



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 年第一次臨時會
會議資料

113 年 4 月 25 日（星期四）下午 2 時
本署 18 樓大禮堂

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」第一次臨時會會議議程

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
------------------	-------

肆、討論事項

一、 新增修訂「經口內視鏡食道肌肉切開術」等 13 項診療項目案。	討 1-1
二、 新增「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」案。	討 2-1
三、 修訂全民健康保險遠距醫療給付計畫案。	討 3-1
四、 修正「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。	討 4-1
五、 規劃實施「全民健康保險推動使用生物相似藥之鼓勵試辦計畫」案。	討 5-1
六、 修訂「全民健康保險強化住院護理照護量能方案」其他護理獎勵分配方式案。	討 6-1

伍、臨時動議

陸、散會

貳、確認本會議 113 年度第 2 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 2 次會議紀錄

時間：113 年 3 月 21 日（星期四）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：吳倍儀

彭代表家勛	彭家勛	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	游進邦	徐代表邦賢	徐邦賢
李代表佳珂	李佳珂	羅代表界山	曾士哲(代)
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	歐育志(代)
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	(請假)
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	王宏育	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	陳振文
洪代表德仁	(請假)	施代表壽全	施壽全
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
台灣醫院協會	吳昱嫻、吳心華、顏正婷
中華民國藥師公會全國聯合會	鄭宇焱、黃羽婕、陳暘
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
衛生福利部附屬醫療及社會福利機構 管理會	黃耀聰、黃仲緯
金門縣政府衛生局	蔡建鑫、蔡其衡
衛生福利部護理及健康照護司	曾淑芬、林杰穎
臺灣兒科醫學會	彭純芝
台灣神經學學會	劉濟弘、林雅如
社團法人台灣腦中風學會	連立明、蔡力凱
台灣胸腔及心臟血管外科學會	李秋陽
台灣感染症醫學會	王復德、黃建賢
社團法人台灣感染管制學會	張峰義
衛生福利部疾病管制署	周偉惠、沈文凡
衛生福利部醫事司	李巧玲、卓琍萍、尤鈺慈
國家衛生研究院	黃秀芬、吳佩芳
台灣病理學會	鄭永銘
中華民國癌症醫學會	陳偉武
台灣肺癌研究學會	楊志新
台灣泌尿科醫學會	黃昭淵
台灣婦產科醫學會	陳宜雍
台灣婦癌醫學會	王鵬惠
中華民國婦癌醫學會	呂建興
台灣乳房醫學會	黃其晟
中華民國大腸直腸外科醫學會	岳德政、陳建勳

中華民國血液病學會

台灣外科醫學會

台灣整形外科醫學會

中華民國骨科醫學會

台灣消化系內視鏡醫學會

台灣周產期醫學會

台灣臨床病理暨檢驗醫學會

台灣安寧緩和醫學學會

台灣安寧緩和護理學會

台灣安寧照顧協會

中華民國呼吸治療師公會全國聯合會

台灣居家護理暨服務協會

台灣在宅醫療學會

台灣居家醫療醫學會

財團法人醫藥品查驗中心

衛生福利部社會保險司

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

柯博升、黃泰中

邱文寬、黃柏誠

邱文寬、黃柏誠

傅尹志

鍾承軒

(請假)

林倍親

張曉婷、陳怡蓉

邱智鈴

蘇文浩

趙克耘、朱家成

曾勤媛

楊玲玲、黃子華

方光宗

張慧如、賴美祁、朱素貞、

黃昭仁、林鈺婷、高嘉慧、

何函軒、傅冠宜、郭立仁

白其怡

邱臻麗、李岳蓁、盛培珠

賴秋伶

陳依婕、呂姿曄、黃瓊萱、

黃怡娟、林沁玫、劉立麗、

王智廣、蔡金玲、許博淇、

施沂廷、謝欣穎、黃思瑄、

何懿庭、黃明珮、周筱妘、

蔡政伶、高翊庭、顏其敏、

吳倍儀、陳書涵、黃筠喬、

蔡孟好、宋思嫻、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：略。

參、報告事項：

一、歷次會議決議事項辦理情形。

決定：

- (一)有關臺中榮民總醫院提供「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(序號 2)，將正式函文請各分區業務組邀請轄區醫院及急診醫學會就急診壅塞情形共同討論具體改善方案並回報辦理進度，續併入急診品質提升方案研修會議討論，再提至本會議報告，本案繼續列管。
- (二)增修訂牙醫支付標準及 4 項牙醫專款計畫案(序號 6)，辦理事項第一至三項解除列管，第四項護理師全聯會代表建議「牙特計畫可擴大服務場域，將有需求之護理之家納入」繼續列管。
- (三)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(序號 19)，增列辦理情形：提至本次會議報告案第 4 案，於報告後解除追蹤。
- (四)其餘項目依議程所列。

二、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（詳[附件 1](#)，P11-12）。

說明：修訂重點如下：

- (一)新增第一部總則十五：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 30% 支付。
- (二)修訂病房費通則九：有關「偏鄉醫院護理費加計百分之十五」之規定，離島地區醫院之加成規範，以本標準第一部總則第十五條為限。

決定：洽悉。

三、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（詳附件 2，P13-P44）。

說明：修訂重點如下：

- (一)113 年 7-12 月適用之相對權重統計結果案，標準給付額 (SPR)為 53,536 點。
- (二)配合「離島地區住院案件」醫療服務支付點數增訂 30%加計規範，修訂 Tw-DRGs 支付定額計算之山地離島地區醫院加成率，離島地區醫院加成率由原 2%調升為 20%。
- (三)為使 Tw-DRG 權重更即時反應支付標準增修，未來由本署每年按 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後，依程序先辦理預告及報部作業，計算結果再提 6 月/12 月本會議報告。

決定：洽悉。

四、修訂「全民健康保險強化住院護理照護量能方案」案（詳附件 3，P45-P48）。

說明：修訂重點如下：

- (一)急性一般病床（含精神）護理人員夜班獎勵（27 億元）：調整每人每班獎勵單價為大夜班 900 元-1,000 元、小夜班 500 元-600 元，並回溯自 113 年 1 月 1 日起算。
- (二)其他護理獎勵（13 億元）：調整為依各醫院特殊病床使用人日數占率分配。
- (三)「急性一般病床（含精神）護理人員夜班獎勵」及「其他護理獎勵」預算不相互流用。

決定：

- (一)同意調升「急性一般病床護理人員夜班獎勵」單價，其中增加財務支出超出原分配之年度獎勵預算 27 億元部分（推估約 1.13 億元），本署將爭取其他的預算支應。
- (二)另「其他護理獎勵」13 億元分配方式，將續與各層級醫院

協會(含三層級醫院代表)、護理師全聯會討論共識方案，再提至本會議報告。

(三)有關代表建議成立「護理人力調節派遣中心」一節，依其工作項目及專業內容，實質派遣至有需求之醫療院所短期的護理人力，請護理師全聯會研議可行性。又考量個別醫療院所環境相異，建請照護司研議更具彈性運用之儲備護理人力策略(如彈性工時、執登報備支援程序簡化等)。

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（詳附件 4，P49-P51）。

說明：修訂重點如下：

(一)未滿 19 歲案件申報加護病房之診察費、病房費及護理費，得依表定點數另加計 20%。

(二)02011K-02013B「加護病床住院診察費」：兒科專科醫師之最高加成上限為 140%

(三)調升 02017K-02019B「新生兒中重度住院診察費」支付點數 50%，由原 710-819 點調升為 1,065-1,229 點。

決定：考量各法規兒童年齡範圍定義不同，爰將申報條件「未滿 19 歲」修改為「兒科及新生兒科」，餘洽悉。

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（詳附件 5，P52-P65）。

說明：計畫重點如下：

(一)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。

(二)考量本署各分區業務組已陸續於轄內推動因地制宜之主動脈剝離手術及腦中風取栓術區域聯防機制，爰本計畫僅針對收案條件、支付方式及監測指標訂定統一規範，以利計畫之推動執行及預算管控。

決定：洽悉，另代表建議監測夜間具執行手術能力醫院之病人轉出率及獎勵夜間收治病人之醫院，供 114 年計畫修訂參考。

七、新增「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」案（[詳附件 6，P66-P84](#)）。

說明：計畫重點如下：

（一）以醫療院所為對象之獎勵規劃：

1. 參與資格：醫院評鑑感染管制章節合格。
2. 按達成過程面及結果面指標(共 8 項)積分獎勵，每一積分採浮動點值，以 5,000 點為上限，並依照醫院病床數給予權重加成。

（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：訂有參與資格、執行人員資格、照護對象及量表評估時機、適用藥品，每次評估費 1,000 點。

（三）預算來源為醫院總額專款 225 百萬元，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」，若超過專款預算，則以浮動點值計算。

決定：下列內容併修正後通過：

（一）考量醫院為每 4 年接受評鑑 1 次且感染管制章節未公布評鑑成績，又查醫院每二年應接受衛生局感染管制查核，故調整參與醫院資格為「符合醫院感染管制查核」。

（二）增列依醫療機構設置標準規定無須設置加護病房之醫院，「加護病房重點監測抗藥菌感染密度」指標得不計分，於「全院重點監測抗藥菌感染密度」指標最高積分由 15 分調升為 30 分。

（三）代表建議獎勵金給付人員應增列藥師，考量醫院投入感控之醫事人員不盡相同，爰修正文字由「相關人員」改為「相關醫事人員」。

八、西醫基層總額修訂開放表別項目支付標準案（[詳附件 7，P85](#)）。

說明：修訂 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，西醫基層總

額適應症乾癬增列 ICD-10-CM 代碼「L40.0-L40.4、L40.8、L40.9」。

決定：洽悉。

九、修訂「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」案（詳[附件 8](#)，**P86-P135**）。

說明：修訂重點如下：

(一)113 年計畫雙軌併行：

1. 「家醫 2.0 醫療群」應按個案疾病樣態，每年接受 DM/CKD 教育課程，加強前述疾病管理能力。
2. 若「家醫 2.0 醫療群」之 DM/CKD/DKD 個案之 HbA1c、LDL 及 UACR 有進步或控制良好，得支付「糖尿病/慢性腎臟病整合照護提升費」(每一個案年度支付 250 元或 750 元)，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。

(二)派(收)案作業：優先交付 P4P-DM/CKD/DKD 或代謝計畫之診所。另若前一年已為家醫會員，且派案診所與前一年相同者，診所無須於隔年重新收案。

(三)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。

(四)評核指標：新增「B、C 肝炎篩檢率」等 3 項、刪除「檢驗(查)結果上傳率」等 2 項、並調整 7 項指標之配分或內容。

(五)多重慢性病門診整合費用：增訂費用核付條件，另每會員每年支付點數自 500/1,000 點調升至 550 點/1,100 點。

決定：洽悉，另研議修訂糖尿病醫療給付改善方案等，以提升胰島素注射率。

十、修訂「全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫」案（詳[附件 9](#)，**P136-P170**）。

說明：修訂放寬收案條件，重點如下：

(一)跨院所處方用藥品項達五種(含)以上，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。

決定：洽悉，另有關保險對象如涉處方調整或用藥問題，請藥師全聯會建立藥師與原處方開立醫師聯繫機制，並將討論結果副知醫師公會全聯會。

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(詳附件 10，P171-179)。

說明：新增「實體腫瘤次世代基因定序—BRCA1/2 基因檢測/小套組(≤ 100 個基因)/大套組(>100 個基因)」(10,000 點/20,000 點/30,000 點)及「血液腫瘤次世代基因定序—小套組/大套組」(20,000 點/30,000 點)。

決議：通過。

(一)代表反應本項病人同意書簽署扣合基因檢驗結果上傳之支付規定適法性，本署說明係用於評估健保給付檢測及相關藥物之效益，續將與國家衛生研究院及相關專家學者共同審視同意書內容。

(二)另屬 NGS 涵蓋惟須另新增單基因檢測診療項目，本署續依新增修訂診療項目流程辦理。

(三)本署將依代表建議，於執行一段期間後於本會議報告申報統計。

- 二、修訂「經口內視鏡食道肌肉切開術」等 13 項診療項目案。

決議：因時間因素，保留至下次會議討論。

- 三、新增「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」案。

決議：因時間因素，保留至下次會議討論。

- 四、修訂「全民健康保險遠距醫療給付計畫」案。

決議：因時間因素，保留至下次會議討論。

- 五、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。

決議：因時間因素，保留至下次會議討論。

伍、散會：下午 5 時 40 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 8 項，繼續列管計 7 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	
							解除列管	繼續列管
1	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	業於 113 年 3 月 25 日函請各分區業務組邀請醫院及急診醫學會共同討論、研擬具體改善策略。各分區業務組預計辦理日期為 113 年 4 月 19 日至同年 5 月 2 日，俟綜整各分區意見後邀請急診醫學會召開急診品質提升方案修訂溝通會議，再提至本會議討論。		√
2	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 年第二次會議決定：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、113.2 決定)	健保署醫管組	1. 本案經請衛生福利部護理及健康照護司及長期照顧司協助調查機構需求，具有牙醫服務需求之「一般護理之家」「住宿式長照機構」共計 7 家，惟具備牙醫診療設備者僅有 1 家，其餘皆需要購置相關設備。 2. 本署業於 113 年 4 月 2 日以健保醫字第 1130661408 號函轉牙全會，請該會列入 114 年牙特計畫之修訂參考，建議解除列管。	√	
3	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	業於 113 年 3 月 27 日完成過帳作業。 1. 醫院總額：核定補付 246 家、6 億 1,754 萬 8,589 點。 2. 西醫基層總額：核定補付 88 家、582 萬 3,250 點。 3. 合計補付 334 家、6 億 2,337 萬 1,839 點。	√	
4	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	衛生福利部業於 113 年 3 月 21 日公告，自 113 年 4 月 1 日起生效。	√	

序號	編號	會議時間	案由	決議（結論）事項	辦理單位	辦理情形	列管建議	
							解除列管	繼續列管
5	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	1. 有關心內超音波導管(特材)，本署醫審及藥材組業於 113 年 3 月 27 日公告，自 113 年 4 月 1 日起生效。 2. 其餘診療項目，衛生福利部業於 113 年 3 月 21 日公告，自 113 年 4 月 1 日起生效。	√	
6	113-2 報 2	113.3.21	修訂全民健康保險醫療服務給付標準(下稱支付標準)「離島地區住院案件」加成規範案。	113 年第二次會議決定：洽悉。	健保署醫管組	衛生福利部業於 113 年 4 月 19 日公告，自 113 年 5 月 1 日起生效。	√	
7	113-2 報 3	113.3.21	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。	113 年第二次會議決定：洽悉。	健保署醫管組	1. 有關配合調升離島地區住院案件加計，修訂 Tw-DRGs 支付通則之山地離島地區加成率，衛生福利部業於 113 年 4 月 19 日公告，自 113 年 5 月 1 日起生效。 2. 另 113 年 7-12 月適用之相對權重統計結果，將依本會議通過增修之支付標準進行權重參數校正後逕行預告及陳報衛生福利部作業，並提至 113 年 6 月本會議報告。	√	
8	113-2 報 4	113.3.21	修訂「全民健康保險強化住院護理照護量能方案」案。	113 年第二次會議決定： (一)同意調升「急性一般病床護理人員夜班獎勵」單價，其中增加財務支出超出原分配之年度獎勵預算 27 億元部分(推估約 1.13 億元)，本署將爭取其他的預算支應。	健保署醫管組	1. 調升單價部分，本署業於 113 年 4 月 17 日公告，自 113 年 1 月 1 日起生效。 2. 其他護理獎勵分配方式，提至本次會議討論。	√	

序號	編號	會議時間	案由	決議（結論）事項	辦理單位	辦理情形	列管建議	
							解除列管	繼續列管
				(二)另「其他護理獎勵」13 億元分配方式，將續與各層級醫院協會(含三層級醫院代表)、護理師全聯會討論共識方案，再提至本會議報告。 (三)有關代表建議成立「護理人力調節派遣中心」一節，依其工作項目及專業內容，實質派遣至有需求之醫療院所短期的護理人力，請護理師全聯會研議可行性。又考量個別醫療院所環境相異，建請照護司研議更具彈性運用之儲備護理人力策略(如彈性工時、執登報備支援程序簡化等)。		論案第 6 案，於討論後解除追蹤。 3. 另有關代表建議「護理人力調節派遣中心」一節，前次本會議紀錄業已副本函送相關單位研議辦理。		
9	113-2 報 5	113.3.21	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」項目運用方式案。	113 年第二次會議決定：考量各法規兒童年齡範圍定義不同，爰將申報條件「未滿 19 歲」修改為「兒科及新生兒科」，餘洽悉。	健保署醫管組	業提 113 年 4 月 24 日衛生福利部全民健康保險會委員會議討論，續將依程序報請衛生福利部核定後公告實施。		√
10	113-2 報 6	113.3.21	113 年「主動脈剝離手術跨院合作」及「腦中風經動脈取栓手術跨院合作」專款計畫案。	113 年第二次會議決定：洽悉，另代表建議監測夜間具執行手術能力醫院之病人轉出率及獎勵夜間收治病人之醫院，供 114 年計畫修訂參考。	健保署醫管組	業提 113 年 4 月 24 日衛生福利部全民健康保險會委員會議討論，續將依程序報請衛生福利部核定後公告實施。		√
11	113-2 報 7	113.3.21	新增「抗微生物製劑管制及品質提升計畫」案。	113 年第二次會議決定：下列內容併修正後通過： (一)考量醫院為每 4 年接受評鑑 1 次且感染管制章節未公布評鑑成績，又查醫院每二年應接受衛生局感染管制查核，故調整參與醫院資格為「符合醫院感染管制查核」。 (二)增列依醫療機構設置標準規定無須設置加護病房之醫院，「加護病房重點監測抗藥菌感染密度」指標得不計分，於「全院重點監測抗藥菌感染密度」指標最高積分由 15 分調升為 30 分。 (三)代表建議獎勵金給付人員應增列藥師，考量醫院投入感控之醫事人員不盡相同，爰修正文字由「相關人員」改為「相關醫事人員」。	健保署醫管組	業提 113 年 4 月 24 日衛生福利部全民健康保險會委員會議討論，續將依程序報請衛生福利部核定後公告實施。		√
12	113-2 報 8	113.3.21	西醫基層總額修訂開放表別項目支付標準案。	113 年第二次會議決定：洽悉。	健保署醫管組	衛生福利部業於 113 年 4 月 19 日公告，自 113 年 5 月 1 日起生效。	√	

序號	編號	會議時間	案由	決議（結論）事項	辦理單位	辦理情形	列管建議	
							解除列管	繼續列管
13	113-2報 9	113.3.21	修訂「全民健康保險家庭性醫師整合性照護計畫」案。	113 年第二次會議決定：洽悉，另研議修訂糖尿病醫療給付改善方案等，以提升胰島素注射率。	健保署醫管組	1. 113 年全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫已於 113 年 4 月 17 日公告，並自 113 年 1 月 1 日起生效。 2. 另將分析胰島素注射成效後，研議修訂糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案之獎勵方式，併同各界所提方案修訂意見，與提學協會召開會議討論並取得共識後，再提支付標準共擬會議討論。	√	
14	113-2報 10	113.3.21	修訂「全民健康保險提升用藥品質之計畫」案。	113 年第二次會議決定：洽悉，另有關保險對象如涉處方調整或用藥問題，請藥師全聯會建立藥師與原處方開立醫師聯繫機制，並將討論結果副知醫師公會全聯會。	健保署醫管組	1. 本案業於 113 年 4 月 16 日公告，並自公告日起生效。 2. 有關聯繫機制，藥全會建議於健保資訊網服務系統(VPN)建立溝通管道，本署評估為利溝通之即時性，建議藥全會以電洽作為聯繫方式，並將相關紀錄留存於藥全會之藥事照護系統中。		√
15	113-2討 1	113.3.21	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。	113 年第二次會議決議：通過。 (一)代表反應本項病人同意書簽署扣合基因檢驗結果上傳之支付規定適法性，本署說明係用於評估健保給付檢測及相關藥物之效益，續將與國家衛生研究院及相關專家學者共同審視同意書內容。 (二)另屬 NGS 涵蓋惟須另新增單基因檢測診療項目，本署續依新增修訂診療項目流程辦理。 (三)本署將依代表建議，於執行一段期間後於本會議報告申報統計。	健保署醫管組	1. 本署係基於法定職掌，依據全民健康保險法第 80 條第 1 項規定略以，保險人為辦理各項保險業務，得請保險對象及保險醫事服務機構提供所需之病歷、診療紀錄等文件或有關資料，且符合個人資料保護法第 6 條第 1 項規定。為避免後續爭議，爰修訂支付規範第 6 點為「檢測結果須於申報後一個月內依指定格式上傳至健保署，未上傳者本項不予支付」。 2. 衛生福利部業於 113 年 4 月 19 日公告，自 113 年 5 月 1 日起生效。 3. 依會議決議辦理新增單基因檢測診療項目。	√	

註:前次會議討論案第二案至第五案因時間因素未及討論，將提至本次會議討論/報告。

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：新增修訂「經口內視鏡食道肌肉切開術」等 13 項診療項目。

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 1-6～1-20**）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 1-21～1-22**）：

（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 1-21**）：

1. 依 112 年第 8、10 次專諮會議決議（**同附件 1，頁次討 1-9～1-13**），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 1-21**）：

1. 依 113 年第 2 次專諮會議決議（同附件 1，頁次討 1-14～1-17），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 1-22）：
1. 依 ACP 討論會議決議（同附件 1，頁次討 1-19～1-20），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。
 - (1) 方案 A：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 81,565 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。

A. 優勢：減少臨床醫師判斷病人是否符合安寧收案條件之行政作業時間。

B. 劣勢：健保財務衝擊大。

(2) 方案 B：依 112 年住院符合適應症(65 歲以上重大傷病且罹患安寧收案條件所列之疾病別、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 59,550 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 178.7 百萬點。

A. 優勢：以住院階段最需要預立醫療照護諮商之病人為主。

B. 劣勢：增加臨床醫師判斷病人是否符合安寧收案條件所列疾病別之行政作業負擔。

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 1-23～1-24)：

(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 1-23)：

1. 依據 113 年第 2 次專諮會議決議(附件 1，頁次討 1-14～1-17)，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 1-23）：

1. 依 113 年第 2 次專諮會議決議（同附件 1，頁次討 1-14～1-17），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 1-23～1-24）：

1. 依 113 年第 1 次本會議、12207B 討論會議、113 年第 2 次專諮會議結論（同附件 1，頁次討 1-6～1-8、頁次討 1-14～1-17），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 1-24）：

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 1-33～1-34）：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：本案經討論後依會議決議，增修支付標準表（附件 4，頁次討
1-35～1-43），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	All-RAS 基因突變分析(LDT) All-RAS mutation testing(LDT) 註： 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： (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)醫療機構以實驗室開發檢測 (Laboratory Developed Tests,LDTs) 執行本項：一百一十三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；一百一十三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
xxxxB	<u>All-RAS 基因突變分析(IVD)</u> <u>All-RAS mutation testing(IVD)</u> <u>註：</u> <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腫瘤藥物 9.27.Cetuximab 及 9.53.Panitumumab 之轉移性直腸結腸癌病人。</u> <u>2.支付規範：</u> <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> <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> <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> <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> <u>(5)檢測報告上應註明方法學與檢測平台。</u> <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> <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>

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「鉬劑吞嚥食道攝影」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) 賁門鬆弛不能。

(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」與鉬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，因應健保抗癌瘤藥物 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，以扣合健保抗癌瘤藥物使用規範，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，爰不限制個案諮商時間，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商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商形式，與會專家表示住院期間團體諮商比例較少，病人不一定都住在同一間病房，大多以個人諮商為主。

決議：預立醫療照護諮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	
				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)		(百萬點) F= ①A*E-B*E ②A*E- B*D*C ③A*(E- D)+(A-B)*D ④A*E	
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，臨床上確有需求，爰建議新增。	1.限住診病人符合下列任一適應症： <u>(1)贛門鬆弛不能。</u> <u>(2)食道蠕動困難。</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。 3.支付規範： <u>(1)限消化系內視鏡專科、胸腔外科醫師。</u> <u>(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。</u> <u>(3)病歷應檢附下列文件備查：</u> <u>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。</u> <u>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。</u> <u>(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」。</u> 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。	16,674	157%	42,852	71201B	食道肌切開術	19,081	80%	19	223	8.53	②
							71225B	胸腔鏡或腹腔鏡食道肌肉切開術	27477	80%	34		註 1	
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）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。	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。 2.支付規範： <u>(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。</u> <u>(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。</u> <u>(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。</u> 3.單區塊組織瓣：一般材料費得另加計百分之二十三。 4.雙區塊組織瓣：一般材料費得另加計百分之二十。 5.三區塊以上組織瓣：一般材料費得另加計百分之十七。	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			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		
				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)	(百萬點) F= ①A*E-B*E ②A*E- B*D*C ③A*(E- D)+(A-B)*D ④A*E	
5	預立醫療照護諮商費-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	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。	1.符合下列任一適應症，且具完全行為能力之住院病人： <u>(1)65歲以上重大傷病(，且罹患安寧收案條件所列之疾病別)。</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> 2.相關規範： <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>	3,000		3,000						81,566 (59,550)	244.7 (178.7)	④
6	預立醫療照護諮商費-同次住院申報2次 02020B「緩和醫療家庭諮詢費」者			1,500		1,500								
(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、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	調整點數差值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	第二型人類表皮生長因子受體 (Her-2/neu) 原位雜交合檢驗	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 <u>、轉移性胃腺癌 (或胃食道接合處腺癌)。</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+之乳癌或 <u>胃腺癌 (或胃食道接合處腺癌)患者。</u>	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。	<u>註：</u> <u>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：</u> <u>(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。</u> <u>(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。</u> <u>2.合併非治療性闌尾切除不另給付。</u>					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： 一百一十三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；一百一十三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： <u>1.適應症：</u> <u>(1)含有 BCR-ABL1 之慢性骨髓性白血病(chronic myelogenous leukemia，CML)與急性白血病。</u> <u>(2)含有 PML-RARA、RUNX1-ETO 與 CBFB-MYH11 之急性骨髓性白血病(acute myeloid leukemia，AML)。</u> <u>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。</u> <u>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。</u>	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) 一百一十三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	調整點數差值C=A-B	預估全國執行量D	預估年增點數(百萬點) E=A*D
6	30106B	All-RAS 基因突變分析(IVD) All-RAS mutation testing(IVD)		約醫事服務機構申報；一百一十三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。					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。	註：(僅摘錄第2點) 支付規範： (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)一百一十三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；一百一十三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。 (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。					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

	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	備註
用人成本	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	1	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	26,139	
	特浦消化管內視鏡用穿刺針	PC	730	1.0	730		
	Glycetose	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適滴鄰苯二甲酰高層次消毒劑	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(單拋)	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		
	Syrup Dimethicone 20mg/ml(300ml/bot)	BOT	320.0	1.0	320		
	口腔棉枝6"10枝/包 已消毒	BX	1.4	5.0	7		
	紗布塊4"X4" 16褶 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2.5-e.e	BOX	300.0	1.0	300		
	微創可旋轉重復開閉軟組織夾11mm	PC	650.0	6.0	3,900		
	"FDE-410UR/LR" Single Use Hemostatic Forceps 早期痛用電燒止血器(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		
		小計					1,397		
	非醫療設備=醫療設備×			28.3	%		395		
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(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	10,557
	無菌紗布，4 x 4，2片/包	PK	3.58	20.00	72	
	彈繃		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，350cm	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	
	Alprostadi		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 foscips 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	

直接成本	不計價材料或藥品成本	7" + 9" Teeth forceps aa 1,Debaquey+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				
	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	
		手術用顯微鏡		4,516,706	7	6.6	120	797		
		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	10,557
	無菌紗布，4 x 4，2片/包	PK	3.58	20.00	72	
	彈繃		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	
	Alprostadi		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 foscips 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	

直接成本	不計價材料或藥品成本	7" + 9" Teeth forceps aa 1,Debaquey+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		
	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
手術用顯微鏡		4,516,706	7	6.6	120	797	
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		
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	896.00
	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	20.00%
= (E無條件進位)	
H支付點數(含一般材料費)四捨五入	66,284
=F*(1+G)	

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	10,557
	無菌紗布，4 x 4，2片/包	PK	3.58	20.00	72	
	彈織		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，3.5 0 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 forceps 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	

直接成本	不計價材料或藥品成本	7" + 9" Teeth forceps aa 1,Debakay+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			
	設備費用	名	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	
		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. 建置20萬/坪	2,800,000	50	0.54	480	259.26	
		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 %					979.00	
	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	醫院	基層
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 113.4.1 生效實施	113.1.16 共擬會議 討論	2	新增	心內超音波	0.12	
		3	新增	磁共振造影使用 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	實體腫瘤次世代基因定序-BRCA1/2 基因檢測	226.00	
		8	新增	實體腫瘤次世代基因定序-小套組(≤100 個基因)		
		9	新增	實體腫瘤次世代基因定序-大套組(>100 個基因)		
		10	新增	血液腫瘤次世代基因定序-小套組(≤100 個基因)	61.20	
		11	新增	實體腫瘤次世代基因定序-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 (百萬元)	
			類別	新增修診療項目	醫院	基層
	113.3.21	9	新增	經口內視鏡食道肌肉切開術	8.53	
共 擬 會 議 討 論 (討二)		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	預立醫療照護諮商費-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	預立醫療照護諮商費-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	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
02028B	<u>預立醫療照護諮商費</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		√	√	√	3000
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，且罹患安寧收案條件所列之疾病別。</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，未完成的者本項不予支付。</u>		√	√	√	1500

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

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

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	<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) 註： 適應症： 1.乳癌中之invasive carcinoma(侵襲性癌)、<u>轉移性胃腺癌</u> (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<u>或胃腺癌(或胃食道接合處腺癌)</u>患者。		v	v	v	10400
12207B	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) 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：一百一十二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；一百一十二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，應重行報請核定。		v	v	v	3571
<u>12217B</u>	<u>白血病即時定量聚合酶連鎖反應法(IVD)</u> <u>RQ-PCR(Real Time Quantitative PCR)for leukemia(IVD)</u> 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。		<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>3571</u>

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<u>(2)含有PML-RARA、RUNX1-ETO與CBFB-MYH11之急性骨髓性白血病(acute myeloid leukemia，AML)。</u> <u>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。</u> <u>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。</u>					

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	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 註： 1.適應症： (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。 2.支付規範： (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)一百一十二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；一百一十二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	v	6755
30104B	All-RAS基因突變分析(LDTs) All-RAS mutation testing(LDTs) 註： 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腫瘤藥物9.27.Cetuximab及9.53.Panitumumab之轉移性直腸結腸癌病人。 2.支付規範： (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	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
	(3)一百一十二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；一百一十二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。 (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。					
30106B	<u>All-RAS基因突變分析(IVD)</u> <u>All-RAS mutation testing(IVD)</u> 註： 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腫瘤藥物9.27.Cetuximab及9.53.Panitumumab之轉移性直腸結腸癌病人。 2.支付規範： (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)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。 (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。		√	√	√	8872

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and 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	<u>顯微血管游離瓣手術－穿通枝瓣移植</u> <u>Microvascular free flap - perforator flap</u> <u>－單區塊組織瓣</u> <u>one-perforator</u> <u>註：</u> <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> <u>2.支付規範：</u> <u>(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。</u> <u>(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。</u> <u>(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。</u> <u>3.一般材料費得另加計百分之二十三。</u>		<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>47775</u>
62074B	<u>－雙區塊組織瓣</u> <u>two-perforators</u> <u>註：</u> <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> <u>2.支付規範：</u> <u>(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。</u> <u>(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。</u>		<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>55237</u>

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<u>(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。</u> <u>3.一般材料費得另加計百分之二十。</u>					
<u>62075B</u>	<u>一三區塊以上組織瓣</u> <u>three-perforators and above</u> <u>註：</u> <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> <u>2.支付規範：</u> <u>(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。</u> <u>(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。</u> <u>(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。</u> <u>3.一般材料費得另加計百分之十七。</u>		<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>62698</u>

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	<u>經口內視鏡食道肌肉切開術</u> <u>註：</u> <u>1.限住診病人符合下列任一適應症：</u> <u>(1)賁門鬆弛不能。</u> <u>(2)食道蠕動困難。</u> <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> <u>3.支付規範：</u> <u>(1)限消化系內視鏡專科、胸腔外科醫師。</u> <u>(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。</u> <u>(3)病歷應檢附下列文件備查：</u> <u>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。</u> <u>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。</u> <u>(5)不得同時申報項目：28016C、28044B、47057B、47058B、47067B、47074C、47077B、47078B、47083C、72050B。</u> <u>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。</u>		<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>16674</u>

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	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
81028C	前置胎盤或植入性胎盤之剖腹產 C/S due to placenta previa or placenta accreta 註： <u>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：</u> <u>(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。</u> <u>(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。</u> <u>2.合併非治療性闌尾切除不另給付。</u>	v	v	v	v	30199

討論事項

第 二 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，提請討論。

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 2-6~2-33**）：

(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) 訪視人員首次參加本計畫，應接受保險人認可之 4 小時實體教育訓練，並應每年接受繼續教育時數 4 小時。
 - A. 各單位欲辦理本計畫教育訓練課程，其講師應採用保險人認可之師資，並檢具詳細課程規劃及師資送保險人審查同意後開課。
 - B. 繼續教育：課程內容應與在宅急症照護相關，並得以線上課程方式進行，惟講師需為本署認可之師資。
- (3) 以下訪視人員應於參與本計畫起 1 年內完成以下專業訓練：
 - A. 護理人員：照護團隊內至少有 1 人須接受長期照顧專業訓練(LevelIII)。團隊內同時段收案逾 20 人者，每收案 20 人應至少有 1 名護理人員需接受長期照顧專業訓練(LevelIII)。
 - B. 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。
 - C. 呼吸治療師：收案對象為呼吸器依賴個案者，其呼吸治療師應接受中華民國呼吸治療師公會全國聯合會培訓，取得居家呼吸照護資格證書。
- (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、呼吸治療師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「每日護理費由設有居家護理服務項目之護理機構或居家呼吸照護所申報，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(2,632-3,106 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 5,000-30,000 點，另每案件獎勵 10-80 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 萬-6.4 萬點、尿路感染需 3.6-4.3 萬點、軟組織感染需 3.3 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 6.4 萬點推估，約可執行 2,343 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 6.4 萬點推估，約可執行 3,125 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、呼吸治療師)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. 各類訪視人員首次參加本計畫應接受保險人認可之教育訓練四小時並取得證明，始得參與本計畫，並應每年接受繼續教育時數四小時(詳附件 1)。

3. 以下訪視人員應於參與本計畫起 1 年內完成以下專業訓練，並由主責醫療機構檢送證明文件予保險人分區業務組備查：

(1) 護理人員：照護團隊內至少有 1 人須接受長期照顧專業訓練

(LevelII)。團隊內同時段收案逾 20 人者，每收案 20 人應至少有 1 名護理人員需接受長期照顧專業訓練(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) 呼吸治療師：收案對象為呼吸器依賴個案者，其呼吸治療師應接受中華民國呼吸治療師公會全國聯合會培訓，取得居家呼吸照護資格證書。

(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、呼吸治療師或藥事人員擔任。

(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、照護機構同意與醫療院所共同參與本計畫之證明文件等)，經保險人分區業務組資格審核同意並副知所在地主管機關(含照護機構資訊及同意照護團隊執行通訊診療)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、L03.8、L03.9)，應住院治療但適合在宅接受照護者(收案適應症詳附錄一)，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(附件3)，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4)；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) 呼吸治療師訪視：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)。
- (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) 醫師得依通訊診察治療辦法第十八條第三項規定，經保險人分區業務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」由設有居家護理服務項目之護理機構或居家呼吸照護所申報(下稱居家護理服務院所)，其餘醫療費用統一由收案院所申報。「每日護理費」由設有居家護理服務項目之居家呼吸照護所申報者，得一併申報呼吸治療師訪視費。

(三) 健保卡登錄

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(附件5)。
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服務院所分別申報者：照護第1天及結案當天由收案院所及居家護理服務院所分別過卡〔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、未使用或拒絕使用虛擬(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、呼吸治療師、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」，呼吸治療師訪視請填「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 6)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) 給付項目及支付標準
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： $(\text{每日醫療費} + \text{每日護理費}) \times \text{疾病目標照護天數}$ 。

b.實際申報點數： $(\text{每日醫療費} + \text{每日護理費}) \times \text{實際照護天數} + \text{緊急訪視費}$ 。

(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： $(\text{每件基本點數} - \text{實際申報點數}) \times 80\%$ 。

(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服務院所協助綁定，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		收案院所當年度累計收案 $\geq$ 10 人且有提供病人在宅急症 照護，每家機構獎勵點數
	一般 地區	山地離 島地區	
$5\% \leq$ 占率 <25%	10	20	5,000
$25\% \leq$ 占率 <50%	20	40	10,000
$50\% \leq$ 占率 <70%	30	60	20,000
$\geq 70\%$	40	80	30,000

(十) 部分負擔計收規定

1. 保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條居家照護規定，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。
2. 若屬全民健康保險法第四十八條所列重大傷病、分娩、山地離島地區就醫情形之一，保險對象免自行負擔費用。
3. 若屬全民健康保險法第四十三條第四項所訂醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，保險對象應自行負擔費用得予減免 20%。

(十一) 點值結算方式

1. 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事服務機構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師或藥事人員提供訪視。呼吸治療師訪視次數以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. 譫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)	
	肺炎(第1-9天)	
P8401C	1.在宅	3734
P8402C	2.機構	2800
	山地離島地區每日醫療費(天)	
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	2050
	山地離島地區每日醫療費(天)	
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	2329
	山地離島地區每日醫療費(天)	
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、通訊診療)、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	1404
	山地離島地區每日護理費(天)	
P8418C	1.在宅	2317
P8419C	2.機構	1854
P8420C	每日護理費	877
	(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。	

編號	診療項目	支付點數
	醫事人員訪視費	
P8421C	醫師收案評估費(件) 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
	居家藥事照護費(次)	
P8422C	1.在宅	1100
P8423C	2.機構	880
	山地離島居家藥事照護費(次)	
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
	呼吸治療師訪視費(次)	
P8426C	1.在宅	1050
P8427C	2.機構	840
	山地離島呼吸治療師訪視費(次)	
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
	管理指導費	
P8430C	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。	1000

編號	診療項目	支付點數
P8432C	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。	1000
P8433C	緊急訪視費及其他費用 醫師緊急訪視費(次)	3106
P8434C	護理人員緊急訪視費(次)	2632
P8435C	遠端生命徵象監測費(天) 註： 1. 本項包含遠端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。 2. 照護團隊應將遠端監測設備之類型及使用頻率記載於病歷並保留照片備查。	400

「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」訪視人員第一年教育訓練課程內容

序號	課程名稱	課程大綱	時數
1	在宅急症照護試辦計畫介紹及申請	試辦計畫說明、計畫申請及醫療費用申報作業。	1
2	在宅急症照護實務運作	各模式之收案流程、處置及照護之介紹(含感染症抗生素使用建議)。	1
3	在宅急症照護之臨床檢驗(查)實務運用	常見檢驗(查)、床側檢驗(查)、遠端監測設備之介紹及實務操作、通訊診療實例介紹。	1
4	在宅急症照護之團隊照護機制	跨團隊照護合作流程、後送機制、緊急事件處理及長照資源銜接之實務介紹。	1

註：

1. 參與本計畫第一年教育訓練以實體課程為限。
2. 相關單位欲辦理本計畫教育訓練者，其講師應採用經保險人認可之師資，並檢具詳細課程規劃及師資送保險人審查同意後開課。
3. 前開師資，由保險人或台灣在宅醫療學會辦理培訓作業；取得師資資格者，由保險人公開名單於衛生福利部中央健康保險署全球資訊網，以利相關單位規劃本計畫教育訓練。
4. 本計畫實施前，已接受相當之前述課程內容，經保險人認可者，亦可採認其訓練證明。
5. 各類訪視人員應每年接受繼續教育：在宅急症照護相關課程均得採認(得以線上課程方式進行)，惟講師需為本署認可之師資。主責醫療機構應每年檢送團隊人員之繼續教育訓練證明予保險人分區業務組建檔備查。

「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	☐ 1.居家個案，預定執行案件量： ☐ 2.照護機構住民，預定執行案件量： 照護機構名稱： 照護機構代碼： (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、照護機構同意與醫療院所共同參與本計畫之證明文件) ☐ 3.急診個案，預定執行案件量：			
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	如有使用遠端生命徵象監測設備，應一併敘明。		
	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	☐ 1.由收案院所統一執行本計畫之醫療費用申報。 ☐ 2.「每日護理費」由居家護理服務院所 ^註 獨立申報，其餘醫療費用統一由收案院所申報。		

註：居家護理服務院所係指設有居家護理服務項目之護理機構或居家照護所。

「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」收案申請書

收案機構	名稱：	代號：	照護團隊代號：		
收案日期	年 月 日	申請日期	年 月 日		
主治醫師		主治醫師 身分證號			
主護理師		主護理師 身分證號		主護理師 所屬院所	
第一部分：基本資料					
病人姓名		性別	☐ 1 男 ☐ 2 女	出生日期	年 月 日
身分證號		電話	(日) (夜)		
居住地址					
居住狀況	☐ 1 獨居 ☐ 2 家人同住 ☐ 3 親友同住 ☐ 4 其他_____				
常用語言	☐ 1 國語 ☐ 2 台語 ☐ 3 客家語 ☐ 4 原住民族語 ☐ 5 其他_____				
主要 聯絡人	與病人關係： 聯絡電話/手機：				
社會福利 身分別	☐ 1 無 ☐ 2 低收入戶 ☐ 3 中低收入戶 ☐ 4 榮民 ☐ 5 原住民 ☐ 6 領有身心障礙證明				
照顧者	☐ 1.本人 ☐ 2.配偶 ☐ 3.子女 ☐ 4.看護 ☐ 5.其它_____				
決策者	☐ 1.本人 ☐ 2.配偶 ☐ 3.子女 ☐ 4.其他_____				
第二部分：健康狀況					
意識狀態	☐ 1 清醒 ☐ 2 嗜睡 ☐ 3 混亂 ☐ 4 呆滯(木僵) ☐ 5 昏迷(或植物人) ☐ 6 其他				
情緒狀態	☐ 1 平穩 ☐ 2 憂鬱 ☐ 3 焦慮 ☐ 4 無法評估				
理解能力	☐ 1 良好 ☐ 2 僅可理解簡單句子或關鍵字 ☐ 3 無法理解 ☐ 4 無法評估				
呼吸 (可複選)	☐ 1 自行呼吸 ☐ 2 使用氧氣 ☐ 3 使用侵襲性呼吸器 ☐ 4 使用非侵襲性呼吸器 ☐ 5 使用氣切管或氣管內管插管 ☐ 6 其他_____				
進食	☐ 1 由口進食 ☐ 2 鼻胃管灌食 ☐ 3 靜脈注射 ☐ 4 其他				
排泄	☐ 1 自行排泄 ☐ 2 需協助排泄 ☐ 3 大小便失禁 ☐ 4 存留導尿管 ☐ 5 腸造口 ☐ 6 其他				
皮膚狀況	☐ 1 完整 ☐ 2 損傷(部位： 大小： X X 等級： 類別： ☐ 擦傷、割傷 ☐ 術後傷口 ☐ 燒燙傷 ☐ 壓瘡 ☐ 其他慢性傷口：)				
日常生活 活動能力 (收案)	ADL 總分： 分				
肌力	上肢(左： 分 右： 分)、下肢(左： 分 右： 分)				
主訴					
第三部分：收案評估					

收案來源	1.居家個案□居家醫療照護整合計畫□一般居護□居家安寧□呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫，收案院所： □2.照護機構住民，機構名稱： □3.醫院急診，來源醫院：
收案適應症	□1.肺炎 □2.尿路感染 □3.軟組織感染
收案適應症明細	(一)肺炎 □1.臨床症狀：下呼吸道症狀如痰、氣促、喘鳴、胸部不適、胸痛或聽診異常；或發燒、心跳變快、血壓偏低、意識改變、食慾變差。 □2.實驗室檢查：血液白血球或C反應蛋白上升、流感或COVID-19快篩陽性、肺炎鏈球菌或退伍軍人症尿液抗原陽性。 □3.影像學檢查：X光發現或超音波之發現 □4.細菌抹片或培養報告：痰液或血液之有意義發現。 (二)尿路感染 □1.局部症狀：解尿灼熱、疼痛、尿少、膿尿或腰側敲擊痛。且過去一週內經口服抗生素治療失敗。 □2.全身症狀：發燒、心跳變快、血壓偏低、意識改變、食慾變差等。 □3.實驗室檢查：血液白血球或C反應蛋白上升，尿液常規白血球上升、Bacteria、Nitrite陽性反應。 □4.細菌抹片或培養報告：尿液或血液之有意義發現。 (三)軟組織感染 □1.局部症狀：如紅腫熱痛，且過去一週內，經口服抗生素治療失敗。 □2.全身症狀：發燒、心跳變快、血壓偏低、意識改變、食慾變差等。 □3.理學檢查：皮膚紅腫、傷口或化膿表現。 □4.實驗室檢查：血液白血球或C反應蛋白上升。或傷口、血液細菌抹片/培養有意義發現。 上述各疾病別之適應症於收案時，應至少符合3項方可收案(尿路感染須符合2項)
居家急症治療模式	□1.居家治療□2.照護機構治療 □3.經急診返家治療
第四部分：醫療計畫(第一天)	
主診斷	(填ICD，限肺炎、泌尿道感染及蜂窩性組織炎：J12-J18、J20-J22、J69.0、N10、N34、N30.0、N30.3、N30.8、N30.9、N39.0、L03.0、L03.1、L03.2、L03.3、L038、L039)
次診斷	
醫療治療計畫	(Admission summary)
新增管路	□鼻胃管 □尿管 □靜脈注射
特殊醫囑	□呼吸照護 □傷口照護 □遠距生理監測 □輸液治療□其他_____

第五部分：結案評估	
治療經過	(Discharge summary)
長照需求	☐ 1.否 ☐ 2.是(已是長照個案，不需轉介) ☐ 3.是(非長照個案，或已是長照個案但需調整長照需求，協助轉介) ，轉介單位： 轉介日期：
結案資訊	結案或轉院日期： 年 月 日 結案時日常生活活動能力：ADL 總分 分。 ☐ 1.緩解完治，聯繫原醫療團隊或門診(巡診)醫師。 ☐ 2.緩解完治，聯繫其他醫療團隊或安排門診。 ☐ 3.中斷治療：病人遷居、拒絕訪視或死亡。 ☐ 4.轉醫院治療(急診/住院)，轉院院所： ☐ 5.轉其他在宅急症照護團隊照護，轉院院所：

「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」訪視紀錄

※一個訪視人員填寫 1 頁，同日有不同醫事人員訪視則填寫不同頁面

日期	年 月 日 (Day1)	年 月 日 (Day2)	年 月 日 (Day3)
時間	: — :	: — :	: — :
訪視人員 類別	☐ 1.醫師 ☐ 2.護理人員 ☐ 3.呼吸治療人員 ☐ 4.藥事人員	☐ 1.醫師 ☐ 2.護理人員 ☐ 3.呼吸治療人員 ☐ 4.藥事人員	☐ 1.醫師 ☐ 2.護理人員 ☐ 3.呼吸治療人員 ☐ 4.藥事人員
訪視人員			
訪視類別	☐ 1.實地訪視 ☐ 2.通訊訪視 ☐ 3.緊急訪視	☐ 1.實地訪視 ☐ 2.通訊訪視 ☐ 3.緊急訪視	☐ 1.實地訪視 ☐ 2.通訊訪視 ☐ 3.緊急訪視
生命徵象	體溫： 脈搏： 呼吸： 血壓： 血氧：	體溫： 脈搏： 呼吸： 血壓： 血氧：	體溫： 脈搏： 呼吸： 血壓： 血氧：
問題、 評估、 計畫 (PAP)			
紀錄上傳 時間			

「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。
12172C	尿液肺炎球菌抗原

編號	診療項目
	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	肺炎黴漿菌抗體試驗 (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。
17002B	最大吸氣壓及最大吐氣壓 Pi max and Pe max 註： 1.限呼吸器 weaning 時申報。 2.內含一般材料費及單一使用拋棄式之過濾器。
17017B	全階呼吸量測定 Haloscale respiration 註： 1.限呼吸器 weaning時申報。 2.內含一般材料費及單一使用拋棄式之過濾器。
18001C	心電圖 E.K.G. (Electrocardiography)
18005C	超音波心臟圖(包括單面、雙面)

編號	診療項目
	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。
19001C	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。
19005C	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。
19009C	腹部超音波，追蹤性 Abdominal ultrasound, for follow-up 註：兒童加成項目。
19012C	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。
19014C	乳房超音波 註：兒童加成項目。
19016C	四肢超音波 註：兒童加成項目。
57016B	經皮測二氧化碳分壓器或呼氣末二氧化碳分壓器(日) TC PCO2 or End tidal CO2 monitor (day) 註：手術室及麻醉恢復室使用者，已含於相關診療費用中，不另支付。

「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」收案適應症

疾病別	收案適應症
肺炎	以下四項應至少符合三項： 1. 臨床症狀：明顯下呼吸道症狀，如(膿)痰、氣促、喘鳴、胸部不適、胸痛或聽診異常(喘鳴音、囉音)；或出現全身症狀如發燒、心跳變快、血壓偏低、意識改變(嗜睡、混亂、譫妄或不安)、食慾變差等。 2. 實驗室檢查：血液白血球(嗜中性球比例)上升、C 反應蛋白上升、流感或 COVID-19 快篩陽性、肺炎鏈球菌或退伍軍人症尿液抗原陽性。 3. 影像學檢查：X 光發現或超音波之發現（影像備查）。 4. 細菌抹片或培養報告：痰液或血液之有意義發現。
尿路感染	以下四項應至少符合二項： 1. 局部症狀：如解尿灼熱、疼痛、尿少、膿尿且過去一週內，經口服抗生素治療失敗。或腰側敲擊痛。 2. 全身症狀：如發燒、心跳變快、血壓偏低、意識改變(嗜睡、混亂、譫妄或不安)、食慾變差等。 3. 實驗室檢查：血液白血球(嗜中性球比例)上升、C 反應蛋白上升，尿液常規白血球上升、Bacteria、Nitrite 呈陽性反應。 4. 細菌抹片或培養報告：尿液或血液之有意義發現。
軟組織感染	以下四項應至少符合三項： 1. 局部症狀：如紅腫熱痛，且過去一週內，經口服抗生素治療失敗。 2. 全身症狀：如發燒、心跳變快、血壓偏低、意識改變(嗜睡、混亂、譫妄或不安)、食慾變差等。 3. 理學檢查：皮膚紅腫、傷口或化膿表現（影像備查）。 4. 實驗室檢查：血液白血球(嗜中性球比例)上升、C 反應蛋白上升。或細菌抹片或培養報告：傷口或血液之有意義發現。

「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)
- 與診斷關聯之症狀、檢驗室結果 Symptoms, laboratory results related to diagnosis - 過去慢性病史 Past history - 感染病史 History of infections - 藥物史 Medication history - 周邊血管疾病危險因素 PAD risk factors - 結石家族史 GU Stone Family history - 現在治療計畫 present treatment plans - 藥物 Medications - 呼吸支持 Respiratory support - 過敏史 Allergy history - 現在治療執行方案 Current treatment program - 急性併發症 Acute complications - 心理社會／經濟因素 Psychosocial/economic factors - 菸酒之使用 Tobacco and alcohol use	- 體溫 Body Temperature - 脈搏 pulses - 呼吸 Respiratory - 血氧 pulse oximeter - 血壓 Blood pressure - 體重 weight - 足部檢查 Foot examination - 皮膚檢查 Skin examination - 神經學檢查 Neurological examination - 口腔檢查 Oral examination - 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)
08011C 全套血液檢查 I CBC-I* 08013C 白血球分類計數 WBC differential count* 12015C C 反應蛋白 C-Reactive Protein* 09015C 血清肌酐 Serum creatinine* 09002C 血中尿素氮 BUN, blood urea nitrogen* 09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉胺基 SGPT (or ALT) * 09005C 血液葡萄糖 Glucose* 09021C 鈉 Na (Sodium) * 09022C 鉀 K(Potassium) * 06012C 尿液分析 (尿一般檢查) General urine examination* 12172C 尿液肺炎鏈球菌抗原(A)☒ 09038C 白蛋白 Albumin☒ 13007C 細菌培養鑑定檢查 culture ☒ 13022B 抗生素敏感性試驗(MIC 法)三菌種以上☒	- 短期與長期目標 Short-and long-term goals - 藥物指導 Medications - 吞嚥及營養治療 Swallowing and nutrition therapy(if indicated)☒ - 管路照護 Tube care - 生活型態改變 Lifestyle changes - 遠距專科醫師會診(視情況而定)Specialty consultations (as indicated) - 遠端生理監測 Remote Patient Monitoring * - 家庭照顧者支持 Family caregiver support - 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

第三案

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3-4～3-25)：

(一)增修施行地區(本計畫第四條，附件1，頁次討3-4～3-9)：

- 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3-10)
- 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 3-10~3-11、頁次討 3-22)

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 3-13~3-15)
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 3-14~3-15)
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 3-21)

三、財務影響評估 (附件1，頁次討3-7~3-9)：

(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。

(二)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。
- (三)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4,753萬點，合計113年執行數為5,629萬點，未超過113年預算數1億點（如附件2，頁次討3-26～3-27）。

擬辦：本案如獲同意，將依程序報請衛生福利部核定後，本署公告實施。

決議：

113 年度全民健康保險遠距醫療給付計畫修正對照表

附件 1

113 年度建議條文	112 年度原條文	健保署說明
維持原條文。	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。	
維持原條文。	二、目的 (一)提升山地離島、偏僻地區民眾之專科門診可近性。 (二)充實在地醫療資源,落實醫療在地化。	
維持原條文。	三、預算來源 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。	
四、施行地區 (一)全民健康保險法所稱山地離島地區(含「 <u>全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫</u> 」適用地區 <u>花蓮縣豐濱鄉、嘉義縣大埔鄉</u>)。 (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	四、施行地區 (一)全民健康保險法所稱山地離島地區。 (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。	【健保署說明】 (一)有關建議新增施行地區一節: 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昇(IDS)計畫」之適用地區,醫療資源亦相對缺乏,就醫可

計畫。 (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>		近性低，建議納入。 2.衛生福利部試辦遠距醫療相關計畫： (1)醫事司「偏遠地區遠距醫療建置計畫」：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。 (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。 (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。 3.「全民健康保險醫療資源缺乏地區」(下稱醫缺地區)： (1)定義如下： 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。 (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)。 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。 (二)財務影響評估： 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： 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 $1(\text{診}) \times 52(\text{週}) \times 69(\text{地區}) \times 1(\text{家院所申請}) \times \text{論診次}$ $5,000(\text{元}) \approx 1,846 \text{ 萬點}。$ (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。 (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。 (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。 2.衛生福利部試辦遠距醫療相關計畫(共約需 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。 (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，費用已納入 113 年執行數推估計算。
五、維持原條文。	五、施行期間 自保險人公告日起實施。	
六、參與計畫醫療院所、醫師資格 (一)維持原條文。	六、參與計畫醫療院所、醫師資格 (一)遠距端：透過視訊通訊方式診察病人，	一、本署 111 年 11 月 17 日健保醫

(二)在地端：親自診察病人、施行治療、開立醫囑，並有看診紀錄。 1、醫事服務機構(以下稱在地院所)： (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。 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)。 (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暨<u>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</u>，	給予診療建議，並有會診紀錄。 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。 (二)在地端：親自診察病人、施行治療、開立醫囑，並有看診紀錄。 1、醫事服務機構(以下稱在地院所)： (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。 2、醫師(以下稱在地醫師)：以前述特約院所執業之醫師為限。 (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	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。 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。
---	--	--

<u>且經全民健康保險保險人(以下稱保險人)核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)。前述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。</u>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。	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本計畫服務之成效，另予考量。	
七、服務內容 維持原條文。	七、服務內容 (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。 (二)實施地點以下列場域為限： 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。	

	(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。 (四)醫療院所及醫師執行本計畫所提供醫療服務須符合醫療法、醫師法及相關法令規定。 (五)遠距會診實施科別： 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。 (六)遠距會診實施方式： 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)： (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： 遠距院所開設專門遠距門診，接受遠距會診。 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。	
八、申請及審核程序 (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。 (二)維持原條文。 (三)執行計畫審查： 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	八、申請及審核程序 (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。 (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。 (三)執行計畫審查： 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	【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。

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。 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。 (四)維持原條文。 (五)簡化申請及審核程序之條件： 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： (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>。 (2)欲變更執行內容者，應以書面函檢附變更後之計畫書，	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。 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。 (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。 (五)簡化申請及審核程序之條件： 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： (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。 (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。 2、原參與衛生福利部相關遠距醫療試	【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。
---	--	--

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。 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。 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。	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。 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。							
九、給付項目及支付標準 (一)維持原條文。	九、給付項目及支付標準 (一)遠距會診費：由遠距院所申報，其費用由本計畫預算支應。 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，依執行計畫所列看診模式，採論服務量或論診次支付。 <table border="1" data-bbox="804 1082 1523 1415"> <thead> <tr> <th>編號</th><th>診療項目</th><th>支付點數</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>P6606 C</td><td>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。</td><td>500/人次</td></tr> </tbody> </table>	編號	診療項目	支付點數	P6606 C	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。	500/人次	
編號	診療項目	支付點數						
P6606 C	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。	500/人次						

	<table border="1" data-bbox="806 113 1529 624"> <tr> <td data-bbox="806 113 913 624">P6607 C</td><td data-bbox="913 113 1305 624"> -論診次 註： 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。 </td><td data-bbox="1305 113 1529 624">5000/診次</td></tr> </table> 2、急診遠距會診費：不限科別，採論服務量支付，支付標準如下： <table border="1" data-bbox="806 722 1529 978"> <thead> <tr> <th data-bbox="806 722 925 759">編號</th><th data-bbox="925 722 1220 759">診療項目</th><th data-bbox="1220 722 1529 759">支付點數</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="806 759 925 796"></td><td data-bbox="925 759 1220 796">急診遠距會診費</td><td data-bbox="1220 759 1529 796"></td></tr> <tr> <td data-bbox="806 796 925 833">P6601C</td><td data-bbox="925 796 1220 833">-檢傷分類第一級</td><td data-bbox="1220 796 1529 833">2,340</td></tr> <tr> <td data-bbox="806 833 925 869">P6602C</td><td data-bbox="925 833 1220 869">-檢傷分類第二級</td><td data-bbox="1220 833 1529 869">1,300</td></tr> <tr> <td data-bbox="806 869 925 906">P6603C</td><td data-bbox="925 869 1220 906">-檢傷分類第三級</td><td data-bbox="1220 869 1529 906">788</td></tr> <tr> <td data-bbox="806 906 925 943">P6604C</td><td data-bbox="925 906 1220 943">-檢傷分類第四級</td><td data-bbox="1220 906 1529 943">584</td></tr> <tr> <td data-bbox="806 943 925 978">P6605C</td><td data-bbox="925 943 1220 978">-檢傷分類第五級</td><td data-bbox="1220 943 1529 978">507</td></tr> </tbody> </table> 3、在地院所提供各項醫療服務、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。	P6607 C	-論診次 註： 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	編號	診療項目	支付點數		急診遠距會診費		P6601C	-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	
P6607 C	-論診次 註： 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																								
編號	診療項目	支付點數																								
	急診遠距會診費																									
P6601C	-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。

十、醫療費用申報、支付及審查原則

(一)醫療費用之申報、暫付、審查及核付，除另有規定外，悉依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」辦理。

(二)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。

(三)醫療服務點數清單及醫令清單填表說明：

1、遠距院所：

(1)申報專科門診遠距會診費、急診遠距會診費之論服務量：

A.門診醫療費用點數清單段：

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

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。

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

(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。

2、在地院所：申報醫療服務、藥物費
用。

(1)門診醫療費用點數清單段：

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

(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。

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

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。

(四)審查原則：

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建議後之處方，視同符合健保給付規定。

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。

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。

(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。

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。

2、若屬全民健康保險法第四十八條所列重大傷病、分娩、山地離島地區

	就醫情形之一，保險對象免自行負擔費用。 3、若屬全民健康保險法第四十三條第四項所訂醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，保險對象應自行負擔費用得予減免 20%。 (六)點值結算方式：本計畫之遠距會診費、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。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。	十一、監測指標 (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 (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	

	(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 (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	
十二、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之執行計畫、計算指標與核發費用。 (三)醫事服務機構負責依執行計畫提供遠距會診服務。 (四)<u>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。</u>	十二、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之執行計畫、計算指標與核發費用。 (三)醫事服務機構負責依執行計畫提供遠距會診服務。	【健保署說明】 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。
十三、 (一)維持原條文。	十三、退場機制 (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	

(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)。應自保險人第一次核定違規函所載核定停約或終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)維持原條文。

(四)維持原條文。

通知限期改善累計達3次者，應自保險人通知終止執行本計畫日起退出本計畫。

(二)參與本計畫之特約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本計畫服務之成效，另予考量。

(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。

(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。

【健保署說明】

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。

十四、維持原條文。	十四、計畫修訂程序 本計畫視需要檢討，由保險人邀集醫療專業團體、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。	
------------------	--	--

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 ^{註1}	推估 113 ^{註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

第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修正「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 4-5~4-48)，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)獎勵上傳資料：

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 顳顎關節 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：

(1) 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) 調升虛擬(行動)健保卡申報指標獎勵金：

A. 新增獎勵指標占率級距5%-25%。

B. 調升每件獎勵點數：從原每件獎勵10-40點，調升為10-80點。

C. 調升累積獎勵點數：虛擬卡服務累計10人以上獎勵，從原每家獎勵5,000-20,000點，調升為5000-30,000點。

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)獎勵上傳資料費用約計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約計140百萬點，說明如下：

- 1.提供虛擬(行動)健保卡服務獎勵約計27百萬點
 - (1)居整計畫：推估約需4.5百萬點。
 - (2)IDS計畫(含全人)：推估約需8.9百萬點。
 - (3)遠距計畫：推估約需2.1百萬點。
 - (4)支付標準之一般居家及安寧居家：推估約需1.2百萬點。
 - (5)腹膜透析照護計畫：推估約需5.4百萬點。
 - (6)在宅急症照護計畫：推估約需5.2百萬點。
- 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，推估所需經費約計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，推估所需經費約計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約計1,371百萬點，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。
三、預算來源： (一)113 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」。 (二)113 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」。 (三)113 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 1.43 億元，用於補助牙醫院所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租	三、預算來源： (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」。 (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」。 (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「固接網路及行動網路月租	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」，本方案 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
費」。 (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」。 (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： 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。	費」。 (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」。 (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： 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。	
四、網路頻寬補助費用： (一)適用對象及其條件： 1. 固接網路： (1)保險人特約醫事服務機構應選擇申請裝設所需	四、網路頻寬補助費用： (一)適用對象及其條件： 1. 固接網路： (1)保險人特約醫事服務機構應選擇申請裝設所需	一、修正年度為 113 年。 二、行動網路調整如下： (一)酌修適用對

修正方案	現行方案	說明
光纖電路之速率頻寬。 (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。 2. 行動網路(Mobile Data Virtual Private Network, MDVPN)： (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。 (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。 (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。 <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> (二)支付項目及標準： 1. 「固接網路」網路月租費： (1)按月先行依電信公司提供特約醫事服務機構繳	光纖電路之速率頻寬。 (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。 2. 行動網路(Mobile Data Virtual Private Network, MDVPN)： (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。 (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。 (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。 (二)支付項目及標準： 1. 「固接網路」網路月租費： (1)按月先行依電信公司提供特約醫事服務機構繳	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。 (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

修正方案	現行方案	說明
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，不予支付。 (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。 A.醫學中心：企業型光纖 50M，月租費 5 萬 4,561 元。 B.區域醫院：企業型光纖 20M，月租費 4 萬 5,201 元。 C.地區醫院：企業型光纖 10M，月租費 2 萬 5,857 元。 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，	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，不予支付。 (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。 A.醫學中心：企業型光纖 50M，月租費 5 萬 4,561 元。 B.區域醫院：企業型光纖 20M，月租費 4 萬 5,201 元。 C.地區醫院：企業型光纖 10M，月租費 2 萬 5,857 元。 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，	未符合適用對象條件者，本保險人不予給付。

修正方案	現行方案	說明
<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。 2. 「行動網路」網路月租費： (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。 (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。	112 年網路月租費支付上限為專業型光纖 1M 月租費 1,980 元。 2. 「行動網路」網路月租費： (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。 (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。	
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。 (一)上傳檢驗（查）結果： 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	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。 (一)上傳檢驗（查）結果： 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	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：

修正方案	現行方案	說明
定，須上傳檢驗(查)結果之診療項目。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。 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。 (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。 (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。 (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。 (4)上傳時效及獎勵計算： 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	定，須上傳檢驗(查)結果之診療項目。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。 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。 (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。 (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。 (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。 (4)上傳時效及獎勵計算： 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	(一)調整附件 5-1，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。 (二)調整附件 5-1，牙科 X 光檢查 - 34006B 顫顎關節 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。

修正方案	現行方案	說明
內：以獎勵點數之50%計算。 (二)上傳醫療檢查影像及影像報告： 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。 (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。 (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。 3. 上傳時效及獎勵計算： (1)牙科 X 光： 1 週內：以獎勵點數之	內：以獎勵點數之50%計算。 (二)上傳醫療檢查影像及影像報告： 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。 (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。 (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。 3. 上傳時效及獎勵計算： (1)牙科 X 光： 1 週內：以獎勵點數之	

修正方案	現行方案	說明
100%計算。 (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。 (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	100%計算。 (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。 (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	

修正方案	現行方案	說明
保險人申報之門住診醫療費用中，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。 (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。	保險人申報之門住診醫療費用中，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。 (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。	
六、提升院所智慧化資訊獎勵： (一)鼓勵提供虛擬(行動)健保卡服務獎勵： 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、全民健康保險遠距醫療給付計畫(以下稱遠距計畫)、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>。	六、提升院所智慧化資訊獎勵： (一)鼓勵提供虛擬(行動)健保卡服務獎勵： 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)。	一、修正年度為 113 年。 二、鼓勵提供虛擬(行動)健保卡服務獎勵： (一)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」。 (二)配合本署虛擬卡政策，調升特定場域內虛擬卡獎勵金。

修正方案	現行方案	說明
2. 獎勵內容： (1)協助病人綁定虛擬(行動)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： 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。 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：	2. 獎勵內容： (1)協助病人綁定虛擬(行動)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： 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。 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：	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，爰刪除醫療費用申報格式改版獎勵之部分負擔改版獎勵。 四、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 改版獎勵及門診處方箋 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。

修正方案		現行方案		說明
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	
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</u>		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)：		

修正方案	現行方案	說明
<u>透析計畫、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)健保卡申報適用對象醫療費用成功之件數。 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。 (B)遠距計畫（遠距會診費以論診次申報之遠距院所）： 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 分母：特約醫事服務機構當年度論次費用申報之診療人次	分子：特約醫事服務機構(含交付機構)當年度以虛擬(行動)健保卡申報適用對象醫療費用成功之件數。 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。 (B)遠距計畫（遠距會診費以論診次申報之遠距院所）： 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 分母：特約醫事服務機構當年度論次費用申報之診療人次	

修正方案				現行方案				說明
B.獎勵內容：				B.獎勵內容：				
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	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			一般地區	山地離島地區		
5%≤占率<25%	10	20	5,000	25%≤占率<50%	10	20	5,000	
25%≤占率<50%	20	40	10,000	50%≤占率<70%	20	40	10,000	
50%≤占率<70%	30	60	20,000	≥70%	20	40	20,000	
≥70%	40	80	30,000					
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日至113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。				(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。				(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				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				

修正方案	現行方案	說明
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：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)，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，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> (三)健保卡資料上傳格式 2.0 改版獎勵： 1. 獎勵內容：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，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> 2. 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	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：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，每改版格式每家獎勵 2,000 點。 (三)健保卡資料上傳格式 2.0 改版獎勵： 1. 獎勵內容：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。 2. 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。	

修正方案	現行方案	說明
上傳格式1.0」，不予獎勵。 (四)門診處方箋 QR CODE 二維條碼推動獎勵： 於門診處方箋 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)： 1. 醫院及診所：依公告格式完成於紙本處方箋印製 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。 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。	(四)門診處方箋 QR CODE 二維條碼推動獎勵： 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： 1. 醫院及診所：依公告格式完成於紙本處方箋印製 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。 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。	
	七、結算方式： (一)網路頻寬補助費用： 1. 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。 2. 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。	未修正。

修正方案	現行方案	說明
	(二)提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料： 1. 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，每點支付金額不高於 1 元。 2. 鼓勵提供虛擬(行動)健保卡服務獎勵、醫療費用申報格式改版獎勵、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。	
	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。	未修正。
	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。	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。)

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。

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	鹼性磷酸酶	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
35	09033C	乳酸脫氫酶	1
36	09038C	白蛋白	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
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
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

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
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——一條血管	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 A 型病毒抗原	1
107	14066C	流行性感 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
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

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
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	β2-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 淋巴白血病毒抗體	1
131	12120B	腫瘤多肽抗原	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
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－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

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
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	腫瘤多胜肽抗原	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
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

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
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	凝血酶時間	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
229	08044B	白血球鹼性磷酸酶染色	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

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
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	$\alpha 2$ 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
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

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
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 氫氧根腎上腺酮	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	異枸橼酸去氫酶	1
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	白胺酸胺酶	1
321	09086C	N－乙醯胺基葡萄糖甘酶	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

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
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	腺甘脫胺酶	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
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-胜鏈胰島素免疫分析	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	環磷酸腺酞酸免疫分析	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

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
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
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-二苯環丙氨	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

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
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	乙醯膽鹼酶紅血球(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
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

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
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
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 β 2 糖蛋白 I 抗體	1
493	12134C	甲狀腺過氧化酶抗體	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
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	抗原依靠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
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

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
536	12178C	腎上腺抗體	1
537	12179C	Aspergillus 抗原測定	1
538	12180C	穀醯酸脫梭酶抗體	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
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

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
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
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

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
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－胜鍊胰島素放射免疫分析	1
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

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	磁共振造影－無造影劑	2	5	10	15
5	33085B	磁共振造影－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*	顳顎關節 X 光攝影(單側)	無報告有影像	0	5	0
56	34005B*	測顳 X 光攝影	無報告有影像	0	5	0

註：

- 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。
- 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：
 - 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)、34005B(測顳 X 光攝影)及 34006B(顳顎關節 X 光攝影(單側))：1 張。
 - ~~34006B(顳顎關節 X 光攝影(單側))~~：2 張。
 - 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。

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髁骨	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髁白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	人工半髁關節再置換術	4
7	64201B	人工全髁關節再置換	4

獎勵居家訪視健保卡登錄暨上傳資料之醫令項目

方案之附件 7

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	<u>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</u>
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
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

項次	醫令代碼	中文名稱
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(≤ 1 小時)
53	05366C	甲類護理訪視費(次)-機構:訪視時間 1 小時以內(≤ 1 小時)
54	05324C	甲類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間 1 小時以內(≤ 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(≤ 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(≤ 1 小時)
57	05368C	乙類護理訪視費(次)-機構:訪視時間 1 小時以內(≤ 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(≤ 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(≤ 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)
68	05326C	臨終病患訪視費

項次	醫令代碼	中文名稱
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

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	經食道超音波心臟圖
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

討論事項

第五案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：規劃實施「全民健康保險推動使用生物相似藥之鼓勵試辦計畫」案，提請討論。

說明：

- 一、依據本署 113 年健保藥品政策改革方案辦理。
- 二、根據衛生福利部食品藥物管理署定義，生物相似性藥品為與我國核准之原開發廠商之生物藥品(或參考藥品)高度相似之生物製劑，於品質、安全、療效與參考藥品無臨床上有意義的差異(no clinically meaningful differences)。
- 三、因應人口老化、少子化及醫療資源有限下，如何降低高價藥之藥價及鼓勵使用生物相似性藥，已成為各國衛生主管機關及醫療單位共同的挑戰。隨著各生物製劑專利到期，品質相似而研發製造成本及藥價較低之生物相似性藥紛紛投入市場，各國透過鼓勵使用生物相似性藥，減少舊有或已過專利期生物藥之支出，讓整體藥價降低，同時換取更多新創藥品引進，得以治療更多病人，爰本署為鼓勵健保特約醫療院所處方生物相似藥，規劃實施試辦計畫，讓健保醫療資源再分配，期讓更多新治療藥物加速引進，讓全民共享健保推動生物相似性藥品之成果。
- 四、本試辦方案為期 3 年(113-115 年)，計畫內容如下：
 - (一)本計畫藥品清單：第 1 年(113 年)以 113 年 4 月之支付價為計算基準，如有生物相似性藥品與原開發廠藥品價差大於 20% 以上，則以該藥品成分之生物相似性藥品進行鼓勵措施，倘計畫試辦期間有新收載本計畫藥品成分之生物相似性藥品，併入計算。計畫公告實施後不再增修藥品成分，但保險人得每年 12 月底前公告修正下一年度本計畫藥品成分。

(二) 鼓勵措施：

1. 處方開立獎勵：開立本計畫藥品處方者，每次處方支付 150 點，如開立慢性病連續處方箋，得按可調劑次數計算。前項費用院所應分配予實際參與生物相似藥照護團隊如醫師、藥師、護理師或個案管理師等。
2. 藥費差額回饋：依使用本計畫藥品之差額藥費計算回饋點數，第 1 至 3 年以 100% 方式回饋點數。前項差額藥費回饋點數由保險人按季統計個別醫院之回饋點數，提供保險人各分區業務組回饋各醫療院所參考，並列入自主管理方案次年度之目標管理點數校正，回饋方案由各分區因地制宜。

(三) 預算來源：

1. 處方開立獎勵：由全民健康保險醫院醫療給付費用總額及西醫基層醫療給付費用總額之「醫療給付改善方案」專款項下支應，其中 113 年醫院總額 4,700 萬元、西醫基層總額 300 萬元供本計畫使用，114 年及 115 年視年度總額預算支應。
2. 藥費差額回饋：由保險人各區業務組於全民健康保險醫院醫療給付費用總額及西醫基層醫療給付費用總額之「一般服務」項下，依自主管理方案辦理。

(四) 醫療費用核付原則及結算：預算按季均分，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；若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，但每點支付金額不高於 1 元。

五、財務影響評估：

以本計畫第一年鼓勵藥品成分之 111 年可調劑處方次數進行推估：

- (一) 醫院總額：以醫學中心、區域醫院及地區醫院開立第一年之藥品成分計算，財務支出約 3,006 萬元。

(二)西醫基層總額：以基層院所開立第一年之藥品成分計算，財務支出約 16 萬 5,450 元。

六、資訊公開：本署將公開本計畫藥品清單，並公開實施後該藥品占率結果於本署官網之生物相似性藥品專區。

擬辦：本計畫(草案)如附件(頁次討 5-4~5-7)，後續將依程序報請衛生福利部核定後，本署公告實施。

決議：

全民健康保險推動使用生物相似藥之鼓勵試辦計畫(草案)

113 年○月○日健保審字第○○○○○○○○○號公告

壹、現況分析

近年全球藥品研發朝向大分子生物藥，據 Nature 報導，111 年最暢銷的處方藥，生物藥幾乎佔領先地位，其中銷售額前 10 名中生物藥即占 6 名(包括 Humira、Keytruda、Elyea、Stelara、Comirnaty、Spikevax)。

因應人口老化、少子化及醫療資源有限下，如何降低高價藥之藥價及鼓勵使用生物相似性藥，已成為各國衛生主管機關以及醫療單位共同面臨的挑戰。隨著各生物製劑專利到期，品質相似而研發製造成本及藥價較低之生物相似性藥紛紛投入市場，歐美日各國透過鼓勵使用生物相似性藥，減少舊有或已過專利期生物藥之支出，讓整體藥價降低，同時換取更多新創藥品引進，得以治療更多病人。

衛生福利部中央健康保險署(下稱保險人)為提升生物相似性藥品之使用，已推動 3 大措施，分別為：於官網建立生物相似性藥品專區、無須提報專家諮詢會議討論以加速收載，及無財務衝擊或可容許之財務衝擊下，得「免除事前審查」、「放寬使用期限」或「擴增給付規定」。112 年健保收載之生物相似性藥品計有 11 個成分、41 個品項，其中生物相似性藥品之醫令量占整體同成分藥品之醫令量占率為 7.38%。

考量生物相似性藥品之使用關鍵在於醫療院所，爰為鼓勵健保特約醫療院所處方生物相似藥，規劃實施本試辦計畫，讓健保醫療資源再分配，期讓更多新治療藥物加速引進，讓全民共享健保推動生物相似性藥品之成果。

貳、實施目標

- 一、提升醫療院所開立生物相似性藥品之處方數。
- 二、提高本計畫藥品占率達 30% 以上。

參、預算來源

- 一、處方開立獎勵由全民健康保險醫院醫療給付費用總額及西醫基層醫療給付費用總額之「醫療給付改善方案」專款項下支應，其中 113 年醫院總額 4,700 萬元、西醫基層總額 300 萬元供本計畫使用，114 年及 115 年視年度總額預算支應。
- 二、藥費差額回饋由保險人各區業務組於全民健康保險醫院醫療給付費用總額及西醫基層醫療給付費用總額之「一般服務」項下，依自主管理方案辦理。

肆、試辦期間

本試辦方案為期 3 年，並每年依前一年度實際值滾動檢討並設定新年度計畫藥品基準值及品項。

伍、計畫內容

一、參與資格：健保特約醫療院所。

二、本計畫藥品清單：

(一) 第一年(113 年)以 113 年 4 月之健保支付價為計算基準，如有生物相似性藥品與原開發廠藥品價差大於 20% 以上，則以該藥品成分之生物相似性藥品進行鼓勵措施，本計畫藥品清單如附表，倘計畫試辦期間有新收載本計畫藥品成分之生物相似性藥品，併入計算。

(二) 計畫公告實施後不再增修藥品成分，但保險人得每年 12 月底前公告修正下一年度本計畫藥品成分。

三、鼓勵措施：

(一) 處方開立獎勵：

1. 開立本計畫藥品處方者，每次處方支付 150 點(P*****)，如開立慢性病連續處方箋，得按可調劑次數計算。前項費用院所應分配予實際參與生物相似藥照護團隊如醫師、藥師、護理師或個案管理師等。

2. 由特約醫院及診所按月併於門、住診醫療費用申報。

(二) 藥費差額回饋：

1. 依使用本計畫藥品之差額藥費計算回饋點數，第 1 至 3 年以 100% 方式回饋點數。

2. 由保險人按季統計個別醫院藥費差額回饋點數，提供保險人各分區業務組回饋各醫療院所參考，並列入各分區業務組自主管理方案次年度之目標管理點數校正，回饋方案由各分區因地制宜。

3. 藥費差額計算定義：

(1) 與原廠藥為同分類分組：(原開發廠藥品之健保支付價-病人使用之生物相似藥品健保支付價) X 醫令量。

(2) 與原廠藥為不同分類分組：[原開發廠藥品之健保支付價-(病人使用之生物相似藥品健保支付價 X 病人使用之生物相似藥品與原開發廠藥品之藥品成分含量比例)] X 醫令量。

(3) 前開醫令量：以院所年度各月份申報醫令金額除以年度各月份支付價計算；藥品成分含量比例：原開發廠藥品之成分含量除以病人使用之生物相似藥品成分含量。

4. 資料擷取時間：以前季之資料為計算標準，於每季末之次月 10 日為擷取日(例如 112 年 5 月 10 日統計 112 年第 1 季)。

四、醫療費用核付原則及結算：

預算按季均分，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；若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，但每點支付金額不高於 1 元。

五、費用申報及審查原則：

- (一) 申報原則：藥品費用申報、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。
- (二) 審查原則：特約醫療院所未依保險人訂定本計畫藥品之藥品給付規定申報，或經保險人審查發現登載不實者，將不予支付該筆藥品費用，並追扣相關獎勵點數。

六、預期效益：

- (一) 提升醫療院所醫療資源使用效益。
- (二) 提供醫療院所及病人更多治療選擇，增進用藥可近性。

七、資訊監測與公開：

保險人得於官網生物相似性藥品專區公開本計畫藥品清單，並公開實施後該藥品占率結果。

附表：

成分 項次	藥品成分	分類分組名稱	藥品 項次	藥品商品名
1	adalimumab	adalimumab, 注射劑, 40 mg	1	Amgevita
			2	Idacio 玻璃小瓶(瑞士廠)
			3	Idacio 預充填針筒(義大利廠)
			4	Abrilada
			5	Hulio
			6	Adalloce
			7	Hyrimoz
			8	Yuflyma
2	etanercept	etanercept, 注射劑, 25.00 mg	1	Erelzi
			2	Nepexto
		etanercept, 注射劑, 50.00 mg	3	Erelzi
			4	Nepexto
			5	Etoloce
3	pegfilgrastim	pegfilgrastim, 注射劑, 6.00 mg	1	Fulphila
			2	Ziextenzo
4	rituximab	rituximab, 注射劑, 100mg 及 rituximab, 注射劑, 500 mg	1	Truxima 100 mg
			2	Rixathon 100 mg
			3	Ruxience 100 mg
			4	Truxima 500 mg
			5	Rixathon 500 mg
			6	Ruxience 500 mg
5	teriparatide	teriparatide, 注射劑, 600 mcg	1	Alvosteo
6	trastuzumab	trastuzumab, 注射劑, 420~440 mg	1	Kanjinti
			2	Samfenet
			3	Ogivri
			4	Herzuma
			5	Trazimera
		trastuzumab, 注射劑, 150 mg	6	Eirgasun

討論事項

第 六 案

提案單位：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」其他護理獎勵分配方式案。

說明：

- 一、依據本會議 113 年第 2 次會議決議（**附件 1，頁次討 6-4**）、中華民國護理師護士公會全國聯合會（下稱護理全聯會）113 年 4 月 19 日全聯護會紀字第 1130000367 號函（**附件 2，頁次討 6-5～6-6**）暨台灣醫院協會（下稱醫院協會）同年 4 月 22 日院協健字第 1130200216 號函（**附件 3，頁次討 6-7～6-9**）辦理。
- 二、旨案前經提至前次本會議報告，說明如下：
 - （一）現行「其他護理獎勵」分配方式：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）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，爰本署於前次本會議提案修訂本項獎勵分配方式，調整為以「特殊病床使用人日數占率」進行分配。
 - （三）承上，因前述獎勵分配方式未獲共識，會議決議將續與各層級醫院協會（含三層級醫院代表）、護理師全聯會討論共識方案後再提會。
- 三、本署前於 113 年 4 月 11 日函請醫院協會及護理全聯會提供「其他護理獎勵分配方式」之共識方案，護理全聯會及醫院協會分別於同年 4 月 19 日及 22 日函復本案仍未獲共識，爰檢送分配方式兩案如下：
 - （一）護理全聯會方案（醫學中心協會及區域醫院協會支持）：
 1. 分配對象：非急性一般病床之護理人員。

2. 分配方式：先將預算按月分配，再以各醫院每月提報之「非急性一般病床護理人員大小夜班總班次」分配。
3. 醫院分配原則：不分層級、不分大小夜班，獎勵金額一致。
4. 護理全聯會表示，該會評估區域級(含)以上醫院之特殊病床護理人力配置，均遠高於急性一般病床，惟其他護理獎勵僅分配13億元。如以本署前次提會方案分配「其他護理獎勵」，將再度加深醫院內部矛盾與不公。

(二) 本署前次會議所提方案(社區醫院協會支持)：

1. 分配對象：其他須輪值夜班單位(除急性一般病床外)」之護理人員。
2. 分配方式：依各醫院「特殊病床使用人日數(住院護理費醫令申報量)占率」分配。
3. 醫院分配原則：由醫院統籌運用，80%以上須撥付予其他輪值夜班單位之護理人員。
4. 社區醫院協會表示：
 - (1) 因部分地區醫院(如精神專科、慢性醫院)無法以原分配方式獲得其他護理獎勵，爰同意以本署方案分配。
 - (2) 另如依護理全聯會方案以「排班人次」計算，地區醫院恐付出極高成本彙算各病床別之排班人次，亦將因各類病床護病比不同，造成不同工同酬之流弊。
5. 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
	(A)	(B)	(C=A+B)
醫學中心	10.93	<u>3.93</u>	14.86
區域醫院	11.28	<u>4.53</u>	15.81
地區醫院	5.92	<u>4.54</u>	10.45
總計	28.13	<u>13.00</u>	41.13

四、綜上，本署初步分析兩案優劣如下：

(一) 護理全聯會方案：以「非急性一般病床護理人員大小夜班總班次」分配

1. 以護理人員實際排班班次為基礎計算，可反映各醫院實際提供夜班照護之護理人員分布。
2. 本案須就「非急性一般病床」新增 VPN 填報欄位，增加醫院每月填報行政作業。
3. 旨揭方案係以支應「於住院輪值夜班之護理人員」為優先，爰須清楚定義非急性一般病床之範圍。

(二) 本署前次會議所提方案：以「特殊病床使用人日數」分配

1. 以各類病床實際申報情形為基礎計算。本署將依各醫院申報資料計算，醫院無須額外填報相關資料。
2. 考量醫療機構設置標準就各類病床所定之應配置護理人員數不同，逕由醫院視情況自行分配。

擬辦：擬依會議決議修訂方案，並依程序報請衛生福利部核定後，本署公告實施。

決議：

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」

113 年第 2 次會議紀錄

時 間：113 年 3 月 21 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：吳倍儀

（略）

參、報告事項：

四、修訂「全民健康保險強化住院護理照護量能方案」案。

說明：修訂重點如下：

- （一）急性一般病床（含精神）護理人員夜班獎勵（27 億元）：
調整每人每班獎勵單價為大夜班 900 元-1,000 元、小夜班 500 元-600 元，並回溯自 113 年 1 月 1 日起算。
- （二）其他護理獎勵（13 億元）：調整為依各醫院特殊病床使用人日數占率分配。
- （三）「急性一般病床（含精神）護理人員夜班獎勵」及「其他護理獎勵」預算不相互流用。

決定：

- （一）同意調升「急性一般病床護理人員夜班獎勵」單價，其中增加財務支出超出原分配之年度獎勵預算 27 億元部分（推估約 1.13 億元），本署將爭取其他的預算支應。
- （二）另「其他護理獎勵」13 億元分配方式，將續與各層級醫院協會(含三層級醫院代表)、護理師全聯會討論共識方案，再提至本會議報告。
- （三）有關代表建議成立「護理人力調節派遣中心」一節，依其工作項目及專業內容，實質派遣至有需求之醫療院所短期的護理人力，請護理師全聯會研議可行性。又考量個別醫療院所環境相異，建請照護司研議更具彈性運用之儲備護理人力策略(如彈性工時、執登報備支援程序簡化等)。

（下略）

檔 號：
保存年限：

中華民國護理師護士公會全國聯合會 函

地址：103台北市大同區承德路一段70-1號
14樓

聯 絡 人：梁淑媛

電 話：02-25502283分機20

傳 真：02-25502249

電子郵件：shuyuan@nurse.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4月19日

發文字號：全聯護會紀字第1130000367號

速別：速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：復有關「全民健康保險強化住院護理照護量能方案」其他
護理獎勵之分配方式案，詳如說明段，請鑑查。

說明：

一、復 貴署113年4月11日健保醫字第1130661593號函。

二、旨揭其他護理獎勵方案分配方式案，本會於4月12日受邀出席台灣醫院協會研商會議，本會方案獲醫中協會及區域醫院協會支持，惟未與社區醫院協會取得共識，本會方案說明如下

(一)本會建議第二階段夜班獎勵分配對象為「非急性一般病床」之護理人員，分配原則為不分層級、不分大小夜班，獎勵金額一致。第二階段預算先行依12個月進行分配，再除以各醫院每月提報VPN之「非急性一般病床」之護理人員大小夜班總班次，予以分配。

(二)理由為本會評估區域級（含）以上醫院之特殊病床護理人力無論因應實際臨床疾病嚴重度的需求亦或應醫院評鑑要求，其護理人力配置皆遠高於急性一般病床，而第

總收文 113.04.19



1130107873

二階段分配預算卻不到第一階段的一半，若採以署版預
擬以特殊病床病人使用人日數計算，勢將再度加深激化
目前因第一階段獎勵配置差異所造成醫院內部的矛盾與
不公。據悉各級醫院已產生護理人員不同單位、班別人
力調度困難之窘境且情況持續延燒中，尤其是加護病
房。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：



檔 號：
保存年限：

台灣醫院協會 函

地址：251新北市淡水區中正東路2段29-5
號25樓
聯 絡 人：林佩菽
電 話：02-28083300分機52
傳 真：02-28083304
電子郵件：peichiou@hatw.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4月22日
發文字號：院協健字第1130200216號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：復有關「全民健康保險強化住院護理照護量能方案」其他
護理獎勵之分配方式案，詳如說明段，請鑑查。

說明：

- 一、復 貴署113年4月11日健保醫字第1130661593號函。
- 二、旨揭其他護理獎勵方案分配方式案，經本會4月12日邀集各
層級醫院協會及中華民國護理師護士公會全國聯合會（以
下簡稱護理師公會）共同研商未果。爰，如實提供二案暨
其原由供參，如下所述，請鑑查。

（一）醫學中心、區域醫院及護理師公會達共識，建議不分層
級、不分大小夜班，採第二階段預算先行依12個月進行
分配，再除以各醫院每月提報VPN之非急性一般病床之護
理人員大小夜班總班次，予以分配。

其因經評估區域級（含）以上醫院之特殊病床護理人力無論
因應實際臨床疾病嚴重度的需求亦或應醫院評鑑要求，其配
置皆遠高於急性一般，而第二階段分配預算卻不到第一階段
的一半，若採以署版預擬以特殊病床病人使用人日數計算，



總收文 113.04.22



1130108033

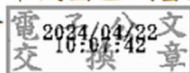
勢將再度加深激化目前因第一階段獎勵配置差異所造成醫院內部的矛盾與不公。據悉各級醫院已產生護理人員不同單位、班別人力調度困難之窘境且情況持續延燒中，尤其是加護病房。

(二)地區醫院支持署版方案，以特殊病床病人使用人日數進行分配。其因：

- 1、現行「急性一般病床護理人員夜班獎勵」，因僅有分配予急性一般病床，致如精神專科、慢性呼吸照護等類型地區醫院內護理人員，分毫未能獲得夜班獎勵金，已造成分配不公而令人力出走。
- 2、再考量原「其他護理獎勵」之分配，係採「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」為標準，將致上開未設急性一般病床之地區醫院型態，再次完全無法獲得分配，而無助於鼓勵醫院護理人員留任、提升住院護理照護品質、強化醫院夜班護理照護量能等方案目的。爰同意以特殊病床（含急診觀察床）申報人日佔率分配，俾利地區醫院得藉該筆獎勵，用於調配提升院內各輪值夜班單位護理人員之夜班費。
- 3、另因倘若「其他護理獎勵」採依排班人次計算，對人事資訊化管理較為薄弱之地區醫院而言，每月恐將付出極高程序成本匯總計算各病床別之排班人次。再次，如以排班人次計算，因精神專科、慢性呼吸照護等護病比不若一般病床，亦將造成不同工同酬之流弊，爰反對逕依排班人次計算其他護理獎勵。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、中華民國護理
師護士公會全國聯合會



裝

訂

線

