



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
會議資料

113 年 7 月 12 日（星期五）下午 2 時
本署 18 樓大禮堂

「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 次會議議程

壹、主席致詞

貳、確認上次會議紀錄，請參閱(不宣讀)

第 01 頁

參、報告事項

一、 歷次會議決議事項辦理情形。	報 1-1(P17)
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。	報 2-1(P21)
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。	報 3-1(P57)
四、 修訂基層院所藥事服務費之兒童加成規範案。	報 4-1(P221)
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。	報 5-1(P227)
六、 修訂中醫支付標準第五章條文案。	報 6-1(P231)
七、 修訂牙醫支付標準案。	報 7-1(P233)
八、 新增「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」案。	報 8-1(P239)
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)」。	報 9-1(P287)

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。	討 1-1(P315)
二、 修訂全民健康保險遠距醫療給付計畫案。	討 2-1(P403)

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)。	討 3-1(P491)
四、 次世代基因定序檢測(NGS)相關診療項目案。	討 4-1(P525)

伍、 臨時提案

一、 臨時討論案： 修訂「全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案」。	臨提 1-1(P551)

陸、 臨時動議

柒、 散會

貳、確認本會議 113 年度第 1 次臨時會

會議紀錄

-請參閱(不宣讀)確認

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」

113 年第 1 次臨時會會議紀錄

時間：113 年 4 月 25 日（星期四）下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：石署長崇良

紀錄：黃筠喬

彭代表家勛	彭家勛	陳代表俊良	陳俊良
黃代表雪玲	陳美女(代)	吳代表國治	蘇育儀(代)
林代表富滿	林富滿	李代表飛鵬	李飛鵬
游代表進邦	游進邦	徐代表邦賢	徐邦賢
李代表佳珂	李佳珂	羅代表界山	羅界山
陳代表志忠	陳志忠	劉代表淑芬	劉淑芬
劉代表碧珠	劉碧珠	李代表懿軒	李懿軒
嚴代表玉華	嚴玉華	朱代表世瑋	朱世瑋
羅代表永達	羅永達	李代表承光	李承光
謝代表景祥	謝景祥	林代表桂美	許美月(代)
朱代表文洋	朱文洋	吳代表茂昌	溫建雄(代)
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	(請假)
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	洪德仁	施代表壽全	施壽全
吳代表清源	吳清源		

列席單位及人員：

中華民國醫師公會全國聯合會	陳哲維、謝沁妤、黃佩宜
台灣醫院協會	王秀貞、吳昱嫻
中華民國藥師公會全國聯合會	鄭宇焱
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
台灣安寧照顧協會	蘇文浩
台灣安寧緩和護理學會	劉景萍
台灣安寧緩和醫學學會	施至遠、陳怡蓉
中華民國大腸直腸外科醫學會	孫文俊
中華民國癌症醫學會	謝佳訓
台灣臨床病理暨檢驗醫學會	林倍親
中華民國血液病學會	黃泰中
台灣病理學會	李力行
台灣婦產科醫學會	黃建霈
台灣周產期醫學會	洪秉坤
台灣消化系內視鏡醫學會	鍾承軒
台灣整形外科醫學會	林有德、蔡嘉軒、黃柏誠
中華民國骨科醫學會	傅尹志
台灣在宅醫療學會	陳英詔、黃子華
台灣居家醫療醫學會	趙榮勤
中華民國呼吸治療師公會全國聯合會	蕭秀鳳、趙克耘
社團法人台灣居家護理暨服務協會	曾勤媛
國立臺灣大學醫學院	沈麗娟
財團法人醫藥品查驗中心	黃莉茵、張慧如、朱素貞、 黃昭仁、林鈺婷、何函軒、 傅冠宜、郭立仁
衛生福利部社會保險司	白其怡

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

曾淑芬、林杰穎
卓琍萍
邱臻麗、李岳蓁、張 靈、
賴秋伶、許明慈、蕭似帆、
陳依婕、呂姿曄、林家輝、
賴彥壯、黃奕瑄、黃瓊萱、
黃怡娟、林沁玫、劉立麗、
蔡金玲、許博淇、賴宏睿、
李宛臻、施沂廷、謝欣穎、
黃思瑄、楊竣歲、何懿庭、
黃明珮、周筱妘、蔡政伶、
高翊庭、顏其敏、吳倍儀、
陳書涵、蔡孟妤、宋思嫻、
林煜翔、蘇明雪、高嘉慧

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) 修訂「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」案(序號 13)：修正辦理情形第 2 點，列入 113 年度委託財團法人醫藥品查驗中心辦理醫療科技再評估計畫內執行，俟有成果後再提本會議報告，本案解除列管。
- (二) 修訂「全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫」案(序號 14)：有關聯繫機制，由本署另行召開討論會議，會前

請藥師公會全國聯合會蒐集醫師公會全國聯合會意見，本案繼續列管。

(三) 新增實體腫瘤、血液腫瘤次世代基因定序等 5 項診療項目案(序號 15)，考量「新增單基因檢測診療項目」將另以新案討論，爰本案解除列管。

(四) 其餘項目依議程所列。

肆、討論事項：

一、新增修訂「經口內視鏡食道肌肉切開術」等 13 項診療項目案(詳附件 1，P9-13)。

說明：

(一) 新增「經口內視鏡食道肌肉切開術」、「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)」、「預立醫療照護諮商費—未曾申報或該次住院僅申報 1 次 02020B 者／同次住院申報 2 次 02020B 者」等 6 項診療項目。

(二) 修訂 12195B「Her-2/neu 原位雜交」適應症及中文名稱；81028C「前置胎盤或植入性胎盤之剖腹產」，限執行醫院資格；12207B「白血病即時定量聚合酶連鎖反應法」等 3 項併新增「白血病即時定量聚合酶連鎖反應法(IVD)」等 2 項診療項目。

決議：

(一) 同意新增「預立醫療照護諮商費—未曾申報或該次住院僅申報 1 次 02020B 者／同次住院申報 2 次 02020B 者」(3,000 點/1,500 點)，其適應症採 B 案，須具完全行為能力之住院病人並符合 65 歲以上重大傷病且罹患安寧收案條件所列之疾病別、輕度失智症(CDR 0.5-1 分)、符合病主法第 14 條第 1 項第 5 款公告之疾病別、居整計畫收案對象，並訂有支付規範。

(二) 同意修訂 12195B「Her-2/neu 原位雜交」適應症及中文名稱、12207B「白血病即時定量聚合酶連鎖反應法」等 3 項

併新增「白血病即時定量聚合酶連鎖反應法(IVD)」等 2 項診療項目。

- (三) 有關「經口內視鏡食道肌肉切開術」，因適應症、支付規範及內含之材料費未達共識，暫保留；「顯微血管游離瓣手術－穿通枝瓣移植」，因部分代表對本項成本分析仍有疑義，暫保留，並邀請前開持不同意見之醫界代表共同參與後續討論；81028C「前置胎盤或植入性胎盤之剖腹產」，因屬限縮執行院所資格，由本署就中重度急救責任醫院及不同地區剖腹產之死亡率及併發症等結果之差異性評估後再議。

二、新增「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」案(詳附件 2，P14-41)。

說明：計畫重點如下：

- (一) 收案對象限診斷為肺炎、尿路感染、軟組織感染，且為全民健康保險居家醫療(照護)相關計畫收案個案、照護機構住民或經急診轉介之失能個案。
- (二) 給付項目及支付標準
1. 每日醫療費、每日護理費及遠端生命徵象監測費採論日支付。居家藥事照護費、呼吸治療師訪視費及緊急訪視費採論次支付，醫師收案評估費及壓傷、噴霧、氧氣治療管理指導費採按件支付。
 2. 床側檢驗(查)依支付標準所訂定支付點數加計 20% 支付。
 3. 回饋獎勵金：以「每件在宅急症照護基本點數」及「實際申報點數」差額之 80% 作為獎勵。
 4. 虛擬健保卡獎勵金：協助綁定之獎勵金每位個案限獎勵一次；申報獎勵金依院所當年使用虛擬健保卡申報醫療費用之案件比率計算。

決議：下列內容併修正後通過：

- (一) 醫療服務提供者資格，新增居家照護及居家安寧參與院所。

(二) 訪視人員之教育訓練，「在宅急症照護實務運作」時數修改為 2 小時，「在宅急症照護之臨床檢驗(查)實務運用」與「在宅急症照護之團隊照護機制」整併為 1 小時。

(三) 本計畫支付標準之「管理指導費」調整為衛教指導相關諮詢服務。

三、修訂全民健康保險遠距醫療給付計畫案。

決議：因時間因素，保留至下次會議討論。

四、修正「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊」方案（詳附件 3，P42-79）。

說明：修訂重點如下：

(一) 網路頻寬補助費用：行動網路(MDVPN) 補助酌修適用對象條件，並新增退場條件。

(二) 獎勵上傳資料：調整醫療檢查影像及影像報告獎勵點數：

1. X 光、內視鏡及超音波檢查計 41 項，同時上傳獎勵從原每筆獎勵 7 點，改為每筆獎勵 10 點。
2. 牙科 X 光檢查：顳顎關節 X 光攝影(單側)：從原需上傳 2 張調整為 1 張，並調整每筆獎勵點數從原 10 點調整為 5 點。

(三) 提升院所智慧化資訊機制獎勵：

1. 刪除醫療費用申報格式改版獎勵之部分負擔改版獎勵。
2. 調升虛擬卡獎勵金：
 - (1) 適用對象新增「在宅急症照護試辦計畫」及「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」。
 - (2) 新增獎勵指標占率級距 5%-25%。
 - (3) 調升每件獎勵點數：從原每件獎勵 10-40 點，調升為 10-80 點。
 - (4) 調升累積獎勵點數：虛擬卡服務累計 10 人以上獎勵，從原每家獎勵 5,000-20,000 點，調升為 5,000-30,000 點。

決議：通過，另代表提醒本方案之執行方式、辦理進度及提升院所智慧化資訊機制之成效評估指標，於 113 年 7 月提健保會報告。

五、規劃實施「全民健康保險推動使用生物相似藥之鼓勵試辦計畫」案（詳附件 4，P80-83）。

說明：計畫重點如下：

(一) 本計畫為期 3 年，以生物相似藥與原開發廠藥價差 20% 以上之成分進行鼓勵(計有 6 個藥品成分、28 個品項)。

(二) 鼓勵措施：

1. 處方開立獎勵：每次處方支付 150 點。
2. 藥費差額回饋：藥費差額 100% 回饋於次年度自主管理方案之目標管理點數校正。

(三) 預算來源：

1. 處方開立獎勵：由醫院總額及西醫基層總額之「醫療給付改善方案」專款支應，其中 113 年醫院總額 4,700 萬元、西醫基層總額 300 萬元，114 年及 115 年視年度預算支應。
2. 藥費差額回饋：由保險人各區業務組於醫院總額及西醫基層總額之「一般服務」項下辦理。

決議：下列內容併修正後通過：

- (一) 為明確本計畫鼓勵之藥品品項，增列本計畫鼓勵之生物相似性藥品健保代碼並公開官網專區。
- (二) 為簡化院所申報流程，處方開立獎勵費用調整為保險人按季勾稽撥付。
- (三) 代表建議本計畫係鼓勵健保特約醫療院所使用生物相似性藥品，爰修正處方開立獎勵費用，院所應用於推動生物相似性藥品之相關照護使用。

六、修訂「全民健康保險強化住院護理照護量能方案」其他護理獎勵分配方式案。

說明：

(一)護理全聯會方案：以各醫院每月提報之「非急性一般病床護理人員大小夜班總班次」分配。

(二)本署前次會議所提方案：依各醫院「特殊病床使用人日數（住院護理費醫令申報量）占率」分配。

決議：因未凝聚共識方案，考量本項經費影響護理人員獎勵時程，經徵詢本會議代表，同意授權由本署邀集醫院三層級（醫學中心、區域醫院及地區醫院）及護理全聯會討論，如達共識，依程序報衛生福利部核定。

伍、散會：下午 5 時 48 分

叁、報告事項

報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：歷次會議決議事項辦理情形。

說明：擬解除列管計 10 項，繼續列管計 1 項。

序號	編號	會議時間	案由	決議（結論）事項	辦理單位	辦理情形	列管建議	
							解除列管	繼續列管
1	112-4 報 3	112.12.14	有關臺中榮民總醫院提供「急診病人留置急診室超過 24 小時比率」顯著下降之相關執行策略案。	112 年第四次會議決定：洽悉，另考量造成急診病人滯留因素複雜，本會代表建議解決急診壅塞方法(如:列入分區共管方案、統一簽床及 AI 管理病床、病床透明公開化供民眾參考、訂定獎勵辦法等)，納入本署醫院總額研商議事會議討論參考，並研擬具體方案及改善策略，於 113 年度第 2 次本會議報告。	健保署醫管組	本署各分區業務組已於 113 年 4-5 月與台灣急診醫學會及轄區醫院共同討論之急診壅塞原因及改善策略，刻正綜整分區業務組所提急診品質提升方案修訂建議，預計 113 年 7 月下旬邀請台灣急診醫學會召開急診品質提升方案修訂溝通會議，續依決議提至本會議報告。		✓
2	113-2 報 3	113.3.21	修訂全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs) 3.4 版支付通則暨 113 年 7-12 月適用之相對權重統計結果案。	113 年第一次臨時會議決定：113 年 7-12 月適用之相對權重統計結果，將依本會議通過增修之支付標準進行權重參數校正後逕行預告及陳報衛生福利部作業，並提至 113 年 6 月本會議報告。 (113.3 決定、113.4 決定)	健保署醫管組	1. 本案業經 113 年 3 月 21 日本會議決議，由本署依會上通過支付標準增修項目進行權重參數校正後，先依程序辦理預告及報部作業，並將計算結果提至本次會議報告，已列入本次會議報告案第 2 案，於報告後解列管。 2. 衛生福利部業於 113 年 6 月 25 日以衛部保字第 1131260358 號函公告，自 113 年 7 月 1 日起施行。	✓	
3	113-2 報 5	113.3.21	113 年度醫院醫療給付費用總額「提升醫院兒童急重症照護量能」項目運用方式案。	113 年第二次會議決定：考量各法規兒童年齡範圍定義不同，爰將申報條件「未滿 19 歲」修改為「兒科及新生兒科」，餘洽悉。	健保署醫管組	衛生福利部業於 113 年 6 月 25 日以衛部保字第 1131260358 號函公告，自 113 年 7 月 1 日起施行。	✓	
4	113-2 報 6	113.3.21	113 年「主動脈剝離手術病患照護跨院合作」及「腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作」專款計畫案。	113 年第二次會議決定：洽悉，另代表建議監測夜間具執行手術能力醫院之病人轉出率及獎勵夜間收治病人之醫院，供 114 年計畫修訂參考。	健保署醫管組	本署業於 113 年 6 月 28 日以健保醫字第 1130112834 號函公告，自 113 年 7 月 1 日起施行。	✓	
5	113-2 報 7	113.3.21	新增「抗微生物製劑管理	113 年第二次會議決定：下列內容併修正後通過：	健保	本署業於 113 年 5 月 31 日以健保醫字第 1130110860	✓	

序號	編號	會議時間	案由	決議（結論）事項	辦理單位	辦理情形	列管建議	
							解除列管	繼續列管
			及感染管制計畫」案。	1. 考量醫院為每 4 年接受評鑑 1 次且感染管制章節未公布評鑑成績，又查醫院每二年應接受衛生局感染管制查核，故調整參與醫院資格為「符合醫院感染管制查核」。 2. 增列依醫療機構設置標準規定無須設置加護病房之醫院，「加護病房重點監測抗藥菌感染密度」指標得不計分，於「全院重點監測抗藥菌感染密度」指標最高積分由 15 分調升為 30 分。 3. 代表建議獎勵金給付人員應增列藥師，考量醫院投入感控之醫事人員不盡相同，爰修正文字由「相關人員」改為「相關醫事人員」。	署醫管組	號函公告，自 113 年 6 月 1 日起施行。		
6	113-2 報 10	113.3.21	修訂「全民健康保險提升之計畫」案。	113 年第一次臨時會議決定：有關聯繫機制，由本署另行召開討論會議，會前請藥師公會全國聯合會蒐集醫師公會全國聯合會意見。	健保署醫管組	有關聯繫方式本計畫已建立相關機制，另本署於 113 年 6 月 11 日與醫師公會全聯會、台灣醫院協會及藥師公會全聯會召開討論會議，決議由本署協助選定計畫優先納入評估之對象，並註記於「健保醫療資訊雲端查詢系統」，以利社區藥局收案參考。	✓	
7	113-臨 1 討 1	113.4.25	新增修訂「經口內視鏡食道肌肉切開術」等 13 項診療項目案。	113 年第一次臨時會議決議： 1. 同意新增「預立醫療照護諮商費—未曾申報或該次住院僅申報 1 次 02020B 者／同次住院申報 2 次 02020B 者」(3,000 點/1,500 點)，其適應症採 B 案，須具完全行為能力之住院病人並符合 65 歲以上重大傷病且罹患安寧收案條件所列之疾病別、輕度失智症(CDR 0.5-1 分)、符合病主法第 14 條第 1 項第 5 款公告之疾病別、居整計畫收案對象，並訂有支付規範。 2. 同意修訂 12195B「Her-2/neu 原位雜交」適應症及中文名稱、12207B「白血病即時定量聚合酶連鎖反應法」等 3 項併新增「白血病即時定量聚合酶連鎖反應法(IVD)」等 2 項診療項目。 3. 有關「經口內視鏡食道肌肉切開術」，因適應症、支付規範及內含之材料費未達共識，暫保留；「顯微血管游離瓣手術	健保署醫管組	1. 衛生福利部業於 113 年 6 月 25 日以衛部保字第 1131260358 號函公告，自 113 年 7 月 1 日起施行。 2. 暫保留案件後續辦理情形如下： (1)「顯微血管游離瓣手術—穿通枝瓣移植」經 113 年 5 月 8 日專家諮詢會議邀相關單位討論後，列入本次討論案第 1 案，於討論後解除列管。 (2)新增「經口內視鏡食道肌肉切開術」及修訂 81028C「前置胎盤或植入性胎盤之剖腹產」執行院所資格，俟綜整資料，並重新至專家諮詢會議後，再另案提至本會議討論。	✓	

序號	編號	會議時間	案由	決議（結論）事項	辦理單位	辦理情形	列管建議	
							解除列管	繼續列管
				一穿通枝瓣移植」，因部分代表對本項成本分析仍有疑義，暫保留，並邀請前開持不同意見之醫界代表共同參與後續討論；81028C「前置胎盤或植入性胎盤之剖腹產」，因屬限縮執行院所資格，由本署就中重度急救責任醫院及不同地區剖腹產之死亡率及併發症等結果之差異性評估後再議。				
8	113-臨1討2	113.4.25	新增「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」案。	113 年第一次臨時會議決議：下列內容併修正後通過： 1. 醫療服務提供者資格，新增居家照護及居家安寧參與院所。 2. 訪視人員之教育訓練，「在宅急症照護實務運作」時數修改為 2 小時，「在宅急症照護之臨床檢驗(查)實務運用」與「在宅急症照護之團隊照護機制」整併為 1 小時。 3. 本計畫支付標準之「管理指導費」調整為衛教指導相關諮詢服務。	健保署醫管組	本署業於 113 年 5 月 24 日以健保醫字第 1130110065 號函公告，自 113 年 7 月 1 日起施行。	✓	
9	113-臨1討4	113.4.25	修正「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊」方案。	113 年第一次臨時會議決議：通過，另代表提醒本方案之執行方式、辦理進度及提升院所智慧化資訊機制之成效評估指標，於 113 年 7 月提健保會報告。	健保署醫管組	本署業於 113 年 5 月 27 日以健保醫字第 1130110147 號函公告，自 113 年 5 月 1 日起施行。	✓	
10	113-臨1討5	113.4.25	規劃實施「全民健康保險推動使用生物相似藥之鼓勵試辦計畫」案。	113 年第一次臨時會議決議：下列內容併修正後通過： 1. 為明確本計畫鼓勵之藥品品項，增列本計畫鼓勵之生物相似性藥品健保代碼並公開官網專區。 2. 為簡化院所申報流程，處方開立獎勵費用調整為保險人按季勾稽撥付。 3. 代表建議本計畫係鼓勵健保特約醫療院所使用生物相似性藥品，爰修正處方開立獎勵費用，院所應用於推動生物相似性藥品之相關照護使用。	健保署醫審組	本署業於 113 年 6 月 14 日以健保審字第 1130111063 號函公告，自 113 年 7 月 1 日起施行。	✓	
11	113-臨1討6	113.4.25	修訂「全民健康保險強化住院護理照護量能方案」獎勵分配方式案。	113 年第一次臨時會議決議：因未凝聚共識方案，考量本項經費影響護理人員獎勵時程，經徵詢本會議代表，同意授權由本署邀集醫院三層級(醫學中心、區域醫院及地區醫院)及護理全聯會討論，如達共識，依程序報衛生福利部核定。	健保署醫管組	本署業 113 年 6 月 6 日以健保醫字第 1130662601 號公告修訂，自 113 年 1 月 1 日起施行。	✓	

註:前次會議討論案第三案因時間因素未及討論，將提至本次會議討論案第二案。

報告事項

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：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。

說明：

- 一、按 Tw-DRGs 支付通則十三規定：各 Tw-DRG 權重 (RW)、幾何平均住院日、醫療服務點數上限臨界點、醫療服務點數下限臨界點及標準給付額 (SPR)，由保險人每半年計算一次，每下半年依前一年度資料計算次年上半年度適用參數；每上半年依前前一年度資料計算當年下半年度適用參數。
- 二、113 年 7-12 月適用參數計算結果前經提 113 年 3 月 21 日本會議報告，為使各 DRG 權重更即時反應支付標準增修，決議未來由本署每年按 3 月/9 月共擬會議通過支付標準增修項目進行權重參數校正後，依程序先辦理預告及報部作業，計算結果再提 6 月/12 月共擬會議報告。
- 三、本署業依 113 年 3 月 21 日及同年 4 月 25 日本會議通過增修診療項目，重新計算 113 年 7 月-12 月 Tw-DRGs 適用參數，其計算方式及結果，重點說明如下(計算說明詳附件 1，頁次報 2-3)：
 - (一)相對權重 (RW) 計算過程及結果 (附件 2，頁次報 2-4)：
 1. RW=「某 Tw-DRGs 平均每人次點數/全國平均每人次點數」。
 2. 全國平均每人次點數 (57,533) =校正後全國總點數 (976 億點) /採計個案 (170 萬件)。
 3. 某 DRG 平均每人次點數=各 DRG 總點數/各 DRG 去極值後納入計算個案數。
 4. 經統計，各 DRG 之權重、上限臨界點、下限臨界點及幾何平均住院天數，詳附表 7.3 權重表(附件 3，頁次報 2-5~2-34)。

(二)標準給付額(SPR)計算過程及結果(附件4, 頁次報2-35):

1. $SPR = \text{全國合計點數} / \text{全國總權重} = 1,087 \text{ 億點} / 203 \text{ 萬} = 53,632 \text{ 點}$ 。

2. 相較 113 年 3 月 21 日本會議報告之 SPR 53,536 點, 增加 96 點。

四、查 113 年 7 月-12 月適用權重計算結果, 1,068 項 DRG 中計有 207 項 DRG 將採核實申報, 另採 DRG 包裹支付之 861 項 DRG, 相較於 113 年 1 月-6 月適用權重, 有 163 項 DRG 權重增加, 691 項 DRG 權重減少, 7 項 DRG 權重不變, 分析報告如附件5(頁次報2-36)。

五、本案業依程序辦理預告及報部作業, 自 113 年 7 月起生效適用。

決定:

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

- 一、採 111 年住院申報資料，並校正基本診療項目，並將 111 年至 113 年新增及修訂支付標準及 112 年特材支付點數調整品項及特材價量調查調整之點數差額串回申報資料後進行統計。與 113 年 1 月-6 月適用版本比較，住院總點數增加 4.0 億點，DRG 範圍增加 2.3 億點。
- 二、該年度符合 DRG 範圍之醫院住院申報資料經歸戶、排除不完整資料及不適用 DRG 範圍資料：
 - (一) 共計 194.6 萬筆，較前一年 199.5 萬筆減少約 4.9 萬筆。
 - (二) 醫療服務點數 1,211 億點，較前一年 1,195 億點增加約 15.67 億點。

113年7-12月適用之權重計算過程

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

一、全國平均每人點數之計算過程：

	個案數									計算RW之數據	
適用年度	申報資料歸戶	有效資料	不適用DRG	符合DRG範圍資料	排除資料				納入計算RW個案	校正後全國總點數	全國平均每人次點數
					清檔排除案件	異常轉歸案件	自行要求剖腹產案件	極值案件			
	A	B	C	D	a	b	c	d	E=D-a-b-c-d	F	G=F/E
113年7-12月	2,932,733	2,677,101	731,326	1,945,775	110,291	94,609	844	44,201	1,695,830	97,566,333,405	57,533

註1.「全國平均每人點數」計算步驟：

- (1)申報資料歸戶：113年以111年住院申報資料(已校正111年-113年支付標準調整及112年特材價量調查)，按醫院代碼、病人ID、住院日期、出生日期歸戶，新生兒依附案件歸戶。
- (2)有效資料：係指上述申報資料歸戶後，排除代辦案件、資料不完整案件及西醫基層住院申報資料。
- (3)同次住院生產及安胎：係指符合支付通則六(六)之2，同次住院期間之安胎費用不併入生產相關DRG，俟所屬MDC導入時按其適當DRG申報及支付。故本項之個案數為同次住院期間生產及安胎者，將安胎費用拆開以獨立個案處理。
- (4)清檔排除案件：以影響DRG落點之PROCEDURE CODE對應醫令，對應不到之案件不列入RW計算。
- (5)異常轉歸案件：轉歸為死亡、病危自動出院、一般自動出院、轉院、潛逃之案件，不列入RW計算。
- (6)極值案件處理：排除各DRG兩端極端值資料：
 - A.校正後醫療點數<DRG之2.5百分位值之個案，不納入計算。
 - B.個案校正後醫療點數>97.5百分位值者，其校正後醫療點數以97.5百分位值計算。
 校正後醫療點數：係依據支付通則一(一)之2規定，計算RW資料之基本診療項目支付點數以地區醫院支付標準校正。
並扣除支付通則六(六)規定之核實申報點數
- (7)符合DRG範圍資料：排除支付通則三，不適用DRG範圍之個案。
- (8)納入計算RW個案：符合DRG範圍資料扣除清檔案件、異常轉歸案件、自行要求剖腹產個案及極值案件後，計算權重之個案。
- (9)校正後全國總點數：上述納入計算個案之校正後醫療點數。
- (10)全國平均每人點數=校正後全國總點數/納入計算RW個案數。

註2.某Tw-DRG平均每人點數之計算步驟：

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

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

附表1.1

修改日期

1130508

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
1	11	00601	0.3987			2	10,252	39,213

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	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
1	48	01701	0.5341			5	7,224	57,168

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	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
1	85	03302	0.1944			3	2,566	22,118

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	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
2	35	047	0.2956			3	2,279	36,167

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	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
3	36	06602	0.2465			3	3,113	26,421

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	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
4	21	08002	0.6886			8	9,866	73,995

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	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
4	58	09602	0.4915			6	7,616	54,549

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	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
5	13	10503	9.0960	*		11	431,278	540,451

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	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
5	50	11604	2.4779			4	93,813	193,946

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	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
5	87	12701	-	*		-	-	-

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	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
5	124	14503	0.4237			3	5,212	30,891

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	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
6	37	16601	1.0737			3	41,278	66,026

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	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
6	74	17504	0.3932			4	6,092	39,712

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	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
7	2	192	3.0511		●	8	46,742	268,643

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	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
8	11	20908	3.6233			5	87,045	215,941

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	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
8	48	502	1.4444			11	29,032	92,445

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	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
8	85	228	0.7349			3	16,923	47,106

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	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
8	122	24201	1.0530			11	10,393	83,169

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	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
9	8	26702	0.2529			2	8,074	25,110

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	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
10	4	28802	1.8961			3	34,520	152,968

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	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
11	6	305	0.8703			3	15,138	81,620

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
11	7	308	0.8405			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
11	43	331	0.7375			6	7,268	89,752

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	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
13	1	35301	2.8810	*		9	79,683	221,557

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	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
14	9	37301	0.7199			3	31,067	43,097

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	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
15	11	N11	2.7810			13	44,516	337,477

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	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	-	*		-	-	-
17	5	40301	0.6769			3	3,596	129,010

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	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
21	9	444	0.4326			5	4,805	50,304

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	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
22	16	50606	3.4635			16	39,204	411,988

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	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
UN	2	46802	1.0553			4	15,135	133,277

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	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								

113年7-12月適用SPR之計算過程

符合DRG範圍		不納入計算之點數					計算SPR		
個案數	總點數	特定核實項目 申報點數	採核實申報 個案之點數	非反映支付標準 之校正因素	add-on特材加計點數	實際點數高於 上限臨界點 支付點數	全國合計點數	全國總權重	SPR值 (取整數)
A	B	C	D	E	F	H	I=B-C-D-E-F-H	J	K=I/J
1,945,775	121,056,102,706	3,192,966,611	2,470,522,948	647,823,054	85,006,212	5,912,699,632	108,747,084,248	2,027,648	53,632

註1.資料說明：

(1)資料來源：111年符合DRG範圍之住院申報資料(已校正111年-113年支付標準調整及112年特材價格調整)(103年起，權重、上下限臨界點改以前一年度之住院申報資料計算，並依年遞延。

(2) A.特定核實項目申報點數，係指DRG支付通則六之(六)所列雙胞胎以上之新生兒照護費、癌症及性態未明腫瘤之個案核實申報之化療(放療)費用、呼吸器、洗腎、生物製劑費用等定義之核實申報項目之點數。

B.生物製劑自103.7.1生效，IABP自103.7.1刪除。

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

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

低於下限		個案數<20之核實申報		合計	
個案數	點數	個案數	點數	個案數	點數
A ₁	B ₁	C ₁	D ₁	E ₁ =A ₁ +C ₁	F ₁ =B ₁ +D ₁
89,223	1,987,655,208	4,806	482,867,740	94,029	2,470,522,948

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

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

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

註2：SPR=(全國合計點數/全國總權重)=53.632，實施前後點數差值，係由於SPR採整數，小數點進位導致點數差值。

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

(2)全國總權重：

符合DRG範圍	不納入計算項目	實施前後 總點數中平原則	計算SPR
個案之總權重	低於下限或核實申報個案之總權重	反映權重	全國總權重
A ₂	B ₂	C ₂	D ₂ =A ₂ -B ₂ +C ₂
2,003,041	101,859	126,465	2,027,648

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

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

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

(4)符合DRG範圍之總點數=醫療總點數((SUM(AMT))-醫令類別為K之醫令點數加總((SUM(K_DOT)))。

113 年 7 月-12 月適用權重上升下降分析結果

1,068 項 DRG 中計有 207 項 DRG 將採核實申報，另採 DRG 包裹支付之 861 項 DRG，相較於 113 年 1 月-6 月適用權重版本，有 163 項 DRG 權重增加，691 項 DRG 權重減少，7 項 DRG 權重不變：

(一)無權重核實申報者：計 76 項 DRG，與 113 年 1 月-6 月適用版本相同。

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

(三)已導入之 DRG 項目(328 項)：

1. 權重上升或不變 (計 30 項 DRG)：

(1)主要為 MDC6 消化系統之疾病與疾患，共 9 項 DRG。

(2)定額影響：30 項皆為定額增加，以 MDC6 之 DRG 16303「雙側及其他疝氣手術，年齡 0-17 歲，有合併症或併發症」定額增加 3,190 點最多。

2. 權重下降(計 298 項 DRG)：

(1)主要為 MDC8 骨骼、肌肉系統及結締組織之疾病與疾患，共 116 項 DRG。

(2)定額影響：284 項定額減少，以 MDC11 之 DRG 30201「腎移植，有合併症或併發症」定額減少 829 點最多。

(四)未導入或暫緩導入之 DRG 項目(533 項 DRG)：

1. 權重上升或不變 (計 140 項 DRG)：

(1)主要為 MDC4 呼吸系統之疾病與疾患共 23 項 DRG。

(2)定額影響：140 項定額皆增加，以 MDC15 之 DRG N14「出生≤27 天，出生體重>2499 公克，有手術，主或次診斷有多重 MAJOR PROBLEM」定額增加 27,247 點為最多。

2. 權重下降(計 393 項 DRG)：

(1)主要為 MDC1 神經系統之疾病與疾患之 56 項 DRG。

(2)定額影響：361 項定額減少，以 PRE MDC 之 DRG 48001「肝移植，有合併症或併發症」定額減少 1,180 點最多。

報告事項

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：因應全民健康保險門診、住診醫療申報資料自 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。

說明：

- 一、本署近年陸續接獲各界反映現行 2014 年版 ICD-10-CM/PCS 代碼不敷使用，建議採用較新版本代碼，以符合國際臨床照護資料編碼需求及正確反應醫療品質及疾病嚴重度，爰自 110 年起啟動代碼轉版規劃工作，並預計於 114 年 1 月 1 日起全面改採 2023 年版。為利醫療院所預做準備，本署於 112 年 7 月至 113 年 1 月將 2023 年版文件初稿公告於本署全球資訊網供外界參考。
- 二、依前述轉版規劃，本署分別於 112 年及 113 年就支付標準及各項專案計畫需配合修訂內容進行盤點，摘要如下：
 - (一)修訂支付標準（**附件 1，頁次報 3-4～3-51**）：
 - 1.第二部第一章第八節及第五部第三章之附表一、失智症、十一、符合病人自主權利法第十四條第一項第五款所列臨床條件者，以及十二、罕見疾病或其他預估生命受限者，各增列 40 項代碼。
 - 2.第四部中醫通則及附表增修 51 項代碼。
 - 3.第六部論病例計酬增修 32 項代碼。
 - 4.第七部全民健康保險住院診斷關聯群第一章增修 64 項代碼。
 - (二)修訂本署相關方案（計畫）（**附件 2，頁次報 3-52～3-164**）：
 - 1.西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫：修訂五、適用範圍之顱腦損傷，增列 6 項代碼。

- 2.全民健康保險中醫急症處置計畫：修訂六、適用範圍之胸悶、胸痛、心悸及梗塞性腦中風之適應症代碼，增列 5 項。
- 3.全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案：增列五、適用範圍之胃癌適應症代碼，增列 4 項代碼。
- 4.呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫：第一章及第二章第二節之收案條件，增修 42 項代碼。
- 5.113 年度西醫基層總額品質保證保留款實施方案：
 - (1) 修訂方案獎勵指標項目之健保卡處方登錄差異率 $\leq 8\%$ （註 4）疾病別範圍代碼，增修 91 項。
 - (2) 修訂方案獎勵指標項目之初期慢性腎臟病 eGFR 執行率（註 6）疾病別範圍代碼，增修 15 項。
- 6.醫院以病人為中心門診整合照護計畫：修訂方案陸、費用申報及支付第二項失智症門診照護家庭諮詢費用及附件 6 失智症定義，增列 4 項代碼。
- 7.113 年度西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫：修訂附件 2、急性心肺疾病以 ICD-10-CM 認定表之心臟疾病代碼，增列 5 項。
- 8.安寧共同照護試辦方案：修訂附表 1 疾病別範圍代碼，增修 40 項。
- 9.急診品質提升方案：修訂伍、計畫構面之重大疾病診斷碼，增列 44 項代碼；附表增修共 35 項代碼。
- 10.末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫：修訂肆、二照護對象及收案條件，增修 3 項代碼。
- 11.B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者醫療給付改善方案：修訂參計畫內容之收案對象，刪除 2 項代碼。

三、 本案修訂後支付標準及方案（計畫）同附件 1 及附件 2（頁次報 3-4～3-164），支付標準將依程序報請衛生福利部核定後發布實施，方案(計畫)報請衛生福利部核定後，本署公告實施。

決定：

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、 <u>L03.213</u>	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
<u>B97.2、U07.1</u>	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

ICD-10-CM	中文病名
I25	慢性缺血性心臟病
I26	肺栓塞
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

ICD-10-CM	中文病名
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

ICD-10-CM	中英文病名
H33、 <u>H44.2C1、H44.2C2、H44.2C3、H44.2C9</u>	視網膜退化及裂孔
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、 <u>P91.821、P91.822、P91.823、P91.829</u>	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

ICD-10-CM	中英文病名
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、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~~ <u>G93.31、 G93.32、G93.39</u>	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 <u>P91.821、P91.822、 P91.823、P91.829</u>	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、 <u>M24.19</u>	關節軟骨疾患，多處部位
M24.50、 <u>M24.59</u>	關節緊縮，多處部位
M24.60、 <u>M24.69</u>	關節粘連，多處部位
M24.80、 <u>M24.89</u>	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、 <u>M25.59</u>	關節痛，多處部位
M25.60、 <u>M25.69</u>	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

ICD-10-CM	中文病名
S00.91	頭部未明示部位擦傷
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

ICD-10-CM	中文病名
S20.41	後胸壁擦傷
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

ICD-10-CM	中文病名
S43.9	肩帶未明示部位扭傷
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

ICD-10-CM	中文病名
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

ICD-10-CM	中文病名
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
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

ICD-10-CM	中文病名
S80.1	小腿挫傷
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

ICD-10-CM	中文病名
S96.00	踝部及足部區位姆長屈肌和肌腱損傷
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
<u>S99.0-S99.2</u>	

附表 4.7 舌診儀、脈診儀檢查適應症

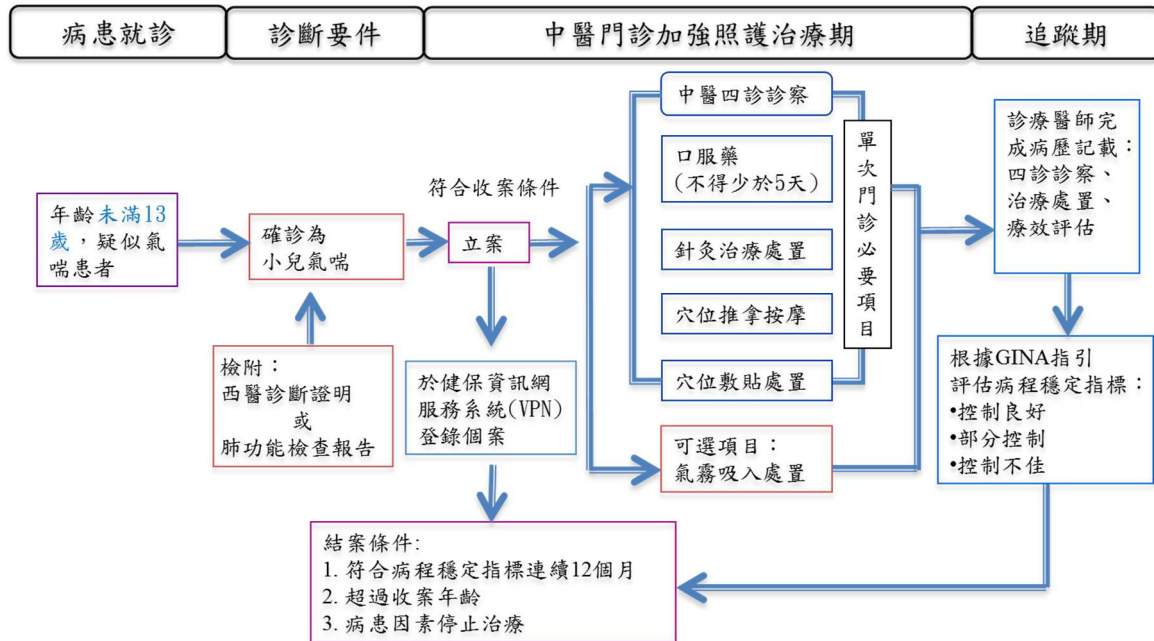
疾病分類	適應症(ICD-10-CM)	診斷標準
心血管循環系統疾	1.心臟衰竭(I50; I11.0; I13; I97.13; O75.4; I09.81)	左心室射出率 $\leq 35\%$ ；左心室射出率介於 36%-50%，合併典型心臟衰竭症狀；左心室射出率 $> 50\%$ ，合併典型心臟衰竭症狀，且經心臟專科醫師確診者。
	2.急性冠狀動脈疾病(I24)	3 個月內曾因胸痛接受心導管檢查，確診有冠狀動脈阻塞或置入支架者。
	3.深層靜脈栓塞(I82)	靜脈超音波檢查或靜脈攝影檢查確診者。
	4.心律不整(I47; I49; R00; <u>G90.A</u>)	經心臟專科醫師確診者。
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~~ <u>N18.30;N18.31;N18.32</u> ; N18.4; N18.5)	Stage III：中度慢性腎衰竭 eGFR：30~59 ml/min/1.73 m ² ；Stage IV：重度慢性腎衰竭 eGFR：15~29 ml/min/1.73 m ² ；Stag V：末期腎臟病變 eGFR：<15 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)	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
	3.全身性硬化症(M34)	
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; <u>P91.821;P91.822;P91.823;P91.829</u>)	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; <u>F06.70;F06.71</u> ; 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)。

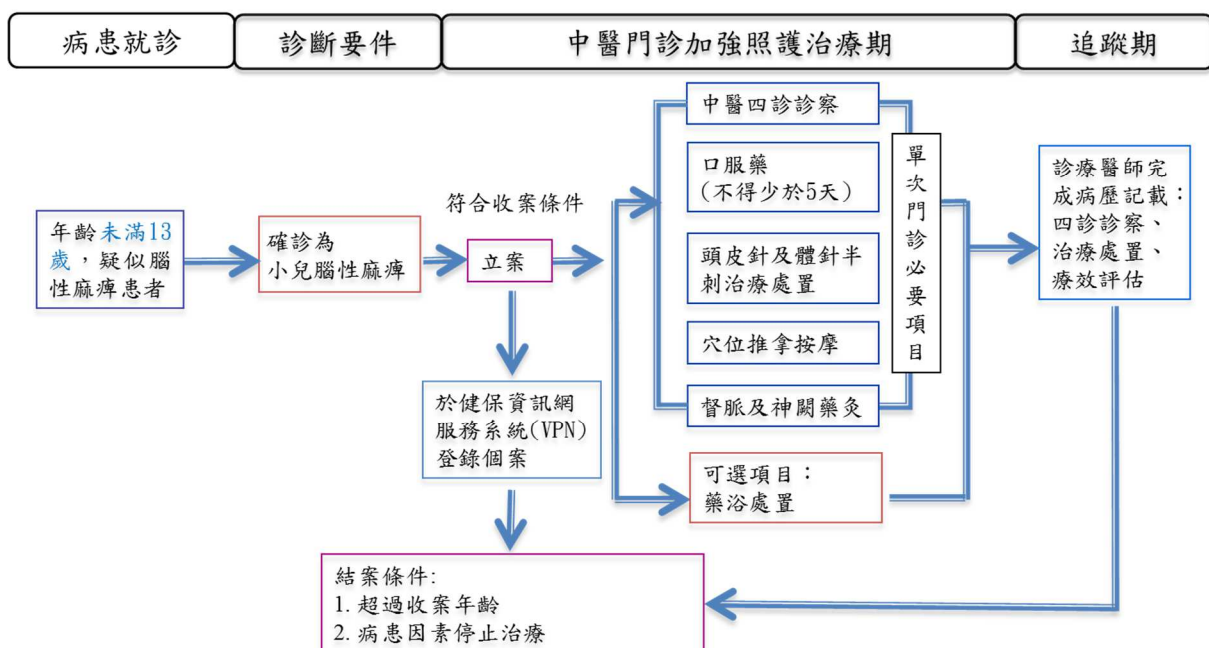
疾病分類	適應症(ICD-10-CM)	診斷標準
	2.子宮內膜異位症(N80)	有內診、超音波紀錄或腹腔鏡檢查，經婦產科醫師診斷者。
	3.不孕症(N46; N97)	結婚一年內有正常之性行為仍無法懷孕，經婦產科醫師診斷者。

附表 4.8.1 標準作業流程

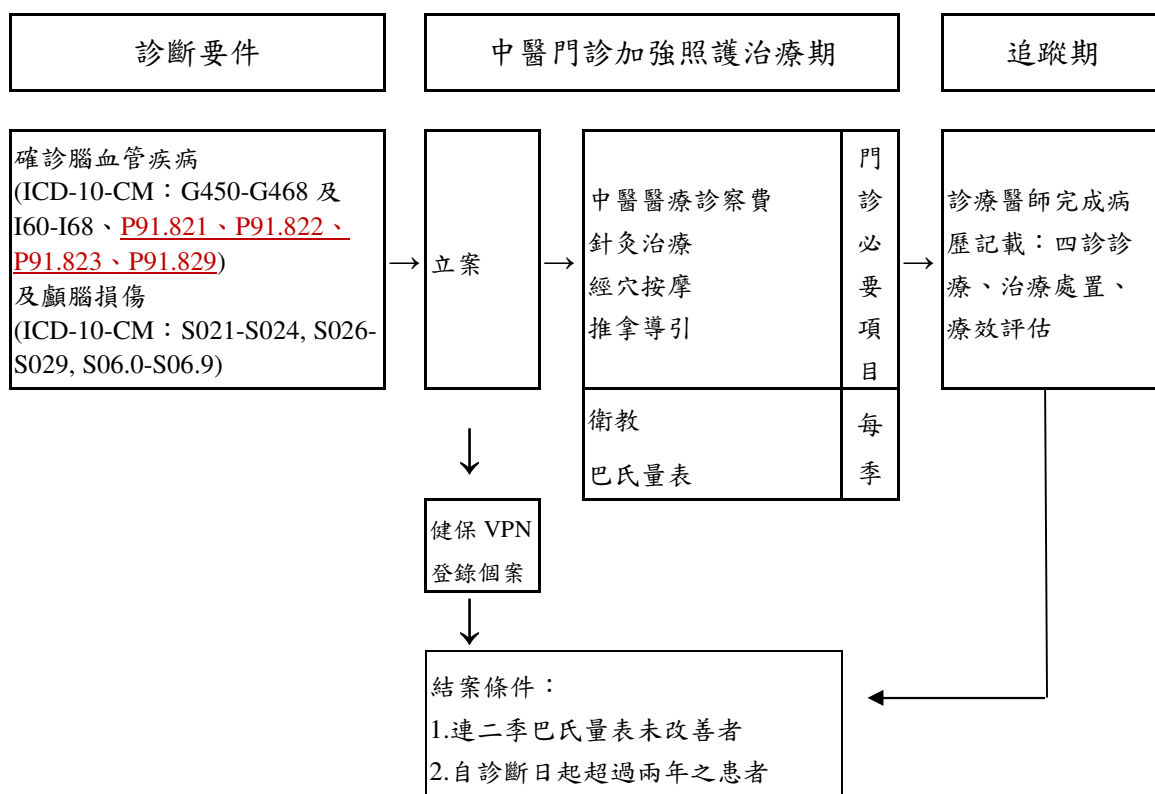
中醫特定疾病門診加強照護-(一)小兒氣喘疾病門診加強照護



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	子宮肌瘤切除術(住院)、子宮鏡子宮肌瘤切除術(住院) 註：1.診療項目要求表(詳附表 6.2.1) (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°C (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.門診回診時間 3.主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)：0U590ZZ、0UB90ZZ、0U598ZZ、0UB98ZZ 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				45188
97017C	輸卵管外孕手術(住院) 註：1.診療項目要求表(詳附表 6.2.2) (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°C (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.主診斷碼及主手術(或處置)碼： 主診斷碼(ICD-10-CM)： ~~000.1~~ 000.101、000.102、000.109、000.111、000.112、000.119 主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)：0U950ZZ、0U960ZZ、0U970ZZ、10T20ZZ、10D27ZZ、	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
	10D28ZZ、 <u>10D20ZZ</u> 、 <u>10D24ZZ</u> 、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°C (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°C (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°C (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°C (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		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
	3.主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)： 0UT9FZZ+0UTC4ZZ、0UT9FZZ+0UTC7ZZ、 0UT90ZZ+0UTC0ZZ+0UJD4ZZ					
97044C	腹腔鏡卵巢部分（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 6.2.7) (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)：0UB04ZZ、0UB14ZZ、 0UB24ZZ、0U504ZZ、0U514ZZ、0U524ZZ、 0UT74ZZ、0UT64ZZ、0UT54ZZ、0UT04ZZ、 0UT14ZZ、0UT24ZZ、0UT24ZZ+0UT74ZZ、 0UT04ZZ+0UT54ZZ、 0UT14ZZ+0UT64ZZ 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				66103
97047C	腹腔鏡子宮外孕手術(住院) 註：1.診療項目要求表(詳附表 6.2.8) (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.主診斷碼及主手術(或處置)碼：	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
	主診斷碼(ICD-10-CM)：<u>~~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、000.219、~~000.8~~ 000.80、000.89、~~000.9~~ 000.90、000.91</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平均每人人次點數/全國平均每人人次點數」。

(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、 <u>0USG7ZZ</u> 、 <u>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)

2.

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
68.59+70.77 +70.50	(0UT97ZZ、0UT98ZZ、0UTC7ZZ、0UTC8ZZ) +(0USG0ZZ、0USG4ZZ、0USGXZZ、 <u>0USG7ZZ</u> 、 <u>0USG8ZZ</u>) +(0JQC0ZZ、0JQC3ZZ、0JUC07Z、0JUC0JZ、 0JUC0KZ、0JUC37Z、0JUC3JZ、0JUC3KZ、 0UUG07Z、0UUG0JZ、0UUG0KZ、0UUG47Z、 0UUG4JZ、0UUG4KZ、0UUG77Z、0UUG7JZ、 0UUG7KZ、0UUG87Z、0UUG8JZ、0UUG8KZ)

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
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)

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、 <u>0US97ZZ</u> 、 <u>0US98ZZ</u>) +(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、 <u>0USF8ZZ</u>)
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、

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
	0UQG3ZZ、0UQG4ZZ、0UQG7ZZ、0UQG8ZZ、 0UQGXZZ、0UQG0ZZ、0UQG3ZZ、0UQG4ZZ、 0UQG7ZZ、0UQG8ZZ、0UQGXZZ、0WQN0ZZ、 0WQN3ZZ、0WQN4ZZ、0WQNXZZ) +(0US90ZZ、0US94ZZ、 <u>0US97ZZ、0US98ZZ</u>) +(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、 <u>0USF8ZZ</u>)
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)

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

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、 <u>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</u>
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、 <u>5A0935A、5A0945A、5A0955A</u>

(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	<u>5A1D00Z~5A1D60Z</u> <u>5A1D70Z、5A1D80Z、5A1D90Z</u>

(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 (每一收案個案)	RCW (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。

(二)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。

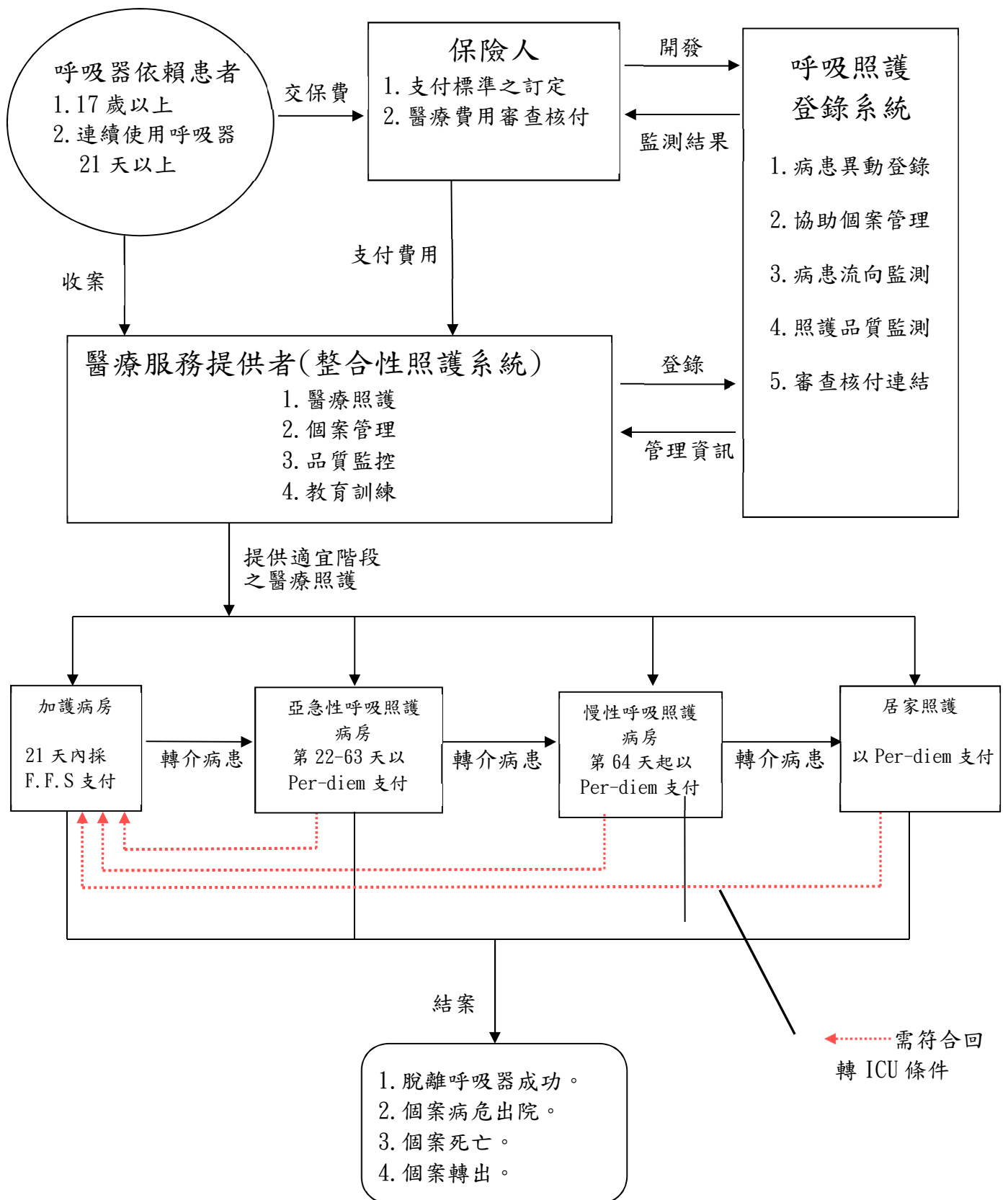
(5) 呼吸器脫離成功率。

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

指標項目	操作型定義
健保卡處方登錄 差異率 $\leq 8\%$	3.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 4.健保卡處方登錄錯誤率$=\Sigma[(A/B)\times 100\%]/【\text{健保卡上傳之月份合計數}】$ 分子 A：當月份(以就醫日期計算範圍)健保卡上傳欄位[A79]之錯誤代碼為 AA 或 16 之筆數。 分母 B：當月份(以就醫日期計算範圍)健保卡上傳之處方(醫令)筆數。 註：排除精神病、愛滋病、受性侵害之醫令筆數。 排除 ICD-10 診斷碼為 B20、F01.50、~~F01.51~~→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。
註 5： 門診病人健保雲端藥歷系統查詢	1. 資料期間：西醫基層特約診所 113 年 1 月至 12 月病人查詢資料。 2.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3.公式：A/B

指標項目	操作型定義
率>10%，惟家醫科和內科門診病人健保雲端藥歷系統查詢率>15%	A：門診病人查詢健保雲端藥歷系統人數。 B：門診病人數。 備註：病人數係以就醫病人 ID 合併歸戶計算。
註 6： 初期慢性腎臟病 eGFR 執行率	1. 資料期間：西醫基層特約診所 113 年 1 月至 12 月資料。 2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3. 公式：A/B A：分母 ID 中，在統計期間於門診有執行肌酸酐(Creatinine)檢驗人數。 B：符合初期慢性腎臟病方案收案條件之初期慢性腎臟病人數(ID 歸戶數)。 4. 慢性腎臟疾病一任一主、次診斷之 ICD_10_CM 為三碼為 A18.11、A52.75、C64.1、C64.2、C64.9、C7A.093、~~D59.3~~、~~D59.30~~、~~D59.31~~、~~D59.32~~、~~D59.39~~、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、~~N00.A~~、N01.0、N01.1、N01.2、N01.3、N01.4、N01.5、N01.6、N01.7、N01.8、N01.9、~~N01.A~~、N02.0、N02.1、N02.2、N02.3、N02.4、N02.5、N02.6、N02.7、N02.8、N02.9、~~N02.A~~、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、~~N04.A~~、N05.0、N05.1、N05.2、N05.3、N05.4、N05.5、N05.6、N05.7、N05.8、N05.9、~~N05.A~~、N06.0、N06.1、N06.2、N06.3、N06.4、N06.5、N06.6、N06.7、N06.8、N06.9、~~N06.A~~、N07.0、N07.1、N07.2、N07.3、N07.4、N07.5、N07.6、N07.7、N07.8、N07.9、~~N07.A~~、N08、N14.0、~~N14.1~~、~~N14.11~~、~~N14.19~~、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。 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。

指標項目	操作型定義
	5.肌酸酐(Creatinine)檢驗案件係指申報醫令代碼為 09015C 及 09016C 之案件。
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 $\geq$ 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。
- 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：

(四)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)。

(五)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。

(六)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. VO₂peak <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	1000

編號	診療項目	支付點數
	PTC 4.等速肌力訓練 Isokinetic training PTC 6.行走訓練 Ambulation training PTM 5.被動性關節運動 Passive R.O.M. PTM 7.運動治療 Therapeutic Exs. PTM 9.肌力訓練 Strengthening Tx PTM 10.耐力訓練 Endurance training PTM 13.姿態訓練 Posture training (含步態訓練及姿勢訓練) PTS 11.低能雷射治療 Low power laser PTS 2.治療性冷/熱敷 Hot/cold pack (2)43031C職能治療-複雜治療項目： OT 1.姿態訓練 OT 3.坐站平衡訓練 OT 4.移位訓練 OT 5.日常生活訓練 OT 7.運動知覺訓練 OT 8.上肢(下肢)功能訓練 OT 12.知覺認知訓練) (3)其他：47041C、47045C或第二部第二章第六節呼吸治療處置。 3.收案須檢附心肺運動功能評估報告(附件 3)。 4.不得同時申報診療項目 42019C、43031C。	
P7602P	心肺復健治療評估 註： 1.每人限申報 3 次。 2.第二次、第三次：個案心肺運動功能評估報告中，符合休息血壓及心跳下降，或自覺疲勞指數改善 1 分以上或六分鐘步行測試距離進步>20 公尺以上。 3.第二次限執行復健整合治療費至少 12 次後申報，第三次為執行復健整合治療費 36 次或符合結案條件後申報。 4.申報須檢附附件 3： (1)第一次：心肺運動功能測試(CPET)報告、西醫診所心肺功能評估表。 (2)第二次、第三次：西醫診所心肺功能評估表。	300

(二)品質獎勵費：每個案每年度獎勵500點。

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

2.心肺運動功能改善達到正常標準，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		☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他			
	認證書面資料影本		☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他			
保險醫事服務機構	機構章戳	保險人審核意見欄		1 ☐ 審核通過 2 ☐ 不符合規定 3 ☐ 資料不全，請補齊 4 ☐ 其他 日期章戳：		本欄由審查單位填寫
	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	☐ 有 ☐ 無 (註:)	☐ 有 ☐ 無 (註:)	☐ 有 ☐ 無 (註:)
資料來源	☐ 醫院 ☐ 診所	☐ 醫院 ☐ 診所	☐ 醫院 ☐ 診所
西醫診所心肺功能評估表【必填】			
身高(cm)			
體重(kg)			
BMI			
血壓-收縮壓(mmHg)			
血壓-舒張壓(mmHg)			
心跳(beat/min)			
六分鐘步行測試距離(m)			

自覺疲勞指數(0-10) , 詳備註			
治療師衛教紀錄 衛教對象	☐ 有 ☐ 無 ☐ 本人 ☐ 家屬： ☐ 其他：	☐ 有 ☐ 無 ☐ 本人 ☐ 家屬： ☐ 其他：	☐ 有 ☐ 無 ☐ 本人 ☐ 家屬： ☐ 其他：
醫師/團隊人員 (若更多人員請增列)	醫師 醫事人員 1 醫事人員 2 醫事人員 3	醫師 醫事人員 1 醫事人員 2 醫事人員 3	醫師 醫事人員 1 醫事人員 2 醫事人員 3

備註：

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

【附件 4】

全民健康保險西醫基層提升心肺疾病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、~~I71.4~~→I71.10、I71.11、I71.12、I71.13、~~I71.3~~→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、~~I71.4~~→I71.10、I71.11、I71.12、I71.13、~~I71.3~~→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，每人每次每月補助上限 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、 <u>P91.821、P91.822、P91.823、P91.829</u>
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~~ <u>T07.XXXA</u> 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、 <u>S99</u> （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、 <u>K61.5</u> 、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、 <u>K76.82</u>

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	急性心肌梗塞照護獎勵 註： 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。 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)。	6,000
P4612B P4613B	重大外傷照護獎勵_2 小時內進開刀房 重大外傷照護獎勵_4 小時內進開刀房 註： 1.適用對象： (1)符合下列主診斷碼且 ISS$\geq$16 之急診病人：<u>T07</u> <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")。 (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。 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)。 3.限擇一申報。	10,000 2,000
P4602B	嚴重敗血症照護獎勵 註： 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。 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	2,000

編號	項目	點數
	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。	
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 —OHCA 轉出院所照護獎勵	同轉入院所
P4617B	—OHCA 轉入院所照護獎勵_清醒出院	15,000
P4618B	—OHCA 轉入院所照護獎勵_存活出院	5,000
	註： 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。 2.支付條件及規範： (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)。 (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。 (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)。 (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。	
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
	註： 1.適用對象：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~~	

編號	項目	點數
	~~I71.3、I71.30、I71.31、I71.32、I71.33、I71.5、I71.50、I71.51、I71.52~~ 、I71.8 之急診病人，需緊急手術者。 2.支付條件及規範： (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)。 (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)。 (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。	

二、急診轉診品質獎勵

編號	項目	點數
P4603B P4624B —	(一)向上轉診 1.轉出醫院 — 急診上轉轉出醫院獎勵 500 — 急診上轉轉出醫院 60 分鐘內轉出獎勵 1,500 — 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	
P4604B P4619B	2.接受轉診醫院 — 急診上轉轉入醫院獎勵 500 — 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 註： 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。 2.適用向上轉診之疾病主診斷如附表二。 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。	
P4605B P4611B	(二)向下轉診 1.轉出醫院 — 急診下轉轉出醫院獎勵 2,000 — 急診下轉轉出醫院獎勵 1,000	

P4606B P4626B P4609B P4627B P4610B	—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。 2.接受轉診醫院 —急診下轉轉入醫院獎勵 —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） 註： 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。 2.適用向下轉診之疾病主診斷如附表三。 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。	2,000 詳註 2 詳註 2 詳註 2 詳註 2
P4607B P4625B — P4608B P4620B	(三)平行轉診 1.轉出醫院 —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】 2.接受轉診醫院 —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） 註： 1.適用平行轉診之疾病主診斷如附表二、附表三。 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。	500 1,500 5,000 500 5,000

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 前三碼為 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
	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。 4. 下列照護個案資料，留存院所備查： (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 2-2「慢性腎臟疾病(CKD)個案照護追蹤紀錄總表」。 (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。 (4)附表 2-4「AKD/CKD 個案追蹤照護病歷紀錄表」。 (5)附表 5-1「AKD/CKD 個案照護營養追蹤紀錄總表」。 (6)附表 5-2「AKD/CKD 個案照護營養紀錄」。	
P3403C	CKD 完整複診衛教及照護費(每次) 註： 1.內含醫師、護理師、營養師等照護費用。 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。 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。 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。 5.下列照護個案資料，留存院所備查： (1)附表 2-2「慢性腎臟疾病(CKD)個案照護追蹤紀錄總表」。 (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。 (3)附表 2-4「AKD/CKD 個案追蹤照護病歷紀錄表」。 (4)附表 5-1「AKD/CKD 個案照護營養追蹤紀錄總表」。 (5)附表 5-2「AKD/CKD 個案照護營養紀錄」。	600
P3404C	CKD 年度評估費 註： 1.內含醫師、護理師、營養師等照護費用。 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。	600

編號	診療項目	支付點數
	3.於完成年度檢查，須記錄檢驗資料。檢驗（報告）日期須於就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。 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。 5.下列照護個案資料，留存院所備查： (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。 (2)附表 2-5「慢性腎臟疾病(CKD)個案年度照護評估紀錄表」。	
P3406C	CKD 病人照護獎勵費： -屬 Stage 3B、4 期病人，給予照護一年後，須符合下列獎勵條件： (1)糖尿病人：eGFR 下降速率<6 ml/min/1.73m²/year。 (2)非糖尿病人：eGFR 下降速率<4 ml/min/1.73m²/year。	1,500
P3407C	-屬 Stage 5 期病人，給予照護一年後，須符合下列獎勵條件： (1)糖尿病人：eGFR 下降速率<6 ml/min/1.73m²/year。 (2)非糖尿病人：eGFR 下降速率<4 ml/min/1.73m²/year。 (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。	3,000
P3408C	-屬蛋白尿病人，其蛋白尿達完全緩解者(U_{pcr}<200 mg/gm)。 註： 1. P3406C 及 P3407C 每人每年限申報一次；P3408C 每人限申報一次。 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。	1,000
P3409C	CKD 病人持續照護獎勵費 註： 1.內含醫師、護理師、營養師等照護費用。 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。 3.當年符合申報 P3406C、P3407C 或本項者，擇一申報。	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	AKD 新收案管理照護費 註： 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： (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	AKD 病人衛教照護費 註： 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： (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」。	600

編號	診療項目	支付點數
	(3)附表 5-2「AKD/CKD 個案照護營養紀錄」。 (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）。	200

	(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 P6814C 者，不得再申報本項。	
P3415C	CKD 藥事照護定期追蹤費 註： 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： (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	CKD 年度藥事評估費 註： 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： (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	AKD 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）。 (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 註： 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)。	200

(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	結案資料處理費 註： 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： (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： (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	預先建立瘻管或導管獎勵費 註：每人限申報一次。須符合下列條件，方得申報： 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

編號	診療項目	支付點數
P3411C	保險對象接受親屬活體腎臟移植者之照護獎勵費 -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。

報告事項

第四案

提案單位：臺灣兒科醫學會

案由：修訂基層院所藥事服務費（下稱藥服費）之兒童加成規範案。

說明：

- 一、依據臺灣兒科醫學會（下稱兒科醫學會）113年1月19日台兒醫字第113022號函暨本署113年5月23日全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額113年第2次研商議事會議（下稱西基研商會議）決議（**附件1，頁次報4-3~4-4**）辦理。
- 二、查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）調劑章節通則，藥服費均屬兒童加成項目，即未滿7歲兒童得依表定點數加計20~60%，惟基層院所調劑不得申報前述加成。
- 三、兒科醫學會前於113年1月19日來函表示，基層院所及特約藥局藥師調配相同處方箋藥品，僅特約藥局得申報兒童加成，實屬不公，建議將基層院所納入藥服費兒童加成範圍。
- 四、本案前經113年第2次西基研商會議決議通過，修訂基層診所藥服費兒童加成方式，調整與藥局相同。
- 五、財務影響評估：

（一）統計108年至112年基層院所申報各類藥服費之醫令申報量約6.00~11.85百萬件。

單位：百萬件、%					
年度	108年	109年	110年	111年	112年
醫令量	11.85	8.85	6.00	7.58	10.60
成長率	-	-25.3	-32.2	26.4	39.8
108年至112年年平均成長率					-2.73

（二）考量近年基層院所各類藥服費之申報量不穩定，且108年至112年年平均成長率為負值，爰本署以112年醫令申報量及零成長推估，約增加財務支出86.23百萬點，如下表：

年齡區間	加成率	推估財務影響（百萬點）
未滿 6 個月	60%	4.64
6 個月~未滿 2 歲	30%	19.87
2 歲~未滿 7 歲	20%	61.72
總計		86.23

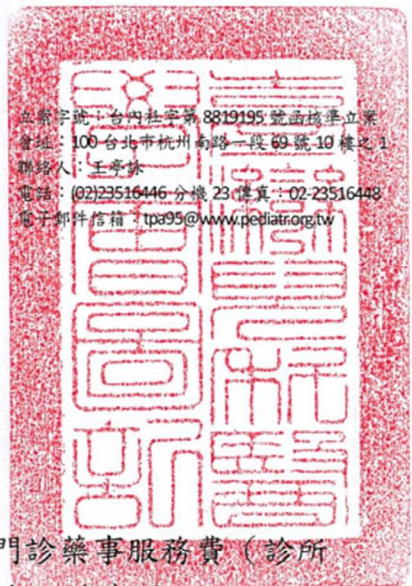
資料來源：本署四代倉儲住診醫令清單檔。（製表日期：113.03.19）

(三)預算來源：113年西醫基層總額「促進醫療服務診療項目支付平衡性（含醫療器材使用規範修訂之補貼）」項下10億元。

六、修訂後支付標準如附件 2（頁次報 4-5），將依程序報請衛生福利部核定後公布實施。

決定：

臺灣兒科醫學會函



106 台北市信義路三段 140 號

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：113 年 1 月 19 日

發文字號：台兒醫字第 113022 號

主旨：建請 貴署同意將病人年齡未滿 7 歲之診療項目「門診藥事服務費（診所及藥局部分）」特約診所比照特約藥局依照年齡加成，請查照。

說明：

- 一、 依照「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第二部第一章第六節調劑之通則第四點規定「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）」，意指診療項目「門診藥事服務費（診所及藥局部分）（14084C）」僅特約藥局為兒童加成項目。
- 二、 多數民眾就醫後是直接在基層院所領取藥物，配置相同處方籤藥物卻只有特約藥局可依照年齡加成，實屬不公。
- 三、 建請 貴署同意將病人年齡未滿 7 歲之「門診藥事服務費（診所及局部分）」特約診所比照特約藥局依照年齡加成。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：中華民國醫師公會全國聯合會

理事長 倪衍玄

全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 113 年第 2 次研商議事會議紀錄

時間：113 年 5 月 23 日下午 2 時

地點：本署 18 樓大禮堂

主席：石署長崇良(李副署長丞華代)

紀錄：陳怡蓓

參、討論事項

討論事項第一案

提案單位：臺灣兒科醫學會

中華民國醫師公會全國聯合會

中華民國藥師公會全國聯合會

案由：有關修訂藥事服務費之兒童加成規範案，提請討論。

決議：

- 一、本案修訂通過，基層院所藥事服務費之兒童加成方式，調整與藥局相同，將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。
- 二、另與會代表提出支付標準修訂意見，請中華民國醫師公會全國聯合會綜整評估後提出。

(下略)

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準 修訂草案

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)

報告事項

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（下稱支付標準）第二部第一章第三節通則九「護理品質指標」案。

說明：

- 一、依據本署 113 年 6 月 12 日全民健康保險醫療給付費用醫院總額 113 年第 2 次研商議事會議（下稱醫院研商會議）決議（**附件 1，頁次報 5-3**）辦理。
- 二、查支付標準第二部第一章第三節通則九略以，醫院應於費用年月次月 20 日前，填報急性一般病房住院跌倒人數比率、感染人數比率及新發生之壓瘡人數比率三項護理品質指標，定義如下：

指標	分子定義	分母定義
跌倒	該月新發生「跌倒意外」病人數	該月出院人數
感染	該月新發生「院內感染」病人數	
壓瘡	該月新發生「壓瘡」病人數	

- 三、為簡化各醫院填報護理品質指標之行政作業，本署參考台灣臨床成效指標（TCPI），並函詢中華民國護理師護士公會全國聯合會及台灣醫院協會意見後，提案修訂護理品質指標。本案業經 113 年第 2 次醫院研商會議決議通過，修訂重點如下：

- (一)「跌倒」指標修訂為「住院跌倒率」，定義如下：

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)「感染」指標修訂為「院內感染密度」，定義如下：

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)另因「壓瘡」指標修訂案未具共識，爰暫不修訂。

四、 另醫院研商會議與會代表建議，應配合國際趨勢將指標名稱「壓瘡」修訂為「壓力性損傷」，爰本次規劃併同修訂指標名稱，定義則暫不修訂。

五、 修訂後支付標準如**附件 2（頁次報 5-4）**，將依程序報請衛生福利部核定後公布實施，本署續配合修訂健保資訊網服務系統（VPN）填報頁面。

決定：

全民健康保險醫療給付費用醫院總額 113 年第 2 次研商議事會議紀錄

時間：113 年 6 月 12 日下午 2 時

地點：本署 18 樓大禮堂

主席：石署長崇良

紀錄：張毓芬

肆、討論事項

第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關修訂健保資訊網服務系統(VPN)護理品質指標定義案。

決議：

一、通過修訂「住院跌倒率」及「院內感染密度」二項護理品質指標，定義如下：

(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：全院醫療相關感染人次。

分母：所有住院病人總人日數。

二、另原提案增列中心導管、呼吸器、導尿管三項感染指標及修訂「新發生之壓瘡人數比率」指標，因與會代表未有共識，暫不修訂。

(下略)

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準 修訂草案

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~~院內感染~~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)

報告事項

第 六 案

提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：修訂中醫支付標準第五章條文案。

說明：

- 一、依據本署 113 年 5 月 16 日召開全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 113 年第 2 次研商議事會議決議中全會提案辦理。
- 二、修訂中醫支付標準第五章傷科治療處置費通則，重點摘要如下：
 - (一)「標準作業程序」自 E01/E02「一般傷科」支付規範之註 1 移列通則，使中醫支付標準第五章所有傷科項目共同適用「標準作業程序」。
 - (二)將「拔罐」納入「標準作業程序」之傷科處置。
- 三、本案係屬「標準作業程序」之修訂，爰不增加財務支出。
- 四、修訂後支付標準如附件(頁次報 6-2)，將依程序報請衛生福利部核定公告實施。

決定：

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	227
E02	—另開內服藥	
	—未開內服藥	227
	註：	
	~~1.標準作業程序~~	
	~~(1)四診八綱辨證(含理學檢查)。~~	
	~~(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。	

報告事項

第七案

提案單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會

案由：修訂牙醫支付標準案。

說明：

一、依據本署 113 年 5 月 21 日全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額 113 年第 2 次研商議事會議決議牙全會提案辦理。

(一)修訂「附表3.3.3牙醫相對合理門診點數給付原則」(修訂對照表如附件1，頁次報7-3~7-4)

1.為鼓勵新增項目執行率，將 113 年總額新增項目(如下)申報之總醫療費用點數納入不列入計算之項目：

(1) 特定疾病病人牙科就醫安全計畫：特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)。

(2) 高風險疾病口腔照護計畫：高風險疾病病人複雜性前牙複合體充填-單面(89204C)、高風險疾病病人複雜性前牙複合體充填-雙面(89205C)、高風險疾病病人複雜性後牙複合體充填-單面(89208C)、高風險疾病病人複雜性後牙複合體充填-雙面(89209C)、高風險疾病病人複雜性後牙複合體充填-三面(89210C)、高風險疾病病人複雜性前牙三面複合體充填(89212C)、高風險疾病病人複雜性前牙雙鄰接面複合體充填(89214C)、高風險疾病病人複雜性後牙雙鄰接面複合體充填(89215C)，前開支付項目(89204C-89215C)差額 400 點。

2.將高風險疾病照護計畫相關項目列於同一項下。

(二)修訂「特定疾病病人牙科就醫安全計畫(P3601C)」備註(四)：

「病歷上需載明適用對象之相關資料。如：糖尿病病人-三個月內之空腹血糖(AC sugar)或最近一次醣化血紅素(HbA1c)、高血壓病人-三個月內血壓值或服用藥物名稱、骨質疏鬆症病

人-相關針劑或用藥。」修訂為「病歷上需載明適用對象之相關資料。如：糖尿病病人-六個月內之醣化血紅素(HbA1c)或最近一次空腹血糖(AC sugar)、高血壓病人-三個月內血壓值或服用藥物名稱、骨質疏鬆症病人-相關針劑或用藥。」(修訂對照表如附件2，頁次報7-5)。

(三)修訂「週六、日及國定假日牙醫門診急症處置(92094C)」支付項目備註6.不得同時合併申報除外項目：

1. 「113 年度全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」係自 113 年 4 月 1 日生效，特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)係為降低牙科治療及用藥與特定疾病病人用藥產生藥物交互作用之風險，院所牙醫師針對此類病人擬訂對應治療計畫，以提升其就醫安全。
2. 考量執行「週六、日及國定假日牙醫門診急症處置(92094C)」與「特定疾病病人牙科就醫安全計畫(P3601C)」處置無相扞格且亦有需求，將特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)列入備註 6.不得同時合併申報除外項目(修訂對照表如附件 3，頁次報 7-6)。

二、依程序報請衛生福利部核定後公布實施。

決定：

附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則

修訂對照表

修訂條文	原條文	說明
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份。 (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。	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份。 (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。	一、為鼓勵牙醫師特定疾病病人牙科就醫安全及高風險疾病病人複雜性複合體充填，將相關支付項目費用納入「不列入計算」範圍。 二、酌修順序：將各項次之高風險疾病照護計畫相關項目整並於同一項下。

修訂條文	原條文	說明
(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)、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)~~<u>(21)特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)。</u> ~~(23)~~<u>(22)高風險疾病口腔照護計畫：</u> A. <u>高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)。</u> B. <u>齲齒經驗之高風險病人氟化物治療(P7302C)。</u> C. <u>高風險疾病病人複雜性複合體充填項目(89204C-89215C)差額為400點。</u>	(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)、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)。	

特定疾病病人牙科就醫安全診療項目修訂對照表

編號	修訂內容	原內容	備註
P3601C	特定疾病病人牙科就醫安全註： (一)適用對象：須符合下列條件之一 1. 糖尿病病人。 2. 高血壓病人。 3. 骨質疏鬆症病人(包含即將使用抗骨鬆藥物病人，病歷須記載)。 4. 心血管疾病病人。 5. 癌症病人。 6. 血液透析及腹膜透析病人。 7. 器官移植病人。 8. 精神疾病病人。 9. 其他未明示之疾病病人。 (二)該院所該牙醫師當年度第一次申報本項時，須填寫特定疾病病人牙科就醫安全計畫醫師自我考評表(如附件)。 (三)申報本項前，牙醫師須至健保醫療資訊雲端查詢系統查詢病人資料。 (四)病歷上需載明適用對象之相關資料。如：糖尿病病人-~~二~~<u>六</u>個月內之~~空腹血糖~~ (~~AC sugar~~)<u>糖化血紅素(HbA1c)</u>或最近一次~~糖化血紅素(HbA1c)~~<u>空腹血糖(AC sugar)</u>、高血壓病人-三個月內血壓值或服用藥物名稱、骨質疏鬆症病人-相關針劑或用藥。	特定疾病病人牙科就醫安全註： (一)適用對象：須符合下列條件之一 1. 糖尿病病人。 2. 高血壓病人。 3. 骨質疏鬆症病人(包含即將使用抗骨鬆藥物病人，病歷須記載)。 4. 心血管疾病病人。 5. 癌症病人。 6. 血液透析及腹膜透析病人。 7. 器官移植病人。 8. 精神疾病病人。 9. 其他未明示之疾病病人。 (二)該院所該牙醫師當年度第一次申報本項時，須填寫特定疾病病人牙科就醫安全計畫醫師自我考評表(如附件)。 (三)申報本項前，牙醫師須至健保醫療資訊雲端查詢系統查詢病人資料。 (四)病歷上需載明適用對象之相關資料。如：糖尿病病人-三個月內之空腹血糖(AC sugar)或最近一次糖化血紅素(HbA1c)、高血壓病人-三個月內血壓值或服用藥物名稱、骨質疏鬆症病人-相關針劑或用藥。	修訂文字

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」新增及修訂

編號	修訂內容	原內容	備註
第三章 牙科處置及手術			
92094C	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 註： (1-5未修訂略) 6. 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)。	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 註： (1-5未修訂略) 6. 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除外)。	1. 依據牙全仁字第01230號。 2. 「113年度全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」(自113年4月1日起生效)，新增(P3601C)特定疾病病人牙科就醫安全。 3. (P3601C)執行內容為對於特定疾病且長期服用藥物的病人擬定對應之牙醫治療計畫，降低牙科治療及用藥與特定疾病之用藥產生藥物交互作用之風險，以提升其就醫安全。考量執行(92094C)與(P3601C)處置無相扞格且亦有需求，故建議新增。

報告事項

第 八 案

報告單位：本署醫務管理組

案由：新增「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」案。

說明：

- 一、依據 113 年 6 月 12 日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額 113 年第 2 次研商議事會議」決議辦理。
- 二、預算來源：113 年度醫院總額新增「地區醫院全人全社區照護計畫」專款，其中 1.5 億元用於「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」，餘 3.5 億元用於支應本計畫。
- 三、考量本計畫於 113 年為第一年實施，爰以未有健保專案計畫照護之高血糖、高血脂及高血壓病人(下稱三高病人)作為收案對象，後續再逐年擴大計畫規模。
- 四、業經前揭醫院總額研商會議討論通過，並按其決議酌修計畫草案如附件 1 (頁次報 8-6~8-41) (詳細說明如附件 2，頁次報 8-42~8-47)，重點摘要如下：

(一)組織運作：

1. 須組成照護團隊，其中應具有家庭醫學科或內科專科醫師至少 1 名，並安排個案管理人員辦理健康評估等事項。
2. 應與共同生活圈之 1~2 家區域級以上醫院及 5 家以上診所(偏遠地區醫院可與 1 家以上診所)建立轉診及合作機制。

(二)收案對象及派案原則：

1. 以地區醫院忠誠三高病人作為收案對象，並按就醫次數、藥費交付主要就醫醫院收案。
2. 前述對象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(下稱 P4P-DM/CKD/DKD)收案者。

3. 每名醫師收案人數以 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。

(三)教育訓練：

1. 照護團隊中至少 1 名個案管理人員於參與計畫第一年接受 4 小時行政管理教育訓練課程。
2. 參與醫師每年應接受 8 小時三高防治教育訓練課程，並明訂課程主辦單位。
3. 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：會員之個人健康資料建檔(含家族史、生活型態)，提供疾病治療及相關檢驗(查)，定期評估會員健康狀況、辦理健康促進或衛教宣導，設立 24 小時諮詢專線及優化諮詢服務、與區域級以上醫院及診所建立轉診機制等。

(五)支付費用：

1.開辦建置費：

- (1) 醫院首次參與計畫之第一年支付，每家醫院支付 15 萬點。
- (2) 需符合「收案會員之個人健康資料建檔率達 80%」等四項條件，才予支付。

2.個案管理費：

- (1) 收案首年每人支付 500 點/年，收案次年起，每人支付 250 點/年。
- (2) 未於年底前完成個人健康資料建檔者，不予支付。
- (3) 參考社團法人臺灣生活型態醫學會建議之「臺灣生活型態量表」收載會員生活習慣資料。
- (4) 若本計畫會員後續成為 P4P-DM/CKD/DKD 收案個案，且為同一收案醫院，不予支付個案管理費。

3. 績效獎勵費用：每人支付 550 點/年，考量本年度計畫實施未逾半年，無完整年度資料可監測計畫實際成效，爰計畫第一年不予支付，將於第二年起生效。
- (1) 健康管理成效鼓勵：收案會員之 VC-AE 差值，平均每人 275 點為上限。
- (2) 品質提升費用：依評核指標達成情形，分五級支付，達特優級(≥ 90 分)者，支付會員每人 275 點，依序遞減， < 60 分則不予支付。
4. 失智症門診照護家庭諮詢費用：15 分鐘 $\leq$ 諮詢時間 < 30 分鐘，支付 300 點；諮詢時間 ≥ 30 分鐘，支付 500 點。
5. 多重慢性病人門診整合費用：
- (1) 支付條件：具 2 種(含)以上特定慢性病之會員於收案醫院門診就醫，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 ≥ 56 日。
- (2) 支付方式：當年度該慢性病連續處方箋總處方調劑日份 ≥ 56 日，每會員支付 550 點/年；處方調劑日份 ≥ 169 日，支付 1,100 點/年。
6. 三高疾病整合照護提升費：
- (1) 支付條件：三高病人之特定檢驗項目之檢驗結果控制良好或進步。
- (2) 支付方式：單一疾病個案，支付 250 點/年；兩種疾病(含)以上個案，支付 750 點/年。
- (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獎勵金或本項費用。

(六)評核指標：

- 1.參考全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫(下稱家醫計畫)，並配合醫院運作模式調整操作型定義。共計 18 項指標，包含 4 項結構面指標，5 項過程面指標，9 項結果面指標。
- 2.其中「糖尿病會員胰島素注射率」及「接受生活習慣諮商率」於計畫第一年不計分。

(七)退場機制：

- 1.提供評核指標介於 60 分至 69 分之醫院名單予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本署分區業務組備查後，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)。
- 2.上述醫院於第 2 年未達 70 分者，應退出本計畫，1 年內不得再加入，本項規定於計畫實施第二年起適用。

五、為五年內達「三高防治」888 政策目標，本署訂定以下指標：

- (一)結構面指標-接受生活習慣諮商率：俟本署與國民健康署針對教育訓練及資格認定後再行研議。
- (二)結果面指標-三高疾病監測數據控制良率：配分 15 分。

六、另 113 年 6 月 12 日醫院總額研商議事會議決議「24 小時諮詢專線」增列「已接受教育訓練之具醫管或公衛背景人員」，查台灣家庭醫學醫學會 113 年 6 月 19 日以電子郵件回復，考量 24 小時諮詢專線多為醫療緊急問題，未免非醫事人員接聽衍生不必要之醫療糾紛，且應維持與現行全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫一致性和公平性，不宜由非醫事人員接聽專線。鑑於本署各計畫規範一致性，建議限由醫事人員接聽諮詢專線，並請台灣家庭醫學醫學會補充說明。

七、財務影響（附件 3，頁次報 8-48）：

- （一）經分析 112 年未被家醫計畫、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收案之三高病人中，約 47.8 萬人主要就醫層級為地區醫院。另查 112 年家醫計畫交付診所收案之較需照護族群收案率約 70%，爰推估本計畫收案人數約 30 萬人。
- （二）依費用支付說明，計畫第一年不予支付績效獎勵費，並按計畫實施期程推估，個案管理費至多給付半年額度(400 點)。
- （三）綜上，推估本計畫 113 年費用約 2.8 億元。

八、本案如獲共識，將報請衛生福利部核定後公告實施。

決定：

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，專任或兼任營養師 1 名、專任個案管理人員 1 名。
 - (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「`200` 全人全社區計畫-開辦建置費補付」及「`100` 全人全社區計畫-開辦建置費追扣」，「`200` 全人全社區計畫-個案管理費補付」及「`100` 全人全社區計畫-個案管理費追扣」，「`200` 全人全社區計畫-績效獎勵費補付」及「`100` 全人全社區計畫-績效獎勵費追扣」，「`100` 全人全社區計畫-失智症門診照護家庭諮詢費追扣」，「`200` 全人全社區計畫-失智症門診照護家庭諮詢費補付」，「`300` 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「`400` 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」，「`200` 全人全社區計畫-多重慢性病人門診整合費補付」及「`100` 全人全社區計畫-多重慢性病人門診整合費追扣」，「`200` 全人全社區計畫-三高疾病整合照護提升費補付」及「`100` 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：

1. 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。

2. 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：糖尿病會員門診主診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($60 \leq \text{評核指標} < 70$)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：

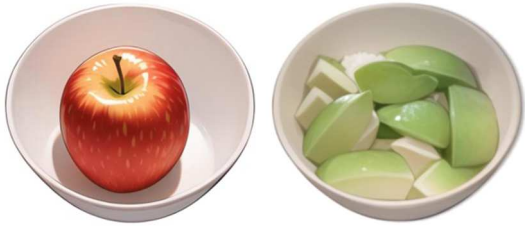
1. 保險人分區業務組需確實將參與院所名單登錄於 HMA 系統。
2. 醫療院所需請資訊廠商修改其自行維護的畫面，並將會員資料以批次經本系統上傳至健保資訊網服務系統(VPN)。
3. 相關會員資料之維護仍由保險人分區業務組維護；收案期限將設定 1 個月，保險人依權限擷取會員資料供分析用，對於資料登錄未完整之社區醫療群於 1 個月內補正資料/或不予支付。
4. 身分證字號有重複登錄情形，則第 2 筆資料無法輸入。

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	☐ 男 ☐ 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： ☐ 新婚夫婦 ☐ 第一個小孩誕生 ☐ 有學齡兒童 ☐ 有青少年子女 ☐ 子女外出創業 ☐ 空巢 ☐ 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 ☐ 1.高血壓 ☐ 2.糖尿病 ☐ 3.腎臟病 ☐ 4.缺血性心臟病 ☐ 5.心律不整 ☐ 6.心臟衰竭 ☐ 7.腦血管疾病 ☐ 8.腫瘤 ☐ 9.貧血 ☐ 10.關節炎 ☐ 11.高膽固醇血症 ☐ 12.痛風或高尿酸血症 ☐ 13.過敏性鼻炎 ☐ 14.氣喘 ☐ 15.慢性肺疾病 ☐ 16.消化性潰瘍 ☐ 17.功能性腸胃問題 ☐ 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) ☐ 1.無 ☐ 2.糖尿病【 】 ☐ 3.高血壓【 】 ☐ 4.心臟病【 】 ☐ 5.腦血管病變(中風)【 】 ☐ 6.高血脂【 】 ☐ 7.腎臟病或尿毒症【 】 ☐ 8.惡性腫瘤【 】 ☐ 9.遺傳性腎臟疾病【 】 ☐ 10.多囊腎【 】 ☐ 11.痛風【 】 ☐ 12.自體免疫性疾病【 】 ☐ 13.其他【 】 ☐ 14.不知			
長期藥物使用（使用達 3 個月以上） ☐ 降血壓藥 ☐ 胰島素 ☐ 降血糖藥 ☐ 降血糖藥 ☐ 降尿酸藥 ☐ NSAID ☐ 中草藥 ☐ 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	在任何一天內，含酒精飲料喝的最高單位數。  1單位酒精 = 10公克純酒精 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) <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; font-size: small;"> <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>  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 Taiwan Association of Lifestyle Medicine <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>	 = 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	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」） <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>														
17	每晚平均睡眠時數(單位：小時)。 <u>少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10 小時或更多 (0、3、5 分)</u>														
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)。														

	少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、大於 10 份 水果一份 約一個拳頭大小，或切塊水果約一碗8分滿  
	少於 <u>1</u>、<u>1</u>、2、3、4、5、6、7、8、9、10 份或更多(<u>0</u>、<u>1</u>、2 分)
19	每天平均坐著的時數(單位：小時)。 少於 <u>1</u>、<u>1</u>、<u>2</u>、<u>3</u>、<u>4</u>、<u>5</u>、<u>6</u>、<u>7</u>、8、9、10 小時或更多(<u>3</u>、<u>1</u>、0 分)
20	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。 少於 <u>1</u>、<u>1</u>、2、3、4、5、6、7、8、9、10 包或更多(<u>2</u>、0 分)
21	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)。 少於 1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、大於 10 份 蔬菜一份 約100公克，或半碗至8分滿的煮熟蔬菜  
	少於 <u>1</u>、<u>1</u>、<u>2</u>、3、4、5、6、7、8、9、10 份或更多(<u>0</u>、<u>1</u>、2 分)
22	一週內的有氧運動（例如快走、慢跑等）總分鐘數。 小於 <u>30</u>、<u>30</u>、<u>45</u>、<u>60</u>、<u>90</u>、<u>120</u>、150、180、210、240、270、300、大於 300 分鐘 (<u>0</u>、<u>1</u>、<u>2</u>、<u>3</u>、<u>4</u>、<u>5</u> 分)

●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	☐ 已確認	☐ 未確認
(2) 會員資料應完成建檔	☐ 已確認	☐ 未確認
(3) 提供會員權利義務說明書或會員通知	☐ 書面函 ☐ 簡訊 ☐ 電子郵件 ☐ 即時通訊軟體 ☐ 其他	
(4) 提供會員確認回饋機制	☐ 通知函 ☐ 即時通訊軟體 ☐ 看診告知 ☐ 透過電子郵件 ☐ 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	☐ 已完成	☐ 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)	☐ 已完成 合作內容如附件二 (必填)	☐ 未完成
(3) 與合作醫院轉診資料之分享	☐ 已完成	☐ 未完成
(4) 與合作醫院共同召開轉診個案照護研討會	☐ 是 每 月 次	☐ 否
優化諮詢服務		
(1) 24小時諮詢電話建置	☐ 已完成	☐ 未完成
(2) 建立24小時諮詢電話自我抽測檢討機制	☐ 已完成	☐ 未完成
(4) 規劃主動電訪(Call out)服務	☐ 已完成	☐ 未完成
(5) 除電話諮詢外，提供多元諮詢服務	☐ 即時通訊軟體諮詢 ☐ 透過電子郵件諮詢 ☐ 其他	
(6) 接聽人員(醫事人員)	白天: ☐ 醫師 ☐ 護理人員 ☐ 其他: _____ 晚上/半夜: ☐ 醫師 ☐ 護理人員 ☐ 其他: _____	
運作機制		
(1) 是否設置專任個案管理人員	☐ 是	☐ 否
(2) 是否定期辦理院內個案研討	☐ 是 每 月 次	☐ 否
(3) 是否定期辦理社區衛教宣導	☐ 是 每 月 次	☐ 否
(4) 院內成員間定期會議	☐ 有辦理 每 月 次	☐ 未辦理
(5) 與區域級以上合作醫院定期會議	☐ 有辦理 每 月 次	☐ 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	☐ 有辦理 每 月 次	☐ 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	☐ 掛號優先 ☐ 醫療費用減免 ☐ 檢驗/查快速通關 ☐ 門診就醫快速通關 ☐ 手術/住院就醫快速通關 ☐ 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

醫院總額 113 年第 2 次研商議事會議決議之本署酌修草案說明表

草案內容	本署說明
伍、組織運作 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，專任或兼任營養師 1 名、專任個案管理人員 1 名。 (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(偏遠地區醫院可與 1 家以上診所)建立轉診及合作機制。	1.依會議決議，組織運作修正為應與共同生活圈之 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。 2.另考量偏遠地區醫療資源較為缺乏，放寬偏遠地區醫院可與 1 家以上診所。
陸、執行內容： 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。	同上
玖、參與計畫醫院、醫師資格及基本要求 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	依會議決議，教育訓練調整為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。另三高防治教育訓練課程之主辦單位增列中華民國糖尿病衛教學會及台灣基層糖尿病協會。

草案內容	本署說明						
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 四、給付項目： (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。 <table><tr><th>疾病型態</th><th>檢驗(查)項目</th><th>控制良好範圍</th></tr><tr><td>高血壓</td><td>血壓</td><td>收縮壓<130 mmHg 且舒張壓<80 mmHg</td></tr></table>	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	參考糖尿病、高血壓照護指引及本署家庭醫師整合性照護計畫、代謝症候群防治計畫、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，明訂「三高疾病整合照護提升費」之三高(高血壓、高血糖及高血脂)驗(查)項目、進步及控制良好範圍之定義。
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					

草案內容			本署說明
高血糖	HbA1c	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。			
壹拾壹、計畫評核指標 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≥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≥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≥較需照護族群 63 百分位數，得 5 分。			部分評核指標依會議決議，參考現行「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」調整分子列計範圍。

草案內容	本署說明
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 歲以上總會員人數 (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	

草案內容	本署說明
壹拾壹、計畫評核指標 三、結果面指標(55 分) (一)潛在可避免急診率(5 分) 1. ≤收案會員 30 百分位，得 5 分。 2. ≤收案會員 45 百分位，得 3 分。 3. ≤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. ≤收案會員 30 百分位，得 5 分。 2. ≤收案會員 45 百分位，得 3 分。 3. ≤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. ≤收案會員 30 百分位，得 5 分。 2. ≤收案會員 45 百分位，得 3 分。 3. ≤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	1. 配合「糖尿病會員胰島素注射率」於計畫第一年不計分，調整「65 歲以上老人流感注射率」、「潛在可避免急診率」、「會員急診率(排除外傷)」及「可避免住院率」指標配分。 2. 參考糖尿病、高血壓照護指引及本署家庭醫師整合性照護計畫、代謝症候群防治計畫、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，明訂「三高疾病監測數據控制良率」之三高(高血壓、高血糖及高血脂)驗(查)項目、進步及控制良好範圍之定義。

草案內容	本署說明															
分母：18 歲以上本計畫會員因慢性類疾病就醫人數 (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。 <table><tr><td>疾病型態</td><td>檢驗(查)項目</td><td>控制良好或進步定義：檢驗(查)結果</td></tr><tr><td></td><td></td><td>後測-前測<0 或位於以下範圍</td></tr><tr><td>高血壓</td><td>血壓</td><td>收縮壓<130 mmHg 且舒張壓<80 mmHg</td></tr><tr><td>高血糖</td><td>HbA1c</td><td>HbA1c <7%且 LDL<100mg/dL</td></tr><tr><td>高血脂</td><td>LDL</td><td>LDL <100mg/dL</td></tr></table> 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	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	HbA1c <7%且 LDL<100mg/dL	高血脂	LDL	LDL <100mg/dL	
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	HbA1c <7%且 LDL<100mg/dL														
高血脂	LDL	LDL <100mg/dL														

地區醫院全人全社區照護計畫-財務預估

(一)背景資料：

112 年高血壓、高血脂及高血糖病人皆未參與 P4P(DM/CKD/DKD)、家醫、代謝計畫之人數

疾病別	總人數	皆未參與 任一計畫人數	皆未參與任一計畫對象中，主要就醫層級人數			
			醫中	區域	地區	基層
高血壓	3,391,127	1,543,629	322,658	468,621	306,828	445,522
高血脂	2,912,678	1,168,787	270,335	369,011	232,690	296,751
高血糖	2,132,569	604,527	140,370	185,336	122,501	156,320
合計	5,342,445	2,332,481	516,799	730,059	478,198	660,515

註 1.以 112 年門診就醫情形(主次診斷+用藥)定義及統計各項疾病人數。

註 2.主要就醫層級(依序以件數、藥費較多者為主，若皆一樣多以層級別較低者為主)。

費用項目		支付費用(B)	預估家數(A)	合計(=A*B)
開辦建置費(註 1)		150,000	349	52,350,000
費用項目		支付費用(B)	預估人數(A)	合計(=A*B)
個案管理費		400(註 2)	300,000	120,000,000
三高疾病整合照護提升費	1 種疾病	250	134,000	33,500,000
	2 種以上	750	76,000	57,000,000
多重慢性病人 門診整合費用	56-168 日	550	3,945	2,169,750
	169 日以上	1,100	17,470	19,217,000
				284,236,750

(二)整體費用推估彙整表(第一年)

註 1.開辦建置費的院所數係以模擬派案醫院名單(353 家)，排除 113 年升格至區域醫院的 4 家醫院(土城、亞大、義大、台大)，惟尚未排除院內無內科或家醫科專科醫師的醫院，爰費用應會再下降。

註 2.按辦理期程推估，113 年個案管理費只會支付半年且含個人健康資料建檔上傳，爰支付費用以 400 點計算。

註 3.因本計畫實施第一年未逾半年，無完整年度資料可監測計畫實際成效，爰計畫第一年不予支付績效獎勵費，將於第二年起生效。

報告事項

第九案

提案單位：中華民國藥師公會全國聯合會

案由：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：

- 一、依據本署 113 年 6 月 12 日召開全民健康保險醫療給付費用醫院總額 113 年第 2 次研商議事會議(下稱醫院研商會議)決議暨中華民國藥師公會全國聯合會(下稱藥全會)113 年 7 月 1 日國藥師舜字第 1130002299 號函(附件 1，頁次報 9-4)辦理。
- 二、本方案預算編列於醫院醫療給付費用總額專款「醫療給付改善方案」項下，113 年預算 167 百萬元，經 113 年 6 月 12 日醫院研商會議討論通過，決議如下：
 - (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 113 年地區醫院預算不分項。
 - (三)新增「抗凝血藥品藥師門診方案」(預算 20 百萬元)，惟方案支付點數比照相關方案之藥事照護費，以 200 點至 250 點支付。
- 三、藥全會依上開會議決議修訂本方案草案(附件 2，頁次報 9-5～9-25)，重點說明如下：
 - (一)「臨床藥事照護方案」(預算 147 百萬元)各層級預算分配：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。
 - (二)「抗凝血藥品藥師門診方案」(預算 20 百萬元)
 - 1.方案目標：針對使用抗凝血藥品病人進行藥事照護，賦予病人正確用藥、自我監測的能力，降低出血、栓塞或中風的風險，間接減少醫療資源支出。

2.醫療服務提供者資格：

(1)醫院資格：藥師門診具有獨立空間且配置具有可執行抗凝血藥品藥事照護之藥師，且未曾有違反本方案規定紀錄之醫院。

(2)藥師資格：

甲、醫院執業年資累計滿 2 年或為臨床藥學士或臨床藥學所/醫院藥學組/臨床藥學組碩士者。

乙、新加入方案藥師，須接受至少 32 小時之相關訓練。

丙、已加入方案藥師，每六年須接受至少 12 小時之相關訓練。

丁、由藥全會、台灣醫院協會及社團法人臺灣臨床藥學會之推薦代表進行審核。

3.照護（給付）對象：

首次使用或長期使用抗凝血藥品未達理想 INR 值 (International Normalized Ratio)、INR 值超過治療目標或出血而至急診或住院之病人，或其他醫師認定需藥師諮詢照護之病人（INR 之標準範圍參照國際指引）。

4.執行方式及支付標準：

(1)首次照護：針對使用抗凝血藥品 Warfarin 病人，藥師提供首次照護，可申報首次藥事照護費 250 點，每位病人限申報 1 次。

(2)追蹤照護：經完成初診之病人，由藥師依個案用藥情況進行追蹤，追蹤方式包含實體、線上及電話等，可申報追蹤藥事照護費 200 點，結案前至多申報 6 次。

(3)成效評估：藥師至少進行 2 次照護，可申報成效評估藥事照護費 200 點，每年每位病人最多 1 次，且該年均在同一醫療院所接受本項評估及達到成效指標。

四、修訂後方案如**附件 2 (頁次報 9-5～9-25)**，將依程序報請衛生福利核定後公告實施；「臨床藥事照護方案」預算分配修訂部分自 113 年 1 月 1 日起實施。

決定：

中華民國藥師公會全國聯合會 函

地址：臺北市中山區民權東路一段 67 號 5 樓

聯絡人：蔡牧祈 專員

電話：02-2595-3856 轉分機 136

傳真：02-2599-1052

電子信箱：ftpa03@taiwan-pharma.org.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 113 年 07 月 01 日

發文字號：國藥師舜字第 1130002299 號

速別：速件

密等及解密條件：

附件：抗凝血藥品藥師門診方案計畫書

主旨：檢陳本會「抗凝血藥品藥師門診方案」計畫書草案，詳如說明段，請鑒核。

說明：

- 一、本方案（附件一）欲提案至 113 年 7 月 12 日「113 年度第 3 次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」，敬請協助後續事宜。
- 二、附件電子檔已於 6 月 25 日以 E-mail 提供大署酌參。

正 本：衛生福利部中央健康保險署

副 本：本會文存

中華民國藥師公會全國聯合會理事長 黃金舜

總收文 113 年 7 月 2 日收到

健保醫字

中央健康保險署

署 1130055658

全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案（草案）

107 年 12 月 20 日健保醫字第 1070017171 號公告自 108 年 1 月 1 日起生效

108 年 3 月 12 日健保醫字第 1080032861 號公告自 108 年 1 月 1 日起生效

110 年 2 月 4 日健保醫字第 1100001310 號公告自 110 年 2 月 1 日生效

112 年 3 月 6 日健保醫字第 1120103392 號公告自 112 年 1 月 1 日生效

壹、方案依據

依據全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、預算來源

本方案由醫院醫療給付費用總額專款「醫療給付改善方案」項下支應。

參、方案內容

本方案包含（一）臨床藥事照護方案；（二）抗凝血藥品藥師門診方案。各子方案之內容，如後附。

肆、點值結算

本方案預算按季均分，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元，當季預算若有結餘則流用至下季。若全年各預算分配尚有結餘時，則於年度結束後進行該項預算分配之全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。

伍、退場機制

參與本方案之醫院、藥師，如經保險人查察有違約並遭停止特約以上處分者，自保險人第一次處分函所載之停約日起即停止執行本計畫（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者），且次年度亦不得參與本計畫。

陸、資訊公開

保險人得於全球資訊網公開參與本方案之醫院名單、獲得本方案臨床藥事照護費用及相關品質資訊供民眾參考。

柒、方案修訂程序

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。

(子方案一) 臨床藥事照護方案

一、方案目的

建立醫院端完整的藥事照護模式，加強藥師執行調劑以外的臨床藥事照護，其內容包含輔導個案正確服用藥品觀念外，同時協助醫師達到合理用藥，並強化民眾的用藥安全，間接減少醫療資源的浪費。

二、實施方法及進行步驟

(一)醫療服務提供者資格

1.醫院資格：

- (1) 醫院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第三十八至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函處分之停約或終止特約日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者）。
- (2) 執行「重症加護臨床藥事照護」之醫院：具有加護病床，並配置有持續參與該加護病房臨床藥事照護之藥師。
- (3) 執行「一般病床臨床藥事照護」之地區醫院：具有急性一般病床或精神急性一般病床（以上皆含經濟病床），並配置有持續參與該病床臨床藥事照護之藥師。
- (4) 執行「門診臨床藥事照護」之地區醫院：具有可執行臨床藥事照護之藥師。

2.藥師資格：

- (1) 藥師非二年內經保險人停約或終止特約之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函所載停約或終止特約日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者）。
- (2) 具藥師資格並於醫院執業年資累計滿2年，或臨床藥學士/碩士班臨床藥學所/醫院藥學組畢業。
- (3) 執行「重症加護臨床藥事照護」之藥師：過去1年內，實際參與加護病房團隊照護至少6個月，且須提出6個月，每個月至

少10筆加護病房病人實際照護的病歷或相當之臨床藥事照護相關紀錄為佐證。

(4) 執行「一般病床臨床藥事照護」之藥師：過去1年內，實際參與一般病床團隊照護至少6個月，且須提出6個月中，至少20筆的住院病人實際照護的病歷或相當之臨床藥事照護相關紀錄為佐證。

(5) 執行「門診臨床藥事照護」之藥師：須提出過去1年內，至少20筆門診或住院病人實際照護的病歷或相當之臨床藥事照護相關紀錄為佐證。

(二)申請程序：

1. 符合上述資格之藥師，需由醫院藥事主管推薦後，由執行醫院函文將資料送至中華民國藥師公會全國聯合會（以下稱藥師全聯會），再由藥師全聯會負責召集審查會議，邀請藥師全聯會、社團法人臺灣臨床藥學會及台灣醫院協會（需有各層級）推薦代表進行審查，並由藥師全聯會將審核通過名單函送保險人核定後，始得申報本方案之臨床藥事照護費。

2. 執行醫院及藥師資格審查申請表如方案附件1、2。

(三)照護（給付）對象

1. 醫學中心及區域醫院：加護病房病人。

2. 地區醫院：

(1) 加護病房病人。

(2) 一般病床住院病人：一般病床係指急性一般病床或精神急性一般病床（以上皆含經濟病床）。

(3) 門診病人經藥師查對個案處方或查詢雲端藥歷，發現有用藥或處方不適當者。

(四)藥師執行臨床藥事照護內容（每次均須有藥師簽核之書面或電子紀錄備查）

1. 提供用藥連貫性照護（medication reconciliation），確保病人在轉換不同照護單位時，有連貫性的照護。

2. 評估病人用藥，找出藥品治療問題（如：是否符合適應症、療效、安全性、疏於監測、遵醫囑性問題等）。
3. 新增或替代性藥品或停藥建議。
4. 病人用藥後之療效監測、藥物不良反應預防、偵測、評估與通報。
5. 執行藥品血中濃度監測。
6. 評估病人抗生素及其他藥品使用、劑量及頻次的適當性。
7. 辨識藥品交互作用。
8. 提供藥品諮詢。
9. 加護病房病人因疼痛、躁動和譫妄等症狀使用相關鎮靜止痛藥物之評估。

三、醫療費用支付

(一)預算分配：

1. 醫學中心及區域醫院：111年5,600萬元，112年6,300萬元，113年1億1,010萬元。
2. 地區醫院：111年2,400萬元，112年2,700萬元，113年3,690萬元。

(二)給付項目及支付標準（詳方案附件3）：

1.重症加護臨床藥事照護：

- (1) 對入住加護病房病人提供符合實施方法及進行步驟之臨床藥事照護，醫院得申報「重症加護臨床藥事照護費（每日）（P6301B）」，每人日支付250點。
- (2) 每位病人每次臨床藥事照護介入紀錄至多申報3日之臨床藥事照護費，且申報總日數不得超過病人該次入住加護病房實際總日數。範例如下：

以藥師介入次數 計算申報日數	加護病房 住院總日數	可申報日數
3次*3日/次=9日	12	9
3次*3日/次=9日	5	5

(3) 申報本項費用，應至健保資訊網服務系統（VPN）登錄臨床藥事照護介入種類。

(4) 藥事照護介入紀錄須以 SOAP（Subjective, Objective, Assessment, Plan）撰寫型式書寫於病歷，始得申報重症加護臨床藥事照護費用。

2. 一般病床臨床藥事照護（限地區醫院申報）

(1) 一般病床，係指急性一般病床或精神急性一般病床（以上皆含經濟病床）。

(2) 對入住地區醫院一般病床病人提供符合實施方法及進行步驟之臨床藥事照護，醫院得申報「一般病床臨床藥事照護費（每日）（P6303B）」，每人日支付220點。

(3) 每位病人每次臨床藥事照護介入紀錄至多申報1日之臨床藥事照護費；住院30日以內者，每次住院至多申報3次，超過30日者，超過部分每30日內至多申報1次之臨床藥事照護費。

(4) 申報本項費用，應至健保資訊網服務系統（VPN）登錄臨床藥事照護介入種類。

(5) 藥事照護介入紀錄須以 SOAP（Subjective, Objective, Assessment, Plan）撰寫型式書寫於病歷，始得申報一般病床臨床藥事照護費用。

3. 門診臨床藥事照護（限地區醫院申報）

地區醫院門診病人經藥師查對個案處方或查詢雲端藥歷，發現有用藥或處方不適當者，提供臨床藥事照護，並經醫師或其他醫事人員接受，始得於健保資訊網服務系統（VPN）登錄個案臨床藥事照護介入種類及於病歷記載相關照護內容，並申報「門診臨床藥事照護費（P6302B）」，每件支付 200 點。

(三) 醫療服務點數清單及醫令清單填表說明：

1. 執行醫事人員代號：填報執行之藥師 ID。

2. 醫令類別：填報「G-專案支付參考數值」。

3. 醫令單價、點數：填報「0」。

4.醫令執行時間起及迄需填報至年月日。

5.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。

(四)結算方式：依第肆項辦理。

四、觀察指標

申報本方案臨床藥事照護費之院所，應按月至健保資訊網服務系統（VPN）登錄觀察指標相關資料，填報內容如附件 4。

●觀察指標：介入種類的分析以及醫師或其他醫事人員接受率。

分子：醫師或其他醫事人員接受之臨床藥事介入件數。

分母：臨床藥事介入件數。

「臨床藥事照護方案」資格審查申請總表

(醫學中心/區域醫院適用)

☐新申請☐報備支援

申請醫院名稱：

醫院代碼：

評鑑類別：

聯絡人：

電子信箱：

聯絡電話：

傳真電話：

地址：()

序號	姓名	聯絡電話	電子郵件信箱	備註
1				
2				

(表格請依需求自行增減列)

共 _____ 位藥師

檢附本院加護病房代號對照表：

病房代號	病房描述	病房代號	病房描述
(例) MICU	內科加護病房		

(表格請依需求自行增減列)

本案所附資料業經單位主管初審確認內容屬實

主任簽章：

請將已填妥簽章之申請表單，掃描上傳至網站，為申請資料之佐證。

「臨床藥事照護方案」資格審查申請總表

(地區醫院適用)

☐新申請

☐報備支援

申請醫院名稱：

醫院代碼：

評鑑類別：

聯絡人：

電子信箱：

聯絡電話：

傳真電話：

地址：()

序號	姓名	聯絡電話	電子郵件信箱	備註
1				
2				

(表格請依需求自行增減列)

共 _____ 位藥師

檢附本院病房代號對照表(門診臨床藥事照護免填下表)：

病房代號	病房描述	病房代號	病房描述
(例) MICU	內科加護病房		

(表格請依需求自行增減列)

本案所附資料業經單位主管初審確認內容屬實

主任簽章：

請將已填妥簽章之申請表單，掃描上傳至網站，為申請資料之佐證。

「臨床藥事照護方案」資格審查申請表

基本資料

藥師姓名	
身分證字號	
藥師證書號碼	
服務單位全銜	

申請類別：☐醫學中心及區域醫院； ☐地區醫院

檢附資料檢核表

項 目	備齊請打勾
1.藥師證書	
2.請勾選提供之文件（擇一即可）： ☐ 醫院執業 2 年之證明文件 ☐ 臨床藥學士畢業證書 ☐ 臨床藥學研究所/醫院藥學組研究所畢業證書	
3.請依申請之類別提供下述資料：	
3-1. 執行「重症加護臨床藥事照護」之醫院： 過去一年內至少 6 個月，每個月至少 10 筆加護病房病人實際照護的病歷或相當之臨床藥事照護相關紀錄	
3-2. 執行「一般病床臨床藥事照護」之地區醫院： 過去一年內至少 6 個月中，至少 20 筆住院病人實際照護的病歷或相當之臨床藥事照護相關紀錄	
3-3. 執行「門診臨床藥事照護」之地區醫院： 過去一年內，至少 20 筆門診或住院病人實際照護的病歷或相當之臨床藥事照護相關紀錄	
4.醫院主管之推薦函	

本人保證檢附之佐證資料內容屬實，未經變造

申請藥師簽章：

申請日期：

請將已填妥簽章之申請表單，掃描上傳至網站，為申請資料之佐證。

臨床藥事照護方案給付項目及支付標準**通則**

- 一、「重症加護臨床藥事照護費」及「一般病床臨床藥事照護費」以每日為申報單位，惟仍應視病人病情需要，由符合執行資格之藥師提供服務，始得申報，並非入住加護病房或住院案件每日固定支付此一費用。
- 二、「門診臨床藥事照護費」以個案每次門診就醫為申報單位，惟仍應符合本方案之照護（給付）對象，且視病人病情需要，由符合執行資格之藥師提供服務，始得申報，並非每次門診就醫固定支付此一費用。

編號	診療項目	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
P6301B	重症加護臨床藥事照護費（每日） 註： 1. 須由本方案核定之藥師提供藥事評估始得申報。 2. 每位病人每次臨床藥事照護介入紀錄至多申報3日之臨床藥事照護費，且申報總日數不得超過病人該次入住加護病房實際總日數。 3. 申報本項費用，應至健保資訊網服務系統（VPN）登錄臨床藥事照護介入種類。 4. 藥事照護介入紀錄須以SOAP（Subjective, Objective, Assessment, Plan）撰寫型式書寫於病歷，始得申報。	V	V	V	250

編號	診療項目	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
P6302B	門診臨床藥事照護費（每件） 註： 1. 須由本方案核定之藥師，對於門診病人經發現有不適當的處方及用藥且經醫師或其他醫事人員接受者，提供臨床藥事照護，始得申報。 2. 申報本項費用，應至健保資訊網服務系統（VPN）登錄臨床藥事照護介入種類。 3. 須於病歷記載相關照護內容，始得申報。	V			200
P6303B	一般病床臨床藥事照護費（每日） 註： 1. 須由本方案核定之藥師提供藥事評估始得申報。 2. 每位病人每次臨床藥事照護介入紀錄至多申報1日之臨床藥事照護費；住院30日以內者，每次住院至多申報3次，超過30日者，超過部分每30日內至多申報1次之臨床藥事照護費。 3. 申報本項費用，應至健保資訊網服務系統（VPN）登錄臨床藥事照護介入種類。 4. 藥事照護介入紀錄須以SOAP（Subjective, Objective, Assessment, Plan）撰寫型式書寫於病歷，始得申報。 5. 一般病床，包括急性一般病床、精神急性一般病床（以上皆含經濟病床）。	V			220

臨床藥事照護方案健保資訊網服務系統 VPN—應登錄之資料

一、個案及執行藥師資訊：

個案 ID、入住加護病房且申報臨床藥事照護之起迄日期（執行「重症加護臨床藥事照護」之醫院）、入住一般病床且申報臨床藥事照護之起迄日期（執行「一般病床臨床藥事照護」之地區醫院）、就醫日期（地區醫院）、提供臨床藥事照護之藥師 ID。

二、臨床藥事照護介入種類，以及醫師或醫事人員接受情形：登錄該次臨床藥事照護藥師之介入種類與次數，以及醫師或其他醫事人員是否接受該項介入。

■ 臨床藥事照護介入種類（4大類及23小項）以及醫師或其他醫事人員是否接受（以下打 V 部分為填寫範例）

項目	分類	建議處方	主動建議	建議監測	用藥連貫性	醫學中心及區域醫院	地區醫院	
						醫師或其他醫事人員是否接受	☐ 醫師; ☐ 藥師; ☐ 護理師; ☐ 營養師; ☐ 其他醫事人員:	
							諮詢	接受
給藥問題(速率、輸注方式、濃度或稀釋液)		V						
適應症問題		V						
用藥禁忌問題(包括過敏史)		V						
藥品併用問題		V						
藥品交互作用		V						
疑似藥品不良反應		V						
藥品相容性問題		V						
其他		V						
不符健保給付規定		V						
用藥劑量/頻次問題		V	V					
用藥期間/數量問題(包含停藥)		V	V					
用藥途徑或劑型問題		V	V					
建議更適當用藥/配方組成		V	V					
藥品不良反應評估			V					
建議用藥/建議增加用藥			V					
建議藥物治療療程			V					
建議靜脈營養配方			V					
建議藥品療效監測				V				
建議藥品不良反應監測				V				
建議藥品血中濃度監測				V				
藥歷審核與整合					V			
藥品辨識/自備藥辨識					V			
病人用藥遵從性問題					V			

(子方案二) 抗凝血藥品藥師門診方案

一、方案目標

為維護病人用藥安全及維持治療成效，針對使用抗凝血藥品病人進行藥事照護，賦予病人正確用藥、自我監測的能力，降低出血、栓塞或中風的風險，間接減少醫療資源支出。

二、方案內容

(一)醫療服務提供者資格與執行方式：

1. 醫院資格：藥師門診具有獨立空間且配置具有可執行抗凝血藥品藥事照護之藥師，且未曾有違反本方案規定紀錄之醫院。
2. 執行藥師資格：需同時符合下列條件，並經審核通過*：
 - (1) 具藥師資格，且於醫院執業年資累計滿 2 年或為臨床藥學士或臨床藥學所/醫院藥學組/臨床藥學組碩士者。
 - (2) 新加入本方案藥師，須接受至少 32 小時之相關訓練，提供藥療照護管理之門診臨床藥事服務給使用抗凝血藥品病人。
 - (3) 已加入本方案藥師，每六年須接受至少 12 小時之相關訓練，提供藥療照護管理之門診臨床藥事服務給使用抗凝血藥品病人。
 - (4) 相關訓練須涵蓋抗凝血藥品用藥教育與使用準則：包括抗凝血藥品適應症、敏感族群、治療目標、劑量調整方式、交互作用、副作用，及侵入性診療前後處置等。

*：由經中華民國藥師公會全國聯合會、台灣醫院協會、社團法人臺灣臨床藥學會之推薦代表進行審核。

3. 執行方式：

(1) 首次照護：

主要為整合病人用藥史包含平日所使用的藥品、保健食品及中草藥，了解藥品服用方式，提供完整的抗凝血藥品衛教，並於彙整共病症、出血史及栓塞史與相關檢查驗紀錄後擬訂照護計畫，應完成病歷紀錄。

(2) 追蹤照護：

A.追蹤之定義為：曾經有完成初診之病人。

B.主要為評估病人用藥情形含服藥配合度、近期用藥與保健

食品之變化、栓塞或出血症狀、評估 INR 過高或過低的原因、是否預計接受侵入性診療等，加強病人尚不理解的衛教內容，必要時回饋醫師調整藥物，經醫師評估確認後指導病人。

(3) 追蹤頻率：

A.由藥師依個案用藥情況而定。

B.追蹤的方式不侷限實體約診，也可透過線上、電話等多元管道聯繫病人進行追蹤。

(二)照護（給付）對象：

1.定義：

使用抗凝血藥品 warfarin 且需藥師提供進階抗凝血藥事照護之病人，包含首次使用或長期使用抗凝血藥品未達理想 INR 值，INR 值超過治療目標或出血而至急診或住院之病人，或其他醫師認定需藥師諮詢照護之病人。

INR 之標準範圍參照國際指引，訂定以下標準：

(1) 心房顫動：INR 值範圍 2 - 3

(2) 二尖瓣機械性雙葉瓣膜置換：INR 值範圍 2.5 - 3.5

(3) 機械性 On-X 主動瓣膜置換（術後3個月後）：INR 值範圍 1.5 - 2

(4) 若為少見適應症，或有個人化治療考量，宜設定合理之 INR 值範圍1.5 - 3.5，並於病歷上註明。

2.收案方式：

(1) 醫師/個案管理師轉介：由各醫療機構醫師或個案管理師轉介有使用抗凝血藥品且需藥師提供進階抗凝藥事照護之病人。

(2) 藥師主動約診：經藥師發現醫囑符合照護對象者，藥師可以主動約診進行照護。

(3) 病人自行掛號：使用抗凝血藥品之病人可透過電話、現場預約、網路預約藥師照護門診。

(4) 已結案病人再次收案：若已結案之病人仍經由門診醫師確認需要轉介，為相同院所個案且仍在每年每位病人限制追蹤次數 6 次內，則可再次收案；若為不同院所，則視為新收案案件。

- (5) 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。
- (6) 同一個案不能同時被二家院所收案，以先進行 VPN 首次照護登錄者優先，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。

3.結案條件：

- (1) 功能恢復或改善，其已達理想 INR 值或經醫師評估已可自行照護者。
- (2) 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。
- (3) 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。
- (4) 可歸因於病人者，如失聯超過三個月（ ≥ 90 天）、拒絕再接受治療，或病人不願再遵醫囑或聽從衛教者或病人自行要求結案等。
- (5) 病人未執行本計畫管理照護超過六個月者。
- (6) 死亡。

4. 藥師執行藥師門診內容：（每次均須有藥師簽核之書面或電子紀錄備查）

- (1) 所有主觀及客觀的臨床症狀及表徵。
- (2) 抗凝血藥品適應症及其他相關診斷。
- (3) 使用抗凝血劑藥品劑量。
- (4) INR 治療目標與相對應 INR 檢驗值。
- (5) 遵醫囑性評估。
- (6) 目前所有用藥或近期用藥之變化。
- (7) 飲食/生活習慣（如抽菸、飲酒）。
- (8) 肝腎功能評估。
- (9) 照護及用藥評估重點。
- (10) 提供醫師抗凝血藥品劑量調整之建議。
- (11) 提供病人飲食/用藥及其他相關注意事項之建議。

- (12)制訂後續藥品療效監測管理之計畫。
- (13)判斷性服務（如重複用藥、多重用藥等）。
- (14)雲端藥歷整合。
- (15)用藥諮詢（如藥品使用方式、副作用諮詢等）。
- (16)藥物療效追蹤。

三、醫療費用支付

(一)預算分配：每年 2,000 萬元

(二)給付項目及支付標準：

1.藥師門診申報費用：

編號	診療項目	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
P6304B	首次藥事照護費（每次） 註： (1)須由本方案通過評核之藥師提供藥事評估始得申報。 (2)病人須前往醫院藥師門診接受首次照護。 (3)每位病人限申報一次。 (4)申報本方案藥師門診費之院所，應按次至健保資訊網服務系統（VPN）登錄監測指標相關資料。 (5)藥事照護介入紀錄皆須於病人就診後 24 小時內，以 SOAP（Subjective, Objective, Assessment, Plan）撰寫型式書寫於病歷，始得申報藥師門診費用。	V	V	V	250
P6305B	追蹤藥事照護費（每次） 註： (1)須由本方案通過評核之藥師提供藥事評估始得申報。 (2)結案前每位病人至多申報 6 次。 (3)申報本方案藥師門診費之院所，應按次至健保資訊網服務系統（VPN）登錄監測指標相關資料。 (4)藥事照護介入紀錄皆須於病人就診後 24 小時內，以 SOAP（Subjective, Objective, Assessment, Plan）撰寫型式書寫於病歷，始得申報藥師門診費用。	V	V	V	200

編號	診療項目	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
P6306B	成效評估藥事照護費（每次） 註： (1)須由本方案通過評核之藥師提供藥事評估。 (2)至少進行 2 次照護後始得申報。 (3)每年每位病人最多支付一次，且該年均在同一醫療院所接受本項服務，照護品質須達到成效指標，始得申報，不得同時申報其他臨床藥事照護相關費用。 (4)申報本方案藥師門診費之院所，應按次至健保資訊網服務系統（VPN）登錄監測指標相關資料。 (5)藥事照護介入紀錄皆須於病人就診後 24 小時內，以 SOAP（Subjective, Objective, Assessment, Plan）撰寫型式書寫於病歷，始得申報藥師門診費用。	V	V	V	200

（三）醫療費用申報說明：

1.醫療服務點數清單及醫令清單填表說明：

- (1) 執行醫事人員代號：填報執行之藥師 ID。
- (2) 醫令類別：填報「G-專案支付參考數值」。
- (3) 醫令單價、點數：填報「0」。
- (4) 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。

（四）結算方式：依第肆項辦理。

四、成效及監測指標

申報本方案藥師門診費之院所，應於每次提供個案照護服務後，至健保資訊網服務系統（VPN）登錄監測指標相關資料。

- 成效：照護後之 TTR（Percentage Time in Therapeutic Range）達50%或照護後之 TTR%較照護前之 TTR%增加10%。
- 監測指標：每次照護登錄之 INR 監測數值。

抗凝血藥品藥師門診方案健保資訊網服務系統 VPN—應登錄之資料

一、個案及執行藥師資訊：

- (一) 醫事機構代碼
 (二) 個案 ID
 (三) 提供照護之藥師 ID 及姓名
 (四) 個案收案日期(即首次照護日期)
 (五) 個案就醫日期
 (六) 各案結案日期(即成效照護日期)
 (七) 個案使用 warfarin 適應症及 INR 目標範圍(勾選欄位後自動帶出)
☐ 心房顫動 2~3
☐ 二尖瓣機械性雙葉瓣膜置換 2.5~3.5
☐ 機械性 On-X 主動瓣膜置換(術後3個月後) 1.5~2
☐ 其他 1.5~3.5

二、執行照護服務項目

(一) 首次照護內容記錄

照護次數 (勾選)	INR 數值	檢測日期	檢測院所 (勾選) 1.本院 2.其他醫院 3.病人自行檢測	檢測方法 1.靜脈抽血 2.指尖採血	是否符合目 標值 1.符合 2.未符合
1					

(二) 追蹤照護內容記錄

照護次數 (勾選)	追蹤方式 (勾選) 1.實體 2.遠距	INR 數值	檢測日期	檢測院所 (勾選) 1.本院 2.其他醫院 3.病人自行檢測	檢測方法 1.靜脈抽血 2.指尖採血	是否符合目 標值 1.符合 2.未符合
1~6						

(三) 成效評估照護內容記錄

照護次數 (勾選)	INR 數值	檢測日期	檢測院所 (勾選) 1.本院 2.其他醫院 3.病人自行 檢測	檢測方法 1.靜脈抽血 2.指尖採血	是否符合 目標值 1.符合 2.未符合	TTR 計算	成效 (勾選) 1.照護結束 TTR 達 50% 2.照護前後較 照護前增加 10%
1							

抗凝血藥品藥師門診 藥事照護服務紀錄 (須有藥師簽核之書面或電子紀錄備查)

病人姓名：		☐ 首次藥事照護 ☐ 追蹤藥事照護	
病人身份證字號：		藥師評估日期：	
病人生日：		照護藥師：	
病歷號：		轉介醫師/個案管理師/藥師：	
年齡：	性別：	抗凝血藥品開方醫師：	
體重：	身高：	已被其他醫院收案： ☐ 是 ☐ 否	
【抗凝血藥品適應症及其他相關診斷】			
【主觀的臨床症狀、表徵】			
【病人主訴】 Bleeding(+/-): / Bruising (+/-):/ Thrombosis S&S (+/-): / Diarrhea(+/-):/ Vomiting (+/-):/			
【Warfarin 遵醫囑性評估】 Missed dose (+/-): / Repeated dose (+/-): / Pillbox (+/-)			
【飲食習慣】 Dark Green Leafy Veggie (+/-): / Viscera(+/-): Poor appetite with less intake (+/-):			
【近期用藥之變化】			
【非處方藥】			
【保健食品】			
【中草藥】			
【生活習慣】 Alcohol (+/-): / Tobacco (+/-): / Betel nuts (+/-):			
【客觀項目】			
【會影響 INR 的相關檢驗項目】 肝功能、腎功能、甲狀腺功能...等			
【Warfarin 劑量及相對應 INR 檢驗值】 【檢驗日期】 INR: _____ under 【開方日期】 Warfarin instruction 【檢驗日期】 INR: _____ under 【開方日期】 Warfarin instruction 【檢驗日期】 INR: _____ under 【開方日期】 Warfarin instruction			

【目前所有處方藥】☐ 僅本院 ☐ 有跨院用藥(雲端藥歷整合)
【照護及用藥評估重點】
【抗凝血藥品適應症】
【INR 治療目標】
【藥物療效追蹤】 (本次 INR 過高或過低之可能原因) (其他藥物療效追蹤評估)
【判斷性服務】 (包含交互作用、重複用藥、多重用藥等)
【提供醫師抗凝血藥品劑量調整之建議】
【提供病人飲食/用藥及其他相關注意事項之建議】
【制訂後續藥品療效監測管理之計畫】
【用藥諮詢及衛教】(如藥品使用方式、副作用諮詢等)

肆、討論事項

討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：新增修訂「顯微血管游離瓣手術－穿通枝瓣移植」等 61 項診療項目案。

說明：

一、依據本署 111 年第 3、10 次、112 年第 5 次、113 年第 2、3、4 次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議(下稱專諮會議)、113 年 4 月份特殊材料專家諮詢會議、113 年第 1 次本會議臨時會暨 113 年 5 月 30 日機械手臂輔助手術第二次討論會議決議辦理(附件 1，頁次討 1-6～1-26)。

二、新增「顯微血管游離瓣手術-穿通枝瓣移植(單區塊/雙區塊/三區塊以上組織瓣)」等 5 項，增加支出約 56.28 百萬點(附件 2-1，頁次 1-27)：

(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)」等 3 項，詳表一序號 1 至 3(附件 2-1，頁次討 1-27)：

1. 依 113 年第 2、4 次專諮會議及 113 年本會議第 1 次臨時會決議(同附件 1，頁次討 1-13～1-26)，本項前經本會議討論，與會代表就成本分析所列住院醫師執行人力及時間未達共識，建議確認成本分析資料後再研議。經統計比對，成本分析表所列執行時間均未逾傳統手術之 50 百分位。復經 113 年第 4 次專諮會議討論，考量 2 組人力同時進行可減少手術時間，對於病人安全及避免醫療人力過勞都有所助益，爰同意依提案單位所列醫師執行人力及時間，並請提案單位就執刀醫師數及手術品質訂定管理或審查規範。
2. 提案單位業提出執行手術醫師人數及手術時間之審查規範，規劃移請本署醫審及藥材組研議訂於全民健康保險醫療費用

審查注意事項。

3.財務評估：建議支付點數分別為 58,763 點、66,284 點、73,357 點，參考提案單位建議現行臨床執行之替代傳統診療項目及替代率，統計 110 年至 112 年申報次數、年平均成長率，推估 113 年為 2,612 件，其中單區塊為 1,959 件、雙區塊為 522 件、三區塊以上為 131 件，扣除替代項後，推估約增加財務支出 51.18 百萬點。

(二)新增「脈動式或耳垂式血氧飽和監視器未滿二歲者—每次／一天」，詳表一序號 4、5（附件 2-1，頁次討 1-27）：

- 1.依 113 年第 3 次專諮會議決議（同附件 1，頁次討 1-15～1-19），本項係考量臨床取得嬰幼兒動脈血相當困難，血氧感應貼片可偵測連續非侵入性動脈血氧飽和度和脈搏監控，為重症照護及兒童醫材，爰建議新增優先給付於未滿 2 歲兒童。
- 2.財務評估：建議支付點數分別為每次 36 點、一天 430 點，經統計 112 年未滿 2 歲申報 57017C 及 57018B 之醫令量，扣除替代後，推估約增加財務支出 5.1 百萬點。

三、修訂 33133B「腸骨動脈支架置放術」等 53 項(含 2 通則)併同新增「複雜性周邊血管支架置放術」，推估約增加財務支出 333.72 百萬點（附件 2-2，頁次討 1-28～1-47）：

(一)修訂 33133B「腸骨動脈支架置放術」併同新增「複雜性周邊血管支架置放術」，詳表二序號 1、2(附件 2-2，頁次討 1-28)：

- 1.依據 111 年第 10 次、112 年第 5 次、113 年第 3 次專諮會議決議辦理（同附件 1，頁次討 1-9～1-19），考量臨床因周邊血管疾病須置放支架之病人日趨增加，現行僅「腸骨動脈」訂有支架置放，其餘部位血管多數係以未列項方式比照申報 33074B「單純性血管整形術」及 33115B「複雜性血管整形術」，為明確支付標準，爰建議依執行血管數修訂及新增項目，並

敘明不適用洗腎瘻管。

- 2.財務評估：33133B 更名為「單純性周邊血管支架置放術」擴大適用範圍，另新增「複雜性周邊血管支架置放術」建議支付點數 24,278 點，以現行申報 33074B「單純性血管整形術」併報支架置放件數、執行二筆以上之件數，分別扣除替代後約增加財務支出 31.48 百萬點。

(二)修訂 **08134B「連續血糖監測」**，詳表二序號 **3**（附件 2-2，頁次討 1-28）：

- 1.依 113 年第 4 次專諮會議決議（同附件 1，頁次討 1-20～1-22），考量「肝醣儲積症」有低血糖病史之病人，具監測血糖穩定需求，爰建議新增適應症。另調整支付規範文字，以臻明確，不影響語意，俾利臨床使用。
- 2.財務評估：統計 112 年符合適應症人數以年平均成長率及執行次數，推估約增加財務支出 1.13 百萬點。

(三)修訂 **68040B「經導管主動脈瓣膜置換術（TAVI）」** 支付規範詳表二序號 **4**（附件 2-2，頁次討 1-29）：

- 1.依本署 113 年 4 月 25 日特材專諮會議討論修訂「經導管置換主動脈瓣膜套組-TAVI(整組含導引線)」給付規定，考量人工瓣膜損壞者再次以外科手術進行主動脈瓣膜置換，可顯著減少術後 30 天的全死因死亡率及心血管死亡率，爰決議增列適應症用於嚴重主動脈人工生物瓣膜損壞病人，並建議併同修訂診療項目。
- 2.財務評估：參考特材專諮會議紀錄，增列適應症每年使用量約 20 人，推估診療項目約增加財務支出 2.15 百萬點。

(四)修訂「第二部第二章第四節復健治療第二項物理治療及第三項職能治療增列「小兒神經專科醫師」，詳表二序號 **5、6**（附件 2-2，頁次討 1-29）：

1. 依 111 年第 3 次專諮會議決議(同附件 1，頁次討 1-6~1-8)，小兒神經科醫師亦具與神經科相同資格，可依其臨床專業執行復健治療之資格，爰建議於物理及職能治療通則增列小兒神經專科醫師治療 18 歲以下病人。

2. 財務評估：本案係明確支付規範，爰不增加財務支出。

(五)修訂 68015B「瓣膜成形術」等 48 項診療項目，詳表二序號 7 至 54 (附件 2-2，頁次討 1-30~1-45)：

1. 依 113 年 5 月 30 日機械手臂輔助手術第二次討論會議決議(同附件 1，頁次討 1-23~1-24)，考量臨床需求，維護病人手術給付之基本權益，建議新增泌尿科 4 項、消化科 25 項、胸腔科 6 項、婦科 9 項、循環科 4 項等共計 48 項機械手臂輔助手術診療項目，比照胸(腹)腔鏡手術費用及適應症申報，另相關醫材費用仍由保險對象自費。

2. 財務衝擊：以 112 年機械手臂輔助相關手術之虛擬醫令申報量及 110 年至 112 年成長率，並參考提案單位提供之手術執行比例，約增加財務支出 286.54 百萬點。

四、修訂 33074B「單純性血管整形術」等 2 項支付規範文字，不增加健保財務支出，重點說明如下(詳表三，附件 2-3，頁次討 1-47)：

(一)修訂 33074B「單純性血管整形術」，詳表三序號 1：如通過前述修訂 33133B，建議限制本項不得同時併報該項目。

(二)修訂 33115B「複雜性血管整形術」，詳表三序號 2：如通過前述新增「複雜性周邊血管支架置放術」，建議限制本項不得同時併報該項目。

五、預算來源(附件 3，頁次討 1-54~1-57)：本次新增修訂 61 項診療項目，增加財務支出項目均屬醫院層級，推估約 377.58 百萬點，由 113 年醫院總額總額之「新醫療科技」項下新增診療項

目預算支應（醫院預算為 1,100 百萬元）。

擬辦：本案經討論後如獲同意，增修支付標準表（附件 4，頁次討 1-58～1-88），並依程序報請衛生福利部核定後公布實施。

決議：

111 年第 3 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」

會議紀錄

時間：111 年 4 月 13 日上午 9 點 30 分

地點：台北市信義路 3 段 140 號 18 樓禮堂

主持人：李署長伯璋

紀錄：周筱耘

出席專家：略。

請假專家：略。

列席單位及人員：略。

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄：確認。

參、報告事項：略。

肆、討論事項：

三、台灣復健醫學會、社團法人中華民國職能治療師公會全國聯合會建議修訂支付標準「職能治療、語言治療-複雜」規範再提會案，暨臺灣兒科醫學會建議物理治療及職能治療之執行專科專任醫師增列「小兒神經專科醫師」案。

討論重點：

(一)提案單位-台灣復健醫學會表示，現行支付標準中，職能治療及語言治療支付規範及 ICD-10-CM 代碼未盡完善，建議新增疾病診斷碼；惟疾病診斷並非復健治療程度唯一判斷依據，且即使正面表列所有相關疾病診斷碼，仍不見得完全符合現今臨床需求，爰建議刪除疾病診斷碼，僅以中文適應症說明，另現行複雜治療限至少執行治療項目 3 項以上，惟部分個案可能僅需其中 1、2 項高強度治療，爰建議不限項目數。

(二)提案單位-臺灣兒科醫學會表示，小兒神經專科醫師具有兒

科專科及小兒神經科證照，為兒童的神經科醫師，針對神經發展障礙或合併神經發展問題的病童，得提供綜合評估診斷、追蹤、衛教及安排適切之物理及職能治療，爰建議於支付標準物理及職能治療通則一之執行醫師，各增列小兒神經專科醫師，且治療對象限 18 歲以下。

- (三)提案單位-職能治療師公會全聯會表示，兒童發展遲緩不僅表現於動作上，爰職能治療-複雜適應症中文字所述之「動作」二字建議刪除。
- (四)語言治療師公會全聯會表示部分病人有語言障礙、吞嚥障礙及言語障礙等問題，故建議語言治療增列上述項目；另表示現行門診手術服務項目日漸增加，不需住院即可施行，建議不限住院或住院後 12 個月內之病人申報。
- (五)與會專家表示 ICD- 10-CM 為申報資料中適應症之判斷依據，故建議支付規範仍應明列適應症之 ICD-10-CM 代碼，另考量復健治療支付規範係依特定治療細項項目數(如 OT5 日常生活訓練...等)，以區分治療複雜程度，建議不應刪除現行規範，另專家表示提案單位建議修訂適應症之中文未明確定義適用疾病，且部分屬放寬適應症，應明確定義範圍。
- (六)與會學會及專家表示兒童亦有復健治療需求，小兒神經科醫師亦具與神經科相同資格，可依其臨床專業執行復健治療等項目，故建議增列。考量其他相關次專科亦具有執行復健治療之資格，專家建議應通盤檢討復健治療各專科別及次專科可執行之疾病範圍。
- (七)與會專家表示支付規範應研議以疾病嚴重度呈現治療複雜度，如針對急性期給予額外加成、慢性期復健治療門診以包裹式給付並訂定給付上限等方式；另若語言治療不限「住院中或住院後 12 個月內之病人申報」，屬放寬適應症，需

評估財務衝擊。

結論：本案經專家充分討論後，建議修訂支付規範如下：

- (一)復健治療第二項物理治療、第三項職能治療通則一增加「兒科專科醫師具小兒神經次專科專任醫師(治療對象限 18 歲以下)」。
- (二)會後請台灣復健醫學會綜整本會議專家及與會單位之意見，提供「職能治療、語言治療-複雜」建議適應症範圍之中英文名稱及其相對應診斷碼(若代碼眾多，可思考以前 3 碼訂定)。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：下午 12 時 25 分。

111 年第 10 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」

會議紀錄

時間：111 年 12 月 7 日上午 9 點 30 分

地點：台北市信義路 3 段 140 號 18 樓大禮堂

主持人：張主任秘書禹斌

紀錄：黃思瑄

出席專家：略。

請假專家：略。

列席單位及人員：略。

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄：確認。

參、報告事項：略。

肆、討論事項：

三、有關臺灣介入性心臟血管醫學會建議修訂 33133B「腸骨動脈支架放置術」之中英文名稱。

討論重點：

(一)提案單位表示，目前周邊血管疾病多處動靜脈皆有放置支架的情形，但現行支付標準僅 33133B「腸骨動脈支架放置術」一項醫令，無其他合適的申報代碼，爰建議修訂本項中英文名稱，亦同意依徵詢學會建議，修訂為「動靜脈血管支架置放術（除主動脈外）（Stenting for Artery or Vein, Except Aorta）」，讓其他周邊血管支架置放亦能正確申報。

(二)與會學會表示，支架置放現在在周邊血管疾病越來越多，早期只有腸骨動脈支架放置，就現況來說的確造成申報疑慮，故同意修訂本項中英文名稱。

(三)本署表示，本保險已納入各血管適用之支架（stent），且各項支架需對應相關申報代碼。現行周邊血管支架之申報，除腸骨/髂骨動脈支架（Iliac stenting）由本項支應其技術費，

其餘主動脈外之周邊血管，經本署及提案單位共同表示，多數院所僅申報 33074B 「單純性血管整形術 P.T.A.(percutaneous transluminal angioplasty): simple 」或 33115B 「複雜性血管整形術 P.T.A. (percutaneous transluminal angioplasty): complex」，雖支架放置無合適申報之代碼，本保險仍依個案支應病人所需之特材費用，爰本項修訂應不增加特材支出。

(四)與會專家表示，長期洗腎病人亦有很高的機率需執行血管擴張，甚至需置入血管支架以利血液透析，若通過本項名稱修訂，將支應所有周邊血管支架之技術費，若血液透析之血管支架置入亦可以本項申報，恐造成財務衝擊，建議再衡酌。

結論：因須再審酌本項修訂後之財務衝擊，爰決議暫保留，待釐清後再提會討論。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：中午 12 時 00 分。

112 年第 5 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」

會議紀錄

時間：112 年 6 月 7 日上午 9 點 30 分

地點：台北市信義路 3 段 140 號 18 樓大禮堂

主持人：張禹斌主任秘書^(代)

紀錄：周筱妘

出席專家：略。

請假專家：略。

列席單位及人員：略。

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄：確認。

參、報告事項：略。

肆、討論事項：

三、臺灣介入性心臟血管醫學會建議修訂 33133B「腸骨動脈支架放置術」。

討論重點：

- (一) 本案前經 111 年第 10 次會議討論，考量本項修訂後造成財務衝擊較大，建議審酌釐清後再後提會討論。
- (二) 提案單位表示，現行臨床因周邊血管疾病須置放支架之病人日趨增加，若僅擴增到下肢動、靜脈仍稍顯不足，考量臨床現況及財務衝擊下，建議納入「上腔靜脈」或「鎖骨下動、靜脈」並排除洗腎瘻管。
- (三) 血管外科學會及胸腔及心臟血管外科學會均建議明訂支付標準供院所申報有所依循，於財務有限下擴張至「下肢動、靜脈」，惟納入洗腎瘻管恐造成財務衝擊，建議再衡酌。血管外科學會另表示若放置 2 個以上支架宜明確規範申報方式。
- (四) 胸腔及心臟血管外科學會表示，健保已給付靜脈血管擴張專用的支架，相較過去使用動脈支架，具有更佳的臨床成

效，因此建議將「中央靜脈」一併納入。

(五)與會專家表示，本項修訂後將導致有放置支架即申報此項，沒有放置支架就申報「單純性血管整形術 P.T.A.」及「複雜性血管整形術 P.T.A.」，預計對於財務支出會造成影響。考量支架放置可為一個至多個，在不危及病人生命安全下，是否亦會誘導醫院分次執行，建議署方財務評估需更為小心。另建議納入 DRG 之虛擬碼分析，以利了解有放置支架之樣態及更精確計算財務評估。

結論：考量除下肢動、靜脈外，併開放上肢及中央靜脈支架放置申報可能將造成財務衝擊，本署將再審酌適應症範圍及申報配套措施，並重新計算財務影響後，再提會討論。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：下午 12 時 26 分。

113 年第 2 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」

會議紀錄

時間：113 年 3 月 6 日上午 9 點 30 分

地點：台北市信義路 3 段 140 號 18 樓大禮堂

主持人：李副署長丞華

紀錄：黃思瑄

出席專家：

出席專家：略。

請假專家及單位：略。

列席單位及人員：略。

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄：確認。

參、報告事項：略。

肆、討論事項：

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

討論重點：

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

義。

結論：

(一) 本案經與會專家充分討論後建議新增，說明如下：

1. 項目名稱：顯微血管游離瓣手術-穿通枝瓣移植(單區塊組織瓣、雙區塊組織瓣、三區塊以上組織瓣)(Micro vascular free flap - one-perforator, two-perforator, three-perforator and above)。
2. 適應症：因為遺傳性缺損、腫瘤、外傷等因素所造成位於頭頸部、軀幹與四肢，大且深的軟組織缺損重建，而無法以縫合、植皮、局部皮瓣等方式重建之損傷，依供應皮瓣的血管分支數量計算區塊。
3. 建議支付點數：「單區塊組織瓣」58,332 點、「雙區塊組織瓣」65,794 點、「三區塊以上組織瓣」73,255 點。
4. 適用層級別：地區醫院以上／住診使用。
5. 申報時須檢附手術中缺損照片、游離區塊瓣照片及術後縫合完成照片。
6. 不得與顯微游離皮瓣手術(62032B~62038B)合併申報為原則，若因病情需要，須於病歷上註明原因並加強審查。

(二) 有關專科別限制，請健保署會後徵詢骨科、口腔顎面外科、耳鼻喉科，並請相關學會提供「顯微重建手術」訓練認證規範之文字修訂建議。

柒、臨時動議：無。

捌、散會：12 時 28 分。

113 年第 3 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」

會議紀錄

時間：113 年 4 月 10 日(星期三)上午 9 點 30 分

地點：台北市信義路 3 段 140 號 18 樓大禮堂

主持人：李副署長丞華

紀錄：周筱妘

出席專家：略。

請假專家及單位：略。

列席單位及人員：略。

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄：確認。

參、報告事項：略。

肆、討論事項：

一、臺灣介入性心臟血管醫學會建議修訂 33133B「腸骨動脈支架放置術」診療項目案。

討論重點：

- (一)本案經 111 年第 10 次、112 年第 5 次本會議討論，考量除下肢動、靜脈外，併開放上肢及中央靜脈支架置放申報可能將造成財務衝擊，爰釐清適應症範圍及申報配套措施，計算財務影響再提會討論。
- (二)提案單位表示為明確區分申報項目，僅施行氣球擴張術者以血管成形術申報；置放支架項目依病灶部位劃分，一個區域申報單純性支架置放術，兩個區域以上申報複雜性支架置放術。
- (三)與會學會表示現行腸骨動脈以外的動靜脈血管支架置放，皆以未列項方式比照申報氣球擴張術，均同意新增按部位區分置放支架申報項目。
- (四)胸腔及心臟血管外科醫學會表示血管成形術施行方式包含

血管攝影或超音波導引，考量超音波導引無影像報告可供佐證，爰不建議納入超音波導引，本項以施行血管攝影為主。

(五)與會專家表示支付規範 1.「包括血管造影設備」與 2.「選擇性血管造影」文字說明相近，建議調整文字內容以明確規範。

結論：本案經與會專家充分討論後，建議新增及修訂說明如下

(一)中/英文名稱：修訂 33133B 為「單純性周邊血管支架置放術」及新增「複雜性周邊血管支架置放術」。

(二)支付規範：

- 1.應有血管造影設備並報經保險人同意後實施。
- 2.本項包括選擇性血管造影(Including selective angiography)、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，xxxxB 係指二條動脈血管(含)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，xxxxB 係指二條靜脈血管(含)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 xxxxB 申報。
5. 不得同時申報項目：33048B 及 33062B，相同部位不得申報 33097B、33074B、33115B。

(三) 支付點數：

- (1) 單純性周邊血管支架置放術：12,948 點。
- (2) 複雜性周邊血管支架置放術：24,278 點。

(四) 修訂 33074B「單純性血管整形術」及 33115B「複雜性血管整形術」支付規範，說明如下：

1. 應有血管造影設備並報經保險人同意後實施。
2. 本項包括選擇性血管造影(Including selective angiography)。
3. 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. 施行本項原則上應已含括 33048B「四肢血管造影」及 33062B「鎖骨下血管造影」，相同部位不得同時申報 33097B、33113B、xxxxB。

(五) 會後請介入性心臟血管醫學會確認中英文名稱及支付規範文字。

三、本署建議新增「脈動式或耳垂式血氧飽和監視器-未滿二歲新生兒」診療項目案。

討論重點：

(一) 血氧感應貼片為監測小兒嬰幼兒與新生兒 SpO₂ 重要耗材，惟若開放全齡兒童恐衝擊健保財務，爰建議優先納入未滿二歲幼兒。

(二) 與會學會均表示，取得嬰幼兒動脈血相當困難，血氧感應貼片可減少臨床嬰兒透過抽血方式檢測，且取得新生兒動脈血之技術、設備成本花費及難度更高。本項新增後可減少抽血費用，推估財務衝擊可能下修，考量現行兒童加護病房經營不易及兒童抽血致併發症機率高於成人，同意二歲以下優先納入。

(三) 與會專家表示，考量血氧感應貼片為新生兒重要醫材，納入血氧感應貼片可降低民眾財務負擔，均同意納入。另初期為避免浮濫申報，建議限於急診、新生兒中重度病房或加護病房始得申報，其餘非入住上述場域個案維持原支付項目申報。

結論：本案經專家充分討論後，建議新增說明如下：

(一) 項目名稱：脈動式或耳垂式血氧飽和監視器(Pulse or ear

oximetry)。

(二)建議支付點數：57017C「每次 time」30 點、57018B「一天 day」360 點、「於急診、新生兒中重度病房或加護病房未滿二歲者-每次 time」36 點、「於急診、新生兒中重度病房或加護病房未滿二歲者-一天 day」430 點。

(三)支付規範：57017C 同日使用五次以上者，按 57018B 計；
「於急診、新生兒中重度病房或加護病房未滿二歲者-每次 time」同日使用五次以上者，按「於急診、新生兒中重度病房或加護病房未滿二歲者-一天 day」計。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：上午 11 時 34 分。

113 年第 4 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」

會議紀錄

時間：113 年 5 月 8 日上午 9 點 30 分

地點：台北市信義路 3 段 140 號 18 樓大禮堂

主持人：李副署長丞華

紀錄：顏其敏

出席專家：略。

請假專家：略。

列席單位及人員：略。

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄：確認。

參、報告事項：略。

肆、討論事項：

二、台灣整形外科醫學會建議新增「顯微血管游離瓣手術-穿通枝瓣移植（單區塊／雙區塊／三區塊以上組織瓣）」等 3 項診療項目案。

討論重點：

- (一)本案經 113 年 3 月 6 日第 2 次本會議討論決議新增，復提 113 年 4 月 25 日 113 年共同擬訂會議第 1 次臨時會議討論，與會代表就成本分析所列住院醫師執行人力及時間無法達成共識，爰補充成本分析資料，再提會討論。
- (二)提案單位表示，增加人力成本可減少手術時間成本，若針對人力進行刪減，相對就會增加手術時間之成本，且該類手術都是緊接在腫瘤切除後，通常在夜間進行，若能縮短手術時間，將提升手術品質及病人安全；另配套措施建議於手術紀錄中呈現手術人力。
- (三)與會學會表示，均支持若手術人力增加至二組人力，可縮短手術時間，增進病人安全及效率，總成本與一組人力相

近，且經統計前開人力申報手術時間未達傳統手術之五十百分位。

(四)社區醫院協會表示，認同增加手術人力可減少手術時間帶來之效益，惟若訂定較高點數，但部分醫院卻因人力不足以安排二組人力配合時，建議由與會學會說明相關配套措施。

(五)與會專家表示，醫療人員於夜間長時間進行移植手術較為辛苦，而且都是難度很高之手術，應予支持。

結論：依議程所列成本分析之醫師執行人力及時間，達成共識訂定，並請提案單位就執刀醫師數及手術品質訂定管理或審查規範。

五、國立台灣大學附設醫院建議修訂 08134B「連續血糖監測」適應症案。

討論重點：

(一)提案單位表示，因肝醣儲積症有低血糖病史之病人，需持續監測血糖穩定度。考量「血糖過度起伏」難以具體定義，惟若病人使用玉米粉治療並搭配良好的照顧，應不會出現「血糖過度起伏」狀態，建議適應症訂為「有低血糖病史或因血糖起伏使用玉米粉治療者」及一年執行兩次連續血糖監測。

(二)與會學會表示，本項罕見疾病人數偏少，且確實對病人有幫助，財務影響不大，與會學會均支持修訂；惟考量肝醣儲積症病人如空腹較久仍有低血糖風險，建議適應症訂為「有嚴重低血糖病史」、「目前仍持續使用玉米粉」之病人，於門診接受一年二次檢測，以評估病人最長空腹期間進而減少低血糖風險。

(三)與會專家表示：

- 1.建議明確定義「血糖過度起伏」，如「嚴重低血糖」或「用玉米粉治療仍然低血糖者」。避免因審查醫師認知不同而遭核

扣。

2. 為明確表達建議修改部分支付規範，如門診使用，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；住院使用應事前審查，一年至多執行兩次，且間隔一個月以上，考量可能之財務衝擊，將另行評估。

結論：本案經與會學會及專家充分討論後，建議修訂 08134B「連續血糖監測」診療項目，放寬適用對象至肝醣儲積症第零型、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，另原支付規範(1)、(2)修正如下：

- (一) 門診使用，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。
- (二) 住院使用須事前審查，一年執行兩次為原則，且間隔一個月以上。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：下午 12 時 23 分。

機械手臂輔助手術第二次討論會議會議紀錄

時間：113 年 5 月 30 日上午 9 點 30 分

地點：台北市信義路 3 段 140 號 18 樓大禮堂

主持人：陳教授昱瑞

紀錄：高嘉慧

出席專家：略

壹、主席致詞：略。

貳、確認前次會議紀錄：確認。

參、討論事項：

一、增訂 50 項機械手臂輔助手術得比照健保診療項目申報手術費案

討論重點：

- (一)彙整本署近期收載台灣泌尿科醫學會等 9 學會建議增列計 50 項術式，分屬泌尿科、消化科、胸腔科、婦科及循環科等 5 專科，考量涉及臨床專業，經徵詢本機械手臂專家小組（下稱本會議小組）專家及部定專科學會意見，就其比照健保術式、核發認證單位、執行專科別及比照申報合宜性進行討論。
- (二)泌尿科：與會專家表示，現行支付標準 78050B「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」較 78014B「膀胱全切除術及骨盆腔淋巴切除術合併原位新膀胱重建術」更適於「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」之比照申報，爰建議改列。
- (三)胸腔科：專家表示，為符合臨床實際執行情形，同意「食道再造術」拆分為「食道再造術—以大腸重建」及「食道再造術—以小腸重建」等 2 項。
- (四)婦科：與會專家表示，考量「骨盆腔子宮內膜異位症切除術（中度）」、「子宮附屬器部分或全部切除術-雙側」、「子宮附屬器部分或全部切除術-單側」等 3 項可由內視鏡執行，且

臨床就前述機械手臂輔助手術比照申報尚未有共識，爰建議暫不增列。

- (五)循環科：與會專家表示，「主動脈瓣或二尖瓣或三尖瓣之置換手術」等4項未有虛擬醫令，建議比照傳統手術醫令申報，因有對照之內視鏡健保給付術式，為符合臨床實務，建議參考過往胸（腹）腔鏡相關術式訂定支付點數之方式，以原傳統手術支付點數乘以係數 1.5~1.8 倍為基礎訂定支付點數；另考量現行以機械手臂輔助手術相較於內視鏡輔助執行手術視野較佳，爰不建議於支付標準中另列是類胸腔鏡項目。

決議：

- (一)同意新增泌尿科4項、消化科25項、胸腔科6項、婦科9項、循環科4項等共計48項診療項目（附件1）。
- (二)建議新增項目會上未確定虛擬醫令代碼者，會後將請提案單位另行提供；另為明確醫院申報適當之虛擬醫令代碼，俾利後續管理，將依項目新增相關代碼。
- (三)會後請相關學會提供比照申報虛擬醫令之執行比例，以評估財務衝擊。
- (四)各項目之認證單位將俟審核通過後公告於本署全球資訊網。

肆、臨時動議：無。

伍、散會（12時10分）

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」

113 年第 1 次臨時會會議紀錄

時間：113 年 4 月 25 日（星期四）下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：石署長崇良

紀錄：黃筠喬

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄，參閱不宣讀：略

參、報告事項：

肆、討論事項：

七、新增修訂「經口內視鏡食道肌肉切開術」等 13 項診療項目案（詳附件 1，P9-13）。

說明：

- （一）新增「經口內視鏡食道肌肉切開術」、「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）」、「預立醫療照護諮商費－未曾申報或該次住院僅申報 1 次 02020B 者／同次住院申報 2 次 02020B 者」等 6 項診療項目。
- （二）修訂 12195B「Her-2/neu 原位雜交」適應症及中文名稱；81028C「前置胎盤或植入性胎盤之剖腹產」，限執行醫院資格；12207B「白血病即時定量聚合酶連鎖反應法」等 3 項併新增「白血病即時定量聚合酶連鎖反應法（IVD）」等 2 項診療項目。

決議：

- （一）同意新增「預立醫療照護諮商費－未曾申報或該次住院僅申報 1 次 02020B 者／同次住院申報 2 次 02020B 者」（3,000 點/1,500 點），其適應症採 B 案，須具完全行為能力之住院病人並符合 65 歲以上重大傷病且罹患安寧收案條件所列之疾病別、輕度失智症(CDR 0.5-1 分)、符合病

主法第 14 條第 1 項第 5 款公告之疾病別、居整計畫收案對象，並訂有支付規範。

- (二) 同意修訂 12195B「Her-2/neu 原位雜交」適應症及中文名稱、12207B「白血病即時定量聚合酶連鎖反應法」等 3 項併新增「白血病即時定量聚合酶連鎖反應法(IVD)」等 2 項診療項目。
- (三) 有關「經口內視鏡食道肌肉切開術」，因適應症、支付規範及內含之材料費未達共識，暫保留；「顯微血管游離瓣手術－穿通枝瓣移植」，因部分代表對本項成本分析仍有疑義，暫保留，並邀請前開持不同意見之醫界代表共同參與後續討論；81028C「前置胎盤或植入性胎盤之剖腹產」，因屬限縮執行院所資格，由本署就中重度急救責任醫院及不同地區剖腹產之死亡率及併發症等結果之差異性評估後再議。

伍、散會：下午 5 時 48 分

表一、113年建議新增醫療服務給付項目及財務影響評估彙整表(計5項目)

序 號	中文名稱	主要臨床功能及目的	適應症/支付規範	建議支付點數		建議支 付點數 (含一般 材料費) A	被替代項目及替代率					預估 年執行 量 E	預估年增點數	
				表定點數	表列 材料 費%		被替代 診療項目	中文名稱	支付 點數 B	替代 率 C	醫令 申報量 D (112 年)		(百萬點) F= ①A*E-B*E ②A*E-B*D ③A*(E-D)+(A-B)*D	
1	顯微血管游離瓣手術—穿通枝瓣移植—單區塊組織瓣	本項係使用於頭頸、四肢與軀幹之軟組織廣泛缺損，合併重要結構(例如骨骼、神經、血管與肌腱等)暴露而無法以簡單縫合或局部皮瓣修補之重建手術，於執行穿通枝皮瓣移植時摘取皮瓣，將該血管自肌肉層分離，可保留原部位大部分的肌肉，以降低病人組織傷害及功能影響。	1.適應症：因遺傳性缺損、腫瘤、外傷等因素，以致位於頭頸部、軀幹與四肢軟組織缺損須重建，且無法以縫合、植皮、局部皮瓣等方式重建之損傷，依供應皮瓣的血管分支數量計算區塊。 2.支付規範： (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。	47,775	23%	58,763	62032B	顯微血管游離瓣手術—皮瓣移植	40,739	75%	3,222	1,959	51.18	②
2	顯微血管游離瓣手術—穿通枝瓣移植—雙區塊組織瓣			55,237	20%	66,284	62033B	顯微血管游離瓣手術—肌肉移植	40,950	25%	296	522		
3	顯微血管游離瓣手術—穿通枝瓣移植—三區塊以上組織瓣			62,698	17%	73,357	62034B	顯微血管游離瓣手術—骨移植	58,663	15%	427	131		
							62037B	顯微血管游離瓣手術—游離筋膜瓣移植	40,739	75%	76	註 1		
4	脈動式或耳垂式血氧飽和監視器未滿二歲者—每次	考量臨床取得嬰幼兒動脈血相當困難，血氧感應貼片可偵測連續非侵入性動脈血氧飽和度和脈搏監控，為重症照護及兒童醫材，建議優先給付於未滿 2 歲兒童，爰建議新增。	註： 1.「脈動式或耳垂式血氧飽和監視器未滿二歲者—每次」同日使用五次以上者，按「脈動式或耳垂式血氧飽和監視器未滿二歲者—一天」計。 2.限於急診、新生兒中重度病房或加護病房申報。	36	-	36	57017C	脈動式或耳垂式血氧飽和監視器- 每次	30	100%	76,560	80,181	5.1	
5	脈動式或耳垂式血氧飽和監視器未滿二歲者—一天			430	-	430	57018B	脈動式或耳垂式血氧飽合監視器- 一天	360	100%	82,756	88,739		
							09041B	血液氣體分析	200	10.3%	77,212	7,953		
(1) 5 項新增項目 小計													56.28	

註：

註 1.本項財務評估說明如下：

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

註 2.統計未滿 2 歲執行 57017C、57018B 及申報前述二項併報 09041B 概況如下：

- (1)112 年申報 57017C 醫令量 76,560 筆，108 至 112 年平均年成長率 4.73%，推估 113 年執行量 80,181 筆【=76,560*(1+4.73%)】，扣除替代後增加財務支出 0.48 百萬點【=80,181*(36-30)】。
- (2)112 年申報 57018B 醫令量 82,756 筆，108 至 112 年平均年成長率 7.23%，推估 113 年執行量 88,739 筆【=82,756*(1+7.23%)】，扣除替代後增加財務支出 6.21 百萬點【=88,739*(430-360)】。
- (3)112 年申報 57017C 併報 09041B 醫令量計 32,444 筆，平均年成長率為負故以零成長推估，專家表示約有 10.3%執行血氧感應貼片後不需另外抽血，推估 113 年可替代 3,342 筆【=32,444*10.3%】，減少財務支出約 0.67 百萬點【=3,342*200】。
- (4)112 年申報 57018B 併報 09041B 醫令量計 44,768 筆，平均年成長率為負故以零成長推估，專家表示約有 10.3%執行血氧感應貼片後不需另外抽血，推估 113 年可替代 4,611 筆【=44,768*10.3%】，減少財務支出約 0.92 百萬點【=4,611*200】。
- (5)綜上，推估約增加財務支出 5.1 百萬點【=0.48+6.21-0.67-0.92】

表二、112年建議建議修訂/新增醫療服務給付項目及財務影響評估彙整表(共計5項：4項修訂、1項新增)

序 號	診療 編號	名稱	修訂說明	適應症/相關規範	建議 支付 點數 A	原支付 點數 B 表 列 材 料 費 % A2	調整 點數 差值 C=A- B	預估 全國 執行 量 D	預估年 增點數 (百萬 點) E=C*D
1	33133B	~~腸骨動脈~~ <u>單純性周 邊血管支 架置放術</u>	考量臨床因周邊血管疾病須置放支架之病人日趨增加，現行僅「腸骨動脈」訂有支架置放，其餘部位血管多數係以未列項方式比照申報 33074B「單純性血管整形術」及 33115B「複雜性血管整形術」，為明確支付標準，爰建議依執行血管數修訂及新增項目。	註： ~~(1)~~ <u>1.應有血管造影設備並報經保險人同意後實施。</u> ~~(2)~~ <u>2.本項費用已</u> 包括選擇性血管造影(Including selective angiography)、診斷性血管造影及當日術後追蹤造影。 <u>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。</u> <u>4.血管數計算方式：</u> <u>(1)動脈：</u> <u>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。</u> <u>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。</u> <u>C.動脈同一條血管內多處病灶，仍算同一條血管。</u> <u>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。</u> <u>(2)靜脈：</u> <u>A.上肢分為三部位(上腔靜脈、鎖骨下靜脈、頭臂靜脈)。</u> <u>B.下肢分為三部位（大腿靜脈、腸骨靜脈、下腔靜脈)。</u> <u>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。</u> <u>(3)排除洗腎瘻管。</u> <u>(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。</u> <u>5.施行本項原則上應已含括 33048B「四肢血管造影」及 33062B「鎖骨下血管造影」，相同部位不得同時申報 33097B「數位減像血管攝影(靜脈)」、33074B「單純性血管整形術」、33115B「複雜性血管整形術」。</u>	12,948	12,948		5,140	31.48
2		<u>複雜性周 邊血管支 架置放術</u>			24,278			4,398 註 1	
3	08134B	連續血糖 監測	考量「肝醣儲積症」有低血糖病史之病人，具監測血糖穩定需求，爰建議新增適應症。另調整支付規範文字，以臻明確，不影響語意，俾利臨床使用。	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醣化血紅素(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。 <u>(3)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~~ <u>門診使用，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，若為住院使用</u> 應事前審查。 (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。	4,842	4,842		234 註 2	1.13

序 號	診療 編號	名稱	修訂說明	適應症/相關規範	建議 支付 點數 A	原支付 點數 B 表 列 材 料 費 % A2	調整 點數 差值 C=A- B	預估 全國 執行 量 D	預估年 增點數 (百萬 點) E=C*D
4	68040B	經 導 管 主 動 脈 辦 膜 置 換 術 (TAVI)	考量人工瓣膜損壞者 再次以外科手術進行 主動脈瓣膜置換，可 顯著減少術後 30 天的 全死因死亡率及心血 管死亡率，特材專諮決 議修訂「經導管置換主 動 脈 辦 膜 套 組 - TAVI(整組合導引線)」 給付規定，爰決議增列 適應症用於嚴重主動 脈人工生物瓣膜損壞 病人，並建議併同修訂 診療項目。	註：(僅列適應症規範) 1.適應症： ~~(1)適用於嚴重主動脈狹窄病人，須同時具備以下二項條件：~~ ~~(1)必要條件~~ →須全部具備下列四項必要條件： A.有 New York Heart Association Function Class II-IV 之心衰竭症狀。 B.以心臟超音波測量主動脈開口面積＜0.8c m ² 、＜0.6c m ² /m ² 、經主動脈瓣平均壓力差≥40mmHg 或主動脈瓣血流流速≥4.0m/sec。 C.必須至少二位心臟外科專科醫師判定無法以傳統開心手術進行主動脈瓣膜置換或開刀危險性過高。 D.臨床判定病人至少有一年以上之存活機率。 (2)嚴重主動脈人工生物瓣膜損壞病人，須全部具備下列四項必要條件： A.有 New York Heart Association Function Class II-IV 之心衰竭症狀。 B.須具備以下條件之一： a.狹窄以心臟超音波測量主動脈開口面積＜0.8 cm ² 、＜0.6cm ² /m ² 、經主動脈瓣平均壓力差≥40mmHg 或主動脈瓣血流流速≥4.0m/sec。 b.返流的必要項目(不得加計瓣膜旁漏之返流量)：寬或多重的都卜勒噴射返流，加上以下重度返流的測量之一： I.Vena contracta width ≥ 6mm。 II.Vena contracta area ≥ 30mm ² 。 III.Jet width at origin ≥60% of LOVT。 IV.Holo-diastolic flowreversal in proximal descending aorta。 C.必須至少二位心臟外科專科醫師判定無法以傳統開心手術進行主動脈瓣膜置換或開刀危險性過高。 D.臨床判定病人至少有一年以上之存活機率。 (3)上述二項適應症病人，須具備以下條件之一： A.無法接受開刀進行主動脈瓣膜置換或開刀危險性過高，STS Score>10%，或 Logistic Euro SCORE I >20%。 B.有以下情形之一者：先前接受過心臟手術（冠狀動脈繞道、心臟瓣膜手術）、嚴重主動脈鈣化（porcelain aorta）、胸腔燒灼後遺症，不可進行開心手術、曾接受過縱膈放射療法、嚴重結締組織疾病，導致不可進行手術、肝硬化（Child 分級 A 或 B），以及肺功能不全：FEV<1 公升。 2.支付規範：(略)		107,642		20 註 3	2.15
5	第二部 第二章 第四節	第二項 物 理治療 通則一、 (一)	小兒神經科醫師亦具 與神經科相同資格，可 依其臨床專業執行復 健治療，為使規範文字 更臻明確，俾利臨床申 報，修訂支付標準通則 文字。	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、 <u>小兒神經次專科專任醫師(治療對象限 18 歲以下、限醫院)</u> 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。					不增加 財務支 出
6	第二部 第二章 第四節	第三項 職 能治療 通則一		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。					不增加 財務支 出
34.76									

註 1：
(1)按現行申報 33074B「單純性血管整形術」併報周邊血管支架置放者，申報醫令量為 5,140 筆，倘未來均以 33133B 申報，加計 110 年-112 年成長率 7.4%，推估約增加財務支出約 11.86 百萬點[=5,140*(12,948-10,800)*(1+7.4%)=11,857,733]。
(2)參酌胸心外學會表示如不同部位執行支架置放將以二筆 33133B 申報，爰以執行二筆以上之件數推估未來改以「複雜性周邊血管支架置放術」申報，以 33133B 成長率 3%推估約增加財務支出 2.95 百萬[=(2,623-2,370)*(24,278-12,948)*(1+3%)=2,952,485]。
(3)按現行申報 33115B「複雜性血管整形術」併報周邊血管支架置放者，未來將以新增項目申報，爰加計成長率推估約增加財務支出 16.67 百萬點[=3,714*(24,278-20,250)*(1+11.4%)=16,665,431]。
綜上，推估約增加財務支出 31.48 百萬點【=11.86+2.95+16.67】
註 2：108 至 112 年主診診斷符合適應症（E74.01、E74.03、E74.09）人數年平均成長率 17%，統計 112 年符合適應症人數為 100 人，依支付規範一年至多執行 2 次，推估 113 年執行次數約 234 次【=100*(1+17%)*2】，推估約增加財務支出 1.13 百萬點【=234*4,842】。
註 3：參考特材專諮會議決議，增列適應症推估每年使用量約 20 人，推估診療項目約增加財務支出 2.15 百萬點。[=20*107,642=2,152,840]

表二、113年建議建議修訂/新增醫療服務給付項目及財務影響評估彙整表(共48項修訂)

序號	診療編號	名稱	修訂說明	適應症/相關規範	建議支付點數A	原支付點數B	調整點數差值C=A-B	預估全國執行量D	預估年增點數(百萬點)E=C*D
7	68015B	瓣膜成形術	依 113 年 5 月 30 日機械手臂輔助手術第二次討論會議決議，考量臨床需求，維護病人手術給付之基本權益，建議新增機械手臂輔助手術診療項目，比照胸(腹)腔鏡手術費用及適應症申報。	<u>註：執行「機械手臂輔助瓣膜成形術」須符合下列規範：</u> <u>1.適應症：低風險之主動脈或二尖瓣病人，且 STS Score≤3%。</u> <u>2.醫院條件：</u> <u>(1)專任之心臟外科醫師。</u> <u>(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。</u> <u>3.醫師資格須符合下列所有規範：</u> <u>(1)胸腔及心臟血管外科之心臟外科專科醫師。</u> <u>(2)具有專科醫師五年以上資格。</u> <u>(3)具一百例以上二尖瓣瓣膜成形術（編號 68015B）。</u> <u>(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)。</u> <u>(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。</u> <u>4.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u> <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>					
8	68016B	主動脈瓣或二尖瓣或三尖瓣之置換手術		<u>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：</u> <u>1.適應症：低風險之二尖瓣及三尖瓣逆流病人，且 STS Score≤3%。</u> <u>2.醫院條件：</u> <u>(1)專任之心臟外科醫師。</u> <u>(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。</u> <u>3.醫師資格須符合下列所有規範：</u> <u>(1)胸腔及心臟血管外科之心臟外科專科醫師。</u> <u>(2)具有專科醫師五年以上資格。</u> <u>(3)具一百例以上主動脈瓣或二尖瓣膜置換術（編號 68016B）。</u> <u>(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)。</u> <u>(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。</u> <u>4.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u> <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>					

序 號	診療 編號	名稱	修訂說明	適應症/相關規範	建議 支付 點數 A	原支 付點 數 B	調整 點數 差值 C=A-B	預估 全國 執行 量 D	預估年增 點數 (百萬點) E=C*D
9	68020B	A.S.D.修補	依 113 年 5 月 30 日機械手臂輔助手術第二次討論會議決議，考量臨床需求，維護病人手術給付之基本權益，建議新增機械手臂輔助手術診療項目，比照胸(腹)腔鏡手術費用及適應症申報。	註： <u>1.有（無）繞道之手術費用一致。</u> <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> <u>(1)適應症：</u> <u>A.成人第二型心房中膈缺損且 Qp/Qs >1.5。</u> <u>B.無不可逆肺動脈高壓。</u> <u>(2)醫院條件：</u> <u>A.專任之心臟外科醫師。</u> <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> <u>(3)醫師資格須符合下列所有規範：</u> <u>A.胸腔及心臟血管外科之心臟外科專科醫師。</u> <u>B.具有專科醫師五年以上資格。</u> <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> <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> <u>(4)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u> <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>					
10	68050B	心房切割隔間之不整脈手術		註： <u>1.適應症：</u> (1)心房振顫有栓子之年輕病人不能口服抗凝劑者。 (2)瓣膜性心臟病人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。 (3)口服抗凝劑下尚再發血栓塞症者。 (4)冠心病手術同時併有持續性心房振顫者。 (5)對左心房衰竭選擇性手術能改變心臟功能者。 (6)對內科藥物及燒灼術無效之心房振顫者。 <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> <u>(1)適應症：低風險之心房顫動心臟病病人，且 STS Score≤3%。</u> <u>(2)醫院條件：</u> <u>A.專任之心臟外科醫師。</u> <u>B.醫院每年需具二十五例以上之心房切割隔間之不整脈手術之手術案例。</u> <u>(3)醫師資格須符合下列所有規範：</u> <u>A.胸腔及心臟血管外科之心臟外科專科醫師。</u> <u>B.具有專科醫師五年以上資格。</u> <u>C.具五十例以上心房切割隔間之不整脈手術（編號 68050B）。</u> <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> <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> <u>(4)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u> <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>					

序 號	診療 編號	名稱	修訂說明	適應症/相關規範	建議 支付 點數 A	原支 付點 數 B	調整 點數 差值 C=A-B	預估 全國 執行 量 D	預估年增 點數 (百萬點) E=C*D
11	70215B	腹腔鏡骨盆腔 淋巴腺切除術	依 113 年 5 月 30 日機械手臂 輔助手術第二 次討論會議決 議，考量臨床 需求，維護病 人手術給付之 基本權益，建 議新增機械手	<u>註：執行「機械手臂輔助骨盆腔淋巴腺切除術」者須符合下列規範：</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)具有婦產科專科醫師資格。</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>					
12	70216B	腹腔鏡後腹膜 腔淋巴腺切除 術	臂輔助手術診 療項目，比照 胸(腹)腔鏡手 術費用及適應 症申報。	<u>註：</u> <u>1.腹腔鏡主動脈旁淋巴腺切除術(Laparoscopic paraaortic lymphadenectomy)比照申報</u> <u>2.執行「機械手臂輔助後腹膜腔淋巴腺切除術」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>					
13	70416B	胸腔鏡縱膈腔 腫瘤切除術(小 於五公分)		<u>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：</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)具有胸腔及心臟血管外科、胸腔外科專科醫師資格。</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>					
14	70417B	胸腔鏡縱膈腔 腫瘤切除術(五 公分以上)		<u>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：</u> <u>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：</u> <u>(1)具有胸腔及心臟血管外科、胸腔外科專科醫師資格。</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>					

序 號	診療 編號	名稱	修訂說明	適應症/相關規範	建議 支付 點數 A	原支 付點 數 B	調整 點數 差值 C=A- B	預估 全國 執行 量 D	預估年增 點數 (百萬點) E=C*D
15	71220B	食道再造術－以大腸重建	依 113 年 5 月 30 日機械手臂輔助手術第二次討論會議決議，考量臨床需求，維護病人手術給付之基本權益，建議新增機械手臂輔助手術診療項目，比照胸(腹)腔鏡手術費用及適應症申報。	<u>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：</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)具有胸腔及心臟血管外科、胸腔外科專科醫師資格。</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，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。</u>					
16	71221B	食道再造術－以小腸重建							
17	71224B	胸腔鏡食道切除術		<u>註：執行「機械手臂輔助食道切除術」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)具有胸腔及心臟血管外科、胸腔外科專科醫師資格。</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>					
18	71227B	胸(腹)腔鏡食道胃管重建術	<u>註：執行「機械手臂輔助食道胃管重建術」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)具有胸腔及心臟血管外科、胸腔外科專科醫師資格。</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>						
19	72048B	腹腔鏡胃亞全切除術	<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>						

序號	診療編號	名稱	修訂說明	適應症/相關規範	建議支付點數A	原支付點數B	調整點數差值C=A-B	預估全國執行量D	預估年增點數(百萬點)E=C*D
20	72051B	腹腔鏡胃袖狀切除術	依 113 年 5 月 30 日機械手臂輔助手術第二次討論會議決議，考量臨床需求，維護病人手術給付之基本權益，建議新增機械手臂輔助手術診療項目，比照胸(腹)腔鏡手術費用及適應症申報。	註： 1.適應症（須符合下列各項條件）：(1)身體質量指數 BMI $\geq$ 37.5Kg/m ² ；BMI $\geq$ 32.5Kg/m ² 合併有高危險併發症，如:第二型糖尿病病人糖化血色素經內科治療後仍 $\geq$ 7.5%、高血壓、呼吸中止症候群等。(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。(3)年齡在二十歲以上至未滿六十六歲。(4)無其它內分泌疾病引起之病態肥胖。(5)無酗酒、嗑藥及其它精神疾病。(6)精神狀態健全，經由精神科專科醫師會診認定無異常。 2.限消化外科專科醫師執行。 3.含一般材料費，得另加計百分之二十四。 4.執行「 <u>機械手臂輔助胃袖狀切除術</u> 」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>A.具有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>					
21	72052B	腹腔鏡胃繞道手術		註： 1.適應症（須符合下列各項條件）： (1)身體質量指數 BMI $\geq$ 37.5Kg/m ² ；BMI $\geq$ 32.5Kg/m ² 合併有高危險併發症，如:第二型糖尿病病人糖化血色素經內科治療後仍 $\geq$ 7.5%、高血壓、呼吸中止症候群等。 (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。 (3)年齡在二十歲以上至未滿六十六歲。 (4)無其它內分泌疾病引起之病態肥胖。 (5)無酗酒、嗑藥及其它精神疾病。 (6)精神狀態健全，經由精神科專科醫師會診認定無異常。 2.限消化外科專科醫師執行。 3.含一般材料費，得另加計百分之二十三。 4.執行「 <u>機械手臂輔助胃繞道手術</u> 」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>A.具有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>					

序 號	診療 編號	名稱	修訂說明	適應症/相關規範	建議 支付 點數 A	原支 付點 數 B	調整 點數 差值 C=A- B	預估 全國 執行 量 D	預估年增 點數 (百萬點) E=C*D
22	72054B	腹 腔 鏡 胃 部 分 切 除 術（潰瘍或 腫 瘤）	依 113 年 5 月 30 日機械手臂 輔助手術第二 次討論會議決 議，考量臨床 需求，維護病 人手術給付之 基本權益，建 議新增機械手	<u>註：執行「機械手臂輔助胃部分切除術」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>					
23	72055B	腹 腔 鏡 胃 空 腸 造 口 吻 合 術	臂輔助手術診 療項目，比照 胸(腹)腔鏡手 術費用及適應 症申報。	<u>註：執行「機械手臂輔助胃空腸造口吻合術」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>					
24	72058B	腹 腔 鏡 全 胃 切 除-併淋巴清除 及腸胃重建		<u>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：</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>					
25	72059B	腹 腔 鏡 次 全 胃 切 除-併淋巴清 除及腸胃重建		<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>					

序 號	診療 編號	名稱	修訂說明	適應症/相關規範	建議 支付 點數 A	原支 付點 數 B	調整 點數 差值 C=A-B	預估 全國 執行 量 D	預估年增 點數 (百萬點) E=C*D
26	73045B	經腹腔鏡右側大腸切除術加吻合術	依 113 年 5 月 30 日機械手臂輔助手術第二次討論會議決議，考量臨床需求，維護病人手術給付之基本權益，建議新增機械手臂輔助手術診療項目，比照胸(腹)腔鏡手術費用及適應症申報。	<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>					
27	73046B	經腹腔鏡乙狀結腸切除術加吻合術-良性		<u>註：執行「機械手臂輔助乙狀結腸切除術加吻合術-良性」、「機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> <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，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>					
28	73048B	經腹腔鏡乙狀結腸切除術加吻合術-惡性		<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>					
29	73057B	腹腔鏡左半結腸切除術		<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> <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>					
30	74224B	腹腔鏡腹部會陰聯合切除術		<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> <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>					
31	75215B	腹腔鏡膽囊切除術		<u>註：執行「機械手臂輔助膽囊切除術」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>					

序號	診療編號	名稱	修訂說明	適應症/相關規範	建議支付點數 A	原支付點數 B	調整點數 差值 C=A-B	預估全國 執行量 D	預估年增 點數 (百萬點) E=C*D
32	75218B	腹腔鏡膽管截石術	依 113 年 5 月 30 日機械手臂輔助手術第二次討論會議決議，考量臨床需求，維護病人手術給付之基本權益，建議新增機械手臂輔助手術診療項目，比照	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>					
33	75219B	腹腔鏡總膽管空腸吻合術	胸(腹)腔鏡手術費用及適應症申報。	註： <u>執行「機械手臂輔助總膽管空腸吻合術」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>					
34	75220B	腹腔鏡總膽管切開摘石術（無或有 T 型管引流）		註： <u>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> <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>					
35	75222B	腹腔鏡肝外膽管成形術		註： <u>執行「機械手臂輔助肝外膽管成形術」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>					

序 號	診療 編號	名稱	修訂說明	適應症/相關規範	建議 支付 點數 A	原支 付點 數 B	調整 點數 差值 C=A- B	預估 全國 執行 量 D	預估年增 點數 (百萬點) E=C*D
36	75616B	腹腔鏡腹壁疝氣修補術-併腸切除	依 113 年 5 月 30 日機械手臂輔助手術第二	註： <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>					
37	75617C	腹腔鏡腹壁疝氣修補術-無腸切除	次討論會議決議，考量臨床需求，維護病人手術給付之基本權益，建議新增機械手臂輔助手術診						
38	75618B	腹腔鏡鼠蹊疝氣修補術-併腸切除	療項目，比照胸(腹)腔鏡手術費用及適應						
39	75619C	腹腔鏡鼠蹊疝氣修補術-無腸切除	症申報。						
40	75621C	腹腔鏡腹壁疝氣修補術，嵌頓性－無腸切除			註：執行「機械手臂輔助腹壁疝氣修補術，嵌頓性-無腸切除」、「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： <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，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。</u>				
41	75622C	腹腔鏡腹壁疝氣修補術，復發性－無腸切除							
42	75623C	腹腔鏡鼠蹊疝氣修補術，嵌頓性－無腸切除			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>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>				
43	75624C	腹腔鏡鼠蹊疝氣修補術，復發性－無腸切除							

序 號	診療 編號	名稱	修訂說明	適應症/相關規範	建議 支付 點數 A	原支 付點 數 B	調整 點數 差值 C=A-B	預估 全國 執行 量 D	預估年增 點數 (百萬點) E=C*D
44	76030B	(後)腹腔鏡腎臟 輸尿管切除術	依 113 年 5 月 30 日機械手臂 輔助手術第二 次討論會議決 議，考量臨床 需求，維護病 人手術給付之 基本權益，建	註：執行「機械手臂輔助腎臟輸尿管切除術」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>					
45	76037B	腹腔鏡根治性 腎切除術	議新增機械手 臂輔助手術診 療項目，比照 胸(腹)腔鏡手 術費用及適應 症申報。	註：執行「機械手臂輔助根治性腎切除術」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>3.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u> <u>4.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>					
46	78050B	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		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： <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>					
47	78051B	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		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： <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>					
48	80025B	腹腔鏡陰道懸 吊術		註：執行「機械手臂輔助陰道懸吊術」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)具有婦產科專科醫師資格。</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>					

序號	診療編號	名稱	修訂說明	適應症/相關規範	建議 支付 點數 A	原支 付點 數 B	調整 點數 差值 C=A-B	預估 全國 執行 量 D	預估年增 點數 (百萬點) E=C*D
49	80031C	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	依 113 年 5 月 30 日機械手臂輔助手術第二次討論會議決議，考量臨床需求，維護病人手術給付之基本權益，建議新增機械手臂輔助手術診療項目，比照胸(腹)腔鏡手術費用及適應症申報。	註： <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> <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> <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>					
50	80416B	腹腔鏡全子宮切除術		註： <u>1.不得同時申報 80430B。</u> <u>2.執行「機械手臂輔助全子宮切除術」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>					
51	80424B	腹腔鏡式婦癌分期手術		註：執行「機械手臂輔助婦癌分期手術」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)具有婦產科專科醫師資格。</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>					
52	80425C	腹腔鏡子宮肌瘤切除術		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>					

序 號	診療 編號	名稱	修訂說明	適應症/相關規範	建議 支付 點數 A	原支 付點 數 B	調整 點數 差值 C=A- B	預估 全國 執行 量 D	預估年增 點數 (百萬點) E=C*D
53	80429B	腹腔鏡子宮頸 癌全子宮根除 術	依 113 年 5 月 30 日機械手臂 輔助手術第二 次討論會議決 議，考量臨床 需求，維護病 人手術給付之 基本權益，建 議新增機械手 臂輔助手術診	註： <u>1.不含淋巴結切除。</u> <u>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：</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>					
54	80430B	腹腔鏡次全子 宮切除術	療項目，比照 胸(腹)腔鏡手 術費用及適應 症申報。	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> <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>					

48項達文西手術手術費納入健保給付之財務評估結果

序號	達文西機械手臂輔助手術	虛擬醫令代碼	112年申報量A	對應胸(腹)腔鏡手術	比例(提案單位提供)B	112年A	平均年成長率 C=110-112年機械手臂輔助手術平均成長率	113年推估申報量 D=A*B*(1+C)	113年支付點數(含一般材料加計)E	醫療費用 F=D*E	105年申報量G	比例(提案單位提供)H	105年推估申報量 H=G*B	對應105年之對應胸(腹)腔鏡手術	113年支付點數(含一般材料加計)I	替代醫療費用 J=I*H*106-113年總額一般服務成長率	推估財務增加 L=F-J
1	縱膈腔腫瘤切除術(<5cm)	N26013 機械手臂輔助縱膈腔腫瘤切除術	123	70416B 胸腔鏡縱膈腔腫瘤切除術(<5cm)	60.61%	123	23%	92	31,299	2,879,508	11	60.61%	7	70416B 胸腔鏡縱膈腔腫瘤切除術(<5cm)	31,299	306,409	2.57
2	縱膈腔腫瘤切除術(≥5cm)			70417B 胸腔鏡縱膈腔腫瘤切除術(≥5cm)	39.39%			60	36,220	2,173,200		39.39%	4	70417B 胸腔鏡縱膈腔腫瘤切除術(≥5cm)	36,220	202,619	1.97
3	肝外膽管成形術	N26016 機械手臂輔助膽道重建手術	3	75222B 腹腔鏡肝外膽管成形術	19.02%	3	23%	1	43,059	43,059	3	19.02%	1	75213B 肝外膽管成形術	24,327	34,022	0.01
4	總膽管空腸吻合術			75219B 腹腔鏡總膽管空腸吻合術	80.98%			2	42,728	85,456		80.98%	2	75204B 總膽管空腸吻合術	24,140	67,521	0.02
5	膽囊切除術	N26017 機械手臂輔助總膽管探查術及膽囊切除術	489	75215B 腹腔鏡膽囊切除術	95.88%	489	23%	577	24,800	14,309,600	46	95.88%	44	75215B 腹腔鏡膽囊切除術	22,962	1,412,976	12.90
6	膽管截石術			75218B 腹腔鏡膽管截石術	1.15%			7	37,617	263,319		1.15%	1	75218B 腹腔鏡膽管截石術	26,792	37,469	0.23
7	總膽管切開摘石術(無或有T型管引流)			75220B 腹腔鏡總膽管切開摘石術(無或有T型管引流)	2.97%			18	42,571	766,278		2.97%	1	75209B 總膽管切開摘石術及T形管引流	36,504	51,052	0.72
8	胃袖狀切除術	N26024 機械手臂輔助胃袖狀切除手術	62	72051B 腹腔鏡胃袖狀切除術	100.00%	62	23%	76	47,566	3,615,016	8	50.00%	4	72048B 腹腔鏡胃亞全切除術	47,256	264,356	3.35
												50.00%	0	72041B 腹腔鏡胃隔間手術	30,840	-	
9	胃繞道手術	N26025 機械手臂輔助胃空腸繞道手術	20	72052B 腹腔鏡胃繞道手術	50.92%	20	23%	13	51,287	666,731	2	50.92%	1	72052B 腹腔鏡胃繞道手術	51,287	71,727	0.60
10	胃空腸造口吻合術			72055B 腹腔鏡胃空腸造口吻合術	49.08%			12	27,731	332,772		49.08%	1	72055B 腹腔鏡胃空腸造口吻合術	27,731	38,783	0.29
11	胃亞全切除術	N26026 機械手臂輔助亞全胃切除手術	89	72048B 腹腔鏡胃亞全切除術	24.73%	89	23%	27	51,036	1,377,972	27	24.73%	7	72048B 腹腔鏡胃亞全切除術	36,351	355,866	1.02
12	胃部分切除術			72054B 腹腔鏡胃部分切除術(潰瘍或腫瘤)	32.70%			36	34,648	1,247,328		32.70%	9	72006B 胃部分切除術(潰瘍或腫瘤)	18,008	226,663	1.02
13	次全胃切除-併淋巴清除及腸胃重建			72059B 腹腔鏡次全胃切除-併淋巴清除及腸胃重建	42.57%			47	92,049	4,326,303		42.57%	11	72047B 次全胃切除-併淋巴清除及腸胃重建	40,003	615,400	3.71
14	右側大腸切除術加吻合術	N26027 機械手臂輔助其他大腸直腸腫瘤切除術	479	73045B 經腹腔鏡右側大腸切除術加吻合術	44.95%	479	23%	265	61,826	16,383,890	157	44.95%	71	73045B 經腹腔鏡右側大腸切除術加吻合術	47,705	4,736,905	11.65
15	乙狀結腸切除術加吻合術-良性			73046B 經腹腔鏡乙狀結腸切除術加吻合術-良性	5.13%			30	46,503	1,395,090		5.13%	8	73046B 經腹腔鏡乙狀結腸切除術加吻合術-良性	34,446	385,391	1.01

序號	達文西機械手臂輔助手術	虛擬醫令代碼	112年申報量A	對應胸(腹)腔鏡手術	比例(提案單位提供)B	112年A	平均年成長率 C=110-112年機械手臂輔助手術平均成長率	113年推估申報量 D=A*B*(1+C)	113年支付點數(含一般材料加計)E	醫療費用 F=D*E	105年申報量G	比例(提案單位提供)H	105年推估申報量 H=G*B	對應105年之對應胸(腹)腔鏡手術	113年支付點數(含一般材料加計)I	替代醫療費用 J=I*H*106-113年總額一般服務成長率	推估財務增加 L=F-J
16	乙狀結腸切除術加吻合術-惡性			73048B 經腹腔鏡乙狀結腸切除術加吻合術-惡性	33.32%			196	58,288	11,424,448		33.32%	52	73048B 經腹腔鏡乙狀結腸切除術加吻合術-惡性	43,177	3,139,990	8.28
17	左半結腸切除術			73057B 腹腔鏡左半結腸切除術	14.33%			84	70,880	5,953,920		14.33%	22	73014B 降結腸或乙狀結腸切除術併行吻合術及淋巴節清掃	40,794	1,255,138	4.70
18	直腸癌腹部會陰聯合切除術			74224B 腹腔鏡腹部會陰聯合切除術	2.27%			13	90,158	1,172,054		2.27%	4	74216B 直腸癌腹部會陰聯合切除術	50,088	280,199	0.89
19	根治性腎切除術	N26031 達文西其他腎臟手術其他肝切除	601	76030B (後)腹腔鏡腎臟輸尿管切除術	50.00%	601	23%	370	54,759	20,260,830	127	50.00%	64	76030B (後)腹腔鏡腎臟輸尿管切除術	27,869	2,494,444	17.77
20	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			76037B 腹腔鏡根治性腎切除術	30.00%			222	70,969	15,755,118		30.00%	38	76027B 根治性腎切除術	19,497	1,036,153	14.72
21	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	N20032 達文西輸尿管膀胱手術	303	78050B 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	30.00%	303	23%	112	100,651	11,272,912	102	30.00%	31	78014B 膀胱全切除術及骨盆腔淋巴切除術合併原位新膀胱重建術	44,615	1,934,261	9.34
22	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			78051B 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	30.00%			112	100,651	11,272,912		30.00%	31	78014B 膀胱全切除術及骨盆腔淋巴切除術合併原位新膀胱重建術	44,615	1,934,261	9.34
23	全子宮切除術	N26034 機械手臂輔助子宮切除術	882	80416B 腹腔鏡全子宮切除術	71.43%	882	23%	775	45,522	35,279,550	171	71.43%	122	80416B 腹腔鏡全子宮切除術	45,522	7,767,005	27.51
24	子宮頸癌全子宮根除術			80429B 腹腔鏡子宮頸癌全子宮根除術	2.94%			32	73,720	2,359,040		2.94%	5	80413B 子宮頸癌全子宮根除術	65,239	456,194	1.90
25	次全子宮切除術			80430B 腹腔鏡次全子宮切除術	25.63%			278	39,604	11,009,912		25.63%	44	80404C 次全子宮切除術	20,326	1,250,769	9.76
26	子宮肌瘤切除術	N26035 機械手臂輔助子宮肌瘤切除術	800	80425C 腹腔鏡子宮肌瘤切除術	100.00%	800	23%	984	39,638	39,003,792	249	100.00%	249	80425C 腹腔鏡子宮肌瘤切除術	39,638	13,803,319	25.20
27	後腹膜腔淋巴腺切除術	N26036 機械手臂輔助應用於其他手術	3,072	70216B 腹腔鏡後腹膜腔淋巴腺切除術	0.52%	3,072	23%	20	34,538	690,760	671	0.52%	3	70209B 後腹膜腔淋巴腺切除術	23,819	99,935	0.59

序號	達文西機械手臂輔助手術	虛擬醫令代碼	112年申報量A	對應胸(腹)腔鏡手術	比例(提案單位提供)B	112年A	平均年成長率 C=110-112年機械手臂輔助手術平均成長率	113年推估申報量 D=A*B*(1+C)	113年支付點數(含一般材料加計)E	醫療費用 F=D*E	105年申報量G	比例(提案單位提供)H	105年推估申報量 H=G*B	對應105年之對應胸(腹)腔鏡手術	113年支付點數(含一般材料加計)I	替代醫療費用 J=I*H*106-113年總額一般服務成長率	推估財務增加 L=F-J
28	骨盆腔淋巴腺切除術	N26036 機械手臂輔助應用於其他手術		70215B 腹腔鏡骨盆腔淋巴腺切除術	0.52%			16	48,623	777,968		0.52%	3	70208B 骨盆腔淋巴腺切除術	31,780	133,336	0.64
29	陰道懸吊術	N26036 機械手臂輔助應用於其他手術		80025B 腹腔鏡陰道懸吊術	2.47%			93	24,176	2,248,368		2.47%	14	80025B 腹腔鏡陰道懸吊術	24,176	473,353	1.78
30	骨盆腔子宮內膜異位症切除術(重度)	N26036 機械手臂輔助應用於其他手術		80031C 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	0.72%			27	28,316	764,532		0.72%	4	80031C 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	28,316	158,403	0.61
31	全胃切除-併淋巴清除及腸胃重建	N26036 機械手臂輔助應用於其他手術		72058B 腹腔鏡全胃切除-併淋巴清除及腸胃重建	0.55%			21	107,935	2,266,635		0.55%	3	72058B 全胃切除-併淋巴清除及腸胃重建	46,908	196,807	2.07
32	腹壁疝氣修補術-併腸切除	N26036 機械手臂輔助應用於其他手術		75616B 腹腔鏡腹壁疝氣修補術-併腸切除	0.39%			15	44,785	671,775		0.39%	2	75604B 腹壁疝氣修補術-併腸切除	19,462	54,436	0.62
33	腹壁疝氣修補術-無腸切除			75617C 腹腔鏡腹壁疝氣修補術-無腸切除	8.89%			336	35,592	11,958,912		8.89%	51	75605C 腹壁疝氣修補術-無腸切除	16,490	1,176,152	10.78
34	鼠蹊疝氣修補術-併腸切除			75618B 腹腔鏡鼠蹊疝氣修補術-併腸切除	0.45%			17	35,068	596,156		0.45%	3	75606B 鼠蹊疝氣修補術-併腸切除	19,812	83,123	0.51
35	鼠蹊疝氣修補術-無腸切除			75619C 腹腔鏡鼠蹊疝氣修補術-無腸切除	74.04%			2,798	30,580	85,562,840		74.04%	423	75607C 鼠蹊疝氣修補術-無腸切除	17,277	10,220,712	75.34
36	腹壁疝氣修補術，嵌頓性-無腸切除			75621C 腹腔鏡腹壁疝氣修補術，嵌頓性-無腸切除	2.13%			80	42,295	3,383,600		2.13%	12	75611C 腹壁疝氣修補術，嵌頓性-無腸切除	18,381	308,477	3.08
37	腹壁疝氣修補術，復發性-無腸切除			75622C 腹腔鏡腹壁疝氣修補術，復發性-無腸切除	0.68%			26	40,693	1,058,018		0.68%	4	75612C 腹壁疝氣修補術，復發性-無腸切除	17,685	98,932	0.96
38	鼠蹊疝氣修補術，嵌頓性-無腸切除			75623C 腹腔鏡鼠蹊疝氣修補術，嵌頓性-無腸切除	4.75%			179	32,321	5,785,459		4.75%	27	75613C 鼠蹊疝氣修補術，嵌頓性-無腸切除	18,261	689,542	5.10
39	鼠蹊疝氣修補術，復發性-無腸切除			75624C 腹腔鏡鼠蹊疝氣修補術，復發性-無腸切除	3.88%			147	34,026	5,001,822		3.88%	22	75614C 鼠蹊疝氣修補術，復發性-無腸切除	19,224	591,478	4.41

序號	達文西機械手臂輔助手術	虛擬醫令代碼	112年申報量A	對應胸(腹)腔鏡手術	比例(提案單位提供)B	112年A	平均年成長率 C=110-112年機械手臂輔助手術平均成長率	113年推估申報量 D=A*B*(1+C)	113年支付點數(含一般材料加計)E	醫療費用 F=D*E	105年申報量G	比例(提案單位提供)H	105年推估申報量 H=G*B	對應105年之對應胸(腹)腔鏡手術	113年支付點數(含一般材料加計)I	替代醫療費用 J=I*H*106-113年總額一般服務成長率	推估財務增加 L=F-J
40	婦癌分期手術	N26037 機械手臂式婦癌分期手術	160	80424B 腹腔鏡婦癌分期手術	100.00%	160	23%	197	70,793	13,946,221	77	100.00%	77	80424B 腹腔鏡婦癌分期手術	70,793	7,623,484	6.32
41	食道切除術	N26038 機械手臂輔助食道切除術	26	71224B 胸腔鏡食道切除術	100.00%	26	23%	32	92,037	2,945,184	6	100.00%	6	71224B 胸腔鏡食道切除術	70,798	594,080	2.35
42	食道再造術－以大腸重建	N26039 機械手臂輔助食道再造術	2	71220B 食道再造術－以大腸重建	3.71%	2	23%	0	59,551	0	0	3.71%	0	71220B 食道再造術－以大腸重建	42,282	-	0.00
43	食道再造術－以小腸重建			71221B 食道再造術－以小腸重建	1.50%			0	64,291	0		1.50%	0	71221B 食道再造術－以小腸重建	45,928	-	0.00
44	食道胃管重建術			71227B 胸(腹)腔鏡食道胃管重建術	94.79%			2	113,651	227,302		94.79%	0	71227B 胸(腹)腔鏡食道胃管重建術	113,651	-	0.23
45	主動脈瓣或二尖瓣或三尖瓣之置換手術	N26006 機械手臂輔助其他心臟外科手術	9	68016B 主動脈瓣或二尖瓣或三尖瓣之置換手術	17.86%	9	23%	2	120,467	240,934	4	17.86%	1	68016B 主動脈瓣或二尖瓣或三尖瓣之置換手術	61644	86,211	0.15
46	瓣膜成形術			68015B 瓣膜成形術	39.29%			4	106,456	425,824		39.29%	2	68015B 瓣膜成形術	54474	152,367	0.27
47	心房切割隔間之不整脈手術			68050B 心房切割隔間之不整脈手術	28.57%			3	62,726	188,178		28.57%	1	68020B A.S.D.修補	40374	56,464	0.13
48	A.S.D.修補	N26005 機械手臂輔助房室中膈缺損	3	68020B A.S.D.修補	100.00%	3	23%	4	60,692	242,768	2	100.00%	2	68050B 心房切割隔間之不整脈手術	41726	116,710	0.13
合計										354.43	減					67.07	286.54

表三、113年建議修訂醫療服務給付項目文字彙整表(計2項目)

序號	診療編號	名稱	修訂說明	適應症/相關規範	備註
1	33074B	單純性血管整形術	如通過前述修訂33133B，建議限制不得同時併報該項目。	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)。	修訂支付規範，不增加支出。
2	33115B	複雜性血管整形術	如通過前述新增「複雜性周邊血管支架置放術」，建議限制本項不得同時併報該項目。	3.施行 33074B 或 33115B 「單純性/複雜性血管整形術」原則上應已含括 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括 33048B 「四肢血管造影」及 33062B 「鎖骨下血管造影」，相同部位不得同時申報 33097B、33113B、「複雜性周邊血管支架置放術」。</u>	修訂支付規範，不增加支出。

003-1 診療項目成本分析表(108年新參數校正)

☐ 現有項目
☒ 新增項目

項目名稱：顯微血管游離瓣手術-穿通枝瓣移植-單區塊組織瓣

項目編號：1121003-1

提案單位：台灣整形外科醫學會

成本分析資料醫事機構名稱：台北榮民總醫院/基隆長庚紀念醫院

單位：元

	人員別	人數	每人每分鐘成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計
用人成本	1.主治醫師以上	1	39.1	360	14,076	37,368
	2.住院醫師	3	16.5	360	17,820	
	3.護理人員	2	7.6	360	5,472	
	4.醫事人員	0	8	0	0	
	5.行政人員					
	6.工友、技工					
直接成本 不計價材料或藥品成本	品名	單位	單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計
	無菌紗布，4 x 4，2片/包	PK	3.58	20.00	72	10,557
	彈紗		25.00	3.00	75	
	消毒棉卷，立體 6X100ft	RL	60.00	2.00	120	
	外科手術用手套，7#，無菌	PR	9.30	2.00	19	
	外科手術用手套，6.5#，無菌	PR	9.20	2.00	18	
	外科接管，無菌，350cm	EA	25.40	2.00	51	
	外科手術刀片(無菌) 15#，100支/盒	EA	1.40	2.00	3	
	手術記號筆(無菌) 超薄	EA	23.00	1.00	23	
	廢料收集袋，白色	EA	37.00	1.00	37	
	透氣膠帶1/2"	EA	5.98	1.00	6	
	外科縫合線 4-0	EA	70.50	5.00	353	
	外科縫合線 3-0	EA	45.20	5.00	226	
	Vessel loop	EA	198.00	2.00	396	
	Lidocaine 2%	EA	60.00	2.00	120	
	Heparin	EA	166.00	1.00	166	
	Dextran		233.00	1.00	233	
	Alprostadi		569.00	5.00	2,845	
	生理食鹽水，0.9%，500cc		25.00	2.00	50	
	Urokinase		939.00	1.00	939	
	大手術包	PKG	250.00	1.00	250	
	雙件手術衣包(含毛巾4條)	PKG	80.00	3.00	240	
	小手術衣包	PKG	70.00	2.00	140	
	綠色中單包	PKG	80.00	1.00	80	
	治療巾包	PKG	40.00	1.00	40	
	5 1/2" Backhaus towel forceps x 4	PKG	70.00	1.00	70	
	P-S set	PKG	350.00	1.00	350	
	P-S Micro set	PKG	300.00	1.00	300	
	Elevator x 3	PKG	65.00	1.00	65	
	Denhart mouth gag & Wieder tongue depressor	PKG	65.00	1.00	65	
	Hemoclip apply	PKG	65.00	1.00	65	
	Mastoid retractor x 2(11-614)	PKG	75.00	1.00	75	

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

回推手術項表定點數、加成率及支付點數(含一般材料費)

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

003-1診療項目成本分析表(108年新參數校正)

☐現有項目 ☒新增項目

項目名稱：顯微血管游離瓣手術-穿通枝瓣移植-雙區塊組織瓣

項目編號：1121003-2

提案單位：台灣整形外科醫學會

成本分析資料醫事機構名稱：台北榮民總醫院/基隆長庚紀念醫院

單位：元

	人員別	人數	每人每分鐘成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計
用人成本	1.主治醫師以上	1	39.1	420	16,422	43,596
	2.住院醫師	3	16.5	420	20,790	
	3.護理人員	2	7.6	420	6,384	
	4.醫事人員	0	8	0	0	
	5.行政人員					
	6.工友、技工					
直接成本	品名	單位	單位成本	消耗數量	成本小計	10,557
	無菌紗布，4x4，2片/包	PK	3.58	20.00	72	
	彈紗		25.00	3.00	75	
	消毒棉卷，立體6X100ft	RL	60.00	2.00	120	
	外科手術用手套，7#，無菌	PR	9.30	2.00	19	
	外科手術用手套，6.5#，無菌	PR	9.20	2.00	18	
	外科接管，無菌，350cm	EA	25.40	2.00	51	
	外科手術刀片(無菌)15#，100支/盒	EA	1.40	2.00	3	
	手術記號筆(無菌)超薄	EA	23.00	1.00	23	
	廢料收集袋，白色	EA	37.00	1.00	37	
	透氣膠帶1/2"	EA	5.98	1.00	6	
	外科縫合線 4-0	EA	70.50	5.00	353	
	外科縫合線 3-0	EA	45.20	5.00	226	
	Vessel loop	EA	198.00	2.00	396	
	Lidocaine 2%	EA	60.00	2.00	120	
	Heparin	EA	166.00	1.00	166	
	Dextran		233.00	1.00	233	
	Alprostadil		569.00	5.00	2,845	
	生理食鹽水，0.9%，500cc		25.00	2.00	50	
	Urokinase		939.00	1.00	939	
	大手術包	PKG	250.00	1.00	250	
	雙件手術衣包(含毛巾4條)	PKG	80.00	3.00	240	
	小手術衣包	PKG	70.00	2.00	140	
	綠色中單包	PKG	80.00	1.00	80	
	治療巾包	PKG	40.00	1.00	40	
	5 1/2" Backhaus towel forceps x 4	PKG	70.00	1.00	70	
	P-S set	PKG	350.00	1.00	350	
	P-S Micro set	PKG	300.00	1.00	300	
	Elevator x 3	PKG	65.00	1.00	65	
	Denhart mouth gag & Wieder tongue depressor	PKG	65.00	1.00	65	
	Hemoclip apply	PKG	65.00	1.00	65	
	Mastoid retractor x 2(11-614)	PKG	75.00	1.00	75	

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

回推手術項表定點數、加成率及支付點數(含一般材料費)

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

003-1診療項目成本分析表(108年新參數校正)

☐現有項目 ☒新增項目

項目名稱：顯微血管游離瓣手術-穿通枝瓣移植-三區塊以上組織瓣

項目編號：1121003-3

提案單位：台灣整形外科醫學會

成本分析資料醫事機構名稱：台北榮民總醫院/基隆長庚紀念醫院

單位：元

	人員別	人數	每人每分鐘成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計
用人成本	1.主治醫師以上	1	39.1	480	18,768	49,824
	2.住院醫師	3	16.5	480	23,760	
	3.護理人員	2	7.6	480	7,296	
	4.醫事人員	0	8	0	0	
	5.行政人員					
	6.工友、技工					
直接成本	品名	單位	單位成本	消耗數量	成本小計	10,557
	無菌紗布，4x4，2片/包	PK	3.58	20.00	72	
	彈紗		25.00	3.00	75	
	消毒棉卷，立體 6X100ft	RL	60.00	2.00	120	
	外科手術用手套，7#，無菌	PR	9.30	2.00	19	
	外科手術用手套，6.5#，無菌	PR	9.20	2.00	18	
	外科接管，無菌，350cm	EA	25.40	2.00	51	
	外科手術刀片(無菌)15#，100支/盒	EA	1.40	2.00	3	
	手術記號筆(無菌)超薄	EA	23.00	1.00	23	
	廢料收集袋，白色	EA	37.00	1.00	37	
	透氣膠帶1/2"	EA	5.98	1.00	6	
	外科縫合線 4-0	EA	70.50	5.00	353	
	外科縫合線 3-0	EA	45.20	5.00	226	
	Vessel loop	EA	198.00	2.00	396	
	Lidocaine 2%	EA	60.00	2.00	120	
	Heparin	EA	166.00	1.00	166	
	Dextran		233.00	1.00	233	
	Alprostadi1		569.00	5.00	2,845	
	生理食鹽水，0.9%，500cc		25.00	2.00	50	
	Urokinase		939.00	1.00	939	
	大手術包	PKG	250.00	1.00	250	
	雙件手術衣包(含毛巾4條)	PKG	80.00	3.00	240	
	小手術衣包	PKG	70.00	2.00	140	
	綠色中單包	PKG	80.00	1.00	80	
	治療巾包	PKG	40.00	1.00	40	
	5 1/2" Backhaus towel forceps x 4	PKG	70.00	1.00	70	
	P-S set	PKG	350.00	1.00	350	
	P-S Micro set	PKG	300.00	1.00	300	
	Elevator x 3	PKG	65.00	1.00	65	
	Denhart mouth gag & Wieder tongue depressor	PKG	65.00	1.00	65	
	Hemoclip apply	PKG	65.00	1.00	65	
	Mastoid retractor x 2(11-614)	PKG	75.00	1.00	75	

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

回推手術項表定點數、加成率及支付點數(含一般材料費)

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

113新增修診療項目預算執行情形						
辦理進度	會議時間	序號	內容		推估預算	
			類別	新增修診療項目	醫院	基層
113.3.1 生效實施	112.12.14共擬會議討論	1	新增	冠狀動脈旋磨斑塊切除術	10.65	
		(1)通過其中1項以113年預算 小計			10.65	0.00
113.4.1生效實施	113.1.16共擬會議討論	2	新增	心內超音波	0.12	
		3	新增	磁共振造影使用Primovist造影劑加計	48.57	
		4	新增	神經調控通氣輔助呼吸治療及橫膈膜電位訊號監測(一天)	1.91	
		5	新增	大腸息肉切除術—4-9顆	13.24	3.65
		6	新增	大腸息肉切除術—10顆以上		
		1	修訂	編號49027C「大腸息肉切除術」	不影響	不影響
		2	修訂	編號33126B「經皮椎體成形術(第一節)」支付規範	不影響	不影響
		3	修訂	編號74207C「經直腸大腸息肉切除術」	不影響	不影響
		4	刪除	編號49014C「大腸鏡息肉切除術」支付規範	不影響	不影響
		5	修訂	編號67003B「胸骨或肋骨骨折開放復位手術」中文名稱	不影響	不影響
		6	修訂	編號18033B「經食道超音波心圖」支付規範	不影響	不影響
		7	修訂	編號33049B「順行性靜脈X光攝影」支付規範	不影響	不影響
		8	修訂	編號57001B「侵襲性呼吸輔助器使用費 一天」支付規範	不影響	不影響
		9	修訂	編號57023B「非侵襲性陽壓呼吸治療一天」支付規範	不影響	不影響
		10	修訂	編號57029C「震動式高頻呼吸器治療」支付規範	不影響	不影響
		11	修訂	編號57030B「濕化高流量氧氣治療 — 第一天照護費(含管路特材)」支付規範	不影響	不影響
		12	修訂	編號57031B「濕化高流量氧氣治療 — 第二天後照護費(天)」支付規範	不影響	不影響
		(2)通過17項 小計			63.84	3.65
113.5.1生效實施	113.3.21共擬會議討論(討一)	7	新增	實體腫瘤次世代基因定序-BRCA1/2基因檢測	225.96	
		8	新增	實體腫瘤次世代基因定序-小套組(≤100個基因)		
		9	新增	實體腫瘤次世代基因定序-大套組(>100個基因)		
		10	新增	血液腫瘤次世代基因定序-小套組(≤100個基因)	61.20	
		11	新增	血液腫瘤次世代基因定序-大套組(>100個基因)		
		(3)通過5項 小計			287.16	
113.7.1生效實施	113.4.25共擬會議討論	12	新增	預立醫療照護諮商費-未曾申報或該次住院僅申報1次02020B「緩和醫療家庭諮詢費」者	178.65	
		13	新增	預立醫療照護諮商費-同次住院申報2次02020B「緩和醫療家庭諮詢費」者		
		14	新增	A11-RAS 基因突變分析(IVD)	不影響	
		15	新增	白血病即時定量聚合酶連鎖反應法(IVD)	不影響	
		13	修訂	編號12195B「Her-2/neu原位雜交」適應症	28.06	
		14	修訂	編號12207B「白血病即時定量聚合酶連鎖反應法」支付規範	不影響	
		15	修訂	編號30104B「A11-RAS基因突變分析」中英文名稱及支付規範	不影響	
		16	修訂	編號30102B「肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變實驗室自行研發檢測(LDT)」	不影響	
		(4)通過8項 小計			266.42	

辦理進度	會議時間	序號	內容		推估預算 (百萬點)	
			類別	新增修診療項目	醫院	基層
		16	新增	脈動式或耳垂式血氧飽和監視器未滿二歲者—每次	5.10	
		17	新增	脈動式或耳垂式血氧飽和監視器未滿二歲者—一天		
	113. 7. 12共擬 會議討論	18	新增	顯微血管游離瓣手術—穿通枝瓣移植 —單區塊組織瓣	51.18	
		19	新增	顯微血管游離瓣手術—穿通枝瓣移植—雙區塊組織瓣		
		20	新增	顯微血管游離瓣手術—穿通枝瓣移植—三區塊(含)以上組織瓣		
		21	新增	複雜性周邊血管支架置放術	31.48	
		17	修訂	編號33133B「腸骨動脈單純性周邊血管支架置放術」		
		18	修訂	編號08134B「連續血糖監測」	1.13	
		19	修訂	編號68040B「經導管主動脈瓣膜置換術(TAVI)」	2.15	
		20	修訂	第二部第二章第四節第二項 物理治療通則一、(一)	不影響	
		21	修訂	第二部第二章第四節第三項 職能治療通則一	不影響	
		22	修訂	編號33074B「單純性血管整形術」	不影響	
		23	修訂	編號33115B「複雜性血管整形術」	不影響	
		24	修訂	編號68015B「瓣膜成形術」	0.27	
		25	修訂	編號68016B「主動脈瓣或二尖瓣或三尖瓣之置換手術」	0.15	
		26	修訂	編號68020B「A. S. D. 修補」	0.13	
		27	修訂	編號68050B「心房切割隔間之不整脈手術」	0.13	
		28	修訂	編號70215B「腹腔鏡骨盆腔淋巴腺切除術」	0.64	
		29	修訂	編號70216B「腹腔鏡後腹膜腔淋巴腺切除術」	0.59	
		30	修訂	編號70416B「胸腔鏡縱膈腔腫瘤切除術(小於五公分)」	2.57	
		31	修訂	編號70417B「胸腔鏡縱膈腔腫瘤切除術(五公分以上)」	1.97	
		32	修訂	編號71220B「食道再造術—以大腸重建」	0.00	
		33	修訂	編號71221B「食道再造術—以小腸重建」	0.00	
		34	修訂	編號71224B「胸腔鏡食道切除術」	2.35	
		35	修訂	編號71227B「胸(腹)腔鏡食道胃管重建術」	0.23	
		36	修訂	編號72048B「腹腔鏡胃亞全切除術」	1.02	
		37	修訂	編號72051B「腹腔鏡胃袖狀切除術」	3.35	
		38	修訂	編號72052B「腹腔鏡胃繞道手術」	0.60	
		39	修訂	編號72054B「腹腔鏡胃部分切除術(潰瘍或腫瘤)」	1.02	
		40	修訂	編號72055B「腹腔鏡胃空腸造口吻合術」	0.29	
		41	修訂	編號72058B「腹腔鏡全胃切除-併淋巴清除及腸胃重建」	2.07	
		42	修訂	編號72059B「腹腔鏡次全胃切除-併淋巴清除及腸胃重建」	3.71	

辦理進度	會議時間	序號	內容		推估預算 (百萬點)	
			類別	新增修診療項目	醫院	基層
	113. 7. 12 共擬 會議討論	43	修訂	編號73045B「經腹腔鏡右側大腸切除術加吻合術」	11. 65	
		44	修訂	編號73046B「經腹腔鏡乙狀結腸切除術加吻合術-良性」	1. 01	
		45	修訂	編號73048B「經腹腔鏡乙狀結腸切除術加吻合術-惡性」	8. 28	
		46	修訂	編號73057B「腹腔鏡左半結腸切除術」	4. 70	
		47	修訂	編號74224B「腹腔鏡腹部會陰聯合切除術」	0. 89	
		48	修訂	編號75215B「腹腔鏡膽囊切除術」	12. 90	
		49	修訂	編號75218B「腹腔鏡膽管截石術」	0. 23	
		50	修訂	編號75219B「腹腔鏡總膽管空腸吻合術」	0. 02	
		51	修訂	編號75220B「腹腔鏡總膽管切開摘石術（無或有T型管引流）」	0. 72	
		52	修訂	編號75222B「腹腔鏡肝外膽管成形術」	0. 01	
		53	修訂	編號75616B「腹腔鏡腹壁疝氣修補術-併腸切除」	0. 62	
		54	修訂	編號75617C「腹腔鏡腹壁疝氣修補術-無腸切除」	10. 78	
		55	修訂	編號75618B「腹腔鏡鼠蹊疝氣修補術-併腸切除」	0. 51	
		56	修訂	編號75619C「腹腔鏡鼠蹊疝氣修補術-無腸切除」	75. 34	
		57	修訂	編號75621C「腹腔鏡腹壁疝氣修補術，嵌頓性一無腸切除」	3. 08	
		58	修訂	編號75622C「腹腔鏡腹壁疝氣修補術，復發性一無腸切除」	0. 96	
		59	修訂	編號75623C「腹腔鏡鼠蹊疝氣修補術，嵌頓性一無腸切除」	5. 10	
		60	修訂	編號75624C「腹腔鏡鼠蹊疝氣修補術，復發性一無腸切除」	4. 41	
		61	修訂	編號76030B「(後)腹腔鏡腎臟輸尿管切除術」	17. 77	
		62	修訂	編號76037B「腹腔鏡根治性腎切除術」	14. 72	
		63	修訂	編號78050B「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」	9. 34	
		64	修訂	編號78051B「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」	9. 34	
		65	修訂	編號80025B「腹腔鏡陰道懸吊術」	1. 78	
		66	修訂	編號80031C「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」	0. 61	
		67	修訂	編號80416B「腹腔鏡全子宮切除術」	27. 51	
		68	修訂	編號80424B「腹腔鏡式婦癌分期手術」	6. 32	
		69	修訂	編號80425C「腹腔鏡子宮肌瘤切除術」	25. 20	
		70	修訂	編號80429B「腹腔鏡子宮頸癌全子宮根除術」	1. 90	
		71	修訂	編號80430B「腹腔鏡次全子宮切除術」	9. 76	
		(5)待討論61項(含2通則) 小計			377. 58	

辦理進度	會議時間	序號	內容		推估預算 (百萬點)	
			類別	新增修診療項目	醫院	基層
113. 7. 12共擬 會議討論		22	新增	「PDGFRA基因突變分析實驗室開發檢測(LDTs)」	3. 05	
		23	新增	「BRAF基因突變分析實驗室開發檢測(LDTs)」高推估	8. 13	
				「BRAF基因突變分析實驗室開發檢測(LDTs)」低推估	2. 18	
		72	修訂	編號30104B「A11-RAS基因突變分析實驗室開發檢測(LDTs)」	18. 99	
		73	修訂	編號30106B「A11-RAS基因突變分析體外診斷醫療器材檢測(IVD)」		
		74	修訂	30101B「肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變體外診斷醫療器材檢測(IVD)」	不影響	
		75	修訂	30102B「肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變體外診斷醫療器材檢測(IVD)」	不影響	
		76	修訂	30302B「實體腫瘤次世代基因定序—小套組(≤100個基因)」	不影響	
		77	修訂	30303B「實體腫瘤次世代基因定序—小套組(>100個基因)」	不影響	
		78	修訂	30304B「血液腫瘤次世代基因定序—小套組(≤100個基因)」附表2. 2. 2	不影響	
79	修訂	30305B「血液腫瘤次世代基因定序—小套組(≤100個基因)」附表2. 2. 2	不影響			
		(6)待討論10項 小計			30. 17	
共擬(1)~(6)共計增修訂102項(含2通則)合計					1035. 82	3. 65
餘					64. 18	42. 35
1. 醫院總額：113年新增修訂診療項目預算1100百萬元，已執行1035. 82百萬點，尚餘64. 18百萬元。						
2. 西醫基層總額：113年新增修診療項目預算46百萬元，已執行3. 65百萬點，尚餘42. 35百萬元。						

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目 修正規定

第二部 西醫

第二章 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。 <u>(3)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，<u>若為住院使用一年至多執行兩次，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 (33001-33146、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.本項費用已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」原則上應已含括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.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、33113B、33147B。	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、小兒神經科次專科專任醫師(治療對象限18歲以下)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、小兒神經專科專任醫師一名。

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 <u>註：</u> 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 (62001-6207~~25~~5，63017)

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)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
	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： 1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範： (1)具有胸腔及心臟血管外科、胸腔外科專科醫師資格。 (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。 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，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。					
71227B	胸(腹)腔鏡食道胃管重建術 Thoracoscopic (Laparoscopic) esophageal reconstruction with gastric conduit		v	v	v	74282
	註：執行「機械手臂輔助食道胃管重建術」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： (1)具有胸腔及心臟血管外科、胸腔外科專科醫師資格。 (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。 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。					

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
71224B	胸腔鏡食道切除術 Thoracoscopic Esophagectomy <u>註：執行「機械手臂輔助食道切除術」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)具有胸腔及心臟血管外科、胸腔外科專科醫師資格。</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	60155

三、縱膈與橫膈膜 Mediastinum and 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	胸腔鏡縱膈腔腫瘤切除術(小於五公分) Thoreoscopic Excision of Mediastinal Tumor (<5cm) 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： 1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範： (1)具有胸腔及心臟血管外科、胸腔外科專科醫師資格。 (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。 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。		v	v	v	20457
70417B	胸腔鏡縱膈腔腫瘤切除術(五公分以上) Thoreoscopic Excision of Mediastinal Tumor (≥5cm) 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： 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： (1)具有胸腔及心臟血管外科、胸腔外科專科醫師資格。 (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。 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。		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	瓣膜成形術 Valvular and/or annuloplasty 註：執行「機械手臂輔助瓣膜成形術」須符合下列規範： 1.適應症：低風險之主動脈或二尖瓣病人，且 STS Score$\leq$3%。 2.醫院條件： (1)專任之心臟外科醫師。 (2)醫院每年需具五十例以上之瓣膜成形或置換之手術案例。 3.醫師資格須符合下列所有規範： (1)胸腔及心臟血管外科之心臟外科專科醫師。 (2)具有專科醫師五年以上資格。 (3)具一百例以上二尖瓣瓣膜成形術（編號68015B）。 (4)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。 (5)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 4.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 5.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項得加計百分之一百三十申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。		v	v	v	46285
68016B	主動脈瓣或二尖瓣或三尖瓣之置換手術 Single valve replacement 註：執行「機械手臂輔助主動脈瓣或二尖瓣或三尖瓣之置換手術」須符合下列規範： 1.適應症：低風險之二尖瓣及三尖瓣逆流病人，且STS Score$\leq$3%。 2.醫院條件： (1)專任之心臟外科醫師。 (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。 3.醫師資格須符合下列所有規範： (1)胸腔及心臟血管外科之心臟外科專科醫師。 (2)具有專科醫師五年以上資格。 (3)具一百例以上主動脈瓣或二尖瓣膜置換術（編號68016B）。 (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)。 (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。 4.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 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。		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	A.S.D.修補 Repair, atrial septal defect, secundum 註： <u>1.有（無）繞道之手術費用一致。</u> <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> <u>(1)適應症：</u> <u>A.成人第二型心房中膈缺損且Qp/Qs >1.5。</u> <u>B.無不可逆肺動脈高壓。</u> <u>(2)醫院條件：</u> <u>A.專任之心臟外科醫師。</u> <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> <u>(3)醫師資格須符合下列所有規範：</u> <u>A.胸腔及心臟血管外科之心臟外科專科醫師。</u> <u>B.具有專科醫師五年以上資格。</u> <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> <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> <u>(4)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u> <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>		v	v	v	26388
68040B	經導管主動脈瓣膜置換術 Transcatheter Aortic Valve Implantation(TAVI) 註： 1. 適應症： <u>(1)適用於嚴重主動脈狹窄病人，~~須同時具備以下二項條件。~~</u> <u>~~(1)必要條件~~須全部具備下列四項條件：</u> A.有New York Heart Association Function Class II-IV 之心衰竭症狀。 B.以心臟超音波測量主動脈開口面積$<0.8\text{cm}^2$、$<0.6\text{cm}^2/\text{m}^2$、經主動脈瓣平均壓力差$\geq 40\text{mmHg}$或主動脈瓣血流流速$\geq 4.0\text{m/sec}$。 C.必須至少二位心臟外科專科醫師判定無法以傳統開心手術進行主動脈瓣膜置換或開刀危險性過高。 D.臨床判定病人至少有一年以上之存活機率。 <u>(2)嚴重主動脈人工生物瓣膜損壞病人，須全部具備下列四項必要條件：</u> <u>A.有New York Heart Association Function Class II-IV 之心衰竭症狀。</u> <u>B.須具備以下條件之一：</u>		v	v	v	96975

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>a.狹窄以心臟超音波測量主動脈開口面積$<0.8\text{ cm}^2$、$<0.6\text{ cm}^2/\text{m}^2$、經主動脈瓣平均壓力差$\geq 40\text{ mmHg}$或主動脈瓣血流流速$\geq 4.0\text{ m/sec}$。</u> <u>b.返流的必要項目(不得加計瓣膜旁漏之返流量):寬或多重的都卜勒噴射返流,加上以下重度返流的測量之一:</u> <u>I.Vena contracta width $\geq 6\text{ mm}$。</u> <u>II.Vena contracta area $\geq 30\text{ mm}^2$。</u> <u>III.Jet width at origin $\geq 60\%$ of LOVT。</u> <u>IV.Holo-diastolic flow reversal in proximal descending aorta。</u> <u>C.必須至少二位心臟外科專科醫師判定無法以傳統開心手術進行主動脈瓣膜置換或開刀危險性過高。</u> <u>D.臨床判定病人至少有一年以上之存活機率。</u> <u>(3)上述二項適應症病人,須具備以下條件之一:</u> A.無法接受開刀進行主動脈瓣膜置換或開刀危險性過高, STS Score$>10\%$, 或 Logistic EuroSCORE I$>20\%$。 B.有以下情形之一者: 先前接受過心臟手術(冠狀動脈繞道、心臟瓣膜手術)、嚴重主動脈鈣化(porcelain aorta)、胸腔燒灼後遺症,不可進行開心手術、曾接受過縱膈放射療法、嚴重結締組織疾病,導致不可進行手術、肝硬化(Child分級A或B),以及肺功能不全: FEV<1公升。 2.支付規範: (1)醫院條件 A.專任之心臟內科、心臟外科醫師。 B.醫院過去三年每年平均或近一年需具五百例以上之心導管(含二百例以上介入性心臟導管手術)及二十五例以上主動脈瓣膜置換(含A型急性主動脈剝離)之手術案例。 C.需具有心導管X光攝影機等級及高效率空氣過濾器至少 HEPA-10000等級之複合式(hybrid)手術室。 (2)醫師資格 A.須符合下述操作資格之心臟內科專科醫師及心臟外科專科醫師在場共同操作,隨時提供必要之緊急措施。 B.具有專科醫師五年以上資格。 C.具二十五例以上主動脈瓣膜置換手術(編號68016B),或三百例以上心臟介入治療之經歷(編號33076B-33078B 經皮冠狀動脈擴張術)。 (3)執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請同意。					

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	3.不得同時申報診療項目：暫時性人工心律調節器、心臟超音波掃描、體外循環心肺支持系統（編號68052B）、血氧、EKG監測等診療項目。 4.一般材料費，得另加計百分之十一。 5.需事前審查。					
68050B	心房切割隔間之不整脈手術 Arrhythmia surgery via atriotomy 註： <u>1.適應症：</u> (1)心房振顫有栓子之年輕病患不能口服抗凝劑者。 (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。 (3)口服抗凝劑下尚再發血栓栓塞症者。 (4)冠心病手術同時併有持續性心房振顫者。 (5)對左心房衰竭選擇性手術能改變心臟功能者。 (6)對內科藥物及燒灼術無效之心房振顫者。 <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> <u>(1)適應症：低風險之心房顫動心臟病病人，且 STS Score ≤ 3%。</u> <u>(2)醫院條件：</u> <u>A.專任之心臟外科醫師。</u> <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> <u>(3)醫師資格須符合下列所有規範：</u> <u>A.胸腔及心臟血管外科之心臟外科專科醫師。</u> <u>B.具有專科醫師五年以上資格。</u> <u>C.具五十例以上心房切割隔間之不整脈手術(編號68050B)。</u> <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> <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> <u>(4)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u> <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>		v	v	v	27272

第八項 造血與淋巴系統 Hemic & Lymphatic System

二、根除性淋巴結切除 Radical Lymphadenectomy (70201-70216)

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
70215B	腹腔鏡骨盆腔淋巴腺切除術 Laparoscopic pelvic lymphadenectomy 註：執行「機械手臂輔助骨盆腔淋巴腺切除術」者，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： (1)具有婦產科專科醫師資格。 (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。 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。		v	v	v	31780
70216B	腹腔鏡後腹膜腔淋巴腺切除術 Laparoscopic retroperitoneal lymphadenectomy 註： 1.腹腔鏡主動脈旁淋巴腺切除術(Laparoscopic paraaortic lymphadenectomy)比照申報。 2.執行「機械手臂輔助後腹膜腔淋巴腺切除術」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： A.具有婦產科專科醫師資格。 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)。 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。 (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。		v	v	v	22574

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	腹腔鏡胃部分切除術（潰瘍或腫瘤） Laparoscopic partial gastrectomy (ulcer or tumor) 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。		v	v	v	22646
72055B	腹腔鏡胃空腸造口吻合術 Laparoscopic gastrojejunostomy 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。		v	v	v	18125
72058B	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) 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> <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。		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.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 <u>註：</u> <u>1.適應症（須符合下列各項條件）：</u> <u>(1)身體質量指數BMI$\geq$37.5Kg/m²；BMI$\geq$32.5Kg/m²合併有高危併發症，如:第二型糖尿病病人糖化血紅素經內科治療後仍$\geq$7.5%、高血壓、呼吸中止症候群等。</u>		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
	(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。 (3)年齡在二十歲以上至未滿六十六歲。 (4)無其它內分泌疾病引起之病態肥胖。 (5)無酗酒、嗑藥及其它精神疾病。 (6)精神狀態健全，經由精神科專科醫師會診認定無異常。 2.限消化外科專科醫師執行。 3.含一般材料費，得另加計百分之二十四。 4.執行「機械手臂輔助胃袖狀切除術」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>A.具有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>					
72052B	腹腔鏡胃繞道手術 Laparoscopic Gastric Bypass 註： 1.適應症（須符合下列各項條件）： (1)身體質量指數BMI$\geq$37.5Kg/m²；BMI$\geq$32.5Kg/m²合併有高危險併發症，如：第二型糖尿病病人糖化血紅素經內科治療後仍$\geq$7.5%、高血壓、呼吸中止症候群等。 (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。 (3)年齡在二十歲以上至未滿六十六歲。 (4)無其它內分泌疾病引起之病態肥胖。 (5)無酗酒、嗑藥及其它精神疾病。 (6)精神狀態健全，經由精神科專科醫師會診認定無異常。 2.限消化外科專科醫師執行。 3.含一般材料費，得另加計百分之二十三。 4.執行「機械手臂輔助胃繞道手術」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>A.具有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>		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
	<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>					

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 resection <u>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：</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>	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
	<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>					
75618B	腹腔鏡鼠蹊疝氣修補術 Laparoscopic Repair of inguinal hernia — 併腸切除 with bowel resection		v	v	v	22920
75619C	— 無腸切除 without bowel resection 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： <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，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。</u>	v	v	v	v	19987
75623C	腹腔鏡鼠蹊疝氣修補術，嵌頓性—無腸切除 Laparoscopic Repair of inguinal hernia incarceration -without bowel resection 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： <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</u>	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>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 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： 1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範： (1)具有外科、泌尿科專科醫師資格。 (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。 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。	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 註：執行「機械手臂輔助左半結腸切除術」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 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>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 註：執行「機械手臂輔助乙狀結腸切除術加吻合術-良性」、「機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>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	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
	<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，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>					
74224B	腹腔鏡腹部會陰聯合切除術 Laparoscopic combined abdominoperineal resection 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>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	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： 1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範： (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。 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。		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： 1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範： (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。 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。		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： 1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範： (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。 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		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>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	腹腔鏡根治性腎切除術 Laparoscopic radical nephrectomy 註：執行「機械手臂輔助根治性腎切除術」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	46385
76030B	(後)腹腔鏡腎臟輸尿管切除術(Retroperitoneoscopy) Laparoscopy,Nephroureterectomy 註：執行「機械手臂輔助腎臟輸尿管切除術」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	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	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 註：執行「<u>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</u>」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： (1)具有泌尿科專科醫師資格。 (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。 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。		v	v	v	65785
78051B	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 註：執行「<u>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</u>」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： (1)具有泌尿科專科醫師資格。 (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。 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。		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	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。 Laparoscopic fulguration or excision of pelvic endometriosis — Severe 註： 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。 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： (1)須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範： A.具有婦產科專科醫師資格。 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)。 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。 (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。	v	v	v	v	18507
80025B	腹腔鏡陰道懸吊術 Laparoscopic colpopexy 註：執行「機械手臂輔助陰道懸吊術」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： (1)具有婦產科專科醫師資格。 (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。 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。		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	腹腔鏡子宮頸癌全子宮根除術 Laparoscopic radical hysterectomy for cervical cancer 註： <u>1.不含淋巴結切除。</u> <u>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：</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	48183
80416B	腹腔鏡全子宮切除術 Laparoscopic hysterectomy 註： <u>1.不得同時申報80430B。</u> <u>2.執行「機械手臂輔助全子宮切除術」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	29753
80424B	腹腔鏡式婦癌分期手術 Laparoscopic gynecologic oncology staging surgery 註：執行「機械手臂輔助婦癌分期手術」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)具有婦產科專科醫師資格。</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>		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>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> <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>		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
	<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>					

討論事項

第 二 案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂全民健康保險遠距醫療給付計畫(下稱本計畫)案，提請討論。

說明：

- 一、依本署各分區業務組提供修正意見、高雄市政府衛生局同年月20日高市衛醫字第11241187800號函及同年月30日高市衛醫字第1241570600號函、法務部矯正署同年11月2日法矯署醫字第11201843220號函、113年6月14日「矯正機關遠距會診研商會議」溝通會議決議辦理。
- 二、本計畫修訂重點摘述如下(修訂對照表如附件1，頁次討2-6～2-29)：
 - (一)增修施行地區(本計畫第四條，附件1，頁次討2-6～2-12)：
 - 1.新增「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS)」之適用地區：花蓮縣豐濱鄉、嘉義縣大埔鄉。
 - 2.新增「全民健康保險醫療資源缺乏地區」(下稱醫缺地區)：113年共80個，納入後較現行增加69個地區(其他11個地區前已因符合衛生福利部試辦遠距醫療相關計畫資格，有院所申辦本計畫)。
 - 3.刪除衛生福利部試辦遠距醫療相關計畫之施行地區「年度之限制」(原限110年以前(含)已核定之計畫)。
 - 4.法務部矯正署所屬51所矯正機關及3所分監地點內。
 - (二)新增實施地點場域(本計畫第七條，附件1，頁次討2-14)：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。(本計畫第七條(五)、(六)及第九(一)，附件1，頁次討2-15～2-16、2-19)

(四)參與計畫之醫師資格、申請及審核程序修正：

- 1.參與計畫之醫事服務機構，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。(本計畫第六(二)條，附件 1，頁次討 2-12~2-13)
- 2.本署 111 年 11 月 17 日健保醫字第 1110663522 號函釋，放寬在地端及遠距端執行本計畫之醫師，得為該院所之專兼任醫師，惟倘由兼任醫師執行計畫，應於計畫敘明實際執行人員，計畫內容配合修訂。(本計畫第六(二)條，附件 1，頁次討 2-13)
- 3.新增因違反醫事法令受衛生主管機關處分之違規期間認定方式。(本計畫第六(三)條，附件 1，頁次討 2-13)、(第十三(二)條，附件 1，頁次討 2-27~2-28)
- 4.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，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」。(本計畫第七(五)條，附件 1，頁次討 2-15~2-16)
- 5.為鼓勵院所申辦本計畫，刪除申請本計畫公開徵求 2 個月內之限制(含變更執行內容及原參與衛生福利部相關遠距醫療試辦計畫之醫療院所申請執行本計畫之相關文字)。(本計畫第八(一)、(五)條，附件 1，頁次討 2-16~2-19)
- 6.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。(本計畫第八(二)，附件 1，頁次討 2-17、2-30)
- 7.業經保險人分區業務組核定執行本計畫之特約院所新增無需申請展延及 IDS 計畫、居整計畫及矯正計畫之承作院所申請執行本計畫，得依該計畫審查程序辦理等文字。(本計畫第八(五)條，附件 1，頁次討 2-18~2-19)

8. 為了解民眾對於本計畫或承作院所之執行建議，新增滿意度調查表、繳交份數與時間。(本計畫第十二條(四)，附件 1，頁次討 2-27)

(五) 醫療費用給付、申報及部分負擔收取方式：

1. 矯正機關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)。(本計畫第九條(一)，附件 1，頁次討 2-20)

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。(本計畫第十條(三)，附件 1，頁次討 2-23)

3. 新增於矯正機關內門診就醫之保險對象應自行負擔之醫療費用計收方式。(本計畫第十條(五)，附件 1，頁次討 2-24~2-25)

三、財務影響評估：

(一) 新增IDS計畫適用地區及醫缺地區，預估增加2,653萬點 (詳附件1，頁次討2-9~2-10)：

1. 專科門診遠距會診費：

(1) 論服務量：以新增 69 個醫缺地區之 7 個科別推估遠距醫療就醫件數，112 年執行數計 439 萬點，113 年推估約需 575 萬點。

(2) 論診次：以 112 年 1-10 月共 20 家院所申報 521 診次推估平均每週為 1(診)*52(週)*69 地區(每地區 1 家院所申請)*論診次 5,000(元)，113 年約需 1,846 萬點。

2. 急診遠距會診費：113 年以 69 個地區每月申報 1 例檢傷分類第一級(P6601C)2,340 點推估，約需 194 萬點。

3. 診察費 1 成點數：113 年約需 36 萬點。

4. 居家醫療場域：考量增加施行地區且居家醫療照護個案逐年增加，推估 113 年有 6 家院所申請，每月申報 1 次山地離島

地區醫師訪視費(2,051 點)1 成，約需 1.5 萬點。

(二)衛生福利部試辦遠距醫療相關計畫，預估增加2,100萬點（詳附件1，頁次討2-10～2-11）：

1. 醫事司「偏遠地區遠距醫療建置計畫」：醫事司計畫 110-111 年度共 70 個點位(其中 18 個點位未申請遠距)，112-113 年度較前一年度新增 49 個點位，爰 112-113 年度計畫預計新增 67 個點位，113 年推估約需 2,100 萬點(以 112 年每個網絡醫院(急診醫療站)之各急診遠距會診醫令平均申報點數及成長率估算)；另以此資格辦理本計畫之院所，僅能申報急診遠距會診費，爰相關點位不列入施行地區列計。
 2. 照護司「原住民族及離島地區衛生所遠距醫療及健康照護服務建置計畫」：施行地區除苗栗縣獅潭鄉、苗栗縣南庄鄉外，皆為山地離島地區，惟該兩地區屬本保險醫缺地區，相關費用已列入前項醫療資源缺乏地區預估數。
 3. 醫福會「臺東、花蓮、屏東及澎湖地區建置遠距醫療門診計畫」：經查施行地區與 110 年相同，爰 113 年末新增地區。
- (三)實施場域新增法務部矯正署所屬51所矯正機關及3所分監，預估增加1,440萬點（詳附件1，頁次討2-11～2-12）：

1. 專科門診遠距會診費：以 112 年度矯正機關內七個專科別(耳鼻喉科、皮膚科、神經內科、胃腸科、心臟血管內科、胸腔內科、眼科)門診件數之 10%、500 點/人次，約需 872 萬點。
 2. 在地端(矯正機關內門診)之診察費加計 1 成：以 112 年度矯正機關內七個專科別門診診察費之 1 成，約需 568 萬點。
- (四)實施科別新增精神科，預估增加710萬點（詳附件1，頁次討2-15～2-16）：

1. 現行區域：遠距端之專科門診會診費-論服務量約需 27.5 萬點、論診次約需 45 萬點、在地端之診察費 1 成約需 2.86 萬點。

2.IDS 適用地區及醫缺地區：遠距端之專科門診會診費-論服務量約需 45.95 萬點、論診次約需 45 萬點、在地端之診察費 1 成約需 3.91 萬點。

3.矯正機關：遠距端之專科門診會診費-論服務量約需 510.75 萬點、在地端之診察費 1 成約需 29 萬點。

(五)綜上，本計畫113年執行數以112年之31%成長率推估約876萬點，加計上述新增項目之點數約6,903萬點，合計為7,779萬點，未超過113年預算數1億點（詳附件2，頁次討2-37～2-39）。

擬辦：本案如獲同意，將依程序報請衛生福利部核定後公布實施。

決議：

113 年度全民健康保險遠距醫療給付計畫修正對照表

113 年度建議條文	112 年度原條文	健保署說明
維持原條文。	一、依據 全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項。	
維持原條文。	二、目的 (一)提升山地離島、偏僻地區民眾之專科門診可近性。 (二)充實在地醫療資源，落實醫療在地化。	
維持原條文。	三、預算來源 遠距會診費、在地院所執行遠距醫療案件之診察費加成與全民健康保險居家醫療照護整合計畫(以下稱居整計畫)醫師訪視費加成由其他預算之「推動促進醫療體系整合計畫」項下支應；其餘醫療費用由各總額部門預算支應。	
四、施行地區 (一)全民健康保險法所稱山地離島地區(含「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)。 (二)衛生福利部試辦遠距醫療相關計畫	四、施行地區 (一)全民健康保險法所稱山地離島地區。 (二)衛生福利部試辦遠距醫療相關計畫	【健保署說明】 (一)有關建議新增施行地區一節： 1.花蓮縣豐濱鄉及嘉義縣大埔鄉一項：因山地離島地區為本計畫施行地區，而上述兩地區為「全民健康保險山地離島地區醫療給付效

113 年度建議條文	112 年度原條文	健保署說明
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。~~ (三)<u>全民健康保險法第43條第2項所稱之醫療資源缺乏地區。</u> (四)<u>法務部矯正署所屬51所矯正機關及3所分監地點內。</u>	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。	益提昇(IDS)計畫」之適用地區，醫療資源亦相對缺乏，就醫可近性低，建議納入。 2.衛生福利部試辦遠距醫療相關計畫： (1)醫事司「偏遠地區遠距醫療建置計畫」：經查 112-113 年度同 110-111 年度皆為 14 個網路；查 110-111 年度有 70 個點，其中 <u>18</u> 個點未加入遠距計畫、112-113 年度較前一年度新增 <u>49</u> 個點，爰 113 年共新增 <u>67</u> 個點。 (2)照護司「原住民族及離島地區衛生所遠距醫療及健康照護 服務建置計畫」：112-113 年度共 26 個地區，其中苗栗縣獅潭鄉、苗栗縣南庄鄉未加入遠距計畫，惟查該 2 鄉鎮亦屬本保險醫療資源缺乏地區。 (3)醫福會「臺東、花蓮、屏東及澎湖地區建置遠距醫療門診計畫」(未新增施行地區)：經查 113 年

113 年度建議條文	112 年度原條文	健保署說明
		施行地區同為 112 年之澎湖縣馬公地區、臺東縣成功地區、花蓮縣豐濱地區、屏東縣恆春地區及花蓮縣玉里地區。 3.「全民健康保險醫療資源缺乏地區」(下稱醫缺地區)： (1)定義如下： A.近一年醫人比或近三年平均醫人比超過 4,300 人之地區。 B.人口密度低於全國平均人口密度 1/5 之地區。 C.經保險人認定特殊情況，報主管機關專案核定之地區。 (2)113 年有 80 個醫缺地區，經查其中已有 11 個地區有院所執行本計畫(屏東縣滿州鄉、花蓮縣鳳林鎮、花蓮縣玉里鎮、花蓮縣豐濱鄉、花蓮縣瑞穗鄉、臺東縣成功鎮、臺東縣關山鎮、臺東縣大武鄉、臺東縣長濱鄉、臺東縣鹿野鄉、臺東縣池上鄉)。

113 年度建議條文	112 年度原條文	健保署說明
		4.考量醫缺地區之偏僻程度，在地民眾就醫交通不便，且相對缺乏專科醫療服務，故建議納入 113 年本計畫施行地區，修訂後計畫施行地區計 130 個，包含現行 50 個山地離島地區、已實施之 11 個地區及新增之 69 個醫療資源缺乏地區(含 2 個 IDS 計畫適用地區)；餘醫事司計畫僅提供急診遠距會診服務。 (二)財務影響評估： 1.新增 IDS 計畫適用地區及醫缺地區(共約需 2,653 萬點)： (1)專科門診遠距會診費： A.論服務量：112 年預估執行數計 439 萬點，以成長率 31%推估，合計約需 575 萬點。 B.論診次：以 112 年 1-10 月共 20 家院所申報 521 診次推估平均每週為 1(診)*52(週)*69 地區(每地區 1 家院所申請)*論診次 5,000(元)約需 1,846 萬點。

113 年度建議條文	112 年度原條文	健保署說明
		(2)急診遠距會診費：113 年以 69 個地區每月申報 1 例檢傷分類第一級(P6601C)2,340 點推估，約需 194 萬點。 (3)診察費 1 成點數：以診察費點 316 點之 1 成試算及成長率 31%推估約需 36 萬點。 (4)居家醫療場域：考量增加施行地區且居家醫療照護個案逐年增加，推估 113 年有 6 家院所申請，每月申報 1 次山地離島地區醫師訪視費(2,051 點)1 成，約需 1.5 萬點。 2.衛生福利部試辦遠距醫療相關計畫(共約需 2,100 萬點)： (1)醫事司「偏遠地區遠距醫療建置計畫」：醫事司計畫 110-111 年度共 70 個點位(其中 18 個點位未申請遠距)，112-113 年度較前一年度新增 49 個點位，爰 112-113 年度計畫新增 67(18+49)個地點，113 年預估執行數計 453 萬點及成長

113 年度建議條文	112 年度原條文	健保署說明
		率推估約需 2,100 萬點。 (2)照護司「原住民族及離島地區衛生所遠距醫療及健康照護服務建置計畫」：施行地區除苗栗縣獅潭鄉、苗栗縣南庄鄉外，皆為山地離島地區，惟該兩地區屬本保險醫缺地區，相關費用已列入前項醫療資源缺乏地區預估數。 (3)醫福會「臺東、花蓮、屏東及澎湖地區建置遠距醫療門診計畫」：經查施行地區與 110 年相同，爰 113 年未新增地區，費用已納入 113 年執行數推估計算。 3.新增「矯正機關內」(共約需 1,440 萬點)： (1)遠距端專科會診，申報 500 點/人次，以 112 年度矯正機關內七個專科別(耳鼻喉科、皮膚科、神經內科、胃腸科、心臟血管內科、胸腔內科、眼科)門診 174,197 件數之 10%預估，約需 8,709,850 點。

113 年度建議條文	112 年度原條文	健保署說明
		(2)在地端(矯正機關內門診)，診察費加計 1 成，112 年度矯正機關內七個專科別門診診察費 56,804,928 之 1 成，約需 5,680,493 點。
五、維持原條文。	五、施行期間 自保險人公告日起實施。	
六、參與計畫醫療院所、醫師資格 (一)維持原條文。 (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	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。	

113 年度建議條文	112 年度原條文	健保署說明
案個案居家訪視服務。 (4)<u>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。</u> 2、醫師(以下稱在地醫師)：以前述特約院所執業之醫師為限<u>或兼任醫師(須於計畫敘明)。</u> (三)遠距院所及在地院所於參與計畫日起前2年內，不得有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八至四十條所列違規情事之一<u>暨第四十四及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經全民健康保險保險人(以下稱保險人)核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)。</u>前述未曾涉及違規期間之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得	2、醫師(以下稱在地醫師)：以前述特約院所執業之醫師為限。 (三)遠距院所及在地院所於參與計畫日起前2年內，不得有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)；終止特約者亦同。前述違規期間之認定，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。	【健保署說明】 一、<u>考量矯正機關收容人外出就醫不易，建議參與本計畫醫療院所，新增適用矯正計畫之承作或團隊院所。</u> 二、本署 111 年 11 月 17 日健保醫字第 1110663522 號函釋，放寬在地端及遠距端執行本計畫之醫師，得為該院所之專兼任醫師，惟倘由兼任醫師執行計畫，應於計畫書敘明實際執行人員，建議計畫內容配合修訂。 三、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。

113 年度建議條文	112 年度原條文	健保署說明
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)維持原條文。 (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、<u>法務部矯正署所屬 51 所矯正機關及 3 所分監。(對象同「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(以下稱矯正計畫)」之照護對象)。</u> 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	七、服務內容 (一)遠距醫師透過視訊通訊方式與在地醫師共同診察病人、給予診療建議，由在地醫師開立醫囑，提供當地缺乏且民眾迫切需要之專科醫療或急診診療。 (二)實施地點以下列場域為限： 1、醫療院所、衛生所(室)或衛生福利部核定計畫之急診醫療站。 2、IDS 計畫承作醫療院所自設之醫療站。 3、山地離島地區之居整計畫收案個案住家。 4、應於加密之電子資料傳輸網路與電腦設備進行，於居整計畫收案個案住家執行時應備有行動遠距	【健保署說明】 配合前項參與計畫醫療院所，新增適用「全民健保提供保險對象收容於參加矯正機關者醫療服務計畫」院所，實施場域新增矯正機關及分監，並調整項次。

113 年度建議條文	112 年度原條文	健保署說明
設備，且應注意資訊安全與病人隱私。 (三)維持原條文。 (四)維持原條文。 (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、<u>精神科</u>，急診遠距會診不在此限。 2、實施方式及科別應依執行計畫辦理，如有異動，應報經保險人分區業務組同意。 3、遠距院所提供之專科門診遠距會診科別，原則不得包括執業登記於施行地區醫療院所之醫師所具有之專科別，惟特殊情形得由院所向所屬保險人分區業務組說明，保險人分區業務組視當地民眾需求進行認定。 4、<u>對於矯正機關內提供專科門診遠距會診</u>，原則不得與矯正機關內	設備，且應注意資訊安全與病人隱私。 (三)應製作看(會)診紀錄，併同病歷保存，並註明以視訊方式進行看(會)診。 (四)醫療院所及醫師執行本計畫所提供醫療服務須符合醫療法、醫師法及相關法令規定。 (五)遠距會診實施科別： 1、限眼科、耳鼻喉科、皮膚科、心臟內科、胃腸科、神經內科、胸腔科，急診遠距會診不在此限。 2、實施方式及科別應依執行計畫辦理，如有異動，應報經保險人分區業務組同意。 3、遠距院所提供之專科門診遠距會診科別，原則不得包括執業登記於施行地區醫療院所之醫師所具有之專科別，惟特殊情形得由院所向所屬保險人分區業務組說明，保險人分區業務組視當地民眾需求進行認定。	【健保署說明】 法務部矯正署及本署分區業務組 IDS 督導小組會議，建議新增精神科(共約需 710 萬點)，財務影響評估如下： 一、現行區域：遠距端之專科門診會診費-論服務量約需 27.5 萬點、論診次約需 45 萬點、在地端之診察費 1 成約需 2.86 萬點。 二、IDS 適用地區及醫缺地區：遠距端之專科門診會診費-論服務量約需 45.95 萬點、論診次約需 45 萬點、在地端之診察費 1 成約需 3.9153 萬點。 三、矯正機關：遠距端之專科門診會診費-論服務量約需 510.75 萬點、在

113 年度建議條文	112 年度原條文	健保署說明
<u>門診科別重複，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」。</u> (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、<u>精神科</u>)： (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。	(六)遠距會診實施方式： 1、專科門診遠距會診(限眼科、耳鼻喉科、皮膚科、心臟內科、胃腸科、神經內科、胸腔科)： (1)於一般門診提供會診服務：遠距院所於現行已開設之門診診次，同時接受一般門診診療及遠距會診。 (2)開設專門遠距門診提供會診服務：遠距院所開設專門遠距門診，接受遠距會診。 2、急診遠距會診(不限科別)：當病人需立即給予緊急適當之處理，且經在地醫師判斷在地院所專科醫師不足需緊急會診情形下，由在地院所聯繫遠距院所進行急診遠距會診。	地端之診察費 1 成約需 29.2149 萬點。 四、考量矯正機關之特殊性，建議新增第 4 點，有別於其他場域之施行科別。
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	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	【健保署說明】 一、為鼓勵院所執行本計畫並簡化行政程序，刪除本計畫公開徵求 2 個月內之限制。

113 年度建議條文	112 年度原條文	健保署說明
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、<u>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。</u> (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/	所合作意向書及 10 份執行計畫書（如附件 1），向保險人分區業務組提出申請（以郵戳為憑），逾時概不受理。 (二)資格及實地審查：保險人分區業務組應於受理申請 2 週內(含例假日)，進行資格審查，並視需要實地審查診療空間、遠距會診設備等是否符合執行計畫書內容。 (三)執行計畫審查： 1、由保險人分區業務組成立審查小組，由 5 至 9 名委員組成，就具有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/	二、考量執行精神科遠距會診時，遠距醫師診察時，若建議開立管制藥品，則在地醫師應符合管制藥品管理條例規定，始得開立；並調整項次。

113 年度建議條文	112 年度原條文	健保署說明
區)，保險人得視預算額度，由分區業務組擇優核定在地院所執行計畫。 (四)維持原條文。 (五)簡化申請及審核程序之條件： 1、前經保險人分區業務組核定同意執行本計畫之特約院所： (1)未變更執行內容(在地院所、遠距院所、遠距會診科別及實施方式)，且未有本計畫第十三項之情事，且符合本計畫規定者，得具函向保險人分區業務組申請延續辦理本計畫，<u>無需另向保險人分區業務組申請展延</u>。 (2)欲變更執行內容者，應以書面函檢附變更後之計畫書，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	區)，保險人得視預算額度，由分區業務組擇優核定在地院所執行計畫。 (四)審核結果通知：保險人應於受理申請2個月內函復特約醫事服務機構核定結果。 (五)簡化申請及審核程序之條件： 1、前經保險人分區業務組核定同意執行本計畫之特約院所： (1)未變更執行內容(在地院所、遠距院所、遠距會診科別及實施方式)，且未有本計畫第十三項之情事，且符合本計畫規定者，得具函向保險人分區業務組申請延續辦理本計畫。 (2)欲變更執行內容者，應以書面函檢附變更後之計畫書，向保險人分區業務組提出申請，不受公開徵求 2 個月之限制。 2、原參與衛生福利部相關遠距醫	【健保署說明】 因遠距計畫自109年起實施已3年，多數承作團隊均延續辦理，若無特殊情形，應不需再行審查，新增未變更執行內容之院所無需申請展延等文字。

113 年度建議條文			112 年度原條文			健保署說明		
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。			療試辦計畫之醫療院所：申請執行本計畫，不受公開徵求 2 個月之限制，並得簡化成立審查小組之審查程序。 3、IDS 計畫、居整計畫之承作院所：申請執行本計畫，得簡化成立審查小組之審查程序。			【健保署說明】 依據矯正計畫之評選作業程序，若僅有1家院所研提計畫，由分區與矯正機關共同審查後同意實施；若有2家以上研提計畫，成立評選小組進行審議及評選，爰建議修訂為「申請執行本計畫，得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、 <u>精神科</u> 申報，依執行計畫所列看診模式，採論服務量或論診次支付。			九、給付項目及支付標準 (一)遠距會診費：由遠距院所申報，其費用由本計畫預算支應。 1、專科門診遠距會診費：限眼科、耳鼻喉科、皮膚科、心臟內科、胃腸科、神經內科、胸腔科申報，依執行計畫所列看診模式，採論服務量或論診次支付。			【健保署說明】 同第七(五)之說明。		
編號	診療項目	支付點數	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	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。	5000/診次	P6607C	-論診次 註： 6. 限開設遠距醫療門診接受遠距會診者申報。	5000/診次			

113 年度建議條文			112 年度原條文			健保署說明
	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。		7. 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。 8. 每診合理看診人次，由醫療院所視臨床需要協調開診。 9. 開診前如無預約掛號病人，應取消當次遠距醫療門診。 10.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。		【健保署說明】 以現有矯正機關內門診為主，視需要提供專科性之遠距會診服務，爰矯正機關內專科門診遠距會診費僅限申報 P6606C。	
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：			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	編號	診療項目		支付點數
P6601C	急診遠距會診費	2	P6601C	急診遠距會診費		2
P6602C	-檢傷分類第一級	1	P6602C	-檢傷分類第一級		1
P6603C	-檢傷分類第二級		P6603C	-檢傷分類第二級		
P6604C	-檢傷分類第三級		P6604C	-檢傷分類第三級		
P6605C	-檢傷分類第四級		P6605C	-檢傷分類第四級		
	-檢傷分類第五級			-檢傷分類第五級		
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。			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、 <u>矯正機關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)。</u>						
(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			(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			

113 年度建議條文	112 年度原條文	健保署說明								
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。	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： <table><tr><td>申報欄位</td><td>說 明</td></tr><tr><td>案件分類</td><td>07：遠距醫療</td></tr></table>	申報欄位	說 明	案件分類	07：遠距醫療	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： <table><tr><td>申報欄位</td><td>說 明</td></tr><tr><td>案件分類</td><td>07：遠距醫療</td></tr></table>	申報欄位	說 明	案件分類	07：遠距醫療	
申報欄位	說 明									
案件分類	07：遠距醫療									
申報欄位	說 明									
案件分類	07：遠距醫療									

113 年度建議條文		112 年度原條文		健保署說明
特 定 治 療 項 目 代 號 (任一)	GC：遠距醫療給付計畫	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	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	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。		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	申報欄位	說 明	
醫令類別	G：專案支付參考數值	醫令類別	G：專案支付參考數值	
藥品(項目)代號	TMP01：提供遠距會診	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	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	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	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)，		(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		

113 年度建議條文	112 年度原條文	健保署說明																																
並郵寄申請表至保險人分區業務組。 <u>(3)若服務對象為矯正機關內收容人，應填列門診醫療費用點數清單段之「矯正機關代碼」。</u> 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： <table><tr><th>申報欄位</th><th>說明</th></tr><tr><td>特定治療項目代號(任一)</td><td>GC：遠距醫療給付計畫</td></tr></table> <u>(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。</u> <u>(3)門診醫療費用醫令清單段：</u>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。 <table><tr><th>申報欄位</th><th>說明</th></tr><tr><td>醫令類別</td><td>G：專案支付參考數值</td></tr><tr><td>藥品(項目)代號</td><td>TMR01：接受遠距會診</td></tr><tr><td>執行醫事人員代號</td><td>填寫遠距院所之醫師身分證號</td></tr><tr><td>委託或受託執行轉代檢醫事機構代號</td><td>填寫遠距院所醫事機構代號</td></tr><tr><td>醫令調劑方式</td><td>6：遠距醫療</td></tr></table>	申報欄位	說明	特定治療項目代號(任一)	GC：遠距醫療給付計畫	申報欄位	說明	醫令類別	G：專案支付參考數值	藥品(項目)代號	TMR01：接受遠距會診	執行醫事人員代號	填寫遠距院所之醫師身分證號	委託或受託執行轉代檢醫事機構代號	填寫遠距院所醫事機構代號	醫令調劑方式	6：遠距醫療	(VPN)，並郵寄申請表至保險人分區業務組。 2、在地院所：申報醫療服務、藥物費用。 (1)門診醫療費用點數清單段： <table><tr><th>申報欄位</th><th>說明</th></tr><tr><td>特定治療項目代號(任一)</td><td>GC：遠距醫療給付計畫</td></tr></table> (2)門診醫療費用醫令清單段：除申報醫療服務、藥物費用外，需另申報 1 筆虛擬醫令，填寫說明如下。 <table><tr><th>申報欄位</th><th>說明</th></tr><tr><td>醫令類別</td><td>G：專案支付參考數值</td></tr><tr><td>藥品(項目)代號</td><td>TMR01：接受遠距會診</td></tr><tr><td>執行醫事人員代號</td><td>填寫遠距院所之醫師身分證號</td></tr><tr><td>委託或受託執行轉代檢醫事機構代號</td><td>填寫遠距院所醫事機構代號</td></tr><tr><td>醫令調劑方式</td><td>6：遠距醫療</td></tr></table>	申報欄位	說明	特定治療項目代號(任一)	GC：遠距醫療給付計畫	申報欄位	說明	醫令類別	G：專案支付參考數值	藥品(項目)代號	TMR01：接受遠距會診	執行醫事人員代號	填寫遠距院所之醫師身分證號	委託或受託執行轉代檢醫事機構代號	填寫遠距院所醫事機構代號	醫令調劑方式	6：遠距醫療	【健保署說明】 居整計畫之特定治療項目代號為 EC、矯正計畫之特定治療項目代號為 JA，且矯正機關代碼為必填，並調整項次。
申報欄位	說明																																	
特定治療項目代號(任一)	GC：遠距醫療給付計畫																																	
申報欄位	說明																																	
醫令類別	G：專案支付參考數值																																	
藥品(項目)代號	TMR01：接受遠距會診																																	
執行醫事人員代號	填寫遠距院所之醫師身分證號																																	
委託或受託執行轉代檢醫事機構代號	填寫遠距院所醫事機構代號																																	
醫令調劑方式	6：遠距醫療																																	
申報欄位	說明																																	
特定治療項目代號(任一)	GC：遠距醫療給付計畫																																	
申報欄位	說明																																	
醫令類別	G：專案支付參考數值																																	
藥品(項目)代號	TMR01：接受遠距會診																																	
執行醫事人員代號	填寫遠距院所之醫師身分證號																																	
委託或受託執行轉代檢醫事機構代號	填寫遠距院所醫事機構代號																																	
醫令調劑方式	6：遠距醫療																																	

113 年度建議條文	112 年度原條文	健保署說明
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	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。	【健保署說明】 新增於矯正機關內門診就醫之保險對象應自行負擔之醫療費用計收方式。

113 年度建議條文	112 年度原條文	健保署說明
<u>容於矯正機關者就醫管理辦法」第七條規定計收。</u> 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、<u>矯正機關內門診：依基層醫療單位層級計收。</u> (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	1、保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條規定計收。 2、若屬全民健康保險法第四十八條所列重大傷病、分娩、山地離島地區就醫情形之一，保險對象免自行負擔費用。 3、若屬全民健康保險法第四十三條第四項所訂醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，保險對象應自行負擔費用得予減免 20%。 (六)點值結算方式：本計畫之遠距會診費、在地院所執行遠距醫療案件之診察費加成及居整計畫醫師訪視費加成費用，併其他預算之「推動促進醫療體系整合計畫」項下其他計畫計算，預算按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高	

113 年度建議條文	112 年度原條文	健保署說明
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。	於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。	
十一、維持原條文。	十一、監測指標 (一)門診遠距會診當次轉診(轉出)率 1、分子：在地院所門診(不含急診)遠距會診當次轉診(轉出)件數 2、分母：在地院所門診(不含急診)遠距會診件數 (二)急診：24小時內重返急診率 1、分子：急診遠距會診後24小時內重返急診人數 2、分母：急診遠距會診人數 (三)專科門診-論診次：每診看診人次 1、分子：看診人次合計 2、分母：總診次 (四)專科門診-論服務量：每月看診人次 1、分子：看診人次合計 2、分母：服務月份數	
十二、計畫管理機制 (一)保險人負責本計畫之研訂與修正。 (二)保險人分區業務組負責審核醫事服	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	

113 年度建議條文	112 年度原條文	健保署說明
務機構之參與資格、核定及輔導轄區醫事服務機構之執行計畫、計算指標與核發費用。 (三)醫事服務機構負責依執行計畫提供遠距會診服務。 (四)<u>每計畫應於當年度12月底前，提供至少10份滿意度調查表(附件3)至保險人分區業務組。</u>	務機構之參與資格、核定及輔導轄區醫事服務機構之執行計畫、計算指標與核發費用。 (三)醫事服務機構負責依執行計畫提供遠距會診服務。	【健保署說明】 為了解民眾對於本計畫或承作院所之執行建議，新增滿意度調查表及繳交份數與時間。
十三、 (一)維持原條文。 (二)參與本計畫之特約醫事服務機構如涉及特管辦法第三十八至四十條所列違規情事之一<u>暨第四十四及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經全民健康保險保險人(以下稱保險人)核定違規者(含行政救濟</u>	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，且經保險人處分者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)，應自保險人第一次處分函所載停約日起退出執行本計畫，惟為保障保險對象	【健保署說明】 新增因違反醫事法令受衛生主管機關處分之違規期間認定方式。

113 年度建議條文	112 年度原條文	健保署說明
程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)。應自保險人第一次核定違規函所載核定停約或終約日起退出執行本計畫，惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。 (三)維持原條文。 (四)維持原條文。	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、維持原條文。	十四、計畫修訂程序 本計畫視需要檢討，由保險人邀集醫療專業團體、主管機關等單位共同修訂後，屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序報請主管機關核定後公告實施，餘屬執行面規定之修正，由保	

113 年度建議條文	112 年度原條文	健保署說明
	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醫療需求的家人或朋友知道？

- 願意 ○不願意，原因 ☐看診後，症狀沒改善 ☐會診及看診醫師態度太差後 ☐工作人員服務態度差

(五)接受遠距會診，會診後之自我感受(複選題)

- 跟一般門診看診一樣，沒有差別
- 沒有安全感，看著螢幕跟醫師說話，感覺很冰冷
- 感覺很棒，花同樣的錢，卻同時有兩位醫師協助看診服務
- 很便民，希望這樣的服務以一直持續

(六)整體滿意度

- 非常滿意 ○滿意 ○不滿意 ○非常不滿意

謝謝您撥冗填寫本調查表！

年 月 日

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 x1

- (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 x1

- (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

113 年「全民健康保險遠距醫療給付計畫」費用推估情形

項目 \ 年度	推估 112 ^{註1}	推估 113 ^{註2}
全民健康保險遠距醫療給付計畫		
預算數(百萬元)	17000.0	10000.0
執行數(百萬元)(A)=(B+C)	668.7	876.2
預算執行率	3.9%	8.8%
--專科門診遠距會診		
--論服務量	240.8	315.5
--論診次	312.6	409.5
--急診遠距會診	87.9	115.3
--在地院所門診診察費及居家醫療 照護 整合計畫山地離島地區醫師訪視 費加成	27.4	35.9
總計(A)=(B+C)	668.7	876.2

註：

- 1.推估 112 年「全民健康保險遠距醫療給付計畫」之全年數據係以(112 年 1-10 月數據/10)*12。
- 2.推估 113 年「全民健康保險遠距醫療給付計畫」係以推估 112 年全年數據*成長率。

成長率：本計畫 111 年執行數 510 萬點，預估 112 年執行數 669 萬點，推估成長率 31.0%。

113 年「全民健康保險遠距醫療給付計畫」費用推估情形-本署建議

年度 項目	推估 113 (自然成長)	推估 113 (本署建議-高推估)
全民健康保險遠距醫療給付計畫		
預算數(萬點)(A)	10,000.0	10,000.0
執行數(萬點)(B)=(D+J)	876.2	6,760.3
預算執行率(C)=(B/A)	8.8%	67.6%
113 年推估執行數 (D)	876.2	876.2
調整項目總計所需點數(萬點)(J)=E+F+G+H+I		6,903
新增 IDS 計畫 2 適用地區及醫缺地區 (E)		2,653
--專科門診遠距會診(論服務量)	315.5	575.2
--專科門診遠距會診(論診次)	409.5	1,846.0
--急診遠距會診	115.3	193.8
--診察費 1 成	35.9	36.4
居家醫療場域 (F)		1.5
衛福部試辦遠距醫療相關計畫 (G)		
--醫事司計畫		2,100
--照護司計畫		-
--醫福會計畫		-
新增矯正機關 (H)		1,440
--專科門診遠距會診		872
--診察費 1 成		568
新增精神科(I)		710
--現行區域		75.3
-- IDS 適用地區及醫缺地區		94.7
--矯正機關		540

註：

1.113 年推估執行數：本計畫 111 年執行數 510 萬點，預估 112 年執行數 669 萬點，推估成長率 31.0%，推估 113 年執行數。

2.新增 IDS 計畫 2 適用地區及醫缺地區：

2.1 專科門診遠距會診(論服務量)：推估餘 69 尚未納入本計畫地區，112 年件數(醫缺地區民眾就醫共 1,756,411 件*整體遠距就醫占率 0.5%)8,782 件*專科遠距會診費 500 點，7 個適用科別合計，加計推估成長率 31.0%(112 年推估執行數 668 萬點/111 年執行數 510 萬點-1)計算。

2.2 專科門診遠距會診(論診次)：以 112 年 1-10 月共 20 家院所申報 521 診次推估平均每週為 1(診)*52(週)*71 地區*論診次 5,000(元)計算。

2.3 急診遠距會診：以 69 個地區，每月申報 1 例，檢傷分類第一級(P6601C)2,340 點推估。

2.4 診察費 1 成：診察費 316 點之 1 成*8,782 件(註 2.1)計算，再加計推估成長率 31%。

3.衛福部試辦遠距醫療相關計畫：

3.1 醫事司計畫：經查 110-111 年度有 70 個點，其中 18 個點未加入遠距計畫、112-113 年度有 119 個點，較前一年度新增 49 個點，爰 113 年共新增 67 個點。

以 112 年度本計畫每家急診網絡之醫院申報急診遠距會診費醫令點數預估(P6601C：35,100 點、P6602C：23,244 點 P6603C：12,324 點 P6604C：1,051 點，醫事司計畫 113 年新增 67 個地點，以 P6601C 為例，35,100*67=2,351,700

點，上述 4 項醫令合計約需 453 萬點；另加計以上述 4 項醫令 112 年相較於 111 年急診遠距會診費推估件數成長率計算，合計約需 2,100 萬點。

3.2 照護司計畫：112-113 年度共 26 個點位，其中苗栗縣獅潭鄉、苗栗縣南庄鄉未加入遠距計畫，惟查該 2 鄉鎮亦屬本保險醫療資源缺乏地區，相關費用已列入前項醫療資源缺乏地區預估數。

3.3 醫福會計畫：經查 113 年施行地區相同為 112 年之澎湖縣馬公地區、臺東縣成功地區、花蓮縣豐濱地區、屏東縣恆春地區及花蓮縣玉里地區，相關費用已列入 112 年執行數。

4.新增矯正機關：

4.1 專科門診遠距會診：申報 500 點/人次，以 112 年度矯正機關內七個專科別(耳鼻喉科、皮膚科、神經內科、胃腸科、心臟血管內科、胸腔內科、眼科)門診 174,197 件數之 10%預估，約需 8,709,850 點。

4.2 診察費加計 1 成：112 年度矯正機關內七個專科別門診診察費共 56,804,928 點之 1 成，約需 5,680,493 點。

5.新增精神科

5.1 現行區域：遠距端之專科門診會診費-論服務量約需 27.5 萬點、論診次約需 45 萬點、在地端之診察費 1 成約需 2.86 萬點。

5.2 IDS 適用地區及醫缺地區：遠距端之專科門診會診費-論服務量約需 45.95 萬點、論診次約需 45 萬點、在地端之診察費 1 成約需 3.9153 萬點。

5.3 矯正機關：遠距端之專科門診會診費-論服務量約需 510.75 萬點、在地端之診察費 1 成約需 29.2149 萬點。

113 年全民健康保險醫療資源缺乏地區施行區域

序號	分區業務組	區域別	序號	分區業務組	區域別
1	臺北業務組	新北市石碇區	24	中區業務組	臺中市大安區
2	臺北業務組	新北市坪林區	25	中區業務組	彰化縣線西鄉
3	臺北業務組	新北市三芝區	26	中區業務組	彰化縣福興鄉
4	臺北業務組	新北市石門區	27	中區業務組	彰化縣芬園鄉
5	臺北業務組	新北市平溪區	28	中區業務組	彰化縣埔鹽鄉
6	臺北業務組	新北市雙溪區	29	中區業務組	彰化縣田尾鄉
7	臺北業務組	新北市貢寮區	30	中區業務組	彰化縣芳苑鄉
8	臺北業務組	新北市萬里區	31	中區業務組	彰化縣大城鄉
9	臺北業務組	宜蘭縣冬山鄉	32	中區業務組	彰化縣溪州鄉
10	臺北業務組	宜蘭縣五結鄉	33	中區業務組	南投縣鹿谷鄉
11	臺北業務組	宜蘭縣三星鄉	34	中區業務組	南投縣中寮鄉
12	北區業務組	桃園市觀音區	35	中區業務組	南投縣魚池鄉
13	北區業務組	新竹縣橫山鄉	36	中區業務組	南投縣國姓鄉
14	北區業務組	新竹縣芎林鄉	37	南區業務組	雲林縣大埤鄉
15	北區業務組	新竹縣寶山鄉	38	南區業務組	雲林縣元長鄉
16	北區業務組	新竹縣北埔鄉	39	南區業務組	雲林縣水林鄉
17	北區業務組	新竹縣峨眉鄉	40	南區業務組	嘉義縣六腳鄉
18	北區業務組	新竹縣新埔鎮	41	南區業務組	嘉義縣東石鄉
19	北區業務組	苗栗縣南庄鄉	42	南區業務組	嘉義縣鹿草鄉
20	北區業務組	苗栗縣西湖鄉	43	南區業務組	嘉義縣番路鄉
21	北區業務組	苗栗縣造橋鄉	44	南區業務組	嘉義縣大埔鄉
22	北區業務組	苗栗縣三灣鄉	45	南區業務組	臺南市大內區
23	北區業務組	苗栗縣獅潭鄉	46	南區業務組	臺南市七股區
47	南區業務組	臺南市將軍區	64	南區業務組	臺南市北門區
48	南區業務組	臺南市南化區	65	南區業務組	臺南市楠西區
49	南區業務組	臺南市左鎮區	66	東區業務組	花蓮縣玉里鎮

序號	分區業務組	區域別	序號	分區業務組	區域別
50	南區業務組	臺南市龍崎區	67	東區業務組	花蓮縣壽豐鄉
51	高屏業務組	高雄市田寮區	68	東區業務組	花蓮縣光復鄉
52	高屏業務組	高雄市永安區	69	東區業務組	花蓮縣豐濱鄉
53	高屏業務組	高雄市六龜區	70	東區業務組	花蓮縣瑞穗鄉
54	高屏業務組	高雄市甲仙區	71	東區業務組	花蓮縣富里鄉
55	高屏業務組	高雄市杉林區	72	東區業務組	臺東縣成功鎮
56	高屏業務組	高雄市內門區	73	東區業務組	臺東縣關山鎮
57	高屏業務組	屏東縣萬巒鄉	74	東區業務組	臺東縣卑南鄉
58	高屏業務組	屏東縣竹田鄉	75	東區業務組	臺東縣大武鄉
59	高屏業務組	屏東縣崁頂鄉	76	東區業務組	臺東縣太麻里鄉
60	高屏業務組	屏東縣車城鄉	77	東區業務組	臺東縣東河鄉
61	高屏業務組	屏東縣滿州鄉	78	東區業務組	臺東縣長濱鄉
62	高屏業務組	屏東縣枋山鄉	79	東區業務組	臺東縣鹿野鄉
63	東區業務組	花蓮縣鳳林鎮	80	東區業務組	臺東縣池上鄉



衛生福利部

112-113 年度「偏遠地區遠距醫療建置計畫」

申請作業說明書

計畫期程：自核定日起至 113 年 12 月 31 日

聯絡人：蔡宇翔

連絡電話：02-8590-7346

電子郵件：mdst@mohw.gov.tw

中 華 民 國 1 1 2 年 4 月

目錄

壹、緣起.....	4
貳、目的.....	4
參、目標.....	5
肆、依據.....	5
伍、申請程序.....	5
陸、執行期間.....	6
柒、執行方式.....	6
捌、補助項目與內容.....	8
玖、經費編列.....	10
拾、成效指標.....	11
拾壹、計畫撥款、核銷及其他相關事項.....	11

附件

附件一、全國 14 個急重症轉診網絡及基地醫院一覽表.....	13
附件二、申請計畫書內容與格式.....	15
附件三、緊急遠距會診軟硬體規格建議.....	28
附件四、經費編列原則及基準.....	32
附件五、衛生福利部補(捐)助計畫契約書.....	37
附件六、公職人員利益衝突自行迴避通知單（範例）.....	45
附件七、公職人員及關係人身分關係揭露表範本.....	46

112-113 年度偏遠地區遠距醫療建置計畫

壹、緣起

緊急醫療救護系統（Emergency Medical Service System, EMSS）是在意外傷病發生時，可於最短時間內給予傷病患各種可能的緊急救護措施。而偏遠及醫療資源不足地區，因交通不便、人口稀少分散，且醫事人力之招募不易，導致部分科別醫師需求無法獲得滿足，必須向外轉診尋求醫療協助，不但造成民眾不便，也可能在轉診過程中造成延宕或危險。

遠距醫療已是多數國家醫療發展之趨勢，更是我國近年推動之重要衛生政策。因應台灣人口結構的改變，居家醫療或遠距會診之需求快速增加，加上資訊及通訊科技（Information and Communications Technology, ICT）進步與物聯網（Internet of Things, IoT）時代的來臨，藉由法規之鬆綁搭配醫療與通訊及智慧科技發展之結合，提供在地民眾即時的專科別診療，打破時間與地域之限制，緩解偏遠及醫療資源不足地區專科醫師人力不足與醫療資源分配不均的問題。

本計畫自 110 年推動後，於全國 14 個急重症轉診網絡皆完成布建 1 處遠距醫療合作網域，並透過「遠距會診」、「綠色通道」、「安全轉診」及「區域聯防」等四大執行策略，提升偏遠及醫療資源不足地區民眾緊急醫療之可近性，並以區域聯防的概念，強化緊急後送與轉診機制。為延伸及拓展本計畫執行成效，爰持續推動並擴大邀請更多偏遠及醫療資源不足地區之醫療機構共襄盛舉。

貳、目的

透過遠距會診設備的建置及流程的改善，提升轉診網絡內醫療資源不足地區之醫療照護品質及就醫可近性，並於緊急後送及轉診機制，落實急重症區域聯防，提升在地醫療量能與品質。

參、目標

本部將全國 206 家急救責任醫院劃分為 14 個急重症轉診網絡，以重度級急救責任醫院為各網絡之基地醫院，以區域聯防概念，整合網絡內中度級、一般級急救責任醫院，提供特定緊急傷病患之綠色通道，與急診間病人向上、平行、向下無縫接軌之急診轉診服務。而隨著醫療服務需求的轉變、科技技術的進步及相關法規的調整與鬆綁，故本計畫將輔導醫院建置遠距會診相關基礎設備，並持續推動「遠距會診」、「綠色通道」、「安全轉診」及「區域聯防」等四大策略，完善遠距醫療照護服務，並藉由急救責任醫院點、線、面的串連與共享，強化網絡內緊急醫療照護能力及資源，達區域聯防與完備轉診機制，以達「降低輕症轉診、優化急重症轉院」之目標。

肆、依據

依據行政院 109 年 8 月 31 日院臺科會字第 1090029138 號函、111 年 1 月 5 日院臺科會字第 1100041408 號函及本部前瞻基礎建設計畫第四期特別預算，並參照衛生福利部獎補助計畫相關規定辦理。

伍、申請程序

一、申請對象：本案110-111年度計畫執行基地醫院(轉診網絡及基地醫院如附件一)。

二、申請期限：自計畫公告徵求日(含)起14個工作天內。

三、申請程序：申請醫院應單獨或與有意參與本計畫之醫學中心或中度級以

上急救責任醫院（以同轉診網路或鄰近轉診網絡醫院為優先，下稱支援醫院）共同提具計畫書一式8份，函送至地方衛生局初審（如基地醫院與支援醫院分屬不同衛生局，由基地醫院所在地區衛生局為主），地方衛生局應評估所提計畫內容是否切合轉診網絡內醫療資源分配情形為原則進行審查，並函轉本部進行複審。

四、申請計畫書內容與格式，請參閱附件二。

陸、執行期間

自核定日起至113年12月31日止，於112年12月5日前將本案112年度執行成果報告函送本部，做為次一年度撥款之依據。

柒、執行方式：

一、本案係延續110-111年度計畫，除原先14家執行計畫之基地醫院外，於本年度計畫進一步開放各網絡醫學中心或中度級以上急救責任醫院以支援醫院身分加入，與同網絡或鄰近網絡之基地醫院分工合作以強化遠距區域聯防之效能；基地醫院應優先選定同網絡不同縣市或區域之醫療院所為支援醫院，以完善區域聯防機制；網絡內無適當合作醫院者，可邀請具地緣關係或合作優勢之醫療院所。

二、申請醫院依據執行計畫所需，應組成跨領域、跨機構、跨單位層級之工作小組，並定期召開相關討論會議，增列支援醫院者，應建立兩院間之分工合作機制，以確保本計畫之執行效益。

三、申請醫院（及其支援醫院）擔任區域遠距醫療中心（以下稱供給端），應

提供計畫執行之合作醫院、偏鄉醫療機構、具備24小時緊急醫療需求之衛生室、衛生所或急診醫療站^註，其「急診」、「急性腦中風」、「緊急外傷」及「心肌梗塞」等緊急醫療或急診照會常見科別(如：五官科)之「遠距會診」服務，並建立網絡內「綠色通道」、「安全轉診」及「區域聯防」之合作機制，基地醫院及支援醫院於遠距會診之分工應有明確策略(如依專長科別或區域分工)。(註：所稱急診醫療站係本部「緊急醫療資源不足地區改善計畫」補助之地區或醫療機構。)

四、申請醫院應持續協助110-111年度計畫之合作單位，並依先前執行經驗優化遠距會診執行機制；與支援醫院合作者，應新增網絡內至少2家醫療機構為合作機構（不包含支援醫院，以下稱需求端），其中至少應包含1家所轄轉診網絡內緊急醫療資源不足地區急救責任醫院、偏鄉醫療機構、具備24小時緊急醫療需求之衛生室、衛生所或急診醫療站；另，轄內受「緊急醫療資源不足地區改善計畫」補助以支援急診醫療站之醫院，亦屬本計畫之合作醫療機構範疇。

五、申請醫院（及其支援醫院）應優先盤點及整合本計畫合作醫療機構之緊急醫療能力、急重症資源，共同評估所提供遠距會診科別與服務項目之相關設施設備（含資訊軟硬體設備等，規格建議如附件三）；可優先強化遠距中風醫療（Telestroke），藉由遠距會診給予第二意見（如：採靜脈溶栓或動脈取栓治療），以達優化急重診轉診之目標。

六、申請醫院（及其支援醫院）應提供其合作醫療機構固定或彈性時段之遠距會診服務，並建立完整、互通且即時之遠距會診運作流程；明訂醫院緊

急醫療救護之分工及轉診網絡內緊急後送與轉診機制，落實區域聯防合作模式，病人經評估需緊急轉診者，應啟動轉診機制並建置綠色通道收治病人或協調轉入責任區之指定後送醫院。

七、申請醫院（及其支援醫院）執行遠距會診，為確保病人資訊多元而互通之基礎，於同網絡內應採用同一遠距會診平臺，或使用本部之「遠距醫療會診平臺」**（**平臺使用者帳號申請方式將於核定後函送通知**）**，非以本部平臺為主要會診平臺者，應以本部平臺為備援方案，且使用之平臺應依本部所訂監測指標（如附錄1）開發相關資訊紀錄及彙整功能，其資料需符合本部電子病歷交換中心（Electronic Medical Record Exchange Center, EEC）之規定及傳輸規格，並應配合本部之遠距會診資料提報需求，進行資料彙整及提交作業。

八、本部「遠距醫療會診平臺」得介接醫療院所之HIS及PACS系統，提供快速之跨院病歷及醫療影像資訊調閱服務，申請醫院得評估計畫執行之實務需求，與系統維運廠商洽商相關功能介接事宜。

九、申請醫院得與民間救護車合作，協助其瞭解或輔導其提升救護資訊化程度，輔導建置必要資訊設備，並發展符合內政部消防署「緊急醫療救護智能平臺—救急救難一站通」規範之資料轉換格式，進行病人就醫資訊之拋轉。

十、申請醫院**（**及其支援醫院**）**對計畫執行過程、結果與成效指標及監測指標之相關資料與數據，應進行收集、統計及分析，以評估及展現具體執行成效，如：遠距醫療服務人次、偏遠地區就醫民眾及醫護人員滿意度、

24小時內重返急診比率及急診處置停留時間等指標。

十一、執行本計畫應符合醫療法、醫師法、通訊診察治療辦法、資通安全管理法及相關法令之規定。

十二、經審核合格之醫院，本部將安排負責窗口協助諮詢及聘請專家進行輔導作業，並應配合參與相關說明會，會中將說明指標定義、輔導作業及相關配合事項。

捌、補助項目與內容：

一、本計畫依經費編列原則及基準辦理，經費補助項目及編列明細如附件四。

二、依本計畫經費編列原則及基準預估編列，需包含新增合作醫療院所（包含支援醫院）之設備與平台介接經費，並不得編列設備維護預算，經費編列上限依核定方案分列說明如下：

（一）方案一（至多核定10家醫療機構）：

1. 除第1期計畫合作醫療機構外，應新增支援醫院及網絡內至少2家合作醫療機構，其中至少應包含1家所轄轉診網絡內緊急醫療資源不足地區急救責任醫院、偏鄉醫療機構、具備24小時緊急醫療需求之衛生室、衛生所或急診醫療站。

2. 人事費及業務費：合計上限新臺幣 134萬元。

3. 設備費：建置或改善遠距醫療環境所需設施設備，核實支付上限360萬元。

（二）方案二（於方案一核定滿額之前題下，預計核定4家）：

1. 與第1期計畫合作醫療機構持續合作，並得評估是否新增合作醫療

機構，或策略性強化與現有醫療機構之合作關係。

2. 人事費及業務費：合計上限新臺幣 71萬元。

3. 設備費：建置或改善遠距醫療環境所需設施設備，核實支付上限115萬元。

(三) 執行機構應分別提列各項經費後加總填報總價。

(四) 執行機構報價不得逾預算金額。

玖、計畫經費編列：本項補助費用金額，共計5,684萬元。

項目	總經費	112 年	113 年	說明與計算基準
人事費及業務費	16,240,000	7,840,000	8,400,000	依本計畫經費編列原則及基準： ● 112年：共計784萬元，上限64萬元*10個單位+36萬元*4個單位。 ● 113年：共計840萬元，上限70萬元*10個單位+35萬*4個單位。
設備費	40,600,000	21,000,000	19,600,000	依本計畫經費編列原則及基準，建置遠距醫療環境所需設施設備等。 ● 112年：共計2,100萬元，上限180萬元*10個單位+75萬元*4個單位。 ● 113年：共計1,960萬元，上限180萬元*10個單位+40萬元*4個單位。
共計	56,840,000	28,840,000	28,000,000	

拾、成效指標

- 一、遠距急診會診服務人次增加率。
- 二、偏遠地區就醫民眾及醫護人員滿意度70%以上（滿意度問卷依發放對象可分為「供給端」或「需求端」，題項應包含：「遠距會診之科別」、「遠距會診流程」及「遠距醫療會診平台之使用」等）。
- 三、經遠距會診建議採在地醫療之病人24小時內重返急診比率（由申請醫院自訂閾值）。
- 四、經遠距會診建議轉診之病人於急診處置停留時間（由申請醫院自訂閾值）。

拾壹、計畫撥款、核銷及其他相關事項

- 一、申請醫院如得標後，應於履約期限前，將期末成果報告以公文送達本部辦理書面驗收及結案手續。
- 二、得標醫院實際完成履約之日期，以本部收文日為準。
- 三、由本部、其他政府機關經費補助或全民健康保險費用支付之項目給付者，不得重複請領。
- 四、本計畫醫療機構合作者，應訂定合作協議，內容包括：合作內容與方式（含臨時排定醫師無法支援時之解決方案）、醫療糾紛或有支援醫師違法情事等之責任歸屬等。
- 五、受補助醫院如有核銷或資料登載不實者，除追繳補助費用外，情節嚴重者，並依相關法令追究責任。
- 六、本案所需經費將視每年度立法院審議結果辦理，若相關預算遭刪減或凍結，致無法按期給付價款時，本部得通知受補助醫院變更付款方式或終

止契約。

七、經費核銷與核撥事項，請參閱契約書（如附件五）。

八、補助對象係屬公職人員利益衝突迴避法第2條及第3條所稱公職人員或其關係人者，請填「公職人員利益衝突自行迴避通知單」（如附件六）及「公職人員利益衝突迴避法第14條第2項公職人員及關係人身分關係揭露表」（如附件七），如未揭露者依公職人員利益衝突迴避法第18條第3項處罰。

九、本計畫書將納入契約書之規範，如有未盡事宜，本部將視業務需要，隨時以公文書補充或修正相關規定，並視同為契約內容。

十、有關計畫申請之相關疑義，可向本部醫事司第3科洽詢，連絡電話：（02）8590-7346。

附件一、全國 14 個急重症轉診網絡及基地醫院一覽表

網絡名稱	基地醫院	合作基地醫院
基隆網絡	長庚醫療財團法人基隆長庚紀念醫院	
宜蘭網絡	醫療財團法人羅許基金會羅東博愛醫院	
嘉義網絡	長庚醫療財團法人嘉義長庚紀念醫院	
臺南網絡(成大)	國立成功大學醫學院附設醫院	
臺南網絡(奇美)	奇美醫療財團法人奇美醫院	
花蓮網絡	佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院	
臺東網絡	台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人新竹馬偕紀念醫院	
雙北合作網絡	國立臺灣大學醫學院附設醫院	臺北榮民總醫院、三軍總醫院附設民眾診療服務處、台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人馬偕紀念醫院、衛生福利部雙和醫院-委託臺北醫學大學興建經營、醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會亞東紀念醫院
北桃竹合作網絡	長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院	國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹分院、衛生福利部桃園醫院、台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人新竹馬偕紀念醫院
中苗合作網絡	臺中榮民總醫院	童綜合醫療社團法人童綜合醫院
中投合作網絡	中國醫藥大學附設醫院	中山醫學大學附設醫院

網絡名稱	基地醫院	合作基地醫院
雲彰合作網絡	彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院	國立臺灣大學醫學院附設醫院 雲林分院、秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院
高雄合作網絡	高雄榮民總醫院	財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院
高屏合作網絡	長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院	義大醫療財團法人義大醫院、屏東醫療財團法人屏東基督教醫院、安泰醫療社團法人安泰醫院
全國合計 14 個急重症轉診網絡，206 家急救責任醫院。		

附件二、112-113 年度「偏遠地區遠距醫療建置計畫」申請計畫書內容與格式

一、計畫書封面：至少包含計畫名稱（包含計畫執行地區急重症轉診網絡、建置服務模式）、計畫申請醫院、合作單位、計畫執行期間。

轉診網絡			
申請醫院			
醫院地址			
執行類別	☐ 方案一 ☐ 方案二		
支援醫院			
合作單位			
計畫主持人		職稱	
連絡電話		Email	
計畫聯絡人		職稱	
連絡電話		Email	
執行期間			

二、書寫格式：以WORD建檔，A4版面，由左而右，由上而下，標楷體14號字型，橫式書寫。

三、計畫書內容至少應包括：

- (一) 前言。
- (二) 計畫目的：請分點具體列述本計畫所要達成之目標。
- (三) 所在醫療網絡現況分析：
 1. 人口分布。
 2. 地理環境概況及交通情形：簡要敘述計畫實施醫療網絡之地理環境概況、當地對外交通情形、醫療網絡內醫療資源概況、具最鄰近急救責任醫院名稱、車程與里程等）。
 3. 服務區域之遠距會診需求分析（包含偏遠地區及醫療資源不足地區服務人次）。

4. 盤點合作醫療機構及其參與計畫內之遠距醫療所需之設施設備（含資訊軟硬體設備等）或需求。

5. 盤點合作醫療機構之急救責任醫院其緊急醫療能力與急重症資源

（四）合作醫療機構說明：

1. 網絡醫院：

(1) 網絡醫院：_____

☐提供全時段（即 24 小時）之病人遠距會診服務。

☐提供_____（如：星期六上午、星期日全天）時段之病人遠距會診服務。

(2) 網絡醫院：_____

☐提供全時段（即 24 小時）之病人遠距會診服務。

☐提供_____（如：星期六上午、星期日全天）時段之病人遠距會診服務。

備註：表格得依計畫申請內容自行增列。

2. 具備24小時緊急醫療需求之衛生室、衛生所或急診醫療站：

(1) 衛生單位或急診醫療站：_____

☐提供全時段（即 24 小時）之病人遠距會診服務。

☐提供_____（如：星期六上午、星期日全天）時段之病人遠距會診服務。

(2) 衛生單位或急診醫療站：_____

☐提供全時段（即 24 小時）之病人遠距會診服務。

☐提供_____（如：星期六上午、星期日全天）時段之病人遠距會診服務。

備註：表格得依計畫申請內容自行增列。

3. 支援醫院：

支援醫院：_____

■與基地醫院合作分工機制說明：_____。

☐與基地醫院非屬同網絡原因說明：_____。

備註：表格得依計畫申請內容自行增列。

(五) 實施方法及進行步驟：

1. 提交計畫書應包含參與計畫團隊組成與合作方案、轉診作業流程(含轉診醫院評估、病人轉診標準及優先收治順序)、區域內之急救責任醫院區域聯防及轉診網絡計畫書、遠距醫療運作模式及設施設備需求等內容，並建議以「遠距會診」、「綠色通道」、「安全轉診」及「區域聯防」四大策略具體說明執行作法及運作機制，相關建議內容可參閱下表：

序號	策略	說明	執行參考
1	遠距會診	藉由遠距會診服務，降低民眾不必要的轉診、緩解偏遠地區居民舟車勞頓至大型醫院看診、甚或延遲就醫等狀況，提高在地醫療服務品質；有關緊急遠距會診軟硬體規格建議請參閱附件三。	遠距會診服務供給端與需求端彼此應建立完整、互通且具時效之遠距會診運作流程，如：需求端提出遠距會診請求，並將病人相關醫療資訊拋轉予供給端（被會診醫師），確認供給端訊息接收情形與回覆之順暢性及完整性，後由需求端醫師完成評估、提供診斷建議之照會流程。
2	綠色通道	目的為暢通轉診網絡內醫院(含急診醫療站)間的溝通與作業管道，建立「人流」、「行政流」及「資訊流」之運作機制，以消弭醫院間的隔閡與障礙。	病人轉出醫院與後送醫院間啟動綠色通道之時機宜同步，以減少轉送過程之行政流程干擾，加速病人到院後啟動治療之時間點，如：轉出醫院提出急重症（如：

			急性腦中風、心肌梗塞及緊急外傷）病人後送需求，後送醫院即啟動救護流程之相關整備作業。另，建議急重症病人至後送醫院急診等待治療之時間得做為本項執行成效指標。
3	安全轉診	建立安全且有效的病人轉診機制，如轉送過程相關資訊傳遞的正確性、時效性及安全性（含資安），並確保接收端之照護能力。	病人轉診過程之安排，期間應有適當之設備、救護車及照護服務，且轉診紀錄及相關資料須完備。
4	區域聯防	強化轉診網絡內醫院（含急診醫療站）間醫療資源共享、照護能量互補之急重症照護支援模式，以健全雙向轉診、聯合訪視及資源調度之運作機制。	透過資訊設備或系統之應用，提升區域聯防及轉診相關作業，應以網絡內轉診為原則，如有跨區轉診情形（如：跨縣市或跨網絡），應請醫院進一步說明其原因、機制或策略。

2. 擬申請及提供遠距醫療之專科醫師科別、人數與合作醫院等資訊。

科別	專科醫師人數	合作醫院名稱	已與合作醫院簽訂合作協議
			☐ 是 ☐ 否
			☐ 是 ☐ 否
備註： 1.如表格不敷使用，請自行增加。 2.若已與有合作醫院簽定合作協議書，應請檢附佐證資料。			

（六）預期效益、監測指標及自我考評：詳述計畫執行結束，預期將達成之

效益，並表列各項預定達成績效評核指標（如：遠距醫療服務人次、偏遠地區就醫民眾及醫護人員滿意度、24小時內重返急診比率及急診處置停留時間等指標）。

- （七）相關監測指標項目詳如附錄一，須按月收集並於計畫期中、期末報告呈現每季數據之統計分析；另，未有執行個案者，需於院內相關會議討論並提出改善方案，並於期中及期末報告呈現改善情形，以達計畫布建遠距醫療設備之效益。

截至〇年〇月〇日統計資料：											
季次 成效/監測指標	112 年					113 年					合計
	第一 季	第二 季	第三 季	第四 季	小計	第一 季	第二 季	第三 季	第四 季	小計	
Ex：											
1.逐年增加遠距醫療 服務人次 5%											
2.偏遠地區就醫民眾 及醫護人員滿意 度 70%以上											

（※如表格不敷使用，請自行增加）

(八) 預定工作內容與進度(甘特圖)

_____年度預定進度：以 Gantt Chart 表示本年度之執行進度。屬一年期以上計畫者，應分年度提出預定進度。											
月次 工作項目											備註

(※如表格不敷使用，請自行增加)

(九) 經費需求：

_____年度經費需求：本計畫各年度所需各項經費，請依照「112-113 年度「偏遠地區遠距醫療建置計畫」經費編列原則及基準」詳實編列，各經費項目請務必按照該標準表內所訂之名稱與次序填寫。說明欄內應詳細說明估算方法及用途。屬一年期以上計畫者，應分年度提出經費需求。		
項 目	金 額	說 明

(※如表格不敷使用，請自行增加)

附錄一、112-113 年度計畫之遠距會診相關監測指標項目

一、監測指標項目均由「區域遠距醫療中心」進行數據收集並填復，收案條件：僅限需求端使用遠距會診之病人（排除供給端之急診病人）；「供給端」係指區域遠距醫療中心（含支援醫院）、「需求端」係指合作醫院及所轄轉診網絡內緊急醫療資源不足地區急救責任醫院、偏鄉醫療機構、具備 24 小時緊急醫療需求之衛生室、衛生所或急診醫療站。

二、依據本計畫四大策略架構訂定之相關監測指標項目如下：

序號	指標名稱	分子分母說明								說明	
		急診領域		心肌梗塞領域		腦中風領域		緊急外傷領域			
1	【四大重症】病人遠距會診率	分子	急診病人運用遠距會診總人次	分子	急診心肌梗塞病人遠距會診總人次	分子	急診急性腦中風病人遠距會診總人次	分子	急診緊急外傷病人遠距會診總人次	參照遠距醫療會診平台， 本項計算以需求端全體為單位 。	
		分母	急診總人次	分母	急診心肌梗塞病人之總人次	分母	急診所有急性腦中風病人之總人次	分母	急診所有緊急外傷病人之總人次		
2	急診遠距會診當次轉診（轉出）率	分子	急診遠距會診當次轉診（轉出）件數								參照遠距醫療會診平台， 本項計算以需求端全體為單位 。
		分母	急診遠距會診件數								
3	遠距會診後 24 小時內重返（需求端）比率	分子	急診遠距會診後 24 小時內重返（需求端）急診人數								參照全民健康保險遠距醫療給付計畫之監測指標其定義， 本項計算以需求端全體為單位 。
		分母	急診遠距會診人數								
4	遠距會診時效	遠距會診時間之四分位距（interquartile range, IQR），（需求端）醫師啟動遠距會診醫囑至（供給端）醫師開始診治病人的時間，所有病人 IQR（含 Q1、Q3 及中位數）								參照遠距醫療會診平台， 本項時間計算為供給端之平均 。	

5	ST 段上升之急性心肌梗塞病人到（供給端）執行緊急冠狀動脈介入術（Primary PCI）的比率		分子	經遠距會診到供給端接受緊急冠狀動脈介入術（Primary PCI）治療之總人次			參照醫院緊急醫療能力分級評定基準 3.3.3 之定義。
			分母	所有經遠距會診到供給端的 ST 段上升之急性心肌梗塞病人次			
6	ST 段上升之急性心肌梗塞病人執行緊急冠狀動脈介入術（Primary PCI）時，Door to wire time 小於 90 min 比率		分子	急診之 ST 段上升之急性心肌梗塞病人於 90 分鐘內接受緊急冠狀動脈介入術（Primary PCI）治療之人次			參照醫院緊急醫療能力分級評定基準 3.3.3 其定義 ~~註：~~ OHCA 經急救或經特殊維生設備處置後方施行 Primary PCI 之病人，請於計算 Door to wire time 時予以排除。
			分母	急診之所有 ST 段上升之急性心肌梗塞病人接受緊急冠狀動脈介入術（Primary PCI）治療之總人次			
6-1	ST 段上升之急性心肌梗塞病人執行緊急冠狀動脈介入術（Primary PCI）時，Door to wire time 的時間（自供給端起算）						參照醫院緊急醫療能力分級評定基準 3.3.3 其定義 ~~註：~~ Primary PCI 之計算標準：以病人抵達急診至導絲(wire)通過的時間計算。本項以供給端全體平均為單位。
6-2 (可選)	ST 段上升之急性心肌梗塞病人執行緊急冠狀動						參照醫院緊急醫療能力分級

	脈介入術 (Primary PCI) 時, Door to wire time 的時間 <u>(自需求端起算)</u>						評定基準 3.3.3 其定義 ~~一~~ Primary PCI 之計算標準: 以病人抵達急診至導絲(wire)通過的時間計算。本項以供給端全體平均為單位。
7	急性腦中風 CVA 到 (供給端) 接受靜脈血栓溶解劑 (IV-tPA) 比率			分子 經遠距會診到供給端接受靜脈血栓溶解劑 (IV-tPA) 治療之總人次	分母 所有經遠距會診到供給端的急性腦中風病人之總人次		參照醫院緊急醫療能力分級評定基準 2.3.1 之定義 ~~一~~有關溶栓適應症之條件應依據衛生福利部食品藥物管理署 rt-PA 仿單之規範, 不符合仿單規範之病例, 於統計時應予排除。
7-1	急性腦中風 CVA 到 (供給端) 接受靜脈血栓溶解劑 (IV-tPA) 時間 (自抵達急診時間起算)						參照醫院緊急醫療能力分級評定基準 2.3.3 之定義 ~~一~~治療時間係指病人抵達急診之時間與護理紀錄開始施行靜脈溶栓時間之差。本項以需求端全體平均為單位。

8 (可選)	急性腦中風 CVA 到 (供給端) 接受動脈血栓移除治療 (endovascular thrombectomy) 比率			分子	經遠距會診到供給端接受動脈血栓移除治療之總人次		參照醫院緊急醫療能力分級評定基準 2.3.1 之定義。
				分母	所有經遠距會診到供給端的急性腦中風病人之總人次		
8-1 (可選)	急性腦中風 CVA 到 (供給端) 接受動脈血栓移除治療 (endovascular thrombectomy) 時間 (自抵達急診時間起算)						參照醫院緊急醫療能力分級評定基準 2.3 之定義，治療時間係指病人抵達急診之時間與護理紀錄開始施行靜脈溶栓時間之差。本項以需求端全體平均為單位。
9	使用遠距會診後，急性腦中風 CVA 發作至接受靜脈血栓溶解劑 (IV-tPA) 的平均時間			分子	使用遠距會診後，中風發作至施打 IV-tPA 時間總計		參照醫院緊急醫療能力分級評定基準 2.3 之定義。
				分母	使用遠距會診後，接受靜脈血栓溶解治療之急性缺血性中風病人總人次		
10	重大創傷 ISS 16 分病人進 (供給端) 手術室 (包含緊急手術或栓塞治療) 的時間						參照醫院緊急醫療能力分級評定基準 4.3.2 之定義，本項係指手術通知至病人進入開

										刀房內所需時間。「手術通知」係指緊急外傷手術由急診通知開刀房之作業，可於急診醫師開立醫囑或是開刀房手術通知單呈現(時間紀錄方式由醫院自行規範)起計算。 本項以供給端全體平均為單位。	
10-1 (可選)	重大創傷 ISS 16 分病人，在 30 分鐘內接受介入性治療(包含緊急手術或栓塞治療)進(供給端)手術室比率							分子	接受介入性治療(包含緊急手術或栓塞治療)在 30 分鐘內進(供給端)手術室之人次	參照醫院緊急醫療能力分級評定基準 4.3.2 之定義，本項係指手術通知至病人進入開刀房內所需時間之達成比率。	
								分母	所有經遠距會診重大創傷 ISS 16 分，接受介入性治療(包含緊急手術或栓塞治療)總人次		
11	24 小時內完成遠距會診系統紀錄比率	分子	24 小時內完成遠距會診平台系統紀錄件數								遠距醫療會診平台，24 小時內指遠距會診結束起計算。
		分母	遠距會診平台系統紀錄件數								
12	【四大重症】跨區轉診比率	分子	網絡內醫院急診轉出至網絡	分子	網絡內醫院心肌梗塞轉出至網絡外醫院人次	分子	網絡內醫院急性腦中風轉出	分子	網絡內醫院緊急外傷轉	資料查看位置：緊急傷病患轉診資料	

			外 醫 院 人 次				至網絡外醫院 人次		出 至 網 絡 外 醫 院 人 次	庫。 <u>本項計算 以需求端全體 為單位。</u>
		分母	急 診 轉 出 件 數	分母	心 肌 梗 塞 轉 出 件 數	分母	急性腦中風轉 出件數	分母	緊 急 外 傷 轉 出 件 數	
註：可選項目得依執行現況填覆。										

附件三、緊急遠距會診軟硬體規格建議

一、遠距會診伺服器：包含至少一組（含以上）之電腦主機和儲存空間配置，以及一遠距會診軟體（參考遠距會診軟體）安裝於電腦主機中。

（一）電腦主機：

1. 建議伺服器等級 CPU 系列，並支援多核多工處理、記憶體 RAM 64GB（含以上）並支援擴充功能、作業磁碟空間 1TB（含以上），並支援磁碟陣列 RAID 5 以上功能。
2. 建議支援 2 組以上 1G/10Gb 乙太網路連線，並支援擴充。
3. 建議支援 2 組以上光纖通道 8G FC 配接卡（含以上）連接資料儲存設備，並支援擴充。

（二）儲存空間配置（雙方）：

1. 資料配置空間須可保存 7 年（含以上）。
2. 資料能以一讀多寫（Write Once, Read Many/ WORM）資料儲存功能方式儲存，具備資料不可否認性，並具備 File Lock 作用，資料可永久不更改、刪除、異動。

二、視訊伺服器與多媒體設備：包含至少一組（含以上）之視訊伺服器與儲存空間配置、一組（含以上）之多媒體設備（包含網路攝影鏡頭、喇叭與麥克風）。

（一）視訊伺服器：視訊伺服器須具備至少一組（含以上）之電腦主機與儲存空間配置用以遠距會診所產生之多媒體資料儲存，可連接一點或多點之網路視訊服務，以及可管理和連結一組（含以上）之多媒體設備。硬體規格如下：

1. 電腦主機：

- （1）建議伺服器等級 CPU 系列，並支援多核多工處理、記憶體 RAM 64GB（含以上）並支援擴充功能、作業磁碟空間 1TB（含以上），並支援磁碟陣列 RAID 5 以上功能。
- （2）建議支援 2 組以上 1G/10Gb 乙太網路連線，並支援擴充。
- （3）建議支援 2 組以上光纖通道 8G FC 配接卡（含以上）連接資料儲存設備，並支援擴充。
- （4）建議支援多路多媒體設備之 PTZ 控制功能。

2. 儲存空間配置：

- （1）影像資料配置空間須可保存 7 年（含以上）。（30 分鐘約需 450MB）
- （2）影像資料以一讀多寫（Write Once, Read Many/ WORM）資料儲存功能方式儲存，具備資料不可否認性，並具備 File Lock 作用，資料可永久不更改、刪除、異動。

3. 網路視訊服務：

- （1）可支持單點或多點視訊連接服務。

4. 管理和連結多媒體設備：

- (1) 支援連線及控制多媒體裝置，並支持多種通訊協定，包含：IPv4/v6, TCP, UDP, DHCP Client, HTTP, DNS, NTP, RTP, RTSP, SMTP, FTP, ICMP, ARP, UPnP, iSCSi, LDAP (client)。
 - (2) 可支持多媒體設備連線、控制、管理，與故障偵測等功能。
 - (3) 多媒體設備管理須包含：新增、刪除、異動、升級及擴充設備等功能。
 - (4) 支援多路頻道多媒體裝置即時影像及聲音之錄影儲存、播放。
 - (5) 支援錄影資料搜尋服務，可依時間、網路攝影鏡頭等各條件查詢。
- (二) 多媒體設備：多媒體設備須具備至少一組（含以上）之網路攝影鏡頭與所對應之喇叭與麥克風，並可與視訊伺服器進行連線與管理。硬體規格如下：
1. 網路攝影鏡頭：
 - (1) 解析度至少 720P 至 1080P（含以上），每秒可儲存影像 15fps（含以上），Bit rate 為 2Mbps（含以上）。
 - (2) 可支持多種通訊協定，包含：IPv4/v6, TCP, UDP, DHCP, PPPoE, HTTP, HTTPS, DNS, DDNS, NTP, RTP, RTSP, RTCP, SMTP, FTP, IGMP, ICMP, ARP, Bonjour, UPnP, QoS, SNMP, IEEE 802.1X。
 - (3) 通訊安全性：包含 IP 位址過濾、密碼保護用戶級別、IEEE 802.1X 網路門禁控制（用戶接入網路的認證標準）。
 2. 單顆醫學影像螢幕：
 - (1) 解析度：3MP（2048 X 1536），乳房攝影需 5MP。
 - (2) 色階：30bit。
 - (3) DICOM 校準亮度: 500cd/m2。
 - (4) 通過 FDA510（k）許可認證、衛生福利部醫療器材許可。
 - (5) 專用顯示卡（顯示卡需與螢幕同品牌，含可相容驅動程式）。
 3. 喇叭：
 - (1) 支援 3.5mm 接頭立體音喇叭。
 - (2) 支援有效阻隔電磁 EMI 干擾，能清晰辨別自然聲源。
 4. 麥克風：
 - (1) 支援 3.5mm TRS 接頭。
 - (2) 支援全方位指向，有效抗噪，減少電流電磁干擾。

三、遠距會診軟體：遠距會診軟體可提供遠端醫師進行連線，並進行相關遠距會診業務。軟體功能須具備如下：

- (一) 系統須具有使用者安全連線驗證機制。
- (二) 系統須能夠連結醫院相關資訊系統，包含提供相關病人之基本資料、診斷紀錄、檢驗檢查紀錄、影像與報告紀錄等...，用以支持遠距會診業務運作。
- (三) 系統可連結病人即時視訊影像，並提供遠距多媒體設備控制功能（例如：鏡頭方向、拉近/遠等功能），以支持遠距會診業務。
- (四) 系統須提供遠距會診作業之醫療紀錄，包含會診申請紀錄、會診回覆紀錄...等，符合遠距會診相關規範。

- (五) 遠距會診作業之醫療紀錄須與該次視訊影像紀錄進行內容連結，並產生當次會診作業之完整病歷紀錄，並符合電子病歷製作與管理辦法。
- (六) 系統交易日誌紀錄，包含：日期、時間、IP 來源、執行動作、停留時間等紀錄須完整保存。

四、網路頻寬與資通訊安全

- (一) 支援總頻寬 40M (含以上) 連線雙向頻寬 (單顆影像醫學螢幕之網路有效傳輸速度至少 15Mbps)。
- (二) 支援多條線路頻寬 (含 2 以上) 連線，保證連線不斷線品質。
- (三) 單一網路攝影鏡頭連線，應確保連線品質不可延遲 3 秒以上。
- (四) 支援頻寬管理：連線權重分配、連線流量控制、負載平衡等功能。
- (五) 支援連線記錄、連線日誌、記錄分析等功能。
- (六) 資通訊安全。
- (七) 支援入侵攻擊偵測、防護，並主動危險事件通知。
- (八) 支援網路防毒、惡意連線防護等功能，並自動更新特徵碼。

五、使用單位事前準備

(一) 硬體設備準備

1. 電腦主機

- (1) CPU: I5 等級(含)以上。
- (2) 記憶體: 8GB(含)以上。
- (3) 硬碟容量 950GB(含)以上 7200RPM SATA。
- (4) 具備 10/100/1000Mbps Ethernet 網路介面。
- (5) Windows 10 作業系統。
- (6) 安裝 Chrome 瀏覽器。
- (7) 需附鍵盤、滑鼠、喇叭。

2. 彩色液晶顯示器

- (1) 尺寸: 24 吋(含)以上。
- (2) 解析度: 1920*1080(含)以上。

3. 視訊鏡頭

- (1) 系統支援: Windows 7 以上版本。
- (2) 含 USB 2.0 以上連接埠。
- (3) 視訊通話可達解析 1280*720 以上。
- (4) 內建具降低雜音功能的麥克風。

(二) 使用單位 HIS 系統配合整合

- (1) 整合病人基本資料。
- (2) 整合病人門、急診紀錄、住院病摘、檢驗報告及檢查報告。

(三) 使用單位 PACS 系統配合整合

- (1) 整合病人在單位內 PACS 系統의 影像。

表一。

Choose Suitable Constant Bitrate Level for H.264

(Excellent, good and medium represent video quality under given conditions)

Resolution	Frame Rate	Bitrate						
		0.5 Mbps (= 500Kbps)	1 Mbps	1.5 Mbps	2 Mbps	3 Mbps	4 Mbps	6 Mbps
VGA	1 fps	Excellent	Excellent	Excellent	Excellent	Excellent	Excellent	Excellent
	5 fps	Excellent	Excellent	Excellent	Excellent	Excellent	Excellent	Excellent
	15 fps	Good	Excellent	Excellent	Excellent	Excellent	Excellent	Excellent
	30 fps	Medium	Good	Excellent	Excellent	Excellent	Excellent	Excellent
1 MP	1 fps	Good	Excellent	Excellent	Excellent	Excellent	Excellent	Excellent
	5 fps	Medium	Good	Excellent	Excellent	Excellent	Excellent	Excellent
	15 fps	Medium	Good	Excellent	Excellent	Excellent	Excellent	Excellent
	30 fps	Medium	Medium	Good	Excellent	Excellent	Excellent	Excellent
2 MP	1 fps	Medium	Good	Excellent	Excellent	Excellent	Excellent	Excellent
	5 fps	Medium	Good	Good	Excellent	Excellent	Excellent	Excellent
	15 fps	Medium	Medium	Good	Excellent	Excellent	Excellent	Excellent
	30 fps	Not recommended	Medium	Medium	Good	Excellent	Excellent	Excellent
3 MP	1 fps	Medium	Good	Excellent	Excellent	Excellent	Excellent	Excellent
	5 fps	Medium	Medium	Good	Good	Excellent	Excellent	Excellent
	15 fps	Medium	Medium	Medium	Good	Excellent	Excellent	Excellent
	30 fps	Not recommended	Medium	Medium	Medium	Good	Excellent	Excellent
4 MP	1 fps	Medium	Good	Excellent	Excellent	Excellent	Excellent	Excellent
	5 fps	Not recommended	Medium	Medium	Good	Excellent	Excellent	Excellent
	15 fps	Not recommended	Medium	Medium	Good	Excellent	Excellent	Excellent
	30 fps	Not recommended	Not recommended	Medium	Medium	Good	Excellent	Excellent
5 MP	1 fps	Not recommended	Medium	Good	Excellent	Excellent	Excellent	Excellent
	5 fps	Not recommended	Not recommended	Medium	Good	Good	Excellent	Excellent
	15 fps	Not recommended	Not recommended	Medium	Medium	Good	Excellent	Excellent
	30 fps	Not recommended	Not recommended	Not recommended	Medium	Medium	Good	Excellent

附件四、112-113 年度「偏遠地區遠距醫療建置計畫」經費編列原則 及基準

項目名稱	說明	編列標準
人事費		人事費總金額以不超過補(捐)助計畫總經費百分之五十為原則，但因計畫執行之需要且經簽奉核可者，不在此限。
研究計畫主持人費	計畫主持人或協同主持人近五年內研究績效優異，研究計畫經本部審查通過者，得於研究計畫執行期間核給研究主持費。	計畫主持人每月以不超過新臺幣(下同)二萬元為限；協同主持人每月以不超過一萬八千元為限。 註：計畫主持人或協同主持人若在本部(含附屬機構)其他計畫已支領主持人費，不得再重複編列支領；審查計畫時需針對計畫主持人或協同主持人近五年內研究績效進行審慎嚴謹之審查。
研究人力費	執行本計畫所需聘僱之專、兼任人員薪資及專任人員年終獎金等。 在本計畫支領專任薪資者，不得在本部其他計畫下重複支領。 專、兼任人員資格依「國家科學及技術委員會補助專題研究計畫研究人力約用注意事項」辦理。	專、兼任人員每月工作酬金依受補(捐)助單位自行訂定之標準，核實支給。 專任人員得按當年度執行本計畫工作月數之比例編列年終獎金。
保險	執行本計畫所需聘僱研究人力得依勞工保險條例及全民健康保險法之規定，編列應由雇主負擔之保險項目(非依法屬雇主給付項目不得編列，補充保險費則編列於管理費)。	有關勞保及健保費用編列基準請自行上網參照中央健康保險署以及勞工保險局之最新費率辦理。

項目名稱	說明	編列標準
公提離職儲金或公提勞工退休金	執行本計畫所需聘僱研究人力之公提離職儲金（計畫執行機構不適用勞動基準法者）或公提勞工退休金（計畫執行機構適用勞動基準法者）。	依「衛生福利部及所屬機關研究計畫助理人員約用注意事項」編列。
業務費	實施本計畫所需撰稿及翻譯費。但撰寫本計畫之成果報告或發表之論文不得報支本項費用，計畫項下或受補助單位相關人員亦不得支領本項費用。	稿費依行政院「中央政府各機關學校出席費及稿費支給要點」辦理。
稿費		
審查費	審查費係指執行本計畫所需聘請專家學者進行實質審查並提供書面意見所支給之酬勞。	審查費依行政院「中央政府各機關學校出席費及稿費支給要點」辦理。
講座鐘點費	講座鐘點費係實施本計畫所需訓練研討活動之授課講演鐘點費或實習指導費。專家指導授課之交通費可依行政院「講座鐘點費支給表附則 5」主辦機關得衡酌實際情況，參照出差旅費相關規定，覈實支給外聘講座交通費及國內住宿費。 計畫項下已列支主持費及研究費等酬勞者不得支領本項費用。	講座鐘點費依行政院「講座鐘點費支給表」辦理。
臨時人員費用（含其他雇主應負擔項目）	實施本計畫特定工作所需勞務之工資（以按日或按時計酬者為限）、雇主負擔之勞健保費及公提勞工退休金，受補助單位人員不得支領臨時人員費用。	依計畫執行機構自行訂定之標準按工作性質編列（每人天以八小時估算，實際執行時依勞動基準法相關規定核實報支）。
文具紙張	實施本計畫所需油墨、碳粉匣、紙張、文具等費用。	
郵電	實施本計畫所需郵資、快遞費、電報、電話費，但不得編列手機費用。	
印刷	實施本計畫所需書表、研究報告等之印刷裝訂費及影印費。	

項目名稱	說明	編列標準
租金	實施本計畫所需租用辦公房屋場地、機器設備、車輛及資訊軟硬體等租金。 資訊軟硬體包括電腦主機、週邊設備及軟體（電腦作業系統、資料庫系統、套裝軟體等）。	受補(捐)助單位若使用自有場地、設備或資訊軟硬體，以不補助租金為原則。但如確為執行本研究計畫而租用單位內部場地或設備，且提出對外一致性公開之收費標準等證明文件，經本部認可後，始得據以編列，並檢據報支。 車輛租用僅限於從事因執行本計畫之必要業務進行實地審查或實地查核時，所產生之相關人員接駁或搬運資料、儀器設備等用途，須提出證明文件，得列入本項，且不得重複報支差旅交通費。
權利使用費	實施本計畫所需使用專利權、著作權、商標權等各項智慧財產權或其他專屬權利（例如教具等）而支付之相關權利金等費用。	
設備使用服務費	實施本計畫所需之儀器設備使用之相關服務費。	受補(捐)助單位若以單位內部儀器設備提供相關服務者，以不補助設備使用服務費為原則。但如確為執行本研究計畫而使用單位內部儀器設備，且提出對外一致性公開之收費標準等證明文件，經本部認可後，始得據以編列，並檢據報支。
維護費	實施本計畫所使用儀器設備所需之修繕及養護費用。	
油脂	實施本計畫所需車輛、機械設備之油料費用。(車輛之油料費用，係指從事調查研究之實地訪查，而非屬派遣機關人員出差，其性質與出差旅費之報支不	

項目名稱	說明	編列標準
調查訪問費	同，受委託或補（捐）助單位如無公務車可供調派，而需由實地訪查人員駕駛自用汽（機）車從事該訪查，且此項情況已於委託或補（捐）助計畫（或契約）訂明者，其所需油料費，得由各補助或委辦機關本於職責自行核處，檢據報支） 實施本計畫所需問卷調查之填表或訪視費。 問卷調查或訪視時所需之禮品或宣導品費用。經本部審查核可之全國性之大型訪問調查，得比照「衛生福利部委託研究計畫之調查訪問費審查標準」編列經費，並應詳列調查訪問所需細項經費；倘受補（捐）助單位有虛報情事者，得請其重新檢討或終止契約。（調查訪問除非需求說明書中載明，否則不得委外執行）	每份五十元至三百元（訪視費及禮品費合計），依問卷內容繁簡程度，酌予增減。經審查核可之全國性之大型訪問調查，不受上開經費限制。
電腦處理費	實施本計畫所需電腦資料處理費。包括：資料譯碼及鍵入費、電腦使用時間費、磁片、硬碟、隨身碟、光碟片及報表紙等。 電腦軟體、程式設計費、電腦周邊配備、網路伺服器架設、網頁及網路平台架設等係屬設備，依規定不得編列於此項。	
資料蒐集費	實施本計畫所需購置國內、外參考書籍、期刊或資料檢索費。以具有專門性且與研究計畫直接有關者為限。擬購置圖書應詳列其名稱、數量、單價及總價。	
材料費	實施本計畫所需消耗性器皿、材料、實驗動物、藥品及使用年限未及二年或單價未達一萬元非消耗性之物品等費用。應詳列各品項之名稱（中英文並列）單價、數量與總價。 使用年限未及二年或單價未達一萬元之非消耗性物品以與計畫直接有關為限；且不得購置普通性非消耗物品，如複印機、印表機、電腦螢幕、碎紙機等。 實施本計畫所需專家諮詢會議之出席費。計畫項下或受補助單位之相關人員及非以專家身分出席者不得支領。	
		圖書費每本需低於一萬元。

項目名稱	說明	編列標準
出席費	屬工作協調性質之會議不得支給出席費。	出席費依行政院「中央政府各機關學校出席費及稿費支給要點」辦理。
國內旅費	實施本計畫所需之相關人員及出席專家之國內差旅費。 差旅費分為交通費、住宿費、雜費等。 出席專家如係由遠地前往，受委託單位得衡酌實際情況，參照行政院「國內出差旅費報支要點」規定，覈實支給交通費及住宿費。 凡公民營汽車到達地區，除因業務需要，報經本部事前核准者外，其搭乘計程車之費用，不得報支。 依行政院「各機關聘請國外顧問、專家及學者來台期間支付費用最高標準表」辦理。	國內旅費依行政院「國內出差旅費報支要點」規定辦理。
聘請國外顧問、專家及學者來台工作費用	已支領本項工作費用者，不得再支領其它工作報酬，如出席費、鐘點費等。	
餐費	實施本計畫執行需要而召開之相關會議，已逾用餐時間之餐費。	申請餐費，每人次最高一百元。
其他	辦理本計畫所需之其他未列於本表之項目。	應於計畫書列明支用項目，並說明需求原因。
雜支費	實施本計畫所需之雜項費用。	最高以業務費之金額百分之五為上限，且不得超過十萬元。
設備費	實施本計畫所需軟硬體設備之購置與裝置費用（須單價 1 萬元以上且使用年限 2 年以上者）。此項研究設備之採購應與試驗研究直接有關者為限。普通設備如複印機、印表機、電腦螢幕、碎紙機等均不得列之，套裝電腦所含設備不在此限。	所擬購置之軟硬體設備應詳列其名稱、規格、數量、單價及總價。並依科學技術研究發展採購監督管理辦法及其相關規定辦理。



衛生福利部補(捐)助計畫

契約書

計畫名稱：112-113 年度「偏遠地區遠距醫療建置計畫」

執行醫院：

衛生福利部補(捐)助計畫契約書

衛生福利部(以下簡稱甲方)為辦理 112-113 年度「偏遠地區遠距醫療建置計畫」，特補助_____ (以下簡稱乙方)負責執行，經雙方協議，訂定條款如下：

第一條、計畫內容：詳如附件之計畫書。

第二條、計畫執行期間：自核定日起至民國 113 年 12 月 31 日止。

第三條、計畫經費：補助金額合計新臺幣(以下同)_____元，其詳細用途依照附件之計畫書。(經常門金額為：_____，資本門金額為：_____)

第四條、本計畫經費撥付原則及分期方式：

(一)撥付原則：

■本計畫經費如遭立法院凍結、刪減或刪除，甲方得視審議情形，暫緩支付、調減經費、解除或終止契約。或因會計年度結束，甲方須依規定辦理該款項保留作業時，得視保留核定情形，再行支付，甲方不負遲延責任。

(二)計畫經費之撥付：本計畫經費由甲方分期撥付乙方。

1. 第 1 期款○○○元整 (經常門○○○元，資本門○○○元)：於簽約完成後，函送領據至甲方，給付補助價金之 **20%** (即◎佰◎拾◎萬◎仟◎元整)。
2. 第 2 期款○○○元整 (經常門○○○元，資本門○○○元)：於 **112 年 12 月 5 日前**函送本案 112 年度執行成果報告 (以本部收文日為主)，做為 113 年度撥款之依據，並經甲方審查認可後，給付補助價金之 **30%** (即◎佰◎拾◎萬◎仟◎元整)。
3. 第 3 期款○○○元整 (經常門○○○元，資本門○○○元)：於 **113 年 5 月 31 日前**，函送領據及本案 113 年度執行進度報告 (以本部收文日為主)，並經甲方審查認可後，給付補助價金之 **30%** (即◎佰◎拾◎萬◎仟◎元整)。
4. 第 4 期款：於 **113 年 12 月 5 日前**，函送領據、收支明細表及期末成果報告 (以本部收文日為主)，並經甲方書面審查後，給付補助經費之剩餘款。

(三)補助項目與內容

1. 人事費及業務費：上限◎◎萬元。
2. 設備費：建置或改善遠距醫療環境所需設施設備，上限◎◎萬元。

第五條、計畫經費之動支：

- (一) 乙方應將計畫經費單獨設帳處理，依甲方核定之預算項目核實動支，並以用於與本計畫內容直接有關者為限，不得移作別用。如因實際需要必須變更經費時，在計畫內容不變下，各項目間之流用，由受補（捐）助單位首長核定辦理，惟人事費、管理費及本部核定計畫所列不得支用之項目不能流入，且經常門與資本門之經費項目間不得互相流用；超過此變更經費項目時，得提出經費變更申請，徵得甲方書面同意後，在計畫總經費內調節支應。如違反前述之規定者，其流用金額，應予減列。計畫經費變更以一次為原則，乙方應於計畫執行期限屆滿前一個月內函報甲方申請經費變更。
- (二) 本計畫各項經費之支付標準應依「112-113年度『偏遠地區遠距醫療建置計畫』經費編列原則及基準」及「衛生福利部補（捐）助款項會計處理作業要點」之規定辦理。前項要點未規定者，依政府相關法令規定辦理。
- (三) 凡經費動支不符前二款規定或虛報、浮報等情事，應予剔除。乙方如有異議，可提出理由，申請複核，經決定後，不得再行申請複議，其剔除款應繳還甲方，並得依情節輕重對於乙方停止補助一年至五年。

第六條、計畫經費之核銷：

- (一) 乙方應於計畫執行結束時，檢附支用單據並編製收支明細表一式二份，併同執行成果送甲方審核及核銷。本計畫所給付之各項費用，乙方應負責依所得稅法及相關規定辦理扣繳申報事宜。經費核銷應於113年12月5日前送甲方辦理，惟特殊狀況不在此限，但須敘明理由，於113年12月1日前提出申請，經甲方認可後，方得延期。如有結餘款及受補（捐）助款項產生之利息(利息金額為新臺幣三百元以下者，得留存乙方，於結報時免解繳甲方)或其他衍生收入，如工程招標圖說收入、逾期違約之罰款或沒入之履約保證金等，應於收支明細表中敘明，並於結報時一併繳還甲方；其他有關作業，應依「衛生福利部補（捐）助款項會計處理作業要點」辦理。
- (二) 補（捐）助款項之支用單據經甲方同意依「中央政府各機關對民間團體及個人補(捐)助預算執行應注意事項」第4點第1項第4款第2目規定辦理者，得免送支用單據至部，其相關支用單據之處理應由乙方依其主管機關所定法規(如財團法人法、社會團體財務處理辦法等)及會計制度辦理存管，審計機關得隨時派員或由甲方派員，或委託專業之財會機構辦理就地查核。受補(捐)助單位未妥善保管支用單據，致有毀損、滅失等情事者，本部將依情節輕重酌減後續補

(捐)助款或停止補(捐)助一至五年。

(三) 實施國立大學校務基金之學校，得依「國立大學校院校務基金管理
及監督辦法」之規定辦理。本計畫之全部經費應納入基金收支管理
。其賸餘款、利息或其他衍生收入，納入校務基金作業收支管理，
免予繳回國庫。

(四) 乙方對計畫經費如有委任會計師辦理財務簽證者，甲方得調閱其與
本計畫有關之查核工作底稿，並得諮詢之。

第七條、計畫之變更：計畫於執行期間因故需變更工作項目、主持人、執行機
構、設備項目、經費（除本契約第五條第一款情形外），由乙方以正
式公文申請變更，變更之申請應於情事異動事實發生後 14 日內為之
，逾期不予受理。

第八條、乙方應依審查後修正之計畫書內容確實執行，執行期間不得拒絕甲方
派員查核。

第九條、計畫所需採購程序：本計畫經費預算項下所需之採購，應依照「政府
採購法」之規定辦理。各項採購之招標、決標、契約或承攬書、驗收
等紀錄，若屬支用單據需送核者，應併同支用單據送甲方；乙方若為
法人或團體應依政府採購法第四條之規定受甲方之監督。

第十條、補(捐)款項購置之設備，乙方應列入財產妥善保管，並以標籤註記「
衛生福利部補(捐)助購置」。

第十一條、乙方不得為甲方及第三人執行重複之計畫，若違反上述約定，除應
將已撥付之計畫經費全數返還甲方外，乙方計畫主持人於三年內不得
再接受甲方之補助。

第十二條、成果報告：

(一) 乙方應於113年12月5日前，將期末成果報告一式8份及報告內容之
電腦文書檔，函送至甲方辦理結案手續（以本部收文日為憑）。如
係以調查法（如面訪、電話訪問、郵寄問卷等）進行之計畫，需連
同資料檔、空白問卷、譯碼簿（CODEBOOK）、原始資料數據檔等
，一併送甲方辦理結案。

(二) 成果報告內容不得有抄襲、剽竊、或違反著作權法等行為。如違反
上述規定，除乙方應將已撥付之計畫經費全數返還甲方外，乙方計
畫主持人於三年內不得再接受甲方之補（捐）助計畫。

(三) 乙方如未能依限將期末成果報告及原始資料數據檔等相關資料提
送甲方並完成結案手續，除依第六條第一款及本條第四款由甲方書

面同意延期者外，每逾期一日(以本部收文日為憑)，乙方應繳交契約經費總額千分之一之違約金。如逾期兩個月仍未提送者，視為不能履行契約，除應將已撥付之計畫經費全數返還甲方外，乙方計畫主持人於一年至五年內不得再接受甲方之補(捐)助計畫。若經甲方發現計畫執行成效不佳，或乙方未依補(捐)助用途支用、虛報浮報等情事者，嗣後一年至五年內亦不再接受甲方之補(捐)助計畫。

- (四) 乙方如因特殊原因、不可抗力或其他可歸責於甲方之事由，未能於本條第一款約定期限內繳交報告，並完成結案手續，應於計畫執行期限屆滿前一個月以正式公文敘明理由申請延期繳交；惟仍應於執行期屆滿前繳交初步成果報告一式3份。
- (五) 期末成果報告經甲方審核未通過，且經以書面通知限期改善後，乙方需於期限內完成改善（限期改善之次數以一次為限）。
- (六) 成果報告經查核後與契約不符，或審查後經通知限期改善，未如期改善者，甲方得要求乙方全數繳回已撥付之經費或減價收受(減價之金額由甲方視實際情形定之)。
- (七) 乙方執行之計畫，倘以人為對象之研究，應於成果報告中進行性別統計分析。
- (八) 期中年度執行成果報告需至少包含相關資料如下：
 - 1. 計畫參與機構遠距會診相關設施設備建置進度及平台介接情形。
 - 2. 遠距會診導入後與原照護作業流程之差異性。
 - 3. 與計畫參與機構間之遠距會診流程的互通模式及實際運作案例（如：強化遠距中風醫療Telestroke）。
 - 4. 成效指標執行情形：
 - A. 遠距急診會診服務人次增加率。
 - B. 偏遠地區就醫民眾及醫護人員滿意度達70%以上（滿意度問卷依發放對象可分為「供給端」或「需求端」，題項應包含：「遠距會診之科別」、「遠距會診流程」及「遠距醫療會診平台之使用」等）。
 - C. 經遠距會診建議採在地醫療之病人24小時內重返急診比率（由申請醫院自訂閾值）。
 - D. 經遠距會診建議轉診之病人於急診處置停留時間（由申請醫院自訂閾值）。
 - 5. 其他監測指標項目：執行過程及相關資料與數據，進行收集、統計及分析。

(九) 期末成果報告需至少包含自本計畫期程內相關資料如下：

1. 計畫參與機構遠距會診相關設施設備建置完成成果及特色展現。
2. 遠距會診作業流程之實際加速照護時間案例、遠距區域聯防之成功案例。
3. 透過四大執行策略與計畫參與機構間之遠距會診流程的互通模式及實際運作案例說明，如遠距中風醫療(Telestroke)服務項目，藉由遠距會診給予第二意見(採靜脈溶栓或動脈取栓治療)，達到縮短病人轉診時間之個案。
4. 成效指標執行成果：
 - A. 遠距急診會診服務人次增加率。
 - B. 偏遠地區民眾就醫整體滿意度統計分析與改善建議。
 - C. 經遠距會診建議採在地醫療之病人24小時內重返急診比率(由申請醫院自訂閾值)達成情形。
 - D. 經遠距會診建議轉診之病人於急診處置停留時間(由申請醫院自訂閾值)達成情形。
5. 其他監測指標項目執行結果及相關資料與數據，進行統計及分析，並評估與展現具體成效。

第十三條、成果之歸屬：

■本計畫研發成果(包括成果報告)歸屬乙方，則本計畫之成果發表不需事先徵求甲方同意，但需於報告中加註「衛生福利部補(捐)助辦理，惟報告內容不代表衛生福利部意見」字樣。

□本計畫研發成果歸屬國有，需經甲方同意後始得發表。

第十四條、本計畫研發成果(包括成果報告)如歸屬乙方，乙方同意其所繳交之成果報告，無償由甲方及其附屬機關(構)視需要自行或指定其他第三人不限地域、時間或次數，以微縮、光碟、數位化等方式予以重製、散佈、傳送、發行、公開發表、上載傳送網路供檢索查詢，或為其他方式之利用。

第十五條、乙方計畫主持人及參與計畫工作人員，均應嚴守補(捐)助契約內容及甲方之業務機密，計畫主持人有告知參與計畫工作人員守密之義務。

第十六條、計畫執行中，乙方應善盡維護環境之衛生及安全之責，倘相關工作人員因執行計畫致生命、健康、財產上受侵害時，乙方應自負完全責任，與甲方無涉。

第十七條、本計畫經費補助範圍，不含依預算法第六十二條之一辦理之媒體政策及業務宣導項目。

第十八條、契約之終止：

- (一)計畫執行中，如發現預期成果無法達成、計畫不能進行、乙方未能履行本契約約定之義務或有各項條款之一時或甲方因年度預算不足時，甲方得隨時通知乙方終止契約。契約終止後，甲方應對已完成合於計畫工作部份，核算應支之費用予以結案，乙方並應將契約終止前所完成之工作成果送交甲方。
- (二)本契約如因可歸責於乙方之事由而終止時，甲方得視情況向乙方追繳已撥付之款項，並暫停乙方所有委辦、補（捐）助計畫申請案。
- (三)計畫執行中，計畫主持人因服務機構改變，需在新任職機構繼續執行該計畫者，得經乙方及新任職機構之同意，由乙方以正式公文並檢附新任職機構之聘函影本及新任職機構之同意函，報經本部同意後與乙方終止契約，再與新任職機構另訂新約，本計畫始得轉至新任職機構繼續執行。

第十九條、本契約如因工作需要，甲方得通知乙方依甲方規定辦理延長或續約，乙方並不得無故拒絕。

第二十條、本契約書未約定事項，雙方得以換文方式另行約定，修正時亦同。契約文字如有疑義時，其解釋權歸屬於甲方。本契約所約定事項如遇有訴訟時，雙方及計畫主持人同意以臺灣臺北地方法院為第一審管轄法院。

第二十一條、本契約書正本 2 份，副本 2 份，分送雙方保存，以資信守。

第二十二條、本契約書自民國 112 年○月○日起生效。

立契約書人：

甲方：衛生福利部

代表人：薛瑞元

乙方：

代表人：

計畫主持人：

中 華 民 國 1 1 2 年 月 日

附件六

公職人員利益衝突自行迴避通知單（範例）

應迴避公職人員			
姓 名		出生年月日	
服務之機關團體		職稱	
聯絡地址			
聯絡電話			
應迴避事項及理由			
受通知之機關團體			
通知日期			

通知人：_____（簽名蓋章）

附件七

公職人員利益衝突迴避法第 14 條第 2 項 公職人員及關係人身分關係揭露表範本

【A.事前揭露】：本表由公職人員或關係人填寫

（公職人員或其關係人與公職人員服務之機關團體或受其監督之機關團體為補助或交易行為前，應主動於申請或投標文件內據實表明其身分關係）

※交易或補助對象屬公職人員或關係人者，請填寫此表。非屬公職人員或關係人者，免填此表。

表 1：

參與交易或補助案件名稱：	案號：	(無案號者免填)
本案補助或交易對象係公職人員或其關係人：		
☐ 公職人員 (勾選此項者，無需填寫表 2) 姓名：_____ 服務機關團體：_____ 職稱：_____		
☐ 公職人員之關係人 (勾選此項者，請繼續填寫表 2)		

表 2：

公職人員：			
姓名：_____ 服務機關團體：_____ 職稱：_____			
關係人 關係人 (屬自然人者)：姓名_____			
關係人 (屬營利事業、非營利之法人或非法人團體)：			
名稱_____ 統一編號_____ 代表人或管理人姓名_____			
關係人與公職人員間係第 3 條第 1 項各款之關係			
☐ 第 1 款	公職人員之配偶或共同生活之家屬		
☐ 第 2 款	公職人員之二親等以內親屬	稱謂：	
☐ 第 3 款	公職人員或其配偶信託財產之受託人	受託人名稱：	
☐ 第 4 款 (請填寫 abc 欄 位)	a.請勾選關係人係屬下列何者： ☐ 營利事業 ☐ 非營利法人 ☐ 非法人團體	b.請勾選係以下何者擔任職務： ☐ 公職人員本人 ☐ 公職人員之配偶或共同生活之家屬。姓名：_____ ☐ 公職人員二親等以內親屬。 親屬稱謂：_____(填寫親屬稱謂例如：兒媳、女婿、兄嫂、弟媳、連襟、妯娌) 姓名：_____	c.請勾選擔任職務名稱： ☐ 負責人 ☐ 董事 ☐ 獨立董事 ☐ 監察人 ☐ 經理人 ☐ 相類似職務：_____
☐ 第 5 款	經公職人員進用之機要人員	機要人員之服務機關：_____ 職稱：_____	
☐ 第 6 款	各級民意代表之助理	助理之服務機關：_____ 職稱：_____	

填表人簽名或蓋章：

(填表人屬營利事業、非營利之法人或非法人團體者，請一併由該「事業法人團體」及「負責人」蓋章)

備註：

填表日期： 年 月 日

此致機關：

※填表說明：

- 1.請先填寫表 1，選擇補助或交易對象係公職人員或關係人。
- 2.補助或交易對象係公職人員者，無須填表 2；補助或交易對象為公職人員之關係人者，則須填寫表 2。
- 3.表 2 請填寫公職人員及關係人之基本資料，並選擇填寫關係人與公職人員間屬第 3 條第 1 項各款之關係。
- 4.有其他記載事項請填於備註。
- 5.請填寫參與交易或補助案件名稱，填表人即公職人員或關係人請於簽名欄位簽名或蓋章，並填寫填表日期。

※相關法條：

公職人員利益衝突迴避法

第 2 條

本法所稱公職人員，其範圍如下：

- 一、總統、副總統。
 - 二、各級政府機關（構）、公營事業總、分支機構之首長、副首長、幕僚長、副幕僚長與該等職務之人。
 - 三、政務人員。
 - 四、各級公立學校、軍警院校、矯正學校校長、副校長；其設有附屬機構者，該機構之首長、副首長。
 - 五、各級民意機關之民意代表。
 - 六、代表政府或公股出任其出資、捐助之私法人之董事、監察人與該等職務之人。
 - 七、公法人之董事、監察人、首長、執行長與該等職務之人。
 - 八、政府捐助之財團法人之董事長、執行長、秘書長與該等職務之人。
 - 九、法官、檢察官、戰時軍法官、行政執行官、司法事務官及檢察事務官。
 - 十、各級軍事機關（構）及部隊上校編階以上之主官、副主官。
 - 十一、其他各級政府機關（構）、公營事業機構、各級公立學校、軍警院校、矯正學校及附屬機構辦理工務、建築管理、城鄉計畫、政風、會計、審計、採購業務之主管人員。
 - 十二、其他職務性質特殊，經行政院會同主管府、院核定適用本法之人員。
- 依法代理執行前項公職人員職務之人員，於執行該職務期間亦屬本法之公職人員。

第 3 條

本法所定公職人員之關係人，其範圍如下：

- 一、公職人員之配偶或共同生活之家屬。
 - 二、公職人員之二親等以內親屬。
 - 三、公職人員或其配偶信託財產之受託人。但依法辦理強制信託時，不在此限。
 - 四、公職人員、第一款與第二款所列人員擔任負責人、董事、獨立董事、監察人、經理人或相類似職務之營利事業、非營利之法人及非法人團體。但屬政府或公股指派、遴聘代表或由政府聘任者，不包括之。
 - 五、經公職人員進用之機要人員。
 - 六、各級民意代表之助理。
- 前項第六款所稱之助理指各級民意代表之公費助理、其加入助理工會之助理及其他受其指揮監督之助理。

第 14 條

公職人員或其關係人，不得與公職人員服務或受其監督之機關團體為補助、買賣、租賃、承攬或其他具有對價之交易行為。但有下列情形之一者，不在此限：

- 一、依政府採購法以公告程序或同法第一百零五條辦理之採購。
- 二、依法令規定經由公平競爭方式，以公告程序辦理之採購、標售、標租或招標設定用益物權。
- 三、基於法定身分依法令規定申請之補助；或對公職人員之關係人依法令規定以公開公平方式辦理之補助，或禁止其補助反不利於公共利益且經補助法令主管機關核定同意之補助。
- 四、交易標的為公職人員服務或受其監督之機關團體所提供，並以公定價格交易。
- 五、公營事業機構執行國家建設、公共政策或為公益用途申請承租、承購、委託經營、改良利用國有非公用不動產。
- 六、一定金額以下之補助及交易。

公職人員或其關係人與公職人員服務之機關團體或受其監督之機關團體為前項但書第一款至第三款補助或交易行為前，應主動於申請或投標文件內據實表明其身分關係；於補助或交易行為成立後，該機關團體應連同其身分關係主動公開之。但屬前項但書第三款基於法定身分依法令規定申請之補助者，不在此限。

前項公開應利用電信網路或其他方式供公眾線上查詢。

第一項但書第六款之一定金額，由行政院會同監察院定之。

第 18 條

違反第十四條第一項規定者，依下列規定處罰：

- 一、交易或補助金額未達新臺幣十萬元者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰。
 - 二、交易或補助金額新臺幣十萬元以上未達一百萬元者，處新臺幣六萬元以上五十萬元以下罰鍰。
 - 三、交易或補助金額新臺幣一百萬元以上未達一千萬元者，處新臺幣六十萬元以上五百萬元以下罰鍰。
 - 四、交易或補助金額新臺幣一千萬元以上者，處新臺幣六百萬元以上該交易金額以下罰鍰。
- 前項交易金額依契約所明定或可得確定之價格定之。但結算後之金額高於該價格者，依結算金額。
- 違反第十四條第二項規定者，處新臺幣五萬元以上五十萬元以下罰鍰，並得按次處罰。

討論事項

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂全民健康保險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)(下稱本方案)案，提請討論。

說明：

- 一、依衛生福利部(下稱衛福部)112 年 12 月 26 日衛部健字第 1123360189 號公告「113 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式(下稱總額分配)」、衛福部國民健康署 112 年 8 月 31 日國健企字第 1120108058 號、同年 12 月 25 日國健企字第 1120112745 號及 113 年 4 月 30 日國健企字第 1130104252 號函、衛福部疾病管制署 112 年 8 月 18 日及同年 12 月 19 日電子郵件、衛福部口腔健康司 113 年 1 月 8 日及同年 5 月 1 日電子郵件、衛福部 113 年 1 月 17 日衛部心字第 1121740979 號函及本署 113 年 6 月 18 日召開本方案修訂會議決議(附件 1，頁次討 3-4~3-10)辦理。
- 二、依 113 年度總額分配，113 年其他預算之「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(下稱 IDS 計畫)」專款全年經費為 8.554 億元(較 112 年新增 2.5 億元)，用於鼓勵醫療院所至山地離島地區提供健保醫療服務，並擴大辦理山地鄉論人計酬試辦計畫，爰本方案每年度各鄉鎮計畫書支應經費 50 百萬元。
- 三、本署業於 113 年 6 月 18 日召開本方案修訂會議，與有意願承作之特約醫療院所凝聚共識，並依會議決議修訂本方案草案內容。
- 四、本方案修訂重點摘述如下(修訂對照表如附件 2，頁次討 3-11~3-34)：
 - (一)施行期間修正(詳附件2，頁次討3-11)：考量 IDS 計畫轉銜

至本方案，承作醫院需時間進行籌備及規劃(如家戶調查)，且於年度中旬轉換計畫，相關評核指標之不易計算及比較，爰修正施行期間，由「由自保險人核定日起，計3年」修正為「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)施行地區修正 (詳附件2，頁次討3-11)：各分區業務組各擇1個區域試辦。
- (三)計畫申請及核定作業(原計畫管理機制)修正 (詳附件2，頁次討3-13、3-25~3-27)：比照 IDS 計畫，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」(詳附件2，頁次討3-14)：考量承作醫院於本方案執行前需進行家戶調查等前置作業，支付每個案支付450元，以各計畫書總經費之10%為上限。
- (五)增列承作院所提供之服務已由該些方案支應相關費用者，不得重複支應之規範 (詳附件2，頁次討3-15)：基於醫療給付不重複原則，增修文字。
- (六)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」(詳附件2，頁次討3-16)：考量本方案目的係提供全人照護服務，部分費用未有相關計畫支應，增列編列原則。
- (七)調整「論人總醫療點數及回饋金之計算方式」(詳附件2，頁次討3-16~3-17、3-31~3-34)：排除虛擬醫療點數受承作院所執行方案影響及人口結構因素，參考102年全民健康保險論人計酬試辦計畫虛擬總額計算公式，調整計算方式，並訂定回饋金以各計畫支應經費50百萬元之50%為上限。
- (八)第一年獎勵費用，得與原 IDS 計畫評核指標獎勵費用從優核付 (詳附件2，頁次討3-17~3-18)：本方案已支應醫事人員

支援費用、點值補充等基本承作費用，惟考量本方案為擴大推動偏鄉地區全人照護，增訂執行第一年獎勵費用從優核付規範。另為避免承作院所中途退出本方案，致執行期間過短，影響當地民眾就醫權益，增訂管理機制。

(九)評核指標增修（詳附件2，頁次討3-18~3-21）：

- 1.目標值因地制宜：考量評核指標目標值需具全國各區 IDS 計畫之適用性及區域特性之彈性，預期目標值修訂為由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（詳附件 2，頁次討 3-18、3-20~3-21）。
- 2.增訂 2 項必選指標(孕產婦產檢達成率、B、C 型肝炎篩檢比率)、2 項自選指標(全口牙結石清除、施行全口牙結石清除，且併同牙周暨齲齒控制基本處置)及加分項（詳附件 2，頁次討 3-18、3-20~3-21）。

(十)其他事項（詳附件2，頁次討3-22）：為保障原 IDS 計畫承作醫院權益，設立執行緩衝期及相關規範。

擬辦：本案如獲同意，將依程序報請衛生福利部核定後公布實施。

決議：

衛生福利部中央健康保險署 書函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段140號

聯絡人：米珮菱

聯絡電話：02-27065866

傳真：02-27069043

電子郵件：

受文者：如正本行文單位

發文日期：中華民國113年6月25日

發文字號：健保醫字第1130662929號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨

主旨：檢送113年6月18日召開「全民健康保險偏鄉地區全人整合照護執行方案(原山地鄉全人整合照護執行方案)修訂」會議紀錄(附件)，請查照並轉知轄內參與本次會議之特約醫療院所。

正本：本署臺北業務組、本署北區業務組、本署中區業務組、本署南區業務組、本署高屏業務組、本署東區業務組

副本：

「全民健康保險偏鄉地區全人整合照護執行方案(原山地鄉全人整合
照護執行方案)修訂」會議紀錄

時間：113 年 6 月 18 日（星期二） 下午 2 時

地點：本署九樓第一會議室

主席：李副署長丞華(劉組長林義代)

紀錄：米珮菱

出席單位及人員：(*為線上與會人員名單)

天主教靈醫會醫療財團法人 羅東聖母醫院	賴志冠*、林子舜*、陳麗秋*、 陳珮君*
醫療財團法人羅許基金會羅 東博愛醫院	盧進德*、徐淑青*
沙爾德聖保祿修女會醫療財 團法人聖保祿醫院	吳庭蕙*
長庚醫療財團法人林口長庚 紀念醫院	朱映愷*、郭政賢*、林怡婷*、 陳蕙涵*
埔基醫療財團法人埔里基督 教醫院	施孝龍*、劉耀慧*、高鳳穎*
中國醫藥大學附設醫院	林文元*、周其宏*、林曉婷*
中山醫學大學附設醫院	陳毅鴻*、高璧瑜*
佛教慈濟醫療財團法人大林 慈濟醫院	林名男*、鄭雅菁*、陳健榮*、 王筠菁*、游宜芳*
財團法人私立高雄醫學大學 附設中和紀念醫院	林宗憲*、何啟功*、歐燦騰*、 陳家玉*
高雄榮民總醫院	唐逸文*、黃春男*
長庚醫療財團法人高雄長庚 紀念醫院	陳怡靜*、劉凱綸*
屏基醫療財團法人屏東基督 教醫院	廖玉貴*、黃淑英*、鍾妤雯*、 葉怡萍*
義大醫療財團法人義大醫院	林俊農*、劉依亭*、方怡月*、 周冠吟*、張任淮*
安泰醫療社團法人安泰醫院	冒守信*
輔英科技大學附設醫院	林冠吾*、楊凌玉*
佛教慈濟醫療財團法人花蓮	陳星助*、張菁育*、褚惠瑛*、

慈濟醫院

中央健康保險署

臺北業務組

北區業務組

中區業務組

南區業務組

高屏業務組

東區業務組

醫務管理組

宋玟芳*

李純馥、韓佩軒*、尤明村、
李如芳、王文君

倪意梅*、吳煥如*、黃尹韻*、
林國丞*、張容菁*

丁增輝*、蔡瓊玉*、李菁萍*、
王暄晴*、陳雪姝*、楊惠真*、
謝秋萍*、李秀霞*、張傳慧*、
何容甄*、李明容*、趙婉婷*、
許岑竹*、鄭瑛琳*、陳品伶、
紀虹如*、林佳靜*、黃意婷*、
蘇恒萱*、王奕晴*、戴秀容*、
林渝宸*、廖錦善*

林純美*、郭碧雲*、吳佩寧*、
郭郁伶*、林憶梅*、楊顯賓*、
張智傑*、許寶茹*、曾奕舜*、
李美嫻*、李碧鳳*、吳淑女*、
陳麗英*、陳昌煜*、阮麗玲*、
林淑芳*、廖俐惇*、何欣瑜*、
施國平*

林淑華*、林惠英*、高依利*、
黃美能*、楊易達*、梁哲睿*、
陳奕傑*

黃兆杰*、王素惠*、石惠文*、
詹蕙嘉*、洪美榕*、江曉倩*、
林祉萱*、劉惠珠*、蔣佩玟*

林右鈞、賴彥壯、米珮菱、
楊麗娟、曾婉筑、李雅雯

壹、主席致詞：(略)

貳、報告事項：

一、全民健康保險偏鄉地區全人整合照護執行方案(原山地鄉全

人整合照護執行方案)(下稱本方案)。(醫務管理組)

二、各與會單位針對本方案提問/建議事項與本署回復詳如附表。

參、決議事項：

一、有關本方案健康管理指標，本署將請業管相關司署(衛生福利部國民健康署，下稱國健署、疾病管制署、口腔健康司，下稱口健司)協助儘量以季為單位，回饋指標執行情形予承作院所參考。

二、本方案四癌篩檢率及陽追率、胃癌陽性個案服藥率及服藥後除菌率之指標，經本署函詢國健署、口健司，並參酌東區業務組意見，酌修指標定義。另指標預期目標值之設定，本方案(草案)已訂定由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(因地制宜)。

三、本方案「B、C 型肝炎篩檢比率較前一年高」指標，酌修如下：

(一) 考量部分山地離島地區之 IDS 計畫執行團隊，近年已積極提供 B、C 型肝炎篩檢，達天花板效應，爰本項指標名稱修正為「B、C 型肝炎篩檢比率」，預期目標值則由分區業務組與承作院所協議訂之。

(二) 另為保留指標計算彈性，分母訂為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，指標分子訂為分母中接受 B、C 型肝炎檢查(醫令代碼 L1001C)人數。

四、本署後續將依本方案修訂程序，提案至 113 年 7 月 12 日「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論。

肆、散會：下午 3 時 30 分。

附表.會議與會單位提問/建議事項(依發言順序，併同一單位紀錄)

序號	單位	提問/建議事項	本署回復
1	義大醫院	預防保健費用給付方式？	預防保健費用申報循現行國健署公告之辦理預防保健服務注意事項及申報規定辦理。本方案(草案)支應範圍涵蓋籌備費、專科門診等醫事人員論次費用、保障點值(補充點值差值)、回饋金等，並請承作醫院與當地院所共同合作，對照護對象進行有效健康管理。
2	羅東聖母醫院	1. 執行區域是以鄉鎮或縣市定義？ 2. 評核指標執行情形是否可以每季回饋？	1、以現行 IDS 計畫執行地區作為本方案(草案)執行地區之方向。本署仍尊重羅東聖母醫院擇定施行地區之選擇。 2、健康管理指標執行情形由衛生福利部各主管機關提供，本署將與相關司署溝通，請各司署以每半年或每季提供執行值。餘由本署計算之醫療照護指標及其他政策指標，本署將以季為單位回饋執行值予承作院所。
3	大林慈濟醫院	照護對象擇訂條件？是否有包括當地接受預防保健之民眾？	1、本方案(草案)照護對象擇訂條件如下： (1) 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，並排除死亡名單。 (2) 經承作院所評估為在地且有照護需求之民眾。 2、上述執行地區就醫申報紀錄包括預防保健申報紀錄。 3、另本方案(草案)撥付籌備費(家戶調查費用)，爰本方案照護對象可由承作醫院框定。
4	中區業務組	1. 轄內有 2 家特約醫院有意願申請，如已核定其	1、考量 113 年本方案專款預算有經費上限，本方案執行期間為 3 年一期，第二家有意願之醫院可

序號	單位	提問/建議事項	本署回復
		中 1 家醫院承作本方案,另外1家醫院何時得再申請? 2. 照護對象至非本方案承作團隊內院所(非鄉內)就醫,是否會納入鄉內就醫案件計算?	先行參考 113 年已核定執行之院所經驗,作為是否加入第二期本方案之參考。另請各分區業務組探詢轄內有意願申請之院所,以作為後續本方案預算分配之參考。 2、照護對象至非本方案承作團隊內之院所(非鄉內)就醫,因非本方案承作團隊所提供之服務,將不納入鄉內就醫次數計算。
5	北區業務組	1. 是否明定照護人數下限及比例? 2. 當本方案回饋金低於原 IDS 計畫評核指標費用,以原 IDS 計畫評核指標費用作為核付金額時,有關評核指標項目,是使用本方案指標或原 IDS 計畫指標計算回饋金? 3. 本方案「孕產婦產檢達成率」指標於山上不易達成。 4. 桃園市復興區部分地區因行政區劃分影響照護對象鄉內就醫次數,建議納入該類案件。 5. 照護對象經由山上轉介至本方案	1、考量山地離島地區民眾特性不一,本方案未設定照護對象人數下限值。 2、IDS 計畫轉型本方案後,評核指標項目係以本方案評核指標項目計算回饋金。 3、「孕產婦產檢達成率」指標於山上不易達成部分,本方案(草案)已訂定指標預期目標值可由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,具有彈性調整空間。 4、桃園市復興區部分地區就醫案件建議納入鄉內就醫次數計算部分,本組尊重北區業務組,因地制宜計算該類案件。 5、照護對象經由山上轉介至位於鄉外之本方案承作團隊內之院所接受全人照護時,該案件納入鄉內就醫件數計算。

序號	單位	提問/建議事項	本署回復
		承作團隊內之院所就醫，是否認定為鄉內就醫案件？	
6	高屏業務組	部分 IDS 計畫執行地區之衛生所未設置牙科專科相關設備，本方案是否必須提供牙科專科門診？	本方案提供之全人照護仍視當地醫療院所服務量能，非必須提供牙科專科門診，仍鼓勵院所提供具特色之醫療照護服務(如花蓮縣秀林鄉醫牙共照門診)。
7	臺北業務組	1. 本方案(草案)籌備費(家戶調查費)於 113 年已撥付，114 年已有家戶調查結果，是否不再撥付？ 2. 建議敘明本方案支應之點值保障案件計算定義。	1. 114 年本方案承作醫院已完成家戶調查，爰不再核付籌備費，另各執行地區計畫經費上限仍為 5 千萬元。 2. 依本方案(草案)結算方式：每年度本方案各計畫書支應經費上限 5 千萬元。「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。 3. 依本方案(草案)費用申報、支付及審查方式規範，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，由本方案支應。前述點值係以各部門總額一般服務(排除代辦及專款案件)計算。

全民健康保險偏鄉地區全人整合照護執行方案
(修正對照表)

113 年度修訂條文	110 年度條文	說明
同 110 年條文	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 <u>偏鄉地區保險對象</u> 健康差距並提供 <u>因地制宜</u> 之照護服務， <u>提升保險對象醫療及健康照護可近性</u> 。 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。	貳、目的： 一、透過醫療照護的垂直及水平整合，以改善 <u>山地鄉</u> 住民健康差距並提供具 <u>文化敏感度</u> 之照護服務。 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。	為提升偏鄉地區保險對象醫療照護，修訂本方案目的。
參、施行期間： 自保險人核定 <u>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)。</u>	參、施行期間： 自保險人核定 <u>日起</u> ，計3年。	一、查部分有意願之特約院所均執行原 IDS 計畫，且計畫執行迄日至 113 年 12 月 31 日止。 二、考量 IDS 計畫轉銜至本方案，承作醫院需時間進行相關籌備及規劃，且於年度中旬轉換計畫，相關評核指標之不易計算及比較，爰修正本方案施行期間，提供承作院所籌備時間。 <u>三、</u> 另敘明本署東區業務組轄內持續執行之花蓮縣秀林鄉全人整合照護執行方案之施行期間。
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「 <u>山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(下稱 IDS 計畫)</u> 」項下支應， <u>每年度各計畫書支應經費上限為 50 百萬元。本方案</u> 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 <u>等相關服務</u> 費用，由衛生福利部疾病管制署(以下稱疾管署)、 <u>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)</u> 之公務預算、疫苗基金、菸害防制及衛生保健 <u>等</u> 基金支應。	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「 <u>山地離島地區醫療給付效益提昇計畫</u> 」項下支應， <u>其餘</u> 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費用，由衛生福利部疾病管制署(以下稱疾管署) <u>及</u> 衛生福利部國民健康署(以下稱國健署)之公務預算、疫苗基金、菸害防制及衛生保健基金支應。	一、依衛生福利部(下稱衛福部) 112 年 12 月 26 日衛部健字第 1123360189 號公告「113 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，113 年其他預算之「 <u>山地離島地區醫療給付效益提昇計畫</u> 」專款全年經費為 8.554 億元(較 112 年新增 2.5 億元)，用於鼓勵醫療院所至山地離島地區提供健保醫療服務，並擴大辦理山地鄉論人計酬試辦計畫。 二、113 年除原持續執行之花蓮縣秀林鄉全人方案外，於本署各分區業務組擇 1 個地點試辦。 三、為保障原 IDS 計畫承作院所權益，增修本方案於總額其他預算之「 <u>山地離島地區醫療給付效益提昇計畫</u> 」項下支應順序及各執行地區支應經費上限。 四、依各健康促進及維護等相關服務之業務權責，增列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(心健司)等主管機關。
伍、執行地區： <u>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)：</u> (一)全民健康保險山地離島地區(如附件1)。 (二) <u>嘉義縣大埔鄉、花蓮縣豐濱鄉。</u>	伍、執行地區： <u>全民健康保險山地離島地區，擇2個山地地區試辦(如附件1)。</u>	一、配合本方案目的修訂，為提升偏鄉地區保險對象醫療照護，執行地區條件新增 IDS 計畫適用地區之鄉鎮。 二、另考量本署東區業務組轄內花蓮縣秀林鄉全人整合照護執行方案核定執行期間為 111 年 1 月 1 日至 113 年 12 月 31 日止，114 年起依規定東區業務組轄內可擇一地點再次辦理公開徵求，酌修文字。
陸、服務提供者申請資格： <u>一、</u> 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。	陸、服務提供者資格： 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。	一、依據全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 44、45 條規定略以，保險醫事服務機構違反醫事法令，受衛生主管機關停業處分者，於停業期間，應予停約；經衛生主管機管廢止開業執照處分，應予終約。因停約/終約無法提供本方案照護對象適切完整之醫療服務，增列參與計畫前二年內不得有特

113 年度修訂條文	110 年度條文	說明																																																						
二、 <u>申請參與本方案之</u> 特約醫事服務機構， <u>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)</u> 第三十八至四十條所列違規情事之一 <u>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</u> ，且經保險人 <u>核定違規</u> 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 <u>未曾涉及違規情事</u> 期間之認定，以 <u>保險人</u> 第一次 <u>核定違規</u> 函所載 <u>核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之</u> 日起算。	二、 <u>特約醫事服務機構於申請參與本方案日起前二年內，如有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，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），不得參加；終約者亦同。前述違規期間之認定，以第一次處分函所載處分日</u> 起算。	約管理辦法第四十四至四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分之條文。 二、為明訂兩年內違規之日期計算，參考本署 112 年 7 月 31 日健保醫字第 1120663149 號書函及本署 112 年 7 月 25 日健保醫字第 1120663181 號書函，修訂方案違約期間認定。																																																						
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 <u>排除死亡名單後</u> 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(<u>自選名單</u>)。 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， <u>且應照護人數須經保險人核定。</u>	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(<u>含在全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫支援醫院就醫紀錄、預防保健</u>)之民眾，由保險人依此條件產製資料。 (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。 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。	一、 文字酌修，有關照護名單產製資料之操作型定義，將以問答集敘明，爰條文刪除相關文字。 二、 考量照護對象應為實際可收案對象，爰擇定條件敘明排除死亡個案。 三、 保險人應再次排除死亡名單後核定應照護人數。 四、 查 111 年 50 個山地離島地區及 2 個 IDS 計畫適用地區戶籍且在保之民眾人數如下，如執行地區應照護對象較少，承作院所得跨鄉鎮辦理本方案。 <table><tr><th>鄉鎮</th><th>在保人口數</th></tr><tr><td>烏來鄉</td><td>6,420</td></tr><tr><td>大同鄉</td><td>6,195</td></tr><tr><td>南澳鄉</td><td>6,174</td></tr><tr><td>五峰鄉</td><td>4,613</td></tr><tr><td>尖石鄉</td><td>9,691</td></tr><tr><td>復興鄉</td><td>13,176</td></tr><tr><td>泰安鄉</td><td>5,819</td></tr><tr><td>和平鄉</td><td>11,066</td></tr><tr><td>仁愛鄉</td><td>15,902</td></tr><tr><td>信義鄉</td><td>15,789</td></tr><tr><td>阿里山鄉</td><td>5,445</td></tr><tr><td>桃源鄉</td><td>4,296</td></tr><tr><td>那瑪夏鄉</td><td>3,213</td></tr><tr><td>茂林鄉</td><td>1,950</td></tr><tr><td>三地門鄉</td><td>7,872</td></tr><tr><td>霧台鄉</td><td>3,354</td></tr><tr><td>瑪家鄉</td><td>6,848</td></tr><tr><td>泰武鄉</td><td>5,404</td></tr><tr><td>來義鄉</td><td>7,504</td></tr><tr><td>春日鄉</td><td>4,952</td></tr><tr><td>獅子鄉</td><td>4,956</td></tr><tr><td>牡丹鄉</td><td>4,947</td></tr><tr><td>延平鄉</td><td>3,683</td></tr><tr><td>海端鄉</td><td>4,266</td></tr><tr><td>金峰鄉</td><td>3,757</td></tr><tr><td>達仁鄉</td><td>3,519</td></tr></table>	鄉鎮	在保人口數	烏來鄉	6,420	大同鄉	6,195	南澳鄉	6,174	五峰鄉	4,613	尖石鄉	9,691	復興鄉	13,176	泰安鄉	5,819	和平鄉	11,066	仁愛鄉	15,902	信義鄉	15,789	阿里山鄉	5,445	桃源鄉	4,296	那瑪夏鄉	3,213	茂林鄉	1,950	三地門鄉	7,872	霧台鄉	3,354	瑪家鄉	6,848	泰武鄉	5,404	來義鄉	7,504	春日鄉	4,952	獅子鄉	4,956	牡丹鄉	4,947	延平鄉	3,683	海端鄉	4,266	金峰鄉	3,757	達仁鄉	3,519
鄉鎮	在保人口數																																																							
烏來鄉	6,420																																																							
大同鄉	6,195																																																							
南澳鄉	6,174																																																							
五峰鄉	4,613																																																							
尖石鄉	9,691																																																							
復興鄉	13,176																																																							
泰安鄉	5,819																																																							
和平鄉	11,066																																																							
仁愛鄉	15,902																																																							
信義鄉	15,789																																																							
阿里山鄉	5,445																																																							
桃源鄉	4,296																																																							
那瑪夏鄉	3,213																																																							
茂林鄉	1,950																																																							
三地門鄉	7,872																																																							
霧台鄉	3,354																																																							
瑪家鄉	6,848																																																							
泰武鄉	5,404																																																							
來義鄉	7,504																																																							
春日鄉	4,952																																																							
獅子鄉	4,956																																																							
牡丹鄉	4,947																																																							
延平鄉	3,683																																																							
海端鄉	4,266																																																							
金峰鄉	3,757																																																							
達仁鄉	3,519																																																							

113 年度修訂條文	110 年度條文	說明																									
		<table><tr><td>秀林鄉</td><td>17,101</td></tr><tr><td>萬榮鄉</td><td>6,263</td></tr><tr><td>卓溪鄉</td><td>6,123</td></tr><tr><td>連江縣</td><td>14,118</td></tr><tr><td>澎湖縣</td><td>108,283</td></tr><tr><td>金門縣</td><td>142,375</td></tr><tr><td>烏坵鄉</td><td>671</td></tr><tr><td>琉球鄉</td><td>12,348</td></tr><tr><td>蘭嶼鄉</td><td>5,301</td></tr><tr><td>綠島鄉</td><td>4,304</td></tr><tr><td>大埔鄉*</td><td>4,532</td></tr><tr><td>豐濱鄉*</td><td>4,366</td></tr></table>	秀林鄉	17,101	萬榮鄉	6,263	卓溪鄉	6,123	連江縣	14,118	澎湖縣	108,283	金門縣	142,375	烏坵鄉	671	琉球鄉	12,348	蘭嶼鄉	5,301	綠島鄉	4,304	大埔鄉*	4,532	豐濱鄉*	4,366	
秀林鄉	17,101																										
萬榮鄉	6,263																										
卓溪鄉	6,123																										
連江縣	14,118																										
澎湖縣	108,283																										
金門縣	142,375																										
烏坵鄉	671																										
琉球鄉	12,348																										
蘭嶼鄉	5,301																										
綠島鄉	4,304																										
大埔鄉*	4,532																										
豐濱鄉*	4,366																										
捌、服務內容及服務地點： <u>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：</u> (一) 健康促進：包括飲食、<u>身體活動</u>、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(<u>含BC肝炎篩檢</u>)、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。 <u>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</u>	捌、服務內容及服務地點： 一、承作院所應提供健康促進、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、<u>運動</u>、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、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、<u>BC肝炎篩檢等</u>。 (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、<u>鄉內及鄉外轉診及緊急後送等</u>。 (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。	一、文字酌修，敘明承作醫院可與特約院所組成團隊，共同提供全人照護服務。 二、依醫療法第 73 條規定，及考量本方案目的係提供照護對象全人整合照護，照護對象如有因疾病需轉診之情形，承作院所應提供轉診後送等服務，酌修相關規範文字。 三、依國民健康署(下稱國健署)112 年 12 月 15 日國健企字第 1120112745 號函，修正相關內容： (一) 健康促進：「運動」文字建議修正為「身體活動」。 (二) 「BC 肝炎篩檢」建議移列至各類預防保健服務之類別。 (三) 國健署已無針對山地離島辦理之獨立計畫，建議刪除個案追蹤及健康管理中「慢性病管理」。 四、為符合本方案目的，承作院所應提供全人整合照護服務，包括健康促進、預防保健、疾病診療、個案追蹤及健康管理等服務，爰本署保留「慢性病管理」文字。																									
玖、計畫申請及核定作業： 一、<u>本方案由保險人各分區業務組公開徵求</u>，承作院所應於本方案公開徵求<u>期間</u>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、<u>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。</u> 三、<u>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</u>	玖、計畫管理機制： 一、承作院所應於本方案公開徵求 <u>2 個月</u>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、保險人分區業務組確認同一執行地區有無其他承作院所提出申請，若超過 1 家申請，則以該地區原「<u>全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(以下稱 IDS 計畫)</u>」承作院	一、酌修本章節標題。 二、依 113 年 6 月 18 日「全民健康保險偏鄉地區全人整合照護執行方案(原山地鄉全人整合照護執行方案)」修訂會議共識，參考 IDS 計畫公開徵求時程，修訂承作院所申請期間。本方案預計於 113 年 7 月公告，經公開徵求 1 個月，分區業務組審核期間 1 月，經核定之承作醫院將於 113 年 10 月開始執行本方案，醫院將有 3 個月籌備期。 三、為避免每一期本方案因申請作業產生銜接空窗期，增訂保險人公開徵求作業啟動期程。 四、參考「IDS 計畫」公開評選暨審核作業及「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」申請醫院審查作業及標準，新增本																									

113 年度修訂條文	110 年度條文	說明
<u>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。</u> 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。	<u>所為優先。如超過 2 個以上執行地區有承作院所提出申請，則由保險人審酌其執行能力、試辦地區特性等情後擇定。</u> 三、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。	方案各分區業務組公開評選暨審核作業程序。
拾、費用申報、支付及審查方式： 一、本方案之醫療費用應由 <u>執行之醫療</u> 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。 <u>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。</u> <u>五、</u> 本計畫之回饋金 <u>及外加獎勵費用</u> ，由保險人 <u>於每年度結束後計算，並於結算後</u> 撥付予承作院所。 <u>六、</u> 本方案經費撥付內容，如下： <u>(一) 核定之新申請承作院所第一年籌備費(家戶調查費用)：</u> 1. <u>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。</u> 2. <u>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。</u> 3. <u>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。</u> <u>(二)</u> 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. <u>山地地區</u> 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； <u>離島地區則因地制宜編列。</u> 2. 外展診療服務， <u>居家醫療照護</u> 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(<u>下稱支付標準</u>)之 <u>居家訪視費用</u>	拾、費用申報、支付及審查方式： 一、 <u>執行</u> 本方案之醫療費用應由 <u>承作</u> 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。 <u>四、</u> 本計畫之回饋金，由保險人撥付予承作院所。 <u>五、</u> 本方案經費撥付內容，如下： <u>(一)</u> 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. 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。 2. 外展診療服務， <u>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之山地離島地區巡迴報酬</u> 支付點數為準。	一、 本方案醫療費用可由執行方案之醫療院所依醫療服務提供情形申報費用，爰酌修文字。 二、 為避免本方案支付項目排擠原 IDS 計畫支付項目，影響原 IDS 計畫承作院所權益，再次敘明本方案各施實施地區之支應經費上限為 50 萬元。 三、 另為免本方案支應「回饋金」及「外加獎勵費用」不足，將監控預算支應情形。 四、 敘明回饋金及外加獎勵費用之撥付時程，並依序調整四、本計畫之回饋金及五、本方案經費撥付內容點次。 五、 IDS 計畫專款預算主要支應醫事人員支援費用、醫療費用補充點值等費用，考量承作醫院於本方案執行前需進行家戶調查等前置作業，本方案撥付項目，新增「核定之新申請承作院所第一年籌備費」及相關規範，並參考下列各計畫家戶調查費用，訂定每個案支付 450 元，以各計畫書總經費之 10%為上限(最高為 500 萬元)。 (一) 107 年至 108 年健康福祉整合照護示範場域推動計畫(花蓮縣秀林鄉)：臨時工資經費 (約 536.3 萬元)及資訊系統經費(約 300 萬元)，花蓮縣秀林鄉計 15,884 人，計算，每一個案約 527 元。 (二) 113 年桃園市復興區家戶訪查費用一年約 167.2 萬元，整理約 3,647 位居民，每一個案約 459 元。 六、 比照 IDS 計畫巡迴醫療論次費用因地制宜編列，修正本方案巡迴醫療經費編列原則。另查 112 年離島地區 IDS 計畫，醫事人員支援費用每診次編列費用範圍為 4,500~18,400 元，部分離島地區考量因僻處偏遠(如臺北烏坵、澎湖望安鄉東、西嶼坪)，編列經費超過 8,000 元，爰增修離島地區因地制宜編列規定。 七、 外展服務除當地衛生所提供之巡迴醫療服務外，尚包括居家照護，爰新增相關文字及支付點數編列原則。

113 年度修訂條文	110 年度條文	說明
<u>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。</u> 3. <u>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。</u> 4. <u>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。</u> (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：<u>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。</u> (3) 口腔癌前病變個案管理：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<u>4、5、6</u>) (4) 胃癌防治：<u>依國健署所訂「胃幽門螺旋桿菌除菌藥物費支付作業」支付。</u> <u>(5)戒菸服務：依國健署所訂「戒菸服務補助計畫」支付。</u> <u>(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。檢驗試劑由疾管署提供。</u> <u>(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。</u>	3.本方案每月總診次，不得高於執行地區最近一期IDS計畫之<u>每月總診次。</u> (二) 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。服務項目包括，<u>兒童預防保健(250-320元)、孕婦產前檢查(214-662元)、婦女子宮頸抹片檢查(320-430元)、婦女乳房X光攝影檢查(1,245元)、定量免疫法糞便潛血檢查(200元)、口腔黏膜檢查(130元)、成人預防保健(520元)。</u> (2) 周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷：妊娠17週內收案至產後8週(2,900元/每案)、妊娠17週至未滿29週收案至產後8週(2,600元)、妊娠29週以上收案至產後8週(2,300元)。 (3) 口腔癌前病變個案管理：<u>口腔癌切片檢查(1,000元/每案)、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3、4、5)</u> (4) 胃癌防治：<u>第一次幽門桿菌吹氣篩檢(碳-13尿素呼氣檢查)(1,160元/每案)。</u> (5) <u>酒害衛教及動機訪談：每鄉鎮達目標值並提供訪談者動機紀錄，補助1萬元。</u> (6) 戒菸服務：依國健署所訂「<u>醫事服務機構戒菸服務補助計畫</u>」支付。服務項目包括，<u>戒菸治療服務費(250-270元/次)、藥事服務費(11-53元/次)、戒菸衛教暨個案管理費(100元/次)、戒菸個案追蹤費(50元/次)、吸菸孕婦轉介費(100元/該次懷孕)及戒菸藥品費(依公告額度)。</u> (7) 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<u>結核病治療或檢查費用。另胸部X光篩檢(E4006C)，每人220點。結核病症狀評估(E4007C)，支付11點、結核菌快速分子檢測(E4008C)(不含試劑)支付198點。</u>檢驗試劑由疾管署提供。 (8) 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<u>疫苗接種處置費每人100元。</u>	八、因本署東區業務組轄內花蓮縣秀林鄉已執行本方案，巡迴醫療費用增修不得高於最近一期本方案編列經費及診次之文字。 九、本方案由承作院所結合特約醫事服務機構組成全人照護團隊共同提醫療服務，考量照護團隊內之醫療院所均有可能執行「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」，爰基於醫療給付不重複原則，增修文字，並說明不得重複編列及申報相關費用。 十、本署於112年12月函請國健署、疾病管制署(下稱疾管署)、口健司、心健司重新檢視健康促進、各類預防保健服務及疫苗接種、在地疾病篩檢服務、個案追蹤及健康管理等相關計畫名稱、支付金額。各司署說明重點如下： (一) 國健署(112年12月25日國健企字第1120112745號函)： 1. 依據113年度「周產期高風險孕產婦(兒)追蹤關懷計畫」作業須知規定，追蹤關懷費用調整為160元；「到宅訪視」服務，原民區或離島調整為2,040元。修正妊娠17週內收案至產後8週(3,320元/每案)、妊娠17週至未滿29週收案至產後8週(3,000元)、妊娠29週以上收案至產後8週(2,680元)。 2. 「全民健康保險癌症治療品質改善計畫」自112年6月1日起實施，針對口腔癌項目經切片確診完成者，可向健保署申報，支付點數1,700點。鑒於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，爰建議刪除或調整「口腔癌前病變個案管理」之口腔癌切片檢查(1,000元/每案)項目。 3. 戒菸服務部分，計畫名稱改為「戒菸服務補助計畫」。 4. 另國健署未針對「酒害衛教及動機訪談」部份表示意見，經電洽該署表示，酒癮防治屬心健司業管，爰該署未檢視。 (二) 疾管署：針對「結核病主動篩檢」及「65歲以上民眾流感疫苗接種」相關規範，無修訂意見。 (三) 口健司：酌修方案原附件3「戒檳衛教服務同意書」及附件4「戒檳衛教個案基本資料表」之主管機關及說明字句。 (四) 心健司(113年1月17日部心字第1121740979號函)： 1. 查「酒害防制」係由國健署主責，心健司權責為酒癮防治，爰旨揭方案之「酒害衛教」，係國健署業管，請洽該署提供意見。 2. 至酒癮防治工作，心健司已推動「酒癮治療費用補助方案」、「問題性飲酒與酒癮者成癮醫療及社會復健轉銜服務模式深耕計畫」及補助地方政府辦理「整合型心理健康計畫」等，爰不另於旨揭方案增列相關內容。 (五) 依上述衛福部相關業務權責單位說明及查目前兩司署似均無

113 年度修訂條文	110 年度條文	說明
<u>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。</u> <u>3.論人總醫療點數及回饋金之計算方式：</u> (1) 執行地區「<u>論人總醫療點數</u>」：參考<u>總額協商計算方式，納入人口結構、總額成長率因數(附件7)</u>，計算照護對象當年虛擬醫療點數。 A. <u>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×(1+當年校正後每人年醫療費用成長率+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)。</u> B. <u>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×(1+當年度校正後每人年醫療費用成長率+當年成長率)。</u> C. <u>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。</u> D. <u>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。</u> (2) 提供承作院所的回饋金：論人總醫療點數高於<u>實際</u>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，<u>並以各計畫支應經費50百萬元之50%為上限</u>： 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)：	2. 論人總醫療點數及回饋金之計算方式： (1) <u>以執行地區照護對象執行年度前3年平均醫療點數(不含透析)為基期，並參考照護對象前3年醫療點數平均成長率</u>，計算照護對象當年虛擬醫療點數，加總照護對象當年虛擬醫療點數，為執行地區「<u>論人總醫療點數</u>」。新生兒或年度開始前未滿1歲之幼童，以實際醫療點數支付，不列計虛擬醫療點數；計畫執行期間新增為重大傷病領證之照護對象，於計畫執行期間之醫療費用不予計算。 (2) 提供承作院所的回饋金：論人總醫療點數高於<u>照護對象實際使用之醫療點數</u>時，兩者之差額為「結餘點數」。依下列方式計算回饋金： 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(預防保健)指標80%、醫療照護指標10%、其他政策鼓勵指標10%。	支應「酒害衛教及動機訪談」費用，爰建議刪除該項費用。 十一、另為因應各司署滾動式修正業管計畫，參酌國健署及疾管署說明，酌修文字並刪除各項服務項目內容及所支應金額。 十二、新增「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」，說明如下： (一) 查花蓮縣秀林鄉山地鄉全人整合照護執行方案財務計畫，針對不同特殊健康需求，編列每年安排醫師或護理師進行相關衛教及健保政策宣導活動經費。 (二) 考量本方案目的係提供照護對象全人照護服務，部分健康促進衛教宣導、特定醫療服務費用未有相關計畫支應，為促進照護對象健康，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」項目與編列原則。 十三、依序調整 2.「論人論人總醫療點數及回饋金之計算方式」點次。 十四、為排除虛擬醫療點數受承作院所執行方案影響及人口結構因素，參考 102 年全民健康保險論人計酬試辦計畫虛擬總額計算公式(納入總額成長率及進行年齡性別校正)，敘明執行地區「論人總醫療點數」計算方式，並訂定回饋金上限。另經試算保險人各分區業務組轄內 IDS 計畫地區之保險對象醫療費用變化情形，多數鄉鎮保險對象 105 年至 107 年醫療費用較 110 年至 112 年低，爰執行年度第一年虛擬醫療點數之基期年，以執行年度前三年平均醫療點數設定。 十五、為符合本方案目的，改善山地離島地區住民健康差距，於執行期間死亡個案，不納入虛擬醫療點數計算。 十六、考量計畫執行期間申請核發重大傷病證明之照護對象，於本方案執行前後醫療利用高(如進行相關重大傷病檢查)，為使虛擬醫療點數預估貼近實際情況，虛擬醫療點數計算排除該類情形。 十七、配合修訂拾壹、評核指標之指標類別及占率，修訂醫療品質回饋金計算方式舉例。另因健康管理指標包括預防保健、流

113 年度修訂條文	110 年度條文	說明																																																
條件：結餘點數100萬點，各指標占率為健康管理指標80%<u>(其中必選指標占80%、自選指標占20%)</u>、醫療照護指標10%、其他政策鼓勵指標10%<u>及加分項(%)</u>。 <table><tr><th>指標項目</th><th>指標總數</th><th>達成數</th><th>指標達成項目比率 (達成數/總數×占率)</th></tr><tr><td>健康管理指標<u>(必選)</u></td><td><u>14</u></td><td>10</td><td>10/<u>14</u>×80%<u>×80%</u> <u>=45.7%</u></td></tr><tr><td><u>健康管理指標(自選，至少2項)</u></td><td><u>2</u></td><td><u>1</u></td><td><u>1/2</u>×80%<u>×20%</u> <u>=12.5%</u></td></tr><tr><td>醫療照護指標</td><td>3</td><td>2</td><td>2/3×10%=6.7%</td></tr><tr><td>其他政策鼓勵指標</td><td><u>3</u></td><td>2</td><td>2/<u>3</u>×10%=<u>6.7%</u></td></tr><tr><td><u>加分項</u></td><td><u>1</u></td><td></td><td><u>1%</u></td></tr><tr><td colspan="4">醫療品質回饋金=100萬×40%×(<u>45.7%+12.5%</u>+6.7%+<u>6.7%+1%</u>)×1=<u>29.04</u>萬</td></tr></table> (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就醫次數 分母：執行地區照護對象之總就醫次數 <u>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：</u> <u>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。</u> <u>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。</u> <u>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。</u> <u>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。</u> <u>D.包含照護對象之代辦案件。</u> <u>(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：</u> <u>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</u>	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/ <u>14</u> ×80% <u>×80%</u> <u>=45.7%</u>	<u>健康管理指標(自選，至少2項)</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>1/2</u> ×80% <u>×20%</u> <u>=12.5%</u>	醫療照護指標	3	2	2/3×10%=6.7%	其他政策鼓勵指標	<u>3</u>	2	2/ <u>3</u> ×10%= <u>6.7%</u>	<u>加分項</u>	<u>1</u>		<u>1%</u>	醫療品質回饋金=100萬×40%×(<u>45.7%+12.5%</u> +6.7%+ <u>6.7%+1%</u>)×1= <u>29.04</u> 萬				<table><tr><th>指標項目</th><th>指標總數</th><th>達成數</th><th>指標達成項目比率 (達成數/總數×占率)</th></tr><tr><td>健康管理(預防保健)指標</td><td><u>16</u></td><td>10</td><td>10/16×80% <u>=50%</u></td></tr><tr><td>醫療照護指標</td><td>3</td><td>2</td><td>2/3×10%=6.7%</td></tr><tr><td>其他政策鼓勵指標</td><td><u>2</u></td><td>2</td><td>2/<u>2</u>×10%=<u>10%</u></td></tr><tr><td colspan="4">醫療品質回饋金=100萬×40%×(<u>50%</u>+6.7%+<u>10%</u>)×1=<u>26.68</u>萬</td></tr></table> (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<u>(含承作院所及其合作院所)</u>就醫次數 分母：執行地區照護對象之總就醫次數	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(預防保健)指標	<u>16</u>	10	10/16×80% <u>=50%</u>	醫療照護指標	3	2	2/3×10%=6.7%	其他政策鼓勵指標	<u>2</u>	2	2/ <u>2</u> ×10%= <u>10%</u>	醫療品質回饋金=100萬×40%×(<u>50%</u> +6.7%+ <u>10%</u>)×1= <u>26.68</u> 萬				感疫苗等項目，爰刪除敘述「預防保健」文字。 十八、敘明鄉內就醫次數定義，增修第 a、b、c 點條文文字。 十九、考量「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，為巡迴院所至當地提供醫療服務，爰鄉內就醫案件納入前述方案申報案件。 二十、考量本方案為擴大推動偏鄉地區全人整合照護，並鼓勵承作院所積極投入，訂定執行第一年之獎勵費用，得與原 IDS 計畫評核指標獎勵費用相較並從優核付之相關規範，以提供財務誘因，保障承作院所投入成本。另為避免承作院所中途退出本方案，致執行期間過短，影響當地民眾就醫權益，一併增訂獎勵費用核付管理機制。
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/ <u>14</u> ×80% <u>×80%</u> <u>=45.7%</u>																																															
<u>健康管理指標(自選，至少2項)</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>1/2</u> ×80% <u>×20%</u> <u>=12.5%</u>																																															
醫療照護指標	3	2	2/3×10%=6.7%																																															
其他政策鼓勵指標	<u>3</u>	2	2/ <u>3</u> ×10%= <u>6.7%</u>																																															
<u>加分項</u>	<u>1</u>		<u>1%</u>																																															
醫療品質回饋金=100萬×40%×(<u>45.7%+12.5%</u> +6.7%+ <u>6.7%+1%</u>)×1= <u>29.04</u> 萬																																																		
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(預防保健)指標	<u>16</u>	10	10/16×80% <u>=50%</u>																																															
醫療照護指標	3	2	2/3×10%=6.7%																																															
其他政策鼓勵指標	<u>2</u>	2	2/ <u>2</u> ×10%= <u>10%</u>																																															
醫療品質回饋金=100萬×40%×(<u>50%</u> +6.7%+ <u>10%</u>)×1= <u>26.68</u> 萬																																																		

113 年度修訂條文	110 年度條文	說明
分母：<u>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。</u> (2) 口腔癌(口健司) A. 口腔癌篩檢目標達成率 分子：<u>當年度提供口腔癌篩檢服務之人數</u> 分母：<u>篩檢目標數為近4年提供口腔癌篩檢服務之平均人數</u> <u>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)</u> B. 口腔癌篩檢陽追率(口健司) 分子：分母中於當年度12月31日完成追蹤數 分母：<u>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</u> (3) 乳癌(國健署) A. 乳癌2年篩檢率 分子：<u>執行地區45-69歲女性鄉民近2年乳癌篩檢人數</u> 分母：<u>執行地區45-69歲女性鄉民人數</u> B. 乳癌篩檢陽追率 分子：<u>分母中個案於當年度12月31日完成追蹤數</u> 分母：<u>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</u> (4) 子宮頸癌(國健署) A. 子宮頸癌3年篩檢率 分子：<u>執行地區30-69歲女性鄉民近3年子宮頸抹片篩檢人數</u> 分母：<u>執行地區30-69歲女性鄉民人數</u> B. 子宮頸癌篩檢陽追率 分子：<u>分母中個案於當年度12月31日完成追蹤數</u> 分母：<u>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</u> (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 分子：分母中完成<u>1線藥之服藥完成人數</u> 分母：<u>執行地區碳十三尿素呼氣檢測一吹陽性人數</u> (2) 陽性個案服藥後除菌率 分子：<u>碳十三尿素呼氣檢測法第2吹(UBT2)陰性人數</u> 分母：<u>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。</u> ※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：<u>分母中接受產檢次數達8次以上之人數</u>	2. 口腔癌 (1) 口腔癌2年篩檢率達28% 分子：分母中近2年口腔癌篩檢人數 分母：<u>18-30歲有嚼檳榔(含已戒)習慣及30歲以上有嚼檳榔(含已戒)或吸菸習慣者之菸檳人數</u> (2) 口腔癌篩檢陽追率78% 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：前一年度10月1日至當年度9月30日，<u>經預防保健口腔黏膜檢查結果為陽性人數</u> 3. 乳癌 (1) 乳癌2年篩檢率達34% 分子：45-69歲女性原住民近2年乳癌篩檢人數 分母：45-69歲女性原住民人數 (2) 乳癌篩檢陽追率達85% 分子：<u>篩檢疑似陽性個案中之category「0」「4」「5」已完成追蹤人數</u> 分母：<u>篩檢疑似陽性個案中之category「0」「4」「5」人數</u> 4. 子宮頸癌 (1) 子宮頸癌3年篩檢率達48% 分子：30-69歲女性原住民近3年子宮頸抹片篩檢人數 分母：30-69歲女性原住民人數 (2) 子宮頸癌篩檢陽追率達85% 分子：30-69歲女性原住民抹片結果為 AGC/HSIL以上者，完成切片、治療或醫囑抹片為正常者 分母：30-69歲女性原住民抹片結果為 AGC/HSIL以上者 (七) 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60% 分子：分母中服藥完成人數 分母：<u>30-60歲原住民利用碳十三尿素呼氣檢測為陽性人數</u> 2. 陽性個案服藥後除菌率達60% 分子：<u>第一線與第二線治療後，幽門螺旋桿菌根除人數</u> 分母：<u>陽性有接受治療且有接受第二次及第三次吹氣人數</u> ※本二項指標由承作院所提供達成值。	七、依口健司 113 年 1 月 8 日電子郵件修正口腔癌篩檢之評核指標定義，說明如下： (一) 有關「(1)口腔癌 2 年篩檢率達 28%」，因口腔癌篩檢係以具菸檳行為者為對象，無法正確估計分母族群，篩檢率數據未具代表性，爰建議刪除此項評核指標。 (二) 為推廣山地鄉院所執行口腔癌防治工作，口腔癌項目建議增列評核指標「(1)口腔癌篩檢目標達成率達 95%」，以提供山地鄉民眾可近性之口腔癌篩檢服務。 八、依口健司 113 年 5 月 1 日電子郵件，酌修口腔癌篩檢陽追率分子、分母文字。 九、考量執行地區疾病特性，將「胃癌陽性個案服藥率」及「胃癌陽性個案服藥後除菌率」移列至自選指標。 十、依國健署 113 年 4 月 30 日國健企字第 1130104252 號函，修正胃癌陽性個案服藥率及服藥後除菌率之評核指標定義。 十一、本方案目的係提供照護對象全人照護服務，針對照護對象中高風險妊娠對象，於自選指標增訂產檢利用率之評核指標，並以申報付標準第二部第二章第六節高風險妊娠生產新生兒緊急處置費之個案作為高風險妊娠者之定義。(高風險妊娠生產新生兒緊急處置費適應症請參考支付標準第二部第二章第六節)。 十二、另參考 113 年全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款

113 年度修訂條文	110 年度條文	說明
<u>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</u> 3. <u>全口牙結石清除：</u> (1) <u>全口牙結石清除比率</u> <u>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。</u> <u>分母：12 歲(含)以上執行地區照護對象接受牙醫門診病人數。</u> (2) <u>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</u> <u>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。</u> <u>分母：執行地區照護對象之全部全口牙結石清除人數。</u>		實施方案，於自選指標增訂全口牙結石清除評核指標，作為口腔疾病預防相關指標。
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<u>(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)。</u> 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 <u>3</u> 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<u>(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)。</u>	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$\geq 70\%$ 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 <u>2</u> 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$\geq 20\%$	一、考量評核指標目標值需具全國各區 IDS 計畫之適用性及區域特性之彈性，評核指標由全國統一設定預期目標值，修訂為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。

113 年度修訂條文	110 年度條文	說明
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) <u>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)。</u> <u>分子：分母中接受 B、C 型肝炎檢查(醫令代碼 L1001C)人數</u> <u>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。</u> 四、<u>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%。</u>	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	二、 新增「B、C 型肝炎篩檢」評核指標： (一) 依 112 年 5 月 16 日衛生福利部 B、C 型肝炎諮詢專家 112 年第 1 次會議紀錄，請健保署在制度上加入病人照護的醫療品質保證標章(要件)，如同棍子。 (二) 新增「B、C 型肝炎篩檢」評核指標，以擴大篩檢及治療。 (三) 依 113 年 6 月 18 日「全民健康保險偏鄉地區全人整合照護執行方案(原山地鄉全人整合照護執行方案)」修訂會議共識，訂定指標定義及預期目標值。 三、 新增加分項，並予以 5 項為上限(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、<u>國健署</u>、<u>口健司與心健司</u>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、 疾管署與國健署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。	依現行業務權責，增列口健司及心健司等主管機關。
拾參、退場機制 一、 <u>辦理</u>本方案之<u>特約</u>醫事服務機構，如<u>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</u>(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<u>核定違規</u>函所載<u>核定之停約或終約日起即停止</u>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、 <u>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：</u> (一) <u>保險人分區業務組啟動公開徵求時間：</u> 1. <u>停止或退出時間為當月15日前：當月底前。</u> 2. <u>停止或退出時間為當月15日後：次月1日前。</u> (二) <u>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。</u> 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。	拾參、退場機制 一、 <u>參與</u>本方案之醫事服務機構如<u>違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法致受停約處分</u>(含行政救濟程序進行中尚未執行處分或申請暫緩執行處分者)，應自保險人第一次處分函所載<u>停約日起退出</u>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、 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	依據全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 44、45 條規定略以，保險醫事服務機構違反醫事法令，受衛生主管機關停業處分者，於停業期間，應予停約；經衛生主管機管廢止開業執照處分，應予終約。因停約/終約無法提供本方案照護對象適切完整之醫療服務，修訂本方案退場機制。

113 年度修訂條文	110 年度條文	說明
拾肆、計畫修訂程序 一、 本方案由保險人簽經衛生福利部核准後公開徵求計畫書，並送全民健康保險會備查，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。	拾肆、計畫修訂程序 一、 本方案由保險人簽經衛生福利部核准後公開徵求計畫書，並送全民健康保險會備查，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。	執行面規定包括論人總醫療點數、回饋金、指標項目、外加獎勵費用計算。
拾伍、其他事項 一、 本方案之施行地區， <u>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</u> ；本方案執行地區以外之山地 <u>離島</u> 鄉(區) <u>或偏遠地區</u> ，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醫療點數計算。	拾伍、其他事項 一、 本方案 <u>選定</u> 之執行地區， <u>如原IDS計畫尚未屆期，則依本方案規定辦理</u> ；本方案執行地區以外之山地鄉(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 <u>總</u> 醫療點數計算。	一、 為避免執行地區因方案銜接出現空窗期及保障原 IDS 計畫承作醫院權益，同時配合本方案參、施行期間酌修條文，修正原IDS 計畫承作院所可執行至核定之施行迄日之相關規範，設立執行緩衝期。 二、 另增訂分區業務業務組辦理本方案公開評選前，應通知原IDS計畫承作醫院施行期間迄日之規範，以保障原 IDS 計畫承作醫院權益。

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：
 - 1、承作院所：本保險特約醫療院所。
 - 2、計畫執行地區： 縣(市) 鄉(區)。
 - 3、計畫執行期間： 年 月 日至 年 月 日。
 - 4、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：
 - (三)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)。
 - (四)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。
 - (五)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服務項目及分工、各項服務經費編列、評核指標預</u>	<u>40%</u>

<u>審核項目</u>	<u>權重</u>
<u>期目標及效益)。</u>	
4、 <u>申請醫院於審核會議提供之簡報與詢答。</u>	<u>20%</u>

(六) 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>				

(七) 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。

(八) 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

醫院名稱 評選委員代號 評比結果	醫院 1		醫院 2		醫院 3	
	評分	序位	評分	序位	評分	序位
<u>A 委員</u>						
<u>B 委員</u>						
<u>C 委員</u>						
<u>D 委員</u>						
<u>E 委員</u>						
<u>F 委員</u>						
<u>G 委員</u>						
<u>評分/序位合計數</u>						
<u>平均總評分</u>						
<u>合格醫院</u>	<u>合格</u>					
<u>符合需要醫院序位(出席審核委員過半數決議)</u>						
<u>出席審核委員(簽名)</u>						

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	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。 參與戒癮個案簽名：_____ 日期：中華民國_____年_____月_____日
戒癮衛教 人員填寫	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。 我將提供他戒癮衛教服務。 戒癮衛教人員簽名：_____ 醫事機構名稱：_____ 日期：中華民國_____年_____月_____日

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 ☐ 男 ☐ 女	電話	住家/公司： 行動電話：		
職業	◎製造業： ☐ 金屬製造 ☐ 其他製造業 ◎運輸倉儲業： ☐ 貨運 ☐ 客運 ☐ 計程車/小客車 ☐ 倉儲 ☐ 快遞/物流 ◎批發零售業： ☐ 攤販 ☐ 批發 ☐ 具執照之專業技術人員 ◎農林漁牧業： ☐ 漁(養殖漁撈) ☐ 農(作物栽培) ☐ 林(造林伐木) ☐ 牧(禽畜飼育) ◎營造業： ☐ 建築工程 ☐ 土木工程 ☐ 機電(如水電工程) ☐ 建築裝潢 ☐ 空調冷凍 ◎其他服務業： ☐ 殯葬業 ☐ 宮廟/宗教人員 ☐ 汽機車修繕美容 ☐ 保全 ☐ 餐飲業 ☐ 其他：_____ ◎ ☐ 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)	☐ 提神 ☐ 禦寒 ☐ 解渴 ☐ 交朋友 ☐ 緩解情緒 ☐ 不吃不行 ☐ 文化 ☐ 他人邀請 ☐ 其他：_____	
吸菸行為	☐ 有 ☐ 無 ☐ 已戒 ※已戒菸，仍請協助填寫戒菸前「吸菸年數」及「日吸菸量」	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	☐ 有 ☐ 無	飲酒頻率	【包括各種酒類、保力達 B、威士忌、藥酒】 ☐ 每天喝 ☐ 2-3 天喝 1 次 ☐ 每週 1 次 ☐ 每月 1-2 次 ☐ 每月不到 1 次	
健康史 (可複選)	☐ 惡性腫瘤 ☐ 心血管疾病 ☐ 腦血管疾病 ☐ 新陳代謝疾病 ☐ 呼吸道疾病 ☐ 肝膽腸胃疾病 ☐ 腎及泌尿系統疾病 ☐ 肌肉骨骼疾病 ☐ 口腔黏膜病變：_____ ☐ 懷孕 ☐ 其他：_____ ☐ 無上述情形									
口腔癌篩檢紀錄	☐ 無 ☐ 有，最近篩檢年：_____ 年，結果： ☐ 正常 ☐ 確診癌前病變，診斷：_____ ☐ 確診口腔癌									
戒菸門診使用 (非必填)	☐ 無，同意本次轉介戒菸門診： ☐ 是 ☐ 拒絕 ☐ 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)	☐ 門診轉介 ☐ 社區轉介 ☐ 職場轉介 ☐ 住院個案 ☐ 個案主動申請 ☐ 家屬要求 ☐ 口腔癌篩檢個案 ☐ 社區活動 ☐ 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	☐ 第一次 ☐ 第三次 ☐ 第二次 ☐ 第四次	衛教日期	日期： 年 月 日
衛教方式	☐ 面訪(☐ 團體 ☐ 個別衛教) ☐ 電訪	衛教時間	約 分鐘	過去 7 天平 均日嚼檳量 (整數)	顆	戒檳意願	☐ 意圖前期 ☐ 意圖期 ☐ 準備期 ☐ 行動期 ☐ 維持期		
嚼檳情境 (複選)	☐ 身邊有人嚼檳榔 ☐ 有人請吃檳榔 ☐ 看到檳榔攤 ☐ 天氣冷，想保暖 ☐ 疲憊需要提神 ☐ 需要專注時 ☐ 想咀嚼時 ☐ 工作休息 ☐ 緊張/焦慮 ☐ 壓力大 ☐ 心情不好 ☐ 其他：_____					戒檳障礙 (複選)	☐ 牙齒不適 ☐ 注意力不集中 ☐ 心神不寧 ☐ 焦慮沮喪 ☐ 全身無力 ☐ 影響朋友關係 ☐ 其他_____		
衛教計畫 (複選)		☐ 提升戒檳意識及情感 ☐ 辨識嚼檳情境/拒絕技巧/協助移除與不健康行為之連結 ☐ 提升戒檳信心，強化動機，設定戒檳目標 ☐ 詢問嚼食量，討論是否達成嚼食量之目標 ☐ 提供戒檳協助，強化戒檳意願 ☐ 增強管理，關懷、鼓勵、支持個案行為改變 ☐ 其他：_____				戒檳目標/預計達成日	☐ 完全戒除，預計達成日期： 年 月 日 ☐ 減量 3/4，預計達成日期： 年 月 日 ☐ 減量一半，預計達成日期： 年 月 日 ☐ 減量 1/4，預計達成日期： 年 月 日 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課程結束前預計達成之目標(建議以完全戒除為目標)。		
輔導措施 (複選)		☐ 檳榔健康危害 ☐ 戒檳的好處 ☐ 找出戒檳理由 ☐ 了解戒檳困難 ☐ 傾聽戒檳歷程 ☐ 戒檳技巧 ☐ 尋求替代品：_____				☐ 教導口腔自我檢查 ☐ 安排戒檳成功個案提供經驗 ☐ 安排口腔癌篩檢 ☐ 轉介潔牙服務 ☐ 安排口腔癌統合照護門診，門診日： 年 月 日			
		☐ 移除檳榔相關物品，設置有助戒檳的環境 ☐ 爭取家人及友人支持與協助 ☐ 壓力調適 ☐ 拒檳技巧				其他紀錄(50 個字內)：			
第四次追蹤結果 (與首次衛教相較)		☐ 完全戒除 ☐ 減量 3/4 ☐ 減量一半 ☐ 減量 1/4 ☐ 未減量 ※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。				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)			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	
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 後 正 每 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	
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

$$= (\sum \text{HE 基期年 } ij \times \% \text{POP 當年 } ij) / (\sum \text{HE 基期年 } ij \times \% \text{POP 基期年 } ij) - 1$$
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 = $\left[(\text{醫院總額成長率} - \text{投保人口年增率} - \text{人口結構改變率}) \times \text{醫院預算占率} \right] + \left[(\text{西醫基層總額成長率} - \text{投保人口年增率} - \text{人口結構改變率}) \times \text{西醫基層總額預算占率} \right] + \left[(\text{牙醫總額成長率} - \text{投保人口年增率} - \text{人口結構改變率}) \times \text{牙醫預算占率} \right] + \left[(\text{中醫總額成長率} - \text{投保人口年增率} - \text{人口結構改變率}) \times \text{中醫總額預算占率} \right]$

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	$D = A \times (1 + B + C)$

(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	$G = D \times (1 + E + F)$

討論事項

第 四 案

提案單位：本署醫務管理組

案由：次世代基因定序檢測(NGS)相關診療項目案。

說明：

- 一、依據本署 113 年 2 月 6 日「次世代基因定序(NGS)專家小組第四次討論會議」、113 年第 4 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」(下稱專諮會議)、113 年 7 月 4 日「新增癌症基因檢測診療項目專家諮詢會議」(下稱基因檢測專諮會議)、台灣肺癌研究學會 113 年 4 月 26 日台肺研學會新字第 1130009 號函暨中華民國血液病學會 113 年 5 月 8 日(113)中血會字第 041 號函(附件 1, 頁次討 4-3~4-13)辦理。
- 二、依本署第 1 次至第 4 次 NGS 專家小組會議決議, NGS 健保給付以「檢測結果有對應具藥證的標靶藥物」且「效果明確之癌別及檢測基因」為優先。為提升健保給付效益, 部分癌別採單基因檢測, 經綜整相關醫學會達共識之資料, 提會討論。
- 三、實體腫瘤：依藥品仿單訂定適應症及檢測基因, 推估增加財務支出約 24.22~30.17 百萬點, 摘要說明如下(附件 2, 頁次討 4-14~4-17)：
 - (一) 新增「PDGFRA 基因突變分析實驗室開發檢測(LDTs)」：建議支付 3,119 點, 用於腸胃道間質瘤, 推估執行 977 人, 增加財務支出約 3.05 百萬點。
 - (二) 修訂 30104B「All-RAS 基因突變分析實驗室開發檢測(LDTs)」等 2 項擴增檢測位點及調升支付點數：考量臨床實務大腸直腸癌 BRAF 多與 All-RAS 一併檢測, 爰於 30104B 及 30106B 增列 BRAF 突變檢測, 修訂後建議支付點數為 11,878 點, 推估執行 6,318 人, 增加財務支出約 18.99

百萬點〔(11,878 點-8,872 點)*6,318 人〕。

(三) 新增「**BRAF 基因突變分析實驗室開發檢測(LDTs)**」：建議支付 3,006 點，用於黑色素瘤、大腸直腸癌(曾執行 All-RAS 基因突變分析，檢測結果為 K-RAS 或 N-RAS wild type 者)，執行人數低推估 724 人、高推估 2,705 人，增加財務支出約 2.18 至 8.13 百萬點。

(四) 修訂 **30101B「肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變體外診斷醫療器材檢測(IVD)」**等 2 項支付規範：為齊一伴隨式檢測項目，修訂 30101B、30102B 等 2 項支付規範，明訂檢測位點應包含 EGFR(外顯子[exon]18、19、20、21)，不增加財務支出。

(五) 修訂 **30302B、30303B「實體腫瘤次世代基因定序一小套組(≤100 個基因)」**附表 2.2.1 修訂肺癌應先執行檢測項目：為明確非小細胞肺癌適應症用於第一線標靶治療後疾病惡化之給付時機，修訂表 2.2.1 之應先執行之檢測項目之規範文字，不增加財務支出。

四、 血液腫瘤：修訂 **30304B、30305B「血液腫瘤次世代基因定序一小套組(≤100 個基因)」**附表 2.2.2，係考量現行國內醫院 NGS 檢測套組，尚未包含 BCOR 等 8 個基因位點，為符合臨床應用，爰予刪除，不增加財務支出。

五、 預算來源：本次新增修訂 10 項診療項目，增加支出項目均屬醫院層級，推估約增加 24.22~30.17 百萬點，由 113 年醫院總額之「新醫療科技」項下新增診療項目預算支應(醫院預算為 1,100 百萬元)。

擬辦：增修支付標準表 (附件 3，頁次討 4-18~4-24)，並依程序報請衛生福利部核定後公布實施。

決議：

「次世代基因定序(NGS)專家小組」第四次討論會議

會議紀錄

時間：113 年 2 月 6 日下午 2 時

地點：衛生福利部中央健康保險署（臺北市大安區信義路三段 140 號）
18 樓禮堂

主持人：楊志新召集人

紀錄：黃思瑄

出席專家：略

請假專家及學會：略

列席單位及人員：略

壹、主席致詞：略。

貳、報告事項：

一、前次會議未結案件辦理追蹤進度表。

決定：洽悉。

參、討論事項：

一、NGS 支付標準表(草案)。

討論重點：

- (一)與會專家表示，隨 NGS 技術日漸成熟，NGS 成本可望下降，且市售 NGS 價格因檢測基因數不同，有很大差距，爰共識決議健保 NGS 以定額給付，民眾需額外加驗其他基因，檢測差額由民眾自費，其差額上限由醫事司參考健保支付價格，訂定自費審核範圍。
- (二)承上，與會專家表示，為確保民眾就醫權益並對於自費價格有所管理，建議 BRCA1/2 或小套組(≤ 100 個基因)檢測，主管機關訂定自費差額上限以 4 倍以下為原則，可涵蓋多數市售產品；至於大套組(> 100 個基因)因考量檢測複雜性，建議不訂定收費差額上限，以保留新型檢測發展彈性。
- (三)另由於 NGS 導入支付標準初期較難準確預估檢測人數(新發

個案再加上既存癌症病人數)，為維持健保財務平衡，爰規劃 3 類 NGS 套組，依據專家逐項討論之共識，各癌別分別訂有適應症、應先執行之檢測項目、必要檢測基因(含變異別)及適用套組，且每人各癌別 3 類套組擇一申報且終生限給付一次。

(四)各癌別支付列表討論重點：

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

(五)與會專家另表示，在實務面同意書需先經過醫院內部審核，審核通過經公告成為醫院內部文件後，臨床醫師始得使用，建議即早準備相關行政流程作業時間。基因檢測結果之檔案

格式轉換、資料上傳方式、醫院網路傳輸速度等均影響資料上傳的完成度，仍有許多執行細節待確認。

(六)部分癌別有常規可替代之檢測項目，建議先執行替代項，避免醫療資源排擠，以非小細胞肺癌為例，建議於 EGFR 檢測為陰性、ALK 檢測為陰性，再以 NGS 檢測。倘直接以 NGS 檢測者，依 EGFR、ALK 檢測結果給予相應支付點數。

(七)民眾選擇自費檢測，檢測結果如發現有其相對應的健保癌藥，仍可依藥品給付規定，提供合規之基因檢測報告向健保申請癌藥給付。

決議：

(一)實體腫瘤 NGS 支付規範(草案)經與會專家充分討論後，建議如下：

1. NGS 檢測套組及支付點數如下：

(1)BRCA 1/2 基因：支付 10,000 點。

(2)小套組(≤ 100 個基因)：支付 20,000 點。

(3)大套組(>100 個基因)：支付 30,000 點。

2. 醫院資格：

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

(2)執行本項之醫事服務機構應報經保險人核定，如有異動，仍應重行報請核定。

3. 支付規範：

(1)除 Germline BRCA1/2 突變檢測得用血液檢體外，限使用

已確診之腫瘤病理組織檢測，且須包含適應症附表所列各該癌別檢測位點及變異別，始得給付。

(2)核發檢測報告人員及報告簽署醫師：依「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」之規定辦理。

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

(二)請健保署依本次會議決議之適應症重新估算財務衝擊，並依專家會議共識，重整 NGS 支付標準表(草案)依程序提至近期「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議(下稱共同擬訂會議)」討論。

(三)健保署另邀集國衛院及醫界討論 NGS 資料上傳及知情同意書相關事宜。

二、血液腫瘤之 NGS 給付規劃。

討論重點：

(一)考量基因檢測在各癌別扮演的角色不同，依實體腫瘤、血液腫瘤分別訂定 NGS 支付標準，「血液腫瘤」之基因檢測用於決定是否適合骨髓移植，主要是要對應治療計畫；「實體腫瘤」則是對應有無相關標靶藥物治療。

(二)與會專家表示，急性骨髓性白血病(AML)、骨髓分化不良症候群(MDS)及急性淋巴芽細胞白血病(依據癌細胞來源，區分為 B-ALL 及 T-ALL)之 NGS 檢測，可協助判定病人應接受骨髓幹細胞移植，建議優先納入給付。

(三)考量健保 113 年新醫療科技預算有限，B 細胞淋巴瘤建議如下：

1. NGS 適應症可限縮至被套細胞淋巴瘤(MCL)、慢性淋巴性白血病(CLL)及小淋巴球性淋巴瘤(SLL)三類，其必要檢測

基因 TP53，建議支付點數 10,000 點。

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

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

決議：

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

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

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

三、NGS 報告等資料上傳及 RWD 收載。

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

肆、臨時動議：無。

伍、散會：下午 12 時 35 分。

113 年第 4 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」會議紀錄

時間：113 年 5 月 8 日上午 9 點 30 分

地點：台北市信義路 3 段 140 號 18 樓大禮堂

主持人：李副署長丞華

紀錄：顏其敏

出席專家：略

請假專家：略

列席單位及人員：略

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄：確認。

參、報告事項：略

肆、討論事項：

二、台灣泌尿科醫學會等 3 學會建議新增「纖維母細胞生長因子受體擴增反應突變檢驗」等 4 項診療項目案。

討論重點：

(一)提案單位表示：

1. 台灣病理學會：參考台北市衛生局核定自費價格「BRAF」、「KIT/PDGFRA」，本會提出支付點數均於此區間，健保給付點數需再行研議，藥品給付及醫療檢測需考慮併行納入健保給付。
2. 中華民國血液病學會：TP53 檢測表上所提被套細胞淋巴瘤、慢性淋巴球性白血病均有健保給付藥物，小淋巴球性細胞癌會關係到後續是否需執行骨髓造血幹細胞移植，同意其新增必要，並同意健保署支付點數 9,984 點。

(二)與會學會表示，同意病理學會建議支付點數，目前校正後點數較不符合現行臨床狀況，適應症均同意病理學會及血液病學會所提；另建議 TP53 支付規範應改為限用血液檢體。

(三)與會專家表示：

- 1.需考慮 LDTs 品質和 IVD 試劑規範不同，不建議訂定相同標準，另需確認 LDTs 品質認證，並考慮健保支出是否可負擔。
- 2.需考慮檢測各基因位點之複雜度及支付點數是否參考現行支付相同基因檢測項目(如:EGFR)之支付內容訂定，以及基因檢測及藥物仿單上的適應症才予給付。
- 3.健保給付藥物及檢測之時機需再考慮，建議後續再蒐集相關意見及資料。

結論：綜整會上各位專家、學會代表之意見，本案具財務衝擊且就適應症、支付點數未達共識，將蒐集意見重新評估後，再提會討論

伍、臨時動議：無。

陸、散會：下午 12 時 23 分。

檔號：
保存年限：

台灣肺癌研究學會 函

內政部立案證書台內團字第 1110020772 號
通訊地址：100229 臺北市中正區常德街 1 號景福館(404 室)
聯絡人：李晨瑜
聯絡電話：0972225619
電子信箱：taslc.tw@gmail.com

受文者：衛生福利部中央健康保險署

地址：106211 臺北市大安區信義路三段 140 號
發文日期：中華民國 113 年 4 月 26 日
發文字號：台肺研學會新字第 1130009 號
速別：速件
密等及解密條件或保密期限：普通
附件：如說明

主旨：

次世代基因定序支付標準表非小細胞肺癌支付列表建議修訂如下表，請查照。

說明：

一、次世代基因定序支付標準表非小細胞肺癌支付列表建議修訂如下：

癌別	適應症 (符合下列任一 條件)	應先執行之 檢測項目	應先執行之檢測 項目建議修訂文 字	必須包含之檢 測基因及變異 別	NGS檢測 (符合左列條 件者，得申報 下列任一NGS 檢測)
非小細胞肺癌 Non-small cell lung cancer	限復發或轉移性 (第IV期)之非鱗 狀上皮癌之非小 細胞肺癌，且須 符合下列任一檢 測時機： 1.新診斷或復發 時，確定為晚 期且無法接受 根治治療者。 2.第一線標靶治 療後疾病惡 化。	表皮生長因 子受體 (EGFR)呈現 陰性，始得 申報本項。	1. 表皮生長因 子受體(EGFR) 呈現陰性，始得 申報本項。 2. 針對第一線 標靶治療後疾病 惡化，且未申請 過NGS檢測給付 者(30302B, 30303B)，以實 際採用之NGS小 套組或大套組支 付。	EGFR (mutation)、 ALK (fusion)、 MET (exon 14 skipping)、 NTRK(fusion) 、ROS1 (fusion)、 BRAF (mutation)、 ERBB2(mutation)、 KRAS (mutation)、 RET (fusion)	• 小套組(≤ 100個基因) • 大套組(> 100個基因)
	第IIIB期及第	表皮生長因	1. 表皮生長因	EGFR	• 小套組(≤

113年5月6日收到
中央健康保險署
陳保醫

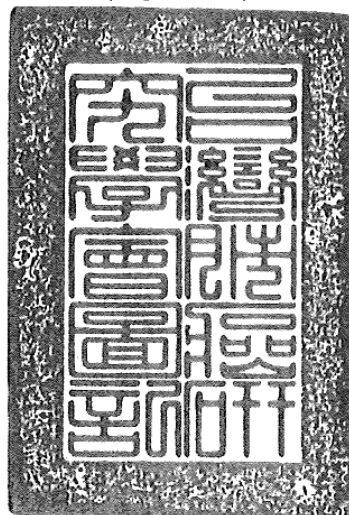
衛生福利部
中央健康保險署
113.5.6

癌別	適應症 (符合下列任一條件)	應先執行之 檢測項目	應先執行之檢測 項目建議修訂文 字	必須包含之檢 測基因及變異 別	NGS檢測 (符合左列條 件者，得申報 下列任一NGS 檢測)
	IIIC期，檢測時機為經肺癌多專科團隊討論，無法以外科手術切除，且不適合放射化學或放射治療者，且須符合下列任一檢測時機： 1. 新診斷且無法接受根治治療者。 2. 第一線標靶治療後疾病惡化。	子受體(EGFR)呈現陰性，始得申報本項。	子受體(EGFR)呈現陰性，始得申報本項。 2. 針對第一線標靶治療後疾病惡化，且未申請過NGS檢測給付者(30302B, 30303B)，以實際採用之NGS小套組或大套組支付。	(mutation)、ALK (fusion)、MET (exon 14 skipping)、NTRK(fusion)、ROS1 (fusion)、BRAF (mutation)、ERBB2(mutation)、KRAS (mutation)、RET (fusion)	100個基因) • 大套組(> 100個基因)
	註： 1. 替代或可先執行之檢測項目如下： (1) EGFR：30101B「肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變體外診斷醫療器材檢測(IVD)」、30102B「肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變實驗室自行研發檢測(LDT)」。 (2) ALK：30105B「間變性淋巴瘤激酶(ALK)突變體外診斷醫療器材檢測(IVD)-IHC法」。 2. 直接以NGS進行基因檢測，未先執行EGFR檢測者，依檢測結果，支付點數如下： (1) EGFR陽性：比照30102B支付，檢測差額由保險對象自行負擔。 (2) EGFR陰性：以實際採用之NGS小套組或大套組支付。				

二、修訂原因說明：針對非小細胞肺癌，因為適應症1及2，給付的族群完全不同，為保障肺癌病人的權益，及最大化次世代基因定序支付的效益，因此針對適應症2. 第一線標靶治療後疾病惡化，做清楚說明執行此給付的時機，用以與適應症1做清楚的區別。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：台灣肺癌研究學會存查



理事長 楊志新

中華民國血液病學會 函



機關地址：台北市常德街一號台大景福會館二樓 203D 室
立案字號：內政部(台)內社字第 464871 號
承辦人：鄭淑萍
電子信箱：hema04121553@gmail.com
電話：02-23751091；傳真：02-23751092

受文者：衛生福利部中央健康保險署

速別：

密等及解密條件：

發文日期：113 年 5 月 8 日

發文字號：(113)中血會字第 041 號

附件：

主旨：有關 貴署 113 年 4 月 19 日健保醫字第 1130107920 號函發布修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目一案，本會擬建議部分修正，詳如說明，請 查照惠復。

說明：

- 一、本會前根據 2022 年世界衛生組織定義、國際共識分類、歐洲白血病研究網等建議之急性骨髓性白血病 (acute myeloid leukemia; AML) 和高風險之骨髓分化不良症候群 (high-risk myelodysplastic syndrome/neoplasm; high-risk MDS) NGS 檢測，“必需包含之檢測位點”包括：FLT3 (mutation)、ASXL1 (mutation)、BCOR (mutation)、CEBPA (mutation)、DNMT3A (mutation)、EZH2 (mutation)、IDH1 (mutation)、IDH2 (mutation)、JAK2 (mutation)、KIT (mutation)、KRAS (mutation)、NPM1 (mutation)、NRAS (mutation)、PTPN11 (mutation)、RUNX1 (mutation)、SETBP1 (mutation)、SF3B1 (mutation)、SRSF2 (mutation)、STAG2 (mutation)、TET2 (mutation)、TP53 (mutation)、U2AF1 (mutation)、WT1 (mutation)、ZRSR2 (mutation)、KMT2A/PTD (duplication)、KMT2A (fusion)、NUP98 (fusion)、ETV6 (fusion)、RUNX1-RUNX1T1 (fusion)、DEK-NUP214 (fusion)

、PML-RARA (fusion)、CBFB-MYH11 (fusion)、BCR-ABL1 (fusion)，共 33 個檢測位點，涵蓋了可精準診斷、分類與預測疾病預後、及協助擬定病患治療策略之重要基因位點，亦蒙貴署接納並給予給付，至感謝忱。

二、然現階段國內各家醫院針對急性骨髓性白血病和高風險之骨髓分化不良症候群使用之基因檢測套組，主要是採用 2016 年世界衛生組織定義與 2017 年歐洲白血病研究網之建議，尚缺乏一部分健保給付“必須包含之基因檢測位點”，例如：BCOR (mutation)、STAG2 (mutation)、EZH2 (mutation)、KMT2A/PTD (duplication)、KMT2A (fusion)、NUP98 (fusion)、ETV6 (fusion)、DEK-NUP214 (fusion)，尚需要時間開發上述基因位點之檢測，並通過實驗室開發檢測認證。

三、綜上所述，因通過實驗室開發檢測認證 (LDTs) 仍須一段時間，建議在此過渡時期 (於公告兩年內)，針對急性骨髓性白血病及高風險之骨髓分化不良症候群此兩種疾病別，各家醫院使用之 NGS 套組，若尚缺乏上述(二)提及之基因檢測位點，可先依照套組所包含的基因位點數量，給予相對應之健保給付 (即小套組 [≤ 100 個基因] 為 20000 點、大套組 [>100 個基因] 為 30000 點)，暫不需要涵蓋“所有必須包含之檢測位點”。惟日後(於公告兩年後)，仍需轉換為包含上述(一)之“必需包含之檢測位點”的 NGS 基因檢測套組。

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：

理事長 柯博升

附件二、實體腫瘤財務評估

一、預估檢測人數：

- (一)腸胃道間質瘤(GIST)：標靶藥品之適應症範圍為治療具有血小板衍生生長因子 α 受體 (PDGFRA)D842V 突變之無法切除或轉移性腸胃道間質瘤的成年病人，依據 106 年至 110 年癌症登記年報，食道、胃、小腸、結腸、直腸、乙狀結腸連結部及肛門及結締組織、軟組織及其他皮下組織等部位之胃腸基質瘤病人數為基礎，推估約為第一年 977 人至第五年 1,402 人。
- (二)黑色素瘤(melanoma)：標靶藥品之適應症範圍主要為用於治療 BRAF V600 突變陽性無法切除(第III期)或轉移性(第IV期)黑色素瘤之病人，依據 106 年至 110 年癌症登記年報，皮膚黑色素瘤及非皮膚黑色素瘤新診斷病人數為基礎，推估約為第一年 229 人至第五年 248 人。
- (三)大腸直腸癌(CRC)：依據 30104B 「All-RAS 基因突變分析」111 年申報 5,795 件，112 年申報 6,052 件，以成長率 4.4%推估 113 年執行量約 6,318 件【 $6,052 \times (1+4.4\%)$ 】。

目標人數推估		113 年	114 年	115 年	116 年	117 年
1	腸胃道間質瘤(GIST)	977	1,049	1,186	1,298	1,402
2	黑色素瘤(melanoma)	229	233	239	244	248
3	大腸直腸癌(CRC)	6,318	6,596	6,886	7,189	7,505

二、財務推估：

依各項診療項目之建議支付點數，以 113 年推估檢測人數，每人終身給付 1 次，推估「PDGFRA 基因突變實驗室自行研發檢測(LDT)」等 3 項診療項目財務支出約 24.22~30.17 百萬點。

項目	癌別	113 年推估 執行人數	建議支付點數	百萬點
新增：PDGFRA 基因突變實驗室自行研發檢測(LDT)	腸胃道間質瘤(GIST)	977	3,119	3.05
修訂：30104B、30106B「All-RAS 基因突變分析」等 2 項擴增 BRAF 檢測位點	大腸直腸癌(CRC)	6,318	增加 3,006 點 (修訂後建議支付點數為 11878 點)	18.99
新增：BRAF 基因突變實驗室自行研發檢測(LDT)	大腸直腸癌，曾執行 All-RAS 基因突變分析，檢測結果為 K-RAS 及 N-RAS wild type 者(註)	495~2,476	3,006	1.49~7.44
	黑色素瘤(melanoma)	229		0.69

註：經徵詢專家表示，大腸直腸癌 K-RAS 及 N-RAS wild type 者約為 5 成，作為 BRAF 單基因檢測人數應為高推估，因多數先前已執行 All-RAS 檢測者，或許已自費檢測、接受其他療法或死亡，推估須檢測 BRAF 單基因人數約 1 成，爰本項以 CRC 人數之 1 成至 5 成數進行財務衝擊之高、低推估。

003-1診療項目成本分析表(108年新參數校正)

☐現有項目
☒新增項目

項目名稱：KIT/PDGFRA基因突變實驗室自行研發檢測(LDT)

提案單位：台灣病理學會

錄案編號：113-1017

單位：元

專案編號：HIS-1017										單位：元					
直接成本	用人成本	人 員 別		人 數		每人每分鐘 成本		耗用時間(分)		成本小計		成本合計			
		1.主治醫師以上		1		39.1		10		391		1,511			
		2.住院醫師		0				0							
		3.護理人員		0											
		4.醫事人員		1		8		140		1,120					
		5.行政人員		1		5.9		0		-					
		6.工友、技工		0				0							
	不計價材料或藥品成本	品 名		單 位		單 位 成 本		消耗數量		成本小計		成本合計			
		空白玻片		個		7.00		4.00		28		1,055			
		二甲苯		ml		0.12		20.00		2					
		酒精		ml		1.39		20.00		28					
		tips		test		2.00		20.00		40					
		eppendorf		test		2.00		15.00		30					
		GoTaq green master mix		pc		10.00		2.00		20					
		Sequence		pc		300.00		2.00		668					
		QIAampDNAFFPET issueKit		kt		200.00		1.00		223					
		切片刀		bx		32.00		0.50		16					
										-					
	設備費用	名 稱		取得成本		使用 年限		每分鐘折舊 金額		佔用時間(分)		成本小計		合計成本	
		Microme切片機		190,000		7		0.3		10		3		192	
		Tprofessional Standard Gradient 96 Thermocycler, Biometra		320,000		7		0.5		180		84.7			
		INCUBATOR		60,000		7		0.1		120		10.6			
		小計										98			
		非醫療設備=醫療設備×28.3 %										28			
	房屋折舊	平方公尺或坪數		取得成本		使用 年限		每分鐘折舊 金額		佔用時間(分)		成本小計			
		10.00				50		0.00				22.8			
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)×28.7%										43					
直接成本合計													2,758		
作業及管理費用(直接成本×13.1 %)													361		
成本總計													3,119		

003-1診療項目成本分析表(108年新參數校正)

☐現有項目 ☒新增項目

項目名稱：BRAF基因突變實驗室自行研發檢測(LDT)

提案單位：台灣病理學會

錄案編號：113-1016

單位：元

直接成本	用人成本	人員別	人數		每人每分鐘成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計
		1.主治醫師以上	1		39.1	10	391	1,431
		2.住院醫師	0			0		
		3.護理人員	0			0		
		4.醫事人員	1		8	130	1,040	
		5.行政人員	1		5.9	0	-	
		6.工友、技工	0			0		
	不計價材料或藥品成本	品名	單位		單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計
		空白玻片	個		7.00	4.00	28	1,035
		二甲苯	ml		0.12	20.00	2	
		酒精	ml		1.39	20.00	28	
		tips	test		2.00	15.00	30	
		eppendorf	test		2.00	10.00	20	
		GoTaq green master mix	pc		10.00	2.00	20	
		Sequence	pc		300.00	2.00	668	
		QIAampDNAFFPET issueKit	kt		200.00	1.00	223	
		切片刀	bx		32.00	0.50	16	
直接成本	設備費用	名稱	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本
		Microme切片機	190,000	7	0.3	10	3	192
		Tprofessional Standard Gradient 96 Thermocycler, Biometra	320,000	7	0.5	180	84.7	
		INCUBATOR	60,000	7	0.1	120	10.6	
		小計					98	
		非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %					28	
	房屋折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間(分)	成本小計	192
		10.00		50	0.00	120.00	22.8	
	維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用) × 28.7%						43	
	直接成本合計							2,658
	作業及管理費用(直接成本 × 13.1 %)							348
	成本總計							3,006

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

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

通則：本項各診療項目須按「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」格式，於檢驗（查）申報後一個月內上傳檢驗(查)結果報告，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報告，可檢具理由後補上傳。

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
30101B	肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變體外診斷醫療器材檢測(IVD) EGFR mutation in vitro diagnostics testing 註： 1.適應症：略。 2.支付規範： <u>(1)本檢測應包含EGFR(外顯子[exon]18、19、20、21)之突變分析。</u> ~~(2)~~(2)限使用已確診之腫瘤病理組織或細胞檢體做檢測，並於檢測報告上註明診斷與腫瘤細胞百分比。 ~~(3)~~(3)限具肺癌EGFR基因檢測項目通過CAP(美國病理學家學會，The College of American Pathologists)、TAF(財團法人全國認證基金會，Taiwan Accreditation Foundation)或台灣病理學會之分子實驗室認證之實驗室。 ~~(4)~~(4)執行本項之醫事服務機構應報經保險人核定，如有異動，仍應重行報請核定。 ~~(5)~~(5)限使用食品藥物管理署核准之第三等級醫療器材檢測試劑操作，並於檢測報告上註明方法學與檢測平台。 ~~(6)~~(6)限解剖病理專科醫師簽發報告，並於檢測報告上加註專科醫師證書字號。 ~~(7)~~(7)限符合適應症規範者用藥前之伴隨式檢測，每人終生限給付一次。 ~~(8)~~(8)不得同時申報編號30102B。		v	v	v	8252
30102B	肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變實驗室開發檢測(LDTs) EGFR mutation Laboratory Developed Test 註： 1.適應症：略。 2.支付規範： <u>(1)本檢測應包含EGFR(外顯子[exon]18、19、20、21)之突變分析。</u> ~~(2)~~(2)限使用已確診之腫瘤病理組織或細胞檢體做檢測，並於		v	v	v	6755

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
	檢測報告上註明診斷與腫瘤細胞百分比。 ~~(2)~~(3)限衛生福利部核准之實驗室開發檢測施行計畫表列醫療機構申報。 ~~(3)~~(4)執行本項之醫事服務機構應報經保險人核定，如有異動，仍應重行報請核定。 ~~(4)~~(5)檢測報告上應註明方法學與檢測平台。 ~~(5)~~(6)限解剖病理專科醫師簽發報告，並於檢測報告上加註專科醫師證書字號。 ~~(6)~~(7)限符合適應症規範者用藥前之伴隨式檢測，每人終生限給付一次。 ~~(7)~~(8)不得同時申報編號30101B。					
30104B	All-RAS基因突變分析實驗室開發檢測(LDTs) All-RAS mutation testing(LDTs) 註： 1.適應症：符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準附件六藥品給付規定第九節抗腫瘤藥物 9.27.Cetuximab 及 9.53.Panitumumab之轉移性直腸結腸癌病人。 2.支付規範： (1)本檢測應包含KRAS(外顯子[exon]2、3與4)~~與~~、NRAS(外顯子2、3與4)~~與~~<u>BRAF V600E</u>之突變分析。 (2)限使用已確診之腫瘤病理組織或細胞檢體做檢測，並於檢測報告上註明診斷與腫瘤細胞百分比。 (3)限衛生福利部核准之實驗室開發檢測施行計畫表列醫療機構申報。 (4)執行本項之醫事服務機構應報經保險人核定，如有異動，仍應重行報請經核定。 (5)檢測報告上應註明方法學與檢測平台。 (6)限解剖病理專科醫師簽發報告，並於檢測報告上加註專科醫師證書字號。 (7)限符合適應症規範者用藥前之伴隨式檢測，每人終生限給付一次。 (8)不得同時申報編號30106B、<u>30108B</u>。		V	V	V	~~8872~~ 11878
30106B	All-RAS基因突變分析體外診斷醫療器材檢測(IVD) All-RAS mutation testing(IVD) 註： 1.適應症：符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準附件六藥品給付規定第九節抗腫瘤藥物 9.27.Cetuximab 及 9.53.Panitumumab之轉移性直腸結腸癌病人。 2.支付規範： (1)本檢測應包含KRAS(外顯子[exon]2、3與4)~~與~~、NRAS(外顯子2、3與4)~~與~~<u>BRAF V600E</u>之突變分析。。 (2)限使用已確診之腫瘤病理組織或細胞檢體做檢測，並於檢測報告上註明診斷與腫瘤細胞百分比。		V	V	V	~~8872~~ 11878

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	(3)限具大腸直腸癌 ALL-RAS 基因檢測項目通過美國病理學家學會(The College of American Pathologists, CAP)、財團法人全國認證基金會(Taiwan Accreditation Foundation, TAF)、台灣病理學會之分子實驗室認證或經衛生福利部食品藥物管理署精準醫療分子檢測實驗室認證(列冊登錄)之實驗室檢測，並須檢附IVD檢測試劑進貨證明，由特約醫事服務機構申報。 (4)執行本項之醫事服務機構應報經保險人核定，如有異動，仍應重行報請經核定。 (5)檢測報告上應註明方法學與檢測平台。 (6)限解剖病理專科醫師簽發報告，並於檢測報告上加註專科醫師證書字號。 (7)限符合適應症規範者用藥前之伴隨式檢測，每人終生限給付一次。 (8)不得同時申報編號30104B。					
30107B	<u>PDGFRA基因突變分析實驗室開發檢測(LDTs)</u> <u>PDGFRA mutation testing (LDTs)</u> 註： 1.適應症：符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準附件六藥品給付規定第九節抗腫瘤藥物 9.97.Avapritinib之腸胃道間質瘤病人。 2.支付規範： (1)本檢測應包含PDGFRA D842V之突變分析。 (2)限使用已確診之腫瘤病理組織或細胞檢體做檢測，並於檢測報告上註明診斷與腫瘤細胞百分比。 (3)限衛生福利部核准之實驗室開發檢測施行計畫表列醫療機構申報。 (4)執行本項之醫事服務機構應報經保險人核定，如有異動，仍應重行報請核定。 (5)檢測報告上應註明方法學與檢測平台。 (6)限解剖病理專科醫師簽發報告，並於檢測報告上加註專科醫師證書字號。 (7)限符合適應症規範者用藥前之伴隨式檢測，每人終生限給付一次。		V	V	V	3119
30108B	<u>BRAF基因突變分析實驗室開發檢測(LDTs)</u> <u>BRAF mutation testing (LDTs)</u> 註： 1.適應症：符合下列任一條件 (1)符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準附件六藥品給付規定第九節抗腫瘤藥物 9.52Vemurafenib及 9.91Dabrafenib、Trametinib之黑色素瘤病人。 (2)符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準附件六藥品給付規定第九節抗腫瘤藥物 9.27.Cetuximab及		V	V	V	3006

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>9.53.Panitumumab之轉移性直腸結腸癌病人，且於113年○月○日前已申報All RAS基因突變分析，結果為KRAS、NRAS wild type者。</u> <u>2.支付規範：</u> <u>(1)本檢測於結腸直腸癌應包含BRAF V600E之突變分析，黑色素瘤應包含BRAFV600之突變分析。</u> <u>(2)限使用已確診之腫瘤病理組織或細胞檢體做檢測，並於檢測報告上註明診斷與腫瘤細胞百分比。</u> <u>(3)限衛生福利部核准之實驗室開發檢測施行計畫表列醫療機構申報。</u> <u>(4)執行本項之醫事服務機構應報經保險人核定，如有異動，仍應重行報請核定。</u> <u>(5)檢測報告上應註明方法學與檢測平台。</u> <u>(6)限解剖病理專科醫師簽發報告，並於檢測報告上加註專科醫師證書字號。</u> <u>(7)限符合適應症規範者用藥前之伴隨式檢測，每人終生限給付一次。</u> <u>(8)不得同時申報編號 30104B、30106B。</u>					

第二十五項 次世代基因定序 Next Generation Sequencing (30301B-30305B)

附表 2.2.1 實體腫瘤次世代基因定序(30301B-30303B)給付癌別列表

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

附表 2.2.2 血液腫瘤次世代基因定序(30304B-30305B)給付癌別列表

癌別	適應症 (符合下列任一條件)	應先執行之檢測項目	必須包含之檢測基因及變異別	NGS 檢測 (符合左列條件者，得申報下列任一 NGS 檢測)
急性骨髓性白血病 Acute myeloid leukemia	1.新診斷急性骨髓性白血病。 2.復發之急性骨髓性白血病。	無。	FLT3 (mutation) ASXL1 (mutation) ~~BCOR (mutation)~~ CEBPA (mutation) DNMT3A (mutation) ~~EZH2 (mutation)~~ IDH1 (mutation) IDH2 (mutation) JAK2 (mutation) KIT (mutation) KRAS (mutation) NPM1 (mutation) NRAS (mutation) PTPN11 (mutation) RUNX1 (mutation) SETBP1 (mutation) SF3B1 (mutation) SRSF2 (mutation) ~~STAG2 (mutation)~~ TET2 (mutation) TP53 (mutation) U2AF1 (mutation) WT1 (mutation) ZRSR2 (mutation) ~~KMT2A/PTD (duplication)~~ ~~KMT2A (fusion)~~ ~~NUP98 (fusion)~~ ~~ETV6 (fusion)~~ RUNX1- RUNX1T1 (fusion) ~~DEK-NUP214 (fusion)~~ PML-RARA (fusion) CBFB-MYH11 (fusion) BCR-ABL1 (fusion)	• 小套組 (≤ 100 個基因) • 大套組 (> 100 個基因)
高風險之骨髓分化不良症候群 Myelodysplastic syndrome	1.新診斷為高風險骨髓分化不良症候群 (定義為骨髓或周邊血液之芽細胞 ≥ 5%)。 2.復發之高風險骨髓分化不良症候群 (定義為骨髓或周邊血液之芽細胞 ≥ 5%)。	無。	FLT3 (mutation) ASXL1 (mutation) ~~BCOR (mutation)~~ CEBPA (mutation) DNMT3A (mutation) ~~EZH2 (mutation)~~ IDH1 (mutation) IDH2 (mutation) JAK2 (mutation) KIT (mutation) KRAS (mutation)	• 小套組 (≤ 100 個基因) • 大套組 (> 100 個基因)

癌別	適應症 (符合下列任一條件)	應先執行之檢測項目	必須包含之檢測基因及變異別	NGS 檢測 (符合左列條件者，得申報下列任一 NGS 檢測)
			NPM1 (mutation) NRAS (mutation) PTPN11 (mutation) RUNX1 (mutation) SETBP1 (mutation) SF3B1 (mutation) SRSF2 (mutation) ~~STAG2 (mutation)~~ TET2 (mutation) TP53 (mutation) U2AF1 (mutation) WT1 (mutation) ZRSR2 (mutation) ~~KMT2A/PTD- (duplication)~~ ~~KMT2A (fusion)~~ ~~NUP98 (fusion)~~ ~~ETV6 (fusion)~~ RUNX1- RUNX1T1 (fusion) ~~DEK-NUP214- (fusion)~~ PML-RARA (fusion) CBFB-MYH11 (fusion) BCR-ABL1 (fusion)	

伍、臨時提案

臨時討論案第一案

提案單位：社團法人中華民國糖尿病學會、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

案由：修訂「全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案」，提請討論。(附件 1，頁次討 4-3～4-13)

說明：

一、依據本署 113 年 7 月 5 日修訂「孕產婦全程照護醫療給付改善方案」共識會議決議辦理。

二、本案修正重點摘要如下：

(一)案係社團法人中華民國糖尿病學會、社團法人中華民國糖尿病衛教學會、台灣婦產科醫學會、台灣周產期醫學會等 4 個學會 112 年 8 月 11 日以中華糖尿病(寧)字第 1120345 號函(附件 1，頁次臨提 1-3～1-10)辦理。

(二)經本署於 113 年 7 月 5 日召開修訂「孕產婦全程照護醫療給付改善方案」共識會議，初步決議(紀錄如附件 2，頁次臨提 1-11～1-14)修正本方案，內容摘要如下：

- 1.參與資格：照護團隊組成包括醫師、護理師[或助產師(士)]及營養師(專任或報備支援)並經地方政府妊娠期糖尿病共同照護網認證合格，認證後向本署申請同意。
- 2.收案對象：最近 90 天曾在該院所診斷為妊娠糖尿病(ICD-10-CM 前四碼為 O24.4)一次以上者。
- 3.系統登錄：明訂孕期及產後個案登錄系統必要照護項目欄位。
- 4.結案條件：完成 P3916C 管理照護者或生產後超過六個月者。
- 5.支付費用：
 - (1)管理照護費：依照孕產程(P3911C～P3916C)分別支付 200～600 點。

(2) 胰島素獎勵費(P3917C)：妊娠糖尿病病人中新增胰島素注射個案數計算(胰島素注射定義為「胰島素注射天數達 14 天以上」)，每新增加 1 人，獎勵 500 點。

6. 監控指標：訂有「自我血糖監控率」等 11 項指標 (附件 3，頁次臨提 1-15)，以蒐集表現情形，後續視執行成果，再規劃未來採用之品質獎勵指標及目標值。

(三)P3416C 產後追蹤部分會後與國健署協調，因目前無此產檢追蹤項目，爰擬納入本方案試辦。

三、財務評估：修訂方案共需增加 3,557.4~4,817.4 萬點(附件 4，頁次臨提 1-16)

(一)以年生產孕婦人數(約 15 萬人)中約有 14%罹患妊娠糖尿病(2.1 萬人)，預估照護費(P3911C~P3916C)(支付 1,500~2,100 點/人)及胰島素獎勵費(P3917C)(約 10%使用胰島素注射，每人獎勵 500 點)，全年約需 3,255 萬~4,515 萬點。

(二)P3916C 產後追蹤執行 OGTT 之費用，以現行支付標準 24029B「空腹及口服 75 公克葡萄糖兩小時後血漿葡萄糖測定」(144 點)計，每年約需 302.4 萬點。

四、預算來源：擬以 113 年醫院及西醫基層「醫療給付改善方案」專款 18.141 億元及 9.003 億元支應，查 112 年執行率約 77.1%、75.9%，推估 113 年預算尚足以支應。

擬辦：本案經討論後如獲同意，擬修訂本方案 (如附件 5，頁次臨提 1-17~1-26)，並依程序報請衛生福利部核定後，本署公布實施。

決議：

社團法人中華民國糖尿病學會 函



機關地址：10046 台北市懷寧街 48 號 10 樓

傳真：(02)2370-1898

承辦人：徐康寧 電話：02-2375-3352 #13

電子信箱：diabetes.tw@gmail.com

受文者：衛生福利部中央健康保險署

內政部(69)台內社字第 20187 號函核准立案

發文日期：中華民國 112 年 8 月 11 日

發文字號：中華糖尿病(寧)字第 1120345 號

附件：附件一、妊娠糖尿病品質提升計畫方案、附件二、Wu ET, Nien FJ, Kuo CH, et al. Diagnosis of more gestational diabetes lead to better pregnancy outcomes: Comparing the International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Group criteria, and the Carpenter and Coustan criteria. Journal of diabetes investigation 2016;7:121-6.

主旨：有關妊娠糖尿病品質提升計畫乙案，本會與台灣婦產科醫學會、中華民國糖尿病衛教學會及台灣周產期醫學會擬推動之方案如下說明，陳請鑒核。

說明：一、台灣少子化問題日趨嚴重，依據國家發展委員會公告的資料(圖一)，每年出生率從1960年的千分之39.6，一路下降至2022年的千分之6。

二、另一方面，台灣孕婦生產年齡逐年上升，高齡產婦的比例至2017年已接近3成(圖二)。高齡生產會增加各種懷孕的風險，特別是妊娠糖尿病(gestational diabetes mellitus, GDM)。據統計，台灣孕婦妊娠糖尿病的發生率逐年升高，至2017年已有將近15%孕婦罹患妊娠糖尿病(圖三)，如果沒有妥善治療，將增加婦女懷孕的風險，如巨嬰症、肩難產、生產創傷、死產等，進一步惡化少子化問題。

三、為了鼓勵婦女生育，讓懷孕變成一件安心的事，提升妊娠糖尿病照護品質來降低婦女懷孕風險是十分重要的。妊娠糖尿病的照護管理原先被規劃於現行的全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部第二章糖尿病照護方案中(下稱糖尿病方案)，然而糖尿病方案的制度是設計給非懷孕的糖尿病人，不僅收案對象使用的ICD-10-CM 前三碼沒有納入妊娠糖尿病，糖尿病方案的照護項目以及品質指標都與妊娠糖尿病的臨床照護內容大不相同，無法套用在妊娠糖尿病的照護上。

四、因此本會擬推動妊娠糖尿病品質提升計畫，設計專屬於妊娠糖尿病照護的制度。本會經過與糖尿病衛教學會、婦產科醫學會及周產期醫學會討論後，提出的方案如附件一，內容包括醫事人員的參與資格、收案對象、管理照護項目、個案登錄系統必要照護項目欄位、支付點數以及照護管理指標，重點摘錄如下：

甲、參與資格：醫事機構須組成照護團隊，醫事人員須包括醫師、護理師及營養師之專業人員，前述人員須經地方政府妊娠期糖尿病共同照護網認證合格，

認證後向保險人之分區所屬業務組申請同意。營養師得為專任或兼任，惟每月須至少支援兩節門診。已取得糖尿病共照網資格者，經修畢規定之銜接課程後始認證合格。

乙、收案對象：在該院所診斷為妊娠糖尿病（ICD-10-CM前三碼為O24.4）一次（含）以上者，才可收案。本計畫以妊娠糖尿病孕婦為主體，整個孕期、生產與產後照護不受限在同一醫療院所，以達到持續照護的精神。

丙、收案時間軸與管理照護項目之內容如圖四。

- i. 確定妊娠糖尿病診斷後新收案之門診稱為P1，第二、三、四次門診各稱為P2、P3與P4，住院生產時稱為P5，產後進行葡萄糖耐量試驗（oral glucose tolerance test, OGTT）之門診稱為P6。
- ii. 其中，P1與P2須轉介營養師進行飲食衛教，P1-P4兩次門診之間至少需間隔兩週以上。

丁、個案登錄系統必要照護項目欄位(P1-P6需登錄項目之細節)請見表一。

戊、完成前述必要照護項目並登錄之支付點數規劃，請見表二。

- i. 妊娠糖尿病之孕婦，各國指引皆建議產後4-12週要接受OGTT，以確認產後血糖之狀況。但目前臨床上執行之比例仍低，為提升此項目之執行率，故適度提高完成P6之支付點數。
- ii. 胰島素注射獎勵措施：
 1. 因國人對於胰島素注射之接受度較低，為鼓勵需要使用胰島素注射治療妊娠糖尿病之孕婦，建議比照非孕期糖尿病患者，提供胰島素注射之獎勵措施。
 2. 適用對象：因妊娠糖尿病主診斷就醫且使用胰島素藥品(ATC代碼為A10A)者，收案及非收案之妊娠糖尿病患者皆適用。
 3. 獎勵方式：按妊娠糖尿病病人中新增胰島素注射個案數計算，每新增1人，獎勵500點。胰島素注射定義為「胰島素注射天數達14天以上」。
 4. 依據文獻中之數據，妊娠糖尿病孕婦約有5-10%需要使用胰島素注射（附件二）。

五、財務衝擊推估：

甲、依據健保資料庫，從2019年到2021年，台灣生產婦女人次數每年平均約15萬人，其中妊娠糖尿病約佔全部孕婦總數14%。

乙、由於每位孕婦確定診斷妊娠糖尿病之時間不同，以及是否有順利完成P6之產後追蹤狀況也不一，因此可能之收案管理照護點數估計有四種狀況，每位孕婦支付之總點數介於2100點至2700點之間：

- i. 狀況一 $P1+P2+P3+P4+P5+P6=600+500+200+200+800+400=2700$ 點
- ii. 狀況二 $P1+P2+P3+P4+P5=600+500+200+200+800=2300$ 點
- iii. 狀況三 $P1+P2+P3+P5+P6=600+500+200+800+400=2500$ 點
- iv. 狀況四 $P1+P2+P3+P5=600+500+200+800=2100$ 點

丙、依據上述推估，推行妊娠糖尿病品質提升計畫每年將會增加的支出

$$\begin{aligned} &= \text{年生產孕婦數} \times \text{妊娠糖尿病比例}(\%) \times (\text{妊娠糖尿病品質提升計畫總點數} \\ &\quad (\text{每人}) + \text{胰島素使用比例}(\%) \times \text{胰島素獎勵點數}(\text{每人})) \\ &= 150,000 \times 14\% \times (2100 \sim 2700 + (5 \sim 10)\% \times 500) \text{點} \\ &= 44,100,000 \sim 56,700,000 \text{點} + 525,000 \sim 1,050,000 \text{點} \\ &= 44,625,000 \sim 57,750,000 \text{點} \end{aligned}$$

依照上述推算結果，推行本計畫每年之財務衝擊為44,625,000~57,750,000點。

六、照護與管理指標

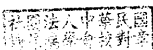
甲、妊娠糖尿病照護品質之指標如下：

- i. 血糖控制面向：孕期糖化血色素(HbA1c)或糖化白蛋白GA、空腹血糖、餐後血糖
- ii. 體重管理面向：孕前、孕期與產後之身體質量指數和體重變化
- iii. 血壓控制面向：孕期血壓、是否有慢性高血壓或發生妊娠高血壓或子癲前症
- iv. 周產期併發症面向：新生兒出生體重過重(large for gestational age)比例、初次剖腹產比例、早產、黃疸(須照光)、新生兒低血糖、入住新生兒加護病房、生產創傷與死胎的比例
- v. 產後血糖追蹤面向：產後4-12週OGTT執行率、產後新生糖尿病或糖尿病前期比例

乙、管理指標

- i. 完整收案率(分子：完成P1 + P2 + P3 + P5之人數、分母：所有妊娠糖尿病孕婦人數)
- ii. 產後4-12週OGTT執行率
- iii. 新收案人數，新收案率
- iv. 血糖控制達標率 (空腹血糖 < 95 mg/dL、餐後1小時血糖 < 140 mg/dL或餐後2小時血糖 < 120 mg/dL)

七、因本計畫較為複雜，如有需要召開會議討論，本會將配合署方於會中進行口頭說明。



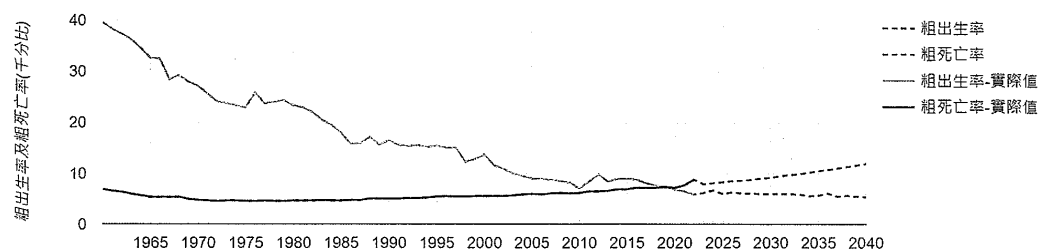
正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：台灣婦產科醫學會、中華民國糖尿病衛教學會、台灣周產期醫學會

理事長

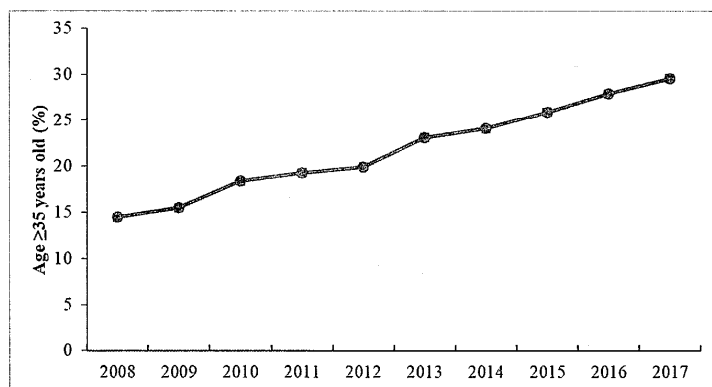
黃建寧

圖一、台灣出生率及死亡率趨勢



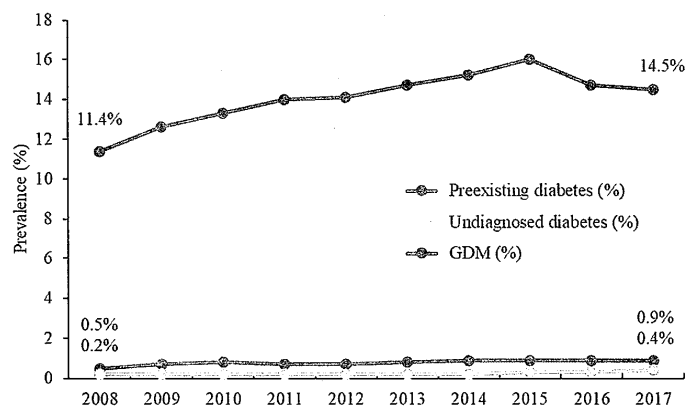
摘錄自出生率及死亡率趨勢 - 人口推估統計查詢系統 (ndc.gov.tw)

圖二、台灣 2008-2017 高齡產婦比例趨勢



摘錄自 Frontier in Endocrinology 2023; 13: 1041066

圖三、台灣妊娠期糖尿病盛行率趨勢。



GDM：妊娠糖尿病
摘錄自 Frontier in Endocrinology 2023; 13: 1041066

圖四、妊娠糖尿病品質提升計畫收案時間軸與管理照護內容。確定妊娠糖尿病診斷後新收案之門診稱為 P1，第二、三、四次之孕期追蹤門診各稱為 P2、P3 與 P4，住院生產時稱為 P5，產後進行葡萄糖耐受試驗 (oral glucose tolerance test, OGTT) 之門診稱為 P6。其中，P1 與 P2 須轉介營養師進行飲食衛教，P1-P4 兩次門診之間至少需間隔兩週以上。P1-P6 需登錄項目之細節請見表一。

	P1	P2	P3	P4	P5	P6
大致時間	孕期26~30週	孕期28~32週	孕期30~34週	孕期32~36週	生產	產後OGTT後
登錄項目	基本檢查/病史 OGTT結果 治療方式/aspirin	基本檢查 血糖機檢驗 治療方式	基本檢查 抽血檢驗 治療方式	基本檢查 血糖機檢驗 治療方式	基本檢查 生產資料	基本檢查 OGTT結果
備註	須轉介營養師	須轉介營養師			限完成P1,P2,P3者	Optional

表一、妊娠糖尿病品質提升計畫個案登錄系統必要照護項目欄位

編號	個案登錄系統必要照護項目欄位
P1 (新收案)	1. 孕期新收案日期、預產期 2. 基本檢查數據：身高、孕前體重、目前體重、收縮壓、舒張壓 3. 慢性病史及家族史：高血壓病史、妊娠糖尿病病史、一等親或二等親糖尿病家族史 4. 抽血檢驗：檢查日期、葡萄糖耐受試驗(OGTT)結果：可採取一階段或二階段篩檢妊娠糖尿病，兩者擇一填報即可。一階段篩檢方式要登錄之資料包含75克OGTT的空腹血糖Glucose(AC)、1小時血糖Glucose(75g1hPG)、2小時血糖Glucose(75g2hPG)；二階段篩檢方式要登錄之資料包含50克糖水測試的1小時血糖Glucose(50g1hPG)、100克OGTT的空腹血糖Glucose(AC)、1小時血糖Glucose(100g1hPG)、2小時血糖Glucose(100g2hPG)、3小時血糖Glucose(100g3hPG) 5. 妊娠糖尿病治療方式：飲食控制、胰島素治療、metformin、glyburide (可複選) 6. 其他用藥：是否使用aspirin、是否使用progesterone、是否使用其他藥物(選填) 7. 轉介營養師
P2 (孕期追蹤)	1. 孕期追蹤日期 2. 基本檢查數據：體重、收縮壓、舒張壓 3. 血糖機檢驗：血糖自我監測頻率(次/天)、空腹或餐後1小時或餐後2小時血糖平均值(三者至少擇一填報，也可填兩個以上，需為血糖機測定數值) 4. 妊娠糖尿病治療方式：飲食控制、胰島素治療、metformin、glyburide (可複選) 5. 轉介營養師
P3 (孕期追蹤)	1. 孕期追蹤日期 2. 基本檢查數據：體重、收縮壓、舒張壓 3. 抽血檢驗：檢查日期、糖化血色素(HbA1c)或糖化白蛋白(GA) (兩者擇一填報)、空腹血糖Glucose(AC)或餐後1小時血糖Glucose (1hPC)或餐後2小時血糖Glucose (2hPC) (三者至少擇一填報，也可填兩個以上，需上傳抽血結果，不得為血糖機數值) 4. 妊娠糖尿病治療方式：飲食控制、胰島素治療、metformin、glyburide (可複選)

P4 (孕期追蹤)	1. 孕期追蹤日期 2. 基本檢查數據：體重、收縮壓、舒張壓 3. 血糖機檢驗：血糖自我監測頻率(次/天)、空腹或餐後1小時或餐後2小時血糖平均值(三者至少擇一填報，也可填兩個以上，需為血糖機測定數值) 4. 妊娠糖尿病治療方式：飲食控制、胰島素治療、metformin、glyburide (可複選)
P5 (生產評估)	1. 基本檢查數據：體重、收縮壓、舒張壓 (媽媽) 2. 生產資料： (1)生產日期；(2)生產方式：自然產、剖腹產(初次、非初次)；(3)懷孕胎數：單胞胎、多胞胎；(4)胎兒性別(多胞胎者逐一填報)；(5)胎兒出生週數；(6)胎兒出生體重(多胞胎者逐一填報)；(7)孕期合併症：妊娠高血壓、子癲前症、無；(8)胎兒併發症(多胞胎者只要任一胎兒有此併發症就需填報)(可複選)：黃疸(須照光)、新生兒低血糖、入住新生兒加護病房、新生兒生產創傷、死胎、死胎原因(與GDM相關、與GDM無關的其他原因、無法判定)、無
P6 (產後追蹤)	1. 基本檢查數據：體重 (媽媽) 2. 抽血檢驗：檢查日期、產後4-12週75克OGTT時的空腹血糖 Glucose(AC) 及2小時血糖Glucose(2hPG)

表二、妊娠糖尿病品質提升計畫管理照護支付點數

編號	管理照護必要條件	可申報院所				支付點數
P1 (新收案)	妊娠糖尿病新收案管理照護費 註:1. 需完整登錄個案登錄系統 必要照護項目欄位 2. P1須轉介營養師	基層診所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	600
		V	V	V	V	
P2 (孕期追蹤)	妊娠糖尿病孕期追蹤管理照護費 註:1. 需完整登錄個案登錄系統 必要照護項目欄位 2. 新收案後至少須間隔二週才能申報本項 3. P2須轉介營養師	基層診所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	500
		V	V	V	V	
P3 (孕期追蹤)	妊娠糖尿病孕期追蹤管理照護費 註:1. 需完整登錄個案登錄系統 必要照護項目欄位 2. P2收案後至少須間隔二週才能申報本項	基層診所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	200
		V	V	V	V	
P4 (孕期追蹤)	妊娠糖尿病孕期追蹤管理照護費 註:1. 需完整登錄個案登錄系統 必要照護項目欄位 2. P3收案後至少須間隔二週才能申報本項	基層診所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	200
		V	V	V	V	
P5 (生產評估)	妊娠糖尿病生產評估管理照護費 註:1. 需完整登錄個案登錄系統 必要照護項目欄位 2. 須生產後才能申報本項，本項限完成P1、P2及P3者始得申報	基層診所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	800
		V	V	V	V	
P6 (產後追蹤)	妊娠糖尿病產後追蹤管理照護費 註:1. 需完整登錄個案登錄系統 必要照護項目欄位 2. 有執行產後75克葡萄糖耐量試驗(OGTT)者才能申報本項	基層診所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	400
		V	V	V	V	

修訂「孕產婦全程照護醫療給付改善方案」共識會議

會議紀錄

時間：113 年 7 月 5 日上午 9 點 30 分

地點：台北市信義路 3 段 140 號 9 樓第三會議室

主持人：劉組長林義

紀錄：黃明珮

出席單位（*以視訊參加）：

台灣醫院協會

林佩菽、蕭勝文、吳心華、

吳昱嫻、許雅淇

中華民國醫師公會全國聯合會

周天給、蘇慧珂

台灣社區醫院協會

朱益宏*

台灣家庭醫學醫學會

李龍騰

台灣婦產科醫學會

黃建霈

中華民國糖尿病學會

李弘元、林嘉鴻

台灣周產期醫學會

陳宜雍

中華民國助產師助產士公會全國聯合會

林桂美、郭素珍、許美月、

劉丹桂

台灣助產學會

高千惠

請假單位：社團法人中華民國糖尿病衛教學會

列席單位及人員：

衛生福利部國民健康署

陳美如、鄭雯心

本署醫務管理組

林右鈞、黃珮珊、陳依婕、

黃瓊萱、陳世卿、施沂廷、

蔡政伶、蘇明雪、蔡孟妤、

宋思嫻

壹、主席致詞：略。

貳、討論事項：

一、新增「妊娠糖尿病(GDM)品質提升項目」案。

討論重點：

- (一)台灣醫院協會(下稱醫院協會)表示需先釐清新增項目的預算來源，及近年健保醫療品質改善方案執行情形，在照護人力及預算許可情況下，醫院協會支持本方案。
- (二)中華民國助產師助產士公會全國聯合會(下稱助產全聯會)建議照護人力納入助產師(士)。
- (三)中華民國糖尿病學會(下稱糖尿病學會)及台灣婦產科醫學會(下稱婦產科醫學會)表示，本項係由各專科共同照護，難以達成孕產婦全程照護醫療給付改善方案(下稱孕產方案)規定：由同一院所全程照護條件；若妊娠糖尿病支付點數又下修，不僅無法支應聘用或轉介營養師費用，恐影響小醫院及基層診所加入意願。
- (四)台灣婦產科醫學會(下稱婦產科醫學會)建議 P5 生產評估僅為生產結果登錄，可酌減支付點數；至於 OGTT 項目，因現行產前 OGTT 費用由國民健康署(下稱國健署)產檢項下補助，本項 P6 產後追蹤(含 OGTT)可考慮也由其接手追蹤。
- (五)本署經徵詢婦產科醫學會等 3 個相關學協會，提供 11 項照護品質指標，供作品質獎勵或監控；糖尿病學會表示其中 4 項為負向指標，恐有個案選擇性加入專案的道德風險，建議列為監測指標即可。
- (六)台灣社區醫院協會(下稱社區醫協)建議，因小型醫院或診所收案數少，支付點數不足以支撐組成照護團隊，建議組隊就先給基本費，鼓勵院所加入。

決議：本案經與會專家充分討論後，本項目提案內容酌修如下：

- (一)收案條件改為「最近 90 天曾在該院所診斷為妊娠糖尿病 (ICD-10-CM 前四碼為 O24.4) 一次(含)以上者」，照護團

隊修訂為「醫事人員須包括醫師、護理師[或助產師(士)]及營養師之專業人員」。

(二)管理照護費之 P1、P2 需照會營養師，支付點數再調整，P5 生產評估僅上傳生產結果，應可酌減；管理照護費之 P6 產後追蹤部分將與國健署協調權責支付項目。

(三)院所組隊就支付基本費之建議，將視妊娠糖尿病個案在各醫院照護分布情形供後續研修參考。

(四)11 項品質指標均先行保留，113 年僅作品質監測使用，視 113 年執行成果，再評估品質獎勵金之適用指標及目標值。

二、新增「產科醫師與助產師(士)共照項目」案。

討論重點：

(一)社區醫協：建議先行評估現行符合提案資格院所數，並說明經費來源，以免有量身訂做、變相提升支付標準之嫌；提案新增項目現行已由護理師執行(無另行給付)，若改由助產師執行就有額外支付點數，恐有專業性衝擊，建議署方審慎評估；且助產師原本就可以獨立作業，本項規劃有重複給付且弱化醫師角色疑慮，建議署方考慮以另訂支付標準方式，給付助產人員獨立接生作業。

(二)醫院協會：建議署方利用本次總額瘦身機會通盤檢討醫療給付改善方案，將非屬健保支付項目剔除，才有空間調整支付標準。

(三)助產全聯會：憂鬱評估及門診健康指導是否改由其他司署支應，可再討論。若健保經費有困難或非權責支付範圍，建議向上反映，評估以公務預算支應。至於生產教育，請修正給付時程為：於第 3 孕期、連續 3 週、共 12 小時。

(四)婦產科醫學會：目前國健署給付的門診衛教指導只有 200 元，健保給付的接生費也偏低，因此規劃另外給付共照費，鼓勵

助產人力加入。

決議：

- (一)有關自然生產支付點數建議，本署已啟動支付標準通盤調整之規劃作業，優先調整醫事人力投入為主之項目，將與各醫學會討論。
- (二)因本次會議召開時間較為緊迫，會後如還有相關修正意見，請提供本署轉交提案單位作為方案修訂參考；本署經檢視修改版本後再與各單位續行協商。
- (三)本項經費來自醫院總額及西醫基層總額「醫療給付改善方案」專款，本次會議屬意見溝通性質，未來達成共識後尚須依程序提至相關會議，並視需要爭取 114 年總額經費，爰建議提案單位先修訂方案，調整支付點數，並朝試辦方式，未來將視試辦成效，再研議導入支付標準。

貳、臨時動議：無。

參、散會：上午 11 時 30 分。

妊娠糖尿病品質監控指標

序號	指標名稱	監測目的及重要性	數值(分子)	數值(分母)	提案單位
1	自我血糖監控率	達到理想血糖值，避免巨嬰症或生產併發症	有進行自我血糖檢測的 GDM 孕婦	所有 GDM 孕婦數量	糖尿病學會 婦產科醫學會 周產期醫學會
2	營養師衛教比例	讓孕婦了解如何進行飲食控制血糖	診斷 GDM 後有接受過營養師衛教的 GDM 孕婦	所有 GDM 孕婦數量	糖尿病學會 婦產科醫學會 周產期醫學會
3	新生兒低血糖比例	妊娠糖尿病造成的新生兒不良影響	GDM 孕婦產下的新生兒發生低血糖者	所有 GDM 孕婦數量	糖尿病學會 (建議刪除) 婦產科醫學會 周產期醫學會
4	產後 4-12 週內進行 75g OGTT 比例	了解產後血糖是否已經恢復，是否需要新陳代謝科治療追蹤	GDM 孕婦產後 4-12 週內有進行 75g OGTT 檢測者	所有 GDM 孕婦數量	糖尿病學會 婦產科醫學會 周產期醫學會
5	糖化白蛋白 $\geq 15.8\%$ 比例(GA)	監測 2-4 週內的血糖控制狀況，減少妊娠糖尿病之併發症	GDM 孕婦其糖化白蛋白 $\geq 15.8\%$ 個案數	所有 GDM 孕婦數量	婦產科醫學會
6	胎兒出生體重為巨嬰之比例	胎兒過大者其生產併發症多	GDM 孕婦產下之新生兒體重 >4000 公克%	GDM 孕婦數	婦產科醫學會
7	胎死腹中比例	監控周產期照護品質	GDM 孕婦胎死腹中個案數	GDM 孕婦數	婦產科醫學會
8	四度產道裂傷	妊娠糖尿病造成的生產併發症	分娩時發生四度產道裂傷的 GDM 孕婦	所有 GDM 孕婦數量	周產期醫學會
9	完整收案率	達成孕期完整照護	該院所完成 P1+P2 +P3+P5 申報的 GDM 孕婦	該院所所有加入此計畫的 GDM 孕婦	糖尿病學會
10	新收案率	提升加入品質提升計畫比例	該院所完成 P1 申報的 GDM 孕婦	該院所所有 GDM 孕婦	糖尿病學會
11	血糖達標率	達到孕期血糖控制目標	該院所完成 P1 申報的 GDM 孕婦中，血糖控制達標之人數	該院所所有 GDM 孕婦	糖尿病學會

妊娠糖尿病品質提升計畫預估經費

品項	預估 GDM 孕產婦數 (人)	每人支付點數	小計 (單位：萬點)
管理照護費	21,000	1,500~2,100	3,150~4,410
胰島素獎勵費	2,100	500	105
OGTT	21,000	144	302.4
合計			3,557.4~4,817.4

備註

1. GDM 人數推估=年生產孕婦*GDM 比例(14%)。
2. GDM 使用胰島素比例=GDM 人數*10%
3. P5 生產評估比照 P1408C(200 點)
4. 支付標準給付 OGTT(24029B)144 點

照護管理費	支付點數
P3911C(P1)	600
P3912C(P2)	500
P3913C(P3)	200
P3914C(P4)	200
P3915C(P5)	200
P3916C(P6)	400
高估(P1+P2+P3+P4+P5+P6)	2100
低估(P1+P2+P3+P5)	1500

全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案(草案)

(99.4.1~103.12.31 屬醫療發展基金項下計畫)

104.01.01 第一版實施

108.01.01 第二版實施

112.01.01 第三版實施(自生產案件之費用年月 112 年 1 月起)

113.07. 修訂

壹、前言

有鑑於我國生育率逐年下降，為提升孕產婦醫療照護品質，爰自 99 年起，以衛生福利部醫療發展基金推動本方案(原名：孕產婦照護品質確保及諮詢服務計畫)，將「懷孕」至「生產」期間視為一完整療程以達全人照護，並透過全程醫療照護諮詢管理模式，提供孕產婦在懷孕期間至產後 3 個月內之 24 小時無間斷之優質醫療照護諮詢服務，期能提升孕產婦在同一醫療院所全程醫療照護之品質，並降低生產風險，達到確保照護品質之目的。本方案實施後，孕產婦全程照護率持續增加，辦理成效良好，經醫療發展基金審議小組 103 年 3 月 17 日委員會議決議，應回歸健保基金支應，並經全民健康保險會(以下稱健保會)104 年總額協商同意，於醫院及西醫基層總額醫療給付改善方案專款項目項下增列本方案。

貳、依據

依據健保會協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

參、目的

促進孕產婦健康，提供完整產程檢查、指定期間之 24 小時醫療照護諮詢服務、強化高危險族群照護、優化產程多元共照，增進孕產婦及新生兒之健康。

肆、參與院所及人員資格與收案條件

一、參與院所及人員資格

(一)院所及人員資格：

- 1、醫院診所須登記有婦產科診療科別及專任婦產科專科醫師資格，並設有符合醫療機構設置標準規定之產房及嬰兒室孕產婦。
- 2、醫事人員及醫事服務機構須向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，惟 103 年已參加原「孕產婦照護品質確保及諮詢服務計畫」之醫事服務機構得持續辦理。
- 3、院所配合條件：提供孕產婦於懷孕期間及產後 1 個月內電話或網路等各類 24 小時無間斷之醫療照護諮詢服務

(二)申請妊娠糖尿病品質照護者，除前項條件外，醫事人員須包括醫師、護理師[或助產師(士)]及營養師之專業人員，且組成照護團隊；須經地方政府妊娠期糖尿病共同照護網認證合格，認證後向保險人之分區所屬業務組申請同意。已取得糖尿病共照網資格者，經修畢規定之銜接課程後始認證合格。其中營養師得為專任或兼任。

二、收案條件

- (一)為達全人優質醫療照護之目的，本方案收案條件為在該院所接受全程產前檢查及生產全程照護者。
- (二)申請妊娠糖尿病品質照護者，須最近 90 天曾在該院所診斷為妊娠糖尿病（ICD-10-CM 前四碼為 O24.4）一次以上者，納入收案條件，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之國際疾病分類碼（一）】收案。

伍、給付項目與支付標準

一、參與本方案之院所，提供懷孕至產後 1 月整合性醫療照護之孕產期全程管理照護，得依本方案規定申報「孕產期管理照護費」(詳附件一)。但產檢、生產及相關門、住診診療服務仍得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)規定申報。

- (一)母嬰親善機構認證院所照顧個案，妊娠期間產檢至生產皆在同一院所執行，且生產當次非採自行要求剖腹產之產婦，每一案件得合併生產申報「母嬰親善機構孕產期管理照護費(全程產檢暨生產)」(P3904C/1,200 點)。

(二) 非母嬰親善機構認證院所照顧個案，妊娠期間產檢至生產皆在同一院所執行，且生產當次非採自行要求剖腹產之產婦，每一案件得合併生產申報「非母嬰親善機構孕產期管理照護費(全程產檢暨生產)」(P3905C/900 點)。

(三) 如產婦自行要求剖腹產，不得申報「孕產期管理照護費」。

(四) 本項孕產期管理照護費所指全程產檢，係指完成衛生福利部國民健康署「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」所列之 11 次以上孕婦產前檢查，惟孕產婦如因早產等醫療因素僅執行 9 次以上產檢者，得比照申報孕產期管理照護費。

二、申請妊娠糖尿病品質照護者，提供確診至產後3個月內妊娠糖尿病相關醫療管理照護，得依規定申報「妊娠糖尿病管理照護費」、「胰島素獎勵費」：

(一) 妊娠糖尿病管理照護費(P3911C～ P3916C)：須依各時程照護內容，由執行管理照護必要服務項目之院所申報及登錄系統(詳附件二)。

(二) 胰島素獎勵費(P3917C)：妊娠糖尿病病人中新增胰島素注射個案數計算(胰島素注射定義為「胰島素注射天數達 14 天以上」)，每新增加 1 人，獎勵 500 點。

(三) 結案條件：個案完成 P3916C 管理照護或個案生產後超過 6 個月。

陸、品質提升費：由保險人各分區業務組每年針對參與院所進行評核，院所符合下列指標者，保險人得於次年依該院所當年度所有核定「孕產期管理照護費」之案件數，每件加給「品質提升費」：符合第 1 至 5 項指標者，每件加給 450 點；符合第 6 項指標者，按「助產人員執業登記人數」，每有一名助產人員，每件加給 50 點，每件最高加給 300 點。

一、孕產期全程照護率 $\geq 45\%$

分子：院所年度符合申報全程照護案件數。

分母：院所年度申報不含自行要求剖腹產之生產案件數。

二、產後 14 日內再住院率(含跨院) $<1\%$

分子：院所年度生產後 14 日再入院之案件數。

分母：院所年度申報生產案件數。

三、剖腹產管控率：院所剖腹產率不超過保險人各分區業務組所轄地區院所之 70 百分位，且低於該年全國平均值

分子：院所年度申報剖腹產含自行要求剖腹產案件數。

分母：院所年度申報生產案件數。

四、低出生體重率不超過院所前一年度低出生體重率 1%

分子：院所年度出生體重小於 2500 公克之活產人數。

分母：院所年度出生通報之活產人數。

公式：「本年度之低出生體重率」－「上一年度低出生體重率」 $\leq 1\%$ (四捨五入至小數點第一位)。

五、院所向「自行要求剖腹產」產婦收取之自費醫療費用(非屬健保給付之醫療費用項目不納入計算)，未超過下表所列上限金額：

層級	上限(元)
醫學中心	21,800
區域醫院	19,995
地區醫院	18,252
基層診所	14,901

註：本表係參照各層級院所原論病例計酬支付之生產點數與「自行要求剖腹產」(編號97014C)點數之價差(每點以1元計算)推算而得。

六、助產人員執業登記人數：年度內於保險人「醫事人員基本資料檔」登錄且實際執行助產業務之助產師(士)人數，最高採計上限為6人。

柒、醫療費用之申報、暫付、審查及核付方式

一、費用申報時，請依產前及生產分別申報如下：

(一) 產前部分：各次產檢請依現行規定申報，另妊娠糖尿病管理照護費(P3911C~P3914C)依各時程上傳必填欄位之時間申報。

(二) 生產部分依特約醫事服務機構住院醫療費用點數申報格式及填表說明申報：

1、Tw-DRGs案件之欄位同現行Tw-DRGs案件申報規定，另加計申報

項目：醫令清單段之醫令類別請填寫「X」，醫令代碼請填寫「P3904C」、「P3905C」及「P3915C」。

2、論病例計酬案件之欄位同現行論病例計酬案件申報規定，另加計申報項目：醫令清單段之醫令類別請填寫「2」，醫令代碼請填寫「P3904C」、「P3905C」及「P3915C」。

(三) 產後照護部分：依特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式及填表說明、併同產後回診追蹤(P3916C)或執行「24029B(OGTT)」等診療費用申報。

(四) 本方案之管理照護費及相關品質提升費，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。

二、暫付、審查及核付：

(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」辦理。

(二) 保險人視審查需要得請院所提供門診各次產檢資料送審，如經查有採「自行要求剖腹產」未確實申報者，除核減溢領費用，自通知日起一年內不得申請本方案相關費用。

(三) 院所申報「孕產期管理照護費」、「妊娠糖尿病管理照護費」及「胰島素獎勵費」，經勾稽申報資料發現未符本方案規定者，不予支付該項費用。

捌、品質監控及評估方式：(依附件三格式填寫)

參與院所每季最後一個月須提報下列相關指標供保險人各分區業務組進行監控。

一、結構指標：人員專業素質與醫療行政品質（專科資格、在職教育）。

二、過程指標：方案前後平均住院天數比較。

三、結果指標：全院性之產檢利用率、週產期死亡率、出生性別比。

四、危險因子指標：子癰前症、子癰症、早產兒、低體重兒比率。

五、妊娠糖尿病監測指標：

(一)孕產婦相關：

1、自我血糖監控率 $\geq 99\%$

分子：有進行自我血糖檢測的妊娠糖尿病孕婦。

分母：所有妊娠糖尿病孕婦數量。

2、營養師衛教比率 $\geq 99\%$

分子：經診斷妊娠糖尿病有接受過營養師衛教的妊娠糖尿病孕婦
有進行自我血糖檢測的孕婦。

分母：所有妊娠糖尿病孕婦數量。

3、產後 4-12 週內進行 75g OGTT 比率

分子：妊娠糖尿病孕婦產後 4-12 週內有進行 75g OGTT 檢測者。

分母：所有妊娠糖尿病孕婦數量。

4、糖化白蛋白 $\geq 15.8\%$ 比率(GA) $< 5\%$

分子：妊娠糖尿病孕婦其糖化蛋白 $\geq 15.8\%$ 個案數。

分母：所有妊娠糖尿病孕婦數量。

5、四度產道裂傷比率

分子：分娩時發生四度產道裂傷的妊娠糖尿病孕婦個案數。

分母：所有妊娠糖尿病孕婦數量。

6、完整收案率

分子：該院所完成 P3911C+P3912C+P3913C+P3915C 申報的妊娠
糖尿病孕婦個案數。

分母：該院所所有加入此計畫的妊娠糖尿病孕婦。

7、新收案率

分子：該院所完成 P3911C 申報的妊娠糖尿病孕婦個案數。

分母：該院所所有的妊娠糖尿病孕婦。

8、血糖達標率

分子：該院所完成 P3911C 申報的妊娠糖尿病孕婦中，血糖控制達標之人數。

分母：該院所所有的妊娠糖尿病孕婦。

(二)新生兒相關：

1、新生兒低血糖比例<5%

分子：妊娠糖尿病孕婦產下的新生兒發生低血糖者。

分母：所有妊娠糖尿病孕婦數量。

2、胎兒出生體重為巨嬰之比例 <5%

分子：妊娠糖尿病孕婦產下之新生兒體重>4000 公克%個案數。

分母：所有妊娠糖尿病孕婦數量。

3、胎死腹中比例 <5‰

分子：妊娠糖尿病孕婦胎死腹中個案數。

分母：所有妊娠糖尿病孕婦數量。

六、其他指標：住院期間總母乳哺育率、住院期間純母乳哺育率。

附件一

「全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案」

給付項目及支付標準

通則：

- 一、不符醫學上適應症而自行要求剖腹產者，須回歸現行醫療服務支付標準申報，依自行要求剖腹產點數支付，不得申報本方案各項支付標準。
- 二、其他未列入本方案之支付標準規定項目，依現行醫療服務支付標準規定辦理。
- 三、高風險及急重症孕產婦經醫師診斷如有需要之必要轉診，依醫療服務支付標準及相關轉診規定辦理，不得申報本方案。
- 四、每一孕產婦就下列 P3904C 及 P3905C，擇一申報。

代碼	診療項目	支付點數	給付時程	服務項目
P3904C	母嬰親善機構孕產期管理照護費(全程產檢暨生產)	1,200	確定懷孕至產後 3 月	母嬰親善機構認證院所照顧個案，妊娠期間產檢至生產皆在同一院所執行者，且生產當次非採自行要求剖腹產時，合併生產申報。 註：母嬰親善機構認證及效期若有異動，各參與計畫院所需檢附證明向保險人分區業務組申請更新維護，本計畫費用檢核以該筆費用年月申報時，保險人之醫管資料檔為準。
P3905C	非母嬰親善機構孕產期管理照護費(全程產檢暨生產)	900	確定懷孕至產後 3 月	非母嬰親善機構認證院所照顧個案，妊娠期間產檢至生產皆在同一院所執行者，且生產當次非採自行要求剖腹產時，合併生產申報。

「全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案」

妊娠糖尿病管理照護給付項目及支付標準

代碼	診療項目	支付點數	給付時程	管理照護必要服務項目
P3911C	妊娠糖尿病-新收案	600	懷孕<28 週	1.個案登錄系統必填欄位：建立病人基本資料、 <u>孕期新收案日期、預產期、孕次(G)、產次(P)、基本檢查數據、慢性病史及家族史、抽血檢驗結果、妊娠糖尿病治療方式、其他用藥。</u> 2.P3911C 須轉介營養師。
P3912C	妊娠糖尿病-孕期追蹤(28-32 週)	500	懷孕 28-32 週	1.個案登錄系統必要照護項目欄位：孕期追蹤日期、基本檢查數據、血糖機檢驗、妊娠糖尿病治療方式。 2.新收案後至少須間隔二週才能填報本項。 3.P3912C 須轉介營養師。
P3913C	妊娠糖尿病-孕期追蹤(30-34 週)	200	懷孕 30-34 週	1.個案登錄系統必填欄位：孕期追蹤日期、基本檢查數據、抽血檢驗及妊娠糖尿病治療方式。 2.P3912C 收案後至少須間隔二週才能填報本項。
P3914C	妊娠糖尿病-孕期追蹤(32-36 週)	200	32-36 週	1.個案登錄系統必填欄位：孕期追蹤日期、基本檢查數據、血糖機檢驗及妊娠糖尿病治療方式。 2.P3913C 收案後至少須間隔二週才能填報本項。
P3915C	妊娠糖尿病-生產評估	200	生產	1.個案登錄系統必填欄位：基本檢查數據、抽血檢驗、生產日期、方式、懷孕胎數、胎兒性別、出生週數、出生體重、孕期合併症、胎兒併發症(新生兒低血糖、入住 NICU、新生兒生產創傷、死胎、死胎原因等)。 2.須生產後才能填報本項，本項限完成 P3911C、P3912C 及 P3913C 者始得填報。
P3916C	妊娠糖尿病-產後追蹤	400	產後 4-12 週	1.個案登錄系統必填欄位：基本檢查數據、抽血檢驗 2.有執行產後 75 克葡萄糖耐受試驗(OGTT)者才能填報本項，且限有填報 P3915C 院所申報。

註：抽血檢驗結果需包含醣化血色素(HbA1c)、醣化蛋白及空腹血糖(AC)。

附件三

「全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案」醫療品質

指標報告表

院所名稱：

院所代號：

○年第○季

表 1 結構、過程、結果指標

項目 過程	專科資格	在職教育
結構面		
過程面	1.參與本方案前之平均住院天數	天
	2.參與本方案後之平均住院天數	天
結果面	產檢利用率（分子：分母：） 週產期死亡率（分子：分母：） 出生性別比（男嬰數/女嬰數）	

表 2 危險因子指標

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

表 3 其他指標

項目	哺育母乳人數(A)	產婦人數 (B)	比率 % (A/B)
住院期間純母乳哺育率			
產後 4-12 週純母乳哺育率			

註：1.本表請於每季最後 1 月(3、6、9、12 月)申報醫療費用時一併提供分區業務組。

2.純哺育母乳率之哺育母乳人數係指純哺育母乳(僅餵母乳或加維他命、礦物補充劑或藥品)之產婦人數。

3.專科資格：本方案相關專科醫師人數、相關專業人員數(如護理師)

4.在職教育：本方案相關訓練如新生兒急救等教育訓練時數。

5. 週產期死亡率: (懷孕 28 週以上之死胎數+活產後 1 週內死亡數)/(懷孕 28 週以上之死胎數+1 年中的活產數)*1000