. 增訂「當年度於收案診所，每次慢性病就醫案件開立之慢性病連續處方箋需含兩類(含)以上慢性病用藥」條件。
2. 調升獎勵費用：符合獎勵條件者，當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達 56 日(含)以上/169 日(含)以上，每一會員每年度支付點數自 500/1,000 點調升至 550 點/1,100 點。

(八) 新增「糖尿病/慢性腎臟病整合照護提升費」：

1. 適用對象：「家醫 2.0 醫療群」中 DM/CKD/DKD 個案。
2. 細分條件：DM/CKD/DKD 個案之特定檢驗項目(如 HbA1c、LDL 及 UACR)有進步或控制良好。
3. 支付方式：
 - (1) 每一 DM/CKD/DKD 個案，每年度支付 250 元/250 元/750 元。
 - (2) 符合下列任一條件者，不予支付：
 - A. 「家醫 2.0 醫療群」未於年度結束前完成 DM/CKD 相關訓練課程。
 - B. 當年度已獲 P4P-DM/CKD/DKD 品質獎勵金之診所。

(九) 失智症門診照護家庭諮詢費：避免院所誤解僅有神經科、精神科或老年醫學專科醫師，才能提供失智症門診照護家庭諮詢服務，爰擬修改文字敘述方式(仍維持原規定)。

(十) 參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求：明訂兩年內違規之日期計算方式。

(十一) 申請參與計畫期限：配合修訂收案期限，修訂醫療群應於計畫公告 2 個月內，向本署分區業務組提出申請。

(十二) 另配合上開修訂事項，同步修訂項次及相關描述文字。

四、另按中華民國醫師公會全國聯合會建議，試算「成人預防保健檢查率」等3項預防保健指標納入醫院檢查人數之影響，及確認「會員於醫院之糖尿病慢性病連續處方箋開立率」之定義，試算結果及本署意見綜整於修正條文對照表。

五、本案如獲共識，將依程序公布實施。

決定：

「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」修正草案條文對照表

113 年條文(113 年 1 月 11 日共識修正條文)	112 年現行條文	修正說明
(同現行條文)	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。	
(同現行條文)	貳、計畫說明 <p>全民健康保險保險人(以下稱保險人)自 92 年 3 月 10 日起實施「全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」，實施迄今已轉型朝向鼓勵社區醫療群選擇以會員照護成效之支付方案。短期目標期待建立個別化照護管理、平行和垂直轉診機制、全天候健康諮詢專線，奠定全民皆有家庭醫師之基礎；長期目標為落實家庭責任醫師及照護責任，提升醫療品質。</p> <p>此外民眾就醫的自由在台灣為全民健保的一大特色，因此最理想的家庭醫師照護是病人由其最常就醫的診所將其收案成為家醫忠誠會員，該主要照護診所對其有照護的責任。若主要照護診所能針對其忠誠病人，提供以病人為中心，周全性、協調性、連續性的服務，除了可提供病人更有品質的醫療照護，更可鞏固醫病關係，紮根家庭醫師的概念，亦可因照護責任確認，使計畫誘因的計算更為合理。但因預算經費有限，對病人本身相對健康狀況或自我照護良好者，對診所醫療之需求不高，應可先排除在本計畫之外，使有限的資源用在更需要醫師照護的病人身上。</p> <p>若上開病人之主要照護診所能參與本計畫並將該等病人收為會員，提供整合性照護，包括個案管理、24 小時諮詢專線、與合作醫院的轉診機制、醫療照護品質的提升等，除可增加病人對基層診所的認同，建立家庭醫師制度的規模，亦可使計畫預算做更有效益的運用，並可提升醫療品質確保病人就醫的權益。</p>	
(同現行條文)	參、計畫目的 <ul style="list-style-type: none"> 一、建立家庭醫師制度，提供民眾周全性、協調性與持續性的醫療照護，同時提供家庭與社區健康服務，以落實全人、全家、全社區的整合照護。 二、以民眾健康為導向，建立以病人為中心、家庭為核心、社區為範疇的健康照護觀念，提升醫療服務品質。 三、為全民健康保險法實施家庭責任醫師制度奠定基礎。 	
(同現行條文)	肆、經費來源 全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中之「家庭醫師整合照護計畫」專款項目。	
(同現行條文)	伍、推動策略及計畫照護範圍 <ul style="list-style-type: none"> 一、成立社區醫療群，以群體力量提供服務。 二、提供參與本計畫之社區醫療群適當誘因，並由保險人提供最適收案名單予社區醫療群，使最需被優先照護的個案分階段由基層診所收案，期使保險對象於其最常就醫之主要照護診所中，獲得完整的醫療照護。 三、社區醫療群自行收案會員於收案時向會員說明本計畫之目的及需病人配合定期回診等事項。 四、整合基層與醫院的醫療照護品質，先促進社區水平整合，提供民眾完善整合性照護，並以此為基礎，作為未來垂直整合醫療體系照護模式的基礎。 	

113 年條文(113 年 1 月 11 日共識修正條文)	112 年現行條文	修正說明
(同現行條文)	<p>陸、組織運作</p> <p>一、社區醫療群之組織運作型式：</p> <p>(一)以同一地區 5 家以上(含)特約西醫診所為單位或聯合診所具有 5 位專任醫師以上且結合該地區其他 3 家特約診所以上組成，其中 1/2 以上診所專任醫師需具有內科、外科、婦產科、小兒科或家庭醫學科專科醫師資格或 1/5 以上診所專任醫師具有家庭醫學科專科醫師資格，惟 1 家聯合診所限成立 1 個社區醫療群且所有醫師須加入同一社區醫療群。</p> <p>(二)診所位於主管機關公告之次醫療區域，且該區域前一年度無參加本計畫之診所或僅有 1 個社區醫療群者，得由 2 家(含)以上診所，結合特約醫院組成社區醫療群，向保險人分區業務組申請通過後成立，不受前項家數及專科別之規範。</p> <p>(三)社區醫療群應與 1-2 家特約醫院(地區醫院家數不限)作為合作對象，建立轉診及合作機制，開辦共同照護門診，建立以社區為範疇、以民眾為對象的社區照護網絡。</p>	
<p>(四)新參與計畫之規範</p> <p>1.所在地之鄉、鎮、市、區無社區醫療群。</p> <p>2.新參與之診所，以社區民眾生活圈之原則，得選擇現有社區醫療群參與本計畫。</p> <p>(五)社區醫療群得與下列醫事服務機構作為合作單位：</p> <p>1.合作社社區藥局、物理治療所及檢驗所：提供民眾用藥、檢驗檢查等就近於社區之醫療服務。</p> <p>2.合作診所：提供復健科、眼科、精神科等服務(如社區醫療群內診所具上述專科服務，不在此限)</p> <p>(六)家醫 2.0 醫療群：申請成為「家醫 2.0 醫療群」之診所，若當年度未參加醫療給付改善方案(下稱 P4P)-糖尿病/初期慢性腎臟病/糖尿病合併初期慢性腎臟病(下稱 DM/CKD/DKD)，應按本計畫規範加強 DM/CKD 疾病管理能力。</p>	<p>(四)新參與計畫之規範</p> <p>1.所在地之鄉、鎮、市、區無社區醫療群。</p> <p>2.新參與之診所，以社區民眾生活圈之原則，得選擇現有社區醫療群參與本計畫。</p> <p>(五)社區醫療群得與下列醫事服務機構作為合作單位：</p> <p>1.合作社社區藥局、物理治療所及檢驗所：提供民眾用藥、檢驗檢查等就近於社區之醫療服務。</p> <p>2.合作診所：提供復健科、眼科、精神科等服務(如社區醫療群內診所具上述專科服務，不在此限)</p>	<p>健保署：</p> <p>113 年家醫計畫雙軌併行：有加強 DM/CKD 疾病管理能力之醫療群認定為「家醫 2.0 醫療群」，得支付「糖尿病/慢性腎臟病整合照護提升費」，另家醫 2.0 醫療群之評核指標達特優級以上者，績效獎勵費用優先保障 1 點 1 元；其餘修訂事項則全體醫療群適用。</p>
(同現行條文)	<p>二、社區醫療群之組成區域範圍：以符合社區民眾同一鄉(鎮)、市(區)生活圈為原則，並由保險人分區業務組依實際情形認定。</p>	
(同現行條文)	<p>三、社區醫療群之業務：</p> <p>(一)設立會員 24 小時諮詢專線</p> <p>1.參與計畫之社區醫療群，應共同提供 24 小時諮詢專線服務，提供會員於有需要時，能立即獲得醫療諮詢服務，進一步減少民眾不必要的就醫需求。所提供之具體服務項目如下：</p> <p>(1)提供健康照護之建議。</p> <p>(2)提供就醫地點並協助聯繫就醫。</p> <p>(3)緊急狀況發生時，適時轉介個案收案醫師協助。</p> <p>2.24 小時諮詢專線不得設置於醫院之急診室，且應由醫事人員接聽，並應執業登記於社區醫療群內診所為原則，如執業登記於合作醫院者需經分區業務組核備同意，社區醫療群應於申請計畫書內述明諮詢專線接聽人員名單並檢附前開人員之醫事人員證書。</p>	

113 年條文(113 年 1 月 11 日共識修正條文)	112 年現行條文	修正說明
(同現行條文)	<p>(二)建立醫療照護品質提升及轉診機制</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.參與計畫之基層診所醫師與 1-2 家特約醫院作為合作對象(地區醫院家數不限)，並得至合作醫院開設共同照護門診(不限其轉診對象)。所提供之共同照護門診亦可以家戶會員之病房巡診、個案研討與社區衛教宣導(須含用藥安全宣導)等代替。 2.醫院及診所得共同照護病人，訂定合作照護機制及相關流程： <ol style="list-style-type: none"> (1)醫師交班表：至少含括下列項目： A.兩位醫師共同照護結果。 B.明列用藥及檢查結果。 C.醫院及診所醫師連絡方式。 (2)轉診單。 (3)轉診個案照護討論會：每季由醫院及診所共同召開。 (4)社區醫療群與合作醫院定期由護理人員、營養師、藥師、醫檢師、社工師或其他專業人員，共同辦理會員團體衛教指導。 3.社區醫療群得訂定診所與合作醫院間之實質合作內容，併於申請計畫書送保險人分區業務組備查。合作內容至少需包含下列項目： <ol style="list-style-type: none"> (1)雙向轉診流程：包含安排病人轉診、追蹤病人轉診至醫院治療結果、病人轉回後之追蹤治療、診所間平行轉診等。 (2)共同照護機制：包含合作醫院下轉穩定慢性病人至社區醫療群提供照護、合作醫院與診所醫師間之交班流程等。 (3)慢性病人用藥一致。 (4)醫療品質提升計畫。 4.社區醫療群宜運用電話諮詢專線、即時通訊軟體、電子郵件等多元工具，優化諮詢服務。並規劃主動電訪(Call out)服務，以加強個案健康管理，提升慢性病人照護品質。 5.社區醫療群與合作醫院應提供收案會員跨院際合作加值服務，如就醫、檢查快速通道、掛號優先等。 	
(同現行條文)	<p>(三)社區醫療群鼓勵所屬會員下載個人健康存摺做好健康管理，並由保險人定期提供社區醫療群健康存摺下載率等資料供參；並鼓勵會員利用健康存摺填寫社區醫療群會員滿意度調查(滿意度問卷內容詳附件一)。</p> <p>(四)應製作家庭會員權利義務說明書或家庭醫師整合性照護計畫會員通知(書面函、簡訊、電子郵件、即時通訊軟體等)，告知本計畫內容及其權益、義務(含 24 小時諮詢專線及該社區醫療群所有參與診所及合作醫院名單)，並提供收案對象確認回饋機制，並留存備查。參與診所應於診所明顯處張貼參與本計畫識別標幟及該社區醫療群所有參與診所及合作醫院名單。</p>	
四、計畫執行中心及其規範 (一)社區醫療群應以西醫基層診所成立計畫執行中心為原則，負責下列事項：	四、計畫執行中心及其規範 (一)社區醫療群應以西醫基層診所成立計畫執行中心為原則，負責下列事項：	健保署說明： 配合 113 年家醫計畫雙軌併行，說明社區醫療群成為「家醫 2.0 醫療群」之方式。

113 年條文(113 年 1 月 11 日共識修正條文)	112 年現行條文	修正說明
<p>1. 本計畫之申請、管理及監督成員之加入與退出、運作與協調及計畫經費之申請與分配，並於計畫申請時，擇定社區醫療群是否參與家醫 2.0 醫療群。</p> <p>2. 協助處理轉介病人及個案管理：安排病人轉診、追蹤轉診病人治療結果，及病人轉回後之追蹤治療，以提供適切、連續性醫療照護。</p> <p>(二)為利有效使用資源，降低管理成本，各社區醫療群亦可於中華民國醫師公會全國聯合會(以下稱醫師全聯會)、各縣市醫師公會或各類正式立案之西醫基層醫療團體內，成立聯合計畫執行中心。</p> <p>(三)社區醫療群之組成單位應為本保險特約醫事服務機構，本計畫之核心業務不得委由非醫療服務機構(如管理顧問公司)執行，若有違反情事，該社區醫療群應即終止本計畫。核心業務包含下列項目：</p> <p>1. 本計畫之申請、管理及監督成員之加入與退出、運作與協調及計畫經費之申請與分配。</p> <p>2. 24 小時諮詢專線服務。</p> <p>3. 協助處理安排病人轉診、追蹤轉診病人治療結果，及病人轉回後之追蹤治療。</p> <p>4. 社區衛教宣導。</p> <p>5. 個案研討、共同照護門診、病房巡診。</p> <p>6. 登錄個案：上傳會員名單至健保資訊網服務系統 VPN。</p> <p>7. 製作家庭會員權利義務說明書或會員通知函，發送對會員之通知，如告知本計畫內容及其權益、義務(含 24 小時諮詢專線及該社區醫療群所有參與診所及合作醫院名單)等。</p>	<p>1. 本計畫之申請、管理及監督成員之加入與退出、運作與協調及計畫經費之申請與分配。</p> <p>2. 協助處理轉介病人及個案管理：安排病人轉診、追蹤轉診病人治療結果，及病人轉回後之追蹤治療，以提供適切、連續性醫療照護。</p> <p>(二)為利有效使用資源，降低管理成本，各社區醫療群亦可於中華民國醫師公會全國聯合會(以下稱醫師全聯會)、各縣市醫師公會或各類正式立案之西醫基層醫療團體內，成立聯合計畫執行中心。</p> <p>(三)社區醫療群之組成單位應為本保險特約醫事服務機構，本計畫之核心業務不得委由非醫療服務機構(如管理顧問公司)執行，若有違反情事，該社區醫療群應即終止本計畫。核心業務包含下列項目：</p> <p>1. 本計畫之申請、管理及監督成員之加入與退出、運作與協調及計畫經費之申請與分配。</p> <p>2. 24 小時諮詢專線服務。</p> <p>3. 協助處理安排病人轉診、追蹤轉診病人治療結果，及病人轉回後之追蹤治療。</p> <p>4. 社區衛教宣導。</p> <p>5. 個案研討、共同照護門診、病房巡診。</p> <p>6. 登錄個案：上傳會員名單至健保資訊網服務系統 VPN。</p> <p>7. 製作家庭會員權利義務說明書或會員通知函，發送對會員之通知，如告知本計畫內容及其權益、義務(含 24 小時諮詢專線及該社區醫療群所有參與診所及合作醫院名單)等。</p>	
(同現行條文)	<p>五、為提升個案管理服務品質，社區醫療群得設置專任個案管理人員至少乙名，辦理下列事項：</p> <p>(一)協助個案健康評估、聯繫及協調照護計畫。</p> <p>(二)協助處理安排病人轉診及追蹤轉診病人治療結果。</p> <p>(三)規劃會員之健康管理與疾病預防衛教。</p> <p>(四)對於穩定之慢性病會員提供持續性的健康維護指導。</p>	
(同現行條文)	<p>六、社區醫療群及計畫執行中心應遵守「個人資料保護法」相關規定。如有運用本計畫之個人資料，執行非本計畫目的之行為(如商業促銷等)者，應即終止執行本計畫。</p>	
(同現行條文)	<p>柒、收案對象(會員)</p> <p>一、保險人依全民健康保險申報門診醫療費用資料，擷取前一年西醫基層門診明細清單資料區分為慢性病及非慢性病就醫之保險對象，並將較需照護之名單，交付該參與本計畫之社區醫療群提供健康管理。前述名單排除代辦案件《如：產檢、小兒健檢、流感注射等》、外傷、門診論病例計酬、「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」及其他區域醫療整合計畫者。較需照護之名單如下：</p> <p>(一)慢性病個案：</p> <p>1. 係指前一年全國就醫資料中，屬全民健康保險醫療辦法所列慢性病範圍之病人，其曾於西醫基層門診就醫 4 次且平均用藥日數 7 天以上，或慢性病給藥天數大於 60 天，依醫療費用選取最高 90% 且連續兩年在相同診所就醫之忠誠病人。</p> <p>2. 65 歲以上(含)多重慢性病病人。</p>	

113 年條文(113 年 1 月 11 日共識修正條文)	112 年現行條文	修正說明
	<p>3.參與醫療給付改善方案(係指糖尿病、氣喘、BC 型肝炎、初期慢性腎臟病或慢性阻塞性肺病等方案)之個案。</p> <p>(二)非慢性病個案：係指符合下列資格者，且連續兩年在相同診所就醫之忠誠病人。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.非屬前述慢性病個案：依醫療費用選取最高 30% 之病人。 2.3-5 歲(含)兒童：選取醫療費用最高 60% 之病人。 3.門診高利用個案：至基層診所門診就醫次數 ≥ 50 次之病人。 	
(三)名單交付原則如下：	(三)名單交付原則如下：	健保署： 112 年近 600 萬名家醫會員中，計有 64 萬人同時被糖尿病及初期慢性腎臟病方案(含 DM、Early-CKD 及 DKD)收案，其中約 20 萬人之糖尿病及初期慢性腎臟病方案收案院所與家醫醫療群相異，爰為達全人照護，調整名單交付原則，讓 P4P/代謝病人能於同一家診所接受家醫及 P4P-DM/CKD/DKD 或代謝計畫相關醫療照護。
<p>1. 較需照護個案若已被 P4P-DM/CKD/DKD、代謝症候群防治計畫(代謝計畫)收案，且其收案診所前一年度有參加本計畫，則優先交付，並以 DKD、DM、代謝計畫、CKD 收案診所為優先交付順序。</p> <p>2. 其餘個案按下列交付原則：</p> <p>(1)慢性病個案：以給藥日份最高診所收案照顧，且於該診所門診就醫次數達 2 次(含)以上；若診所給藥日份相同，則由費用最高的診所收案。會員收案期程以 3 年為原則，如當年底未因慢性疾病於收案診所就醫，次年則再依交付原則分派院所收案。</p> <p>(2)非慢性個案：以門診就醫次數最高的診所收案照顧，排除復健就醫次數 ≥ 33 次/年。若診所就醫次數相同，則由費用最高的診所收案。</p>	<p>1.慢性病個案：以給藥日份最高診所收案照顧，且於該診所門診就醫次數達 2 次(含)以上；若診所給藥日份相同，則由費用最高的診所收案。會員收案期程以 3 年為原則，如當年底未因慢性疾病於收案診所就醫，次年則再依交付原則分派院所收案。</p> <p>2.非慢性個案：以門診就醫次數最高的診所收案照顧，排除復健就醫次數 ≥ 33 次/年。若診所就醫次數相同，則由費用最高的診所收案。</p>	
(同現行條文)	二、社區醫療群醫師自行收案部分採定額方式(以參與計畫醫師個數為單位)，每名醫師加收人數上限為 200 名，上年度評核指標 ≥ 90 分之社區醫療群，每名醫師加收人數上限為 300 名，原則以指定收案會員之家庭成員及該醫師之忠誠病人為優先；另每家參與診所自行收案人數上限不得超過 1,200 名。上年度評核指標 ≥ 90 分之社區醫療群，每家參與診所自行收案人數上限不得超過 1,800 名。	
捌、管理登錄個案 <p>一、參與本計畫之醫療院所未依保險人規定完整登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付相關費用，並依相關規定辦理。</p> <p>二、社區醫療群需於計畫公告 2 個月內及依上年度評核指標分數達成情形，將會員資料以二階段方式批次經上傳至健保資訊網服務系統 VPN(詳附錄 1)。</p> <p>(一)第一階段：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 每年度 1 月上傳較需照護族群收案名單及每位醫師自行收案人數 200 名。 2. 前一年度已為家醫會員之應照護族群，收案名單由保險人自動轉入健保資訊網服務系統 VPN。 <p>(二)第二階段：依上年度評核指標分數達成情形，評核指標 ≥ 90 分之社區醫療群，每名醫師可再上傳自行收案個案加收之 100 名。</p>	捌、管理登錄個案 <p>一、參與本計畫之醫療院所未依保險人規定完整登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付相關費用，並依相關規定辦理。</p> <p>二、社區醫療群需於計畫公告 3 個月內及依上年度評核指標分數達成情形，將會員資料以二階段方式批次經上傳至健保資訊網服務系統 VPN(詳附錄 1)。</p> <p>(一)第一階段：每年度 1 月上傳較需照護族群收案名單及每位醫師自行收案人數 200 名。</p> <p>(二)第二階段：依上年度評核指標分數達成情形，評核指標 ≥ 90 分之社區醫療群，每名醫師可再上傳自行收案個案加收之 100 名。</p> <p>三、參與本計畫之醫療院所應依個人資料保護法之規定，保險對象個人資料應予保密。</p>	✓ 健保署： <p>1.現行計畫規定醫療群須於計畫公告後 3 個月內完成第一階段派案名單收案，進而影響第二階段的收案期限(112 年為 5 月 30 日)，為讓家醫會員能更早開始接受完整年度之照護，爰建議將第一階段收案期限自 3 個月修訂為 1 個月。</p> <p>2.為能提供家醫會員連續性照護，擬修訂 113 年派案名單中，改採前一年度已為家醫會員，且派案診所與前一年度相同者，可持續接受前一年度家醫收案診所照護，無須於隔年度重新派案及收案，如有特殊個案，可予以結案。</p> ✓ 醫師公會全聯會 113.1.2 意見： <p>考量計畫案公告後，逢國定連續假期與年休假，爰建議第一階段收案期限修改為 2 個月內。</p> ✓ 113 年 1 月 11 日西醫基層研商議事會議決議： <p>參採醫師公會全聯會建議，第一階段收案期限修改為 2 個月內。</p>

113 年條文(113 年 1 月 11 日共識修正條文)	112 年現行條文	修正說明
三、參與本計畫之醫療院所應依個人資料保護法之規定，保險對象個人資料應予保密。		
玖、參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求 一、參與計畫之特約診所或醫師於參與計畫之日起前 2 年內，無全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八條至第四十條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)。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。	玖、參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求 一、參與計畫之特約診所或醫師於參與計畫之日起前 2 年內，無全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一者(含行政救濟程序中尚未執行處分者)。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。	健保署： 1.依據全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 44、45 條規定略以，保險醫事服務機構違反醫事法令，受衛生主管機關停業處分者，於停業期間，應予停約；經衛生主管機關廢止開業執照處分，應予終約。因停約/終約無法提供本計畫收案對象適切完整之醫療服務，建議增列參與計畫前二年內不得有特管辦法第四十四至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之條文。 2.為明訂兩年內違規之日期計算，參考本署健保醫字第 1120663149 號函釋，修訂計畫違約期間認定。
(同現行條文)	二、參與計畫診所一年內沒有下列紀錄者： (一)社區醫療群或診所未函知保險人各分區業務組異動情形，致自動退出本計畫之紀錄。 (二)經核定終止計畫資格或計畫不予續辦之紀錄。 因離職而退出醫師之會員，可由原參與診所於一個月內來函述明其承接理由，經保險人各分區業務組同意後由符合資格醫師承接。如承接會員之醫師非當年度原診所已參加本計畫醫師，則需由社區醫療群需主動告知會員，其主要照護醫師更換，如會員不同意更換則不予承接。	
三、醫療院所參與本計畫執行期間因涉及有特管辦法第三十八條至第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)，以保險人第一次處分核定違規函所載停約或終止特約日起同步終止本計畫。若合作醫院停約 1 個月不在此限。	三、醫療院所參與本計畫執行期間因涉及有特管辦法第三十八至第四十條中各條所列違規情事之一者(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)，以保險人第一次處分函所載停約或終止特約日起同步終止本計畫。若合作醫院停約 1 個月不在此限。	健保署： 依據全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 44、45 條規定略以，保險醫事服務機構違反醫事法令，受衛生主管機關停業處分者，於停業期間，應予停約；經衛生主管機關廢止開業執照處分，應予終約。因停約/終約無法提供本計畫收案對象適切完整之醫療服務，建議增列參與計畫期間不得有特管辦法第四十四至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之條文。

113 年條文(113 年 1 月 11 日共識修正條文)	112 年現行條文	修正說明
<p>四、教育訓練：</p> <p>(一) 醫師參與本計畫第一年應參與台灣家庭醫學醫學會或其認可之機構或團體所舉辦之家庭醫師訓練課程。具家庭醫學專科醫師資格之醫師應完成 4 小時之行政管理教育訓練課程；具內科、外科、兒科、婦產科專科醫師資格之醫師應完成 4 小時之行政管理教育訓練課程及 8 小時之家庭醫師專業教育訓練課程；具家庭醫學科、內科、外科、兒科、婦產科以外專科醫師資格之醫師除應完成 4 小時之行政管理教育訓練課程及 8 小時之家庭醫師專業教育訓練課程，另應完成 8 小時其他專科醫師專業教育訓練課程。完成前述課程之醫師並需取得證明；若於年度內未取得訓練認證之醫師，須退出本計畫，保險人將追扣該醫師當年度之相關費用。</p> <p>(二) <u>申請成為「家醫 2.0 醫療群」之診所，若未參加 P4P-DM/CKD/DKD 方案，其參與本計畫之醫師應按較需照護個案之疾病樣態，接受 DM/CKD 相關教育課程。</u></p> <p>1. 各項疾病之時數要求如下：</p> <p>(1) 第一年：</p> <p>A. DM：8 小時之糖尿病或糖尿病(含初期慢性腎臟病)相關教育訓練課程。</p> <p>B. CKD：6 小時之初期慢性腎臟病或 8 小時之糖尿病(含初期慢性腎臟病)相關教育訓練課程。</p> <p>C. DKD：8 小時之糖尿病及 6 小時之初期慢性腎臟病相關教育課程，或 8 小時之糖尿病(含初期慢性腎臟病)相關教育訓練課程。</p> <p>(2) 第一年後，每年需接受 8 小時之糖尿病繼續教育訓練課程。</p> <p>2. 上開教育訓練課程得由中華民國醫師公會全國聯合會(含各縣市公會)、台灣醫院協會(含各層級協會)、中華民國糖尿病學會、中華民國糖尿病衛教學會、台灣醫療繼續教育推廣學會、國民健康署公布之糖尿病健康促進機構、台灣腎臟醫學會、各縣市衛生局及專科醫學會主辦。</p>	<p>四、醫師參與本計畫第一年應參與台灣家庭醫學醫學會或其認可之機構或團體所舉辦之家庭醫師訓練課程。具家庭醫學專科醫師資格之醫師應完成 4 小時之行政管理教育訓練課程；具內科、外科、兒科、婦產科專科醫師資格之醫師應完成 4 小時之行政管理教育訓練課程及 8 小時之家庭醫師專業教育訓練課程；具家庭醫學科、內科、外科、兒科、婦產科以外專科醫師資格之醫師除應完成 4 小時之行政管理教育訓練課程及 8 小時之家庭醫師專業教育訓練課程，另應完成 8 小時其他專科醫師專業教育訓練課程。完成前述課程之醫師並需取得證明；若於年度內未取得訓練認證之醫師，須退出本計畫，保險人將追扣該醫師當年度之相關費用。</p>	<p>✓ 健保署：</p> <ol style="list-style-type: none"> 申請成為「家醫 2.0 醫療群」之診所，若未參加 P4P-DM/CKD/DKD 方案，其參與本計畫之醫師應按個案疾病樣態，加強其疾病管理照護能力，接受 DM/CKD 相關訓練課程。 上述訓練課程經 112.12.4 討論會議決議為「第一年接受糖尿病 8 小時或慢性腎臟病 6 小時或糖尿病(含慢性腎臟病)8 小時相關訓練課程，並每年接受糖尿病 8 小時繼續教育」。 承上，為提高上課之可近性，上述訓練課程不限特定學會舉辦。 <p>✓ 113 年 1 月 11 日西醫基層研商議事會議決議：</p> <p>按醫師公會全聯會建議，參考現行 DM 及 CKD 方案，敘明教育訓練課程得提供之單位。</p>
(同現行條文)	<p>壹拾、費用申報及支付方式</p> <p>一、社區醫療群原有之醫療服務及預防保健服務，依現行「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」、總額支付制度及主管機關公告之「醫事服務機構辦理預防保健注意事項」相關規定支付，由各診所依實際執行情況按月申報，費用撥入個別帳戶。本計畫相關費用撥入社區醫療群指定帳戶(或依計畫執行中心之申請撥入各基層診所)。</p>	

113 年條文(113 年 1 月 11 日共識修正條文)	112 年現行條文	修正說明																		
<p>二、相關費用由保險人各分區業務組依計畫執行結果核定後核付，於追扣補付系統辦理社區醫療群帳務處理「<u>“214”家庭醫師整合性照護計畫補付</u>」及「<u>“114”家庭醫師整合性照護計畫追扣</u>」，「<u>“294”家庭醫師整合性照護計畫健康回饋金補付</u>」及「<u>“194”家庭醫師整合性照護計畫健康回饋金追扣</u>」，「<u>“205”家庭醫師整合性照護計畫多重慢性病人門診整合費補付</u>」及「<u>“105”家庭醫師整合性照護計畫多重慢性病人門診整合費追扣</u>」，「<u>“2N5”家庭醫師整合性照護計畫-失智症門診照護家庭諮詢費補付</u>」及「<u>“1N5”家庭醫師整合性照護計畫-失智症門診照護家庭諮詢費追扣</u>」，「<u>“2AD”家庭醫師整合性照護計畫-糖尿病/慢性腎臟病整合照護提升費補付</u>」及「<u>“1AD”家庭醫師整合性照護計畫-糖尿病/慢性腎臟病整合照護提升費追扣</u>」。</p> <p>三、參與計畫之診所申報會員門診醫療費用請依門診醫療費點數申報格式規定申報。</p>	<p>二、相關費用由保險人各分區業務組依計畫執行結果核定後核付，於追扣補付系統辦理社區醫療群帳務處理「<u>“214”家庭醫師整合性照護計畫補付</u>」及「<u>“114”家庭醫師整合性照護計畫追扣</u>」，「<u>“294”家庭醫師整合性照護計畫健康回饋金補付</u>」及「<u>“194”家庭醫師整合性照護計畫健康回饋金追扣</u>」，「<u>“205”家庭醫師整合性照護計畫多重慢性病人門診整合費補付</u>」及「<u>“105”家庭醫師整合性照護計畫多重慢性病人門診整合費追扣</u>」，「<u>“2N5”家庭醫師整合性照護計畫-失智症門診照護家庭諮詢費補付</u>」及「<u>“1N5”家庭醫師整合性照護計畫-失智症門診照護家庭諮詢費追扣</u>」，「<u>“2AD”家庭醫師整合性照護計畫-糖尿病/慢性腎臟病整合照護提升費補付</u>」及「<u>“1AD”家庭醫師整合性照護計畫-糖尿病/慢性腎臟病整合照護提升費追扣</u>」。</p> <p>三、參與計畫之診所申報會員門診醫療費用請依門診醫療費點數申報格式規定申報。</p>	<p>健保署： 配合新增「糖尿病/慢性腎臟病整合照護提升費」，增列追扣補付項目及代碼。</p>																		
<p>四、社區醫療群收案會員每人支付費用 800 點/年，經費撥付原則如下：</p> <p>(一)個案管理費，每人支付 250 元/年：</p> <ol style="list-style-type: none"> 執行內容包含資料建檔上傳、轉診、個案衛教宣導、24 小時諮詢專線、個案研討及與合作醫院開辦共同照護門診。支付每位醫師個案管理費上限為 1,080 名(上年度評核指標≥ 90 分之社區醫療群醫師上限為 1,180 名)，但並非收案會員上限，仍可依實際收案會員數，計算、支付績效獎勵費用。 本計畫會員如為本保險醫療給付改善方案及居家醫療照護整合計畫及代謝計畫之收案個案，自該計畫收案日起不予支付個案管理費，該個案及死亡個案之個案管理費按收案月份等比例支付；自行收案會員年度內未於收案診所就醫，不支付個案管理費。惟本計畫會員之收案診所與所有醫療給付改善方案及代謝計畫收案診所皆相異，不受前述限制。 社區醫療群上年度評核指標未達 70 分者，如已上傳會員資料第一階段名單，仍不予支付當年度之個案管理費；上年度評核指標≥ 90 分之社區醫療群，於上傳會員資料第二階段之自行收案個案，其當年度之個案管理費，溯自社區醫療群醫師參與當年度計畫起日計算。 本項費用以群為單位，每半年撥付 1 次；由保險人分區業務組於期中及年度結束，經審查通過後一個月內撥付 50% 費用。相關之必要欄位需填寫完整，填寫不實或資料欄位以符號取代文字者，則核扣該筆個案管理費用。 考量會員照護之完整性，參與計畫之特約院所或醫師於參與計畫期間，如因故中途退出本計畫，則依承作月份按比例核付個案管理費(收案前三個月內退出者除外)，其餘費用則不予核付。 為達全人照護目標，得視個案需要填具「全人照護評估單」(詳附件二)。 <p>(二)績效獎勵費用，每人支付 550 點/年(以群為計算單位)；會員若於計畫執行期間於收案社區醫療群無就醫紀錄，則不予核付本項費用。計畫評核指標為特優級且平均每人 VC-AE 差值>275 點 之家醫 2.0 醫療群，則支付績效獎勵費用會員每人 550 元。</p> <p>1. 健康管理成效鼓勵：占本項經費之 50%：社區醫療群登錄個別診所會員(排除居家醫療照護整合計畫之個案)實際申報西醫門診醫</p>	<p>四、社區醫療群收案會員每人支付費用 800 點/年，經費撥付原則如下：</p> <p>(一)個案管理費，每人支付 250 元/年：</p> <ol style="list-style-type: none"> 執行內容包含資料建檔上傳、轉診、個案衛教宣導、24 小時諮詢專線、個案研討及與合作醫院開辦共同照護門診。支付每位醫師個案管理費上限為 1,080 名(上年度評核指標≥ 90 分之社區醫療群醫師上限為 1,180 名)，但並非收案會員上限，仍可依實際收案會員數，計算、支付績效獎勵費用。 本計畫會員如為本保險醫療給付改善方案及居家醫療照護整合計畫及代謝症候群防治計畫之收案個案，自該計畫收案日起不予支付個案管理費，該個案及死亡個案之個案管理費按收案月份等比例支付；自行收案會員年度內未於收案診所就醫，不支付個案管理費。 社區醫療群上年度評核指標未達 70 分者，如已上傳會員資料第一階段名單，仍不予支付當年度之個案管理費；上年度評核指標≥ 90 分之社區醫療群，於上傳會員資料第二階段之自行收案個案，其當年度之個案管理費，溯自社區醫療群醫師參與當年度計畫起日計算。 本項費用以群為單位，每半年撥付 1 次；由保險人分區業務組於期中及年度結束，經審查通過後一個月內撥付 50% 費用。相關之必要欄位需填寫完整，填寫不實或資料欄位以符號取代文字者，則核扣該筆個案管理費用。 考量會員照護之完整性，參與計畫之特約院所或醫師於參與計畫期間，如因故中途退出本計畫，則依承作月份按比例核付個案管理費(收案前三個月內退出者除外)，其餘費用則不予核付。 為達全人照護目標，得視個案需要填具「全人照護評估單」(詳附件二)。 <p>(二)績效獎勵費用，每人支付 550 點/年(以群為計算單位)；會員若於計畫執行期間於收案社區醫療群無就醫紀錄，則不予核付本項費用。計畫評核指標為特優級且平均每人 VC-AE 差值>275 點，則支付績效獎勵費用會員每人 550 元。</p> <p>1. 健康管理成效鼓勵：占本項經費之 50%：社區醫療群登錄個別診所會員(排除居家醫療照護整合計畫之個案)實際申</p>	<p>健保署： 1.考量家醫計畫與醫療給付改善方案或代謝計畫提供之醫療服務仍有部分相異，為反映醫療團隊照護之辛勞，擬修改個案管理費給付條件：若家醫會員之醫療給付改善方案/代謝計畫收案院所與家醫計畫收案診所相異，得支付家醫計畫之個案管理費。 2.分析 111 年同時參加 P4P 及家醫計畫計 739,909 人，其中 388,923 人(52.6%)收案診所相同；另同時參與代謝計畫及 112 年家醫計畫計 69,130 人，其中 52,358 人(75.7%)收案診所相同。 3.承上，P4P 包含 DM、氣喘、BC 肝追蹤、CKD、COPD、早療、DKD。又個案若同時被多個 P4P 收案，其中任一 P4P 收案診所與家醫診所相同，即視為同診所。 4.考量 113 年將修改派案原則，讓 DM/CKD 病人能於同診所接受家醫計畫及 P4P-DM/CKD/DKD 或代謝計畫之醫療照護，爰暫推估家醫診所與 P4P/代謝診所相同之比例將分別提升至 60% 及 80%，不同診所比例則分別為 40% 及 20%。 5.以上開數據，財務推估「若家醫會員之醫療給付改善方案或代謝計畫收案院所與家醫計畫收案診所相異，得支付家醫計畫之個案管理費」，約需 7,745 萬點支應。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>計畫類型</th> <th>同時被家醫收案人數(A)</th> <th>推估同診所比例</th> <th>推估不同診所比例(B)</th> <th>推估不同診所收案人數(C=A*B)</th> <th>推估預算(Cx250 點)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>P4P</td> <td>74.0 萬</td> <td>60%</td> <td>40%</td> <td>29.6 萬人</td> <td>7,399 萬點</td> </tr> <tr> <td>代謝計畫</td> <td>6.9 萬</td> <td>80%</td> <td>20%</td> <td>1.4 萬人</td> <td>346 萬點</td> </tr> </tbody> </table>	計畫類型	同時被家醫收案人數(A)	推估同診所比例	推估不同診所比例(B)	推估不同診所收案人數(C=A*B)	推估預算(Cx250 點)	P4P	74.0 萬	60%	40%	29.6 萬人	7,399 萬點	代謝計畫	6.9 萬	80%	20%	1.4 萬人	346 萬點
計畫類型	同時被家醫收案人數(A)	推估同診所比例	推估不同診所比例(B)	推估不同診所收案人數(C=A*B)	推估預算(Cx250 點)															
P4P	74.0 萬	60%	40%	29.6 萬人	7,399 萬點															
代謝計畫	6.9 萬	80%	20%	1.4 萬人	346 萬點															

113 年條文(113 年 1 月 11 日共識修正條文)	112 年現行條文	修正說明
<p>療費用(AE)與以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用(VC)之間差值回饋社區醫療，撥入執行中心帳戶或診所(VC-AE)：平均每人 275 點為上限(以群方式統計)。</p> <p>2. 品質提升費用：占本項經費之 50%，依各社區醫療群計畫評核指標達成情形，分五級支付：</p> <ul style="list-style-type: none"> (1)特優級：計畫評核指標分數≥ 90 分，則支付品質提升費用會員每人 275 點。 (2)良好級：計畫評核指標分數介於 80 分$\leq \sim < 90$ 分，則支付品質提升費用會員每人 210 點。 (3)普通級：計畫評核指標分數介於 75 分$\leq \sim < 80$ 分，則支付品質提升費用會員每人 175 點。 (4)輔導級：計畫評核指標分數介於 70 分$\leq \sim < 75$ 分，則支付品質提升費用會員每人 145 點。 (5)不支付：計畫評核指標分數< 70 分則不予支付。 <p>(三) 社區醫療群應承擔財務與品質責任，VC-AE 差值為負值且計畫評核指標分數< 70 分者，則支付個案管理費之 50%。</p> <p>(四) 本計畫參與醫師當年度未於執業登記診所申報醫療費用者(不含代辦案件)，不支付收案會員之「個案管理費用」、「績效獎勵費用」。</p>	<p>報西醫門診醫療費用(AE)與以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用(VC)之間差值回饋社區醫療，撥入執行中心帳戶或診所(VC-AE)：平均每人 275 點為上限(以群方式統計)。</p> <p>2. 品質提升費用：占本項經費之 50%，依各社區醫療群計畫評核指標達成情形，分五級支付：</p> <ul style="list-style-type: none"> (1)特優級：計畫評核指標分數≥ 90 分，則支付品質提升費用會員每人 275 點。 (2)良好級：計畫評核指標分數介於 80 分$\leq \sim < 90$ 分，則支付品質提升費用會員每人 210 點。 (3)普通級：計畫評核指標分數介於 75 分$\leq \sim < 80$ 分，則支付品質提升費用會員每人 175 點。 (4)輔導級：計畫評核指標分數介於 70 分$\leq \sim < 75$ 分，則支付品質提升費用會員每人 145 點。 (5)不支付：計畫評核指標分數< 70 分則不予支付。 <p>(三) 社區醫療群應承擔財務與品質責任，VC-AE 差值為負值且計畫評核指標分數< 70 分者，則支付個案管理費之 50%。</p> <p>(四) 本計畫參與醫師當年度未於執業登記診所申報醫療費用者(不含代辦案件)，不支付收案會員之「個案管理費用」、「績效獎勵費用」。</p>	
(同現行條文)	<p>五、偏遠地區參與診所績效獎勵費</p> <ul style="list-style-type: none"> (一)符合偏遠地區之診所且所屬社區醫療群計畫評核指標為良好級(含)以上，該診所之績效獎勵費每點支付金額以 1 元計算。 (二)前項偏遠地區認定方式：依當年度公告之本保險醫療資源缺乏地區施行區域及本保險保險對象免自行負擔費用辦法所列之山地離島地區。 	
<p>六、失智症門診照護家庭諮詢費用</p> <p>(一) 病人條件：參與本計畫且經神經科、精神科或老年醫學專科醫師評估之失智症病人(失智症評估表(Clinical Dementia Rating,CDR)值≥ 1 或簡易心智量表≤ 23)，而有諮詢需要者。</p> <p>(二) 社區醫療群診所得提供符合上述條件之收案會員家庭諮詢服務，並申報本項費用。</p> <p>(三) 每次諮詢須填報諮詢溝通內容及規定(如附件三)，併入病人病歷記錄留存。</p> <p>(四) 紙付項目及支付標準：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.每次諮詢服務時間 15 分鐘(含)以上，未達 30 分鐘者：支付點數 300 點，申報編號 P5002C。 2.每次諮詢服務時間 30 分鐘(含)以上者：支付點數 500 點，申報編號 P5003C。 3.同院所每位病人每年最多給付 2 次費用。 	<p>六、失智症門診照護家庭諮詢費用</p> <p>(一)參與本計畫之失智症病人，經神經科、精神科或老年醫學專科醫師評估有諮詢需要，且病人之失智症評估結果，符合臨床失智症評量表(Clinical Dementia Rating,CDR)值≥ 1 或簡易心智量表≤ 23 者，社區醫療群診所得提供家庭諮詢服務，並申報本項費用。</p> <p>(二)每次諮詢須填報諮詢溝通內容及規定(如附件三)，併入病人病歷記錄留存。</p> <p>(三)紙付項目及支付標準：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.每次諮詢服務時間 15 分鐘(含)以上，未達 30 分鐘者：支付點數 300 點，申報編號 P5002C。 2.每次諮詢服務時間 30 分鐘(含)以上者：支付點數 500 點，申報編號 P5003C。 3.同院所每位病人每年最多給付 2 次費用。 	<p>健保署：</p> <p>因部分院所反映原計畫文字敘述方式，易誤解僅有神經科、精神科或老年醫學專科醫師，才能提供失智症門診照護家庭諮詢服務，爰擬修改文字敘述方式(仍維持原規定)。</p>

113 年條文(113 年 1 月 11 日共識修正條文)	112 年現行條文	修正說明																																																
<p>七、多重慢性病人門診整合費用</p> <p>(一) 支付條件：須同時符合下列條件</p> <p>1. 會員有 2 種(含)以上慢性病並於收案診所內就醫，且當年度<u>每件慢性病就醫開立之慢性病連續處方箋需含兩類(含)以上慢性病用藥</u>，總處方調劑日份須達 56 日(含)以上，並無「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」之重複用藥情形者。 本項慢性病係指：高血壓、糖尿病、高血脂、動脈粥樣硬化、心臟病、腦血管病變、慢性肝炎、肝硬化、痛風、慢性腎臟病、慢性貧血、慢性阻塞性肺病。</p> <p>2. 醫師提供整合照護後，應於會員之就醫當日病歷中，由負責整合之醫師於其診斷下，簡述整合之內容或藥品，以備查核，並於費用申報時，於「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」之「d13」欄位填報，註記「整合照護模式」。若醫師未於病歷中載明前述之整合資料者，不得註記「整合照護模式」。</p> <p>(二) 支付方式：符合前項條件者，當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達 56 日(含)以上，每一會員每年度支付 <u>550</u> 點；若當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達 169 日(含)以上，每一會員每年度再增加支付 <u>550</u> 點。</p>	<p>七、多重慢性病人門診整合費用</p> <p>(一) 支付條件：須同時符合下列條件</p> <p>1. 會員有 2 種(含)以上慢性病並於收案診所內就醫，且當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份須達 56 日(含)以上，並無「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」之重複用藥情形者。 本項慢性病係指：高血壓、糖尿病、高血脂、動脈粥樣硬化、心臟病、腦血管病變、慢性肝炎、肝硬化、痛風、慢性腎臟病、慢性貧血、慢性阻塞性肺病。</p> <p>2. 醫師提供整合照護後，應於會員之就醫當日病歷中，由負責整合之醫師於其診斷下，簡述整合之內容或藥品，以備查核，並於費用申報時，於「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」之「d13」欄位填報，註記「整合照護模式」。若醫師未於病歷中載明前述之整合資料者，不得註記「整合照護模式」。</p> <p>(二) 支付方式：符合前項條件者，當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達 56 日(含)以上，每一會員每年度支付 500 點；若當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達 169 日(含)以上，每一會員每年度再增加支付 500 點。</p>	<p>✓ 健保署：</p> <p>1. 查 111 年獎勵人數中仍有 8 萬人(19%)由非家醫醫療群之院所開立慢箋或有 18 萬人於非醫療群之院所慢性病就醫。爰為落實慢性病用藥整合，除原訂支付條件外，爰建議增訂「當年度於收案診所，每次慢性病就醫案件開立之慢性病連續處方箋需含兩類(含)以上慢性病用藥」條件。</p> <p>2. 全聯會於會上建議調升支付點數，相關財務推估如下：</p> <p>(1) 增加慢性病用藥條件後，約減少支出 1,740 萬元。</p> <p>(2) 增加慢性病用藥條件：並調升支付點數至 550 點(1,100 點)，約增加支出 0.2 億元。</p> <p>(3) 維持現行支付條件：調升支付點數至 600 點(1,200 點)，約增加支出 0.78 億元。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>支付條件</th> <th>調劑日份 \geq 56 日人數(A1)</th> <th>獎勵點 數(B1)</th> <th>調劑日份 \geq 169 日人數(A2)</th> <th>獎勵點 數(B2)</th> <th>支付點數(元) (C=A1*B1+A2*B2)</th> <th>增加支出 (模擬-現行)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>現行</td> <td>78,932</td> <td>500</td> <td>349,488</td> <td>1,000</td> <td>388,954,000</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>調升點數</td> <td>78,932</td> <td>550</td> <td>349,488</td> <td>1,100</td> <td>427,849,400</td> <td>38,895,400</td> </tr> <tr> <td>新增用藥檢核 及調升點數</td> <td>73,729</td> <td>550</td> <td>334,689</td> <td>1,100</td> <td>408,708,850</td> <td>19,754,850</td> </tr> <tr> <td></td> <td>73,729</td> <td>600</td> <td>334,689</td> <td>1,200</td> <td>445,864,200</td> <td>56,910,200</td> </tr> </tbody> </table> <p>✓ 醫師公會全聯會 113.1.2 意見：</p> <p>1. 建議調升點數至 600 點(1,200 點)。</p> <p>2. 不要新增「兩類(含)以上慢性病用藥」，避免醫藥耗用。</p> <p>✓ 113 年 1 月 11 日西醫基層研商議事會議決議：： 新增「兩類(含)以上慢性病用藥」條件，另考量 113 年預算增幅有限，同意支付點數自 500 點/1,000 點調升至 550 點/1,100 點。</p>	支付條件	調劑日份 \geq 56 日人數(A1)	獎勵點 數(B1)	調劑日份 \geq 169 日人數(A2)	獎勵點 數(B2)	支付點數(元) (C=A1*B1+A2*B2)	增加支出 (模擬-現行)	現行	78,932	500	349,488	1,000	388,954,000	-	調升點數	78,932	550	349,488	1,100	427,849,400	38,895,400	新增用藥檢核 及調升點數	73,729	550	334,689	1,100	408,708,850	19,754,850		73,729	600	334,689	1,200	445,864,200	56,910,200													
支付條件	調劑日份 \geq 56 日人數(A1)	獎勵點 數(B1)	調劑日份 \geq 169 日人數(A2)	獎勵點 數(B2)	支付點數(元) (C=A1*B1+A2*B2)	增加支出 (模擬-現行)																																												
現行	78,932	500	349,488	1,000	388,954,000	-																																												
調升點數	78,932	550	349,488	1,100	427,849,400	38,895,400																																												
新增用藥檢核 及調升點數	73,729	550	334,689	1,100	408,708,850	19,754,850																																												
	73,729	600	334,689	1,200	445,864,200	56,910,200																																												
<p>八、糖尿病/初期慢性腎臟病整合照護提升費：</p> <p>(一) 適用對象：「家醫 2.0 醫療群」會員中，DM/CKD/DKD 個案。</p> <p>(二) 紿付條件：DM 病人之 HbA1c 及 LDL、CKD 病人之 UACR、DKD 病人之 HbA1c、LDL 及 UACR 之檢驗結果有進步或最後一次檢驗結果位於控制良好範圍，若任一項檢驗項目未有進步或不符合控制良好範圍，不予支付。</p> <p>(三) 控制良好範圍及進步之定義：</p> <p>A. 控制良好：</p> <p>(1) 糖化血色素(HbA1c)：<u><7%</u>。</p> <p>(2) 低密度脂蛋白(LDL)：<u><100mg/dL</u>。</p> <p>(3) 尿液白蛋白與尿液肌酸酐比值(UACR)：<u><30mg/gm</u>。</p> <p>B. 進步定義：檢驗結果後測-前測 <0，其後測「就醫日期」或「檢驗(查)日期」應於當年度 7 月 1 日之後，且前測及後測日期間隔 84 天(含)以上。</p> <p>C. 資料範圍：限醫療群內診所(含交付檢驗所)之上傳檢驗(查)數據，不含合作醫院。</p> <p>(四) 支付方式：</p> <p>1. 符合前項條件之 DM 或 CKD 病人，每一個案每年度支付 250 元；DKD 病人，每一個案每年度支付 750 元。</p>		<p>健保署：</p> <p>1. 為鼓勵醫療群積極照護糖尿病及慢性腎病病人，新增「糖尿病/初期慢性腎臟病整合照護提升費」，其適用對象除按 112 年 12 月 4 日討論會議決議，納入尚未被 P4P 收案之 DM/CKD/DKD 個案，另為鼓勵 P4P 收案診所亦能持續提升 DM/CKD 照護品質，爰擬納入有參加 P4P 且當年度未獲 P4P-DM/CKD/DKD 品質獎勵之診所收案個案。</p> <p>2. 財務推估：合計約需 1.95 億元，說明如下：</p> <p>(1) 以 112 年家醫會員中，尚未被 P4P 收案之 DM/CKD/DKD 個案，及各項檢驗項目之管控良率(以 111 年 DM/DKD 方案之 HbA1c 良率(38.9%)及 UACR 良率(51.9%)帶入)，推估約需 1 億元：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>病人別</th> <th>人數(a)</th> <th>管控良好率(b)</th> <th>整合照護費(C)</th> <th>總費用(億)(a*b*C)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DM</td> <td>272,498</td> <td>38.9%</td> <td>250</td> <td>0.27</td> </tr> <tr> <td>CKD</td> <td>63,176</td> <td>51.9%</td> <td>250</td> <td>0.08</td> </tr> <tr> <td>DKD</td> <td>216,186</td> <td>38.9%</td> <td>750</td> <td>0.63</td> </tr> </tbody> </table> <p>(2) 有參加 P4P 且當年度未獲 P4P-DM/CKD/DKD 品質獎勵之診所收案個案，以 111 年有參與 P4P 且未被 P4P 獎勵之診所收案數，高推估約需 0.95 億元：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>方案別</th> <th>收案數(A)</th> <th>被獎勵人數(A1)</th> <th>未被獎勵人數(A2=A-A1)</th> <th>管控良好率(b)</th> <th>整合照護費(C)</th> <th>總費用(億)(A2*b*C)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DM</td> <td>362,857</td> <td>60,758</td> <td>302,099</td> <td>38.9%</td> <td>250</td> <td>0.29</td> </tr> <tr> <td>CKD</td> <td>434,278</td> <td>4,827</td> <td>429,451</td> <td>51.9%</td> <td>250</td> <td>0.56</td> </tr> <tr> <td>DKD</td> <td>54,111</td> <td>19,341</td> <td>34,770</td> <td>38.9%</td> <td>750</td> <td>0.10</td> </tr> </tbody> </table>	病人別	人數(a)	管控良好率(b)	整合照護費(C)	總費用(億)(a*b*C)	DM	272,498	38.9%	250	0.27	CKD	63,176	51.9%	250	0.08	DKD	216,186	38.9%	750	0.63	方案別	收案數(A)	被獎勵人數(A1)	未被獎勵人數(A2=A-A1)	管控良好率(b)	整合照護費(C)	總費用(億)(A2*b*C)	DM	362,857	60,758	302,099	38.9%	250	0.29	CKD	434,278	4,827	429,451	51.9%	250	0.56	DKD	54,111	19,341	34,770	38.9%	750	0.10
病人別	人數(a)	管控良好率(b)	整合照護費(C)	總費用(億)(a*b*C)																																														
DM	272,498	38.9%	250	0.27																																														
CKD	63,176	51.9%	250	0.08																																														
DKD	216,186	38.9%	750	0.63																																														
方案別	收案數(A)	被獎勵人數(A1)	未被獎勵人數(A2=A-A1)	管控良好率(b)	整合照護費(C)	總費用(億)(A2*b*C)																																												
DM	362,857	60,758	302,099	38.9%	250	0.29																																												
CKD	434,278	4,827	429,451	51.9%	250	0.56																																												
DKD	54,111	19,341	34,770	38.9%	750	0.10																																												

113 年條文(113 年 1 月 11 日共識修正條文)	112 年現行條文	修正說明									
<p><u>2. 「家醫 2.0 醫療群」診所未於年度結束前完成 DM/CKD 相關訓練課程，不予支付。</u></p> <p><u>3. 當年度已獲 P4P-DM/CKD/DKD 品質獎勵金之診所，同一個案不得重複領取該計畫品質獎勵金或本項費用。</u></p>											
八、本計畫之預算先扣除「個案管理費」、「偏遠地區參與診所績效獎勵費」、「特優級且平均每人 VC-AE>275 點之家醫 2.0 醫療群績效獎勵費用」及「糖尿病/初期慢性腎臟病整合照護提升費」後，其餘「績效獎勵費用」、「失智症門診照護家庭諮詢費用」及「多重慢性病人門診整合費用」採浮動點值支付，且每點支付金額不高於 1 元。	八、本計畫之預算先扣除「個案管理費」、「偏遠地區參與診所績效獎勵費」、「特優級且平均每人 VC-AE>275 點之家醫 2.0 醫療群績效獎勵費用」後，其餘「績效獎勵費用」、「失智症門診照護家庭諮詢費用」及「多重慢性病人門診整合費用」採浮動點值支付，且每點支付金額不高於 1 元。	<p>健保署：</p> <p>為鼓勵家醫診所加強其 DM/CKD 疾病管理能力，成為「家醫 2.0 醫療群」，爰將「特優級且平均每人 VC-AE>275 點之家醫 2.0 醫療群績效獎勵費用」列為優先保障一點一元之項目。</p>									
(同現行條文)	<p>九、醫療費用申報、暫付、審查及核付，依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」辦理。</p> <p>十、轉診規定：如有轉診之醫療院所請依「全民健康保險轉診實施辦法」規定，辦理轉診院所需填具轉診單，並依門診醫療費點數申報格式規定，於 d16-d18 欄位依實際情形填報。</p>										
(同現行條文)	<p>壹拾壹、計畫評核指標</p> <p>社區醫療群型態診所，其達成情形以群為計算單位，並以下列項目作為費用支付評核指標：</p> <p>一、結構面指標(15 分)</p> <p>(一)個案研討、共同照護門診、社區衛教宣導、病房巡診(10 分)： 社區醫療群每月至少需辦理 1 場，且年度內每位醫師至少應參與本項活動達 6 次(含)以上。</p> <p>(二)設立 24 小時諮詢專線(每群全年至少抽測 3 次)(5 分)： 鼓勵醫師 call out，有效回答會員問題，並依實際服務品質，分階段給分(由醫師全聯會進行抽測，以平均分數計算得分並將分數於當年度 10 月底前提供保險人計分，超過繳交期限以 0 分計算)。</p> <p>1.執行中心或醫院人員接聽，能即時轉達收案醫師，且收案醫師 20 分鐘內即時 callout 回電，得 5 分。 2.執行中心或醫院人員接聽，可以解答會員問題(可專業回答如發燒如何處理、瞭解會員狀況)，得 5 分。 3.執行中心或醫院人員接聽，無法解決會員問題(如不了解家醫計畫、簡單回答請他來醫院等)，得 3 分。 4.無人接聽(連續測試 3 通，每次間隔 10 分鐘)，得 0 分。</p>										
<p>二、過程面指標(33 分)</p> <p>[刪除檢驗(查)結果上傳率]</p>	<p>二、過程面指標(33 分)</p> <p>(一)檢驗(查)結果上傳率(10 分)</p> <p>參加全民健康保險鼓勵醫事機構即時查訊病患就醫資訊方案，於當月醫療費用申報之前，上傳檢驗(查)結果予保險人。</p> <p>1.檢驗(查)結果上傳率 $\geq 80\%$，得 10 分。 2.檢驗(查)結果上傳率 $\geq 70\%$，得 8 分。 3.檢驗(查)結果上傳率 $\geq 60\%$，得 6 分。 4.計算公式說明：</p>	<p>✓ 健保署：</p> <p>1. 考量新增「糖尿病及慢性腎臟病監測數據控制良率」將以診所上傳之檢驗(查)數據做為判斷依據，已達鼓勵上傳檢驗(查)之目標，爰建議刪除本項指標。</p> <p>2. 112 年 1-9 月各醫療群得分情形(558 群)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>醫療群分數</th> <th>群數</th> <th>百分比</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10</td> <td>458</td> <td>82.1%</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>43</td> <td>7.7%</td> </tr> </tbody> </table>	醫療群分數	群數	百分比	10	458	82.1%	8	43	7.7%
醫療群分數	群數	百分比									
10	458	82.1%									
8	43	7.7%									

113年條文(113年1月11日共識修正條文)	112年現行條文	修正說明																																						
	<p>分子：檢驗(查)結果上傳醫令數(含診所申報檢驗所上傳檢驗(查)結果)。</p> <p>分母：「全民健康保險鼓勵醫事機構即時查訊病患就醫資訊方案」附件五-「獎勵醫事服務機構上傳檢驗(查)結果之項目」之所列之診所申報醫令數。</p> <p>◎計算條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本指標排除醫療檢查影像及影像報告、人工關節植入物資料、病理報告及出院病歷摘要資料。 2.分子包含診所申報診所上傳檢驗(查)結果及診所申報檢驗所上傳檢驗(查)結果之案件。 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>6</td><td>22</td><td>3.9%</td></tr> <tr> <td>0</td><td>35</td><td>6.3%</td></tr> <tr> <td colspan="2">總計</td><td>558</td></tr> <tr> <td colspan="3">100.0%</td></tr> </table> <p>3. 112年1-9月檢驗(查)結果上傳率百分位分布</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th>P50</th><th>P55</th><th>P60</th><th>P65</th><th>P70</th><th>P75</th><th>P80</th><th>P85</th><th>P90</th></tr> <tr> <td>83.0%</td><td>89.0%</td><td>92.3%</td><td>94.4%</td><td>95.9%</td><td>97.2%</td><td>98.2%</td><td>99.0%</td><td>99.7%</td></tr> </table>	6	22	3.9%	0	35	6.3%	總計		558	100.0%			P50	P55	P60	P65	P70	P75	P80	P85	P90	83.0%	89.0%	92.3%	94.4%	95.9%	97.2%	98.2%	99.0%	99.7%								
6	22	3.9%																																						
0	35	6.3%																																						
總計		558																																						
100.0%																																								
P50	P55	P60	P65	P70	P75	P80	P85	P90																																
83.0%	89.0%	92.3%	94.4%	95.9%	97.2%	98.2%	99.0%	99.7%																																
(一)預防保健達成情形(20分)																																								
1.成人預防保健檢查率(5分)	(二)預防保健達成情形(20分)	<p>✓113年1月11日西醫基層研商會議決議：</p> <p>醫師公會全聯會表示因醫師無法限制病人去醫院還是診所健檢，且多數企業的健檢是外包給醫院，故建議將「於醫院接受成人健檢人數」納入分子計算。</p>																																						
(1)會員接受成人預防保健服務≥較需照護族群70百分位數，得5分。	1.成人預防保健檢查率(7分)																																							
(2)<較需照護族群70百分位數，但≥較需照護族群60百分位數，得3分。	(1)會員接受成人預防保健服務≥較需照護族群70百分位數，得7分。																																							
(3)計算公式說明：	(2)<較需照護族群70百分位數，但≥較需照護族群60百分位數，得3分。	<p>✓健保署意見：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.整體(含醫院)列計及僅基層列計之指標百分位分布如下： <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th>P30</th><th>P40</th><th>P45</th><th>P50</th><th>P55</th><th>P60</th><th>P65</th><th>P70</th><th>P75</th><th>P80</th><th>P85</th><th>P90</th></tr> <tr> <td>整體</td><td>19.0%</td><td>21.9%</td><td>23.3%</td><td>25.0%</td><td>26.5%</td><td>28.4%</td><td>30.6%</td><td>33.3%</td><td>36.7%</td><td>41.3%</td><td>48.1%</td><td>56.1%</td></tr> <tr> <td>基層</td><td>12.2%</td><td>14.9%</td><td>16.2%</td><td>17.7%</td><td>19.4%</td><td>21.3%</td><td>23.6%</td><td>26.4%</td><td>30.4%</td><td>35.7%</td><td>42.9%</td><td>51.7%</td></tr> </table>	P30	P40	P45	P50	P55	P60	P65	P70	P75	P80	P85	P90	整體	19.0%	21.9%	23.3%	25.0%	26.5%	28.4%	30.6%	33.3%	36.7%	41.3%	48.1%	56.1%	基層	12.2%	14.9%	16.2%	17.7%	19.4%	21.3%	23.6%	26.4%	30.4%	35.7%	42.9%	51.7%
P30	P40	P45	P50	P55	P60	P65	P70	P75	P80	P85	P90																													
整體	19.0%	21.9%	23.3%	25.0%	26.5%	28.4%	30.6%	33.3%	36.7%	41.3%	48.1%	56.1%																												
基層	12.2%	14.9%	16.2%	17.7%	19.4%	21.3%	23.6%	26.4%	30.4%	35.7%	42.9%	51.7%																												
分子：40歲(含)以上會員於基層院所接受成人健檢人數 分母：(40歲至64歲會員數/3+65歲《含》會員數)	(3)計算公式說明： 分子：40歲(含)以上會員於基層院所接受成人健檢人數 分母：(40歲至64歲會員數/3+65歲《含》會員數)																																							
		<p>(2) 112年1-9月醫療群之百分位分布</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th>P30</th><th>P40</th><th>P45</th><th>P50</th><th>P55</th><th>P60</th><th>P65</th><th>P70</th><th>P75</th><th>P80</th><th>P85</th><th>P90</th></tr> <tr> <td>整體</td><td>33.8%</td><td>36.1%</td><td>37.7%</td><td>39.0%</td><td>40.4%</td><td>42.0%</td><td>43.3%</td><td>44.9%</td><td>46.6%</td><td>48.2%</td><td>50.6%</td><td>53.7%</td></tr> <tr> <td>基層</td><td>27.4%</td><td>30.5%</td><td>32.3%</td><td>33.5%</td><td>34.9%</td><td>36.4%</td><td>37.7%</td><td>39.6%</td><td>40.9%</td><td>43.5%</td><td>46.8%</td><td>49.6%</td></tr> </table>	P30	P40	P45	P50	P55	P60	P65	P70	P75	P80	P85	P90	整體	33.8%	36.1%	37.7%	39.0%	40.4%	42.0%	43.3%	44.9%	46.6%	48.2%	50.6%	53.7%	基層	27.4%	30.5%	32.3%	33.5%	34.9%	36.4%	37.7%	39.6%	40.9%	43.5%	46.8%	49.6%
P30	P40	P45	P50	P55	P60	P65	P70	P75	P80	P85	P90																													
整體	33.8%	36.1%	37.7%	39.0%	40.4%	42.0%	43.3%	44.9%	46.6%	48.2%	50.6%	53.7%																												
基層	27.4%	30.5%	32.3%	33.5%	34.9%	36.4%	37.7%	39.6%	40.9%	43.5%	46.8%	49.6%																												
		<p>2.112年1-9月各醫療群得分情形(558群)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="2">列計醫院+基層</th><th colspan="2">僅列計基層</th></tr> <tr> <th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>7</td><td>403</td><td>72.2%</td><td>415</td><td>74.4%</td></tr> <tr> <td>3</td><td>83</td><td>14.9%</td><td>85</td><td>15.2%</td></tr> <tr> <td>0</td><td>72</td><td>12.9%</td><td>58</td><td>10.4%</td></tr> <tr> <td>總計</td><td>558</td><td>100.0%</td><td>558</td><td>100.0%</td></tr> </tbody> </table>	列計醫院+基層		僅列計基層		得分	群數	百分比	群數	百分比	7	403	72.2%	415	74.4%	3	83	14.9%	85	15.2%	0	72	12.9%	58	10.4%	總計	558	100.0%	558	100.0%									
列計醫院+基層		僅列計基層																																						
得分	群數	百分比	群數	百分比																																				
7	403	72.2%	415	74.4%																																				
3	83	14.9%	85	15.2%																																				
0	72	12.9%	58	10.4%																																				
總計	558	100.0%	558	100.0%																																				
		3.配合新增「B、C肝篩檢率」指標，調整整體指標配分。																																						
(同現行條文)	2.子宮頸抹片檢查率(5分) (1)會員接受子宮頸抹片服務≥較需照護族群63百分位數，得5分。 (2)<較需照護族群63百分位數，但≥較需照護族群53百分位數，得3分。 (3)計算公式說明： 分子：30歲(含)以上女性會員於院所接受子宮頸抹片人數。 分母：30歲(含)以上女性會員數。	<p>健保署：</p> <p>112年1-9月各醫療群得分情形(558群)：</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr> <tr> <td>5</td><td>338</td><td>60.6%</td></tr> <tr> <td>3</td><td>119</td><td>21.3%</td></tr> <tr> <td>0</td><td>101</td><td>18.1%</td></tr> <tr> <td>總計</td><td>558</td><td>100.0%</td></tr> </table> <p>較需照護族群P53為19.8%、P63為21.4%</p>	得分	群數	百分比	5	338	60.6%	3	119	21.3%	0	101	18.1%	總計	558	100.0%																							
得分	群數	百分比																																						
5	338	60.6%																																						
3	119	21.3%																																						
0	101	18.1%																																						
總計	558	100.0%																																						

113 年條文(113 年 1 月 11 日共識修正條文)	112 年現行條文	修正說明																																																																																																																															
<p>3.65 歲以上老人流感注射率(3分)</p> <p>(1) 會員接受流感注射服務≥較需照護族群 65 百分位數，得 3 分。</p> <p>(2) <較需照護族群 65 百分位數，但≥較需照護族群 55 百分位數，得 2 分。</p> <p>(3) 計算公式說明： 分子：65 歲以上會員於基層院所接種流感疫苗人數。 分母：65 歲以上總會員人數。</p>	<p>3.65 歲以上老人流感注射率(4 分)</p> <p>(1) 會員接受流感注射服務≥較需照護族群 65 百分位數，得 4 分。</p> <p>(2) <較需照護族群 65 百分位數，但≥較需照護族群 55 百分位數，得 2 分。</p> <p>(3) 計算公式說明： 分子：65 歲以上會員於基層院所接種流感疫苗人數。 分母：65 歲以上總會員人數。</p>	<p>✓ 113 年 1 月 11 日西醫基層研商會議決議： 醫師公會全聯會表示因醫師無法限制病人去醫院還是診所健檢，且多數企業的健檢是外包給醫院，故建議成人預防保健檢查率將於醫院接受成人健檢人數納入分子計算。</p> <p>✓ 健保署意見： 1. 按全聯會建議修訂成人預防保健檢查率，需併同調整其他預防保健指標之計算方式，爰本項指標之整體(含醫院)列計及僅基層列計之指標百分位分布如下(因老人流感疫苗係於 10 月開打，爰以 112 年應收案族群及家醫收案個案之 111 年執行情形試算)：</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="11">(1) 112 年應照護族群於 111 年執行情形百分位分布</td> </tr> <tr> <td>P30</td><td>P40</td><td>P45</td><td>P50</td><td>P55</td><td>P60</td><td>P65</td><td>P70</td><td>P75</td><td>P80</td><td>P85</td><td>P90</td> </tr> <tr> <td>整體</td><td>61.0%</td><td>63.6%</td><td>64.8%</td><td>66.0%</td><td>66.8%</td><td>68.0%</td><td>69.2%</td><td>70.5%</td><td>71.8%</td><td>73.5%</td><td>75.7%</td><td>78.9%</td> </tr> <tr> <td>基層</td><td>36.3%</td><td>40.0%</td><td>41.5%</td><td>43.1%</td><td>44.9%</td><td>46.7%</td><td>48.7%</td><td>50.2%</td><td>52.7%</td><td>55.4%</td><td>58.4%</td><td>62.7%</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td colspan="11">(2) 112 年醫療群於 111 年執行情形百分位分布</td> </tr> <tr> <td>P30</td><td>P40</td><td>P45</td><td>P50</td><td>P55</td><td>P60</td><td>P65</td><td>P70</td><td>P75</td><td>P80</td><td>P90</td><td>P95</td> </tr> <tr> <td>整體</td><td>65.1%</td><td>66.0%</td><td>66.7%</td><td>67.2%</td><td>67.6%</td><td>68.2%</td><td>68.7%</td><td>69.5%</td><td>70.2%</td><td>70.9%</td><td>71.8%</td><td>73.2%</td> </tr> <tr> <td>基層</td><td>44.3%</td><td>46.7%</td><td>47.6%</td><td>48.3%</td><td>49.2%</td><td>49.8%</td><td>50.9%</td><td>52.0%</td><td>53.4%</td><td>54.4%</td><td>56.1%</td><td>58.4%</td> </tr> </table> <p>2.112 年醫療群得分情形(558 群)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">列計醫院+基層</th> <th colspan="2">僅列計基層</th> </tr> <tr> <th>得分</th> <th>群數</th> <th>百分比</th> <th>群數</th> <th>百分比</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4</td> <td>177</td> <td>31.7%</td> <td>265</td> <td>47.5%</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>123</td> <td>22.0%</td> <td>110</td> <td>19.7%</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>258</td> <td>46.2%</td> <td>183</td> <td>32.8%</td> </tr> <tr> <td>總計</td> <td>558</td> <td>100.0%</td> <td>558</td> <td>100.0%</td> </tr> </tbody> </table> <p>3. 配合新增「B、C 肝篩檢率」指標，調整整體指標配分。</p>	(1) 112 年應照護族群於 111 年執行情形百分位分布											P30	P40	P45	P50	P55	P60	P65	P70	P75	P80	P85	P90	整體	61.0%	63.6%	64.8%	66.0%	66.8%	68.0%	69.2%	70.5%	71.8%	73.5%	75.7%	78.9%	基層	36.3%	40.0%	41.5%	43.1%	44.9%	46.7%	48.7%	50.2%	52.7%	55.4%	58.4%	62.7%	(2) 112 年醫療群於 111 年執行情形百分位分布											P30	P40	P45	P50	P55	P60	P65	P70	P75	P80	P90	P95	整體	65.1%	66.0%	66.7%	67.2%	67.6%	68.2%	68.7%	69.5%	70.2%	70.9%	71.8%	73.2%	基層	44.3%	46.7%	47.6%	48.3%	49.2%	49.8%	50.9%	52.0%	53.4%	54.4%	56.1%	58.4%	列計醫院+基層		僅列計基層		得分	群數	百分比	群數	百分比	4	177	31.7%	265	47.5%	2	123	22.0%	110	19.7%	0	258	46.2%	183	32.8%	總計	558	100.0%	558	100.0%
(1) 112 年應照護族群於 111 年執行情形百分位分布																																																																																																																																	
P30	P40	P45	P50	P55	P60	P65	P70	P75	P80	P85	P90																																																																																																																						
整體	61.0%	63.6%	64.8%	66.0%	66.8%	68.0%	69.2%	70.5%	71.8%	73.5%	75.7%	78.9%																																																																																																																					
基層	36.3%	40.0%	41.5%	43.1%	44.9%	46.7%	48.7%	50.2%	52.7%	55.4%	58.4%	62.7%																																																																																																																					
(2) 112 年醫療群於 111 年執行情形百分位分布																																																																																																																																	
P30	P40	P45	P50	P55	P60	P65	P70	P75	P80	P90	P95																																																																																																																						
整體	65.1%	66.0%	66.7%	67.2%	67.6%	68.2%	68.7%	69.5%	70.2%	70.9%	71.8%	73.2%																																																																																																																					
基層	44.3%	46.7%	47.6%	48.3%	49.2%	49.8%	50.9%	52.0%	53.4%	54.4%	56.1%	58.4%																																																																																																																					
列計醫院+基層		僅列計基層																																																																																																																															
得分	群數	百分比	群數	百分比																																																																																																																													
4	177	31.7%	265	47.5%																																																																																																																													
2	123	22.0%	110	19.7%																																																																																																																													
0	258	46.2%	183	32.8%																																																																																																																													
總計	558	100.0%	558	100.0%																																																																																																																													
<p>4.糞便潛血檢查率(5分)</p> <p>(1) 50 歲以上至未滿 75 歲會員接受定量免疫糞便潛血檢查率≥50 歲以上至未滿 75 歲較需照護族群檢查率之 83 百分位數，得 5 分。</p> <p>(2) <較需照護族群檢查率之 83 百分位數，但≥較需照護族群檢查率之 73 百分位數，得 3 分。</p> <p>(3) <較需照護族群檢查率之 73 百分位數，但≥較需照護族群檢查率之 63 百分位數，得 2 分。</p> <p>(4) 計算公式說明： 分子：50 歲以上至未滿 75 歲會員於基層院所接受定量免疫糞便潛血檢查人數。 分母：50 歲以上至未滿 75 歲會員人數/2。</p>	<p>4.糞便潛血檢查率(7分)</p> <p>(1) 50 歲以上至未滿 75 歲會員接受定量免疫糞便潛血檢查率≥50 歲以上至未滿 75 歲較需照護族群檢查率之 83 百分位數，得 7 分。</p> <p>(2) <較需照護族群檢查率之 83 百分位數，但≥較需照護族群檢查率之 73 百分位數，得 5 分。</p> <p>(3) <較需照護族群檢查率之 73 百分位數，但≥較需照護族群檢查率之 63 百分位數，得 3 分。</p> <p>(4) 計算公式說明： 分子：50 歲以上至未滿 75 歲會員於基層院所接受定量免疫糞便潛血檢查人數。 分母：50 歲以上至未滿 75 歲會員人數/2。</p>	<p>✓ 113 年 1 月 11 日西醫基層研商會議決議： 醫師公會全聯會表示因醫師無法限制病人去醫院還是診所健檢，且多數企業的健檢是外包給醫院，故建議成人預防保健檢查率將於醫院接受成人健檢人數納入分子計算。</p> <p>✓ 健保署意見： 1. 按全聯會建議修訂成人預防保健檢查率，需併同調整其他預防保健指標之計算方式，爰本項指標之整體(含醫院)列計及僅基層列計之指標百分位分布如下：</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="11">(1) 112 年 1-9 月應照護族群之百分位分布</td> </tr> <tr> <td>P30</td><td>P40</td><td>P45</td><td>P50</td><td>P55</td><td>P60</td><td>P65</td><td>P70</td><td>P75</td><td>P80</td><td>P85</td><td>P90</td> </tr> <tr> <td>整體</td><td>23.4%</td><td>25.8%</td><td>27.0%</td><td>28.2%</td><td>29.4%</td><td>30.8%</td><td>32.1%</td><td>33.6%</td><td>35.3%</td><td>37.5%</td><td>40.0%</td><td>44.8%</td> </tr> <tr> <td>基層</td><td>5.5%</td><td>7.4%</td><td>8.3%</td><td>9.4%</td><td>10.4%</td><td>11.7%</td><td>13.0%</td><td>14.5%</td><td>16.1%</td><td>18.2%</td><td>20.9%</td><td>25.0%</td> </tr> </table>	(1) 112 年 1-9 月應照護族群之百分位分布											P30	P40	P45	P50	P55	P60	P65	P70	P75	P80	P85	P90	整體	23.4%	25.8%	27.0%	28.2%	29.4%	30.8%	32.1%	33.6%	35.3%	37.5%	40.0%	44.8%	基層	5.5%	7.4%	8.3%	9.4%	10.4%	11.7%	13.0%	14.5%	16.1%	18.2%	20.9%	25.0%																																																																														
(1) 112 年 1-9 月應照護族群之百分位分布																																																																																																																																	
P30	P40	P45	P50	P55	P60	P65	P70	P75	P80	P85	P90																																																																																																																						
整體	23.4%	25.8%	27.0%	28.2%	29.4%	30.8%	32.1%	33.6%	35.3%	37.5%	40.0%	44.8%																																																																																																																					
基層	5.5%	7.4%	8.3%	9.4%	10.4%	11.7%	13.0%	14.5%	16.1%	18.2%	20.9%	25.0%																																																																																																																					

113 年條文(113 年 1 月 11 日共識修正條文)	112 年現行條文	修正說明																																																																								
		<p>(1) 112 年 1-9 月醫療群之百分位分布</p> <table> <thead> <tr> <th>P30</th><th>P40</th><th>P45</th><th>P50</th><th>P55</th><th>P60</th><th>P65</th><th>P70</th><th>P75</th><th>P80</th><th>P85</th><th>P90</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>整體</td><td>28.6%</td><td>29.9%</td><td>30.6%</td><td>31.2%</td><td>31.8%</td><td>32.7%</td><td>33.7%</td><td>34.7%</td><td>35.8%</td><td>36.9%</td><td>38.3%</td><td>40.6%</td></tr> <tr> <td>基層</td><td>10.9%</td><td>12.4%</td><td>13.5%</td><td>14.5%</td><td>15.3%</td><td>16.2%</td><td>17.1%</td><td>18.8%</td><td>20.4%</td><td>22.4%</td><td>24.3%</td><td>26.4%</td></tr> </tbody> </table> <p>2. 112 年 1-9 月各醫療群得分情形(558 群)：</p> <table> <thead> <tr> <th colspan="2">列計醫院+基層</th><th colspan="2">僅列計基層</th></tr> <tr> <th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>7</td><td>66</td><td>11.8%</td><td>131</td><td>23.5%</td></tr> <tr> <td>5</td><td>88</td><td>15.8%</td><td>97</td><td>17.4%</td></tr> <tr> <td>3</td><td>90</td><td>16.1%</td><td>94</td><td>16.8%</td></tr> <tr> <td>0</td><td>314</td><td>56.3%</td><td>236</td><td>42.3%</td></tr> <tr> <td>總計</td><td>558</td><td>100.0%</td><td>558</td><td>100.0%</td></tr> </tbody> </table> <p>暫以應照護族群之 P85、P75 及 P65 替代 P83、P73 及 P63 試算</p> <p>3. 配合新增「B、C 肝篩檢率」指標，調整整體指標配分。</p>	P30	P40	P45	P50	P55	P60	P65	P70	P75	P80	P85	P90	整體	28.6%	29.9%	30.6%	31.2%	31.8%	32.7%	33.7%	34.7%	35.8%	36.9%	38.3%	40.6%	基層	10.9%	12.4%	13.5%	14.5%	15.3%	16.2%	17.1%	18.8%	20.4%	22.4%	24.3%	26.4%	列計醫院+基層		僅列計基層		得分	群數	百分比	群數	百分比	7	66	11.8%	131	23.5%	5	88	15.8%	97	17.4%	3	90	16.1%	94	16.8%	0	314	56.3%	236	42.3%	總計	558	100.0%	558	100.0%
P30	P40	P45	P50	P55	P60	P65	P70	P75	P80	P85	P90																																																															
整體	28.6%	29.9%	30.6%	31.2%	31.8%	32.7%	33.7%	34.7%	35.8%	36.9%	38.3%	40.6%																																																														
基層	10.9%	12.4%	13.5%	14.5%	15.3%	16.2%	17.1%	18.8%	20.4%	22.4%	24.3%	26.4%																																																														
列計醫院+基層		僅列計基層																																																																								
得分	群數	百分比	群數	百分比																																																																						
7	66	11.8%	131	23.5%																																																																						
5	88	15.8%	97	17.4%																																																																						
3	90	16.1%	94	16.8%																																																																						
0	314	56.3%	236	42.3%																																																																						
總計	558	100.0%	558	100.0%																																																																						
<p>5.B、C 肝炎篩檢率(5 分)</p> <p>(1) 會員接受 B、C 肝炎篩檢率 ≥ 較需照護族群 70 百分位數，得 5 分</p> <p>(2) < 較需照護族群 70 百分位數，但 ≥ 較需照護族群 60 百分位數，得 3 分</p> <p>(3) 計算公式說明：</p> <p>分子：曾做過 B、C 肝炎篩檢之會員人數</p> <p>分母：符合 B、C 肝炎篩檢資格之會員人數(45 歲以上未滿 80 歲者、原住民為 40 歲以上未滿 80 歲者)</p>		<p>✓ 健保署：</p> <p>1. 配合國家消除 C 肝政策，且代謝症候群、糖尿病、腎臟病等慢性病，若同時併有 C 肝病毒感染和肝外病變，易加重其疾病嚴重度，爰建議新增「B、C 肝炎篩檢率」。</p> <p>2. 112 年家醫計畫收案會員約 599.6 萬人，其中符合 B、C 型肝炎篩檢資格者約 346.2 萬人(58%)，截至 112 年 11 月 22 日，其中已執行 B、C 型肝炎篩檢約 232.9 萬人(67%)。</p> <p>3. 112 年應照護族群之 B、C 肝炎篩檢率百分位分布(截至 112.11.22)</p> <table> <thead> <tr> <th>P20</th><th>P25</th><th>P30</th><th>P40</th><th>P50</th><th>P55</th><th>P60</th><th>P65</th><th>P70</th><th>P75</th><th>P80</th><th>P90</th><th>P95</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>46.4%</td><td>49.1%</td><td>51.1%</td><td>55.7%</td><td>60.3%</td><td>63.0%</td><td>65.7%</td><td>68.4%</td><td>71.3%</td><td>74.7%</td><td>78.2%</td><td>86.3%</td><td>91.0%</td></tr> </tbody> </table> <p>4. 112 年家醫醫療群之 B、C 肝炎篩檢率百分位分布(截至 112.11.22)</p> <table> <thead> <tr> <th>P20</th><th>P25</th><th>P30</th><th>P40</th><th>P50</th><th>P60</th><th>P70</th><th>P75</th><th>P80</th><th>P90</th><th>P95</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>57.9%</td><td>59.6%</td><td>61.3%</td><td>64.5%</td><td>66.9%</td><td>69.7%</td><td>73.4%</td><td>74.8%</td><td>76.7%</td><td>80.8%</td><td>83.7%</td></tr> </tbody> </table> <p>✓ 113 年 1 月 11 日西醫基層研商會議決議：</p> <p>考量本項指標涉及國家政策目標，配分閾值訂定如下：</p> <p>1. 會員接受 B、C 肝炎篩檢率 ≥ 較需照護族群 70 百分位數，得 5 分。</p> <p>2. < 較需照護族群 70 百分位數，但 ≥ 較需照護族群 60 百分位數，得 3 分。</p>	P20	P25	P30	P40	P50	P55	P60	P65	P70	P75	P80	P90	P95	46.4%	49.1%	51.1%	55.7%	60.3%	63.0%	65.7%	68.4%	71.3%	74.7%	78.2%	86.3%	91.0%	P20	P25	P30	P40	P50	P60	P70	P75	P80	P90	P95	57.9%	59.6%	61.3%	64.5%	66.9%	69.7%	73.4%	74.8%	76.7%	80.8%	83.7%																								
P20	P25	P30	P40	P50	P55	P60	P65	P70	P75	P80	P90	P95																																																														
46.4%	49.1%	51.1%	55.7%	60.3%	63.0%	65.7%	68.4%	71.3%	74.7%	78.2%	86.3%	91.0%																																																														
P20	P25	P30	P40	P50	P60	P70	P75	P80	P90	P95																																																																
57.9%	59.6%	61.3%	64.5%	66.9%	69.7%	73.4%	74.8%	76.7%	80.8%	83.7%																																																																
(同現行條文)	<p>三、結果面指標(37 分)</p> <p>(一)潛在可避免急診率(4 分)</p> <ol style="list-style-type: none"> ≤ 收案會員 30 百分位，或與上年度同期自身比進步率 ≥ 10%，得 4 分。 ≤ 收案會員 45 百分位，或與上年度同期自身比進步率 > 5%，得 3 分。 ≤ 收案會員 65 百分位，得 1 分。 計算公式說明： <p>分子：潛在可避免急診慢性類疾病之案件</p> <p>分母：18 歲以上家醫會員罹患慢性類疾病人數</p>	<p>健保署：</p> <p>112 年 1-9 月各醫療群得分情形(558 群)：</p> <table> <thead> <tr> <th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4</td><td>64</td><td>11.5%</td></tr> <tr> <td>3</td><td>57</td><td>10.2%</td></tr> <tr> <td>1</td><td>226</td><td>40.5%</td></tr> <tr> <td>0</td><td>211</td><td>37.8%</td></tr> <tr> <td>總計</td><td>558</td><td>100.0%</td></tr> </tbody> </table> <p>收案會員之 P30、P45 及 P65 分別為 0.30%、0.48%、0.80%</p>	得分	群數	百分比	4	64	11.5%	3	57	10.2%	1	226	40.5%	0	211	37.8%	總計	558	100.0%																																																						
得分	群數	百分比																																																																								
4	64	11.5%																																																																								
3	57	10.2%																																																																								
1	226	40.5%																																																																								
0	211	37.8%																																																																								
總計	558	100.0%																																																																								

113 年條文(113 年 1 月 11 日共識修正條文)	112 年現行條文	修正說明																		
(同現行條文)	<p>(二)會員急診率(排除外傷)(4 分)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. \leq收案會員30百分位，或與上年度同期自身比進步率$\geq 10\%$，得4分。 2. \leq收案會員45百分位，或與上年度同期自身比進步率$> 5\%$，得3分。 3. \leq收案會員65百分位，得1分。 4. 計算公式說明： 分子：會員急診人次(排除外傷案件) 分母：會員人數 	<p>健保署： 112 年 1-9 月各醫療群得分情形(558 群)：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>得分</th> <th>群數</th> <th>百分比</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4</td> <td>74</td> <td>13.3%</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>130</td> <td>23.3%</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>166</td> <td>29.7%</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>188</td> <td>33.7%</td> </tr> <tr> <td>總計</td> <td>558</td> <td>100.0%</td> </tr> </tbody> </table> <p>收案會員之 P30、P45 及 P65 分別為 21.0%、23.5%、27.2%</p>	得分	群數	百分比	4	74	13.3%	3	130	23.3%	1	166	29.7%	0	188	33.7%	總計	558	100.0%
得分	群數	百分比																		
4	74	13.3%																		
3	130	23.3%																		
1	166	29.7%																		
0	188	33.7%																		
總計	558	100.0%																		
(同現行條文)	<p>(三)可避免住院率(4 分)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. \leq收案會員30百分位，或與上年度同期自身比進步率$\geq 10\%$，得4分。 2. \leq收案會員45百分位，或與上年度同期自身比進步率$> 5\%$，得3分。 3. \leq收案會員65百分位，得1分。 4. 計算公式說明： 分子：可避免住院慢性類疾病之案件 分母：18 歲以上家醫會員因慢性類疾病就醫人數 	<p>健保署： 112 年 1-9 月各醫療群得分情形(558 群)：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>得分</th> <th>群數</th> <th>百分比</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4</td> <td>62</td> <td>11.1%</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>41</td> <td>7.3%</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>221</td> <td>39.6%</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>234</td> <td>41.9%</td> </tr> <tr> <td>總計</td> <td>558</td> <td>100.0%</td> </tr> </tbody> </table> <p>收案會員之 P30、P45 及 P65 分別為 0.09%、0.22%、0.42%，全國平均 0.864%</p>	得分	群數	百分比	4	62	11.1%	3	41	7.3%	1	221	39.6%	0	234	41.9%	總計	558	100.0%
得分	群數	百分比																		
4	62	11.1%																		
3	41	7.3%																		
1	221	39.6%																		
0	234	41.9%																		
總計	558	100.0%																		
(同現行條文)	<p>(四)初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢驗檢查執行率(5 分)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. \geq初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率 70 百分位，得 5 分。 2. 與上年度同期自身比進步，得 3 分。 3. 計算公式說明： 分子：會員於西醫基層執行初期慢性腎臟病之檢驗人數 分母：會員門診主次診斷為初期慢性腎臟病之人數 註：「單次尿液肌酸酐／尿液白蛋白比例(urine albumin to creatinine ratio, UACR)」或「尿液總蛋白與肌酸酐比值(UPCR)」兩項檢查之一。 	<p>健保署： 112 年 1-9 月各醫療群得分情形(558 群)：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>得分</th> <th>群數</th> <th>百分比</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5</td> <td>382</td> <td>68.5%</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>129</td> <td>23.1%</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>47</td> <td>8.4%</td> </tr> <tr> <td>總計</td> <td>558</td> <td>100.0%</td> </tr> </tbody> </table> <p>初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率之 P70 為 20.0%</p>	得分	群數	百分比	5	382	68.5%	3	129	23.1%	0	47	8.4%	總計	558	100.0%			
得分	群數	百分比																		
5	382	68.5%																		
3	129	23.1%																		
0	47	8.4%																		
總計	558	100.0%																		
(同現行條文)	<p>(五)會員固定就診率(10 分)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 會員在群內(含合作醫院)之西醫門診固定就診率\geq當年較需照護族群 65 百分位且$\geq 50\%$，得 10 分。 2. 進步率$> 5\%$或當年較需照護族群 60 百分位\leq會員固定就診率$<$「當年較需照護族群 65 百分位且$\geq 50\%$」，得 5 分。 3. 當年較需照護族群 55 百分位\leq會員固定就診率$<$當年較需照護族群 60 百分位，得 3 分。 4. 計算公式說明： 分子：會員在社區醫療群內診所(含合作醫院)就醫次數 分母：會員在所有西醫門診就醫次數 	<p>健保署： 112 年 1-9 月各醫療群得分情形(558 群)：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>得分</th> <th>群數</th> <th>百分比</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10</td> <td>243</td> <td>43.5%</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>90</td> <td>16.1%</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>52</td> <td>9.3%</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>173</td> <td>31.0%</td> </tr> <tr> <td>總計</td> <td>558</td> <td>100.0%</td> </tr> </tbody> </table> <p>當年較需照護族群之 P55、P60 及 P65 分別為 45.0%、46.9%、48.9%</p>	得分	群數	百分比	10	243	43.5%	5	90	16.1%	3	52	9.3%	0	173	31.0%	總計	558	100.0%
得分	群數	百分比																		
10	243	43.5%																		
5	90	16.1%																		
3	52	9.3%																		
0	173	31.0%																		
總計	558	100.0%																		

113 年條文(113 年 1 月 11 日共識修正條文)	112 年現行條文	修正說明																																		
<p>(六)</p> <p>1. 慢性病個案三高生活型態風險控制率(15 分)</p> <p>(1) 醫療群內 200 名以上慢性病收案會員之血壓(收縮壓、舒張壓)得以控制或改善，得 5 分。</p> <p>(2) 醫療群內 200 名以上慢性病收案會員之糖化血色素(HbA1c)得以控制或改善，得 5 分。</p> <p>(3) 醫療群內 200 名以上慢性病收案會員之低密度脂蛋白(LDL)得以控制或改善，得 5 分。</p> <p>(4) 三高生活型態監測值應介於合理範圍：</p> <p>A. 血壓：收縮壓介於 70 至 300mmHg，舒張壓介於 40 至 200 mmHg。</p> <p>B. HbA1c：介於 4% 至 15%。</p> <p>C. LDL：介於 30 mg/dl 至 494 mg/dl。</p> <p>D. 如有個案非介於合理範圍者，應上傳原因說明。</p> <p>(5) 計算公式說明：</p> <p>A. 得以控制或改善定義： 檢驗結果後測-前測<0 或維持正常值： 血壓：$100 \leq \text{收縮壓} \leq 150 \text{ mmHg}$ 或 $50 \leq \text{舒張壓} \leq 90 \text{ mmHg}$、 HbA1c：$4\% \leq \text{HbA1c} \leq 7\%$ 或原為 10% 以上者改善到 8% 以下。 LDL：$30 \text{ mg/dl} \leq \text{糖尿病 LDL} \leq 100 \text{ mg/dl}$、$30 \text{ mg/dl} \leq \text{非糖尿病 LDL} \leq 130 \text{ mg/dl}$。</p> <p>B. 血壓、HbA1c、LDL 得以控制之收案個案不得重複計分。</p> <p>C. 執行方式：</p> <p>(a) 由收案診所於當年度 12 月底前上傳個案風險控制項目及前後測檢驗值予保險人，超過繳交期限者，本指標以 0 分計算。</p> <p>(b) 社區醫療群應上傳會員前測及後測之「就醫日期」或「檢驗(查)日期」，其後測「就醫日期」或「檢驗(查)日期」應於當年度 7 月 1 日之後，且前測及後測日期應間隔 84 天(含)以上。</p> <p>(c) 監測資料得由醫療群內其他診所進行監控，不得以合作醫院監測資料上傳。</p> <p>(d) 慢性病收案會員當年度於醫療群內就醫未達 2 次者，不予計分。</p>	<p>(六)慢性病個案三高生活型態風險控制率(10 分)</p> <ol style="list-style-type: none"> 醫療群內 150 名以上慢性病收案會員之血壓(收縮壓、舒張壓)得以控制或改善，得 3 分。 醫療群內 150 名以上慢性病收案會員之糖化血色素(HbA1C)得以控制或改善，得 3 分。 醫療群內 150 名以上慢性病收案會員之低密度脂蛋白(LDL)得以控制或改善，得 4 分。 三高生活型態監測值應介於合理範圍： <ol style="list-style-type: none"> 血壓：收縮壓介於 70 至 300mmHg，舒張壓介於 40 至 200 mmHg。 糖化血色素：介於 4% 至 15%。 低密度脂蛋白：介於 30 mg/dl 至 494 mg/dl。 如有個案非介於合理範圍者，應上傳原因說明。 計算公式說明： <ol style="list-style-type: none"> 得以控制或改善定義： 檢驗結果後測-前測<0 或維持正常值： 血壓：$100 \leq \text{收縮壓} \leq 150 \text{ mmHg}$ 或 $50 \leq \text{舒張壓} \leq 90 \text{ mmHg}$、 糖化血色素：$4\% \leq \text{糖化血色素} \leq 7\%$ 或原為 10% 以上者改善到 8% 以下。 低密度脂蛋白(LDL)：$30 \text{ mg/dl} \leq \text{糖尿病 LDL} \leq 100 \text{ mg/dl}$、$30 \text{ mg/dl} \leq \text{非糖尿病 LDL} \leq 130 \text{ mg/dl}$。 血壓、糖化血色素、低密度脂蛋白得以控制之收案個案不得重複計分。 執行方式： <ol style="list-style-type: none"> 由收案診所於當年度 12 月底前上傳個案風險控制項目及前後測檢驗值予保險人，超過繳交期限者，本指標以 0 分計算。 社區醫療群應上傳會員前測及後測之「就醫日期」或「檢驗(查)日期」，其後測「就醫日期」或「檢驗(查)日期」應於當年度 7 月 1 日之後，且前測及後測日期應間隔 84 天(含)以上。 監測資料得由醫療群內其他診所進行監控，不得以合作醫院監測資料上傳。 慢性病收案會員當年度於醫療群內就醫未達 2 次者，不予計分。 	<p>✓ 健保署：</p> <ol style="list-style-type: none"> 新增「糖尿病及慢性腎病監測數據控制良率」，僅家醫 2.0 醫療群適用，家醫 1.0 醫療群則適用原指標「慢性病個案三高生活型態風險控制率」。 配合新增指標分數，調整本項指標總分(10 分調升至 15 分)，其中血壓、HbA1c 及 LDL 配分皆調升至 5 分；並同步調整得分門檻之人數。 本項指標開放醫療群上傳名單至年底，因此 11201-11209 資料尚未齊全，仍在持續收載中，爰呈現 111 年醫療群指標表現： <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">得分</th> <th colspan="2">血壓 (3 分)</th> <th colspan="2">HbA1c (3 分)</th> <th colspan="2">LDL (4 分)</th> </tr> <tr> <th>群數</th> <th>百分比</th> <th>群數</th> <th>百分比</th> <th>群數</th> <th>百分比</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3 分/4 分</td> <td>497</td> <td>81.6%</td> <td>408</td> <td>67.0%</td> <td>423</td> <td>69.5%</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>112</td> <td>18.4%</td> <td>201</td> <td>33.0%</td> <td>186</td> <td>30.5%</td> </tr> <tr> <td>4. 總計</td> <td>609</td> <td>100.0%</td> <td>609</td> <td>100.0%</td> <td>609</td> <td>100.0%</td> </tr> </tbody> </table>	得分	血壓 (3 分)		HbA1c (3 分)		LDL (4 分)		群數	百分比	群數	百分比	群數	百分比	3 分/4 分	497	81.6%	408	67.0%	423	69.5%	0	112	18.4%	201	33.0%	186	30.5%	4. 總計	609	100.0%	609	100.0%	609	100.0%
得分	血壓 (3 分)			HbA1c (3 分)		LDL (4 分)																														
	群數	百分比	群數	百分比	群數	百分比																														
3 分/4 分	497	81.6%	408	67.0%	423	69.5%																														
0	112	18.4%	201	33.0%	186	30.5%																														
4. 總計	609	100.0%	609	100.0%	609	100.0%																														

113 年條文(113 年 1 月 11 日共識修正條文)	112 年現行條文	修正說明																																									
<p>2. 糖尿病及慢性腎臟病監測數據控制良率(15 分)</p> <p>(1) <u>醫療群內 200 名以上 DM、DKD 收案會員之 HbA1c 控制良好或進步，得 5 分。</u></p> <p>(2) <u>醫療群內 200 名以上 DM、DKD 收案會員之 LDL 控制良好或進步，得 5 分。</u></p> <p>(3) <u>醫療群內 50 名以上 CKD、DKD 收案會員之 UACR 控制良好或進步，得 5 分。</u></p> <p>(4) <u>控制良好及進步之定義：</u></p> <p>A. <u>控制良好為當年度最後一次檢驗結果位於以下範圍：</u></p> <p>(a) <u>糖化血色素(HbA1c)：<7%。</u></p> <p>(b) <u>低密度脂蛋白(LDL)：<100mg/dL。</u></p> <p>(c) <u>尿液白蛋白與尿液肌酸酐比值(UACR)：<30mg/gm。</u></p> <p>B. <u>進步定義：檢驗結果後測-前測<0，其後測「就醫日期」或「檢驗(查)日期」應於當年度 7 月 1 日之後，且前測及後測日期應間隔 84 天(含)以上。</u></p> <p>(5) <u>資料範圍：限醫療群內診所(含交付檢驗所)之上傳檢驗(查)數據，不含合作醫院。</u></p> <p>3. 申請成為家醫 2.0 醫療群適用「糖尿病及慢性腎病監測數據控制良率」，未申請者，則適用「慢性病個案三高生活型態風險控制率」</p>		<p>✓ 健保署：</p> <ol style="list-style-type: none"> 新增「糖尿病及慢性腎病監測數據控制良率」指標，僅家醫 2.0 醫療群適用。 上開新增指標經 112 年 12 月 4 日討論會議討論，決議 HbA1c、LDL 及 UACR 之得分門檻人數分別為 200 人、200 人及 50 人。 <p>✓ 醫師公會全聯會 113.1.2 意見： 醫療群組成科別大多數非以糖尿病及慢性腎臟病為照護對象，故建議 HbA1c、LDL 及 UACR 檢驗結果達控制良好範圍之人數門檻分別為 150 人、150 人、30 人。</p> <p>✓ 113 年 1 月 11 日西醫基層研商議事會議決議： 考量整合 DM/CKD 方案及提升 DM/CKD 病人之照護品質為本計畫 113 年修訂重點及目標，爰建議 HbA1c、LDL 及 UACR 之得分門檻人數維持 112 年 12 月 4 日會議決議，分別為 200 人、200 人及 50 人。</p>																																									
<p>(七)糖尿病會員胰島素注射率(5 分)</p> <p>1. <u>≥糖尿病會員胰島素注射率 60 百分位，得 5 分。</u></p> <p>2. <u>與上年度同期自身比進步率>5%，或<糖尿病會員胰島素注射率 60 百分位，但≥50 百分位，得 3 分。</u></p> <p>3. <u>計算公式說明：</u> 分子：糖尿病會員於西醫基層胰島素注射天數≥28 天之人數 分母：社區醫療群糖尿病會員門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之人數且≥100 人</p>		<p>✓ 健保署：</p> <ol style="list-style-type: none"> 考量整合 DM 方案及提升 DM 病人之照護品質為 113 年本計畫目標，且按國健署資料顯示胰島素治療適用於糖尿病任何階段之血糖控制，應鼓勵診所積極衛教及推廣，爰將本項指標自選指標移列至結果面指標。另 111 年指標自選率達 66%。 <p>2.112 年 1-9 月各醫療群得分情形(558 群)：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>得分</th> <th>群數</th> <th>百分比</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5</td> <td>309</td> <td>55.4%</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>162</td> <td>29.0%</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>79</td> <td>14.2%</td> </tr> <tr> <td>總計</td> <td>550</td> <td>98.6%</td> </tr> </tbody> </table> <p>註.P60 為 4.7%，另共 8 家醫療群無數值</p> <p>3.112 年 1-9 月醫療群之糖尿病會員胰島素注射率百分為分布：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>P25</th> <th>P30</th> <th>P33</th> <th>P35</th> <th>P40</th> <th>P43</th> <th>P45</th> <th>P50</th> <th>P53</th> <th>P55</th> <th>P60</th> <th>P63</th> <th>P65</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.5%</td> <td>1.8%</td> <td>2.0%</td> <td>2.1%</td> <td>2.6%</td> <td>2.9%</td> <td>3.1%</td> <td>3.6%</td> <td>3.9%</td> <td>4.1%</td> <td>4.7%</td> <td>5.1%</td> <td>5.4%</td> </tr> </tbody> </table> <p>✓ 醫師公會全聯會 113.1.10 意見： 建議改以「≥糖尿病會員胰島素注射率 50 百分位」作為得 3 分之條件</p> <p>✓ 113 年 1 月 11 日西醫基層研商議事會議決議： 考量本項指標係自選指標移列為必選指標，第一年仍保留原「與上年度同期自身比進步率>5%」，另參採全聯會建議，新增百分位閾值為得 3 分之條件。</p>	得分	群數	百分比	5	309	55.4%	3	162	29.0%	0	79	14.2%	總計	550	98.6%	P25	P30	P33	P35	P40	P43	P45	P50	P53	P55	P60	P63	P65	1.5%	1.8%	2.0%	2.1%	2.6%	2.9%	3.1%	3.6%	3.9%	4.1%	4.7%	5.1%	5.4%
得分	群數	百分比																																									
5	309	55.4%																																									
3	162	29.0%																																									
0	79	14.2%																																									
總計	550	98.6%																																									
P25	P30	P33	P35	P40	P43	P45	P50	P53	P55	P60	P63	P65																															
1.5%	1.8%	2.0%	2.1%	2.6%	2.9%	3.1%	3.6%	3.9%	4.1%	4.7%	5.1%	5.4%																															

113 年條文(113 年 1 月 11 日共識修正條文)	112 年現行條文	修正說明															
(同現行條文)	<p>四、自選指標(15 分) 社區醫療群可就下列指標，選擇最優3項參加評分，於當年 度10月底前將選定指標項目回復分區業務組。</p> <p>(一)提升社區醫療群品質(5 分)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.辦理一場(含)以上健康管理活動：成效良好接受本社區醫療 群內之診所及合作醫院以外之醫療機構觀摩，或應邀參加本 社區醫療群以外團體主辦之經驗分享演講。該活動應與當地 主管機關(健保分區業務組、衛生局)、家庭醫學醫學會或各 縣市醫師公會合辦，並經公告周知。 2.每月至少一次辦理學術演講活動提升社區醫療群醫療品質。 3.以上任一項，檢附佐證資料經分區業務組認可，得5分。 																
(同現行條文)	<p>(二)提供全民健康保險居家醫療照護整合計畫服務或「全民健康 保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第三章安寧居家 療護」服務(5 分)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 提供服務\geq15人，得5分。 2. 提供服務\geq10人，得2分。 	<p>健保署：</p> <p>112年1-9月各醫療群得分情形(558群)：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>得分</th> <th>群數</th> <th>百分比</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5</td> <td>212</td> <td>57.3%</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>43</td> <td>11.6%</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>115</td> <td>31.1%</td> </tr> <tr> <td>總計</td> <td>370</td> <td>100.0%</td> </tr> </tbody> </table> <p>註.188 個醫療群之提供服務人數為 0</p>	得分	群數	百分比	5	212	57.3%	2	43	11.6%	0	115	31.1%	總計	370	100.0%
得分	群數	百分比															
5	212	57.3%															
2	43	11.6%															
0	115	31.1%															
總計	370	100.0%															
(同現行條文)	<p>(三)假日開診並公開開診資訊(5 分) 社區醫療群診所至少 1 家診所於週日或國定假日當日開 診，並於 VPN 登錄及公開開診資訊。年度開診情形依下 列方式計分：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 開診診次\geq120 診次，得5分。 2. 開診診次\geq90 診次，得3分。 3. 開診診次\geq50 診次，得1分。 <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.國定假日，依行政院人事行政總處公布放假之紀念日、節日 及補假。 2.上下午及晚上各計 1 診次。如社區醫療群計有 5 家診所、該 月計有 4 天國定假日，則該群所列計假日診次為 60 診次。 	<p>健保署：</p> <p>112年1-9月各醫療群得分情形(558群)：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>得分</th> <th>群數</th> <th>百分比</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5</td> <td>528</td> <td>94.6%</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>19</td> <td>3.4%</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>11</td> <td>2.0%</td> </tr> <tr> <td>總計</td> <td>558</td> <td>100.0%</td> </tr> </tbody> </table>	得分	群數	百分比	5	528	94.6%	3	19	3.4%	1	11	2.0%	總計	558	100.0%
得分	群數	百分比															
5	528	94.6%															
3	19	3.4%															
1	11	2.0%															
總計	558	100.0%															
(同現行條文)	<p>(四)糖尿病人眼底檢查執行率(5 分) 依據保險人「醫療品質資訊公開網」公開之院所別醫療品 質資訊/糖尿病人執行檢查率-眼底檢查或眼底彩色攝影檢 查執行率：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. \geq全國平均值，得5分。 2. 與上年度同期比進步率$>0\%$，得3分。 3. 本項得分上限5分。 	<p>健保署：</p> <p>112 年 1-9 月各醫療群得分情形(558 群)：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>得分</th> <th>群數</th> <th>百分比</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5</td> <td>130</td> <td>23.3%</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>288</td> <td>51.6%</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>140</td> <td>25.1%</td> </tr> <tr> <td>總計</td> <td>558</td> <td>100.0%</td> </tr> </tbody> </table> <p>註.全國平均值為 41.0%</p>	得分	群數	百分比	5	130	23.3%	3	288	51.6%	0	140	25.1%	總計	558	100.0%
得分	群數	百分比															
5	130	23.3%															
3	288	51.6%															
0	140	25.1%															
總計	558	100.0%															

113年條文(113年1月11日共識修正條文)	112年現行條文	修正說明																						
(移列至結果面指標)	<p>(五)糖尿病會員胰島素注射率(5分)</p> <p>1.≥糖尿病會員胰島素注射率60百分位，得5分。</p> <p>2.與上年度同期自身比進步率>5%，得3分。</p> <p>3.計算公式說明：</p> <p>分子：糖尿病會員於西醫基層胰島素注射天數≥28天之人數 分母：社區醫療群糖尿病會員門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之人數且≥100人</p>	<p>健保署：</p> <p>考量整合DM方案及提升DM病人之照護品質為113年本計畫目標，且按國健署資料顯示胰島素治療適用於糖尿病任何階段之血糖控制，應鼓勵診所積極衛教及推廣，爰將本項指標自選指標移列至結果面指標。另111年指標自選率達66%。</p>																						
<p>(五)醫療群內收案會員重複用藥核扣情形(5分)</p> <p>1. 社區醫療群內當年度平均每位會員重複用藥核扣金額或重複用藥率≤30百分位，得5分。</p> <p>2. 社區醫療群內當年度平均每位會員重複用藥核扣金額或重複用藥率≤60百分位，得3分。</p> <p>3. 社區醫療群內當年度平均每位會員重複用藥核扣金額或重複用藥率≤70百分位，得1分。</p> <p>4. 計算公式說明：</p> <p>(1)社區醫療群內當年度平均每位會員重複用藥核扣金額： 分子：醫療群內收案會員重複用藥核扣金額 分母：醫療群內收案會員數</p> <p>(2)社區醫療群內當年度平均每位會員重複用藥率： 分子：醫療群內收案會員重複用藥處方件數 分母：醫療群內收案會員調劑7日以上處方件數</p>	<p>(六)醫療群內收案會員重複用藥核扣情形(5分)</p> <p>1. 社區醫療群內當年度平均每位會員重複用藥核扣金額≤30百分位，得5分。</p> <p>2. 社區醫療群內當年度平均每位會員重複用藥核扣金額≤60百分位，得3分。</p> <p>3. 社區醫療群內當年度平均每位會員重複用藥核扣金額≤70百分位，得1分。</p> <p>4. 計算公式說明：</p> <p>分子：醫療群內收案會員重複用藥核扣金額 分母：醫療群內收案會員數</p>	<p>✓ 健保署：</p> <p>1. 112年1-9月各醫療群得分情形(558群)：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>醫療群分數</th> <th>群數</th> <th>百分比</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5</td> <td>15</td> <td>2.7%</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>241</td> <td>43.2%</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>112</td> <td>20.1%</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>190</td> <td>34.1%</td> </tr> <tr> <td>總計</td> <td>558</td> <td>100.0%</td> </tr> </tbody> </table> <p>醫療群平均每位會員重複用藥核扣金額之P30、P60及P70分別為3.4點、7.3點及9.1點</p> <p>✓ 113年1月11日西醫基層研商議事會議決議：</p> <p>考量重複用藥核扣金額會受藥品單價影響，為求公允，參採全聯會建議，另增列社區醫療群內當年度每位會員重複用藥率作為給分依據。</p>	醫療群分數	群數	百分比	5	15	2.7%	3	241	43.2%	1	112	20.1%	0	190	34.1%	總計	558	100.0%				
醫療群分數	群數	百分比																						
5	15	2.7%																						
3	241	43.2%																						
1	112	20.1%																						
0	190	34.1%																						
總計	558	100.0%																						
(刪除)	<p>(七)兒童預防保健檢查率(5分)</p> <p>1. 會員接受兒童預防保健服務≥較需照護族群80百分位數，得5分。</p> <p>2. <較需照護族群80百分位數，但≥較需照護族群75百分位數，得3分。</p> <p>3. 計算公式說明：</p> <p>分子：6歲(含)以下會員於基層診所接受兒童預防保健人數 分母：6歲(含)以下會員數</p>	<p>健保署</p> <p>1. 查112年家醫會員，6歲(含)以下僅9.1萬人，占整體會員1.5%。且國健署資料顯示兒童預防保健檢查率已達八成，指標適用性及鑑別度低；111年僅105個醫療群(17%)選為自選指標。爰建議刪除本項指標。</p> <p>2. 112年1-9月各醫療群得分情形(558群)：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>得分</th> <th>群數</th> <th>百分比</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5</td> <td>67</td> <td>12.0%</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>18</td> <td>3.2%</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>473</td> <td>84.8%</td> </tr> <tr> <td>總計</td> <td>558</td> <td>100.0%</td> </tr> </tbody> </table> <p>註：較需照護族群之P75為33.3%、P80為34.8%</p>	得分	群數	百分比	5	67	12.0%	3	18	3.2%	0	473	84.8%	總計	558	100.0%							
得分	群數	百分比																						
5	67	12.0%																						
3	18	3.2%																						
0	473	84.8%																						
總計	558	100.0%																						
<p>(六)會員於醫院之糖尿病慢性病連續處方箋開立率(5分)</p> <p>1. 會員於醫院之糖尿病慢性病連續處方箋開立率≤35%，得5分。</p> <p>2. 與上年度同期比，至少減少10%以上，得3分。</p> <p>3. 計算公式說明：</p> <p>分子：醫療群內收案會員於醫院之糖尿病慢性病連續處方箋開立件數 分母：醫療群內收案會員之糖尿病慢性病連續處方箋開立件數</p>		<p>✓ 健保署</p> <p>1. 為鼓勵醫療群協助會員進行慢性病用藥整合，並以糖尿病為優先管理目標，爰建議新增本項指標。</p> <p>2. 111年應照護族群之指標值百分位分布</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>P20</th> <th>P25</th> <th>P30</th> <th>P40</th> <th>P50</th> <th>P60</th> <th>P70</th> <th>P75</th> <th>P80</th> <th>P90</th> <th>P95</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25.0%</td> <td>29.7%</td> <td>34.8%</td> <td>47.9%</td> <td>64.3%</td> <td>79.6%</td> <td>88.9%</td> <td>92.1%</td> <td>95.0%</td> <td>100.0%</td> <td>100.0%</td> </tr> </tbody> </table>	P20	P25	P30	P40	P50	P60	P70	P75	P80	P90	P95	25.0%	29.7%	34.8%	47.9%	64.3%	79.6%	88.9%	92.1%	95.0%	100.0%	100.0%
P20	P25	P30	P40	P50	P60	P70	P75	P80	P90	P95														
25.0%	29.7%	34.8%	47.9%	64.3%	79.6%	88.9%	92.1%	95.0%	100.0%	100.0%														

113 年條文(113 年 1 月 11 日共識修正條文)	112 年現行條文	修正說明																																				
		<p>3. 111年醫療群之指標值百分位分布</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>P20</th><th>P25</th><th>P30</th><th>P40</th><th>P50</th><th>P60</th><th>P70</th><th>P75</th><th>P80</th><th>P90</th><th>P95</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25.8%</td><td>28.8%</td><td>30.4%</td><td>33.9%</td><td>37.6%</td><td>41.1%</td><td>45.7%</td><td>48.2%</td><td>51.5%</td><td>59.5%</td><td>66.8%</td></tr> </tbody> </table> <p>4. 111年全國約61.71%的糖尿病慢性病連續處方箋是在醫院開立。</p> <p>5. 若要減少10%，即於醫院開立的糖尿病慢箋件數約需減少總開立件數的10%，舉例如下：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>醫院開立糖尿病慢箋件數(A)</th><th>開立糖尿病慢箋件數(B)</th><th>比率(A/B)</th><th>比率下降10%後</th><th>比率下降10%後之件數(C)</th><th>與原件數差距(=A-C)</th><th>總件數*10%(=B*10%)</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1,658</td><td>3,207</td><td>51.70%</td><td>41.70%</td><td>1,337</td><td>321</td><td>320.70</td></tr> </tbody> </table> <p>✓ 113年1月11日西醫基層研商會議決議： 請署方增列糖尿病用藥作為糖尿病慢箋計算條件後，再討論得分閾值。</p> <p>✓ 本署回應說明： 本項為負項指標，另經確認上列統計數據已將糖尿病用藥納入計算條件，另考量整合DM方案及提升DM病人照護品質為113年計畫目標，爰建議配分及閾值訂定如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 會員於醫院之糖尿病慢性病連續處方箋開立率≤35%，得5分。 與上年度同期比，至少減少10%以上，得3分。 	P20	P25	P30	P40	P50	P60	P70	P75	P80	P90	P95	25.8%	28.8%	30.4%	33.9%	37.6%	41.1%	45.7%	48.2%	51.5%	59.5%	66.8%	醫院開立糖尿病慢箋件數(A)	開立糖尿病慢箋件數(B)	比率(A/B)	比率下降10%後	比率下降10%後之件數(C)	與原件數差距(=A-C)	總件數*10%(=B*10%)	1,658	3,207	51.70%	41.70%	1,337	321	320.70
P20	P25	P30	P40	P50	P60	P70	P75	P80	P90	P95																												
25.8%	28.8%	30.4%	33.9%	37.6%	41.1%	45.7%	48.2%	51.5%	59.5%	66.8%																												
醫院開立糖尿病慢箋件數(A)	開立糖尿病慢箋件數(B)	比率(A/B)	比率下降10%後	比率下降10%後之件數(C)	與原件數差距(=A-C)	總件數*10%(=B*10%)																																
1,658	3,207	51.70%	41.70%	1,337	321	320.70																																
(同現行條文)	<p>五、加分項(本項最高得分 10 分)</p> <p>(一)健康管理成效(VC-AE)執行結果鼓勵(5 分)：平均每人節省醫療費用點數≥275 點，加 5 分。</p> <p>(二)社區醫療群醫師支援醫院(5 分)：社區醫療群醫師，經報備支援醫院每月定期執行業務，加 5 分(醫院無該科別之支援，經保險人分區業務組認定後方得計分；共同照護門診已於結構面指標計分，不列入本加分項)。</p> <p>(三)轉介失智症病人至失智症共照中心接受服務(5 分)：協助失智症病人優先轉介至診所所在縣市失智症共照中心、轉至適當醫院就醫，或轉介社會福利資源協助，並留有紀錄，加 5 分。</p>																																					
(同現行條文)	<p>(四)同院所同日就診率(5 分)：醫療群收案會員同院同日再就診率<0.015%，得 5 分。</p> <p>計算公式說明： 分子：同天、同院門診就醫 2 次以上人數(排除預防保健等代辦案件) 分母：門診就診人數</p>	<p>健保署：</p> <p>112 年 1-9 月各醫療群得分情形(558 群)：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5</td><td>201</td><td>36.0%</td></tr> <tr> <td>0</td><td>357</td><td>64.0%</td></tr> <tr> <td>總計</td><td>558</td><td>100.0%</td></tr> </tbody> </table>	得分	群數	百分比	5	201	36.0%	0	357	64.0%	總計	558	100.0%																								
得分	群數	百分比																																				
5	201	36.0%																																				
0	357	64.0%																																				
總計	558	100.0%																																				

113 年條文(113 年 1 月 11 日共識修正條文)	112 年現行條文	修正說明												
<p>(五) 檢驗(查)結果即時上傳率$\geq 70\%$之社區醫療群，加 5 分。</p> <p>1. 計算公式說明： <u>分子：檢驗(查)結果 3 日內上傳醫令數(含診所申報檢驗所上傳檢驗(查)結果)</u>。 <u>分母：「全民健康保險鼓勵醫事機構即時查訊病患就醫資訊方案」附件五-「獎勵醫事服務機構上傳檢驗(查)結果之項目」之所列之診所申報醫令數。</u></p> <p>2. 計算條件： (1) <u>本指標排除醫療檢查影像及影像報告、人工關節植入物資料、病理報告及出院病歷摘要資料。</u> (2) <u>分子包含診所申報診所上傳檢驗(查)結果及診所申報檢驗所上傳檢驗(查)結果之案件。</u></p>	(五) 檢驗(查)結果上傳率 $\geq 80\%$ 之社區醫療群，加 5 分。	<p>健保署：</p> <ol style="list-style-type: none"> 考量新增「糖尿病及慢性腎臟病監測數據控制良率」將以診所上傳之檢驗(查)數據做為判斷依據，已達鼓勵上傳檢驗(查)之目標，爰建議本項指標修改為「檢驗(查)結果即時上傳率」。經 112 年 12 月 4 日討論會議討通過，並暫定閾值為 70%。 承上，查 112 年 1-6 月特約醫事服務機構 24 小時內上傳檢驗(查)結果，基層診所上傳率為 57%，考量本項指標統計區間較 24 小時寬鬆(3 日內)，爰建議維持上述會議決議之閾值。 12 年 1-9 月各醫療群得分情形(558 群)： <table border="1"> <thead> <tr> <th>得分</th> <th>群數</th> <th>百分比</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5</td> <td>332</td> <td>59.5%</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>226</td> <td>40.5%</td> </tr> <tr> <td>總計</td> <td>558</td> <td>100.0%</td> </tr> </tbody> </table> <p>4. 本項指標之上傳醫令數統計範圍包含診所申報之診所及檢驗所上傳。</p>	得分	群數	百分比	5	332	59.5%	0	226	40.5%	總計	558	100.0%
得分	群數	百分比												
5	332	59.5%												
0	226	40.5%												
總計	558	100.0%												
(同現行條文)	<p>壹拾貳、計畫管理機制：</p> <p>一、保險人負責協調總體計畫架構模式與修正。</p> <p>二、保險人分區業務組負責輔導轄區社區醫療群之成立、審核計畫與協調監督轄區各計畫之執行，並得邀請醫界代表(如總額執行單位)協助參與、輔導及評估。</p> <p>三、各計畫之社區醫療群應成立「計畫執行中心」，負責提出計畫之申請與該社區醫療群之醫療資源協調整合、醫療服務之提供及醫療費用之分配作業。</p> <p>四、保險人得召開觀摩會，邀請執行成效良好之社區醫療群或診所分享經驗，推廣優良的管理模式，促進計畫執行品質。</p>													
壹拾參、計畫申請方式 參與計畫之社區醫療群應於計畫公告 2 個月內，檢附申請文件向保險人分區業務組提出申請(新增及異動者須檢附申請書；前一年度已經參與本計畫且群內診所、參與醫師與前一年度相同者，可具函敘明前述事項向保險人分區業務組備查)。經保險人分區業務組同意並函復，計畫執行至當年度年底為限。	壹拾參、計畫申請方式 參與計畫之社區醫療群應於計畫公告 3 個月內，檢附申請文件向保險人分區業務組提出申請(新增及異動者須檢附申請書；前一年度已經參與本計畫且群內診所、參與醫師與前一年度相同者，可具函敘明前述事項向保險人分區業務組備查)。經保險人分區業務組同意並函復，計畫執行至當年度年底為限。	健保署： 按 113 年 1 月 11 日西醫基層研商議事會議決議，修訂收案期限為 2 個月內，爰配合修訂醫療群申請參與計畫之期限為計畫公告後之 2 個月內。												
(同現行條文)	壹拾肆、退場機制													
	<p>一、評核期間以本計畫所訂指標執行之期程為原則。</p> <p>二、社區醫療群如評核指標未達 70 分者(評核指標< 70 分)，應退出本計畫，1 年內不得再加入本計畫。評核指標介於 70 分至 75 分者($70 \leq$評核指標< 75 分)，接受保險人分區業務組輔導改善，且須於次年 6 月底前提具執行改善計畫書經保險人分區業務組備查後，始得加入本計畫；第 2 年仍未達 75 分績辦標準者(評核指標< 75 分)，應退出本計畫，1 年內不得再加入本計畫。</p>													

113 年條文(113 年 1 月 11 日共識修正條文)	112 年現行條文	修正說明
	<p>三、退場之社區醫療群，其中評核指標≥ 75 分之個別診所，可申請重新組群或加入其他社區醫療群，經保險人分區業務組同意後參加。</p> <p>四、計畫執行六個月，社區醫療群依據台灣家庭醫學醫學會與醫師全聯會共同設計之自我評估表(如本計畫附錄 2)，辦理自我評估，保險人分區業務組視評估結果，必要時通知醫師全聯會輔導。未自我評估或不接受輔導者，除保險人不予支付本計畫之指標費用外，並應退出本計畫。</p> <p>五、本計畫參與醫師當年度未於執業登記診所申報醫療費用者(不含代辦案件)，1 年內不得再加入本計畫。</p>	
(同現行條文)	<p>壹拾伍、實施期程及評估 各社區醫療群應於計畫執行後，年度結束提送執行結果(包含計畫運作執行現況、計畫評核指標執行率與社區醫療群間的協調連繫情形、社區衛教宣導)至保險人分區業務組。</p>	
(同現行條文)	<p>壹拾陸、訂定與修正程序 本計畫由保險人與醫師全聯會共同研訂後，送全民健康保險會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。</p>	
(同現行條文)	<p>壹拾柒、慢性病個案臨床治療指引及參考指標，請參閱附件四。</p>	

報告事項

第十案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫」案。

說明：

- 一、依據 113 年 1 月 16 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(下稱共擬會)決議，以及中華民國藥師公會全國聯合會(下稱藥全會)同年 3 月 11 日(113)國藥師舜字第 1130784 號函辦理 (附件 1，頁次報 10-4~10-5)。
- 二、依據共擬會 113 年第 1 次會議決議計畫收案條件俟與相關團體討論凝聚共識再提，爰本署業於同年 2 月 27 日與藥全會、中華民國醫師公會全國聯合會及台灣醫院協會召開討論會議，會議決議如下：
 - (一)建議藥全會先檢討收案不足原因，再依其修訂計畫內容。
 - (二)另倘朝放寬收案條件方向修訂，則需連帶訂定防止浮濫收案之機制。如放寬收案條件方向執行結果仍不佳，將作為協商本項目 114 年總額之參考。
- 三、藥全會修正「項目陸、照護個案收案條件及收案程序」之收案條件並檢討收案不足之原因及改善機制說明如下 (對照表詳附件 2，頁次報 10-6~10-8)：

(一)收案條件修訂：

- 1.收案條件(一)：用藥品項數下修為「五種」，由原訂「跨院所處方用藥品項達十種(含)以上，且尚在服用者。」修改為「跨院所處方用藥品項達五種(含)以上，且尚在服用者」。
- 2.收案條件(二)：刪除「跨院所」、「慢性病連續處方箋者」限制及處方箋張數下修為「二張」，由原訂「同時持有三張(含)以上跨院所且在有效期內慢性病連續處方箋者。」修改為「同時持有二張(含)以上且在有效期內處方箋(含慢箋)者」。

(二)本計畫收案不足原因：社區藥師不熟悉計畫使用工具與系統操作方式及收案條件嚴苛。針對藥師操作系統不熟悉將協助改善，另收案條件嚴苛，將影響參與計畫意願。

(三)另為避免浮濫收案，藥全會設有兩階段檢核機制：

- 1.各縣市公會設置輔導團隊，協助轄內所屬執行藥師之照護事實。
- 2.藥師完成個案照護後於「藥事照護系統」登打之照護紀錄，每月介接本署資料庫進行勾稽與備查，倘經確認特約藥局申報與勾稽資料不符屬實，費用則不予核撥。

四、本署意見：

(一)本項計畫 111 年及 112 年於其他預算各編列預算 3,000 萬元，執行情形如下：

- 1.111 年結算金額約 26 萬元(執行率 0.9%)，特約藥局收案人數共 482 人，服務 510 人次。
- 2.112 年醫療費用申報數約 45.4 萬點(執行率約 1.5%)，特約藥局收案人數共 739 人，服務人次 1,710 人次。

(二)本計畫近兩年執行率雖較低，惟 112 年度服務人次相較 111 年度有明顯提升，且社區藥局藥師能協助審視民眾跨院所處方用藥品項是否有過多或重複之情形，並找出社區中有潛在用藥風險之族群，進而輔導建立其正確用藥習慣與認知。綜上，本署建議放寬收案條件，並請藥全會加強輔導藥師熟悉本計畫之工具與系統操作方式，倘放寬收案條件之執行結果仍不佳，將作為未來總額協商之參考。

(三)本計畫編列於其他預算「全民健康保險提升用藥品質之藥事計畫」項下，如預算不足採浮動點值支付。

(四)藥事照護計畫修正草案（詳附件 3，頁次報 10-9~10-41），修訂後將依程序報請衛生福利部核定後本署公告實施。

決定：

中華民國藥師公會全國聯合會 函

地址：臺北市中山區民權東路一段 67 號 5 樓

聯絡人：朱莉慧 細長

電話：02-25953856 擴分機 128

傳真：02-25991052

電子信箱：ftpa02@taiwan-pharma.org.tw



受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 113 年 3 月 11 日

發文字號：(113)國藥師舜字第 1130784 號

速別：普通

密等及解密條件：

附件：收案條件修正對照表

主旨：有關「全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫」收案條件
放寬一案，詳見說明段，請鑒核。

說明：

- 一、「全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫」自公告至今，
本會持續推動計畫，敦促全台藥師執行，並協助維持照護品
質，另為提升民眾社區藥局及健保資源使用率，也積極對民眾
宣導藥事照護及正確用藥觀念。
- 二、惟近二年執行效持續不彰，排除環境影響因素（如 COVID-19
疫情、民眾對於藥事照護認識不足等），於實務執行層面，社
區藥局藥師普遍反映收案條件過於嚴苛，加上於醫療院所端
就已先協助民眾排除大部份明顯的用藥問題，種種關卡之下，
導致本計畫收案量有限，在此限縮下，即使社區藥局具有充足
照護量能也無法完整呈現實際執行成效。
- 三、故本會建議放寬計畫收案條件（附件），使得社區藥局能發揮
其藥事照護專業的功能，也使得更多民眾受益，更可避免健保
資源的浪費，以發揮最大效益。
- 四、本計畫收案條件放寬提案已於 113 年 1 月 5 日提出說明（國
藥師舜字第 1130129 號），經 113 年 1 月 16 日「全民健康保

險醫療服務給付項目及支付標準共同擬定會議」中決議再議，
望請鈞署協助協商後於今(113)年3月共擬會議中再次提案，
俾利本計畫能擴大執行。

正 本：衛生福利部中央健康保險署
副 本：本會文存

裝

訂

線



中華民國藥師公會全國聯合會 理事長 黃金舜



「全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫」(草案)對照表

現行條文	藥師全聯會修正草案	藥師全聯會修正說明
(P2) 陸、照護個案收案條件及收案程序 一、收案條件： 保險對象符合下列條件之一，且經評估具有潛在用藥相關問題者，得予以收案： (一)跨院所處方用藥品項達十種(含)以上者，且尚在服用者。 (二)同時持有三張(含)以上跨院所且在有效期內慢性病連續處方箋者。 (三)經醫師主動轉介或保險人分區業務組認定需要藥師專業輔導者。	陸、照護個案收案條件及收案程序 一、收案條件： 保險對象符合下列條件之一，且經評估具有潛在用藥相關問題者，得予以收案： (一)跨院所處方用藥品項達五種(含)以上者，且尚在服用者。 (二)同時持有二張(含)以上且在有效期內處方箋(含慢箋)者。 (三)經醫師主動轉介或保險人分區業務組認定需要藥師專業輔導者。	<ul style="list-style-type: none"> ● 本次提案收案條件放寬說明如下： <p>1. 「處方用藥十種(含)以上者…」，將<u>藥品品項數</u>下修為五種。</p> <p>2. 「同時持有二張(含)以上且在有效期內慢性病連續處方者」，將處方箋下修為二張，且不限跨院所及慢性病連續處方箋。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 修正原因簡述： <p>1. 目前眾多民眾習慣於同院所就醫，於醫療院所端就已經先排除大部份明顯的用藥問題，若持續限縮跨院所三張慢性病連續處方箋，或 10 種用藥為收案條件，條件過份嚴苛，且最後還須經評估有用藥問題，藥師方可收案，種種關卡之下，導致本計畫收案量有限，社區藥局即使具有充足照護量能也無法呈現實質效益。</p> <p>2. 有用藥，就存在著潛在性用藥問題的風險，與處方箋張數及用藥品項多寡無絕對關聯，且本計畫核心宗旨在於透過藥師專業介入民眾用藥問題，協助找出潛在風險或導正民眾服藥行為，若能及早介入，即可避免原先風險所可能帶來的健康損害，也可做為健保資源最後一道把關的防線，並進一步促進醫病間信任度與黏著度，對於健保與民眾皆是雙贏。</p> <p>3. 執行藥局之實際情況：參考自營獨立單點藥局且執業經驗藥師陳述，目前營業狀況穩定的單點獨立藥局，月平均處方量約為 5-600 張，其中符合本方案收案條件者，不到 10 件（約</p>

現行條文	藥師全聯會修正草案	藥師全聯會修正說明
		<p>2%)，若需有用藥問題，並取得民眾同意後進行照護，其案件量僅不到 5 件，其收案率不到 1%。</p> <p>4. 執行困難調查：藥全會於計畫執行初期（111 年 1 月）即針對本方案執行之困難點進行調查，除對於計畫使用工具、系統輸入不熟悉之外，其中一項即是收案條件嚴苛；計畫執行至今，藥全會盡力協助改善藥師執行流程不順暢之處，惟收案條件嚴苛此因素無法立即排除，若社區藥局評估此收案條件於其場域收案率不高，或是無法收到個案時，其參與方案執行的意願也會隨之降低，進而反映於執行率。</p> <p>5. 因此，建議放寬收案條件，納入更多有用藥問題的民眾，以擴展藥師專業服務的覆蓋率及執行率。</p> <p>● 其他補充說明：</p> <p>1. 藥事照護的嚴謹性：以本計畫「藥師判斷性服務」內容而言，本計畫要求藥師使用 PCNE-DRP 紀錄工具，將照護過程依 5 個面向進行記錄，包含用藥「問題類型」(P)、發生的「原因」(C)、藥師「介入的方案」(I)、民眾「接受情形」(A)，以及問題「解決的情況」(O)，即表示在本計畫中所被定義的「用藥問題」，是具有前因後果，「藥事照護」流程也妥善記錄且可查證；同理，於「用藥配合度諮詢服務」中，藥師也需使用配合度量表，測得民眾照護前後的用藥配合度情況，而同時也考量行為改善需時間上的延宕，故前後測須間隔 3 週以上，以確保藥師介入之效益。</p>

現行條文	藥師全聯會修正草案	藥師全聯會修正說明
		<p>2. 為避免方案費用浮報之情事，已設置以下 2 階段檢核機制：</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 藥全會設有輔導藥師機制，每個縣市公會設置輔導藥師團隊，其組成為藥事照護經驗豐富者，將協助確核轄內所屬執行藥師之照護事實，及維持並提升轄內之照護品質。 (2) 每月將「藥事照護系統」上登打紀錄介接回健保署資料庫，以利後續資料勾稽與備查；一旦發現特約藥局申報資料與勾稽資料不符，若經確認屬實，費用將不予核撥。 <p>3. 提升藥局參加方案之規劃如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 積極爭取收案條件放寬：如「修正原因簡述」第 3、4 項說明(P2)，若放寬收案條件，可讓大多數的單點獨立藥局有收案的機會，進而提高參與意願，為本方案執行率有一新的突破機會。 (2) 強化輔導藥師機制及網絡：依藥全會於其他相關照護計畫成果可看出，輔導機制運作成熟的地方，可有效提高藥師參加計畫之比率，故藥全會將持續強化輔導藥師機制，以促進照護量能，維持並提升照護品質。 <p>4. 若條件放寬後，執行率依舊無改善，藥全會將進行全面檢討，積極與健保署研擬務實且可行之解決方案。</p>

全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫(草案)

110 年 10 月 21 日健保醫字第 1100013957 號公告訂定
112 年 2 月 22 日健保醫字第 1120103112 號公告修正

壹、依據

全民健康保險會（以下稱健保會）協定全民健康保險年度醫療給付費用總額事項。

貳、說明

健保署於民國一百零二年建立了「健保醫療資訊雲端查詢系統」，藥師透過前開系統，可以查看保險對象近三個月的醫師處方用藥資訊，俾減少重複用藥，進而降低醫療資源浪費。

本計畫短期目標透過系統性流程，建立個別化照護管理及藥師與醫師間雙向溝通與合作模式，即時提供保險對象相關藥事照護，長期目標為深化社區藥師專業價值，提升社區民眾用藥安全及品質，協助保險對象增進健康狀況。

參、目的

- 一、針對具有潛在用藥風險之保險對象進行藥事照護，協助發現並解決藥品治療問題。
- 二、輔導保險對象建立正確服用藥品觀念，避免藥品不當使用，提升療效與用藥安全。
- 三、建立醫事人員間溝通與合作模式，共同增進照護品質。

肆、預算來源

由全民健康保險醫療給付費用總額其他預算「提升用藥品質之藥事照護計畫」項下支應。

伍、參與資格及申請方式

一、參與計畫健保特約藥局及藥師資格

- (一)申請參與本計畫之特約藥局或藥師須於提出申請之日起前二年內，無全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法（以下稱特管辦法）第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一者（含行政救濟程序中尚未執行處分者）。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。
- (二)參與本計畫之藥師第一年須通過中華民國藥師公會全國聯合會(以下稱藥師公會全聯會)培訓且符合其認證審查資格(依據藥師公會全聯會訂定之計畫執行)。
- (三)藥師公會全聯會審核參與計畫之藥師資格，對參與計畫之日起前二年內有違反藥師法第二十一條所列違規情事之一者，得不核發認證。

二、申請方式

- (一)參與計畫之特約藥局應彙整執業登記於該藥局且取得藥師公會全聯會認證之藥師名單，並檢附「全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫」申請表（附件一），向藥師公會全聯會提出申請。
- (二)藥師公會全聯會應將核定推薦之名單，函送所屬保險人分區業務組。經保險人分區業務組確認藥師符合相關資格並同意後，函復申請特約藥局並副知藥師公會全聯會，由藥師公會全聯會轉知各縣市藥師公會。

陸、照護個案收案條件及收案程序

一、收案條件：

保險對象符合下列條件之一，且經評估具有潛在用藥相關問題者，得予以收案：

- (一)跨院所處方用藥品項達十五種(含)以上，且尚在服用者。
- (二)同時持有二張(含)以上~~跨院所~~且在有效期內~~慢性病連續處方箋處~~方箋(含慢箋)者。

(三)經醫師主動轉介或保險人分區業務組認定需要藥師專業輔導者。

二、收案注意事項：

- (一)現階段中醫師開立之處方箋不列入本計畫收案條件。
- (二)為避免資源重複配置，藥師於收案前須至藥師公會全聯會之「藥事照護系統」查詢前開收案保險對象是否已在案，且須排除已參加其他藥事照護相關計畫及已接受其他單位(如食品藥物管理署等)提供之藥事照護者；如有重複收案之情事，應以系統登錄日期為參照標準。
- (三)符合收案條件且經評估有照護需要之保險對象，應簽署「全民健保保險對象參與藥事照護同意書」(下稱藥事照護同意書)(附件二)，方能收案。

三、收案程序：

- (一)藥師判斷性服務：藥師應依保險對象健保卡查詢「健保醫療資訊雲端查詢系統」，取得保險對象用藥紀錄，經藥師評估保險對象具有潛在用藥相關問題，且符合本計畫照護個案收案條件者，簽署藥事照護同意書後即可收案。
- (二)用藥配合度諮詢服務：藥師應依保險對象健保卡查詢「健保醫療資訊雲端查詢系統」，取得保險對象用藥紀錄，符合本計畫收案條件者，藥師以「遵循醫囑領藥與使用藥物量表」(以下稱配合度量表)(附件三)與保險對象當面進行配合度測量，若測量結果超過 12 分(不含)，且簽署藥事照護同意書後，即可收案。

(三)經醫師或保險人分區業務組認定需要藥師專業輔導之轉介保險對象，保險對象須至健保特約藥局，經藥師判斷確有本計畫藥事照護服務需要者，且簽署藥事照護同意書後，即可收案。

- 1.醫師可將「藥事照護計畫轉介單」(附件四)交予保險對象至參與本計畫之健保特約藥局，或逕提交藥師公會全聯會，由該會進行轉介。
- 2.保險人分區業務組徵詢保險對象同意後，可將「藥事照護計畫轉介單」交予參與本計畫之健保特約藥局，或逕提交藥師公會全聯會，由該會進行轉介。

柒、藥事照護內容及紀錄

一、藥師判斷性服務：

藥師依保險對象用藥問題，擬訂合適之照護計畫，如與醫師聯繫討論處方調整用藥劑量、項目或頻率、指導保險對象調整用藥時間等，並依規定完成紀錄。

(一)未涉處方調整案件：藥師就發現未涉及處方調整之相關用藥問題，如保險對象之用藥行為不適當、藥品儲存或使用方式、服藥時間或間隔不適當等(參考附錄 PCNE-DRP 分類系統 V9.1 中 C7 項次)，妥適向保險對象充分說明，並進行用藥指導及衛教後，藥師完成紀錄後即可結案。

(二)涉處方調整案件：

- 1.處方內容經藥師聯繫原處方開立醫師並經其決定不調整者：藥師應按處方箋調劑並交付保險對象，且進行用藥指導及衛教，並於完成紀錄後結案。

2.處方內容經藥師聯繫原處方開立醫師並經其決定調整者：藥師應向保險對象充分說明後，於處方箋上註記與醫師聯繫時間及調整事項，並進行用藥指導及衛教，並完成紀錄後結案。

3.無法立即聯繫到原處方開立醫師：依保險對象狀況評估後，撰寫「用藥評估建議單」(附件五)，記錄發現的藥品相關問題或疑慮。

(1)涉及危險性：應請保險對象攜帶「用藥評估建議單」儘速回原就醫所由原處方醫師修正處方。藥師應追蹤該用藥評估建議單後續處理情形，並完成紀錄後即可結案。

(2)未涉危險性：積極聯繫原處方開立醫師未果【至少聯繫三次(含)以上】後，妥適向保險對象充分說明，且依處方箋完成調劑後，將藥品及「用藥評估建議單」交付保險對象，並進行用藥指導及衛教，藥師完成紀錄後方可結案。

二、用藥配合度諮詢服務：

藥師針對收案之保險對象用藥配合度察覺問題(如錯過服藥時間、未依照醫囑服藥等)後，依規定完成配合度量表前測後，擬訂合適之照護計畫，並視保險對象情況進行追蹤，完成照護後，依規定記錄照護結果(含前、後測分數、電訪追蹤內容及時間等)。

(一)藥師利用配合度量表，與保險對象當面進行配合度測量，若測量結果總得分數為 12 分，表示保險對象用藥配合度良好，無須進行用藥配合度諮詢服務，反之，若配合度量表測量結果總得分數超過 12 分(不含)，則需藥師介入協助改善用藥狀況，以增加保險對象服藥之配合度 (medication adherence)。

(二)藥師針對保險對象用藥配合度不佳的藥品，瞭解原因後，並擬訂配合度改善措施以及介入計畫，且於執行後記錄內容。

(三)為確認保險對象用藥配合度改善情況，完成配合度量表施測(前測)

三週後，需再次進行配合度量表施測(後測)，後測之施測方式得視情況以電話訪問形式完成。

(四)為有效提升保險對象用藥配合度，藥師得於前測與後測期間，以電話方式追蹤保險對象用藥情形並適時提供支持或調整介入措施，每次追蹤日期需與前、後測以及其他追蹤日期間隔達七日(含)以上。

(五)本項服務須完成前測與後測，才算完成一次服務，故該項服務收案截止日為計畫所屬經費年度結束前三週。

三、照護紀錄：

(一)藥師對保險對象相關用藥問題及介入建議，需按「歐洲藥事照護聯盟協會（Pharmaceutical Care Network Europe, PCNE）之藥物相關問題分類 9.1 版（Classification for Drug related problems, The PCNE Classification V 9.1）」（詳參閱附錄）分類系統進行分類與記錄。

(二)藥師完成照護後，應將保險對象藥事照護服務輔導紀錄，包含其用藥內容(含使用中的非處方箋用藥、保健品、中藥品等項目)、用藥問題、照護過程等，登打於藥師公會全聯會之「藥事照護系統」中（須記錄之欄位如附件六、附件七）；因故無法完成照護者，亦應於系統上註記原因。

捌、支付及費用申報、審查及核付作業：

一、給付項目及支付標準：本標準採結案後申報。各項支付點數如下：

編號	診療項目	支付點數
P4105C	藥師判斷性服務 註： 1.應將藥事照護紀錄至藥師公會全聯會之「藥事照護系統」登打完成，結案後始得申報。 2.每一保險對象六個月（含）內以申報 3 次為限。 3.每位藥師每年申報本項以 120 人次為上限，超過人次不予支付。	400

編號	診療項目	支付點數
P4106C	<p>用藥配合度諮詢服務</p> <p>註：</p> <p>1.應將藥事照護紀錄至藥師公會全聯會之「藥事照護系統」登打完成，結案後始得申報，內容須涵蓋：</p> <p>(1)用藥配合度量表前測(當面進行)、後測(得採電話訪問)。</p> <p>(2)配合度改善措施及介入計畫，並記錄執行結果。</p> <p>2.為確認保險對象用藥配合度改善情況，完成「配合度量表」前測三週後，須進行後測，後測之施測方式得視情況以電話訪問形式完成。</p> <p>3.僅執行前測或追蹤，或未依規定時間進行後測，或不符合結案條件者，不予支付本項費用。</p> <p>4.每一保險對象六個月（含）內以申報3次為限，每次申報須間隔一個月（含）以上。</p> <p>5.每位藥師每年申報本項以120人次為上限，超過人次不予支付。</p>	400
P4107C P4108C	<p>用藥配合度諮詢服務—第一次追蹤</p> <p>用藥配合度諮詢服務—第二次追蹤</p> <p>註：</p> <p>1.於用藥配合度諮詢服務前、後測期間內，得以電話方式追蹤及進行用藥提醒與衛教服務。</p> <p>2.須與前測、後測日期、其他追蹤日期間隔達七日(含)以上。</p> <p>3.每次收案以申報2次追蹤費（分別為P4107C、P4108C）為限。</p>	100 100
P4109C	<p>藥師判斷性服務—醫師共同照護費</p> <p>註：</p> <p>1.藥師判斷性服務中，獲醫師回應案件，支付醫師共同照護費。</p> <p>2.同一照護案件，醫師轉介服務費(P4110C)及醫師共同照護費(P4109C)之支付醫師為同一醫療機構院所或同一人者，限擇一支付。</p>	200
P4110C	<p>醫師轉介服務費</p> <p>註：</p> <p>1.醫師轉介之個案，於結案後，支付本項費用。若轉介之個案，經藥師專業判斷無須進行本計畫相關藥事照護服務，或因故無法符合結案條件者，不支付本項費用。</p> <p>2.同一照護案件，醫師轉介服務費(P4110C)及醫師共同照護費(P4109C)之支付醫師為同一醫療機構院所或同一人者，限擇一支付。</p>	200

二、點值結算方式：預算按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

三、申報、審查及核付作業：

- (一)「藥師判斷性服務」及「用藥配合度諮詢服務」費用，應於結案後填報「特約交付機構醫療費用點數申報格式及填表說明」(相關費用欄位說明詳附表)併每月醫療費用案件向所屬保險人分區業務組申請。
- (二)保險人分區業務組依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」及藥師公會全聯會專業審查結果資料，辦理本計畫醫療費用審查及核付作業。藥師公會全聯會應確認前開結案個案已排除重複收案、參加其他藥事照護相關計畫及已接受其他單位(如食品藥物管理署)提供之藥事照護者。
- (三)本計畫各年度之照護費用未於次年1月20日(含)前申報，則不予支付，另補報案件應於次年2月20日(含)前完成，否則不予支付。
- (四)「藥師判斷性服務之醫師共同照護費」(P4109C)及「醫師轉介服務費」(P4110C)，由保險人依藥師公會全聯會提供名單，以補付系統辦理費用支付作業。
- (五)藥師應於每月月底前，確認所有當月結案個案的照護紀錄已於藥師公會全聯會之藥事照護系統維護。藥師公會全聯會應於次月10日前將前開藥師維護資料內容彙整成電子檔，並函送至所屬保險人分區業務組。
- (六)藥師公會全聯會之藥事照護系統之本計畫資料，應提供系統權限予保險人，以利後續相關資料彙整參照。
- (七)藥師提供本計畫藥師判斷性服務及用藥配合度諮詢服務，應依「全民健康保險憑證製發及存取資料管理辦法」第九條及第十條規定，登錄於健保卡(就醫類別AF；收案時登錄健保卡)，並應於登錄後24小時內，將之上傳予保險人備查。

(八)藥師參與本計畫期間有下列情形之一者，保險人除不予支付費用外，並依全民健康保險相關規定辦理：

- 1.經保險人查有虛報、浮報之情事者。
- 2.藥師由非具資格人員代為服務，經保險人查證屬實者。
- 3.藥師未依本計畫規定提供服務。

玖、計畫監測指標

由藥師公會全聯會以藥事照護系統內資料統計：

一、藥師判斷性服務：醫師對藥師建議事項之回應比率達 70%。

公式：醫師回應藥師建議事項之項數總計／藥師建議事項之項數總計。

二、用藥配合度諮詢服務：個案配合度提升之比率達 50%以上。

以「配合度量表」進行前、後測，評估藥師照護介入，個案用藥配合度之改變。

公式：後測顯示配合度較前測進步之總服務人次／配合度諮詢服務總人次。

三、年度預計服務人次至少達 30,000 以上。

四、執行藥師數至少達 150 人以上。

五、收案保險對象使用藥品品項數，照護後較照護前下降 10%。

照護前：指收案日期前三個月(90 天)。

照護後：指結案日後三個月(90 天)。

拾、計畫管理、輔導機制

一、藥師公會全聯會得不定時以電話或實地輔導照護個案、藥師及藥局負責人，以了解藥師執行藥事照護所遭遇之障礙與問題，並適時提供適當之協助。

二、保險對象資料受個人資料保護法保障，藥師公會全聯會暨相關藥師，皆應依相關規定辦理，以確保照護個案之隱私。

拾壹、退場機制

一、符合下列事項之一者，藥師應退出本計畫，且次年度亦不得參與本計畫：

- (一)該藥師有藥師法第二十一條所列違規情事之一者，或經照護個案申訴（如額外收費、藉機推銷或未依本計畫規定事項辦理），且經保險人查證屬實者。
- (二)計畫內容服務對象限定為照護個案本人或僅限面訪之服務時，藥師未依規定方式完成服務。
- (三)執行本計畫相關事項時，違反或與相關醫療法規抵觸者。
- (四)經保險人查有虛報、浮報之情事者。
- (五)藥師由非具資格人員代為服務，經保險人查證屬實者。

二、特約藥局參與計畫期間，有特管辦法第三十八條至第四十條各款情形之一並經保險人處分者，以保險人第一次處分函所載停約日起，該藥局及其藥師終止參與本計畫。

三、上開未盡事宜，則依全民健康保險法及相關法規辦理。

拾貳、執行報告

- 一、藥師公會全聯會應於期中（當年9月1日前）及期末（次年4月1日前）提交執行成果報告予保險人，並於健保會提報執行情形。
- 二、執行成果報告應包含基本架構與實施方式、照護個案性別年齡分布、效益評估、用藥問題及問題藥品統計彙整（含中草藥）、藥事照護執行之困難及解決對策、檢討與建議、結論及未來改善計畫等內容。

拾參、其他

本計畫規定未盡事項，依「全民健康保險特約醫事服務機構合約」及全民健康保險相關法規辦理。

拾肆、訂定與修正程序

本計畫由保險人與藥師公會全聯會共同研訂，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，餘屬執行面之規定，得由保險人逕行修正公告。

計畫附件一

「全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫」申請表

健保特約藥局名稱：

醫事機構代碼：

聯絡人：

電子信箱：

健保特約藥局電話：

傳真電話：

健保特約藥局地址：

序號	姓名	身分證字號	聯絡電話及手機	電子郵件信箱	備註
1					
2					
3					
4					

(表格請依需求自行增減
列)

共_____位藥師

本案所附資料業經藥局負責人確認內容屬實

負責人簽章：

藥局章：

註：請使用與健保署簽約時使用之相同用印大小章

全民健保保險對象參與「全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫」

同意書（樣張）

- 一、我已瞭解參加健保署的「全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫」能夠幫助我把關用藥安全，協助確認藥物是否發揮預期療效，我亦瞭解藥師執行此計畫，將教導我正確的用藥知識及注意事項，並可適時協助與我的醫師溝通用藥問題。

二、我同意在符合本計畫目的下，提供就醫資料（包括雲端藥歷資料、健保署提供之相關就醫資料、數據及用藥資訊等）；並同意藥師得依個人資料保護法及相關法規之規定，於執行本計畫之範圍內蒐集、處理，以及於中華民國藥師公會全國聯合會「藥事照護管理系統」紀錄上述資料。

三、我已知悉針對計畫之任何問題，可詢問提供照護服務之藥師，亦可致電中華民國藥師公會全國聯合會詢問（電話：02-25953856）。

四、我同意參與本計畫提供之藥事照護服務，並確認：

□本人未參加其他藥事照護相關計畫；

□本人未接受其它單位(如食品藥物管理署、護理及健康照護司等)所提供之藥事照護。

此致 ○○○○藥局 ○○○藥師

立同意書人：姓名：

身分證字號：

出生年月日：

立同意書人簽名:_____

(親簽或手印)

中華民國年月日

**全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫
遵循醫囑領藥與使用藥物量表**

ADHERENCE TO REFILLS AND MEDICATIONS SCALE (ARMS)

人們時常會錯過服藥時間，或是未依照醫囑服藥，因此我想藉由本問卷詢問您實際上服用藥物的情形。答案沒有對或錯，針對每個問題，請依「從未如此」、「有時如此」、「經常如此」或「總是如此」作答。

前測 後測 測驗日期：_____

量表問題	從未 如此 1分	有時 如此 2分	經常 如此 3分	總是 如此 4分
1. 您有多常忘記服藥？				
2. 您有多常決定不要服藥？				
3. 您有多常忘記依照處方領藥？				
4. 您有多常會用完藥之後未再取藥？				
5. 在看醫生之前，您有多常會少服一劑藥？				
6. 當您覺得狀況好轉時，您有多常會錯過服藥時間？				
7. 當您感到身體不適時，您有多常會錯過服藥時間？				
8. 您有多常會因疏忽而錯過服藥時間？				
9. 您有多常會依照您的需求調整藥物劑量？(例如：增加或減少原本需服用的藥粒顆數)				
10. 當您應該一天服藥超過一次時，您有多常會忘記服藥？				
11. 您有多常因為藥費過高而延後領藥？				
12. 您有多常會提前計畫好，在藥物全部服用完畢之前領藥？				
得分小計				
總得分				

【備註】

1. 計分方式：第 12 題應以相反方式計算得分。將各題得分加總，總分可能介於 12 到 48 之間，總分越低表示遵醫囑性程度越佳(越遵循醫囑領藥和服藥)。總分可視為連續量數，或依二分法分為 12 分或 >12 分。
2. 量表尺度建議：需在一特定期間內檢視(如一般箋可視過去一週、慢箋可檢視過去一個月或其他適合的評估區間)；「從未如此」在此期間內發生頻率可視為 0%，依此建議類推，「有時如此」為 1~50%、「經常如此」為 51%~99%、「總是如此」為 100%。

計畫附件四

全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫
藥事照護計畫轉介單

轉介日期： 年 月 日

個案 基本 資料	個案姓名				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		出生年月日	
	身分證字號				聯絡人			關係	
	聯絡電話				住址				
轉 介 目 的 單 位 填 寫 欄	<p>1. 病人有用藥認知或用藥問題需專業協助。</p> <p>1.1 <input type="checkbox"/>請協助病人提升對藥品的認知或正確用藥。</p> <p>1.2 <input type="checkbox"/>病人有閱讀困難、語言困難、昏暈、失憶等認知狀況。</p> <p>1.3 <input type="checkbox"/>病人有不方便取藥、視力不好、聽力障礙等狀況。</p> <p>1.4 <input type="checkbox"/>其他：(請描述)_____</p> <p>2. 病人因跨院所就診、甫出院或即將轉介至他院就醫，有以下相關用藥問題，需藥師協助輔導並回饋醫師</p> <p>2.1 <input type="checkbox"/>進行藥物交互作用、治療禁忌等評估。</p> <p>2.2 <input type="checkbox"/>協助整合用藥</p> <p>2.3 <input type="checkbox"/>追蹤病人療效/用藥反應</p> <p>2.4 <input type="checkbox"/>其他：(請描述)_____</p> <p>3. 其他情況：(請描述)</p>								
	上述勾選特質相關的疾病/症狀及用藥等之簡述：								
	單位 基本 資料	健 保 署	單位名稱				聯絡窗口		
			聯絡電話				E-mail		
醫 療 院 所		機構名稱					醫事機構代碼		
		轉 介 醫 師	姓名			身分證字號	*為申報「醫師轉介費」所需資料，請務必提供		
		聯絡電話			E-Mail				
	聯 絡 窗 口	姓名			聯絡電話				
欲轉介 藥局名稱			藥局 電話			藥師 姓名			
<input type="checkbox"/> 若無合作社區藥局，可逕提交予中華民國藥師公會全國聯合會協助媒合。 電話：02 -2595 -3856 分機 128 傳真：02 -2599 -1052 E-Mail：ftpa02@taiwan-pharma.org.tw									
轉介人員/醫師簽章：									
藥 局 回 覆 欄	處理 情形								
	藥局 名稱			聯絡 電話			藥師 姓名	回覆 日期	

全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫

用藥評估建議單

病人 基本 資料	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齡：歲
	身分證字號		聯絡人		關係：
	聯絡電話		住址		
社區藥局填寫資料欄	【藥師請提供完整藥歷，以利醫師後續參考評估】 <p>一、評估選項：</p> <input type="checkbox"/> 1.適應症問題 <input type="checkbox"/> 2.重複用藥 <input type="checkbox"/> 3.交互作用 <input type="checkbox"/> 4.劑量過高 <input type="checkbox"/> 5.劑量過低 <input type="checkbox"/> 6.劑型不當 <input type="checkbox"/> 7.頻次問題 <input type="checkbox"/> 8.治療期間不適當 <input type="checkbox"/> 9.應監測 Lab data/ 執行 TDM <input type="checkbox"/> 10.不良反應/過敏 <input type="checkbox"/> 11.其他：_____				
	<p>二、建議內容/說明：</p> <input type="checkbox"/> 1.增加品項 <input type="checkbox"/> 2.停藥 <input type="checkbox"/> 3.更改品項 <input type="checkbox"/> 4.降低劑量 <input type="checkbox"/> 5.增加劑量 <input type="checkbox"/> 6.更改劑型 <input type="checkbox"/> 7.調整頻次 <input type="checkbox"/> 8.改變治療期間 <input type="checkbox"/> 9.更改服藥時間 <input type="checkbox"/> 10.提醒回診執行生化、血液或療效監測 <input type="checkbox"/> 11.其他：_____				
	<p>三、其他補充事項：</p>				
藥局 基本 資料	藥局名稱		藥師姓名		
	聯絡電話		傳真		
	藥局地址			評估日期	
就診醫 療院所 回覆 欄	處理情形				
	建議事項	煩請貴院所回覆個案就診情形予轉介藥局，以利藥師後續提供個案照護，感謝您的協助！			
院所/科別			醫師 姓名及簽章	回覆日期： 年 月 日	
聯絡電話					

本表單為藥師全聯會承辦全民健康保險藥事照護相關計畫所設計，使用表單或計畫相關問題請洽：

電話：02-2595-3856 分機 128 傳真：02-2599-1052 E-Mail：ftpa02@taiwan-pharma.org.tw

計畫附件六

全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫
藥事照護紀錄表(判斷性服務)

藥事照護系統 照護紀錄匯出示意(僅供計畫書參照使用)

列印日期：年月日
收案日期：年月日

機構名稱				機構代碼											
機構電話	()			所屬公會											
個案基本資料	姓名		身分證字號												
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	民國 年 月 日											
	居住地址														
	聯絡電話	()			手機號碼										
	生活習慣	<input type="checkbox"/> 抽菸 <input type="checkbox"/> 喝酒 <input type="checkbox"/> 吃檳榔 <input type="checkbox"/> 其他													
	識字	<input type="checkbox"/> 識字 <input type="checkbox"/> 不識字			主要照顧者										
	教育程度	<input type="checkbox"/> 國小(含以下) <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 大學/專科 <input type="checkbox"/> 研究所(含以上)													
	家族病史	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請說明：													
備註	(如具參考性之測量值或其他資訊。)														
收案來源及條件	<input type="checkbox"/> 藥局收案，收案條件			<input type="checkbox"/> 正在服用的藥品含跨院所處方用藥品項達十種(含)以上											
				<input type="checkbox"/> 同時持有三張(含)以上跨院所且在有效期內慢性病連續處方箋											
	<input type="checkbox"/> 醫師轉介 <input type="checkbox"/> 健保署轉介			轉介日期： 年 月 日											
用藥記錄	處方用藥														
	非處方用藥品項/來源														
附件檢核	<input type="checkbox"/> 已完成簽署「全民健保保險對象參與藥事照護同意書」並檢附之。														
	<input type="checkbox"/> 已完成照護紀錄。														
	<input type="checkbox"/> 如有填寫「用藥評估建議單」，請檢附影本。														
	<input type="checkbox"/> 如為轉介個案，請檢附轉介單。														

照護次數		第 次	記錄日期	年 月 日
關聯用藥				
問題(P)				
類別	<input type="checkbox"/> 潛在問題 <input type="checkbox"/> 明顯問題			
代碼	(僅填 1 項)			
描述				
原因(C)				
代碼	(可填多項)			
描述				
介入(I)				
代碼	(按「原因(C)」項目依續填寫對應「介入(I)」代碼)			
描述				
接受(A)				
代碼	(按「介入(I)」項目依續填寫對應「接受(A)」代碼)			
描述				
結果(O)				
代碼	(按「接受(A)」項目依續填寫對應「結果(O)」代碼)			
描述				
醫師聯繫狀況	<input type="checkbox"/> 取得聯繫 (請填寫右側灰底欄位)	醫 師 相 關 資 訊	姓名 :	機構名稱 :
	<input type="checkbox"/> 聯繫未果		身分證字號 :	機構代碼 :
與醫師共同照護日 : 年 月 日				
執行藥師 : 完成照護日期 : 年 月 日				

計畫附件七

全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫
藥事照護紀錄表(配合度諮詢服務)

藥事照護系統 照護紀錄匯出示意(僅供計畫書參照使用)

列印日期：年月日
收案日期：年月日

機構名稱				機構代碼									
機構電話	()			所屬公會									
個案基本資料	姓名		身分證字號										
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	民國	年	月	日						
	居住地址												
	聯絡電話	()		手機號碼									
	生活習慣	<input type="checkbox"/> 抽菸 <input type="checkbox"/> 喝酒 <input type="checkbox"/> 吃檳榔 <input type="checkbox"/> 其他											
	識字	<input type="checkbox"/> 識字 <input type="checkbox"/> 不識字	主要照顧者										
	教育程度	<input type="checkbox"/> 國小(含以下) <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 大學/專科 <input type="checkbox"/> 研究所(含以上)											
	家族病史	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請說明：											
	備註	(如具參考性之測量值或其他資訊。)											
收案來源及條件	<input type="checkbox"/> 藥局收案，收案條件			<input type="checkbox"/> 正在服用的藥品含跨院所處方用藥品項達十種(含)以上 <input type="checkbox"/> 同時持有三張(含)以上跨院所且在有效期內慢性病連續處方箋									
	<input type="checkbox"/> 醫師轉介			轉介日期：年月日									
	<input type="checkbox"/> 健保署轉介												
用藥記錄	處方用藥												
	非處方用藥 品項/來源												
附件檢核	<input type="checkbox"/> 已完成簽署「全民健保保險對象參與藥事照護同意書」並檢附之。 <input type="checkbox"/> 已完成照護紀錄。 <input type="checkbox"/> 如有填寫「用藥評估建議單」，請檢附影本。 <input type="checkbox"/> 如為轉介個案，請檢附轉介單。												

照護次數		第 次		
照 護 紀 錄	關聯用藥			
	前測			
	施測日期	年 月 日	前測分數	分
	介入/改善計畫			
	追蹤#1・內容主述			
(需與前測間隔 7 日以上(含))				
追蹤日期： 年 月 日				
追蹤#2・內容主述				
(需與追蹤#1 間隔 7 日以上(含))				
追蹤日期： 年 月 日				
後測				
施測日期	年 月 日	後測分數	分	
改善狀況	(依實際狀況記錄照護後狀況)			
【備註】				
<ol style="list-style-type: none"> 1. 後測須與前次追蹤間隔 7 日以上(含)。 2. 後測須與前測間隔 21 日以上(含)。 3. 配合度諮詢服務必需完成前、後測，追蹤得視情況進行。 				
執行藥師：				
完成照護日期： 年 月 日				

計畫附表

特約藥局申報「全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫」費用欄位及填表說明

符號	欄位 ID	資料名稱	申報填寫內容 (中文名稱及資料說明欄位)
*	t1	資料格式	30
*	t2	服務機構代號	請填寫藥局代碼（衛生福利部編定之代碼）
*	t3	費用年月	前 3 碼為年份，後 2 碼為月份
*	t5	申報類別	1 或 2 (1-送核、2-補報)
*	*d21	原處方服務機構代號	1. 醫令代碼 P4105C、P4106C、P4107C、P4108C：請填 N。 2. 醫令代碼 P4109C：請填結案案件共同照護醫師所屬保險醫事服務機構代號。 3. 醫令代碼 P4110C：請填結案案件之轉介醫師所屬保險醫事機構代號。
*	d1	案件分類	請填 D (藥事照護計畫)。
*	d2	流水編號	藥局自行編號，最小值為 1。
△	d22	原處方服務機構之案件分類	免填
*	d23	調劑/檢驗(查)/物理(職能)治療日期	請填寫結案日期，前 3 碼為年份，中 2 碼為月份，後 2 碼為日數。
*	d6	出生年月日	前 3 碼為年份，中 2 碼為月份，後 2 碼為日數
*	d3	身分證統一編號	請填寫照護個案身分證統一編號或外籍居留證號。
*	d7	就醫序號	請填 N
*	d15	部分負擔代碼	請填代碼 009。
*	d25	醫事人員代號	請填輔導藥師之身分證統一編號。
*	d16	申請點數	欄位 IDd18-欄位 IDd17 之點數。
*	d17	部分負擔點數	請填 0
*	d18	合計點數	申報之醫療服務費用加總。
△	d26-29	原處方服務機構之特定治療項目代號	免填
△	d13	就醫科別	免填
△	d14	就醫(處方)日期	免填
△	d5	給付類別	免填
△	d8-12	國際疾病分類碼 (一)~(五)	免填
△	△d4	補報原因註記	補報者本欄為必填，送核案件免填。
△	d30	給藥日份	請填 0
△	d24	診治醫師代號	免填
△	d20	姓名	請填寫收案對象姓名
△	d35	連續處方箋調劑序號	免填

△	d36	連續處方可調劑次數	免填
△	d37	藥事服務費項目代號	P4105C (藥師判斷性服務), P4106C (用藥配合度諮詢服務) 請參閱「特約交付機構醫療費用點數申報格式及填表說明」註 18 規定
△	d38	藥事服務費點數	藥事服務費之點數加總，請參閱「特約交付機構醫療費用點數申報格式及填表說明」註 18 規定。
*	p1	醫令類別	P4105C、P4106C、P4107C、P4108C 請填 9(藥事服務), P4109C、P4110C 請填醫令類別 G(專案支付參考數值)。
	p2	藥品(項目)代號	1. 限申報醫令代碼 P4105C、P4106C、P4107C、P4108C、P4109C、P4110C。 2. 申報醫令代碼 P4107C、P4108C 者，同案件應有醫令代碼 P4106C 申報。
*	P7	總量	醫令代碼 P4109C、P4110C：請填 0。
*	P8	單價	醫令代碼 P4109C、P4110C：請填 0。
*	P9	點數	醫令代碼 p4109C、P4110C: 請填 0。
△	p12	執行時間-起	1. 醫令代碼 P4105C 及 P4106C：請填保險對象收案日期，填至年月日。 2. 醫令代碼 P4107C 及 P4108C：請填保險對象追蹤日期，填至年月日。 3. 醫令代碼 P4109C: 請填與醫師共同照護當天日期，填至年月日。 4. 醫令代碼 P4110C：請填轉介單之轉介日期，填至年月日。
△	p13	執行時間-迄	1. 醫令代碼 P4105C 及 P4106C：請填保險對象結案日期，填至年月日。 2. 醫令代碼 P4107C 及 P4108C：請填保險對象追蹤日期，填至年月日。 3. 醫令代碼 P4109C：請填與醫師共同照護當天日期，填至年月日。 4. 醫令代碼 P4110C：請填轉介單之轉介日期，填至年月日。
△	P14	執行醫事人員代號	1. 醫令代碼 P4109C、P4110C：本欄為必填欄位。 2. 醫令代碼 P4109C：請填結案案件保險對象共同照護之醫師身分證統一編號或外籍居留證號。 3. 醫令代碼 P4110C：請填轉介醫師之醫師身分證統一編號或外籍居留證號。

藥物相關問題分類

V9.1

©2003-2019 歐洲藥事照護聯盟協會

此分類系統可免費用於藥事照護的研究與實踐，只需告知 PCNE 協會其使用和結果的驗證，該分類系統可提供 word 及 PDF 版本。

通訊處：info@pcne.org

目前這個分類系統被稱為 PCNE V9.1
通過一些調整，此版本可以與版本 8 相容

中文版翻譯人員：

王慧瑜¹，黃金舜²，葉明功^{3*}

1. 繁體中文版 翻譯人員
1. 奇美醫療財團法人奇美醫院
2. 台灣藥師全國聯合會 理事長
3. 台灣 國防醫學院藥學系暨生命科學研究所教授

校稿人員 葉明功 藥學博士；台灣國防醫學院藥學系暨生命科學研究所教授
Ming-Kung Yeh Ph.D/ Professor National Defense Medical Center

E-mail : mkyeh2004@gmail.com

簡介

1999 年 1 月歐洲藥事照護聯盟協會(PCNE)在工作會議期間，構建了一個藥物相關問題(DRPs)分類方案，而此分類方案是一整套工具中的一部分。這套工具包括分類系統、報告表格和案例的培訓或驗證。此分類系統是經過定期的驗證和調整的。目前 V9.0 版本是在 2020 年 2 月專家研討會制定的，與 V8 版本相容(做了一些適應性調整)。由於一些主要部分已被修訂，因此與 V8 之前的版本不再相容。

此分類系統可用於研究 DRPs 的性質、流行率和發生率，也可作為研究藥事照護成果過程中的一個指標。換言之，PCNE 可協助醫療保健專業人員在藥事照護過程中將藥物相關問題的資訊做成記錄。在這個分類系統中，藥物皆使用“藥”(drug)一詞，而其他人可能會使用“藥品”(medicine)一詞。PCNE-DRP 階層式的分類方式是以該領域中其他相類似工作為基礎的，與現行的其他系統的主要不同之處在於它將藥物相關問題的“問題”從“原因”中分離出來。品質控制專家將會發現，在本系統中所描述的“原因”其實就是人們常說的“用藥錯誤(Medication error)”。

以下 PCNE 對 DRP 的定義是此分類系統的基礎：

藥物相關問題是指一個實際存在或可能存在的影響健康保健結果的藥物治療事件或情況。

目前本分類系統的基本分類包括：[問題]的分類有 3 個主要方面，[原因]的分類有 9 個主要方面，[介入]的分類有 5 個主要方面。

然後，在這些主要分類之外，也有更詳細的分組，[問題]有 6 個分組，[原因]有 38 個分組，[介入]有 17 個分組，[介入方案的接受程度]有 10 個分組。這些分組可以被看作是對主要分類方面的進一步解釋。

在 2003 年，增加了一個指標來評價[問題]是否解決或解決到什麼程度，包含 4 個主要方面和 7 個分組。

基本分類 (Basic classification)

	編碼 V9.1	主要面向
問題 (包括潛在的)	P1	治療效果 已存在的（或潛在的）藥物治療效果（或無效）問題
	P2	治療安全性 病人遭受，或可能遭受，來自藥物的不良事件
	P3	其他
原因 (包括潛在問題的可能原因)	C1	藥物選擇 藥物相關問題的原因可能與藥物選擇有關
	C2	藥物劑型 藥物相關問題的原因與藥物劑型有關
	C3	劑量選擇 藥物相關問題的原因可能與劑量方案選擇有關
	C4	治療療程 藥物相關問題的原因與治療療程有關
	C5	調劑 藥物相關問題的原因可能與醫囑和調劑過程有關
	C6	藥物使用過程 藥物相關問題的原因是與病人從醫療專業人員或從照護者取得藥品的流程有關，儘管（在藥物標籤上）已經有適當的說明
	C7	病人相關 藥物相關問題的原因可能與病人和他的行為有關（故意的或無意的）
	C8	病人轉診相關 藥物相關問題產生的原因可能與病人在初級、二級和三級醫療機構的轉換或是同一醫療機構內的轉換相關。
	C9	其他
計畫介入	I0	未介入
	I1	醫生層面
	I2	病人層面
	I3	藥物層面
	I4	其他
介入方案的接受	A1	介入被接受
	A2	介入未被接受
	A3	其他
DRP 狀態	O0	問題狀態不明
	O1	問題已被解決
	O2	問題已部分解決
	O3	問題沒有解決

問題類別 (Problems)

主要面向	編碼 V9.1	問題
1. 治療效果 已存在的（或潛在的）藥物治療效果（或無效）問題	P1.1	藥物治療無效
	P1.2	治療效果不佳
	P1.3	
2. 治療安全性 病人遭受或可能遭受的藥物不良事件 <small>註：如果沒有具體的原因，可以跳過[原因]類別分類</small>	P2.1	(可能) 發生藥物不良事件
3. 其它	P3.1	不必要的藥物治療
	P3.2	不確定的問題或抱怨，需要進一步說明(請僅當無法明確分類時使用)

潛在的問題

明顯的問題

原因類別(包括潛在問題的可能原因)

註：一個問題可以有多個原因

主要面向		編碼 V9.1	原因
處 方 與 藥 品 選 擇	1.藥物選擇 (潛在)藥物相關問題的原因與藥物選擇(由病人或醫療專業人員)有關	C1.1	不適當用藥(依據指南或處方集判斷)
		C1.2	無藥品適應症
		C1.3	不適當的藥品併用(或藥品與中草藥；或藥品與膳食補充劑)
		C1.4	不適當的重複使用治療組合或有活性成分的藥物
		C1.5	儘管存在適應症，未給予藥物治療或沒有給與完整的藥物治療
		C1.6	同一適應症使用太多種不同的藥物/活性成分
	2.藥物劑型 DRP的原因與藥物劑型有關	C2.1	藥物劑型/配方不適宜(對該病人而言)
	3.劑量選擇 DRP的原因與劑量或服用量的選擇有關	C3.1	藥物劑量過低
		C3.2	單一活性成分的藥物劑量過高
		C3.3	給藥頻次不足
		C3.4	給藥頻次過多
		C3.5	用藥時間的指示錯誤，不清晰或遺漏
調 配	4.治療療程 DRP的原因與治療療程有關	C4.1	療程過短
		C4.2	療程過長
	5.調劑 藥物相關問題的原因可能與醫囑和調配過程有關	C5.1	處方藥物無法獲得
		C5.2	未提供必要的資訊，或提供錯誤資訊
		C5.3	建議了錯誤的藥物、規格或劑量(成藥OTC)
		C5.4	調劑了錯誤的藥物或規格
使 用	6.藥物使用過程 DRP的原因是與病人從醫療專業人員或從其他照護者取得藥品的流程有關，儘管已經有適當的說明(在藥物標籤/表單上上)	C6.1	醫療專業人員之給藥時間或給藥間隔不適當
		C6.2	醫療專業人員給與藥物劑量不足
		C6.3	醫療專業人員給予藥物過量
		C6.4	醫療專業人員未給與藥物
		C6.5	醫療專業人員給與了錯誤的藥物
		C6.6	醫療專業人員給藥途徑錯誤

使 用	7.病人相關 DRP的原因可能與病人和他的行為有關（故意的或無意的）	C7.1	病人故意使用/服用少於醫囑的藥物，或出於任何原因完全不服用藥
		C7.2	病人服用了超出處方劑量的藥物
		C7.3	病人濫用藥物（沒有制約的過度使用）
		C7.4	病人決定服用不必要的藥物
		C7.5	病人服用有藥物交互作用的食物
		C7.6	病人儲存藥物不適當
		C7.7	病人服藥時間或服藥間隔不適當
		C7.8	病人無意間以錯誤的方式服用/使用藥物
		C7.9	病人因生理因素無法依指示使用藥物/劑型
		C7.10	病人無法正確理解服藥說明
	8. 病人轉診相關 DRP產生的原因可能與病人在初級、二級和三級醫療機構的轉診或是同一醫療機構內的轉換相關。	C8.1	藥物重整問題
	9.其他	C9.1	沒有進行或沒有適當的療效監測（如TDM）
		C9.2	其他原因；詳細說明
		C9.3	沒有明顯的問題

介入方案類(Interventions)

註：一個問題可能導致多個介入方案

主要面向	編碼 V9.0	介入
未介入	I0.1	未介入
1.醫生層面	I1.1	僅知會醫生
	I1.2	醫師要求資訊提供
	I1.3	提供介入方案給醫師
	I1.4	與醫師討論介入計劃
2.病人層面	I2.1	病人(藥物)諮詢
	I2.2	(僅) 提供書面資料
	I2.3	將病人轉介給處方醫生
	I2.4	口述給家庭成員/照顧者
3.藥物層面	I3.1	藥物調整為....
	I3.2	劑量調整為....
	I3.3	劑型調整為....
	I3.4	使用方法調整為...
	I3.5	停用藥物
	I3.6	啟用新藥物
4.其它介入或行為	I4.1	其它介入 (詳細說明)
	I4.2	副作用通報給相關部門

介入方案的接受類別(Acceptance)

註：每一個介入方案被接受的程度

	編碼 V9.1	執行情況
1. 介入被接受(醫生或患者)	A1.1	接受介入方案並完全執行
	A1.2	接受介入方案，部分執行
	A1.3	接受介入方案，但並未執行
	A1.4	接受介入方案，但不清楚是否執行
2. 介入未被接受(醫生或患者)	A2.1	未接受介入方案：不可行
	A2.2	未接受介入方案：不贊同
	A2.3	未接受介入方案：其它原因(詳細說明)
	A2.4	未接受介入方案：不清楚原因
3. 其它 (沒有接受情況的信息)	A3.1	提出介入方案，但不清楚是否被接受
	A3.2	未提出介入方案

DRP 狀態類別

註：這部分反映了介入措施的結果。

一個問題(或者介入措施)只能產生一個解決問題的狀態

	編碼 V9.1	介入的結果
0.不詳	O0.1	問題狀態不明
1.解決	O1.1	問題已全部解決
2.部分解決	O2.1	問題已部分解決
3.沒有解決	O3.1	問題沒有解決，病人不合作
	O3.2	問題沒有解決，醫生不合作
	O3.3	問題沒有解決，介入無效
	O3.4	沒有必要或沒有解決問題的可能

PCNE V9.1 藥物相關問題分類

輔助

©2003-2019 歐洲藥事照護聯盟協會

此分類系統可免費用於藥事照護的研究與實踐，只需告知 PCNE 協會其使用和結果的驗證，該分類系統可提供 word 及 PDF 版本。

通訊處：info@pcne.org

此輔助文檔是用於協助 PCNE V9.1 分類系統的說明

在 PCNE 分類系統查詢或選擇編碼

藥物相關問題是指一個實際存在或可能存在的影響健康保健結果的藥物治療事件或情況。

使用 PCNE 分類系統時，重要的是需要將實際存在(或潛在的)的問題

(影響或可能影響治療結果的)原因區分開。通常這些藥物相關問題(DRPs)是由某種類型的錯誤引起的，例如處方錯誤、用藥錯誤或服用錯誤，也可能根本沒有錯誤。還有，某個用藥錯誤並不一定會導致 DRPs，因此可能沒有問題或問題可能是潛在發生的。原因通常是導致(或將導致)DRPs 的某些行為，其中最常見的就是用藥錯誤。某個原因或者原因和問題的混合通常會導致一種或多種的介入方案。

依據資訊需求的程度，此分類系統有兩種使用方式：如果僅用於研究目的，則系統中的“主要方面”的分類資訊就足夠了，如果是用於記錄藥事照護的實踐活動，則系統中的“亞組”資訊就非常的實用了。

問題部分(P 編碼)

基本上，問題被定義為“在藥物治療過程中，預期或非預期的發生或可能發生的錯誤事件或狀況”。問題分類有 3 個主要方面。下面的描述有助於找到正確的問題點：

臨床治療效果不及預期或沒有被治療	見P1
病人在正常劑量中發生藥物不良反應(ADR)或發生毒性反應	見P2
治療中似乎沒有任何錯誤，但有其他問題存在	見P3

原因部分(C 編碼)

每一個問題(或潛在問題)的發生都有原因，這原因是一種行動或行為(或缺少了某種行動或行為)，而導致潛在或真實的問題發生。一個問題可能有多個(潛在的)原因所導致。

藥物相關問題的原因與藥物選擇有關	見C1
藥物相關問題的原因與劑型選擇有關	見C2
藥物相關問題的原因與劑量或給藥時間的選擇有關	見C3
藥物相關問題的原因與治療療程有關	見C4
藥物相關問題的原因與處方和調劑過程有關	見C5
藥物相關問題的原因是與患者從醫療專業人員或從照護者給藥流程有關，儘管 (在藥物標籤上)已經有適當的說明 (主要用於醫院或家庭照護護理人員)	見C6
藥物相關問題的原因與患者個性或其行為有關	見C7
藥物相關問題的原因與患者在不同治療場所或科室轉換相關(治療連續性)	見C8
其他	見C9

介入方案類別(I 編碼)

一個問題通常會導致一個或多個介入措施來糾正產生該問題的原因。

有可能沒有介入	見I0
通過開處方的醫生進行介入	見I1
通過患者、患者的護理人員或者親屬進行介入	見I2
直接通過調整藥物或調整藥物的使用方法介入	見I3
其它介入方案	見I4

介入建議的接受程度類別(A 編碼)

在這部分，你可以指出針對患者或開處方醫生的介入建議是否已被接受。

干預已被接受(被干預的人為患者或開處方的醫生)	見A1
干預未被接受(被干預的人為患者或開處方的醫生)	見A2
沒有介入方案或不知道方案是否被接受(沒有資訊)	見A3

DRP 狀態類別(O 編碼)

這個部分在之前的版本中被稱為“結果”，它可用來記錄問題是否被解決。為了進行評估，最好能指明問題是否已經由一個具體的介入方案而被解決(編碼 I)，方案是否不被醫生或患者接收，部分接受還是完全被接受(編碼A)。

問題完全被解決	見O1
問題部分被解決	見O2
問題沒有解決	見O3

肆、討論事項

討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：新增實體腫瘤、血液腫瘤次世代基因定序等 5 項診療項目案，
提請討論。

說明：

- 一、依據本署 113 年 2 月 6 日次世代基因定序(NGS)專家小組第 4 次討論會議決議辦理（**附件 1，頁次討 1-4～1-8**）。
- 二、癌症治療已朝向個人化精準醫療發展，根據病人基因特定生物標記，給予相對應的藥物治療，將有效提升治療效益。現行健保已給付多項癌症標靶治療之單基因檢測，而次世代基因定序(Next Generation Sequencing，下稱 NGS)，是一種新開發出的高通量定序技術，能快速偵測大量基因變異。
- 三、為研議 NGS 納入健保給付，本署於 112 年邀請醫界、產業界、學界等各領域專家成立 NGS 專家小組，依據文獻實證就癌症類別、對應藥物、檢測時機與品質確保等細節進行討論，經 112 年 10 月至 113 年 2 月召開 4 次專家會議討論，與會專家均共識以 3 類 NGS 套組定額給付，會議結論摘要如下：
 - (一) NGS 支付 3 類套組，每人各癌別限擇一申報且終生給付一次。健保為定額給付，倘民眾需加驗則檢測差額由民眾自費負擔。因檢測目的不同，依實體腫瘤、血液腫瘤分別訂定 NGS 支付標準。
 - (二) 醫院資格：「限區域級以上醫院或衛生福利部『癌症診療品質認證醫院』申報」，且「須院內設立或跨院聯合組成分子腫瘤委員會(Molecular Tumor Board, MTB)」，且「限衛生福利部核准之實驗室開發檢測施行計畫表列醫療機構（檢測項目類別為『抗癌瘤藥物之伴隨檢測』及『癌症篩檢、診斷、治療及預後之基因檢測』）申報」。

(三) 支付規範：

1. 除 Germline BRCA1/2 突變檢測得用血液檢體外，限使用已確診之腫瘤病理組織檢測，且須包含適應症附表所列各該癌別檢測位點及變異別，始得給付。
2. 核發檢測報告人員及報告簽署醫師：依「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」之規定辦理。

3. 基因檢測結果須由病人簽署同意書並於申報後一個月內依指定格式上傳至健保署指定資料庫，未上傳者本項不予支付。

四、依前開會議共識，規劃新增實體腫瘤、血液腫瘤次世代基因定序等 5 項診療項目，重點說明如下：

(一) 新增「實體腫瘤次世代基因定序—BRCA1/2 基因檢測」、「實體腫瘤次世代基因定序一小套組(≤ 100 個基因)」及「實體腫瘤次世代基因定序一大套組(> 100 個基因)」等 3 項，說明如下（[附件 2，頁次討 1-9](#)）：

1. 建議支付點數分別為 10,000 點、20,000 及 30,000 點。
2. 紿付實體腫瘤別：非小細胞肺癌、三陰性乳癌、卵巢癌/輸卵管癌/原發性腹膜癌、攝護腺癌、胰臟癌、NTRK 基因融合實體腫瘤、肝內膽管癌、甲狀腺癌、甲狀腺髓質癌等 9 癌，依癌別分別訂有適應症、應先執行之檢測項目、必要檢測基因(含變異別)及適用套組（[附件 2，頁次討 1-11~1-14](#)）。另大腸直腸癌、泌尿道上皮癌、黑色素瘤及腸胃道間質瘤，屬 NGS 涵蓋惟須另新增基因檢測診療項目，將由相關醫學會依本署新增修訂診療項目流程，另案提出申請（[附件 3，頁次討 1-18](#)）。

3. 財務評估：依財團法人醫藥品查驗中心(CDE)提供 113 年推估檢測人數，乳癌、卵巢癌/輸卵管癌/原發性腹膜、攝護腺癌及胰臟癌以 BRCA 檢測支付點數推估，其他癌別以小套組支

付點數進行低推估，以大套組支付點數進行高推估，推估財務支出約 173.7 百萬點至 226.0 百萬點（附件 4，頁次討 1-20 ~1-21）。

(二)新增「血液腫瘤次世代基因定序一小套組(≤ 100 個基因)」及「血液腫瘤次世代基因定序一大套組(> 100 個基因)」等 2 項，說明如下（附件 2，頁次討 1-10）：

- 1.建議支付點數分別為 20,000 及 30,000 點。
- 2.給付血液腫瘤：急性骨髓性白血病(AML)、骨髓分化不良症狀群(MDS)、急性淋巴芽細胞白血病(B-ALL 及 T-ALL)等 3 癌，依癌別分別訂有適應症、應先執行之檢測項目、必要檢測基因(含變異別)及適用套組（附件 2，頁次討 1-15~1-17）。另 B 細胞淋巴癌(BCL)及 T 或 NK 細胞血癌與淋巴癌(NKTL)，屬 NGS 涵蓋惟須另新增基因檢測診療項目，將由相關醫學會依本署新增修訂診療項目流程，另案提出申請（附件 3，頁次討 1-19）。
- 3.財務評估：依 CDE 提供 113 年推估檢測人數，每人終身給付 1 次，以小套組支付點數進行低推估，以大套組支付點數進行高推估，推估財務支出約 40.8 百萬點至 61.2 百萬點（附件 4，頁次討 1-22）。

五、預算來源：本案新增 5 項診療項目，高推估增加 287.2 百萬點，由 113 年醫院總額之「新醫療科技」項下新增診療項目預算支應(醫院預算 1,100 百萬元)。

擬辦：本案經討論後如獲同意，擬增訂支付標準表（詳附件 2，頁次討 1-9~1-17），並依程序報請衛生福利部核定後公布實施。

決議：

「次世代基因定序(NGS)專家小組」第四次討論會議

會議紀錄

時間：113 年 2 月 6 日下午 2 時

地點：衛生福利部中央健康保險署（臺北市大安區信義路三段 140 號）

18 樓禮堂

主持人：楊志新召集人

紀錄：黃思瑄

出席專家：略。

列席單位及人員：略。

壹、主席致詞：略。

貳、報告事項：

一、前次會議未結案件辦理追蹤進度表。

決定：洽悉。

參、討論事項：

一、NGS 支付標準表(草案)。

討論重點：

(一)與會專家表示，隨 NGS 技術日漸成熟，NGS 成本可望下降，且市售 NGS 價格因檢測基因數不同，有很大差距，爰共識決議健保 NGS 以定額給付，民眾需額外加驗其他基因，檢測差額由民眾自費，其差額上限由醫事司參考健保支付價格，訂定自費審核範圍。

(二)承上，與會專家表示，為確保民眾就醫權益並對於自費價格有所管理，建議 BRCA1/2 或小套組(≤ 100 個基因)檢測，主管機關訂定自費差額上限以 4 倍以下為原則，可涵蓋多數市售產品；至於大套組(> 100 個基因)因考量檢測複雜性，建議不訂定收費差額上限，以保留新型檢測發展彈性。

(三)另由於 NGS 導入支付標準初期較難準確預估檢測人數(新發個案再加上既存癌症病人數)，為維持健保財務平衡，爰規

劃 3 類 NGS 套組，依據專家逐項討論之共識，各癌別分別訂有適應症、應先執行之檢測項目、必要檢測基因(含變異別)及適用套組，且每人各癌別 3 類套組擇一申報且終生限給付一次。

(四)各癌別支付列表討論重點：

1. 非小細胞肺癌：考量現行 panel 檢測 NTRK 基因家族的設計，建議 NTRK1、NTRK2、NTRK3 修改為 NTRK；另建議補充 EGFR、ALK、NGS 檢測順序相關文字規範，以利臨床依循。
2. 乳癌：配合後續用藥並考量檢測成本效益，建議優先給付適應症「局部晚期或轉移性乳癌」及「早期三陰性乳癌」，必須包含之檢測基因及變異別為「germline BRCA1 及 BRCA2(全外顯子分析)」，得用血液檢體。
3. NTRK 基因融合實體腫瘤：考量 NTRK 發生率及成本效益，適應症建議以病理能夠辨識之癌症(如：infantile fibrosarcoma、secretory carcinoma)，請台灣病理學會會後提供適應症文字修訂建議。
4. 大腸直腸癌：已有對應藥品的 RAS、BRAF 基因，目前健保已給付單基因檢測，另 HER2 係以 IHC level 而非 Gene level 、UGT1A1 屬多型性分析 (polymorphism analysis)，不適用 NGS 檢測。
5. 考量肝內膽管癌、甲狀腺癌/甲狀腺髓質癌等 NTRK 發生率並不高，建議不列入必要檢測基因。

(五)與會專家另表示，在實務面同意書需先經過醫院內部審核，審核通過經公告成為醫院內部文件後，臨床醫師始得使用，建議即早準備相關行政流程作業時間。基因檢測結果之檔案格式轉換、資料上傳方式、醫院網路傳輸速度等均影響

資料上傳的完成度，仍有許多執行細節待確認。

- (六)部分癌別有常規可替代之檢測項目，建議先執行替代項，避免醫療資源排擠，以非小細胞肺癌為例，建議於 EGFR 檢測為陰性、ALK 檢測為陰性，再以 NGS 檢測。倘直接以 NGS 檢測者，依 EGFR、ALK 檢測結果給予相應支付點數。
- (七)民眾選擇自費檢測，檢測結果如發現有其相對應的健保癌藥，仍可依藥品給付規定，提供合規之基因檢測報告向健保申請癌藥給付。

決議：

- (一) 實體腫瘤 NGS 支付規範(草案)經與會專家充分討論後，建議如下：

1. NGS 檢測套組及支付點數如下：

- (1) BRCA 1/2 基因：支付 10,000 點。
- (2) 小套組(\leq 100 個基因)：支付 20,000 點。
- (3) 大套組(>100 個基因)：支付 30,000 點。

2. 醫院資格：

- (1) 「限區域級以上醫院或衛生福利部『癌症診療品質認證醫院』申報」，且「須院內設立或跨院聯合組成分子腫瘤委員會(Molecular Tumor Board, MTB)」，且「限衛生福利部核准之實驗室開發檢測施行計畫表列醫療機構（檢測項目類別為『抗癌瘤藥物之伴隨檢測』及『癌症篩檢、診斷、治療及預後之基因檢測』）申報」。

- (2) 執行本項之醫事服務機構應報經保險人核定，如有異動，仍應重行報請核定。

3. 支付規範：

- (1) 除 Germline BRCA1/2 突變檢測得用血液檢體外，限使用已確診之腫瘤病理組織檢測，且須包含適應症附表

所列各該癌別檢測位點及變異別，始得給付。

- (2) 核發檢測報告人員及報告簽署醫師：依「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」之規定辦理。
 - (3) 基因檢測結果須由病人簽署同意書並於申報後一個月內依指定格式上傳至健保署指定資料庫，未上傳者本項不予支付。
- (二) 請健保署依本次會議決議之適應症重新估算財務衝擊，並依專家會議共識，重整 NGS 支付標準表(草案)依程序提至近期「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(下稱共同擬訂會議)」討論。
- (三) 健保署另邀集國衛院及醫界討論 NGS 資料上傳及知情同意書相關事宜。

二、血液腫瘤之 NGS 紿付規劃。

討論重點：

- (一) 考量基因檢測在各癌別扮演的角色不同，依實體腫瘤、血液腫瘤分別訂定 NGS 支付標準，「血液腫瘤」之基因檢測用於決定是否適合骨髓移植，主要是要對應治療計畫；「實體腫瘤」則是對應有無相關標靶藥物治療。
- (二) 與會專家表示，急性骨髓性白血病(AML)、骨髓分化不良症候群(MDS)及急性淋巴芽細胞白血病(依據癌細胞來源，區分為 B-ALL 及 T-ALL)之 NGS 檢測，可協助判定病人應接受骨髓幹細胞移植，建議優先納入給付。
- (三) 考量健保 113 年新醫療科技預算有限，B 細胞淋巴癌建議如下：
 1. NGS 適應症可限縮至被套細胞淋巴瘤(MCL)、慢性淋巴性白血病(CLL)及小淋巴球性淋巴癌(SLL)三類，其必要檢測基因 TP53，建議支付點數 10,000 點。

2. MYC、BCL2 及第十七對染色體缺失(deletion 17p)，可用原位螢光雜合(FISH)檢測取代 NGS，惟須放寬 FISH 適應症。

(四) T 或 NK 細胞血癌與淋巴癌之「T 細胞受體(TCR)單株性(clonality)分析」，因檢測與分析複雜，建議以 NGS 進行，支付 10,000 點。

決議：

(一) 請健保署依實體腫瘤 NGS 支付標準(草案)共識，研擬血液腫瘤 NGS 支付標準(草案)。

(二) 有關 FISH 放寬適應症、TP53 及 TCR 單株性分析檢測，請中華民國血液病學會另案提出新增修訂診療項目之申請。

(三) 同討論案第一案決議事項，請健保署重新估算財務衝擊後，提至近期共同擬訂會議討論。

三、NGS 報告等資料上傳及 RWD 收載。

決議：同討論案第一案決議事項，請健保署另邀集國衛院及醫界討論 NGS 資料上傳及知情同意書相關事宜。

肆、臨時動議：無。

伍、散會：下午 12 時 35 分。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目 修正規定

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosisand Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

第二十五項 ~~其他檢查 Other Test (30501-30526)~~ 次世代基因定序 Next Generation Sequencing (30301B-30305B)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	醫學中心	支付點數
30301B	<u>實體腫瘤次世代基因定序</u> <u>Solid tumor next generation sequencing, NGS</u> — BRCA1/2基因檢測 <u>BRCA testing (germline or somatic)</u> <u>30302B</u> — 小套組 <u>Small panel (≤ 100個基因)</u> <u>30303B</u> — 大套組 <u>Large panel (> 100個基因)</u>		<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u> <u>10000</u>
	<u>註：</u> <u>1.適應症：如附表一。</u> <u>2.支付規範：</u> <u>(1)醫院資格須符合下列所有條件：</u> <u>A.限區域級以上醫院或衛生福利部「癌症診療品質認證醫院」申報。</u> <u>B.且須院內設立或跨院聯合組成分子腫瘤委員會(Molecular Tumor Board, MTB)。</u> <u>C.限衛生福利部核准之實驗室開發檢測施行計畫表列醫療機構(檢測項目類別為「抗癌瘤藥物之伴隨檢測」及「癌症篩檢、診斷、治療及預後之基因檢測」)申報。</u> <u>(2)核發檢測報告人員及報告簽署醫師：依「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」之規定辦理。</u> <u>(3)除Germline BRCA1/2基因檢測限使用血液檢體外，其他檢測限使用已確診之腫瘤病理組織檢測，且須包含適應症附表所列該癌別必須檢測位點及變異別，始得給付。</u> <u>(4)每人各癌別限30301B、30302B或30303B擇一申報且終生給付一次。</u> <u>(5)執行本項之醫事服務機構應報經保險人核定，如有異動，仍應重行報請核定。</u> <u>(6)基因檢測結果須由病人簽署同意書並於申報後一個月內依指定格式上傳至保險人 指定資料庫，未上傳者本項不予支付。</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>20000</u>
			<u>v</u>	<u>v</u>	<u>30000</u>

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	醫學中心	支付點數
30304B 30305B	<p><u>血液腫瘤次世代基因定序</u> <u>Hematologic malignancies next generation sequencing, NGS</u></p> <p>— 小套組 Small panel (\leq100個基因) — 大套組 Large panel ($>$100個基因)</p> <p>註：</p> <p>1.適應症：如附表二。</p> <p>2.支付規範：</p> <p>(1)醫院資格符合下列所有條件：</p> <p>A.限區域級以上醫院或衛生福利部「癌症診療品質認證醫院」申報。</p> <p>B.且須院內設立或跨院聯合組成分子腫瘤委員會(Molecular Tumor Board, MTB)。</p> <p>C.限衛生福利部核准之實驗室開發檢測施行計畫表列醫療機構(檢測項目類別為「抗癌藥物之伴隨檢測」及「癌症篩檢、診斷、治療及預後之基因檢測」)申報。</p> <p>(2)核發檢測報告人員及報告簽署醫師：依「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」之規定辦理。</p> <p>(3)限使用已確診之血液腫瘤檢測，且須包含適應症附表所列各該癌別檢測位點及變異別，始得給付。</p> <p>(4)每人各癌別限30304B或30305B擇一申報且終生給付一次。</p> <p>(5)執行本項之醫事服務機構應報經保險人核定，如有異動，仍應重行報請核定。</p> <p>(6)基因檢測結果須由病人簽署同意書並於申報後一個月內依指定格式上傳至健保署指定資料庫，未上傳者本項不予支付。</p>	v v	v v	v v	20000 30000

附表一 實體腫瘤次世代基因定序(30301B-30303B)給付癌別列表

癌別	適應症 (符合下列任一條件)	應先執行之 檢測項目	必須包含之 檢測基因及變異別	NGS檢測 (符合左列條件 者，得申報下列 任一NGS檢測)
非小細胞 肺癌 Non-small cell lung cancer	限復發或轉移性(第IV期)之非鱗狀上皮癌之非小細胞肺癌，且須符合下列任一檢測時機： 1. 新診斷或復發時，確定為晚期且無法接受根治治療者。 2. 第一線標靶治療後疾病惡化。	表皮生長因子受體(EGFR)呈現陰性，始得申報本項。	EGFR (mutation)、ALK (fusion)、MET (exon 14 skipping)、NTRK(fusion)、ROS1 (fusion)、BRAF (mutation)、ERBB2(mutation)、KRAS (mutation)、RET (fusion)	• 小套組(≤ 100 個基因) • 大套組(>100個基因)
	第IIIB期及第IIIC期，檢測時機為經肺癌多專科團隊討論，無法以外科手術切除，且不適合放射化學或放射治療者，且須符合下列任一檢測時機： 1. 新診斷且無法接受根治治療者。 2. 第一線標靶治療後疾病惡化。	表皮生長因子受體(EGFR)呈現陰性，始得申報本項。	EGFR (mutation)、ALK (fusion)、MET (exon 14 skipping)、NTRK(fusion)、ROS1 (fusion)、BRAF (mutation)、ERBB2(mutation)、KRAS (mutation)、RET (fusion)	• 小套組(≤ 100 個基因) • 大套組(>100個基因)
註：				
1. 替代或可先執行之檢測項目如下 (1) EGFR：30101B「肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變體外診斷醫療器材檢測(IVD)」、30102B「肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變實驗室自行研發檢測(LDT)」。 (2) ALK：30105B「間變性淋巴瘤激酶(ALK)突變體外診斷醫療器材檢測(IVD)-IHC法」。 2. 直接以NGS進行基因檢測，未先執行EGFR檢測者，依檢測結果，支付點數如下： (1) EGFR陽性：以30102B支付點數6,755點支付，檢測差額由民眾自行負擔。 (2) EGFR陰性：以實際採用之NGS小套組或大套組支付。				

癌別	適應症 (符合下列任一條件)	應先執行之 檢測項目	必須包含之 檢測基因及變 異別	NGS檢測 (符合左列條件 者，得申報下列任 一NGS檢測)
三陰性 乳癌 Triple-negative breast cancer	局部晚期或轉移性乳癌，檢測時機為曾接受前導性、術後輔助性或轉移性化療者，或無法接受化療者。	第二型人類表皮生長因子接受體(HER2)、雌激素受體(ER)以及黃體素受體(PR)均呈現陰性，始得申報本項。	Germline BRCA1及BRCA2(全外顯子分析)	• BRCA1/2基因檢測(限使用血液檢體)
	早期三陰性乳癌，且須符合下列任一檢測時機： 1. 未接受前導性化療若腫瘤大於兩公分或者具腋下淋巴結轉移者。 2. 接受前導性化療後未完全病理緩解者。	第二型人類表皮生長因子接受體(HER2)、雌激素受體(ER)以及黃體素受體(PR)均呈現陰性，始得申報本項。	Germline BRCA1及BRCA2(全外顯子分析)	• BRCA1/2基因檢測(限使用血液檢體)
<p>註：</p> <p>1.BRCA1/2全外顯子分析，包含Single nucleotide variants(SNV)、Insertion/deletions (Indels)等。</p> <p>2.應先執行之檢測項目：雌激素受體(ER)、黃體素受體(PR)、第二型人類表皮生長因子接受體(HER2)之免疫組織化學染色(IHC)：25012B「免疫組織化學染色(每一抗體)」，若HER2 IHC為2+，應加做HER2 FISH：12195B「第二型人類表皮生長因子受體(Her-2/neu)原位雜合檢驗」。</p>				

癌別	適應症 (符合下列任一 條件)	應先執行之 檢測項目	必須包含之 檢測基因及變異別	NGS檢測 (符合左列條件者， 得申報下列任一NGS 檢測)
卵巢癌、輸卵管癌、原發性腹膜癌 Ovarian Cancer, fallopian tube cancer and primary peritoneal cancer	晚期(FIGO Stage III or IV)且對第一線含鉑化療有治療反應者。	無。	Germline或somatic BRCA1、BRCA2(全外顯子分析)。	• BRCA1/2基因檢測
攝護腺癌 Prostate cancer	轉移性攝護腺癌，口服PARP抑制劑前。	無。	Germline或somatic BRCA1、BRCA2(全外顯子分析)	• BRCA1/2基因檢測
胰臟癌 Pancreatic cancer	經多專科團隊評估無法接受根除手術者。	無。	Germline BRCA1、BRCA2(全外顯子分析)	• BRCA1/2基因檢測(限使用血液檢體)

癌別	適應症 (符合下列任一條件)	應先執行之檢測項目	必須包含之檢測基因及變異別	NGS檢測 (符合左列條件者，得申報下列任一NGS檢測)
神經營養受體酪胺酸激酶(NTRK)基因融合實體腫瘤 NTRK fusion-positive cancers	<p>1. 病理診斷為嬰兒型纖維肉瘤(infantile fibrosarcoma)或分泌性癌(secretory carcinoma)，經多專科團隊評估無法接受根除手術者或已有轉移者。</p> <p>2. 小於18歲兒童之腦瘤患者，且須符合下列任一適應症：</p> <p>(1)小於三歲，位於大腦半球之高惡性度膠質細胞瘤(high-grade glioma)。</p> <p>(2)位於大腦半球，無法切除或復發之毛狀星細胞瘤(pilocytic astrocytoma)或神經節膠質細胞瘤(ganglioglioma)。</p> <p>(3)帶有H3K27M突變之瀰漫性中線神經膠質細胞瘤(diffuse midline glioma)。</p>	無。	NTRK1 (fusion)、NTRK2 (fusion)、NTRK3 (fusion)	<ul style="list-style-type: none"> • 小套組(≤ 100個基因) • 大套組(> 100個基因)

癌別	適應症 (符合下列任一條件)	應先執行之 檢測項目	必須包含之 檢測基因及變異別	NGS檢測 (符合左列條件者， 得申報下列任一 NGS檢測)
肝內膽管癌 Intrahepatic cholangiocarcinoma	經多專科團隊評 估無法手術切除 或已有轉移者。	無。	FGFR1 (fusion)、 FGFR2(fusion)、 FGFR3 (fusion)、 BRAF(mutation)、 IDH1 (mutation)、 IDH2(mutation) 、 RET(fusion)	<ul style="list-style-type: none"> • 小套組(≤100個 基因) • 大套組(>100個 基因)

癌別	適應症 (符合下列任一條件)	應先執行之 檢測項目	必須包含之 檢測基因及變異別	NGS檢測 (符合左列條件者， 得申報下列任一 NGS檢測)
甲狀腺癌(不包含 髓質癌) Thyroid cancer (excluding medullary thyroid carcinoma)	1. 乳突性及濾泡性甲狀腺癌經 碘131及抑制 血管新生標靶 藥物治療無效 者。 2. 無分化甲狀腺 癌經多專科團 隊評估無法接 受根除手術 者。	BRAF V600E	BRAF(mutation nonV600E)、 RET (fusion)	<ul style="list-style-type: none"> • 小套組(≤100個 基因) • 大套組(>100個 基因)
甲狀腺髓質癌 Medullary thyroid carcinoma	甲狀腺髓質癌經 多專科團隊評估 無法接受根除手 術者。	無	RET (mutation)	<ul style="list-style-type: none"> • 小套組(≤100個 基因) • 大套組(>100個 基因)

附表二 血液腫瘤次世代基因定序(30304B-30305B)給付癌別列表

癌別	適應症 (符合下列任一 條件)	應先執行 之檢測項 目	必須包含之檢測基 因及變異別	NGS 檢測 (符合左列條件者，得 申報下列任一 NGS 檢測)
急性骨髓性白血病 Acute myeloid leukemia	1. 新診斷急性骨髓性白血病。 2. 復發之急性骨髓性白血病。	無	FLT3 (mutation) ASXL1 (mutation) BCOR (mutation) CEBPA (mutation) DNMT3A (mutation) EZH2 (mutation) IDH1 (mutation) IDH2 (mutation) JAK2 (mutation) KIT (mutation) KRAS (mutation) NPM1 (mutation) NRAS (mutation) PTPN11 (mutation) RUNX1 (mutation) SETBP1 (mutation) SF3B1 (mutation) SRSF2 (mutation) STAG2 (mutation) TET2 (mutation) TP53 (mutation) U2AF1 (mutation) WT1 (mutation) ZRSR2 (mutation) KMT2A/PTD (duplication) KMT2A (fusion) NUP98 (fusion) ETV6 (fusion) RUNX1-RUNX1T1 (fusion) DEK-NUP214 (fusion) PML-RARA (fusion) CBFB-MYH11 (fusion) BCR-ABL1 (fusion)	<ul style="list-style-type: none"> • 小套組(\leq100個基 因) • 大套組(>100個基 因)

癌別	適應症 (符合下列任一條件)	應先執行之檢測項目	必須包含之檢測基因及 變異別	NGS 檢測 (符合左列 條件者，得 申報下列任 一 NGS 檢 測)
高風險之骨髓分化不良症候群 Myelodysplastic syndrome	<p>1. 新診斷為高風險骨髓分化不良症候群 (定義為骨髓或周邊血液之芽細胞$\geq 5\%$)。</p> <p>2. 復發之高風險骨髓分化不良症候群 (定義為骨髓或周邊血液之芽細胞$\geq 5\%$)。</p>	無	FLT3 (mutation) ASXL1 (mutation) BCOR (mutation) CEBPA (mutation) DNMT3A (mutation) EZH2 (mutation) IDH1 (mutation) IDH2 (mutation) JAK2 (mutation) KIT (mutation) KRAS (mutation) NPM1 (mutation) NRAS (mutation) PTPN11 (mutation) RUNX1 (mutation) SETBP1 (mutation) SF3B1 (mutation) SRSF2 (mutation) STAG2 (mutation) TET2 (mutation) TP53 (mutation) U2AF1 (mutation) WT1 (mutation) ZRSR2 (mutation) KMT2A/PTD (duplication) KMT2A (fusion) NUP98 (fusion) ETV6 (fusion) RUNX1-RUNX1T1 (fusion) DEK-NUP214 (fusion) PML-RARA (fusion) CBFB-MYH11 (fusion) BCR-ABL1 (fusion)	<ul style="list-style-type: none"> • 小套組 (≤ 100 個基因) • 大套組 (> 100 個基因)

癌別	適應症 (符合下列任一條件)	應先執行之檢測項目	必須包含之檢測基因及變異別	NGS 檢測 (符合左列條件者，得申報 下列任一 NGS 檢測)
急性淋巴芽細胞白血病(B細胞、T細胞) Acute lymphoblastic leukemia (B-ALL and T-ALL)	<p>1. 新診斷之 B 細胞急性淋巴性白血病(B-cell acute lymphoblastic leukemia : B-ALL)</p> <p>2. 復發之 B 細胞急性淋巴性白血病。</p>	無	BCR::ABL1 (fusion) KMT2A (fusion, expression) EETV6::RUNX1 (fusion, expression) IKZF1 (mutation, deletion) PAX5 (mutation, fusion) TCF3::PBX1 (fusion) IGH::IL3 (fusion) iAMP21 (amplification) BCR::ABL1-like (ABL class) (fusion) BCR::ABL1-like (JAK-STAT class)(fusion) BCR::ABL1-like (NOS) (mutation) ZEB2 (mutation and fusion) IGH::CEBPE (fusion) MYC (fusion) DUX4 (fusion, expression) MEF2D (fusion) ZNF384/362 (fusion) NUTM1 (fusion) HLF (fusion) UBTF/CDX2(fusion, expression) TPMT (mutation) NUTP15 (mutation)	<ul style="list-style-type: none"> • 小套組(≤ 100個基因) • 大套組(> 100個基因)
	<p>1. 新診斷之 T 細胞急性淋巴性白血病 (T-cell acute lymphoblastic leukemia : T-ALL)</p> <p>2. 復發之 T 細胞急性淋巴性白血病。</p>	無	SIL::TAL1 (fusion) KMT2A (fusion) CALM::AF10 (PICALM::MLLT10) (fusion) HOXA (fusion) SPI1 (fusion) TAL1 (fusion, mutation) TAL2 (fusion, mutation) TLX1 (fusion) TLX3 (fusion) NKX2 (fusion) LMO1 (fusion, mutation) LMO2 (fusion, mutation) LYL1 (fusion) OLIG2 (fusion) BHLHB (fusion)	<ul style="list-style-type: none"> • 小套組(≤ 100個基因) • 大套組(> 100個基因)

NGS 涵蓋惟須另新增基因檢測診療項目列表

一、實體腫瘤：

癌別	適應症 (符合下列任一條件)	檢測基因及變異別	基因檢測醫令代碼/建議比照申報之醫令代碼	學會提案現況
大腸直腸癌 Colorectal Cancer 或 闌尾癌 Appendix Cancer	1. 曾使用過FOLFIRI (folinic acid/5-fluorouracil/irinotecan) 或FOLFOX (folinic acid/5-fluorouracil/oxaliplatin) 治療失敗，且疾病惡化之轉移性大腸直腸癌。 2. 曾接受過至少一次全身性治療失敗，且疾病惡化，無法手術切除或轉移之闌尾癌。	KRAS(mutation)、NRAS(mutation)	30104B「All-RAS 基因突變分析」	已納入給付
		BRAF V600E (mutation)	比照 12182C 「去氧核糖核酸類定性擴增試驗」(外科醫學會意見)	台灣病理學會 106.9.29 曾提案申請，考量醫療技術發展日新月異及適時反應成本，原提案資料恐不適用，已請學會重新提送申請。
泌尿道上皮癌 Urothelial Carcinoma	轉移性泌尿上皮癌，使用 FGFR 標靶藥物前。	FGFR2(alterations)、FGFR3(alterations)	比照 30101B 「肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變體外診斷醫療器材檢測(IVD)」，支付點數 8,252 點(泌尿科醫學會意見)	台灣泌尿科醫學會於 113 年提案新增 FGFR 基因檢測診療項目，依程序辦理。
黑色素瘤 Melanoma	1. 早期高風險黑色素瘤需要接受輔助性治療者。 2. 轉移性黑色素瘤。	BRAF V600E	無	台灣病理學會 106.9.29 曾提案申請，惟考量醫療技術發展日新月異及適時反應成本，原提案資料恐不適用，已請學會重新提送申請。
腸胃道間質瘤 Gastrointestinal Stromal Tumor	1. 無法手術切除或轉移的惡性腸胃道間質瘤。 2. 腸胃道間質瘤完全切除，具有下述高風險病理特徵者： (1) 肿瘤大於 10 公分。 (2) 有絲分裂指數 >10/50 HPF(high power field)。 (3) 肿瘤大於 5 公分且有絲分裂指數 >5/50 HPF(high power field)。 (4) 肿瘤破裂。	KIT mutation PDGFRA D842V	無 無	台灣病理學會 106.9.29 曾提案申請，惟考量醫療技術發展日新月異及為適時反應成本，原提案資料恐不適用，已請學會重新提送申請。

註：依中華民國癌症醫學會及台灣病理學會共識意見，因臨床試驗使用的收案標準為 IHC 3+或 IHC 2+/FISH+，NGS 檢測到 amplification，不能做為藥物使用之標準，爰移除 NGS 紹付之胃癌適應症。

二、血液腫瘤：

癌別	適應症 (符合下列任一條件)	應先執行之 檢測項目	必須包含之 檢測位點及 變異別	基因檢測 建議比照 申報之醫 令代碼	學會提案 現況
B細胞 淋巴癌 B-cell Lymphoma	世界衛生組織 (WHO-2022) 或 國 際共識分類 (ICC)，新診斷或 復發之被套細胞 淋巴癌。	腫瘤切片或骨髓檢體免 疫組織化學染色或流式 細胞儀染色呈現 CD20 陽性、cyclin D1 或 SOX11 陽性。	TP53(點突 變或短片段 缺失)	無	尚未接獲 提案。
	世界衛生組織 (WHO-2022) 或 國 際共識分類 (ICC)新診斷或復 發之 1. 慢性淋巴性血 癌。 2. 小淋巴球性淋 巴癌。	周邊血液，骨髓檢體， 腫瘤切片，以上三類檢 體擇一，腫瘤免疫組織 化學染色或流式細胞儀 染色呈現 CD20 陽性。	TP53(點突 變或短片段 缺失)	無	尚未接獲 提案。
T或NK 細胞血癌 與淋巴癌	世界衛生組織 (WHO-2022) 或 國 際共識分類 (ICC)新診斷或復 發之 1. 周邊 T 細胞淋 巴癌。 2. 濾泡輔助 T 細 胞淋巴癌(含 血管免疫芽球 型)。 3. 退行性大細胞 淋巴癌。 4. 肝脾 T 細胞淋 巴癌。 5. T 細胞前淋 巴球性血癌。 6. T 細胞大顆粒 性淋巴球性血 癌。 7. 腸道性 T 細胞 淋巴癌。 8. 成人 T 細胞淋 巴癌/血癌。 9. NK 細胞淋巴 癌/血癌。	腫瘤切片或骨髓檢體免 疫組織化學染色或流式 細胞儀染色呈現 T 細胞 或 NK 細胞代表性抗原 陽性（例如 CD2, CD3, CD4, CD5, CD7, CD8, CD56, ALK, EBER 等，至少兩項）而疑似 為左列各種 T 細胞或 NK 細胞淋巴癌時	TCR (基因 重組) 單株 性分析	無	尚未接獲 提案。

註：中華民國血液病學會表示，B 細胞淋巴癌之 MYC、BCL2 及第十七對染色體缺失檢測，可用原位螢光雜合(FISH)檢測取代 NGS，爰移除 NGS 紵付之適應症，將另案申請修訂放寬 FISH 適應症。

一、實體腫瘤

(一)計算範圍：以本案適用 NGS 檢測之非小細胞肺癌等 9 癌(未包含採新增單基因檢測項目之癌別)。

(二)預估檢測人數：財團法人醫藥品查驗中心(CDE)依各癌別適應症範圍，以 106 年至 110 年癌症登記年報，並參考相關文獻研究數據，估算目標檢測人數；其中，非小細胞肺癌再以肺癌研究學會提供 EGFR(-)、ALK(-)比率【非小細胞肺癌 EGFR(-)(wild type)約 50%，其中 ALK(-)約其中的 90%】，進行替代項人數扣除後，推估各癌別目標檢測人數如下表 1，113 年合計約 12,140 人。

(三)財務推估：依 113 年推估檢測人數，每人終身給付 1 次，乳癌、卵巢癌/輸卵管癌/原發性腹膜癌、攝護腺癌及胰臟癌以 BRCA 檢測支付點數 1 萬點推估，其他癌別以小 panel 支付點數 2 萬點進行低推估，以大 panel 支付點數 3 萬點進行高推估，推估財務支出約 173.7 百萬點(低推估)至 226.0 百萬點(高推估)，如表 2。

(四)另採新增單基因檢測項目之癌別，預估檢測人數如表 3。

表 1、NGS 檢測人數推估(實體腫瘤)

目標人數推估		113 年	114 年	115 年	116 年	117 年
1	非小細胞肺癌(NSCLC)且 EGFR(-)且 ALK(-)	4,113	4,225	4,338	4,451	4,564
2	三陰性乳癌(TNBC)	1,853	1,902	1,951	2,000	2,049
3	卵巢癌／輸卵管癌／原發性腹膜癌(OC/PFTC/PPC)	848	887	935	979	1,021
4	攝護腺癌(PC)	1,462	1,502	1,486	1,511	1,543
5	胰臟癌(pancreatic C)	2,749	2,868	2,991	3,117	3,245
6	NTRK 實體腫瘤	6	8	6	8	7
7	肝內膽管癌(iCCA)	654	680	706	732	759
8	甲狀腺癌(TC)	414	423	437	438	446
9	甲狀腺髓質癌(MTC)	41	42	43	43	44
合計人數		12,140	12,537	12,893	13,279	13,678

表 2、NGS 檢測費用推估(實體腫瘤)

序號	癌別	113 年推估 執行人數	影響財務支出	
			低推估(百萬點)	高推估(百萬點)
1	非小細胞肺癌(NSCLC) 且 EGFR(-)且 ALK(-)	4,113	82.3	123.4
2	三陰性乳癌(TNBC)	1,853	18.5	18.5
3	卵巢癌／輸卵管癌／原 發性腹膜癌 (OC/PFTC/PPC)	848	8.5	8.5
4	攝護腺癌(PC)	1,462	14.6	14.6
5	胰臟癌(pancreatic C)	2,749	27.5	27.5
6	NTRK 實體腫瘤	6	0.1	0.2
7	肝內膽管癌(iCCA)	654	13.1	19.6
8	甲狀腺癌(TC)且 BRAF V600E(-)	414	8.3	12.4
9	甲狀腺髓質癌(MTC)	41	0.8	1.2
合 計		12,140	173.7	226.0

表 3、以單基因檢測列項之人數推估(實體腫瘤)

目標人數推估		113 年	114 年	115 年	116 年	117 年
1	大腸直腸癌(CRC)	4,951	5,039	5,132	5,198	5,280
2	泌尿道上皮癌(UC)	2,187	2,311	2,443	2,582	2,729
3	黑色素瘤(melanoma)	229	233	239	244	248
4	腸胃道間質瘤(GIST)	977	1,049	1,186	1,298	1,402
合 計		8,344	8,632	9,000	9,322	9,659

二、血液腫瘤

(一)計算範圍：以本次適用 NGS 檢測之急性骨髓性白血病(AML)等 3 癌
(未包含採新增基因檢測項目之癌別)。

(二)預估檢測人數：財團法人醫藥品查驗中心(CDE)以 106 年至 110 年癌
症登記年報，並參考相關文獻研究數據，推估各癌別目標檢測人數如
下表 1，113 年合計約 2,040 人。

(三)財務推估：依 113 年推估檢測人數，每人終身給付 1 次，以小 panel
支付點數 2 萬點進行低推估，以大 panel 支付點數 3 萬點進行高推
估，推估財務支出約 40.8 百萬點(低推估)至 61.2 百萬點(高推估)，如
表 2。

(四)另採新增基因檢測項目之癌別，預估檢測人數如表 3。

表 1、NGS 檢測人數推估(血液腫瘤)

目標人數推估		113 年	114 年	115 年	116 年	117 年
1	急性骨髓性白血病(AML)	1,017	1,025	1,047	931	946
2	骨髓分化不良症候群(MDS)	536	555	450	461	477
3	急性淋巴芽細胞白血病(B-ALL、T-ALL)	487	493	486	297	299
合計人數		2,040	2,073	1,983	1,689	1,723

表 2、NGS 檢測費用推估(血液腫瘤)

序號	癌別	113 年推估 執行人數	低推估 (百萬點)	高推估 (百萬點)
1	急性骨髓性白血病(AML)	1,017	20.3	30.5
2	骨髓分化不良症候群 (MDS)	536	10.7	16.1
3	急性淋巴芽細胞白血病(B-ALL、T-ALL)	487	9.7	14.6
合計		2,040	40.8	61.2

表 3、單基因檢測人數推估(血液腫瘤)

目標人數推估		113 年	114 年	115 年	116 年	117 年
1	B 細胞淋巴癌(BCL)	554	573	602	420	432
2	T 或 NK 細胞血癌與淋巴癌 (NKTL)	457	460	463	466	469
合計人數		1,011	1,033	1,065	886	901

討論事項

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：新增修訂「經口內視鏡食道肌肉切開術」等 13 項診療項目案。

說明：

- 一、依據本署 113 年 2 月 6 日召開修訂 12207B 「白血病即時定量聚合酶連鎖反應法」等 4 項診療項目討論會議（下稱 12207B 討論會議）、112 年第 8 、 10 次、 113 年第 2 次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議（下稱專諮詢會議）、同年 3 月 1 日「預立醫療照護諮商（ACP）」納入健保給付討論會議（下稱 ACP 討論會議）暨 113 年第 1 次本會議決議（**附件 1**，**頁次討 2-5~2-18**）辦理。
- 二、新增「經口內視鏡食道肌肉切開術」等 6 項，詳表一序號 1 至 6 ，增加支出約 **304.41** 百萬點，重點說明如下（**附件 2**，**頁次討 2-19~2-20**）：
 - (一)新增「經口內視鏡食道肌肉切開術」，詳表一序號 1 (**附件 2**，**頁次討 2-19**)：
 1. 依 112 年第 8 、 10 次專諮詢會議決議（**同附件 1**，**頁次討 2-8~2-12**），本項適應症為食道鬆弛不能，相較於傳統診療方式，具有體表無傷口、術式時間短、手術風險較低、恢復快等優點，臨床上確有需求，爰建議新增。
 2. 財務評估：建議支付點數 42,852 點（內含過程必要使用內視鏡黏膜切除術專用的電燒刀、電燒止血器），統計 112 年主、次診斷符合適應症及參考提案單位建議之執行比率，預估約 193 人，扣除替代項，推估增加財務支出約 8.53 百萬點。
 - (二)新增「顯微血管游離瓣手術—穿通枝瓣移植（單區塊／雙區塊／三區塊以上組織瓣）」等 3 項，詳表一序號 2 至 4 (**同附件 2**，**頁次討 2-19**)：

1. 依 113 年第 2 次專諮詢會議決議（同附件 1，頁次討 2-13~2-15），本項係使用於頭頸、四肢與軀幹之軟組織廣泛缺損，合併重要結構（例如骨骼、神經、血管與肌腱等）暴露而無法以簡單縫合或局部皮瓣修補之重建手術，於執行穿通枝皮瓣移植時摘取皮瓣，將該血管自肌肉層分離，可保留原部位大部分的肌肉，以降低病人組織傷害及功能影響，爰建議新增。
2. 財務評估：建議支付點數分別為 58,763 點、66,284 點、73,357 點，參考提案單位建議現行臨床執行之替代傳統診療項目及替代率，統計 110 年至 112 年申報次數、平均年成長率，推估 113 年執行本項為 2,612 件，預估年執行量單區塊為 1,959 件、雙區塊為 522 件、三區塊以上為 131 件，扣除替代項後，推估約增加財務支出 51.18 百萬點。

(三) 新增「預立醫療照護諮商費—未曾申報或該次住院僅申報 1 次 02020B 者／同次住院申報 2 次 02020B 者」等 2 項，詳表一序號 5、6（附件 2，頁次討 2-20）：

1. 依 ACP 討論會議決議（同附件 1，頁次討 2-16~2-18），為尊重病人醫療自主，保障病人善終權益，為減輕病人負擔，並增加病人諮詢意願，爰建議新增。會上專家建議納入 80 歲以上住院病人，經統計 112 年符合前述適應症者約 25 萬人，依執行率推估增加財務支出約 225.0 百萬點，考量健保財務衝擊，暫不納入本案支付對象。
2. 財務評估：建議支付點數分別為 3,000 點及 1,500 點，依 112 年住院符合適應症（65 歲以上重大傷病、失智症、符合病人自主權利法第 14 條第 1 項第 5 款所列臨床條件、居家醫療照護整合計畫收案對象）之人數，並參考學會建議執行率約 30%，推估執行人數約 81,566 人，考量僅少數病人同次住院申報 2 次 02020B，爰均以 3,000 點計算，推估約增加財務支出 244.7

百萬點。

三、修訂 12195B「Her-2/neu 原位雜交」等 5 項併同新增「白血病即時定量聚合酶連鎖反應法(IVD)」等 2 項，詳表二序號 1 至 7，增加支出約 28.06 百萬點，重點說明如下（**附件 2，頁次討 2-21～2-22**）：

(一)修訂 12195B「Her-2/neu 原位雜交」適應症，詳表二序號 1（**附件 2，頁次討 2-21**）：

- 1.依據 113 年第 2 次專諮詢會議決議（**附件 1，頁次討 2-13～2-15**），考量現行藥品給付規定於 109 年 2 月 1 日增列「Trastuzumab 合併 capecitabine(或 5-fluorouracil)及 cisplatin 適用於未曾接受過化學治療之 HER2 過度表現 (IHC3+或 FISH+) 轉移性胃腺癌（或胃食道接合處腺癌）」，爰依臨床實務修訂支付規範文字，併修訂中文名稱。
- 2.財務評估：參考 106 年至 110 年癌症登記年報，依成長率推估 113 年胃癌檢測人數約 2,698 人，推估財務支出約 28.06 百萬點。

(二)修訂 81028C「前置胎盤或植入性胎盤之剖腹產」，詳表二序號 2（**附件 2，頁次討 2-21**）：

- 1.依 113 年第 2 次專諮詢會議決議（**同附件 1，頁次討 2-13～2-15**），考量前置胎盤或植入性胎盤之剖腹產易併發產後大出血，其生產院所應具相當之緊急處置能力，為保障母嬰安全，爰建議限定完全性前置胎盤、部分性前置胎盤及植入性胎盤之執行醫院資格。
- 2.財務評估：本案係限縮執行院所資格，爰不增加財務支出。

(三)修訂 12207B「白血病即時定量聚合酶連鎖反應法」等 2 項併同新增「白血病即時定量聚合酶連鎖反應法(IVD)」等 2 項，詳表二序號 3 至序號 6（**附件 2，頁次討 2-21～2-22**）：

1. 依 113 年第 1 次本會議、12207B 討論會議、113 年第 2 次專諮詢會議結論（同附件 1，頁次討 2-5～2-18），考量現行實驗室自行研發檢驗技術（LDTs）、體外診斷醫療器材（IVD）成本不同，管理方式不同，爰增修支付規範，俾利管理及臨床申報。

2. 財務評估：本案係明確支付規範，爰不增加財務支出。

(四)修訂 30102B「肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變實驗室自行研發檢測(LDT)」，詳表二序號 7（附件 2，頁次討 2-22）：

1. 查現行特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法已明列合規之機構，爰修訂支付規範。

2. 本案係限縮執行院所資格，爰不增加財務支出。

四、預算來源（附件 3，頁次討 2-31～2-32）：本次新增修訂 13 項診療項目，增加支出項目均屬醫院層級推估約 332.47 百萬點，由 113 年醫院總額總額之「新醫療科技」項下新增診療項目預算支應(醫院預算為 1,100 百萬元)。

擬辦：本案經討論後如獲同意，增修支付標準表（附件 4，頁次討 2-33～2-41），並依程序報請衛生福利部核定後公布實施。

決議：

修訂 12207B 「白血病即時定量聚合酶連鎖反應法」
等四項診療項目討論會議
會議紀錄

時間：113 年 02 月 05 日（星期一）上午 09 時

地點：本署 9 樓第 3 會議室

主持人：劉組長林義

紀錄：傅冠宜

出席名單：略。

請假名單：略。

壹、主席致詞：略。

貳、討論事項：

有關本署建議修訂 12207B「白血病及時定量聚合酶連鎖反應法」、30104B「All-RAS 基因突變分析」，以及台灣臨床病理暨檢驗醫學會建議修訂 30101B「肺癌表皮生長因子受體（EGFR）突變體外診斷醫療器材檢測（IVD）」簽發報告資格、修訂「伴隨式診斷之報告簽署醫師改為『限解剖病理專科醫師或臨床病理專科醫師簽發報告』」等四項診療項目討論會議，為釐清修訂項目相關支付規範，爰召開本次會議請相關學會協助說明。

一、討論重點摘要：

(一) 修訂 12207B「白血病及時定量聚合酶連鎖反應法」、30104B「All-RAS 基因突變分析」：

1. 與會專家表示考量現行實驗室自行研發檢驗技術（LDTs）、體外診斷醫療器材（IVD）成本不同，惟於管理上更為明確，爰請本署協助新增不同診療項目代碼，將 LDTs 與 IVD 分開申報。
2. 本修訂案係為符合臨床實務及減少院所申報疑慮，擬修訂將 30104B「All-RAS 基因突變分析」相關診療項目名稱、分列

LDTs 與 IVD 支付標準並明訂支付規範，影響健保財務擊部分後續再行試算。

3. 本署擬以修訂後支付標準提至共同擬訂會議討論，惟考量 113 年 2 月 9 日《特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法》將落地，爰以函釋方式先予說明。
4. 另 12207B 「白血病及時定量聚合酶連鎖反應法」，依會議上決議，若中華民國血液病學會後續欲按 30104B 「All-RAS 基因突變分析」方式調整支付標準，請再依修訂診療項目流程申請。
5. 本項支付規範經與會專家充分討論後，修訂如下：

編號	診療項目
30104B	<p>All-RAS 基因突變分析(LDT)</p> <p>All-RAS mutation testing(LDT)</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none">1.適應症：符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準附件六藥品給付規定第九節抗癌藥物 9.27.Cetuximab 及 9.53.Panitumumab 之轉移性直腸結腸癌病人。2.支付規範：<ol style="list-style-type: none">(1)本檢測應包含 KRAS(外顯子[exon]2、3 與4)與NRAS(外顯子 2、3 與4)之突變分析。(2)限使用已確診之腫瘤病理組織或細胞檢體做檢測，並於檢測報告上註明診斷與腫瘤細胞百分比。(3)<u>醫療機構以實驗室開發檢測 (Laboratory Developed Tests,LDTs) 執行本項</u>：一百十三年二月八日以前限具大腸直腸癌 ALL-RAS 基因檢測項目通過美國病理學家學會(The College of American Pathologists, CAP)、財團法人全國認證基金會(Taiwan Accreditation Foundation, TAF)、台灣病理學會之分子實驗室認證或經衛生福利部食品藥物管理署精準醫療分子檢測實驗室認證(列冊登錄)之實驗室檢測，由特約醫事服務機構申報；一百十三年二月九日以後限衛生福利部核准之實驗室開發檢測施行計畫表列醫療機構申報。(4)執行本項之醫事服務機構應報經保險人核定，如有異動，仍應重行報請經核定。(5)檢測報告上應註明方法學與檢測平台。(6)限解剖病理專科醫師簽發報告，並於檢測報告上加註專科醫師證書字號。(7)限符合適應症規範者用藥前之伴隨式檢測，每人終生限給付一次。

編號	診療項目
<u>xxxxB</u>	<p><u>All-RAS 基因突變分析(IVD)</u></p> <p><u>All-RAS mutation testing(IVD)</u></p> <p><u>註：</u></p> <p><u>1.適應症：符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準附件六藥品給付規定第九節抗癌瘤藥物 9.27.Cetuximab 及 9.53.Panitumumab 之轉移性直腸結腸癌病人。</u></p> <p><u>2.支付規範：</u></p> <p><u>(1)本檢測應包含 KRAS(外顯子[exon]2、3 與4)與NRAS(外顯子 2、3 與4)之突變分析。</u></p> <p><u>(2)限使用已確診之腫瘤病理組織或細胞檢體做檢測，並於檢測報告上註明診斷與腫瘤細胞百分比。</u></p> <p><u>(3)醫療機構以體外診斷醫療器材(IVD)執行本項，限具大腸直腸癌 ALL-RAS 基因檢測項目通過美國病理學家學會(The College of American Pathologists, CAP)、財團法人全國認證基金會(Taiwan Accreditation Foundation, TAF)、台灣病理學會之分子實驗室認證或經衛生福利部食品藥物管理署精準醫療分子檢測實驗室認證(列冊登錄)之實驗室檢測，並需檢附IVD檢測試劑進貨證明，由特約醫事服務機構申報。</u></p> <p><u>(4)執行本項之醫事服務機構應報經保險人核定，如有異動，仍應重行報請經核定。</u></p> <p><u>(5)檢測報告上應註明方法學與檢測平台。</u></p> <p><u>(6)限解剖病理專科醫師簽發報告，並於檢測報告上加註專科醫師證書字號。</u></p> <p><u>(7)限符合適應症規範者用藥前之伴隨式檢測，每人終生限給付一次。</u></p>

參、臨時動議：無。

肆、散會：上午10時20分。

112年第8次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」

會議紀錄

時間：112年10月4日上午9點30分

地點：台北市信義路3段140號18樓大禮堂

主持人：李副署長丞華

紀錄：周筱妘

出席專家：略。

請假專家：略。

列席單位及人員：略。

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄：確認。

參、報告事項：略。

肆、討論事項：

三、台灣消化系內視鏡醫學會建議新增「經口內視鏡食道肌肉切開術」診療項目案。

討論重點：

(一)本案經110年10月25日「新增修診療項目初審會議」第一次會議討論，與會專家建議，考量本項確有臨床需求，且推估年使用量對健保財務衝擊不大，爰同意儘早納入研議新增。

(二)與會專家表示本項英文名稱為 pre-oral endoscopic myotomy，故中文名稱不用特別敘明「食道」以保留臨床執行的彈性。外科醫學會、胸腔外科醫學會另表示本項主要由外科系與消化性內視鏡專科執行，執行方式為經口及食道，惟少部分臨床可不經「食道」執行。考量本項執行的院所相對較少，中文名稱修訂建議徵詢臨床實際有執行本項專家之意見。

(三)與會專家及學會表示因 Eckart score 指標其四種評估(胸痛、胃食道逆流、吞嚥困難、體重減輕)較為主觀，施行本治療需

先進行「高解析度食道壓力檢查」跟「鋸劑吞嚥食道攝影」已足夠，同意不將 Eckart score 納入適應症。

(四)有關終身執行一次為原則，再次執行病歷上詳述之理由，與會專家建議應在審查注意事項中註明哪些理由可以再次施行，以免造成審查標準不一致。

(五)考量止血器及前端套屬手術過程必要之醫材，本署建議內含於支付點數。

結論：

(一)本案經與會專家討論後建議新增，說明如下：

1.項目名稱：經口內視鏡食道肌肉切開術(Peroral endoscopic myotomy, POEM)

2.適應症範圍：

(1)貴門鬆弛不能。

(2)食道蠕動困難。

3.禁忌症：腫瘤（包含良性、惡性）引起的狹窄、食道破裂、食道出血、感染性食道疾病、壞死性食道疾病。

4.適用類別：地區醫院以上／住院使用。

5.支付點數：54,659 點（含內視鏡電刀、止血夾、內視鏡用拋棄式前端套）。

6.執行頻率：每人終生限以執行一次為原則，如需再次執行，應於病歷上詳述理由。

7.專科別限制：消化系內視鏡專科、胸腔外科。

8.不得同時申報項目：

(1)28016C「上消化道泛內視鏡檢查」。

(2)28044B「細徑（迷你）探頭式內視鏡超音波」。

(3)47057B「經內視鏡施行食道擴張術」。

(4)47058B「食道內金屬支架置放術」。

- (5)47067B 「經內視鏡食道靜脈瘤結紮術」。
- (6)47074C 「上消化道內視鏡息肉切除術」。
- (7)47077B 「上消化道息肉切除術」。
- (8)47078B 「胃靜脈瘤硬化治療」。
- (9)47083C 「上消化道泛內視鏡異物摘除術」。
- (10)72050B 「內視鏡黏膜切除術」。

9. 應檢附下列文件於病歷備查：

- (1)須檢附「高解析度食道壓力檢查」(HRM) 與鋇劑吞嚥食道攝影 (Barium swallow-esophagogram) 之影像報告，以及術前、術中及術後各步驟之內視鏡影像。
 - (2)曾執行 71201B、71225B 或再次執行本項者，須檢附 HRM 及鋇劑吞嚥食道攝影檢查，證實第一次手術有效，惟再次復發才得執行並申報。
- (二)有關中文名稱是否需保留食道、再次施行本項之理由及其應檢附資料文字內容，將請台大醫院及三軍總醫院提供修訂意見。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：上午 11 時 35 分。

112年第10次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」

會議紀錄

時間：112年12月6日上午9點30分

地點：台北市信義路3段140號18樓大禮堂

主持人：李副署長丞華

紀錄：施沂廷

出席專家：略。

請假專家：略。

列席單位及人員：略。

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄：確認。

參、報告事項：

一、台灣消化系內視鏡醫學會建議新增「經口內視鏡食道肌肉切開術」診療項目案。

發言重點：

(一)經112年第8次會議討論，會議決議同意新增本項，並另請台大醫院及三軍總醫院協助提供有關中文名稱是否需保留「食道」、再次施行本項之理由及其應檢附資料文字內容等修訂意見。

(二)徵詢專家建議，考量本項為食道與胃肌肉切開手術，執行時均經過食道，中文名稱保留「食道」，英文不須加註，並表示再執行本項須重新執行「高解析度食道壓力檢查」與鋇劑吞嚥食道攝影並佐證。與會學會及專家均表示同意，無其他意見。

(三)因本案支付點數高，本署建議於支付規範新增第7點「本項點數包含內視鏡黏膜切除術專用的電燒刀、電燒止血器」，以敘明內含項目。

決定：本案經專家充分討論後，建議新增，綜整上次及本次會議結論如下：

(一)項目名稱：經口內視鏡食道肌肉切開術（Peroral endoscopic myotomy, POEM）

1. 適應症範圍：

- (1) 貴門鬆弛不能。
- (2) 食道蠕動困難。

2. 禁忌症：腫瘤（包含良性、惡性）引起的狹窄、食道破裂、食道出血、感染性食道疾病、壞死性食道疾病。

3. 執行頻率：每人終生限以執行一次為原則，如需再次執行，應於病歷上詳述理由。

4. 專科別限制：限消化系內視鏡專科、胸腔外科醫師執行。

5. 應檢附下列文件於病歷備查：

(1) 須檢附「高解析度食道壓力檢查」(HRM) 與鋇劑吞嚥食道攝影(Barium swallow-esophagogram)之影像報告，以及術前、術中及術後各步驟之內視鏡影像。

(2) 曾執行 71201B、71225B 或再次執行本項者，須檢附 HRM 及鋇劑吞嚥食道攝影檢查，證實第一次手術有效，惟再次復發才得執行並申報。

6. 不得同時申報項目：28016C、28044B、47057B、47058B、47067B、47074C、47077B、47078B、47083C、72050B。

7. 支付點數內含內視鏡黏膜切除術專用的電燒刀、電燒止血器。

肆、臨時動議：無。

伍、散會：上午 11 時 35 分。

113年第2次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」 會議紀錄

時間：113年3月6日上午9點30分

地點：台北市信義路3段140號18樓大禮堂

主持人：李副署長丞華

紀錄：黃思瑄

出席專家：略。

請假專家：略。

列席單位及人員：略。

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄：確認。

參、報告事項：

一、專家諮詢會議未結案件辦理追蹤進度表。

決定：洽悉。

肆、討論事項：

一、本署建議修訂 81028C「前置胎盤或植入性胎盤之剖腹產」開放層級案。

討論重點：

- (一) 本案經 112 年第 10 次本會議討論，建議「完全性前置胎盤、部分性前置胎盤及植入性胎盤手術」應限符合醫院緊急醫療能力分級評定屬高危險妊娠及新生兒醫療中度、重度級以上院所申報，並評估是否影響偏鄉提供服務，再提會討論。
- (二) 婦產科醫學會表示，考量是類高風險個案遇有緊急或是需由其他專科介入治療之情形，屬醫院層級才有辦法執行，爰同意限高危險妊娠及新生兒醫療重度級、中度以上院所方得申報本項目。另建議可將「前置胎盤」與「植入性胎盤」分別限制，屬「前置胎盤」可放寬予「地區醫院」執行；未符合資格，但因緊急進行手術處置而不得申報本項目者，仍可申報 81011C「有妊娠併發症之剖腹產術」或提供「轉診補助」。
- (三) 周產期醫學會表示，考量「前置胎盤」與「植入性胎盤」診斷難度差距甚遠，「植入性胎盤」不易事前診斷(約 80% 無法透過事前診斷發現)，建議分列為「完全性、部分性前置胎盤及植入性胎盤術」與「邊緣性前置胎盤及低位前置胎盤術」兩項支付不同價格。其中，「完全性、部分性前置胎盤」限高危險妊娠及新生兒醫療中度、重度級以上院所(地區醫院以上)方得申報；若術中才診斷出「植入性胎盤」，地區醫院或診所亦申報「邊緣性前置胎盤及植入性胎盤術」。
- (四) 醫師公會全國聯合會表示，鑑於產前診斷準確率的差異，建議「前置胎盤」與「植入性胎盤」應分列項目；若地區醫院具備高危險妊娠及新生兒醫療中度以上能力，應可獲得給付。
- (五) 與會專家表示：

1. 同意「具備高危險妊娠及新生兒醫療中度級以上」之醫院申報，但建議署方需針對申報案件逐案審查，確保高危險產婦受到安全、妥適的處置措施。
2. 鼓勵院所利用「子宮內轉診」機制，盡量能及時將高危險妊娠個案轉介到有能力處理的醫療院所，以避免母嬰因延誤治療或處置不當所造成永久性的傷害。
3. 未符合資格之醫療院所，若屬急迫性收治，無法於事先診斷的「植入性胎盤」高風險個案，仍應提供其依實際臨床處置核實申報，並於事後審查管理，另建議申報須檢附高危險妊娠孕產婦處置之標準流程，以落實管理機制。
4. 建議本項修正後，健保署對於「未能於產前診斷出植入性胎盤，後續申報處置給付」案件數以及審查通過比例進行蒐集分析。

結論：建議「完全性前置胎盤、部分性前置胎盤及植入性胎盤手術，限高危險妊娠及新生兒醫療重度級、中度級能力之急救責任醫院申報」，另增列「未能於產前診斷出植入性胎盤」之院所後續申報及加強專業審查文字，並請與會學會協助確認相關修訂文字。

二、台灣整形外科醫學會建議新增「顯微血管游離瓣手術-穿通枝瓣移植」等3項診療項目案。

討論重點：

- (一) 提案單位表示，考量穿通枝瓣移植手術項目相較現行顯微血管游離瓣移植手術，具有較高時間及人力成本，建議新增本項予以合理反應臨床投入，並鼓勵有志投入顯微重建手術之醫師，善用組織重建提升病人生活品質。
- (二) 與會學會表示，贊成新增，鑑於此項手術有其複雜性，培養醫師需投入相當的訓練，建議提高支付點數；並建議納入具有「顯微重建訓練資格」之其它有在執行的專科(如：骨科、口腔顎面外科、耳鼻喉科)。
- (三) 與會專家表示，考量執行本項需具相當訓練，並且耗時，所需住院醫師人力3人屬合理，另同意除整形外科之外，也將有執行的專科納入，並須確認「顯微重建訓練資格」之定義。

結論：

- (一) 本案經與會專家充分討論後建議新增，說明如下：
 1. 項目名稱：顯微血管游離瓣手術-穿通枝瓣移植(單區塊組織瓣、雙區塊組織瓣、三區塊以上組織瓣)(Micro vascular free flap - one-perforator, two-perforator, three-perforator and above)。
 2. 適應症：因為遺傳性缺損、腫瘤、外傷等因素所造成位於頭頸部、軀幹與四肢，大且深的軟組織缺損重建，而無法以縫合、植皮、局部皮瓣等方式重建之損傷，依供應皮瓣的血管分支數量計算區塊。
 3. 建議支付點數：「單區塊組織瓣」58,332點、「雙區塊組織瓣」65,794點、「三區塊以上組織瓣」73,255點。

4. 適用層級別：地區醫院以上／住診使用。
 5. 申報時須檢附手術中缺損照片、游離區塊瓣照片及術後縫合完成照片。
 6. 不得與顯微游離皮瓣手術(62032B~62038B)合併申報為原則，若因病情需要，須於病歷上註明原因並加強審查。
- (二) 有關專科別限制，請健保署會後徵詢骨科、口腔顎面外科、耳鼻喉科，並請相關學會提供「顯微重建手術」訓練認證規範之文字修訂建議。

四、臺灣病理學會建議修訂 12195B 「Her-2/neu 原位雜交」適應症。

討論重點：

- (一) 提案單位表示，因應健保抗癌藥物 trastuzumab 成分藥品於 109 年 2 月 1 日增列「Her-2 過度表現(IHC3+或 FISH+)轉移性胃腺癌或胃食道接合處腺癌」適應症，惟現行 12195B 適應症「Her-2/neu 原位雜交」限侵襲性乳癌適用，爰建議修訂適應症增列胃癌。
- (二) 與會專家均表示同意增列上述適應症，以扣合健保抗癌藥物使用規範，並同意酌修本項中文名稱。

結論：本案經與會學會及專家充分討論後，建議修訂說明如下：

- (一) 修訂中文名稱：第二型人類表皮生長因子受體(Her-2/neu)原位雜合檢驗。
- (二) 修訂適應症：
 1. 乳癌中之 invasive carcinoma(侵襲性癌)、轉移性胃腺癌(或胃食道接合處腺癌)。
 2. 本法為 IHC 染色結果之輔助檢查方法，不可單獨使用。
 3. 此法僅適用於 Her-2/neu IHC score 為 2+ 之乳癌或胃腺癌(或胃食道接合處腺癌)患者。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：12 時 28 分。

預立醫療照護諮商(ACP)納入健保給付討論會議

會議紀錄

時 間：113 年 3 月 1 日（星期五）上午 10 時

地 點：中央健康保險署 9 樓第一會議室

主 席：石署長崇良

紀錄：高翊庭

出席專家(職稱敬略)：略

出席單位(職稱敬略)：略

壹、主席致詞：略。

貳、討論事項：新增「預立醫療照護諮商」診療項目案，提請討論。

討論重點：

一、與會單位建議預立醫療照護諮商應獨立列項，不與 02020B 「緩和醫療家庭諮詢費」整併。

二、支付點數：

1. 與會單位表示依據衛生福利部公告預立醫療照護諮商自費價格以 3,500 元為上限，建議調整支付點數，以增加醫事人員參與意願，並反應所投入之成本。

2. 與會單位表示緩和醫療家庭諮詢與預立醫療照護諮商討論內容不盡相同，考量曾接受緩和醫療家庭諮詢之病人對安寧療護有基本認識，爰調整為「未曾申報或該次住院僅申報 1 次 02020B 者」與「同次住院已申報 2 次 02020B 者」分列不同支付點數，分別為 3,000 點與 1,500 點。

三、適應症：

1. 部分與會專家表示適應症與臨床實際現況不符，應包含健康者及病人，惟考量特約醫事服務機構提供保險醫療服務之保險對象為發生疾病、傷害事故或生育者，及健保資源有限，爰本案給付對象為住院病人。

2. 與會專家表示末期住院病人臨床以安寧緩和醫療條例執行為主，進行ACP比率甚少，建議刪除該適應症；且依照病人自主權利法規定，具完全行為能力之人，始得簽署預立醫療決定。
3. 本署原規劃納入65歲以上重大傷病住院病人，與會專家建議納入80歲以上住院病人，惟部分專家表示80歲以上病人可能不具有完全行為能力，認知能力不足。
4. 與會專家表示CDR 0.5分為疑似失智，與輕度失智(CDR 1分)不同，建議將「輕度失智病人」之文字刪除，保留CDR 0.5至1分作為適應症條件，以避免臨床混淆。

四、相關規範：

1. 諮詢時間：考量病人住院日數短，召集家屬時間有限，醫護人員得於住院期間內分段向病人說明ACP，爰不限制個案諮詢時間，惟仍應符合病人自主權利法之規定簽署預立醫療決定(AD)。
2. 申報規定：
 - (1) 與會單位表示預立醫療照護檢核表及預立醫療決定書於簽署完成後，院所即掃描上傳至醫事司資料庫，紙本交由病人自行保存。
 - (2) 醫事司表示預立醫療照護諮詢推廣獎勵計畫及居家失能個案家庭醫師照護方案是以院所為單位給予獎勵，與會專家建議以病人是否簽署預立醫療決定為申報依據即可。

五、有關是否得採團體諮詢形式，與會專家表示住院期間團體諮詢比例較少，病人不一定都住在同一間病房，大多以個人諮詢為主。

決議：預立醫療照護商費支付標準規劃如下：

- 一、符合下列任一適應症，且具完全行為能力之住院病人：
 - (一) 65歲以上重大傷病。

- (二) 臨床失智評估量表(CDR)0.5 至 1 分。
- (三) 病人自主權利法第 14 條第 1 項第 5 款所列臨床條件。
- (四) 居家醫療照護整合計畫收案對象。
- (五) 80 歲以上住院病人(待計算財務影響評估是否列入)。

二、相關規範：

- (一) 諮詢參與人員：依病人自主權利法之規定辦理。
- (二) 諮詢紀錄：應有完整的諮詢溝通內容紀錄，並應併入病人之病歷紀錄留存，紀錄有參與諮詢醫療團隊及病人或家屬簽名，並簽署預立醫療決定(AD)。
- (三) 申報規定：
 1. 已簽署預立醫療決定者，不得申報本項。
 2. 每人終生以申報一次為限。
 3. 應於申報前完成 AD 之健保卡註記，未完成者本項不予以支付。

三、支付點數：

- (一) 未曾申報或該次住院僅申報 1 次 02020B「緩和醫療家庭諮詢費」者，每人 3,000 點。
- (二) 同次住院申報 2 次 02020B 者，每人 1,500 點。

參、散會：下午 12 時 0 分。

表一、113 年建議新增醫療服務給付項目及財務影響評估彙整表(計 6 項目)

序號	中文名稱	主要臨床功能及目的	適應症/支付規範	建議支付點數		建議 支付 點數 (含一 般材 料費) A	被替代項目及替代率					預估 年執行 量 E	預估年增點數 (百萬點) F=	
				表定點 數	表列 材料費 %		被替代 診療項 目	中文名稱 B	支付 點數 C	替代率 D	醫令 申報 量 (112 年)			
1	經口內視鏡食道肌肉切開術	本項適應症為食道鬆弛不能，相較於傳統診療方式，本項具有體表無傷口、術式時間短、手術風險較低、恢復快等優點，臨牀上確有需求，爰建議新增。	<p><u>1.限住診病人符合下列任一適應症：</u></p> <p>(1)貴門鬆弛不能。</p> <p>(2)食道蠕動困難。</p> <p><u>2.禁忌症：腫瘤（包含良性、惡性）引起的狹窄、食道破裂、食道出血、感染性食道疾病、壞死性食道疾病。</u></p> <p><u>3.支付規範：</u></p> <p>(1)限消化系內視鏡專科、胸腔外科醫師。</p> <p>(2)每人終生以執行一次為原則，如需再次執行，應於病歷上詳述理由。</p> <p>(3)病歷應檢附下列文件備查：</p> <p>A.「高解析度食道壓力檢查」(HRM)與鋇劑吞嚥食道攝影 (Barium swallow-esophagogram)之影像報告，以及術前、術中及術後各步驟之內視鏡影像。</p> <p>B.曾執行 71201B「食道肌切開術」、71225B「胸腔鏡或腹腔鏡食道肌肉切開術」或再次執行本項者，須檢附 HRM 及鋇劑吞嚥食道攝影檢查，證實第一次手術有效，惟再次復發才得執行並申報。</p> <p>(5)不得同時申報項目：28016C「上消化道泛內視鏡檢查」、28044B「細徑(迷你)探頭式內視鏡超音波」、47057B「經內視鏡施行食道擴張術」、47058B「食道內金屬支架置放術」、47067B「經內視鏡食道靜脈瘤結紮術」、47074C「上消化道內視鏡息肉切除術」、47077B「上消化道息肉切除術」、47078B「胃靜脈瘤硬化治療」、47083C「上消化道泛內視鏡異物摘除術」、72050B「內視鏡黏膜切除術」。</p> <p>4.一般材料費得另加計百分之一百五十七，內含內視鏡黏膜切除術專用的電燒刀、電燒止血器。</p>	16,674	157%	42,852	71201B	食道肌切開術	19,081	80%	19	223	8.53	(2) 註 1
							71225B	胸腔鏡或腹腔鏡食道肌肉切開術	27477	80%	34			
2	顯微血管游離瓣手術 — 穿通枝瓣移植 — 單區塊組織瓣	本項係使用於頭頸、四肢與軀幹之軟組織廣泛缺損，合併重要結構（例如骨骼、神經、血管與肌腱等）	<p><u>1.適應症：因遺傳性缺損、腫瘤、外傷等因素，以致位於頭頸部、軀幹與四肢軟組織缺損須重建，且無法以縫合、植皮、局部皮瓣等方式重建之損傷，依供應皮瓣的血管分支數量計算區塊。</u></p>	47,775	23%	58,763	62032B	顯微血管游離瓣手術 — 皮瓣移植	40,739	75%	3,222	1,959	51.18	(2)
3	顯微血管游離瓣手術 — 穿通枝瓣移植 — 雙區塊組織瓣	暴露而無法以簡單縫合或局部皮瓣修補之重建手術，於執行穿通枝皮瓣移植時摘取皮瓣，將該血管自肌肉層分離，可保留原部位大部分的肌肉，以降低病人組織傷害及功能影響。	<p><u>2.支付規範：</u></p> <p>(1)限整形外科、口腔顎面外科專科醫師，或具手外科訓練之骨科專科醫師、顯微重建訓練資格之耳鼻喉科專科醫師。</p> <p>(2)須檢附手術中缺損照片、游離區塊瓣照片及術後縫合完成照片。</p> <p>(3)不得與顯微游離皮瓣手術 (62032B~62038B) 合併申報為原則，若因病情需要，須於病歷上註明原因並加強審查。</p> <p>3.單區塊組織瓣：一般材料費得另加計百分之二十三。</p> <p>4.雙區塊組織瓣：一般材料費得另加計百分之二十。</p> <p>5.三區塊以上組織瓣：一般材料費得另加計百分之十七。</p>	55,237	20%	66,284	62033B	顯微血管游離瓣手術 — 肌肉移植	40,950	25%	296	522		
4	顯微血管游離瓣手術 — 穿通枝瓣移植 — 三區塊以上組織瓣			62,698	17%	73,357	62034B	顯微血管游離瓣手術 — 骨移植	58,663	15%	427	131		
							62037B	顯微血管游離瓣手術 — 游離筋膜瓣移植	40,739	75%	76			

序號	中文名稱	主要臨床功能及目的	適應症/支付規範	建議支付點數		建議 支付 點數 (含一 般材 料費) A	被替代項目及替代率					預估 年執行 量 E	預估年增點數 (百萬點)	
				表定點 數	表列 材料費 %		被替代 診療項 目	中文名稱	支付 點數 B	替代率 C	醫令 申報 量 D (112 年)			
5	預立醫療照護諮詢費	為尊重病人醫療自主，保障病人善終權益，為減輕病人負擔，並增加病人諮詢意願，爰建議新增。 「和醫療家庭諮詢費」者	1.符合下列任一適應症，且具完全行為能力之住院病人： (1)65 歲以上重大傷病。 (2)臨床失智評量表(CDR)0.5 至 1 分。 (3)病人自主權利法第 14 條第 1 項第 5 款所列臨床條件。 (4)居家醫療照護整合計畫收案對象。 2.相關規範： (1)諮詢參與人員：依病人自主權利法之規定辦理。 (2)諮詢紀錄：應有每次會議完整的諮詢溝通內容紀錄，並應將影本併入病人之病歷紀錄留存，紀錄有參與諮詢醫療團隊及病人或家屬簽名，並簽署預立醫療決定。 (3)申報規定： A.已簽署預立醫療決定者，不得申報本項。 B.每人終生以申報一次為限。 C.應於申報前完成預立醫療決定之健保卡註記，未完成者本項不予支付。	3,000		3,000							81,566	244.7
6	預立醫療照護諮詢費	同次住院申報 2 次 「緩和醫療家庭諮詢費」者				1,500			1,500					註 3
(1) 6 項新增項目 小計											合計	304.41		

註：

註 1. 本項財務評估說明如下：

- (1)查 30526B 為 110 年 3 月 1 日生效之診療項目，統計 112 年主、次診斷符合適應症(K220、K224)且曾併報 30526B 「高解析食道壓力檢查」為 318 人，參考提案單位建議執行比率 70% 計算，預估約 223 人 [318*70%] 執行本項，財務支出約 9.56 百萬點。[=223*42,852=9,555,996]
- (2)替代項：以 112 年申報 71201B、71225B 人數 19 人、34 人及零成長率計算，參考提案單位及多數徵詢意見建議替代率為 80~90% (以 80% 推估)，執行人數分別為 15 人、27 人，推估約替代 1.03 百萬點。[=15*19,081+27*27,477=1,028,094]
- (3)綜上，扣除替代項後，推估財務支出約增加 8.53 百萬點。[=9.56-1.03=8.53]

註 2. 本項財務評估說明如下：

- (1)替代項：本項替代傳統診療項目為 62032B、62033B、62034B 及 62037B，統計 110 年至 112 年於住診申報次數 3,222 件、296 件、427 件、76 件，參考提案單位建議替代率 75%、25%、15%、75% 計算，推估 112 年執行本項為 2,612 件，以平均年成長率 0%、0%、0%、24.5%，推估約替代 108.14 百萬點。[=(3,222*75%)*40,739+(296*25%)*40,950+(427*15%)*58,663+(76*75%*(1+24.5%))*40,739=108,143,364]
- (2)以 112 年執行量 2,612 件、零成長，並參考提案單位建議執行比率單區塊 75%、雙區塊 20%、三區塊以上 5% 計算，預估年執行量單區塊為 1,959 件、雙區塊為 522 件、三區塊以上為 131 件，預估約增加 159.33 百萬點。[=2,612*75%*58,763+2,612*20%*66,284+2,612*5%*73,357=159,323,903]
- (3)綜上，扣除替代項後，推估約增加財務支出 51.18 百萬點。[=159,323,903-108,143,364=51,180,539]

註 3：參考徵詢學會推估參與 ACP 且簽署 AD 者約 30% 為執行率，並均以 3,000 點進行推估。合計增加支出約 244.7 百萬點。【=165.8+41.0+0.4+37.5】

- (1)統計 112 年 65 歲以上且免部分負擔代碼為 001 住院病人 184,246 人，依執行率推估執行人數約 55,274 人 【=184,246*30%】，增加財務支出約 165.8 百萬點 【=55,274*3,000】。
- (2)統計 112 年主、次診斷符合失智症（前 3 碼為 F01-F04、G30、G31，前 4 碼為 G912，全碼為 F1027、F1097、F1327、F1397、F1897、F1927、F1997）住院 79,048 人，依衛生福利部「失智症個案資訊整合鼓勵資料上傳計畫」，CDR=0.5-1 個案占登錄個案 57.6%，再依執行率推估執行人數約 13,659 人 【=79,048*57.6%*30%】，增加財務支出約 41.0 百萬點 【=13,659*3,000】。
- (3)統計 112 年住診主診斷符合病人自主權利法第 14 條第 1 項第 5 款罕病 (E849、G10、G111、G129、G120、G121、G1221、G710、G712、Q810、Q811、Q812、Q818、Q819) 病人 410 人，依執行率推估執行人數約 123 人 【=410*30%】，增加財務支出約 0.4 百萬點 【=123*3,000】。(4)統計 112 年門診「特定治療項目」欄位任一代號為 EC 「全民健康保險居家醫療整合照護試辦計畫」41,695 人，依執行率推估執行人數約 12,509 人 【=41,695*30%】，增加財務支出約 37.5 百萬點 【=12,509*3,000】。

表二、113 年建議建議修訂/新增醫療服務給付項目及財務影響評估彙整表(共 7 項：修訂 5 項併新增 2 項)

序號	診療編號	名稱	修訂說明	適應症/相關規範	建議支付點數 A	原支付點數 B	調整點數 C=A-B	預估全國執行量 D	預估年增點數 (百萬點) E=A*D
1	12195B	<u>第二型人類表皮生長因子受體(Her-2/neu)原位雜交合檢驗</u>	考量現行藥品給付規定於 109 年 2 月 1 日增列「Trastuzumab 合併 capecitabine (或 5-fluorouracil) 及 cisplatin 適用於未曾接受過化學治療之 HER2 過度表現 (IHC3+或 FISH+) 轉移性胃腺癌 (或胃食道接合處腺癌)」，爰依臨床實務修訂支付規範文字，併修訂中文名稱。	適應症： 1.乳癌中之 invasive carcinoma(侵襲性癌)與、轉移性胃腺癌 (或胃食道接合處腺癌)。 2.本法為 IHC 染色結果之輔助檢查方法，不可單獨使用。 3.此法僅適用於 Her-2/neu IHC score 為 2+之乳癌或胃腺癌 (或胃食道接合處腺癌)患者。	10,400	10,400		2,698	28.06
2	81028C	前置胎盤或植入性胎盤之剖腹產	考量前置胎盤或植入性胎盤之剖腹產易併發產後大出血，其生產院所應具相當之緊急處置能力，為保障母嬰安全，爰建議限定完全性前置胎盤、部分性前置胎盤及植入性胎盤之執行醫院資格。	註： 1.完全性前置胎盤、部分性前置胎盤及植入性胎盤手術應符合下列規範： (1)限高危險妊娠及新生兒醫療中度級、重度級能力之急救責任醫院申報。 (2)執行植入性胎盤剖腹產惟未符合前述規範之院所，申報時應於病歷註明無法事前診斷理由，並檢附植入性胎盤之證明(如病理報告等)，採逐案審查。 2.合併非治療性闊尾切除不另給付。					限縮執行院所資格，不增加財務支出。
3	12207B	白血病即時定量聚合酶連鎖反應法(LDTs)	考量現行實驗室自行研發檢驗技術 (LDTs)、體外診斷醫療器材 (IVD) 管理方式不同，爰修訂支付規範，俾利管理及臨床申報。	註：(僅摘錄第 2 點) 2.支付規範： 一百十三年二月八日以前限具 BCR-ABL1 或具 PML-RARA 及 RUNX1-ETO 及 CBFB-MYH11 檢測項目有通過美國病理學會(The College of American Pathologists, CAP)、財團法人全國認證基金會(Taiwan Accreditation Foundation, TAF)認證、台灣病理學會之分子實驗室認證或經衛生福利部食品藥物管理署精準醫療分子檢測實驗室認證(列冊登錄)之分子實驗室檢測，由特約醫事服務機構申報；一百十三年二月九日以後限衛生福利部核准之實驗室開發檢測施行計畫表列醫療機構申報。					修訂支付規範，不增加支出。
4	12217B	白血病即時定量聚合酶連鎖反應法(IVD)		註： 1.適應症： (1)含有 BCR-ABL1 之慢性骨髓性白血病(chronic myelogenous leukemia, CML)與急性白血病。 (2)含有 PML-RARA、RUNX1-ETO 與 CBFB-MYH11 之急性骨髓性白血病(acute myeloid leukemia, AML)。 2.支付規範：限具 BCR-ABL1 或具 PML-RARA 及 RUNX1-ETO 及 CBFB-MYH11 檢測項目有通過美國病理學會(The College of American Pathologists, CAP)、財團法人全國認證基金會 (Taiwan Accreditation Foundation, TAF)認證、台灣病理學會之分子實驗室認證或經衛生福利部食品藥物管理署精準醫療分子檢測實驗室認證(列冊登錄)之分子實驗室檢測，並需檢附 IVD 檢測試劑進貨證明，由特約醫事服務機構申報。 3.上述之醫事服務機構應報經保險人核定，如有異動，應重行報請核定。	3571	3571			新增項目支付點數與原項目相同，爰不增加支出。
5	30104B	All-RAS 基因突變分析(LDTs) All-RAS mutation testing(LDTs)	考量現行實驗室自行研發檢驗技術 (LDTs)、體外診斷醫療器材 (IVD) 管理方式，爰修訂支付規範，俾利管理及臨床申報。	註：(僅摘錄第 2 點) 2.支付規範： (1)本檢測應包含 KRAS(外顯子[exon]2、3 與 4)與 NRAS(外顯子 2、3 與 4)之突變分析。 (2)限使用已確診之腫瘤病理組織或細胞檢體做檢測，並於檢測報告上註明診斷與腫瘤細胞百分比。 (3) 一百十三年二月八日以前限具大腸直腸癌 ALL RAS 基因檢測項目通過美國病理學家學會(The College of American Pathologists, CAP)、財團法人全國認證基金會(Taiwan Accreditation Foundation, TAF)、台灣病理學會之分子實驗室認證或經衛生福利部食品藥物管理署精準醫療分子檢測實驗室認證(列冊登錄)之實驗室檢測，由特					修訂支付規範，不增加支出。

序號	診療編號	名稱	修訂說明	適應症/相關規範	建議支付點數 A	原支付點數 B	調整點數 $C=A-B$	預估全國執行量 D	預估年增點數 (百萬點) $E=A*D$
				<p style="color: red;"><u>約醫事服務機構申報；一百十三年二月九日以後限衛生福利部核准之實驗室開發檢測施行計畫表列醫療機構申報。</u></p> <p>(4)執行本項之醫事服務機構應報經保險人核定，如有異動，仍應重行報請經核定。</p> <p>(5)檢測報告上應註明方法學與檢測平台。</p> <p>(6)限解剖病理專科醫師簽發報告，並於檢測報告上加註專科醫師證書字號。</p> <p>(7)限符合適應症規範者用藥前之伴隨式檢測，每人終生限給付一次。</p>					
6	30106B	All-RAS 基因突變分析(IVD) All-RAS mutation testing(IVD)		<p>註：</p> <p>1.適應症：符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準附件六藥品給付規定第九節抗癌瘤藥物 9.27.Cetuximab 及 9.53.Panitumumab 之轉移性直腸結腸癌病人。</p> <p>2.支付規範：</p> <p>(1)本檢測應包含 KRAS(外顯子[exon]2、3 與 4)與 NRAS(外顯子 2、3 與 4)之突變分析。</p> <p>(2)限使用已確診之腫瘤病理組織或細胞檢體做檢測，並於檢測報告上註明診斷與腫瘤細胞百分比。</p> <p>(3)醫療機構以體外診斷醫療器材(IVD)執行本項，限具大腸直腸癌 ALL-RAS 基因檢測項目通過美國病理學家學會 (The College of American Pathologists, CAP)、財團法人全國認證基金會(Taiwan Accreditation Foundation, TAF)、台灣病理學會之分子實驗室認證或經衛生福利部食品藥物管理署精準醫療分子檢測實驗室認證(列冊登錄)之實驗室檢測，並需檢附 IVD 檢測試劑進貨證明，由特約醫事服務機構申報。</p> <p>(4)執行本項之醫事服務機構應報經保險人核定，如有異動，仍應重行報請經核定。</p> <p>(5)檢測報告上應註明方法學與檢測平台。</p> <p>(6)限解剖病理專科醫師簽發報告，並於檢測報告上加註專科醫師證書字號。</p> <p>(7)限符合適應症規範者用藥前之伴隨式檢測，每人終生限給付一次。</p>					新增項目支付點數與原項目相同，爰不增加支出。
7	30102B	肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變實驗室自行研發檢測(LDTs)	依現行特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法之規定辦理，爰修訂支付規範。	<p>註：(僅摘錄第 2 點)</p> <p>支付規範：</p> <p>(1)限使用已確診之腫瘤病理組織或細胞檢體做檢測，並於檢測報告上註明診斷與腫瘤細胞百分比。</p> <p>(2)一百十三年二月八日以前限具肺癌 EGFR 基因檢測項目通過美國病理學家學會(The College of American Pathologists, CAP)、財團法人全國認證基金會(Taiwan Accreditation Foundation, TAF)、台灣病理學會之分子實驗室認證之實驗室或經衛生福利部食品藥物管理署精準醫療分子檢測實驗室認證(列冊登錄)之實驗室檢測，由特約醫事服務機構申報；一百十三年二月九日以後限衛生福利部核准之實驗室開發檢測施行計畫表列醫療機構申報。</p> <p>(3)執行本項之醫事服務機構應報經保險人核定，如有異動，仍應重行報請核定。</p> <p>(4)檢測報告上應註明方法學與檢測平台。</p> <p>(5)限解剖病理專科醫師簽發報告，並於檢測報告上加註專科醫師證書字號。</p> <p>(6)限符合適應症規範者用藥前之伴隨式檢測，每人終生限給付一次。</p> <p>(7)不得同時申報編號 30101B。</p>					修訂支付規範，不增加支出。

(2) 7 項新增修訂項目 小計

28.06

註：參考 106 年至 110 年癌症登記年報，推估 113 年胃癌檢測人數 2,698 人，推估財務支出約 28.06 百萬點 [=2,698*10,400]。

003-1診療項目成本分析表(108年新參數校正)

□現有項目 ■新增項目

項目名稱：經口內視鏡食道肌肉切開術
 提案單位：台灣消化系內視鏡醫學會
 錄案編號：1091069

單位：元

用 人 成 本	人員別	人數	每人分鐘 成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計	備註
	1.主治醫師以上	1	39.1	150	5,865	9,405	
	2.住院醫師						
	3.護理人員	1	7.6	150	1,140		
	4.醫事人員	2	8	150	2,400		
	5.行政人員	4	5.9	10	59		
	6.工友、技工						
直 接 成 本	品名	單位	單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計	
	特浦消化管內視鏡用穿刺針	PC	730	1.0	730	26,139	
不計價 材料或 藥品成 本	Glyeetose	BOT	44	1.0	44		
	Water for injection 20ml/amp	AMP	3.5	3.0	11		
	Water sterilized 500ml/bot	BOT	18.0	2.0	36		
	酒精棉片	PC	30.0	1.0	30		
	NaCl 0.9% 20ml/amp	AMP	3.5	1.0	4		
	Cidex-OPA適滴鄰苯二甲醯 高層次消毒劑	瓶	1,190.0	0.1	119		
	Cidex-OPA消毒液濃度測試 紙	張	0.2	1.0	0		
	內視鏡用清洗刷(單刷)	張	160.0	1.0	160		
	福馬林10%(10L)	支	-	1.0	-		
	成人雙極導電迴路版	AMP	9.0	3.0	27		
	3CC塑膠空針附針23GX1"	CA	1.1	2.0	2		
	5CC塑膠空針附針23GX1"	PC	1.5	4.0	6		
	塑膠空針不附針50ml	BOT	7.3	2.0	15		
	10CC塑膠空針附針22GX1- 1/4"	PK	1.8	1.0	2		
	塑膠空針不附針20ml	PC	2.2	1.0	2		
	隔離手套(未消毒)手扒	PC	0.1	8.0	1		
	抽取式PVC檢診手套(未 消)(M(無粉))	PR	0.5	8.0	4		
	抽取式乳膠檢診手套(S(有 粉))	PR	0.6	8.0	5		
	塑膠針頭18GX40MM	PC	0.5	1.0	0		
	放大型胃鏡用拋棄式前端套	PC	625.0	1.0	625		
	口咬器(50mm)內視鏡室用	PC	16.9	1.0	17		
	不織布藍色醫師帽(鬆緊帶)	PC	1.0	3.0	3		
	不織短鞋套(藍色)	PC	3.0	8.0	24		
	Alcohol 75% 4000ml/bot	PC	210.0	1.0	210		
	外科接管 230cm	PC	15.0	1.0	15		
	Scopolamine 20mg/ml/amp	BOX	5.6	1.0	6		
	Lidocaine jelly 2% 30gm/tube	TUBE	73.0	1.0	73		
不計價 材料或 藥品成 本	Syrup Dimethicone 20mg/ml(300ml/bot)	BOT	320.0	1.0	320		
	口腔棉球6"10枝/包 已消毒	BX	1.4	5.0	7		
	紗布塊4"X4" 16摺 未消毒	PC	0.8	5.0	4		
	地板式抽吸蓄瓶 2000cc(藍)(含止液閥)	PC	33.0	1.0	33		
	普通IV SET 單針Y型	PC	6.3	1.0	6		
	NaCl 0.9% 500ml/amp	PK	15.5	1.0	16		
	不織布口罩(耳掛式 18X11cm)	PC	1.5	4.0	6		
	醫療器械用清潔液 4CA/箱	CA	720.0	0.0	7		
	環型電刀導電片(不帶線)雙 極#9160F	PC	29.0	1.0	29		
	海捷特關節腔注射劑2.5cc	BOX	300.0	1.0	300		
	微創可旋轉重複開閉軟組織 夾11mm	PC	650.0	6.0	3,900		
	"FDE-410UR/LR" Single Use Hemostatic Forceps 早期 癌用電燒止血器(衛署醫器輸 字第013951號)	PC	2,185.0	1.0	2,476		
	內視鏡運送袋	PC	48.0	1.0	48		

直接成本	止血夾	PC		190	5.0	950	除以醫院總額部門 近4季 (108Q1~108Q4)浮動 點值之平均值 0.88231404元
	放大型胃鏡用拋棄式前端套	PC		1455	1.0	1,455	
	內視鏡黏膜切除術專用電燒刀	PC		17,341.0	1.0	19,654	
設備費用	名稱	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本
	1.內視鏡影像系統主機CV-290及光源機CLV-290	3,400,000	7	5.0	140	700	2,310
	2.內視鏡專用CO2充氣機	260,000	7	0.4	140	53	
	3.GE-Daxh 2500(SaO2,BP,EXG三合一監視器)	300,000	7	0.4	—	—	
	4.內視鏡用液晶螢幕 OVE262H	200,000	7	0.3	140	41	
	5.電子式胃鏡	1,050,000	7	1.5	140	216	
	6.內視鏡清洗機	800,000	7	1.2	50	59	
	7.內視鏡專用電燒機	1,250,000	7	1.8	140	257	
	8.彩色雷射印表機	32,500	7	0.0	—	—	
	9.超音波清洗機	800,000	7	1.2	60	71	
房屋折舊	小計					1,397	
	非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %					395	
	平方公尺或坪數	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間(分)	成本小計	
	10	920,000	50	0.18	20	3.5	
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)× 28.7 %						515	
直接成本合計						37,854	
作業及管理費用(直接成本 × 13.1 %)						4,959	
成本總計						42,813	

003-1診療項目成本分析表(108年新參數校正)

現有項目 新增項目

項目名稱：顯微血管游離瓣手術-穿通枝瓣移植-單區塊組織瓣(手術時間360分鐘)

項目編號：1121003-1

提案單位：台灣整形外科醫學會

成本分析資料醫事機構名稱：台北榮民總醫院/基隆長庚紀念醫院

單位：元

	人員別	人 數	每人每分鐘成 本	耗用時間 (分)	成本小計	成本合計	
用人 成本	1. 主治醫師以上	1	39.1	360	14,076	37,368	
	2. 住院醫師	3	16.5	360	17,820		
	3. 護理人員	2	7.6	360	5,472		
	4. 醫事人員	0	8	0	0		
	5. 行政人員	1	7.7	20	153		
	6. 工友、技工	1	7.0	60	421		
直接 成本	品 名	單 位	單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計	
	無菌紗布，4 x 4，2片／包	PK	3.58	20.00	72	10,557	
	彈繩		25.00	3.00	75		
	彈紗		25.00	3.00	75		
	消毒棉卷，立體 6 X 100 ft	RL	60.00	2.00	120		
	外科手術用手套，7#，無菌	PR	9.30	2.00	19		
	外科手術用手套，6.5#，無菌	PR	9.20	2.00	18		
	外科接管，無菌，350 cm	EA	25.40	2.00	51		
	外科手術刀片(無菌) 15#，100支/ 盒	EA	1.40	2.00	3		
	手術記號筆(無菌)超薄	EA	23.00	1.00	23		
	廢料收集袋，白色	EA	37.00	1.00	37		
	塑膠注射器附針頭，10cc，無菌——	EA	4.20	5.00	21		
	軟式針頭，24#		40.00	1.00	40		
	透氣膠帶1/2"	EA	5.98	1.00	6		
	外科縫合線 4-0	EA	70.50	5.00	353		
	外科縫合線 3-0	EA	45.20	5.00	226		
	Gelfoam		300.00	1.00	300		
	Vessel loop	EA	198.00	2.00	396		
	Lidocaine 2%	EA	60.00	2.00	120		
	Heparin	EA	166.00	1.00	166		
	Dextran		233.00	1.00	233		
	Alprostadi1		569.00	5.00	2,845		
	生理食鹽水，0.9%，500cc		25.00	2.00	50		
	Urokinase		939.00	1.00	939		
	Hemoclip (連發·中)		3,500.00	2.00	7,000		
	Hemoclip (連發·小)		2,400.00	10.00	24,000		
	大手術包	PKG	250.00	1.00	250		
	雙件手術衣包(含毛巾4條)	PKG	80.00	3.00	240		
	小手術衣包	PKG	70.00	2.00	140		
	綠色中單包	PKG	80.00	1.00	80		
	治療巾包	PKG	40.00	1.00	40		
	5 1/2" Backhaus towel fosceps x 4	PKG	70.00	1.00	70		
	P-S set	PKG	350.00	1.00	350		
	P-S Micro set	PKG	300.00	1.00	300		
	Elevator x 3	PKG	65.00	1.00	65		
	Denhart mouth gag & Wieder tongue depressor	PKG	65.00	1.00	65		
	Hemoclip apply	PKG	65.00	1.00	65		
	Mastoid retractor x 2(11-614)	PKG	75.00	1.00	75		

不計 價材 料或 藥品 成本	7" + 9" Teeth forceps aa 1, Debakey+point foceps	PKG	160.00	1.00	160		
	6" Ultracut scissors (05-0601-SC) x 1	PKG	120.00	1.00	120		
	燈把	PKG	50.00	1.00	50		
	臉盆包	PKG	110.00	2.00	220		
	個案車	PKG	100.00	1.00	100		
	歐氏盤	PKG	70.00	1.00	70		
	三盤包	PKG	110.00	1.00	110		
	皮膚包	PKG	50.00	1.00	50		
	手控電刀線，無菌	EA	45.00	1.00	45		
	導尿包		19.00	1.00	19		
	Foley 尿管		55.00	1.00	55		
	尿袋		27.00	1.00	27		
	驅血帶			1.00	0		
	消毒包			2.00	0		
	消毒溶液			1.00	0		
	9-0 Nylon 縫線		570.00	3.00	1,710		
	Jackson-Pratt 引流管		285.00	2.00	570		
	Penrose 引流管		60.00	2.00	120		
	Vacuum-ball 引流球		221.00	2.00	442		
	成人用電刀迴路板（單極，不帶線）	EA	210.00	1.00	210		
直接 成 本	名稱	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本
	手術用顯微鏡	4,516,706	7	6.6	120	797	3,651
	手術用止血帶充氣機（含壓脈帶）	230,000	7	0.3	120	41	
	手術中杜卜勒血流監測儀	29,400	7	0.0	30	1	
	顯微手術器械	200,000	7	0.3	120	35	
	電燒止血機	220,500	7	0.3	360	117	
	手術燈	661,500	7	1.0	360	350	
	手術台	1,300,000	7	1.9	360	688	
	手術病患脂肪墊	60,000	7	0.1	360	32	
	小計					2,060	
	非醫療設備=醫療設備 ×		28.3%			583	
	房屋 折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間	成本小計
	1. 手術室約14坪/間 2. 建置20萬/坪	2,800,000	50	0.54	360	194.44	
	維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用) × 28.7%					814.00	
直接成本合計							51,576
作業及管理費用(直接成本 × 13.1 %)							6,756
成本總計							58,332

回推手術項表定點數、加成率及支付點數(含一般材料費)

A人力	37,368
B不計價材	10,557
C設備費+房屋折舊+維修費用	3,651
D作業及管理費用	6,756
E回推手術加成率=B/(A+C+D)	22.10%
F表定點數(A+C+D)	47,775
G手術加成率 =(E無條件進位)	23.00%
H支付點數(含一般材料費)四捨五入 =F*(1+G)	58,763

003-1診療項目成本分析表(108年新參數校正)

現有項目 新增項目

項目名稱：顯微血管游離瓣手術-穿通枝瓣移植-雙區塊組織瓣(手術時間420分鐘)

項目編號：1121003-2

提案單位：台灣整形外科醫學會

成本分析資料醫事機構名稱：台北榮民總醫院/基隆長庚紀念醫院

單位：元

	人員別	人數	每人每分鐘成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計
用人 成本	1. 主治醫師以上	1	39.1	420	16,422	43,596
	2. 住院醫師	3	16.5	420	20,790	
	3. 護理人員	2	7.6	420	6,384	
	4. 醫事人員	0	8	0	0	
	5. 行政人員	1	7.7	20	153	
	6. 工友、技工	1	7.0	60	421	
直接 成本	品名	單位	單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計
	無菌紗布，4 x 4, 2片/包	PK	3.58	20.00	72	10,557
	彈端		25.00	3.00	75	
	彈紗		25.00	3.00	75	
	消毒棉卷，立體 6 X 100 ft	RL	60.00	2.00	120	
	外科手術用手套，7#，無菌	PR	9.30	2.00	19	
	外科手術用手套，6.5#，無菌	PR	9.20	2.00	18	
	外科接管，無菌，350 cm	EA	25.40	2.00	51	
	外科手術刀片(無菌) 15#，100支/盒	EA	1.40	2.00	3	
	手術記號筆(無菌)超薄	EA	23.00	1.00	23	
	廢料收集袋，白色	EA	37.00	1.00	37	
	塗膠注射器附針頭，10cc，無菌	EA	4.20	5.00	21	
	款式針頭-24#		40.00	1.00	40	
	透氣膠帶1/2"	EA	5.98	1.00	6	
	外科縫合線 4-0	EA	70.50	5.00	353	
	外科縫合線 3-0	EA	45.20	5.00	226	
	Gelfoam		300.00	1.00	300	
	Vessel loop	EA	198.00	2.00	396	
	Lidocaine 2%	EA	60.00	2.00	120	
	Heparin	EA	166.00	1.00	166	
	Dextran		233.00	1.00	233	
	Alprostadi1		569.00	5.00	2,845	
	生理食鹽水，0.9%，500cc		25.00	2.00	50	
	Urokinase		939.00	1.00	939	
	Hemoclip (連發-中)		3,500.00	2.00	7,000	
	Hemoclip (連發-小)		2,400.00	10.00	24,000	
	大手術包	PKG	250.00	1.00	250	
	雙件手術衣包(含毛巾4條)	PKG	80.00	3.00	240	
	小手術衣包	PKG	70.00	2.00	140	
	綠色中單包	PKG	80.00	1.00	80	
	治療巾包	PKG	40.00	1.00	40	
	5 1/2" Backhaus towel fosceps x 4	PKG	70.00	1.00	70	
	P-S set	PKG	350.00	1.00	350	
	P-S Micro set	PKG	300.00	1.00	300	
	Elevator x 3	PKG	65.00	1.00	65	
	Denhart mouth gag & Wieder tongue depressor	PKG	65.00	1.00	65	
	Hemoclip apply	PKG	65.00	1.00	65	
	Mastoid retractor x 2(11-614)	PKG	75.00	1.00	75	

不計 價材 料或 藥品 成本	7" + 9" Teeth forceps aa 1, Debakey+point foceps	PKG	160.00	1.00	160		
	6" Ultracut scissors (05-0601-SC) x 1	PKG	120.00	1.00	120		
	燈把	PKG	50.00	1.00	50		
	臉盆包	PKG	110.00	2.00	220		
	個案車	PKG	100.00	1.00	100		
	歐氏盤	PKG	70.00	1.00	70		
	三盤包	PKG	110.00	1.00	110		
	皮膚包	PKG	50.00	1.00	50		
	手控電刀線，無菌	EA	45.00	1.00	45		
	導尿包		19.00	1.00	19		
	Foley 尿管		55.00	1.00	55		
	尿袋		27.00	1.00	27		
	驅血帶			1.00	0		
	消毒包			2.00	0		
	消毒溶液			1.00	0		
	9-0 Nylon 縫線		570.00	3.00	1,710		
	Jackson-Pratt 引流管		285.00	2.00	570		
	Penrose 引流管		60.00	2.00	120		
	Vacuum-ball 引流球		221.00	2.00	442		
	成人用電刀迴路板（單極，不帶線）	EA	210.00	1.00	210		
直接 成 本	名稱	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本
	手術用顯微鏡	4,516,706	7	6.6	120	797	4,020
	手術用止血帶充氣機（含壓脈帶）	230,000	7	0.3	120	41	
	手術中杜卜勒血流監測儀	29,400	7	0.0	30	1	
	顯微手術器械	200,000	7	0.3	120	35	
	電燒止血機	220,500	7	0.3	420	136	
	手術燈	661,500	7	1.0	420	408	
	手術台	1,300,000	7	1.9	420	802	
	手術病患脂肪墊	60,000	7	0.1	420	37	
	小計					2,258	
	非醫療設備=醫療設備 ×		28.3 %			639	
設備 費用	平方公尺或坪數	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間	成本小計	
	1. 手術室約14坪/間 2. 建置20萬/坪	2,800,000	50	0.54	420	226.85	
	維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用) × 28.7%					896.00	
直接成本合計							58,173
作業及管理費用(直接成本 × 13.1 %)							7,621
成本總計							65,794

回推手術項表定點數、加成率及支付點數(含一般材料費)

A人力	43,596
B不計價材	10,557
C設備費+房屋折舊+維修費用	4,020
D作業及管理費用	7,621
E回推手術加成率=B/(A+C+D)	19.11%
F表定點數(A+C+D)	55,237
G手術加成率 =(E無條件進位)	20.00%
H支付點數(含一般材料費)四捨五入 =F*(1+G)	66,284

003-1診療項目成本分析表(108年新參數校正)

現有項目 新增項目

項目名稱：顯微血管游離瓣手術-穿通枝瓣移植-三區塊以上組織瓣(手術時間480分鐘)

項目編號：1121003-3

提案單位：台灣整形外科醫學會

成本分析資料醫事機構名稱：台北榮民總醫院/基隆長庚紀念醫院

單位：元

	人員別	人 數	每人每分鐘成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計
用人成本	1. 主治醫師以上	1	39.1	480	18,768	49,824
	2. 住院醫師	3	16.5	480	23,760	
	3. 護理人員	2	7.6	480	7,296	
	4. 醫事人員	0	8	0	0	
	5. 行政人員	1	7.7	20	153	
	6. 工友、技工	1	7.0	60	421	
直接成本	品 名	單 位	單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計
	無菌紗布，4 x 4，2片／包	PK	3.58	20.00	72	10,557
	彈繩		25.00	3.00	75	
	彈紗		25.00	3.00	75	
	消毒棉卷，立體 6 X 100 f t	RL	60.00	2.00	120	
	外科手術用手套，7#，無菌	PR	9.30	2.00	19	
	外科手術用手套，6.5#，無菌	PR	9.20	2.00	18	
	外科接管，無菌，350 cm	EA	25.40	2.00	51	
	外科手術刀片(無菌) 15#，100支/盒	EA	1.40	2.00	3	
	手術記號筆(無菌)超薄	EA	23.00	1.00	23	
	廢料收集袋，白色	EA	37.00	1.00	37	
	塑膠注射器附針頭，10cc，無菌	EA	4.20	5.00	21	
	軟式針頭，24#		40.00	1.00	40	
	透氣膠帶1/2"	EA	5.98	1.00	6	
	外科縫合線 4-0	EA	70.50	5.00	353	
	外科縫合線 3-0	EA	45.20	5.00	226	
	Gelfoam		300.00	1.00	300	
	Vessel loop	EA	198.00	2.00	396	
	Lidocaine 2%	EA	60.00	2.00	120	
	Heparin	EA	166.00	1.00	166	
	Dextran		233.00	1.00	233	
	Alprostadil		569.00	5.00	2,845	
	生理食鹽水，0.9%，500cc		25.00	2.00	50	
	Urokinase		939.00	1.00	939	
	Hemoclip (連發，中)		3,500.00	2.00	7,000	
	Hemoclip (連發，小)		2,400.00	10.00	24,000	
	大手術包	PKG	250.00	1.00	250	
	雙件手術衣包(含毛巾4條)	PKG	80.00	3.00	240	
	小手術衣包	PKG	70.00	2.00	140	
	綠色中單包	PKG	80.00	1.00	80	
	治療巾包	PKG	40.00	1.00	40	
	5 1/2" Backhaus towel fosceps x 4	PKG	70.00	1.00	70	
	P-S set	PKG	350.00	1.00	350	
	P-S Micro set	PKG	300.00	1.00	300	
	Elevator x 3	PKG	65.00	1.00	65	
	Denhart mouth gag & Wieder tongue depressor	PKG	65.00	1.00	65	
	Hemoclip apply	PKG	65.00	1.00	65	
	Mastoid retractor x 2(11-614)	PKG	75.00	1.00	75	

不計 價材 料或 藥品 成本	7" + 9" Teeth forceps aa 1, Debakey+point foceps	PKG	160.00	1.00	160		
	6" Ultracut scissors (05-0601-SC) x 1	PKG	120.00	1.00	120		
	燈把	PKG	50.00	1.00	50		
	臉盆包	PKG	110.00	2.00	220		
	個案車	PKG	100.00	1.00	100		
	歐氏盤	PKG	70.00	1.00	70		
	三盤包	PKG	110.00	1.00	110		
	皮膚包	PKG	50.00	1.00	50		
	手控電刀線，無菌	EA	45.00	1.00	45		
	導尿包		19.00	1.00	19		
	Foley 尿管		55.00	1.00	55		
	尿袋		27.00	1.00	27		
	驅血帶			1.00	0		
	消毒包			2.00	0		
	消毒溶液			1.00	0		
	9-0 Nylon 縫線		570.00	3.00	1,710		
	Jackson-Pratt 引流管		285.00	2.00	570		
	Penrose 引流管		60.00	2.00	120		
	Vacuum-ball 引流球		221.00	2.00	442		
	成人用電刀迴路板（單極，不帶線）	EA	210.00	1.00	210		
直接 成 本	名稱	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本
	手術用顯微鏡	4,516,706	7	6.6	120	797	4,389
	手術用止血帶充氣機（含壓脈帶）	230,000	7	0.3	120	41	
	手術中杜卜勒血流監測儀	29,400	7	0.0	30	1	
	顯微手術器械	200,000	7	0.3	120	35	
	電燒止血機	220,500	7	0.3	480	156	
	手術燈	661,500	7	1.0	480	467	
	手術台	1,300,000	7	1.9	480	917	
	手術病患脂肪墊	60,000	7	0.1	480	42	
	小計					2,455	
	非醫療設備=醫療設備 ×		28.3%			695	
房屋 折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間	成本小計	
	1. 手術室約14坪/間	2,800,000	50	0.54	480	259.26	
	2. 建置20萬/坪					979.00	
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)× 28.7%							
直接成本合計							64,770
作業及管理費用(直接成本 × 13.1 %)							8,485
成本總計							73,255

回推手術項表定點數、加成率及支付點數(含一般材料費)

A人力	49,824
B不計價材	10,557
C設備費+房屋折舊+維修費用	4,389
D作業及管理費用	8,485
E回推手術加成率=B/(A+C+D)	16.84%
F表定點數(A+C+D)	62,698
G手術加成率 =(E無條件進位)	17.00%
H支付點數(含一般材料費)四捨五入 =F*(1+G)	73,357

113 新增修診療項目預算執行情形

辦理進度	會議時間	序號	內容			推估預算 (百萬點)
			類別	新增修診療項目		
113.3.1 生效實施	112.12.14 共擬會議 討論	1	新增	冠狀動脈旋磨斑塊切除術		10.65
			(1)通過其中 1 項以 113 年預算 小計			10.65 0.00
預 計	113.1.16	2	新增	心內超音波		0.12
113.4.1 生效實施	共擬會議 討論	3	新增	磁振造影使用 Primovist 造影劑加計		48.57
		4	新增	神經調控通氣輔助呼吸治療及橫膈膜電位訊號監測(一天)		1.91
		5	新增	大腸息肉切除術 -4-9 顆		4.96 2.82
		6	新增	大腸息肉切除術 -10 顆以上		
		1	修訂	編號 49027C 「大腸息肉切除術」	不影響	不影響
		2	修訂	編號 33126B 「經皮椎體成形術(第一節)」支付規範	不影響	不影響
		3	修訂	編號 74207C 「經直腸大腸息肉切除術」	不影響	不影響
		4	刪除	編號 49014C 「大腸鏡息肉切除術」支付規範	不影響	不影響
		5	修訂	編號 67003B 「胸骨或肋骨骨折開放復位手術」中文名稱	不影響	不影響
		6	修訂	編號 18033B 「經食道超音波心圖」支付規範	不影響	不影響
		7	修訂	編號 33049B 「順行性靜脈 X 光攝影」支付規範	不影響	不影響
		8	修訂	編號 57001B 「侵襲性呼吸輔助器使用費 一天」支付規範	不影響	不影響
		9	修訂	編號 57023B 「非侵襲性陽壓呼吸治療一天」支付規範	不影響	不影響
		10	修訂	編號 57029C 「震動式高頻呼吸器治療」支付規範	不影響	不影響
		11	修訂	編號 57030B 「濕化高流量氧氣治療 - 第一天照護費 (含管路特材)」支付規範	不影響	不影響
		12	修訂	編號 57031B 「濕化高流量氧氣治療 - 第二天後照護費 (天)」支付規範	不影響	不影響
		(2)通過 17 項 小計			55.56	2.82
	113.3.21 共擬會議 討論 (討一)	7	新增	實體腫癌次世代基因定序-BRCA1/2 基因檢測	226.00	
		8	新增	實體腫癌次世代基因定序-小套組(≤ 100 個基因)		
		9	新增	實體腫癌次世代基因定序-大套組 (> 100 個基因)		
		10	新增	血液腫癌次世代基因定序-小套組(≤ 100 個基因)	61.20	
		11	新增	實體腫癌次世代基因定序-大套組 (> 100 個基因)		
		(3)通過 2 項 小計			287.20	

辦理進度	會議時間	序號	內容		推估預算 (百萬點)	
			類別	新增修診療項目	醫院	基層
	113.3.21 共擬會議討論 (討二)	9	新增	經口內視鏡食道肌肉切開術	8.53	
		10	新增	顯微血管游離瓣手術—穿通枝瓣移植 —單區塊組織瓣	51.18	
		11	新增	顯微血管游離瓣手術—穿通枝瓣移植—雙區塊組織瓣		
		12	新增	顯微血管游離瓣手術—穿通枝瓣移植—三區塊 (含)以上組織瓣		
		13	新增	預立醫療照護商費-未曾申報或該次住院僅申報 1 次 02020B 「緩和醫療家庭諮詢費」者	244.70	
		14	新增	預立醫療照護商費-同次住院申報 2 次 02020B 「緩和醫療家庭諮詢費」者		
		15	新增	All-RAS 基因突變分析(IVD)	不影響	
		16	新增	白血病即時定量聚合酶連鎖反應法(IVD)	不影響	
		13	修訂	編號 12195B 「Her-2/neu 原位雜交」適應症	28.06	
		14	修訂	編號 81028C 「前置胎盤或植入性胎盤之剖腹產」 支付規範	不影響	
		15	修訂	編號 12207B 「白血病即時定量聚合酶連鎖反應法」 支付規範	不影響	
		16	修訂	編號 30104B 「All-RAS 基因突變分析」中英文名 稱及支付規範	不影響	
		17	修訂	編號 30102B 「肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變 實驗室自行研發檢測(LDT)」	不影響	
		(4)通過 13 項 小計		332.47		
		共擬(1)~(4)共計增修訂 33 項合計			685.88	2.82
		餘			414.12	43.18

1. 醫院總額：113 年新增修訂診療項目預算 1100 百萬元，已執行 685.88 百萬點，尚餘 414.12 百萬元。

2. 西醫基層總額：113 年新增修訂診療項目預算 46 百萬元，已執行 2.82 百萬點，尚餘 43.18 百萬元。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目 修正規定

第二部 西醫

第一章 基本診療

第二節 住院診察費

編號	診療項目	基層	地區	區域	醫學	支付點數
		院所	醫院	醫院	中心	
02028B	<u>預立醫療照護諮詢費</u> <u>-未曾申報或該次住院僅申報1次02020B「緩和醫療家庭諮詢費」者</u>	V	V	V		<u>3000</u>
02029B	<u>-同次住院申報2次02020B「緩和醫療家庭諮詢費」者</u> <u>註：</u> <u>1. 02028B及02029B符合下列任一適應症，且具完全行為能力之住院病人：</u> <u>(1)65歲以上重大傷病。</u> <u>(2)臨床失智評估量表(CDR)0.5至1分。</u> <u>(3)病人自主權利法第14條第1項第5款所列臨床條件。</u> <u>(4)居家醫療照護整合計畫收案對象。</u> <u>2. 相關規範：</u> <u>(1)諮詢參與人員：依病人自主權利法之規定辦理。</u> <u>(2)諮詢紀錄：應有每次會議完整的諮詢溝通內容紀錄，並應將影本併入病人之病歷紀錄留存，紀錄有參與諮詢醫療團隊及病人或家屬簽名，並簽署預立醫療決定。</u> <u>(3)申報規定：</u> <u>A.已簽署預立醫療決定者，不得申報本項。</u> <u>B.每人終生以申報一次為限。</u> <u>C.應於申報前完成預立醫療決定之健保卡註記，未完成者本項不予支付。</u>	V	V	V		<u>1500</u>

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosisand Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

第六項 免疫學檢查 Immunology Examination (12001-12217)

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
12195B	<p><u>第二型人類表皮生長因子受體(Her-2/neu)原位雜交合檢驗</u> Her-2/neu in situ hybridization (ISH)</p> <p>註：</p> <p>適應症：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.乳癌<u>中</u>之invasive carcinoma(侵襲性癌)、<u>轉移性胃腺癌</u>(或<u>胃食道接合處腺癌</u>)。 2.本法為IHC染色結果之輔助檢查方法，不可單獨使用。 3.此法僅適用於Her-2/neu IHC score為2+之乳癌<u>或胃腺癌</u>(或<u>胃食道接合處腺癌</u>)患者。 		v	v	v	10400
12207B	<p>白血病即時定量聚合酶連鎖反應法(LDTs) RQ-PCR(Real Time Quantitative PCR)for leukemia(LDTs)</p> <p>註：</p> <p>1.適應症：</p> <ol style="list-style-type: none"> (1)含有BCR-ABL1之慢性骨髓性白血病(chronic myelogenous leukemia，CML)與急性白血病。 (2)含有PML-RARA、RUNX1-ETO與CBFB-MYH11之急性骨髓性白血病(acute myeloid leukemia，AML)。 <p>2.支付規範：<u>一百十二年二月八日以前限具BCR-ABL1或具PML RARA及RUNX1 ETO及CBFB MYH11檢測項目有通過美國病理學會(The College of American Pathologists, CAP)、財團法人全國認證基金會(Taiwan Accreditation Foundation, TAF)認證、台灣病理學會之分子實驗室認證或經衛生福利部食品藥物管理署精準醫療分子檢測實驗室認證(列冊登錄)之分子實驗室檢測，由特約醫事服務機構申報；一百十二年二月九日以後限衛生福利部核准之實驗室開發檢測施行計畫表列醫療機構申報。</u></p> <p>3.執行本項之醫事服務機構應報經保險人核定，如有異動，應重行報請核定。</p>		v	v	v	3571
12217B	<p>白血病即時定量聚合酶連鎖反應法(IVD) RQ-PCR(Real Time Quantitative PCR)for leukemia(IVD)</p> <p>註：</p> <p>1.適應症：</p> <ol style="list-style-type: none"> (1)含有BCR-ABL1之慢性骨髓性白血病(chronic myelogenous leukemia，CML)與急性白血病。 		v	v	v	3571

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p>(2)含有PML-RARA、RUNX1-ETO與CBFB-MYH11之急 性骨髓性白血病(acute myeloid leukemia，AML)。</p> <p>2. 支付規範：限具 BCR-ABL1 或具 PML-RARA 及 RUNX1-ETO 及 CBFB-MYH11 檢測項目有通過美國病 理學會 (The College of American Pathologists, CAP)、財 團法人全國認證基金會 (Taiwan Accreditation Foundation, TAF)認證、台灣病理學會之分子實驗室認證或經衛生福 利部食品藥物管理署精準醫療分子檢測實驗室認證(列冊 登錄)之分子實驗室檢測，並需檢附 IVD 檢測試劑進貨證 明，由特約醫事服務機構申報。</p> <p>3. 執行本項之醫事服務機構應報經保險人核定，如有異動， 應重行報請核定。</p>					

第二十四項 伴隨式診斷 Companion Diagnostics (30101-30106)

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
30102B	<p>肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變實驗室自行研發檢測(LDTs) EGFR mutation Laboratory Developed Test</p> <p>註：</p> <p>1.適應症：</p> <ul style="list-style-type: none"> (1)限復發或轉移性(第IV期)之非小細胞且非鱗狀上皮肺癌，於使用EGFR標靶藥物前得申請檢測。 (2)第IIIB期及第IIIC期，經肺癌多專科團隊討論，無法以外科手術完全切除、且不適合放射化學治療，於使用EGFR標靶藥物前得申請檢測。 <p>2.支付規範：</p> <ul style="list-style-type: none"> (1)限使用已確診之腫瘤病理組織或細胞檢體做檢測，並於檢測報告上註明診斷與腫瘤細胞百分比。 (2)一百十二年二月八日以前限具肺癌EGFR基因檢測項目通過美國病理學家學會(The College of American Pathologists, CAP)、財團法人全國認證基金會(Taiwan Accreditation Foundation, TAF)、台灣病理學會之分子實驗室認證之實驗室或經衛生福利部食品藥物管理署精準醫療分子檢測實驗室認證(列冊登錄)之實驗室檢測，由特約醫事服務機構申報；一百十二年二月九日以後限衛生福利部核准之實驗室開發檢測施行計畫表列醫療機構申報。 (3)執行本項之醫事服務機構應報經保險人核定，如有異動，仍應重行報請核定。 (4)檢測報告上應註明方法學與檢測平台。 (5)限解剖病理專科醫師簽發報告，並於檢測報告上加註專科醫師證書字號。 (6)限符合適應症規範者用藥前之伴隨式檢測，每人終生限給付一次。 (7)不得同時申報編號30101B。 			v	v	6755
30104B	<p>All-RAS基因突變分析(LDTs) All-RAS mutation testing(LDTs)</p> <p>註：</p> <p>1.適應症：符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準附件六藥品給付規定第九節抗癌瘤藥物9.27.Cetuximab及9.53.Panitumumab之轉移性直腸結腸癌病人。</p> <p>2.支付規範：</p> <ul style="list-style-type: none"> (1)本檢測應包含KRAS(外顯子[exon]2、3與4)與NRAS(外顯子2、3與4)之突變分析。 (2)限使用已確診之腫瘤病理組織或細胞檢體做檢測，並於檢測報告上註明診斷與腫瘤細胞百分比。 			v	v	8872

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p>(3) 百十二年二月八日以前限具大腸直腸癌ALL-RAS基因檢測項目通過美國病理學家學會(The College of American Pathologists, CAP)、財團法人全國認證基金會(Taiwan Accreditation Foundation, TAF)、台灣病理學會之分子實驗室認證或經衛生福利部食品藥物管理署精準醫療分子檢測實驗室認證(列冊登錄)之實驗室檢測，由特約醫事服務機構申報；百十二年二月九日以後限衛生福利部核准之實驗室開發檢測施行計畫表列醫療機構申報。</p> <p>(4)執行本項之醫事服務機構應報經保險人核定，如有異動，仍應重行報請經核定。</p> <p>(5)檢測報告上應註明方法學與檢測平台。</p> <p>(6)限解剖病理專科醫師簽發報告，並於檢測報告上加註專科醫師證書字號。</p> <p>(7)限符合適應症規範者用藥前之伴隨式檢測，每人終生限給付一次。</p>					
30106B	<p><u>All-RAS基因突變分析(IVD)</u> <u>All-RAS mutation testing(IVD)</u></p> <p><u>註：</u></p> <p>1.適應症：符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準附件六藥品給付規定第九節抗癌瘤藥物9.27.Cetuximab及9.53.Panitumumab之轉移性直腸結腸癌病人。</p> <p>2.支付規範：</p> <p>(1)本檢測應包含KRAS(外顯子[exon]2、3與4)與NRAS(外顯子2、3與4)之突變分析。</p> <p>(2)限使用已確診之腫瘤病理組織或細胞檢體做檢測，並於檢測報告上註明診斷與腫瘤細胞百分比。</p> <p>(3)限具大腸直腸癌 ALL-RAS 基因檢測項目通過美國病理學家學會(The College of American Pathologists, CAP)、財團法人全國認證基金會(Taiwan Accreditation Foundation, TAF)、台灣病理學會之分子實驗室認證或經衛生福利部食品藥物管理署精準醫療分子檢測實驗室認證(列冊登錄)之實驗室檢測，並需檢附IVD檢測試劑進貨證明，由特約醫事服務機構申報。</p> <p>(4)執行本項之醫事服務機構應報經保險人核定，如有異動，仍應重行報請經核定。</p> <p>(5)檢測報告上應註明方法學與檢測平台。</p> <p>(6)限解剖病理專科醫師簽發報告，並於檢測報告上加註專科醫師證書字號。</p> <p>(7)限符合適應症規範者用藥前之伴隨式檢測，每人終生限給付一次。</p>	v	v	v		8872

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosisand Treatment

第七節 手術

第一項 皮膚 Integumentary System (62001-62075 , 63017)

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
62073B	<p>顯微血管游離瓣手術—穿通枝瓣移植 <u>Microvascular free flap - perforator flap</u></p> <p>—單區塊組織瓣 <u>one-perforator</u></p> <p>註：</p> <p>1.適應症：因遺傳性缺損、腫瘤、外傷等因素，以致位於頭頸部、軀幹與四肢軟組織缺損須重建，且無法以縫合、植皮、局部皮瓣等方式重建之損傷，依供應皮瓣的血管分支數量計算區塊。</p> <p>2.支付規範：</p> <p>(1)限整形外科、口腔顎面外科專科醫師，或具手外科訓練之骨科專科醫師、顯微重建訓練資格之耳鼻喉科專科醫師。</p> <p>(2)須檢附手術中缺損照片、游離區塊瓣照片及術後縫合完成照片。</p> <p>(3)不得與顯微游離皮瓣手術(62032B~62038B)合併申報為原則，若因病情需要，須於病歷上註明原因並加強審查。</p> <p>3.一般材料費得另加計百分之二十三。</p>		V	V	V	47775
62074B	<p>一雙區塊組織瓣 <u>two-perforators</u></p> <p>註：</p> <p>1.適應症：因遺傳性缺損、腫瘤、外傷等因素，以致位於頭頸部、軀幹與四肢軟組織缺損須重建，且無法以縫合、植皮、局部皮瓣等方式重建之損傷，依供應皮瓣的血管分支數量計算區塊。</p> <p>2.支付規範：</p> <p>(1)限整形外科、口腔顎面外科專科醫師，或具手外科訓練之骨科專科醫師、顯微重建訓練資格之耳鼻喉科專科醫師。</p> <p>(2)須檢附手術中缺損照片、游離區塊瓣照片及術後縫合完成照片。</p>		V	V	V	55237

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
62075B	<p>(3)不得與顯微游離皮瓣手術(62032B~62038B)合併申報為原則，若因病情需要，須於病歷上註明原因並加強審查。</p> <p>3.一般材料費得另加計百分之二十。</p> <p>一三區塊以上組織瓣 three-perforators and above</p> <p>註：</p> <p>1.適應症：因遺傳性缺損、腫瘤、外傷等因素，以致位於頭頸部、軀幹與四肢軟組織缺損須重建，且無法以縫合、植皮、局部皮瓣等方式重建之損傷，依供應皮瓣的血管分支數量計算區塊。</p> <p>2.支付規範：</p> <p>(1)限整形外科、口腔顎面外科專科醫師，或具手外科訓練之骨科專科醫師、顯微重建訓練資格之耳鼻喉科專科醫師。</p> <p>(2)須檢附手術中缺損照片、游離區塊瓣照片及術後縫合完成照片。</p> <p>(3)不得與顯微游離皮瓣手術(62032B~62038B)合併申報為原則，若因病情需要，須於病歷上註明原因並加強審查。</p> <p>3.一般材料費得另加計百分之十七。</p>		V	V	V	62698

第五項 胸腔 Thoracic

二、食道 Esophagus (71201-71230)

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
71230B	<p>經口內視鏡食道肌肉切開術</p> <p>註：</p> <p>1.限住診病人符合下列任一適應症：</p> <p>(1)貴門鬆弛不能。</p> <p>(2)食道蠕動困難。</p> <p>2.禁忌症：腫瘤（包含良性、惡性）引起的狹窄、食道破裂、食道出血、感染性食道疾病、壞死性食道疾病。</p> <p>3.支付規範：</p> <p>(1)限消化系內視鏡專科、胸腔外科醫師。</p> <p>(2)每人終生以執行一次為原則，如需再次執行，應於病歷上詳述理由。</p> <p>(3)病歷應檢附下列文件備查：</p> <p>A.「高解析度食道壓力檢查」(HRM)與鋇劑吞嚥食道攝影 (Barium swallow-esophagogram) 之影像報告，以及術前、術中及術後各步驟之內視鏡影像。</p> <p>B.曾執行71201B、71225B或再次執行本項者，須檢附HRM及鋇劑吞嚥食道攝影檢查，證實第一次手術有效，惟再次復發才得執行並申報。</p> <p>(5)不得同時申報項目：28016C、28044B、47057B、47058B、47067B、47074C、47077B、47078B、47083C、72050B。</p> <p>4.一般材料費得另加計百分之一百五十七，內含內視鏡黏膜切除術專用的電燒刀、電燒止血器。</p>		V	V	V	16674

第十三項 女性生殖

八、自然生產、剖腹產及流產 Deliverysection、Cesarean & Abortion (81001-81037)

編號	診療項目	基	地	區	醫	支	付
		層	域	學	中	點	數
院	醫	院	心				
81028C	<p>前置胎盤或植入性胎盤之剖腹產 C/S due to placenta previa or placenta accreta</p> <p>註：</p> <p>1. <u>完全性前置胎盤、部分性前置胎盤及植入性胎盤手術應符合下列規範：</u></p> <p>(1)限高危險妊娠及新生兒醫療中度級、重度級能力之急救責任 <u>醫院申報。</u></p> <p>(2)執行植入性胎盤剖腹產惟未符合前述規範之院所，申報時應 <u>於病歷註明無法事前診斷理由，並檢附植入性胎盤之證明(如 病理報告等)，採逐案審查。</u></p> <p>2. 合併非治療性闌尾切除不另給付。</p>	v	v	v	v	30199	

討論事項

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：新增「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」案。

說明：

一、依據衛生福利部 112 年 12 月 26 日衛部健字第 1123360189 號公告「113 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」辦理。

二、預算來源，依收案院所分列如下：

(一) 地區醫院：由醫院總額「地區醫院全人全社區照護計畫」專款支應。

(二) 醫學中心、區域醫院及基層診所：由其他預算之「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」支應。

(三) 本計畫所列虛擬(行動)健保卡相關獎勵金，由其他預算之「提升院所智慧化醫療資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路寬頻補助費用」項下支應。

三、本計畫係提供急性感染症患者住院替代服務，避免個案因感染症疾病住院，促使醫療資源有效應用。計畫內容概述如下
(方案草案詳如附件，頁次討 3-5~3-29)：

(一) 醫療服務提供者資格

1. 參與院所資格

(1) 「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」(下稱居整計畫)照護團隊。

(2) 依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 21 條規定報經保險人同意至照護機構提供一般西醫門診服務，並參與衛生福利部「減少照護機構住民至醫療機構就醫方案」之特約醫事服務機構。

2. 本計畫由本保險特約醫事服務機構之醫事人員組成照護團隊提供醫療服務，參與計畫醫事人員資格如下：

- (1) 以本保險特約醫事服務機構之專任人員(醫師、護理人員、藥師、呼吸治療師)為限，醫師須具專科醫師資格。
- (2) 訪視人員應接受共同教育訓練 4 小時，並於參與本計畫起 1 年內完成相關專業訓練。

(二)收案院所限醫院及基層診所，收案對象經醫師評估為肺炎、尿路感染、軟組織感染，應住院治療但適合在宅/照護機構接受照護者，且須符合下列條件：

1. 居整計畫、「呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫」居家照護階段、「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第五部第一章居家照護及第三章安寧居家療護收案個案。
2. 參與衛生福利部「減少照護機構住民至醫療機構就醫方案」之照護機構住民。
3. 急診個案：限失能或因疾病特性致外出就醫不便之民眾。

(三)照護內容：

1. 醫師、護理人員、呼吸治療人員及藥事人員訪視服務。
2. 藥品處方調劑、檢驗(查)、個案健康管理、24 小時電話諮詢及緊急訪視服務。
3. 醫師應於收案 3 天內完成實地訪視，護理人員於照護期間應每天實地訪視；醫師未執行實地訪視時，仍應每日以通訊方式追蹤病人病情。
4. 主治醫師於相同時段內，收案以 20 人為上限。
5. 照護團隊應將病人收案、結案、護理人員訪視及其他醫療訪視紀錄記載於健保資訊網服務系統(VPN 系統)。

(四)給付項目及支付標準

1. 照護團隊可選擇「所有費用由收案院所申報」或「每日護理費由居家護理機構申報，其餘費用由收案院所申報」2種申報方式。
2. 每日醫療費、每日護理費及遠端生命徵象監測費採論日支付(每日醫療費2,050-4,929點，每日護理費1,404-2,317點，每日遠端生命徵象監測費400點)，依各疾病設定目標照護天數及上限天數如下，逾目標照護天數者，每日醫療費及每日護理費以五成支付，逾上限天數者不予支付：
 - (1) 肺炎：目標9天，上限14天。
 - (2) 尿路感染：目標7天，上限9天。
 - (3) 軟組織感染：目標6天，上限8天。
3. 醫師於收案當日完成實地訪視者，另給付醫師收案評估費2,640點。
4. 居家藥事照護費(880-1,452點)、呼吸治療人員訪視費(840-1,386點)及緊急訪視費(2,632-2,640點)採論次支付，壓傷、噴霧、氧氣照護管理指導費(1,000點)按件支付。
5. 鼓勵照護團隊使用床側檢驗(查)，依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」所列項目支付點數加計20%支付。
6. 回饋獎勵金：
 - (1) 為鼓勵照護團隊提升照護品質並即時結案，每件完成治療結案之在宅急症照護案件，以該疾病照護目標天數內之每日醫療費及每日護理費加總，作為「每件基本點數」；並以實際照護天數內之每日醫療費、每日護理費及緊急訪視費加總，作為「實際申報點數」。
 - (2) 當「每件基本點數」高於「實際申報點數」時，回饋差額之80%點數作為獎勵。

(3) 結案後 14 日內轉急診或轉住院個案、急診個案(支付點數與住院點數相當)不支付回饋獎勵金。

7. 綁定虛擬(行動)健保卡獎勵金：每名病人獎勵 200 點，限獎勵一次。

8. 虛擬(行動)健保卡申報指標獎勵金：依院所當年使用虛擬(行動)健保卡申報醫療費用之案件比率計算，每家院所獎勵 5,000-20,000 點，另每案件獎勵 10-40 點。

(五) 觀察指標：結案後 3 天(14 天)轉急診率、結案後 3 天(14 天)轉住院率、緩解完治率、超出計畫目標天數案件比率。

(六) 部分負擔：以實際照護天數計算每日醫療費及每日護理費之百分之五計收。

四、財務影響：

(一) 本計畫每件醫療費用推估，肺炎需 5.2 萬-6.5 萬點、尿路感染需 3.6-4.4 萬點、軟組織感染需 3.4 萬-4.1 萬點。

(二) 醫院總額「地區醫院全人全社區照護計畫」專款(其中 1.5 億元)，以每件醫療費用 6.5 萬點推估，約可執行 2,307 件。

(三) 其他預算「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」(2 億元)，以每件醫療費用 6.5 萬點推估，約可執行 3,076 件。

(四) 本計畫實施初期將採擇優試辦，定期監測預算執行情形，並視預算適當限制照護團隊收案件數，以達預算管控之目的。

擬辦：本案經討論後如獲同意，將依程序報請衛生福利部核定後，本署公告實施。

決議：

全民健康保險在宅急症照護試辦計畫(草案)

113年○月○日健保醫字第號公告訂定

一、 計畫依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、 計畫目的

- (一) 提供急症患者適當的居家醫療照護，提供住院的替代服務，避免因急性問題住院，促使醫療資源有效應用。
- (二) 減少照護機構住民因急性問題往返醫院，提供適切的急性照護。
- (三) 強化各級醫療院所垂直性轉銜的合作，提升照護品質。

三、 預算來源

- (一) 本計畫所列給付項目及支付標準、回饋獎勵金，依收案之特約醫事服務機構分列如下：
 1. 地區醫院：由醫院總額「地區醫院全人全社區照護計畫」專款支應。
 2. 醫學中心、區域醫院及基層診所：由其他預算之「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」支應。
- (二) 本計畫所列虛擬(行動)全民健康保險憑證(以下稱健保卡)相關獎勵金，由其他預算之「提升院所智慧化醫療資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路寬頻補助費用」項下支應。

四、 醫療服務提供者資格

(一) 參與條件及資格：

1. 「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」(下稱居整計畫)照護團隊。
2. 依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(下稱特管辦法)第 21 條規定報經保險人同意至照護機構提供一般西醫門診服務並參與衛生福利部「減少照護機構住民至醫療機構就醫方案」之特約醫事服務機構。

(二) 本計畫由本保險特約醫事服務機構之醫事人員組成在宅急症照護團隊提供醫療服務，其中訪視人員資格如下：

1. 各類訪視人員(醫師、護理人員、藥事人員、呼吸治療人員)以本保險特約醫事服務機構之專任人員為限，醫師須具專科醫師資格。
 2. 各類訪視人員應接受保險人認可之共同教育訓練四小時(詳附件 1)並取得證明，始得參與本計畫，並應於參與本計畫起 1 年內完成以下專業訓練：
 - (1) 護理人員：長期照顧專業(LevelII)。
 - (2) 藥事人員：經中華民國藥師公會全國聯合會培訓，取得居家藥事照護資格證書。
 - (3) 呼吸治療人員：經中華民國呼吸治療師公會全國聯合會培訓，取得呼吸治療人員專業課程證書。
 3. 中華民國護理師護士全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國呼吸治療師公會全國聯合會及相關公(學)會應提供完成受訓名單予在台灣在宅醫療學會彙整後，每半年送本署建檔。
- (三) 本計畫照護團隊應與後送醫院建立綠色通道，確保病人後送病房需求，並建立各類醫事人員及後送醫院之聯繫窗口，以利連結服務。
- (四) 本計畫照護團隊應提供個案健康管理及 24 小時電話諮詢服務。
- (五) 照護團隊應有個案管理人員負責協調、溝通及安排相關事宜；個案管理人員可由醫師、護理人員、呼吸治療人員或藥事人員擔任。
- (六) 照護團隊應提供本計畫所需藥品調劑及送藥服務，團隊應配置適當藥事人員或與特約藥局合作，負責調劑相關業務。
- (七) 參與本計畫之特約醫事服務機構及醫事人員於參與計畫日前二年內，不得有特管辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條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)。前述未曾涉及違規情事期間之認定，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) 特約醫事服務機構所屬醫師至病人住家或照護機構提供醫療服務，得視為符合醫師法第八條之二所稱應邀出診，不需經事先報准執業所在地主管機關；其他醫事人員須由所屬醫事服務機構進行造冊並向當地衛生主管機關及保險人申請核備。

五、計畫申請

- (一) 符合前述各項資格之照護團隊，由主責醫療機構於計畫公告1個月內，向保險人分區業務組提出參與計畫申請書(附件2，須檢附訪視人員教育訓練證明、照護團隊具體後送機制、當年預計執行案件量、通訊診療計畫、醫療費用申報方式)，經保險人分區業務組資格審核同意(含通訊診療計畫)後，始可參與本計畫；異動時亦同。逾期申請者，保險人分區業務組得視經費及實際需求受理申請。
- (二) 因經費有限，保險人分區業務組得審酌其執行能力等情形，擇優限定照護團隊辦理本計畫；並視經費使用情形，適當限制照護團隊執行案件量，以達經費管控目的。

六、收案對象及收案程序

- (一) 經醫師評估為肺炎(ICD-10：J12-J18、J20-J22、J69.0)、尿路感染(ICD-10：N10、N34、N30.0、N30.3、N30.8、N30.9、N39.0)、軟組織感染(ICD-10：L03.0、L03.1、L03.2、L03.3、L038、L039)，應住院治療但適合在宅接受照護者，且須符合下列條件：
1. 居整計畫、「呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫」居家照護階段、「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第五部第一章居家照護(下稱居家照護)及第三章安寧居家療護(下稱居家安寧)收案個案(下稱居家個案)。
 2. 參與衛生福利部「減少照護機構住民至醫療機構就醫方案」之照護機構住民。
 3. 急診個案：限失能(巴氏量表小於60分)或因疾病特性致外出就醫不便者。

(二) 收案院所以醫院及診所為主，收案期間主治醫師如有特殊原因，經報保險人分區業務組核定後，得更換主治醫師。

(三) 各照護對象由以下照護團隊提供服務：

1. 居家個案：由居整計畫照護團隊提供服務。

2. 照護機構住民：

(1) 由已參與衛生福利部「減少照護機構住民至醫療機構就醫方案」且經保險人同意至該照護機構提供一般西醫門診服務之特約醫事服務機構提供服務，並得與參與居整計畫之居家護理機構組成在宅急症照護團隊提供醫療服務。

(2) 如該照護機構住民同時為居家個案時，以前揭特約醫事服務機構優先提供服務。

3. 急診個案：

(1) 由居整計畫照護團隊提供本計畫服務。

(2) 居整個案由原照護團隊提供服務，原團隊未參與本計畫或未被收案者，由急診醫院之居整計畫照護團隊提供服務。

(四) 收案程序：病人經主治醫師評估符合收案條件者，且經完整說明後開立收案申請書，於收案後 24 小時內由健保資訊網服務系統(以下稱 VPN)送保險人備查，並請病人簽署同意書(附件 3)；保險人得視情況實地評估病人之醫療需求。

(五) 同一病人於相同照護期間，其他特約醫事服務機構不得再申請收案。

(六) 居家個案於本計畫照護期間，原參加計畫不需結案，並於本計畫結束後回歸原計畫持續照護。

(七) 主治醫師於相同時段內，收案以 20 人為上限。

七、 照護內容

主治醫師應整體評估病人之醫療需求，開立在宅急症照護醫囑，並得視醫療需要於病歷註明理由，連結其他醫事人員提供醫療服務。照護內容如下：

(一) 醫師

1. 提供在宅急症照護及一般西醫門診診療服務。

2. 按病人病情開立藥品處方，照護期間病人原慢性病藥物服用完畢時，應開立本計畫照護期間所需之慢性病用藥。
 3. 醫師開立藥品處方時，應透過健保醫療資訊雲端查詢系統，即時查詢病人近期之用藥資訊，避免重複處方，以提升病人用藥安全及品質。
- (二) 護理人員：提供在宅急症照護及居家護理照護、案家自我照護指導及衛教等。
- (三) 呼吸治療人員訪視：提供在宅急症呼吸照護及案家自我照護指導(經主治醫師判斷有明確呼吸照護需求者)。
- (四) 藥事人員訪視：提供在宅急症藥事照護(經主治醫師判斷有明確藥事照護需求者)。
- (五) 藥品處方調劑服務：病人照護期間所需藥品，應由處方之特約醫事服務機構或同照護團隊之特約藥局調劑為原則，如有特殊情形，經病人或其家屬同意後，由護理人員或其他醫事人員代為領藥。
- (六) 檢驗(查)服務：依病人需求提供適當檢驗(查)服務，並得提供床側檢驗(查)服務。
- (七) 個案健康管理：監測生命徵象、穩定健康狀態，並得使用遠端生命徵象相關監控設備；協助病人連結醫療及長期照顧服務資源。
- (八) 24 小時電話諮詢及緊急訪視服務：於病人發生緊急狀況時，提供病人及其家屬 24 小時醫療專業諮詢服務，必要時由醫師及護理人員進行緊急訪視，或啟動緊急醫療後送程序。
- (九) 每次實地訪視應詳實製作病歷或紀錄，且須記錄每次實地訪視時間(自到達案家起算，至離開案家為止)，並請病人或其家屬簽章；另應製作病人之醫療照護紀錄留存於案家，以利與其他訪視人員或長期照顧服務人員提供整合性服務。
- (十) 醫師應於收案 3 天內完成 1 次實地訪視，護理人員於照護期間內應每天實地訪視；醫師未執行實地訪視時，仍應每日以通訊方式追蹤病人病情，詳細記載於病歷及 VPN 登打訪視紀錄，註明通訊看診方式供保險人備查。

- (十一) 自 113 年 7 月 1 日起，醫師得依通訊診察治療辦法第十八條第三項規定，經保險人分區業組核定其通訊診療計畫並報當地衛生主管機關備查後，進行視訊診療及會診。
- (十二) 照護團隊經評估個案有長期照顧服務需求時，應協助轉介各縣市長期照顧管理中心。

八、醫療費用申報、支付及審查原則

- (一) 醫療費用之申報、暫付、審查及核付，除另有規定外，悉依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」辦理。
- (二) 本計畫照護團隊應於提交計畫申請書時，擇定以下醫療費用申報方式：
1. 由收案院所統一執行本計畫之醫療費用申報。
 2. 本計畫給付項目及支付標準所稱「每日護理費」由居家護理機構申報，其餘醫療費用統一由收案院所申報。

(三) 健保卡過卡

1. 照護團隊實地訪視時，應查驗病人之健保卡〔含虛擬(行動)健保卡〕及身分證明文件，照護第 1 天及結案當天須自備讀卡設備於健保卡登錄就醫紀錄，24 小時內上傳予保險人備查；照護第 2 天起不須以讀卡設備過卡，惟仍須每日至 VPN 登打訪視紀錄供保險人備查。
2. 過卡流程如下：
 - (1) 由收案院所統一執行醫療費用申報者：照護第 1 天及結案當天均由收案院所過卡〔含虛擬(行動)健保卡〕；醫師採視訊診療者，應使用虛擬(行動)健保卡過卡。
 - (2) 由收案院所及居家護理機構分別申報者：照護第 1 天及結案當天由收案院所及居家護理機構分別過卡〔含虛擬(行動)健保卡〕；醫師採視訊診療者，應使用虛擬(行動)健保卡過卡。
 - (3) 過卡之就醫類別第 1 天填報「01 西醫門診」，結案當天填報「AH 居家照護」(不累計就醫序號)。
 - (4) 醫師採視訊診療如病人未綁定虛擬(行動)健保卡者，就醫序號請填列「△△△△」。

(四) 醫療費用申報：

1. 由收案院所或居家護理機構按月執行本計畫之醫療費用申報，並於門診醫療點數清單填報「案件分類：E1」及任一「特定治療項目代號：○○」。
2. 在宅急症照護結案後按月申報：
 - (1) 「就醫日期」及「治療結束日期」欄位分別填報該案件收案日期及結案(轉院)日期。「診治醫事人員代號」欄位，請填報第一次訪視人員身分證號（若同日訪視人員一人以上者，優先填報順序為醫師、護理人員、呼吸治療人員、藥事人員）。
 - (2) 「轉診、處方調劑或特定檢查資源共享案件註記」及「轉診、處方調劑或特定檢查資源共享案件之服務機構代號」欄位分別填報「○○」及收案院所代號。
 - (3) 訪視人員各次訪視應逐筆填報醫令代碼、執行時間-起/迄、執行醫事人員代號及就醫科別。前述就醫科別，醫師請以該次訪視實際提供之診療最適科別填報，護理人員訪視請填「EA 居家護理」，呼吸治療人員訪視請填「AC 胸腔內科」，藥師訪視免填。
 - (4) 申報緊急訪視費時，「醫令執行時間-起/迄」請填至時分，「醫令執行時間-起/迄」未依規定填報，該筆醫令不予支付。
 - (5) 本計畫除給付規定及支付標準所列項目，收案院所或居家護理機構於申報費用時，仍應填報各項醫令編號、名稱及數量等資訊，並於醫令類別填報「4：不計價」、點數填報 0，以利保險人估算實際醫療成本。
 - (6) 執行床側檢驗(查)服務(附件 4)時，該筆檢驗(查)醫令之醫令類別請填報「4：不計價」，點數請填 0，並於「支付成數」填入「120」。
- (五) 如可歸責於特約醫事服務機構申報資料錯誤，導致點值核付錯誤時，特約醫事服務機構需自行負責。
- (六) 特約醫事機構於山地離島地區提供服務並申報山地離島地區醫療費用：應於門診醫療服務點數清單之「特定地區醫療服務」欄位填寫「04」，並於「支援區域」填寫山地離島地區之地區代碼。

(七) 紙付項目及支付標準

1. 每日醫療費、每日護理費、醫事人員訪視費、管理指導費、緊急訪視費及其他費用，依附表給付項目及支付標準支付。
 2. 呼吸器依賴患者及安寧療護個案之呼吸器使用及安寧緩和相關費用，應回歸原計畫申報。
 3. 使用床側檢驗(查)者，其檢驗(查)依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」所列項目支付點數加計百分之二十支付。
4. 回饋獎勵金
- (1) 每件完成治療結案之在宅急症照護案件，以該疾病照護目標天數內之每日醫療費及每日護理費加總，作為「每件基本點數」；並以實際照護天數內之每日醫療費、每日護理費及緊急訪視費加總，作為「實際申報點數」。計算方式如下：
 - a. 每件基本點數：(每日醫療費+每日護理費)*疾病目標照護天數。
 - b. 實際申報點數：(每日醫療費+每日護理費)*實際照護天數+緊急訪視費。

(2) 當「每件基本點數」高於「實際申報點數」時，以下列計算方式支付回饋獎勵點數：(每件基本點數-實際申報點數)*80%。

(3) 以下情形不予支付回饋獎勵金：

- a. 完成治療結案後 14 日內轉急診或轉住院者。
- b. 照護對象為急診個案。

(八) 協助收案病人綁定虛擬(行動)健保卡獎勵金

1. 收案院所或居家護理機構於收案時，協助病人綁定虛擬(行動)健保卡且符合下列條件者，每名病人獎勵 200 點，限獎勵一次：
 - (1) 取得病人或家屬同意後，由收案院所或居家護理機構協助綁定，並將佐證資料留存於病歷備查，須協助拍攝虛擬(行動)健保卡之相片、已完成綁定畫面截圖等。
 - (2) 收案院所或居家護理機構需於當年度收案期間，以虛擬(行動)健保卡方式申報該病人醫療費用資料且成功。

2. 已綁定者因手機故障或更換手機再重新綁定、已於本計畫結案後再由其他院所重新收案並協助綁定、已由其他計畫特約院所協助綁定等情形，不予重複獎勵。

(九) 虛擬(行動)健保卡申報指標獎勵金：

1. 獎勵指標定義：

分子：收案院所或居家護理機構當年度以虛擬(行動)健保卡申報本計畫醫療費用成功之件數。

分母：收案院所或居家護理機構當年度申報本計畫醫療費用之件數。

2. 獎勵條件與費用：收案院所或居家護理機構以虛擬(行動)健保卡申報本計畫醫療費用之案件，獎勵原則如下表。

獎勵指標 占率	每件獎勵點數		收案院所或居家護理機構當年度累計收案 ≥ 10 人且有提供病人居家醫療照護，每家機構獎勵點數
	一般 地區	山地離 島地區	
25% \leq 占率 $<50\%$	10	20	5,000
50% \leq 占率 $<70\%$	20	40	10,000
$\geq 70\%$	20	40	20,000

(十) 部分負擔計收規定

- 保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條居家照護規定，並以實際照護天數計算每日醫療費及每日護理費之百分之五計收。
- 若屬全民健康保險法第四十八條所列重大傷病、分娩、山地離島地區就醫情形之一，保險對象免自行負擔費用。
- 若屬全民健康保險法第四十三條第四項所訂醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，保險對象應自行負擔費用得予減免 20%。

(十一) 點值結算方式

- 本計畫其他預算之「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」及醫院總額「地區醫院全人全社區照護計畫」專

款按季均分，採浮動點值計算，每點支付金額不高於 1 元；當季預算如有結餘，則流用至下季。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。

2. 本計畫床側檢驗(查)加成費用及回饋獎勵金，由保險人於年度結束後計算。
3. 本計畫虛擬(行動)健保卡相關獎勵金由其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路寬頻補助費用」項下支應，採全年結算，該預算各項獎勵以每點 1 元為上限，若有超支，則以浮動點值支付。

九、 結案條件

個案符合以下任一條件者應予結案：

- (一) 死亡。
- (二) 遷居。
- (三) 拒絕訪視。
- (四) 完成治療或病情改善，無需繼續接受在宅急症照護。
- (五) 轉急診或住院。
- (六) 改由其他院所收案。

十、 觀察指標(列為次年度是否繼續辦理之參考)

(一) 結案後 3 天內轉急診率

分子：在宅急症照護完成治療結案後 3 天內急診之案件數。

分母：在宅急症照護完成治療結案之案件數。

(二) 結案後 14 天內轉急診率

分子：在宅急症照護完成治療結案後 14 天內急診之案件數。

分母：在宅急症照護完成治療結案之案件數。

(三) 結案後 3 天內轉住院率

分子：在宅急症照護完成治療結案後 3 天內住院之案件數。

分母：在宅急症照護完成治療結案之案件數。

(四) 結案後 14 天內轉住院率

分子：在宅急症照護完成治療結案後 14 天內住院之案件數。

分母：在宅急症照護完成治療結案之案件數。

(五) 緩解完治率

分子：完成治療結案數(排除結案後因同一疾病 3 天內轉住院及轉急診之案件)。

分母：在宅急症照護案件數。

(六) 超出計畫目標天數案件比率

分子：超過該疾病目標照護天數之案件數。

分母：在宅急症照護完成治療結案之案件數。

十一、 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、核發相關獎勵費用。

十二、 退場機制

(一) 參與本計畫之醫事服務機構，未依排定時間進行實地訪視且未事先通知病人、無故拒絕轉介單位轉介之病人、或參與本計畫有待改善事項，經保險人通知限期改善而未改善者，應自保險人通知終止執行本計畫日起退出本計畫。經保險人終止計畫參與資格者，一年內不得再申請參與本計畫。

(二) 參與本計畫之特約醫事服務機構如涉及特管辦法第三十八至四十條所列違規情事之一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），應自保險人第一次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) 特約醫事服務機構如經保險人分區業務組審查不符合參與資格或應終止參與資格，得於通知送達日起 30 日內，以書面向保險人分區業務組申請複核，但以一次為限。

十三、 計畫修訂程序

- (一) 本計畫視需要檢討，由保險人邀集醫療專業團體、主管機關等單位共同修訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知全民健康保險會。
- (二) 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。

附表.「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」給付項目及支付標準

通則：

- 一、本表限參與本計畫之收案院所申報。
- 二、除本表給付規定及支付標準所列項目，收案院所於申報費用時，仍應填報各項醫令編號、名稱及數量等資訊，並於醫令類別填報「4：不計價」、點數填報 0。
- 三、各疾病目標照護天數及上限天數如下：
 - (一)肺炎：目標 9 天，上限 14 天。
 - (二)尿路感染：目標 7 天，上限 9 天。
 - (三)軟組織感染：目標 6 天，上限 8 天。
- 四、特約醫事服務機構對同一病人於相同照護期間，僅可擇一最適疾病(主診斷)進行申報。
- 五、同一病人照護天數已達本計畫上限天數者，照護團隊應予結案或回歸原計畫照護。
- 六、同一病人結案後 7 天內由同一照護團隊重新收案，或轉由其他照護團隊持續本計畫照護者，視為一件在宅急症照護案件，照護天數不得重新計算；超過上限天數者不予支付費用。
- 七、原居家個案或照護機構住民經同一醫師訪視後當日由本計畫收案，應申報本計畫每日醫療費，不得重複申報原計畫醫師訪視費或門診診察費。
- 八、照護團隊及其醫事人員至病人住家或照護機構評估在宅急症照護需求，如經評估病人不符合收案條件，其醫事人員訪視費或門診診察費應回歸原計畫申報。
- 九、同一病人於相同照護期間，依主治醫師評估病人實際需求後由呼吸治療人員或藥事人員提供訪視。呼吸治療人員訪視次數以 3 次為原則，惟呼吸器依賴患者不在此限；藥事人員訪視次數以 1 次為原則。
- 十、緊急訪視適應症：適用醫師及護理人員，且訪視時間為下午六時至隔日上午八時。
 - (一) 適應症：
 1. 生命徵象不穩定。
 2. 呼吸喘急持續未改善。
 3. 講妄或意識狀態不穩定。
 4. 急性疼痛發作。
 5. 發燒或突發性體溫不穩定。
 6. 急性腹瀉。
 7. 須立即處理之管路問題。
 8. 其他經醫師評估有立即前往需要者。
 - (二) 除須立即處理之管路問題項外，其他項適應症須先由醫師就病人病情進行評估後，決定適當醫事人員至案家緊急訪視，緊急訪視相關醫囑應載於訪視紀錄。
 - (三) 同一醫師及護理人員對同一病人之緊急訪視，每日各以一人次為限，超過不予支付。

編號	診療項目	支付點數
	每日醫療費(天)	
P8401C	肺炎(第1-9天) 1.在宅	3734
P8402C	2.機構 山地離島地區每日醫療費(天)	2800
P8403C	1.在宅	4929
P8404C	2.機構	3697
P8405C	肺炎(第10-14天)	1867
	 尿路感染(第1-7天)	
P8406C	1.在宅	2733
P8407C	2.機構 山地離島地區每日醫療費(天)	2050
P8408C	1.在宅	3608
P8409C	2.機構	2706
P8410C	尿路感染(第8-9天)	1366
	 軟組織感染(第1-6天)	
P8411C	1.在宅	3105
P8412C	2.機構 山地離島地區每日醫療費(天)	2329
P8413C	1.在宅	4099
P8414C	2.機構	3074
P8415C	軟組織感染(第7-8天)	1552
	註：每日醫療費所訂點數含診察(含會診、通訊診察)、藥物、藥事服務、檢驗(查)、各項治療處置、特材、個案管理、電子資料處理及行政作業成本等。	
	每日護理費(天)	
P8416C	1.在宅	1755
P8417C	2.機構 山地離島地區每日護理費(天)	1404
P8418C	1.在宅	2317
P8419C	2.機構	1854
P8420C	每日護理費 (肺炎第10-14天、尿路感染第8-9天、軟組織感染第7-8天) 註：每日護理費所訂點數含護理人員訪視、護理服務、照護處置、電子資料處理及行政作業成本等。	877

編號	診療項目	支付點數
P8421C	醫事人員訪視費 醫師收案評估費(次) 註： 1.每件在宅急症照護案件限報 1 次。 2.醫師於收案當日完成實地訪視，得申報本項費用。	2640
P8422C	居家藥事照護費(次)	1100
P8423C	1.在宅 2.機構 山地離島居家藥事照護費(次)	880
P8424C	1.在宅	1452
P8425C	2.機構 註：居家藥事照護費所訂點數含用藥評估、用藥分裝、餘藥檢核、藥事服務、電子資料處理及行政作業成本等。	1162
P8426C	呼吸治療人員訪視費(次)	1050
P8427C	1.在宅 2.機構 山地離島呼吸治療人員訪視費(次)	840
P8428C	1.在宅	1386
P8429C	2.機構 註：呼吸治療訪視費所訂點數含呼吸治療處置、電子資料處理及行政作業成本等。	1109
P8430C	管理指導費 壓傷照護指導費(件) 註： 1.每件在宅急症照護案件限報 1 次，照護期間產生之壓傷不得申報本項費用。 2.本項包含三級以上壓傷傷口照護之病人及家屬衛教指導、24 小時諮詢服務等費用，照護團隊應將衛教指導情形記載於病歷及 VPN 訪視紀錄。	1000
P8431C	噴霧照護指導費(件) 註： 1.每件在宅急症照護案件限報 1 次。 2.本項包含蒸汽吸入、抽痰或咳嗽拍痰之病人及家屬衛教指導、24 小時諮詢服務及特殊儀器成本等費用，照護團	1000

編號	診療項目	支付點數
P8432C	<p>隊應將衛教指導情形及使用儀器記載於病歷及 VPN 訪視紀錄。</p> <p>氧氣照護指導費(件) 註： 1.每件在宅急症照護案件限報 1 次。 2.本項包含氧氣、鼻導管、各式面罩、T 型管、呼吸器等氧氣照護之病人及家屬衛教指導、24 小時諮詢服務及特殊儀器成本等費用，照護團隊應將衛教指導情形及使用儀器記載於病歷及 VPN 訪視紀錄。</p> <p>緊急訪視費及其他費用</p>	1000
P8433C	醫師緊急訪視費(次)	2640
P8434C	護理人員緊急訪視費(次)	2632
P8435C	<p>遠端生命徵象監測費(天) 註：本項包含遠距生命徵象監測設備成本(如血壓、血 氧、呼吸等)、至案家完成設備架設及設定、教導病人 及照顧者使用設備、電子資料處理、醫事人員監測判 讀及行政成本等。</p>	400

「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」

訪視人員共同教育訓練課程內容

註：共同教育訓練以實體課程為限。

序號	課程名稱	課程大綱	時數
1	急症照護試辦計畫介紹及申請	HAH 世界趨勢、在宅急症照護的國家政策、本土在宅急症照護的模式。	1
2	在宅急症照護 DHA(Direct Home Admission)流程及實務運作	在宅感染症收案標準及處置原則、居家 DHA 實例介紹、機構住民 DHA 實例介紹、跨團隊合作流程與實例、記錄必要內容、合作轉銜所需文件。	1
3	在宅急症照護 EPA(Emergency Passed Admission)流程及實務運作	醫院急診感染症收案標準及處置原則、EPA 跨團隊合作流程與實例、記錄必要內容、合作轉銜所需文件。	1
4	遠端病人監測 RPM(Remote Patient Monitoring)實務應用	遠端監測的種類及設備、如何選擇合適的 IoT 設備、RPM 步驟及注意事項、緊急事件處理。	1

「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」申請書

提報日期：

基本資料	照護團隊名稱		照護團隊代號 (由保險人填入)		
	主責機構		機構代碼		
	負責人		聯絡人		
	聯絡電話		Email		
團隊資料	團隊醫事機構名稱、醫事機構代號、主治醫師及各類參與人員之科別/身分證號/姓名/醫事人員類別等資料(含個管師)，醫事人員請檢附教育訓練證明文件。				
預定照護對象	<p><input type="checkbox"/>1.居家個案，預定執行案件量：</p> <p><input type="checkbox"/>2.照護機構住民，預定執行案件量：</p> <p style="display: flex; justify-content: space-between;">照護機構名稱：照護機構代碼：</p> <p>(檢附醫療院所及照護機構參與「減少照護機構住民至醫療機構就醫方案」證明文件、醫療院所與照護機構簽約證明文件)</p> <p><input type="checkbox"/>3.急診個案，預定執行案件量：</p>				
計畫內容	服務內容及流程規劃				
	24小時諮詢專線				
	個案健康管理措施				
	病人轉銜合作機制				
	後送機制 (含後送醫院名稱)				
	通訊診療計畫	通訊診療執行方式、個人資料保護及資料檔案安全維護措施，有會診服務者應填列會診之合作院所及科別。			
醫療費用申報方式	<input type="checkbox"/> 1.由收案院所統一執行本計畫之醫療費用申報。				
	<input type="checkbox"/> 2.「每日護理費」由居家護理機構獨立申報，其餘醫療費用統一由收案院所申報。				

「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」病人同意書

一、 服務說明：

「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」提供感染急症病人在宅/機構醫療服務，由主治醫師整體評估病人的病情，視診療需要連結其他醫師、護理人員、呼吸治療師及藥師等人員提供訪視及視訊診療服務，並協助病人照護期間之送藥服務。

為提供整合性醫療照護服務，主治醫師將透過「健保醫療資訊雲端查詢系統」查詢病人近期之就醫與用藥資訊，以提升照護品質及用藥安全。

本計畫提供住院替代服務，至於所購買之商業保險產品其理賠條件，仍須由病人逕向保險公司洽詢。

二、 接受服務意向表達：

本人 同意 不同意 ○○醫院(診所)○○○醫師為本人在宅急症照護之主治醫師，於本人簽署同意書日起至結案日止，可透過衛生福利部中央健康保險署建置之「健保醫療資訊雲端查詢系統」，查詢本人就醫之醫療費用申報資料及健保卡上傳就醫資料，並提供實質在宅急症醫療照護。

此致 ○○醫院(診所)

立書同意人：

出生年月日：民國____年____月____日

身分證號：

代理人：

與病人之關係：

身分證號：

「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」床側檢驗(查)加成項目

註：本表項目依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」所訂點數加成百分之二十。

編號	診療項目
09041B	血液氣體分析 Blood gas analysis 註： 1.包括 pH、PCO ₂ 、PO ₂ 及 HCO ₃ 等測定在內。 2.本項不得加計急診加成。
08003C	血色素檢查 Hemoglobint (Hgb)
08004C	血球比容值測定 Hematocrite (Hct)
08026C	凝血酶原時間 (PT)
08089B	活化凝血時間
24007B	血漿游離鈣測定 Plasma free Ca++
09002C	血中尿素氮 BUN, blood urea nitrogen
09005C	血液及體液葡萄糖 Glucose 註：尿液除外。
09015C	肌酐、血 Creatinine (B) CRTN
09021C	鈉 Na (Sodium)
09022C	鉀 K(Potassium)
09023C	氯 Cl (Chloride)
09041B	血液氣體分析 Blood gas analysis 註： 1.包括 pH、PCO ₂ 、PO ₂ 及 HCO ₃ 等測定在內。 2.本項不得加計急診加成。
09059B	乳酸 Lactic Acid (lactate)
09071C	肌酸磷酸
09099C	心肌旋轉蛋白 I (Troponin I) 註： 1.本項與心肌旋轉蛋白 T 檢驗，限擇一施行申報。 2.屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方始可申報。
12015C	C 反應性蛋白試驗 — 免疫比濁法 C.R.P (C-reactive protein) - Nephelometry
12112B	白蛋白 (免疫比濁法)
12165C	A 群鏈球菌抗原 Streptococcus group A antigen (EIA) 註：屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方始可申報。

編號	診療項目
12172C	尿液肺炎球菌抗原 Pneumococcus Ag (urine) 註：除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。
12191C	尿液退伍軍人菌抗原 Legionella pneumophila Ag (urine) 註：適應症： 1.非典型肺炎。 2.一般治療肺炎之抗生素使用後，病情持續惡化者。
12193B	原生 B 型利納
12020C	肺炎微漿菌抗體試驗 (Mycoplasma pneumonia Ab test)
14065C	流行性感冒 A 型病毒抗原 Influenza A Ag
14066C	流行性感冒 B 型病毒抗原 Influenza B Ag
14058C	呼吸融合細胞病毒試驗 RSV screening test 註：屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方及執行始可申報。
14084C	新型冠狀病毒抗原檢測
14064C	腺病毒抗原檢查 Adenovirus Ag test 註： 1.不論何種檢測方式。 2.屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方及執行始可申報。
18001C	心電圖 E.K.G. (Electrocardiography)
18005C	超音波心臟圖(包括單面、雙面) Echocardiography (-M-mode and -sector- scan) 註： 1.限由心臟專科醫師施行後申報。 2.屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方及執行始可申報。 3.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數 1200 點申報。

編號	診療項目
19001C	<p>腹部超音波 Abdominal ultrasound (包括肝 liver, 膽囊 gall bladder, 胰 pancreas, 脾 spleen, 下腔靜脈 inferior vena cava, 腹主動脈 abdominal aorta, 腎 kidney 及其他腹部超音波 abdominal others 在內) 註：兒童加成項目。</p>
19005C	<p>其他超音波 Echo for others 註： 1.本節未列之超音波檢查，得以本項申報 2.兒童加成項目。 3.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數 600 點申報。</p>
19009C	<p>腹部超音波，追蹤性 Abdominal ultrasound, for follow-up 註：兒童加成項目。</p>
19012C	<p>頭頸部軟組織超音波(如甲狀腺 thyroid、副甲狀腺 parathyroid、腮腺 parotid) Head and neck soft tissue echo(thyroid,parathyroid,parotid gland) 註：兒童加成項目。</p>
19014C	<p>乳房超音波 註：兒童加成項目。</p>
19016C	<p>四肢超音波 註：兒童加成項目。</p>

「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」收案指引

疾病別	收案適應症
肺炎	<ol style="list-style-type: none"> 1. 臨床症狀：呼吸道症狀如咳嗽、痰多、呼吸急促、呼吸異常，全身症狀如發燒、心跳變快、血壓偏低、意識改變(嗜睡、混亂、瞻妄或不安)、食慾變差等。 2. 實驗室檢查：血液白血球上升、發炎指數上升、尿液肺炎鏈球菌抗原陽性(鑑別診斷)。 3. 影像學檢查：X光發現或超音波發現。 4. 細菌抹片或培養報告：痰液或血液發現。
尿路感染	<ol style="list-style-type: none"> 1. 臨床症狀：局部症狀如解尿灼熱、疼痛、尿少膿尿。全身症狀如發燒、心跳變快、血壓偏低、意識改變(嗜睡、混亂、瞻妄或不安)、食慾變差等。 2. 實驗室檢查：血液白血球上升、發炎指數上升，尿液常規白血球上升、Bacteria、Nitrite 陽性反應。 3. 細菌抹片或養報告：尿液或血液發現。
軟組織 感染	<ol style="list-style-type: none"> 1. 臨床症狀 <ol style="list-style-type: none"> (1) 局部症狀如紅腫熱痛，經口服抗生素治療不佳。 (2) 局部症狀合併全身症狀如發燒、心跳變快、血壓偏低、意識改變(嗜睡、混亂、瞻妄或不安)、食慾變差等。 2. 實驗室檢查：血液白血球上升、發炎指數上升，檢附傷口照片。 3. 細菌抹片或培養報告：傷口或血液。
備註	<p>抗生素治療需了解病人肝腎功能以調整藥物劑量及治療濃度者，加做相關檢驗如：BUN、Serum creatinine、eGFR、SGPT (or ALT)、Na、K、Glucose、血中藥物濃度測定追蹤。若有營養不良、心肺衰竭等共病者，加做心電圖、心肌酵素、白蛋白、血紅素、血型測定檢驗、交叉配合試驗。</p>

「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」建議診療項目

醫療病史 (Medical history)	身體檢查 (Physical examination)
1. 與診斷關聯之症狀、檢驗室結果 Symptoms, laboratory results related to diagnosis 2. 過去慢性病史 Past history 3. 感染病史 History of infections 4. 藥物史 Medication history 5. 周邊血管疾病危險因素 PAD risk factors 6. 結石家族史 GU Stone Family history 7. 現在治療計畫 present treatment plans 8. 藥物 Medications 9. 呼吸支持 Respiratory support 10.過敏史 Allergy history 11. 現在治療執行方案 Current treatment program 12.急性併發症 Acute complications 13. 心理社會／經濟因素 Psychosocial/economic factors 14. 菸酒之使用 Tobacco and alcohol use	1. 體溫 Body Temperature 2. 脈搏 pulses 3. 呼吸 Respiratory 4. 血氧 pulse oximeter 5. 血壓 Blood pressure 6. 體重 weight 7. 足部檢查 Foot examination 8. 皮膚檢查 Skin examination 9. 神經學檢查 Neurological examination 10.口腔檢查 Oral examination 11. 影像學檢查 Imaging examination*(胸部X光或重點式超音波 POCUS)
檢驗室檢查 (Laboratory evaluation)	管理計畫 (Management Plan)
1. 08011C 全套血液檢查 I CBC-I* 2. 08013C 白血球分類計數 WBC differential count* 3. 12015C C 反應蛋白 C-Reactive Protein* 4. 09015C 血清肌酐 Serum creatinine* 5. 09002C 血中尿素氮 BUN, blood urea nitrogen* 6. 09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉胺基 SGPT (or ALT) * 7. 09005C 血液葡萄糖 Glucose* 8. 09021C 鈉 Na (Sodium) * 9. 09022C 鉀 K(Potassium) * 10.06012C 尿液分析 (尿一般檢查) General urine examination* 11. 12172C 尿液肺炎鏈球菌抗原(A) ✕ 12. 09038C 白蛋白 Albumin ✕ 13. 13007C 細菌培養鑑定檢查 culture ✕ 14. 13022B 抗生素敏感性試驗(MIC 法)三菌種以上 ✕	1. 短期與長期目標 Short-and long-term goals 2. 藥物指導 Medications 3. 吞嚥及營養治療 Swallowing and nutrition therapy(if indicated) ✕ 4. 管路照護 Tube care 5. 生活型態改變 Lifestyle changes 6. 遠距專科醫師會診(視情況而定)Specialty consultations (as indicated) 7. 遠端生理監測 Remote Patient Monitoring * 8. 家庭照顧者支持 Family caregiver support 9. 協助預約流行感冒疫苗 (influenza vaccine) 接種 (視個別院所情況而定)

15. 09041B 血液氣體分析 Blood gas analysis ☒	
16. 18001C 心電圖(成人)Electrocardiogram (adults) ☒	
17. 10531B 血中藥物濃度測定-Vancomycin Therapeutic drug monitoring- vancomycin☒	
18. 11001C ABO 血型測定檢驗(A.B.AB.O blood grouping)☒	
19. 11002C 交叉配合試驗 Crossmatching test☒	

註：

1. 參照 2018 Taiwan Guidelines for the Management of Pneumonia Taiwan Guidelines for the Management of Pneumonia.
2. 表列檢驗、檢查與服務項目中，「*」註記表示為建議必要執行診療項目，「☒」註記表示為建議得視病人病情 (if indicated) 為選擇性執行項目。

討論事項

第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂全民健康保險遠距醫療給付計畫(下稱本計畫)案，提請討論。

說明：

- 一、依本署各分區業務組提供修正意見、高雄市政府衛生局同年月 20 日高市衛醫字第 11241187800 號函及同年月 30 日高市衛醫字第 1241570600 號函辦理。
- 二、本計畫修訂重點摘述如下（修訂對照表如附件 1，頁次討 4-4 ~4-20）：

(一)增修施行地區（本計畫第四條，附件1，頁次討4-4~4-8）：

- 1.新增「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS)」之適用地區：花蓮縣豐濱鄉、嘉義縣大埔鄉。
- 2.新增「全民健康保險醫療資源缺乏地區」(下稱醫缺地區)：113 年共 80 個，納入後較現行增加 69 個地區(其他 11 個地區前已因符合衛生福利部試辦遠距醫療相關計畫資格，有院所申辦本計畫)。
- 3.刪除衛生福利部試辦遠距醫療相關計畫之施行地區「年度之限制」(原限 110 年以前(含)已核定之計畫)。

(二)參與計畫之醫師資格、申請及審核程序修正：

- 1.本署 111 年 11 月 17 日健保醫字第 1110663522 號函釋，放寬在地端及遠距端執行本計畫之醫師，得為該院所之專兼任醫師，惟倘由兼任醫師執行計畫，應於計畫敘明實際執行人員，計畫內容配合修訂。（本計畫第六(二)條，附件 1，頁次討 4-8 ~4-9）
- 2.新增因違反醫事法令受衛生主管機關處分之違規期間認定方式。（本計畫第六(三)條、本計畫第十三(二)條，附件 1，頁次

討 4-9、4-19)

3. 為鼓勵院所申辦本計畫，刪除申請本計畫公開徵求 2 個月內之限制(含變更執行內容及原參與衛生福利部相關遠距醫療試辦計畫之醫療院所申請執行本計畫之相關文字)。(本計畫第八(一)、(五)條，附件 1，頁次討 4-11~4-12)
4. 業經保險人分區業務組核定執行本計畫之特約院所新增無需申請展延等文字。(本計畫第八(五)條，附件 1，頁次討 4-12)
5. 為了解民眾對於本計畫或承作院所之執行建議，新增滿意度調查表、繳交份數與時間。(本計畫第十二條，附件 1，頁次討 4-18)

三、 財務影響評估（附件 1，頁次討 4-6~4-8）：

(一) 新增IDS計畫適用地區及醫缺地區，預計增加2,653萬點：

1. 專科門診遠距會診費：

- (1) 論服務量：以新增 69 個醫缺地區之 7 個科別推估遠距醫療就醫件數，112 年執行數計 439 萬點， 113 年推估約需 575 萬點。
- (2) 論診次：以 112 年 1-10 月共 20 家院所申報 521 診次推估平均每週為 1(診)*52(週)*69 地區(每地區 1 家院所申請)*論診次 5,000(元)，113 年約需 1,846 萬點。
- (3) 急診遠距會診費：113 年以 69 個地區每月申報 1 例檢傷分類第一級(P6601C)2,340 點推估，約需 194 萬點。
- (4) 診察費 1 成點數：113 年約需 36 萬點。
- (5) 居家醫療場域：考量增加施行地區且居家醫療照護個案逐年增加，推估 113 年有 6 家院所申請，每月申報 1 次山地離島地區醫師訪視費(2,051 點)1 成，約需 1.5 萬點。

2. 衛生福利部試辦遠距醫療相關計畫，預計增加 2,100 萬點：

(1) 醫事司「偏遠地區遠距醫療建置計畫」：醫事司計畫 110-111 年度共 70 個點位(其中 18 個點位未申請遠距)，112-113 年度較前一年度新增 49 個點位，爰 112-113 年度計畫預計新增 67 個點位，113 年推估約需 2,100 萬點(以 112 年每個網絡醫院(急診醫療站)之各急診遠距會診醫令平均申報點數及成長率估算)；另以此資格辦理本計畫之院所，僅能申報急診遠距會診費，爰相關點位不列入施行地區列計。

(2) 照護司「原住民族及離島地區衛生所遠距醫療及健康照護服務建置計畫」：施行地區除苗栗縣獅潭鄉、苗栗縣南庄鄉外，皆為山地離島地區，惟該兩地區屬本保險醫缺地區，相關費用已列入前項醫療資源缺乏地區預估數。

(3) 醫福會「臺東、花蓮、屏東及澎湖地區建置遠距醫療門診計畫」：經查施行地區與 110 年相同，爰 113 年未新增地區。

(二) 綜上，本計畫 113 年執行數及 31% 成長率推估約 876 萬點，加計上述新增項目之點數約 5,883 萬點，合計 113 年執行數為 5,629 萬點，未超過 113 年預算數 1 億元 (如附件 2，頁次討 4-23~4-24)。

擬辦：本案如獲同意，將依程序報請衛生福利部核定後公布實施。

113 年度全民健康保險遠距醫療給付計畫修正對照表

113 年度建議條文	112 年度原條文	健保署說明
維持原條文。	<p>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。</p>	
維持原條文。	<p>二、目的</p> <p>(一)提升山地離島、偏僻地區民眾之專科門診可近性。</p> <p>(二)充實在地醫療資源，落實醫療在地化。</p>	
維持原條文。	<p>三、預算來源</p> <p>遠距會診費、在地院所執行遠距醫療案件之診察費加成與全民健康保險居家醫療照護整合計畫(以下稱居整計畫)醫師訪視費加成由其他預算之「推動促進醫療體系整合計畫」項下支應；其餘醫療費用由各總額部門預算支應。</p>	
<p>四、施行地區</p> <p>(一)全民健康保險法所稱山地離島地區(<u>含「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫」適用地區花蓮縣豐濱鄉、嘉義縣大埔鄉</u>)。</p> <p>(二)衛生福利部試辦遠距醫療相關計畫之施行地區(僅限衛生福利部核定之醫療院所得申請執行本計畫)，惟限110年以前(含已核定之計畫)。</p> <p>(三)<u>全民健康保險法第43條第2項所稱之醫療資源缺乏地區</u>。</p>	<p>四、施行地區</p> <p>(一)全民健康保險法所稱山地離島地區。</p> <p>(二)衛生福利部試辦遠距醫療相關計畫之施行地區(僅限衛生福利部核定之醫療院所得申請執行本計畫)，惟限 110 年以前(含)已核定之計畫。</p>	<p>【健保署說明】</p> <p>(一)有關建議新增施行地區一節：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.花蓮縣豐濱鄉及嘉義縣大埔鄉一項：因山地離島地區為本計畫施行地區，而上述兩地區為「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升(IDS)計畫」之適用地區，醫療資源亦相對缺乏，就醫可近性低，建議納入。 2.衛生福利部試辦遠距醫療相關計畫： <p>(1)醫事司「偏遠地區遠距醫療建置</p>

113 年度建議條文	112 年度原條文	健保署說明
		<p>計畫」；經查 112-113 年度同 110-111 年度皆為 14 個網路；查 110-111 年度有 70 個點，其中 <u>18</u> 個點未加入遠距計畫、112-113 年度較前一年度新增 <u>49</u> 個點，爰 113 年共新增 <u>67</u> 個點。</p> <p>(2)照護司「原住民族及離島地區衛生所遠距醫療及健康照護服務建置計畫」：112-113 年度共 26 個地區，其中苗栗縣獅潭鄉、苗栗縣南庄鄉未加入遠距計畫，惟查該 2 鄉鎮亦屬本保險醫療資源缺乏地區。</p> <p>(3)醫福會「臺東、花蓮、屏東及澎湖地區建置遠距醫療門診計畫」(未新增施行地區)：經查 113 年施行地區同為 112 年之澎湖縣馬公地區、臺東縣成功地區、花蓮縣豐濱地區、屏東縣恆春地區及花蓮縣玉里地區。</p> <p>3.「全民健康保險醫療資源缺乏地區」(下稱醫缺地區)：</p> <p>(1)定義如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> A.近一年醫人比或近三年平均醫人比超過 4,300 人之地區。 B.人口密度低於全國平均人口密度 $1/5$ 之地區。 C.經保險人認定特殊情況，報主管機關專案核定之地區。

113 年度建議條文	112 年度原條文	健保署說明
		<p>(2)113 年有 80 個醫缺地區，經查其中已有 11 個地區有院所執行本計畫(屏東縣滿州鄉、花蓮縣鳳林鎮、花蓮縣玉里鎮、花蓮縣豐濱鄉、花蓮縣瑞穗鄉、臺東縣成功鎮、臺東縣關山鎮、臺東縣大武鄉、臺東縣長濱鄉、臺東縣鹿野鄉、臺東縣池上鄉)。</p> <p>4.考量醫缺地區之偏僻程度，在地民眾就醫交通不便，且相對缺乏專科醫療服務，故建議納入 113 年本計畫施行地區，修訂後計畫施行地區計 130 個，包含現行 50 個山地離島地區、已實施之 11 個地區及新增之 69 個醫療資源缺乏地區(含 2 個 IDS 計畫適用地區)；餘醫事司計畫僅提供急診遠距會診服務。</p> <p>(二)財務影響評估：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.新增 IDS 計畫適用地區及醫缺地區(共約需 2,653 萬點)： (1)專科門診遠距會診費： <ol style="list-style-type: none"> A.論服務量：112 年預估執行數計 439 萬點，以成長率 31%推估，合計約需 575 萬點。 B.論診次：以 112 年 1-10 月共 20 家院所申報 521 診次推估平均每週為 1(診)*52(週)*69 地區(每地

113 年度建議條文	112 年度原條文	健保署說明
		<p>區 1 家院所申請)*論診次 5,000(元)約需 1,846 萬點。</p> <p>(2)急診遠距會診費：113 年以 69 個地區每月申報 1 例檢傷分類第一級(P6601C)2,340 點推估，約需 194 萬點。</p> <p>(3)診察費 1 成點數：以診察費點 316 點之 1 成試算及成長率 31%推估 約需 36 萬點。</p> <p>(4)居家醫療場域：考量增加施行地區且居家醫療照護個案逐年增加，推估 113 年有 6 家院所申請，每月申報 1 次山地離島地區醫師訪視費(2,051 點)1 成，約需 1.5 萬點。</p> <p>2.衛生福利部試辦遠距醫療相關計畫 (共約需 2,100 萬點)：</p> <p>(1)醫事司「偏遠地區遠距醫療建置計畫」：醫事司計畫 110-111 年度共 70 個點位(其中 18 個點位未申請遠距)，112-113 年度較前一年度新增 49 個點位，爰 112-113 年度計畫新增 $67(18+49)$ 個地點，113 年預估執行數計 453 萬點及成長率推估約需 2,100 萬點。</p> <p>(2)照護司「原住民族及離島地區衛生所遠距醫療及健康照護服務建置計畫」：施行地區除苗栗縣獅潭鄉、苗栗縣南庄鄉外，皆為山地</p>

113 年度建議條文	112 年度原條文	健保署說明
		<p>離島地區，惟該兩地區屬本保險 醫缺地區，相關費用已列入前項 醫療資源缺乏地區預估數。</p> <p>(3)醫福會「臺東、花蓮、屏東及澎湖 地區建置遠距醫療門診計畫」： 經查施行地區與 110 年相同，爰 113 年未新增地區，費用已納入 113 年執行數推估計算。</p>
五、維持原條文。	<p>五、施行期間 自保險人公告日起實施。</p>	
<p>六、參與計畫醫療院所、醫師資格</p> <p>(一)維持原條文。</p> <p>(二)在地端：親自診察病人、施行治療、開立醫囑，並有看診紀錄。</p> <p>1、醫事服務機構(以下稱在地院所)：</p> <ul style="list-style-type: none"> (1)本計畫施行地區內之特約醫院及基層診所。 (2)「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS 計畫)」承作醫療院所。 (3)山地離島地區之居整計畫收案個案居家訪視服務。 	<p>六、參與計畫醫療院所、醫師資格</p> <p>(一)遠距端：透過視訊通訊方式診察病人，給予診療建議，並有會診紀錄。</p> <ul style="list-style-type: none"> 1、醫事服務機構(以下稱遠距院所)：特約醫院、基層診所。 2、醫師(以下稱遠距醫師)：以前述特約院所執業之專科醫師為限。 <p>(二)在地端：親自診察病人、施行治療、開立醫囑，並有看診紀錄。</p> <p>1、醫事服務機構(以下稱在地院所)：</p> <ul style="list-style-type: none"> (1)本計畫施行地區內之特約醫院及基層診所。 (2)「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS 計畫)」承作醫療院所。 (3)山地離島地區之居整計畫收案個案居家訪視服務。 	<p>一、本署 111 年 11 月 17 日健保醫字第 1110663522 號函釋，放寬在地端及遠距端執行本計畫之醫師，得為該院所之專兼任醫師，惟倘由兼任醫師執行計畫，應於計畫書敘明實際執行人員，建議計畫內容配合修訂。</p> <p>二、新增因違反醫事法令受衛生主管機關處分之違規期間認定方式。</p>

113 年度建議條文	112 年度原條文	健保署說明
<p>2、醫師(以下稱在地醫師)：以前述特約院所執業之醫師為限或兼任醫師(須於計畫敘明)。</p> <p>(三)遠距院所及在地院所於參與計畫日起前2年內，不得有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八至四十條所列違規情事之一<u>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)</u>。前述未曾涉及違規期間之認定，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。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的本計畫服務之成效，另予考量。</p>	<p>2、醫師(以下稱在地醫師)：以前述特約院所執業之醫師為限。</p> <p>(三)遠距院所及在地院所於參與計畫日起前2年內，不得有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)；終止特約者亦同。前述違規期間之認定，以第一次處分函所載處分日起算。惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供的本計畫服務之成效，另予考量。</p>	
<p>七、服務內容 維持原條文。</p>	<p>七、服務內容</p> <p>(一)遠距醫師透過視訊通訊方式與在地醫師共同診察病人、給予診療建議，由在地醫師開立醫囑，提供當地缺乏且民眾迫切需要之專科醫療或急診診療。</p> <p>(二)實施地點以下列場域為限：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1、醫療院所、衛生所(室)或衛生福利部核定計畫之急診醫療站。 2、IDS 計畫承作醫療院所自設之醫療站。 3、山地離島地區之居整計畫收案個案住家。 4、應於加密之電子資料傳輸網路與電腦 	

113 年度建議條文	112 年度原條文	健保署說明
	<p>設備進行，於居整計畫收案個案住家執行時應備有行動遠距設備，且應注意資訊安全與病人隱私。</p> <p>(三)應製作看(會)診紀錄，併同病歷保存，並註明以視訊方式進行看(會)診。</p> <p>(四)醫療院所及醫師執行本計畫所提供之醫療服務須符合醫療法、醫師法及相關法令規定。</p> <p>(五)遠距會診實施科別：</p> <ul style="list-style-type: none"> 1、限眼科、耳鼻喉科、皮膚科、心臟內科、胃腸科、神經內科、胸腔科，急診遠距會診不在此限。 2、實施方式及科別應依執行計畫辦理，如有異動，應報經保險人分區業務組同意。 3、遠距院所提供之專科門診遠距會診科別，原則不得包括執業登記於施行地區醫療院所之醫師所具有之專科別，惟特殊情形得由院所向所屬保險人分區業務組說明，保險人分區業務組視當地民眾需求進行認定。 <p>(六)遠距會診實施方式：</p> <ul style="list-style-type: none"> 1、專科門診遠距會診(限眼科、耳鼻喉科、皮膚科、心臟內科、胃腸科、神經內科、胸腔科)： <ul style="list-style-type: none"> (1)於一般門診提供會診服務：遠距院所於現行已開設之門診診次，同時接受一般門診診療及遠距會診。 (2)開設專門遠距門診提供會診服務：遠 	

113 年度建議條文	112 年度原條文	健保署說明
	<p>距院所開設專門遠距門診，接受遠距會診。</p> <p>2、急診遠距會診(不限科別)：當病人需立即給予緊急適當之處理，且經在地醫師判斷在地院所專科醫師不足需緊急會診情形下，由在地院所聯繫遠距院所進行急診遠距會診。</p>	
<p>八、申請及審核程序</p> <p>(一) 申請程序：在地院所於本計畫公開徵求 2 個月內，以書面函檢附地方衛生主管機關核備函、遠距院所合作意向書及 10 份執行計畫書（如附件 1），向保險人分區業務組提出申請（以郵戳為憑），逾時概不受理。</p> <p>(二) 維持原條文。</p> <p>(三) 執行計畫審查：</p> <p>1、由保險人分區業務組成立審查小組，由 5 至 9 名委員組成，就具有相關專業之專家學者、保險人分區業務組、地方衛生主管機關派任或聘任，其中外聘專家學者人數不得少於三分之一。審查方式得以書面或會議為之。</p> <p>2、針對施行地區內各鄉鎮(市/區)，保險人得視預算額度，由分區業務組擇優核定在地院所執行計畫。</p>	<p>八、申請及審核程序</p> <p>(一) 申請程序：在地院所於本計畫公開徵求 2 個月內，以書面函檢附地方衛生主管機關核備函、遠距院所合作意向書及 10 份執行計畫書（如附件 1），向保險人分區業務組提出申請（以郵戳為憑），逾時概不受理。</p> <p>(二) 資格及實地審查：保險人分區業務組應於受理申請 2 週內(含例假日)，進行資格審查，並視需要實地審查診療空間、遠距會診設備等是否符合執行計畫書內容。</p> <p>(三) 執行計畫審查：</p> <p>1、由保險人分區業務組成立審查小組，由 5 至 9 名委員組成，就具有相關專業之專家學者、保險人分區業務組、地方衛生主管機關派任或聘任，其中外聘專家學者人數不得少於三分之一。審查方式得以書面或會議為之。</p> <p>2、針對施行地區內各鄉鎮(市/區)，保險人得視預算額度，由分區業務組擇優核定在地院所執行計畫。</p>	<p>【健保署說明】 為鼓勵院所執行本計畫並簡化行政程序，刪除本計畫公開徵求 2 個月內之限制。</p>

113 年度建議條文	112 年度原條文	健保署說明
<p>(四) 維持原條文。</p> <p>(五) 簡化申請及審核程序之條件：</p> <p>1、前經保險人分區業務組核定同意執行本計畫之特約院所：</p> <p>(1) 未變更執行內容(在地院所、遠距院所、遠距會診科別及實施方式)，且未有本計畫第十三項之情事，且符合本計畫規定者，得具函向保險人分區業務組申請延續辦理本計畫，<u>無需另向保險人分區業務組申請展延</u>。</p> <p>(2) 欲變更執行內容者，應以書面函檢附變更後之計畫書，向保險人分區業務組提出申請，<u>不受公開徵求2個月之限制</u>。</p> <p>2、原參與衛生福利部相關遠距醫療試辦計畫之醫療院所：申請執行本計畫，<u>不受公開徵求2個月之限制</u>，並得簡化成立審查小組之審查程序。</p> <p>3、IDS 計畫、居整計畫之承作院所：申請執行本計畫，得簡化成立審查小組之審查程序。</p>	<p>(四) 審核結果通知：保險人應於受理申請 2 個月內函復特約醫事服務機構核定結果。</p> <p>(五) 簡化申請及審核程序之條件：</p> <p>1、前經保險人分區業務組核定同意執行本計畫之特約院所：</p> <p>(1) 未變更執行內容(在地院所、遠距院所、遠距會診科別及實施方式)，且未有本計畫第十三項之情事，且符合本計畫規定者，得具函向保險人分區業務組申請延續辦理本計畫。</p> <p>(2) 欲變更執行內容者，應以書面函檢附變更後之計畫書，向保險人分區業務組提出申請，不受公開徵求 2 個月之限制。</p> <p>2、原參與衛生福利部相關遠距醫療試辦計畫之醫療院所：申請執行本計畫，不受公開徵求 2 個月之限制，並得簡化成立審查小組之審查程序。</p> <p>3、IDS 計畫、居整計畫之承作院所：申請執行本計畫，得簡化成立審查小組之審查程序。</p>	<p>【健保署說明】 因遠距計畫自109年起實施已3年，多數承作團隊均延續辦理，若無特殊情形，應不需再行審查，新增未變更執行內容之院所無需申請展延等文字。</p>
<p>九、給付項目及支付標準</p> <p>(一)維持原條文。</p>	<p>九、給付項目及支付標準</p> <p>(一)遠距會診費：由遠距院所申報，其費用由本計畫預算支應。</p> <p>1、專科門診遠距會診費：限眼科、耳鼻喉科、皮膚科、心臟內科、胃腸科、神經內科、胸腔科申報，依執行計畫所列看</p>	

113 年度建議條文	112 年度原條文			健保署說明
診模式，採論服務量或論診次支付。				
編號	診療項目	支付點數		
P6606C	<p>專科門診遠距會診費 -論服務量 註：限於診間門診診療同時接受遠距會診者申報。</p>	500/人次		
P6607C	<p>-論診次 註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 限開設遠距醫療門診接受遠距會診者申報。 2. 每診次至少三小時，同時段可接受多點遠距會診，但不得提供診間門診診療。 3. 每診合理看診人次，由醫療院所視臨床需要協調開診。 4. 開診前如無預約掛號病人，應取消當次遠距醫療門診。 5. 開診三個月後，每診平均看診人次≤ 5人，應檢討開診必要性或調降開診頻率。 	5000/診次		
2、急診遠距會診費：不限科別，採論服務				

113 年度建議條文	112 年度原條文	健保署說明																		
	<p>量支付，支付標準如下：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>編號</th><th>診療項目</th><th>支付點數</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>P6601C</td><td>急診遠距會診費 -檢傷分類第一級</td><td>2,340</td></tr> <tr> <td>P6602C</td><td>-檢傷分類第二級</td><td>1,300</td></tr> <tr> <td>P6603C</td><td>-檢傷分類第三級</td><td>788</td></tr> <tr> <td>P6604C</td><td>-檢傷分類第四級</td><td>584</td></tr> <tr> <td>P6605C</td><td>-檢傷分類第五級</td><td>507</td></tr> </tbody> </table> <p>3、在地院所提供的各項醫療服務、藥物費用：依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」、「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」規定申報，由所屬之總額部門預算支應；在地院所執行遠距醫療案件之診察費及居整計畫醫師訪視費按申報點數加計一成支付，加成費用由本計畫預算支應。</p>	編號	診療項目	支付點數	P6601C	急診遠距會診費 -檢傷分類第一級	2,340	P6602C	-檢傷分類第二級	1,300	P6603C	-檢傷分類第三級	788	P6604C	-檢傷分類第四級	584	P6605C	-檢傷分類第五級	507	
編號	診療項目	支付點數																		
P6601C	急診遠距會診費 -檢傷分類第一級	2,340																		
P6602C	-檢傷分類第二級	1,300																		
P6603C	-檢傷分類第三級	788																		
P6604C	-檢傷分類第四級	584																		
P6605C	-檢傷分類第五級	507																		
十、維持原條文。	<p>十、醫療費用申報、支付及審查原則</p> <p>(一)醫療費用之申報、暫付、審查及核付，除另有規定外，悉依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」辦理。</p> <p>(二)申報原則：醫療費用由在地院所按月申報，遠距會診費由遠距院所按月申報。</p> <p>(三)醫療服務點數清單及醫令清單填表說明：</p> <p>1、遠距院所：</p> <p>(1)申報專科門診遠距會診費、急診遠距會診費之論服務量：</p> <p>A.門診醫療費用點數清單段：</p>																			

113 年度建議條文	112 年度原條文		健保署說明												
	申報欄位	說 明													
	案件分類	07：遠距醫療													
	特定治療項目代號(任一)	GC：遠距醫療給付計畫													
	部分負擔代號	009：本署其他規定免部分負擔者													
	就醫序號	TM01：遠距醫療 註：使用虛擬(行動)健保卡就醫者，請依實際取號情形填寫													
	就醫科別	依實際會診科別填寫													
	<p>B. 門診醫療費用醫令清單段：申報急診遠距會診費、專科門診遠距會診費(論服務量)，醫令類別請填寫 0(診察費)。此外，需另申報 1 筆虛擬醫令，填寫說明如下。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>申報欄位</th><th>說 明</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>醫令類別</td><td>G：專案支付參考數值</td></tr> <tr> <td>藥品(項目)代號</td><td>TMP01：提供遠距會診</td></tr> <tr> <td>執行醫事人員代號</td><td>填寫遠距院所之醫師身分證號</td></tr> <tr> <td>委託或受託執行轉代檢醫事機構代號</td><td>填寫在地院所醫事機構代號</td></tr> <tr> <td>醫令調劑方式</td><td>6：遠距醫療</td></tr> </tbody> </table>			申報欄位	說 明	醫令類別	G：專案支付參考數值	藥品(項目)代號	TMP01：提供遠距會診	執行醫事人員代號	填寫遠距院所之醫師身分證號	委託或受託執行轉代檢醫事機構代號	填寫在地院所醫事機構代號	醫令調劑方式	6：遠距醫療
申報欄位	說 明														
醫令類別	G：專案支付參考數值														
藥品(項目)代號	TMP01：提供遠距會診														
執行醫事人員代號	填寫遠距院所之醫師身分證號														
委託或受託執行轉代檢醫事機構代號	填寫在地院所醫事機構代號														
醫令調劑方式	6：遠距醫療														

113 年度建議條文	112 年度原條文	健保署說明																
	<p>(2) 申報專科門診遠距會診費-論診次： 申請時應逐次填寫遠距會診費申請表（附件 2），於次月 20 日前將資料上傳至健保資訊服務網系統(VPN)，並郵寄申請表至保險人分區業務組。</p> <p>2、在地院所：申報醫療服務、藥物費用。</p> <p>(1)門診醫療費用點數清單段：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>申報欄位</th><th>說明</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>特定治療項目代號(任一)</td><td>GC：遠距醫療給付計畫</td></tr> </tbody> </table> <p>(2)門診醫療費用醫令清單段：除申報醫療服務、藥物費用外，需另申報 1 筆虛擬醫令，填寫說明如下。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>申報欄位</th><th>說明</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>醫令類別</td><td>G：專案支付參考數值</td></tr> <tr> <td>藥品(項目)代號</td><td>TMR01：接受遠距會診</td></tr> <tr> <td>執行醫事人員代號</td><td>填寫遠距院所之醫師身分證號</td></tr> <tr> <td>委託或受託執行轉代 檢醫事機構代號</td><td>填寫遠距院所醫事機構代號</td></tr> <tr> <td>醫令調劑方式</td><td>6：遠距醫療</td></tr> </tbody> </table> <p>3、如可歸責於特約醫事服務機構申報案件分類等資料錯誤，導致點值核付錯誤時，特約醫事服務機構需自行負責。</p> <p>(四)審查原則：</p> <p>1、涉及特定專科別之診療項目及藥物，在地醫師參採具各該專科資格遠距醫師</p>	申報欄位	說明	特定治療項目代號(任一)	GC：遠距醫療給付計畫	申報欄位	說明	醫令類別	G：專案支付參考數值	藥品(項目)代號	TMR01：接受遠距會診	執行醫事人員代號	填寫遠距院所之醫師身分證號	委託或受託執行轉代 檢醫事機構代號	填寫遠距院所醫事機構代號	醫令調劑方式	6：遠距醫療	
申報欄位	說明																	
特定治療項目代號(任一)	GC：遠距醫療給付計畫																	
申報欄位	說明																	
醫令類別	G：專案支付參考數值																	
藥品(項目)代號	TMR01：接受遠距會診																	
執行醫事人員代號	填寫遠距院所之醫師身分證號																	
委託或受託執行轉代 檢醫事機構代號	填寫遠距院所醫事機構代號																	
醫令調劑方式	6：遠距醫療																	

113 年度建議條文	112 年度原條文	健保署說明
	<p>建議後之處方，視同符合健保給付規定。</p> <p>2、特約醫事服務機構應依所提執行計畫內容提供遠距會診服務，超過計畫內容之部分，保險人不予支付費用。</p> <p>3、本計畫所訂之各項給付費用，如與其他公務預算支應之計畫，屬同一事實，且受有性質相同給付者，不得重複申報或請領。經查證有重複之情事，不予受理費用申請或追回已核發之款項。</p> <p>(五)保險對象應自行負擔之醫療費用：依保險對象就醫之在地院所層級計收。</p> <p>1、保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條規定計收。</p> <p>2、若屬全民健康保險法第四十八條所列重大傷病、分娩、山地離島地區就醫情形之一，保險對象免自行負擔費用。</p> <p>3、若屬全民健康保險法第四十三條第四項所訂醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，保險對象應自行負擔費用得予減免 20%。</p> <p>(六)點值結算方式：本計畫之遠距會診費、在地院所執行遠距醫療案件之診察費加成及居整計畫醫師訪視費加成費用，併其他預算之「推動促進醫療體系整合計畫」項下其他計畫計算，預算按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於 1 元。當季預算若有結餘，則流用至下季。</p>	

113 年度建議條文	112 年度原條文	健保署說明
	若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。	
十一、維持原條文。	<p>十一、監測指標</p> <p>(一)門診遠距會診當次轉診(轉出)率 1、分子：在地院所門診(不含急診)遠距會診當次轉診(轉出)件數 2、分母：在地院所門診(不含急診)遠距會診件數</p> <p>(二)急診：24小時內重返急診率 1、分子：急診遠距會診後24小時內重返急診人數 2、分母：急診遠距會診人數</p> <p>(三)專科門診-論診次：每診看診人次 1、分子：看診人次合計 2、分母：總診次</p> <p>(四)專科門診-論服務量：每月看診人次 1、分子：看診人次合計 2、分母：服務月份數</p>	
<p>十二、計畫管理機制</p> <p>(一)保險人負責本計畫之研訂與修正。</p> <p>(二)保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之參與資格、核定及輔導轄區醫事服務機構之執行計畫、計算指標與核發費用。</p> <p>(三)醫事服務機構負責依執行計畫提供遠距會診服務。</p> <p>(四)每計畫應於當年度12月底前，提供至少10份滿意度調查表(附件3)至保險人分區業務組。</p>	<p>十二、計畫管理機制</p> <p>(一)保險人負責本計畫之研訂與修正。</p> <p>(二)保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之參與資格、核定及輔導轄區醫事服務機構之執行計畫、計算指標與核發費用。</p> <p>(三)醫事服務機構負責依執行計畫提供遠距會診服務。</p>	<p>【健保署說明】</p> <p>為了解民眾對於本計畫或承作院所之執行建議，新增滿意度調查表及繳交份數與時間。</p>

113 年度建議條文	112 年度原條文	健保署說明
<p>十三、</p> <p>(一)維持原條文。</p> <p>(二)參與本計畫之特約醫事服務機構如涉及特管辦法第三十八至四十條所列違規情事之一<u>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)</u>。應自保險人第一次<u>核定違規函所載核定停約或終約</u>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的本計畫服務之成效，另予考量。</p> <p>(三)維持原條文。</p> <p>(四)維持原條文。</p>	<p>十三、退場機制</p> <p>(一)參與本計畫之特約醫事服務機構，未依所提計畫提供遠距會診服務、或參與本計畫有待改善事項，經保險人2次通知限期改善而未改善者、或一年內因相同事由經保險人通知限期改善累計達3次者，應自保險人通知終止執行本計畫日起退出本計畫。</p> <p>(二)參與本計畫之特約醫事服務機構如涉及特管辦法第三十八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者），應自保險人第一次處分函所載停約日起退出執行本計畫，惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供的本計畫服務之成效，另予考量。</p> <p>(三)前項處以停約之特約院所，經保險人同意依特管辦法第四十二條規定抵扣者，得繼續參加本計畫，但遠距院所不得提供受處分之診療科別之遠距會診服務。</p> <p>(四)特約醫事服務機構如經保險人分區業務組審查不符合參與資格或應終止參與資格，得於通知送達日起30日內，以書面向保險人分區業務組申請複核，但以一次為限。</p>	<p>【健保署說明】</p> <p>新增因違反醫事法令受衛生主管機關處分之違規期間認定方式。</p>

113 年度建議條文	112 年度原條文	健保署說明
十四、維持原條文。	<p>十四、計畫修訂程序</p> <p>本計畫視需要檢討，由保險人邀集醫療專業團體、主管機關等單位共同修訂後，屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序報請主管機關核定後公告實施，餘屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告；並送健保會備查。</p>	

附件3、全民健康保險遠距醫療給付計畫 民眾滿意度調查表

親愛的女士/先生：

您好！健保署為提升遠距醫療的給付效益，懇請您利用幾分鐘時間填寫這份問卷，提供您寶貴的意見，做為我們改進的方向，謝謝。以下的問題，請您就本次就醫的經驗作答。敬祝 健康快樂！

一、基本資料

(一)性別：男 女

(二)年齡：18歲以下 19-30歲 31-40歲 41-50歲 51-60歲
61-70歲 70歲以上

(三)居住縣市/鄉鎮：

二、就診資訊

(一)此次看診科別：

皮膚科 耳鼻喉科 眼科 心臟內科 胃腸科 神經內科 胸腔科

(二)今年第幾次接受遠距門診：第一次 第二次 第三次 四(含)次以上

(三)如何知道本次就醫院所有提供遠距看診服務(複選題)：

跑馬燈 醫院門診表 FB 臉書公告 村里民服務處 社區關懷據點宣導

其他：

(四)相較於您原本就醫看診方式，含搭車及等候，遠距醫療大約節省多少？

1小時 2小時 3小時 4小時 5小時 6小時以上。

二、醫療服務調查

(一)【遠距端】會診醫師專業與服務態度(複選題)：

疾病解釋及衛教內容簡單易懂 看診態度親切 病況詢問詳細

會診倉促，急於結束看診 會診態度冷淡 會診時，醫師常會打斷病人主訴

(二)【在地端】醫師專業與服務態度(複選題)：

態度親切 檢查熟練 看診後主動提供照護衛教

態度冷漠 儀器操作不熟悉 未告知返家須注意事項

(三)對接受遠距門診服務整體評價(複選題)：

有改善偏鄉民眾看診科別的需求

- 便民，不須舟車勞頓至市區看診，明顯縮短交通時間
- 等候看診時間，較市區醫院及診所看診較為短暫
- 有兩位醫師診療，服務升級
- 在地醫師可以開立原本限制專科的藥物，提高治療效果
- 擔心就診資訊外流、損及隱私權
- 不相信視訊診療的結果
- 其他：

三、滿意度調查

(一)透過遠距會診服務，是否有改善您身體的不適感？

- 有改善
- 沒感覺
- 沒有改善

(二)遠距醫療門診收費情形

- 較一般昂貴
- 無明顯差別
- 需自費品項之藥物較多

(三)是否願意再回遠距門診看診？

- 願意
- 沒意願，因症狀已改善
- 不願意，原因 症狀沒改善 醫院沒提供醫師建議用藥 看診臨時取消卻未接到通知 其他

(四)是否願意將遠距會診服務的資訊轉知給有醫療需求的家人或朋友知道？

- 願意
- 不願意，原因 看診後，症狀沒改善 會診及看診醫師態度太差後 工作人員服務態度差

(五)接受遠距會診，會診後之自我感受(複選題)

- 跟一般門診看診一樣，沒有差別
- 沒有安全感，看著螢幕跟醫師說話，感覺很冰冷
- 感覺很棒，花同樣的錢，卻同時有兩位醫師協助看診服務
- 很便民，希望這樣的服務以一直持續

(六)整體滿意度

- 非常滿意
- 滿意
- 不滿意
- 非常不滿意

謝謝您撥冗填寫本調查表！

年 月 日

113 年「全民健康保險遠距醫療給付計畫」費用推估情形

項目	年度	推估 112 ^{#1}	推估 113 ^{#2}
全民健康保險遠距醫療給付計畫			
預算數(百萬元)		17000.0	10000.0
執行數(百萬元)(A)=(B+C)		668.7	876.2
預算執行率		3.9%	8.8%
--專科門診遠距會診			
--論服務量		240.8	315.5
--論診次		312.6	409.5
--急診遠距會診		87.9	115.3
--在地院所門診診察費及居家醫療照護 整合計畫山地離島地區醫師訪視費加成		27.4	35.9
總計(A)=(B+C)		668.7	876.2

註：

- 1.推估 112 年「全民健康保險遠距醫療給付計畫」之全年數據係以(112 年 1-10 月數據/10)*12。
- 2.推估 113 年「全民健康保險遠距醫療給付計畫」係以推估 112 年全年數據*成長率。

成長率：本計畫 111 年執行數 510 萬點，預估 112 年執行數 669 萬點，推估成長率 31.0%。

113 年「全民健康保險遠距醫療給付計畫」費用推估情形-本署建議

年度 項目	推估 113 (自然成長)	推估 113 (本署建議-高推估)
全民健康保險遠距醫療給付計畫		
預算數(萬點)(A)	10000.0	10000.0
執行數(萬點)(B)=(D+I)	876.2	5,629
預算執行率(C)=(B/A)	8.8%	56.3%
113 年推估執行數 (D)	876.2	876.2
調整項目總計所需點數(萬點)(I)=E+F+G		2,653
新增 IDS 計畫 2 適用地區及醫缺地區 (E)		
--專科門診遠距會診(論服務量)	315.5	575.2
--專科門診遠距會診(論診次)	409.5	1846.0
--急診遠距會診	115.3	193.8
--診察費 1 成	35.9	36.4
居家醫療場域 (F)		1.5
衛福部試辦遠距醫療相關計畫 (G)		
--醫事司計畫		2,100
--照護司計畫		-
--醫福會計畫		-

註：

1.113 年推估執行數：本計畫 111 年執行數 510 萬點，預估 112 年執行數 669 萬點，推估成長率 31.0%，推估 113 年執行數。

2.新增 IDS 計畫 2 適用地區及醫缺地區：

2.1 專科門診遠距會診(論服務量)：推估餘 69 尚未納入本計畫地區，112 年件數(醫缺地區民眾就醫共 1,756,411 件*整體遠距就醫占率 0.5%)8,782 件*專科遠距會診費 500 點，7 個適用科別合計，加計推估成長率 31.0%(112 年推估執行數 668 萬點/111 年執行數 510 萬點-1)計算。

2.2 專科門診遠距會診(論診次)：以 112 年 1-10 月共 20 家院所申報 521 診次推估平均每週為 1(診)*52(週)*71 地區*論診次 5,000(元)計算。

2.3 急診遠距會診：以 69 個地區，每月申報 1 例，檢傷分類第一級(P6601C)2,340 點推估。

2.4 診察費 1 成：診察費 316 點之 1 成*8,782 件(註 2.1)計算，再加計推估成長率 31%。

3.衛福部試辦遠距醫療相關計畫：

3.1 醫事司計畫：經查 110-111 年度有 70 個點，其中 18 個點未加入遠距計畫、112-113 年度有 119 個點，較前一年度新增 49 個點，爰 113 年共新增 67 個點。

以 112 年度本計畫每家急診網絡之醫院申報急診遠距會診費醫令點數預估(P6601C：35,100 點、P6602C：23,244 點 P6603C：12,324 點 P6604C：1,051 點，醫事司計畫 113 年新增 67 個地點，以 P6601C 為例，35,100*67=2,351,700 點，上述 4 項醫令合計約需 453 萬點；另加計以上述 4 項醫令 112 年相較於 111 年急診遠距會診費推估件數成長率計算，合計約需 2,100 萬點。

3.2 照護司計畫：112-113 年度共 26 個點位，其中苗栗縣獅潭鄉、苗栗縣南庄鄉未加入遠距計畫，惟查該 2 鄉鎮亦屬本保險醫療資源缺乏地區，相關費用已列入前項醫療資源缺乏地區預估數。

3.3 醫福會計畫：經查 113 年施行地區相同為 112 年之澎湖縣馬公地區、臺東縣成功地區、花蓮縣豐濱地區、屏東縣恆春地區及花蓮縣玉里地區，相關費用已列入 112 年執行數。

討論事項

第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊」方案（修正草案對照表如附件，頁次討 5-5～5-49），提請討論。

說明：

- 一、依衛生福利部 112 年 12 月 26 日衛部健字第 1123360189 號公告「113 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」（下稱總額預算）暨 113 年 3 月 14 日修訂「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」（草案）溝通會議會議決議辦理。
- 二、本修正草案業於 113 年 3 月 14 日邀集中華民國醫師公會全國聯合會等公協會召開溝通會議，會議決議重點如下：
 - (一)「獎勵上傳資料」之「醫療檢查影像及影像報告」上傳獎勵點數調整與會代表皆無意見。
 - (二)提升院所智慧化資訊機制獎勵：
 1. 門診處方箋 QR CODE 二維條碼推動獎勵 113 年持續編列 (2,000 點)。
 2. 醫療費用申報格式就醫識別碼改版獎勵(原為 2,000 點改為 1,600 點)、健保卡資料上傳格式 2.0 改版獎勵(原為 10,000 點改為 8,000 點)：如預算足以支應，維持原獎勵點數。
- 三、113 年度總額預算其他部門項下之「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」，全年經費 1,486 百萬元，增修重點如下：

(一)網路頻寬補助費用：

行動網路修正內容如下：

1. 酌修適用對象條件：刪除「居家醫療照護、或至醫療資源不足地區、山地離島地區等，」等文字。

2. 新增退出條件：特約醫事服務機構未符合適用對象條件者，本保險人不予給付。

(二) 嘉獎上傳資料：

上傳醫療檢查影像及影像報告，調整獎勵點數如下：

1. X 光檢查、內視鏡檢查及超音波檢查：計41項，同時上傳影像及影像報告從原每筆獎勵7點，改為每筆獎勵10點。
2. 牙科 X 光檢查-34006B 頸頸關節 X 光攝影（單側）：從原需上傳2張調整為1張，並調整每筆獎勵點數從原10點調整為5點。

(三) 提升院所智慧化資訊機制獎勵

1. 提供虛擬(行動)健保卡服務獎勵：適用對象新增「在宅急症照護試辦計畫」及「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」。
2. 醫療費用申報格式改版獎勵：刪除部分負擔改版獎勵。
3. 醫療費用申報格式改版獎勵之就醫識別碼改版獎勵、健保卡資料上傳格式2.0改版獎勵、門診處方箋 QR CODE 二維條碼推動獎勵維持112年獎勵點數，112年已獎勵者不予重複獎勵。

四、 113 年財務評估：

(一) 其他醫事機構網路頻寬補助費用：以112年網路頻寬補助成長率5.4%推估，113年其他醫事機構網路頻寬網路費用約計165百萬點；又各總額部門預算不足者所需經費約計3百萬點(牙醫0.17百萬點、中醫2.84百萬點)，推估所需經費約計168百萬點。

(二) 嘉獎上傳資料費用計1,063百萬點，說明如下：

1. 上傳檢驗(查)結果以112年申報數及上傳數，合併112年成長率13.5%，推估所需經費約計489百萬點。

2. 上傳醫療檢查影像及影像報告以112年申報數及上傳數，並於113年調整後之醫療檢查影像及影像報告上傳率達91%情形下，推估所需經費約計548百萬點。
3. 其餘獎勵上傳項目，依據112年成長率推估，推估所需經費約計26百萬點。

(三)提升院所智慧化資訊機制獎勵費用計131百萬點，說明如下：

1. 提供虛擬(行動)健保卡服務獎勵計18.14百萬點
 - (1) 居整計畫：推估約需3百萬點。
 - (2) IDS 計畫(含全人)：推估約需5.74百萬點。
 - (3) 遠距計畫：推估約需1.58百萬點。
 - (4) 支付標準之一般居家及安寧居家：推估約需0.79百萬點。
 - (5) 腹膜透析照護計畫：推估約需5.21百萬點。
 - (6) 在宅急症照護計畫：推估約需1.82百萬點。
 2. 醫療費用申報格式-就醫識別碼改版獎勵：以【112年門診格式未改版之家數(6,725)+112年住診格式未改版之家數(286)+推估113年新特約之家數(1,878)】*每家獎勵費2,000點，推估所需經費約計18百萬點。
 3. 健保卡資料上傳格式2.0改版獎勵：以【112年未改版為健保卡資料格式2.0之院所數(6,300家)+推估113年新特約院所數(1,278家)】*每家獎勵費10,000點，推估所需經費計76百萬點。
 4. 門診處方箋 QR CODE 二維條碼推動獎勵：以【112年未申請獎勵之院所數(6,300家)+推估113年新特約院所數(1,854家)】*每家獎勵費2,000點，推估所需經費計19百萬點。
- (四)上開提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用共計1,362百萬點，預算尚可支應。

擬辦：本案提報本會議通過，將依程序報請衛生福利部核定後，本署
公告實施。

決議：

「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」

修正草案對照表

修正方案	現行方案	說明
	一、依據：全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額辦理。	未修正。
	二、目的：為鼓勵特約醫事服務機構提升網路頻寬，以利即時、迅速查詢病患於不同醫事機構間之醫療資訊，供處方參考，以確保保險對象就醫安全，以及提升醫療服務效率。	未修正。
<p>三、預算來源：</p> <p>(一)<u>113</u>年全民健康保險「醫院」醫療給付費用總額之「網路頻寬補助費用」專款項目 2 億元，用於補助醫院提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。</p> <p>(二)<u>113</u>年全民健康保險「西醫基層」醫療給付費用總額之「網路頻寬補助費用」專款項目 2.53 億元，用於補助西醫基層診所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。</p> <p>(三)<u>113</u>年全民健康保險「牙醫門診」醫療給付費用總額之「網路頻寬補助費用」專款項目 <u>1.43</u> 億元，用於補助牙醫院所提升網路頻寬之「固</p>	<p>三、預算來源：</p> <p>(一)112 年全民健康保險「醫院」醫療給付費用總額之「網路頻寬補助費用」專款項目 2 億元，用於補助醫院提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。</p> <p>(二)112 年全民健康保險「西醫基層」醫療給付費用總額之「網路頻寬補助費用」專款項目 2.53 億元，用於補助西醫基層診所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。</p> <p>(三)112 年全民健康保險「牙醫門診」醫療給付費用總額之「網路頻寬補助費用」專款項目 1.68 億元，用於補助牙醫院所提升網路頻寬之「固</p>	依 112 年 12 月 26 日衛部健字第 1123360189 號公告「113 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，本案 113 年全年經費為 2,165 百萬元(醫院總額：200 百萬元、西醫基層總額：253 百萬元、牙醫總額：143 百萬元、中醫總額：83 百萬元、其他部門 1,486 百萬元)。

修正方案	現行方案	說明
<p>接網路及行動網路月租費」。</p> <p>(四)113年全民健康保險「中醫門診」醫療給付費用總額之「網路頻寬補助費用」專款項目 0.83 億元，用於補助中醫院所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。</p> <p>(五)113年全民健康保險醫療給付費用總額之其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」項目(以下稱「提升院所智慧化資訊等獎勵補助費」)14.86 億元，用於：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 補助其他特約醫事服務機構提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」，並支應各部門總額「網路頻寬補助費用」專款項目預算不足數。 2. 資料上傳獎勵費。 3. 提升院所智慧化資訊獎勵費。 	<p>接網路及行動網路月租費」。</p> <p>(四)112年全民健康保險「中醫門診」醫療給付費用總額之「網路頻寬補助費用」專款項目 0.98 億元，用於補助中醫院所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。</p> <p>(五)112年全民健康保險醫療給付費用總額之其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」項目(以下稱「提升院所智慧化資訊等獎勵補助費」)16.36 億元，用於：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 補助其他特約醫事服務機構提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」，並支應各部門總額「網路頻寬補助費用」專款項目預算不足數。 2. 資料上傳獎勵費。 3. 提升院所智慧化資訊獎勵費。 	
<p>四、網路頻寬補助費用：</p> <p>(一)適用對象及其條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 固接網路： <ol style="list-style-type: none"> (1)保險人特約醫事服務機構應選擇申請裝設所需 	<p>四、網路頻寬補助費用：</p> <p>(一)適用對象及其條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 固接網路： <ol style="list-style-type: none"> (1)保險人特約醫事服務機構應選擇申請裝設所需 	<p>一、修正年度為 113 年。</p> <p>二、行動網路調整如下：</p> <p>(一)酌修適用對</p>

修正方案	現行方案	說明
<p>光纖電路之速率頻寬。</p> <p>(2)特約醫事服務機構需檢送申請表(附件1)或採電子申請，由保險人分區業務組核定後辦理。</p> <p>2. 行動網路(Mobile Data Virtual Private Network, MDVPN)：</p> <p>(1)適用對象為事先經保險人同意提供<u>居家醫療照護、或至醫療資源不足地區、山地離島地區等</u>，非於院所內提供醫療服務之特約醫事服務機構。</p> <p>(2)申請數量以1組為原則，經分區業務組瞭解特約醫事服務機構有實際業務需要者，最多可申請2組。</p> <p>(3)特約醫事服務機構需檢送申請表(附件2)，由保險人分區業務組核定後辦理。</p> <p><u>(4)特約醫事服務機構未符合適用對象條件者，本保險人不予補助。</u></p> <p>(二)支付項目及標準：</p> <ol style="list-style-type: none"> 「固接網路」網路月租費： <ol style="list-style-type: none"> 按月先行依電信公司提供特約醫事服務機構繳 	<p>光纖電路之速率頻寬。</p> <p>(2)特約醫事服務機構需檢送申請表(附件1)或採電子申請，由保險人分區業務組核定後辦理。</p> <p>2. 行動網路(Mobile Data Virtual Private Network, MDVPN)：</p> <p>(1)適用對象為事先經保險人同意提供居家醫療照護、或至醫療資源不足地區、山地離島地區等，非於院所內提供醫療服務之特約醫事服務機構。</p> <p>(2)申請數量以1組為原則，經分區業務組瞭解特約醫事服務機構有實際業務需要者，最多可申請2組。</p> <p>(3)特約醫事服務機構需檢送申請表(附件2)，由保險人分區業務組核定後辦理。</p> <p><u>(4)特約醫事服務機構未符合適用對象條件者，本保險人不予補助。</u></p> <p>(二)支付項目及標準：</p> <ol style="list-style-type: none"> 「固接網路」網路月租費： <ol style="list-style-type: none"> 按月先行依電信公司提供特約醫事服務機構繳 	<p>象條件：查適用對象係事先經保險人同意提供「非於院內提供醫療服務」之特約醫事服務機構，為避免混淆，建議刪除「居家醫療照護、或至醫療資源不足地區、山地離島地區等」等文字。</p> <p>(二)新增退出條件：查曾有部分醫療院所已不符合方案行動網路(MDVPN)補助申請條件，持續取得補助之情事，爰新增相關退出條件，特約醫事服務機構</p>

修正方案	現行方案	說明
<p>交網路頻寬之月租費證明書據（繳款人需為該特約醫事服務機構含機構代號）金額核實支付，但費用高於各層級特約醫事服務機構之支付上限者，其超過部分，不予以支付。</p> <p>(2)依保險人與電信公司合約折扣率計算之頻寬月租費為上限，<u>113</u>年各層級特約醫事服務機構支付上限如下，詳附件3。</p> <p>A.醫學中心：企業型光纖50M，月租費5萬4,561元。</p> <p>B.區域醫院：企業型光纖20M，月租費4萬5,201元。</p> <p>C.地區醫院：企業型光纖10M，月租費2萬5,857元。</p> <p>D.基層診所及其他特約醫事服務機構：一般型光纖6M/2M，月租費1,691元；107年12月31日以前(含)已申請參加本方案企業型或專業型光纖電路頻寬之基層診所及其他特約醫事服務機構，</p>	<p>交網路頻寬之月租費證明書據（繳款人需為該特約醫事服務機構含機構代號）金額核實支付，但費用高於各層級特約醫事服務機構之支付上限者，其超過部分，不予以支付。</p> <p>(2)依保險人與電信公司合約折扣率計算之頻寬月租費為上限，112年各層級特約醫事服務機構支付上限如下，詳附件3。</p> <p>A.醫學中心：企業型光纖50M，月租費5萬4,561元。</p> <p>B.區域醫院：企業型光纖20M，月租費4萬5,201元。</p> <p>C.地區醫院：企業型光纖10M，月租費2萬5,857元。</p> <p>D.基層診所及其他特約醫事服務機構：一般型光纖6M/2M，月租費1,691元；107年12月31日以前(含)已申請參加本方案企業型或專業型光纖電路頻寬之基層診所及其他特約醫事服務機構，</p>	<p>未符合適用對象條件者，本保險人不予以給付。</p>

修正方案	現行方案	說明
<p><u>113</u> 年網路月租費支 付上限為專業型光纖 1M 月租費 1,980 元。</p> <p>2. 「行動網路」網路月租費：</p> <p>(1)依電信公司提供特約醫 事服務機構該季繳交網 路頻寬之月租費證明書 據（繳款人需為該特約 醫事服務機構含機構代 號）金額核實支付。</p> <p>(2)支付上限：依保險人與 電信公司合約之無線網 路-MDVPN 4G 優惠月 租費率計算之，並依優 惠方案所訂之最高收費 金額為上限。<u>113</u> 年 4G 優惠方案支付上限 799 元，詳附件 4。</p>	<p>112 年網路月租費支 付上限為專業型光纖 1M 月租費 1,980 元。</p> <p>2. 「行動網路」網路月租費：</p> <p>(1)依電信公司提供特約醫 事服務機構該季繳交網 路頻寬之月租費證明書 據（繳款人需為該特約 醫事服務機構含機構代 號）金額核實支付。</p> <p>(2)支付上限：依保險人與 電信公司合約之無線網 路-MDVPN 4G 優惠月 租費率計算之，並依優 惠方案所訂之最高收費 金額為上限。112 年 4G 優惠方案支付上限 799 元，詳附件 4。</p>	
<p>五、資料上傳獎勵： 特約醫事服務機構須於「報告 日期(或實際檢查日期)之上傳 時效內」或「費用年月」之次月 底前上傳下列資料，否則不予 列計。上傳格式公布於保險人 全球資訊網之健保服務專區之 健保與就醫紀錄查詢項下。</p> <p>(一)上傳檢驗（查）結果：</p> <p>1. 獎勵項目：如附件 5 及按 「全民健康保險醫療服務 給付項目及支付標準」規 定，須上傳檢驗(查)結果</p>	<p>五、資料上傳獎勵： 特約醫事服務機構須於「報告 日期(或實際檢查日期)之上傳 時效內」或「費用年月」之次月 底前上傳下列資料，否則不予 列計。上傳格式公布於保險人 全球資訊網之健保服務專區之 健保與就醫紀錄查詢項下。</p> <p>(一)上傳檢驗（查）結果：</p> <p>1. 獎勵項目：如附件 5 及按 「全民健康保險醫療服務 給付項目及支付標準」規 定，須上傳檢驗(查)結果</p>	<p>依據 113 年 3 月 14 日修訂「全民 健康保險鼓勵 醫事服務機構 即時查詢病患 就醫資訊方案」 (草案)溝通會 議之會議決議， 上傳醫療檢查 影像及影像報 告獎勵調整如 下：</p> <p>(一)調整附件 5-</p>

修正方案	現行方案	說明
<p>之診療項目。非獎勵上傳之檢驗(查)項目，仍可依規定格式上傳，惟不列入上傳檢驗(查)結果獎勵金之計算。</p> <p>2. 獎勵條件及獎勵計算：須於報告日期之時效內，將其檢驗(查)結果上傳。</p> <p>(1)如屬健保卡補卡案件，且健保卡刷卡日期時間大於報告日期時間，須於補卡後於時效內上傳；如屬轉(代)檢案件，須於實際收到報告日期時效內上傳。</p> <p>(2)如報告日期(或健保卡刷卡日期時間、實際收到報告日期)在住院期間，須於住院期間或出院後於時效內上傳。</p> <p>(3)獎勵點數：「報告型資料」者，每筆上傳醫令獎勵5點；「非報告型資料」者，每筆上傳醫令獎勵1點。</p> <p>(4)上傳時效及獎勵計算：</p> <ul style="list-style-type: none"> ①24小時內(或住院期間)：以獎勵點數之100%計算。 ②逾24小時但於3日內：以獎勵點數之 	<p>之診療項目。非獎勵上傳之檢驗(查)項目，仍可依規定格式上傳，惟不列入上傳檢驗(查)結果獎勵金之計算。</p> <p>2. 獎勵條件及獎勵計算：須於報告日期之時效內，將其檢驗(查)結果上傳。</p> <p>(1)如屬健保卡補卡案件，且健保卡刷卡日期時間大於報告日期時間，須於補卡後於時效內上傳；如屬轉(代)檢案件，須於實際收到報告日期時效內上傳。</p> <p>(2)如報告日期(或健保卡刷卡日期時間、實際收到報告日期)在住院期間，須於住院期間或出院後於時效內上傳。</p> <p>(3)獎勵點數：「報告型資料」者，每筆上傳醫令獎勵5點；「非報告型資料」者，每筆上傳醫令獎勵1點。</p> <p>(4)上傳時效及獎勵計算：</p> <ul style="list-style-type: none"> ①24小時內(或住院期間)：以獎勵點數之100%計算。 ②逾24小時但於3日內：以獎勵點數之 	<p>1,X光、內視鏡及超音波檢查，共41項，從原每筆獎勵7點，改為每筆獎勵10點。</p> <p>(二)調整附件5-1,牙科X光檢查 - 34006B顳頸關節X光攝影(單側)從原需上傳2張調整為1張，並調整每筆獎勵點數從原10點調整為5點。</p>

修正方案	現行方案	說明
<p>50%計算。</p> <p>(二)上傳醫療檢查影像及影像報告：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 獎勵項目及獎勵點數：如附件 5-1。 2. 獎勵條件：醫療檢查影像及影像報告須於下列時效內上傳。 <p>(1)醫療檢查影像：須於實際檢查日期後之時效內上傳影像；如屬健保卡補卡案件，且健保卡刷卡日期時間大於實際檢查日期時間，須於補卡後之時效內上傳；如屬轉(代)檢案件，須於實際收到影像日期之時效內上傳。</p> <p>(2)影像報告：須於報告日期之時效內將其影像報告上傳；如屬健保卡補卡案件，且健保卡刷卡日期時間大於報告日期時間，須於補卡後之時效內上傳；如屬轉(代)檢案件，須於實際收到報告日期之時效內上傳。</p> <p>3. 上傳時效及獎勵計算：</p> <p>(1)牙科 X 光：</p> <p>1 週內：以獎勵點數之 100%計算。</p>	<p>50%計算。</p> <p>(二)上傳醫療檢查影像及影像報告：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 獎勵項目及獎勵點數：如附件 5-1。 2. 獎勵條件：醫療檢查影像及影像報告須於下列時效內上傳。 <p>(1)醫療檢查影像：須於實際檢查日期後之時效內上傳影像；如屬健保卡補卡案件，且健保卡刷卡日期時間大於實際檢查日期時間，須於補卡後之時效內上傳；如屬轉(代)檢案件，須於實際收到影像日期之時效內上傳。</p> <p>(2)影像報告：須於報告日期之時效內將其影像報告上傳；如屬健保卡補卡案件，且健保卡刷卡日期時間大於報告日期時間，須於補卡後之時效內上傳；如屬轉(代)檢案件，須於實際收到報告日期之時效內上傳。</p> <p>3. 上傳時效及獎勵計算：</p> <p>(1)牙科 X 光：</p> <p>1 週內：以獎勵點數之 100%計算。</p>	

修正方案	現行方案	說明
(2)其餘項目： ①24小時內：以獎勵點數之100%計算。 ②逾24小時但於3日內：以獎勵點數之50%計算。 (三)上傳出院病歷摘要：每筆獎勵5點。 (四)上傳人工關節植入物資料：每筆獎勵5點。 1. 醫令項目：詳附件6。 2. 每筆上傳內容：包括body height、body weight、ASA(麻醉危險分級)、Surgical Approach(側別/術別/入路途徑)、特材條碼等。	(2)其餘項目： ①24小時內：以獎勵點數之100%計算。 ②逾24小時但於3日內：以獎勵點數之50%計算。 (三)上傳出院病歷摘要：每筆獎勵5點。 (四)上傳人工關節植入物資料：每筆獎勵5點。 1. 醫令項目：詳附件6。 2. 每筆上傳內容：包括body height、body weight、ASA(麻醉危險分級)、Surgical Approach(側別/術別/入路途徑)、特材條碼等。	
(五)居家訪視健保卡登錄暨上傳資料：每次獎勵5點。 1. 醫令項目：詳附件7。 2. 保險特約醫事服務機構將提供保險對象之居家訪視服務登錄於健保卡後，於24小時內，經由健保資訊網線路上傳予保險人，每次居家訪視獎勵5點。	(五)居家訪視健保卡登錄暨上傳資料：每次獎勵5點。 1. 醫令項目：詳附件7。 2. 保險特約醫事服務機構將提供保險對象之居家訪視服務登錄於健保卡後，於24小時內，經由健保資訊網線路上傳予保險人，每次居家訪視獎勵5點。	
(六)特定醫令申報執行起迄時間資料：每筆獎勵1點。 1. 醫令項目：詳附件8。 2. 保險特約醫事服務機構向保險人申報之門住診醫療	(六)特定醫令申報執行起迄時間資料：每筆獎勵1點。 1. 醫令項目：詳附件8。 2. 保險特約醫事服務機構向保險人申報之門住診醫療	

修正方案	現行方案	說明
<p>費用中，於醫令清單段申報特定醫令之「執行時間-起」及「執行時間-迄」，每筆獎勵 1 點。</p> <p>(七)上開資料如經保險人查屬不實，核發之獎勵金將予以追扣。</p>	<p>費用中，於醫令清單段申報特定醫令之「執行時間-起」及「執行時間-迄」，每筆獎勵 1 點。</p> <p>(七)上開資料如經保險人查屬不實，核發之獎勵金將予以追扣。</p>	
<p>六、提升院所智慧化資訊獎勵：</p> <p>(一)鼓勵提供虛擬(行動)健保卡服務獎勵：</p> <p>1. 適用對象：居家醫療照護(包含全民健康保險居家醫療照護整合計畫(以下稱居整計畫)及全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準居家照護及安寧居家療護個案)、全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(含山地鄉全人整合照護，以下稱IDS 計畫)<u>及</u>全民健康保險遠距醫療給付計畫(以下稱遠距計畫)、<u>鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫(以下稱腹膜透析計畫)及在宅急症試辦計畫(以下稱 HAH 計畫)</u>。</p> <p>2. 獎勵內容：</p> <p>(1)協助病人綁定虛擬(行</p>	<p>六、提升院所智慧化資訊獎勵：</p> <p>(一)鼓勵提供虛擬(行動)健保卡服務獎勵：</p> <p>1. 適用對象：居家醫療照護(包含全民健康保險居家醫療照護整合計畫(以下稱居整計畫)及全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準居家照護及安寧居家療護個案)、全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(含山地鄉全人整合照護，以下稱IDS 計畫)及全民健康保險遠距醫療給付計畫(以下稱遠距計畫)。</p> <p>2. 獎勵內容：</p> <p>(1)協助病人綁定虛擬(行</p>	<p>一、修正年度為 113 年。</p> <p>二、鼓勵提供虛擬(行動)健保卡服務獎勵適用對象新增「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」及「在宅急症試辦計畫」。</p> <p>三、考量部分負擔新制已於 112 年 7 月 1 日全面實施，且已補助 2 年，爰刪除醫療費用申</p>

修正方案	現行方案	說明	
<p>動)健保卡獎勵金：特約 醫事服務機構於收案或 就醫時協助病人以醫事 人員專案協助個案申請 完成虛擬健保卡(以專 案申請(醫事人員)方式 進行)，綁定虛擬(行動) 健保卡且符合下列條件 者，每名病人獎勵 200 點，限獎勵一次，支付獎 勵予最早協助綁定之醫 事機構：</p> <p>A.取得病人或家屬同意 後，由特約醫事服務 機構協助綁定，並將 佐證資料留存於病歷 備查，須協助拍攝虛 擬(行動)健保卡之相 片、已完成綁定畫面 截圖等。</p> <p>B.特約醫事機構需於綁 定當年度有以虛擬 (行動)健保卡方式成 功申報該病人醫療費 用。IDS 計畫、遠距 計畫應申報 1 筆虛擬 醫令，填寫說明如下：</p>		<p>動)健保卡獎勵金：特約 醫事服務機構於收案或 就醫時協助病人以醫事 人員專案協助個案申請 完成虛擬健保卡(以專 案申請(醫事人員)方式 進行)，綁定虛擬(行動) 健保卡且符合下列條件 者，每名病人獎勵 200 點，限獎勵一次，支付獎 勵予最早協助綁定之醫 事機構：</p> <p>A.取得病人或家屬同意 後，由特約醫事服務 機構協助綁定，並將 佐證資料留存於病歷 備查，須協助拍攝虛 擬(行動)健保卡之相 片、已完成綁定畫面 截圖等。</p> <p>B.特約醫事機構需於綁 定當年度有以虛擬 (行動)健保卡方式成 功申報該病人醫療費 用。IDS 計畫、遠距 計畫應申報 1 筆虛擬 醫令，填寫說明如下：</p>	
申報欄位	說明	申報欄位	說明
醫令類別	G：專案支付參考數值	醫令類別	G：專案支付參考數值

修正方案		現行方案		說明
藥品(項目)代號	TMV01：協助綁定虛擬(行動)健保卡	藥品(項目)代號	TMV01：協助綁定虛擬(行動)健保卡	
執行醫事人員代號	遠距計畫案件：填寫在地院所之醫師身分證號 IDS 計畫案件：填寫執行醫事人員身分證號	執行醫事人員代號	遠距計畫案件：填寫在地院所之醫師身分證號 IDS 計畫案件：填寫執行醫事人員身分證號	
醫令調劑方式	遠距計畫案件：6 IDS 計畫案件：非必填	醫令調劑方式	遠距計畫案件：6 IDS 計畫案件：非必填	
C. 已綁定者因手機故障或更換手機再重新綁定、已於計畫/支付標準服務結案後再由其他醫事機構重新收案並協助綁定、已由其他計畫或其他特約院所協助綁定等情形，不予重複獎勵。 (2)虛擬(行動)健保卡申報指標獎勵金：以占率獎勵： A. 定義： (A)居家醫療照護、IDS 計畫、遠距計畫(在地院所與遠距會診費以論服務量申報之遠距院所)、 <u>腹膜透析計畫</u> 、 <u>HAH 計畫</u> ： 分子：特約醫事服務機構(含交付機構)當年度以虛擬(行動)健保卡申報	C. 已綁定者因手機故障或更換手機再重新綁定、已於計畫/支付標準服務結案後再由其他醫事機構重新收案並協助綁定、已由其他計畫或其他特約院所協助綁定等情形，不予重複獎勵。 (2)虛擬(行動)健保卡申報指標獎勵金：以占率獎勵： A. 定義： (A)居家醫療照護、IDS 計畫、遠距計畫(在地院所與遠距會診費以論服務量申報之遠距院所)： 分子：特約醫事服務機構(含交付機構)當年度以虛擬(行動)健保卡申報			

修正方案	現行方案	說明
<p>適用對象醫療費用成功之件數。</p> <p>分母：特約醫事服務機構(含交付機構)當年度申報適用對象醫療費用之件數。</p> <p>(B)遠距計畫（遠距會診費以論診次申報之遠距院所）：</p> <p>分子：特約醫事服務機構當年度論次費用申報使用虛擬(行動)健保卡之人次</p> <p>分母：特約醫事服務機構當年度論次費用申報之診療人次</p> <p>B.獎勵內容：</p>	<p>適用對象醫療費用成功之件數。</p> <p>分母：特約醫事服務機構(含交付機構)當年度申報適用對象醫療費用之件數。</p> <p>(B)遠距計畫（遠距會診費以論診次申報之遠距院所）：</p> <p>分子：特約醫事服務機構當年度論次費用申報使用虛擬(行動)健保卡之人次</p> <p>分母：特約醫事服務機構當年度論次費用申報之診療人次</p> <p>B.獎勵內容：</p>	

獎勵指標占率	每件獎勵點數		當年度有提供病人該計畫服務且累計 ≥ 10 人，每家機構獎勵點數
	一般地區	山地離島地區	
25% \leq 占率<50%	10	20	5,000

獎勵指標占率	每件獎勵點數		當年度有提供病人該計畫服務且累計 ≥ 10 人，每家機構獎勵點數
	一般地區	山地離島地區	
25% \leq 占率<50%	10	20	5,000

修正方案				現行方案				說明
50%≤ 占率 <70%	20	40	10,000	50%≤ 占率 <70%	20	40	10,000	
≥70%	20	40	20,000	≥70%	20	40	20,000	
C.同一申報案件符合兩項計畫申報案件者不得重複獎勵。(例如：居家醫療服務案件同時執行遠距醫療者)				C.同一申報案件符合兩項計畫申報案件者不得重複獎勵。(例如：居家醫療服務案件同時執行遠距醫療者)				
3. 實施期程： <u>113年1月1日</u> <u>至113年12月31日。</u> <u>(1)居整計畫：112年1月1日至112年12月31日。</u> <u>(2)其餘適用對象：本方案公告實施日至112年12月31日。</u>				3. 實施期程： (1)居整計畫：112年1月1日至112年12月31日。 (2)其餘適用對象：本方案公告實施日至112年12月31日。				
(二)醫療費用申報格式改版獎勵：				(二)醫療費用申報格式改版獎勵：				
1.部分負擔改版獎勵：於部分負擔新制公告實施次月1日起至112年12月31日前，以修正後「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式及填表說明」完成費用申報者，每家獎勵2,000點。				1.部分負擔改版獎勵：於部分負擔新制公告實施次月1日起至112年12月31日前，以修正後「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式及填表說明」完成費用申報者，每家獎勵2,000點。				
2.就醫識別碼改版獎勵： <u>112年12月31日前於113年12月31日前(費用年月11312申報資料可於114年1月20前)</u> ，以修正後「特約醫事服務機構(門				2.就醫識別碼改版獎勵：112年12月31日前，以修正後「特約醫事服務機構(門診、住院及交付機構)醫療費用點數申報格式及填表說明」完成費用申報者，				

修正方案	現行方案	說明
<p>診、住院及交付機構)醫療費用點數申報格式及填表說明」完成費用申報者，每改版格式每家獎勵 2,000 點，<u>112 年已有獎勵者不予重複獎勵</u>。</p>	<p>每改版格式每家獎勵 2,000 點。</p>	
<p>(三)健保卡資料上傳格式 2.0 改版獎勵：</p> <p>1. 嘉勵內容：<u>112 年 12 月 31 日前全面單軌實施前，於健保資訊網服務系統(VPN)申請並由本署分區業務組核定後</u>，以「健保卡資料上傳格式 2.0」版本上傳每日就醫資料，每家獎勵 10,000 點，<u>112 年已有獎勵者不予重複獎勵</u>。</p> <p>2. <u>已更改「健保卡資料上傳格式 2.0」版本上傳每日就醫資料，如於 113 年 3 月 1 日前改回「健保卡資料上傳格式 1.0」，不予獎勵。</u></p>	<p>(三)健保卡資料上傳格式 2.0 改版獎勵：</p> <p>1. 嘉勵內容：112 年 12 月 31 日前，於健保資訊網服務系統(VPN)申請並由本署分區業務組核定後，以「健保卡資料上傳格式 2.0」版本上傳每日就醫資料，每家獎勵 10,000 點。</p>	
<p>(四)門診處方箋 QR CODE 二維條碼推動獎勵：</p> <p>於<u>門診處方箋 QR CODE 二維條碼格式公告實施日起至 112113 年 12 月 31 日前(112 年已有獎勵者不予重複獎勵)</u>：</p> <p>1. 醫院及診所：依公告格式完成於紙本處方箋印製</p>	<p>(四)門診處方箋 QR CODE 二維條碼推動獎勵：</p> <p>於門診處方箋 QR CODE 二維條碼格式公告實施日起至 112 年 12 月 31 日前：</p> <p>1. 醫院及診所：依公告格式完成於紙本處方箋印製</p>	

修正方案	現行方案	說明
<p>QR CODE 者，於健保資訊網服務系統(VPN)上傳含 QR CODE 之紙本處方箋影像者，獎勵每家 2,000 點。</p> <p>2. 藥局：成功介接電子處方箋 API 且有上傳資料者，獎勵每家 2,000 點。</p>	<p>QR CODE 者，於健保資訊網服務系統(VPN)上傳含 QR CODE 之紙本處方箋影像者，獎勵每家 2,000 點。</p> <p>2. 藥局：成功介接電子處方箋 API 且有上傳資料者，獎勵每家 2,000 點。</p>	
	<p>七、結算方式：</p> <p>(一)網路頻寬補助費用：</p> <ol style="list-style-type: none"> 屬各總額部門之特約醫事服務機構，由各該部門「網路頻寬補助費用」專款項目支應，預算不足時，由「提升院所智慧化資訊等獎勵補助費」支應。 其他特約醫事服務機構「網路頻寬補助費用」，由「提升院所智慧化資訊等獎勵補助費」支應。 <p>(二)提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 獎勵上傳資料由「提升院所智慧化資訊等獎勵補助費」支應，採浮動點值，按季以每點 1 元暫付，全年結算，每點支付金額不高于 1 元。 鼓勵提供虛擬(行動)健保卡服務獎勵、醫療費用申 	未修正。

修正方案	現行方案	說明
	<p>報格式改版獎勵、健保卡資料上傳格式 2.0 改版獎勵、門診處方箋 QR CODE 二維條碼推動獎勵由「提升院所智慧化資訊等獎勵補助費」支應，採浮動點值，全年結算，每點支付金額不高於 1 元，由保險人於年度結束後計算。</p>	
	<p>八、保險人為利特約醫事服務機構查詢及傳送資料，相對應需增加之網路頻寬費用：依政府採購法及相關規定，辦理採購、簽約及核銷程序後覈實支付。</p>	未修正。
	<p>九、本方案由保險人報請主管機關核定後公告實施，並副知全民健康保險會備查。屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。</p>	未修正。

方案之附件 1

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固接網路申請表

一、特約醫事服務機構名稱： 代號：

二、特約層級別：醫學中心 區域醫院 地區醫院 基層診所

其他 ()

三、參加本方案申裝之網路頻寬 型光纖 M、月租費 元。

另參加前裝設之網路頻寬 、月租費 元。

四、參加起始日期： 年 月。

五、是否承接其他醫事服務機構之固接網路：是 否，如承接固接網路者，請填寫下列資料：

(一) 原特約醫事服務機構名稱 。

(二) 原特約醫事服務機構代號 。

(三) 承接日期 年 月 日。(註：承接日期應於參與起始日期當月或以後)

(四) 原特約醫事服務機構是否參加本方案是 否；如填寫「是」者，請填寫下列資料：

以承接上月份最後一日作固接網路網路月租費計算分界之日期。

以承接當月份最後一日作固接網路網路月租費計算分界之日期。

六、聯絡人姓名： 電話： 傳真：

E-MAIL：

七、特約醫事服務機構及負責人印章：

本機構已取得當事人同意，同意衛生福利部中央健康保險署將本次固接網路申請資料，提供予電信公司，供後續連繫固接網路線路安裝事宜。請注意下列事項：

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

方案之附件 2

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行動網路申請表

一、特約醫事服務機構名稱： 代號：

二、特約層級別：醫學中心 區域醫院 地區醫院 基層診所
其他()

三、參加本方案申裝之行動網路類型4G、 月租費 元。

四、參加起始日期： 年 月。

五、因應何類業務需申請行動網路：

- 居家醫療照護服務
- 西醫醫療資源不足地區改善方案
- 中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
- 牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
- 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫
- 其他(請敘明業務需求))

六、申請數量：1組 2組(如申請2組，請敘明原因及檢附相關佐證資料)：

七、是否承接其他醫事服務機構之行動網路：是 否，如承接者，請填寫下列資料：

- (一) 原特約醫事服務機構名稱 。
- (二) 原特約醫事服務機構代號 。
- (三) 承接日期 年 月 日。(註：承接日期應於參與起始日期當月或以後)
- (四) 原特約醫事服務機構是否參加本方案是 否；如填寫「是」者，請填寫下列資料：

以承接上月份最後一日作固接網路網路月租費計算分界之日期。

以承接當月份最後一日作固接網路網路月租費計算分界之日期。

八、聯絡人姓名： 電話： 傳真：

E-MAIL：

九、特約醫事服務機構及負責人印章：

(請注意下列事項：請勿變更帳單週期，以免影響貴院(所)方案結算權益。)

方案之附件 3

特約醫事服務機構之「固接網路」網路月租費上限：依保險人與電信公司合約折扣率計算之頻寬月租費為上限(以 113 年為例)

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

註1：107年12月31日以前(含)已申請參加本方案企業型或專業型光纖網路頻寬之基層診所及其他醫事服務機構，113年網路月租費支付上限為專業型光纖1M 月租費1,980元。

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

方案之附件 4

特約醫事服務機構之「行動網路」網路月租費：依保險人與電信公司合約之無線網路-MDVPN 4G 優惠月租費率計算之，並依優惠方案所訂之最高收費金額為上限(以 113 年為例)

方案類型	優惠月租費率 (元/月)	最高收費金額 (單位：新台幣元)	方案內容
4G	175	799 元	方案數據服務通信費以「KB」計費，月租費可抵扣 1GB。 超過部分之資料通信費以每月實際傳送 KB 數量另計，每 KB 0.00023 元。

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

方案之附件 5

獎勵醫事服務機構上傳檢驗（查）結果之項目

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
1	06012C	尿一般檢查（包括蛋白、糖、尿膽元、膽紅素、尿沈渣、比重、顏色、混濁度、白血球酯酶、潛血、酸鹼度及酮體）	1
2	06013C	尿生化檢查（包括蛋白、糖、尿膽元、膽紅素、比重、顏色、混濁度、酸鹼度、白血球酯酶及酮體）	1
3	06505C	懷孕試驗—酵素免疫法	1
4	07009C	糞便一般檢查（包括外觀、蟲卵、潛血反應、硬度、顏色、消化能力、紅、白血球、粘液等）	1
5	08002C	白血球計數	1
6	08003C	血色素檢查	1
7	08004C	血球比容值測定	1
8	08005C	紅血球沈降速度測定	1
9	08006C	血小板計數	1
10	08011C	全套血液檢查 I (八項)	1
11	08013C	白血球分類計數	1
12	08026C	凝血酶原時間 Prothrombin time(一段式)	1
13	08036C	部份凝血活酶時間	1
14	09001C	總膽固醇	1
15	09002C	血中尿素氮	1
16	09004C	三酸甘油脂	1
17	09005C	血液及體液葡萄糖-空腹	1
18	09006C	醣化血紅素	1
19	09011C	鈣	1
20	09012C	磷	1
21	09013C	尿酸	1
22	09015C	肌酸酐、血	1
23	09016C	肌酐、尿	1
24	09017C	澱粉酶、血	1
25	09021C	鈉	1
26	09022C	鉀	1
27	09023C	氯	1
28	09025C	血清麩胺酸苯醋酸轉氨基酶	1
29	09026C	血清麩胺酸丙酮酸轉氨基酶	1
30	09027C	鹼性磷酯酶	1
31	09029C	膽紅素總量	1
32	09030C	直接膽紅素	1
33	09031C	麩胺轉酸酶	1
34	09032C	肌酸磷化酶	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
35	09033C	乳酸脫氫酶	1
36	09038C	白蛋白	1
37	09040C	全蛋白	1
38	09041B	血液氣體分析	1
39	09043C	高密度脂蛋白—膽固醇	1
40	09044C	低密度脂蛋白—膽固醇	1
41	09046B	鎂	1
42	09064C	解脂酶	1
43	09071C	肌酸磷酸酶(MB 同功酶)	1
44	09099C	心肌旋轉蛋白 I	1
45	09106C	游離甲狀腺素免疫分析	1
46	09112C	甲狀腺刺激素免疫分析	1
47	11001C	ABO 血型測定檢驗	1
48	11002C	交叉配合試驗	1
49	11003C	RH (D) 型檢驗	1
50	11004C	不規則抗體篩檢	1
51	12007C	α —胎兒蛋白檢驗	1
52	12015C	C 反應性蛋白試驗—免疫比濁法	1
53	12021C	癌胚胎抗原檢驗	1
54	12081C	攝護腺特異抗原 (EIA/LIA 法)	1
55	12111C	微白蛋白 (免疫比濁法)	1
56	12184C	去氧核糖核酸類定量擴增試驗	1
57	12185C	核糖核酸類定量擴增試驗	1
58	12193C	B 型利納利尿胜肽原(B 型利納利尿胜肽)	1
59	12202C	C 型肝炎病毒核酸基因檢測—即時聚合酶連鎖反應法	1
60	13006C	排泄物，滲出物及分泌物之細菌顯微鏡檢查	1
61	13007C	細菌培養鑑定檢查 (包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的 培養鑑定，抗酸菌除外)	1
62	13008C	細菌培養鑑定檢查 (包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的 培養鑑定，抗酸菌除外)，對同一檢體合併實施一般培養及 厭氧性培養時加算二分之一	1
63	13016B	血液培養	1
64	13023C	細菌最低抑制濃度快速試驗	1
65	13025C	抗酸性濃縮抹片染色檢查	1
66	13026C	抗酸菌培養(限同時使用固態培養基及具自動化偵測功能之 液態培養系統)	1
67	14032C	B 型肝炎表面抗原	1
68	14033C	B 型肝炎表面抗體	1
69	14035C	B 型肝炎 e 抗原檢查 HBeAg	1
70	14051C	C 型肝炎病毒抗體檢查	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
71	15001C	體液細胞檢查	3
72	17008B	睡眠多項生理檢查	2
73	18001C	心電圖	2
74	18010C	頸動脈聲圖檢查	2
75	18015B	極度踏車運動試驗	2
76	18019C	攜帶式心電圖記錄檢查	2
77	18020B	心導管——側	2
78	18022B	冠狀動脈攝影	2
79	20001C	腦波檢查睡眠或清醒	2
80	20019B	感覺神經傳導速度測定	2
81	20023B	F 波	2
82	25003C	第三級外科病理	3
83	25004C	第四級外科病理	3
84	25006B	冰凍切片檢查	3
85	25012B	免疫組織化學染色(每一抗體)	3
86	25024C	第五級外科病理	3
87	25025C	第六級外科病理	3
88	26025B	壓力與重分佈心肌斷層灌注掃描	2
89	26029B	全身骨骼掃描	2
90	26072B	正子造影-全身	2
91	28002C	鼻咽喉內視鏡檢查	2
92	28023C	肛門鏡檢查	2
93	30022C	特異過敏原免疫檢驗	1
94	33005B	乳房造影術	2
95	33012B	靜脈注射泌尿系統造影術（點滴注射）	2
96	33074B	單純性血管整形術	2
97	33075B	血管阻塞術	2
98	33076B	經皮冠狀動脈擴張術——條血管	2
99	33077B	經皮冠狀動脈擴張術——二條血管	2
100	08010C	嗜酸性白血球計算	1
101	12031C	免疫球蛋白E	1
102	17003C	流量容積圖形檢查	2
103	17004C	標準肺量測定（包括 FRC 測定）	2
104	17006C	支氣管擴張劑試驗	2
105	17019C	支氣管激發試驗	2
106	14065C	流行性感冒 A 型病毒抗原	1
107	14066C	流行性感冒 B 型病毒抗原	1
108	18008C	杜卜勒氏血流測定(週邊血管)	2
109	09125C	濾泡刺激素免疫分析	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
110	09126C	黃體化激素免疫分析	1
111	12033B	補體 3—單向免疫擴散法	1
112	12034B	補體 3—免疫比濁法	1
113	12035B	補體 3(活化測定)—單向免疫擴散法	1
114	12036B	補體 3(活化測定)—免疫比濁法	1
115	12037B	補體 4—單向免疫擴散法	1
116	12038B	補體 4—免疫比濁法	1
117	27013B	濾胞刺激素放射免疫分析	1
118	27014B	黃體化激素放射免疫分析	1
119	15017C	婦科細胞檢查	3
120	09042C	攝護腺酸性磷酸酶	1
121	09111C	甲狀腺球蛋白	1
122	12022C	乙型人類絨毛膜促性腺激素	1
123	12052B	β 2-微球蛋白	1
124	12072B	淋巴球表面標記-癌症腫瘤檢驗	1
125	12075B	白血球表面標記≤10 種	1
126	12077C	CA-125 腫瘤標記(EIA/LIA 法)	1
127	12078C	CA-153 腫瘤標記(EIA/LIA 法)	1
128	12079C	CA-199 腫瘤標記(EIA/LIA 法)	1
129	12080B	SCC 腫瘤標記(EIA/LIA 法)	1
130	12109B	成人 T 淋巴白血病病毒抗體	1
131	12120B	腫瘤多勝胸抗原	1
132	12163B	第一型人類嗜 T 細胞抗體(定性)	1
133	12182C	去氧核糖核酸類定性擴增試驗	1
134	12183C	核糖核酸類定性擴增試驗	1
135	12186C	染色體轉位基因重組之南方墨點法分析	1
136	12187C	短片段重覆序列多型性分析	1
137	12188C	染色體轉位融合基因之反轉錄聚合酶連鎖反應分析	1
138	12194B	代謝產物串聯質譜儀分析	1
139	12195B	Her-2/neu 原位雜交	3
140	12196B	HLA-B 1502 基因檢測	1
141	12198C	游離攝護腺特異抗原	1
142	12199B	人類組織相容複合物 I 類鏈相關基因 A 抗體篩檢	1
143	12203B	C 型肝炎病毒核酸基因檢測-一般聚合酶連鎖反應法	1
144	12204B	白血球表面標記 11-20 種	1
145	12205B	白血球表面標記 21-30 種	1
146	12206B	白血球表面標記 31 種以上	1
147	12207B	白血病即時定量聚合酶連鎖反應法	1
148	12208B	生長刺激表達基因 2 蛋白(ST2)	1
149	14046B	EB 病毒囊鞘免疫球蛋白 G.M.A.(IFA 法)	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
150	25007B	細胞遺傳學檢查	3
151	25021B	染色體檢查(特殊)	3
152	27010B	絨毛膜促性腺激素－乙亞單體	1
153	27030B	攝護腺酸性磷酸鹽酵素放射免疫分析	1
154	27049C	甲一胎兒蛋白	1
155	27050C	胚胎致癌抗原	1
156	27051B	β-2 微小球蛋白	1
157	27052C	攝護腺特異抗原	1
158	27053C	CA-125 腫瘤標記	1
159	27054B	CA-153 腫瘤標記	1
160	27055C	CA-199 腫瘤標記	1
161	27056B	抗-SCC 腫瘤標記	1
162	27059B	甲狀腺球蛋白	1
163	27076B	腫瘤多勝肽抗原	1
164	27083B	游離攝護腺特異抗原	1
165	30101B	肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變體外診斷醫療器材檢測 (IVD)	3
166	06001C	酸鹼度反應	1
167	06003C	尿蛋白	1
168	06005C	尿膽素原	1
169	06006C	尿膽紅素	1
170	06008C	班尼迪克特反應	1
171	06009C	尿沉渣	1
172	06010C	本周氏蛋白試驗	1
173	06011B	乳糜尿之確定	1
174	06014B	酸鹼度(酸鹼儀)	1
175	06015C	亞硝酸鹽檢驗	1
176	06016B	脂肪染色	1
177	06017B	白血球酯酶	1
178	06503B	尿滲透壓檢驗	1
179	06504C	懷孕試驗—乳膠凝集法	1
180	06508B	紫質類檢驗	1
181	06509B	Porphobilinogen 檢驗	1
182	06510C	巴拉刈定性檢驗	1
183	06511C	四次尿糖	1
184	06512B	尿液糞紫質檢驗	1
185	06513B	尿液新陳代謝障礙檢測	1
186	07001C	糞便潛血化學法	1
187	07002C	糞便中膽紅素	1
188	07003C	阿米巴檢驗 (直接法)	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
189	07004C	澱粉質染色	1
190	07005C	中性脂肪染色	1
191	07006C	脂肪酸染色	1
192	07007C	酸鹼值	1
193	07008C	糞便中尿膽素原	1
194	07010B	胰蛋白酶	1
195	07012C	寄生蟲卵－濃縮法	1
196	07013C	寄生蟲卵－計數法	1
197	07015C	還原物質測定	1
198	07017B	APT 檢測試驗	1
199	07018C	糞便白血球檢查	1
200	08001C	紅血球計數	1
201	08007C	血中寄生蟲檢查	1
202	08008C	網狀紅血球計數	1
203	08009C	紅血球形態	1
204	08012C	全套血液檢查II(七項)	1
205	08014C	血液一般檢查 (白血球，紅血球及血色素)	1
206	08015C	紅斑性狼瘡細胞	1
207	08016C	紅斑性狼瘡因子	1
208	08017B	血清黏度	1
209	08021C	血塊收縮試驗	1
210	08022B	纖維蛋白原測定 (定性)	1
211	08024B	纖維蛋白原測定(免疫比濁法)	1
212	08025B	凝血時間	1
213	08027B	骨髓細胞形態判讀	1
214	08028B	胚胎血色素量值	1
215	08029B	H 血紅素檢查	1
216	08030C	血紅素電泳	1
217	08031B	紅血球脆性試驗	1
218	08032B	漢姆斯酸性血清試驗	1
219	08033B	自動溶血試驗	1
220	08034B	毛細管抵抗測定	1
221	08035C	血漿凝固時間	1
222	08037B	纖維蛋白降解產物－定性	1
223	08038B	纖維蛋白降解產物－定量	1
224	08039B	半定量血塊收縮試驗	1
225	08040B	變性血色素檢查	1
226	08041B	糖水試驗	1
227	08042C	骨髓鐵染色	1
228	08043C	蘇丹 B 染色	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
229	08044B	白血球鹼性磷酸解酶染色	1
230	08045B	凝塊溶解試驗	1
231	08046B	硫酸魚精蛋白副凝固試驗	1
232	08047B	過氧化酶染色	1
233	08048B	特異性酯酶染色	1
234	08049B	非特異性酯酶染色	1
235	08050B	酸性磷酸酶染色	1
236	08051B	肝糖染色試驗	1
237	08052B	胚胎血色素染色	1
238	08053B	漢斯氏體染色	1
239	08054B	血色素 A2 測定	1
240	08055B	凝血酶原消耗試驗	1
241	08056B	部份凝血激素取代試驗	1
242	08057B	第二因子測定	1
243	08058B	第五因子測定	1
244	08059B	第七因子測定	1
245	08060B	第八因子測定	1
246	08061B	第九因子測定	1
247	08062B	第十因子測定	1
248	08063B	尿素溶解試驗	1
249	08064B	凝血酶原轉化試驗 (包括測III、VII、X)	1
250	08065B	終端去氧轉化酶染色	1
251	08066B	優球蛋白溶解時間	1
252	08067B	第八因子之抑制因子	1
253	08068B	凝血酶時間矯正試驗	1
254	08069B	血小板凝集試驗	1
255	08071B	細胞化學染色	1
256	08072B	抗凝血 III	1
257	08073B	Isopropanol HR stability test	1
258	08075C	血液滲透壓	1
259	08076B	鋅化原紫質檢查	1
260	08077B	蛋白 C	1
261	08078B	α_2 抗胞漿素	1
262	08079B	D 雙合體試驗	1
263	08080B	第十一因子測定	1
264	08081B	第十二因子測定	1
265	08082C	全套血液檢查 III(五項)	1
266	08083C	平均紅血球血紅素量	1
267	08084C	平均紅血球血紅素濃度	1
268	08085B	血漿黏度	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
269	08086B	全血黏度	1
270	08087B	尿液纖維蛋白原分解物含量	1
271	08088B	混合性凝血酶原時間	1
272	08090B	血漿血色素電泳	1
273	08091B	等電點血色素電泳分析	1
274	08092B	混合性部份凝血活酶時間	1
275	08093B	不穩定性血紅素	1
276	08094B	尿甘酸化物酶染色	1
277	08103B	第九因子之抑制因子	1
278	09018B	粘性蛋白	1
279	09019B	r -球蛋白	1
280	09020C	鐵	1
281	09024C	二氧化碳	1
282	09028C	酸性磷酸酶	1
283	09034B	酚四溴鈉試驗	1
284	09035C	總鐵結合能力	1
285	09036B	腦磷脂膽固醇結合試驗	1
286	09037C	血氨	1
287	09039C	球蛋白	1
288	09047B	銅	1
289	09048B	鋅	1
290	09050B	乳糖	1
291	09051C	葡萄糖六磷酸脫氫酶	1
292	09052B	香莢杏仁酸定量	1
293	09053B	17 酮類固醇類	1
294	09054B	17 氢氧根腎上腺酮	1
295	09055B	尿動情激素	1
296	09057B	胺基左旋醣酸	1
297	09058B	胺基左旋醣酸脫氫酵素	1
298	09060B	丙銅酸	1
299	09061B	肌酸磷化同功酶	1
300	09062B	乳酸脫氫同功酶	1
301	09063B	D 型木糖吸收試驗	1
302	09065B	蛋白電泳分析	1
303	09066B	脂蛋白電泳分析	1
304	09067B	鹼性磷酸酯電泳分析	1
305	09068B	澱粉酶電泳分析	1
306	09069B	血清醛縮酶	1
307	09070B	羥基丁酸鹽脫氫酶	1
308	09072B	異构櫟酸去氫酶	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
309	09073B	維生素A定量	1
310	09074B	維生素C定量	1
311	09075B	後腎上腺髓素	1
312	09076B	5-核酸解酶	1
313	09077B	兒茶酚胺測定	1
314	09079C	麝香混濁反應	1
315	09080C	硫酸鋅混濁反應	1
316	09081C	殘餘氯定量	1
317	09082B	蔗糖溶血分析	1
318	09083B	乙醯膽鹼酶	1
319	09084B	β 脂蛋白	1
320	09085C	白胺酸胺脢	1
321	09086C	N-乙醯胺基葡萄糖甘脢	1
322	09087B	甲狀腺素結合容量	1
323	09088B	先天代謝異常有關之酵素定量檢查	1
324	09089B	有機酸定量檢查	1
325	09095B	總脂肪	1
326	09096B	胺基酸定性檢查	1
327	09097B	G6PD定量	1
328	09100B	尿液蛋白電泳	1
329	09101B	蔗糖確認試驗	1
330	09102B	腺甘脫胺脢	1
331	09103C	胰島素免疫分析	1
332	09104C	胎盤生乳激素免疫分析	1
333	09105C	黃體脂酮免疫分析	1
334	09107C	游離三碘甲狀腺素免疫分析	1
335	09108C	生長激素免疫分析	1
336	09109C	17-氫氧基黃體脂酮免疫分析	1
337	09110B	骨原蛋白免疫分析	1
338	09113C	皮質素免疫分析	1
339	09114B	醛類脂醇酵素免疫分析	1
340	09115B	降血鈣素免疫分析	1
341	09116B	抗利尿激素免疫分析	1
342	09117C	甲狀腺原氨酸免疫分析	1
343	09118B	碳-副甲狀腺素免疫分析	1
344	09119B	促腎上腺皮質素免疫分析	1
345	09120C	催乳激素免疫分析	1
346	09121C	睪丸酯醇免疫分析	1
347	09122C	Intact副甲狀腺素免疫分析	1
348	09123B	MM-副甲狀腺素免疫分析	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
349	09124B	血漿腎素活性免疫分析	1
350	09127C	二氫基春情素免疫分析	1
351	09128C	C-胜鍾胰島素免疫分析	1
352	09129C	維生素 B12 免疫分析	1
353	09130C	葉酸免疫分析	1
354	09131C	春情素醇酵素免疫分析	1
355	09132B	胃泌激素免疫分析	1
356	09133B	環磷酸腺酐酸免疫分析	1
357	09134C	糞便潛血免疫分析	1
358	09135B	乳酸 — 丙酮酸檢查	1
359	09136B	缺糖型式運鐵蛋白之分析	1
360	09137B	血清酮體定量分析	1
361	09138C	直接及總膽紅素比值	1
362	09139C	醣化白蛋白(GA)	1
363	10001B	銀	1
364	10002B	鋁	1
365	10003B	砷	1
366	10004B	金	1
367	10005B	鎘	1
368	10006B	鈷	1
369	10007B	鉻	1
370	10008B	汞	1
371	10009B	錳	1
372	10010B	鎳	1
373	10011B	鉬	1
374	10012B	鋅(原子吸收光譜法)	1
375	10501C	卡巴馬平	1
376	10502B	二苯妥因	1
377	10503B	甲乙琥珀亞胺	1
378	10504B	滅殺除癌	1
379	10505B	普卡因胺	1
380	10506B	立克菌星	1
381	10507B	乙苯嘧啶二酮	1
382	10508B	水楊酸	1
383	10509B	茶鹼	1
384	10510C	發爾波克	1
385	10511C	長葉毛地黃	1
386	10512B	Amikacin	1
387	10515B	力多卡因	1
388	10516B	奎尼丁	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
389	10517B	Disopyramide	1
390	10518B	健大黴素	1
391	10519B	托不拉黴素	1
392	10520C	鋰鹽	1
393	10521B	Imipramine	1
394	10522B	血中藥物濃度測定 — Cyclosporine-A	1
395	10523B	血中藥物濃度測定-二苯環丙氮	1
396	10524B	血中藥物濃度測定 — Desipramine	1
397	10525B	血中藥物濃度測定 — Phenobarbital (luminal)	1
398	10526B	血中藥物濃度測定 — Diazepam (valium)	1
399	10527B	苯重氮基鹽類濃度(定量)	1
400	10529B	血中藥物濃度測定-普潘奈	1
401	10530B	血中藥物濃度測定 — Dibekacin	1
402	10531B	血中藥物濃度測定 — Vancomycin	1
403	10532B	血中藥物濃度測定-氯黴素	1
404	10533B	血中藥物濃度測定-康絲菌素	1
405	10534B	血中藥物濃度測定 — Nortriptyline	1
406	10535B	血中藥物濃度測定-三環抗鬱劑	1
407	10536B	血中藥物濃度測定-FK-506	1
408	10537C	Sirolimus 全血濃度測定	1
409	10801B	毒物試驗 (定性)	1
410	10802B	巴比妥酸鹽	1
411	10803B	乙醯對氨基酚	1
412	10804B	一氧化碳血紅素	1
413	10805B	氰化物	1
414	10806B	甲醇	1
415	10807B	乙醇	1
416	10808B	高鐵血紅素	1
417	10809B	血中農藥中毒濃度測定	1
418	10810B	安非他命檢測(免疫分析)	1
419	10811B	嗎啡檢測(免疫分析)	1
420	10812B	古柯鹼檢測(免疫分析)	1
421	10813B	大麻檢測(免疫分析)	1
422	10814B	天使塵檢測(免疫分析)	1
423	10815B	有機磷濃度確認分析	1
424	10816B	乙醯膽鹼脢紅血球(定量)	1
425	10817B	乙醇-酒後非駕駛	1
426	10818B	乙醇-酒後駕駛	1
427	10819C	殺鼠藥分析	1
428	11005B	不規則抗體鑑定	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
429	11006B	不規則抗體之沖出及鑑定	1
430	11007B	血小板抗體	1
431	11008B	特殊血型-Lewis antigen	1
432	11009B	特殊血型-D、E、C、e、c	1
433	11010B	特殊血型— 特殊血型三大群以上	1
434	11011B	輸血反應探測	1
435	11012B	HLA 符合試驗	1
436	12001C	梅毒試驗	1
437	12002B	傷寒凝集試驗	1
438	12003C	抗鏈球菌溶血素O效價測定—溶血抑制法	1
439	12004C	抗鏈球菌溶血素 O 效價測定— 免疫比濁法	1
440	12005B	鏈球菌激酶試驗	1
441	12006B	布魯氏菌凝集素試驗	1
442	12008B	冷凝集反應	1
443	12009C	類風濕性關節炎因子試驗-乳膠凝集法	1
444	12010C	類風濕性關節炎因子試驗—被動血球凝集法	1
445	12011C	類風濕性關節炎因子試驗—免疫比濁法	1
446	12012B	冷凝球蛋白	1
447	12013C	C 反應性蛋白試驗—乳膠凝集法	1
448	12014C	C 反應性蛋白試驗 — 免疫擴散法	1
449	12016C	砂眼披衣菌抗原—酵素免疫法	1
450	12017B	砂眼披衣菌抗原—螢光法	1
451	12018C	梅毒螺旋體抗體試驗	1
452	12019B	螢光梅毒螺旋體抗體吸附試驗	1
453	12020C	肺炎黴漿菌抗體試驗	1
454	12023B	人體阿米巴體抗體檢驗	1
455	12024B	免疫球蛋白G—單向免疫擴散法	1
456	12025B	免疫球蛋白G—免疫比濁法	1
457	12026B	免疫球蛋白A—單向免疫擴散法	1
458	12027B	免疫球蛋白A—免疫比濁法	1
459	12028B	免疫球蛋白M—單向免疫擴散法	1
460	12029B	免疫球蛋白M—免疫比濁法	1
461	12030B	免疫球蛋白D	1
462	12032B	補體 1 定量	1
463	12039B	補體-5 定量	1
464	12040B	α 1- 抗胰蛋白酶 — 單向免疫擴散法	1
465	12041B	α 1- 抗胰蛋白酶 — 免疫比濁法	1
466	12042B	α 1- 粘液蛋白 (免疫比濁法)	1
467	12043B	α 2- 巨球蛋白 — 單向免疫擴散法	1
468	12044B	α 2- 巨球蛋白— 免疫比濁法	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
469	12053C	抗核抗體(間接免疫螢光法)	1
470	12056B	粒腺體抗體	1
471	12060C	DNA 抗體	1
472	12064B	可抽出的核抗體測定—Ro/La 抗體	1
473	12066B	基底膜帶抗體	1
474	12067B	細胞間質抗體	1
475	12068C	甲狀腺球蛋白抗體	1
476	12070B	冷凝纖維蛋白原	1
477	12071B	淋巴球表面標記—T細胞及B細胞定量	1
478	12073C	淋巴球表面標記—感染性疾病檢驗	1
479	12074B	淋巴球表面標記—免疫性疾病檢驗	1
480	12076B	淋巴球表面標記—其他疾病	1
481	12086C	人類白血球抗原—HLA-B27	1
482	12097B	庫姆氏血中多項抗體檢驗(直接法)	1
483	12098B	庫姆氏血中多項抗體檢驗(間接法)	1
484	12099B	庫姆氏血中單項 IgG 抗體檢驗	1
485	12100B	庫姆氏血中單項 C3 抗體檢驗	1
486	12126B	肺炎雙球菌抗原(乳膠凝集法)	1
487	12128B	腦膜炎雙球菌抗原(乳膠凝集法)	1
488	12129C	腦脊髓液快速測定	1
489	12130B	沙門氏菌抗原	1
490	12131B	志賀氏菌抗原	1
491	12132B	肺炎披衣菌(TWAR)抗原	1
492	12133B	抗β2 穗蛋白 I 抗體	1
493	12134C	甲狀腺過氧化酶抗體	1
494	12135B	抗角質抗體	1
495	12136B	DNA 分析	1
496	12137B	肌肉炎自體抗體組合	1
497	12138B	腎絲球基底膜抗體	1
498	12139B	腦脊髓液新隱形球菌藥物濃度試驗	1
499	12140B	T3+DR+, T3+DR-	1
500	12141B	劉氏 3+8+抗原, 劉氏 3+8-細胞	1
501	12142B	劉氏 2+15+抗原, 劉氏 2+15-細胞	1
502	12143B	抗原依賴性補體細胞毒殺試驗	1
503	12144B	自然毒殺細胞活力試驗	1
504	12145B	直接細胞毒殺試驗	1
505	12146B	免疫球蛋白 G1 量	1
506	12147B	免疫球蛋白 G2 量	1
507	12148B	免疫球蛋白 G3 量	1
508	12149B	免疫球蛋白 G4 量	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
509	12150B	胺基酸定量檢查	1
510	12151C	同半胱胺酸	1
511	12152B	In vitro IgG, A, M synthesis	1
512	12153B	混合淋巴球雙向培養	1
513	12154B	可抽出之核抗體 Jo-1	1
514	12155B	可抽出之核抗體 KI,KU(免疫擴滲分析法)	1
515	12156B	Ribosomal-P 抗體	1
516	12157B	腦脊髓液免疫球蛋白免疫電泳	1
517	12158B	尿液免疫球蛋白免疫電泳	1
518	12159B	尿液免疫固定電泳分析	1
519	12160B	免疫球蛋白 κ/λ	1
520	12161B	白血球介質-2	1
521	12162B	組織壞死因子	1
522	12164B	脂蛋白 a	1
523	12165C	A 群鏈球菌抗原	1
524	12166B	腦膜炎雙球菌抗原	1
525	12167B	組織胞漿菌抗體檢查	1
526	12168B	芽生菌抗體檢查	1
527	12169B	球孢子菌抗體檢查	1
528	12170B	麴菌抗體檢查	1
529	12171B	抗嗜中性球細胞質抗體	1
530	12172C	尿液肺炎球菌抗原	1
531	12173B	可抽出的核抗體測定—Sm/RNP 抗體	1
532	12174B	可抽出的核抗體測定—Scl-70 抗體	1
533	12175B	淋巴球變形反應—抗原刺激	1
534	12176B	人類白血球抗原 — HLA-ABC(單一抗原)	1
535	12177B	人類白血球抗原 — HLA-DR(單一抗原)	1
536	12178C	腎上腺抗體	1
537	12179C	Aspergillus 抗原測定	1
538	12180C	穀醯酸脫羧酶抗體	1
539	12181C	乙醯膽鹼抗體	1
540	12189C	肺炎披衣菌 IgM	1
541	12190C	肺炎披衣菌 IgG	1
542	12191C	尿液退伍軍人菌抗原	1
543	12192C	前降鈣素原	1
544	12197B	血中藥物濃度測定-Everolimus	1
545	12200B	人類白血球群體反應性抗體百分比篩檢試驗	1
546	12201B	抗環瓜氨酸月太抗體	1
547	13002B	阿米巴抗體凝集試驗	1
548	13004B	白喉毒力試驗	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
549	13005B	披衣菌檢查(定性)	1
550	13012C	抗酸菌培養	1
551	13013C	抗酸菌鑑定檢查	1
552	13014B	抗酸菌藥物敏感性試驗—三種藥物以下	1
553	13015C	抗酸菌藥物敏感性試驗—四種藥物以上	1
554	13017C	KOH 顯微鏡檢查	1
555	13019B	試管抗藥性試驗	1
556	13020C	抗生素敏感性試驗(MIC 法) 一菌種【抗微生物藥劑最低抑菌濃度 MIC】	1
557	13021B	抗生素敏感性試驗(MIC 法) 二菌種【抗微生物藥劑最低抑菌濃度 MIC】	1
558	13022B	抗生素敏感性試驗(MIC 法) 三菌種以上【抗微生物藥劑最低抑菌濃度 MIC】	1
559	13024C	結核菌檢驗	1
560	13028B	困難梭狀桿菌抗原快速檢驗 (GDH)	1
561	13029B	困難梭狀桿菌毒素 A、B 快速檢驗 (Toxin A/B)	1
562	14001B	病毒分離及鑑定	1
563	14002B	腺病毒補體結合抗體	1
564	14003B	巨大細胞病毒抗體 補體結合法	1
565	14004B	巨大細胞病毒抗體 酵素免疫法	1
566	14005C	單純疱疹病毒 I II 補體結合抗體(各項)	1
567	14006B	麻疹病毒抗原	1
568	14007B	麻疹病毒 IgM 抗體	1
569	14008B	麻疹病毒補體結合抗體	1
570	14009C	腮腺炎病毒補體結合抗體	1
571	14010B	呼吸道融合病毒抗原	1
572	14011B	呼吸道融合病毒補體結合抗體	1
573	14012B	水痘帶狀疱疹病毒補體結合抗體	1
574	14013B	水痘帶狀疱疹病毒 IgM 抗體	1
575	14014B	肺炎漿胞菌補體結合抗體	1
576	14015B	副流行性感冒病毒 1 型抗原	1
577	14016B	副流行性感冒病毒 2 型抗原	1
578	14017B	副流行性感冒病毒 1 型補體結合抗體	1
579	14018B	副流行性感冒病毒 2 型補體結合抗體	1
580	14019B	副流行性感冒病毒 3 型補體結合抗體	1
581	14020B	流行性感冒 A 型病毒補體結合抗體	1
582	14021B	流行性感冒 B 型病毒補體結合抗體	1
583	14022B	日本腦炎病毒補體結合抗體	1
584	14023B	柯沙奇 B 型病毒抗體(每項)	1
585	14024B	柯沙奇 B 型病毒補體結合抗體(B1-B6)	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
586	14025C	腸內病毒 70 抗體	1
587	14026C	輪狀病毒抗原	1
588	14027C	輪狀病毒抗體	1
589	14028B	呼腸弧病毒抗體	1
590	14029B	小兒麻痺病毒第 1.2.3 型抗體各項	1
591	14030C	B 型肝炎表面抗原	1
592	14031C	B 型肝炎表面抗原	1
593	14034C	B 型肝炎 e 抗原檢查 HBeAg—RPHA 法	1
594	14036C	B 型肝炎 E 抗體檢查	1
595	14037C	B 型肝炎核心抗體檢查	1
596	14038C	B 型肝炎核心抗體免疫球蛋白 M 檢查 (EIA/LIA 法)	1
597	14039C	A 型肝炎抗體免疫球蛋白 M 檢查 (EIA/LIA 法)	1
598	14040C	A 型肝炎抗體	1
599	14041B	D 型肝炎抗體檢查	1
600	14042B	弓漿蟲 IgG 抗體	1
601	14043B	德國麻疹血球凝集抗體效價 (H I 法)	1
602	14047B	EB 病毒核抗原抗體	1
603	14048B	巨細胞病毒核抗原抗體	1
604	14052B	單純疱疹病毒 IgM 抗體	1
605	14053B	單純疱疹病毒-1 或-2 抗原	1
606	14054B	腮腺炎病毒 IgM 抗體	1
607	14056B	腸病毒 71 型-IgM 抗體快速檢驗試驗	1
608	14058C	呼吸融合細胞病毒試驗	1
609	14059B	巨細胞病毒抗原檢查	1
610	16002C	腹水分析	1
611	16003C	胸水分析	1
612	16004C	胃液分析	1
613	16006C	腦脊髓液分析	1
614	16008C	關節囊液分析--常規檢查	1
615	16013C	關節囊液分析--偏光鏡檢查	1
616	27005B	游離甲狀腺素指數分析	1
617	27009B	胎盤生乳激素放射免疫分析	1
618	27012B	春情素醇放射免疫分析	1
619	27015C	胰島素放射免疫分析	1
620	27016B	胃泌激素放射免疫分析	1
621	27017B	鐵蛋白放射免疫分析	1
622	27018B	A 型肝炎放射免疫分析	1
623	27019B	二氫基春情素放射免疫分析	1
624	27020B	黃體脂酮放射免疫分析	1
625	27022B	C—勝鍊胰島素放射免疫分析	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
626	27024B	碳一端副甲狀腺素放射免疫分析	1
627	27025B	MM—副甲狀腺素放射免疫分析	1
628	27026B	Intact 副甲狀腺素放射免疫分析	1
629	27028B	維生素 B12 放射免疫分析	1
630	27029B	葉酸放射免疫分析	1
631	27033C	B 型肝炎表面抗原放射免疫分析	1
632	27034B	B 型肝炎表面抗體放射免疫分析	1
633	27035B	B 型肝炎 e 抗原放射免疫分析	1
634	27036B	B 型肝炎 e 抗體放射免疫分析	1
635	27037B	B 型肝炎核心抗體放射免疫分析	1
636	27040B	A 型肝炎免疫球蛋白M放射免疫分析	1
637	27043B	普卡因醯胺放射免疫分析	1
638	27058B	甲狀腺球蛋白抗體	1
639	27063B	脂蛋白酶元 B 分析	1
640	27064B	脂蛋白酶元 A1 分析	1
641	30102B	肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變實驗室自行研發檢測(LDT)	3
642	30103B	PD-L1 免疫組織化學染色	3
643	30104B	All-RAS 基因突變分析	3
644	12213B	HLA-B5801 基因檢測	1
645	30105B	間變性淋巴瘤激酶(ALK)突變體外診斷醫療器材檢測(IVD)-IHC 法	3
646	12215C	新型冠狀病毒核糖核酸定性擴增試驗	1
647	14084C	新型冠狀病毒抗原檢驗	1
648	09140C	血液及體液葡萄糖-餐後	1

註 1：報告類別代碼說明：1：檢體檢驗報告；2：影像報告；3：病理報告。

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

獎勵醫事服務機構上傳醫療檢查影像及影像報告之項目

方案之附件 5-1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別	單一影像報告獎勵金額 (點)	單一影像獎勵金額 (點)	同時上傳影像報告及影像獎勵金額 (點)
1	33070B	電腦斷層造影—無造影劑	2	5	10	15
2	33071B	電腦斷層造影—有造影劑	2	5	10	15
3	33072B	電腦斷層造影—有/無造影劑	2	5	10	15
4	33084B	磁振造影—無造影劑	2	5	10	15
5	33085B	磁振造影—有造影劑	2	5	10	15
6	34004C*	齒顎全景 X 光片攝影	無報告有影像	0	5	0
7	28016C	上消化道泛內視鏡檢查	2	5	5	<u>10</u>
8	28017C	大腸鏡檢查	2	5	5	<u>10</u>
9	18005C	超音波心臟圖	2	5	5	<u>10</u>
10	18006C	杜卜勒氏超音波心臟圖	2	5	5	<u>10</u>
11	18007C	杜卜勒氏彩色心臟血流圖	2	5	5	<u>10</u>
12	18033B	經食道超音波心圖	2	5	5	<u>10</u>
13	18041B	周邊動靜脈血管超音波檢查	2	5	5	<u>10</u>
14	19001C	腹部超音波	2	5	5	<u>10</u>
15	19002B	術中超音波	2	5	5	<u>10</u>
16	19003C	婦科超音波	2	5	5	<u>10</u>
17	19005C	其他超音波	2	5	5	<u>10</u>
18	19007C	超音波導引(為組織切片，抽吸、注射等)	2	5	5	<u>10</u>
19	19009C	腹部超音波，追蹤性	2	5	5	<u>10</u>
20	19010C	產科超音波	2	5	5	<u>10</u>
21	19012C	頭頸部軟組織超音波	2	5	5	<u>10</u>
22	19014C	乳房超音波	2	5	5	<u>10</u>
23	19015C	男性外生殖器官超音波	2	5	5	<u>10</u>
24	19016C	四肢超音波	2	5	5	<u>10</u>
25	19017C	經尿道(直腸)超音波檢查	2	5	5	<u>10</u>
26	19018C	嬰幼兒腦部超音波	2	5	5	<u>10</u>
27	20013C	頸動脈超音波檢查	2	5	5	<u>10</u>
28	20026B	穿顱都卜勒超音波檢查	2	5	5	<u>10</u>
29	21008C	膀胱掃描	2	5	5	<u>10</u>
30	23504C	超音波檢查(B 掃瞄)	2	5	5	<u>10</u>
31	23506C	微細超音波檢查	無報告有影像	0	5	0

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別	單一影像報告獎勵金額(點)	單一影像獎勵金額(點)	同時上傳影像報告及影像獎勵金額(點)
32	32001C	胸腔檢查（包括各種角度部位之胸腔檢查）	2	5	5	<u>10</u>
33	32002C	胸腔檢查（包括各種角度部位之胸腔檢查）	2	5	5	<u>10</u>
34	32006C	腎臟、輸尿管、膀胱檢查	2	5	5	<u>10</u>
35	32007C	腹部檢查（包括各種姿勢之腹部檢查）	2	5	5	<u>10</u>
36	32008C	腹部檢查（包括各種姿勢之腹部檢查）	2	5	5	<u>10</u>
37	01271C*	環口全景X光初診診察	無報告有影像	0	5	0
38	32009C	頭顱檢查（包括各種角度部位之頭顱檢查）	2	5	5	<u>10</u>
39	32010C	頭顱檢查（包括各種角度部位之頭顱檢查）	2	5	5	<u>10</u>
40	32011C	脊椎檢查（包括各種角度部位之頸椎、胸椎、腰椎、薦椎、尾骨及薦髂關節等之檢查）	2	5	5	<u>10</u>
41	32012C	脊椎檢查（包括各種角度部位之頸椎、胸椎、腰椎、薦椎、尾骨及薦髂關節等之檢查）	2	5	5	<u>10</u>
42	32013C	肩部骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2	5	5	<u>10</u>
43	32014C	肩部骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2	5	5	<u>10</u>
44	32015C	上肢骨各處骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2	5	5	<u>10</u>
45	32016C	上肢骨各處骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2	5	5	<u>10</u>
46	32017C	下肢骨各處骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2	5	5	<u>10</u>
47	32018C	下肢骨各處骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2	5	5	<u>10</u>
48	32022C	骨盆及髖關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2	5	5	<u>10</u>
49	32023C	骨盆及髖關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2	5	5	<u>10</u>

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別	單一影像報告獎勵金額(點)	單一影像獎勵金額(點)	同時上傳影像報告及影像獎勵金額(點)
50	01272C*	年度初診 X 光檢查	無報告有影像	0	20	0
51	01273C*	高齲齒罹患率族群年度初診 X 光片檢查	無報告有影像	0	20	0
52	00315C*	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之環口全景 X 光初診診察	無報告有影像	0	5	0
53	00316C*	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之年度初診 X 光檢查	無報告有影像	0	20	0
54	00317C*	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之高齲齒罹患率族群年度初診 X 光片檢查	無報告有影像	0	20	0
55	34006B*	顎頸關節 X 光攝影（單側）	無報告有影像	0	5	0
56	34005B*	測顎 X 光攝影	無報告有影像	0	5	0

註：

1. 醫令代碼 23506C(微細超音波檢查)無報告，僅須上傳醫療檢查影像，每筆醫令獎勵 5 點。
2. 牙科 X 光醫令代碼(*註記)需上傳完整影像張數，方給予獎勵，應上傳張數如下：
 - (1) 34004C(齒顎全景 X 光片攝影)、01271C(環口全景 X 光初診診察)、00315C(符合牙醫門診加強感染管制實施方案之環口全景 X 光初診診察)及 34005B(測顎 X 光攝影)及 34006B(顎頸關節 X 光攝影（單側）)：1 張。
 - (2) ~~34006B(顎頸關節 X 光攝影（單側）)~~：2 張。
 - (2) 01272C(年度初診 X 光檢查)、01273C(高齲齒罹患率族群年度初診 X 光片檢查)、00316C(符合牙醫門診加強感染管制實施方案之年度初診 X 光檢查)及 00317C(符合牙醫門診加強感染管制實施方案之高齲齒罹患率族群年度初診 X 光片檢查)：4 張。

方案之附件 6

獎勵醫事服務機構上傳人工關節植入物之項目

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
1	64164B	全膝關節置換術	4
2	64169B	部份關節置換術併整形術只置換股骨髁或脛骨高丘或半膝關節或只換髖骨	4
3	64202B	人工全膝關節再置換	4
4	64162B	全股關節置換術	4
5	64170B	部份關節置換術併整型術一只置換髖臼或股骨或半股關節或半肩關節(半肩關節不納入收載)	4
6	64258B	人工半髖關節再置換術	4
7	64201B	人工全髖關節再置換	4

方案之附件 7

獎勵居家訪視健保卡登錄暨上傳資料之醫令項目

項次	醫令代碼	中文名稱
1	05301C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第一類(在合理量內)1.在宅
2	05302C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群第一類(在合理量內)1.在宅
3	05303C	護理訪視費(次)-資源耗用群島為第二類(在合理量內)1.在宅
4	05304C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第二類(在合理量內)1.在宅
5	05305C	護理訪視費(次)-資源耗用群第三類(在合理量內)1.在宅
6	05306C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第三類(在合理量內)1.在宅
7	05307C	醫師訪視費(次)1.在宅
8	05308C	山地離島地區醫師訪視費(次)1.在宅
9	05309C	醫師訪視費(次)1.在宅—醫師應同一承辦居家照護業務機構之請，當日訪視個案數在五個以上者，自第五個個案起其訪視費依本項申報
10	05310C	山地離島地區醫師訪視費(次)1.在宅—醫師應同一承辦居家照護業務機構之請當日個案在五個以上者，自第五個個案起其訪視費依本項申報
11	05321C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(在合理量內)1.在宅
12	05322C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(在合理量內)1.在宅
13	05328C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第一類(超出合理量)1.在宅
14	05329C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群第一類(超出合理量)1.在宅
15	05330C	護理訪視費(次)-資源耗用群島為第二類(超出合理量)1.在宅
16	05331C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第二類(超出合理量)1.在宅
17	05332C	護理訪視費(次)-資源耗用群第三類(超出合理量)1.在宅
18	05333C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第三類(超出合理量)1.在宅
19	05334C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(超出合理量)1.在宅
20	05335C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(超出合理量)1.在宅
21	05342C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第一類(在合理量內)2.機構
22	05343C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群第一類(在合理量內)2.機構
23	05344C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第一類(超出合理量)2.機構
24	05345C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群第一類(超出合理量)2.機構
25	05346C	護理訪視費(次)-資源耗用群島為第二類(在合理量內)2.機構
26	05347C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第二類(在合理量內)2.機構
27	05348C	護理訪視費(次)-資源耗用群島為第二類(超出合理量)2.機構
28	05349C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第二類(超出合理量)2.機構
29	05350C	護理訪視費(次)-資源耗用群第三類(在合理量內)2.機構
30	05351C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第三類(在合理量內)2.機構
31	05352C	護理訪視費(次)-資源耗用群第三類(超出合理量)2.機構
32	05353C	護理訪視費(次)-資源耗用群第三類(超出合理量)2.機構
33	05354C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(在合理量內)2.機構
34	05355C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(在合理量內)2.機構
35	05356C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(超出合理量)2.機構
36	05357C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(超出合理量)2.機構

項次	醫令代碼	中文名稱
37	05358C	醫師訪視費(次)2.機構
38	05359C	山地離島地區醫師訪視費(次)2.機構
39	05360C	醫師訪視費(次)2.機構—醫師應同一承辦居家照護業務機構之請，當日訪視個案數在五個以上者，自第五個個案起其訪視費依本項申報
40	05361C	山地離島地區醫師訪視費(次)2.機構—醫師應同一承辦居家照護業務機構之請當日個案在五個以上者，自第五個個案起其訪視費依本項申報
41	05404C	居家治療醫師診治費（次）
42	05405C	居家治療醫師診治費-同一醫師，應同一承辦居家治療業務之醫療機構之請，當日診治個案數在五個以上者，自第五個個案起其診治費依本項申報。
43	05406C	居家治療其他專業人員處置費（次）
44	05312C	甲類醫師訪視費用(次)-在宅
45	05362C	甲類醫師訪視費用(次)-機構
46	05323C	甲類醫師訪視費用-山地離島地區(次)-在宅
47	05363C	甲類醫師訪視費用-山地離島地區(次)-機構
48	05336C	乙類醫師訪視費用(次)-在宅
49	05364C	乙類醫師訪視費用(次)-機構
50	05337C	乙類醫師訪視費用山地離島地區(次)-在宅
51	05365C	乙類醫師訪視費用山地離島地區(次)-機構
52	05313C	甲類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間1小時以內(\leq 1小時)
53	05366C	甲類護理訪視費(次)-機構:訪視時間1小時以內(\leq 1小時)
54	05324C	甲類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間1小時以內(\leq 1小時)-山地離島地區
55	05367C	甲類護理訪視費(次)-機構:訪視時間1小時以內(\leq 1小時)-山地離島地區
56	05338C	乙類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間1小時以內(\leq 1小時)
57	05368C	乙類護理訪視費(次)-機構:訪視時間1小時以內(\leq 1小時)
58	05339C	乙類護理訪視費山地離島地區(次)-在宅:訪視時間1小時以內(\leq 1小時)
59	05369C	乙類護理訪視費山地離島地區(次)-機構:訪視時間1小時以內(\leq 1小時)
60	05314C	甲類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間1小時以上(>1小時)
61	05370C	甲類護理訪視費(次)-機構:訪視時間1小時以上(>1小時)
62	05325C	甲類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間1小時以上(>1小時)-山地離島地區
63	05371C	甲類護理訪視費(次)-機構:訪視時間1小時以上(>1小時)-山地離島地區
64	05340C	乙類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間1小時以上(>1小時)
65	05372C	乙類護理訪視費(次)-機構:訪視時間1小時以上(>1小時)
66	05341C	乙類護理訪視費山地離島地區(次)-在宅:訪視時間1小時以上(>1小時)
67	05373C	乙類護理訪視費山地離島地區(次)-機構:訪視時間1小時以上(>1小時)

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

方案之附件 8

獎勵醫事服務機構申報特定醫令執行起迄時間資料之項目

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