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

112 年第三次

會議資料

112 年 9 月 14 日（星期四）下午 2 時
本署 18 樓大禮堂

112 年第三次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」會議議程

壹、 主席致詞

貳、 確認上次會議紀錄，請參閱(不宣讀)　　第 01 頁

參、 報告事項

一、 歷次會議決議事項辦理情形。	報 1-1
二、 「急診病人留置急診室超過 24 小時比率」執行情形。	報 2-1
三、 增修訂 3 項中醫專款照護計畫案。	報 3-1
四、 因應本署申報資料自 113 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案。	報 4-1
五、 有關修訂「全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫」案。	報 5-1
六、 論病例計酬支付點數調整案。	報 6-1
七、 配合修訂 47101B「急性缺血性腦中風處置費」診療項目案。	報 7-1
八、 全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)3.4 版 113 年 1-6 月適用之相對權重統計結果案。	報 8-1
九、 考量單次醫材臨床實際使用情形，修訂受影響之診療項目支付點數案。	報 9-1
十、 未通過區域醫院評鑑之大型地區醫院，不得適用地區醫院支付標準點數加成及保障項目案。	報 10-1

肆、 討論事項

一、 增修「遊戲式聽力檢查」等 29 項診療項目案。	討 1-1

伍、 臨時動議

陸、 散會

貳、確認本會議 112 年度第 2 次

會議紀錄

-請參閱(不宣讀)確認

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」

112 年第 2 次會議紀錄

時　　間：112 年 6 月 29 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：蔡孟芸

彭代表家勛	彭家勛	陳代表俊良	陳俊良
黃代表雪玲	黃雪玲	吳代表國治	黃啓嘉(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	黃代表克忠	黃克忠
李代表佳珂	李佳珂	謝代表偉明	林敬修(代)
陳代表志忠	陳志忠	劉代表淑芬	劉淑芬
劉代表碧珠	劉碧珠	李代表懿軒	李懿軒
嚴代表玉華	嚴玉華	朱代表世瑋	朱世瑋
羅代表永達	羅永達	李代表承光	李承光
謝代表景祥	謝景祥	林代表桂美	林桂美
朱代表文洋	朱文洋	吳代表茂昌	温建雄(代)
朱代表益宏	(請假)	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	連哲震(代)	何代表語	何語
王代表宏育	林誓揚(代)	陳代表杰	陳杰
黃代表振國	黃振國	陳代表莉茵	陳莉茵
賴代表俊良	賴俊良	陳代表振文	陳振文
洪代表德仁	洪德仁	施代表壽全	施壽全
吳代表清源	楊曜旭(代)		

列席單位及人員：

中華民國醫師公會全國聯合會	陳哲維、黃佩宣
台灣醫院協會	吳昱嫻、林佩萩、顏正婷、鄭禮育、楊智涵
中華民國藥師公會全國聯合會	黃羽婕
中華民國中醫師公會全國聯合會	王逸年
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	宋佳玲
財團法人醫藥品查驗中心	朱素貞、張慧如、黃昭仁、林鈺婷、高嘉慧、何函軒
台灣小兒外科醫學會	謝明諭、洪琬婷
臺灣兒科醫學會	曾崇芳
台灣手外科醫學會	傅尹志
台灣新生兒科醫學會	詹偉添
台灣消化系醫學會	吳登強
台灣感染症醫學會	請假
台灣腎臟醫學會	陳呈旭、吳欣旭
財團法人器官捐贈移植登錄及病人自主推廣中心	劉嘉琪
台灣眼科學教授學術醫學會	請假
中華民國眼科醫學會	請假
中華民國骨質疏鬆症學會	黃駿豐
中華民國放射線醫學會	陳雅芳
台灣乳房醫學會	張耀仁
中華民國核醫學學會	王昱豐、黃玉儀
台灣放射腫瘤學會	趙興隆、李卓穎
行政院原子能委員會	黃茹絹
衛生福利部疾病管制署	李淑英、陳婉青
衛生福利部全民健康保險會	張友珊、李岳秦
衛生福利部社會保險司	白其怡

本署副署長室	請假
本署醫審及藥材組	張淑雅、簡淑蓮
本署醫務管理組	黃兆杰、劉林義、林右鈞、張作貞、陳依婕、呂姿曄、黃信忠、許博淇、王智廣、劉立麗、葉若涵、蔡金玲、黃思瑄、陳玫吟、吳倍儀、蔡政伶、何懿庭、顏其敏、楊竣崴、周筱妘、楊庭嫣、蔡孟妤、張艾琪、宋思嫻、林煜翔、蘇明雪

壹、主席致詞：略。

貳、上次會議紀錄，請參閱(不宣讀)確認：略。

參、報告事項：

一、 歷次會議決議事項辦理情形。

決定：

1. 有關恢復實施醫院門診診察費合理量案(序號 4)，代表建議若實施門診合理量，各層級應全面實施並重新檢討合理量計算公式，本署將報部核定並持續觀察 112 年 7 月 1 日實施之新制部分負擔一段時間後門診變化情形，滾動式調整，代表建議將納入未來制度設計參考，爰解除列管。
2. 其餘項目依議程所列。

二、 有關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之會議內容實錄，改採會議實錄錄音檔對外公開。

說明：自本次會議起，會議內容實錄將比照本署全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議之會議，以「會議實錄錄音檔」形式對外公開。

決定：洽悉。

三、 修訂牙醫支付標準案（詳附件 1，P9-P14）。

說明：修訂重點如下：

(一) 門診診察費：

1.「重度以上特定身心障礙者診察費」(含符合牙醫門診加強感染管制實施方案)名稱改為「重度以上特定身心障礙者及自閉症、失智症診察費」。

2.修訂「環口全景 X 光初診診察」(含符合牙醫門診加強感染管制實施方案)支付規範。

(二) 「0 歲至 6 歲嚴重齲齒兒童口腔計畫（P6701C～P6705C）」等 12 項診療項目排除於附表 3.3.3「牙醫相對合理門診點數給付原則」計算範圍。

決定：「重度以上特定身心障礙者診察費」名稱改為「自閉症、失智症及重度以上特定身心障礙者診察費」，餘項目照案通過。

四、 有關 29016C「脊椎穿刺」等 145 項診療項目西醫基層適用支付點數暨手術及麻醉通則修訂至與醫院一致案（詳附件 2，P15-P47）。

說明：29016C「脊椎穿刺」等 145 項診療項目西醫基層適用支付點數、手術及麻醉通則之兒童加成率、手術通則六折付規範調升至與醫院一致；另西醫基層放寬「不同肢體部位之外傷換藥」視為非簡單傷口，不列入同一療程，每次就醫得申報門診診察費。

決定：洽悉。

五、 配合醫療器材使用規範，修訂受影響之診療項目支付點數案（詳附件 3，P48-P65）。

說明：配合衛生福利部「醫院重處理及使用說明書標示單次使用醫療器材審查作業要點」，本保險各支付標準項目不得申請重消使用單次醫材，爰 33033B 內視鏡逆行胰液引流術等 77 項過程面醫材成本改以單次醫材成本計算，並調升支付點數。

決定：洽悉，另考量支付衡平性，「經尿道攝護腺切除術」不論切除攝護腺重量應一併調升並載明相關材料百分比，同意併予調升 79411B「經尿道攝護腺切除術-切除攝護腺重量十五至五十公克」，及 79412B「經尿道攝護腺切除術-切除攝護腺重量大於五十公克」支付點數。

六、 修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準小兒外科專科醫師住院診察費比照兒科專科醫師申報加成案（詳附件 4，P66）。

說明：小兒外科專科醫師診治未滿 19 歲病人，住院診察費得比照兒科專科醫師申報加成，住院會診費及加護病床住院診察費加成 120%，一般病床住院診察費及隔離病床住院診察費加成 150%。

決定：洽悉。

七、 112 年醫院總額部門「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」及「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」專款運用方式案（詳附件 5，P67-P70）。

說明：

新增「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」及「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」專款計畫：

(一) 調升區域級以上醫院「加護病床住院診察費」、「新生兒中重度住院診察費」等 9 項急重症基本診療項目。

(二) 地區醫院「慢性呼吸照護病房論日計酬」及「急診診察費（含不分檢傷及按檢傷分類）」等 8 項急重症診療項目額外加成，及其全日平均護病比達區域級以上醫院級距範圍之住院護理費額外加成。

(三) 本項專款支應調整前後支付點數差額，並以統一補付方式辦理。

決定：洽悉。

肆、討論事項：

一、 增修「經皮鬆解板機指-每指」等 33 項診療項目案（詳附件 6，P71-P84）。

說明：

(一)新增「經皮鬆解板機指-每指」(2,500 點)、「高風險妊娠生產新生兒緊急處置費-初階/中階/高階」(2,354 點/5,000 點/10,000 點)、「胃幽門螺旋桿菌特殊培養法」(903 點)、「(難治型)胃幽門螺旋桿菌藥物敏感度檢測-三種/五種抗生素藥物敏感度檢測」(2,278 點/3,047 點)、「腎臟移植諮詢費」(600 點)。

(二)因應「嚴重特殊傳染性肺炎」自 112 年 5 月 1 日起調整為第四類法定傳染病，民眾因病就醫回歸由健保支付，爰新增「新型冠狀病毒抗原檢測」(150 點)、「新型冠狀病毒核糖核酸定性擴增試驗」(1,200 點)。

(三)修訂 23502C「眼底彩色攝影」等 23 項支付規範文字。

決議：

1. 「經皮鬆解板機指-每指」與會代表表示西醫基層應明訂管理措施，爰暫保留；另前述項目未通過，64081C「板機指手術」無須配合修訂支付規範。
2. 「難治型胃幽門螺旋桿菌藥物敏感度檢測-五種抗生素藥物敏感度檢測」確認本項使用時機為第一次抗生素治療失敗後執行。註：會後與消化系醫學會確認支付規範文字為「僅用於第一線治療失敗，需進行第二線治療時」。
3. 新型冠狀病毒相關檢測係給付適用須投予抗病毒藥物之高風險者，爰「新型冠狀病毒抗原檢測」適應症限符合抗病毒藥使用條件者、「新型冠狀病毒核糖核酸定性擴增試驗」適應症限符合抗病毒藥物條件者或臨床醫師懷疑為 COVID-19 中重症者，且抗原快篩陰性或無法取得抗原快篩適用的檢體化驗時。
4. 33064B「X 光骨骼密度測定」考量加強審查難以定義是否符合病情需求，本執行頻率維持「是項檢查以三次為限」。

5. 26078A「鐳 223 治療處置費」操作人員資格之專科醫師因放射腫瘤科目前未執行本項，爰刪除該專科醫師；護理人員規範修改為「受過核子醫學相關訓練之護理師」，並新增操作人員均應符合游離輻射防護法相關規定。另後續將研議執行本項藥師之申報方式。

6. 餘照案通過。

二、 112 年度「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 7，P85-P122）。

說明：本案重點如下：

(一)資料上傳獎勵：

1. 上傳檢驗(查)結果之項目新增項 12213B「HLA-B5801 基因檢測」及 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. 上傳醫療檢查影像及影像報告：調整 CT、MRI 等 56 項獎勵點數，另調整牙科 X 光上傳時效至 1 週。

(二)新增提升院所智慧化資訊機制獎勵：

1.居家醫療、IDS 計畫、遠距計畫協助病人綁定虛擬(行動)健保卡者，每名病人獎勵 200 點，限獎勵一次。又依據虛擬(行動)健保卡申報情形及所在地區每件獎勵 10-40 點，另當年度醫療院所提供上開服務累計 10 人以上，每家再獎勵 5,000-20,000 點。

2.以修正後「醫療費用點數申報格式及填表說明」完成費用申報者，可獲得部分負擔改版及就醫識別碼改版各獎勵 2,000 點(每家)。

3.112 年 12 月 31 日前，於健保資訊網服務系統(VPN)申請並由本署分區業務組核定後，以健保卡資料上傳格式 2.0 版本上傳每日就醫資料，每家獎勵 10,000 點。

4.醫院及診所完成於紙本處方箋印製 QR CODE 者，於健保資

訊網服務系統(VPN)上傳含 QR CODE 之紙本處方箋影像者，獎勵每家 2,000 點。藥局成功介接電子處方箋 API 且有上傳資料者，獎勵每家 2,000 點。

決議：通過。

伍、臨時提案：無。

陸、散會：下午 5 時 30 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 6 項，繼續列管計 2 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-臨 1 討 5	112.4.27	鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫	決議：同意新增。 1. 鼓勵院所新設腹膜透析室/中心：維持台灣腎臟醫學會提案開辦獎勵費新設立 60 萬點、鼓勵院所重新收治腹膜透析醫療獎勵費 40 萬點。 2. CKD Stage5 或血液透析治療 2 年內之病人執行 SDM，病人經 SDM 成功轉為腹膜透析治療，醫學中心、區域醫院 1,200 點/次、地區醫院及基層診所 2,000 點/次，其餘 SDM 病人未轉腹膜透析治療，依本署修訂版醫學中心、區域醫院、地區醫院及基層診所均為 600 點/次。 3. 腹膜透析病人訪視費依本署修訂版 1,200 點/次，每半年 1 次改為每季 1 次，1 年中 2 次可以視訊方式進行。 4. 其餘部分依本署修訂版。 5. 本案通過後，請台灣腎臟醫學會研議腹膜透析更完善之照護模式，如比照家醫計畫 call center 或與居家護理暨服務協會合作居家訪視等。另請洽衛生福利部醫事司醫學中心評鑑指標腹膜透析率，將下轉腹膜透析病人納入指標計算。	健保署醫管組	1. 本案業於 112 年 7 月 4 日健保醫字第 1120112758 號公告實施。 2. 業以會議紀錄副知台灣腎臟醫學會及衛生福利部醫事司參辦後續事宜。	V	
2	112-2 討 1	112.6.29	增修「經皮鬆解板機指-每指」等 33 項診療項目案。	決議： 1. 「經皮鬆解板機指-每指」與會代表表示西醫基層應明訂管理措施，爰暫保留；另前述項目未通過，64081C「板機指手術」無須配合修訂支付規範。 2. 「難治型胃幽門螺旋桿菌藥物敏感度檢測-五種抗生素藥物敏感度檢測」確認本項使用時機為第一次抗生素治療失敗後執行。註：會後與消化系醫學會確認支	健保署醫管組	1. 「經皮鬆解板機指-每指」俟與相關學會溝通凝聚共識後，提至本會議討論。 2. 其餘項目衛生福利部業於 112 年 8 月 30 日公告，自 112 年 10 月 1 日起生效。		V

序號	編號	會議時間	案由	決議（結論）事項	辦理單位	辦理情形	管考建議	
							解除列管	繼續列管
				付規範文字為「僅用於第一線治療失敗，需進行第二線治療時」。 3. 新型冠狀病毒相關檢測係給付適用須投予抗病毒藥物之高風險者，爰「新型冠狀病毒抗原檢測」適應症限符合抗病毒藥使用條件者、「新型冠狀病毒核糖核酸定性擴增試驗」適應症限符合抗病毒藥物條件者或臨床醫師懷疑為 COVID-19 中重症者，且抗原快篩陰性或無法取得抗原快篩適用的檢體化驗時。 4. 33064B「X 光骨骼密度測定」考量加強審查難以定義是否符合病情需求，本執行頻率維持「是項檢查以三次為限」。 5. 26078A「鐳 223 治療處置費」操作人員資格之專科醫師因放射腫瘤科目前未執行本項，爰刪除該專科醫師；護理人員規範修改為「受過核子醫學相關訓練之護理師」，並新增操作人員均應符合游離輻射防護法相關規定。另後續將研議執行本項藥師之申報方式。 6. 餘照案通過。				
3	112-2 討 2	112.6.29	112 年度「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」。	通過。	健保署醫管組	本署業於 112 年 8 月 18 日公告，自 112 年 9 月 1 日實施。	V	
4	112-2 報 3	112.6.29	修訂牙醫支付標準案。	「重度以上特定身心障礙者診察費」名稱改為「自閉症、失智症及重度以上特定身心障礙者診察費」，餘項目照案通過。	健保署醫管組	衛生福利部業於 112 年 8 月 30 日公告，自 112 年 10 月 1 日起生效。	V	
5	112-2 報 4	112.6.29	有關 29016C「脊椎穿刺」等 145 項診療項目西醫基層適用支付點數暨手術及麻醉通則修訂至與醫院一致案。	洽悉。	健保署醫管組	衛生福利部業於 112 年 8 月 30 日公告，自 112 年 10 月 1 日起生效。	V	

序號	編號	會議時間	案由	決議（結論）事項	辦理單位	辦理情形	管建議列管	
							解除列管	繼續列管
6	112-2報5	112.6.29	配合醫療器材使用規範，修訂受影響之診療項目支付點數案。	洽悉，另考量支付衡平性，「經尿道攝護腺切除術」不論切除攝護腺重量應一併調升並載明相關材料百分比，同意併予調升79411B「經尿道攝護腺切除術-切除攝護腺重量十五至五十公克」，及79412B「經尿道攝護腺切除術-切除攝護腺重量大於五十公克」支付點數。	健保署醫管組	1. 經徵詢腹腔鏡手術、骨科、神經外科及北市聯醫等專家意見，腹腔鏡手術有重消醫材可替代使用，爰擬排除腹腔鏡相關診療項目，並列入本次會議報告案。 2. 將依本次會議決議辦理報部核定等行政作業。	V	
7	112-2報6	112.6.29	修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準小兒外科專科醫師住院診察費比照兒科專科醫師申報加成案。	洽悉。	健保署醫管組	衛生福利部業於112年8月30日公告，自112年10月1日起生效。	V	
8	112-2報7	112.6.29	112年醫院總額部門「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」及「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」專款運用方式案。	洽悉。	健保署醫管組	本署業於112年9月5日以健保醫字第1120663463號函報請衛生福利部核定，俟核定後本署公告實施。		V

報告事項

第 二 案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：「急診病人留置急診室超過 24 小時比率」執行情形。

說明：

一、 依據本署 112 年 3 月 30 日召開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 112 年第 1 次會議決議辦理。

二、 統計 112 年上半年「急診病人留置急診室超過 24 小時比率」及 108 年至 111 年同期資料（詳附件，頁次報 2-2），說明如下：

(一) 整體而言，112 年上半年「急診病人留置急診室超過 24 小時比率」為 3.27%（較 111 年同期增加 0.97 個百分點），其中醫學中心為 7.13%、區域醫院為 2.63%、地區醫院為 1.00%。

(二) 統計全國各醫學中心 112 年上半年「急診病人留置急診室超過 24 小時比率」前五名醫院分別為：台大醫院 13.47%、臺北榮總 12.01%、成大醫院 10.21%、高雄長庚 10.11%及慈濟醫院 9.39%，其中台大醫院、臺北榮總、成大醫院及慈濟醫院，分別較去年同期增加 0.72、1.31、2.52 及 4.33 個百分點，高雄長庚則較去年同期減少 3.87 個百分點。

三、 統計 112 年上半年急診總件數（362.3 萬件）較 111 年同期增加約 12.7 萬件，成長率為 3.63%；112 年上半年住診總件數為 174.5 萬件，較 111 年同期成長 13.84%(醫學中心 14.61%、區域醫院 16.49%、地區醫院 7.82%）。可能因急診及住診案件增加，導致醫護人員工作負荷增加，且造成急診病人滯留原因眾多，例如病人之病況危急度、嚴重度、急診人力配置、加護病床或一般病床床位調度、病房護病比、醫療服務量能等因素。另考量部分負擔新制甫於 112 年 7 月 1 日起實施，本署將持續觀察病人留置急診情形。

決定：

附件

急診病人留置急診室超過 24 小時比率 (單位：%)

1.全國及特約類別：

	108 年 Q1-Q2	109 年 Q1-Q2	110 年 Q1-Q2	111 年 Q1-Q2	**112 年 Q1-Q2**
全國	2.61	2.08	2.43	2.30	**3.27**
醫學中心	6.58	5.57	6.60	6.08	**7.13**
區域醫院	1.50	1.16	1.35	1.45	**2.63**
地區醫院	0.49	0.35	0.56	0.61	**1.00**

2.各醫學中心：

	108 年 Q1-Q2	109 年 Q1-Q2	110 年 Q1-Q2	111 年 Q1-Q2	112 年 Q1-Q2
台大醫院	**13.90**	**13.34**	**13.82**	**12.75**	**13.47**
臺北榮總	**10.98**	**7.50**	**10.95**	**10.70**	**12.01**
成大醫院	**0.90**	**5.44**	**8.98**	**7.69**	**10.21**
高雄長庚	**9.70**	**8.59**	**11.72**	**13.99**	**10.11**
慈濟醫院	**6.96**	**5.12**	**7.40**	**5.06**	**9.39**
林口長庚	8.18	9.79	8.95	9.00	9.15
奇美醫院	6.39	5.49	5.98	7.82	8.87
新光醫院	8.70	4.86	7.95	6.78	8.44
高雄醫學大	6.15	3.38	6.96	5.70	7.02
高雄榮總	7.78	4.67	6.22	6.49	6.68
中國附醫	4.02	1.88	3.40	3.57	5.97
亞東醫院	5.68	4.44	3.79	2.00	5.57
三軍總醫院	2.94	2.25	3.22	4.36	5.10
台北馬偕	4.28	3.29	2.98	4.04	4.96
萬芳醫院	3.00	1.37	1.99	2.14	4.04
彰基	4.79	3.44	3.53	3.45	3.61
中山附醫	3.50	2.73	2.97	3.17	3.31
國泰醫院	1.06	0.74	1.20	1.60	2.04
臺中榮總	15.72	14.00	14.15	6.70	0.74

報告事項

第 三 案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：增修訂 3 項中醫專款照護計畫案。

說明：

一、 依據本署 112 年 8 月 17 日召開全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 112 年第 3 次研商議事會議決議辦理。

二、 本案修訂中醫 3 項專款照護計畫經提至前揭會議討論，重點決議摘要如下：

(一) 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫：（修訂後計畫條文如附件 1，頁次報 3-4～3-11）

1. 增訂支付標準表第二章藥費加註「出院患者必要時得開給 7 天藥品」。
2. 財務影響：計畫比照「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」增訂「出院患者必要時得開給 7 天藥品」文字，可減輕民眾回診就醫之負擔，亦提升照護連續性，推估不增加整體中醫門診總額財務支出。
3. 配合執行年度修改實施期程，另酌修文字(如病患改為病人)，不影響語意。

(二) 中醫癌症患者加強照護整合方案：（修訂後計畫條文如附件 2，頁次報 3-12～3-25）

1. 修正適用範圍「主診斷為其他癌症且次診斷為胃癌」之「其他癌症」ICD-10-CM 由原 C79.5-C97.7 改為 C79.5-C79.7。
2. 財務影響：本項係適用範圍之胃癌診斷碼限縮，不影響財務。
3. 配合執行年度修改實施期程，另酌修文字(如病患改為病人)，不影響語意。

(三) 中醫急症處置計畫：（修訂後計畫條文如附件 3，頁次報 3-26～3-35）

1. 適用範圍及收案條件之骨骼、關節相關痛症適應症（ICD-10-CM）增列 S03.0、S03.1、S13、S23、S33。

2. 另刪除 P61002 中醫急症處置費 500 點，改為增列 P61003 針灸(或電針)治療處置費 500 點、P61004 傷科(含推拿治療或外敷換藥處置)治療處置費 500 點及 P61005 骨折、脫臼整復復位治療處置費 1,200 點。

3. 財務影響：

(1) 放寬適應症：以中醫急症計畫 7 家醫院之急診案件統計，112 年 1 月至 5 月申報符合現行適應症範圍急診人數約 6.6 萬人，其中有申報中醫急症計畫 1,802 人（占 2.71%），平均每人 3.87 件【6,982 件/1,802 人】。按中全會建議增加診斷碼範圍統計同期急診人數為 372 人，估計申報中醫急症計畫約 10.1 人【372 人*2.71%】，以中醫急症計畫 111 年 1-5 月占全年申報件數比率約 56.8%及計畫平均每件 514 點【3,589,739 點/6,982 件】，推估 112 年約需增加 4 萬點【10.1 人*3.87 件/56.8%*514 點】。

(2) 依處置類別拆分急症處置費：

A. 考量現行計畫申報資料無法區分急症處置費中執行針灸、傷科或骨折、脫臼整復復位治療之比率，爰以 112 年 1 月至 5 月申報中醫支付標準針灸(D01-D08)、傷科(E01-E12)及針灸合併傷科（F01-F68）件數及醫令量，依中全會建議增列 3 項處置分別歸類 P61003「針灸」、P61004「傷科」、P61005「骨折整復」、P61003+P61004「針灸+傷科」及 P61003+P61005「針灸+骨折整復」之申報占率分布。

B. 統計 112 年 1 月至 5 月實際申報 P61002 共 4,443 件，以上述歸類之各別占率推估 P61003 至 P61005 申報量為 8,530 人次、4.27 百萬點【8,530*500(點)】、1,600 人次、0.8 百萬點【1,600*500(點)】及 3 人次 3,600 點【3*1,200(點)】），合計為 5.07 百萬點。

C. 以 111 年 1-5 月占全年申報件數比率 44%，推估 112 年全年度申報 P61003 至 P61005 分別為 1 萬 9,395 人次、9.7 百萬點【19,395*500(點)】、3,638 人次、1.8 百萬點【3,638*500(點)】及 7 人次、8,400 點【7*1,200(點)】，約需增加支出 11.5 百萬點。

(3) 因評估將有財務支出，前揭會議決議請中華民國中醫師公會全國聯合會應先爭取 113 年總額預算支應。

三、 除中醫急症處置計畫需待衛生福利部公告 113 年總額預算後再報部核定外，其餘計畫（方案）將依程序報請衛生福利部核定後，本署公告實施。

決定：

附件 1

全民健康保險西醫住院病~~患~~人中醫特定疾病輔助醫療計畫

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：

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：~~112~~113 年 1 月 1 日至 ~~112~~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~~患~~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)。

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

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、M22-26、M36、M76-77、M79-81、N23、R10、R14、R39、R51-R52、R68、S38-39、S80、S82-83、S86-89)，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。

(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者；前述違規期間之認定，以全民健康保險保險人(以下稱保險人)第一次處分函所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)。

(三)退場機制：前一年度結案~~患者~~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(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)，且經保險人予以停止特約或終止特約者，本計畫執行資格將同步自處分停約或終止特約日起終止。

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。

附件一

全民健康保險西醫住院病患人中醫特定疾病輔助醫療計畫申請表

<table>
<tr><td rowspan="11">基本資料</td><td>院所名稱</td><td colspan="2"></td><td>院所代碼</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>本計畫負責醫師姓名</td><td colspan="2"></td><td>身分證字號</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>本計畫負責醫師學經歷</td><td colspan="2"></td><td>聯絡電話</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="6">E-mail：</td></tr>
<tr><td>醫師姓名</td><td>身分證字號</td><td colspan="2">中醫師證書字號</td><td>中醫執業年資</td><td>受訓課程日期</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">台中字第　　號</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">台中字第　　號</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">台中字第　　號</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">台中字第　　號</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">台中字第　　號</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">保險醫事服務機構自評項目</td><td colspan="2">請Ｖ選</td><td>備註</td></tr>
<tr><td colspan="3">院所是否二年內未違反健保相關法規</td><td colspan="2">□未違反□違反</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">醫師是否二年內未違反健保相關法規</td><td colspan="2">□未違反□違反</td><td></td></tr>
<tr><td>機構章戳</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

(本欄位由中醫全聯會填寫) 中醫全聯會審核意見欄	1□審核通過。 2□不符合規定。 3□資料不全，請於　　月　　日內補齊。 4□其他。 審核委員：　　審核日期：　　年　　月　　日

附件二

西醫住院病患人中醫特定疾病輔助醫療計畫給付項目及支付標準

通則：

一、本標準所訂支付點數包括中醫師診療、處置、處方、藥費、調劑費、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本(如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出)。

二、針灸、傷科及脫臼整復每次診療得合併申報本計畫之診察費項目(P33001)，不受同一療程規定之限制。

三、本計畫之中醫輔助醫療服務量、針灸、傷科及脫臼整復合計申報量，應獨立計算且申報時不併入該院所原門診合理量、針灸、傷科及脫臼整復合計申報量計算。

四、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。

五、申報中醫護理衛教費及營養飲食指導費，應於該次診療服務合併實施治療評估，並於病歷詳細載明評估結果及治療方式。

六、本計畫之案件當次不得另行申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫各章節之診療項目。

七、本計畫支付標準表除第五章及第七章之診療項目外，同一病人同一診療項目，每日限申報一次。

支付標準表

第一章 中醫輔助醫療診察費

編號	診療項目	支付點數
P33001	中醫輔助醫療診察費	350

第二章 藥費

編號	診療項目	支付點數
P33021	每日藥費	100
註：出院病人必要時得開給7天藥品		

第三章 針灸治療

編號	診療項目	支付點數
P33031	針灸治療處置費	400
P33032	電針治療	500
註：P33031、P33032每次治療擇一申報。		

第四章 傷外科治療

編號	診療項目	支付點數
P33041	一般治療	300

第五章 疾病管理照護費

編號	診療項目	支付點數
P33051	中醫護理衛教費	300
P33052	營養飲食指導費	250
P33053	生理評估(限腦中風病人適用) (1)美國國家衛生研究院中風評量表(NIHSS) (2)巴氏量表(Barthel Index)	1,000
P33054	生理評估(限顱腦損傷病人適用) (1)改良式創傷嚴重度指標(RTS) (2)巴氏量表(Barthel Index)	1,000
P33055	生理評估(限脊髓損傷病人適用) (1)美國脊髓損傷協會神經和功能評分(ASIA score) (2)巴氏量表(Barthel Index)	1,000
P33056	生理評估(限呼吸困難病人適用) (1)呼吸頻率(RR)，心率(HR)，血氧飽和度(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(ACT)。 B.慢性阻塞肺病：慢性阻塞肺病評估量表(CAT)。 C.其他：呼吸困難評估量表(mMRC)。	1,000
P33057	生理評估(限術後疼痛病人適用)： (1)視覺類比量表(Visual Analogue Scale,VAS)。 (2)簡易麥吉爾疼痛問卷(Short Form McGill Pain Questionnaire, SF-MPQ)。 (3)歐氏失能量表(Oswestry Disability Index,ODI)。	1,000

註：1.每一個案住院期間限申報一次費用。 2.P33053、P33054、P33055、P33056、P33057 生理評估： (1)須以個案為單位。 (2)須於收案後三日內及出院前各執行一次。 (3)每次須同時完成各項所列之量表並登錄於VPN。

第六章 藥品調劑費

編號	診療項目	支付點數
P33061	藥品調劑費	50/次

第七章 中醫輔助醫療檢查費

編號	診療項目	支付點數
P33071	中醫輔助醫療檢查費(舌診儀)	500/次
P33072	中醫輔助醫療檢查費(脈診儀)	500/次
P33073	中醫輔助醫療檢查費(微循環儀輔助)	500/次
P33074	中醫輔助醫療檢查費(紅外線熱象儀輔助)	500/次
註：每個月每項限申請一次，未檢查者不得申報。		

附件 2

全民健康保險中醫癌症~~患者~~病人加強照護整合方案

依 112 年 2 月 10 日健保醫字第 1120102169 號公告自 112 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~~患者~~病人病人經手術、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~~患者~~病人能順利完成整個西醫療程，發揮最大療效；尤其對末期~~患者~~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~~患者~~病人的生活品質。

三、施行期間：~~112~~113 年 1 月 1 日至 ~~112~~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~~患者~~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~~患者~~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~~患者~~病人。

(二)癌症~~患者~~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~~患者~~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~~患者~~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~~患者~~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。

(2)(主診斷碼：C77、C78.0-C78. 3、C78.7、C79.2、C79.3、C79.5-~~C97.7~~C79.7) +(次診斷碼C16、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~~患者~~病人。

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

註 2：癌症~~患者~~病人中醫門診延長照護計畫：同一~~患者~~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~~患者~~病人西醫住院中醫輔助醫療計畫及癌症~~患者~~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。

(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者；前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)。

(四)退場機制：前一年度結案~~患者~~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~~患者~~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~~患者~~病人中醫門診延長照護計畫~~患者~~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~~患者~~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~~患者~~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~~患者~~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~~患者~~病人西醫住院中醫輔助醫療計畫及癌症~~患者~~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~~患者~~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~~患者~~病人西醫住院中醫輔助醫療計畫及特定癌症~~患者~~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~~患者~~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 Qality 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~~患者~~病人西醫住院中醫輔助醫療計畫及癌症~~患者~~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~~患者~~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~~患者~~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~~患者~~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(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)，且經保險人予以停止特約或終止特約者，本方案執行資格將同步自處分停約或終止特約日起終止。

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~~患~~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。

附表

全民健康保險中醫癌症~~患者~~病人加強照護整合方案申請表

□癌症~~患者~~病人西醫住院中醫輔助醫療計畫

□癌症~~患者~~病人中醫門診延長照護計畫

□特定癌症~~患者~~病人中醫門診加強照護計畫

<table>
<tr><td rowspan="11">基本資料</td><td>院所名稱</td><td colspan="2"></td><td>院所代碼</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>本方案負責醫師姓名</td><td colspan="2"></td><td>身分證字號</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>本方案負責醫師學經歷</td><td colspan="2"></td><td>聯絡電話</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="6">E-mail：</td></tr>
<tr><td>醫師姓名</td><td>身分證字號</td><td colspan="2">中醫師證書字號</td><td>中醫執業年資</td><td>受訓課程日期</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">台中字第　　號</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">台中字第　　號</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">台中字第　　號</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">台中字第　　號</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">台中字第　　號</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">保險醫事服務機構自評項目</td><td colspan="2">請V選</td><td>備註</td></tr>
<tr><td colspan="3">院所是否二年內未違反健保相關法規</td><td colspan="2">□未違反□違反</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">醫師是否二年內未違反健保相關法規</td><td colspan="2">□未違反□違反</td><td></td></tr>
<tr><td>機構章戳</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

(本欄位由中醫全聯會填寫) 中醫全聯會審核意見欄	1□審核通過。 2□不符合規定。 3□資料不全，請於　　月　　日內補齊。 4□其他。 審核委員：　　審核日期：　　年　　月　　日

附件 一

台灣版簡明疲憊量表 (BFI-T)

在我們生活中，大多數我們有時會感到疲倦或疲憊。在過去一週中，您是否曾感到不尋常的疲倦或疲憊？是　　否

1.請在下面數字中圈選一個，以表示現在的疲憊(疲倦、疲勞)程度

無疲憊　0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10　能想像最嚴重的程度

2.請在下面數字中圈選一個，以表示過去 24 小時中一般疲憊(疲倦、疲勞)的程度

無疲憊　0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10　能想像最嚴重的程度

3.請在下面數字中圈選一個，以表示過去 24 小時中疲憊(疲倦、疲勞)最劇烈時的程度

無疲憊　0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10　能想像最嚴重的程度

4.請在下面數字中圈選一個，以表示過去 24 小時中，疲憊(疲倦、疲勞)影響您的程度

(1)一般活動

無疲憊　0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10　能想像最嚴重的程度

(2)情緒

無疲憊　0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10　能想像最嚴重的程度

(3)行走能力

無疲憊　0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10　能想像最嚴重的程度

(4)日常工作(包括外出工作及家事)

無疲憊　0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10　能想像最嚴重的程度

(5)與人交往

無疲憊　0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10　能想像最嚴重的程度

(6)生活樂趣

無疲憊　0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10　能想像最嚴重的程度

附件二

台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷 (WHOQOL-BREF)

1.整體來說，您如何評價您的生活品質？

□極不好 □不好 □中等程度好□好□極好

2.整體來說，您滿意自己的健康嗎?

□極不滿意 □不滿意□中等程度滿意 □滿意□極滿意

3. 您覺得身體疼痛會妨礙您處理需要做的事情嗎？

□完全沒有妨礙 □有一點妨礙□中等程度妨礙 □很妨礙□極妨礙

4. 您需要靠醫療的幫助應付日常生活嗎?

□完全沒有需要 □有一點需要□中等程度需要 □很需要□極需要

5.您享受生活嗎？

□完全沒有享受 □有一點享受□中等程度享受 □很享受□極享受

6.您覺得自己的生命有意義嗎？

□完全沒有□有一點有□中等程度有□很有□極有

7. 您集中精神（含思考、學習、記憶）的能力有多好？

□完全不好□有一點好□中等程度好□很好□極好

8.在日常生活中，您感到安全嗎?

□完全不安全□有一點安全□中等程度安全 □很安全□極安全

9.您所處的環境健康嗎?(如污染、噪音、氣候、景觀等)

□完全不健康□有一點健康□中等程度健康 □很健康□極健康

10. 您每天的生活有足夠的精力嗎?

□完全不足夠□少許足夠 □中等程度足夠□很足夠□完全足夠

11. 您能接受自己的外表嗎?

□完全不能夠□少許能夠 □中等程度能夠□很能夠□完全能夠

12. 您有足夠的金錢應付所需嗎?

□完全不足夠□少許足夠 □中等程度足夠□很足夠□完全足夠

13. 您能方便得到每日生活所需的資訊嗎？

□完全不方便□少許方便□中等程度方便 □很方便□完全方便

14.您有機會從事休閒活動嗎?

□完全沒有機會 □少許機會 □中等程度機會 □很有機會□完全有機會

15.您四處行動的能力好嗎？

□完全不好□有一點好□中等程度好 □很好□極好

16. 您滿意自己的睡眠狀況嗎?

□極不滿意□不滿意□中等程度滿意 □滿意□極滿意

17. 您對自己從事日常活動的能力滿意嗎?

□極不滿意□不滿意□中等程度滿意 □滿意□極滿意

18. 您滿意自己的工作能力嗎？

□極不滿意□不滿意□中等程度滿意 □滿意□極滿意

19.您對自己滿意嗎?

□極不滿意□不滿意□中等程度滿意 □滿意□極滿意

20. 您滿意自己的人際關係嗎?

□極不滿意□不滿意□中等程度滿意 □滿意□極滿意

21. 您滿意自己的性生活嗎?

□極不滿意□不滿意□中等程度滿意 □滿意□極滿意

22. 您滿意朋友給您的支持嗎?

□極不滿意□不滿意□中等程度滿意 □滿意□極滿意

23.您滿意自己住所的狀況嗎?

□極不滿意 □不滿意□中等程度滿意 □滿意□極滿意

24.您對醫療保健服務的方便程度滿意嗎？

□極不滿意 □不滿意□中等程度滿意 □滿意 □極滿意

25.您滿意所使用的交通運輸方式嗎？

□極不滿意□不滿意□中等程度滿意□滿意□極滿意

26. 您常有負面的感受嗎？（如擔心、傷心、緊張、焦慮、憂鬱等）

□從來沒有□不常有□一半有一半沒有□很常有□一直都有

27.您覺得自己有面子或被尊重嗎?

□完全沒有 □有一點有 □中等程度有□很有□極有

28.您想吃的食物通常都能吃到嗎?

□從來沒有□不常有□一半有一半沒有□很常有□一直都有

附件三

全民健康保險中醫癌症~~患者~~病人加強照護整合方案給付項目及支付標準

通則：

一、本標準所訂支付點數除另有規定外，係包括中醫師診療、處置、處方、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本(如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出)。

二、針灸、傷科及脫臼整復每次診療得合併申報本方案之診察費項目，不受同一療程規定之限制。

三、本方案之中醫輔助醫療服務量、針灸、傷科及脫臼整復合計申報量，應獨立計算且申報時不併入該院所原門診合理量、針灸、傷科及脫臼整復原合計申報量計算。

四、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。

五、申報中醫護理衛教費及營養飲食指導費，應於該次診療服務合併實施治療評估，並於病歷詳細載明評估結果及治療方式。

六、本方案之案件當次不得另行申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫各章節之診療項目。

支付標準表(一)

-癌症~~患者~~病人西醫住院中醫輔助醫療計畫

第一章 中醫輔助醫療診察費

編號	診療項目	支付點數
P34001	中醫輔助醫療診察費	350

第二章 藥費

編號	診療項目	支付點數
P34021	每日藥費	100
註：出院~~患者~~病人必要時得開給 7 天藥品		

第三章 針灸治療

編號	診療項目	支付點數
P34031	針灸治療處置費	400
P34032	電針治療	500
註：P34031、P34032 每次治療擇一申報。		

第四章 傷外科治療

編號	診療項目	支付點數
P34041	一般治療(含推拿治療或外敷藥處置)	300

第五章 疾病管理照護費

編號	診療項目	支付點數
P34051	中醫護理衛教費	300
P34052	營養飲食指導費	250
P34053	癌症治療功能性評估： (1)一般性量表(FACT-G) (第四版) (2)生活品質評估(ECOG)	1,000

註：1.P34051、P34052 每一個案住院期間限申報一次費用。
2.P34053 癌症治療功能性評估：
(1)以個案為單位。
(2)須於收案後三日內及出院前各執行一次，前後測量表限各申報一次費用。
(3)每次須同時完成該項所列之量表並登錄於 VPN。

第六章 藥品調劑費

編號	診療項目	支付點數
P34061	藥品調劑費	50/次

第七章 中醫輔助醫療檢查費

編號	診療項目	支付點數
P34071	中醫輔助醫療檢查費(舌診儀)	500/次
P34072	中醫輔助醫療檢查費(脈診儀)	500/次
註：每個月每項限申請一次，未檢查者不得申報。		

支付標準表(二)

-癌症~~患者~~病人中醫門診延長照護計畫

第一章　中醫門診延長照護費

編號	診療項目	支付點數
P59011	中醫門診延長照護費(全日照護時間大於六小時，包含醫師早晚診察至少兩次)	1,380/日

第二章　藥費

編號	診療項目	支付點數
P59021	每日藥費	100
註：收案期間結束之~~患者~~病人必要時得加開七日藥費。		

第三章　藥品調劑費

編號	診療項目	支付點數
P59031	藥品調劑費	50

第四章　治療處置費

編號	診療項目	支付點數
P59041	針灸(或電針)治療處置費	500/日
P59042	傷科(含推拿治療或外敷換藥處置)治療處置費	500/日

第五章　中醫輔助醫療檢查費

編號	診療項目	支付點數
P59051	中醫輔助醫療檢查費 (舌診儀)	500/次
P59052	中醫輔助醫療檢查費 (脈診儀)	500/次
註：每一個案收案期間限申請一次。		

第六章　疾病管理照護費

編號	診療項目	支付點數
P59061	生理評估費(含前後測) 1.放化療副作用評估表(CTCAE) 2.台灣版簡明疲憊量表(BFI-T) 3.台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷(WHOQOL-BREF)	1,000
P59062	營養飲食指導費	250
P59063	護理衛教指導費	300
註 1.P59061： (1)須以個案為單位，每一個案收案期間限申請一次。 (2)須完成 BFI-T、WHOQOL-BREF 及 CTCAE 評估表之前測及後測並登錄於 VPN，方可申請費用。 註 2.P59062、P59063：每一個案收案期間限申請一次。		

支付標準表(三)

-特定癌症~~患者~~病人中醫門診加強照護計畫

編號	診療項目	支付點數
P56001	特定癌症門診加強照護費(給藥日數 7 天以下) 註：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥	700
P56002	特定癌症門診加強照護費(給藥日數 8-14 天) 註：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥	1,050
P56003	特定癌症門診加強照護費(給藥日數 15-21 天) 註：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥	1,400
P56004	特定癌症門診加強照護費(給藥日數 22-28 天) 註：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥	1,750
P56005	特定癌症針灸或傷科治療處置費 註：本項處置費每月申報上限為 12 次，超出部分支付點數以零計。	400
P56006	疾病管理照護費 註： 1.包含中醫護理衛教及營養飲食指導。 2.限 60 日申報一次，申報此項目者，須參考衛教表單(如附件四)提供照護指導，並應併入病~~患~~人之病歷紀錄備查。	550
P56007	生理評估費 1.癌症治療功能性評估：一般性量表(FACT-G)(第四版) 2.生活品質評估(ECOG) 註：1.前測(收案三日內)及後測(收案 60 日內)量表皆完成，方可申請費用。 2.限 60 日申報一次，並於病歷詳細載明評估結果。	1,000
P56008	藥品調劑費	50
P56009	特定癌症門診加強照護費(給藥日數 29-35 天) 註 1：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥。 註 2：限預定出國或返回離島地區、遠洋漁船船員出海作業或國際航線船舶船員出海服務、罕見疾病病人及經保險人認定確有一次領取該處方箋總用藥量必要之特殊病人(需附相關證明) 。	2,100
P56010	特定癌症門診加強照護費(給藥日數 36-42 天) 註 1：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥。 註 2：限預定出國或返回離島地區、遠洋漁船船員出海作業或國際航線船舶船員出海服務、罕見疾病病人及經保險人認定確有一次領取該處方箋總用藥量必要之特殊病人(需附相關證明) 。	2,450
P56011	特定癌症門診加強照護費(給藥日數 43-49 天) 註 1：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥。 註 2：限預定出國或返回離島地區、遠洋漁船船員出海作業或國際航線船舶船員出海服務、罕見疾病病人及經保險人認定確有一次領取該處方箋總用藥量必要之特殊病人(需附相關證明) 。	2,800
P56012	特定癌症門診加強照護費(給藥日數 50-56 天) 註 1：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥。 註 2：限預定出國或返回離島地區、遠洋漁船船員出海作業或國際航線船舶船員出海服務、罕見疾病病人及經保險人認定確有一次領取該處方箋總用藥量必要之特殊病人(需附相關證明) 。	3,150

附件四

全民健康保險特定癌症~~患者~~病人中醫門診加強照護計畫
疾病管理照護衛教表單

接受放射線治療、化學治療時，大多數之副作用是暫時發生的，以下列出您應知道可能出現的副作用及建議處理方式：

(一)血球下降：

照護方式：

1.經常使用肥皂或洗手乳洗手並養成良好衛生習慣。

2.避免接觸有感冒症狀者。

3.避免到公共場所，出門戴口罩，口罩潮濕後需立即更換。

4.不可生食，生食及熟食之砧板應分開使用，水果一定要洗乾淨或削(剝)皮食用。

5.充分的休息，以恢復體力，晚上充足睡眠，白天限制活動量，以減少體力的消耗。

6.可多攝取補血的食物，例如深綠色的葉菜類(菠菜)、紅豆、番茄(需煮熟)、葡萄(乾)、肉類以及動物的肝臟。

7.如果白血球不足時可選擇中藥的黃耆、黨參、枸杞、紅棗、雞血藤煮湯服用。

8.姿勢改變時，如要從坐下或躺下的姿勢站起來時，動作宜放慢一點，以免感到頭暈目眩。

9.注意步態，小心跌倒。

(二)噁心、嘔吐：

噁心、嘔吐是接受化學治療的人最擔心的副作用，但通常在化療後就會跟著逐漸消失。

照護方式：

1.宜攝取易吸收的食物，可吃流質或半流質飲食，少量多餐，避免空腹太久。

2.攝取清淡飲食，避免油膩、辛辣及含香料食物。

3.選用有止嘔作用的食物(如，生薑...)，口感微酸的食物(如，酸梅、檸檬、仙楂餅)，以減輕噁心症狀。

(三)謹慎選擇健康食品：

雞精、蜆精、人參(皂苷)、五味子芝麻錠、牛樟芝、靈芝、桑黃、巴西蘑菇、冬蟲夏草、七葉膽、蜂膠、薑黃、天山雪蓮、褐藻醣膠、諾利果、天仙液、酵素、左旋麩醯胺酸、魚油(Eicosa Pentaenoic Acid，EPA)、高蛋白素營養品。

(四)生活作息：

1.飲食有節，起居有常，不妄作勞。

2.在中醫的觀念中，保持充分休息，晚上 11 點前就寢，維持精神舒暢，不發怒，避免憂鬱緊張，不過度房事，飲食五～七分飽，如此可以使我們的身體得到良好的復原。

(五)其他事項補充：

附件 3

全民健康保險中醫急症處置計畫

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：

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：~~112~~113 年 1 月 1 日至 ~~112~~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、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，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(sinus tachycardia)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，並酌情告知病人或家屬，再酌酌是否治療。

2.排除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)。

3.排除生命徵象不穩定、需插管急救及其他緊急處置之病人。

4.排除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，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。

六、中醫急症處置照護流程，詳附件三。

七、評估方式：

(一)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。

(二)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。

(三)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, 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。

(四)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。

(五)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。

(六)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。

(七)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。

(八)骨骼、關節相關痛症：使用疼痛評估(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。

(九)腦中風

1.出血性腦中風

(1)由中醫進行病案分析。

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

(3)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

(1)由中醫進行病案分析。

(2)記錄病人針灸治療前、後之NIHSS分數。

(3)記錄病人針灸治療前、後之Coma Scale。

(4)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)。

八、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。

(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者；前述違規期間之認定，以全民健康保險保險人(以下稱保險人)第一次處分函所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)。

九、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。

十、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。

(二)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。

十二、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、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(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)，且經保險人予以停止特約或終止特約者，本計畫執行資格將同步自處分停約或終止特約日起終止。

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。

附件一

全民健康保險中醫急症處置計畫申請表

<table>
<tr><td rowspan="11">基本資料</td><td>醫院名稱</td><td></td><td>機構代碼</td><td></td></tr>
<tr><td>本計畫負責醫師姓名</td><td></td><td>身分證字號</td><td></td></tr>
<tr><td>本計畫負責醫師學經歷</td><td></td><td>聯絡電話</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">E-mail：</td></tr>
<tr><td colspan="4"><table>
<tr><td>醫師姓名</td><td>身分證字號</td><td>中醫師證書字號</td><td>中醫執業年資</td><td>受訓課程日期</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>台中字第　　號</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>台中字第　　號</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>台中字第　　號</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>台中字第　　號</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>台中字第　　號</td><td></td><td></td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td colspan="4"><table>
<tr><td>保險醫事服務機構自評項目</td><td>請Ｖ選</td><td>備註</td></tr>
<tr><td>院所是否二年內未違反健保相關法規</td><td>□未違反□違反</td><td></td></tr>
<tr><td>醫師是否二年內未違反健保相關法規</td><td>□未違反□違反</td><td></td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>機構章戳</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

(本欄位由中醫全聯會填寫) 中醫全聯會審核意見欄	1□審核通過。 2□不符合規定。 3□資料不全，請於　　月　　日內補齊。 4□其他。 審核委員：　　審核日期：　　年　　月　　日

附件二

全民健康保險中醫急症處置計畫
給付項目及支付標準

通則：

一、本標準所訂支付點數包括中醫師診療、處置、處方、藥費、調劑費、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本(如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出)。

二、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。

三、本計畫之案件當次不得另行申報「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)之02005B「住院會診費」及第四部中醫各章節之診療項目，且本計畫之申報量不併入該院所原門診合理量或針灸、傷科及脫臼整復原合計申報量計算。

四、本計畫之案件(同一個案)當次就醫之中醫急症處置費以申報三次為限。

全民健康保險中醫急症處置計畫
支付標準表

新增代碼	診療項目	支付點數
P61001	中醫急症診察費	521
~~P61002~~	~~中醫急症處置費~~	~~500~~
P61003	針灸(或電針)治療處置費	500
P61004	傷科(含推拿治療或外敷換藥處置)治療處置費	500
P61005	骨折、脫臼整復復位治療處置費	1,200

註 1：夜間(晚上十時至隔日早上六時)加成 50%、例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加成 20%，同時符合夜間及例假日者，則僅加成 50%。

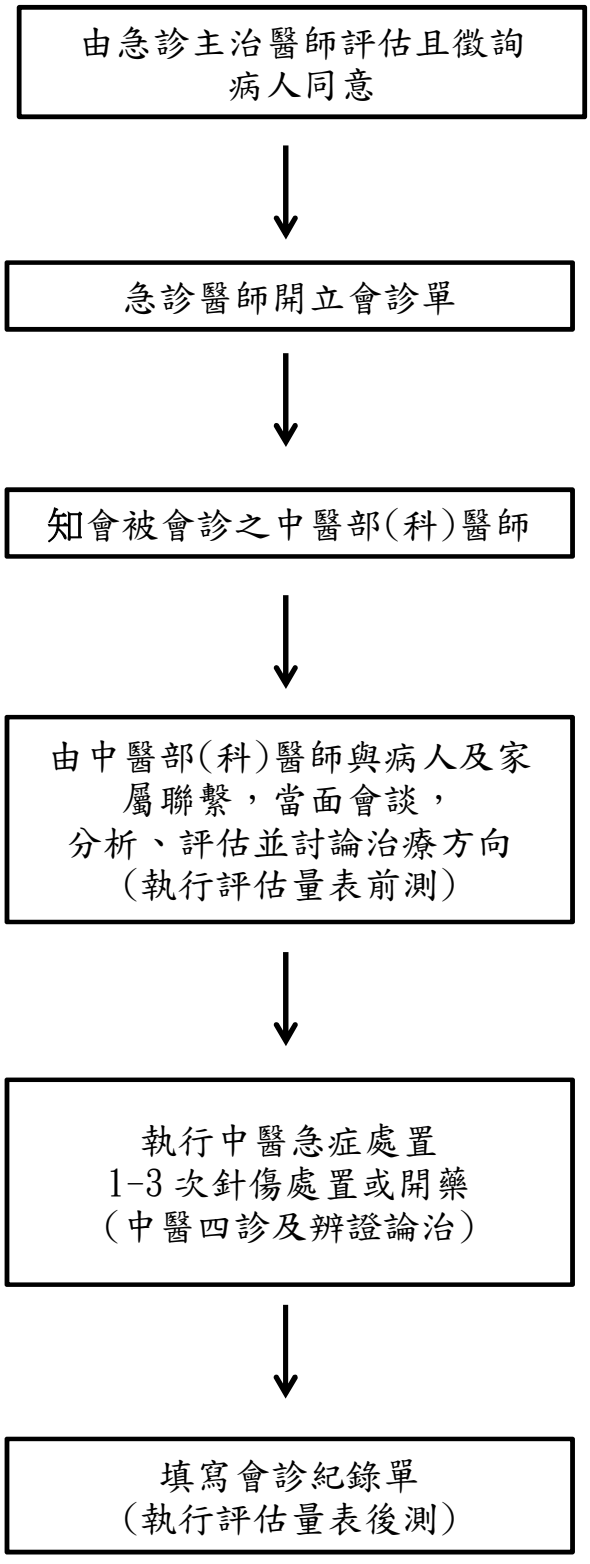
註 2：每一個案該次急診期間，限申報一次中醫急症診察費(P61001)。

註 3：每一個案該次急診期間，中醫急症處置費(~~P61002~~P61003 至 P61005)以申報各三次為上限。

註 4：藥費及藥品調劑費依醫療服務支付標準第四部中醫第二章及第三章所列項目申報及規定辦理。

附件三

中醫急症處置照護流程



報告事項

第 四 案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：因應本署申報資料自 113 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 113 年 1 月 1 日起全面改採 2023 年版。為利醫療院所預做準備，本署已於 112 年 7 月 27 日將 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 4-4～4-39）：

1. 第二部第一章第八節及第五部第三章之附表十一、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，各增修 15 項代碼。
2. 第四部中醫通則及附表增修 44 項代碼。
3. 第七部全民健康保險住院診斷關聯群第一章及附表增修 199 項代碼。
4. 其餘皆為配合代碼轉換修訂呈現方式（如刪除前三碼文字或由○○○修訂為○○○.-）：包含第三部第三章第四節、第四部附表、第六部第一章及第二章（附件 2，頁次報 4-40～4-42）。

(二)修訂本署方案（計畫）（附件 3，頁次報 4-43～4-225）：

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 2 項代碼。
2. 中醫急症處置計畫：修訂五、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. 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。
4. 112 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≦8%（註 4）疾病別範圍代碼，增修 87 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 46 項。
5. 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。
6. 112 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 1 項。
7. 安寧共同照護試辦方案：修訂附表 1 疾病別範圍代碼，增修 15 項。
8. 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。
9. 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。
10. 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。

11.另 13 項方案(計畫)(其中 7 項為前述有增修代碼之方案(計畫)為配合代碼轉換修訂呈現方式（如刪除前 3 碼文字或由○○○修訂為○○○.-）（附件 4，頁次報 4-226～4-318）。

三、 本案修訂後支付標準及方案（計畫）同附件 1-4（附件 1，頁次報 4-4～4-318），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：

附件 1

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正規定

第二部第一章第八節　住院安寧療護

一、失智症

失智症末期須符合下列三項條件：

1.確診失智症(ICD-10-CM 代碼：F01-F03、F06.70、F06.71、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、G11.2、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
(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
(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

第五部第三章　安寧居家療護

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、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-、G11.2、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
   (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-
   (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

第四部第八章 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。

附表 4.4.2 特殊疾病

二、下表所列疾病：

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

ICD-10-CM	中文病名
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.-	肝衰竭，他處未歸類者
K74.-	肝纖維化及硬化
K80.-	膽結石
L10.-	天疱瘡
L11.-	其他棘層鬆解性疾患
L12.-	類天疱瘡
L40.-	乾癬
L51.-	多形性紅斑
L52.-	結節性紅斑
L89.-	壓迫性潰瘍
L94.-	其他局限性結締組織疾患
L97.-	下肢非壓迫性慢性潰瘍，他處未歸類者
M33.-	皮多肌炎
M34.-	全身性硬化症(硬皮症)
M35.-	結締組織其他全身性侵犯
M35.0-	乾燥症候群(Sjogren 氏)
M35.00	乾燥症候群
N18.-	慢性腎臟疾病
N19	腎衰竭
O10-O16 O20-O29	妊娠
R64	惡病質

附表 4.4.3 高度複雜性針灸適應症

ICD-10-CM	中英文病名
A80.-	急性脊髓灰白質炎
C00-C96	惡性腫瘤(衍生出的相關符合針灸適應症)
D32.-	腦膜良性腫瘤
D33.-	腦瘤併發神經功能障礙
~~D48~~	~~Neoplasm of uncertain behavior of other and unspecified sites~~
D48.-	其他及未明示部位性態未明之腫瘤
D49.-	性態未明之腫瘤
F02.-、F04、F09	其他器質性精神病態
F03-F05	老年期及初老年期器質性精神病態限由精神科或神經科專科醫師開具之診斷書並加註專科醫師證號
F05	亞急性譫妄
F20.-、F21、F25.-	思覺失調症
F22、F23、F24	妄想狀態
F30-F39	情感性精神病
F84.-	源自兒童期之精神病
F80.-	特定的言語及語言發展障礙症
F82	特定的動作功能發展障礙症
G11.-、G94	脊髓小腦症
G12.-	脊髓性肌萎縮症及相關症候群
G20、G21.-	巴金森病
G35	多發性硬化症
G36.-	其他急性瀰漫性脫髓鞘
G40.-	癲癇
G45.-、G46.-、I67.-	其他腦血管疾病
G70.-	重症肌無力症
G71.-	肌肉特發性疾患
G80.-	嬰兒腦性麻痺
G81.-	偏癱
G82-G83+B91	其他麻痺性徵候群(急性脊髓灰白質炎之後期影響併有提及麻痺性徵候群)
G91.-	水腦症
G93.0	腦囊腫
G93.1	缺氧性腦損傷，他處未歸類者
G93.2	良性顱內高壓
G93.3-	病毒感染後疲勞症候群
G93.4-	其他及未明示腦病變
G93.5	腦壓迫
G93.6	腦水腫
G93.7	雷氏症候群
H30.-	脈絡膜視網膜發炎
H31.-	其他脈絡膜疾患
H33.-、H44.2C1、H44.2C2、H44.2C3、H44.2C9	視網膜退化及裂孔

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

ICD-10-CM	中英文病名
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-	病毒感染後疲勞症候群
G93.4-	其他及未明示腦病變
G93.5	腦壓迫
G93.6	腦水腫
I60.-	蜘蛛膜下腔出血
I61.-、I62.-	腦內出血
I65.-、I66.-、I63.-、P91.821、P91.822、P91.823、P91.829	腦梗塞
I67.-	其他腦血管疾病
M13.0	多發性關節炎
M15.-	多關節病症
M20.-	手指及(足)趾後天性變形
M21.-	其他後天性肢體變形
M40.-	脊椎後彎症及脊椎前彎症
M41.-	脊椎側彎症
M42.-	脊椎骨軟骨症
M43.-	其他變形性背部病變
M45.-	僵直性脊椎炎
M46.-	其他發炎性脊椎病變
M47.-	退化性脊椎炎
M48.-	其他脊椎病變
M50.-	頸椎椎間盤疾患
M51.-	胸椎、胸腰椎及腰薦椎椎間盤疾患

ICD-10-CM	中文病名
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

ICD-10-CM	中文病名
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

附表 4.5.2 高度複雜性傷科(多部位損傷)適應症

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

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

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

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

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

ICD-10-CM	中文病名
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-	拇指拇指腕部及手部區位伸指肌、筋膜及肌腱其他特定損傷
S66.30-	其他或未明示手指腕部及手部區位伸指肌、筋膜及肌腱損傷
S66.31-	其他或未明示手指腕部及手部區位伸指肌、筋膜及肌腱拉傷
S66.39-	其他及未明示手指腕部及手部區位伸指肌肉、筋膜及肌腱其他損傷
S66.40-	拇指內腕部及手部區位肌肉、筋膜及肌腱損傷
S66.41-	拇指內腕部及手部區位肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S66.49-	拇指內腕部及手部區位肌肉、筋膜及肌腱其他特定損傷
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

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

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

ICD-10-CM	中文病名
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 4.5.3 高度複雜性傷科(脫臼)適應症

ICD-10-CM	中文病名
S03.0-	頷骨脫臼
S03.1-	鼻中隔軟骨脫位
S13.1-	頸椎半脫位及脫位
S13.2-	頸部其他及未明示部位脫臼
S23.1-	胸椎半脫位及脫位
S23.2-	胸部其他及未明示部位脫位
S33.1-	腰(部)脊椎半脫位(臼)和脫位(臼)
S33.2-	薦骼骨間及薦尾骨間關節脫位(臼)
S33.3-	其他和未明示部位的腰(部)脊椎[腰椎]和骨盆(腔)骨脫位(臼)
S43.0-	肩關節半脫位和脫臼
S43.1-	肩胛峰鎖骨間關節半脫位和脫臼
S43.2-	胸鎖骨間關節半脫位和脫臼
S43.3-	肩帶其他和未明示部位的半脫位和脫臼
S53.0-	橈骨頭半脫位及脫臼
S53.1-	尺骨肱骨聯合半脫位及脫臼
S63.0-	腕部及手部關節半脫位及脫臼
S63.1-	拇指半脫位及脫臼
S63.2-	其他手指半脫位及脫臼
S73.0-	髖部半脫位及脫臼
S83.0-	髕骨半脫位及脫臼
S83.1-	膝部半脫位及脫臼
S93.0-	踝關節半脫位
S93.1-	腳趾半脫位及脫臼
S93.3-	足部半脫位及脫臼

附表 4.5.4 高度複雜性傷科(骨折)適應症

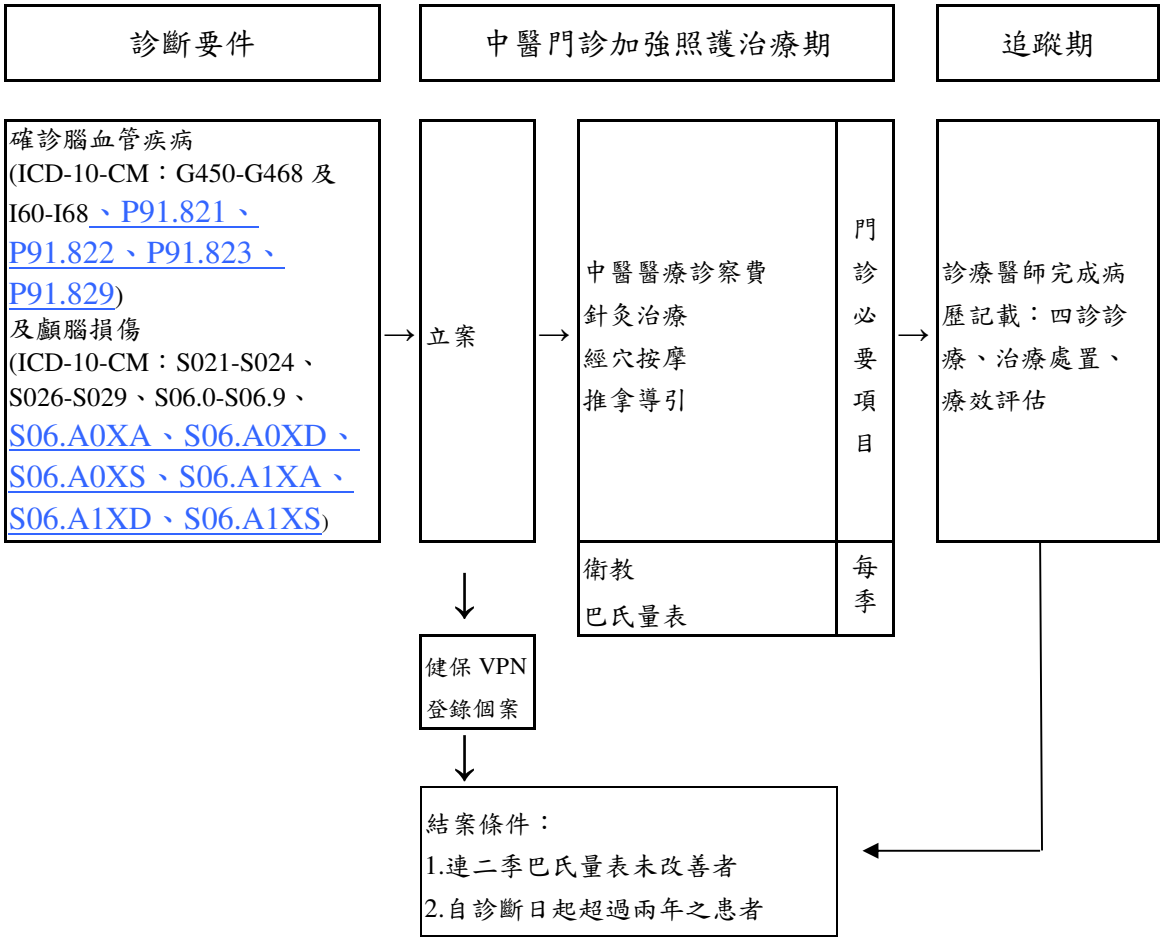
ICD-10-CM	中文病名
S02.-	顱骨及臉骨骨折
S12.-	頸椎和頸部其他部位骨折
S22.-	肋骨、胸骨及胸椎骨折
S32.-	腰(部)脊椎和骨盆骨折
S42.-	肩膀及上臂骨折
S49.0-	肱骨上段生長板骨折
S49.1-	肱骨下段生長板骨折
S52.-	前臂骨折
S59.0-	尺骨下端生長板骨折
S59.1-	橈骨上端生長板骨折
S59.2-	橈骨下端生長板骨折
S62.-	腕部及手部骨折
S72.-	股骨骨折
S79.0-	股骨近端骨后骨折
S79.1-	股骨遠端骨后骨折
S82.-	小腿，包括踝部閉鎖性骨折
S89.0-	脛骨上端生長板骨折
S89.1-	脛骨下端生長板骨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

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
心血管循環系統疾病	1.心臟衰竭(I50.-; I11.0; I13.-; I97.13-; O75.4; I09.81)	左心室射出率≦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.-; G90.A; R00.-)	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(FEV1/FVC≦70%)。
	2.氣喘(J45.-)	病史、理學檢查及實驗室的檢查，各方面的資料綜合判斷確立診斷者。
腎泌尿系統	1.慢性腎衰竭(N18.3-; N18.4; 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.-) 3.全身性硬化症(M34.-)	經風濕免疫科專科醫師確診者。

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

病及顱腦損傷門診加強照護



三、下列案件不適用本部支付標準：

(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、0USG7ZZ、0USG4ZZ、0USG8ZZ、0USGXZZ) +(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 、 0USG7ZZ 、 0USG4ZZ 、 0USG8ZZ 、 0USGXZZ) +(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)

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、0US97ZZ、0US94ZZ、0US98ZZ) +(0ULF7DZ、0ULF7ZZ、0ULF8DZ、0ULF8ZZ、0UMF0ZZ、0UMF4ZZ、0UNF0ZZ、0UNF3ZZ、0UNF4ZZ、0UNF7ZZ、0UNF8ZZ、0UQF0ZZ、0UQF3ZZ、0UQF4ZZ、0UQF7ZZ、0UQF8ZZ、0USF0ZZ、0USF4ZZ、0USF8ZZ、0UTF0ZZ、0UTF4ZZ、0UTF7ZZ、0UTF8ZZ、0UUF07Z、0UUF0JZ、0UUF0KZ、0UUF47Z、0UUF4JZ、0UUF4KZ、0UUF77Z、0UUF7JZ、0UUF7KZ、0UUF87Z、0UUF8JZ、0UUF8KZ)
上述處置合併 59.79、59.5	上述處置外，另加 (0TQD0ZZ、0TQD3ZZ、0TQD4ZZ、0TQD7ZZ、0TQD8ZZ、0TQDXZZ、0TUC0JZ、0TUC4JZ、0TUC7JZ、0TUC8JZ、0TSD0ZZ、0TSD4ZZ、0TUC07Z、0TUC0KZ、0TUC47Z、0TUC4KZ、0TUC77Z、0TUC7KZ、0TUC87Z、0TUC8KZ、0TUD07Z、0TUD0JZ、0TUD0KZ、0TUD47Z、0TUD4JZ、0TUD4KZ、0TUD77Z、0TUD7JZ、0TUD7KZ、0TUD87Z、0TUD8JZ、0TUD8KZ、0TUDX7Z、0TUDXJZ、0TUDXKZ、0TQC0ZZ、0TQC3ZZ、0TQC4ZZ、0TQC7ZZ、0TQC8ZZ)

4.

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
70.79 +69.22+70.92	(0U7G0DZ、0U7G0ZZ、0U7G3DZ、0U7G3ZZ、0U7G4DZ、0U7G4ZZ、0UMG0ZZ、0UMG4ZZ、0UNG0ZZ、0UNG3ZZ、0UNG4ZZ、0UQG0ZZ、0UQG3ZZ、0UQG4ZZ、0UQG7ZZ、0UQG8ZZ、0UQGXZZ、0UQG0ZZ、0UQG3ZZ、0UQG4ZZ、0UQG7ZZ、0UQG8ZZ、0UQGXZZ、0WQN0ZZ、0WQN3ZZ、0WQN4ZZ、0WQNXZZ) +(0US90ZZ、0US97ZZ、0US94ZZ、0US98ZZ) +(0ULF7DZ、0ULF7ZZ、0ULF8DZ、0ULF8ZZ、0UMF0ZZ、0UMF4ZZ、0UNF0ZZ、0UNF3ZZ、0UNF4ZZ、0UNF7ZZ、0UNF8ZZ、0UQF0ZZ、0UQF3ZZ、0UQF4ZZ、0UQF7ZZ、0UQF8ZZ、0USF0ZZ、0USF4ZZ、0USF8ZZ、0UTF0ZZ、0UTF4ZZ、0UTF7ZZ、0UTF8ZZ、0UUF07Z、0UUF0JZ、0UUF0KZ、0UUF47Z、0UUF4JZ、0UUF4KZ、0UUF77Z、0UUF7JZ、0UUF7KZ、0UUF87Z、0UUF8JZ、0UUF8KZ)
上述處置合併 59.79、59.5	上述處置外，另加

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
	(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、0USG7ZZ、0USG4ZZ、0USG8ZZ、0USGXZZ) +(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，依其所訂支付標準申報，不適用本部各章節支付標準。

五、符合本標準第六部「論病例計酬」所訂條件之案件，應依本章通則所訂時程及支付標準優先適用。

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

(一) 實際醫療服務點數低於下限臨界點者，應核實申報。

(二) 實際醫療服務點數在上、下限臨界點範圍內者，計算公式如下：

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

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

(1)醫學中心：百分之七點一。

(2)區域醫院：百分之六點一。

(3)地區醫院：百分之五。

3. 兒童加成率：

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

(2)非 MDC15。

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

(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，其點數亦不得計入本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	00H004Z、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、3E0M30Y、3E0M705、3E0N305、3E0N705、3E0N805、3E0P305、3E0P705、3E0P805、3E0Q005、3E0Q305、3E0Q705、3E0R305、3E0S305、3E0U305、3E0V305、3E0W305、3E0Y305、3E0Y705、XW01348、XW03358、XW03368、XW03378、XW03387、XW033A7、XW033B3、XW033C3、XW033C7、XW033D6、XW033H7、XW033J7、XW033K7、XW033M7、XW033N7、XW033Q5、XW033S5、XW04358、XW04368、XW04378、XW04387、XW043A7、XW043B3、XW043C3、XW043C7、XW043D6、XW043H7、XW043J7、XW043K7、XW043M7、XW043N7、XW043Q5、XW043S5、XW0DXJ5、XW0DXL5、XW0DXR5、XW0DXV5、~~XW23346、XW23376、~~XW24346、XW24376
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	5A0920Z、5A09357、5A09358、5A09359、5A0935A、5A0935B、5A0935Z、5A09457、5A09458、5A09459、5A0945A、5A0945B、5A0945Z、5A09557、5A09558、5A09559、5A0955A、5A0955B、5A0955Z、5A1935Z、5A1945Z、5A1955Z

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

5.施行洗腎之個案核實申報之洗腎費用，應符合下列二項要件：

(1) 處置碼包含洗腎：

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
39.95	5A1D00Z、5A1D60Z、5A1D70Z、5A1D80Z、5A1D90Z

(2) 核實申報項目為支付標準代碼為 58001C。

6.生物製劑。

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

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

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

附表 7.0　次診斷為癌症及性態未明腫瘤之個案核實申報放療費用，應包含之放療處置碼

ICD-9-CM：92.2X，ICD-10-PCS 如下：													
D0Y07ZZ	DU000ZZ	D717B8Z	D91D98Z	DD13B8Z	DM1098Z	DW12B8Z	DF001ZZ	D7043Z0	DW053Z0	DH035ZZ	0HHTX1Z	0XHD01Z	D9Y4FZZ
D0Y17ZZ	DU010ZZ	D717B9Z	D91D99Z	DD13B9Z	DM1099Z	DW12B9Z	DF002ZZ	D7043ZZ	DW053ZZ	DH036ZZ	0HHU01Z	0XHD31Z	D9Y5FZZ
D0Y67ZZ	DU020ZZ	D717BBZ	D91D9BZ	DD13BBZ	DM109BZ	DW12BBZ	DF010ZZ	D7053Z0	DW063Z0	DH044ZZ	0HHU31Z	0XHD41Z	D9Y6FZZ
D0Y77ZZ	DV000ZZ	D717BCZ	D91D9CZ	DD13BCZ	DM109CZ	DW12BCZ	DF011ZZ	D7053ZZ	DW063ZZ	DH045ZZ	0HHU71Z	0XHF01Z	D9Y7FZZ
D8Y07ZZ	DV010ZZ	D717BYZ	D91D9YZ	DD13BYZ	DM109YZ	DW12BYZ	DF012ZZ	D7063Z0	D0004ZZ	DH046ZZ	0HHU81Z	0XHF31Z	D9Y8FZZ
D9Y07ZZ	DW010ZZ	D71897Z	D91DB7Z	DD1497Z	DM10B7Z	DW1397Z	DF020ZZ	D7063ZZ	D0005ZZ	DH064ZZ	0HHUX1Z	0XHF41Z	D9Y9FZZ
D9Y17ZZ	DW020ZZ	D71898Z	D91DB8Z	DD1498Z	DM10B8Z	DW1398Z	DF021ZZ	D7073Z0	D0006ZZ	DH065ZZ	0HHV01Z	0XHG01Z	D9YBCZZ
D9Y37ZZ	DW030ZZ	D71899Z	D91DB9Z	DD1499Z	DM10B9Z	DW1399Z	DF022ZZ	D7073ZZ	D0014ZZ	DH066ZZ	0HHV31Z	0XHG31Z	D9YBFZZ
D9Y47ZZ	DW040ZZ	D7189BZ	D91DBBZ	DD149BZ	DM10BBZ	DW139BZ	DF030ZZ	D7083Z0	D0015ZZ	DH074ZZ	0HHV71Z	0XHG41Z	D9YCCZZ
D9Y57ZZ	DW050ZZ	D7189CZ	D91DBCZ	DD149CZ	DM10BCZ	DW139CZ	DF031ZZ	D7083ZZ	D0016ZZ	DH075ZZ	0HHV81Z	0XHH01Z	D9YCFZZ
D9Y67ZZ	DW060ZZ	D7189YZ	D91DBYZ	DD149YZ	DM10BYZ	DW139YZ	DF032ZZ	D8003Z0	D0064ZZ	DH076ZZ	0HHVX1Z	0XHH31Z	D9YDCZZ
D9Y77ZZ	D01097Z	D718B7Z	D91F97Z	DD14B7Z	DM1197Z	DW13B7Z	DG000ZZ	D8003ZZ	D0065ZZ	DH084ZZ	0HHW01Z	0XHH41Z	D9YDFZZ
D9Y87ZZ	D01098Z	D718B8Z	D91F98Z	DD14B8Z	DM1198Z	DW13B8Z	DG001ZZ	D9003Z0	D0066ZZ	DH085ZZ	0HHW31Z	0XHJ01Z	DBY0FZZ
D9Y97ZZ	D01099Z	D718B9Z	D91F99Z	DD14B9Z	DM1199Z	DW13B9Z	DG002ZZ	D9003ZZ	D0074ZZ	DH086ZZ	0HHW71Z	0XHJ31Z	DBY1FZZ
D9YB7ZZ	D0109BZ	D718BBZ	D91F9BZ	DD14BBZ	DM119BZ	DW13BBZ	DG010ZZ	D9013Z0	D0075ZZ	DH094ZZ	0HHW81Z	0XHJ41Z	DBY2FZZ
D9YD7ZZ	D0109CZ	D718BCZ	D91F9CZ	DD14BCZ	DM119CZ	DW13BCZ	DG011ZZ	D9013ZZ	D0076ZZ	DH095ZZ	0HHWX1Z	0XHK01Z	DBY5FZZ
D9YF7ZZ	D0109YZ	D718BYZ	D91F9YZ	DD14BYZ	DM119YZ	DW13BYZ	DG012ZZ	D9033Z0	D7004ZZ	DH096ZZ	0HHX01Z	0XHK31Z	DBY6FZZ
DBY07ZZ	D010B7Z	D81097Z	D91FB7Z	DD1597Z	DM11B7Z	DW1697Z	DG020ZZ	D9033ZZ	D7005ZZ	DH0B4ZZ	0HHX31Z	0XHK41Z	DBY7FZZ
DBY17ZZ	D010B8Z	D81098Z	D91FB8Z	DD1598Z	DM11B8Z	DW1698Z	DG021ZZ	D9043Z0	D7006ZZ	DH0B5ZZ	0HHX71Z	0YH001Z	DBY8FZZ
DBY27ZZ	D010B9Z	D81099Z	D91FB9Z	DD1599Z	DM11B9Z	DW1699Z	DG022ZZ	D9043ZZ	D7014ZZ	DH0B6ZZ	0HHX81Z	0YH031Z	DDY0FZZ
DBY57ZZ	D010BBZ	D8109BZ	D91FBBZ	DD159BZ	DM11BBZ	DW169BZ	DG040ZZ	D9053Z0	D7015ZZ	DM004ZZ	0HHXX1Z	0YH041Z	DDY1CZZ
DBY67ZZ	D010BCZ	D8109CZ	D91FBCZ	DD159CZ	DM11BCZ	DW169CZ	DG041ZZ	D9053ZZ	D7016ZZ	DM005ZZ	0JHS01Z	0YH101Z	DDY1FZZ
DBY77ZZ	D010BYZ	D8109YZ	D91FBYZ	DD159YZ	DM11BYZ	DW169YZ	DG042ZZ	D9063Z0	D7024ZZ	DM006ZZ	0JHS31Z	0YH131Z	DDY2CZZ
DBY87ZZ	D01197Z	D810B7Z	DB1097Z	DD15B7Z	DT1097Z	DW16B7Z	DG050ZZ	D9063ZZ	D7025ZZ	DM014ZZ	0JHT01Z	0YH141Z	DDY2FZZ
DDY07ZZ	D01198Z	D810B8Z	DB1098Z	DD15B8Z	DT1098Z	DW16B8Z	DG051ZZ	D9073Z0	D7026ZZ	DM015ZZ	0JHT31Z	0YH501Z	DDY3CZZ
DDY17ZZ	D01199Z	D810B9Z	DB1099Z	DD15B9Z	DT1099Z	DW16B9Z	DG052ZZ	D9073ZZ	D7034ZZ	DM016ZZ	0JHV01Z	0YH531Z	DDY3FZZ
DDY27ZZ	D0119BZ	D810BBZ	DB109BZ	DD15BBZ	DT109BZ	DW16BBZ	DH020ZZ	D9083Z0	D7035ZZ	DP004ZZ	0JHV31Z	0YH541Z	DDY4CZZ
DDY37ZZ	D0119CZ	D810BCZ	DB109CZ	DD15BCZ	DT109CZ	DW16BCZ	DH021ZZ	D9083ZZ	D7036ZZ	DP005ZZ	0JHW01Z	0YH601Z	DDY4FZZ
DDY47ZZ	D0119YZ	D810BYZ	DB109YZ	DD15BYZ	DT109YZ	DW16BYZ	DH022ZZ	D9093Z0	D7044ZZ	DP006ZZ	0JHW31Z	0YH631Z	DDY5CZZ
DDY57ZZ	D011B7Z	D91097Z	DB10B7Z	DD1797Z	DT10B7Z	D0000ZZ	DH030ZZ	D9093ZZ	D7045ZZ	DP024ZZ	0UHC01Z	0YH641Z	DDY5FZZ
DDY77ZZ	D011B8Z	D91098Z	DB10B8Z	DD1798Z	DT10B8Z	D0001ZZ	DH031ZZ	D90B3Z0	D7046ZZ	DP025ZZ	0UHC31Z	0YH701Z	DDY7CZZ
DFY07ZZ	D011B9Z	D91099Z	DB10B9Z	DD1799Z	DT10B9Z	D0002ZZ	DH032ZZ	D90B3ZZ	D7054ZZ	DP026ZZ	0UHC41Z	0YH731Z	DDY7FZZ
DFY17ZZ	D011BBZ	D9109BZ	DB10BBZ	DD179BZ	DT10BBZ	D0010ZZ	DH040ZZ	D90D3Z0	D7055ZZ	DP034ZZ	0UHC71Z	0YH741Z	DDY8CZZ
DFY27ZZ	D011BCZ	D9109CZ	DB10BCZ	DD179CZ	DT10BCZ	D0011ZZ	DH041ZZ	D90D3ZZ	D7056ZZ	DP035ZZ	0UHC81Z	0YH801Z	DDY8FZZ
DFY37ZZ	D011BYZ	D9109YZ	DB10BYZ	DD179YZ	DT10BYZ	D0012ZZ	DH042ZZ	D90F3Z0	D7064ZZ	DP036ZZ	0UHG01Z	0YH831Z	DFY0CZZ
DGY07ZZ	D01697Z	D910B7Z	DB1197Z	DD17B7Z	DT1197Z	D0060ZZ	DH060ZZ	D90F3ZZ	D7065ZZ	DP044ZZ	0UHG31Z	0YH841Z	DFY0FZZ
DGY17ZZ	D01698Z	D910B8Z	DB1198Z	DD17B8Z	DT1198Z	D0061ZZ	DH061ZZ	DB003Z0	D7066ZZ	DP045ZZ	0UHG41Z	0YH901Z	DFY1CZZ
DGY27ZZ	D01699Z	D910B9Z	DB1199Z	DD17B9Z	DT1199Z	D0062ZZ	DH062ZZ	DB003ZZ	D7074ZZ	DP046ZZ	0UHG71Z	0YH931Z	DFY1FZZ
DGY47ZZ	D0169BZ	D910BBZ	DB119BZ	DD17BBZ	DT119BZ	D0070ZZ	DH070ZZ	DB013Z0	D7075ZZ	DP054ZZ	0UHG81Z	0YH941Z	DFY2CZZ
DGY57ZZ	D0169CZ	D910BCZ	DB119CZ	DD17BCZ	DT119CZ	D0071ZZ	DH071ZZ	DB013ZZ	D7076ZZ	DP055ZZ	0UHGX1Z	0YHB01Z	DFY2FZZ
DHY27ZZ	D0169YZ	D910BYZ	DB119YZ	DD17BYZ	DT119YZ	D0072ZZ	DH072ZZ	DB023Z0	D7084ZZ	DP056ZZ	0VH001Z	0YHB31Z	DFY3CZZ
DHY37ZZ	D016B7Z	D91197Z	DB11B7Z	DF1097Z	DT11B7Z	D7000ZZ	DH080ZZ	DB023ZZ	D7085ZZ	DP064ZZ	0VH031Z	0YHB41Z	DFY3FZZ
DHY47ZZ	D016B8Z	D91198Z	DB11B8Z	DF1098Z	DT11B8Z	D7001ZZ	DH081ZZ	DB053Z0	D7086ZZ	DP065ZZ	0VH041Z	0YHC01Z	DGY0FZZ
DHY67ZZ	D016B9Z	D91199Z	DB11B9Z	DF1099Z	DT11B9Z	D7002ZZ	DH082ZZ	DB053ZZ	D8004ZZ	DP066ZZ	0VH071Z	0YHC31Z	DGY1FZZ
DHY77ZZ	D016BBZ	D9119BZ	DB11BBZ	DF109BZ	DT11BBZ	D7010ZZ	DH090ZZ	DB063Z0	D8005ZZ	DP074ZZ	0VH081Z	0YHC41Z	DGY2FZZ

ICD-9-CM：92.2X，ICD-10-PCS 如下：														
DHY87ZZ	D016BCZ	D9119CZ	DB11BCZ	DF109CZ	DT11BCZ	D7011ZZ	DH091ZZ	DB063ZZ	D8006ZZ	DP075ZZ	0WH001Z	0YHD01Z	DGY4FZZ
DHY97ZZ	D016BYZ	D9119YZ	DB11BYZ	DF109YZ	DT11BYZ	D7012ZZ	DH092ZZ	DB073Z0	D9004ZZ	DP076ZZ	0WH031Z	0YHD31Z	DGY5FZZ
DHYB7ZZ	D01797Z	D911B7Z	DB1297Z	DF10B7Z	DT1297Z	D7020ZZ	DH0B0ZZ	DB073ZZ	D9005ZZ	DP084ZZ	0WH041Z	0YHD41Z	DHY2FZZ
DMY07ZZ	D01798Z	D911B8Z	DB1298Z	DF10B8Z	DT1298Z	D7021ZZ	DH0B1ZZ	DB083Z0	D9006ZZ	DP085ZZ	0WH101Z	0YHF01Z	DHY3FZZ
DMY17ZZ	D01799Z	D911B9Z	DB1299Z	DF10B9Z	DT1299Z	D7022ZZ	DH0B2ZZ	DB083ZZ	D9014ZZ	DP086ZZ	0WH131Z	0YHF31Z	DHY4FZZ
DPY07ZZ	D0179BZ	D911BBZ	DB129BZ	DF10BBZ	DT129BZ	D7030ZZ	DM000ZZ	DD003Z0	D9015ZZ	DP094ZZ	0WH141Z	0YHF41Z	DHY5FZZ
DPY27ZZ	D0179CZ	D911BCZ	DB129CZ	DF10BCZ	DT129CZ	D7031ZZ	DM001ZZ	DD003ZZ	D9016ZZ	DP095ZZ	0WH201Z	0YHG01Z	DHY6FZZ
DPY37ZZ	D0179YZ	D911BYZ	DB129YZ	DF10BYZ	DT129YZ	D7032ZZ	DM002ZZ	DD013Z0	D9034ZZ	DP096ZZ	0WH231Z	0YHG31Z	DHY7FZZ
DPY47ZZ	D017B7Z	D91397Z	DB12B7Z	DF1197Z	DT12B7Z	D7040ZZ	DM010ZZ	DD013ZZ	D9035ZZ	DP0B4ZZ	0WH241Z	0YHG41Z	DHY8FZZ
DPY57ZZ	D017B8Z	D91398Z	DB12B8Z	DF1198Z	DT12B8Z	D7041ZZ	DM011ZZ	DD023Z0	D9036ZZ	DP0B5ZZ	0WH301Z	0YHH01Z	DHY9FZZ
DPY67ZZ	D017B9Z	D91399Z	DB12B9Z	DF1199Z	DT12B9Z	D7042ZZ	DM012ZZ	DD023ZZ	D9044ZZ	DP0B6ZZ	0WH331Z	0YHH31Z	DHYBFZZ
DPY77ZZ	D017BBZ	D9139BZ	DB12BBZ	DF119BZ	DT12BBZ	D7050ZZ	DP000ZZ	DD033Z0	D9045ZZ	DP0C4ZZ	0WH341Z	0YHH41Z	DHYCFZZ
DPY87ZZ	D017BCZ	D9139CZ	DB12BCZ	DF119CZ	DT12BCZ	D7051ZZ	DP001ZZ	DD033ZZ	D9046ZZ	DP0C5ZZ	0WH401Z	0YHJ01Z	DMY0FZZ
DPY97ZZ	D017BYZ	D9139YZ	DB12BYZ	DF119YZ	DT12BYZ	D7052ZZ	DP002ZZ	DD043Z0	D9054ZZ	DP0C6ZZ	0WH431Z	0YHJ31Z	DMY1FZZ
DPYB7ZZ	D71097Z	D913B7Z	DB1597Z	DF11B7Z	DT1397Z	D7060ZZ	DP020ZZ	DD043ZZ	D9055ZZ	DT004ZZ	0WH441Z	0YHJ41Z	DPY0FZZ
DPYC7ZZ	D71098Z	D913B8Z	DB1598Z	DF11B8Z	DT1398Z	D7061ZZ	DP021ZZ	DD053Z0	D9056ZZ	DT005ZZ	0WH501Z	0YHK01Z	DPY2FZZ
DTY07ZZ	D71099Z	D913B9Z	DB1599Z	DF11B9Z	DT1399Z	D7062ZZ	DP022ZZ	DD053ZZ	D9064ZZ	DT006ZZ	0WH531Z	0YHK31Z	DPY3FZZ
DTY17ZZ	D7109BZ	D913BBZ	DB159BZ	DF11BBZ	DT139BZ	D7070ZZ	DP030ZZ	DD073Z0	D9065ZZ	DT014ZZ	0WH541Z	0YHK41Z	DPY4FZZ
DTY27ZZ	D7109CZ	D913BCZ	DB159CZ	DF11BCZ	DT139CZ	D7071ZZ	DP031ZZ	DD073ZZ	D9066ZZ	DT015ZZ	0WH601Z	0YHL01Z	DPY5FZZ
DTY37ZZ	D7109YZ	D913BYZ	DB159YZ	DF11BYZ	DT139YZ	D7072ZZ	DP032ZZ	DF003Z0	D9074ZZ	DT016ZZ	0WH631Z	0YHL31Z	DPY6FZZ
DUY07ZZ	D710B7Z	D91497Z	DB15B7Z	DF1297Z	DT13B7Z	D7080ZZ	DP040ZZ	DF003ZZ	D9075ZZ	DT024ZZ	0WH641Z	0YHL41Z	DPY7FZZ
DUY17ZZ	D710B8Z	D91498Z	DB15B8Z	DF1298Z	DT13B8Z	D7081ZZ	DP041ZZ	DF013Z0	D9076ZZ	DT025ZZ	0WH801Z	0YHM01Z	DPY8FZZ
DUY27ZZ	D710B9Z	D91499Z	DB15B9Z	DF1299Z	DT13B9Z	D7082ZZ	DP042ZZ	DF013ZZ	D9084ZZ	DT026ZZ	0WH831Z	0YHM31Z	DPY9FZZ
DVY07ZZ	D710BBZ	D9149BZ	DB15BBZ	DF129BZ	DT13BBZ	D8000ZZ	DP050ZZ	DF023Z0	D9085ZZ	DT034ZZ	0WH841Z	0YHM41Z	DPYBFZZ
DVY17ZZ	D710BCZ	D9149CZ	DB15BCZ	DF129CZ	DT13BCZ	D8001ZZ	DP051ZZ	DF023ZZ	D9086ZZ	DT035ZZ	0WH901Z	0YHN01Z	DPYCFZZ
DWY17ZZ	D710BYZ	D9149YZ	DB15BYZ	DF129YZ	DT13BYZ	D8002ZZ	DP052ZZ	DF033Z0	D9094ZZ	DT036ZZ	0WH931Z	0YHN31Z	DTY0CZZ
DWY27ZZ	D71197Z	D914B7Z	DB1697Z	DF12B7Z	DU1097Z	D9000ZZ	DP060ZZ	DF033ZZ	D9095ZZ	DU004ZZ	0WH941Z	0YHN41Z	DTY0FZZ
DWY37ZZ	D71198Z	D914B8Z	DB1698Z	DF12B8Z	DU1098Z	D9001ZZ	DP061ZZ	DG003Z0	D9096ZZ	DU005ZZ	0WHB01Z	3E0B304	DTY1CZZ
DWY47ZZ	D71199Z	D914B9Z	DB1699Z	DF12B9Z	DU1099Z	D9002ZZ	DP062ZZ	DG003ZZ	D90B4ZZ	DU006ZZ	0WHB31Z	3E0B704	DTY1FZZ
DWY57ZZ	D7119BZ	D914BBZ	DB169BZ	DF12BBZ	DU109BZ	D9010ZZ	DP070ZZ	DG013Z0	D90B5ZZ	DU014ZZ	0WHB41Z	3E0BX04	DTY2CZZ
DWY67ZZ	D7119CZ	D914BCZ	DB169CZ	DF12BCZ	DU109CZ	D9011ZZ	DP071ZZ	DG013ZZ	D90B6ZZ	DU015ZZ	0WHC01Z	3E0C304	DTY2FZZ
D0000ZZ	D7119YZ	D914BYZ	DB169YZ	DF12BYZ	DU109YZ	D9012ZZ	DP072ZZ	DG023Z0	D90D4ZZ	DU016ZZ	0WHC31Z	3E0C704	DTY3CZZ
D0010ZZ	D711B7Z	D91597Z	DB16B7Z	DF1397Z	DU10B7Z	D9030ZZ	DP080ZZ	DG023ZZ	D90D5ZZ	DU024ZZ	0WHC41Z	3E0CX04	DTY3FZZ
D0060ZZ	D711B8Z	D91598Z	DB16B8Z	DF1398Z	DU10B8Z	D9031ZZ	DP081ZZ	DG043Z0	D90D6ZZ	DU025ZZ	0WHD01Z	3E0D304	DUY0CZZ
D0070ZZ	D711B9Z	D91599Z	DB16B9Z	DF1399Z	DU10B9Z	D9032ZZ	DP082ZZ	DG043ZZ	D90F4ZZ	DU026ZZ	0WHD31Z	3E0D704	DUY0FZZ
D7000ZZ	D711BBZ	D9159BZ	DB16BBZ	DF139BZ	DU10BBZ	D9040ZZ	DP090ZZ	DG053Z0	D90F5ZZ	DV004ZZ	0WHD41Z	3E0DX04	DUY1CZZ
D7010ZZ	D711BCZ	D9159CZ	DB16BCZ	DF139CZ	DU10BCZ	D9041ZZ	DP091ZZ	DG053ZZ	D90F6ZZ	DV005ZZ	0WHF01Z	3E0E304	DUY1FZZ
D7020ZZ	D711BYZ	D9159YZ	DB16BYZ	DF139YZ	DU10BYZ	D9042ZZ	DP092ZZ	DH023Z0	DB004ZZ	DV006ZZ	0WHF31Z	3E0E704	DUY2CZZ
D7030ZZ	D71297Z	D915B7Z	DB1797Z	DF13B7Z	DU1197Z	D9050ZZ	DP0B0ZZ	DH023ZZ	DB005ZZ	DV014ZZ	0WHF41Z	3E0E804	DUY2FZZ
D7040ZZ	D71298Z	D915B8Z	DB1798Z	DF13B8Z	DU1198Z	D9051ZZ	DP0B1ZZ	DH033Z0	DB006ZZ	DV015ZZ	0WHG01Z	3E0F304	DVY0CZZ
D7050ZZ	D71299Z	D915B9Z	DB1799Z	DF13B9Z	DU1199Z	D9052ZZ	DP0B2ZZ	DH033ZZ	DB014ZZ	DV016ZZ	0WHG31Z	3E0F704	DVY0FZZ
D7060ZZ	D7129BZ	D915BBZ	DB179BZ	DF13BBZ	DU119BZ	D9060ZZ	DP0C0ZZ	DH043Z0	DB015ZZ	DW014ZZ	0WHG41Z	3E0F804	DVY1FZZ
D7070ZZ	D7129CZ	D915BCZ	DB179CZ	DF13BCZ	DU119CZ	D9061ZZ	DP0C1ZZ	DH043ZZ	DB016ZZ	DW015ZZ	0WHH01Z	3E0G304	DWY1FZZ
D7080ZZ	D7129YZ	D915BYZ	DB179YZ	DF13BYZ	DU119YZ	D9062ZZ	DP0C2ZZ	DH063Z0	DB024ZZ	DW016ZZ	0WHH31Z	3E0G704	DWY2FZZ
D8000ZZ	D712B7Z	D91697Z	DB17B7Z	DG1097Z	DU11B7Z	D9070ZZ	DT000ZZ	DH063ZZ	DB025ZZ	DW024ZZ	0WHH41Z	3E0G804	DWY3FZZ
D9000ZZ	D712B8Z	D91698Z	DB17B8Z	DG1098Z	DU11B8Z	D9071ZZ	DT001ZZ	DH073Z0	DB026ZZ	DW025ZZ	0WHJ01Z	3E0H304	DWY4FZZ

ICD-9-CM：92.2X，ICD-10-PCS 如下：														
D9010ZZ	D712B9Z	D91699Z	DB17B9Z	DG1099Z	DU11B9Z	D9072ZZ	DT002ZZ	DH073ZZ	DB054ZZ	DW026ZZ	0WHJ31Z	3E0H704	DWY5FZZ
D9030ZZ	D712BBZ	D9169BZ	DB17BBZ	DG109BZ	DU11BBZ	D9080ZZ	DT010ZZ	DH083Z0	DB055ZZ	DW034ZZ	0WHJ41Z	3E0H804	DWY6FZZ
D9040ZZ	D712BCZ	D9169CZ	DB17BCZ	DG109CZ	DU11BCZ	D9081ZZ	DT011ZZ	DH083ZZ	DB056ZZ	DW035ZZ	0WHK01Z	3E0J304	D010BB1
D9050ZZ	D712BYZ	D9169YZ	DB17BYZ	DG109YZ	DU11BYZ	D9082ZZ	DT012ZZ	DH093Z0	DB064ZZ	DW036ZZ	0WHK31Z	3E0J704	D010B6Z
D9060ZZ	D71397Z	D916B7Z	DB1897Z	DG10B7Z	DU1297Z	D9090ZZ	DT020ZZ	DH093ZZ	DB065ZZ	DW044ZZ	0WHK41Z	3E0J804	D011BB1
D9070ZZ	D71398Z	D916B8Z	DB1898Z	DG10B8Z	DU1298Z	D9091ZZ	DT021ZZ	DH0B3Z0	DB066ZZ	DW045ZZ	0WHL01Z	3E0K304	D011B6Z
D9080ZZ	D71399Z	D916B9Z	DB1899Z	DG10B9Z	DU1299Z	D9092ZZ	DT022ZZ	DH0B3ZZ	DB074ZZ	DW046ZZ	0WHL31Z	3E0K704	D717BB1
D9090ZZ	D7139BZ	D916BBZ	DB189BZ	DG10BBZ	DU129BZ	D90B0ZZ	DT030ZZ	DM003Z0	DB075ZZ	DW054ZZ	0WHL41Z	3E0K804	D717B6Z
D90B0ZZ	D7139CZ	D916BCZ	DB189CZ	DG10BCZ	DU129CZ	D90B1ZZ	DT031ZZ	DM003ZZ	DB076ZZ	DW055ZZ	0WHM01Z	3E0L304	D718BB1
D90D0ZZ	D7139YZ	D916BYZ	DB189YZ	DG10BYZ	DU129YZ	D90B2ZZ	DT032ZZ	DM013Z0	DB084ZZ	DW056ZZ	0WHM31Z	3E0L704	D718B6Z
D90F0ZZ	D713B7Z	D91797Z	DB18B7Z	DG1197Z	DU12B7Z	D90D0ZZ	DU000ZZ	DM013ZZ	DB085ZZ	DW064ZZ	0WHM41Z	3E0M304	D810BB1
DB000ZZ	D713B8Z	D91798Z	DB18B8Z	DG1198Z	DU12B8Z	D90D1ZZ	DU001ZZ	DP003Z0	DB086ZZ	DW065ZZ	0WHN01Z	3E0M704	D810B6Z
DB010ZZ	D713B9Z	D91799Z	DB18B9Z	DG1199Z	DU12B9Z	D90D2ZZ	DU002ZZ	DP003ZZ	DD004ZZ	DW066ZZ	0WHN31Z	3E0N304	D910BB1
DB020ZZ	D713BBZ	D9179BZ	DB18BBZ	DG119BZ	DU12BBZ	D90F0ZZ	DU010ZZ	DP023Z0	DD005ZZ	08H031Z	0WHN41Z	3E0N704	D910B6Z
DB050ZZ	D713BCZ	D9179CZ	DB18BCZ	DG119CZ	DU12BCZ	D90F1ZZ	DU011ZZ	DP023ZZ	DD006ZZ	08H0X1Z	0WHP01Z	3E0N804	D91DBB1
DB060ZZ	D713BYZ	D9179YZ	DB18BYZ	DG119YZ	DU12BYZ	D90F2ZZ	DU012ZZ	DP033Z0	DD014ZZ	08H131Z	0WHP31Z	3E0P304	D91DB6Z
DB070ZZ	D71497Z	D917B7Z	DD1097Z	DG11B7Z	DV1097Z	DB000ZZ	DU020ZZ	DP033ZZ	DD015ZZ	08H1X1Z	0WHP41Z	3E0P704	D91FBB1
DB080ZZ	D71498Z	D917B8Z	DD1098Z	DG11B8Z	DV1098Z	DB001ZZ	DU021ZZ	DP043Z0	DD016ZZ	0BH001Z	0WHP71Z	3E0P804	D91FB6Z
DD000ZZ	D71499Z	D917B9Z	DD1099Z	DG11B9Z	DV1099Z	DB002ZZ	DU022ZZ	DP043ZZ	DD024ZZ	0BH031Z	0WHP81Z	3E0Q304	DB10B6Z
DD010ZZ	D7149BZ	D917BBZ	DD109BZ	DG11BBZ	DV109BZ	DB010ZZ	DV000ZZ	DP053Z0	DD025ZZ	0BH041Z	0WHQ01Z	3E0Q704	DD13BB1
DD020ZZ	D7149CZ	D917BCZ	DD109CZ	DG11BCZ	DV109CZ	DB011ZZ	DV001ZZ	DP053ZZ	DD026ZZ	0BH071Z	0WHQ31Z	3E0R304	DD13B6Z
DD030ZZ	D7149YZ	D917BYZ	DD109YZ	DG11BYZ	DV109YZ	DB012ZZ	DV002ZZ	DP063Z0	DD034ZZ	0BH081Z	0WHQ41Z	3E0S304	DD14BB1
DD040ZZ	D714B7Z	D91897Z	DD10B7Z	DG1297Z	DV10B7Z	DB020ZZ	DV010ZZ	DP063ZZ	DD035ZZ	0BHK01Z	0WHQ71Z	3E0U304	DD14B6Z
DD050ZZ	D714B8Z	D91898Z	DD10B8Z	DG1298Z	DV10B8Z	DB021ZZ	DV011ZZ	DP073Z0	DD036ZZ	0BHK31Z	0WHQ81Z	3E0Y304	DD15BB1
DD070ZZ	D714B9Z	D91899Z	DD10B9Z	DG1299Z	DV10B9Z	DB022ZZ	DV012ZZ	DP073ZZ	DD044ZZ	0BHK41Z	0WHR01Z	3E0Y704	DD15B6Z
DF000ZZ	D714BBZ	D9189BZ	DD10BBZ	DG129BZ	DV10BBZ	DB050ZZ	DW010ZZ	DP083Z0	DD045ZZ	0BHK71Z	0WHR31Z	CW70NZZ	DD17BB1
DF010ZZ	D714BCZ	D9189CZ	DD10BCZ	DG129CZ	DV10BCZ	DB051ZZ	DW011ZZ	DP083ZZ	DD046ZZ	0BHK81Z	0WHR41Z	CW70YZZ	DD17B6Z
DF020ZZ	D714BYZ	D9189YZ	DD10BYZ	DG129YZ	DV10BYZ	DB052ZZ	DW012ZZ	DP093Z0	DD054ZZ	0BHL01Z	0WHR71Z	CW73NZZ	DM10BB1
DF030ZZ	D71597Z	D918B7Z	DD1197Z	DG12B7Z	DV1197Z	DB060ZZ	DW020ZZ	DP093ZZ	DD055ZZ	0BHL31Z	0WHR81Z	CW73YZZ	DM10B6Z
DG000ZZ	D71598Z	D918B8Z	DD1198Z	DG12B8Z	DV1198Z	DB061ZZ	DW021ZZ	DP0B3Z0	DD056ZZ	0BHL41Z	0XH201Z	CW7GGZZ	DM11BB1
DG010ZZ	D71599Z	D918B9Z	DD1199Z	DG12B9Z	DV1199Z	DB062ZZ	DW022ZZ	DP0B3ZZ	DD074ZZ	0BHL71Z	0XH231Z	CW7GYZZ	DM11B6Z
DG020ZZ	D7159BZ	D918BBZ	DD119BZ	DG12BBZ	DV119BZ	DB070ZZ	DW030ZZ	DP0C3Z0	DD075ZZ	0BHL81Z	0XH241Z	CW7N8ZZ	DT10BB1
DG040ZZ	D7159CZ	D918BCZ	DD119CZ	DG12BCZ	DV119CZ	DB071ZZ	DW031ZZ	DP0C3ZZ	DD076ZZ	0CH701Z	0XH301Z	CW7NGZZ	DT10B6Z
DG050ZZ	D7159YZ	D918BYZ	DD119YZ	DG12BYZ	DV119YZ	DB072ZZ	DW032ZZ	DT003Z0	DF004ZZ	0CH731Z	0XH331Z	CW7NNZZ	DW12BB1
DH020ZZ	D715B7Z	D91997Z	DD11B7Z	DG1497Z	DV11B7Z	DB080ZZ	DW040ZZ	DT003ZZ	DF005ZZ	0CH7X1Z	0XH341Z	CW7NPZZ	DW13BB1
DH030ZZ	D715B8Z	D91998Z	DD11B8Z	DG1498Z	DV11B8Z	DB081ZZ	DW041ZZ	DT013Z0	DF006ZZ	0DH501Z	0XH401Z	CW7NYZZ	DW13B6Z
DH040ZZ	D715B9Z	D91999Z	DD11B9Z	DG1499Z	DV11B9Z	DB082ZZ	DW042ZZ	DT013ZZ	DF014ZZ	0DH531Z	0XH431Z	CW7YYZZ	DW16BB1
DH060ZZ	D715BBZ	D9199BZ	DD11BBZ	DG149BZ	DV11BBZ	DD000ZZ	DW050ZZ	DT023Z0	DF015ZZ	0DH541Z	0XH441Z	DWY5GDZ	DW16B6Z
DH070ZZ	D715BCZ	D9199CZ	DD11BCZ	DG149CZ	DV11BCZ	DD001ZZ	DW051ZZ	DT023ZZ	DF016ZZ	0DH571Z	0XH501Z	DWY5GFZ	0HHPXYZ
DH080ZZ	D715BYZ	D9199YZ	DD11BYZ	DG149YZ	DV11BYZ	DD002ZZ	DW052ZZ	DT033Z0	DF024ZZ	0DH581Z	0XH531Z	DWY5GGZ	0HHPXYZ
DH090ZZ	D71697Z	D919B7Z	DD1297Z	DG14B7Z	DW1197Z	DD010ZZ	DW060ZZ	DT033ZZ	DF025ZZ	0DHP01Z	0XH541Z	DWY5GHZ	0HHPXYZ
DH0B0ZZ	D71698Z	D919B8Z	DD1298Z	DG14B8Z	DW1198Z	DD011ZZ	DW061ZZ	DU003Z0	DF026ZZ	0DHP31Z	0XH601Z	DWY5GYZ	D016BB1
DM000ZZ	D71699Z	D919B9Z	DD1299Z	DG14B9Z	DW1199Z	DD012ZZ	DW062ZZ	DU003ZZ	DF034ZZ	0DHP41Z	0XH631Z	D0Y0FZZ	D016B6Z
DM010ZZ	D7169BZ	D919BBZ	DD129BZ	DG14BBZ	DW119BZ	DD020ZZ	D0003Z0	DU013Z0	DF035ZZ	0DHP71Z	0XH641Z	D0Y1FZZ	D017BB1
DP000ZZ	D7169CZ	D919BCZ	DD129CZ	DG14BCZ	DW119CZ	DD021ZZ	D0003ZZ	DU013ZZ	DF036ZZ	0DHP81Z	0XH701Z	D0Y6FZZ	D017B6Z
DP020ZZ	D7169YZ	D919BYZ	DD129YZ	DG14BYZ	DW119YZ	DD022ZZ	D0013Z0	DU023Z0	DG005ZZ	0FHB01Z	0XH731Z	D0Y7FZZ	D710BB1

ICD-9-CM：92.2X，ICD-10-PCS 如下：														
DP030ZZ	D716B7Z	D91B97Z	DD12B7Z	DG1597Z	DW11B7Z	DD030ZZ	D0013ZZ	DU023ZZ	DG006ZZ	0FHB31Z	0XH741Z	D7Y0FZZ	D710B6Z
DP040ZZ	D716B8Z	D91B98Z	DD12B8Z	DG1598Z	DW11B8Z	DD031ZZ	D0063Z0	DV003Z0	DG015ZZ	0FHB41Z	0XH801Z	D7Y1FZZ	D711BB1
DP050ZZ	D716B9Z	D91B99Z	DD12B9Z	DG1599Z	DW11B9Z	DD032ZZ	D0063ZZ	DV003ZZ	DG016ZZ	0FHB71Z	0XH831Z	D7Y2FZZ	D711B6Z
DP060ZZ	D716BBZ	D91B9BZ	DD12BBZ	DG159BZ	DW11BBZ	DD040ZZ	D0073Z0	DV013Z0	DG025ZZ	0FHB81Z	0XH841Z	D7Y3FZZ	D911BB1
DP070ZZ	D716BCZ	D91B9CZ	DD12BCZ	DG159CZ	DW11BCZ	DD041ZZ	D0073ZZ	DV013ZZ	DG026ZZ	0FHD01Z	0XH901Z	D7Y4FZZ	D913BB1
DP080ZZ	D716BYZ	D91B9YZ	DD12BYZ	DG159YZ	DW11BYZ	DD042ZZ	D7003Z0	DW013Z0	DG045ZZ	0FHD31Z	0XH931Z	D7Y5FZZ	D913B6Z
DP090ZZ	D71797Z	D91BB7Z	DD1397Z	DG15B7Z	DW1297Z	DD050ZZ	D7003ZZ	DW013ZZ	DG046ZZ	0FHD41Z	0XH941Z	D7Y6FZZ	D914BB1
DP0B0ZZ	D71798Z	D91BB8Z	DD1398Z	DG15B8Z	DW1298Z	DD051ZZ	D7013Z0	DW023Z0	DG055ZZ	0FHD71Z	0XHB01Z	D7Y7FZZ	D914B6Z
DP0C0ZZ	D71799Z	D91BB9Z	DD1399Z	DG15B9Z	DW1299Z	DD052ZZ	D7013ZZ	DW023ZZ	DG056ZZ	0FHD81Z	0XHB31Z	D7Y8FZZ	DB11BB1
DT000ZZ	D7179BZ	D91BBBZ	DD139BZ	DG15BBZ	DW129BZ	DD070ZZ	D7023Z0	DW033Z0	DH024ZZ	0HHT01Z	0XHB41Z	D8Y0FZZ	DB11B6Z
DT010ZZ	D7179CZ	D91BBCZ	DD139CZ	DG15BCZ	DW129CZ	DD071ZZ	D7023ZZ	DW033ZZ	DH025ZZ	0HHT31Z	0XHC01Z	D9Y0FZZ	DB12BB1
DT020ZZ	D7179YZ	D91BBYZ	DD139YZ	DG15BYZ	DW129YZ	DD072ZZ	D7033Z0	DW043Z0	DH026ZZ	0HHT71Z	0XHC31Z	D9Y1FZZ	DB12B6Z
DT030ZZ	D717B7Z	D91D97Z	DD13B7Z	DM1097Z	DW12B7Z	DF000ZZ	D7033ZZ	DW043ZZ	DH034ZZ	0HHT81Z	0XHC41Z	D9Y4CZZ	DB15BB1
DB15B6Z	DF12B6Z	D916BB1	DG11B6Z	D91BB6Z	DT11BB1	D916B6Z	DG12BB1	DD11BB1	DT11B6Z	D917BB1	DG12B6Z	DD11B6Z	DT12BB1
DB16BB1	D917B6Z	DU11BB1	DD12BB1	DT12B6Z	D918BB1	DU11B6Z	DD12B6Z	DT13BB1	D918B6Z	DU12BB1	DG14BB1	DT13B6Z	DB17BB1
DB16B6Z	DU12B6Z	DG14B6Z	DU10BB1	DB17B6Z	DV10BB1	DG15BB1	DU10B6Z	DB18BB1	DV10B6Z	DG15B6Z	D712BB1	DB18B6Z	3E0Q004
DF10BB1	DV11BB1	D712B6Z	DD10BB1	D715BB1	DV11B6Z	D713BB1	DD10B6Z	D715B6Z	DW11BB1	D713B6Z	DF13BB1	D716BB1	DW11B6Z
DF10B6Z	D714BB1	DF13B6Z	D716B6Z	D0Y0CZZ	D714B6Z	DG10BB1	D919BB1	D0Y1CZZ	D915BB1	DG10B6Z	D919B6Z	D0Y6CZZ	DB10BB1
DF11BB1	DF11B6Z	DW12B6Z	D911B6Z	DF12BB1	D915B6Z	DG11BB1	D91BBB1	D0Y7CZZ					

附件 2

第三部 牙醫

第三章第四節

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
92093B	牙醫急症處置-每次門診限申報一次 Management of dental emergencies 註： 1.適應症： (1)顏面及牙齒疼痛，經藥物控制不佳者(K03.81,K04.0-, K04.1-K04.99, K05.0-, K05.2-)。 (2)外傷導致之牙齒斷裂(S02.5-)。 (3)拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血(K91.840)。 (4)下顎關節脫臼(S03.0-)。 (5)顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎(K12.2, L03.221, L02.01,L03.211, L03.212)。 (6)口腔及顏面撕裂傷(S01.4-, S01.5-)。 2.進行緩解之相關處置：如止痛、局部非特定處理、齒內治療緊急處理、牙周緊急處理、止血。 3.需檢附檢傷分類等級、生命徵象(血壓、心跳速率、呼吸速率)與意識狀況(Glasgow coma score)等護理紀錄。 4.不得同時申報34001C、34002C、90004C、91001C、92001C、92012C、92043C、 92066C、92071C、92094C、92096C。		v	v	v	1500

第六部第一章　產科

通則：

七、 陰道生產案件中，屬下列主診斷碼(ICD-10-CM)且不論有無次診斷或次手術(處置)者，得適用本章通則五之規定：

O10-O11、O13-O16、O21-O22、O24.-、O34.3-、O42.-、O43.2-、O44-O46、O60.1-、O60.2-、O67.-、O72-O75、O85-O86、O87.1、O87.3、O88.-、O89.09、O89.8、O89.9、O90-O91、O98-O99。

八、 剖腹產案件中，其有次診斷或次手術(或處置)而致實際醫療費用超過「得核實申報上限點數」者，得按實際醫療費用申報，惟其個案數不得超過「得核實申報個案數比率」；除以上情形外之其它剖腹產個案皆依本部所訂支付點數申報費用。

九、 剖腹產案件中，屬下列主診斷碼(ICD-10-CM)且不論有無次診斷或次手術(處置)者，得適用本章通則通則八之規定：

O10-O11、O13-O16、O21.-、O24.-、O34.-、O42.-、O44-O46、O60.1-、O60.2-、O99.81-。

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
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： 主診斷碼(ICD-10-CM)：O00.0-、O00.1-、O00.2-、O00.8-、O00.9- 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。	v				58565

附件 3

全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫

依 112 年 3 月 23 日健保醫字第 1120105361 號公告

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：112年4月1日至112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「西醫住院病患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)。
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.-、M22-26、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。

(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者；前述違規期間之認定，以全民健康保險保險人(以下稱保險人)第一次處分函所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)。

(三)退場機制：前一年度結案患者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(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)，且經保險人予以停止特約或終止特約者，本計畫執行資格將同步自處分停約或終止特約日起終止。

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。

附件一

全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫申請表

<table>
<tr><td rowspan="11">基本資料</td><td>院所名稱</td><td colspan="2"></td><td>院所代碼</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>本計畫負責醫師姓名</td><td colspan="2"></td><td>身分證字號</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>本計畫負責醫師學經歷</td><td colspan="2"></td><td>聯絡電話</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="6">E-mail：</td></tr>
<tr><td colspan="2">醫師姓名</td><td>身分證字號</td><td>中醫師證書字號</td><td>中醫執業年資</td><td>受訓課程日期</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td>台中字第　　號</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td>台中字第　　號</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td>台中字第　　號</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td>台中字第　　號</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td>台中字第　　號</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">保險醫事服務機構自評項目</td><td colspan="2">請Ｖ選</td><td>備註</td></tr>
<tr><td colspan="3">院所是否二年內未違反健保相關法規</td><td colspan="2">□未違反□違反</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">醫師是否二年內未違反健保相關法規</td><td colspan="2">□未違反□違反</td><td></td></tr>
<tr><td>機構章戳</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

(本欄位由中醫全聯會填寫) 中醫全聯會審核意見欄	1□審核通過。 2□不符合規定。 3□資料不全，請於　　月　　日內補齊。 4□其他。 審核委員：　　審核日期：　　年　　月　　日

附件二

西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫
給付項目及支付標準

通則：

一、本標準所訂支付點數包括中醫師診療、處置、處方、藥費、調劑費、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本(如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出)。

二、針灸、傷科及脫臼整復每次診療得合併申報本計畫之診察費項目(P33001)，不受同一療程規定之限制。

三、本計畫之中醫輔助醫療服務量、針灸、傷科及脫臼整復合計申報量，應獨立計算且申報時不併入該院所原門診合理量、針灸、傷科及脫臼整復合計申報量計算。

四、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。

五、申報中醫護理衛教費及營養飲食指導費，應於該次診療服務合併實施治療評估，並於病歷詳細載明評估結果及治療方式。

六、本計畫之案件當次不得另行申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫各章節之診療項目。

七、本計畫支付標準表除第五章及第七章之診療項目外，同一病人同一診療項目，每日限申報一次。

支付標準表

第一章 中醫輔助醫療診察費

編號	診療項目	支付點數
P33001	中醫輔助醫療診察費	350

第二章 藥費

編號	診療項目	支付點數
P33021	每日藥費	100

第三章 針灸治療

編號	診療項目	支付點數
P33031	針灸治療處置費	400
P33032	電針治療	500
註：P33031、P33032 每次治療擇一申報。		

第四章 傷外科治療

編號	診療項目	支付點數
P33041	一般治療	300

第五章 疾病管理照護費

編號	診療項目	支付點數
P33051	中醫護理衛教費	300
P33052	營養飲食指導費	250
P33053	生理評估(限腦中風病人適用) (1)美國國家衛生研究院中風評量表(NIHSS) (2)巴氏量表(Barthel Index)	1,000
P33054	生理評估(限顱腦損傷病人適用) (1)改良式創傷嚴重度指標(RTS) (2)巴氏量表(Barthel Index)	1,000
P33055	生理評估(限脊髓損傷病人適用) (1)美國脊髓損傷協會神經和功能評分(ASIA score) (2)巴氏量表(Barthel Index)	1,000
P33056	生理評估(限呼吸困難病人適用) (1)呼吸頻率(RR)，心率(HR)，血氧飽和度(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(ACT)。 B.慢性阻塞肺病：慢性阻塞肺病評估量表(CAT)。 C.其他：呼吸困難評估量表(mMRC)。	1,000
P33057	生理評估(限術後疼痛病人適用)： (1)視覺類比量表(Visual Analogue Scale,VAS)。 (2)簡易麥吉爾疼痛問卷(Short Form McGill Pain Questionnaire, SF-MPQ)。 (3)歐氏失能量表(Oswestry Disability Index,ODI)。	1,000

註：1.每一個案住院期間限申報一次費用。
2.P33053、P33054、P33055、P33056、P33057 生理評估：
(1)須以個案為單位。
(2)須於收案後三日內及出院前各執行一次。
(3)每次須同時完成各項所列之量表並登錄於VPN。

第六章 藥品調劑費

編號	診療項目	支付點數
P33061	藥品調劑費	50/次

第七章 中醫輔助醫療檢查費

編號	診療項目	支付點數
P33071	中醫輔助醫療檢查費(舌診儀)	500/次
P33072	中醫輔助醫療檢查費(脈診儀)	500/次
P33073	中醫輔助醫療檢查費(微循環儀輔助)	500/次
P33074	中醫輔助醫療檢查費(紅外線熱象儀輔助)	500/次
註：每個月每項限申請一次，未檢查者不得申報。		

全民健康保險中醫急症處置計畫

依 112 年 2 月 10 日健保醫字第 1120102169 號公告自 112 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：112 年 1 月 1 日至 112 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、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(sinus tachycardia)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，並酌情告知病人或家屬，再酌酌是否治療。

2.排除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)。

3.排除生命徵象不穩定、需插管急救及其他緊急處置之病人。

4.排除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-、M84.7-、M79.6-、S02.-、S12.-、S22.-、S32.-、S38.-、S39.-、S42.-、S49.-、S52.-、S59.-、S62.-、S72.-、S79.-、S82.-、S89.-、S92.-、S43.-、S53.-、S63.-、S67.-、

S69.-、S73.-、S83.-、S93.-、S28.-、S38.-、S48.-、S68.-、S78.-、S88.-、S98.-、S99.0-S99.2。

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。

六、中醫急症處置照護流程，詳附件三。

七、評估方式：

(一)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。

(二)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。

(三)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, 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。

(四)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。

(五)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。

(六)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。

(七)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。

(八)骨骼、關節相關痛症：使用疼痛評估(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。

(九)腦中風

1.出血性腦中風

(1)由中醫進行病案分析。

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

(3)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

(1)由中醫進行病案分析。

(2)記錄病人針灸治療前、後之NIHSS分數。

(3)記錄病人針灸治療前、後之Coma Scale。

(4)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)。

八、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。

(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者；前述違規期間之認定，以全民健康保險保險人(以下稱保險人)第一次處分函所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)。

九、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。

十、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。

(二)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。

十二、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、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(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)，且經保險人予以停止特約或終止特約者，本計畫執行資格將同步自處分停約或終止特約日起終止。

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。

附件一

全民健康保險中醫急症處置計畫申請表

<table>
<tr><td rowspan="11">基本資料</td><td>醫院名稱</td><td colspan="2"></td><td>機構代碼</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>本計畫負責醫師姓名</td><td colspan="2"></td><td>身分證字號</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>本計畫負責醫師學經歷</td><td colspan="2"></td><td>聯絡電話</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="6">E-mail：</td></tr>
<tr><td colspan="2">醫師姓名</td><td>身分證字號</td><td>中醫師證書字號</td><td>中醫執業年資</td><td>受訓課程日期</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td>台中字第　　號</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td>台中字第　　號</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td>台中字第　　號</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td>台中字第　　號</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td>台中字第　　號</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">保險醫事服務機構自評項目</td><td colspan="2">請V選</td><td>備註</td></tr>
<tr><td colspan="3">院所是否二年內未違反健保相關法規</td><td colspan="2">□未違反□違反</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">醫師是否二年內未違反健保相關法規</td><td colspan="2">□未違反□違反</td><td></td></tr>
<tr><td>機構章戳</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

(本欄位由中醫全聯會填寫) 中醫全聯會審核意見欄	1□審核通過。 2□不符合規定。 3□資料不全，請於　　月　　日內補齊。 4□其他。 審核委員：　　審核日期：　　年　　月　　日

附件二

全民健康保險中醫急症處置計畫
給付項目及支付標準

通則：

一、本標準所訂支付點數包括中醫師診療、處置、處方、藥費、調劑費、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本(如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出)。

二、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。

三、本計畫之案件當次不得另行申報「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)之02005B「住院會診費」及第四部中醫各章節之診療項目，且本計畫之申報量不併入該院所原門診合理量或針灸、傷科及脫臼整復原合計申報量計算。

四、本計畫之案件(同一個案)當次就醫之中醫急症處置費以申報三次為限。

全民健康保險中醫急症處置計畫
支付標準表

編號	診療項目	支付點數
P61001	中醫急症診察費	521
P61002	中醫急症處置費	500

註 1：夜間(晚上十時至隔日早上六時)加成 50%、例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加成 20%，同時符合夜間及例假日者，則僅加成 50%。

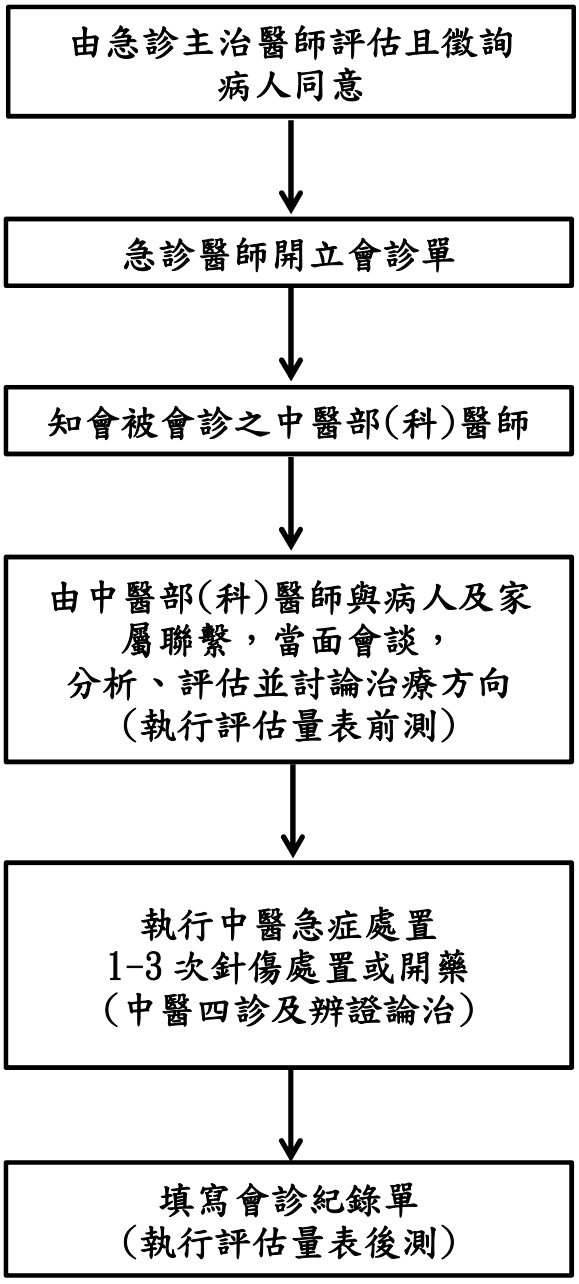
註 2：每一個案該次急診期間，限申報一次中醫急症診察費(P61001)。

註 3：每一個案該次急診期間，中醫急症處置費(P61002)以申報三次為上限。

註 4：藥費及藥品調劑費依醫療服務支付標準第四部中醫第二章及第三章所列項目申報及規定辦理。

附件三

中醫急症處置照護流程



「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

<table>
<tr><th rowspan="2">病房</th><th colspan="3">費用清單</th><th colspan="2">醫令清單</th></tr>
<tr><th>申報類別</th><th>案件分類</th><th>給付類別</th><th>醫令代碼</th><th>醫令類別</th></tr>
<tr><td rowspan="2">ICU 呼吸器使用>21天</td><td>送核</td><td>依現行論量計酬申報方式申報</td><td>9</td><td>實際醫療費用醫令項目</td><td>依現行論量計酬申報方式申報</td></tr>
<tr><td colspan="5">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。</td></tr>
<tr><td>亞急性呼吸照護病房</td><td>送核</td><td>依現行論量計酬申報方式申報</td><td>9</td><td>實際醫療費用醫令項目</td><td>依現行論量計酬申報方式申報</td></tr>
<tr><td rowspan="4">慢性呼吸照護病房</td><td rowspan="3">送核</td><td rowspan="3">依現行論量計酬申報方式申報</td><td rowspan="3">9</td><td>P1011-2C</td><td>2</td></tr>
<tr><td>得另核實項目</td><td>1、2、3</td></tr>
<tr><td>實際醫療費用醫令項目</td><td>依現行論病例計酬申報方式申報</td></tr>
<tr><td colspan="5">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」。</td></tr>
<tr><td rowspan="4">一般病房(含經濟病房)</td><td rowspan="3">送核</td><td rowspan="3">依現行論量計酬申報方式申報</td><td rowspan="3">9</td><td>P1005K- P1012C</td><td>2</td></tr>
<tr><td>得另核實項目</td><td>1、2、3</td></tr>
<tr><td>實際醫療費用醫令項目</td><td>依現行論病例計酬申報方式申報</td></tr>
<tr><td colspan="5">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」。</td></tr>
</table>

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。

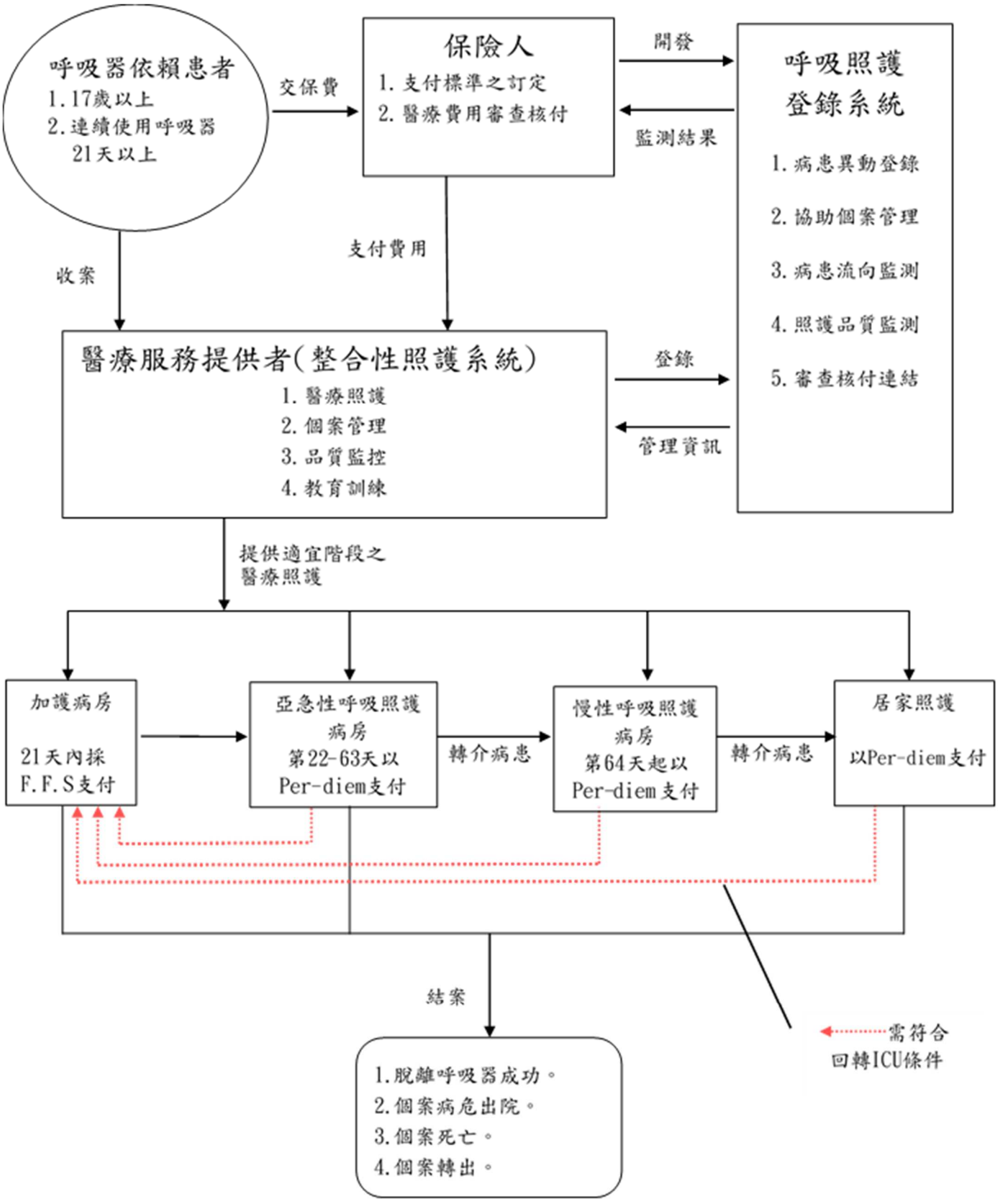
(5) 呼吸器脫離成功率。

(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

全　　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) 、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，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。

附表 9.1　呼吸器使用條件

臨床上使用呼吸器的目的如下：

一、生理上的目的：

(一)支持肺氣體交換

(二)藉減輕呼吸肌肉負擔而降低呼吸功率

二、臨床上的目的

(一)矯正低血氧症

(二)矯正急性呼吸性酸血症

(三)緩解呼吸窘迫

(四)避免或矯正肺塌陷

(五)矯正通氣肌肉疲乏

(六)允許使用鎮定劑或肌肉鬆弛劑

基於以上的目的，使用呼吸器最主要的適應症就是急性呼吸衰竭，而急性呼吸衰竭的臨床表現可以是無法獲得足夠動脈氧氣濃度或維持足夠的肺泡換氣量或兩者皆有。因此，**使用呼吸器的臨床認定條件應為如下：**

一、呼吸停止。

二、急性通氣衰竭($PaCO_2$ 上升，且大於 55mmHg，伴隨酸血症，pH＜7.20)。

三、即將急性通氣衰竭：如每分鐘呼吸次數＞35 次、自發性通氣量太小、呼吸驅動力不穩定、呼吸肌收縮力或耐力不足等。

四、嚴重低血氧症。

附表 9.2 全民健康保險呼吸照護---居家照護團隊組成條件

人員	條件
(一) 醫師	1. 由胸腔專科醫師、重症專科醫師、內科專科醫師、新生兒科醫師、兒童胸腔科醫師、兒童重症科醫師或兒科專科醫師至少一名（專任或兼任）可提供每位病患至少每二個月一次，每次至少一小時之訪視。 2. 前述新生兒科醫師、兒童胸腔科醫師或兒童重症科醫師，限訪視未滿17歲之呼吸器依賴患者。 3. 前述兒科專科醫師限訪視「全民健康保險醫療資源缺乏地區」之未滿17歲呼吸器依賴患者。
(二) 呼吸治療人員	由呼吸治療人員(專任或兼任，惟月個案數逾30名時，應至少有一名專任)可提供每位病患每個月至少二次，每次至少一小時之訪視。
(三) 護理人員	至少一名專責訪視護理人員，可提供每位病患每個月至少二次，每次至少二小時之訪視。若每名專責訪視護理人員每月訪視超過四十五次後，則需增加一名。
(四) 個案管理人員	由醫師、呼吸治療人員、護理人員或社會工作人員擔任（專任或兼任）
(五) 其他人員	需要時得設置物理治療人員、職能治療人員、臨床心理師及社會工作人員。
備註： 1、 本項居家照護應由醫師指導之團隊提供服務。 2、 呼吸治療人員依呼吸治療師法規定辦理，並具有二年（含）以上臨床呼吸治療工作經驗者（不含六個月受訓期間） 3、 專責訪視護理人員至少一名具備二年以上內外科臨床經驗。	

附表 9.3 各照護階段支付點數及規定

照護階段	病患分類	編號	支付點數	備註
加護病房(照護日數≦21日)	急性呼吸衰竭期		論量計酬	一、患者符合以下狀況，得延長加護病房照護，每次以7日為原則： 1. 各器官系統呈現不穩定狀況： •血壓須升壓藥維持，心律不整狀態。 •腎衰竭表現者，或接受血液透析情況不穩定者。 •肝衰竭表現者。 •大量胃腸出血者(指仍觀察是否須外科治療者)。 •嚴重感染仍尚未控制穩定者。 2. 外科術後，2週內須再為相同原因手術者，或手術後巨大開放性傷口仍未穩定。 3. 氧氣狀況不穩定者： 氧氣濃度(FIO_2)≧40%且吐氣末端陽壓 PEEP≧10cm H_2O 仍無法維持 SaO_2 (SpO_2)≧90%或PaO_2≧60mmHg. 二、各器官衰竭狀態已獲得控制時，應下轉亞急性呼吸照護病床積極脫離呼吸器。 三、不同醫院之加護病房轉介，依下列原則辦理： 1. 同層級間轉介，照護日數累計。 2. 高層級轉低層級，照護日數累計。 3. 低層級轉高層級，照護日數不累計。 4. 以上「層級」係指「特約類別」。
亞急性呼吸照護病床(照護日數≦42日)	呼吸器長期患者(積極嘗試脫離呼吸器患者)	**醫學中心** P1005K P1006K **區域醫院** P1007A P1008A	論日計酬： 第1-21天：10,647點/日/人 第22-42天：7,991點/日/人 第1-21天：9,660點/日/人 第22-42天：7,256點/日/人	一、患者符合以下狀況，得回轉加護病房照護，每次以7日為原則： 1. 各器官系統呈現不穩定狀況： •血壓須升壓藥維持，心律不整狀態。 •腎衰竭表現者，或接受血液透析情況不穩定者。 •肝衰竭表現者。 •大量胃腸出血者(指仍觀察是否須外科治療者)。 •嚴重感染仍尚未控制穩定者。 2.外科術後，2週內須再為相同原因手術者，或手術後巨大開放性傷口仍未穩定。

照護階段	病患分類	編號	支付點數	備註
				3.氧氣狀況不穩定者： 氧氣濃度(FIO_2)≧40%且吐氣末端陽壓 PEEP≧10cmH_2O仍無法維持SaO_2(SpO_2)≧90%或PaO_2≧60mmHg. 二、符合以上狀況回轉加護病房照護者，病情好轉，應依患者病情下轉適當之照護階段，下轉亞急性呼吸照護病床者，累計回轉前亞急性呼吸照護病床之照護日數。 三、病況若不適合積極嘗試脫離呼吸器者，不應轉入亞急性呼吸照護病床。 四、專業認定未積極嘗試脫離且無其他醫學上特殊理由之亞急性呼吸照護病床病患，以下一階段慢性呼吸照護病房費用給付。 五、本階段病患若有醫學上理由認定無須嘗試脫離呼吸器時，改以慢性呼吸照護病房費用支付。
慢性呼吸照護病房	呼吸器依賴患者(經判斷不易脫離呼吸器者)	P1011C P1012C	論日計酬： 第1-90天：4,451點/日/人 第91天以後:3,674點/日/人	一、患者符合以下狀況，得回轉加護病房照護，每次以7日為原則： 1. 各器官系統呈現不穩定狀況： • 血壓須升壓藥維持，心律不整狀態。 • 腎衰竭表現者，或接受血液透析情況不穩定者。 • 肝衰竭表現者。 • 大量胃腸出血者(指仍觀察是否須外科治療者)。 • 嚴重感染仍尚未控制穩定者。 2.外科術後，2週內須再為相同原因手術者，或手術後巨大開放性傷口仍未穩定。 3.氧氣狀況不穩定者： 氧氣濃度(FIO_2)≧40%且吐氣末端陽壓 PEEP≧10cm H_2O仍無法維持SaO_2 (SpO_2)≧90%或 PaO_2≧60mmHg. 二、符合以上狀況回轉加護病房照護者，病情好轉，應回慢性呼吸照護病房，並累計回轉前慢性呼吸照護病房之照護日數。 三、本階段申報項目，需依病患入住慢性呼吸照護病房或一般病房(含經濟病床)之照護日數累計計算。

				四、本階段審查原則：依據全民健康保險醫療費用審查注意事項審查原則辦理。
居家照護	呼吸器依賴患者(經判斷不易脫離呼吸器者)	P1015C P1016C	論日計酬： 900點/日/人 310點/日/人	一、患者符合以下狀況得轉居家照護： 1. 病人與呼吸器配合良好，且呼吸器設定如下： a. 使用穩定的換氣方式。 b. 氧氣濃度≦40%。 c. 呼吸道最高壓力變化不超過10cm H_2O。 d. 吐氣末端陽壓(PEEP)≦5 cm H_2O。 e. 不需調整吸氣靈敏度。 f. 每日有穩定的脫離時間（<18小時）或完全無法脫離。 2. 病人在使用呼吸器時，完全沒有呼吸困難的感覺。 3. 動脈血液氣體分析與酸鹼值均在合理的範圍（PaO_2≧55mmHg，$PaCO_2$≦55mmHg，pH：7.30 - 7.50）。 4. 電解值在正常範圍內。 5. 心臟功能正常，且無威脅生命的心律不整出現。 6. 甲狀腺、肝、腎功能正常，中樞神經系統功能穩定。 7. 適當的營養狀態（Albumin≧3gm%）。 8. 無急性發炎狀態（體溫不超過38.5°C，白血球不超過10000/mm^3）。 二、支付點數含下列各項費用： 1.居家呼吸照護小組各類人員訪視費： • 呼吸治療專業人員訪視次數每一個案每月至少二次。 • 護理師訪視次數每一個案每月至少二次。 • 醫師訪視次數每一個案每二個月至少一次。 2.治療處置費。 3.治療材料費：含居家呼吸照護治療處置時所需治療材料之使用或更換。 4.設備供應費：含居家呼吸照護所需一切設備及附件之供應。 5.設備維修費用。 三、收案時，個案已自備呼吸器等設備，以P1016C (支付點數含備註二-1、2、3、5)申報。

照護階段	病患分類	編號	支付點數	備註
				四、上項代採之檢體，委託代檢機構應以保險特約醫事服務機構或保險人指定之醫事檢驗機構為限。 五、應確實記載訪視個案之訪視紀錄，訪視時間應記錄於訪視紀錄內，並請患者或其家屬簽章，未記載訪視紀錄或記載不全或品質不佳者，予以核扣當日論日計酬醫療費用，首次申報費用應檢附訪視紀錄。 六、申請本項給付者，不得再申請本保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第一章居家照護之支付。 七、患者得依病情需要回轉加護病房或慢性呼吸照護病房，回轉加護病房者須符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準加護病床使用適應症，不符合適應症而回轉者，以P1012C支付。 八、回轉加護病房照護者，病情好轉，應回第三階段或第四階段，回第三階段者，以P1012C支付。

附表 9.4

項目名稱	編號	支付點數
醫學中心亞急性呼吸照護病房病床費/天	03012GA	1,638
醫學中心亞急性呼吸照護病房護理費/天	03049GA	2,457
區域醫院亞急性呼吸照護病房病床費/天	03013HA	1,218
區域醫院亞急性呼吸照護病房護理費/天	03050HA	1,827
慢性呼吸照護病房病床費/天	03003BA	404
慢性呼吸照護病房護理費/天	03028BA	451
呼吸治療人員訪視	05303CA	970
居家使用呼吸器/天	54007C1	590

註:本表所訂點數已含於定額內，申報費用時，應填報項目編號、名稱、數量及金額，醫令類別填 4，本表未列者，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準其他章節規定辦理。

附表 9.5 居家照護階段收案條件(二)之收案標準

一、居家個案須符合下列各項生理指標之審查規定：

(一) PCO_2 exceeds 50 mmHg or when hemoglobin saturation remains < 92% while awake.

(二) FVC < 50% predicted or Pimax less than 60 cm H_2O: Upright and supine position examination , history and examination every three months.

(三) $PaCO_2$ > 45mmHg, with morning headache, abdomen paradox, and orthopnea

(四) Sleep oximetry demonstrates oxygen saturation less than or equal to 88% for at least five continuous minutes, done while breathing the member's usual FIO_2.

二、17 歲以下(含)患者得依下列規定審查：

(一) daytime hypercapnia (PCO_2>50mmHg).

(二) sleep hypoventilation (PCO_2 > 50 mmHg) accompanied by oxyhemoglobin desaturation ≦92% or a history of recurrent hospitalization for pneumonia or atelectasis.

112 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 112 年 1 月 19 日健保醫字第 1120101050 號公告

壹、依據：

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的：

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

參、預算來源：

全民健康保險年度西醫基層醫療給付費用總額中之「品質保證保留款」。

肆、核發資格：(需符合下列 3 項)

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

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

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

伍、獎勵指標與核發原則

一、獎勵指標：

(一) 診所月平均門、住診申復核減率，應低於該分區 110 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 110 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 110 年所屬科別 80 百分位，即<80 百分位。(註 3)

(四) 健保卡處方登錄差異率≦8%。(註 4)

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

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

(七) 檢驗(查)結果上傳率≧70%。(註 7)

(八) 連續假日前開診時段維護作業次數比率≧50%。(註 8)

(九) 當年度每月看診日數達 22 日以上之月次數≧6 次。(註 9)

(十) 假日及國定假日開診比率≧50%。(註 10)

二、核發原則：

(一) 符合獎勵指標第 1 項至第 5 項者，各給予核發權重 20%。

(二) 符合獎勵指標第 6 項至第 10 項，各給予核發權重 2%。

(三) 前述各診所核發權重和，最高以 100%計算。

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

柒、支用條件：

一、本方案品質保證保留款之分配與支用，每年結算 1 次。

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

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

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

112 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：113 年 2 月 28 日前核定之 111 年 7 月至 112 年 6 月之門、住診醫療費用計算。 (2) 目標值：111 年 2 月 28 日前核定之 109 年 7 月至 110 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 113 年 1 月 31 日前申報之 112 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 111 年 1 月 31 日前申報之 110 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 113 年 1 月 31 日前申報之 112 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 111 年 1 月 31 日前申報之 110 年 1 月至 12 月門診就醫件數計算。(如附件) 2. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3. 公式：Σ【(A/B)×100%】/【同一費用年月、同一院所，身分證號歸戶之門診人數就醫月份合計數】 分子 A：同一費用年月、同一就醫日期、同一院所，同一人(身分證號)就診 2 次(含)以上，按身分證號歸戶之門診人數。 分母 B：同一費用年月、同一院所，身分證號歸戶之門診人數。 4. 排除其他預算部門、代辦案件及診察費為 0 之案件。

指標項目	操作型定義
註 4： 健保卡處方登錄差異率≦8%	1.資料期間：西醫基層特約診所 112 年 1 月至 12 月健保卡上傳資料。 2.列計對象：資料上傳格式為 1.正常上傳。 3.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 4.健保卡處方登錄錯誤率=Σ【(A/B)×100%】/【健保卡上傳之月份合計數】 分子 A：當月份(以就醫日期計算範圍)健保卡上傳欄位[A79]之錯誤代碼為 AA 或 16 之筆數。 分母 B：當月份(以就醫日期計算範圍)健保卡上傳之處方(醫令)筆數。 註：排除精神病、愛滋病、受性侵害之醫令筆數。 排除 ICD-10 診斷碼為 B20、F01.50、~~F01.51、~~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。

指標項目	操作型定義
註 5： 門診病人健保雲端藥歷系統查詢率>10%，惟家醫科和內科門診病人健保雲端藥歷系統查詢率>15%。	1. 資料期間：西醫基層特約診所 112 年 1 月至 12 月病人查詢資料。 2.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3.公式：A/B A：門診病人查詢健保雲端藥歷系統人數。 B：門診病人數。 備註：病人數係以就醫病人 ID 合併歸戶計算。
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 112 年 1 月至 12 月資料。 2.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3.公式：A/B A：分母 ID 中，在統計期間於門診有執行肌酸酐(Creatinine)檢驗人數。 B：符合初期慢性腎臟病方案收案條件之初期慢性腎臟病人數(ID 歸戶數)。 4.慢性腎臟疾病－任一主、次診斷之 ICD_10_CM ~~為三碼~~為 A18.11、A52.75、C64.1、C64.2、C64.9、C7A.093、~~D59.3、~~D59.30、D59.31、D59.32、D59.39、E10.21、~~E10.21、~~E10.22、E10.29、E10.65、E11.21、~~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、~~N03.8、~~N03.9、N03.A、N04.0、N04.1、N04.2、N04.3、N04.4、~~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、~~N05.9、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、~~N08、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、~~N17.1、~~N17.2、~~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、~~O10.111、~~O10.112、~~O10.112、~~O10.113、~~O10.113、~~O10.119、O10.12、O10.13、~~O10.13、~~O10.211、~~O10.211、~~O10.212、~~O10.212、~~O10.213、~~O10.213、~~O10.219、O10.22、O10.23、O10.311、~~O10.311、~~O10.312、~~O10.312、~~O10.313、~~O10.313、~~O10.319、O10.32、O10.33、O10.411、~~O10.411、~~O10.412、

指標項目	操作型定義
	~~O10.412、~~O10.413、~~O10.413、~~O10.419、O10.42、O10.43~~、O10.43~~、O11.1、~~O11.1、~~O11.2、~~O11.2、~~O11.3、~~O11.3、~~O11.4、O11.5、O11.9、Q61.01、Q61.02、Q61.11、Q61.19、Q61.2、Q61.3、Q61.4、Q61.5~~、Q61.5~~、Q61.8、Q62.0、Q62.10、Q62.11、~~Q62.11、~~Q62.12、Q62.2、~~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。 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 112 年 1 月至 12 月資料。 2.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)。 3.公式：A/B A：已上傳「應上傳檢驗（查）結果項目」醫令數。 B：申報「應上傳檢驗（查）結果項目」醫令數。 註：本指標應上傳檢驗(查)結果項目之醫令代碼比照全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案辦理。
註 8： 連續假日前開診時段維護作業次數比率≧50%	1. 資料期間：西醫基層特約診所112年1月至12月，診所在人事行政總處公告之每次四天以上(含)連續假期前，於「健保資訊網服務系統(VPN)/看診時段及掛號維護專區」維護長假期開診科別及時段次數比率。 2. 檔案分析：分子除以分母後之商數，取至小數點後第一位（四捨五入） 3. 公式：A/B≧50% 分子A：診所當年維護長假期開診科別及時段之次數。 分母B：人事行政總處當年公告之全年長假期次數。
註 9： 當年度每月看診日數達 22 日以上之月次數≧6 次	1. 資料期間：西醫基層特約診所112年1月至12月。 2. 定義：診所每月看診日數≧22日以上之月次數。
註 10： 假日及國定假日開診比率≧50%	1. 資料期間：西醫基層特約診所112年1月至12月。 2. 公式:(A/B)×100% (1) 分子 A：全年「假日」（星期六及星期日，至少有一天開診）看診週數+全年「國定假日」看診次數（排除國定假日在星期六或星期日，且屬連續假期僅算 1 次）。

指標項目	操作型定義
	(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 112 年為例，國定假日有農曆春節、二二八和平紀念日、兒童節/民族掃墓節、五一勞動節、端午節、中秋節、國慶日、計 7 次國定假日。若診所於「假日」和「國定假日」有開診，則最高開診比率為(52+7)/52×100%。

附件　110 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、住診申復核減率	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、住診申復核減率	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、住診申復核減率	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	0.0014	4.9235	0.0003	0.0026	4.5043	0.0002	0.0020	5.3394	0.0001
內科	02	0.0018	5.3944	0.0002	0.0040	4.6625	0.0002	0.0029	5.3763	0.0001
外科	03	0.0026	4.4789	0.0002	0.0031	4.1569	0.0000	0.0022	4.8510	0.0001
小兒科	04	0.0003	3.6574	0.0002	0.0007	3.5162	0.0001	0.0011	3.6863	0.0001
婦產科	05	0.0037	3.5261	0.0002	0.0027	3.3622	0.0000	0.0024	4.0385	0.0000
骨科	06	0.0020	3.2939	0.0002	0.0024	3.2763	0.0001	0.0032	3.0093	0.0000
耳鼻喉科	09	0.0011	3.0535	0.0001	0.0003	2.9966	0.0001	0.0011	3.1733	0.0001
眼科	10	0.0008	2.3952	0.0000	0.0002	2.1808	0.0000	0.0020	2.4301	0.0000
皮膚科	11	0.0013	2.7910	0.0000	0.0008	2.8237	0.0000	0.0014	2.8927	0.0000
精神科	13	0.0057	7.5792	0.0000	0.0076	6.4246	0.0000	0.0021	7.2663	0.0000
復健科	14	0.0034	4.0768	0.0001	0.0087	4.6421	0.0002	0.0187	4.2139	0.0000
消化內科	AA	0.0016	4.5980	0.0098						
不分科	XX	0.0042	4.8031	0.0208	0.0032	4.3182	0.0031	0.0029	4.3076	0.0002
科別	科別代碼	4-南區			5-高屏			6-東區		
		1-診所月平均門、住診申復核減率	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、住診申復核減率	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、住診申復核減率	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	0.0011	5.5335	0.0000	0.0020	5.6880	0.0001	0.0027	5.7077	0.0002
內科	02	0.0013	5.2793	0.0000	0.0016	5.8218	0.0001	0.0033	5.3674	0.0001
外科	03	0.0010	4.5359	0.0000	0.0049	4.3301	0.0000			
小兒科	04	0.0004	3.5311	0.0000	0.0005	3.7650	0.0000			
婦產科	05	0.0016	4.6046	0.0000	0.0022	3.8937	0.0000			
骨科	06	0.0012	3.3449	0.0001	0.0020	3.6244	0.0001			
耳鼻喉科	09	0.0004	2.8198	0.0000	0.0004	3.2320	0.0000	0.0010	2.9075	0.0002
眼科	10	0.0008	2.8660	0.0000	0.0011	2.9344	0.0000			
皮膚科	11	0.0004	2.5914	0.0000	0.0006	2.7600	0.0000			
精神科	13	0.0020	7.4465	0.0000	0.0128	8.6848	0.0000			
復健科	14	0.0017	4.5890	0.0000	0.0045	4.1653	0.0000			
消化內科	AA				0.0008	4.2129	0.0002			
不分科	XX	0.0010	4.6010	0.0000	0.0034	5.2150	0.0004	0.0007	3.5263	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

壹、依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項。

貳、計畫說明

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

參、目的

一、提供多重慢性病人適切、效率、良好品質的醫療服務,避免重複、不當治療用藥或處置,影響病人安全。

二、配合總額支付制度,提供整合式照護服務,促成醫院各專科醫療之適當整合。

三、對於病情穩定之病人,逐步落實分級醫療、促進層級間之轉診,以提升醫療資源使用效率。

肆、預算來源

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

伍、執行方式

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

一、申請及審查程序:

(一) 參與計畫醫院(或整合團隊)應先行向保險人分區業務組報備整合照護門診之門診時刻表、診次及醫師等,並將相關資料上傳健保資訊網服務系統(VPN),如有異動,須重新報備並更新VPN資料。

(二) 醫學中心平日看診日每日至少開診 2 個診次，區域醫院平日看診日每日至少 1 個診次，地區醫院不限診次，並於門診時刻表及明顯處張貼說明。

(三) 若服務內容變動，應檢附修訂後計畫書向所屬分區業務組報備。

(四) 承作醫師資格:不限專科別,但須完成 6 小時教育訓練課程(**附件 2**),並取得證明。

(五) 申請醫院資格：醫院於申請年之前一年起，無全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法（以下稱特管辦法）第 38 條至第 40 條或第 44 條至第 45 條等歸因於醫院總額所列違規情事且經保險人處分者（以第一次處分函所載停約或終止特約期間認定，含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)。惟為保障保險對象就醫權益,保險人各分區業務組得視違規情節及醫院所提計畫之內容,可另予考量。

二、收案對象：

(一) 保險對象最近 3 個月符合下列條件之一者，得予以收案照護：

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

註:前開慢性病係指主診斷為本保險公告之慢性疾病範圍者。

(二) 保險對象或家屬同意接受本計畫整合照護服務且簽署同意書者(**附件 3**)，始得收案。

(三) 同一個案不能同時被 2 家院所收案，收案時，須向病人說明應配合定期回診等事項。

三、收案程序：

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

(二) 個案登錄及管控作業：

1. 個案經醫師評估符合收案條件並簽署同意書後始得收案，醫事服務機構必須上傳個案資料至「全民健康保險醫院以病人為中心門診整合照護計畫」之個案登錄子系統，其必要欄位如**附件 5**。承作醫師須透過參與醫院向保險人各分區業務組申請，始能登入個案登錄子系統(網址：https://medvpn.nhi. gov.tw/，VPN服務項目/試辦計畫資料維護/基本資料維護)。

2. 個案之首次資料登錄，應於保險對象實際就診日當日填報「收案日期」，方得收案。經保險人勾稽收案日期與申報門診整合初診診察費日期不符者，不予支付。

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

1. 推派單一醫院為主責醫院，負責提送計畫書、保險人聯繫窗口、經費撥付等事宜。

2. 應於計畫書內一併檢送各整合醫院之參加同意書。

3. 整合團隊於計畫執行期間若發生個別醫院退出情形，須由主責醫院向轄區分區業務組提出申請。

4. 整合團隊之個別醫院，於計畫執行期間亦受本計畫「柒、退場機制」規範。

陸、費用申報及支付方式

一、本計畫之給付項目及支付標準：

(一) 門診整合診察費

1. 診察費依看診階段(初診、複診)支付，支付標準如下：

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

	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案件分類應填「E1」、整合式照護計畫註記（欄位ID：d13）填寫方式如下：

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

_____醫院(院所代號：_____)

申請___年「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」

提報日期：

一、計畫書封面：至少包含計畫名稱、計畫執行單位。

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、計畫書撰寫說明：計畫書(含電子檔)內容應包含下列：

(一) 請敘明開設之整合照護門診之名稱、照護目的及內容。

(二) 請敘明上述整合門診之門診時刻表、診次及醫師等，並將相關資料上傳至健保資訊網服務系統(VPN)(請檢附最新應診時刻表、網路相關說明及張貼處照相等資料供參，如有異動，須重新報備，並更新 VPN 資料)。

(三) 本計畫照護對象之掛號、看診、用藥諮商標準作業流程。

(四) 整合門診或主責醫師如會診他科醫師，綜合評量發現有用藥處置重複情形，請敘明聯繫處理之方式。

(五) 辦理本計畫除醫師外，其他醫事人員參與情形說明：

(六) 辦理醫師及醫事人員整合照護相關教育訓練：

(預訂辦理日期及次數)

(七) 整合照護宣導方式：

四、整合式照護醫療需求評估方式說明。

【附件 2】

醫院以病人為中心門診整合照護計畫

醫師教育訓練內容

一、不限專科別，均須接受 6 小時教育訓練合格後(實體或網路課程)，才能參與本計畫。

二、課程內容如下：

(一) 全人整合醫療理念。

(二) 門診整合實務。

(三) 多重用藥與不適當用藥評估原則。

(四) 周全性評估與照護計畫擬訂。

(五) 失智症基礎訓練。

三、 各相關學會均得辦理教育訓練，授課講師可依授課時數抵免。

【附件 3】

醫院以病人為中心門診整合照護計畫
照護對象「用藥整合」暨「整合照護服務」同意書

為保障您的用藥安全，減少多科掛號之困擾，本院參與中央健康保險署「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」，藉由醫院的整合門診，透過「健保醫療資訊雲端查詢系統」查詢您近期之就醫與用藥資訊，協助整合門、住診等用藥，除了節省您寶貴時間，更可提升您就醫品質。

本計畫鼓勵您於同一醫院接受整合照護服務，您如欲維持原門診就醫習慣，無法配合西醫主治醫師整合用藥、提供實質醫療照護，則不符合本計畫之收案條件。

我同意參加門診整合照護服務，○○醫院○○○醫師為本人西醫主治醫師，於本人簽署同意書日起至結案日止，配合醫師整合用藥，提供實質醫療照護，並可透過中央健康保險署建置之「健保醫療資訊雲端查詢系統」，查詢本人就醫之醫療費用申報資料。

此致　　○○醫院

立書同意人：

出生年月日：民國___年___月___日

身分證號：

代理人：

與照護對象之關係：

身分證號：

【附件 4】

醫院以病人為中心門診整合照護計畫

周全性評估工具內容

須至少包含下列評估重點(評估量表僅供參考)

一、 日常生活功能：建議巴氏日常生活量表（Barthel Index）或(Instrumental Activities of Daily Living, IADL)

二、 衰弱程度：建議社區民眾健康行為調查綜合問卷或臨床衰弱量表(Clinical Frailty Scale，CFS)。

三、 失智程度：建議簡易心智狀態問卷調查表(SPMSQ)或簡易失智量表(MMSE)或早期快篩簡易失智量表(AD8)。

四、 憂鬱狀態：建議老人憂鬱量表(GDS)或憂鬱量表(CES-D scale)。

五、 用藥整理：除須記載實際使用情況及重複用藥、建議以潛在不當用藥(Beers criteria)評估。

六、 營養量表(MNA-SF)。

【附件 5】

醫院以病人為中心門診整合照護計畫

個案登錄系統必要欄位

一、新收案必登錄欄位如下：新收案日期、照護對象身分證號、照護對象姓名、照護對象性別、照護對象出生日期、醫師身分證號、醫師姓名及照護對象類別。照護對象類別如下：

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

R：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。

S：保險人建議應納入門診整合者。

二、追蹤管理必登錄欄位如下：照護對象身分證號、照護對象姓名、照護對象複診次數、照護對象複診日期、醫師身分證號、醫師姓名。

三、結案(或轉診)日期必須登錄欄位如下：照護對象身分證號、照護對象姓名、照護對象複診次數、醫師身分證號、醫師姓名。

(一) 結案(或轉診)日期。

(二) 結案原因：

1：已完成申報初診診察費及 2 次複診診察費。

2：轉診進入其他院所。

3：長期失聯(≧180 天)。

4：拒絕再接受收案。

5：死亡。

6：保險對象未執行本計畫照護超過半年者。

7：醫院因歇業、停業、違約等因素退出本計畫。

8：其他：_____(應敘明原因)

(三) 接受轉診院所保險醫事服務機構代號：_____

【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.-、G31.-。
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。

112 年度全民健康保險西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫

一、依據：

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的：

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

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

三、實施期間：112年1月1日至112年12月31日。

四、預算來源：

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

五、年度執行目標：

(一) 預估收案人數：250人。

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

※註：

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

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

六、診所申請資格及審查程序：

(一) 申請資格：

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

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

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

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

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

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

七、收案條件：

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

1. 最大耗氧量<5METs。

2. VO_2peak <73%年紀性別預測值。

3. 六分鐘步行測試<500公尺。

(二) 收案來源

1. 醫院轉診：

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

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

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

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

八、結案條件：收案對象有下列情事之一者，於發生日起終止收案。

(一) 死亡。

(二) 病情變化無法繼續接受本計畫。

(三) 失聯≧3個月。

(四) 持續接受心肺復健達最高上限36次。

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

九、給付項目及支付標準：

(一) 給付項目及支付標準表

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

編號	診療項目	支付點數
	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：每個案獎勵500點。

1. 獎勵條件：診所收案人數至少10位，且收案對象之心肺運動功能改

善達到正常標準者。

2. 心肺運動功能改善達到正常標準，須符合下列條件之一：

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

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

十三、計畫管理機制

(一) 保險人負責本計畫之研訂與修正。

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

十四、計畫施行評估指標：

(一) 病人疾病復發率(包括再住院或再急診)：<30%

定義：收案 6 個月內病人因相同疾病再就診率<30%。

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

分母：計畫總收案人數。

(二) 有意義的心肺功能改善比率: >70%

定義：CPET (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照護品質計畫申請表

診所申請類別：□新增　□變更(變更者另檢附變更事項前後對照表)

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

日期章戳：</td></tr>
<tr><td colspan="2">申請日期：　年　月　日</td></tr>
</table>

【附件 2】 急性心肺疾病以ICD-10-CM認定表

ICD-10-CM代碼：

心臟

MI : I21.xxx、I25.xxx、I24.xxx、I22.xxx、I5A

CABG : Z95.xxx

Vavle disorder：I35.xxx

Disease of circulation system: I00-I99

Other congenital malformations of heart : Q24.xxx

Congenital malformation of the circulation system : Q20-Q28

Heart failure : I50.xxx

Heart failure due to hypertension : I11.0

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

Heart failure following sugery : I97.13

Rheumatoid heart failure : I09.81

肺臟

COPD : J44.x

Disease of respiratory system: J00-J99

Chronic lower lung disease: J40-J47

Lung cancer : C34.90

Malignant neoplasmas of respiratory and intrathoracic organs: C30-C39

Covid-19 : U07.1

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

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

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

備註：

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

【附件 4】

全民健康保險西醫基層提升心肺疾病照護品質計畫收案個案資料建檔欄位

一、新收案，必須登錄欄位

(一) 新收案日期(YYY/MM/DD)

(二) 收案診所：醫事機構代碼、醫師ID、醫師姓名

(三) 診所心肺復健團隊成員：醫事人員類別

(四) 個案基本資料：個案身分證號、姓名、性別、出生日期

二、病人心肺功能改善程度：

(一) 有氧運動能力：擇一填寫，第一次評估兩者皆需要

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

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

(二) 運動時血流血氧變化：

血壓：收縮壓(mmHg)、舒張壓(mmHg)、血氧濃度。

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

三、其他：身高、體重、BMI等

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)急性譫妄(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) ≦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 PaO_2 ≦ 55mmHg、$PaCO_2$ ≧ 50mmHg 或 O_2 saturation ≦ 88%。
2.FEV1 ≦ 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 PaO_2 ≦ 55mmHg、$PaCO_2$ ≧ 50mmHg 或 O_2 saturation ≦ 88%。
2.FEV1 ≦ 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-、G11.2、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
(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-

(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

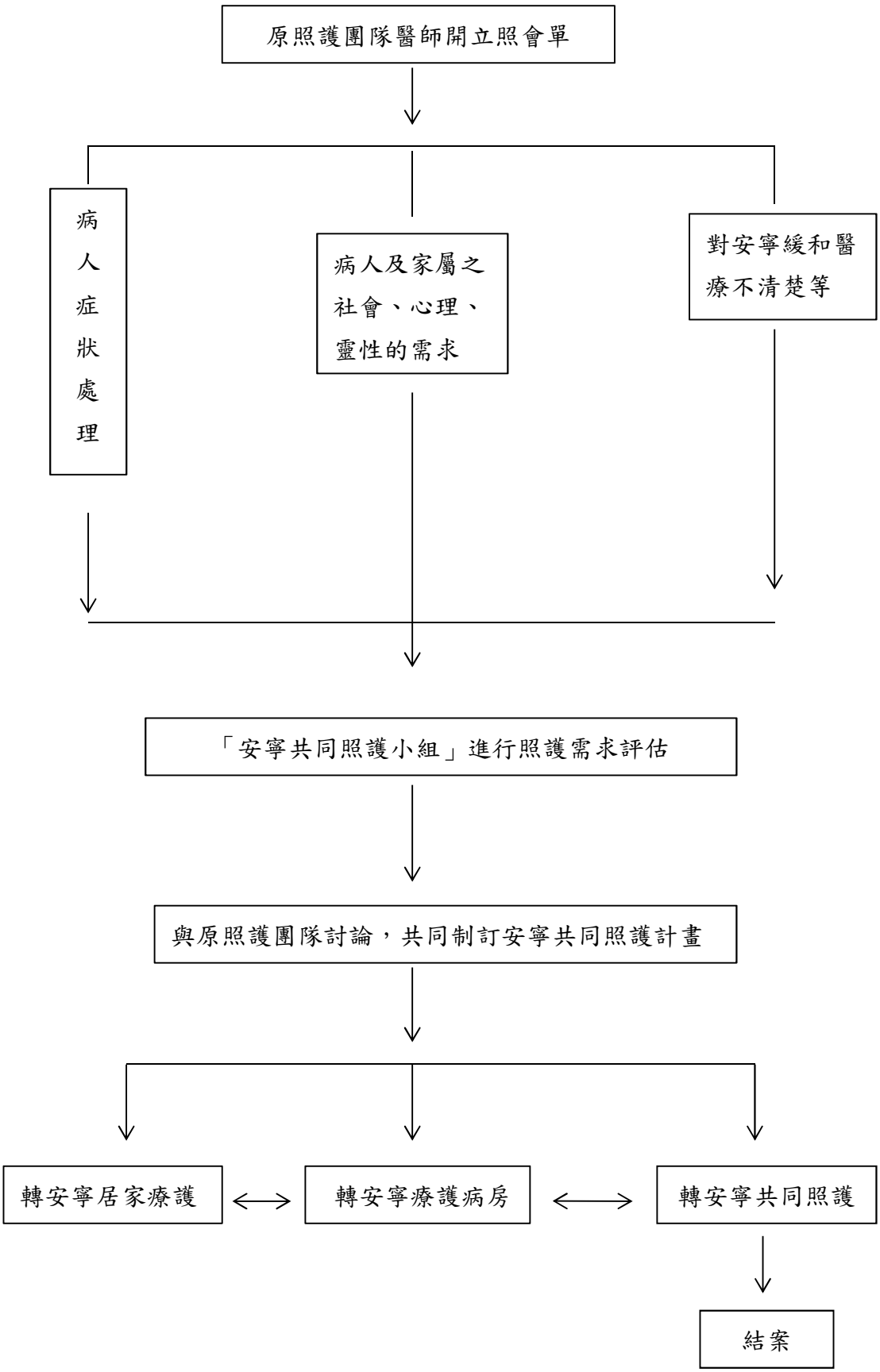
先天性多發性關節攣縮症：Q74.3

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)，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。

附表 2

安寧共同照護流程



附表 3

全民健康保險安寧共同照護試辦方案給付項目及支付標準

通則：

一、本方案支付標準已包括安寧共同照護團隊之醫師診察及護理費，各項安寧相關之診療、處置費不得再予申報(不得再申報項目係指本方案附件六「安寧共同照護服務內容及紀錄」各項服務項目及內容)，亦不得以其他名目向保險對象收取費用。

二、以本方案支付標準申報之個案，不適用「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第七部全民健康保險住院診斷關聯群。

三、「後續安寧照護團隊照護費」以週為申報單位，惟仍應視病人病情需要，有提供服務才得申報，並非住院期間每週固定支付此一費用。

四、 首次訪視當日入住安寧病房者，不得申報本方案各項支付標準。

編　號	診　　療　　項　　目	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
一、首次照護：原照護團隊醫師開立照會單,「安寧共同照護小組」進行訪視，且病人已簽署服務同意書。					
P4401B	安寧首次共同照護費 註： 1. 安寧共同照護團隊(至少含醫師及護理人員)皆須進行訪視。 2. 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。 3. 每一個案訪視時間至少1小時，訪視時間起迄於交班時紀錄並簽名。 4. 申報本項費用時，應完成醫師診療計畫、原團隊照會單及護理評估與照護計畫紀錄。 5. 每人每院限申報1次。	v	v	v	2025

二、後續照護：指申報首次照護費後，依病人病情施行之後續安寧共照服務，須與首次共照服務隔 1 週（7 日）。					
P4402B	後續安寧照護團隊照護費(含醫師) (每週)(次) 註： 1.每週醫師及護理人員基本訪視次數至少各1次。 2.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。 3.未滿1週，惟團隊基本訪視次數已達到者，得予申報。 4.每次訪視時間至少30分鐘。	v	v	v	1575
P4403B	後續安寧照護團隊照護費(不含醫師) (每週)(次) 註： 1.每週護理人員基本訪視次數至少1次。 2.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。 3.未滿1週，惟團隊基本訪視次數已達到者，得予申報。 4.每次訪視時間至少30分鐘。	v	v	v	1275

附件一

全民健康保險安寧共同照護試辦方案申請書

本院所申請參加全民健康保險安寧共同照護試辦方案，並同意遵照本方案內容及相關健保法規之規範。

此致

衛生福利部中央健康保險署

申請資料：

醫事機構代號：

醫事機構名稱：

醫事機構負責人：

計畫聯絡人：

聯絡電話：

聯絡人電子信箱：

醫事機構特約章戳

（醫事機構印章）	（負責醫師印章）

中　華　民　國　　年　　月　　日

備註：申請時，請檢送申請書、團隊專科證書影本(及受訓認證證明影本)，並請寄送至健保署各分區業務組。

安寧共同照護團隊資料表

醫事機構代號：　　醫事機構名稱：

姓　名	職稱	負責醫師或護理人員或其他專業人員	執業執照字號 或 專業證書字號	安寧療護相關訓練說明 (含課程名稱及總時數)	預計完成日期 (若尚未完成，請務必填寫此欄)

參與「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」服務說明書

壹、服務對象：

經醫師診斷或轉介之末期癌症病人、末期運動神經元病人者及下列疾病末期病人，包括：失智症、其他腦變質、心臟衰竭、慢性氣道阻塞疾病，他處未歸類者、肺部其他疾病、慢性肝病及肝硬化、急性腎衰竭，未明示者、慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者、末期骨髓增生不良症候群、末期衰弱老人、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，以及罕見疾病或其他預估生命受限者等病人，且病人或家屬同意接受安寧共同照護服務。

貳、安寧共同照護說明：

「安寧共同照護」是指在住院(不含入住安寧病房)或急診診療中之病人有安寧療護服務之需求，可由原照護病人之醫療團隊之醫護人員照會同院之「安寧共同照護」醫療團隊，藉由安寧共照團隊人員依病人之病況，提供適宜之安寧照護服務。

參、服務項目：

安寧照護團隊評估病人之需求，提供以下之服務：

1. 症狀控制：
   提供疼痛、呼吸困難、噁心、嘔吐、腹脹便秘、意識混亂、虛弱、肌肉痙攣等常見末期症狀之適當藥物處置之建議。
2. 協助其他療護處置及病人身體照護（如噴霧處置、水腫按摩、腹部按摩、傷口換藥等）；舒適護理指導（如移位、翻身擺位、床上擦澡、床上洗頭、美足護理、放鬆療法、皮膚護理、口腔護理、被動運動）及其他療護指導（如飲食指導、復健指導等）。
3. 協助病人及家屬心理社會靈性需求之照護及轉介（如支持與傾聽、協助生命回顧、協助心願達成、生命意義之討論、人際關係的修復等）。
4. 協助病人及家屬病情認知及重要療護模式之決策（如病情告知之技巧、DNR簽署決策、管路置入、營養與水分之取捨、及善終與出院準備等）。
5. 促進病人或家屬彼此間的溝通及與醫療團隊間的溝通。

肆、民眾的權益

病人或家屬得隨時要求停止安寧共同照護服務。

本人已充分了解加入全民健康保險安寧共同照護試辦方案病人之權利義務，並同意接受服務。

病人(或代理人)簽章：_____關係：_____ 日期：_____年_____月_____日

解說醫護人員簽名：_____日期：_____年_____月_____日

文件編號		版次	02

收 案 編 號: _____ 附件三

安寧共同照護個案收案申請書

基　本　資　料						☐新收案 ☐重新收案	
科別		病房床號		病歷號		收案日期	____年____月____日
姓名		☐男 ☐女	生日:____年____月___日		身分證號		
主診斷					ICD 前 3 碼☐☐☐		
轉移部位	☐無 ☐不確定 ☐肺 ☐肝 ☐腦 ☐骨骼 ☐脊髓 ☐其他_____						
收案時 DNR 簽署狀態	☐未簽署 ☐已簽署（如已簽署，則請於照護結案右下方填寫簽署日期）						
1.收案時，病人對診斷認知： ☐知道 ☐不知道 ☐懷疑或半知半解 ☐無法評估							
2.收案時，病人對病情及預後認知：☐知道 ☐不知道 ☐懷疑或半知半解 ☐無法評估							
3.收案時，家屬對病情及預後認知：☐知道 ☐不知道 ☐懷疑或半知半解 ☐無法評估							

※是否已預立遺囑或指定醫療決策代理人：☐是 ☐否 ☐其他_____

※所指定之醫療決策代理人：姓名：_____關係：_____ 其聯絡方式_____

※婚姻狀態：☐已婚 ☐未婚 ☐喪偶 ☐離婚 ☐其他_____

※教育程度：☐大學以上 ☐大學 ☐專科 ☐高中(職) ☐國(初)中 ☐小學 ☐自修 ☐不識字

※宗教信仰：☐佛教☐道教☐基督教☐天主教☐一貫道☐天帝教☐一般民間信仰☐其他_____

※現在職業：_____ ※過去職業：_____

※簡要家系圖：

※原主治醫師姓名：_____

※主要照顧者（日）：_____

（夜）：_____

※緊急聯絡者姓名：_____

（電話）：_____

（手機）：_____

照　護　結　案			
結案日期	__年__月__日	結案原因	☐問題改善☐轉安寧病房☐轉安寧居家☐轉一般居家☐穩定出院 ☐瀕死出院☐死亡 ☐病人拒絕 ☐家屬拒絕 ☐其他 _____
※結案時，下面 3 題資料若與收案時完全相同者請於此處勾選：☐（若勾選者，本欄以下 3 題得免重複填）			
1.結案時，病人對診斷認知： ☐知道 ☐不知道 ☐懷疑或半知半解 ☐無法評估			
2.結案時，病人對病情及預後認知：☐知道 ☐不知道 ☐懷疑或半知半解 ☐無法評估			
3.結案時，家屬對病情及預後認知：☐知道 ☐不知道 ☐懷疑或半知半解 ☐無法評估			
結案時 DNR 簽署狀態	☐未簽署 ☐已簽署	DNR 簽署日期	_____年_____月_____日

結案後追蹤日期及內容：

※共照護理人員簽章：_____

備註：安寧共同照護相關表單，請醫院妥善保存(10 年)，以備審計及相關單位查核。

安寧共同照護護理人員訪視表

病歷號		姓名		照護日期	____年____月___日	時間	自□□：□□至□□：□□

問題與症狀評估

1.主要症狀：病人 ECOG：_____分（請填入 0-4 分）

a. 疼痛強度 _____分，請填入 0 - 10 分；若疼痛強度無法評估則請填答『99』）

For (cancer) pain：□Acetaminophen □NSAID □Tramadol □Demerol □Codeine □Morphine □Fentanyl □Adjuvant

（目前用藥） □其他_____

For breakthrough pain：□無□有 _____

b. 便秘 ：嚴重度_____分
c. 呼吸困難：嚴重度_____分
d. 噁心嘔吐：嚴重度_____分
e. 譫妄躁動：嚴重度_____分

左列症狀請依評估時病人實際情形給予評值（ 0-4 分；若無法評估則請填答『9』）
0 分：無此症狀。 1 分：輕微，偶而發生，尚未造成病人困擾。
2 分：中度，已造成病人困擾，或因而限制了病人部分活動。
3 分：嚴重，時常發生，限制日常活動或明顯影響其注意力。
4 分：很嚴重，持續不斷，讓病人無法忍受。

2.其他症狀：

□意識不清□虛弱疲倦□食慾不振□口腔潰瘍□腹瀉□腹脹□腹水□腸阻塞□打嗝□咳嗽□上腔靜脈壓迫症候群□水腫
□血尿□貧血□黃疸□皮膚癢□大小便失禁□尿液滯留□裏急後重□腫瘤潰瘍傷口□出血□暈眩□吞嚥困難□脊髓壓迫
□壓瘡 □感染□發燒□失眠□瀕死症狀□其他_____

3.心理社會問題：

病人：□情緒困擾 □疾病認知與適應困難 □家庭互動溝通問題 □經濟資源支持系統缺乏 □心願未了與後事準備缺乏
□無法評估 □其他_____
家屬：□情緒困擾 □疾病認知與適應困難 □家庭互動溝通問題 □經濟資源支持系統缺乏 □心願未了與後事準備缺乏
□無法評估 □其他_____

4.靈性宗教需求：

病人：□存在的孤獨隔絕感□面對死亡的焦慮與恐懼□對生命意義與價值的疑慮□對生命去向(死後)不確定□放不下□罪惡感
□無法評估□其他_____
家屬：□存在的孤獨隔絕感□面對死亡的焦慮與恐懼□對生命意義與價值的疑慮□對生命去向(死後)不確定□放不下□罪惡感
□無法評估 □其他_____

照護計畫與療護

1.疼痛治療藥物之建議：□無 □有

For (cancer) pain：□Acetaminophen □NSAID □Tramadol □Codeine□Morphine□Fentanyl □Adjuvant □其他_____

_____

_____

For breakthrough pain：□無 □有_____

預防/處理便秘措施：□無 □灌腸 □藥物/其他_____

2.協助其他症狀處置之建議：

□藥物治療，如_____ □緩解性化療 □緩解性放療
療護處置：□噴霧處置 □水腫按摩 □腹部按摩 □傷口換藥 □其他 _____
療護指導：□飲食指導 □復健指導 □其他指導_____
舒適護理：□移位□翻身擺位□床上擦澡□床上洗頭□美足護理□放鬆療法□皮膚護理□口腔護理□被動運動
□其他_____

3.心理社會問題照護：病人：□支持與傾聽 □轉介 □提供適當處置_____
家屬：□支持與傾聽 □轉介 □提供適當處置_____

4.靈性宗教需求照護：病人：□生命回顧□生命意義的討論□人際關係的修復連結□宗教信仰的加深□宗教儀式實行
□後事交代□協助心願達成□轉介□其他_____
家屬：□生命回顧□生命意義的討論□人際關係的修復連結□宗教信仰的加深□宗教儀式實行
□後事交代□協助心願達成□轉介□其他_____

5 協助病情認知：病人：□診斷 □病情與預後 □DNR 簽署 家屬：□診斷 □病情與預後 □DNR 簽署

6.協助療護模式決策：

管路置入取捨(□Endotracheal tube □NG tube □Foley □Chest tube/pigtail□PEG/Gastrostomy/Jejunostomy
□Tracheostomy □other_____)
營養與水分取捨(□TPN □IV fluid □blood transfusion □other_____)
藥物取捨（□antibiotics □sedatives □opioids □steroids □other_____)
檢查取捨（□影像檢查 □血液檢查 □病理切片 □其他_____)
死亡準備（□瀕死症狀評估與護理□遺體護理□臨終照顧場所_____□其他_____)
出院準備（□本院安寧住院 □本院安寧居家 □本院一般居家□他院安寧住院 □他院安寧居家□他院一般住院
□他院一般居家 □安養院 □護理之家□其他_____)

7.轉介：□社工師□物理/職能治療師□靈性照顧人員□心理師□安寧居家護理師□精神科醫師□中醫師□營養師
□輔助治療師(藝術/音樂/芳香) □其他_____

8. 溝通：

溝通對象：□病人 □親屬_____ □非親屬_____
溝通原醫護團隊： □主治醫師 □住院醫師 □護理長 □主護護理師 □社工 □其他_____

共照護理人員簽署：_____

安寧共同照護其他專業人員訪視表

安寧團隊：□醫師 □社工人員 □心理師 □靈性照顧人員□其他_____

病歷號		姓名		照護日期	___年___月____日	時間	自□□：□□至□□：□□

照護計畫與療護建議

1. 醫師紀錄：

_____

_____

_____

_____

_____

2. 疼痛治療藥物之建議：□無 □有（請詳述藥名、途徑、劑量、頻次）

_____

_____

_____

_____

_____

3. 其他症狀處置之建議：□無 □有

_____

_____

_____

4. 心理社會問題照護：病人：□支持與傾聽 □轉介 □提供適當處置_____

家屬：□支持與傾聽 □轉介 □提供適當處置_____

5. 靈性宗教需求照護：病人：□生命回顧 □生命意義的討論 □人際關係的修復連結 □宗教信仰的加深□宗教儀式實行□後事交代□協助心願達成 □轉介□其他_____

家屬：□生命回顧 □生命意義的討論 □人際關係的修復連結 □宗教信仰的加深□宗教儀式實行□後事交代□協助心願達成 □轉介□其他_____

6. 協助病情認知：病人：□診斷 □病情與預後 □DNR 簽署

家屬：□診斷 □病情與預後 □DNR 簽署

7. 協助其他療護模式決策：□無 □有

_____

_____

_____

_____

專業人員簽署：_____

附件五

全民健康保險安寧共同照護試辦方案

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

一、新收案必須登錄欄位(身分證號、病人姓名、醫師ID、醫師姓名等欄位會自動帶出)：

(一)科別、病房床號、病歷號、新收案日期、個案性別、出生日期、ICD 前 3 碼、主診斷（1：癌症末期病人；2：末期運動神經元病人；3：失智症；4：其他腦變質；5：心臟衰竭；6：慢性氣道阻塞，他處未歸類者；7：肺部其他疾病；8：慢性肝病及肝硬化；9：急性腎衰竭，未明示者；10：慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者、11：末期骨髓增生不良症候群、12：末期衰弱老人、13：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、14：罕見疾病或其他預估生命受限者)、轉移部位(1.無；2.不確定；3.肺；4.肝；5.腦；6.骨髓；7.脊髓；8.其他)

(二)基本評估照護指標：收案時 DNR 簽署狀態：(1：未簽署；2：已簽署) 、收案時，病人對診斷認知：(1：知道；2：不知道；3：懷疑或半知半解；4：無法評估)、收案時，病人對病情及預後認知(1：知道；2：不知道；3：懷疑或半知半解；4：無法評估)、收案時，家屬對病情及預後認知(1：知道；2：不知道；3：懷疑或半知半解；4：無法評估)

二、延長照護必須登錄欄位(身分證號、病人姓名、醫師ID、醫師姓名等欄位會自動帶出)：

(一)延長照護日期、個案性別、出生日期、ICD前3碼、主診斷（1：癌症末期病人；2：末期運動神經元病人；3：失智症；4：其他腦變質；5：心臟衰竭；6：慢性氣道阻塞，他處未歸類者；7：肺部其他疾病；8：慢性肝病及肝硬化；9：急性腎衰竭，未明示者；10：慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者、11：末期骨髓增生不良症候群、12：末期衰弱老人、13：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、14：罕見疾病或其他預估生命受限者)、轉移部位(1.無；2.不確定；3.肺；4.肝；5.腦；6.骨髓；7.脊髓；8.其他)。

(二)醫療品質指標：疼痛控制(疼痛對病人之影響)_____(0-10)；呼吸困

難狀況(呼吸困難對病人的影響)：(0：沒有發生呼吸困難；1：偶而有一些呼吸困難，但仍可執行日常作息；2：呼吸困難已造成困擾並因而限制了部份日常活動與作息；3：時常發生呼吸困難令病人無法忍受，作息與注意力明顯受影響 ；4：持續不斷呼吸困難現象)。

三、結案必須登錄欄位(身分證號、病人姓名、醫師ID、醫師姓名等欄位會自動帶出)：

(一)結案日期

(二)結案原因：1：問題改善。2：轉安寧療護病房。3：轉安寧居家療護。4：轉一般居家。5：穩定出院。6：瀕死出院。7：死亡。8：病人拒絕。9：家屬拒絕。10：轉入ICU病房。11：其他。

(三)結案時評估照護指標：結案時DNR簽署狀態：(1：未簽署；2：已簽署) 、結案時，病人對診斷認知：(1：知道；2：不知道；3：懷疑或半知半解；4：無法評估)、結案時，病人對病情及預後認知(1：知道；2：不知道；3：懷疑或半知半解；4：無法評估)、結案時，家屬對病情及預後認知(1：知道；2：不知道；3：懷疑或半知半解；4：無法評估)

(四)結案時DNR簽署日期

姓名：＿＿＿＿＿＿性別：＿
出生：＿＿年＿＿月＿＿日
床號：＿＿＿＿＿＿＿＿
病歷號：＿＿＿＿＿＿＿＿

附件六
(必要表格)

安寧共同照護服務內容及紀錄

服務項目及內容	已執行日期/時間及說明	未執行理由	簽名
一、基本身體照顧：(請用紅筆圈選適用病人的措施)			
向原照護團隊及家屬教導與示範之照護，原照護團隊每日須執行之常規項目如下： 1.身體清潔：洗頭、洗澡、會陰沖洗、導尿管護理、口腔護理 2.舒適護理（並向家屬示範)：翻身、擺位、移位、抱病人上下床及輪椅，按摩、皮膚護理、被動運動、穿脫衣服、冷熱敷 3.身體治療（並向家屬示範)：灌食、抽痰、超音波0.45%生理食鹽水蒸氣吸入、換尿布、排痰 4.惡性腫瘤潰瘍/壓瘡等傷口處理：＿＿＿＿＿＿ 5.其他：＿＿＿＿＿＿			
二、身體檢查及評估：(請簡要記錄異常發現)			
1.頭、頸部檢查及評估，發現：＿＿＿＿＿＿ 2.胸腔、肺檢查及評估，發現：＿＿＿＿＿＿ 3.腹部檢查及評估，發現：＿＿＿＿＿＿ 4.背部檢查及評估，發現：＿＿＿＿＿＿ 5.四肢檢查及評估，發現：＿＿＿＿＿＿ 6.會陰部檢查及評估，發現：＿＿＿＿＿＿ 7.意識狀態評估，發現：＿＿＿＿＿＿ 8.其他：＿＿＿＿＿＿			
三、症狀評估及療護方法、藥物指導：(請簡要記錄評估、指導與療護內容，依需求進一步使用相關表單)			
1.疼痛：＿＿＿＿＿＿□初步與□持續疼痛評估表 2.吞嚥困難：＿＿＿＿＿＿ 3.食慾障礙：＿＿＿＿＿＿ 4.口臭/口乾/口腔潰瘍：＿＿＿＿＿＿ 5.頭暈：＿＿＿＿＿＿ 6.上腔靜脈壓迫症候群：＿＿＿＿＿＿ 7.體溫障礙/發燒：＿＿＿＿＿＿ 8.打嗝：＿＿＿＿＿＿ 9.噁心/嘔吐：＿＿＿＿＿＿ 10. 呼吸困難：＿＿＿＿＿＿ 11. 咳嗽：＿＿＿＿＿＿ 12. 便祕/腹瀉：＿＿＿＿＿＿ 13. 腹脹/腹水/腸阻塞：＿＿＿＿＿＿ 14. 裹急後重（tanasmus pain)：＿＿＿＿＿＿ 15. 大小便失禁：＿＿＿＿＿＿ 16. 尿滯留：＿＿＿＿＿＿ 17. 水腫/脫水：＿＿＿＿＿＿ 18. 淋巴水腫：＿＿＿＿＿＿ 19. 皮膚癢：＿＿＿＿＿＿ 20. 失眠/睡眠障礙：＿＿＿＿＿＿ 21. 意識混淆/譫妄：＿＿＿＿＿＿ 22. 倦怠：＿＿＿＿＿＿ 23. 瀕死症狀：＿＿＿＿＿＿ 24. 出血：＿＿＿＿＿＿ 25. 電解質不平衡：＿＿＿＿＿＿ 26. 脊髓神經壓迫：＿＿＿＿＿＿			

27.焦慮/憂鬱/麻木不仁：_____ 28.憤怒：_____ 29.其他：_____			
四、心理療護：(若需詳細描述，請填寫「安寧療護心理社會需要評估及照顧記錄單」)			
1.心理需要之評估與處理：如：疾病認知與適應困難、情緒困擾、自殺意圖、預期性哀傷、死亡議題等 2.傾聽及陪伴病人，使病人感覺被瞭解，被接受 3.協助病人與家屬之互動與溝通 4.瞭解病人與家屬的餘生期待，醫療抉擇，並協助完成之 5.協助處理未了心願 6.協助安排後事 7.引導病人作「鬆弛治療」、「想像治療」、「遊戲治療」、「芳香治療」、「藝術治療」等 8. DNR 的簽署 9.其他：_____			
五、靈性療護：(若需詳細描述，請填寫「安寧療護靈性需要評估及輔導記錄單」)			
1. 引導病人作「緬懷治療」及「意義治療」：引導對生命意義與價值的肯定 2. 協助病人與家人親友的四道人生：道謝、道歉、道愛、道別 3. 天、人、物、我、關係的修復與連結 4.宗教諮商：對死後的世界不畏懼、信仰的加深、存在性孤獨與隔絕感的緩解、宗教儀式的實行 5.其他：_____			
六、病人社會層面及家屬的療護：(若需詳細描述，請填寫「安寧療護心理社會需要評估及照顧記錄單」)			
1.經濟問題評估及轉介 2.家中其他需要照顧者（如小孩、老人）之安排及轉介 3.協助家屬與醫院、學校（若病人為學生）、工作場所（若病人仍在工作）之間的聯繫及協調 4.家屬身體症狀與情緒問題的評估及諮商 5.家屬與病人之間、家屬與家屬之間意見不同與溝通出現問題之協調 6.家屬各種問題之回答 7.傾聽及陪伴家屬，使其感到被瞭解，被接受 8.協助原團隊與家屬召開家庭會議 9.高危險傷慟家屬之評估及傷慟輔導轉介 10.其他：_____			
七、瀕死症狀評估、死亡準備及遺體護理：(請同時填寫安寧療護善終準備記錄單)			
1.向原照護團隊及家屬教導與示範「瀕死症狀評估」與「遺體護理」 2.死亡準備及家屬喪葬事宜之諮商 3.其他：_____			
八、共照與原照護團隊的共同合作與討論			
1. 醫療方針的倫理思辨：如：管路置入、營養與水分、藥物與檢查之取捨、末期鎮定藥物的種類與劑量等 2. 後續照護轉介：出院準備、轉安寧病房、轉安寧居家等 3.其他：_____			

備註：本表為必填表單，請簡要具體記錄本次訪視之評估及照護內容，若有進一步之問題評估，請依附件**六**-1 至**六**-4 表單詳細描述與紀錄，另前述表單皆可連續使用。

安寧療護初步疼痛評估表

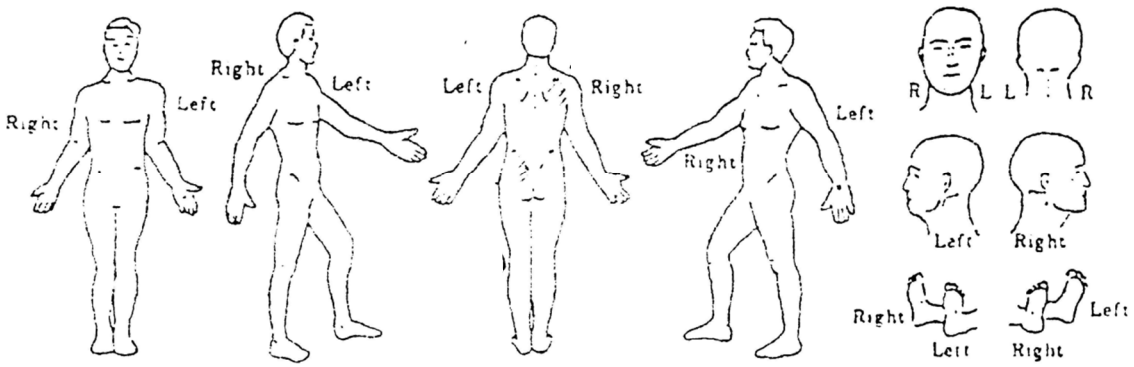
姓名：_____性別：_____
出生：____年____月____日
床號：_____
病歷號：_____

診斷：_____
轉移部位：_____
評估日期：__/__/__評估者：_____

※目前意識狀態： 清醒 嗜睡 半昏迷 昏迷(昏迷指數：E__M__V__)

※疼痛反應： 逃避按壓 呻吟 愁眉苦臉 屈身 不敢移動 其他

※請標示疼痛部位，並附帶標示〝疼痛強度/疼痛性質〞（請參考下列提示，如左鎖骨之疼痛為〝8/ ， ， 〞）（請標明〝深層（內）〞〝淺層（外）〞及延伸部位）



疼痛強度： 不痛 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 痛不欲生（學齡期以下兒童較不適用）

目前疼痛度_____最痛時_____最輕時_____可忍受度_____

疼痛性質： 刺痛 刀割痛 鈍痛 悶痛 抽痛 壓痛 燒灼痛 感覺異常痛 戳痛 其他_

※從什麼時候開始痛_____疼痛發生頻率_____

每次疼痛持續時間_____一天當中最痛的時刻為_____

※緩解疼痛的辦法： 按摩 熱敷 冷敷 不動 不碰觸 其他方式____

※加重疼痛的因素： 按摩 觸碰 移動 咳嗽 進食 其他_____

※因痛而伴隨發生之症狀（如噁心等）：_____

※因痛造成之影響：睡眠 _____一般活動_____

食慾_____注意力_____

情緒（如憤怒、哭泣、自殺意圖）_____

人際關係（如暴躁、易怒、不安等）_____

其他_____

※其他附註說明：病人對於疼痛的特殊表達方式

姓名：＿＿＿＿＿＿性別：＿＿
出生：＿＿年＿＿月＿＿日
床號：＿＿＿＿＿＿＿＿
病歷號：＿＿＿＿＿＿＿＿

安寧療護持續疼痛評估表

日期	時間	疼痛強度(0-10)	處方 藥物劑量、時間、途徑	呼吸（分）	意識狀態	其他 如副作用、情緒及治療後之反應等（加註護理方法）	簽名

藥物滴定紀錄

日期	藥物	按時給藥一天總劑量	p.r.n.給藥一天總劑量	全天給藥總劑量

※ 副作用請填寫代碼如下：
1.呼吸抑制； 2.鎮靜作用； 3.頭暈； 4.噁心； 5.嘔吐； 6.流汗
7.便秘； 8.欣快感； 9.口乾； 10.皮膚紅疹； 11.其他（請註明）

※ 其他護理方法，如：想像治療、鬆弛治療、音樂治療、娛樂治療、寵物治療、芳香治療、指壓按摩、TENS 等。

安寧療護心理社會需要評估及照顧紀錄

姓名：_____性別：___ 出生：____年____月_____日 床號：_____ 病歷號：_____	第一主要照顧者 姓名:_____ 地址:_____ 電話:_____ 年齡:____歲 性別□男□女 與病人關係:_____	第二主要照顧者 姓名:_____ 地址:_____ 電話:_____ 年齡:____歲 性別□男□女 與病人關係:_____

編號	日期/時間	問題情境	病人 (描述病人問題)	簽名	日期/時間	家屬(請指名) (請描述特定家屬問題)	簽名
		病情認知問題					
		情緒問題					
		意見分歧					
		家中有人意見特別強硬					
		缺乏溝通及溝通障礙					
		病人與家人關係障礙					
		無法作決定					
		經濟困難					
		遺產問題					
		後事處理問題					
		孤立隔離退縮					

姓名：＿＿＿＿＿＿性別：＿＿
出生：＿＿年＿＿月＿＿日
床號：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
病歷號：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

安寧療護心理社會需要評估及照顧紀錄（續頁）

追　蹤　記　錄			
日期/時間	問題編號	描述處置(intervention)過程及病人/家屬反應	簽 名

附件六-3

安寧療護靈性需要評估及輔導紀錄 (選擇性表格)

姓名：_____
床號：_____
病歷號：_____

初次記錄日期：____年____月____日
記錄者：_____

一　般　資　料			
項　　目	病　　人	主要照顧者	其他家人
信仰/教派、宗派			
常去的教堂/廟宇			
熟悉的神父/牧師/師父之姓名			
電話			
是否希望有靈性關懷人員探訪	是:____ 否	是:____ 否	是:____ 否
是否希望轉介靈性關懷人員	是:____ 否	是:____ 否	是:____ 否
宗教對他的重要性　極重要　重要　不重要　不知			
是否祈禱/念佛/默想　常常　不常　從不			
是否需要宗教禮儀	是:____ 否	是:____ 否	是:____ 否
是否需要宗教音樂及書籍	是:____ 否	是:____ 否	是:____ 否

靈性上的助力(Strength)			靈性上的困擾(Distress)		
編號	日期/時間	說明	編號	日期/時間	說明
		生命有意義與價值			生命無意義無價值
		痛苦有意義			痛苦無意義
		死亡有意義			恐懼死亡
		相信死後生命			無助
		認			無希望、絕望
		安祥/平安			怨天
		有希望			尤人
		能寬恕及被寬恕			憂鬱
		衝突化解與和好			罪惡感
		接受生命的限度			不甘心
		其他			不放心
					憤怒
					麻木
					孤立隔絕
					恩怨未化解
					不能寬恕
					自憐
					自殺意圖
					其他

姓名：_____性別：___
出生：____年____月_____日
床號：_____
病歷號：_____

安寧療護靈性需要評估及輔導紀錄（續頁）

靈性需要及處置計畫	
病　　人	家　　屬(請指名)
需　　要：_____ (請編號)_____ _____ _____	_____ _____ _____ _____
處置計劃(請編號，此編號與需要編號一致)	

追　　蹤　　記　　錄

日期/時間	需要編號	計劃編號	描述處置過程及病人/家屬反應	簽 名

附件六-4
(選擇性表格)

病人姓名：_____
病歷號：_____
床號_____

安寧療護
善終準備紀錄單

家屬代表：_____地址：_____電話：_____

一、	**身體方面：**	日期/時間	已作	未作（理由）	簽名
1	教導家屬作瀕死症狀之評估				
2	教導家屬為病人沐浴淨身				
3	教導家屬作遺體護理				
	○若眼睛未閉，用膠紙貼住眼睛，等屍僵後再除去				
	○若嘴巴未闔，用紗繃托綁下頷，毛巾捲軸墊住下巴				
	○用紙尿布墊在褲內以盛接大小便				
	○用熱毛巾淨身				
	○換穿乾淨壽衣				
二、	**心理方面**	日期/時間	已作	未作（理由）	簽名
1	聆聽病人最後心聲				
2	教導家屬如何與病人溝通				
3	教導家屬如何陪伴病人的死亡過程				
4	協助處理病人未了心願				
5	協助高危險哀傷家屬（病人的幼年子女、高年父母、及過分依賴的配偶）經歷哀傷歷程				
6	協助家屬之間彼此溝通				
三、	**靈性方面：**	日期/時間	已作	未作（理由）	簽名
1	協助家屬按病人原有宗教信仰作死亡前的宗教準備（如：天主教徒的終傅聖事，佛教徒需準備彌陀被，助唸團等）				
2	協助病人處理良心上的不平安（如：人際衝突、恩怨）				
3	協助病人肯定死後的歸宿				
四、	**喪葬準備**	日期/時間	已作	未作（理由）	簽名
1	教導家屬死亡診斷書之取得				
2	教導家屬葬儀社、殯儀館之連絡				
3	教導家屬區公所埋葬證明之取得				
4	教導家屬火葬或土葬之準備				
5	若病人為基督徒（天主教或基督教），教導家屬在教堂舉行喪禮之準備				

附件七

安寧共同照護延長照護申請書

病歷號：

<table>
<tr><td>保險對象
姓名</td><td colspan="2"></td><td>性
別</td><td>□男
□女</td><td>出生
日期</td><td colspan="2">年 月 日</td><td>受理
日期</td><td colspan="2">年 月 日</td></tr>
<tr><td>身分證
字號</td><td colspan="3"></td><td colspan="2">原受理編號</td><td colspan="2"></td><td>受理
編號</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>聯絡</td><td colspan="6">地址：</td><td>電話</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>主診斷
ICD-10-CM</td><td></td><td colspan="2">疾病名稱</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>收案條件</td><td colspan="4">□1.癌症末期
□2.末期運動神經元
□3.失智症
□4.其他腦變質
□5.心臟衰竭
□6.慢性氣道阻塞，他處未歸類者
□7.肺部其他疾病
□8.慢性肝病及肝硬化
□9.急性腎衰竭，未明示者
□10.慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者
□11.末期骨髓增生不良症候群
□12.末期衰弱老人
□13.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
□14.罕見疾病或其他預估生命受限者</td><td>收案日期</td><td colspan="4">年 月 日</td></tr>
<tr><td colspan="5" rowspan="2"></td><td rowspan="2">本次收案
核定日期</td><td>起日</td><td colspan="3">年 月 日</td></tr>
<tr><td>迄日</td><td colspan="3">年 月 日</td></tr>
<tr><td colspan="5"></td><td>日常生活
功能評估</td><td colspan="4">ECOG（0-4）：_____</td></tr>
<tr><td colspan="10">一、病人主要症狀：
1.□癌症末期病人：
□高血鈣 □脊髓壓迫□急性疼痛 □嚴重呼吸困難 □惡性腸阻塞 □出血 □腫瘤潰瘍□嚴重嘔吐
□發燒，疑似感染□癲癇發作 □急性譫妄 □急性精神壓力，如自殺意圖</td></tr>
</table>

第一聯：保險人備查第二聯：院所備查

附件七

安寧共同照護延長照護申請書

病歷號：

2.□末期運動神經元病人：

□虛弱及萎縮 □肌肉痙攣 □吞嚥困難 □呼吸困難 □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 □便秘 □流口水

3.□失智症：

□確診失智症□CDR 臨床失智評分量表 3 分且日常體能狀況已超過半數時間臥床或依賴輪椅 □FAST 失智功能評估分級量表等級 7C 以上 □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 □營養不良：□1.吞嚥困難，進食喝水減少，但選擇不接受管灌餵食 □2.明顯的體重減輕:過去三個月下降 5%或六個月內下降 10% □3.身體質量指數(BMI)小於 16，或白蛋白小於 2.5g/dL □兩次以上跌倒，或者大腿骨骨折 □吸入性肺炎□腎盂腎炎或其他上泌尿道感染□多處皮膚壓力性損傷(第 3、4 期)□敗血症□反覆發燒，既使已使用抗生素□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

4.□其他腦變質：

□嚴重神經疾病如：□嚴重中風□嚴重腦傷 □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：□電解值不平衡 □急性疼痛 □嚴重呼吸困難 □惡性腸阻塞 □嚴重嘔吐 □發燒，疑似感染 □癲癇發作 □急性譫妄 □瀕死狀態 □末期腦變質病人，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者

5.□心臟衰竭：

□CHF NYHA stage III 或 IV – 休息或輕度活動時會喘 □原心臟照顧團隊認為病人很可能在近期內死亡

□經常因嚴重心臟衰竭症狀住院□因心律不整而造成的昏厥等嚴重症狀者□曾有心臟停止或心肺復甦術病史

□常有不明原因的昏厥 □心因性腦栓塞 □左心室射出分率≦20%

6.□慢性氣道阻塞，他處未歸類者：

□即使使用氧氣，然而 PaO2≦55mmHg、PaCO2≧50mmHg 或 O2 saturation≦88% □FEV1≦30% of predicted □FEV1 持續下降且速度每年大於 40 ml □6 個月內體重減少 10%以上 □休息時心跳超過 100/min □肺心症或肺病造成之右心衰竭 □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

7.□肺部其他疾病：

□即使使用氧氣，然而 PaO2≦55mmHg、PaCO2≧50mmHg 或 O2 saturation≦88% □FEV1≦30% of predicted □FEV1 持續下降且速度每年大於 40 Ml □6 個月內體重減少 10%以上 □休息時心跳超過 100/min

□肺心症或肺病造成之右心衰竭 □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

8.□慢性肝病及肝硬化：

□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 □PT>5sec above control 或 INR>1.5 □Serum albumin<2.5g/dl

□困難處理之腹水 □自發性細菌性腹膜炎 □肝腎症候群 □肝腦病變合併坐立不安、昏睡和昏迷

□復發性食道靜脈瘤出血 □多重器官衰竭 □惡病質與消瘦

9.□急性腎衰竭，未明示者：

□已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病人 □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 □其他重要器官衰竭及危及生命之合併症 □長期使用呼吸器 □嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症□惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者□惡性腫瘤末期病人

□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。

10.□慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者：

□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< 30ml/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 □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 □其他重要器官衰竭及危及生命之合併症 □長期使用呼吸器 □嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症 □惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者 □惡性腫瘤末期病人 □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 □其他：__

11.□末期骨髓增生不良症候群

12.□末期衰弱老人

13.□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：

□處於不可逆轉之昏迷狀況 □永久植物人狀態 □極重度失智 □主管機關公告疾病

14.□罕見疾病或其他預估生命受限者：

□罕見疾病預估生命受限者 □先天染色體異常疾病、先天畸形等預估生命受限者 □源於周產期的病況預估生命受限者 □染色體異常預估無法活至成年者 □嚴重之先天腦部異常預估無法活至成年者

附件七

安寧共同照護延長照護申請書

病歷號：

二、醫囑：

1.疼痛控制：□PCA □其他_____

2.其他處置：□噴霧 □氧氣 □排便□造廔口 □傷口 □尿管 □胃管 □氣切管 □其他留置管 □檢驗 □其他處理

3.藥物處方：_____

4.轉介：□社工人員 □臨床心理師 □物理/職能治療師 □專業靈性照顧人員

三、病人之身體照護：

1.需定期更換：□止痛藥匣 □尿管 □胃管 □氣切管 □其他留置管：

2.指導並協助家屬：□褥瘡傷口換藥 □留置管護理 □造廔口護理：_____ □口腔護理 □灌食調理進食 □灌腸 □人工血管護理 □更換尿袋/點滴瓶技巧 □抽痰/扣背排痰/噴霧治療技巧 □淋巴水腫按摩技巧 □洗頭、洗澡、會陰沖洗 □肢體活動及翻身擺位避免壓瘡 □被動運動及病人移位 □皮膚護理按摩 □指導家屬照顧個案維持日常生活功能所需知識、技能及必要之家庭安全設備 □其他護理項目：_____

四、病人與家屬心理社會諮詢與照護：□死亡與瀕死調適□憂鬱□焦慮□其他

五、病人及家屬靈性宗教需求之照護：□生命意義與價值探尋 □靈性平安□宗教儀式進行 □其他

六、善終準備：_____

七、醫療品質指標：

□疼痛控制(疼痛對病人之影響)：_____（0-10）

□呼吸困難狀況(呼吸困難對病人的影響)：□0:沒有發生呼吸困難 □1:偶而有一些呼吸困難，但仍可執行日常作息 □2:呼吸困難已造成困擾並因而限制了部份日常活動與作息 □3:時常發生呼吸困難令病人無法忍受，作息與注意力明顯受影響 □4:持續不斷呼吸困難現象

八、其他：

保險醫事服務機構	機構章戳
名稱：	
代號：	
地址：	
電話：	
申請日期：　年　月　日	

醫師簽名：　　護理人員簽名

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≧16 之急診病人，從進入急診後 2 或 4 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置(詳附表一)之個案。

   主診斷碼：

   (1)~~T07~~T07.XXXA

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

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

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

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

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

(三)嚴重敗血症：

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

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

(四)到院前心跳停止(OHCA)：

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

2.經轉院治療後出院：主診斷或次診斷碼為 I46.2、I46.8、I46.9 及 R99，於地區醫院急救恢復自發性循環後，因醫療需要轉診至其他適當醫院，並於 1 小時內完成緊急處置或入住加護病房，且出院時意識清醒(次診斷碼

申報虛擬碼 I600000- I600003 者)或存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)之個案。

3.申報本項 OHCA 獎勵之急救責任醫院，應依衛生福利部公告之「到院前心跳停止（OHCA）病摘交換欄位與格式之標準規範」使用電子病歷交換中心（E.M.R. Exchange Center，EEC）上傳資料。

(五)主動脈剝離需緊急開刀：

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

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

二、轉診品質：

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

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

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

(三)轉診作業

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

(四)獎勵方式：

1.符合向上轉診或平行轉診之病人，可申報之獎勵如下：

(1)轉出醫院以下列 3 項獎勵，擇一支付：

A.每個案獎勵 500 點。

B.能於 60 分鐘內轉出，每個案獎勵 1,500 點。

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

(2)轉入醫院以下列 2 項獎勵，擇一支付：

A.每個案獎勵 500 點。

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

2.符合向下轉診之病人，可申報之獎勵如下：

(1)每個案獎勵 4,000 點。轉出與轉入醫院各給予 50%。

(2)自醫學中心下轉之病人，得另申報以下費用：

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

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

三、急診處置效率

本項係以各項指標結果進行獎勵，藉以提升急診處置效率，提升急診病人照護品質。

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

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

(三) 地區醫院急診病人增加：

1. 計算基準：以檢傷分類等級申報所有急診病人次計算

2. 計算方式：本年急診人次 > 上年急診人次

3. 地區醫院急診人次較上年增加

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

(1)有基期可比較之月份：計算較基期相同月份增加之人次。

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

四、補助急診專科醫師人力

(一)補助醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務：

1.同體系醫院間（含委託經營）之支援不予補助，包括：

同法人醫院體系、國軍退除役官兵輔導委員會醫院體系、國軍醫院體系、衛生福利部醫院體系、同醫學院附設醫院體系、同縣市政府所屬醫院體系、同醫院總分院(院區)。若對保險人認定有異議，醫院可舉證非屬同體系醫院，經保險人分區業務組同意後認定。

2.補助方式：

(1) 以急診專科醫師支援急診之班次計算，每人次每月補助上限3萬點。

(2) 支援人力計算方式：以全院每月急診專科醫師支援急診服務班次之總和，每15班算1人次(1班至少8小時)。支援不足1人次則依班次比例核算。

(3)派出支援醫院與接受支援醫院皆可接受本項補助。

3.支援規定：

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

(二)補助地區醫院增聘急診專科醫師人力：

1. 補助方式：

當年度地區醫院每增聘1名急診專科醫師執行急診業務，每人每月補助3萬點。

2. 增聘急診專科醫師人數計算方式：

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

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

(2)增聘醫師未滿 1 人則依比例核算。

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

(四)本補助不適用對象：

1.「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」、「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」之保障醫院。

2.「全民健康保險跨層級醫院合作計畫」補助之門診支援服務。

3. 衛生福利部醫事司「醫學中心或重度級急救責任醫院支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」及「緊急醫療資源不足地區改善計畫」之補助醫師或補助開診費用。

(五)地區醫院醫療利用監測指標：

1. 接受本方案補助之急診專科醫師急診看診量：

(1) 指標定義：

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

(2) 目標值：大於去年同期值。

2. 接受醫學中心、區域醫院下轉急診案件之七日內回轉比率：

(1) 指標定義：

分子：地區醫院接受醫學中心、區域醫院下轉之急診案件，七日內回轉醫學中心、區域醫院之急診件數。

分母：地區醫院接受醫學中心、區域醫院下轉急診件數。

(2) 目標值：不超過3%。

陸、醫療費用申報、支付及審查

一、急診重大疾病照護及轉診品質獎勵及申報規定如下(如附表五)：

(一)急診重大疾病照護品質方面：採每月申報。

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

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

(2)經轉院治療後出院：

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

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

5.第五項主動脈剝離需緊急開刀且存活出院個案：

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

(2)經轉院治療後出院：

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

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

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

(二)轉診品質獎勵方面：採每月申報

1.上轉個案：

(1) 轉出醫院

A. 以代碼P4603B「急診上轉轉出醫院獎勵」申報，支付點數500點。

B. 於60分鐘內轉出者，以代碼P4624B「急診上轉轉出醫院60分鐘內轉出獎勵」申報，支付點數1,500點。

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

(2) 接受轉診醫院：

A. 以代碼P4604B「急診上轉轉入醫院獎勵」申報，支付點數500點。

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

2.下轉個案：

(1)轉出醫院：以代碼 P4605B「急診下轉轉出醫院獎勵」申報，支付點數 2,000 點及 P4611B「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」1,000 點。

(2)接受轉診醫院：以代碼 P4606B「急診下轉轉入醫院獎勵」申報，支付點數 2,000 點及 P4609B-P4610B、P4626B-P4627B「區域醫院/地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵」。

3.平轉個案：

(1)轉出醫院：

A. 以代碼P4607B「急診平轉轉出醫院獎勵」申報，支付點數500點。

B. 於60分鐘內轉出者，以代碼P4625B「急診平轉轉出醫院60分鐘內轉出獎勵」申報，支付點數1,500點。

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

(2)接受轉診醫院：

A. 以代碼P4608B「急診平轉轉入醫院獎勵」申報，支付點數500點。

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

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

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

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

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

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

柒、品質資訊之登錄

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

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

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

捌、資訊之分享與公開

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

二、保險人得公開參與本方案之醫院名單及相關品質資訊供民眾參考。

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

玖、訂定與修正程序

本方案之修訂，屬給付項目及支付標準者，依全民健康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。

附表一 、緊急搶救手術或處置

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

附表二、向上轉診或平行轉診疾病別

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

附表三、向下轉診或平行轉診疾病別

診斷碼中文名稱	ICD-10-CM
胃腸道出血	K92.2
大量腸胃道出血	K25.0-K25.2、K31.82、K26.0-K26.2、K27.0-K27.2、K25.4-K25.6、K26.4-K26.6、K27.4-K27.6、K28.0-K28.2、K28.4-K28.6、K29.01、K29.21、K29.31、K29.41、K29.51、K29.61、K29.71、K29.81、K29.91、K31.811、K50.011、K50.111、K50.811、K50.911、K51.011、K51.211、K51.311、K51.411、K51.511、K51.811、K51.911、K55.21、K57.01、K57.11、K57.13、K57.21、K57.31、K57.33、K57.41、K57.51、K57.53、K57.81、K57.91、K57.93、K65.2
腸阻塞	K56.60、K56.69、K56.7、K31.5、K50.012、K50.112、K50.812、K50.912、K51.012、K51.212、K51.312、K51.412、K51.512、K51.812、K51.912、K56.0、K56.3、K56.5、E84.11
急性膽囊炎、膽結石併急性膽囊炎併阻塞	K80.00、K80.01、K80.11-K80.13、K80.18-K80.21、K80.30-K80.37、K80.40-K80.47、K80.50、K80.51、K80.60-K80.67、K80.70、K80.71、K80.80、K80.81、K81.0-K81.2、K81.9、K82.0-K82.4、K82.8、K82.9
膽管炎	K74.3、K80.3、K83.0、K80.4
急性胰臟炎	K85
肺炎	A01.03、A02.22、A37.01、A37.11、A37.81、A37.91、A50.04、A54.84、B01.2、B05.2、B06.81、B25.0、B59、B77.81、J09.X1、J10.00- J10.08、J11.00- J11.08、J12.0-J16.8(排除 J12.82)、J18.0-J18.9、J68.0、J69.0-J69.8、J84.111-J84.117、J84.2、J84.89-J84.9、J85.1、J85.2、J95.851
慢性氣道阻塞	J43、J44、J47
其他蜂窩組織炎及膿瘍	K12.2、L02-L03、L98.3、L05.01-L05.02、K61.0-K61.4、K61.5、N48.21-N48.22、N73.0- N73.2、N76.4、H00.031-H00.039、H60.00-H60.13、J34.0
充血性心臟衰竭	I50.2-I50.9、I09.81
發燒	R50.2-R50.9
泌尿道感染	N36.0、N36.1、N36.2、N36.4、N36.5、N36.8、N39、N13.9、R31、B37.41、B37.49、N30.00-N30.91、N34.1、N34.2、N41.3
腎盂腎炎	N12、A02.25、D86.84、N10-N12
慢性腎衰竭	N18.1-N18.6

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

附表四

全民健康保險急診品質方案
獎勵個案登錄系統(VPN)必要欄位表

一、基本資料

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

二、急診重大疾病照護品質必登欄位

1.急性心肌梗塞(共 2 欄)：治療項目醫令代碼(33076B 至 33078B 任一項)、開始執行時間。

2.重大外傷(共 3 欄)： ISS 量表分數、治療項目醫令代碼(詳附表一任一項)、開始執行時間。

3.嚴重敗血症(共 11 欄)：收縮壓、治療項目醫令代碼及開始時間如下

(1) 抗生素藥品代碼、給藥時間

(2) 09059B 或 09135B、開始執行時間

(3) 13016B、開始執行時間

(4) 13001C 至 13026C 中任一檢查項目、開始執行時間

4. OHCA(共 1 欄)：出院前 MRS 分數(0-5 分)。

5. OHCA 且轉院治療_轉出院所(共 1 欄)：轉院前心跳數。

6. OHCA 且轉院治療_轉入院所(共 1 欄)：出院前 MRS 分數(0-5 分)。

三、轉診獎勵品質必登欄位

1.轉出醫院：轉出時間、轉出醫院代號

2.接受轉診醫院：轉入時間、轉入醫院代號

四、急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務必登欄位

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

附表五　急診重大疾病照護及轉診獎勵給付項目及支付標準

一、急診重大疾病照護品質

編號	項目	點數
P4601B	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、I21.9、I21.A1、I21.A9、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≧16 之急診病人：~~T07~~ T07.XXXA、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、S99（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。	2,000

編號	項目	點數
	到院前心跳停止(OHCA)於收治急診之醫院治療後出院	
P4614B	－OHCA 照護獎勵_清醒出院	30,000
P4615B	－OHCA 照護獎勵_存活出院	10,000
	OHCA 經轉院治療後出院	
P4616B	－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。	
	主動脈剝離於收治急診之醫院治療後出院	
P4621B	－主動脈剝離照護獎勵	30,000
	主動脈剝離經轉院治療後出院	
P4622B	－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、~~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：	

編號	項目	點數
	(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
	(一)向上轉診	
	1.轉出醫院	
P4603B	－急診上轉轉出醫院獎勵	500
P4624B	－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
	2.接受轉診醫院	
P4604B	－急診上轉轉入醫院獎勵	500
P4619B	－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。	
	(二)向下轉診	
	1.轉出醫院	
P4605B	－急診下轉轉出醫院獎勵	2,000
P4611B	－急性醫療醫院醫師訪視獎勵費：轉出醫院之主治醫師至轉入醫院探訪病人，直接與轉入醫院團隊成員溝通病情者，每次支付 1,000 點，當次住院最多申報 3 次。	1,000
	2.接受轉診醫院	
P4606B	－急診下轉轉入醫院獎勵	2,000
P4626B	－區域醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵（第一天）	詳註
P4609B		詳註

P4627B P4610B	－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。	詳註 詳註
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 m^2 之各種疾病病人。

(2) CKD stage 4：eGFR 15~29.9 ml/min/1.73 m^2 之各種疾病病人。

(3) CKD stage 5: eGFR < 15 ml/min/1.73 m^2 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 m^2 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 m^2 者。

2. 收案條件:

(1) AKD-3B：收案時約等於 CKD stage 3B，eGFR 30~44.9 ml/min/1.73m^2。

(2) AKD-4：收案時約等於 CKD stage 4，eGFR 15 ~ 29.9 ml/min/1.73m^2。

(3) AKD-5：收案時約等於 CKD stage 5，eGFR <15 ml/min/1.73m^2。

(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 m^2 (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：

eGFR ml/min/1.73 m^2 (Simplified MDRD) = 186× $Scr^{-1.154}$ ×$Age^{-0.203}$ ×0.742 (if female)×1.212 (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 picritic acid 之 Jaffe 反應方法，且機器未經 Isotope Dilution Mass Spectormetry (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)
eGFR (mL/min/1.73 m^2) = **175** x $Scr^{-1.154}$ × $Age^{-0.203}$ × 0.742 (if female) × 1.210 (if African American)。

※Upcr 之計算：

以同次尿液測量 urine total protein (mg/dl)及 urine creatinine (mg/dl)，

Upcr 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 收案對象經九十天照護，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/1.73m^2 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 ≧ 45ml /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。 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(Upcr＞1000mg/gm) ，每六個月及一年須檢測 Upcr 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」。	1,200
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。	600

編號	診療項目	支付點數
	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 Upcr < 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(Upcr ＞ 1000mg/gm)，每六個月及一年須檢測 Upcr 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」。	
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。 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(Upcr＞1000mg/gm)，每六個月及一年須檢測 Upcr 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」。	600
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/1.73m^2/year。 (2)非糖尿病人：eGFR 下降速率＜4 ml/min/1.73m^2 /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/1.73m^2/year。	3,000

編號	診療項目	支付點數
	(2)非糖尿病人：eGFR 下降速率＜4 ml/min/1.73m^2 /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。	
P3408C	-屬蛋白尿病人，其蛋白尿達完全緩解者(Upcr<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。 2.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」。	1,200

編號	診療項目	支付點數
	(6)附表 7-2「急性腎臟疾病(AKD)照護評估暨檢驗檢查紀錄」。	
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，經九十天照護後，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(eGFR<45 ml/min/1.73m^2/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」。 (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」。	600
	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≧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≧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≧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)。	1,500

編號	診療項目	支付點數
	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。	

(三) CKD/AKD 藥事照護費：

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

編號	診療項目	支付點數
P3414C	CKD 新收案藥事照護費 註： 1.經評估新收案之病人後，依照護標準，至少須完成兩項藥事照護服務，方能申報本項費用，並記錄於藥事照護評估紀錄(附表 6-1)。每人限申報一次。 2.藥事照護評估紀錄如下，相關紀錄留存院所備查: (1)用藥配合度諮詢服務（附表 6-1-1、附表 6-2）。 (2)藥師整合性服務（附表 6-1-2）。 (3)藥師藥事指導（附表 6-1-3、附表 6-3）。 4.曾申報 P6814C 者，不得再申報本項。	200
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	200

	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。	
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】。	600

編號	診療項目	支付點數
	(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」。	
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
P3411C P3412C P3413C	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。 -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。 -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。	60,000 30,000 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	200

編號	診療項目	支付點數
	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。	

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。

附表 1 Pre-ESRD 個案 VPN 上傳資料格式及說明

格式說明:

1.批次檔案類型格式為 XML 檔(副檔名為.xml)或定長檔(副檔名為.txt)。

2.批次檔案名稱不支援中文、不可包含特殊符號。

3.批次檔案名稱之醫療院所代碼必須與登入之醫療院所代碼相同，費用年月必須與上傳之費用年月相同。

4.批次檔案內容須採用保險人提供之 XML 或定長格式。

5.批次檔案名稱規則如下：

(1)若檔案資料格式為 XML 者，則檔名為「esrd_醫事服務機構代號_費用年月.xml」; 藥師服務資料區檔名為「P_esrd_醫事服務機構代號_費用年月.xml」。

(2)若檔案資料格式為定長者，則檔名為「esrd_醫事服務機構代號_費用年月.txt」;藥師服務資料區檔名為「P_esrd_醫事服務機構代號_費用年月.txt」。

(3)英文字母允許大小寫。

(4)英文字母、數字、底線皆為半型。

(5)檔名若不符合規則，則無法上傳成功。

6.若為定長文字檔，基本資料及檢驗資料區每筆資料長度為 256 Bytes;藥師服務資料區長度為 74 Bytes。

一、XML 檔案格式表

(一)基本資料區

項次	必要性	XML 欄位	資料名稱	屬性	長度	中文名稱/資料說明
1	＊	esrd01	醫事機構代號	X	10	醫事服務機構代號
2	＊	esrd02	個案姓名	X	20	1.中文字採使用 Big-5 碼，至多為 5 個。 2.外籍人士無中文姓名者，請輸入英文半形。 3.一律使用國民身分證上之姓名，若為冠夫姓者亦一併將夫姓填齊。
3	＊	esrd03	個案身分證號	X	10	如為 A123456789 則輸入 A123456789，國民身分證統一編號或外籍居留證號碼(如無居留證號碼請填護照號碼)
4	＊	esrd04	出生日期	X	7	1.第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0。例如民國 99 年，為 099。民國前的年份為負數，例如：-05 表示為民國前 5 年。 2.第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0。例如 5 月，為 05。 3.第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0。例如 9 日，為 09。
5	＊	esrd05	個案性別	X	1	1：男；2：女(限制格式與數字範圍 1-2)
6	＊	esrd06	原發疾病	X	5	就醫日期於 105/01/01 以後者，請輸入 N049/N183-N186(如為蛋白尿病患人則不限 Stage ，可填報 N181-N186)
7	△	esrd07	原發疾病-ICD-10	X	9	不須填寫

項次	必要性	XML欄位	資料名稱	屬性	長度	中文名稱/資料說明
8	＊	esrd08	伴隨疾病_有無	X	1	Y:有 N:無 若 SYMPTOM_NO = N,則其他伴隨疾病為非必填 若 SYMPTOM_NO = Y,則其他伴隨疾病至少填一項
9	＊	esrd09	伴隨疾病_腎臟病	X	1	Y:有 N:無
10	＊	esrd10	伴隨疾病_糖尿病	X	1	Y:有 N:無
11	＊	esrd11	伴隨疾病_高血壓	X	1	Y:有 N:無
12	＊	esrd12	伴隨疾病_心臟血管疾病	X	1	Y:有 N:無
13	＊	esrd13	伴隨疾病_腦中風	X	1	Y:有 N:無
14	＊	esrd14	伴隨疾病_肝臟疾病	X	1	Y:有 N:無
15	＊	esrd15	伴隨疾病_免疫風濕疾病	X	1	Y:有 N:無
16	＊	esrd16	伴隨疾病_其他	X	1	Y:有 N:無
17	△	esrd17	伴隨疾病其他說明	X	60	限 20 個中文字 若 SYMPTOM_OTHER = Y, 則 SYMPTOM_DESC 為必填
18	△	esrd18	結案原因	X	1	0：其他 1：腎臟移植 2：長期失聯(≧180 天) 3：拒絕再接受治療 4：死亡 5：進入長期透析 6：蛋白尿緩解 7：因其他系統性疾病造成轉他科或他院治療 8：病人未執行本計畫管理照護超過 6 個月者 9：進入安寧照護 A:AKD 病人腎功能改善或恢復，eGFR≧45 者。 B:AKD 病人照顧 90 天後依 Early-CKD 方案收案者。
19	△	esrd19	結案原因－其他說明	X	60	若 TREATMENT_STATUS=0，則 TREATMENT_OTHER 為必填。
20	△	esrd20	結案日期	X	7	1.個案結案的日期 (1)第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0。例如民國 99 年，為 099。 (2)第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0。例如 5 月，為 05。 (3)第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0。例如 9 日，為 09。 2.若結案原因有填寫，則結案日期為必填。 3.結案日期不可小於檢驗資料的最大就醫日期。

(二)檢驗資料區

項次	必要性	XML欄位	資料名稱	屬性	長度	中文名稱/資料說明
1	＊	test1	檢驗(報告)日期	X	7	個案在院所實際檢驗的日期 1.第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0。例如民國 99 年，為 099。 2.第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0。例如 5 月，為 05。 3.第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0。例如 9 日，為 09。

項次	必要性	XML欄位	資料名稱	屬性	長度	中文名稱/資料說明
2	*	test2	就醫日期	X	7	1.個案就醫的日期 (1)第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0。例如民國 99 年，為 099。 (2)第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0。例如 5 月，為 05。 (3)第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0。例如 9 日，為 09。 2.就醫日期不可大於結案日期。
3	*	test3	急慢性腎臟病分期	X	2	3b：CKD Stage3B 40：CKD Stage4 50：CKD Stage5 60：蛋白尿病人 A1：AKD-1 A2：AKD-2 AA：AKD-3A AB：AKD-3B A4：AKD-4 A5：AKD-5 AD：AKD-D
4	*	test4	體重	9	3	單位：Kg，小數四捨五入取整數，如 57.5Kg 則輸入為 58，如 100Kg 則輸入 100
5	*	test5	收縮壓	9	3	單位：mmHg，如收縮壓為 120，輸入 120
6	*	test6	舒張壓	9	3	單位：mmHg，如舒張壓為 80，則輸入 80
7	△	test7	血紅素	9(3)v9 999.9	4	整數 3 位，小數 1 位及 1 位小數點 單位 g/dL，如 13.2g/dL，則輸入 13.2 若 STAGE = 60, 則非必填
8	△	test8	血清白蛋白	9(3)v9 999.9	4	整數 3 位，小數 1 位及 1 位小數點 單位：g/dl，如為 4.3g/dl 則輸入 4.3 若 STAGE = 60, 則非必填
9	△	test9	肌酐比值	9(3)v9 999.9	4	整數 3 位，小數 1 位及 1 位小數點 單位：mg/dl，如為 1.8mg/dl 則輸入 1.8 若 STAGE = 60, 則非必填
10	△	test10	腎絲球過濾率	9(4)v9 9999.9	5	整數 4 位，小數 1 位及 1 位小數點 以 MDRD-S 公式計算，單位：ml/min/1.73 m^2，如 50.16 ml/min/1.73 m^2，則輸入 50.2 若 STAGE = 60,則非必填
11	△	test11	尿蛋白及尿液肌酸酐比值	9(5)v9 99999.9	6	整數 5 位，小數 1 位及 1 位小數點 單位：mg/gm，如為 1000mg/gm 則輸入 1000 若醫令為 P3402C/P3404C/P3405C/P3408C/P6802C，則 Upcr 為必填 若 STAGE = 60, 則 Upcr 為必填
12	△	test12	低密度脂蛋白膽固醇(LDL-C)	9999	4	整數 4 位 單位：mg/dL，如為 100mg/dL 則輸入 100 若醫令為 P3402C/P3404C/P3405C，則 LDL-C 為必填 若 STAGE = 60, 則 LDL-C 非必填
13	△	test13	三酸甘油酯(TG)	99999	5	整數 5 位 單位：mg/dL，如為 100mg/dL 則輸入 100 若醫令為 P3402C/P3404C/P3405C，則 TG 為必填 若 STAGE = 60, 則 TG 非必填

（三）藥事服務資料區（檔名為 P_esrd_醫事服務機構代號_費用年月.xml）

項次	必要性	XML欄位	資料名稱	屬性	長度	中文名稱/資料說明
1	*	Pesrd01	醫事服務機構代號	X	10	醫院或診所之醫事服務機構代號
2	*	Pesrd02	個案身分證號	X	10	如為 A999999999 則輸入 A999999999，國民身分證統一編號或外籍居留證號碼(如無居留證號碼請填護照號碼)
3	*	Pesrd03	出生日期	X	7	個案就醫出生的日期 1.第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0。例如民國 99 年，為 099。 2.第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0。例如 5 月，為 05。 3.第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0。例如 9 日，為 09。
4	△	Pesrd04	特約藥局代號	X	10	1.基層診所與特約藥局合作者必填 2.填社區藥局之醫事服務機構代號
5	*	Pesrd05	評估藥師身分證字號	X	10	1.輸入 A123456789，國民身分證統一編號或外籍居留證號碼(如無居留證號碼請填護照號碼) 2.提供諮詢服務之藥師
6	*	Pesrd06	藥師評估日期	X	7	1.藥師評估的日期 (1)第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0。例如民國 99 年，為 099。 (2)第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0。例如 5 月，為 05。 (3)第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0。例如 9 日，為 09。 2.藥師評估日期不可大於結案日期。
7	*	Pesrd07	案件類別	X	1	1：AKD 2：CKD
8	*	Pesrd08	照護階段	X	1	案件類別為(1:AKD) 0：新收案 1：追蹤 案件類別為(2:CKD) 0：新收案 1：定期追蹤 2：年度追蹤
9	*	Pesrd09	pCKD 收案條件-用藥品項≧10 項	X	1	Y:有,N:無
10	*	Pesrd10	pCKD 收案條件-有使用 NSAIDs	X	1	Y:有,N:無
11	*	Pesrd11	pCKD 收案條件->2 項共病	X	1	Y:有,N:無
12	*	Pesrd12	pCKD 收案條件-醫師轉介	X	1	Y:有,N:無
13	*	Pesrd13	影響腎功能藥品(NSAIDs除外)- 顯影劑(14 天內)	X	1	Y:有,N:無

項次	必要性	XML欄位	資料名稱	屬性	長度	中文名稱/資料說明
14	*	Pesrd14	影響腎功能藥品(NSAIDs除外)-co-trimoxazole	X	1	Y:有,N:無
15	*	Pesrd15	影響腎功能藥品(NSAIDs除外)-抗病毒劑	X	1	Y:有,N:無
16	*	Pesrd16	影響腎功能藥品(NSAIDs除外)-其它腎臟毒性藥品	X	1	Y:有,N:無
17	△	Pesrd17	服藥配合度分數(ARMS)	99	2	1.請填列分數(12~48 分之間)，未執行填「0」 2.申報 P6814C、P3414C 及 P3416C 為必填 註：資料來源：藥事照護評估紀錄
18	*	Pesrd18	服用 OTC/保健(健康)食品	X	1	Y:有 N:無 註：資料來源：藥事照護評估紀錄
19	*	Pesrd19	服用中藥、草藥	X	1	Y:有 N:無 註：資料來源：藥事照護評估紀錄
20	*	Pesrd20	近期有使用 NSAIDs	X	1	Y：處方 NSAIDs Z：其他來源 NSAIDs B：處方及其他來源 NSAIDs 均有 N：無 註：資料來源：藥事照護評估紀錄
21	*	Pesrd21	醫師或其他醫事人員是否接受建議	X	1	Y: 接受建議 N: 不接受 C: 無建議，持續追蹤用藥反應 註：資料來源：藥事照護評估紀錄
22	*	Pesrd22	藥師藥事指導-A 疾病自我照顧	X	1	Y:有, N:無 註：資料來源：藥事照護評估紀錄
23	*	Pesrd23	藥師藥事指導-B 用藥知識及藥物使用指導	X	1	Y:有, N:無 註：資料來源：藥事照護評估紀錄
24	*	Pesrd24	藥師藥事指導-C 指導用藥技巧	X	1	Y:有, N:無 註：資料來源：藥事照護評估紀錄
25	*	Pesrd25	藥師藥事指導-D 避免藥物腎傷害(AKD 收案重點衛教)	X	1	Y:有, N:無 註：資料來源：藥事照護評估紀錄

二、定長文字檔格式表

(一)定長文字檔格式

1.基本資料及檢驗資料區

項次	必要性	資料名稱	屬性	長度	中文名稱/資料說明
1	＊	醫事機構代號	X	10	醫事服務機構代號
2	＊	個案身分證號	X	10	如為 A999999999 則輸入 A999999999，國民身分證統一編號或外籍居留證號碼(如無居留證號碼請填護照號碼)
3	＊	出生日期	X	7	1.第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0。例如民國 99 年，為 099。民國前的年份為負數，例如：-05 表示為民國前 5 年。 2.第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0。例如 5 月，為 05。 3.第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0。例如 9 日，為 09。
4	＊	個案性別	X	1	1：男；2：女(限制格式與數字範圍 1-2)
5	＊	原發疾病	X	5	就醫日期於 105/01/01 以後者，請輸入 N049/N183-N186(如為蛋白尿病患人則不限 Stage ，可填報 N181-N186)
6	△	原發疾病-ICD-10	X	9	不需填寫
7	＊	伴隨疾病_有無	X	1	Y:有 N:無 若 SYMPTOM_NO = N, 則其他伴隨疾病為非必填 若 SYMPTOM_NO = Y,則其他伴隨疾病至少填一項
8	*	伴隨疾病_腎臟病	X	1	Y:有 N:無
9	*	伴隨疾病_糖尿病	X	1	Y:有 N:無
10	*	伴隨疾病_高血壓	X	1	Y:有 N:無
11	*	伴隨疾病_心臟血管疾病	X	1	Y:有 N:無
12	*	伴隨疾病_腦中風	X	1	Y:有 N:無
13	*	伴隨疾病_肝臟疾病	X	1	Y:有 N:無
14	*	伴隨疾病_免疫風濕疾病	X	1	Y:有 N:無
15	*	伴隨疾病_其他	X	1	Y:有 N:無
16	△	結案原因	X	1	0：其他 1：腎臟移植 2：長期失聯(≧180 天) 3：拒絕再接受治療 4：死亡 5：進入長期透析 6：蛋白尿緩解 7：因其他系統性疾病造成轉他科或他院治療 8：病人未執行本計畫管理照護超過 6 個月者 9：進入安寧照護 A:AKD 病人腎功能改善或恢復，eGFR≧45 者 B:AKD 病人照顧 90 天後依 Early-CKD 方案收案者
17	△	結案日期	X	7	1.個案結案的日期 (1)第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0。例如民國 99 年，為 099。 (2)第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0。例如 5 月，為 05。 (3)第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0。例如 9 日，為 09。

項次	必要性	資料名稱	屬性	長度	中文名稱/資料說明
					2.若結案原因有填寫，則結案日期為必填。 3.結案日期不可小於檢驗資料的最大就醫日期。
18	＊	個案姓名	X	20	1.中文字採使用 Big-5 碼，至多為 5 個。 2.外籍人士無中文姓名者，請輸入英文半形。 3.一律使用國民身分證上之姓名，若為冠夫姓者亦一併將夫姓填齊。
19	△	伴隨疾病－其他說明	X	60	限 20 個中文字 若 SYMPTOM_OTHER = Y, 則 SYMPTOM_DESC 為必填
20	△	結案原因－其他說明	X	60	若 TREATMENT_STATUS=0，則 TREATMENT_OTHER 為必填。
21	＊	檢驗(報告)日期	X	7	個案在院所實際檢驗的日期 1.第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0。例如民國 99 年，為 099。 2.第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0。例如 5 月，為 05。 3.第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0。例如 9 日，為 09。
22	＊	就醫日期	X	7	1.個案就醫的日期 (1)第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0。例如民國 99 年，為 099。 (2)第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0。例如 5 月，為 05。 (3)第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0。例如 9 日，為 09。 2.就醫日期不可大於結案日期。
23	＊	急慢性腎臟病分期	X	2	3b：CKD Stage3B 40：CKD Stage4 50：CKD Stage5 60：蛋白尿病患人 A1：AKD-1 A2：AKD-2 AA：AKD-3A AB：AKD-3B A4：AKD-4 A5：AKD-5 AD：AKD-D
24	＊	體重	9	3	單位：Kg，小數四捨五入取整數，如 57.5Kg 則輸入為 058，如 100Kg 則輸入 100
25	＊	收縮壓	9	3	單位：mmHg，如收縮壓為 120，輸入 120
26	＊	舒張壓	9	3	單位：mmHg，如舒張壓為 80，則輸入 080
27	△	血紅素	9(3)v9 999.9	4	單位 g/dL，如 13.2g/dL，則輸入 0132 若 STAGE = 60, 則非必填
28	△	血清白蛋白	9(3)v9 999.9	4	單位：g/dl，如為 4.3g/dl 則輸入 0043 若 STAGE = 60, 則非必填
29	△	肌酐比值	9(3)v9 999.9	4	單位：mg/dl，如為 1.8mg/dl 則輸入 0018 若 STAGE = 60, 則非必填
30	△	腎絲球過濾率	9(4)v9 9999.9	5	以 MDRD-S 公式計算，單位：ml/min/1.73 m^2，如 50.16 ml/min/1.73 m^2，則輸入 00502 若 STAGE = 60, 則非必填

項次	必要性	資料名稱	屬性	長度	中文名稱/資料說明
31	△	尿蛋白及尿液肌酸酐比值	9(5)v9 99999.9	6	單位：mg/gm，如為 1200.6mg/gm 則輸入 012006 若醫令為 P3402C/P3404C/P3405C/P3408C/P6802C，則 UPCR 為必填 若 STAGE = 60, 則 UPCR 為必填
32	△	低密度脂蛋白膽固醇 (LDL-C)	9999	4	整數 4 位 單位：mg/dL，如為 100mg/dL 則輸入 0100 若醫令為 P3402C/P3404C/P3405C，則 LDL-C 為必填，未檢驗時請填 4 bytes 空白 若 STAGE = 60, 則 LDL-C 非必填
33	△	三酸甘油酯(TG)	99999	5	整數 5 位 單位：mg/dL，如為 100mg/dL 則輸入 00100 若醫令為 P3402C/P3404C/P3405C，則 TG 為必填 未檢驗時請填 5 bytes 空白 若 STAGE = 60, 則 TG 非必填

2.藥事服務資料區（檔名為 P_esrd_醫事服務機構代號_費用年月.TXT）

項次	必要性	資料名稱	屬性	長度	中文名稱/資料說明
1	*	醫事服務機構代號	X	10	醫院或診所之醫事機構代號
2	*	個案身分證號	X	10	如為 A999999999 則輸入 A999999999，國民身分證統一編號或外籍居留證號碼(如無居留證號碼請填護照號碼)
3	*	出生日期	X	7	個案出生的日期 (1)第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0。例如民國 99 年，為 099。 (2)第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0。例如 5 月，為 05。 (3)第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0。例如 9 日，為 09。
4	△	特約藥局代號	X	10	1.基層診所與特約藥局合作者必填 2.填社區藥局之醫事服務機構代號
5	*	評估藥師身分證字號	X	10	1.輸入 A123456789，國民身分證統一編號或外籍居留證號碼(如無居留證號碼請填護照號碼) 2.提供諮詢服務之藥師
6	*	藥師評估日期	X	7	1.藥師評估的日期 (1)第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0。例如民國 99 年，為 099。 (2)第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0。例如 5 月，為 05。 (3)第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0。例如 9 日，為 09。 2.藥師評估日期不可大於結案日期。
7	*	案件類別	X	1	1：AKD 2：CKD
8	*	照護階段	X	1	案件類別為(1:AKD) 0：新收案 1：追蹤 案件類別為(2:CKD) 0：新收案

項次	必要性	資料名稱	屬性	長度	中文名稱/資料說明
					1：定期追蹤 2：年度追蹤
9	*	pCKD 收案條件-用藥品項≧10 項	X	1	Y:有,N:無
10	*	pCKD 收案條件-有使用 NSAIDs	X	1	Y:有,N:無
11	*	pCKD 收案條件->2 項共病	X	1	Y:有,N:無
12	*	pCKD 收案條件-醫師轉介	X	1	Y:有,N:無
13	*	影響腎功能藥品(NSAIDs 除外)-顯影劑(14 天內)	X	1	Y:有,N:無
14	*	影響腎功能藥品(NSAIDs 除外)-co-trimoxazole	X	1	Y:有,N:無
15	*	影響腎功能藥品(NSAIDs 除外)-抗病毒劑	X	1	Y:有,N:無
16	*	影響腎功能藥品(NSAIDs 除外)-其它腎臟毒性藥品	X	1	Y:有,N:無
17	△	服藥配合度分數(ARMS)	99	2	1.請填列分數(12~48 分之間)，未執行填「0」 2.申報 P6814C、P3414C 及 P3416C 為必填 註：資料來源：藥事照護評估紀錄
18	*	服用 OTC/保健(健康)食品	X	1	Y:有 N:無 註：資料來源：藥事照護評估紀錄
19	*	服用中藥、草藥	X	1	Y:有 N:無 註：資料來源：藥事照護評估紀錄
20	*	近期有使用 NSAIDs	X	1	Y：處方 NSAIDs Z：其他來源 NSAIDs B：處方及其他來源 NSAIDs 均有 N：無 註：資料來源：藥事照護評估紀錄
21	*	醫師或其他醫事人員是否接受建議	X	1	Y: 接受建議 N: 不接受 C: 無建議，持續追蹤用藥反應 註：資料來源：藥事照護評估紀錄
22	*	藥師藥事指導-A 疾病自我照顧	X	1	Y:有, N:無 註：資料來源：藥事照護評估紀錄
23	*	藥師藥事指導-B 用藥知識及藥物使用指導	X	1	Y:有, N:無 註：資料來源：藥事照護評估紀錄
24	*	藥師藥事指導-C 指導用藥技巧	X	1	Y:有, N:無 註：資料來源：藥事照護評估紀錄

項次	必要性	資料名稱	屬性	長度	中文名稱/資料說明
25	*	藥師藥事指導-D 避免藥物腎傷害 (AKD 收案重點衛教)	X	1	Y:有, N:無 註：資料來源：藥事照護評估紀錄

(二)定長文字檔範例

1.基本資料與檢驗資料(檔名為 esrd_醫事服務機構代號_費用年月.TXT)

3501200000A9999999990240723158500　　YYNNYNNNN01020301 陳小姐
拒參加計畫
100101310010133b0700450810240004400190051001300001000010 0

2.藥事服務資料（檔名為 P_esrd_醫事服務機構代號_費用年月.TXT）

*如屬基層診所與特約藥局合作者，範例如下：

3501200000A12345678902410313501200000B12345678911010181YYNNNNNNN48NNBCYYYY

*如非屬基層診所與特約藥局合作者，範例如下：

0131200000A1234567890241031　　B12345678911010181YYNNNNNNN48NNBCYYYY

XML 拆解為定長文字檔的格式說明：

1. 個案姓名(esrd02)、伴隨疾病其他說明(esrd17)、結案原因－其他說明(esrd19)的 XML 欄位，拆解為定長放置在基本資料區的最後。
2. 若型態為字串(X)欄位長度不足位，則左靠不足補空白。
3. 若型態為數值(9)欄位長度不足位，則右靠不足補空白。
4. 小數點處理方式：
   (1)若有小數點，拆解為文字檔必須把小數點移除，且補滿整數與小數之位數。
   (2)範例：以檢驗資料第 10 項為例，9(3)v9 表示整數 3 位，小數 1 位，若 XML 為 89，則寫到文字檔為 0890。
5. ＊：必填欄位；△：非必填欄位。

附表 2-1 AKD/CKD 新收案病人基本資料與病史紀錄表(留存院所備查)

【適用 P3402C、P6802C】

□急性腎臟疾病(AKD)　□慢性腎臟疾病(CKD)

「*」者為 AKD/CKD 必填項目、「△」者為 CKD 必填，其餘項目可依醫療院所能力填寫

I.病人基本資料：病人編號：_____-_____(TSN 透析院所代號-流水號)

*基本資料：登錄日期：____年____月____日

*姓名：_____　病歷號碼：_____*身分證字號：_____

*生日：____年____月____日　*性別：男、女　血型：A、B、AB、O、未驗

婚姻：已婚、未婚、離婚、喪偶、分居、同居、未明　宗教信仰：_____

教育程度：無、小學、國中、高中（職）、大專（學）以上

職業：軍、公、教、農、林、漁、牧、商、工、礦、學生、自由業、家管、無、其他：

溝通語言：國語、閩南語、客家話、原住民語言、其他：_____

主要經濟來源：獨立自主、父母、配偶、子女、手足、政府、朋友

*目前居住地：電話：_____

*縣市：_____ *區鄉市鎮：_____　村里：_____

路街：_____段巷弄樓號：_____

II.病史記錄：

*本院開始 AKD/CKD 治療日期：____年____月____日　主治醫師：_____

△原發病大類：_____（請參照腎臟醫學會透析軟體疾病分類表）

△原發病細類：_____

△其他：_____

△發現至今歷史：時間：_____ 周； _____ 月； _____ 年

1. 病人腎臟疾病病史：(可複選)

（A）過去病史：

*（1）如何發現自己有腎臟病？

因出現不同之症狀就醫檢查發現　□ 是　□ 否　□ 不知道

因懷疑自己有腎臟病求醫檢查發現　□ 是　□ 否　□ 不知道

因服用若干藥物懷疑會影響腎臟求醫發現　□ 是　□ 否　□ 不知道

因其他疾病檢查時偶然發現是腎臟病□ 是　□ 否　□ 不知道

因體檢或健康檢查偶然發現□ 是　□ 否　□ 不知道

（2）發現腎臟疾病之症狀前是否有下列症狀？

a. 沒有症狀　□ 是　□ 否（請續答）

b. 有症狀如下，可多選

類似感冒症狀，一直未痊癒　□ 是　□ 否　□ 不知道

蛋白尿或血尿　□ 是　□ 否　□ 不知道

眼瞼浮腫或手腳水腫　□ 是　□ 否　□ 不知道

背部肋骨下緣疼痛　□ 是　□ 否　□ 不知道

時常覺得倦怠無力　□ 是　□ 否　□ 不知道

夜裡無法入睡　□ 是　□ 否　□ 不知道

血壓高，全身不適　□ 是　□ 否　□ 不知道

夜裡頻尿，無法入睡　□ 是　□ 否　□ 不知道
尿量減少　□ 是　□ 否　□ 不知道
胃口不好　□ 是　□ 否　□ 不知道
常有噁心、嘔吐之情形　□ 是　□ 否　□ 不知道
爬樓梯時，容易有呼吸喘之情形　□ 是　□ 否　□ 不知道
有頭暈、眼花之情形或貧血　□ 是　□ 否　□ 不知道
夜裡須採坐姿，才能入睡　□ 是　□ 否　□ 不知道

*（3）使用藥物病史：

時常服用中草藥或偏方　□ 是　□ 否　□ 不知道
時常因疼痛服用止痛劑　□ 是　□ 否　□ 不知道
時常找其他方式打針，如（消炎、止痛）　□ 是　□ 否　□ 不知道
使用不明藥物　□ 是　□ 否　□ 不知道
其他：_____ □ 是　□ 否　□ 不知道

（4）就診方式：

自行就診　□ 是　□ 否　□ 不知道
他科轉入　□ 是　□ 否　□ 不知道
經親朋介紹　□ 是　□ 否　□ 不知道
經報章媒體介紹　□ 是　□ 否　□ 不知道
其他：_____ □ 是　□ 否　□ 不知道

*（B）伴隨系統性疾病：(Co-morbidity，就醫時除腎臟疾病外已經存在的疾病）

高血壓　□ 是　□ 否　□ 不知道
糖尿病□ 是　□ 否　□ 不知道
鬱血性心臟病 □ 是　□ 否　□ 不知道
缺血性心臟病□ 是　□ 否　□ 不知道
腦血管病變　□ 是　□ 否　□ 不知道
慢性肝病/肝硬化　□ 是　□ 否　□ 不知道
惡性腫瘤 □ 是　□ 否　□ 不知道
結核病　□ 是　□ 否　□ 不知道
高血脂症 □ 是　□ 否　□ 不知道
視網膜病變□ 是　□ 否　□ 不知道
神經病變□ 是　□ 否　□ 不知道
貧血□ 是　□ 否　□ 不知道
自體免疫疾病□ 是　□ 否　□ 不知道
其他：_____ □ 是　□ 否　□ 不知道

（C）過去治療病史：

未治療　□ 是　□ 否
很正規治療　□ 是　□ 否
注射紅血球生成素（EPO）□ 是　□ 否
曾輸血　□ 是　□ 否
服用中草藥□ 是　□ 否
服用 NSAIDs 止痛劑□ 是　□ 否
服用健康食品：_____ □ 是　□ 否

*（D）自我照顧狀況：

完全獨立 □ 是 □ 否

須旁人協助 □ 是 □ 否

完全由旁人照顧 □ 是 □ 否

抽菸：(___根／日，持續___年，戒菸___年）□ 是 □ 否

喝酒：(頻率：____量：_____種類：___）□ 是 □ 否

運動：(頻率：_____，項目：_____ ）□ 是 □ 否

檳榔：(___粒／日，持續____，戒檳榔___年）□ 是 □ 否

*2. 其他疾病家族史：

a. 糖尿病 □ 是 □ 否 □ 不知道

b. 高血壓 □ 是 □ 否 □ 不知道

c. 心臟病 □ 是 □ 否 □ 不知道

d. 腦血管病變（中風） □ 是 □ 否 □ 不知道

e. 高血脂症 □ 是 □ 否 □ 不知道

f. 腎臟病 □ 是 □ 否 □ 不知道

g. 惡性腫瘤：□ 是 □ 否 □ 不知道

h. 痛風 □ 是 □ 否 □ 不知道

i. 遺傳性腎臟疾病：_____ □ 是 □ 否 □ 不知道

j. 自體免疫疾病 □ 是 □ 否 □ 不知道

III. 收案前後使用藥物：

使用降壓藥：□ 是 □ 否 □ 不知道

□ACEI □ARBs □Other:__

注射胰島素： □ 是 □ 否 □ 不知道

使用降血糖藥：□ 是 □ 否 □ 不知道

使用降血脂藥：□ 是 □ 否 □ 不知道

注射紅血球生成素（EPO)：_□ 是 □ 否 □ 不知道

IV.住出院紀錄（收案日起往前回溯一年內） □ 是 □ 否 □ 不知道

住院日期：___年__月__日至__年__月__日 /原因：_____

___年__月__日至__年__月__日 /原因：_____

V. 自我照顧評估與健康行為：

1.您每天有規則服藥？□ 是 □ 否 □ 不知道

2.您有依照醫師指示定期到醫院回診、檢查？ □ 是 □ 否 □ 不知道

3.您定期（至少 3 次/週）保持運動嗎？ □ 是 □ 否 □ 不知道

4.您有飲食控制？□ 是 □ 否 □ 不知道

5.您的最近血糖是否控制在飯前 120mg/dl 以下？ □ 是 □ 否 □ 不知道

6.您的血壓是否控制在 130/80mmHg 以下？□ 是 □ 否 □ 不知道

7.您的體重是否控制在建議範圍？ □ 是 □ 否 □ 不知道

8.您有每星期至少一次定期測血壓？ □ 是 □ 否 □ 不知道

9.您有規則記錄血壓值？□ 是 □ 否 □ 不知道

10.您有定期追蹤血液檢查？ □ 是 □ 否 □ 不知道

說 明：1.本表已在國民健康署之腎臟保健推廣機構計畫使用多年，病人病史記錄較詳細，但為顧慮院所層級與人力，**標示*號之項目為必填項目，其餘項目可依醫療院所能力勾選**。

2.本表為病人基本資料，請注意保密性。

3.門診新收個案，且依規定填報相關量表後，得申報相關收案管理照護費。

4.資料須留存院所備查。

附表 2-2 慢性腎臟疾病(CKD)個案照護追蹤紀錄總表(留存院所備查)

【適用 P3402C、P3403C】

CKD 病人編號：_____-_____(TSN 透析院所代號-流水號)

姓　　名：_____　性別：□男 □女 病歷號碼：_____主治醫師：_____

身分證字號：_____　出生日期：___年___月___日　收案日期：____年___月___日

衛教日期	____年___月____日	_____年__月____日	____年___月____日	____年___月____日
衛教對象	□本人□家屬：_____ □其他：_____	□本人□家屬：_____ □其他：_____	□本人□家屬：_____ □其他：_____	□本人□家屬：_____ □其他：_____
衛教方式	□個別衛教□電訪 □團體衛教 □其他：_____	□個別衛教□電訪 □團體衛教 □其他：_____	□個別衛教□電訪 □團體衛教 □其他：_____	□個別衛教□電訪 □團體衛教 □其他：_____
BP（mmHg）				
BW(kg)				
腰圍(cm)				
臀圍(cm)				
BMI				
BUN（mg/dl）				
Cr.（mg/dl）				
血紅素(g/dL)				
CC-GFR(自行參考)				
eGFR(MDRD-S) 或 bed side Schwartz				
Stage	□1 □2 □3 □4 □5	□1 □2 □3 □4 □5	□1 □2 □3 □4 □5	□1 □2 □3 □4 □5
藥物使用 降壓藥 胰島素 降血糖藥 降血脂藥 紅血球生成素	 □ACEI□ARBs □其他：_____ □是□否 □是□否 □是□否 □是□否	 □ACEI□ARBs □其他：_____ □是□否 □是□否 □是□否 □是□否	 □ACEI□ARBs □其他：_____ □是□否 □是□否 □是□否 □是□否	 □ACEI□ARBs □其他：_____ □是□否 □是□否 □是□否 □是□否
住院紀錄 住院日期 出院日期 原因	 ____年___月___日 ____年___月___日	 ____年___月____ ____年___月___日	 ____年___月___日 ____年___月___日	 ____年___月___日 ____年___月___日
衛教指導項目 （依代碼填寫）				
備註				
衛教師簽名				

說 明：1.衛教內容請依 CKD 照護各階段之衛教指導項目編號填寫，按衛教次數依序填寫，資料留存院所備查。
2.本表之功能在於提醒醫護人員，病人已接受或應接受追蹤檢驗與衛教之日期，本表請置於病歷內或病人個案管理檔案中。

慢性腎臟疾病(CKD)照護各階段之衛教內容（附表 2-2 參用）

Stage 1：（半年追蹤一次）腎功能正常微量蛋白尿 eGFR：≧90 ml/min/1.73 m^2	
目標	衛教指導項目
●複述腎臟的構造與功能 ●認識腎臟疾病常見的症狀 ●認識腎臟常見之檢查 ●認識腎臟之檢驗值. ●認識腎臟穿刺之必要性 ●說出服用類固醇之注意事項 ●能說出如何預防腎臟疾病 ●願意配合定期門診追蹤 ●願意接受定期護理指導計畫方案	1-1. 認識腎臟的基本構造與功能 1-2. 簡介腎臟疾病常見症狀 1-3. 腎臟病常見檢查之介紹 1-4. 腎臟病常見檢驗值之介紹 1-5. 腎臟穿刺切片檢查之介紹 1-6. 類固醇藥物之護理指導 1-7. 腎臟病日常生活保健與預防 1-8. 教導定期追蹤之重要性

Stage 2：（半年追蹤一次）輕度慢性腎衰竭 eGFR：60~89 ml/min/1.73 m^2	
目標	衛教指導項目
●瞭解腎臟疾病分期及進展 ●能辨別異常檢驗值 ●認識造成腎臟疾病之危險因子 ●判別高血脂高血壓糖尿病與腎臟病之相關性 ●能選擇正確之治療方式	2-1. 腎臟疾病分期介紹及注意事項 2-2. 腎臟疾病異常臨床檢驗值及處理 2-3. 簡介腎臟病之危險因子 2-4. 簡介高血壓及其併發症 2-5. 簡介高血脂及其併發症 2-6. 簡介糖尿病及其併發症

Stage 3：（三個月追蹤一次）中度慢性腎衰竭 eGFR：30~59 ml/min/1.73 m^2	
目標	衛教指導項目
●認識慢性腎衰竭 ●說出慢性腎衰竭及常見之併發症與處理 ●認清腎臟替代療法之必要性 ●認識腎臟替代療法 ●瞭解正確透析時機 ●能參與討論腎衰竭之治療計畫	3-1. 簡介慢性腎衰竭 3-2. 慢性腎衰竭常見症狀與處理 3-3. 影響腎功能惡化的因子 3-4. 血液透析治療介紹 3-5. 腹膜透析治療介紹 3-6. 正確透析時機介紹

Stage 4：（三個月追蹤一次）重度慢性腎衰竭 eGFR：15~29 ml/min/1.73 m^2	
目標	衛教指導項目
●持續影響腎功能惡化的因子 ●瞭解預防感冒及感染之重要性 ●認識貧血治療 ●持續認識慢性腎衰竭之併發症 ●持續認識腎臟替代療法 ●認識透析治療通路	4-1. 感染對腎臟衰竭之影響 4-2. 貧血治療：使用 EPO 與鐵劑治療 4-3. 慢性腎衰竭併發症之介紹與預防 4-4. 持續介紹透析治療（血液透析、腹膜透析、腎臟移植） 4-5. 介紹透析治療通路（動靜脈廔管、雙腔透析導管 、腹膜透析導管）

Stage 5：（二週至四週追蹤一次）末期腎臟病變 eGFR：＜15 ml/min/1.73 m^2	
目標	衛教指導項目
● 瞭解緊急就醫黃金時段 ● 能說出血管通路種類與自我照護 ● 認識透析治療合併症 ● 能參與透析治療之選擇	5-1. 把握緊急就醫黃金時段 5-2. 血管通路的照護 5-3. 腹膜透析導管的照護 5-4. 透析治療合併症介紹（血液透析、腹膜透析） 5-5. 換腎準備須知介紹

附表 2-3 慢性腎臟疾病(CKD)個案檢驗紀錄總表（留存院所備查）

【適用 P3402C、P3403C、P3404C、P3405C】

CKD 病人編號：_____-_____(TSN 透析院所代號-流水號)

姓　　名：_____　性別：□男 □女 病歷號碼：_____ 主治醫師：_____

身分證字號：_____　出生日期：　年　月　日　收案日期：　年　月　日

申報類別	新收案	追蹤 1	追蹤 2	追蹤 3	年度	追蹤 1	追蹤 2	追蹤 3	年度		結案
年/月/日											
BP（mmHg）											
BH (cm)											
BW (kg)											
MDRD-S 或 bed side Schwartz(ml/min/1.73 m²)											
CG-GFR (ml/min)(自行參考)											
CKD Stage											
WBC（×1000/ul）(參考)											
Hb（g/dl）											
Hct（%）(參考)											
Platelet（×1000/ul）(參考)											
BUN（mg/dl）											
Creatinine（mg/dl）											
Uric acid（mg/dl）											
Na（mmol/L）											
K（mmol/L）											
Total Ca（mg/dl）											
P（mg/dl）											
HCO_3(meq/L)or **TCO2**（參考）											
Albumin（gm/dl）											
CHOL（mg/dl）(參考)											
TG（mg/dl）											
HDL-C（mg/dl）(參考)											
LDL-C（mg/dl）											
AC Sugar (mg/dl) （DM）											
HbA1C(%)(DM)											
Urine Total Protein（mg/dl）											
Urine Creatinine（mg/dl）											
Urine PCR（mg/g）											
HBsAg（一次）(參考)											
Anti-HCV（一次）(參考)											
GPT (IU/L)(參考)											

備註：

1. 本表供收案期間所有檢驗資料彙整之用，含新收個案 P3402C、 三個月追蹤 P3403C、年度評估 P3404C 及結案 P3405C，無底色者為規定填寫應做之檢驗項目，有底色者為參考項目可量力完成與填寫，本表須留存院所備查供抽審。

2.蛋白尿病人(Upcr＞1000mg/gm) ，每 6 個月及 1 年須檢測 Urine PCR 一次。

附表 2-4 AKD/CKD 個案追蹤照護病歷紀錄表(黏貼病歷用)

【適用 P3402C、P3403C、P6802C、P6803C】

□急性腎臟疾病(AKD)　□慢性腎臟疾病(CKD)

病人編號：_____-_____(TSN 透析院所代號-流水號)

姓　　名：_____ 病歷號碼：_____衛教日期：　　年　　月　　日

Stage： **eGFR**：　ml/min/1.73 m^2 **/BP：**　mmHg **/BW：**　Kg **/ BUN：**　mg/dl **/Cr：**　mg/dl

第____次衛教/衛教指導項目：

Stage I:eGFR：≧90 ml/min/1.73 m^2

□1-1.認識腎臟的基本構造與功能
□1-2.簡介腎臟疾病常見症狀
□1-3.腎臟病常見檢查之介紹
□1-4.腎臟病常見檢驗值之介紹
□1-5.腎臟穿刺切片檢查之介紹
□1-6.類固醇藥物之護理指導
□1-7.腎臟病日常生活保健與預防
□1-8.教導定期追蹤之重要性

Stage 2:eGFR：60~89 ml/min/1.73 m^2

□2-1.腎臟疾病分期介紹及注意事項
□2-2.腎臟疾病異常臨床檢驗值及處理
□2-3.簡介腎臟病之危險因子
□2-4.簡介高血壓及其併發症
□2-5.簡介高血脂及其併發症
□2-6.簡介糖尿病及其併發症

Stage 3:eGFR：30~59 ml/min/1.73 m^2

□3-1.簡介慢性腎衰竭
□3-2.慢性腎衰竭常見症狀與處理
□3-3.影響腎功能惡化的因子
□3-4.血液透析治療介紹
□3-5.腹膜透析治療介紹
□3-6.正確透析時機介紹

Stage 4: eGFR：15~29 ml/min/1.73 m^2

□4-1.感染對腎臟衰竭之影響
□4-2.貧血治療：使用 EPO 與鐵劑治療
□4-3.慢性腎衰竭併發症之介紹與預防
□4-4.持續介紹透析治療（HD、PD、換腎）
□4-5.介紹透析治療通路（動靜脈廔管、雙腔導管、腹膜透析導管）

Stage 5: eGFR：＜15 ml/min/1.73 m^2

□5-1.把握緊急就醫黃金時段
□5-2.血管通路的照護
□5-3.腹膜透析導管的照護
□5-4.透析治療合併症介紹（血液透析、腹膜透析）
□5-5.換腎準備須知介紹

□其他：_____

認知評值：□1.完全了解，能做到 □2.完全了解，不能做到 □3.部分了解　□4.完全不了解

行為評值：□1.不願意接受　□2.願意接受　□3 已改變中　□4.持續維持

衛教師簽名：　病人簽名：　（或家屬簽名：　）

說明：病人或家屬簽名後張貼於當次就診病歷內，作為申報相關費用查核依據，資料留存院所備查。

附表 2-5 慢性腎臟疾病(CKD)個案年度照護評估紀錄表(黏貼病歷用)

【適用 P3404C、P3406C、P3407C、P3408C】

CKD 病人編號：_____-_____(TSN 透析院所代號-流水號)；

收案條件：第___項【請依本計畫第二項 CKD 病人收案條件之項號填寫，如(1),(2) , (3),(4)。】

姓　　名：_____　性別：□男 □女 病歷號碼：_____主治醫師：_____

身分證字號：_____　出生日期：　年　月　日　收案日期：　年　月　日

年度照護起止日期：　年　月　日至　年　月　日

1、檢驗資料：請將年度檢驗資料填入附表 2-3，並依最近狀況評估後，完成 2-1 至 2-2、3、3-1 至 3-3。

2-1、年度照護指標 (Stage 3B、4 及蛋白尿 CKD 病人適用)（以最近狀況評估）

A.血壓控制在 130/80 mmHg 以下	□1.是 □2.否
B.低密度脂蛋白膽固醇控制在 100mg/dL 以下，三酸甘油脂控制在 150mg/dL 以下	□1.是 □2.否
C.糖尿病病人 HbA1c 控制在 7.5%以下	□1.是 □2.否 □3.不適用
D.完成護理衛教(完成 4 次)	□1.是 □2.否
E.完成營養衛教(至少完成 2 次)	□1.是 □2.否
F.符合 Stage 3B、4 病人之獎勵條件：收案時 eGFR 15-45ml/min/1.73m^2/year，給予照護 1 年後 DM 病人 eGFR 下降速率<6 ml/min/1.73m^2/year，非 DM 病人 eGFR 下降速率<4 ml/min/1.73m^2/year	□1.是 □2.否 （請勾選 3-1）
G.符合蛋白尿之獎勵條件	□1.是 □2.否 （請勾選 3-3）

2-2、年度照護指標 (Stage 5 CKD 病人適用)（以最近狀況評估）

A.使用 EPO	□1.是 □2.否
B.血紅素＞8.5g/dL	□1.是 □2.否
C.血壓控制在 130/80 mmHg 以下	□1.是 □2.否
D.低密度脂蛋白膽固醇控制在 100mg/dL 以下，三酸甘油脂控制在 150mg/dL 以下	□1.是 □2.否
E.糖尿病病人 HbA1c 控制在 7.5%以下	□1.是 □2.否 □3.不適用
F.已作好瘻管或導管	□1.是 □2.否
G.完成護理衛教(完成 4 次)	□1.是 □2.否
H.完成營養衛教(至少完成 2 次)	□1.是 □2.否
I.符合 Stage 5 病人之獎勵條件:收案時 eGFR <15ml/min/1.73m^2/year，給予照護 1 年後 DM 病人 eGFR 下降速率<6 ml/min/1.73m^2/year，非 DM 病人 eGFR 下降速率<4 ml/min/1.73m^2/year	□1.是 □2.否 （請勾選 3-2）

3、Stage 3B、4、5 及蛋白尿病人年度 eGFR：(不論是否符合獎勵皆須完成)

起始點檢驗日期：　年　月　日

Serum Cr：_____ mg/dl, eGFR:_____ ml/min/1.73m^2, Upcr_____mg/gm

□CKD stage 3B、□ CKD stage 4、□ CKD stage 5、□ 蛋白尿病人

終止點檢驗日期：　年　月　日

Serum Cr：_____ mg/dl, eGFR:_____ ml/min/1.73m^2, Upcr_____mg/gm

□CKD stage 3B、□CKD stage 4、□CKD stage 5、□ 蛋白尿病人

□血液透析、□腹膜透析、□腎臟移植、□安寧療護

年度 eGFR 變化速率:_____ ml/min/1.73m^2/year

年度 Upcr 之變化：Upcr □ 是否小於 < 200 mg/gm

3-1、符合 Stage 3B、4 病人之獎勵條件：

□ 1.收案時 eGFR 15-45 ml/min/1.73m^2，給予照護一年後，回復至 Stage 3B，或仍處於 stage 4 且 DM 病人 eGFR 下降速率<6 ml/min/1.73m^2/year，非 DM 病人 eGFR 下降速率<4 ml/min/1.73m^2/year

□ 2.收案時 eGFR 15-45 ml/min/1.73m^2，給予照護一年後，雖進行至 stage 5 但 DM 病人 eGFR 下降速率<6 ml/min/1.73m^2/year，非 DM 病人 eGFR 下降速率<4 ml/min/1.73m^2/year。

□ 3.不符合獎勵條件

3-2、符合 Stage 5 病人之獎勵條件：

□ 1.收案時 eGFR<15 ml/min/1.73m^2，給予照護一年後，回復至 Stage 4，或仍處於 stage 5 且 DM 病人 eGFR 下降速率<6 ml/min/1.73m^2/year，非 DM 病人 eGFR 下降速率<4 ml/min/1.73m^2/year

□ 2.收案時 eGFR<15 ml/min/1.73m^2，給予照護一年後，雖進入長期透析或接受腎移植 DM 病人 eGFR 下降速率<6 ml/min/1.73m^2/year，非 DM 病人 eGFR 下降速率<4 ml/min/1.73m^2/year，且血液透析者完成透析前瘻管之準備。

□ 3.不符合獎勵條件

3-3、符合蛋白尿緩解病人之獎勵條件：

□ 1.收案時 24 小時尿液總蛋白排出量大於 1,000 mg 或 Urine protein/creatinine ratio (Upcr) > 1,000 mg/gm 之明顯蛋白尿病人，照護一年後蛋白尿達完全緩解者（Upcr < 200 mg/gm）之照護獎勵費

□ 2.不符合獎勵條件

說　明：

1.本表為病人每年年度照護評估紀錄用，個案依規定追蹤後，Stage 3B、4、5、蛋白尿病人得於完成 3 次追蹤照護並申報相關費用。本表須留存院所備查供抽審並貼病歷。

2.以上 eGFR 之計算係以 MDRD-Simplified，16 歲以下之小孩係以 Schwartz 公式計算，Scr.測量以 Jaffe method。eGFR 下降速率所用之 Scr.以 100 年至 101 年間某時間點為為基準值，而基準值之後 12 個月或 24 個月以內的 Scr 與 eGFR 為成果值，以基準值 eGFR 減去成果值 eGFR 求得 eGFR 下降值，換成 12 個月為每年 eGFR 下降速率。

範例：

起始點日期：100 年 1 月 5 日(D1)， eGFR: 17.5 ml/min/1.73m^2 (R1)

□ CKD stage 3b、■ CKD stage 4、□ CKD stage 5、□ 蛋白尿病人

終止點日期：101 年 3 月 12 日(D2)， eGFR: 13.5 ml/min/1.73m^2 (R2)

□ CKD stage 3b、□ CKD stage 4、■ CKD stage 5、□ 蛋白尿病人、

□ 血液透析、□ 腹膜透析、□ 腎臟移植

年度 eGFR 變化速率: **-3.429** ml/min/1.73m^2/year

[(R2-R1) /(D2-D1, m)]x 12

[(13.5-17.5)/(14)]x 12= -3.429

■ 收案時 eGFR 15-45 ml/min/1.73m^2，給予照護一年後，雖進行至 stage 5 但 eGFR 下降少於每年 4 ml/min/1.73m^2，可申報 P3406C。

3.有關 Upcr 之計算係以某次尿液同時測定 Urine total protein 及 Urine creatinine，再計算 Urine total protein/Urine creatinine × 1000 得 mg/gm creatinine。取收案日為基準點，若經治療後，Upcr < 200 即已符合條件(完全緩解)，若經治療完全緩解並申請獎勵後，此病人蛋白尿再復發，則仍應納入追蹤照護。

4.由 AKD 收案並持續由本計畫照護之 CKD 病人，其第一年之年度 eGFR 基期值以申報 P6803C 當次之 eGFR 為基期；若無申報 P6803C 者，以第一次 P3403C 之當次 eGFR 為基期。

附表 3 AKD/CKD 個案照護結案表（留存院所備查）

【適用 P3405C】

□急性腎臟疾病(AKD)　　□慢性腎臟疾病(CKD)

病人編號：_____-_____(TSN 透析院所代號-流水號)

收案條件：第___項【請依本計畫第二項各類病人收案條件之項號填寫，如(1),(2),(3),(4)。】

姓　　名：_____　性別：□男　□女電話號碼：_____

病歷號碼：_____　出生日期：　年　月　日　身分證字號：_____

收案日期：　年　月　日 結案日期：　年　月　日　原發疾病：_____

結案原因：□1.進入血液透析□2.進入腹膜透析□3.接受腎臟移植
□4.轉他院治療□5.轉中醫或民俗療法□6.因其他系統性疾病轉他科治療
□7.死亡　□8.失聯　□9.其他
□10.進入安寧療護收案
□11.AKD 個案腎功能恢復(□恢復健康□改由 Earyly-CKD 方案收案)

進入長期透析或接受腎臟移植病人(□屬 AKD 病人腎功能恢復者免填)

血管通路建立日期：　年　月　日 / □1.A-V fistula □2.A-V graft □3.Perm Cath.
年　月　日 / □1.A-V fistula □2.A-V graft □3.Perm Cath

腹腔導管建立日期：　年　月　日 / □1.預先建立 □2.非預先建立□3.其他

腎臟移植日期：　年　月　日 / □1.活體移植 □2.屍腎移植　□3.其他

腎臟移植醫院　：□1.台灣_____醫院□2.中國 _____醫院 □3.其他：____

進入長期透析日期：　年　月　日（血液透析為開始透析日；腹膜透析為開始換液日）

首次透析管路：□1.永久血管□2.暫時導管　□3.CAPD 導管

首次透析方式：□1.直接 OPD 透析
□2.由門診入院透析（或植管）
□3.由急診入院透析（或植管）

首次透析（血液透析、腹膜透析）或腎移植的住院天數：_____天

結案前最後之檢驗資料請填入附表 2-3 最右欄(□屬 AKD 病人腎功能恢復者免填)

結案照護指標	
A.使用 EPO	□1.是　□2.否　□3.不適用
B.血紅素＞8.5g/dL（最近一次）	□1.是　□2.否　□3.不適用
C.Serum albumin 在 3.5 gm/dl (BCG) 或 3.0 gm/dl(BCP)以上（最近一次）	□1.是　□2.否　□3.不適用
D.選擇腹膜透析	□1.是　□2.否　□3.不適用
E.做好血液透析瘻管	□1.是　□2.否　□3.不適用
F.開始透析沒有使用暫時性導管透析	□1.是　□2.否　□3.不適用
G.由門診開始進入透析治療	□1.是　□2.否　□3.不適用
H.完成護理衛教（至少兩次）	□1.是　□2.否　□3.不適用
I.完成營養衛教（至少一次）	□1.是　□2.否　□3.不適用
J.追蹤超過 6 個月	□1.是　□2.否　□3.不適用
K.完成「末期腎衰竭治療模式衛教及滿意度表」之病人透析治療模式選擇之充分告知機制	□1.是　□2.否　□3.不適用

進入透析時狀況：(參照尿毒症接受長期透析重大傷病卡申請表)

(□屬 AKD 病人腎功能恢復者免填)

一、長期透析適應症：（請勾選）

□（一）絕對適應症：肌酐酸廓清率 Ccr < 5 ml/min或血清肌酐酸 Cr ≧10.0 mg/dl。

□（二）相對適應症：

1.糖尿病人者：

重度慢性腎衰竭且肌酐酸廓清率Ccr ≦15 ml/min，或血清肌酐酸Cr≧6.0 mg/dL 且伴有下列任何一種併發症者。【註：重度慢性腎衰竭之定義為慢性腎衰竭為期至少三個月且腎功能逐漸衰退者。】

2.非糖尿病人者：

重度慢性腎衰竭且肌酐酸廓清率Ccr ≦10 ml/min，或血清肌酐酸Cr＞8.0 mg/dL 且伴有下列任何一種併發症者。【註：重度慢性腎衰竭之定義為兩側腎臟顯著萎縮（多囊腎例外）或慢性腎衰竭為期至少三個月且腎功能逐漸衰退者。】

二、伴隨症狀：(請務必勾選)

□1.心臟衰竭或肺水腫　□ 2.心包膜炎　□ 3.出血傾向

□4.神經症狀：意識障礙，抽搐或末稍神經病變　□5.高血鉀(藥物難以控制)

□6.噁心、嘔吐(藥物難以控制)　□7.嚴重酸血症(藥物難以控制)

□8.惡病體質(cachexia)　□9.重度氮血症 (BUN > 100 mg/dl)

□10.其他 （請說明）：

三、相關疾病(Comorbidity)：

□1.糖尿病　□2.高血壓　□3.鬱血性心臟衰竭　□4.缺血性心臟病

□5.腦血管病變　□6.慢性肝疾病/肝硬化　□7.惡性腫瘤　□8.結核

□9.其他 （請說明）：

說明：

1.本表為 Stage 3B、4、5、蛋白尿病人申報結案資料處理費用填之用，另可提供申請重大傷病卡參考。

2.本表須留存院所備查供抽審。

附表 4 末期腎衰竭治療模式衛教及滿意度調查表

（留存院所備查，並列印一份供進入透析患者留存）

【適用 P3405C】

病人透析治療模式選擇之充分告知機制

病人編號：_____-_____(TSN 透析院所代號-流水號)

姓　　名：_____　性別：□男　□女電話號碼：_____

病歷號碼：_____　出生日期：　年　月　日　身分證字號：_____

收案日期：　年　月　日 結案日期：　年　月　日　原發疾病：_____

病人教育程度：□不識字□小學□初中□高中□大專□研究所

病人家庭狀態：□未成年受扶養□有職業獨立工作□因病修養半工作狀態

□因病無法工作□退休獨立生活□年邁或因病受照顧

陪同家屬：□ 配偶 □ 子女 □ 兄弟姊妹 □ 家長 □ 其他:_____

衛教內容(確實執行項目請打勾)：(□屬 AKD 病人腎功能恢復者，免填衛教內容)

腹膜透析	血液透析	腎臟移植
□透析通路和原理	□透析通路和原理	□移植的術前評估
□透析場所/時間/執行者	□透析場所/時間/執行者	□移植的優點和缺點
□透析可能產生的症狀	□透析可能產生的症狀	□移植的併發症
□適應症及禁忌症	□適應症及禁忌症	□適應症及禁忌症
□飲食/血壓/貧血控制	□飲食/血壓/貧血控制	□移植後抗排斥藥物和門診追蹤簡介
□其它(居家照護、社會福利等)	□其它(居家照護、社會福利等)	□其它(居家照護、社會福利等)`

『末期腎衰竭治療模式衛教』病人滿意度調查表

1. 您覺得衛教的時間足夠嗎？
   □1.非常足夠　□2.足夠□3.普通□4.不足夠 □5.非常不足夠
2. 您對衛教的方式滿意嗎？
   □1.非常滿意　□2.滿意□3.普通□4.不滿意□5.非常不滿意
3. 您對衛教內容瞭解嗎？
   □1.非常瞭解　□2.瞭解□3.稍微瞭解□4.不瞭解□5.非常不瞭解
4. 整體而言，您覺得衛教對您選擇末期腎衰竭治療模式是否有幫助？
   □1.非常有幫助 □2.有幫助　□3.普通　□4.沒有幫助□5.完全沒有幫助

病人或病人家屬簽名：　衛教者簽名：

說明：

1. Stage5 病人進入腎臟替代療法治療前須填寫本表。
2. 本表亦是『門診透析服務品質監測指標項目』中『對病人透析治療模式選擇之充分告知機制』之項目，為各院所方便作業，本表除留存院所備查供抽審外，請影印一份供進入透析患者留存。
3. 病人滿意度調查表之結果，各院所可將一年度結果統計作為該院參考。

附表 5-1　AKD/CKD 個案照護營養追蹤紀錄總表（留存院所備查）

【適用 P3402C、P3403C、P6802、P6803】

□急性腎臟疾病(AKD)　□慢性腎臟疾病(CKD)

病人編號：_____-_____(TSN 透析院所代號-流水號)

姓　　名：_____　性別：□男□女 病歷號碼：_____ 主治醫師：_____

身分證字號：_____　出生日期：　年　月　日　收案日期：　年　月　日

身高：_____公分　理想體重：_____公斤

一、檢測資料：「*」者為必填項目，其餘項目可依醫療院所能力填寫

日期 / 項目		年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
MDRD-S (ml/min/1.73m^2)					
CKD Stage					
體位測量	**體　重*（公斤）**	水腫 □無 □有	水腫 □無 □有	水腫 □無 □有	水腫 □無 □有
	%理想體重*				
	校正體重（公斤）				
	體位	□□□□□ 肥 重 適 輕 瘦	□□□□□ 肥 重 適 輕 瘦	□□□□□ 肥 重 適 輕 瘦	□□□□□ 肥 重 適 輕 瘦

二、營養評估及診斷：「*」者為必填項目，其餘項目可依醫療院所能力填寫

日期 / 項目		年　月　日		年　月　日		年　月　日		年　月　日	
		攝取量	建議量	攝取量	建議量	攝取量	建議量	攝取量	建議量
攝食評估	**熱量(Kcal)***								
	蛋白質(g)*								
營養診斷與飲食問題	**熱量攝取***	**□過多 □適當 □不足**		**□過多 □適當 □不足**		**□過多 □適當 □不足**		**□過多 □適當 □不足**	
	蛋白質攝取*	**□過多 □適當 □不足**		**□過多 □適當 □不足**		**□過多 □適當 □不足**		**□過多 □適當 □不足**	
	補充低蛋白點心	□總是□經常□偶爾□無		□總是□經常□偶爾□無		□總是□經常□偶爾□無		□總是□經常□偶爾□無	
	飽和脂肪攝取(吃肉時會吃肥肉及皮)	□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足	
	磷攝取*(全穀/堅果/調味料)	**□過多 □適當 □不足**		**□過多 □適當 □不足**		**□過多 □適當 □不足**		**□過多 □適當 □不足**	
	鈉攝取*(加工醃漬/湯汁)	**□過多 □適當 □不足**		**□過多 □適當 □不足**		**□過多 □適當 □不足**		**□過多 □適當 □不足**	
	鉀攝取(湯汁/茶)	□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足	
	纖維質攝取	□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足	
	單糖攝取	□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足	
	水分攝取	□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足		□過多 □適當 □不足	
	磷結合劑使用正確性	□良好 □尚可 □不良		□良好 □尚可 □不良		□良好 □尚可 □不良		□良好 □尚可 □不良	
	飲食控制動機	□強烈□普通□勉強□無		□強烈□普通□勉強□無		□強烈□普通□勉強□無		□強烈□普通□勉強□無	
	觀念正確性	□良好 □尚可 □不良		□良好 □尚可 □不良		□良好 □尚可 □不良		□良好 □尚可 □不良	

三、營養介入策略與評值

項目 \ 日期		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
衛教項目	蛋白質食物與腎病之關係	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無
	簡易食物份量與代換	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無
	低蛋白飲食原則	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無
	糖尿病腎病變飲食調整	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無
	增加熱量攝取:油脂補充技巧	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無
	增加熱量攝取:純糖類補充技巧	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無
	低氮點心製作指導	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無
	低磷飲食	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無
	低鈉飲食	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無
	低鉀飲食	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無
	高膽固醇/三酸甘油酯飲食	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無
	營養醫療補充品使用	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無
	外食原則與建議	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無
	年節飲食指導	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無
	食慾不振飲食對策	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無
	咀嚼不良飲食對策	□有 □無	□有 □無	□有 □無	□有 □無
評值	飲食計畫執行狀況	□尚未執行 □待加強 □有進步 □全改善	□尚未執行 □待加強 □有進步 □全改善	□尚未執行 □待加強 □有進步 □全改善	□尚未執行 □待加強 □有進步 □全改善
	飲食問題修正狀況	□尚未執行 □待加強 □有進步 □全改善	□尚未執行 □待加強 □有進步 □全改善	□尚未執行 □待加強 □有進步 □全改善	□尚未執行 □待加強 □有進步 □全改善
	飲食學習意願	□強烈 □普通 □勉強 □無	□強烈 □普通 □勉強 □無	□強烈 □普通 □勉強 □無	□強烈 □普通 □勉強 □無
	衛教後認知程度	□完全了解 □大部分了解 □部分不了解 □完全不了解	□完全了解 □大部分了解 □部分不了解 □完全不了解	□完全了解 □大部分了解 □部分不了解 □完全不了解	□完全了解 □大部分了解 □部分不了解 □完全不了解
	整體營養狀況	□良好 □尚可 □不良	□良好 □尚可 □不良	□良好 □尚可 □不良	□良好 □尚可 □不良
營養師簽章					

說明:營養衛教項目依臨床狀況與需求而調整，並記錄已執行項目。

附表 5-2　AKD/CKD 個案照護營養紀錄(黏貼病歷用)

【適用 P3402C、P3403C、P6802C、P6803C】

□急性腎臟疾病(AKD)　□慢性腎臟疾病(CKD)

病人編號：_____-_____(TSN 透析院所代號-流水號)

姓　　名：_____　　性別：□男　□女　　主治醫師：_____

病歷號碼：_____　　出生日期：　　年　　月　　日　衛教日期：　　年　　月　　日

身高*：	**目前體重*：**	**理想體重*：**	(% of IBW)	校正體重：	
營養診斷與飲食問題	**熱量需求***	**Kcal/day**	營養介入策略	飲食計畫 主食：_____份　肉魚豆蛋：_____份 水果：_____份　蔬菜：_____份 油脂：_____份　低氮澱粉：_____	
	蛋白質需求*	**g/day**			
	熱量攝取*	**□過多□適當□不足**			
	蛋白質攝取*	**□過多□適當□不足**		蛋白質食物與腎病之關係	□有　□無
	補充低蛋白點心	□總是□經常□偶爾□沒有		簡易食物份量與代換	□有　□無
	飽和脂肪攝取	□過多□適當□不足		低蛋白飲食原則	□有　□無
	磷攝取*	**□過多□適當□不足**		糖尿病腎病變飲食調整	□有　□無
	鈉攝取*	**□過多□適當□不足**		增加熱量攝取:油脂補充技巧	□有　□無
	鉀攝取	□過多□適當□不足		增加熱量攝取:純糖類補充技巧	□有　□無
	纖維質攝取	□過多□適當□不足		低氮點心製作指導	□有　□無
	單糖攝取	□過多□適當□不足		低磷飲食	□有　□無
	水分攝取	□過多□適當□不足		低鈉飲食	□有　□無
	磷結合劑使用正確性	□良好□尚可□不良		低鉀飲食	□有　□無
	飲食控制動機	□強烈□普通□勉強□無		高膽固醇/三酸甘油酯飲食	□有　□無
	觀念正確性	□良好□尚可□不良		營養醫療補充品使用	□有　□無
評值	飲食學習意願	□強烈□普通□勉強□無		外食原則與建議	□有　□無
	衛教後認知程度	□完全了解　□大部分了解 □部分了解　□完全不了解		年節飲食指導	□有　□無
	整體營養狀況	□良好　□尚可　□不良		食慾不振飲食對策	□有　□無
衛教對象簽章		衛教營養師簽章		咀嚼不良飲食對策	□有　□無

註：

「*」處為必填項目，其餘項目可依醫療院所能力勾選。

營養衛教項目依臨床狀況與需求而調整，並記錄已執行項目。

附表 6-1　藥事照護評估紀錄(留院所備查用)
【適用 P3414C、P3415C、P3416C、P6814C、P6815C】

(提供藥事服務院所或藥局)　　醫院　　(社區藥局必填)

醫事服務機構代號/名稱:_____藥局 原處方服務機構代號/名稱：_____診所

病人編號(系統代入): _____－_____　　腎臟科就醫日期: (YYYMMDD)

病人姓名:	本次藥事照護類別 □CKD 新收案評估(P3414C) □CKD 定期追蹤　(P3415C) □CKD 年度評估　(P3416C) □AKD 新收案　(P6814C) □AKD 定期追蹤　(P6815C)	藥師評估日期: (YYYMMDD)
病人身分證字號:		照護藥師:
病人生日: (YYYMMDD)		最近腎功評估日期:(YYYMMDD)
病歷號:		Scr:
年齡:		eGFR:
性別: □男 □女	過敏藥物:	AKD/CKD Stage:
身高	體重:	主治醫師:

CKD 收案條件:　□用藥品項≥10 項;　□近期使用 NSAIDs □具 CKD 外 2 項以上(含)共病　□其它

AKD 收案評估	AKI 發生日期: (YYYMMDD)	AKI 最高分期(依照 K-DIGO guideline 分期): □ AKI-0、□ AKI-1、□ AKI-2、□ AKI-3 AKI 期間是否曾接受 RRT[註] □有 □無
	基礎 Scr 值:	
	最高 Scr 值:	
	新收案 AKD 分期 □AKD-3B □AKD-4 □AKD-5 □AKD-D	追蹤 AKD 分期 □AKD-3B □AKD-4 □AKD-5 □AKD-D

風險藥品	□RAS inhibitor　□保鉀利尿劑　□SGLT2 inhibitor　□metformin, □其它:_____

影響腎功能藥品（參閱台灣 AKI 共識[3]）　NSAIDs(請務必在收案條件中勾選，並完成 6-1-2-A 評估)

1□顯影劑(14 天內)　2□co-trimoxazole　3 抗病毒劑:□Acyclovir □Protease inhibitor (Atazanavir、Indinavir)　□Tenofovir　□Valaciclovir　□Valganciclovir

4.CNI:(□Cyclosporin □Tacrolimus)　5.□Lithium 6.□其他:_____　7. □無影響腎功能藥物

病人現有伴隨系統性疾病(參閱附表 2-1):　□B01 (糖尿病), □B02 (高血壓), □B03 (痛風), □B04 (鬱血性心衰竭), □B05 (缺血性心臟病), □B06 (腦血管病變), □B07 (慢性肝疾病／肝硬化), □B08 (惡性腫瘤), □B09 (結核), □B10 (高血脂), □B11 (視網膜病變), □ B12 (神經病變), □B13 (貧血), □B14 (自體免疫疾病), □B15 (其他) :_____

註: RRT 可以包含各種短暫透析, RRT=renal replacement therapy=HD/PD/SLEED/CRRT

6-1-1 用藥配合度諮詢服務：病人評估/用藥配合度/用藥訪視

(醫師處方藥)□僅本院 □有跨院用藥(雲端檢核)	□非處方藥: □保健食品: □中藥、草藥:
每日用藥品項數:　_____ 項	每日服用**品項數**：_____ **項**
發現異常藥物使用(回溯雲端藥歷 3 個月): □時常因疼痛服用或施打消炎/止痛(如 NSAIDs)	□時常服用中草藥或偏方 □使用不明藥物:_____
病人用藥配合度調查（附表 6-2）測驗分數_____☐疑似用藥配合度不佳(If ARMS>12 分)	
病人用藥問題評估 □治療用途不清楚/不正確:_____ □服用時間不清楚/不正確:_____ □劑型使用不清楚/不正確:_____	□曾經驗或害怕不良反應:_____ □常忘記服藥，可能原因:_____ □其他:_____ □無以上問題

★年度指標－用藥配合度提升率: 年度收案或定期追蹤相較於新收案，配合度提升比例或維持 ARMS=12 分

6-1-2 藥師整合性服務：藥品適切性/建議追蹤

6-1-2-A 指標藥品 NSAIDs 評估(回溯雲端藥歷 3 個月)(必評估)

NSAIDs 使用評估	□有: Y **(處方 NSAIDs)**_____ (完成 6-1-3-D 衛教或於 **6-1-2-B** 提出建議) □有: Z **(其他來源 NSAIDs)**_____ □有: B **(處方與其他來源均有)** □無: N 未使用 NSAIDs
	有無診斷碼 □骨關節炎□ 類風濕性關節炎 □ 僵直性脊椎炎 □ 乾癬性關節炎 □ 無

★年度指標－**指標藥品 NSAIDs 使用降低比率**

備註: 針對處方藥物一季 NSAIDs 用藥天數合計>30 天或異常 NSAIDs 使用者(時常因疼痛服用或施打消炎/止痛劑者)請加強指導。

6-1-2-B 現狀用藥整合(所有用藥)-建議可整理藥物清單予病人

SOAP 評估	□**有提出照護建議(寫 4 大類 23 小項):** 1-問題處方:_____ 2-主動建議 :_____ 3-建議監測 :_____ 4-用藥連貫性:_____
	追蹤/醫師回復內容 □**Y** 接受建議 □**N** 不接受
	□**C 無建議，持續追蹤用藥反應**

6-1-3 藥師藥事指導：病人衛教/指導介入 (衛教指導可參考附表 6-3) :

□A 疾病自我照顧 □B 用藥知識及藥物使用指導 □C 指導用藥技巧 □D 避免藥物腎傷害(含潛在腎毒藥品用藥衛教) 請簡述：	下次追蹤/確認病人項目:
認知評值: □完全了解 □部分了解 □完全不了解 (由藥師提問判斷病人接收衛教認知程度) . 藥師簽名： 受指導者簽名： (與病人關係：)	

務必請受指導者簽名，留院所備查

備註:

1.藥事服務(至少含 2 項): 6-1-1 用藥配合度諮詢服務 /6-1-2 藥師整合性服務 /6-1-3 藥師藥事指導。
2.藥事照護申報，每次申報至少間隔 77 天。
3.參考資料: 2020 台灣急性腎損傷處置共識 https://reurl.cc/4aAkzD

附表 6-2 用藥配合度評估表單：ARMS 遵循醫囑領藥與使用藥物量表

病人姓名: 身分證字號或病歷號:

評估日期: 年 月 日 評估藥師:

	從未如此 (1)	有時如此 (2)	經常如此 (3)	總是如此 (4)
1.您有多常忘記服藥?	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4
2.您有多常決定不要服藥?	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4
3.您有多常忘記依照處方領藥?	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4
4.您有多常會用完藥之後未再取領藥?	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4
5.在看醫生之前，您有多常會少服一劑藥?	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4
6.當您覺得狀況好轉時，您有多常會錯過服藥時間?	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4
7.當您感到身體不適時，您有多常會錯過服藥時間?	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4
8.您有多常會因疏忽錯過服藥時間?	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4
9.您有多常會依照您的需求調整藥物劑量? (例如：增加或減少原本需服用的藥粒顆數)	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4
10.當您應該一天服藥超過一次時，您有多常會忘記服藥?	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4
11.您有多常會因藥物太過昂貴而延遲領藥?	□ 1	□ 2	□ 3	□ 4
12.您有多常會提前計畫好，在藥物全部服用完畢之前領藥?	□ 4	□ 3	□ 2	□ 1
	總分			

表格填寫說明:

1. 建議以病人本次回診前一個月使用藥品之依順性評估。
2. 評估量表勾選: (請依建議發生頻率估算)

   A、從未如此: 從未發生。

   B、有時如此: 約每週發生 1-3 天/或 1~50%的時間。

   C、經常如此: 約每週發生 4-6 天/或 51~99%的時間。

   D、總是如此: 約每週發生 7 天(或每天/100%發生)。
3. 本量表第 12 題為反向題，統計時需反轉後計算。

附表 6-3藥師藥事指導/衛教項目(6-1-3 參照使用)

面向	項目內容
疾病自我照顧 之指導及建議	□ A1 三高共病控制的必要性 □ A2 影響腎功能惡化的因子(原衛教 3-3) □ A0 其他：_____
用藥知識及 藥物使用指導	□ B1 整體目前用藥說明/注意事項 □ B2 吃藥的好處/不吃藥的壞處 □ B3 正確使用止痛藥 □ B4 正確用藥 5 大核心能力(對明白/用正確) □ B5 貧血治療:使用 EPO 與鐵劑治療(原衛教 4-2) □ B0 其他：
指導用藥技巧	□ C1 提供服藥完整性評估及指導，如: _____ □ C2 提供藥盒輔具 □ C3 提供_____衛教單 □ C0 其他：
避免藥物腎傷害	□ D1 腎毒藥品用藥衛教 (參閱台灣 AKI 共識) □ D2 即將進行顯影劑檢查前後之用藥衛教

附表 7-1 急性腎臟疾病(AKD)評估紀錄表(留存院所備查)
【適用 P6802C】

病人編號：_____ - _____(TSN 透析院所代號 - 流水號)

姓　　名：_____ 性別：☐男 ☐女 病歷號碼：_____主治醫師：_____

身分證字號：_____ 出生日期：　年　月　日

AKD 病人收案紀錄：

(1) 急性腎臟損傷(AKI)發生日期：　年　月　日；AKI 基礎 Scr 值：_____

(2) 急性腎臟損傷(AKI)主診斷碼：_____

(3) 急性腎臟損傷(AKI)分期：依照 KDIGO guideline 分期

□AKI-0、□ AKI-1、□ AKI-2、□ AKI-3

(4) 急性腎臟損傷(AKI)期間是否有接受短暫透析治療： □有　□無；

透析治療終止日期：　年　月　日

(5) 急性腎臟損傷(AKI)結案日期：　年　月　日

(6) AKD 門診收案日期：　年　月　日

(7) 收案時之 eGFR：_____

(8) AKD 收案時之分期：請參考收案條件分期

□AKD-3B、 □AKD-4、 □AKD-5、□ AKD-D

Risk Factors	☐低血壓 systolic BP < 100 mmHg or fall of ≧ 40 mmHg from known baslines
	☐敗血症
	☐腎毒性藥物
	☐慢性腎臟疾病 (eGFR < 60 ml/min)
	☐糖尿病
	☐心臟衰竭
	☐動脈粥樣硬化周圍血管疾病
	☐黃疸
	☐顯影劑
	☐心臟手術
	☐燒燙傷

	☐脫水/體液流失/出血
	☐有 AKI 病史
Physical examination	☐血壓 _____
	☐體重 ____ kg
	☐尿量 ____ ml /day
Laboratory data & exam	(3 天內、出院前及出院後回腎臟科門診時) Baseline Cr, eGFR、BUN、Cr、Na、K、Ca、P、Cl、 Albumin、CO2、CBC/DC、Urine analysis
	腎臟超音波 + 膀胱超音波：☐腎積水； Renal echo + bladder echo: ☐ Hydronephrosis； Kidney size
	胸部 X 光 (CXR)： 肺水腫(pulmonary edema) ☐YES ☐NO

附表 7-2　急性腎臟疾病(AKD)照護評估暨檢驗檢查紀錄(留存院所備查)

【適用 P6802C、P6803C】

AKD 病人編號：_____ - _____(TSN 透析院所代號 - 流水號)

姓　　名：_____ 性別：□男 □女 病歷號碼：_____主治醫師：_____

身分證字號：_____ 出生日期：　年　月　　日

	適用 P6802C 者	**結案(適用 P6803C 者)**
衛教日期	年__月___日	___年___月___日
衛教對象	□本人、□家屬：_____ □其他：_____	□本人、□家屬：_____ □其他：_____
衛教方式	□面訪　　□電訪	□面訪　　□電訪
AKD 分期	□AKD-3B、 □AKD-4、 □AKD-5、 □AKD-D	□AKD-1 □AKD-2 □AKD-3A □AKD-3B、 □AKD-4、 □AKD-5、 □AKD-D
檢驗檢查資料(無底色者為必填欄位，有灰底者為參考項目，可量力完成與填寫)		
GFR(MDRD-S) 或 bed side Schwartz		
BP（mmHg）		
BW(kg)		
每日尿量(cc) 衛教前一日尿量		
BUN（mg/dl）		
Creatinine（mg/dl）		
血紅素(g/dL)		
Na （mmol/L）		
K （mmol/L）		
Total Ca（mg/dl）		
P （mg/dl）		
Cl （mg/dl）		
Albumin （gm/dl）		
Urine PCR（mg/g）		
Uric acid（mg/dl）		
降血壓藥	□ACEI □ARB □其他：_____	□ACEI □ARB □其他：_____
胰島素	□是□否	□是□否
降血糖藥	□是□否	□是□否
降血脂藥	□是□否	□是□否
紅血球生成素	□是□否	□是□否

	適用 P6802C 者	結案(適用 P6803C 者)
住院紀錄 住院日期 出院日期 原因	 ___年___月___日 ___年___月___日 _____	 ___年___月___日 ___年___月___日 _____
曾接受透析治療 透析開始時間 透析停止時間	□是:____次 □否 ___年___月___日 ___年___月___日	□是:____次 □否 ___年___月___日 ___年___月___日
AKD 結案原因		□1.轉 Early-CKD 方案照護 □2.持續 Pre-ESRD 照護 □3.持續或進入長期透析 □4.轉他科或他院治療 □5.死亡 □6.失聯 □7.其他 □8.進入安寧療護收案
衛教指導項目 （依代碼填寫）		
備註		
衛教師簽名		

說明：1.衛教內容請依本表附件「急性腎臟疾病（AKD）照護各階段之衛教」中之指導項目編號填寫，按衛教次數依序填寫，資料留存院所備查。

2.本表之功能在於提醒醫護人員，病人已接受或應接受追蹤檢驗與衛教之日期，本頁請置於病人病歷內或病人個案管理檔案中。

附表 7-2 之附件　急性腎臟疾病(AKD)照護各階段之衛教內容及指導項目

Stage 1：(半年追蹤 1 次) 腎功能正常微量蛋白尿 eGFR：≧90 ml/min/1.73 m^2	
目標	衛教指導項目
●複述腎臟的構造與功能 ●認識腎臟疾病常見的症狀 ●認識腎臟常見之檢查 ●認識腎臟之檢驗值. ●認識腎臟穿刺之必要性 ●說出服用類固醇之注意事項 ●能說出如何預防腎臟疾病 ●願意配合定期門診追蹤 ●願意接受定期護理指導計畫方案	1-1. 認識腎臟的基本構造與功能 1-2. 簡介腎臟疾病常見症狀 1-3. 腎臟病常見檢查之介紹 1-4. 腎臟病常見檢驗值之介紹 1-5. 腎臟穿刺切片檢查之介紹 1-6. 類固醇藥物之護理指導 1-7. 腎臟病日常生活保健與預防 1-8. 教導定期追蹤之重要性

Stage 2：(半年追蹤 1 次) 輕度慢性腎衰竭 eGFR：60~89 ml/min/1.73 m^2	
目標	衛教指導項目
●瞭解腎臟疾病分期及進展 ●能辨別異常檢驗值 ●認識造成腎臟疾病之危險因子 ●判別高血脂高血壓糖尿病與腎臟病之相關性 ●能選擇正確之治療方式	2-1. 腎臟疾病分期介紹及注意事項 2-2. 腎臟疾病異常臨床檢驗值及處理 2-3. 簡介腎臟病之危險因子 2-4. 簡介高血壓及其併發症 2-5. 簡介高血脂及其併發症 2-6. 簡介糖尿病及其併發症

Stage 3：(3 個月追蹤 1 次) 中度慢性腎衰竭 eGFR：30~59 ml/min/1.73 m^2	
目標	衛教指導項目
●認識慢性腎衰竭 ●說出慢性腎衰竭及常見之併發症與處理 ●認清腎臟替代療法之必要性 ●認識腎臟替代療法 ●瞭解正確透析時機 ●能參與討論腎衰竭之治療計畫	3-1. 簡介慢性腎衰竭 3-2. 慢性腎衰竭常見症狀與處理 3-3. 影響腎功能惡化的因子 3-4. 血液透析治療介紹 3-5. 腹膜透析治療介紹 3-6. 正確透析時機介紹

Stage 4：(3 個月追蹤 1 次) 重度慢性腎衰竭 eGFR：15~29 ml/min/1.73 m^2	
目標	衛教指導項目
●持續影響腎功能惡化的因子 ●瞭解預防感冒及感染之重要性 ●認識貧血治療 ●持續認識慢性腎衰竭之併發症 ●持續認識腎臟替代療法 ●認識透析治療通路	4-1. 感染對腎臟衰竭之影響 4-2. 貧血治療：使用 EPO 與鐵劑治療 4-3. 慢性腎衰竭併發症之介紹與預防 4-4. 持續介紹透析治療（血液透析、腹膜透析、腎臟移植） 4-5. 介紹透析治療通路（動靜脈廔管、雙腔透析導管、腹膜透析導管）

Stage 5：(2 週至 4 週追蹤 1 次) 末期腎臟病變 eGFR：＜15 ml/min/1.73 m^2	
目標	衛教指導項目
● 瞭解緊急就醫黃金時段 ● 能說出血管通路種類與自我照護 ● 認識透析治療合併症 ● 能參與透析治療之選擇	5-1. 把握緊急就醫黃金時段 5-2. 血管通路的照護 5-3. 腹膜透析導管的照護 5-4. 透析治療合併症介紹（血液透析、腹膜透析） 5-5. 換腎準備須知介紹

本計畫自 99 年1 月1 日第一版實施
100 年1 月1 日修訂第二版
102.01.01 修訂第三版
102.07.29 修訂第四版
104.05.25 修訂第五版
105.02.01 修訂第六版

全民健康保險B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者醫療給付改善方案

壹、前言

肝癌死亡率近10年來一直位居台灣癌症死因之前二位，根據全民健保統計資料，94年以來每年新增肝癌患者約9500人。另根據國民健康署(以下稱國健 署)94、95年癌症登記分析肝癌臨床期別，有將近50%屬於較晚發現的第3期及第4期之肝癌。衛生福利部97年的死因統計，約有8千人死於肝癌，標準化死亡率高居各項癌症首位。據調查，死於肝癌的病患中約有80%的人為B型肝炎帶原者， 而10%為慢性C型肝炎感染者，可見B、C型肝炎病毒感染是國人肝癌的主因。在感染B、C 型肝炎病毒之後，帶原者有可能肝功能維持正常，或是肝功能(GOT 及 GPT 值)持續異常而演變為慢性肝炎，肝臟反覆發炎繼而導致肝硬化或肝癌。許金川教授研究指出全台 20歲以上成人中約有300萬人是B型肝炎帶原者，約42萬人是C型肝炎感染者，其中約有25%的B型肝炎帶原者及30%的C型肝炎感染者，因無外顯症狀而不知自己帶原情況。根據2009年8月國衛院肝癌小組專家共識肝癌處理對策指引及台灣消化系醫學會指引，肝炎帶原者等高危險群每6個月需篩檢1次(證據強度等級1)。依據健保申報資料97年約有68.5萬人主診斷為肝炎或肝硬化，其中僅9.1萬人(13%)符合指引每6個月接受1次腹部超音波及肝功能檢查
（GOT、GPT）。2004年發表的實證研究指出，對35-59歲的B肝帶原和慢性肝炎者每6個月提供1次腹部超音波檢查，可以降低37%的肝癌死亡率(Journal of Cancer Research and Clinical Oncology(2004)130:417-422)。綜上，對慢性B、C 型肝炎患者，尤其是未曾被診斷出肝炎患者，實有加強照護及追蹤管理之必要。

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

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

貳、目標

一、建立以病患為中心的共同照護模式。

二、提升 B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案管理追蹤指引遵循率。三、建立品質導向之支付制度。

參、計畫內容

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

(一) 內科、消化系內科、消化系外科、兒科、家醫科醫師。

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

二、收案對象(給付對象)

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

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

(二) 同一院所經結案對象 1 年內不得再收案，但院所仍可依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準申報相關醫療費用。

(三) 個案若符合全民健康保險加強慢性 B 型或C 型肝炎治療計畫的用藥條件，可接受 B、C 型肝炎用藥的療程治療，其支付方式按全民健康保險藥物給付項目及支付標準規定辦理。

(四) 追蹤個案收案前需與病人解釋本方案實施之目的及需病人配合定期回診等事項，並發給相關文宣資料詳附件一，經病人同意配合方得收案，

並將病人或親屬同意書簽名黏貼於病歷表上，未黏貼者，不予支付管理照護費。

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

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

三、結案條件：

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

(二) 病患罹患肝癌、肝昏迷個案不符收案資格。

(三) 死亡。

四、給付項目及支付標準：

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

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

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

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

五、品質資訊之登錄及監測

(一) 參與本方案之特約醫療院所應依保險人規定內容(如附件三)，登錄檢驗、檢查結果資訊。

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

六、醫療費用申報及審查原則

(一) 申報原則：

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

2. 門診醫療費用點數申報格式點數清單段醫令清單段填表說明。

(1) 屬本方案收案之保險對象，其就診當次符合申報 P 碼者，於申報費

用時，門診醫療費用點數申報格式點數清單段之案件分類應填『E1』、特定治療項目代號(一)應填『H7』。未符合申報上述醫令者，依一般費用申報原則辦理。

(2) 申報方式：併當月份送核費用申報。

3. 醫師視臨床需要依專業判斷提供檢查及診療服務，依一般費用申報規定申報，不以本方案建議檢查項目及次數為限。

(二) 審查原則

1. 未依保險人規定內容登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實 者，不予支付該筆管理照護費並依相關規定辦理；另該筆疾病管理費被核刪後不得再申報。

2. 其餘未規定事項，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。

七、品質獎勵措施：

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

(一) 門檻指標：

1. 醫學中心及區域醫院當年度收案人數須≧50 人以上。

2. 地區醫院及基層診所當年度收案人數須≧20 人以上。

(二) 品質指標：

1. 收案率≧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≧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。

附件 4

112 年度全民健康保險牙醫門診總額 12 歲至 18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫

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：

藉由本計畫之實施，提升全國 12 歲至 18 歲青少年牙醫就醫率，透過早期發現、介入治療及衛教，維護自然牙齒品質，減少齲齒，降低未來根管治療及拔牙發生機率，提升青少年口腔健康。

三、 實施期間：自112年1月1日起至112年12月31日止。

四、 年度執行目標：

本計畫照護人次以達成「青少年齲齒控制照護處置(P7101C)」900,000服務人次為執行目標。

五、 預算來源：

(一) 112年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」專款項目下支應，全年經費為271.5百萬元。

(二) 本計畫所列「給付項目及支付標準」(P7101C 及 P7102C)之費用由本計畫預算支應。

(三) 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流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。

六、 收案條件：

12 歲以上至未滿 19 歲經診斷為牙齦炎、齲前白斑、初期齲齒、琺瑯缺損、蛀洞、齲齒填補，或因齲齒之缺牙者(ICD-10-CM 代碼為 K02.-、K03.89、K05.-、K03.6、K06.1)。

七、 牙醫師申報資格：

醫師為二年內經全民健康保險保險人(以下稱保險人)停、終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、終約日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者）兩年內不得申報本計畫診療項目。

八、 給付項目及支付標準：

編號	診療項目	支付點數
P7101C	青少年齲齒控制照護處置註 ： 4. 本項主要施行牙菌斑偵測、去除維護教導及牙菌斑清除， 且病歷應記載供審查。 5. 可視需要申報 X 光攝影，費用另計。 6. 每九十天限申報一次。 7. 不得併報91014C。	300
P7102C	青少年齲齒氟化物治療 註： 3. 限診斷為齲前白斑、初期齲齒、琺瑯缺損者申報。 4. 須附一年內診斷照片(照片費用內含)並病歷記載，以為審核。 5. 本項主要實施氟化物治療。 6. 每九十天限申報一次。 5. 不得併報92072C、92051B、P30002、P7301C 及 P7302C。	500

九、 醫療費用申報及審查：

(一) 施行本計畫診療項目得併同申報牙科門診診察費，另不得併報全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫費用。

(二) 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。

(三) 本計畫醫療費用點數申報格式：

3. 案件分類：請填報「19」。

4. 特定治療項目代號(一)：請填報「LM (12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫)」。

十、 計畫施行評估：第一年蒐集下列指標數據，執行滿一年後，該等指標須較前一年增加(以本計畫申報案件計算)：

(一) 自評指標：

- 申報案件數(就醫人次)。
- 申報點數。
- 就醫人數(以 ID 歸戶)。

(二) 評估指標：提升全國12歲至18歲青少年牙醫就醫率>40%。

十一、 新年度計畫公告前，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。

十二、 本計畫由保險人與中華民國牙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。

全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案

111.05.01 第六版修訂

壹、依據：全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項。

貳、計畫目的

一、鼓勵醫療院所將財務誘因由量之競爭，逐步轉化為醫療品質之提升。

二、鼓勵醫師發掘病人，主動積極介入治療，使思覺失調症患者能固定規則接受治療，提高病人治療之依從性。

三、促使醫療院所提高思覺失調症疾病之醫療照護品質，以提升病人之生活功能與品質、降低社會成本。

參、預算來源

於醫院總額及西醫基層總額之專款項目「醫療給付改善方案」項下支應，如施行結果超過各該專款預算數時，採點值浮動方式處理。

肆、參與計畫之申請及管理

一、參與本方案之醫療院所應檢附計畫書(建議內容如附錄)向保險人分區業務組提出申請，經保險人分區業務組同意後實施。

二、參與本方案之醫療院所應成立專責窗口，負責接收收案名單及連繫等相關事宜，院方應依個人資料保護法之規定，負保險對象資料保密之責。

伍、收案對象及結案條件

一、收案對象：由全民健康保險保險人（以下稱保險人）分區業務組定期產製名單交給特定醫療院所或本方案參與院所收案。

(一) 領有重大傷病卡之思覺失調症病人(主診斷碼為 ICD-9-CM：295；ICD-10-CM：F20.-、F25.-，下同)或前一年診斷為思覺失調症且至少就醫 2 次以上者：

1. 固定就醫病人：病人前一年於精神科拿藥≧8 次，且於特定醫療院所之精神科就醫次數，大於其全年精神科就醫次數 60%。

2. 未固定就醫病人：病人前一年於精神科就醫次數(含門住診)未明顯集中於某特定醫療院所(即固定就醫以外及久未就醫以外之病人)。

3. 久未就醫病人：病人前一年連續六個月以上無精神科就醫(含門住診)資料者。

(二) 新診斷病人：當年度新診斷為思覺失調症且至少就醫 2 次以上者。

(三) 排除條件：精神科慢性病房住院中病人。

二、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)入監服刑。

(三)失聯 6 個月以上。

(四)因轉診結案。

陸、費用申報與核付：本方案費用核付作業，除「居家追蹤訪視費」及「高風險病人出院後追蹤訪視費」外，其餘各項不併醫療費用申報，由保險人分區業務組依計畫執行結果核定金額後，於追扣補付系統辦理帳務處理。

一、確認收案人數

(一) 固定就醫病人：由參與本方案院所於年度開始前，與保險人分區業務組確認應收案名單；除有正當理由外，需全數收案，不得選擇病人，收案率需≧80%。收案院所應按月上傳新收案名單。

(二) 未固定就醫、久未就醫、新診斷病人：收案院所應按月上傳新收案名單。

(三) 個案收案月數之計算，收、結案當月均納入計算。

二、病人群組風險校正：

(一) 高風險病人(high risk patient, HRP)：

1. 定義(符合下列條件之一者)：

(1) 前一年曾因下列情形，門、住診就醫次數合計大於 3 次(不含切帳)者：

A. 以思覺失調症主診斷入住急性病房者。

B. 或以損傷(含自殺)及中毒(ICD-9-CM：800-999、E_CODE；ICD-10-CM：S00-T88、V00-Y99)於門、住診就醫者。

(2) 前一年曾以思覺失調症主診斷強制住院者(案件分類 B1：精神病嚴重病人送醫及住院案件)。

(3) 前一年因思覺失調症住院 2 次以上者。

(4) 就醫紀錄載有施暴史之病人。

2. 支付相對風險權值(relative risk) ：1.5。

(二) 一般病人(general patient, GP)：

1.定義：非屬高風險病人。

2.支付相對風險權值(relative risk)：1。

三、給付項目及支付標準

(一) 發現費：為鼓勵早期介入，早期治療，以避免發病或減緩發病之嚴重度，且能輔導未規則就醫者積極尋求醫療協助，收案對象屬未固定就醫或久未就醫者，每一個案支付發現費 650 點，每一個案每一院所支付以一次為限，且跨院所不得重複收案。

(二) 發現確診費：為發掘病人，主動介入積極治療，收案對象屬新診斷病人，每一個案支付發現確診費 650 點，每一個案每一院所支付以一次為限，且跨院所不得重複收案。

(三) 管理照護費：

1. 支付點數：

(1) 固定就醫病人：每人每年 400 點。

(2) 未固定就醫病人、久未就醫病人及新診斷病人：每人每年 800 點。

(3) 另依病人群組之風險權值加權計算：一般病人×1，高風險病人×1.5。

2. 固定就醫病人收案率未達 80%之院所，本項不予支付。

(1) 自個案收案當月起計算至年底，按一年所占月份數比例計算；由保險人分區業務組依醫療院所上傳之實際收案情形辦理核付。

(2) 計算公式=A+B+C+D

A. 固定就醫之一般病人：收案總人月數/12 × 400 點

B. 固定就醫之高風險病人：收案總人月數/12 ×400 點 × 1.5

C. 未固定就醫病人、久未就醫病人或新診斷病人之一般病人：收案總人月數/12 × 800 點

D. 未固定就醫病人、久未就醫病人或新診斷病人之高風險病人：收案總人月數/12 × 800 點 × 1.5

(四) 居家追蹤訪視費：

1. 適用條件：未固定就醫及久未就醫且非住院之病人。

2. 服務內容：提供居家訪視(一年以申報4次為上限)。

3. 申報費用時應檢附訪視紀錄(含精神症狀及心理健康狀況評估、藥物使用狀況、評估日常生活安排能力、家屬照顧個案狀態)，給付項目及支付標準如附表1。

4. 停止訪視條件：

(1) 病人轉回門診就醫、轉介至精神居家治療或全民健康保險居家醫療照護整合計畫。

(2) (2)病人因病情轉變而住院。

(五) 高風險病人出院後追蹤訪視費：

1. 適用條件：針對高風險病人當年度入住急性病房出院後三個月內，提供追蹤訪視服務。由該入住醫院負責追蹤。

2. 服務內容：提供居家訪視。訪視期為出院後三個月內，訪視次數以 6 次為上限，且其中 3 次須與衛生局及其所屬護理人員或心理衛生社工或關懷訪視員共同訪視(以下稱共訪)。非共訪之居家訪視，以 3 次為上限。

3. 申報費用時應檢附訪視紀錄(含精神症狀及心理健康狀況評估、藥物使用狀況、評估日常生活安排能力、家屬照顧個案狀態)，給付項目及支付標準如附表 1。

4. 停止訪視條件：

(1) 病人轉介至精神居家治療、全民健康保險居家醫療照護整

合計畫、社區復健機構或社會福利機構。

(2) 病人因病情轉變而再住院。

(六) 長效針劑注射獎勵措施：依當年度新增連續施打長效針劑個案人數計算，每新增加 1 人，固定就醫個案獎勵點數 1,000 點；未固定就醫、久未就醫或新診斷病人獎勵點數 1,500 點。

1. 連續施打定義為「長效針劑連續施打 4 個月以上」。

2. 新增定義為「前一年未施打長效針劑或施打未滿 4 個月者」。

四、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，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」規定辦理。

2. 門診醫療服務點數清單及醫令清單填表說明：

屬本方案收案之保險對象，符合申報 P7401C、P7402B、P7403B 者，採按月申報，案件分類填報「E1(支付制度試辦計畫)」，特定治療項目代號(一)填報「ES:全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」；醫令清單段之醫令類別請填寫「2」。

(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，保險人不予支付該筆費用並依相關規定辦理。

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。

柒、院所品質獎勵費

一、由保險人分區業務組辦理照護品質指標評量，依照醫療院所年度達成情形，於年度結束後核付。品質評量之指標項目、操作型定義、目標值及權值如附表 2。

二、醫療院所以上年度自身基礎值為比較基礎，各項收案品質指標依一般病人組及高風險病人組分別計算及獎勵。

三、品質獎勵項目

(一) 收案品質獎勵費(指標項目 1 至 4)：

1. 依照目標權值達成度計算，給予品質獎勵費(一般病人 600 點、高風險病人 900 點)之 25%、50%、75%、100%獎勵。
2. 計算公式=一般病人數 × 600 點 × 一般病人目標權值達成度+高風險病人數 ×900 點 × 高風險病人目標權值達成度。

(二) 高風險病人出院追蹤品質獎勵費(指標項目 5 至 7)：

1. 當年度參與出院後追蹤照護服務之院所，得依照目標權值達成度計算，給予出院追蹤品質獎勵費。
2. 計算公式=出院後追蹤訪視達 3 次之高風險病人數 ×200 點×達成目標值之指標項數。

捌、績效評估

參與本方案之醫療院所全年醫療照護品質指標執行結果，於次年 2 月份時進行總評，各參與院所全年品質指標權值達成度需≧50%。未達成之院所應提改善計畫，由所屬保險人分區業務組據以評量其是否得以續辦之資格。

玖、方案修正程序

本方案之修正，屬給付項目及支付標準與院所品質獎勵費之修正，依全民健康險保法第 41 條第 1 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 1

居家追蹤訪視費及高風險病人出院後追蹤訪視費之給付項目及支付標準

通則：所訂點數已包括人事費、精神醫療治療費及其他雜項成本，如不計價藥材成本、建築與設備成本、水電費支出、廢棄物處理、電子資料處理及行政作業成本等，不得申報其他費用。

編號	診療項目	支付點數
P7401C	居家追蹤訪視費(次) 註： 1.適用條件：未固定就醫及久未就醫且非住院之病人。 2.訪視次數：每一病人一年至多申報四次。 3.申報費用時應檢附訪視紀錄(含精神症狀及心理健康狀況評估、藥物使用狀況、評估日常生活安排能力、家屬照顧個案狀態)並由病人或病人家屬簽名。 4.停止訪視條件： (1)病人轉回門診就醫、轉介至精神居家治療或全民健康保險居家醫療照護整合計畫。 (2)病人因病情轉變而住院。	1,500 點
P7402B P7403B	高風險病人出院後追蹤訪視費(次) －共同訪視 －非共同訪視 註： 1.適用條件：高風險病人當年度入住急性病房出院後三個月內。由入住醫院負責追蹤訪視。 2.P7402B 共同訪視：限與衛生局及其所屬護理人員或心理衛生社工或關懷訪視員共同訪視始可申報。 3.訪視次數(每一病人出院後三個月內)： (1)P7402B 至多申報六次。 (2)P7403B 至多申報三次。 (3)P7402B 與 P7403B 合計至多申報六次。 4.申報費用時應檢附訪視紀錄(含精神症狀及心理健康狀況評估、藥物使用狀況、評估日常生活安排能力、家屬照顧個案狀態)並由病人或病人家屬簽名。 5.停止訪視條件： (1)病人轉介至精神居家治療、全民健康保險居家醫療照護整合計畫、社區復健機構或社會福利機構。 (2)病人因病情轉變而住院。	 3,000 點 3,000 點

附表2 全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案品質評量指標

指標分類	指標項目	操作型定義		正負向	目標值	指標權值
		分子	分母			
收案品質獎勵指標	1.精神科規則門診比率	精神科門診間隔未滿30天人次	收案總人次	正	較上年度增加	25%
	2.六個月內精神科急性病房再住院率	半年住院二次以上人數(含跨院)	收案總住院人數	負	較上年度減少	25%
	3.急診使用人次比率	急診(含非精神科急診)人次(含跨院)	收案總人數	負	較上年度減少	25%
	4.失聯結案率	因失聯結案人數	總收案人數	負	較上年度減少	25%
出院追蹤品質獎勵指標	5.社區關懷訪視共訪比率	期間共訪至少3次之個案數	高風險病人當年度入住急性病房出院後追蹤訪視個案數	正	100%	200點/人
	6.出院後90日內轉入社區資源或回門診就醫比率	出院後90日內轉介至居家治療、社區復健機構或回門診就醫	高風險病人當年度入住急性病房出院後追蹤訪視個案數	正	較上年度增加	200點/人
	7.出院後轉規則門診比率	病人出院後門診就醫間隔未滿30天之人數	高風險病人當年度入住急性病房出院後追蹤訪視個案數	正	較上年度增加	200點/人
收案品質參考指標	8.強制住院發生人次比率	強制就醫人次	收案總人數	負	較上年度減少	參考
	9.固定就醫病人精神科急性病房平均住院天數	固定就醫病人精神科急性病房總住院天數(含跨院)	固定就醫病人總收案人數	負	較上年度減少	參考
	10.固定就醫病人精神科急性病房住院人次比率	固定就醫病人精神科急性病房住院人次(含跨院)	固定就醫病人總收案人數	負	較上年度減少	參考
	11.固定就醫且一般病人占率之年度增加率	固定就醫且屬一般病人人數	思覺失調症門住診歸戶病人數	正	較上年度增加	參考
	12.高風險病人規則門診比率	高風險病人門診就醫間隔未滿30天(含診療追蹤後就醫)人次	高風險病人總人次	正	較上年度增加	參考
	13.因轉診結案且後續無就醫比率	後續無就醫人數	因轉診結案人數	負	較上年度減少	參考
	14.住院率	一年內因思覺失調症住院人數	收案總人數	負	較上年度減少	參考

備註:指標項目年度自身比，以各醫療院所上年度全年值為比較基礎。

附錄

全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案申請書

建議內容

一、院所現況分析(簡要)

二、照護團隊組成

三、執行作法

四、預期效益及目標值(可參考品質指標)

五、指定專責窗口(負責人、聯絡方式)

六、照護團隊專業證照

七、院所對保險人交付病人資料保密條款切結書(詳後附件1)

八、個案或家屬參與方案同意書(格式)

九、個案照護評估表(格式)可參考附表(詳後附件2)或自行設計

附錄之附件 1

「思覺失調症醫療給付改善方案」病人資料保密條款切結書

立切結書人　　參與「思覺失調症醫療給付改善方案」，使用病人資料，聲明如下：

一、相關病人資料僅限於院所內供「醫療業務施行」及「病患聯繫」使用。

二、確實遵守電腦處理個人資料保護法規定，並盡力注意防止資料被竊取、竄改、販售及不當備份等情形發生。

三、如違反以上聲明，本人願負一切法律責任。

此致　**行政院衛生福利部中央健康保險署　　業務組**

聲明人基本資料

姓　　名：　　（請簽名或蓋章，勿僅電腦繕打）

身份證字號：

聯絡電話：

※電子郵件地址：

連帶負責院所基本資料

名稱及關防：

負責人姓名及章戳：

中華民國　　年　　月　　日

※備註

1. **本切結書，請親送或郵寄送達。**
2. **如需本組以電子檔方式傳送相關資料者，聲明人請填報電子郵件地址，本組將以加密方式傳送，並以電話聯繫解密。**
3. **本切結書聲明人即為資料保管人，如資料保管人異動時，請重新填具切結書送本組。**

附錄之附件 2

病人評估表(參考)

基本資料:			
年齡：	性別：☐男 ☐女	住所：☐家人 ☐朋友,宿舍,康家 ☐獨居 ☐機構	
患病時間： 年 月		精神科就醫: ☐曾 ☐否	住院次數:
收案： ☐門診 ☐急診 ☐住院 ☐復健機構		診斷亞型：	ICD：

*以下評估多項皆有者綜合考量，採較嚴重者

臨床病況(近一週)	**出現頻率**	**生活影響**	**合計**
1.精神病症狀 ☐幻聽 ☐妄想 ☐邏輯障礙 ☐聯結障礙	☐1.無 ☐2.偶而 ☐3.隔1-2天 ☐4.每天數小時 ☐5.幾乎持續	☐1.無 ☐2.僅一些想法意念 ☐3.僅態度或心情改變 ☐4.影響其多數決定,判斷 ☐5.致行為改變	
2.情緒症狀: ☐激躁 ☐憂鬱 ☐混亂	☐1.無 ☐2.偶而 ☐3.隔1-2天 ☐4.每天數小時 ☐5.幾乎持續	☐1.無 ☐2.僅稍微波動 ☐3.態度改變，表情明顯 ☐4.影響其多數決定,判斷 ☐5.致行為改變	
3.負性症狀: ☐社交退縮 ☐情感遲滯 ☐思考遲頓	☐1.無 ☐2.偶而 ☐3.隔1-2天 ☐4.每天數小時 ☐5.幾乎持續	☐1.無 ☐2.僅稍微障礙 ☐3.僅態度或心情改變 ☐4.影響多數決定判斷 ☐5.致行為或日常功能改變	
4.功能退化:	☐1.無 ☐2.發生六個月以內 ☐3.已一年以內 ☐4.已一至三年 ☐5.已三年以上	☐1.無 ☐2.少數IADL差 ☐3. ADL可,半數IADL差 ☐4. ADL部份差,多數IADL差 ☐5.個人衛生ADL皆差	
危險評估	**出現頻率**	**生活影響**(近一個月)	
5.干擾行為: ☐怪異，儀式 ☐破壞，污染 ☐吵鬧，噪音 ☐其他：_____	☐1.無 ☐2.偶而 ☐3.隔1-2天 ☐4.每天數小時 ☐5.幾乎持續	☐1.無 ☐2.沒什麼影響 ☐3.輕微影響周圍 ☐4.顯著影響周圍 ☐5.極嚴重影響周圍	
6.自傷 ☐直接受精神症狀影響(如命令式幻聽) ☐非上述 共發生：_____次(全算)	☐1.無 ☐2.以前有，兩年內無 ☐3.兩年內有，六個月內無 ☐4.六個月內有 ☐5.一個月內有	☐1.無 ☐2.僅有一些想法意念 ☐3.有計畫或準備性動作 ☐4.有危險行為(如開快車) ☐5.有具體自傷行為	
7.他傷: ☐直接受精神症狀影響 ☐非上述 共發生： 次(全算)	☐1.無 ☐2.以前有，兩年內無 ☐3.兩年內有，六個月內無 ☐4.六個月內有 ☐5.一個月內有	☐1.無 ☐2.僅有一些想法意念 ☐3.有計畫或口頭威脅 ☐4.有破壞物品或粗暴行為 ☐5.有傷人行為	

8.物質濫用: ☐酒 ☐安眠鎮定 ☐幻覺劑 ☐其他	☐1.無 ☐2.以前有，半年內無 ☐3.近一個月，約每週1-2天 ☐4.近一個月，約每週4-5日 ☐5.近一個月，幾乎每天有	☐1.功能毫無影響 ☐2.精神或注意力有影響，一般工作尚可 ☐3.損及工作能力，身體健康無礙 ☐4.損及身體健康(如:肝功能，嚴重戒斷，胃出血等) ☐5.損及日常生活功能	
就醫型態與支持	**態度觀念**	**行為**(最近三個月)	
9.病人治療態度	☐1.病識感良好 ☐2.承認有某種精神病，但不完全正確 ☐3.承認有某些情緒或精神問題(症狀)，但不是病 ☐4.承認有某些非精神疾病 ☐5.不承認有任何毛病	☐1.主動配合，門診及服藥規則 ☐2.大致配合，偶有中斷或自行減藥 ☐3.被動接受，常需提醒 ☐4.要密切督導始接受治療 ☐5.拒絕任何形式之治療	
10.家人支持度 關鍵支持者：	☐1.治療及疾病知識良好 ☐2.認為病人有精神病，但治療觀念不足 ☐3.雖認為病人精神疾，但明顯低估其嚴重度或治療之必要性 ☐4.雖認為病人有精神疾病，但不想處理 ☐5.不認為病人任何毛病	☐1.主動積極協助病人就醫 ☐2.大致配合，偶有中斷或自行減藥 ☐3.大致配合，但客觀能力上有困難，有心無力 ☐4.很被動，常無法提供協助 ☐5.無親屬或幾乎拒絕任形式之合作支持	
	以上總分		
GAF：	CGI-S：☐1.無 ☐2.不確定 ☐3.輕 ☐4.中度 ☐5.顯著 ☐6.嚴重 ☐7.極重		

六個月內治療計畫與意願：

治療／個管目標	治療方案／計畫	病人意見	家人意見
醫師：	個管師：	評估日期： / /	

全民健康保險氣喘醫療給付改善方案

104.05 修訂第十一版
109.01.修訂第十二版
109.01.修訂第十三版

壹、前言

氣喘是一種慢性疾病，它會反覆發作，也可能自行緩解，不能自行緩解之患者若接受適當的治療，通常可恢復，惟若病況嚴重又未及時接受治療者，則可能致命，而患者本身是否具氣喘知識及遵從醫囑服藥，成為是否導致延緩治療或治療不足最重要的原因。良好氣喘治療的第一步，便是建立正確的觀念與早期發現適當治療，其實大部分的死亡是可以預防的。

全民健康保險保險人(以下稱保險人)有鑑於多數氣喘患者普遍缺乏正確知識，並且在疾病惡化前，亦無良好的疾病管理方式，因此自 90 年 11 月起，推動氣喘醫療給付改善方案，期能透過醫療團隊，給予完整且正確的衛教資訊，加強病患自我照護的能力，減少急症及併發症的發生。此方案不僅提升氣喘患者照護能力及改善生活品質，長期而言，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，導入提昇氣喘照護品質之誘因，鼓勵醫療院所設計以病人為中心之完整照護，遵守氣喘診療指引，加強氣喘患者之追蹤管理及衛教服務，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、現況分析

依據保險人申報資料，93 年全年以氣喘為主診斷之申報人數約 51 萬人，總醫療費用約 26 億元，而自本方案實施後，平均急診次數及住院次數均呈現逐年下降的趨勢，其中平均急診次數自 90 年的 0.144 次，至 93 年已下降為 0.113 次，同期住院次數亦自 0.069 次下降為 0.046 次，已呈現初步成效。

參、目標

一、建立以病患為中心的共同照護模式。

二、提昇氣喘治療指引遵循率。

三、建立品質導向之支付制度。

肆、計畫內容

一、參與本方案之醫事人員及醫事機構，須向保險人之分區業務組申請同意，資格如下：

(一) 具有氣喘患者照護及管理能力之內、兒、家醫、耳鼻喉科醫師需接受保險人認可之氣喘照護教育訓練，新加入方案之醫師至少取得8小時課程時數，已加入方案之醫師每3年須取得8小時課程時數，並取得證明，教育訓練課程由台灣胸腔暨重症加護醫學會、中華民國免疫學會、台灣兒童胸腔醫學會、台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會、台灣氣喘衛教學會、台灣氣喘諮詢協會或台灣氣喘學會等七個學會協調每月公益提供，課程表詳附件1。

(二) 經台灣胸腔暨重症加護醫學會、中華民國免疫學會、台灣兒童胸腔醫學會、台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會認證之專科醫師。

(三) 參與本方案之醫師，其半年病人追蹤率小於12%者 (指前半年已收案之個案中,於收案或追蹤後次季至後半年內至少完成1次追蹤者)，經保險人輔導後，3個月未改善，自保險人文到日之次月起，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) 收案條件：

1. 醫院：最近90天曾在該院所由符合參與本方案的醫師診斷為氣喘(ICD-10-CM：J45.-)至少就醫達2(含)次以上者，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第18欄位國際疾病分類號(一)】收案。

2. 西醫基層：最近90天曾在該院所同醫師診斷為氣喘(ICD-10-CM：

J45.-)至少就醫達2(含)次以上者，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第18欄位國際疾病分類號(一)】收案。

(二) 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，經病人同意配合方得收案，並將病人或親屬簽名檢附存查。若經查未能提供者，不予支付疾病管理照護費。

(三) 年齡14歲(含)以上診斷氣喘者，需要有肺功能或尖峰流速值至少一項的紀錄，否則不得收案。

(四) 參與方案院所新收案對象，經本保險人健保資訊網服務系統(VPN)查詢，若已被本方案其他院所或慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案收案照護中(1年內仍有追蹤紀錄)，不得重複收案，俟其結案後，方可收案。

(五) 結案條件：

1. 可歸因於病人者，如失聯超過三個月(≧90天)、拒絕再接受治療，或病患不願再遵醫囑或聽從衛教者或病患自行要求結案等。
2. 經醫師評估已可自行照護者或轉診。
3. 同一院所經結案對象1年內不得再收案，但院所仍可依現行全民健保醫療服務給付項目及支付標準申報相關醫療費用。
4. 病人未執行本方案管理照護超過1年者。

三、支付標準：符合本方案之氣喘病人，接受以醫師為主導之醫療團隊提供常規性氣喘之完整性照護，醫療院所得定期申報管理照護費，給付項目及支付點數如附件2。

四、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3)，登錄相關品質資訊。

(二)保險人之分區業務組應舉辦方案執行概況檢討或發表會，由參與本方案之特約醫療院所報告，藉以進行計畫執行成果檢討及經驗交流。

(三)參與本方案之醫療院所定期依「提昇院所氣喘慢性照護能力與病人生活

品質的量化評量表」(如附件4)自我評量後，於每年年底前函送保險人之分區業務組備查。

五、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及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 P1612C、P1613C、 P1614B、P1615C 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『E6』；未符合申報上述醫令者，依一般費用申報原則辦理。
   (2) 申報方式：併當月份送核費用申報。

(二) 審查原則

1. 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，保險人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。

六、獎勵措施：獎勵點數之計算自有完整曆年資料後，再予核算。

(一) 品質加成指標：

1. 病人完整追蹤率

   操作型定義如下：

   (1) 分母：當年度該院所由該醫師收案之所有病人當中，排除第4季新收案之人數及 VPN 系統登錄結案者。
   (2) 分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之病人

當中，於當年度該院所完成下列條件者，視為達成追蹤。

A. 已申報年度評估者(P1614B 或 P1615C)，其申報當年度追蹤管理(P1613C)次數達3次者。

B. 已申報新收案者(P1612C)，視申報新收案之季別，完成下列追蹤管理次數者，視為達成追蹤。

a. 如為第1季申報新收案，其當年度追蹤管理+年度評估次數達3次者。

b. 如為第2季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達2次者。

c. 如為第3季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達1次者。

(3) 當年度同時申報新收案(P1612C)及年度評估(P1614B 或 P1615C)者，以申報新收案(P1612C)之季別，依第(2)項之 B 原則辦理。

2. 收案病人因氣喘住院的比率

操作型定義如下：

(1) 分母：當年度該院所由該醫師收案之所有病人當中，排除第4季新收個案及 VPN 系統登錄結案者。

(2) 分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之病人中，因氣喘住院之總人數。

3. 收案病人因氣喘急診的比率

操作型定義如下：

(1) 分母：當年度該院所由該醫師收案之所有病人當中，排除第4季新收個案及 VPN 系統登錄結案者。

(2) 分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之病人當中，因氣喘急診之總人數。

(二) 獎勵評比方式：

1. 先區分醫院與基層，再分成人與兒童共4組。

2. 各組依上述「病人完整追蹤率」、「收案病人因氣喘住院的比率」及「收案病人因氣喘急診的比率」等三項指標比率分別排序(「病人完整追蹤率」由高排至低；「收案病人因氣喘住院的比率」及

「收案病人因氣喘急診的比率」由低排至高)，再將各指標之序別各乘上1/3後相加重新排序，取排序總和前25%之醫師，惟當年度新參與方案之醫師，須於次年方得參與品質獎勵評比，依該醫師所收個案中達成完整追蹤之個案數，每一個案支付500點獎勵，當年度新收個案則依完整追蹤季數等比例支付。

七、本方案之疾病管理費用(P1612C、P1613C、P1614B、P1615C)及相關品質獎勵措施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。保險人並得視實際執行及費用支付情形，召開會議與醫界研議修改本方案之相關內容。

八、資訊公開：保險人得公開參與本方案之名單及相關品質資訊供民眾參考，其品質獎勵措施，將於本保險人全球資訊網公開獲得品質獎勵金前25%之院所醫師名單，供參與醫師自行查詢。

伍、品質監測觀察指標：

(一)降階治療成功率：

1. 分母：當年度該院所收案病人數。
2. 分子：當年度該院所收案病人數中，其年度評估之疾病嚴重度較前一年之年度評估(當年度新收個案者，採初診資料)疾病嚴重度下降者。

(二)氣喘出院14日內再入院率：

1. 分母：當年度該院所由該醫師收案之所有病人當中，因氣喘住院後出院總人數。
2. 分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之病人當中，出院後14日內，因氣喘再入院之總人數。

陸、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。

附件一

參加全民健康保險氣喘醫療給付改善方案之教育訓練課程表

一.	氣喘致病機轉與氣道變形
二.	台灣成人氣喘診療指引
三.	台灣兒童氣喘診療指引
四.	氣喘病的診斷與臨床監測
五.	氣喘病的藥物與非藥物療法
六.	氣喘病的慢性照護
七.	氣喘病急性發作的處置
八.	特殊情況下的氣喘治療

備註：每項課程至少 50 分鐘。

附件二

全民健康保險氣喘醫療給付改善方案給付項目及支付標準

通則：

一、本方案支付標準按表訂項目及點數辦理，診察費、相關檢驗檢查及未訂項目按現行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及醫療費用審查注意事項辦理。

二、符合本方案之氣喘病人，若合併其它疾病且分屬保險人辦理之不同方案收案對象時(例如：糖尿病)，除依本方案支付標準申報外，得再依相關計畫或方案申報費用。

編號	診療項目	支付點數
P1612C	氣喘新收案管理照護費 註: 照護項目詳附表一，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。	400 點/次
P1613C	氣喘追蹤管理照護費 註 1: 照護項目詳附表二，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 註 2: 申報新收案後至少須間隔 56 天才能申報本項，本項每年最多申報 3 次，每次至少間隔 80 天為宜。	200 點/次
P1614B	氣喘年度評估管理照護費 註 1: 照護項目詳附表三，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 註 2: 追蹤管理後至少須間隔 80 天才能申報本項，本項限執行P1612C及P1613C合計達 3 次(含)以上之地區醫院（含）以上層級始得申報。本項每年限申報一次。	800 點/次
P1615C	氣喘年度評估管理照護費 註 1: 照護項目詳附表三，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 註 2: 追蹤管理後至少須間隔 80 天才能申報本項，本項限執行P1612C及P1613C合計達 3 次(含)以上之基層診所始得申報。本項每年限申報一次。	400 點/次

附表一　氣喘患者新收案診療項目參考表（適用編號 P1612C）

	病史	身體檢查	實驗室檢驗及檢查	疾病管理照護
完整性初診診察及照護	1. 家族史 2. 抽煙史 3. 職業史 4. 過去病史 （1）過敏病史 (鼻炎、結膜炎、皮膚炎等請註明過敏原) （2）慢性阻塞性肺疾病 （3）肺結核 （4）職業性肺病 （5）胸腔手術 （6）糖尿病 （7）心臟血管疾病史 （8）慢性肝病 （9）感染病史 （10）其它(註明病因) 5. 過去和目前處置：藥劑、自我處理與監測 6. 家庭狀況 (獨居或有同居者) 7. 主要照護者(註明姓名、關係及聯絡方式)	1. 身高體重 2. 血壓 3. 心臟、脈搏 4. 皮膚、神經 5. 口腔 6.評估氣喘嚴重度： □輕度間歇性 □輕度持續性 □中度持續性 □重度持續性 （1）症狀頻率 白天： 夜間： （2）PEF %預估值： 7. ACT 氣喘控制狀況(評估基準詳附表 1-1、1-2 及 1-3) □良好控制 □部分控制 □未獲控制	1.08011C　全套血液檢查(WBC、RBC、Hb、Hct、Platelet count、MCV、MCH、MCHC 八項) 2.08013C　白血球分類計數(WBC differential count) 3.08010C　嗜酸性白血球計算(Eosinophil Count) 4.12031C　免疫球蛋白(IgE) 5.30022C 特異過敏原免疫檢驗(Specific Allergen Test) 6.09005C　血液葡萄糖(Glucose) 7. 06012C　尿一般檢查(General urine examination) 8. 06009C　尿沉渣顯微鏡檢查(Sediments) 9.18001C　心電圖(E.K.G) 10.17003C　流量容積圖形檢查(Flow-volume curve) 11.32001C　胸部 X 光(包括各種角度部位之胸腔檢查)(Chest view) 12.17019C 支氣管激發試驗(Bronchial provocation test) 備註：以上所列項目非每位氣喘病患必要之檢驗檢查，請依病情需要核實申報。	1.治療計畫 2.教導患者自我處理治療計畫 (1) 認知及避免過敏原及促發因子 (2) 瞭解症狀、嚴重度及自我處理方法 (3) 瞭解治療目標 (4) 瞭解每日使用的預防性藥物劑量(控制性之治療) (5) 瞭解用來迅速解除症狀的支氣管擴張劑名稱與劑量(應急之治療) (6) 自己使用尖峰呼氣流速計並從臨床症狀或尖峰呼氣流速記錄來判斷病情是否在惡化中 (7) 氣喘惡化時如何治療或如何尋求諮詢及更進一步的醫療 3.安排下次門診時間

附表二　氣喘患者追蹤管理診療項目參考表（適用編號 P1613C）

	病史	身體檢查	實驗室檢驗及檢查	疾病管理照護
完整性複診診察及照護	1. 患者自我監測尖峰呼氣流速計紀錄之判讀 2. 治療計畫的調整 3. 生活型態改變 4. 併發症症狀 5. 其他疾病 6. 精神社會問題	1. 呼吸頻率 2. 喘鳴聲 3. 心跳頻率 4. 口腔 5. 評估氣喘嚴重度： □輕度間歇性 □輕度持續性 □中度持續性 □重度持續性 （1）症狀頻率 白天： 夜間： （2）PEF %最佳值： 變異度%： 6. ACT 氣喘控制狀況 (評估基準詳附表 1-1、1-2 及 1-3) □良好控制 □部分控制 □未獲控制	其他依病情需要	1. 治療計畫短期及長期目標之訂定 2. 測試並加強患者執行自我處理治療計畫之能力 3. 測試並加強患者自己使用尖峰呼氣流速計之正確性及依紀錄判讀病情變化之能力 4. 併發症之預防 5. 轉介追蹤 6. 精神社會調適 7. 安排下次門診時間

附表三　氣喘患者年度評估診療項目參考表（適用編號 P1614B、P1615C）

	病史	身體檢查	實驗室檢驗及檢查	疾病管理照護
完整性複診診察及年度評估照護	1. 患者自我監測尖峰呼氣流速計紀錄之判讀 2. 治療計畫的調整 3. 生活型態改變 4. 併發症症狀 5. 其他疾病 6. 精神社會問題 7. 完成個案照護結果年度評估	1. 呼吸頻率 2. 喘鳴聲 3. 心跳頻率 4. 口腔 5. 評估氣喘嚴重度： □輕度間歇性 □輕度持續性 □中度持續性 □重度持續性 （1）症狀頻率 白天： 夜間： （2）PEF %最佳值： 變異度%： 6. ACT 氣喘控制狀況 (評估基準詳附表 1-1、1-2 及 1-3) □良好控制 □部分控制 □未獲控制	其他依病情需要	1. 治療計畫短期及長期目標之訂定 2. 測試並加強患者執行自我處理治療計畫之能力 3. 測試並加強患者自己使用尖峰呼氣流速計之正確性及依紀錄判讀病情變化之能力 4. 併發症之預防 5. 轉介追蹤 6. 精神社會調適 7. 安排下次門診時間

附件三

全民健康保險氣喘醫療給付改善方案
個案登錄系統必要欄位簡化表

一、新收案(身分證號、病人姓名、醫師ID、醫師姓名等欄位會自動帶出)

必填欄位：

1.新收案日期、門住診別
2.基本檢查數據：身高、體重
3.症狀頻率（白天）
4.症狀頻率（夜間）
5.預估值或最佳值(%)
6.嚴重度評估
7.ACT氣喘控制狀況

二、追蹤管理(身分證號、病人姓名、醫師ID、醫師姓名、追蹤管理次數等欄位會自動帶出)

必填欄位：

1.追蹤管理日期
2.症狀頻率（白天）
3.症狀頻率（夜間）
4.預估值或最佳值(%)
5.變異度(%)
6.嚴重度評估
7.ACT氣喘控制狀況

三、年度評估(身分證號、病人姓名、醫師ID、醫師姓名、追蹤管理次數等欄位會自動帶出)

必填欄位：

1.年度評估日期
2.症狀頻率（白天）
3.症狀頻率（夜間）
4.預估值或最佳值(%)
5.變異度(%)
6.嚴重度評估
7.ACT氣喘控制狀況

附件四 提昇院所氣喘慢性照護能力與病人生活品質的量化評量表

機構名稱：　　自評日期：　　年　　月　　日

評量面向	評量項目	符合打勾	配分	總分	備註
結構面16%	1.照護醫師資格(4%) (1) 具有氣喘患者照護及管理能力之內、兒、家醫、耳鼻喉科醫師需接受保險人認可之氣喘照護教育訓練，新加入方案之醫師至少取得 8 小時課程時數，已加入本方案之醫師每 3 年須取得 8 小時課程時數，並取得證明 (2) 具有經台灣胸腔暨重症加護醫學會、中華民國免疫學會、台灣兒童胸腔醫學會、台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會認證認證之專科醫師	□ □	2 2		
	2.收案資格(4%) (1) A. 醫院：最近90天內曾在同一醫療院所由符合參與本方案的醫師診斷為氣喘（ICD-10-CM： J45）至少就醫達2次(含)以上者 B. 西醫基層：最近90天曾在該院所同醫師診斷為氣喘（ICD-10-CM： J45）至少就醫達2（含）次以上者 (2) 年齡 14 歲（含）以上診斷氣喘者，需有肺功能或尖峰流速值的記錄	□ □	2 2		
	3.登錄及後續追蹤(4%) (1) 有專責人員負責登錄及追蹤 (2) 負責登錄及追蹤之專責人員需有氣喘照護相關訓練學分，兩年至少 20 學分	□ □	2 2		
	4.相關設備(4%) (1) 備有尖峰呼氣流速計相關設備(拋棄式吹嘴)可供使用 (2) 備有氣喘藥物衛教相關教具	□ □	2 2		
過程面64%	1.資訊告知(4%) 收案前有向病人解釋參與試辦計畫之目的及需病人配合定期回診等事項，並經病人同意，且病歷中附有收案病人簽章之同意書可供查閱	□	4		
	2.個案資料管理(6%) (1) 收案病人初診及複診資料，定期上傳健保署 (2) 收案病人資料或電腦建檔 (3) 建立病人完整專屬病歷資料	□ □ □	2 2 2		
	3.收案個案之病歷或收案紀錄單完整記載病患相關資料，需包含：(16%) (1) 相關病史(家族史,過去病史,處置狀況.抽菸史/二手菸史) (2) 治療計畫的調整 (3) 過去和目前處置：藥劑、自我處理與監測 (4) 家庭狀況 (獨居或有同居者) (5) 主要照護者	□ □ □ □ □	4 4 4 2 2		
	4.線上登錄資料完整性(15%) (1) 登錄基本資料(ID、姓名、地址、電話等)。 (2) 於「新收案資料維護」中填報下列資料： A.新收案日期 B.症狀頻率（白天）/(夜間) C.預估值或最佳值(%)（14 歲以下免填） D.變異度(%)（14 歲以下免填） E.嚴重度評估 ※(A~E 皆符合)	□ □ □ □ □ □ □	3 1 1 1 1 1 1		

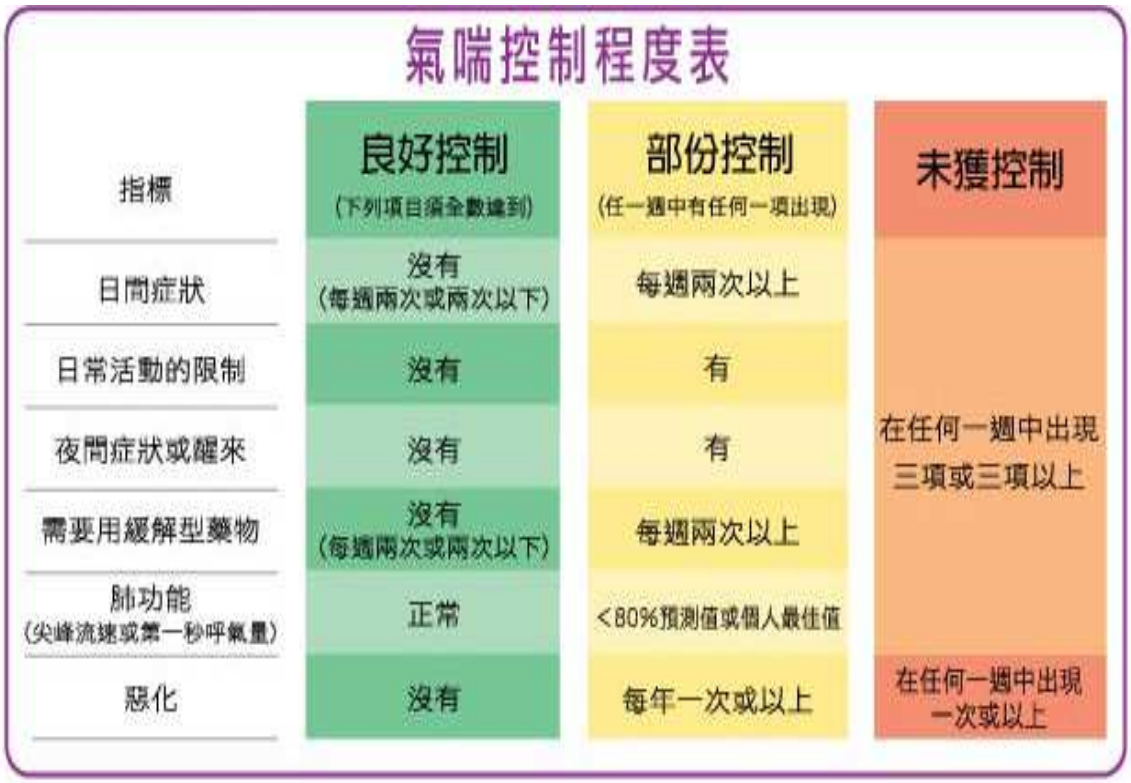
評量面向	評量項目	符合打勾	配分	總分	備註
	(3) 於「追蹤管理資料維護」中填報下列資料：				
	A.追蹤管理日期	□	1		
	B.症狀頻率（白天）/（夜間）	□	1		
	C.預估值或最佳值(%)（14 歲以下免填）	□	1		
	D.變異度(%)（14 歲以下免填）	□	1		
	E.嚴重度評估	□	1		
	※(A~E 皆符合)	□	1		
	5.未回診病人之追蹤(3%)				
	(1) 告知返診日期	□	1		
	(2) 具有告知返診日期之記錄	□	2		
	6.落實推動病人衛教(20%)				
	建立病人氣喘衛教記錄，其內容應包含：				
	(1) 認識過敏氣喘	□	2		
	(2) 治療計畫	□	2		
	(3) 氣喘藥物的認識	□	2		
	(4) 氣喘藥物的使用	□	2		
	(5) 氣喘嚴重度的評估	□	2		
	(6) 過敏原的避免方法	□	2		
	(7) 尖峰呼氣流速計的使用	□	2		
	(8) 發作時自我處理	□	2		
	※ (1)~(8)全部符合時	□	4		
結果面 20%	1.病人追蹤率(6%)				
	(1) 具備病人追蹤率的統計資料可供檢閱	□	2		
	(2) 半年病人追蹤率大於 12%(收案的個案，收案或追蹤後半年內至少完成 1 次追蹤)	□	2		
	(3) 失聯超過 6 個月(≧180 天)的個案數評量	□	2		
	2.品質提昇（需有書面資料可查閱）(6%)				
	(1) 參與本方案的醫師有無相關氣喘教育訓練課程認證	□	3		
	(2) 參與本方案的護理人員有無相關氣喘教育訓練課程認證	□	3		
	3.品質資料紀錄：有下列資料可供查閱(8%)				
	(1) 氣喘病人急性發作次數記錄	□	2		
	(2) 氣喘病人急診就醫次數記錄	□	2		
	(3) 氣喘病人住院次數記錄	□	2		
	(4) 降階治療記錄	□	1		
	(5) 氣喘出院 14 日因氣喘再入院之比率		1		
其他	加分項目(至多 10 分)				
	(1) 年齡 5 歲（含）以上診斷氣喘者，有進行肺功能或尖峰流速值的記錄	□	2		
	(2) 診所內有舉辦團體衛教或相關活動	□	2		
	(3) 藥事人員有無相關氣喘教育訓練課程認證	□	2		
優點：					

醫療機構負責人簽章：

附表 1-1：5(含)歲以下兒童氣喘控制程度表

在5歲(含)以下兒童-氣喘控制程度表			
特徵	良好控制	部份控制	未獲控制
日間症狀：喘鳴、咳嗽、呼吸有困難	無	每週多於2次	每週多於2次
活動限制	無	任何	任何
夜間症狀/夜間醒覺	無	任何	任何
對緩解型藥物的需求	每週少於2天	每週多於2天	每週多於2天

附表 1-2：6-14 歲兒童氣喘控制程度表



.

附表 1-3：14 歲以上氣喘控制程度表

指標	控制良好 （下列項目需全數達到）	部份控制 （任一週中有任何一項出現）	控制不佳
日間症狀	沒有 （每週兩次或兩次以下）	每週超過兩次	在任何一週中出現左列三項（含）以上
日常活動的限制	沒有	有	
夜間症狀或醒來	沒有	有	
需要用緩解型藥物	沒有 （每週兩次或兩次以下）	每週超過兩次	
肺功能 尖峰呼氣流量(PEF)或 第一秒呼氣量(FEV_1)	正常	＜80%預測值或個人最佳值	
急性惡化	沒有	每年一次或以上	在任何一週中出現一次或以上

全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案

依 112 年 2 月 10 日健保醫字第 1120102169 號公告自 112 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，將腫瘤患者經手術、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，讓患者能順利完成整個西醫療程，發揮最大療效；尤其對末期患者所出現的惡病質，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，提升患者的生活品質。

三、施行期間：112 年 1 月 1 日至 112 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「中醫癌症患者加強照護整合方案」專款項目下支應。

五、適用範圍：

(一)癌症患者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患者。

(二)癌症患者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患者，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患者，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 > 醫事機構 > 網路申辦及查詢(醫事機構) > 中醫總額醫療照護試辦計畫。

(三)特定癌症患者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.-。

(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.-、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患者。

註 1：癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫、癌症患者中醫門診延長照護計畫及特定癌症患者中醫門診加強照護計畫：同一患者不得於三項計畫併行收案。

註 2：癌症患者中醫門診延長照護計畫：同一患者，每月限收案兩次(含跨院)。

六、申請資格及退場機制：

(一)癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫及癌症患者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。

(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者；前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)。

(四)退場機制：前一年度結案患者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)癌症患者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)癌症患者中醫門診延長照護計畫患者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.癌症患者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.癌症患者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。

(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. 癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫及癌症患者中醫門診延長照護計畫：每一個案收案期間限申報一次。

2. 特定癌症患者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. 癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫及特定癌症患者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. 癌症患者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 Qality 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. 癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫及癌症患者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. 特定癌症患者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(癌症患者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(癌症患者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(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)，且經保險人予以停止特約或終止特約者，本方案執行資格將同步自處分停約或終止特約日起終止。

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患療效評估等資料(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。

附表

全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案申請表

□癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫

□癌症患者中醫門診延長照護計畫

□特定癌症患者中醫門診加強照護計畫

<table>
<tr><td rowspan="11">基本資料</td><td>院所名稱</td><td colspan="2"></td><td>院所代碼</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>本方案負責醫師姓名</td><td colspan="2"></td><td>身分證字號</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>本方案負責醫師學經歷</td><td colspan="2"></td><td>聯絡電話</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="6">E-mail：</td></tr>
<tr><td>醫師姓名</td><td>身分證字號</td><td colspan="2">中醫師證書字號</td><td>中醫執業年資</td><td>受訓課程日期</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">台中字第　　號</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">台中字第　　號</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">台中字第　　號</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">台中字第　　號</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">台中字第　　號</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">保險醫事服務機構自評項目</td><td>請Ｖ選</td><td>備註</td></tr>
<tr><td colspan="4">院所是否二年內未違反健保相關法規</td><td>□未違反□違反</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">醫師是否二年內未違反健保相關法規</td><td>□未違反□違反</td><td></td></tr>
<tr><td>機構章戳</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>(本欄位由中醫全聯會填寫)
中醫全聯會審核意見欄</td><td>1□審核通過。
2□不符合規定。
3□資料不全，請於　　月　　日內補齊。
4□其他。

審核委員：　　審核日期：　　年　　月　　日</td></tr>
</table>

附件 一

台灣版簡明疲憊量表 (BFI-T)

在我們生活中，大多數我們有時會感到疲倦或疲憊。在過去一週中，您是否曾感到不尋常的疲倦或疲憊？是　　否

1.請在下面數字中圈選一個，以表示現在的疲憊(疲倦、疲勞)程度

無疲憊　0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10　能想像最嚴重的程度

2.請在下面數字中圈選一個，以表示過去 24 小時中一般疲憊(疲倦、疲勞)的程度

無疲憊　0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10　能想像最嚴重的程度

3.請在下面數字中圈選一個，以表示過去 24 小時中疲憊(疲倦、疲勞)最劇烈時的程度

無疲憊　0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10　能想像最嚴重的程度

4.請在下面數字中圈選一個，以表示過去 24 小時中，疲憊(疲倦、疲勞)影響您的程度

(1)一般活動

無疲憊　0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10　能想像最嚴重的程度

(2)情緒

無疲憊　0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10　能想像最嚴重的程度

(3)行走能力

無疲憊　0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10　能想像最嚴重的程度

(4)日常工作(包括外出工作及家事)

無疲憊　0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10　能想像最嚴重的程度

(5)與人交往

無疲憊　0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10　能想像最嚴重的程度

(6)生活樂趣

無疲憊　0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10　能想像最嚴重的程度

附件二

台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷 (WHOQOL-BREF)

1.整體來說，您如何評價您的生活品質？

□極不好 □不好 □中等程度好□好□極好

2.整體來說，您滿意自己的健康嗎?

□極不滿意 □不滿意□中等程度滿意 □滿意□極滿意

3. 您覺得身體疼痛會妨礙您處理需要做的事情嗎？

□完全沒有妨礙 □有一點妨礙□中等程度妨礙 □很妨礙□極妨礙

4. 您需要靠醫療的幫助應付日常生活嗎?

□完全沒有需要 □有一點需要□中等程度需要 □很需要□極需要

5.您享受生活嗎？

□完全沒有享受 □有一點享受□中等程度享受 □很享受□極享受

6.您覺得自己的生命有意義嗎？

□完全沒有□有一點有□中等程度有□很有□極有

7. 您集中精神（含思考、學習、記憶）的能力有多好？

□完全不好□有一點好□中等程度好□很好□極好

8.在日常生活中，您感到安全嗎?

□完全不安全□有一點安全□中等程度安全 □很安全□極安全

9.您所處的環境健康嗎?(如污染、噪音、氣候、景觀等)

□完全不健康□有一點健康□中等程度健康 □很健康□極健康

10. 您每天的生活有足夠的精力嗎?

□完全不足夠□少許足夠 □中等程度足夠□很足夠□完全足夠

11. 您能接受自己的外表嗎?

□完全不能夠□少許能夠 □中等程度能夠□很能夠□完全能夠

12. 您有足夠的金錢應付所需嗎?

□完全不足夠□少許足夠 □中等程度足夠□很足夠□完全足夠

13. 您能方便得到每日生活所需的資訊嗎？

□完全不方便□少許方便□中等程度方便 □很方便□完全方便

14.您有機會從事休閒活動嗎?

□完全沒有機會 □少許機會 □中等程度機會 □很有機會□完全有機會

15.您四處行動的能力好嗎？

□完全不好□有一點好□中等程度好 □很好□極好

16. 您滿意自己的睡眠狀況嗎?

□極不滿意□不滿意□中等程度滿意 □滿意□極滿意

17. 您對自己從事日常活動的能力滿意嗎?

□極不滿意□不滿意□中等程度滿意 □滿意□極滿意

18. 您滿意自己的工作能力嗎？

□極不滿意□不滿意□中等程度滿意 □滿意□極滿意

19.您對自己滿意嗎?

□極不滿意□不滿意□中等程度滿意 □滿意□極滿意

20. 您滿意自己的人際關係嗎?

□極不滿意□不滿意□中等程度滿意 □滿意□極滿意

21. 您滿意自己的性生活嗎?

□極不滿意□不滿意□中等程度滿意 □滿意□極滿意

22. 您滿意朋友給您的支持嗎?

□極不滿意□不滿意□中等程度滿意 □滿意□極滿意

23.您滿意自己住所的狀況嗎?

□極不滿意 □不滿意□中等程度滿意 □滿意□極滿意

24.您對醫療保健服務的方便程度滿意嗎？

□極不滿意 □不滿意□中等程度滿意 □滿意 □極滿意

25.您滿意所使用的交通運輸方式嗎？

□極不滿意□不滿意□中等程度滿意□滿意□極滿意

26. 您常有負面的感受嗎？（如擔心、傷心、緊張、焦慮、憂鬱等）

□從來沒有□不常有□一半有一半沒有□很常有□一直都有

27.您覺得自己有面子或被尊重嗎?

□完全沒有 □有一點有 □中等程度有□很有□極有

28.您想吃的食物通常都能吃到嗎?

□從來沒有□不常有□一半有一半沒有□很常有□一直都有

附件三

全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案給付項目及支付標準

通則：

一、本標準所訂支付點數除另有規定外，係包括中醫師診療、處置、處方、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本(如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出)。

二、針灸、傷科及脫臼整復每次診療得合併申報本方案之診察費項目，不受同一療程規定之限制。

三、本方案之中醫輔助醫療服務量、針灸、傷科及脫臼整復合計申報量，應獨立計算且申報時不併入該院所原門診合理量、針灸、傷科及脫臼整復原合計申報量計算。

四、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。

五、申報中醫護理衛教費及營養飲食指導費，應於該次診療服務合併實施治療評估，並於病歷詳細載明評估結果及治療方式。

六、本方案之案件當次不得另行申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫各章節之診療項目。

支付標準表(一)

-癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫

第一章 中醫輔助醫療診察費

編號	診療項目	支付點數
P34001	中醫輔助醫療診察費	350

第二章 藥費

編號	診療項目	支付點數
P34021	每日藥費	100
註：出院患者必要時得開給 7 天藥品		

第三章 針灸治療

編號	診療項目	支付點數
P34031	針灸治療處置費	400
P34032	電針治療	500
註：P34031、P34032 每次治療擇一申報。		

第四章 傷外科治療

編號	診療項目	支付點數
P34041	一般治療(含推拿治療或外敷藥處置)	300

第五章 疾病管理照護費

編號	診療項目	支付點數
P34051	中醫護理衛教費	300
P34052	營養飲食指導費	250
P34053	癌症治療功能性評估： (1)一般性量表(FACT-G) (第四版) (2)生活品質評估(ECOG)	1,000
註：1.P34051、P34052 每一個案住院期間限申報一次費用。 2.P34053 癌症治療功能性評估： (1)以個案為單位。 (2)須於收案後三日內及出院前各執行一次，前後測量表限各申報一次費用。 (3)每次須同時完成該項所列之量表並登錄於 VPN。		

第六章 藥品調劑費

編號	診療項目	支付點數
P34061	藥品調劑費	50/次

第七章 中醫輔助醫療檢查費

編號	診療項目	支付點數
P34071	中醫輔助醫療檢查費(舌診儀)	500/次
P34072	中醫輔助醫療檢查費(脈診儀)	500/次
註：每個月每項限申請一次，未檢查者不得申報。		

支付標準表(二)

-癌症患者中醫門診延長照護計畫

第一章　中醫門診延長照護費

編號	診療項目	支付點數
P59011	中醫門診延長照護費(全日照護時間大於六小時，包含醫師早晚診察至少兩次)	1,380/日

第二章　藥費

編號	診療項目	支付點數
P59021	每日藥費	100
註：收案期間結束之患者必要時得加開七日藥費。		

第三章　藥品調劑費

編號	診療項目	支付點數
P59031	藥品調劑費	50

第四章　治療處置費

編號	診療項目	支付點數
P59041	針灸(或電針)治療處置費	500/日
P59042	傷科(含推拿治療或外敷換藥處置)治療處置費	500/日

第五章　中醫輔助醫療檢查費

編號	診療項目	支付點數
P59051	中醫輔助醫療檢查費 (舌診儀)	500/次
P59052	中醫輔助醫療檢查費 (脈診儀)	500/次
註：每一個案收案期間限申請一次。		

第六章　疾病管理照護費

編號	診療項目	支付點數
P59061	生理評估費(含前後測) 1.放化療副作用評估表(CTCAE) 2.台灣版簡明疲憊量表(BFI-T) 3.台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷(WHOQOL-BREF)	1,000
P59062	營養飲食指導費	250
P59063	護理衛教指導費	300
註 1.P59061： (1)須以個案為單位，每一個案收案期間限申請一次。 (2)須完成 BFI-T、WHOQOL-BREF 及 CTCAE 評估表之前測及後測並登錄於 VPN，方可申請費用。 註 2.P59062、P59063：每一個案收案期間限申請一次。		

支付標準表(三)

-特定癌症患者中醫門診加強照護計畫

編號	診療項目	支付點數
P56001	特定癌症門診加強照護費(給藥日數 7 天以下) 註：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥	700
P56002	特定癌症門診加強照護費(給藥日數 8-14 天) 註：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥	1,050
P56003	特定癌症門診加強照護費(給藥日數 15-21 天) 註：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥	1,400
P56004	特定癌症門診加強照護費(給藥日數 22-28 天) 註：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥	1,750
P56005	特定癌症針灸或傷科治療處置費 註：本項處置費每月申報上限為 12 次，超出部分支付點數以零計。	400
P56006	疾病管理照護費 註： 1.包含中醫護理衛教及營養飲食指導。 2.限 60 日申報一次，申報此項目者，須參考衛教表單(如附件四)提供照護指導，並應併入病患之病歷紀錄備查。	550
P56007	生理評估費 1.癌症治療功能性評估：一般性量表(FACT-G)(第四版) 2.生活品質評估(ECOG) 註：1.前測(收案三日內)及後測(收案 60 日內)量表皆完成，方可申請費用。 2.限 60 日申報一次，並於病歷詳細載明評估結果。	1,000
P56008	藥品調劑費	50
P56009	特定癌症門診加強照護費(給藥日數 29-35 天) 註 1：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥。 註 2：限預定出國或返回離島地區、遠洋漁船船員出海作業或國際航線船舶船員出海服務、罕見疾病病人及經保險人認定確有一次領取該處方箋總用藥量必要之特殊病人(需附相關證明) 。	2,100
P56010	特定癌症門診加強照護費(給藥日數 36-42 天) 註 1：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥。 註 2：限預定出國或返回離島地區、遠洋漁船船員出海作業或國際航線船舶船員出海服務、罕見疾病病人及經保險人認定確有一次領取該處方箋總用藥量必要之特殊病人(需附相關證明) 。	2,450
P56011	特定癌症門診加強照護費(給藥日數 43-49 天) 註 1：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥。 註 2：限預定出國或返回離島地區、遠洋漁船船員出海作業或國際航線船舶船員出海服務、罕見疾病病人及經保險人認定確有一次領取該處方箋總用藥量必要之特殊病人(需附相關證明) 。	2,800
P56012	特定癌症門診加強照護費(給藥日數 50-56 天) 註 1：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥。 註 2：限預定出國或返回離島地區、遠洋漁船船員出海作業或國際航線船舶船員出海服務、罕見疾病病人及經保險人認定確有一次領取該處方箋總用藥量必要之特殊病人(需附相關證明) 。	3,150

附件四

全民健康保險特定癌症患者中醫門診加強照護計畫
疾病管理照護衛教表單

接受放射線治療、化學治療時，大多數之副作用是暫時發生的，以下列出您應知道可能出現的副作用及建議處理方式：

(一)血球下降：

照護方式：

1.經常使用肥皂或洗手乳洗手並養成良好衛生習慣。

2.避免接觸有感冒症狀者。

3.避免到公共場所，出門戴口罩，口罩潮濕後需立即更換。

4.不可生食，生食及熟食之砧板應分開使用，水果一定要洗乾淨或削(剝)皮食用。

5.充分的休息，以恢復體力，晚上充足睡眠，白天限制活動量，以減少體力的消耗。

6.可多攝取補血的食物，例如深綠色的葉菜類(菠菜)、紅豆、番茄(需煮熟)、葡萄(乾)、肉類以及動物的肝臟。

7.如果白血球不足時可選擇中藥的黃耆、黨參、枸杞、紅棗、雞血藤煮湯服用。

8.姿勢改變時，如要從坐下或躺下的姿勢站起來時，動作宜放慢一點，以免感到頭暈目眩。

9.注意步態，小心跌倒。

(二)噁心、嘔吐：

噁心、嘔吐是接受化學治療的人最擔心的副作用，但通常在化療後就會跟著逐漸消失。

照護方式：

1.宜攝取易吸收的食物，可吃流質或半流質飲食，少量多餐，避免空腹太久。

2.攝取清淡飲食，避免油膩、辛辣及含香料食物。

3.選用有止嘔作用的食物(如，生薑...)，口感微酸的食物(如，酸梅、檸檬、仙楂餅)，以減輕噁心症狀。

(三)謹慎選擇健康食品：

雞精、蜆精、人參(皂苷)、五味子芝麻錠、牛樟芝、靈芝、桑黃、巴西蘑菇、冬蟲夏草、七葉膽、蜂膠、薑黃、天山雪蓮、褐藻醣膠、諾利果、天仙液、酵素、左旋麩醯胺酸、魚油(Eicosa Pentaenoic Acid，EPA)、高蛋白素營養品。

(四)生活作息：

1.飲食有節，起居有常，不妄作勞。

2.在中醫的觀念中，保持充分休息，晚上 11 點前就寢，維持精神舒暢，不發怒，避免憂鬱緊張，不過度房事，飲食五～七分飽，如此可以使我們的身體得到良好的復原。

(五)其他事項補充：

全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

依 112 年 2 月 10 日健保醫字第 1120102169 號公告自 112 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

早期中醫介入腎病病人，減緩腎病惡化，延緩洗腎時程，提升病人生活品質，發展中西醫結合治療之醫療照護模式。

三、施行期間：112 年 1 月 1 日至 112 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「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」專款項目下支應。

五、適用範圍

慢性腎臟疾病(Chronic Kidney Disease, 以下稱CKD) stage 2~5 期之病人，主診斷為ICD-10-CM為N18.2-N18.6(慢性腎病)之病人。

(一) CKD stage 2：腎絲球過濾率估算值(estimated Glomerular filtration rate, 以下稱eGFR) 60~89.9 mL/min/1.73 m^2合併有蛋白尿〔尿蛋白與尿液肌酸酐比值(Urine protein/creatinine ratio,以下稱UPCR) >=150mg/gm，糖尿病患者的尿微蛋白與尿液肌酸酐比值(Urine albumin/creatinine ratio, 以下稱UACR) >=30mg/gm 〕或血尿之各種疾病病人。

(二) CKD stage 3~5：eGFR＜60 ml/min /1.73m^2之各種疾病病人。

六、申請資格

(一) 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。

(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者；前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)。

七、結案條件

(一) 腎功能持續改善至stage 1。

(二) 於收案期間，發生急性腎衰竭、接受器官移植、接受血液透析、腹膜透析者。

(三) 病人中斷照護超過90日。

八、申請程序

中醫門診特約保險醫事服務機構應檢送申請表(如附件一)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。

九、申請資格審查

(一) 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算。

(二) 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、執行方式

(一) 中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。

(二) 檢查數據：

1. 收案時：

(1) CKD stage 2者：須檢附之檢查數據包含血壓、eGFR、血清肌酐酸(Serum creatinine, 以下稱Cr)、UPCR (或糖尿病病人採UACR)及糖尿病病人必填醣化血紅素(Hemoglobin A1c,HbA1C)。

(2) CKD stage 3~5者：須檢附之檢查數據包含血壓、eGFR、血清肌酐酸(Cr)及糖尿病病人必填醣化血紅素(HbA1C)。

2. 重新檢附檢查數據之頻率：

(1) CKD stage 2者：每6個月須重新檢附檢查數據。

(2) CKD stage 3~5者：每3個月須重新檢附檢查數據。

3.本計畫所訂檢驗費限健保醫療資訊雲端查詢系統查詢患者資料未紀錄檢查數據者及符合開具檢驗資格之中醫師申報，且以與西醫不重複檢驗為原則。

(三) 疾病管理照護：

1. 收案時須填寫「CKD 新收個案基本資料與病史紀錄表」(附表一)及生活品質量表(EuroQol instrument,以下稱 EQ-5D) (附表二)，且每6個月執行一次。

2. 給予病人中醫衛教、營養飲食指導及運動指導並記載檢查數據(查詢健保醫療資訊雲端查詢系統) (疾病管理照護衛教表單詳附表三)。

(四) 收案後應依本計畫進行照護，均須完成各項支付標準所列之量表，並將收案對象之基本資料(包含血壓、Cr、eGFR項目)、量表結果、腎功能評估及慢性腎疾病分期數據於執行期限之次月20日前登錄於健保資訊網服務系統(以下稱VPN)，每次須完成各項支付標準所列之量表需並於每季結束上傳中醫全聯會，未登錄VPN者不予支付該次費用。

(五) 本計畫限單一院所收案，不得重複。

十一、支付方式

(一)本計畫之給付項目及支付標準表如附件二。

(二)本計畫預算，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「JP」(全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫)。

(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

(一)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，檢送執行報告及實施效益至中醫全聯會，其內容將做為下年度申請資格審查之依據。

(二)實施效益須包含下列項目：

1. CKD stage 2~3a 者：eGFR 較新收案時改善（eGFR>新收案時）。
2. CKD stage 3b~5者：收案一年(或12個月)後，糖尿病病人 eGFR 下降速率＜6 ml/min/1.73m2 /year；非糖尿病病人 eGFR 下降速率＜4 ml/min/1.73m2 /year。

十四、退場機制：

(一) 參加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(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)，且經保險人予以停止特約或終止特約者，本計畫執行資格將同步自處分停約或終止特約日起終止。

(二) 本計畫之承作院所於生活品質量表(EQ-5D)之回收率低於 60%或 CKD stage 3~5 病人之檢查數據上傳率低於 60%者，次年不得承作本計畫。

十五、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，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附件一

全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫申請表

<table>
<tr><td rowspan="12">基本資料</td><td>院所名稱</td><td colspan="2"></td><td>院所代碼</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>本計畫負責醫師姓名</td><td colspan="2"></td><td>身分證字號</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>本計畫負責醫師學經歷</td><td colspan="2"></td><td>聯絡電話</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="6">E-mail：</td></tr>
<tr><td>醫師姓名</td><td>身分證字號</td><td colspan="2">中醫師證書字號</td><td>中醫執業年資</td><td>受訓課程日期</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">台中字第　　號</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">台中字第　　號</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">台中字第　　號</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">台中字第　　號</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">台中字第　　號</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">保險醫事服務機構自評項目</td><td colspan="2">請 V 選</td><td>備註</td></tr>
<tr><td colspan="3">院所是否二年內未違反健保相關法規</td><td colspan="2">□未違反□違反</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">醫師是否二年內未違反健保相關法規</td><td colspan="2">□未違反□違反</td><td></td></tr>
<tr><td>機構章戳</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

(本欄位由中醫全聯會填寫) 中醫全聯會審核意見欄	**1□審核通過。 2□不符合規定。 3□資料不全，請於　　月　　日內補齊。 4□其他。 審核委員：　　審核日期：　　年　　月　　日**

附件二

全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫
給付項目及支付標準表

通則：

一、本標準所訂支付點數除另有規定外，係包括中醫師診療、處置、處方、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本(如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出)。

二、本計畫之中醫輔助醫療服務量、針灸及傷科申報量，應獨立計算且申報時不併入該院所原門診合理量、針灸及傷科申報量計算。

三、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。

四、申報疾病管理照護費，應於該次診療服務合併實施治療評估，並於病歷詳細載明評估結果及方式。

五、本計畫之案件當次不得另行申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫各章節之診療項目。

全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

支付標準表

編號	診療項目	支付點數
P64001	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 7 天以下） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病患病歷記錄備查。	900
P64002	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 8-14 天） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病患病歷記錄備查。	1,250
P64003	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 15-21 天） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病患病歷記錄備查。	1,600
P64004	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 22-28 天） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病患病歷記錄備查。	1,950
P64005	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 7 天以下、針灸處置） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、針灸處置費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病患病歷記錄備查。	1,300
P64006	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 8-14 天、針灸處置） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、針灸處置費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病患病歷記錄備查。	1,650
P64007	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 15-21 天、針灸處置） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、針灸處置費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病患病歷記錄備查。	2,000
P64008	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 22-28 天、針灸處置） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、針灸處置費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病患病歷記錄備查。	2,350

編號	診療項目	支付點數
P64009	中醫慢性腎臟病加強照護費（未給口服藥、針灸處置同療程第 1 次） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、針灸處置費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病患病歷記錄備查。	800
P64010	中醫慢性腎臟病針灸照護費(同療程第 2~6 次) 註： 1.限與 P64005、P64006、P64007、P64008、P64009 合併申報。 2.同一療程「中醫慢性腎臟病加強照護費(針灸處置)」及「中醫慢性腎臟病針灸照護費(同療程第 2~6 次)」合計每週限申報 3 次。	300
P64011	疾病管理照護費 註： 1.中醫衛教、營養飲食指導、運動指導及檢查數據記載(雲端查詢)。 2.須檢附相關檢查數據： (1)CKD stage 2 者：每 6 個月須重新檢附於病歷。 (2)CKD stage 3~5 者：每 3 個月須重新檢附於病歷。 3.限 56 天(含)以上申報一次。	500
P64012	中醫慢性腎臟病治療功能性評估： 1.CKD 新收個案基本資料與病史紀錄表 (附表一) 2.生活品質量表(EQ-5D) (附表二) 3.需於病歷及 VPN 登錄下列項目： (1)CKD stage 2 者：血壓、eGFR、血清肌酐酸(Cr)、UPCR (或糖尿病患者的 UACR)、糖尿病病人必填醣化血紅素(HbA1C)、腎功能評估及慢性腎疾病分期。 (2)CKD stage3~5 者：血壓、eGFR、血清肌酐酸(Cr)、糖尿病病人必填醣化血紅素(HbA1C)、腎功能評估及慢性腎疾病分期。 註 1：每一個案限每 6 個月申報一次費用(每次須同時完成各項所列之量表) 註 2：需有病人新收案或前一次功能性評估之量表及檢驗檢查，且已於 VPN 登錄者，始得申報本項。 註 3：申報 2 次加強照護費及 1 次疾病管理照護費後，始得申報本項。	700
註 1：含藥費之加強照護費(P64001-P64008)與不含藥費之加強照護費(P64009)，需≧28 天始得相互轉換。 註 2：P64001、P64002、P64003、P64004、P64005、P64006、P64007、P64008、P64009 每次診療限擇一申報。 註 3：同一療程 P64005、P64006、P64007、P64008、P64009 限擇一申報。		

檢驗費

編號	診療項目	支付點數
P64013	尿蛋白與尿液肌酸酐比值 UPCR (Urine protein/creatinine ratio)	80
P64014	尿微蛋白與尿液肌酸酐比值 UACR (Urine albumin/creatinine ratio)	315
09006C	醣化血紅素 HbA1C (Hemoglobin A1c)	200
09015C	肌酐、血 Creatinine (B) CRTN	40

附表一

全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

CKD 新收個案基本資料與病史紀錄表

一、基本資料：

姓名：　　生日：　　身分證字號：　　病歷號：　　性別：

職業：　　教育程度：

二、病史記錄：

（1）如何發現自己有腎臟病？

因出現不同之症狀就醫檢查發現□ 是□ 否□ 不知道

因懷疑自己有腎臟病求醫檢查發現□ 是□ 否□ 不知道

因服用若干藥物懷疑會影響腎臟求醫發現□ 是□ 否□ 不知道

因其他疾病檢查時偶然發現是腎臟病□ 是□ 否□ 不知道

因體檢或健康檢查偶然發現□ 是□ 否□ 不知道

*（2）發現腎臟疾病之後是否有下列症狀？

a. 沒有症狀□是　□否（請續答）

b. 有症狀如下，可多選

類似感冒症狀，一直未癒□ 是□ 否□ 不知道

蛋白尿或血尿□ 是□ 否□ 不知道

眼瞼浮腫或手腳水腫□ 是□ 否□ 不知道

背部肋骨下緣疼痛□ 是□ 否□ 不知道

時常覺得倦怠無力□ 是□ 否□ 不知道

夜裡無法入睡□ 是□ 否□ 不知道

血壓高，全身不適□ 是□ 否□ 不知道

夜裡頻尿，無法入睡□ 是□ 否□ 不知道

尿量減少□ 是□ 否□ 不知道

胃口不好□ 是□ 否□ 不知道

常有噁心、嘔吐之情形□ 是□ 否□ 不知道

爬樓梯時，容易有呼吸喘之情形□ 是□ 否□ 不知道

有頭暈、眼花之情形或貧血□ 是□ 否□ 不知道

夜裡須採坐姿，才能入睡□ 是□ 否□ 不知道

*（3）使用藥物病史：

因疼痛服用止痛劑□沒有服用□偶爾服用□一個月 1-2 次 □每周 1-2 次□幾乎每天使用

常常打針，如（消炎、止痛）□沒有 □偶爾打針 □時常打針(請填頻率)_____

服用草藥偏方□沒有服用 (若有服用，請寫下藥名與勾選使用頻率)

_____ □偶爾服用 □一個月 1-2 次 □每周 1-2 次□幾乎每天使用

_____ □偶爾服用 □一個月 1-2 次 □每周 1-2 次□幾乎每天使用

_____ □偶爾服用 □一個月 1-2 次 □每周 1-2 次□幾乎每天使用

_____ □偶爾服用 □一個月 1-2 次 □每周 1-2 次□幾乎每天使用

附表二

健康問卷

台灣正體中文版

(Traditional Chinese version for Taiwan)

EQ-5D-5L 照顧者版本：1

**(請病人的照顧者設想他(她)[意指照顧者]
會如何評價病人的健康狀況)**

Taiwan (Traditional Chinese) © 2015 EuroQol Research Foundation. EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Research Foundation

在每個標題下，請勾**選一個最能描述*(請插入受健康評量病人的姓氏或名字, 如張先生或麗美)*今天健康狀況的方塊**。

行動能力

他(她)可以四處走動，沒有任何問題 ❑
他(她)在四處走動方面有些問題 ❑
他(她)在四處走動方面有中度的問題 ❑
他(她)在四處走動方面有嚴重的問題 ❑
他(她)無法四處走動 ❑

自我照顧

他(她)能洗澡或穿衣，沒有任何問題 ❑
他(她)在洗澡或穿衣方面有些問題 ❑
他(她)在洗澡或穿衣方面有中度的問題 ❑
他(她)在洗澡或穿衣方面有嚴重的問題 ❑
他(她)無法自己洗澡或穿衣 ❑

平常活動*（如工作、讀書、家事、家庭或休閒活動）*

他(她)能從事平常活動，沒有任何問題 ❑
他(她)在從事平常活動方面有些問題 ❑
他(她)在從事平常活動方面有中度的問題 ❑
他(她)在從事平常活動方面有嚴重的問題 ❑
他(她)無法從事平常活動 ❑

疼痛 / 不舒服

他(她)沒有任何疼痛或不舒服 ❑
他(她)覺得有些疼痛或不舒服 ❑
他(她)覺得中度疼痛或不舒服 ❑
他(她)覺得嚴重疼痛或不舒服 ❑
他(她)覺得極度疼痛或不舒服 ❑

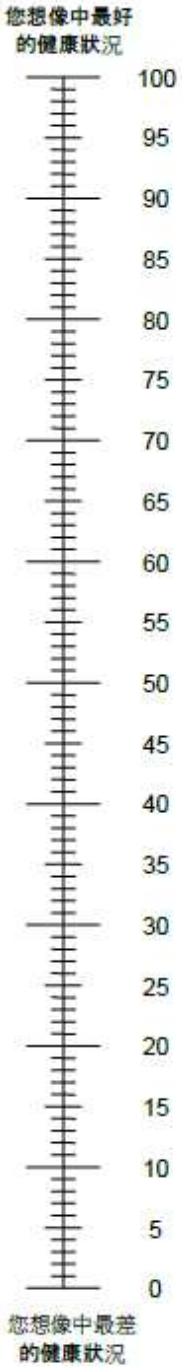
焦慮 / 沮喪

他(她)不覺得焦慮或沮喪 ❑
他(她)覺得有些焦慮或沮喪 ❑
他(她)覺得中度焦慮或沮喪 ❑
他(她)覺得嚴重焦慮或沮喪 ❑
他(她)覺得極度焦慮或沮喪 ❑

Taiwan (Traditional Chinese) © 2015 EuroQol Research Foundation. EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Research Foundation

- 我們想知道您**認為** ***(請插入受健康評量病人的姓氏或名字, 如張先生或醫美)*** **今天健康狀況的好壞。**
- 這個刻度尺有從 0 到 100 的數字。
- **100 代表您想像中<u>最好</u>的健康狀況。**
  0 代表您想像中<u>最差</u>的健康狀況。
- 請在刻度尺上打個 "X"，指出您**認為** ***(請插入受健康評量病人的姓氏或名字, 如張先生或醫美)*** **今天的健康狀況的好壞。**
- 現在請在以下空格中，寫下您在刻度尺上標示的那個數字。

病人**今天的健康狀況** ☐



Taiwan (Traditional Chinese) © 2015 EuroQol Research Foundation. EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Research Foundation

附表三

全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

疾病管理照護衛教表單

□一、健康生活型態：

1.維持理想體重：**BMI** 介於 **18.5~23.9**。

2.適度運動：每週至少運動三次，如打太極拳、作甩手功，每次 **30** 分鐘，可防止骨質疏鬆，並減緩及預防血管硬化，更可保持免疫力。

3.戒菸、不酗酒、不熬夜。

4.注意保暖。

□二、均衡飲食：

1.不宜大補特補，避免坊間常見的十全大補湯、藥燉排骨、薑母鴨、麻油雞等溫燥食物，會使邪氣留滯，火氣更大。忌油膩辛辣刺激食物，不宜進食生冷飲食。適量蛋白質攝取，避免大魚大肉。

2.水果：應避免楊桃，此外，富含鉀離子的香蕉和柿餅也要注意。

3.飲食宜營養豐富而清淡易消化，少鹽、少調味料、少加工品，減低腎臟負荷，以延緩腎功能惡化。

4.適量喝水、勿憋尿。運動飲料含有額外的電解質與鹽分，腎病患者宜少食這類飲料。

□三、不亂吃藥：

1.服用藥物應諮詢及遵從醫藥專業人員指導。

2.不濫用止痛藥及來路不明藥物。

3.不聽信偏方草藥。

4.不輕易聽信廣告成藥的藥效。

□四、自我監測及健康檢查：

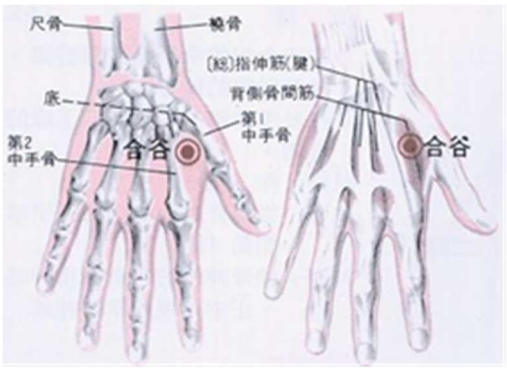
1.原發性腎絲球腎炎需長期監控。

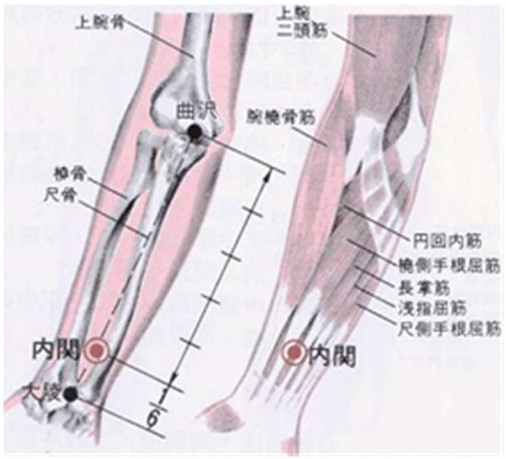
2.控制好原有的慢性病：糖尿病做好血糖控制，醣化血色素**<7%**；高血壓做好血壓控制，血壓控制 **130/80mmHg**；痛風患者應控制尿酸。

3.觀察尿液型態：排尿頻率、尿液顏色、味道、尿量、是否為血尿或泡沫尿。

4.定期健康檢查：最好每半年做一次尿液和血液肌酸酐和尿素氮檢。**40~64** 歲者，每三年可做一次健康檢查；大於 **65** 歲，每年可做一次健康檢查。

穴位按摩：

<table>
<tr>
<td rowspan="2">手部</td>
<td>
合谷穴


</td>
<td>
位置：
手背拇指掌骨～食指掌骨之間，食指掌骨的中點處。
</td>
</tr>
<tr>
<td>
內關穴


</td>
<td>
位置：
前臂內側 (掌側)，腕橫紋上 2 寸(三指橫幅)，兩筋 (掌長肌腱與橈側腕屈肌腱) 之間。
</td>
</tr>
<tr>
<td>足部</td>
<td>
太谿穴

</td>
<td>
位置：
足內側部，內踝後方，內踝尖與跟腱之間凹陷處。
</td>
</tr>
</table>

以上圖片來源：《經絡與穴道》

全民健康保險乳癌醫療給付改善方案

壹、前言

癌症「早期發現，早期治療」，其療效佳且治癒機會大；否則，不僅療效不佳且耗費更多的醫療資源。某醫院以該院乳癌病人為例進行五年存活率與醫療費用分析，研究結果發現第 0 期五年存活率為 95.7%，第 4 期五年存活率則為 18.5%。醫療費用分析結果發現乳癌病人經治療後，再復發者之醫療費用是無病狀態者的 6.7 倍，而第 4 期乳癌病人的醫療費用是第 0 期病人的 5 倍多，是第 1 期病人的 3 倍多。

但如果只做到「早期發現，早期治療」，癌症仍不足以獲得最佳療效，需要「早期正確診斷，早期正確治療」，癌症方可獲得最佳療效。早期正確診斷有賴於足夠且有效的檢查，才可以提供正確癌症分期，進而使癌症醫療團隊得以決定最好的醫療策略。早期正確治療不但需給予足夠的醫療服務，且依照臨床實驗認可的診療準則完整、徹底的執行治療。在目前論量計酬支付制度下，並無確保醫療品質機制的醫療服務，醫療服務提供者沒有誘因提供有效的檢查與正確且足夠的醫療服務，另保險人為控制醫療費用，常會刪減到必要的醫療服務項目，在此制度的窘境下，無法分辨刪減的醫療服務是否真的是浪費；醫療服務提供者的窘境為有意盡全力提供病人醫療服務，但同時必需考慮保險人支付的不足引起財務虧損。在論量計酬支付制度且無確保醫療品質機制的環境下，因為無有效為病人規劃治療，而使得病人持續回來接受醫療服務，反而使醫療服務提供者獲利。

「癌症治療只有一次機會」這句話道出癌症治療的重要特性。三種癌症常用的治療方式為手術、化學治療與放射治療。如果第一次手術沒有將腫瘤完全切除乾淨，癌細胞可能很容易擴散。第一次化學治療如果沒有使用有效化學治療藥物與足夠的劑量，則不僅無法達到治療效果，也會增加癌症抗藥性導致復發與轉移機率。有效治療癌症放射治療劑量僅 7000 雷得(cGY)，心臟最多能承受放射治療的劑量為 5000 雷得(cGY)，肺部則約只能承受 2000 雷得(cGY)。在第一次放射

治療時，如果沒有做詳細的治療計畫，正確針對腫瘤部位給予足夠劑量，不僅無法殺死癌細胞，而且同部位再給予第二次放射治療時，正常組織累積劑量將產生更大的副作用。在論量計酬支付制度且無確保醫療品質機制的環境下，保險人往往面臨無法分辨醫事服務機構放射治療的劑量是否正確或是被濫用的窘境。

提供醫療服務的目的不外是治療好疾病與照顧好病人，但其預後評估比較困難，而存活率是評估癌症病人預後最常用的指標，因此癌症治療的預後較一般疾病容易測量。如果癌症病人沒有接受有效、正確的診斷與治療，癌症容易復發與轉移，會影響病人存活年數，甚至短時間內致死；雖然醫學上無法保證每次治療成功率為百分之百，但正確的診療獲得好的預後機率一定比較高。

先進國家診療癌症病人往往可以依循診療準則(practice guidelines 或 protocols)，因此保險人與醫療服務提供者皆有可依循的規範，癌症病人亦可獲得妥善的醫療照顧服務。國內短時間內對於癌症病人診療與照顧服務準則尚無法達成共識，但我們可以發展具有確保醫療品質機轉的癌症支付制度，創造合理的醫療環境，讓醫療服務提供者可以有效的幫助癌症病人，同時又可達到控制醫療費用與確保醫療品質的目的。

本方案即根據癌症疾病屬性與其相關診療特性，嘗試以資料申報與專業審查監控癌症診斷正確性，以定期醫療品質報告(report)與癌症資料庫建立，確保癌症診療與照護品質。

貳、目標

一、提升乳癌病人照護之醫療品質。

二、建立以醫療品質導向之支付方式。

參、實施內容

一、參與醫院資格

(一) 每年執行乳癌手術人數達100人(註)以上，且已發展乳癌之 clinical practice guidelines 或 protocols，並建立何時修訂、如何修訂與監控乳癌診療準則實施結果之流程與機制。

(二) 已成立乳癌共同診療團隊，包括以下科別：

1. 具有外科、內科(含腫瘤內科)等各科別專任專科醫師至少二名。
2. 具有放射線(腫瘤)科、放射線(診斷)科、病理科、整型外科、精神科、復健科等各科別專任專科醫師至少各一名。
3. 以上相關醫事人員。

(三) 上述人員應定期開會討論，以整合各科意見，確定乳癌病人之診斷並提出最適之治療計畫，再由主治醫師根據討論結果或乳癌診療準則與患者討論，共同決定治療計畫。

(四) 已定期追蹤、收集不同期別乳癌病人之復發與存活資料，並建立可提供不同期別乳癌病人五年以上整體存活率與無病存活率統計之相關資料庫。

註：1.參與醫院應準備上述資料向本保險之分區業務組申請及備查 (備查資料明細及說明詳附件一)。

2.每年執行乳癌人數未達 100 人以上時，若其他條件皆符合本方案規定，由本保險之分區業務組審酌以專案辦理。

二、收案對象

(一) 收案範圍：

主診斷碼(ICD-10-CM)符合下列範圍(安寧療護個案除外)之女性新病人：C50.-、C79.2、C79.81、D05.00-D05.92、D48.60-D48.62、Z51.0、Z51.11

(二) 結案條件

1. 死亡。
2. 追蹤滿五年且無復發。

3. 中斷治療(歸責於病患因素)。

三、費用支付

(一) 支付標準涵蓋範圍

1. 符合收案範圍主診斷碼條件者至結案期間，參與醫院所提供之門、住診診療服務及居家照護。
2. 已收案之乳癌病人當次就診原因非收案範圍之主診斷，若併行乳癌相關治療，因相關治療費用已含於乳癌診療組合定額費用內，故乳癌相關治療費用不得再重複併行申報。

(二) 除全民健康保險法等相關規定本保險不給付項目外，不得另行向保險對象收取自費項目。

(三) 支付標準：詳附件二

(四) 經費預估

預估積極治療五年之醫療費用將增加二億六千萬元，惟本方案實施五年正面可估算效益若可減少現行乳癌患者之復發率 5%，且再復發者之醫療費用為無病狀態之七倍左右，估計五年節省復發者之醫療費用二億。

四、醫療費用申報、暫付、審查及結算方式

(一) 申報：

1. 該診療組合（分期）定額費用如含括門、住（含多次）診療時，請依現行方式逐次申報，惟處方治療明細（門診）、醫令點數清單（住院）之醫令類別請以「4（不計價）」申報，俟可申報診療組合（分期）定額費用時，再以醫令類別「2」申報診療組合（分期)定額費用。定額費用可併同該個案當月診療費用申報，

亦可獨立申報於門診或住院費用，若採獨立申報時，健保卡號請填「99」(若健保 IC 卡單軌實施後就醫序號請填「IC99」。

2. 病人中斷診療(含治療或追蹤)，其完成診療組合之申報，應依已施行之診療內容，改按最相近之組合申報，且未完成之分期定額支付項目，請於中斷後一次併同申報。

3. 為監控醫療品質，申報組合費用時須另申報個案醫療明細檔(申報格式詳附件三)，如未申報或內容有品質之虞者，則暫不支付該項費用，俟補正後再予支付。

4. 總表：併入現行送核費用申報辦理。

5. 門診醫療服務點數清單之申報：

(1) 案件分類欄位：應申報「E1(支付制度試辦計畫)」。

(2) 特定治療項目代號(一)欄位：應依個案申報「N(新發個案)」、「R(復發個案)」或「C(完成個案)」。

A. 未完成個案，每次申報費用時均應填寫「N」或「R」。

B. 完成診療組合(包括中斷治療）之個案，申報費用時均應填寫「C」。

C. 本欄位為2 BYTES，故登打時請左靠，不足之1 BYTE，請補空白。

(3) 門診「就醫日期」及「治療迄日」欄位：

依現行方式申報(如實施化學、放射治療時，同現行同一療程方式申報)，惟當次診療需填報醫令類別「2」之診療組合(分期)定額費用時，「就醫日期」應填該診療組合之開始治療日期(即該診療組合開始治療的第一天)，「治療迄日」填該(期)定額費用之診療截止日期。

(4) 申請金額欄位：將處方治療明細醫令類別「1」、「2」、「3」之費用扣除部分負擔申報。如申請金額為負數時，請依實際負數金額填寫。（例如：當次診療尚不能申報診療組合（分期）定額費用時，如果病患未領重大傷病卡或零期癌需部分負擔時，則申請金額為負數）

6. 住診醫療服務點數清單之申報：

(1) 案件分類欄位：應申報「4（支付制度試辦計畫）」

(2) 入出院日期欄位：請依現行方式以實際入出院日期填寫。

(3) 住診「申報期間－起」及「申報期間－迄」欄位：

依現行方式申報，惟當次診療需填報醫令類別「2」之診療組合(分期)定額費用時，「申報期間－起」請填該診療組合之開始治療日期(即該診療組合開始治療的第一天)，及「申報期間－迄」請填該(期)定額費用之治療截止日期。

(4) 病患來源欄位：應依個案申報「N(新發個案)」、「R(復發個案)」或「C(完成個案)」。

A.未完成個案，每次申報費用時均應填寫「N」或「R」。

B.完成診療組合(包括中斷治療)之個案，申報費用時均應填寫「C」。

(5) 申請金額欄位：將醫令清單醫令類別屬「1」、「2」、「3」之費用扣除部分負擔申報。如申請金額為負數時，請依實際負數金額填寫。(例如：當次診療尚不能申報診療組合(分期)定額費用時，又病患未領重大傷病卡或者屬零期癌需部分負擔時，則申請金額為負數)

7. 醫令申報：

(1) 診療組合定額費用

A. 診療組合定額項目：醫令類別請填「2」，其中住院申報之執行日期起迄欄，請填實際執行該（期）定額費用之起迄日期。

B. 實際醫療費用醫令項目：醫令類別請填「4」，其中住院申報之執行日期起迄欄，請填執行該醫令項目之起迄時間。

C. 醫令類別「4」之費用，請加總於門診處方治療明細之「合計金額」或住診點數清單之「醫療費用合計」欄位。

(2) 乳癌荷爾蒙治療費用

A. 以現行論量計酬方式申報，並可與任一診療組合併同申報。

B. 申報之醫令項目，須另申報一筆醫令類別為「4」之費用。

(二) 暫付：依現行暫付作業規定辦理。

(三) 審查：

1. 參加本方案之案件，其審查、申復及爭議審議，除另有規定外，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。
2. 對於參與醫院申報資料進行相關之檔案分析，經分析發現醫療品質有疑慮部分，得擇定不同之審查方式：
   (1) 實地審查
   (2) 重點抽審
   (3) 其他專業醫療品質評量

(四) 結算：

1. 針對完成診療組合之個案(即門診點數清單特定治療項目代號(一)欄位或住診點數清單病患來源欄位申報「C」者)，按季執行結算作業。
2. 對於變更治療組合之個案將依該個案完成治療時當次申報之治療組合，與先前申報之治療組合，結算其差額費用。
3. 中斷治療之個案，將依改按最相近之治療組合，與先前申報之治療組合，結算其差額費用。

五、品質監控

(一) 參與醫院定期向本保險之分區業務組申報品質資訊，包括：

1. 診療程序準則、診療計畫之訂定原則及修正重點(每年) 。
2. 乳癌共同診療團隊定期開會之會議紀錄及名單(每季抽調會議紀錄或實地審查) 。

3. 提供品質監控項目(詳附件四)之年中及年度報表。

4. 提升乳癌病人及家屬衛生教育之具體措施(每年)。

5. 其他與本方案相關之品質資訊，得由參與醫院與本保險之分區業務組討論後提交。

(二) 對於品質資訊有疑義部分，本保險之分區業務組得請參與醫院說明，或依醫院所提供之診療程序準則等文件，進行實地審查或重點抽審，以瞭解該院所之個案管理情形。

(三) 參與醫院除上述品質指標報告外，如另有攸關本方案之品質指標亦可提供。

(四) 醫院於實施期間或年度檢討時，經查醫療品質有重大缺失者，應停止其參與本方案資格。

六、獎勵措施

保險人應於每年年終，就前一年參與本方案期間乳癌病人第零期至第三期之無病存活率及第四期之整體存活率均大於以下條件之參與醫院，核撥獎勵金。存活率及獎勵金之計算說明詳附件五。

七、施行評估：

(一) 本保險之分區業務組定期監控參與醫院實施成效，並作為其參與資格之參考：

1. 監控所收治之乳癌病患是否符合本方案之收案範圍，是否有符合收案範圍但未進入本方案之情形。
2. 監控醫院對於個案之管理情形，並瞭解更改治療組合或中斷治療個案比率是否異常。
3. 監控醫院對於診療程序之執行狀況。
4. 分析乳癌病人癌症分期之分布情形，以監控醫療機構有無刻意選擇病人。
5. 比較乳癌病人實際醫療利用情形與診療組合之總支付項目，以瞭解醫療機構有無刻意減少醫療服務，及遵循乳癌診療程序準則之狀況。
6. 歸戶分析乳癌病人之所有醫療費用，以瞭解醫療機構有無將乳癌相關之診療費用，切割另外以論量計酬申報。
7. 必要時保險人得回饋分析資料給醫院參考。

(二) 本方案施行情形應每年定期檢討：

1. 醫院應就整體實施成果(含照護之品質)向本保險之分區業務組報告及檢討。
2. 新科技之使用應於年度檢討時提報討論。

附件一　　**參與醫院備查資料明細**

一、乳癌手術患者名單(過去一年達 100 人以上)

二、乳癌診療準則（含診斷、治療及追蹤三階段）

三、乳癌共同診療團隊名單

四、定期開會之會議紀錄（至少三個月之會議紀錄）

五、乳癌資料庫資料收集內容（或資料收集表格）

六、乳癌病人不同癌症期別參與本方案前二至五年以上(含)之無病存活率(Disease free survival rate)與整體存活率(Overall survival rate)

參與醫院備查資料說明

壹、乳癌手術患者名單

需列出過去一年執行乳癌手術患者名單，格式如下：

費用年月	患者姓名	身份證號碼	手術醫令碼	DRG 參考碼

貳、乳癌診療準則(clinical practice guidelines)

一、本方案各診療組合支付點數乃參考國內外乳癌診療準則，依診斷、治療與追蹤三階段各診療處置項目計算得之。

二、各醫院提出之乳癌診療準則，本保險之分區業務組將據以瞭解實際提供之醫療服務與該院乳癌診療準則間之差異情形，其差異情形之分析結果將作為修正乳癌論診療組合支付制度之依據及監控參與醫院醫療品質之參考。

說明：**乳癌診療準則**可參考 NCCN 發展之準則。

參、共同診療團隊(Multidisciplinary Team)名單

一、執行診療服務之醫師需為共同診療團隊成員，並定期出席共同診療團隊會議之討論。

二、報備團隊名單格式如下：

乳癌共同診療團隊名單

專科別	醫師姓名	身份證號碼	專科證號

肆、乳癌共同診療團隊定期會議紀錄(至少三個月紀錄)

內容應包括時間、地點、與會人員簽名、病人名稱與其相關資料，以及會議討論重點與結論。

伍、乳癌資料庫

資料庫之內容須可供不同期別乳癌病人各年存活率及復發率之計算，以作為確保醫療品質獎勵金核發之依據，並作為參與醫院資格的門檻參考。

提供資料收集內容（或資料收集表格）：需詳細說明收集乳癌病人相關資料的項目，以瞭解是否會因為資料收集項目陳述不清而影響資料收集品質。

陸、乳癌病人不同期別參與方案前二至五年以上（含）之無病存活率(Disease free survival rate)與整體存活率(Overall survival rate)統計資料

需說明計算存活率之統計方法、時間起迄點、事件與 censored 個案的定義(因為各項定義不同會影響存活率的高低)。

附件二　　**乳癌醫療給付改善方案支付標準**

通則：

一、乳癌病人使用之特殊材料、藥品、診療或檢查項目，得免事前審查，惟治療組合 5 請依規定辦理事前審查，另 CT 及 MRI 即時報備系統仍依規定辦理。

二、醫院申報符合起迄期間之診療組合，若實際醫療點數大於本支付標準定額支付點數時，以定額點數申報。

三、因實際醫療需要致更換治療計畫及組合者，以最後施行並完成之治療組合為支付點數。

四、病人中斷診療(非歸責於醫院因素)者，其組合之申報應依已施行之診療內容，改按最相近之組合申報。(例如：原申報治療組合 1-1，惟病人僅施行乳房全切手術及 1/2 療程之化學治療後即拒絕後續治療，醫院應改以治療組合 1-2 申報完成治療。)

五、診斷檢查、治療組合(除 5 荷爾蒙治療、6 化學藥物治療專案外)、追蹤檢查等同類別診療組合限各擇一組申報，各階段項目不得拆帳申報。

六、申報診療組合時應於編號後加填分期區別碼，說明如下：
臨床分期或病理分期為 0 者，其區別碼為 0。
臨床分期或病理分期為 1 者，其區別碼為 1。
臨床分期或病理分期為 2 者，其區別碼為 2。
臨床分期或病理分期為 3 者，其區別碼為 3。
臨床分期或病理分期為 4 者，其區別碼為 4。
臨床分期或病理分期為 X 者，其區別碼為 5。

編號	診療組合	診療項目	定義	起迄期間	支付點數	備註
P1501	再諮詢	門診診察	僅到院尋求再諮詢無任何檢查		691 (同一醫院以申報一次為原則)	
P1502	診斷檢查1	臨床分期為 0,1,2期之診斷檢查	1.新發病個案 2.已復發個案	乳房腫瘤病人依臨床分期進入不同診斷組合起至完成病理分期止，期間應於一個月內完成，特殊個案無法於期限內完成申報時，於病歷上註明備查。	15,770	
P1503	診斷檢查2	臨床分期為 3,4,X期之診斷檢查	註：無法確定臨床分期者為X期		14,754	
		病理分期為 0,1,2期或局部復發(原部位復發或淋巴引流區復發)：	1.新發病個案 2.己復發個案	1.新發病病患經診斷依病理分期決定治療計畫並進入治療組合起至治療結束、疾病復發、拒絕治療或死亡止。 2.經診斷已確定為復發病患依其治療計畫進入治療。		
	治療組合1-1	施行乳房全切除手術及化學治療及放射治療				
P1511	治療滿一個月				72,361	
P1512	治療滿三個月				77,225	
P1513	治療滿五個月				108,670	
P1514	治療結束				100,464	

編號	診療組合	診療項目	定義	起迄期間	支付點數	備註
	治療組合1-2	施行乳房全切除手術及化學治療		治療組合起至治療每滿一年止。		
P1515	治療滿一個月				72,065	
P1516	治療滿三個月				72,858	
P1517	治療結束				52,058	
	治療組合1-3	施行乳房全切除術及放射治療				
P1518	治療滿一個月				68,737	
P1519	治療結束				153,934	
P1520	**治療組合1-4**	僅施行乳房全切除手術			72,869	
	治療組合2-1	施行乳房保留手術、化學治療及放射治療				
P1521	治療滿一個月				83,234	
P1522	治療滿三個月				60,592	
P1523	治療滿五個月				76,034	
P1524	治療結束				73,853	

編號	診療組合	診療項目	定義	起迄期間	支付點數	備註
	治療組合2-2	施行乳房保留手術及化學治療				
P1525	治療滿一個月				81,123	
P1526	治療滿三個月				57,294	
P1527	治療結束				**35,891**	
	治療組合2-3	施行乳房保留手術及放射治療				
P1528	治療滿一個月				84,665	
P1529	治療結束				107,320	
P1530	**治療組合2-4**	僅施行乳房保留手術			79,387	
	治療組合3-1	施行化學治療及放射治療				
P1531	治療滿一個月				67,523	
P1532	治療滿三個月				68,747	
P1533	治療滿五個月				101,457	
P1534	治療結束				102,227	
	治療組合3-2	僅施行化學治療或放射治療				
P1535	治療滿一個月				68,654	
P1536	治療結束				104,631	

編號	診療組合	診療項目	定義	起迄期間	支付點數	備註
		病理分期為 3,4,X 期或遠端復發：				
	治療組合 4-1	施行乳房全切除或保留手術及化學治療及放射治療				
P1537	治療滿一個月				73,279	
P1538	治療滿三個月				142,703	
P1539	治療滿五個月				232,129	
P1540	治療結束				152,528	
	治療組合 4-2	施行乳房全切除或保留手術及化學治療				
P1541	治療滿一個月				73,315	
P1542	治療滿三個月				136,358	
P1543	治療滿五個月				153,345	
P1544	治療結束				104,924	
	治療組合 4-3	施行乳房全切除或保留手術及放射治療				
P1545	治療滿一個月				72,547	
P1546	治療結束				128,446	
P1547	**治療組合 4-4**	僅施行乳房全切除或保留手術			66,937	

編號	診療組合	診療項目	定義	起迄期間	支付點數	備註
	治療組合4-5	僅施行化學治療及放射治療				
P1548	治療滿一個月				121,561	
P1549	治療滿三個月				122,333	
P1550	治療滿五個月				181,761	
P1551	治療結束				182,126	
	治療組合4-6	僅施行化學治療				
P1552	治療滿一個月				129,721	
P1553	治療滿三個月				129,716	
P1554	治療結束				172,420	
	治療組合4-7	僅施行放射治療				
P1555	治療滿一個月				119,176	
P1556	治療結束				52,194	
	治療組合5	乳癌荷爾蒙治療	須荷爾蒙受體檢查陽性患者。		費用採論量計酬申報	

編號	診療組合	診療項目	定義	起迄期間	支付點數	備註
P1557	**治療組合6**	化學藥物治療專案 註：含doxorubicin、cyclophosphamide、docetaxel、paclitaxel (或併用gemcitabine)等。	1.限病理分期為1，2期已使用合併療法且腋下淋巴轉移，動情素受體陰性下，做為接續含doxorubicin 在內之輔助性化學治療。 2.須俟化學治療(排除診療項目第 4 項)療程完成後，與治療組合 1-1 或 1-2 或 2-1 或 2-2 或 3-1 或 3-2 等組合時程併同本項目一次申報。 3.Gemcitabine 與paclitaxel 併用，適用於曾使用過Anthracycline之局部復發且無法手術或轉移性之乳癌併用療法。須俟化學治療整體療程完成後，與治療組合 4-1 或 4-2 或 4-5 或 4-6，等組合時程併同本項目一次申報。 4.化學療程中斷者，不得另行申報。 5.本項目不計入獎勵措施之計算。	化學治療之療程內使用	**222,923**	

編號	診療組合	診療項目	定義	起迄期間	支付點數	備註
	追蹤檢查1	病理分期為0,1,2,3,X期之追蹤檢查	1.新發病病患 2.在他院已完成治療病患 3.復發病患	1.期間起點：新/復發病患以治療結束日、續追蹤者以前一年追蹤結束日、他院完成治療病患以進入參與醫院之就診當日為起點。 2.期間迄點：以申報追蹤開始日期滿一年、病人死亡、疾病復發或拒絕追蹤為迄點。		
P1560	追蹤滿三個月				4,144	
P1561	追蹤滿六個月				4,008	
P1562	追蹤滿九個月				3,927	
P1563	追蹤滿十二個月				3,815 (本項支付點數以年為單位，最多給付五年)	
	追蹤檢查2	病理分期為4期或曾於他院治療者之追蹤檢查				
P1564	追蹤滿三個月				9,659	
P1565	追蹤滿六個月				10,029	
P1566	追蹤滿九個月				9,367	
P1567	追蹤滿十二個月				9,560 (本項支付點數以年為單位，最多給付五年)	

附件三　　**乳癌醫療給付改善方案個案醫療明細檔說明**

分三種格式，請併該月送核費用一起申報，申報時程如下：

A 治療新個案醫療明細檔：申報治療滿一個月費用時申報，惟僅實施手術(1-4、2-4、4-4 組合)之個案免申報。

B 治療完成個案醫療明細檔：整組診療組合治療結束時申報。

C 追蹤檢查個案醫療明細檔：申報每期追蹤檢查費用時均須申報一次。

A表：乳癌醫療給付改善方案治療新個案醫療明細檔　　長度：74							
序號	中文欄位	資料型態	長度	起始位置	迄末位置	資料說明	資料意義
一、基本資料							
1	申報費用年月	C	5	1	5	前三碼為年份，後二碼為月份	
2	醫事機構代號	C	10	6	15	衛生福利部編定之代碼，前1碼為權屬別	計算該醫院每年診斷與治療的乳癌新個案數
3	個案姓名	C	20	16	35	五個中文字，左靠不足補中文空白(BIG-5 碼請補滿 20 個 BYTES)，如為外籍人士無中文姓名者，請輸入英文半形，不足補英文空白(姓名欄為檔案最後之欄位)	
4	身份證字號	C	10	36	45	國民身份證統一編號，或外籍居留證號碼，左靠不足補空白	
5	出生日期	C	7	46	52	前三碼為年份(右靠不足補0)，中二碼為月份，後二碼為日數(如：0830630 表示 83 年 6 月 30 日)，民國前為負數(如：-05 表示民國前 5 年)	
6	初步病理分期	C	1	53	53	0：0 期 1：1 期 2：2 期 3：3 期	初步病理期別分布（分子：各病理期別人數，分母：進入診療組合所有新個案數）

						4：4 期 X：不詳 [依據AJCC/IUAC(UICC) 第六版本]，若病理分期確定，則初步病理分期即指病理分期)	無初步病理分期比率(分子：初步病理分期不詳之個案，分母：進入診療組合所有新個案數）
7	本院第一次診察日期	C	7	54	60	前三碼為年份，中二碼為月份，後二碼為日數 病人第一次至本院門診日期	
8	本院第一次治療日期	C	7	61	67	前三碼為年份，中二碼為月份，後二碼為日數 第一次手術、化療、放療、荷蒙治療或復發開始治療日期	藉此判斷申報治療組合之結案日期 據此作為存活率計算時間的起點
9	經病理確認之病人復發狀況	C	1	68	68	0：無病狀態(disease free) 1：原部位復發 2：淋巴引流區復發 3：遠端復發 4：1+2 5：1+3 6：2+3 7：1+2+3 8：從未存在無病狀態 X：不詳	據此以Kaplan-Meier方法估計整體存活率與無病存活率 復發率（分子：完成追蹤之原部位、淋巴引流區或遠端復發個案，分母：完成追蹤個案數） 追蹤期間因乳癌相關治療之死亡率（分子：追蹤期間因乳癌相關治療死亡個案數，分母：追蹤組合新個案數）
10	規劃組合代號	C	6	69	74	支付標準「診療組合」編號後加填分期區別碼	

B表：乳癌醫療給付改善方案治療完成個案醫療明細檔　　長度：111							
序號	中文欄位	資料型態	長度	起始位置	迄末位置	資料說明	資料意義
一、基本資料							
1	申報費用年月	C	5	1	5	前三碼為年份，後二碼為月份	
2	醫事機構代號	C	10	6	15	衛生福利部編定之代碼，前 2 碼為權屬別	
3	個案姓名	C	20	16	35	五個中文字，左靠不足補中文空白(BIG-5 碼請補滿 20 個BYTES)，如為外籍人士無中文姓名者，請輸入英文半形，不足補英文空白(姓名欄為檔案最後之欄位)	
4	身份證字號	C	10	36	45	國民身份證統一編號，或外籍居留證號碼，左靠不足補空白	
5	出生日期	C	7	46	52	前三碼為年份(右靠不足補 0)，中二碼為月份，後二碼為日數(如：0830630 表示 83 年 6 月 30 日)，民國前為負數(如：-05 表示民國前 5 年)	
二、病理分期							
6	經病理確認之病人復發狀況	C	1	53	53	0：無病狀態(disease free) 1：原部位復發 2：淋巴引流區復發 3：遠端復發 4：1+2 5：1+3 6：2+3 7：1+2+3 8：從未存在無病狀態 X：不詳	據此以Kaplan-Meier方法估計整體存活率與無病存活率 復發率
7	病人存活狀況	C	1	54	54	1：存活　2：死亡 X：不詳	據此計算存活率
8	病人治療狀況	C	1	55	55	1：病人轉他院治療 2：病人無法繼續治療 3：繼續在本院治療 X：不詳	
9	復發日期	C	7	56	62	前三碼為年份，中二碼為月份，後二碼為日數 未治療者空白	據此計算復發率

10	死亡日期	C	7	63	69	前三碼為年份，中二碼為月份，後二碼為日數 未治療者空白	據此計算存活率
11	病理分期	C	1	70	70	0：0 期 1：1 期 2：2 期 3：3 期 4：4 期 X：不詳 [依據AJCC/IUAC(UICC) 第六版本]	病理期別分布
12	診斷腫瘤大小	N	4	71	74	前兩位數為公分，第三位為小數點，最後一位數為公釐（如：12.3 表 12.3 公分） 9999 為不詳	
13	分期定義：T（腫瘤大小）	C	2	75	76	0：無　is：CIS 1：≦2cm 2：>2cm且≦5cm 3：＞5cm 4：擴散至胸壁或皮膚 X：不詳	
14	分期定義：N（依犯淋巴結）	C	1	77	77	0：無淋巴結侵犯 1：1-3 顆　　2：4-9 顆　　3：10 顆以上 X：不詳	
15	分期定義：N（依犯淋巴結）	C	1	78	78	0：無淋巴結侵犯(N0) 1：無沾黏性淋巴結轉移(N1) 2：有沾黏性淋巴結轉移(N2) 3：同側內乳淋巴轉移(N3) X：不詳	
16	分期定義：M（遠端轉移）	C	1	79	79	0：無轉移　　1：轉移 X：不詳	
三、治療紀錄							
17	在本院診斷	C	1	80	80	0：否　　1：是	在本院是否有申報診斷組合，據此列為存活率計算之母體

18	手術治療死亡日期	C	7	81	87	前三碼為年份，中二碼為月份，後二碼為日數 未治療者空白	據此計算存活率
19	化學治療執行狀況	N	1	88	88	1：完成化學治療 2：病人本身中止治療 3：醫師判斷病人狀況不適合進行治療 4：轉院治療 5：於治療中死亡	
20	化學治療死亡日期	C	7	89	95	前三碼為年份，中二碼為月份，後二碼為日數 未治療者空白	據此計算存活率
21	放射治療執行狀況	N	1	96	96	1：完成治療 2：病人本身中止治療 3：醫師判斷病人狀況不適合進行治療 4：轉院治療 5：治療中死亡	
22	放射治療死亡日期	C	7	97	103	前三碼為年份，中二碼為月份，後二碼為日數 未治療者空白	據此計算存活率
23	在本院完成整個治療療程	N	1	104	104	0：否 1：是	
24	完成治療組合代號	C	7	105	111	支付標準「診療組合」編號後加填分期區別碼	

C表：乳癌醫療給付改善方案追蹤檢查個案醫療明細檔　　長度：92							
序號	中文欄位	資料型態	長度	起始位置	迄末位置	資料說明	資料意義
一、基本資料							
1	申報費用年月	C	5	1	5	前三碼為年份，後二碼為月份	
2	醫事機構代號	C	10	6	15	衛生福利部編定之代碼，前1碼為權屬別	
3	個案姓名	C	20	16	35	五個中文字，左靠不足補中文空白(BIG-5 碼請補滿 20 個BYTES)，如為外籍人士無中文姓名者，請輸入英文半形，不足補英文空白(姓名欄為檔案最後之欄位)	
4	身份證字號	C	10	36	45	國民身份證統一編號，或外籍居留證號碼，左靠不足補空白	
5	出生日期	C	7	46	52	前三碼為年份(右靠不足補0)，中二碼為月份，後二碼為日數(如：0830630 表示 83 年 6 月 30 日)，民國前為負數(如：-05 表示民國前 5 年)	
6	病理分期	C	1	53	53	0：0 期 1：1 期 2：2 期 3：3 期 4：4 期 X：不詳 [依據AJCC/IUAC(UICC) 第六版本]	
二、收案標準與日期							
7	本院第一次追蹤起日	C	7	54	60	前三碼為年份，中二碼為月份，後二碼為日數	藉此判斷追蹤組合之結案日期
8	治療狀況	C	1	61	61	1：本院治療，於本院追蹤 2：他院治療，於本院追蹤 X：不詳	

三、追蹤紀錄							
9	本季第一次追蹤日期	C	7	62	68	前三碼為年份，中二碼為月份，後二碼為日數 未追蹤者空白	
10	經病理確認之病人復發狀況	C	1	69	69	0：無病狀態(disease free) 1：原部位復發 2：淋巴引流區復發 3：遠端復發 4：1+2 5：1+3 6：2+3 7：1+2+3 8：從未存在無病狀態 X：不詳	據此以Kaplan-Meier方法估計整體存活率與無病存活率 復發率
11	病人存活狀況	C	1	70	70	1：存活　2：死亡 X：不詳	據此計算存活率
12	病人追蹤狀況	C	1	71	71	1：病人轉他院追蹤 2：病人無法繼續追蹤 3：在本院繼續追蹤 X：不詳	
13	死亡日期	C	7	72	78	前三碼為年份，中二碼為月份，後二碼為日數 未追蹤者空白	據此計算存活率
14	確定復發日期	C	7	79	85	前三碼為年份，中二碼為月份，後二碼為日數 未追蹤者空白	據此計算存活率
15	追蹤檢查組合代號	C	7	86	92	支付標準「診療組合」編號後加填分期區別碼	

附件四

醫療品質監控項目報告表

資料擷取期間：　　填表日期：

	定　　義	參考值	數據	百分率
結　構　面				
1.該醫院每年診斷與治療的乳癌新個案數	新個案數指第一次至該醫院之新個案數	50 人以上		
過　程　面				
1.手術前三個月內乳房攝影或乳房超音波檢查百分率	分子：手術前三個月內實施乳房攝影或乳房超音波檢查任一種之個案數（含院外檢查） 分母：乳房手術個案總數	85% 以上		
2.50 歲以上個案手術前三個月內乳房攝影檢查百分率	分子：50 歲以上個案手術前三個月內實施乳房攝影之個案數（含院外檢查） 分母：50 歲以上乳房手術個案總數	90% 以上		
3.手術個案病理期別分佈百分率	分子：該院執行手術之病理期別 0，1，2，3，4 各期別人數 分母：乳房手術個案總數			
4.手術病人記錄腫瘤大小百分率	分子：病理報告呈現腫瘤大小的總人數 分母：乳房手術總人數	85% 以上		
5.淋巴結檢查 10 顆以上百分率	分子：改良型根除性乳房切除術、根除性乳房切除術、乳房保留手術合併清除腋下淋巴結後，病理檢查腋下淋巴結 10 個或以上的病人數。 分母：改良型根除性乳房切除術、根除性乳房切除術、乳房保留手術合併清除腋下淋巴結的病人數 排除：接受 sentinel node biopsy、手術前做化學/放射線治療、或轉移性乳癌病人除外。	85% 以上		
6.ER 或 PR 測量百分率	分子：在病理分期為第一期及以上的乳癌病人其診斷性或切除後的組織切片檢查報	80% 以上		

	定　　義	參考值	數據	百分率
	告，呈現動情激素接受器分析結果的病人數。 分母：在病理分期為第一期及以上的乳癌病人，有診斷性或切除後的組織切片檢查報告的病人數。			
7.第一期病人執行進行乳房保留手術百分率	分子：第一期乳癌接受乳房保留手術的人數。 分母：第一期乳癌手術的人數	20% 以上		
8.腋下淋巴結檢驗為陽性者接受化學治療百分率	分子：腋下淋巴結陽性者，三個月內接受化學治療個案數 分母：腋下淋巴結檢驗為陽性個案數	90% 以上		
9. 接受化學治療多於四個療程數百分率	分子：接受化學治療多於四個療程個案數 分母：接受化學治療個案總數			
10.侵犯性乳癌乳房保留手術後接受放射線治療百分率	分子：侵犯性乳癌乳房保留手術後接受放射線治療的個案數 分母：侵犯性乳癌乳房保留手術的人數 排除：轉移性乳癌病人除外	80% 以上		
11.乳房保留手術病人放射治療 7 週內完成率	分子：乳房保留手術病人放射治療 7 週內完成之個案數 分母：廣範圍組織切除術及部分乳房組織切除術後的放射線治療個案數 排除：放射線治療未達四周	80% 以上		
12.乳房全切除手術病人放射治療 6 週內完成率	分子：改良型根除性乳房切除術及根除性乳房切除術後的放射治療 6 週內完成之個案數 分母：改良型根除性乳房切除術及根除性乳房切除術後的放射治療個案數 排除：放射線治療未達四周	80% 以上		

	定　　義	參考值	數據	百分率
13.50歲以上侵犯性乳癌輔助性荷爾蒙治療百分率	分子：>50 歲侵犯性乳癌乳房手術後接受輔助性荷爾蒙治療的人數 分母：>50 歲侵犯性乳癌乳房手術的人數	35% 與 75% 之間		
結　果　面				
1.五年整體存活率與無病存活率	以 Kaplan-Meier 或 Life table 計算存活率	0 期 90% 以上 1 期 80% 以上 2 期 60% 以上 3 期 40% 以上 4 期 10% 以上		
2.乳癌手術後局部復發率	分子：部分乳房及全乳房切除術後局部復發（含鎖骨上淋巴結）人數 分母：部分乳房及全乳房切除術的總人數 排除：乳癌病人接受手術前化學治療、放射治療或轉移性乳癌病人	每年局部復發率低於 2% ，五年局部復發率低於 10%		
3. 乳癌手術後再度治療率	分子：部分乳房及全乳房切除術後因乳癌再度接受化學或放射治療人數 分母：部分乳房及全乳房切除術的總人數 排除：乳癌病人接受手術前化學治療、放射治療或轉移性乳癌病人，雙側乳癌的病人。	18 個月後再度治療率≦10% ，24 個月後再度治療率≦15% ，30 個月後再度治療率≦20% 。		

.附件五

存活率及獎勵金計算方式

一、存活率計算：採 Kaplan-Meier estimate of the survivor 方式。

(一)存活率計算之母體為同時申報診斷與治療組合且已完成治療之乳癌病人。

(二)無病存活率(Disease free survival rate)之計算：

1.事件(event)：病人死亡或乳癌復發即表示事件(event)的發生。

2.計算時間之起點：乳癌病人自進入治療組合之第一次治療日期開始。

3.計算時間之迄點：

(1)死亡日期。

(2)病人未死亡但復發者，其時間迄點為首次確定乳癌復發日期。

(3)病人未死亡且未復發者，其時間迄點為最後一次追蹤日期。

(三)整體存活率(Overall survival rate) 之計算：

1.事件(event)：指病人死亡即表示事件(event)的發生。

2.計算時間之起點：乳癌病人自進入治療組合之第一次治療日期開始。

3.計算時間之迄點：

(1)死亡日期。

(2)病人未死亡，其時間迄點為最後一次追蹤日期。

(四)復發定義：

包括原部位復發(local recurrence)、淋巴引流區復發(regional recurrence)與遠端復發(distant recurrence)，病人產生任何一種復發狀況即定義為復發個案。

1.原部位復發(local recurrence) ：

係指同側乳房之皮膚、皮下組織(subcutaneoustissue)、或胸壁肌肉(the muscles of the chest wall)產生與原發癌症相似細胞型態之惡性腫瘤。

2.淋巴引流區復發(regional recurrence)：

係指同側乳房之腋下淋巴區(axillary apex)、上鎖骨淋巴區(supraclavicular fossa)、內乳淋巴區(internal mammary chain)產生與原發癌症相似細胞型態之惡性腫瘤。

3.遠端復發(distant recurrence)：

係指產生與原發癌症相似細胞型態之惡性腫瘤但不在原部位復發與淋巴引流區復發定義之部位。

(五) Censored case 之定義：指病人中斷治療或失去追蹤或離開本方案或本方案結束之個案。

存活率計算範例：(Censored case 個案數應予扣除後，方為下個時間點之病人數)

時間(月) (t)	病人數 (Nj)	事件發生數 (Dj)	Censored cases	(Nj-Dj)/Nj	S(t)	
0-10	18	0	0	1.0000	1.0000	
10-19	18	1	3	0.9444	0.9444	0.9444x1.0(
19-30	15	1	2	0.9333	0.8815	0.9333x0.94
30-36	13	1	1	0.9231	0.8137	0.9231x0.88
36-59	12	1	4	0.9167	0.7459	
59-75	8	1	1	0.8750	0.6526	
75-93	7	1	1	0.8571	0.5594	
93-97	6	1	1	0.8333	0.4662	
97-107	5	1	2	0.8000	0.3729	
107+	3	1	2	0.6667	0.2486	

說明：1.只要有事件發生即記錄發生在第幾個月，以及發生事件病人數。

2.第 10-19 個月有 3 個案censors，因此第 19-30 個月病人數為 15(18-3=15)。

3.S(tj)(累積存活率)=此時間點機率x上個時間點的累積存活率

由上表得知 3 年(36 個月)之存活率為 74.59%，1 年(12 個月)存活率介於 10 個月與 19 個月之間，所以其存活率為 94.44%。

二、獎勵金核付

（一）獎勵金之計算方式：

1.獎勵金給付對象為已治療結束且治療滿一、二、三、四、五年之未死亡、未復發、非censored個案。

2.獎勵金以完成治療組合之支付點數，加計各年之百分比計算。

（二）獎勵金之核付：

參與醫院提報該院存活率及獎勵金計算表，經本保險之分區業務組審核後再行撥付作業。

報告事項

第 五 案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：有關「全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫」（下稱藥事照護計畫）修正草案（詳附件，頁次報 5-3），提請討論。

說明：

一、 依據中華民國藥師公會全國聯合會(下稱藥師公會全聯會)112年6月23日電子郵件辦理。

二、 旨揭計畫預算編列於全民健康保險醫療給付費用總額－其他預算「全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫」項下，共計3,000萬元。

三、 藥事照護計畫經111年11月22日本會議決議，於112年2月22日以健保醫字第1120103112號公告修正實施在案。

四、 藥師公會全聯會建議修正「項目陸、照護個案收案條件及收案程序」之收案條件，條文草案重點摘錄如下：

(一)收案條件(一)刪除「跨院所」文字，由原訂「跨院所處方用藥品項達十種(含)以上，且尚在服用者。」修改為「處方用藥品項達十種(含)以上，且尚在服用者。」

(二)收案條件(二)修改「二張(含)以上」及刪除「跨院所」文字，由原訂「同時持有三張(含)以上跨院所且在有效期內慢性病連續處方箋者。」修改為「同時持有二張(含)以上且在有效期內慢性病連續處方箋者。」

五、 本計畫草案相關說明如下：

(一)個案照護內容僅為藥師判斷性服務（400 點）且未有醫師共同照護案件，可照護人數為75,000人(=30,000,000元/400點），如個案照護內容為醫師轉介（200 點）、藥師判斷性服務(400點）、用藥配合度諮詢服務（400點）及2次追蹤（各100點）合計1,200點，可照護人數為25,000人（=30,000,000元/1,200點）。

(二)本項計畫經統計 112 年度截至費用年月 112 年 6 月，特約藥局共計收案 252 人，服務 503 人次，醫療費用共計申報 130,600 點。

六、 就說明四藥師公會全聯會建議修正條文草案，本署意見如下：

(一)若放寬收案條件，仍須經評估具有潛在用藥相關問題者得以收案，且會經由藥師於「歐洲藥事照護聯盟協會（Pharmaceutical Care Network Europe, PCNE）之藥物相關問題分類 9.1 版」分類系統記錄用藥問題，提供本署進行審查，故收案人數尚不至於超過上開上限。

(二)綜上，本署亦建議可適時放寬收案條件，以提高更多民眾用藥安全。

七、 本案將依程序報請衛生福利部核定後本署公告實施。

決定：

附件

「全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫」(草案)對照表

現行條文	藥師全聯會修正草案	藥師全聯會修正說明
(P2) 一、收案條件： 保險對象符合下列條件之一，且經評估具有潛在用藥相關問題者，得予以收案： (一)跨院所處方用藥品項達十種(含)以上者，且尚在服用者。 (二)同時持有三張(含)以上跨院所且在有效期內慢性病連續處方箋者。 (三)經醫師主動轉介或保險人分區業務組認定需要藥師專業輔導者。	一、收案條件： 保險對象符合下列條件之一，且經評估具有潛在用藥相關問題者，得予以收案： (一)處方用藥品項達十種(含)以上者，且尚在服用者。 (二)同時持有**二張(含)以上**且在有效期內慢性病連續處方箋者。 (三)經醫師主動轉介或保險人分區業務組認定需要藥師專業輔導者。	本次提案收案條件放寬說明如下： 1. 「處方用藥十種(含)以上者...」，**去除跨院所處方之限制**。 2. 「同時持有二張(含)以上且在有效期內慢性病連續處方者」，**將處方箋下修為二張，且不限跨院所**。 修正原因簡述： 1. 目前眾多民眾習慣於同院所就醫，若再限縮三張處方箋，條件更是嚴苛，且最後還須經評估有用藥問題，藥師方可收案，種種關卡之下，導致本計畫收案量有限，社區藥局即使具有充足照護量能也無法呈現實質效益。 2. 用藥問題與處方箋張數及用藥品項多寡無絕對關聯，且本計畫核心宗旨在於透過藥師專業介入民眾用藥問題，協助找出潛在風險或導正民眾服藥行為，若能及早介入，即可避免原先風險所可能帶來的健康損害，對於健保與民眾皆是雙贏。 3. 因此，建議放寬收案條件，納入更多有用藥問題的民眾，擴展藥師專業服務的覆蓋率。

報告事項

第 六 案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：論病例計酬支付點數調整案。

說明：

一、 依衛生福利部 111 年 11 月 14 日衛部保字第 1110143520 號令暨 112 年 8 月 30 日衛部保字第 1121260319 號令辦理。

二、 論病例計酬採定額方式支付，為配合西醫基層總額 111 年度「促進醫療資源支付合理」及 112 年度「促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」預算用於調升 174 項診療項目支付點數與醫院一致，進行定額支付點數校正：

(一) 校正範圍：111 年論病例計酬案件。

(二) 校正之包裹內診療項目：

1. 第一章基本診療及第二章特定診療共 174 項診療項目之西醫基層總額支付點數與醫院一致。

2. 第二章第七節手術及第十節麻醉費：西醫基層院所「兒童加成項目」調整為「提升兒童加成」項目，以與醫院一致。

(三) 調整原則：經上述調整後，剖腹產支付點數將低於陰道生產之支付點數，符合鼓勵自然生產之目的。另考量不鼓勵「自行要求剖腹產」，故該項支付點數不調整。

(四) 調整結果：明細如附件 1（頁次報 6-3～6-6），支付點數由原 15,669 點至 64,789 點，調整為 15,669 點至 66,103 點，調幅介於 0%至 28.71%。

(五) 財務影響：調整項目所增點數已由 111 年度、112 年度西醫基層總額預算「促進醫療資源支付合理」及「促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」支應，本次係調整包裹定額支付點數，不增加財務支出。

三、 支付標準修訂如附件 2（頁次報 6-7～6-16），如經確認同意，將依程序陳報衛生福利部核定後公布實施。

決定：

附件 1

序號	DRG參考碼	醫令代碼	項目名稱	111年申報醫令編號	111年申報醫令件數(A)	申報醫令名稱	調整前點數(B)	調整後點數(C)	調升點數					調升兒童加成			影響點數I	平均調整點數(J=∑I/A)	調升點數加總(K=H+J	調整前支付點數(L)	調整後調升點數(M=(K*A)/A)(註3)	經校正後定額支付點數(N=L+M)	調幅(N-L)/L
									點數差(D=C-B)	醫令量E	平均成數(F)	影響點數小計(G=D*E*F)	平均調整點數(H=∑G/A)	<6個月+40%	≧6個月且<24個月+50%	≧24個月且<72個月+40%							
1	0373A	97004C	陰道生產(住院)-基層院所	02008B	20,873	一般病床住院診察費(天)	334	398	64	72,442	1.18	5,466,463	8,225	無調整加成項目				8,225	8,225	30,597	8,225	38,822	26.88%
				03019B		急診觀察床（床/天）–病房費(第二天起)	139	167	28	53,064	1.00	1,485,792											
				03043B		急診觀察床（床/天）–護理費(第二天起)	139	151	12	43,505	1.00	522,060											
				05215B		住院藥事服務費（天）—非單一劑量處方	35	39	4	68,429	1.10	301,809											
				47013C		一般導尿	94	96	2	6,848	1.00	13,696											
				81009C		死胎之引產（十二至二十四週）	6,085	9,347	3,262	4	1.53	19,963											
				81017C		無妊娠併發症之陰道產	8,902	14,000	5,098	20,886	1.53	162,590,778											
				81018C		雙胎分娩	23,994	26,393	2,399	1	1.53	3,670											
				81024C		前胎剖腹產後之陰道生產(接生費)	19,489	23,386	3,897	1	1.53	5,962											
				96004C		靜脈或肌肉麻醉	1,500	1,598	98	255	1.50	37,485											
				47014C		留置導尿	315	363	48	109	1.01	5,298											
				55015C		產後出血止血術	6,384	11,500	5,116	225	1.05	1,204,398											
				96005C		硬脊膜外麻醉	2,750	3,515	765	13	1.38	13,770											
2	0373A	97005D	陰道生產(住院)-助產所	01015C	116	急診診察費	521	667	146	19	1.05	2,920	7,993	無調整加成項目				7,993	7,993	27,840	7,993	35,833	28.71%
				02008B		一般病床住院診察費(天)	334	398	64	225	1.19	17,156											
				03019B		急診觀察床（床/天）–病房費(第二天起)	139	167	28	9	1.00	252											
				03043B		急診觀察床（床/天）–護理費(第二天起)	139	151	12	80	1.00	960											
				05215B		住院藥事服務費（天）—非單一劑量處方	35	39	4	14	1.11	62											
				47013C		一般導尿	94	96	2	2	1.00	4											
				81017C		無妊娠併發症之陰道產	8,902	14,000	5,098	113	1.57	905,863											
3	0371A	97009C	剖腹產(住院)	02008B	13,254	一般病床住院診察費(天)	334	398	64	73,004	1.18	5,534,213	3,115	無調整加成項目				3,115	3,115	30,597	3,115	33,712	10.18%
				03019B		急診觀察床（床/天）–病房費(第二天起)	139	167	28	60,663	1.00	1,698,564											
				03043B		急診觀察床（床/天）–護理費(第二天起)	139	151	12	53,928	1.00	647,136											
				05215B		住院藥事服務費（天）—非單一劑量處方	35	39	4	68,920	1.11	305,137											
				47013C		一般導尿	94	96	2	6	1.00	12											
				81004C		無妊娠併發症之剖腹產術	8,902	10,237	1,335	13,260	1.53	27,046,909											

序號	DRG參考碼	醫令代碼	項目名稱	111年申報醫令編號	111年申報醫令件數(A)	申報醫令名稱	調整前點數(B)	調整後點數(C)	調升點數					調升兒童加成			影響點數I	平均調整點數(J=∑I/A)	調升點數加總(K=H+J	調整前支付點數(L)	調整後調升點數(M=(K*A)/A)(註3)	經校正後定額支付點數(N=L+M)	調幅(N-L)/L
									點數差(D=C-B)	醫令量E	平均成數(F)	影響點數小計(G=D*E*F)	平均調整點數(H=∑G/A)	＜6個月+40%	≧6個月且＜24個月+50%	≧24個月且＜72個月+40%							
				81028C		前置胎盤或植入性胎盤之剖腹產	25,420	30,199	4,779	1	1.53	7,312											
				47014C		留置導尿	315	363	48	13,825	1.01	672,553											
				55015C		產後出血止血術	6,384	11,500	5,116	108	1.01	560,728											
				96005C		硬脊膜外麻醉	2,750	3,515	765	4,138	1.52	4,811,892											
4	0373B	97014C	自行要求剖腹產(住院)	02008B	2,476	一般病床住院診察費(天)	334	398	64	11,002	1.19	835,396	3,790	無調整加成項目				3,790	15,669	0	15,669	-
				03019B		急診觀察床（床/天）–病房費(第二天起)	139	167	28	8,645	1.00	242,060											
				03043B		急診觀察床（床/天）–護理費(第二天起)	139	151	12	8,041	1.00	96,492											
				05215B		住院藥事服務費（天）—非單一劑量處方	35	39	4	10,752	1.11	47,765											
				81004C		無妊娠併發症之剖腹產術	8,902	10,237	1,335	2,476	1.53	5,057,332											
				47014C		留置導尿	315	363	48	2,477	1.02	121,244											
				55015C		產後出血止血術	6,384	11,500	5,116	1	1.00	5,116											
				96005C		硬脊膜外麻醉	2,750	3,515	765	2,042	1.53	2,389,182											
				96007C		脊髓麻醉	1,500	2,396	896	434	1.52	589,144											
5	0373C	97934C	前胎剖腹產之陰道生產	01015C	47	急診診察費	521	667	146	1	1.00	146	6,888	無調整加成項目				6,888	43,303	6,888	50,191	15.9%
				02008B		一般病床住院診察費(天)	334	398	64	162	1.19	12,315											
				03019B		急診觀察床（床/天）–病房費(第二天起)	139	167	28	113	1.00	3,164											
				03043B		急診觀察床（床/天）–護理費(第二天起)	139	151	12	95	1.00	1,140											
				05215B		住院藥事服務費（天）—非單一劑量處方	35	39	4	143	1.10	631											
				47013C		一般導尿	94	96	2	15	1.00	30											
				81017C		無妊娠併發症之陰道產	8,902	14,000	5,098	15	1.51	115,469											
				81024C		前胎剖腹產後之陰道生產(接生費)	19,489	23,386	3,897	32	1.53	190,796											
				47014C		留置導尿	315	363	48	1	1.00	48											
6	0359A	97013C	子宮肌瘤切除術、子宮鏡子宮肌瘤切除術(住院)	01015C	572	急診診察費	521	667	146	3	1.00	438	1,658	無調整加成項目				1,658	43,530	1,658	45,188	3.81%
				02008B		一般病床住院診察費(天)	334	398	64	2,455	1.19	186,795											
				03019B		急診觀察床（床/天）–病房費(第二天起)	139	167	28	1,891	1.00	52,948											
				03043B		急診觀察床（床/天）–護理費(第二天起)	139	151	12	1,718	1.00	20,616											
				05215B		住院藥事服務費（天）—非單一劑量處方	35	39	4	2,364	1.11	10,509											

序號	DRG參考碼	醫令代碼	項目名稱	111年申報醫令編號	111年申報醫令件數(A)	申報醫令名稱	調整前點數(B)	調整後點數(C)	調升點數					調升兒童加成			影響點數I	平均調整點數(J=∑I/A)	調升點數加總(K=H+J	調整前支付點數(L)	調整後調升點數(M=(K*A)/A)(註3)	經校正後定額支付點數(N=L+M)	調幅(N-L)/L
									點數差(D=C-B)	醫令量E	平均成數(F)	影響點數小計(G=D*E*F)	平均調整點數(H=∑G/A)	<6個月+40%	≧6個月且<24個月+50%	≧24個月且<72個月+40%							
				47013C		一般導尿	94	96	2	29	1.00	58											
				96004C		靜脈或肌肉麻醉	1,500	1,598	98	8	1.44	1,127											
				47014C		留置導尿	315	363	48	515	1.01	24,954											
				96005C		硬脊膜外麻醉	2,750	3,515	765	141	1.54	166,268											
				96007C		脊髓麻醉	1,500	2,396	896	357	1.51	484,595											
7	0378A	97017C	輸卵管外孕手術(住院)	02008B	45	一般病床住院診察費(天)	334	398	64	213	1.19	16,233	1,939	無調整加成項目					1,939	37,676	1,939	39,615	5.15%
				03019B		急診觀察床（床/天）–病房費(第二天起)	139	167	28	169	1.00	4,732											
				03043B		急診觀察床（床/天）–護理費(第二天起)	139	151	12	164	1.00	1,968											
				05215B		住院藥事服務費（天）—非單一劑量處方	35	39	4	209	1.11	930											
				47014C		留置導尿	315	363	48	49	1.02	2,389											
				96005C		硬脊膜外麻醉	2,750	3,515	765	9	1.55	10,647											
				96007C		脊髓麻醉	1,500	2,396	896	36	1.56	50,344											
8	0359C	97027C	次全子宮切除術(住院)	02008B	278	一般病床住院診察費(天)	334	398	64	1,425	1.18	108,009	1,871	無調整加成項目					1,871	49,726	1,871	51,597	3.76%
				03019B		急診觀察床（床/天）–病房費(第二天起)	139	167	28	1,149	1.00	32,172											
				03043B		急診觀察床（床/天）–護理費(第二天起)	139	151	12	1,119	1.00	13,428											
				05215B		住院藥事服務費（天）—非單一劑量處方	35	39	4	1,344	1.10	5,914											
				47013C		一般導尿	94	96	2	2	1.00	4											
				47014C		留置導尿	315	363	48	300	1.01	14,510											
				96005C		硬脊膜外麻醉	2,750	3,515	765	81	1.50	92,758											
				96007C		脊髓麻醉	1,500	2,396	896	190	1.49	253,457											
9	0359F	97044C	腹腔鏡卵巢部分(全部)或輸卵管卵巢切除術(住院)	02008B	363	一般病床住院診察費(天)	334	398	64	1,137	1.19	86,523	1,314	無調整加成項目					1,314	64,789	1,314	66,103	2.03%
				03019B		急診觀察床（床/天）–病房費(第二天起)	139	167	28	790	1.00	22,120											
				03043B		急診觀察床（床/天）–護理費(第二天起)	139	151	12	645	1.00	7,740											
				05215B		住院藥事服務費（天）—非單一劑量處方	35	39	4	1,131	1.11	5,025											
				28014C		腹腔鏡檢查	3,274	4,584	1,310	1	1.00	1,310											
				47013C		一般導尿	94	96	2	1	1.00	2											
				47014C		留置導尿	315	363	48	368	1.01	17,920											

序號	DRG參考碼	醫令代碼	項目名稱	111年申報醫令編號	111年申報醫令件數(A)	申報醫令名稱	調整前點數(B)	調整後點數(C)	調升點數					調升兒童加成			影響點數I	平均調整點數(J=∑I/A)	調升點數加總(K=H+J	調整前支付點數(L)	調整後調升點數(M=(K*A)/A)(註3)	經校正後定額支付點數(N=L+M)	調幅(N-L)/L
									點數差(D=C-B)	醫令量E	平均成數(F)	影響點數小計(G=D*E*F)	平均調整點數(H=∑G/A)	<6個月+40%	≧6個月且<24個月+50%	≧24個月且<72個月+40%							
				96005C		硬脊膜外麻醉	2,750	3,515	765	205	1.53	240,307											
				96007C		脊髓麻醉	1,500	2,396	896	71	1.51	96,134											
10	0359G	97047C	腹腔鏡子宮外孕手術(住院)	02008B	56	一般病床住院診察費(天)	334	398	64	171	1.18	12,928	1,487	無調整加成項目					1,487	58,565	1,487	60,052	2.54%
				03019B		急診觀察床（床/天）–病房費(第二天起)	139	167	28	112	1.00	3,136											
				03043B		急診觀察床（床/天）–護理費(第二天起)	139	151	12	106	1.00	1,272											
				05215B		住院藥事服務費（天）—非單一劑量處方	35	39	4	166	1.09	726											
				96004C		靜脈或肌肉麻醉	1,500	1,598	98	1	1.50	147											
				47014C		留置導尿	315	363	48	57	1.01	2,773											
				96005C		硬脊膜外麻醉	2,750	3,515	765	29	1.51	33,597											
				96007C		脊髓麻醉	1,500	2,396	896	21	1.52	28,666											
11		97223C	股及腹股溝疝氣手術(AGE>1, 單側)(門診)	47013C	703	一般導尿	94	96	2	2	1.00	4	193	無調整加成項目					193	27,092	193	27,285	0.71%
				96004C		靜脈或肌肉麻醉	1,500	1,598	98	24	1.59	3,734											
				96008C		脊髓麻醉 －超過兩小時，每增加三十分鐘	220	234	14	8	1.50	168											
				47014C		留置導尿	315	363	48	62	1.01	3,013											
				96005C		硬脊膜外麻醉	2,750	3,515	765	1	1.50	1,148											
				96007C		脊髓麻醉	1,500	2,396	896	90	1.58	127,383											
12	1B	97224P	股及腹股溝疝氣手術(AGE<1，單側)(門診)	96004C	4	靜脈或肌肉麻醉	1,500	1,598	98	1	1.50	147	897	無調整加成項目					897	23,915	897	24,812	3.75%
				96005C		硬脊膜外麻醉	2,750	3,515	765	3	1.50	3,443											
13		97608C	水晶體囊內(外)摘除術及人工水晶體置入術(單側)(門診)	86005C	145,175	白內障切囊術	4,070	4,884	814	1	1.53	1,245	0	無調整加成項目					0	20,679	0	20,679	0.00%

註：

1.資料來源：本署四代倉儲門、住診清單醫令明細檔(擷取日期：112 年 8 月 31 日)。

2.資料條件：擷取費用年月 111 年 1-12 月，特約類別不為醫院層級且為論病例計酬代碼下之手術相關醫令(醫令前 2 碼為 62-88)與麻醉相關醫令(醫令前 2 碼為 96)案件。

3.考量不鼓勵「自行要求剖腹產」，故本次該項支付點數暫不調整。

附件 2

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

第六部 論病例計酬

第一章 產科

通則：

一、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	標準住院日數
陰道生產	97004C	基層院所	~~30,597~~ 38,822	-	3 天
	97005D	助產所	~~27,840~~ 35,833	-	
剖腹產	97009C	基層院所	~~33,476~~ 33,712	5%	6 天
自行要求剖腹產	97014C	基層院所	無	無	6 天
前胎剖腹產之陰道生產	97934C	基層院所	~~43,303~~ 50,191	-	3 天

二、陰道生產標準住院日數自住院日起算三天，剖腹生產標準住院日數自住院日起算六天，生產過程中有施行引產之事實者，得多住一天，惟皆依定額給付，不得另行申報費用。

三、本章定額支付中已包括正常新生兒照護費。

四、新生兒體重二、○○○公克以下或因病須轉至有小兒科專科醫師之醫院診治，若未符前述情況，僅於婦產科診所保溫箱照護者，申報費用時除生產定額外不得另行申報費用或另行收費。

五、陰道生產因有次診斷或次手術(或處置)而致實際醫療費用超過定額時(雙胞胎者以定額再加計一人次之新生兒費用為界限，多胞胎類推)，得按實際醫療費用申報。

六、前胎剖腹產之陰道生產，實際醫療費用超過定額時（雙胞胎者以定額再加計一人次之新生兒費用為界限，多胞胎類推），得按實際醫療費用申報。

七、陰道生產案件中，屬下列主診斷碼(ICD-10-CM)且不論有無次診斷或次手術（處置）者，得適用本章通則五之規定：

O10-O11、O13-O16、O21-O22、O24、O34.3、O42、O43.2、O44-O46、O60.1、O60.2、O67、O72-O75、O85-O86、O87.1、O87.3、O88、O89.09、O89.8、O89.9、O90-O91、O98-O99。

八、剖腹產案件中，其有次診斷或次手術（或處置）而致實際醫療費用超過「得核實申報上限點數」者，得按實際醫療費用申報，惟其個案數不得超過「得核實申報

個案數比率」；除以上情形外之其它剖腹產個案皆依本部所訂支付點數申報費用。

九、剖腹產案件中，屬下列主診斷碼(ICD-10-CM)且不論有無次診斷或次手術（處置）者，得適用本章通則通則八之規定：

O10-O11、O13-O16、O21、O24、O34、O42、O44-O46、O60.1、O60.2、O99.81。

十、本章節所述「實際醫療費用」係包括母親及新生兒費用。

十一、陰道生產及剖腹產論病例計酬定額支付點數中已含一人次新生兒費，如為雙胞胎，得另加計一人次新生兒費（多胞胎類推）。

十二、不符醫學上適應症而自行要求施行剖腹產者，依自行要求剖腹產(97014C)點數支付。

編號	診療項目	助產所	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
97004C 97005D	陰道生產 註：1.診療項目要求表(詳附表 6.1.1) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.出院狀態 (1)子宮收縮良好 (2)惡露量正常 (3)會陰傷口癒合良好 (4)生命跡象穩定及自行解尿順暢 (5)教導病人 A.日常生活活動包括性生活 B.沐浴及個人衛生 C.乳房及傷口護理重點 D.排定返診檢查 (6)教導病人 A.嬰兒餵哺 B.嬰兒沐浴及照顧 C.小兒科醫師返診檢查 3.主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)：10D07Z3-10D07Z8、10S07ZZ、10E0XZZ、10A07Z6	v	v				~~30597~~ 38822 ~~27840~~ 35833
97009C	剖腹產 註：1.診療項目要求表(詳附表 6.1.2) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.出院狀態 (1)體溫低於 37.7℃至少二十四小時 (2)傷口乾燥並癒合 (3)病人可進全食 例外：有其他因素必需改變飲食 (4)無併發症 (5)教導病人 A.日常生活活動包括性生活 B.沐浴及個人衛生 C.乳房及傷口護理重點 D.排定返診檢查 (6)教導病人 A.嬰兒餵哺 B.嬰兒沐浴及照顧 C.小兒科醫師返診檢查 3.主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)：10D00Z0、10D00Z1、10D00Z2		v				~~30597~~ 33712

編號	診療項目	助產所	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
97934C	前胎剖腹產之陰道生產 註：1.診療項目要求表(詳附表 6.1.1) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.出院狀態 (1)子宮收縮良好 (2)惡露量正常 (3)會陰傷口癒合良好 (4)生命跡象穩定及自行解尿順暢 (5)教導病人 A.日常生活活動包括性生活 B.沐浴及個人衛生 C.乳房及傷口護理重點 D.排定返診檢查 (6)教導病人 A.嬰兒餵哺 B.嬰兒沐浴及照顧 C.小兒科醫師返診檢查 3.主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)：10D07Z3-10D07Z8、10S07ZZ、10E0XZZ、10A07Z6		v				~~43303~~ 50191

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	~~64,789~~ 66,103	5%	5 天
腹腔鏡子宮外孕手術（住院）	97047C	基層診所	~~58,565~~ 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℃ (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				~~43530~~ 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℃ (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)：O00.1 主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)：0U950ZZ、0U960ZZ、0U970ZZ、10T20ZZ、10D27ZZ、10D28ZZ、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。	v				~~37676~~ 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
97027C	次全子宮切除術(住院) 註：1.診療項目要求表(詳附表 6.2.4) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.出院狀態 (1)出院前至少二十四小時內體溫低於 37.5℃ (2)無合併症 (3)可自行解尿 (4)正常胃腸功能，出院前二十四小時內至少正常排便一次 (5)病人之衛教： A.沐浴及個人衛生 B.傷口之照料 C.活動程度(包括性生活等)之衛教 D.口服藥 E.回診時間 3.主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)：0UT90ZZ 4.西醫基層院所申報限設置有門診手術室及觀察病床者。	v				~~49726~~ 51597
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				~~64789~~ 66103

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
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： 主診斷碼(ICD-10-CM)：O00.0、O00.1、O00.2、O00.8、O00.9 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。	v				~~58565~~ 60052

第三章　一般外科

通則：

一、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
股及腹股溝疝氣手術(AGE>1，單側)（門診）	97220K	醫學中心	-	0%	-
	97221A	區域醫院			
	97222B	地區醫院			
	97223C	基層院所			
股及腹股溝疝氣手術(AGE＜1，單側)（門診）	97224P	基層院所	-	0%	-

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
97220K	股及腹股溝疝氣手術(AGE>1，單側)(門診)				v	34154
97221A				v		34154
97222B			v			34154
97223C		v				~~27092~~ 27285
	註：1.診療項目要求表(詳附表 6.3.5) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)：0YQ50ZZ、0YQ60ZZ、0YQ70ZZ、0YQ80ZZ					
97224P	股及腹股溝疝氣手術(AGE＜1，單側)(門診)	v				~~23915~~ 24812
	註：1.診療項目要求表(詳附表 6.3.5) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)：0YQ50ZZ、0YQ60ZZ 、0YQ70ZZ、0YQ80ZZ 3.限由向衛生局登記為診所（不含中醫診所及牙醫診所）之特約醫事服務機構申報。					

報告事項

第 七 案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：配合修訂 47101B「急性缺血性腦中風處置費」診療項目案。

說明：

一、 依據本署 112 年 8 月 9 日召開 112 年第 7 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（下稱醫療服務專諮會議）暨 112 年 8 月 17 日召開全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議藥品部分第 63 次會議（下稱藥品共擬會議）決議辦理（附件 1，頁次報 7-3～7-6）。

二、 查本署於 112 年 8 月 17 日召開藥品共擬會議，決議修訂藥品給付規定 2.1.2.2 rt-PA（如 Actilyse Inj）用於急性缺血性腦中風時，限 3 小時內使用，放寬為 4.5 小時內使用（附件 2，頁次報 7-7～7-9）。

三、 另依 112 年第 7 次醫療服務專諮會議，建議配合藥品給付規定修訂 47101B「急性缺血性腦中風處置費」適應症，急性缺血性中風病患符合「靜脈血栓溶解治療收案條件」並於「3 小時內」開始靜脈注射，放寬為「4.5 小時內」（附件 3，頁次報 7-10）。

四、 財務衝擊評估：按 112 年 7 月藥品專家諮詢會議資料，含 rt-PA 成分之藥品給付規定倘由 3 小時開放為 4.5 小時，參考財團法人醫藥品查驗中心估算新增執行人數約為 1,600 人，爰推估比照修訂 47101B 增加支出約 23.29 百萬點【=1,600*14,559 =23,294,400】。

五、 預算來源：本次修訂增加支出約 23.29 百萬點，將由 112 年醫院總額之「新醫療科技項下新增修診療項目」預算 6.32 億元支應。

六、 為避免前揭藥品與醫療服務修訂規定之生效時間有落差，保障民眾就醫權益，支付規範文字，研擬由「4.5 小時內開始靜脈注射」，調整為急性缺血性中風病人符合「全民健康保險藥物給付項目及支付標準第六編第 83 條之藥品給付規定第 2 節心臟血管及腎臟藥物 2.1.2 血栓溶解劑用於急性缺血性腦中風之使用條件」，並以函釋周知前述診療項目配合藥物給付項目及支付標準修訂於 112 年 10 月 1 日生效，並依程序報請衛生福利部核定後公告實施。

決定：

附件 1

全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議
藥品部分第 63 次會議紀錄

時　　間：112 年 8 月 17 日(星期四)上午 9 時 30 分

地　　點：衛生福利部中央健康保險署 18 樓大禮堂

主　　席：蔡淑鈴副署長　　紀　　錄：陳昌志

出席人員：(依姓名筆畫數排列，敬稱略)

毛蓓領	申斯靜	朱益宏
李宏昌	李穀生	沈麗娟
林意筑	邱建強	洪冠予(請假)
康照洲(請假)	張克士	張孟源
梁淑政	許宏宇	陳世雄
陳志忠	陳恒德	陳昭姿
陳琦華	陳瑞瑛(林佩萩代)	黃俊傑(請假)
黃振國(李祥和代11點前)	黃織芬(請假)	楊玉琦
葉忠武(請假)	蕭斐元	賴昱宏
鍾飲文	顏鴻順(施錦泉代)	

列席人員：

藥物提供者團體代表：朱茂男（川中郁果代)、陳全文、蘇美惠

病友團體代表：游懿群、嚴必文

臨床藥物專家代表：柯博升、張明志、陳文鍾、黃立民、楊長豪、楊培銘

台灣社區醫院協會：周貝珊

中華民國眼科醫學會：蔡宜倫

衛生福利部全民健康保險會：馬文娟（請假）

衛生福利部社會保險司：江心怡

財團法人醫藥品查驗中心：黃莉茵、簡伶蓁、賴美祁、賴育賢

衛生福利部中央健康保險署：黃育文、戴雪詠、張惠萍、許明慈、杜安琇

一、主席致詞：(略)

二、臨時動議：

Dysport 先行放寬，於「成人中風後手臂痙攣」之給付範圍部分，修訂為「中風發生後，經復健、輔具或藥物治療上肢至少 3 個月以上」；另配合民法第 12 條規定修訂為「限 18 歲以上，中風發生後…」，其餘不變。

2. 修訂藥品給付規定 1.6.2.2. Dysport 如附表 9。

3. 另因 Botox 1 單位(1U)相當於 Dysport 3 單位(3U)，請健保署與廠商協議，倘廠商同意 Botox 調降至 Dysport 現行支付價之 3 倍即 49.2 元(16.4*3=49.2 元)，方同意 Botox 比照前述給付規定修訂。

第14案：有關「台灣諾華股份有限公司」建議擴增含 dabrafenib 成分藥品（如 Tafinlar）及含 trametinib 成分藥品（如 Mekinist）之給付範圍於 BRAF V600 突變之晚期非小細胞肺癌。

說明：詳附錄會議資料討論提案第 14 案之簡報內容。

結論：

1. 本藥品用於治療 BRAF V600E 突變之晚期非小細胞肺癌第 IV 期病患，第一線與第二線治療的療效並無明顯差異，客觀反應率(ORR)分別為 63.9%及 68.4%，無疾病惡化存活期(PFS)中位數分別為 10.8 個月及 10.2 個月，整體存活期(OS)中位數分別為 17.3 個月及 18.2 個月，同意擴增給付範圍於二線治療。

2. 廠商同意調降健保支付價，Tafinlar 75mg 由每錠 703 元調降至每錠 636 元、50mg 由每錠 520 元調整至每錠 470 元，Mekinist 2mg 由每錠 2,813 元調整至每錠 2,545 元、0.5mg 由每錠 781 元調整至每錠 707 元，惟仍有部分財務衝擊，請健保署再與廠商協商至達無財務衝擊為目標。

3. 給付規定：修訂藥品給付定 9.91.Dabrafenib(如 Tafinlar)、Trametinib(如 Mekinist)如附表 10。

第15案：有關「社團法人台灣腦中風學會」建議擴增含 rt-PA 成分藥品（如 Actilyse）之給付範圍於急性缺血性腦中風「4.5 小時」內使用案。

說明：詳附錄會議資料討論提案第 15 案之簡報內容。

結論：

1. 考量台灣、美國、歐洲等國家相關學會臨床指引皆已建議急性缺血性腦中風發作 4.5 小時內可使用 rt-PA 治療，同意擴增本藥品之給付範圍於急性缺血性腦中風「4.5 小時」內使用，併同修正附表二-C「急性缺血性腦中風之血栓溶解治療檢查表」之收案條件及排除條件，並以現行健保支付價 50mg 為每支 18,272 元，20mg 為每支 8,248 元調降至十國藥價最低價(比利時)50mg 每支 15,445 元，20mg 每支 7,627 元為目標。
2. 給付規定:修訂藥品給付規定 2.1.2.2. rt-PA(如 Actilyse Inj)如附表 11。

第16案：有關「台灣中外製藥股份有限公司」建議將治療泛視神經脊髓炎之新成分新藥 Enspryng 120mg for SC Injection (satralizumab) 納入健保給付案。

說明：詳附錄會議資料討論提案第 16 案之簡報內容。

結論：

1. 泛視神經脊髓炎(NMOSD)為罕見疾病，病人常因疾病復發，而導致神經損傷和失能。過去預防 NMOSD 疾病復發的藥物僅有口服類固醇及免疫抑制劑。依據 SAkuraSky 和 SAkuraStar 臨床試驗，使用 satralizumab 之 4 年追蹤報告，療效為降低 NMOSD 70%至 90%復發率，且無嚴重不良反應，同意納入健保給付，屬第 2A 類新藥。
2. 核價方式：以十國藥價最低價(德國)核予每支 330,252 元，惟高於廠商建議價，爰以廠商建議價核予每支 175,261 元。為降低給付後對健保財務衝擊，當整體治療 NMOSD 藥品費用超過限量額度時，由兩家廠商共同分擔協議之返還金額。
3. 給付規定：修訂藥品給付規定 8.2.○.Satralizumab(如 Enspryng)、inebilizumab(如 Uplizna)如附表 12。

第17案：有關「台田藥品股份有限公司」建議將治療泛視神經脊髓炎之新成分新藥 Uplizna for Intravenous Infusion 100 mg (inebilizumab)

「藥品給付規定」修訂對照表(草案)

第 2 節 心臟血管及腎臟藥物 Cardiovascular-renal drugs

（自○年○月 1 日生效）

修訂後給付規定	原給付規定
2.1.2.2. rt-PA（如 Actilyse Inj）用於急性缺血性腦中風時：(93/1/1、100/7/1、107/11/1、○/○/1) 1. 限急性缺血性腦中風 4.5 小時內使用。(○/○/1) 2. 使用醫院應具有神經內、外專科醫師及加護病房或同等級之設施。 3. 使用本藥品前，應先作病人腦部電腦斷層或磁振造影檢查、神經學檢查（含 NIHSS）、心電圖、胸部 X 光、凝血時間、凝血酶原時間、肝腎功能及血糖，並且必須符合「急性缺血性腦中風之血栓溶解治療檢查表」(請詳附表二-C) 之條件。(107/11/1) 4. 醫院於病例發生後，於當月醫療費用申報時，應填寫「全民健康保險使用 rt-PA (Actilyse) 申請表（急性缺血性腦中風病患用）」(請詳附表二-B)，並附注射前及 24 小時、36 小時後之腦部電腦斷層（或磁振造影檢查）與 NIHSS。	2.1.2.2. rt-PA（如 Actilyse Inj）用於急性缺血性腦中風時：(93/1/1、100/7/1、107/11/1) 1. 限急性缺血性腦中風三小時內使用。 2. 使用醫院應具有神經內、外專科醫師及加護病房或同等級之設施。 3. 使用本藥品前，應先作病人腦部電腦斷層或磁振造影檢查、神經學檢查（含 NIHSS）、心電圖、胸部 X 光、凝血時間、凝血酶原時間、肝腎功能及血糖，並且必須符合「急性缺血性腦中風之血栓溶解治療檢查表」(請詳附表二-C) 之條件。(107/11/1) 4. 醫院於病例發生後，於當月醫療費用申報時，應填寫「全民健康保險使用 rt-PA (Actilyse) 申請表（急性缺血性腦中風病患用）」(請詳附表二-B)，並附注射前及 24 小時、36 小時後之腦部電腦斷層（或磁振造影檢查）與 NIHSS。

備註：劃線部分為新修訂規定

附件 2

112 年第 7 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 8 月 9 日上午 9 點 30 分

地點：台北市信義路 3 段 140 號 18 樓大禮堂

主持人：李副署長丞華　　紀錄：黃思瑄

出席專家：略。

請假專家：略。

列席單位及人員：略。

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄：略。

參、報告事項：

一、 專家諮詢會議未結案件辦理追蹤進度表。

決定：略。

二、 本屆「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」辦理情形。

決定：略。

肆、討論事項：

四、 社團法人台灣腦中風學會建議修訂 33143B「急性缺血性腦中風機械取栓術」及 47101B「急性缺血性腦中風處置費」等二項診療項目案。

討論重點：

(一) 提案單位表示，自 106 年起於前循環發作後 8 小時內施行機械取栓術納入健保給付，惟部分腦中風病人發作後因睡眠、獨居及偏鄉等原因，致未能及時送醫錯過治療時機，目前國際治療指引建議急性缺血性腦中風病人符合「顱內血管支架取栓裝置使用條件」者，在發作後「6 至 24 小時內」進行取栓手術，亦有明顯療效，且臨床實證證據力達 class I 及 class IIa，爰建議接軌國際放寬適應症，以消弭病人因財務負擔而無法接受治療的障礙。以台北榮民總醫院臨床數據，推估支付規範修訂後全國約增加 400 多位病人可接受取栓手術，以減少病人殘障風險，降低健保失能照護支出，並建議申報時病歷檢附影像報告「CTP 或 MR 或 CTA collaterals」，以確保手術品質。

(二) 神經學學會表示，從實證醫學角度，確實有證據力支持；從病人角度，可有效降低病人殘障風險；從健保財務而言，約僅增加 400 至 500 人，卻對於病人及其家庭影響甚為重大；從學會角度而言，施行該手術皆需為通過認證的專科醫師，而目前學會認證機制也相當完備，爰同意本次適應症範圍之修訂。

(三) 神經血管外科與介入治療醫學會及神經放射線醫學會表示，放寬支付規範可解決發作後 8 至 24 小時內病人之財務負擔，均表示支持修訂。

(四) 本署醫審及藥材組表示，本項相關特材費用約 20 萬點，該特材給付規範將會隨本項修訂一併放寬，並訂定後續檢附影像備查；若經與會專家同意特材與診療項目給付規範修正為一致，初步預估前 5 年特材增加支出約 7,900 萬至 1.04 億點。

(五) 神經學學會表示，臨床試驗及國際治療指引多以 NIHSS≥6 為治療條件，與現行臨床收治標準相同，分數調整不影響執行人數及健保財務，建議現行支付規範 NIHSS≥8 修改為≥6。

(六) 與會專家建議，考量本項支付規範之修訂具有臨床實證支持，爰同意修訂，以全力施救有需要的病人，惟對於健保署及提案單位有幾點建議：

1. 請學會加強宣導民眾對於中風病人接受取栓手術之衛教資訊，以減少病人家屬因討論決策而延誤治療時機，並請健保署對於「病人送醫到院至施行治療之時間」進行監控。
2. 請學會建立國內具備施行取栓手術能力之院所名單，並提供緊急救護單位(EMT)用於第一時間將病人送至合適醫院，以減少無效轉院而延誤治療時機。
3. 請健保署與供應商協商醫材價格，於給付條件放寬後價格應有所調降。

(七) 提案單位回應，台灣腦中風學會對於取栓病人已進行登錄管理，目前全國收案約達 3,000 例，並蒐集相關到院及診治時間資訊，未來會持續精進登錄系統；另學會已與媒體、EMT 合作到各縣市巡迴演講，盼能藉此提升大眾知能。

結論：本案經與會專家充分討論後，建議修訂支付規範內容如下：

(一) 33143B「急性缺血性腦中風機械取栓術」

1. 修訂適應症：「前循環在發作內八小時內」，放寬為「發作後二十四小時內」均可執行；另美國國衛院腦中風評估表(NIH Stroke Scale)評分下限自「≧8」修訂為「≧6」，上限「≦30」維持不變。
2. 增列支付規範「前循環若於發作後八小時至二十四小時執行，申報時需於病歷檢附影像報告(CTP 或 MR 或 CTA collaterals)備查」。

(二) 另配合「靜脈注射含 rt-PA 成分藥品」之藥品給付規定修訂，47101B「急性缺血性腦中風處置費」酌修適應症，將急性缺血性中風病患符合「靜脈血栓溶解治療收案條件」並於「三小時內」開始靜脈注射，放寬為「四個半小時內」。

(三) 有關建議「本項給付條件放寬後醫材價格調降」一節，將請本署醫審及藥材組納入研議。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：上午 11 時 20 分。

附件 3

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正規定

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosisand Treatment

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

第一項 處置費 Treatment

一、一般處置 General Treatment (47001-47107)

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
47101B	急性缺血性腦中風處置費 註：適應症 1.急性缺血性中風病患符合~~「靜脈血栓溶解治療收案條件」並於三小時內開始靜脈注射~~「全民健康保險藥物給付項目及支付標準第六編第83條之藥品給付規定第2節心臟血管及腎臟藥物2.1.2血栓溶解劑用於急性缺血性腦中風之使用條件」。 2.執行33143B者。		v	v	v	14559

報告事項

第 八 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 1-6 月適用之相對權重統計結果案。

說明：

一、 按 Tw-DRGs 支付通則十三規定：各 Tw-DRG 權重（RW）、幾何平均住院日、醫療服務點數上限臨界點、醫療服務點數下限臨界點及標準給付額（SPR），由保險人每半年計算一次，每下半年依前一年度資料計算次年上半年度適用參數；每上半年依前前一年度資料計算當年下半年度適用參數。

二、 113 年 1-6 月適用參數計算結果說明如下（計算說明詳附件 1，頁次報 8-4）：

(一)相對權重（RW）計算過程及結果（附件 2，頁次報 8-5）：

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（56,908）=校正後全國總點數（965 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 8-6～8-34）。

(二)標準給付額（SPR）計算過程及結果（附件 4，頁次報 8-35）：

1. SPR=全國合計點數/全國總權重=1,077 億點/203 萬=53,071 點。
2. 較適用於 112 年 7-12 月 SPR 51,660 點，增加 1,411 點。
3. 113 年參數計算資料來源為 111 年住院申報資料，因 111 年持續受 COVID-19 疫情影響，件數由 110 年 199.5 萬件下降為 194.6 萬件，惟全國合計點數相較 110 年為增加，致 SPR 增

加。113 年上半年 53,071 點較 112 年同期 51,654 點，增加 1,417 點。

三、 統計 110 年至 112 年 Tw-DRGs 件數（包含已導入及未導入）於 1 至 7 月申報件數分別為 116.8 萬、111.5 萬及 131.2 萬件，成長率分別為-4.49%及 17.6%。另 112 年相較 110 年同期成長約 12.3%（詳下表）。

年度	件數	較去年同期成長率
110 年 1 至 7 月	1,167,916	-7.23%
111 年 1 至 7 月	1,115,443	-4.49%
112 年 1 至 7 月	1,311,783	17.6%

四、 查本次參數計算結果（以 111 年申報資料計算）因受 COVID-19 疫情升溫影響而申報件數下降，又全國總權重下降幅度大於全國合計點數，致 SPR 增加較多(110 年至 113 年 Tw-DRGs 適用 SPR 參數等資料如下表)。惟經觀察 112 年 1 至 7 月 Tw-DRGs 案件數相較過去同期明顯成長，考量以本次計算建議 SPR 值（53,071 點）及前述件數成長趨勢，推估 Tw-DRGs 整體包裹費用將大幅成長，致超過預算中平而稀釋醫院總額點值，爰建議暫維持 112 年 7-12 月適用 SPR（51,660 點），並持續觀察 Tw-DRGs 件數申報情形。

適用年度[註1]		全國合計點數 A (億點)	全國總權重 B (百萬)	SPR[註2] A/B
110 年	1-6 月	1131.15	2.51	44,998
	7-12 月	1143.15	2.51	45,471
111 年	1-6 月	1123.67	2.30	48,815
	7-12 月	1132.32	2.30	49,192
112 年	1-6 月	1073.09	2.08	51,654

適用年度[註1]		全國合計點數 A (億點)	全國總權重 B (百萬)	SPR[註2] A/B
	7-12 月	1073.26	2.08	51,660
113 年	1-6 月	1076.52	2.03	53,071

註：

1.SPR=全國合計點數/全國總權重

2.Tw-DRGs 各年度適用資料係以前前一年申報資料計算(如 112 年適用參數係以 110 年申報資料計算)。

五、 113 年 1-6 月 Tw-DRGs 適用 SPR 值擬維持 51,660，續依程序報請衛生福利部核定後公告實施。

決定：

附件 1

113 年 1-6 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、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 110 年住院申報資料，並校正基本診療項目，並將 111 年至 112 年新增及修訂支付標準、112 年特材支付點數調整及 111 年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 110 年住院申報資料比較，住院總點數增加 8.45 億點，DRG 範圍增加 3.92 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 1,199 億點，較前一年 1,195 億點增加約 4.08 億點。

附件 2

113年1-6月適用之權重計算過程

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

一、全國平均每人次點數之計算過程：

適用年度	個案數								納入計算RW個案	計算RW之數據	
	申報資料歸戶	有效資料	不適用DRG	符合DRG範圍資料	排除資料					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1-6月	2,932,733	2,676,425	730,677	1,945,748	110,373	94,604	843	44,206	1,695,722	96,500,826,239	56,908

註1.「全國平均每人次點數」計算步驟：

(1)申報資料歸戶：113年以111年住院申報資料(已校正111年-112年支付標準調整及111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)全國平均每人次點數=校正後全國總點數/納入計算RW個案數。

註2.某Tw-DRG平均每人次點數之計算步驟：

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

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

附件 3

附表 7.3　113 年 1-6 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 51,660 點，係以一百十一年一月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、一百十一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(計七十五項)依支付標準通則採核實申報醫療費用。

3.註記＊者(計二百零七項)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 DRG 90 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：112.09.05。

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	18.8784	＊		24	910,134	1,200,763
PRE	2	10302	-	＊		-	-	-
PRE	3	48301	2.9884			16	31,884	362,881
PRE	4	48302	2.3417			11	15,053	306,372
PRE	5	48001	25.3310			22	804,123	2,046,551
PRE	6	48002	16.2882	＊		22	746,880	1,145,028
PRE	7	48101	8.6242	＊	●	24	41,666	830,089
PRE	8	48102	8.6242	＊	●	24	329,138	805,088
PRE	9	49501	-	＊		-	-	-
PRE	10	49502	-	＊		-	-	-
PRE	11	48201	2.6755			12	30,290	323,374
PRE	12	48202	2.6152			11	27,811	360,873
PRE	13	512	13.9456	＊		18	674,178	1,113,333
1	1	00201	4.0256			15	65,214	401,653
1	2	00202	2.6808			9	51,899	293,184
1	3	00101	4.7256			12	51,504	510,873
1	4	00102	4.4011			7	46,970	451,001
1	5	00301	5.0061			13	50,354	521,768
1	6	00302	3.5340			9	57,026	370,825
1	7	00401	2.5254			8	37,698	255,127
1	8	00402	1.9926			5	31,480	173,858
1	9	00501	2.8035		●	5	45,085	294,925
1	10	00502	2.8035		●	4	61,391	260,951
1	11	00601	0.3972			2	10,252	37,783
1	12	00602	0.3417			2	10,355	26,898
1	13	00701	-	＊		-	-	-

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯註記	幾何平均住院日	下限臨界點	上限臨界點
1	14	00702	2.0503	*		7	41,497	246,017
1	15	00703	0.9509			4	19,588	110,731
1	16	00704	1.2896			6	17,996	185,773
1	17	008	0.7963			3	16,434	152,622
1	18	00901	0.7242			7	4,498	87,349
1	19	00902	0.4225			4	3,600	44,970
1	20	00903	0.6267			8	6,238	79,160
1	21	00904	0.3515			4	4,136	36,863
1	22	00905	0.6993			6	1,390	82,035
1	23	01001	0.7846			5	6,253	89,387
1	24	01002	0.7011			5	2,973	83,983
1	25	01101	0.5267			3	3,583	50,913
1	26	01102	0.5495			3	4,001	67,979
1	27	01201	0.7951			7	7,771	103,776
1	28	01202	0.8693			7	6,252	100,161
1	29	01203	0.6172			4	5,265	66,063
1	30	01301	0.8198		●	5	16,280	76,592
1	31	01302	0.8198		●	5	6,952	95,847
1	32	01303	0.9071			5	3,352	128,016
1	33	01304	0.7601			4	4,157	95,681
1	34	01401	1.3681			12	12,248	150,433
1	35	01402	0.8550			7	6,909	94,309
1	36	01403	1.1615			9	17,082	139,882
1	37	01404	0.7308			6	12,401	73,254
1	38	01405	1.0513			9	15,900	126,577
1	39	01406	0.6763			6	13,358	65,030
1	40	01501	0.6404			4	12,154	62,227
1	41	01502	0.5554			2	7,138	46,397
1	42	01503	0.6461			5	7,338	80,246
1	43	01504	0.5827			3	7,083	57,031
1	44	01505	0.6053			5	9,745	58,245
1	45	01506	0.4679			4	9,340	40,896
1	46	01601	0.9444			8	8,817	121,268
1	47	01602	0.6535			5	12,727	68,363
1	48	01701	0.5382			5	7,224	57,168
1	49	01702	0.4818			3	4,876	41,058
1	50	018	0.7420			6	5,376	83,569
1	51	019	0.5160			4	3,748	57,288

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	52	02001	1.6728			10	9,237	207,899
1	53	02002	1.1338			7	8,068	136,301
1	54	02003	2.4248			13	13,640	274,831
1	55	02004	1.6013			10	13,261	156,592
1	56	02101	1.5429			12	25,831	144,468
1	57	02102	1.1722			11	6,459	114,613
1	58	02103	1.2560			9	14,759	132,201
1	59	02104	1.0356			8	14,099	99,761
1	60	02201	0.6431			6	3,494	75,520
1	61	02202	0.5219	*		4	10,460	53,263
1	62	02301	0.7927			7	7,693	93,167
1	63	02302	0.4808			5	3,689	46,536
1	64	024	0.8721			7	7,946	111,910
1	65	025	0.4536			4	3,196	49,700
1	66	02601	0.6015			4	6,799	81,624
1	67	02602	0.3809			3	4,622	43,434
1	68	02701	0.9535			7	5,796	137,999
1	69	02702	0.5042			5	4,349	65,224
1	70	02801	0.7224			6	5,864	93,889
1	71	02802	0.7878			6	5,121	105,376
1	72	02803	0.3940	*		5	5,927	47,205
1	73	02901	0.4498			4	4,542	51,042
1	74	02902	0.4432			4	4,044	56,195
1	75	02903	0.2783	*		4	4,439	32,983
1	76	03001	-	*		-	-	-
1	77	03002	0.4753			4	3,039	49,261
1	78	03003	0.9357			6	8,354	155,723
1	79	03004	0.4060			4	3,340	54,721
1	80	03005	-	*		-	-	-
1	81	03006	-	*		-	-	-
1	82	031	0.3297			4	3,157	36,391
1	83	032	0.2190			3	2,694	21,867
1	84	03301	0.3090			3	3,378	29,615
1	85	03302	0.1942			3	2,566	21,283
1	86	034	0.7929			6	4,752	103,022
1	87	035	0.4717			3	3,828	51,870
2	1	03701	1.0846			4	26,509	104,979
2	2	03702	0.8960			3	25,945	82,043

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	3	03703	-	*		-	-	-
2	4	03704	1.0174	*		5	38,757	84,941
2	5	03705	0.8345			4	22,156	68,966
2	6	03706	1.5572			6	36,057	143,907
2	7	03707	1.0790			4	32,623	88,760
2	8	04001	0.5941			2	15,654	53,873
2	9	04002	0.4374			3	6,308	52,034
2	10	04003	-	*		-	-	-
2	11	04004	0.7582	*		3	31,887	70,273
2	12	04101	0.4539			2	15,540	35,687
2	13	04102	0.4288	*		2	15,470	49,690
2	14	04103	-	*		-	-	-
2	15	04104	-	*		-	-	-
2	16	03601	1.3974			2	38,221	102,458
2	17	03602	0.7836	*		4	15,187	127,867
2	18	04201	1.1127			4	20,504	87,864
2	19	04202	0.4295			2	10,588	35,149
2	20	03901	2.2232			2	40,101	170,081
2	21	03903	0.9685			2	18,577	56,080
2	22	03902	-	*		-	-	-
2	23	03904	0.9032			1	32,694	52,611
2	24	03905	0.4836			1	20,767	29,024
2	25	03906	0.6713	*		2	9,575	60,009
2	26	03801	0.4549	*		2	17,810	36,147
2	27	03802	0.3319	*		2	10,377	35,354
2	28	04301	-	*		-	-	-
2	29	04302	-	*		-	-	-
2	30	04401	0.5682			8	7,941	68,936
2	31	04402	0.3370			6	6,118	41,115
2	32	04501	0.6001			5	7,440	62,251
2	33	04502	0.4814			4	6,102	48,977
2	34	046	0.4314			4	2,784	56,109
2	35	047	0.2988			3	2,279	36,167
2	36	048	0.3480			3	2,641	38,130
3	1	04901	4.5167			11	41,522	500,338
3	2	04902	1.8755			4	29,314	194,921
3	3	06101	0.8216	*		3	15,160	97,081
3	4	06102	0.4085			2	11,289	34,522

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	5	062	0.4518			1	14,271	34,551
3	6	05301	0.9134			3	25,932	82,631
3	7	05302	0.8573			2	26,655	72,647
3	8	05401	1.6411	*		6	35,836	216,855
3	9	05402	0.9184			3	26,620	75,222
3	10	05701	0.8097			4	15,500	48,899
3	11	05702	0.4966			3	10,224	32,399
3	12	058	0.7920			2	23,470	49,055
3	13	052	1.4336			4	35,987	108,713
3	14	168	0.8746			4	12,898	89,991
3	15	169	0.6839			2	18,465	56,030
3	16	05601	0.8627	*		4	18,282	65,662
3	17	05602	0.5004			2	19,216	35,947
3	18	05001	1.0936			4	31,805	83,088
3	19	05002	0.9751			3	25,047	73,645
3	20	05101	0.9803	*		7	38,029	78,279
3	21	05102	0.6481			3	19,033	48,768
3	22	05501	3.5537	*		9	36,605	334,892
3	23	05502	3.0169	*		8	51,328	275,421
3	24	05503	0.7534			2	23,846	45,586
3	25	05504	0.6786			2	24,921	39,705
3	26	05505	0.7023			2	17,626	43,251
3	27	05506	0.5264			2	15,709	33,207
3	28	059	0.4890			3	22,233	29,269
3	29	060	0.6132			2	22,012	37,510
3	30	06301	1.5872			5	26,341	161,307
3	31	06302	0.8635			3	21,526	76,016
3	32	06401	0.6963	*	●	3	5,036	81,889
3	33	06402	0.6963		●	2	6,901	98,449
3	34	065	0.3709			4	3,881	36,814
3	35	06601	0.5114			5	4,543	64,440
3	36	06602	0.2492			3	3,113	26,421
3	37	06701	0.7167			6	5,821	106,971
3	38	06702	0.2965			4	6,334	30,767
3	39	068	0.4038			5	4,364	45,705
3	40	069	0.2546			4	3,746	26,710
3	41	070	0.2909			4	6,261	28,042
3	42	071	0.3080			4	5,849	29,631

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	43	072	0.3159			3	3,246	27,233
3	44	07301	0.5537			5	5,140	61,305
3	45	07302	0.4067			4	4,381	37,831
3	46	07401	0.7175			5	8,651	95,415
3	47	07402	0.4154			3	4,222	45,961
3	48	18701	0.4690			5	8,805	46,576
3	49	18702	0.4106			4	7,631	40,309
3	50	18703	0.4712			2	12,729	40,753
3	51	185	0.3730			4	3,698	41,058
3	52	186	0.3065			4	5,676	29,740
4	1	07501	3.3837			11	59,923	357,386
4	2	07502	2.3467			6	55,275	211,805
4	3	07503	2.8302			8	62,959	277,064
4	4	07504	2.1761			5	72,054	175,352
4	5	07601	1.7127			9	29,047	269,660
4	6	07602	2.9221			5	73,768	236,404
4	7	07603	1.9620			11	21,544	270,412
4	8	07701	0.8583			4	19,747	105,064
4	9	07702	2.6729			4	98,110	204,140
4	10	07703	0.8999			4	14,363	108,729
4	11	47501	2.6221			14	39,446	278,941
4	12	47502	1.9649			9	23,163	197,021
4	13	07801	1.1175			8	12,195	128,516
4	14	07802	0.8433			6	11,870	89,536
4	15	07901	1.4214			12	15,013	156,570
4	16	07902	1.0593			11	14,495	119,847
4	17	07903	1.2111			12	19,742	133,471
4	18	07904	0.9808			8	9,130	107,919
4	19	07905	0.5492	*		10	7,996	58,991
4	20	08001	1.0813			9	10,327	117,904
4	21	08002	0.6960			8	9,866	73,995
4	22	08003	0.8748			10	13,414	88,703
4	23	08004	0.7262	*		6	5,178	95,899
4	24	08005	-	*		-	-	-
4	25	08101	-	*		-	-	-
4	26	08102	1.7042	*		14	24,575	220,241
4	27	08103	1.0805			7	8,305	147,047
4	28	08104	0.6866			5	7,276	115,427

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	29	08105	0.7942			6	10,917	171,645
4	30	08106	0.3824			4	7,989	41,109
4	31	08107	-	*		-	-	-
4	32	08108	-	*		-	-	-
4	33	08109	-	*		-	-	-
4	34	082	0.4849			2	3,683	55,730
4	35	08301	0.5246			6	3,809	67,904
4	36	08302	0.4107			5	5,070	48,893
4	37	08303	-	*		-	-	-
4	38	08401	0.2983	*		4	4,087	38,841
4	39	08402	0.2441			4	3,698	23,903
4	40	08403	-	*		-	-	-
4	41	085	0.8785			8	9,726	101,912
4	42	086	0.6055			5	7,500	61,829
4	43	08701	1.4938			12	16,977	162,081
4	44	08702	0.6567			5	4,463	87,392
4	45	08703	0.7299			6	6,889	90,973
4	46	08704	0.4882			5	3,557	50,077
4	47	08801	0.7268			8	10,243	81,956
4	48	08802	0.5030			6	7,915	51,115
4	49	089	0.9107			9	12,602	102,019
4	50	090	0.5955			7	8,281	64,139
4	51	09101	0.4055			4	8,641	39,052
4	52	09102	0.3216			4	7,654	29,356
4	53	092	0.6762			5	4,004	91,352
4	54	093	0.4608			3	2,908	59,502
4	55	094	0.4719			5	5,081	60,534
4	56	095	0.2859			4	3,688	31,345
4	57	09601	0.5978			7	8,239	63,848
4	58	09602	0.4968			6	7,616	54,549
4	59	09701	0.4050			5	3,970	42,280
4	60	09702	0.2898			4	3,842	27,517
4	61	09801	0.3682			4	7,765	37,074
4	62	09802	0.2774			3	4,928	26,815
4	63	09803	0.4465			5	8,051	48,344
4	64	09804	0.3605			4	7,177	37,562
4	65	09901	0.3563	*		4	2,750	38,263
4	66	09902	0.5323			5	8,011	64,664

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	67	09903	0.5785			5	7,413	66,982
4	68	10001	0.2788			2	4,377	30,447
4	69	10002	0.3702			3	3,652	37,313
4	70	10003	0.3329			3	3,701	34,288
4	71	10101	0.5034			4	4,085	67,314
4	72	10102	0.6768			6	5,361	95,661
4	73	10103	0.3896			4	4,163	53,443
4	74	10104	-	*		-	-	-
4	75	10105	-	*		-	-	-
4	76	10106	0.7539			5	5,857	93,380
4	77	10201	0.2936			2	3,468	31,679
4	78	10202	0.5104			3	3,859	66,232
4	79	10203	0.3026			3	4,562	29,210
4	80	10204	-	*		-	-	-
4	81	10205	-	*		-	-	-
4	82	10206	0.4283			2	3,059	49,705
5	1	10401	9.0776			16	326,559	578,707
5	2	10402	11.0413			18	475,760	782,165
5	3	10403	10.0093	*		15	450,844	582,909
5	4	10409	8.3134			16	363,783	522,260
5	5	10410	7.4376			15	303,781	469,491
5	6	10404	6.9274			14	178,360	484,601
5	7	10405	-	*		-	-	-
5	8	10406	-	*		-	-	-
5	9	10407	7.8239			10	131,526	744,942
5	10	10408	5.5033			6	58,886	671,852
5	11	10501	8.9422			13	277,055	603,325
5	12	10502	11.3482	*		17	508,534	837,440
5	13	10503	9.1974	*		11	431,619	540,451
5	14	10509	7.6189	*		13	347,591	467,790
5	15	10510	7.2242			13	173,321	460,286
5	16	10504	5.9983			12	162,959	381,414
5	17	10505	24.4083	*		22	673,075	1,100,513
5	18	10506	-	*		-	-	-
5	19	10507	4.6665			7	45,190	637,388
5	20	10508	3.3690			4	24,472	593,697
5	21	10801	10.3769			11	206,136	674,930
5	22	10802	6.7006			3	117,911	408,317

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	23	10601	8.7869	*		15	472,156	1,077,835
5	24	10602	-	*		-	-	-
5	25	10603	9.5850		●	15	323,067	664,083
5	26	10604	9.5850	*	●	15	352,871	691,727
5	27	10701	8.1477			17	320,377	521,642
5	28	10901	7.6400			14	285,783	470,988
5	29	10702	7.2505			14	258,677	463,757
5	30	10902	6.3800			11	204,349	413,062
5	31	11001	10.9249			17	312,695	699,443
5	32	11005	5.6506			5	21,985	330,965
5	33	11002	3.3441		●	8	15,641	206,647
5	34	11006	2.7240	*	●	2	60,365	143,962
5	35	11003	5.3048		●	7	26,943	374,286
5	36	11004	7.3944	*	●	14	150,155	406,216
5	37	11101	8.9297			15	212,528	674,700
5	38	11105	4.3667	*		11	56,104	301,985
5	39	11102	3.3441		●	3	9,311	227,494
5	40	11106	2.7240		●	2	71,385	173,974
5	41	11103	5.3048		●	5	51,296	368,498
5	42	11104	7.3944	*	●	14	499,055	640,862
5	43	11301	1.8609		●	11	33,175	123,954
5	44	11302	1.8609		●	11	36,057	187,005
5	45	11501	4.9794		●	6	18,263	423,348
5	46	11502	4.9794		●	5	18,221	398,415
5	47	11601	2.3445			3	88,735	191,004
5	48	11602	3.2814			3	108,979	276,155
5	49	11603	3.1678			4	126,114	230,917
5	50	11604	2.5048			4	93,813	192,962
5	51	11605	5.3404			5	117,565	474,199
5	52	47801	4.3988			8	78,841	340,572
5	53	47802	1.5268		●	4	23,804	103,827
5	54	47803	2.0306			4	29,548	143,465
5	55	47804	3.8986			5	50,103	405,180
5	56	47901	3.4315			6	67,444	211,878
5	57	47902	1.5268		●	4	23,301	116,730
5	58	47903	1.8811			3	30,756	113,435
5	59	47904	2.5542			3	38,469	274,993
5	60	11201	3.4184			3	85,670	237,682

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	61	11202	2.4818			2	73,898	165,205
5	62	11203	3.2014			3	114,050	207,254
5	63	11205	3.9949			3	125,385	255,438
5	64	11206	2.9532			2	99,927	178,358
5	65	11204	1.6768			2	17,077	96,797
5	66	11401	1.1116			7	20,146	79,986
5	67	11402	0.7234			5	16,427	51,828
5	68	11801	2.4812			2	109,844	143,383
5	69	11802	2.1976			2	109,266	127,404
5	70	11803	2.0061			3	78,151	121,369
5	71	11804	1.7439			2	68,559	105,941
5	72	11701	1.6817			4	15,564	105,026
5	73	11702	0.8907	*		3	15,299	82,420
5	74	11901	0.6651			2	21,131	39,334
5	75	11902	0.5368			2	16,820	33,096
5	76	12001	1.3862			9	19,216	96,626
5	77	12002	1.0029			5	15,170	62,129
5	78	12101	1.4507			5	27,797	100,142
5	79	12102	1.4566			7	13,231	87,705
5	80	12201	1.0536			3	22,888	69,859
5	81	12202	1.8345			5	8,502	109,562
5	82	12301	-	*		-	-	-
5	83	12302	-	*		-	-	-
5	84	124	1.0565			3	21,074	66,800
5	85	125	0.7226			2	20,481	43,029
5	86	126	1.4188			16	13,658	144,274
5	87	12701	-	*		-	-	-
5	88	12702	0.7080			7	9,111	82,819
5	89	12801	0.9700			6	9,054	67,671
5	90	12802	0.9585	*		5	11,169	73,617
5	91	129	2.5244			8	21,595	139,113
5	92	13001	1.2450			7	10,218	98,858
5	93	13002	0.9835			5	7,382	65,070
5	94	13101	0.8585			4	8,587	57,285
5	95	13102	0.7763			4	4,065	48,099
5	96	132	0.5295			4	4,398	34,722
5	97	133	0.3790			3	3,346	26,119
5	98	13401	0.5716			5	6,765	40,970

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	99	13402	0.4135			3	3,553	30,890
5	100	135	0.6924			4	5,266	50,393
5	101	136	0.4150			3	3,842	26,972
5	102	13701	3.5899			3	5,180	278,488
5	103	13702	2.2066			2	4,845	182,579
5	104	13801	2.2073			8	15,537	226,812
5	105	13802	0.6988			4	6,725	42,960
5	106	13803	0.6203			4	6,973	41,813
5	107	13804	1.2963			7	27,459	78,916
5	108	13805	1.1991			6	27,569	70,536
5	109	13901	0.6808	*		3	26,902	46,968
5	110	13902	0.5452			3	4,324	38,806
5	111	13903	0.4068			3	5,083	27,947
5	112	13904	0.9489			4	19,443	59,674
5	113	13905	0.8030			5	13,572	59,601
5	114	14001	0.5760			4	6,539	39,680
5	115	14002	0.3983			3	3,871	27,489
5	116	141	0.5795			4	7,534	38,172
5	117	142	0.4603			3	5,522	31,267
5	118	143	0.3942			3	3,881	25,846
5	119	14401	0.8677			4	6,066	59,839
5	120	14402	0.9362			5	9,349	68,671
5	121	14403	0.6089			5	6,725	42,571
5	122	14501	0.7700			3	4,134	61,277
5	123	14502	0.6841			3	6,478	50,096
5	124	14503	0.4283			3	5,212	30,891
6	1	15401	6.7121	*	●	19	142,632	644,615
6	2	15402	3.1554			12	28,547	342,421
6	3	15403	2.0481			9	11,128	199,383
6	4	15404	3.0313			13	47,262	320,544
6	5	15501	6.7121	*	●	16	122,298	543,170
6	6	15502	0.9591			3	24,746	106,945
6	7	15503	1.3357			6	29,902	140,422
6	8	15504	1.9383			7	29,901	187,890
6	9	15601	-	*		-	-	-
6	10	15602	-	*		-	-	-
6	11	15603	3.3319	*		12	38,959	311,366
6	12	15604	1.9128	*		7	27,774	201,131

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	13	15605	8.7326	*		20	122,710	557,738
6	14	15606	1.2081	*		4	69,005	374,408
6	15	15607	2.3783			9	26,516	234,688
6	16	15608	1.6323			7	38,347	216,765
6	17	14801	2.7081			12	40,577	284,848
6	18	14802	3.1208			16	42,658	422,771
6	19	14803	-	*		-	-	-
6	20	14804	1.2792	*		6	15,399	157,294
6	21	14805	1.8722			10	36,109	240,029
6	22	14901	2.4369			10	44,780	195,076
6	23	14902	2.8630	*		11	29,573	377,553
6	24	14903	-	*		-	-	-
6	25	14904	1.0085			5	27,096	136,967
6	26	14905	1.7635			8	13,673	179,602
6	27	14601	0.7693			3	21,602	92,298
6	28	14602	1.6646	*		4	26,541	267,626
6	29	14701	0.6446			2	20,634	59,921
6	30	14702	0.6367			2	20,917	105,685
6	31	150	2.3281			10	56,717	246,734
6	32	151	1.4830			5	45,875	121,594
6	33	16401	1.3328			5	44,458	80,731
6	34	16501	1.0711			3	40,203	66,616
6	35	16402	1.3786			6	39,315	81,761
6	36	16502	0.9693			5	34,418	60,500
6	37	16601	1.0842			3	41,184	65,920
6	38	16701	0.9186			2	38,578	56,172
6	39	16602	0.9612			4	32,740	56,388
6	40	16702	0.7753			3	29,571	46,022
6	41	152	1.0906			6	16,568	154,951
6	42	153	0.5893			3	13,590	83,100
6	43	15701	0.7159			3	9,882	44,814
6	44	15702	0.5725			2	19,204	33,030
6	45	15801	0.4728			3	9,229	27,731
6	46	15802	0.4689			2	17,396	27,357
6	47	16101	1.0379			3	38,020	61,902
6	48	16201	0.8182			2	34,911	50,619
6	49	16102	0.7445			2	27,769	45,111
6	50	16202	0.5784			2	22,651	34,700

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	51	159	1.1720			4	34,490	70,417
6	52	160	0.8208			3	30,889	50,055
6	53	16301	-	*		-	-	-
6	54	16302	2.5415	*		6	87,552	161,980
6	55	16303	9.0929			3	55,498	583,191
6	56	16304	5.7083			2	37,921	380,610
6	57	16305	4.3561			2	29,481	314,236
6	58	16306	2.0345			1	27,491	154,681
6	59	170	1.6308			7	23,167	162,624
6	60	171	0.8921			2	18,819	76,334
6	61	17201	0.7619		●	5	11,261	86,364
6	62	17202	0.6228			4	8,746	70,244
6	63	17203	0.6326			4	6,527	70,783
6	64	17301	0.7619		●	4	7,241	143,149
6	65	17302	0.4490			3	8,180	46,956
6	66	17303	0.4172			3	3,920	41,904
6	67	17401	0.9999			7	10,056	102,773
6	68	17402	-	*		-	-	-
6	69	17403	0.7021			6	8,020	84,416
6	70	17404	0.6515			6	8,203	79,381
6	71	17501	0.7134			5	7,795	69,498
6	72	17502	-	*		-	-	-
6	73	17503	0.4068			4	5,189	42,486
6	74	17504	0.3968			4	6,092	39,724
6	75	17601	1.1155			9	9,434	144,656
6	76	17602	0.7023			7	8,579	83,671
6	77	17603	0.6468			6	7,801	76,129
6	78	17604	0.5697			4	6,257	84,594
6	79	177	0.5137			5	7,292	53,765
6	80	178	0.3459			4	5,456	33,549
6	81	17901	0.5563			3	3,634	71,708
6	82	17902	0.7598			6	4,754	94,544
6	83	17903	0.4918			3	3,061	61,892
6	84	180	0.5056			6	6,116	57,715
6	85	181	0.3177			4	4,494	32,058
6	86	182	0.4686			5	5,815	52,784
6	87	183	0.2993			4	4,625	29,937
6	88	18401	0.3542			4	6,680	35,662

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	89	18402	0.2569			3	5,069	25,122
6	90	18801	1.3124		●	10	10,862	146,099
6	91	18802	0.5144			5	5,183	61,055
6	92	18803	0.6111	*		5	9,438	68,821
6	93	18804	0.7429			6	7,118	84,722
6	94	18805	0.6182			6	7,192	75,341
6	95	18901	1.3124	*	●	10	36,240	198,129
6	96	18902	0.3032			3	3,073	32,538
6	97	18903	0.5494	*		3	9,233	51,002
6	98	18904	0.5497			5	8,440	52,328
6	99	18905	0.3675			3	4,129	36,355
6	100	19001	-	*		-	-	-
6	101	19002	-	*		-	-	-
6	102	19003	0.4558			3	9,225	57,800
6	103	19004	0.4393			3	8,140	53,298
6	104	19005	-	*		-	-	-
6	105	19006	0.2801	*		7	7,844	16,593
6	106	19007	0.6302	*		2	12,479	67,653
6	107	19008	0.5598	*		3	8,795	78,070
6	108	19009	0.6568			5	7,359	97,372
6	109	19010	0.3639			3	3,961	41,240
7	1	191	3.0601		●	10	22,169	273,783
7	2	192	3.0601		●	8	46,742	268,794
7	3	195	2.8833			12	82,566	265,614
7	4	196	2.2361			9	63,368	186,192
7	5	197	2.1901			11	52,488	220,791
7	6	198	1.5061			8	46,258	137,428
7	7	49301	2.3768			8	83,519	148,234
7	8	49401	2.0384			6	63,634	124,967
7	9	49302	1.4020			4	43,551	83,516
7	10	49402	1.1339			3	42,684	65,940
7	11	193	1.4214			7	25,673	149,095
7	12	194	0.8969			5	20,473	83,482
7	13	199	-	*		-	-	-
7	14	20001	1.3552			7	14,899	161,144
7	15	20002	0.7338			5	10,023	95,174
7	16	20101	2.0310			7	39,051	212,478
7	17	20102	1.3282			4	46,093	100,156

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	18	20201	0.7816			6	7,884	97,647
7	19	20202	0.4116			5	5,480	47,224
7	20	20301	1.3856	*	●	6	15,769	154,943
7	21	20302	1.3856	*	●	6	31,768	93,989
7	22	20401	0.5108			5	6,485	59,976
7	23	20402	1.0415			6	6,799	95,890
7	24	20403	0.4926	*		5	6,102	73,500
7	25	205	0.7487			7	7,326	96,362
7	26	206	0.4946			5	5,377	59,758
7	27	207	0.9377			6	8,529	92,814
7	28	208	0.6418			4	4,765	70,267
8	1	47101	3.6718			7	117,550	221,237
8	2	47102	3.3091			4	159,919	189,757
8	3	47103	3.9296			5	151,553	227,188
8	4	21701	1.9472			8	29,776	123,674
8	5	21702	1.2048			4	20,708	78,049
8	6	21703	2.0371			10	22,803	131,342
8	7	21704	1.3106			4	14,276	75,384
8	8	20901	3.0710			7	75,630	196,070
8	9	20907	4.0604			7	108,775	263,543
8	10	20902	2.5373			6	63,471	148,342
8	11	20908	3.6158			5	84,399	212,116
8	12	20903	2.1289			5	86,367	125,414
8	13	20904	1.7385			6	73,361	105,052
8	14	20905	2.1662			5	86,068	127,085
8	15	20906	0.9425			5	38,765	55,401
8	16	21601	1.1933			4	13,831	80,410
8	17	21602	0.8405			3	12,548	54,050
8	18	21001	2.4969			9	55,867	153,313
8	19	21101	1.7907			7	44,113	108,420
8	20	21002	1.7076			7	39,303	113,311
8	21	21102	1.3340			6	25,127	87,204
8	22	21003	1.4837			6	43,061	96,084
8	23	21103	1.1794			5	29,662	73,569
8	24	21201	1.7907	*		8	67,415	112,017
8	25	21202	1.4228	*		7	47,541	130,903
8	26	21203	1.7501	*	●	6	35,097	133,099
8	27	21204	1.7501		●	4	20,047	211,740

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	28	21205	1.6124			6	36,190	136,152
8	29	21206	1.2395			4	24,934	101,419
8	30	21301	3.9657	*		17	48,153	262,579
8	31	21302	-	*		-	-	-
8	32	21303	2.6496			14	40,796	226,198
8	33	21304	1.5317			10	18,972	123,713
8	34	21305	-	*		-	-	-
8	35	21306	3.9057	*		28	99,517	224,957
8	36	49101	2.0276			5	47,780	127,075
8	37	49102	1.6437			4	43,295	97,261
8	38	49201	2.3795			5	46,067	139,125
8	39	49202	1.9175			4	32,738	113,595
8	40	496	3.9202			8	96,030	381,487
8	41	49701	3.2725			8	80,646	287,617
8	42	49702	2.7701			6	72,272	238,370
8	43	49801	2.8462			6	85,392	244,147
8	44	49802	2.4037			5	82,535	195,217
8	45	499	1.4653			5	28,981	155,659
8	46	500	1.1412			4	26,991	99,824
8	47	501	1.9845			15	43,394	139,596
8	48	502	1.4463			11	28,095	91,047
8	49	50301	1.1663			4	30,788	69,989
8	50	50302	1.0118			3	31,466	61,011
8	51	50303	0.7760			3	22,087	44,900
8	52	50304	0.5835			2	21,226	36,840
8	53	21801	1.6825			8	44,760	124,501
8	54	21802	1.6087			7	38,599	116,493
8	55	21901	1.6323			8	39,014	123,373
8	56	21902	1.2017			6	29,101	81,630
8	57	21803	1.3269			5	36,078	85,428
8	58	21804	1.1690			5	25,886	77,700
8	59	21903	1.0269			4	25,716	61,315
8	60	21904	0.8165			4	21,893	54,240
8	61	22001	2.0695	*	●	8	59,842	172,867
8	62	22002	2.0695	*	●	8	81,803	139,149
8	63	22003	1.4245	*		9	49,114	104,521
8	64	22004	1.1097			5	28,730	80,127
8	65	22005	1.0283	*		2	40,728	63,949

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯註記	幾何平均住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	66	22006	0.9677			3	25,914	62,529
8	67	22007	1.2089			4	24,668	74,065
8	68	22008	0.7600			2	23,472	50,848
8	69	23101	1.3358			5	21,540	82,401
8	70	23102	0.6970			3	19,010	45,275
8	71	23103	0.4984			2	14,950	29,001
8	72	23104	0.3474			2	14,054	22,093
8	73	23001	-	*		-	-	-
8	74	23002	0.4574	*		3	21,134	46,244
8	75	23003	0.4706			2	15,767	27,661
8	76	23004	0.4053			2	15,543	25,727
8	77	22601	1.1443			4	17,329	70,803
8	78	22602	1.0018			4	19,842	61,332
8	79	22701	0.5556			2	12,679	35,980
8	80	22702	0.6648			3	12,068	43,496
8	81	22501	0.9811			6	13,591	61,654
8	82	22502	0.6758			4	15,640	44,293
8	83	22503	0.8999			4	18,082	60,736
8	84	22504	0.6736			3	15,939	44,426
8	85	228	0.7250			3	16,920	45,529
8	86	22301	-	*		-	-	-
8	87	22302	0.7756			3	26,713	46,903
8	88	23201	0.5402	*		3	19,316	45,483
8	89	23202	0.5128			2	14,062	36,086
8	90	22401	1.1438			5	30,110	66,272
8	91	22402	0.8667			4	24,567	54,635
8	92	22403	0.7451			3	22,356	46,230
8	93	22404	0.5968			3	20,574	37,781
8	94	22901	0.5457			3	14,023	35,445
8	95	22902	0.5137			2	13,201	33,965
8	96	23301	2.7782	*		8	110,111	201,093
8	97	23302	1.8905			5	48,679	125,211
8	98	23401	0.9477			3	24,277	61,239
8	99	23402	0.6701			2	21,491	42,523
8	100	23501	0.8452			4	5,176	53,025
8	101	23502	0.8044			3	6,207	73,363
8	102	23503	1.6673	*	●	20	19,672	59,061
8	103	23504	1.6673	*	●	20	36,059	136,511

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	104	23601	1.0018			6	7,197	85,782
8	105	23602	0.8660			5	5,199	96,461
8	106	23701	0.4310			3	2,721	26,163
8	107	23702	0.3501			2	2,460	22,517
8	108	23801	1.2819			12	13,572	90,025
8	109	23802	0.9942			9	12,049	69,127
8	110	23803	1.1047			10	11,217	72,837
8	111	23804	0.8905			5	5,013	61,661
8	112	23805	0.9397	*		9	21,228	137,319
8	113	23806	0.6985	*		6	5,933	40,558
8	114	23901	0.6409			3	4,064	43,587
8	115	23902	0.4268			3	2,827	30,222
8	116	24001	0.7719			3	4,437	54,477
8	117	24002	0.9656			2	4,165	62,952
8	118	24003	0.8806			2	3,688	50,496
8	119	24101	0.4914			2	3,965	46,126
8	120	24102	0.9562			3	3,846	62,164
8	121	24103	0.7142			1	2,840	41,518
8	122	24201	1.0642			11	10,393	83,169
8	123	24202	0.7409			7	10,152	50,519
8	124	24203	-	*		-	-	-
8	125	24204	0.5018	*		13	13,545	31,330
8	126	24205	0.9915			8	12,680	58,657
8	127	24206	0.7332			7	6,904	49,059
8	128	24301	0.8047			3	2,594	52,497
8	129	24302	0.3910			3	3,149	26,839
8	130	244	0.4533			4	3,069	32,803
8	131	245	0.2914			2	2,395	19,801
8	132	24601	0.5510			5	3,675	35,487
8	133	24602	0.2581			2	2,000	20,770
8	134	24701	0.5885			5	5,835	37,550
8	135	24702	0.3841			2	4,035	24,671
8	136	24801	0.7736			6	6,295	49,607
8	137	24802	0.3715			2	2,741	22,530
8	138	24901	1.0453			11	12,870	76,447
8	139	24902	0.8048			7	7,003	66,556
8	140	24903	0.8653			5	3,341	79,046
8	141	24904	0.5399			3	2,828	34,851

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	142	250	0.4232			3	4,676	27,668
8	143	251	0.2789			2	3,297	17,453
8	144	252	0.3537			1	7,331	22,567
8	145	253	0.4243			3	4,008	26,903
8	146	254	0.2788			2	2,521	17,863
8	147	255	0.4011			2	2,356	26,686
8	148	25601	0.7345			7	4,181	49,350
8	149	25602	0.5980	*		9	6,357	56,468
8	150	25603	0.6004			3	3,661	40,091
8	151	25604	0.4736			2	3,446	30,931
9	1	263	1.4264			12	18,374	157,255
9	2	264	0.9068			7	14,617	95,596
9	3	265	0.8811			6	14,361	98,967
9	4	266	0.5621			3	11,829	51,615
9	5	26801	1.4147			5	25,793	170,103
9	6	26802	1.2813			4	19,380	136,139
9	7	26701	0.5082	*		3	10,597	99,005
9	8	26702	0.2557			2	8,074	25,110
9	9	25701	2.8361	*		3	154,261	162,312
9	10	25801	2.4705			4	82,583	171,320
9	11	25702	1.4452			4	34,328	90,445
9	12	25802	1.3332			4	34,094	79,290
9	13	259	0.8752		●	2	20,870	50,654
9	14	260	0.8752		●	2	22,490	57,370
9	15	261	0.4514			2	15,131	34,721
9	16	26201	0.8536	*		4	17,565	65,238
9	17	26202	0.4189			2	14,419	30,392
9	18	269	1.3383			7	15,568	158,121
9	19	270	0.6981			4	12,245	69,629
9	20	271	0.8343			10	8,425	97,848
9	21	27201	0.7353			7	4,336	97,465
9	22	27202	0.5437			7	9,067	56,252
9	23	27203	0.5524	*	●	6	4,265	58,063
9	24	27301	0.3107			3	2,217	48,604
9	25	27302	0.4127			6	7,450	38,388
9	26	27303	0.5524	*	●	6	9,866	65,126
9	27	274	0.5269	*		4	2,363	55,575
9	28	275	0.1643			1	2,371	24,570

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	29	27601	0.4700			4	3,573	56,888
9	30	27602	0.3483			3	2,789	37,085
9	31	277	0.6035			8	8,501	70,128
9	32	278	0.3901			6	6,375	40,996
9	33	27901	0.4747			5	6,865	51,644
9	34	27902	0.3297			4	5,109	34,113
9	35	280	0.3514			5	3,095	40,757
9	36	281	0.2336			3	2,696	24,089
9	37	282	0.2383			3	3,178	29,217
9	38	28301	0.2796		●	3	4,333	37,026
9	39	28302	0.3900			4	3,586	55,396
9	40	28401	0.2796		●	3	3,300	30,209
9	41	28402	0.1565			2	2,851	20,529
10	1	28601	2.7266			7	62,681	267,212
10	2	28602	2.2035			5	59,575	222,769
10	3	28801	2.3637			9	30,349	186,558
10	4	28802	1.9163			3	34,520	152,968
10	5	28501	1.5459		●	12	23,201	158,805
10	6	28502	1.5459		●	11	23,337	177,319
10	7	28701	1.1941			10	21,276	112,300
10	8	28702	0.8605			8	20,319	83,837
10	9	28901	1.0833			3	32,882	106,611
10	10	28902	0.7559			3	30,341	63,742
10	11	290	0.9946			3	32,388	60,170
10	12	29101	-	＊		-	-	-
10	13	29102	-	＊		-	-	-
10	14	292	2.2177			12	27,452	231,363
10	15	293	1.1452			4	21,637	132,431
10	16	29401	0.7137			7	7,835	88,416
10	17	29402	0.3805			5	4,770	40,870
10	18	29501	0.6790			6	7,097	77,359
10	19	29502	0.3917			4	3,332	55,199
10	20	29601	0.5634			6	6,196	68,748
10	21	29602	0.5966			6	2,494	70,940
10	22	29701	0.3133			4	4,380	34,182
10	23	29702	0.4450			5	5,352	45,836
10	24	29801	0.9599			5	6,380	145,495
10	25	29802	0.3844			3	4,313	42,626

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	26	29803	0.3977			2	3,965	53,972
10	27	29804	0.2415			2	3,704	27,479
10	28	29901	0.7649			5	5,883	99,290
10	29	29902	0.5172			3	2,519	78,519
10	30	29903	0.5301			4	3,903	61,989
10	31	29904	0.2836			2	2,519	45,237
10	32	30001	0.5999			4	3,999	73,990
10	33	30002	0.4751			4	4,345	63,948
10	34	30101	0.4137			2	3,725	44,263
10	35	30102	0.2295			2	3,131	28,677
11	1	30201	12.9886			15	432,557	782,822
11	2	30202	12.7628			13	324,557	763,898
11	3	30301	1.7066		●	6	19,256	158,150
11	4	30302	1.7066		●	5	23,278	143,510
11	5	304	1.0225			5	14,312	106,635
11	6	305	0.8788			3	15,138	81,528
11	7	308	0.8470			4	14,445	103,593
11	8	309	0.5551			2	11,973	57,982
11	9	30601	1.3345			5	45,899	82,059
11	10	30602	1.2651			4	42,691	78,031
11	11	30701	1.0184			5	23,506	59,419
11	12	30702	0.9821			3	20,879	58,511
11	13	310	0.7194			3	21,255	65,276
11	14	311	0.5544			2	19,074	41,950
11	15	312	0.5371			3	13,462	57,117
11	16	313	0.4521			2	14,443	38,237
11	17	314	1.1091	＊		3	16,079	100,339
11	18	31501	1.3194			6	18,190	140,613
11	19	31502	1.0541			4	17,198	109,708
11	20	31601	1.0763			9	9,768	134,553
11	21	31602	0.7462			6	4,878	85,980
11	22	31603	0.6505			6	6,680	77,622
11	23	31604	0.4560			5	4,882	55,859
11	24	317	0.4280	＊		3	2,363	45,494
11	25	318	0.4357			2	3,794	43,678
11	26	319	0.3682			2	3,845	33,854
11	27	320	0.6706			8	9,640	75,408
11	28	321	0.4055			5	6,831	41,747

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	29	32201	0.5361			6	9,454	59,070
11	30	32202	0.4029			5	8,417	41,756
11	31	32301	0.7198			3	29,763	57,766
11	32	32302	0.4527			3	4,616	43,283
11	33	32401	0.6167			2	27,423	41,861
11	34	32402	0.3522			2	3,110	30,454
11	35	325	0.5849			4	5,177	64,332
11	36	326	0.4830			3	3,776	59,060
11	37	32701	0.3970			3	3,182	49,022
11	38	32702	0.3376			3	4,913	44,484
11	39	328	0.4671			3	11,345	41,240
11	40	329	0.3684			2	12,203	28,987
11	41	33001	-	＊		-	-	-
11	42	33002	0.4237	＊		2	14,973	31,453
11	43	331	0.7455			6	7,268	89,730
11	44	332	0.5859			3	4,147	64,806
11	45	33301	0.4446			3	4,399	64,775
11	46	33302	0.4382			2	4,202	62,277
12	1	334	2.3551	＊		15	97,090	164,772
12	2	335	1.1087	＊		6	11,701	177,857
12	3	34101	1.2380			4	12,406	86,647
12	4	34102	1.1425			2	7,657	68,055
12	5	34103	3.4936	＊	●	3	18,131	152,494
12	6	34104	3.4936		●	2	48,441	205,042
12	7	338	-	＊		-	-	-
12	8	33901	0.9409			3	18,185	61,289
12	9	33902	0.4503			2	16,505	28,028
12	10	34001	1.3095			2	23,870	82,312
12	11	34002	1.0002			2	21,699	67,964
12	12	34201	-	＊		-	-	-
12	13	34202	0.2018			2	3,636	19,338
12	14	34301	-	＊		-	-	-
12	15	34302	0.7312	＊		3	24,869	54,848
12	16	33601	1.0859			4	44,598	65,124
12	17	33602	1.0190			3	42,566	59,396
12	18	33701	0.8373		●	4	23,898	55,080
12	19	33702	0.8373		●	4	19,666	50,556
12	20	344	-	＊		-	-	-

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯註記	幾何平均住院日	下限臨界點	上限臨界點
12	21	34501	1.4233			5	22,868	91,359
12	22	34502	0.6686			3	17,641	43,610
12	23	346	-	*		-	-	-
12	24	347	0.3084	*		1	14,110	21,193
12	25	348	0.4303			2	4,388	28,369
12	26	349	0.3354			2	3,709	22,808
12	27	35001	0.6727			6	8,956	43,210
12	28	35002	0.4732			4	4,583	31,316
12	29	35201	0.1792	*		3	5,101	10,370
12	30	35202	0.4796	*	●	4	6,179	62,881
12	31	35203	0.4796		●	2	6,854	27,928
12	32	35204	0.6638			3	3,819	43,074
12	33	35205	0.4176			2	3,777	29,311
13	1	35301	2.9129	*		9	79,683	221,559
13	2	35302	2.4623	*		5	71,944	138,964
13	3	35801	2.0980			4	83,174	120,746
13	4	35802	1.7858			4	69,651	109,206
13	5	35803	1.6705	*		4	63,269	104,763
13	6	35804	1.2699			5	43,299	82,111
13	7	35805	1.4017			3	47,663	89,721
13	8	35806	1.0088			3	26,496	62,441
13	9	35901	1.8666			4	82,795	109,150
13	10	35902	1.6445			4	66,069	96,461
13	11	35903	1.5476			4	58,474	93,854
13	12	35904	1.1530			5	41,828	71,592
13	13	35905	1.3028			3	44,091	81,000
13	14	35906	0.9132			2	22,721	53,490
13	15	36101	1.7398			4	55,795	106,757
13	16	36102	1.5973			4	53,455	113,884
13	17	36001	0.5818			2	14,761	33,855
13	18	36002	0.4442			2	12,629	30,015
13	19	35601	1.0329			3	21,580	59,604
13	20	35602	0.9384			3	20,244	56,063
13	21	363	0.4175	*		2	8,970	24,459
13	22	364	0.4547			2	10,727	29,026
13	23	36501	1.6325			4	45,312	104,387
13	24	36502	0.9154			3	13,654	63,702
13	25	36604	0.5738	*		5	2,178	34,204

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	26	36704	0.4218	*		1	1,969	59,879
13	27	36801	0.6178			6	8,191	40,180
13	28	36802	0.3902			4	6,255	27,133
13	29	369	0.2484			2	2,061	17,708
14	1	469	0.1415	*		2	3,257	13,023
14	2	370	0.8772			5	34,572	59,129
14	3	371	0.6995			5	34,254	49,032
14	4	37401	-	*		-	-	-
14	5	37402	0.6418	*		2	24,481	54,033
14	6	37501	1.4390	*		5	40,269	81,788
14	7	37502	0.8821	*		3	34,709	49,220
14	8	372	0.7850			3	30,781	46,523
14	9	37301	0.7278			3	31,067	43,097
14	10	37302	0.6637			3	30,079	38,790
14	11	37701	-	*		-	-	-
14	12	37702	-	*		-	-	-
14	13	37703	-	*		-	-	-
14	14	37704	1.9300			6	13,566	113,282
14	15	37705	0.7354			4	8,055	51,843
14	16	37601	1.1977	*		5	7,311	128,986
14	17	37602	1.0404	*		6	33,080	84,984
14	18	37603	0.7784	*		5	13,335	75,619
14	19	37604	0.5813			5	5,111	48,115
14	20	37605	0.3638			4	4,274	24,402
14	21	37801	1.1450			2	40,692	66,238
14	22	37802	0.8993			3	27,916	58,749
14	23	37803	0.3728			2	3,357	21,228
14	24	37901	0.2939			4	3,029	37,074
14	25	37902	0.4650			5	4,387	59,671
14	26	37903	0.3461			4	4,022	44,741
14	27	38101	0.7051			2	11,298	40,590
14	28	38102	0.5083			2	11,140	31,025
14	29	38001	0.4560			2	4,662	29,846
14	30	38002	0.3881			2	5,754	24,259
14	31	382	0.2044			1	2,295	11,914
14	32	38301	0.3755			4	4,100	47,053
14	33	38302	0.2557			3	3,404	28,524
14	34	384	0.3531			4	3,309	43,565

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	35	513	0.3033			-	-	-
15	1	N01	0.8405			5	13,466	105,777
15	2	N02	-	*		-	-	-
15	3	N03	60.4070	*		7	16,076	3,339,590
15	4	N04	-	*		-	-	-
15	5	N05	5.4576			25	160,321	451,439
15	6	N06	2.8198	*		26	68,050	237,961
15	7	N07	3.7796			22	83,619	384,727
15	8	N08	2.2340			18	39,019	211,844
15	9	N09	1.8872			17	49,679	171,220
15	10	N10	1.6167			16	34,971	144,926
15	11	N11	2.5443			13	41,727	309,206
15	12	N12	1.1785			8	19,128	121,361
15	13	N13	0.7409			6	11,308	79,100
15	14	N14	7.3375			20	88,525	721,887
15	15	N15	3.3602			10	33,898	355,216
15	16	N16	1.6877			8	26,328	205,334
15	17	N17	0.8001			6	12,390	85,521
15	18	N18	0.4575			4	6,848	50,252
15	19	N19	0.4375			4	10,181	42,708
16	1	39201	2.9051			11	82,626	309,799
16	2	39202	2.1808			8	68,854	167,596
16	3	39301	4.9806	*		18	115,227	448,543
16	4	39302	1.7029	*		7	53,806	169,662
16	5	39401	1.2120			6	20,414	136,017
16	6	39402	0.7625			3	16,733	85,394
16	7	39501	0.9813			5	4,609	121,204
16	8	39502	0.6109			5	7,413	67,521
16	9	39503	0.4286			3	4,523	44,512
16	10	39601	0.7296			2	4,012	104,475
16	11	39602	0.5367			3	7,333	70,523
16	12	39603	0.3709			2	4,613	43,253
16	13	39701	21.0946	*		18	31,206	1,204,508
16	14	39702	0.9511	*		2	8,780	189,215
16	15	39703	1.7460	*		13	19,109	193,122
16	16	39704	-	*		-	-	-
16	17	39705	0.8545			5	4,363	124,749
16	18	39706	0.4822			3	3,081	64,986

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯註記	幾何平均住院日	下限臨界點	上限臨界點
16	19	39802	0.7273			6	7,371	92,757
16	20	39803	0.6587			5	4,462	86,009
16	21	39804	0.3160			2	3,391	43,508
16	22	39902	0.4159			4	4,005	46,627
16	23	39903	0.3399			2	3,499	48,095
16	24	39904	0.2271			2	3,329	30,999
17	1	40001	-	*		-	-	-
17	2	40002	-	*		-	-	-
17	3	401	-	*		-	-	-
17	4	402	-	*		-	-	-
17	5	40301	0.6844			3	3,596	129,010
17	6	40401	0.0818	*		1	4,279	5,050
17	7	406	2.3014			7	45,969	215,207
17	8	407	1.6222			4	30,087	138,530
17	9	40801	0.9839			4	16,417	99,907
17	10	40802	0.5895			2	12,838	52,898
17	11	412	0.2828	*		2	4,586	34,457
17	12	41101	0.4600		●	2	7,296	47,984
17	13	41102	0.4600		●	2	5,840	40,186
17	14	413	0.7148			6	7,855	88,297
17	15	414	0.4761			3	2,839	51,279
18	1	41501	2.1017			13	28,844	253,350
18	2	41502	1.0125			6	17,083	110,990
18	3	41601	1.0455			10	12,601	129,468
18	4	41602	0.5611			7	7,792	61,393
18	5	41701	0.8797			7	11,993	123,556
18	6	41702	0.5907			6	9,811	63,535
18	7	41803	0.6891			8	7,647	84,139
18	8	41804	0.4945			7	5,921	57,646
18	9	419	0.5825			6	6,272	68,532
18	10	420	0.4115			5	5,035	45,639
18	11	42101	0.6888			6	6,940	87,678
18	12	42102	0.4507			5	6,002	52,402
18	13	42201	0.4057			4	7,646	44,277
18	14	42202	0.3003			3	5,881	30,851
18	15	42301	1.6219			13	15,926	193,966
18	16	42302	1.2896	*		11	12,526	108,034
18	17	42303	0.6800			7	7,424	97,827

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯註記	幾何平均住院日	下限臨界點	上限臨界點
18	18	42304	0.3527			4	4,247	41,694
21	1	44001	0.6682			6	8,502	70,719
21	2	44002	0.4242			4	10,325	42,495
21	3	43901	1.1408			8	21,084	123,038
21	4	43902	0.7093			5	18,362	67,324
21	5	44101	0.9594		●	5	13,989	106,090
21	6	44102	0.9594		●	4	14,709	114,272
21	7	442	1.4713			7	15,882	169,904
21	8	443	0.8250			4	12,778	90,416
21	9	444	0.4373			5	4,805	50,304
21	10	445	0.2536			3	2,776	26,593
21	11	44601	0.3769			4	5,266	37,876
21	12	44602	0.2803			3	3,008	27,775
21	13	44701	0.5241			5	4,098	74,302
21	14	44702	0.2790			4	4,371	32,456
21	15	44801	0.6174	＊		5	7,717	75,030
21	16	44802	0.2586			3	5,189	33,292
21	17	44901	0.9284			6	5,573	134,844
21	18	44902	0.6616			5	4,617	90,103
21	19	45001	0.5308			3	3,056	80,430
21	20	45002	0.2688			3	2,788	31,820
21	21	45101	0.6699			4	4,332	112,879
21	22	45102	0.3057			2	2,836	55,667
21	23	45103	0.4408			3	3,226	67,949
21	24	45104	0.2411			2	3,263	29,624
21	25	452	0.5500			5	4,453	71,133
21	26	453	0.2976			3	2,893	34,609
21	27	454	0.6820			5	4,868	112,547
21	28	455	0.4051			3	3,580	61,383
21	29	41801	0.4790	＊		7	7,496	43,474
21	30	41802	0.4465	＊		6	10,025	50,829
22	1	50401	10.2975	＊		22	65,167	1,104,536
22	2	50402	-	＊		-	-	-
22	3	50403	-	＊		-	-	-
22	4	50404	-	＊		-	-	-
22	5	50405	-	＊		-	-	-
22	6	50501	4.3965	＊		13	77,711	427,665
22	7	50502	-	＊		-	-	-

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	8	50503	-	*		-	-	-
22	9	50504	-	*		-	-	-
22	10	50505	17.6800	*		24	472,318	1,016,540
22	11	50601	4.5482			19	48,622	591,783
22	12	50602	4.1042			15	12,339	482,215
22	13	50603	2.3389			15	15,212	263,884
22	14	50604	1.9261			13	25,609	189,422
22	15	50605	3.4609			18	44,463	339,288
22	16	50606	3.4594			16	39,204	411,988
22	17	50701	2.1622			9	12,790	232,542
22	18	50702	1.3774			10	17,113	152,387
22	19	50703	1.2759			10	22,036	133,460
22	20	50704	1.6757	*		15	50,709	99,165
22	21	50705	1.4424	*		8	10,499	125,756
22	22	50801	1.3777	*		9	17,689	126,164
22	23	50802	1.0554	*		9	14,718	103,912
22	24	50803	1.9843			9	9,224	227,869
22	25	50804	1.8347			9	13,131	219,822
22	26	50901	1.1987			9	9,976	146,795
22	27	50902	0.3732	*		5	10,299	28,540
22	28	50903	1.5843	*		11	37,997	130,253
22	29	50904	0.7266	*		4	6,550	76,913
22	30	510	1.2979			8	9,038	176,021
22	31	511	0.8246			6	6,358	103,639
23	1	46101	0.7295			3	9,971	127,255
23	2	46102	0.8452			2	12,322	150,367
23	3	46103	0.6601			2	9,146	85,166
23	4	46201	1.3938			21	16,625	118,981
23	5	46202	1.1574			19	8,303	101,999
23	6	46203	1.3894			20	13,730	116,895
23	7	46204	1.0655			18	13,515	94,885
23	8	463	0.6620			6	5,894	80,540
23	9	464	0.4090			2	4,551	36,441
23	10	465	0.3555			2	2,588	37,933
23	11	466	0.4666			3	2,676	48,860
23	12	467	0.7454			3	6,343	79,641
24	1	48401	5.7921			19	103,671	506,548
24	2	48402	-	*		-	-	-

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯註記	幾何平均住院日	下限臨界點	上限臨界點
24	3	48501	1.9634			9	43,741	198,765
24	4	48502	1.1415	*		5	45,650	80,624
24	5	48601	3.2422			12	40,630	387,252
24	6	48602	2.1918			8	19,587	226,203
24	7	48701	0.8630			7	6,781	113,521
24	8	48702	0.5209			5	4,787	68,376
UN	1	46801	2.1785			10	23,173	269,916
UN	2	46802	1.0586			4	15,094	132,511
UN	3	46803	2.1339			6	24,929	292,391
UN	4	46804	0.9110			3	17,776	103,555
UN	5	47601	1.7449			12	21,640	155,376
UN	6	47602	0.8369			4	17,889	91,536
UN	7	47701	1.4477			8	19,987	182,847
UN	8	47702	0.7364			3	14,840	67,844
UN	9	47703	1.5194			6	16,589	172,939
UN	10	47704	0.8450			3	12,568	81,025
全國平均點數 56,908								

附件 4

113年1-6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
1,945,748	119,896,505,288	3,193,953,292	2,438,632,649	647,820,351	85,006,212	5,879,473,695	107,651,619,090	2,028,461	53,071

註1.資料說明：

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

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

B.生物製劑自103.7.1生效，IABP自103.7.1刪除。

雙胞胎以上之新生兒照護	IABP特殊材料費	癌症及性態未明腫瘤之化療(放療)費用	呼吸器	洗腎	生物製劑	特定核實特材	BC肝藥費	小計
5,793,120				1,815,479,030	289,582,762	1,079,830,600	3,267,780	3,193,953,292

(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 A_1	點數 B_1	個案數 C_1	點數 D_1	個案數 $E_1=A_1+C_1$	點數 $F_1=B_1+D_1$
89,225	1,948,828,486	4,809	489,804,163	94,034	2,438,632,649

(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
376,659,137	105,427,572	160,920,318	4,813,324	647,820,351

(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)=53,071，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	$D_2=A_2-B_2+C_2$
2,004,807	102,783	126,438	2,028,461

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。

報告事項

第 九 案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：考量單次醫材臨床實際使用情形，修訂受影響之診療項目支付點數案。

說明：

一、 依據本署 112 年 6 月 29 日召開 112 年第 2 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決議暨本署 112 年 7 月 24 日健保醫字第 1120663027A 號公告。（附件 1，頁次報 9-2～9-4）

二、 依上開會議決議，因應 113 年重處理單次醫材者須依藥事法取得查驗登記許可及符合醫療器材管理法相關規定，預定調升79項診療項目支付點數，並於 112 年 7 月 25 日至同年月 31 日預告修正草案。

三、 預告期間為達審慎，本署就前述項目之內含醫材是否僅餘單次使用醫材，再徵詢相關專家意見，專家表示腹腔鏡手術有重消醫材可替代使用，爰規劃排除腹腔鏡相關診療項目計 6 項，剩餘 73 項維持前次會議決議調整支付點數。（附件 2，頁次報 9-5～9-9）

四、 預算來源：由 112 年度醫院總額及西醫基層總額「促進醫療服務診療項目支付衡平性（含醫療器材使用規範修訂之補貼）」專款預算、牙醫門診總額預算支應，推估增加支出由 17.6 億點（醫院 17.33 億點、西醫基層 0.22 億點、牙醫 0.05 億點）調整為 14.08 億點(醫院 13.83 億點、西醫基層 0.20 億點、牙醫 0.05 億點）。

五、 本案修訂後支付標準如附件 3（頁次報 9-10～9-25），如經確認同意，並依程序報請衛生福利部核定後公布實施。

決定：

附件 1

「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」

112 年第 2 次會議紀錄

時　　間：112 年 6 月 29 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：蔡孟芸

壹、主席致詞：略。

貳、上次會議紀錄，請參閱(不宣讀)確認：略。

參、報告事項：

第五案　　提案單位：本署醫務管理組

案由：配合醫療器材使用規範，修訂受影響之診療項目支付點數案。

決議：洽悉，另考量支付衡平性，「經尿道攝護腺切除術」不論切除攝護腺重量應一併調升並載明相關材料百分比，同意併予調升 79411B「經尿道攝護腺切除術-切除攝護腺重量十五至五十公克」，及 79412B「經尿道攝護腺切除術-切除攝護腺重量大於五十公克」支付點數。

肆、討論事項：略。

伍、臨時提案：無。

散會：下午 5 時 30 分

張貼公告欄

檔　　號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署　公告

發文日期：中華民國112年7月24日
發文字號：健保醫字第1120663027A號
附件：如公告事項三

主旨：預告修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目草案。

依據：行政程序法第一百五十一條第二項準用第一百五十四條第一項。

公告事項：

一、修正機關：衛生福利部中央健康保險署。

二、修正依據：全民健康保險法第四十一條規定、本署於一百十二年六月二十九日召開之「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」之一百十二年第二次會議決議。

三、「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目修正草案如附件。本案另載於本署全球資訊網（網址：https://www.nhi.gov.tw）之「公告」網頁。

四、本次支付標準修正草案公告係診療項目之調整，因涉保險對象醫療服務權益，且為提升給付效率，使民眾儘早獲得醫療服務，對於本公告內容有任何意見或修正建議者，請於本公告刊登公報隔日起7日內陳述意見或洽詢：

(一)承辦單位：衛生福利部中央健康保險署醫務管理組

(二)地址：台北市信義路三段140號

(三)電話：（02）27065866轉3622

(四)傳真：（02）27069043

(五)電子郵件：A111198@nhi.gov.tw

副本：本署醫務管理組

署長石崇良

附件 2

按台灣醫院協會提供資料，整理並推估財務影響明細表

資料說明：

1.若為同名稱惟規格不同之醫材，本署列計價高者。

2.因部分醫材，醫院協會提供之採購單價為區間，本署以採購單價之上限值推估。

醫院協會提供受影響之診療項目			內含醫材中文(酌修)	調整後支付點數差額所需預算	
序號	健保碼	醫令名稱		醫院(L=I*J)	基層(M=I*K)
1	33033B	內視鏡逆行胰液引流術	單次使用消化道導引線、導線/導線蓋和鎖	29,985,813	0
2	47078B	胃靜脈瘤硬化治療	單次使用內視鏡用拋棄式注射器、組織黏膠、切片夾及治療用耗材	14,885,929	0
3	47027C	食道異物取出，複雜	單次使用瘜肉切除器	599,333	14,667
4	47057B	經內視鏡施行食道擴張術	單次使用消化道導引線、導線/導線蓋和鎖、十二指腸乳頭部切開刀、括約肌切開刀	35,577,204	0
5	47058B	食道內金屬支架置放術	單次使用消化道導引線、導線/導線蓋和鎖	2,885,570	0
6	47074C	上消化道內視鏡息肉切除術	單次使用瘜肉切除器	10,650,000	1,273,333
7	47077B	上消化道息肉切除術	單次使用瘜肉切除器	2,216,667	2,000
8	47083C	上消化道泛內視鏡異物摘除術	單次使用瘜肉切除器	4,025,333	41,333
9	49014C	大腸鏡息肉切除術	單次使用瘜肉切除器	94,985,469	7,172,251
10	49027C	大腸息肉切除術	單次使用瘜肉切除器	22,181,333	1,631,333
11	53033C	鼻淚管淚道氣球擴張術	單次使用鼻淚管整型擴充器	11,892,000	4,728,000
12	56020B	膽道插管引流術	單次使用消化道導引線、導線/導線蓋和鎖	131,866,262	0
13	56021B	鼻管膽汁引流術	單次使用消化道導引線、導線/導線蓋和鎖	308,556	0
14	62070B	口腔粘膜皮瓣手術	單次使用鑽針	3,450,775	1,423
15	64001B	骨開窗術	單次使用鑽石鑽頭、氣動切割鑽頭	2,066,680	0

醫院協會提供受影響之診療項目			內含醫材中文(酌修)	調整後支付點數差額所需預算	
序號	健保碼	醫令名稱		醫院(L=I*J)	基層(M=I*K)
16	64003C	骨髓炎之死骨切除術或蝶形手術及擴創術(包含指骨、掌骨、蹠骨)	單次使用鑽石鑽頭、氣動切割鑽頭	18,745,062	71,274
17	64004C	骨髓炎之死骨切除術或蝶形手術及擴創術（包含脛骨 、腓骨、橈骨、尺骨、膝骨、骨盤）	單次使用鑽石鑽頭、氣動切割鑽頭	9,075,185	13,540
18	64005B	骨髓炎之死骨切除術或蝶形手術及擴創術（包括：頭骨、顱骨、胸部骨頭、股骨、肋骨、脊	單次使用鑽石鑽頭、氣動切割鑽頭	10,662,135	3,401
19	64006B	矯正切骨術-肱骨、尺骨、橈骨、脛骨或腓骨	單次使用骨鋸片	3,532,410	0
20	64007B	骨片切取術	單次使用鑽石鑽頭、氣動切割鑽頭	7,585,025	0
21	64022B	四肢切斷術 – 大腿	單次使用鑽石鑽頭、氣動切割鑽頭	1,862,656	0
22	64023B	四肢切斷術 – 小腿、上臂、前臂	單次使用鑽石鑽頭、氣動切割鑽頭	4,528,320	0
23	64025C	四肢切斷術 – 指、趾	單次使用小骨鋸片	6,262,509	40,293
24	64028C	股骨幹骨折開放性復位術	單次使用鑽頭	14,780,480	0
25	64029B	股骨頸骨折開放性復位術	單次使用骨鋸片	40,773,480	0
26	64031C	脛骨骨折開放性復位術	單次使用鑽頭	23,124,900	3,800
27	64032B	橈骨、尺骨骨折開放性復位術	單次使用鑽頭	60,154,096	0
28	64035C	腕、跗、掌、蹠骨骨折開放性復位術	單次使用整型用電燒頭	48,546,388	150,756
29	64055B	滑膜切除術或關節囊切除術 – 膝關節	單次使用鋸片	2,380,308	0
30	64070C	指、趾關節脫位開放性復位術	單次使用小骨鋸片	1,018,629	9,736
31	64099B	顴骨,開放性復位 — 複雜	單次使用鑽頭	3,132,690	0

醫院協會提供受影響之診療項目			內含醫材中文(酌修)	調整後支付點數差額所需預算	
序號	健保碼	醫令名稱		醫院(L=I*J)	基層(M=I*K)
32	64100B	顎骨、口蓋、舌良性腫瘤摘除術	單次使用鑽頭	3,423,180	0
33	64122B	肩旋轉袖破裂修補術－大破裂	單次使用小骨鋸片、鑽頭、拋棄式關節鏡專用套管	27,945,700	0
34	64133C	大腳趾外翻（ 截骨術 ）	單次使用骨鋸片	7,137,524	0
35	64143B	骨關節腫瘤摘除術	單次使用鑽石鑽頭、氣動切割鑽頭	9,850,676	6,836
36	64162B	全股關節置換術	單次使用骨鋸片	25,075,575	0
37	64164B	全膝關節置換術	單次使用切骨鋸片、鋸片	68,045,555	0
38	64169B	部份關節置換術併整型術 － 只置換股骨髁或脛骨高丘或半膝關節或只換髕骨	單次使用骨鋸片、鑽頭	14,942,694	0
39	64170B	部份關節置換術－只置換髖臼或股骨或半股關節或半肩關節	單次使用鋸片	15,371,820	0
40	64171B	股關節整型術	單次使用骨鋸片	1,111,796	0
41	64187B	十字韌帶重建術	單次使用電動刨刀	8,828,290	0
42	64201B	人工全髖關節再置換	單次使用骨鋸片	4,039,366	0
43	64202B	人工全膝關節再置換	單次使用骨鋸片	3,465,676	0
44	64206B	良性骨瘤刮除術及骨移植	單次使用鑽石鑽頭、氣動切割鑽頭	3,391,840	0
45	64208C	軟組織良性腫瘤切除術,大或深	單次使用整型用電燒頭	39,890,662	278,976
46	64218B	半月軟骨部分切除或修補術	單次使用關節鏡磨刀	16,736,400	0
47	64228B	區域肌膜切除術	單次使用整型用電燒頭	32,386,186	0
48	64237C	骨骼外固定器裝置術	單次使用小骨鋸片	3,514,860	1,242
49	64239B	開放性或閉鎖性肱骨粗隆或骨幹或踝部骨折，開放性復位術	單次使用鑽頭	25,045,280	0

醫院協會提供受影響之診療項目			內含醫材中文(酌修)	調整後支付點數差額所需預算	
序號	健保碼	醫令名稱		醫院(L=I*J)	基層(M=I*K)
50	64243B	關節鏡手術--關節鏡探查手術，併施行滑膜切片，灌洗，清創	單次使用拋棄式關節鏡磨刀	7,826,400	7,200
51	64247C	骨內固定物拔除術-其他部位	單次使用鑽頭	17,365,449	32,946
52	65004C	粘膜下中隔矯正術(S.M.R)	單次使用切割工具及潤滑器/散熱器	3,376,471	751,072
53	65013B	多竇副鼻竇手術	單次使用電磁器械追蹤器、病人追蹤器	54,288,330	0
54	65014B	全副鼻竇切除術	單次使用器械追蹤器、病人追蹤器	47,559,501	0
55	64268B	矯正切骨術-其他部位;骨盆除外	單次使用骨鋸片	2,294,698	0
56	78008C	膀胱腫瘤之切除－ 內視鏡下--含膀胱鏡檢	單次使用電燒切除環	15,958,580	53,465
57	78049C	膀胱腫瘤之切除－ 內視鏡下--含膀胱鏡檢及輸尿管鏡檢查	單次使用電燒切除環	1,367,002	0
58	78023C	膀胱尿道鏡伴有輸尿管切開術	單次使用電燒切除環	21,405	2,854
59	79406B	經尿道攝護腺切除術－ 切除之攝護腺重量 5 至 15 公克	單次使用電燒切除環、切割電極	4,052,340	0
60	79411B	經尿道攝護腺切除術－ 切除之攝護腺重量 15 至 50 公克	單次使用電燒切除環、切割電極	4,023,288	0
61	79412B	經尿道攝護腺切除術－ 切除之攝護腺重量大於 50 公克	單次使用電燒切除環、切割電極	573,210	0
62	80422C	子宮鏡移除異物或息肉	單次使用 30 度切除環	68,104,440	3,277,288
63	83002C	椎弓切除術（減壓）－二節以內	單次使用鑽石鑽頭、氣動切割鑽頭	59,892,200	0
64	83003C	椎弓切除術（減壓）－超過二節	單次使用鑽石鑽頭、氣動切割鑽頭	47,274,476	0
65	83024C	椎間盤切除術 － 腰椎	單次使用切割附件	71,681,688	0
66	83046B	脊椎融合術 －後融合 2.有固定物 (1)<=6 節	單次使用鑽頭	28,041,336	0

醫院協會提供受影響之診療項目			內含醫材中文(酌修)	調整後支付點數差額所需預算	
序號	健保碼	醫令名稱		醫院(L=I*J)	基層(M=I*K)
67	84019B	鼓室成形術 － 包括乳突鑿開術	單次使用鑽頭	6,066,900	0
68	84021B	乳突鑿開術 － 簡單式	單次使用鑽頭	523,656	0
69	84022B	乳突鑿開術 － 修正式	單次使用鑽頭	915,625	0
70	84038B	人工電子耳手術(人工耳蝸植入術)	單次使用鑽頭	754,920	0
71	85804C	睫狀體透熱法	單次使用虹光雷射(探頭)	4,342,500	234,495
72	92063C	手術拔除深及下顎骨角或下顎枝之阻生齒	單次使用鑽頭	2,472,960	5,462,400
73	92224A	顎骨矯正手術 － 單顎或二處	單次使用鑽頭、鑽針	3,864	0
			合計	**1,382,725,516**	**19,803,515**
			總計(不含牙醫總額)		**1,402,529,031**

註 1：因 92224A「顎骨矯正手術 － 單顎或二處」及 92063C「手術拔除深及下顎骨角或下顎枝之阻生齒」屬第三部牙醫手術，爰調整支付點數所需預算來源說明如下：

(1)門診費用由牙醫總額預算支應，住診費用則由醫院總額預算支應。

(2)查 109 年門診件數計 5,690 件、住診件數計 2,578 件；爰調整 92224A 及 92063C 支付點數所需預算，推估約需牙醫總額 5,462,400 點支應、醫院總額 2,476,824 點支應。

註 2：序 60、61 為 112 年第 2 次共擬會議決議新增調升醫令。

附件 3

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosisand 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 (33001-33145、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
33033B	內視鏡逆行胰液引流術 E.R.P.D. (Endoscopic retrograde pancrea drainage) 註： 1.包括鏡檢費在內。 2.內含單次使用消化道導引線、導線/導線蓋和鎖比率為百分之七十六。		v	v	v	~~3575~~ 14718

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

第一項 處置費 Treatment

一、一般處置 General Treatment (47001~47107)

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
47078B	胃靜脈瘤硬化治療 Gastric variceal sclerosing therapy 註： 1.含內視鏡費及藥材費。 2.內含單次使用內視鏡用拋棄式注射器、組織黏膠、切片夾及治療用耗材比率為百分之六十二。 ~~2~~3.提升兒童加成項目。		v	v	v	~~9476~~ 25262
47027C	食道異物取出，複雜 Esophageal foreign body, complicated 註：內含單次使用瘜肉切除器比率為百分之二十。	v	v	v	v	~~2626~~ 3293
47057B	經內視鏡施行食道擴張術 Endoscopic esophageal dilation 註： 1.適應症：因故造成食道狹窄或食道反覆狹窄致無法正常進食者。 2.支付規範： ~~2.~~(1)施行次數以每週一次、一年內六次為原則，施行第七次(含)以上者需專案申請。 ~~3.~~(2)申報費用時需附詳細治療報告、治療前後照片、相關影像學報告。 (3)內含單次使用消化道導引線、導線/導線蓋和鎖、十二指腸乳頭部切開刀、括約肌切開刀比率為百分之八十。 ~~4.~~(4)若使用食道球可另外申報。 ~~5.~~(5)提升兒童加成項目。		v	v	v	~~4530~~ 22444
47058B	食道內金屬支架置放術 Esophageal metal stent placement 註： 1.適應症： (1)食道或賁門之惡性腫瘤。 (2)因先天或後天兒童食道疾病造成食道狹窄、破裂、滲漏、瘻管，無法進行傳統手術或手術成效不佳者。 ~~3~~2.適應症第(2)點限小兒外科、消化兒科及胸腔外科專科醫師執行。 3.內含單次使用消化道導引線、導線/導線蓋和鎖比率為百分之五十六。 ~~2~~4.提升兒童加成項目。		v	v	v	~~4439~~ 10153

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
47074C	上消化道內視鏡息肉切除術 Panendoscopic polypectomy 註： 1.內含單次使用瘜肉切除器比率為百分之十。 2.提升兒童加成項目。	v	v	v	v	~~6337~~ 7004
47077B	上消化道息肉切除術 Upper GI tract polypectomy 註： 1.經由上消化道內視鏡檢查後，依病情需要加做處置，本項目不含鏡檢費用。 2.限胃息肉大於 0.5 公分(含)以上，使用 snear 套環切除且送病理切片之案件，需檢附 snear 套環切除過程照片。 3.同次多顆息肉切除，限以 1 件申報。 4.內含單次使用瘜肉切除器比率為百分之十五。 ~~4~~5.提升兒童加成項目。		v	v	v	~~3754~~ 4421
47083C	上消化道泛內視鏡異物摘除術 Upper GI panendoscopic foreign body removal 註： 1.內含單次使用瘜肉切除器比率為百分之十二。 2.提升兒童加成項目。	v	v	v	v	~~4688~~ 5355

三、大腸肛門處置 Colonand Anus Treatment (49001-49031)

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
49014C	大腸鏡息肉切除術 Colonoscopic polypectomy 註： 1.包括大腸纖維鏡檢查。 2.內含單次使用瘜肉切除器比率為百分之十四。 3.限由消化內科、消化外科、大腸直腸外科、兒科消化學及小兒外科專科醫師執行。 ~~2~~4.提升兒童加成項目。	v	v	v	v	~~4172~~ 4839
49027C	大腸息肉切除術 Polypectomy 註： 1.經由大腸纖維鏡檢查後，依病情需要加做處置，本項目不含鏡檢費用。 2.內含單次使用瘜肉切除器比率為百分之二十六。 3.限由消化內科、消化外科、大腸直腸外科、兒科消化學及小兒外科專科醫師執行。 ~~2~~4.提升兒童加成項目。	v	v	v	v	~~1853~~ 2520

七、眼科處置 Ocular Treatment (53001-53034)

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
53033C	鼻淚管淚道氣球擴張術 Balloon dacryocystoplasty 註：內含單次使用鼻淚管整型擴充器比率為百分之六十五。	v	v	v	v	~~6500~~ 18500

十、外科處置 General Surgery Treatment (56001-56043)

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
56020B	內視鏡逆行性膽管引流術 Endoscopic retrograde biliary drainage(ERBD) 註：內含單次使用消化道導引線、導線/導線蓋和鎖比率為百分之六十。		v	v	v	~~7552~~ 18695
56021B	內視鏡經鼻膽管引流術 Endoscopic nasobiliary drainage(ENBD) 註： 1.提升兒童加成項目。 2.內視鏡經鼻胰管引流術比照申報。 3.本項費用包括內視鏡及放射線費。 4.內含單次使用消化道導引線、導線/導線蓋和鎖比率為百分之二十六。 ~~4~~5.引流管之材料費另計。		v	v	v	~~15968~~ 21682

第七節 手術

第一項 皮膚 Integumentary System (62001-62072，63017)

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
62070B	口腔粘膜皮瓣手術 Oral mucous flap 註： 1.口腔粘膜包括齒齦、頰部、顎部及舌部粘膜。 2.內含一般材料費及單次使用鑽針，得另加計百分之七十二。		v	v	v	7487

第三項 筋骨 Musculoskeletal System (64001～64283)

通則：骨折或關節脫位手術，不另支付徒手整復費用。

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
64001B	骨開窗術 Fenestration 註：內含一般材料費及單次使用鑽石鑽頭、氣動切割鑽頭，得另加計百分之一百二十九。		v	v	v	4458
64003C	骨髓炎之死骨切除術或蝶形手術及擴創術 （包含指骨、掌骨、蹠骨） Sequestretomy or saucerization & debridement for osteomyelitis (including phalanges, metacarpals, metatarsals) 註： 1.如係膿瘍切開者應依切開創傷處理申報。 2.內含一般材料費及單次使用鑽石鑽頭、氣動切割鑽頭，得另加計百分之一百十一。	v	v	v	v	5852
64004C	骨髓炎之死骨切除術或蝶形手術及擴創術 （包含脛骨、腓骨、橈骨、尺骨、膝骨、骨盤） Sequestretomy or saucerization & debridement for osteomyelitis(including tibia, fibula, radius ulna humerus, pelvis) 註： 1.如係膿瘍切開者依切開創傷處理申報。 2.內含一般材料費及單次使用鑽石鑽頭、氣動切割鑽頭，得另加計百分之一百零三。	v	v	v	v	6771
64005B	骨髓炎之死骨切除術或蝶形手術及擴創術 (包括：頭骨、顱骨、股骨、肋骨、脊椎骨) Sequestrectomy or saucerization & debridement for osteomyelitis 註： 1.如係膿瘍切開者依切開創傷處理申報。 2.內含一般材料費及單次使用鑽石鑽頭、氣動切割鑽頭，得另加計百分之一百零三。		v	v	v	6802

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
64006B	矯正切骨術－肱骨、尺骨、橈骨、股骨、脛骨或腓骨 Corrective osteotomy of humerus,ulna,radius,femur,tibia or fibula 註：內含一般材料費及單次使用骨鋸片，得另加計百分之百。		v	v	v	5681
64268B	矯正切骨術-其他部位;骨盆除外 Corrective osteotomy-others;pelvic bone excluded 註：內含一般材料費及單次使用骨鋸片，得另加計百分之一百十六。		v	v	v	4265
64007B	骨片切取術 Ostectomy 註：內含一般材料費及單次使用鑽石鑽頭、氣動切割鑽頭，得另加計百分之一百三十二。		v	v	v	4315
	四肢切斷術 Amputation of limbs					
64022B	－ 大腿 thigh 註：64022B內含一般材料費及單次使用鑽石鑽頭、氣動切割鑽頭，得另加計百分之百。		v	v	v	7285
64023B	－ 小腿、上臂、前臂 leg, arm, forearm 註：64023B內含一般材料費及單次使用鑽石鑽頭、氣動切割鑽頭，得另加計百分之一百零九。		v	v	v	6057
64024B	－ 腕、踝 wrist, ankle		v	v	v	4555
64025C	－ 指、趾 finger, toe 註：64025C內含一般材料費及單次使用小骨鋸片，得另加計百分之八十六。	v	v	v	v	3701
64028C	股骨幹骨折開放性復位術 Open reduction for fracture of femoral shaft 註：內含一般材料費及單次使用鑽頭，得另加計百分之七十。	v	v	v	v	11000
64029B	股骨頸骨折開放性復位術 Open reduction for fracture of femoral neck 註： 1.包含股骨粗隆間或股骨粗隆周邊骨折 including intertrochan or peritrochanteric fracture。 2.內含一般材料費及單次使用骨鋸片，得另加計百分之七十六。		v	v	v	12000
64031C	脛骨骨折開放性復位術 Open reduction for fracture of tibia 註：內含一般材料費及單次使用鑽頭，得另加計百分之七十二。	v	v	v	v	10000
64032B	橈骨、尺骨骨折開放性復位術 Open reduction for fracture of radius,ulna 註：內含一般材料費及單次使用鑽頭，得另加計百分之九十一。		v	v	v	4938
64035C	腕、跗、掌、蹠骨骨折開放性復位術 Open reduction for fracture of carpal,tarsal,meta-carpal,meta-tarsal 註： ~~屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數5600點申報。~~ 內含一般材料費及單次使用整型用電燒頭，得另加計百分之九十七。	v	v	v	v	6720

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
	滑膜切除術或關節囊切除術 Synovectomy or/and capsulectomy					
64054B	— 股關節 hip		v	v	v	8290
64055B	— 膝關節 knee 註：64055B內含一般材料費及單次使用鋸片，得另加計百分之七十。		v	v	v	7080
64056B	— 肩關節、肘關節、腕關節或踝關節 shoulder elbow, wrist or ankle		v	v	v	5632
64057B	— 指趾 phalanges		v	v	v	4473
64070C	指、趾關節脫位開放性復位術 Open reduction for dislocation of finger, toe 註：內含一般材料費及單次使用小骨鋸片，得另加計百分之八十九。	v	v	v	v	3380
	顴骨，開放性復位 Zygoma；open reduction					
64098B	— 簡單 simple		v	v	v	7501
64099B	— 複雜 complicated 註：64099B內含一般材料費及單次使用鑽頭，得另加計百分之六十四。		v	v	v	16501
64100B	顎骨、口蓋、舌良性腫瘤摘除術 Extirpation of benign tumors on palate or tongue 註：內含一般材料費及單次使用鑽頭，得另加計百分之一百二十一。		v	v	v	2603
	肩旋轉袖破裂修補術 Rotator cuff tear repair					
64121B	—小破裂 small		v	v	v	5534
64122B	—大破裂 large or massive 註：64122B內含一般材料費及單次使用小骨鋸片、鑽頭、拋棄式關節鏡專用套管，得另加計百分之一百十二。		v	v	v	7070
64133C	大腳趾外翻（截骨術）Hallux valgus (Chevron) 註：內含一般材料費及單次使用骨鋸片，得另加計百分之一百十四。	v	v	v	v	5275
64143B	骨關節腫瘤摘除術 Excision of tumor mass of bone and joint 註：內含一般材料費及單次使用鑽石鑽頭、氣動切割鑽頭，得另加計百分之一百零七。		v	v	v	6330
64162B	全股關節置換術 Total hip replacement 註：內含一般材料費及單次使用骨鋸片，得另加計百分之六十七。		v	v	v	19608
64164B	全膝關節置換術 Total knee replacement 註：內含一般材料費及單次使用切骨鋸片、鋸片，得另加計百分之六十六。		v	v	v	19608

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
64169B	部~~份~~分關節置換術併整型術 Partial joint replacement － 只置換股骨髁或脛骨高丘或半膝關節或只換髕骨 femoral condylar or tibial plateau or unicompartment 註： 1.全人工膝蓋骨置換術比照申報。 2.64169B內含一般材料費及單次使用骨鋸片、鑽頭，得另加計百分之九十六。		v	v	v	11550
64170B	－　只置換髖臼或股骨或半股關節或半肩關節 cup or hip prosthesis or unicompartment 註：64170B內含一般材料費及單次使用鋸片，得另加計百分之六十五。		v	v	v	11500
64171B	股關節整型術　Arthroplasty of hip joint 註： 1.不含關節置換手術的關節整型術 2.內含一般材料費及單次使用骨鋸片，得另加計百分之七十三。		v	v	v	13460
64187B	十字韌帶重建術 Reconstruction of cruciate ligament 註： 1.不得同時申報64283B。 2.內含一般材料費及單次使用電動刨刀，得另加計百分之七十。		v	v	v	11830
64201B	人工全髖關節再置換 Revision total hip replacement 註：內含一般材料費及單次使用骨鋸片，得另加計百分之六十二。		v	v	v	32680
64202B	人工全膝關節再置換 Revision total knee replacement 註：內含一般材料費及單次使用骨鋸片，得另加計百分之六十二。		v	v	v	32680
64206B	良性骨瘤刮除術及骨移植 Benign bone tumor, curettage and bone graft 註：內含一般材料費及單次使用鑽石鑽頭、氣動切割鑽頭，得另加計百分之八十八。		v	v	v	9830
64208C	軟組織良性腫瘤切除術,大或深 Excision of soft tissue tumor, benign, large or deep 註：內含一般材料費及單次使用整型用電燒頭，得另加計百分之八十五。	v	v	v	v	9080
64218B	半月軟骨部分切除或修補術 Partial menisetomy or meniscus repair 註： 1.含內視鏡費在內 2.內含一般材料費及單次使用關節鏡磨刀，得另加計百分之九十八。		v	v	v	8000

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
64228B	區域筋膜切除術 Regional fasciectomy 註：內含一般材料費及單次使用整型用電燒頭，得另加計百分之一百十二。		v	v	v	4971
64237C	骨骼外固定器裝置術 Application of external fixation appratus 註： 1.未作開放整復手術逕行裝置之~~患者~~病人按支付點數金額給付。 2.如併行開放整復手術之~~患者~~病人依各該手術項目申報。 3.內含一般材料費及單次使用小骨鋸片，得另加計百分之八十。	v	v	v	v	4597
64239B	開放性或閉鎖性肱骨粗隆或骨幹或踝部骨折，開放性復位術 Open reduction for closed or open humeral fracture; tuberosity, shaft or coudyles 註：內含一般材料費及單次使用鑽頭，得另加計百分之七十九。		v	v	v	8000
	關節鏡手術 Arthroscopic surgery					
64243B	－關節鏡探查手術，併施行滑膜切片，灌洗，清創 Arthroscopy with synovial biopsy，irrigation & larvage ，debridement		v	v	v	3000
64244B	－關節鏡下關節面磨平成形術，打洞，游離體或骨軟骨碎片取出手術 Arthroscopic shaving or abrasion arthroplasty，drilling or pinning or removal of loose body or osteochrondral fragment 註： 1.以上64243B及64244B二項點數皆含鏡檢費用。 2.64243B內含一般材料費及單次使用拋棄式關節鏡磨刀，得另加計百分之一百七十三。 ~~2~~3.64244B內含一般材料費及單一使用拋棄式刮刀及磨刀，得另加計百分之一百零三。		v	v	v	8000
64247C	骨內固定物拔除術 Removal of internal fixator －其他部位 註：內含一般材料費及單次使用鑽頭，得另加計百分之八十。	v	v	v	v	3589

第四項 呼吸器 Reapiratory System

一、鼻 Nose (65001-65079)

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
65004C	粘膜下中膈矯正術 (S.M.R) Submucous resection of septum 註： 1.單側或雙側(uni or bil)。 2.~~屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數4050點申報。~~內含一般材料費及單次使用切割工具及潤滑器/散熱器，得另加計百分之一百二十二。	v	v	v	v	4860
65013B	多竇副鼻竇手術 Multiple sinusectomy 註：內含一般材料費及單次使用電磁器械追蹤器、病人追蹤器，得另加計百分之一百二十一。		v	v	v	8855
65014B	全副鼻竇切除術 Pansinusectomy 註： 1.含鼻外及口內徑路。 2.內含一般材料費及單次使用器械追蹤器、病人追蹤器，得另加計百分之一百十二。		v	v	v	10307

第十二項 泌尿及男性生殖

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
	膀胱腫瘤之切除 Cystotomy for excision of bladder tumor — 內視鏡下 TURB tumor resection					
78008C	含膀胱鏡檢	v	v	v	v	8027
78049C	含膀胱鏡檢及輸尿管鏡檢查。 註： 1.申報費用應檢附膀胱鏡及輸尿管鏡檢查報告。 2.78008C內含一般材料費及單次使用電燒切除環，得另加計百分之七十一。 3.78049C內含一般材料費及單次使用電燒切除環，得另加計百分之六十九。	v	v	v	v	8886
78009B	— 手術 open method		v	v	v	6770
78023C	膀胱尿道鏡伴有輸尿管切開術 Cystourethroscopy with internal ureterotomy 註：內含一般材料費及單次使用電燒切除環，得另加計百分之九十五。	v	v	v	v	3398

十、前列腺 Prostate (79401-79417)

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
	經尿道攝護腺切除術 TUR of prostate gland					
79406B	－切除之攝護腺重量 五至十五公克 TURP 5 - 15 gms 註：內含一般材料費及單次使用電燒切除環、切割電極，得另加計百分之七十九。		v	v	v	11055
79411B	－切除之攝護腺重量十五至五十公克 TURP 15 - 50 gms 註：內含一般材料費及單次使用電燒切除環、切割電極，得另加計百分之七十五。		v	v	v	13210
79412B	－切除之攝護腺重量 大於五十公克 TURP ＞ 50 gms 註：1.含 supra-pubic irrigation,sounding,urethrotomy 2.內含一般材料費及單次使用電燒切除環、切割電極，得另加計百分之七十二。		v	v	v	15236

第十三項 女性生殖

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
80422C	子宮鏡移除異物或息肉 Hysteroscopic removal of foreign body or polyp 註：內含一般材料費及單次使用三十度切除環，得另加計百分之八十。	v	v	v	v	10080

第十五項 神經外科 Neurosurgery (83001-83105)

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
	椎弓切除術（減壓） Laminectomy for decompression					
83002C	－　二節以內　≦2 segments	v	v	v	v	11966
83003C	－　超過二節　＞2 segments	v	v	v	v	17366
	註： ~~1.屬西醫基層總額部門院所，83002C以原支付點數11080點申報，83003C以原支付點數16080點申報。~~ ~~2.~~1.83002C內含一般材料費及單次使用鑽石鑽頭、氣動切割鑽頭，得另加計百分之八十二。 ~~3.~~2.83003C內含一般材料費及單次使用鑽石鑽頭、氣動切割鑽頭，得另加計百分之七十三。					
	椎間盤切除術 Diskectomy					
83022C	－　頸椎 cervical	v	v	v	v	31732
83023C	－　胸椎 thoracic	v	v	v	v	25293
83024C	－　腰椎 lumbar	v	v	v	v	20550
	註： ~~屬西醫基層總額部門院所，83022C以原支付點數20074點申報，83023C以原支付點數16000點申報，83024C以原支付點數13000點申報。~~ 83024C內含一般材料費及單次使用切割附件，得另加計百分之六十九。					
	脊椎融合術 Spinal fusion －前融合 anterior spinal fusion 1.無固定物 without spinal instrumentation					
83043B	(1)≦四節　≦4 motion segments		v	v	v	16580
83095B	(2)每增加≦四節 4 additional motion segments add		v	v	v	8730
	2.有固定物 with spinal instrumentation					
83044B	(1)≦四節　≦4 motion segments		v	v	v	20511
83096B	(2)每增加≦四節 4 additional motion segments add		v	v	v	12589
	－後融合 posterior spinal fusion					
83045B	1.無固定物 without spinal instrumentation		v	v	v	14558
	2.有固定物 with spinal instrumentation					
83046B	(1)≦六節　≦6 motion segments		v	v	v	20958
	註：83046B內含一般材料費及鑽頭，得另加計百分之五十八。					
83097B	(2)每增加≦六節 6 additional motion segments add		v	v	v	15979

第十六項 聽器 Auditory System (84001-84038)

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
	鼓室成形術 Tympanoplasty					
84018B	— 不包括乳突鑿開術 without mastoidectomy		v	v	v	11522
84019B	— 包括乳突鑿開術 with mastoidectomy		v	v	v	15000
	註： 1.包括植皮(including skin graft)在內 2.84019B內含一般材料費及單次使用鑽頭，得另加計百分之七十四。					
	乳突鑿開術 Mastoidectomy					
84021B	— 簡單式 simple		v	v	v	7250
	註：84021B內含一般材料費及單次使用鑽頭，得另加計百分之九十六。					
84022B	— 修正式 modified		v	v	v	9470
	註：84022B內含一般材料費及單次使用鑽頭，得另加計百分之八十六。					
84038B	人工電子耳手術(人工耳蝸植入術) 註： 限設有聽語復健治療團隊(包括耳鼻喉科專科醫師或復健專科醫師、聽力師、語言治療師等)之醫院申報，施行本項適應症如下： 1.兒童(未滿十八歲)： (1)兩耳聽力損失呈≧90dB HL (0.5、1、2、4K Hz)。 (2)先前使用助聽器三至六個月以上，助聽後開放式語言測試得分（Speech perception score）＜50%，或是噪聲下語詞測驗得分（Word recognition score）＜30 %。無手術植入電極之禁忌。 2.成人： (1)學語後失聰且兩耳聽力損失呈≧70dB HL (0.5、1、2、4K Hz)。 (2)先前使用助聽器六個月以上，助聽後開放式語言測試得分（Speech perception score）＜50%。 (3)無手術植入電極之禁忌。 3.內含一般材料費及單次使用鑽頭，得另加計百分之六十九。		v	v	v	20250

第十七項 視器 Visual System

五、虹膜及睫狀體 Iris & Ciliary body (85801～85823)

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
85804C	睫狀體透熱法 Cyclodiathermy 註：內含一般材料費及單次使用虹光雷射(探頭)，得另加計百分之三百十七。	v	v	v	v	3290

第三部 牙醫

第三章 牙科處置及手術 DentalTreatment & operation

第四節 口腔顎面外科 Oral Surgery (92001-92073，92088-92100，92129-92130，92161，P7301-P7302)

第二項 門診手術

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
92063C	手術拔除深部阻生齒 Surgical removal of a deeply impacted tooth in jaw bone 註： 1.符合以下四者狀況之一者，得申報此項。 (1)上、下顎完全骨性阻生齒牙冠最低處低於鄰牙之根尖。 (2)上、下顎骨完全骨性阻生齒牙冠最深處低於齒槽骨脊下1.5公分者，或下顎骨完全骨性阻生齒牙冠最深處距下顎骨邊緣垂直高度小於二分之一者。 (3)下顎骨完全骨性阻生齒第三大臼齒處之後臼齒空間retromolar space(臨近下顎臼齒，其臨床牙冠最近心點至最遠心點為參考寬度及寬度參考點，以兩點為一直線，直線碰至下顎骨上升枝前緣為距離參考線)小於第二大臼齒近遠心寬度三分之一，且阻生齒牙冠最上緣低於鄰牙距離參考線者。 (4)下顎骨完全骨性阻生齒第三大臼齒處之後臼齒空間retromolar space(臨近下顎臼齒，其臨床牙冠最近心點至最遠心點為參考寬度及寬度參考點，以兩點為一直線，直線碰至下顎骨上升枝前緣為距離參考線)小於阻生齒牙冠寬度三分之一，且阻生齒牙冠三分之二位居上升枝內者。 2.須檢附X光片及手術紀錄於病歷上以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。 3.內含單次使用鑽頭比率為百分之十一。	v	v	v	v	~~8010~~ 8970

第三項 開刀房手術(92201～92230)

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
	顎骨矯正手術 Orthognathic surgery					
92223A	－合併上、下顎骨切除術或Le Fort III型切骨術 Two jaw surgery or Le Fort III Osteotomy			v	v	9270
92224A	－單顎或二處　One jaw or two sites			v	v	7730
92225A	－一處　Single site			v	v	5410
	註： 1.（92223A-92225A）限先天性臉部疾病、或肌病變導致畸形及咬合不正、外傷、及顎骨關節病變患者，事前審查報准後施行。 2.92224A內含一般材料費及單次使用鑽頭、鑽針，得另加計百分之七十八。					

報告事項

第 十 案　　報告單位：本署醫務管理組

案由：未通過區域醫院評鑑之大型地區醫院，不得適用地區醫院支付標準點數加成及保障項目案。

說明：

一、 依據 112 年 8 月 30 日全民健康保險醫療給付費用醫院總額 112 年第 3 次研商議事會議決議暨衛生福利部醫事司（下稱醫事司）112 年 5 月 31 日轉中華民國區域醫院協會(下稱區域協會)同年 2 月 14 日（112）區域醫協字第 006 號函（附件 1，頁次報 10-7～10-8）依上開會辦理。

二、 查衛生福利部 112 年 3 月 15 日公告「112 年度醫院評鑑及教學醫院評鑑作業程序」第五點(四)，醫院應申請「區域醫院」評鑑條件摘要如下（附件 2，頁次報 10-9～10-11）：

(一)急性一般病床登記許可床數 250 床以上，且評鑑前四年平均每月申報全民健康保險醫療服務點數 1 億點以上者。

(二)急性一般病床登記許可床數 249 床以下，且評鑑前四年平均每月申報全民健康保險醫療服務點數 2 億點以上者。

三、 區域醫院協會就申請「區域醫院」評鑑資格案，建議其他配套措施如下：

(一)應升級成為區域醫院之地區醫院未通過者，評定結果建議設定為：「準區域醫院」，且評鑑合格效期僅為 1 年。

(二)健保給付請本署配套連動處理，「準區域醫院」應依照「區域醫院」健保給付辦法辦理。

四、 本署 112 年 8 月 30 日醫院研商會議依區域協會來函建議，就符合「醫院評鑑及教學醫院評鑑作業程序」應申請「區域醫院」標準之地區醫院(111 年符合應申請「區域醫院」評鑑標準之地

區醫院名單如表 1，頁次報 10-3～10-6)，如經評鑑不符合區域醫院者之健保給付，擬具甲、乙二案討論：

(一) 甲案：不得適用地區醫院支付標準點數加成及保障項目，惟於醫院評鑑時，如其護病比符合區域醫院標準者，其醫療服務比照區域醫院申報及保障。

(二) 乙案：不得適用地區醫院支付標準點數加成及保障項目，亦不得比照區域醫院申報及保障。

五、 本項議題經討論仍無共識，各層級意見如下：

(一) 區域醫院及地區醫院代表傾向乙案。

(二) 醫學中心代表表示醫院評鑑強制應申請「區域醫院」制度，不符合公平正義。

六、 以 111 年「醫院總額」門、住診申報資料（輔大醫院於 112 年 1 月 1 日變更為區域醫院，爰不納入統計），推估符合上開應申請「區域醫院」評鑑條件之地區醫院〔共計 10 家，其中 3 家（亞洲大學附、義大癌治療、中醫大新竹）評鑑到期日為本（112）年 12 月 31 日且已申請今年度評鑑〕，倘升格為區域醫院之醫療費用支出差異，如表 1（頁次報 10-3～10-6）。

七、 本案因未獲共識，擬提報衛生福利部決定。

決定：

表 1、111 年大型地區醫院醫療服務點數各種加成及保障點值差額分析表　　單位：千點

序號	院所代碼	院所名稱	減少（地區醫院之加成與保障）			增加（區域醫院點數與保障）			合計(暫估合計減少)			
			支付標準點數加成 A	保障項目每點 1 元的差額 B	合計 C=A+B	支付標準點數差距 D	保障項目每點 1 元的差額 E	合計 F=D+E	支付標準點數加成 G=D-A	保障項目每點 1 元的差額 H=E-B	合計 I=G+H	
1	1303180011	亞洲大學附	47,443	32,697	80,140	25,927	10,277	36,205	-21,515	-22,420	-43,935	已納入112年評鑑
2	1107120017	義大癌治療	34,142	18,792	52,934	13,538	1,497	15,035	-20,604	-17,295	-37,899	
3	1333050017	中醫大新竹	49,034	36,629	85,663	23,252	7,041	30,293	-25,782	-29,588	-55,370	
4	0401020013	台大癌醫	28,180	17,128	45,308	14,839	6,100	20,940	-13,341	-11,027	-24,369	
5	1131130018	土城醫院	51,941	48,711	100,652	32,141	14,300	46,441	-19,800	-34,411	-54,211	
6	1132071036	桃園長庚	63,352	10,268	73,619	15,003	747	15,750	-48,348	-9,521	-57,869	
7	1137050019	彰基員林基	82,688	49,261	131,949	20,810	5,551	26,361	-61,877	-43,711	-105,588	
8	1521031104	郭綜合醫院	25,848	21,748	47,595	12,052	6,347	18,400	-13,795	-15,400	-29,195	
9	1535010051	大千醫院	45,378	43,420	88,797	26,098	15,579	41,677	-19,280	-27,840	-47,120	
10	1231030015	永和耕莘	43,080	30,287	73,367	11,839	4,041	15,880	-31,240	-26,246	-57,487	
	合計		471,084	308,941	780,024	195,500	71,481	266,981	-275,584	-211,213	-513,043	

資料來源：中央健康保險署四代倉儲門、住診清單明細檔及清單醫令明細檔(擷取時間：112/03/28、112/08/14)

註：

1. 資料擷取範圍：符合應申請「區域醫院」評鑑條件之地區醫院 111 年「醫院總額」門、住診申報案件 (因輔大附醫已於 112 年評鑑為「區域醫院」爰未納入計算)。
2. 「支付標準點數加成」計算說明如下：
   (1) 資料擷取範圍：111 年門診申報急診診察費、門診診察費相關醫令，及門住診申報各層級醫院間有點數差異之醫令，並排除代辦案件。
   (2) 「假日門診費用加成 30%」：案件分類排除代辦案件、急診(02)、論病例計酬(C1)案件且醫事類別為門診西醫醫院(12)之週六、週日及國定假日門診案件，以其醫令前兩碼為 03-88、93-96 診療項目
   (3) 醫令件數計算加成 30%之點數合計。
   (4) 「急診診察費加成 19%」：01015C、00204C、00225C 醫令件數計算加成 19%之點數合計。
   (5) 「門診診察費科別加成」：地區醫院就醫科別內外婦兒科較醫中、區域醫院高 23%，其餘科別較醫中、區域醫院高 15%之點數合計。
   (6) 「門診診察費夜間加成 10%」：門診診察費醫令執行起日介於 18 點至隔日早上 6 點之醫令件數加成 10%之點數合計。

(7) 「假日加計 100 或 150 點」：申報 00226B 至 00229B 之醫令點數合計。

(8) 區域醫院與地區醫院支付點數差異對照表，如後附表。

3. 「保障項目每點 1 元的差額」計算說明如下：

(1) 減少：係指若地區醫院升格為區域醫院，不適用地區醫院保障項目所減少之保障額度。

※ 保障項目：地區醫院急診診察費、假日及夜間門診案件(不含藥費)、住院病房費（含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床）、一般病床住院診察費、住院護理費（含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床）。

(2) 增加：係指若地區醫院升格為區域醫院，可適用區域醫院之保障項目所增加之保障額度。

※ 保障項目：區域級(含)以上醫院加護病床之住院護理費、診察費、病房費。

(3) 減少/增加之計算公式=(1-「108 年分區別浮動點值」) * 保障項目之浮動點數。

附表、區域醫院與地區醫院支付點數差異對照表

	地區醫院		區域醫院	
診療項目	醫令代碼	支付點數	醫令代碼	支付點數
一般病床住院診察費（天）	02008B	398	02007A	442
加護病床住院診察費（天）	02013B	1,536	02012A	1,729
隔離病床住院診察費（天）	02016B	407	02015A	462
新生兒中重度住院診察費（天）	02019B	710	02018A	777
慢性病床住院診察費（天）	02023B	334	02022A	371
急性一般病床（床/天）病房費	03004B	532	03002A	532
急性一般病床（床/天）護理費（第一天）	03079B	850	03078A	905
急性一般病床（床/天）護理費（第二天起）	03029B	654	03027A	696
經濟病床（床/天）病房費	03008B	302	03006A	302
經濟病床（床/天）護理費（第一天）	03082B	573	03081A	644
經濟病床（床/天）護理費（第二天起）	03033B	441	03031A	495
嬰兒病床（床/天）病房費	03024B	1,083	03023A	1,083
嬰兒病床（床/天）護理費（第一天）	03085B	2,426	03084A	2,594
嬰兒病床（床/天）護理費（第二天起）	03036B	1,866	03035A	1,995
精神急性一般病床（床/天）病房費	03057B	532	03056A	532
精神急性一般病床（床/天）護理費（第一天）	03088B	850	03087A	905
精神急性一般病床（床/天）護理費（第二天起）	03060B	654	03059A	696
精神急性經濟病床（床/天）病房費	03063B	302	03062A	302
精神急性經濟病床（床/天）護理費（第一天）	03091B	573	03090A	644
精神急性經濟病床（床/天）護理費（第二天起）	03066B	441	03065A	495
慢性病床（床/天）病房費	03069B	302	03068A	302
慢性病床（床/天）護理費（第一天）	03094B	270	03093A	346
慢性病床（床/天）護理費（第二天起）	03072B	208	03071A	266
精神科加護病床（床/天）病房費	03025B	1,305	03014A	1,305
精神科加護病床（床/天）護理費（第一天）	03096B	2,474	03095A	2,673
精神科加護病床（床/天）護理費（第二天起）	03039B	1,903	03037A	2,056
急診觀察床（床/天）病房費（第一天）	03074B	306	03073A	367
急診觀察床（床/天）護理費（第一天）	03076B	475	03075A	571
急診觀察床（床/天）病房費（第二天起）	03019B	167	03018A	167
急診觀察床（床/天）護理費（第二天起）	03043B	151	03042A	175
加護病床 ICU（床/天）病房費	03012G	2,406	03011F	2,406

	地區醫院		區域醫院	
診療項目	醫令代碼	支付點數	醫令代碼	支付點數
加護病床 ICU（床/天）護理費（第一天）	03106G	3,868	03105F	5,171
加護病床 ICU（床/天）護理費（第二天起）	03049G	2,975	03048F	3,978
一般慢性精神病床住院照護費（床/天）	04002B	806	04001A	922
院外適應治療（天）	04011B	314	04010A	366
醫院門診藥事服務費-一般處方給藥（七天以內）	05226B	54	05201A	61
醫院門診藥事服務費-慢性病處方給藥十三天以內	05227B	54	05222A	61
醫院門診藥事服務費-慢性病處方給藥十四至二十七天	05228B	63	05205A	70
醫院門診藥事服務費-慢性病處方給藥二十八天以上	05229B	77	05209A	83
住院藥事服務費（天）-非單一劑量處方	05215B	39	05214A	43
住院藥事服務費（天）-單一劑量處方	05218B	87	05217A	99

附件 1

中華民國區域醫院協會　函

地址：台北市松山區健康路 131 號
承辦人：顏正婷
電話：(02) 27423636
傳真：(02) 27423737
電子信箱：rha89106@gmail.com

總　收　文
民國 112 2 15 收到
醫字
衛生福利部總收文
1120005441

受文者：衛生福利部

發文日期：中華民國 112 年 2 月 14 日
發文字號：(112) 區域醫協字第 006 號
速別：
密等及解密條件或保密期限：
附件：詳說明四

主旨：關於醫院評鑑及教學醫院評鑑作業程序之申請「區域醫院」評鑑資格，本會建議補充，詳如說明，請 查照。

說明：

一、本案係依據 112 年 2 月 7 日本會拜會衛生福利部劉越萍司長討論醫院評鑑及教學醫院評鑑改革落實分級醫療政策建言會議決議辦理。

二、本會中華民國 112 年 2 月 2 日（112）區域醫協字第 005 號函諒達。

三、依據衛福部醫事人力持續監測與健保數全國醫院申報資料庫顯示(108-111 年度申報資料)，地區層級醫院床數未達 250 床，申報點數超過 1 億點之醫院有 8 家，其「月平均健保申報點數」已遠超出區域層級 22 家前 75 百分位醫院，以及未進入前 75 百分位之 10 家區域醫院，總計 32 家區域醫院；也就是這 8 家以地區評鑑的規模配置，反而能夠以地區層級的各種加成與保障點值方式獲得較好的健保給付點數，健保資源取得遠優於區域層級規模配置的 39%醫院。(32/82=39%)。這樣的制度扭曲，實在是讓區域層級醫院甚感不公。

四、基於實證理由，今年正值政府於新冠疫情後重啟醫院評鑑改革之際，本會懇切疾呼，落實分級醫療政策應有嚴謹同步配套措

施，建議自 112 年起醫院評鑑建議調整，修正一定規模醫院應申請區域醫院評鑑之資格條件設定如下，以導正刻正大型的地區醫院激增之扭曲情形，且務必於 112 年推動上路實施為妥，詳細佐證資料如附件 1、2、3：

(一)急性一般病床數(許可數)達 250 床以上。

(二)急性一般病床數(許可數)為 249 床以下，但月平均健保申報醫療費用達 1 億點以上。

五、承上述說明段達一定規模的大型地區醫院，應於本年度參與區域醫院評鑑；惟人力配置未達區域醫院標準者，暫以地區醫院評鑑人力標準評核，並給予乙年輔導緩衝期，且其他配套措施如下：

(一)應升級成為區域醫院之地區醫院未通過者，評定結果名稱建議設定為：「準區域醫院評鑑」，且評鑑合格效期僅為 1 年。

(二)健保給付請健保署配套連動處理，「準區域醫院評鑑」應依照「區域醫院」健保給付辦法辦理。

六、區域醫院近年長期致力於智慧醫療效能之提昇，以提供全民更加完善之醫療照護，期間投入巨大軟、硬體建設成本，建請 貴部應一併進行智慧醫療輔助人力部份的盤點，致使醫院評鑑有相對應務實的人力要求為妥。

七、綜上，誠請 貴部惠鑑惠復本會，無任感荷。

正本：衛生福利部
副本：

理事長 吳鏘亮

附件 2

檔　　號：
保存年限：

衛生福利部　公告

發文日期：中華民國112年3月15日
發文字號：衛部醫字第1121660961號
附件：「112年度醫院評鑑及教學醫院評鑑作業程序」1份

主旨：公告「112年度醫院評鑑及教學醫院評鑑作業程序」，如附件。

依據：醫療法第28條、第95條及同法施行細則第15條、第61條。

部長 薛瑞元

112 年度醫院評鑑及教學醫院評鑑作業程序

一、衛生福利部（以下稱本部）依據醫療法第二十八條規定辦理醫院評鑑，並依據醫療法第九十五條規定，會同教育部辦理教學醫院評鑑，特訂定本作業程序。

二、醫院評鑑作業由本部主辦，教學醫院評鑑作業由本部會同教育部主辦（以下稱主辦機關），得每年辦理之，並得由本部委託協辦單位辦理相關事務。另評鑑時之醫療法、醫療機構設置標準等查證作業，由直轄市、縣（市）衛生局（以下稱衛生局）配合辦理。

三、主辦機關得聘請專家及相關業務主管擔任評鑑委員，分領域進行評鑑。

四、評鑑申請類別：

（一）醫院評鑑：含「醫學中心」、「區域醫院」及「地區醫院」等三類評鑑。

（二）教學醫院評鑑：含「醫師及醫事人員類教學醫院」及「醫事人員類（非醫師）教學醫院」等二類評鑑。

五、評鑑申請資格：

（一）於當年度醫院評鑑申請期限截止前領有開業執照之綜合醫院或醫院（包括私立醫院因故歇業，由另位負責醫師於原址重新開業者，即俗稱變更負責醫師），並有登記開放急性一般病床，經審查符合醫療法及醫療機構設置標準規定者，始得申請評鑑。私立醫院提出申請後，因故歇業由另位負責醫師於原址重新開業者（俗稱變更負責醫師），得於原申請醫院排定實地評鑑日期前，提出申請以變更後負責醫師接受評鑑，惟應經衛生局查證符合醫療法及醫療機構設置標準規定。

（二）申請教學醫院評鑑之醫院，應符合下列規定：

1. 於醫院評鑑之合格效期內或同時申請醫院評鑑，且符合以下條件之一者：

(1) 急性一般病床與精神急性一般病床（以下稱急性病床）登記開放床數合計一百床以上，且能提供內、外、婦產、兒、麻醉、放射及病理等七科之診療服務；但急性病床合計二百四十九床以下者，其病理科專科醫師得為兼任。

(2) 本次申請教學醫院評鑑時，已具教學醫院評鑑合格之資格。

(3) 一百床以上專科醫院。

2. 申請「醫師及醫事人員類教學醫院」評鑑者，應至少申請一類醫師職類及

三類醫事人員（非醫師）職類，且其中須包含護理職類。

3. 申請「醫事人員類（非醫師）教學醫院」評鑑者，應至少申請四類醫事人員（非醫師）職類，且其中須包含護理職類。

註：教學醫院評鑑包含西醫師、中醫師、牙醫師等醫師職類，以及藥事、醫事放射、醫事檢驗、護理、營養、呼吸治療、助產、物理治療、職能治療、臨床心理、諮商心理、聽力、語言治療、牙體技術等醫事人員（非醫師）職類。

（三）申請「區域醫院」評鑑之醫院，應符合下列規定：

1. 急性病床登記開放床數合計二百五十床以上，但本次申請「區域醫院」評鑑時，已具醫院評鑑合格（區域醫院）之資格者，不在此限。

2. 「中度級急救責任醫院」以上合格效期內，但非衛生局指定急救責任醫院之專科醫院得不適用。

3. 申請合併評鑑者，應至少有一處具備「中度級急救責任醫院」以上合格效期。

（四）醫院有下列情形之一者，應申請「區域醫院」評鑑：

1. 急性一般病床登記許可床數二百五十床以上，但有下列情形之一者不在此限：

(1) 評鑑前四年（即一百零八年一月一日至一百十一年十二月三十一日期間），平均每月申報全民健康保險醫療服務點數一億點以下者。

(2) 首次申請評鑑之新設立醫院。

2. 急性一般病床登記許可床數二百四十九床以下，且評鑑前四年（即一百零八年一月一日至一百十一年十二月三十一日期間），平均每月申報全民健康保險醫療服務點數二億點以上者。

（五）符合前項規定者，於取得醫院評鑑合格（區域醫院）效期二年內，應通過「中度級急救責任醫院」評定。前述評定依「醫院緊急醫療能力分級評定及追蹤輔導作業程序」辦理。

（六）申請「醫學中心」評鑑之醫院，應符合下列規定：

1. 急性病床登記開放床數合計二百五十床以上，且精神急性一般病床登記開放床數二十五床以上。

2. 「重度級急救責任醫院」及「癌症診療品質認證」合格效期內。

3. 應提供家庭醫學、內、外、婦產、兒、骨、神經外、整形外、泌尿、耳鼻

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：增修「遊戲式聽力檢查」等 29 項診療項目案。

說明：

一、 依據本署 111 年第 5 次、112 年第 6、7 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)暨 112 年 7 月 20 日機械手臂輔助手術討論會議決議辦理（附件 1-1~1-4，頁次討 1-6～1-17）。

二、 新增「遊戲式聽力檢查」等 2 項，增加支出約 12.17 百萬點（附件 2-1，頁次討 1-19）：

(一)**新增「遊戲式聽力檢查」**，詳表一序號 1（附件 2-1，頁次討 1-19）：

1. 依 112 年第 6 次專諮會議結論（同附件 1-2，頁次討 1-8～1-11），本項係因幼兒心智成熟程度，無法如同成人可依循檢查人員透過語言引導順利配合完成聽力檢查，需花更多的時間讓幼兒理解測試執行方式及反應，爰建議新增。

2. 財務評估：建議支付點數 671 點，以 111 年申報 2-6 歲兒童執行 22001C「純音聽力檢查」人數 10,107 人，及同年齡層主診斷符合適應症且未申報 22001C 或 22008B「聲揚聽力檢查」人數 2,695 人，以每人執行 2 次，扣除替代後，增加支出約 12.17 百萬點(醫院：11.68 百萬點、西醫基層：0.49 百萬點)。

(二)**新增「C 型肝炎病毒核心抗原」**，詳表一序號 2（附件 2-1，頁次討 1-19）：

1. 依 111 年第 5 次及 112 年第 7 次專諮會議結論（同附件 1-1、1-3，頁次討 1-6～1-7、頁次討 1-12～1-15），HCV core Ag 具備良好病毒偵測能力、成本較低及普及性高，按 WHO 最新 C 型肝炎診斷檢驗指引，除 C 型肝炎口服直接抗病毒藥(DAA)

治療後 12 週追蹤仍必須使用 HCV RNA test 外，其餘皆可使用 HCV core Ag 取代 HCV RNA test，爰建議新增，並用於高風險族群再感染之追蹤檢測。

2. 財務評估：建議支付點數 900 點，相較現行 HCV RNA test 以 12185C「核糖核酸類定量擴增試驗」支付點數低，爰不增加財務支出。

三、 修訂 08134B「連續血糖監測」等 6 項併同新增「血液及體液葡萄糖-餐後」，增加支出約 36.16 百萬點（附件 2-1，頁次討 1-20～1-21）：

(一)**08134B「連續血糖監測」**，詳表二序號 1（附件 2-1，頁次討 1-20）：

1. 依 112 年第 6 次專諮會議結論（同附件 1-2，頁次討 1-8～1-11），本項現行已給付第一型糖尿病，為達連續監測目的，建議將執行間隔「三個月以上」縮短為「一個月以上」；另為提升懷孕令第二型糖尿病及妊娠糖尿病照護品質，改善新生兒預後，降低生產風險，爰建議適應症增列「懷孕之第二型糖尿病或妊娠糖尿病，且接受胰島素注射病人」。

2. 財務評估：增加支出約 2.48 百萬點。

(1) 縮短執行間隔期間：統計 111 年申報 08134B 超過兩次以上人數 4 人，以間隔期間修訂後，其經事前審查可再執行 8 次，增加支出約 0.15 百萬點。

(2) 適應症增列：統計 111 年主診斷為「第二型糖尿病或妊娠糖尿病」且接受胰島素治療人數 96 人，假設妊娠第 24 週診斷妊娠糖尿病，最多可執行 5 次，增加支出約 2.32 百萬點。

(二)**修訂 09005C「血液及體液葡萄糖」**併同**新增「血液及體液葡萄糖-餐後」**，詳表二序號 2、3（附件 2-1，頁次討 1-20）：

1. 依 112 年第 6 次專諮會議結論（同附件 1-2，頁次討 1-8～1-11），糖尿病病人於監測血糖波動時須測量飯前及飯後血糖，惟現行診療項目未區分，若同日申報 2 次恐有重複申報之疑慮，為明確支付標準，爰建議拆分。
2. 財務評估：修訂 09005C「血液及體液葡萄糖」中文名稱為「血液及體液葡萄糖-空腹」，併同新增「血液及體液葡萄糖-餐後」支付點數相同，不增加健保財務支出。

(三)**修訂 33143B「急性缺血性腦中風機械取栓術」**，詳表二序號 4（附件 2-1，頁次討 1-20）：

1. 依第 7 次專諮會議結論（同附件 1-3，頁次討 1-12～1-15），本項係參考國際實證和臨床指引，建議前循環缺血性腦中風發作後取栓時間應由發作 8 小時內開放為 24 小時內，以掌握急性再灌流治療時間，減少中風嚴重後遺症及長期負擔。
2. 財務評估：增加支出約 33.68 百萬點。
   (1) 統計 111 年申報本項約 2,084 人次及平均年成長率 8.5%，並參考學會建議<8 小時及≥8 小時之個案比率約 4%及 1%計算，增加支出約 25.46 百萬點。
   (2) 另 47101B「急性缺血性腦中風處置費」支付規範之一為「執行 33143B 者」爰配合本項修訂增加支出約 8.23 百萬點。

(四)**修訂 12207B「白血病即時定量聚合酶連鎖反應法」等 3 項**，詳表二序號 5 至 7（附件 2-1，頁次討 1-20～1-21）：

1. 查特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法自 110 年 2 月 9 日修正生效，該辦法第 43 條規定略以，已施行實驗室開發檢測項目之醫療機構，有不符合第 36 條至第 38 條規定者，應自修正施行之日起三年內(113 年 2 月 8 日)補正並依第七條規定申請核准、登記，為配合前述規範，增列 113 年 2 月 8 日以前實驗室得「經衛生福利部食品藥物管理署精

準醫療分子檢測實驗室列冊登錄」，以及「113 年 2 月 9 日起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」等文字。

2. 財務評估：本項係增列支付規範，不增加健保財務支出。

四、 修訂 67050B「胸腔鏡肺葉切除術」等 20 項支付規範文字，不增加健保財務支出，重點說明如下（附件 2-1，頁次討 1-22～1-24）：

(一)**修訂 67050B「胸腔鏡肺葉切除術」**，詳表三序號 1-19：

1. 依 112 年 7 月 20 日機械手臂輔助手術討論會議結論（同附件 1-4，頁次討 1-16～1-17），現行「肺葉切除術」等 17 項機械手臂輔助手術於支付規範訂定得核發認證單位，考量新增認證單位，尚需配合修訂支付規範程序，恐無法即時增修認證單位。爰刪除支付規範所列特定學會認證相關文字，改於本署全球資訊網公開得提供認證之單位及其認證廠牌。後續提出申請參與認證之單位或新增認證廠牌需經審核小組會議審核通過。

2. 為維護病人手術安全及手術品質，「根治性前列腺切除術」及「部分腎切除」支付規範增列機械手臂輔助手術「限由泌尿科專科醫師執行」及認證規範，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊。

(二)**修訂 22001C「純音聽力檢查」**，詳表三序號 20：如通過前述新增「遊戲式聽力檢查」，建議限制本項不得同時併報該項目。

五、 預算來源：本次新增修訂 29 項診療項目，增加支出約 48.33 百萬點(醫院為 47.84 百萬點；西醫基層 0.49 百萬點)，由 112 年醫院總額及西醫基層總額之「新醫療科技」項下新增診療項目預算支應(醫院預算為 632 百萬元；西醫基層預算為 50 百

萬元)。

擬辦：本案經討論後如獲同意，增修支付標準表如附件 3(頁次討 1-26～1-40)，並依程序報請衛生福利部核定後公布實施。

決議：

附件 1-1

111 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：111 年 7 月 13 日上午 9 點 30 分

地點：台北市信義路 3 段 140 號 9 樓第一會議室

主持人：李署長伯璋　　紀錄：劉志鴻

出席專家：略。

請假專家：略。

列席單位及人員：略。

柒、主席致詞：略。

捌、確認上次會議紀錄：確認。

玖、報告事項：略。

五、台灣消化系醫學會建議新增「C 型肝炎病毒抗原(HCV Ag)」診療項目案。

討論重點：

(一) 國家消除 C 肝辦公室表示，研究發現 C 型肝炎(下稱 C 肝)高風險族群，於 C 肝全口服新藥治療成功後再感染率高，過去監測此類病人係採 RNA 檢測，惟該檢測價格較高，若納入價格較低之 HCV Ag 檢測，應可提高監測密度。近期該辦公室將邀集專家，就不同高風險族群，訂定監測間隔。目前主要係以 HCV RNA 檢測做為 C 肝診斷黃金標準，惟 RNA 檢測於醫療資源缺乏地區普及率低，即使健保署推動 HCV Reflex testing 申報，於實際執行仍有困難，若納入 HCV Ag 檢測將有助於前述地區 C 型肝炎防治。

(二) 與會學會表示，根據追蹤研究發現，特殊族群再感染者於用藥治療成功後之重複發生率約 8%；另發現病人如具有「曾經治療 C 肝、具性病、肝功能異常」3 項因子，C 肝重複發生率約 5%，臨床個案中找出具前述因子者並以 RNA 檢測，應可提高發現重複感染者的機會，倘以 HCV Ag 檢測替代 RNA 檢測，價格應會降低。另雖 HCV Ag 檢測於病人血中 C 型肝炎病毒量低(<3000 IU/ml)，敏感度會降低，可能出現偽陰性，但低病毒量之相對傳染力低，急性期病人亦可能經由個人免疫力清除病毒。

(三) 與會專業團體表示，因部分病人於感染初期，體內並未產生抗體，建議適應症不應限制抗體陽性後才能執行本項。另健保署依提案單位調整之建議支付點數 1,303 點應屬合理。

(四) 與會專家建議本項目之縮寫名稱應為 HCcAg。另考量國內感染者多為慢性感染，故若按學會建議於急性感染期，抗體檢驗陰性且出現疑似症狀個案執行本項，應不至於增加太多財務負擔；惟本項若用於 HCV 診斷，雖 35%以本項檢驗陰性者，無須再進行 RNA 檢測，但多數個案仍須執行 HCV Ag 及 RNA 兩次檢測，故仍增加財務負擔。另因現已提供 HCV RNA 檢測，增加本項檢查是否助於發現更多確診個案仍存疑義。

(五) 與會專家表示，血液透析病人確實會定期追蹤 HCV 感染情形，惟考量健保預算有限，建議應於 B 肝、C 肝檢測為陰性，且肝功能異常者，再執行本項目，或先開放用於特定族群用藥後追蹤，暫不用於篩檢，另倘有 C 肝防治專款，建議可以專款支應本項目。另有專家表示，小兒科也有 HCV 急性感染期個案，建議本項目執行專科別應納入小兒科。

(六) 提案單位表示，因多數已完成治療個案之後續追蹤檢測結果為陰性，若限縮在高風險族群，以 HCV Ag 檢測應可節省經費；另部分病人的 anti-HCV 效價(titer)較低，若以本項目作為確認診斷，亦應可節省經費。

(七) 本署回應 C 肝專款目前僅用於 C 肝藥費，不包含檢測之費用。

結論：考量本項目仍有諸多內容須釐清，故本項目暫保留，請提案單位及 C 肝辦公室參考專家意見修改適應症範圍、執行頻率及建議支付點數後，再提會討論。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：上午 11 時 20 分。

附件 1-2

112 年第 6 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 7 月 5 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：

三、台灣聽力語言學會及台灣耳鼻喉科醫學會建議新增「制約遊戲式聽力檢查」、「幼兒遊戲聽力檢查」診療項目案。

討論重點：

(一) 提案單位表示，幼兒因其心智成熟程度，無法如同成人可依循檢查人員透過語言引導順利配合完成檢查；經由遊戲形式可降低幼兒對陌生環境的恐懼，從而熟悉環境以進入狀況，並接受教導如何配合聽力檢查作出反應，爰建議新增「遊戲式聽力檢查」，惟考量本項執行時間較長或須分次才能完成(幼兒可專注時間較短)；且如中耳炎之幼兒患者需藉聽力檢查結果作為治療成效之依據，爰限制施行次數恐不合乎臨床需求，另就本項目中英文名稱部分，為避免病童家長誤會「制約」為限制之意，且「遊戲」亦是制約的一種，建議可僅以遊戲入名。另因 Conditioning 屬國際專有的檢查名稱，建議列入英文名稱中。

(二) 兒科醫學會表示，幼兒聽力問題應早期診斷及介入治療，且建議執行年齡放寬至2-6歲，以避免遺漏發展遲緩、智能障礙或自閉症幼兒病人之照護，並建議適度放寬適應症，以符合兒童發展所需。

(三) 耳鼻喉頭頸外科醫學會表示如急性聽力受損、人工電子耳術等皆需

頻繁追蹤評估，若每年限2次恐不敷使用，爰不建議於支付規範限制執行次數，建議可透過健保相關審查機制予以規範。

(四) 與會專家表示，為使醫療人力資源較為匱乏之地區亦能施行本項目，若具備相關設備者，應比照22001C「純音聽力檢查」不特別規範執行人員資格。

結論：本案經與會專家充分討論後建議新增，說明如下：

(一) 項目名稱：遊戲式聽力檢查（Conditioning play audiometry）

(二) 適應症範圍：限聽力篩檢未通過，且符合以下任一適應症之2-6歲兒童使用：

1. H90 傳音性及感音性耳聾。
2. H91.2 突發性自發性聽力喪失。
3. H91.9 聽障。
4. H93.1 耳鳴。
5. H93.2 其他異常聽覺。

(三) 支付點數：671點。

(四) 適用類別：基層院所以上，其中基層診所之聽力檢查室須符合醫療機構設置標準附表（一）聽力設施規範。

(五) 執行頻率：原則上一年限申報2次，如果需要額外執行需於病歷敘明理由。

(六) 申報費用之必要附件：遊戲式聽力檢查報告。

(七) 不得同時申報之診療項目：22001C「純音聽力檢查」。

四、 社團法人中華民國糖尿病學會建議修訂08134B「連續血糖監測」支付規範案。

討論重點：

(一) 提案單位建議將「連續血糖監測」適用範圍從第一型糖尿病有條件擴增至第二型糖尿病，且納入「懷孕之第二型糖尿病或妊娠糖尿病，且接受胰島素注射病人」高風險族群，以期提供更好的照護。

(二) 內科醫學會表示，為避免因擴增適用族群將對於健保財務造成太大影響，建議可限制專科別。另第一期 DM 病人可能排斥執行血糖監

測，惟第二期 DM 病人反而執行意願高，爰可預期開放第二期 DM 病人將大幅增加執行量。

(三) 家庭醫學醫學會表示基於全民健保的理念，建議資源平衡，避免排擠特定專科，針對原提案單位建議之第一、二項適應症，建議相關學會取得共識後，再行研議。

(四) 內分泌醫學會表示現行支付規範執行間隔「三個月以上」縮短為「一個月以上」，造成之財務影響有限，並可有效協助病人達到連續監測目的，且針對有糖尿病的孕婦，可改善新生兒預後，降低生產風險，另考量目前已限具糖尿病共照網資格院所執行，應可放寬至基層診所。

(五) 與會專家建議，如某些適應症使用本項「連續血糖監測」之效益在於臨床實證證據尚不足，可考慮暫不列入擴增範圍。

結論：

(一) 本案經與會專家充分討論後建議修訂08134B，說明如下：

1. 適應症範圍：新增「懷孕之第二型糖尿病或妊娠糖尿病，且接受胰島素注射病人」。
2. 支付規範：將每次間隔時間3個月修訂為1個月，並維持原訂「一年至多執行兩次，若一年執行超過兩次者，須事前審查」之規範。

(二) 有關提案單位建議放寬所有第2型 DM 病人之條件(一天至少接受兩次胰島素注射且六個月內兩次 HbA1c≧9%，以及有嚴重低血糖者)，建議暫緩研議，待觀察本項修訂後申報狀況，再研議是否逐步放寬適應症範圍。

五、 中華民國醫師公會全國聯合會建議修訂09005C「血糖及體液葡萄糖」診療項目案。

討論重點：

(一) 提案單位表示，為符合實際臨床需求，且本項「血糖及體液葡萄糖」支付點數不高，爰建議將其拆分為「飯前血糖」及「飯後血糖」二項醫令代碼，保障病人照護醫療品質，亦係對於願意配合頻繁血糖監測的病人予以支持鼓勵。

(二) 內科醫學會表示，飯前／飯後監測血糖波動的確常在審查時遭到核刪，若能區分為飯前／飯後二項診療項目，以符合實際執行需求。

(三) 家庭醫學醫學會表示，有關現行「單日進行7次」血糖檢測，於基層診所執行上有困難，通常係拆分為「單週進行7次」血糖監測（週一早餐飯前／飯後，週三午餐飯前／飯後，週五晚餐飯前／飯後，其中則一天晚上進行睡前），建議健保署研議基層適用之配套措施。另因「午餐飯前血糖」距離早餐僅約4小時，未達「空腹8小時」之標準，建議需再另列新碼以供申報。

結論：

(一) 本案經與會專家充分討論後建議修訂，說明如下：

1. 修訂09005C「血液及體液葡萄糖」為飯前血糖檢測項目：

(1)項目名稱：血液及體液葡萄糖-空腹(Glucose-Ante Cibum,AC)

(2) 支付規範：增列「飯前血糖檢驗之定義為飯前空腹8小時」，且同次門診以申報1次為限。

2. 新增飯後血糖檢測項目：

(1) 項目名稱：血液及體液葡萄糖-餐後(Glucose-Post Cibum,PC)。

(2) 支付規範訂定飯後血糖檢驗之定義為飯後2小時或喝完糖水2小時（依進食時開始計時），且同次門診以申報1次為限。

3. 以上二項目若同時申報，須於病歷註明理由備查。

(二)另針對家庭醫學醫學會建議，待釐清是否有相關治療指引，得依循後，再行研議支付標準或審查注意事項修訂事宜。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：上午11時46分。

附件 1-3

112 年第 7 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 8 月 9 日上午 9 點 30 分

地點：台北市信義路 3 段 140 號 18 樓大禮堂

主持人：李副署長丞華　　紀錄：黃思瑄

出席專家：略。

請假專家：略。

列席單位及人員：略。

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄：確認。

參、報告事項：略。

肆、討論事項：

一、社團法人台灣腦中風學會建議修訂 33143B「急性缺血性腦中風機械取栓術」及 47101B「急性缺血性腦中風處置費」等二項診療項目案。

討論重點：

(一) 提案單位表示，自 106 年起於前循環發作後 8 小時內施行機械取栓術納入健保給付，惟部分腦中風病人發作後因睡眠、獨居及偏鄉等原因，致未能及時送醫錯過治療時機，目前國際治療指引建議急性缺血性腦中風病人符合「顱內血管支架取栓裝置使用條件」者，在發作後「6 至 24 小時內」進行取栓手術，亦有明顯療效，且臨床實證證據力達 class I 及 class IIa，爰建議接軌國際放寬適應症，以消弭病人因財務負擔而無法接受治療的障礙。以台北榮民總醫院臨床數據，推估支付規範修訂後全國約增加 400 多位病人可接受取栓手術，以減少病人殘障風險，降低健保失能照護支出，並建議申報時病歷檢附影像報告「CTP 或 MR 或 CTA collaterals」，以確保手術品質。

(二) 神經學學會表示，從實證醫學角度，確實有證據力支持；從病人角度，可有效降低病人殘障風險；從健保財務而言，約僅增加 400 至 500 人，卻對於病人及其家庭影響甚為重大；從學會角度而言，施行該手術皆需為通過認證的專科醫師，而目前學會認證機制也相當

完備，爰同意本次適應症範圍之修訂。

(三) 神經血管外科與介入治療醫學會及神經放射線醫學會表示，放寬支付規範可解決發作後 8 至 24 小時內病人之財務負擔，均表示支持修訂。

(四) 本署醫審及藥材組表示，本項相關特材費用約 20 萬點，該特材給付規範將會隨本項修訂一併放寬，並訂定後續檢附影像備查；若經與會專家同意特材與診療項目給付規範修正為一致，初步預估前 5 年特材增加支出約 7,900 萬至 1.04 億點。

(五) 神經學學會表示，臨床試驗及國際治療指引多以 NIHSS≥6 為治療條件，與現行臨床收治標準相同，分數調整不影響執行人數及健保財務，建議現行支付規範 NIHSS≥8 修改為≥6。

(六) 與會專家建議，考量本項支付規範之修訂具有臨床實證支持，爰同意修訂，以全力施救有需要的病人，惟對於健保署及提案單位有幾點建議：

1. 請學會加強宣導民眾對於中風病人接受取栓手術之衛教資訊，以減少病人家屬因討論決策而延誤治療時機，並請健保署對於「病人送醫到院至施行治療之時間」進行監控。
2. 請學會建立國內具備施行取栓手術能力之院所名單，並提供緊急救護單位(EMT)用於第一時間將病人送至合適醫院，以減少無效轉院而延誤治療時機。
3. 請健保署與供應商協商醫材價格，於給付條件放寬後價格應有所調降。

(七) 提案單位回應，台灣腦中風學會對於取栓病人已進行登錄管理，目前全國收案約達3,000例，並蒐集相關到院及診治時間資訊，未來會持續精進登錄系統；另學會已與媒體、EMT 合作到各縣市巡迴演講，盼能藉此提升大眾知能。

結論：本案經與會專家充分討論後，建議修訂支付規範內容如下：

(四) 33143B「急性缺血性腦中風機械取栓術」

1. 修訂適應症：「前循環在發作內八小時內」，放寬為「發作後二十

四小時內」均可執行；另美國國衛院腦中風評估表(NIH Stroke Scale)評分下限自「≧8」修訂為「≧6」，上限「≦30」維持不變。

2. 增列支付規範「前循環若於發作後八小時至二十四小時執行，申報時需於病歷檢附影像報告(CTP 或 MR 或 CTA collaterals)備查」。

(五) 另配合「靜脈注射含 rt-PA 成分藥品」之藥品給付規定修訂，47101B「急性缺血性腦中風處置費」酌修適應症，將急性缺血性中風病患符合「靜脈血栓溶解治療收案條件」並於「三小時內」開始靜脈注射，放寬為「四個半小時內」。

(六) 有關建議「本項給付條件放寬後醫材價格調降」一節，將請本署醫審及藥材組納入研議。

二、 台灣消化系醫學會建議新增「C 型肝炎病毒抗原（HCV Ag）」診療項目案。

討論重點：

(一) 提案單位表示：

1. 曾感染 HCV 者抗體呈陽性，其中約半數感染者體內仍殘存病毒，需接受藥物治療，目前係以 HCV RNA test 進行檢測，惟分子檢驗條件及費用較高(健保支付點數 2,229 點)，而 C 型肝炎現行只有一種抗原為 HCV core Ag(C 型肝炎病毒核心抗原)，亦可稱為 HCV Ag，抗原存在即表示體內病毒存在，建議支付 900 點，僅需 HCV RNA 檢測之一半費用。
2. C 肝病人大多為危險族群之再感染，包括 C 肝抗體陽性之靜脈注射藥癮者(PWID)、HIV 感染者及慢性透析病人，此類病人每半年至一年需追蹤檢驗一次，倘以 HCV Ag 取代 HCV RNA 檢測，可降低執行成本。
3. 根據 WHO 最新 C 型肝炎診斷檢驗指引，建議 C 型肝炎口服直接抗病毒藥(DAA)治療後 12 週持續性病毒學療效反應(SVR12)之追蹤，仍必須使用 HCV RNA 檢測；其餘時機均可使用 HCV core Ag 取代 HCV RNA 檢測。
4. 另考量 C 型肝炎的治療不限專科別，而目前 C 肝抗體檢驗亦未

限定專科，故建議本項不設定專科別限制。

(二) 國健署 B、C 型肝炎防治辦公室表示，為達成「2025 年消滅 C 肝」的目標，倘 HCV core Ag 納入健保給付，可增加國內檢驗量能、促使檢驗普及，以利 C 肝病人接受全口服抗病毒藥物(DAA)的治療。

(三) 醫事檢驗師公會全聯會表示，HCV core Ag 與 HCV RNA 的敏感度及特異度相當近似，建議本項納入給付並取代使用；惟目前 C 型肝炎的檢驗以 HCV RNA 為主，而 HCV core Ag 台灣目前只有亞培一家供應商，尚不普及，建議 HCV core Ag 與 HCV RNA 應併存，較有利於 C 肝防治。

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：C 型肝炎病毒核心抗原（Hepatitis C core Ag）。

2. 適應症範圍：用於下列高風險族群再感染之監測

(1) C 型肝炎抗體陽性之 HIV 感染者、靜脈注射藥癮者，每年追蹤檢驗 C 型肝炎病毒（本項或 HCV RNA）1 次。

(2) C 型肝炎抗體陽性之慢性血液透析病人，每四年追蹤檢驗 C 型肝炎病毒（本項或 HCV RNA）1 次。

3. 支付點數：900 點。

4. 適用類別：基層院所以上，門、住診均可執行。

(二)「HCV core Ag 用於急性及慢性 C 肝病人診斷性檢驗」之適應症，將配合藥品給付規定修訂，研議分階段納入。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：上午 11 時 20 分。

附件 1-4

機械手臂輔助手術討論會議會議紀錄

時間：112 年 7 月 20 日上午 10 點

地點：台北市信義路 3 段 140 號 9 樓第一會議室

主持人：陳教授昱瑞　　紀錄：許博淇

出席專家：略。

出席學會：略。

壹、 主席致詞：(略)

貳、 署長致詞：略。

參、 本署說明：略。

肆、 報告事項：略。

伍、 討論事項：

一、有關訂定機械手臂輔助認證計畫書必要敘明項目及資格審核制度案。

決議：

(一) 必要敘明項目除原提案所列認證標準、20 小時系統練習或操作、指導老師資格及傳統手術經驗，按專家建議納入繼續教育內容，另考量醫療技術發展，傳統手術列計範圍包含胸(腹)腔鏡手術。

(二) 確認認證單位審核流程，若會議審核不通過，申請認證單位得補件並提出複審 1 次。複審仍未通過，則 1 年內不得再提出申請。

(三) 考量現行得核發認證單位係訂於支付規範中，若新增認證單位，即需配合修訂支付規範之程序，恐無法即時增修認證單位。爰將依程序移除支付規範所列特定學會認證相關文字，改於全球資訊網公開得提供認證之單位及其認證廠牌。後續提出申請參與認證之單位或新增認證廠牌需經審核小組會議審核通過。

二、 有關已具認證資格及申請參與認證之單位所提計畫書之審核作業，並延長認證期限案。

決議：

(一) 考量已具認證資格之學會所送認證計畫書內容大致完整，僅缺少部分項目，爰將請各學會補件後備查，其中包含本次會議決議納入項目(如傳統手術經驗及繼續教育內容)。

(二) 考量現行學會成立門檻低，為確保學會確實有提供認證之能力(如指導老師、舉辦訓練課程等)，現行執行初期建議由部定專科醫學會提供認證，亦不開放醫院申請。爰針對申請參與認證之內視鏡專科醫學會，因非屬部定專科學會，後續將請學會補充資料，說明其具有認證之能力(如是否能夠舉辦學習課程，學會內是否有人能勝任指導老師等)，再轉請小組成員判斷是否同意。

(三) 為維護病人手術安全及手術品質，「根治性前列腺切除術」及「部分腎切除」將比照 17 項機械手臂輔助手術，增訂專科醫師別及認證單位，後續將提共擬會議修訂支付規範。預定提至今年 9 月的共同擬訂會議討論，最快預計於 11 月生效。

(四) 承上，上述兩項目皆限由泌尿科專科醫師執行，並由泌尿科醫學會協助認證；建議學會預做準備，另有關其他學會認證之醫事人員檢核作業，仍維持費用年月 112 年 4 月啟動生效。

(五) 另按與會專家建議，機械手臂輔助手術資格認證期限將比照專科醫師證書之效期，以 6 年為限。

(六) 考量未來陸續有其他廠牌引進，醫學會需再提供不同廠牌認證計畫書審查，本署將參考本次專家所提建議，訂定其他廠牌之認證計畫書應敘明事項，並規劃費用申報、RWD 上傳配套措施，以利後續費用勾稽、RWD 分析等事宜。

陸、 散會(12 時 5 分)。

附件 2-1

表一、112 年建議新增醫療服務給付項目及財務影響評估彙整表(計 2 項目)

序號	中文名稱	主要臨床功能及目的	適應症/支付規範	建議支付點數		建議支付點數(含一般材料費)A	被替代項目及替代率					預估年執行量E	預估年增點數(百萬點) F= ①A*E-B*E ②A*E-B*D ③A*(E-D)+(A-B)*D	
				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 (111 年)			
1	遊戲式聽力檢查	幼兒心智成熟程度無法如同成人依循檢查人員透過語言引導順利配合完成聽力檢查，需花更多的時間讓幼兒理解測試執行方式及反應，爰建議新增。	註： 1.適應症：限聽力篩檢未通過，且符合以下任一適應症之二歲以上至未滿七歲兒童使用： (1)傳音性及感音性耳聾(H90)。 (2)突發性自發性聽力喪失(H91.2)。 (3)聽障(H91.9)。 (4)耳鳴(H93.1)。 (5)其他異常聽覺(H93.2)。 2.基層診所之聽力檢查室須符合醫療機構設置標準附表(一)聽力設施規範。 3.每年以申報二次為原則，如需額外執行應於病歷敘明重複執行之原因。 4.申報費用時須檢附遊戲式聽力檢查報告。 5.不得同時申報 22001C。	671		671	22001C	純音聽力檢查	405	100%	12,383	25,604 註 1	12.17	②
2	C 型肝炎病毒核心抗原	HCV core Ag 具備良好病毒偵測能力、成本較低及普及性高，WHO 最新 C 型肝炎診斷檢驗指引，建議除 C 型肝炎口服直接抗病毒藥(DAA)治療後 12 週追蹤仍必須使用 HCV RNA test 外，其餘時機可使用 HCV core Ag 取代 HCV RNA test，爰建議新增。	註： 適應症：用於下列高風險族群再感染之追蹤檢驗 C 型肝炎病毒得執行本項或 HCV RNA 執行頻率如下： 1.C 型肝炎抗體陽性之 HIV 感染者、靜脈注射藥癮者，每年申報 1 次。 2.C 型肝炎抗體陽性之慢性血液透析病人，每四年申報 1 次。	900	-	900	12185C	核糖核酸類定量擴增試驗	醫院：2,229 基層：2,200	100%			不增加財務支出	
(1) 4 項新增項目　小計													12.17	

註：統計 109 至 111 年申報 2-6 歲執行 22001C「純音聽力檢查」人數為負成長，爰以零成長計算，推估增加財務支出 12.17 百萬點，醫院占 96%約 11.68 百萬點、基層占 4%約 0.49 百萬點，說明如下，：

(1)新增項目取代現有項目：111 年申報 2-6 歲執行 22001C 為 10,107 人，醫令量 12,383 筆，倘每人每年申報二次，推估 112 年執行約 20,214 筆【10,107*2】，扣除替代後，推估增加 8.55 百萬點【20,214*671-12,383*405】。

(2)未新增前可能以自費方式執行：111 年 2-6 歲主診符合適應症，未申報 22001C 或 22008B「聲揚聽力檢查」為 2,695 人，推估 112 年執行件數約 5,390 件【2,695*2】，推估增加 3.62 百萬點【5,390*671】。

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 7 項：6 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	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	08134B	連續血糖監測	本項現行已給付第一型糖尿病，為達連續監測目的，建議將執行間隔「三個月以上」縮短為「一個月以上」；另為提升懷孕第二型糖尿病照護品質，改善新生兒預後，降低生風險，爰建議適應症增列「懷孕之第二型糖尿病或妊娠糖尿病，且接受胰島素注射病人」	註： 1.適應症：~~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：~~ (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： ~~(1)~~A.血糖過度起伏且最近六個月兩次糖化血色數(HbA1c)值都大於(含)8%。 ~~(2)~~B.低血糖無感症。 ~~(3)~~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。 ~~(4)~~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。 2.支付規範： (1)限門診使用，若為住院使用應事前審查。 (2)一年至多執行兩次，且間隔~~三~~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	-	32 註 1(1)	0.15
							-	480 註 1(2)	2.32
2	09005C	~~血液及體液葡萄糖~~ 血液及體液葡萄糖-空腹 (Glucose-Ante Cibum,AC)	糖尿病病人監測血糖波動，須測量飯前及飯後血糖，惟現行診療項目僅 09005C「血液及體液葡萄糖」一項，若同日申報 2 次恐有重複申報之疑慮，為明確支付標準，爰建議將拆分為「空腹血糖」及「餐後血糖」。	註：~~尿液除外。~~ 1.空腹血糖係指飯前空腹 8 小時；餐後血糖係指飯後 2 小時或喝完糖水 2 小時（依進食時開始計時）。 2.尿液除外。 3.同次門診以申報一次為限。 4.二項同時申報，須於病歷註明理由備查。		50			修訂支付規範，不增加支出。
3		血液及體液葡萄糖-餐後 (Glucose-Post Cibum,PC)			50	50			
4	33143B	急性缺血性腦中風機械取栓術	參考國際實證和臨床指引，建議前循環缺血性腦中風發作後使用時間應由 8 小時開放為 24 小時，另依現行臨床治療條件 NIHSS 由≧8 調整為≧6，以掌握急性再灌流治療時間，減輕病人腦中風後遺症及財務負擔。	註： 1.適應症：急性腦血管缺血性中風病患符合「顱內血管支架取栓裝置使用條件」，並使用該裝置進行機械性血管內血栓移除術治療，且同時符合下列條件： (1)~~前循環在發作內八小時內、後循環在~~發作後二十四小時內。 (2)影像診斷為顱內大動脈阻塞，包括內頸動脈、大腦中動脈的第一及第二段、大腦前動脈、基底動脈和脊椎動脈。 (3)美國國衛院腦中風評估表(NIH Stroke Scale)評分≧~~8~~6 及≦30。 2.禁忌症： (1)蜘蛛網膜下腔出血 (2)腦內出血 (3)硬腦膜下出血/顱內出血 3.支付規範： (1)限接受並通過下列任一學會之相關腦神經血管內介入治療專長訓練與認證之醫師施行。 A.中華民國放射線醫學會授權之中華民國神經放射線醫學會 B.台灣神經外科醫學會授權之台灣神經血管外科與介入治療醫學會 C.台灣神經學會授權之台灣腦中風學會 (2)不得同時申報 69001B、69002B、69003B。 4.前循環若於發作後八小時至二十四小時執行，申報時須於病歷檢附影像報告(CTP、MRP 或 CTA collaterals)備查。		45,059	-	565	33.68
								註 2	
5	12207B	白血病即時定量聚合酶連鎖反應法	比照伴隨式診斷之診療項目，申報院所應提供效期內之實驗室認證資料，並造冊管理，爰增列支付規範以維持一致性。	註： 1.適應症： (1)含有 BCR-ABL1 之慢性骨髓性白血病(chronic myelogenous leukemia，CML)與急性白血病。 (2)含有 PML-RARA、RUNX1-ETO、與 CBFB-MYH11 之急性骨髓性白血病(acute myeloid leukemia，AML)。 2.支付規範：113 年 2 月 8 日以前限具「BCR-ABL1」或「PML-RARA 及 RUNX1-ETO 及 CBFB-MYH11」檢測項目有通過美國病理學會(The College of American Pathologists, CAP)~~或~~、財團法人全國認證基金會(Taiwan Accreditation Foundation, TAF)認證、台灣病理學會之分子實驗室認證或經衛生福利部食品藥物管理署精準醫療分子檢測實驗室列冊登錄之分子實驗室檢測~~院所申報~~，由特約醫事服務機構申報；113 年 2 月 9 日起限衛生福利部核准之實驗室開發檢測施行計畫表列醫療機構申報。 3.執行本項之醫事服務機構應報經保險人核定，如有異動，應重行報請核定。					修訂支付規範，不增加支出。

序號	診療編號	名稱	修訂說明	適應症/相關規範	**建議支付點數 A**	原支付點數 B	調整點數差值 **C=A-B**	預估全國執行量 D	**預估年增點數(百萬點) E=C*D**
6	30102B	肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變實驗室自行研發檢測(LDT)		註：(僅摘錄第 2 點支付規範) 2.支付規範： (1)限使用已確診之腫瘤病理組織或細胞檢體做檢測，並於檢測報告上註明診斷與腫瘤細胞百分比。 (2)113 年 2 月 8 日以前限具肺癌 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列冊登錄之實驗室檢測，由特約醫事服務機構申報；113 年 2 月 9 日起限衛生福利部核准之實驗室開發檢測施行計畫表列醫療機構申報。 (3)執行本項之醫事服務機構應報經保險人核定，如有異動，仍應重行報請核定。 (4)檢測報告上應註明方法學與檢測平台。 (5)限解剖病理專科醫師簽發報告，並於檢測報告上加註專科醫師證書字號。 (6)限符合適應症規範者用藥前之伴隨式檢測，每人終生限給付一次。 (7)不得同時申報編號 30101B。					修訂支付規範，不增加支出。
7	30104B	All-RAS 基因突變分析		註：(僅摘錄第 2 點支付規範) 2.支付規範： (1)本檢測應包含 KRAS(外顯子[exon]2、3 與 4)與 NRAS(外顯子 2、3 與 4)之突變分析。 (2)限使用已確診之腫瘤病理組織或細胞檢體做檢測，並於檢測報告上註明診斷與腫瘤細胞百分比。 (3)113 年 2 月 8 日以前限具大腸直腸癌 ALL-RAS 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列冊登錄之實驗室檢測，由特約醫事服務機構申報；113 年 2 月 9 日起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。					修訂支付規範，不增加支出。
									36.16

註 1：

(1)縮短執行間隔期間：

1.現行支付規範 1 年至多執行 2 次、且須間隔三個月以上，若 1 年執行超過 2 次者須事前審查，爰每年至多可再執行 2 次(全年共 4 次)；倘縮短執行間隔時間為 1 個月，每年至多可再執行 10 次(全年共 12 次)。

2.統計 111 年申報 08134B 超過兩次以上為 4 人，每年最多可再執行 8 次，推估執行量為 32 件，增加 0.15 百萬點。【=4*(10-2)*4,842】

(2)修訂適應症：統計 111 年主診斷為「第二型糖尿病或妊娠糖尿病」且接受胰島素治療為 96 人，假設妊娠期間(24 週診斷)最多執行 5 次，推估執行量為 480 件，增加 2.32 百萬點。【=96*5*4,842】

註 2：

(1)統計 111 年申報本項約 2,084 人次及平均年成長率 8.5%，並參考學會建議<8 小時及≧8 小時之個案比率約 4%及 1%計算，推估約增加 565 件【=2,084/4%*1%*(1+8.5%)】，增加支出約 25.46 百萬點【=565*45,059】。

(2)另 47101B「急性缺血性腦中風處置費」支付規範之一為「執行 33143B 者」爰配合本項修訂增加支出約 8.23 百萬點【=565*14,559】。

表三、112 年建議修訂醫療服務給付項目文字彙整表(計 20 項目)

序號	診療編號	名稱	修訂說明	適應症/相關規範	備註
1	67050B	胸腔鏡肺葉切除術	考量現行得核發認證單位係訂於支付規範中，若新增認證單位，即需配合修訂支付規範之程序，恐無法即時增修認證單位。爰將依程序移除支付規範所列特定學會認證相關文字，改於全球資訊網公開得提供認證之單位及其認證廠牌。後續提出申請參與認證之單位或新增認證廠牌需經審核小組會議審核通過。	執行「機械手臂輔助肺葉切除術」，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。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或胸腔外科專科醫師資格。 2.~~經台灣胸腔外科醫學會或台灣胸腔及心臟血管外科學會核發~~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)~~等，需檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明~~。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。 3.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。	修訂支付規範，不增加支出。
2	67053B	胸腔鏡肺分葉切除術		(僅摘錄相關支付規範) 3.執行「機械手臂輔助肺分葉切除術」，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。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或胸腔外科專科醫師資格。 (2)~~經台灣胸腔外科醫學會或台灣胸腔及心臟血管外科學會核發~~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)~~等，需檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明~~。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。 (3)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。	
3	74221B	腹腔鏡低前位直腸切除術		(僅摘錄相關支付規範) 執行「機械手臂輔助低前位直腸切除術」，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。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)具有大腸直腸外科專科醫師資格。 (2)~~經中華民國大腸直腸外科醫學會核發~~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)~~等，需檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明~~。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。 (3)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。	
4	75025B	腹腔鏡肝部分切除術	考量現行得核發認證單位係訂於支付規範中，若新增認證單位，即需配合修訂支付規範之程序，恐無法即時增修認證單位。爰將依程序移除支付規範所列特定學會認證相關文字，改於全球資訊網公開得提供認證之單位及其認證廠牌。後續提出申請參與認證之單位或新增認證廠牌需經審核小組會議審核通過。	執行「機械手臂輔助肝部分切除術」，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。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.具有消化系外科專科醫師資格。 2.~~經台灣機器人手術醫學會核發~~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)~~等，需檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明~~。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。 3.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。	修訂支付規範，不增加支出。
5	75026B	腹腔鏡肝區域切除術(一區域/二區域/三區域)		執行「機械手臂輔助肝區域切除術（一區域/二區域/三區域）」，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。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.具有消化系外科專科醫師資格。 2.~~經台灣機器人手術醫學會核發~~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)~~等，需檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明~~。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。 3.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。	
6	75027B				
7	75028B				
8	75030B	腹腔鏡右肝葉切除術		執行「機械手臂輔助右肝葉切除術」，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。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.具有消化系外科專科醫師資格。 2.~~經台灣機器人手術醫學會核發~~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)~~等，需檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明~~。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。 3.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。	
9	75031B	腹腔鏡左肝葉切除術		執行「機械手臂輔助左肝葉切除術」，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。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.具有消化系外科專科醫師資格。 2.~~經台灣機器人手術醫學會核發~~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)~~等，需檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明~~。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。 3.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。	

序號	診療編號	名稱	修訂說明	適應症/相關規範	備註
10	75032B	腹腔鏡擴大右肝葉切除術	考量現行得核發認證單位係訂於支付規範中，若新增認證單位，即需配合修訂支付規範之程序，恐無法即時增修認證單位。爰將依程序移除支付規範所列特定學會認證相關文字，改於全球資訊網公開得提供認證之單位及其認證廠牌。後續提出申請參與認證之單位或新增認證廠牌需經審核小組會議審核通過。	執行「機械手臂輔助擴大右肝葉切除術」，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。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.具有消化系外科專科醫師資格。 2.~~經台灣機器人手術醫學會核發~~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)~~等，需檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明~~。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。 3.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。	修訂支付規範，不增加支出。
11	75033B	腹腔鏡擴大左肝葉切除術		執行「機械手臂輔助擴大左肝葉切除術」，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。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.具有消化系外科專科醫師資格。 2.~~經台灣機器人手術醫學會核發~~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)~~等，需檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明~~。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。 3.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。	
12	75034B	腹腔鏡活體捐肝摘取		(僅摘錄相關支付規範) 2.執行「機械手臂輔助肝臟移植—活體捐肝摘取」，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。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)具有消化系外科專科醫師資格。 (2)~~經台灣機器人手術醫學會核發~~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)~~等，需檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明~~。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。 (3)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。	
13	75422B	腹腔鏡遠端胰臟尾端切除術		執行「機械手臂輔助胰臟尾端部分切除術」，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。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.具有消化系外科專科醫師資格。 2.~~經台灣胰臟醫學會、台灣消化系外科醫學會或台灣機器人手術醫學會核發~~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)~~等，需檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明~~。前述核發認證單位應檢附認證計畫書予保險人審核通過。 3.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。	
14	75423B	腹腔鏡胰臟體部分切除術		執行「機械手臂輔助胰臟體部分切除術」，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。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.具有消化系外科專科醫師資格。 2.~~經台灣胰臟醫學會、台灣消化系外科醫學會或台灣機器人手術醫學會核發~~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)~~等，需檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明~~。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。 3.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。	修訂支付規範認證單位文字，改公布名單於全球資訊網，不增加支出。
15	75427B	腹腔鏡胰十二指腸切除術		(僅摘錄相關支付規範) 2.執行「機械手臂輔助 Whipple 氏胰、十二指腸切除術」，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。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)具有消化系外科專科醫師資格。 (2)~~經台灣胰臟醫學會、台灣消化系外科醫學會或台灣機器人手術醫學會核發~~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)~~等，需檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明~~。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。 (3)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。	
16	75429B	腹腔鏡胰臟尾端切除術-脾臟保留		執行「機械手臂輔助胰臟尾端部分切除術-脾臟保留」，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。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.具有消化系外科專科醫師資格。 2.~~經台灣胰臟醫學會、台灣消化系外科醫學會或台灣機器人手術醫學會核發~~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)~~等，需檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明~~。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。 3.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。	
17	75430B	腹腔鏡 Whipple 氏胰、十二指腸切除術		執行「機械手臂輔助 Whipple 氏胰、十二指腸切除術-幽門保留式」，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。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.具有消化系外科專科醫師資格。	

序號	診療編號	名稱	修訂說明	適應症/相關規範	備註
		（幽門保留）		2.~~經台灣胰臟醫學會、台灣消化系外科醫學會或台灣機器人手術醫學會核發~~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)~~等，需檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明~~。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。 3.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。	
18	76031B	(後)腹腔鏡部分腎臟切除術	為維護病人手術安全及手術品質，「根治性前列腺切除術」及「部分腎切除」將比照 17 項機械手臂輔助手術，增訂專科醫師別、認證及手術相關資訊上傳規範。	1.腎半切除術 heminephrectomy 比照申報。 2.執行「機械手臂輔助部分腎切除」，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。執行機械手臂輔助手術者，須符合下列專科別限制、執行醫師訓練及~~且須符合下列~~適應症~~及~~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)。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。 (3)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 (4)適應症： ~~(1)~~A.術前影像報告為非囊狀腫瘤或囊狀惡性腫瘤。 ~~(2)~~B.除上述外，術前影像報告懷疑良性腎臟腫瘤，符合下列任一條件且~~需~~須事前審查： ~~A.~~(a)符合影像學上腫瘤大於四公分或有出血疑慮。 ~~B.~~(b)單一腎臟或腎功能不全，~~須~~需接受部分腎切除者。	修訂支付規範增訂專科醫師別及認證單位，不增加支出。
19	79417B	腹腔鏡攝護腺癌根除性攝護腺切除術併雙側骨盆腔淋巴切除術		註：執行「機械手臂輔助根治性前列腺切除術」，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。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)。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。 3.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。	
20	22001C	純音聽力檢查	配合新增「遊戲式聽力檢查」，兩項不得同時申報。	註： 1.包括骨導聽力及氣導聽力。 2.不得同時申報「遊戲式聽力檢查」。	修訂支付規範，不增加支出。

附件 2-2

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：幼兒遊戲式聽力檢查

提案單位：台灣耳鼻喉科醫學會

錄案編號：101-1129　　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						320
		2.住院醫師						
		3.護理人員						
		4. 醫事人員(聽力師)	1		8	40	320	
		5.行政人員						
		6.工友、技工						
	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
							-	-
							-	
							-	
							-	
							-	
	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
		純音聽力檢查儀	800,000	7	1.2	30	35	273
		隔音室	2,000,000	7	2.9	40	118	
		玩具	5,000	7	0.0	30	0	
		電腦及相關軟體	50,000	7	0.1	40	3	
		小計					156	
		非醫療設備=醫療設備 ×		28.3 %			44	
	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	
		20	1,500,000	50	0.29	40	11.6	
	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%						61	
直接成本合計								593
作業及管理費用(直接成本 × 13.1 %)								78
成本總計								671

附件 3

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正規定

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosisand Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

第三項 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：~~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：~~ (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： ~~(1)~~A.血糖過度起伏且最近六個月兩次糖化血色數(HbA1c)值都大於(含)8%。 ~~(2)~~B.低血糖無感症。 ~~(3)~~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。 ~~(4)~~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。 2.支付規範： (1)限門診使用，若為住院使用應事前審查。 (2)一年至多執行兩次，且間隔~~三~~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

第四項 生化學檢查 Biochemistry Examination

一、一般生化學檢查 (09001-09140)

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
09005C 09140C	血液及體液葡萄糖~~-Glucose~~ -空腹Glucose-Ante Cibum, AC -餐後Glucose-Post Cibum, PC 註：~~尿液除外。~~ 1.空腹血糖係指飯前空腹8小時；餐後血糖係指飯後2小時或喝完糖水2小時（依進食時開始計時）。 2.尿液除外。 3.同次門診以申報一次為限。 4.二項同時申報，須於病歷註明理由備查。	v	v	v	v	50

第六項 免疫學檢查 Immunology Examination (12001-12216)

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
12207B	白血病即時定量聚合酶連鎖反應法 RQ-PCR(Real Time Quantitative PCR)for leukemia 註： 1.適應症： (1)含有BCR-ABL1之慢性骨髓性白血病(chronic myelogenous leukemia，CML)與急性白血病。 (2)含有PML-RARA、RUNX1-ETO與CBFB-MYH11之急性骨髓性白血病(acute myeloid leukemia，AML)。 2.支付規範：113年2月8日以前限具「BCR-ABL1」或「PML-RARA及RUNX1-ETO及CBFB-MYH11」檢測項目有通過美國病理學會(The College of American Pathologists, CAP)、~~或~~財團法人全國認證基金會(Taiwan Accreditation Foundation, TAF)認證、台灣病理學會之分子實驗室認證或經衛生福利部食品藥物管理署精準醫療分子檢測實驗室列冊登錄之分子實驗室檢測~~院所申報~~，由特約醫事服務機構申報；113年2月9日起限衛生福利部核准之實驗室開發檢測施行計畫表列醫療機構申報。 3.執行本項之醫事服務機構應報經保險人核定，如有異動，應重行報請核定。		v	v	v	3571

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
12216C	C型肝炎病毒核心抗原 Hepatitis C core Ag 註： 適應症：用於下列高風險族群再感染之追蹤檢驗C型肝炎病毒得執行本項或HCV RNA，執行頻率如下： 1.C型肝炎抗體陽性之HIV感染者、靜脈注射藥癮者，每年申報1次 2.C型肝炎抗體陽性之慢性血液透析病人，每四年申報1次	v	v	v	v	900

第十六項 耳鼻喉系統檢查 E.N.T. Examination (22001-22041)

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
22001C	純音聽力檢查 Pure tone audiometry (PTA) 註：~~包括骨導聽力及氣導聽力。~~ 1.包括骨導聽力及氣導聽力。 2.不得同時申報22041C。	v	v	v	v	405
22041C	遊戲式聽力檢查 Conditioning play audiometry 註： 1.適應症：限聽力篩檢未通過，且符合以下任一適應症之二歲以上至未滿七歲兒童使用： (1)傳音性及感音性耳聾(H90)。 (2)突發性自發性聽力喪失(H91.2)。 (3)聽障(H91.9)。 (4)耳鳴(H93.1)。 (5)其他異常聽覺(H93.2)。 2.基層診所之聽力檢查室須符合醫療機構設置標準附表（一）聽力設施規範。 3.每年以申報二次為原則，如需額外執行應於病歷敘明重複執行之原因。 4.申報費用時須檢附遊戲式聽力檢查報告。 5.不得同時申報22001C。	v	v	v	v	671

第二十四項 伴隨式診斷 Companion Diagnostics (30101-30105)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
30102B	肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變實驗室自行研發檢測(LDT) EGFR mutation Laboratory Developed Test 註： 1.適應症： (1)限復發或轉移性(第IV期)之非小細胞且非鱗狀上皮肺癌，於使用EGFR標靶藥物前得申請檢測。 (2)第IIIB期及第IIIC期，經肺癌多專科團隊討論，無法以外科手術完全切除、且不適合放射化學治療，於使用EGFR標靶藥物前得申請檢測。 2.支付規範： (1)限使用已確診之腫瘤病理組織或細胞檢體做檢測，並於檢測報告上註明診斷與腫瘤細胞百分比。 (2) 113年2月8日以前限具肺癌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列冊登錄之實驗室檢測，由特約醫事服務機構申報；113年2月9日起限衛生福利部核准之實驗室開發檢測施行計畫表列醫療機構申報。 (3)執行本項之醫事服務機構應報經保險人核定，如有異動，仍應重行報請核定。 (4)檢測報告上應註明方法學與檢測平台。 (5)限解剖病理專科醫師簽發報告，並於檢測報告上加註專科醫師證書字號。 (6)限符合適應症規範者用藥前之伴隨式檢測，每人終生限給付一次。 (7)不得同時申報編號30101B。		v	v	v	6755

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
30104B	All-RAS基因突變分析 All-RAS mutation testing 註： 1.適應症：符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準附件六藥品給付規定第九節抗癌瘤藥物9.27.Cetuximab及9.53.Panitumumab之轉移性直腸結腸癌病人。 2.支付規範： (1)本檢測應包含KRAS(外顯子[exon]2、3與4)與NRAS(外顯子2、3與4)之突變分析。 (2)限使用已確診之腫瘤病理組織或細胞檢體做檢測，並於檢測報告上註明診斷與腫瘤細胞百分比。 (3) 113年2月8日以前限具大腸直腸癌ALL-RAS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列冊登錄之實驗室檢測，由特約醫事服務機構申報；113年2月9日起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。		v	v	v	8872

二、特殊造影檢查 Scanning (33001-33145、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
33143B	急性缺血性腦中風機械取栓術 Fee for neurovascular mechanical endovascular thrombectomy in acute ischemic stroke 註： 1.適應症：急性腦血管缺血性中風病患符合「顱內血管支架取栓裝置使用條件」，並使用該裝置進行機械性血管內血栓移除術治療，且同時符合下列條件： (1)~~前循環在發作內八小時內、後循環在~~發作後二十四小時內。 (2)影像診斷為顱內大動脈阻塞，包括內頸動脈、大腦中動脈的第一及第二段、大腦前動脈、基底動脈和脊椎動脈。 (3)美國國衛院腦中風評估表(NIH Stroke Scale)評分≧~~8~~6及≦30。 2.禁忌症： (1)蜘蛛網膜下腔出血 (2)腦內出血 (3)硬腦膜下出血/顱內出血 3.支付規範： (1)限接受並通過下列任一學會之相關腦神經血管內介入治療專長訓練與認證之醫師施行。 A.中華民國放射線醫學會授權之中華民國神經放射線醫學會 B.台灣神經外科醫學會授權之台灣神經血管外科與介入治療醫學會 C.台灣神經學會授權之台灣腦中風學會 (2)不得同時申報69001B、69002B、69003B。 4.前循環若於發作後八小時至二十四小時執行，申報時須於病歷檢附影像報告(CTP、MRP或CTA collaterals)備查。		v	v	v	45059

一、胸腔 Thoracic (67001-67055)

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
67050B	胸腔鏡肺葉切除術 Thoracoscopic Lobectomy 註：執行「機械手臂輔助肺葉切除術」，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。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或胸腔外科專科醫師資格。 2.~~經台灣胸腔外科醫學會或台灣胸腔及心臟血管外科學會核發~~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)~~等，需檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明~~。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。 3.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。		v	v	v	41752
67053B	胸腔鏡肺分葉切除術 Thoracoscopic segmentectomy of lung 註： 1.適應症 (1)早期侷限性肺癌 stage I。 (2)肺單元分葉內之癌症且心肺功能不佳者，不適合肺葉切除術者。 (3)具合併症且內科治療無效之感染性疾病。 2.含一般材料費，得另加計百分之十一。 3.執行「機械手臂輔助肺分葉切除術」，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。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或胸腔外科專科醫師資格。 (2)~~經台灣胸腔外科醫學會或台灣胸腔及心臟血管外科學會核發~~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)~~等，需檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明~~。前述核發認證單位應檢附認證計畫書		v	v	v	57344

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
	(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。 (3)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。					

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
74221B	腹腔鏡低前位直腸切除術 Laparoscopic low anterior resection of rectum 註： 1.本項不含加做之大腸或小腸造口（not including colostomy or ileostomy）。 2.執行「機械手臂輔助低前位直腸切除術」，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。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)具有大腸直腸外科專科醫師資格。 (2)~~經中華民國大腸直腸外科醫學會核發~~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)~~等，需檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明~~。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。 (3)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。		v	v	v	63767

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
75025B	腹腔鏡肝部分切除術 Laparoscopic liver resection - partial hepatectomy 註：執行「機械手臂輔助肝部分切除術」，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。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.具有消化系外科專科醫師資格。 2.~~經台灣機器人手術醫學會核發~~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)~~等，需檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明~~。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。 3.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。		v	v	v	38161
	腹腔鏡肝區域切除術 Laparoscopic liver resection					
75026B	─ 一區域 one segment		v	v	v	50722
75027B	─ 二區域 two segments		v	v	v	54799
75028B	─ 三區域 three segments		v	v	v	84096
	註：執行「機械手臂輔助肝區域切除術（一區域/二區域/三區域）」，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。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.具有消化系外科專科醫師資格。 2.~~經台灣機器人手術醫學會核發~~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)~~等，需檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明~~。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。 3.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。					
75030B	腹腔鏡右肝葉切除術 Laparoscopic liver resection - right lobectomy 註：執行「機械手臂輔助右肝葉切除術」，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		v	v	v	70844

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
	錄。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.具有消化系外科專科醫師資格。 2.~~經台灣機器人手術醫學會核發~~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)~~等，需檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明~~。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。 3.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。					
75031B	腹腔鏡左肝葉切除術 Laparoscopic liver resection - left lobectomy 註：執行「機械手臂輔助左肝葉切除術」，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。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.具有消化系外科專科醫師資格。 2.~~經台灣機器人手術醫學會核發~~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)~~等，需檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明~~。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。 3.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。		v	v	v	63093
75032B	腹腔鏡擴大右肝葉切除術 Laparoscopic liver resection - extended right lobectomy 註：執行「機械手臂輔助擴大右肝葉切除術」，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。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.具有消化系外科專科醫師資格。 2.~~經台灣機器人手術醫學會核發~~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)~~等，需檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明~~。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。 3.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。		v	v	v	102528
75033B	腹腔鏡擴大左肝葉切除術 Laparoscopic liver resection - extended left lobectomy		v	v	v	100723

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
	註：執行「機械手臂輔助擴大左肝葉切除術」，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。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.具有消化系外科專科醫師資格。 2.~~經台灣機器人手術醫學會核發~~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)~~等，需檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明~~。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。 3.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。					
75034B	腹腔鏡活體捐肝摘取 Laparoscopic living donor hepatectomy 註： 1.不得加計急診加成。 2.執行「機械手臂輔助肝臟移植—活體捐肝摘取」，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。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)具有消化系外科專科醫師資格。 (2)~~經台灣機器人手術醫學會核發~~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)~~等，需檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明~~。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。 (3)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。		v	v	v	90483
75422B	腹腔鏡遠端胰臟尾端切除術 Laparoscopic distal pancreatectomy 註：執行「機械手臂輔助胰臟尾端部分切除術」，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。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.具有消化系外科專科醫師資格。 2.~~經台灣胰臟醫學會、台灣消化系外科醫學會或台灣機器人手術醫學會核發~~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)~~等，需檢附訓練課程、認證方式及~~		v	v	v	30337

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
	~~認證培訓機構證明~~。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。 3.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。					
75423B	腹腔鏡胰臟體部分切除術 Laparoscopic body partial pancreatectomy 註：執行「機械手臂輔助胰臟體部分切除術」，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。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.具有消化系外科專科醫師資格。 2.~~經台灣胰臟醫學會、台灣消化系外科醫學會或台灣機器人手術醫學會核發~~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)~~等，需檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明~~。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。 3.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。		v	v	v	28050
75429B	腹腔鏡胰臟尾端切除術-脾臟保留 Laparoscopic distal pancreatectomy- spleen preservation 註：執行「機械手臂輔助胰臟尾端部分切除術-脾臟保留」，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。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.具有消化系外科專科醫師資格。 2.~~經台灣胰臟醫學會、台灣消化系外科醫學會或台灣機器人手術醫學會核發~~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)~~等，需檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明~~。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。 3.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。		v	v	v	30582
75427B	腹腔鏡胰十二指腸切除術 Laparoscopic pancreatico-duodenectomy,Whipple type,with reconstruction (including partial gastrectomy) 註：		v	v	v	105087

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
	1.包括部分胃切除(Including Partial Gastrectomy)。 2.執行「機械手臂輔助Whipple氏胰、十二指腸切除術」，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。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)具有消化系外科專科醫師資格。 (2)~~經台灣胰臟醫學會、台灣消化系外科醫學會或台灣機器人手術醫學會核發~~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)~~等，需檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明~~。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。 (3)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。					
75430B	腹腔鏡Whipple氏胰、十二指腸切除術(幽門保留) Laparoscopic pancreatico-duodenectomy,Whipple type,with reconstruction (pylorus- preserving) 註：執行「機械手臂輔助Whipple氏胰、十二指腸切除術-幽門保留式」，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。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.具有消化系外科專科醫師資格。 2.~~經台灣胰臟醫學會、台灣消化系外科醫學會或台灣機器人手術醫學會核發~~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)~~等，需檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明~~。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。 3.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。		v	v	v	105087

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
76031B	(後)腹腔鏡部分腎臟切除術 (Retroperitoneoscopy) Laparoscopy, Partial nephrectomy 註： 1.腎半切除術 heminephrectomy 比照申報。 2.執行「機械手臂輔助部分腎切除」，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。執行機械手臂輔助手術者，須符合下列專科別限制、執行醫師訓練及~~且須符合下列~~適應症~~及~~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)。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。 (3)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 (4)適應症： ~~(1)~~ A.術前影像報告為非囊狀腫瘤或囊狀惡性腫瘤。 ~~(2)~~ B.除上述外，術前影像報告懷疑良性腎臟腫瘤，符合下列任一條件且~~需~~須事前審查： ~~A.~~(a)符合影像學上腫瘤大於四公分或有出血疑慮。 ~~B.~~(b)單一腎臟或腎功能不全，~~須~~需接受部分腎切除者。		v	v	v	34176

十、前列腺 Prostate (79401-79417)

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
79417B	腹腔鏡攝護腺癌根除性攝護腺切除術併雙側骨盆腔淋巴切除術 Laparoscopic Radical prostatectomy with bilateral pelvic lymph node dissection 註：執行「機械手臂輔助根治性前列腺切除術」，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。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)。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。 3.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。		v	v	v	46756