



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

108 年第四次
會議資料

108 年 11 月 22 日（星期五）下午 2 時
本署 18 樓大禮堂

108 年度第四次「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、上次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形，請參閱(不宣讀)確認

第 01 頁

參、報告事項

一、全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs) 3.4 版 109 年 1-6 月適用之相對權重統計結果案。	報 1-1
二、訂定 109 年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時程案。	報 2-1
三、增修訂中醫支付標準及專款計畫報告案。	報 3-1

肆、討論事項

一、全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱支付標準)增修「使用 TRH 注射液」等 5 項診療項目案。	討 1-1
二、109 年度起停止辦理「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」案。	討 2-1
三、修訂「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」。	討 3-1

伍、臨時動議

陸、散會

貳、確認本會 108 年度第 2 次臨時會

會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形

-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」

108 年第 2 次臨時會會議紀錄

時 間：108 年 9 月 12 日（星期四）下午 2 時

地 點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主 席：蔡副署長淑鈴

紀錄：宋兆喻

李代表偉強	李偉強	詹代表永兆	顏良達(代)
黃代表雪玲	黃雪玲	吳代表國治	吳國治
林代表富滿	林富滿	李代表飛鵬	李飛鵬
潘代表延健	潘延健	許代表世明	(請假)
李代表佳珂	李佳珂	羅代表界山	羅界山
陳代表志忠	劉碧珠(代)	林代表綉珠	劉淑芬(代)
林代表淑霞	申斯靜(代)	賴代表振榕	(請假)
嚴代表玉華	嚴玉華	朱代表世瑋	范政弘(代)
羅代表永達	羅永達	林代表鳳珠	林鳳珠
謝代表文輝	謝文輝	郭代表素珍	許美月(代)
謝代表武吉	(請假)	杜代表俊元	杜俊元
朱代表益宏	(請假)	梁代表淑政	周雯雯(代)
李代表紹誠	李紹誠	何代表語	何語
林代表恒立	林恒立	葉代表宗義	葉宗義
王代表宏育	(請假)	馬代表海霞	(請假)
黃代表振國	黃振國	蔡代表麗娟	蔡麗娟
賴代表俊良	賴俊良	紀代表志賢	紀志賢
張代表孟源	張孟源	施代表壽全	施壽全
陳代表俊良	陳俊良		

列席單位及人員：

衛生福利部全民健康保險會

中華民國中醫師公會全國聯合會

中華民國牙醫師公會全國聯合會

中華民國醫師公會全國聯合會

中華民國藥師公會全國聯合會

中華民國護理師護士公會全國聯合會

台灣醫院協會

中華民國內分泌學會

中華民國心律醫學會

台灣麻醉醫學會

台灣急診醫學會

本署臺北業務組

本署北區業務組

本署企劃組

本署醫審及藥材組

本署醫務管理組

邱臻麗、馬文娟

王逸年

潘佩筠

陳哲維、林筱庭

洪鈺婷

梁淑媛

鄭禮育、何宛青、林佩荻

劉鳳炫

馮安寧、李必昌

陳坤堡

陳健驊、張玉芬

徐佳瑜、嚴玉茹、黃艾青

廖智強

陳泰諭

杜安琇

李純馥、吳科屏、蔡翠珍、

韓佩軒、王玲玲、林右鈞、

陳依婕、吳明純、簡詩蓉、

楊瑜真、許博淇、林美惠、

鄧家佩、沈瑞玲、黃思瑄

一、主席致詞：略。

二、報告事項：

(一)「修訂西醫基層開放表別項目支付標準規定」案。

決定：洽悉，修訂重點如下，詳附件 1，P6~P16。

1. 同意 107-108 年開放表別項目共 20 項，其中編號 09129B「心肌旋轉蛋白 I」等 10 項增列「除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報」，餘 18007C「杜卜勒氏彩

色心臟血流圖」等 10 項增列「除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方及執行始可申報」之規定。

2. 另 106 年開放表別項目共 23 項，其中 18005C「超音波心臟圖（包括單面、雙面）」等 7 項診療項目，修正「除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方及執行始可申報」之規定。
3. 編號 18007C「杜卜勒氏彩色心臟血流圖」、51018C「光化治療 一天」及 51019C「光線治療（包括太陽光、紫外線、紅外線）一天」增列專科醫師別限制。
4. 51018C「光化治療 一天」、51019C「光線治療（包括太陽光、紫外線、紅外線）一天」及 51033C「皮膚鏡檢查」於西醫基層執行限特定適應症。

三、討論事項：

- （一）全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（以下稱支付標準）新增「使用 TRH 注射液診斷性用藥」及「使用 LH-RH 注射液診斷性用藥」2 項診療項目案。

決議：原經專家諮詢會議同意新增「使用 TRH 注射液診斷性用藥」及「使用 LH-RH 注射液診斷性用藥」2 項診療項目，因與會代表表示支付點數無法反映醫院實際成本，故退回專家諮詢會議釐清支付點數、名稱等疑義後再提至本會討論。

- （二）應用 108 年醫院總額之醫療服務成本指數改變率預算調整支付標準案。

決議：同意應用 108 年醫院總額醫療服務成本指數改變率預算 43.942 億元調整支付標準，財務推估約增加 42.74 億點，修訂後支付標準（詳附件 2，P17~P71），修訂重點如下：

1. 各項調整及財務影響評估，摘要如下：

- （1）調升 106 年重症 60 億已調整支付標準項目，其關聯項計 20 項，約增加 3.3 億點；106 年重症 60 億未調整支付標準項目及其關聯項，計 96 項，約增加 3.26 億點；及歷年未調整或

調整 2 次以下之手術項目 254 項及處置項目 43 項之支付點數，約增加 0.87 億點。

(2) 住院診察費調升 13.5% 及 75 歲以上老人再加成 20%，約增加 27.92 億點。

(3) 地區醫院夜間門診診察費加成 10%，約增加 1.21 億點。

(4) 急診診察費增列「除現行小兒專科醫師外，其餘專科醫師診治 6 歲以下兒童之急診診察費得加計 50%」，約增加 0.87 億點。

(5) 麻醉費（含麻醉前評估及麻醉恢復照護費）計 25 項調整為「提升兒童加成項目」，約增加 0.56 億點。

(6) 急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床住院護理費調升 3%，約增加 4.75 億點

2. 本次支付標準調整合計醫院總額約需 42.74 億點，西醫基層部門則暫保留不調整。惟考量支付標準衡平性，請西醫基層部門研議以 109 年醫療服務成本指數改變率增加之預算同步調整。

(三) 有關中華民國心律醫學會建議修訂編號 47103A「經導管無導線心律調節器置放或置換術」診療項目支付規範之人員資格要求案。

決議：同意 47103A「經導管無導線心律調節器置放或置換術」支付規範之人員資格增列「中華民國心律醫學會」認證之規定（詳附件 3，P72）。

(四) 109 年度起停止辦理「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」案。

決議：因時間因素未及討論，將於下次會議討論。

四、臨時動議：

(一) 中華民國醫師公會全國聯合會代表吳國治，提出修訂「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」用藥整合規定案。

決議：本案將先行召開專家會議討論，必要時再提至本會討論。

五、散會：下午 4 時 50 分

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議 決議辦理情形追蹤表

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 建 議	管 理
							解 除 列 管	繼 續 列 管
1	107-1- 討 4	107.3.20	全民健康保險 住院診斷關聯 群 (Tw-DRGs) 4.0 版支付通則 及未實施項目 實施時程案。	1. 同意基本診療加成醫學中心 為 5.1%、區域醫院 2.2%、地 區醫院 2%(區域醫院代表於 會議要求該層級之基本診療 加成需增加 2%，為 4.2%)。 2. Tw-DRGs 實施時程 (1) 同意自 107 月 7 月 1 日起實 施 4.0 版支付通則，扣除 80 項暫緩實施項目，分 3 階段 實施第 3 至 5 階計 1,089 項 DRG，會中台灣醫院協會 提出 45 項待討論之項目(第 3 階段 20 項、第 4 階段 17 項、第 5 階段 8 項)，待醫院 協會討論後分別於第 4 至 5 階段實施。 (2) 各階段實施期程如下： A. 第 3 階段 DRG：107 月 7 月 1 日實施，計 443 項。 B. 第 4 階段 DRG：107 年 9 月 1 日實施，計 259 項(含 原第 3 階段之 20 項)。 C. 第 5 階段 DRG：107 年 11 月 1 日實施，計 387 項。 3. DRG 支付制度下得另行加計 項目(如新增全新功能類別 add on 特材品項、生物製劑、 另行核實申報特材項目等品 項)，應正面表列於支付通則 且公布於全球資訊網，並請各 分區業務組發布大量電子公 告周知院所(異動時亦同)。 4. 於 4.0 版 Tw-DRGs 支付通則 規範中增列「論日支付案 例」。 5. 配合上述決議，後續將啟動申 報、審查、資訊等配套措施， 請各分區業務組持續收集醫 院意見，並展開相關說明會， 適時了解醫院準備狀況。	健 保 署 醫 管 組	1. 截至 108 年 1 月 14 日止， 本署共接獲 47 家醫學會所 提 832 項建議，涉及 916 項 DRG，其中建議暫緩及核 實項目合計 687 項，部分 核實項目計 123 項，再分 類計 70 項，編碼調整計 8 項及調升支付點數計 28 項。 2. 台灣醫院協會鑑於逐步導 入 DRG 第 3-5 階段項目， 對於臨床診療行為影響甚 鉅，爰於 108 年 5 月 22 日 函請本署提供上述 832 項 建議，本署已於 108 年 6 月 20 日以健保醫字第 1080033508 號函復。 3. 鑑於學會建議暫緩及核實 項目多達 687 項，且經檢 視學會意見，多數為整體 建議，如兒童、住院 30 天 以上、複雜的共病、先天 及後天凝血因子異常等不 納入 DRG，或整個 MDC 暫緩如 MDC22 燒傷。因前 述多數意見無法單純以統 計資料試算確認納入 DRG 後之因應方式，考量臨床 專業與總額委託共管精 神，經本會議 108 年第三 次(7 月 25 日)會議同意，與 醫學會溝通討論前，由本 署與台灣醫院協會共組工 作小組，就醫學會所提意 見先行討論後，再依規劃 期程與醫學會逐一溝通。 4. 本署已於 108 年 8 月 13 日 函請台灣醫院協會共組工 作小組，並於 108 年 11 月 5 日召開工作小組第一次會 議，擬訂研議流程。後續 將逐項檢視前述學會建 議，擬訂資料分析之操作 型定義，俟本組試算後研 議修訂方向，再依規劃期 程與各醫學會溝通確認修 訂內容，本項建議繼續列 管。		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	列 管 建 議	繼 續 列 管
							解 除 列 管	管
2	108-2 臨-報 1	108.09.12	「修訂西醫基層開放表別項目支付標準規定」案。	洽悉，修訂重點如下： 1. 同意 107-108 年開放表別項目共 20 項，其中編號 09129B「心肌旋轉蛋白 I」等 10 項增列「除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報」，餘 18007C「杜卜勒氏彩色心臟血流圖」等 10 項增列「除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方及執行始可申報」之規定。 2. 另 106 年開放表別項目共 23 項，其中 18005C「超音波心臟圖（包括單面、雙面）」等 7 項診療項目，修正「除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方及執行始可申報」之規定。 3. 編號 18007C「杜卜勒氏彩色心臟血流圖」、51018C「光化治療 一天」及 51019C「光線治療（包括太陽光、紫外線、紅外線）一天」增列專科醫師別限制。 4. 51018C「光化治療 一天」、51019C「光線治療（包括太陽光、紫外線、紅外線）一天」及 51033C「皮膚鏡檢查」於西醫基層執行限特定適應症。	健保署醫管組	本案已於 108 年 10 月 1 日辦理預告，預告期間為 108 年 10 月 3 日至 108 年 12 月 2 日，後續將依程序辦理報部等相關行政作業。		V
3	108-2 臨-討 1	108.09.12	全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（以下稱支付標準）新增「使用 TRH 注射液診斷性用藥」及「使用 LH-RH 注射液診斷性用藥」2 項診療項目案。	原經專家諮詢會議同意新增「使用 TRH 注射液診斷性用藥」及「使用 LH-RH 注射液診斷性用藥」2 項診療項目，因與會代表表示支付點數無法反映醫院實際成本，故退回專家諮詢會議釐清支付點數、名稱等疑義後再提至本會討論。	健保署醫管組	本案已依本會議決議事項提報 108 年 11 月 6 日第 8 次專家諮詢會議再次討論通過，將於本次會議討論案討論，如經確認同意，建議解除列管。	V	
4	108-2 臨-討 2	108.09.12	應用 108 年醫院總額之醫療服務成本指數改變率預算調整支付標準案。	同意應用 108 年醫院總額醫療服務成本指數改變率預算 43.942 億元調整支付標準，財務推估約增加 42.74 億點，修訂後支付標準，修訂重點如下： 1. 各項調整及財務影響評估，摘要如下： (1) 調升 106 年重症 60 億已調整支付標準項目，其關聯項計 20 項，約增加 3.3 億點；106 年重症 60 億未調	健保署醫管組	本案已於 108 年 10 月 1 日辦理預告，預告期間為 108 年 10 月 3 日至 108 年 12 月 2 日，後續將依程序辦理報部等相關行政作業。		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	列管建議	
							解除 列管	繼續 列管
				整支付標準項目及其關聯項，計 96 項，約增加 3.26 億點；及歷年未調整或調整 2 次以下之手術項目 254 項及處置項目 43 項之支付點數，約增加 0.87 億點。 (2) 住院診察費調升 13.5% 及 75 歲以上老人再加成 20%，約增加 27.92 億點。 (3) 地區醫院夜間門診診察費加成 10%，約增加 1.21 億點。 (4) 急診診察費增列「除現行小兒專科醫師外，其餘專科醫師診治 6 歲以下兒童之急診診察費得加計 50%」，約增加 0.87 億點。 (5) 麻醉費（含麻醉前評估及麻醉恢復照護費）計 25 項調整為「提升兒童加成項目」，約增加 0.56 億點。 (6) 急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床住院護理費調升 3%，約增加 4.75 億點。 2. 本次支付標準調整合計醫院總額約需 42.74 億點，西醫基層部門則暫保留不調整。惟考量支付標準衡平性，請西醫基層部門研議以 109 年醫療服務成本指數改變率增加之預算同步調整。				
5	108-2 臨-討 3	108.09.12	有關中華民國心律醫學會建議修訂編號 47103A「經導管無導線心律調節器置放或置換術」診療項目支付規範之人員資格要求案。	同意 47103A「經導管無導線心律調節器置放或置換術」支付規範之人員資格增列「中華民國心律醫學會」認證之規定。	健保署醫管組	本案已於 108 年 10 月 1 日辦理預告，預告期間為 108 年 10 月 3 日至 108 年 12 月 2 日，後續將依程序辦理報部等相關行政作業。		V
6	108-2 臨-討 4	108.09.12	109 年度起停止辦理「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」案。	因時間因素未及討論，將於下次會議討論。	健保署醫管組	本案將提本次會議討論，如經確認同意，建議解除列管。	V	
7	108-2 臨-臨時動議	108.09.12	中華民國醫師公會全國聯合會代表吳國治，提出修訂「全民健康保	本案將先行召開專家會議討論，必要時再提至本會討論。	健保署醫管	預訂於 108 年 12 月中旬召開討論會議，將邀集中華民國醫師公會全國聯合會、台灣在宅醫療學會、台灣居家醫療學會等代表共同討論，必要時再提	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	列 建 議	
							解 除 列 管	繼 續 列 管
			險居家醫療照 護整合計畫」用 藥整合規定案。		組	至本會討論，建議先解除列管。		

參、報告事項

報告事項

第一案

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 109 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），由保險人每年年底依前一年醫療服務點數計算，並於次年適用。另依 108 年 6 月 13 日本會議決議，自 108 年起，Tw-DRGs 適用權重每年公告兩次，分別於當年度 1 月及 7 月起適用。

二、109 年 1-6 月適用參數計算結果說明如下（[計算說明詳附件 1，詳頁次報 1-3](#)）：

（一）相對權重（RW）計算過程及結果（[附件 2，詳頁次報 1-4](#)）：

1. $RW = \text{「某 Tw-DRGs 平均每人次點數} / \text{全國平均每人次點數」}$ 。
2. 全國平均每人次點數（48,794）= 校正後全國總點數（1,021 億點）/ 採計個案（209 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 4，詳頁次報 1-6 ~ 1-35](#)）。

（二）標準給付額（SPR）計算過程及結果（[附件 3，詳頁次報 1-5](#)）：

1. $SPR = \text{全國合計點數} / \text{全國總權重} = 1,114 \text{ 億點} / 245 \text{ 萬} = 45,387 \text{ 點}$ 。

2. 較適用於 108 年 1-6 月 SPR 之 44,700 點，增加 687 點。

擬辦：本案如獲確認同意，將依程序報請衛生福利部核定後公告實施。

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

- 一、採 107 年住院申報資料，校正基本診療項目並將 107 年、108 年新增及修訂支付標準及 107 年特材價格調整之點數差額串回申報資料後進行統計，住院總點數增加 3.17 億點，DRG 範圍總點數增加 1.66 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，共計 235 萬筆，醫療服務點數 1,232 億點。

109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：

	個案數									計算RW之數據	
適用年度	申報資料歸戶	有效資料	不適用DRG	符合DRG範圍 資料	排除資料				納入計算 RW個案	校正後全國總點數	全國平均 每人次點數
					清檔排除 案件	異常轉歸 案件	自行要求剖 腹產案件	極值案件			
	A	B	C	D	a	b	c	d	E=D-a-b-c-d	F	G=F/E
109年1-6月	3,191,798	3,052,211	705,601	2,346,610	79,382	119,426	1,417	54,640	2,091,745	102,063,879,929	48,794

註1.「全國平均每人次點數」計算步驟：

(1)申報資料歸戶：109年以107年住院申報資料(已校正107年-108年支付標準調整及107年特材價格調整)，按醫院代碼、病患ID、住院日期、出生日期歸戶；

新生兒依附案件歸戶，並併入由急診轉住院者之急診費用。

(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：107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。

109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	自行要求剖腹產	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	G	H	I=B-C-D-E-F-G-H	J	K=I/J
2,346,610	123,189,253,574	2,472,989,709	2,349,332,708	625,318,706	37,873,691	-	6,299,059,424	111,404,679,336	2,454,537	45,387

註1.資料說明：

(1)資料來源：107年符合DRG範圍之住院申報資料(已校正107年-108年支付標準調整及107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	小計
8,109,700	-	1,967,595,627			91,023,906	406,260,476	2,472,989,709

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

低於下限		個案數<20之核實申報		合計	
個案數	點數	個案數	點數	個案數	點數
A ₁	B ₁	C ₁	D ₁	E ₁ =A ₁ +C ₁	F ₁ =B ₁ +D ₁
95,945	1,891,963,789	5,643	457,368,919	101,588	2,349,332,708

(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
344,267,794	93,936,859	178,673,740	8,440,313	625,318,706

(5)各DRG之參數(權重、上/下限臨界點)採用按107年資料，109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)=45,387，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
2,406,263	108,470	156,744	2,454,537

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。

附表 7.3 109 年 1-6 月 3.4 版 1,062 項 Tw-DRGs 權重表

註：

1. 本表每 1 權重之標準給付額(SCR)為 45,387 點，係以 107 年 1-12 月醫院住院符合 DRG 範圍申報資料(已校正 107、108 年支付標準調整及 107 年特材價格調整)及支付通則規定辦理。
2. 無權重者(計 68 項)依支付標準通則採核實申報醫療費用。
3. 註記*者(計 189 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(34 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 89 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：107.01-12；製表日期 108.11.19。

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	19.3042	*		20	827,978	972,809
PRE	2	10302	19.2680	*		30	788,663	952,293
PRE	3	48301	2.9789			17	28,760	312,537
PRE	4	48302	2.5540			12	21,304	299,935
PRE	5	48001	22.4931			23	661,830	1,856,963
PRE	6	48002	17.3016			21	682,085	1,015,786
PRE	7	48101	11.2685	*		24	354,650	733,738
PRE	8	48102	9.0050	*		11	7,648	880,271
PRE	9	49501	-	*		-	-	-
PRE	10	49502	-	*		-	-	-
PRE	11	48201	2.8792			13	30,456	296,710
PRE	12	48202	2.4120			10	24,018	264,398
PRE	13	512	16.3018	*		15	588,964	1,024,110
1	1	00201	4.1550			15	59,198	354,882
1	2	00202	2.6859			9	50,849	244,643
1	3	00101	4.8498			14	48,913	450,592
1	4	00102	4.3081			8	45,296	402,354
1	5	00301	4.7065			13	59,539	419,016
1	6	00302	3.9030			10	57,915	335,352
1	7	00401	2.7828			8	30,082	224,650
1	8	00402	2.2854			6	29,071	170,943
1	9	00501	2.8506		●	6	44,173	239,922
1	10	00502	2.8506		●	4	57,081	199,258
1	11	00601	0.4362			2	11,927	32,638

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
1	12	00602	0.3869			2	9,683	26,278
1	13	00701	-	*		-	-	-
1	14	00702	2.7097			7	33,150	232,183
1	15	00703	1.0300			4	17,305	99,057
1	16	00704	1.4123			6	15,011	155,853
1	17	008	0.8702			3	15,047	147,946
1	18	00901	0.8250			7	6,493	85,653
1	19	00902	0.4460			4	5,925	37,878
1	20	00903	0.7059			7	5,202	81,607
1	21	00904	0.4254			4	2,592	36,226
1	22	00905	0.8445			7	2,173	85,509
1	23	01001	0.7163			5	8,198	65,856
1	24	01002	0.8703			6	7,658	93,190
1	25	01101	0.5614			3	3,749	44,014
1	26	01102	0.5833			3	7,353	47,108
1	27	01201	0.8244			7	6,065	80,943
1	28	01202	0.8903			7	6,640	87,372
1	29	01203	0.6103			4	4,618	51,615
1	30	01301	0.8001			5	4,234	75,795
1	31	01302	0.6907			4	2,402	61,434
1	32	01303	1.0335			6	3,962	120,715
1	33	01304	0.7905			5	3,870	67,935
1	34	01401	1.5828			12	17,011	143,387
1	35	01402	0.9961			8	11,995	88,465
1	36	01403	1.4239			10	16,579	145,808
1	37	01404	0.9358			7	13,856	81,930
1	38	01405	1.2536			9	16,260	125,533
1	39	01406	0.8196			6	14,200	65,489
1	40	01501	0.8608			4	10,459	75,857
1	41	01502	0.6709			3	11,084	49,301
1	42	01503	1.0222			6	12,002	120,569
1	43	01504	0.6636			4	9,051	54,070
1	44	01505	0.6654			5	10,404	51,924
1	45	01506	0.5422			4	9,393	39,798
1	46	01601	1.0314			7	8,858	103,041
1	47	01602	0.7385			5	10,837	58,856
1	48	01701	0.6619			4	8,333	58,006

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
1	49	01702	0.5339			3	8,969	39,116
1	50	018	0.7459			6	7,657	65,401
1	51	019	0.5032			4	4,307	42,735
1	52	02001	1.8226			11	8,953	199,411
1	53	02002	1.1988			7	7,991	122,941
1	54	02003	2.4127			13	9,337	233,270
1	55	02004	1.5434			8	7,351	141,598
1	56	02101	1.8079	*		12	40,250	175,262
1	57	02102	1.4698			10	8,981	112,968
1	58	02103	1.7119			10	13,455	158,816
1	59	02104	0.9689			6	9,933	83,821
1	60	02201	0.8887			6	8,812	114,447
1	61	02202	0.5222			4	5,239	54,125
1	62	02301	0.8975			7	7,212	90,375
1	63	02302	0.5010			4	7,390	44,905
1	64	024	0.9308			6	8,059	95,418
1	65	025	0.5185			4	4,561	45,535
1	66	02601	0.5583			4	7,163	55,016
1	67	02602	0.3895			3	5,804	33,898
1	68	02701	1.1891			8	8,022	134,324
1	69	02702	0.6115			5	4,561	62,412
1	70	02801	0.7902			6	8,403	76,848
1	71	02802	0.8942			6	5,913	92,185
1	72	02803	1.4688	*		11	20,302	134,352
1	73	02901	0.5246			4	5,074	50,629
1	74	02902	0.5370			4	4,416	51,996
1	75	02903	0.4398	*		4	2,707	41,730
1	76	03001	0.7261	*		6	10,107	73,173
1	77	03002	0.4701			4	4,557	46,239
1	78	03003	0.8235			5	3,869	83,388
1	79	03004	0.4639			3	4,119	47,338
1	80	03005	-	*		-	-	-
1	81	03006	0.2413	*		2	2,635	18,142
1	82	031	0.3969			4	4,274	32,939
1	83	032	0.2797			3	3,531	21,284
1	84	03301	0.3726			3	4,224	32,794
1	85	03302	0.2406			2	2,457	18,879

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
1	86	034	0.8352			6	5,583	89,984
1	87	035	0.4884			3	4,296	43,330
2	1	03701	1.3018			4	22,636	121,673
2	2	03702	1.0415			4	21,752	101,308
2	3	03703	0.8663	*	●	4	15,259	65,121
2	4	03704	0.8663	*	●	3	30,831	49,922
2	5	03705	0.9516			5	18,384	74,840
2	6	03706	1.6463			5	31,416	133,827
2	7	03707	1.3077			4	32,153	92,941
2	8	04001	0.6065			2	13,277	48,457
2	9	04002	0.6075			4	8,859	57,449
2	10	04003	1.1512	*		5	19,602	57,663
2	11	04004	0.5311	*		7	17,390	29,665
2	12	04101	0.4837			2	13,367	31,523
2	13	04102	0.5330	*		3	14,024	44,508
2	14	04103	-	*		-	-	-
2	15	04104	-	*		-	-	-
2	16	03601	1.5690			3	31,107	100,922
2	17	03602	0.8398	*		3	10,479	86,465
2	18	04201	1.1825			5	19,342	82,060
2	19	04202	0.4961			3	6,918	38,597
2	20	03901	1.8126			2	44,118	127,115
2	21	03903	1.1253			2	18,629	59,178
2	22	03902	1.4308	*		5	25,379	86,079
2	23	03904	1.0294			2	32,229	50,930
2	24	03905	0.5550			1	20,064	28,214
2	25	03906	-	*		-	-	-
2	26	03801	0.8493	*		3	18,561	77,821
2	27	03802	0.3854			2	8,363	38,249
2	28	04301	0.4424	*		6	5,588	23,410
2	29	04302	-	*		-	-	-
2	30	04401	0.5395			7	8,630	44,706
2	31	04402	0.3615			5	5,312	34,617
2	32	04501	0.6517			4	6,121	49,923
2	33	04502	0.5499			4	7,434	43,907
2	34	046	0.5374			4	2,553	51,090
2	35	047	0.3563			3	1,865	36,414

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
2	36	048	0.3153			3	2,114	26,795
3	1	04901	3.8708			10	54,460	358,166
3	2	04902	1.5931			4	48,636	95,838
3	3	06101	0.6965	*		4	15,431	61,228
3	4	06102	0.3947			1	8,424	27,024
3	5	062	0.4986			1	14,678	30,180
3	6	05301	0.9405			3	23,924	78,776
3	7	05302	0.8955			3	24,573	63,268
3	8	05401	1.6359	*		7	27,782	129,311
3	9	05402	0.9528			3	26,341	65,436
3	10	05701	0.9273			4	9,834	53,660
3	11	05702	0.5285			3	8,268	32,905
3	12	058	0.8352			2	20,987	45,916
3	13	052	1.3878			3	32,621	85,989
3	14	168	0.9198			4	14,745	73,696
3	15	169	0.7724			3	16,273	54,524
3	16	05601	0.7930			3	19,139	57,147
3	17	05602	0.5315			2	18,527	33,016
3	18	05001	1.2844			4	21,386	85,865
3	19	05002	1.0620			3	21,922	67,495
3	20	05101	0.9666	*		6	33,506	54,272
3	21	05102	0.6504			3	17,934	55,689
3	22	05501	5.7296	*		15	179,831	333,223
3	23	05502	1.9107	*		5	35,480	182,833
3	24	05503	0.8371			2	22,356	41,564
3	25	05504	0.7618			2	21,211	38,218
3	26	05505	0.7409			3	17,116	39,735
3	27	05506	0.5791			2	15,293	30,555
3	28	059	0.5469			3	19,567	27,619
3	29	060	0.6420			2	18,911	34,046
3	30	06301	1.7269			6	24,523	141,663
3	31	06302	0.9625			3	21,257	73,880
3	32	06401	1.1841	*		6	16,949	132,414
3	33	06402	0.7784	*		3	2,928	64,154
3	34	065	0.4261			4	4,948	34,972
3	35	06601	0.6852			5	5,283	82,769
3	36	06602	0.3303			3	4,772	25,266

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
3	37	06701	0.6110			6	8,042	60,972
3	38	06702	0.3328			4	5,799	26,717
3	39	068	0.4726			5	6,056	42,894
3	40	069	0.2826			4	4,092	23,276
3	41	070	0.2872			4	6,454	21,603
3	42	071	0.3284			3	6,963	25,294
3	43	072	0.3573			2	2,822	28,639
3	44	07301	0.6692			6	6,575	61,119
3	45	07302	0.4523			4	4,794	35,140
3	46	07401	0.6990			5	6,491	81,031
3	47	07402	0.4103			3	3,854	38,998
3	48	18701	0.5384			5	7,706	60,020
3	49	18702	0.4557			4	7,093	38,200
3	50	18703	0.5422			2	12,203	39,697
3	51	185	0.4373			4	4,226	38,407
3	52	186	0.3209			3	5,565	24,734
4	1	07501	3.6296			13	74,949	289,767
4	2	07502	2.9308			9	56,681	211,468
4	3	07503	3.0098			8	53,562	233,574
4	4	07504	2.4500			5	66,948	168,546
4	5	07601	1.7740			9	24,260	213,840
4	6	07602	3.5481			6	74,368	246,552
4	7	07603	2.0087			12	20,779	214,941
4	8	07701	0.9556			4	14,421	92,683
4	9	07702	3.3319			5	110,758	216,203
4	10	07703	0.9061			4	12,691	91,577
4	11	47501	2.7607			14	39,355	239,179
4	12	47502	2.0760			10	16,899	182,432
4	13	07801	1.3737			8	14,107	125,415
4	14	07802	0.9717			5	11,024	87,406
4	15	07901	1.5713			12	13,226	140,878
4	16	07902	1.1644			10	14,570	109,117
4	17	07903	1.2934			11	17,776	119,786
4	18	07904	1.5157			9	13,105	145,000
4	19	07905	0.8890	*		8	11,356	93,884
4	20	08001	1.2506			10	12,018	109,376
4	21	08002	0.8159			8	10,617	72,114

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
4	22	08003	0.8997			9	11,824	79,969
4	23	08004	0.9580	*		7	23,839	120,747
4	24	08005	0.7376	*		6	11,831	74,525
4	25	08101	2.1653	*		14	64,904	144,836
4	26	08102	1.3930			8	10,045	108,775
4	27	08103	1.3812			8	13,239	154,191
4	28	08104	0.8041			6	11,055	85,124
4	29	08105	0.7413			6	12,175	85,280
4	30	08106	0.4130			5	8,941	33,814
4	31	08107	-	*		-	-	-
4	32	08108	-	*		-	-	-
4	33	08109	0.4655	*		2	7,505	23,353
4	34	082	0.5019			3	3,822	44,454
4	35	08301	0.7448		●	7	5,928	85,471
4	36	08302	0.5051			5	6,380	45,663
4	37	08303	-	*		-	-	-
4	38	08401	0.7448	*	●	7	7,632	87,120
4	39	08402	0.3232			4	4,792	26,174
4	40	08403	-	*		-	-	-
4	41	085	0.9899			8	10,274	89,766
4	42	086	0.7186			6	9,195	59,657
4	43	08701	1.5344			11	15,317	138,263
4	44	08702	0.7307			5	4,120	67,909
4	45	08703	0.7867			6	7,798	76,817
4	46	08704	0.5589			5	8,782	51,137
4	47	08801	0.7966			8	10,828	72,644
4	48	08802	0.5520			6	8,289	45,549
4	49	089	0.9248			8	11,541	88,530
4	50	090	0.5498			6	7,680	47,931
4	51	09101	0.4441			5	8,676	35,721
4	52	09102	0.3389			4	7,769	25,185
4	53	092	0.8246			6	4,060	88,384
4	54	093	0.6114			4	4,061	56,778
4	55	094	0.6205			6	6,307	57,332
4	56	095	0.3765			4	4,493	31,993
4	57	09601	0.6456			7	8,709	55,557
4	58	09602	0.4453			5	5,952	40,858

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
4	59	09701	0.4303			5	6,318	35,375
4	60	09702	0.2972			4	4,382	23,687
4	61	09801	0.3738			4	7,395	29,072
4	62	09802	0.3033			3	5,932	23,360
4	63	09803	0.4620			5	8,404	40,133
4	64	09804	0.3733			4	7,263	31,153
4	65	09901	0.4947			5	7,577	63,088
4	66	09902	0.6115			5	6,792	58,549
4	67	09903	0.6695			6	6,696	63,788
4	68	10001	0.4363			3	3,438	37,615
4	69	10002	0.4098			3	3,232	35,034
4	70	10003	0.4139			4	4,580	37,667
4	71	10101	0.6300			4	3,334	65,066
4	72	10102	0.7632			5	3,917	76,898
4	73	10103	0.4466			4	5,855	37,165
4	74	10104	4.0759	*		11	19,051	477,147
4	75	10105	4.0823	*		21	28,597	226,106
4	76	10106	0.7377			5	7,705	73,342
4	77	10201	0.3594			3	3,104	32,107
4	78	10202	0.5448			3	4,168	45,872
4	79	10203	0.3945			4	4,402	34,948
4	80	10204	0.4492	*		3	19,179	23,392
4	81	10205	-	*		-	-	-
4	82	10206	0.5718			2	4,804	74,858
5	1	10401	10.1668			17	292,748	544,122
5	2	10402	11.0115			19	307,311	589,509
5	3	10403	10.8638	*		18	360,447	551,006
5	4	10409	9.3177			18	347,303	505,676
5	5	10410	8.5186			15	325,421	425,107
5	6	10404	7.6440			15	192,728	446,564
5	7	10405	-	*		-	-	-
5	8	10406	-	*		-	-	-
5	9	10407	14.9605			10	456,431	809,626
5	10	10408	13.7643			6	466,401	691,066
5	11	10501	10.2873			15	276,764	557,931
5	12	10502	10.7002			17	330,695	802,809
5	13	10503	10.2886	*		14	377,089	586,882

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	14	10509	8.4900			15	232,222	503,977
5	15	10510	7.9884			13	277,972	406,185
5	16	10504	6.6603			13	172,345	365,570
5	17	10505	-	*		-	-	-
5	18	10506	-	*		-	-	-
5	19	10507	12.8891			6	431,374	690,692
5	20	10508	12.1931			4	275,699	622,949
5	21	10801	10.8629			8	193,571	593,757
5	22	10802	7.2465			3	161,315	374,918
5	23	10601	11.2274	*		21	541,913	577,480
5	24	10602	-	*		-	-	-
5	25	10603	10.6276			18	328,889	610,848
5	26	10604	10.0767	*		16	469,825	514,826
5	27	10701	9.4503			17	303,771	493,182
5	28	10901	8.9060			14	259,468	456,211
5	29	10702	8.1489			12	232,800	410,019
5	30	10902	7.4934			11	176,084	378,636
5	31	11001	10.9576			17	246,554	574,649
5	32	11005	7.0514			11	41,779	474,966
5	33	11002	3.7020		●	8	13,102	189,354
5	34	11006	2.4590		●	2	61,344	154,698
5	35	11003	5.1393			9	32,490	343,007
5	36	11004	6.7168	*		12	154,393	419,857
5	37	11101	8.6904	*		13	94,688	476,196
5	38	11105	5.1814			12	70,355	253,323
5	39	11102	3.7020		●	3	13,122	208,830
5	40	11106	2.4590		●	2	58,321	133,864
5	41	11103	4.9036			5	36,619	250,122
5	42	11104	6.7004	*		3	177,640	381,394
5	43	11301	2.0287		●	12	33,214	123,599
5	44	11302	2.0287		●	11	31,130	214,232
5	45	11501	7.7949			7	129,624	449,827
5	46	11502	7.5011			4	39,300	437,651
5	47	11601	2.5904			3	85,676	177,923
5	48	11602	3.5394			3	102,823	245,796
5	49	11603	3.5470			5	128,175	218,724
5	50	11604	3.0561			4	74,752	195,323

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	51	11605	6.4138			5	91,087	491,383
5	52	47801	4.5932			8	68,019	315,385
5	53	47802	1.5716			4	19,928	91,008
5	54	47803	2.0925			4	23,564	132,341
5	55	47804	3.9998			5	44,438	358,990
5	56	47901	3.4168			5	61,664	192,874
5	57	47902	1.5276			4	18,426	109,390
5	58	47903	1.9433			3	25,838	109,661
5	59	47904	2.8843			3	33,125	253,123
5	60	11201	3.4833			3	80,200	202,089
5	61	11202	2.9183			2	70,706	155,673
5	62	11203	3.2977			2	93,987	189,706
5	63	11204	1.9206			2	19,100	99,470
5	64	11401	1.1927			7	16,489	81,105
5	65	11402	0.7748			5	16,426	50,533
5	66	11801	2.8610			3	108,791	147,995
5	67	11802	2.5605			3	107,032	129,166
5	68	11803	2.2720			3	86,731	118,340
5	69	11804	2.0993			3	85,421	107,812
5	70	11701	1.8249			5	21,557	123,084
5	71	11702	0.7842	*		3	19,482	57,873
5	72	11901	0.7499			2	20,360	38,487
5	73	11902	0.5958			2	17,661	31,729
5	74	12001	1.4810			8	17,361	97,379
5	75	12002	1.1053			5	15,191	60,456
5	76	12101	1.5999			5	28,508	96,250
5	77	12102	1.7089			7	13,864	106,808
5	78	12201	1.1786			3	23,891	71,609
5	79	12202	2.2706			5	10,256	201,148
5	80	12301	-	*		-	-	-
5	81	12302	-	*		-	-	-
5	82	124	1.1721			3	21,077	64,297
5	83	125	0.8136			2	20,033	41,141
5	84	126	1.6058			18	16,122	143,471
5	85	12701	-	*		-	-	-
5	86	12702	0.7999			7	9,866	75,364
5	87	12801	1.1113			6	12,230	63,755

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	88	12802	0.7368			5	7,971	38,881
5	89	129	2.4935			9	17,289	129,619
5	90	13001	1.3581			6	8,925	96,107
5	91	13002	1.0631			5	7,449	64,863
5	92	13101	0.9518			5	8,625	65,481
5	93	13102	0.8377			4	3,627	48,233
5	94	132	0.5956			4	4,544	36,070
5	95	133	0.4159			3	3,480	25,683
5	96	13401	0.6113			5	6,373	39,763
5	97	13402	0.4392			3	4,538	28,060
5	98	135	0.7449			5	7,081	46,132
5	99	136	0.4646			3	4,403	29,129
5	100	13701	2.2111			3	5,839	145,849
5	101	13702	1.5385			3	5,088	98,535
5	102	13801	1.9801			6	13,575	228,621
5	103	13802	0.7847			5	7,962	50,579
5	104	13803	0.6690			4	7,266	42,127
5	105	13804	1.3698			6	33,448	76,077
5	106	13805	1.2860			6	20,582	73,242
5	107	13901	0.6247	*		4	19,733	55,472
5	108	13902	0.5820			3	4,571	33,652
5	109	13903	0.4419			3	5,439	28,299
5	110	13904	1.1879	*		6	36,554	65,144
5	111	13905	0.8768			4	17,922	49,705
5	112	14001	0.6195			4	6,479	39,476
5	113	14002	0.4420			3	4,684	27,482
5	114	141	0.6410			4	8,022	39,045
5	115	142	0.5175			3	5,492	32,280
5	116	143	0.4666			3	5,493	29,273
5	117	14401	0.9127			4	5,712	54,891
5	118	14402	0.9464			6	9,451	60,236
5	119	14403	0.6388			4	5,721	43,225
5	120	14501	0.7710			3	2,836	46,652
5	121	14502	0.7195			4	5,935	48,890
5	122	14503	0.4852			3	5,576	34,266
6	1	15401	7.1221	*	●	18	136,792	530,808
6	2	15402	3.3331			12	31,164	312,162

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	3	15403	3.1088			12	19,116	300,681
6	4	15404	2.8334			12	46,072	263,585
6	5	15501	7.1221	*	●	17	236,181	433,904
6	6	15502	1.2137			3	21,522	97,557
6	7	15503	1.6023			6	14,785	137,829
6	8	15504	2.0379			8	31,863	163,004
6	9	15601	12.9129	*		23	473,758	693,270
6	10	15602	-	*		-	-	-
6	11	15603	4.4373			13	80,754	391,271
6	12	15604	2.8069	*		7	28,795	257,186
6	13	15605	3.2998	*		11	117,485	170,325
6	14	15606	3.1220	*		7	40,317	237,622
6	15	15607	1.9101			8	33,295	204,913
6	16	15608	1.6188			7	35,946	118,547
6	17	14801	3.0310			13	38,465	265,372
6	18	14802	3.5889			16	44,899	390,724
6	19	14803	-	*		-	-	-
6	20	14804	1.3943	*		12	23,285	175,652
6	21	14805	1.9183			10	32,085	185,894
6	22	14901	2.4724			10	39,702	166,857
6	23	14902	3.1295			14	35,399	223,317
6	24	14903	-	*		-	-	-
6	25	14904	0.9434			4	21,926	151,936
6	26	14905	1.7584			8	12,607	152,847
6	27	14601	1.7392			5	19,861	183,130
6	28	14602	2.0752			5	18,633	206,358
6	29	14701	0.7538			2	19,001	49,712
6	30	14702	0.6923			2	18,446	54,776
6	31	150	2.5373			11	51,956	221,490
6	32	151	1.6492			6	44,097	118,298
6	33	16401	1.4628			5	39,931	80,032
6	34	16501	1.1597			4	34,954	64,920
6	35	16402	1.4877			7	35,480	80,351
6	36	16502	1.0228			5	30,575	59,031
6	37	16601	1.1923			3	37,344	66,536
6	38	16701	1.0106			3	34,303	56,506
6	39	16602	1.0584			5	29,433	58,626

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
6	40	16702	0.8499			3	26,696	43,354
6	41	152	1.3947			8	12,145	124,623
6	42	153	0.8125			4	11,202	92,306
6	43	15701	0.7648			4	9,263	45,596
6	44	15702	0.6018			2	15,619	29,973
6	45	15801	0.5377			3	8,660	32,573
6	46	15802	0.4976			2	14,965	24,983
6	47	16101	1.1384			3	35,961	59,101
6	48	16201	0.9171			2	33,878	46,739
6	49	16102	0.8167			2	26,361	41,556
6	50	16202	0.6598			2	22,049	33,337
6	51	159	1.3025			4	33,714	70,190
6	52	160	0.9146			3	29,995	47,435
6	53	16301	6.7546	*		21	241,616	390,563
6	54	16302	-	*		-	-	-
6	55	16303	5.1913			3	45,628	284,731
6	56	16304	3.3781			1	37,479	197,267
6	57	16305	3.0684			2	28,025	187,600
6	58	16306	1.5413			1	26,799	99,633
6	59	170	1.6172			6	22,562	161,306
6	60	171	0.9278			2	26,452	58,495
6	61	17201	0.7168			5	5,042	54,413
6	62	17202	0.6914			4	8,482	64,250
6	63	17203	0.6952			4	2,731	70,919
6	64	17301	0.6134			5	12,110	49,399
6	65	17302	0.4865			3	5,449	37,643
6	66	17303	0.4497			3	3,255	37,656
6	67	17401	1.1732			6	13,170	106,738
6	68	17402	1.2807			11	36,989	96,481
6	69	17403	0.7772			6	8,164	75,932
6	70	17404	0.7465			5	8,771	72,717
6	71	17501	0.9506			5	12,772	74,217
6	72	17502	-	*		-	-	-
6	73	17503	0.4755			4	5,685	40,579
6	74	17504	0.4804			4	6,684	38,857
6	75	17601	1.4739			10	8,561	117,311
6	76	17602	0.9252			7	7,192	84,268

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	77	17603	0.7046			6	8,952	68,873
6	78	17604	0.4699			4	5,941	39,550
6	79	177	0.5487			5	7,212	47,239
6	80	178	0.3952			4	5,812	31,364
6	81	17901	0.6671			4	2,714	67,595
6	82	17902	0.8331			6	6,255	75,581
6	83	17903	0.5014			4	2,799	54,529
6	84	180	0.5888			6	6,679	53,999
6	85	181	0.3982			4	4,965	32,186
6	86	182	0.5237			5	5,848	46,827
6	87	183	0.3562			3	4,547	29,529
6	88	18401	0.3547			4	6,412	29,049
6	89	18402	0.2610			3	5,360	20,408
6	90	18801	1.5526			11	9,922	154,903
6	91	18802	0.5949			5	4,521	58,275
6	92	18803	0.6661	*		6	8,739	61,890
6	93	18804	0.8396			6	7,485	83,356
6	94	18805	0.6989			5	6,478	69,407
6	95	18901	1.0676	*		8	2,506	78,090
6	96	18902	0.3559			3	3,044	31,720
6	97	18903	0.5212	*		3	14,953	31,404
6	98	18904	0.5355			5	5,633	48,421
6	99	18905	0.4582			3	4,039	34,655
6	100	19001	-	*		-	-	-
6	101	19002	-	*		-	-	-
6	102	19003	0.5084			3	7,316	51,138
6	103	19004	0.4312			3	5,951	42,918
6	104	19005	-	*		-	-	-
6	105	19006	-	*		-	-	-
6	106	19007	1.0864	*		6	8,351	87,773
6	107	19008	0.8315	*		3	13,098	70,357
6	108	19009	0.6309			4	6,620	59,918
6	109	19010	0.4134			3	3,695	36,811
7	1	191	3.1223			12	30,209	237,368
7	2	192	2.9430			9	45,725	209,607
7	3	195	3.0790			13	80,779	222,791
7	4	196	2.5224			10	69,630	177,483

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	5	197	2.3786			11	49,792	194,999
7	6	198	1.5858			8	41,385	113,847
7	7	49301	2.5775			9	80,830	143,012
7	8	49401	2.2421			7	73,900	121,082
7	9	49302	1.5481			4	40,237	83,140
7	10	49402	1.2800			3	39,098	64,456
7	11	193	1.6715			8	25,996	141,155
7	12	194	1.2564			6	22,062	103,806
7	13	199	-	*		-	-	-
7	14	20001	1.9015			8	21,261	163,538
7	15	20002	1.0812			5	11,441	111,551
7	16	20101	2.4952			9	36,317	200,395
7	17	20102	1.5472			4	42,971	96,871
7	18	20201	0.8892			6	8,185	88,443
7	19	20202	0.4688			5	6,049	43,520
7	20	20301	1.4025	*		4	58,180	69,689
7	21	20302	-	*		-	-	-
7	22	20401	0.5889			5	7,046	54,654
7	23	20402	0.7125			4	7,372	67,809
7	24	20403	0.5442	*		4	9,286	36,605
7	25	205	0.8479			7	7,700	88,801
7	26	206	0.5670			5	5,163	56,261
7	27	207	1.1277			6	11,257	91,045
7	28	208	0.7526			4	5,599	66,896
8	1	47101	3.9257			8	134,619	195,431
8	2	47102	3.7159			7	108,157	184,014
8	3	47103	4.6524			6	142,524	234,271
8	4	21701	2.1580			9	29,246	117,158
8	5	21702	1.4187			5	22,497	79,666
8	6	21703	2.2086			11	19,334	119,276
8	7	21704	1.4449			5	13,225	75,333
8	8	20901	3.4417			8	75,136	180,119
8	9	20907	4.5434			8	98,349	240,377
8	10	20902	2.8876			6	53,333	146,850
8	11	20908	4.0839			6	81,450	202,278
8	12	20903	2.5349			6	87,674	126,912
8	13	20904	1.9754			7	71,991	103,757

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	14	20905	2.6194			6	85,097	135,090
8	15	20906	1.0413			5	38,598	55,208
8	16	21601	1.2141			4	11,590	75,818
8	17	21602	0.8656			3	12,610	53,505
8	18	21001	2.8275			10	53,453	156,039
8	19	21101	2.0544			7	40,317	106,959
8	20	21002	1.8959			8	37,104	104,532
8	21	21102	1.4885			7	25,937	81,512
8	22	21003	1.6529			7	42,483	89,910
8	23	21103	1.3441			6	29,429	72,132
8	24	21201	1.9777	*		7	46,493	101,949
8	25	21202	1.4303			7	42,037	88,437
8	26	21203	1.7557	*		8	22,361	90,174
8	27	21204	1.2900			5	19,671	69,801
8	28	21205	1.7386			6	40,228	99,765
8	29	21206	1.3429			4	24,832	81,587
8	30	21301	-	*		-	-	-
8	31	21302	0.9144	*		5	21,633	51,055
8	32	21303	2.8276			13	34,661	188,203
8	33	21304	1.7527			10	26,307	91,340
8	34	21305	5.1352	*		24	174,433	281,952
8	35	21306	-	*		-	-	-
8	36	49101	2.1670			6	63,522	112,443
8	37	49102	1.7187			5	59,877	88,997
8	38	49201	2.6983			6	30,761	140,609
8	39	49202	2.1617			5	29,491	115,500
8	40	496	3.8153			8	82,301	300,312
8	41	49701	3.4243			9	67,558	251,622
8	42	49702	2.8811			7	62,965	211,375
8	43	49801	3.1489			7	82,861	222,280
8	44	49802	2.6795			5	79,555	181,139
8	45	499	1.5133			6	26,351	126,109
8	46	500	1.1596			4	24,744	86,985
8	47	501	2.1677			16	36,522	141,808
8	48	502	1.5790			11	27,507	98,577
8	49	50301	1.3193			4	26,110	72,588
8	50	50302	1.1637			4	28,402	65,869

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	51	50303	0.8665			3	19,784	48,527
8	52	50304	0.6593			2	17,162	38,881
8	53	21801	1.8981			9	50,063	113,457
8	54	21802	1.7380			8	35,545	96,360
8	55	21901	1.7735			8	41,854	96,695
8	56	21902	1.3096			6	27,828	71,890
8	57	21803	1.4888			6	36,441	83,833
8	58	21804	1.2877			6	26,156	71,300
8	59	21903	1.1727			5	24,563	63,673
8	60	21904	0.9128			4	21,421	49,616
8	61	22001	2.4501	*		14	96,408	172,459
8	62	22002	1.8783	*		8	48,008	138,016
8	63	22003	1.4992	*		8	33,838	81,147
8	64	22004	1.1637			6	33,087	63,710
8	65	22005	1.8580	*		6	45,514	136,488
8	66	22006	1.0188			4	22,277	62,334
8	67	22007	1.2820			4	26,189	68,550
8	68	22008	0.7931			2	22,842	43,782
8	69	23101	1.3778			5	20,909	74,981
8	70	23102	0.7251			3	14,305	42,468
8	71	23103	0.5462			2	13,689	28,935
8	72	23104	0.3869			2	12,840	21,656
8	73	23001	0.6799	*	●	3	23,791	78,539
8	74	23002	0.6799	*	●	3	20,147	36,071
8	75	23003	0.5229			3	14,551	26,060
8	76	23004	0.4444			2	14,359	25,305
8	77	22601	1.2349			5	17,160	67,837
8	78	22602	1.0926			4	19,401	64,428
8	79	22701	0.6002			3	12,504	34,530
8	80	22702	0.7364			3	15,760	43,272
8	81	22501	1.0664			5	19,765	56,483
8	82	22502	0.7156			4	13,184	40,480
8	83	22503	0.9540			4	16,908	52,390
8	84	22504	0.7117			3	14,000	39,747
8	85	228	0.7783			3	15,709	45,810
8	86	22301	-	*		-	-	-
8	87	22302	0.9080			3	26,347	51,278

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	88	23201	0.6787			3	8,675	36,405
8	89	23202	0.5469			2	12,289	28,436
8	90	22401	1.2309			5	27,492	66,029
8	91	22402	0.9596			4	23,785	52,004
8	92	22403	0.8431			4	21,463	47,139
8	93	22404	0.6739			3	19,443	37,829
8	94	22901	0.5856			3	11,049	33,110
8	95	22902	0.5484			2	11,513	30,694
8	96	23301	2.3546			9	51,406	174,343
8	97	23302	1.7451			7	45,208	108,745
8	98	23401	1.0086			4	21,885	56,773
8	99	23402	0.7203			3	19,353	41,648
8	100	23501	0.7400			5	6,276	42,650
8	101	23502	0.6298			3	6,194	35,666
8	102	23503	2.1656	*		9	39,032	161,162
8	103	23504	-	*		-	-	-
8	104	23601	0.7598			6	6,450	50,598
8	105	23602	0.5249			4	4,636	30,317
8	106	23701	0.4285			4	6,520	31,956
8	107	23702	0.4008			2	3,033	28,548
8	108	23801	1.3292			12	12,499	81,932
8	109	23802	1.0572			10	9,946	70,741
8	110	23803	1.1832			11	9,300	74,996
8	111	23804	0.9632			7	4,104	70,853
8	112	23805	0.9956			11	15,706	87,964
8	113	23806	0.9304	*		9	11,289	108,077
8	114	23901	0.6939			4	5,192	46,117
8	115	23902	0.4703			2	3,714	28,945
8	116	24001	0.7827			3	3,844	53,257
8	117	24002	1.0062		●	3	3,473	87,226
8	118	24003	1.0132			2	3,184	94,897
8	119	24101	0.4629			2	3,114	35,623
8	120	24102	1.0062		●	3	3,479	93,445
8	121	24103	0.8422			1	2,518	86,428
8	122	24201	1.1234			10	11,900	73,514
8	123	24202	0.7689			8	8,606	46,379
8	124	24203	1.4272	*	●	12	8,627	107,901

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	125	24204	1.4272	*	●	12	21,057	157,893
8	126	24205	1.0436			9	10,364	60,330
8	127	24206	0.6964			7	7,676	46,258
8	128	24301	0.8525			4	1,918	55,520
8	129	24302	0.4177			3	2,178	25,766
8	130	244	0.4916			4	3,641	32,036
8	131	245	0.3140			2	2,264	19,700
8	132	24601	0.5983			4	1,918	35,247
8	133	24602	0.4161			4	4,450	25,690
8	134	24701	0.6460			4	6,433	39,057
8	135	24702	0.4292			3	5,030	25,348
8	136	24801	0.8451			6	5,552	52,546
8	137	24802	0.4058			2	3,214	24,608
8	138	24901	1.0724			10	9,728	75,592
8	139	24902	0.8278			9	8,355	51,804
8	140	24903	0.7904			5	3,651	80,700
8	141	24904	0.4652			3	2,457	28,317
8	142	250	0.4542			3	5,470	29,946
8	143	251	0.3083			2	3,201	18,056
8	144	252	0.3716			1	5,278	21,144
8	145	253	0.4586			3	4,272	28,983
8	146	254	0.2968			2	2,566	18,406
8	147	255	0.3890			2	2,891	22,959
8	148	25601	0.7852			6	6,337	47,734
8	149	25602	0.6919	*		8	6,559	59,578
8	150	25603	0.6622			3	3,414	42,776
8	151	25604	0.4747			2	2,807	30,246
9	1	263	1.4953			12	16,325	139,353
9	2	264	0.9445			8	11,818	84,824
9	3	265	0.9352			6	12,249	85,880
9	4	266	0.6155			3	10,959	46,382
9	5	26801	1.6709			6	23,488	153,007
9	6	26802	1.5907			5	20,650	165,536
9	7	26701	0.6587	*		5	9,768	68,711
9	8	26702	0.2475			2	7,488	16,568
9	9	25701	-	*		-	-	-
9	10	25801	1.7693			5	41,424	107,265

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	11	25702	1.6699			5	48,247	83,787
9	12	25802	1.4985			4	35,434	75,525
9	13	259	0.9428		●	2	19,895	46,543
9	14	260	0.9428		●	2	21,287	52,795
9	15	261	0.5210			2	14,761	34,083
9	16	26201	0.8557	*		4	25,338	57,268
9	17	26202	0.5056			2	13,785	31,214
9	18	269	1.4708			8	14,404	139,505
9	19	270	0.7836			4	10,954	64,891
9	20	271	0.8706			9	6,733	86,898
9	21	27201	0.8804			8	5,087	94,569
9	22	27202	0.6891			7	7,863	59,161
9	23	27203	0.6544	*		6	7,966	68,828
9	24	27301	0.4521			4	2,497	50,150
9	25	27302	0.4738			5	5,813	39,126
9	26	27303	0.5567			6	5,737	45,493
9	27	274	0.4013	*		4	4,615	31,711
9	28	275	0.2922			1	1,918	29,709
9	29	27601	0.4136			3	4,147	47,089
9	30	27602	0.3928			3	2,358	33,600
9	31	277	0.6535			8	8,030	61,785
9	32	278	0.4169			6	6,646	34,951
9	33	27901	0.4580			5	6,863	39,985
9	34	27902	0.3367			4	6,855	28,580
9	35	280	0.4077			5	5,241	35,962
9	36	281	0.3055			3	3,904	24,965
9	37	282	0.2997			3	4,033	24,350
9	38	28301	0.4322			5	4,737	38,697
9	39	28302	0.5502			5	4,020	54,755
9	40	28401	0.3113			4	2,723	26,343
9	41	28402	0.3041			3	2,392	31,412
10	1	28601	2.7003			8	58,429	221,031
10	2	28602	2.1853			6	53,597	167,261
10	3	28801	2.0643			9	31,461	171,680
10	4	28802	1.7441			3	33,782	115,897
10	5	28501	1.7378		●	14	24,143	151,186
10	6	28502	1.7378		●	14	39,363	191,962

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	7	28701	1.3472			11	23,259	121,728
10	8	28702	0.9208			6	18,134	73,974
10	9	28901	1.2928			4	31,702	90,240
10	10	28902	0.7987			3	29,702	51,832
10	11	290	0.9413			3	30,611	49,412
10	12	29101	2.5203	*		15	108,508	128,201
10	13	29102	1.4383	*		4	66,763	85,555
10	14	292	2.1797			13	25,168	191,872
10	15	293	1.3147			4	19,001	126,168
10	16	29401	0.7232			7	7,853	71,592
10	17	29402	0.3956			5	5,788	34,143
10	18	29501	0.7434			6	8,479	71,062
10	19	29502	0.4500			4	3,493	47,736
10	20	29601	0.6264			6	6,793	61,974
10	21	29602	0.6580			6	6,318	65,796
10	22	29701	0.3508			4	4,557	30,507
10	23	29702	0.4805			5	5,546	41,488
10	24	29801	0.4599			4	5,556	46,904
10	25	29802	0.3604			3	4,571	36,710
10	26	29803	0.3551			3	3,552	31,189
10	27	29804	0.2434			2	3,286	20,013
10	28	29901	1.6584			4	6,433	272,780
10	29	29902	0.7291			3	4,475	63,317
10	30	29903	0.5198			4	2,751	73,729
10	31	29904	0.1842			2	2,464	20,054
10	32	30001	0.7119			4	5,404	68,855
10	33	30002	0.5895			4	3,865	65,507
10	34	30101	0.4934			3	3,519	40,607
10	35	30102	0.2652			2	2,931	26,430
11	1	30201	10.2576			15	265,977	528,194
11	2	30202	9.9487			15	262,788	509,300
11	3	30301	1.8386			6	18,955	149,274
11	4	30302	1.7933			6	16,499	127,225
11	5	304	1.1975			5	12,995	103,471
11	6	305	1.0478			4	13,242	80,112
11	7	308	1.0703			5	12,256	101,869
11	8	309	0.6196			2	10,461	56,634

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	9	306	1.4283			5	25,214	73,266
11	10	307	1.1595			4	23,439	57,921
11	11	310	0.8213			3	20,933	64,424
11	12	311	0.6278			2	20,717	40,196
11	13	312	0.6299			4	13,420	62,898
11	14	313	0.4866			3	13,166	39,039
11	15	314	0.8805	*		3	4,739	89,227
11	16	31501	1.4507			7	17,005	128,909
11	17	31502	1.1819			5	16,567	94,547
11	18	31601	1.1300			9	8,732	112,727
11	19	31602	0.8113			6	6,093	78,869
11	20	31603	0.7015			6	7,156	69,707
11	21	31604	0.4989			5	5,570	47,868
11	22	317	0.4149	*		3	7,904	40,591
11	23	318	0.4719			3	3,441	40,838
11	24	319	0.3410			2	3,462	30,928
11	25	320	0.7434			7	10,007	67,815
11	26	321	0.4571			5	7,244	38,081
11	27	32201	0.5590			5	9,933	49,261
11	28	32202	0.4380			4	8,481	37,180
11	29	32301	0.8282			3	29,225	54,224
11	30	32302	0.4970			3	4,060	40,869
11	31	32401	0.7366			2	29,124	43,259
11	32	32402	0.3783			2	3,266	27,891
11	33	325	0.5964			4	6,102	57,401
11	34	326	0.4911			3	4,530	50,361
11	35	32701	0.3631			3	4,131	24,982
11	36	32702	0.3468			2	4,131	36,874
11	37	328	0.5153			3	8,538	41,206
11	38	329	0.3958			2	7,883	26,602
11	39	33001	0.5795	*		6	20,104	30,317
11	40	33002	0.4841	*		2	11,406	41,233
11	41	331	0.8072			6	6,754	77,522
11	42	332	0.6459			4	4,754	59,119
11	43	33301	0.6045			3	3,679	68,667
11	44	33302	0.5862			3	4,155	59,433
12	1	334	-	*		-	-	-

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
12	2	335	0.6791	*		3	15,364	64,021
12	3	34101	1.3165			5	12,320	102,039
12	4	34102	1.1079			2	10,187	67,400
12	5	34103	2.8935	*		4	52,759	162,728
12	6	34104	2.7264			3	35,013	139,109
12	7	338	-	*		-	-	-
12	8	33901	1.0119			3	16,546	60,608
12	9	33902	0.4852			2	15,435	26,492
12	10	34001	1.1112			2	19,760	63,701
12	11	34002	0.8731			1	19,133	51,739
12	12	34201	-	*		-	-	-
12	13	34202	-	*		-	-	-
12	14	34301	-	*		-	-	-
12	15	34302	-	*		-	-	-
12	16	336	1.1965			4	31,188	59,500
12	17	337	1.0220			4	27,997	51,762
12	18	344	-	*		-	-	-
12	19	34501	1.4717			6	16,545	102,033
12	20	34502	0.6658			3	16,349	36,089
12	21	346	-	*		-	-	-
12	22	347	0.4335	*		2	19,230	21,815
12	23	348	0.4466			3	3,653	27,403
12	24	349	0.3541			2	3,489	21,705
12	25	35001	0.7274			6	9,011	44,910
12	26	35002	0.5088			5	6,556	32,674
12	27	35201	-	*		-	-	-
12	28	35202	0.8651	*		5	11,841	70,736
12	29	35203	0.5440			2	3,744	28,989
12	30	35204	0.7415			3	2,919	57,931
12	31	35205	0.4044			2	2,996	28,493
13	1	35301	2.9539	*		9	94,827	223,940
13	2	35302	2.7490			7	88,181	163,664
13	3	35801	2.4217			5	78,750	144,390
13	4	35802	2.0277			4	67,943	108,550
13	5	35803	1.8522	*		5	62,290	103,939
13	6	35804	1.4083			5	43,881	77,072
13	7	35805	1.5702			3	45,172	85,298

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
13	8	35806	1.1311			4	22,988	60,287
13	9	35901	2.1943			4	78,015	116,052
13	10	35902	1.8913			4	63,212	94,559
13	11	35903	1.7477			5	52,669	92,915
13	12	35904	1.2947			5	40,719	69,505
13	13	35905	1.4647			3	40,708	79,555
13	14	35906	1.0429			3	23,458	55,010
13	15	36101	-	*		-	-	-
13	16	36102	0.9069	*		6	39,712	44,777
13	17	36001	0.6375			2	10,080	33,949
13	18	36002	0.4850			2	11,357	29,703
13	19	35601	1.2095			4	25,665	66,452
13	20	35602	1.0571			3	21,356	57,653
13	21	363	0.8339	*		3	22,193	89,372
13	22	364	0.4988			2	10,142	30,260
13	23	36501	1.7730			5	43,868	101,770
13	24	36502	0.9484			3	14,995	52,619
13	25	36604	0.5070	*		3	4,040	38,410
13	26	36704	0.4182	*		2	3,308	41,102
13	27	36801	0.6718			5	7,619	41,572
13	28	36802	0.4239			4	5,970	29,338
13	29	369	0.3124			2	2,322	21,054
14	1	469	0.3259	*		5	9,971	23,989
14	2	370	0.9768			5	34,096	58,149
14	3	371	0.8009			5	32,531	48,274
14	4	37401	0.7337	*		3	31,234	35,917
14	5	37402	0.4173	*		2	17,848	24,276
14	6	37501	1.0462	*		3	36,108	63,601
14	7	37502	0.8522	*		3	33,436	42,375
14	8	372	0.8885			3	29,267	45,119
14	9	37301	0.8262			3	29,681	41,855
14	10	37302	0.7660			3	29,001	38,718
14	11	37701	-	*		-	-	-
14	12	37702	-	*		-	-	-
14	13	37703	-	*		-	-	-
14	14	37704	2.1166			5	11,037	109,338
14	15	37705	0.8425			4	9,192	54,010

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
14	16	37601	2.6788	*		8	9,078	291,889
14	17	37602	-	*		-	-	-
14	18	37603	-	*		-	-	-
14	19	37604	0.6216			5	6,775	46,262
14	20	37605	0.3989			4	4,617	26,534
14	21	37801	1.3102			2	38,873	68,212
14	22	37802	0.9949			4	29,405	56,727
14	23	37803	0.4226			2	2,660	22,696
14	24	37901	0.3221			4	3,764	32,367
14	25	37902	0.5293			5	5,613	58,723
14	26	37903	0.4092			4	3,788	42,981
14	27	38101	0.7377			2	11,386	38,581
14	28	38102	0.4992			2	8,529	27,177
14	29	38001	0.4141			2	4,188	22,512
14	30	38002	0.3335			2	6,485	18,425
14	31	382	0.2435			1	2,459	12,824
14	32	38301	0.4053			4	4,612	39,544
14	33	38302	0.2724			3	3,212	26,017
14	34	384	0.3946			4	3,566	39,070
14	35	513	0.3452			5	-	-
15	1	N01	0.6992			4	8,362	67,174
15	2	N02	-	*		-	-	-
15	3	N03	-	*		-	-	-
15	4	N04	-	*		-	-	-
15	5	N05	4.9307			26	111,415	359,323
15	6	N06	2.7389	*		15	2,321	265,685
15	7	N07	3.7721			22	83,637	321,677
15	8	N08	2.3271			18	42,656	177,057
15	9	N09	1.7721			15	25,239	142,471
15	10	N10	1.5648			14	26,189	125,263
15	11	N11	2.4141			12	35,359	243,131
15	12	N12	1.2120			8	16,262	105,864
15	13	N13	0.7998			6	10,066	74,238
15	14	N14	8.6575			19	144,109	745,026
15	15	N15	3.0089			8	14,394	218,856
15	16	N16	1.6934			8	21,290	176,216
15	17	N17	0.7641			5	9,993	66,163

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
15	18	N18	0.4274		●	3	5,918	39,395
15	19	N19	0.4274		●	3	8,352	36,200
16	1	39201	2.9454			10	65,237	239,592
16	2	39202	2.0169			8	53,572	134,324
16	3	39301	2.0827	*	●	8	59,083	129,818
16	4	39302	2.0827	*	●	8	81,664	157,526
16	5	39401	1.3336			6	17,202	120,100
16	6	39402	0.8643			3	16,056	81,691
16	7	39501	1.1278			5	4,772	114,421
16	8	39502	0.6218			5	6,872	56,936
16	9	39503	0.4180			3	3,961	35,928
16	10	39601	0.6510			2	4,899	68,777
16	11	39602	0.6399			3	6,442	67,184
16	12	39603	0.3340			2	5,437	34,744
16	13	39701	19.3795	*		7	193,710	1,698,734
16	14	39702	8.6461	*		13	83,850	721,607
16	15	39703	2.6762	*		12	12,716	228,156
16	16	39704	1.5569	*		8	2,372	132,067
16	17	39705	0.9763			5	6,219	117,163
16	18	39706	0.4823			3	3,190	50,796
16	19	39802	0.8190			5	5,427	83,404
16	20	39803	0.8805			5	4,135	96,461
16	21	39804	0.4215			4	3,712	43,992
16	22	39902	0.4799			4	4,211	42,722
16	23	39903	0.3027			2	2,996	36,601
16	24	39904	0.3129			3	3,064	31,777
17	1	40001	-	*		-	-	-
17	2	40002	-	*		-	-	-
17	3	401	-	*		-	-	-
17	4	402	-	*		-	-	-
17	5	40301	1.5038	*		7	4,282	166,093
17	6	40401	0.1452	*		1	2,358	7,252
17	7	406	2.5185			8	37,205	193,094
17	8	407	1.8010			4	23,630	126,563
17	9	40801	1.1005			4	12,025	108,857
17	10	40802	0.6808			3	8,715	55,250
17	11	412	0.4731	*		3	7,524	35,771

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
17	12	41101	0.4763			3	5,089	49,271
17	13	41102	0.4284			2	5,521	31,451
17	14	413	0.6837			5	5,133	75,706
17	15	414	0.4630			3	3,639	41,091
18	1	41501	2.2689			13	25,042	219,401
18	2	41502	1.1654			7	15,038	110,101
18	3	41601	1.0841			9	11,582	110,730
18	4	41602	0.6261			6	6,848	57,864
18	5	41701	0.8221			6	3,923	92,350
18	6	41702	0.5462			5	4,152	49,528
18	7	41803	0.8073			8	8,166	81,749
18	8	41804	0.5802			7	5,773	54,546
18	9	419	0.6752			6	7,487	63,244
18	10	420	0.4907			5	5,010	43,497
18	11	42101	0.6746			6	6,980	65,760
18	12	42102	0.3906			4	4,593	34,469
18	13	42201	0.4544			4	7,266	41,712
18	14	42202	0.3115			3	6,266	25,577
18	15	42301	1.7893		●	13	11,558	151,702
18	16	42302	1.7893		●	13	15,874	178,429
18	17	42303	0.8244			7	9,065	93,274
18	18	42304	0.4528			4	6,135	41,786
21	1	44001	0.6202			6	8,001	56,038
21	2	44002	0.5254			4	8,471	49,089
21	3	43901	1.0814			9	18,904	117,647
21	4	43902	0.8337			6	16,324	62,162
21	5	44101	1.0195		●	5	15,894	93,538
21	6	44102	1.0195		●	4	13,357	99,782
21	7	442	1.5919			8	14,313	152,158
21	8	443	0.8827			4	11,376	78,085
21	9	444	0.5054			5	5,691	45,607
21	10	445	0.3336			3	2,915	26,733
21	11	44601	0.4425			4	6,490	39,052
21	12	44602	0.2883			3	2,935	25,459
21	13	44701	0.5712			5	6,730	60,068
21	14	44702	0.2962			3	3,032	28,117
21	15	44801	0.3987			3	4,594	31,844

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
21	16	44802	0.2606			2	5,001	20,404
21	17	44901	1.0896			6	6,172	126,722
21	18	44902	0.7816			5	5,986	78,698
21	19	45001	0.6411			3	4,659	66,381
21	20	45002	0.3491			3	3,715	31,278
21	21	45101	0.8413			4	5,081	115,376
21	22	45102	0.4261			2	5,035	41,902
21	23	45103	0.5244			4	5,275	51,013
21	24	45104	0.2753			2	3,973	29,534
21	25	452	0.6534			5	4,582	68,209
21	26	453	0.3662			3	2,781	35,209
21	27	454	0.7515			5	5,483	101,610
21	28	455	0.4174			3	2,428	48,672
21	29	41801	0.9686	*		14	36,174	74,308
21	30	41802	-	*		-	-	-
22	1	50401	13.7456	*		24	68,114	941,142
22	2	50402	-	*		-	-	-
22	3	50403	13.9864	*		25	554,514	1,012,178
22	4	50404	-	*		-	-	-
22	5	50405	-	*		-	-	-
22	6	50501	4.6033			15	24,868	418,731
22	7	50502	-	*		-	-	-
22	8	50503	-	*		-	-	-
22	9	50504	-	*		-	-	-
22	10	50505	-	*		-	-	-
22	11	50601	4.8495			14	31,713	636,857
22	12	50602	3.9813			17	23,560	454,339
22	13	50603	2.3347			13	21,804	197,136
22	14	50604	1.6522			12	24,612	145,326
22	15	50605	4.0654			17	9,741	484,140
22	16	50606	3.2219			15	26,972	356,305
22	17	50701	1.4868			7	14,761	97,668
22	18	50702	1.4624			11	25,893	149,011
22	19	50703	1.2264			9	22,546	113,858
22	20	50704	1.2380	*		6	23,938	131,061
22	21	50705	1.5185			11	24,845	145,739
22	22	50801	1.0526	*	●	9	14,316	83,353

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	23	50802	1.2142	*		6	7,607	168,267
22	24	50803	2.7991			9	9,621	347,227
22	25	50804	1.9303			9	12,068	181,026
22	26	50901	1.0526		●	8	9,995	92,891
22	27	50902	0.6738	*		7	14,889	41,567
22	28	50903	1.2456	*		5	4,319	220,330
22	29	50904	-	*		-	-	-
22	30	510	1.4834			8	8,890	162,079
22	31	511	0.9264			6	6,176	88,911
23	1	46101	0.8358			3	8,913	112,466
23	2	46102	0.8466			3	13,854	118,731
23	3	46103	0.6567			2	13,703	55,596
23	4	46201	1.4144			21	17,054	105,530
23	5	46202	1.2973			20	11,679	92,182
23	6	46203	1.3461			21	14,873	96,773
23	7	46204	1.1974			13	9,961	88,585
23	8	463	0.7262			6	5,643	68,169
23	9	464	0.4630			3	4,523	37,497
23	10	465	0.4815			3	3,125	35,086
23	11	466	0.5085			3	2,388	45,381
23	12	467	0.8717			2	2,316	75,627
24	1	48401	5.7582			19	88,899	435,854
24	2	48402	2.3565	*		6	115,955	363,935
24	3	48501	2.0860			10	42,038	159,529
24	4	48502	1.6483	*		7	41,006	104,075
24	5	48601	3.2994			13	42,361	298,660
24	6	48602	2.1616			8	30,953	207,414
24	7	48701	1.0122			7	9,141	109,904
24	8	48702	0.6222			5	5,781	67,492
UN	1	46801	2.3611			10	20,523	236,838
UN	2	46802	1.3001			4	13,648	113,626
UN	3	46803	2.5149			8	24,142	286,850
UN	4	46804	0.8159			3	17,399	65,366
UN	5	47601	1.9643			11	15,179	169,624
UN	6	47602	0.9064			4	15,852	94,816
UN	7	47701	1.5176			8	15,694	151,798
UN	8	47702	0.8049			3	12,552	63,394

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
UN	9	47703	1.4910			6	13,766	171,933
UN	10	47704	0.8192			3	14,580	61,927
全國平均點數		48,794						

報告事項

第 二 案

報告單位：本署醫務管理組

案由：訂定 109 年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時程案。

說明：

- 一、依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂辦法第 2 條規定，「保險人為辦理醫療服務給付項目及支付標準之擬訂事項，至少每六個月召開乙次共同擬訂會議，並於必要時召開臨時會」。
- 二、為順利辦理各項支付標準擬訂事宜及本會議各項議案能充分討論，109 年先行暫訂每季召開共同擬訂會議 1 次，會議時間如下表：

會議名稱	第 1 次	第 2 次	第 3 次	第 4 次	臨時會
會議日期	109.3.12 (星期四)	109.6.11 (星期四)	109.9.10 (星期四)	109.12.11 (星期五)	視必要 再預約日期

- 三、原則上於每季最後一個月之第二個星期四或星期五下午 2 時於本署 18 樓大禮堂召開。
- 四、請各代表預留前述 109 年會議時間，以利會議順利召開；如遇特殊情事須變更會議日期，本署將儘速通知各代表。

報告事項

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：增修訂中醫支付標準及專款計畫報告案。

說明：

一、依據本署 108 年 11 月 14 日全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 108 年第 4 次研商議事會議決議辦理。

二、修訂中醫支付標準事宜，重點摘要如下，修訂支付標準如附件 1（詳頁次報 3-3～3-9）：

（一）調升部分「診察費」支付點數：

1. 「教學醫院每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十人次以下」之案件，每件增加 3 點：推估一年約增加 3.23 百萬點。
2. 「非教學醫院每位專任中醫師每月看診日平均門診量在三十人次以下」及「山地離島地區」之案件，每件增加 5 點：推估一年約增加 172.25 百萬點。

（二）調升每日藥費支付點數：由 35 點提升至 37 點，推估一年約增加 629.2 百萬點。

（三）修訂通則六，另開內服藥之針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置費之每位專任醫師每月申報合理量上限：由 120 人次調升為 150 人次，推估一年約增加 6.18 百萬點。

（四）上述各項支付標準修訂，一年共增加 810.86 百萬點，由 109 年中醫門診總額預算非協商因素之「醫療服務成本指數改變率」(523.7 百萬元)及協商因素之「提升用藥品質」(434.6 百萬元)支應。

（五）另配合 108 年 3 月修正通則五，將每位專任醫師每月申報內含複雜性傷科處置之上限，由現行三十人次調升為六十人次，修正「附表 4.5.1 複雜性傷科申請給付及支付原

則」相關規定文字。

三、修訂 2 項中醫專款照護計畫，重點摘要如下：

(一) 全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫：**(修訂後方案條文如附件 2，詳頁次報 3-10～3-15)**

1. 配合臨床照護模式需求，新增當次就醫不含藥費之照護處置費，並配合修訂診療項目申報頻次規範。
2. 新增診療項目將替代原有診療項目，惟新增之診療項目包含針灸療程，療程費用之財務影響，將俟計畫實施後另行評估並檢討。
3. 由 109 年度編列預算 90 百萬元支應。

(二) 全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案：**(修訂後方案條文如附件 3，詳頁次報 3-16～3-29)**

1. 「門診加強照護」子計畫新增診療項目，推估一年約增加 2.73 百萬點：
 - (1) 藥品調劑費。
 - (2) 配合全民健康保險醫療辦法第 25 條有一次領取處方箋總用藥量必要者，新增給藥天數逾 28 天之照護費，共計 4 項診療項目。
2. 由 109 年度編列預算 194 百萬元支應。

四、另有關診所設置「無障礙設施」之財務誘因，考量 109 年各總額別皆編列此預算，支付標準應採一致之調整方案。爰依中醫師全聯會提案中醫診所第一階段診察費每件增加 5 元，先行匡列非協商因素「醫療服務成本指數改變率」項下 162 百萬元預算，俟各總額調整方案定案後，支應調整「無障礙設施」相關支付標準。

擬辦：本案經討論後如獲同意，將依程序報請衛生福利部核定後公告實施。

第四部 中 醫

通則：

- 一、中醫門診診察費所定點數包括中醫師診療、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、中醫每日門診合理量依下列計算方式分別設定：
 - (一)經中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格(可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新進中醫師)醫院，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者，得按下列計算方式申報門診診察費：
 - 1.專任醫師每月平均每日門診量＝【當月中醫門診診察費總人次/(當月專任中醫師數*二十三日)】
 - 2.中醫醫療院所專任醫師每月平均每日門診量為五十人(含)以下，申報編號A82、A83、A84、A85。
 - 3.中醫醫療院所專任醫師每月平均每日門診量超出五十人以上，申報編號A86、A87、A88、A89。
 - (二)未符合(一)項之中醫醫療院所，其門診診察費依各中醫醫療院所費用申報當月每位中醫師每日門診量不同分訂不同支付點數。
- 三、針灸、傷科、脫臼整復及針灸合併傷科治療不得同時申報，針灸、傷科及脫臼整復如同時治療處置，應申報針灸合併傷科治療(編號：B80、B81、B82、B83、B84、B85、B86、B87、B88、B89、B90、B91、B92、B93、B94)。
- 四、針灸、傷科及脫臼整復需連續治療者，同一療程以六次為限，實施六次限申報一次診察費，並應於病歷載明治療計畫。
- 五、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療合計申報量限四十五人次以內，其中內含複雜性傷科處置(編號：B55、B56、B57、B82、B83、B84、B87、B88、B89、B92、B93、B94)每位專任醫師每月上限為六十人次，超過六十人次部分改以通則七範圍醫令計算(每月看診日數計算方式：每月實際看診日數超過二十六日者，以二十六日計；位於「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」施行區域、山地離島地區、花蓮縣及臺東縣之院所，每月以實際看診日數計)。
- 六、中醫醫療院所平均每位專任醫師每月申報另開內服藥之針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置費(編號：B41、B43、B45、B53、B62、B80、B85、B90)每位專任醫師每月上限為~~一百二十人次~~一百五十人次，超出~~一百二十人次~~一百五十人次部分者五折支付。

- 七、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療合計申報量在三十人次以下者，按表訂點數支付，在三十一至四十五人次之部分，編號：B42、B44、B46、B54、B61、B63、B81、B86、B91 者，九折支付，四十六人次以上，編號：B41、B42、B43、B44、B45、B46、B53、B54、B55、B56、B57、B61、B62、B63、B80、B81、B82、B83、B84、B85、B86、B87、B88、B89、B90、B91、B92、B93、B94 者，支付點數以零計。
- 八、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療合計申報量＝（當月針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置總人次／當月專任中醫師總看診日數）。
- 九、中醫醫療院所專任醫師於產假期間全月未看診，支援醫師得以該全月未看診之專任醫師數，依合理量規定申報該月份門診診察費及針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置費，其餘支援醫師依每段合理量之餘額總數，依序補入看診人次。
- 十、三歲(含)以下兒童之門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

第一章 門診診察費

編號	診療項目	支付點數
	一般門診診察費	
	(一) 中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格(可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新進中醫師)醫院，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者。	
	1.每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十人次以下部分(≤ 50)	
A82	一看診時聘有護理人員在場服務者	290 293
A83	一看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	320 323
A41	一看診時聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	505 508
A84	一看診時未聘有護理人員在場服務者	280 283
A85	一看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	310 313
A42	一看診時未聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	495 498
	2.每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十人次以上部分(> 50)	
A86	一看診時聘有護理人員在場服務者	215
A87	一看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	240
A43	一看診時聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	435
A88	一看診時未聘有護理人員在場服務者	200
A89	一看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	230
A44	一看診時未聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	425
	(二) 不符(一)項之中醫醫療院所	
	1.每位專任中醫師每月看診日平均門診量在三十人次以下部分(≤ 30)	
A01	一看診時聘有護理人員在場服務者	335 340
A11	一看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	365 370
A45	一看診時聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	555 560
A02	一看診時未聘有護理人員在場服務者	325 330
A12	一看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	355 360
A46	一看診時未聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	545 550
	2.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過三十人次，但在五十人次以下部分 (31-50)	
A03	一看診時聘有護理人員在場服務者	230
A13	一看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	260
A47	一看診時聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	475
A04	一看診時未聘有護理人員在場服務者	220
A14	一看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	250

編號	診療項目	支付點數
A48	一看診時未聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	465
	3.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分 (51-70)	
A05	一看診時聘有護理人員在場服務者	160
A15	一看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	190
A49	一看診時聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	415
A06	一看診時未聘有護理人員在場服務者	150
A16	一看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	180
A50	一看診時未聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	405
	4.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過七十人次，但在一五〇人次以下部分(71-150)	
A07	—未開具慢性病連續處方	90
A17	—開具慢性病連續處方	120
A51	—開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	325
	5.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過一五〇人次部分(>150)	
A08	—未開具慢性病連續處方	50
A18	—開具慢性病連續處方	80
A52	—開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	305
	6.山地離島地區	
A09	一看診時聘有護理人員在場服務者	335 340
A19	一看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	365 370
A53	一看診時聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	555 560
A10	一看診時未聘有護理人員在場服務者	325 330
A20	一看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	355 360
A54	一看診時未聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	545 550

編號	診療項目	支付點數
A90	註：1.所稱「看診時聘有護理人員在場服務者」，指看診時須有護理人員在場服務。申報費用須先報備護理人員執照及執業登記地點。院所應於費用年月次月二十日前，至健保資訊網服務系統(VPN)填報『護理人員跟診時段』，包含：護理人員姓名、身分證字號、跟診日期、跟診時間(應有明確時間點)、搭配之中醫師姓名及身分證字號暨中醫師排班時段等項，未填報者，不予支付該類診察費。 2.支援中醫師看診人次之計算：依各段各專任中醫師每段看診合理量之餘額總數，依序補入支援中醫之看診人次。若專任中醫師該月份均未看診，除通則九規定外，支援中醫師以看診合理量之最後一段支付點數申報。 3.開具慢性病連續處方者，應列入每位專任中醫師每月看診日平均門診量優先計算。 4.支援醫師診察費一律按未聘有護理人員在場服務者之支付標準代碼計算。 5.每月看診日數計算方式：一般門診診察費申報第(一)項者，每月實際看診日數超過二十三日者，以二十三日計；一般門診診察費申報第(二)項者，每月實際看診日數超過二十六日者，以二十六日計；位於「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」施行區域、山地離島地區、花蓮縣及臺東縣之院所，每月以實際看診日數計。 —初診門診診察費加計 註：1.限特約中醫醫事服務機構需符合設立健保特約院所滿二年以上（東區及山地離島地區以簽約滿一年以上）申報。 2.限患者需為二年內(費用年月相減)未到該全民健康保險中醫醫事服務機構看診方可提出。 3.院所申報初診案件件數以每月申報診察費不為0之就醫病人ID歸戶人數之10%為最高申請件數。	50

第二章 藥費

編號	診療項目	支付點數
A21	每日藥費 註：1.同一疾病或症狀之診治需連續門診者，不得每次只給一日份用藥否則將累計其給藥日數，僅支付第一次就醫之診察費。 2.除指定之慢性病得最高給予三十日內之用藥量外，一般案件給藥天數不得超過七日。	35 37

附表 4.5.1 複雜性傷科申請給付及支付原則

一、複雜性傷科適應症之定義需為附表 4.5.2 所列之傷病病名。

二、費用申報與審查相關規定：

- 1.院所每月專任中醫師平均申報上限為~~三十人次~~六十人次，超出部分依現行支付標準支付。
- 2.按全民健康保險醫療費用申報與核付及服務審查辦法辦理執行審查。
- 3.病歷記載應依規定書寫。
- 4.申報診療項目時，主診斷碼需符合附表 4.5.2 所列之適應症。
- 5.抽審病歷視醫療院所與前一年申報附表 4.5.2 所列疾病與去年同期相較之成長率，必要時得予全審。

全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫

依109年x月x日健保醫字第xxxxxxxxx號公告自109年x月x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。

二、目的：

鼓勵生育為國家當前重要政策，針對特定病理因素所致之原發性或繼發性不孕、有先兆流產傾向及有流產病歷者，由中醫給予適當照護，以提升受孕率及保胎率。

三、適用範圍：

- (一)助孕：已婚超過一年有正常性生活而無法受孕男性及女性患者，主診斷須填報女(男)性不孕病名，如有特定病理之不孕因素，須另立次診斷且須載明相關的診斷依據。
- (二)保胎：先兆流產、非自然受孕、經助孕受孕及易流產之女性(病歷應記載詳實)，受孕後0-20週之保胎照護(應註明孕期週數)。

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「中醫提升孕產照護品質計畫」專款項目下支應。

五、結案條件：符合結案條件之患者當年度該院所不能再收案。

(一)助孕：

- 1.女性患者，自初次收案日起算六個月，基礎體溫未見高低溫雙相曲線、或雖有雙相曲線但高溫期短於10天者。(病歷應登載基礎體溫均溫、高溫期天數)。
- 2.男性患者，自初次收案日起算六個月，精液檢查報告異常項目無進步者。(病歷應登載各次檢驗報告，未登載驗報告即應結案)

(二)保胎：妊娠滿20週即應結案。

六、申請資格：

- (一) 申請參與本計畫之中醫師：須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) 申請參與本計畫之中醫師及保險醫事服務機構：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或申請暫緩處分者)。

七、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)，向中醫全聯會提出申請。

八、申請資格審查：

中醫全聯會於每年3月、6月、9月中旬(以郵戳為憑)收齊申請案件後，5個工作日內將審

查完成結果造冊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)助孕

1. 女性患者：須包含望聞問切四診診療、排卵日指導、判讀基礎體溫(Basal Body Temperature, BBT)、體質證型、濾泡期、排卵期、黃體期之月經週期療法、內服藥、針灸治療、營養指導。
2. 男性患者：須包含望聞問切四診診療、排卵日指導、內服藥、針灸治療、營養指導、運動指導、生活作息指導。

(二)保胎：須包含望聞問切四診診療、黃體評估、出血狀況評估、內服藥、針灸治療、營養飲食指導、衛教。

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「J9(全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫)」。

(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。

十二、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) 實施效益須包含如下：

1.助孕:

(1)助孕成功率(=成功受孕個案數/助孕看診個案數)

註：

A.分子:分母個案中當年度至隔年六月間有申報第二次產檢之人數(無第二次者以第三次計)。

B.分母:當年度申報助孕照護處置費(P39001、P39002)女性人數。

(2)受孕成功者之完整治療過程、病歷報告(含診斷依據、基礎體溫表、中醫診療評估及記錄表等資訊如下附表)。

A.助孕診療紀錄表(每季提供予中醫全聯會)-女性

姓名	生日	初診日期	濾泡期平均溫度	排卵期平均溫度(加註排卵日期)	黃體期平均溫度	濾泡期天數	黃體期天數	是否受孕	次診斷(請填不孕症之其他病名)	是否曾接受西醫不孕治療 0.沒有 1.西醫藥物治療 2.人工受孕 3.試管嬰兒	其他

B.助孕診療紀錄表(每半年提供予中醫全聯會)-男性

姓名	生日	初診日期	精蟲數	形態良率	液化	雜質	活動力	是否受孕	次診斷(請填不孕症之其他病名)	其他

2.保胎

(1)保胎成功率(=成功保胎個案數/保胎看診個案數)

A.分子:分母個案中當年度至隔年六月間有申報第三次以上產檢之人數。

B.分母:當年度申報保胎照護處置費(P39003、P39004)之人數。

(2)順利生產者之完整治療過程、病歷報告(含診斷依據、中醫診療評估及記錄表等資訊如下附表)。

懷孕初期症狀及心理評估量表(每季提供予中醫全聯會)

姓名	生日	初診日期	心跳數	血壓	噁心嘔吐	出血	憂鬱	心悸	頭痛	眩暈	微熱	便秘	次診斷	其他

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或繳交之助孕診療紀錄表與懷孕初期症狀及心理評估量表未符合規定，並經全聯會要求改善而未改善者，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、本計畫由保險人與中醫全聯會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附件一

全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫申請表

基 本 資 料	院所名稱			院 所 代 碼	
	本計畫醫師姓名			身 分 證 字 號	
	本計畫負責醫師 學 經 歷			聯 絡 電 話	
	E-mail：				
	醫 師 姓 名	身 分 證 字 號	中醫師證書字號	中醫執業 年資	受訓課程 日期
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
保險醫事服務機構自評項目			請V選	備註	
院所是否二年內未違反健保相關法規			☐ 未違反 ☐ 違反		
醫師是否二年內未違反健保相關法規			☐ 未違反 ☐ 違反		
機					

(本欄位由中醫師公會全聯會填寫)						
中醫師公會全聯會審核意見欄	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

全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫 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、~~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、本計畫之醫療服務量、診察費、針灸申報量，應獨立計算且申報時不併入該院所原門診合理量、原針灸申報量計算。
- 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、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。
- 五、本計畫之案件(同一個案)每週限申報一次(P39007、P39008 不在此限)。

全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫 支付標準表

編號	診療項目	支付點數
P39001	中醫助孕照護處置費(含針灸處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費〔排卵期評估，女性須含基礎體溫(BBT)、體質證型、濾泡期、排卵期、黃體期之月經週期療法之診療〕、口服藥(至少七天)、針灸治療處置費、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	1200
P39002	中醫助孕照護處置費(不含針灸處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費〔排卵期評估，女性須含基礎體溫(BBT)、體質證型、濾泡期、排卵期、黃體期之月經週期療法之診療〕、口服藥(至少七天)、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	900
P39003	中醫保胎照護處置費(含針灸處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費口服藥(至少七天)、針灸治療處置費、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	1200
P39004	中醫保胎照護處置費(不含針灸處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費、口服藥(至少七天)、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	900

編號	診療項目	支付點數
<u>P39005</u>	<u>中醫助孕照護處置費(不含藥費)(同療程第 1 次)</u> <u>註：照護處置費包括中醫四診診察費〔排卵期評估，女性須含基礎體溫(BBT)、體質證型、濾泡期、排卵期、黃體期之月經週期療法之診療〕、針灸治療處置費、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。</u>	<u>900</u>
<u>P39006</u>	<u>中醫保胎照護處置費(不含藥費)(同療程第 1 次)</u> <u>註：照護處置費包括中醫四診診察費、針灸治療處置費、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。</u>	<u>900</u>
<u>P39007</u>	<u>中醫助孕照護針灸處置費(不含藥費)(同療程第 2~6 次)</u> <u>註：限與 P39005 合併申報、每週限申報 3 次。</u>	<u>300</u>
<u>P39008</u>	<u>中醫保胎照護針灸處置費(不含藥費)(同療程第 2~6 次)</u> <u>註：限與 P39006 合併申報、每週限申報 3 次。</u>	<u>300</u>
註： 1、<u>P39003、P39004、P39006、P39008限受孕後0-20週之保胎照護患者適用。</u> 2、<u>各照護模式(P39001、P39002、P39003、P39004、P39005、P39006)每週限擇一申報。</u> 3、<u>含藥費之照護模式(P39001、P39002、P39003、P39004)與不含藥費之照護模式(P39005、P39006)，需≥28天始得相互轉換。</u> 4、<u>P39005、P39006、P39007、P39008於同次療程結束後統一申報；療程案件每月限申報12次針灸(P39005與 P39007合計每月限申報12次；P39006與 P39008合計每月限申報12次)。</u>		

全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案

108.1.1 修訂依 109 年 x 月 x 日健保醫字第 xxxxxxxxxx 號公告自 109 年 x 月 x 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、適用範圍：

(一)癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫：需中醫輔助醫療之癌症住院患者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.符合上述第1點至第4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)。

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、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。

六、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)。

七、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。

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一日起計。

九、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 Quality of Life-BREF，以下稱WHOQOL-BREF，詳附件二)。

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

1.癌症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、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)」及「JJ(大腸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。

十二、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。

十三、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。

十四、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。

十五、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)。

十六、本方案由保險人與中醫全聯會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，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

基	院所名稱		院所代碼			
	本方案負責醫師姓名		身分證字號			
	本方案負責醫師學經歷		聯絡電話			
	E-mail：					
本	醫師姓名		身分證字號	中醫師證書字號	中醫執業年資	受訓課程日期
				台中字第 號		
				台中字第 號		
				台中字第 號		
				台中字第 號		
				台中字第 號		
				台中字第 號		
				台中字第 號		
資	保險醫事服務機構自評項目			請 V 選		備註
	院所是否二年內未違反健保相關法規			□未違反□違反		
	醫師是否二年內未違反健保相關法規			□未違反□違反		
	機構章戳					
料						

(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

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、~~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。
- 七、癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫之案件(同一個案)每二週不得申報超過七次(加護病房患者除外)。

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	<u>50</u>
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)	<u>2,100</u>
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)	<u>2,450</u>
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)	<u>2,800</u>
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(需附相關證明)	<u>3,150</u>

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：

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：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱支付標準)

增修「使用 TRH 注射液」等 5 項診療項目案，提請討論。

說明：

一、依據 108 年第 6 至第 8 次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議及本會議 108 年第 2 次會議決議，暨衛生福利部全民健康保險爭議審議會 108 年 10 月委員會議紀錄辦理。

(附件 1-1~1-5，詳頁次討 1-4~1-22)

二、新增「使用 TRH 注射液」等 3 項診療項目，推估增加預算約 8.86 百萬點。重點說明如下：

(一) 新增「使用 TRH 注射液」及「使用 LH-RH 注射液」2 項診療項目，詳表一序號 1 (附件 2，詳頁次討 1-23)：

1. 依全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 13 條，診斷用藥係含於醫療服務給付項目，不另支付。本案前於 108 年 9 月 12 日本會議討論，與會代表表示支付點數無法反映醫院實際成本及診斷性「用藥」之名稱恐引發爭議，決議本案暫保留 (同附件 1-4，詳頁次討 1-16~1-20)。
2. 經 108 年第 8 次專家諮詢會議討論 (同附件 1-3，詳頁次討 1-12~1-15)，與會專家均同意將項目名稱訂為「使用 TRH 注射液」及「使用 LH-RH 注射液」，建議支付點數以醫院總額部門最近四季結算之浮動點值平均值(0.8752)校正後，分別為 1,316 點及 1,620 點。
3. 財務評估：依上述建議支付點數及以 107 年藥品申報量估算，並考量本項費用係由藥品轉移至診療項目，故扣除費用替代情形，推估增加支出合計為 163.2 萬點。

(二) 新增「經皮甲狀腺腫瘤酒精注射」，詳表一序號 3 (附件 2，詳頁次討 1-24)：

1. 依 108 年第 6 次及第 8 次專家諮詢會議結論(同附件 1-1、1-3，詳頁次討 1-4~1-8、1-12~1-15)，經與會專家充分討論適應症、執行人員資格等支付規範，均同意新增，建議支付點數為 2,480 點。
2. 財務預估：按提案單位所提適應症之人數、執行次數及上述建議，支付點數推估約需增加 7.23 百萬點。

三、修訂編號 58027C「血液透析（一次）—門診 1.急重症透析」等 2 項診療項目支付規範，不增加支出。重點說明如下：

(一) 修訂編號 58027C「血液透析（一次）—門診 1.急重症透析」：

1. 係因爭審會針對本署現行診療項目 58027C「血液透析（一次），—門診 1.急重症透析」支付規範註 2(1)之文字，規範領有重大傷病卡(排除慢性腎衰竭、囊腫性腎病及腎臟移植手術後追蹤照護)，並未明訂須同時領有腎衰竭及第 2 張其他疾病重大傷病證明。
2. 惟本署前於 97 年 7 月 22 日以健保醫字第 0970002409 號函，就前揭診療項目之支付規範，函釋原領有慢性腎衰竭重大傷病證明必須定期透析治療者，又持有第 2 張其他疾病之重大傷病證明者，方能申報該項目。
3. 因現行支付標準規範內容似與本署 97 年 7 月 22 日健保醫字第 0970002409 號函釋內容不同，且上述函釋內容係針對某特定醫院之回復，是否合於法定程序以及增加法律所無之限制，爰爭審會請本署研議訂定申報急重症透析之明確規範 (同附件 1-5，詳頁次討 1-21~1-22)。為配合 97 年之函釋意涵及避免不必要之誤解，擬將支付規範註 2(1)

修正為「領有慢性腎衰竭、腎囊腫性疾病或腎臟移植手術後追蹤照護之重大傷病證明外，同時領有第 2 張其他疾病之重大傷病證明者」。

4. 本案僅修正文字，爰不增加健保財務支出。

(二) 修訂第六部論病例計酬附表 6.2.4「次全子宮切除術(住院)診療項目要求表」之醫令編號，因開放適用表別至基層院所，爰附表編號配合修訂，本案僅修正文字，不增加健保財務支出。

四、 預算來源：本次新增「使用 TRH 注射液」等 3 項診療項目(推估預算約 8.86 百萬點)，擬由 108 醫院總額部門編列新醫療科技項下預算 4 億元支應。

擬辦：本案經討論後如獲同意，擬增修支付標準表（詳附件 3，詳頁次討 1-25～1-28），並依程序報請衛生福利部核定後公布實施。

108 年度第 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

壹、時間：108 年 7 月 10 日上午 9 點 30 分

貳、地點：台北市信義路 3 段 140 號 9 樓第一會議室

參、主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：楊瑜真

柒、主席致詞：略。

捌、確認上次會議紀錄：確認。

玖、討論事項：

- 一、民眾於國家發展委員會「公共政策網路參與平臺」之「提點子」建議新增「加護病房營養照護費」等 2 項診療項目，提請討論。

討論重點：

- (一)病人可能於星期五晚上或星期六、日入住 ICU，營養師無法依病人入住天數去照護病人，且臨床病況差異大，不宜限制於第 3、5、7 天提供照護，應彈性依病人狀況給予營養照護，較符合臨床實際需求。
- (二)本項分為初次照護費 360 點及追蹤照護費 240 點應可行，7 天以內申報一次是初次照護費，最多 2 次追蹤照護費，住第 8 天後最多給付 3 次追蹤照護費，且每次申請至少要隔天，同一天內不能有申報 2 次情形。
- (三)NICU 基本上由小兒科醫師負責，不需營養師介入，而 PICU 收治 1-18 歲兒童，於發展階段比成人更需營養介入，且 PICU 亦可能收治 1 歲以下兒童，爰建議以年齡區分，小於 1 歲之兒童

由小兒科醫師會診為主。

(四)關於營養師資格需筆試及至少 10 筆照護紀錄，因國家考試只是基本認證，且 ICU 病人複雜程度較高，非每位營養師均有照護經驗，宜由學會認證，並完成報備程序。

(五)學會應考量全國醫院營養師人力足夠與否，以及對於偏遠地區或中小型醫院之營運影響，惟本項不應影響未來醫院評鑑標準。

結論：

(一)加護病房營養照護費分為「初次照護費」支付點數 360 點及「追蹤照護費」支付點數 240 點，支付規範如下：

1. 適應症範圍：

(1) 1 歲以上且入住 ICU 超過 2 天之個案。

(2) 未滿 1 歲且入住 ICU 超過 2 天之個案，須由醫師會診。

2. 申報次數：每案入住 ICU 最多申報 6 次，同日內限申報 1 次。

(1) 7 天內：申報初次照護費 1 次、追蹤照護費最多 2 次。

(2) 超過 7 天：申報追蹤照護費最多 3 次。

3. 執行人員資格：經中華民國營養師公會全國聯合會認證，執行本項之人員資格應向保險人申請核定，如有異動，仍應重行報請核定。

4. 申報時應有營養照護紀錄於病歷備查。

(二)本項目執行後，請營養師公會全聯會及營養學會協助偏遠地區醫院營養師人力連結，並提供執行成效評估報告(如降低併發症、縮短 ICU 住院天數等)。

(三)建議本項不宜作為未來要求提高醫院評鑑之設置標準。

二、中華民國心臟學會及國立台灣大學醫學院附設醫院建議新增診療項目「經導管心律調節器置放或置換術」案，提請討論。

討論重點：

- (一)本提案單位表示本項適應症範圍已限縮，另會造成干擾無導線心律調節器電流訊號之體內植入裝置，均屬禁忌症範圍。
- (二)由靜脈穿刺進入右心房、右心室放入節律器之臨床真正執行時間應為 30-40 分鐘，提案單位亦表示 skin to skin 之時間為 70 分鐘，爰將成本分析表之耗用時間修正為 90 分鐘，支付點數經本署校正為 15,504 點。
- (三)目前無導線節律器只有美敦力廠商，該廠商對要執行本項技術之醫師，均要求要上網登錄並接受完整網路訓練，爰將其列為人員資格限制，惟執行人員資格不宜參採原廠證明，應由專科學會專業認定並發予認證，或由醫師報備已有幾例之執行經驗。
- (四)本項適用層級為區域醫院以上較佳，地區醫院如有能力，得申請跨表，另未來無導線節律器價格降低，數年內執行量可能大幅增加，執行替代率應為 8% 以上。
- (五)配合本項英文名稱，將本項中文名稱修正為「經導管無導線心律調節器置放或置換術」。

結論：

- (一)經導管無導線心律調節器置放或置換術之支付點數為 15,504 點，其支付規範如下：
 - 1. 適應症範圍：
 - (1) 心房顫動且心搏過慢之病患。
 - (2) 因病竇症候群或房室傳導阻滯以致心搏過慢之病患，但

因沒有適當血管通路，而無法植入傳統節律器者。

2. 禁忌症：

(1) 已植入以下醫療器材種類之病患：

A. 經醫師認定會干擾本項目之體內植入裝置。

B. 植入體內的下腔靜脈過濾器(Inferior Vena Cava Filter)。

C. 機械三尖瓣 (Mechanical Tricuspid Valve)。

(2) 股靜脈的構造無法容納 7.8 mm (23 French) 的導引鞘，或無法順利將裝置植入心臟右側，如因阻塞或嚴重血管彎曲。

(3) 病態性肥胖，導致無法與植入體內之裝置在 12.5 cm 內進行遙測通訊。

(4) 已知無法耐受本項目植入儀器物理特性之材質或肝素，或對顯影劑過敏而無法術前用藥者。

(5) 無法使用單一劑量 1.0mg 的 dexamethasone acetate。

3. 人員資格要求：

(1) 心臟內科、小兒心臟專科醫師。

(2) 須接受且完成心臟學會或心律學會辦理之「經導管心律調節器置放術」訓練課程(含網路課程及親授課程)，且須有至少 5 例由指導醫師陪同完成「經導管心律調節器置放術」訓練，並由學會提供合格醫師名單。

4. 建議適用層級：區域醫院以上。

(二)本署應將本項執行情形列入追蹤，未來若有超過原匡列預算，應另籌措預算支應。

三、醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會亞東紀念醫院建議新增診療項目「經皮甲狀腺腫瘤酒精注射」案，提請討論。

討論重點：

- (一)各專科醫學會與提案單位建議之適應症範圍有差異，應找出確定適合本項治療之病人，建議比照 2015 年 ATA 指引，針對復發性的良性甲狀腺囊腫，以及甲狀腺癌頸部淋巴結轉移，不宜手術之個案，作為替代療法。
- (二)各科醫師訓練中一定有執行超音波之訓練，但非皆為超音波學會會員，且沒有經驗的醫師應不敢執行本項目，爰執行人員資格要求不宜限制為超音波學會會員，得要求有執行幾例超音波或穿刺技術之經驗。
- (三)ATA 指引並未限制執行次數，但酒精注射外溢可能導致無法手術或其他後遺症等情形，不建議做 2、3 次，應為病人多考量。
- (四)因執行本項目之醫院係採比照項目申報，爰現行健保申報資料無法分析執行本項目之數量，須由學會協助了解各醫院之執行狀況，方能評估執行數量及財務支出。

結論：適應症範圍、執行人員資格、執行頻率、執行量及預估財務等尚有疑義，爰本案保留，請提案單位修正後，提下個月專諮會議再討論。

四、本署建議新增「使用 TRH injection 診斷用藥」及「使用 LH-RH injection 診斷用藥」等 2 項診療項目案，囿於時間限制，本案俟下次會議討論。

壹拾、臨時動議：無。

壹拾壹、散會：中午 12 時 30 分。

108 年度第 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

壹、時間：108 年 8 月 7 日上午 9 點 30 分

貳、地點：台北市信義路 3 段 140 號 9 樓第一會議室

參、主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：沈瑞玲

柒、主席致詞：略。

捌、確認上次會議紀錄：確認。

玖、討論事項：

- 一、本署建議新增「使用 TRH injection 診斷性用藥」及「使用 LH-RH injection 診斷性用藥」等 2 項診療項目案，提請討論。

討論重點：

(一) 此二項藥品除診斷外，亦有用於疾病治療之可能，惟不符藥品仿單之適應症，故僅限給付於診斷性用藥，將於支付規範備註「限執行對應檢驗診療項目須併用藥品時可併同申報」。

(二) 因本項屬診斷性用藥，有其執行時對應之檢驗項目，故不予給付治療用途，經綜整醫審專家、學會及醫院專業意見，明訂其對應之診療項目如下：

1. TRH injection：27008B、27011B、09120C、27004C、09112C

2. LH-RH injection：24027B、09126C、27014B、27013B、09125C、27008B。

(三) 以現行藥品支付價格訂為支付點數，未來如需增加此二項對應之診療項目或因藥價變動，而需調整支付點數，可再循修訂診療項目之流程辦理，以符合臨床需求。

結論：

(一) 與會專家均同意新增「使用 TRH injection 診斷用藥」及「使用 LH-RH injection 診斷用藥」2 項診療項目：

1. 支付點數：

(1) 使用 TRH injection 診斷用藥：1,152 點

(2) 使用 LH-RH injection 診斷用藥：1,212 點。

2. 建議適用層級：地區醫院以上。

3. 支付規範備註「限執行對應檢驗診療項目須併用藥品時可併同申報」，並明訂其對應之檢驗項目。

(二) 於新增上述二項診療項目後，已列給付藥品應取消核價。

二、社團法人中華民國風濕病醫學會及臺北榮民總醫院建議新增

「HLA-B*5801 基因檢測」診療項目案，提請討論。

討論重點：

(一) 依 Allopurinol 藥物仿單說明：

1. 未帶有 HLA-B*5801 基因的病患，無論人種，仍可能發生 SJS/TEN 副作用。

2. 現行帶有 HLA-B*5801 基因之病患以 Allopurinol 治療，亦有未發生 SJS/TEN。

3. 長期使用 Allopurinol 沒有不良反應之病人不建議基因檢測，無論是否帶有 HLA-B*5801 基因，發生 SJS 的危險在治療開始之後幾個月最高，基因檢測並不能取代適當的臨床用藥安全監測及病患處置。

(二) 因 Allopurinol 導致藥害之報告每年約 20-30 例，且為藥害排行榜第一名，近年臨床醫師使用 Allopurinol 數量很少，一旦納入給付，恐有誘發申報之虞，數量應會大於提案單位預估量。

(三) 台灣約有 15% 帶有 HLA-B*5801 基因，但是與未帶有此基因者相比，發生 SJS/TEN 的風險比差距 580.3 倍，可見本項檢測應有其重要性。

(四) 經考量上述三點，專家建議應釐清必須使用 Allopurinol 之適應症及適度限縮需要檢測之族群，針對真正適合的病人檢測，以確實達到減少藥害之效，亦減少對健保財務之影響。

(五) 關於專科別限制部分，考量其他科別患者亦有使用 Allopurinol

之需要，不應限制專科別。

結論：

(一) 適應症範圍、預估執行量及新增本項之必要性等尚有疑義，爰本案保留。建議提案單位收集更多相關資料，修正後再提會討論。

(二) 關於使用 Allopurinol 導致 SJS/TEN 的副作用及與本項基因檢測之相關性，擬請財團法人藥害救濟基金會及臨床專家與會討論。

壹拾、臨時動議：無。

壹拾壹、散會：11 時 30 分。

108 年度第 8 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」

會議紀錄

壹、時間：108 年 11 月 6 日上午 9 點 30 分

貳、地點：台北市信義路 3 段 140 號 9 樓第一會議室

參、主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：林美惠

柒、主席致詞：略。

捌、確認上次會議紀錄：確認。

玖、報告事項：因本次會議為第四屆委員第一次與會，故報告「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作業說明」。

壹拾、討論事項：

一、本署建議新增「使用 TRH 注射液診斷性用藥」及「使用 LH-RH 注射液診斷性用藥」等兩項診療項目案。

討論重點：

(一) 與會專家均同意診療項目名稱修訂為「使用 TRH 注射液」及「使用 LH-RH 注射液」。

(二) 有關學會建議使用兩項藥品執行診斷檢驗項目時，醫師須在旁持續監測，是否可加成支付案，本署說明檢驗項目之支付點數已包含人員費用，學會建議事項現行健保已有給付，如支付標準編號 24027B「黃體激素釋放素刺激試驗」即包含 27013B「濾胞刺激素放射免疫分析」及 27014B「黃體化激素放射免疫分析」各 6 次之檢驗費，與本案不同，應無加成支付之問題。

(三) 另未來 TRH 注射液如價格大幅提升，以致支付點數不符成本，請醫院或學會提出修訂支付點數申請，並請醫院之採購單位協

助本項藥品之議價。

結論：兩項診療項目名稱及支付點數分別訂為「使用 TRH 注射液」支付點數 1,316 點，及「使用 LH-RH 注射液」支付點數 1,620 點。

二、財團法人徐元智先生醫藥基金會亞東紀念醫院建議新增「經皮甲狀腺腫瘤酒精注射」診療項目案。

討論重點：

- (一) 適應症範圍訂為復發性良性甲狀腺囊腫，考量人體甲狀腺係分左右葉及中間峽部，與會專家建議復發定義應係指「同一病灶」良性甲狀腺囊腫。
- (二) 為避免甲狀腺囊腫經酒精注射可能造成沾黏，影響後續手術治療或因酒精外溢造成其他後遺症，建議應採事前審查，且執行頻率限制為 2 次。另與會專家建議「甲狀腺癌頸部淋巴結轉移」之患者不納入本項給付之適應症範圍。
- (三) 另考量病人安全，確保醫師經充分訓練及專業保障，與會專家建議維持執行人員須有 100 例超音波或穿刺技術之經驗，惟本項跨耳鼻喉頭頸外科、內分泌新陳代謝科、放射科及一般外科等四專科別，為減少行政作業及認定疑義，建議由申請本項服務之醫院提供「100 例超音波或穿刺技術經驗」之醫師名單及證明，並向保險人核備。

結論：經與會專家討論後同意新增本項，建議支付點數為 2,480 點，說明如下：

- (一) 建議適應症範圍：復發性良性甲狀腺囊腫，直徑大於 2 公分以上，囊液體體積大於 5 C C，經 2 次穿刺又復發者，復發之定義係指「同一病灶」之良性甲狀腺囊腫。
- (二) 須事前審查，申報頻率限制為 2 次。

(三) 執行人員資格：需有 100 例超音波或穿刺技術之經驗，由醫院提出證明並向保險人申請核定，人員如有異動，仍應重新報請核定。

(四) 建議適用層級：地區醫院以上。

(五) 不得同時申報診療項目：19012C「頭頸部軟組織超音波」、19007B「超音波導引」、29008B「淋巴腺穿刺」及 29011C「甲狀腺穿刺」。

三、社團法人台灣代謝及減重外科醫學會建議新增診療項目「**腹腔鏡胃袖狀切除術(Laparoscopic Sleeve Gastrectomy)**」及「**腹腔鏡胃繞道手術(Laparoscopic Gastric Bypass)**」並刪除現行 72035B「胃隔間術」及 72041B「**腹腔鏡胃隔間手術**」診療項目案。

討論重點：

(一) 提案單位表示，現行病態性肥胖患者之手術治療，臨床執行係以本案之兩項手術為主，且胃間隔術及腹腔鏡胃間隔術已是國際共識應淘汰之術式，考量與國際接軌，建議新增「**腹腔鏡胃袖狀切除術**」及「**腹腔鏡胃繞道手術**」及刪除「胃隔間術」及「**腹腔鏡胃隔間手術**」。

(二) 考量病人安全及權益，建議執行人員應經專科學會之認證及授權，並設有審查機制。又有關本項之適應症，與會專家建議維持現行審查注意事項所訂病態性肥胖患者之定義，不應下修至 BMI 大於 35 或 BMI 大於 32 併有合併症之患者。

(三) 提案單位表示手術時間約為 2 至 3 小時，部分手術因病患狀況複雜，需有兩名主治醫師在場，第 2 位主治醫師非全程參與，惟本項手術因病患體重及合併症等狀況，造成手術困難度增加，本署校正後支付點數較現行腹腔鏡胃亞全切除術低，臨床醫師

恐難以接受。

結論：經與會專家討論後均同意新增，惟考量校正後支付點數與提案單位建議點數仍有差距，將俟本署 108 年 11 月重新進行成本參數調查，以新的成本參數進行校正後，再提本會討論。

四、中華民國眼科醫學會建議修訂白內障手術須事前審查之相關規定案。

討論重點：

(一) 提案單位表示白內障手術之事前審查需檢附白內障照片，惟取得身心障礙病患之照片須經全身麻醉，故準備事前審查資料相對困難，且增加病患因須全身麻醉之風險，建議 55 歲以下身心障礙之白內障病患應取消事前審查。

(二) 經與會專家討論認為白內障手術並非急症，事前審查係為保障病人就醫安全及品質，審查所需時間並不會延誤病人就醫時機，且取消事前審查亦未減少病患就醫次數。

結論：經與會專家討論，本案暫不建議修正，請提案單位朝簡化事前審查所需檢附資料之方向重新提出申請，以真正解決提案單位重視的病患就醫不便問題。

壹拾壹、臨時動議：無。

壹拾貳、散會：12 時 20 分。

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」

108 年第 2 次臨時會會議紀錄

時 間：108 年 9 月 12 日（星期四）下午 2 時

地 點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主 席：蔡副署長淑鈴

紀錄：宋兆喻

李代表偉強	李偉強	詹代表永兆	顏良達(代)
黃代表雪玲	黃雪玲	吳代表國治	吳國治
林代表富滿	林富滿	李代表飛鵬	李飛鵬
潘代表延健	潘延健	許代表世明	(請假)
李代表佳珂	李佳珂	羅代表界山	羅界山
陳代表志忠	劉碧珠(代)	林代表綉珠	劉淑芬(代)
林代表淑霞	申斯靜(代)	賴代表振榕	(請假)
嚴代表玉華	嚴玉華	朱代表世瑋	范政弘(代)
羅代表永達	羅永達	林代表鳳珠	林鳳珠
謝代表文輝	謝文輝	郭代表素珍	許美月(代)
謝代表武吉	(請假)	杜代表俊元	杜俊元
朱代表益宏	(請假)	梁代表淑政	周雯雯(代)
李代表紹誠	李紹誠	何代表語	何語
林代表恒立	林恒立	葉代表宗義	葉宗義
王代表宏育	(請假)	馬代表海霞	(請假)
黃代表振國	黃振國	蔡代表麗娟	蔡麗娟
賴代表俊良	賴俊良	紀代表志賢	紀志賢
張代表孟源	張孟源	施代表壽全	施壽全
陳代表俊良	陳俊良		

列席單位及人員：

衛生福利部全民健康保險會	邱臻麗、馬文娟
中華民國中醫師公會全國聯合會	王逸年
中華民國牙醫師公會全國聯合會	潘佩筠
中華民國醫師公會全國聯合會	陳哲維、林筱庭
中華民國藥師公會全國聯合會	洪鈺婷
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
台灣醫院協會	鄭禮育、何宛青、林佩荻
中華民國內分泌學會	劉鳳炫
中華民國心律醫學會	馮安寧、李必昌
台灣麻醉醫學會	陳坤堡
台灣急診醫學會	陳健驊、張玉芬
本署臺北業務組	徐佳瑜、嚴玉茹、黃艾青
本署北區業務組	廖智強
本署企劃組	陳泰諭
本署醫審及藥材組	杜安琇
本署醫務管理組	李純馥、吳科屏、蔡翠珍、 韓佩軒、王玲玲、林右鈞、 陳依婕、吳明純、簡詩蓉、 楊瑜真、許博淇、林美惠、 鄧家佩、沈瑞玲、黃思瑄

一、主席致詞：略。

二、報告事項：

(一)「修訂西醫基層開放表別項目支付標準規定」案。

決定：洽悉，修訂重點如下，詳附件 1，P6~ P16。

1. 同意 107-108 年開放表別項目共 20 項，其中編號 09129B「心肌旋轉蛋白 I」等 10 項增列「除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報」，餘 18007C「杜卜勒氏彩色心臟血流圖」等 10 項增列「除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方及執行始可申報」之規定。
2. 另 106 年開放表別項目共 23 項，其中 18005C「超音波心臟圖（包括單面、雙面）」等 7 項診療項目，修正「除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方及執行始可申報」之規定。
3. 編號 18007C「杜卜勒氏彩色心臟血流圖」、51018C「光化治療一天」及 51019C「光線治療（包括太陽光、紫外線、紅外線）一天」增列專科醫師別限制。
4. 51018C「光化治療一天」、51019C「光線治療（包括太陽光、紫外線、紅外線）一天」及 51033C「皮膚鏡檢查」於西醫基層執行限特定適應症。

三、討論事項：

- (一) 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（以下稱支付標準）新增「使用 TRH 注射液診斷性用藥」及「使用 LH-RH 注射液診斷性用藥」2 項診療項目案。

決議：原經專家諮詢會議同意新增「使用 TRH 注射液診斷性用藥」及「使用 LH-RH 注射液診斷性用藥」2 項診療項目，因與會代表表示支付點數無法反映醫院實際成本，故退回專家諮詢會議釐清支付點數、名稱等疑義後再提至本會討論。

- (二) 應用 108 年醫院總額之醫療服務成本指數改變率預算調整支付標準案。

決議：同意應用 108 年醫院總額醫療服務成本指數改變率預算 43.942 億元調整支付標準，財務推估約增加 42.74 億點，修訂後支

付標準（詳附件 2，P17~P71），修訂重點如下：

1. 各項調整及財務影響評估，摘要如下：

- (1) 調升 106 年重症 60 億已調整支付標準項目，其關聯項計 20 項，約增加 3.3 億點；106 年重症 60 億未調整支付標準項目及其關聯項，計 96 項，約增加 3.26 億點；及歷年未調整或調整 2 次以下之手術項目 254 項及處置項目 43 項之支付點數，約增加 0.87 億點。
- (2) 住院診察費調升 13.5% 及 75 歲以上老人再加成 20%，約增加 27.92 億點。
- (3) 地區醫院夜間門診診察費加成 10%，約增加 1.21 億點。
- (4) 急診診察費增列「除現行小兒專科醫師外，其餘專科醫師診治 6 歲以下兒童之急診診察費得加計 50%」，約增加 0.87 億點。
- (5) 麻醉費(含麻醉前評估及麻醉恢復照護費)計 25 項調整為「提升兒童加成項目」，約增加 0.56 億點。
- (6) 急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床住院護理費調升 3%，約增加 4.75 億點

2. 本次支付標準調整合計醫院總額約需 42.74 億點，西醫基層部門則暫保留不調整。惟考量支付標準衡平性，請西醫基層部門研議以 109 年醫療服務成本指數改變率增加之預算同步調整。

(三) 有關中華民國心律醫學會建議修訂編號 47103A「經導管無導線心律調節器置放或置換術」診療項目支付規範之人員資格要求案。

決議：同意 47103A「經導管無導線心律調節器置放或置換術」支付規範之人員資格增列「中華民國心律醫學會」認證之規定（詳附件 3，P72）。

(四) 109 年度起停止辦理「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」案。

決議：因時間因素未及討論，將於下次會議討論。

四、臨時動議：

- (一) 中華民國醫師公會全國聯合會代表吳國治，提出修訂「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」用藥整合規定案。

決議：本案將先行召開專家會議討論，必要時再提至本會討論。

五、散會：下午 4 時 50 分

108 年 10 月份委員會議紀錄

時 間：108 年 10 月 25 日（星期五）下午 2 時整
地 點：臺北市忠孝東路 6 段 488 號 2 樓 209 會議室
主 席：吳主任委員憲明

紀錄：楊蕙寧、萬美倫

壹、主席致詞：

出席委員人數已達二分之一以上，宣布開會。

貳、報告事項：洽悉。

參、到場陳述意見：

肆、審議爭議案件：共 4,365 案。

一、審議醫療費用爭議案件：共 4,277 案。

- （一）程序審議案件共 29 案（審議結果如附表 1）。
- （二）實體審議案件共 4,248 案（審議結果如附表 2）。
- （三）附帶建議

1. 本次審議國立臺灣大學醫學院附設醫院（臺北市中正區）申領 108 年 2 月份○○○案行政審查門診診療費用爭議案件，系爭「血液透析（一次）-門診-急重症透析(58027C)」項目（支付點數 4,100 點），健保署初、複核意見分別以「C35，不符急重症透析給付條件」，改支「血液透析（一次）-門診-一般透析(58029C)」（支付點數 3,912 點），申請理由略稱：「患者因心臟移植、領有"慢性腎病需要透析"外之重大傷病卡，合於急重症透析條件，且支付標準並無明示一定要具備洗腎重大傷病卡。」等語，經提委員會議審議認為，本部中央健康保險署（以下稱健保署）提具意見所援引之依據為改制前中央健康保險局 97 年 7 月 22 日健保醫字第 0970002409 號函要旨「有關全民健康保險醫療費用支付標準編號 58027C『血液透析-急重症透析』註 2(摘略)：『僅領有重大傷病卡(排除慢性腎衰

竭)...』，係指原領有慢性腎衰竭重大傷病證明必須接受定期透析治療者，又持有第二張其他種類之重大傷病證明者，方能申報該診療項目。」，是否等同行為時全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下簡稱支付標準)所定「58027C(急重症透析)僅限符合下列條件之一者申報。(1)領有重大傷病卡(排除慢性腎衰竭、囊腫性腎病及腎臟移植手術後追蹤照護)者。」之意旨，法意未明，爰決議「原核定撤銷，由原核定機關另為適當之核定。」。

2. 茲因行為時支付標準第二部第二章第六節第二項透析治療診療項目「血液透析(一次)-門診-急重症透析(58027C)」申報條件，係明列「領有重大傷病卡(排除慢性腎衰竭、囊腫性腎病及腎臟移植手術後追蹤照護)者。」，並未明訂須同時領有腎衰竭及第2張其他種類重大傷病證明，且前開函係針對某特定院所所為之回覆，是否合於法定程序？以及增加法律所無之限制？亦待究明，爰建請健保署研議訂定申報急重症透析之明確規範，並納入支付標準之可行性，以利全國特約院所遵循，避免不必要爭議。

二、審議權益爭議案件：共 88 案（審議結果如附表 3，其中實體審議案第 1 案及第 2 案保留）。

（一）程序審議案件共 10 案。

（二）實體審議案件共 78 案。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：下午 4 時 15 分。

表一、108 年建議新增診療項目及財務影響評估彙整表(計 3 項目)

序號	中文名稱	主要臨床功能及目的	<u>適應症/支付規範</u>	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 F	預估 年增點數 (百萬點) G=①F*E ②F*A	
					被替代 項目(藥品)	藥品名稱	表定 支付點數 B	醫令 申報量 C (107 年)	替代 率 D	點數 差值 E=A-B			
1	使用 TRH 注射液	檢查腦下垂體甲狀腺刺激荷爾蒙分泌機能	註: 1.本項係診斷性用藥,限執行對應檢驗診療項目須併用藥品時申報。 2.上述對應檢驗診療項目為 09112C、09120C、27004C、27008B、27011B。	1,316	X000149209	TRH INJECTION 促甲狀腺激素釋放荷爾蒙注射液	1,152	257	100%	164	257	0.04	①
2	使用 LH-RH 注射液	腦下垂體 LH 分泌機能檢查	註: 1.本項係診斷性用藥,限執行對應檢驗診療項目須併用藥品時申報。 2.上述對應檢驗診療項目為 09125C、09126C、24027B、27008B、27013B、27014B。	1,620	X000134209	LH-RH INJECTION TANABE(GONADORELIN ACETATE)	1,212	3,898	100%	408	3,898	1.59	①

序 號	中文名稱	主要臨床功 能及目的	<u>適應症/支付規範</u>	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 F	預估 年增點數 (百萬點) G=①F*E ②F*A	
					被替代 項目(藥品)	藥品名稱	表定 支付點數 B	醫令 申報量 C (107 年)	替代 率 D	點數 差值 E=A-B			
3	經皮甲狀腺腫瘤酒精注射	為良性甲狀腺囊腫穿刺後復發的治療，可避免侵入性的手術及相關合併症。	1.適應症：同一病灶之復發性良性甲狀腺囊腫，且有症狀、觸診明顯之良性甲狀腺囊腫，直徑大於2公分以上，囊液體體積大於5CC，經過兩次穿刺又復發者。 2.須事前審查，同一病灶限申報2次。 3.執行人員資格：限有100例超音波或穿刺技術經驗之醫師。 4.不得同時申報診療項目：19007B、19012C、29008B、29011C。 5.內含超音波檢查費、材料費及麻醉費。	2,480							2,916	7.23	②
											註		
												8.86	

註：

統計主診斷 ICD-10-CM 為 D34、E04、E05、E010、E011、E012，且 2 年內有申報 19007B「超音波導引」2 次之人數，108 年 1-8 月計 220 人，依 107 年同期占全年比率 45.3%，預估 108 年全年執行量約 486 人，並以甲狀腺左、右兩葉及中間峽部(3 部位)同一病灶執行 2 次計算，預估年執行量為 2,916 次。

惟現行以 19007B「超音波導引」及 39020B「肝腫瘤內藥物注射」+19012C「頭頸部軟組織超音波」比照申報者為 0 人，故無被替代項目。

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 Diagnosis and Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

第二十五項 其他檢查 Other Test (30501-30525)

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
30524B	使用TRH注射液 註： 1. 本項係診斷性用藥，限執行對應檢驗診療項目須併用藥品時申報。 2. 上述對應檢驗診療項目為09112C、09120C、27004C、27008B、27011B。		√	√	√	1316
30525B	使用LH-RH注射液 註： 1. 本項係診斷性用藥，限執行對應檢驗診療項目須併用藥品時申報。 2. 上述對應檢驗診療項目為09125C、09126C、24027B、27008B、27013B、27014B。		√	√	√	1620

第三節 注射 Injection (39001～39024⁵)

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
39025B	<u>經皮甲狀腺腫瘤酒精注射</u> <u>註：</u> <u>1.適應症：同一病灶之復發性良性甲狀腺囊腫，且有症狀、觸診明顯之良性甲狀腺囊腫，直徑大於二公分以上，囊液體體積大於5CC，經過兩次穿刺又復發者。</u> <u>2.須事前審查，同一病灶限申報二次。</u> <u>3.執行人員資格：限有一百例超音波或穿刺技術經驗之醫師。</u> <u>4.不得同時申報診療項目：19007B、19012C、29008B、29011C。</u> <u>5.內含超音波檢查費、材料費及麻醉費。</u>		<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>2480</u>

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

第二項 透析治療 Dialysis Therapy (58001~58031)

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
58001C	血液透析（一次） Hemodialysis —住院 —門診	√	√	√	√	4100
58027C	1.急重症透析	√	√	√	√	4100
58029C	2.一般透析 註： 1.以上項目所定點數包括技術費、檢驗費、藥劑費、一般材料費、特殊材料費、特殊藥劑費用(含EPO)及腎性貧血之輸血費在內。 2. 58027C僅限符合下列條件之一者申報。 <u>(1)領有慢性腎衰竭、腎囊腫性疾病或腎臟移植手術後追蹤照護之重大傷病證明外，同時領有第2張其他疾病之重大傷病證明者。</u> (1)領有重大傷病卡(排除慢性腎衰竭、囊腫性腎病及腎臟移植手術後追蹤照護)者。 (2)12歲以下(含12歲)病患。 (3)急診案件(緊急傷病必須立即血液透析當次申報)。 (4)金門、馬祖、澎湖、小琉球、蘭嶼及綠島院所。 (5)急性期個案透析(限首次領取慢性腎衰竭且必須接受定期透析治療之重大傷病卡之有效起日30日內申報，含有效卡3個月)。	√	√	√	√	3912

附表 6.2.4 次全子宮切除術(住院)診療項目要求表

基本診療項目		
手術前		手術中、手術後
I .Indication of admission II .Diagnostic study 1.History taking 2.Physical exam 3.Lab test 4.Special procedure	III . Management 1.Medication 2.Nursing care	IV.Management 1.Surgical 2..Post-OP care V.Management 1.Ward nursing care 2.Medication
收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目
1.06009C 尿沈渣顯微鏡檢查*1 2.06012C 或 06013C 尿液檢查*1 3.08005C 紅血球沉降速度測定*1 4.08011C 或 08012C 或 08082C 全套血液檢查*2 5.08013C 白血球分類計數*2 6.08018C 或 08019C 出血時間*1 7.08020C 凝血時間*1 (6.7 二項得以 08026C 及 08036B 項取代) 8.09001C 總膽固醇*1 9.09002C 血中尿素氮*1 10.09004C 中性脂肪*1 11.09005C 血液及體液葡萄糖*2 12.09011C 鈣*1 13.09012C 磷*1 14.09013C 尿酸*1 15.09015C 肌酐(血)*1 16.09021C 鈉*1 17.09022C 鉀*1 18.09023C 氯*1 19.09025C 血清麩胺酸苯醋酸轉氨 基酶*1 20.09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉氨 基酶*1	21.09027C 鹼性磷酸酯酶*1 22.09029C 膽紅素總量*1 23.09030C 直接膽紅素*1 24.09038C 白蛋白*1 25.09040C 全蛋白*1 26.11001C 血型測定*1 27.11003C RH(D)型檢查*1 28.12001C 梅毒檢查*1 29.13007C 細菌培養鑑定檢查*2 30.18001C 心電圖*1 31.19001C或19003C 超音波*1 32.32001C 胸腔檢查*1 33.32006C 腎臟、輸尿管、膀胱檢 查*1 34.39004C 大量液體點滴注射*4 (6 歲以下兒童，本項得以57113B或 57120B或57121B或57122B項目 取代) 35.47003C或47004C或47006C或 47011C 灌腸*1 36.47014C 留置導尿*1 37.96026B 麻醉前評估*1	※ 38.96005C 或 96007C 或 96017C 或 96020C 麻醉*1 39.57017C 或 57018B Pulse oximeter*1 ※40.80404B、C次全子宮切除術*1 41.96025B 麻醉恢復照護*1 ※42.25001C 或 25002C 或 25003C 或 25004C 或 25024C 或 25025C 病理*1 43.47002C 薄荷擦拭*3 44.47039C 熱或冷冰敷*1 ※45.48011C 或48012C或48013C換 藥*4 46.55010C 會陰沖洗*3 47.55011C 陰道灌洗*1
選擇性診療項目：其他醫療需要之支付標準所列項目。		

討論事項

第 二 案

提案單位：本署醫務管理組

案由：109 年度起停止辦理「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」案，提請討論。

說明：

一、本署為配合衛生福利部推動加強肝炎防治計畫，故於92年起辦理「全民健康保險加強慢性B型及C型肝炎治療計畫」（下稱BC肝治療計畫，如附件，詳頁次討2-2～2-7），以專款支應收案個案（B、C型肝炎患者）之藥物治療費用。因自107年起於醫院及西醫基層皆已併入一般預算，且原計畫中「院所及醫師參與資格」及「用藥療程」宜明列於本保險藥物給付項目及支付標準之規定。

二、考量本署現行專案計畫眾多，本計畫於醫院及西醫基層並無專款預算支應，且經評估停辦BC肝治療計畫可減少院所行政作業成本，故擬自109年起廢止計畫。為不影響目前BC肝治療計畫收案個案相關用藥使用，本署將配合修訂本保險藥物給付項目及支付標準及C型肝炎全口服新藥執行計畫。

擬辦：本案經討論後如獲同意，將依程序報請衛生福利部核定公告。

全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫

一、目的

配合衛生福利部加強肝炎防治計畫之推動，加強全民健康保險 B 型及 C 型肝炎藥物治療照護品質。

二、給付範圍

慢性 B 型及 C 型肝炎病患之藥物治療。

三、藥品給付規定

病患之收案條件及藥品使用規定，依全民健康保險藥物給付項目及支付標準—第六編第八十三條之藥品給付規定「第 8 節免疫製劑-8.2.6. 短效干擾素、長效干擾素」及「第 10 節抗微生物劑-10.7.2、10.7.3、10.7.4 慢性病毒性 B 型及 C 型肝炎患者用藥給付規定」辦理。

四、醫事服務機構（醫師）資格

（一）須為全民健康保險特約之醫事服務機構。

（二）醫院

- 1.具有消化系內科或消化系兒科專科醫師之醫院。
- 2.醫師資格為前開醫院之消化系內科專科醫師、消化系兒科專科醫師、血液病內科專科醫師、腫瘤內科專科醫師、癌症相關科醫師及符合器官移植手術資格之專任或兼任專科醫師。
- 3.前開非消化系專科醫師，需先照會消化系專科醫師，惟愛滋病毒感染患者併有 B 型或 C 型肝炎感染者，得由其照護之感染症內科專科醫師開立處方。
- 4.肝臟病理組織檢查，得依代檢相關規定辦理。

（三）基層院所

- 1.須具有消化系內科或消化系兒科專任專科醫師之基層院所。
- 2.肝炎治療醫療資源不足地區及山地離島地區，具有消化系內科或消化系兒科兼任專科醫師之基層院所，亦得參加。

五、管理登錄個案

參加本計畫之醫事服務機構須向保險人上傳個案資料及病毒量檢驗結果，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，不予支付該筆之醫療費用，並依相關規定辦理。

六、支付方式

(一) 藥物治療

按全民健康保險藥物給付項目及支付標準規定辦理。

(二) 其他診療項目

按全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準採核實申報。

(三) 接受治療之個案，宜在同一位醫師之療程中完成。每位個案僅能使用一個療程。一旦中途放棄或中斷治療超過一個月，即喪失參與計畫治療之權益，惟病患因懷孕、符合長期用藥規定患者、其他治療因素等經專業醫療評估必須暫時停藥者，不在此限，懷孕及其他治療因素病患經專業評估須再重啟療程者，則療程重新計算。本項規範務請於收案之初即對個案清楚說明，並取得其同意。

(四) 因工作、遷移等因素需做轉診接續治療時(包含被矯正機關收容)，該個案治療之原負責治療醫師應先上網辦理轉介(轉出)程序後，再由受理轉診之接續治療醫師上網辦理轉介(轉入)程序，接續療程。為免個案中斷治療超過一個月，喪失治療之權益，原負責治療與接續治療之醫師應儘速執行轉介程序。

七、醫療費用申報

(一) 門診

1. 門診醫療費用點數申報格式醫令清單段與現行核實申報方式相同。
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「E1:支付制度試辦計畫」。
 - (2)特定治療項目代號:請填:報「H1:肝炎試辦計畫」。
 - (3)其他與現行核實申報方式相同。

(二) 住院

1. 住院醫療費用點數申報格式醫令清單段與現行核實申報方式相同。
2. 住院醫療費用點數申報格式點數清單段

(1)案件分類:請填報「4:支付制度試辦計劃」。

(2)給付類別:請填報「M:肝炎試辦計畫」。

(三) 申報方式：併當月門、住診送核案件申報。

(四) 醫療院所依本計畫提供矯正機關收容對象門診醫療服務，仍請依本計畫規定申報案件分類「E1」及特定治療項目「H1」，再接續於特定治療項目代號(二)~(四)填入「JA(監內門診)」或「JB(戒護就醫)」。若提供住院醫療服務，申報案件分類「4」及給付類別「K(收容對象住院)」。

(五) 其他有關特約、支付標準、受理、暫付、轉檔之基本邏輯檢查及平衡、申復等作業，與現行之相關規定相同。

(六) 病患因本署委辦醫療服務、本保險其他專案計畫或於急診就醫，於就醫同時併開立B型或C型肝炎用藥者，應分開兩筆申報。

八、醫療費用審查

(一) 參加本計畫之案件，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。

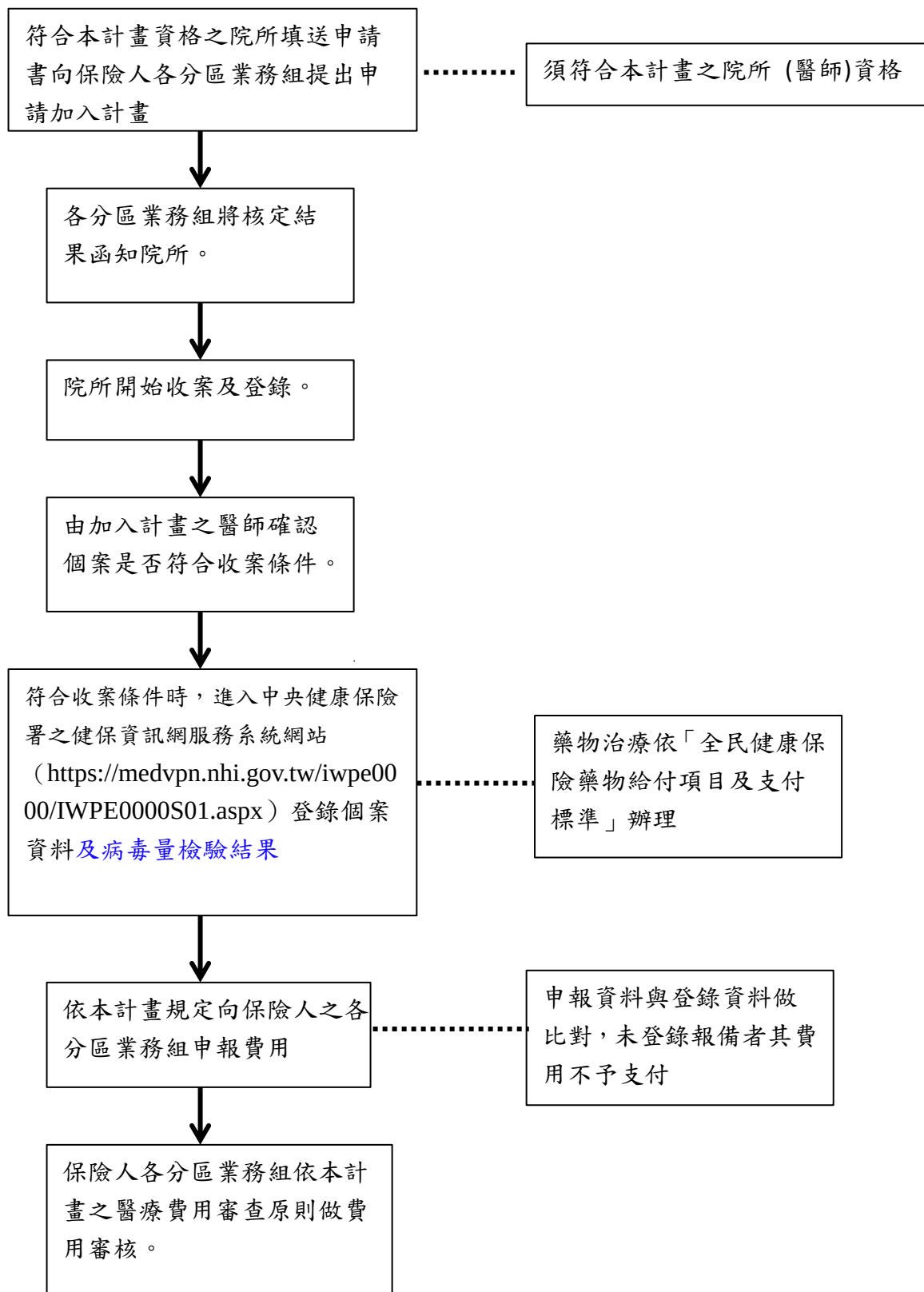
(二) 視審查需求，進行檔案分析審查，若經發現異常者，應予以輔導改善，經輔導並於一定期間未改善者，得以加重審查或全審、核減費用，必要時移請查核。

九、本計畫作業流程如附件一。

十、個案通報及登錄系統如附件二。

十一、 本計畫第四項所指肝炎治療醫療資源不足區及山地離島地區詳如附件三。

全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫作業流程



**全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫
中央健康保險署網頁之個案通報及登錄系統說明**

- 一、參與本計畫之醫師須透過院所行文至保險人所轄分區業務組申請，經核准後，始能登入本系統（網址：
<https://medvpn.nhi.gov.tw/iwpe0000/IWPE0000S01.aspx>）。
- 二、院所進入保險人資訊網服務系統網頁後，於本計畫登錄之畫面，進行病患資料及病毒量檢驗結果之登錄、維護及查詢事項。

「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」
 肝炎治療醫療資源不足地區及山地離島地區一覽表

分區別	縣市別	鄉鎮區別
臺北	基隆市	X
	台北市	X
	新北市	烏來區、石門區、坪林區、萬里區、雙溪區
	宜蘭縣	南澳鄉、大同鄉
	金門縣	V
	連江縣	V
北區	桃園市	復興區
	新竹市	X
	新竹縣	五峰鄉、尖石鄉
	苗栗縣	泰安鄉
中區	台中市	和平區、大安區
	彰化縣	大城鄉、芳苑鄉、埤頭鄉、福興鄉、線西鄉、田尾鄉、埔鹽鄉、溪州鄉
	南投縣	國姓鄉、信義鄉、仁愛鄉
南區	雲林縣	V
	嘉義市	V
	嘉義縣	V
	台南市	排除中西區、安平區、安南區及南區，其餘原台南縣鄉鎮區域持續列為 B、C 型肝炎治療計畫醫療資源不足地區
高屏	高雄市	那瑪夏區、桃源區、茂林區
	屏東縣	琉球鄉、新園鄉、霧台鄉、枋山鄉、獅子鄉、三地門鄉、車城鄉、來義鄉、春日鄉、泰武鄉、長治鄉、崁頂鄉、萬巒鄉、麟洛鄉、瑪家鄉、牡丹鄉
	澎湖縣	V
東區	花蓮縣	秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉
	台東縣	海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉、蘭嶼鄉、綠島鄉

討論事項

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案(以下稱氣喘方案)」案，提請討論。

說明：

- 一、依台灣胸腔暨重症加護醫學會 108 年 4 月 16 日台胸學會志字第 1080320 號函辦理。
- 二、來文單位反映現行氣喘方案之收案條件主診斷範圍為 ICD-10-CM：J44-J45，惟「J44-慢性阻塞性肺病」同時為慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案(以下稱 COPD 方案)可收案之主診斷，故建議 J44 自氣喘方案收案條件排除，以真實反應應接受氣喘照護人數、方案收案率及病人疾病控制狀況(附件 1，詳頁次討 3-4~3-8)，另將原計畫中 ICD-9-CM 代碼刪除，已符現況。
- 三、檢視兩方案 107 年執行概況，其中主診斷為 J44 之申報狀況簡述如下(附件 2，詳頁次討 3-9)：
 - (一)氣喘方案：醫院及西醫基層照護個案中，分別有 3,449 人及 86 人之主診斷為 J44，占整體照護人數的 7.1%及 0.1%。
 - (二)COPD 方案：醫院及西醫基層照護個案中，分別有 14,686 人及 1,105 人之主診斷為 J44，占整體照護人數的 92.2%及 91.6%。
- 四、辦理方式如下：
 - (一)氣喘與 COPD 雖皆屬慢性呼吸道疾病，惟二者病程差異性大，照護內容亦具有各自疾病之獨特性，且於 COPD 方案中規範病患不得同時被兩方案收案(附件 3，詳頁次討 3-10~3-28)，本署系統亦已建置個案不得同時被二項方案收

案之檢核機制。

- (二) 經查 107 年共計 108 家氣喘方案參與院所有主診斷為 J44 之照護個案，其中 78.7% (85 家) 已參與 COPD 方案 (附件 4, 詳頁次討 3-29)，故前述照護個案應能透過院內(間)轉介，持續接受 COPD 方案照護。
- (三) 綜上，考量 J44 係指慢性阻塞性肺病，擬將主診斷 J44 於氣喘方案收案條件中刪除，僅保留於 COPD 方案收案條件，讓慢性阻塞性肺病病患依方案內容得到適當的管理與照護，以達醫療給付改善方案之疾病管理目的。惟已為氣喘方案照護之主診斷 J44 個案仍得於原方案下持續接受照護。

五、財務影響 (附件 5 及 6，詳頁次討 3-30~3-31)：

(一) 醫院：

1. 氣喘方案主診斷為 J44 之照護個案之平均每人醫療費用約 859 點，若改由 COPD 方案收案，依其每人醫療費用 (約 1,096 點) 計算，約需 377.9 萬點，較原氣喘方案收案增加約 81.7 萬點。
2. 108 年度醫療給付改善方案預算為 11.87 億元，以 103 年至 107 年預算平均執行率 (83.6%) 推估 108 年預算執行數約 9.93 億點，餘 1.94 億元，尚足以支應。

(二) 西醫基層：

1. 氣喘方案主診斷為 J44 之照護個案之平均每人醫療費用約 528 點，若改由 COPD 方案收案，依其每人給付費用 (約 610 點) 計算，約需 5.2 萬點，較原氣喘方案增加約 0.7 萬點。
2. 108 年度醫療給付改善方案預算為 4 億元，以 103 年至 107 年預算平均執行率 (92.7%) 推估 108 年預算執行數約 3.71

億點，餘 0.29 億元，尚足以支應。

(三) 綜上，醫院及西醫基層總額，預算均足以支應。

六、 另擬併同修訂部分方案內容，說明如下（附件 7，詳頁次討 3-32）：

(一) 將「台灣氣喘學會」納入可提供氣喘照護教育訓練課程單位（附件 8，詳頁次討 3-33～3-35）。

(二) 比照 COPD 方案明文規範「同一病人不得同時被氣喘及 COPD 方案收案」。

(三) 配合實際行政作業流程，修改病歷製作文字敘述方式。

(四) 配合實際臨床需求，新增歸因於病人之結案條件「病患自行要求結案」。

七、 修訂方案詳附件 9（詳頁次討 3-36～3-50）。

擬辦：依會議決議提報衛生福利部核定後公告實施。

檔號：
保存年限：

台灣胸腔暨重症加護醫學會 函

內政部立案證書台內社字第 8905002 號
機關地址：83301 高雄市鳥松區大埤路 123 號
聯絡人：張家榕
聯絡電話：(07) 735-3917
電子信箱：tspccm.t6237@msa.hinet.net

受文者：衛生福利部中央健康保險署

地址：10634 臺北市大安區信義路三段 140 號
發文日期：中華民國 108 年 04 月 16 日
發文字號：台胸學會志字第 1080320 號
速別：速件
密等及解密條件或保密期限：普通
附件：如說明三

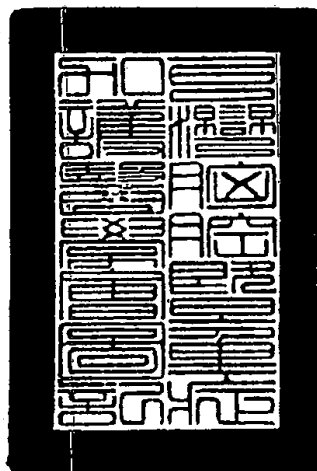
主旨：

檢陳「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」精進計劃書乙份，敬請查照惠示卓見。

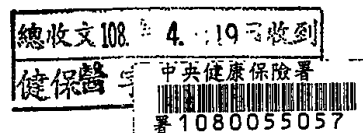
說明：

- 一、健保氣喘 P4P 已行之多年並達目標，為追求更佳之成效，台灣胸腔暨重症加護醫學會經過詳細討論，與本會呼吸道疾病委員會與專家擬定共識，欲提升並更加改善計畫之進行。
- 二、本會於先前舉行「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案精進計畫共識」會議，召集各級醫療院所參與方案醫師共同討論並擬定共識意見，針對現行方案提出相關修訂建言，以供貴署參考。
- 三、檢附「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」精進計劃書乙份，敬請查照惠示卓見。

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：台灣胸腔暨重症加護醫學會存查



理事長林孟志





台灣胸腔暨重症加護醫學會
Taiwan Society of Pulmonary and Critical Care Medicine

「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」

精進計畫書

出版日期：民國一〇八年四月十五日



一、背景摘要：

氣喘是全球常見的慢性呼吸道疾病，全球包含台灣在內，有超過 80 個國家積極推展氣喘防治計畫。衛生福利部中央健康保險署辦理的「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」，將氣喘病患收案後，遵循臨床治療指引提供照護，藉此可提升病人的照護品質。

氣喘是呼吸道慢性發炎引起阻塞的疾病，可能會伴隨其他的過敏性疾病，因呼吸道太敏感，患者會有反覆發作的咳嗽、胸悶、哮喘及呼吸困難，症狀會在夜晚或是清晨時特別嚴重，也會隨著季節變化。根據統計資料顯示，當溫差變化大時，因症狀發作而求診的氣喘患者會明顯增加。

如果氣喘病情沒有控制好、或缺乏警覺心、延誤治療，更可能誘發併發症，也可能引發呼吸道慢性發炎，嚴重可能會肺纖維化，甚至需送急診治療，可見氣喘患者的日常保養、照護重要性，有助減少住院、急診發生。

台灣胸腔暨重症加護醫學會曾估計，台灣氣喘盛行率超過 5%，但此數據有被低估疑慮。以台北市來說，學童氣喘盛行率約 2 成，成人也約有 1 至 2 成有氣喘，推估台灣至少有 100 萬氣喘患者，甚至可能高達 200 至 300 萬名。

妥善治療氣喘的第一步是建立正確的觀念、早期發現與適當治療，可避免嚴重氣喘的發生，減少死亡憾事。不過，醫師的臨床經驗顯示，有些氣喘患者雖有長期拿藥習慣，但沒有按時用藥，只有在症狀嚴重時才拿出來救急。結果可能因為一次感冒，就誘發氣喘急性發作，甚至進展到急性呼吸衰竭、必須插管救命，實在非常可惜。

為了讓氣喘患者有正確衛教及疾病管理知識，有助延緩疾病惡化，政府從民國 90 年 11 月開始，推動氣喘醫療給付改善方案 (P4P)，希望透過醫療團隊給予患者完整、細緻的照顧，從訂定治療目標，配合醫囑返診、用藥，並聽從個案管理師指導，完善的追蹤計畫等，加強病患的自我照護能力，減少住院、急診率，也能避免不必要的醫療資源浪費。

二、建言內容：

氣喘醫療給付改善方案自民國 90 年至今走過 16 個年頭，根據統計資料，氣喘患者加入改善計畫後，約有 26.4% 患者的尖峰呼氣流速檢測數值從原先的不穩定，進步到安全範圍內；21% 的患者在氣喘控制測驗分數上，從原本氣喘未受控制進展到控制狀況良好。

根據 105 年參與 P4P 方案的患者追蹤結果也顯示，患者的平均住院率及急診率為 1.6%、3.7%；相反的，未參與方案的氣喘病人，住院率及急診率則是 3.5% 及 5.8%，顯示氣喘患者只要定期回診、接受醫師評估，遵從醫師指示進行藥量調整，並聽從衛教師指導，有助有效控制病況。

不過，追蹤結果也發現，近 2 年整體氣喘病人參與「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」的比率從接近 30% 下降到約 25%，參與方案的醫療院所也從約 690 家減少到 640 家，也代表醫師參與方案的意願逐漸下降，原本在方案中的醫療院所也逐漸退出方案。

因衛教資源缺乏整合，醫療院所須多負擔相關人事成本；且病人方也可能因為缺乏詳細、充足的衛教知識，對氣喘治療仍存有迷思，認為常用類固醇藥會傷身；或不清楚加入氣喘 P4P 方案的好處，也是醫病雙方對參與方案較消極的原因。

氣喘 P4P 方案立意良善，若運作順暢，對氣喘病人、醫療機構和降低健保資源浪費，肯定是三贏。但現行方案執行與成效略顯疲軟，可能與方案的收案標準、結案條件、支付標準、衛教資源不符臨床使用或醫病期待，亟須提出修正因應，確保照護氣喘病患、維持良好生活品質及健保永續的美事。



三、「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」執行現況分析

根據健保氣喘 P4P 方案統計，氣喘病人參加率從 102 年第一季至 104 年第四季，診斷為氣喘的病人數約在 12 萬至 14 萬人間；參加方案人數約 3.1 萬至 3.6 萬間；參加率接近 30%。但自 105 年第一季後，診斷為氣喘人數開始大幅增加，從 105 年至 106 年第三季，氣喘病人數都超過 16 萬人，甚至在 106 年第 1 季時達到 19 萬人；參與方案人數則維持在 3.6 萬到 4 萬，參加率滑落到約 25%。

診斷氣喘病人人數在 105 年開始上升，推測原因可能跟台灣醫療系統當時處在國際疾病分類標準從 ICD-9 轉換到 ICD10 階段有關。ICD-10 中 J44-J45 者都符合 P4P 的收案標準，但 J44 為慢性阻塞性肺病、J45 為氣喘，兩者的區分在於是否有合併症或處在急性發作，可能導致醫師臨床判斷為氣喘人數變多，但參加方案人數沒有增加，參與率自然下滑。

從參與方案醫療院所數看，從 101 年第 3 季至 104 年第 2 季，約維持在 680 家至 690 家；但在 104 年第三季後，退出方案者明顯增加，家數維持在 640 家左右，表示醫師對參與方案的意願下降。

為了了解原因，台灣胸腔暨重症加護醫學會委請研究團隊，針對 P4P 方案進行分析調查，分別訪問醫師和病人對方案執行的看法及需要改進的地方；醫學會也在 107 年 3 月中舉行「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案精進計畫共識」內部會議，召集近 20 名各級醫療院所參與方案的醫師討論，釐清 P4P 執行現狀。

根據醫師臨床經驗，現行收案標準有診斷碼 J44、J45，然而由於診斷碼 J44 為慢性阻塞性肺病 (COPD)，因此納入 J44 患者之數據，會使臨床判讀氣喘病人疾病控制率等資料時，造成不夠精準之情況；需 90 天在同院所同醫師診斷為氣喘，但若在聯合診所，病人有可能給不同醫師看診；又病人如果被其他院所收案，一年內還有追蹤紀錄，其他院所不得收案。一年的時間太長，實務上常遇到因前院所未結案，致不能收案，病人端也很無奈。

良好的氣喘照護除了醫師精準診斷、治療，也需要充足的衛教資訊。醫師因要看診，詳細衛教必須委由衛教師或護理師執行。在大醫院因人力相對充足，或許運作無虞；但在診所，因護理人力有限，若要確實執行衛教工作，診所勢必要多花錢雇人。若要完整追蹤病人、提醒病人回診，也需人力投入。看診資料紀錄得愈翔實，也可幫助病人更確實掌握身體狀況，但這同樣有賴充足的人力。若沒有足夠的給付或獎勵，對醫療院所誘因不足。

氣喘 P4P 方案給付項目及支付標準曾歷經修訂，若與第一版本比較，目前第 11 版的各項支付點數都有下修，且限定申報次數。如氣喘新收案管理照護費調為每人次 400 點；每一病患在同一院所限申報一次；氣喘追蹤管理照護費則是每人次 200 點，每年最多申報 3 次；氣喘年度評估管理照護費地區醫院以上每人次為 800 點、基層診所為每人次 400 點，同樣也是每年限申報一次。

方案支付點數調整與健保資源分配有關，維護健保永續發展也是醫界的責任；但因投入 P4P 方案勢必增加提升軟硬體設備、人力等相關成本，若無相對的支付和獎勵，較難提升醫界誘因。

根據 P4P 方案訪談調查報告，透過面對面訪問了 15 名醫師，結果發現醫師認為修改部分方案標準有助增加收案率，包含修訂收案標準、增加支付點值、增加衛教相關支付項目，依病患嚴重程度支付不同點值；系統優化及相互串連可減少重複行政流程、降低醫療人員負擔；降低參與 P4P 用藥核刪標準；也可透過參與醫師的分享，讓更多醫療院所認識 P4P 方案。

醫療人員也認為，氣喘病人的治療順從性有待提升，可考慮給醫療院所氣喘治療照護醫師認證，提升病人對醫療機構的信賴度；可透過回診提醒通知等，增進讓病人記得回診、追蹤，且應提供氣喘相關衛教資訊，增加病人的病識感；政府也應支援因參與 P4P 額外增加的工作及衛教人員花費；且應提供醫師氣喘相關教育訓練課程。



氣喘病人的追蹤問題也值得探討，根據現行方案規定，參與方案的醫師，若半年病人追蹤率小於12%者，經保險人輔導後，3個月未改善，那一年內不得再申報本方案相關費用。但氣喘發作可能有季節性，且若照護、保養得宜，病人未必認為需要積極回診，也可能影響追蹤率。

氣喘病人在對疾病缺乏足夠認知情況下，未必能了解P4P方案的好處，有很多阻礙跟顧慮會導致病人順從度降低。如病人認為氣喘不是需要積極治療控制的疾病，導致病識感低；擔心長期用藥的副作用、抗藥性、依賴性的問題；希望醫師只開立急性減緩藥物，而非慢性保養藥物，對治療存有迷思；也可能因為太忙、忘記、等門診很花時間、回診時開的藥都一樣、看不出治療效果而降低回診意願；且可能沒有接受到足夠的衛教資訊，也會讓病人覺得參不参加方案並無二致。

若要增加病患的順從性及獲得接受良好照護的成效，良好、充足的衛教、常關心、提醒是關鍵。研究歸納以下幾點，可設計一系列針對氣喘病患的衛教材料，內容包含介紹氣喘、詳細說明氣喘控制重要性及控制不佳對生命的危害；且可有回診提醒、積極預約下次回診時間；也應呈現並對病患說明回診追蹤的結果，讓患者了解長期穩定控制的價值跟重要性，提升參與方案的動力。

綜整而言，P4P方案讓醫療院所更有系統提供照護氣喘病人，病人長期、穩定接受治療與追蹤，對自身健康狀況更加掌握、了解，減少嚴重併發風險，更進一步也節省健保資源，同時也讓病人養成小病就要積極處理，莫等大病抱憾的正確觀念。但P4P的立意與精神可能醫療人員、病人認識度不足或方案文字定義不明，致施行困難，建議可定期依臨床狀況修訂P4P方案內容，應能讓P4P方案成效更為提升。

107年氣喘方案主診斷碼申報分布概況

(醫療費用單位:點)

總額別	J44					
	院所數	人數	人數占率	醫療費用	費用占率	每人平均費用
醫院	88	3,449	7.1%	2,961,800	7.4%	859
基層	20	86	0.1%	45,400	0.1%	528

總額別	J45					
	院所數	人數	人數占率	醫療費用	費用占率	每人平均費用
醫院	139	45,252	93.8%	36,101,200	90.8%	798
基層	549	74,789	100.0%	42,475,000	99.3%	568

107年慢性阻塞性肺病方案主診斷碼申報分布概況

(醫療費用單位:點)

總額別	J44					
	院所數	人數	人數占率	醫療費用	費用占率	每人平均費用
醫院	127	14,686	92.2%	16,089,400	88.2%	1,096
基層	93	1,105	91.6%	674,200	92.0%	610

總額別	其他診斷碼					
	院所數	人數	人數占率	醫療費用	費用占率	每人平均費用
醫院	55	726	4.6%	565,200	3.1%	779
基層	17	62	5.1%	25,800	3.5%	416

資料來源:健保三代倉儲資料庫 資料擷取時間:108.04.01

全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案

106.04.01 第一版實施

107.02.01 第一版實施

壹、前言

慢性阻塞性肺病(Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 以下稱COPD)是一種慢性發炎所造成的呼吸道阻塞疾病，是可預防也可治療的常見疾病，且為全球重要的致病及致死原因，亦為肺癌主要危險因子之一，造成的社會經濟負擔十分龐大且與日俱增。

然而一般社會大眾對於COPD認知甚少，即使症狀產生也以為只是正常的老化現象，且由於COPD的早期症狀並不明顯，很容易被誤診為其他疾病，如氣喘或感冒，故COPD的診斷率普遍低落，約47.5%。和氣喘不同，COPD的呼吸道阻塞及肺部傷害皆屬於不可逆反應，再加上病程進展緩慢，等到病人無法忍耐而就醫時往往已發展至中後期，延誤了早期治療的先機。

有鑑於此，在COPD病人疾病惡化前，加強此疾病之管理方式，使病人早期診斷並獲得適當治療，減少急症及併發症的發生，不僅能改善病人生活品質，長期而言，亦應能有助整體醫療費用的降低。

本方案藉由醫療資源整合制度之設計，導入提升COPD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，加強COPD病人之追蹤管理及衛教服務，提供完整且連續性的照護模式，以創造病人、醫療院所及保險人三贏之局面。

貳、目標

- 一、建立以病人為中心之共同照護模式。
- 二、提升 COPD 臨床治療品質。
- 三、降低 COPD 急性及加護病房入住率。
- 四、建立以品質為導向之支付制度。

參、計畫內容

一、參與醫療院所資格

- (一) 第一類院所：需具有三位以上(含)胸腔暨重症專科專(兼)任醫師，且需配置呼吸治療師及個案管理師(如護理師、呼吸治療師或其他醫療相關專業人員)各一名。
- (二) 第二類院所：需具有一位以上(含)家庭醫學科、胸腔暨重症專科、內科、小兒科、耳鼻喉科或神經科之專(兼)任醫師。

二、執行人員資格

(一) 教育訓練資格

1. 新加入本方案之醫師、個案管理師及呼吸治療師，應至少取得 6 小時課程時數，並取得證明(胸腔暨重症專科醫師除外)。
2. 已加入本方案之照護人員，每 3 年須取得至少 6 小時課程時數(胸腔暨重症專科醫師除外)。
3. 教育訓練課程由台灣內科醫學會/台灣胸腔暨重症加護醫學會負責提供。

- (二) 退場機制：參與本方案之院所，其「年度病人追蹤率」小於 12% 者，若經保險人輔導後，6 個月內仍未改善，自保險人文到日之次月起取消參與方案資格，且半年後始得再申請參與方案，個案數小於 10 人者除外。

「年度病人追蹤率」操作型定義如下：

1. 分母：當年度申報新收案(P6011C)或舊個案追蹤(P6012C)之人數。
2. 分子：分母條件之病人當中，申報上述 2 項醫令後，當年度內有申報另一次追蹤管理(P6012C)之人數。

三、收案對象(給付對象)

- (一) 最近 90 天曾在同院所診斷為 COPD(主診斷 ICD10: J41-J44)，且要有肺功能的紀錄，符合衛生福利部國民健康署(以下稱國健署)慢性阻塞性肺病臨床治療指引定義，至少就醫達 2 次(含)以上者，才可收案，當次收案亦須以主診斷收案。
- (二) 收案前需與病人解釋本方案之目的及需病人配合定期回診等事項，經病人同意配合後，方得收案並將病人或親屬簽章黏貼於病歷表上或電子病歷內，始得支付疾病管理照護費。
- (三) 符合方案收案條件之個案，若已被本方案其他院所或氣喘醫療給付改善方案收案照護者，不得重複收案，俟其結案後，方可收案。

四、結案條件：

- (一) 病人因其他重大疾病或死亡因素無法繼續接受本方案管理照護。
- (二) 經醫師判斷病情惡化應上轉或穩定應下轉，惟病人不願於本方案參與院所內接受照護，三個月內亦未繼續至原院所接受照護。
- (三) 病人失聯超過三個月、拒絕再接受治療、或不願再遵醫囑或聽從衛教。
- (四) 院所超過一年未提供病人本方案管理照護。(以本條件結案之病人，一年內不得再由同一院所收案，但院所仍可依現行支付標準申報相關醫療費用。)

五、收案後個案管理及治療流程

(一) 照護內容：

1. 院所須確保收案病人受到適當治療，提供以病人為中心之全功能性照護，除完成優質醫療照顧，亦能延伸至病人返家後的居家疾病諮詢協調與長期追蹤照護。第一類院所及第二類院所詳細之照護內容可參考附件 1。
2. 第二類院所收案之病人，經醫師評估病情符合下列情況者，可轉診至本方案有治療能力之院所進行診治。
 - (1) 初始治療反應不佳。
 - (2) 有其他重大的共病，如心衰竭或心律不整等。
 - (3) 家庭支持系統不足，需其他專業人員(如社工、關懷師...等)介入。
 - (4) 病情惡化經初步處置未改善者。
 - (5) 生命跡象變化，如發燒超過 38 度半合併呼吸次數>25 次/分鐘或心跳速率大於 130/分鐘。
3. 前項經轉診之原第二類院所病人，經評估病情符合下述條件者，可回診至原院所進行後續照護。
 - (1) 病人六個月未發生 COPD 急性惡化。
 - (2) 病人已接受過完整肺復原療程。

(3) 病人具自我照護能力。

(二) 詳細之疾病診斷及治療可參照國健署「慢性阻塞性肺病臨床治療指引」(完整檔案可於台灣胸腔暨重症加護醫學會「自在呼吸健康網」網站下載，網址為 www.asthma-copd.tw)。

(三) 參與本方案院所將使用由台灣胸腔暨重症加護醫學會公益提供之 COPD 病人自我照護教材及輔助工具。

(四) 台灣胸腔暨重症加護醫學會將監測轉診/轉檢流程並提供必要之協助。

六、申請程序及受理資格審查：申請本方案之醫事服務機構應檢附下列資料向保險人分區業務組提出申請，並經保險人審核通過後，始得執行，變更時亦同。

(一) 申請表(如附件 3)

(二) 專業團隊名冊(請條列各執行人員之姓名、身分證字號、專業類別、證書字號、教育訓練時數及證明影本)

七、給付項目及支付標準：符合本方案之 COPD 病人，接受以醫師為主導之醫療團隊提供常規性 COPD 之完整性照護，醫療院所得定期申報管理照護費，給付項目及支付標準如附件 4。

八、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 5)，於健保資訊網服務系統(VPN)登錄個案基本資料及檢驗、檢查結果資訊。

(二) 參與本方案之醫療院所每年需定期依「提升院所 COPD 慢性照護能力與病人生活品質的量化評量表」(如附件 6) 自我評量後，於每年年底前上傳保險人之分區業務組備查。

九、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(以下稱審查辦法)規定辦理。

2. 門診醫療服務點數清單及醫令清單填表說明：

(1) 屬本方案收案之保險對象，其就診當次符合申報者，於申報費用時，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「HF(慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案)」；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，依審查辦法規定辦理。

十、獎勵措施：獎勵點數之計算，自參與院所有完整曆年(第一年為 4 月至 12 月)資料後，再予核算。自本方案執行第二年起，當年度新參與方案之院所，須於次年方得參與品質獎勵評比。

(一) 品質獎勵指標：

1. 病人完整追蹤率

操作型定義如下：

(1) 分母：當年度該院所照護(含收案及轉入)本方案之所有病人數。

(2) 分子：上述分母條件之病人中，於當年度該院所完成下列條件者之人數。

A. 舊病人且當年度未有轉入、轉出紀錄者：當年度有申報年度評估(P6013C 或 P6014C)，且追蹤管理(P6012C)達 3 次者。

B. 當年度新收案或有轉入、轉出紀錄者：視當年實際照護季數(結案或轉出日-收案日)，完成下列追蹤管理次數者，視為達成追蹤。

a. 實際照護滿 3 季者，其當年度「追蹤管理(P6012C) + 年度評估(P6013C 或 P6014C)」次數達 3 次。

b. 實際照護滿 2 季者，其當年度「追蹤管理(P6012C)」次數達 2 次。

c. 實際照護滿 1 季者，其當年度「追蹤管理(P6012C)」次數達 1 次。

2. 收案病人 COPD 出院後 14 日內再入院率

(1) 分母：當年度該院所照護(含收案及轉入)本方案之所有因主診斷 COPD 住院後出院之病人人次。

(2) 分子：分母條件之病人當中，出院後 14 日內因主診斷 COPD 再入院之總人次。

3. 收案病人因 COPD 急診就醫比率

(1) 分母：當年度該院所照護(含收案及轉入)本方案之所有病人數。

(2) 分子：分母條件之病人當中，因 COPD 急診就醫之總人數。

4. 收案病人因 COPD 急性住院比率

(1) 分母：當年度該院所照護(含收案及轉入)本方案之所有病人。

(2) 分子：分母條件之病人當中，當年度曾因主診斷 COPD 入住急性病房或加護病房之總人數。

5. 收案病人因 COPD 入住加護病房比率

(1) 分母：當年度該院所照護(含收案及轉入)本方案之所有病人數。

(2) 分子：分母條件之病人當中，當年度曾因主診斷 COPD 入住加護病房之總人數。

6. 收案病人 6 個月戒菸成功率

(1) 分母：該年度該院所照護(含收案及轉入)本方案之所有仍有抽菸習慣的病人數。

(2) 分子：分母條件之病人當中，自追蹤日向前推算 6 個月內未吸菸之總個案數。

7. 收案病人接受肺部復原評估比率

肺部復原及呼吸訓練治療項目參照附表 3。

(1) 分母：當年度該院所照護(含收案及轉入)本方案之所有病人數。

(2) 分子：分母條件之病人當中，當年度有執行肺部復原評估(P6015C)之總人數。

8. 收案病人接受正確藥物治療比率

藥物治療項目參照國健署慢性阻塞性肺病臨床治療指引。

(1)分母：當年度該院所照護(含收案及轉入)本方案之所有病人數。

(2)分子：分母條件之病人當中，當年度治療藥物符合國健署慢性阻塞性肺病臨床治療指引之總人數。

(二)獎勵評比方式：

1.區分第一類院所、第二類醫院、第二類基層診所，共3組。

2.各組院所依上述8項「品質獎勵指標」比率分別排序(「病人完整追蹤率」、「收案病人6個月戒菸成功率」及「收案病人接受肺部復原比率」、「收案病人接受正確藥物治療比率」由高排至低；「收案病人COPD出院後14日內再入院率」、「收案病人因COPD急診就醫比率」、「收案病人因COPD急性住院比率」及「收案病人因COPD入住加護病房比率」由低排至高)，計算個別院所8項排序序號之平均值，再重新進行總排序。

3.各組總排序前25%之院所，依該院所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，按比例支付，惟第4季新收案個案不納入獎勵。

(三)符合下述條件之病人，不列入本方案品質獎勵指標及個案獎勵費用之計算：

1. 因非慢性阻塞性肺病相關疾病而導致預期存活期小於六個月者。
2. 長期臥床大於三個月且無進步潛能者。
3. 因神經或肌肉骨骼系統功能下降，而無復健潛能者。
4. 嚴重意識或認知障礙，嚴重精神疾病。
5. 長期呼吸器依賴者。
6. 重度慢性阻塞性肺病之末期階段，經醫師評估短期內無法復原者
7. 若病人或家屬中途無法參予配合意願，即中止治療。
8. 過去一年曾因COPD住院2次以上者。
9. 同時具有其他重大傷病之患者。
10. 第4季新收案個案。

十一、品質監測指標

(一)第二類院所應上轉病人比率

1.分母：第二類院所當年度該院所所有照護(含收案及轉入)本方案病人人數。

2.分子：分母條件之病人當中，經醫師評估病人「發生急性惡化或其他重大病情」且「該院所無法診治」應上轉之病人人數。

(二)第一類院所應下轉病人比率

1.分母：第一類院所當年度該院所所有照護(含收案及轉入)本方案病人人數。

2.分子：分母條件之病人當中，經醫師評估病情穩定應下轉之病人人數。

(三)第二類院所應上轉未上轉病人比率

1.分母：第二類院所當年度該院所，經醫師評估病人「發生急性惡化或其他重大病情」且「該院所無法診治」應上轉之病人人數。

2.分子：分母條件之病人當中，未上轉病人人數。

(四)第一類院所應下轉未下轉病人比率

1.分母：第一類院所當年度該院所，經醫師評估病情穩定應下轉之病人人數。

2.分子：分母條件之病人當中，未下轉病人人數。

(五)第二類院所應上轉病人因病患意願未上轉比率

- 1.分母：第二類院所當年度該院所，經醫師評估病人「發生急性惡化或其他重大病情」且「該院所無法診治」應上轉未上轉病人人數。
- 2.分子：分母條件之病人當中，因病患意願於原院繼續治療之病人人數。

(六)第一類院所應下轉病人因病患意願未下轉比率

- 1.分母：第一類院所當年度該院所，經醫師評估病情穩定應下轉未下轉病人人數。
- 2.分子：分母條件之病人當中，因病患意願於原院繼續治療之病人人數。

十二、費用之支付

- (一)本方案之疾病管理費用（P6011C、P6012C、P6013C、P6014C、P6015C）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。
- (二)疾病管理費用按季暫以每點一元支付；年度結束後，疾病管理費用與品質獎勵費用，併上開專款項下其他方案費用，進行全年結算，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。
- (三)保險人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。

十三、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之院所名單，供參與醫師自行查詢。

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。

慢性阻塞性肺病照護內容

第一類醫療院所：

由胸腔專科醫師主導醫療照護，以隨時依病人的病情變化需要，追蹤胸部X光、肺功能及主客觀呼吸狀況以評估呼吸功能的進步或惡化。慢性阻塞性肺病個案管理師依據醫師的醫療指示，負責協調COPD照護之跨專科醫療團隊中的資源整合，目標為提供以病人為中心之全功能性照護，達成除了完成優質醫療照顧，亦能延伸至病人返家後的疾病諮詢協調與長期追蹤照護。

1. 應完成照護內容細則：

- (1) 完成慢性阻塞性肺病相關知識及自我照護執行的個人化教育。
- (2) 應完成疾病預防之衛教，如戒菸與疫苗注射相關衛教。
- (3) 訓練完成自我照護的能力及工具使用紀錄 (如監測體重、吸入型藥物使用知識、熟悉記錄主客觀呼吸狀況評估)。
- (4) 依診治指引之標準用藥使用順從性與正確性評估。
- (5) 肺部復原運動及分泌物處理之衛教與執行，依病人需要訓練強度，分高強度及低強度復原訓練。
- (6) 參與本方案院所將使用由台灣胸腔暨重症加護醫學會公益提供之COPD病患自我照護教材及輔助工具。
- (7) 台灣胸腔暨重症加護醫學會將監測轉診/轉檢流程並提供必要之協助。

2. 門診照護及疾病照護追蹤

- (1) 門診照護條件：專業照護成員包含有負責慢性阻塞性肺病之胸腔專科醫師一名與專責慢性阻塞性肺病個案管理師，追蹤慢性阻塞性肺病病人的疾病知識維持與照顧行為的執行，視需要強化病人及家屬的知識教育，安排後續檢驗及治療計畫：承作醫院定期回診，若個案有突發性或不預期性疾病病情變化，依狀況個管師協助安排提前看診，或依據慢性阻塞性肺病之胸腔專科醫師指令協助安排相關醫療照護資源。
- (2) 個案管理師：提供看診前電話諮詢與疾病照護追蹤。
- (3) 呼吸治療師：協助執行肺部復原相關醫療處置。
- (4) 回診時，個管師協助檢視個案居家自我照護紀錄，含心跳、血壓、體重，強化教育慢性阻塞性肺病藥物使用之目的。
- (5) 門診時，有藥物劑量調整或變更時，強化教育慢性阻塞性肺病藥物使用之目的，並確保個案在沒有無法使用的情況下，有使用到慢性阻塞性肺病標準用藥。
- (6) 經醫師評估病情符合下述條件者，可轉診至第二類院所進行後續照護。
 - A. 病人六個月未發生COPD急性惡化。
 - B. 病人已接受過完整肺復原療程。
 - C. 病人具自我照護能力。

第二類醫療院所：

由主責醫師主導醫療照護，以隨時依病人的病情變化需要，追蹤胸部X光、肺功能及主客觀呼吸狀況以評估呼吸功能的進步或惡化。目標為提供以病人為中心之全功能性照護，達成除了完成優質醫療照顧，亦能延伸至病人返家後的疾病諮詢協調與長期追蹤照護。

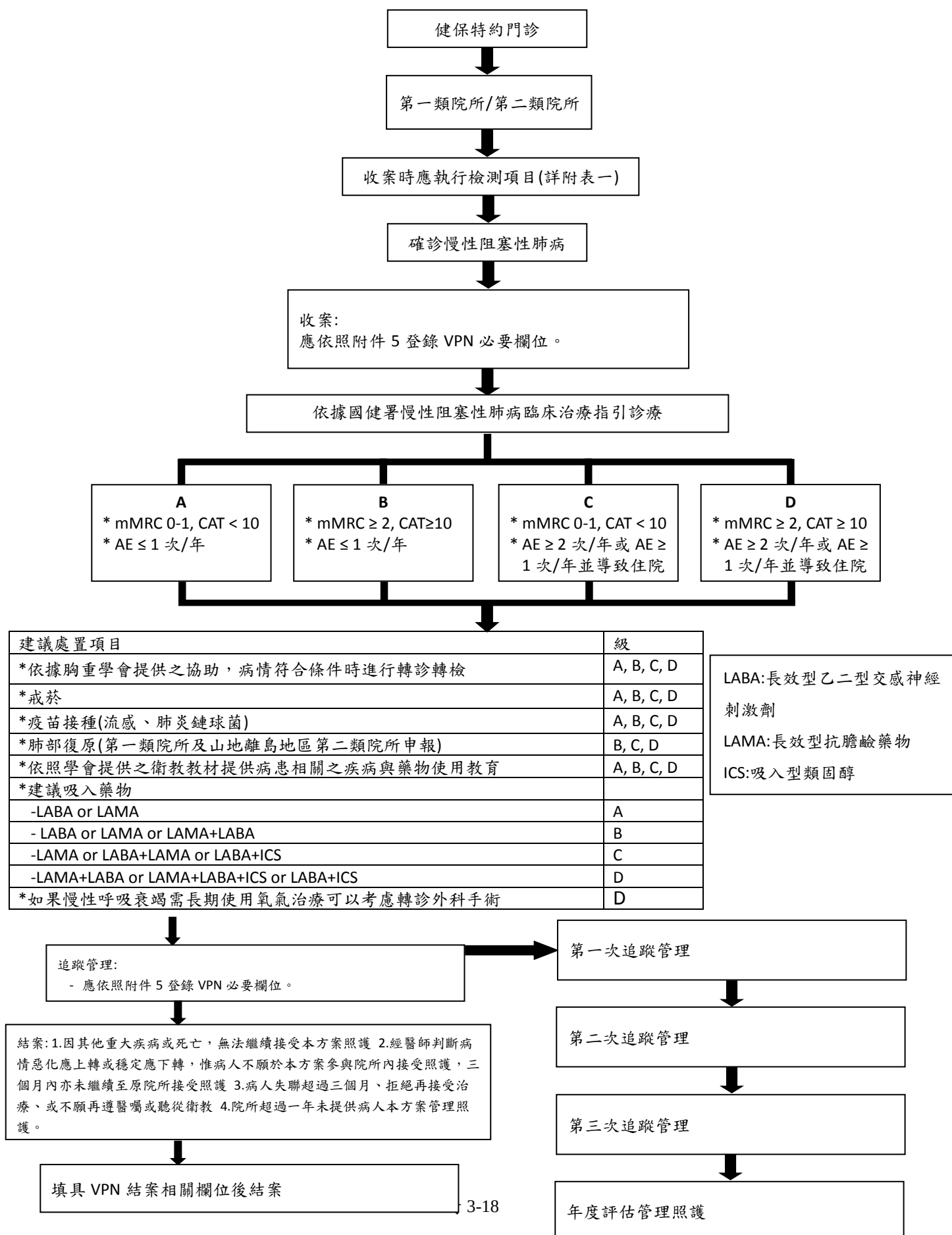
1. 應完成照護內容細則：

- (1) 完成COPD相關知識及自我照護執行的個人化教育。
- (2) 應完成疾病預防之衛教，如戒菸與疫苗注射相關衛教。
- (3) 訓練完成自我照護的能力及工具使用紀錄（如監測體重、吸入型藥物使用知識、熟悉記錄主客觀呼吸狀況評估）。
- (4) 依診治指引之標準用藥使用順從性與正確性評估。
- (5) 參與本方案院所將使用由台灣胸腔暨重症加護醫學會公益提供之COPD病患自我照護教材及輔助工具。
- (6) 台灣胸腔暨重症加護醫學會將監測轉診/轉檢流程並提供必要之協助。

2. 門診照護及疾病照護追蹤

- (1) 門診照護條件：專業照護成員包含有負責COPD之醫師一名，追蹤COPD病人的疾病知識維持與照顧行為的執行，視需要強化病人及家屬的知識教育，安排後續檢驗及治療計畫；定期回診，若個案有突發性或不預期性疾病病情變化，依狀況安排提前看診，或醫師協助安排相關轉診。
- (2) 回診時檢視個案居家自我照護紀錄，含心跳、血壓、體重，強化教育COPD藥物使用之目的。
- (3) 門診時，有藥物劑量調整或變更時，強化教育COPD藥物使用之目的，並確保個案在沒有無法使用的情況下，有使用到COPD標準用藥。
- (4) 經醫師評估病情符合下列情況者，可轉診至有治療能力之本方案參與院所進行診治。
 - 初始治療反應不佳。
 - 有其他重大的共病，如心衰竭或心律不整...等。
 - 家庭支持系統不足，需醫護人員(如社工、關懷師...等)介入。
 - 病情惡化需使用注射型類固醇或抗生素者。
 - 生命跡象變化，如發燒超過38度半合併呼吸次數>25次/分鐘或心跳速率大於130/分鐘。
- (5) 必要之檢查無法執行時，應轉代檢。

收案後個案管理流程表



全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案申請表

院所申請類別：☐新增 ☐變更(變更者另檢附變更事項前後對照表)

基本資料	院所名稱		院所代碼		
	計畫聯絡人姓名		計畫聯絡人電話：		
	計畫聯絡人 e-mail				
申請類型		☐ 第一類院所。 ☐ 第二類院所。			
檢送項目	項 目		審 查 結 果		備 註
	團隊人員組成		☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他		
	各類執行人員教育訓練資格		☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他		
保險醫事服務機構	機構章戳		保險人審核意見欄 1 ☐ 審核通過 2 ☐ 不符合規定 3 ☐ 資料不全，請補齊 4 ☐ 其他 日期章戳：	本欄由審查單位填寫	
	申請日期： 年 月 日				

全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案

給付項目及支付標準

- 一、 本方案給付項目及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辦理。
- 二、 符合本方案之 COPD 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、高血壓....等，不包括氣喘)，除依本方案支付標準申報外，得再依相關試辦計畫或方案申報費用。

編號	診療項目	支付點數
P6011C	COPD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。轉入病人亦得申報。	400 點/次
P6012C	COPD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
P6013C	COPD年度評估管理照護費（第一類院所） 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：追蹤管理後至少須間隔80天才能申報本項，本項限申報 COPD新收案(P6011C)或COPD追蹤管理照護費(P6012C)合計達3次(含)以上之第一類院所始得申報。本項每年限申報一次。	800 點/次
P6014C	COPD年度評估管理照護費（第二類院所） 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：追蹤管理後至少須間隔80天才能申報本項，本項限申報 COPD新收案(P6011C)或COPD追蹤管理照護費(P6012C)合計達3次(含)以上之第二類院所始得申報。本項每年限申報一次。	400 點/次
P6015C	COPD 病人肺部復原及呼吸訓練評估費 註1：含肺復原治療評估、戒菸衛教，經專業人員親自實施始可申報。並須將評估項目、現有問題、短及長程治療目標及治療計畫記錄於病歷內。 註2：「第一類院所」或「山地離島地區之第二類院所且配有專任呼吸治療師」始得申報，限每半年申報一次，一年至多兩次。 註3：肺部復原及呼吸訓練項目建議參考附表三執行。	600點/次

附表一 COPD 病人新收案診療項目參考表

	病史(必要項目)	理學檢查 (必要項目)	實驗室檢驗及檢查(建議項目)	疾病管理照護(必要項目)
完整性初診觀察及照護	1. 家族史 2. 抽菸史 3. 職業史 4. COPD 狀況評估： (1) 病人過去一年急性發作* _____次 *急性發作定義: 1)因呼吸症狀改變造成用藥改變或 2) 因呼吸狀況而導致住院或急診. (2) Spirometry Data (17006C 支氣管擴張劑試驗) a. FEV₁_____ L; b. FEV₁_____ % 預估值 c. FEV₁/FVC:_____ % 預估值 (pre and post-bronchodilator data) (3)慢性阻塞性肺病評估測試 CAT score:_____ mMRC score_____ 5.過去病史 (1) 氣喘疾病 (2) 肺結核 (3) 職業性肺病 (4) 胸腔手術 (5) 糖尿病 (6) 心臟血管疾病史 (7) 慢性肝病 (8) 感染病史 (9) 其它(註明病因) 6.過去和目前處置：藥劑、自我處理與監測 7. 家庭狀況 (獨居或有同居者) 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	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. 09005C 血液葡萄糖(Glucose) 5. 18001C 心電圖(E.K.G) 6. 32001C 胸部 X 光 (包括各種角度部位之胸腔檢查)(Chest view) 7. 17019C 支氣管激發試驗 (Bronchial provocation test) 8. 33072B 電腦斷層造影 註：以上所列項目非每位 COPD 病人必要之檢驗檢查，請依病情需要核實申報。	1.治療計畫 2.教導病人自我處理治療計畫 (1) 瞭解症狀、嚴重度及自我處理方法 (2) 瞭解治療目標 (3) 瞭解每日使用的治療藥物劑量 (4) COPD 惡化時如何治療或如何尋求諮詢及更進一步的醫療 3. 肺部復原管理諮詢 4.安排下次門診時間

附表二 COPD 病人追蹤暨年度管理管理診療項目參考表

	病史(必要項目)	理學檢查(必要項目)	檢驗及檢查(建議項目)	疾病管理照護(必要項目)
完整性 複診 診察 及 年 度 評 估 照 護	1. 治療計畫的調整 2. 生活品質狀態評估 3. 戒菸狀況 4. 完成個案照護結果年度評估 5. COPD 狀況評估： (1) 病患過去一年急性發作* _____次 * 急性發作定義: 1)因呼吸症狀 改變造成用藥增加 或 2) 因呼 吸狀況而導致住院或急診的急 性發作。 (2) Spirometry Data (17003C 流量容積圖形檢查或 17004B 標準肺量測定) (每年至少執行一次) a. FEV ₁ _____ L; b. FEV ₁ _____ % 預估值 c. FEV ₁ /FVC:_____ % 預 估 值 (3)慢性阻塞性肺病評估測試 (每年至少執行一次) CAT score:_____ mMRC score_____	1. 呼吸頻率 2. 喘鳴聲 3. 心跳頻率	其他依病情需要	1. 治療計畫短期及長期目標之訂定 2. 測試並加強病人執行自我處理治 療計畫之能力 3. 併發症之預防 4. 轉介追蹤 5. 精神社會調適 6. 安排下次門診時間

附表三 肺部復原及呼吸訓練項目建議參考表

肺復原處置 A

醫令代碼	項目
57010B	呼吸運動（次）
57021C	蒸氣或噴霧吸入治療（每次）
57017B	脈動式或耳垂式血氧飽和監視器（每次）
47045C	體位引流
57003C	氧氣吸入使用費(每小時)
57012B	復原運動（次）

肺
復
原
處
置
B

醫令代碼	項目
57010B	呼吸運動（次）
57021C	蒸氣或噴霧吸入治療（每次）
57017B	脈動式或耳垂式血氧飽和監視器（每次）
47090B	高頻胸壁振盪模式呼吸道清潔
57003C	氧氣吸入使用費(每小時)
57012B	復原運動（次）

全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案

VPN個案登錄系統必要欄位簡化表

一、新收案(病人姓名、醫師姓名等欄位會自動帶出)

必填欄位：

1. 病人身分證號
2. 新收案日期、門住診別
3. 主治醫師身分證號
4. 基本檢查數據：身高、體重
5. 基本理學檢查：呼吸頻率、有無喘鳴聲、脈搏
6. 家族病史：親屬是否確診亦具COPD
7. 目前使用藥物(無/短效支氣管擴張劑/口服支氣管擴張劑/口服減敏藥物/單方長效支氣管擴張劑/複方長效支氣管擴張劑/複方含吸入性類固醇支氣管擴張劑)
8. 抽菸史：從未抽菸/已戒菸/未戒菸
目前抽菸包數：
(1)已戒菸:過去包/天/年，戒菸幾年。
(2)未戒菸:包/天/年
9. 急性惡化發作頻率：次/過去一年。(包含病情突然惡化時的額外住院或門診/急診就醫、須使用口服抗生素或控制藥物的改變)
10. 肺功能(FEV1、FEV1%預估值、FEV1/FVC%預估值、pre and post-bronchodilator test)
11. CAT分數
12. mMRC分數
13. 是否屬可收案但不列入獎勵或監控指標之個案
(1)是/否(填「是」者，第(2)題原因需擇一項填覆)
(2)排除原因：
A.因非慢性阻塞性肺病相關疾病而導預期存活期小於六個月者。
B.長期臥床大於三個月且無進步潛能者。
C.因神經或肌肉骨骼系統功能下降，而無復健潛能者。
D.嚴重意識或認知障礙，嚴重精神疾病。
E.長期呼吸器依賴者。
F.重度慢性阻塞性肺病之末期階段，經醫師評估短期內無法復原者
G.若病人或家屬中途無法參予配合意願，即中止治療。
H.過去一年曾因COPD住院 2 次以上者。
I.癌症或同時具有其他重大傷病之患者。

二、追蹤管理(病人身分證號、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. 基本理學檢查：呼吸頻率、有無喘鳴聲、脈搏
3. 急性惡化發作頻率：次/過去一年。(包含病情突然惡化時的額外門診/急診就醫、須使用口服抗生素或控制藥物的改變)
4. 肺功能(FEV1、FEV1%預估值、FEV1/FVC%預估值)
5. mMRC分數
6. 治療計畫調整：
 - (1) 是否戒菸成功(戒菸成功指自追蹤日向前推算 6個月內未吸菸)：戒菸成功/未戒菸成功
 - (2) 是否需調整藥物及劑量：是/否
7. 病情變化狀況-第二類院所必填
 - (1) 是否發生急性惡化原院所無法診治或其他必須至有治療能力之本方案參與院所治療之重大病情：是/否(填「是」者，第(2)題惡化處理方式需擇一項填覆)
 - (2) 惡化處理方式：
 - A.上轉至本方案第一類參與院所
 - B.上轉至非本方案之參與院所
 - C.轉診至本方案有治療能力之第二類參與院所
 - D.病人意願，於原院所繼續照護
 - E.非病人意願因素，於原院所繼續照護
 - F.個案失聯或拒絕接受治療
8. 病情變化狀況-第一類院所必填
 - (1) 是否COPD及他項重大病情皆已穩定：是/否(填「是」者，第(2)題穩定處理方式需擇一項填覆)
 - (2) 穩定處理方式：
 - A.下轉至本方案第二類參與院所
 - B.下轉至非本方案參與院所預計結案
 - C.病人意願，於原院所繼續照護
 - D.非病人意願因素，於原院所繼續照護
 - E.個案失聯或拒絕接受治療
9. 目前使用藥物(無/短效支氣管擴張劑/口服支氣管擴張劑/口服減敏藥物/單方長效支氣管擴張劑/複方長效支氣管擴張劑/複方含吸入性類固醇支氣管擴張劑)

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. 基本理學檢查：呼吸頻率、有無喘鳴聲、脈搏
3. 急性惡化發作頻率：次/過去一年。(包含病情突然惡化時的額外門診/急診就醫、須使用口服抗生素或控制藥物的改變)
4. 肺功能(FEV1、FEV1%預估值、FEV1/FVC%預估值)
5. CAT分數
6. mMRC分數
7. 治療計畫調整：
 - (1) 是否戒菸成功(戒菸成功指自追蹤日向前推算 6個月內未吸菸)：戒菸成功/未戒菸成功
 - (2) 是否需調整藥物及劑量：是/否
8. 病情變化狀況-第二類院所必填
 - (1) 是否發生急性惡化原院所無法診治或其他必須至有治療能力之本方案參與院所治療之重大病情：是/否(填「是」者需填覆第(2)題處理方式)
 - (2) 惡化處理方式：
 - A.上轉至本方案第一類參與院所
 - B.上轉至非本方案之參與院所
 - C.轉診至本方案有治療能力之第二類參與院所
 - D.病人意願，於原院所繼續照護
 - E.非病人意願因素，於原院所繼續照護
 - F.個案失聯或拒絕接受治療
9. 病情變化狀況-第一類院所必填
 - (1) 是否COPD及他項重大病情皆已穩定：是/否(填「是」者需填覆第(2)題處理方式)
 - (2) 穩定處理方式：
 - A.下轉至本方案第二類參與院所
 - B.下轉至非本方案參與院所預計結案
 - C.病人意願，於原院所繼續照護
 - D.非病人意願因素，於原院所繼續照護
 - E.個案失聯或拒絕接受治療
10. 目前使用藥物(無/短效支氣管擴張劑/口服支氣管擴張劑/口服減敏藥物/單方長效支氣管擴張劑/複方長效支氣管擴張劑/複方含吸入性類固醇支氣管擴張劑)

四、結案登錄(結案原因)

1. 因其他重大疾病或死亡，無法繼續接受本方案照護
2. 經醫師判斷病情惡化應上轉或穩定應下轉，惟病人不願於本方案參與院所內接受照護，三個月內亦未繼續至原院所接受照護
3. 病人失聯超過三個月、拒絕再接受治療、或不願再遵醫囑或聽從衛教
4. 院所超過一年未提供病人本方案管理照護。

提升院所 COPD 慢性照護能力與病人生活品質的量化評量表

自評日期：

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.照護人員資格(4%) (1) 第一類院所：具有三位以上(含)胸腔暨重症專科專（兼）任醫師，且配置呼吸治療師及個案管理師各一名。 第二類院所：具有一位以上(含)家庭醫學科、胸腔暨重症專科、內科、小兒科、耳鼻喉科或神經科之專(兼)任醫師。 (2) 參與方案之家醫科、內科、小兒科、耳鼻喉科醫師、神經科醫師、呼吸治療師及個案管理師需接受保險人認可之 COPD 照護教育訓練，新加入方案之醫事人員至少取得 6 小時課程時數，已加入方案之醫事人員自取得資格日起，每 3 年須取得 6 小時課程時數，並取得由台灣胸腔暨重症加護醫學會協調公益提供之教育訓練課程證明。	☐	2		
	2.收案資格(4%) (1) 最近 90 天內曾在同一醫療院所診斷為 COPD (ICD10: J41-J44) 至少就醫達 2 次(含)以上者 (2) 診斷 COPD 者，且有肺功能的紀錄	☐ ☐	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 COPD 照護相關訓練學分，三年至少 6 小時	☐ ☐	2 2		
	4.相關設備(4%) (1) 備有肺功能檢測相關設備可供使用(第二類院所為選填項目) (2) 備有 COPD 藥物衛教相關教具	☐ ☐	2 2		
	1.資訊告知(4%) 收案前有向病人解釋參與本方案之目的及需病人配合定期回診等事項，並取得病人或親屬簽章同意書，可供查閱	☐	4		
	2.個案資料管理(4%) (1) 收案病人初診及複診資料 (2) 收案病人資料或電腦建檔	☐ ☐	2 2		
過程面 62%	3.收案個案之病歷或收案紀錄單完整記載病人相關資料，需包含：(12%) (1) 相關病史(家族史,過去病史,處置狀況,抽菸史) (2) 治療計畫的調整 (3) 過去和目前處置	☐ ☐ ☐	4 4 4		
	4.個案資料完整性(22%) (1) 基本資料(ID、姓名、地址、電話等)。 (2) 照護方案新收案時填報下列資料： A.新收案日期 B.AE 發作頻率 D.肺功能 E.COPD 控制狀況(CAT 及 mMRC 問卷)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	2 2 2 2 2		
	(3) 照護方案(追蹤及年度回診時)」填報下列資料： A.追蹤管理日期 B.AE 發作頻率 C.住院頻率 D. FEV ₁ 預估值(%)	☐ ☐ ☐ ☐	2 2 2 2		

評量 面向	評量項目	符合 打勾	配分	總分	備註
	E. COPD 控制狀況(CAT or mMRC 問卷，年度回診時 CAT 必填) ※ (A~E 皆符合)	☐ ☐	2 2		
	5 病人之追蹤(4%) (1) 告知返診日期 (2) 具有告知返診日期之記錄	☐ ☐	2 2		
	6.落實推動病人衛教(16%) 建立病人 COPD 衛教紀錄，其內容應包含： (1) 認識 COPD (2) 治療計畫 (3) COPD 藥物的認識 (4) COPD 藥物的使用 (5) COPD 嚴重度的評估 (6) 發作時自我處理 ※ (1)~(6)全部符合時	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	2 2 2 2 2 2 4		
結 果 面 22%	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) 一年病人追蹤率大於 12%(收案的個案，收案或追蹤後一年內至少完成 1 次追蹤) (3) 失聯超過 3 個月(≥ 90 天)的個案數評量	☐ ☐ ☐	2 2 2		
	2.品質資料紀錄：有下列資料可供查閱(16%) (1) 病人急性發作次數紀錄 (2) 病人因 COPD 急診就醫次數紀錄 (3) 病人因 COPD 住院次數紀錄 (4) 病人出院 14 日內因 COPD 再入院之比率	☐ ☐ ☐ ☐	4 4 4 4		
優點：					

醫療機構負責人簽章：

107年有主診斷J44個案之氣喘方案院所參與COPD方案概況

總額別	有主診斷J44個案之 氣喘方案院所		有主診斷J44個案之氣喘方案院所 且已參與COPD方案			
	院所數 (A)	人數(B)	院所數 (E)	院所數占率 (=E/A)	人數(F)	人數占率 (=F/B)
醫院	88	3,449	73	83.0%	2,564	74.3%
基層	20	86	12	60.0%	38	44.2%
合計	108	3,535	85	78.7%	2,602	73.6%

資料來源:健保三代倉儲資料庫 資料擷取時間:108.04.01

修訂方案對108年醫療費用影響之推估表

(醫療費用單位:元)

總額別	氣喘方案主診斷 為J44之人數(A)	COPD方案之每人 平均費用(B)	推估108年醫療費用			
			推估轉移至COPD 方案(C=A*B)	原氣喘方案		增加額度 (F=C-E)
				每人平均費用 (D=E/A)	總費用(E)	
醫院	3,449	1,096	3,778,588	859	2,961,800	816,788
基層	86	610	52,472	528	45,400	7,072

註1.資料來源:健保三代倉儲資料庫 資料擷取時間:108.04.01

註2.每人平均費用已經四捨五入計算

103年-107年醫院及西醫基層總額「醫療給付改善方案」總預算數及執行狀況

醫院

項目	103年	104年	105年	106年	107年
預算數(百萬元)	567.3	741.3	876.3	997.5	1,187.0
預算執行數 (百萬點)	524.1	644.5	735.2	808.7	876.7
預算執行率(%)	92.4%	86.9%	83.9%	81.1%	73.9%
剩餘預算數(百萬元)	43.2	96.8	141.1	188.8	310.3

西醫基層

項目	103年	104年	105年	106年	107年
預算數(百萬元)	205.5	254.4	292.7	300.0	300.0
預算執行數 (百萬點)	189.1	220.2	242.6	279.9	325.7
預算執行率(%)	92.0%	86.6%	82.9%	93.3%	108.6%
剩餘預算數(百萬元)	16.4	34.2	50.1	20.1	0 (超出預算25.7百萬點)

推估109年醫院及西醫基層總額「醫療給付改善方案」總預算數執行狀況

總額別	預算數 (億元)(A)	推估		
		預算執行數 (億點)(C=A*B)	預算執行率 (%)(B)	剩餘預算數 (億元)(D=A-C)
醫院	10.87	9.09	83.6%	1.78
西醫基層	4.59	4.25	92.7%	0.34

註.109年預算執行率係以103-107年預算執行率平均值推估

醫院總額扣除提升用藥品質安全方案之專用預算(1億)

氣喘方案內容修正對照表(僅列有修正內容)

項目	現行方案	修改內容
醫師參與條件	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)(前略)，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、台灣氣喘衛教學會或台灣氣喘諮詢協會等六個學會協調每月公益提供，課程表詳附件 1。	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)(前略)，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、台灣氣喘衛教學會或、台灣氣喘諮詢協會或台灣氣喘學會等六個學會協調每月公益提供，課程表詳附件 1。
收案對象	二、收案對象(給付對象) (一)最近 90 天曾在該院所同醫師診斷為氣喘 (ICD-9-CM：493；ICD-10-CM：J44-J45) 至少就醫達 2(含)以上者，才可收案，惟當次收案須以主診斷收案。 (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黏貼於病歷表上，未黏貼者，不予支付疾病管理照護費。 (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，若已被其他院所收案照護中(1 年內仍有追蹤紀錄)，不得收案。	二、收案對象(給付對象) (一)最近 90 天曾在該院所同醫師診斷為氣喘 (ICD-9-CM：493；ICD-10-CM：J44-J45) 至少就醫達 2(含)以上者，才可收案，惟當次收案須以主診斷收案。 (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黏貼於病歷表上，未黏貼者檢附存查。若經查未能提供者，不予支付疾病管理照護費。 (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。
結案條件	(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等。(後略)	(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，病患不願再遵醫囑或聽從衛教者或病患自行要求結案等。(後略)

檔 號：
保存年限：

行政院衛生署中央健康保險局 函

機關地址：台北市信義路3段140號
傳真：(02)27026324
聯絡人及電話： (02)27065866轉
電子信箱：

受文者：

發文日期：中華民國102年7月16日
發文字號：健保醫字第1020062674號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：見說明

主旨：有關 貴會欲申請辦理「健保氣喘慢性照護醫師資格認證進修課程」案，復如說明，請 查照。

說明：

- 一、復 貴會102年7月5日台氣輝字第0019號函。
- 二、查本局實施之氣喘方案，肆、計畫內容規定，辦理教育訓練課程係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、台灣氣喘衛教學會或台灣氣喘諮詢協會等六個學會協調每月公益提供，合先敘明。
- 三、貴會成立宗旨，係依法設立，並非以營利為目的之社會團體，以推廣及提昇氣喘教育、增進氣喘病人醫療照護及醫學之研究教學、預防及應用為宗旨，與本局實施之氣喘醫療給付改善方案，藉由支付制度的設計，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之目的相同，爰同意 貴會辦理本局認證之氣喘教育訓練課程，並將於下次修訂本方案時，將 貴會納入辦理本方案教育訓練課程之學會名單。
- 四、檢附「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」供參(如附件)。

正本：台灣氣喘學會
副本：本局醫務管理組

正本

檔 號:

保存年限:

台灣氣喘學會 函

會址:11489 台北市內湖區成功路四段166號13樓之一

聯絡人:呂秀玲

電話:02-28748270/0978705878/0912288406

傳真電話:02-28765323

電子信箱: taasthma@gmail.com

受文者: 中央健康保險局

發文日期: 中華民國 102 年 07 月 05 日

發文字號: 台氣輝字第 0019 號

速別: 普通件

密等及解密條件或保密期限:

附件: 台灣氣喘學會理監事名單

主旨: 擬申請增加台灣氣喘學會為氣喘給付改善方案中第七個教育訓練課程學會, 懇請中央健康保險局業務組同意本學會參與此教育訓練課程資格。

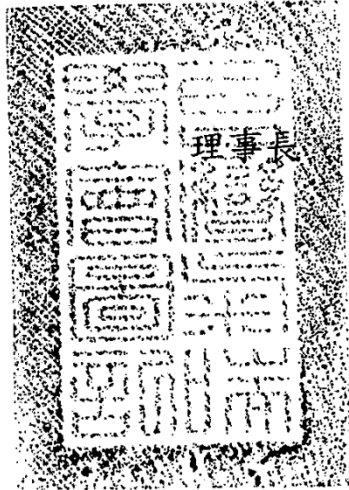
說明:

- 一、本學會於 101 年 7 月 28 日經內政部正式成立合法社會團體, 江啟輝 理事長與各理監事均為台灣胸腔內科院長級及教授級資深醫師和台北榮總護理部主任所擔任。
- 二、本學會將每年遵循貴局所擬訂氣喘教育訓練課程, 其對象均有內、兒、家醫、耳鼻喉科醫師、護理、其他相關醫療人員, 本學會也希望舉辦活動為氣喘給付改善方案中所認可之氣喘照護教育訓練學會。
- 三、本學會將陸續舉辦相關氣喘相關教育課程並規劃氣喘專科醫師認證相關課程。
- 四、本學會將定期舉辦氣喘給付改善方案中所擬訂 8 項教育訓練課程
 1. 氣喘致病機轉與氣道變形
 2. 台灣成人氣喘診療指引
 3. 台灣兒童氣喘診療指引
 4. 氣喘病的診斷與臨床監測
 5. 氣喘病的藥物與非藥物療法
 6. 氣喘病的慢性照護
 7. 氣喘病急性發作的處置
 8. 特殊情況下的氣喘治療

中華民國 102 年 7 月 9 日
中央健康保險局
局長 1020062674

正本：中央健康保險局

副本：台灣氣喘學會，中央健康保險局給付規劃科



江啟輝

(簽名章)



第二頁 (共 2 頁)

全民健康保險氣喘醫療給付改善方案

104.05 修訂第十一版

108.12修訂第十二版

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、~~或台灣氣喘諮詢協會~~或台灣氣喘學會等六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) 最近 90 天曾在該院所同醫師診斷為氣喘(~~ICD-9-CM: 493~~;~~ICD-10-CM: J44-J45~~) 至少就醫達 2(含)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~~黏貼於病歷表上，未黏貼者檢附存查。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當中，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：

分母：當年度該院所收案病人數。

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	5. 家族史 6. 抽煙史 7. 職業史 8. 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) 9. 過去和目前處置：藥劑、自我處理與監測 10. 家庭狀況(獨居或有同居者) 11. 主要照護者(註明姓名、關係及聯絡方式)	4. 身高體重 5. 血壓 6. 心臟、脈搏 7. 皮膚、神經 8. 口腔 6. 評估氣喘嚴重度： d. 輕度間歇性 e. 輕度持續性 f. 中度持續性 g. 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 (5) 認知及避免過敏原及促發因子 (6) 瞭解症狀、嚴重度及自我處理方法 (7) 瞭解治療目標 (8) 瞭解每日使用的預防性藥物劑量(控制性之治療) (9) 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) (10) 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 (11) 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	6. 患者自我監測尖峰呼氣流速計紀錄之判讀 7. 治療計畫的調整 8. 生活型態改變 9. 併發症症狀 10. 其他疾病 11. 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： h. 輕度間歇性 i. 輕度持續性 j. 中度持續性 k. 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： l. 輕度間歇性 m. 輕度持續性 n. 中度持續性 o. 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	7. 治療計畫短期及長期目標之訂定 8. 測試並加強患者執行自我處理治療計畫之能力 9. 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 10. 併發症之預防 11. 轉介追蹤 12. 精神社會調適 13. 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

[illegible]

評量 面向	評量項目	符合 打勾	配分	總分	備註
	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)	☐ ☐ ☐ ☐	1 1 1 1		
	5.未回診病人之追蹤(3%) (1) 告知返診日期 (2) 具有告知返診日期之記錄	☐ ☐	1 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) 治療計畫 (3) 氣喘藥物的認識 (4) 氣喘藥物的使用 (5) 氣喘嚴重度的評估 (6) 過敏原的避免方法 (7) 尖峰呼氣流速計的使用 (8) 發作時自我處理 ※ (1)~(8)全部符合時	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	2 2 2 2 2 2 2 2 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) 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) (3) 失聯超過 6 個月(≥180 天)的個案數評量	☐ ☐ ☐	2 2 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 (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		
	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) 氣喘病人急診就醫次數記錄 (3) 氣喘病人住院次數記錄 (4) 降階治療記錄 (5) 氣喘出院 14 日因氣喘再入院之比率	☐ ☐ ☐ ☐ 	2 2 2 1 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) 診所內有舉辦團體衛教或相關活動 (3) 藥事人員有無相關氣喘教育訓練課程認證	☐ ☐ ☐	2 2 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

氣喘控制程度表			
指標	良好控制 (下列項目須全數達到)	部份控制 (任一週中有任何一項出現)	未獲控制
日間症狀	沒有 (每週兩次或兩次以下)	每週兩次以上	在任何一週中出現 三項或三項以上
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)	每週兩次以上	
肺功能 (尖峰流速或第一秒呼氣量)	正常	<80%預測值或個人最佳值	在任何一週中出現 一次或以上
惡化	沒有	每年一次或以上	

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