

「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 3 次會議紀錄

時 間：113 年 7 月 12 日（星期五）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	(請假)	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	楊文甫(代)
李代表佳珂	李佳珂	羅代表界山	羅界山
陳代表志忠	陳志忠	劉代表淑芬	劉淑芬
劉代表碧珠	劉碧珠	李代表懿軒	李懿軒
嚴代表玉華	嚴玉華	朱代表世瑋	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	林桂美
朱代表文洋	朱文洋	吳代表茂昌	吳茂昌
朱代表益宏	朱益宏	陳代表淑華	陳淑華
李代表紹誠	李紹誠	李代表永振	李永振
林代表恒立	林恒立	何代表語	何語
王代表宏育	林誓揚(代)	陳代表杰	陳杰
黃代表振國	黃振國	陳代表莉茵	陳莉茵
賴代表俊良	賴俊良	陳代表振文	陳振文
洪代表德仁	(請假)	施代表壽全	(請假)
吳代表清源	吳清源		

列席單位及人員：

中華民國醫師公會全國聯合會	謝沁妤、蘇慧珂、黃佩宜
台灣醫院協會	林佩菽、吳昱嫻、吳心華、 顏正婷、李郁穎、許雅淇
中華民國藥師公會全國聯合會	蔡春玉、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
台灣兒科醫學會	陳國俊、麥建方、陳慧如、 林宏琪
台灣家庭醫學醫學會	詹其峰
台灣內科醫學會	張孟源
台灣整形外科醫學會	王天祥、蔡嘉軒、黃柏誠
中華民國骨科醫學會	傅尹志
臺灣介入性心臟血管醫學會	蔡明龍
國立臺灣大學醫學院附設醫院	(請假)
台灣胸腔及心臟血管外科學會	紀乃新、黃才旺
台灣消化系外科醫學會	方文良
台灣疝氣醫學會	蔡曜州
中華民國大腸直腸外科醫學會	陳建志
台灣機器人手術醫學會	陳柏達
台灣胸腔外科醫學會	黃才旺
台灣婦產科內視鏡暨微創醫學會	李奇龍
台灣泌尿科醫學會	薛又仁
中華民國婦癌醫學會	張正昌
台灣病理學會	梁哲維
中華民國血液病學會	柯博升、黃泰中
台灣肺癌研究學會	吳尚俊
社團法人中華民國糖尿病學會	林嘉鴻

社團法人中華民國糖尿病衛教學會
台灣婦產科醫學會
台灣周產期醫學會
財團法人醫藥品查驗中心

衛生福利部護理及健康照護司
衛生福利部醫事司
衛生福利部社會保險司
衛生福利部全民健康保險會
本署企劃組
本署醫審及藥材組
本署醫務管理組

蘇秀悅
陳俐瑾
洪泰和
朱素貞、黃昭仁、張釗銘、
林鈺婷、何函軒、傅冠宜、
侯宗盈
李雅琳
郭威中、蔡宇翔
白其怡
邱臻麗、李岳蓁
陳泰諭
賴秋伶
劉林義、林右鈞、黃珮珊、
陳依婕、呂姿曄、林家輝、
賴彥壯、黃瓊萱、黃怡娟、
林沁玫、王智廣、劉立麗、
蔡金玲、陳世卿、莊玉芬、
施沂廷、謝欣穎、黃思瑄、
黃鈺君、阮柏叡、何懿庭、
周筱妘、黃明珮、高翊庭、
顏其敏、蔡宇婷、陳書涵、
黃筠喬、米珮菱、高嘉慧、
蔡孟妤、宋思嫻、蘇明雪

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄，參閱不宣讀：

決定：確認。

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 1)，代表建議以解決急診壅塞為主要目標，非聚焦獎勵品質，並增訂壅塞無法達標時之處理方式，列入急診品質提升方案修訂溝通會議討論。

(二)新增「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」案(序號 8)，代表建議本計畫收案對象為照護機構住民者，照護小組須與住宿型機構合作；惟住宿型機構需參與長照司「減少住宿型機構住民至醫療機構就醫方案」，建議轉請長照司協助公開該方案之參與機構名單，以利計畫順利執行。

(三)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(序號 11)，經本署 113 年 5 月 16 日邀集相關團體召開溝通會議並於 113 年 6 月 6 日公告修訂，說明如下：

1. 分配方式：

(1) 上半年：依各醫院申報「非急性一般病床使用人日數(醫令申報量)」占率分配。

(2) 下半年：依各醫院造冊提報「非急性一般病床大(小)夜班護理人員總排班人次」占率分配。

2. 依方案規定醫院須提報 113 年獎勵金發放情形，本署將彙整後提至本會議報告。

(四)其餘項目依議程所列。

二、全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs) 3.4 版 113 年 7-12 月適用之相對權重統計結果再提會案案 (詳附件 1，P11-40)。

說明：經 113 年 3 月 21 日及同年 4 月 25 日本會議決議通過之增修訂診療項目，重新試算 Tw-DRGs 3.4 版 113 年 7 月至 12 月適用參數，標準給付額(SPR)為 53,632 點。

決定：洽悉，另代表建議再確認 DRG 20903 和 20905 之下限臨界點，並列入下次本會議報告。

三、因應本署申報資料自 114 年 1 月 1 日起全面改版為 2023 年版國際疾病分類第十版(ICD-10-CM/PCS)，修訂支付標準及專案

計畫相關代碼案（詳附件 2，P41-197）。

說明：修訂支付標準第二部至第七部部分文字及 11 項專款計畫（方案）部分涉 ICD-10-CM/PCS 之代碼。

決定：洽悉。

四、修訂基層院所藥事服務費之兒童加成規範案（詳附件 3，P198）。

說明：修訂支付標準調劑章節通則四，基層診所藥服費得加計兒童加成。

決定：

（一）洽悉。

（二）另代表建議各總額部門對於支付標準調整應有衡平性考量，並於爭取總額預算時詳加考慮。

五、修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第一章第三節通則九「護理品質指標」案（詳附件 4，P199）。

說明：修訂支付標準護理品質指標名稱或定義，重點如下：

（一）住院跌倒率：

分子：該月一般病房新發生跌倒事件總件數。

分母：該月一般病房總住院人日。

（二）院內感染密度：

分子：該月全院醫療相關感染人次。

分母：該月所有住院病人總人日數。

（三）壓力性損傷人數比率：定義暫不修訂。

決定：考量護理品質指標係為監測急性一般病房全日平均護病比加成之成效，爰修正「院內感染密度」指標名稱為「急性一般病房感染密度」，併同修改指標定義分子為「該月急性一般病房醫療相關感染人次」及分母為「該月急性一般病房病人總人日數」，其餘內容洽悉。

六、修訂中醫支付標準第五章條文案（詳附件 5，P200）。

說明：修訂傷科支付標準，「標準作業程序」自 E01/E02「一般傷科」支付規範移列本章通則五，另將「拔罐」納入前述作業程序傷科處置。

決定：洽悉。

七、修訂牙醫支付標準案（詳附件 6，P201-204）。

說明：重點如下：

- (一)將 113 年總額新增項目申報之總醫療費用點數不列入「附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則」計算。
- (二)修訂 P3601C「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」規範病歷上需載明適用對象之相關資料。
- (三)修訂「週六、日及國定假日牙醫門診急症處置(92094C)」支付規範不得同時併報之除外項目。

決定：洽悉。

八、新增「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」案（詳附件 7，P205-240）。

說明：本案將續提至健保會確認，報衛生福利部核定後公告實施，重點如下：

- (一)組織運作：團隊應具有家庭醫學科或內科專科醫師至少 1 名。
- (二)收案對象：於地區醫院就醫且尚未接受健保相關計畫收案照護之三高病人。
- (三)教育訓練：參與醫師應按其專科別接受 4~20 小時家庭醫師相關訓練課程。
- (四)執行內容：提供預防保健、癌症篩檢、疫苗接種、疾病治療、相關檢驗(查)、24 小時諮詢及個人健康資料建檔。
- (五)給付項目：
 - 1.開辦建置費於首次參與計畫第一年支付，每家醫院支付 15 萬點。
 - 2.個案管理費於收案首年每人支付 500 點，次年起每人支付

250 點；績效獎勵費用每人支付 550 點(計畫第一年不予支付)。

3. 失智症門診照護家庭諮詢費用 300 點、500 點；多重慢性病人門診整合費用 550 點、1,100 點；三高疾病整合照護提升費 250 點、750 點。

決定：

- (一) 考量三高病人主要由內科、家庭醫學科及兒科專科醫師照護，爰修訂計畫之參與醫師應具有家庭醫學科、內科或兒科專科醫師資格；併同修正教育訓練相關規定。
- (二) 考量 24 小時諮詢專線多為醫療緊急問題，爰比照全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫，應由醫事人員接聽專線。
- (三) 為避免參與醫師接受過多教育訓練，請相關公、學(協)會辦理繼續教育訓練課程可含括 8 小時三高防治相關課程。
- (四) 多重慢性病人門診整合費用支付條件參考與會代表意見，調整慢性病範圍為高血壓、糖尿病、高血脂及慢性腎臟病。
- (五) 餘洽悉。

九、修訂「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案(含抗凝血藥品藥師門診方案)」。

說明：重點如下：

- (一) 原用藥安全方案分列兩項子方案，子方案一為既有之用藥安全方案，並更名為「臨床藥事照護方案」，子方案二為 113 年新增之「抗凝血藥品藥師門診方案」。
- (二) 「臨床藥事照護方案」，預算 147 百萬元各層級預算分配如下：醫學中心及區域醫院為 110.1 百萬元、地區醫院為 36.9 百萬元。
- (三) 「抗凝血藥品藥師門診方案」，預算 20 百萬元：新增 P6304B「首次藥事照護費(每次)」250 點、P6305B「追蹤藥事照護費(每次)」200 點及 P6306B「成效評估藥事照護費(每次)」200 點支付項目。

決定：有關抗凝血藥品藥師門診方案，因部分代表對本案執行

效益仍有疑義未達共識，建議朝價值支付方向重新規劃，請藥師公會全國聯合會評估後再議。

肆、討論事項：

- 一、新增修訂「顯微血管游離瓣手術-穿通枝瓣移植」等 61 項診療項目案（詳附件 8，P241-269）。

說明：

- (一)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)」(58,763 點/66,284 點/73,357 點)及「脈動式或耳垂式血氧飽和監視器未滿二歲者—每次／一天」(36 點/430 點)。
- (二)33133B 名稱修訂為「單純性周邊血管支架置放術」併同新增「複雜性周邊血管支架置放術」，33074B/33115B「單純性/複雜性血管整形術」增訂不得同時併報前開項目。
- (三)修訂 08134B「連續血糖監測」及 68040B「經導管主動脈瓣膜置換術(TAVI)」增修適應症等規範、「物理治療及職能治療」執行醫師資格增列「小兒神經專科專任醫師」。
- (四)修訂 68015B「瓣膜成形術」等 48 項診療項目，機械手臂輔助手術得比照胸（腹）腔鏡手術費申報。

決議：

- (一)因本次新增之「顯微血管游離瓣手術-穿通枝瓣移植」支付點數包含摘取及移植，爰於支付規範增訂文字，以臻明確。
- (二)衡酌臨床實務需求，「物理治療及職能治療」增列執行醫師資格一節，修訂為「限於執業於醫院之小兒神經次專科專任醫師」。
- (三)考量 68040B「經導管主動脈瓣膜置換術(TAVI)」修訂涉及特殊材料給付，且修訂特材適應症相對財務衝擊較大，爰倘本署藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議通過該項特殊材料給付，本項併同通過。
- (四)有關增列 70215B「腹腔鏡骨盆腔淋巴腺切除術」及 70216B「腹腔鏡後腹膜腔淋巴腺切除術」之機械手臂輔助手術得

比照胸（腹）腔鏡手術費申報，因執行專科醫師資格未達共識，爰暫不增列。另同意執行 80025B「腹腔鏡陰道懸吊術」之機械手臂輔助手術執行專科醫師資格新增泌尿科；另機械手臂相關醫材費用仍由保險對象自費，本署將監測手術費比照申報前後之民眾自費情形。

(五)餘照案通過。

二、修訂全民健康保險遠距醫療給付計畫案(詳附件 9, P270-288)。

說明：重點如下：

(一)施行地區：新增 IDS 計畫適用地區、新增全民健康保險醫療資源缺乏地區及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」。

(二)實施地點場域：新增法務部矯正署所屬 51 所矯正機關及 3 所分監。

(三)新增遠距會診實施科別：精神科。

(四)增修參與計畫之醫師資格、申請及審核程序：

1. 新增參加「全民健保提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」之承作或團隊院所。
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。
3. 新增矯正機關內提供專科門診遠距會診，原則不得與矯正機關內門診科別重複。
4. 執行精神科之遠距醫療，在地醫師應依管制藥品管理條例規定取得管制藥品使用執照。

決議：遠距會診科別新增之精神科僅開放矯正機關內實施，其餘內容照案通過。另為了解計畫之執行效益，本署將持續監測遠距會診各專科別之申報情形，據以滾動檢討及修正。

三、修訂全民健康保險偏鄉地區全人整合照護執行方案(原全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫之山地鄉全人整合照護執行方案)(詳附件 10, P289-317)。

說明：重點如下：

- (一)施行期間：自保險人核定生效日之次月 1 日起進行籌備，自 114 年 1 月 1 日起開始實施至 116 年 12 月 31 日止。
 - (二)施行地區：各分區業務組各擇 1 個區域試辦。
 - (三)增修各分區業務組公開徵求及評選暨審核作業規範。
 - (四)新增「核定之新申請承作院所第 1 年籌備費」：支付每個案支付 450 元，以各計畫書總經費之 10%為上限。
 - (五)增列「其他特定醫療服務、促進健康照護或提升醫療服務品質之費用」。
 - (六)調整「論人總醫療點數及回饋金之計算方式」，並訂定回饋金以各計畫支應經費 50 百萬元之 50%為上限。
 - (七)增訂執行第一年獎勵費用從優核付規範。
 - (八)增修評核指標規範，包括目標值因地制宜及增訂指標項目與加分項。
 - (九)其他事項：設立執行緩衝期及相關規範。
- 決議：照案通過，有關本計畫執行地區及其承作院所，將由本署各分區業務組經公開徵求及評選審核後擇優核定。

四、次世代基因定序檢測(NGS)相關診療項目案。

決議：因時間因素，保留至下次會議討論。

伍、臨時提案

- 一、修訂「全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案」。

決議：因時間因素，保留至下次會議討論。

陸、散會：下午 6 時 30 分

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

註:

- 1.本表每 1 權重之標準給付額(SPR)為 53,632 點，係以一百十一年一至十二月醫院住院符合 DRG 範圍申報資料(已校正一百十一年起支付標準調整及一百十二年特材價格調整及一百十二年特材支付點數調升)及支付通則規定辦理。
- 2.無權重者(計七十六項)依支付標準通則採核實申報醫療費用。
- 3.註記*者(計兩百零七項)為去極值後個案數<20 件，依支付標準通則暫以核實申報醫療服務點數。
- 4.邏輯註記●者(六十項)為該組 DRG 違反單向邏輯已校正後之權重。
- 5 下限臨界點採實際醫療點數之 2.5 百分位計算； 上限臨界點為醫療點數之各 DRG90 百分位。
- 6.DRG513 支付點數以「標準給付額」x「權重」計算，不得加計各項加成或其他另行加計之醫療點數。
- 7.資料期間：111.01-12； 製表日期 113.5.8。

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯註記	幾何平均住院日	下限臨界點	上限臨界點
PRE	1	10301	18.6721	*		24	910,134	1,200,761
PRE	2	10302	-	*		-	-	-
PRE	3	48301	2.9595			16	31,884	370,241
PRE	4	48302	2.3232			11	15,053	309,270
PRE	5	48001	25.0643			22	804,116	2,046,544
PRE	6	48002	16.1238	*		22	746,873	1,145,021
PRE	7	48101	8.5302	*	●	24	41,666	830,089
PRE	8	48102	8.5302	*	●	24	329,138	805,011
PRE	9	49501	-	*		-	-	-
PRE	10	49502	-	*		-	-	-
PRE	11	48201	2.6704			12	30,290	326,409
PRE	12	48202	2.5929			11	27,811	360,873
PRE	13	512	13.7937	*		18	674,174	1,113,327
1	1	00201	3.9846			15	65,214	401,500
1	2	00202	2.6528			9	51,899	294,036
1	3	00101	4.6752			12	51,504	509,557
1	4	00102	4.3539			7	46,970	451,000
1	5	00301	5.1626			13	50,354	526,401
1	6	00302	3.5981			9	57,558	385,189
1	7	00401	2.5189			8	37,698	255,718
1	8	00402	1.9800			5	31,480	174,958
1	9	00501	2.7733		●	5	45,085	294,938
1	10	00502	2.7733		●	4	62,282	260,949

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
1	11	00601	0.3987			2	10,252	39,213
1	12	00602	0.3384			2	10,355	26,898
1	13	00701	-	*		-	-	-
1	14	00702	2.0415	*		7	41,497	245,864
1	15	00703	0.9592			4	19,588	114,106
1	16	00704	1.2862			6	17,996	187,370
1	17	008	0.7908			3	16,382	154,175
1	18	00901	0.7197			7	4,498	87,349
1	19	00902	0.4179			4	3,600	44,970
1	20	00903	0.6199			8	6,238	79,160
1	21	00904	0.3477			4	4,136	36,863
1	22	00905	0.6943			6	1,390	82,275
1	23	01001	0.7760			5	6,253	89,387
1	24	01002	0.6942			5	2,973	83,983
1	25	01101	0.5216			3	3,583	54,594
1	26	01102	0.5436			3	4,001	67,979
1	27	01201	0.7873			7	7,771	103,776
1	28	01202	0.8606			7	6,252	100,354
1	29	01203	0.6108			4	5,265	66,063
1	30	01301	0.8111		●	5	16,280	76,592
1	31	01302	0.8111		●	5	6,952	95,847
1	32	01303	0.8980			5	3,352	128,016
1	33	01304	0.7526			4	4,157	95,681
1	34	01401	1.3560			12	12,248	150,707
1	35	01402	0.8457			7	6,909	94,388
1	36	01403	1.1490			9	17,082	139,882
1	37	01404	0.7229			6	12,401	73,254
1	38	01405	1.0400			9	15,904	126,610
1	39	01406	0.6691			6	13,358	65,030
1	40	01501	0.6334			4	12,154	62,225
1	41	01502	0.5493			2	7,138	46,395
1	42	01503	0.6390			5	7,338	80,246
1	43	01504	0.5763			3	7,083	57,031
1	44	01505	0.5988			5	9,745	58,245
1	45	01506	0.4628			4	9,340	40,896
1	46	01601	0.9353			8	8,817	121,268
1	47	01602	0.6465			5	12,727	68,363

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
1	48	01701	0.5341			5	7,224	57,168
1	49	01702	0.4766			3	4,876	41,058
1	50	018	0.7340			6	5,376	83,569
1	51	019	0.5104			4	3,748	57,288
1	52	02001	1.6661			10	9,237	209,385
1	53	02002	1.1276			7	8,068	136,499
1	54	02003	2.4262			13	13,640	279,608
1	55	02004	1.5938			10	13,261	163,771
1	56	02101	1.5260			12	25,831	144,468
1	57	02102	1.1595			11	6,459	114,613
1	58	02103	1.2536			9	14,759	139,446
1	59	02104	1.0295			8	14,099	99,761
1	60	02201	0.6387			6	3,494	75,520
1	61	02202	0.5158	*		4	10,460	53,263
1	62	02301	0.7846			7	7,693	93,167
1	63	02302	0.4767			5	3,689	46,536
1	64	024	0.8627			7	7,946	111,932
1	65	025	0.4487			4	3,196	49,700
1	66	02601	0.6173			4	6,799	86,607
1	67	02602	0.3831			3	4,622	45,370
1	68	02701	0.9446			7	5,796	137,999
1	69	02702	0.5003			5	4,349	65,394
1	70	02801	0.7145			6	5,864	93,812
1	71	02802	0.7793			6	5,121	105,338
1	72	02803	0.3897	*		5	5,927	47,205
1	73	02901	0.4454			4	4,542	51,042
1	74	02902	0.4390			4	4,044	56,237
1	75	02903	0.2753	*		4	4,439	32,983
1	76	03001	-	*		-	-	-
1	77	03002	0.5047			4	3,039	54,570
1	78	03003	1.0204			6	8,354	170,649
1	79	03004	0.4360			4	3,340	59,201
1	80	03005	-	*		-	-	-
1	81	03006	-	*		-	-	-
1	82	031	0.3261			4	3,157	36,391
1	83	032	0.2167			3	2,694	21,867
1	84	03301	0.3105			3	3,378	29,615

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
1	85	03302	0.1944			3	2,566	22,118
1	86	034	0.7916			6	4,752	103,348
1	87	035	0.4681			3	3,828	52,066
2	1	03701	1.0786			4	26,509	106,081
2	2	03702	0.8927			3	25,945	83,462
2	3	03703	-	*		-	-	-
2	4	03704	1.0064	*		5	38,385	84,941
2	5	03705	0.8261			4	22,156	68,966
2	6	03706	1.5554			6	36,057	148,557
2	7	03707	1.0723			4	32,623	88,760
2	8	04001	0.5956			2	16,333	54,982
2	9	04002	0.4324			3	6,308	51,934
2	10	04003	-	*		-	-	-
2	11	04004	0.7490	*		3	31,714	70,273
2	12	04101	0.4525			2	15,540	37,620
2	13	04102	0.4241	*		2	15,470	49,690
2	14	04103	-	*		-	-	-
2	15	04104	-	*		-	-	-
2	16	03601	1.3815			2	38,221	102,411
2	17	03602	0.7859	*		4	15,187	132,027
2	18	04201	1.0989			4	20,431	87,764
2	19	04202	0.4251			2	10,588	35,149
2	20	03901	2.1950			2	40,028	169,881
2	21	03903	0.9560			2	18,477	55,980
2	22	03902	-	*		-	-	-
2	23	03904	0.8914			1	32,494	52,464
2	24	03905	0.4765			1	20,767	28,898
2	25	03906	0.6657	*		2	9,575	59,836
2	26	03801	0.4481	*		2	17,710	35,974
2	27	03802	0.3272	*		2	10,377	35,281
2	28	04301	-	*		-	-	-
2	29	04302	-	*		-	-	-
2	30	04401	0.5638			8	7,941	69,289
2	31	04402	0.3336			6	6,118	41,115
2	32	04501	0.5978			5	7,440	62,251
2	33	04502	0.4762			4	6,102	48,977
2	34	046	0.4267			4	2,784	56,109

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
2	35	047	0.2956			3	2,279	36,167
2	36	048	0.3459			3	2,641	38,130
3	1	04901	4.5000			11	44,521	509,700
3	2	04902	1.9353			4	29,314	199,571
3	3	06101	0.8180	*		3	15,160	97,081
3	4	06102	0.4079			2	11,289	34,522
3	5	062	0.4469			1	14,271	34,551
3	6	05301	1.0326			3	29,487	93,094
3	7	05302	0.9915			2	31,544	82,213
3	8	05401	1.7456	*		6	38,893	228,833
3	9	05402	1.0340			3	32,461	82,950
3	10	05701	0.8012			4	15,500	48,899
3	11	05702	0.4912			3	10,224	32,399
3	12	058	0.7853			2	23,470	49,073
3	13	052	1.4268			4	36,767	109,607
3	14	168	0.8771			4	12,898	90,647
3	15	169	0.6901			2	18,575	57,120
3	16	05601	0.8972	*		4	18,282	71,651
3	17	05602	0.4968			2	19,231	36,031
3	18	05001	1.0835			4	31,803	83,088
3	19	05002	0.9656			3	25,047	73,658
3	20	05101	0.9949	*		7	38,027	78,279
3	21	05102	0.6410			3	19,033	48,768
3	22	05501	3.7840	*		9	36,605	362,871
3	23	05502	3.1825	*		8	51,328	296,429
3	24	05503	0.7487			2	23,846	45,854
3	25	05504	0.6747			2	24,921	41,382
3	26	05505	0.6975			2	17,929	43,623
3	27	05506	0.5218			2	15,749	33,488
3	28	059	0.4837			3	22,233	29,269
3	29	060	0.6065			2	22,012	37,510
3	30	06301	1.5957			5	27,110	163,883
3	31	06302	0.8669			3	21,778	77,393
3	32	06401	0.6899	*	●	3	5,036	81,889
3	33	06402	0.6899		●	2	6,901	98,449
3	34	065	0.3669			4	3,881	36,814
3	35	06601	0.5104			5	4,543	64,440

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
3	36	06602	0.2465			3	3,113	26,421
3	37	06701	0.7088			6	5,821	106,971
3	38	06702	0.2940			4	6,334	30,767
3	39	068	0.4004			5	4,364	46,476
3	40	069	0.2533			4	3,746	26,777
3	41	070	0.2885			4	6,261	28,114
3	42	071	0.3063			4	5,849	29,673
3	43	072	0.3128			3	3,246	27,233
3	44	07301	0.5481			5	5,140	61,303
3	45	07302	0.4030			4	4,381	38,036
3	46	07401	0.7240			5	9,111	99,085
3	47	07402	0.4165			3	4,222	46,693
3	48	18701	0.4639			5	8,805	46,576
3	49	18702	0.4073			4	7,631	40,309
3	50	18703	0.4743			2	12,729	41,980
3	51	185	0.3694			4	3,698	41,065
3	52	186	0.3045			4	5,676	29,778
4	1	07501	3.3490			11	59,923	357,816
4	2	07502	2.3297			6	55,275	213,801
4	3	07503	2.8019			8	62,959	276,950
4	4	07504	2.1544			5	72,054	175,495
4	5	07601	1.7042			9	29,047	269,092
4	6	07602	2.8911			5	73,768	236,404
4	7	07603	1.9499			11	21,544	270,478
4	8	07701	0.8549			4	19,747	105,064
4	9	07702	2.6440			4	98,110	203,991
4	10	07703	0.8963			4	14,363	108,747
4	11	47501	2.5988			14	39,472	279,368
4	12	47502	1.9521			9	23,163	196,944
4	13	07801	1.1053			8	12,195	128,516
4	14	07802	0.8342			6	11,870	89,536
4	15	07901	1.4048			12	15,013	156,224
4	16	07902	1.0482			11	14,495	119,948
4	17	07903	1.1980			12	19,742	133,449
4	18	07904	0.9801			8	9,130	107,919
4	19	07905	0.5432	*		10	7,996	58,991
4	20	08001	1.0731			10	10,327	118,066

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
4	21	08002	0.6886			8	9,866	73,995
4	22	08003	0.8654			10	13,414	88,703
4	23	08004	0.7183	*		6	5,178	95,899
4	24	08005	-	*		-	-	-
4	25	08101	-	*		-	-	-
4	26	08102	1.6912	*		14	24,575	220,241
4	27	08103	1.1373			7	8,305	156,537
4	28	08104	0.7234			5	7,276	130,611
4	29	08105	0.8335			6	10,917	193,191
4	30	08106	0.3819			4	7,989	42,513
4	31	08107	-	*		-	-	-
4	32	08108	-	*		-	-	-
4	33	08109	-	*		-	-	-
4	34	082	0.4797			2	3,683	55,730
4	35	08301	0.5189			6	3,809	67,904
4	36	08302	0.4062			5	5,070	48,893
4	37	08303	-	*		-	-	-
4	38	08401	0.2950	*		4	4,087	38,841
4	39	08402	0.2414			4	3,698	23,903
4	40	08403	-	*		-	-	-
4	41	085	0.8691			8	9,726	101,912
4	42	086	0.5991			5	7,500	61,829
4	43	08701	1.4794			12	16,977	162,326
4	44	08702	0.6528			5	4,463	87,392
4	45	08703	0.7222			6	6,889	90,896
4	46	08704	0.4829			5	3,557	50,077
4	47	08801	0.7197			8	10,243	82,025
4	48	08802	0.4976			6	7,915	51,115
4	49	089	0.9010			9	12,602	102,023
4	50	090	0.5890			7	8,281	64,139
4	51	09101	0.4052			4	8,641	39,515
4	52	09102	0.3186			4	7,654	29,409
4	53	092	0.6690			5	4,004	91,352
4	54	093	0.4559			3	2,908	59,502
4	55	094	0.4680			5	5,081	60,716
4	56	095	0.2846			4	3,688	31,442
4	57	09601	0.5914			7	8,239	63,848

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
4	58	09602	0.4915			6	7,616	54,549
4	59	09701	0.4006			5	3,970	42,280
4	60	09702	0.2867			4	3,842	27,517
4	61	09801	0.3712			4	7,765	38,619
4	62	09802	0.2765			3	4,928	27,059
4	63	09803	0.4503			5	8,051	50,292
4	64	09804	0.3631			4	7,186	38,908
4	65	09901	0.3544	*		4	2,750	39,819
4	66	09902	0.5372			5	8,011	68,818
4	67	09903	0.5728			5	7,413	67,094
4	68	10001	0.2777			2	4,377	30,447
4	69	10002	0.3673			3	3,652	37,713
4	70	10003	0.3295			3	3,701	34,288
4	71	10101	0.4990			4	4,085	68,236
4	72	10102	0.6770			6	5,361	95,715
4	73	10103	0.3855			4	4,163	53,443
4	74	10104	-	*		-	-	-
4	75	10105	-	*		-	-	-
4	76	10106	0.7525			5	5,857	93,380
4	77	10201	0.2908			2	3,468	31,679
4	78	10202	0.5144			3	3,859	66,232
4	79	10203	0.3032			3	4,562	30,720
4	80	10204	-	*		-	-	-
4	81	10205	-	*		-	-	-
4	82	10206	0.4341			2	3,059	49,705
5	1	10401	8.9785			16	326,410	578,366
5	2	10402	10.9202			18	475,757	782,165
5	3	10403	9.8995	*		15	450,695	582,882
5	4	10409	8.2222			16	363,702	522,030
5	5	10410	7.3556			15	303,713	469,265
5	6	10404	6.8522			14	178,345	484,597
5	7	10405	-	*		-	-	-
5	8	10406	-	*		-	-	-
5	9	10407	7.7387			10	131,526	744,933
5	10	10408	5.4435			6	58,886	671,852
5	11	10501	8.8645			13	276,978	603,323
5	12	10502	11.2236	*		17	508,534	837,363

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	13	10503	9.0960	*		11	431,278	540,451
5	14	10509	7.5354	*		13	347,589	467,790
5	15	10510	7.1446			13	173,321	460,286
5	16	10504	5.9388			12	162,959	381,414
5	17	10505	24.1428	*		22	673,075	1,100,364
5	18	10506	-	*		-	-	-
5	19	10507	4.6205			7	45,190	640,097
5	20	10508	3.3370			4	24,472	595,329
5	21	10801	10.3171			11	205,993	680,934
5	22	10802	6.6442			3	117,772	410,207
5	23	10601	8.6928	*		15	472,037	1,077,746
5	24	10602	-	*		-	-	-
5	25	10603	9.4815		●	15	323,083	664,032
5	26	10604	9.4815	*	●	15	352,871	691,856
5	27	10701	8.0573			17	320,313	521,423
5	28	10901	7.5562			14	285,702	470,988
5	29	10702	7.1701			14	258,596	463,709
5	30	10902	6.3098			11	204,345	413,062
5	31	11001	10.8686			17	312,695	699,327
5	32	11005	5.5891			5	21,985	339,630
5	33	11002	3.3103		●	8	15,641	206,668
5	34	11006	2.6985	*	●	2	60,365	145,859
5	35	11003	5.2472		●	7	26,943	374,218
5	36	11004	7.3133	*	●	14	150,155	406,246
5	37	11101	8.8181			15	212,379	674,700
5	38	11105	4.3190	*		11	56,102	301,889
5	39	11102	3.3103		●	3	9,311	227,795
5	40	11106	2.6985		●	2	73,353	173,974
5	41	11103	5.2472		●	5	51,147	368,498
5	42	11104	7.3133	*	●	14	499,053	640,790
5	43	11301	1.9004		●	11	36,538	128,916
5	44	11302	1.9004		●	11	39,432	190,378
5	45	11501	4.9254		●	6	18,263	423,348
5	46	11502	4.9254		●	5	18,221	398,478
5	47	11601	2.3207			3	88,832	191,122
5	48	11602	3.2470			3	109,077	276,203
5	49	11603	3.1333			4	126,109	230,916

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	50	11604	2.4779			4	93,813	193,946
5	51	11605	5.2817			5	117,663	474,292
5	52	47801	4.3515			8	78,841	340,572
5	53	47802	1.5108		●	4	23,804	104,438
5	54	47803	2.0113			4	29,548	143,519
5	55	47804	3.8612			5	50,103	405,679
5	56	47901	3.3951			6	67,444	211,878
5	57	47902	1.5108		●	4	23,301	116,662
5	58	47903	1.8606			3	30,756	113,367
5	59	47904	2.5265			3	38,469	274,925
5	60	11201	3.3838			3	85,767	237,780
5	61	11202	2.4564			2	73,996	165,249
5	62	11203	3.1668			3	114,050	207,335
5	63	11205	3.9511			3	125,370	255,398
5	64	11206	2.9212			2	99,927	178,358
5	65	11204	1.6586			2	17,077	96,797
5	66	11401	1.1370			7	21,192	82,473
5	67	11402	0.7514			5	17,627	53,668
5	68	11801	2.4543			2	109,844	143,383
5	69	11802	2.1738			2	109,266	127,404
5	70	11803	1.9843			3	78,151	121,369
5	71	11804	1.7249			2	68,559	105,941
5	72	11701	1.6650			4	15,564	105,026
5	73	11702	0.8810	*		3	15,299	82,420
5	74	11901	0.6578			2	21,131	39,334
5	75	11902	0.5310			2	16,820	33,101
5	76	12001	1.3947			9	19,216	98,744
5	77	12002	1.0087			5	15,170	63,085
5	78	12101	1.4346			5	27,791	100,140
5	79	12102	1.4410			7	13,231	87,739
5	80	12201	1.0417			3	22,888	69,832
5	81	12202	1.8147			5	8,502	109,562
5	82	12301	-	*		-	-	-
5	83	12302	-	*		-	-	-
5	84	124	1.0448			3	21,069	66,744
5	85	125	0.7146			2	20,472	43,018
5	86	126	1.4038			16	13,658	144,274

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	87	12701	-	*		-	-	-
5	88	12702	0.7003			7	9,111	82,820
5	89	12801	0.9594			6	9,054	67,522
5	90	12802	0.9481	*		5	11,169	73,617
5	91	129	2.4991			8	21,595	139,818
5	92	13001	1.2314			7	10,218	98,858
5	93	13002	0.9902			5	7,382	69,865
5	94	13101	0.8491			4	8,587	57,285
5	95	13102	0.7700			4	4,065	48,831
5	96	132	0.5238			4	4,398	34,722
5	97	133	0.3750			3	3,346	26,119
5	98	13401	0.5655			5	6,765	40,970
5	99	13402	0.4091			3	3,553	30,928
5	100	135	0.6849			4	5,266	50,393
5	101	136	0.4104			3	3,842	26,972
5	102	13701	3.6046			3	5,180	290,318
5	103	13702	2.2021			2	4,845	185,733
5	104	13801	2.1827			8	15,537	226,735
5	105	13802	0.6919			4	6,725	42,811
5	106	13803	0.6137			4	6,973	41,813
5	107	13804	1.2822			7	27,459	78,916
5	108	13805	1.1859			6	27,569	70,536
5	109	13901	0.6734	*		3	26,902	46,968
5	110	13902	0.5401			3	4,324	39,609
5	111	13903	0.4031			3	5,083	28,072
5	112	13904	0.9385			4	19,443	59,674
5	113	13905	0.7956			5	13,572	59,601
5	114	14001	0.5704			4	6,539	39,680
5	115	14002	0.3940			3	3,871	27,489
5	116	141	0.5733			4	7,534	38,302
5	117	142	0.4556			3	5,522	31,267
5	118	143	0.3900			3	3,881	25,869
5	119	14401	0.8586			4	6,083	59,839
5	120	14402	0.9300			5	9,349	68,671
5	121	14403	0.6025			5	6,725	42,533
5	122	14501	0.7740			3	4,134	64,394
5	123	14502	0.6860			3	6,478	52,517

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	124	14503	0.4237			3	5,212	30,891
6	1	15401	6.6380	*	●	19	142,630	644,455
6	2	15402	3.1228			12	28,547	342,419
6	3	15403	2.0350			9	11,795	199,383
6	4	15404	2.9994			13	47,262	320,539
6	5	15501	6.6380	*	●	16	122,147	543,093
6	6	15502	0.9547			3	24,746	107,494
6	7	15503	1.3213			6	29,902	140,421
6	8	15504	1.9167			7	29,901	187,771
6	9	15601	-	*		-	-	-
6	10	15602	-	*		-	-	-
6	11	15603	3.4577	*		12	40,644	331,426
6	12	15604	1.9563	*		7	27,774	206,931
6	13	15605	9.1554	*		20	132,265	587,515
6	14	15606	1.2560	*		4	73,217	399,099
6	15	15607	2.4852			9	27,048	238,403
6	16	15608	1.6940			7	39,611	225,375
6	17	14801	2.6815			12	40,577	285,967
6	18	14802	3.0884			16	42,658	422,692
6	19	14803	-	*		-	-	-
6	20	14804	1.3496	*		6	15,399	166,867
6	21	14805	1.8581			10	36,109	241,273
6	22	14901	2.4113			10	44,780	195,836
6	23	14902	2.8402	*		11	29,573	377,472
6	24	14903	-	*		-	-	-
6	25	14904	0.9984			5	27,096	140,857
6	26	14905	1.7482			8	13,706	179,598
6	27	14601	0.7593			3	21,602	92,297
6	28	14602	1.6797	*		4	26,541	275,863
6	29	14701	0.6384			2	20,634	59,921
6	30	14702	0.6304			2	20,917	105,685
6	31	150	2.3055			10	56,628	247,550
6	32	151	1.4685			5	45,875	121,592
6	33	16401	1.3208			5	44,564	81,209
6	34	16501	1.0616			3	40,277	66,964
6	35	16402	1.3678			6	39,313	82,111
6	36	16502	0.9618			5	34,418	61,806

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
6	37	16601	1.0737			3	41,278	66,026
6	38	16701	0.9099			2	38,751	56,297
6	39	16602	0.9542			4	32,740	58,998
6	40	16702	0.7703			3	29,571	47,423
6	41	152	1.0848			6	16,568	154,951
6	42	153	0.5853			3	13,590	83,100
6	43	15701	0.7097			3	9,882	44,894
6	44	15702	0.5667			2	19,204	33,565
6	45	15801	0.4690			3	9,229	27,731
6	46	15802	0.4639			2	17,403	27,358
6	47	16101	1.0266			3	38,020	61,902
6	48	16201	0.8093			2	34,911	50,619
6	49	16102	0.7366			2	27,769	45,161
6	50	16202	0.5721			2	22,651	34,700
6	51	159	1.1591			4	34,490	70,415
6	52	160	0.8118			3	30,889	50,053
6	53	16301	-	*		-	-	-
6	54	16302	2.5846	*		6	90,012	165,349
6	55	16303	9.0605			3	56,621	588,323
6	56	16304	5.6668			2	38,178	381,875
6	57	16305	4.3469			2	30,988	315,873
6	58	16306	2.0287			1	28,091	155,757
6	59	170	1.6180			7	23,208	162,641
6	60	171	0.8862			2	18,819	76,424
6	61	17201	0.7559		●	5	11,261	86,364
6	62	17202	0.6150			4	8,746	70,244
6	63	17203	0.6474			4	6,527	76,159
6	64	17301	0.7559		●	4	7,241	143,149
6	65	17302	0.4471			3	8,180	47,796
6	66	17303	0.4171			3	3,920	42,424
6	67	17401	0.9914			7	10,056	107,408
6	68	17402	-	*		-	-	-
6	69	17403	0.6972			6	8,020	84,827
6	70	17404	0.6453			6	8,203	79,401
6	71	17501	0.7027			5	7,795	69,498
6	72	17502	-	*		-	-	-
6	73	17503	0.4046			4	5,189	42,780

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
6	74	17504	0.3932			4	6,092	39,712
6	75	17601	1.1033			9	9,434	144,358
6	76	17602	0.6946			7	8,579	83,669
6	77	17603	0.6411			6	7,801	76,129
6	78	17604	0.5656			4	6,257	84,594
6	79	177	0.5091			5	7,292	53,765
6	80	178	0.3440			4	5,456	33,724
6	81	17901	0.5507			3	3,634	71,708
6	82	17902	0.7524			6	4,754	94,544
6	83	17903	0.4876			3	3,061	62,044
6	84	180	0.5011			6	6,116	57,715
6	85	181	0.3148			4	4,503	32,178
6	86	182	0.4662			5	5,815	52,885
6	87	183	0.2971			4	4,625	30,123
6	88	18401	0.3527			4	6,735	36,097
6	89	18402	0.2551			3	5,069	25,219
6	90	18801	1.2981		●	10	10,862	145,948
6	91	18802	0.5110			5	5,183	61,190
6	92	18803	0.6043	*		5	9,438	68,744
6	93	18804	0.7358			6	7,118	84,569
6	94	18805	0.6139			6	7,192	75,711
6	95	18901	1.2981	*	●	10	36,240	198,129
6	96	18902	0.3011			3	3,073	32,752
6	97	18903	0.5434	*		3	9,233	51,002
6	98	18904	0.5453			5	8,440	52,328
6	99	18905	0.3660			3	4,129	36,426
6	100	19001	-	*		-	-	-
6	101	19002	-	*		-	-	-
6	102	19003	0.4736			3	9,225	61,301
6	103	19004	0.4522			3	8,140	54,528
6	104	19005	-	*		-	-	-
6	105	19006	0.2770	*		7	7,844	16,593
6	106	19007	0.6323	*		2	12,479	67,653
6	107	19008	0.5610	*		3	10,480	78,070
6	108	19009	0.6723			5	7,520	97,372
6	109	19010	0.3760			3	4,170	42,149
7	1	191	3.0511		●	10	22,169	277,296

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
7	2	192	3.0511		●	8	46,742	268,643
7	3	195	2.8759			12	82,566	266,326
7	4	196	2.2270			9	63,366	188,799
7	5	197	2.1808			11	52,409	223,253
7	6	198	1.5015			8	46,256	145,711
7	7	49301	2.4245			8	84,356	158,492
7	8	49401	2.0822			6	63,634	135,778
7	9	49302	1.3878			4	43,551	83,738
7	10	49402	1.1216			3	42,684	65,939
7	11	193	1.4853			7	25,877	154,046
7	12	194	0.9306			5	20,473	88,305
7	13	199	-	*		-	-	-
7	14	20001	1.3692			7	14,899	165,049
7	15	20002	0.7275			5	10,023	95,174
7	16	20101	2.0199			7	39,051	214,497
7	17	20102	1.3142			4	46,093	100,154
7	18	20201	0.7786			6	7,884	98,760
7	19	20202	0.4087			5	5,480	47,323
7	20	20301	1.5281	*	●	6	15,769	177,229
7	21	20302	1.5281	*	●	6	31,768	105,132
7	22	20401	0.5157			5	6,485	61,960
7	23	20402	1.0300			6	6,799	95,813
7	24	20403	0.5015	*		5	6,102	73,500
7	25	205	0.7455			7	7,326	97,178
7	26	206	0.4930			5	5,377	60,568
7	27	207	0.9766			6	8,532	101,241
7	28	208	0.6630			4	4,765	77,110
8	1	47101	3.7222			7	118,863	228,113
8	2	47102	3.3651			4	165,211	195,047
8	3	47103	3.9756			5	160,455	231,945
8	4	21701	1.9518			8	29,774	124,719
8	5	21702	1.2105			4	21,495	79,399
8	6	21703	2.0491			10	22,910	134,167
8	7	21704	1.3250			4	14,286	81,520
8	8	20901	3.0767			7	76,931	199,556
8	9	20907	4.0632			7	111,147	266,189
8	10	20902	2.5521			6	63,471	150,466

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	11	20908	3.6233			5	87,045	215,941
8	12	20903	2.1520			5	89,017	128,061
8	13	20904	1.7438			6	74,709	106,646
8	14	20905	2.1871			5	90,926	129,510
8	15	20906	0.9359			5	38,765	57,522
8	16	21601	1.2019			4	13,831	82,336
8	17	21602	0.8554			3	12,548	54,894
8	18	21001	2.5316			9	57,725	158,049
8	19	21101	1.8135			7	45,971	111,478
8	20	21002	1.7175			7	40,740	115,464
8	21	21102	1.3481			6	25,400	89,062
8	22	21003	1.5137			6	45,543	98,966
8	23	21103	1.2090			5	30,484	76,079
8	24	21201	1.8274	*		8	69,273	116,367
8	25	21202	1.4488	*		7	49,399	133,959
8	26	21203	1.7862	*	●	6	36,955	136,474
8	27	21204	1.7862		●	4	21,905	214,106
8	28	21205	1.6428			6	38,048	136,152
8	29	21206	1.2718			4	28,212	101,419
8	30	21301	4.0289	*		17	52,728	270,373
8	31	21302	-	*		-	-	-
8	32	21303	2.6962			14	44,171	233,173
8	33	21304	1.5640			10	18,972	128,288
8	34	21305	-	*		-	-	-
8	35	21306	3.8842	*		28	100,717	226,157
8	36	49101	2.0120			5	47,780	128,933
8	37	49102	1.6288			4	43,295	98,135
8	38	49201	2.3592			5	46,067	140,106
8	39	49202	1.9019			4	32,736	113,920
8	40	496	3.9556			8	98,854	385,822
8	41	49701	3.3211			8	85,233	292,864
8	42	49702	2.8259			6	75,982	243,524
8	43	49801	2.8214			6	85,880	244,491
8	44	49802	2.3844			5	82,882	195,614
8	45	499	1.4970			5	29,219	159,862
8	46	500	1.1855			4	27,063	102,781
8	47	501	1.9792			15	43,664	140,944

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	48	502	1.4444			11	29,032	92,445
8	49	50301	1.2064			4	30,907	74,403
8	50	50302	1.0518			3	32,146	64,880
8	51	50303	0.7903			3	24,008	48,137
8	52	50304	0.5948			2	22,310	39,089
8	53	21801	1.7146			8	45,213	128,217
8	54	21802	1.6356			7	39,155	118,516
8	55	21901	1.6574			8	39,014	126,431
8	56	21902	1.2156			6	29,101	84,627
8	57	21803	1.3592			5	38,124	88,448
8	58	21804	1.1899			5	26,258	80,304
8	59	21903	1.0541			4	26,391	64,011
8	60	21904	0.8261			4	22,052	55,707
8	61	22001	2.1213	*	●	8	64,600	181,000
8	62	22002	2.1213	*	●	8	84,091	142,207
8	63	22003	1.4554	*		9	52,781	111,248
8	64	22004	1.1313			5	28,730	81,985
8	65	22005	1.0494	*		2	42,586	65,807
8	66	22006	1.0030			3	25,914	67,762
8	67	22007	1.2406			4	28,043	76,814
8	68	22008	0.7802			2	24,004	52,332
8	69	23101	1.3442			5	22,107	83,562
8	70	23102	0.7020			3	21,068	47,509
8	71	23103	0.5009			2	15,655	29,844
8	72	23104	0.3520			2	14,728	22,576
8	73	23001	-	*		-	-	-
8	74	23002	0.4524	*		3	21,134	48,102
8	75	23003	0.4655			2	15,767	27,689
8	76	23004	0.4019			2	15,543	25,864
8	77	22601	1.1509			4	17,329	72,672
8	78	22602	1.0113			4	19,842	62,704
8	79	22701	0.5617			2	12,679	37,340
8	80	22702	0.6792			3	12,068	45,910
8	81	22501	1.0110			6	13,591	64,554
8	82	22502	0.6969			4	15,640	48,121
8	83	22503	0.9483			4	18,407	65,684
8	84	22504	0.7203			3	16,132	48,385

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	85	228	0.7349			3	16,923	47,106
8	86	22301	-	*		-	-	-
8	87	22302	0.8036			3	26,990	50,338
8	88	23201	0.5479	*		3	20,939	45,483
8	89	23202	0.5419			2	16,516	36,474
8	90	22401	1.1827			5	31,968	72,703
8	91	22402	0.9066			4	25,407	58,361
8	92	22403	0.7752			3	23,812	49,429
8	93	22404	0.6247			3	21,616	40,522
8	94	22901	0.5509			3	14,023	38,034
8	95	22902	0.5375			2	13,217	36,283
8	96	23301	2.7550	*		8	110,109	201,091
8	97	23302	1.8718			5	48,679	126,834
8	98	23401	0.9437			3	24,360	62,040
8	99	23402	0.6701			2	21,800	43,744
8	100	23501	0.8389			4	5,176	53,025
8	101	23502	0.7985			3	6,207	73,363
8	102	23503	1.6758	*	●	20	19,672	59,061
8	103	23504	1.6758	*	●	20	36,059	139,569
8	104	23601	0.9956			6	7,197	87,095
8	105	23602	0.8624			5	5,199	98,693
8	106	23701	0.4282			3	2,721	26,400
8	107	23702	0.3463			2	2,460	22,517
8	108	23801	1.2679			12	13,572	90,025
8	109	23802	0.9841			9	12,049	69,127
8	110	23803	1.0945			10	11,217	72,837
8	111	23804	0.8815			5	5,013	61,661
8	112	23805	0.9295	*		9	21,228	137,319
8	113	23806	0.6910	*		6	5,933	40,558
8	114	23901	0.6339			3	4,064	43,587
8	115	23902	0.4222			3	2,827	30,222
8	116	24001	0.7638			3	4,437	54,477
8	117	24002	0.9572			2	4,165	62,952
8	118	24003	0.8710			2	3,688	50,496
8	119	24101	0.4861			2	3,965	46,126
8	120	24102	0.9469			3	3,846	62,164
8	121	24103	0.7065			1	2,840	41,519

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	122	24201	1.0530			11	10,393	83,169
8	123	24202	0.7328			7	10,152	50,519
8	124	24203	-	*		-	-	-
8	125	24204	0.4963	*		13	13,545	31,330
8	126	24205	0.9817			8	12,680	59,228
8	127	24206	0.7252			7	6,904	49,059
8	128	24301	0.7959			3	2,594	52,497
8	129	24302	0.3868			3	3,149	26,839
8	130	244	0.4487			4	3,069	32,869
8	131	245	0.2885			2	2,395	19,801
8	132	24601	0.5450			5	3,675	35,487
8	133	24602	0.2553			2	2,000	20,770
8	134	24701	0.5821			5	5,835	37,550
8	135	24702	0.3799			2	4,035	24,671
8	136	24801	0.7654			6	6,295	49,607
8	137	24802	0.3684			2	2,741	22,792
8	138	24901	1.0339			11	12,870	76,447
8	139	24902	0.7961			7	7,003	66,556
8	140	24903	0.8589			5	3,341	79,375
8	141	24904	0.5388			3	2,828	35,666
8	142	250	0.4193			3	4,676	27,668
8	143	251	0.2766			2	3,297	17,474
8	144	252	0.3503			1	7,331	22,567
8	145	253	0.4199			3	4,008	26,903
8	146	254	0.2759			2	2,521	17,866
8	147	255	0.3985			2	2,356	26,686
8	148	25601	0.7288			7	4,181	49,350
8	149	25602	0.5915	*		9	6,357	56,468
8	150	25603	0.5955			3	3,661	40,091
8	151	25604	0.4711			2	3,446	31,388
9	1	263	1.4316			12	18,473	159,143
9	2	264	0.9085			7	14,664	97,333
9	3	265	0.8864			6	14,380	99,246
9	4	266	0.5763			3	11,829	52,582
9	5	26801	1.4088			5	25,793	170,103
9	6	26802	1.2760			4	19,380	136,704
9	7	26701	0.5027	*		3	10,597	99,005

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
9	8	26702	0.2529			2	8,074	25,110
9	9	25701	2.8053	*		3	154,257	162,308
9	10	25801	2.4436			4	82,579	171,316
9	11	25702	1.4295			4	34,326	90,443
9	12	25802	1.3187			4	34,092	79,290
9	13	259	0.8658		●	2	20,870	51,601
9	14	260	0.8658		●	2	22,490	57,371
9	15	261	0.4466			2	15,131	34,797
9	16	26201	0.8440	*		4	17,565	65,238
9	17	26202	0.4147			2	14,419	30,392
9	18	269	1.3338			7	15,691	159,844
9	19	270	0.7018			4	12,255	70,376
9	20	271	0.8256			10	8,425	97,848
9	21	27201	0.7274			7	4,336	97,465
9	22	27202	0.5378			7	9,067	56,252
9	23	27203	0.5488	*	●	6	4,265	58,063
9	24	27301	0.3076			3	2,217	48,604
9	25	27302	0.4082			6	7,450	38,388
9	26	27303	0.5488	*	●	6	9,866	65,126
9	27	274	0.5211	*		4	2,363	55,575
9	28	275	0.1625			1	2,371	24,570
9	29	27601	0.4654			4	3,573	56,888
9	30	27602	0.3452			3	2,789	37,085
9	31	277	0.5971			8	8,501	70,109
9	32	278	0.3859			6	6,375	41,007
9	33	27901	0.4718			5	6,935	51,644
9	34	27902	0.3286			4	5,109	34,635
9	35	280	0.3480			5	3,095	40,757
9	36	281	0.2312			3	2,696	24,089
9	37	282	0.2425			3	3,178	29,233
9	38	28301	0.2777		●	3	4,333	37,091
9	39	28302	0.3864			4	3,586	55,396
9	40	28401	0.2777		●	3	3,300	30,729
9	41	28402	0.1553			2	2,851	20,617
10	1	28601	2.7276			7	62,681	272,083
10	2	28602	2.2052			5	59,575	225,045
10	3	28801	2.3427			9	30,349	186,556

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
10	4	28802	1.8961			3	34,520	152,968
10	5	28501	1.5797		●	12	24,401	163,137
10	6	28502	1.5797		●	11	24,537	180,942
10	7	28701	1.2075			10	21,276	113,562
10	8	28702	0.8576			8	20,319	84,221
10	9	28901	1.0716			3	32,882	106,611
10	10	28902	0.7477			3	30,341	63,742
10	11	290	0.9838			3	32,388	60,185
10	12	29101	-	*		-	-	-
10	13	29102	-	*		-	-	-
10	14	292	2.2330			12	27,979	235,386
10	15	293	1.1389			4	21,637	132,648
10	16	29401	0.7063			7	7,835	88,446
10	17	29402	0.3765			5	4,770	40,870
10	18	29501	0.6859			6	7,097	81,334
10	19	29502	0.3982			4	3,332	58,340
10	20	29601	0.5574			6	6,196	68,748
10	21	29602	0.5901			6	2,494	70,940
10	22	29701	0.3100			4	4,380	34,242
10	23	29702	0.4402			5	5,352	45,836
10	24	29801	1.0122			5	6,380	156,154
10	25	29802	0.4008			3	4,313	46,086
10	26	29803	0.4071			2	3,965	57,443
10	27	29804	0.2436			2	3,704	28,498
10	28	29901	0.7587			5	5,883	99,289
10	29	29902	0.5228			3	2,519	78,515
10	30	29903	0.5247			4	3,903	62,829
10	31	29904	0.2806			2	2,519	45,237
10	32	30001	0.5934			4	3,999	73,990
10	33	30002	0.4706			4	4,345	63,966
10	34	30101	0.4099			2	3,725	44,263
10	35	30102	0.2273			2	3,131	28,668
11	1	30201	12.8469			15	432,406	782,671
11	2	30202	12.6232			13	324,555	763,747
11	3	30301	1.6919		●	6	19,256	157,999
11	4	30302	1.6919		●	5	23,278	143,510
11	5	304	1.0128			5	14,312	106,709

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
11	6	305	0.8703			3	15,138	81,620
11	7	308	0.8405			4	14,445	103,741
11	8	309	0.5524			2	11,973	57,982
11	9	30601	1.3209			5	45,907	82,059
11	10	30602	1.2528			4	42,691	78,031
11	11	30701	1.0294			5	23,506	61,196
11	12	30702	0.9915			3	20,879	61,121
11	13	310	0.7145			3	21,255	65,651
11	14	311	0.5495			2	19,074	42,129
11	15	312	0.5312			3	13,462	57,117
11	16	313	0.4481			2	14,443	39,046
11	17	314	1.1520	*		3	16,079	104,171
11	18	31501	1.3066			6	18,190	140,857
11	19	31502	1.0438			4	17,198	109,706
11	20	31601	1.0647			9	9,768	134,553
11	21	31602	0.7381			6	4,878	85,980
11	22	31603	0.6436			6	6,680	77,697
11	23	31604	0.4508			5	4,882	55,691
11	24	317	0.4233	*		3	2,363	45,494
11	25	318	0.4313			2	3,794	43,678
11	26	319	0.3645			2	3,845	33,854
11	27	320	0.6634			8	9,640	75,437
11	28	321	0.4011			5	6,831	41,774
11	29	32201	0.5410			6	9,519	60,047
11	30	32202	0.4064			5	8,423	43,408
11	31	32301	0.7120			3	29,763	57,766
11	32	32302	0.4478			3	4,616	43,283
11	33	32401	0.6100			2	27,423	41,861
11	34	32402	0.3484			2	3,110	30,454
11	35	325	0.5786			4	5,177	64,332
11	36	326	0.4778			3	3,776	59,060
11	37	32701	0.3974			3	3,182	52,712
11	38	32702	0.3362			3	4,913	44,484
11	39	328	0.4626			3	11,345	41,240
11	40	329	0.3644			2	12,203	28,987
11	41	33001	-	*		-	-	-
11	42	33002	0.4191	*		2	14,973	31,453

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
11	43	331	0.7375			6	7,268	89,752
11	44	332	0.5798			3	4,147	64,806
11	45	33301	0.4467			3	4,399	64,947
11	46	33302	0.4378			2	4,287	62,925
12	1	334	2.3282	*		15	99,336	164,772
12	2	335	1.1091	*		6	11,701	177,853
12	3	34101	1.2393			4	12,496	90,728
12	4	34102	1.1437			2	7,657	69,874
12	5	34103	3.4871	*	●	3	19,254	157,673
12	6	34104	3.4871		●	2	49,564	210,174
12	7	338	-	*		-	-	-
12	8	33901	0.9320			3	18,185	61,483
12	9	33902	0.4455			2	16,505	28,028
12	10	34001	1.3186			2	24,530	84,000
12	11	34002	1.0032			2	21,879	68,390
12	12	34201	-	*		-	-	-
12	13	34202	0.1996			2	3,636	19,338
12	14	34301	-	*		-	-	-
12	15	34302	0.7339	*		3	24,869	56,673
12	16	33601	1.0743			4	44,658	65,124
12	17	33602	1.0084			3	42,677	59,684
12	18	33701	0.8617		●	4	23,898	56,864
12	19	33702	0.8617		●	4	19,666	52,737
12	20	344	-	*		-	-	-
12	21	34501	1.4189			5	22,868	91,359
12	22	34502	0.6634			3	17,641	43,610
12	23	346	-	*		-	-	-
12	24	347	0.3050	*		1	14,110	21,193
12	25	348	0.4256			2	4,388	28,342
12	26	349	0.3319			2	3,709	22,808
12	27	35001	0.6655			6	8,956	43,286
12	28	35002	0.4698			4	4,734	32,139
12	29	35201	0.1773	*		3	5,101	10,370
12	30	35202	0.4744	*	●	4	6,179	62,881
12	31	35203	0.4744		●	2	6,854	27,928
12	32	35204	0.6598			3	4,063	43,551
12	33	35205	0.4153			2	3,777	30,439

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
13	1	35301	2.8810	*		9	79,683	221,557
13	2	35302	2.4355	*		5	71,942	138,964
13	3	35801	2.0752			4	83,174	120,746
13	4	35802	1.7667			4	69,651	109,206
13	5	35803	1.6524	*		4	63,269	104,763
13	6	35804	1.2562			5	43,299	82,111
13	7	35805	1.3888			3	47,677	89,976
13	8	35806	1.0044			3	29,112	62,728
13	9	35901	1.8463			4	82,793	109,148
13	10	35902	1.6267			4	66,069	96,459
13	11	35903	1.5308			4	58,474	93,854
13	12	35904	1.1405			5	41,828	71,600
13	13	35905	1.2916			3	44,117	81,603
13	14	35906	0.9121			2	25,312	54,774
13	15	36101	1.7249			4	55,795	107,119
13	16	36102	1.5820			4	53,455	115,409
13	17	36001	0.5764			2	14,761	33,956
13	18	36002	0.4404			2	12,629	30,107
13	19	35601	1.0222			3	21,580	60,225
13	20	35602	0.9292			3	20,244	56,224
13	21	363	0.4129	*		2	8,970	24,459
13	22	364	0.4507			2	10,727	29,427
13	23	36501	1.6172			4	45,312	104,702
13	24	36502	0.9098			3	13,654	64,320
13	25	36604	0.5676	*		5	2,178	34,204
13	26	36704	0.4183	*		1	1,969	59,879
13	27	36801	0.6111			6	8,191	40,180
13	28	36802	0.3860			4	6,255	27,133
13	29	369	0.2459			2	2,061	17,708
14	1	469	0.1400	*		2	3,257	13,023
14	2	370	0.8680			5	34,572	59,129
14	3	371	0.6919			5	34,254	49,032
14	4	37401	-	*		-	-	-
14	5	37402	0.6348	*		2	24,481	56,700
14	6	37501	1.4234	*		5	40,269	81,788
14	7	37502	0.8726	*		3	34,709	49,220
14	8	372	0.7765			3	30,781	46,523

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
14	9	37301	0.7199			3	31,067	43,097
14	10	37302	0.6565			3	30,079	38,790
14	11	37701	-	*		-	-	-
14	12	37702	-	*		-	-	-
14	13	37703	-	*		-	-	-
14	14	37704	1.9166			6	13,566	113,285
14	15	37705	0.7274			4	8,055	51,843
14	16	37601	1.1847	*		5	7,311	128,986
14	17	37602	1.0291	*		6	33,080	84,984
14	18	37603	0.7700	*		5	13,335	75,619
14	19	37604	0.5833			5	5,111	50,330
14	20	37605	0.3598			4	4,274	24,402
14	21	37801	1.1329			2	40,692	66,553
14	22	37802	0.8938			3	29,869	58,748
14	23	37803	0.3688			2	3,357	21,228
14	24	37901	0.2907			4	3,029	37,074
14	25	37902	0.4599			5	4,387	59,671
14	26	37903	0.3423			4	4,022	44,741
14	27	38101	0.6974			2	11,298	40,596
14	28	38102	0.5028			2	11,140	31,713
14	29	38001	0.4511			2	4,662	29,846
14	30	38002	0.3839			2	5,754	24,259
14	31	382	0.2022			1	2,295	11,914
14	32	38301	0.3719			4	4,140	47,059
14	33	38302	0.2529			3	3,404	28,524
14	34	384	0.3493			4	3,309	43,565
14	35	513	0.2923			-	-	-
15	1	N01	0.8986			5	13,748	113,136
15	2	N02	-	*		-	-	-
15	3	N03	-	*		-	-	-
15	4	N04	-	*		-	-	-
15	5	N05	4.9074			27	170,261	460,979
15	6	N06	3.0496	*		26	72,665	259,705
15	7	N07	4.1284			22	90,099	420,109
15	8	N08	2.3957			18	41,859	232,383
15	9	N09	2.0153			17	53,569	181,723
15	10	N10	1.7251			16	34,971	154,766

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
15	11	N11	2.7810			13	44,516	337,477
15	12	N12	1.2541			8	20,704	133,103
15	13	N13	0.7906			6	12,407	85,325
15	14	N14	7.7495			20	90,575	758,230
15	15	N15	3.5200			10	35,454	383,948
15	16	N16	1.8450			8	27,839	224,679
15	17	N17	0.8522			6	13,407	91,793
15	18	N18	0.4874			4	7,386	53,612
15	19	N19	0.4687			4	11,002	45,627
16	1	39201	2.8764			11	82,624	311,545
16	2	39202	2.1569			8	68,854	167,445
16	3	39301	5.2312	*		18	115,225	469,686
16	4	39302	1.7442	*		7	57,314	174,904
16	5	39401	1.2120			6	20,412	136,017
16	6	39402	0.7634			3	16,733	86,427
16	7	39501	0.9768			5	4,609	121,978
16	8	39502	0.6054			5	7,413	67,521
16	9	39503	0.4249			3	4,523	44,512
16	10	39601	0.7381			2	4,012	106,373
16	11	39602	0.5467			3	7,333	73,803
16	12	39603	0.3712			2	4,613	43,419
16	13	39701	20.8656	*		18	31,206	1,204,508
16	14	39702	0.9408	*		2	8,780	189,215
16	15	39703	1.7271	*		13	19,109	193,045
16	16	39704	-	*		-	-	-
16	17	39705	0.8469			5	4,363	124,749
16	18	39706	0.4786			3	3,081	65,672
16	19	39802	0.7199			6	7,371	92,757
16	20	39803	0.6530			5	4,462	86,466
16	21	39804	0.3135			2	3,391	43,508
16	22	39902	0.4118			4	4,005	46,627
16	23	39903	0.3379			2	3,499	49,240
16	24	39904	0.2249			2	3,329	31,150
17	1	40001	-	*		-	-	-
17	2	40002	-	*		-	-	-
17	3	401	-	*		-	-	-
17	4	402	-	*		-	-	-

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
17	5	40301	0.6769			3	3,596	129,010
17	6	40401	0.0809	*		1	4,279	5,050
17	7	406	2.2788			7	45,969	215,207
17	8	407	1.6058			4	31,830	138,530
17	9	40801	1.0004			4	16,417	99,905
17	10	40802	0.6094			2	12,838	53,436
17	11	412	0.2797	*		2	4,586	34,457
17	12	41101	0.4554		●	2	7,296	47,983
17	13	41102	0.4554		●	2	5,840	40,196
17	14	413	0.7071			6	7,855	88,297
17	15	414	0.4751			3	2,839	51,510
18	1	41501	2.0959			13	29,127	254,104
18	2	41502	1.0489			6	17,083	111,151
18	3	41601	1.0363			10	12,601	129,784
18	4	41602	0.5551			7	7,792	61,393
18	5	41701	0.9027			7	11,993	129,000
18	6	41702	0.6010			6	9,811	65,659
18	7	41803	0.6824			8	7,659	84,273
18	8	41804	0.4901			7	5,921	57,646
18	9	419	0.5763			6	6,272	68,532
18	10	420	0.4072			5	5,035	45,639
18	11	42101	0.6813			6	6,940	87,678
18	12	42102	0.4459			5	6,002	52,402
18	13	42201	0.4075			4	7,646	44,896
18	14	42202	0.3025			3	5,889	31,897
18	15	42301	1.5447			14	15,926	188,770
18	16	42302	1.2751	*		11	12,526	108,032
18	17	42303	0.6738			7	7,424	97,827
18	18	42304	0.3501			4	4,247	41,700
21	1	44001	0.6609			6	8,502	70,719
21	2	44002	0.4196			4	10,325	42,488
21	3	43901	1.1301			8	21,084	122,961
21	4	43902	0.7022			5	18,362	67,324
21	5	44101	0.9551		●	5	14,142	108,077
21	6	44102	0.9551		●	4	14,717	114,805
21	7	442	1.4832			7	15,900	172,613
21	8	443	0.8322			4	12,778	92,275

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
21	9	444	0.4326			5	4,805	50,304
21	10	445	0.2514			3	2,776	26,593
21	11	44601	0.3769			4	5,266	40,035
21	12	44602	0.2853			3	3,008	29,825
21	13	44701	0.5184			5	4,098	74,225
21	14	44702	0.2761			4	4,371	32,456
21	15	44801	0.6273	*		5	7,717	80,250
21	16	44802	0.2588			3	5,189	33,292
21	17	44901	0.9182			6	5,573	134,767
21	18	44902	0.6546			5	4,617	90,088
21	19	45001	0.5250			3	3,056	80,430
21	20	45002	0.2661			3	2,788	31,953
21	21	45101	0.7060			4	4,332	124,550
21	22	45102	0.3085			2	2,836	60,505
21	23	45103	0.4646			3	3,226	70,721
21	24	45104	0.2494			2	3,263	32,239
21	25	452	0.5472			5	4,453	71,746
21	26	453	0.2954			3	2,893	34,943
21	27	454	0.6916			5	4,868	113,438
21	28	455	0.4203			3	3,580	66,902
21	29	41801	0.4738	*		7	7,496	43,474
21	30	41802	0.4417	*		6	10,025	50,829
22	1	50401	10.2603	*		22	65,167	1,107,205
22	2	50402	-	*		-	-	-
22	3	50403	-	*		-	-	-
22	4	50404	-	*		-	-	-
22	5	50405	-	*		-	-	-
22	6	50501	4.5041	*		13	77,634	427,665
22	7	50502	-	*		-	-	-
22	8	50503	-	*		-	-	-
22	9	50504	-	*		-	-	-
22	10	50505	17.4814	*		24	503,988	1,016,157
22	11	50601	4.5830			19	48,622	612,478
22	12	50602	4.0858			15	12,339	481,985
22	13	50603	2.3372			15	15,212	266,833
22	14	50604	1.9259			13	25,609	198,122
22	15	50605	3.4852			18	44,463	354,877

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
22	16	50606	3.4635			16	39,204	411,988
22	17	50701	2.1472			9	12,790	232,542
22	18	50702	1.3666			10	17,113	152,387
22	19	50703	1.2739			10	22,036	133,460
22	20	50704	1.6575	*		15	50,709	99,165
22	21	50705	1.4301	*		8	10,499	125,756
22	22	50801	1.3728	*		9	17,689	126,164
22	23	50802	1.0697	*		9	14,718	103,912
22	24	50803	2.0801			9	9,224	258,708
22	25	50804	1.8459			9	13,131	226,223
22	26	50901	1.1969			9	9,976	146,795
22	27	50902	0.3692	*		5	10,299	28,540
22	28	50903	1.5671	*		11	37,997	130,253
22	29	50904	0.7691	*		4	6,550	82,713
22	30	510	1.3190			8	9,038	180,195
22	31	511	0.8240			6	6,358	105,921
23	1	46101	0.7429			3	9,978	127,786
23	2	46102	0.8631			2	13,726	150,627
23	3	46103	0.6753			2	9,146	88,042
23	4	46201	1.3789			21	16,625	119,104
23	5	46202	1.1455			19	8,303	101,999
23	6	46203	1.3743			20	13,730	116,895
23	7	46204	1.0539			18	13,515	94,885
23	8	463	0.6560			6	5,894	80,918
23	9	464	0.4053			2	4,551	36,530
23	10	465	0.3519			2	2,588	37,695
23	11	466	0.4638			3	2,676	49,349
23	12	467	0.7477			3	6,343	80,556
24	1	48401	5.8026			19	103,671	517,057
24	2	48402	-	*		-	-	-
24	3	48501	1.9800			9	45,670	200,761
24	4	48502	1.1644	*		5	48,296	81,937
24	5	48601	3.2565			12	41,311	390,635
24	6	48602	2.1881			8	19,587	226,126
24	7	48701	0.8620			7	6,781	114,203
24	8	48702	0.5152			5	4,787	68,376
UN	1	46801	2.1710			10	23,406	270,453

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
UN	2	46802	1.0553			4	15,135	133,277
UN	3	46803	2.1981			6	24,929	315,552
UN	4	46804	0.9124			3	17,776	106,080
UN	5	47601	1.7393			12	21,640	156,760
UN	6	47602	0.8373			4	17,889	91,536
UN	7	47701	1.4390			8	20,051	182,418
UN	8	47702	0.7333			3	14,851	67,974
UN	9	47703	1.5683			6	16,589	185,538
UN	10	47704	0.8500			3	12,621	84,526
全國平均點數			57,533					

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

第二部第一章第八節住院安寧療護

一、失智症

失智症末期須符合下列三項條件：

1. 確診失智症(ICD-10-CM 代碼：F01-F03、[F06.70](#)、[F06.71](#)、F1027、F1097、F1327、F1397、F1827、F1897、F1927、F1997、G30、G31)。
2. 臨床失智評估量表(Clinical Dementia Rating, CDR) 3 分且日常體能狀況已超過半數時間臥床或依賴輪椅(如 ECOG 3 分以上)，或失智症功能評估分級量表(Functional assessment staging, FAST)等級 7C 以上。
3. 一年內，合併發生以下任一種臨床狀況：
 - (1) 居家照護或一般支持性醫療照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。
 - (2) 營養不良（下列任一情境）
 - 吞嚥困難，進食喝水減少，但選擇不接受管灌餵食。
 - 明顯體重減輕:過去三個月下降 5%或六個月內下降 10%。
 - 身體質量指數(BMI)小於 16，或白蛋白小於 2.5g/dL。
 - (3) 兩次以上跌倒，或者大腿骨骨折。
 - (4) 吸入性肺炎。
 - (5) 腎盂腎炎或其他上泌尿道感染。
 - (6) 多處皮膚壓力性損傷(第 3、4 期)。
 - (7) 敗血症。
 - (8) 反覆發燒，既使已使用抗生素。
 - (9) 過去六個月中，出現兩次以上非計畫性的住院，或有一次加護病房的住院。

十一、符合病人自主權利法第十四條第一項第二款至第五款所列臨床條件者

1.第十四條第一項第二款至第四款：

- (1)處於不可逆轉之昏迷狀況
- (2)永久植物人狀態 (ICD-10-CM代碼：R40.3)
- (3)極重度失智 (CDR3分以上或FAST7分以上)

2.第十四條第一項第五款：其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形。(ICD-10-CM代碼參考如下)

- (1)囊狀纖維化症：E84.9
- (2)亨丁頓氏舞蹈症：G10
- (3)脊髓小腦退化性動作協調障礙：G11.0、~~G11.1~~ [G11.10](#)、[G11.11](#)、[G11.19](#)、G11.2、G11.3、G11.4、G11.8、G11.9、G31.2、G32.81、G32.89、G60.2、R27.0、R27.8、R27.9、R29.810、R29.818、R29.890、R29.891、R29.898
- (4)脊髓性肌肉萎縮症：G12.9
- (5)肌萎縮性側索硬化症：G12.21、[G12.25](#)
- (6)多發性系統萎縮症：G90.3
- (7)裘馨氏肌肉失養症：~~G71.0~~ [G71.01](#)
- (8)肢帶型肌失養症：~~G71.0~~ [G71.031](#)、[G71.032](#)、[G71.033](#)、[G71.0340](#)、[G71.0341](#)、[G71.0342](#)、[G71.0349](#)、[G71.035](#)、[G71.038](#)、[G71.039](#)
- (9)Nemaline線狀肌肉病變：~~G71.2~~ [G71.20](#)、[G71.21](#)、[G71.220](#)、[G71.228](#)、[G71.29](#)
- (10)原發性肺動脈高壓：I27.0
- (11)遺傳性表皮分解性水泡症：Q81.0、Q81.1、Q81.2、Q81.8、Q81.9
- (12)先天性多發性關節攣縮症：Q74.3

十二、罕見疾病或其他預估生命受限者

- 1.罕見疾病 (依據衛生福利部國民健康署公告罕見疾病名單暨 ICD-10-CM 編碼一覽表)，預估生命受限者。
- 2.先天染色體異常疾病、先天畸形(屬全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第二條附表一之重大傷病項目第八類染色體異常、先天性畸形者)，預估生命受限者。
- 3.源於周產期的病況 (P00-P96、[Z05.0](#)、[Z05.1](#)、[Z05.2](#)、[Z05.3](#)、[Z05.41](#)、[Z05.42](#)、[Z05.43](#)、[Z05.5](#)、[Z05.6](#)、[Z05.71](#)、[Z05.72](#)、[Z05.73](#)、[Z05.8](#)、[Z05.9](#))，預估生命受限者。
- 4.染色體異常 (如 Trisomy13、Trisomy18、或其他染色體異常合併多重器官先天異常：Q91.0-Q91.7、Q97.0-Q97.9)，預估無法活至成年者。
- 5.嚴重之先天腦部異常 (如無腦症：Q00.0、神經系統先天性畸形：Q07.9)，預估無法活至成年者。

第五部 居家照護及精神病患者社區復健

第三章 安寧居家療護

附表

一、失智症

失智症末期須符合下列三項條件：

1. 確診失智症(ICD-10-CM 代碼：F01-F03、[F06.70](#)、[F06.71](#)、F1027、F1097、F1327、F1397、F1827、F1897、F1927、F1997、G30、G31)。
2. 臨床失智評估量表(Clinical Dementia Rating, CDR) 3 分且日常體能狀況已超過半數時間臥床或依賴輪椅(如 ECOG 3 分以上)，或失智症功能評估分級量表(Functional assessment staging, FAST)等級 7C 以上。
3. 一年內，合併發生以下任一種臨床狀況：
 - (1) 居家照護或一般支持性醫療照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。
 - (2) 營養不良（下列任一情境）
 - 吞嚥困難，進食喝水減少，但選擇不接受管灌餵食。
 - 明顯體重減輕:過去三個月下降 5%或六個月內下降 10%。
 - 身體質量指數(BMI)小於 16，或白蛋白小於 2.5g/dL。
 - (3) 兩次以上跌倒，或者大腿骨骨折。
 - (4) 吸入性肺炎。
 - (5) 腎盂腎炎或其他上泌尿道感染。
 - (6) 多處皮膚壓力性損傷(第3、4期)。
 - (7) 敗血症。
 - (8) 反覆發燒，既使已使用抗生素。
 - (9) 過去六個月中，出現兩次以上非計畫性的住院，或有一次加護病房的住院。

十一、符合病人自主權利法第十四條第一項第二款至第五款所列臨床條件者

1. 第十四條第一項第二款至第四款：

- (1)處於不可逆轉之昏迷狀況
- (2)永久植物人狀態（ICD-10-CM代碼：R40.3）
- (3)極重度失智（CDR3分以上或FAST7分以上）

2. 第十四條第一項第五款：其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形。(ICD-10-CM代碼參考如下)

- (1)囊狀纖維化症：E84.9
- (2)亨丁頓氏舞蹈症：G10
- (3)脊髓小腦退化性動作協調障礙：G11.0、~~G11.1~~ [G11.10](#)、[G11.11](#)、[G11.19](#)、G11.2、G11.3、G11.4、G11.8、G11.9、G31.2、G32.81、G32.89、G60.2、R27.0、R27.8、R27.9、R29.810、R29.818、R29.890、R29.891、R29.898
- (4)脊髓性肌肉萎縮症：G12.9
- (5)肌萎縮性側索硬化症：G12.21、[G12.25](#)
- (6)多發性系統萎縮症：G90.3
- (7)裘馨氏肌肉失養症：~~G71.0~~ [G71.01](#)
- (8)肢帶型肌失養症：~~G71.0~~ [G71.031](#)、[G71.032](#)、[G71.033](#)、[G71.0340](#)、[G71.0341](#)、[G71.0342](#)、[G71.0349](#)、[G71.035](#)、[G71.038](#)、[G71.039](#)
- (9)Nemaline線狀肌肉病變：~~G71.2~~ [G71.20](#)、[G71.21](#)、[G71.220](#)、[G71.228](#)、[G71.29](#)
- (10)原發性肺動脈高壓：I27.0
- (11)遺傳性表皮分解性水泡症：Q81.0、Q81.1、Q81.2、Q81.8、Q81.9
- (12)先天性多發性關節攣縮症：Q74.3

十二、罕見疾病或其他預估生命受限者

- 1.罕見疾病（依據衛生福利部國民健康署公告罕見疾病名單暨 ICD-10-CM 編碼一覽表），預估生命受限者。
- 2.先天染色體異常疾病、先天畸形(屬全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第二條附表一之重大傷病項目第八類染色體異常、先天性畸形者)，預估生命受限者。
- 3.源於周產期的病況（P00-P96、[Z05.0](#)、[Z05.1](#)、[Z05.2](#)、[Z05.3](#)、[Z05.41](#)、[Z05.42](#)、[Z05.43](#)、[Z05.5](#)、[Z05.6](#)、[Z05.71](#)、[Z05.72](#)、[Z05.73](#)、[Z05.8](#)、[Z05.9](#)），預估生命受限者。
- 4.染色體異常（如 Trisomy13、Trisomy18、或其他染色體異常合併多重器官先天異常：Q91.0-Q91.7、Q97.0-Q97.9），預估無法活至成年者。
- 5.嚴重之先天腦部異常（如無腦症：Q00.0、神經系統先天性畸形：Q07.9），預估無法活至成年者。

第四部 中 醫

第八章 特定疾病門診加強照護

通則：

一、個案適用範圍：

- (一)小兒氣喘疾病門診加強照護：年齡未滿十三歲之氣喘疾病(ICD-10：J45)者，並於病歷中檢附西醫診斷證明或肺功能檢查報告。
- (二)小兒腦性麻痺疾病門診加強照護：年齡未滿十三歲之腦性麻痺疾病(ICD-10-CM：G80)者。
- (三)腦血管疾病(ICD-10-CM：G45.0-G46.8、I60-I69、[P91.821](#)、[P91.822](#)、[P91.823](#)、[P91.829](#))、顱腦損傷(ICD-10-CM：S02.1-S02.4、S02.6-S02.9、S06.0-S06.9)及脊髓損傷(ICD-10-CM：S14.0-S14.1、S24.0-S24.1、S34.0-S34.1)疾病門診加強照護：自診斷日起二年內者。

二、醫事服務機構及醫事人員均須符合下列條件始得申報本章費用：

- (一)中醫師需接受中醫全聯會辦理之「小兒氣喘疾病門診加強照護」、「小兒腦性麻痺疾病門診加強照護」及「腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷門診加強照護」課程各八小時，並由中醫全聯會於每季季底函送符合教育時數之中醫師新增名單給保險人登錄備查。
- (二)申報本章之中醫醫事服務機構及醫事人員，須最近二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一者，前述違規期間之認定，自保險人第一次發函處分停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

三、每位醫師每月本章節各項疾病照護申報上限為三百人次(合計上限為六百五十人次)，超出上限者費用點數支付為零，另小兒氣喘疾病及小兒腦性麻痺疾病每位患者每週限申報一次、腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷門診加強照護每位患者每月限申報一次。

四、看診醫師應對當次看診患者提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，並以標準作業流程與處置完成診療。(詳附表 4.8.1)

五、特定疾病門診加強照護不列入診察費及處置費合理量計算。

六、為避免病人重複收案，醫事人員收治病後應於保險人健保資訊網服務系統(VPN)登錄個案之基本資料，已被其他院所收案照護、不符適應症或已達結案條件者，不得收案。另腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷每季至少需於 VPN 填報巴氏量表分數乙次。

七、病人經加強照護病程穩定後，應教育病人自我照護，改按一般服務提供醫療照護；(1)小兒氣喘疾病門診加強照護穩定之指標詳附表 4.8.2 說明。(2)腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷門診以巴氏量表測量連續二季未改善之患者應改按一般服務提供服務。

八、申報本章節之案件，當次不得同時另行申報本標準第四部中醫其他章節之診療項目。

(B71 脈診儀檢查費及 B72 舌診儀檢查費及 C05、C06、C07、C08、C09 之藥費及藥品調劑費除外)

附表 4.4.1 中度複雜性針灸適應症

ICD-10-CM	中文病名
G43	偏頭痛
G50	三叉神經疾患
G51	顏面神經疾患
G52	其他腦神經疾患
G90	自主神經系統疾患
G54	神經根及神經叢疾患
G61	發炎性多發神經病變
G62	其他及為明示之多發神經病變
G63	歸類於他處疾病所致之多發神經病變
G65	發炎性及毒性多發神經病變後遺症
M13.0	多發性關節炎
M15	多關節病症
M20	手指及(足)趾後天性變形
M21	其他後天性肢體變形
M66	滑膜及肌腱自發性破裂
H02	眼瞼其他疾患
H04	淚道系統之疾患
H05、 L03.213	眼窩疾患
H52	屈光及調節作用疾患
H10	結膜炎
H20	虹膜睫狀體炎
H25	老年性白內障
H26	其他白內障

附表 4.4.2 特殊疾病

一、衛生福利部公告之罕見疾病。

二、下表所列疾病：

ICD-10-CM	中文病名
A15	呼吸道結核病
B01	水痘
B02	帶狀疱疹
B05	麻疹
B06	德國麻疹
B20	人類免疫不全病毒疾病
B97.2、U07.1	歸類於他處冠狀病毒所致的疾病
B97.3	歸類於他處反轉錄病毒所致的疾病
D65	瀰漫性血管內凝血症
D66	遺傳性第VIII凝血因子缺乏症
D67	遺傳性第IX凝血因子缺乏症
D68	其他凝血缺乏
D69	紫斑症及其他出血性病態
D70	嗜中性白血球缺乏症
D82	與其他重大缺陷相關的免疫缺乏症
D83	常見多樣性免疫缺乏症
D84	其他免疫缺乏症
E04	其他非毒性甲狀腺腫
E05	甲狀腺毒症
E06	甲狀腺炎
E10	第一型糖尿病
E11	第二型糖尿病
E13	其他特定糖尿病
E15	非糖尿病的低血糖性昏迷
E28	卵巢功能障礙
F90	注意力不足過動症
F95	抽搐症
I20	心絞痛
I21	ST 段上升之心肌梗塞 (STEMI)與非 ST 段上升之心肌梗塞(NSTEMI)
I22	續發性 ST 段上升之心肌梗塞 (STEMI)與非 ST 段上升之心肌梗塞 (NSTEMI)
I23	ST 段上升之心肌梗塞 (STEMI)與非 ST 段上升之心肌梗塞(NSTEMI)後造成之併發症(二十八天內)
I24	其他急性缺血性心臟病
I25	慢性缺血性心臟病
I26	肺栓塞

ICD-10-CM	中文病名
I27	其他肺性心臟病
I28	其他肺血管疾病
I42	心肌病變
I50	心臟衰竭
I71	主動脈瘤及剝離
I73	其他末梢血管疾病
I74	動脈栓塞及血栓症
I80	靜脈炎及血栓靜脈炎
I82	其他靜脈栓塞及血栓
I89	其他非感染性之淋巴管和淋巴結疾患
J44	慢性阻塞性肺病
J45	氣喘
J93	氣胸及氣漏
J96	呼吸衰竭，他處未歸類
J98	其他呼吸衰竭
K72、 K76.82	肝衰竭，他處未歸類者
K74	肝纖維化及硬化
K80	膽結石
L10	天庖瘡
L11	其他棘層鬆解性疾患
L12	類天庖瘡
L40	乾癬
L51	多形性紅斑
L52	結節性紅斑
L89	壓迫性潰瘍
L94	其他局限性結締組織疾患
L97	下肢非壓迫性慢性潰瘍，他處未歸類者
M33	皮多肌炎
M34	全身性硬化症(硬皮症)
M35	結締組織其他全身性侵犯
M35.0	乾燥症候群(Sjogren 氏)
M35.00	乾燥症候群
N18	慢性腎臟疾病
N19	腎衰竭
O10~O16 O20~O29	、 妊娠
R64	惡病質

附表 4.4.3 高度複雜性針灸適應症

ICD-10-CM	中英文病名
A80	急性脊髓灰白質炎
C00-C96	惡性腫瘤(衍生出的相關符合針灸適應症)
D32	腦膜良性腫瘤
D33	腦瘤併發神經功能障礙
D48	Neoplasm of uncertain behavior of other and unspecified sites
D48	其他及未明示部位性態未明之腫瘤
D49	性態未明之腫瘤
F02、F04、F09	其他器質性精神病態
F03-F05	老年期及初老年期器質性精神病態限由精神科或神經科專科醫師開具之診斷書並加註專科醫師證號
F05	亞急性譫妄
F20、F21、F25	思覺失調症
F22、F23、F24	妄想狀態
F30-F39	情感性精神病
F84	源自兒童期之精神病
F80	特定的言語及語言發展障礙症
F82	特定的動作功能發展障礙症
G11、G94	脊髓小腦症
G12	脊髓性肌萎縮症及相關症候群
G20、G21	巴金森病
G35	多發性硬化症
G36	其他急性瀰漫性脫髓鞘
G40	癲癇
G45、G46、I67	其他腦血管疾病
G70	重症肌無力症
G71	肌肉特發性疾患
G80	嬰兒腦性麻痺
G81	偏癱
G82-G83+B91	其他麻痺性徵候群(急性脊髓灰白質炎之後期影響併有提及麻痺性徵候群)
G91	水腦症
G93.0	腦囊腫
G93.1	缺氧性腦損傷，他處未歸類者
G93.2	良性顱內高壓
G93.3 G93.31、G93.32、G93.39	病毒感染後疲勞症候群
G93.4	其他及未明示腦病變
G93.5	腦壓迫
G93.6	腦水腫
G93.7	雷氏症候群
H30	脈絡膜視網膜發炎
H31	其他脈絡膜疾患
H33、 <u>H44.2C1、H44.2C2、</u>	視網膜退化及裂孔

ICD-10-CM	中英文病名
H44.2C3 、 H44.2C9	
H34	視網膜血管阻塞
H35	視網膜其他疾患
H36	歸類於他處疾病所致之視網膜疾患
H40	青光眼
H42	歸類於他處疾病所致之青光眼
H43	玻璃體疾患
H46	眼球神經炎
H47	視(第二)神經及視路之其他疾患
H49	麻痺性斜視
H50	其他斜視
H51	其他雙側眼運動疾患
H53	視覺障礙
H54	失明及低視力
H55	眼球震顫及不規則眼球運動
I60	蜘蛛膜下腔出血
I61、I62	腦內出血
I65、I66、I63、 P91.821 、 P91.822 、 P91.823 、 P91.829	腦梗塞
M45	僵直性脊椎炎
M62.3	截癱性不動症候群
M99.0	節段及體結構功能障礙
M99.1	(脊椎)複雜性半脫位
M99.2	神經管半脫位性狹窄
M99.3	神經管骨性狹窄
M99.4	神經管結締組織狹窄
M99.5	神經管椎間盤狹窄
M99.6	椎間孔骨性及半脫位性狹窄
M99.7	椎間孔結締組織及椎間盤狹窄
Q11	無眼症、小眼畸形及巨眼畸形
Q13	前段眼先天性畸形
Q12	先天性水晶體畸形
Q14	後段眼先天性畸形
Q15	眼其他先天性畸形
S01.9、S06.3	腦裂傷及挫傷
S01.9、S06.4-S06.6	受傷後之蜘蛛網膜下、硬腦膜下及硬腦膜外出血
S04.01-S04.04	視神經及神經徑之損傷
S14.1、S24.1、S34.1	無明顯脊椎損傷之脊髓傷害
S14.1+S12.0-S12.6、 S24.1+S22.0、S34.1+S22.0- S32.0	脊柱骨折，伴有脊髓病灶
S14.2、S14.3、S24.2、S34.2、 S34.4	神經根級脊神經叢之損傷

ICD-10-CM	中英文病名
S14.5、S24.3、	肩及骨盆以外之軀幹神經損傷
S24.4、S24.8、S24.9、S34.5、 S34.6、S34.8、S34.9	胸、腰椎、囊和骨盆神經損傷
S44.0-S44.5、S44.8-S44.9、 S54.0-S54.3、S54.8-S54.9、 S64.0-S64.4、S64.8-S64.9	肩及上肢末梢神經之損傷
S74.0-S74.2、S74.8-S74.9、 S84.0-S84.2、S84.8-S84.9、 S94.0-S94.3、S94.8-S94.9	骨盆及下肢末梢神經損傷
P91	其他新生兒腦狀態障礙

附表 4.5.1 中度複雜性傷科適應症

ICD-10-CM	中文病名
G45、G46	其他腦血管疾病
G54	神經根及神經叢疾患
G61	發炎性多發神經病變
G62	其他及為明示之多發神經病變
G63	歸類於他處疾病所致之多發神經病變
G65	發炎性及毒性多發神經病變後遺症
G81	偏癱
G90	自主神經系統疾患
G91	水腦症
G93.0	腦囊腫
G93.1	缺氧性腦損傷，他處未歸類者
G93.2	良性顱內高壓
G93.3 G93.31、G93.32、 G93.39	病毒感染後疲勞症候群
G93.4	其他及未明示腦病變
G93.5	腦壓迫
G93.6	腦水腫
I60	蜘蛛膜下腔出血
I61、I62	腦內出血
I65、I66、I63 P91.821、P91.822、 P91.823、P91.829	腦梗塞
I67	其他腦血管疾病
M13.0	多發性關節炎
M15	多關節病症
M20	手指及(足)趾後天性變形
M21	其他後天性肢體變形
M40	脊椎後彎症及脊椎前彎症
M41	脊椎側彎症
M42	脊椎骨軟骨症
M43	其他變形性背部病變
M45	僵直性脊椎炎
M46	其他發炎性脊椎病變
M47	退化性脊椎炎
M48	其他脊椎病變
M50	頸椎椎間盤疾患

ICD-10-CM	中文病名
M51	胸椎、胸腰椎及腰薦椎椎間盤疾患
M53	其他背部病變，他處未歸類者
M62.3	截癱性不動症候群
M66	滑膜及肌腱自發性破裂
M80	骨質疏鬆症伴有病理性骨折
M87	骨壞死
M88	變形性骨炎 [骨 Paget (氏)病]
M90.5	歸類於他處疾病所致之骨壞死
M90.6	腫瘤疾病引起之變形性骨炎
M95.2	頭部其他後天性變形
M95.3	頸部後天性變形
M95.4	胸部及肋骨之後天性變形
M95.5	骨盆後天性變形
M95.8	肌肉骨骼系統，其他特定之後天性變形
M95.9	肌肉骨骼系統之後天性變形
M96	術中及術後併發症及肌肉骨骼系統疾患，他處未歸類者
M99.0	節段及體結構功能障礙
M99.1	(脊椎)複雜性半脫位
M99.2	神經管半脫位性狹窄
M99.3	神經管骨性狹窄
M99.4	神經管結締組織狹窄
M99.5	神經管椎間盤狹窄
M99.6	椎間孔骨性及半脫位性狹窄
M99.7	椎間孔結締組織及椎間盤狹窄
S14.1+S12.0-S12.6、 S24.1+S22.0、 S34.1+S22.0-S32.0	脊柱骨折，伴有脊髓病灶
S14.1、S24.1、S34.1	無明顯脊椎損傷之脊髓傷害
S01.9、S06.3	腦裂傷及挫傷
S01.9、S06.4-S06.6	受傷後之蜘蛛網膜下、硬腦膜下及硬腦膜外出血
S04.01-S04.04	視神經及神經徑之損傷
S14.2、S14.3、 S24.2、S34.2、S34.4	神經根級脊神經叢之損傷
S14.5、S24.3、	肩及骨盆以外之軀幹神經損傷
S24.4、S24.8、 S24.9、S34.5、 S34.6、S34.8、S34.9	胸交感神經系統的損傷、胸、腹部，下背部和骨盆水平神經損傷
S44.0-S44.5、S44.8- S44.9、S54.0-S54.3、	肩及上肢末梢神經之損傷

ICD-10-CM	中文病名
S54.8-S54.9、S64.0-S64.4、S64.8-S64.9	
S74.0-S74.2、S74.8-S74.9、S84.0-S84.2、S84.8-S84.9、S94.0-S94.3、S94.8-S94.9	骨盆及下肢末梢神經損傷

附表 4.5.2 高度複雜性傷科(多部位損傷)適應症

說明：損傷包含鈍傷(挫傷)(Contusion)，表淺損傷(superficial injury)，壓砸傷(Crushing injury)，擦傷(Abrasion)，拉傷(Strain)，扭傷(Sprain)，同時病歷主訴內容，診斷疾病須記載大於(含)兩個損傷部位。

ICD-10-CM	中文病名
M02.39	雷特病之關節病變及有關病態，多處部位
M35.2	畢賽徵候群之關節病變，多處部位
M13.89	更年期關節炎，多處部位
M12.89	其他明示之關節病變，多處部位
M12.9	未明示之關節病變，多處部位
M24.10、 M24.19	關節軟骨疾患，多處部位
M24.50、 M24.59	關節緊縮，多處部位
M24.60、 M24.69	關節粘連，多處部位
M24.80、 M24.89	其他關節障礙，他處未歸類，多處部位
M24.9	未明示之關節障礙，多處部位
M12.39	復發性風濕，多處部位
M25.50、 M25.59	關節痛，多處部位
M25.60、 M25.69	關節僵直，他處未歸類者，多處部位
R26.2	行走障礙，多處部位
M25.9	未明示之關節疾患，多處部位
S00.00	頭皮表淺損傷
S00.01	頭皮擦傷
S00.03	頭皮鈍傷
S00.1	眼瞼及眼周圍區域鈍傷
S00.20	眼瞼及眼周圍區域的表淺損傷
S00.21	眼瞼及眼周圍區域擦傷
S00.30	鼻子表淺損傷
S00.31	鼻子擦傷
S00.33	鼻子鈍傷
S00.40	耳表淺損傷
S00.41	耳擦傷
S00.43	耳鈍傷
S00.50	唇及口腔未明示表淺損傷
S00.51	唇及口腔擦傷
S00.53	唇及口腔鈍傷
S00.80	頭部其他部位表淺損傷
S00.81	頭部其他部位擦傷
S00.83	頭部其他部位鈍傷
S00.90	頭部未明示部位表淺損傷
S00.91	頭部未明示部位擦傷

ICD-10-CM	中文病名
S00.93	頭部未明示部位鈍傷
S03.4	下頷扭傷
S03.8	頭部其他關節及韌帶扭傷
S03.9	頭部未明示關節及韌帶扭傷
S05.0	結膜及角膜損傷未伴有異物
S05.1	眼球及眼眶組織鈍傷
S06.31	右側大腦鈍傷及撕裂傷
S06.32	左側大腦挫傷及裂傷
S06.33	大腦挫傷及裂傷，未明示側性
S06.37	小腦挫傷，裂傷及出血
S06.38	腦幹挫傷，裂傷及出血
S07	頭部壓砸傷
S09.10	頭部肌肉及肌腱損傷
S09.11	頭部肌肉及肌腱拉傷
S09.19	頭部肌肉及肌腱其他特定損傷
S09.8	頭部其他特定損傷
S09.9	臉部及頭部損傷
S10.0	咽喉挫傷
S10.11	咽喉擦傷
S10.80	頸部其他特定部位表淺性損傷
S10.81	頸部其他特定部位擦傷
S10.83	頸部其他特定部位挫傷
S10.90	頸部表淺性損傷
S10.91	頸部擦傷
S10.93	頸部挫傷
S13.4	頸椎韌帶扭傷
S13.5	甲狀腺區域扭傷
S13.8	頸部其他部位之關節和韌帶扭傷
S13.9	頸部未明示部位關節和韌帶扭傷
S16.1	頸部肌肉，筋膜和肌腱拉傷
S17	頸部壓砸傷
S19	頸部其他特定及未明示損傷
S20.0	乳房挫傷
S20.11	乳房擦傷
S20.2	胸部挫傷
S20.30	前胸壁表淺性損傷
S20.31	前胸壁擦傷
S20.40	後胸壁表淺性損傷
S20.41	後胸壁擦傷

ICD-10-CM	中文病名
S20.90	胸部表淺性損傷
S20.91	胸部擦傷
S23.3	胸椎韌帶扭傷
S23.4	肋骨及胸骨扭傷
S23.8	胸部其他特定部位扭傷
S23.9	胸部未明示部位扭傷
S29.00	胸部肌肉和肌腱未明示之損傷
S29.01	胸部肌肉和肌腱扭傷
S29.09	胸部肌肉和肌腱其他損傷
S29.8	胸部其他特定損傷
S29.9	胸部未明示損傷
S30.0	下背和骨盆挫傷
S30.1	腹壁挫傷
S30.2	外生殖器官挫傷
S30.3	肛門挫傷
S30.810	下背部和骨盆擦傷
S30.811	腹壁擦傷
S30.91	下背部和骨盆未明示表淺性損傷
S30.92	腹壁未明示表淺性損傷
S33.5	腰(部)脊椎[腰椎]韌帶扭傷及拉傷(勞損)
S33.6	薦髂骨間關節扭傷及拉傷(勞損)
S33.8	腰(部)脊椎[腰椎]與骨盆(腔)其他部位的扭傷及拉傷(勞損)
S33.9	腰(部)脊椎[腰椎]與骨盆(腔)未明示部位的扭傷及拉傷(勞損)
S38.1	腹部、下背部及骨盆壓砸傷
S39.00	腹部、下背部及骨盆肌肉、筋膜及韌帶損傷
S39.01	腹部、下背部及骨盆肌肉、筋膜及韌帶拉傷
S39.09	腹部、下背部及骨盆之肌肉、筋膜及韌帶其他損傷
S40.0	肩膀和上臂挫傷
S40.21	肩膀擦傷
S40.81	上臂擦傷
S40.9	肩膀及上臂表淺性損傷
S43.40	肩關節扭傷
S43.41	喙突肱骨間(韌帶)扭傷
S43.42	旋轉環膜囊扭傷
S43.49	肩關節其他扭傷
S43.5	肩胛峰鎖骨間關節扭傷
S43.6	肩胛峰鎖骨間關節扭傷
S43.8	肩帶其他特定部位扭傷
S43.9	肩帶未明示部位扭傷

ICD-10-CM	中文病名
S46.00	右側肩部旋轉肌環肌肉和肌腱損傷
S46.01	肩部旋轉肌環肌肉和肌腱拉傷
S46.09	肩部旋轉肌環肌肉和肌腱其他損傷
S46.10	二頭肌長頭部肌肉、筋膜和肌腱損傷
S46.11	二頭肌長頭部肌肉、筋膜和肌腱拉傷
S46.19	二頭肌長頭部肌肉、筋膜和肌腱其他損傷
S46.20	二頭肌其他部位肌肉、筋膜和肌腱損傷
S46.21	二頭肌其他部位肌肉、筋膜和肌腱拉傷
S46.29	二頭肌其他部位肌肉、筋膜和肌腱其他損傷
S46.30	三頭肌肌肉、筋膜和肌腱損傷
S46.31	三頭肌肌肉、筋膜和肌腱拉傷
S46.39	三頭肌肌肉、筋膜和肌腱其他損傷
S46.80	手臂肩及上臂區位其他肌肉、筋膜和肌腱損傷
S46.81	肩及上臂區位其他肌肉、筋膜和肌腱拉傷
S46.89	肩及上臂區位其他肌肉、筋膜和肌腱損傷
S46.90	肩及上臂區位肌肉、筋膜和肌腱損傷
S46.91	肩及上臂區位未明示肌肉、筋膜和肌腱拉傷
S46.99	肩及上臂區位未明示肌肉、筋膜和肌腱其他損傷
S47	肩部和上臂壓砸傷
S50.0	手肘挫傷
S50.1	前臂挫傷
S50.31	手肘擦傷
S50.81	前臂擦傷
S50.9	手肘及前臂表淺性損傷
S53.4	手肘扭傷
S56.00	前臂區位拇指屈肌、筋膜及肌腱損傷
S56.01	前臂區位拇指屈肌、筋膜及肌腱拉傷
S56.09	前臂區位拇指屈肌、筋膜及肌腱其他損傷
S56.10	前臂區位其他及未明示手指屈肌、筋膜及肌腱損傷
S56.19	前臂區位其他及未明示手指屈肌、筋膜及肌腱其他損傷
S56.20	前臂區位其他屈肌、筋膜及肌腱損傷
S56.21	前臂區位其他屈肌、筋膜及肌腱拉傷
S56.29	前臂區位其他屈肌、筋膜及肌腱其他損傷
S56.30	前臂區位拇指伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱損傷
S56.31	前臂區位拇指伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱拉傷
S56.39	前臂區位拇指伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱其他損傷
S56.40	前臂區位其他及未明示手指伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱損傷
S56.41	前臂區位未明示手指伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱拉傷
S56.49	前臂區位其他及未明示手指伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱其他損

ICD-10-CM	中文病名
	傷
S56.50	前臂區位其他伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱損傷
S56.51	前臂區位其他伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱拉傷
S56.59	前臂區位其他伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱其他損傷
S56.80	前臂區位其他肌肉、筋膜及肌腱損傷
S56.81	前臂區位其他肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S56.89	前臂區位其他肌肉、筋膜及肌腱其他損傷
S56.90	前臂區位未明示肌肉、筋膜及肌腱損傷
S56.91	前臂區位未明示肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S56.99	前臂區位未明示肌肉、筋膜及肌腱其他損傷
S57	手肘及前臂壓砸傷
S60.0	手指挫傷未伴有指甲受損
S60.1	手指挫傷伴有指甲受損
S60.2	腕部及手部挫傷
S60.31	拇指擦傷
S60.41	手指擦傷
S60.51	手部擦傷
S60.81	腕部擦傷
S60.9	腕部、手部及手指表淺性損傷
S63.5	腕部其他及未明示扭傷
S63.6	手指其他及未明示扭傷
S63.8	腕部及手部其他部位扭傷
S63.9	腕部及手部未明示部位扭傷
S66.00	拇指腕部及手部區位長屈肌、筋膜及肌腱損傷
S66.01	拇指腕部及手部區位長屈肌、筋膜及肌腱拉傷
S66.09	拇指腕部及手部區位長屈肌、筋膜及肌腱其他特定損傷
S66.10	其他及未明手指腕部及手部區位屈肌、筋膜及肌腱損傷
S66.11	其他或未明示手指腕部及手部區位屈肌、筋膜及肌腱拉傷
S66.19	其他或未明示手指腕部及手部區位屈肌、筋膜及肌腱其他損傷
S66.20	拇指腕部及手部區位伸指肌、筋膜及肌腱損傷
S66.21	拇指腕部及手部區位伸指肌、筋膜及肌腱拉傷
S66.29	拇指腕部及手部區位伸指肌、筋膜及肌腱其他特定損傷
S66.30	其他或未明示手指腕部及手部區位伸指肌、筋膜及肌腱損傷
S66.31	其他或未明示手指腕部及手部區位伸指肌、筋膜及肌腱拉傷
S66.39	其他及未明示手指腕部及手部區位伸指肌肉、筋膜及肌腱其他損傷
S66.40	拇指內腕部及手部區位肌肉、筋膜及肌腱損傷
S66.41	拇指內腕部及手部區位肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S66.49	拇指內腕部及手部區位肌肉、筋膜及肌腱其他特定損傷

ICD-10-CM	中文病名
S66.50	食指內腕部及手部區位肌肉、筋膜及肌腱損傷
S66.51	其他及未明示手指內腕部及手部區位肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S66.59	其他及未明示手指內腕部及手部區位肌肉、筋膜及肌腱其他損傷
S66.80	腕部及手部其他特定肌肉、筋膜及肌腱損傷
S66.81	腕部及手部其他特定肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S66.89	腕部及手部其他特定肌肉、筋膜及肌腱其他損傷
S66.90	腕部及手部未明示肌肉、筋膜及肌腱損傷
S66.91	腕部及手部未明示肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S66.99	腕部及手部未明示肌肉、筋膜及肌腱其他損傷
S67	腕部、手部及手指壓砸傷
S69	腕部、手部及手指其他及未明示損傷
S70.0	髖部挫傷
S70.1	大腿挫傷
S70.21	髖部擦傷
S70.31	大腿擦傷
S70.34	大腿外部壓傷
S70.9	髖部及大腿表淺性損傷
S73.1	髖部扭傷
S76.00	髖部肌肉、筋膜及肌腱損傷
S76.01	髖部肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S76.09	髖部肌肉、筋膜及肌腱其他特定損傷
S76.10	股四頭肌、筋膜及肌腱損傷
S76.11	股四頭肌、筋膜及肌腱拉傷
S76.19	股四頭肌、筋膜及肌腱其他特定損傷
S76.20	大腿內收肌、筋膜及肌腱損傷
S76.21	大腿內收肌、筋膜及肌腱拉傷
S76.29	大腿內收肌、筋膜及肌腱其他損傷
S76.30	大腿區位後側肌肉群之肌肉、筋膜及肌腱損傷
S76.31	大腿區位後側肌肉群之肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S76.39	大腿區位後側肌肉群之肌肉、筋膜及肌腱其他特定損傷
S76.80	大腿區位其他特定肌肉、筋膜及肌腱損傷
S76.81	大腿區位其他特定肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S76.89	大腿區位其他特定肌肉、筋膜及肌腱其他損傷
S76.90	大腿大腿區位未明示肌肉、筋膜及肌腱損傷
S76.91	大腿區位未明示肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S76.99	大腿區位未明示肌肉、筋膜及肌腱其他特定損傷
S77	髖部及大腿壓砸傷
S80.0	膝部挫傷
S80.1	小腿挫傷

ICD-10-CM	中文病名
S80.21	膝部擦傷
S80.81	小腿擦傷
S80.9	膝部及小腿表淺性損傷
S83.4	膝部副韌帶扭傷
S83.5	膝部十字韌帶扭傷
S83.6	上脛腓關節面及韌帶扭傷
S83.8	膝部其他特定部位扭傷
S83.9	膝部未明示部位扭傷
S86.00	阿基里斯跟腱損傷
S86.01	阿基里斯跟腱扭傷
S86.09	阿基里斯跟腱其他特定損傷
S86.10	小腿後肌群肌肉及肌腱損傷
S86.11	小腿後肌群肌肉及肌腱扭傷
S86.19	小腿後肌群其他肌肉及肌腱其他損傷
S86.20	小腿前肌群肌肉及肌腱損傷
S86.21	小腿前肌群肌肉及肌腱扭傷
S86.29	小腿前肌群肌肉及肌腱其他損傷
S86.30	小腿腓肌群肌肉及肌腱損傷
S86.31	小腿腓肌群肌肉及肌腱扭傷
S86.39	小腿腓肌群肌肉及肌腱其他損傷
S86.80	小腿其他肌肉及肌腱損傷
S86.81	小腿其他肌肉及肌腱扭傷
S86.89	小腿其他肌肉及肌腱其他損傷
S86.90	小腿未明示肌肉及肌腱損傷
S86.91	小腿未明示肌肉及肌腱扭傷
S86.99	小腿未明示肌肉及肌腱其他損傷
S87	小腿壓砸傷
S90.0	踝部挫傷
S90.1	腳趾挫傷未伴有趾甲損傷
S90.2	腳趾挫傷伴有趾甲損傷
S90.3	足部挫傷
S90.41	腳趾擦傷
S90.51	踝部擦傷
S90.81	足部擦傷
S90.9	踝部，足部及腳趾表淺性損傷
S93.4	踝部拉傷
S93.5	腳趾扭傷
S93.6	足部扭傷
S96.00	踝部及足部區位姆長屈肌和肌腱損傷

ICD-10-CM	中文病名
S96.01	踝部及足部區位姆長屈肌和肌腱拉傷
S96.09	踝部及足部區位姆長屈肌和肌腱其他損傷
S96.10	踝部及足部區位姆長伸肌和肌腱損傷
S96.11	踝部及足部區位肌腱之姆長伸肌和肌腱扭傷
S96.19	踝部及足部區位姆長伸肌和肌腱其他特定損傷
S96.20	踝部及足部區位內在肌和肌腱損傷
S96.21	踝部及足部區位內在肌和肌腱拉傷
S96.29	踝部及足部區位內在肌和肌腱其他特定損傷
S96.80	踝部及足部區位其他特定肌肉和肌腱損傷
S96.81	踝部及足部區位其他特定肌肉和肌腱拉傷
S96.89	踝部及足部區位其他特定肌肉和肌腱其他特定損傷
S96.90	踝部及足部區位未明示肌肉和肌腱損傷
S96.91	踝部及足部區位未明示肌肉和肌腱拉傷
S96.99	踝部及足部區位未明示肌肉和肌腱其他特定損傷
S97	踝部及足部壓砸傷
S99	踝部和足部其他特定損傷

附表 4.5.4 高度複雜性傷科(骨折)適應症

ICD-10-CM	中文病名
S02	顱骨及臉骨骨折
S12	頸椎和頸部其他部位骨折
S22	肋骨、胸骨及胸椎骨折
S32	腰(部)脊椎和骨盆骨折
S42	肩膀及上臂骨折
S49.0	肱骨上段生長板骨折
S49.1	肱骨下段生長板骨折
S52	前臂骨折
S59.0	尺骨下端生長板骨折
S59.1	橈骨上端生長板骨折
S59.2	橈骨下端生長板骨折
S62	腕部及手部骨折
S72	股骨骨折
S79.0	股骨近端骨后骨折
S79.1	股骨遠端骨后骨折
S82	小腿，包括踝部閉鎖性骨折
S89.0	脛骨上端生長板骨折
S89.1	脛骨下端生長板骨折
S89.2	腓骨上端生長板骨折
S89.3	腓骨下端生長板骨折
S92	足部與腳趾骨折，足踝除外
S99.0-S99.2	

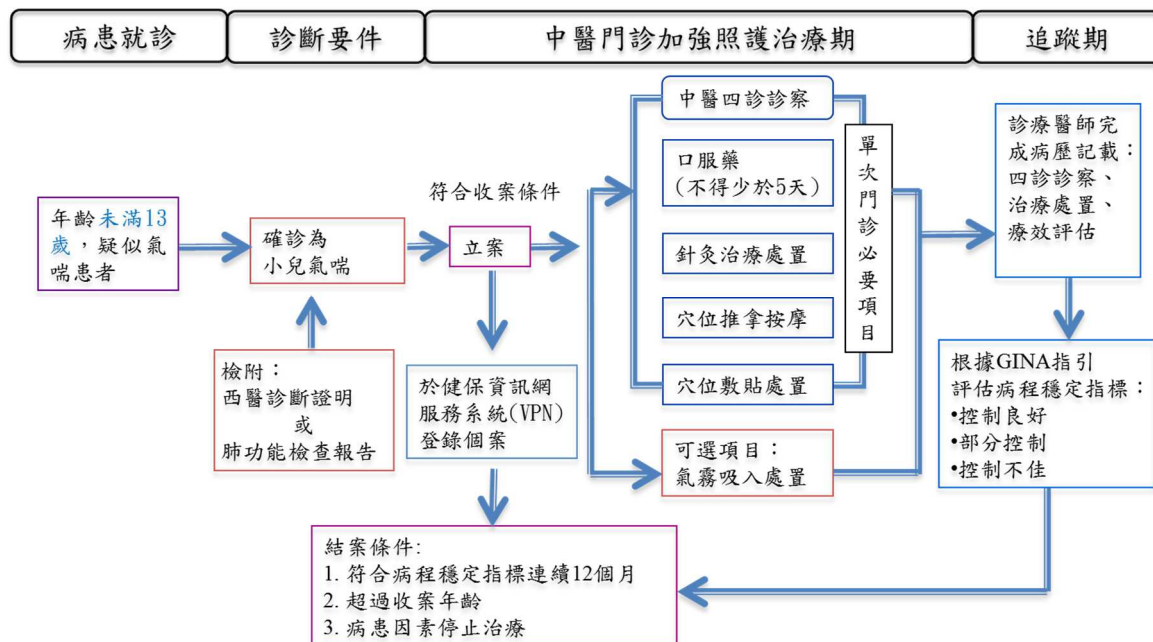
附表 4.7 舌診儀、脈診儀檢查適應症

疾病分類	適應症(ICD-10-CM)	診斷標準
心血管循環系統疾	1.心臟衰竭(I50; I11.0; I13; I97.13; O75.4; I09.81)	左心室射出率 $\leq 35\%$ ；左心室射出率介於 36%-50%，合併典型心臟衰竭症狀；左心室射出率 $> 50\%$ ，合併典型心臟衰竭症狀，且經心臟專科醫師確診者。
	2.急性冠狀動脈疾病(I24)	3 個月內曾因胸痛接受心導管檢查，確診有冠狀動脈阻塞或置入支架者。
	3.深層靜脈栓塞(I82)	靜脈超音波檢查或靜脈攝影檢查確診者。
	4.心律不整(I47; I49; R00; G90.A)	經心臟專科醫師確診者。
肝膽腸胃消化系統疾病	1.肝硬化(K70; K71; K74)	經肝臟超音波檢查或肝組織切片診斷為肝硬化者。
	2.消化性潰瘍(K25~K28)	經腸胃道內視鏡確定診斷者。
	3.大腸激躁症(K58)	至少三個月(連續或反覆發作)有以下五項中符合兩項以上的條件： (1)排便次數改變(每天三次以上或每週少於三次)。 (2)大便形態改變(硬團塊或是稀便、水便)。 (3)排便感覺改變(如必須用力，急便，或是感覺排不乾淨)。 (4)大便中帶黏液。 (5)腹脹。
	4.急慢性肝炎(B15~B19)	經肝臟超音波檢查或實驗室檢查確立診斷者。
肺部呼吸系統	1.慢性阻塞性肺病(J44)	慢性阻塞性肺病：肺功能檢查確診者($FEV_1/FVC \leq 70\%$)。
	2.氣喘(J45)	病史、理學檢查及實驗室的檢查，各方面的資料綜合判斷確立診斷者。
腎泌尿系統	1.慢性腎衰竭(N18.3 N18.30;N18.31;N18.32 ; N18.4; N18.5)	Stage III：中度慢性腎衰竭 $eGFR: 30\sim 59\text{ ml/min/1.73 m}^2$ ；Stage IV：重度慢性腎衰竭 $eGFR: 15\sim 29\text{ ml/min/1.73 m}^2$ ；Stage V：末期腎臟病變 $eGFR: < 15\text{ ml/min/1.73 m}^2$ 。
	2.腎或泌尿道結石(N20~N23)	影像學(超音波或電腦斷層)確診者。
免疫系統	1.全身性紅斑狼瘡(M32) 2.類風濕性關節炎(M05; M06; M08) 3.全身性硬化症(M34)	經風濕免疫科專科醫師確診者。

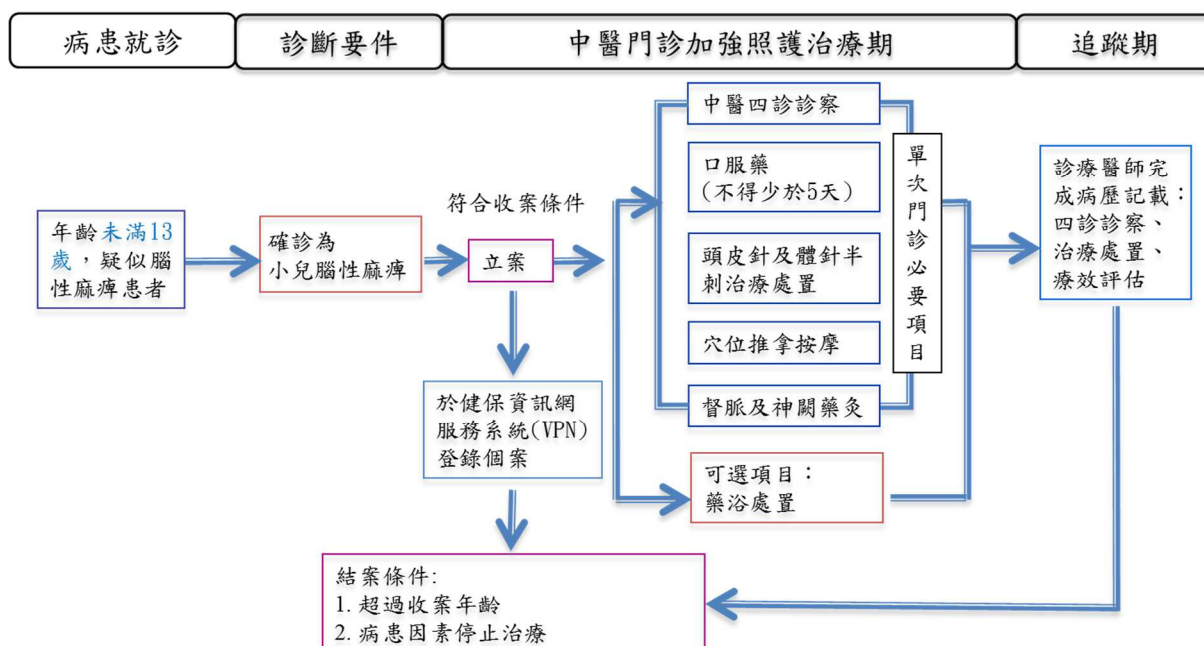
疾病分類	適應症(ICD-10-CM)	診斷標準
耳鼻喉系統	過敏性鼻炎(J30)	常見的臨床症狀為早上起床之後連續性打噴嚏、流鼻水及易鼻塞等三大症狀，其它常見的合併症狀有鼻子癢、眼睛癢、眼睛紅或是喉嚨常會有搔癢感。這些症狀再加上典型的過敏病史(包括家族史)、理學檢查與過敏病的實驗室檢查(包括嗜酸性白血球與 IgE 的總量、特異性 IgE 抗體、或過敏原皮膚試驗)就可確定診斷。
內分泌系統	1. 糖尿病 (E08~E11; E13; O24)	符合以下四項之一者： (1)糖化血色素(HbA1c) $\geq 6.5\%$ 。 (2)二次以上空腹血漿葡萄糖濃度 $\geq 126\text{mg/dl}$ 。 (3)葡萄糖耐量試驗二小時血漿葡萄糖濃度 $\geq 200\text{mg/dl}$ 。 (4)典型糖尿病症狀，譬如:多尿、多渴、多食，無法解釋的體重減輕，加上任意血漿葡萄糖濃度 $\geq 200\text{mg/dl}$ 。
	2. 甲狀腺功能亢進或低下(E02; E03; E05)	實驗數據符合且有典型臨床表現者。
神經精神系統	1. 重度憂鬱症(F32; F33)	符合 DSM-IV 診斷標準，經精神科醫師診斷者。
	2. 精神分裂症(F20; F21; F25)	符合 DSM-IV 診斷標準，經精神科醫師診斷者。
	3. 腦中風 (G45.0~G46.8; I60~I68; P91.821;P91.822;P91.823;P91.829)	臨床表現符合，經神經科醫師診斷，並有影像學依據者。
	4. 帕金森氏症(G20; G21)	經神經科醫師診斷者。
	5. 失智症 (F01~F03; F06.70;F06.71 ; G30; G31)	經神經科醫師診斷者。
腫瘤系統	惡性腫瘤(癌症)(C00~C96)	經腫瘤專科醫師診斷，有影像學與病理切片依據者。
婦產科疾病	1. 子宮肌瘤(D25)	經婦產科醫師診斷，並有影像學依據者(超音波或磁振造影等)。
	2. 子宮內膜異位症 (N80)	有內診、超音波紀錄或腹腔鏡檢查，經婦產科醫師診斷者。
	3. 不孕症(N46; N97)	結婚一年內有正常之性行為仍無法懷孕，經婦產科醫師診斷者。

附表 4.8.1 標準作業流程

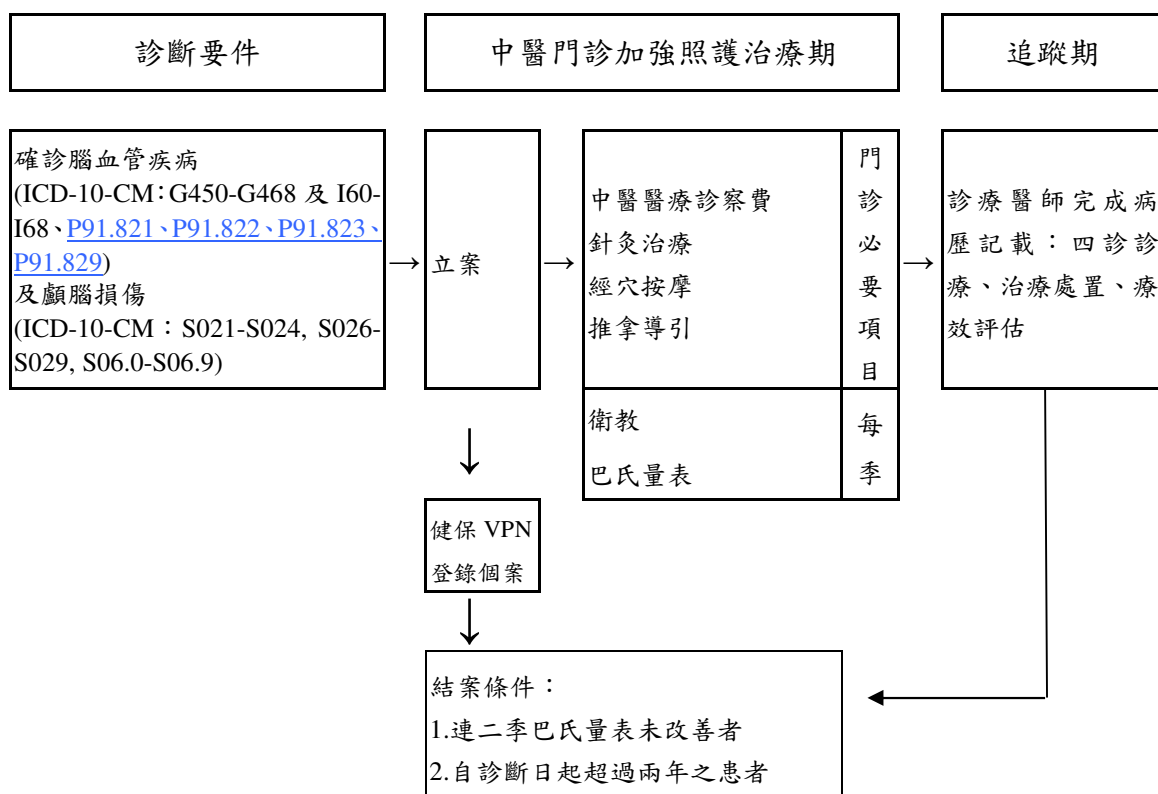
中醫特定疾病門診加強照護-(一)小兒氣喘疾病門診加強照護



中醫特定疾病門診加強照護-(二)小兒腦性麻痺疾病門診加強照護



中醫特定疾病門診加強照護-(三)腦血管疾病及顱腦損傷門診加強照護



第六部 論病例計酬

通則：

- 一、當主診斷及主手術(或處置)碼為本部各章節所列疾病診斷碼及手術(或處置)碼時，依本部各章節所訂支付點數或相關規定申報費用。
- 二、本部各章節所訂診療項目分為基本診療項目、選擇性診療項目二部份，基本診療項目之實施需達所訂基本診療項目之 65%(以四捨五入取至整數位)，選擇性診療項目(或其他診療項目)若為診療必須仍應施行，惟其費用已包含於定額中不得另行申報費用。
- 三、個案出院時應符合本部各章所訂出院狀態。
- 四、申報費用時須詳填國際疾病臨床修訂號碼，包括診斷碼及手術(或處置)碼，若有其他合併症時應詳填次診斷、次手術(或處置)碼。
- 五、本部各章節所訂點數中，已包含病房費、診察費、藥事服務費、藥品費、各項檢查及治療處置費、注射費、麻醉費、手術費、一般材料費及特殊材料費等健保支付標準所訂相關費用。
- 六、本部各章節所訂項目，若未依規定完成治療，保險對象即因故出院者，整筆醫療費用應按實際醫療費用申報。
- 七、本部各章節所述「實際醫療費用」應以本部以外其他各章節所訂點數計算。
- 八、本部各章節中基本診療項目列有執行次數，每項目執行一次即視為完成，惟醫令項目之執行未依規定達 65%時，以「所訂全部項目中未執行項目×其個別執行次數」為核減項次。
- 九、本部各章節中基本診療項目中有※者為必要執行項目，若未執行，整筆醫療費用不予給付。
- 十、各章節中若術前、術中或術後列有相同項目時，視為一項，其執行次數為二者之合計。
- 十一、本部各章節列有「得核實申報上限點數」及「得核實申報個案數比率」，其中「得核實申報上限點數」係指各醫療院所該項手術案件中，其有次診斷或次手術(或處置)而致實際醫療費用在所列之點數以上者，得按實際醫療費用申報；「得核實申報個案數比率」係指依前述規定核實申報之個案數不得超過各醫療院所當月份該項手術個案數之比率。
- 十二、本部各章節所訂項目，若有公認新療法或公認新手術方式，醫療院所應檢具相關成本資料向保險人提出申請，由保險人評估後先行訂定申報項目，供特約醫療院所適用，俟彙集項目及完整資料後，再另依全民健康保險法第四十一條辦理。

- 十三、若特約醫療院所計算得核實申報個案數未達一個案例時，得有一個案例核實申報，惟應同時符合申報上限點數之規定。
- 十四、特約醫療院所門診論病例計酬案件釋出處方者，應扣除釋出處方之藥費及藥事服務費後申報。
- 十五、本部各章節所訂項目執行率為百分之百之診療項目(例如第二部第一章病房費、診察費、藥事服務費等，以及本部之必要診療項目)之支付點數有異動時，依上述診療項目計算前後點數差額，配合調整本部定額支付點數及核實申報上限點數，其中第二部第一章項目次數，依本標準所列各論病例計酬平均住院日數計算；必要診療項目次數，則依本部各診療項目要求表所列次數計算。
- 十六、已導入全民健康保險住院診斷關聯群(Taiwan Diagnosis Related Groups, Tw-DRGs)之論病例計酬項目，適用 Tw-DRGs 之醫院應以 Tw-DRGs 支付標準申報。
- 十七、論病例計酬案件使用符合「全民健保尚未納入給付特材管理作業要點」之「全民健保尚未納入給付特材品項表」(以下稱品項表)所列特材，排除自付差額之特材品項，其保險醫事服務機構收費、申報及健保支付方式如下：
- (一) 病人同意使用符合品項表之特材，保險醫事服務機構應依醫療法第二十一條規定辦理。
 - (二) 如收取自費，保險醫事服務機構於申報論病例計酬時，應扣除被品項表特材替代之健保給付特材之支付點數，且應併同醫療費用申報。對照檔請參閱保險人全球資訊網公布之「全民健保尚未納入給付特殊材料品項(自費醫材)與替代健保給付特材品項對照檔」。
- 【醫令類別應填報：「D」(被替代之特材項目)、「E」(自費特材項目-未給付)或「F」(自費特材項目-不符給付規定)。】
- (三) 併同醫療費用申報資料：品項表(含不給付項目及不符適應症之個案)之品項代碼、單價、數量、收取自費總金額；被替代之健保給付特材品項代碼、單價、數量及支付點數。
 - (四) 品項表特材收取之自費金額，不得計入本部所稱「實際醫療費用」計算。
- 十八、除病人同意使用符合「全民健保尚未納入給付特材管理作業要點」規定之品項表特材或自付差額特材品項外，不得另行向保險對象收取給付範圍費用，違反本項規定者，整筆醫療費用不予支付。

第二章 婦科

通則：本章各項目「得核實申報上限點數」、「得核實申報個案數比率」如下表：

項目名稱	支付代碼	層級	得核實申報 上限點數	得核實申報 個案數比率	平均住院日數
子宮肌瘤切除術（住院）、子宮鏡子宮肌瘤切除術（住院）	97013C	基層診所	50,756	5%	6天、3天
輸卵管外孕手術（住院）	97017C	基層院所	42,986	5%	4天
子宮完全切除術（住院）	97022B	地區醫院	63,864	5%	7天
次全子宮切除術（住院）	97027C	基層院所	60,455	5%	7天
卵巢部分（全部）切除術或輸卵管卵巢切除術（住院）	97033B	地區醫院	48,698	5%	5天
腹腔鏡子宮完全切除術（住院）	97037B	地區醫院	85,753	5%	5天
腹腔鏡卵巢部分（全部）切除術或輸卵管卵巢切除術（住院）	97044C	基層診所	66,103	5%	5天
腹腔鏡子宮外孕手術（住院）	97047C	基層診所	60,052	5%	3天

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
97013C	<p>子宮肌瘤切除術(住院)、子宮鏡子宮肌瘤切除術(住院)</p> <p>註：1.診療項目要求表(詳附表 6.2.1)</p> <p>(1)基本診療項目</p> <p>(2)選擇性診療項目</p> <p>2.出院狀態</p> <p>(1)出院前至少二十四小時內體溫低於 37.5°C</p> <p>(2)無合併症</p> <p>(3)可自行解尿</p> <p>(4)正常胃腸功能，出院前二十四小時內至少正常排便一次</p> <p>(5)病人之衛教：</p> <p>A.沐浴及個人衛生</p> <p>B.傷口之照料</p> <p>C.活動程度(包括性生活等)之衛教</p> <p>D.口服藥</p> <p>E.門診回診時間</p> <p>3.主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)：0U590ZZ、0UB90ZZ、0U598ZZ、0UB98ZZ</p> <p>4.西醫基層院所申報限設置有門診手術室及觀察病床者。</p>	v				45188
97017C	<p>輸卵管外孕手術(住院)</p> <p>註：1.診療項目要求表(詳附表 6.2.2)</p> <p>(1)基本診療項目</p> <p>(2)選擇性診療項目</p> <p>2.出院狀態</p> <p>(1)出院前至少二十四小時內體溫低於 37.5°C</p> <p>(2)無合併症</p> <p>(3)可自行解尿</p> <p>(4)正常胃腸功能，出院前二十四小時內至少正常排便一次</p> <p>(5)病人之衛教：</p> <p>A.沐浴及個人衛生</p> <p>B.傷口之照料</p> <p>C.活動程度(包括性生活等)之衛教</p> <p>D.口服藥</p> <p>E.回診時間</p> <p>3.主診斷碼及主手術(或處置)碼：</p> <p>主診斷碼(ICD-10-CM)：000.1000.101、000.102、000.109、000.111、000.112、000.119</p> <p>主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)：0U950ZZ、0U960ZZ、0U970ZZ、10T20ZZ、10D27ZZ、10D28ZZ、<u>10D20ZZ、</u></p>	v				39615

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
	10D24ZZ 、10T23ZZ、10T27ZZ、10T28ZZ、 10T20ZZ+0UB50ZZ、10T20ZZ+0UB60ZZ 4.西醫基層申報限設置有門診手術室及觀察病床者。					
97022B	子宮完全切除術(住院) 註：1.診療項目要求表(詳附表 6.2.3) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.出院狀態 (1)出院前至少二十四小時內體溫低於 37.5℃ (2)無合併症 (3)可自行解尿 (4)正常胃腸功能，出院前二十四小時內至少正常排便一次 (5)病人之衛教： A.沐浴及個人衛生 B.傷口之照料 C.活動程度(包括性生活等)之衛教 D.口服藥 E.回診時間 3.主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)：0UT90ZZ+0UTC0ZZ、 0UT97ZZ+0UTC7ZZ		v			53209
97027C	次全子宮切除術(住院) 註：1.診療項目要求表(詳附表 6.2.4) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.出院狀態 (1)出院前至少二十四小時內體溫低於 37.5℃ (2)無合併症 (3)可自行解尿 (4)正常胃腸功能，出院前二十四小時內至少正常排便一次 (5)病人之衛教： A.沐浴及個人衛生 B.傷口之照料 C.活動程度(包括性生活等)之衛教 D.口服藥 E.回診時間 3.主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)：0UT90ZZ 4.西醫基層院所申報限設置有門診手術室及觀察病床者。		v			51597

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
97033B	卵巢部分（全部）切除術或輸卵管卵巢切除術(住院) 註：1.診療項目要求表(詳附表 6.2.5) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.出院狀態 (1)出院前至少二十四小時內體溫低於 37.5℃ (2)無合併症 (3)可自行解尿 (4)正常胃腸功能，出院前二十四小時內至少正常排便一次 (5)病人之衛教： A.沐浴及個人衛生 B.傷口之照料 C.活動程度(包括性生活等)之衛教 D.口服藥 E.回診時間 3.主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)：0UB00ZZ、0UB10ZZ、0UB20ZZ、0U500ZZ、0U510ZZ、0U520ZZ、0UB50ZZ、0UB60ZZ、0UT50ZZ、0UT60ZZ、0UT70ZZ、0UT20ZZ、0UT00ZZ、0UT10ZZ、0UT20ZZ+0UT70ZZ、0UT00ZZ+0UT50ZZ、0UT10ZZ+0UT60ZZ		v			39558
97037B	腹腔鏡子宮完全切除術(住院) 註：1.診療項目要求表(詳附表 6.2.6) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.出院狀態 (1)出院前至少二十四小時內體溫低於 37.5℃ (2)無合併症 (3)可自行解尿 (4)正常胃腸功能，出院前二十四小時內至少正常排便一次 (5)病人之衛教： A.沐浴及個人衛生 B.傷口之照料 C.活動程度(包括性生活等)之衛教 D.口服藥 E.回診時間 3.主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)：0UT9FZZ+0UTC4ZZ、0UT9FZZ+0UTC7ZZ、		v			85753

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
	00T90ZZ+00TC0ZZ+00JD4ZZ					
97044C	<p>腹腔鏡卵巢部分（全部）切除術或輸卵管卵巢切除術(住院)</p> <p>註：1.診療項目要求表(詳附表 6.2.7)</p> <p>(1)基本診療項目</p> <p>(2)選擇性診療項目</p> <p>2.出院狀態</p> <p>(1)出院前至少二十四小時內體溫低於 37.5℃</p> <p>(2)無合併症</p> <p>(3)可自行解尿</p> <p>(4)正常胃腸功能，出院前二十四小時內至少正常排便一次</p> <p>(5)病人之衛教：</p> <p>A.沐浴及個人衛生</p> <p>B.傷口之照料</p> <p>C.活動程度(包括性生活等)之衛教</p> <p>D.口服藥</p> <p>E.回診時間</p> <p>3.主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)：00B04ZZ、00B14ZZ、00B24ZZ、00U504ZZ、00U514ZZ、00U524ZZ、00T74ZZ、00T64ZZ、00T54ZZ、00T04ZZ、00T14ZZ、00T24ZZ、00T24ZZ+00T74ZZ、00T04ZZ+00T54ZZ、00T14ZZ+00T64ZZ</p> <p>4.西醫基層院所申報限設置有門診手術室及觀察病床者。</p>	v				66103
97047C	<p>腹腔鏡子宮外孕手術(住院)</p> <p>註：1.診療項目要求表(詳附表 6.2.8)</p> <p>(1)基本診療項目</p> <p>(2)選擇性診療項目</p> <p>2.出院狀態</p> <p>(1)出院前至少二十四小時內體溫低於 37.5℃</p> <p>(2)無合併症</p> <p>(3)可自行解尿</p> <p>(4)正常胃腸功能，出院前二十四小時內至少正常排便一次</p> <p>(5)病人之衛教：</p> <p>A.沐浴及個人衛生</p> <p>B.傷口之照料</p> <p>C.活動程度(包括性生活等)之衛教</p> <p>D.口服藥</p> <p>E.回診時間</p> <p>3.主診斷碼及主手術(或處置)碼：</p> <p>主診斷碼(ICD-10-CM)：000.0 000.00、000.01、000.1 000.101、000.102、000.109、000.111、000.112、000.119、000.2 000.201、000.202、000.209、000.211、000.212、</p>	v				60052

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>O00.219、O00.8 O00.80、O00.89、O00.9 O00.90、O00.91</u> 主手術(或處置)碼(ICD-10- PCS)：0U954ZZ、0U964ZZ、0U974ZZ、10T24ZZ 4.西醫基層院所申報限設置有門診手術室及觀察病床者。					

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

第一章 Tw-DRGs 支付通則

一、名詞定義

(一)相對權重(Relative Weight, 以下簡稱 RW)：

1. 計算資料排除通則三所列不適用第七部支付標準之案件、通則六之(六)得另行核實申報點數、通則六之(七)依「DRG 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」(附表 7.1)規定加計額外醫療點數。
2. 計算資料之基本診療項目支付點數以地區醫院支付標準校正。
3. 計算公式：「某 Tw-DRG 平均每人次點數/全國平均每人次點數」。

(二)標準給付額 (Standardized Payment Rate, 以下簡稱 SPR)：

1. 計算資料排除通則三所列不適用第七部支付標準之案件、通則六之(三)超過上限臨界點之醫療服務點數、通則六之(六)得另行核實申報點數、通則六之(七)依「DRG 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」(附表 7.1)規定加計額外醫療點數。
2. 計算公式：「全國合計點數/全國總權重」並經調整之給付值。
3. SPR 係按「實施前後總點數中平原則」及「超過上限臨界點之支付點數占總 Tw-DRG 支付點數之 5.1%原則」計算之「標準給付額」。

(三)病例組合指標(Case Mix Index, 以下簡稱 CMI)：

CMI 值計算公式： $\Sigma(\text{各 DRG 案件數} * \text{各 DRG 相對權重}) / \text{DRG 總案件數}$ 。

(四)主要疾病類別 (Major Diagnostic Category, 以下簡稱 MDC)：Tw-DRG 之主要疾病類別為 PRE MDC、MDC1 至 MDC24，其內容及 Tw-DRG 分類條件如「全民健康保險住院診斷關聯群分類手冊(以下稱 TW-DRG 分類手冊)」。

(五)醫療服務點數上限臨界點：各 Tw-DRG 之上限臨界點，係以「實施前後總點數中平」及「全國超過上限臨界點部分之總支付點數占率為 5.1%」原則計算之各 Tw-DRG 之相同百分位值。

(六)醫療服務點數下限臨界點：各 Tw-DRG 之下限臨界點，以該 Tw-DRG 醫療服務點數之 2.5 百分位值訂定。

(七)醫療服務點數：醫事服務機構依據本標準及全民健康保險藥物給付項目及支付標準，申報其所提供醫療服務之點數。

(八)幾何平均住院日：依相對權重計算範圍之資料，計算各 DRG 之幾何平均住院日，病人所需之住院日數應由臨床醫師專業判斷，若病人病情尚未穩定或治癒，各特約醫院不得以此要求病人出院；若經醫師認

定應出院者，病人亦不得以此要求繼續住院。

二、各 Tw-DRG 之給付，已包含當次住院屬本標準及全民健康保險藥物給付項目及支付標準所定各項相關費用，特約醫療院所不得將屬當次住院範圍之相關費用移轉至門診或急診申報，或採分次住院，或除病人同意使用符合「全民健保尚未納入給付特材管理作業要點」規定之特材外，另行向保險對象收取給付範圍費用，違反規定者，整筆醫療費用不予支付。

三、下列案件不適用第七部支付標準：

(一)主診斷為癌症、性態未明腫瘤案件：

	ICD-9-CM	ICD-10-CM
癌症	140.XX-176.XX、179.XX-208.XX、 V58.0、V58.1、V67.1、V67.2	C00.0-C94.32、C94.80-C96.9、Z51.0、Z51.1、Z51.11、Z51.12、Z08
性態未明腫瘤	235.XX、236.XX、237.XX、238.XX	D37-D48、J84.81、C94.4、C94.6

(二)主或次診斷為臟器移植併發症及後續住院：

ICD-9-CM	ICD-10-CM
996.8X V42.XX	D89.810-D89.813、T86.00-T86.09、T86.10-T86.19、T86.20-T86.29、T86.30-T86.39、T86.40-T86.49、T86.5、T86.810-T86.819、T86.850-T86.859、T86.90-T86.99、Z94.0-Z94.4、Z94.6、Z94.81-Z94.84、Z94.89、Z94.9

(三)MDC19、MDC20 之精神科案件。

(四)主或次診斷為愛滋病、凝血因子異常或主管機關公告之罕見疾病案件。

	ICD-9-CM	ICD-10-CM
愛滋病	042	B20
凝血因子異常	286.0-286.3、286.7	D66、D67、D68.1、D68.2、D68.4

(五)計畫型案件。

(六)住院日超過三十日之案件。

(七)使用 Extracorporeal Membrane Oxygenation(ECMO)之案件。

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
39.65	5A15223 5A1522F、5A1522G、5A1522H、 5A15A2F、5A15A2G、5A15A2H

(八)住院安寧療護案件。

(九)其他非屬「醫院醫療給付費用總額」範圍之案件。

(十)使用主動脈內氣球幫浦(IABP)個案。

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
37.61	5A02110、5A02210

(十一)生產有合併植入性胎盤、產後大出血或產後血液凝固缺損之案件。

	ICD-9-CM	ICD-10-CM
合併植入性胎盤	656.7X、 666.0X、 666.2X、 667.0X、667.1X	O43.011-O43.199 O43.211-O43.239 O43.811-O43.93、O72.0-O72.3、 O73.0- O73.1
產後大出血	666.1X	O72.1
產後血液凝固缺損	666.3X	O72.3

(十二)複雜性多重骨盆腔器官脫垂，須同時施行骨盆腔多器官重建手術之個案，共計十組：

1.

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
68.4+70.77 +70.50	(0UT90ZZ、0UT94ZZ、0UTC0ZZ、0UTC4ZZ) +(0USG0ZZ、0USG4ZZ、0USGXZZ、 0USG7ZZ 、 0USG8ZZ) +(0JQC0ZZ、0JQC3ZZ、0JUC07Z、0JUC0JZ、0JUC0KZ、 0JUC37Z、0JUC3JZ、0JUC3KZ、0UUG07Z、0UUG0JZ、 0UUG0KZ、0UUG47Z、0UUG4JZ、0UUG4KZ、0UUG77Z、 0UUG7JZ、0UUG7KZ、0UUG87Z、0UUG8JZ、0UUG8KZ)
上述處置合併 59.79、59.5	上述處置外，另加 (0TQD0ZZ、0TQD3ZZ、0TQD4ZZ、0TQD7ZZ、0TQD8ZZ、 0TQDXZZ、0TUC0JZ、0TUC4JZ、0TUC7JZ、0TUC8JZ、 0TSD0ZZ、0TSD4ZZ、0TUC07Z、0TUC0KZ、0TUC47Z、 0TUC4KZ、0TUC77Z、0TUC7KZ、0TUC87Z、0TUC8KZ、 0TUD07Z、0TUD0JZ、0TUD0KZ、0TUD47Z、0TUD4JZ、 0TUD4KZ、0TUD77Z、0TUD7JZ、0TUD7KZ、0TUD87Z、 0TUD8JZ、0TUD8KZ、0TUDX7Z、0TUDXJZ、0TUDXKZ、 0TQC0ZZ、0TQC3ZZ、0TQC4ZZ、0TQC7ZZ、0TQC8ZZ)

2.

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
68.59+70.77 +70.50	(0UT97ZZ、0UT98ZZ、0UTC7ZZ、0UTC8ZZ) +(0USG0ZZ、0USG4ZZ、0USGXZZ、 0USG7ZZ 、 0USG8ZZ) +(0JQC0ZZ、0JQC3ZZ、0JUC07Z、0JUC0JZ、0JUC0KZ、 0JUC37Z、0JUC3JZ、0JUC3KZ、0UUG07Z、0UUG0JZ、 0UUG0KZ、0UUG47Z、0UUG4JZ、0UUG4KZ、0UUG77Z、 0UUG7JZ、0UUG7KZ、0UUG87Z、0UUG8JZ、0UUG8KZ)
上述處置合併 59.79、59.5	上述處置外，另加 (0TQD0ZZ、0TQD3ZZ、0TQD4ZZ、0TQD7ZZ、0TQD8ZZ、 0TQDXZZ、0TUC0JZ、0TUC4JZ、0TUC7JZ、0TUC8JZ、 0TSD0ZZ、0TSD4ZZ、0TUC07Z、0TUC0KZ、0TUC47Z、 0TUC4KZ、0TUC77Z、0TUC7KZ、0TUC87Z、0TUC8KZ、 0TUD07Z、0TUD0JZ、0TUD0KZ、0TUD47Z、0TUD4JZ、 0TUD4KZ、0TUD77Z、0TUD7JZ、0TUD7KZ、0TUD87Z、

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
	0TUD8JZ、0TUD8KZ、0TUDX7Z、0TUDXJZ、0TUDXKZ、0TQC0ZZ、0TQC3ZZ、0TQC4ZZ、0TQC7ZZ、0TQC8ZZ)

3.

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
70.50+69.22+70.92	(0JQC0ZZ、0JQC3ZZ、0JUC07Z、0JUC0JZ、0JUC0KZ、0JUC37Z、0JUC3JZ、0JUC3KZ、0UUG07Z、0UUG0JZ、0UUG0KZ、0UUG47Z、0UUG4JZ、0UUG4KZ、0UUG77Z、0UUG7JZ、0UUG7KZ、0UUG87Z、0UUG8JZ、0UUG8KZ) + (0US90ZZ、0US94ZZ、 0US97ZZ 、 0US98ZZ) +(0ULF7DZ、0ULF7ZZ、0ULF8DZ、0ULF8ZZ、0UMF0ZZ、0UMF4ZZ、0UNF0ZZ、0UNF3ZZ、0UNF4ZZ、0UNF7ZZ、0UNF8ZZ、0UQF0ZZ、0UQF3ZZ、0UQF4ZZ、0UQF7ZZ、0UQF8ZZ、0USF0ZZ、0USF4ZZ、0UTF0ZZ、0UTF4ZZ、0UTF7ZZ、0UTF8ZZ、0UUF07Z、0UUF0JZ、0UUF0KZ、0UUF47Z、0UUF4JZ、0UUF4KZ、0UUF77Z、0UUF7JZ、0UUF7KZ、0UUF87Z、0UUF8JZ、0UUF8KZ、 0USF8ZZ)
上述處置合併 59.79、59.5	上述處置外，另加 (0TQD0ZZ、0TQD3ZZ、0TQD4ZZ、0TQD7ZZ、0TQD8ZZ、0TQDXZZ、0TUC0JZ、0TUC4JZ、0TUC7JZ、0TUC8JZ、0TSD0ZZ、0TSD4ZZ、0TUC07Z、0TUC0KZ、0TUC47Z、0TUC4KZ、0TUC77Z、0TUC7KZ、0TUC87Z、0TUC8KZ、0TUD07Z、0TUD0JZ、0TUD0KZ、0TUD47Z、0TUD4JZ、0TUD4KZ、0TUD77Z、0TUD7JZ、0TUD7KZ、0TUD87Z、0TUD8JZ、0TUD8KZ、0TUDX7Z、0TUDXJZ、0TUDXKZ、0TQC0ZZ、0TQC3ZZ、0TQC4ZZ、0TQC7ZZ、0TQC8ZZ)

4.

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
70.79 +69.22+70.92	(0U7G0DZ、0U7G0ZZ、0U7G3DZ、0U7G3ZZ、0U7G4DZ、0U7G4ZZ、0UMG0ZZ、0UMG4ZZ、0UNG0ZZ、0UNG3ZZ、0UNG4ZZ、0UQG0ZZ、0UQG3ZZ、0UQG4ZZ、0UQG7ZZ、0UQG8ZZ、0UQGXZZ、0UQG0ZZ、0UQG3ZZ、0UQG4ZZ、0UQG7ZZ、0UQG8ZZ、0UQGXZZ、0WQN0ZZ、0WQN3ZZ、0WQN4ZZ、0WQNXZZ) +(0US90ZZ、0US94ZZ、 0US97ZZ 、 0US98ZZ) +(0ULF7DZ、0ULF7ZZ、0ULF8DZ、0ULF8ZZ、0UMF0ZZ、0UMF4ZZ、0UNF0ZZ、0UNF3ZZ、0UNF4ZZ、0UNF7ZZ、0UNF8ZZ、0UQF0ZZ、0UQF3ZZ、0UQF4ZZ、0UQF7ZZ、0UQF8ZZ、0USF0ZZ、0USF4ZZ、0UTF0ZZ、0UTF4ZZ、0UTF7ZZ、0UTF8ZZ、0UUF07Z、0UUF0JZ、0UUF0KZ、0UUF47Z、0UUF4JZ、0UUF4KZ、0UUF77Z、0UUF7JZ、0UUF7KZ、0UUF87Z、0UUF8JZ、0UUF8KZ、 0USF8ZZ)
上述處置合併	上述處置外，另加

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
59.79、59.5	(0TQD0ZZ、0TQD3ZZ、0TQD4ZZ、0TQD7ZZ、0TQD8ZZ、0TQDXZZ、0TUC0JZ、0TUC4JZ、0TUC7JZ、0TUC8JZ、0TSD0ZZ、0TSD4ZZ、0TUC07Z、0TUC0KZ、0TUC47Z、0TUC4KZ、0TUC77Z、0TUC7KZ、0TUC87Z、0TUC8KZ、0TUD07Z、0TUD0JZ、0TUD0KZ、0TUD47Z、0TUD4JZ、0TUD4KZ、0TUD77Z、0TUD7JZ、0TUD7KZ、0TUD87Z、0TUD8JZ、0TUD8KZ、0TUDX7Z、0TUDXJZ、0TUDXKZ、0TQC0ZZ、0TQC3ZZ、0TQC4ZZ、0TQC7ZZ、0TQC8ZZ)

5.

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
70.77 +70.50	(0USG0ZZ、0USG4ZZ、0USGXZZ、 <u>0USG7ZZ、0USG8ZZ</u>) +(0JQC0ZZ、0JQC3ZZ、0JUC07Z、0JUC0JZ、0JUC0KZ、0JUC37Z、0JUC3JZ、0JUC3KZ、0UUG07Z、0UUG0JZ、0UUG0KZ、0UUG47Z、0UUG4JZ、0UUG4KZ、0UUG77Z、0UUG7JZ、0UUG7KZ、0UUG87Z、0UUG8JZ、0UUG8KZ)
上述處置合併 59.79、59.5	上述處置外，另加 (0TQD0ZZ、0TQD3ZZ、0TQD4ZZ、0TQD7ZZ、0TQD8ZZ、0TQDXZZ、0TUC0JZ、0TUC4JZ、0TUC7JZ、0TUC8JZ、0TSD0ZZ、0TSD4ZZ、0TUC07Z、0TUC0KZ、0TUC47Z、0TUC4KZ、0TUC77Z、0TUC7KZ、0TUC87Z、0TUC8KZ、0TUD07Z、0TUD0JZ、0TUD0KZ、0TUD47Z、0TUD4JZ、0TUD4KZ、0TUD77Z、0TUD7JZ、0TUD7KZ、0TUD87Z、0TUD8JZ、0TUD8KZ、0TUDX7Z、0TUDXJZ、0TUDXKZ、0TQC0ZZ、0TQC3ZZ、0TQC4ZZ、0TQC7ZZ、0TQC8ZZ)

四、參與各項醫療給付改善方案、計畫，依其所定支付標準申報，不適用第七部各章節支付標準。

五、符合第六部「論病例計酬」所定條件之案件，應依本章通則所定時程及支付標準優先適用。

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

(一) 實際醫療服務點數低於下限臨界點者，應核實申報。

(二) 實際醫療服務點數在上、下限臨界點範圍內者，計算公式如下：

1. Tw-DRG 支付定額 = $RW \times SPR \times (1 + \text{基本診療加成率} + \text{兒童加成率} + \text{CMI 加成率} + \text{山地離島地區醫院加成率})$ 。

2. 基本診療加成率：依據本標準第一部總則二規定，依醫療機構與保險人簽定合約之特約類別：

(1) 醫學中心：百分之七點一。

(2) 區域醫院：百分之六點一。

(3) 地區醫院：百分之五。

3. 兒童加成率：

(1)MDC15：「年齡未滿六個月者」為百分之二十三；「年齡六個月以上，未滿二歲者」為百分之九；「年齡二歲以上，未滿七歲者」為百分之十。

(2)非 MDC15。

a.內科系 Tw-DRG：「年齡未滿六個月者」為百分之九十一；「年齡六個月以上，未滿二歲者」為百分之二十三；「年齡二歲以上，未滿七歲者」為百分之十五。

b.外科系 Tw-DRG：「年齡未滿六個月者」為百分之六十六；「年齡六個月以上，未滿二歲者」為百分之二十一；「年齡二歲以上，未滿七歲者」為百分之十。

(3)內外科系認定表詳見「TW-DRG 分類手冊」。

4. 病例組合指標 Case Mix Index(CMI)加成率：各醫院依據保險人公布之 CMI 值及下列成數加成。

(1)CMI 值大於 1.1，小於等於 1.2 者，加計百分之一。

(2)CMI 值大於 1.2，小於等於 1.3 者，加計百分之二。

(3)CMI 值大於 1.3，加計百分之三。

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

5. 山地離島地區之醫院加成率：

(1)山地地區：百分之二。

(2)離島地區：百分之二十。

(三) 實際醫療服務點數高於點數上限臨界點者，計算方式如下：

1.年齡未滿十八歲之先天性疾病個案，超過上限臨界點之實際醫療服務點數全數支付。先天性疾病個案係指主診斷如下：

ICD-9-CM	ICD-10-CM
----------	-----------

740.XX~759.XX (不包括 744.43、744.46、744.47、 744.49、750.0、750.12、750.13、 750.21、750.22、750.23、 750.24、750.25、752.51、 752.52、752.69、757.39)、 478.33、389.11、389.9	Q00.0-Q99.9、E78.71、E78.72、G90.1、N64.82 (不包括 Q18.1、Q18.2、Q38.0、Q38.1、Q38.3、 Q38.4、Q53.00-Q53.02、Q53.10-Q53.12、Q53.20- Q53.22、Q53.9、Q55.22、Q55.5、Q55.61、Q55.63、 Q55.69、Q81.0-Q81.2、Q81.8、Q81.9、Q82.8、 Q82.9)、J38.02、H90.3、H90.41、H90.42、H91.90- H91.93
---	--

2.非前述個案，按(二)原則計算之金額，加上超過上限臨界點部分之百分之八十支付，即 Tw-DRG 支付定額+(實際醫療服務點數-醫療服務點數上限臨界點)*80%；實際醫療服務點數高於點數上限臨界點，且 TW-DRG 支付定額高於上限臨界點但低於實際醫療服務點數之個案，上限臨界點以 TW-DRG 支付定額計算；實際醫療服務點數高於點數上限臨界點，惟 TW-DRG 支付定額高於實際醫療服務點數之個案，不得計算超過上限臨界點支付數。

(四)一般自動出院或轉院個案，若其住院日數小於「該 Tw-DRG 幾何平均住院日」且實際醫療服務點數介於上下限臨界點範圍內者，依前述(二)公式計算之 Tw-DRG 支付定額，除以該 Tw-DRG 幾何平均住院日數，論日支付。

(五)死亡及病危自動出院個案，依(一)至(三)計算。

(六)下列項目得另行核實申報不含於 DRG 支付點數，其點數亦不得計入通則六所稱實際醫療服務點數計算。

- 1.生產 DRG 之權重僅計算當次產婦及一人次新生兒費用，新生兒如為雙胞胎以上得另計一人次新生兒費(多胞胎類推)。
- 2.同次住院期間之安胎費用不併入生產相關 DRG，俟所屬 MDC 導入時按其適當 DRG 申報及支付。
- 3.次診斷為癌症及性態未明腫瘤之個案核實申報之化療、放療費用，應符合下列三項要件：

(1)次診斷為癌症或性態未明腫瘤：

	ICD-9-CM	ICD-10-CM
癌症	140.XX-176.XX、179.XX-208.XX、	C00.0-C94.32、C94.80-C96.9
性態未明腫瘤	235.XX、236.XX、237.XX、238.XX	D37-D48、J84.81、C94.4、C94.6

(2)處置碼包括化療(化療注射劑始需編處置碼)、荷爾蒙注射療法(荷爾蒙注射療法始需編處置碼)或放療：

	ICD-9-CM	ICD-10-PCS
化療	99.25	3E00X05、3E01305、3E02305、3E03005、3E0300P、3E03305、3E0330P、3E04005、3E0400P、3E04305、3E0430P、3E05005、

		3E0500P、3E05305、3E0530P、3E06005、 3E0600P、3E06305、3E0630P、3E09305、 3E09705、3E09X05、3E0A305、3E0B305、 3E0B705、3E0BX05、3E0C305、3E0C705、 3E0CX05、3E0D305、3E0D705、3E0DX05、 3E0F305、3E0F705、3E0F805、3E0G305、 3E0G705、3E0G805、3E0H305、3E0H705、 3E0H805、3E0J305、3E0J705、3E0J805、 3E0K305、3E0K705、3E0K805、3E0L305、 3E0L705、3E0M305、3E0M705、3E0N305、 3E0N705、3E0N805、3E0P305、3E0P705、 3E0P805、3E0Q305、3E0Q705、3E0R305、 3E0S305、3E0U305、3E0V305、3E0W305、 3E0Y305、3E0Y705、 XW01348 、 XW03358 、 XW03368 、 XW03378 、 XW03387 、 XW033A7 、 XW033B3 、 XW033C7 、 XW033D6 、 XW033H7 、 XW033J7 、 XW033K7 、 XW033M7 、 XW033N7 、 XW033Q5 、 XW033S5 、 XW04358 、 XW04368 、 XW04378 、 XW04387 、 XW043A7 、 XW043B3 、 XW043C7 、 XW043D6 、 XW043H7 、 XW043J7 、 XW043K7 、 XW043M7 、 XW043N7 、 XW043Q5 、 XW043S5 、 XW0DXJ5 、 XW0DXL5 、 XW0DXR5 、 XW0DXV5 、 3E0M30Y 、 3E0Q005
荷爾蒙注射療法	99.24	3E013VJ、3E030VJ、3E033VJ、3E040VJ、 3E043VJ、3E050VJ、3E053VJ、3E060VJ、 3E063VJ
放療	92.2X	詳附表 7.0

(3)核實申報項目：化療之核實申報項目為支付標準代碼為 37005B、37025B、37031B~37041B，或個案使用之化療藥品。
放療之核實申報項目為支付標準代碼為 36001B~36015B、
36018B~36021C、37006B~37019B、37026B、37030B、37046B。

4.使用呼吸器之個案核實申報之呼吸器費用，應符合下列二項要件：

(1)處置碼包含使用呼吸器：

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
96.7X、93.90、 93.91、93.99	5A1935Z、5A1945Z、5A1955Z、5A09357、5A09457、 5A09557、5A09358、5A09458、5A09558、5A09359、 5A0935B、5A0935Z、5A09459、5A0945B、5A0945Z、 5A09559、5A0955B、5A0955Z、 5A0935A 、 5A0945A 、 5A0955A

(2)核實申報項目為支付標準代碼為 57001B~57002B、57023B)。

5.施行洗腎之個案核實申報之洗腎費用，應符合下列二項要件：

(1)處置碼包含洗腎：

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
----------	------------

39.95	5A1D00Z、5A1D60Z、5A1D70Z、5A1D80Z、5A1D90Z
-------	---

(2)核實申報項目為支付標準代碼為 58001C。

6.生物製劑。

7.新增診療項目且無替代既有項目者：因無法進行點數差額校正，故自公告實施日期起，得採核實申報。核實申報診療項目自核實申報迄日之次日起，即應於 DRG 內申報。核實申報相關規定公布於保險人全球資訊網 Tw-DRGs 支付標準。

(七)使用新增全新功能類別特殊材料之個案，除依(一)至(三)、(六)計算 DRG 支付點數及另行核實申報點數外，得依「DRG 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」(附表 7.1)規定加計額外醫療點數。

七、Tw-DRG 導入後申報醫療點數：本章通則六計算所得之 Tw-DRG 支付點數及通則六之(六)得另行申報項目之支付點數。

八、各 MDC 導入時程如下：

時程	DRG 或 MDC
第一階段(九十九年一月一日起)	170 項 DRG(附表 7.2.1)
第二階段(一百零三年七月一日起)	MDC5、8、12、13、14 共 237 項 ^註 DRG(附表 7.2.2)
第三階段	(暫定)2、3、6、7、9、10
第四階段	(暫定)PRE、4、11、17、23、24
第五階段	(暫定)1、15、16、18、21、22

註：安胎相關之六項 DRG(DRG37901、37902、37903、38301、38302、384)、MDC5「循環系統」之十項 DRG(DRG11601、11602、11603、11604、11605、126、12701、12702、47804、47904)、MDC8「肌肉骨骼、肌肉系統及結締組織」之七項 DRG(DRG496、49701、49702、49801、49802、499、500)，第二階段暫不導入。

九、無權重之 Tw-DRG 應核實申報醫療服務點數，附表 7.3 註記※之 Tw-DRG 因個案數小於二十暫採核實申報醫療服務點數；依時程尚未導入之 MDC 案件，核實支付。

十、各 Tw-DRG 點值計算方式，依全民健康保險會年度總額協商結果辦理。

十一、第七部各章節支付標準修正時，跨月案件依出院日支付標準申報。

十二、若有經公認之新療法，醫事服務機構應檢具相關成本資料向保險人提出申請，由保險人評估後，先行訂定診療項目，供醫事服務機構適用，俟

彙集項目及完整資料後，再依本法第四十一條第一項之程序辦理。

十三、DRG 參數計算方式及頻率：

- (一)各 TW-DRG 權重(RW)、幾何平均住院日、醫療服務點數上限臨界點、醫療服務點數下限臨界點及標準給付額(SCR)，由保險人每半年計算一次，每下半年依前一年度資料計算次年上半年度適用參數；每上半年依前前一年度資料計算當年下半年度適用參數，如附表 7.3。例如：一百十年下半年及一百十一年上半年公告之參數，係以一百零九年度申報資料計算，並分別於一百十一年上、下半年度適用。
- (二)參數校正：如當年度增修正支付標準，因無法於前一年申報資料反應出調整後之支付點數，故進行醫療服務點數差額校正，將調整前後支付點數之差值點數，加入(或扣除)申報資料之醫療費用點數，並依每年特材價量調查結果之調整前後差值點數，校正 DRG 相關參數。

十四、DRG 案件使用符合「全民健保尚未納入給付特材管理作業要點」之「全民健保尚未納入給付特材品項表」(下稱品項表)所列特材，保險醫事服務機構收費及健保申報方式如下：

- (一)病人同意使用符合品項表之特材，保險醫事服務機構應依醫療法第二十一條規定辦理。
- (二)如收取特材自付費用，保險醫事服務機構於申報 DRG 時，應扣除被品項表特材替代之健保給付特材之支付點數，且應併同醫療費用申報。對照檔請參閱保險人全球資訊網公布之「全民健保尚未納入給付特殊材料品項與替代健保給付特材品項對照檔」。
- (三)併同醫療費用申報資料：品項表(含不給付項目及不符適應症之個案)之品項代碼、單價、數量、收取特材自付費用總金額；被替代之健保給付特材品項代碼、單價、數量及支付點數。
- (四)品項表特材收取之特材自付費用金額，不得計入通則六所稱實際醫療服務點數計算。

十五、「TW-DRG 分類手冊」請至保險人全球資訊網(網址 <http://www.nhi.gov.tw>)下載，其路徑為：首頁 > 健保服務 > 健保醫療費用 > 醫療費用申報與給付 > DRG 支付制度 > DRG 住院診斷關聯群支付制度 > Tw-DRGs 支付標準 > 3.4 版 1,068 項 Tw-DRGs。

全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫

113 年 6 月 5 日健保醫字第 1130662532 號公告自 113 年 1 月 1 日生效

一、依據：

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的：

針對住院中之腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷、呼吸困難及術後疼痛病人，藉由具文獻依據之中醫輔助醫療介入措施，期使達到病人神經學功能進步、呼吸功能恢復、日常生活能力改善、生活品質提昇，併縮短住院天數，降低醫療費用支出的目的。

三、施行期間：113 年 1 月 1 日至 113 年 12 月 31 日。

四、預算來源：全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」專款項目下支應。

五、適用範圍：

(一)符合下列任一項適應症，自診斷日起六個月內之住院病人，需中醫輔助醫療協助者：

1.腦血管疾病(ICD-10：G45.0-G46.8、I60-I69、[P91.821](#)、[P91.822](#)、[P91.823](#)、[P91.829](#))。

2.顱腦損傷(ICD-10：S02.1-S02.4、S02.6-S02.9、S06.3-S06.6、S06.8-S06.9、[S06.A0](#)、[S06.A1](#)-)。

3.脊髓損傷(ICD-10：S14.0-S14.1、S24.0-S24.1、S34.0-S34.1)。

(二)呼吸困難(ICD-10：J12-J18、J43-J45、J69、J70、J80、J81、J84、J90、J91、J93、J94、J96、J98、J99、P23、P24、P28、R06)之住院病人，當次住院需中醫輔助醫療協助者。

(三)術後疼痛(ICD-10：F45、G89、M22-[M26](#)、M36、M76-[M77](#)、M79-[M81](#)、N23、R10、R14、R39、R51-R52、R68、S38-[S39](#)、S80、S82-[S83](#)、S86-[S89](#))，當次住院開刀後需中醫輔助醫療協助者。

六、申請資格及退場機制：

(一)設有中醫門診之醫院，申請參與本計畫之中醫師：須執業滿三年以上，並參加中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)所辦理繼續教育受訓課程。註：醫學中心等級醫院(以下稱總院)另行單獨設立專供診治兒童之綜合醫院，若總院設有中醫門診，則該兒童醫院視同設有中醫門診之醫院。

(二)申請參與本計畫之保險醫事服務機構及中醫師：須二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規

情事之一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。

(三)退場機制：前一年度結案病人之前測量表完成率低於 90%且後測量表完成率低於 50%者，於保險人通知函到達日之次月一日起，當年度不得承作本計畫。

七、申請程序：

中醫門診特約保險醫事服務機構應檢送申請表(附件一)，以掛號郵寄、傳真、E-MAIL 等方式向中醫全聯會提出申請，並經向中醫全聯會確認後，方完成申請流程。

八、申請資格審查：

中醫全聯會於每季季底(以郵戳為憑)收齊申請案件後，十五日內將審查完成結果送保險人核定及公告新增承辦之保險醫事服務機構名單，執行日以公告院所名單日當月 1 日起計。

九、執行方式：

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

(二)療效評估標準：

1.腦血管疾病：以美國國家衛生研究院中風評量表(National Institutes of Health Stroke Scale, NIHSS)、巴氏量表(Barthel Index)做為評估標準。

2.顱腦損傷：以巴氏量表(Barthel Index)、改良式創傷嚴重度指標 (Revised Trauma Score, RTS：包含呼吸次數，收縮血壓及 Glasgow 昏迷指數等三項生理指標)做為評估標準。

3.脊髓損傷：以美國脊髓損傷協會神經和功能評分(American Spinal Injury Association neurologic and functional score, ASIA score)、巴氏量表(Barthel Index)做為評估標準。

4.呼吸困難：以下列項目做為評估標準。

(1)呼吸頻率 (respiratory rate, RR)、心率 (heart rate, HR)、血氧飽和度 (oxygen saturation as measured by pulse oximetry, SpO2)。

(2)巴氏量表(Barthel Index)。

(3)依病人狀況進行以下其中一項量表：

A.氣喘：氣喘控制測驗 (Asthma Control Test, ACT)。

B.慢性阻塞肺病：慢性阻塞肺病評估量表(COPD Assessment Test，CAT)。

C.其他：呼吸困難評估量表(Modified Medical Research Council，mMRC)。

5.術後疼痛：使用視覺類比量表(Visual Analogue Scale，VAS)、簡易麥吉爾疼痛問卷(Short Form McGill Pain Questionnaire，SF-MPQ)、歐氏失能量表(Oswestry Disability Index，ODI)做為評估標準。

(三)本計畫收案後應將個案之基本資料登錄於健保資訊網服務系統(以下稱VPN)。各項評估量表須於收案後三日內及出院前各執行一次，每次須完成各項支付標準所列之量表並於當月費用申報前，登錄於VPN。

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

十、支付方式：

(一)本計畫之給付項目及支付標準如附件二。

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

十一、醫療費用申報與審查：

(一)醫療費用申報

1.門診醫療費用點數申報格式之總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。

2.門診醫療費用點數申報格式點數清單段：

(1)案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。

(2)特定治療項目(一)：請填報「C8(腦血管疾病西醫住院病人中醫輔助醫療)」、「JC(顱腦損傷西醫住院病人中醫輔助醫療)」、「JD(脊髓損傷西醫住院病人中醫輔助醫療)」、「JQ(呼吸困難西醫住院病人中醫輔助醫療)」及「JS(術後疼痛西醫住院病人中醫輔助醫療)」。

(二)有關醫療費用申報及支付、程序審查、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，按全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法辦理。

十二、執行報告：

執行本計畫之保險醫事服務機構，應於計畫執行結束或年度結束後三十日內，檢送執行報告至中醫全聯會，執行報告之內容將做為下年度申請資格審查之依據。

十三、辦理本計畫之保險醫事服務機構，如於執行期間，因有特約管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一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），本計畫執行資格將同步自保險人第一次核定違規函所載停約日起終止。

十四、執行本計畫之保險醫事服務機構，未依本計畫規定事項執行者，由中醫全聯會重新評估後，函請保險人分區業務組予以停止執行本計畫。

十五、本計畫實施成效由中醫全聯會進行評估，並於實施半年後進行期中檢討，於年終向健保會提送年度執行報告，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況及病人療效評估等資料(含登錄於VPN之量表資料分析)。

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

十七、本計畫由保險人與中醫全聯會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

全民健康保險中醫急症處置計畫

113 年 6 月 5 日健保醫字第 1130662532 號公告自 113 年 1 月 1 日生效

一、依據：

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的：

針對急診常見病症，藉由中醫介入處置，減輕急診壅塞，減少病人反覆進出急診或滯留於急診觀察區。

三、施行期間：113 年 1 月 1 日至 113 年 12 月 31 日。

四、預算來源：

全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「中醫急症處置」專款項目下支應。

五、執行目標：以參與院所數 7 家及服務人數 4,000 人為目標。

六、適用範圍及收案條件：符合下列疾病適應症之急診病人，經急診主治醫師評估需中醫介入處置，且徵詢病人同意者。

(一)眩暈

1.適應症：ICD-10-CM前三碼為R42、H81。

2.排除急重症與危急病人。

(二)急腹症(腸阻塞)

1.適應症：ICD-10-CM前四碼為K31.5、K56.0、K56.5、K56.6、K56.7、K91.3。

2.排除緊急開刀與危急病人。

(三)胸悶、胸痛、心悸

1.適應症：ICD-10-CM前三碼或前四碼為F41、F45.4、I20、I23.7、I49.9、K21、R00、R07、R12、R53、[G93.32](#)，且符合下列情況之一者：

(1)心電圖為正常竇性節律(normal sinus rhythm)、竇性心律過速(sinustachycardia)或竇性心律過緩(sinus bradycardia)等，抽血數值無明顯異常需矯正，影像學診斷亦無明顯異常，給予西藥症狀治療仍無法改善，導致仍需滯留於急診留觀或等床者。

(2)確診為特定疾病所導致之胸悶、胸痛、心悸，經西醫治療後症狀仍持續，導致仍需滯留於急診留觀或等床者。

(3)心肌梗塞溶栓治療危險評分(Thrombolysis in Myocardial Infarction risk score, TIMI risk score)大於4分者(其14天內之死亡率大於20%)，應與急診醫師討論，並斟酌告知病人或家屬，再斟酌是否治療。

2.排除下列情況者：

(1)需接受緊急侵入性治療之病人(註：若經侵入性治療後，病人意識清醒且仍感不適導致須於急診留觀或等床者，則不在此限)。

(2)生命徵象不穩定、需插管急救及其他緊急處置之病人。

(3)須立即轉往加護病房之病人。

(四)軟組織疼痛

1.適應症：ICD-10-CM前三碼或前四碼為M54.4、M54.5、M60.8、M60.9、M65.3、M65.4、M65.8、M65.9、M67.4、M70、M75、M76.3、S20.2、S23、S33、S40、S46、S47、S50、S56、S57、S60、S66、S70、S76、S77、S80、S86、S87、S90、S96、S97、L03。

2.排除急重症與危急病人。

(五)經痛

1.適應症：ICD-10-CM前四碼為N94.4、N94.5、N94.6。

2.排除懷孕、急重症與危急病人。

(六)偏頭痛

1.適應症：ICD-10-CM前三碼為G43。

2.排除急重症與危急病人。

(七)癌症疼痛

1.適應症：ICD-10-CM前四碼為G89.3。

2.排除急重症與危急病人。

(八)骨骼、關節相關痛症

1.適應症：ICD-10-CM前三碼或前四碼為M02.3、M02.8-M02.9、M05-M19、M1A、M22-M25、M36.1-M36.4、M43、M45、M46.1、M46.4、M46.8-M46.9、M47-M51、M77、M80、M81、M84.3、M84.4、M84.5、

M84.6、M79.6、S02、S03.0、S03.1、S12、S13、S22、S23、S28、S32、S33、S38、S39、S42、S43、S48、S49、S52、S53、S59、S62、S63、S67、S68、S69、S72、S73、S78、S79、S82、S83、S88、S89、S92、S93、S98。

2.排除急重症與危急病人。

(九)腦中風

1.適應症：

- (1)出血性腦中風：ICD-10-CM前三碼為I61 及I62，為非創傷性出血性腦中風，出血性中風指數(Intracerebral Hemorrhage score, ICH score)為 0 分。
- (2)梗塞性腦中風：ICD-10-CM前三碼為I63 [或P91.821、P91.822、P91.823、P91.829](#)，梗塞性腦中風到急診時美國國衛院腦中風評估量表(National Institutes of Health Stroke Scale，以下稱NIHSS)分數小於6分(不含6分)，未接收靜脈注射血栓溶解劑，栓體舒注射液(recombinant tissue plasminogen activator, rt-PA, Actilyse)之病人。

2.出血性腦中風病人，排除下列情況者：

- (1)非創傷性出血性腦中風，排除蜘蛛膜下腔出血、硬腦膜下腔出血、硬腦膜外出血。
- (2)生命徵象不穩定、需插管急救、及其他緊急處置之病人。
- (3)接受緊急侵入性治療之病人。
- (4)立即轉往加護病房之病人。

3.梗塞性腦中風病人，排除下列情況者：

- (1)合併急性心肌梗塞病人。
- (2)疑似腦出血(包括蜘蛛網膜下出血)病人。
- (3)生命徵象不穩定、需插管急救之病人。
- (4)接受緊急侵入性治療之病人。
- (5)立即轉往加護病房之病人。

七、申請資格：

- (一)設有中醫門診之醫院，申請參與本計畫之中醫師：須執業滿三年以上，並參加中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)所辦理繼續教育受

訓課程。註：醫學中心等級醫院(以下稱總院)另行單獨設立專供診治兒童之綜合醫院，若總院設有中醫門診，則該兒童醫院視同設有中醫門診之醫院。

(二)申請參與本計畫之保險醫事服務機構及中醫師：須二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一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、申請程序：

中醫門診特約醫事服務機構應檢送申請表(附件一)，以掛號郵寄、傳真、E-MAIL等方式向中醫全聯會提出申請，並經向中醫全聯會確認後，方完成申請流程。

九、申請資格審查：

中醫全聯會於每季季底(以郵戳為憑)收齊申請案件後，十五日內將審查完成結果送保險人核定及公告新增承辦之保險醫事服務機構名單，執行日以公告院所名單日當月1日起計。

十、變更程序：

本計畫執行期間，保險醫事服務機構欲變更計畫申請表內容，須先函送中醫全聯會進行評估，經保險人分區業務組核定後，始得變更。

十一、執行方式：

(一)醫師應對當次看診病人提供完整之診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，並以標準作業流程與處置完成診療。中醫急症處置照護流程，詳附件二。

(二)評估方式：

1.眩暈：使用視覺類比量表(Visual Analogue Scale，以下稱VAS量表)進行前、後測評估，並於每次處置後記錄VAS量表分數。每一個案該次急診期間至少記錄其前、後測各一次。

2.急腹症(腸阻塞)：使用VAS量表進行前、後測評估，並於每次處置後記

錄VAS量表分數。

3.胸悶、胸痛、心悸

(1)記錄病人針灸治療前、後之心跳及血壓。

(2)使用數字等級量表(Numerical Rating Scale，以下稱NRS)評估病人針灸治療前、後之臨床症狀改善程度，以數字量化 1-10 表示，最不舒服且無法離開病床為 10，可執行日常活動無不適為 0，並於每次處置後記錄於病歷。

4.軟組織疼痛：使用簡易麥吉爾疼痛問卷(Short Form McGill Pain Questionnaire, SF-MPQ)進行前、後測評估，並於每次處置後記錄分數。

5.經痛：

(1)使用VAS量表進行前、後測評估，並於每次處置後記錄VAS量表分數。

(2)由中醫進行病案分析與臨床評估。

6.偏頭痛

(1)使用VAS量表進行前、後測評估，並於每次處置後記錄VAS量表分數。

(2)由中醫進行病案分析與臨床評估。

7.癌症疼痛

(1)使用VAS量表進行前、後測評估，並於每次處置後記錄VAS量表分數。

(2)由中醫進行病案分析與臨床評估。

8.骨骼、關節相關痛症：使用VAS量表及關節角度評估(range of motion，以下稱ROM)進行前、後測評估，並於每次處置後記錄VAS量表分數及ROM數值。

9.腦中風

(1)出血性腦中風

A.由中醫進行病案分析。

B.記錄病人針灸治療前、後之昏迷指數(Glasgow Coma Scale，以下稱Coma Scale)。

C.記錄病人針灸治療前、後之上下肢近端及遠端雙側的肌力分級(muscle power)。

(2)梗塞性腦中風

- A.由中醫進行病案分析。
- B.記錄病人針灸治療前、後之NIHSS分數。
- C.記錄病人針灸治療前、後之Coma Scale。
- D.記錄病人針灸治療前、後之上下肢近端及遠端雙側之肌力分級(muscle power)。

十二、支付方式：

- (一)本計畫之給付項目及支付標準如附件三。
- (二)本計畫之預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

十三、醫療費用申報與審查：

(一)醫療費用申報

- 1.門診醫療費用點數申報格式之總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。
- 2.門診醫療費用點數申報格式點數清單段：
 - (1)案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。
 - (2)特定治療項目(一)：請填報「JK(中醫急症處置計畫)」。
- 3.本計畫之費用與當次西醫急診費用分開申報。

- (二)有關醫療費用申報及支付、程序審查、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，按全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法辦理。

十四、執行報告：

執行本計畫之保險醫事服務機構，應於計畫執行結束或年度結束後三十日內，檢送執行報告至中醫全聯會，執行報告包含執行成果及實施效益，其內容將做為下年度申請資格審查之依據。

- 十五、參與本計畫之保險醫事服務機構，如於執行期間，因有特約管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一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），應自保險人

第一次核定違規函所載停約或終止特約之日起，退出執行本計畫。

十六、執行本計畫之保險醫事服務機構，未依本計畫規定事項執行者，由中醫全聯會重新評估後，函請保險人分區業務組予以停止執行本計畫。

十七、本計畫實施成效由中醫全聯會進行評估，並於實施半年後進行期中檢討，於年終向健保會提送年度執行報告，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況及病人療效評估等資料。

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

十九、本計畫由保險人與中醫全聯會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案

113 年 6 月 5 日健保醫字第 1130662532 號公告自 113 年 1 月 1 日生效

一、依據：

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的：

希望透過中西醫結合的治療方式，將腫瘤病人經手術、放化療後常出現的腸胃不適、眩暈、落髮，以及療程中常出現的口乾、口腔潰瘍、便秘、腹瀉、張口困難等症狀減輕到最低，讓病人能順利完成整個西醫療程，發揮最大療效；尤其對末期病人所出現的惡病質，諸如體重減輕，食慾不振，精神萎靡等不適，以及癌性疼痛問題，透過中醫的體質調理，提升病人的生活品質。

三、施行期間：113 年 1 月 1 日至 113 年 12 月 31 日。

四、預算來源：

全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「中醫癌症病人加強照護整合方案」專款項目下支應。

五、適用範圍：

(一)癌症病人西醫住院中醫輔助醫療計畫：當次住院為接受癌症相關治療且需中醫輔助醫療之健保給付西醫住院病人。

(二)癌症病人中醫門診延長照護計畫：

1.術後或接受化學治療、放射線治療過程中副作用明顯之癌症病人，依據放化療副作用評估表(Common Terminology Criteria for Adverse Events，以下稱CTCAE評估表)，至少兩項症狀程度為grade 2 以上者。

2.正在接受其他抗癌治療且出現嚴重副作用或後遺症，經醫師評估須延長照護之癌症病人，依據CTCAE評估表，至少兩項症狀程度為 grade 2 以上者。

3.CTCAE評估表請至全民健康保險保險人(以下稱保險人)全球資訊網(網址<http://www.nhi.gov.tw>)下載，其路徑為：首頁> 健保服務> 健保醫療費用> 醫療費用申報與給付> 醫療給付相關計畫> 中醫總額醫療照護試辦計畫。

(三)特定癌症病人中醫門診加強照護計畫：

1.西醫確診為乳癌ICD-10-CM：

(1)主診斷碼：C50、C79.81。

(2)(主診斷碼：C77、C78.0-C78.3、C78.7、C79.2、C79.3、C79.5-C79.7)+(次診斷碼：C50、Z85.3)。

2.西醫確診為肝癌ICD-10-CM：

(1)主診斷碼：C22、C23、C24。

(2)(主診斷碼：C77、C78.0-C78.2、C78.4-C78.8、C79.3、C79.5、C79.7、Z94.4)+(次

診斷碼C22、C23、C24、Z85.05)。

3.西醫確診為肺癌ICD-10-CM：

(1)主診斷碼：C33、C34。

(2)(主診斷碼：C77、C78.0-C78.3、C78.7、C79.3、C79.5-C79.7、Z94.2)+(次診斷碼C33、C34、Z85.1)。

4.西醫確診為大腸癌ICD-10-CM：

(1)主診斷碼：C18、C19、C20、C21。

(2)(主診斷碼：C77、C78.0-C78.2、C78.4-C78.8、C79.0、C79.3、C79.5-C79.7)+(次診斷碼C18、C19、C20、C21、Z85.04)。

5.西醫確診為胃癌ICD-10-CM：

(1)主診斷碼：C16、[C49.A1](#)、[C49.A2](#)。

(2)(主診斷碼：C77、C78.0-C78.3、C78.7、C79.2、C79.3、C79.5-C79.7)+(次診斷碼C16、[C49.A1](#)、[C49.A2](#)、Z85.028)。

6.西醫確診為攝護腺癌ICD-10-CM：主診斷碼：C61。

7.西醫確診為口腔癌ICD-10-CM：主診斷碼：C01-C10。

8.符合上述第1點至第7點之診斷併領有重大傷病證明，經手術後一年內或放化療(含標靶治療)或其它抗癌治療期間之病人。

註1：癌症病人西醫住院中醫輔助醫療計畫、癌症病人中醫門診延長照護計畫及特定癌症病人中醫門診加強照護計畫：同一病人不得於三項計畫併行收案。

註2：癌症病人中醫門診延長照護計畫：同一病人，每月限收案兩次(含跨院)。

六、申請資格及退場機制：

(一)癌症病人西醫住院中醫輔助醫療計畫及癌症病人中醫門診延長照護計畫：限設有中醫門診之醫院方可提出申請。註：醫學中心等級醫院(以下稱總院)另行單獨設立專供診治兒童之綜合醫院，若總院設有中醫門診，則該兒童醫院視同設有中醫門診之醫院。

(二)申請參與本方案之中醫師：須執業滿三年以上，並參加中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)所辦理繼續教育受訓課程。

(三)申請參與本方案之保險醫事服務機構及中醫師：須二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一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。

(四)退場機制：前一年度結案病人之前測量表完成率低於 90%且後測量表完成率低於 50%者，於保險人通知函到達日之次月一日起，當年度不得承作本方案。

七、結案條件：

(一)癌症病人西醫住院中醫輔助醫療計畫：自西醫住院出院者，應予結案。

(二)癌症病人中醫門診延長照護計畫病人符合下列條件之一者，應予結案：

1.依據CTCAE評估表，所有症狀程度改善至grade 1 者。

2.中斷治療超過三天者。(以同次收案期間內申報「中醫門診延長照護費」案件之「後次就醫給藥首日」減「前次就醫給藥末日」，大於等於四天者，須結案)。

八、申請程序：

(一)中醫門診特約保險醫事服務機構應檢送申請表(如附表)及其他檢附資料，以掛號郵寄、傳真、E-MAIL 等方式向中醫全聯會提出申請，並經向中醫全聯會確認後，方完成申請流程。

(二)其他檢附資料：

1.癌症病人西醫住院中醫輔助醫療計畫：簡單說明中醫與西醫間人力資源配置及收案診治流程。

2.癌症病人中醫門診延長照護計畫：獨立照護空間之規劃配置圖。

九、申請資格審查：

中醫全聯會於每季季底(以郵戳為憑)收齊申請案件後，十五日內將審查完成結果送保險人核定及公告新增承辦之保險醫事服務機構名單，執行日以公告院所名單日當月一日起計。

十、執行方式：

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

(二)開立中藥、針灸(或傷科)治療。

(三)疾病管理照護費(含中醫護理衛教及營養飲食指導)：

1.癌症病人西醫住院中醫輔助醫療計畫及癌症病人中醫門診延長照護計畫：每一個案收案期間限申報一次。

2.特定癌症病人中醫門診加強照護計畫：每一個案收案期間限 60 日申報一次。

(四)填寫生理評估量表，各項計畫之評估量表如下：

1.癌症病人西醫住院中醫輔助醫療計畫及特定癌症病人中醫門診加強照護計畫：一般性量表(Functional Assessment of Cancer Therapy-General Scale，以下稱FACT-G)(第四版)及生活品質評估(Eastern Cooperative Oncology Group，以下稱ECOG)。

2.癌症病人中醫門診延長照護計畫：CTCAE評估表(完整版本請至保險人全球資訊網下載)、台灣版簡明疲憊量表(The Taiwanese Version of the Brief Fatigue Inventory，以下稱BFI-T，詳附件一)及台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷(The World Health Organization Quality of Life-BREF，以下稱WHOQOL-BREF，詳附件二)。

(五)本方案收案後應將個案之基本資料登錄於健保資訊網服務系統(以下稱 VPN)，各項評估量表之執行說明如下，每次須完成各項支付標準所列之量表並於當月費用申報前登錄於 VPN。

1.癌症病人西醫住院中醫輔助醫療計畫及癌症病人中醫門診延長照護計畫：須於收案三日內及結案(出院)前各執行一次評估量表。

2.特定癌症病人中醫門診加強照護計畫：須於收案三日內完成前測，60 日內完成後測，之後每滿 60 日（「前次測量日+60 天」至「前次測量日+120 天」內）須執行一次。

(六)本方案執行期間，保險醫事服務機構欲變更方案申請表內容者，須先函送中醫全聯會進行評估，經保險人分區業務組核定後，始得變更。

十一、支付方式：

(一)本方案之給付項目及支付標準如附件三。

(二)本方案預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於 1 元。

當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。

十二、醫療費用申報與審查：

(一)醫療費用申報

1.門診醫療費用點數申報格式之總表段：本方案申報之醫療費用列為專案案件。

2.門診醫療費用點數申報格式點數清單段：

(1)案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。

(2)特定治療項目(一)：請填報「J7(癌症病人西醫住院中醫輔助醫療計畫)」、「JE(乳癌中醫門診加強照護計畫)」、「JF(肝癌中醫門診加強照護計畫)」、「JH(癌症病人中醫門診延長照護計畫)」、「JI(肺癌中醫門診加強照護計畫)」、「JJ(大腸癌中醫門診加強照護計畫)」、「JT(胃癌中醫門診加強照護計畫)」、「JU(攝護腺癌中醫門診加強照護計畫)」及「JY(口腔癌中醫門診加強照護計畫)」。

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

除另有規定外，按全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法辦理。

十三、執行報告：

執行本方案之保險醫事服務機構，應於計畫執行結束或年度結束後三十日內，檢送執行報告至中醫全聯會，做為下年度申請資格審查之依據。

十四、辦理本方案之保險醫事服務機構，如於執行期間，因有特約管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一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），本方案執行資格將同步自保險人第一次核定違規函所載停約日起終止。

十五、執行本方案之保險醫事服務機構，未依本方案規定事項執行者，由中醫全聯會重新評估後，函請保險人分區業務組予以停止執行本方案。

十六、本方案實施成效由中醫全聯會進行評估，並於實施半年後進行期中檢討，於年終向健保會提送年度執行報告，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況及病人療效評估等資料(含登錄於VPN之量表資料分析)。

十七、新年度方案未公告前，延用前一年度方案；新年度方案依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度方案者，得執行至保險人公告日之次月底止。

十八、本方案由保險人與中醫全聯會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫

保險人(89年5月2日) 第一次修訂(89年6月27日)
第二次修訂(89年8月19日) 第三次修訂(91年11月01日)
第四次修訂(99.01費用月份起適用, 98年07月24日)
第五次修訂(99.01費用月份起適用, 98年11月06日)
第六次修訂(99.09費用月份起適用, 99年08月10日)
第七次修訂(102.01費用月份起適用, 101年11月22日)
第八次修訂(102.08費用月份起適用, 102年07月29日)
第九次修訂(104年5月25日)
第十次修訂(105.04費用月份起適用, 105年4月1日)
第十一次修訂(108.04費用月份起適用, 108年4月1日)
第十二次修訂(109.08費用月份起適用, 109年8月1日)
第十三次修訂(110.07費用月份起適用, 110年7月1日)
第十四次修訂(111.04費用年月份起適用, 111年4月1日)
第十五次修訂(111.10費用年月份起適用, 111年10月1日)

壹、前言

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

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

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

由於至目前為止，我國尚無以特定疾病按時程多元支付之實際運作經驗，如能透

過本計畫之運作及評估，找出缺點防治之道，並提出呼吸器依賴患者最具成本效益之支付制度之建議，使呼吸器依賴患者獲得整體性、高品質之照護，以為未來規劃其他疾病論日或論人計酬支付制度之參考，是本計畫規劃之最大期許。

貳、計畫目的

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

參、經費來源

- 一、本計畫住院照護階段之照護費用，由醫院總額一般服務預算項下支應；居家照護階段之照護費用，由其他預算項下支應。
- 二、本計畫獎勵費用由醫院總額「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫」專款預算項下支應。

肆、計畫內容

一、參與計畫醫院之資格

- (一) 鼓勵組成整合性照護系統，提供含括加護病房、亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房及居家照護各階段照護。
- (二) 設置基準
各階段特約醫事服務機構需符合衛生福利部「醫療機構設置標準」及本計畫居家照護團隊組成條件(詳附表 9.2)。
- (三) 申請書格式
由各參與之特約醫療機構檢附「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫申請書(附件一)向保險人分區業務組提出申請。
- (四) 其他
各參與之特約醫療機構應設有個案管理人制度，由專任或兼任之個案管理人員負責協調、溝通及個案管理安排事宜。個案管理人員可由醫師、呼吸治療人員、護理人員或社工人員擔任。

二、給付項目及支付標準：詳附件二

三、RCC、RCW 住院階段獎勵項目及費用：

(一)獎勵項目個案定義：

- 1.脫離呼吸器案件 (A)：當年度該院成功脫離呼吸器之案件(以登錄 VPN 資料計算)。
- 2.簽署 DNR 個案 (B)：符合下列任一條件者；同院所同病人限獎勵一

次。申報「DNR01」或「DNR」虛擬醫令，院所須留有相關證明文件備查。

(1)當年度該院完成「預立選擇安寧緩和醫療意願書(本人簽署)」，並申報 DNR 虛擬醫令「DNR01」(大寫)，醫令類別填報 G(專案支付參考數值)，「支付成數」、「總量」、「單價」及「點數」等欄位填報「0」之案件。

(2)當年度該院完成「不施行心肺復甦術(Do Not Resuscitate)同意書」，並申報 DNR 虛擬醫令「DNR」(大寫)，醫令類別填報 G(專案支付參考數值)，「支付成數」、「總量」、「單價」及「點數」等欄位填報「0」之案件。

3.臨終前接受緩和醫療照護個案(C)：當年度及過去年度該院曾簽署 DNR 者(以申報健保卡註記及申報 DNR、DNR01 者計)，該名個案臨終前 14 天內未使用 CPR；且醫院曾與該名個案家屬進行緩和醫療家庭會議(以 365 天內曾申報 02020B 者計)之個案。

(二)獎勵計算：除獎勵個案外，並針對醫院整體表現進行評比，以鼓勵院所積極協助病人脫離呼吸器及提升病人臨終生活品質。

1.個案獎勵

(1)以當年度本計畫獎勵費用之三分之一為上限，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。

(2)獎勵方式(區分 RCC、RCW 計算)：

A.脫離呼吸器個案(A)每件獎勵 5,000 點。

B.簽署 DNR 個案(B)每件獎勵 5,000 點。

C.臨終前接受緩和醫療照護個案(C)每件獎勵 20,000 點。

2.醫院評比獎勵

(1)以當年度本計畫獎勵費用之三分之二為上限，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。

(2)獎勵方式：

A.區分 RCC、RCW 二組，以該年度曾申報 RCC、RCW 住院階段呼吸器依賴 P 碼醫令且至少執行 1 件獎勵項目案件之醫院參加評比。

B.評比指標：

各院之脫離呼吸器個案(A)、簽署 DNR 個案(B)、臨終前接受緩和醫療照護個案(C)占該院本計畫收案個案數(申報本計畫 RCC、RCW 之 P 碼之人數)之比率，分別以 2:1:3 加權計算後，由高至低進行排序。

C.獎勵點數：依下列百分位對照之獎勵點數計算，以該院 RCC 或 RCW 收案個案數(申報本計畫 RCC、RCW 住院階段 P 碼人數)計算該院總獎勵點數：

醫院排序結果	RCC	RCW
--------	-----	-----

	(每一收案個案)	(每一收案個案)
前 25 百分位	12,000 點	24,000 點
前 26 百分位至前 50 百分位	9,000 點	18,000 點
前 51 百分位至前 75 百分位	6,000 點	12,000 點

(三)本獎勵費用採年度結算，由保險人依獎勵計算核定金額。

四、醫療費用之申報

(一)參與計畫之申報

1、第一到第三階段以住院案件申報，第四階段以門診案件申報。

(1).第一到第三階段使用呼吸器之各病房異動皆應「獨立」切帳申報。

(2).第三階段未結案之個案至少須每60天始得申報乙次。

(3).第四階段未結案之個案按月申報。

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

3、門診及住院醫療點數申報格式填報：

(1).總表段之申報類別：請填報【1：送核】

(2).點數清單段之給付類別：請填報【9：呼吸照護】

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

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

住院醫療費用點數申報格式點數清單段欄位填報：

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

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

C.醫療費用點數合計(欄位 IDd86、88、90、92、94、96、98)：比照論病

例計酬案件之方式申報。醫療費用點數之計算（住院第 61、63、65、67、69、71、73 欄）比照論病例計酬案件之方式申報。

D.申請點數(欄位 IDd85)。

(A) 若：定額申報費用>合計點數

則： $[申請點數]欄位 = 定額申報費用 - 部分負擔點數$

(B)若：亞急性呼吸照護病房定額申報費用<亞急性呼吸照護病房合計點數

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

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

(D)同一月份同一個案申報二次以上者，流水號請連續編號。

(5).第四階段者，除申報類別填【1：送核】、案件分類【A1：居家照護】、【A6：護理之家之居家照護】、【A7：安養、養護機構院民之居家照護】、給付類別請填【9：呼吸照護】、就醫科別【AC：胸腔內科】外，其他欄位申報方式如下：

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

B. $[申請點數]欄位 = 定額申報費用 - 部分負擔點數$ 。

4、門診及住院醫療費用點數醫令清單段填報說明：

(1).第一階段之申報：以論量計酬申報。

(2).第二階段~第三階段之申報：

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

B. 實際醫療費用醫令項目：醫令類別請填「4」，並填列執行起迄日期。

(3).第四階段之申報：

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

B. 實際醫療費用醫令項目：醫令類別請填「4」。

C.「總量」欄位填列實際申報天數。

(一) 住院未參與計畫之申報：各病房異動皆應「獨立」切帳申報

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

五、病患轉介之流程：詳附圖。

六、品質監控指標

(一)結構指標

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

(二)過程指標

- 1、照護小組各類照護人員之照護及在職教育品質。
- 2、內部品質監控指標：
 - (1)個案完整登錄比率。
 - (2)疾病嚴重度。

- 3、呼吸器依賴病患之個案管理與出院規劃完整性。

(三)結果指標：(以下之指標均以出院日為準)

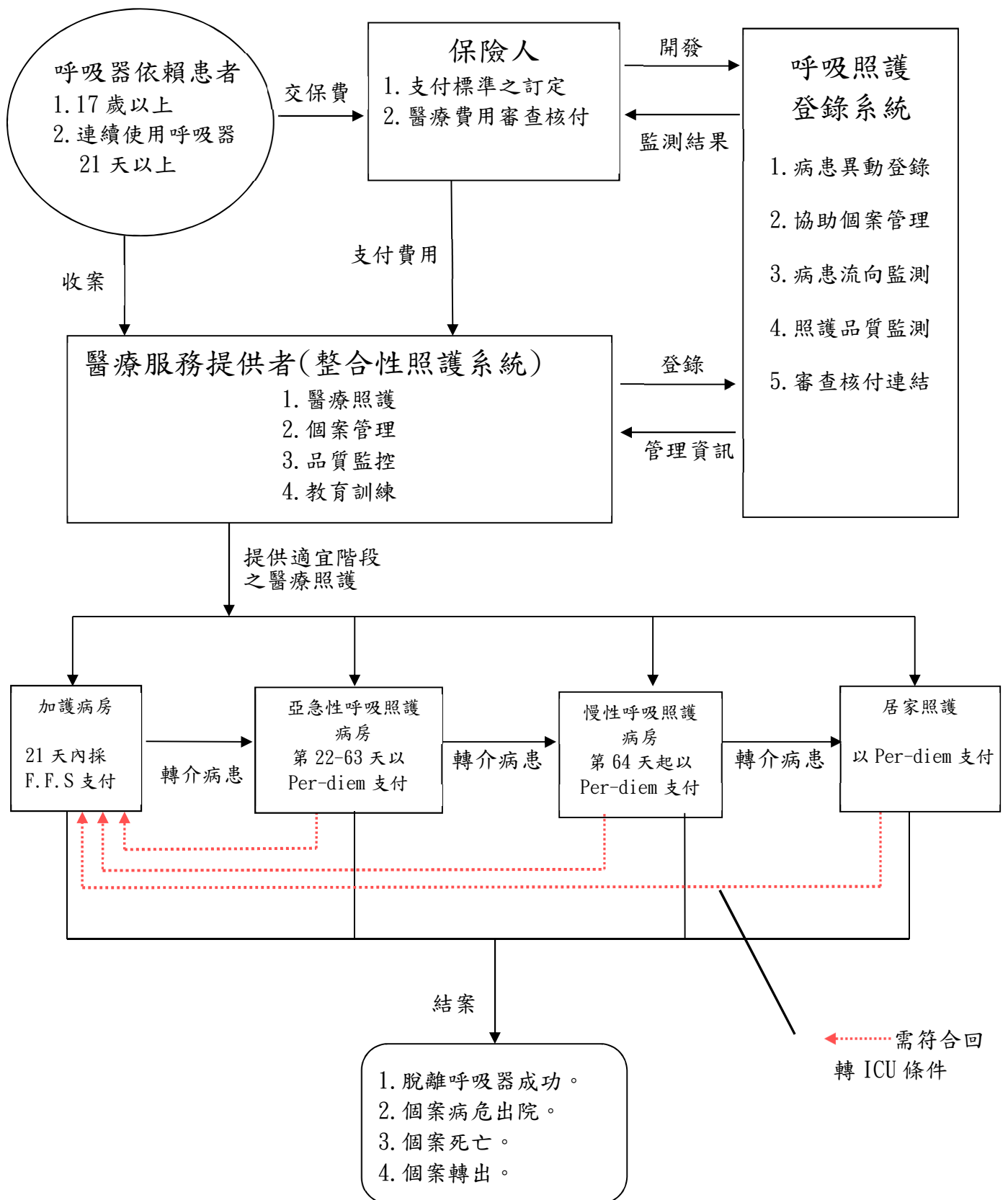
1、品質監控指標

- (1) 平均住院日（不適用慢性呼吸照護病房）
- (2) 平均呼吸器使用日（不適用慢性呼吸照護病房）
- (3) 回轉率。
- (4) 死亡率。
- (5) 呼吸器脫離成功率。
- (6) 未脫離呼吸器下轉居家照護比率

2、被保險人（或其家屬）之滿意度。

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

附圖、呼吸器依賴患者整合性照護流程圖



附件一 特約醫療機構參與「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護」前瞻性支付方式計畫申請書

壹、整合性照護系統醫療機構名單

整合性照護系統								各照護階段病床數（床）					
醫療機構名稱	醫療機構代號	整合關係(勾選)		層級(勾選)				加護病房				亞急性呼吸 照護病房	慢性呼 吸 照 護 病 房
		主要負責 醫院	系統內其他 醫療機構	醫學 中心	區域 醫院	地區 醫院	居家照 護機構	甲 級	乙 級	丙 級	丁 級		

第一聯
保險人存查

第二聯
醫院存底

備註：1.主要負責機構需將整合性照護系統內所有醫療機構全數填列，系統內其他醫療機構只需填列自家機構及主要負責醫院。

2.整合關係依在整合性照護系統(IDS)內主要負責醫院或系統內其他醫療機構以勾選方式填送。

3.本計畫鼓勵組成整合性照護系統，未組成之院所得不填報整合關係欄位之醫療機構資料。

貳、配合措施：

一、個案管理人措施

個案管理人姓名：

學歷：

經歷：

聯絡電話：

職掌：1.

2.

二、個案轉介措施

三、系統內醫院輔導措施

四、醫療品質確保措施

參、預期達成效益

本申請書連同醫事人員暨設備資料表共 頁

請惠予核定為荷。此致

保險人

發文日期： 年 月 日

發文字號： 字第 號

申請醫療機構名稱及代號：

負責人： 簽章 院所經辦人： 簽章

備註：本申請書一式二聯由特約醫療機構填寫，經醫療機構負責人簽章後，逕寄本保險之分區辦理。

相關醫事人員暨設備資料表

亞急性呼吸照護病房
慢性呼吸照護病房
居家照護機構

頁，第 頁

序 號	職稱 代碼 *	專任或兼任(勾選)		姓 名	身分證字號	出生 年月日	執業執照字號	設備	
		專任	兼任					名稱	型號

*職稱代碼：1: 胸腔專科醫師, 2:住院醫師, 3:護理人員, 4:病患服務員, 5:呼吸治療人員, 6:其他

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

第一章 呼吸器依賴患者全面納管

通則：

- 一、收案條件：呼吸器依賴患者係指連續使用呼吸器21天(含)以上，呼吸器使用中斷時間未符合脫離呼吸器成功之定義者，皆視為連續使用。其使用呼吸器之處置項目需為57001B(侵襲性呼吸輔助器使用)、57002B(負壓呼吸輔助器使用)或57023B(非侵襲性陽壓呼吸治療如Nasal PAP、CPAP、Bi-PAP)，惟使用57023B之呼吸器依賴患者，須由加護病房或亞急性呼吸照護病房使用57001B或57002B後，因病情好轉改用57023B之呼吸器依賴患者；或居家照護階段，經醫師診斷為肌萎縮性脊髓側索硬化症(ALS, Amyotrophic Lateral Sclerosis；ICD-10-CM：G12.21)、先天性肌肉萎縮症(Congenital Muscular Dystrophy；ICD-10-CM：~~G71.0~~G71.00、G71.01、G71.02、G71.09、G71.031、G71.032、G71.033、G71.0340、G71.0341、G71.0342、G71.0349、G71.035、G71.038、G71.039、~~G71.2~~G71.20、G71.21、G71.220、G71.228、G71.29)、~~癱~~肌肉萎縮症(Spinal muscular atrophy；ICD-10-CM：G12.9)或龐貝氏症(肝醣儲積症第二型 Pompe disease；ICD-10-CM：E74.02)，且領有重大傷病證明並符合附表9.5之收案標準者，再經本保險人分區業務組審查符合醫療必須使用呼吸器處置項目57023B(非侵襲性陽壓呼吸治療如Bi-PAP，排除Nasal PAP、CPAP)之呼吸器依賴患者。註：呼吸器使用條件詳附表9.1。
- 二、所有呼吸器依賴個案，自其連續使用呼吸器超過21天起，所有異動(轉入、轉出及結案狀況等)，特約醫事服務機構應於5日(工作日)內上網登錄(含本計畫公告實施日前已開始使用呼吸器之所有個案)，未於5日內登錄者，自登錄日起才支付費用，若登錄不實者，費用不予支付，惟不可歸責於醫院者，不在此限，並由原登錄不實或未登錄者扣回相關點數。
- 三、脫離呼吸器成功之病患應改依本計畫以外支付標準申報，脫離呼吸器成功之定義：脫離呼吸器 ≥ 5 日，5日中之第1日，若使用呼吸器小於6小時(不含)，則當日可視為未使用呼吸器(得計算為5日之第1日)；惟連續中斷之第2~5日必需是完全沒有使用呼吸器才能視為脫離成功。

四、結案條件：

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

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

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

六、收治呼吸器依賴患者之院所應積極協助病患嘗試脫離呼吸器，一般病房(含經濟病床)或慢性呼吸照護病房收治之個案，在本次呼吸器依賴期間，非曾依規定階段由上游病房下轉者，均應提出事前核備，否則費用不予支付，依規定提出事前核備經專業審查認定確為長期呼吸器依賴患者，後續轉至其他病房得免事前核備，惟病患送事前核備結果如有後續追蹤之必要（如後續病況緩和時可再次嘗試脫離呼吸器等），或經保險人分區業務組認定需加強審查者，應配合再次提出事前核備。

註：上游病房係指下列條件之一

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

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

第二章 整合性照護

第一節 住院照護階段

通則：

一、符合下列(一)或(二)項條件者，需適用本節支付標準：

(一)事先報經保險人核准。

(二)收治符合呼吸器依賴病患定義之一般病床。

(三)17 歲以上呼吸器依賴患者。若符合前二項條件惟未滿 17 歲需申請本支付標準

者，可向保險人各分區業務組申請專案認定，若經同意應依本節通則規定申報醫療費用，未選擇依本章規定辦理者，當其滿 17 歲時，特約醫事服務機構應改依本章規定辦理。

註：年齡之認定採實際發生「費用年月」減「出生年月」計算，計算後取其

「年」，若「月」為負值，則「年」減1，17 歲以上係指前述計算結果大於等於 17。

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

三、本計畫鼓勵組成整合性照護系統(IDS, Integrated Delivery System)，提供含括加護病房、亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房各階段照護；各照護階段之支付標準及規定如附表 9.3 及 9.4，其中亞急性呼吸照護病房及慢性呼吸照護病房階段所訂點數已含本保險醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準所訂相關醫療支付點數，除施行血液透析(58001C)、腹膜透析(58002C)(含透析液及特材)、連續性可攜帶式腹膜透析(58009B-58012B、58017C、58028C)(含透析液)、氣管切開造口術(56003C)、緊急手術、施行安寧療護共同照護費(P4401B-P4403B)及緩和醫療家庭諮詢費(02020B)外，不得申報其他費用。

四、經醫生診斷為 Myasthenia gravis(重症肌無力症，ICD-10-CM：G70.00;G70.01)且領有重大傷病證明者，經神經內科專科醫師認定，需進行血漿交換術或輸血治療之病人，除依通則三規定及申報血液灌洗(58003C-58006C)、連續性動靜脈血液過濾術(58007C)、血漿置換術(58008C)、腹水移除透析(58013C)、連續性全靜脈血液過濾術(每日)(58014C)、血小板分離術(58015C)、二重過濾血漿置換療法(58016C)、連續性全靜

脈血液過濾透析術(每三日)(58018C)、緩慢低效率每日血液透析過濾治療(58030B)、輸血費(93001-93023)、輸血技術費(94001-94005)、抗感染安全尖端導管(CPC03A4703AR、CPC03A5123AR)等項目外，不得申報其他費用。

五、所有個案皆需依階段下轉(STEP DOWN CARE)之原則辦理，各階段若未依病情及本節通則規定入住，則依下階段或適宜入住階段之費用支付，並累計各階段照護日數：

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

1.應下轉而未下轉者，自應下轉日起每日醫療支付點數核扣標準如下：

(1) 醫學中心每日核扣6,710點

(2) 區域醫院每日核扣5,810點

(3) 地區教學醫院每日核扣3,750點

(4) 地區醫院每日核扣2,960點

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

(二)「亞急性呼吸照護病房階段」：

1. 照護日數最長為42天(含嘗試脫離期間)，未依患者病情及本規定下轉，自應下轉日起醫療支付點數以慢性呼吸照護病房或適宜入住階段標準支付。

2. 加護病房下轉至本階段個案，若下轉後合計使用呼吸器日數未達呼吸器依賴患者定義即脫離成功、轉出或死亡(含自動出院)者，其於本階段之支付點數仍按本階段支付標準支付。

3. 亞急性呼吸照護病房合計醫療服務點數大於定額時，除定額外，得加計申報『合計醫療服務點數』減『定額』之三分之一。

(三)「慢性呼吸照護病房階段」：支付標準及規定如附表 9.3。

六、呼吸器依賴個案於嘗試脫離呼吸器期間若仍住在亞急性呼吸照護病房或慢性呼吸照護病房，得按亞急性呼吸照護病房或慢性呼吸照護病房支付標準申報，嘗試脫離呼吸器但未成功之患者，在嘗試脫離期間，應累計其照護日數及呼吸器使用日數，呼吸器脫離成功者，即應轉出至一般病房。

七、因亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房滿床得轉至一般病房，採論量計酬並以病患適宜入住階段之費用為上限支付，餘應按本節支付標準規定入住各階段病房，病患

俟後由一般病房再回轉至慢性呼吸照護病房、亞急性呼吸照護病房者，應累計其使用呼吸器之照護日數。

八、本整合性照護凡轉入各階段之日，不論何時，均作一天論，轉出該階段或出院之日，不論何時，其當日不予計算支付點數。

第二節 居家照護階段

通則：

一、適用本節之支付標準需事先報經保險人核准。

二、收案條件須符合下列(一)或(二)項條件：

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

(二)經醫師診斷為肌萎縮性脊髓側索硬化症(ALS, Amyotrophic Lateral Sclerosis；ICD-10-CM：G12.21)、先天性肌肉萎縮症(Congenital Muscular Dystrophy；ICD-10-CM：~~G71.0~~G71.00、G71.01、G71.02、G71.09、G71.031、G71.032、G71.033、G71.0340、G71.0341、G71.0342、G71.0349、G71.035、G71.038、G71.039、~~G71.2~~G71.20、G71.21、G71.220、G71.228、G71.29)、脊髓肌肉萎縮症(Spinal muscular atrophy；ICD-10-CM：G12.9)或龐貝氏症(肝醣儲積症第二型 Pompe disease；ICD-10-CM：E74.02)，且領有重大傷病證明並符合附表 9.5 之收案標準者；病患經專業審查同意收案後，每年評估 1 次，3 年以後除有特殊理由，原則不再評估。

三、特約醫事服務機構需按附表 9.2 辦理並向當地衛生主管機關核備。

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

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

六、呼吸器依賴個案若係由醫院轉回家中或健保特約之一般護理之家或「開業執照載有含收住呼吸器依賴個案之一般護理之家」或「依長期照顧服務法設立之住宿式長照機構或設有機構住宿式服務之綜合式長照機構，於設立許可證書載有服務對象含『呼吸器依賴者』」照護者，只需依規定上網登錄，惟若所收個案非由醫院轉回上述地點，則應由醫師評估其使用呼吸器之必要性，並檢具評估報告，送保險人分區業務組審查同意後上網登錄。未依規定辦理者，醫療費用不予支付。

113 年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案

中華民國 113 年 1 月 12 日健保醫字第 1130100316 號公告

壹、依據：

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的：

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

參、預算來源：

全民健康保險年度西醫基層醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。

肆、核發資格：(需符合下列 3 項)

- 一、西醫基層特約診所於當年度(12 個月)門診醫療費用案件均以電子資料申報，且當年度 10 個月(含)以上符合第一次暫付，得核發品質保證保留款。另當年度院所之醫事服務機構代號如有變更，視為不同開業主體分別計算。
- 二、西醫基層特約診所因有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十七條至第四十條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，於當年度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)，則不予核發品質保證保留款。前述期間以第一次處分日期(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)認定之。倘停止或終止特約之期間為跨年度者，該期間涵蓋所屬之年度，均不予核發。
- 三、不包含「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」核發資格之診所。

伍、獎勵指標與核發原則

- 一、獎勵指標：

- (一) 診所月平均門、住診申復核減率，應低於該分區 111 年所屬科別 80 百分位，即<80 百分位。(註 1)
- (二) 診所之每位病人年平均就診次數，應低於該分區 111 年所屬科別 80 百分位，即<80 百分位。(註 2)
- (三) 個案重複就診率應低於該分區 111 年所屬科別 80 百分位，即<80 百分位。(註 3)
- (四) 健保卡處方登錄差異率 $\leq 8\%$ 。(註 4)
- (五) 門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率 $>10\%$ ，惟家醫科和內科門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率 $>15\%$ 。(註 5)
- (六) 初期慢性腎臟病 eGFR 執行率，超過 5 百分位，即 >5 百分位。(註 6)
- (七) 檢驗（查）結果上傳率 $\geq 70\%$ 。(註 7)
- (八) 連續假日前開診時段維護作業次數比率 $\geq 50\%$ 。(註 8)
- (九) 當年度每月看診日數達 22 日以上之月次數 ≥ 6 次。(註 9)
- (十) 假日及國定假日開診比率 $\geq 50\%$ 。(註 10)

二、核發原則：

- (一) 符合獎勵指標第 1 項至第 5 項者，各給予核發權重 20%。
- (二) 符合獎勵指標第 6 項至第 10 項，各給予核發權重 2%。
- (三) 前述各診所核發權重和，最高以 100%計算。

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

柒、支用條件：

- 一、 本方案品質保證保留款之分配與支用，每年結算 1 次。
 - 二、 每家診所核發金額＝(該診所核發權重和/全區診所核發權重和小計)
×品質保證保留款。
 - 三、 保險人辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之西醫
基層特約診所提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，
其核發金額將自次年度西醫基層總額品質保證保留款項下優先支
應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季西醫基層總額一般
服務項目預算中支應。
- 捌、 本方案由保險人與中華民國醫師公會全國聯合會共同研訂後，報請主管
機關核定後公告實施，並副知健保會。屬指標項目之操作型定義等執行
面之修正，由保險人與該會共同研修後，逕行公告。

113 年度全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案-註釋

指標項目	操作型定義
註 1： 診所月平均門、 住診申復核減率	<p>1. 資料期間：</p> <p>(1) 當期值：114 年 2 月 28 日前核定之 112 年 7 月至 113 年 6 月之門、住診醫療費用計算。</p> <p>(2) 目標值：112 年 2 月 28 日前核定之 110 年 7 月至 111 年 6 月之門、住診醫療費用計算。(如附件-西醫基層各分區各科別「申復後核減率」、「病人年平均就診次數」及「個案重複就診率」之 80 百分位)</p> <p>2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。</p> <p>3. 公式：A/B</p> <p>分子 A：診所每月「門、住診申復後核減率」之合計。</p> <p>分母 B：該診所核定月數。</p> <p>4. 本項之門、住診醫療費用(含申復)，計算「申復後核減率」，未有申復或申復尚未核定者，以初核核減率計算之。</p>
註 2： 診所之每位病人 年平均就診次數	<p>1. 資料期間：</p> <p>(1) 當期值：西醫基層特約診所於 114 年 1 月 31 日前申報之 113 年 1 月至 12 月門診就醫件數計算。</p> <p>(2) 目標值：西醫基層特約診所於 112 年 1 月 31 日前申報之 111 年 1 月至 12 月門診就醫件數計算。(如附件)</p> <p>2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。</p> <p>3. 公式：A/B</p> <p>分子 A：全年診所申報總案件數。</p> <p>分母 B：全年診所歸戶總人數。</p> <p>4. 本項排除其他預算部門、代辦案件及診察費為 0 之案件。</p>
註 3：個案重複 就診率	<p>1. 資料期間：</p> <p>(1) 當期值：西醫基層特約診所於 114 年 1 月 31 日前申報之 113 年 1 月至 12 月門診就醫件數計算。</p> <p>(2) 目標值：西醫基層特約診所於 112 年 1 月 31 日前申報之 111 年 1 月至 12 月門診就醫件數計算。(如附件)</p> <p>2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。</p> <p>3. 公式：$\Sigma [(A/B) \times 100\%] / \text{【同一費用年月、同一院所，身分證號歸戶之門診人數就醫月份合計數】}$</p> <p>分子 A：同一費用年月、同一就醫日期、同一院所，同一人(身分證號)就診 2 次(含)以上，按身分證號歸戶之門診人數。</p> <p>分母 B：同一費用年月、同一院所，身分證號歸戶之門診人數。</p> <p>4. 排除其他預算部門、代辦案件及診察費為 0 之案件。</p>
註 4： 健保卡處方登錄 差異率 $\leq 8\%$	<p>1. 資料期間：西醫基層特約診所 113 年 1 月至 12 月健保卡上傳資料。</p> <p>2. 列計對象：資料上傳格式為 1.正常上傳。</p> <p>3. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。</p>

指標項目	操作型定義
	<p>4.健保卡處方登錄錯誤率=$\Sigma[(A/B) \times 100\%]$ / 【健保卡上傳之月份合計數】</p> <p>分子 A：當月份(以就醫日期計算範圍)健保卡上傳欄位[A79]之錯誤代碼為 AA 或 16 之筆數。</p> <p>分母 B：當月份(以就醫日期計算範圍)健保卡上傳之處方(醫令)筆數。</p> <p>註：排除精神病、愛滋病、受性侵害之醫令筆數。</p> <p>排除 ICD-10 診斷碼為 B20、F01.50、F01.51、F01.511、F01.518、F01.52、F01.53、F01.54、F01.A0、F01.A11、F01.A18、F01.A2、F01.A3、F01.A4、F01.B0、F01.B11、F01.B18、F01.B2、F01.B3、F01.B4、F01.C0、F01.C11、F01.C18、F01.C2、F01.C3、F01.C4、F02.80、F02.81、F02.811、F02.818、F02.82、F02.83、F02.84、F02.A0、F02.A11、F02.A18、F02.A2、F02.A3、F02.A4、F02.B0、F02.B11、F02.B18、F02.B2、F02.B3、F02.B4、F02.C0、F02.C11、F02.C18、F02.C2、F02.C3、F02.C4、F03.90、F03.91、F03.911、F03.918、F03.92、F03.93、F03.94、F03.A0、F03.A11、F03.A18、F03.A2、F03.A3、F03.A4、F03.B0、F03.B11、F03.B18、F03.B2、F03.B3、F03.B4、F03.C0、F03.C11、F03.C18、F03.C2、F03.C3、F03.C4、F04、F05、F06.0、F06.1、F06.8、F09、F20.0、F20.1、F20.2、F20.3、F20.5、F20.81、F20.89、F20.9、F21、F22、F23、F24、F25.0、F25.1、F25.8、F25.9、F30.10、F30.11、F30.12、F30.13、F30.2、F30.3、F30.4、F30.8、F30.9、F31.0、F31.10、F31.11、F31.12、F31.13、F31.2、F31.30、F31.31、F31.32、F31.4、F31.5、F31.60、F31.61、F31.62、F31.63、F31.64、F31.70、F31.71、F31.72、F31.73、F31.74、F31.75、F31.76、F31.77、F31.78、F31.81、F31.89、F31.9、F32.0、F32.1、F32.2、F32.3、F32.4、F32.5、F32.8、F32.81、F32.89、F32.9、F32.A、F33.0、F33.1、F33.2、F33.3、F33.40、F33.41、F33.42、F33.8、F33.9、F34.0、F34.1、F34.8、F34.81、F34.89、F34.9、F39、F40.00、F40.01、F40.02、F40.10、F40.11、F40.210、F40.218、F40.220、F40.228、F40.230、F40.231、F40.232、F40.233、F40.240、F40.241、F40.242、F40.243、F40.248、F40.290、F40.291、F40.298、F40.8、F40.9、F41.0、F41.1、F41.3、F41.8、F41.9、F42.-、F43.0、F43.10、F43.11、F43.12、F43.20、F43.21、F43.22、F43.23、F43.24、F43.25、F43.29、F43.8、F43.81、F43.89、F43.9、F44.0、F44.1、F44.2、F44.4、F44.5、F44.6、F44.7、F44.81、F44.89、F44.9、F45.0、F45.1、F45.20、F45.21、F45.22、F45.29、F45.8、F45.9、F48.1、F48.8、F48.9、F60.0、F60.1、F60.2、F60.3、F60.4、F60.5、F60.6、F60.7、F60.81、F60.89、F60.9、F68.10、F68.A、F68.11、F68.12、F68.8、F69、F84.0、F84.3、F84.5、F84.8、F84.9、F93.0、F94.8、F99、R45.2、R45.5、R45.6、R45.86、T74.21XA、T74.22XA、T74.51XA、T74.52XA、T76.21XA、T76.22XA、T76.51XA、T76.52XA、Z21、Z22.6。</p>
<p>註 5：</p> <p>門診病人健保雲端藥歷系統查詢率>10%，惟家醫</p>	<p>1.資料期間：西醫基層特約診所 113 年 1 月至 12 月病人查詢資料。</p> <p>2.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。</p> <p>3.公式：A/B</p> <p>A：門診病人查詢健保雲端藥歷系統人數。</p>

指標項目	操作型定義
科和內科門診病人健保雲端藥歷系統查詢率>15%	<p>B：門診病人數。</p> <p>備註：病人數係以就醫病人 ID 合併歸戶計算。</p>
註 6： 初期慢性腎臟病 eGFR 執行率	<p>1.資料期間：西醫基層特約診所 113 年 1 月至 12 月資料。</p> <p>2.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。</p> <p>3.公式：A/B</p> <p>A：分母 ID 中，在統計期間於門診有執行肌酸酐(Creatinine)檢驗人數。</p> <p>B：符合初期慢性腎臟病方案收案條件之初期慢性腎臟病人數(ID 歸戶數)。</p> <p>4.慢性腎臟疾病一任一主、次診斷之 ICD_10_CM 為二碼為 A18.11、A52.75、C64.1、C64.2、C64.9、C7A.093、D59.3<u>D59.30、D59.31、D59.32、D59.39</u>、E10.21、E10.22、E10.29、E10.65、E11.21、E11.22、E11.29、E11.65、E13.21、E13.22、E13.29、E74.8、M10.30、M10.311、M10.312、M10.319、M10.321、M10.322、M10.329、M10.331、M10.332、M10.339、M10.341、M10.342、M10.349、M10.351、M10.352、M10.359、M10.361、M10.362、M10.369、M10.371、M10.372、M10.379、M10.38、M10.39、N20.0、M10.30、I70.1、I72.2、I75.81、I77.3、I77.73、K76.7、N00.0、N00.1、N00.2、N00.3、N00.4、N00.5、N00.6、N00.7、N00.8、N00.9、<u>N00.A</u>、N01.0、N01.1、N01.2、N01.3、N01.4、N01.5、N01.6、N01.7、N01.8、N01.9、<u>N01.A</u>、N02.0、N02.1、N02.2、N02.3、N02.4、N02.5、N02.6、N02.7、N02.8、N02.9、<u>N02.A</u>、N03.0、N03.1、N03.2、N03.3、N03.4、N03.5、N03.6、N03.7、N03.8、N03.9、+N04.0、N04.1、N04.2、N04.3、N04.4、N04.5、N04.6、N04.7、N04.8、N04.9、<u>N04.A</u>、N05.0、N05.1、N05.2、N05.3、N05.4、N05.5、N05.6、N05.7、N05.8、N05.9、<u>N05.A</u>、N06.0、N06.1、N06.2、N06.3、N06.4、N06.5、N06.6、N06.7、N06.8、N06.9、<u>N06.A</u>、N07.0、N07.1、N07.2、N07.3、N07.4、N07.5、N07.6、N07.7、N07.8、N07.9、<u>N07.A</u>、N08、N14.0、N14.1<u>N14.11、N14.19</u>、N14.2、N14.3、N14.4、N15.0、N15.8、N15.9、N16、N17.0、N17.1、N17.2、N17.8、N17.9、N18.1、N18.2、N18.3、N25.0、N25.1、N25.81、N25.89、N25.9、N26.1、N26.9、O10.111、O10.112、O10.113、O10.119、O10.12、O10.13、O10.211、O10.212、O10.213、O10.219、O10.22、O10.23、O10.311、O10.312、O10.313、O10.319、O10.32、O10.33、O10.411、O10.412、O10.413、O10.419、O10.42、O10.43、O11.1、O11.2、O11.3、O11.4、O11.5、O11.9、Q61.01、Q61.02、Q61.11、Q61.19、Q61.2、Q61.3、Q61.4、Q61.5、Q61.8、Q62.0、Q62.10、Q62.11、Q62.12、Q62.2、Q62.31、Q62.32、Q62.39、R94.4 之案件。</p> <p>註：本指標之主診斷國際疾病分類碼 ICD-10-CM 比照醫療給付檔案分析系統(DA 系統)指標 1203 初期慢性腎臟病方案照護率辦理。</p> <p>5.肌酸酐(Creatinine)檢驗案件係指申報醫令代碼為 09015C 及 09016C 之案件。</p>

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

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

科別	科別代碼	1-臺北			2-北區			3-中區		
		1-診所月平均門診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率(月平均)	1-診所月平均門診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率(月平均)	1-診所月平均門診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率(月平均)
家醫科	01	0.0017	4.8681	0.0002	0.0019	4.4235	0.0002	0.0013	5.1389	0.0001
內科	02	0.0031	5.4690	0.0002	0.0065	4.5293	0.0002	0.0013	5.3715	0.0001
外科	03	0.0027	4.0901	0.0003	0.0023	4.3706	0.0001	0.0039	4.7508	0.0001
小兒科	04	0.0003	3.9073	0.0002	0.0007	3.6667	0.0002	0.0011	3.8571	0.0001
婦產科	05	0.0041	3.4634	0.0002	0.0011	3.1153	0.0000	0.0022	3.9811	0.0001
骨科	06	0.0020	3.6355	0.0002	0.0021	3.2219	0.0001	0.0022	2.9108	0.0000
耳鼻喉科	09	0.0011	3.1245	0.0001	0.0006	3.0307	0.0001	0.0014	3.2596	0.0001
眼科	10	0.0007	2.3949	0.0000	0.0003	2.1642	0.0000	0.0010	2.4115	0.0000
皮膚科	11	0.0011	2.7749	0.0000	0.0005	2.8116	0.0000	0.0013	2.9388	0.0000
精神科	13	0.0030	7.6877	0.0000	0.0102	6.5630	0.0000	0.0019	7.2801	0.0000
復健科	14	0.0020	4.0437	0.0001	0.0035	4.8823	0.0001	0.0130	4.1883	0.0001
消化內科	AA	0.0016	4.4434	0.0110						
不分科	XX	0.0033	4.9407	0.0257	0.0042	4.0850	0.0025	0.0011	4.5085	0.0001
科別	科別代碼	4-南區			5-高屏			6-東區		
		1-診所月平均門診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率(月平均)	1-診所月平均門診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率(月平均)	1-診所月平均門診申復核減率	2-診所之每位病人年平均就診次數	3-個案重複就診率(月平均)
家醫科	01	0.0008	5.4255	0.0000	0.0017	5.5726	0.0001	0.0030	5.5399	0.0004
內科	02	0.0009	5.1570	0.0000	0.0007	5.6377	0.0000	0.0023	5.3421	0.0009
外科	03	0.0006	4.7470	0.0000	0.0011	4.5436	0.0000			
小兒科	04	0.0002	3.6685	0.0000	0.0005	3.7254	0.0001			
婦產科	05	0.0012	4.4663	0.0000	0.0011	3.7961	0.0001			
骨科	06	0.0014	3.2548	0.0001	0.0012	3.5049	0.0000			
耳鼻喉科	09	0.0005	2.8801	0.0001	0.0003	3.1327	0.0001	0.0016	2.8347	0.0001
眼科	10	0.0002	2.8313	0.0000	0.0003	2.9199	0.0000			
皮膚科	11	0.0004	2.6462	0.0000	0.0003	2.7723	0.0000			
精神科	13	0.0006	7.3946	0.0000	0.0079	8.4927	0.0000			
復健科	14	0.0018	4.6857	0.0000	0.0019	4.1660	0.0000			
消化內科	AA	0.0003	3.9663	0.0001	0.0009	4.0521	0.0003			
不分科	XX	0.0007	4.6399	0.0001	0.0015	5.0467	0.0001	0.0005	3.6621	0.0000

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

2.百分位計算時已排除申報費用未滿 12 個月的院所資料。

醫院以病人為中心門診整合照護計畫

106 年 2 月 9 日健保醫字第 1060001379 號公告修訂

107 年 6 月 21 日健保醫字第 1070008162 號公告修訂

108 年 3 月 14 日健保醫字第 1080003099 號公告修訂

111 年 5 月 26 日健保醫字第 1110106489 號公告修訂

111 年 6 月 16 日健保醫字第 1110661492 號公告勘誤

壹、依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項。

貳、計畫說明

多重慢性病人乃是我國醫療照護系統中最重要的資源使用者，且隨著我國人口結構的逐年老化，多重慢性病的盛行率將逐年升高，其醫療照護課題也將愈趨重要。就提高慢性醫療照護品質及控制醫療成本的觀點而言，如何改變現行醫療照護模式，使成為適合多重慢性病患之整合性醫療照護模式，乃當務之急。

參、目的

- 一、 提供多重慢性病人適切、效率、良好品質的醫療服務，避免重複、不當治療用藥或處置，影響病人安全。
- 二、 配合總額支付制度，提供整合式照護服務，促成醫院各專科醫療之適當整合。
- 三、 對於病情穩定之病人，逐步落實分級醫療、促進層級間之轉診，以提升醫療資源使用效率。

肆、預算來源

由全民健保年度醫療給付費用總額其他預算「推動促進醫療體系整合計畫」項下支應。

伍、執行方式

申請計畫之醫院(或整合團隊)須開設整合照護門診，並檢附計畫書(附件 1)，向保險人各分區業務組提出申請，自保險人各分區業務組審查通過之月份開始實施。

- 一、申請及審查程序：

- (一)參與計畫醫院(或整合團隊)應先行向保險人分區業務組報備整合照護門診之門診時刻表、診次及醫師等，並將相關資料上傳健保資訊網服務系統(VPN)，如有異動，須重新報備並更新VPN資料。
- (二)醫學中心平日看診日每日至少開診 2 個診次，區域醫院平日看診日每日至少 1 個診次，地區醫院不限診次，並於門診時刻表及明顯處張貼說明。
- (三)若服務內容變動，應檢附修訂後計畫書向所屬分區業務組報備。
- (四)承作醫師資格：不限專科別，但須完成 6 小時教育訓練課程(附件 2)，並取得證明。
- (五)申請醫院資格：醫院於申請年之前一年起，無全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法（以下稱特管辦法）第 38 條至第 40 條或第 44 條至第 45 條等歸因於醫院總額所列違規情事且經保險人處分者(以第一次處分函所載停約或終止特約期間認定，含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)。惟為保障保險對象就醫權益，保險人各分區業務組得視違規情節及醫院所提計畫之內容，可另予考量。

二、收案對象：

(一) 保險對象最近 3 個月符合下列條件之一者，得予以收案照護：

- 1.給藥日份 ≥ 28 天之案件中，最近 3 個月申報之主診斷中有 3 種(含)以上慢性病，並經 2 位(含)以上醫師看診者。
- 2.最近 3 個月至少申報 2 次(含)以上慢性病連續處方箋且最近 3 個月申報之慢性病連續處方箋用藥之藥品品項數合計達 10 種(含)以上，並經 2 位(含)以上醫師看診者。
- 3.保險人建議應納入門診整合照護者。

註:前開慢性病係指主診斷為本保險公告之慢性疾病範圍者。

- (二) 保險對象或家屬同意接受本計畫整合照護服務且簽署同意書者(附件 3)，始得收案。
- (三) 同一個案不能同時被 2 家院所收案，收案時，須向病人說明應配合定期回診等事項。

三、收案程序：

(一) 初診須完成周全性評估及照護計畫，周全性評估之內容及工具如附件 4(若有相關版權問題請醫院自行申請)。

(二) 個案登錄及管控作業：

1. 個案經醫師評估符合收案條件並簽署同意書後始得收案，醫事服務機構必須上傳個案資料至「全民健康保險醫院以病人為中心門診整合照護計畫」之個案登錄子系統，其必要欄位如附件 5。承作醫師須透過參與醫院向保險人各分區業務組申請，始能登入個案登錄子系統(網址：<https://medvpn.nhi.gov.tw/>，VPN 服務項目/試辦計畫資料維護/基本資料維護)。
2. 個案之首次資料登錄，應於保險對象實際就診日當日填報「收案日期」，方得收案。經保險人勾稽收案日期與申報門診整合初診診察費日期不符者，不予支付。

(三) 同一分區業務組轄區醫院，得選擇採院際共同整合照護方式，並依下列規定辦理：

1. 推派單一醫院為主責醫院，負責提送計畫書、保險人聯繫窗口、經費撥付等事宜。
2. 應於計畫書內一併檢送各整合醫院之參加同意書。
3. 整合團隊於計畫執行期間若發生個別醫院退出情形，須由主責醫院向轄區分區業務組提出申請。
4. 整合團隊之個別醫院，於計畫執行期間亦受本計畫「柒、退場機制」規範。

陸、費用申報及支付方式

一、 本計畫之給付項目及支付標準：

(一)門診整合診察費

1. 診察費依看診階段(初診、複診)支付，支付標準如下：

編號	診療項目	支付點數
P5203C	門診整合診察費	
P5204C	— 門診整合初診診察費	1,500 點
	— 門診整合複診診察費	1,000 點
	註：	

	1.P5203C 初診診察費須完成周全性評估及照護計畫後，始得申報。 2.P5204C 複診診察費支付規範： (1)限門診整合初診後 200 天內申報。 (2)同一照護對象最多可申報 2 次。 (3)含照護計畫之修正與調整。	
--	--	--

- 2.申報本計畫之門診整合診察費者，不得另申報醫院門診診察費。
- 3.本計畫個案整合結束後，診察費回歸醫院總額一般服務預算，依一般門診診察費支付，不納入本計畫支應。
- 4.醫師提供整合照護，應於個案之就醫當日病歷中，由負責整合之醫師於其診斷下，簡述整合之科別、疾病別或藥品、處置或檢查類別等並檢附周全性評估相關資料，以備查核。未於病歷中載明以上整合方式並檢附相關資料者，不得申報。

(二)失智症門診照護家庭諮詢費用

- 1.保險對象參與本計畫整合照護門診且於整合期間，經神經科或精神科專科醫師確診為失智症(主、次診斷代碼ICD-10-CM為F01-F03、[F06.70](#)、[F06.71](#)、F10.27、F10.97、F13.27、F13.97、F18.27、F18.97、F19.27、F19.97、G30.-、G31.-)，經評估有諮詢需要，且其失智症評估結果，符合臨床失智症評量表(Clinical Dementia Rating,CDR)值 ≥ 1 或簡易心智量表(Mini-Mental State Examination，MMSE) ≤ 23 者，醫院得提供諮詢服務，申報本項費用。給付項目及支付標準如下：

編號	診療項目	支付點數
P5201C P5202C	失智症門診照護家庭諮詢費用 -諮詢服務時間 15 分鐘(含)至 30 分鐘 -諮詢服務時間 30 分鐘(含)以上 註： 1.諮詢服務時間不包括醫師診療及失智症評估量表填報時間。 2.同院每位病人每年最多申報 2 次。 3.同一年度同一個案不得重複申請衛生福利部「失智照護服務計畫」個案管理費之「按月提供諮詢服務」費用。	300 點 500 點

- 2.每次諮詢須填報諮詢溝通內容及規定(附件 6)，併入病人病歷紀錄留存。

二、特約醫事服務機構門診醫療服務點數申報格式之點數清單段及醫令清單段填表說明：

(一)門診整合診察費：

1.屬本計畫收案之照護對象，其就診當次符合申報初診及複診診察費者，於申報費用時，門診醫療服務點數申報格式清單段之整合式照護計畫註記（欄位ID：d13）填寫方式如下：

(1)給藥日份 \geq 28天之案件中，最近3個月申報之主診斷中有3種(含)以上慢性病，並經2位(含)以上醫師看診者，應填「Q」。

(2)最近3個月至少申報2次(含)以上慢性病連續處方箋且最近3個月申報之慢性病連續處方箋用藥之藥品品項數合計達10種(含)以上，並經2位(含)以上醫師看診者，應填「R」。

(3)保險人建議應納入門診整合者者，應填「S」。

2.醫令類別應填「0」。

3.其餘依一般費用申報原則辦理。

(二)失智症門診照護家庭諮詢費用：醫令類別應填「0」，醫令執行時間起迄請填報諮詢服務時間至年月日時分。本項併門診醫療費用申報，非當日執行，請比照排程檢查案件作業方式申報。

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

四、審查原則

(一)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)本計畫所列相關資料需存放於病歷備查，未依保險人規定內容登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，不予支付該筆費用並依相關規定辦理。

柒、退場機制

醫院於計畫執行期間因違反特管辦法第38條至第40條或第44條至第45條等歸因於醫院總額所列違規情事，致受停約或終止特約處分者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)，以第一次處分函所載停約或終止特約起始日起同步終止參與本計畫，惟為保險對象醫療照護之延續

性，分區業務組得視違規情節，可另予考量。凡經終止本計畫者，各項支付費用不予核付。

捌、執行配套措施

一、參與本計畫之醫院(或整合團隊)目標管理點數額度調整：由保險人各分區業務組與轄區醫院依現行作業原則共同議定，惟對於本計畫之效益應予考量。

二、計畫管理機制：

(一) 保險人研議總體計畫架構模式、指標之開發與計算、行政授權與協調。

(二) 保險人各分區業務組受理及輔導轄區醫院申請計畫與觀察輔導醫院之執行，並得進行實地訪視瞭解其計畫實際執行情形。

(三) 各計畫參與醫院提出計畫之申請，推動整合照護模式，並參與保險人各分區成果分享活動。

(四) 保險人各分區業務組如審查發現整合照護個案病歷中未載明整合方式，或整合後仍發現有重複用藥或處置時，得核扣該個案之門診整合診察費，並依情況，請醫院提出說明或改善措施及列為下年度參與本計畫之資格參考。

三、監測指標：以收案個案照護滿1年之各項指標與收案前1年比較。

(一) 指標1：照護對象每人西醫門診醫療費用^註。

(二) 指標2：照護對象每人西醫門診申報件數。

(三) 指標3：照護對象每人西醫門診藥品品項數。

(四) 指標4：照護對象每人門診潛在不當用藥數(PIM)(以2015年Beer's criteria計算)。

(五) 指標5：照護對象每人門診急診申報件數(案件分類02)。

(六) 指標6：照護對象每人住院次數(依入院日期歸戶計算)。

註：前述「西醫門診醫療費用」範圍，係指西醫醫院門診、西醫基層門診及門診透析之申請點數加部分負擔，包含交付機構之申報點數加部分負擔，且排除下列之案件：1.中醫門診、牙醫門診、代辦案件、居家照護與精神疾病社區復健。2.慢性病連續處方箋調劑、診察費為0之案件件數不計。

玖、計畫實行評估

- 一、保險人分區業務組得不定時至參與計畫醫院實地訪查或以立意抽樣審查方式，確定計畫內容是否落實，以作為未來是否准予續辦之考量。
- 二、保險人定期進行整體執行成效之評估，作為研修參考。
- 三、本計畫所核付之款項，請參與醫院應用於鼓勵執行本計畫之整合單位或相關人員。

拾、訂定與修正程序

本計畫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。屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。

【附件6】

失智症門診照護諮詢溝通記載內容及規定如下：

- 一、照護對象姓名及臨床失智症評量表(CDR)或簡易心智量表(MMSE)評量結果。
- 二、依需要簡要敘述病況、照護技巧指導、藥物或營養諮詢、家屬心理支持、社會資源運用等內容。
- 三、諮詢服務之日期及起迄時間至分。
- 四、提供服務者職稱及簽章(除醫師外，亦包含社工師或其他醫事人員)。
- 五、接受諮詢服務者簽章及其與照護對象之關係(接受諮詢服務者包括照護對象或主要照護者，且至少有1位家屬參與)。

註：

1. 失智症定義：主、次診斷代碼(ICD-10-CM)為 F01-F03、[F06.70](#)、[F06.71](#)、[F10.27](#)、[F10.97](#)、[F13.27](#)、[F13.97](#)、[F18.27](#)、[F18.97](#)、[F19.27](#)、[F19.97](#)、[G30.2](#)、[G31.2](#)。
2. 諮詢服務時間不包括醫師診療及失智症評估量表填報時間。
3. 申報本計畫失智症門診照護家庭諮詢費用者，同一年度同一個案不得重複申請衛生福利部「失智照護服務計畫」個案管理費之「按月提供諮詢服務」費用。

113 年度全民健康保險西醫基層提升心肺疾病復健照護品質計畫

一、依據：

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的：

- (一)台灣推行心臟疾病病人品質提升計畫及急性後期整合照護計畫(Post-acute Care, PAC)等多年，在住院期間接受心肺復健治療已經是相當普遍，但病人出院後繼續門診復健治療比例相當低(低於15%)，主要原因在於病人出院後的門診心肺復健可近性不佳，心肺復健業務對基層復健診所而言，因設備及專業人力需求更高且具專業風險性導致誘因不足，而無法執行該項治療。
- (二)為使心肺疾病患者出院後能至社區復健門診接受後續心肺復健治療，並提升其心肺復健治療效果，本計畫冀能促進出院患者留於社區，藉由社區之基層復健診所協助該患者規劃心肺復健及健康管理，並提供心肺功能訓練，於療程結束後評估心肺復健成效。

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

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

五、年度執行目標：

- (一)預估收案人數：250人。
- (二)短期目標：逐年提升出院後至基層執行心肺復健比率，基層心肺復健人數超過170人(預定收案的七成)，全國基層參與心肺疾病照護品質計畫達到21家，心肺功能有意義的改善達成率70%。

※註：

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

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

六、診所申請資格及審查程序：

(一)申請資格：

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

註：申報 42019C或 43031C資格為(1)復健科專科醫師開設之基層院所。

- (2)聘有專任復健專科醫師之基層院所且由復健專科(含專任及支援)醫師所開立之處方。

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

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

- 4.申請參與本計畫之保險醫事服務機構及醫師：須二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)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處分者)。前述未曾涉及違規情事期間之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。

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

七、收案條件：

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

- 1.最大耗氧量<5METs。
2. $VO_2\text{peak}$ <73%年紀性別預測值。
- 3.六分鐘步行測試<500 公尺。

(二)收案來源

1.醫院轉診：

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

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

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

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

八、結案條件：收案對象有下列情事之一者，於發生日起終止收案。

(一)死亡。

(二)病情變化無法繼續接受本計畫。

(三)失聯 ≥ 3 個月。

(四)持續接受心肺復健達最高上限36次。

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

九、給付項目及支付標準：

(一)給付項目及支付標準表

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

編號	診療項目	支付點數
	<p>PTM 5.被動性關節運動 Passive R.O.M.</p> <p>PTM 7.運動治療 Therapeutic Exs.</p> <p>PTM 9.肌力訓練 Strengthening Tx</p> <p>PTM 10.耐力訓練 Endurance training</p> <p>PTM 13.姿態訓練 Posture training (含步態訓練及姿勢訓練)</p> <p>PTS 11.低能雷射治療 Low power laser</p> <p>PTS 2.治療性冷/熱敷 Hot/cold pack</p> <p>(2)43031C職能治療-複雜治療項目：</p> <p>OT 1.姿態訓練</p> <p>OT 3.坐站平衡訓練</p> <p>OT 4.移位訓練</p> <p>OT 5.日常生活訓練</p> <p>OT 7.運動知覺訓練</p> <p>OT 8.上肢(下肢)功能訓練</p> <p>OT 12.知覺認知訓練)</p> <p>(3)其他：47041C、47045C或第二部第二章第六節呼吸治療處置。</p> <p>3.收案須檢附心肺運動功能評估報告(附件 3)。</p> <p>4.不得同時申報診療項目 42019C、43031C。</p>	
P7602P	<p>心肺復健治療評估</p> <p>註：</p> <p>1.每人限申報 3 次。</p> <p>2.第二次、第三次：個案心肺運動功能評估報告中，符合休息血壓及心跳下降，或自覺疲勞指數改善 1 分以上或六分鐘步行測試距離進步>20 公尺以上。</p> <p>3.第二次限執行復健整合治療費至少 12 次後申報，第三次為執行復健整合治療費 36 次或符合結案條件後申報。</p> <p>4.申報須檢附附件 3：</p> <p>(1)第一次：心肺運動功能測試(CPET)報告、西醫診所心肺功能評估表。</p> <p>(2)第二次、第三次：西醫診所心肺功能評估表。</p>	300

(二)品質獎勵費：每個案每年度獎勵500點。

1.獎勵條件：診所收案人數至少 10 位，且收案對象之心肺運動功能

改善達到正常標準者。

2.心肺運動功能改善達到正常標準，60 歲以上病人須符合下列條件之一，未滿 60 歲者須符合下列 3 項條件：

(1)最大耗氧量>5 METS。

(2)VO₂peak>73%年紀性別預測值。

(3)六分鐘步行測試>500 公尺以上。

十、醫療費用申報、審查及點值結算：

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

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

(三)本計畫醫療費用點數申報格式：

1.案件分類：請填報「E1(論質計酬計畫)」。

2.特定治療項目代號(一)：請填報HK。

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

十一、退場機制

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

(二)參與本計畫之特約西醫診所及醫師，如涉及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，且經保險人違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)，應自保險人第一次核定違規函所載停約日起退出執行本計

畫，惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。

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

十三、計畫管理機制

(一)保險人負責本計畫之研訂與修正。

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

十四、計畫施行評估指標：

(一)病人疾病復發率(包括再住院或再急診)：<30%

定義：收案 6 個月內病人因相同疾病再就診率<30%。

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

分母：計畫總收案人數。

(二)有意義的心肺功能改善比率：>70%

定義：CPET (VO₂peak最大耗氧量或無氧代謝閥值耗氧量VO₂AT)較首次進步改善 25%或 6 分鐘步行測試進步 25%或 100 公尺以上

分子：達到有意義的心肺功能改善之病人總數

分母：所有接受此計畫下的門診心肺復健總人數

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

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

十六、計畫修正程序

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

【附件 1】

全民健康保險西醫基層提升心肺疾病復健照護品質計畫申請表

診所申請類別：☐新增 ☐變更(變更者另檢附變更事項前後對照表)

基本資料	診所名稱		診所醫事機構代碼			
	計畫聯絡人姓名		計畫聯絡人電話：			
	計畫聯絡人 e-mail					
審核項目	項目		審查結果		備註	
	參與本計畫相關醫事人員資料表		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他			
	認證書面資料影本		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他			
保險醫事服務機構	機構章戳	保險人審核意見欄		1 <input type="checkbox"/> 審核通過 2 <input type="checkbox"/> 不符合規定 3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請補齊 4 <input type="checkbox"/> 其他 日期章戳：		本欄由審查單位填寫
	申請日期： 年 月 日					

【附件 2】急性心肺疾病以 ICD-10-CM 認定表

ICD-10-CM 代碼：

心臟

MI : I21.xxx 、 I25.xxx 、 I24.xxx 、 I22.xxx 、 [I5A](#)

CABG : Z95.xxx

Valve disorder : I35.xxx

Disease of circulation system: I00-I99 [、 P91.821 、 P91.822 、 P91.823 、 P91.829](#)

Other congenital malformations of heart : Q24.xxx

Congenital malformation of the circulation system : Q20-Q28

Heart failure : I50.xxx

Heart failure due to hypertension : I11.0

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

Heart failure following surgery : I97.13

Rheumatoid heart failure : I09.81

肺臟

COPD : J44.x

Disease of respiratory system: J00-J99

Chronic lower lung disease: J40-J47

Lung cancer : C34.90

Malignant neoplasmas of respiratory and intrathoracic organs: C30-C39

Covid-19 : U07.1

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

Peripheral artery disease : I70.2xx

PAOD: I73.9 °

【附件 3】 心肺運動功能評估報告

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

詳備註			
治療師衛教紀錄 衛教對象	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他：
醫師/團隊人員 (若更多人員請增列)	醫師 醫事人員 1 醫事人員 2 醫事人員 3	醫師 醫事人員 1 醫事人員 2 醫事人員 3	醫師 醫事人員 1 醫事人員 2 醫事人員 3

備註：

10 級運動自覺量表(Rating of Perceived Exertion, RPE)	
0	沒有感覺
0.5	非常非常弱
1	非常弱
2	弱
3	適度
4	有些強
5	強
6	
7	非常強
8	
9	
10	非常非常強

【附件 4】

全民健康保險西醫基層提升心肺疾病復健照護品質計畫收案個案 資料建檔欄位

一、新收案，必須登錄欄位

(一)新收案日期(YYY/MM/DD)

(二)收案診所：醫事機構代碼、醫師ID、醫師姓名

(三)診所心肺復健團隊成員：醫事人員類別

(四)個案基本資料：個案身分證號、姓名、性別、出生日期

二、病人心肺功能改善程度：

(一)有氧運動能力：擇一填寫，第一次評估兩者皆需要

1.攝氧量【最大耗氧量(VO_{2peak})、無氧代謝閾值耗氧量(VO_{2AT})，年紀性別心肺功能預測值(%)】

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

(二)運動時血流血氧變化：

血壓：收縮壓(mmHg)、舒張壓(mmHg)、血氧濃度。

(三)運動時心臟之電生理反應：紀錄心電圖變化(HR, arrhythmia,af等)

其他限制運動的徵兆或症狀、自覺疲勞指數。

三、其他：身高、體重、BMI等

全民健康保險安寧共同照護試辦方案

100 年 4 月 1 日第一版實施
102 年 7 月 29 日第一版修訂
104 年 2 月 1 日第二版修訂
104 年 8 月 1 日第三版修訂
111 年 6 月 1 日第四版修訂
111 年 9 月 1 日第五版修訂
111 年 12 月 1 日第六版修訂

壹、前言

全民健康保險(以下稱健保)自 85 年及 89 年實施安寧居家療護及住院安寧療護試辦計畫，並配合衛生福利部政策於健保 IC 卡提供安寧意願註記，於 98 年正式納入支付標準常態性支付。另為讓更多有意願接受安寧緩和醫療服務之末期病人，不須入住安寧病房亦有機會接受健保安寧療護服務，健保自 100 年 4 月起實施本試辦方案，以建構更完善之安寧療護共同照護服務模式。

健保安寧療護最初收案對象僅限癌症末期病人及漸凍人，98 年新增八類經醫師專業診斷符合安寧收案條件之末期病人，111 年新增末期衰弱老人、末期骨髓增生不良症候群病人、符合病人自主權利法第十四條第一項第二至五款所列臨床條件者，以及罕見疾病或其他預估生命受限者，期讓更多病人有機會接受安寧療護服務。

健保將持續推動讓有需求之末期病人得到高品質安寧療護之政策方向，與世界潮流同步並與 WHO 理念一致，協助病人與其家人在身體、心理和靈性等需求均能獲得緩解與支持，落實善終並維護生命品質。

貳、計畫目標

- 一、建立醫院安寧療護推動模式。
- 二、使住院中(不含入住安寧病房)或急診診療中之末期病人皆有機會享有安寧療護照護服務。
- 三、提高醫護人員、病人及家屬對安寧療護的認知，並進而增加醫護人員之照護技能。

參、預算來源：本方案給付項目及支付標準(P4401B、P4402B、P4403B)之醫療費用由醫院總額一般服務預算項下支應，採點值浮動方式。

肆、計畫內容

一、參與試辦醫院及人員資格：

(一) 醫院應填具「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」申請書(詳附件一)向全民健康保險保險人(以下稱保險人)之分區業務組提出申請，經同意後始可申報。

(二) 醫院須成立「安寧共同照護小組」，該小組成員與資格：

1. 成員：

- (1) 須包括安寧共同照護負責醫師及專任護理人員至少各 1 名，視必要得增設社工人員、心理師、宗教師或志工等。成員異動時，須通知保險人之分區業務組，否則不予支付相關費用。
- (2) 參與試辦之地區醫院過去 3 個月(每季季末計算)平均照護人數達 30 人以上，應設置專任護理人員 1 人，並應依個案增加比率酌增專任護理人員人數；惟照護人數 30 人以下者得以兼任人員任之。

2. 資格：

- (1) 小組成員皆須接受過安寧緩和醫療之相關教育訓練 80 小時以上。教育訓練內容須包含安寧緩和醫療的介紹、十大疾病病人之舒適照護、末期症狀控制、末期病人及家屬之心理社會與靈性照護、末期病人與遺族之哀傷輔導、安寧療護倫理與法律、溝通議題與安寧療護服務(含住院、居家及共照)相關表單制度與轉介等 7 大主題，且講師群須含括醫、護、社各專業領域，並含 40 小時安寧病房見習。
- (2) 每年繼續教育時數：醫師及護理人員為 20 小時(含院際案例討論、遠距視訊討論、e-learning 課程等)，並提出相關教育訓練證明。

二、收案對象：經原照護團隊成員照會「安寧共同照護小組」後，共同評估符合下列末期病人條件(相關症狀條件詳附表 1)，且病人或家屬同意接受安寧共同照護服務並簽署服務說明書(詳附件二)(必要

條件)。

(一) 癌症末期病人：

1. 確定病人對各種治癒性治療效果不佳(必要條件)。
2. 病人有身心靈症狀亟需安寧共同照護小組介入。

(二) 末期運動神經元病人：

1. 末期運動神經元病人，主要症狀有直接相關或間接相關症狀者。
 - (1) 直接相關症狀：虛弱及萎縮、肌肉痙攣、吞嚥困難、呼吸困難。
 - (2) 間接相關症狀：睡眠障礙、便秘、流口水、心理或靈性困擾、分泌物及黏稠物、低效型通氣不足、疼痛。
2. 末期運動神經元病人，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者。

(三) 主要診斷為下列疾病，且已進入末期狀態者：

1. 失智症
2. 其他腦變質。
3. 心臟衰竭。
4. 慢性氣道阻塞，他處未歸類者。
5. 肺部其他疾病。
6. 慢性肝病及肝硬化。
7. 急性腎衰竭，未明示者。
8. 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者。
9. 末期骨髓增生不良症候群(Myelodysplastic Syndromes，MDS)。
10. 末期衰弱老人。

(四) 符合病人自主權利法第十四條第一項第二款至第五款所列臨床條件者。

(五) 罕見疾病或其他預估生命受限者。

三、收案流程：

(一) 照會申請：

1. 原則上照會之申請，由原照護團隊醫師開立照會單，且須有原照護醫師簽章。
2. 由原照護團隊針對末期病人病況照會「安寧共同照護小組」，「安寧共同照護小組」經實際評估病人之病況，研擬符合該病人需求之安寧療護照護計畫，並據以提供照護服務，共同照護的流程詳附表 2。

(二) 紀錄及登錄安寧共同照護服務內容：

1. 專業人員於訪視及結案時應填寫「安寧共同照護個案收案申請書」(詳附件三)及照護紀錄(安寧共同照護護理人員訪視表及其他專業人員訪視表，詳附件四)。
2. 參與本方案之特約醫療院所應依規定內容(詳附件五)於健保資訊網服務系統(VPN)登錄相關資訊。

四、服務項目：詳如安寧共同照護服務內容及紀錄表(附件六)；附件六-1 至附件六-4 為選擇性表格，得視病人及家屬需要填寫，包括初步疼痛評估表、持續疼痛評估表、心理社會需要評估、照顧紀錄及靈性需要評估及輔導計畫等表單內容。

五、照護期限：每一個案自接受首次安寧共同照護之日起，於該院所接受安寧共同照護以 1 個月為限，超過 1 個月者，若病情需要申請延長照護，應經「安寧共同照護小組」診斷並填具安寧共同照護延長照護申請書（詳附件七）提出專案申請，送保險人備查。

六、病人照護評估指標：

- (一) 安寧共照後簽署 DNR 前後比率(比較)。
- (二) 收案至結案家屬病情認知(比較)。
- (三) 收案至結案病人診斷認知(比較)。
- (四) 因死亡結案病人，安寧共照介入天數大於 30 天之比率。
- (五) 轉入 ICU 病房比率。

七、給付項目及支付標準：符合本方案之收案對象，接受安寧共同照護

小組提供之完整性照護，醫院得申報共同照護各類專業人員照護費，給付項目及支付標準詳附表 3。

- (一) P4401B 安寧首次共同照護費：每人限申報 1 次，支付點數為 2,025 點。安寧共同照護小組(至少含醫師及護理人員)皆須進行訪視，每一個案訪視時間至少 1 小時，訪視時間應於交班時紀錄並簽名；每位專任護理人員每月合理訪視首次個案數為 30 人(含)，超過合理量部分，健保不予支付。
- (二) P4402B 後續安寧照護團隊照護費 (含醫師) (每週) (次)：每次支付 1,575 點。每週醫師及護理人員之基本訪視次數至少各 1 次；每次訪視時間至少 30 分鐘。團隊相關照護人員視病人病情需要，應予提供，申報費用時應檢附評估與照護紀錄；未滿 1 週，惟團隊基本訪視次數已達到者，得予申報。
- (三) P4403B 後續安寧照護團隊照護費(不含醫師)(每週)(次)：每次支付 1,275 點，每週護理人員之基本訪視次數至少 1 次，每次訪視時間至少 30 分鐘。團隊相關照護人員視病人病情需要，應予提供，申報費用時應檢附評估與照護紀錄；未滿 1 週，惟團隊基本訪視次數已達到者，得予申報。

八、結案條件：收案對象有下列情事之一者，於發生日起終止收案。

- (一) 問題改善。
- (二) 轉安寧療護病房。
- (三) 轉安寧居家療護。
- (四) 轉一般居家。
- (五) 穩定出院。
- (六) 瀕死出院。
- (七) 死亡。
- (八) 病人拒絕。
- (九) 家屬拒絕。
- (十) 其他。

伍、醫療費用申報及審查原則：

一、申報原則：

- (一) 醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。
- (二) 住院醫療服務點數清單：本方案首次及後續照護費請併入「治療處置費」欄位計算。
- (三) 住院醫療服務醫令清單：醫令執行起迄為必填欄位。

二、審查原則：

- (一) 保險人分區業務組得不定期實地訪查，若發現個案照護紀錄不實者，保險人得不予支付該筆照護費並依相關規定辦理。
- (二) 其餘未規定事項，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。

陸、附件表單包含有：

附件一：全民健康保險安寧共同照護試辦方案申請書

附件二：參與「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」服務說明書

附件三：安寧共同照護個案收案申請書

附件四：安寧共同照護護理人員訪視表及其他專業人員訪視表

附件五：安寧共同照護個案登錄健保資訊網服務系統(VPN)必要欄位表

附件六：安寧共同照護服務內容及紀錄表

附件七：安寧共同照護延長照護申請書

附表 1 收案對象之相關症狀條件

一、失智症

失智症末期須符合下列三項條件：

1. 確診失智症(ICD-10-CM 代碼：F01-F03、[F06.70](#)、[F06.71](#)、[F10.27](#)、[F10.97](#)、[F13.27](#)、[F13.97](#)、[F18.27](#)、[F18.97](#)、[F19.27](#)、[F19.97](#)、[G30.-](#)、[G31.-](#))。
2. 臨床失智評估量表 Clinical Dementia Rating (CDR) 3 分且日常體能狀況已超過半數時間臥床或依賴輪椅(如 ECOG 3 分以上)，或失智症功能評估分級量表 Functional assessment staging (FAST)等級 7C 以上。
3. 一年內，合併發生以下任一種臨床狀況：
 - (1)居家照護或一般支持性醫療照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。
 - (2)營養不良（下列任一情境）
 - 吞嚥困難，進食喝水減少，但選擇不接受管灌餵食。
 - 明顯的體重減輕:過去三個月下降 5%或六個月內下降 10%。
 - 身體質量指數(BMI)小於 16，或白蛋白小於 2.5g/dL。
 - (3)兩次以上跌倒，或者大腿骨骨折。
 - (4)吸入性肺炎。
 - (5)腎盂腎炎或其他上泌尿道感染。
 - (6)多處皮膚壓力性損傷(第 3、4 期)。
 - (7)敗血症。
 - (8)反覆發燒，既使已使用抗生素。
 - (9)過去六個月中，出現兩次以上非計畫性的住院，或有一次加護病房的住院。

二、其他腦變質

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

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

三、心臟衰竭

心衰竭末期應最少符合下列二個指標：

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

四、慢性氣道阻塞疾病，他處未歸類者

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

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

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

五、肺部其他疾病

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

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

六、慢性肝病及肝硬化

必要條件：肝病或肝硬化末期，不適合肝臟移植，且：

(1) PT > 5 sec above control 或 INR > 1.5

(2) Serum albumin < 2.5 g/dl

合併下列任一項症狀：

1. 困難處理之腹水 (Refractory ascites)。

2. 自發性細菌性腹膜炎 (Spontaneous bacterial peritonitis)。

3. 肝腎症候群 (Hepatorenal syndrome)。

4. 肝腦病變合併坐立不安、昏睡和昏迷 (Encephalopathy with asterixis, somnolence, coma)。

5. 復發性食道靜脈瘤出血 (Recurrent variceal bleeding)。

6. 多重器官衰竭 (Multiple organ failure)。

7. 惡病質與消瘦 (Cachexia and asthenia)。

七、急性腎衰竭，未明示者

acute renal failure, unspecified

1. 已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病人。

2. 病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病人可能在近期內死亡。

3. 病人在自由意識的選擇與自主的決定下不願意，或因合併下列疾病狀況之一，不適合繼續接受長期透析治療或接受腎臟移植者：

(1) 其他重要器官衰竭及危及生命之合併症

(2) 長期使用呼吸器

(3) 嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症

(4) 惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者

(5) 惡性腫瘤末期病人

(6) 因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者

八、慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

本項適用主診斷 N18.4、N18.5、N18.6、N18.9 (慢性腎衰竭; chronic renal failure) 及 N19 (腎衰竭，未明示者; renal failure, unspecified) 兩項疾病末期定義

1. 慢性腎臟病至末期腎臟病階段，尚未接受腎臟替代療法病人，屬慢性腎臟病(CKD) 第4期、第5期病人(GFR < 30 ml/min/1.73m²)，或已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病人。

2. 病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病人可能在近期內死亡。

3. 病人在自由意識的選擇與自主的決定下不願意，或因合併下列疾病狀況之一，不適合新接受或繼續接受長期透析治療或腎臟移植者：

(1) 其他重要器官衰竭及危及生命之合併症

(2) 長期使用呼吸器

(3) 嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症

(4) 惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者

(5) 惡性腫瘤末期病人

(6) 因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者

九、末期骨髓增生不良症候群（Myelodysplastic Syndromes，MDS）

Myelodysplastic syndromes 骨髓分化不良症候群，若治療後血球持續長期低下，應長期輸血且合併臨床之不適症狀，經原團隊診治後評估為末期病人。

ICD-10-CM 代碼：D46

十、末期衰弱老人

1. 參考 Supportive & Palliative Care Indicators Tool (SPICT) 評估符合收案條件者。

2. 不願意使用呼吸器維生者，病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：

- (1) 電解質不平衡(Electrolyte imbalance)
- (2) 急性疼痛(Acute pain)
- (3) 嚴重呼吸困難(Severe dyspnea)
- (4) 惡性腸阻塞(Malignant bowel obstruction)
- (5) 嚴重嘔吐(Severe vomiting)
- (6) 發燒，疑似感染(Fever, suspect infection)
- (7) 癲癇發作(Seizure)
- (8) 急性譫妄(Acute delirium)
- (9) 瀕死狀態(Predying state)

3. ICD-10-CM 代碼：R54

十一、符合病人自主權利法第十四條第一項第二款至第五款所列臨床條件者

1. 第十四條第一項第二款至第四款：

- (1) 處於不可逆轉之昏迷狀況
- (2) 永久植物人狀態(ICD-10-CM代碼：R40.3)
- (3) 極重度失智(CDR 3分以上或FAST7分以上)

2. 第十四條第一項第五款：其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形（ICD-10-CM代碼參考如下）。

- (1) 囊狀纖維化症：E84.9
- (2) 亨丁頓氏舞蹈症：G10
- (3) 脊髓小腦退化性動作協調障礙：G11.0、~~G11.1~~ [G11.10](#)、[G11.11](#)、[G11.19](#)、[G11.2](#)、[G11.3](#)、[G11.4](#)、[G11.8](#)、[G11.9](#)、[G31.2](#)、[G32.81](#)、[G32.89](#)、[G60.2](#)、[R27.0](#)、[R27.8](#)、[R27.9](#)、[R29.810](#)、[R29.818](#)、[R29.890](#)、[R29.891](#)、[R29.898](#)
- (4) 脊髓性肌肉萎縮症：G12.9
- (5) 肌萎縮性側索硬化症：G12.21、[G12.25](#)
- (6) 多發性系統萎縮症：G90.3
- (7) 裘馨氏肌肉失養症：~~G71.0~~ [G71.01](#)
- (8) 肢帶型肌失養症：~~G71.0~~ [G71.031](#)、[G71.032](#)、[G71.033](#)、[G71.0340](#)、[G71.0341](#)、[G71.0342](#)、[G71.0349](#)、[G71.035](#)、[G71.038](#)、[G71.039](#)
- (9) Nemaline線狀肌肉病變：~~G71.2~~ [G71.20](#)、[G71.21](#)、[G71.220](#)、[G71.228](#)、[G71.29](#)

(10)原發性肺動脈高壓：I27.0

(11)遺傳性表皮分解性水泡症：Q81.0、Q81.1、Q81.2、Q81.8、Q81.9

先天性多發性關節攣縮症：Q74.3

十二、罕見疾病或其他預估生命受限者

1. 罕見疾病(依據衛生福利部國民健康署公告罕見疾病名單暨 ICD-10-CM 編碼一覽表)，預估生命受限者。
2. 先天染色體異常疾病、先天畸形(屬全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第二條附表一之重大傷病項目第八類染色體異常、先天性畸形者)，預估生命受限者。
3. 源於周產期的病況(P00-P96、[Z05.0](#)、[Z05.1](#)、[Z05.2](#)、[Z05.3](#)、[Z05.41](#)、[Z05.42](#)、[Z05.43](#)、[Z05.5](#)、[Z05.6](#)、[Z05.71](#)、[Z05.72](#)、[Z05.73](#)、[Z05.8](#)、[Z05.9](#))，預估生命受限者。
4. 染色體異常(如 Trisomy 13、Trisomy 18、或其他染色體異常合併多重器官先天異常：Q91.0-Q91.7、Q97.0-Q97.9)，預估無法活至成年者。
5. 嚴重之先天腦部異常(如無腦症：Q00.0、神經系統先天性畸形：Q07.9)，預估無法活至成年者。

全民健康保險急診品質提升方案

101.05.01	第一版公告實施
102.01.01	第二版公告實施
104.01.01	第三版公告實施
104.05.25	第四版公告實施
105.03.01	第五版公告實施
108.02.01	第六版公告實施
111.04.01	第七版公告實施
112.06.01	第八版公告實施

壹、前言

中央衛生主管機關為加速醫院急診部門檢傷分類作業，參採國外經驗，於 99 年公告施行急診五級檢傷分類基準，期快速檢定病人病況危急與嚴重度，讓真正急重症患者，能及時獲得緊急醫療服務，挽回寶貴的生命。為確保急診重大疾病照護品質、落實以品質導向提升急診病人處置效率，全民健康保險自 101 年起以論質計酬方式，鼓勵醫院重視並提升急重症照護品質及效率。

依據美國醫療機構評鑑聯合會(Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 簡稱 JCAHO)的報告，超過 53%延誤治療的警訊事件(sentinel event)是發生在急診，而因急診壅塞所造成的事件就占了 31%。Chalfin(2007)、Nicholas(2020)等的報告，急診重症病人如果無法在 6 小時內入住加護病房，結果不僅住院天數會因此拉長，病人的死亡率也會增高(從 8.4%上升至 10.7%)。Richardson(2006)、Adam(2011)等的報告，在壅塞時段，相同疾病嚴重度的病人有較高的死亡。Sprivulis(2006)等的報告，壅塞時段，急診病人在第 2 天及第 7 天的病人死亡率增加了 30%。顯示，急診壅塞不僅影響病人的安全，同時也會造成醫療品質的下降。

全民健康保險保險人(以下稱保險人)為加強急重症之醫療照護百年衛生醫療改革計畫，邀集急診醫學會、急診管理學會、主管機關及相關專科醫學會共同研擬本方案，並與醫界協商，以論質計酬方式，期提升急重症照護品質及效能，適切滿足民眾就醫需求，保障全體國民生命安全與健康。

貳、目標

- 一、確保重大疾病照護品質。
- 二、落實品質導向轉診制度。
- 三、提升急診病人處置效率。

參、預算來源：全民健康保險醫院醫療給付費用總額中之「急診品質提升方案」專款項目。

肆、參與資格：須為全民健康保險特約醫院，並依本方案規定據實登錄相關資料者。

伍、計畫構面

一、急診重大疾病照護品質：

針對急性心肌梗塞、重大外傷、嚴重敗血症、到院前心跳停止及主動脈剝離需緊急開刀病人，訂定到院一定時間內接受必要治療處置之標準及獎勵。適用之

個案定義及其獎勵條件如下：

(一)急性心肌梗塞：

主診斷碼(ICD-10-CM，以下同)為：I21.0-I21.3、I21.9、I21.A1、I21.A9、I22.0-I22.1、I22.8-I22.9 之病人，從進入急診後經檢查適合者，於 90 分鐘內接受緊急介入性心導管治療(診療項目為 33076B 至 33078B 經皮冠狀動脈擴張術)之個案(door to wire time < 90 min)。

(二)重大外傷：

1. 符合下列主診斷碼，ISS \geq 16 之急診病人，從進入急診後 2 或 4 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置(詳附表一)之個案。

主診斷碼：

(1)~~T07~~-T07.XXXA

(2)S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79 (前述第 7 位碼皆須為"A")

(3)S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92、S99 (前述第 7 位碼皆須為"A"或"B")

(4)S52、S72、S82 (前述第 7 位碼皆須為"A"或"B"或"C")

2. 體表面積>20%之重大燒傷，診斷為下列代碼，從進入急診後 2 或 4 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置(詳附表一)之個案。

主診斷碼：T31.20-T31.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T32.20-T32.99、T26.00XA-T26.92XA

(三)嚴重敗血症：

主診斷或次診斷碼如下所列，符合國際嚴重敗血症指引定義之急診敗血症病人，從進入急診後 3 小時內給予第一劑抗生素及 6 小時內完成敗血症治療組套(sepsis bundle)同時申報：09059B 乳酸檢查 (或 09135B 乳酸-丙酮酸檢查)、收縮壓，及至少完成 13016B 及「13001C 至 13026C 中之任 1 項」細菌學及黴菌檢查之個案。

主診斷或次診斷碼：A40.0、A40.1、A40.3、A40.8、A40.9、A41.01、A41.02、A41.1、A41.2、A41.3、A41.4、A41.50、A41.51、A41.52、A41.53、A41.59、A41.81、A41.89、A41.9、R65.10、R65.11、R65.20、R57.1、R57.8、R65.21

(四)到院前心跳停止(OHCA)：

1. 於收治急診之醫院治療後出院：主診斷或次診斷碼為 I46.2、I46.8、I46.9 及 R99，且出院時意識清醒(次診斷碼申報虛擬碼 I600000- I600003 者)或存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)之個案。

2. 經轉院治療後出院：主診斷或次診斷碼為 I46.2、I46.8、I46.9 及 R99，於地區醫院急救恢復自發性循環後，因醫療需要轉診至其他適當醫院，並於 1 小時內完成緊急處置或入住加護病房，且出院時意識清醒(次診斷碼申報虛擬碼 I600000- I600003 者)或存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)之個案。

3. 申報本項 OHCA 獎勵之急救責任醫院，應依衛生福利部公告之「到院前心

跳停止（OHCA）病摘交換欄位與格式之標準規範」使用電子病歷交換中心（E.M.R. Exchange Center，EEC）上傳資料。

(五)主動脈剝離需緊急開刀：

- 1.於收治急診之醫院治療後出院：主診斷碼為 I71.00、~~I71.01~~、I71.010、I71.011、I71.012、I71.019、I71.02、I71.03、~~I71.1~~、I71.10、I71.11、I71.12、I71.13、I71.3、~~I71.30~~、I71.30、I71.31、I71.32、I71.33、~~I71.5~~、I71.50、I71.51、I71.52、I71.8，需緊急手術者，於 4 小時內進入開刀房，且存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)之個案。
- 2.經轉院治療後出院：主診斷碼為 I71.00、~~I71.01~~、I71.010、I71.011、I71.012、I71.019、I71.02、I71.03、~~I71.1~~、I71.10、I71.11、I71.12、I71.13、I71.3、~~I71.30~~、I71.30、I71.31、I71.32、I71.33、~~I71.5~~、I71.50、I71.51、I71.52、I71.8，需緊急手術者，於醫院 2 小時內轉出且轉入醫院於 2 小時內進入開刀房，且存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)之個案。

二、轉診品質：

為強化急診室重症病人上轉及穩定病人下轉之機制，針對符合轉診品質保證之個案，給予轉出及轉入醫院獎勵，希望透過有品質的轉診機制，使各急救責任醫院能各司其職，於第一時間依其能力完成病人醫療處置。

(一)向上或平行轉診：中度或一般級急救責任醫院及地區醫院，因重大疾病之緊急狀況，醫院照護能力未符需求，須轉診至上一級或同層級急救責任醫院或區域以上醫院接受專業處理。疾病主診斷包括急性心肌梗塞，急性腦中風、主動脈剝離、食道靜脈瘤出血、敗血症、重大外傷及體表面積>20%之重大燒傷(詳附表二)。

(二)向下或平行轉診：重度級或中度級急救責任或區域以上醫院，為讓病床更有效率運用，將已收治一般急診常見疾病的穩定病人轉出至同等級或下一級急救責任醫院或同層級或下一層級醫院之適當醫療機構。疾病主診斷包括胃腸道出血、大量腸胃道出血、腸阻塞、急性膽囊炎、膽結石併急性膽囊炎併阻塞、膽管炎、急性胰臟炎、肺炎、慢性氣道阻塞、其他蜂窩組織炎及膿瘍、充血性心臟衰竭、發燒、泌尿道感染、腎盂腎炎、慢性腎衰竭、肝硬化，未提及酒精性者、及肝性昏迷(詳附表三)。

(三)轉診作業

1. 醫院應設有專責辦理轉診作業之窗口。
2. 轉出醫院：向病人說明轉診原因；填寫轉診同意書及轉診單。
3. 轉入醫院：接收醫院要同意，並提供必要醫療照護；填寫處置情形轉診回覆單。

(四)獎勵方式：

1. 符合向上轉診或平行轉診之病人，可申報之獎勵如下：

(1)轉出醫院以下列 3 項獎勵，擇一支付：

A.每個案獎勵 500 點。

B.能於 60 分鐘內轉出，每個案獎勵 1,500 點。

C.符合上述轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵 5,000 點。

(2)轉入醫院以下列 2 項獎勵，擇一支付：

A.每個案獎勵 500 點。

B.符合上述轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵 5,000 點。

2. 符合向下轉診之病人，可申報之獎勵如下：

(1)每個案獎勵 4,000 點。轉出與轉入醫院各給予 50%。

(2)自醫學中心下轉之病人，得另申報以下費用：

A.轉入醫院該次住院之基本診療費用(包括：急性病房病房費、護理費、醫師診察費及藥事服務費)得比照醫學中心標準支付，其差額以「區域醫院/地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵（第一天）」、「區域醫院/地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵（第二天起）」另行申報。

B.轉出醫院之主治醫師至轉入醫院探訪病人，直接與轉入醫院團隊成員溝通病情者，可申報「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」，每次支付 1,000 點，當次住院最多申報 3 次。

三、急診處置效率

本項係以各項指標結果進行獎勵，藉以提升急診處置效率，提升急診病人照護品質。

(一) 完成急性呼吸衰竭於急診緊急插管(門診案件分類為 02,插管代碼為 47031C、47105C、47106C，其中醫令 47105C 及 47106C 依支付標準公告日起實施)之病人進入加護病房<6 小時，或完成急診重大疾病照護之病人進入加護病房<6 小時：每人次給予 5,000 點獎勵。倘同時符合緊急插管及重大疾病之案件，以重大疾病計算。

(二) 檢傷一、二、三級急診病人轉入病房<8 小時：每人次給予 50 點獎勵。

(三) 地區醫院急診病人增加：

1. 計算基準：以檢傷分類等級申報所有急診病人次計算

2. 計算方式：本年急診人次 > 上年急診人次

3. 地區醫院急診人次較上年增加

每增加 1 人次支給 500 點獎勵。針對新成立之地區醫院，急診增加人次採下列方式計算：

(1)有基期可比較之月份：計算較基期相同月份增加之人次。

(2)無基期可比較之月份：以該月份之「月平均人次」減「基期月份之月平均人次」，乘以「無基期月份數」。

四、補助急診專科醫師人力

(一)補助醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務：

1. 同體系醫院間（含委託經營）之支援不予補助，包括：

同法人醫院體系、國軍退除役官兵輔導委員會醫院體系、國軍醫院體系、衛生福利部醫院體系、同醫學院附設醫院體系、同縣市政府所屬醫院體

系、同醫院總分院(院區)。若對保險人認定有異議，醫院可舉證非屬同體系醫院，經保險人分區業務組同意後認定。

2.補助方式：

- (1) 以急診專科醫師支援急診之班次計算，每人次每月補助上限 3 萬點。
- (2) 支援人力計算方式：以全院每月急診專科醫師支援急診服務班次之總和，每 15 班算 1 人次(1 班至少 8 小時)。支援不足 1 人次則依班次比例核算。
- (3) 派出支援醫院與接受支援醫院皆可接受本項補助。

3.支援規定：

支援醫師均應依醫事法規相關規定向當地衛生主管機關辦理報備支援，並請醫師考量負擔能力提供支援服務。

(二)補助地區醫院增聘急診專科醫師人力：

1.補助方式：

當年度地區醫院每增聘1名急診專科醫師執行急診業務，每人每月補助3萬點。

2.增聘急診專科醫師人數計算方式：

- (1) 該地區醫院當年每月平均執業登記急診專科醫師人數與前一年每月平均執業登記急診專科醫師人數相比較。

以 111 年為例：【111 年每月 10 日該院有效執業登記急診專科醫師人數總和÷12 個月】減【110 年每月 10 日該院有效執業登記急診專科醫師人數總和÷12 個月】

- (2) 增聘醫師未滿 1 人則依比例核算。

(三)前述兩項補助合計，每家醫院全年申請上限為 1,800,000 點，超過點數不予補助。

(四)本補助不適用對象：

1. 「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」、「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」之保障醫院。
2. 「全民健康保險跨層級醫院合作計畫」補助之門診支援服務。
3. 衛生福利部醫事司「醫學中心或重度級急救責任醫院支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」及「緊急醫療資源不足地區改善計畫」之補助醫師或補助開診費用。

(五)地區醫院醫療利用監測指標：

1. 接受本方案補助之急診專科醫師急診看診量：

(1)指標定義：

當年度接受補助之地區醫院支援及增聘急診專科醫師，平均每位醫師每月急診申報件數。

- (2) 目標值：大於去年同期值。

2. 接受醫學中心、區域醫院下轉急診案件之七日內回轉比率：

(1) 指標定義：

分子：地區醫院接受醫學中心、區域醫院下轉之急診案件，七日內回

轉醫學中心、區域醫院之急診件數。

分母：地區醫院接受醫學中心、區域醫院下轉急診件數。

(2)目標值：不超過3%。

陸、醫療費用申報、支付及審查

一、急診重大疾病照護及轉診品質獎勵及申報規定如下(如附表五)：

(一)急診重大疾病照護品質方面：採每月申報。

1. 第一項急性心肌梗塞疾病完成照護個案：以代碼 P4601B「急性心肌梗塞照護獎勵」申報，支付點數6,000點。
2. 第二項重大外傷疾病完成照護個案：進入急診後2小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置者，以代碼 P4612B「重大外傷照護獎勵_2小時內」申報，支付點數10,000點；進入急診後4小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置者以代碼 P4613B「重大外傷照護獎勵_4小時內」申報，支付點數2,000點。(兩者擇一申報)
3. 第三項嚴重敗血症疾病完成照護個案：以代碼 P4602B「嚴重敗血症照護獎勵」申報，支付點數2,000點。
4. 第四項 OHCA 完成照護個案：

(1)於收治急診之醫院治療後出院：出院時意識清醒者以代碼 P4614B「OHCA 照護獎勵_清醒出院」申報，支付點數30,000點；存活出院者以代碼 P4615B「OHCA 照護獎勵_存活出院」申報，支付點數10,000點(兩者擇一申報)

(2)經轉院治療後出院：

A.轉出院所：以代碼P4616B「OHCA轉出院所照護獎勵」申報，醫令類別填報G，支付點數填報0，d55「轉往之醫事服務機構」需填報轉往之院所代號。由保險人依轉入院所申報及VPN登錄內容進行勾稽後，依病人出院實際狀況每季統一補付費用(點數同轉入院所)。

B.轉入院所：以病人出院時狀態申報，清醒出院者以代碼P4617B「OHCA轉入院所照護獎勵_清醒出院」申報，支付點數15,000點；存活出院者以代碼P4618B「OHCA轉入院所照護獎勵_存活出院」申報，支付點數5,000點。P4617B及P4618B兩者不得同時申報，且住診申報格式d107「轉入服務機構代號」需填報轉診來源院所代號。

5.第五項主動脈剝離需緊急開刀且存活出院個案：

(1)於收治急診之醫院治療後出院：進入急診後4小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置，且存活出院者，以代碼 P4621B「主動脈剝離照護獎勵」申報，支付點數30,000點。

(2)經轉院治療後出院：

A.轉出院所：2小時內轉出者，以代碼P4622B「主動脈剝離轉出院所照護獎勵」申報，醫令類別填報G，支付點數填報0，d55「轉往之醫事服務機構」需填報轉往之院所代號。由保險人依轉入院所申報

及VPN登錄內容進行勾稽病人出院時為存活出院者，每季統一補付費用每一個案15,000點。

B.轉入院所：2小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置且存活出院者，以代碼P4623B「主動脈剝離轉入院所照護獎勵」申報，住診申報格式d107「轉入服務機構代號」需填報轉診來源院所代號，支付點數15,000點。

(二)轉診品質獎勵方面：採每月申報

1.上轉個案：

(1)轉出醫院

- A.以代碼P4603B「急診上轉轉出醫院獎勵」申報，支付點數500點。
- B.於60分鐘內轉出者，以代碼P4624B「急診上轉轉出醫院60分鐘內轉出獎勵」申報，支付點數1,500點。
- C.符合本項轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵5,000點，由保險人每季勾稽轉入院所申報P4619B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（上轉）」之案件，進行補付作業，按轉出醫院已申報前開第A、B項獎勵，補付獎勵差額。

(2)接受轉診醫院：

- A.以代碼P4604B「急診上轉轉入醫院獎勵」申報，支付點數500點。
- B.符合轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵5,000點。由轉入醫院以代碼P4619B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（上轉）」申報，d107「轉入服務機構代號」需填報轉入之院所代號。

2.下轉個案：

- (1)轉出醫院：以代碼P4605B「急診下轉轉出醫院獎勵」申報，支付點數2,000點及P4611B「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」1,000點。
- (2)接受轉診醫院：以代碼P4606B「急診下轉轉入醫院獎勵」申報，支付點數2,000點及P4609B-P4610B、P4626B-P4627B「區域醫院/地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵」。

3.平轉個案：

(1)轉出醫院：

- A.以代碼P4607B「急診平轉轉出醫院獎勵」申報，支付點數500點。
- B.於60分鐘內轉出者，以代碼P4625B「急診平轉轉出醫院60分鐘內轉出獎勵」申報，支付點數1,500點。
- C.符合本項轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵5,000點，由保險人每季勾稽轉入院所申報P4620B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（平轉）」之案件，進行補付作業，按轉出醫院已申報前開第A、B項獎勵，補付獎勵差額。

(2)接受轉診醫院：

A. 以代碼P4608B「急診平轉轉入醫院獎勵」申報，支付點數500點。

B. 符合轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵5,000點。由轉入醫院以代碼P4620B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（平轉）」申報，d107「轉入服務機構代號」需填報轉入之院所代號。

二、本方案之醫令類別，除上述有特別說明（P4616B、P4622B）外，屬門診案件者為「2」、屬住診案件者為「K」。

三、年度結束後4月底前，辦理前一年度急診處置效率獎勵、急診專科醫師人力補助結算作業，急診專科醫師人力補助以撥入接受支援之地區醫院為原則。本方案各項獎勵以每點1元為上限，若有超支，則以浮動點值支付。

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

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

六、未達醫學中心評鑑基準急診48小時置留率三年「達零或小於同儕平均值」之目標，經主辦機關調降其醫院評鑑合格類別或註銷評鑑合格資格者，當年度不予撥付急診處置效率獎勵金。

柒、品質資訊之登錄

一、參加本方案醫院應依規定，於保險人健保資訊網服務系統之VPN登載急診重大疾病照護品質及轉診品質相關資料，格式如附表四（建置於健保資訊網服務系統），如健保相關資料未及時登錄或登錄不全者，不予支付相關費用。

二、醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務中，地區醫院（接受支援醫院）應於每月申報時，一併將接受醫師支援明細資料登錄於健保資訊網服務系統VPN中。

三、有關資料登錄作業，因重大行政或系統問題導致延誤或錯誤者，由保險人分區業務組衡酌處理，且同醫院一年不得超過1次。

捌、資訊之分享與公開

一、保險人各分區業務組得舉辦方案執行概況檢討或發表會，由參與本方案之特約醫院報告，藉以進行計畫執行成果檢討及經驗交流。

二、保險人得公開參與本方案之醫院名單及相關品質資訊供民眾參考。

三、參與醫院所獲得本方案之獎勵金，應用於改善急診工作人力或病人服務。保險人得要求參與醫院提報獎勵金之運用情形並得酌情予以公開。

玖、訂定與修正程序

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

附表一、緊急搶救手術或處置

健保碼	手術名稱
33075B	血管阻塞術
33144B	血管阻塞術-Lipiodol
64197C	肌腱切開或筋膜切開
64158B	斷肢再接手術
69038C	末稍血管修補及吻合術併血管移植
64237C	骨骼外固定器裝置術
67013B	氣管支氣管傷修補術
67002B	開胸探查術
67010B	肺單元切除術
67011B	肺楔狀或部份切除術
67022B	全肺切除及胸廓成形術或支氣管成形術
67023B	一葉肺葉切除
67024B	肺全切除術
68036B	體外循環維生系統(ECMO)建立
68006B	探查性開心術
68005B	心臟縫補術
68001B	探查性心包膜切開術
69009B	動脈縫合
75007B	縫肝術（肝損傷縫合，小於5公分）
75009B	縫肝術（複雜肝損傷之縫合或大於5公分）
75805B	剖腹探查術
83036C	硬腦膜外血腫清除術
83037C	急性硬腦膜下血腫清除術
83039B	腦內血腫清除術
73010B	小腸切除術加吻合術
71206B	食道切除再造術
72014B	胃空腸造口吻合術
73017B	結腸全切除術併行直腸切除術及迴腸造口
74206B	Hartmann 氏直腸手術
70001B	脾臟切除術
70002B	脾臟修補術
83080B	顱內壓監視置入
64022B至64024B	四肢切斷術
48014C-48017C、 48029B-48030B	皮面創傷處理(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒 膿瘍之處理及換藥)

附表二、向上轉診或平行轉診疾病別

診斷碼中文名稱	ICD-10-CM
急性心肌梗塞	I21、I22
急性腦中風	I60-I66、G45、 P91.821 、 P91.822 、 P91.823 、 P91.829
主動脈剝離	I71.00-I71.03
食道靜脈瘤出血	主診斷需為肝硬化 K70.0、K70.10、K70.11、K70.2、K70.30、K70.31、K70.40、K70.41、K70.9、K73.0、K73.1、K73.2、K73.8、K73.9、K74.0、K74.1、K74.2、K74.3、K74.4、K74.5、K74.60、K74.69、K75.4、K75.81、K76.0、K76.89、K76.9；或門脈高壓 K76.6，且次診斷為 I85.01、I85.11。
敗血症	1.A40.0、A40.1、A40.3、A40.8、A40.9、A41.01、A41.02、A41.1、A41.2、A41.3、A41.4、A41.50、A41.51、A41.52、A41.53、A41.59、A41.81、A41.89、A41.9、R65.10、R65.11、R65.20、R57.1、R57.8、R65.21 2.A02.1、A20.7、A21.7、A22.7、A23.0、A23.8、A23.9、A24.1、A26.7、A28.2、A32.7、A39.2、A39.3、A39.4、A42.7、A48.3、A54.86、B00.7、B37.7 3.O75.3、O85、O86.0、O03.37、O03.87、O04.87、O07.37、O08.2、O08.82 4.P36、P37.5
重大外傷	1. T07 T07.XXXA 2.S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79（前述第 7 位碼皆須為"A"） 3.S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92、 S99 （前述第 7 位碼皆須為"A"或"B"） 4.S52、S72、S82（前述第 7 位碼皆須為"A"或"B"或"C"）
體表面積 >20% 之重大燒傷	T31.20-T31.99、T32.20~T32.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T26.00XA~T26.92XA

附表三、向下轉診或平行轉診疾病別

診斷碼中文名稱	ICD-10-CM
胃腸道出血	K92.2
大量腸胃道出血	K25.0-K25.2、K31.82、K26.0-K26.2、K27.0-K27.2、K25.4-K25.6、K26.4-K26.6、K27.4-K27.6、K28.0-K28.2、K28.4-K28.6、K29.01、K29.21、K29.31、K29.41、K29.51、K29.61、K29.71、K29.81、K29.91、K31.811、K50.011、K50.111、K50.811、K50.911、K51.011、K51.211、K51.311、K51.411、K51.511、K51.811、K51.911、K55.21、K57.01、K57.11、K57.13、K57.21、K57.31、K57.33、K57.41、K57.51、K57.53、K57.81、K57.91、K57.93、K65.2
腸阻塞	K56.60、K56.69、K56.7、K31.5、K50.012、K50.112、K50.812、K50.912、K51.012、K51.212、K51.312、K51.412、K51.512、K51.812、K51.912、K56.0、K56.3、K56.5、E84.11
急性膽囊炎、膽結石併急性膽囊炎併阻塞	K80.00、K80.01、K80.11-K80.13、K80.18-K80.21、K80.30-K80.37、K80.40-K80.47、K80.50、K80.51、K80.60-K80.67、K80.70、K80.71、K80.80、K80.81、K81.0-K81.2、K81.9、K82.0-K82.4、K82.8、K82.9
膽管炎	K74.3、K80.3、K83.0、K80.4
急性胰臟炎	K85
肺炎	A01.03、A02.22、A37.01、A37.11、A37.81、A37.91、A50.04、A54.84、B01.2、B05.2、B06.81、B25.0、B59、B77.81、J09.X1、J10.00-J10.08、J11.00-J11.08、J12.0-J16.8(排除 J12.82)、J18.0-J18.9、J68.0、J69.0-J69.8、J84.111-J84.117、J84.2、J84.89-J84.9、J85.1、J85.2、J95.851
慢性氣道阻塞	J43、J44、J47
其他蜂窩組織炎及膿瘍	K12.2、L02-L03、L98.3、L05.01-L05.02、K61.0-K61.4、 K61.5 、N48.21-N48.22、N73.0-N73.2、N76.4、H00.031-H00.039、H60.00-H60.13、J34.0
充血性心臟衰竭	I50.2-I50.9、I09.81
發燒	R50.2-R50.9
泌尿道感染	N36.0、N36.1、N36.2、N36.4、N36.5、N36.8、N39、N13.9、R31、B37.41、B37.49、N30.00-N30.91、N34.1、N34.2、N41.3
腎盂腎炎	N12、A02.25、D86.84、N10-N12

診斷碼中文名稱	ICD-10-CM
慢性腎衰竭	N18.1-N18.6
肝硬化，未提及酒精性者	K74.60、K74.69、K74.1-K74.5
肝性昏迷	K72.91、K70.41、K71.11、K72.01、K72.11、 K76.82

附表四

全民健康保險急診品質方案 獎勵個案登錄系統(VPN)必要欄位表

一、基本資料

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

二、急診重大疾病照護品質必登欄位

- 1.急性心肌梗塞(共 2 欄)：治療項目醫令代碼(33076B 至 33078B 任一項)、開始執行時間。
- 2.重大外傷(共 3 欄)：ISS 量表分數、治療項目醫令代碼(詳附表一任一項)、開始執行時間。
- 3.嚴重敗血症(共 11 欄)：收縮壓、治療項目醫令代碼及開始時間如下
 - (1) 抗生素藥品代碼、給藥時間
 - (2) 09059B 或 09135B、開始執行時間
 - (3) 13016B、開始執行時間
 - (4) 13001C 至 13026C 中任一檢查項目、開始執行時間
4. OHCA(共 1 欄)：出院前 MRS 分數(0-5 分)。
5. OHCA 且轉院治療_轉出院所(共 1 欄)：轉院前心跳數。
6. OHCA 且轉院治療_轉入院所(共 1 欄)：出院前 MRS 分數(0-5 分)。

三、轉診獎勵品質必登欄位

- 1.轉出醫院：轉出時間、轉出醫院代號
- 2.接受轉診醫院：轉入時間、轉入醫院代號

四、急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務必登欄位

- 1.費用年月、2.接受支援(地區)醫院業務組別、3.接受支援(地區)醫院名稱、4.接受支援(地區)醫院代號、5.支援醫師 ID、6.支援醫師姓名、7.派出支援醫院代號、8.派出支援醫院名稱、9.支援班次數、10.支援開始時間(年月日時分)、11.支援結束時間(年月日時分)。

附表五 急診重大疾病照護及轉診獎勵給付項目及支付標準

一、急診重大疾病照護品質

編號	項目	點數
P4601B	<p>急性心肌梗塞照護獎勵</p> <p>註：</p> <p>1.適用對象：主診斷碼(ICD-10-CM)為：I21.0-I21.3、<u>I21.9</u>、<u>I21.A1</u>、<u>I21.A9</u>、I22.0-I22.1、I22.8-I22.9 之急診病人。</p> <p>2.支付條件及規範：從進入急診後經檢查適合者，於 90 分鐘內接受緊急介入性心導管治療(診療項目為 33076B 至 33078B 經皮冠狀動脈擴張術)之個案(door to wire time < 90 min)。</p>	6,000
P4612B P4613B	<p>重大外傷照護獎勵_2 小時內進開刀房</p> <p>重大外傷照護獎勵_4 小時內進開刀房</p> <p>註：</p> <p>1.適用對象：</p> <p>(1)符合下列主診斷碼且 ISS\geq16 之急診病人：T07 <u>T07.XXXA</u>、S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79 (前述第 7 位碼皆須為"A")、S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92 (前述第 7 位碼皆須為"A"或"B")、S52、S72、S82、<u>S99</u> (前述第 7 位碼皆須為"A"或"B"或"C")。</p> <p>(2)體表面積>20%之重大燒傷，診斷為下列代碼之急診病人：T31.20-T31.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T32.20-T32.99、T26.00XA-T26.92XA。</p> <p>2.支付條件及規範：從進入急診後 2 小時或 4 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置(詳附表一)。</p> <p>3.限擇一申報。</p>	10,000 2,000
P4602B	<p>嚴重敗血症照護獎勵</p> <p>註：</p> <p>1.適用對象：主診斷或次診斷碼為：A40.0、A40.1、A40.3、A40.8、A40.9、A41.01、A41.02、A41.1、A41.2、A41.3、A41.4、A41.50、A41.51、A41.52、A41.53、A41.59、A41.81、A41.89、A41.9、R65.10、R65.11、R65.20、R57.1、R57.8、R65.21，符合國際嚴重敗血症指引定義之急診敗血症病人。</p> <p>2.獎勵條件及規範：進入急診後 3 小時內給予第一劑抗生素及 6 小時內完成敗血症治療組套(sepsis bundle)同時申報 09059B 乳酸檢查 (或 09135B 乳酸-丙酮酸檢查)、收縮壓，及至少完成 13016B 及「13001C 至 13026C 中之任 1 項」細菌學及黴菌檢</p>	2,000

編號	項目	點數
	查。	
P4614B	到院前心跳停止(OHCA)於收治急診之醫院治療後出院 —OHCA 照護獎勵_清醒出院	30,000
P4615B	—OHCA 照護獎勵_存活出院	10,000
P4616B	OHCA 經轉院治療後出院	同轉入院所
P4617B	—OHCA 轉出院所照護獎勵	
P4618B	—OHCA 轉入院所照護獎勵_清醒出院 —OHCA 轉入院所照護獎勵_存活出院	
	<p>註：</p> <p>1.適用對象：主診斷或次診斷碼為 I46.2、I46.8、I46.9 及 R99 之急診病人。</p> <p>2.支付條件及規範：</p> <p>(1)P4614B、P4615B(於收治急診之醫院治療後出院)：出院時意識清醒(次診斷碼申報虛擬碼 I600000- I600003 者)或存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)。</p> <p>(2)P4616B~P4618B(經轉院治療後出院)：於地區醫院急救恢復自發性循環後，因醫療需要轉診至其他適當醫院，並於 1 小時內完成緊急處置或入住加護病房，且出院時意識清醒(次診斷碼申報虛擬碼 I600000- I600003 者)或存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)之個案。</p> <p>(3)P4616B 由保險人依轉入院所申報及 VPN 登錄內容進行勾後，依病人出院實際狀況，每季統一補付(點數同轉入院所)。</p> <p>(4)申報本項獎勵之急救責任醫院，應依衛生福利部公告之「到院前心跳停止(OHCA)病摘交換欄位與格式之標準規範」使用電子病歷交換中心(E.M.R. Exchange Center, EEC)上傳資料。</p>	15,000 5,000
P4621B	主動脈剝離於收治急診之醫院治療後出院 —主動脈剝離照護獎勵	30,000
P4622B	主動脈剝離經轉院治療後出院 —主動脈剝離轉出院所照護獎勵	15,000
P4623B	—主動脈剝離轉入院所照護獎勵	15,000
	<p>註：</p> <p>1.適用對象：主診斷碼為 I71.00、I71.01、<u>I71.010、I71.011、I71.012、I71.019</u>、I71.02、I71.03、I71.1、<u>I71.10、I71.11、I71.12、I71.13、I71.3</u>、I71.3、<u>I71.30、I71.31、I71.32、I71.33</u>、I71.5、<u>I71.50、I71.51、I71.52</u>、I71.8 之急診病人，需緊急手術者。</p>	

編號	項目	點數
	<p>2.支付條件及規範：</p> <p>(1)P4621B：於 4 小時內進入開刀房，且存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)。</p> <p>(2)P4622B、P4623B：於醫院 2 小時內轉出且轉入醫院於 2 小時內進入開刀房，且存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)。</p> <p>(3)P4622B 由保險人依轉入院所申報及 VPN 登錄內容進行勾稽病人出院時為存活出院者，每季統一補付。</p>	

二、急診轉診品質獎勵

編號	項目	點數
<p>P4603B</p> <p>P4624B</p> <p>—</p>	<p>(一)向上轉診</p> <p>1.轉出醫院</p> <p>—急診上轉轉出醫院獎勵 500</p> <p>—急診上轉轉出醫院 60 分鐘內轉出獎勵 1,500</p> <p>—重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵(上轉)【本項由保險人勾稽計算】 5,000</p>	
<p>P4604B</p> <p>P4619B</p>	<p>2.接受轉診醫院</p> <p>—急診上轉轉入醫院獎勵 500</p> <p>—重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵(上轉) 5,000</p> <p>註：</p> <p>1.中度或一般級急救責任醫院及地區醫院，轉診至上一級急救責任醫院或區域以上醫院接受專業處理。</p> <p>2.適用向上轉診之疾病主診斷如附表二。</p> <p>3.轉出醫院之三項獎勵，限擇一申報；轉入醫院之二項獎勵，限擇一申報。</p>	
<p>P4605B</p> <p>P4611B</p> <p>P4606B</p> <p>P4626B</p> <p>P4609B</p>	<p>(二)向下轉診</p> <p>1.轉出醫院</p> <p>—急診下轉轉出醫院獎勵 2,000</p> <p>—急性醫療醫院醫師訪視獎勵費：轉出醫院之主治醫師至轉入醫院探訪病人，直接與轉入醫院團隊成員溝通病情者，每次支付 1,000 點，當次住院最多申報 3 次。 1,000</p> <p>2.接受轉診醫院</p> <p>—急診下轉轉入醫院獎勵 2,000</p>	<p>詳註 3</p>

<p>P4627B P4610B</p>	<p>—區域醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵（第一天） —區域醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵（第二天起） —地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵（第一天） —地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵（第二天起）</p> <p>註：</p> <p>1.向下轉診係指重度級或中度級急救責任醫院或區域以上醫院，將已收治一般急診常見疾病的穩定病人轉出至下一級急救責任醫院或下一層級之醫院之適當醫療機構。</p> <p>2.適用向下轉診之疾病主診斷如附表三。</p> <p>3.P4609B、P4610B、P4626B 及 P4627B 為轉診病人當次住院之基本診療費用，該院層級與醫學中心層級支付標準點數之差額。</p>	<p>詳註 3 詳註 3 詳註 3</p>
<p>P4607B P4625B — P4608B P4620B</p>	<p>(三)平行轉診</p> <p>1.轉出醫院</p> <p>—急診平轉轉出醫院獎勵 —急診平轉轉出醫院 60 分鐘內轉出獎勵 —重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵（平轉）【本項由保險人勾稽計算】</p> <p>2.接受轉診醫院</p> <p>—急診平轉轉入醫院獎勵 —重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵（平轉）</p> <p>註：</p> <p>1.適用平行轉診之疾病主診斷如附表二、附表三。</p> <p>2.轉出醫院之三項獎勵，限擇一申報；轉入醫院之二項獎勵，限擇一申報。</p>	<p>500 1,500 5,000 500 5,000</p>

全民健康保險末期腎臟病前期（Pre-ESRD）之病人照護與衛教計畫

102 年 1 月 24 日健保醫字第 1020020699 號公告
102 年 7 月 29 日健保醫字第 1020033493 號公告修訂
102 年 12 月 20 日健保醫字第 1020003863 號公告修訂
103 年 12 月 31 日健保醫字第 1030014998 號公告修訂
104 年 12 月 25 日健保醫字第 1040034420 號公告修訂
106 年 1 月 16 日健保醫字第 1050016044 號公告修訂
107 年 5 月 1 日健保醫字第 1070005217 號公告修訂
108 年 1 月 2 日健保醫字第 1070017684 號公告修訂
109 年 7 月 21 日健保醫字第 1090009971 號公告修訂
110 年 10 月 22 日健保醫字第 1100013993 號公告修訂

壹、依據：

全民健康保險會協定全民健康保險醫療給付費用總額事項辦理。

貳、實施目標：

- 一、對慢性腎臟病之高危險群進行個案管理，以期早期發現，積極治療與介入，以有效延緩進入透析治療之時機與併發症之發生。
- 二、結合跨專業跨領域之醫療團隊，建立以病人為中心之慢性腎臟病整體照護模式，提升我國慢性腎臟病整體之醫療照護品質。
- 三、降低晚期腎臟病發生率。

參、預算來源：

由全民健康保險醫療給付費用總額其他預算「腎臟病照護及病人衛教計畫」項下支應。

肆、實施內容：

一、參與院所與申請程序：

由具有下列資格醫療團隊之全民健康保險（以下稱本保險）特約醫療院所，向本保險分區業務組提出申請。

（一）醫師：應至少有一名專任腎臟專科醫師，其餘腎臟專科醫師如為兼任，須報准支援並經保險人同意後，始可參與本計畫。

（二）衛教護理人員：

1. 領有台灣腎臟醫學會與台灣腎臟護理學會、台灣營養學會、台灣醫療繼續教育推廣學會或中華民國藥師公會全國聯合會等合作

辦理之慢性腎臟病整體照護訓練班上課證明者。

2. 持有 101 年以前由台灣腎臟護理學會、台灣營養學會或台灣腎臟醫學會各自核發之慢性腎臟病整體照護訓練班上課證明者。

(三) 營養師：得依相關法規規定以支援方式辦理，至少每半年為照護對象進行營養諮詢服務一次。

1. 領有台灣腎臟醫學會與台灣腎臟護理學會或台灣營養學會合作辦理之慢性腎臟病整體照護訓練班上課證明者
2. 領有台灣營養學會之腎臟專科營養師證書者。

(四) 藥師：具有下列資格者，亦得加入本計畫之團隊：

1. 領有台灣腎臟醫學會與台灣腎臟護理學會、台灣營養學會或中華民國藥師公會全國聯合會合作辦理之慢性腎臟病整體照護訓練班上課證明者。
2. 領有中華民國藥師公會全國聯合會與台灣腎臟醫學會合作辦理之慢性腎臟病藥事照護訓練班合格證書者。
3. 執業登記有符合前述資格藥師之特約藥局，得與參加本計畫之基層院所合作，並向本保險轄區分區業務組報備。本項相關費用由基層院所申報，並將保險人核付費用交付合作藥局。
4. 社區藥局藥師對收案對象所作相關藥事照護評估情形，應回饋予合作之基層院所，並由基層院所記錄於病歷。

二、照護對象及收案條件：

(一) 屬 stage 3B、4 或 5 期之慢性腎臟疾病(Chronic Kidney Disease, CKD)或蛋白尿之病人：以下稱 CKD 病人

1. 定義：當次就診主診斷為慢性腎臟病 ICD-10-CM/PCS 為 N04.9(腎病症候群)或 ~~N18.3~~ N18.30、N18.32、N18.4、N18.5 (慢性腎衰竭)之病人，依疾病與腎絲球過濾率之程度區分之。
2. 收案條件：符合下列條件之病人，於收案院所之病史(或由他院轉來時他院之腎功能異常病史)，須符合慢性腎臟病定義(符合收案

條件並有三個月以上之病史)。

- (1) CKD stage 3B：腎絲球過濾率(estimated Glomerular Filtration Rate,以下稱 eGFR) 30~44.9ml/min/1.73 m² 之各種疾病病人。
- (2) CKD stage 4：eGFR 15~29.9 ml/min/1.73 m² 之各種疾病病人。
- (3) CKD stage 5: eGFR < 15 ml/min/1.73 m² 之各種疾病病人。
- (4) 蛋白尿病人：24 小時尿液總蛋白排出量大於 1,000 mg 或尿蛋白與尿液肌酸酐比值(Urine protein and creatinine ratio,以下稱 Upcr)> 1,000mg/gm 之明顯蛋白尿病人，不限各 Stage，主要包含 Stage 1、2、3A，即腎絲球過濾率估算值 eGFR ≥ 45~60 ml/min/1.73 m² 之蛋白尿病人。

(二) 因急性腎臟損傷(Acute Kidney Injury，AKI)後成為急性腎臟疾病(Acute Kidney Disease，AKD) 者：以下稱 AKD 病人

1. 定義：非屬本計畫之收案病人，發生急性腎臟損傷住院，經治療出院一個月內再次門診就診時，主次診斷為 ICD-10-CM/PCS 急性腎臟損傷相關之診斷碼(ICD-10-CM/PCS ~~前二碼~~為 N17.-)且門診時 eGFR<45 ml/min/1.73 m² 者。

2. 收案條件:

- (1) AKD-3B：收案時約等於 CKD stage 3B，eGFR 30~44.9 ml/min/1.73m²。
- (2) AKD-4：收案時約等於 CKD stage 4，eGFR 15 ~ 29.9 ml/min/1.73m²。
- (3) AKD-5：收案時約等於 CKD stage 5，eGFR <15 ml/min/1.73m²。
- (4) AKD-D：曾經因 AKI 接受短暫連續性腎臟替代療法，目前尚未脫離透析，亦未持有永久有效之透析重大傷病。

※eGFR 之計算：

1. 年齡0-16歲：採用新版的bed side Schwartz 計算公式。
eGFR ml/min/1.73 m² (Schwartz)= 0.413 × (height in

cm)÷serum Cr。

2. 年齡 16 歲以上：自 96 年度起均以 simplified MDRD 4-variable 公式為計算 eGFR 之標準公式：

$$\text{eGFR ml/min/1.73 m}^2 \text{ (Simplified MDRD)} = 186 \times \text{Scr}^{-1.154} \times \text{Age}^{-0.203} \times 0.742 \text{ (if female)} \times 1.212 \text{ (if black patient)}。$$

註：

- (1) 此常數為 186 之公式，適用於血清肌酸酐測定法為使用 picric acid 之 Jaffe 反應方法，且機器未經 Isotope Dilution Mass Spectrometry (IDMS)校正者。
- (2) 若血清肌酸酐測定法為 Enzymatic method 或機器經 IDMS 校正者，應使用下列常數為 175 之公式：

IDMS Traceable MDRD-Simplified-GFR (4-variable equation)

$$\text{eGFR (mL/min/1.73 m}^2\text{)} = 175 \times \text{Scr}^{-1.154} \times \text{Age}^{-0.203} \times 0.742 \text{ (if female)} \times 1.210 \text{ (if African American)}。$$

※Up_{cr} 之計算：

以同次尿液測量 urine total protein (mg/dl)及 urine creatinine (mg/dl)，Up_{cr} mg/g cr = Urine total protein / Urine creatinine × 1,000。

三、收案程序：

- (一) 收案前須向病人解釋本計畫之目的及須病人配合定期回診等事項，若在其他醫院已接受衛教應予註明。
- (二) CKD 病人如腎功能再次惡化，符合收案條件時，可再次收案，惟不得申報新收案及 AKD 相關費用，如：CKD 新收案管理照護費(P3402C)、AKD 新收案管理照護費(P6802C)、AKD 病人衛教照護費(P6803C)、AKD 病人照護成效獎勵費(P6806C~P6809C)、AKD 新收案藥事照護費(P6814C)及 AKD 藥事照護定期追蹤費(P6815C)。
- (三) AKD 病人若已結案為腎功能恢復之個案，如腎功能再次惡化，符合收案條件，可再次以 CKD 或 AKD 收案，惟不得申報 CKD 新收

案管理照護費(P3402C)、AKD 新收案管理照護費(P6802C)、AKD 新收案藥事照護費(P6814C)。

- (四) 同一個案不能同時被二家院所收案，但實際照護院所仍可依現行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱醫療服務支付標準)，申報相關醫療費用。

四、結案條件：

- (一) 因腎功能持續惡化而接受腎臟移植者。
- (二) 因腎功能持續惡化而必須進入長期透析者:進入長期透析者，必須符合尿毒症重大傷病卡適應症，且須完成附表 4「末期腎衰竭病患治療模式衛教及滿意度調查表」衛教表。
- (三) 進入安寧療護：接受住院安寧、安寧居家療護或全民健康保險安寧共同照護試辦方案。
- (四) 因其他系統性疾病造成轉他科治療或他院治療者：原收案之院所應結案，以利他院所繼續照護。
- (五) 屬下列條件，不得申報 P3405C「結案資料處理費」：

1. 可歸因於病人者：

- (1) 長期失聯(≥ 180 天)或病人未執行本計畫管理照護超過六個月者。
- (2) 拒絕再接受治療。
- (3) 死亡。
- (4) 其他。

2. 屬 AKD 收案對象經九十日照護，若符合下列條件須予以結案：

- (1) 腎功能恢復或改善，其 eGFR 大於(含)45 ml/min/1.73m² 者。
- (2) AKD 照護九十天後，若收案對象腎功能恢復狀況符合醫療服務支付標準第八部第三章初期慢性腎臟病(以下稱 Early-CKD 方案)收案條件，可改由該方案收案。

五、照護指引：

(一) 醫療照護：

1. 依照 K-DOQI Guideline 給予病人最適切之醫療(另參考國民健康署與台灣腎臟醫學會出版之「慢性腎臟病防治手冊」)。
2. 對於 CKD Stage3B、4 及蛋白尿病人照護目標為阻緩腎功能的惡化、蛋白尿的緩解、避免不當藥物的傷害、預防併發症發生。
3. CKD Stage 5 病人照護目標，應進行慢性腎臟病之醫病共同決策 (Shared Decision Making, SDM)，以周全的準備，在適當的時機經順利的過程安全地進入透析治療。

4. AKD 病人：

- (1) 應由病人臨床狀況、每日尿量、腎功能與電解質檢驗數據，判斷腎功能恢復情形。對尚在接受透析治療病人，依其狀況嘗試讓病人脫離透析治療。
- (2) 阻緩腎臟功能惡化、避免藥物傷害，依照台灣急性腎臟損傷臨床照護指引完成下列照護目標：
 - A. 追蹤腎臟功能和蛋白尿。
 - B. 控制貧血、血壓、血糖、血脂、電解質及酸鹼異常、尿酸等。
 - C. 調整藥物、避免不當藥物的傷害、預防併發症發生，並評估是否再使用急性腎臟損傷之前所用藥物。
 - D. 若病人腎臟功能持續惡化時，在執行 SDM 後於適當時機決定進入腎臟替代療法。

(二) 護理衛教：

除須依臨床症狀提供與教導符合 CKD 或 AKD 病人之衛教知識與資料外，且能掌握病人狀況，追蹤病況與檢驗結果，提供醫師與家屬在醫療與照護上必要訊息與溝通機會。

(三) 飲食營養衛教：

除須依臨床症狀提供與教導符合 CKD 或 AKD 病人之營養知識與資料外，且能掌握病人飲食配合狀況，提供醫師與家屬在醫療與照護上必要訊息與溝通機會。

(四) 腎臟移植衛教：

應充分揭露腎臟移植之相關資訊與知識，如屍腎與活腎捐贈之手術方式、恢復時間及術後可能副作用等相關訊息，接受衛教對象應包含病人親屬，以提供充分資訊。

(五) 急慢性腎臟病藥事照護：

1. 本計畫收案對象且符合下列條件之一者：

- (1) 急性腎臟損傷後照護。
- (2) 用藥品項大於(含)十項。
- (3) 具有 CKD 外之二項以上共病。
- (4) 近期使用 NSAIDs (Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs)。
- (5) 其他原因經醫師轉介。

2. 藥事照護內容：

- (1) 根據病人用藥情形，導入整合性評估，提供醫師在醫療照護上的建議。
- (2) 由病人用藥配合度情形，執行正確用藥指導，調整用藥習慣。
- (3) 透過適切的用藥指導，提供病人或照顧者在醫療與照護上的必要訊息，其內容可包括疾病自我照護之指導及建議、用藥知識及藥物使用指導。

(六) 其他：例如社工師、其他專科醫師等，專業知識的諮詢。

六、照護指標：

(一) CKD Stage 3B、4 及蛋白尿病人(參照附表 2-5)：

1. 血壓控制在 130/80 mmHg 以下的比例。
2. 低密度脂蛋白膽固醇(Low-density lipoprotein-Cholesterol, LDL-C)

控制在 100mg/dL 以下，三酸甘油脂(Triglyceride, TG)控制在 150mg/dL 以下。

3. 糖尿病病人糖化血色素(HbA1c)控制在 7.5%以下的比例。
4. 完成護理衛教的比例。
5. 完成營養衛教的比例。
6. 以蛋白尿條件收案病人收案後 Upcr < 200 mg/gm 之比例。

(二) 尚在追蹤之 CKD Stage 5 病人(參照附表 2-5)：

1. 使用促紅血球生成素(Erythropoietin, EPO)的比例。
2. 血紅素>8.5g/dL 的比例。
3. 血壓控制在 130/80 mmHg 以下的比例。
4. 低密度脂蛋白膽固醇(LDL-C)控制在 100 mg/dL 以下，三酸甘油脂(TG)控制在 150 mg/dL 以下。
5. 糖尿病病人糖化血色素(HbA1c)控制在 7.5%以下的比例。
6. 完成瘻管或導管之比例。
7. 完成護理衛教的比例。
8. 完成營養衛教的比例。

(三) 進入透析之 CKD Stage 5 病人，結案時須有記載下列資料(參照附表 3)：

1. 使用 EPO 的比例。
2. 血紅素>8.5 g/dL 的比例。
3. 血清白蛋白(Serum albumin)在 3.5 gm/dl (BCG)或 3.0 gm/dl(BCP)以上的病人比例。
4. 選擇腹膜透析病人數及比例。
5. 完成血液透析瘻管的比例。
6. 開始透析沒有使用暫時性導管透析的比例。
7. 由門診開始進入透析治療的比例。
8. 未透析即選擇活體腎臟移植的病人數及比例。

9. 完成護理衛教的比例。
10. 完成營養衛教的比例。
11. Stae 5 結案病人追蹤超過 6 個月之比例。
12. 完成附表 4「末期腎衰竭治療模式衛教及滿意度調查表」的比例。
13. 當年度該院所有申請尿毒症重大傷病卡之病人中，經本計畫收案照護後始進入透析者所占之比例。

(四) 藥事照護介入之病人：

1. 用藥配合度提升比例。
2. 指標藥物 NSAIDs 使用減少比率。

(五) AKD 病人照護九十天後之照護指標：

1. AKD 整體申報病人數。
2. AKD 申報病人衛教照護人數與比例。
3. AKD 病人照護成效：
 - (1) 因腎功能恢復脫離 Pre-ESRD 照護條件(最終 $\geq 45\text{ml/min/1.73m}^2$)人數及比例。
 - (2) 腎臟功能恢復兩級人數及比例。
 - (3) 腎臟功能恢復一級人數及比例。
 - (4) 脫離暫時性血液透析治療人數及比例。

七、給付項目及支付標準：

- (一) CKD 病人管理照護費及獎勵費：慢性腎臟病(CKD) Stage 3B、4、5 期及蛋白尿病人。

編號	診療項目	支付點數
P3402C	CKD 新收案管理照護費 註： 1. 內含醫師照護費 400 點、護理照護費 200 點、營養照護費 200 點及資料管理費 400 點。 2. 每人限申報一次，曾申報 P6802C「AKD 新收案管理照護費」者不得申報。	1,200

編號	診療項目	支付點數
	<p>3. 須記錄檢驗資料，檢驗（報告）日期須於就醫日期前後 3 個月內，必要項目有一項未執行者，整筆費用不得申報，詳附表 2-3。</p> <p>4. 下列照護個案資料，留存院所備查：</p> <p>(1)附表 2-1「AKD/CKD 新收案病人基本資料與病史紀錄表」。</p> <p>(2)附表 2-2「慢性腎臟疾病(CKD)個案照護追蹤紀錄總表」。</p> <p>(3)附表 2-3「慢性腎臟疾病(CKD)個案檢驗紀錄總表」：屬蛋白尿病人(U_{pcr}>1000mg/gm)，每六個月及一年須檢測 U_{pcr} 一次。</p> <p>(4)附表 2-4「AKD/CKD 個案追蹤照護病歷紀錄表」。</p> <p>(5)附表 5-1「AKD/CKD 個案照護營養追蹤紀錄總表」。</p> <p>(6)附表 5-2「AKD/CKD 個案照護營養紀錄」。</p>	
P3403C	<p>CKD 完整複診衛教及照護費(每次)</p> <p>註：</p> <p>1.內含醫師、護理師、營養師等照護費用。</p> <p>2.收案後至少間隔七十七天，方能申報。每三個月申報一次，每次申報至少間隔七十七天。</p> <p>3.符合本案收案條件之病人，經照護後，其 eGFR 回復到 Stage 3A 或蛋白尿 U_{pcr} < 1000 mg/gm 且 >200 mg/gm 時，亦可申報本項費用。</p> <p>4.須記錄檢驗等資料，檢驗（報告）日期須於就醫日期前後 3 個月內，必要項目有一項未執行者，整筆費用不得申報，詳附表 2-3；其他項目請依病人病情需要檢驗。</p> <p>5.下列照護個案資料，留存院所備查：</p> <p>(1)附表 2-2「慢性腎臟疾病(CKD)個案照護追蹤紀錄總表」。</p> <p>(2)附表 2-3「慢性腎臟疾病(CKD)個案檢驗紀錄總表」：屬蛋白尿病人(U_{pcr} > 1000mg/gm)，每六個月及一年須檢測 U_{pcr} 一次。</p> <p>(3)附表 2-4「AKD/CKD 個案追蹤照護病歷紀錄表」。</p> <p>(4)附表 5-1「AKD/CKD 個案照護營養追蹤紀錄總表」。</p> <p>(5)附表 5-2「AKD/CKD 個案照護營養紀錄」。</p>	600
P3404C	<p>CKD 年度評估費</p> <p>註：</p> <p>1.內含醫師、護理師、營養師等照護費用。</p> <p>2.本項申報前十二個月，須至少完成申報 P3403C「CKD 完整複診衛教及照護費(每次)」三次，且須與最後一次 P3403C 至少間隔七十七天。每人每年限申報一次。</p> <p>3.於完成年度檢查，須記錄檢驗資料。檢驗（報告）日期須於就</p>	600

編號	診療項目	支付點數
	<p>醫日期前後三個月內，必要項目有一項未執行者，整筆費用不得申報，詳附表 2-5。</p> <p>4.同年月符合申報本項及 P3405C「結案資料處理費」時，僅能申報 P3405C。</p> <p>5.下列照護個案資料，留存院所備查：</p> <p>(1)附表 2-3「慢性腎臟疾病(CKD)個案檢驗紀錄總表」：屬蛋白尿病人(U_{pcr}>1000mg/gm)，每六個月及一年須檢測 U_{pcr} 一次。</p> <p>(2)附表 2-5「慢性腎臟疾病(CKD)個案年度照護評估紀錄表」。</p>	
P3406C	<p>CKD 病人照護獎勵費：</p> <p>-屬 Stage 3B、4 期病人，給予照護一年後，須符合下列獎勵條件：</p> <p>(1)糖尿病人：eGFR 下降速率<6 ml/min/1.73m²/year。</p> <p>(2)非糖尿病人：eGFR 下降速率<4 ml/min/1.73m²/year。</p>	1,500
P3407C	<p>-屬 Stage 5 期病人，給予照護一年後，須符合下列獎勵條件：</p> <p>(1)糖尿病人：eGFR 下降速率<6 ml/min/1.73m²/year。</p> <p>(2)非糖尿病人：eGFR 下降速率<4 ml/min/1.73m²/year。</p> <p>(3)前述病人，若進入透析或接受腎移植者，事前須完成瘻管或導管準備。</p>	3,000
P3408C	<p>-屬蛋白尿病人，其蛋白尿達完全緩解者(U_{pcr}<200 mg/gm)。</p> <p>註：</p> <p>1. P3406C 及 P3407C 每人每年限申報一次；P3408C 每人限申報一次。</p> <p>2. 附表 2-5「慢性腎臟病(CKD)個案年度照護評估紀錄表」，如收案滿一年以上者，上年度最後之時點，為當年度計算之起始點。</p>	1,000
P3409C	<p>CKD 病人持續照護獎勵費</p> <p>註：</p> <p>1.內含醫師、護理師、營養師等照護費用。</p> <p>2.本計畫收案照護滿三年，且完成申報三次 P3404C「CKD 年度評估費」或第四年起每年完成申報 P3404C 者，得申報本項。每人每年限申報一次。</p> <p>3.當年符合申報 P3406C、P3407C 或本項者，擇一申報。</p>	2,000

(二) AKD 病人管理照護費及獎勵費：

曾於本計畫收案者(曾申報過 P3402C~P3411C 及 P3414C、P3415C、P3416C 者)，不得申報任一 AKD 相關費用。

編號	診療項目	支付點數
P6802C	<p>AKD 新收案管理照護費</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.經診斷為 AKI 並符合本計畫收案者，依規定記載相關量表、記載病人病史紀錄（詳表 2-1）。 2.內含醫師照護費 400 點、護理照護費 200 點、營養照護費 200 點及資料管理費 400 點。每人限申報一次。 3.須記錄檢驗資料，檢驗（報告）日期須於就醫日期前後 3 個月內，必要項目有一項未執行者，整筆費用不得申報，詳附表 7-2。 4.已申報本項者，不得再申報 P3402C「CKD 新收案管理照護費」。 5.下列照護個案資料，留存院所備查： <ol style="list-style-type: none"> (1)附表 2-1「AKD/CKD 新收案病人基本資料與病史紀錄表」。 (2)附表 2-4「AKD/CKD 個案追蹤照護病歷紀錄表」。 (3)附表 5-1「AKD/CKD 個案照護營養追蹤紀錄總表」。 (4)附表 5-2「AKD/CKD 個案照護營養紀錄」。 (5)附表 7-1「急性腎臟疾病(AKD)評估紀錄表」。 (6)附表 7-2「急性腎臟疾病(AKD)照護評估暨檢驗檢查紀錄」。 	1,200
P6803C	<p>AKD 病人衛教照護費</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.內含醫師、護理師、營養師等照護費用。 2.每人限申報一次，須與 P6802C 至少間隔七十七天，且不得超過九十二天。 3.原 AKD 收案病人，經九十日照護後，符合 CKD 收案條件者，仍可繼續給予照護，得申報 P3403C「CKD 完整複診衛教及照護費（每次）」，且須間隔七十七天。 4.AKD 病人收案後，九十天內未復診者，不得申報本項，惟病人腎功能仍不佳($\text{eGFR} < 45 \text{ ml/min/1.73m}^2/\text{year}$ 或蛋白尿病人)，仍可持續由本計畫收案。 5.須記錄檢驗資料，檢驗（報告）日期須於就醫日期前後 3 個月內，必要項目有一項未執行者，整筆費用不得申報，詳附表 7-2；其他項目請依病人病情需要檢驗。 6.下列照護個案資料，留存院所備查： <ol style="list-style-type: none"> (1)附表 2-4「AKD/CKD 個案追蹤照護病歷紀錄表」。 (2)附表 5-1「AKD/CKD 個案照護營養追蹤紀錄總表」。 (3)附表 5-2「AKD/CKD 個案照護營養紀錄」。 	600

編號	診療項目	支付點數
	(4)附表 7-2「急性腎臟疾病(AKD)照護評估暨檢驗檢查紀錄」。	
	AKD 病人照護成效獎勵費： 依腎功能恢復程度，給予 AKD 病人照護成效獎勵費。每人限申報一次(不得重複申報 P6806C、P6807C、P6808C、P6809C)；且須申報過一次 P6803C 者。	
P6806C	-屬 AKD-4 或 AKD-5 之收案對象(eGFR<30 ml/min/1.73m ²)，經九十天照護後，病人之 eGFR \geq 45 ml/min/1.73m ² 者。	1,500
P6807C	-屬 AKD-5 之收案對象(eGFR<15 ml/min/1.73m ²)，經九十天照護後，病人之 eGFR 進步至 \geq 30 ml/min/1.73 m ² 但 eGFR<45 ml/min/1.73m ² 者。	1,000
P6808C	-屬 AKD-3B、AKD-4 或 AKD-5 之收案對象(eGFR<45 ml/min/1.73m ²)，經九十天照護後，病人之 eGFR 進步 AKI 一級(AKD-5 進步至 AKD-4，AKD-4 進步至 AKD-3B，AKD-3B 進步至 eGFR \geq 45 ml/min/1.73m ²)者。	500
P6809C	-屬 AKD-D 之收案對象，經九十天照護後，腎功能改善脫離透析三十天以上(不論最終 eGFR 恢復程度)。 註:未符合上述獎勵條件者，其腎功能持續異常超過九十天，屬於本計畫之病人，應持續在本計畫照護。接受透析而未能脫離者，則於申請重大傷病時結案(申報 P3405C)，進入長期透析。	1,500

(三) CKD/AKD 藥事照護費：

曾於本計畫收案者(曾申報過 P3402C~P3411C 及 P3414C、P3415C、P3416C 者)，不得申報任一 AKD 相關費用。

編號	診療項目	支付點數
P3414C	CKD 新收案藥事照護費 註： 1.經評估新收案之病人後，依照護標準，至少須完成兩項藥事照護服務，方能申報本項費用，並記錄於藥事照護評估紀錄(附表 6-1)。每人限申報一次。 2.藥事照護評估紀錄如下，相關紀錄留存院所備查： (1)用藥配合度諮詢服務（附表 6-1-1、附表 6-2）。 (2)藥師整合性服務（附表 6-1-2）。	200

	<p>(3)藥師藥事指導（附表 6-1-3、附表 6-3）。</p> <p>3.曾申報 P6814C 者，不得再申報本項。</p>	
P3415C	<p>CKD 藥事照護定期追蹤費</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 收案後至少間隔七十七天，方能申報。每三個月可申報一次，每次申報至少間隔七十七天。 2. 經評估後，依照護標準，至少須完成兩項藥事照護，方能申報本項費用，相關紀錄留存院所備查： <ol style="list-style-type: none"> (1)藥事照護評估紀錄（附表 6-1） (2)用藥配合度評估表單：ARMS 遵循醫囑領藥與使用藥物量表（附表 6-2）。 (3)藥師藥事指導/衛教項目（附表 6-3）。 	200
P3416C	<p>CKD 年度藥事評估費</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 收案滿一年。本項申報前十二個月，須完成申報 P3415C「CKD 藥事照護定期追蹤費」或 P6815C「AKD 藥事照護定期追蹤費」至少一次，且須與最後一次 P3415C 至少間隔七十七天。每人每年限申報一次。 2. 經評估後，依照護標準，至少須完成兩項藥事照護，方能申報本項費用，其中一項須為藥師整合性服務。下列相關紀錄留存院所備查： <ol style="list-style-type: none"> (1)藥事照護評估紀錄（附表 6-1）。 (2)用藥配合度評估表單：ARMS 遵循醫囑領藥與使用藥物量表（附表 6-2）。 (3)藥師藥事指導/衛教項目（附表 6-3）。 3.同年月發生本項及 P3405C「結案資料處理費」時，僅能申報 P3405C。 	200
P6814C	<p>AKD 新收案藥事照護費</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.經評估新收案之病人後，依照護標準，至少須完成兩項藥事照護服務，方能申報本項費用，並記錄於藥事照護評估紀錄(附表 6-1)。每人限申報一次。 2.藥事照護評估紀錄如下，相關紀錄留存院所備查: <ol style="list-style-type: none"> (1)用藥配合度諮詢服務（附表 6-1-1、附表 6-2）。 (2)藥師整合性服務（附表 6-1-2）。 (3)藥師藥事指導（附表 6-1-3、附表 6-3）。 3.曾申報本項者，不得再申報 P3414C「CKD 新收案藥事照護費」。 	200
P6815C	AKD 藥事照護定期追蹤費	200

	<p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本項須於申報 P6814C 後，間隔七十七天以上申報，惟與 P6802C 間隔於九十二天內。每人限申報一次。 2.原 AKD 收案病人，經九十天照護後，符合 CKD 收案條件及藥事照護條件者，仍可繼續給予藥事照護服務，並申報 P3415C，惟須間隔七十七天以上。 3.藥事人員至少須完成藥事照護服務兩項，且照護內容須包含 6-1-3 避免藥物腎傷害項目。相關紀錄留存院所備查(附表 6-1、6-2、6-3)。 	
--	--	--

(四) 結案資料處理費及其他獎勵費：

編號	診療項目	支付點數
P3405C	<p>結案資料處理費</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 須記錄檢驗資料，必要項目有一項未執行者，整筆費用不得申報，詳附表 2-3 及附表 3。同一院所同一病人限申報一次。 2. 須符合下列情形之一者： <ol style="list-style-type: none"> (1)屬 CKD stage 5 之病人：在收案院所至少追蹤三個月以上之結案個案，至少須申報一次 P3403C 或一次 P6803C。 (2)屬 CKD stage 3B、4 之病人：在收案院所至少追蹤六個月以上之結案個案，至少須申報【二次 P3403C】或【一次 P6803C 及一次 P3403C】。 (3)若收案時為 AKD-D 之病人，經九十天照護後，仍未脫離透析者(須申報過一次 P6803C)。 3. 如屬本計畫第肆項第四款結案條件為(五)者，不得申報本項費用。 4. 應記錄下列照護個案資料，留存院所備查： <ol style="list-style-type: none"> (1)附表 2-3「CKD 病人檢驗紀錄總表」。 (2)附表 3「AKD/CKD 個案照護結案表」。 (3)附表 4「末期腎衰竭治療模式衛教及滿意度調查表」。 	600
P3410C	<p>預先建立瘻管或導管獎勵費</p> <p>註：每人限申報一次。須符合下列條件，方得申報：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 屬本計畫第肆項第四款結案條件之(二)「因腎功能持續惡化而必須進入長期透析者」且完成申報 P3405C「結案資料處理費」。 2. 首次透析沒有使用暫時性導管(含 Hickman catheter(69006C)及 perm cath(69039B)之長期置入血管導管)，且完成之瘻管或導管必須有功能可做為第一次血液透析或腹膜透析使用。 	1,000
	保險對象接受親屬活體腎臟移植者之照護獎勵費	

編號	診療項目	支付點數
P3411C	-尚未取得慢性腎衰竭需定期(永久)透析治療之重大傷病證明，並完成接受親屬活體腎臟移植。	60,000
P3412C	-已取得慢性腎衰竭需定期(永久)透析治療之重大傷病證明未滿六個月，並完成接受親屬活體腎臟移植。	30,000
P3413C	-已取得慢性腎衰竭需定期(永久)透析治療之重大傷病證明六個月以上，並完成接受親屬活體腎臟移植。 註： 1. P3411C 由本計畫照護院所申報。 2. P3412C、P3413C 由說服保險對象接受親屬活體腎臟移植之透析院所申報。若說服病人接受手術之院所有爭議時，依手術前一年內申報透析醫令數最多者認定之。	10,000
P3417C	末期腎臟病前期(Pre-ESRD)轉診獎勵費 註： 1.適用對象：符合本計畫收案條件之病人，經轉診至參與本計畫特約院所或科別確定收案，但不得為醫療服務支付標準第八部第三章初期慢性腎臟病（以下稱 Early CKD 方案）之個案。 2.由原轉診院所或科別申報，每人限申報一次，且不得再申報醫療服務支付標準(01034B-01038B)，且不得重複申報 Early CKD 方案之「初期慢性腎臟病轉診照護獎勵費(P4303C)」。 3.結案原因為恢復正常、長期失聯(≥180 天)、拒絕再接受治療或死亡者，不可申報本項。 4.原轉診院所須提供病人腎臟功能相關資料予接受轉診院所參考。若為院內跨科轉診，須保留院內跨科轉診紀錄於病歷內。(鼓勵跨院轉診或院內跨科轉診，但排除已參加本計畫同一院所的腎臟科互轉)。 5.執行前述及其餘轉診相關事宜，應依全民健康保險轉診實施辦法各項規定辦理。	200

八、醫療費用申報及核付原則：

(一) 預算按季均分，以浮動點值計算，且每點金額不高於 1 元，當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於 1 元。

(二) 本計畫之醫療費用申報規定如下：

1. 門診醫療費用點數申報格式之點數清單段欄位填報：

- (1) 案件分類：請填報「E1」。
 - (2) 特定治療項目代號：請填報「K1」。
 - (3) 就醫序號：請填報「ICK1」。
 - (4) 部分負擔代號：請填報「009(其他規定免部分負擔者)」。
2. 保險對象接受親屬活體腎臟移植之透析院所申報 P3412C 及 P3413C 醫令代碼之費用，其醫療費用點數申報格式之點數清單段欄位填報代號，同前開規定。
3. 藥事照護費之申報原則：
- (1) 執業登記有符合資格藥師之特約藥局，得與參加本計畫之基層院所合作，並向本保險分區業務組報備。相關藥事照護費用由基層院所申報，並將保險人核付費用交付合作藥局。
 - (2) 合作藥局藥師對收案對象所作相關藥事照護評估情形，應回饋予合作之基層院所，並由基層院所記錄於病歷。
 - (3) 申報各項藥事照護費時，「特約醫事服務機構門診醫療費用申報格式」醫令段「執行時間-起(p14)」、「執行時間-迄(p15)」、「執行醫事人員代號(p16)」為必填欄位。特約藥局合作之診所，除前開必填欄位外，點數清單段「病患是否轉出(d18)」及「轉往之醫事服務機構代號(d55)」亦為必填欄位。

(三) 健保資訊網 VPN 系統上傳:

1. 健保卡登錄就醫類別 CA，不累計就醫次數，基本資料、檢驗資料及藥事服務資料仍由原健保資訊網 VPN 系統收載。
2. 院所應於次月 20 日前上傳基本資料、檢驗資料及藥事服務資料至末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫健保資訊網 VPN 系統，未依期限上傳者，不予核發本計畫相關費用。
3. 就醫日期(掛號當日日期)及檢驗日期(報告日期)務必確實填入，且就醫日期與醫療費用申報之就醫日期須相符合，以利費用正確勾稽。

4. 請參照附表 1「Pre-ESRD 個案 VPN 上傳資料格式及說明」，依規定於 VPN 資訊系統上傳相關資料。

(四) 當年之費用及相關資料請於次年 1 月 20 日前申報受理完成(3 月底前核定)，未依期限申報者，不予核發本計畫相關費用。

伍、計畫評估：

一、預期效益如下：

- (一) 促使急慢性腎臟病病人得到合宜之照護與有效利用醫療資源。
- (二) 減緩慢性腎臟病病人進入尿毒症的時程。
- (三) 慢性腎臟病照護團隊的照護品質能與全民健保支付制度扣連。
- (四) 保險人能有效控制醫療費用(符合成本效益)。
- (五) 慢性腎臟病病人照護品質的資料更趨透明化，以充分掌握或分享，並能成為醫療院所臨床上進行品質改善的工具。

二、保險人得舉辦本計畫執行概況檢討或發表會，由台灣腎臟醫學會或參與本計畫之特約醫療院所報告，藉以進行計畫成果檢討及經驗交流。

陸、計畫修正程序：

本計畫由保險人與台灣腎臟醫學會及醫事服務機構相關團體代表共同研訂，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準者，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

全民健康保險 B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者醫療給付改善方案

壹、前言

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

(GOT、GPT)。2004 年發表的實證研究指出，對 35-59 歲的 B 肝帶原和慢性肝炎者每 6 個月提供 1 次腹部超音波檢查，可以降低 37%的肝癌死亡率(Journal of Cancer Research and Clinical Oncology(2004)130:417-422)。綜上，對慢性 B、C 型肝炎患者，尤其是未曾被診斷出肝炎患者，實有加強照護及追蹤管理之必要。

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

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

貳、目標

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

參、計畫內容

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

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

二、收案對象(給付對象)

- (一) 最近 6 個月內曾在該院所主診斷為 B 型肝炎帶原者或 C 型肝炎感染者至少就醫達 2 次(含)以上者（疾病診斷碼如下所列）才可收案，惟當次收案須以主診斷【門診醫療費用點數申報格式點數清單段及填表說明之國際疾病分類號（一）】收案。

ICD-10-CM：B16.1、B16.9、B18.0、B18.1、B19.10、B17.10、B19.20、
B18.2、K73.-、K75.4、K74.60、K74.69 ~~→ Z22.51 → Z22.52~~

- (二) 同一院所經結案對象 1 年內不得再收案，但院所仍可依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準申報相關醫療費用。
- (三) 個案若符合全民健康保險加強慢性 B 型或 C 型肝炎治療計畫的用藥條件，可接受 B、C 型肝炎用藥的療程治療，其支付方式按全民健康保險藥物給付項目及支付標準規定辦理。
- (四) 追蹤個案收案前需與病人解釋本方案實施之目的及需病人配合定期回診等事項，並發給相關文宣資料詳附件一，經病人同意配合方得收案，

並將病人或親屬同意書簽名黏貼於病歷表上，未黏貼者，不予支付管理照護費。

(五) 本方案建議照護醫師團隊需衛教個案維持正常作息、均衡飲食及遠離菸酒，並對吸菸者提供戒菸資訊。

(六) 個案在醫師的照護下接受個案管理追蹤，因工作、遷移等因素需做轉診接續管理追蹤時，該個案之院所應先上網辦理轉介（轉出）程序後，即由受理轉診之院所再上網辦理轉介（轉入）程序，接續個案管理追蹤。為免個案中斷管理追蹤超過一年，喪失管理追蹤之權益，原負責管理追蹤與接續管理追蹤之院所應儘速執行轉介程序。

三、結案條件：

(一) 可歸因於病人者，如失聯超過一年（ ≥ 360 天）、拒絕再接受管理追蹤。

(二) 病患罹患肝癌、肝昏迷個案不符收案資格。

(三) 死亡。

四、給付項目及支付標準：

(一) 新收案及追蹤管理照護費(詳附件二)：符合本計畫之 B 型肝炎帶原者或 C 型肝炎感染者個案管理追蹤，接受以醫師為主導之醫療團隊提供常規性 B、C 型肝炎追蹤檢查之完整性照護，醫療院所得定期申報管理照護費。

(二) 肝癌早期發現費(詳附件二)：首次被診斷肝癌(C22.-)且肝癌診斷期別為第1期或第2期，並取得重大傷病卡，醫療院所得申報早期發現費，須將肝癌期別登錄於健保資訊網服務系統(VPN 系統)並記載於病歷備查。

(三) 品質提升獎勵費：醫療院所達成該院所年度品質指標，所完成追蹤照護個案，得給付照護品質提升獎勵費用，每人次支付 100 點。

(四) 本方案之疾病管理照護費用及相關品質獎勵費用，於全民健康保險醫院總額及西醫基層總額之「醫療給付改善方案」專款項下支應，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。

五、品質資訊之登錄及監測

(一) 參與本方案之特約醫療院所應依保險人規定內容(如附件三)，登錄檢

驗、檢查結果資訊。

- (二) 保險人視情形舉辦本方案執行概況檢討或發表會，藉以進行執行成果檢討及經驗交流。

六、醫療費用申報及審查原則

(一) 申報原則：

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

(二) 審查原則

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

七、品質獎勵措施：

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

(一) 門檻指標：

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

(二) 品質指標：

1. 收案率 $\geq 30\%$ ：

➤ 定義：

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

2. 腹部超音波檢查執行進步率

➤ 定義：

- (1) 分母：當年度該院所收案之個案數。
- (2) 分子：當年度該院所之個案，依本方案建議(半年執行 1 次) 執行腹部超音波檢查個案數。
- (3) 基準：當年度腹部超音波檢查執行率 $>$ 上年度該院所個案腹部超音波檢查執行率。(當年度執行率 100%亦屬達成)。

3. 年度完整追蹤率 $\geq 50\%$

➤ 定義：

- (1) 分母：當年度該院所收案個案數，排除最後 1 季新收個案。
- (2) 分子：當年度該院所之個案，申報追蹤管理照護個案數。

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

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

全民健康保險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

第六節 調劑

通則：

四、本節各項目，皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十。~~(除基層院所外)~~

(下略)

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

第三節 病房費

通則：

九、本節註有「護理費加成」項目者，其加成之方式及申報規定：

(二) 符合全日平均護病比之加成：

2. 醫院應依下列時程至健保資訊網服務系統(VPN)填報「品質報告」，未填報者，本項不予加成：

(1) 於費用年月次次月二十日前，填報急性一般病房住院跌倒~~人數比率~~、急性一般病房感染密度~~人數比率~~、急性一般病房新發生之~~壓瘡~~壓力性損傷人數比率三項指標。

(2) 於每季結束次次月二十日前，填報年資三個月以上護理人員離職率、年資二年以上護理人員比率、年資三個月以上但未滿二年護理人員離職率三項指標。

(下略)

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

第四部 中 醫

第五章 傷科治療處置費

通則：

- 一、限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。
- 二、本章治療處置費用均內含材料費。
- 三、複雜性傷科之審查：
 - (一)病歷記載應依規定書寫，脫臼患者需檢附影像紀錄(照相或錄影，含術前、術中、術後)、骨折患者需檢附術前影像紀錄(照相或錄影)及術後 X 光紀錄。
 - (二)抽審病歷視醫療院所與前一年申報附表 4.4.2、附表 4.5.1 至表 4.5.4 所列疾病與去年同期相較之成長率，必要時得予全審。
- 四、未滿七歲兒童執行傷科治療處置得同時申報 E90，同一療程以申報一次為限。

五、標準作業程序：

(一)診斷（四診八綱辨證或理學檢查或症狀描述）。

(二)傷科處置：傷科手法〔理筋手法(推、拿、揉、滾、按及其他方式)、正骨八法(摸、接、端、提、按、摩、推、拿及其他方式)]、冰敷、熱敷、藥布、外敷、固定、拔罐及其他各類傷科處置。

編號	診療項目	支付點數
E01	一般傷科	
	—另開內服藥	227
E02	—未開內服藥	227
	註：	
	1.標準作業程序	
	(1)四診八綱辨證(合理學檢查)。	
	(2)診斷。	
	(3)傷科處置：傷科手法〔理筋手法(推、拿、揉、滾、按及其他方式)、正骨八法(摸、接、端、提、按、摩、推、拿及其他方式)]、冰敷、熱敷、藥布、外敷、固定及其他各類傷科處置。	
	2.適應症	
	(1)急慢性扭、挫、瘀傷：踝扭傷、腰扭傷、頸部扭傷等。	
	(2)肌腱炎：網球肘、棒球肩、腕部橈側腱鞘炎等。	
	(3)關節病變：類風濕性關節炎、退化性關節炎、僵直性關節炎、痛風、冰凍肩(凝肩)等。	

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

第三部 牙醫

第三章 牙科處置及手術 Dental Treatment & operation

第四節 口腔顎面外科 Oral Surgery (92001-92073, 92088-92100, 92129-92130, 92161)

第一項 處置

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
92094C	<p>週六、日及國定假日牙醫門診急症處置-每次門診限申報一次 Management of dental emergencies on Saturdays, Sundays or in the national holidays</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 限週六、日及國定假日申報，國定假日日期認定同附表 3.3.3牙醫相對合理門診點數給付原則。 當月看診天數需於二十六日以內，超過二十六日則本項不予支付(排除當天僅執行院所外醫療服務之天數)。 院所需於前一個月於健保資訊網服務系統(VPN)完成當月門診時間登錄，始得申報本項目。(前一個月完成次月看診時段之登錄，若有異動者須修訂看診起日及時段並儲存，無異動者僅須點選「儲存」後，會自動完成登錄註記。) 適應症： <ol style="list-style-type: none"> 顏面及牙齒疼痛，經藥物控制不佳者(K03.81,K04.0, K04.1-K04.99,K05.0,K05.2)。 外傷導致之牙齒斷裂(S02.5)。 拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血(K91.840)。 下顎關節脫臼(S03.0)。 顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎(K12.2, L03.221, L02.01,L03.211, L03.212)。 口腔及顏面撕裂傷(S01.4, S01.5)。 進行緩解之相關處置：如止痛、局部非特定處理、齒內治療緊急處理、牙周緊急處理、止血。 不得同時申報34001C、34002C、90004C、91001C、92001C、92012C、92043C、92066C、92071C、92093B、92096C，且同象限、同牙位不得同時與其他非緊急處置醫令合併申報(96001C、90088C、91088C、92088C、P3601C除外)。 	v	v	v	v	800

第三部 牙醫

第三章 牙科處置及手術 Dental Treatment & operation

附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則

一、實施範圍定義：

(一)醫療費用

1. 申報之總醫療費用點數（含部分負擔）。
2. 下列項目費用，不列入計算：
 - (1)週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。
 - (2)支付標準適用地區以上醫院之表別(A、B表)項目。
 - (3)案件分類為14、16等專款專用之試辦計畫項目。
 - (4)案件分類為19—牙周病統合治療第一階段支付(91021C)、牙周病統合治療第二階段支付(91022C)、牙周病統合治療第三階段支付(91023C)。
 - (5)案件分類為19—特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。
 - (6)案件分類為19—特殊治療項目代號為「JA」或「JB」全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫。
 - (7)案件分類為A3—牙齒預防保健案件。
 - (8)案件分類為B6—職災代辦案件。
 - (9)案件分類為19—定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92090C)、非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92091C)。
 - (10)案件分類為19—口腔黏膜難症特別處置(92073C)。
 - (11)案件分類為B7—行政協助門診戒菸部分。
 - (12)加成之點數。
 - (13)初診診察費差額。
 - (14)加強感染管制實施方案診察費差額。
 - (15)山地離島診察費差額。
 - (16)牙醫急診診察費差額。
 - (17)特定牙周保存治療(91015C、91016C、91091C)、牙周病支持性治療(91018C)。
 - (18)糖尿病病人牙結石清除-全口(91089C)、~~高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)~~。
 - (19)唾液腺摘取術(每部位)(92161B)、超音波根管沖洗(P7303C)。
 - (20)青少年齲齒控制照護處置(P7101C)、青少年齲齒氟化物治療(P7102C)。
 - ~~(21)齲齒經驗之高風險病人氟化物治療(P7302C)。~~
 - ~~(22)~~(21)特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)。
 - ~~(23)~~(22)高風險疾病口腔照護計畫：
 - A. 高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)。
 - B. 齲齒經驗之高風險病人氟化物治療(P7302C)。
 - C. 高風險疾病病人複雜性複合體充填項目(89204C-89215C)差額為400點。

(二)適用鄉鎮：

- 1.臺北市、原臺灣省轄內之臺中市、原直轄市之高雄市(不含旗津區)。
- 2.該鄉鎮市區(縣轄市)戶籍人口數大於十萬且人口密度大於四千人/平方公里。
- 3.保險人每年依上開條件公告適用鄉鎮(區)名單。

註：

- 1.臺北市【松山區、信義區、大安區、中山區、中正區、大同區、萬華區、文山區、南港區、內湖區、士林區、北投區】
- 2.臺中市【中區、東區、南區、西區、北區、西屯區、南屯區、北屯區】
- 3.高雄市【楠梓區、左營區、鼓山區、三民區、苓雅區、新興區、前金區、鹽埕區、前鎮區、小港區】
- 4.鄉鎮市區人口數以內政部統計為準。

(三)前述適用鄉鎮牙醫師如有以下各項情形之一，不適用本原則之折付方式：

- 1.該分區已結算之最近四季浮動點值之平均值超過 1.05 元，則該年度該分區專任牙醫師不適用本原則之折付。
- 2.專科醫師。
- 3.該鄉鎮市區只有一位之專任牙醫師。
- 4.除第 1 項至第 3 項所列以外之山地離島地區牙醫師如有特殊情況，得向總額受託單位提出申請，並經牙醫門診總額研商議事會議同意者。

註：(三)第 2 項專科醫師，係中華民國牙醫師公會全國聯合會按季提供之轉診加成醫師名單之醫師；牙醫師以同期保險人醫院及基層院所牙醫師數統計為準；第 1 項、第 3 項每年公告一次名單。

二、折付方式：以醫師為單位計算各院所各醫師合計折付點數上限，並與院所審查核付點數比較，計算實際核付點數

(一) 先計算每位醫師每月申報醫療費用(=申報總醫療點數(含部分負擔)-排除項目費用點數)，點數在五十五萬點以下時維持原費用點數，超過五十五萬點時，則按下列分級予以折付：在五十五-六十五萬點部分乘以0.78，在六十五-七十五萬點部分乘以0.39，在七十五萬點以上部分乘以0.10之方式，計算當月該醫師折付上限總點數。

註 1：各醫師每月申報費用之計算，係於每月底針對已受理並完成轉檔之資料，啟動全國醫師別總費用歸戶，將各院所申報上月費用及當月補送上月以前之補報費用中該醫師申報之點數加計。因故上月執業費用於次月以後申報者(限發生年月費用未曾申報者)，追溯計算費用發生年月該醫師於其他院所執業費用之點數，並按規定加計折算費用，原已完成歸戶計算費用之院所則不予追扣或補付費用。

註 2：全國醫師別總費用歸戶後，申報醫師 ID 檢核錯誤及醫師以 A 報 B 者均不予支付，且不得申復，但重大行政或系統問題所致者，由保險人衡酌處理，且同院所一年不得超過一次。

(二)前開醫師折付上限總點數，按該醫師在多處院所申報醫療費用比例，計算該醫師在某院所之折付上限點數。

(三)計算各院所各醫師合計折付點數上限(=所有醫師折付上限點數合計+排除項目費

用點數)。嗣後，該院所審查核付點數如大於折付點數上限，按折付點數上限核給費用；如小於折付點數上限，則按核付點數核給費用。

三、核付院所費用後，若有申復，致使審查補付點數加原核定點數大於折付點數上限時，以折付點數上限為給付限額。

全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫

衛生福利部中央健康保險 113 年○月○日健保醫字第○○○○○○○○○號公告

壹、計畫依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、預算來源

全民健康保險醫院醫療給付費用總額中之「地區醫院全人全社區照護計畫」專款項目。

參、計畫目的

- 一、由保險人分階段提供最適收案名單予地區醫院收案照護，藉由整合醫院的醫療及人力資源，使保險對象於其最常就醫之主要照護醫院中，獲得完善且整合性之醫療照護。
- 二、針對高血糖、高血脂及高血壓(下稱三高)疾病高風險族群納入照護管理，達到三高防治 888(80%三高病人加入照護網、80%收案病人接受生活生活習慣諮商、80%收案病人達到三高控制)政策目標。

肆、計畫期間

公告實施日至 113 年 12 月 31 日

伍、組織運作

- 一、參與醫事機構資格：本保險特約之地區醫院。
- 二、參與計畫團隊組成：
 - (一) ~~至少具有內科或家庭醫學科專科醫師任 1 名~~、參與醫師應具有家庭醫學科、內科、兒科專科醫師資格。
 - (二) 地區醫院應與社區民眾共同生活圈之 1~2 家區域級以上醫院及 5 家以上診所建立轉診及合作機制。如為當年度公告之本保險醫療資源缺乏地區施行區域及本保險保險對象免自行負擔費用

辦法所列之山地離島地區之醫院，得與 1~2 家區域級以上醫院及 1 家以上診所建立轉診及合作機制。

陸、執行內容：

- 一、會員之個人健康資料建檔(含家族史、生活型態)，並按健康狀況及疾病樣態，訂定治療計畫書。
- 二、提供及提醒相關預防保健、癌篩、疫苗注射等。
- 三、提供疾病治療及相關檢驗(查)，定期檢視個案健康數據(血糖/血壓/體重/檢驗檢查)，並給予疾病相關照護資訊、飲食與生活相關衛教。
- 四、定期評估會員健康狀況是否需轉介居家或長照服務。
- 五、定期辦理健康促進或疾病衛教宣導等活動，院內召集照護團隊舉辦個案研討，確保全人照護品質。
- 六、設立會員 24 小時諮詢專線：
 - (一)提供會員於有需要時，能立即獲得醫療諮詢服務，進一步減少民眾不必要的就醫需求。所提供之具體服務項目如下：
 - 1.提供健康照護之建議。
 - 2.提供就醫地點並協助聯繫就醫。
 - 3.緊急狀況發生時，適時轉介個案收案醫師協助。
 - (二)應由執業登記於該醫院之醫事人員接聽，醫院於申請計畫書內述明諮詢專線接聽人員名單並檢附前開人員之醫事人員證書。
- 七、建立醫療照護品質提升及轉診機制：訂定團隊內合作照護機制及相關流程，併於申請計畫書送保險人分區業務組備查。合作內容至少需包含建立雙向轉診流程、共同照護機制、醫療品質提升計畫。
- 八、運用電話諮詢專線、即時通訊軟體、電子郵件等多元工具，優化諮詢服務。並規劃主動電訪(Call out)服務，以加強個案健康管理，

提升慢性病會員照護品質。

九、醫院（含合作醫院）應提供收案會員加值服務，如就醫、檢查快速通道、掛號優先等。

十、鼓勵所屬會員下載個人健康存摺做好健康管理，並鼓勵會員利用健康存摺填寫會員滿意度調查。

十一、醫院應設置專任個案管理人員至少 1 名，應由執業登記於該醫院之醫事人員、具醫務管理或公共衛生背景之非醫事人員擔任，辦理下列事項：

（一）協助調查個案健康狀況、聯繫及協調照護計畫。

（二）協助處理安排會員轉診及追蹤轉診會員治療結果。

（三）協助會員之個案管理與衛教宣導。

（四）對於穩定之慢性病會員提供持續性的追蹤關懷。

十二、應製作本計畫收案會員權利義務說明書或計畫會員通知(書面函、簡訊、電子郵件、即時通訊軟體等)，告知本計畫內容及其權益、義務，並提供收案對象確認回饋機制，並留存備查。

十三、應遵守「個人資料保護法」相關規定。如有運用本計畫之個人資料，執行非本計畫目的之行為(如商業促銷等)者，應即終止執行本計畫。

柒、收案對象(會員)

一、保險人依全民健康保險申報門診醫療費用資料，擷取前一年西醫醫院門診明細清單資料(排除外傷及代辦案件如：產檢、小兒健檢、流感注射等)後，針對三高就醫之保險對象(以高血糖、高血脂及高血壓就醫並用藥)做為較需照護名單，交付參與計畫之地區醫院提供健康管理。

二、前述名單排除家庭醫師整合性照護計畫、代謝症候群防治計畫、醫院以病人為中心門診整合照護計畫、全民健康保險醫療給付項

目及支付標準第八部第二章糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案(以下稱 P4P-DM/CKD/DKD)收案者。

三、交付原則：

以三高就醫件數最高的地區醫院收案照顧；若就醫件數相同時，則由藥費最高的地區醫院收案。

四、每名醫師之收案人數以 1,000 人列計，並以參與計畫之醫師數計算醫院收案人數上限。

捌、管理登錄個案

一、參與本計畫之醫療院所未依保險人規定完整登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付相關費用，並依相關規定辦理。

二、醫院需於計畫公告 1 個月內將會員資料批次上傳至健保資訊網服務系統 VPN(詳附件一)，並於收案後 3 個月內通知收案會員已被本計畫收案及取得收案會員同意，另於年底前完成會員健康資料建檔。

三、參與本計畫之醫院應依個人資料保護法之規定，保險對象個人資料應予保密。

玖、參與計畫醫院、醫師資格及基本要求

一、參與計畫之特約醫院或醫師於參與計畫之日起前 2 年內，無全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一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(含行政救濟程序中尚未執行者)。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。

二、因離職而退出醫師之會員，可由原參與醫院於一個月內來函述明

其承接理由，經保險人各分區業務組同意後由符合資格醫師承接。如承接會員之醫師非當年度原醫院已參加本計畫醫師，則需由醫院主動告知會員，其主要照護醫師更換，如會員不同意更換則不予承接。

三、醫院參與本計畫執行期間因涉及有特管辦法第三十八至第四十條中各條所列違規情事之一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)，以保險人第一次核定違規函所載停約或終止特約日起同步終止本計畫。

四、教育訓練：

(一)照護團隊中至少 1 名個案管理人員於參與本計畫第一年接受台灣家庭醫學醫學會或其認可之機構或團體所舉辦之 4 小時之行政管理教育訓練課程並需取得證明；若於年度內未取得訓練證明，保險人將追扣該醫院之開辦建置費。

(二)醫師參與本計畫第一年應參與台灣家庭醫學醫學會或其認可之機構或團體所舉辦之家庭醫師訓練課程。具家庭醫學專科醫師資格之醫師應完成 4 小時之行政管理教育訓練課程；具內科、~~外科~~、兒科、~~婦產科~~專科醫師資格之醫師應完成 4 小時之行政管理教育訓練課程及 8 小時之家庭醫師專業教育訓練課程；~~具家庭醫學科、內科、外科、兒科、婦產科以外專科醫師資格之醫師除應完成 4 小時之行政管理教育訓練課程及 8 小時之家庭醫師專業教育訓練課程，另應完成 8 小時其他專科醫師專業教育訓練課程。~~完成前述課程之醫師並需取得證明；若於年度內未取得訓練認證之醫師，須退出本計畫，保險人將追扣該醫師當年度之相關費用。

(三)參與本計畫之醫師每年應接受 8 小時三高防治教育訓練課程(包

含高血壓、高血糖及高血脂)。

(四)上開教育訓練課程得由中華民國醫師公會全國聯合會(含各縣市公會)、台灣醫院協會(含各層級醫院協會)、各縣市衛生局、專科醫學會、中華民國糖尿病衛教學會及台灣基層糖尿病協會等主辦。

壹拾、費用申報及支付方式

一、醫院原有之醫療服務及預防保健服務，依現行「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」、總額支付制度及主管機關公告之「醫事服務機構辦理預防保健注意事項」相關規定支付，依實際執行情況按月申報。

二、相關費用由保險人各分區業務組依計畫執行結果核定後核付，於追扣補付系統辦理「“2AM”全人全社區計畫-開辦建置費補付」及「“1AM”全人全社區計畫-開辦建置費追扣」，「“2AN”全人全社區計畫-個案管理費補付」及「“1AN”全人全社區計畫-個案管理費追扣」，「“2AO”全人全社區計畫-績效獎勵費補付」及「“1AO”全人全社區計畫-績效獎勵費追扣」，「“1AP”全人全社區計畫-失智症門診照護家庭諮詢費追扣」，「“2AP”全人全社區計畫-失智症門診照護家庭諮詢費補付」，「“344”全人全社區計畫-失智症門診照護家庭諮詢費全年結算追扣」及「“444”全人全社區計畫-失智症門診照護家庭諮詢費全年結算補付」，「“2AQ”全人全社區計畫-多重慢性病人門診整合費補付」及「“1AQ”全人全社區計畫-多重慢性病人門診整合費追扣」，「“2AR”全人全社區計畫-三高疾病整合照護提升費補付」及「“1AR”全人全社區計畫-三高疾病整合照護提升費追扣」。

三、參與計畫之醫院申報會員門診醫療費用請依門診醫療費點數申報格式規定申報。

四、給付項目：

(一)開辦建置費：每家醫院支付 15 萬點。

1. 未達下列任一條件者，不予支付：

- (1) 收案會員之個人健康資料建檔率達 80%。
- (2) 評核指標－「設立 24 小時諮詢專線」得 3 分(含)以上。
- (3) 收案會員之健康存摺下載率達 80%。
- (4) 除 24 小時諮詢專線外，至少提供一種會員諮詢服務方式(如即時通訊軟體)。

2. 醫院首次參與本計畫之第一年支付，如首次參與當年因故中途退出本計畫，不予支付。

(二)個案管理費，收案首年每人支付 500 點/年，收案次年起，每人支付 250 點/年：

3. 執行內容包含個人健康資料建檔上傳(含家族史、生活型態，詳附件二)、轉診、個案衛教宣導、24 小時諮詢專線、個案研討。

4. 支付條件：

- (1) 本計畫會員如為本保險居家醫療照護整合計畫或為 P4P-DM/CKD/DKD 之收案個案，若與本計畫屬同一收案醫院，自該計畫收案日起不予支付個案管理費；若與本計畫非同一醫院收案，則予以支付個案管理費，惟居家醫療照護整合計畫之收案個案除外。前開個案及死亡個案之個案管理費按收案月份等比例支付。
- (2) 考量會員照護之完整性，參與計畫之特約醫院或醫師於參與計畫期間，如因故中途退出本計畫，則依承作月份按比例核付個案管理費，其餘費用則不予核付。
- (3) 未於年底前完成「個人健康資料建檔」者，不予支付個案管理費。

- (4) 為達全人照護目標，視個案需要撰寫「個案醫療照護計畫書」(詳附件三)。

(三) 績效獎勵費用，每人支付 550 點/年：

1. 會員若於計畫執行期間於收案醫院無就醫紀錄，則不予核付本項費用。
2. 支付方式：
 - (1) 健康管理成效鼓勵：占本項經費之 50%：醫院登錄收案會員(排除居家醫療照護整合計畫之個案)實際申報西醫門診醫療費用(AE)與以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用(VC)之間差值回饋醫院：平均每人 275 點為上限。
 - (2) 品質提升費用：占本項經費之 50%，依計畫評核指標達成情形，分五級支付：
 - A. 特優級：計畫評核指標分數 ≥ 90 分，則支付品質提升費用會員每人 275 點。
 - B. 良好級：計畫評核指標分數介於 80 分 $\leq \sim < 90$ 分，則支付品質提升費用會員每人 210 點。
 - C. 普通級：計畫評核指標分數介於 70 分 $\leq \sim < 80$ 分，則支付品質提升費用會員每人 175 點。
 - D. 輔導級：計畫評核指標分數介於 60 分 $\leq \sim < 70$ 分，則支付品質提升費用會員每人 145 點。
 - E. 不支付：計畫評核指標分數 < 60 分則不予支付。
3. 因本計畫實施未逾半年，無完整年度資料可監測計畫實際成效，爰第一年不予支付績效獎勵費，將於第二年起生效。
4. VC-AE 差值為負值且計畫評核指標分數 < 60 分者，則支付個案管理費之 50%。
5. 本計畫參與醫師當年度未於執業登記醫院申報醫療費用者(不含

代辦案件)，不支付收案會員之「個案管理費用」及「績效獎勵費用」。

(四) 失智症門診照護家庭諮詢費用

1. 條件：參與本計畫之失智症會員，經神經科、精神科或老年醫學專科醫師評估有諮詢需要，且會員之失智症評估結果，符合臨床失智症評量表(Clinical Dementia Rating,CDR)值 ≥ 1 或簡易心智量表 ≤ 23 者。
2. 醫院得提供符合上述條件之收案會員家庭諮詢服務，並申報本項費用。
3. 每次諮詢須填報諮詢溝通內容及規定(如附件四)，併入會員病歷記錄留存。
4. 給付項目及支付標準：
 - (1) 每次諮詢服務時間 15 分鐘(含)以上，未達 30 分鐘者：支付點數 300 點，申報編號 P8501B。
 - (2) 每次諮詢服務時間 30 分鐘(含)以上者：支付點數 500 點，申報編號 P8502B。
 - (3) 同院所每位會員每年最多給付 2 次費用。
 - (4) 同一會員當年度之本項費用不得與醫院以病人為中心門診整合照護計畫之失智症門診照護家庭諮詢費用重複申報。

(五) 多重慢性病人門診整合費用

1. 支付條件：須同時符合下列條件
 - (1) 會員有 2 種(含)以上慢性病並於收案醫院之門診就醫，且當年度每件慢性病連續處方箋需有兩類(含)以上慢性病用藥，總處方調劑日份須達 56 日(含)以上，並無「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」之重複用藥情形者。
- 本項慢性病係指：高血壓、糖尿病、高血脂、~~動脈粥樣硬化~~。

~~心臟病、腦血管病變、慢性肝炎、肝硬化、痛風、慢性腎臟病、慢性貧血、慢性阻塞性肺病。~~

(2) 醫師提供整合照護後，應於會員之就醫當日病歷中，由負責整合之醫師於其診斷下，簡述整合之內容或藥品，以備查核，並於費用申報時，於「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」之「d13」欄位填報，註記「整合照護模式」。若醫師未於病歷中載明前述之整合資料者，不得註記「整合照護模式」。

2. 支付方式：符合前項條件者，當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達 56 日(含)以上，每一會員每年度支付 550 點；若當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達 169 日(含)以上，每一會員每年度再增加支付 550 點。

(六) 三高疾病整合照護提升費：

1. 適用對象及支付條件：三高會員所列檢驗(查)項目之檢驗(查)結果有進步或最後一次檢驗(查)結果位於控制良好範圍，若任一項檢驗(查)項目未有進步或不符合控制良好範圍，不予支付。
2. 當年度最後一次檢驗(查)結果應於當年度 8 月 1 日後；高血糖、高血脂會員若於當年度 8 月 1 日前之 LDL 檢驗結果已達控制良好，且當年度未再接受 LDL 檢驗者，亦視為控制良好。

疾病型態	檢驗(查)項目	控制良好範圍
高血壓	血壓	收縮壓<130 mmHg 且舒張壓<80 mmHg
高血糖	HbA1c、LDL	HbA1c <7% 且 LDL<100mg/dL
高血脂	LDL	LDL <100mg/dL

3. 進步之定義：

(1) 進步定義：檢驗(查)結果後測-前測 <0 ，其後測「就醫日期」或「檢驗(查)日期」應於當年度 8 月 1 日之後，且前測及後測日期應間隔 84 天(含)以上。

(2) 資料範圍：限收案醫院之上傳檢驗(查)數據。

4. 支付方式：

(1) 單一疾病之收案會員每年支付 250 點；兩種疾病(含)以上之收案會員每年支付 750 點。

(2) 參與醫師未於年度結束前完成三高防治教育訓練課程，不予支付。

(3) 當年度已獲 P4P-DM/CKD/DKD 品質獎勵金之醫院，同一個案不得重複領取該計畫品質獎勵金或本項費用。

五、於年度結束後，扣除在宅急症照護試辦計畫結算金額，進行全年結算，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。

六、醫療費用申報、暫付、審查及核付，依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」辦理。

七、轉診規定：如有轉診之醫療院所請依「全民健康保險轉診實施辦法」規定，辦理轉診院所需填具轉診單，並依門診醫療費點數申報格式規定，於 d16-d18 欄位依實際情形填報。

壹拾壹、計畫評核指標

一、結構面指標(20 分)

(一) 個案研討、社區衛教宣導 (10 分)：一年至少辦理 12 場，即平均每月至少需辦理 1 場，且年度內每位醫師至少應參與本項活動達 3 次(含)以上〔年底應檢附「參與各項活動次數之每月統計表」(附件五)及「衛教宣導紀錄表」(附件六)予分區業務組備查〕。

(二) 設立 24 小時諮詢專線(全年至少抽測 3 次)(5 分)：

鼓勵醫師 call out，有效回答會員問題，並依實際服務品質，分階段給分〔由台灣社區醫院協會進行抽測，以平均分數計算得分並將分數於當年度 12 月底前提供保險人計分，並於年底檢附「24 小時諮詢專線服務每月統計及紀錄表」(附件七)予分區業務組備查，超過繳交期限以 0 分計算〕。

1. 醫院人員接聽，能即時轉達收案醫師，且收案醫師 20 分鐘內即時 callout 回電，得 5 分。
2. 醫院人員接聽，可以解答會員問題(可專業回答如發燒如何處理、瞭解會員狀況)，得 5 分。
3. 醫院人員接聽，無法解決會員問題(如不了解本計畫、簡單回答請他來醫院等)，得 3 分。
4. 無人接聽(連續測試 3 通，每次間隔 10 分鐘)，得 0 分。

(三)提供全民健康保險居家醫療照護整合計畫服務或「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第三章安寧居家療護」服務或全民健康保險在宅急症照護試辦計畫(5 分)

1. 提供服務 ≥ 25 人，得 5 分。
2. 提供服務 ≥ 15 人，得 2 分。

(四)接受生活習慣諮商率(計畫實施第一年不予計分)

計算公式說明：

分子：會員接受生活習慣諮商人數

分母：會員人數

二、過程面指標(25 分)：

(一)成人預防保健檢查率(5 分)

1. 會員接受成人預防保健服務 \geq 較需照護族群 70 百分位數，得 5 分。
2. $<$ 較需照護族群 70 百分位數，但 \geq 較需照護族群 60 百分位數，

得 3 分。

3. 計算公式說明：

分子：40 歲(含)以上會員於醫院接受成人健檢人數

分母：(40 歲至 64 歲會員數/3+65 歲《含》會員數)

(二) 子宮頸抹片檢查率(5 分)

1. 會員接受子宮頸抹片服務 \geq 較需照護族群 63 百分位數，得 5 分。

2. $<$ 較需照護族群 63 百分位數，但 \geq 較需照護族群 53 百分位數，得 3 分。

3. 計算公式說明：

分子：30 歲(含)以上女性會員於醫院接受子宮頸抹片人數

分母：30 歲(含)以上女性會員數

(三) 65 歲以上老人流感注射率(5 分)

1. 會員接受流感注射服務 \geq 較需照護族群 65 百分位數，得 5 分。

2. $<$ 較需照護族群 65 百分位數，但 \geq 較需照護族群 55 百分位數，得 2 分。

3. 計算公式說明：

分子：65 歲以上會員於醫院接種流感疫苗人數

分母：65 歲以上總會員人

(四) 糞便潛血檢查率(5 分)

1. 50 歲以上至未滿 75 歲會員接受定量免疫糞便潛血檢查率 \geq 50 歲以上至未滿 75 歲較需照護族群檢查率之 83 百分位數，得 5 分。

2. $<$ 較需照護族群檢查率之 83 百分位數，但 \geq 較需照護族群檢查率之 73 百分位數，得 3 分。

3. $<$ 較需照護族群檢查率之 73 百分位數，但 \geq 較需照護族群檢

查率之 63 百分位數，得 2 分。

4. 計算公式說明：

分子：50 歲以上至未滿 75 歲會員於醫院接受定量免疫糞便潛血檢查人數。

分母：50 歲以上至未滿 75 歲會員人數/2。

(五) B、C 肝炎篩檢率(5 分)

1. 會員接受 B、C 肝炎篩檢率 \geq 較需照護族群 70 百分位數，得 5 分。

2. $<$ 較需照護族群 70 百分位數，但 \geq 較需照護族群 60 百分位數，得 3 分。

3. 計算公式說明：

分子：曾做過 B、C 肝炎篩檢之會員人數。

分母：符合 B、C 肝炎篩檢資格之會員人數(45 歲以上未滿 80 歲者、原住民為 40 歲以上未滿 80 歲者)。

三、結果面指標(55 分)

(一) 潛在可避免急診率(5 分)

1. \leq 收案會員 30 百分位，得 5 分。

2. \leq 收案會員 45 百分位，得 3 分。

3. \leq 收案會員 65 百分位，得 1 分。

4. 計算公式說明：

分子：潛在可避免急診慢性類疾病之案件

分母：18 歲以上本計畫會員罹患慢性類疾病人數

(二) 會員急診率(排除外傷)(5 分)

1. \leq 收案會員 30 百分位，得 5 分。

2. \leq 收案會員 45 百分位，得 3 分。

3. \leq 收案會員 65 百分位，得 1 分。

4. 計算公式說明：

分子：會員急診人次(排除外傷案件)

分母：會員人數

(三) 可避免住院率(5 分)

1. \leq 收案會員 30 百分位，得 5 分。

2. \leq 收案會員 45 百分位，得 3 分。

3. \leq 收案會員 65 百分位，得 1 分。

4. 計算公式說明：

分子：可避免住院慢性類疾病之案件

分母：18 歲以上本計畫會員因慢性類疾病就醫人數

(四) 初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢檢驗檢查執行率(5 分)

1. \geq 初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率 70 百分位，得 5 分。

2. \geq 初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率 50 百分位，得 3 分。

3. 計算公式說明：

分子：會員於收案醫院執行初期慢性腎臟病之檢驗人數

分母：會員門診主診診斷為初期慢性腎臟病之人數

註：「單次尿液白蛋白／尿液肌酸酐比例(UACR)」或「尿液總蛋白與肌酸酐比值(UPCR)」兩項檢查之一。

(五) 會員固定就診率(10 分)

1. 會員在收案醫院之西醫門診固定就診率 \geq 當年較需照護族群 65 百分位且 $\geq 50\%$ ，得 10 分。

2. 當年較需照護族群 60 百分位 \leq 會員固定就診率 $<$ 「當年較需照護族群 65 百分位且 $\geq 50\%$ 」，得 5 分。

3. 當年較需照護族群 55 百分位 \leq 會員固定就診率 $<$ 當年較需照護族群 60 百分位，得 3 分。

4. 計算公式說明：

分子：會員在收案醫院(含合作醫院)就醫次數

分母：會員在所有西醫門診就醫次數

(六) 三高疾病監測數據控制良率(15 分)

1. 三高會員之監測檢驗(查)項目之結果屬控制良好或進步之人數比率達 80%，依疾病別各得 5 分。
2. 三高會員之監測檢驗(查)項目之結果屬控制良好或進步之人數比率達 60%，依疾病別各得 3 分。

疾病型態	檢驗(查)項目	控制良好或進步定義：檢驗(查)結果後測-前測<0 或位於以下範圍
高血壓	血壓	收縮壓<130 mmHg 且舒張壓<80 mmHg
高血糖	HbA1c、 LDL	HbA1c <7%且 LDL<100mg/dL
高血脂	LDL	LDL <100mg/dL

註： 當年度最後一次檢驗(查)結果應於當年度 8 月 1 日後；高血糖、高血脂會員若於當年度 8 月 1 日前之 LDL 檢驗結果已達控制良好，且當年度未再接受 LDL 檢驗者，亦視為控制良好。

(七) 糖尿病會員胰島素注射率(計畫實施第一年不予計分)

計算公式說明：

分子：糖尿病會員於收案醫院胰島素注射天數 ≥ 28 天之人數

分母：糖尿病會員門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之人數
且 ≥ 100 人

(八) 糖尿病人眼底檢查執行率(5 分)

依據保險人「醫療品質資訊公開網」公開之院所別醫療品質資訊/糖尿病人執行檢查率-眼底檢查或眼底彩色攝影檢查執行率 \geq 全國平均值，得 5 分。

(九) 收案會員重複用藥情形(5 分)

1. 當年度平均每位會員重複用藥核扣金額或重複用藥率 ≤ 30 百分

位，得 5 分。

2. 當年度平均每位會員重複用藥核扣金額或重複用藥率 ≤ 60 百分位，得 3 分。

3. 當年度平均每位會員重複用藥核扣金額或重複用藥率 ≤ 70 百分位，得 1 分。

4. 計算公式說明：

(1) 當年度平均每位會員重複用藥核扣金額：

分子：收案會員重複用藥核扣金額

分母：收案會員數

(2) 當年度平均每位會員重複用藥率：

分子：收案會員重複用藥處方件數

分母：收案會員調劑 7 日以上處方件數

壹拾貳、計畫管理機制

一、保險人負責協調總體計畫架構模式與修正。

二、保險人分區業務組負責審核計畫與協調監督轄區各計畫之執行，並得邀請醫界代表(如總額執行單位)協助參與、輔導及評估。

三、保險人分區業務組得召開觀摩會，邀請執行成效良好之地區醫院分享經驗，推廣優良的管理模式，促進計畫執行品質。

壹拾參、計畫申請方式

參與計畫之地區醫院應於計畫公告 1 個月內，檢附申請文件向保險人分區業務組提出申請(附錄)。經保險人分區業務組同意並函復，計畫執行至當年度年底為限。

壹拾肆、退場機制

一、評核期間以本計畫所訂指標執行之期程為原則。

二、保險人提供評核指標介於 60 分至 70 分($60 \text{ 分} \leq \text{評核指標} < 70 \text{ 分}$)之醫院名單予台灣社區醫院協會協助輔導改善，且須於次年 6 月

底前提具執行改善計畫書經保險人分區業務組備查後，始得加入本計畫(計畫實施第一年無須提具執行改善計畫書)；第 2 年仍未達 70 分續辦標準者(評核指標 <70 分)，應退出本計畫，1 年內不得再加入本計畫。

三、如評核指標未達 60 分者(評核指標 <60 分)，應退出本計畫，1 年內不得再加入本計畫。本項規定於計畫實施第二年起適用，計畫實施第一年比照上述評核指標介於 60 分至 70 分($60 \leq$ 評核指標 <70 分)之醫院辦理。

四、本計畫參與醫師當年度未於執業登記醫院申報醫療費用者(不含代辦案件)，1 年內不得再加入本計畫。

壹拾伍、實施期程及評估

各醫院應於計畫執行後，年度結束提送執行結果(包含計畫運作執行現況、計畫評核指標執行率與社區衛教宣導)至保險人分區業務組。

壹拾陸、訂定與修正程序

本計畫由保險人與社區醫院協會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。

全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫檢核邏輯

保險人網頁之個案通報及登錄系統說明

- 一、參與計畫之醫師需透過醫事服務機構行文至保險人分區業務組申請，待保險人分區業務組核准後，始能登入健保資訊網服務系統(VPN)傳輸會員資料。
- 二、醫師進入保險人資訊網服務系統網頁後登入試辦計畫登錄系統後，可以點選會員管理選項，進行會員資料之登錄、維護及查詢事項。

說明：

1. 保險人分區業務組需確實將參與院所名單登錄於 HMA 系統。
2. 醫療院所需請資訊廠商修改其自行維護的畫面，並將會員資料以批次經本系統上傳至健保資訊網服務系統(VPN)。
3. 相關會員資料之維護仍由保險人分區業務組維護；收案期限將設定 1 個月，保險人依權限擷取會員資料供分析用，對於資料登錄未完整之社區醫療群於 1 個月內補正資料/或不予支付。
4. 身分證字號有重複登錄情形，則第 2 筆資料無法輸入。

地區醫院全人全社區照護計畫—收案會員健康資料

個人基本資料(必填)			
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生日期	西元 年 月 日	職業別	
主要照顧者		居住地	_____鄉(鎮)
家庭生命週期： <input type="checkbox"/> 新婚夫婦 <input type="checkbox"/> 第一個小孩誕生 <input type="checkbox"/> 有學齡兒童 <input type="checkbox"/> 有青少年子女 <input type="checkbox"/> 子女外出創業 <input type="checkbox"/> 空巢 <input type="checkbox"/> 老化的家庭			
生活型態評估量表各領域總分(附表)(必填) *每個領域最高 10 分			
正向社會連結： 第 1、3、5、7、9 題的分數總和_____		身體活動： 第 13、19、22 題的分數總和_____	
避免危害物質： 第 6、11、15、16 題的分數總和_____		睡眠及壓力管理： 第 4、8、10、17 題的分數總和_____	
營養： 第 2、12、14、18、20、21 題的分數總和_____		抽菸： 1.無、2.偶爾交際應酬、3.平均一天約吸 10 支菸以下、4.平均一天約吸 10 支菸(含)以上	
喝酒： 1.無、2.偶爾交際應酬(每週 1-2 天)、3.經常喝(每週>2 天)		嚼檳榔： 1.無、2.偶爾交際應酬(每週 1-2 天)、3.經常嚼或習慣在嚼(每週>2 天)	
醫療病史(必填)			
慢性病史 <input type="checkbox"/> 1.高血壓 <input type="checkbox"/> 2.糖尿病 <input type="checkbox"/> 3.腎臟病 <input type="checkbox"/> 4.缺血性心臟病 <input type="checkbox"/> 5.心律不整 <input type="checkbox"/> 6.心臟衰竭 <input type="checkbox"/> 7.腦血管疾病 <input type="checkbox"/> 8.腫瘤 <input type="checkbox"/> 9.貧血 <input type="checkbox"/> 10.關節炎 <input type="checkbox"/> 11.高膽固醇血症 <input type="checkbox"/> 12.痛風或高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 13.過敏性鼻炎 <input type="checkbox"/> 14.氣喘 <input type="checkbox"/> 15.慢性肺疾病 <input type="checkbox"/> 16.消化性潰瘍 <input type="checkbox"/> 17.功能性腸胃問題 <input type="checkbox"/> 其他			
家族病史及相關健康問題 (若有親人有罹患下列疾病，請填入家屬代碼：A.父 B.母 C.兒女 D.兄弟姊妹 E.父系親戚 F.母系親戚 G.其他) <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.糖尿病【 】 <input type="checkbox"/> 3.高血壓【 】 <input type="checkbox"/> 4.心臟病【 】 <input type="checkbox"/> 5.腦血管病變(中風)【 】 <input type="checkbox"/> 6.高血脂【 】 <input type="checkbox"/> 7.腎臟病或尿毒症【 】 <input type="checkbox"/> 8.惡性腫瘤【 】 <input type="checkbox"/> 9.遺傳性腎臟疾病【 】 <input type="checkbox"/> 10.多囊腎【 】 <input type="checkbox"/> 11.痛風【 】 <input type="checkbox"/> 12.自體免疫性疾病【 】 <input type="checkbox"/> 13.其他【 】 <input type="checkbox"/> 14.不知			
長期藥物使用(使用達 3 個月以上) <input type="checkbox"/> 降血壓藥 <input type="checkbox"/> 胰島素 <input type="checkbox"/> 降血糖藥 <input type="checkbox"/> 降血糖藥 <input type="checkbox"/> 降尿酸藥 <input type="checkbox"/> NSAID <input type="checkbox"/> 中草藥 <input type="checkbox"/> 其他_____			
食物過敏史 食物名稱：		藥物過敏史 藥物名稱：	
身體檢查(皆為必填)			
身高(cm)		血壓(收縮壓/舒張壓)(mmHg)	
體重(kg)		腰圍(cm)	
脈搏(次/每分鐘)			

(附表)資料來源: 社團法人臺灣生活型態醫學會-生活型態評估量表

編號	請想一想過去七天，並回答以下問題，你是否：														
1	感覺生活有目標。														
2	在烹飪時使用橄欖油做為主要用油，或者烹飪時不使用任何油品。														
3	進行了兩次以上(含兩次)的靈性或宗教性活動（例如冥想、祈禱、教堂禮拜等）														
4	大多數日子都感覺自己能夠有效地應對和處理壓力。														
5	參與一個或多個俱樂部或團體（例如運動、社區、學校團體等）。														
6	抽菸、使用電子煙或其他煙草產品。														
7	在三個以上(含三個)不同的場合，跟親近的朋友或家人交談或拜訪他們。														
8	大多數日子睡醒時感到神清氣爽並且有充足的休息。														
9	總共花費至少兩個小時在大自然中（大約每天 20 分鐘）。														
10	大多數日子感覺有足夠的時間照顧自己。														
11	嚼食檳榔。														
	請想一想過去七天，並提供您關於以下問題最好的估計值：														
12	在外面用餐（包含餐廳內用及外帶）的總次數。 <u>少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 次或更多(1、0 分)</u>														
13	進行增加肌肉強度、力量、耐力和肌肉量的活動（例如伏地挺身、深蹲、引體向上等）總天數。 <u>0、1、2、3、4、5、6、7 天(0、1、2 分)</u>														
14	飲用含糖飲料（例如果汁、含糖咖啡或茶、汽水、運動飲料）的總杯數。 <u>少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 杯或更多(2、0 分)</u>														
15	<p>在任何一天內，含酒精飲料喝的最高單位數。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p> 1單位酒精 = 10公克純酒精</p> <p>酒品容量 (ml) x 酒精濃度 (%) x 0.785 (酒精密度) = 每瓶酒精含量 (公克)</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td> = 150ml</td> <td> 啤酒 5%</td> <td> 含酒精提神飲料 10%</td> <td> 紅酒 12%</td> <td> 米酒 19.5%</td> <td> 烈酒 40%</td> <td> 高粱酒 58%</td> </tr> <tr> <td>1單位 ml/天</td> <td>254ml</td> <td>127ml</td> <td>106ml</td> <td>65ml</td> <td>31ml</td> <td>21ml</td> </tr> </table> </div> <p style="text-align: center;">  臺灣生活型態醫學會 製作 參考資料：衛生福利部心理健康司 <small>Taiwan Association of Lifestyle Medicine</small> </p> <p><u>(女 3 以下、男 4 以下，2 分、0 分)</u> <u>少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 單位或更多</u></p>	 = 150ml	 啤酒 5%	 含酒精提神飲料 10%	 紅酒 12%	 米酒 19.5%	 烈酒 40%	 高粱酒 58%	1單位 ml/天	254ml	127ml	106ml	65ml	31ml	21ml
 = 150ml	 啤酒 5%	 含酒精提神飲料 10%	 紅酒 12%	 米酒 19.5%	 烈酒 40%	 高粱酒 58%									
1單位 ml/天	254ml	127ml	106ml	65ml	31ml	21ml									
16	<p>以有飲用含酒精飲料的那幾天平均來算，每天平均喝的單位數（如果過去七天都沒有飲用含酒精飲料，請選「少於 1」）</p> <p><u>(女 1 以下、男 2 以下，2 分、0 分)</u> <u>少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 單位或更多</u></p>														
17	<p>每晚平均睡眠時數(單位：小時)。</p> <p><u>少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 小時或更多 (0、3、5 分)</u></p>														
18	每天平均食用水果的份數(1 份為可食重量約 100 公克，切塊後裝在碗裡約半碗至 1 碗)。														

	<p>少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、大於 10 份</p> <p>水果一份</p> <p>約一個拳頭大小，或切塊水果約一碗8分滿</p> <div data-bbox="416 320 943 544">  </div> <div data-bbox="448 555 788 629">  <p>臺灣生活型態醫學學會 製作 Taiwan Association of Lifestyle Medicine</p> </div>
	<p>少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 份或更多(0、1、2 分)</p>
19	<p>每天平均坐著的時數(單位：小時)。</p> <p>少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 小時或更多(3、1、0 分)</p>
20	<p>每天平均食用包裝零食（例如薯片、餅乾、糖果、蛋白營養棒等）的包數。</p> <p>少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 包或更多(2、0 分)</p>
21	<p>每天平均食用蔬菜的份數(1 份為可食重約 100 公克。煮熟後，相當於直徑 15 公分盤 1 碟；用碗裝，收縮率較高的如莧菜、地瓜葉等約占半碗，收縮率較低的如芥蘭菜、青花菜等約占 2/3 碗)。</p> <p>少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、大於 10 份</p> <p>蔬菜一份</p> <p>約100公克，或半碗至8分滿的煮熟蔬菜</p> <div data-bbox="416 1193 975 1429">  </div> <div data-bbox="531 1442 884 1525">  <p>臺灣生活型態醫學學會 製作 Taiwan Association of Lifestyle Medicine</p> </div>
	<p>少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 份或更多(0、1、2 分)</p>
22	<p>一週內的有氧運動（例如快走、慢跑等）總分鐘數。</p> <p>小於 30、30、45、60、90、120、150、180、210、240、270、300、大於 300 分鐘 (0、1、2、3、4、5 分)</p>

●各領域總分計算（每個領域最高 10 分）

正向社會連結：第 1、3、5、7、9 題的分數總和 _____

身體活動：第 13、19、22 題的分數總和 _____

避免危害物質：第 6、11、15、16 題的分數總和 _____

睡眠與壓力管理：第 4、8、10、17 題的分數總和 _____

營養：第 2、12、14、18、20、21 題的分數總和 _____

整體生活型態分數：_____（最高 50 分）

●整體生活型態分數解釋

解釋	整體生活型態分數	
現在是您與醫師合作的好時機，幫助您養成顯著改善健康的生活習慣。	0-20	低於平均
您有一些不錯的健康習慣，但仍有很多生活方式可調整來改善您的健康，並降低疾病風險。	21-30	平均
您有許多良好的健康習慣，但仍有一些領域可以檢視並嘗試改善。	31-40	非常好
您做得很好，但可以對生活方式進行一些小調整，以達到更好的整體健康狀態。	41-50	優秀

醫療照護計畫書

一、 疾病及健康狀態

(主要疾病及健康問題列表)

二、 致病原因綜合評估

- (一) 疾病因素：
- (二) 家庭心理社會因素：
- (三) 其他因素：
- (四) 評估結果：

三、 全人照護治療計畫

- (一) 藥物治療
- (二) 非藥物治療
- (三) 其他健康照護建議(內容視個案情況而定)
 - 1. 慢性病風險評估及衛教
 - 2. 健康生活型態建議(戒菸、增加運動、飲食建議、減重目標等)
 - 3. 預防保健追蹤(如成人健檢、癌症篩檢、疫苗注射)
 - 4. 專科醫師會診
 - 5. 轉診或轉介(長照或其他醫療/社區資源)
 - 6. 其他

失智症門診照護諮詢溝通記載內容及規定

- 一、 會員姓名及臨床失智症評量表(CDR)或簡易心智量表評量結果。
- 二、 依需要簡要敘述病況、照護技巧指導、藥物或營養諮詢、家屬心理支持、社會資源運用等內容。
- 三、 諮詢服務之日期及起迄時間至分。
- 四、 提供服務者職稱及簽章。
- 五、 接受諮詢服務者簽章及其與會員關係(接受諮詢服務者包括會員或主要照護者，且至少有 1 位家屬參與)。

註：諮詢服務時間不包括醫師診療及失智症評估量表填報時間

醫院參與各項活動次數之每月統計表

計畫附件五

為瞭解醫院參與各項活動之情況，作為未來醫療品質提升之建議，請依照表中所列項目，簡單記錄執行情形，若能提供相關附件尤佳，謝謝！

項目	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	總計
個案研討 (參與次數)													
社區衛教宣導 (辦理場數)													

團體衛教宣導紀錄表(範例)

日期：	年	月	日		
時間：	時	分至	時分	第	場
活動地點：					
相關人員簽名：					
活動成果：					

_____醫院

團體衛教宣導民眾簽到單(範例)

日期： 年 月 日

_____醫院 24 小時諮詢專線服務及主動電訪之每月統計

項目	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	總計
24 小時諮詢專線 (諮詢件數)													
主動電訪(Call out) (電訪人數)													

24 小時諮詢專線服務紀錄表(範例)

日期	時間 (以 24 小時計)	會員姓名 會員電話	諮詢內容	處理情形	諮詢人員

113年度全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫申請書

本院申請參加 **113** 年度「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」，計畫執行期間將確實遵守個人資料保護法及依計畫相關規定辦理。

此致

衛生福利部中央健康保險署○○業務組

醫事機構代號：

醫事機構名稱：

醫事機構負責人：

業務窗口姓名：

(電話： 、職稱：)

請
蓋
合
約
印
鑑

特約醫事機構印章	負責醫事人員印章

中 華 民 國 年 月 日

113年度_____合作醫院基本資料

*合作醫院基本資料

1. 合作醫院代號：

合作醫院名稱：

合作醫院印章	負責醫師印章

2. 合作醫院代號：

合作醫院名稱：

合作醫院印章	負責醫師印章

3. 合作診所代號：

合作診所名稱：

合作診所印章	負責醫師印章

請自行複製使用

____年度全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫

參與醫師名單

醫師姓名	身分證字號	專科別	本年度新加入醫師 (請以Y註記)		
			從未參與本計畫	曾經參與本計畫	由他院轉入

備註：

1. 本年度新加入醫師，如前一年度於其他醫院有參與，請於「由他院轉入」欄位註記；如為前一年度(含)以前曾參與過本計畫者，請於「曾經參與本計畫」欄位註記，註記方式"Y"。
2. 參與醫師超過本表欄位時，可自行插入列。
3. 參與醫院將電子檔 E-mail 至各分區業務窗口進行後續資料審查前，請務必確認表內所填之所有基本資料正確及完整。

113年度計畫聯絡人及24小時諮詢專線設置情形

聯絡人	姓名	電話	電子郵件

為利計畫基本運作，聯絡人最多可填3位，請務必提供正確聯絡方式（含姓名、電話及電子郵件信箱），以利計畫執行期間密切聯繫。

24小時諮詢專線號碼：_____

諮詢專線接聽人員名單

醫事人員類別	醫事人員姓名	醫事人員身分證號

*注意事項：

1. 接聽人員執業登記應為參與計畫之地區醫院。
2. 計畫執行期間如有人員異動，仍需檢送醫事人員證書影本供分區業務組查核。

諮詢專線接聽人員之醫事人員證書如附件一

個案管理人員名單

人員類別	姓名	身分證號

附件一、諮詢專線接聽人員之醫事人員證書黏貼處

_____年度地區醫院提供醫療照護品質及轉診機制情形

會員資料		
(1) 會員書面資料應妥善保管	<input type="checkbox"/> 已確認	<input type="checkbox"/> 未確認
(2) 會員資料應完成建檔	<input type="checkbox"/> 已確認	<input type="checkbox"/> 未確認
(3) 提供會員權利義務說明書或會員通知	<input type="checkbox"/> 書面函 <input type="checkbox"/> 簡訊 <input type="checkbox"/> 電子郵件 <input type="checkbox"/> 即時通訊軟體 <input type="checkbox"/> 其他	
(4) 提供會員確認回饋機制	<input type="checkbox"/> 通知函 <input type="checkbox"/> 即時通訊軟體 <input type="checkbox"/> 看診告知 <input type="checkbox"/> 透過電子郵件 <input type="checkbox"/> 其他	
與區域級以上合作醫院之共同照護及雙向轉診機制建立		
(1) 與合作醫院訂定共同照護機制及相關流程	<input type="checkbox"/> 已完成	<input type="checkbox"/> 未完成
(2) 與合作醫院訂定實質合作內容（雙向轉診流程、病人共同照護、用藥及醫療品質提升計畫）	<input type="checkbox"/> 已完成 合作內容如附件二 (必填)	<input type="checkbox"/> 未完成
(3) 與合作醫院轉診資料之分享	<input type="checkbox"/> 已完成	<input type="checkbox"/> 未完成
(4) 與合作醫院共同召開轉診個案照護研討會	<input type="checkbox"/> 是 每 月 次	<input type="checkbox"/> 否
優化諮詢服務		
(1) 24小時諮詢電話建置	<input type="checkbox"/> 已完成	<input type="checkbox"/> 未完成
(2) 建立24小時諮詢電話自我抽測檢討機制	<input type="checkbox"/> 已完成	<input type="checkbox"/> 未完成
(4) 規劃主動電訪(Call out)服務	<input type="checkbox"/> 已完成	<input type="checkbox"/> 未完成
(5) 除電話諮詢外，提供多元諮詢服務	<input type="checkbox"/> 即時通訊軟體諮詢 <input type="checkbox"/> 透過電子郵件諮詢 <input type="checkbox"/> 其他	
(6) 接聽人員(醫事人員)	白天: <input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 護理人員 <input type="checkbox"/> 其他: _____ 晚上/半夜: <input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 護理人員 <input type="checkbox"/> 其他: _____	
運作機制		
(1) 是否設置專任個案管理人員	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
(2) 是否定期辦理院內個案研討	<input type="checkbox"/> 是 每 月 次	<input type="checkbox"/> 否
(3) 是否定期辦理社區衛教宣導	<input type="checkbox"/> 是 每 月 次	<input type="checkbox"/> 否
(4) 院內成員間定期會議	<input type="checkbox"/> 有辦理 每 月 次	<input type="checkbox"/> 未辦理
(5) 與區域級以上合作醫院定期會議	<input type="checkbox"/> 有辦理 每 月 次	<input type="checkbox"/> 未辦理
(6) 與區域級以上合作醫院定期辦理會員團體衛教指導	<input type="checkbox"/> 有辦理 每 月 次	<input type="checkbox"/> 未辦理
(7) 與區域級以上合作醫院提供收案會員跨院際合作加值服務	<input type="checkbox"/> 掛號優先 <input type="checkbox"/> 醫療費用減免 <input type="checkbox"/> 檢驗/查快速通關 <input type="checkbox"/> 門診就醫快速通關 <input type="checkbox"/> 手術/住院就醫快速通關 <input type="checkbox"/> 其他	

附件二、與區域級以上合作醫院實質合作內容

一、雙向轉診流程

二、共同照護機制

三、醫療品質提升計畫

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目 修正規定

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

第三項 血液學檢查 Hematology Test (08001-08134)

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
08134B	連續血糖監測 Continuous glucose monitoring 註： 1.適應症： (1)第一型糖尿病(領有重大傷病證明)、新生兒糖尿病，或因 Near-total pancreatectomy 所致糖尿病等個案，且須符合下列任一條件： A.血糖過度起伏且最近六個月兩次糖化血紅素(HbA1c)值都大於(含)8%。 B.低血糖無感症。 C.常有嚴重低血糖，須他人協助治療，最近三個月有因低血糖曾至急診診治或住院。 D.懷孕。 (2)懷孕之第二型糖尿病或妊娠糖尿病，且接受胰島素注射者。 (3) <u>肝醣儲積症第零型、第一型、第三型、第六型、第九型，有嚴重低血糖病史或仍持續使用玉米粉治療者。</u> 2.支付規範： (1) 限 門診使用， 若為住院使用 <u>一年至多執行兩次，且間隔一個月以上。若一年執行超過兩次者，應事前審查。</u> (2) <u>住院使用應事前審查。</u> 一年至多執行兩次，且間隔一個月以上。 若一年執行超過兩次者，須事前審查。 (3)限糖尿病共同照護網醫療機構申報，執行檢查人員和判讀醫師、營養師、衛教師必須參加過有關連續血糖監測之訓練課程。		v	v	v	4842

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第二節 放射線診療 X-RAY

第一項 X 光檢查費 X-Ray Examination

二、特殊造影檢查 Scanning (33001-33147、P2101-P2104)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
33074B	單純性血管整形術 P.T.A. (percutaneous transluminal angioplasty): simple		v	v	v	10800
33115B	複雜性血管整形術 P.T.A. (percutaneous transluminal angioplasty): complex 註： 1.應有血管造影設備並報經保險人同意後實施。 2. <u>本項費用已</u> 包括選擇性血管造影 (Including selective angiography)。 3.施行33074B或33115B「單純性/複雜性血管整形術」原則上應已含33048B「四肢血管造影」及33062B「鎖骨下血管造影」(不得同時併報)，惟如因病情需要屬不同側時，得分別申報，其他特殊案例，則由專業審查認定。 4.血管數計算方式： (1)動脈： A.上肢分為五部分（鎖骨下動脈、腋臂動脈、橈動脈、尺動脈、手部動脈），每部分算同一條血管。 B.下肢分六部分（腸骨動脈、股腘動脈、前脛動脈、後脛動脈、腓腸骨動脈、足部動脈），每部分算同一條血管。 C.動脈同一條血管內多處病灶，仍算同一條血管。 D.33074B係指一條動脈血管之治療，33115B係指二條動脈血管（含）以上之治療。 (2)靜脈： A.上肢分為兩部位（前臂上臂靜脈、鎖骨下及頭臂靜脈）。 B.下肢分為兩部位（小腿大腿靜脈、腸骨靜脈）。 C.33074B係指一部位靜脈血管之治療，33115B係指二部位靜脈血管之治療。 (3)血管吻合處同動脈段或靜脈段（如動靜脈瘻管），仍算同一條血管。 (4)若同時執行一條動脈及同一部位靜脈之血管整形術（非血管吻合處同動脈段或靜脈段），以33115B申報。 5.提升兒童加成項目。 6. <u>施行本項原則上應已含33048B及33062B，相同部位</u> 不得同時申報33097B、 <u>33113B、33147B</u> 。		v	v	v	20250

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
33133B	腸骨動脈 單純性周邊血管支架置放術 Stenting for iliac vessel <u>Stenting for peripheral vessels, artery and vein : simple</u>		v	v	v	12948
33147B	複雜性周邊血管支架置放術 <u>Stenting for peripheral vessels, artery and vein : complex</u> 註： (+) 1.應有血管造影設備並報經保險人同意後實施。 (+) 2.本項費用已包括選擇性血管造影(<u>Including selective angiography</u>)、診斷性血管造影及當日術後追蹤造影。 3.如因病情需要屬不同側時，或屬同側之特殊案例，需於病歷註明原因，由專業審查認定。 4.血管數計算方式： (1)動脈： A.上肢分為四部分（鎖骨下動脈、腋臂動脈、橈動脈、尺動脈），每部分算同一條血管。 B.下肢分六部分（腸骨動脈、股腘動脈、前脛動脈、後脛動脈、腓腸骨動脈、足部動脈），每部分算同一條血管。 C.動脈同一條血管內多處病灶，仍算同一條血管。 D.33133B 係指一條動脈血管之治療，「複雜性周邊血管支架置放術」係指二條動脈血管以上之治療。 (2)靜脈： A.上肢分為三部位(上腔靜脈、鎖骨下靜脈、頭臂靜脈)。 B.下肢分為三部位（大腿靜脈、腸骨靜脈、下腔靜脈）。 C.33133B 係指一條靜脈血管之治療，「複雜性周邊血管支架置放術」係指二條靜脈血管以上之治療。 (3)排除洗腎瘻管。 (4)若同時執行一條動脈及同一部位靜脈之血管支架置放術（非血管吻合處同動脈段或靜脈段），以「複雜性周邊血管支架置放術」申報。 5.施行本項原則上應已含括 33048B 及 33062B，相同部位不得同時申報 33097B、33074B、33115B。		v	v	v	24278

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第四節 復健治療 Rehabilitation Therapy

第二項 物理治療 Physical Therapy (42001-42019)

通則：

一、執行本項各診療項目須符合下列條件：

- (一)至少有復健科、神經科、骨科、神經外科、整型外科專科專任醫師、小兒神經次專科專任醫師(治療對象限18歲以下、限醫院)或內科專科醫師具風濕病次專科專任醫師一名。
- (二)前列內科專科醫師具風濕病次專醫師資格者，除於無復健科醫師提供服務之偏遠地區執業者外，須曾接受風溼關節相關復健治療訓練課程三十二小時。

(以下略)

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

通則：

- 一、執行本項各診療項目須至少有復健科、神經科、骨科、神經外科、整型外科專科專任醫師、小兒神經次專科專任醫師(治療對象限18歲以下、限醫院)一名。
- 二、實施職能治療之適應症，包括凡神經生理、骨骼肌肉、心肺循環等系統疾病或意外傷害經評估其關節活動度、肌力、感覺、平衡、認知性、知覺動作、功能性動作、協調度、及日常生活能力等需職能治療者。

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

第一項 處置費 Treatment

十一、呼吸治療處置 (57001-5703~~2~~4)

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
57033B	脈動式或耳垂式血氧飽和監視器未滿二歲者—每次 Pulse or ear oximetry- time-under-2 years old		√	√	√	36
57034B	脈動式或耳垂式血氧飽和監視器未滿二歲者—一天 Pulse or ear oximetry- day-under 2 years old 註： 1.57033B同日使用五次以上者，按57034B計。 2.限於急診、新生兒中重度病房或加護病房申報。		√	√	√	430

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	顯微血管游離瓣手術－穿通枝瓣移植 Microvascular free flap - perforator flap －單區塊組織瓣 one-perforator		√	√	√	47775
62074B	－雙區塊組織瓣 two-perforators		√	√	√	55237
62075B	－三區塊以上組織瓣 three-perforators and above 註： 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： (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。 (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。 (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。 (4)本項包含組織瓣之摘取及移植，申報時檢附手術紀錄備查。 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。		√	√	√	62698

第五項 胸腔 Thoracic

二、食道 Esophagus (71201-71229)

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
71213B	食道再造術 Esophageal reconstruction —以胃管重建 with gastric tube		v	v	v	49521
71220B	—以大腸重建 with colon		v	v	v	35926
71221B	—以小腸重建 with small intestine		v	v	v	39024
	<p>註：執行「機械手臂輔助食道再造術—以大腸重建」、「機械手臂輔助食道再造術—以小腸重建」須符合下列規範：</p> <p>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</p> <p>(1)具有胸腔及心臟血管外科、胸腔外科專科醫師資格。</p> <p>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</p> <p>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</p> <p>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</p> <p>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，分別比照 71220B、71221B 併同 28014C「腹腔鏡檢查」申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</p>					
71227B	<p>胸(腹)腔鏡食道胃管重建術 Thoracoscopic (Laparoscopic) esophageal reconstruction with gastric conduit</p> <p>註：執行「機械手臂輔助食道胃管重建術」須符合下列規範：</p> <p>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</p> <p>(1)具有胸腔及心臟血管外科、胸腔外科專科醫師資格。</p> <p>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</p> <p>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</p> <p>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</p> <p>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</p>		v	v	v	74282
71224B	胸腔鏡食道切除術		v	v	v	60155

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p>Thoracoscopic Esophagectomy</p> <p>註：執行「機械手臂輔助食道切除術」須符合下列規範：</p> <p>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</p> <p>(1)具有胸腔及心臟血管外科、胸腔外科專科醫師資格。</p> <p>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</p> <p>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</p> <p>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</p> <p>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</p>					

三、縱膈與橫膈膜 Mediasrinumand Diaphragm (70401-70420)

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
70416B	<p>胸腔鏡縱膈腔腫瘤切除術(小於五公分) Thoreoscopic Excision of Mediastinal Tumor (<5cm)</p> <p>註：執行「機械手臂輔助縱膈腔腫瘤切除術(<5cm)」須符合下列規範：</p> <p>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</p> <p>(1)具有胸腔及心臟血管外科、胸腔外科專科醫師資格。</p> <p>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</p> <p>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</p> <p>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</p> <p>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</p>		v	v	v	20457
70417B	<p>胸腔鏡縱膈腔腫瘤切除術(五公分以上) Thoreoscopic Excision of Mediastinal Tumor (≥5cm)</p> <p>註：執行「機械手臂輔助縱膈腔腫瘤切除術(≥5cm)」須符合下列規範：</p> <p>1.執行機械手臂輔助手術者，須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</p> <p>(1)具有胸腔及心臟血管外科、胸腔外科專科醫師資格。</p> <p>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</p> <p>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</p> <p>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</p> <p>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</p>		v	v	v	23673

第六項 心臟及心包膜(68001-68057)

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
68015B	<p>瓣膜成形術 Valvular and/or annuloplasty</p> <p>註：執行「機械手臂輔助瓣膜成形術」須符合下列規範：</p> <p>1.適應症：低風險之主動脈或二尖瓣病人，且 STS Score\leq3%。</p> <p>2.醫院條件：</p> <p>(1)專任之心臟外科醫師。</p> <p>(2)醫院每年需具五十例以上之瓣膜成形或置換之手術案例。</p> <p>3.醫師資格須符合下列所有規範：</p> <p>(1)胸腔及心臟血管外科之心臟外科專科醫師。</p> <p>(2)具有專科醫師五年以上資格。</p> <p>(3)具一百例以上二尖瓣瓣膜成形術（編號68015B）。</p> <p>(4)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</p> <p>(5)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</p> <p>4.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</p> <p>5.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項得加計百分之一百三十申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</p>		v	v	v	46285
68016B	<p>主動脈瓣或二尖瓣或三尖瓣之置換手術</p> <p>Single valve replacement</p> <p>註：執行「機械手臂輔助主動脈瓣或二尖瓣或三尖瓣之置換手術」須符合下列規範：</p> <p>1.適應症：低風險之二尖瓣及三尖瓣逆流病人，且STS Score\leq3%。</p> <p>2.醫院條件：</p> <p>(1)專任之心臟外科醫師。</p> <p>(2)醫院每年需具五十例以上之瓣膜成形或置換之手術案例。</p> <p>3.醫師資格須符合下列所有規範：</p> <p>(1)胸腔及心臟血管外科之心臟外科專科醫師。</p> <p>(2)具有專科醫師五年以上資格。</p> <p>(3)具一百例以上主動脈瓣或二尖瓣膜置換術（編號68016B）。</p> <p>(4)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</p> <p>(5)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</p> <p>4.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</p> <p>5.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項得加計百分之一百三十申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</p>		v	v	v	52377

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
68020B	<p>A.S.D.修補 Repair, atrial septal defect, secundum</p> <p>註：</p> <p><u>1.有（無）繞道之手術費用一致。</u></p> <p><u>2.執行「機械手臂輔助心房中膈缺損修補術」須符合下列規範：</u></p> <p><u>(1)適應症：</u></p> <p><u>A.成人第二型心房中膈缺損且Qp/Qs >1.5。</u></p> <p><u>B.無不可逆肺動脈高壓。</u></p> <p><u>(2)醫院條件：</u></p> <p><u>A.專任之心臟外科醫師。</u></p> <p><u>B.醫院每年需具十例以上之心房或心室中膈缺損之手術案例。</u></p> <p><u>(3)醫師資格須符合下列所有規範：</u></p> <p><u>A.胸腔及心臟血管外科之心臟外科專科醫師。</u></p> <p><u>B.具有專科醫師五年以上資格。</u></p> <p><u>C.具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u></p> <p><u>D.前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u></p> <p><u>(4)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u></p> <p><u>(5)其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項得加計百分之一百三十申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u></p>		v	v	v	26388
68050B	<p>心房切割隔間之不整脈手術 Arrhythmia surgery via atriotomy</p> <p>註：</p> <p><u>1.適應症：</u></p> <p>(1)心房振顫有栓子之年輕病患不能口服抗凝劑者。</p> <p>(2)瓣膜性心臟病患者同時伴有慢性心房振顫，尤其接受瓣成型術或組織瓣置換者。</p> <p>(3)口服抗凝劑下尚再發血栓栓塞症者。</p> <p>(4)冠心病手術同時併有持續性心房振顫者。</p> <p>(5)對左心房衰竭選擇性手術能改變心臟功能者。</p> <p>(6)對內科藥物及燒灼術無效之心房振顫者。</p> <p><u>2.執行「機械手臂輔助心房切割隔間之不整脈手術」須符合下列規範：</u></p> <p><u>(1)適應症：低風險之心房顫動心臟病病人，且 STS Score ≤ 3%。</u></p> <p><u>(2)醫院條件：</u></p> <p><u>A.專任之心臟外科醫師。</u></p>		v	v	v	27272

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p><u>B.醫院每年需具25例以上之心房切割隔間之不整脈手術之手術案例。</u></p> <p><u>(3)醫師資格須符合下列所有規範：</u></p> <p><u>A.胸腔及心臟血管外科之心臟外科專科醫師。</u></p> <p><u>B.具有專科醫師五年以上資格。</u></p> <p><u>C.具五十例以上心房切割隔間之不整脈手術(編號68050B)。</u></p> <p><u>D.具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u></p> <p><u>E.前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u></p> <p><u>(4)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u></p> <p><u>(5)其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項得加計百分之一百三十申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u></p>					

第九項 消化器 Digestive System

二、胃 Stomach (72001-72059)

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
72054B	<p>腹腔鏡胃部分切除術（潰瘍或腫瘤） Laparoscopic partial gastrectomy (ulcer or tumor)</p> <p>註：執行「機械手臂輔助胃部分切除術」須符合下列規範： 1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範： <u>(1)具有消化外科專科醫師資格。</u> <u>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u> <u>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</p>		v	v	v	22646
72055B	<p>腹腔鏡胃空腸造口吻合術 Laparoscopic gastrojejunostomy</p> <p>註：執行「機械手臂輔助胃空腸造口吻合術」須符合下列規範： 1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範： <u>(1)具有消化外科專科醫師資格。</u> <u>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u> <u>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</p>		v	v	v	18125
72058B	<p>腹腔鏡全胃切除-併淋巴清除及腸胃重建 Laparoscopic total gastrectomy with lymph node dissection,with reconstruction (any type)</p> <p>註：執行「機械手臂輔助全胃切除-併淋巴清除及腸胃重建」須符合下列規範： 1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範： <u>(1)具有消化外科專科醫師資格。</u> <u>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u></p>		v	v	v	70546

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)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> <u>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u> <u>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u>					
72059B	腹腔鏡次全胃切除-併淋巴清除及腸胃重建 Laparoscopic subtotal gastrectomy with lymph node dissection,with reconstruction (any type) <u>註：執行「機械手臂輔助次全胃切除-併淋巴清除及腸胃重建」須符合下列規範：</u> <u>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u> <u>(1)具有消化外科專科醫師資格。</u> <u>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u> <u>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> <u>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u> <u>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u>		v	v	v	60163
72048B	腹腔鏡胃亞全切除術 Laparoscopic subtotal gastrectomy <u>註：執行「機械手臂輔助胃亞全切除術」須符合下列規範：</u> <u>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u> <u>(1)具有消化外科專科醫師資格。</u> <u>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u> <u>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> <u>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u> <u>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u>		v	v	v	33357
72051B	腹腔鏡胃袖狀切除術 Laparoscopic Sleeve Gastrectomy		v	v	v	38360

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p>註：</p> <p>1.適應症（須符合下列各項條件）：</p> <p>(1)身體質量指數BMI\geq37.5Kg/m²；BMI\geq32.5Kg/m²合併有高危險併發症，如：第二型糖尿病病人糖化血紅素經內科治療後仍\geq7.5%、高血壓、呼吸中止症候群等。</p> <p>(2)須減重門診滿半年(或門診相關佐證滿半年)及經運動及飲食控制在半年以上。</p> <p>(3)年齡在二十歲以上至未滿六十六歲。</p> <p>(4)無其它內分泌疾病引起之病態肥胖。</p> <p>(5)無酗酒、嗑藥及其它精神疾病。</p> <p>(6)精神狀態健全，經由精神科專科醫師會診認定無異常。</p> <p>2.限消化外科專科醫師執行。</p> <p>3.含一般材料費，得另加計百分之二十四。</p> <p>4.執行「機械手臂輔助胃袖狀切除術」須符合下列規範：</p> <p><u>(1)須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u></p> <p><u>A.具有消化外科專科醫師資格。</u></p> <p><u>B.具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u></p> <p><u>C.前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u></p> <p><u>(2)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u></p> <p><u>(3)其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u></p>					
72052B	<p>腹腔鏡胃繞道手術</p> <p>Laparoscopic Gastric Bypass</p> <p>註：</p> <p>1.適應症（須符合下列各項條件）：</p> <p>(1)身體質量指數BMI\geq37.5Kg/m²；BMI\geq32.5Kg/m²合併有高危險併發症，如：第二型糖尿病病人糖化血紅素經內科治療後仍\geq7.5%、高血壓、呼吸中止症候群等。</p> <p>(2)須減重門診滿半年(或門診相關佐證滿半年)及經運動及飲食控制在半年以上。</p> <p>(3)年齡在二十歲以上至未滿六十六歲。</p> <p>(4)無其它內分泌疾病引起之病態肥胖。</p> <p>(5)無酗酒、嗑藥及其它精神疾病。</p>		v	v	v	41697

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p>(6)精神狀態健全，經由精神科專科醫師會診認定無異常。</p> <p>2.限消化外科專科醫師執行。</p> <p>3.含一般材料費，得另加計百分之二十三。</p> <p>4.執行「機械手臂輔助胃繞道手術」須符合下列規範：</p> <p><u>(1)須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u></p> <p><u>A.具有消化外科專科醫師資格。</u></p> <p><u>B.具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u></p> <p><u>C.前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u></p> <p><u>(2)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u></p> <p><u>(3)其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄</u></p>					

五、腹壁 Abdominal Wall (75601-75625)

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
75616B	腹腔鏡腹壁疝氣修補術 Laparoscopic Repair of ventral hernia — 併腸切除with bowel resection		v	v	v	29271
75617C	— 無腸切除without bowel resection <u>1. 割口疝氣(Incisional hernia) 修補術比照。</u> <u>2. 執行「機械手臂輔助腹壁疝氣修補術-併腸切除」、「機械手臂輔助腹壁疝氣修補術-無腸切除」須符合下列規範：</u> <u>(1) 須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u> <u>A. 具有外科、泌尿科專科醫師資格。</u> <u>B. 具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u> <u>C. 前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> <u>(2) 執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u> <u>(3) 其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，分別比照75616B、75617C申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u>	v	v	v	v	23263
75621C	腹腔鏡腹壁疝氣修補術，嵌頓性—無腸切除 Laparoscopic Repair of ventral hernia incarceration-without bowel resection <u>註：執行「機械手臂輔助腹壁疝氣修補術，嵌頓性-無腸切除」須符合下列規範：</u> <u>1. 須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u> <u>(1) 具有外科、泌尿科專科醫師資格。</u> <u>(2) 具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u> <u>(3) 前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> <u>2. 執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u> <u>3. 其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u>	v	v	v	v	27644
75622C	腹腔鏡腹壁疝氣修補術，復發性—無腸切除 Laparoscopic Repair of ventral hernia recurrence-without bowel	v	v	v	v	26597

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p>resection</p> <p>註：執行「機械手臂輔助腹壁疝氣修補術，復發性-無腸切除」須符合下列規範：</p> <p>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</p> <p>(1)具有外科、泌尿科專科醫師資格。</p> <p>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</p> <p>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</p> <p>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</p> <p>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</p>					
75618B	<p>腹腔鏡鼠蹊疝氣修補術</p> <p>Laparoscopic Repair of inguinal hernia</p> <p>－併腸切除 with bowel resection</p>		v	v	v	22920
75619C	<p>－無腸切除 without bowel resection</p> <p>註：執行「機械手臂輔助鼠蹊疝氣修補術-併腸切除」、「機械手臂輔助鼠蹊疝氣修補術-無腸切除」須符合下列規範：</p> <p>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</p> <p>(1)具有外科、泌尿科專科醫師資格。</p> <p>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</p> <p>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</p> <p>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</p> <p>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，分別比照75618B、75619C申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</p>	v	v	v	v	19987
75623C	<p>腹腔鏡鼠蹊疝氣修補術，嵌頓性－無腸切除</p> <p>Laparoscopic Repair of inguinal hernia incarceration -without bowel resection</p> <p>註：執行「機械手臂輔助鼠蹊疝氣修補術，嵌頓性-無腸切除」須符合下列規範：</p> <p>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</p> <p>(1)具有外科、泌尿科專科醫師資格。</p> <p>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習</p>	v	v	v	v	21125

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>或操作達二十小時)。</u> <u>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> <u>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u> <u>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u>					
75624C	腹腔鏡鼠蹊疝氣修補術，復發性－無腸切除 Laparoscopic Repair of inguinal hernia recurrence - without bowel resection <u>註：執行「機械手臂輔助鼠蹊疝氣修補術，復發性-無腸切除」須符合下列規範：</u> <u>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u> <u>(1)具有外科、泌尿科專科醫師資格。</u> <u>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u> <u>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> <u>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u> <u>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u>	v	v	v	v	22239

第十項 大腸、直腸、肛門 (73001-73009、73011-73015、73017-73018、73020、73022、73026-73032、73037-73040、73042-73043、73045-73048、73051-73053、73056-73057、74201-74225、74401-74420)

註：本項編號 73001-73009，73020，73022，73030-73032，73037，73039，73043，73051-73053 與「第九項消化器 三、腸(除大腸、直腸外)」為共同項目。

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
73057B	腹腔鏡左半結腸切除術 Laparoscopic left hemicolectomy <u>註：執行「機械手臂輔助左半結腸切除術」須符合下列規範：</u> <u>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u> <u>(1)具有大腸直腸外科專科醫師資格。</u> <u>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u> <u>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> <u>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u> <u>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u>		v	v	v	46327
73045B	經腹腔鏡右側大腸切除術加吻合術 Laparoscopic right colectomy and anastomosis <u>註：執行「機械手臂輔助右側大腸切除術加吻合術」須符合下列規範：</u> <u>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u> <u>(1)具有大腸直腸外科專科醫師資格。</u> <u>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u> <u>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> <u>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u> <u>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u>		v	v	v	40409
73046B	經腹腔鏡乙狀結腸切除術加吻合術 Laparoscopic Anterior resection and anastomosis (sigmoid colon resection) — 良性 benign		v	v	v	30394
73048B	— 惡性 malignant <u>註：執行「機械手臂輔助乙狀結腸切除術加吻合術-良性」、「機</u>		v	v	v	38097

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p><u>械手臂輔助乙狀結腸切除術加吻合術-惡性」須符合下列規範：</u></p> <p><u>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u></p> <p><u>(1)具有大腸直腸外科專科醫師資格。</u></p> <p><u>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u></p> <p><u>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u></p> <p><u>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u></p> <p><u>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，分別比照73046B、73048B申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u></p>					
74224B	<p>腹腔鏡腹部會陰聯合切除術</p> <p>Laparoscopic combined abdominoperineal resection</p> <p><u>註：執行「機械手臂輔助直腸癌腹部會陰聯合切除術」須符合下列規範：</u></p> <p><u>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u></p> <p><u>(1)具有大腸直腸外科專科醫師資格。</u></p> <p><u>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u></p> <p><u>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u></p> <p><u>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u></p> <p><u>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u></p>		v	v	v	58927

第十一項 肝、膽、胰 (75001-75034、75201-75222、75401-75430)

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
75219B	腹腔鏡總膽管空腸吻合術 Laparoscopic choledochojejunostomy 註：執行「機械手臂輔助總膽管空腸吻合術」須符合下列規範： <u>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u> (1)具有外科、消化外科專科醫師資格。 (2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。 (3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 <u>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u> <u>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u>		v	v	v	27927
75220B	腹腔鏡總膽管切開摘石術（無或有T型管引流） Laparoscopic choledocholithotomy with/without placement of T-tube 註：執行「機械手臂輔助總膽管切開摘石術(無或有T型管引流)」須符合下列規範： <u>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u> (1)具有外科、消化外科專科醫師資格。 (2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。 (3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 <u>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u> <u>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u>		v	v	v	27824
75222B	腹腔鏡肝外膽管成形術 Laparoscopic plasty of extrahepatic bile duct 註：執行「機械手臂輔助肝外膽管成形術」須符合下列規範： <u>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u> (1)具有外科、消化外科專科醫師資格。 (2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。 (3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 <u>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u> <u>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，</u>		v	v	v	28143

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>並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u>					
75215B	腹腔鏡膽囊切除術 Laparoscopic cholecystectomy 註：執行「機械手臂輔助膽囊切除術」須符合下列規範： <u>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u> <u>(1)具有外科、消化外科專科醫師資格。</u> <u>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u> <u>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> <u>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u> <u>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u>		v	v	v	16209
75218B	腹腔鏡膽管截石術 Laparoscopic choledocholithotripsy 註： <u>1.經 T-tube 者比照申報。</u> <u>2.執行「機械手臂輔助膽管截石術」須符合下列規範：</u> <u>(1)須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u> <u>A.具有外科、消化外科專科醫師資格。</u> <u>B.具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u> <u>C.前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> <u>(2)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u> <u>(3)其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u>		v	v	v	24586

第十二項 泌尿及男性生殖

一、腎臟 Kidney (76001-76037)

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
76037B	<p>腹腔鏡根治性腎切除術 Laparoscopic radical nephrectomy</p> <p>註：執行「機械手臂輔助根治性腎切除術」須符合下列規範：</p> <p><u>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u></p> <p><u>(1)具有泌尿科專科醫師資格。</u></p> <p><u>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u></p> <p><u>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u></p> <p><u>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u></p> <p><u>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u></p>		v	v	v	46385
76030B	<p>(後)腹腔鏡腎臟輸尿管切除術(Retroperitoneoscopy) Laparoscopy,Nephroureterectomy</p> <p>註：執行「機械手臂輔助腎臟輸尿管切除術」須符合下列規範：</p> <p><u>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u></p> <p><u>(1)具有泌尿科專科醫師資格。</u></p> <p><u>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u></p> <p><u>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u></p> <p><u>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u></p> <p><u>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u></p>		v	v	v	35790

三、膀胱 Bladder (78001-78051)

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
78050B	<p>腹腔鏡膀胱全切除術合併骨盆腔淋巴切除術合併正位新膀胱重建 Laparoscopic Cystectomy with pelvis LND with orthotopic neo-bladder reconstruction</p> <p>註：執行「機械手臂輔助膀胱全切除術合併骨盆腔淋巴切除術合併正位新膀胱重建」須符合下列規範：</p> <p>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</p> <p>(1)具有泌尿科專科醫師資格。</p> <p>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</p> <p>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</p> <p>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</p> <p>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</p>		v	v	v	65785
78051B	<p>腹腔鏡膀胱全切除術及骨盆腔淋巴切除術合併雙側輸尿管迴腸經皮分流術 Laparoscopic radical cystectomy with pelvis LND with ileal conduit</p> <p>註：執行「機械手臂輔助膀胱全切除術及骨盆腔淋巴切除術合併雙側輸尿管迴腸經皮分流術」須符合下列規範：</p> <p>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</p> <p>(1)具有泌尿科專科醫師資格。</p> <p>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</p> <p>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</p> <p>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</p> <p>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</p>		v	v	v	65785

第十三項 女性生殖

三、陰道 Vagina (80001-80038)

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
80031C	<p>腹腔鏡式骨盆腔子宮內膜異位症電燒及切除 — 重度：子宮內膜異位症分級指數大於四十分。</p> <p>Laparoscopic fulguration or excision of pelvic endometriosis — Severe</p> <p>註：</p> <p><u>1.子宮內膜異位症分級指數依照美國不孕症醫學會一九八五年之分級標準。</u></p> <p><u>2.執行「機械手臂輔助骨盆腔子宮內膜異位症切除術(重度)」須符合下列規範：</u></p> <p><u>(1)須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u></p> <p><u>A.具有婦產科專科醫師資格。</u></p> <p><u>B.具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u></p> <p><u>C.前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u></p> <p><u>(2)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u></p> <p><u>(3)其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u></p>	v	v	v	v	18507
80025B	<p>腹腔鏡陰道懸吊術</p> <p>Laparoscopic colpopexy</p> <p>註：執行「機械手臂輔助陰道懸吊術」須符合下列規範：</p> <p><u>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u></p> <p><u>(1)具有婦產科、泌尿科專科醫師資格。</u></p> <p><u>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u></p> <p><u>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u></p> <p><u>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u></p> <p><u>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u></p>		v	v	v	15801

五、子宮體 Corpus Uteri (80401-80430)

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
80429B	<p>腹腔鏡子宮頸癌全子宮根除術 Laparoscopic radical hysterectomy for cervical cancer</p> <p>註：</p> <p>1.不含淋巴結切除。</p> <p>2.執行「機械手臂輔助子宮頸癌全子宮根除術」須符合下列規範：</p> <p><u>(1)須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u></p> <p><u>A.具有婦產科專科醫師資格。</u></p> <p><u>B.具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u></p> <p><u>C.前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u></p> <p><u>(2)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u></p> <p><u>(3)其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u></p>		v	v	v	48183
80416B	<p>腹腔鏡全子宮切除術 Laparoscopic hysterectomy</p> <p>註：</p> <p>1.不得同時申報80430B。</p> <p>2.執行「機械手臂輔助全子宮切除術」須符合下列規範：</p> <p><u>(1)須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u></p> <p><u>A.具有婦產科專科醫師資格。</u></p> <p><u>B.具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u></p> <p><u>C.前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u></p> <p><u>(2)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u></p> <p><u>(3)其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u></p>		v	v	v	29753
80424B	<p>腹腔鏡式婦癌分期手術 Laparoscopic gynecologic oncology staging surgery</p> <p>註：執行「機械手臂輔助婦癌分期手術」須符合下列規範：</p> <p>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</p> <p><u>(1)具有婦產科專科醫師資格。</u></p> <p><u>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習</u></p>		v	v	v	46270

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>或操作達二十小時)。</u> <u>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> <u>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u> <u>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u>					
80425C	腹腔鏡子宮肌瘤切除術 Laparoscopic myomectomy 註： <u>1.不得同時申報80430B。</u> <u>2.執行「機械手臂輔助子宮肌瘤切除術」須符合下列規範：</u> <u>(1)須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u> <u>A.具有婦產科專科醫師資格。</u> <u>B.具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u> <u>C.前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> <u>(2)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u> <u>(3)其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u>	v	v	v	v	25907
80430B	腹腔鏡次全子宮切除術 Laparoscopic subtotal hysterectomy 註： 1.適應症： (1)子宮體之良性腫瘤/疾病（例如子宮肌瘤、子宮肌腺症或其他良性疾病）所引起之腹痛、異常出血、貧血或骨盆壓迫等症狀。 (2)執行子宮脫垂行經腹腔鏡陰道懸吊手術時，依病情需要同時併行本項，本項不得單獨為子宮脫垂之手術。 2.禁忌症：子宮頸惡性腫瘤、子宮體惡性腫瘤、子宮頸異常增生。 3.不得併報項目：全子宮切除術（80403B、80421B、80416B）、子宮肌瘤切除術（80402C、80420C、80415C、80425C）、次全子宮切除術（80404C）。 <u>4.執行「機械手臂輔助次全子宮切除術」須符合下列規範：</u>		v	v	v	25885

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p><u>(1)須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u></p> <p><u>A.具有婦產科專科醫師資格。</u></p> <p><u>B.具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u></p> <p><u>C.前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u></p> <p><u>(2)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u></p> <p><u>(3)其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u></p>					

全民健康保險遠距醫療給付計畫

109 年 12 月 29 日健保醫字第 1090017665 號公告訂定

111 年 4 月 15 日健保醫字第 1110660628 號公告修訂

111 年 8 月 1 日健保醫字第 1110112071 號公告修訂

112 年 1 月 18 日健保醫字第 1120100867 號公告修訂

113 年○月○日健保醫字第 0000000000 號公告修訂

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。

二、計畫目的

(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。

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。

(二) 「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」適用地區：花蓮縣豐濱鄉、嘉義縣大埔鄉。

(三) 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。~~

(四) 保險人依全民健康保險法第43條第2項規定公告之醫療資源缺乏地區。

(五) 法務部矯正署所屬51所矯正機關及3所分監地點內。

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) 遠距端：透過視訊通訊方式診察病人，給予診療建議，並有會診紀錄。
- 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。
 - (4)參加「全民健保提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」(下稱矯正計畫)之承作或團隊院所。
 - 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第四十四及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經全民健康保險保險人(以下稱保險人)核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)。前述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，且經保險人處分者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)；終止特約者亦同。前述違規期間之認定，以第一次處分函所載處分日起算。惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。

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、法務部矯正署所屬51所矯正機關及3所分監。(對象同矯正計畫之照護對象)。
 - 5、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；精神科(僅限於矯正機關及3所分監內)。
 - 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。

- 4、對於矯正機關及3所分監內提供專科門診遠距會診，原則不得與矯正機關及3所分監內門診科別重複，惟不受限「執業登記於施行地區醫療院所之醫師所具有之專科別」。

(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；精神科(僅限於矯正機關及3所分監內))：
 - (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)資格及實地審查：
 - 1、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。
 - 2、若執行精神科之遠距醫療，在地醫師應依管制藥品管理條例規定取得管制藥品使用執照。

(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，無需另向保險人分區業務組申請展延。
 - (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、居整計畫及矯正計畫之承作院所：申請執行本計畫，得簡化成立審查小組之審查程序依該計畫審查程序辦理。

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、精神科申報，依執行計畫所列看診模式，採論服務量或論診次支付。

編號	診療項目	支付點數
P6606C	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
P6607C	-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

- 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：

編號	診療項目	支付點數
P6601C	急診遠距會診費 -檢傷分類第一級	2,340
P6602C	-檢傷分類第二級	1,300
P6603C	-檢傷分類第三級	788
P6604C	-檢傷分類第四級	584
P6605C	-檢傷分類第五級	507

- 3、遠距院所接受遠距會診之案件，不列入區域級(含)以上醫院門診減量措施計算。

- 4、矯正機關及3所分監內專科門診遠距會診費僅限申報 P6606C，且不

得申報急診遠距會診費(P6601C~P6605C)。

- (二) 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。

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。

- (3)若服務對象為矯正機關及3所分監內收容人，應填列門診醫療費用點數清單段之「矯正機關及3所分監代碼」。

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)若併同執行居整計畫或矯正計畫，除依該計畫申報費用外，請併依本計畫規定申報。

- (3)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或依「全民健康保險保險對象收容於矯正機關者就醫管理辦法」第七條規定計收。

- 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%。
- 4、矯正機關內門診：依基層醫療單位層級計收。

(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、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) 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。

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），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），應自保險人第一次核定違規函所載核定停約或終約日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。

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 1、「全民健康保險遠距醫療給付計畫」執行計畫內容與格式

一、封面：至少應包括計畫名稱(包含計畫執行地區)、計畫執行院所、提供遠距會診服務院所、計畫執行期間。

二、書寫格式：以 word 建檔，A4版面，由上而下，由左而右，標楷體14號字型，橫式書寫。

三、計畫內容至少應包括：

(一)前言：背景、計畫執行地區地理環境與交通情形、醫療資源現況(含當地可提供之就醫科別)及問題分析、醫療機構現況。

(二)計畫目的。

(三)服務內容及執行規劃：含看診流程、遠距會診設備規格、實施地點、實施科別(如包含當地已可提供之就醫科別，應敘明理由)、預估服務量等。

(四)與遠距院所之合作機制。

(五)預期效益(量化)：含監測指標目標值。

(六)經費：說明每月所需遠距會診費及計算基礎。

四、檢附資料

(一)地方衛生主管機關核備函影本。

(二)遠距院所合作意向書。

(三)遠距會診診療空間與設備照片數張(須清晰可見整體空間及內部配置)。

(四)執行精神科之遠距醫療，在地院所醫師之管制藥品使用執照。

註：居整計畫或矯正計畫照護團隊申請執行本計畫，請敘明團隊內執行院所(遠距端、在地端)、收案個案所在地(地理環境及交通情形)、個案須執行遠距會診原因。

附件 2、全民健康保險遠距醫療給付計畫專科門診遠距會診費(論診次)申請表

年 月

頁數:第 頁共 頁

受理日期				受理編號								
醫事服務機構名稱				醫事服務機構代號								
編號	請領人姓名	請領人 身分字號	支付別	日期	診次別	在地院所名 稱及代號	診療 人次	虛擬健保 卡人次	申請 點數	核減 額	核定 額	
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
本頁小計												
總 表	項 目		申請 次數	診療 人次	每次申 請點數	申請點數 總數	核減 次數	核減點數	核定 次數	核定 點數		
	支付別											
	P6607C				5000							
	總計											

負責醫師姓名:	一、本項專科門診遠距會診服務應經當地衛生主管機關同意，並報經保險人分區業務組同意始得支付。
醫事服務機構地址:	二、編號：每月填送均自 1 號起編。診次別：填寫上午、下午、夜間。診療人次：填寫當次診療之人次。虛擬健保卡人次：填寫當次就醫使用虛擬(行動)健保卡查詢健保醫療資訊雲端查詢系統之人次。
電話:	三、支付別： P6607C（專科門診遠距會診費-論診次，每次）
印信:	四、總表欄：於最後一頁填寫。 五、填寫時請依同一支付別集中申報，同一請領人姓名亦應集中申報。本申請表應按月連同門診費用申報寄保險人分區業務組，惟請另置於信封內，並於信封上註明「遠距會診費(論診次)申請表」。

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)如何知道本次就醫所有提供遠距看診服務(複選題)：

☐跑馬燈 ☐醫院門診表 ☐FB 臉書公告 ☐村里民服務處 ☐社區關懷據點宣導 ☐其他：

(四)相較於您原本就醫看診方式，含搭車及等候，遠距醫療大約節省多少？

☐1 小時 ☐2 小時 ☐3 小時 ☐4 小時 ☐5 小時 ☐6 小時以上。

二、醫療服務調查

(一)【遠距端】會診醫師專業與服務態度(複選題)：

☐疾病解釋及衛教內容簡單易懂 ☐看診態度親切 ☐病況詢問詳細

☐會診倉促，急於結束看診 ☐會診態度冷淡 ☐會診時，醫師常會打斷病人主訴

(二)【在地端】醫師專業與服務態度(複選題)：

☐態度親切 ☐檢查熟練 ☐看診後主動提供照護衛教

☐態度冷漠 ☐儀器操作不熟悉 ☐未告知返家須注意事項

(三)對接受遠距門診服務整體評價(複選題)：

☐有改善偏鄉民眾看診科別的需求

☐便民，不須舟車勞頓至市區看診，明顯縮短交通時間

- 等候看診時間，較市區醫院及診所看診較為短暫
- 有兩位醫師診療，服務升級
- 在地醫師可以開立原本限制專科的藥物，提高治療效果
- 擔心就診資訊外流、損及隱私權
- 不相信視訊診療的結果
- 其他：

三、滿意度調查

(一)透過遠距會診服務，是否有改善您身體的不適感？

- 有改善 ○沒感覺 ○沒有改善

(二)遠距醫療門診收費情形

- 較一般昂貴 ○無明顯差別 ○需自費品項之藥物較多

(三)是否願意再回遠距門診看診？

- 願意 ○沒意願，因症狀已改善
- 不願意，原因 ☐症狀沒改善 ☐醫院沒提供醫師建議用藥 ☐看診臨時取消卻未接到通知 ☐其他

(四)是否願意將遠距會診服務的資訊轉知給有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

附錄 衛生福利部遠距醫療試辦計畫執行醫院之遠距醫療設備規格(參考資料)

一、遠距醫療門診系統一套，包含：

1. 遠端控制工作站 Remote Control station x1
 - (1) 操作系統 Operating System: Windows 或 iOS
 - (2) Processor: Intel Core i5 or greater
 - (3) Video capture: Webcam
 - (4) Installed memory (RAM): 4 GB or greater
 - (5) Hard Disk Drive : 500 GB 或以上
 - (6) Speakers and Microphone: analog or digital headset
 - (7) 可控制主機攝影機功能：包含變焦、點對點、遠端攝像機控制 (FECC)，全屏視圖，子母畫面 (PIP) 等雙向音頻/視頻影音顯示
 - (8) 具 ≥ 24 "診斷用 Monitor，供醫生遠端診療使用
 - (9) 提供 ≥ 56 " 4k UHD TV Monitor x1，供影像同步觀察及會診使用
2. 控制站操作介面及功能 Control Station Interface x2
 - (1) 可控制捕捉圖像和視頻，調整亮度，變焦，對焦，音量和麥克風增益和靜音
 - (2) 以有線 Internet 或 Wi-Fi 網路從遠端遙控連線，低控制頻寬可小於 300kbps，並使用 TCP /UDP 數據傳輸控制協定雙向通信顯示
 - (3) 具動態頻寬自動調整及視頻自動品質優化功能
 - (4) 具智能化雲端網路連線，提供安全連接至指定之遠距醫療設備
 - (5) 可遠端遙控主機雙鏡頭攝影機，做上下傾斜、左右移動及遠近變焦攝影，
上下傾斜角度： $+27/-65$ 度；
左右移動角度： ± 170 度；
遠近變焦攝影放大倍數：26X 倍
 - (6) 可操作遠距醫療系統執行，如：捕捉圖像和動態影像，調整亮度，輸入/輸出調節變焦，對焦，音量和畫中畫及影音錄影功能
 - (7) 具遠端游標指示功能，可提供及時標示出 ROI 感興趣的區域進行指導教學討論
3. 雲端網路連線監控功能 Connection Function x2
 - (1) 具雲端網路連線及監控技術：可透過雲端計算，快速連線至指定遠距

醫療系統，進影音傳輸

- (2) 具優化連接軟體，自動管理高度變化的網路環境
- (3) 具全天候主動監控功能，含狀態警報，日常維護和軟體更新等，可作維護一個恆定的連線狀態系，以提供設備的正常運行時間和服務監控
- (4) 連線資料隱私加密需求：採用 RSA 密鑰和256 位 AES 對稱加密組合方式。
- (5) 數據安全性-具 HIPAA 標準為基礎的數據安全性和管理功能
- 4. 移動式遠距醫療設備主機 Mobile Telemedicine Cart xl
 - (1) 主機高低調整距離147cm 到198cm
 - (2) 內置可充電電池組，不插電可操作7小時以上
 - (3) 具輔助影像輸入端子：2組以上
 - (4) 具遠端控制台15" LCD 顯示螢幕及控制板：可顯示雙向影音、調整聲音大小等功能
 - (5) 具雙耳式耳機與電話聽筒
 - (6) 具電子式聽診器
- 5. 攜帶型遠端控制平板 Mobile iPad xl
 - (1) 操作系統 Operating System：Apple iOS 10以上
 - (2) Display：≥9.7吋 LED 背光 Multi-Touch 多點觸控顯示器，採用 IPS 技術
 - (3) 2048 x 1536像素，264 ppi 解析度或以上
 - (4) Memory (RAM)：128GB or greater
 - (5) 可控制主機攝影機功能：包含變焦、點對點、遠端攝像機控制 (FECC)，全屏視圖，子母畫面 (PIP) 等雙向音頻/視頻影音顯示
- 6. 需提供醫生遠端連線操作控制帳號 ≥5組
- 7. 高提供無線雙頻4G 路由器及4G SIM 卡一組，供遠距連線使用

二、數位五官檢查鏡組一套，包含：

1.手持式數位五官鏡一組，含

- (1) 主機 x1：僅需更換鏡頭，即可切換耳鏡、口腔鏡、鼻咽內視鏡、皮膚鏡等，供醫師遠端診斷。
 - a. 具500萬畫素高解析畫面及3.5"全彩 LCD 觸控螢幕，可按一快速鍵即可立即擷像

- b.影像輸出為：AV 端子及 Mini USB 輸出介面，並可經由遠距醫療設備主機連線同步輸出至遠端控制工作站，供醫生遠端診斷
- c.全新電池可持續使用3小時，可直接使用 mini USB 充電
- (2)耳鏡 x1：可觀察中耳積水、耳道及鼓膜病變
- (3)口腔鏡 x1：可觀察口腔病變
- (4)鼻咽內視鏡 x1：可觀察喉嚨發炎病變
 - a. 軟式鼻咽內視鏡 x2
 - b. 硬式鼻咽內視鏡 x2
- (5)皮膚鏡 x1：可觀察皮膚病變
- (6)提供數位相機一台可記錄大區域皮膚病變
- 2.自動對焦免散瞳眼底鏡一組，包含：
 - (1)主機：僅需更換鏡頭，即可切換眼底鏡、裂隙燈鏡頭及眼表鏡，供醫師遠端觀察眼睛病變。
 - (2)具500萬畫素高解析畫面及3.5"全彩 LCD 觸控螢幕，可按一快速鍵即可立即擷像
 - (3)影像輸出為：AV 端子及 Mini USB 輸出介面，並可經由遠距醫療設備主機連線同步輸出至遠端控制工作站，供醫生遠端診斷
 - (4)全新電池可持續使用3小時，可直接使用 mini USB 充電
 - (5)眼底鏡具 ≥ 45 度廣角視野，屈光度 -20到+20D
 - (6)具檢查用下巴支架
 - (7)裂隙燈：裂隙尺寸 0.2*10 mm，濾鏡：藍/綠
 - (8)眼前鏡：視角21度，工作範圍：56-65 mm
 - (9)提供眼壓計 x1組，具開機自我測試、單鍵操作測量、液晶螢幕顯示眼壓值 IOP 及電池狀況等功能
- 3.皮膚科冷凍噴槍

全民健康保險偏鄉地區全人整合照護執行方案

108 年 8 月 23 日健保醫字第 1080033921 號公告
 110 年 7 月 30 日健保醫字第 1100033943 號公告修訂
113 年 0 月 00 日健保醫字第 0000000000 號公告修訂

壹、依據

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的

- 一、透過醫療照護的垂直及水平整合，以改善偏鄉地區保險對象健康差距並提供因地制宜之照護服務，提升保險對象醫療及健康照護可近性。
- 二、鼓勵醫療院所提供全人整合性照護的服務與合作機制，以建立健康照護的可近性與健康結果指標。

參、執行期間

自保險人核定生效日之次月 1 日起進行籌備，自 114 年 1 月 1 日起開始實施至 116 年 12 月 31 日止。(花蓮縣秀林鄉全人整合照護執行方案施行期間至 113 年 12 月 31 日止。)

肆、預算來源

- 一、本方案醫事人員支援費用、點值差值、回饋金及外加獎勵費用，由全民健康保險醫療給付費用總額其他預算之「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(下稱 IDS 計畫)」項下支應，每年度各計畫書支應經費上限為 50 百萬元。本方案其餘醫療費用由各部門總額預算支應。
- 二、本方案健康促進及維護等相關服務費用，由衛生福利部疾病管制署(以下稱疾管署)、衛生福利部國民健康署(以下稱國健署)、衛生福利部口腔健康司(下稱口健司)及衛生福利部心理健康司(下稱心健司)之公務預算、疫苗基金、菸害防制及衛生保健等基金支應。

伍、執行地區

偏鄉地區符合下列條件之鄉、鎮、市、區，由保險人各分區業務組各擇 1 個區域試辦(東區業務組 113 年延續 111 年核定之花蓮縣秀林鄉全人整合照護

執行方案，於 114 年起適用）：

（一）全民健康保險山地離島地區(如附件1)。

（二）嘉義縣大埔鄉、花蓮縣豐濱鄉。

陸、服務提供者申請資格

- 一、由本保險特約醫事服務機構承作提供服務，鼓勵同一縣(市)特約醫事服務機構合作提供，由單一院所做整合工作為承作院所，需要時結合轉介的特約醫事服務機構，參與全人整合性照護。
- 二、申請參與本方案之特約醫事服務機構，須最近 2 年未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八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處分者）。前述未曾涉及違規情事期間之認定，以保險人第一次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。

柒、照護對象

一、照護對象擇定條件：

- （一）計畫公告前一年，設籍且在保於執行地區有就醫申報紀錄之民眾，由保險人依此條件排除死亡名單後產製資料。
- （二）未包含於前項資料，經承作院所評估為在地且有照護需求之民眾(自選名單)。

- 二、應照護對象名單得與承作院所討論是否增減，經確認後計畫期間內不再變動，且應照護人數須經保險人核定。

捌、服務內容及服務地點

一、承作院所應結合特約醫事服務機構組成全人照護團隊，共同提供健康促進、預防保健、疾病診療、個案追蹤及健康管理等服務內容：

(一) 健康促進：包括飲食、身體活動、酒害衛教、戒菸檳服務等。

(二) 各類預防保健服務及疫苗接種：孕婦產前檢查、兒童預防保健、成人預防保健(含 BC 肝炎篩檢)、婦女子宮頸抹片檢查、婦女乳房 X 光攝影檢查、定量免疫糞便潛血檢查、口腔癌黏膜檢查、65 歲以上老人流感疫苗接種等。

(三) 在地疾病篩檢服務：結核病、胃癌、BC 肝炎篩檢等。

(四) 疾病診療：

1. 門診定點診療服務：西醫(不含透析)、中醫、牙醫專科門診及急診等。

2. 外展診療服務：巡迴醫療、居家醫療照護。

(五) 個案追蹤及健康管理：周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷、口腔癌前病變個案管理、慢性病管理等。

(六) 銜接長期照顧服務。

二、承作院所應提供執行地區照護對象因疾病需求之門及住診轉診後送服務等。

三、承作院所應與執行地區健康促進、公共衛生推動團體共同合作，充分運用當地現有照護地點並加以整合，如定點門診、醫療站、巡迴點、部落、教會、長照社區據點或診療車等。

四、診療設施應符合醫療機構設置標準，如復健治療設施；牙醫診療應具備固定式診療椅、X 光機設備等。

五、承作院所應建置照護紀錄，以掌握照護對象之健康狀態、疫苗接種紀錄、就醫與用藥紀錄等。

六、建立遠距診療方式：因應 107 年 5 月 11 日通訊診察治療辦法通過，承作院所得依執行地區特性(如疾病類型、診療科別等)，建立遠距醫療提供方式。

七、以服務民眾個人為單位，建立年度的所有服務的個人資料檔。

玖、申請及核定作業

一、本方案由保險人各分區業務組公開徵求，承作院所應於本方案公開徵求期間內，向保險人分區業務組申請執行本方案，計畫書格式範例如附件 2。

二、新一期本方案公開徵求作業，保險人分區業務組應於執行起始年度前一年第三季(7 月至 10 月)啟動。

三、如保險人分區業務組轄內僅 1 個執行地區有承作院所申請，則分區業務組就申請院所提出之計畫書予以書面審核並核定；如超過 2 個(含)以上執行地區有承作院所提出申請，則分區業務組經由公開評選暨審核作業(附件 3)擇優核定執行地區及其承作院所。

四、保險人分區業務組於收到計畫書並經審核後，於 1 個月內函知承作院所核定結果。

拾、費用申報、支付及審查方式

一、本方案之醫療費用應由執行之醫療院所按月申報，並於門診醫療費用點數申報格式之各項案件之任一「特定治療項目代碼」欄位填「G3」。非屬保險人協助辦理醫療費用撥付之服務項目，由業管機關逕行辦理。

二、承作院所提供照護對象醫療服務，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等規定申報費用及辦理審查作業。

三、醫療費用(含西醫、中醫、牙醫、不含透析)，依各部門總額規定結算及核付。本方案醫療點數以每點一元支付，其與各部門總額點值之差值，由其他預算之「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」項下支應。

四、結算方式：本方案係由全民健康保險醫療給付費用總額其他預算之 IDS 計畫項下支應，每年度本方案各計畫書支應經費上限為 50 百萬元。「核定之新申請承作院所第一年籌備費(家戶調查費用)」、「醫事人員支援費用」、「點值差值」，每點支付金額以 1 元支付，其餘「回饋金」及「外加獎勵費用」，採浮動點值支付，且每點支付金額不高於 1 元。

五、本計畫之回饋金及外加獎勵費用，由保險人於每年度結束後計算，並於結算後撥付予承作院所。

六、本方案經費撥付內容，如下：

(一) 核定之新申請承作院所第一年籌備費(家戶調查費用)：

1. 1 個執行地區僅限承作醫院申請及經保險人分區業務組核定同意一次。
2. 籌備期間：經本署核定本方案起日至承作醫院執行本方案起日。
3. 每名個案支付 450 元，核實支付(需檢附調查名單)，以執行計畫第一年各計畫書編列支應經費之 10%為上限。

(二) 醫事人員支援費用：醫事人員執行本方案專科門診(不含透析之西醫、中醫、牙醫)、急診及外展診療服務所需支援費用。

1. 山地地區專科門診、急診診療，醫師每診次以新臺幣(下同)8,000 元為上限，其他醫事人員每診次以 4,000 元為上限；離島地區則因地制宜編列。
2. 外展診療服務，居家醫療照護每診次依現行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)之居家訪視費用等支付點數為

準。巡迴醫療費用以不高於最近一期 IDS 計畫每診次或本方案編列經費為準。

3. 如全人照護團隊內之醫療院所於執行地區提供「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」、「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」及「全民健康保險居家醫療照護整合計畫(下稱居整計畫)」等方案，並已由該些方案支應開診、論次費用、居家醫療服務等費用者，不得重複編列及申報相關費用。
4. 本方案每月總診次因地制宜編列：視執行地區民眾醫療需求，由保險人分區業務組與承作院所協議後編列，以不高於最近一期 IDS 計畫或本方案每月總診次為原則。

(三) 全人整合照護費用

1. 健康促進及維護費用：採核實支付。
 - (1) 預防保健服務：依國健署所訂「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」支付。
 - (2) 周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷：依國健署所訂「周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷計畫」作業須知規定支付。
 - (3) 口腔癌前病變個案管理：減戒檳榔衛教(300 元/次/人)。(戒檳衛教服務同意書、戒檳衛教個案基本資料表及戒檳衛教追蹤紀錄表，如附件 4、5、6)
 - (4) 胃癌防治：依國健署所訂「胃幽門螺旋桿菌除菌藥物費支付作業」支付。
 - (5) 戒菸服務：依國健署所訂「戒菸服務補助計畫」支付。
 - (6) 結核病主動篩檢：依疾管署所訂「傳染病醫療服務費用支付規範」支付結核病治療或檢查費用。檢驗試劑由疾管署提供。

- (7) 65 歲以上民眾流感疫苗接種：依疾管署所訂「傳染病醫療服務費用支付規範」支付。
2. 其他特定醫療服務、促進健康照護或提升醫療服務品質之費用：由保險人分區業務組與承作院所協議後因地制宜編列，已由相關方案支應者，不得重複編列及申報相關費用，編列金額以不高於最近一期 IDS 計畫同項費用或相關方案(如居整計畫、全民健康保險糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案、氣喘醫療給付改善方案等)支付標準項目點數為原則。
3. 論人總醫療點數及回饋金之計算方式：
- (1) 執行地區「論人總醫療點數」：參考總額協商計算方式，納入人口結構、總額成長率因數(附件 7)，計算照護對象當年虛擬醫療點數。
- A. 執行第一年虛擬醫療點數：執行起始年度前 3 年平均醫療點數 $\times (1 + \text{當年校正後每人年醫療費用成長率} + \text{當年成長率})$ 。如執行期間未滿一年，「執行起始年度前 3 年平均醫療點數(百萬點)」，以前 3 年同期平均醫療點數計算(例如：第一年執行期間為 113 年 2 月~113 年 12 月，「執行起始年度前 3 年平均醫療點數」為 110 年 2 月~12 月、111 年 2 月~12 月、112 年 2 月~12 月三年醫療點數平均)。
- B. 執行年度第二年、第三年虛擬醫療點數：執行年度前一年虛擬醫療點數 $\times (1 + \text{當年度校正後每人年醫療費用成長率} + \text{當年度成長率})$ 。
- C. 不列計虛擬醫療點數之對象如下：計畫執行期間死亡之照護對象及未滿 1 歲之幼童、新生兒、計畫執行期間申請核發重大傷病證明之照護對象。

D. 執行地區「實際醫療點數」：照護對象實際使用之醫療點數。計畫執行期間申請核發重大傷病證明之照護對象不予計算。

(2) 提供承作院所的回饋金：論人總醫療點數高於實際醫療點數時，兩者之差額為「結餘點數」。依下列方式計算回饋金，並以各計畫支應經費 50 百萬元之 50% 為上限：

A. 基本回饋金：回饋 60% 結餘點數。

基本回饋金 = (結餘點數) × 60% × 每點 1 元

B. 醫療品質回饋金：回饋 40% 結餘點數，符合本計畫第拾壹項規定之評核指標，才可獲得本項回饋金。

醫療品質回饋金 =

(結餘點數) × 40% × 指標達成項目比率 × 每點 1 元

指標達成項目比率 = 達成指標項數 / 該指標總項數 × 指標占率

C. 醫療品質回饋金計算方式舉例如下(以第 1 年執行方案為例)：

條件：結餘點數 100 萬點，各指標占率為健康管理指標 80%(其中必選指標占 80%、自選指標占 20%)、醫療照護指標 10%、其他政策鼓勵指標 10%及加分項(%)。

指標項目	指標總數	達成數	指標達成項目比率 (達成數/總數×占率)
健康管理指標 <u>(必選)</u>	<u>14</u>	10	$10/14 \times 80\% \times 80\% = 45.7\%$
<u>健康管理指標(自選，至少2項)</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	$1/2 \times 80\% \times 20\% = 12.5\%$
醫療照護指標	3	2	$2/3 \times 10\% = 6.7\%$
其他政策鼓勵指標	<u>3</u>	2	$2/3 \times 10\% = 6.7\%$
<u>加分項</u>	<u>1</u>		<u>1%</u>
醫療品質回饋金 = 100 萬 × 40% × (45.7% + 12.5% + 6.7% + 6.7% + 1%) × 1 = <u>29.04</u> 萬			

(3) 外加獎勵費用：計畫執行期間鄉內就醫次數占率高於基期占率(照護對象於計畫執行前一年之鄉內就醫次數占率)時，依下列方式計算獎勵費用，上限 500 萬元：

A. 外加獎勵費用=

(鄉內就醫次數占率-基期占率)×結餘點數×每點 1 元

B. 鄉內就醫次數占率

分子：執行地區照護對象於鄉內(含承作院所及其合作院所)就醫次數

分母：執行地區照護對象之總就醫次數

C. 執行地區照護對象於鄉內就醫次數定義指符合下列條件任一者：

a. 申報照護對象醫療費用之特約醫事服務機構所在地，位於執行地區。

b. 執行第一年之原 IDS 計畫承作院所及其合作院所依規定申報照護對象醫療費用之案件：為特定治療項目(一)~(二)任一申報 G9 或特定治療項目(一)~(四)任一申報 G3 案件。

c. 執行第二年本方案承作院所及其合作院所依規定申報照護對象醫療費用之案件：為特定治療項目(一)~(四)任一申報 G3 案件。

d. 照護對象於執行地區接受「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」及「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」巡迴醫療服務之案件。

D. 包含照護對象之代辦案件。

- (4) 執行年度第一年之回饋金及外加獎勵費用合計費用，如低於前一年度實際核付之原 IDS 計畫「評核指標獎勵費」，將以前一年度實際核付之「評核指標獎勵費」金額作為本方案回饋金及外加獎勵費用合計核付金額。前述回饋金及獎勵費用核付管理機制如下：
- A. 如承作院所於執行年度第二年退出本方案，應繳回前述回饋金及外加獎勵費用合計核付金額 50%。
- B. 上述應繳回之獎勵費用，將於承作院所退出本方案之當年度之第 2 季結算本方案核付費用時，進行追扣作業。

拾壹、評核指標(排除已死亡個案)

一、健康管理指標：預期目標值由保險人分區業務組與承作院所參考該執行地區歷年執行成效後訂之，並報經保險人核定。

(一) 健康管理指標分為必選指標及自選指標，承作第一期各年度占率為第 1 年 80%、第 2 年 70%、第 3 年 60%；如執行地區新一期計畫屬持續執行，每年度占率以 60%為原則，並授權分區彈性調整。(每年占率必選指標占 80%、自選指標占 20%)。

(二) 健康管理指標-必選指標項目(14 項)：

1. 結核病主動篩檢率(疾管署)

(1)35-64 歲民眾 3 年累積主動篩檢率

分子：35-64 歲民眾 3 年累積主動篩檢人數

分母：35-64 歲當年度戶籍人口數

(2)65 歲以上民眾主動篩檢率

分子：65 歲以上民眾當年度主動篩檢人數

分母：65 歲以上當年度戶籍人口數

2. 65 歲以上民眾流感疫苗接種率(疾管署)

分子：執行地區 65 歲以上民眾(含長期照顧等機構受照顧者)接種人數

分母：執行地區 65 歲以上人口數

3. 成人預防保健服務利用率(國健署)

分子：執行地區 40 歲以上民眾利用成人預防保健人數

分母：執行地區(40-64 歲人口數/3)+65 歲以上人口數

4. 未滿 3 歲兒童預防保健利用率(國健署)

分子：執行地區未滿 3 歲兒童已接受兒童預防保健服務人次

分母：執行地區(0 歲人口數*3)+(1 歲人口數*2)+2 歲人口數

5. 孕產婦產檢達成率

分子：分母中接受產檢次數達 8 次以上之人數

分母：當年度執行地區照護對象生產人數

6. 癌症篩檢率及陽追率(國健署、口健司)

(1) 大腸癌(國健署)

A. 大腸癌 2 年篩檢率達

分子：執行地區 50-70 歲 鄉民 近 2 年接受大腸癌篩檢人數

分母：執行地區 50-70 歲 鄉民 人數

B. 大腸癌篩檢陽追率

分子：分母中個案於當年度 12 月 31 日完成追蹤數

分母：執行地區前一年度 10 月 1 日至當年度 9 月 30 日止，大腸癌篩檢結果為陽性個案數

(2) 口腔癌(口健司)

A. 口腔癌篩檢目標達成率

分子：當年度提供口腔癌篩檢服務之人數

分母：篩檢目標數為近 4 年提供口腔癌篩檢服務之平均人數

篩檢對象：現行「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」
之口腔黏膜檢查服務對象(如另有更新規定請依公告辦理)。

B. 口腔癌篩檢陽追率(口健司)

分子：分母中於當年度 12 月 31 日完成轉介確認追蹤人數

分母：執行地區前一年度 10 月 1 日至當年度 9 月 30 日止，口
腔癌篩檢結果為陽性個案數

(3) 乳癌(國健署)

A. 乳癌 2 年篩檢率

分子：執行地區 45-69 歲女性鄉民近 2 年乳癌篩檢人數

分母：執行地區 45-69 歲女性鄉民人數

B. 乳癌篩檢陽追率

分子：分母中個案於當年度 12 月 31 日完成追蹤數

分母：執行地區前一年度 10 月 1 日至當年度 9 月 30 日止，乳
癌篩檢結果為陽性個案數

(4) 子宮頸癌(國健署)

A. 子宮頸癌 3 年篩檢率

分子：執行地區 30-69 歲女性鄉民近 3 年子宮頸抹片篩檢人數

分母：執行地區 30-69 歲女性鄉民人數

B. 子宮頸癌篩檢陽追率

分子：分母中個案於當年度 12 月 31 日完成追蹤數

分母：執行地區前一年度 10 月 1 日至當年度 9 月 30 日止，子
宮頸癌篩檢結果為陽性個案數

(三) 健康管理指標-自選指標(5 項至少選 2 項)：

1. 胃癌陽性個案服藥率及服藥後除菌率(國健署)

(1) 陽性個案接受服藥治療之服藥率達

分子：分母中完成 1 線藥之服藥完成人數

分母：執行地區碳十三尿素呼氣檢測一吹陽性人數

(2) 陽性個案服藥後除菌率

分子：碳十三尿素呼氣檢測法第 2 吹(UBT2)陰性人數

分母：碳十三尿素呼氣檢測法第 1 次吹陽性個案有服藥者且有第 2 次吹氣(UBT1 陽性有服藥且有 UBT2)者

※本二項指標由承作院所提供達成值。

2. 高風險妊娠產檢率

分子：分母中接受產檢次數達 8 次以上之人數

分母：執行地區照護對象申報高風險妊娠生產新生兒緊急處置費 (57124C、57125B、57126B)之人數

3. 全口牙結石清除：

(1)全口牙結石清除比率

分子：12 歲(含)以上執行地區照護對象申報全口牙結石清除術 (醫令代碼 91004C+91005C+91017C+ 91089C+91090C)的人數。

分母：12 歲(含)以上執行地區照護對象接受牙醫門診病人數。

(2)施行全口牙結石清除，且併同牙周暨齲齒控制基本處置(91014C)的執行率

分子：當年執行地區照護對象施行全口牙結石清除，且併同牙周暨齲齒控制基本處置 (醫令代碼併同 91004C 之 91014C+91017C+91089C+91090C+併同 91004C 之 P7101C)的人數。

分母：執行地區照護對象之全部全口牙結石清除人數。

二、醫療照護指標：(共 3 項指標，各年度占率為第 1 年 10%、第 2 年 20%、第 3 年 30%)

(一) 可避免住院數-慢性指標(糖尿病、COPD 及氣喘、高血壓、心臟衰竭、心絞痛)低於本方案執行前一年

分子：執行地區 18 歲以上照護對象之慢性病住院件數

分母：執行地區 18 歲以上照護對象人數

(二) 可避免住院數-急性指標(脫水、細菌性肺炎、尿道感染)低於本方案執行前一年

分子：執行地區 18 歲以上照護對象急性病住院件數

分母：執行地區 18 歲以上照護對象人數

(三) 牙體復形(OD)案件+牙周案件申報點數(預期目標值由保險人分區業務組與承作院所參考該執行地區歷年執行成效後訂之，並報經保險人核定)。

分子：執行地區照護對象之牙體復形(OD)案件+牙周案件申報點數

分母：執行地區照護對象之牙醫案件申報點數

三、其他政策鼓勵指標：(共 3 項指標，各年度占率均為 10%)

(一) B、C 型肝炎病人接受完整追蹤照護比率 $\geq 50\%$

分子：分母中申報該方案追蹤管理照護費人數

分母：執行地區之「全民健康保險 B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者改善方案」收案對象，排除最後一季新收個案

(二) 根管治療(Endo)案件申報點數(預期目標值由保險人分區業務組與承作院所參考該執行地區歷年執行成效後訂之，並報經保險人核定)。

分子：執行地區照護對象之根管治療申報案件點數

分母：執行地區照護對象之牙醫申報案件點數

(三) B、C 型肝炎篩檢比率(預期目標值由保險人分區業務組與承作院所參考該執行地區歷年執行成效後訂之，並報經保險人核定)。

分子：分母中接受 B、C 型肝炎檢查(醫令代碼 L1001C)人數

分母：照護對象中符合國健署補助 B、C 型肝炎篩檢者之人數，且排除曾接受 B 型肝炎及 C 型肝炎之相關檢驗者。

四、加分項：由承作院所提供之特殊服務，其照護成效報經保險人分區業務組核定後，予以加分(%)，如醫牙共照服務、居家醫療照護、安寧療護等，上限 5%。

拾貳、計畫管理機制

- 一、保險人負責研議總體計畫架構模式、行政授權、協調與修正；保險人分區業務組負責審核醫事服務機構參與資格及計畫書、輔導承作院所執行本方案、核發費用，及每年召開至少一次檢討會議。
- 二、疾管署、國健署、口健司與心健司負責業管服務項目之執行疑義釋疑、評核指標計算與費用核發，及參與檢討會議。
- 三、承作院所負責提出計畫書、統籌提供照護對象完整之健康管理與診療服務，及參與檢討會議。

拾參、退場機制

- 一、辦理本方案之特約醫事服務機構，如因涉及特約管理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處分者)，自保險人第一次核定違規函所載核定之停約或終約日起即停止執行本方案。惟為保障照護對

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方案服務之成效，可另予考量。

二、停止執行本方案或自行退出本方案之承作院所，其承作之施行地區應重新辦理公開徵求如下：

(一) 保險人分區業務組啟動公開徵求時間：

1. 停止或退出時間為當月 15 日前：當月底前。
2. 停止或退出時間為當月 15 日後：次月 1 日前。

(二) 承接之醫療院所計畫迄日為原承作所施行迄日；評選作業期間由保險人分區業務組協調其他健保醫療院所暫行提供本方案服務。

三、承作院所凡經停約處分或終止參加本方案者，計畫執行期間之回饋金不予核付。

拾肆、計畫修訂程序

一、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，修正時亦同。

二、屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正辦理。

拾伍、其他事項

一、本方案之施行地區，申請承作院所如屬原 IDS 計畫承作院所，且原 IDS 計畫尚未屆期，則依 IDS 計畫規定辦理至屆期；如非屬該地區原 IDS 計畫承作院所，則保險人分區業務組應通知原 IDS 計畫承作院所，其 IDS 計畫施行迄日至本方案核定當年底止；本方案執行地區以外之山地離島鄉(區)或偏遠地區，依原 IDS 計畫規定辦理。

二、本方案之承作院所應於每年年底提出期末執行成果報告，供保險人整體評估，作為次年方案調整參考。

三、本方案照護對象以外之民眾(如遊客等)就醫醫療費用，依各部門總額規定結算及核付，不列入照護對象實際總醫療點數計算。

全民健康保險山地離島地區一覽表

縣(市)別	山地鄉(區)	離島鄉(島)
宜蘭縣	大同鄉、南澳鄉	
新北市	烏來區	
桃園市	復興區	
新竹縣	尖石鄉、五峰鄉	
苗栗縣	泰安鄉	
臺中市	和平區	
南投縣	信義鄉、仁愛鄉	
嘉義縣	阿里山鄉	
高雄市	茂林區、桃源區、那瑪夏區	東沙島、南沙太平島
屏東縣	三地門鄉、霧台鄉、瑪家鄉、泰武鄉、來義鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉	琉球鄉
花蓮縣	秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉	
臺東縣	海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉	蘭嶼鄉、綠島鄉
澎湖縣		馬公市、湖西鄉、西嶼鄉、白沙鄉、望安鄉、七美鄉
金門縣		金城鎮、金寧鄉、金沙鎮、烈嶼鄉、金湖鎮、烏坵鄉
連江縣		南竿鄉、北竿鄉、莒光鄉、東引鄉

_____醫院(院所代號：_____)

申請偏鄉地區全人整合照護執行方案

(建議內容)

提報日期：

執行地區：

- 一、計畫前言
- 二、計畫目的
- 三、試辦區域現況分析(包含團隊組成與分工、服務區域之人口分布、醫療分布及需求情形等)
- 四、計畫內容(包含各項執行規劃、具體健康照護內容等)
- 五、財務計畫
- 六、實施對象就醫權益保障措施(如遠距醫療之資訊安全等)
- 七、預期效益(包含評核指標項目及預期目標值)
- 八、其他

全民健康保險偏鄉地區全人整合照護執行方案公開評選暨審核作業

- 一、承辦單位：保險人分區業務組。
- 二、公告及申請程序：
 - (一)公告方式：透過保險人全球資訊網站/公告。
 - (二)公告內容：
 - 2、承作院所：本保險特約醫療院所。
 - 3、計畫執行地區： 縣(市) 鄉(區)。
 - 4、計畫執行期間： 年 月 日至 年 月 日。
 - 5、計畫書撰寫格式及內容。
- 三、公告時間：公告日 年 月 日至 年 月 日)。
- 四、計畫書收件截止日期：公告截止日（郵戳或現場收件日為憑）。
- 五、審核作業流程：
 - (一)審核小組由專家學者、計畫執行地區之衛生主管機關、衛生福利部相關單位及保險人分區業務組代表組成，計 6~7 人，召開審核會議研商計畫書審核項目及權重，並就申請醫院資格與執行計畫審核（採書面），並要求申請醫院出席審核會議進行簡報與詢答（醫院出席人數以 3 人為限）。
 - (二)前項審核會議，須有至少 5 位委員（外部委員 3 位）出席，依申請醫院提出符合本計畫中需求之執行計畫書，經送審核小組依審核項目及權重評分，擇優核定。
 - (三)計畫書審核項目及權重（得依本計畫審核小組建議進行調整）：

<u>審核項目</u>	<u>權重</u>
1、 <u>基本資料審核：申請醫院規模、推動理念、願景</u>	<u>20%</u>
2、 <u>申請醫院過往推動健保相關計畫經驗及成效</u>	<u>20%</u>
3、 <u>申請計畫書撰寫內容合理性及可執行性(含全人照護服務整體架構、承作院所及團隊提供之醫療照護</u>	<u>40%</u>

<u>審核項目</u>	<u>權重</u>
<u>服務項目及分工、各項服務經費編列、評核指標預期目標及效益)。</u>	
<u>4、申請醫院於審核會議提供之簡報與詢答。</u>	<u>20%</u>

(四) 評定方式：審核小組委員按「計畫書審核項目及權重」規定，於審核評分表(如表 1) 給予評分與意見。

表 1：委員審核評比表

審核委員編號

日期：

<u>項次</u>	<u>審核項目</u>	<u>權重 (%) (配分)</u>	<u>醫院名稱 評 分</u>	<u>醫院名稱 評 分</u>
<u>1</u>	<u>基本資料：申請醫院規模、推動理念、願景。</u>	<u>20</u>		
<u>2</u>	<u>申請醫院過往推動健保相關計畫經驗及成效。</u>	<u>20</u>		
<u>3</u>	<u>申請計畫書撰寫內容合理性及可執行性(含全人照護服務整體架構、承作院所及團隊提供之醫療照護服務項目及分工、各項服務經費編列、評核指標預期目標及效益)。</u>	<u>40</u>		
<u>4</u>	<u>申請醫院於審核會議提供之簡報與詢答。</u>	<u>20</u>		
<u>評分合計數</u>				
<u>評分合計數轉換為序位</u>				
<u>審核委員意見(優點、缺點)：</u>				
<u>審核委員簽名：</u>				

(五) 審核結果評定：

- 1、由各委員對各醫院之計畫書分別評分後加總，依加總分數高低轉換為序位，再彙整合計各醫院之序位，序位數最低者為評比第 1 排名順位，次低者為第 2 排名順位，依此類推擇優遴選。
- 2、如遇總平均分數相同則以審核項目 3 之總平均分數高者為優勝。
- 3、各項次分數不得為 0 分，始通過審核標準。

(六) 各醫院評分及意見由保險人分區業務組彙整總評表(如表 2)，經出席審核委員確認，併同相關附件，循行政程序簽報擇優核定，並以書面公文發布審核結果。

表 2：審核委員總評表

日期： 年 月 日

<div>醫院名稱 評選委員代號</div> <div>評比結果</div>	醫院 1		醫院 2		醫院 3	
	評分	序位	評分	序位	評分	序位
A 委員						
B 委員						
C 委員						
D 委員						
E 委員						
F 委員						
G 委員						
評分/序位合計數						
平均總評分						
合格醫院	<u>合格</u>					
符合需要醫院序位(出席 審核委員過半數決議)						
出席審核委員(簽名)						

戒癮衛教服務同意書

戒癮個案編號(同收案號)：_____

我已充分瞭解戒癮衛教服務內容，同意參加貴院戒癮衛教服務，期間將接受衛教人員之戒癮衛教，並為我設立戒癮簡歷，內容包括基本資料、健康情形、嚼檳榔情形等，幫助我確立戒癮的理由以及其他相關評估與追蹤，並同時作訪談紀錄。

至少接受4次衛教服務，時程期間3個月(最多100天)；另，同意接受貴醫事服務機構以及衛生福利部口腔健康司或其委託機構，辦理戒癮衛教利用分析等滿意度或電話諮詢、調查訪問。

接受 戒癮服務者 填寫	<p>我了解並自願參加此戒癮衛教服務。並確認本人參與戒癮服務前 3 個月內嚼檳榔顆數至少達 100 顆或持續 3 個月以上每日嚼檳榔量>1 顆。</p> <p>參與戒癮個案簽名：_____</p> <p>日期：中華民國_____年_____月_____日</p>
戒癮衛教 人員填寫	<p>我確認這份同意書是由有足夠判斷能力的嚼檳者被充分告知後自願簽署的。</p> <p>我將提供他戒癮衛教服務。</p> <p>戒癮衛教人員簽名：_____</p> <p>醫事機構名稱：_____</p> <p>日期：中華民國_____年_____月_____日</p>

戒癮衛教個案基本資料表(所有欄位均為必填)

縣市		醫事機構代碼		醫院名稱					個案編號 編號 3 碼 (001-120)	
個案姓名		出生日期		身分證字號		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	電話	住家/公司： 行動電話：		
職業	◎製造業： <input type="checkbox"/> 金屬製造 <input type="checkbox"/> 其他製造業 ◎運輸倉儲業： <input type="checkbox"/> 貨運 <input type="checkbox"/> 客運 <input type="checkbox"/> 計程車/小客車 <input type="checkbox"/> 倉儲 <input type="checkbox"/> 快遞/物流 ◎批發零售業： <input type="checkbox"/> 攤販 <input type="checkbox"/> 批發 <input type="checkbox"/> 具執照之專業技術人員 ◎農林漁牧業： <input type="checkbox"/> 漁(養殖漁撈) <input type="checkbox"/> 農(作物栽培) <input type="checkbox"/> 林(造林伐木) <input type="checkbox"/> 牧(禽畜飼育) ◎營造業： <input type="checkbox"/> 建築工程 <input type="checkbox"/> 土木工程 <input type="checkbox"/> 機電(如水電工程) <input type="checkbox"/> 建築裝潢 <input type="checkbox"/> 空調冷凍 ◎其他服務業： <input type="checkbox"/> 殯葬業 <input type="checkbox"/> 宮廟/宗教人員 <input type="checkbox"/> 汽機車修繕美容 <input type="checkbox"/> 保全 <input type="checkbox"/> 餐飲業 <input type="checkbox"/> 其他：_____ ◎ <input type="checkbox"/> 無/待業中/退休									
首次嚼檳年齡	歲	嚼檳年數 (至多至小數點第一位.5或整數)， 註3	年	日嚼檳量 (整數)	顆	平均每日檳榔消費金額 (整數)	元	嚼檳理由 (可複選)	<input type="checkbox"/> 提神 <input type="checkbox"/> 禦寒 <input type="checkbox"/> 解渴 <input type="checkbox"/> 交朋友 <input type="checkbox"/> 緩解情緒 <input type="checkbox"/> 不吃不行 <input type="checkbox"/> 文化 <input type="checkbox"/> 他人邀請 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
吸菸行為	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 已戒 <small>※已戒菸，仍請協助填寫戒菸前「吸菸年數」及「日吸菸量」</small>	吸菸年數 (至多至小數點第一位.5或整數) 註3	年	日吸菸量 (整數)	支	飲酒行為	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	飲酒頻率	【包括各種酒類、保力達B、威士忌、藥酒】 <input type="checkbox"/> 每天喝 <input type="checkbox"/> 2-3天喝1次 <input type="checkbox"/> 每週1次 <input type="checkbox"/> 每月1-2次 <input type="checkbox"/> 每月不到1次	
健康史 (可複選)	<input type="checkbox"/> 惡性腫瘤 <input type="checkbox"/> 心血管疾病 <input type="checkbox"/> 腦血管疾病 <input type="checkbox"/> 新陳代謝疾病 <input type="checkbox"/> 呼吸道疾病 <input type="checkbox"/> 肝膽腸胃疾病 <input type="checkbox"/> 腎及泌尿系統疾病 <input type="checkbox"/> 肌肉骨骼疾病 <input type="checkbox"/> 口腔黏膜病變：_____ <input type="checkbox"/> 懷孕 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 無上述情形									
口腔癌篩檢紀錄	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，最近篩檢年：_____ 年，結果： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 確診癌前病變，診斷：_____ <input type="checkbox"/> 確診口腔癌									
戒菸門診使用 (非必填)	<input type="checkbox"/> 無，同意本次轉介戒菸門診： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 拒絕 <input type="checkbox"/> 有，最近療程起始日：_____ 年 _____ 月 _____ 日。曾使用過療程次數：_____ 次									
收案來源 (可複選)	<input type="checkbox"/> 門診轉介 <input type="checkbox"/> 社區轉介 <input type="checkbox"/> 職場轉介 <input type="checkbox"/> 住院個案 <input type="checkbox"/> 個案主動申請 <input type="checkbox"/> 家屬要求 <input type="checkbox"/> 口腔癌篩檢個案 <input type="checkbox"/> 社區活動 <input type="checkbox"/> 其他：_____						戒癮衛教師 簽名/職名章		個案 簽名	

註：1.戒癮衛教同意書與個案基本資料表(第1次服務填寫)及衛教追蹤紀錄表(第1次至第4次填寫)，請視同病歷資料留存院所備查。
 2.戒癮衛教追蹤服務：經通過 口健司 受訓之戒癮衛教師，於初次衛教日起算3個月內(含)提供完整4次/人(簽署同意書後接受戒癮衛教，含第3個月追蹤)，至少含1次面訪，每次衛教服務至少間隔7天，第4次衛教追蹤應於初次衛教日後80-100天(內)進行，每次提供衛教服務須填衛教追蹤記錄表，面訪完成後請個案於表格內簽名，始支付衛教費用。
 3.嚼檳年數或吸菸年數填報方式：【1.5≥年數>1，請填1.5】，【2≥年數>1.5，請填2】以此類推。
 4.年度新收個案，不得與前一年度重複。同一個案戒癮衛教服務費用不得與 口健司 其他計畫補助案重複申請。

戒檳衛教追蹤紀錄表(每次衛教皆須填寫一份，請自行列印使用，所有欄位均為必填，第四次追蹤結果限第四次衛教服務時填寫，第一次至第三次可不填)

個案編號					姓 名					衛教服務	<input type="checkbox"/> 第一次 <input type="checkbox"/> 第三次 <input type="checkbox"/> 第二次 <input type="checkbox"/> 第四次	衛教日期	日期： 年 月 日
衛教方式	<input type="checkbox"/> 面訪(<input type="checkbox"/> 團體 <input type="checkbox"/> 個別衛教) <input type="checkbox"/> 電訪				衛教時間	約 分鐘	過去 7 天 平均日 嚼檳量 (整數)	類		戒檳意願	<input type="checkbox"/> 意圖前期 <input type="checkbox"/> 意圖期 <input type="checkbox"/> 準備期 <input type="checkbox"/> 行動期 <input type="checkbox"/> 維持期		
嚼檳情境 (複選)	<input type="checkbox"/> 身邊有人嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 有人請吃檳榔 <input type="checkbox"/> 看到檳榔攤 <input type="checkbox"/> 天氣冷，想保暖 <input type="checkbox"/> 疲憊需要提神 <input type="checkbox"/> 需要專注時 <input type="checkbox"/> 想咀嚼時 <input type="checkbox"/> 工作休息 <input type="checkbox"/> 緊張/焦慮 <input type="checkbox"/> 壓力大 <input type="checkbox"/> 心情不好 <input type="checkbox"/> 其他：_____								戒檳障礙 (複選)	<input type="checkbox"/> 牙齒不適 <input type="checkbox"/> 注意力不集中 <input type="checkbox"/> 心神不寧 <input type="checkbox"/> 焦慮沮喪 <input type="checkbox"/> 全身無力 <input type="checkbox"/> 影響朋友關係 <input type="checkbox"/> 其他_____			
衛教計畫 (複選)		<input type="checkbox"/> 提升戒檳意識及情感 <input type="checkbox"/> 辨識嚼檳情境/拒絕技巧/協助移除與不健康行為之連結 <input type="checkbox"/> 提升戒檳信心，強化動機，設定戒檳目標 <input type="checkbox"/> 詢問嚼食量，討論是否達成嚼食量之目標 <input type="checkbox"/> 提供戒檳協助，強化戒檳意願 <input type="checkbox"/> 增強管理，關懷、鼓勵、支持個案行為改變 <input type="checkbox"/> 其他：_____								戒檳目標/預計達成日	<input type="checkbox"/> 完全戒除，預計達成日期： 年 月 日 <input type="checkbox"/> 減量 3/4，預計達成日期： 年 月 日 <input type="checkbox"/> 減量一半，預計達成日期： 年 月 日 <input type="checkbox"/> 減量 1/4，預計達成日期： 年 月 日 <small>可分次設定，如：經討論後，個案預計於下次追蹤時所達成的目標或個案於衛教期程結束前預計達成之目標(建議以完全戒除為目標)。</small>		
輔導措施 (複選)		<input type="checkbox"/> 檳榔健康危害 <input type="checkbox"/> 戒檳的好處 <input type="checkbox"/> 找出戒檳理由 <input type="checkbox"/> 了解戒檳困難 <input type="checkbox"/> 傾聽戒檳歷程 <input type="checkbox"/> 戒檳技巧 <input type="checkbox"/> 尋求替代品：_____ <input type="checkbox"/> 移除檳榔相關物品，設置有助戒檳的環境 <input type="checkbox"/> 爭取家人及友人支持與協助 <input type="checkbox"/> 壓力調適 <input type="checkbox"/> 拒檳技巧								<input type="checkbox"/> 教導口腔自我檢查 <input type="checkbox"/> 安排戒檳成功個案提供經驗 <input type="checkbox"/> 安排口腔癌篩檢 <input type="checkbox"/> 轉介潔牙服務 <input type="checkbox"/> 安排口腔癌統合照護門診，門診日： 年 月 日 其他紀錄(50 個字內)：			
第四次追蹤結果 (與首次衛教相較)		<input type="checkbox"/> 完全戒除 <input type="checkbox"/> 減量 3/4 <input type="checkbox"/> 減量一半 <input type="checkbox"/> 減量 1/4 <input type="checkbox"/> 未減量 <small>※完全戒除定義：自個案開始接受戒檳服務日起算 3 個月(可於 80-100 天擇 1 日)時，訪問個案：【請問您過去 7 天內有沒有嚼檳】，回答沒有嚼檳者。</small>								戒檳衛教師簽名/職名章		個案簽名	

一、照護對象年齡及性別校正後之每人年醫療費用成長率(以 111 年至 112 年為例)

年齡組別	基期年(111 年)			基期年(111 年)(P)			當年(112 年)(P)			正每年用 校後人費
	照護對象每人年費用			照護對象%			照護對象%			
	男性	女性	小計	男性	女性	小計	男性	女性	小計	
0 歲	-	-	-	0.00%	0.00%	0.00%				
1 歲	-	-	43,421	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	
2 歲	26,096	17,326	51,527	0.55%	0.57%	1.12%	0.00%	0.00%	0.00%	
3 歲	27,914	23,613	39,583	1.16%	1.05%	2.21%	0.55%	0.57%	1.12%	
4 歲	21,168	18,415	31,417	1.26%	1.02%	2.28%	1.16%	1.05%	2.21%	
5 歲	18,128	13,289	32,146	1.16%	1.15%	2.31%	1.26%	1.02%	2.28%	
6 歲	15,958	16,187	48,084	1.13%	1.15%	2.28%	1.16%	1.15%	2.31%	
7 歲	14,108	33,976	23,461	1.28%	1.17%	2.46%	1.13%	1.15%	2.28%	
8 歲	11,697	11,765	23,782	1.38%	0.89%	2.27%	1.28%	1.17%	2.46%	
9 歲	14,731	9,051	28,555	0.82%	0.79%	1.61%	1.38%	0.89%	2.27%	
10 歲	11,778	16,778	20,629	1.00%	0.81%	1.80%	0.82%	0.79%	1.61%	
11 歲	12,897	7,732	32,260	0.94%	0.75%	1.69%	1.00%	0.81%	1.80%	
12 歲	24,641	7,619	23,835	0.68%	0.57%	1.26%	0.94%	0.75%	1.69%	
13 歲	13,518	10,317	16,686	0.82%	0.83%	1.65%	0.68%	0.57%	1.26%	
14 歲	9,831	6,854	30,919	0.79%	0.70%	1.49%	0.82%	0.83%	1.65%	
15 歲	9,403	21,516	25,440	0.59%	0.63%	1.22%	0.79%	0.70%	1.49%	
16 歲	8,816	16,625	18,172	0.57%	0.45%	1.02%	0.59%	0.63%	1.22%	
17 歲	6,504	11,668	25,846	0.57%	0.67%	1.24%	0.57%	0.45%	1.02%	
18 歲	13,343	12,502	48,580	0.31%	0.37%	0.68%	0.57%	0.67%	1.24%	
19 歲	7,016	41,564	35,755	0.30%	0.42%	0.72%	0.31%	0.37%	0.68%	
20 歲	13,860	21,895	52,469	0.46%	0.46%	0.93%	0.30%	0.42%	0.72%	
21 歲	35,255	17,215	49,451	0.31%	0.41%	0.72%	0.46%	0.46%	0.93%	
22 歲	26,417	23,034	38,503	0.44%	0.53%	0.97%	0.31%	0.41%	0.72%	
23 歲	12,606	25,897	36,804	0.22%	0.48%	0.70%	0.44%	0.53%	0.97%	
24 歲	10,475	26,328	27,566	0.33%	0.51%	0.83%	0.22%	0.48%	0.70%	
25 歲	14,262	13,305	46,597	0.33%	0.49%	0.82%	0.33%	0.51%	0.83%	
26 歲	23,389	23,207	45,318	0.30%	0.46%	0.77%	0.33%	0.49%	0.82%	
27 歲	24,983	20,335	28,965	0.48%	0.56%	1.04%	0.30%	0.46%	0.77%	
28 歲	9,535	19,430	48,171	0.45%	0.68%	1.13%	0.48%	0.56%	1.04%	
29 歲	8,024	40,147	46,049	0.18%	0.38%	0.56%	0.45%	0.68%	1.13%	
30 歲	14,209	31,840	48,254	0.44%	0.59%	1.02%	0.18%	0.38%	0.56%	
31 歲	15,143	33,112	71,264	0.36%	0.46%	0.82%	0.44%	0.59%	1.02%	
32 歲	29,101	42,163	36,057	0.25%	0.51%	0.75%	0.36%	0.46%	0.82%	
33 歲	12,100	23,957	46,762	0.44%	0.45%	0.89%	0.25%	0.51%	0.75%	
34 歲	28,078	18,684	46,545	0.40%	0.41%	0.81%	0.44%	0.45%	0.89%	
35 歲	28,850	17,695	60,182	0.48%	0.36%	0.83%	0.40%	0.41%	0.81%	
36 歲	28,222	31,961	49,526	0.55%	0.40%	0.94%	0.48%	0.36%	0.83%	
37 歲	30,347	19,179	43,421	0.45%	0.44%	0.89%	0.55%	0.40%	0.94%	

年齡組別	基期年(111 年)			基期年(111 年)(P)			當年(112 年)(P)			校正 後人 費 用
	照護對象每人年費用			照護對象%			照護對象%			
	男性	女性	小計	男性	女性	小計	男性	女性	小計	
38 歲	42,252	21,599	63,851	0.45%	0.71%	1.16%	0.45%	0.44%	0.89%	
39 歲	34,796	26,751	61,547	0.38%	0.74%	1.12%	0.45%	0.71%	1.16%	
40 歲	42,271	52,574	94,845	0.52%	0.49%	1.01%	0.38%	0.74%	1.12%	
41 歲	44,768	39,241	84,009	0.42%	0.60%	1.02%	0.52%	0.49%	1.01%	
42 歲	42,885	29,901	72,786	0.37%	0.71%	1.08%	0.42%	0.60%	1.02%	
43 歲	50,330	39,411	89,741	0.51%	0.70%	1.20%	0.37%	0.71%	1.08%	
44 歲	58,894	36,221	95,115	0.55%	0.59%	1.13%	0.51%	0.70%	1.20%	
45 歲	61,123	46,358	107,481	0.51%	0.81%	1.31%	0.55%	0.59%	1.13%	
46 歲	45,716	51,564	97,280	0.61%	0.79%	1.41%	0.51%	0.81%	1.31%	
47 歲	52,094	40,059	92,153	0.51%	0.71%	1.22%	0.61%	0.79%	1.41%	
48 歲	39,565	43,849	83,414	0.61%	0.71%	1.33%	0.51%	0.71%	1.22%	
49 歲	55,998	39,212	95,211	0.56%	0.63%	1.19%	0.61%	0.71%	1.33%	
50 歲	72,030	60,234	132,264	0.52%	0.66%	1.17%	0.56%	0.63%	1.19%	
51 歲	39,286	56,110	95,396	0.57%	0.87%	1.45%	0.52%	0.66%	1.17%	
52 歲	68,984	37,955	106,940	0.60%	0.82%	1.42%	0.57%	0.87%	1.45%	
53 歲	36,950	45,213	82,163	0.67%	0.79%	1.46%	0.60%	0.82%	1.42%	
54 歲	99,545	48,590	148,135	0.79%	0.82%	1.61%	0.67%	0.79%	1.46%	
55 歲	61,665	45,605	107,271	0.78%	0.81%	1.58%	0.79%	0.82%	1.61%	
56 歲	45,088	46,141	91,229	0.82%	0.72%	1.54%	0.78%	0.81%	1.58%	
57 歲	57,602	35,603	93,205	0.85%	0.94%	1.79%	0.82%	0.72%	1.54%	
58 歲	90,683	49,724	140,407	0.81%	0.97%	1.78%	0.85%	0.94%	1.79%	
59 歲	72,352	48,710	121,062	0.94%	0.90%	1.84%	0.81%	0.97%	1.78%	
60 歲	53,080	42,186	95,266	0.98%	0.97%	1.95%	0.94%	0.90%	1.84%	
61 歲	44,252	55,619	99,870	0.82%	0.81%	1.63%	0.98%	0.97%	1.95%	
62 歲	90,627	49,841	140,468	0.82%	0.92%	1.73%	0.82%	0.81%	1.63%	
63 歲	94,975	80,258	175,233	0.96%	0.96%	1.91%	0.82%	0.92%	1.73%	
64 歲	69,191	56,073	125,264	0.81%	0.90%	1.71%	0.96%	0.96%	1.91%	
65 歲	72,103	82,635	154,739	0.70%	0.77%	1.46%	0.81%	0.90%	1.71%	
66 歲	143,305	47,321	190,626	0.72%	0.75%	1.48%	0.70%	0.77%	1.46%	
67 歲	97,076	75,745	172,821	0.66%	1.02%	1.68%	0.72%	0.75%	1.48%	
68 歲	97,289	69,077	166,365	0.57%	0.68%	1.26%	0.66%	1.02%	1.68%	
69 歲	76,601	113,291	189,892	0.49%	0.66%	1.15%	0.57%	0.68%	1.26%	
70 歲	172,385	117,276	289,661	0.49%	0.53%	1.02%	0.49%	0.66%	1.15%	
71 歲	116,265	66,825	183,090	0.42%	0.75%	1.17%	0.49%	0.53%	1.02%	
72 歲	82,964	140,767	223,731	0.41%	0.41%	0.82%	0.42%	0.75%	1.17%	
73 歲	59,556	89,387	148,943	0.44%	0.57%	1.01%	0.41%	0.41%	0.82%	
74 歲	107,441	152,489	259,930	0.23%	0.45%	0.68%	0.44%	0.57%	1.01%	
75 歲	68,908	120,038	188,946	0.26%	0.30%	0.56%	0.23%	0.45%	0.68%	
76 歲	59,505	71,395	130,900	0.23%	0.31%	0.55%	0.26%	0.30%	0.56%	
77 歲	115,398	56,404	171,802	0.14%	0.23%	0.37%	0.23%	0.31%	0.55%	

年齡組別	基期年(111 年)			基期年(111 年)(P)			當年(112 年)(P)			校正後 每人年 費用
	照護對象每人年費用			照護對象%			照護對象%			
	男性	女性	小計	男性	女性	小計	男性	女性	小計	
78 歲	174,038	67,550	241,587	0.11%	0.25%	0.36%	0.14%	0.23%	0.37%	
79 歲	129,535	143,297	272,831	0.07%	0.25%	0.31%	0.11%	0.25%	0.36%	
80 歲	205,502	52,202	257,704	0.08%	0.31%	0.40%	0.07%	0.25%	0.31%	
81 歲	113,468	223,866	337,334	0.14%	0.19%	0.33%	0.08%	0.31%	0.40%	
82 歲	70,879	78,148	149,027	0.07%	0.20%	0.27%	0.14%	0.19%	0.33%	
83 歲	77,279	75,386	152,665	0.04%	0.15%	0.19%	0.07%	0.20%	0.27%	
84 歲	223,505	80,260	303,765	0.03%	0.12%	0.15%	0.04%	0.15%	0.19%	
85 歲	247,485	111,162	358,646	0.12%	0.19%	0.31%	0.03%	0.12%	0.15%	
86 歲	258,539	236,489	495,027	0.03%	0.04%	0.07%	0.12%	0.19%	0.31%	
87 歲	43,661	113,201	156,862	0.05%	0.14%	0.19%	0.03%	0.04%	0.07%	
88 歲	24,305	66,180	90,485	0.01%	0.12%	0.14%	0.05%	0.14%	0.19%	
89 歲	90,408	73,102	163,509	0.04%	0.08%	0.12%	0.01%	0.12%	0.14%	
90 歲	22,033	194,090	216,123	0.03%	0.11%	0.14%	0.04%	0.08%	0.12%	
91 歲	137,497	152,705	290,201	0.03%	0.10%	0.12%	0.03%	0.11%	0.14%	
92 歲	98,336	49,155	147,491	0.05%	0.04%	0.10%	0.03%	0.10%	0.12%	
93 歲	-	78,937	78,937	0.00%	0.01%	0.01%	0.05%	0.04%	0.10%	
94 歲	149,604	-	149,604	0.01%	0.00%	0.01%	0.00%	0.01%	0.01%	
95 歲	-	49,291	49,291	0.00%	0.01%	0.01%	0.01%	0.00%	0.01%	
96 歲	130,451	-	130,451	0.01%	0.00%	0.01%	0.00%	0.01%	0.01%	
97 歲	92,528	-	92,528	0.01%	0.00%	0.01%	0.01%	0.00%	0.01%	
98 歲	-	-	-	0.00%	0.00%	0.00%	0.01%	0.00%	0.01%	
99 歲	-	-	-	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	
100 歲	-	-	-	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	
小計	21,695	23,220	44,914	46.61%	53.39%	100%	46.61%	53.39%	100%	46,313
成長率										3.11%

備註：

1. 擷取費用範圍包含醫院、西醫基層、中醫、牙醫，醫療點數為申請點數+部分負擔，含西醫門診與住診、不含透析(醫事類別 15)。
2. 有關年齡層之計算為觀察年度-出生年。
3. 排除執行期間已死亡個案及新增為重大傷病個案。
4. 基期年：執行年度前一年。
5. 計算公式：照護對象之年齡及性別校正後之每人年醫療費用成長率

$$= (\Sigma \text{HE 基期年 } ij \times \% \text{POP 當年 } ij) / (\Sigma \text{HE 基期年 } ij \times \% \text{POP 基期年 } ij) - 1$$
HE 基期年 ij：照護對象基期年各年齡性別組別之每人年申報費用點數(含部分負擔)。
%POP 基期年 ij：照護對象基期年各年齡性別組別占總人數百分比。
%POP 當年 ij：照護對象當年各年齡性別組別占總人數百分比。
照護對象人數。i 為年齡層 j 為性別。

二、西醫成長率(以 112 年協商總額成長率為範例)

單位：%

總額別	總額成長率 A	投保人口數 年增率 B	人口結構改 變率 C	扣減人口結構 之成長率 D=(A-B-C)	總額預算 占率 E	加權計算後 成長率 D×E
醫院	3.72%	-0.26%	2.13%	1.85%	71.65%	1.328%
西醫 基層	2.91%	-0.26%	1.40%	1.77%	17.81%	0.315%
中醫	4.34%	-0.26%	0.83%	3.78%	3.99%	0.151%
牙醫	2.59%	-0.26%	0.26%	2.60%	6.55%	0.170%
合計						1.964%

註：

1. 總額成長率未包含門診透析成長率。
2. 成長率 = 【(醫院總額成長率-投保人口年增率-人口結構改變率)×醫院預算占率】 + 【(西醫基層總額成長率-投保人口年增率-人口結構改變率)×西醫基層總額預算占率】 + 【(牙醫總額成長率-投保人口年增率-人口結構改變率)×牙醫預算占率】 + 【(中醫總額成長率-投保人口年增率-人口結構改變率)×中醫總額預算占率】

三、照護對象虛擬醫療點數(以執行起始年度為 113 年舉例)

(一)執行年度第一年：

年度	執行起始年度前 3 年 (110 年-112 年)平均 醫療點數(百萬點)	112 年至 113 年校 正後之每人年醫療 費用成長率(%)	113 年 成長率(%)	虛擬醫療點數(百 萬)
113	A	B	C	D=A×(1+B+C)

(二)執行年度第二年、第三年(以第二年為例)：

年度	前一年 虛擬醫療點數	113 年至 114 年校正 後之每人年醫療費用 成長率(%)	114 年 成長率(%)	虛擬醫療點數(百 萬)
114	D	E	F	G=D*(1+E+F)