



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

114 年第 2 次
會議資料

114 年 6 月 26 日（星期四）下午 2 時 00 分
本署 18 樓大禮堂

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準 共同擬訂會議」114 年第 2 次會議議程

壹、主席致詞

貳、確認上次會議紀錄，請參閱(不宣讀)

第 01 頁

參、優先討論事項

	分項頁碼 (總頁碼)	預估時間 (分鐘)
一、增修「多發性硬化症/視神經脊髓炎 EDSS 量表評估」等 20 項診療項目案。	優討 1-1 (P25)	50

肆、報告事項

一、歷次會議決議事項辦理情形。	報 1-1 (P89)	15
二、修訂支付標準第六部論病例計酬、第七部全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案。	報 2-1 (P95)	10
三、修訂「區域聯防-提升急重症照護品質計畫」案。	報 3-1 (P135)	20
四、修訂轉診支付標準案。	報 4-1 (P157)	15
五、修訂西醫基層總額「相對合理門診點數給付方案」案。	報 5-1 (P171)	20

伍、討論事項

一、114 年全民健康保險門診靜脈抗生素治療獎勵方案。	討 1-1 (P175)	20
二、有關「急診、急救責任醫院及護理費支付標準相關指標」案。	討 2-1 (P183)	30
三、修訂「全民健康保險遠距醫療給付計畫」案。	討 3-1 (P191)	20
四、修訂「全民健康保險推動使用生物相似性藥品及學名藥之鼓勵試辦計畫」案。	討 4-1 (P245)	20

陸、臨時動議
柒、散會

貳、確認本會議 114 年度第 1 次

會議紀錄

-請參閱(不宣讀)確認

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」

114 年第 1 次會議紀錄

時 間：114 年 3 月 27 日（星期四）下午 2 時

地 點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主 席：石署長崇良

紀錄：黃胤學

侯代表重光	侯重光	陳代表俊良	陳俊良
黃代表雪玲	黃雪玲	黃代表啓嘉	黃啓嘉
林代表富滿	陳文琴(代)	李代表飛鵬	李飛鵬
游代表進邦	游進邦	徐代表邦賢	徐邦賢
李代表佳珂	李佳珂	羅代表界山	羅界山
陳代表志忠	(請假)	劉代表淑芬	劉淑芬
劉代表碧珠	(請假)	李代表懿軒	李懿軒
嚴代表玉華	嚴玉華	朱代表世瑋	朱世瑋
羅代表永達	羅永達	李代表承光	李承光
謝代表景祥	謝景祥	林代表桂美	林桂美
朱代表文洋	朱文洋	林代表芮祁	林芮祁
朱代表益宏	朱益宏	陳代表淑華	陳淑華
李代表紹誠	李紹誠	楊代表玉琦	楊玉琦
林代表恒立	林恒立	呂代表正華	(請假)
王代表宏育	王宏育	林代表恩豪	林恩豪
黃代表振國	林育正(代)	蔡代表麗娟	蔡麗娟
賴代表俊良	趙善楷(代)	施代表壽全	施壽全
顏代表鴻順	顏鴻順		
吳代表清源	(請假)		

列席單位及人員：

中華民國醫師公會全國聯合會
台灣醫院協會

謝沁妤、吳韻婕、蘇慧珂
顏正婷、王秀貞、賴彥伶、
何宛青

中華民國藥師公會全國聯合會

林盛棠

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

中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會

宋佳玲

中華民國糖尿病學會

蘇聖強

中華民國骨科醫學會

盧永昌

台灣肩肘關節醫學會

盧永昌

臺灣兒科醫學會

彭純芝

台灣新生兒科醫學會

詹偉添

台灣消化系醫學會

楊宏志

台灣婦產科醫學會

黃建霈

台灣周產期醫學會

施景中

台灣愛滋病學會

林冠吟

台灣安寧緩和醫學學會

彭仁奎、施至遠、陳怡蓉

台灣安寧緩和護理學會

邱智鈴、沈青青、王湘怡

台灣急診醫學會

王斯弘

台灣急診管理學會

(請假)

台灣外傷醫學會

郭令偉

中華民國重症醫學會

馬辛一

台灣急救加護醫學會

黃道民

台灣胸腔暨重症加護醫學會

曾健華

台灣術後加速康復學會

郭書麟、郭順文、劉治民

台灣感染症醫學會

張峰義

台灣感染管制學會

王復德

台灣腎臟醫學會
台灣家庭醫學醫學會
臺灣大學醫學院
台灣內科醫學會
社團法人中華民國糖尿病衛教學會
台灣基層糖尿病協會
財團法人醫藥品查驗中心

衛生福利部國民健康署
衛生福利部護理及健康照護司
衛生福利部疾病管制署
衛生福利部社會保險司
衛生福利部全民健康保險會
本署副署長室
本署醫審及藥材組
本署醫務管理組

許永和
張嘉興
沈麗娟
張孟源、張恬君(視訊)
簡銘男、廖國盟
陳宏麟、許惠春
張慧如、朱素貞、黃昭仁
林鈺婷、侯宗盈、陳詠晴、
黃婷伊、黃郁庭、蘇彥華
徐翠霞、許幼欣
李雅琳
鄔豪欣、沈文凡
白其怡
邱臻麗、藍珮如、劉于鳳
陳亮妤
張淑雅、許明慈、蕭似帆
劉林義、黃珮珊、林右鈞、
陳依婕、朱文玥、洪于淇、
呂姿曄、黃怡娟、許博淇、
陳世卿、曾琬茜、林香君、
黃思瑄、張美鳳、蔡政伶、
楊閨璘、邱宜婷、施沂廷、
何懿庭、高翊庭、李羿萱、
黃胤學、周筱妘、陳聿萱、
秦瑜璟、蔡宇婷、宋思嫻、
蔡孟妤、高嘉慧、陳姿吟

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄，參閱不宣讀：

決定：確認。

參、優先報告事項：

- 一、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相關規定說明案。

說明：說明本會議相關規定，另 114 年度會議時程如下：

會議	第 1 次	第 2 次	第 3 次	第 4 次	臨時會
日期	114.3.27 (星期四)	114.6.26 (星期四)	114.9.25 (星期四)	114.12.25 (星期四)	視必要召開

決定：洽悉，另請提供本次修正共同擬訂辦法中所稱民意代表之定義。

肆、優先討論事項

- 一、增修「酪氨酸磷酸酶自體抗體(EIA 法)」等 32 項診療項目案。
(詳附件 1，P16-P24)

說明：新增修訂重點如下：

- (一)新增「酪氨酸磷酸酶自體抗體(EIA 法)」(1,067 點)、「早產兒母乳補充照護（每 25mL 母乳）」(30 點)、「B 型肝炎病毒表面抗原(HBsAg)定量檢驗」(475 點)、「人工全肩關節再置換手術」(36,019 點)、「反置人工全肩關節置換手術」(35,245 點)等 5 項，併配合修訂 64163B「全肩關節置換術」等 11 項。
- (二)修訂 30522C「幽門桿菌糞便抗原檢查」，配合健保胃幽門螺旋桿菌藥品給付規定，放寬適用範圍。
- (三)修訂 14074C「HIV 病毒負荷量檢查」，配合衛生福利部疾病管制署發布「愛滋病防治工作手冊」，放寬適用範圍及執行頻率。
- (四)修訂 80401C「診斷性或治療性子宮擴張刮除術（非產科）」等 2 項，增訂適用範圍及申報時需檢附文件；81017C「無妊娠併發症之陰道產」等 9 項，明訂陰道產之支付點數內含 2

度以內之撕裂傷修補，並明訂 3 度以上會陰裂傷依程度核實併報相對應之修補術診療項目，以明確支付規範。

(五)修訂 02028B「預立醫療照護諮商費-同次住院未曾申報或僅申報一次 02020B 緩和醫療家庭諮詢費」等 2 項，擴大適用範圍(不限於住院病人)，且開放基層院所得申報本項服務。

決議：

(一)考量胃幽門螺旋桿菌病人，於藥物治療後近 9 成除菌成功，無追蹤之必要性，爰不同意修訂 30522C「幽門桿菌糞便抗原檢查」診療項目。

(二)考量愛滋病防治費用前 2 年係由疾病管制署公務預算支應，爰俟釐清愛滋病確認診斷之預算來源後，再行研議修訂 14074C「HIV 病毒負荷量檢查」診療項目，本案暫保留。

(三)修訂 81028C「前置胎盤或植入性胎盤之剖腹產」診療項目案，考量部分醫院雖非屬「高危險妊娠及新生兒醫療中度級、重度級能力之急救責任醫院」，惟仍具有處理本項之能力，爰請婦產科醫學會協助訂定明確之院所條件後，再提會討論。

(四)其餘照案通過。

伍、報告事項：

一、歷次會議決議事項辦理情形。

決定：有關臺中榮民總醫院提供「急診病人留置急診室超過 24 小時比率」顯著下降之相關執行策略案（序號 1），考量仍需持續研議紓解急診壅塞之相關策略，各項辦理情形均改為繼續列管，餘洽悉。

二、增修急診、急救責任醫院、護理及自然產手術相關支付標準案。（詳附件 2，P25-P32）

說明：

(一)急診相關基本診療項目：

1. 將「急診診察費」拆分為診察費及護理費，並調升支付點數 10%。
2. 調升「急診觀察床護理費」支付點數 60%。
3. 「急診觀察床診察費」獨立列項。

(二)急救責任醫院相關支付調整：

1. 加護病房基本診療項目（診察費、病房費、護理費）：
全院評定為重度級醫院者，以醫學中心點數支付、評定為中度級醫院（高危險妊娠及新生兒章節除外）者，以區域醫院點數支付。
2. 離島地區急救責任醫院急診案件醫療服務點數加成：重度級醫院加計 50%、中度級醫院加計 30%、一般級醫院加計 10%。

(三)調升「急性一般（含精神）病床護理費」支付點數 12.3%～15.9%不等。

(四)配合本次住院護理費支付點數調升，併同暫不實施全日平均護病比加成規範，自同日起生效。

(五)前述支付標準調整（急診、急救責任醫院及護理）將扣合特定指標（如：醫護人員調薪或增聘人力、加護病床收治情形、急診留滯情形等），達標者始外加其個別醫院預算額度。

(六)另增訂醫院自然產手術加成規範：夜間（晚上 10 時至隔日早上 6 時）及例假日（週六之 0 時起至週日 24 時止、國定假日 0 時至 24 時）之醫院自然產手術案件，其手術費得依表定點數加計 30%。

決定：洽悉。

三、修訂支付標準第四部中醫條文及 2 項中醫總額專款計畫案。（[詳附件 3，P33；附件 4，P34-P57](#)）

說明：

(一)修訂第四部中醫第七章其他：開放「中醫醫療機構負責醫師

訓練計畫主要訓練診所」申報 B71「脈診儀檢查費」及 B72「舌診儀檢查費」。

(二)修訂中醫總額 2 項專款計畫：「中醫提升孕產照護品質計畫」及「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」之針灸處置療程相關支付標準項目，得比照中醫一般服務依門診申報格式跨月申報。

決定：洽悉。

四、修訂支付標準第三部牙醫案。（詳附件 5，P58-P61）

說明：

(一)修訂第三部牙醫通則三之(一)醫師資格第 3 點，重點摘要如下：

1. 依通則規定，達一定服務量之醫師得申報轉診加成(百分之三十)費用，並於「以醫師為單位」文字前方增列「具牙科專科醫師訓練機構資格之教學醫院」。
2. 本項名單每年依附表 3.3.4 產製，一併修正附表文字。

(二)第五章牙周病統合治療方案通則二：新增「牙周病統合治療方案」違約醫事機構負責人或負有行為責任牙醫師立即退場之機制，將現行「牙醫師『申請』資格」修正為「牙醫師資格」，倘牙醫師不符合資格，則不再適用牙周病統合治療方案申報規定。

決定：洽悉。

五、新增「114 年全民健康保險術後加速康復推廣計畫」案。（詳附件 6，P62-P79）

說明：重點如下：

(一)為鼓勵院所整合性照護強化術前準備，以病人為中心全程全人照護，加速病人術後恢復及早出院，本署規劃針對參與

執行 ERAS 之醫院予以獎勵。

(二) 收案條件：70 歲以上、ASA 麻醉風險3-4級之髖關節及膝關節置換手術病人。

(三) 支付方式：

- 1.主責醫院指導費：各分區業務組每一主責醫院 15 萬(含轄區醫院聯繫管理、ERAS 推廣行政等)。
- 2.ERAS 個案照護費：每案撥付 18,000 點(含跨職類門診評估、居家準備等)。
- 3.DRG 差額補付費：符合收案條件之高風險個案因推動 ERAS 致 DRG 費用低於下限者，由本署計算以「原本 DRG 定額」支付之差額另以獎勵補付。
- 4.ERAS 執行成效指標獎勵：以執行成效指標按比例計算參與醫院分數各分區排名前 25%之醫院將給予每案不超過 1,000 點為上限之獎勵。

決定：內容酌修如下，餘洽悉：

- (一) 調整主責醫院資格文字，改以醫院之正式名稱呈現或敘明以風險移撥款 ERAS 獎勵計畫案之主責醫院優先擔任。另主責醫院指導費中，考量執行期程，爰刪除須繳交期中報告之文字。
- (二) 收案條件增列「排除急診轉住院個案」文字。
- (三) 明訂 ERAS 個案照護項目指標執行率達60%。
- (四) ERAS 收案率分母為符合收案條件之個案數（70 歲以上之髖關節及膝關節置換手術病人，排除急診轉住院個案）。
- (五) 團隊成員應至少包含該術式「外科」醫師改為「手術」醫師。

六、修訂「全民健康保險抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」案。（詳附件 7，P80-P97）

說明：修訂重點如下：

- (一) 配合年度修訂計畫文字，另為鼓勵醫事人員投入意願，爰量表評估費及品質獎勵金須分配至少六成予感染管制相關醫事人員。
- (二) 為鼓勵醫院招聘感染管制人員，並考量抗生素管理成效，爰調整部分指標計分，並新增「加護病房中心導管相關血流感染密度」指標，刪除「醫療照護相關相關感染密度指標」。
- (三) 本計畫專款預算共2.25億元，量表評估費計1.8億元，品質獎勵金計0.45億元。

決定：洽悉。

七、修訂「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」案。（詳附件 8，P98-P144）

說明：修訂重點如下：

(一) 新增支持腹膜透析院所持續運作費：

- 1. 適用對象由地區醫院及基層診所，擴增至區域醫院及醫學中心。
- 2. 診所、地區醫院及區域醫院：113 年 12 月主責病人數為 1 人以下，且於 114 年 1 月至 12 月期間病人數為 1-2 人之機構：每家院所獎勵 200,000 點；於 114 年 1 月至 12 月期間病人數達 3 人(含)以上之機構：每家院所獎勵 300,000 點。
- 3. 醫學中心：於 114 年 1 月至 12 月期間病人數為 30 人以下，不予獎勵；病人數為 30(含)-49 人，每家院所獎勵 200,000 點；病人數為 50(含)人以上，每家院所獎勵 300,000 點。

(二) 新增腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費，持續接受腹膜透析照護達第 13 個月至 24 個月(按月計算)。

(三) 修訂腹膜透析院所推廣獎勵費之年成長率獎勵點數級距，獎勵點數提升為 4,000 點-12,000 點。

(四)修訂提升腹膜透析院所照護品質獎勵費，為 4,000 點-8,000 點。

(五)就「腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費」項目，增列山地離島地區加計 30%。

(六)就首次接受腹膜透析治療之新病人占首次接受透析新病人之比率 $\geq 10\%$ 者，給予獎勵 30,000 點。

(七)修正計畫附件 2 腹膜透析室/中心設置標準，「腹膜透析床」修正為「腹膜透析床(台)」。

(八)新增本計畫給付項目及支付標準：

1. 編號 P8115C，全自動腹膜透析機搭配「病人遠距管理」相關費用-每月 2,499 點。
2. 編號 P8116B，連續性可攜帶式腹膜透析導管植入術--若未經血液透析治療者，加成 50%之費用。
3. 編號 P8117C，輔助型腹膜透析治療處置費，每次 1,200 點，每月申請次數上限為 4 次。
4. 於醫令代碼 P8109B(下轉及回轉)、P8110B(平轉)及 P8111Q(上轉)增列不得併報區域聯防跨院合作執行費獎勵。

決定：洽悉。

八、新增「全民健康保險居家血液透析試辦計畫」案。（詳附件 9，P145-P161）

說明：重點如下：

- (一)為提升血液透析整體醫療品質，研擬新增全民健康保險居家血液透析試辦計畫。
- (二)收案對象：經醫師評估適合在宅執行血液透析之病人，且須經事前審查同意。惟下列病人不得執行本項目：
 - 1.有精神相關疾病者。
 - 2.無同居之家人或友人。

3.無固定居所者。

4.個人衛生或遵從性有問題者。

(三) 支付方式：

1.居家血液透析(次)：比照門診血液透析(次)採包裹給付，建議支付 3,912 點，於計畫書明訂醫療院所必須執行項目，包含病人技術訓練、遠端透析數據監控、透析紀錄及血液報告上傳等。

2.居家訪視費：實地訪視支付 1,200 點、視訊訪視支付 420 點。

(四) 另民眾自行負擔透析機及水處理設備費用上限，參考現行自費市場建議訂為 120,000 元/年。

決定：適用對象除「在宅」病人外，增列「機構」病人亦適用，餘洽悉。

九、修訂「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」案。（詳附件 10，P162-P201）

說明：修訂重點如下：

(一) 組織運作：放寬地區醫院無家庭醫學科、內科及兒科專科醫師，得由其他專科醫師參與，並應接受家庭醫師教育訓練課程。

(二) 開辦建置費：調整支付條件為家醫大平台使用次數。

(三) 社區衛教宣導納入三高防治內容，其中高血壓防治須包含 722 原則。

(四) 新增給付項目應回饋一定比率予參與計畫之績優人員規定。

(五) 其餘修訂事項(收案對象、管理登錄個案及計畫申請方式、教育訓練、績效獎勵費、血糖、血脂管理提升費、糖尿病病人胰島素注射獎勵費、評核指標及退場機制)同醫院研商會議提案內容。

決定：洽悉。

十、修訂「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」案。（詳附件 11，P202-P253）

說明：修訂重點如下：

- (一) 家醫計畫與代謝計畫之同診所收案個案，可支付家醫計畫個案管理費。
- (二) 依診所內完成「生活習慣評估量表」自評之三高病人數支付「生活習慣自評獎勵費」，每人獎勵 40 點，每家診所最高獎勵上限為 2 萬點。
- (三) 「醫師到宅開立居家安寧個案之死亡診斷」指標，增訂「醫師需於當年度曾提供該名個案居家安寧服務」之人數列計條件。
- (四) 其餘修訂事項(派案及收案規定、個案管理費加成、糖心腎症候群整合照護提升費、糖尿病病人胰島素注射獎勵費、多重慢性病人門診整合費用結算範圍、評核指標、退場機制)同西醫基層研商會議提案內容。

決定：視整體財務評估結果，決定是否將「所有醫療群之 E1 案件皆納入多重慢性病人門診整合費用結算」，餘洽悉。

十一、修訂「全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案」案。（詳附件 12，P254-P257）

說明：修訂重點如下：

(一) 獎勵條件：

- 1. 113 年 12 月底前開業之基層診所(不含 114 年新開業診所)，診所當月調升聘用半數以上護理人員薪資較 113 年 12 月增加 1 等級。
- 2. 調薪認定標準：以 114 年「全民健康保險投保金額分級表」進行認定，投保金額應調升至第 4 投保等級(月投保金額 31,800 元)。其他月投保金額應增加至少 1 投保等級，且不得低於第 4 投保等級。

(二) 獎勵方式：依該診所申報 1 至 30 人次門診診察費之案件，每件加計獎勵 24 點，以每點 1 元支付；全年結算後仍有結餘，「提升護理照護品質獎勵金」則依診所調薪人數符合本方案 114 年、113 年、112 年標準，依診所調升護理人員薪資人月占率，核發獎勵金，採浮動點值計算。

(三) 評估指標、年度執行目標及稽核機制：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資之比率達 80%；稽核機制為每月勾稽每家基層診所須升半數以上護理人員薪資達本保險投保金額次一投保等級。

(四) 核發方式：每季依各診所每月申報門診診察費案件勾稽實際調薪情形，計算加計點數，以每點 1 元暫付。

決定：洽悉，另定期回饋獎勵金發放情形予中華民國醫師公會全國聯合會及中華民國護理師護士公會全國聯合會。

陸、討論事項：

一、新增「全民健康保險安寧緩和療護品質評核加成獎勵方案」案。
(詳附件 13，P258-P291)

說明：

(一) 為提升安寧療護品質，規劃由評核委員實地訪視，輔導安寧實務作業，並依評核結果給予加成獎勵。

(二) 加成項目為院所受評安寧服務模式之醫療服務給付項目及支付標準，評核結果分為良、優及特優三個等級，分別加計百分之十、百分之二十及百分之三十，且獎勵費須分配至少六成以上予安寧團隊參與人員。

(三) 評核委員由各層級醫院組成，並以臨床照護面進行評值，以減少各層級間因硬體面造成之差異。

決議：通過。

二、修訂「全民健康保險推動使用生物相似藥之鼓勵試辦計畫」案。
(詳附件 14, P292-P295)

說明：

(一) 考量 113 年 7 月起實施本計畫成果具成效，另推動生物相似性藥品將有助提供病友更多用藥選擇、增進藥品市場競爭及供貨穩定，第二年(114 年)以生物相似藥與原開發廠藥有價差（以 114 年 4 月支付價為計算基準）之藥品成分進行鼓勵措施，預估計有 adalimumab、etanercept、pegfilgrastim、teriparatide、rituximab、infliximab、bevacizumab 及 filgrastim 等 8 個成分。

(二) 維持原處方開立獎勵及藥費差額回饋等鼓勵措施。

決議：通過。

三、增修支付標準第八部第二章「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」案。(詳附件 15, P296-P310)

說明：修訂重點如下：

(一) 初期慢性腎臟病(下稱 Early CKD)之收案條件及追蹤管理必要檢查項目修正為 UACR 及 UPCR 並行。

(二) Early CKD 之結案條件修正為連續追蹤「一年」腎功能及蛋白尿並未達慢性腎臟病標準。

(三) 修正初期慢性腎臟疾病照護之衛教內容。

(四) 新增收案個案不符合國民健康署成人預防保健服務終身一次 B、C 型肝炎篩檢補助資格者，得執行 C 型肝炎篩檢 1 次。

決議：若個案曾做過成人預防保健 C 肝篩檢，惟 VPN 查無檢驗結果，得申報 14051C，另抗體呈陽性者應進行 12185C HCV RNA 檢測，其餘照案通過。

四、修訂轉診支付標準同體系名單。(詳附件 16，P311-P316)

說明：修訂重點如下：

- (一) 慈濟體系新增佛教慈濟醫療財團法人三義慈濟中醫醫院(1135130014)：該院設置科別包含西醫內科、眼科、復健科及中醫一般科，其中「中醫」不適用轉診支付標準。
- (二) 大千體系新增崇仁診所(3535051947)。
- (三) 為恭體系刪除崇仁醫院(1535051196)。
- (四) 新增為同體系醫院：秉坤婦幼醫院(1532101117)與桃園秉坤婦幼醫院(1532011172)新增為同體系醫院。

決議：通過。

柒、臨時動議：無。

捌、散會：下午 6 時 10 分

叁、優先討論事項

優先討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：新增修訂「多發性硬化症/視神經脊髓炎 EDSS 量表評估」等 20 項診療項目案。

說明：

- 一、依據本署 112 年第 1 次、113 年第 6 次、114 年第 2 次、第 3 次、第 4 次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議（下稱專諮會議）、114 年第 1 次本會議暨 114 年乳癌專家小組第 3 次、4 次討論會議決議辦理（[附件 1，頁次優討 1-7～1-24](#)）。
- 二、新增「多發性硬化症/視神經脊髓炎 EDSS 量表評估」等 2 項，推估約增加支出 5.86 百萬點，重點說明如下（[附件 2，頁次優討 1-25](#)）：
 - （一）新增「多發性硬化症/視神經脊髓炎 EDSS 量表評估」，詳表一序號 1（[附件 2，頁次優討 1-25](#)）：
 1. 依 112 年第 1 次、113 年第 6 次、114 年第 3 次專諮會議決議（[附件 1，頁次優討 1-7～1-10、1-13](#)），EDSS 量表為現行多發性硬化症申請用藥之必要檢附文件，並為國際公認評估多發性硬化症與視神經脊髓炎臨床疾病進展之重要工具，執行量表評估約需 30 至 60 分鐘，爰建議新增；惟請提案學會確認量表之版權問題，並函復本署後再評估新增方式。
 2. 經神經學學會及神經免疫醫學會確認，本量表已屬公有領域之工具，無版權問題（[附件 5，頁次優討 1-59～1-62](#)）。
 3. 財務評估：建議支付點數 1,328 點，統計 110 年至 112 年符合適用範圍 3,544 人，每人執行 2 次，推估 114 年執行 4,253 次，增加財務支出約 5.65 百萬點（醫院 4.91 百萬點、西醫基層 0.73 百萬點）。

(二)新增「第十三因子測定」，詳表一序號 2 (附件 2，頁次優討 1-25)：

1. 依 114 年第 4 次專諮會議決議(附件 1，頁次優討 1-15～1-16)，本項可用於診斷第十三因子缺乏症及追蹤監控補充第十三凝血因子之病人，又藥品給付規定須檢驗因子濃度，爰建議新增。
2. 財務評估：建議支付點數 2,084 點，統計 113 年申報 08063B「尿素溶解試驗」者 26 人，推估 114 年執行人數 26 人，每人執行 4 次，扣除替代後，增加財務支出約 0.21 百萬點。

三、修訂 59014B「潛水病（減壓病）或急性氣栓塞症之高壓氧治療 165 呎/319 分」等 14 項，推估約增加支出 24.72 百萬點，重點說明如下 (附件 2，頁次優討 1-26～1-33)：

(一)修訂 59014B「潛水病（減壓病）或急性氣栓塞症之高壓氧治療 165 呎/319 分」，詳表二序號 1 (附件 2，頁次優討 1-26)：

1. 依 114 年第 4 次專諮會議決議(附件 1，頁次優討 1-14～1-15)，高壓氧為潛水減壓病唯一且有效的治療，對需緊急治療的第二型嚴重減壓病病人尤為重要，若及時給予緊急處置後，症狀即可能完全緩解。然現行支付規範限「住院病人申報」，倘因症狀改善不願（或不需）住院時，則不符規定無法申報，故建議修訂為急診與住院病人申報，並規範急診限申報 1 次。
2. 財務評估：申報本項者約 90%為第二型潛水減壓病（DCSII）病人，其中不足一成個案僅於急診治療後即出院，推估僅於急診治療之 DCSII 病人數約為 1 人。空氣栓塞症（AGE）申報本項病人數更少，推估修訂後不增加病人數，推估增加財務支出約 3 萬點。

(二)修訂 12207B「白血病即時定量聚合酶連鎖反應法實驗室開發檢測(LDTs)」，詳表二序號 2 (附件 2，頁次優討 1-26)：

1. 依 114 年第 4 次專諮會議決議(附件 1，頁次優討 1-16～1-17)，IDH1 突變之急性骨髓性白血病病人目前尚無對應之檢驗，爰

建議修訂 12207B 適應症，使病人儘早接受檢驗並獲得治療。

- 2.財務評估：以癌症登記資料併以 AML 人數成長率、IDH1 突變發生率，推估 AML 新發及復發人數，合計約為 979 人，增加財務支出約 3.50 百萬點。

(三)修訂第二部第二章第八節輸血及骨髓移植給付規定，詳表二序號 3 至序號 8（附件 2，頁次優討 1-26～1-28）：

- 1.依 114 年第 4 次專諮會議決議（附件 1，頁次優討 1-17～1-18），為正名「造血幹細胞移植術」及簡化、整併各項造血幹細胞移植技術支付標準，避免名稱混淆及申報困難，爰建議修訂此章節。

(1) 修訂 94201B「異體骨髓移植術」、94202B「自體骨髓移植術」及 94205B「骨髓移植-抽髓（自體或異體）」。

(2) 整併後刪除 94204B「骨髓移植-植髓（自體或異體）」、94206B「異體周邊造血細胞移植」及 94207B「自體周邊造血細胞移植」。

- 2.財務評估：現行申報 94206B、94204B 異體移植者，將併入 94201B，推估執行 617 人；申報 94207B、94204B 自體移植者，將併入 94202B，推估執行 505 人，合計推估增加財務支出約 11 百萬點。

(四)修訂 33064B「雙能量 X 光骨質密度檢查」，詳表二序號 9（附件 2，頁次優討 1-28）：

- 1.依 114 年第 2 次、第 4 次專諮會議決議（附件 1，頁次優討 1-11～1-12、1-19），使用類固醇藥物之紅斑性狼瘡病人為骨質疏鬆高風險族群，惟因年齡限制，無法符合現行支付規範，爰建議納入。

- 2.另考量本項檢測放寬可能導致後續骨質疏鬆藥品使用增加，若本案通過將移請醫審及藥材組評估對藥品之財務衝擊。

- 3.財務評估：以 113 年主診斷為 SLE（M32）且 40 歲以上、使用

全身性類固醇藥物（ATC 前 5 碼為 H02AB）人數， 113 年執行率推估執行人數 10,998 人並扣除替代原已申報本項者，共 10,894 人，推估增加財務支出約 6.54 百萬點。

(五)修訂 14074C「HIV 病毒負荷量檢查」，詳表二序號 10(附件 2，頁次優討 1-29)：

1. 本案前經 114 年第 1 次本會議討論(附件 1，頁次優討 1-20)，決議考量愛滋病防治費用於確診開始服藥 2 年內係由衛生福利部疾病管制署公務預算支應，俟釐清愛滋病確認診斷之預算來源後再行研議，爰此案暫保留。
2. 經洽衛生福利部疾病管制署說明病人就醫時尚未確認診斷為愛滋病毒，不符合「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」第 16 條之規範，故有關愛滋確認檢驗診斷預算來源，由健保基金支付，爰擬依愛滋病學會之建議，修訂本項適用範圍（抗原或抗體初篩檢測陽性後執行；抗原或抗體初篩檢測為陰性，經感染科醫師評估有感染風險行為，且臨床上有急性初期感染之相關症狀或檢驗數值方可執行）及執行頻率（若屬新服藥或有抗藥性病毒需多執行一次者，應於病歷詳述執行原因）。
3. 財務評估：以 112 年申報 14049C 或 14050B 或 14082C，且 30 天內申報 14074C 者，其中約 98.9%為陰性，又陰性者 0.24%執行本項；另統計 14074C 申報 4 次者，以執行 5 次估算，增加支出約 0.95 百萬點(醫院 0.95 百萬點、西醫基層 4,000 點)。

(六)修訂「急性缺血性腦中風機械取栓術」，詳表二序號 11、12(附件 2，頁次優討 1-30)：

1. 考量本項醫療服務屬手術性質，爰由第二部第二章第二節放射線診療改列第二部第二章第七節第十五項神經外科手術章節，以符合臨床實務，併修「區域聯防-提升急重症照護品質計畫」急重症疾病照護獎勵-腦中風個案管理費備註文字。

2. 配合移列至手術章節，原支付點數 45,059 點依手術章節點數訂定原則，改為表定點數 42,730 點外加 7%材料費，支付點數為 45,721 點。

3. 財務評估：統計 111 年至 113 年門住院申報本項醫令量，加計平均年成長率為 27.16%，推估增加支出約 2.71 百萬點

(七)修訂 36022B「乳癌術後低分次全乳照射合併局部加強照射放射治療」等 2 項，詳表二序號 13、14（附件 2，頁次優討 1-31～1-32）：

1. 依據 114 年乳癌專家小組第 3、4 次討論會議決議（附件 1，頁次優討 1-21～1-24），為符合國際臨床指引，放寬適用對象比照傳統放射線治療（36011B～36013B），刪除原適應症及修訂未執行完成療程依「規劃療程總次數」計算核扣點數比例，並明確規範申報醫院資格。

2. 財務評估：本案係放寬適應症與傳統放射線治療一致，使乳癌病人有多種治療選擇，其支付點數同傳統放療療程所需之支付點數，爰不增加支出。

四、修訂 64285B「反置人工全肩關節置換手術」等 4 項支付規範文字，不增加支出，重點說明如下（附件 2，頁次優討 1-34～1-35）：

(一)修訂 64285B「反置人工全肩關節置換手術」等 2 項，詳表三序號 1 及序號 2（附件 2，頁次優討 1-34）：係修正英文名稱，不增加財務支出。

(二)修訂 68060B「經導管二尖瓣緣對緣修補術」，詳表三序號 3（附件 2，頁次優討 1-34～1-35）：係修正支付規範文字，不增加財務支出。

(三)修訂 47101B「急性缺血性腦中風處置費」，詳表三序號 4（附件 2，頁次優討 1-35）：配合「急性缺血性腦中風機械取栓術」診療項目移至手術章節，修訂支付規範文字，不增加財務支出。

五、預算來源(附件3, 頁次優討1-42~1-44): 新增修訂「多發性硬化症/視神經脊髓炎 EDSS 量表評估」等20項, 推估增加支出約30.58百萬點(醫院及西醫基層分別為29.85百萬點、0.74百萬點), 由114年醫院及西醫基層總額之「新醫療科技」項下新增診療項目預算支應。

擬辦: 本案經討論後如獲同意, 增修支付標準表如附件4(頁次優討1-45~1-58), 並依程序報請衛生福利部核定後公布實施。

決議:

112 年第 1 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」

會議紀錄

時間：112 年 1 月 11 日上午 9 點 30 分

地點：台北市信義路 3 段 140 號 18 樓大禮堂

主持人：張主任秘書禹斌(代)

紀錄：黃思瑄

出席專家：略

請假專家：略

列席單位及人員：略

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄：確認。

參、報告事項：略。

肆、討論事項：

二、台灣神經學學會建議新增「急性缺血性中風美國國家衛生研究院中風評量表（NIHSS）評估」診療項目案。

討論重點：

- (一)提案單位表示，NIHSS scale 對於中風病人病程變化判斷，如同 EKG 對於急性心肌梗塞病人一樣重要，考量 NIHSS 需呈現多次評估的變化性，建議不應限縮以申報一次為原則，但可以以三次為上限。再者，考量可能的財務衝擊，建議至少要把缺血性腦中風納入；若預算許可，也同意專家建議納入出血性腦中風。
- (二)提案單位另表示，如要「限急性發作後首次就醫時申報」並不合理，假設病人於病程初始症狀不明顯，或在多個醫院之間轉診，若僅限「首次就醫時申報」會難以釐清哪一個醫院是最適合做申報，而且有執行此項檢查紀錄，透過雲端藥歷查詢可使醫生瞭解病人在轉診之間病況嚴重程度的變化，有助於後續治療決策判斷。此外，急診醫師在中風治療上是非常重要的夥伴，同意擬訂為神經科、神經外科、急診醫學專科醫師執行。

(三)與會學會表示，NIHSS 是現在世界公認的中風嚴重度量表，神經科醫師耗時 20 分鐘進行 NIHSS 評估，支持把病人中風嚴重程度 documentation，對於中風急性期、轉診至下一間醫院進行復健時，都會是一個很明確的交班說明。另如同提案單位所述，中風是一個起伏變化的疾病，不是固定不變的，建議取消「限申報一次為原則」之限制，如因預算考量可訂定「申報以三次為上限」，以利釐清臨床病程變化。

(四)與會專家表示，現行健保並無針對各式量表逐一系列項給付，建議由健保署盤點各科別提出量表相關的支付需求，並參考國際間的給付現況，通盤評估給付之可行性。

結論：本案經與會學會與專家充分討論，考量現行健保並無針對各式量表逐一系列項給付，決議暫保留，後續將由健保署函詢各學會意見，通盤評估各式量表納入健保之衡平性及財務衝擊後，提至本會議討論，並建議優先處理急重難類別項目。

三、台灣神經學學會建議新增「多發性硬化症／視神經脊髓炎 EDSS 量表之評估」診療項立案。

討論重點：與前案同為評量表項目，併案討論。

結論：依前案決議事項辦理。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：上午 11 時 40 分。

113 年第 6 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」

會議紀錄

時間：113 年 8 月 7 日上午 9 點 30 分

地點：台北市信義路 3 段 140 號 18 樓大禮堂

主持人：張禹斌主任秘書

紀錄：顏其敏

出席專家：略。

請假專家：略。

列席單位及人員：略。

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄：確認。

參、報告事項：

二、台灣神經學學會建議新增「多發性硬化症／視神經脊髓炎(EDSS)量表」診療項目案。

發言重點：

(一)案係配合 112 年第 1 次本會議決議，通盤評估各式量表納入健保衡平性、財務衝擊及優先評估急重難症項目，徵詢各學會意見後，再提本會討論。

(二)提案單位表示，新增 EDSS 量表等急重症罕病量表有助於臨床診斷更為精確，惟使用量不多，每年僅約 20 多件；至於其他學會所提出各式量表，將與相關學會通盤檢視、評估，需運用於臨床確認診斷之項目。

(三)與會專家表示，考量評估量表項次較多，建議依其目的(如篩檢、診斷等)及必要性評估優先順序，並提供人數與目標族群等相關數據資料，以供決策參考。

決定：本案涉及各學會提出之各式量表，因影響健保財務甚鉅需通盤考量；建議台灣神經學學會再審視其納入健保之必要性，另由本署

蒐集日、韓給付相關量表評估之支付方式，再提會報告。

肆、討論事項：略。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：下午 12 時 00 分。

114 年第 2 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」

會議紀錄

時間：114 年 3 月 13 日上午 9 點 30 分

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主持人：林主任啓禎

紀錄：游歲丞

出席專家：略。

請假專家：略。

列席單位及人員：略。

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄：略。

參、報告事項：略。

肆、討論事項：

五、有關建議修訂 33064B「雙能量 X 光骨質密度檢查」案

討論重點：

(一)與會學會表示：

- 1.(骨質疏鬆症學會)國際指引建議施用全身性類固醇前都應施行 DXA，故建議 RA 病人只要使用全身性類固醇 5 mg 大於三個月都可使用 DXA；另因使用類固醇一年以上就有骨質密度流失問題，建議給付 DXA 不限年齡。由於目前健保已限制終生使用三次，財務衝擊應不大。
- 2.(骨科醫學會)建議給付對象限年齡 40 歲以上使用類固醇治療者。
- 3.(家庭醫學醫學會)此檢測會有相當多病人去執行，財務評估應屬低估，且亦建議將續骨質疏鬆藥物費用一併納入討論。同意修訂的必要性，建議給付對象為使用類固醇 15mg 三個月以上。

(二)與會專家表示：

1. 建議就提案單位之建議，聚焦於紅斑性狼瘡(SLE)病人，暫不討

論其他疾病(如類風濕性關節炎)。

2. 考量各年齡骨本不同，對應骨質流失後傷害能力也不同，仍建議限制年齡與劑量
3. 一般使用類固醇劑量為 5mg，藥品規範亦為 5mg，參考多數學會書面提供之意見，考量骨鬆風險，建議給付對象為每日使用類固醇 7.5mg 以上。

結論：決議暫保留，本案對於建議給付對象之每日類固醇藥物使用劑量尚無共識，請與會學會確認規範之藥物劑量並提供佐證資料後，再行提會討論。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：下午 12 時 20 分。

114 年第 3 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」

會議紀錄

時間：114 年 4 月 10 日上午 9 點 30 分

地點：台北市信義路 3 段 140 號 18 樓大禮堂

主持人：陳文鍾院長

紀錄：游歲丞

出席專家：略。

請假專家：略。

請假學會：略。

列席單位及人員：略。

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄：確認。

參、報告事項：略。

肆、討論事項：

五、新增「多發性硬化症/視神經脊髓炎(EDSS)量表」診療項目案

討論重點：

(一)提案單位表示，本量表對於罕病用藥評估有其必要性，並反應罕病醫師之照護心力，建議新增本項。

(二)與會專家表示，原則上支持新增，但須確認 EDSS 量表授權，以避免衍生侵權疑慮。

結論：決議通過，惟請提案學會確認量表之版權問題，並函復本署。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：下午 12 時 35 分。

114 年第 4 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」

會議紀錄

時間：114 年 5 月 22 日上午 9 點 30 分

地點：台北市信義路 3 段 140 號 18 樓大禮堂

主持人：林啓禎榮譽教授

紀錄：蔡政伶

出席專家：略。

請假專家：略。

請假單位：略。

列席單位及人員：略。

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄：確認。

參、報告事項：略。

肆、討論事項：

二、修訂 59014B「潛水病（減壓病）或急性氣栓塞症之高壓氧治療 165 呎/319 分」案

討論重點：

(一)提案單位表示：

1. 因第二型減壓病屬相對重症，症狀均十分嚴重，目前規範限住院申報，但實務上部分病人在急診治療後症狀顯著改善而離院，將不符本項支付規範，爰建議修訂。
2. 第二型減壓病人，多數只需施作 6A 表 1 次，若仍有殘餘症狀可施行其他壓力或時間之後續治療，爰單一就醫只會申報本項 1 次。

(二)與會學會表示：

1. 急診醫學會表示若越早治療第二型潛水減壓病及急性氣栓塞症預後會更好，且高壓氧治療之人員均須具備相關證照或資格限制，已十分成熟。
2. 急診加護醫學會表示若開放急診申報後，對於施作醫院流程更

順暢、減少可能不必要的住院需求，為避免重複申報，建議增列急診申報次數限制。

(三)與會專家表示，建議釐清本項是否需限制使用次數，以及是否有在不同醫院之急診就診並重複申報本項之疑慮。

結論：同意修訂診療項目 59014B「潛水病(減壓病)或急性氣栓塞症之高壓氧治療 165 呎/319 分」支付規範：限治療第二型潛水減壓病(Decompression Sickness, DCSII)及空氣栓塞症(Arterial Gas Embolism, AGE)之急診與住院病人申報，且申報時應檢附詳細記載症狀及身體檢查之病歷紀錄，其中急診病人限申報 1 次。

四、新增「Factor XIII 檢驗」診療項目案

討論重點：

(一)提案單位表示：

1. 根據藥品給付規定，補充第十三因子之病人需要定期執行濃度檢驗，而且臨床上也有診斷的需求，考量第十三因子缺乏症是極罕見疾病，若有出血或重大手術則需頻繁檢驗，建議不要限 1 季只能申報 1 次，對於檢驗使用適當性建議採審查方式審核。
2. 臨床上若病人有明確的出血症狀，且其餘各項檢驗都正常，最後才會懷疑是第十三因子，才來進行檢驗，建議限醫學中心或血液專科，以避免濫用。

(二)與會學會表示：

1. 臨床上因檢體件數很少，多為兩個月一件才特別開機執行，過期試劑僅能報銷，爰其成本與其餘項目相較有所不同。
2. 建議限血液病專科醫師開立，以避免其他專科醫師遇到出血性疾病也直接使用。

(三)與會專家表示：

1. 建議保留三個月限申報一次之規範，惟考量緊急情形，另敘明緊

急開刀時除外。

2. 本項若用於確診，建議訂定診斷流程供臨床依循，以避免濫用。

結論：

(一)建議新增診療項目如下：

1. 中英文名稱：第十三因子測定(Factor XIII assay)

2. 註：

(1) 適用範圍：先天性或後天性第十三因子缺乏症之確認診斷及追蹤。

(2) 每3個月限申報1次，緊急開刀等特殊情形不在此限。

(3) 不得同時申報08063B。

(4) 申報時檢附Factor XIII活性定量報告。

(5) 限血液病專科醫師開立。

(二)請健保署參考專家意見，再評估成本分析表內容。

五、修訂12207B「白血病即時定量聚合酶連鎖反應法」案

討論重點：

(一)提案單位表示，IDH1基因已有標靶藥物，用藥前須證明有IDH1突變，爰建議擴增檢驗位點。

(二)與會學會表示，分子生物檢驗法對於AML病人很重要，於初診斷進行基因檢測確定風險值，以利醫師後續治療決策。初診斷約需執行40個基因之檢測，這部分得以NGS執行，惟多數醫院LDTs實驗室未建構完畢，爰第一時間仍以real-time PCR進行定性或半定量檢驗；第二個時間點是治療過程追蹤MRD。

(三)與會專家表示，目前定序可用NGS或sanger sequence，但sanger sequence不可控因素太多，且單基因實際上不需要用到NGS，爰建議用real-time PCR來做定量或定性。

結論：經建議修訂 12207B 診療項目如下：

(一) 中英文名稱：白血病即時定量聚合酶連鎖反應法實驗室開發檢測 (LDTs) (RQ-PCR(Real Time Quantitative PCR) for leukemia(LDTs))

(二) 支付規範：

1. 適應症：

(1) 含有 BCR-ABL1 之慢性骨髓性白血病(chronic myelogenous leukemia，CML)與急性白血病。

(2) 含有 PML-RARA、RUNX1-ETO、CBFB-MYH11 與 IDH1 之急性骨髓性白血病(acute myeloid leukemia，AML)。

六、修訂支付標準「第二部第二章第八節輸血及骨髓移植給付規定」

討論重點：

(一) 提案單位表示：

1. 本次修訂主要目的在於正名、簡化及合理化給付，現行 94206B 「異體周邊造血細胞移植」支付 1540 點，醫院照護心力無法反應，爰建議修訂。

2. 至於以 93008C 「分離術白血球(一次，相當於從 3000 c.c.血液分離出白血球濃厚液)向捐血中心、家屬或親友取血」處理幹細胞收集，雖部分醫院不敷成本，惟本項這十年使用量尚平穩，爰另案提。

(二) 與會學會表示，94201B 「異體骨髓移植術，一次」跟 94204B 「骨髓移植—植髓(自體或異體)」申報經常混淆，又包含抽髓植髓，建議把捐贈跟受贈分開來，而植入幹細胞之執行程序及照護心力相當，給付也應該要是相當的。

(三) 與會專家表示：

1. 本案修訂內容涉及甚廣，建議向法律專家或顧問確認法遵相關

事宜。

2. 94205B「骨髓移植—抽髓（自體或異體）」英文名稱易致混淆，建議加上 transplantation；參照周邊造血幹細胞移植支付規範第 1 項增列至 94201B「異體骨髓移植術，一次」之支付規範。

結論：建議修訂診療項目如下：

(一)修訂支付規範中英文名稱：「第八節 輸血及造血幹細胞移植 (Blood Transfusion and Hematopoietic Stem Cell Transplantation) 第三項 造血幹細胞移植技術費 (Hematopoietic Stem Cell Transplantation)」。

(二)修訂 94201B 診療項目之部分規範文字如下：

1. 中英文名稱：「異體造血幹細胞移植術(Allogeneic Hematopoietic Stem Cell Transplantation)」。
2. 支付規範增列：包括植入異體造血幹細胞，幹細胞來源可為骨髓、周邊造血細胞或臍帶造血細胞；包含周邊造血細胞輸注。

(三)同意修訂 94202B 診療項目：

1. 中英文名稱：「自體造血幹細胞移植術(Hematopoietic Stem Cell autotransplantation)」。
2. 支付規範增列：包括植入自體造血幹細胞，涵蓋骨髓或周邊血幹細胞。
3. 支付點數：7,498 點。

(四)同意修訂 94205B 診療項目中英文名稱：「骨髓移植—抽髓（自體或異體） Bone marrow transplantation harvesting (allo-or auto-)」。

(五)經整併修訂前開診療項目，爰刪除 94206B「異體周邊造血細胞移植，一次」、94207B「自體周邊造血細胞移植，一次」及 94204B「骨髓移植—植髓(自體或異體)」等 3 項診療項目。

七、修訂 33064B「雙能量 X 光骨質密度檢查」診療項目

討論重點：

- (一) 本案經 114 年第 2 次本會議討論，中華民國骨科醫學會、台灣家庭醫學醫學會、中華民國骨質疏鬆症學會建議給付適應症範圍為「40 歲以上全身性類固醇持續使用 3 個月以上之紅斑性狼瘡病人」；惟針對每日至少需使用之類固醇藥物劑量尚無共識。考量類固醇藥物種類繁多，為明確支付規範，建議應明訂類固醇藥物名稱及每日接受劑量。
- (二) 專家均建議給付規定限制每日劑量訂為 10mg/dl 較為合適。
- (三) 與會專家表示，為監控實際臨床效益，建議新增後兩年應追蹤本項申報情形及藥品使用情形。

結論：建議修訂支付規範如下：

- (一) 中英文名稱：雙能量 X 光骨質密度檢查 (Dual-energy X-ray absorptiometry, DXA)。
- (二) 註：
 - 1. 符合下列適應症之一：
 - (1) 內分泌失調可能加速骨質流失者：40 歲以上，每次檢查須符合持續使用 3 個月以上全身性類固醇且 prednisolone 每日劑量 $\geq$ 10mg or equivalent 之紅斑性狼瘡病人。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：下午 12 時 22 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」

114 年第 1 次會議紀錄

時 間：114 年 3 月 27 日（星期四）下午 2 時

地 點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主 席：石署長崇良

紀錄：黃胤學

列席單位及人員：略

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄，參閱不宣讀：

決定：確認。

參、優先報告事項：略

肆、優先討論事項

一、增修「酪氨酸磷酸酶自體抗體(EIA 法)」等 32 項診療項目案。

（詳附件 1，P16-P24）

說明：新增修訂重點如下：

（三）修訂 14074C「HIV 病毒負荷量檢查」，配合衛生福利部疾病管制署發布「愛滋病防治工作手冊」，放寬適用範圍及執行頻率。

決議：

（二）考量愛滋病防治費用前 2 年係由疾病管制署公務預算支應，爰俟釐清愛滋病確認診斷之預算來源後，再行研議修訂 14074C「HIV 病毒負荷量檢查」診療項目，本案暫保留。

伍、報告事項：略

陸、臨時動議：無。

柒、散會：下午 6 時 10 分

「乳癌專家小組」第3次討論會議紀錄

時間：114年3月31日（星期一）上午10時00分

地點：衛生福利部中央健康保險署9樓第1會議室

主席：石署長崇良、黃召集人俊升

紀錄：楊瑜真

出席專家：略。

壹、主席致詞：略。

貳、報告事項：略。

參、討論事項：

二、有關 36022B、36023B「乳癌術後低分次全乳照射（無）合併局部加強照射放射治療」診療項目支付規範修訂案。

討論重點：

- 一、現行臨床上執行乳房保留手術後以傳統放療(36011B~36013B)為大宗，與低分次放療(36022B、36023B)差異在於施打的劑量及次數，兩者均有其臨床需求。
- 二、低分次放療因為劑量較高，若照射範圍過寬，單次放療對於人體組織（如肺、心臟、神經等）傷害較傳統放療大，但以總生物效應而言則低於傳統放療。低分次放療在規劃上需更為嚴謹且困難，病人整體療程的治療次數也會因病人病況而有所不同。
- 三、參考 NCCN Guidelines，乳癌全切除術後及胸腔壁、淋巴結轉移之病人亦適用低分次放療，臨床上會依乳癌病人的年齡、病灶及轉移位置不同而給予適當的治療處置，爰建議應修訂低分次放療適應症與傳統放療相同，由臨床醫師綜合評估病人病況，提供最適治療方針。
- 四、另考量乳癌治療上的專業性及複雜度，不建議將傳統放療包裹給付。

決議：

一、建議修訂低分次放療（36022B、36023B）支付規範：

（一）適用對象：比照傳統放療傳統放療（36011B~36013B）。

（二）依其治療計畫規劃療程總次數，如未執行完成療程，則按「規劃

療程總次數」計算核扣點數之比例。

二、為研議申報醫院資格，請本署會後比對申報低分次放療之院所與癌症品質認證通過院所名單，以研議修訂支付規範。

肆、臨時動議：無

伍、散會：中午 12 時 45 分

「乳癌專家小組」第4次討論會議紀錄

時間：114年5月20日（星期二）上午10時00分

地點：衛生福利部中央健康保險署18樓會議室

主席：石署長崇良、黃召集人俊升

紀錄：楊瑜真

出席專家(敬稱略)：略。

列席單位及人員：略。

壹、主席致詞：(略)

貳、報告事項：

一、前次會議未結案件辦理追蹤進度表。

決定：洽悉。

二、有關 36022B、36023B「乳癌術後低分次全乳照射（無）合併局部加強照射放射治療」診療項目支付規範修訂案。

發言重點：

一、本案經前次本會議討論，同意放寬適用對象比照傳統放療（36011B～36013B）及修訂未執行完成療程依「規劃療程總次數」計算核扣點數比例；另比對衛生福利部國民健康署（下稱國健署）公告「通過癌症診療品質認證醫院名單」研議申報醫院資格，爰再提會報告。

二、查現行申報低分次放療項目部分多數符合國健署 114 年 2 月 5 日公告之認證醫院名單，為維護病人安全及控管手術品質，與會專家建議原則以國健署公告「通過癌症診療品質認證醫院名單」申報，如不符資格之院所，則由台灣乳房醫學會與台灣放射腫瘤醫學會共同訪視認證，檢附學會認證證明始得申報。

決定：同意修訂 36022B、36023B 支付規範如下，續依程序提至醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議：

一、刪除原適應症。

二、本療程採包裹給付，如未執行完全療程，則按「規劃療程總次數」計算核扣點數之比例。

三、本項原則限國健署公告「通過癌症診療品質認證醫院名單」申報；如不符資格之院所，須由台灣乳房醫學會與台灣放射腫瘤醫學會共同訪視認證，檢附學會認證證明始得申報。

參、討論事項：略。

肆、臨時動議：無

伍、散會：中午 12 時 30 分

表一、114 年建議新增醫療服務給付項目及財務影響評估彙整表(計 2 項目)

序 號	中文名稱	主要臨床功能及目的	適應症/支付規範	建議支付點數		建議支付點 數(含一般材 料費) A	被替代項目及替代率					預估 年執行量 E	預估年增點數 (百萬點) F= ①A*E-B*E ②A*E-B*D ③A*(E-D)+(A-B)*D ④A*E ⑤A*E-B*C*D	
				表定點數	表列 材料費 %		被替代 診療項目	中文名稱	支付 點數 B	替代率 C	醫令 申報量 D (113 年)		④	⑤
1	多發性硬化症/視神經脊髓炎 EDSS 量表評估	EDSS 為現行多發性硬化症申請用藥之必要檢附文件，並為國際公認評估多發性硬化症與視神經脊髓炎臨床疾病進展重要工具，且執行量表評估耗時 30 至 60 分鐘，爰建議新增。	註： 1.限神經專科醫師執行。 2.每人每年限給付二次。 3.申報時須檢附 EDSS 量表及各項目分數。	1,328		1,328						4,253	5.65	④
2	第十三因子測定	本項可用於診斷第十三因子缺乏症及追蹤監控補充第十三凝血因子之病人，又藥品給付規定明文要求檢驗因子濃度，爰建議新增。	註： 1. 適用範圍：先天性或後天性第十三因子缺乏症之確認診斷及追蹤。 2. 每 3 個月限申報 1 次，緊急開刀等特殊情形不在此限。 3. 不得同時申報 08063B。 4. 申報時檢附 Factor XIII 活性定量報告。 5. 限血液病專科醫師開立。	2,084		2,084	08063B	尿素溶解試驗	100	100%	26	104	0.21	⑤
(1) 2 項新增項目 小計												合計	5.86	

註：

1.統計 112 年主診斷為多發性硬化症(G35)或視神經脊髓炎(G36)3,129 人，並以年成長率 6.4%，推估 114 年符合適應症人數約 3,544 人，並以約 6 成病人接受相關藥物治療直追蹤、每年執行 2 次，推估增加財務支出約 5.65 百萬點[=3,129*(1+6.4%)2*0.6*2*1,328](醫院 4.91 百萬點[=4,253*87%*1,328]、西醫基層 0.73 百萬點[=4,253*13%*1,328])。

2.統計 113 年申報 08063B 為 26 人，年成長率以 0%計算，推估 114 年執行人數約 26 人，每人執行 4 次，推估增加財務支出約 0.21 百萬點[=26*4*(2,084-100)]。

表二、114 年建議修訂醫療服務給付項目及財務影響評估彙整表(計 13 項目)

序 號	診療 編號	名稱	修訂說明	適應症/相關規範	建議支付 點數(含一 般材料費) A	原支付點 數(含一般 材料費) B	被替代診療項目及替代率					預估全 國執行 量 D	預估年增點數 (百萬點) E= ①A*D ②A*D-B*D ③B*D ④(A-F)*D	
							編號	中文名稱	支付點數 F	醫令申 報量 C(113 年)	預估 替代 醫令量			
1	59014B	潛水病（減壓病）或急性氣栓塞症之高壓氧治療 165 呎/319 分	高壓氧為潛水減壓病唯一且有效的治療，對需緊急治療的第二型嚴重減壓病病人尤為重要。若及時給予緊急處置後，症狀即可能完全緩解。然現行支付規範限「住院病人申報」，倘因症狀改善不願（或不需）住院時，將導致審查剔退，故建議修訂。	1.限治療第二型潛水減壓病（Decompression Sickness, DCSII）及空氣栓塞症（Arterial Gas Embolism, AGE）之 <u>急診與住院病患</u> 人申報， <u>且申報時應檢附詳細記載症狀及身體檢查之病歷紀錄</u> 。 2. 限住院病人申報 <u>急診病人限申報 1 次</u> 。	30,836	30,836						1	0.03	③
													註 1	
2	12207B	白血病即時定量聚合酶連鎖反應法實驗室開發檢測 (LDTs)	IDH1 突變之急性骨髓性白血病患者目前尚無對應之檢驗，爰建議修訂 12207B 適應症，以使病人盡早接受檢驗並獲得治療。	註： 1.適應症： (1)含有 BCR-ABL1 之慢性骨髓性白血病 (chronic myelogenous leukemia，CML)與急性白血病。 (2)含有 PML-RARA、RUNX1-ETO 與 、CBFB-MYH11 <u>與 IDH1</u> 之急性骨髓性白血病(acute myeloid leukemia，AML)。 2.支付規範：限衛生福利部核准之實驗室開發檢測施行計畫表列醫療機構申報。 3.執行本項之醫事服務機構應報經保險人核定，如有異動，應重行報請核定。 4.不得同時申報編號 12217B。	3,571	3,571						979	3.50	①
													註 2	
3	94201B	異體 骨髓 <u>造血幹細胞</u> 移植術 Bone-marrow-allogeneic <u>Allogeneic</u>	為正名「造血幹細胞移植術」及簡化、合理化支付標準，避免名稱混淆及申報困	註： 1. 包括抽髓及植髓 <u>包括植入異體造血幹細胞，幹細胞來源可為骨髓、周邊造血細胞或臍帶造血細胞；包含周邊造血細胞輸注</u> 。 2. 捐髓者之費用經註明後得合併申報。	14,495	14,495	94204B	骨髓移植—植髓（自體或異體）	3,630	12	60%	7	11.00	④

表二、114 年建議修訂醫療服務給付項目及財務影響評估彙整表(計 13 項目)

序 號	診療 編號	名稱	修訂說明	適應症/相關規範	建議支付 點數(含一 般材料費) A	原支付點 數(含一般 材料費) B	被替代診療項目及替代率					預估全 國執行 量 D	預估年增點數 (百萬點) E= ①A*D ②A*D-B*D ③B*D ④(A-F)*D	
							編號	中文名稱	支付點數 F	醫令申 報量 C(113 年)	預估 替代 醫令量			
		Hematopoietic Stem Cell Transplantation , 一次	難，爰建議修訂此章節。	32. 其他各項診療費用依本標準表所訂項目及支付點數申報。 43. 受贈者需為本保險之保險對象。			94206B	異體周邊造血細胞移植	1,540	610	100%	610		
4	94202B	自體 骨髓 造血幹細胞 移植術 Bone Marrow Hematopoietic Stem Cell A utotransplantation, 一次		註： 1.包括抽髓及植髓 包括植入自體造血幹細胞，涵蓋骨髓或周邊血幹細胞 。 2.其他各項診療費用依本標準表所訂項目及支付點數申報。	7,498	15,383	94202B	自體骨髓移植術	15,383	1	100%	1		
							94204B	骨髓移植－植髓（自體或異體）	3,630	12	40%	5		
							94207B	自體周邊造血細胞移植	1,540	478	100%	499		
5	94204B	骨髓移植－植髓（自體或異體）			0	3,630								
6	94205B	骨髓移植－抽髓（自體或異體） Bone marrow transplantation harvesting (allo-or auto-)			7,200	7,200	94201B	異體骨髓移植術	14,495	4	-	5		
							94202B	自體骨髓移植術	15,383	1	-			
7	94206B	異體周邊造血細胞移植			註： 1.包括捐贈者皮下注射白血球生長激素(藥物另計)、幹細胞收集(不包含造血幹細胞移植冷凍保存費)及周邊造血細胞輸注。 2.不得同時申報輸血項目。 3.受贈者需為本保險之保險對象。 4.非何杰金氏淋巴瘤、何杰金氏淋巴瘤及多發性骨髓瘤等病患免事前審查。	0	1,540							

表二、114 年建議修訂醫療服務給付項目及財務影響評估彙整表(計 13 項目)

序 號	診療 編號	名稱	修訂說明	適應症/相關規範	建議支付 點數(含一 般材料費) A	原支付點 數(含一般 材料費) B	被替代診療項目及替代率					預估全 國執行 量 D	預估年增點數 (百萬點) E= ①A*D ②A*D-B*D ③B*D ④(A-F)*D	
							編號	中文名稱	支付點數 F	醫令申 報量 C(113 年)	預估 替代 醫令量			
8	94207B	自體周邊造血細胞 移植		註： 1.包括皮下注射白血球生長激素(藥物另計)、幹 細胞收集(不包含造血幹細胞移植冷凍保存費) 及周邊造血細胞輸注。 2.不得同時申報輸血項目。 3.非何杰金氏淋巴瘤、何杰金氏淋巴瘤及多發 性骨髓瘤等病患免事前審查。	0	1,540							註 3	
9	33064B	雙能量 X 光骨質密 度檢查	使用類固醇藥物之紅 斑性狼瘡病人為骨質 疏鬆高風險族群，惟 因年齡限制，無法符 合現行給付規定，爰 建議納入。	註：1.適應症如下：(1)內分泌失調可能加速骨 質流失者（限副甲狀腺機能過高須接受治療 者、腎上腺皮質過高者、腦下垂體機能不全影 響鈣代謝者、甲狀腺機能亢進症者、醫源性庫 興氏症候群者、 <u>40 歲以上，每次檢查須符合持 續使用 3 個月以上全身性類固醇且 prednisolone 每日劑量≥10mg or equivalent 之紅斑性狼瘡病 人</u> ）。(2)非創傷性之骨折者。(3)停經後婦女及 五十歲以上接受骨質疏鬆症追蹤治療（符合全 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 5 節 5.6 骨質疏鬆 症治療藥物）者。(4)攝護腺癌病人在接受男性 賀爾蒙阻斷治療前與治療後，得因病情需要施 行骨質密度檢查。(5) 乳癌病人在接受 Aromatase Inhibitors 治療前與治療後，因病情 需要施行骨質密度檢查。(6) 成骨不全症。2.支 付規範：(1)符合前述第(1)至(5)項適應症者， 因病情需要再次施行骨質密度檢查時，間隔時 間應為二年以上，且是項檢查以三次為限。(2) 符合前述第(6)項適應症者，因病情需要再次施 行骨質密度檢查時，間隔時間應為一年以上。 3.篩檢性檢查不列入本保險給付範圍。	600							10,894	6.54	①
													註 4	

表二、114 年建議修訂醫療服務給付項目及財務影響評估彙整表(計 13 項目)

序 號	診療 編號	名稱	修訂說明	適應症/相關規範	建議支付 點數(含一 般材料費) A	原支付點 數(含一般 材料費) B	被替代診療項目及替代率					預估全 國執行 量 D	預估年增點數 (百萬點) E= ①A*D ②A*D-B*D ③B*D ④(A-F)*D	
							編號	中文名稱	支付點數 F	醫令申 報量 C(113 年)	預估 替代 醫令量			
10	14074C	HIV 病毒負荷量檢查	為及早發現與治療急性初期感染愛滋個案，開放抗原或抗體初篩檢測為陰性，但臨床醫師高度懷疑為急性初期感染個案，可使用本項目以避免造成延遲診斷。	1.限下列任一情境使用 (1)人類免疫缺乏病毒感染診斷 A.使用時機： <u>a.抗原或抗體初篩檢測（14049C 或 14050B 或 14082B）陽性後執行。</u> <u>b.抗原或抗體初篩檢測（14049C 或 14050B 或 14082C）為陰性，經感染科醫師評估有感染風險行為，且臨床上有急性初期感染之相關症狀或檢驗數值。</u> B.執行頻率：每人每年限一次。 C.執行院所：限衛生福利部人類免疫缺乏病毒指定醫事機構或疾病管制署病原體分生檢測認可之健保特約醫事服務機構申報。 (2)人類免疫缺乏病毒感染治療監測 A.執行院所：限衛生福利部人類免疫缺乏病毒指定醫事機構申報。 B.執行頻率：每人每年限四次， <u>若屬新服藥或有抗藥性病毒需多執行一次者，應於病歷詳述執行原因。</u> 2.屬西醫基層總額部門， 院所 <u>限由院所專任之感染科專科醫師開立處方始可申報，但山地離島地區得由支援報備之感染科專科醫師為之。</u> 3.屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方始可申報。 註 5	4,000	4,000						238	0.95	①

表二、114 年建議修訂醫療服務給付項目及財務影響評估彙整表(計 13 項目)

序 號	診療 編號	名稱	修訂說明	適應症/相關規範	建議支付 點數(含一 般材料費) A	原支付點 數(含一般 材料費) B	被替代診療項目及替代率					預估全 國執行 量 D	預估年增點數 (百萬點) E= ①A*D ②A*D-B*D ③B*D ④(A-F)*D	
							編號	中文名稱	支付點數 F	醫令申 報量 C(113 年)	預估 替代 醫令量			
11	33143B	急性缺血性腦中風 機械取栓術	考量本項醫療服務屬手術性質，爰由第二部第二章第二節放射線診療改列第二部第二章第七節第十五項神經外科手術章節，以符合臨床實務。	1.適應症：急性腦血管缺血性中風病人符合顱內血管支架取栓裝置使用條件，並使用該裝置進行機械性血管內血栓移除術治療，且同時符合下列條件： (1)發作後二十四小時內。 (2)影像診斷為顱內大動脈阻塞，包括內頸動脈、大腦中動脈的第一及第二段、大腦前動脈、基底動脈和脊椎動脈。 (3)美國國衛院腦中風評估表(NIH Stroke Scale) 評分≥6 及≤30。 2.禁忌症： (1)蜘蛛網膜下腔出血 (2)腦內出血 (3)硬腦膜下出血/顱內出血 3.支付規範： (1)限接受並通過下列任一學會之相關腦神經血管內介入治療專長訓練與認證之醫師施行： A.中華民國放射線醫學會授權之中華民國神經放射線醫學會 B.台灣神經外科醫學會授權之台灣神經血管外科與介入治療醫學會 C.台灣神經學會授權之台灣腦中風學會 (2)不得同時申報 69001B、69002B、69003B。 <u>(3)一般材料費，得另加計百分之七。</u> 4.前循環若於發作後八小時至二十四小時執行，申報時須於病歷檢附影像報告(CTP、MR 或 CTA collaterals)備查。	45,721	45,059				3,216		4,089	2.71	②
12	83106B													

註 6

表二、114 年建議修訂醫療服務給付項目及財務影響評估彙整表(計 13 項目)

序 號	診療 編號	名稱	修訂說明	適應症/相關規範	建議支付 點數(含一 般材料費) A	原支付點 數(含一般 材料費) B	被替代診療項目及替代率					預估全 國執行 量 D	預估年增點數 (百萬點) E= ①A*D ②A*D-B*D ③B*D ④(A-F)*D	
							編號	中文名稱	支付點數 F	醫令申 報量 C(113 年)	預估 替代 醫令量			
13	36022B	乳癌術後低分次全乳照射合併局部加強照射放射治療	為符合國際臨床指引，放寬適用對象比照傳統放療（36011B～36013B），刪除原適應症及修訂未執行完成療程依「規劃療程總次數」計算核扣點數比例，並明確規範申報醫院資格。	註： 1.適應症：早期乳癌或原位癌接受乳房腫瘤局部切除（+/-前哨或腋下淋巴結清除）後加上術後放射線治療，治療範圍包含全乳房（不包含鎖骨上淋巴結、腋下淋巴結或內乳淋巴結）。 <u>1.禁忌症：</u> (1)淋巴結轉移。 (2)遠端轉移。 (3)化學治療同步進行。 (4)少見之病理形態，如：metaplastic carcinoma、squamous cell carcinoma、sarcoma or adenoid cystic carcinoma。 2.本療程採包裹給付，如未執行完全療程，依療程次數二十次，按等比例核扣點數如未執行完成療程，則按「規劃療程總次數」計算核扣點數之比例。 <u>3.不得同時申報項目：33090B、36001B、36002B、36004B、36005B、36011B、36012B、36013B、36015B、36018B、36019B、36020B、36021C、37006B、37013B、37014B、37015B、37016B、37030B、37046B。</u> <u>4.本項原則限國健署公告「通過癌症診療品質認證醫院名單」申報，如不符資格之院所，須由台灣乳房醫學會與台灣放射腫瘤醫學會共同訪視認證，檢附學會認證證明始得申報。</u>	279,986	279,986							增列支付規範，不增加財務支出	

表二、114 年建議修訂醫療服務給付項目及財務影響評估彙整表(計 13 項目)

序 號	診療 編號	名稱	修訂說明	適應症/相關規範	建議支付 點數(含一 般材料費) A	原支付點 數(含一般 材料費) B	被替代診療項目及替代率					預估全 國執行 量 D	預估年增點數 (百萬點) E= ①A*D ②A*D-B*D ③B*D ④(A-F)*D	
							編號	中文名稱	支付點數 F	醫令申 報量 C(113 年)	預估 替代 醫令量			
14	36023B	乳癌術後低分次全乳照射無合併局部加強照射放射治療	為符合國際臨床指引，放寬適用對象比照傳統放療（36011B～36013B），刪除原適應症及修訂未執行完成療程依「規劃療程總次數」計算核扣點數比例，並明確規範申報醫院資格。	註： 1.適應症：早期乳癌或原位癌接受乳房腫瘤局部切除（+/-前哨或腋下淋巴結清除）後加上術後放射線治療，治療範圍包含全乳房（不包含鎖骨上淋巴結、腋下淋巴結或內乳淋巴結）。 <u>1.禁忌症：</u> (1)淋巴結轉移。 (2)遠端轉移。 (3)化學治療同步進行。 (4)少見之病理形態，如：metaplastic carcinoma、squamous cell carcinoma、sarcoma or adenoid cystic carcinoma。 2.本療程採包裹給付，如未執行完全療程，依療程次數十六次，按等比例核扣點數如未執行完成療程，則按「規劃療程總次數」計算核扣點數之比例。 <u>3.不得同時申報項目：33090B、36001B、36002B、36004B、36005B、36011B、36012B、36013B、36015B、36018B、36019B、36020B、36021C、37006B、37013B、37014B、37015B、37016B、37030B、37046B。</u> <u>4.本項原則限國健署公告「通過癌症診療品質認證醫院名單」申報，如不符資格之院所，須由台灣乳房醫學會與台灣放射腫瘤醫學會共同訪視認證，檢附學會認證證明始得申報。</u>	246,960	246,960							增列支付規範，不增加財務支出	
(1) 11 項修訂項目 小計													24.72	

註：

註 1.申報本項者約 90%為第二型潛水減壓病（DCSII）病人，空氣栓塞症（AGE）申報者相對罕見。其中不足一成個案僅於急診治療後即出院。以 113 年執行人數及成長率推估 114 年執行 59014B 人數為 9 人，設定於急診治療未住院者比例為 10%，推估僅於急診治療之 DCSII 約為 1 人。空氣栓塞症（AGE）推估修訂後不增加病人數。合計增加財務支出約 0.03 百萬點。[=1*30,836]

註 2.111 年癌症登記資料，AML 新發人數為 900 人，年成長率 1.17%，推估 114 年 AML 新發人數約為 932 人；另專家提供 AML 復發率 50%、IDH1 突變發生率 10%，推估 114 年 AML IDH1 陽性復發約 47 人，合計執行 979 人 $[=900*(1+1.17\%)^3+900*(1+1.17\%)^3*50\%*10\%]$ ，增加財務支出約 3.50 百萬點 $[=979*3,571]$ 。

註 3.本項財務評估說明如下：

(1)113 年申報 94206B 者將全數改為申報 94201B，年成長率為負故以零成長計算，94204B 中的 6 成將改為申報 94201B，年成長率為負故以零成長計算，94201B 合計申報 617 人 $[=610+12*0.6]$ ，增加財務支出約 7.98 百萬點 $[=610*(14,495-1,540)+12*0.6*(14,495-3,630)]$ 。

(2)113 年申報 94207B 者將全數改為申報 94202B，年成長率 4.4%，94204B 中的 4 成將改為申報 94202B，年成長率為負故以零成長計算，原先申報 94202B 者為 1 人，94202B 合計申報 505 人 $[=478*(1+4.4\%)+12*0.4+1]$ ，增加財務支出約 2.98 百萬點 $[=499*(7,498-1,540)+12*0.4*(7,498-3,630)+1*(7,498-15,383)]$ 。

(3)113 年申報 94201B 及 94202B 者將另外申報 94205B，年成長率為負故以零成長計算，合計申報 5 人 $[=4+1]$ ，增加財務支出約 0.04 百萬點 $[=(4+1)*7,200]$ 。

(4)綜上，合計增加財務支出約 11 百萬點 $[=0.04+7.98+2.98]$ 。

註 4.113 年主診斷為 SLE（M32）重大傷病且 40 歲以上、使用全身性類固醇藥物（ATC 前 5 碼為 H02AB），合計 10,735 人，以年成長率 2.45%，推估 114 年為 10,998 人、扣除已併報 33064B 人數 102 人，推估執行 10,894 人 $[=10,735*(1+2.45\%)*(1-102/10,735)]$ ，增加財務支出約 6.54 百萬點 $[=10,894*600]$ 。

註 5.統計 108 年至 112 年申報 14049C 或 14050B 或 14082C 且 30 天內申報 14074C 之人數，考量執行人數穩定，故以年成長率為零計算，參考臨床病理暨檢驗醫學會提供，執行抗原或抗體初篩之病人，陰性約 98.9%、陽性 1.1%，又陰性者約 0.24%會執行本項，推估 114 年執行人數約 238 人 $[=1,105/1.1\%*98.9\%*0.24\%]$ ，增加財務支出約 95.2 萬點 $[=238*4,000]$ （醫院 0.949 百萬點 $[=238*0.9969*4,000]$ 、西醫基層 4,000 點 $[=238*0.0031*4,000]$ ）。

註 6.113 年申報 33143B 件數為 3,216 件，111 年至 113 年平均成長率為 27.16%，推估 114 年申報量為 4,089 件；33143B 自第二部第二章第二節放射線診療改列第二部第二章第七節第十五項神經外科手術章節，支付點數差額為 662 點，推估財務支出增加 2.71 百萬點 $[=4,089*662]$ 。

表三、114 年建議修訂醫療服務給付項目文字彙整表(計 3 項目)

序號	診療 編號	名稱	修訂說明	適應症/相關規範	備註
1	64285B	反置人工全肩關節置換手術 (Revision Reverse total shoulder replacement)	更正英文名稱文字。		修訂支付規範，不增加支出。
2	15020B	支氣管切片奈印 (Imprint bronchial biopsy-CM)	更正英文名稱文字。		修訂英文名稱，不增加支出。
3	68060B	經導管二尖瓣緣對緣修補術	更正支付規範文字。	註： 1.適應症： (1)顯著症狀之重度二尖瓣逆流（經超音波檢查須符合下列任一條件：CentraljetMR>40%LAorholosystolic eccentricjetMR/Venacontracta ≥ 0.7cm/Regurgitantvolume ≥ 60mL/Regurgitantfraction ≥ 50%/ERO ≥ 0.40cm2），且符合下列任一適應症： A.因瓣膜結構異常造成之原發性二尖瓣逆流病人(PrimaryMR)，須經多科別心臟團隊評估認定二尖瓣解剖結構適合緣對緣修補、臨床判定病人至少有一年以上之存活機率，且現有伴隨疾病不至妨礙二尖瓣逆流減少之預期效益。高手術風險之判定應具有下列一項以上手術風險因子： (a)手術後三十天死亡風險評估(STScore)，二尖瓣置換手術達 8%以上或二尖瓣修補手術達 6%以上。 (b)嚴重主動脈鈣化(Porcelainaorta)。 (c)險惡性胸腔。 (d)嚴重肝病變/肝硬化(MELD 分數>12)。 (e)重度肺高壓(肺動脈收縮壓高於全身收縮壓三分之二)。 (f)導致體弱不尋常情況，例如右心室功能障礙伴隨重度三尖瓣逆流、接受惡性腫瘤化療、嚴重出血性體質、後天免疫不全症候群(AIDS)、吸入異物高風險。 B.合併心臟衰竭之繼發性功能性二尖瓣逆流(SecondaryMR)者，須經多科別心臟團隊評估，符合已接受臨床指南藥物治療之最大容許劑量(GDMT)，但症狀及二尖瓣逆流嚴重度仍持續存在，同時左心室射血率(LVEF)介於 20%至 50%，左心室收縮末期直徑(LVESD)<=70mm。 (2)二尖瓣膜結構須符合夾合器適用範圍。 (3)排除末期嚴重心臟衰竭或心源性休克 LVEF<20%病人。 2.支付規範： (1)醫院條件： A.專任之心臟內科、心臟外科醫師。 B.醫院過去三年每年平均或近一年須具三百例以上之心導管(含一百例以上介入心臟導管手術)、一百例經食道心臟超音波及連續五年每年三十例以上二尖瓣膜修復或置換(68015B~68018B)之手術案例。 C.須具下列設備： (a)心導管 X 光攝影機等級及高效率空氣過濾器至少 HEPA-10000 等級之複合式(hybrid)手術室。 (b)具 3D、4D 影像功能之心臟超音波設備。 (c)體外循環設備。 (d)64 切片以上之電腦斷層式或磁振造影機。 (2)醫師資格須符合下列所有規範： A.心臟內科、心臟外科、心臟介入、兒童心臟科專科醫師。	修訂支付規範，不增加支出。

表三、114 年建議修訂醫療服務給付項目文字彙整表(計 3 項目)

序號	診療 編號	名稱	修訂說明	適應症/相關規範	備註
				B.須符合下述操作資格之心臟內科專科醫師及心臟外科專科醫師在場共同操作，隨時提供必要之緊急措施。 C.具有心臟專科醫師五年以上資格。 D.心臟外科醫師須具二十例以上二尖瓣膜手術（68015B~68018B）；心臟內科及兒童心臟科醫師須具五十例以上心臟結構疾病手術及二十例以上心房中膈穿刺術(29031B)；心臟介入專科醫師須具三百例以上心臟介入治療(33076B~33078B 經皮冠狀動脈擴張術)。 (3)執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請同意。 (4)申報時應檢附手術中心臟超音波及 X 光影像。 3.不得同時申報：29031B、18047B。 4.一般材料費，得另加計百分之三。 5.須事前審查。	
4	47101B	急性缺血性腦中風處置費	修訂支付規範文字。	適應症：1.急性缺血性中風病人符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準第六編第八十三條之藥品給付規定第 2 節心臟血管及腎臟藥物 2.1.2 血栓溶解劑用於急性缺血性腦中風之使用條件。2.執行 33143B <u>83106B</u> 者。	修訂支付規範文字，不增加財務支出。

003-1診療項目成本分析表(108年新參數校正)

☐現有項目 ☒新增項目

項目名稱：多發性硬化症／視神經脊髓炎 EDSS 量表之評估

提案單位：台灣神經學學會

錄案編號：1101018

單位：元

直接成本	用人成本	人 員 別	人 數		每人每分鐘 成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計
		1.主治醫師以上	1		39.1	30	1,173	1,173
		2.住院醫師						
		3.護理人員						
		4.醫事人員						
		5.行政人員						
		6.工友、技工						
	不計價 材料或 藥品成 本	品 名	單 位		單 位 成 本	消耗數量	成本小計	成本合計
							-	-
							-	
							-	
							-	
							-	
							-	
							-	
						-		
	設備費 用	名 稱	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本
								1
	小計						-	
	非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %						-	
	房屋折 舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計	
		神經科門10坪	30,000	50	0.01	100	0.6	
	維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)× 28.7%						-	
	直接成本合計							1,174
作業及管理費用(直接成本× 13.1 %)							154	
成本總計							1,328	

003-1診療項目成本分析表(108年新參數校正)

□現有項目 ■新增項目

項目名稱：第十三因子活性測定

提案單位：台灣血栓止血學會

錄案編號：111-1018

單位：元

直接成本	用人成本	人 員 別	人 數		每人每分鐘成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計
		1.主治醫師以上						240
		2.住院醫師						
		3.護理人員						
		4.醫事人員	1	8	30	240		
		5.行政人員						
		6.工友、技工						
	不計價材料或藥品成本	品 名	單 位		單 位 成 本	消耗數量	成本小計	成本合計
		Berichrom Factor XIII Assay kit	式		984	1	1,083	1,351
		品管液-1 Control Plasma N kit	1mL*10/盒		59.5	1	60	
		品管液-2 Control Plasma P kit	1mL*10/盒		122.5	1	123	
		校正液 Standard Human Plasma kit	1mL*10/盒		19.43	1	19	
		緩衝液Buffer	10罐/盒		9	1	9	
		清潔劑(CN清潔劑 /CN-COAGWASHER)	2L/瓶		39	1	39	
		CUVETTE(SUC-400A)reaction tube	pcs		9.75	1	10	
		血液凝固試管 3ML(透明標籤)"Vacuette" Blood Collection Tubes-Coagulation Tube	EA		5.1	1	5	
		安全遮蔽防護式注射針(3mL)	EA		4.12	1	4	
	設備費用	名 稱	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本
		Sysmex CN-3000儀器	1,560,000	7	2.3	60	138	252
		KUBOTA離心機(型號：3700)	171,000	7	0.3	1	0.3	
		Thermo Heraeus離心機(Megafuge 8R)	158,000	7	0.2	1	0.2	
		小計					138	
		非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %					39	
	房屋折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計	18.5
		64	3201433.6	50	0.62	30		
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)×28.7%					56			
直接成本合計							1,843	
作業及管理費用(直接成本×13.1%)							241	
成本總計							2,084	

003-1診療項目成本分析表(校正)

項目名稱：急性缺血性腦中風腦神經血管機械性血管內血栓移除手術費

提案單位：台灣腦中風學會

錄案編號：105-1010

單位：元

直接成本	用人成本	人 員 別	人 數		每人每分鐘 成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計
		1.主治醫師以上	2		49.1	180	17,676	23,364
		2.住院醫師	1		16.5	180	2,970	
		3.護理人員	1		7.1	180	1,278	
		4.醫事人員	1		8.0	180	1,440.0	
		5.行政人員						
		6.工友、技工						
	不計價材料或藥品成本	品 名	單 位		單 位 成 本	消耗數量	成本小計	成本合計
		不另申報耗材	(詳如附件一)				650.0	2,847
		不計價耗材	(詳如附件二)				2,197.0	
	設備費用	名 稱	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本
		血管攝影機	46,979,286	7	64.7	180	11,651.6	16,138
		高壓注射器	840,000	7	1.2	180	208.3	
		血管攝影機保養成本						
			29,596,950	7	40.8	-	-	
		小計					11,859.9	
		非醫療設備=醫療設備 × 7.53 %					893.0	
	房屋折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間	成本小計	
		血管攝影室21.7坪 (含檢查室，控制室，機房)	5,020,714	50	0.9	180	157.4	
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)×25%					3228.0			
直接成本合計							42,349	
作業及管理費用(直接成本×6.4%)							2,710	
成本總計							45,059	

回推手術項表定點數、加成率及支付點數(含一般材料費)

A人力	23,364
B不計價材	2,847
C設備費+房屋折舊+維修費用	16,138
D作業及管理費用	3,228
E回推手術加成率 =B/(A+C+D)	6.66%
F表定點數(A+C+D)	42,730
G手術加成率 =(E無條件進位)	7.00%
H支付點數(含一般材料費)四捨五入 =F*(1+G)	45,721

附件一

預計內含基本耗材

耗材名稱	單價	使用量(單次)	成本小計	健保碼
4 Fr. Catheter (4Fr. JB2)	594	0	0	CVA01HNB01CK
8 Fr. Femoral Sheath	1,098	0	0	CGS01BL191TM
0.035 guide wire	751	0	0	CGDW1LC181TM
Neuron 6 Fr. 070	12,000	0	0	CMV0107056UF
Shuttle 6Fr.	6,535	0	0	CMV02KSAW3CK
Microcatheter (SL-10)	7,440	0	0	CMV0149181S9
Microwire (Transend)	4,650	0	0	CMV0346802SB
Y 型連接管	979	0	0	ACY01KESU1NX
Syringe 200FT-Q 200cc.	220	1	220	
High Pressure Connecting Tube	430	1	430	
成本合計			650	

附件二

一般材料費明細表(註： 不計價之藥材。)

材料品項名稱 材編		單位	單 位 成 本	消耗數量	成本小計
1ml 空針	11-001-001	支	5	1	5
3ml 空針	11-001-003	支	5	1	5
5ml 空針	11-001-005	支	5	2	10
20ml 空針	11-001-030	支	8	2	16
30ml 螺旋空針	11-001-730	支	12	1	12
11 號刀片	11-420-000011	片	5	1	5
18G IV catheter	11-025-18200	支	16	1	16
18G 針頭	11-004-18132	支	3	1	3
T-connect	11-052-0020	個	20	1	20
機罩	14-740-3100	個	35	3	105
Opsite	12-141-4290	片	8	1	8
消毒棉棒	12-131-4104	包	5	2	10
Alc-BI	12-149-390201	CC	1	1	1
500ml N/S	01-007-17N022	包	20	3	60
Heparin	01-004-14H018	1000IU	5	5000IU	25
顯影劑	03-000-50E156	BT	1500	1	1,500
O2 cannula	11-093-02	條	15	1	15
2% xylocaine x20m	01-002-12x022	ML	3	1	3
紗布	12-134-1040416	包	18	2	36
3M 紙膠	12-140-1010	卷	18	1	18
手術帽	12-605-104245	個	5	3	15
無菌手套	11-410-170	雙	10	3	30
手術口罩	12-604-101633	個	5	5	25
心電圖貼片	11-230-0000	片	8	3	24
紅色三路活塞	11-051-1032	個	15	1	15
黑絲線	11-430-23213	包	28	1	28
IV set	11-021-200	條	10	3	30
紙洞巾	12-602-050508	張	7	1	7
伊拉膠	12-140-2075	卷	150	1	150
成本合計					2,197

114 新增修診療項目預算執行情形

辦理進度	會議時間	序號	內容			推估預算 (百萬點)	
			類別	編號	新增修診療項目	醫院	基層
114.5.1 生效實施	113.12.26 共擬通過	1	新增	20046B	癲癇腦波檢查	45.24	
		2	新增	47108B	心臟監測器植入術	2.12	
		3	新增	68060B	經導管二尖瓣緣對緣修補術	7.49	
		1	修訂	17022B	呼氣一氧化氮監測(FeNO)	28.26	
		2	修訂	20027B	長程數位影像腦波監測	44.48	
		(1)113 年通過以 114 年預算 小計 5 項				127.58	0.00
114.5.1 生效實施	114.3.27 共擬通過	4	新增	12218C	酪氨酸磷酸酶自體抗體(EIA 法)	8.04	
		5	新增	05153B	早產兒母乳補充照護（每 25mL 母乳）	33.83	
		6	新增	14086C	B 型肝炎病毒表面抗原(HBsAg)定量檢驗	不影響	
		7	新增	64284B	人工全肩關節再置換手術	1.92	
		8	新增	64285B	反置人工全肩關節置換手術	19.16	
		3	修訂	80401C	診斷性或治療性子宮擴張刮除術（非產科）	不影響	
		4	修訂	81031C	子宮內管刮除術	不影響	
		5	修訂	81017C	無妊娠併發症之陰道產	22.40	9.60
		6	修訂	79604C	會陰修補及肛門損傷修補		
		7	修訂	79605C	會陰修補及括約肌修補		
		8	修訂	81034C	有妊娠併發症之陰道產	不影響	
		9	修訂	81018C	雙胎分娩	不影響	
		10	修訂	81019C	多胎分娩	不影響	

辦理進度	會議時間	序號	內容		推估預算 (百萬點)	
			類別	新增修診療項目	醫院	基層
		11	修訂	81024C 前胎剖腹產後之陰道生產(接生費)	不影響	
		12	修訂	81025C 前胎剖腹產後之陰道生產(雙胎分娩)	不影響	
		13	修訂	81026C 前胎剖腹產後之陰道生產(多胎分娩)	不影響	
		14	修訂	02028C 預立醫療照護諮商費	不影響	
		15	修訂	64163B 全肩關節置換術	不影響	
		16	修訂	64198B 人工關節移除—股、肩、膝	不影響	
		17	修訂	64121B 肩旋轉袖破裂修補術—小破裂	不影響	
		18	修訂	64122B 肩旋轉袖破裂修補術—大破裂	不影響	
		19	修訂	64243B 關節鏡手術—關節鏡探查手術，併施行滑膜切片，灌洗，清創	不影響	
		20	修訂	64244B 關節鏡手術—關節鏡下關節面磨平成形成術，打洞，游離體或骨軟骨碎片取出手術	不影響	
		21	修訂	12184C 去氧核糖核酸類定量擴增試驗	不影響	
		22	修訂	14030C B型肝炎表面抗原 HBsAg(定性)—Latex法	不影響	
		23	修訂	14031C B型肝炎表面抗原 HBsAg(定性)—RPHA法	不影響	
		24	修訂	14032C B型肝炎表面抗原 HBsAg(定性)—EIA/LIA	不影響	
		25	修訂	14085C B型肝炎病毒核心關連抗原(HBcrAg)合併表面抗原(HBsAg)定量檢驗	不影響	
		(2)通過 28 項 小計			85.34	9.60
	114.6.26 共擬會議 討論	9	新增	20049C 多發性硬化症/視神經脊髓炎 EDSS 量表評估	4.91	0.73
		10	新增	08135B 第十三因子測定	0.21	
		11	新增	83106B 急性缺血性腦中風機械取栓術	2.71	
		26	刪除	94204B 骨髓移植—植髓(自體或異體)	不影響	

辦理進度	會議時間	序號	內容			推估預算 (百萬點)	
			類別	編號	新增修診療項目	醫院	基層
		27	刪除	94206B	異體周邊造血細胞移植，一次	不影響	
		28	刪除	94207B	自體周邊造血細胞移植，一次	不影響	
		29	刪除	33143B	急性缺血性腦中風機械取栓術	不影響	
		30	修訂	59014B	潛水病（減壓病）或急性氣栓塞症之高壓氧治療 165 呎/319 分	0.03	
		31	修訂	12207B	白血病即時定量聚合酶連鎖反應法實驗室開發檢測(LDTs)	3.50	
		32	修訂	94201B	異體骨髓移植術,一次	11.00	
		33	修訂	94202B	自體骨髓移植術,一次		
		34	修訂	94205B	骨髓移植－抽髓（自體或異體）		
		35	修訂	33064B	雙能量 X 光骨質密度檢查	6.54	
		36	修訂	14074C	HIV 病毒負荷量檢查	0.95	0.004
		37	修訂	36022B	乳癌術後低分次全乳照射合併局部加強照射放射治療	不影響	
		38	修訂	36023B	乳癌術後低分次全乳照射無合併局部加強照射放射治療	不影響	
		39	修訂	64285B	反置人工全肩關節置換手術	不影響	
		40	修訂	15020B	支氣管切片奈印	不影響	
		41	修訂	68060B	經導管二尖瓣緣對緣修補術	不影響	
		42	修訂	47101B	急性缺血性腦中風處置費	不影響	
		(3)待討論 20 項 小計				29.85	0.74
共擬(1)~(3)共計增修訂 49 項(含 0 通則)合計						242.8	10.3
餘						857.23	39.66
114 年新醫療科技-新增修訂診療項目預算執行：							
1.醫院總額：114 年新醫療科技-新增修訂診療項目預算 1100 百萬元，已執行 242.8 百萬點，尚餘 857.23 百萬元。							
2.西醫基層總額：114 年新增修診療項目預算 50 百萬元，已執行 10.3 百萬點，尚餘 39.66 百萬元。							

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目 修正規定

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

第三項 血液學檢查 Hematology Test (08001-081345)

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
08135B	<u>第十三因子測定</u> Factor XIII assay 註： 1.適用範圍：先天性或後天性第十三因子缺乏症之確認診斷及追蹤。 2.每三個月限申報一次，緊急開刀等特殊情形不在此限。 3.不得同時申報08063B。 4.申報時檢附Factor XIII活性定量報告。 5.限血液病專科醫師開立。		<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>2084</u>

第六項 免疫學檢查 Immunology Examination (12001-12219)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
12207B	白血病即時定量聚合酶連鎖反應法實驗室開發檢測(LDTs) RQ-PCR(Real Time Quantitative PCR) for leukemia(LDTs) 註： 1.適應症： (1)含有 BCR-ABL1 之慢性骨髓性白血病 (chronic myelogenous leukemia, CML)與急性白血病。 (2)含有 PML-RARA、RUNX1-ETO與、CBFB-MYH11與IDH1之急性骨髓性白血病 (acute myeloid leukemia, AML)。 2.支付規範：限衛生福利部核准之實驗室開發檢測施行計畫表列醫療機構申報。 3.執行本項之醫事服務機構應報經保險人核定，如有異動，應重行報請核定。 4.不得同時申報編號12217B。		v	v	v	3571

第八項 病毒學檢查 Virology Examination (14001-14086)

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
14074C	HIV 病毒負荷量檢查 HIV viral load test 註： 1.限下列任一情境使用 (1)人類免疫缺乏病毒感染診斷 A.使用時機： <u>a.抗原或抗體初篩檢測(14049C 或 14050B 或 14082B)陽性後執行。</u> <u>b.抗原或抗體初篩檢測 (14049C 或 14050B 或 14082C) 為陰性，經感染科醫師評估有感染風險行為，且臨床上有急性初期感染之相關症狀或檢驗數值。</u> B.執行頻率：每人每年限一次。 C.執行院所：限衛生福利部人類免疫缺乏病毒指定醫事機構或疾病管制署病原體分生檢測認可之健保特約醫事服務機構申報。 (2)人類免疫缺乏病毒感染治療監測 A.執行院所：限衛生福利部人類免疫缺乏病毒指定醫事機構申報。 B.執行頻率：每人每年限四次，<u>若屬新服藥或有抗藥性病毒需多執行一次者，應於病歷詳述執行原因。</u> 2.屬西醫基層總額部門，院所<u>限由院所專任之感染科專科醫師開立處方始可申報，但山地離島地區得由支援報備之感染科專科醫師為之。</u> 3.屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方始可申報。	v	v	v	v	4000

第九項 細胞學檢查 Cytology Examination (15001-15022)

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
15020B	支氣管切片奈印 Imprint bronchial biopsy-CM		v	v	v	265

第十四項 神經系統檢查 Neurological Test (20001-200489)

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
20049C	<u>多發性硬化症/視神經脊髓炎 EDSS量表評估</u> <u>Evaluation of Expanded Disability Status Scale (EDSS) in Multiple Sclerosis/ Neuromyelitis Optic</u> <u>註：</u> <u>1.限神經專科醫師執行。</u> <u>2.每人每年限給付二次。</u> <u>3.申報時須檢附EDSS量表及各項目分數。</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>1328</u>

第二節 放射線診療 X-RAY

第一項 X 光檢查費 X-Ray Examination

二、特殊造影檢查 Scanning (33001-33147、P2101-P2104)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
33064B	雙能量X光骨質密度檢查 Dual-energy X-ray absorptiometry, DXA 註： 1.適應症如下： (1)內分泌失調可能加速骨質流失者（限副甲狀腺機能過高須接受治療者、腎上腺皮質過高者、腦下垂體機能不全影響鈣代謝者、甲狀腺機能亢進症者、醫源性庫興氏症候群者、<u>四十歲以上全身性類固醇持續使用三個月以上且Prednisolone每日劑量$\geq 10\text{mg}$ or equivalent之紅斑性狼瘡病人</u>）。 (2)非創傷性之骨折者。 (3)停經後婦女及五十歲以上接受骨質疏鬆症追蹤治療（符合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5節5.6骨質疏鬆症治療藥物）者。 (4)攝護腺癌病人在接受男性賀爾蒙阻斷治療前與治療後，得因病情需要施行骨質密度檢查。 (5)乳癌病人在接受Aromatase Inhibitors治療前與治療後，因病情需要施行骨質密度檢查。 (6)成骨不全症。 2.支付規範： (1)符合前述第(1)至(5)項適應症者，因病情需要再次施行骨質密度檢查時，間隔時間應為二年以上，且是項檢查以三次為限。 (2)符合前述第(6)項適應症者，因病情需要再次施行骨質密度檢查時，間隔時間應為一年以上。 3.篩檢性檢查不列入本保險給付範圍。		V	V	V	600
33143B	急性缺血性腦中風機械取栓術 Fee for neurovascular mechanical endovascular thrombectomy in acute ischemic stroke 註： 1.適應症：急性腦血管缺血性中風病人符合顱內血管支架取栓裝置使用條件，並使用該裝置進行機械性血管內血栓移除術治療，且同時符合下列條件： (1)發作後二十四小時內。 (2)影像診斷為顱內大動脈阻塞，包括內頸動脈、大腦中動脈的第一及第二段、大腦前動脈、基底動脈和脊椎動脈。 (3)美國國衛院腦中風評估表(NIH Stroke Scale)評分≥ 6及≤ 30。		✖	✖	✖	45059

編號	診療項目	基層 院所	地區 醫院	區域 醫院	醫學 中心	支付 點數
	2.禁忌症：— (1)蜘蛛網膜下腔出血 (2)腦內出血 (3)硬腦膜下出血/顱內出血 3.支付規範：— (1)限接受並通過下列任一學會之相關腦神經血管內介入治療專長訓練與認證之醫師施行：— A.中華民國放射線醫學會授權之中華民國神經放射線醫學會 B.台灣神經外科醫學會授權之台灣神經血管外科與介入治療醫學會 C.台灣神經學會授權之台灣腦中風學會 (2)不得同時申報69001B、69002B、69003B。— 4.前循環若於發作後八小時至二十四小時執行，申報時須於病歷檢附影像報告(CTP、MR或CTA collaterals)備查。—					

第二項 癌症(腫瘤)治療 Cancer Therapy

一、放射線治療 Radiation Therapy (36001-36024)

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
36022B	乳癌術後低分次全乳照射合併局部加強照射放射治療 Hypofractionated whole breast irradiation with tumor bed boost 註： 1.適應症：早期乳癌或原位癌接受乳房腫瘤局部切除（+/-前哨或腋下淋巴結清除）後加上術後放射線治療，治療範圍包含全乳房（不包含鎖骨上淋巴結、腋下淋巴結或內乳淋巴結）。 2.1.禁忌症： (1)淋巴結轉移。 (2)遠端轉移。 (3)化學治療同步進行。 (4)少見之病理形態，如：metaplastic carcinoma、squamous cell carcinoma、sarcoma or adenoid cystic carcinoma。 3.2.本療程採包裹給付，如未執行完全療程，依療程次數二十次，按等比例核扣點數如未執行完成療程，則按「規劃療程總次數」計算核扣點數之比例。 4.3.不得同時申報項目：33090B、36001B、36002B、36004B、36005B、36011B、36012B、36013B、36015B、36018B、36019B、36020B、36021C、37006B、37013B、37014B、37015B、37016B、37030B、37046B。 <u>4.本項原則限國健署公告「通過癌症診療品質認證醫院名單」申報，如不符資格之院所，須由台灣乳房醫學會與台灣放射腫瘤醫學會共同訪視認證，檢附學會認證證明始得申報。</u>		v	v	v	279986
36023B	乳癌術後低分次全乳照射無合併局部加強照射放射治療 Hypofractionated whole breast irradiation without tumor bed boost 註： 1.適應症：早期乳癌或原位癌接受乳房腫瘤局部切除（+/-前哨或腋下淋巴結清除）後加上術後放射線治療，治療範圍包含全乳房（不包含鎖骨上淋巴結、腋下淋巴結或內乳淋巴結）。 2.1.禁忌症： (1)淋巴結轉移。 (2)遠端轉移。 (3)化學治療同步進行。		v	v	v	246960

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
	(4)少見之病理形態，如：metaplastic carcinoma、squamous cell carcinoma、sarcoma or adenoid cystic carcinoma。 3.2.本療程採包裹給付，如未執行完全療程，依療程次數十 六次，按等比例核扣點數<u>如未執行完成療程，則按「規劃</u> <u>療程總次數」計算核扣點數之比例。</u> 4.3.不得同時申報項目：33090B、36001B、36002B、36004B、 36005B、36011B、36012B、36013B、36015B、36018B、 36019B、36020B、36021C、37006B、37013B、37014B、 37015B、37016B、37030B、37046B。 <u>4.本項原則限國健署公告「通過癌症診療品質認證醫院名</u> <u>單」申報，如不符資格之院所，須由台灣乳房醫學會與台</u> <u>灣放射腫瘤醫學會共同訪視認證，檢附學會認證證明始得</u> <u>申報。</u>					

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

第一項 處置費 Treatment

一、一般處置 General Treatment (47001-47108)

編號	診療項目	基層 院所	地區 醫院	區域 醫院	醫學 中心	支付 點數
47101B	急性缺血性腦中風處置費 註：適應症 1.急性缺血性中風病人符合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2節心臟血管及腎臟藥物2.1.2血栓溶解劑用於急性缺血性腦中風之使用條件。 2.執行 33143B <u>83106B</u> 者。		v	v	v	14559

第三項 高壓氧治療 Hyperbaric Oxygen Therapy (59002-59016)

編號	診療項目	深度 (呎)	時間 (分)	基層 院所	地區 醫院	區域 醫院	醫學 中心	支付 點數
59014B	潛水病（減壓病）或急性氣栓塞症 Decompression sickness and acute gas embolism (including post operative) 之高壓氧治療 註： 1.限治療第二型潛水減壓病（Decompression Sickness, DCSII）及空氣栓塞症（Arterial Gas Embolism, AGE） <u>之急診與住院病患人申報，且申報時應檢附詳細記載症狀及身體檢查之病歷紀錄。</u> 2. 限住院病人申報 <u>急診病人限申報一次。</u>	165	319		v	v	v	30836

第七節 手術

第三項 筋骨 Musculoskeletal System (64001-64285)

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
64285B	反置人工全肩關節置換手術 Revision <u>Reverse</u> total shoulder replacement 註： 1.符合下列適應症之一： (1)肩關節旋轉肌群無法修復且造成重大失能(達到顯著運動失能)，且六十五歲以上者。旋轉肌群無法修復之審查標準為肩核磁共振顯示旋轉肌群有巨大斷裂且合併旋轉肌群古塔里耶分級（Goutallier grade）3 以上脂肪浸潤變化。 (2)肩盂骨性缺損合併關節病變需置換人工肩關節，且六十五歲以上者。肩盂骨性缺損之審查標準為肩關節盂骨缺損達威祿士分類（Walch classification）B以上或肩盂後轉（glenoid retroversion）15度以上。 (3)七十歲以上肱骨上端骨缺損，X光顯示肱骨上端骨缺損且臨床需合併反覆性肩關節脫臼或慢性肩關節脫臼病史者。 (4)類風溼性關節炎合併肩關節旋轉肌群無法修復且造成重大失能者。旋轉肌群無法修復之審查標準為肩核磁共振顯示旋轉肌群有巨大斷裂且合併旋轉肌群 Goutallier grade3以上脂肪浸潤變化。 2.須事前審查，須檢附病史清晰可判讀之X-RAY及MRI影像學檢查。 3.不得同時申報：64121B、64122B、64163B、64243B、64244B。 4.一般材料費，得另加計百分之二十一。		v	v	v	29128

第六項 心臟及心包膜(68001-68060)

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
68060B	經導管二尖瓣緣對緣修補術 Transcatheter edge-to-edge Mitral valve repair 註： 1.適應症： (1)顯著症狀之重度二尖瓣逆流（經超音波檢查須符合下列任一條件：Central jet MR >40% LA or holosystolic eccentric jet MR/Vena contracta $\geq$ 0.7cm/Regurgitant volume $\geq$ 60 mL/Regurgitant fraction $\geq$ 50%/ERO $\geq$ 0.40cm²），且符合下列任一適應症： A. 因瓣膜結構異常造成之原發性二尖瓣逆流病人 (Primary MR)，須經多科別心臟團隊評估認定二尖瓣解剖結構適合緣對緣修補、臨床判定病人至少有一年以上之存活機率，且現有伴隨疾病不至妨礙二尖瓣逆流減少之預期效益。高手術風險之判定應具有下列一項以上手術風險因子： (a)a. 手術後三十天死亡風險評估(STS score)，二尖瓣置換手術達8%以上或二尖瓣修補手術達6%以上。 (b)b. 嚴重主動脈鈣化(Porcelain aorta)。 (c)c. 險惡性胸腔。 (d)d. 嚴重肝病變/肝硬化 (MELD分數>12)。 (e)e. 重度肺高壓（肺動脈收縮壓高於全身收縮壓三分之二）。 (f)f. 導致體弱不尋常情況，例如右心室功能障礙伴隨重度三尖瓣逆流、接受惡性腫瘤化療、嚴重出血性體質、後天免疫不全症候群(AIDS)、吸入異物高風險。 B. 合併心臟衰竭之繼發性功能二尖瓣逆流(Secondary MR)者，須經多科別心臟團隊評估，符合已接受臨床指南藥物治療之最大容許劑量(GDMT)，但症狀及二尖瓣逆流嚴重度仍持續存在，同時左心室射血率(LVEF)介於20%至50%，左心室收縮末期直徑(LVESD) $\leq$ 70mm。 (2)二尖瓣膜結構須符合夾合器適用範圍。 (3)排除末期嚴重心臟衰竭或心源性休克LVEF<20%病人。 2.支付規範：		v	v	v	99428

編號	診療項目	基層 院所	地區 醫院	區域 醫院	醫學 中心	支付 點數
	(1)醫院條件： A.專任之心臟內科、心臟外科醫師。 B.醫院過去三年每年平均或近一年須具三百例以上之心導管(含一百例以上介入心臟導管手術)、一百例經食道心臟超音波及連續五年每年三十例以上二尖瓣膜修復或置換(68015B~68018B)之手術案例。 C.須具下列設備： (a)<u>a</u>.心導管X光攝影機等級及高效率空氣過濾器至少HEPA-10000等級之複合式(hybrid)手術室。 (b)<u>b</u>.具3D、4D影像功能之心臟超音波設備。 (c)<u>c</u>.體外循環設備。 (d)<u>d</u>.64切片以上之電腦斷層式<u>或</u>磁振造影機。 (2)醫師資格須符合下列所有規範： A.心臟內科、心臟外科、心臟介入、兒童心臟科專科醫師。 B.須符合下述操作資格之心臟內科專科醫師及心臟外科專科醫師在場共同操作，隨時提供必要之緊急措施。 C.具有心臟專科醫師五年以上資格。 D.心臟外科醫師須具二十例以上二尖瓣膜手術(68015B~68018B)；心臟內科及兒童心臟科醫師須具五十例以上心臟結構疾病手術及二十例以上心房中膈穿刺術(29031B)；心臟介入專科醫師須具三百例以上心臟介入治療(33076B~33078B經皮冠狀動脈擴張術)。 (3)執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請同意。 (4)申報時應檢附手術中心臟超音波及X光影像。 3.不得同時申報：29031B、18047B。 4.一般材料費，得另加計百分之三。 5.須事前審查。					

第十五項 神經外科 Neurosurgery (83001-831056)

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
83106B	<u>急性缺血性腦中風機械取栓術</u> <u>Fee for neurovascular mechanical endovascular thrombectomy in acute ischemic stroke</u> <u>註：</u> <u>1.適應症：急性腦血管缺血性中風病人符合顱內血管支架取栓裝置使用條件，並使用該裝置進行機械性血管內血栓移除術治療，且同時符合下列條件：</u> <u>(1)發作後二十四小時內。</u> <u>(2)影像診斷為顱內大動脈阻塞，包括內頸動脈、大腦中動脈的第一及第二段、大腦前動脈、基底動脈和脊椎動脈。</u> <u>(3)美國國衛院腦中風評估表(NIH Stroke Scale)評分≥ 6及≤ 30。</u> <u>2.禁忌症：</u> <u>(1)蜘蛛網膜下腔出血。</u> <u>(2)腦內出血。</u> <u>(3)硬腦膜下出血/顱內出血。</u> <u>3.支付規範：</u> <u>(1)限接受並通過下列任一學會之相關腦神經血管內介入治療專長訓練與認證之醫師施行：</u> <u>A.中華民國放射線醫學會授權之中華民國神經放射線醫學會。</u> <u>B.台灣神經外科醫學會授權之台灣神經血管外科與介入治療醫學會。</u> <u>C.台灣神經學會授權之台灣腦中風學會。</u> <u>(2)不得同時申報69001B、69002B、69003B。</u> <u>(3)一般材料費，得另加計百分之七。</u> <u>4.前循環若於發作後八小時至二十四小時執行，申報時須於病歷檢附影像報告(CTP、MR或CTA collaterals)備查。</u>		<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>42730</u>

第八節 輸血及骨髓造血幹細胞移植 Blood Transfusion and ~~Bone Marrow~~ Hematopoietic Stem Cell Transplantation

第三項 骨髓造血幹細胞移植技術費 ~~Bone Marrow~~ Hematopoietic Stem Cell Transplantation (94201~94209)

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
94201B	異體 骨髓 造血幹細胞移植術 Bone marrow allogeneic <u>Allogeneic Hematopoietic Stem Cell</u> t Transplantation, 一次 註： 1. <u>包括抽髓及植髓包括植入異體造血幹細胞，幹細胞來源可為骨髓、周邊造血細胞或臍帶造血細胞；包含周邊造血細胞輸注。</u> 2. 捐髓者之費用經註明後得合併申報。 3. 其他各項診療費用依本標準表所訂項目及支付點數申報。 4. 受贈者需為本保險之保險對象。		√	√	√	14495
94202B	自體 骨髓 造血幹細胞移植術 Bone marrow <u>Hematopoietic Stem Cell</u> t Transplantation, 一次 註： 1. <u>包括抽髓及植髓包括植入自體造血幹細胞，涵蓋骨髓或周邊血幹細胞。</u> 2. 其他各項診療費用依本標準表所訂項目及支付點數申報。		√	√	√	15383 <u>7498</u>
94204B	骨髓移植—植髓（自體或異體）		√	√	√	3630
94205B	骨髓移植—抽髓（自體或異體） Bone marrow <u>transplantation</u> harvesting (allo-or auto-)		√	√	√	7200
94206B	異體周邊造血細胞移植 註： 1. 包括捐贈者皮下注射白血球生長激素(藥物另計)→幹細胞收集(不包含造血幹細胞移植冷凍保存費)及周邊造血細胞輸注。 2. 不得同時申報輸血項目。 3. 受贈者需為本保險之保險對象。 4. 非何杰金氏淋巴瘤→何杰金氏淋巴瘤及多發性骨髓瘤等病患免事前審查。		√	√	√	1540

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
94207B	自體周邊造血細胞移植 註： 1.包括皮下注射白血球生長激素(藥物另計)、幹細胞收集(不包含造血幹細胞移植冷凍保存費)及周邊造血細胞輸注。 2.不得同時申報輸血項目。 3.非何杰金氏淋巴瘤、何杰金氏淋巴瘤及多發性骨髓瘤等病患免事前審查。		√	√	√	1540

台灣神經學學會 函

地 址：臺北市羅斯福路二段 93 號 17 樓之 2

電 話：02-2362-7626/ 傳真：02-2362-7631

承辦人：

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 114 年 4 月 22 日

發文字號：(114)場會字第 205 號

速 別：普通

密等及解密條件或保密期限：

附 件：



主 旨：覆 「多發性硬化症 視神經脊髓炎(EDSS)量表」之版權事宜，
復如說明，敬請查照。

說 明：

- 一、 本會於 114 年 4 月 10 日出席第 3 次「支付標準專家諮詢會議」，就「多發性硬化症暨視神經脊髓炎（EDSS 量表）」納入診療項目一案進行討論。
- 二、 EDSS（Expanded Disability Status Scale，擴展失能狀態量表）係由神經學家 John F. Kurtzke 博士於 1983 年所發表，主要用以評估多發性硬化症（MS）患者之神經功能缺損及失能程度。
- 三、 經查，EDSS 量表屬於公有領域（public domain）之工具，依據下列資料來源，該量表無著作權限制，得自由使用，惟使用時應適當引用原始出處：
 1. ePROVIDE / Mapi Research Trust：明確標示 EDSS 屬於公有領域。<https://eprovide.mapi-trust.org/zh-cn/instruments/expanded-disability-status-scale>。

2. PubMed 及相關學術文獻：多篇已發表之研究中直接使用該量表進行評估，惟並未提及須取得授權或涉及著作權限制。
3. MS Trust 與 MS Society（英國、美國）：前述機構網站提供 EDSS 之使用說明及病患教育資源，顯示其為廣泛流通之臨床工具。
4. 目前市面上並無販賣 EDSS 量表，無公司主張其版權。

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：

理 事 長 **林永煬**

台灣神經免疫醫學會（函）

地 址：桃園市龜山區復興街五號綜合大樓 2 樓
神經內科辦公室
聯絡人： 電話：0963-588609
E-mail：1004tnms@gmail.com

受文者：中央健康保險署

發文日期：中華民國 114 年 04 月 22 日
發文字號：神免醫字第 1140402 號
速 別：一般
附 件：無

主旨：覆 「多發性硬化症 視神經脊髓炎(EDSS)量表」之版權事宜。

說明：

- 一、本會於 114 年 4 月 10 日出席第 3 次「支付標準專家諮詢會議」，就「多發性硬化症暨視神經脊髓炎（EDSS 量表）」納入診療項目一案進行討論。
- 二、EDSS(Expanded Disability Status Scale, 擴展失能狀態量表)係由神經學家 John F. Kurtzke 博士於 1983 年所發表，主要用以評估多發性硬化症（MS）患者之神經功能缺損及失能程度。
- 三、經查，EDSS 量表屬於公有領域（public domain）之工具，依據下列資料來源，該量表無著作權限制，得自由使用，惟使用時應適當引用原始出處：
 - ePROVIDE / Mapi Research Trust：明確標示 EDSS 屬於公有領域。
<https://eprovide.mapi-trust.org/zho-cn/instruments/expanded-disability-status-scale>
 - PubMed 及相關學術文獻：多篇已發表之研究中直接使用該量表進行評估，惟並未提及須取得授權或涉及著作權限制。

- MS Trust 與 MS Society（英國、美國）：前述機構網站提供 EDSS 之使用說明及病患教育資源，顯示其為廣泛流通之臨床工具。
- 目前市面上並無販賣 EDSS 量表，無公司主張其版權。

正本：中央健康保險署

台灣神經免疫醫學會
理事長 葉 建 宏
中華民國 114 年 04 月 22 日

肆、報告事項

報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：歷次會議決議事項辦理情形。

說明：擬解除列管計 22 項，繼續列管計 1 項。

序號	編號	會議時間	案由	決議（結論）事項	辦理單位	辦理情形	列管建議	
							解除列管	繼續列管
1	112-4 報 3	112.12.14	有關臺中榮民總醫院提供「急診病人留置急診室超過 24 小時比率」顯著下降之相關執行策略案。	112 年第四次會議決定：洽悉，另考量造成急診病人滯留因素複雜，本會代表建議解決急診壅塞方法(如:列入分區共管方案、統一簽床及 AI 管理病床、病床透明公開化供民眾參考、訂定獎勵辦法等)，納入本署醫院總額研商議事會議討論參考，並研擬具體方案及改善策略，於 113 年度第 2 次本會議報告。 113 年第三次會議決定：代表建議以解決急診壅塞為主要目標，非聚焦獎勵品質，並增訂壅塞無法達標時之處理方式，列入急診品質提升方案修訂溝通會議討論。 114 年第一次會議決定：考量仍需持續研議紓解急診壅塞之相關策略，各項辦理情形均改為繼續列管。	健保署醫管組	1.本署業於 114 年 2 月 26 日、3 月 7 日、4 月 29 日及 6 月 17 日召開 4 次「急診壅塞之健保因應策略研商會議」，擬提具 8 大策略如下： (1)調升急重難症支付點數(已於 114 年 5 月 1 日生效)。 (2)增加病床使用效率。 (3)擴大在宅急症照護。 (4)個別總額鼓勵醫院收治。 (5)建立急診壅塞監測指標。 (6)研議急門診暨遠距服務。 (7)輔導醫院善用轉診網絡。 (8)檢討民眾合理就醫負擔。 2.門診靜脈抗生素治療(OPAT)將於本次會議討論事項第 1 案討論，餘續研議。		✓
2	113-5 報 3	113.12.26	修訂全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs) 3.4 版支付通則暨 114 年 1-6 月適用之相對權重統計結果案。	113 年第五次會議決定：本案與台灣醫院協會再行討論後，提至 114 年第 1 次本會議報告，另「114 年 1 月至 6 月 3.4 版 1,068 項 Tw-DRGs 權重表」於公告生效前，暫沿用 113 年 7-12 月適用之相對權重。 114 年第一次會議決定：考量通過多項支付標準項目，為能更即時反應診療項目增修，本案預計依照本會議通過之支付標準增修項目進行權重參數校正後，114 年 5 月依程序辦理預告及報部作業，並將計算結果提至 114 年度第 2 次本會議報告。	健保署醫管組	本案已於 114 年 6 月 6 日至同年月 13 日辦理預告、於同年月 18 日提報衛生福利部核定，並於本次會議報告事項第 2 案報告。	✓	
3	113-5 報 5	113.12.26	增修支付標準第四部中醫條文及 6 項中醫總額專	113 年第五次會議決定：洽悉。 114 年第一次會議決定：5 項中醫總額專款計畫業於 114	健保署醫	衛生福利部業於 114 年 4 月 22 日令，公告自 114 年 5 月 1 日生效。	✓	

序號	編號	會議時間	案由	決議（結論）事項	辦理單位	辦理情形	列管建議	
							解除列管	繼續列管
			款計畫案	年2月11日以健保醫字第1140102477號公告，自114年1月1日起生效，餘追蹤本案實施生效日。	管組			
4	113-5報6	113.12.26	增修訂牙醫支付標準及4項牙醫專款項目案	113年第五次會議決定：洽悉，另有關於牙醫支付標準調升點數對醫院總額造成財務衝擊，將依總額協商架構及原則，於協商前提出預算需求評估，作為總額協商之參考。 114年第一次會議決定：追蹤本案實施生效日。	健保署醫管組	衛生福利部業於114年4月22日令，公告自114年5月1日生效。	✓	
5	113-5報9	113.12.26	修訂轉診支付標準及轉診同體系名單案	113年第五次會議決定：同意修訂轉診同體系名單，另原屬高醫體系之高雄市立大同醫院，自114年1月1日起改由長庚體系經營，併同本次修正；另轉診支付標準修訂項目，因未達共識，爰提至總額研商議事會議再行討論。 114年第一次會議決定：待114年5月醫院研商會議討論後，再依決議提至本會議討論。	健保署醫管組	1.轉診同體系名單依會議決議修訂，並完成更新全球資訊網資訊。 2.轉診支付標準修訂案原提至114年3月12日醫院研商會議討論，因時間因素未及討論，已於114年5月27日討論獲共識，並於本次會議報告事項第4案報告。	✓	
6	113-5報10	113.12.26	修訂西醫基層相關支付標準案	113年第五次會議決定：診所折付及醫師折付方式，俟醫師全聯會確認執行細節後再議，餘洽悉。 114年第一次會議決定：追蹤本案實施生效日。	健保署醫管組	1.有關「西醫基層相對合理門診點數給付原則」案，衛生福利部業於114年4月22日令，公告自114年7月1日生效。 2.另「診所折付及醫師折付方式」案業提本署114年6月5日全民健康保險醫療給付費用西醫基層研商議事會議討論，會議決議請本署排除不適用地區及代辦案件等項目，重新試算折付方式之影響人數、家數及財務衝擊後再提會討論。	✓	
7	113-5討1	113.12.26	新增修訂「癲癇腦波檢查」等88項診療項目案	113年第五次會議決議：修訂「處女膜」、「惡露」中文名稱，暫訂為「陰道前膜」及「產後排出物」，考量事涉名詞一致性，另函請衛生福利部統一規定名詞，其餘照案通過。 114年第一次會議決定：追蹤本案實施生效日。	健保署醫管組	衛生福利部業於114年4月22日令，公告自114年5月1日生效。	✓	
8	114-1優報1	114.3.27	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相關規定說明案。	114年第一次會議決定：洽悉，另請提供本次修正共同擬訂辦法中所稱民意代表之定義。	健保署醫管組	1.查遊說法法令介紹篇第六項說明2、各級民意代表：包括立法委員、直轄市議員、縣(市)議員、鄉(鎮、市)民代表。 2.依行政院人事行政總處114年6月13日發布114	✓	

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
						年（西元 2025 年）政府行政機關辦公日曆表（修正版），114 年下半年新增行憲紀念日（12 月 25 日）為國定假日，原定 114 年 12 月 25 日下午 2 時召開本會議第 4 次會議時程，擬修正為 114 年 12 月 18 日同時段舉行。		
9	114-1 優討 1	114.3.27	增修「酪氨酸磷酸酶自體抗體(EIA 法)」等 32 項診療項目案。	114 年第一次會議決議： 1.考量胃幽門螺旋桿菌病人，於藥物治療後近 9 成除菌成功，無追蹤之必要性，爰不同意修訂 30522C「幽門桿菌糞便抗原檢查」診療項目。 2.考量愛滋病防治費用前 2 年係由疾病管制署公務預算支應，爰俟釐清愛滋病確認診斷之預算來源後，再行研議修訂 14074C「HIV 病毒負荷量檢查」診療項目，本案暫保留。 3.修訂 81028C「前置胎盤或植入性胎盤之剖腹產」診療項目案，考量部分醫院雖非屬「高危險妊娠及新生兒醫療中度級、重度級能力之急救責任醫院」，惟仍具有處理本項之能力，爰請婦產科醫學會協助訂定明確之院所條件後，再提會討論。 4.其餘照案通過。	健保署醫管組	衛生福利部業於 114 年 4 月 30 日令，公告自 114 年 5 月 1 日生效。	✓	
10	114-1 報 2	114.3.27	增修急診、急救責任醫院、護理及自然產手術相關支付標準案。	114 年第一次會議決定：洽悉。	健保署醫管組	衛生福利部業於 114 年 4 月 30 日令，公告自 114 年 5 月 1 日生效。	✓	
11	114-1 報 3	114.3.27	修訂支付標準第四部中醫條文及 2 項中醫總額專款計畫案。	114 年第一次會議決定：洽悉。	健保署醫管組	衛生福利部業於 114 年 4 月 30 日令，公告自 114 年 5 月 1 日生效。	✓	
12	114-1 報 4	114.3.27	修訂支付標準第三部牙醫案。	114 年第一次會議決定：洽悉。	健保署醫管組	衛生福利部業於 114 年 4 月 30 日令，公告自 114 年 5 月 1 日生效。	✓	
13	114-1 報 5	114.3.27	新增「114 年全民健康保險術後加速	114 年第一次會議決定：內容酌修如下，餘洽悉： 1.調整主責醫院資格文字，改以醫院之正式名稱呈現或敘明以風	健保署醫	本署業於 114 年 6 月 6 日公告，自 114 年 7 月 1 日生效。	✓	

序號	編號	會議時間	案由	決議（結論）事項	辦理單位	辦理情形	列管建議	
							解除列管	繼續列管
			康復推廣計畫」案。	險移撥款ERAS獎勵計畫案之主責醫院優先擔任。另主責醫院指導費中，考量執行期程，爰刪除須繳交期中報告之文字。 2.收案條件增列「排除急診轉住院個案」文字。 3.明訂 ERAS 個案照護項目指標執行率達 60%。 4.ERAS 收案率分母為符合收案條件之個案數（70 歲以上之髖關節及膝關節置換手術病人，排除急診轉住院個案）。 5.團隊成員應至少包含該術式「外科」醫師改為「手術」醫師。	管組			
14	114-1 報 6	114.3.27	修訂「全民健康保險抗微生物製劑管制品質提升計畫」案。	114 年第一次會議決定：洽悉。	健保署醫管組	本署業於 114 年 5 月 29 日公告，自 114 年 1 月 1 日生效。	✓	
15	114-1 報 7	114.3.27	修訂「全民健康保險鼓勵推動腹膜透析照護計畫」案。	114 年第一次會議決定：洽悉。	健保署醫管組	本署業於 114 年 5 月 21 日公告，自 114 年 1 月 1 日生效。	✓	
16	114-1 報 8	114.3.27	新增「全民健康保險居家血液透析試辦計畫」案。	114 年第一次會議決定：適用對象除「在宅」病人外，增列「機構」病人亦適用，餘洽悉。	健保署醫管組	本署業於 114 年 6 月 4 日公告，自 114 年 6 月 1 日生效。	✓	
17	114-1 報 9	114.3.27	修訂「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」案。	114 年第一次會議決定：洽悉。	健保署醫管組	本署業於 114 年 5 月 6 日公告，自 114 年 1 月 1 日生效。	✓	
18	114-1 報 10	114.3.27	修訂「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」案。	114 年第一次會議決定：視整體財務評估結果，決定是否將「所有醫療群之 E1 案件皆納入多重慢性病人門診整合費用結算」，餘洽悉。	健保署醫管組	本署業於 114 年 5 月 2 日公告，自 114 年 1 月 1 日生效。	✓	
19	114-1 報 11	114.3.27	修訂「全民健康保險提升基層護理人員獎照護品質」案。	114 年第一次會議決定：洽悉，另定期回饋獎勵金發放情形予中華民國醫師公會全國聯合會及中華民國護理師護士公會全國聯合會。	健保署醫管組	1.本署業於 114 年 5 月 23 日公告，自 114 年 1 月 1 日起生效。 2.本署將於每季結算後，將獎勵金發放情形按季回饋予中華民國醫師公會全國聯合會及中華民國	✓	

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
						國護理師護士公會全國聯合會。		
20	114-1 討 1	114.3.27	新增「全民健康保險安寧緩和療護品質評核加案獎勵方案」。	114 年第一次會議決議：通過。	健保署醫管組	本署業於 114 年 6 月 2 日公告，自 114 年 7 月 1 日生效。	✓	
21	114-1 討 2	114.3.27	修訂「全民健康保險推動使用生物相似藥之鼓勵試辦計畫」案。	114 年第一次會議決議：通過。	健保署醫審組	本署業於 114 年 5 月 14 日公告，自 114 年 6 月 1 日生效。	✓	
22	114-1 討 3	114.3.27	增修支付標準第八章「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」案。	114 年第一次會議決議：若個案曾做過成人預防保健 C 肝篩檢，惟 VPN 查無檢驗結果，得申報 14051C，另抗體呈陽性者應進行 12185C HCV RNA 檢測，其餘照案通過。	健保署醫管組	衛生福利部業於 114 年 4 月 30 日令，公告自 114 年 5 月 1 日生效。	✓	
23	114-1 討 4	114.3.27	修訂轉診支付標準同體系名單。	114 年第一次會議決議：通過。	健保署醫管組	本署已於 114 年 4 月 29 日於全球資訊網更新同體系名單，自 114 年 5 月 1 日生效。	✓	

報告事項

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂支付標準第六部論病例計酬、第七部全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案。

說明：

一、因應全民健康保險門診、住診醫療申報資料自 114 年 1 月 1 日起全面改版為 2023 年版國際疾病分類第十版(ICD-10-CM/PCS)，修訂支付標準第六部論病例計酬第二章婦科診療項目及第七部第二章 Tw-DRGs 分類架構及原則。

(一)第七部第二章：現 Tw-DRG 之診斷及處置代碼，以美國「2023 ICD-10-CM/PCS」版本為基礎，爰配合修訂文字。

(二)第六部第二章：

1.查 97027C「次全子宮切除術(住院)」所列項目之主手術碼僅 0UT90ZZ「開放性子宮全部切除術」，查 ICD-10-CM/PCS 2014 年版 ICD-10-PCS 並無「開放性次全子宮切除術」之手術代碼。次查 2023 年版始新增 ICD-10-PCS 為 0UT90ZL「開放性子宮頸上全部切除術」，惟後者未列於支付標準中。

2.經洽詢台灣醫院協會，0UT90ZZ 為「子宮全切除術」，考量 97027C 為「次全子宮切除術」，爰建議於本項診療項目中刪除 0UT90ZZ、增列 0UT90ZL。

二、修訂支付標準第七部全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)

(一)按 Tw-DRGs 支付通則十三規定：各 Tw-DRG 權重(RW)、幾何平均住院日、醫療服務點數上限臨界點、醫療服務點數下限臨界點及標準給付額(SPR)，由保險人每半年計算一次，每下半年依前一年度資料計算次年上半年度適用參數；每上半年依前一年度資料計算當年下半年度適用參數。

(二)依據本署 113 年第 2 次本會議暨 114 年第 1 次醫院研商會議決議，為使 Tw-DRG 權重更即時反應支付標準增修，由本署每年於 3 月/9 月醫院研商會議報告 Tw-DRGs 權重參數計算結果，於 4 月/10 月依當時新通過之支付標準增修項目進行權重參數校正後，依程序辦理預告及報部作業，並將計算結果提至 6 月/12 月共擬會議報告。

(三)114 年 7-12 月適用參數計算結果說明如下(計算說明詳附件 1，頁次報 2-4)：

1.相對權重(RW)計算過程及結果(附件 2，頁次報 2-5)：

(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(55,931)=校正後全國總點數(1,099 億點)/採計個案(196 萬件)。

(3)某 DRG 平均每人次點數=各 DRG 總點數/各 DRG 去極值後納入計算個案數。

(4)經統計，各 DRG 之權重、上限臨界點、下限臨界點及幾何平均住院天數，詳附表 7.3 權重表(附件 3，頁次報 2-6~2-34)。

2.標準給付額(SPR)計算過程及結果(附件 4，頁次報 2-35)：

(1) $SPR = \text{全國合計點數} / \text{全國總權重} = 1,225 \text{ 億點} / 236 \text{ 萬} = 51,951 \text{ 點}$ 。

(2)較適用於 113 年 7-12 月(沿用至 114 年 1-6 月)SPR 53,632 點，減少 1,681 點；較原計算 114 年 1-6 月 SPR 51,306 點增加 645 點。

(四)查 114 年 7 月-12 月適用權重計算結果，1,068 項 DRG 中計有 210 項 DRG 將採核實申報，另採 DRG 包裹支付之 858 項 DRG，

相較於 113 年 7 月-12 月適用權重版本，有 670 項 DRG 權重增加，188 項 DRG 權重減少，分析報告如附件 5（頁次報 2-36～2-37）。

(五)本次計算之 SPR 值 51,951 點，較 113 年同期下降 1,681 點，說明如下：

1. 查 111 年至 112 年醫院總額整體住院申報案件，111 年至 112 年平均每件減少 2,389 點，與納入 DRG 計算資料之每件平均醫療費用變化趨勢一致。
2. 經觀察 110 年、111 年、112 年、113 年同期之 SPR 值分別為 45,837 點、49,192 點、51,660 點、53,632 點，而本次計算之 SPR 值 51,951 點主要係因 112 年 COVID-19 疫情趨緩而申報件數上升，又全國總權重上升幅度(成長 16.3%)大於全國合計點數(成長 12.7%)，致 SPR 下降至疫情前成長趨勢。

三、修訂後支付標準如附件 6（頁次報 2-38～2-39）、附件 7（頁次報 2-40），將依程序辦理預告及報部作業；附件 3（頁次報 2-6～2-34）業已依程序辦理預告，刻正辦理報部核定公布事宜。

決定：

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

- 一、採 112 年住院申報資料，並校正基本診療項目，並將 112 年至 114 年新增及修訂支付標準及特材支付點數調整品項及 112-113 年特材價量調查調整之點數差額串回申報資料後進行統計。與 112 年申報點數比較，住院總點數增加 48.99 億點，DRG 範圍增加 29.46 億點。
- 二、該年度符合 DRG 範圍之醫院住院申報資料經歸戶、排除不完整資料及不適用 DRG 範圍資料：
 - (一) 共計 224.9 萬筆，較前一年 194.6 萬筆增加約 30.3 萬筆。
 - (二) 醫療服務點數 1,361 億點，較前一年 1,211 億點增加約 150.33 億點。

114年7-12月適用之權重計算過程

依據：TW-DRG支付通則一(一)之3規定，權重(RW)之計算公式：「某Tw-DRG平均每人次點數/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
114年7-12月	3,252,653	3,088,857	839,932	2,248,925	130,611	101,366	773	51,647	1,964,528	109,878,119,246	55,931

註1.「全國平均每人次點數」計算步驟：

- (1)申報資料歸戶：114年以112年住院申報資料(已校正112年-114年支付標準調整及112年、113年特材價量調查)，按醫院代碼、病人ID、住院日期、出生日期歸戶，新生兒依附案件歸戶。
- (2)有效資料：係指上述申報資料歸戶後，排除代辦案件、資料不完整案件及西醫基層住院申報資料。
- (3)同次住院生產及安胎：係指符合支付通則六(六)之2，同次住院期間之安胎費用不併入生產相關DRG，俟所屬MDC導入時按其適當DRG申報及支付。故本項之個案數為同次住院期間生產及安胎者，將安胎費用拆開以獨立個案處理。
- (4)清檔排除案件：以影響DRG落點之PROCEDURE CODE對應醫令，對應不到之案件不列入RW計算。
- (5)異常轉歸案件：轉歸為死亡、病危自動出院、一般自動出院、轉院、潛逃之案件，不列入RW計算。
- (6)極值案件處理：排除各DRG兩端極端值資料：
 - A.校正後醫療點數<DRG之2.5百分位值之個案，不納入計算。
 - B.個案校正後醫療點數>97.5百分位值者，其校正後醫療點數以97.5百分位值計算。
 校正後醫療點數：係依據支付通則一(一)之2規定，計算RW資料之基本診療項目支付點數以地區醫院支付標準校正。
並扣除支付通則六(六)規定之核實申報點數
- (7)符合DRG範圍資料：排除支付通則三，不適用DRG範圍之個案。
- (8)納入計算RW個案：符合DRG範圍資料扣除清檔案件、異常轉歸案件、自行要求剖腹產個案及極值案件後，計算權重之個案。
- (9)校正後全國總點數：上述納入計算個案之校正後醫療點數。
- (10)全國平均每人次點數=校正後全國總點數/納入計算RW個案數。

註2.某Tw-DRG平均每人次點數之計算步驟：

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

註3.資料來源：112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。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目 修正規定

附表 7.3 114 年 7-12 月 3.4 版 1,068 項 Tw-DRGs 權重表

註：

- 1.本表每 1 權重之標準給付額(SCR)為 51,951 點，係以一百一十二年一至十二月醫院住院符合 DRG 範圍申報資料(已校正一百一十二年起支付標準調整、特材價格調整及特材支付點數調升)及支付通則規定辦理。
- 2.無權重者(計七十九項)依支付標準通則採核實申報醫療費用。
- 3.註記*者(計二百一十項)為去極值後個案數小於二十件，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(五十四項)為該組 DRG 違反單向邏輯已校正後之權重。
- 5.下限臨界點採實際醫療點數之 2.5 百分位計算；上限臨界點為醫療點數之各 DRG 90 百分位。
- 6.DRG513 支付點數以「標準給付額」x「權重」計算，不得加計各項加成或其他另行加計之醫療點數。
- 7.資料期間：一百一十二年一至十二月；製表日期：一百一十四年五月二十六日。

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	20.5807	*	●	26	942,592	1,317,421
PRE	2	10302	20.5807	*	●	25	1,018,553	1,339,571
PRE	3	48301	3.2092			16	24,886	389,468
PRE	4	48302	1.8533			9	15,620	219,855
PRE	5	48001	25.5947			22	796,913	2,004,589
PRE	6	48002	19.5475			22	758,605	1,722,171
PRE	7	48101	9.6134	*	●	20	98,006	840,639
PRE	8	48102	9.6134	*	●	16	5,242	806,042
PRE	9	49501	-	*		-	-	-
PRE	10	49502	-	*		-	-	-
PRE	11	48201	2.8251			12	27,654	357,663
PRE	12	48202	2.4082			10	26,379	311,631
PRE	13	512	18.1867	*		18	984,112	1,030,476
1	1	00201	4.1642			15	62,359	418,857
1	2	00202	2.8423			9	52,995	286,590
1	3	00101	5.0516			12	63,779	524,008
1	4	00102	4.6383			7	50,106	448,274
1	5	00301	5.2890			13	75,127	534,587
1	6	00302	4.4275			10	73,335	446,722
1	7	00401	2.5227			8	35,465	238,638
1	8	00402	1.9996			5	32,202	179,058
1	9	00501	2.7381		●	6	46,382	279,179
1	10	00502	2.7381		●	4	67,753	235,904
1	11	00601	0.4238			2	11,723	40,001

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	0.3445			2	9,846	26,864
1	13	00701	-	*		-	-	-
1	14	00702	2.2085	*		8	40,373	231,065
1	15	00703	1.0366			4	19,559	128,456
1	16	00704	1.3541			6	17,147	186,726
1	17	008	0.8302			3	17,660	149,913
1	18	00901	0.6910			7	6,302	96,849
1	19	00902	0.4487			5	4,915	51,861
1	20	00903	0.6609			7	2,845	86,556
1	21	00904	0.3644			4	4,865	40,094
1	22	00905	0.9210			8	2,385	95,529
1	23	01001	0.6780			5	3,117	83,723
1	24	01002	0.7618			6	5,309	75,771
1	25	01101	0.5376			3	3,124	47,199
1	26	01102	0.5376			3	2,945	65,665
1	27	01201	0.8817			8	11,336	92,308
1	28	01202	0.8448			6	6,125	101,900
1	29	01203	0.5803			4	5,128	60,571
1	30	01301	0.8321			6	12,872	76,242
1	31	01302	0.8165			5	10,575	89,494
1	32	01303	0.9904			5	3,488	140,829
1	33	01304	0.7195			4	3,708	86,390
1	34	01401	1.4255			11	12,903	158,634
1	35	01402	0.9119			8	8,891	99,342
1	36	01403	1.2895			10	17,613	164,318
1	37	01404	0.8389			7	14,656	83,363
1	38	01405	1.1292			9	16,330	131,686
1	39	01406	0.7073			6	14,028	66,732
1	40	01501	0.7062			4	7,682	71,978
1	41	01502	0.5860			2	6,895	47,235
1	42	01503	0.7093			4	7,836	89,036
1	43	01504	0.5780			3	8,562	46,752
1	44	01505	0.6281			5	10,370	58,860
1	45	01506	0.4905			4	8,951	41,434
1	46	01601	0.9392			7	8,742	106,614
1	47	01602	0.7113			5	9,282	68,577
1	48	01701	0.5764			4	5,021	61,741
1	49	01702	0.4873			3	8,065	39,720

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	50	018	0.8301			5	5,245	101,521
1	51	019	0.5632			4	3,920	64,961
1	52	02001	1.6582			10	7,683	213,328
1	53	02002	1.1929			7	5,927	149,304
1	54	02003	2.1645			12	20,119	258,714
1	55	02004	1.7096			9	12,901	173,057
1	56	02101	1.6350			13	14,559	164,082
1	57	02102	1.2911			11	17,245	113,589
1	58	02103	1.4973			9	12,375	150,193
1	59	02104	0.9713			7	10,993	104,515
1	60	02201	0.6772			6	9,564	89,976
1	61	02202	0.5236	*		6	9,058	32,646
1	62	02301	0.6920			6	6,018	82,993
1	63	02302	0.4839			4	4,222	42,288
1	64	024	0.9378			7	8,129	119,248
1	65	025	0.5086			4	3,200	54,518
1	66	02601	0.5743			4	7,351	75,150
1	67	02602	0.3903			3	4,740	44,680
1	68	02701	1.0091			7	6,217	143,528
1	69	02702	0.5236			5	4,756	63,400
1	70	02801	0.8206			6	5,103	104,126
1	71	02802	0.7989			6	5,683	104,673
1	72	02803	-	*		-	-	-
1	73	02901	0.4592			4	4,904	53,166
1	74	02902	0.4590			4	4,611	55,008
1	75	02903	0.2833	*		4	4,799	38,110
1	76	03001	1.5334	*		5	10,628	151,604
1	77	03002	0.5630			4	6,468	68,021
1	78	03003	1.2052			6	6,051	177,536
1	79	03004	0.4493			4	3,992	55,602
1	80	03005	-	*		-	-	-
1	81	03006	0.6900	*		7	21,043	50,568
1	82	031	0.3608			4	4,626	39,683
1	83	032	0.2308			3	2,891	23,144
1	84	03301	0.3998			4	4,463	57,684
1	85	03302	0.1952			3	2,772	18,488
1	86	034	0.8250			6	5,902	103,130
1	87	035	0.5002			3	4,110	54,080

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	1	03701	1.2282			5	24,422	118,590
2	2	03702	0.9635			4	24,411	84,636
2	3	03703	0.9720	*	●	6	45,986	47,056
2	4	03704	0.9720	*	●	6	60,008	65,287
2	5	03705	0.7291			4	20,359	60,244
2	6	03706	1.7268			5	34,452	172,451
2	7	03707	1.0280			4	24,904	76,097
2	8	04001	0.6104			2	15,694	57,548
2	9	04002	0.5122			3	8,751	46,444
2	10	04003	-	*		-	-	-
2	11	04004	1.7451	*		4	89,816	149,602
2	12	04101	0.4568			2	16,525	35,008
2	13	04102	0.3795	*		2	15,970	26,086
2	14	04103	-	*		-	-	-
2	15	04104	-	*		-	-	-
2	16	03601	1.3131			2	39,501	100,023
2	17	03602	0.5269	*		3	11,657	93,457
2	18	04201	1.1789			4	17,821	91,813
2	19	04202	0.4739			2	8,839	44,147
2	20	03901	2.2351			2	42,233	166,656
2	21	03903	1.1570			2	21,479	64,812
2	22	03902	1.7811			4	18,516	115,261
2	23	03904	1.0045			1	39,086	57,108
2	24	03905	0.5000			1	21,262	28,987
2	25	03906	0.5940	*		2	11,845	71,628
2	26	03801	0.6209	*		2	11,970	77,882
2	27	03802	0.5615	*		3	10,206	67,794
2	28	04301	-	*		-	-	-
2	29	04302	-	*		-	-	-
2	30	04401	0.5850			7	8,337	87,955
2	31	04402	0.3860			6	5,758	43,760
2	32	04501	0.6605			5	8,816	67,002
2	33	04502	0.5164			4	6,444	49,426
2	34	046	0.4656			5	2,973	52,446
2	35	047	0.3098			3	2,454	37,522
2	36	048	0.3407			3	3,205	31,731
3	1	04901	4.0093			10	45,697	408,997
3	2	04902	1.8968			4	33,017	184,333

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	3	06101	0.5826	*		2	9,807	82,291
3	4	06102	0.4294			2	12,460	32,926
3	5	062	0.5096			1	17,049	36,730
3	6	05301	1.0303			3	30,235	88,446
3	7	05302	1.0171			2	29,921	82,527
3	8	05401	1.6237	*		4	26,724	128,282
3	9	05402	1.0508			2	32,099	82,285
3	10	05701	0.8314			3	13,302	47,784
3	11	05702	0.5166			3	11,645	32,136
3	12	058	0.8486			2	22,402	51,462
3	13	052	1.4861			3	35,350	107,528
3	14	168	0.8248			4	16,213	86,502
3	15	169	0.7026			2	18,013	56,748
3	16	05601	1.0692	*		4	31,384	91,025
3	17	05602	0.5134			2	19,062	35,698
3	18	05001	1.1334			4	28,415	92,634
3	19	05002	1.0174			3	28,445	74,793
3	20	05101	0.9517	*		4	36,340	139,023
3	21	05102	0.5677			3	13,938	49,985
3	22	05501	3.4916	*	●	8	71,386	292,525
3	23	05502	3.4916	*	●	8	39,312	301,791
3	24	05503	0.7568			2	23,381	43,278
3	25	05504	0.7159			2	22,132	42,427
3	26	05505	0.7003			2	18,960	42,469
3	27	05506	0.5488			2	15,910	34,502
3	28	059	0.5118			3	22,474	29,743
3	29	060	0.6705			2	21,492	40,339
3	30	06301	1.6196			5	24,586	163,789
3	31	06302	0.8794			3	21,794	76,284
3	32	06401	1.0860	*		4	16,872	115,542
3	33	06402	0.6424	*		2	17,709	62,345
3	34	065	0.4027			4	4,312	39,429
3	35	06601	0.4938			4	3,223	63,705
3	36	06602	0.2627			3	3,027	27,812
3	37	06701	0.6452			6	9,910	108,465
3	38	06702	0.3249			4	6,152	33,989
3	39	068	0.4519			5	5,417	52,920
3	40	069	0.2598			4	3,366	25,979

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	41	070	0.2733			4	6,103	25,108
3	42	071	0.3047			3	5,379	29,328
3	43	072	0.3195			2	3,331	28,906
3	44	07301	0.6052			5	5,913	67,354
3	45	07302	0.4084			3	4,466	37,753
3	46	07401	0.7692			5	8,355	78,382
3	47	07402	0.4028			3	4,752	43,026
3	48	18701	0.6148			6	11,419	62,568
3	49	18702	0.5132			3	9,483	49,938
3	50	18703	0.4807			2	12,776	40,733
3	51	185	0.4053			4	3,976	43,177
3	52	186	0.3169			4	4,769	29,060
4	1	07501	3.6657			11	60,148	377,381
4	2	07502	2.2360			6	56,297	209,812
4	3	07503	2.9715			8	58,277	293,074
4	4	07504	2.2371			5	72,206	178,801
4	5	07601	1.7715			7	23,095	295,247
4	6	07602	2.7578		●	5	69,601	266,703
4	7	07603	2.1756			12	23,156	292,123
4	8	07701	0.7897			4	22,163	81,519
4	9	07702	2.7578		●	4	99,401	208,747
4	10	07703	0.8860			4	14,258	105,223
4	11	47501	2.7445			14	39,878	280,349
4	12	47502	2.1142			10	24,348	215,638
4	13	07801	1.2022			8	15,209	137,813
4	14	07802	0.8864			6	12,484	97,494
4	15	07901	1.4618			11	13,840	159,214
4	16	07902	1.0987			10	15,043	120,052
4	17	07903	1.2557			11	19,559	135,133
4	18	07904	1.2381			8	11,800	145,837
4	19	07905	0.8188	*		8	8,776	71,042
4	20	08001	1.1891			10	10,332	120,115
4	21	08002	0.7435			8	9,418	76,967
4	22	08003	0.8926			9	14,188	92,114
4	23	08004	1.2204	*		5	16,005	113,414
4	24	08005	0.4627	*		5	11,922	39,153
4	25	08101	1.6446	*		15	24,130	96,696
4	26	08102	1.3232	*		9	12,768	103,681

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	27	08103	1.4362			7	14,426	242,219
4	28	08104	0.7426			4	8,925	73,622
4	29	08105	0.7099			6	10,231	95,231
4	30	08106	0.3986			4	8,401	38,104
4	31	08107	-	*		-	-	-
4	32	08108	-	*		-	-	-
4	33	08109	-	*		-	-	-
4	34	082	0.4729			2	3,797	51,237
4	35	08301	0.5633			6	5,821	64,651
4	36	08302	0.4157			5	4,822	46,557
4	37	08303	-	*		-	-	-
4	38	08401	0.3483	*		4	5,013	45,129
4	39	08402	0.2565			4	3,924	25,333
4	40	08403	-	*		-	-	-
4	41	085	0.8881			8	9,813	99,525
4	42	086	0.6503			5	6,843	71,189
4	43	08701	1.5233			11	16,651	160,627
4	44	08702	0.6504			5	7,542	71,374
4	45	08703	0.7678			6	7,321	90,578
4	46	08704	0.5534			5	7,371	60,245
4	47	08801	0.7318			8	10,560	79,252
4	48	08802	0.5159			6	8,058	51,530
4	49	089	0.8981			9	11,985	100,695
4	50	090	0.5437			6	7,597	57,846
4	51	09101	0.4259			4	8,458	40,963
4	52	09102	0.3204			4	7,643	28,504
4	53	092	0.7114			5	3,997	90,610
4	54	093	0.5160			4	2,965	67,992
4	55	094	0.4780			5	5,355	55,337
4	56	095	0.2870			4	3,604	29,820
4	57	09601	0.5661			6	7,046	61,963
4	58	09602	0.4399			5	5,788	47,188
4	59	09701	0.4053			5	4,118	40,632
4	60	09702	0.2756			4	3,642	26,436
4	61	09801	0.4040			4	7,107	43,785
4	62	09802	0.2931			3	5,037	27,751
4	63	09803	0.4517			4	7,917	47,229
4	64	09804	0.3582			4	6,986	36,424

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	65	09901	0.5701	*		4	3,453	96,080
4	66	09902	0.6157			5	6,827	76,485
4	67	09903	0.5673			6	6,819	58,661
4	68	10001	0.2740			2	2,826	38,784
4	69	10002	0.3986			3	4,142	41,509
4	70	10003	0.3581			4	3,757	33,737
4	71	10101	0.5655			4	4,592	71,651
4	72	10102	0.7384			6	5,187	96,662
4	73	10103	0.3702			4	3,297	42,017
4	74	10104	-	*		-	-	-
4	75	10105	-	*		-	-	-
4	76	10106	0.6869			6	7,576	69,223
4	77	10201	0.3369			2	3,680	36,039
4	78	10202	0.4255			3	5,098	46,529
4	79	10203	0.3163			3	3,577	30,711
4	80	10204	-	*		-	-	-
4	81	10205	-	*		-	-	-
4	82	10206	0.4423			2	3,284	39,375
5	1	10401	9.6365			16	339,395	621,867
5	2	10402	11.1883		●	20	426,286	707,297
5	3	10403	11.1883	*	●	18	473,249	822,594
5	4	10409	8.6797			18	383,495	517,464
5	5	10410	8.1778			14	182,693	528,569
5	6	10404	7.3197			13	171,482	440,878
5	7	10405	-	*		-	-	-
5	8	10406	-	*		-	-	-
5	9	10407	6.1701			11	135,713	424,523
5	10	10408	4.5548			7	109,841	267,825
5	11	10501	9.5614			14	300,425	595,444
5	12	10502	12.2398	*		25	477,457	858,637
5	13	10503	10.6170	*		15	409,407	688,597
5	14	10509	8.0540			14	163,110	531,464
5	15	10510	7.3041			11	290,766	438,790
5	16	10504	6.4970			12	146,745	396,529
5	17	10505	10.0529	*		20	517,299	671,531
5	18	10506	-	*		-	-	-
5	19	10507	-	*		-	-	-
5	20	10508	-	*		-	-	-

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	21	10801	10.5567			11	200,422	637,391
5	22	10802	6.8824			3	179,448	415,154
5	23	10601	9.6650			16	434,839	595,449
5	24	10602	9.0300	*		16	410,710	556,827
5	25	10603	9.2440	*		18	318,783	551,440
5	26	10604	6.4204	*		10	340,130	361,701
5	27	10701	8.4973			17	338,563	520,996
5	28	10901	8.0654			14	281,532	469,139
5	29	10702	6.8448			16	203,440	476,915
5	30	10902	6.3459			11	214,177	389,392
5	31	11001	10.6888			19	357,974	855,738
5	32	11005	6.3556			7	23,098	416,659
5	33	11002	3.2474		●	8	14,213	190,494
5	34	11006	2.9144	*	●	2	67,225	188,392
5	35	11003	5.0987		●	6	52,317	370,199
5	36	11004	6.1262	*	●	9	166,164	354,397
5	37	11101	10.0086			15	97,418	540,025
5	38	11105	6.1288	*		11	30,063	377,091
5	39	11102	3.2474		●	3	11,835	213,765
5	40	11106	2.9144		●	2	62,151	177,332
5	41	11103	5.0987		●	4	30,559	366,987
5	42	11104	6.1262	*	●	9	273,748	618,117
5	43	11301	2.4084			12	38,016	185,752
5	44	11302	1.8011			10	32,346	126,852
5	45	11501	4.5144			6	18,319	262,225
5	46	11502	4.3672			4	19,844	250,349
5	47	11601	2.5430			3	89,484	205,161
5	48	11602	3.5241			3	120,405	283,553
5	49	11603	3.2725			4	126,632	235,670
5	50	11604	2.6508			4	102,785	196,111
5	51	11605	5.7408			5	125,665	517,037
5	52	47801	5.0006			9	75,584	385,960
5	53	47802	1.6949		●	4	25,194	108,249
5	54	47803	2.0971			4	30,700	138,078
5	55	47804	3.8614			5	47,559	394,426
5	56	47901	4.2339			7	59,811	315,595
5	57	47902	1.6949		●	4	14,928	110,373
5	58	47903	2.0110			3	29,704	113,128

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	59	47904	2.7538			3	35,944	284,845
5	60	11201	3.6742			2	94,606	246,681
5	61	11202	2.7818			2	74,434	190,880
5	62	11203	3.4229			3	120,703	223,120
5	63	11205	4.1279			3	142,542	257,892
5	64	11206	3.0928			2	99,834	181,843
5	65	11204	1.6929			2	13,233	96,920
5	66	11401	1.1871			7	19,351	83,866
5	67	11402	0.7531			4	16,731	59,054
5	68	11801	2.6266			3	109,297	149,632
5	69	11802	2.3782			2	108,796	135,979
5	70	11803	1.9864			3	69,783	121,796
5	71	11804	1.8672			2	75,226	106,851
5	72	11701	1.5875			5	16,488	159,470
5	73	11702	0.6997	*		4	22,233	52,038
5	74	11901	0.6898			2	21,699	44,379
5	75	11902	0.5650			2	17,037	33,825
5	76	12001	1.5162			9	18,941	91,471
5	77	12002	1.0816			5	16,009	63,937
5	78	12101	1.5000			5	26,431	100,980
5	79	12102	1.3193			7	13,137	80,189
5	80	12201	1.0347			3	23,399	64,423
5	81	12202	1.1535			4	8,548	67,947
5	82	12301	-	*		-	-	-
5	83	12302	-	*		-	-	-
5	84	124	1.0866			3	21,179	62,456
5	85	125	0.7515			2	20,401	43,982
5	86	126	1.4027			15	16,334	145,453
5	87	12701	-	*		-	-	-
5	88	12702	0.7292			7	9,310	82,206
5	89	12801	0.9579			5	11,552	51,799
5	90	12802	0.9058	*		4	16,010	61,356
5	91	129	2.2796			8	17,030	128,818
5	92	13001	1.2339			6	10,829	71,652
5	93	13002	1.0299			5	7,349	68,815
5	94	13101	0.8416			4	7,839	56,875
5	95	13102	0.8140			4	4,785	49,020
5	96	132	0.5857			4	4,689	35,221

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	97	133	0.3840			3	3,457	25,461
5	98	13401	0.5503			5	5,603	40,071
5	99	13402	0.4379			3	4,792	33,226
5	100	135	0.6587			4	5,671	42,644
5	101	136	0.4566			3	4,654	25,629
5	102	13701	5.0574			3	5,285	403,524
5	103	13702	2.5148			2	5,407	205,695
5	104	13801	2.3219			8	14,866	197,719
5	105	13802	0.7637			4	7,013	51,794
5	106	13803	0.6479			4	7,822	40,800
5	107	13804	1.3882			6	26,345	102,530
5	108	13805	1.1780			6	29,913	70,306
5	109	13901	0.6687	*		3	18,364	60,585
5	110	13902	0.4466			3	5,147	29,506
5	111	13903	0.4017			3	4,883	25,750
5	112	13904	1.1554	*		4	17,200	74,490
5	113	13905	0.8978			4	15,758	53,024
5	114	14001	0.5561			4	5,387	36,407
5	115	14002	0.3767			3	3,680	25,156
5	116	141	0.5731			4	9,003	35,468
5	117	142	0.4518			3	5,867	29,430
5	118	143	0.4058			3	4,112	25,792
5	119	14401	0.9676			4	6,357	59,450
5	120	14402	0.9862			6	10,090	62,738
5	121	14403	0.6189			5	7,024	35,703
5	122	14501	0.8057			2	5,645	49,764
5	123	14502	0.6781			3	5,068	48,162
5	124	14503	0.4661			3	5,010	29,358
6	1	15401	7.3487	*		18	213,940	611,461
6	2	15402	3.2130			11	24,574	379,335
6	3	15403	2.2409			9	15,743	269,096
6	4	15404	2.9563			12	32,020	313,850
6	5	15501	6.1353	*		24	255,289	482,975
6	6	15502	1.0680			3	23,733	115,607
6	7	15503	1.8177			7	27,748	153,923
6	8	15504	2.0022			7	14,720	190,374
6	9	15601	-	*		-	-	-
6	10	15602	-	*		-	-	-

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	11	15603	5.1520	*	●	15	103,385	366,630
6	12	15604	5.1520	*	●	15	133,834	490,206
6	13	15605	-	*		-	-	-
6	14	15606	-	*		-	-	-
6	15	15607	2.5479			10	43,627	259,296
6	16	15608	1.7581	*		7	26,166	152,131
6	17	14801	2.7791			11	41,541	291,687
6	18	14802	3.8427			16	53,625	442,702
6	19	14803	-	*		-	-	-
6	20	14804	1.2777	*		7	15,094	255,725
6	21	14805	1.9392			10	35,298	236,139
6	22	14901	2.4529			9	41,416	205,738
6	23	14902	2.7478	*		10	39,411	267,158
6	24	14903	-	*		-	-	-
6	25	14904	0.9622			4	19,491	117,830
6	26	14905	1.8549			8	13,386	181,757
6	27	14601	0.8515			3	22,409	140,450
6	28	14602	1.7542	*		4	29,463	327,959
6	29	14701	0.6245			2	22,051	51,169
6	30	14702	0.5800			2	20,609	45,503
6	31	150	2.4513			10	55,858	251,640
6	32	151	1.5520			6	47,664	126,713
6	33	16401	1.3632			5	43,895	81,538
6	34	16501	1.0851			3	40,078	63,536
6	35	16402	1.4443			6	37,189	85,699
6	36	16502	1.0431			5	33,728	67,383
6	37	16601	1.0973			3	41,745	64,148
6	38	16701	0.9297			2	39,143	54,732
6	39	16602	1.0183			4	34,504	61,184
6	40	16702	0.7918			3	31,318	48,227
6	41	152	1.2093			6	18,019	155,059
6	42	153	0.6515			3	15,145	70,499
6	43	15701	0.7644			4	15,176	40,869
6	44	15702	0.6024			2	19,399	34,361
6	45	15801	0.4426			3	9,486	25,877
6	46	15802	0.4977			2	17,444	28,498
6	47	16101	1.0696			3	39,008	67,802
6	48	16201	0.8435			2	34,866	50,746

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	49	16102	0.7820			2	27,632	46,456
6	50	16202	0.5983			2	22,846	35,070
6	51	159	1.2001			4	34,296	69,215
6	52	160	0.8425			3	31,883	49,294
6	53	16301	-	*		-	-	-
6	54	16302	-	*		-	-	-
6	55	16303	9.6583			3	41,409	667,581
6	56	16304	6.2614			2	38,683	414,351
6	57	16305	5.2979			2	31,834	366,082
6	58	16306	2.2030			1	28,549	164,866
6	59	170	1.7932			7	20,787	172,721
6	60	171	0.9128			3	19,355	77,385
6	61	17201	1.0255			4	5,654	133,937
6	62	17202	0.5594			5	7,969	52,707
6	63	17203	0.7008			4	7,002	84,787
6	64	17301	0.8559			4	6,390	101,245
6	65	17302	0.4061			3	8,744	36,900
6	66	17303	0.4265			3	4,022	43,181
6	67	17401	1.0216			6	11,935	116,372
6	68	17402	0.5707			6	8,466	58,460
6	69	17403	0.7306			6	8,500	87,888
6	70	17404	0.6870			6	8,312	81,005
6	71	17501	0.8175			5	9,415	86,426
6	72	17502	-	*		-	-	-
6	73	17503	0.4416			4	5,618	45,291
6	74	17504	0.4038			4	5,825	40,544
6	75	17601	1.1666			9	6,325	143,797
6	76	17602	0.8492			8	11,827	108,233
6	77	17603	0.6909			6	8,774	81,003
6	78	17604	0.6547			4	5,182	90,105
6	79	177	0.5183			5	6,973	53,616
6	80	178	0.3571			4	5,465	34,264
6	81	17901	0.5023			3	3,507	64,830
6	82	17902	0.7772			5	4,836	104,681
6	83	17903	0.4791			3	3,481	58,299
6	84	180	0.5364			6	6,266	60,305
6	85	181	0.3330			4	4,950	32,701
6	86	182	0.4938			5	6,116	53,761

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	87	183	0.3152			4	4,629	31,069
6	88	18401	0.3416			4	6,797	33,190
6	89	18402	0.2535			3	4,831	23,732
6	90	18801	1.4965	*	●	12	19,956	157,264
6	91	18802	0.5194			5	4,817	59,695
6	92	18803	0.5755	*		5	5,463	85,588
6	93	18804	0.7841			6	6,394	95,131
6	94	18805	0.6276			6	6,570	73,718
6	95	18901	1.4965	*	●	12	20,069	157,009
6	96	18902	0.3193			3	3,392	33,566
6	97	18903	0.3816	*		3	9,622	35,928
6	98	18904	0.4936			4	6,061	49,426
6	99	18905	0.3821			3	4,202	37,512
6	100	19001	-	*		-	-	-
6	101	19002	-	*		-	-	-
6	102	19003	0.4838			3	5,487	60,240
6	103	19004	0.3662			3	6,890	38,019
6	104	19005	-	*		-	-	-
6	105	19006	-	*		-	-	-
6	106	19007	2.5149	*		4	19,333	531,875
6	107	19008	0.3106	*		2	10,657	23,471
6	108	19009	0.6970			5	6,524	97,458
6	109	19010	0.4235			3	4,448	47,699
7	1	191	2.9283		●	10	22,625	278,121
7	2	192	2.9283		●	8	42,472	257,644
7	3	195	2.9024			12	78,518	251,475
7	4	196	2.2207			8	71,737	180,806
7	5	197	2.3376			11	54,361	227,665
7	6	198	1.6189			8	47,896	151,231
7	7	49301	2.5161			8	84,866	162,270
7	8	49401	2.1508			6	78,659	136,501
7	9	49302	1.4182			4	44,017	80,758
7	10	49402	1.1630			3	43,032	66,311
7	11	193	1.5372			7	26,401	154,151
7	12	194	1.0031			5	20,564	95,528
7	13	199	-	*		-	-	-
7	14	20001	1.6872			8	10,950	175,336
7	15	20002	0.6480			4	9,591	95,730

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	16	20101	1.9935			7	48,124	213,163
7	17	20102	1.2922			4	46,497	98,165
7	18	20201	0.7953			6	8,816	96,325
7	19	20202	0.4530			5	6,248	51,524
7	20	20301	1.5598	*		6	20,861	120,001
7	21	20302	1.4590	*		5	36,399	115,250
7	22	20401	0.5342			5	6,648	61,360
7	23	20402	1.0848	*		6	3,443	122,443
7	24	20403	0.5972	*		6	6,262	100,565
7	25	205	0.7821			7	7,578	96,748
7	26	206	0.5205			5	5,655	61,562
7	27	207	1.0282			6	8,925	103,152
7	28	208	0.6972			4	5,274	78,065
8	1	47101	4.2109			8	139,904	239,379
8	2	47102	3.3822			4	156,301	191,731
8	3	47103	4.0234			5	166,613	229,244
8	4	21701	2.2557			10	32,817	150,585
8	5	21702	1.4907			4	22,549	95,816
8	6	21703	1.8842			9	22,215	120,761
8	7	21704	1.0223			4	13,758	63,066
8	8	20901	3.2663			7	75,842	203,715
8	9	20907	4.2176			7	109,924	272,314
8	10	20902	2.6406			5	66,092	158,895
8	11	20908	3.7665			5	89,995	229,929
8	12	20903	2.2247			5	88,557	128,200
8	13	20904	1.8219			6	75,650	108,419
8	14	20905	2.2700			5	91,615	130,612
8	15	20906	1.0036			5	35,992	57,858
8	16	21601	1.2150			4	14,615	75,625
8	17	21602	0.8117			2	11,922	47,843
8	18	21001	2.6527			10	57,134	186,378
8	19	21101	1.8180			7	48,840	105,737
8	20	21002	1.7466			7	42,019	113,625
8	21	21102	1.3831			6	23,449	85,946
8	22	21003	1.5940			7	44,765	105,699
8	23	21103	1.2759			5	30,620	82,475
8	24	21201	2.2983			8	58,937	136,756
8	25	21202	1.1736	*		6	47,080	83,162

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
8	26	21203	2.8749	*	●	8	40,162	226,037
8	27	21204	2.8749		●	5	35,627	217,243
8	28	21205	1.7595			6	43,727	138,090
8	29	21206	1.4538			4	29,508	122,892
8	30	21301	3.2215	*	●	27	152,843	197,806
8	31	21302	3.2215	*	●	23	79,313	271,224
8	32	21303	2.7722			13	33,102	195,288
8	33	21304	1.6905			8	19,559	110,040
8	34	21305	1.7254	*		10	37,386	136,652
8	35	21306	-	*		-	-	-
8	36	49101	2.2337			5	44,740	142,075
8	37	49102	1.8988			4	52,198	120,924
8	38	49201	2.2213			5	34,826	125,670
8	39	49202	1.8991			4	29,802	111,415
8	40	496	3.9790			7	103,510	372,898
8	41	49701	3.4303			8	84,999	295,629
8	42	49702	2.9138			6	76,060	243,272
8	43	49801	2.9467			6	86,844	246,913
8	44	49802	2.4455			5	83,336	193,831
8	45	499	1.5366			5	28,531	157,880
8	46	500	1.2280			4	26,951	104,255
8	47	501	1.9519			15	36,599	116,010
8	48	502	1.6278			11	31,946	94,980
8	49	50301	1.0911			4	25,330	68,783
8	50	50302	1.0286			3	32,410	63,071
8	51	50303	0.8577			3	24,528	52,450
8	52	50304	0.6396			2	22,827	39,075
8	53	21801	1.8589			9	44,842	117,049
8	54	21802	1.6827			8	41,352	118,941
8	55	21901	1.5856			7	42,252	118,887
8	56	21902	1.3203			6	29,533	96,550
8	57	21803	1.3767			6	37,990	89,658
8	58	21804	1.2186			5	27,382	79,956
8	59	21903	1.0796			4	29,941	64,022
8	60	21904	0.8508			4	22,493	56,385
8	61	22001	-	*		-	-	-
8	62	22002	1.5282	*		7	41,271	113,986
8	63	22003	1.7194	*		8	35,159	162,344

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	64	22004	1.1488			5	25,744	79,402
8	65	22005	1.5845	*		4	29,428	135,313
8	66	22006	1.0376			3	26,517	60,566
8	67	22007	1.2467			3	28,993	80,673
8	68	22008	0.8172			2	24,653	53,281
8	69	23101	1.4799			6	26,464	98,343
8	70	23102	0.7324			3	18,299	44,820
8	71	23103	0.5219			2	15,629	30,921
8	72	23104	0.3652			2	15,002	22,132
8	73	23001	-	*		-	-	-
8	74	23002	0.5610	*		2	20,478	56,461
8	75	23003	0.5660			3	16,253	38,604
8	76	23004	0.4252			2	15,986	26,650
8	77	22601	1.2489			4	19,613	78,175
8	78	22602	1.0569			4	19,395	61,373
8	79	22701	0.5966			2	14,084	36,475
8	80	22702	0.6721			3	14,910	45,194
8	81	22501	1.0911			6	16,880	71,361
8	82	22502	0.7342			4	15,881	50,040
8	83	22503	0.9830			4	20,796	64,400
8	84	22504	0.7563			3	17,076	49,548
8	85	228	0.7567			3	17,283	46,803
8	86	22301	4.6167	*		19	124,011	264,201
8	87	22302	0.7876			3	27,523	49,342
8	88	23201	0.6274	*		3	20,316	46,368
8	89	23202	0.5887			2	15,560	34,648
8	90	22401	1.1640			5	32,714	69,089
8	91	22402	0.9073			4	27,669	58,483
8	92	22403	0.7767			3	23,813	48,006
8	93	22404	0.6297			3	21,824	39,613
8	94	22901	0.5617			3	14,348	35,828
8	95	22902	0.5618			2	13,222	36,271
8	96	23301	3.1445			8	58,009	198,987
8	97	23302	2.2692			6	50,574	174,975
8	98	23401	0.9820			3	24,312	60,005
8	99	23402	0.6876			2	21,961	43,386
8	100	23501	1.2504			6	7,351	89,869
8	101	23502	0.7656			3	3,181	46,162

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
8	102	23503	-	*		-	-	-
8	103	23504	1.4695	*		11	17,566	153,195
8	104	23601	1.0763			7	6,960	113,656
8	105	23602	0.9630			5	4,951	83,834
8	106	23701	0.4921			2	4,644	28,585
8	107	23702	0.3795			2	4,074	26,413
8	108	23801	1.2660			12	11,026	81,687
8	109	23802	0.9911			8	7,153	68,107
8	110	23803	1.1534			9	11,626	67,375
8	111	23804	0.8972			6	4,627	66,053
8	112	23805	1.0444	*	●	10	15,721	133,197
8	113	23806	1.0444	*	●	10	7,011	101,091
8	114	23901	0.6608			3	4,203	43,163
8	115	23902	0.4254			2	3,135	25,456
8	116	24001	0.7744			3	4,553	45,631
8	117	24002	0.7750			2	4,086	50,408
8	118	24003	0.3884			2	3,509	24,903
8	119	24101	0.4949			2	3,819	30,682
8	120	24102	0.5608			2	4,010	36,448
8	121	24103	0.1912			1	2,975	11,362
8	122	24201	1.1855			11	15,433	93,262
8	123	24202	0.8398			8	9,031	62,270
8	124	24203	0.4456	*		3	18,970	24,923
8	125	24204	-	*		-	-	-
8	126	24205	0.9009			9	15,426	52,531
8	127	24206	0.7575			7	9,163	52,142
8	128	24301	0.8758			3	2,793	48,457
8	129	24302	0.4074			3	3,278	24,855
8	130	244	0.4776			4	4,067	29,658
8	131	245	0.3010			2	2,572	17,785
8	132	24601	0.6215			4	3,533	38,594
8	133	24602	0.3157			2	2,651	19,635
8	134	24701	0.6211			5	7,058	39,785
8	135	24702	0.4036			3	5,231	25,321
8	136	24801	0.7829			5	5,411	49,265
8	137	24802	0.3750			2	3,078	23,526
8	138	24901	1.0754			10	11,588	72,782
8	139	24902	0.8964			9	8,716	62,472

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	140	24903	0.8963			6	3,855	79,758
8	141	24904	0.6346			3	3,301	52,899
8	142	250	0.4206			3	4,502	25,159
8	143	251	0.2742			2	3,016	17,446
8	144	252	0.3598			1	6,604	22,473
8	145	253	0.4348			3	5,033	26,850
8	146	254	0.2817			2	2,870	16,946
8	147	255	0.4220			2	3,498	30,522
8	148	25601	0.9034			7	6,911	58,319
8	149	25602	0.5447	*		6	12,669	54,156
8	150	25603	0.6599			4	4,477	43,770
8	151	25604	0.4467			2	2,850	28,482
9	1	263	1.4943			12	19,074	161,701
9	2	264	0.9455			8	14,004	100,380
9	3	265	0.9230			6	14,141	104,036
9	4	266	0.5951			3	12,259	53,414
9	5	26801	1.4510			6	24,063	162,316
9	6	26802	1.1375			4	18,975	111,258
9	7	26701	0.6822	*		4	8,493	93,106
9	8	26702	0.2553			2	8,770	29,395
9	9	25701	2.8534	*		5	74,677	232,034
9	10	25801	2.2349			4	51,559	151,767
9	11	25702	1.4528			4	41,176	81,598
9	12	25802	1.3637			4	40,851	81,403
9	13	259	0.8851		●	2	20,995	49,866
9	14	260	0.8851		●	2	22,327	55,996
9	15	261	0.4655			2	13,982	33,774
9	16	26201	0.7160	*		3	17,701	58,410
9	17	26202	0.3870			2	14,582	30,789
9	18	269	1.3930			7	16,831	154,869
9	19	270	0.7464			4	13,663	71,552
9	20	271	0.8884			9	7,926	103,830
9	21	27201	0.8253			7	5,366	111,573
9	22	27202	0.6046			7	10,556	61,868
9	23	27203	0.8497			6	8,768	109,119
9	24	27301	0.3166			3	2,470	47,527
9	25	27302	0.3980			5	5,973	38,939
9	26	27303	0.4021	*		4	10,785	32,113

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	27	274	0.2947	*		3	3,026	24,422
9	28	275	0.1430			1	2,473	20,335
9	29	27601	0.3839			4	3,984	41,977
9	30	27602	0.3376			3	3,038	35,561
9	31	277	0.6477			8	8,706	73,531
9	32	278	0.4134			6	6,570	42,920
9	33	27901	0.4502			5	5,138	52,712
9	34	27902	0.3140			4	5,014	31,417
9	35	280	0.3919			5	3,542	43,750
9	36	281	0.2484			3	2,888	25,944
9	37	282	0.2671			3	3,334	27,061
9	38	28301	0.3893			4	4,648	45,254
9	39	28302	0.3958			4	4,146	53,025
9	40	28401	0.2736			3	3,006	28,502
9	41	28402	0.1628			2	3,072	20,387
10	1	28601	2.8191			7	61,072	283,222
10	2	28602	2.2047			5	58,666	217,802
10	3	28801	2.6796			12	43,846	208,525
10	4	28802	2.1303			3	58,454	149,647
10	5	28501	1.6534			12	25,347	175,266
10	6	28502	-	*		-	-	-
10	7	28701	1.4812			10	24,885	143,871
10	8	28702	1.1051			8	18,618	118,780
10	9	28901	1.1289			4	31,528	107,762
10	10	28902	0.8043			3	31,043	69,083
10	11	290	1.0330			3	32,778	60,476
10	12	29101	-	*		-	-	-
10	13	29102	-	*		-	-	-
10	14	292	2.2428			12	29,764	227,145
10	15	293	1.1552			4	21,206	140,936
10	16	29401	0.7383			7	8,199	88,095
10	17	29402	0.3902			5	5,201	40,487
10	18	29501	0.6933			6	7,180	79,525
10	19	29502	0.3739			3	2,859	53,671
10	20	29601	0.5826			6	6,344	70,776
10	21	29602	0.6067			6	3,995	70,942
10	22	29701	0.3147			4	4,026	33,422
10	23	29702	0.3985			5	4,336	42,510

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	24	29801	0.6218			4	6,944	79,759
10	25	29802	0.3176			3	5,764	33,012
10	26	29803	0.3984			3	6,446	49,612
10	27	29804	0.2349			2	3,727	24,827
10	28	29901	0.7652			5	5,823	86,041
10	29	29902	0.4959			2	2,721	72,628
10	30	29903	0.6254			6	6,641	62,840
10	31	29904	0.4041			2	2,835	55,330
10	32	30001	0.5390			3	4,064	55,200
10	33	30002	0.5213			4	4,586	70,178
10	34	30101	0.4071			2	3,143	41,878
10	35	30102	0.2457			2	3,241	30,925
11	1	30201	11.8916			15	491,036	715,966
11	2	30202	11.2041			12	499,443	652,723
11	3	30301	1.7849		●	6	20,878	167,983
11	4	30302	1.7849		●	6	22,413	153,959
11	5	304	1.0542			4	14,849	109,573
11	6	305	0.8999			3	15,976	81,791
11	7	308	0.8392			4	13,415	100,543
11	8	309	0.5417			2	12,185	53,083
11	9	30601	1.5860			6	45,911	94,546
11	10	30602	1.3045			4	44,533	80,871
11	11	30701	1.0034			4	23,164	58,345
11	12	30702	0.8748			3	18,503	52,487
11	13	310	0.7387			3	20,440	66,900
11	14	311	0.5691			2	18,815	42,082
11	15	312	0.6400			3	13,646	78,062
11	16	313	0.4512			2	13,581	37,088
11	17	314	0.4317	*		2	17,045	97,181
11	18	31501	1.3886			6	18,724	146,573
11	19	31502	1.1102			4	18,424	106,995
11	20	31601	1.1404			9	9,331	135,838
11	21	31602	0.7812			6	4,937	93,322
11	22	31603	0.6690			6	6,789	78,928
11	23	31604	0.4731			4	5,038	56,940
11	24	317	0.2735	*		2	3,127	47,342
11	25	318	0.4672			3	3,452	45,011
11	26	319	0.3610			2	3,207	32,746

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	27	320	0.7009			8	9,849	76,930
11	28	321	0.4262			5	7,012	42,694
11	29	32201	0.5325			5	10,196	59,814
11	30	32202	0.4367			5	8,274	45,786
11	31	32301	0.6945			2	29,956	52,563
11	32	32302	0.4571			3	4,476	41,808
11	33	32401	0.6332			2	29,221	43,895
11	34	32402	0.3612			2	3,289	30,052
11	35	325	0.5916			4	6,153	66,242
11	36	326	0.5016			2	3,927	59,818
11	37	32701	0.3855			4	4,929	36,865
11	38	32702	0.3482			3	6,947	30,164
11	39	328	0.4785			3	9,430	40,948
11	40	329	0.3867			2	11,622	30,161
11	41	33001	0.3282	*	●	2	16,073	18,326
11	42	33002	0.3282	*	●	2	13,060	24,160
11	43	331	0.7544			5	6,264	87,741
11	44	332	0.6218			3	4,502	67,722
11	45	33301	0.4910			3	4,595	63,305
11	46	33302	0.4194			2	4,265	59,808
12	1	334	-	*		-	-	-
12	2	335	-	*		-	-	-
12	3	34101	1.2511			3	6,769	80,043
12	4	34102	1.1653			2	11,625	69,253
12	5	34103	3.8204	*		4	28,981	225,535
12	6	34104	3.8120			3	22,437	225,857
12	7	338	-	*		-	-	-
12	8	33901	1.0557			3	18,007	59,840
12	9	33902	0.4642			2	16,385	28,858
12	10	34001	1.2497			2	15,752	81,552
12	11	34002	1.1443			2	22,153	71,696
12	12	34201	1.7208	*		20	52,232	112,381
12	13	34202	-	*		-	-	-
12	14	34301	-	*		-	-	-
12	15	34302	-	*		-	-	-
12	16	33601	1.1539			4	44,384	67,643
12	17	33602	1.0918			3	43,466	62,578
12	18	33701	0.9610		●	4	23,215	56,704

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	19	33702	0.9610		●	4	19,702	56,693
12	20	344	-	*		-	-	-
12	21	34501	1.2255			4	19,303	68,356
12	22	34502	0.6920			3	17,871	37,178
12	23	346	-	*		-	-	-
12	24	347	0.3500	*		1	16,085	24,561
12	25	348	0.4659			2	4,448	28,272
12	26	349	0.3558			2	3,915	22,778
12	27	35001	0.6724			6	9,307	41,613
12	28	35002	0.4885			3	5,542	32,331
12	29	35201	-	*		-	-	-
12	30	35202	0.4449	*	●	3	3,055	51,601
12	31	35203	0.4449		●	2	2,732	26,874
12	32	35204	0.6234			3	3,689	38,834
12	33	35205	0.4289			2	4,177	27,707
13	1	35301	2.5991	*		7	113,462	202,556
13	2	35302	2.4894			8	94,757	158,164
13	3	35801	2.1703			4	91,525	130,366
13	4	35802	1.8565			4	70,274	109,115
13	5	35803	1.6211	*	●	4	60,840	109,507
13	6	35804	1.2868			5	42,819	73,620
13	7	35805	1.4531			3	50,084	87,186
13	8	35806	1.0336			3	29,258	62,666
13	9	35901	1.9644			4	73,903	115,478
13	10	35902	1.6977			4	66,579	99,819
13	11	35903	1.6211		●	4	60,984	94,524
13	12	35904	1.1915			5	42,426	72,400
13	13	35905	1.3881			3	46,400	82,879
13	14	35906	0.9368			2	23,776	54,704
13	15	36101	1.8026			4	55,154	106,182
13	16	36102	1.4997			3	48,258	89,842
13	17	36001	0.6030			2	15,762	41,129
13	18	36002	0.4871			2	12,503	29,992
13	19	35601	1.1271			3	23,632	68,506
13	20	35602	0.9946			2	20,082	56,570
13	21	363	-	*		-	-	-
13	22	364	0.5145			2	11,320	34,695
13	23	36501	1.6531			5	44,015	98,020

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	24	36502	1.0020			4	17,111	70,017
13	25	36604	0.3520	*		6	8,285	21,942
13	26	36704	0.1833	*		1	2,225	18,792
13	27	36801	0.6179			5	8,928	37,887
13	28	36802	0.3771			4	6,839	23,986
13	29	369	0.2348			2	2,275	14,795
14	1	469	0.2509	*		2	4,225	46,093
14	2	370	0.9175			5	35,428	61,495
14	3	371	0.7394			5	34,896	52,069
14	4	37401	-	*		-	-	-
14	5	37402	0.5798	*		2	21,354	37,994
14	6	37501	1.0311	*	●	3	48,716	56,563
14	7	37502	1.0311	*	●	3	35,499	53,771
14	8	372	0.8244			3	31,216	47,901
14	9	37301	0.7517			3	31,532	43,697
14	10	37302	0.6917			3	30,468	39,852
14	11	37701	-	*		-	-	-
14	12	37702	2.8689	*		11	68,259	248,982
14	13	37703	-	*		-	-	-
14	14	37704	1.7433			7	12,401	128,218
14	15	37705	0.8103			4	7,480	46,416
14	16	37601	1.4946	*		5	69,146	84,346
14	17	37602	1.5855	*		9	49,160	99,058
14	18	37603	-	*		-	-	-
14	19	37604	0.7012			5	5,216	49,405
14	20	37605	0.3260			3	3,255	19,347
14	21	37801	1.1832			2	41,418	72,017
14	22	37802	0.9210			3	28,911	57,237
14	23	37803	0.4877			2	3,038	28,270
14	24	37901	0.2620			4	4,263	28,257
14	25	37902	0.5114			5	5,415	60,807
14	26	37903	0.3910			4	4,193	49,351
14	27	38101	0.7606			2	12,792	43,775
14	28	38102	0.4977			2	10,713	29,777
14	29	38001	0.4483			2	5,688	30,754
14	30	38002	0.4005			2	6,332	23,274
14	31	382	0.2733			2	2,805	20,596
14	32	38301	0.3851			4	4,640	43,928

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	33	38302	0.2640			3	3,569	30,899
14	34	384	0.4028			4	3,744	49,960
14	35	513	0.3016			-	-	-
15	1	N01	0.7961			4	11,442	112,075
15	2	N02	-	*		-	-	-
15	3	N03	0.9763	*		2	33,065	279,210
15	4	N04	-	*		-	-	-
15	5	N05	4.7829			25	92,999	448,314
15	6	N06	3.9452	*		24	149,850	280,294
15	7	N07	4.3588			22	90,233	429,540
15	8	N08	2.3282			17	59,166	219,832
15	9	N09	2.0064			16	43,978	181,825
15	10	N10	1.6251			14	18,741	157,399
15	11	N11	2.7246			12	48,033	312,027
15	12	N12	1.2970			9	21,526	132,711
15	13	N13	0.8449			6	12,215	87,818
15	14	N14	6.4383			17	92,936	629,673
15	15	N15	3.3327			9	38,848	360,359
15	16	N16	1.9660			8	30,462	240,741
15	17	N17	0.8677			5	13,082	90,975
15	18	N18	0.4901			4	7,379	52,394
15	19	N19	0.4711			4	5,141	45,468
16	1	39201	2.8615			10	61,212	300,932
16	2	39202	2.2404			8	80,299	169,604
16	3	39301	3.8716	*		11	130,695	324,495
16	4	39302	2.2464	*		9	69,338	172,946
16	5	39401	1.3208			6	17,407	140,829
16	6	39402	0.7977			3	17,282	88,166
16	7	39501	0.9885			4	3,588	128,992
16	8	39502	0.6274			5	7,569	69,130
16	9	39503	0.4267			3	4,127	44,194
16	10	39601	0.5362			2	4,114	73,334
16	11	39602	1.1369			4	6,891	195,442
16	12	39603	0.3796			2	5,985	46,375
16	13	39701	2.5383	*		5	11,951	326,486
16	14	39702	1.0277	*		2	3,398	71,325
16	15	39703	3.7923	*		17	49,111	293,725
16	16	39704	0.4704	*		3	25,442	27,360

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
16	17	39705	0.8754			5	4,640	113,124
16	18	39706	0.4965			3	3,176	66,815
16	19	39802	0.7202			5	6,604	91,645
16	20	39803	0.6826			5	4,538	87,940
16	21	39804	0.3395			2	3,483	47,787
16	22	39902	0.4136			3	4,522	46,391
16	23	39903	0.3808			3	3,836	53,730
16	24	39904	0.2407			2	3,513	31,382
17	1	40001	-	*		-	-	-
17	2	40002	-	*		-	-	-
17	3	401	-	*		-	-	-
17	4	402	2.6887	*		24	52,476	157,958
17	5	40301	0.7031	*		2	4,119	185,465
17	6	40401	0.3238	*		4	6,628	49,043
17	7	406	2.3387			7	48,205	175,488
17	8	407	1.6590			4	30,357	137,530
17	9	40801	1.1421			5	14,424	140,752
17	10	40802	0.6091			2	12,682	54,846
17	11	412	0.4159	*		2	7,765	47,340
17	12	41101	0.5175			2	6,406	47,504
17	13	41102	0.4593			2	5,132	35,606
17	14	413	0.7323			6	6,527	77,986
17	15	414	0.5147			3	3,870	58,720
18	1	41501	2.1574			13	29,099	250,968
18	2	41502	1.0537			5	16,661	108,269
18	3	41601	1.0636			9	12,704	127,640
18	4	41602	0.5928			7	8,144	61,151
18	5	41701	0.8940			7	12,078	109,620
18	6	41702	0.5741			5	8,440	64,674
18	7	41803	0.7164			8	6,737	87,534
18	8	41804	0.5499			7	5,981	63,686
18	9	419	0.5962			6	6,513	68,854
18	10	420	0.4496			5	4,916	48,710
18	11	42101	0.5304			6	7,047	60,539
18	12	42102	0.2999			5	5,039	29,559
18	13	42201	0.3998			4	7,636	42,327
18	14	42202	0.2969			3	6,278	28,876
18	15	42301	1.6148			12	19,039	162,202

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
18	16	42302	1.2466	*		11	12,070	148,705
18	17	42303	0.7155			6	7,435	99,931
18	18	42304	0.3591			4	3,528	44,309
21	1	44001	0.7503			5	9,325	91,840
21	2	44002	0.4663			4	9,301	52,156
21	3	43901	0.9514			7	20,691	97,427
21	4	43902	0.7535			5	20,227	69,232
21	5	44101	1.0250		●	4	15,415	111,713
21	6	44102	1.0250		●	4	14,868	122,162
21	7	442	1.5410			7	14,623	175,751
21	8	443	0.8536			4	13,303	87,182
21	9	444	0.4460			5	5,027	46,357
21	10	445	0.2752			3	3,141	26,831
21	11	44601	0.3867			3	5,398	44,616
21	12	44602	0.2910			3	4,574	32,556
21	13	44701	0.5605			5	3,490	60,600
21	14	44702	0.2783			3	2,892	28,947
21	15	44801	0.3727	*		4	4,962	63,924
21	16	44802	0.2424			3	4,015	23,628
21	17	44901	1.0062			6	5,064	141,593
21	18	44902	0.6763			5	5,249	88,527
21	19	45001	0.5153			3	3,125	65,539
21	20	45002	0.2865			3	2,769	31,729
21	21	45101	0.6045			4	5,117	98,201
21	22	45102	0.3940			3	3,828	55,720
21	23	45103	0.5776			4	3,433	60,333
21	24	45104	0.2869			2	2,881	38,009
21	25	452	0.5836			5	4,856	73,839
21	26	453	0.3089			3	3,100	36,662
21	27	454	0.6996			5	5,791	118,610
21	28	455	0.4296			3	3,261	71,238
21	29	41801	-	*		-	-	-
21	30	41802	0.2886	*		4	8,829	26,643
22	1	50401	10.8991			22	81,290	900,861
22	2	50402	-	*		-	-	-
22	3	50403	-	*		-	-	-
22	4	50404	-	*		-	-	-
22	5	50405	-	*		-	-	-

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	6	50501	6.0503	*		15	47,844	526,309
22	7	50502	-	*		-	-	-
22	8	50503	-	*		-	-	-
22	9	50504	-	*		-	-	-
22	10	50505	-	*		-	-	-
22	11	50601	4.0154	*		18	33,851	571,636
22	12	50602	3.5977	*		13	29,927	483,887
22	13	50603	2.2676			13	32,031	267,314
22	14	50604	2.1779			14	23,513	211,408
22	15	50605	5.8859			18	56,315	644,261
22	16	50606	4.5802			16	34,176	487,426
22	17	50701	1.7750	*		7	25,844	134,986
22	18	50702	1.9223			12	24,097	141,079
22	19	50703	1.4395			10	19,181	139,963
22	20	50704	1.6891	*		13	54,886	98,551
22	21	50705	1.8495	*		6	21,867	99,628
22	22	50801	1.7294			10	14,210	212,256
22	23	50802	1.0614	*		9	12,569	75,830
22	24	50803	2.4313			9	18,113	288,988
22	25	50804	1.5542		●	9	12,350	188,427
22	26	50901	1.0331			6	6,184	158,437
22	27	50902	0.5225	*		3	4,929	45,928
22	28	50903	0.7219	*		4	13,098	93,975
22	29	50904	1.5542	*	●	9	6,538	249,608
22	30	510	1.3148			8	9,295	160,532
22	31	511	0.8456			6	5,759	95,363
23	1	46101	0.7695			3	10,316	136,303
23	2	46102	0.7348			3	17,006	106,555
23	3	46103	0.7292			2	15,845	72,041
23	4	46201	1.4929			22	19,399	122,168
23	5	46202	1.2678			20	8,220	105,536
23	6	46203	1.3297			18	9,168	115,896
23	7	46204	1.1588			18	7,843	84,256
23	8	463	0.6674			6	5,625	79,463
23	9	464	0.4191			3	4,905	36,273
23	10	465	0.4093			2	3,867	41,510
23	11	466	0.5101			3	2,848	54,316
23	12	467	0.7642			3	5,939	78,722

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
24	1	48401	6.4709			20	122,219	540,398
24	2	48402	-	*		-	-	-
24	3	48501	2.0729			9	47,962	199,430
24	4	48502	-	*		-	-	-
24	5	48601	3.5401			12	43,455	412,198
24	6	48602	1.8743			7	32,602	202,127
24	7	48701	0.8957			7	7,032	108,641
24	8	48702	0.6373			6	5,810	60,274
UN	1	46801	2.3518			10	23,833	291,472
UN	2	46802	1.0984			4	14,117	136,087
UN	3	46803	2.5804			7	21,528	356,303
UN	4	46804	0.7997			3	17,405	73,759
UN	5	47601	1.9208			11	20,956	185,872
UN	6	47602	0.8820			4	19,197	87,086
UN	7	47701	1.5007			9	19,630	178,442
UN	8	47702	0.7692			3	14,542	69,026
UN	9	47703	1.7854			8	12,445	228,454
UN	10	47704	0.8995			3	16,589	80,349
全國平均點數 55.931								

註1.資料說明：

(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。

(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。

(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。

(5)各DRG之參數(權重、上/下限臨界點)採用按112年資料，114年適用之DRG分類表進行統計之結果。

(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)。

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。

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

報 2-35

114 年 7 月-12 月適用權重上升下降分析結果

1,068 項 DRG 中計有 210 項 DRG 將採核實申報，另採 DRG 包裹支付之 858 項 DRG，相較於 113 年 7 月-12 月適用權重版本(現適用版本)，有 670 項 DRG 權重增加，188 項 DRG 權重減少：

一、無權重核實申報者：計 79 項 DRG，相較 113 年 7 月-12 月適用版本增加 3 項。

二、去極值後個案數小於 20 件，暫以核實申報者：計 210 項 DRG，相較 113 年 7 月-12 月適用版本增加 3 項。

三、採 DRG 包裹支付中，屬已導入之 DRG 項目(329 項)：

(一)權重上升(計 263 項 DRG)：

1. 主要為 MDC8 骨骼、肌肉系統及結締組織之疾病與疾患，共 102 項 DRG。

2. 定額影響：

(1) 定額上升(200 項)：以 MDC2 之 DRG03902「眼異物移除手術，含玻璃體切除術」定額增加 97,156 點最多。

(2) 定額下降(63 項)：以 MDC5 之 DRG 10902「單處血管冠狀動脈繞道手術，無心導管」定額減少 9,168 點最多。

(二)權重下降(計 66 項 DRG)：

1. 主要為 MDC5 循環系統之疾病與疾患，共 28 項 DRG。

2. 定額影響：66 項皆為定額下降，以 MDC8 之 DRG251「前臂、手及足部之骨折、扭傷、拉傷及脫臼，年齡大於等於 18 歲，無合併症或併發症」定額減少 619 點最少，MDC11 之 DRG30202「腎移植，無合併症或併發症」定額減少 99,690 點最多。

四、採 DRG 包裹支付中，屬未導入或暫緩導入之 DRG 項目(529 項 DRG)：

(一)權重上升 (計 407 項 DRG)：

1. 主要為 MDC1 神經系統之疾病與疾患共 66 項 DRG。

2. 定額影響：

- (1) 定額上升(311 項)：以 PRE MDC 之 DRG 48002「肝移植，無合併症或併發症」定額增加 158,299 點最多。
- (2) 定額下降(96 項)：以 PRE MDC 之 DRG 48001「肝移植，有合併症或併發症」定額減少 15,307 點最多。

(二)權重下降(計 122 項 DRG)：

1. 主要為 MDC4 呼吸系統之疾病與疾患之 18 項 DRG。
2. 定額影響：124 項皆為定額減少，以 MDC15 之 N14「出生≤27 天，出生體重>2499 公克，有手術，主或次診斷有多重 MAJOR PROBLEM」定額減少 85,202 點最多。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目 修正規定

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

第二章 Tw-DRGs 分類架構及原則

- 一、Tw-DRG 之診斷及處置代碼，以美國「2014 ICD-10-CM/PCS」版本為基礎。
- 二、名詞定義
 - (一)主診斷(Principal Diagnosis)：經研判後，被確定為引起病人此次住院醫療主要原因，引起病人此次住院醫療之多重診斷，得擇取醫療資源耗用高者為主要診斷，住院中產生之併發症或住院中管理不當產生之危害不得為主要診斷。
 - (二)開刀房手術或處置(Operating Room Procedure)：依「TW-DRG 分類手冊」所列項目認定。
 - (三)合併症或併發症(Comorbidity & Complication) 之認定條件如「TW-DRG 分類手冊」。
- 三、除 PRE MDC 外，MDC1 至 MDC24 之各 Tw-DRG，其主診斷須為該 Tw-DRG 所屬 MDC 主診斷範圍，詳如「TW-DRG 分類手冊」。
- 四、Tw-DRG 之編審依序，以 PRE MDC 優先，其次為 MDC24，再次為 MDC1-MDC23，惟 PRE MDC 中之 Tw-DRG48201、48202、48301、48302 等四項，若同時符合 MDC1 至 MDC24 之 Tw-DRG 條件者，得以權重高者認定。
- 五、在同一 MDC 中 Tw-DRG 之認定順序：
 - (一)外科系 Tw-DRG
 - 1.有 OR PROCEDURE，且 OR PROCEDURE 與主診斷相關之 Tw-DRG。
 - 2.有 OR PROCEDURE，但 OR PROCEDURE 與主診斷不相關之 Tw-DRG。
 - (二)內科系 Tw-DRG。
 - (三)前述(一)及(二)中，複合條件者較其中單一或部分條件者優先；其他若出現符合二個以上 Tw-DRG 條件者，Tw-DRG 編審結果得以權重高者申報，若其中任一項無權重者，以該個案點數除以全國平均點數，所得值大於等於其他 Tw-DRG 權重者，歸類於無權重之 Tw-DRG，若屬二個以上無權重 DRG 者依「TW-DRG 分類手冊」內流程圖順序認定，

核實申報費用；所得值小於其他 Tw-DRG 權重者，歸類於該有權重之 Tw-DRG。

六、年齡之認定採「入院年月日」減「出生年月日」計算。

七、MDC15 之出生天數以「入院日」減「出生日」計算。

八、正常新生兒照護仍併入生產 DRG 內。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目

修正規定

第六部 論病例計酬

第二章 婦科

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
97027C	次全子宮切除術(住院) 註： 1.診療項目要求表(詳附表 6.2.4) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.出院狀態 (1)出院前至少二十四小時內體溫低於37.5°C (2)無合併症 (3)可自行解尿 (4)正常胃腸功能，出院前二十四小時內至少正常排便一次 (5)病人之衛教： A.沐浴及個人衛生 B.傷口之照料 C.活動程度(包括性生活等)之衛教 D.口服藥 E.回診時間 3.主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)： 0UT90ZZ 0UT90ZL 4.西醫基層院所申報限設置有門診手術室及觀察病床者。	V				51597

報告事項

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂「區域聯防-提升急重症照護品質計畫」案。

說明：

- 一、依衛生福利部 114 年 1 月 9 日公告 114 年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額及其分配（附件 1，頁次報 3-3~3-5）暨本署 114 年 5 月 28 日全民健康保險醫療給付費用醫院總額第 2 次研商議事會議決議辦理（附件 2，頁次報 3-6~3-7）。
- 二、本計畫自 113 年 7 月 1 日起實施，執行醫院陸續建議將相關問答輯內容規範至計畫中（附件 3，頁次報 3-8~3-20），以臻明確，摘述如下：
 - （一）參照 114 年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額及其分配之專款名稱修訂計畫名稱為「區域聯防-提升急重症照護品質計畫」及預算來源，以利後續擴大計畫照護之疾病別。
 - （二）本計畫以 5 年為檢討期限（113~117 年），爰刪除實施期間。
 - （三）本署 114 年 1 月 1 日已將 ICD-10-CM 改版至 2023 年版，爰刪除 2014 年版之主、次診斷碼。
 - （四）參與資格及申請程序：考量主責醫院及合作團隊名單正確性，爰請主責醫院於每年度 1 月 31 日前提出申請書，經分區業務組核定後，始得參與計畫。
 - （五）支付方式：
 1. 為避免本計畫與「全民健康保險急診品質提升方案」重複獎勵進而造成結算後追扣，爰修正為同一疾病申報本計畫之獎勵項目與「全民健康保險急診品質提升方案」不得重複申報。
 2. P8203B「二十四小時急性缺血性腦中風整合治療評估費」：新增「本項費用須分配至少八成以上予執行之醫療人員」支

付規範。

(六)新增年度結算作業完成後，醫療費用申復核付之預算來源。

(七)本計畫為確保急重症照護成效及追蹤個案預後情形，要求參加本計畫醫院至個案登錄系統(VPN)登錄個案資料，為簡化醫院行政作業，部分個案資料採由申報資料自動帶入，爰現行 VPN 欄位表與計畫內容不同(附件 4，頁次報 3-21)，為減少疑義，爰修訂計畫與 VPN 欄位一致。

三、財務評估：本計畫以 114 年度醫院總額專款「區域聯防-提升急重症照護品質」268 百萬元支應(本計畫使用 208 百萬元，其餘 60 百萬元用於 114 年全民健康保險術後加速康復推廣計畫)，本次係將部分問答輯內容併入計畫文字，未調整支付方式，爰不增加財務支出。

四、因本次屬執行面規定修訂，爰本署將依程序辦理公告事宜。

決定：

114 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

- 114年度醫院醫療給付費用總額＝校正後113年度醫院一般服務醫療給付費用×（1＋114年度一般服務成長率）
＋114 年度專款項目經費＋114 年度醫院門診透析服務費用
- 114年度醫院門診透析服務費用＝113年度醫院門診透析服務費用×（1＋114 年度成長率）

註：校正後 113 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部 113.9.3 衛部保字第 1130139528 號交議總額範圍函確認，以前 1 年度（113 年）醫院一般服務醫療給付費用，校正前 2 年度（112 年）投保人口預估成長率與實際之差值，及加回前 1 年度（113 年）健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。

二、總額決定結果：

經醫院代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及醫院代表之委員建議方案當中各提一案，報請主管機關決定，結果如下：

- （一）一般服務成長率為 6.237%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 4.344%，協商因素成長率 1.893%。
- （二）專款項目全年經費為 44,187 百萬元。
- （三）門診透析服務成長率為 2.917%。
- （四）前述三項額度經換算，114 年度醫院醫療給付費用總額，較基期成長 5.500%。各細項成長率及金額，如附表。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，依決定事項辦理，並於 114 年 7 月前提報執行情形，延續性項目則包含

前1 年成效評估檢討報告（包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果）；實施成效納入115 年

20. 地區醫院全人全社區照護計畫：

- (1) 全年經費 500百萬元。
- (2) 本計畫以 5 年為檢討期限（113~117年），請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第5年（117年7月前）提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

21. 區域聯防-提升急重症照護品質：

- (1) 全年經費268百萬元。
- (2) 本計畫以5年為檢討期限（113~117年），請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第5年（117年7月前）提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

22. 區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作：本項移併至「區域聯防-提升急重症照護品質」專款項目。

23. 抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫：

- (1) 全年經費225百萬元。
- (2) 本計畫以5年為檢討期限（113~117年），請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第5年（117年7月前）提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

24. 品質保證保留款：

- (1) 全年經費1,029.5百萬元。
- (2) 本項專款額度（1,029.5百萬元），應與其一般服務預算保留匡列原106年品質保證保留款之額

度（388.7百萬元），合併運用（計1,418.2百萬元）。

- (3) 請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目

本署 114 年 5 月 28 日全民健康保險醫療給付費用醫院總額
第 2 次研商議事會議紀錄(後補)

~~113 年全民健康保險主動脈剝離手術及腦中風經動脈取栓術病人~~~~跨院合作照護計畫~~區域聯防-提升急重症照護品質計畫

113.6.28公告實施

113.11.22健保醫字第113013928號修訂自114年1月1日起生效

114年○月○日公告修訂（草案）

壹、依據：全民健康保險會（下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項。

貳、計畫說明

急性主動脈剝離為一種複雜且致死率高之心血管疾病，病人發病後如未獲得適當處置，死亡率將隨時間增加，每小時增加1%死亡率，約有50%的病人在送達醫院24小時內死亡、71%的人在2個月內死亡；另依據衛生福利部近10年統計資料顯示，腦血管疾病列為國人十大死因第2至第4位，平均每年約有1萬多的人死於該疾病。腦中風病人發病後即使存活後通常會留下不同程度的神經功能障礙，而失能之後遺症亦是我國成人殘障的主因之一，不僅造成病人與照顧者的負擔，也嚴重影響生活品質。

為使上述疾病之急重症個案於黃金治療期內接受完善的治療及照顧，以提升功能性預後機率，早日回歸社會，全民健康保險保險人（以下稱保險人）邀集社團法人台灣急診醫學會、台灣胸腔及心臟血管外科學會、社團法人台灣腦中風醫學會、社團法人台灣神經外科醫學會及台灣神經學學會共同研擬本計畫，鼓勵醫院建立完整之上、下游區域聯防合作機制，共同擔任主動脈剝離及腦中風病人之健康守門員。

參、目標

- 一、建立醫院間合作溝通機制。
- 二、確保急重症個案疾病照護品質及效率。
- 三、落實以品質為導向轉診制度。

~~肆、實施期間：本計畫自113年7月1日至113年12月31日。~~

肆、預算來源：全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款項目之「~~主動脈剝離手術病患照護跨院合作~~」項下81百萬元及「~~腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作~~」項下127百萬元「區域聯防-提升急重症照護品質」支應。

伍、參與資格及申請程序：

- 一、參與醫院須組成合作團隊，並由主責醫院~~自計畫公告~~於每年度1月30日~~內前~~向保險人分區業務組提出參與計畫申請書（附表一），並經保險人分區業務組核定後，始得參與本計畫。
- 二、本計畫為持續性計畫，於新~~年度~~計畫核定前，~~原參與前述核定醫院得~~依計畫內容持續辦理並以新年度預算支應。

陸、收案條件

一、主動脈剝離：

門、急、住診主或次診斷（ICD-10-CM）為 I71.00-I71.03且執行68043B「A型急性主動脈剝離術」之病人。

二、腦中風：

門、急、住診主或次診斷（ICD-10-CM）為 ~~I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81-I67.82、I67.841-I67.848、I67.89或I67.9-I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.850、I67.858、I67.89、I67.9、P91.821、P91.822、P91.823及 P91.829~~之病人。

~~ICD-10-CM(2023年版)：I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81-I67.82、I67.841-I67.848、I67.850、I67.858、I67.89、I67.9、P91.821、P91.822、P91.823及 P91.829之病人（自一百十四年一月一日起適用）。~~

柒、支付方式

- 一、網絡建置費：單一疾病每分區業務組100萬點，由保險人各分區業務組統籌運用及核發。
- 二、給付項目及支付標準

通則：同一疾病申報本計畫部分獎勵項目(~~P8204B、P8206B及P8207B~~)與「全民健康保險急診品質提升方案」任一獎勵(~~急診重大傷病品質照護主動脈剝離需緊急開刀且存活出院個案申報P4621B-P4623B~~)不得重複申報。

編號	項目	點數
一、急重症疾病照護獎勵		
P8201B	個案管理費 主動脈剝離個案管理費 註： 1.限門、急、住診主或次診斷(ICD-10-CM)為 I71.00-I71.03且執行68043B「A型急性主動脈剝離術」之病人。 2.由負責資源分配及管理調度之醫院申報，同個案每次事件限申報一次。	3,000
P8202B	腦中風個案管理費 註： 1. 門、急、住診主或次診斷(ICD-10-CM)為 I63.→I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.89或I67.9 I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.850、I67.858、I67.89、I67.9、P91.821、P91.822、P91.823及P91.829且有執行33143B「急性缺血性腦中風機械取栓術」之病人。 ICD-10-CM(2023年版)：I63.→I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.850-I67.858、I67.89、I67.9、P91.821、P91.822、P91.823及P91.829之病人(自一百十四年一月一日起適用)。 2.由負責資源分配及管理調度之醫院申報，同個案每次事件限申報一次。	3,000
P8203B	二十四小時急性缺血性腦中風整合治療評估費 註： 1.限腦中風病人於發作後二十四小時內到院進行術前評估，且評估結果不符施作靜脈溶栓治療(IVT)或導管取栓治療(EVT)治療資格者。同個案每次事件限申報一次。	3,000

編號	項目	點數
	2.前述評估項目應包含神經影像（CT/MRI）檢查、中風嚴重度（NIHSS）評估、健保雲端與在院病歷整合查詢、不同治療藥物適應症與禁忌症之評估、轉診評估、神經外科介入之可能性討論。並應製作於病歷中，保險人將不定期進行抽查。 3.本項費用須分配至少八成以上予執行之醫療人員。	
二、跨院合作執行費獎勵		
P8204B	（一）主動脈剝離（限於轉入醫院有執行68043B者申報） 1.轉出醫院獎勵：以第一間醫院轉出時間區分 -轉出醫院主動脈剝離病人於二小時以內轉出獎勵	20,000
P8205B	-轉出醫院主動脈剝離病人超過二小時且四小時以內轉出獎勵	10,000
P8206B	2.接受主動脈剝離病人轉入醫院獎勵	90,000
（二）腦中風（限於轉入醫院有執行33143B者申報）		
P8208B	1.轉出醫院獎勵：以第一間醫院轉出時間區分 -轉出醫院腦中風病人於一小時以內轉出獎勵	20,000
P8209B	-轉出醫院腦中風病人超過一小時且二小時以內轉出獎勵	15,000
P8210B	-轉出醫院腦中風病人於超過二小時且四小時以內轉出獎勵	10,000
P8211B	2.接受腦中風病人轉入醫院獎勵	35,000
三、自行收治病人獎勵		
P8207B	主動脈剝離（限有執行68043B者申報）	50,000
P8212B	腦中風（限有執行33143B者申報）	25,000

玖捌、醫療費用申報、審查與點值結算

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

二、跨院合作執行費獎勵申報規定如下：

（一）轉出醫院：醫令類別填報 G，支付點數填報0，d55「轉往之醫事服務機構代號」須填報轉往之院所代號，由保險人依轉入院所申

報及 VPN 登錄內容進行勾稽後，每季統一補付費用。

(二) 接受轉診醫院：接受轉診醫院於申報時須填報 d107「轉入服務機構代號」。

三、本計畫之醫令類別，以門診申報格式申報者為「2」、以住院申報格式申報者為「K」。

四、點值結算方式：依本計畫各該預算先扣除網絡建置費後，按季均分，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘則流用至下季。於年度結束後進行全年結算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於1元。

五、經保險人審查發現登載不實者，除核刪計畫相關費用外，經確證日起至次年底不納入本計畫之獎勵。

六、醫療費用申復：辦理本計畫年度結算作業後，若有特約醫院提出申復等行政救濟事宜，經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度醫院總額「區域聯防-提升急重症照護品質」專款項下支應。

拾玖、品質監測指標（詳附表二）

一、整體指標：

(一) 總死亡率：主、次診斷為主動脈剝離/腦中風病人之死亡人數比率。

(二) 總手術死亡率：當次因該疾病之主、次診斷執行手術且術後48小時內死亡之人數比率。

(三) 總失能率：因該疾病執行手術且出院時、發病後90天失能評估量表（Modified Rankin Scale，mRS）之分數達失能標準之人數比率。

(四) 腦中風病人經整合評估且完成處置率：符合腦中風收案條件之病人，於發作後24小時內完成術前評估且執行治療之人數比率。

二、醫院別指標：

(一) 效率指標：

1. 急診病人停留時間之達標比率：

(1) 病人不須轉診：符合收案條件之病人進入收治醫院急診後立即評估（到急診時至完成影像檢查於25分鐘內）之人次比率。

(2)經轉診病人：符合收案條件之病人抵達第一間醫院後，2小時內轉出之人次比率。

2. 醫院自行收治或經轉診主動脈剝離/腦中風經動脈取栓手術病人之時間達標比率：

(1)主動脈剝離手術：

A. 醫院自行收治之病人入院後，4小時內進入開刀房之人次比率。

B. 病人抵達第一間醫院後，4小時內轉診至轉入醫院之人次比率。

(2)腦中風：依病人來源區分（入院至接受取栓手術之時間）：

A.病人不經轉診至收治醫院接受取栓治療 $\leq$ 2小時之人次比率。

B.病人經轉診至轉入醫院接受取栓治療 $\leq$ 1.5小時之人次比率。

(二) 結果面指標：

1. 死亡率：醫院收治主、次診斷為主動脈剝離/腦中風個案死亡之人數比率，倘於轉院途中之個案死亡應列計於轉出醫院之死亡人數。

2. 手術死亡率：當次因該疾病之主、次診斷執行手術且術後48小時內死亡之人數比率。

3. 失能率：因該疾病執行手術且出院時、發病後90天失能評估量表（Modified Rankin Scale，mRS）之分數達失能標準之人數比率。

拾壹拾、品質資訊之登錄

一、參加本計畫醫院應依規定，於保險人健保資訊網服務系統之VPN登載急診重大疾病照護品質及轉診品質相關資料，格式如附表三（建置於健保資訊網服務系統），如健保相關資料未及時登錄或登錄不全者，不予支付相關費用。

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

三、另為確保急重症照護成效及追蹤個案預後情形，參加本計畫醫院除依前述規定填報出院評估結果外，醫院應追蹤出院個案失能情形，並於發

病後90天再評估，登載 mRS 分數於 VPN。

拾貳拾壹、資訊之分享與公開

- 一、保險人各分區業務組得舉辦計畫執行概況檢討或發表會，由參與本計畫之特約醫院報告，藉以進行計畫執行成果檢討及經驗交流。
- 二、保險人得公開參與本計畫之醫院名單及相關品質資訊供民眾參考。

拾參拾貳、訂定與修正程序

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

附表一、全民健康保險主動脈剝離手術及腦中風經動脈取栓術病人跨院合作照
護計畫申請書

疾病別：

基本資料	主責醫院		醫事機構代碼	
	聯絡人		聯絡電話	
	E-mail			
配套措施	轉診後送機制			
	合作醫院名單	醫事機構代號	合作醫院名稱	

本院及團隊內醫院同意於計畫執行期間，依照本計畫及全民健康保險法等相關規定，提供保險對象醫療服務。

健保合約大小章用印處

中華民國 年 月 日

附表二、品質監測指標定義

序號	指標名稱	指標定義
整體指標		
1	總死亡率	主、次診斷為主動脈剝離/腦中風病人之死亡人數比率 分子：分母人數中，死亡之病人數 分母：主、次診斷為主動脈剝離（ICD-10-CM：I71.00-I71.03）/腦中風（ICD-10-CM：I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.89或I67.9I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.850、I67.858、I67.89、I67.9、P91.821、P91.822、P91.823及P91.829）之住院病人數 腦中風 ICD-10-CM（2023年版）：I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.850、I67.858、I67.89、I67.9、P91.821、P91.822、P91.823及P91.829之病人（自一百十四年一月一日起適用）。
2	總手術死亡率	當次因該疾病之主、次診斷執行手術且術後48小時內死亡之人數比率 分子：分母人數中，執行68043B/33143B 且術後48小時內死亡之人數 分母：主動脈剝離（ICD-10-CM：I71.00-I71.03）/腦中風（ICD-10-CM：I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.89或I67.9I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.850、I67.858、I67.89、I67.9、P91.821、P91.822、P91.823及P91.829）且執行68043B/33143B 之病人數 腦中風 ICD-10-CM（2023年版）：I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.850、I67.858、I67.89、I67.9、P91.821、P91.822、P91.823及P91.829（自一百十四年一月一日起適用）。
3	總失能率	因該疾病執行手術且出院時、發病後90天失能評估量表之分數達失能標準之人數比率

序號	指標名稱	指標定義
		分子：分母人數中，量表分數符合失能之病人數 分母：執行該項手術之病人數
4	腦中風病人經整合評估且完成處置率	符合腦中風收案條件之病人，於發作後24小時內完成術前評估且執行治療之人數比率 分子：分母人數中，有執行24小時腦中風整合治療評估且執行33143B 人數 分母：主、次診斷為腦中風（ICD-10-CM： I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.89或I67.9 I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.850、I67.858、I67.89、I67.9、P91.821、P91.822、P91.823及 P91.829），且有申報33143B 或P8203B 之病人數 ICD-10-CM（2023年版）：I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.850、I67.858、I67.89、I67.9、P91.821、P91.822、P91.823及P91.829，且有申報33143B或P8203B之病人數（自一百十四年一月一日起適用）。
醫院別指標		
（一）效率指標		
5	急診停留時間之達標比率	1. 病人不須轉診：符合收案條件之病人進入收治醫院急診後立即評估（到急診時至完成影像檢查於25分鐘內）之人次比率。 2. 病人須轉診：符合收案條件之病人進入收治醫院急診後，於2小時內轉出醫院之人次比率。 分子：分母人次中，達指標規範時間之人次 分母：符合收案條件之病人人次
6	醫院自行收治或經轉診主動脈剝離/腦中風經動脈取栓手術病人之時間之達標比率	1.主動脈剝離手術： （1）自行收治之醫院於病人入院後，4小時內進入開刀房之人次比率。 （2）病人抵達第一間醫院後，4小時內轉診至轉入醫院之人次比率。 2.腦中風：依病人來源區分（入院至接受取栓治療時間）： （1）病人不經轉診至收治醫院接受取栓治療≤2小時之人次比率。

序號	指標名稱	指標定義
		(2)病人經轉診至轉入醫院接受取栓治療≤ 1.5小時之人次比率。 分子：分母人次中，達指標規範時間之人次 分母：符合收案條件之病人次

(二) 結果面指標		
7	死亡率	醫院收治主、次診斷為主動脈剝離/腦中風個案死亡之人數比率，倘於轉院途中之個案死亡應列計於轉出醫院之死亡人數 分子：主、次診斷為主動脈剝離/腦中風之病人於收治醫院死亡之人數（含轉診途中死亡） 分母：醫院收治主、次診斷為主動脈剝離/腦中風之住院病人數
8	手術死亡率	當次因該疾病之主、次診斷執行手術且術後48小時內死亡之人數比率 分子：醫院執行68043B/33143B 且術後48小時內死亡之人數 分母：醫院收治主動脈剝離（ICD-10-CM：I71.00-I71.03）/腦中風（ICD-10-CM：I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.89或I67.9 I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.850、I67.858、I67.89、I67.9、P91.821、P91.822、P91.823及P91.829）且執行68043B/33143B 之病人數 腦中風 ICD-10-CM (2023年版)：I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.850、I67.858、I67.89、I67.9、P91.821、P91.822、P91.823及P91.829（自一百十四年一月一日起適用）。
9	失能率	因該疾病執行手術且出院時、發病後90天失能評估量表之分數達失能標準之人數比率 分子：分母人數中，量表分數符合失能之病人數 分母：執行該項手術之病人數

附表三、全民健康保險主動脈剝離手術及腦中風經動脈取栓術病人跨院合作
照護計畫個案登錄系統（VPN）必要欄位表

一、基本資料由系統自動帶入

- 1.院所代碼、2.疾病別、2.3.病人 ID 及姓名、3.4.出生日期、4.進入急
診時間（年月日時分）、5.最後一次正常時間（年月日）（限腦中風）、
5.入院日期、6.出院日期。

二、重大疾病照護品質必填欄位

- 1.主動脈剝離（共42欄）：~~主或次診斷、治療項目醫令代碼（68043B）、~~
~~開始執行時間、結案日期、結案原因（病人動向）。~~
- 2.腦中風（共54欄）：~~主或次診斷、治療項目醫令代碼（33143B）、開始~~
~~執行時間、~~出院時 mRS 分數（由系統帶入，院所可修改）、發病後90
天之 mRS 分數（0-5分）、結案日期、結案原因（病人動向）。

~~三、轉診必填欄位~~

- ~~1.轉出醫院：入院時間、轉出時間、轉出醫院代號。~~
- ~~2.接受轉診醫院：轉入時間、轉入醫院代號、治療項目醫令代碼~~
~~（68043B、33143B）、開始執行時間。~~

三、結案日期為院所登錄 VPN 之日期；惟若屬死亡個案，則結案日期方可等
於死亡/出院日期。

~~四、24小時急性缺血性腦中風整合治療評估費必填欄位~~

- ~~1.疾病發作時間、2.進入醫院（急診）時間（年月日時分）、3.完成評估~~
~~時間、4.評估結果（填寫 NIHSS 分數）。~~

~~五、若病人術後48小時內死亡或轉診途中死亡，請於相關死亡欄位勾選~~
~~「Y」（必填）。~~

 個案資料維護表

醫事機構代碼	
疾病別	☐ 主動脈剝離 ☒ 腦中風
病人身分證字號	
病人姓名	
出生日期	
最後一次正常時間	(限腦中風病人)
入院日期	
*出院日期	
*出院時mRS分數	▼ (帶入申報所填的數值，但提供醫院編輯)
*發病後90天mRS分數	▼

結案資料

*結案日期	
*結案原因(病人動向)	1. ☐ 治療完成返家照護或病情穩定 2. ☐ 安置長照機構 3. 病人住院中： 3-1 ☐ 轉介PAC復健 3-2 ☐ 轉院進行其它治療 3-3 ☐ 併發症再入院 4. 病人死亡： 4-1 ☐ 術後48小時內 4-2 ☐ 住院中(術後大於48小時) 4-3 ☐ 出院後 5. ☐ 失聯 6. ☐ 其他：_____ Z. 系統自動結案

更正

清除

回上一頁

欄位說明：

1. 醫事機構代碼、病人身分證字號、病人姓名、出生日期及入院日期為系統自動帶入(反灰)
2. 最後一次正常時間俟醫院申報後，系統自動勾稽當月醫療費用資料中有申報虛擬醫令RDLNT的醫令執行起(僅擷取年月日)
3. 出院日期：俟醫院申報後須擷取住診欄位(DWM_HP_DTL的OUT_DATE欄位)
4. 出院時mRS分數：係帶入醫院申報次診斷碼I60000-I60005之分數，醫院可下拉式選單進行修改，若病人出院前死亡，僅需填寫結案日期及原因。
5. 發病後90天mRS分數：係指腦中風病人發病第90天(±10天)之mRS分數，此為下拉式選單，選擇數字0-5分，若病人出院前死亡，僅需填寫結案日期及原因。
6. 欄位說明4、5及結案資料亦可透過批次上傳進行資料傳輸作業，table layout如後。

報告事項

第 四 案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂轉診支付標準案。

說明：

- 一、依據本署 113 年 12 月 18 日全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 113 年第 4 次研商議事會議（[附件 1](#)，頁次報 4-5～4-6）、113 年 12 月 26 日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議 113 年第 5 次會議（[附件 2](#)，頁次報 4-7）暨 114 年 5 月 27 日全民健康保險醫療給付費用醫院總額第 2 次研商議事會議（[附件 3](#)，頁次報 4-8～4-9）決議辦理。

- 二、彙整上開會議決議，擬轉診支付標準修訂如下表：

轉診獎勵		轉出院所			
		醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層診所
接受轉入院所	醫學中心	平轉	<u>上轉(250-100)</u> 01036C	<u>上轉(250-100)</u> 01036C	<u>上轉(250-100)</u> 01036C
			接受轉診(200) 01038C	接受轉診(200) 01038C	接受轉診(200) 01038C
	區域醫院	下轉(500) 01034B	平轉	<u>上轉(250-100)</u> 01036C	<u>上轉(250-100)</u> 01036C
		接受下轉 (200+300) 00193C		接受轉診(200) 01038C	接受轉診(200) 01038C
	地區醫院	<u>下轉(500+200)</u> 00192A	<u>下轉(500+200)</u> 00192A	平轉	<u>上轉(250-100)</u> 01036C
		接受下轉 (200+300) 00193C	接受下轉 (200+300) 00193C		接受轉診(200) 01038C
	基層診所	<u>下轉(500+200)</u> 00192A	<u>下轉(500+200)</u> 00192A	下轉(500) 01034B	平轉
		接受下轉 (200+300) 00193C	接受下轉 (200+300) 00193C	接受下轉 (200+300) 00193C	

(一) 配合分級醫療政策及提升轉診效率、品質及即時訊息傳遞，全面採用健保電子轉診平台，刪除 01035B 及 01037C「未使用保險人電子轉診平台」之辦理上、下、回轉轉診費(取消紙本轉診獎勵支付)；惟仍保留「接受轉診」之紙本獎勵。

(二) 依醫療法 73 條規定，上轉屬義務性質，爰降低獎勵支付點數，01036C「辦理轉診費_上轉」支付點數 250 點，調降為 150 點。

(三) 為落實分級醫療，鼓勵下轉及接受下轉，調整如下：

1. 增訂醫學中心/區域醫院下轉至地區醫院/基層診所之「辦理轉診費_回轉及下轉-使用保險人電子轉診平台」(00192A)，支付點數為 700 點 (原 01034B_500 點+200 點)。

2. 新增所有「接受下轉門診診察費加算」支付 (00193C)，支付點數為 500 點(原接受轉診 01038C_200 點+300 點)。

三、 財務影響評估，以 112 年度核付轉診支付標準申報資料估算，說明如下：

(一)刪除未使用電子轉診獎勵，假設均轉為電子轉診估算，醫院總額約增加 111.5 萬點，基層總額約增加 399.5 萬點(表 1)。

表 1：取消未使用電子轉診之財務評估(A)_以均轉為電子轉診估算

特約類別	下轉增加 100 點 (件)(A1)	上轉增加 50 點 (件)(A2)	合計(萬點) (A1)*100+(A2)*50
醫學中心	64	-	0.6
區域醫院	2,560	1,480	33.0
地區醫院	704	14,160	77.8
醫院小計	3,328	15,640	111.5
基層小計	-	79,892	399.5
合計	3,328	95,532	510.9

(二)調降上轉支付點數至 150 點(減少 100 點)，醫院總額約減少 878.6 萬點，基層總額約減少 6,057.5 萬點(表 2)。

表 2：調降上轉支付點數至 150 點(B)

總額別	01036C 上轉 (250 點)件數 (件)B1	影響點數 (萬點) (B1*100)	01037C 上轉 件數(件)B2	影響點 數 (萬點) (B2*100)	合計件數 B1+B2 (件)	合計 (萬點)
醫院總額	79,172	-791.7	8,688	-86.9	87,860	-878.6
基層總額	563,524	-5,635.2	42,224	-422.2	605,748	-6,057.5
小計	642,696	-6,427.0	50,912	-509.1	693,608	-6,936.1

(三)醫學中心/區域醫院「下轉」至地區醫院/基層診所，下轉及接受轉診院所每件增加獎勵 200 點：

1. 增訂醫學中心/區域醫院「辦理轉診費 回轉及下轉-使用保險人電子轉診平台」(00192A)，支付點數為 700 點(增加 200 點)醫院總額約增加 1,778.5 萬點 (表 3-1)。

表 3-1：新增醫學中心/區域醫院下轉地區醫院/基層診所支付標準
(原 01034B_500+200 點)(C1)

總額別	醫學中心/區域醫院下轉總件數(件)	每件增加 200 點(萬點)
醫院總額	88,924	1,778.5

2. 新增各院所「接受下轉門診診察費加算」支付代碼 00193C_500 點(原 01038C_200 點+300 點)，醫院總額約增加 781.7 萬點，基層總額約增加 2,542.3 萬點(表 3-2)。

表 3-2：新增各院所接受下轉支付標準(原 01038C_200+300 點)(C2)

總額別	接受下轉核付件數(件)	每件增加 300 點(萬點)
醫院總額	26,055	781.7
基層總額	84,744	2,542.3
小計	110,799	3,324.0

(四)綜上，醫院總額約增加 1,793.1 萬點，基層總額約減少 3,115.7 萬點。

修正項目	影響點數(萬點)		
	基層總額	醫院總額	合計
取消未電子轉診(A)	399.5	111.5	511
調降上轉支付點數(B)	-6,057.5	-878.6	-6,936.1
新增醫中/區域下轉地區/基層 (C1)	0	1,778.50	1,778.5
新增地區/基層接受醫中/區域(C2)	2,542.3	781.7	3,324.0
小計	-3,115.7	1,793.1	-1,322.6

四、預算來源：醫院及西醫基層總額專款「鼓勵院所建立轉診合作機制」，113 年預算執行率分別為 90.89%及 63.32%，預計 114 年預算足以支應。

五、修訂後支付標準（附件 4，頁次報 4-10~4-13），併同統一修訂「病患」改為「病人」，另不得申報本項費用之情形，不再逐項列出本署品質提升方案等名稱，改為「已申報本署任一品質提升方案或照護計畫之相關轉診獎勵時，不得再申報此費用」。將依程序報請衛生福利部核定公告後實施。

決定：

**全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 113 年
第 4 次研商議事會議紀錄**

時間：113 年 12 月 18 日下午 2 時

地點：本署 18 樓大禮堂

主席：石署長崇良

紀錄：陳怡蓓

出席代表（依姓氏筆劃排列，*係指採線上與會人員名單）
（略）

討論事項第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關修訂轉診支付標準案，提請討論。

決議：本案通過，支付標準增修項目如下：

- 一、新增「接受下轉門診診察費加算」項目(支付點數 500 點)，01038C「接受轉診門診診察費加算點數」項目名稱修訂為「接受上轉門診診察費加算」及 01036C「辦理轉診費_上轉-使用保險人電子轉診平台」支付點數由 250 點修訂為 150 點。
- 二、考量轉診支付標準係鼓勵有效率及有品質之轉診，爰刪除 01035B「辦理轉診費_回轉及下轉-未使用保險人電子轉診平台」及 01037C「辦理轉診費_上轉-未使用保險人電子轉診平台」。
- 三、上述修訂將依程序提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議報告。

討論事項第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「114 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」，提請討論。

決議：本案修訂通過如附件 2，修訂重點如下：

- 一、修訂施行區域事宜(114 年預計 126 個地區，較 113 年減少 2 個)：
 - (一) 施行地區刪除桃園市觀音區、**新竹縣**新埔鎮、屏東縣麟洛鄉及萬巒鄉、嘉義縣太保市，增加臺東縣成功鎮、池上鄉及關山鎮。
 - (二) 調整施行地區分級(由第 2 級調整為第 3 級)：雲林縣古坑鄉草嶺村及樟湖村、嘉義縣番路鄉草山村、嘉義縣竹崎鄉仁壽村、光華村。

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」

113 年第 5 次會議紀錄

時 間：113 年 12 月 26 日（星期四）下午 2 時

地 點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主 席：石署長崇良

紀錄：林香君

(出席名單略)

參、報告事項：

九、修訂轉診支付標準及轉診同體系名單案（詳附件 14，P208-P225）。

說明：修訂重點如下：

- (一)刪除 01035B 及 01037C「未使用保險人電子轉診平台」之辦理轉診費。
- (二)原訂 01036C「辦理轉診費_上轉」支付點數 250 點，調降為 150 點。
- (三)修訂 01038C「接受轉診門診診察費加算點數」名稱及表別為 01038B「接受上轉門診診察費加算點數」，新增「接受下轉門診診察費加算」支付點數 500 點。
- (四)修訂轉診同體系名單。

決定：同意修訂轉診同體系名單，另原屬高醫體系之高雄市立大同醫院，自 114 年 1 月 1 日起改由長庚體系經營，併同本次修正；另轉診支付標準修訂項目，因未達共識，爰提至總額研商議事會議再行討論。

本署 114 年 5 月 27 日全民健康保險醫療給付費用醫院總額
第 2 次研商議事會議紀錄(後補)

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目 修正規定

第二部 西醫

第一章 基本診療

第一節 門診診察費

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
<u>00192A</u>	辦理轉診費_回轉及下轉					
<u>01034B</u>	-使用保險人電子轉診平台			<u>v</u>	<u>v</u>	<u>700</u>
01035B	-使用保險人電子轉診平台		v	v	v	500
	未使用保險人電子轉診平台		v	v	v	400
	註：					
	1.適用對象：					
	(1)回轉：醫院對收治之上轉病 <u>患人</u> ，其病情穩定後，已無需於該院繼續接受治療，但仍需接受門診或住院相關醫療服務，經病 <u>患人</u> 同意，轉回原診療或其他適當之特約院所。					
	(2)下轉：醫院對收治之病 <u>患人</u> ，其病情穩定後，已無需於該院繼續接受治療，但仍需接受門診或住院相關醫療服務，經病 <u>患人</u> 同意，轉診至特約類別較低層級之適當院所。					
	<u>(3)00192A：限醫學中心或區域醫院回轉或下轉至地區醫院或基層診所申報。</u>					
	<u>(4)01034B：限醫學中心回轉或下轉區域醫院、地區醫院回轉或下轉基層診所申報。</u>					
	2.執行規範：					
	(1)院所宜協助病 <u>患人</u> 轉診就醫安排事宜，並應交付病 <u>患人</u> 轉診單，提供接受轉診之院所必要之診療資訊，包含：保險對象基本資料、病歷摘要或處置情形、轉診目的、轉診單開立日期及有效期限、建議轉診之診療科別等，後續應確認該院所接受轉診。					
	(2)院所針對同一病 <u>患人</u> 之轉診，應同院整合後辦理，不應分科分次轉出。					
	(3)執行前述及其餘轉診相關事宜，應依全民健康保險轉診實施辦法各項規定辦理。					
	3.支付規範：					
	(1)院所除當次就醫之診察費外，可同時申報本項費用。					
	(2)下列情形不得申報本項費用：					
	a.A.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件。					
	b.B.已申報「全民健康保險急診品質提升方案」轉診品質獎勵費用者 <u>本署任一品質提升方案或照護計畫之相關轉診獎勵者。</u>					
	c.已申報「全民健康保險急性後期整合照護計畫」轉出醫院轉銜作業獎勵費用者。					

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
01036C	辦理轉診費_上轉 -使用保險人電子轉診平台	√	√	√	✕	250 150
01037C	-未使用保險人電子轉診平台 註： 1.適用對象：院所對無法處理病情之病患，因醫療需要，經病患同意後，轉診至特約類別較高層級之適當醫院。 2.執行規範： (1)院所宜協助病患轉診就醫安排事宜，並應交付病患轉診單，提供接受轉診之院所必要之診療資訊，包含：保險對象基本資料、病歷摘要或處置情形、轉診目的、轉診單開立日期及有效期限、建議轉診之診療科別等，後續應確認該院所接受轉診。 (2)院所針對同一病患之轉診，應同院整合後辦理，不應分科分次轉出。 (3)執行前述及其餘轉診相關事宜，應依全民健康保險轉診實施辦法各項規定辦理。 3.支付規範： (1)院所除當次就醫之診察費外，可同時申報本項費用。 (2)下列情形不得申報本項費用： a.A.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件。 b.B.已申報「全民健康保險急診品質提升方案」轉診品質獎勵費用者本署任一品質提升方案或照護計畫之相關轉診獎勵者。 c.已申報「全民健康保險急性後期整合照護計畫」轉出醫院轉銜作業獎勵費用者。	✕	✕	✕	✕	200

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
01038C	接受轉診門診診察費加算 註： 1.適用對象限符合以下任一條件： (1)接受申報01034B-01037C<u>01036C</u>之<u>上轉診</u>案件。 (2)接受以紙本轉診單辦理轉診案件：申報資料比對轉出院所申報「病患是否轉出(d18)」及「轉往之醫事服務機構代號(d55)」，如未能正確比對轉出院所，得以書面方式舉證。 2.執行規範： (1)院所應設置適當之設施及人員，為需要轉診之保險對象，提供適當就醫安排，並保留一定優先名額予轉診之病人。 (2)接受轉診後，應依醫療法施行細則有關轉診之規定，將保險對象之初步診療處置情形，及後續診療疾病之相關檢查及處置結果，回復原轉診院所。 (3)執行前述及其餘轉診相關事宜，應依全民健康保險轉診實施辦法各項規定辦理。 3.支付規範： (1)申報本項費用者，當次就醫可同時申報門診診察費，且此次門診不列入院所原門診合理量計算。 (2)下列情形不得申報本項費用： A.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件。 B.屬全民健康保險轉診實施辦法第十一條所列之「視同轉診」情形者。 C.已申報「全民健康保險急診品質提升方案」轉診品質獎勵費用者<u>本署任一品質提升方案或照護計畫之相關轉診獎勵者</u>。 D.已申報「全民健康保險急性後期整合照護計畫」承作醫院初評評估費者。	V	V	V	V	200

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
00193C	<u>接受下轉門診診察費加算</u> <u>-使用保險人電子轉診平台</u> <u>註：</u> <u>1.適用對象：接受申報00192A、01034B之轉診案件。</u> <u>2.執行規範：</u> <u>(1)院所應設置適當之設施及人員，為需要轉診之保險對象，提供適當就醫安排，並保留一定優先名額予轉診之病人。</u> <u>(2)接受轉診後，應依醫療法施行細則有關轉診之規定，將保險對象之初步診療處置情形，及後續診療疾病之相關檢查及處置結果，回復原轉診院所。</u> <u>(3)執行前述及其餘轉診相關事宜，應依全民健康保險轉診實施辦法各項規定辦理。</u> <u>3.支付規範：</u> <u>(1)申報本項費用者，當次就醫可同時申報門診診察費，且此次門診不列入院所原門診合理量計算。</u> <u>(2)下列情形不得申報本項費用：</u> <u>A.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件。</u> <u>B.屬全民健康保險轉診實施辦法第十一條所列之「視同轉診」情形者。</u> <u>C.已申報本署任一品質提升方案或照護計畫之相關轉診獎勵時，不得再申報此費用。</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>		<u>500</u>

報告事項

第 五 案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂西醫基層總額「相對合理門診點數給付方案」案。

說明：(資料後補)

伍、討論事項

討論事項

第一案

提案單位：社團法人台灣急診醫學會

案由：114 年全民健康保險門診靜脈抗生素治療獎勵方案。

說明：

一、依據本署 114 年 6 月 17 日召開急診壅塞之健保因應策略第四次研商會議決議（附件 1，頁次討 1-6～1-7）辦理。

二、本案經提至前揭會議討論通過，重點內容說明如下（方案草案如附件 2，頁次討 1-8～1-10）：

（一）實施期間：114 年 8 月 1 日至 114 年 12 月 31 日

（二）參與機構：具健保特約資格之醫學中心、區域醫院、地區醫院與診所。

（三）收案條件：病情穩定（如無重大併發症風險）且無須住院之病人並符合下列任一適應症

1. 肺炎（ICD-10-CM：J12-J18、J20-J22、J69.0）。

2. 尿路感染（ICD-10-CM：N10、N34、N30.0、N30.3、N30.8、N30.9、N39.0）。

3. 軟組織感染（ICD-10-CM：L03.0、L03.1、L03.2、L03.3、L03.8、L03.9）。

4. 骨髓炎、脊椎感染、敗血性關節炎、心內膜炎、術後感染、醫療器材相關感染。

（四）給付項目及支付標準重點如下：

1. 門診靜脈抗生素治療處置費（天）：

（1）參考現行「靜脈血管內化學藥物注射」一小時內及一至四小時支付點數（表 1），本案訂定以每天注射次數區分，每天注射 1 次支付 1,031 點；每天注射 2 次以上則支付 1,234 點。

表 1、靜脈血管內化學藥物注射支付點數

編號	診療項目	支付點數
37038B	靜脈血管內化學藥物注射一小時內	1031

編號	診療項目	支付點數
37039B	靜脈血管內化學藥物注射一至四小時	1234

(2) 每次療程不得超過 5 天。

(3) 此為包裹給付，內含藥事服務費、注射費、護理費及針具等耗材費用。

(4) 得另申報門診診察費及檢驗費。

2. 門診靜脈抗生素治療個案管理費：

(1) 每次療程支付 500 點，同個案每次療程限申報一次，且須完成治療時申報。

(2) 應於每次療程中確實掌握病人治療情形，並於病歷記載。

三、預算來源：本方案以 114 年度醫院、西醫基層總額「新醫療科技」新增修診療項目項下 11 億元、0.5 億元支應。

四、財務影響（表 2）：以 113 年 12 月符合收案條件且執行抗生素注射治療 2 天以上人數 842 人推估，114 年約 10,104 人（醫院 9,972 人；基層 132 人）。估算以每人每天注射 1 次處置費約 52.1 百萬點（醫院 51.4 百萬點、基層 0.7 百萬點），個案管理費約 5.05 百萬點（醫院 4.98 百萬點、基層 0.07 百萬點），總計 57.1 百萬點（醫院 56.4 百萬點、基層 0.7 百萬點）

表2、財務影響

門診抗生素治療		
層級別	醫院	西醫基層
114 年人數 ^註	9,972 人	132 人
門診靜脈抗生素治療處置費（天）	51,405,660 點 【9,972*1031 點（每人每天注射 1 次）*5（每次療程 5 天為限）】	680,460 點 【132*1031 點（每人每天注射 1 次）*5（每次療程 5 天為限）】
門診靜脈抗生素治療個案管理費	9,972 人*500 點=4,986,000 點	132 人*500 點=66,000 點
總計	56,391,660 點	746,460 點

註：113年12月符合收案條件且執行抗生素治療2天以上申報人數為842人（醫院831人；基層11人），推估114年10,104人（842*12=10,104）

擬辦：擬依程序報請衛生福利部核定後，本署公布後實施。

決議：

「急診壅塞之健保因應策略第四次研商會議」

會議紀錄

時 間：114 年 6 月 17 日（星期二）上午 10 時 00 分

地 點：中央健康保險署 9 樓第一會議室

主 席：石署長崇良

紀錄：楊閨璘

出席單位及人員：(以下略)

列席單位及人員：(以下略)

玖、主席致詞：略。

壹拾、討論事項：(摘錄與本案相關)

二、新增門診靜脈抗生素治療計畫（OPAT）。

決議：訂定支付項目如附表。

壹拾壹、臨時動議：無

壹拾貳、散會：下午 12 時 19 分

附表

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
39027C	門診靜脈抗生素治療處置費(天) —每天注射1次	v	v	v	v	1031
39028C	—每天注射2次以上 註： 1.符合下列任一適應症，且病情穩定之病人： (1)肺炎(ICD-10-CM：J12-J18、J20-J22、J69.0)。 (2)尿路感染(ICD-10-CM：N10、N34、N30.0、N30.3、N30.8、N30.9、N39.0)。 (3)軟組織感染(ICD-10-CM：L03.0、L03.1、L03.2、L03.3、L03.8、L03.9)。 (4)骨髓炎、脊椎感染、敗血性關節炎、心內膜炎、術後感染、醫療器材相關感染。 2.須施打符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準附件六藥品給付規定第10節抗微生物劑 Antimicrobial agents 之藥品。 3.執行頻率：每次療程不得超過5天。 4.限門診病人申報。 5.內含藥事服務費、注射費、護理費及針具等耗材費用。 6.每次療程得另申報門診診察費及檢驗費	v	v	v	v	1234
39029C	門診靜脈抗生素治療個案管理費 註： 1.符合下列任一適應症，病情穩定且執行門診靜脈抗生素治療處置之病人： (1)肺炎(ICD-10-CM：J12-J18、J20-J22、J69.0)。 (2)尿路感染(ICD-10-CM：N10、N34、N30.0、N30.3、N30.8、N30.9、N39.0)。 (3)軟組織感染(ICD-10-CM：L03.0、L03.1、L03.2、L03.3、L03.8、L03.9)。 (4)骨髓炎、脊椎感染、敗血性關節炎、心內膜炎、術後感染、醫療器材相關感染。 2.同個案每次療程限申報一次，且須完成治療時申報。 3.申報門診靜脈抗生素治療個管費者應於每次療程中確實掌握病人治療情形，並於病歷記載。	v	v	v	v	500

114年全民健康保險門診靜脈抗生素治療獎勵方案

114.00.00 公告

壹、依據：全民健康保險會(下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項。

貳、計畫說明：

為整合現行住院、急診與門診抗生素治療資源，提供可行之門診靜脈抗生素治療（Out-Patient Antibiotic Therapy, OPAT）模式，提升病人醫療可近性並減少住院需求或縮短住院天數以增加醫院病床使用效率，改善現行急診壅塞現況。

參、目標：

- 一、提升醫療可近性：為因感染需長期靜脈抗生素治療之病人提供門診治療選項，減少住院時間，減少對病人工作及生活之影響。
- 二、降低醫療負擔：減少不必要住院，提高醫療機構病床使用效率，降低醫療支出。
- 三、確保醫療品質：透過跨專科醫療團隊提供整合性治療，提升病人治療成功率並減少併發症。

肆、實施期間：自114年8月1日至114年12月31日。

伍、預算來源：醫院、西醫基層總額「新醫療科技」新增修診療項目項下11億元、0.5億元支應。

陸、參與機構：具健保特約資格之醫學中心、區域醫院、地區醫院與診所。

柒、收案條件：

病情穩定(如無重大併發症風險)且無須住院之病人並符合下列任一適應症

- 一、肺炎(ICD-10-CM：J12-J18、J20-J22、J69.0)。
- 二、尿路感染(ICD-10-CM：N10、N34、N30.0、N30.3、N30.8、N30.9、N39.0)。
- 三、軟組織感染(ICD-10-CM：L03.0、L03.1、L03.2、L03.3、L03.8、L03.9)。
- 四、骨髓炎、脊椎感染、敗血性關節炎、心內膜炎、術後感染、醫療器材相關感染。

捌、給付項目及支付標準：

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
39027C	門診靜脈抗生素治療處置費(天) —每天注射1次	v	v	v	v	1031
39028C	—每天注射2次以上 註： 7.符合下列任一適應症，且病情穩定之病人： (5)肺炎(ICD-10-CM：J12-J18、J20-J22、J69.0)。 (6)尿路感染(ICD-10-CM：N10、N34、N30.0、N30.3、N30.8、N30.9、N39.0)。 (7)軟組織感染(ICD-10-CM：L03.0、L03.1、L03.2、L03.3、L03.8、L03.9)。 (8)骨髓炎、脊椎感染、敗血性關節炎、心內膜炎、術後感染、醫療器材相關感染。 8.須施打符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準附件六藥品給付規定第10節抗微生物劑 Antimicrobial agents 之藥品。 9.執行頻率：每次療程不得超過5天。 10.限門診病人申報。 11.內含藥事服務費、注射費、護理費及針具等耗材費用。 12.每次療程得另申報門診診察費及檢驗費	v	v	v	v	1234
39029C	門診靜脈抗生素治療個案管理費 註： 4.符合下列任一適應症，病情穩定且執行門診靜脈抗生素治療處置之病人： (5)肺炎(ICD-10-CM：J12-J18、J20-J22、J69.0)。 (6)尿路感染(ICD-10-CM：N10、N34、N30.0、N30.3、N30.8、N30.9、N39.0)。 (7)軟組織感染(ICD-10-CM：L03.0、L03.1、L03.2、L03.3、L03.8、L03.9)。 (8)骨髓炎、脊椎感染、敗血性關節炎、心內膜炎、術後感染、醫療器材相關感染。 5.同個案每次療程限申報一次，且須完成治療時申報。 6.申報門診靜脈抗生素治療個管費者應於每次療程中確實掌握病人治療情形，並於病歷記載。	v	v	v	v	500

玖、醫療費用申報、審查與點值結算

- 一、本方案醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療服務費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。
- 二、門診醫療費用點數申報格式點數清單段中，特定治療項目(一)：請填報「DA：門診靜脈抗生素治療(OPAT)」，並依全民健康保險醫療辦法第8條第3項規定辦理。
- 三、本方案之醫令類別，以門診申報格式申報者為「2」。
- 四、點值結算方式：依本方案按季均分，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘則流用至下季。於年度結束後進行全年結算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於1元。
- 五、經保險人審查發現登載不實者，除核刪方案相關費用外，經確證日起至次年底不納入本方之獎勵。

壹拾、訂定與修正程序

本方案由保險人與醫院總額相關團體及中華民國醫師公會全國聯合會共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

討論事項

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關「急診、急救責任醫院及護理費支付標準相關指標」案。

說明：

- 一、依據本署 114 年 3 月 27 日本會議決議(附件 1，頁次討 2-4～2-5)暨同年 6 月 17 日急診壅塞之健保因應策略第四次研商會議決議辦理。
- 二、「急診、急救責任醫院及護理相關支付標準」修訂案，前經衛生福利部公告自 114 年 5 月 1 日起生效(修訂項目如下表)。另查本署 114 年 3 月 27 日本會議決議略以，前述支付標準調整將扣合特定指標(如：醫護人員調薪或增聘人力、加護病床收治情形、急診留滯情形等)，達標者始外加其個別醫院預算額度。

項目	說明
1. 急診相關項目 (11.01 億)	- 急診診察費拆分為診察費及護理費並各調升 10% - 調升急診觀察床護理費 60% - 急診觀察床診察費獨立列項
2. 急救責任醫院 (6.06 億)	加護病床診察費、病房費及護理費：重度級醫院以醫學中心支付、中度級醫院以區域醫院支付
3. 離島急診案件 (0.33 億)	離島急救責任醫院急診醫療服務點數加成：重度級醫院加計 50%、中度級醫院加計 30%、一般級醫院加計 10%
4. 住院護理費 (24.97 億)	調升急性一般(含精神)病床護理費 12.3~15.9%

- 三、為凝聚前述扣合指標之共識，本案前經提至本署 114 年 6 月 17 日急診壅塞之健保因應策略第四次研商會議，共識訂定本案相關之「必要指標」(附件 2，頁次討 2-6～2-10)，摘要說明如下：

(一)醫護人員薪資及人力—「護理人員調薪」指標：

- 1.本項指標用於撥付「4. 住院護理費(24.97 億)」。

2. 指標說明：執登護理人員之健保投保薪資與 113 年 12 月相較，提升一投保等級之人數占率須達 50%，且不得較「急性一般病床配置護理人員數／全院執業登記護理人員數」比率低。（調薪後投保薪資不得低於最低工資之 1.1 倍）

(二) 急診相關指標：

1. 本項相關指標用於撥付「1. 急診相關項目（11.01 億）」。

2. 指標說明：

- (1) 指標一：急診病人轉出率（排除直接轉入他院住院案件）不得高於去年同期。
- (2) 指標二：病人滯留急診超過 24 小時之比率不得大於該院急診觀察床數之 40%。
- (3) 如前項急診指標二未達標，則以「急診轉住院人數較去年同期增加」或「急診病人停留超過 24 小時之案件數較去年同期下降」認定。

(三) 加護病房相關指標：

1. 本項相關指標用於撥付「2. 急救責任醫院（6.06 億）」。

2. 指標說明：

- (1) 檢傷一級病人及完成急診重大疾病照護病人進入加護病房＜6 小時（其中心肌梗塞及重大外傷執行之手術或介入性治療＜2 小時）之比率：不得小於去年同期自身值。
- (2) 前述指標未達標者，則以「加護病床周轉率不得小於去年同期自身值」認定。

(四) 離島急診醫療：考量離島緊急醫療特殊性，並為維持離島在地醫療照護量能，建議逕予撥付離島急救責任醫院急診加成預算（0.33 億），並將「急診病人後送比率」列為觀察指標。

(五) 綜上，本署將計算本案相關診療項目調整前後之增加點數，並視各醫院 114 年 5 月 1 日起之前述指標達標情形，將其對應

預算按季撥付個別醫院總額額度。另考量本案指標係用於扣合個別醫院預算額度，宜保留彈性以利總額管理，爰訂定前述全國適用之「必要指標」，各分區業務組得另行監測其他參考指標。

擬辦：擬依會議決議辦理「急診、急救責任醫院及護理費支付標準相關指標」扣合個別醫院預算額度之預算撥付相關作業。

決議：

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」

114 年第 1 次會議紀錄

時間：114 年 3 月 27 日（星期四）下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：石署長崇良

紀錄：黃胤學

（前略）

伍、報告事項：

二、增修急診、急救責任醫院、護理及自然產手術相關支付標準案。

說明：

（一）急診相關基本診療項目：

1. 將「急診診察費」拆分為診察費及護理費，並調升支付點數 10%。
2. 調升「急診觀察床護理費」支付點數 60%。
3. 「急診觀察床診察費」獨立列項。

（二）急救責任醫院相關支付調整：

1. 加護病房基本診療項目（診察費、病房費、護理費）：
全院評定為重度級醫院者，以醫學中心點數支付、評定為中度級醫院（高危險妊娠及新生兒章節除外）者，以區域醫院點數支付。
2. 離島地區急救責任醫院急診案件醫療服務點數加成：重度級醫院加計 50%、中度級醫院加計 30%、一般級醫院加計 10%。

（三）調升「急性一般（含精神）病床護理費」支付點數 12.3%～15.9%不等。

（四）配合本次住院護理費支付點數調升，併同暫不實施全日平均護病比加成規範，自同日起生效。

（五）前述支付標準調整（急診、急救責任醫院及護理）將扣合特定指標（如：醫護人員調薪或增聘人力、加護病床收治情形、

急診留滯情形等），達標者始外加其個別醫院預算額度。

(六) 另增訂醫院自然產手術加成規範：夜間（晚上 10 時至隔日早上 6 時）及例假日（週六之 0 時起至週日 24 時止、國定假日 0 時至 24 時）之醫院自然產手術案件，其手術費得依表定點數加計 30%。

決定：洽悉。

（下略）

附件 2、急診、急救責任醫院及護理費支付標準相關指標大表

分類	序號	指標名稱	指標定義（含計算方式）	達標閾值
1- 醫護 人員 薪資 及人 力	1	護理人員調薪人數比率	1. 健保投保金額認定條件： (1) 依衛生福利部公告各年度「全民健康保險投保金額分級表」，護理人員當月投保金額須較 113 年 12 月 薪資調升幅度達本保險次一投保等級者。 (2) 調薪後投保金額低於基本工資 1.1 倍（投保金額 31,800 元）者不予列計。 2. 護理人員認定原則： 依護理人員法第 2 條所稱護理師及護士，並於該院辦理執業登記。 (1) 新聘之護理人員認列為調升薪資之護理人員。 (2) 「急性一般病床配置之護理人員數」以各醫院至 VPN「提升住院護理照護維護作業」所填之資料認定。	調薪人數達全院執登護理人員 50%，且不得低於「急性一般病床配置之護理人員數／全院執業登記護理人員數」比率
2- 急診	2-1	急診病人轉出率 （排除直接轉入他院之住院案件）	- 分子：分母案件中有轉出至他院（排除直接轉入他院之住院案件）就醫件數總計 - 分母：當次門診及住院申報檔有申報急診治療起、迄日之案件數總計	不得高於去年同期
	如上述指標未達標，則以指標 2-2 認定是否達標：			
	2-2	急診病人停留超過 24 小時的比率	分子：急診病人停留超過 24 小時人次 分母：急診總人次	不得大於該院急診觀察床數之 40%
	如上述指標（2-1 及 2-2）均未達標，則以指標 2-3 或 2-4（擇一）認定是否達標：			
	2-3	急診後轉住院之案件數		較去年同期增加

分類	序號	指標名稱	指標定義（含計算方式）	達標閾值
	2-4	急診病人停留超過 24 小時之案件數		較去年同期下降
3- 加護 病房	3-1	檢傷一級病人及完成急診重大疾病照護病人進入加護病房＜6 小時之比率（參考急診品質提升方案）	分子：檢傷一級病人及完成急診重大疾病照護於六小時內轉入加護病房人次 （「急診治療迄日-急診治療起日」＜6 小時） 分母：檢傷一級病人及完成急診重大疾病照護總人次 →其中「急性心肌梗塞」及「重大外傷」個案須於二小時內執行手術或介入性治療 ^註 （「醫令執行起日-急診治療起日」＜2 小時）	不得低於去年同期
	如上述指標未達標，則以指標 3-2 認定是否達標：			
	3-2	加護病床周轉率	分子：加護病房出院之總人次 分母：加護病床總病床數 （參考緊急醫療能力分級評定之自評指標）	不得低於去年同期
4- 離島 急診 醫療	4	急診病人後送比率	分子：急診案件轉出至本島醫院之案件數 分母：急診案件數	列為觀察指標

註：指標 3-1 所述「急性心肌梗塞」及「重大外傷」相關手術或介入性治療如下表（參考急診品質提升方案）：

急性心肌梗塞		重大外傷			
醫令代碼	診療項目	醫令代碼	診療項目	醫令代碼	診療項目
33076B	經皮冠狀動脈擴張術—— 條血管／二條血管／三條 血管	33075B	血管阻塞術	83036C	硬腦膜外血腫清除術
33077B		33144B	血管阻塞術-Lipiodol	83037C	急性硬腦膜下血腫清除術
33078B		64197C	肌腱切開或筋膜切開	83039B	腦內血腫清除術
		64158B	斷肢再接手術	73010B	小腸切除術加吻合術
		69038C	末稍血管修補及吻合術併血管移植	71206B	食道切除再造術
		64237C	骨骼外固定器裝置術	72014B	胃空腸造口吻合術
		67013B	氣管支氣管傷修補術	73017B	結腸全切除術併行直腸切除術及 迴腸造口
		67002B	開胸探查術	74206B	Hartmann 氏直腸手術
		67010B	肺單元切除術	70001B	脾臟切除術
		67011B	肺楔狀或部份切除術	70002B	脾臟修補術
		67022B	全肺切除及胸廓成形術或支氣管成形術	83080B	顱內壓監視置入
		67023B	一葉肺葉切除	64022B	四肢切斷術—大腿
		67024B	肺全切除術	64023B	四肢切斷術—小腿、上臂、前臂
		68036B	體外循環維生系統(ECMO)建立	64024B	四肢切斷術—腕、踝
		68006B	探查性開心術	48014C	皮面創傷處理（火、燙、電、凍、 藥品燒灼傷及燒膿瘍之處理及換 藥）
		68005B	心臟縫補術	48015B	
		68001B	探查性心包膜切開術	48016B	
		69009B	動脈縫合	48017B	
		75007B	縫肝術（肝損傷縫合，小於 5 公分）	48029B	
		75009B	縫肝術（複雜肝損傷之縫合或大於 5 公分）	48030B	
		75805B	剖腹探查術		

討論事項

第 三 案

提案單位：本署醫務管理組

案由：全民健康保險遠距醫療給付計畫（下稱遠距計畫）修訂案。

說明：

- 一、依112年度、113年度第1次衛生福利部原住民族健康政策會會議決議暨台灣復健醫學會114年5月5日(114)復鐘會字第114009號函辦理（附件1至3，頁次討3-4～3-28）。
- 二、考量不同偏鄉地區之專科醫療資源需求落差大，為使遠距計畫之推動更具效益，爰取消遠距會診專科別限制，由在地端院所依當地醫療需求協調遠距端院所量能提供服務，並透過調升在地端院所執行遠距會診之診察費加成，反應遠距醫療時間成本，鼓勵院所提供遠距專科會診服務。
- 三、計畫修正重點摘述如下（修訂對照表如附件4，頁次討3-29～3-53）：
 - （一）刪除會診科別限制：
 - 1.由原限眼科、耳鼻喉科、皮膚科、心臟內科、胃腸科、神經內科、胸腔科及精神科（限於矯正機關及3所分監內）7科放寬至不限會診科別。
 - 2.為確保地區內專科醫療資源衡平，配合增訂施行地區內設置有該診療專科別之醫療院所未滿3家方得執行之限制，並保有特殊情形得報分區業務組核定之彈性。
 - （二）調增在地院所門診診察費加成：為鼓勵在地醫師參與本計畫，提高當地民眾專科醫療可近性，調升在地院所執行遠距醫療案件之門診診察費及居整計畫醫師訪視費，由原加計10%調升至30%。

(三)開放在地端資格及實施場域：

- 1.考量醫療資源缺乏地區之巡迴點醫療服務提及，於在地端資格新增「參加全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案且至計畫施行地區內進行巡迴醫療之院所」並配合將巡迴點列入實施場域。
- 2.另因復健治療範圍廣，且涉及人員資格及設施規範，爰規劃依實施場域，開放得執行之復健療項目如下：
 - (1)機構（醫療院所、衛生所）：復健治療設施及人員應符合醫療機構設置標準，可執行簡單、中度及複雜治療。
 - (2)臨時性巡迴點（醫療站）：僅開放執行簡單及中度復健治療項目。

(四)其餘規範及附件資料修正如下：

- 1.簡化計畫申請及審核程序：簡化申請執行之計畫書內容格式且新增申請表，並以分區業務組書面或實地審查取代成立審查小組。
- 2.滿意度調查機制調整：調整年度遠距會診件數少於10人之院所依比例提供調查結果（急診遠距會診案件不列入人數計算，以及不足3人院所無須提供）。
- 3.遠距院所申報專科門診遠距會診費（論診次）時，新增使用「巡迴醫療申請表線上傳送確認作業」之院所無需再寄送紙本論次費用申報總表至分區業務組；不使用申請表線上傳送確認作業的院所，郵寄申請表至保險人分區業務組。
- 4.修正計畫附件1、2：「全民健康保險遠距醫療給付計畫」執行申請表內容及執行計畫書內容與格式。
- 5.餘為文字酌修。

四、財務影響（111-113年遠距會診費用平均成長率47.6%推估）：

- (一)開放遠距會診不限專科別：推估全年約增加99.1百萬點。

1. 專科門診遠距會診：113 年度計畫施行地區民眾門診就醫件數 9.9 百萬件(排除中醫、牙科、內科、家醫科及部分非直接診療病人科別)、遠距會診利用率 1.16%、遠距會診每件 500 點及成長率推估為 84.6 百萬點。

2. 在地端診察費加成至 30%：以診察費 286 點、加成 30%及成長率推估為 14.5 百萬點。

(二)114年新增巡迴點之申報數：推估全年約增加20.8百萬點。

1. 專科門診遠距會診：依臺東縣衛生局 113 年調查資料，推估 113 年每鄉鎮於巡迴點遠距會診約 283 件，以 114 年 85 個醫療資源缺乏地區計算，約 24,055 件。以遠距會診每件 500 點及成長率推估為 17.8 百萬點。

2. 在地端診察費加成至 30%：以診察費 286 點、加成 30%及成長率推估為 3 百萬點。

(三)綜上，本次計畫修正全年預估需120百萬點，114年全民健康保險基金其他部門項下「推動促進醫療體系整合計畫」支應本計畫之預算數200百萬元尚足以支應。

擬辦：本案如獲同意，將依程序報請衛生福利部核定後公布實施。

112 年度衛生福利部原住民族健康政策會 會議紀錄

時 間：112 年 9 月 8 日(星期五)下午 2 時整

地 點：本部 301 會議室

主 席：周副召集人志浩代理

紀錄：曾郁晴

出(列)席者：如簽到表

壹、主席致詞(略)

貳、政策會委員介紹(略)

參、行政部門業務報告：

一、政策會組織運作及任務、實施要點摘述（單位：本部照護司）

二、原住民族文化安全政策及課程推動現況與規劃（單位：原民會）

決 定：洽悉。

肆、討論議題：政策會任務推動順序或相關建議(意見)。

決 議：

一、委員具共識之重要任務，如研訂原住民族健康照護中長程計畫、訂定子法(健康照護人員培育及文化安全課程)及原住民族健康調查、研究與資料庫建置，將優先推動並視任務需求，成立工作小組。另可視實際需求及討論

議題，增加會議召開的頻率。

二、委員相關具體建議，請各業管司署參酌及規劃辦理：

(一) 考量放寬原住民族地區在專科別、醫療分級制度或遠距醫療開放科別上限制的可行性，以更符合在地醫療需求。(健保署)

(二) 將本部目前委由專業團體完成之「原住民族健康照護中長程計畫建議書」，轉化為後續報院計畫之初步架構。再透過本會委員討論及共識，逐步完成本部原住民族健康照護中長程計畫。(照護司)

(三) 研議將文化安全課程納入醫事人員繼續教育學分之可行性。(醫事司)

三、有關委員請求公共事務之參與：各健康照護議題之委員會、研究計畫或涉與原住民族相關之政策決定，建議要有原住民族代表參與(不一定要擔任委員)、投入或共同合作。委員皆樂於貢獻自己專業或經驗，以協助推動符合原住民族需求之健康政策。

(委員意見如附錄)

伍、臨時動議：

案由一：增進原住民族學者參與臺灣原住民族傳統醫學之翻譯研究計畫案。(林德文委員)

決議：考量本案提案內容，涉國科會及原民會相關業務權管，請將委員建議提供相關單位參考。

案由二：建議衛福部辦理原住民族醫療相關政策，多進用原住民籍人才；並可參酌「原住民族委員會專業獎章頒給辦法」，踴躍推薦對原住民族醫療、衛生、保健及長照服務具特殊貢獻人士。(羅赫陸委員)

決 議：本案建議提供相關單位及各委員參考。

案由三：有關內政部警政署來函詢問近 10 年原住民族平均身高統計數據，是否可由衛福部國健署目前成人健檢資料與原民會人口資料庫勾稽取得，並於未來原住民族健康資料庫中建置。(羅赫陸委員)

決 議：請國健署檢視目前成人健檢資料是否含原住民族身高統計數據，並研議與原民會人口資料庫勾稽之可行性。

陸、散會(下午 4 時 50 分)

【附錄】委員就政策會任務之推動建議(意見)摘要：

任務一：原住民族健康政策之諮詢、研議。

委員	推動建議或意見
王英偉	建議以宏觀角度系統性思考作整體規劃，現階段發現多以個人的經驗，沒辦法推廣或永續。
張秀君	凝聚部落健康意識，建構以原住民族為主體之健康體系：藉由部落對話、瞭解原住民族群體文化、傳統脈絡及生存環境，提出以部落需求為中心的行動方案。
田惠文	除了偏鄉以外，尚須考慮原住民族與多元族群議題，落實 PDCA，盤點現有原住民健康資料、醫事人力及服務計畫及初步報告；整合資料後進行中長期的改善目標及研擬可進行之方案；依方案進行政策整合與制定；依政策之擬定進行調查研究與成效評估；進行國內外學術交流。
何麗娟	1. 建立一個具有文化安全、品質優良的原住民族健康照護體系。 2. 政策會六大任務皆環環相扣，應考量整合中央與資源，建構原住民族健康資料倉儲，分析數據、找出問題及解決方案，成為原住民族政策擬定、中長程個案計畫編撰或修正調整、及預算編列的依據。
林德文	1. 涉及原住民族的健康政策，應有熟悉健康事務的族人代表參與規劃與諮詢，尤其是重大政策如健保會、醫療網規劃、遠距醫療實施辦法規畫等。 2. 健保署應放寬原鄉醫療在專科別或醫療分級制度

委員	推動建議或意見
	<u>上的限制，以提高照顧品質，遠距醫療開放科別亦然。另該署醫療抽審制度，涉及原鄉之抽審醫師應接受過文化安全訓練，方符合原健法精神。</u>
郭基鼎 (請假，提供書面意見)	應考量如何 <u>建構具族群差異性及區域性之適性原住民健康照護政策</u> ，針對 <u>區域性交通不便落實縮短醫療照護落差的有效策略</u> 。
怡懋・蘇米 (請假，提供書面意見)	1. 縮短健康不均等：<u>以文化能力檢視原住民與國民平均餘命差異性、賦權族人健康政策主導權、將社會決定因素差距導致健康不均透過教育、臨床及學術等，跨域制定方向與目標。</u> 2. 破除系統性種族主義之框架：<u>扭轉對種族主義在健康醫療政上之「文化歧視」、正視醫療政策下原住民族人權落實包含政策制定者的主導權。</u>

任務二：原住民族健康政策之諮詢、研議。

委員	推動建議或意見
莫那・瓦旦	1. <u>原住民健康法於 6 月份完成立法，實屬領先立法相當難得，環顧周遭先進國家相關立法只有美國在 1976 年訂定的「美國印地安健康改善法案」，2016 年 Lancet 發表的一篇「國際原住民健康狀況比較」中平均餘命差距指標顯示，美澳紐加原住民的平均餘命差距在 3-4 年，領先其他國家。</u> 2. <u>隨著原住民健康法案的立法後，對於縮短國內原住民健康不平等的政策中長程計畫便成為下一步</u>

委員	推動建議或意見
	的重點；目前衛生福利部是否已預先規劃相關計畫及目前期程？
王英偉	1. 在協助中長程計畫時，很多規劃欠缺基本資料，應先作背景資料及現有資源調查，實證的社區介入模式(增能賦權模式，不是補破網方式的計畫)。 2. 除了調查各原鄉在地醫療照護需求及弱勢，亦可強調在地優勢，俾利後續推動在地健康照護政策。
何麗娟	以原住民族健康價值並納入文化安全及文化敏感度相關元素，訂定未來原住民族健康相關中長程計畫。
柯菊華	可透過原住民族語言相關政策介入及提供誘因，以實踐「原鄉健康不平等改善策略行動計畫」，3大目標為(一)建構健康的部落：部落健康營造計畫、(二)培養健康的個人：原鄉三高防治試辦計畫、(三)促進部落(社區)自主管理健康方式：菸酒檳榔防制試辦計畫。

任務三：原住民族醫事人力政策之諮詢、研議。

委員	推動建議或意見
希雅特·烏洛	醫療專業人員於養成及繼續教育中，應接受文化安全訓練課程，打造文化安全及族群友善之健康與醫療環境。
張秀君	增進衛生所效能並培育原住民健康相關醫事人力。
何麗娟	1. 建立原住民族醫事人員公費生輔導機制(包含在學期間及至原鄉見習)。 2. 建立原住民族醫事人員資料庫(包含服務期滿、服

委員	推動建議或意見
	務中及就學中)。 3. 建立一個<u>友善及公開的分發機制及服務管道</u>。
黃京華	1. 台灣都市醫病比為每萬人有 31.5 位醫師，但結至 2020 年台灣仍有 244 個鄉鎮市區，每萬人的醫師數不到 10 人。除科別分布不均，城鄉分布不均也是問題。<u>目前人力來源全都仰賴公費生體系，這種一個蘿蔔一個坑的狀況會導致醫師專科並不適合當地偏鄉狀況</u>。 2. 中央給的經費應確認用在缺乏的刀口上，例如沒有洗腎病人的偏鄉，有洗腎儀器卻沒有足夠的 AED。<u>這與偏鄉缺乏適合的人才以及主管有關係</u>。 3. 分析各偏鄉原鄉的人口組成，常見疾病特點，安排適合專科醫師，長久來看會直接影響原鄉民眾的就醫權利以及疾病進程。就我親身的觀察，多一位公費生至偏鄉服務 10 年，都不及醫中計畫派遣都市的專科醫師至偏鄉服務兩年來的有價值。<u>應重視醫事人力適才適所，以符合在地的醫療照護需求</u>。
怡懋・蘇米 (請假，提供書面意見)	1. 落實<u>臨床前醫事人力之文化能力培育</u>。 2. 檢視<u>臨床後各醫事執業人力對文化能力之落實</u>。 3. <u>評鑑各健康服務場域對文化能力之落實</u>。 4. 制定、落實及督考原住民族醫事人力政策之合適性。

委員	推動建議或意見
林杏 tiwaS.tara (請假，提供書面意見)	1. 依據長期照顧服務機構設立標準第 3 條，規範居家式服務類長照機構業務負責人資格；依據老人福利服務專業人員資格及訓練辦法第 6 條，規範居家服務督導員資格。 2. 就長照服務相關經驗，原住民族文健站服務經驗或文健站照服員的工作，經近年來設置“ <u>原住民族文健站相關負責人與照服人員</u> ”是否有配套的資格訓練機制與符合原鄉認列專案人員資格標準。

任務四：原住民族健康相關之調查研究計畫及執行方案之諮詢、審議。

委員	推動建議或意見
希雅特·烏洛	1. <u>建置台灣原住民族健康資料庫，成立台灣原住民族身心暨文化健康研究機構。</u> 2. 透過質性研究辨識 <u>不同居住場域之原住民及其社會健康決定因素與身心健康狀況的相關性</u> ，藉此調整健康促進及疾病防治政策。
林德文	每年整理原住民族健康相關之研究調查計畫案量與經費，其 <u>指標應含是否由原民學者或團體擔任計畫主持。</u>
何麗娟	<u>建構原住民族健康資料倉儲</u> ，並定期及結合對應的部會所屬原住民族數據資料(不局限於健康資料，可包含影響原住民族健康之多面向因素)，了解原住民族健康需求，以做為優化決策分析與政策創新之依據。

委員	推動建議或意見
莫那·瓦旦	可考量原住民基因研究。
羅淑芬 (請假，提供書面意見)	進行 <u>長期原住民族健康相關之調查研究計畫</u> ，如： <u>原住民地區和非原住民地區的過重及肥胖之調查研究</u> 。

任務五：原住民族健康國際事務之交流及推動。

委員	推動建議或意見
連筱筑 (請假，提供書面意見)	1. <u>促進國際事務中原住民族健康相關事務從業人員和學生團體的參與。</u> 2. <u>促進學術交流、文化健康照護實務互動，並建立持續的聯繫窗口。</u> 3. <u>擴展多元交流管道。</u>

任務六：其他與原住民族健康有關事項之諮詢、審議。

委員	推動建議或意見
田知學	<u>中央原住民族健康相關單位的成立、原住民代表有實質政策決定權；統整現行所有相關政策、計劃與預算。</u> 1. 現行通過之原健法，太過簡約，倘沒有原住民中央單位的成立(司/署的層級)、沒有給予原住民代表實質政策參與及決定權，基本上政策會各任務也就和過去幾十年來差不多。 2. 該統整現行所有原住民健康相關政策、計劃、預算、成效；再做最有效的分配與規劃。並以實證調

委員	推動建議或意見
	查及統計資料檢視健康照護政策的成效，是否足夠或需滾動調整政策(計畫)內容。
安欣瑜	<u>建議可將政策會功能逐步優化，讓政策會的效益發揮更好；而會議召開的次數也應視實際需求增加</u> ，一年僅召開 2 次會有些不足。
希雅特·烏洛	衛生福利部作為原住民族健康及醫療照護政策之中央主管機關，應 <u>增設原住民健康及跨文化醫療照護司</u> 。
林昭光	1. <u>政策會任務倘不具文化敏感度、文化能力及文化安全，成效將大打折扣。如成立健康諮詢或審議相關委員會</u>，可讓原住民專家學者及部落相關人員及非原住民相關人士參與，並下設(一)研究計畫審議組、(二)文化安全研究組及(三)健康計畫研究組等組別。 2. <u>強調對原住民族的尊重及自決權，建議政策會未來可就任務分組</u>，政策會一年可開 2 次，併以小組討論方式進行，且<u>各小組皆應有原住民族專業人才參與</u>。
林志興 Agilasay Pakawyan (請假，提供書面意見)	<u>目前似乎尚未有和原住民健康有關的專刊或學術刊物，為立掌握原住民公衛及健康資訊，建議出刊類似《原教界》的刊物。另是否建立原住民公衛及健康狀況之專屬網站。</u>

委員	推動建議或意見
連筱筑 (請假，提供書面意見)	1. <u>確保都會區原住民族健康權益</u>： (1) 維護都會區的原住民健康權益，確保提供具有文化安全性的照護。 (2) 增強都會區部落健康營造中心與在地衛生單位之間的協作，促進資源共享。 (3) 建立無障礙的聯繫系統，使原住民族人不論在家鄉或外地都能接受到健康資訊和服務。 2. <u>強化原住民中壯年人口健康識能及資源</u>： (1) 提升中壯年人的健康識能，改善他們的健康狀況。 (2) 加強職業安全教育，減少工作相關傷害風險。 (3) 增進中壯年人對健康資源的接觸和使用。 (4) 建立跨部門合作，確保健康資訊的無縫傳遞。

衛生福利部原住民族健康政策會

113 年度第 1 次會議紀錄

時 間：113 年 4 月 2 日（星期二）上午 10 時

地 點：本部 301 會議室

主 席：周副召集人志浩代理

紀錄：曾郁晴

出(列)席者：如簽到表

壹、主席致詞(略)

貳、確認前次會議紀錄：確認。

參、前次會議列管事項辦理情形：

決 定：

一、列管案（1120908-1）：放寬原鄉專科別、醫療分級或遠距科別可行性。

（一）繼續列管。

（二）請中央健康保險署召開相關決策或專家會議時，邀請本會委員或原住民族團體列席參與，使其有機會表達原住民族健康實務工作上之意見。

二、列管案（1120908-2）：原住民族健康照護中長程計畫。

（一）繼續列管。

（二）併報告事項、提案討論案由二處理。

三、列管案（1120908-3）：文化安全課程納入醫事人員繼續教育學分。

(一)繼續列管。

(二)請原住民族委員會(下稱原民會)或專業團體如有文化安全課程相關教學素材，提供本部醫事司，以利該司協助將文化安全課程納入醫事人員繼續教育之選修課程。

四、列管案(1120908-4)：研議成人健檢資料(原住民族身高統計)勾稽原民會人口資料庫。

(一)繼續列管。

(二)請國民健康署負責本案的窗口直接與原民會窗口聯繫，儘速了解及協助提供該會所需之欄位資料及相關數據。

肆、報告事項：

案由一：原住民族健康照護人員培育進用及留用辦法(草案)
重點(單位：本部照護司)

案由二：大專校院健康照護相關科系融入原住民族健康事務之文化安全課程實施辦法(草案)重點(單位：原住民族委員會)

案由三：原住民族健康研究中心執行現況及推動規劃(單位：財團法人國家衛生研究院)

決 定：

一、洽悉。

二、本次會議委員分別就原住民族健康相關中長程計畫規劃與推動、健康照護人力政策、調查研究方向及文化安全課程內容、師資等議題提出相關建議，為求議題探討聚焦及效益，爰依政策會實施要點第 8 點規定，依任務成立工作小組運作：

(一)組長：由政策會中央部會代表(委員)擔任。

(二)成員：由組長邀請與議題相關之本會委員加入(或委員主動加入)，亦可擴大邀請其他專家代表一起參與研議。

(三)各組須於 113 年 4 月底前完成籌組、任務與未來執行規劃，及掌握小組執行進度並配合於下次政策會報告(或說明)。

(四)目前規劃成立工作小組如下：

1. 中長程計畫：由蔡司長淑鳳(照護司)擔任組長。
2. 健康照護人力政策：由林執行長慶豐(醫福會)擔任組長。
3. 調查研究：由司徒院長惠康(國衛院)擔任組長。
4. 文化安全：由羅處長赫陸(原民會)擔任組長。

三、委員就案由二所提之建議，再請原民會及教育部參酌辦理。

伍、提案討論：

案由一：於「醫事人員執業登記及繼續教育辦法」第 13 條第

2 項，醫事人員每 6 年應完成醫事人員執業繼續教育課程中，增修「文化識能」課程。(希雅特·烏洛委員)

決 議：併列管案(1120908-3)列管。

案由二：建請規劃推動「原住民族 2030 健康前瞻計畫」(莫那·瓦旦委員)

決 議：併列管案(1120908-2)列管，為確實規劃 原住民族健康中長程計畫內容、聚焦議題及掌握進度，後續請中長程計畫工作小組負責辦理。

案由三：為了解決台灣原住民健康法通過後仍缺乏針對性健康政策的問題，以及對於原住民健康照護的整體方向仍帶有殖民思維的現狀，提出此臨時動議，旨在建議政府重新評估和強化衛生福利部原住民族健康政策會的功能與角色。透過組織章程的制定，使該會能夠真正反映原住民的健康需求和參與，從而提高政策的有效性與貼近性。(田知學委員)

決 議：為實際貼近原住民族健康需求，請委員們與行政部門一起參與，包含理念交換、政策及計畫討論、研擬與執行，以及對外界的溝通協商。

案由四：為提升國人健康促進及慢性病防治之綜效，自 111 年 1 月 1 日起「預防及延緩失能照護服務方案管理」

業務已由衛生福利部國民健康署辦理。然而，目前全台灣有 480 多個文化健康站，以及原住民鄉各健康照顧場域亦同步介入相關延緩失能之方案，如何有效於原鄉落實具有文化合適性之方案及師資，懇請商議。(怡懋・蘇米委員)

決 議：請國民健康署將「預防及延緩失能照護服務方案」調整後之經費、內容等相關資料提供怡懋・蘇米委員及王英偉委員，再行討論及研議可精進之方案內容及作法。

陸、臨時動議：無。

柒、散會(中午 12 時 30 分)

「衛生福利部原住民族健康政策會」113 年度第一次會議

簽到表

- 一、開會時間：113 年 4 月 2 日(星期二)上午 10 時整
- 二、開會地點：本部大樓 301 會議室
- 三、主持人：薛召集人瑞元
- 四、出席委員：

【有關機關-中央主管機關及本部單位代表】

姓 名	簽 名
周志浩副召集人	周志浩
蘇佐璽副召集人	請 假
石崇良委員(李丞華副署長代)	李丞華
蔡淑鳳委員	蔡淑鳳
吳昭軍委員(王怡人主任秘書代)	王怡人
莊人祥委員(郭宏偉主任代)	郭宏偉
劉越萍委員(呂念慈簡任技正代)	呂念慈
林慶豐委員(王裕煒副執行長代)	王裕煒
司徒惠康委員(許惠恒副院長代)	許惠恒
羅赫睦 Helu Chiu 委員	Helu Chiu

「衛生福利部原住民族健康政策會」113 年度第一次會議

簽到表

一、開會時間：113 年 4 月 2 日(星期二)上午 10 時整

二、開會地點：本部大樓 301 會議室

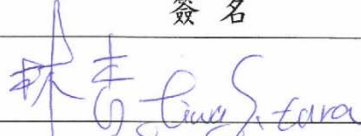
三、主持人：薛召集人瑞元

四、出席委員：

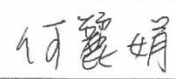
【有關機關-地方政府衛生局代表】

姓 名	簽 名
孫國平委員	請 假
張秀君委員	請 假

【原住民族代表】

姓 名	簽 名
林杏 tiwaS.tara 委員	
柯菊華委員	
林志興 Agilasay Pakawyan 委員	請 假
郭基鼎委員	請 假

【原住民族民間相關團體或機構代表】

姓 名	簽 名
怡懋·蘇米委員	
許文祥委員	請 假
何麗娟委員	
希雅特·烏洛委員	請 假

「衛生福利部原住民族健康政策會」113 年度第一次會議

簽到表

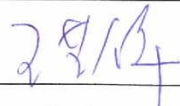
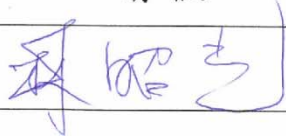
一、開會時間：113 年 4 月 2 日(星期二)上午 10 時整

二、開會地點：本部大樓 301 會議室

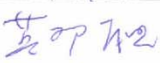
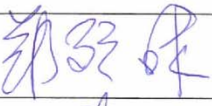
三、主持人：薛召集人瑞元

四、出席委員：

【原住民族健康照護相關領域之專家學者代表】

姓 名	簽 名
田知學委員	
安欣瑜委員	請 假
王英偉委員	
羅淑芬委員	請 假
林昭光委員	

【原住民族地區基層醫療院所代表】

姓 名	簽 名
林德文委員	
莫那·瓦旦委員	
鄭麗妹委員	
田惠文委員	
黃京華委員	請 假
連筱筑委員	請 假

「衛生福利部原住民族健康政策會」113 年度第一次會議

簽到表

一、開會時間：113 年 4 月 2 日(星期二)上午 10 時整

二、開會地點：本部大樓 301 會議室

三、主持人：薛召集人瑞元

【列席單位】

單 位	姓 名	職 稱	簽 名
口腔健康司	顏忠漢	副司長	顏忠漢
	成庭甄	科長	成庭甄
長期照顧司	王齡儀	專門委員	王齡儀
中醫藥司	陳穎蓉	專員	陳穎蓉
心理健康司	洪嘉璣	專門委員	洪嘉璣
統計處	李品青	專門委員	李品青
科技發展組	楊凱智	技士	楊凱智
附屬醫療及社會福利機構管理會	楊純玲	行政專員	楊純玲
國民健康署	胡怡君	科長	胡怡君
中央健康保險署	張惠萍	副組長	張惠萍
	賴宏睿	視察	賴宏睿

「衛生福利部原住民族健康政策會」113 年度第一次會議

簽到表

一、開會時間：113 年 4 月 2 日(星期二)上午 10 時整

二、開會地點：本部大樓 301 會議室

三、主持人：薛召集人瑞元

【列席單位】

單 位	姓 名	職 稱	簽 名
財團法人國家衛生 研究院	莊紹源	執行秘書	莊紹源
	吳如玉	主任	吳如玉
	魏騰利	主任	請假
原住民族委員會	呂偉麟	科長	呂偉麟
	卓孝忠 Dakis · Nawi	專員	卓孝忠
教育部	李美婷	秘書	李美婷
	曾兆圻	科員	曾兆圻

「衛生福利部原住民族健康政策會」113 年度第一次會議

簽到表

- 一、開會時間：113 年 4 月 2 日(星期二)上午 10 時整
- 二、開會地點：本部大樓 301 會議室
- 三、主 持 人：薛召集人瑞元

【列席單位】

單 位	姓 名	職 稱	簽 名
護理及健康照護司			陳青梅
	黃莉婷	新組	
	劉靜宜	同怡如	
	曾郁晴		
	李淑玲		
	賴宜蓉		
	陳華宇		
	黃瑋龍		
	符振傑		
	曾晨		

「衛生福利部原住民族健康政策會」113 年度第一次會議

簽到表

- 一、開會時間：113 年 4 月 2 日(星期二)上午 10 時整
- 二、開會地點：本部大樓 301 會議室
- 三、主 持 人：薛召集人瑞元
- 四、出席人員：

單 位	姓 名	職 稱	簽 名
國民健康署	李惠蘭	科長	李惠蘭
國健署	黃湘芸	科長	黃湘芸
田卡口學醫師駐建	謝政足		謝政足
健保署	陳依姍	專阿委員	陳依姍
次長室	林羽珊	秘書(科員)	林羽珊

台 灣 復 健 醫 學 會 函

地 址：100 台北市中正區常德街 1 號
(台大醫院復健部)

聯絡人：練芬芳

電 話：02-23816108

傳 真：02-23816109

E-mail：pmr19710626@gmail.com

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 114 年 5 月 5 日

發文字號：(114) 復健會字第 114009 號

主旨：有關「全民健康保險遠距醫療給付計畫」新增復健科之實施規劃，提供本學會意見，敬請卓參。

說明：

一、覆 健保醫字第 1140661976 號函。

二、同意健保署規劃遠距計畫新增復健科實施場域包含：

- (一) 機構（醫療院所、衛生所）：復健治療設施及人員應符合醫療機構設置標準，可執行簡單、中度及複雜治療。
- (二) 臨時性巡迴點（醫療站）：僅有復健治療簡單設備，僅開放執行簡單及中度復健治療項目。

三、復健治療有復健處方及療程延續的問題，建議可與目前 IDS 計劃並行，以提升其效益，並維持復健治療品質。

四、經費建議由偏鄉醫療相關計畫支應，以不影響各總額一般服務預算為原則。

初複診病人之限制：

依各醫院復健科支援 IDS 的經驗，考慮以病人為中心，建議同時開放初診及複診病人可透過遠距復健會診開立復健治療處方，遠距被照會一方僅限復健專科醫師，由治療師（物理、職能、語言）等人員提供後續復健治療。

遠距會診服務之設備建議：

建議目前先以一般遠距復健會診模式執行，本會建議不開放相關設備如骨骼肌肉超音波等。

其他配套措施：

針對報備支援至偏鄉衛生所或巡迴醫療之物理治療人員，建議依現行復健治療專任物理治療人員支付標準，每日 45 人次之申報上限。以維持復健醫療品質及病人安全並防止復健費用上漲。

正本：衛生福利部中央健康保險署

理事長

蔡文鐘

114 年度全民健康保險遠距醫療給付計畫修正對照表

114 年度建議條文	113 年度原條文	健保署說明
維持原條文。	一、依據 全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項。	
維持原條文。	二、目的 （一）提升山地離島、偏僻地區民眾之專科門診可近性。 （二）充實在地醫療資源，落實醫療在地化。	
維持原條文。	三、預算來源 遠距會診費、在地院所執行遠距醫療案件之診察費加成與全民健康保險居家醫療照護整合計畫（以下稱居整計畫）醫師訪視費加成由其他預算之「推動促進醫療體系整合計畫」項下支應；其餘醫療費用由各總額部門預算支應。	
維持原條文。	四、施行地區 （一）全民健康保險法所稱山地離島地區 （二）「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」(IDS 計畫)」適用地區：花蓮縣豐濱鄉、嘉義縣大埔鄉。	

114 年度建議條文	113 年度原條文	健保署說明
	(三)衛生福利部試辦遠距醫療相關計畫之施行地區(僅限衛生福利部核定之醫療院所得申請執行本計畫)。 (四)依全民健康保險法第四十三條第四項所定之當年度醫療資源缺乏地區條件之施行區域(下稱醫缺地區)。 (五)全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」(下稱矯正機關醫療計畫)之施行區域：法務部矯正署所屬51所矯正機關及3所分監地點內。	
維持原條文。	五、施行期間 自保險人公告日起實施。	
六、參與計畫醫療院所、醫師資格 (一)遠距端：透過視訊通訊方式診察病人，給予診療建議，並有會診紀錄。 1、醫事服務機構(以下稱遠距院所)：特約醫院、基層診所。 2、醫師(以下稱遠距醫師)：以前述特約院所執業之專科醫師為限。 (二)在地端：親自診察病人、施行治療、開立醫囑，並有看診紀錄。 1、醫事服務機構(以下稱在地院所)： (1)本計畫施行地區內之特約醫院	六、參與計畫醫療院所、醫師資格 (一)遠距端：透過視訊通訊方式診察病人，給予診療建議，並有會診紀錄。 1、醫事服務機構(以下稱遠距院所)：特約醫院、基層診所。 2、醫師(以下稱遠距醫師)：以前述特約院所執業之專科醫師為限。 (二)在地端：親自診察病人、施行治療、開立醫囑，並有看診紀錄。 1、醫事服務機構(以下稱在地院所)： (1)本計畫施行地區內之特約醫院及	<u>考量部分醫療資源缺乏地區亦符合全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案(下稱西醫不足方案)適用地區，為確保巡迴醫療站得納入遠距會診實施範疇，故在地端院所資格新增「參加西醫不足方案且至本計畫施行地區內進行巡迴醫療之院所」，以配合當地醫療服務模式擴大可近性。</u>

114 年度建議條文	113 年度原條文	健保署說明
及基層診所。 (2)「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS 計畫)」承作醫療院所。 (3)山地離島地區之居整計畫收案個案居家訪視服務。 (4)參加「全民健保提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」院所。 <u>(5)參加「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」，且至本計畫施行地區內進行巡迴醫療之院所。</u> 2、醫師(以下稱在地醫師)： (1)前述特約院所執業之醫師或兼任醫師(須於計畫敘明)。 (2)執行精神科遠距會診在地醫師，應具依管制藥品管理條例規定取得之管制藥品使用執照。 (三)遠距院所及在地院所於參與計畫日起前2年內，不得有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八至四十條所列違規情事之一暨第四十四及第四十五	基層診所。 (2)「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS 計畫)」承作醫療院所。 (3)山地離島地區之居整計畫收案個案居家訪視服務。 (4)參加「全民健保提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」院所。 2、醫師(以下稱在地醫師)： (1)前述特約院所執業之醫師或兼任醫師(須於計畫敘明)。 (2)執行精神科遠距會診在地醫師，應具依管制藥品管理條例規定取得之管制藥品使用執照。 (三)遠距院所及在地院所於參與計畫日起前2年內，不得有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八至四十條所列違	

114 年度建議條文	113 年度原條文	健保署說明
條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經全民健康保險保險人(以下稱保險人)核定違規者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者）。前述未曾涉及違規期間之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。	規情事之一暨第四十四及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經全民健康保險保險人(以下稱保險人)核定違規者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者）。前述未曾涉及違規期間之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。	
七、服務內容 (一) 遠距醫師透過視訊通訊方式與在地醫師共同診察病人、給予診療建議，由在地醫師開立醫囑，提供當地缺乏且民眾迫切需要之專科醫療或急診診療。 (二) 實施地點以下列場域為限： 1、醫療院所、衛生所(室)或衛生福利部核定計畫之急診醫療站。 2、IDS 計畫承作醫療院所自設之醫療站。	七、服務內容 (一) 遠距醫師透過視訊通訊方式與在地醫師共同診察病人、給予診療建議，由在地醫師開立醫囑，提供當地缺乏且民眾迫切需要之專科醫療或急診診療。 (二) 實施地點以下列場域為限： 1、醫療院所、衛生所(室)或衛生福利部核定計畫之急診醫療站。 2、IDS 計畫承作醫療院所自設之醫療站。 3、山地離島地區之居整計畫收案個	(一) <u>配合計畫規定第六點之在地端資格新增「參加西醫不足方案且至本計畫施行地區內進行巡迴醫療之院所」，爰於實施場域增訂「位於本計畫施行地區內之全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案之巡迴點（醫療站）」。</u> (二) <u>參據 112 及 113 年度衛生福利部原住民族健康政策會、</u>

114 年度建議條文	113 年度原條文	健保署說明
3、山地離島地區之居整計畫收案個案住家。 4、法務部矯正署所屬 51 所矯正機關及 3 所分監(不限山地離島及醫療資源缺乏地區)。 <u>5、位於本計畫施行地區中之全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案之巡迴點（醫療站）。</u> (三) <u>於前揭實施場域服務時</u>，應於加密之電子資料傳輸網路與電腦設備進行，於居整計畫收案個案住家執行時應並備有行動遠距設備，且應注意資訊安全與病人隱私。 (四) 應製作看(會)診紀錄，併同病歷保存，並註明以視訊方式進行看(會)診。 (五) 醫療院所及醫師執行本計畫所提供醫療服務須符合醫療法、醫師法及相關法令規定。 (六) 遠距會診<u>不限</u>實施科別，<u>惟需符合下列原則：</u> 1、實施方式及科別應依執行計畫辦理，如有異動，應報經保險人分區業務組	案住家。 4、法務部矯正署所屬51所矯正機關及3所分監(不限山地離島及醫療資源缺乏地區)。 5、應於加密之電子資料傳輸網路與電腦設備進行，於居整計畫收案個案住家執行時應備有行動遠距設備，且應注意資訊安全與病人隱私。 (三)應製作看(會)診紀錄，併同病歷保存，並註明以視訊方式進行看(會)診。 (四)醫療院所及醫師執行本計畫所提供醫療服務須符合醫療法、醫師法及相關法令規定。 (五)遠距會診實施科別： 1.限眼科、耳鼻喉科、皮膚科、心臟內科、胃腸科、神經內科、胸腔科，急診遠距會診不在此限；精神科(僅限於矯正機關及3所分監內)。	<u>總統府健康台灣推動委員會第 1 次委員會議之委員建言，並考量偏鄉地區專科醫療普遍不足且地區差異性大，擬不再限制遠距專科會診專科別，回歸由在地與遠距端自行評估實務量能下申請執行。</u> (三) <u>為避免影響當地專科醫療資源配置，新增施行地區內提供該診療專科別之院所不足 3 家方得執行之條件，並保有特殊情形得報分區業務組核定之彈性。</u> (四) <u>考量復健治療範圍廣，且涉及人員資格及設施規範；又依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準，復健科治療項目可分為簡單、中度及複雜治療。爰依據在地端不同治療場域，開放不同復健治療項目之執行。</u>

114 年度建議條文	113 年度原條文	健保署說明
同意。 2、<u>院所申請執行之專科別，以施行地區設置有該診療專科別之醫療院所不超過3家為限</u>，惟特殊情形得由院所向所屬保險人分區業務組說明，保險人分區業務組視當地民眾需求進行認定。 3、於矯正機關及3所分監內提供之專科門診遠距會診，原則不得與矯正機關及3所分監內門診科別重複，惟不受限「執業登記於施行地區醫療院所之醫師所具有之專科別」。 4、<u>保險人應定期於全球資訊網公布施行地區開業醫療院所提供各診療科別之家數。</u> (七) 遠距會診實施方式： 1、專科門診遠距會診<u>(不限科別)</u>： (1)於一般門診提供會診服務：遠距院所於現行已開設之門診診次，同時接受一般門診診療及遠距會診。 (2)開設專門遠距門診提供會診服務：遠距院所開設專門遠距門診，接受遠距會診。	2.實施方式及科別應依執行計畫辦理，如有異動，應報經保險人分區業務組同意。 3.遠距院所提供之專科門診遠距會診科別，原則不得包括執業登記於施行地區醫療院所之醫師所具有之專科別，惟特殊情形得由院所向所屬保險人分區業務組說明，保險人分區業務組視當地民眾需求進行認定。 4.於矯正機關及3所分監內提供之專科門診遠距會診，原則不得與矯正機關及3所分監內門診科別重複，惟不受限「執業登記於施行地區醫療院所之醫師所具有之專科別」。 (六)遠距會診實施方式： 1、專科門診遠距會診(限眼科、耳鼻喉科、皮膚科、心臟內科、胃腸科、神經內科、胸腔科；精神科(僅限於矯正機關及3所分監內))： (1)於一般門診提供會診服務：遠距院所於現行已開設之門診診次，同時接受一般門診診療及遠距會診。 (2)開設專門遠距門診提供會診服	(五) <u>財務影響(全年約需 120 百萬點)：</u> 1. <u>111 年至 113 年遠距會診申報點數分別為 510 萬點、704 萬點、1,112 萬點，111 年至 113 年遠距會診申報費用點數年均成長率約 47.6%。</u> 2. <u>預估 114 年新增巡迴點申報數：</u> (1) <u>依臺東縣衛生局 113 年調查資料，該縣 113 年 3 月至 7 月共 11 個鄉鎮於巡迴點提供遠距會診服務，遠距會診計 1,296 件；推估 113 年每鄉鎮於巡迴點遠距會診約 283 件，以 114 年 85 個醫療資源缺乏地區計算，約 24,055 件。</u> (2) <u>專科門診遠距會診(以遠距會診每件 500 點估</u>

114 年度建議條文	113 年度原條文	健保署說明
2、急診遠距會診(不限科別)：當病人需立即給予緊急適當之處理，且經在地醫師判斷在地院所專科醫師不足需緊急會診情形下，由在地院所聯繫遠距院所進行急診遠距會診。 3、<u>復健科遠距會診依其實施場域，得執行之復健治療項目如下：</u> (1) <u>機構(醫療院所、衛生所)：復健治療設施及人員應符合醫療機構設置標準，可執行簡單、中度及複雜治療</u> (2) <u>臨時性巡迴點(醫療站)：僅有簡單設備，僅開放執行簡單及中度復健治療項目。</u>	務：遠距院所開設專門遠距門診，接受遠距會診。 2、急診遠距會診(不限科別)：當病人需立即給予緊急適當之處理，且經在地醫師判斷在地院所專科醫師不足需緊急會診情形下，由在地院所聯繫遠距院所進行急診遠距會診。	<u>算)：預估費用 1,202.8 萬點=(24,055 件*500 點)；以成長率 47.6%推估為 1,775.3 萬點 (1,202.8*1(1.47%)。</u> (3) <u>在地院所診察費加成：24,055 件*診察費 286 點*30%為 206.4 萬點；以成長率 47.6%推估為 304.6 萬點 (206.4 萬點*(1.47%)</u> 3. <u>114 年取消會診科別限制：</u> (1) <u>以 113 年計畫執行地區民眾專科別門診就醫件數中，遠距專科會診件數約 1.16%(1.26 萬件/108.64 萬件)。</u> (2) <u>遠距計畫施行地區民眾 113 年度門診就醫件數約 988.6 萬件(排除中醫科、牙科、一般內科、家醫科及部分非直接診療病</u>

114 年度建議條文	113 年度原條文	健保署說明
		<u>患之科別)，推估遠距會診量約 11.5 萬件(988.6 萬件*1.16%)。</u> (3) <u>專科門診遠距會診(以遠距會診每件 500 點估算)：預估費用 5,733.7 萬點(11.5 萬件*500 點)；以成長率 47.6% 推估為 8,462.9 萬點(5,733.7 萬點*1.47%)。</u> (4) <u>在地院所診察費加成：11.5 萬件*診察費 286 點*30%為 983.9 萬點；以成長率 47.6% 推估為 1,452.2 萬點(983.9 萬點*1.47%)</u>
八、申請及審核程序 (一) 申請程序：在地院所以書面函檢附<u>申請表、計畫書及相關申請文件</u>（如附件 1），向保險人分區業務組提出申請（以郵戳為憑） (二) <u>書面</u>及實地審查：	八、申請及審核程序 (一)申請程序：在地院所以書面函檢附地方衛生主管機關核備函、遠距院所合作意向書及 10 份執行計畫書(如附件 1)，向保險人分區業務組提出申請（以郵戳為憑）。 (二)資格及實地審查：	<u>因應遠距會診科別開放，將配合簡化醫療院所申請遠距計畫及分區審核之程序，加速行政流程，以利在地院所提早提供服務，相關程序包括：</u> (一) <u>簡化申請執行計畫之計畫書</u>

114 年度建議條文	113 年度原條文	健保署說明
1、保險人分區業務組應於受理申請2週內(含例假日)，進行<u>書面</u>審查，並視需要實地審查診療空間、遠距會診設備等是否符合<u>申請表、計畫書及相關申請文件</u>內容。 2、於法務部矯正署所屬51所矯正機關及3所分監內，執行精神科遠距會診在地醫師，應檢附依管制藥品管理條例規定取得之管制藥品使用執照。 3、<u>針對施行地區內各鄉鎮(市/區)，保險人得視預算額度，由分區業務組擇優核定在地院所執行計畫。</u> (三) 審核結果通知：保險人應於受理申請2個月內函復特約醫事服務機構核定結果，<u>並副知地方衛生主管機</u>	1. 保險人分區業務組應於受理申請 2 週內(含例假日)，進行資格審查，並視需要實地審查診療空間、遠距會診設備等是否符合執行計畫書內容。 2. 於法務部矯正署所屬 51 所矯正機關及3所分監內，執行精神科遠距會診在地醫師，應檢附依管制藥品管理條例規定取得之管制藥品使用執照。 (三)執行計畫審查： 1、由保險人分區業務組成立審查小組，由5至9名委員組成，就具有相關專業之專家學者、保險人分區業務組、地方衛生主管機關派任或聘任，其中外聘專家學者人數不得少於三分之一。審查方式得以書面或會議為之。 2、針對施行地區內各鄉鎮(市/區)，保險人得視預算額度，由分區業務組擇優核定在地院所執行計畫。 (四)審核結果通知：保險人應於受理申請2個月內函復特約醫事服務機構核定結果。	<u>內容與格式並新增申請表，修正內容如計畫附件 1、2。</u> (二) <u>將地方主管機關核備程序調整為本署審核通過後副知地方主管機關。</u> (三) <u>以分區業務組書面或實地審查取代成立審查小組進行審核之程序。</u>

114 年度建議條文	113 年度原條文	健保署說明
<u>關。</u> (四) 簡化申請及審核程序之條件： 1、前經保險人分區業務組核定同意執行本計畫之特約院所： (1) 未變更執行內容(在地院所、遠距院所、遠距會診科別及實施方式)，且未有本計畫第十三項之情事，且符合本計畫規定者，得延續辦理本計畫，無需另向保險人分區業務組申請展延。 (2) 欲變更執行內容者，應符合本計畫規定且以書面函檢附變更後之計畫書，向保險人分區業務組提出申請。 2、原參與衛生福利部相關遠距醫療試辦計畫之醫療院所：申請執行本計畫，得簡化成立審查小組之審查程序。 3、IDS 計畫、居整計畫及矯正機關之承作院所：申請執行本計畫，得簡化成立審查小組之審查程序。	(五)簡化申請及審核程序之條件： 1、前經保險人分區業務組核定同意執行本計畫之特約院所： (1)未變更執行內容(在地院所、遠距院所、遠距會診科別及實施方式)，且未有本計畫第十三項之情事，且符合本計畫規定者，得延續辦理本計畫，無需另向保險人分區業務組申請展延。 (2)欲變更執行內容者，應符合本計畫規定且以書面函檢附變更後之計畫書，向保險人分區業務組提出申請。 2、原參與衛生福利部相關遠距醫療試辦計畫之醫療院所：申請執行本計畫，得簡化成立審查小組之審查程序。 3、IDS 計畫、居整計畫之承作院所：申請執行本計畫，得簡化成立審查小組之審查程序。	
九、給付項目及支付標準 (一) 遠距會診費：由遠距院所申報，其費用由本計畫預算支應。 1、專科門診遠距會診費：<u>不限科別</u>，	九、給付項目及支付標準 (一)遠距會診費：由遠距院所申報，其費用由本計畫預算支應。 1、專科門診遠距會診費：限眼科、耳	(一) <u>配合不再限制遠距專科會診專科別之規範修正文字。</u> (二) <u>考量遠距會診需在地醫師將</u>

114 年度建議條文			113 年度原條文			健保署說明
依 <u>申請表</u> 所列看診模式，採論服務量或論診次支付。			耳鼻喉科、皮膚科、心臟內科、胃腸科、神經內科、胸腔科、精神科(僅限於矯正機關及3所分監內)申報，依執行計畫所列看診模式，採論服務量或論診次支付。			<u>病人資訊提供遠距醫師依專業評估病人病情，整體就醫時間較一般實體診療長，爰為鼓勵在地醫師參與本計畫，提高當地民眾專科醫療可近性，調升在地院所執行遠距醫療案件之診察費及居整計畫醫師訪視費按申報點數加計 30% 支付。</u> <u>(三) 財務影響評估：同七、服務內容之修正說明。</u>
編號	診療項目	支付點數	編號	診療項目	支付點數	
P6606 C	專科門診遠距會診費 -論服務量 註：限於診間門診診療同時接受遠距會診者申報。	500/人次	P6606 C	專科門診遠距會診費 -論服務量 註：限於診間門診診療同時接受遠距會診者申報。	500/人次	
P6607 C	-論診次 註： 1. 限開設遠距醫療門診接受遠距會診者申報。 2. 每診次至少三小時，同時段可接受多點遠距會診，但不得提供診間門診診療。 3. 每診合理看診人次，由醫療院所視臨床需要協調開診。 4. 開診前如無預約掛號病人，應取消當次遠距醫療門診。 5. 開診三個月後，每診平均看診人次 ≤ 5 人，應檢討開診必要性或調降開診頻率。	5000/診次	P6607 C	-論診次 註： 1. 限開設遠距醫療門診接受遠距會診者申報。 2. 每診次至少三小時，同時段可接受多點遠距會診，但不得提供診間門診診療。 3. 每診合理看診人次，由醫療院所視臨床需要協調開診。 4. 開診前如無預約掛號病人，應取消當次遠距醫療門診。 5. 開診三個月後，每診平均看診人次 ≤ 5 人，應檢討開診必要性或調降開診頻率。	5000/診次	
2、急診遠距會診費：不限科別，採論服務量支付，支付標準如下：			2、急診遠距會診費：不限科別，採論服務量支付，支付標準如下：			
編號	診療項目	支付點數	編號	診療項目	支付點數	

114 年度建議條文				113 年度原條文				健保署說明
P6601C	急診遠距會診費 -檢傷分類第一級	2,340		P6601C	急診遠距會診費 -檢傷分類第一級	2,340		
P6602C	-檢傷分類第二級	1,300		P6602C	-檢傷分類第二級	1,300		
P6603C	-檢傷分類第三級	788		P6603C	-檢傷分類第三級	788		
P6604C	-檢傷分類第四級	584		P6604C	-檢傷分類第四級	584		
P6605C	-檢傷分類第五級	507		P6605C	-檢傷分類第五級	507		
3、遠距院所接受遠距會診之案件，不列入區域級(含)以上醫院門診減量措施計算。 4、矯正機關及3所分監內專科門診遠距會診費僅限論服務量申報(P6606C)，且不得申報急診遠距會診費(P6601C~P6605C)。 5、在地院所提供各項醫療服務、藥物費用：依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」、「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」規定申報，由所屬之總額部門預算支應；在地院所執行遠距醫療案件之診察費及居整計畫醫師訪視費按申報點數加計 <u>三成</u> 支付，加成費用由本計畫預算支應。				3、遠距院所接受遠距會診之案件，不列入區域級(含)以上醫院門診減量措施計算。 4、矯正機關及3所分監內專科門診遠距會診費僅限論服務量申報(P6606C)，且不得申報急診遠距會診費(P6601C~P6605C)。 5、在地院所提供各項醫療服務、藥物費用：依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」、「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」規定申報，由所屬之總額部門預算支應；在地院所執行遠距醫療案件之診察費及居整計畫醫師訪視費按申報點數加計一成支付，加成費用由本計畫預算支應。				
十、醫療費用申報、支付及審查原則 (一)醫療費用之申報、暫付、審查及核付，除另有規定外，悉依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服				十、醫療費用申報、支付及審查原則 (一)醫療費用之申報、暫付、審查及核付，除另有規定外，悉依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審				配合本署辦理「 <u>巡迴醫療申請表</u> <u>線上傳送確認作業</u> 」，調整計畫 <u>規範及本計畫附件2論次費用申</u> <u>請表之說明。</u>

114 年度建議條文	113 年度原條文	健保署說明																								
務審查辦法」辦理。 (二)申報原則：醫療費用由在地院所按月申報，遠距會診費由遠距院所按月申報。 (三)醫療服務點數清單及醫令清單填表說明： 1、遠距院所： (1)申報專科門診遠距會診費、急診遠距會診費之論服務量： A. 門診醫療費用點數清單段： <table><tr><td>申報欄位</td><td>說 明</td></tr><tr><td>案件分類</td><td>07：遠距醫療</td></tr><tr><td>特 定 治 療 項 目 代 號 (任一)</td><td>GC：遠距醫療給付計畫</td></tr><tr><td>部 分 負 擔 代號</td><td>009：本署其他規定免部分負擔者</td></tr><tr><td>就醫序號</td><td>TM01：遠距醫療 註：使用虛擬(行動)健保卡就醫者，請依實際取號情形填寫</td></tr><tr><td>就醫科別</td><td>依實際會診科別填寫</td></tr></table> B.門診醫療費用醫令清單段：申報急診遠距會診費、專科門診遠距會診費(論服務量)，醫令類別請填寫 0(診察費)。此外，需另申報 1 筆虛擬醫令，填寫說明如下。	申報欄位	說 明	案件分類	07：遠距醫療	特 定 治 療 項 目 代 號 (任一)	GC：遠距醫療給付計畫	部 分 負 擔 代號	009：本署其他規定免部分負擔者	就醫序號	TM01：遠距醫療 註：使用虛擬(行動)健保卡就醫者，請依實際取號情形填寫	就醫科別	依實際會診科別填寫	查辦法」辦理。 (二)申報原則：醫療費用由在地院所按月申報，遠距會診費由遠距院所按月申報。 (三)醫療服務點數清單及醫令清單填表說明： 1、遠距院所： (1)申報專科門診遠距會診費、急診遠距會診費之論服務量： A.門診醫療費用點數清單段： <table><tr><td>申報欄位</td><td>說 明</td></tr><tr><td>案件分類</td><td>07：遠距醫療</td></tr><tr><td>特 定 治 療 項 目 代 號 (任一)</td><td>GC：遠距醫療給付計畫</td></tr><tr><td>部 分 負 擔 代號</td><td>009：本署其他規定免部分負擔者</td></tr><tr><td>就醫序號</td><td>TM01：遠距醫療 註：使用虛擬(行動)健保卡就醫者，請依實際取號情形填寫</td></tr><tr><td>就醫科別</td><td>依實際會診科別填寫</td></tr></table> B.門診醫療費用醫令清單段：申報急診遠距會診費、專科門診遠距會診費(論服務量)，醫令類別請填寫 0(診察費)。此外，需另申報 1 筆虛擬醫令，填寫說明如下。	申報欄位	說 明	案件分類	07：遠距醫療	特 定 治 療 項 目 代 號 (任一)	GC：遠距醫療給付計畫	部 分 負 擔 代號	009：本署其他規定免部分負擔者	就醫序號	TM01：遠距醫療 註：使用虛擬(行動)健保卡就醫者，請依實際取號情形填寫	就醫科別	依實際會診科別填寫	
申報欄位	說 明																									
案件分類	07：遠距醫療																									
特 定 治 療 項 目 代 號 (任一)	GC：遠距醫療給付計畫																									
部 分 負 擔 代號	009：本署其他規定免部分負擔者																									
就醫序號	TM01：遠距醫療 註：使用虛擬(行動)健保卡就醫者，請依實際取號情形填寫																									
就醫科別	依實際會診科別填寫																									
申報欄位	說 明																									
案件分類	07：遠距醫療																									
特 定 治 療 項 目 代 號 (任一)	GC：遠距醫療給付計畫																									
部 分 負 擔 代號	009：本署其他規定免部分負擔者																									
就醫序號	TM01：遠距醫療 註：使用虛擬(行動)健保卡就醫者，請依實際取號情形填寫																									
就醫科別	依實際會診科別填寫																									

114 年度建議條文		113 年度原條文		健保署說明
申報欄位	說 明	申報欄位	說 明	
醫令類別	G：專案支付參考數值	醫令類別	G：專案支付參考數值	
藥品(項目)代號	TMP01：提供遠距會診	藥品(項目)代號	TMP01：提供遠距會診	
執行醫事人員代號	填寫遠距院所之醫師身分證號	執行醫事人員代號	填寫遠距院所之醫師身分證號	
委託或受託執行轉代檢醫事機構代號	填寫在地院所醫事機構代號	委託或受託執行轉代檢醫事機構代號	填寫在地院所醫事機構代號	
醫令調劑方式	6：遠距醫療	醫令調劑方式	6：遠距醫療	
(1)申報專科門診遠距會診費-論診次：申請時應逐次填寫遠距會診費申請表（附件 2），於次月 20 日前將資料上傳至健保資訊服務網系統(VPN)，使用「巡迴醫療申請表線上傳送確認作業」之院所無需再寄送紙本論次費用申報總表至分區業務組；不使用申請表線上傳送確認作業的院所，郵寄申請表至保險人分區業務組。		(1)申報專科門診遠距會診費-論診次：申請時應逐次填寫遠距會診費申請表（附件 2），於次月 20 日前將資料上傳至健保資訊服務網系統(VPN)，並郵寄申請表至保險人分區業務組。		
(2)若服務對象為矯正機關及 3 所分監內收容人，應填列門診醫療費用點數清單段之「矯正機關及 3 所分監代碼」。		(2)若服務對象為矯正機關及 3 所分監內收容人，應填列門診醫療費用點數清單段之「矯正機關及 3 所分監代碼」。		
2、在地院所：申報醫療服務、藥物費用。		2、在地院所：申報醫療服務、藥物費用。		
(1)門診醫療費用點數清單段：		(1)門診醫療費用點數清單段：		
申報欄位	說明	申報欄位	說明	
特定治療項目代號(任一)	GC：遠距醫療給付計畫	特定治療項目代號(任一)	GC：遠距醫療給付計畫	
(2)若併同執行居整計畫或矯正機		(2)若併同執行居整計畫或矯正機關		

114 年度建議條文	113 年度原條文	健保署說明																								
關醫療計畫，除依該計畫申報費用外，請併依本計畫規定申報。 (3)門診醫療費用醫令清單段：除申報醫療服務、藥物費用外，需另申報1筆虛擬醫令，填寫說明如下。	醫療計畫，除依該計畫申報費用外，請併依本計畫規定申報。 (3)門診醫療費用醫令清單段：除申報醫療服務、藥物費用外，需另申報1筆虛擬醫令，填寫說明如下。																									
<table><tr><th>申報欄位</th><th>說明</th></tr><tr><td>醫令類別</td><td>G：專案支付參考數值</td></tr><tr><td>藥品(項目)代號</td><td>TMR01：接受遠距會診</td></tr><tr><td>執行醫事人員代號</td><td>填寫遠距院所之醫師身分證號</td></tr><tr><td>委託或受託執行轉代檢醫事機構代號</td><td>填寫遠距院所醫事機構代號</td></tr><tr><td>醫令調劑方式</td><td>6：遠距醫療</td></tr></table>	申報欄位	說明	醫令類別	G：專案支付參考數值	藥品(項目)代號	TMR01：接受遠距會診	執行醫事人員代號	填寫遠距院所之醫師身分證號	委託或受託執行轉代檢醫事機構代號	填寫遠距院所醫事機構代號	醫令調劑方式	6：遠距醫療	<table><tr><th>申報欄位</th><th>說明</th></tr><tr><td>醫令類別</td><td>G：專案支付參考數值</td></tr><tr><td>藥品(項目)代號</td><td>TMR01：接受遠距會診</td></tr><tr><td>執行醫事人員代號</td><td>填寫遠距院所之醫師身分證號</td></tr><tr><td>委託或受託執行轉代檢醫事機構代號</td><td>填寫遠距院所醫事機構代號</td></tr><tr><td>醫令調劑方式</td><td>6：遠距醫療</td></tr></table>	申報欄位	說明	醫令類別	G：專案支付參考數值	藥品(項目)代號	TMR01：接受遠距會診	執行醫事人員代號	填寫遠距院所之醫師身分證號	委託或受託執行轉代檢醫事機構代號	填寫遠距院所醫事機構代號	醫令調劑方式	6：遠距醫療	
申報欄位	說明																									
醫令類別	G：專案支付參考數值																									
藥品(項目)代號	TMR01：接受遠距會診																									
執行醫事人員代號	填寫遠距院所之醫師身分證號																									
委託或受託執行轉代檢醫事機構代號	填寫遠距院所醫事機構代號																									
醫令調劑方式	6：遠距醫療																									
申報欄位	說明																									
醫令類別	G：專案支付參考數值																									
藥品(項目)代號	TMR01：接受遠距會診																									
執行醫事人員代號	填寫遠距院所之醫師身分證號																									
委託或受託執行轉代檢醫事機構代號	填寫遠距院所醫事機構代號																									
醫令調劑方式	6：遠距醫療																									
3、如可歸責於特約醫事服務機構申報案件分類等資料錯誤，導致點值核付錯誤時，特約醫事服務機構需自行負責。 (四)審查原則： 1、涉及特定專科別之診療項目及藥物，在地醫師參採具各該專科資格遠距醫師建議後之處方，視同符合健保給付規定。 2、特約醫事服務機構應依所提執行計畫內容提供遠距會診服務，超過計畫內容之部分，保險人不予支付費用。 3、本計畫所訂之各項給付費用，如與其他公務預算支應之計畫，屬	3、如可歸責於特約醫事服務機構申報案件分類等資料錯誤，導致點值核付錯誤時，特約醫事服務機構需自行負責。 (四)審查原則： 1、涉及特定專科別之診療項目及藥物，在地醫師參採具各該專科資格遠距醫師建議後之處方，視同符合健保給付規定。 2、特約醫事服務機構應依所提執行計畫內容提供遠距會診服務，超過計畫內容之部分，保險人不予支付費用。 3、本計畫所訂之各項給付費用，如與其他公務預算支應之計畫，屬同一																									

114 年度建議條文	113 年度原條文	健保署說明
同一事實，且受有性質相同給付者，不得重複申報或請領。經查證有重複之情事，不予受理費用申請或追回已核發之款項。 (五)保險對象應自行負擔之醫療費用：依保險對象就醫之在地院所層級計收或依「全民健康保險保險對象收容於矯正機關者就醫管理辦法」第七條規定計收。 1、保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條規定計收。 2、若屬全民健康保險法第四十八條所列重大傷病、分娩、山地離島地區就醫情形之一，保險對象免自行負擔費用。 3、若屬全民健康保險法第四十三條第四項所訂醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，保險對象應自行負擔費用得予減免 20%。 4、矯正機關內門診：依基層醫療單位層級計收。	事實，且受有性質相同給付者，不得重複申報或請領。經查證有重複之情事，不予受理費用申請或追回已核發之款項。 (五)保險對象應自行負擔之醫療費用：依保險對象就醫之在地院所層級計收或依「全民健康保險保險對象收容於矯正機關者就醫管理辦法」第七條規定計收。 1、保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條規定計收。 2、若屬全民健康保險法第四十八條所列重大傷病、分娩、山地離島地區就醫情形之一，保險對象免自行負擔費用。 3、若屬全民健康保險法第四十三條第四項所訂醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，保險對象應自行負擔費用得予減免 20%。 4、矯正機關內門診：依基層醫療單位層級計收。	

114 年度建議條文	113 年度原條文	健保署說明
(六)點值結算方式：本計畫之遠距會診費、在地院所執行遠距醫療案件之診察費加成及居整計畫醫師訪視費加成費用，併其他預算之「推動促進醫療體系整合計畫」項下其他計畫計算，預算按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於 1 元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。	(六)點值結算方式：本計畫之遠距會診費、在地院所執行遠距醫療案件之診察費加成及居整計畫醫師訪視費加成費用，併其他預算之「推動促進醫療體系整合計畫」項下其他計畫計算，預算按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於 1 元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。	
維持原條文。	十一、監測指標 (一)門診遠距會診當次轉診(轉出)率 1、分子：在地院所門診(不含急診)遠距會診當次轉診(轉出)件數 2、分母：在地院所門診(不含急診)遠距會診件數 (二)急診：24小時內重返急診率 1、分子：急診遠距會診後24小時內重返急診人數 2、分母：急診遠距會診人數 (三)專科門診-論診次：每診看診人次 1、分子：看診人次合計 2、分母：總診次 (四)專科門診-論服務量：每月看診人次	

114 年度建議條文	113 年度原條文	健保署說明
	1、分子：看診人次合計 2、分母：服務月份數	
十二、計畫管理機制 (一)保險人負責本計畫之研訂與修正。 (二)保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之參與資格、核定及輔導轄區醫事服務機構之執行計畫、計算指標與核發費用。 (三)醫事服務機構負責依執行計畫提供遠距會診服務。 (四)<u>每計畫應於當年度12月底前，依下列原則提供滿意度調查表(附件3)至保險人分區業務組：</u> <u>1. 原則由在地院所提供至少10份滿意度調查表。</u> <u>2. 若年度就醫人數少於10人，則提供至少就醫人數20%之滿意度調查表；若就醫人數不足3人，則不需提供滿意度調查表。</u> <u>3. 急診遠距會診案件不列入人數計算，另僅執行急診遠距會診之在地院所免提供滿意度調查表。</u>	十二、計畫管理機制 (一)保險人負責本計畫之研訂與修正。 (二)保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之參與資格、核定及輔導轄區醫事服務機構之執行計畫、計算指標與核發費用。 (三)醫事服務機構負責依執行計畫提供遠距會診服務。 (四)各執行計畫應於當年度12月底前，提供至少10份滿意度調查表(附件3)至保險人分區業務組。	<u>考量部分鄉鎮人口數或全年遠距會診案件量較少(如烏坵鄉)，調整年度就醫件數少於10人之院所依比例提供調查結果，不足3人不需提供滿意度調查表。另因急診遠距會診有其醫療急迫性，不適宜填寫滿意度調查，故急診遠距會診案件不列入人數計算，且僅執行急診遠距會診之在地院所免提供滿意度調查資料。</u>

114 年度建議條文	113 年度原條文	健保署說明
(五)執行計畫醫事服務機構之資通安全，屬衛生福利部指定行政院核定「關鍵基礎設施提供者」之醫院，應符合資通安全管理法規定；非屬前述關鍵基礎設施之醫院及基層診所，應符合衛生福利部基層醫療院所資安防護參考指引之規定。	(五)執行計畫醫事服務機構之資通安全，屬衛生福利部指定行政院核定「關鍵基礎設施提供者」之醫院，應符合資通安全管理法規定；非屬前述關鍵基礎設施之醫院及基層診所，應符合衛生福利部基層醫療院所資安防護參考指引之規定。	
維持原條文。	十三、退場機制 (一)參與本計畫之特約醫事服務機構，未依所提計畫提供遠距會診服務、或參與本計畫有待改善事項，經保險人2次通知限期改善而未改善者、或一年內因相同事由經保險人通知限期改善累計達3次者，應自保險人通知終止執行本計畫日起退出本計畫。 (二)參與本計畫之特約醫事服務機構如涉及特管辦法第三十八至四十條所列違規情事之一暨第四十四及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者），應自保險人第一次核定違規函所載核定	

114 年度建議條文	113 年度原條文	健保署說明
	停約或終約日起退出執行本計畫，惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。 (三)前項處以停約之特約醫事服務機構，經保險人同意依特管辦法第四十二條規定抵扣者，得繼續參加本計畫，但遠距院所不得提供受處分之診療科別之遠距會診服務。 (四)特約醫事服務機構如經保險人分區業務組審查不符合參與資格或應終止參與資格，得於通知送達日起30日內，以書面向保險人分區業務組申請複核，但以一次為限。	
維持原條文。	十四、計畫修訂程序 本計畫視需要檢討，由保險人邀集醫療專業團體、主管機關等單位共同修訂後，屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序報請主管機關核定後公告實施，餘屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告；並送健保會備查。	

附件 1、「全民健康保險遠距醫療給付計畫」申請表

基本資料	【在地端】 申請院所名稱		申請院所 醫事機構代碼	
	【遠距端】 合作院所名稱		合作院所 醫事機構代碼	
	計畫開始時間		計畫聯絡人姓名	
	計畫聯絡人電話		計畫聯絡人 e-mail	
服務內容	實施地點			
	實施科別 (如包含當地已可提供之就醫科別，應敘明理由)			
	看診模式	☐ 專科遠距會診（論服務量） ☐ 專科遠距會診（論診次） ☐ 急診遠距會診		
檢附資料	☐ 遠距院所合作意向書。			
	☐ 遠距會診診療空間與設備照片數張(須清晰可見整體空間及內部配置)。			
	☐ 依資通安全管理法納管對象或衛生福利部基層醫療院所資安防護參考指引訂定之資通安全保護機制。			
	☐ 於法務部矯正署所屬 51 所矯正機關及 3 所分監內，執行精神科遠距會診應檢附在地醫師之管制藥品使用執照。			
章戳	保險醫事服務機構章戳		保險人審核意見欄 ☐ 審核通過 ☐ 資料不全，請補以下資料：	
	申請日期：		☐ 審核不通過，原因為：	
		日期章戳：		

附件 2、「全民健康保險遠距醫療給付計畫」執行計畫內容與格式

一、封面：至少應包括計畫名稱(包含計畫執行地區)、計畫執行院所、提供遠距會診服務院所、計畫開始時間。

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

三、計畫內容至少應包括：

(一)前言：背景、計畫執行地區地理環境與交通情形、醫療資源現況(含當地可提供之就醫科別)及問題分析、醫療機構現況。

~~(二)計畫目的。~~

(二)服務內容及執行規劃：含看診流程、遠距會診設備規格、實施地點、實施科別(如包含當地已可提供之就醫科別，應敘明理由)、預估服務量等。

~~(三)與遠距院所之合作機制。~~

~~(四)依資通安全管理法納管對象或衛生福利部基層醫療院所資安防護參考指引訂定之資通安全保護機制。~~

~~(五)預期效益(量化)：含監測指標目標值。~~

~~(五)經費：說明每月所需遠距會診費及計算基礎。~~

~~四、檢附資料~~

~~(一)地方衛生主管機關核備函影本。~~

~~(一)遠距院所合作意向書。~~

~~(二)遠距會診診療空間與設備照片數張(須清晰可見整體空間及內部配置)。~~

~~(三)於法務部矯正署所屬51所矯正機關及3所分監內，執行精神科遠距會診應檢附在地醫師之管制藥品使用執照。~~

註：「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」或「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」照護團隊申請執行本計畫，請敘明團隊內執行院所(遠距端、在地端)、收案個案所在地(地理環境及交通情形)、個案須執行遠距會診原因。

附件 3、全民健康保險遠距醫療給付計畫專科門診遠距會診費(論診次)申請表

年		月		頁數:第								頁共		頁	
受理日期				受理編號											
醫事服務機構名稱				醫事服務機構代號											
編號	請領人姓名	請領人身分字號	支付別	日期	診次別	在地院所名稱及代號	診療人次	虛擬健保卡人次	申請點數	核減額	核定額				
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
本頁小計															
總表	項目		申請次數	診療人次	每次申請點數	申請點數總數	核減次數	核減點數	核定次數	核定點數					
	支付別														
	P6607C				5000										
	總計														
負責醫師姓名:			一、本項專科門診遠距會診服務應經當地衛生主管機關同意，並報經保險人分區業務組同意始得支付。												
醫事服務機構地址:			二、編號：每月填送均自 1 號起編。診次別：填寫上午、下午、夜間。診療人次：填寫當次診療之人次。虛擬健保卡人次：填寫當次就醫使用虛擬(行動)健保卡查詢健保醫療資訊雲端查詢系統之人次。												
電話:			三、支付別： P6607C（專科門診遠距會診費-論診次，每次）												
印信:			四、總表欄：於最後一頁填寫。												
			五、填寫時請依同一支付別集中申報，同一請領人姓名亦應集中申報。本申請表應按月連同門診費用申報寄保險人分區業務組，惟請另置於信封內，並於信封上註明「遠距會診費(論診次)申請表」；使用「巡迴醫療申請表線上傳送確認作業」之院所無需再寄送紙本論次費用申報總表至分區業務組。												

附件 4、全民健康保險遠距醫療給付計畫 民眾滿意度調查表

親愛的女士/先生：

您好！健保署為提升遠距醫療的給付效益，懇請您利用幾分鐘時間填寫這份問卷，提供您寶貴的意見，做為我們改進的方向，謝謝。以下的問題，請您就本次就醫的經驗作答。敬祝 健康快樂！

一、基本資料

(一)性別：☐男 ☐女

(二)年齡：☐18歲以下 ☐19-30歲 ☐31-40歲 ☐41-50歲 ☐51-60歲
☐61-70歲 ☐70歲以上

(三)居住縣市/鄉鎮：

二、就診資訊

(一)此次看診科別：

☐皮膚科 ☐耳鼻喉科 ☐眼科 ☐心臟內科 ☐胃腸科 ☐神經內科 ☐胸腔科

(二)今年第幾次接受遠距門診：☐第一次 ☐第二次 ☐第三次 ☐四(含)次以上

(三)如何知道本次就醫院所提供遠距看診服務(複選題)：

☐跑馬燈 ☐醫院門診表 ☐FB 臉書公告 ☐村里民服務處 ☐社區關懷據點宣導
☐其他：

(四)相較於您原本就醫看診方式，含搭車及等候，遠距醫療大約節省多少？

☐1 小時 ☐2 小時 ☐3 小時 ☐4 小時 ☐5 小時 ☐6 小時以上。

二、醫療服務調查

(一)【遠距端】會診醫師專業與服務態度(複選題)：

☐疾病解釋及衛教內容簡單易懂 ☐看診態度親切 ☐病況詢問詳細
☐會診倉促，急於結束看診 ☐會診態度冷淡 ☐會診時，醫師常會打斷病人主訴

(二)【在地端】醫師專業與服務態度(複選題)：

☐態度親切 ☐檢查熟練 ☐看診後主動提供照護衛教
☐態度冷漠 ☐儀器操作不熟悉 ☐未告知返家須注意事項

(三)對接受遠距門診服務整體評價(複選題)：

☐有改善偏鄉民眾看診科別的需求

- 便民，不須舟車勞頓至市區看診，明顯縮短交通時間
- 等候看診時間，較市區醫院及診所看診較為短暫
- 有兩位醫師診療，服務升級
- 在地醫師可以開立原本限制專科的藥物，提高治療效果
- 擔心就診資訊外流、損及隱私權
- 不相信視訊診療的結果
- 其他：

三、滿意度調查

(一)透過遠距會診服務，是否有改善您身體的不適感？

- 有改善 ○沒感覺 ○沒有改善

(二)遠距醫療門診收費情形

- 較一般昂貴 ○無明顯差別 ○需自費品項之藥物較多

(三)是否願意再回遠距門診看診？

- 願意 ○沒意願，因症狀已改善
- 不願意，原因 ☐症狀沒改善 ☐醫院沒提供醫師建議用藥 ☐看診臨時取消卻未接到通知 ☐其他

(四)是否願意將遠距會診服務的資訊轉知給有醫療需求的家人或朋友知道？

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

(五)接受遠距會診，會診後之自我感受(複選題)

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

(六)整體滿意度

- 非常滿意 ○滿意 ○不滿意 ○非常不滿意

謝謝您撥冗填寫本調查表！

年 月 日

討論事項

第 四 案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：修訂「全民健康保險推動使用生物相似性藥品及學名藥之鼓勵試辦計畫」案。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第 41 條規定辦理。
- 二、近年各國受國際疫情、戰爭等因素影響，導致藥品供應不穩定。全民健康保險保險人為確保健保用藥供應穩定，降低國際局勢影響，故推動支持藥品在地生產、多元供應，以強化藥品供應韌性，保障病人用藥權益。
- 三、為進一步推動使用學名藥，本次計畫修訂優先試辦癌症化學治療之學名藥。113 年健保收載化療藥計有 53 個成分、263 個項目(含學名藥 213 個)，學名藥醫令量占率為 74%；若該成分劑型同時具有原開發廠及學名藥，計有 15 個成分、130 個項目(含學名藥 100 個)，學名藥醫令量占率為 43%。修訂「學名藥」內容如下：
 - (一)藥品清單：擷取健保已收載具有藥品許可證之化療藥 ATC code (藥物治療分類代碼系統)為 L01A、L01B、L01C、L01D、L01XA02、L01XA03 或 L01XX41，且該成分劑型同時具有原開發廠及學名藥。
 - (二)鼓勵措施：
 - 1.處方開立獎勵：維持獎勵方式及每次 150 點。
 - 2.藥費差額回饋：擷取同分類分組具有原開發廠及學名藥，且原開發廠支付價高於學名藥者，進行藥費差額回饋。
 - (三)實施目標：提高本計畫學名藥醫令量占率達 70%以上。
 - (四)預算來源：「處方開立獎勵費」由全民健康保險醫院醫療給付費用總額及西醫基層醫療給付費用總額之「醫療給付改善方

案」專款項下支應。學名藥於醫院總額部門編列 4,700 萬元、西醫基層總額部門編列 300 萬元。

(五)財務影響評估：以本計畫之學名藥於 113 年處方情形推估

- 1.低推估(30%轉換)：330,350 次獎勵次數，財務支出約 4,955 萬 2,530 元。
- 2.中推估(60%轉換)：398,988 次獎勵次數，財務支出約 5,984 萬 8,260 元。
- 3.高推估(100%轉換)：490,506 次獎勵次數，財務支出約 7,357 萬 5,900 元。

擬辦：本計畫修訂草案如附件（頁次討 4-3～4-8），後續將依程序報請衛生福利部核定後公布實施。

決議：

全民健康保險推動使用生物相似性藥品及學名藥 之鼓勵試辦計畫(草案)

113 年 6 月 14 日健保審字第 1130111063 號公告

114 年 5 月 14 日健保審字第 1140109866 號修訂

114 年○月○日健保審字第○○○○○○○○○號修訂

壹、前言

隨著原開發廠藥品專利到期，品質相似而研發製造成本及藥價較低之生物相似性藥品及學名藥紛紛投入市場，歐美日各國透過鼓勵使用這些藥品讓整體藥費降低，同時換取更多創新藥品引進，得以治療更多病人。另近年各國受國際疫情、戰爭等因素影響，導致藥品供應不穩定。全民健康保險保險人(下稱保險人)為確保健保用藥供應穩定，降低國際局勢影響，故推動多項措施支持藥品在地生產、多元供應，以強化藥品供應韌性，保障病人用藥權益。

經統計，113 年健保收載之生物相似性藥品計有 10 個成分、36 個項目，其中生物相似性藥品之醫令量占整體同成分藥品之醫令量占率為 11.9%，較 112 年 7.38%提升。為進一步推動使用學名藥，優先試辦癌症化學治療之學名藥，113 年健保收載的化療藥計有 53 個成分、263 個項目(含學名藥 213 個)，學名藥醫令量占率為 74%；若該成分劑型同時具有原開發廠及學名藥者，計有 15 個成分、130 個項目(含學名藥 100 個)，學名藥醫令量占率為 43%。

考量生物相似性藥品及學名藥使用關鍵在於醫療院所，為鼓勵健保特約醫療院所處方使用，爰自 113 年 7 月 1 日起試辦本計畫，陸續納入生物相似藥品、學名藥，並活化健保資源，期讓更多新治療藥物加速引進，全民共享健保推動計畫成果。

貳、計畫依據

全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

參、實施目標

- 一、提升醫療院所開立生物相似性藥品、學名藥之處方數。
- 二、提高本計畫藥品醫令量占率：生物相似藥品達 30%以上、學名藥達 70%以上。

肆、試辦期程

本計畫試辦 3 年，每年由保險人依前一年度實際值滾動檢討並設定新年度計畫藥品基準值及項目。生物相似藥品自 113 年 7 月 1 日起試辦，學名藥自 114 年○月 1 日起試辦。

伍、預算來源

「處方開立獎勵費」由全民健康保險醫院醫療給付費用總額及西醫基層醫療給付費用總額之「醫療給付改善方案」專款項下支應。生物相似藥品及學名藥各於醫院總額部門編列 4,700 萬元、西醫基層總額部門編列 300 萬元。

陸、計畫內容

一、參與資格：健保特約醫療院所。

二、本計畫藥品清單：

(一)生物相似藥品：

1. 113 年 7 月至 114 年 5 月：擷取生物相似性藥品與原開發廠藥品價差大於 20%以上者(以 113 年 4 月之支付價為計算基準)，將該藥品成分之生物相似性藥品列入清單。
2. 114 年 6 月起：擷取生物相似性藥品與原開發廠藥品有價差者(以 114 年 4 月之支付價為計算基準)，將該藥品成分之生物相似性藥品列入清單(如附表 1)。

(二)學名藥：

114 年○月起：擷取健保已收載具有藥品許可證之化療藥 ATC code(藥物治療分類代碼系統)為 L01A、L01B、L01C、L01D、L01XA02、L01XA03 或 L01XX41，且該成分劑型同時具有原開發廠及學名藥(如附表 2)。

(三)本計畫藥品成分得每年修正一次，公告後不再增修。試辦期間，本計畫藥品成分如有新暫予收載或異動之藥品項目，保險人於每月 25 日公告健保用藥品項查詢及異動檔於中央健康保險署全球資訊網。

三、鼓勵措施：

(一) 處方開立獎勵：

1. 開立本計畫藥品處方者，於民眾領取本計畫藥品後，每一處方獎勵 150 點。門診按本計畫藥品處方次數計算，住院按本計畫藥品處方日計算，如開立慢性病連續處方箋，得按可調劑次數計算。
2. 本項費用應用於推動生物相似性藥品及學名藥之相關照護使用。
3. 獎勵費用由保險人按季勾稽撥付予個別院所。資料擷取時間：以前一季之資料為計算標準，於每季末之次月 10 日為擷取日(如 113 年 11 月 10 日統計 113 年第 3 季)。
4. 點值結算方式：
預算按季均分，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元；當季預算若有結餘，則流用至下季；若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，但每點支付金額不高於 1 元。

(二) 藥費差額回饋：

1. 由保險人按季統計個別院所藥費差額回饋點數，交由保險人各分區業務組回饋各醫療院所，並列入年度各分區個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫之目標管理點數校正，得以 100%方式回饋，回饋方案由各分區因地制宜。
2. 藥費差額回饋點數計算定義：
 - (1) 生物相似藥品：
 - I. 與原開發廠為同分類分組： $(\text{原開發廠藥品之支付價} - \text{病人使用之生物相似藥品支付價}) \times \text{醫令量}$ 。
 - II. 與原開發廠為不同分類分組： $[\text{原開發廠藥品之支付價} - (\text{病人使用之生物相似藥品支付價} \times \text{病人使用之生物相似藥品與原開發廠藥品之藥品成分含量比例})] \times \text{醫令量}$ 。
 - III. 前開醫令量：以院所年度各月份申報醫令金額除以年度各月份支付價計算；藥品成分含量比例：原開發廠藥品之成分含量除以病人使用之生物相似藥品成分含量。
 - IV. 試辦期間，如有生物相似性藥品支付價高於原開發廠藥品，

則不予列入計算。

(2) 學名藥：

- I. 擷取同分類分組具有原開發廠及學名藥，且原開發廠支付價高於學名藥：(同分類分組原開發廠之支付價-病人使用之同分類分組學名藥之支付價)×醫令量。
- II. 前開醫令量：以院所年度各月份申報醫令金額除以年度各月份支付價計算。

3. 資料擷取時間：以前一季之資料為計算標準，於每季末之次月10日為擷取日(如113年11月10日統計113年第3季)。

柒、費用申報及審查原則

- 一、除本計畫另有規定外，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。
- 二、特約醫療院所未依保險人訂定本計畫藥品之藥品給付規定申報，或經保險人審查發現登載不實者，將不予支付該筆藥品費用，並追扣相關獎勵點數。

捌、預期效益

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

玖、資訊監測與公開

保險人得於中央健康保險署全球資訊網「生物相似性藥品/學名藥專區」，公開本計畫實施前後之藥品清單申報醫令量情形。

拾、計畫修正程序

本計畫之修訂，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。

生物相似性藥品清單

成分項次	藥品成分	分類分組名稱	藥品項次	藥品商品名	藥品健保代碼
1	adalimumab	adalimumab, 注射劑, 40 mg	1	Amgevita	KC01098283
			2	Idacio 玻璃小瓶(瑞士廠)	KC01153283
			3	Idacio 預充填針筒(義大利廠)	KC01154283
			4	Abrilada	KC01157283
			5	Hulio	KC01149283
			6	Hyrimoz	KC01181283
			7	Yuflyma	KC01205271
2	bevacizumab	bevacizumab, 注射劑, 100 mg	1	Mvasi	KC01117219
			2	Zirabev	KC01146219
			3	Abevmy	KC01156219
			4	Alymsys	KC01185219
			5	Vegzelma	KC01193219
3	etanercept	etanercept, 注射劑, 25 mg	1	Erelzi	KC01139206
			2	Nepexto	KC01180206
		etanercept, 注射劑, 50 mg	3	Erelzi	KC01139209
			4	Nepexto	KC01180209
4	filgrastim	filgrastim, 注射劑, 120 mcg	1	Nivestim	KC01099263
		filgrastim, 注射劑, 300 mcg	2	Nivestim	KC01099277
		filgrastim, 注射劑, 480 mcg	3	Nivestim	KC01100277
5	infliximab	infliximab, 注射劑, 100 mg	1	Remsima	KC01035255
			2	Ixifi	KC01132255
6	pegfilgrastim	pegfilgrastim, 注射劑, 6.00 mg	1	Fulphila	KC01108280
			2	Ziextenzo	KC01183280
7	rituximab	rituximab, 注射劑, 100mg	1	Truxima 100 mg	KC01094229
			2	Rixathon 100 mg	KC01118229
			3	Ruxience 100 mg	KC01165229
		rituximab, 注射劑, 500 mg	4	Truxima 500 mg	KC01094248
			5	Rixathon 500 mg	KC01118248
			6	Ruxience 500 mg	KC01165248
8	teriparatide	teriparatide, 注射劑, 600-750.00 MCG	1	Alvosteo	KC01151213
			2	Kauliv	KC01252216

註：試辦期間，本計畫藥品成分如有新暫予收載或異動之藥品項目，保險人於每月 25 日公告健保用藥品項查詢及異動檔於中央健康保險署全球資訊網。

學名藥清單

成分 項次	藥品成分 ^{註1}	ATC code	分組 項次	分類分組
<u>1</u>	<u>capecitabine</u>	<u>L01BC06</u>	<u>1</u>	<u>CAPECITABINE, 一般錠劑膠囊劑, 150.00 MG</u>
			<u>2</u>	<u>CAPECITABINE, 一般錠劑膠囊劑, 500.00 MG</u>
<u>2</u>	<u>carboplatin</u>	<u>L01XA02</u>	<u>1</u>	<u>CARBOPLATIN, 注射劑, 150.00 MG</u>
			<u>2</u>	<u>CARBOPLATIN, 注射劑, 450.00 MG</u>
<u>3</u>	<u>docetaxel</u>	<u>L01CD02</u>	<u>1</u>	<u>DOCETAXEL, 注射劑, 20.00 MG</u>
			<u>2</u>	<u>DOCETAXEL, 注射劑, 80.00 MG</u>
			<u>3</u>	<u>DOCETAXEL, 注射劑, 120.00 MG</u>
<u>4</u>	<u>doxorubicin</u>	<u>L01DB01</u>	<u>1</u>	<u>DOXORUBICIN, 注射劑, 10.00 MG</u>
<u>5</u>	<u>epirubicin</u>	<u>L01DB03</u>	<u>1</u>	<u>EPIRUBICIN, 注射劑, 10.00 MG</u>
			<u>2</u>	<u>EPIRUBICIN, 注射劑, 20.00 MG</u>
			<u>3</u>	<u>EPIRUBICIN, 注射劑, 50.00 MG</u>
<u>6</u>	<u>eribulin</u>	<u>L01XX41</u>	<u>1</u>	<u>ERIBULIN, 注射劑, 1.00 MG</u>
<u>7</u>	<u>irinotecan</u>	<u>L01CE02</u>	<u>1</u>	<u>IRINOTECAN, 注射劑, 40.00 MG</u>
			<u>2</u>	<u>IRINOTECAN, 注射劑, 100.00 MG</u>
<u>8</u>	<u>melfhalan</u>	<u>L01AA03</u>	<u>1</u>	<u>MELPHALAN, 一般錠劑膠囊劑, 2.00 MG</u>
			<u>2</u>	<u>MELPHALAN, 注射劑, 50.00 MG</u>
<u>9</u>	<u>mitomycin c</u>	<u>L01DC03</u>	<u>1</u>	<u>MITOMYCIN C, 注射劑, 10.00 MG</u>
<u>10</u>	<u>oxaliplatin</u>	<u>L01XA03</u>	<u>1</u>	<u>OXALIPLATIN, 注射劑, 50.00MG</u>
			<u>2</u>	<u>OXALIPLATIN, 注射劑, 100.00 MG</u>
			<u>3</u>	<u>OXALIPLATIN, 注射劑, 200.00 MG</u>
<u>11</u>	<u>pemetrexed</u>	<u>L01BA04</u>	<u>1</u>	<u>PEMETREXED, 注射劑, 100.00 MG</u>
			<u>2</u>	<u>PEMETREXED, 注射劑, 500.00MG</u>
<u>12</u>	<u>tegafur</u> <u>(ftorafur)</u>	<u>L01BC03</u>	<u>1</u>	<u>TEGAFUR (=FTORAFUR), 一般錠劑膠囊劑, 200.00 MG</u>
<u>13</u>	<u>temozolomide</u>	<u>L01AX03</u>	<u>1</u>	<u>TEMOZOLOMIDE, 一般錠劑膠囊劑, 20.00 MG</u>
			<u>2</u>	<u>TEMOZOLOMIDE, 一般錠劑膠囊劑, 100.00 MG</u>
<u>14</u>	<u>topotecan</u>	<u>L01CE01</u>	<u>1</u>	<u>TOPOTECAN, 注射劑, 4.00 MG</u>
<u>15</u>	<u>vinorelbine</u>	<u>L01CA04</u>	<u>1</u>	<u>VINORELBINE, 一般錠劑膠囊劑, 20.00 MG</u>
			<u>2</u>	<u>VINORELBINE, 一般錠劑膠囊劑, 30.00 MG</u>
			<u>3</u>	<u>VINORELBINE, 一般錠劑膠囊劑, 80 MG</u>
			<u>4</u>	<u>VINORELBINE, 注射劑, 10.00 MG</u>
			<u>5</u>	<u>VINORELBINE, 注射劑, 50.00 MG</u>

註¹：liposome(微脂體)製劑以及複方藥品除外。

註²：試辦期間，本計畫藥品成分如有新暫予收載或異動之藥品項目，保險人於每月 25 日公告健保用藥品項查詢及異動檔於中央健康保險署全球資訊網。