



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 3 次
會議資料

114 年 9 月 25 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 3 次會議議程

壹、主席致詞

貳、確認上次會議紀錄，請參閱(不宣讀)

第 01 頁

參、優先討論事項

分項頁碼(總頁碼) 預估時間
(分鐘)

一、增修「非侵入式區域腦／身體血氧飽和監測」等 33 項診療項目案。	優討 1-1 (P19)	70

肆、報告事項

一、歷次會議決議事項辦理情形。	報 1-1 (P121)	10
二、新增「急診、急救責任醫院及護理支付標準扣合指標」案。	報 2-1 (P127)	15
三、修訂「全民健康保險急診品質提升方案」案。	報 3-1 (P135)	10
四、增修「重大外傷緊急手術及麻醉費加成」案。	報 4-1 (P161)	10
五、修訂「全民健康保險門診靜脈抗生素治療獎勵方案」案。	報 5-1 (P213)	10
六、修訂「全民健康保險乳癌醫療給付改善(P4P)方案」案。	報 6-1 (P227)	15
七、新增「全民健康保險高血脂醫療給付改善方案」案。	報 7-1 (P239)	15

伍、討論事項

一、新增「全民健康保險週日及國定假日輕急症中心(UCC)試辦計畫」案。	討 1-1(待補) (P273)	30
二、修訂「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」案。	討 2-1 (P275)	15

三、 修訂「全民健康保險慢性阻塞性肺病(COPD)醫療給付改善方案」案。	討 3-1 (P317)	15
四、 修訂「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)」案。	討 4-1 (P445)	15

陸、臨時動議

柒、散會

貳、確認本會議 114 年度第 2 次

會議紀錄

-請參閱(不宣讀)確認

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」

114 年第 2 次會議紀錄

時 間：114 年 6 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(下午 2 時至 5 時 30 分由陳副署長亮妤代理)

紀錄：林香君

侯代表重光	侯重光	吳代表清源	吳清源
黃代表雪玲	黃雪玲	黃代表啓嘉	黃啓嘉
林代表富滿	林富滿	李代表飛鵬	李飛鵬
游代表進邦	游進邦	徐代表邦賢	徐邦賢
李代表佳珂	李佳珂	羅代表界山	羅界山
陳代表志忠	陳志忠	劉代表淑芬	劉淑芬
劉代表碧珠	劉碧珠	李代表懿軒	李懿軒
嚴代表玉華	嚴玉華	朱代表世瑋	朱世瑋
羅代表永達	羅永達	李代表承光	李承光
謝代表景祥	謝景祥	林代表桂美	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	(請假)	呂代表正華	呂正華
王代表宏育	蔡昌學(代)	林代表恩豪	林恩豪
黃代表振國	黃振國	蔡代表麗娟	蔡麗娟
賴代表俊良	洪德仁(代)	洪代表芳明	洪芳明
顏代表鴻順	顏鴻順	施代表壽全	施壽全
陳代表俊良	陳俊良		

列席單位及人員：

中華民國醫師公會全國聯合會	吳韻婕、蘇慧珂、謝沁妤
台灣醫院協會	王秀貞、林佩菽、吳心華、 賴彥伶、顏正婷
中華民國藥師公會全國聯合會	陳暘
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	賴信亨
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
台灣神經學學會	廖泓鋒、陳嘉泓、蘇真真
台灣血栓暨止血學會	王士忠
中華民國高壓暨海底醫學會	黃坤崙
社團法人台灣分子醫學會	曾欽元
中華民國血液及骨髓移植學會	葉士芃
中華民國骨科醫學會	陳昆輝
中華民國骨質疏鬆症學會	黃駿豐
台灣家庭醫學醫學會	施錦泉
台灣愛滋病學會	林冠吟
台灣放射腫瘤學會	李欣倫、葉慧玲
社團法人台灣急診醫學會	李智晃
社團法人台灣腦中風學會	陳嘉泓
台灣胸腔及心臟血管外科學會	(請假)
社團法人台灣神經外科醫學會	黃子芬
台灣基層糖尿病協會	陳宏麟、張嘉興
社團法人中華民國糖尿病學會	沈克超
財團法人糖尿病關懷基金會	林怡君
台灣感染症醫學會	黃景泰
臺灣大學醫學院	沈麗娟

財團法人醫藥品查驗中心

張慧如、黃郁庭、黃婷伊、
陳詠晴、林鈺婷、侯宗盈、
黃昭仁

衛生福利部疾病管制署

李品慧、黃薰瑩

衛生福利部社會保險司

白其怡

衛生福利部全民健康保險會

邱臻麗、黃文瑤、劉于鳳

本署副署長室

陳亮好

本署醫審及藥材組

張淑雅、許明慈、蕭似帆、
張家綺

本署醫務管理組

劉林義、黃珮珊、陳依婕、
黃瓊萱、王智廣、柯丞芳、
陳世卿、曾琬茜、林香君、
黃胤學、施沂廷、黃思瑄、
高嘉慧、高翊庭、楊閨璘、
何懿庭、邱宜婷、周筱妘、
陳姿吟、蔡政伶、陳聿萱、
宋思嫻

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、優先討論事項

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（[詳附件 1](#)，P12-P23）。

說明：新增修訂重點如下：

(一)新增「多發性硬化症/視神經脊髓炎 EDSS 量表評估」(1,328 點)及「第十三因子測定」(2,084 點)等 2 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」，考量本項對緊急治療之病人有良好療效，放寬適用對象為急診與住院病人申報。

- (三)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)」，考量 IDH1 突變之急性骨髓性白血病病人目前無對應之檢驗，放寬適應症。
- (四)修訂第二部第二章第八節輸血及骨髓移植給付規定，以正名「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。
- (五)修訂 33064B「雙能量 X 光骨質密度檢查」，考量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，放寬適用對象。
- (六)修訂 14074C「HIV 病毒負荷量檢查」，依據衛生福利部疾病管制署及愛滋病學會說明建議，放寬適用範圍及執行頻率。
- (七)修訂「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，改列第二部第二章第七節第十五項神經外科手術章節，併配合修訂「區域聯防-提升急重症照護品質計畫」相關文字。
- (八)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，為符合國際臨床指引，放寬適用對象及明確規範申報醫院資格。
- (九)修訂 64285B「反置人工全肩關節置換手術」等 4 項支付規範文字，以明確支付規範。
- (十)修訂 02020B「緩和醫療家庭諮詢費」，放寬適用範圍，另改列第二部西醫第一章基本診療第九節「醫療照護諮詢費」。

決議：

- (一)有關「第二部第二章第八節輸血及骨髓移植給付規定」，照案通過，惟需後補相關診療項目成本分析表；14074C「HIV 病毒負荷量檢查」診療項目，限由感染科醫師開立檢驗，且須監測修訂後申報量。

- (二) 因學會表示 33143B「急性缺血性腦中風機械取栓術」，須再凝聚共識，爰先予撤案，並暫緩修訂對應之 47101B「急性缺血性腦中風處置費」。
- (三) 有關修訂 02020B「緩和醫療家庭諮詢費」，因執行場域及申報次數規範仍有疑義，建議明確定義後再議，暫保留。
- (四) 有關 36022B、36023B 中文名稱修訂為「乳癌術後低分次照射(無)合併局部加強照射放射治療」，另支付規範敘明如不符合國健署「通過癌症診療品質認證醫院名單」，如不符資格之院所，須向健保署提出申請，再由學會訪視認證。
- (五) 其餘照案通過。

肆、報告事項：

一、歷次會議決議事項辦理情形。

決定：

- (一) 因應行政院人事行政總處發布新增 114 年 12 月 25 日為國定假日，原訂是日下午 2 時召開本會議第 4 次會議，調整為 114 年 12 月 18 日同時段辦理。
- (二) 其餘項目洽悉。

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（[詳附件 2](#)，P24-P53）。

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。
- (二) 114 年 7-12 月適用之相對權重統計結果案，標準給付額(SCR)為 51,951 點。

決定：洽悉，實施時程依程序報請衛生福利部核定。

三、修訂「區域聯防-提升急重症照護品質計畫」案（[詳附件 3](#)，P54-P68）。

說明：計畫修訂重點如下：

(一)原計畫名稱「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」修正為「區域聯防-提升急重症照護品質計畫」。

(二)刪除實施期間、2014 年版之主、次診斷碼。

(三)主責醫院須於每年度 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。

(四)支付方式：

1. 同一疾病不得重複申報本計畫與「全民健康保險急診品質提升方案」。
2. 修訂 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。

決定：洽悉。

四、修訂轉診支付標準案（[詳附件 4](#)，P69-P72）。

說明：為落實推動分級醫療，調整轉診相關獎勵點數如下：

(一)鼓勵下轉及接受下轉：

- 1.新增 00193C「接受下轉門診診察費加算」支付點數 500 點。
- 2.「辦理轉診費_回轉及下轉」：新增 00192A「-使用保險人電子轉診平台」診療項目，限「醫學中心/區域醫院」下轉或回轉至「地區醫院/基層診所」申報，支付點數 700 點；修正 01034B「使用保險人電子轉診平台」適用層級，以及刪除 01035B「未使用保險人電子轉診平台」診療項目。

(二)「辦理轉診費_上轉」：修正 01036C「-使用保險人電子轉診平台」，支付點數由 250 點調降為 150 點，以及刪除 01037C「未使用保險人電子轉診平台」診療項目。

(三)修訂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	

決定：洽悉，並於施行半年後分析相關執行成果。

五、修訂西醫基層總額「相對合理門診點數給付方案」案。

說明：

(一)以醫師歸戶後申報西醫基層總額門診費用計算折付點數，並核扣診所之申報費用，折付方式如下：

醫師每月申報點數	折付方式
220 萬 1 點~240 萬點	超過部分點數*0.8
240 萬 1 點~260 萬點	超過部分點數*0.6
超過 260 萬 1 點	超過部分點數*0.4

(二)經提報西醫基層總額 114 年第 2 次研商議事會議，建議「西醫基層相對合理門診點數給付原則」之醫師及診所折付方式，不適用地區包含山地離島、醫不足及醫缺地區，並排除 B、C 肝藥費等政策鼓勵項目、專款項目及預防保健等代辦案件，另建議公告日期至實施日期保留 3 個月緩衝。

決定：考量基層糖尿病協會等團體，建議排除糖尿病、慢性腎臟病論品質支付方案等政策鼓勵之慢性病照護，本署將重新試算相關費用後，再提會討論。

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（[詳附件 5，P73-P75](#)）。

說明：新增計畫重點如下：

(一)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。

(二)收案條件：病情穩定（如無重大併發症風險）且無須住院之肺炎、尿路感染、軟組織感染、骨髓炎、脊椎感染、敗血性關節炎、心內膜炎、術後感染、醫療器材相關感染病人。

(三)給付項目：

1.門診靜脈抗生素治療處置費（天）：

(1) 每天注射 1 次 1,031 點；注射 2 次以上 1,234 點。

(2) 每次療程不得超過 5 天。

(3) 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、檢驗費及藥費。

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) 每次療程中應確實掌握病人治療情形，並於病歷記載。

決議：照案通過，另本署將參酌代表建議調整療程及部分負擔相關細節。

二、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)住院護理費 25 億元—「護理人員調薪」指標

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 11 億元—「急診」相關指標

1. 指標一：急診病人轉出率（排除以電子轉診平台下轉至他院急診或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%。如未達標，則以下列指標認定：
 - (1) 「急診轉住院人次較去年同期增加」或
 - (2) 「急診病人停留超過 24 小時人次較去年同期下降」。

(三)急救責任醫院 6 億元—「加護病房」相關指標

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)離島急診案件 0.33 億元—觀察指標為「急診病人後送比率」。

決議：因護理全聯會就護理人員調薪定義仍有疑義，請該會將修訂意見函送本署，另開會凝聚共識。

三、修訂「全民健康保險遠距醫療給付計畫」案（詳附件 6，P76-P101）。

說明：修訂重點如下：

(一)取消會診科別限制：

原限眼科、耳鼻喉科、皮膚科等 7 科，改為「不限制會診科別」，惟須符合該地區內設置該專科別院所不足 3 家之條件。

(二)新增實施場域：

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。

(三)調升在地院所門診診察費加成：

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原按申報點數加計 10%，調升至 30%。

(四)上述調整推估全年增加 1.2 億點，將依程序報衛生福利部核定。

決議：通過。

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（[詳附件 7](#)，P102-P107）。

說明：修訂重點如下：

(一)為支持藥品多元供應，以強化藥品供應韌性，保障病人用藥權益，自 113 年 7 月 1 日起推動鼓勵使用生物相似藥品。為進一步推動使用學名藥，本次計畫修訂擴大納入癌症化學治療之學名藥計有 15 個成分，期待實行後能提升醫令量占率達 70%。

(二)本計畫學名藥獎勵措施包含處方開立獎勵及藥費差額回饋。「處方開立獎勵費」由醫院總額及西醫基層總額之「醫療給付改善方案」專款項下支應。

決議：通過。

陸、臨時動議：無。

柒、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：增修「非侵入式區域腦／身體血氧飽和監測」等 33 項診療項目案。

說明：

一、依據本署 105 年第 5 次、113 年第 8 次、114 年第 1 次、114 年第 3 次、114 年第 5 次、114 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（下稱專諮會議）、114 年 9 月 4 日全民健康保險醫療服務暨特殊材料專家諮詢會議（下稱材項專諮會議）、114 年 6 月份特殊材料專家諮詢會議（下稱特材專諮會議）、114 年乳癌專家小組第 3 次、第 4 次討論會議暨 114 年 7 月 10 日全民健康保險涉急診、護理、緩和醫療及西醫基層政策研議溝通會議決議辦理（**附件 1，頁次優討 1-11～1-36**）。

二、新增「非侵入式區域腦／身體血氧飽和監測」等 11 項，推估約增加財務支出 674.84 百萬點，重點說明如下（**附件 2，頁次優討 1-37～1-41**）：

（一）新增「非侵入式區域腦／身體血氧飽和監測」，詳表一序號 1（**附件 2，頁次優討 1-37**）：

1. 依 105 年第 5 次、114 年第 5 次專諮會議決議（**附件 1，頁次優討 1-11～1-12、頁次優討 1-19～1-24**），腦部血氧監測為心血管手術（尤其是心肺移植手術）中，影響手術操作與判斷之關鍵監測工具，為確保病人能獲得最佳術中監測與照護，爰建議新增。
2. 財務評估：建議支付點數 13,976 點，統計 109 年至 113 年符合適用範圍之門、住診手術人次，並以平均申報人次

16,439 次及執行比率 90%計算，推估 114 年約 14,795 人次，增加財務支出約 206.77 百萬點。

(二) 新增「關節鏡下旋轉肌腱破裂縫合術」、「關節鏡下肩關節盂唇修補手術（單一部位肩盂唇修補）」，詳表一序號 2~3（附件 2，頁次優討 1-37）：

1. 依 114 年第 5 次專諮會議決議（附件 1，頁次優討 1-19~1-24），關節鏡術式較傳統手術有傷口較小、住院天數較短等優點，且現行以傳統手術碼合併申報關節鏡手術之方式易致疑義，爰建議新增。
2. 會後提案單位將住院醫師及護理人員耗用時間下修為 210 分鐘，並同步調整房屋耗用時間。
3. 財務評估：

(1) 關節鏡下旋轉肌腱破裂縫合術：建議支付點數 42,337 點，本項係以對應傳統手術碼 64244B 併 64122B 或 64121B 申報，統計 111 年至 113 年申報醫令量，並以替代率 70%、年成長率 6.03%計算，推估 114 年執行 7,997 次，扣除替代後增加財務支出約 154.10 百萬點。

(2) 關節鏡下肩關節盂唇修補手術（單一部位肩盂唇修補）：建議支付點數 41,679 點，本項係以對應傳統手術碼 64244B 併 64219B 申報，統計 111 年至 113 年申報醫令量，並以替代率 80%、年成長率 10.05%計算，推估 114 年執行 561 次，扣除替代後增加財務支出約 10.88 百萬點。

(3) 綜上，合計約增加財務支出 164.98 百萬點。

(三) 新增「內視鏡及透視鏡導引腸胃道金屬支架置放術」，詳表一序號 4（附件 2，頁次優討 1-37~1-38）：

1. 依 114 年第 6 次專諮會議決議 (附件 1, 頁次優討 1-25~1-28), 本項對應之特殊材料「十二指腸支架」已納入健保給付, 惟現行無對應診療項目, 爰建議新增。

2. 財務評估: 建議支付點數 27,537 點, 統計 113 年健保特材申報量並以年成長率 10%計算, 推估 114 年執行 402 次, 扣除替代後增加財務支出約 4.70 百萬點。

(四) 新增「經靜脈心臟再同步治療裝置植入術」, 詳表一序號 5 (附件 2, 頁次優討 1-38):

1. 依材項專諮會議決議 (資料後補), 心臟再同步治療裝置 (CRT), 可改善心衰竭病人預後、提升生活品質、降低死亡率, 爰建議新增。

2. 財務評估: 建議支付點數 53,950 點, 統計 110 年至 112 年 CRT 申報量 539 次, 並以年平均成長率 1.81%及執行比率 50%計算, 推估 114 年執行 280 次, 扣除替代後增加財務支出約 12.03 百萬點。

(五) 新增「植入式心臟節律器參數程控調整作業」及「植入式心臟去顫器或再同步治療參數程控調整作業」, 詳表一序號 6~7 (附件 2, 頁次優討 1-38):

1. 依材項專諮會議決議 (資料後補), 為確保植入式心臟節律器 (PM)、心臟去顫器 (ICD) 及再同步治療 (CRT) 裝置正常運作, 並藉定期參數檢查與調整降低是類病人嚴重中風發生率, 爰建議新增。

2. 財務評估:

(1) 植入式心臟節律器參數程控調整作業: 建議支付點數 556 點, 以 110 年至 112 年人工心律調節器特材申報量及成長率 5.6%推估新植入人數, 及以裝置植入後歷年存活率推估累積植入人數, 合計約 52,109 人, 並以執行比

率 83%、每年執行 2 次計算，推估 114 年執行人次約 86,501 次，增加財務支出約 48.09 百萬點。

(2) 植入式心臟去顫器或再同步治療參數程控調整作業：建議支付點數 822 點，以 110 年至 112 年心臟去顫器或再同步裝置特材申報量及成長率 2.6%推估新植入人數，及以裝置植入後歷年存活率推估累積植入人數，合計約 8,508 人，並以執行比率 83%、每年執行 4 次計算，推估 114 年執行人次約 28,247 次，增加財務支出約 23.22 百萬點。

(3) 綜上，合計增加財務支出約 71.31 百萬點。

(六) 新增「非侵入性連續性血壓及血液動力學目標導向監護治療」，詳表一序號 8（附件 2，頁次優討 1-38~1-39）：

1. 依 113 年第 8 次、114 年第 1 次、114 年第 3 次專諮會議（附件 1，頁次優討 1-13~1-14、頁次優討 1-15~1-16、頁次優討 1-17~1-18）及材項專諮會議決議（資料後補），本項指套監測用於中度休克病人，能即時監測病人心輸出量，並減輕執行侵入式測定之風險，爰建議新增。
2. 財務評估：建議支付點數 11,467 點，統計 110 年至 112 年急診及加護病房使用侵入式測定治療之人數，並以年平均成長率及提案單位建議執行比率計算，推估 114 年申報量約 17,303 次。以前述 8 成病人執行本項並扣除替代後推估，增加財務支出約 109.66 百萬點。

(七) 新增「低度生物等效劑量質子放射治療」等 3 項，詳表一序號 9~11（附件 2，頁次優討 1-39~1-41）：

1. 依材項專諮會議決議（資料後補），質子治療用於兒童癌症具有有效性及安全性，且其副作用低於傳統治療方式，爰建議新增（HTA 報告如附件 3，頁次優討 1-60~1-69）。

2. 財務評估：

- (1) 低度生物等效劑量質子放射治療：建議支付點數 676,111 點，參考徵詢學會及專家推估每年執行質子治療之兒童人數 37 人，並以每年最多執行 1 次療程推估，增加財務支出約 25.02 百萬點。
- (2) 中度生物等效劑量質子放射治療：建議支付點數 1,030,540 點，參考徵詢學會及專家推估每年執行質子治療之兒童人數 62 人，並以每年最多執行 1 次療程推估，推估增加支出約 63.89 百萬點。
- (3) 高度生物等效劑量質子放射治療：建議支付點數 1,266,499 點，參考徵詢學會及專家推估每年執行質子治療之兒童人數 13 人，並以每年最多執行 1 次療程推估，推估增加支出約 16.46 百萬點。
- (4) 綜上，合計增加財務支出約 105.37 百萬點。

三、修訂 33146B「磁振造影使用 Primovist 造影劑加計」等 12 項，推估約增加財務支出 76.14 百萬點，重點說明如下（**附件 2，頁次優討 1-42～1-46**）：

（一）修訂 33146B「磁振造影使用 Primovist 造影劑加計」，詳表二序號 1（**附件 2，頁次優討 1-42**）：

1. 依 114 年第 5 次專諮會議決議（**附件 1，頁次優討 1-19～1-24**），PIVKA-II 檢測近期引進電子化學發光免疫測定法（ECLIA），其 sensitivity 和 specificity 表現均優於化學發光免疫測定法（CLIA），爰建議納入。
2. 財務評估：本項係依臨床需求增列支付規範中，PIVKA-II 參考值之單位，不影響執行人數，爰不增加財務支出。

（二）修訂 59009B-59010B「肢體壓傷伴有創傷性出血」，詳表二序號 2～3（**附件 2，頁次優討 1-42**）：

1. 依 114 年第 5 次專諮會議決議(附件 1, 頁次優討 1-19~1-24), 執行 59009B、59010B 者多屬緊急且有截肢風險之病人, 惟其現行支付規範與臨床實務不符, 且項目名稱易誤解, 爰建議修訂中文名稱並新增 59009B 適用範圍。
2. 財務評估: 本案僅修訂中文名稱及明確規範適用範圍, 爰不增加財務支出。

(三) 修訂 27052C「攝護腺特異抗原」併同修訂 12081C「攝護腺特異抗原(EIA/LIA 法)」, 詳表二序號 4~5(附件 2, 頁次優討 1-42~1-43):

1. 依 114 年第 6 次專諮會議決議(附件 1, 頁次優討 1-25~1-28), 現行支付規範未明確定義「攝護腺特異抗原(PSA)」執行頻率及游離型 PSA(Free PSA)適用範圍, 易致申報及審查端疑義, 爰建議修訂。
 2. 財務評估:
 - (1) 統計 111 年至 113 年男性病人(不分年齡)27052C 之申報量及成長率 3.8%, 並以申報量增加 15%計算, 推估 114 年申報量增加 11,875 次, 增加財務支出約 4.75 百萬點。
 - (2) 統計 111 年至 113 年男性病人(不分年齡)12081C 之申報量及成長率 9.3%, 並以申報量增加 15%計算, 推估 114 年申報量增加 156,644 次, 增加財務支出約 62.66 百萬點。
 - (3) 綜上, 合計約增加財務支出 67.40 百萬點(醫院 59.69 百萬點、西醫基層 7.71 百萬點)。
- (四) 修訂 84038B「人工電子耳(人工耳蝸植入術)」, 詳表二序號 6(附件 2, 頁次優討 1-43):

1. 依材項專諮會議決議（資料後補），國際指引已將人工電子耳植入條件放寬至 70 分貝以上，並考量單側全聾病人臨床需求，爰建議分齡修訂本項適用範圍。
2. 財務評估：參考徵詢專家推估每年增加執行本項病人 171 人計算，增加財務支出約 5.85 百萬點。

(五) 修訂 68060B「經導管二尖瓣緣對緣修補術」，詳表二序號 7（附件 2，頁次優討 1-44～1-45）：

1. 依材項專諮會議決議（資料後補），配合本項搭配特材給付規定修訂，建議修訂本項適用範圍。
2. 財務評估：本次修訂係明確適用範圍，爰不增加財務支出。

(六) 修訂「急性缺血性腦中風機械取栓術」，詳表二序號 8～9（附件 2，頁次優討 1-45）：

1. 考量本項屬手術性質，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. 承上，配合本項移列至手術章節，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「急性缺血性腦中風機械取栓術」醫令量，並以年平均成長率 27.16% 計算，推估增加財務支出約 2.71 百萬點。

(七) 修訂 36022B「乳癌術後低分次照射合併局部加強照射放射治療」等 2 項，詳表二序號 10～11（附件 2，頁次優討 1-45～1-46）：

1. 依 114 年乳癌專家小組第 3 次及第 4 次討論會議決議(附件 1，頁次優討 1-32~1-35)，為符合國際臨床指引，刪除本項禁忌症規範。
 2. 財務評估：本項係放寬適用範圍與傳統放射線治療一致，使乳癌病人有多種治療選擇，爰不增加財務支出。
- (八) 修訂 56037B「深度腦核電生理定位」，詳表二序號 12 (附件 2，頁次優討 1-46)：
1. 依 114 年 6 月 26 日特材專諮會議決議 (附件 1，頁次優討 1-29~1-31)，將「深層腦部刺激器 (DBS)」擴大適用於「18 歲以上無法以抗癲癇藥控制病情之頑固型癲癇病人，且亦無法以切除手術改善或曾以癲癇切除手術治療失敗」者，爰併同修訂本項支付規範。
 2. 財務評估：統計 113 年 18 歲以上病人「刺激迷走神經治療系統 (VNS)」使用量 54 組，並參考學會建議執行比率 15%，推估執行人數約 9 人，增加財務支出約 0.18 百萬點。

四、修訂 02020B「緩和醫療家庭諮詢費」及 02028C「預立醫療照護諮商費」，推估約增加財務支出 28 百萬點，說明如下 (附件 4，頁次優討 1-70~1-71)：

- (一) 考量居家照護及住宿型機構病人接受緩和醫療家庭諮詢需求較高，爰將本項適用範圍擴大至「居家醫療照護收案對象」(包含支付標準第五部第一章居家照護、全民健康保險居家醫療照護整合計畫收案對象及全民健康保險在宅急症照護試辦計畫等)。
- (二) 承上，02020B「緩和醫療家庭諮詢費」修訂後，居家照護病人得申報本項，爰建議由原支付標準章節第二部第一章第

二節「住院及急診觀察床診察費」，調整並新增至同部章第九節「醫療照護諮詢費」。

(三) 財務評估：以 113 年申報 02020B 使用安寧療護服務者，其前一年內未申報 02020B 且有使用居家照護服務之人數及成長率 26.1%，推估 114 年執行人數 12,034 人，扣除替代並依平均申報件數 1.1 件計算，增加財務支出約 28 百萬點。

(四) 另因 02028C「預立醫療照護諮商費」自 114 年 5 月 1 日起放寬適用對象至門診病人，爰配合移列至第二部第一章新增之第九節「醫療照護諮詢費」，不增加財務支出。

五、修訂第二部第二章第一節第二十四項伴隨式診斷等 8 項支付規範文字，不增加財務支出，重點說明如下（**附件 2，頁次優討 1-47～1-48**）：

(一) 修訂第二部第二章第一節第二十四項伴隨式診斷通則等 2 項，詳表三序號 1～2（**附件 2，頁次優討 1-47**）：為明確支付標準規範，爰增訂「上傳截止日為申報日之次月月底之日」文字，併同修訂同部章節第二十五項次世代基因定序通則，並增列因特殊理由未於期限內上傳者，可檢具理由補上傳，推估不增加財務支出。

(二) 修訂 47101B「急性缺血性腦中風處置費」，詳表三序號 3（**附件 2，頁次優討 1-47**）：配合「急性缺血性腦中風機械取栓術」移至手術章節，修訂支付規範文字，不增加財務支出。

(三) 修訂 03053B「核醫病床-病房費」等 4 項，詳表三序號 4～7（**附件 2，頁次優討 1-47～1-48**）：「行政院原子能委員會」自 112 年 9 月 27 日起改制為核能安全委員會，爰配合修訂支付規範文字為「原子能業務主管機關」，不增加財務支出。

(四) 修訂 47107B「成功移除長期留置鼻胃管並恢復經口進食」，詳表三序號 8 (附件 2，頁次優討 1-48)：考量鼻胃管移除涉及跨專業團隊之評估與複雜照護，為確保病人於吞嚥訓練期間及恢復經口進食階段之安全，爰建議於本項照護團隊人員增列「小兒復健科專科醫師」及「營養師」。本項僅修訂支付規範文字，不增加財務支出。

六、預算來源：

(一) 新增修訂「非侵入式區域腦／身體血氧飽和監測」等 31 項，推估增加財務支出約 750.98 百萬點（醫院 743.27 百萬點、西醫基層 7.71 百萬點），由 114 年醫院及西醫基層總額之「新醫療科技」項下新增修診療項目預算支應 (附件 5，頁次優討 1-72～1-76)。

(二) 修訂 02020B「緩和醫療家庭諮詢費」診療項目，推估增加支出約 28 百萬點，由 114 年其他預算「居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務」項下預算支應。

擬辦：本案經討論後如獲同意，增修支付標準表如附件 6 (頁次優討 1-77～1-99)，並依程序報請衛生福利部核定後公布實施。

決議：

105 年度第 5 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」

會議紀錄

時 間：105 年 7 月 6 日(星期三)上午 9 時 30 分

地 點：中央健康保險署 9 樓第 1 會議室

主 席：龐組長一鳴（代理）

紀錄：張淑雅

出席人員：略。

出席單位及人員：略。

列席單位及人員：略。

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄：請參閱（不宜讀）確認。

參、報告事項：略。

肆、討論事項：

二、台灣麻醉醫學會新增診療項目「非侵入式區域腦/身體血氧飽和監測」乙案。

討論重點：

- （一）與會專家表示，術中有 1%-5% 的機率會產生中風，本項新增診療項目之目的，是經由及時且連續監測腦部血氧飽和度，可以及早發現及時給予適當處置，確保病患術中安全。
- （二）台灣神經外科醫學會專家也表示，除了提案單位建議適應症（體外循環的開心手術及缺血性中風的相關手術）外，腦神經外科的手術也很需要這類監測確保手術安全。
- （三）惟有數位專家指出，2 位書面審查專家不同意新增本項診療項目，且本項診療項目為貼片方式其置放的位置為額頭（為腦額葉處），屬表淺監測，當產生變化代表一定有問題、無變化不一定沒問題、有問題也不代表可以及時給予有效處置。

(四) 按查醫學中心公開自費醫療價格自 980 元至 30,000 萬元等資料，其自費價格差異甚大。

(五) 再查美國及日本支付情形，並無相關資料，惟考量檢附相關文獻中 2013 American Society of ExtraCorporeal Technology Standards and Guidelines for Perfusion Practice 將執行心肺繞道手術時，應該使用腦氧監測儀器，應有臨床使用功能。

結論：綜上討論後建議事項如下：

(一) 請台灣麻醉醫學會提供下列資料後，再提至本會討論。

1. 本項成本效益評估，請學會提供實際數據相關資料（如降低住院天數、合併症等），本署協助共同進行分析。
2. 建議適應症：朝嚴謹訂定為原則。請提案單位再補充相關臨床實證或已具臨床治療指引適應症等資料。

(二) 建議專科別：與會專家建議增列神經外科執行，建議修正為「麻醉科、心血管外科、重症醫學科、胸腔暨重症醫學科、神經外科及加護醫學科」。

(三) 建議支付點數：與會專家討論建議按本署依 100 年調查成本參數及 102 年 4 月「特殊材料專家諮詢會議」決議之特材費用，進行校正後為 7,886 點（其中內含 5,000 點為過程面特材費用）另有議價空間。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：105 年 6 月 8 日(星期三)上午 12 時 10 分。

113 年第 8 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」

會議紀錄

時間：113 年 11 月 13 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：陳亮妤副署長

紀錄：顏其敏

出席專家：略。

請假專家：略。

列席單位及人員：略。

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄：確認。

參、報告事項：略。

肆、討論事項：

一、新增「非侵入性連續性血壓及血液動力學目標導向監護治療」診療項目案。

討論重點：

(一)提案單位：

1. 本項為新型監測方式，單價較高，應有適當之紀錄方能申報，以避免浮濫使用。
2. 本項儀器於輕、中度病人準確度較高，建議於使用規範敘明清楚；若為嚴重、晚期等病人，則較不適合使用。

(二)與會學會：

1. 於臨床文獻本項動脈壓力、心輸出量轉換率較不準確，若未來需取代臨床檢測，準確度需提升，即使只有些微差異，也會影響後續的判斷及治療。
2. 本項監測工具，可減輕醫護人員負擔，且較無感染風險，予以支持；費用部分，提案單位建議支付一萬多點(含耗材費用)，惟耗材 3 日更換 1 次，建議分開支付，另建議開放急診使用，及早

治療病人。

- (三) 與會專家：建議明確訂定應記錄之血液動力學監測項目，另囿於本項用於嚴重病人準確度降低，建議需訂定支付規範，以利醫療院所遵循，並確認同次住院僅給付一次，是否表示病人於急診或 ICU 僅可擇一使用。另建議預估急診與 ICU 的使用量，以利了解財務影響之衝擊。

結論：決議暫保留，本項指套監測用於重症病人之準確度似有不足，僅適用早期、輕中度病人且具財務衝擊風險，故請提案單位修正適應症後再議。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：下午 12 時 15 分。

114 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：114 年 1 月 22 日上午 9 點 30 分

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主持人：陳院長文鍾

紀錄：陳姿吟

出席專家：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：

一、專家諮詢會議未結案件辦理追蹤進度表。

決定：洽悉。

肆、討論事項：

二、建議新增「非侵入性連續性血壓及血液動力學目標導向監護治療」

討論重點：

(一)提案單位表示，依據前次會議決議建議增列適應症以明確適用範圍，並需搭配監測後續治療計畫(Protocol)來引導正確申報。

(二)與會學會表示：

- 1.適應症所列「高風險病人」應明確定義。
- 2.若不得併報侵入性處置監測項目，如病情惡化時醫師將無項目申報。
- 3.建議可考量限中度或重度急救責任醫院才能執行。

(三)與會專家表示：

- 1.急診、ICU 各有使用需求及考量治療連續性，建議提案單位與相關學會討論適應症並訂定共識。
- 2.內含醫材費用占整體比重甚高，建請健保署與指套特材廠商討

論降價可行性。

結論：決議暫保留，考量財務衝擊，請提案單位與各相關學會討論限縮於較具給付效益之適應症及支付規範並重新計算財務影響，再提會討論。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：下午 12 時 13 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：(*視訊與會)：略。

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄：確認。

參、報告事項：

一、專家諮詢會議未結案件辦理追蹤進度表。

決定：洽悉。

肆、討論事項：

七、新增「非侵入性連續性血壓及血液動力學目標導向監護治療」診療項目案。

討論重點：

(一)提案單位表示，依據各學會建議已將適用範圍進行更適切的限縮，建議新增以幫助臨床上有需要的病人。

(二)與會學會表示：

1. 心臟學會：適用輕度病人或急性心臟衰竭不適用侵入性檢測者，可以密切監測病況，提供後續治療指引。

2. 重症醫學會：支持新增，建議初步限縮於 5 項高風險病人範圍(高風險手術、加護病房(ICU)、高風險內科疾病、急診與創傷、麻醉與鎮靜監測)。

3. 急診醫學會：本項以輕度或中度病人為給付重點，排除重度病人，並優先給付於急診或加護病房場域，再依輕度或中度明列適應症。

(三)與會專家表示，建議先敘明適應症，加護病房病人幾乎皆符合適應症；而透析中低血壓不會使用本項，美國 CMS 也不給付醫師費用。建議本項與侵入性監測應規範擇一申報。

結論：經與會學會及專家討論後，本案尚需凝聚共識，請提案單位就適用範圍、合宜的場域(建議先聚焦於加護病房無法使用傳統侵入性監測之病人)、後續轉診執行侵入性與非侵入性診療項目是否互斥或可併行、申報頻率等問題先進行溝通討論，並重新計算財務衝擊後，再行提會討論，決議暫保留。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：下午 12 時 35 分。

114 年第 5 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」

會議紀錄

時間：114 年 7 月 10 日上午 9 點 30 分

地點：台北市信義路 3 段 140 號 9 樓第一會議室

主持人：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：

一、修訂 33146B「磁振造影使用 Primovist 造影劑加計」診療項目案

討論重點：

(一)提案單位表示：

1. 針對 PIVKA-II 檢測，電子化學發光免疫測定法(ECLIA，新檢測方法)與化學發光免疫測定法(CLIA，既有檢測方法)兩者之測定原理及單位不同，因此結果無法換算。目前亞太跟歐盟之治療指引中，皆採用 CLIA 之 40mAU/mL 作為判讀閾值。
2. 近期於 2024 年之大規模研究中，已引進 ECLIA 測定方法，閾值為 28.4ng/mL，其敏感度(sensitivity)和特異度(specificity)皆超過 80%，標記表現優於 CLIA 測定方法。

(二)與會學會表示：

1. 消化系外科學會同意修訂，增列新的檢測閾值。
2. 介入放射線醫學會同意修訂，不應因檢測方法不同有健保上之給付差異。

結論：建議修訂 33146B 支付規範之適應症文字：肝癌高危險病人(含肝癌根治性治療後)合併 AFP>100ng/ml，或 AFP>20ng/ml 且一年內呈現二倍以上上升趨勢，或 PIVKA-II(>40mAU/mL，或>28.4ng/mL) 腫瘤標記上升，惟超音波、電腦斷層未偵測到肝癌。

四、修訂 59009B-59010B「肢體壓傷伴有創傷性出血」中文名稱及適應症。

討論重點：

- (一)提案單位表示，建議修訂中文名稱為「肢體壓傷伴有創傷性『缺』血」，並新增 59009B 相關適應症，包含經 59010B 治療後可直接執行，及申報時應檢附 Gustilo/HSS score 或 MESS/HSS score，並檢附處置前後照片備查。
- (二)與會學會表示，一致認為應刪除兩項服務之事前審查，特別考量臨床病況相當緊急，建議取消事前審查以簡化流程並應對緊急需求；惟若申報量難以計算，則尊重提案單位維持事前審查。
- (三)與會專家表示：
 - 1. 若取消事前審查，59010B 之申報量及財務衝擊難以估算。
 - 2. 現事前審查有緊急送件之機制存在，緊急情況下，署方仍可受理並核定申請。

結論：建議修訂診療項目如下：

(一)59009B 診療項目：

- 1. 中英文名稱：肢體壓傷伴有創傷性缺血 50 呎/120 分(Crush injury with acute traumatic Ischemia)
- 2. 支付規範：
 - (1)須符合以下條件之一：
 - i. 必須遲延之病人。
 - ii. 無法輸血之病人。

iii. 無法外科治療之病人。

iv. 經緊急適當處置(如：血管腔內手術 Endovascular surgery、血管重建、血管修復、血管繞道、血管吻合、血管內取栓、暫時性血管架接術、筋膜切開減壓手術、清創及其他)後或 59010B 治療後仍療效不佳病人。

(2) 申報時需檢附肢體處置前後照片備查

3. 支付點數：2,400 點。

(二)59010B 診療項目：

1. 中英文名稱：肢體壓傷伴有創傷性缺血 33 呎/90 分(Crush injury with acute traumatic Ischemia)

2. 支付規範：維持需事前審查。

六、新增「非侵入式區域腦／身體血氧飽和監測」診療項目案

討論重點：

(一)提案單位表示：

1. 腦部血氧監測於心血管手術中具重要性，尤其是葉克膜及心肺移植等重大手術中，為影響手術操作與判斷之關鍵術中監測工具，期望能將此技術納入給付，確保病人能獲得最佳術中監測與照護。
2. 健保校正後支付點數偏低，當初成本分析為 18,000 點以上，期爭取更合理給付。
3. 當 V-A ECMO 由心血管外科執行時，會在加護病房或手術室外進行，更符合目前臨床實際情況。

(二)與會專家表示：

1. 目前提案將 ECMO 執行醫師限定為麻醉科醫師，ECMO 實際應用場域亦涵蓋加護病房，且緊急情況下胸腔重症醫師也會執行，

爰建議應移除此限制，或註明「由實際執行 ECMO 醫師亦可申報」，以符合臨床實務。

2. 各醫學中心之自費價格約落在 9,000 到 14,000 元，本署校正結果為 13,000 多點相對公允。考量本案財務影響大，建議限縮給付範圍，以確保真正幫助到有需求臨床情境。
3. 校正之支付點數近一半係醫材費用，需審慎思考在扣除醫材成本後，整體效益是否仍值得投入如此龐大健保資源；建議再考量與醫材廠商協商議價空間及醫院總額預算是否有餘裕。

結論：建議新增診療項目如下：

(一) 中英文名稱：非侵入式區域腦/身體血氧飽和監測(Non-Invasive Regional Cerebral/Somatic Oximetry Monitoring)

(二) 支付規範：

1. 適用範圍：

- (1) 心臟手術，包含心瓣膜置換術、心瓣膜附屬組織之修整、心中膈成形術、心房及心室中膈修補、冠狀動脈繞道術。
- (2) 頸動脈手術。
- (3) 心臟、肺臟及肝臟移植手術。

2. 支付規範：

- (1) 限麻醉科專科醫師執行。
- (2) 執行頻率：每次手術限申報一次。
- (3) 申報時應檢附麻醉紀錄單或監測報告。

3. 支付點數 13,976 點。

八、新增「關節鏡下旋轉肌腱破裂縫合術—簡單」、「關節鏡下肩關節盂唇修補手術（單一部位肩盂唇修補）」診療項目案

討論重點：

- (一) 提案單位表示，傳統手術碼在合併申報時較易混淆，且支付點數

已不敷使用；此外，關節鏡術式較傳統手術有住院天數較短等優點。

(二)與會專家表示：

1. 針對旋轉肌肌腱縫合之支付規範，建議應明確界定其適用範圍，特別是肌腱斷裂長度之下限。提案中提到「單條小於 5 公分」之肌腱斷裂，尚須釐清是否意指此範圍之任何長度斷裂皆可進行縫合手術，或存有較小的或不適合縫合之尺寸限制。
2. 雖微創手術等新技術對病人和醫師都有益處，但其高昂之耗材費用對健保財務具有一定程度衝擊。因此，相關技術是否納入給付，建議從「must have」或「nice to have」去考量。

結論：建議新增診療項目如下：

(一)同意新增「關節鏡下旋轉肌腱破裂縫合術」

1. 中英文名稱：關節鏡下旋轉肌腱破裂縫合術(Arthroscopic rotator cuff repair)
2. 支付規範：
 - (1) 適用範圍：肩旋轉肌袖破裂(ICD-10-CM：M75.1 或 S46.0)。
 - (2) 申報時應檢附關節鏡下手術照片。
 - (3) 不得同時申報項目：64243B、64244B。
 - (4) 本項不含氣化棒之費用。
3. 支付點數：47,777 點。

(二)同意新增「關節鏡下肩關節盂唇修補手術(單一部位肩盂唇修補)」

1. 中英文名稱：關節鏡下肩關節盂唇修補手術(單一部位肩盂唇修補)(Arthroscopic labrum repair-simple)
2. 支付規範：
 - (1) 適用範圍：肩旋轉肌袖破裂肩盂唇破裂(ICD-10-CM：S43.0)。申報時應檢附關節鏡下手術照片。

(2) 不得同時申報項目：64243B、64244B。

(3) 本項不含氣化棒之費用。

3. 支付點數：48,578 點。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：下午 12 時 13 分。

衛生福利部中央健康保險署

114 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：114 年 8 月 14 日上午 9 點 30 分

地點：本署 9 樓第一會議室

主持人：陳院長文鍾

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：

一、專家諮詢會議未結案件辦理追蹤進度表。

決定：洽悉。

肆、討論事項：

三、修訂 27052C「攝護腺特異抗原（PSA）」診療項目案

討論重點：

（一）提案單位表示：

1. 攝護腺癌的早期病程通常沒有明顯症狀，因此單靠 DRE(肛門指診)或超音波檢查很難早期發現。當 DRE 能觸摸到異常時，通常已進展至第二期或更晚期；而超音波能觀察到病灶時，也多已是第三期，因此 PSA 在攝護腺癌的診斷具關鍵角色。
2. 為確保泌尿科及家醫科醫師在使用 PSA 時能有所依循，建議制定更明確的支付規範；並非建議單純的篩檢納入健保給付，而是期藉由支付規範化，提升診斷的效率與品質，為使支付標準更具

邏輯性，建議將「50 歲以上」的規定移至支付標準的最後部分。

3. 游離型 PSA(Free PSA)應與總 PSA 同步檢測，不宜單獨申報，以確保診斷數據的完整性與準確性。

(二)與會學會表示，建議目前系統中 PSA 和 PSA(EIA/LIA 法)這兩個檢驗應合併為一個項目代碼，以避免臨床醫師在填寫病歷或醫囑時感到困惑，不清楚兩者之間究竟有何區別。

(三)與會專家表示：

1. 為避免攝護腺特異抗原(PSA) 檢測被視為篩檢項目，應在支付標準中明確定義其使用頻率。
2. 建議 PSA 及 PSA(EIA/LIA 法)可以合併成一個代碼，並且請明確定義 Free PSA 要使用的適用範圍。

結論：同意修訂，增列適用範圍以明確支付規範，供院所依循。另請提案單位通盤研議整合 free PSA、PSA 及 PHI 支付標準，再提會討論。

七、新增「內視鏡及透視鏡導引腸胃道金屬支架置放術」診療項目案

討論重點：

(一)提案單位表示：

1. 針對腸胃道狹窄的病人，置放金屬支架能有效改善生活品質並加速康復。這項技術目前健保雖已給付相關醫材，然尚無專屬技術費代碼可供申報，導致各醫院申報方式不一，部分使用「食道金屬支架」或「大腸金屬支架」技術費代碼，也有部分醫院採自費流程。
2. 此項技術的成本經核算約為新臺幣 27,000 元上下。由於該操作須在透視鏡下執行，複雜度高於十二指腸相關手術，且需將透視鏡的成本納入考量，建議應儘速訂定獨立的技術費代碼，以利醫療院所申報並確保給付規範的一致性。

(二)與會學會表示：

1. 接受金屬支架置放術的病人預後通常不佳，此項主要目的在於改善病人的生活品質。為確保此技術能精確運用，建議將適應症條文訂定更為明確。
2. 由於消化外科醫學會的專科醫師主要執行外科手術，較少涉及內視鏡部分，對此項目持尊重內科專家意見的立場；而在給付限制方面，可比照現有的類似診療項目辦理。
3. 為提升醫療效率，建議不論是第一次或第二次置放金屬支架，都無需進行事前審查，因此類病人數量本就不多，且通常處於腹脹等緊急狀態，需要即時處理，事前審查恐延誤治療時機。

(三)與會專家表示，腸胃道金屬支架置放術之技術費與材料費應分開檢視，雖然此項技術的執行難度確實較高，尤其是在食道或大腸等部位，需搭配透視鏡輔助，但其核定的技術費用為新臺幣 27,520 元，加上已於 112 年核准通過的特殊材料費 44,589 元，此項治療的總費用達新臺幣 72,109 元；若消化系專家共識也認同此項治療的複雜性與其費用相符，亦予同意。

結論：同意新增，建議診療項目如下：

(一)中英文名稱：內視鏡及透視鏡導引胃與十二指腸金屬支架置放術
(Endoscopy and fluoroscopy guided metallic gastroduodenal stent placement)

(二)支付規範：

1. 適用範圍須符合下列所有條件：

(1) ICD-10-CM：C16.1、C16.2、C16.3、C16.4、C16.5、C16.6、C16.8、C16.9、C49.A2、C17.0、C23、C24.0、C24.1、C24.8、C24.9、C25.0、C25.1、C25.2、C25.4、C25.7、C25.8、C25.9。

(2) Stage III 或 IV 惡性腫瘤造成之胃出口狹窄，且一般胃鏡無法

通過者。

(3) 若後續治療計畫有放射治療者不適用。

2. 支付規範：

(1) 醫院條件：須有 Fluoroscopy 透視 X 光內視鏡室。

(2) 執行人員資格：限上消化道內視鏡（胃鏡）技術及游離輻射（X 光機）操作資格。

(3) 申報時病歷須檢附惡性胃出口阻塞的臨床佐證（內視鏡及影像學檢查資料）。

(4) 不得同時申報：47058B、49029B。

(三) 支付點數：27,520 點

伍、臨時動議：無。

陸、散會：下午 12 時 00 分。

114年6月份特殊材料專家諮詢會議紀錄

時 間：114年6月26日上午9時30分

地 點：衛生福利部中央健康保險署9樓第一會議室

主 席：林啟禎教授

紀錄：楊佩綺

出席人員：略

列席單位及人員：略

壹、主席致詞（略）

貳、討論提案

第2案：有關研議修訂「深層腦部刺激器」給付規定(I203-8)案，提請討論。

討論重點：

- (一) 建議廠商：美敦力醫療產品股份有限公司。
- (二) 本案係廠商來函表示現行治療頑固性癲癇健保特材為「刺激迷走神經治療系統(VNS)」，惟健保特材「深腦刺激器(DBS)」相較於 VNS 能顯著減少癲癇發作，具有較佳的療效，建議 DBS 及其相關組件擴增給付規定用於治療頑固性癲癇。
- (三) 健保收載 DBS 共4類7品項，現行給付規定限用於原發性巴金森病、原發性肌張力不全及遲發性肌張力不全病人。查各品項仿單所載，僅「深層腦部刺激器(雙側/電池容量<6.3Ah)具附加功能」類收載之「“美敦力”貝思神經刺激器及其配件」1品項可用於18歲以上癲癇之輔助治療。
- (四) 台灣神經學學會代表表示：
 - 1. 癲癇是一個常見的疾病，以國內盛行率約有30%是藥物難治型癲癇，而當中又有15%~20%的病人使用目前的藥物和手術仍無效，臨床需要一個新的治療選項，倘 DBS 可以擴增適應症，對於這類癲癇病人是一個福音。

2. 建議參考 VNS 給付規定，擴增 DBS 給付規定用於無法以抗癲癇藥控制病情的頑固型癲癇病人，且亦無法以切除手術改善或曾以癲癇切除手術治療失敗。
 3. 現行已有許多國際期刊及臨床文獻顯示 DBS 治療頑固性癲癇的療效，考量其手術難度與 VNS 不同，且需要立體定位技術執行，爰僅約 VNS 使用量的15%，一年10組左右。另 VNS 與 DBS 放置位置和作用原理不同，兩者是可以互補的，有的病人裝置 VNS 會有強烈的副作用，此時臨床會建議病人更換為 DBS。爰並非完全取代 VNS。
- (五) 社團法人台灣神經外科醫學會代表表示：本學會原建議用於特定癲癇病人如多灶性或廣泛性癲癇病人等，但考量到特定癲癇難以明確定義，建議給付規定內容同神經學學會意見，而病人是否符合適應症再由特殊審查的專家去討論共識。
- (六) 本會議與會專家表示：依神經學學會意見，本案倘擴增 DBS 給付規定用於治療頑固性癲癇病人，並不會完全取代 VNS 的使用，應屬新增關係。
- (七) 健保署說明：
1. 經統計113年18歲以上 VNS 使用量計54組，以15%計算 DBS 新增使用量約8組，與神經學學會推估使用量相近。
 2. 考量建議擴增 DBS 給付規定係參考現行 VNS 給付規定，包括「須完成個案登錄系統基本資料登錄」，爰後續將與相關醫學會再確認 DBS 用於治療頑固性癲癇之個案登錄系統建置內容。

結論：

- (一)建議於「深層腦部刺激器」給付規定(I203-8)第一條擴增適應症：無法以抗癲癇藥控制病情的頑固型癲癇病人，且亦無法以切除手術改善或曾以癲癇切除手術治療失敗：
1. 頑固型癲癇病人定義：已服用或曾服用二種以上具適應症並已達有效劑量之抗癲癇藥物至少一年以上，仍無法控制發作。
 2. 限18歲以上使用。
 3. 電池更換給付標準：附上前兩年之臨床癲癇控制情況病歷相關資料，用於佐證有持續使用之必要。

4. 須完成個案登錄系統基本資料登錄並需特殊審查(包含首次植入電池與更換電池)。

5. 限搭配「深層腦部刺激器(雙側/電池容量<6.3Ah)具附加功能」使用。

(二)預估使用量：10組。

(三)附帶決議：本案增列適應症用於頑固性癲癇病人，涉診療項目56037B「深部腦核電生理定位」支付規範，爰送請本署醫務管理組研處，後續與本案給付規定併同修訂。

參、臨時動議：無

肆、散會：下午12時00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

**全民健康保險涉急診、護理、緩和醫療及西醫基層政策研議
溝通會議 會議紀錄**

時 間：114 年 7 月 10 日（四）下午 3 時

地 點：本署 18 樓大禮堂（台北市大安區信義路三段 140 號）

主 席：石署長崇良

紀錄：何懿庭

壹、主席致詞：略。

貳、討論事項：

三、修訂 02020B「緩和醫療家庭諮詢費」診療項目案

決議：

- (一) 考量居家照護及住宿型機構病人接受緩和醫療家庭諮詢需求較高，爰同意優先擴增至全民健保居家照護收案對象（含在宅及機構）為本項目適用對象，預算由健保總額其他部門預算支應。
- (二) 本案將依程序續提至本署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。
- (三) 另 02028C「預立醫療照護諮商費」自 114 年 5 月起開放至西醫基層適用，由西醫基層總額「強化基層照護能力及『開放表別』項目」支應。

參、臨時動議：無

肆、散會：下午5時50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 11 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*B-E ②A*B-D ③A*(E-D)+(A- B)*D ④A*B ⑤A*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)		
1	非侵入式區域腦／身體血氧飽和監測	腦部血氧監測於心血管手術中具重要性，尤其是葉克膜及心肺移植等重大手術中，為影響手術操作與判斷之關鍵術中監測工具，爰建議新增，確保病人能獲得最佳術中監測與照護。	<u>註：</u> <u>1.適用範圍：</u> <u>(1)心臟手術，包含心瓣膜置換術、心瓣膜附屬組織之修整、心中膈成形術、心房及心室中膈修補、冠狀動脈繞道術。</u> <u>(2)頸動脈手術。</u> <u>(3)心臟、肺臟及肝臟移植手術。</u> <u>2.支付規範：</u> <u>(1)限麻醉科專科醫師執行。</u> <u>(2)執行頻率：每次手術限申報一次。</u> <u>(3)申報時應檢附麻醉紀錄單或監測報告。</u>	13,976		13,976						14,795	206.77 ④ 註 1
2	關節鏡下旋轉肌腱破裂縫合術	傳統手術碼在合併申報時較易混淆，且支付點數已不敷使用；此外，關節鏡術式較傳統手術有住院天數較短等優點，爰建議新增。	<u>註：</u> <u>1.適用範圍：肩旋轉肌袖破裂(ICD-10-CM：M75.1 或 S46.0)。</u> <u>2.申報時應檢附關節鏡下手術照片。</u> <u>3.不得同時申報項目：64243B、64244B。</u> <u>4.本項不含氣化棒之費用</u> <u>5.一般材料費及高壓沖洗套管，得另加計百分之四十五。</u>	29,198	45%	42,337	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	23,734	70%	8,569	6,360	118.32
							64122B	肩旋轉袖破裂修補術 — 大破裂					① 註 2
							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	20,474	70%	2,339	1,637	35.79
							64121B	肩旋轉袖破裂修補術 — 小破裂					① 註 2
3	關節鏡下肩關節盂唇修補手術（單一部位肩盂唇修補）		<u>註：</u> <u>1.適用範圍：肩旋轉肌袖破裂肩盂唇破裂(ICD-10-CM：S43.0)。</u> <u>2.申報時應檢附關節鏡下手術照片。</u> <u>3.不得同時申報項目：64243B、64244B。</u> <u>4.本項不含氣化棒之費用。</u> <u>5.一般材料費及高壓沖洗套管，得另加計百分之四十三。</u>	29,146	43%	41,679	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	22,287	80%	637	561	10.88
							64219B	復發性肩關節前脫臼，開放性復位及關節囊成形術					① 註 2
4	內視鏡及透視鏡導引腸胃道金屬支架置放術	本項對應之特殊材料「十二指腸支架」已納入健保給付，為利院所申報一致性且此項執行難度較高，爰建議新增。	<u>註：</u> <u>1.適用範圍須符合下列所有條件：</u> <u>(1)ICD-10-CM：C16.1、C16.2、C16.3、C16.4、C16.5、C16.6、C16.8、C16.9、C49.A2、C17.0、C23、C24.0、C24.1、C24.8、C24.9、C25.0、C25.1、C25.2、C25.4、C25.7、C25.8、C25.9。</u> <u>(2)Stage III 或 IV 惡性腫瘤造成之胃出口狹窄，且一般胃鏡無法通過者。</u> <u>(3)若後續治療計畫有放射治療者不適用。</u> <u>2.支付規範：</u> <u>(1)醫院條件：須有 Fluoroscopy 透視 X 光內視鏡室。</u>	15,384	79%	27,537	47058B	食道內金屬支架置放術	15,839	100%	402	402	4.70 ① 註 3

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)		
			<u>(2)執行人員資格：限上消化道內視鏡（胃鏡）技術及游離輻射（X 光機）操作資格。</u> <u>(3)申報時病歷須檢附惡性胃出口阻塞的臨床佐證（內視鏡及影像學檢查資料）。</u> <u>(4)不得同時申報：47058B、49029B。</u> <u>3.一般材料費，得另加計百分之七十九。</u>										
5	經靜脈心臟再同步治療裝置植入術	相較於最佳藥物治療，現有實證支持心臟再同步治療裝置（CRT），可使心衰竭病人之預後獲得改善，提升生活品質，並降低其死亡率，現行本項雖可比照傳統項目進行申報，然無法充分反映本項在臨床上所需耗用之醫療人力成本及資源，爰建議新增。	<u>註：</u> <u>1.適用範圍：須符合全民健康保險特殊材料給付規定 B103-2 或 B104-1 所訂之適應症、禁忌症等之相關規定。</u> <u>2.限心臟內科、心臟外科、小兒心臟科專科醫師執行。</u> <u>3.申報時須檢附裝置左心室導線過程之 X 光、裝置導線之數值報告及放置完成的 X 光、二至三條導線之數值報告。</u> <u>4.置換心臟再同步治療裝置（CRT）者，以 68041B 申報。</u> <u>5.不得同時申報 68041B。</u> <u>6.一般材料費，得另加計百分之七。</u>	50,421		53,950	68041B	插入或置換永久性節律器—多導線	10976	100%		280	12.03 ①註 4
6	植入式心臟節律器參數程控調整作業	為確保植入式心臟節律器 (PM)、心臟去顫器 (ICD) 及再同步治療 (CRT)裝置正常運作，定期參數檢查與調整可即時發現裝置異常。此類病人屬中風之高風險群，藉由早期發現與適當處置，可大幅降低嚴重中風事件的發生率，爰建議新增。	<u>註：</u> <u>1.適用範圍：植入心臟節律器之病人</u> <u>2.支付規範：</u> <u>(1)執行人員：心臟內科、心臟外科醫師、小兒心臟科專科醫師</u> <u>(2)執行頻率：每年二次，因疾病須執行 MRI 或手術者，得再申報一次。</u> <u>(3)申報時應檢附：裝置讀值報告，內容包括電池剩餘壽命、導線狀況（電阻、感應、閥值）、調節器設定模式、心律不整紀錄、程控操作報告摘要。</u>	556		556						86,501	48.09 ④ 註 5
7	植入式心臟去顫器或再同步治療參數程控調整作業	件的發生率，爰建議新增。	<u>註：</u> <u>1.適用範圍：植入心臟去顫器(ICD)及再同步治療(CRT)裝置之病人</u> <u>2.支付規範：</u> <u>(1)執行人員：心臟內科、心臟外科醫師、小兒心臟科專科醫師</u> <u>(2)執行頻率：每年四次，因疾病須執行 MRI 或手術者，得再申報一次。</u> <u>(3)申報時應檢附：裝置讀值報告，內容包括電池剩餘壽命、導線狀況（電阻、感應、閥值）、調節器設定模式、心律不整紀錄、程控操作報告摘要。</u>	822		822						28,247	23.22 ④ 註 6
8	非侵入性連續性血壓及血液	本項指套監測用於中度休克病人，能即時監測病人之心輸出量，減輕醫護	<u>1.適用範圍：</u> <u>符合休克（ ICD-10-CM ：R57.0、R57.1、R57.8）、敗血性休克（ ICD-10-CM ：R65.21）病人須符合下列各種情況：</u>	11,467		11,467	47012B 47015B 47036B	周邊動脈導管置入術 中央靜脈導管置入術 順流導管插管術	842 1470 2525	100% 100% 100%		13,842	109.66

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)		
	動力學目標導向監護治療	人力執行侵入式測定之風險，爰建議新增。	(1)急診或加護病房內休克病人： MAP < 65 mmHg 且乳酸值 > 2 mmol/L。 (2)已接受適當治療後仍持續休克，定義為以下任一情形： A. 已接受足量輸液治療 (>30 mL/kg) B. 需使用 Norepinephrine 連續輸注劑量介於 0.05–0.15 mcg/kg/min 以維持血壓。 (3)排除以下任一情況之病人 A. 重度休克：需使用 Norepinephrine 連續輸注劑量 > 0.15 mcg/kg/min。 B. 晚期休克：休克發生時間已超過 6 小時，自符合 MAP<65 mmHg 且乳酸值 > 2 mmol/L 時起算；或乳酸值>10 mmol/L。 C. 已置放動脈導管（arterial catheter）進行其他侵入性血流動力學監測。 2.支付規範： (1)須於病歷詳實記載符合上述納入條件，且無排除條件之理由，並記錄使用治療之情形與療效。 (2)住院期間限申報一次，且四十八小時內不得同時申報其他侵入性血流動力學監測。				18029B	心輸出量測定	1000	100%			註 7
							18030B	心輸出量測定第二次以後	100	100%			
							18046B	生物電抗非侵入式心輸出量及血流動力學監測	3322	100%			
9	低度生物等效劑量質子放射治療	質子治療於兒童癌症副作用低於傳統診療方式，且能提升病人生活品質，減輕年輕父母的經濟負擔，爰建議新增。	註： 1.限未滿十九歲者申報。 2.適用範圍：須符合下列任一條件： (1)威爾姆氏腫瘤(Wilms' Tumor)、何杰金氏淋巴瘤、神經母細胞瘤接受治癒性照射劑量。 (2)非屬上列疾病，以治療所需之生物等效劑量(Biological equivalent dose)於組織或腫瘤對劑量分次的敏感度 α/β=10 Gy 時小於 40 GyE(限 ECOG status≤2)。 3.支付規範： (1)須事前審查。 (2)執行頻率：每人每次原發性癌症一生限執行一次。 (3)採包裹式給付，當實際治療次數小於原療程計畫所訂治療次數時，則依原療程計畫所訂次數，按等比例核扣點數。 (4)不得同時申報 36001B～36024B、37006B～37030B、37046B、37047B。	676,111		676,111						37	25.02 ④ 註 8
10	中度生物等效劑量質子放射治療		註：1.限未滿十九歲者申報。2.適用範圍：須符合下列任一條件：(1)惡性軟組織肉瘤（除骨肉瘤外）、非何杰金氏淋巴瘤、生殖胚芽瘤(Seminoma or Germinoma)接受治癒性照射劑量。(2)非屬上列疾病，以照射治療所需之生物等效劑量(Biological equivalent dose)於組織或腫瘤對劑量分次的敏感度 α/β=10 Gy 時大於等於 40 GyE 而小於 72 GyE	1,030,540		1,030,540						62	63.89 ④ 註 8

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)		
			<u>(限健保申報欄位記載為 C、Ph 或 Pm，且 ECOG status≤2)。3.支付規範： (1)須事前審查。(2)執行頻率：每人每次原發性癌症一生限執行一次。(3)採包裹式給付，當實際治療次數小於原療程計畫所訂治療次數時，則依原療程計畫所訂次數，按等比例核扣點數。(4)不得同時申報 36001B～36024B、37006B～37030B、37046B、37047B。</u>										
11	高度生物等效劑量質子放射治療		<u>註：</u> <u>1.限未滿十九歲者申報。</u> <u>2.適用範圍：須符合下列任一條件：</u> <u>(1)中樞神經腫瘤需實施全顱脊髓照射者，或眼部腫瘤、骨肉瘤接受治療性照射劑量。</u> <u>(2)非屬上列疾病，以治療所需之生物等效劑量(Biological equivalent dose)於組織或腫瘤對劑量分次的敏感度 α/β=10 Gy 時大於等於 72 GyE。(限健保申報欄位記載為 C 或 Ph 且 ECOG status≤2。</u> <u>3.支付規範：</u> <u>(1)須事前審查。</u> <u>(2)執行頻率：每人每次原發性癌症一生限執行一次。</u> <u>(3)採包裹式給付，當實際治療次數小於原療程計畫所訂治療次數時，則依原療程計畫所訂次數，按等比例核扣點數。</u> <u>(4)不得同時申報 36001B～36024B、37006B～37030B、37046B、37047B。</u>	1,266,499		1,266,499						13	16.46 ④ 註 8
(1) 11 項新增項目 小計												合計	674.84

註：

註 1.統計 109 年至 113 年符合適用範圍之門、住診手術人次分別為 16,826、15,364、16,018、17,358、16,627 人次，以平均每年申報人次為 16,439 人次，約 90%病人執行本項，推估 114 年約 14,795 人次，增加財務支出約 206.77 百萬點。

註 2.(1)提案單位建議本項傳統項目為 64244B 合併申報 64122B 或 64121B，替代率均為 70%，113 年申報醫令量 8,569 及 2,339 筆，年成長率 6.03%及 0%，預估 114 年執行量 6,360[=8,569*(1+6.03%)*70%]及 1,637 筆 [=2,339*70%，扣除替代後推估增加財務支出約 154.10 百萬點[=6,360*(42,337-23,734)+1,637*(42,337-20,474)]。

(2)提案單位建議本項傳統項目為 64244B 併報 64219B，替代率為 80%，統計 111 至 113 年申報醫令量為 526、585、637 件，年成長率 10.05%，推估 114 年執行量 561 筆[=637*(1+10.05%)*80%，扣除替代後合計增加財務支出約 10.88 百萬點[=561*(41,679-22,284)]。

註 3.健保特材「十二指腸支架」於 112 年 12 月 1 日新增，統計 112 年及 113 年特材申報量分別為 15 件及 365 件，徵詢單位表示年成長率預估 10%合理，推估 114 年執行量 402 筆[=365*(1+10%)，扣除替代後合計增加財務支出約 4.70 百萬點[=402*(27,537-15,839)]。

註 4.統計 110 年至 112 年特材功能類別前 5 碼使用數量分析，擷取心房同步雙心室節律器（CRTP）（特材代碼前 5 碼 FHPHF）以及心臟再同步治療用去顫器（CRTD）（特材代碼前 5 碼 FHFCD）申報量總計為 520 次、530 次、539 次，以平均成長率約為 1.81%推估 114 年申報量約為 559 次，以上述特材申報量的 50%做為本項次數估計 114 年本項申報量約 280 次。

註 5.(1)以 110 年至 112 年人工心律調節器特材公開申報量，以 5.6%年成長率推估 114 年新裝植入式心律調節器人數為 8,660 人。

(2)以 114 年預估新植入人數為基礎，參考提案單位及徵詢單位與專家意見，推估 114 年累積植入人數（當年度新裝+歷年存活）為 52,109 人。

(3)參考徵詢學會及專家意見，設定病人回診率 80%、急診率 3%、執行頻率每年 2 次，推估 114 年執行人次為 86,501[=52,109*2*(80%+3%)]人次。

註 6.(1)以 110 年至 112 年心臟去顫器或再同步裝置特材公開申報量，以 2.6%年成長率推估 114 年新裝心臟去顫器或再同步裝置人數為 1,483 人。

(2)114 年預估新植入人數為基礎，參考提案單位及徵詢意見，設定心臟裝置植入後第 1 年至第 8 年之存活率，合計 114 年累積植入人數（當年度新裝+歷年存活）為 8,508 人。

(3)參考徵詢學會及專家意見，設定病人回診率 80%、急診率 3%、執行頻率每年 4 次，推估 114 年執行人次為 28,247[=8,508*4*(80%+3%)]人次。

註 7.(1)急診病人：統計 110 年至 112 年急診案件病人之主、次診斷符合提案單位建議兩項適應症（休克 R57.0、R57.1、R57.8、敗血性休克 R65.21），再依提案單位建議「須監測進階血液動力學（占 84~88%）且適用非侵入式監測（占 76~80%）」比率計算(休克 76%、敗血性休克 76%)，加計年平均成長率計算(休克 4%、敗血性休克 15%)，推估 114 年約有 9,180 人次執行本項。

(2)加護病房病人：統計 110 年至 112 年加護病床案件之主、次診斷符合建議兩項適應症（休克、敗血性休克）併申報 18029B、18030B「以動脈導管/中央靜脈導管置入術進行心輸出量測定」或 18046B「生物電抗非侵入式心輸出量及血流動力學監測」之特材及診療項目，加計年平均成長率（負成長以零成長計）計算 114 年約 8,123 人次使用本項。

(3)動脈導管置入術(特材 CBT07+診療項目 47012B)進行心輸出量測定，中央靜脈導管置入術(特材 CBT04、CBT05、CBT06+診療項目 47015B、47036B)進行心輸出量測定、動/靜脈導管置入術(特材 CBT02+診療項目 47012B、47015B)進行心輸出量測定。

(4)以前述 8 成病人使用本項並扣除替代後推估，增加財務支出約 109.66 百萬點。

註 8.統計 110 年至 112 年接受質子治療兒童族群成長率分別為低度 31.4%、中度 16.9%、高度 15.5%，參考學會及專家意見，推估 114 年執行人數分別約為低度 37 人、中度 62 人、高度 13 人，增加財務支出約 105.37 百萬點。

(1)低度質子治療：推估執行人數 37 人，增加財務支出約 25.02 百萬點[=676,111*37]。

(2)中度質子治療：推估執行人數 62 人，增加財務支出約 63.89 百萬點[=1,030,540*62]。

(3)高度質子治療：推估執行人數 13 人，增加財務支出約 16.46 百萬點[=1,266,499*13]。

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 12 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 替代 醫令 量	預估 全國執 行量 D	預估年增點數 (百萬點) E= ①A*D ②A*D-B*D
							編號	中文名稱	支 付 點數	醫令申報 量 C(113 年)			
1	33146B	磁共振造影使用 Primovist 造影劑加計	針對 PIVKA-II 檢測，電子化學發光免疫測定法與化學發光免疫測定法（CLIA）兩者之測定原理及單位不同，因此結果無法換算。近期於 2024 年之大規模研究中，已引進 ECLIA 測定方法，閾值為 28.4ng/mL，其 sensitivity 和 specificity 皆超過 80%，標記表現優於 CLIA 測定方法，建議納入。	註： 1.適應症須符合下列任一條件： (1)肝癌高危險病人（含肝癌根治性治療後）合併 AFP>100ng/ml，或 AFP>20ng/ml 且一年內呈現二倍以上上升趨勢，或 PIVKA-II（>40mAU/mL，或>28.4ng/mL）腫瘤標記上升，惟超音波、電腦斷層未偵測到肝癌。 (2)肝硬化或肝癌經治療後病人，電腦斷層顯示疑似肝腫瘤，但無法確診或排除肝癌。 2.每年以申報一次為限。 3.本項適用於磁共振造影。 4.本項不適用其他加成。 5.限放射診斷專科醫師執行。	5,686	5,686							不增加財務支出
2	59009B	肢體壓傷伴有創傷性缺血 50 呎/120 分	現行 59009B、59010B 支付規範與臨床實務不符，且語意易誤解，建議修訂中文名稱並新增 59009B 相關適應症；此類病人多屬緊急且有截肢風險，須儘施予高壓氧治療，以爭取黃金治療時間，以保留肢體並減少併發症。	註： 1. ~~須符合以下條件之一：59009B 限必須遲延或無法輸血或外科治療患者申報。~~ <u>(1)必須遲延之病人。</u> <u>(2)無法輸血之病人。</u> <u>(3)無法外科治療之病人申報。</u> <u>(4)經緊急適當處置(如：血管腔內手術 Endovascular surgery、血管重建、血管修復、血管繞道、血管吻合、血管內取栓、暫時性血管架接術、筋膜切開減壓手術、清創及其他)後或 59010B 治療後仍療效不佳病人。</u> 2. ~~申報時需檢附肢體處置前後照片備查 59010B 需專案報經保險人同意後實施。~~	2,400	2,400							不增加財務支出
3	59010B	肢體壓傷伴有創傷性缺血 33 呎/90 分		註： ~~1.59009B 限必須遲延或無法輸血或外科治療患者申報。~~ ~~2.59010B 需事前審查專案報經保險人同意後實施。~~	1,800	1,800							
4	27052C	攝護腺特異抗原	因現行支付標準未定本項之適應症範圍，致使醫師開立 PSA 檢查時遭核刪理由多為不需進行本項檢查，為明確標準，爰建議修訂支付規範	註： <u>1.適用範圍：</u> <u>(1)符合以下任一情形之五十歲以上男性或四十五歲以上有攝護腺癌家族病史男性，得每年檢測 PSA 一次：</u> <u>A.超音波檢查發現攝護腺腫大者。</u> <u>B.肛門指診發現攝護腺腫大、攝護腺硬塊或表面不規則。</u> <u>(2)PSA 值檢查異常者，一週後可再複檢一次，其後得每半年檢測 PSA 一次；PSA 值超過 10，得每三個月檢測 PSA 一次。</u> <u>(3)接受 5α-還原酶抑制劑療者，得每半年檢測 PSA 一次。</u> <u>(4)男性罹患排尿障礙。</u>	400	400				79,164	15%	11,875	4.75 ① 註 1

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 替代 醫令 量	預估 全國執 行量 D	預估年增點數 (百萬點) E= ①A*D ②A*D-B*D
							編號	中文名稱	支 付 點數	醫令申報 量 C(113 年)			
5	12081C	攝護腺特異 抗 原 (EIA/LIA 法)		<u>(5)因疾病接受睪固酮補充療法者應在第三、六、十二個月及之後每年檢測 PSA。</u> <u>(6)攝護腺癌確診後之評估與追蹤。</u> <u>2.不得同時申報 27052C。</u>	400	400				1,044,294	15%	156,644	62.66 ① 註 1
6	84038B	人工電子耳 手術(人工耳 蝸植入術)	為符合臨床實務需求、減輕病人經濟負擔，並切合國際指引，爰建議分齡放寬 84038B 適應症。	註： 限設有聽語復健治療團隊(包括耳鼻喉科專科醫師或復健專科醫師、聽力師、語言治療師等)之醫院申報，施行本項適應症如下： 1. ~~兒童(未滿十八歲)~~ <u>嬰幼兒(未滿二歲)</u> ： (1)兩耳聽力損失呈≥90dB HL (0.5、1、2、4K Hz)。 (2)先前使用助聽器三至六個月以上， ~~助聽後開放式語言測試得分(Speech perception score) < 50%，或是噪聲下語詞測驗得分(Word recognition score) < 30%~~ <u>聽能訓練後言語辨識或語言能力無進展。</u> (3)無手術植入電極之禁忌。 2.兒童 <u>(二歲以上)</u> 及成人 ~~(滿二歲以後)~~ ： (1) ~~學語後失聰且~~ 兩耳聽力損失呈≥70dB HL (0.5、1、2、4K Hz)。 (2)先前使用助聽器六個月以上，助聽後開放式語言測試得分(Speech perception score) < 50%， <u>或是噪聲下語詞測驗得分(Word recognition score) < 30%。</u> (3)無手術植入電極之禁忌。 <u>3.單耳全聾：</u> (1) <u>劣耳聽力損失呈≥80dB HL，優耳聽力損失呈<30dB HL (0.5、1、2、4K Hz)。</u> (2) <u>助聽後單字詞測試中得分低於或等於 5%，建議先前使用的跨傳助聽器(CROS)或其他合適的助聽器三個月以上的經驗。</u> (3) <u>無手術植入電極之禁忌。</u> <u>4.一般材料費及單次使用鑽頭，得另加計百分之六十九。</u>	34,223	34,223						171	5.85 ①註 2

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 替代 醫令 量	預估 全國執 行量 D	預估年增點數 (百萬點) E= ①A*D ②A*D-B*D
							編號	中文名稱	支 付 點數	醫令申報 量 C(113 年)			
7	68060B	經導管二尖瓣緣對緣修補術	本項搭配之特材價格昂貴，配合特材給付規定限縮本項適應症，建議修訂本項。	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 ≥ 0.7cm/Regurgitant volume ≥ 60 mL/Regurgitant fraction ≥ 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(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，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， <u>且有兩位心臟外科醫師判定手術風險高，無法接受傳統開心手術進行二尖瓣膜修補或置換</u> ：(a)手術後三十天死亡風險評估(STS score)，二尖瓣置換手術 <u>達 10%以上</u> ~~達 8%以上或二尖瓣修補手術達 6%以上~~ <u>或二尖瓣修補手術達 10%以上</u> 。(b)嚴重主動脈鈣化(Porcelain aorta)。(c)險惡性胸腔或肺功能不全： <u>FEV1<1 公升</u> 。(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) <u>達六個月以上</u> ，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%~~ <u>35%</u> 至 50%，左心室收縮末期直徑(LVESD) ≤ 70mm， <u>肺動脈收縮壓 ≤ 70mmHg</u> 。(2)二尖瓣膜結構須符合夾合器適用範圍。 <u>(3)有 New York Heart Association Function Class II-IV 之心衰竭症狀</u> 。(4)排除末期嚴重心臟衰竭、 <u>同時伴有嚴重主動脈瓣膜狹窄或閉鎖不全或嚴重三尖瓣膜閉鎖不全、接受惡性腫瘤化療</u> 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	99,428	99,428							不增加財務支出

序 號	診療 編號	名稱	修訂說明	適應症/相關規範	建議支 付點數 (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 替代 醫令 量	預估 全國執 行量 D	預估年增點數 (百萬點) E= ①A*D ②A*D-B*D
							編號	中文名稱	支 付 點數	醫令申報 量 C(113 年)			
8 9	~~33143B~~ 83106B	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註 3
10	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射(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。	~~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。~~ <u>1.2.</u> 本療程採包裹給付，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>2.3.</u> 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>3.4.</u> 本項原則限國民健康署公告「通過癌症診療品質認證醫院名單」申報，如不符資格之院所，須向保險人提出申請，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。	279,986	279,986							增列支付規範，不增加財務支出
11	36023B	乳癌術後低分次全乳照射無合併局	為符合國際臨床指引，放寬適用對象比照傳統放射(36011B~36013B)，	~~1.禁忌症： (1)淋巴結轉移。 (2)遠端轉移。~~	246,960	246,960							增列支付規範，不增加財務支出

序 號	診療 編號	名稱	修訂說明	適應症/相關規範	建議支 付點數 (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 替代 醫令 量	預估 全國執 行量 D	預估年增點數 (百萬點) E= ①A*D ②A*D-B*D
							編號	中文名稱	支 付 點數	醫令申報 量 C(113 年)			
		部加強照射 放射治療	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。	~~(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。~~ <u>1.2.本療程採包裹給付，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> <u>2.3.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>3.4.本項原則限國民健康署公告「通過癌症診療品質認證醫院名單」申報，如不符資格之院所，須向保險人提出申請，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>									
12	56037B	深度腦核電 生理定位	依 114 年 6 月 26 日特殊材料專家諮詢會議決議，將「深層腦部刺激器（DBS）」擴大適用於「18 歲以上無法以抗癲癇藥控制病情之頑固型癲癇病人，且亦無法以切除手術改善或曾以癲癇切除手術治療失敗」者，併同修訂本項支付規範	註：須符合下列條件之一： 1.治療巴金森病深腦刺激電極植入使用。 2.清醒開顱手術須符合下列事項： (1)須檢附術中電生理報告。 (2)不得同時申報支付標準編號 56018B。 (3)限神經外科、神經內科或復健科專科醫師施行。 3.原發性肌張力不全(Primary Dystonia)經藥物、肉毒桿菌注射等非手術治療一年以上無效者。 4.遲發性肌張力不全(Tardive dystonia)經藥物、肉毒桿菌注射等非手術治療一年以上無效者，且由二位以上神經外科、神經內科、小兒神經科或復健科專科醫師評估適合接受 DBS 治療，並經事前審查同意。 <u>5. 18 歲以上無法以抗癲癇藥控制病情的頑固型癲癇病人（已服用或曾服用二種以上具適應症並以達有效劑量之抗癲癇藥物至少一年以上，仍無法控制發作），且亦無法以切除手段改善或曾以癲癇切除手術治療失敗。</u>	20,081	20,081					9	0.18 ① 註 4	
13.49													

註：

註 1.(1)統計 111 年至 113 年申報 27052C 之男性病人（不分年齡）申報量為 70,726 次、73,818 次及 76,245 次，以成長率 3.8%推估 114 年本項申報量為 79,164 次，根據專家學會意見，本項修訂後約增加 10%至 20%，以 15%計算推估 114 年申報量約增加 11,875 次[79,164*15%=11,874.6]，推估增加財務支出約 4.75 百萬點。[11,875*400=4,750,000]

(2)統計 111 年至 113 年申報 12081C 之男性病人（不分年齡）申報量為 799,714 次、891,563 次及 955,418 次，以成長率 9.3%推估 114 年本項申報量為 1,044,294 次，根據專家學會意見，本項修訂後約增加 10%至 20%，以 15%計算推估 114 年申報量約增加 156,644 次[1,044,294*15%=156,644.1]，推估增加財務支出約 62.66 百萬點。[156,644*400=62,657,600]

(3)綜上，合計約增加財務支出 67.40 百萬點（醫院及西醫基層分別為 59.69 百萬點、7.71 百萬點）。

註 2.(1)統計 109 年至 113 年申報 84038B 人數，以成長率 1.24%推估 114 年本項執行人數為 231 人[=229*(1+1.24%)]，分析申報 84038B 人數以及專家意見，嬰幼兒(未滿二歲)以及兒童(滿二歲)及成人推估修定後平均將增加 127 人。

(2)單耳全聾增訂，根據專家意見，推估平均約增加 44 人執行。

(3)綜上，根據申報 84038B 人數以及專家意見，針對個別適應症分類之預估人數計算各分類增加人數平均值，合計推估修定後將增加 171 人[=127+44]申報此項，總計約增加支出 5.85 百萬點[=34,223*171]。

註 3.113 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]。

註 4.統計 113 年 18 歲以上病人「刺激迷走神經治療系統（VNS）」使用量 54 組，並參考學會建議執行比率 15%，推估執行人數約 9 人，增加財務支出約 0.18 百萬點[=20,081*54*15%]。

表三、114 年建議修訂醫療服務給付項目文字彙整表(計 8 項目)

序號	診療編號	名稱	修訂說明	適應症/相關規範	備註
1	-	「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第一節第二十四項 伴隨式診斷」通則	次世代基因定序相關檢查有少數各案因檢體品質不佳、報告經兩位醫師審閱後需再檢驗或檢驗系統設備維護更新等問題，無法於申報日後一個月內上傳結果，建議修訂支付標準次世代基因定序通則增加「惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳報告，可檢具理由後補上傳」避免醫院因逾期上傳結果致遭核扣。	本項各診療項目須按「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」格式，於檢驗（查）申報後一個月內上傳檢驗(查)結果報告，未上傳者本項不予支付， <u>前述上傳截止日為「申報日之次月月底之日」</u> ；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳報告，可檢具理由後補上傳。	
2	-	「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第一節第二十五項次世代基因定序」通則	題，無法於申報日後一個月內上傳結果，建議修訂支付標準次世代基因定序通則增加「惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳報告，可檢具理由後補上傳」避免醫院因逾期上傳結果致遭核扣。	一、各診療項目於檢測前，須於健保資訊網服務系統(VPN)取得 NGS 檢測編號，並於申報時應填報於醫令段「事前審查受理編號」欄位，未填報者不予支付。 二、各診療項目檢測結果須於申報後一個月內依指定格式上傳至保險人，未上傳者不予支付， <u>前述上傳截止日為「申報日之次月月底之日」；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳報告，可檢具理由後補上傳。</u>	
3	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。
4	03053B	核醫病床-病房費	修訂支付規範文字。	註：限 ~~行政院原子能委員會~~ <u>原子能業務主管機關</u> 安全檢查及游離輻射量合格之核醫病床申報。	修訂支付規範文字，不增加財務支出。
5	03099B	核醫病床-護理費（第一天）	修訂支付規範文字。	註：限 ~~行政院原子能委員會~~ <u>原子能業務主管機關</u> 安全檢查及游離輻射量合格之核醫病床申報。	修訂支付規範文字，不增加財務支出。
6	03054B	核醫病床-護理費（第二天起）	修訂支付規範文字。	註：限 ~~行政院原子能委員會~~ <u>原子能業務主管機關</u> 安全檢查及游離輻射量合格之核醫病床申報。	修訂支付規範文字，不增加財務支出。
7	26078A	鐳 223 治療處置費	修訂支付規範文字。	1.適應症：去勢抗性攝護腺癌（castration-resistant prostate cancer），合併有症狀的骨轉移且尚未有臟器轉移者（ICD-10-CM 診斷為 C61 攝護腺惡性腫瘤、C79.5 骨骼續發性惡性腫瘤）。2.執行頻率：每四週一次，每四週為一	修訂支付規範文字，不增加財務支出。

序號	診療編號	名稱	修訂說明	適應症/相關規範	備註
				療程，共六次療程。3.使用規範及人員資格： (1)操作人員： A.核子醫學科專科醫師。 B.受過核子醫學相關訓練之醫事放射師。 C.受過核子醫學相關訓練之護理師。 (2)上開人員均應符合游離輻射防護法相關規定。 (3)特殊設備要求使用：經 ~~原子能委員會~~ <u>原子能業務主管機關</u> 評估可操作「鐳-223」之場所，須檢具放射性物質許可證。 (4)費用申報時須檢具癌症治療計畫書、治療去勢抗性攝護腺癌病歷紀錄及骨轉移之影像學報告等資料。4.本項不含鐳 223 注射液。	
8	47107B	成功移除長期留置鼻胃管並恢復經口進食	修訂支付規範文字。	1.適應症（須符合下列各項條件）： (1)因腦中風、神經疾病、頭頸部癌症、喉部疾病、老年退化、結構異常等原因，導致吞嚥功能障礙而置入鼻胃管長期留置達三個月以上者。 (2)恢復以口進食並有相關評估紀錄且未重置鼻胃管一個月以上。 2. 限<u>由</u>復健科、耳鼻喉科、神經科、小兒神經科、<u>小兒復健科</u>專科醫師或→牙醫師，及語言治療師<u>與營養師組成之照護團隊</u>執行及申報。 3.本項限由執行吞嚥等口腔功能訓練且成功移除長期留置鼻胃管之照護團隊人員申報。 4.申報頻率：每人每年同一傷病限申報一次。	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(參數校正)

☐現有項目
☒新增項目

項目名稱：非侵入式區域腦／身體血氧飽和監測

提案單位：台灣麻醉醫學會

錄案編號：1091057

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	67	2,620	3,129
		2.住院醫師						
		3.護理人員	1		7.6	67	509	
		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
		酒精棉片	EA		0.2	6.0	1	8,633
		刀片	支		16.0	1.0	16	
		宜拉膠帶	卷		30.0	1.0	30	
		拋棄式腦血氧感應貼片	組		3,900.0	2.0	8,585	
							-	
							-	
							-	
						-		
	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
		腦血氧飽和監測儀	1,250,000	7	1.8	195	358	595
		小計						
		非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %					101	
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		
	8	90,298	50	0.02	180	3.1		
	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%						133	
直接成本合計								12,357
作業及管理費用(直接成本 × 13.1 %)								1,619
成本總計								13,976

003-1診療項目成本分析表(參數校正)

項目名稱：關節鏡下旋轉肌腱破裂縫合術

提案單位：台灣肩肘醫學會

錄案編號：111-1039

單位：元

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	180	7,038	20,625
	2.住院醫師		3		16.5	210	10,395	
	3.護理人員		2		7.6	210	3,192	
	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
	手術刀片#11	附表一(材 料)	支		1.5	2	3	12,917
	1500ML(0.9% SODIUM CHLORIDE軟袋)		袋		40.0	8	320	
	spinal needle		支		22.0	1	22	
	Ethibone No.2(不可吸收多股縫線)		組		499.0	2	998	
	2-0 Vicryl		條		87.0	1	87	
	3-0 尼龍線		條		32.0	1	32	
	suction bottle		個		56.0	2	112	
	suction tube		條		45.0	2	90	
	手術紀錄筆(雙頭)		支		19.0	1	19	
	旋轉肌腱縫合disposable needle		支		3,100.0	1	3,412	
	Disposable arthroscope cannula		支		1,380.0	1	1,519	
	Inflow Tube Set高壓沖洗套管		組		1,400.0	1	1,541	
	4.5. mm刮磨系統旋轉刀片		個		2,500.0	1	2,752	
	克菌寧殺菌液 2%		附表二		ml	3.0	120	
	Biocover滅菌一次性手術衣	附表三 (包布)	件	150.0	4	600		
	3M滅菌一次性U型鋪單		包	900.0	1	900		
手套	雙		15.0	10	150			
直 接 成 本	名 稱		取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	估用時間(分)	成本小計	合計成本
	1.手術台	附表四 (手術基本 設備)	770,000	7	1.1	180	204	
	2.手術燈*2		735,000	7	1.1	180	194	
	3.電燒車		249,000	7	0.4	180	66	
	4.CENTRA SUCTION		27,000	7	0.0	180	7	
	5.MYOSTAND-大		6,000	7	0.0	180	2	
	6.器械桌-大		6,000	7	0.0	180	2	
	7.器械桌-小		2,800	7	0.0	180	1	
	8.臉盆架		1,550	7	0.0	180	0	
	器械-52B01 Ortho Other 器械,52BRD3 RDD	附表五(器械-52B01 Ortho Other 器械,52BRD3 RDD)	183,738	7	0.3	180	49	3,695
	器械-52BB1 B包 ortho Basic 器械	附表五(器械-52BB1 B包 ortho Basic 器械)	119,500	7	0.2	180	32	
	器械-52BA1 Ortho A器械	附表五(器械-52BA1 Ortho A器械)	377,578	7	0.6	180	100	
	器械-52BSR3 Shoulder Repair 全欣	附表五(器械-52BSR3 Shoulder Repair 全欣)	475,516	7	0.7	180	126	

	Stryker攝錄系統		3,200,000	7	4.7	180	847
	Werewolf電燒系統		1,100,000	7	1.6	180	291
	Pump25幫浦系統		450,000	7	0.7	180	119
	威康Commad刨削系統		230,000	7	0.3	180	61
	肩關節手術頭架		99,000	7	0.1	180	26
	小計						2,125
	非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %						601
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	
	28	3,584,000	50	0.69	210	145.2	
	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%						824
直接成本合計							37,237
作業及管理費用(直接成本×13.1%)							4,878
成本總計							42,115

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	20,625
B不計價材	12,917
C設備費+房屋折舊+維修費用	3,695
D作業及管理費用	4,878
E回推手術加成率=B/(A+C+D)	44.24%
F表定點數(A+C+D)	29,198
G手術加成率 =(E無條件進位)	45.00%
H支付點數(含一般材料費)四捨五 入	42,337

003-1診療項目成本分析表(參數校正)

項目名稱：關節鏡下肩關節盂唇修補手術（單一部位肩盂唇修補）

提案單位：台灣肩肘醫學會

錄案編號：111-1039

單位：元

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	180	7,038	20,625
	2.住院醫師		3		16.5	210	10,395	
	3.護理人員		2		7.6	210	3,192	
	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
	手術刀片#11		支		1.5	2	3	12,520
	1500ML(0.9% SODIUM CHLORIDE軟袋)		袋		40.0	10	400	
	Ethibone No.2(不可吸收多股縫線)		組		499.0	1	499	
	spinal needle		支		22.0	2	44	
	2-0 Vicryl		條		87.0	1	87	
	3-0 尼龍線		條		32.0	1	32	
	suction bottle		個		56.0	2	112	
	suction tube		條		45.0	2	90	
	手術紀錄筆(雙頭)		支		19.0	1	19	
	旋轉肌腱縫合disposable needle		支		3,100.0	1	3,412	
	Disposable arthroscope cannula		支		1,380.0	1	1,519	
	Infloow Tube Set高壓沖洗套管		組		1,400.0	1	1,541	
	4.5. mm刮磨系統旋轉刀片		個		2,500.0	1	2,752	
	克菌寧殺菌液 2%		ml		3.0	120	360	
	Biocover滅菌一次性手術衣		件		150.0	4	600	
	3M滅菌一次性U型鋪單		包		900.0	1	900	
	手套		雙		15.0	10	150	
直接成本	名稱		取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	估用時間(分)	成本小計	合計成本
	1.手術台		770,000	7	1.1	180	204	
	2.手術燈*2		735,000	7	1.1	180	194	
	3.電燒車		249,000	7	0.4	180	66	
	4.CENTRA SUCTION		27,000	7	0.0	180	7	
	5.MYOSTAND-大		6,000	7	0.0	180	2	
	6.器械桌-大		6,000	7	0.0	180	2	
	7.器械桌-小		2,800	7	0.0	180	1	
	8.臉盆架		1,550	7	0.0	180	0	
設備費用	器械-52B01 Ortho Other 器械,52BRD3 RDD		183,738	7	0.3	180	49	3,695
	器械-52BB1 B包 ortho Basic 器械		119,500	7	0.2	180	32	
	器械-52BA1 Ortho A器械		377,578	7	0.6	180	100	
	器械-52BSR3 Shoulder Repair 全欣		475,516	7	0.7	180	126	

	Werewolf電燒系統		1,100,000	7	1.6	180	291
	Pump25幫浦系統		450,000	7	0.7	180	119
	Stryker攝錄系統		3,200,000	7	4.7	180	847
	威康Conmad刨削系統		230,000	7	0.3	180	61
	肩關節手術頭架		99,000	7	0.1	180	26
	小計						2,125
	非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %						601
	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
		28	3,584,000	50	0.69	210	145.2
		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%					824
直接成本合計							36,840
作業及管理費用(直接成本×13.1%)							4,826
成本總計							41,666

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	20,625
B不計價材	12,520
C設備費+房屋折舊+維修費用	3,695
D作業及管理費用	4,826
E回推手術加成率=B/(A+C+D)	42.96%
F表定點數(A+C+D)	29,146
G手術加成率 =(E無條件進位)	43.00%
H支付點數(含一般材料費)四捨 五入 =F*(1+G)	41,679

003-1診療項目成本分析表(參數校正)

☐現有項目 ☒新增項目

項目名稱：經靜脈心臟再同步治療裝置植入術

提案單位：中華民國心律醫學會

錄案編號：1111005

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	240	9,384	17,088
		2.住院醫師	1		16.5	240	3,960	
		3.護理人員	1		7.6	240	1,824	
		4.醫事人員	1		8	240	1,920	
直接成本	不計價材料或藥品成本	品名	單位		單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計
		一般手套	雙		3.4	4	14	3,108
		無菌手套	雙		11.25	4	45	
		紙帽	個		1.45	3	4	
		手術衣	件		88	3	264	
		無菌機罩/燈罩	包		24	3	72	
		氧氣輸入管	個		5.4	1	5	
		心電圖貼片	片		1.5	4	6	
		電刀貼片	片		16.8	1	17	
		無菌治療巾	包		4.75	2	10	
		紙質血管攝影用大巾	包		295	1	295	
		棉棒	包		3.4	3	10	
		4X4紗布	包		7	2	14	
		消毒液	瓶		120	1	120	
		Op-site	片		7.7	2	15	
		0.9%N/S500cc/pack	袋		25	2	50	
		3cc 塑膠注射器帶針	支		1.35	1	1	
		10cc塑膠注射器帶針	支		2.3	2	5	
		20cc 塑膠注射器帶	支		2.4	1	2	
		18#針頭	支		0.4	1	0	
		電刀	支		41	1	41	
		外科刀片21#	包		1.33	1	1	
		顯影劑	罐		1178	1	1,178	
		2-0 Slik	包		48.5	1	49	
		3-0 Nylon	包		44.6	1	45	
		4-0 VICRYL	包		45	1	45	
		Cable 5833-SL	條		400	2	800	
設備費用	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
		心導管室X光機	40,400,000	7	59.4	240	14,250	27,133
		心導管報告作業系統	2,370,000	7	3.5	240	836	
		影像紀錄系統	3,400,000	7	5.0	240	1,199	
		電生理紀錄系統	189,000	7	0.3	240	67	
		保溫燈/機	9,800	7	0.0	240	3	
		血壓血氧ECG監視	98,000	7	0.1	240	35	
		迴診車或治療車	5,000	7	0.0	240	2	
		Programmer	0	7	-	240	-	

	小計					16,392
	非醫療設備=醫療設備×28.3 %					4,639
房屋折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計
	22	1,100,493	50	0.21	240	50.9
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%						6,051
直接成本合計						47,329
作業及管理費用(直接成本×13.1 %)						6,200
成本總計						53,529

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	17,088
B不計價材	3,108
C設備費+房屋折舊+維修費用	27,133
D作業及管理費用	6,200
E回推手術加成率 =B/(A+C+D)	6.16%
F表定點數(A+C+D)	50,421
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)	53,950

003-1診療項目成本分析表(參數校正)

☐現有項目 ☒新增項目

項目名稱：植入式心臟節律器參數程控調整作業

提案單位：社團法人中華民國心律醫學會

錄案編號：111-1003

單位：元

直接成本	用人成本	人 員 別	人 數		每人每分鐘 成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計
		1.主治醫師以上	1		39.1	10	391	467
		2.住院醫師						
		3.護理人員	1		7.6	10	76	
		4.醫事人員						
		5.行政人員						
		6.工友、技工(原廠 支援技術人員)						
	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
		心電圖貼紙	片		6.0	4.0	24	24
							-	
							-	
	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
		程控儀系統		7		10		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		
	15㎡	600,000	50	0.12	10	1.2		
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								492
作業及管理費用(直接成本 × 13.1 %)								64
成本總計								556

003-1診療項目成本分析表(參數校正)

☐現有項目 ☒新增項目

項目名稱：植入式心臟去顫器或心臟再同步治療裝置參數程控調整作業

提案單位：社團法人中華民國心律醫學會

錄案編號：111-1004

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	15	587	701	
		2.住院醫師							
		3.護理人員	1		7.6	15	114		
		4.醫事人員							
		5.行政人員							
		6.工友、技工(原廠 支援技術人員)							
	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	
		心電圖貼紙	片		6.0	4.0	24	24	
							-		
	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	
		程控儀系統		7		15		2	
		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	
15㎡	600,000		50	0.12	15	1.7			
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								727	
作業及管理費用(直接成本×13.1%)								95	
成本總計								822	

003-1 診療項目成本分析表(參數校正)

☐ 現有項目
☒ 新增項目

項目名稱：非侵入性連續性血壓及血液動力學目標導向監護治療

提案單位：國立台灣大學醫學院附設醫院

錄案編號：

單位：元

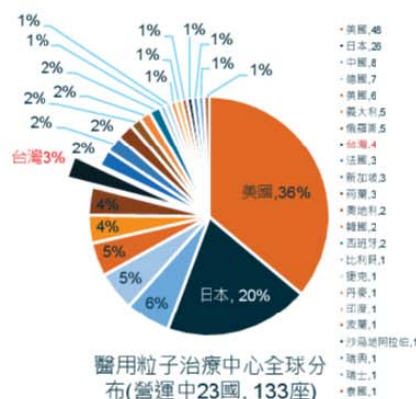
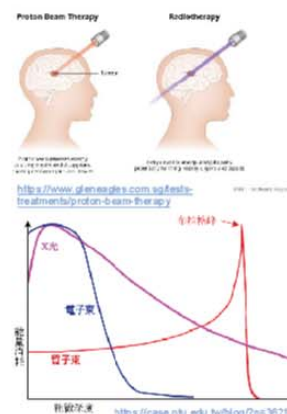
直接成本	用人成本	人 員 別	人 數		每人每分鐘 成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計
		1.主治醫師以上	1		39.1	40	1,564	2,172
		2.住院醫師						
		3.護理人員	1		7.6	80	608	
		4.醫事人員						
		5.行政人員						
		6.工友、技工						
	不計價材料或藥品成本	品 名	單 位		單 位 成 本	消耗數量	成本小計	成本合計
		愛德華非心入性臨床監護平台_Cear sight指套	個		7619	1	8335	8,335
							-	
							-	
							-	
							-	
							-	
	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
		非侵入式指套連續型 血壓及血液動力學監 護平台	13833/月	5	0.31	120	38	63
		小計					38	
		非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %					11	
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		
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%						14		
直接成本合計							10,570	
作業及管理費用(直接成本×13.1%)							1,385	
成本總計							11,955	

質子治療效益評估

醫藥科技評估組

質子治療

- ◆ 傳統的放射線治療（光子photon治療）穿透力強，但腫瘤周圍的正常器官組織也會暴露在不必要的高輻射能量下。
- ◆ 質子束（proton beam）則在穿透到一定深度前，就會將能量全數釋放，且是在接近界線前才放出最大能量，此現象稱做「布拉格峰」（Bragg peak），可增加治療的深度以及精確性，並減少穿透組織之傷害。
- ◆ 依據國際粒子治療合作小組（Particle Therapy Co-Operative Group, PTCOG）2024年2月更新數據顯示，全球共133座運轉中的醫用粒子（質子和重粒子）治療中心分布於23個國家，其中美國及日本是治療中心最多的國家。
- ◆ 台灣共15家粒子治療醫院*（截至2023年5月）
 - 營運中4家：質子3家（林口長庚、高雄長庚、北醫），重粒子1家（北榮）*天下雜誌：<https://www.cw.com.tw/article/5125875>



研究目的與方法

背景

HTA評估。

研究目的

1. 彙整國際質子治療用於兒童及成人癌症之現況。
2. 依各種給付情境估算財務影響，以評估我國健保財務可負擔之範圍。
3. 提出質子治療納入健保給付之具體建議，以供後續決策制定之參考。

研究方法

1. 透過**系統性文獻回顧**，檢索國際主要HTA組織、相關學會網頁、及電子資料庫，彙整質子治療的疾病範疇、相對療效及成本效益。
2. 分析**健保資料庫**以檢視我國自費市場現況，及模擬各給付情境下的財務影響。
3. 諮詢**專家意見**以強化上述評估資料的可靠性。

指引

◆ 泛加拿大質子治療共識建議 (Mitera, 2022)

- 成人：不適合斑塊近距離放射治療之**葡萄膜黑色素瘤**，**中樞神經系統**或**頭頸部腫瘤**，**顱底或脊椎腫瘤**（含脊索瘤和軟骨肉瘤）。
- 兒童：**中樞神經系統腫瘤**，**脊索瘤和軟骨肉瘤**，**肉瘤**；易誘發次發性惡性腫瘤之**遺傳綜合症**。
- 再次放射線治療。
- 成人及兒童質子治療以**治癒性為目的**，且預期**存活中位數至少五年**。
- 若需要到當地以外地區接受質子治療者，應具有ECOG體能狀態分數**0至2分**，且在決定進行質子治療前應考量病人出遠門意願。

◆ 日本兒童 (0-14歲) 青少年及年輕人 (15-39歲) 質子治療建議 (Mizumoto, 2021)

癌症類型	建議強度/證據等級
1. 髓母細胞瘤之術後放射治療	強建議/證據等級中 (B)
2. 室管膜瘤之術後放射治療	弱建議/證據等級低 (C)
3. 不可切除/術後持續性 顱咽管瘤 之放射治療	弱建議/證據等級低 (C)
4. 顱內生殖細胞瘤全腦室照射及顱部併發 脊髓 照射	弱建議/證據等級極低 (D)
5. 橫紋肌肉瘤之術後放射治療	弱建議/證據等級低 (C)
6. 神經母細胞瘤原發病灶之術後放射治療	弱建議/證據等級極低 (D)
7. 不可切除/無法完全切除的 小兒骨肉瘤 之放射治療	弱建議/證據等級低 (C)
8. 尤文氏肉瘤家族腫瘤之術後放射治療	弱建議/證據等級極低 (D)
9. 不可切除/無法完全切除的 脊髓脊索瘤 和 軟骨肉瘤 之放射治療	弱建議/證據等級低 (C)

各國給付規定

國家(設備數)	兒童癌症給付適應症	成人癌症給付適應症	
加拿大(0)	補助海外治療計畫，適用條件及轉診流程不同管轄區有別	(18歲以下) 遺傳型癌症症候群；中樞神經系統腫瘤；顱底和脊髓脊索瘤、顱底軟骨肉瘤；肉瘤；淋巴瘤	中樞神經系統或頭頸部腫瘤，胸腺癌（安大略省），淋巴瘤
澳洲(1)	補助海外治療計畫，將依具明確療效適應症，及依MSAC-1638費用表（2021年公告，兒童及罕見癌症質子治療）適應症給付	兒童及青少年/年輕人（0至24歲） ● 固態腫瘤 ：(1)中樞神經系統（脊髓或腦）；(2)眼眶腫瘤，包括橫紋肌肉瘤；(3)中軸骨骼或緊鄰中軸骨骼，包括骨髓或軟組織肉瘤；● 腫瘤類型 ：(1)顱咽管瘤，(2)顱骨生殖細胞腫瘤，(3)神經胚細胞瘤，(4)腎母細胞瘤。	成人（25歲以上） (1)顱底腫瘤，包括腦膜瘤、脊索瘤或軟骨肉瘤。 (2)脊椎或骨盆腫瘤。 (3)唾液腺或淚腺腺樣囊性癌。
英國(6)	補助海外治療計畫，由「NHS England Specialised Services」計畫支付質子治療	兒童及青少年/年輕人（0-25歲） 惡性及非惡性腫瘤 ，如髓母細胞瘤、室管膜瘤、顱咽管瘤、唾液腺腫瘤、視網膜母細胞瘤、及腦部其他部位腫瘤。 給付條件：無遠端轉移，預期壽命5年以上，體能狀態及疾病穩定，需放射線治療且以質子治療比光子治療具劑量優勢。	成人顱部併發顱底照射；顱底腫瘤（脊索瘤、軟骨肉瘤、侵犯顱底的高度惡性鼻篩竇、頰囊和蝶骨腫瘤、神經周圍侵犯的腺樣囊狀癌、嗅神經母細胞瘤）；脊椎或性旁腫瘤（骨及軟組織肉瘤、脊髓脊索瘤）。
美國(48)	僅3個地區覆蓋標準（LCD，特定區域的保險公司所管理的幾個州適用）提供給付	●必要條件：(1)靶體積靠近一個以上主要結構且須使用陡峭梯度劑量，(2)需控制積分劑量和/或危及器官劑量體積限制，(3)以光子治療將超過劑量積分；及(4)須重新規劃放射劑量分布。 ● 第1類 ：（具醫療合理性及必要性，常規給付）：眼部腫瘤、顱底腫瘤、無法切除良性或惡性中樞神經系統腫瘤、原發性肝細胞癌、18歲以下兒童 固態腫瘤 進行治療性治療或安寧療護、遺傳型癌症症候群、晚期頭頸癌、鼻竇和其他副鼻竇癌、無法切除腹膜後肉瘤。 ● 第2類 ：（限進行臨床試驗或登錄系統的醫療提供者）：無法切除的肺癌及上腹部/腸周圍癌症、晚期無法切除骨盆腔腫瘤、左側乳癌、無法切除胰臟和腎上腺腫瘤、皮膚癌伴隨顱底巨觀神經周圍/腦神經侵犯、肝臟、膽道、肛管和直腸的無法切除惡性病變、無遠處轉移的攝護腺癌、何杰金氏或非何杰金氏淋巴瘤、膀胱惡性晚期非轉移性腫瘤	
日本(26)	2014年放射腫瘤學會成立粒子治療委員會，制定治療標準、登錄系統。2016年開始給付於兒童，2018年逐年擴大給付成人癌症	小兒腫瘤（僅限於 局限性固態惡性腫瘤 ）	(1)肝細胞癌*（限最大直徑4公分以上），(2)肝內膽管癌*，(3)局部晚期胰腺癌*，(4)局部結腸直腸癌*（僅限於手術後復發），(5)局限性骨和軟組織腫瘤*，(7)頭頸部惡性腫瘤（不包括口腔和喉咽部的鱗狀細胞癌），(8)局限性和局部晚期攝護腺癌。*僅限難以手術根治病例。
韓國(2)	2011年開始給付部分兒童，2024年擴大給付於兒童及成人癌症	18歲以下 兒童癌症	討6附件-5 (1)放射部位進行再次放射治療，(2)腦、顱底和脊椎（含脊髓）腫瘤（包括良性），(3)頭頸癌（含眼睛和肺部），(4)胸部癌症（肺癌、食道癌、縱膈癌等，不含鼻咽癌），(5)腹部癌症（肝癌、膽道癌、胰臟癌、腹膜後癌等）。

系統性文獻回顧¹

◆ 質子治療兒童與成人癌症健康科技評估報告（安大略省衛生局，2021年）

- 系統性文獻回顧215篇文獻，涵蓋19種腫瘤類型/適應症，以GRADE評估證據等級。

質子比光子治療的 安全性較佳 ，OS和PFS相當	兒童腦瘤（證據等級低），肝癌（中）、食道癌（低至極低）、頭頸癌（低至極低）、攝護腺癌（低）。
質子與光子治療的OS、PFS及安全性相當	成人腦瘤（低），乳癌（低），胃腸道癌（低至極低），肺癌（中至極低）及眼部腫瘤（低）。
無足夠證據評估有效性和安全性	其他兒童腫瘤、及成人膀胱癌、骨癌、淋巴瘤及良性腫瘤

◆ 相對療效/相對安全性

- 兒童癌症：
 - ▶ 隨機對照試驗**證據稀缺**。僅兒童腦瘤（中樞神經系統腫瘤）證據較多。
 - ▶ 整體而言，質子與光子**療效相當**，**內分泌毒性較低**，**其他安全性數據相當**。惟研究偏差風險高（如選樣偏差、報告偏差），證據等級低，追蹤時間不長，在結果的解讀須謹慎。
- 成人癌症：
 - ▶ 隨機對照試驗包括肝癌、肺癌、攝護腺癌、食道癌、直腸癌、及膠質母細胞瘤，但仍屬少數。證據等級僅肝癌為中度，肺癌為中至極低，其餘癌別為低至極低。
 - ▶ 整體而言，質子治療**療效與光子相當（多數結果）**或較佳（與傳統放射治療相比時），**安全性較光子治療佳（多數結果）**或相當，少數研究指出質子可能無安全性優勢。

文獻回顧2- NCCN指引，登錄系統

◆ NCCN 2024年版兒童中樞神經系統腫瘤治療指引（僅針對惡性腫瘤）

- 瀰漫性高惡性膠質瘤，建議術後放療同步化療或輔助性化療。現行放療主要方式為IMRT，質子治療可最大限度地保留正常組織，對於預後較好的病人可考慮使用（如IDH1突變、1p/19q基因缺失、或年齡較小，此建議基於證據多來自低惡性膠質瘤）。
- 髓母細胞瘤，若可立即使用可考慮質子治療以保留正常組織，若因復發或交通因素可能導致延誤治療時，光子治療亦是可接受選項。
- 考量到大腦發育長期併發症，小於3歲兒童較不建議使用放射線治療。本報告所諮詢醫療專家表示，質子治療亦有與光子治療相同的考量，不建議小於3歲兒童使用。

◆ 質子治療前瞻性登錄系統

- 澳洲：醫療保險福利計畫強制要求申請給付粒子治療時須填報澳洲粒子治療臨床品質登錄系統（ASPIRE）：項目包括病人特性（14項）、腫瘤（4項）、及治療特性（9項）：可能重疊/再照射重新治療、治療方式（光子或質子）、分次數、放射治療起訖日期、處方劑量、實際使用劑量、所參與試驗方案、治療期間住院日期。（Hwang, 2023）
- 日本：放射腫瘤學會（JASTRO）粒子束治療委員會及小組委員會於2016年啟動前瞻性多中心登錄系統計畫，不同癌別由不同工作小組負責。其中肝癌登錄系統包括：病人、腫瘤及治療特性，治療特性如治療策略（根治性/非根治性）、PBT方法（寬光束/點掃描）、PBT起訖日期、總劑量、分次次數、治療週期、照射完成狀態（完成、完成且中斷≥8天、進度完成≥50%時中止治療，進度完成≤50%時中止治療）。治療後繼續追蹤登錄項目包括不良事件、存活狀態、復發狀態、繼發性癌症狀態，至少每年須登錄一次。（Mizumoto, 2024）

文獻回顧3-支付方式

◆ 日本：放射治療為論量支付，質子及重粒子治療採取包裹式給付。

日本厚生勞動省令和4年（2022）「医科診療報酬点数表」*

「M001-4」粒子束治療（此項目含質子治療及重粒子治療，僅摘述質子治療相關內容）

罕見疾病給付	187,500點
罕見疾病以外治療給付	110,000點

●符合「質子治療適合性判定附加費」設施標準的醫療機構，可加計40,000點。●符合「質子治療醫療管理附加費」依放射治療專責醫師制定的放射計畫進行醫療管理，可加計10,000點。●罕見疾病定義：小兒腫瘤（侷限性實體惡性腫瘤）、手術難以根除的侷限性骨及軟組織腫瘤及頭頸部惡性腫瘤（口腔、咽喉部鱗狀細胞癌除外）、手術難以根除之肝細胞癌（限直徑4公分以上）、手術難以根除之肝內膽管癌、手術難以根除之晚期胰臟癌、手術難以根除之侷限性大腸直腸癌（限手術後復發病人）、手術難以根治的局部晚期子宮頸癌（僅重粒子適用）、（令和6年新增手術難以根除之早期肺癌、手術難以根治之婦科惡性黑色素瘤）。●罕見疾病以外疾病定義：侷限性及局部晚期攝護腺癌（不含轉移癌）。●此項目僅給付以質子治療作為治癒性治療目的，且即使在數月間進行多次治療也僅計算一次。●與治療相關的一系列費用，如影像診斷和定位相關測試等，都包含在此支付項目中，不能單獨計算。

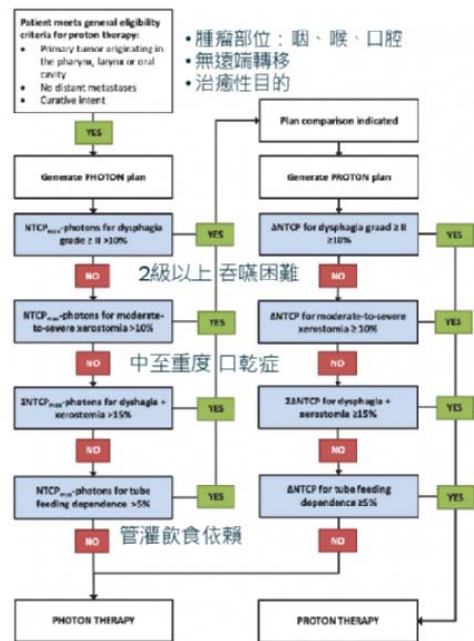
◆ 美國：現行為論量支付，預計導入放射腫瘤替代支付模式。

- 2009年開始給付，研究顯示第1類（醫療必要及已發表臨床證據）於私人保險兒童病人使用率增加，第2類（尚須持續發展臨床證據及比較效果分析）使用率亦增加，多為Medicare被保險人（Nogueira, 2022）。
- 2018年美國醫療保險支付諮詢委員會向美國國會提出質子治療可能為低價值照護。CMS發展放射腫瘤替代支付模式（radiation oncology alternative payment model, RO-APM），以包裹式支付病人自擬定治療計畫至最後一次放射線治療後90天的費用，期間須符合美國放射腫瘤學會（ASTRO）及NCCN指引以確保病人照護品質。原預計於2022年導入，目前延遲尚未施行。

文獻回顧4- 適用對象挑選法

◆ 以模型為基礎的質子治療病人選擇方法 (model-based approach)

- 將質子與光子治療計畫相比，有較優降低毒性的預期臨床效益，則此病人適用質子治療。判斷標準為劑量差異 (Δ Dose) 可轉化為公認具臨床顯著的正常組織併發症機率差異 (Δ NTCP)。
- 荷蘭用於除了標準適應症 (兒童癌症及成人 CNS 癌症) 外，作為挑選適用質子治療病人的依據 (國家型質子治療頭頸癌給付方案 NIPP-HNC，若病人符合適用資格則全額給付) (Langendijk, 2021)。
- 丹麥、法國、德國及義大利的質子中心也使用以模型為基礎的質子治療病人選擇方法於至少一種癌症類型，包括頭頸癌、淋巴瘤、乳癌、肺癌和食道癌。多數質子治療病人皆參與前瞻性數據登錄計畫和/或臨床試驗。(Tamba, 2022)



: normal tissue complication probability (正常組織併發症機率)

系統性文獻回顧-成本效益分析

共納入28篇文獻: 包含1篇安大略省衛生局(ONTARIO health)醫療科技評估報告、2篇系統性文獻回顧

癌別	年齡/期別	比較策略	是否符合成本效益/其他說明
查詢到2篇文獻以上	乳癌	40~50歲 / 早期~全乳切除第三期	IMRT、VMAT、螺旋刀
	類母細胞瘤	未滿12歲	光子治療
	頭頸部癌*	43~65歲 / 中晚期	IMRT
	何杰金氏淋巴瘤	20~40歲 / 復發高風險早中期	VMAT*及IMRT
	前列腺癌	60~70歲 / 低中風險	IMRT、SBRT
僅查詢到單篇文獻	顱底脊髓瘤	6~51歲	VMAT
	眼內黑色素瘤	平均59歲	切除術、斑塊近距離放射
	胰臟癌(台灣)	晚期不可切除	3D-CRT
	肝癌	直徑≥7公分且不可切除	SBRT
	非小細胞肺癌	早中期	光子治療

- 除了病人條件，質子相關參數 (如治療成本、可減少的放射線相關不良事件機率、可減少的器官殘留劑量、腫瘤控制機率等) 都會影響質子治療是否符合成本效益之因素
- 因質子治療的證據等級較高的臨床試驗有限，療效參數 (如健康轉移機率、不良事件發生率等) 多來自單一機構接受質子治療病人的少數病歷資料，導致分析結果的外推性受限
- 多數分析結果都侷限於有限的實證支持，除了兒童類母細胞瘤的成本效益結果較為穩健，質子治療用於其他適應症的成本效益仍不明確。

健保資料庫分析1-質子治療使用現況

國內病人的放射線治療使用情形 (使用人數)

1. 成人或兒童之已給付RT使用人數，皆以直線加速遠隔照射的使用人數最多，90%以上
2. 對比林口長庚、高雄長庚、北醫的質子治療(PBT)使用人數，PBT自主申報比例約90%
3. 兒童PBT使用人數比例高於成人
4. 成人或兒童PBT病人平均年齡皆低於已給付RT

分析族群: 當次就醫有任一腫瘤相關診斷碼 ICD 10 CM編碼 C00~D49，包含侵襲性與非侵襲性		成人 (年齡≥18歲)				兒童 (年齡<18歲)			
		2020年	2021年	2022年	2023年	2020年	2021年	2022年	2023年
(1) 已給付RT使用人數 (A)		57,491	58,319	60,667	63,192	160	158	173	151
平均年齡		66.07	66.60	66.31	66.90	11.54	11.80	11.74	11.39
(2) PBT使用人數-自主申報虛擬醫令代碼 (B)		750	808	1,098	1,185	32	31	36	43
平均年齡		59.82	58.87	60.14	59.29	7.25	9.07	8.72	7.54
佔任一放射線治療人數之比例=B/(A+B)		1.29%	1.39%	1.81%	1.88%	16.67%	16.40%	17.22%	22.16%
種類	質子射線治療	722	779	1,067	1,136	30	30	33	40
	質子身體立體定位放射手術	8	13	15	15	2	1	1	3
	質子腦部立體定位放射手術	17	17	15	27	0	1	1	1
(3) PBT使用人數-三家醫院實際使用人數		768	829	1,178	1,393	50	47	45	68
高雄長庚		294	326	420	499	20	21	22	23
林口長庚		474	503	694	659	30	26	23	21
北醫		-	-	64	235	-	-	3	24

已給付RT包含:
傳統鉅60照射=36006B、36009B、36010B；直線加速器遠隔照射=36011B、36012B、36020B、36013B；全身放射線治療=36014B；乳癌術後低分次照射(Hypofractionated whole breast irradiation)=36022B(合併局部加強照射)、36023B(無合併局部加強照射)；直線加速器前低分次放射治療=36024B；遙控後荷式近距離治療(Remote controlled afterloading brachytherapy)=37018B(簡單)、37019B(複雜)；三度空間立體定位X光刀照射治療(Stereotactic radiosurgery with x-knife)=37028B、加馬刀立體定位放射手術(Stereotactic radiosurgery with y knife)=37029B(電腦刀比照申報)、身體立體定位放射治療(Stereotactic body radiation therapy, SBRT/Stereotactic body radiotherapy, SABR)=37047B

373/566

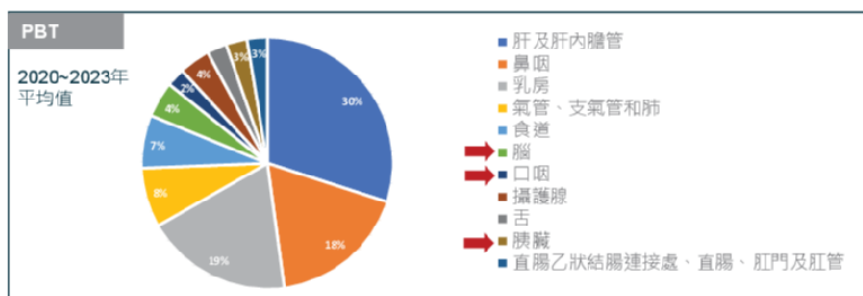
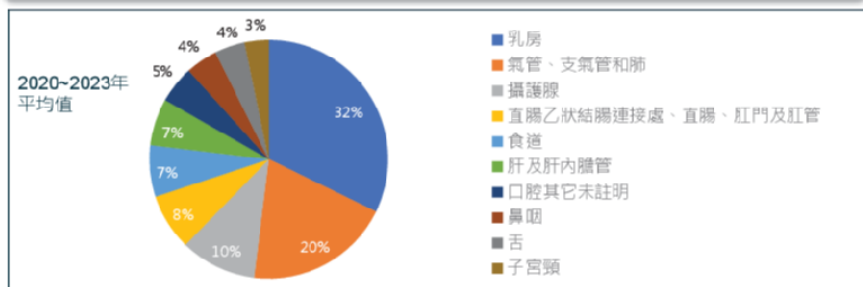
11

健保資料庫分析2

成人侵襲癌: 已給付RT vs. PBT於各癌別的使用人數分布

放射線治療(已給付RT或PBT)人數分布 = $\frac{\text{該癌別的放射線治療(已給付RT或PBT)人數}}{\text{所有癌別的放射線治療(已給付RT或PBT)人數}}$

- 已給付RT和PBT用於成人癌症的各癌別使用人數分布趨勢不同



研究族群: 以ICD-10 CM編碼前三碼擷取門診或住院之主要診斷碼欄位，若相同診斷碼於同一年度出現在門診兩次以上或住院一次
 ① 病人於同一年度有同時紀錄侵襲性與非侵襲性之適應症，則以侵襲性為主
 ② 病人於同次就診有紀錄兩種以上侵襲性診斷碼，則以排序第一個診斷碼為當次就診的主要癌別

374/566

12

健保資料庫分析3 成人侵襲癌: 質子治療的利用率

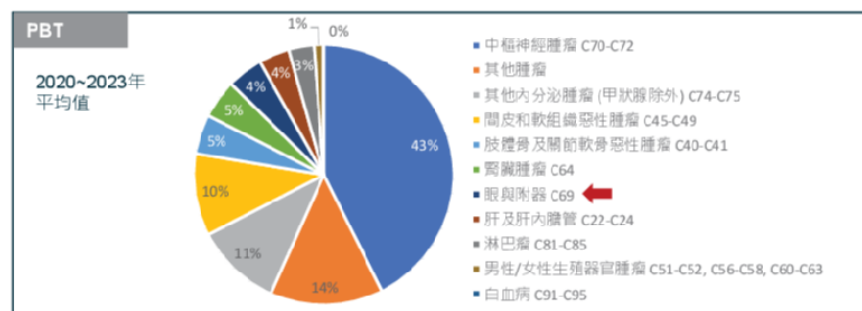
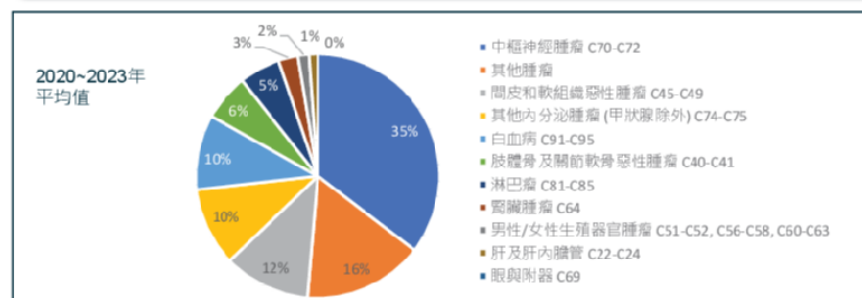
利用率=該癌別的RT治療人數/該癌別的RT+PBT治療人數
利用率=該癌別的PBT治療人數/該癌別的RT+PBT治療人數

使用人數 (%)	2020年			2021年			2022年			2023年			PBT 四年平均
PBT使用人數 前十名癌別	RT+PBT	RT	PBT	RT+PBT	RT	PBT	RT+PBT	RT	PBT	RT+PBT	RT	PBT	
肝及肝內膽管	2,757	92.35%	7.65%	2,752	94%	6.5%	2,807	91.7%	8.3%	2,625	90.55%	9.45%	7.96%
鼻咽	1,864	94.37%	5.63%	1,825	93%	6.5%	1,849	92.3%	7.7%	1,793	91.19%	8.81%	7.17%
腦	795	97.23%	2.77%	741	96%	4.2%	816	93.9%	6.1%	789	95.82%	4.18%	4.32%
胰臟	563	97.51%	2.49%	611	98%	2.1%	647	96.8%	3.2%	613	94.29%	5.71%	3.39%
食道	2,831	98.83%	1.17%	2,841	98%	1.8%	2,710	97.8%	2.2%	2,870	97.98%	2.02%	1.79%
乳房	12,165	99.30%	0.70%	12,329	99%	1.1%	13,211	98.7%	1.3%	13,979	98.73%	1.27%	1.08%
口腔	1,107	98.10%	1.90%	1,058	99%	0.9%	1,055	98.0%	2.0%	1,072	98.51%	1.49%	1.58%
舌	1,648	98.97%	1.03%	1,606	99%	1.0%	1,695	98.9%	1.1%	1,620	98.64%	1.36%	1.13%
攝護腺	3,791	99.50%	0.50%	3,791	99.7%	0.3%	4,194	99.1%	0.9%	4,741	98.86%	1.14%	0.73%
氣管、支氣管和肺	7,640	99.52%	0.48%	7,760	99%	0.6%	7,938	99.0%	1.0%	8,161	99.23%	0.77%	0.72%
直腸乙狀結腸連接處 直腸、肛門及肛管	2,793	99.71%	0.29%	2,870	99%	0.8%	3,069	99.6%	0.4%	3,431	98.89%	1.11%	0.63%

健保資料庫分析4 兒童侵襲癌: 已給付RT vs. PBT於各癌別的使用人數分布

放射線治療(已給付RT或PBT)人數分布 = $\frac{\text{該癌別的放射線治療(已給付RT或PBT)人數}}{\text{所有癌別的放射線治療(已給付RT或PBT)人數}}$

- 已給付RT和PBT用於兒童癌症的各癌別使用人數分布趨勢大致相同
- 無白血病使用PBT
- 無眼或附器惡性腫瘤使用已給付RT



研究族群: 以ICD-10 CM編碼前三碼提取門診或住院之主次診斷碼欄位, 若相同診斷碼於同一年度出現在門診兩次以上或住院一次
① 病人於同一年度有同時紀錄侵襲癌與非侵襲癌之適應症, 則以侵襲癌為主診斷碼
② 病人於同次就診有紀錄兩種以上侵襲癌診斷碼, 則以排序第一個診斷碼為當次就診的主要癌別

健保資料庫分析5 兒童侵襲癌: 質子治療的利用率

利用率=該癌別的RT治療人數/該癌別的RT+PBT治療人數
利用率=該癌別的PBT治療人數/該癌別的RT+PBT治療人數

使用人數 (%)	2020年			2021年			2022年			2023年			PBT 四年平 均
PBT使用人數 前十名癌別	RT+PBT	RT	PBT	RT+PBT	RT	PBT	RT+PBT	RT	PBT	RT+PBT	RT	PBT	
眼與附器	4	0%	100%	0	0%	100%	1	0%	100%	1	0%	100%	100%
肝及肝內膽管	5	60.0%	40.0%	1	0%	100%	4	50.0%	50.0%	2	100%	0%	47.5%
腎臟腫瘤	7	71.4%	28.6%	2	100%	0%	5	60.0%	40.0%	9	66.7%	33.3%	25.5%
中樞神經腫瘤	65	83.1%	16.9%	78	76.9%	23.1%	83	80.7%	19.3%	54	75.9%	24.1%	20.8%
其他內分泌腫瘤 (甲狀腺除外)	19	84.2%	15.8%	18	94.4%	5.6%	20	85.0%	15.0%	24	62.5%	37.5%	18.5%
男性/女性生殖器官腫瘤	3	100.0%	0.0%	4	100%	0%	1	100.0%	0.0%	3	33.3%	66.7%	16.7%
其他腫瘤	31	90.3%	9.7%	26	88.5%	11.5%	30	76.7%	23.3%	32	78.1%	21.9%	15.6%
結締組織和軟組織	23	87.0%	13.0%	24	79.2%	20.8%	17	88.2%	11.8%	21	81.0%	19.0%	16.2%
肢體骨及關節軟骨惡性腫瘤	9	88.9%	11.1%	12	83.3%	16.7%	14	92.9%	7.1%	11	72.7%	27.3%	15.6%
淋巴瘤	9	66.7%	33.3%	7	85.7%	14.3%	10	100%	0%	12	100%	0%	11.9%
白血病	12	100%	0%	13	100%	0%	16	100%	0%	21	100%	0%	0%

PBT於兒童之財務影響1

- 臨床地位: PBT給付後將取代已給付RT
- 目標族群: 兒童病人。參考美英日韓給付規定及專家提出優先給付順序, 區分三種目標族群¹
 - 基礎分析: 所有固態與血液之惡性與良性腫瘤: 91%²
 - 次族群1: 限固態之惡性與良性腫瘤: 79%
 - 次族群2: 限肉瘤、中樞神經系統之惡性或良性腫瘤: 57%
- 取代已給付RT之種類: 依2020~2023年申報情形
 - 90%加速器遠隔照射: IMRT為主
 - 10%立體定位放射線手術: X光刀、加馬刀、電腦刀等³

放射線治療人數 (人)	2020年	2021年	2022年	2023年
惡性腫瘤	187	185	200	190
良性腫瘤	5	5	8	3
合計	192	190	208	193

¹ 另扣除9%骨髓移植前接受全身放射線治療者(非PBT治療範圍)
² 三度空間立體定位X光刀照射治療(X光刀)、電腦刀影像導引立體定位放射手術(電腦刀)、加馬刀立體定位放射手術(加馬刀)、電腦刀比照申報

放射線每人治療費用

僅計算照射費用, 無另計固定模具設計及製作、3D電腦斷層模擬攝影、電腦治療規劃費、核磁共振模擬攝影的費用等

已給付RT

種類	人數比例	每人費用
①直線加速器遠隔照射 (IMRT為主)	91%	多葉型準直儀合金模塊 (37046B)
		1,980點* 6個模塊
		直線加速器遠隔照射/每一複雜照野 (36012B)
		1,334點* 175個照野
	合計	約24.5萬點
②加馬刀/電腦刀 (37029B)	8%	153,229點
③X光刀 (37028B)	1%	82,000點
完整治療費用 (加權計算)		約23.7萬點

質子治療

強度調控質子射線治療/次*		療程次數
一般	21,750元	假設PBT治療次數同於光子治療 以左表完整療程所需照野數平 均175個/人，每次療程平均6個 照野，換算29次療程 (175/6)
中度	26,000元	
複雜	34,500元	
平均	27,417元	
完整治療費用		約80萬元 (27,417元*29次治療)

2022年首次接受已給付RT的兒童病人(N=134人)實際申報情形計算 討6附件-16高雄長庚/質子治療中心網站公告收費標準
假設加馬刀/電腦刀/X光刀的治療次數為1次

PBT於兒童之財務影響2

接受RT兒童之族群分類	占整體接受RT兒童人數比例 ^a	IMRT 照野總數*	IMRT 治療次數*	每人費用(元)	
				給付RT	質子治療
基礎分析: 所有腫瘤	91%	175	29	23.7萬	80.0萬
次族群1: 固態腫瘤	79%	193	32	26.0萬	88.3萬
次族群2: 中樞神經、肉瘤	57%	211	35	28.1萬	96.3萬

9%骨髓移植前接受全身放射線治療者(非PBT治療範圍)
2022年首次接受健保給付放射線治療的兒童病人(N=134人)實際申報情形計；治療次數則以「照野總數」除以「每次平均6次照野」換算

年度	2025年	2026年	2027年	2028年	2029年	2025年	2026年	2027年	2028年	2029年
市佔率	市佔率50%					市佔率70%				
基礎分析: 所有類型惡性與良性腫瘤										
目標族群人數	177	178	179	179	180	177	178	179	179	180
質子治療人數	89	89	89	90	90	124	124	125	125	126
質子治療費用(千萬元)	7,079.4	7,108.2	7,137.1	7,166.2	7,195.3	9,911.2	9,951.5	9,992.0	10,032.6	10,073.4
已給付RT費用(千萬元)	2,100.9	2,109.4	2,118.0	2,126.6	2,135.2	2,941.2	2,953.2	2,965.2	2,977.2	2,989.3
財務影響(千萬元)	4,978.6	4,998.8	5,019.1	5,039.6	5,060.1	6,970.0	6,998.3	7,026.8	7,055.4	7,084.1
次族群1: 固態惡性與良性腫瘤										
目標族群人數	154	154	155	156	156	154	154	155	156	156
質子治療人數	77	77	77	78	78	108	108	108	109	109
質子治療費用(千萬元)	6,789.3	6,816.9	6,844.6	6,872.5	6,900.4	9,505.0	9,543.7	9,582.5	9,621.5	9,660.6
已給付RT費用(千萬元)	1,996.2	2,004.3	2,012.5	2,020.7	2,028.9	2,794.7	2,806.1	2,817.5	2,828.9	2,840.4
財務影響(千萬元)	4,793.1	4,812.6	4,832.2	4,851.8	4,871.6	6,710.3	6,737.6	6,765.0	6,792.5	6,820.2
次族群2: 惡性與良性中樞神經系統腫瘤、肉瘤										
目標族群人數	111	111	112	112	113	111	111	112	112	113
質子治療人數	55	56	56	56	56	78	78	78	79	79
質子治療費用(千萬元)	5,339.6	5,361.3	5,383.1	5,405.0	5,427.0	7,475.4	7,505.8	7,536.4	7,567.0	7,597.8
已給付RT費用(千萬元)	1,558.4	1,564.8	1,571.2	1,577.5	1,584.0	2,181.8	2,190.7	2,199.6	2,208.6	2,217.5
財務影響(千萬元)	3,781.1	3,796.5	3,812.0	3,827.5	3,843.0	5,293.6	5,315.1	5,336.7	5,358.5	5,380.3

Center For Drug Evaluation

380/566

375/566

17

結論與建議

- 質子治療用於兒童及成人癌症**具有有效性**(療效與光子治療類似或較佳)及**安全性**(毒性與光子治療類似或較低)，惟缺乏隨機對照試驗，文獻證據等級不高，以至於仍存在不確定性。
- 各國給付質子治療較一致的適應症，在兒童癌症部分包括**中樞神經系統腫瘤**(髓母細胞瘤、室管膜瘤、顱內生殖細胞腫瘤、低惡性膠質細胞瘤、顱咽管瘤、顱底和脊髓脊索瘤和軟骨肉瘤)、及**肉瘤**(橫紋肌肉瘤、尤文肉瘤)；在成人癌症部分則為**中樞神經系統腫瘤、顱底及脊髓腫瘤**(脊索瘤和軟骨肉瘤)。
- 以質子治療自主申報代碼分析健保資料庫，了解國內質子治療情形，如下

PBT用於侵襲癌	成人	兒童
使用人數較多	肝、頭頸部(含鼻咽、口咽) 乳房、肺/氣管、腦、食道	中樞神經、內分泌腫瘤、間皮與軟組織、 肢體骨及關節軟骨腎臟
利用率較高	肝、頭頸部、腦、胰臟、食道	眼與附器、肝/肝內膽管、腎臟、中樞神經、 肢體骨及關節軟骨

5,300萬元至1億元，財務影響約3,800萬元至7,100萬元。而分析結果會受質子治療的支付方式及價格、給付適應、質子治療取代健保已給付放射線之比例等因素影響。

THANK YOU FOR YOUR ATTENTION

附件 4、建議修訂 02020B 緩和醫療家庭諮詢費醫療服務給付項目及財務影響評估表

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	02020B	緩和醫療家庭諮詢費	為推動住宿型機構安寧療護與急症照護，減少住民外出就醫，提升照護品質，爰建議擴大「緩和醫療家庭諮詢費」適用範圍，增列門診及接受居家醫療照護之病人，並開放基層院所申報本項服務。	緩和醫療家庭諮詢費 註： 1.適應症用範圍： <u>符合安寧緩和醫療條例之住院、急診、接受居家醫療照護(含在宅、機構)末期病人，且未曾接受安寧療護服務以現行住院或急診重症病患，且已進入末期狀態者為主。</u> 2.相關規範： (1)諮詢參與人員：包括主治醫療團隊、病人患或病人患家屬。 (2)諮詢時間：每一個案諮詢時間至少 1 小時。 (3)諮詢紀錄：應有完整的諮詢溝通內容紀錄，並應併入病人患之病歷紀錄留存， <u>紀錄</u> 並有參與諮詢醫療團隊及病人患或家屬簽名。 (4)申報規定： a.已參與全民健康保險安寧共同照護試辦方案、住院安寧療護及	2,250	2,250	P5407C	緩和醫療家庭諮詢費	2,250	840	100%	11,315	28.00 註 1 ③

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		
				居家安寧居家療照護後之病人， 不得再申報。 b.每人每院限申報二次。									

註：本項財務評估說明：統計 113 年使用安寧療護服務者，前一年內未申報 02020B 且有使用居家照護服務人數共 9,542 人，以 113 年成長率 26.1%，推估 114 年執行人數 12,034 人[=9,542*26.1%]，扣除 113 年申報 P5407C 人數 719 人，推估執行 11,315 人，並依 113 年安寧居家個案前一年 02020B 平均申報件數 1.1 件估算，增加財務支出約 28 百萬點[=11,315*1.1*2,250]

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	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	癲癇腦波檢查	45.24	
		2	新增	心臟監測器植入術	2.12	
		3	新增	經導管二尖瓣緣對緣修補術	7.49	
		1	修訂	呼氣一氧化氮監測(FeNO)	28.26	
		2	修訂	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	酪氨酸磷酸酶自體抗體(EIA 法)	8.04	
		5	新增	早產兒母乳補充照護(每 25mL 母乳)	33.83	
		6	新增	B 型肝炎病毒表面抗原(HBsAg)定量檢驗	不影響	
		7	新增	人工全肩關節再置換手術	1.92	
		8	新增	反置人工全肩關節置換手術	19.16	
		3	修訂	診斷性或治療性子宮擴張刮除術(非產科)	不影響	
		4	修訂	子宮內管刮除術	不影響	
		5	修訂	無妊娠併發症之陰道產	22.40	9.60
		6	修訂	會陰修補及肛門損傷修補		
		7	修訂	會陰修補及括約肌修補		
		8	修訂	有妊娠併發症之陰道產	不影響	
		9	修訂	雙胎分娩	不影響	
		10	修訂	多胎分娩	不影響	
		11	修訂	前胎剖腹產後之陰道生產(接生費)	不影響	
		12	修訂	前胎剖腹產後之陰道生產(雙胎分娩)	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
		13 修訂	前胎剖腹產後之陰道生產（多胎分娩）	不影響	
		14 修訂	預立醫療照護諮商費	不影響	
		15 修訂	全肩關節置換術	不影響	
		16 修訂	人工關節移除－ 股、肩、膝	不影響	
		17 修訂	肩旋轉袖破裂修補術－小破裂	不影響	
		18 修訂	肩旋轉袖破裂修補術－大破裂	不影響	
		19 修訂	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	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	去氧核糖核酸類定量擴增試驗	不影響	
		22 修訂	B 型肝炎表面抗原 HBsAg（定性）－ Latex 法	不影響	
		23 修訂	B 型肝炎表面抗原 HBsAg（定性）－ RPHA 法	不影響	
		24 修訂	B 型肝炎表面抗原 HBsAg（定性）－ EIA/LIA	不影響	
		25 修訂	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
114.9.1 生效實施	114.6.26 共擬通過	9 新增	多發性硬化症/視神經脊髓炎 EDSS 量表評估	4.91	0.73
		10 新增	第十三因子測定	0.21	
		11 新增	門診靜脈抗生素治療處置費(天)－每天注射 1 次	51.41	0.68
		12 新增	門診靜脈抗生素治療處置費(天)－每天注射 2 次以上		
		13 新增	門診靜脈抗生素治療個案管理費	4.99	0.07
		26 刪除	骨髓移植－植髓(自體或異體)	不影響	
		27 刪除	異體周邊造血細胞移植，一次	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
		28 刪除	自體周邊造血細胞移植，一次	不影響	
		29 修訂	潛水病(減壓病)或急性氣栓症之高壓氧治療 165 呎/319 分	0.03	
		30 修訂	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	
		31 修訂	異體骨髓移植術,一次	11.00	
		32 修訂	自體骨髓移植術,一次		
		33 修訂	骨髓移植—抽髓(自體或異體)		
		34 修訂	雙能量 X 光骨質密度檢查	6.54	
		35 修訂	HIV 病毒負荷量檢查	10.19	0.032
		36 修訂	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	
		37 修訂	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	
		38 修訂	反置人工全肩關節置換手術	不影響	
		39 修訂	支氣管切片奈印	不影響	
		40 修訂	經導管二尖瓣緣對緣修補術	不影響	
		(3)通過 20 項 小計		92.78	1.51
	114.9.25 共擬會議 討論	14 新增	非侵入式區域腦／身體血氧飽和監測	206.77	
		15 新增	關節鏡下旋轉肌腱破裂縫合術	154.10	
		16 新增	關節鏡下肩關節盂唇修補手術(單一部位肩盂唇修補)	10.88	
		17 新增	內視鏡及透視鏡導引腸胃道金屬支架置放術	4.70	
		18 新增	經靜脈心臟再同步治療裝置植入術	12.03	
		19 新增	植入式心臟節律器參數程控調整作業	48.09	
		20 新增	植入式心臟去顫器或再同步治療參數程控調整作業	23.22	

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
		21 新增	非侵入性連續性血壓及血液動力學目標導向監護治療	109.66	
		22 新增	低度生物等效劑量質子放射治療	25.02	
		23 新增	中度生物等效劑量質子放射治療	63.89	
		24 新增	高度生物等效劑量質子放射治療	16.46	
		25 新增	急性缺血性腦中風機械取栓術	2.71	
		41 刪除	急性缺血性腦中風機械取栓術	不影響	
		42 修訂	磁共振造影使用 Primovist 造影劑加計	不影響	
		43 修訂	肢體壓傷伴有創傷性出血 50 呎/120 分	不影響	
		44 修訂	肢體壓傷伴有創傷性出血 33 呎/90 分	不影響	
		45 修訂	攝護腺特異抗原	59.69	7.71
		46 修訂	攝護腺特異抗原(EIA/LIA 法)	不影響	
		47 修訂	人工電子耳手術(人工耳蝸植入術)	5.85	
		48 修訂	經導管二尖瓣緣對緣修補術	不影響	
		49 修訂	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	
		50 修訂	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	
		51 修訂	深度腦核電生理定位	0.18	
		52 修訂	第二部第二章第一節第二十四項 伴隨式診斷通則	不影響	
		53 修訂	第二部第二章第一節第二十五項 次世代基因定序通則二	不影響	
		54 修訂	急性缺血性腦中風處置費	不影響	
		55 修訂	核醫病床-病房費	不影響	
		56 修訂	核醫病床-護理費(第一天)	不影響	

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

第二節 住院及急診觀察床診察費

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
02020B	~~緩和醫療家庭諮詢費 註： 1.適應症：以現行住院或急診重症病患，且已進入末期狀態者為主。 2.相關規範： (1)諮詢參與人員：包括主治醫療團隊、病患或病患家屬。 (2)諮詢時間：每一個案諮詢時間至少 1 小時。 (3)諮詢記錄：應有完整的諮詢溝通內容記錄，並應併入病患之病歷記錄留存，記錄並有參與諮詢醫療團隊及病患或家屬簽名。 (4)申報規定： a.另已參與全民健康保險安寧共同照護試辦方案、住院安寧療護及居家安寧照護後，不得再申報。 b.每人每院限申報二次。~~		√	√	√	2250

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
02028C	~~預立醫療照護諮商費~~ ~~註：~~ ~~1.符合下列任一適應症，且具完全行為能力之病人：~~ ~~(1)六十五歲以上重大傷病病人。~~ ~~(2)符合安寧療護收案條件者。~~ ~~(3)臨床失智評估量表(Clinical Dementia Rating, CDR)0.5至1分。~~ ~~(4)病人自主權利法第十四條第一項第五款所公告之病名。~~ ~~(5)「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」收案對象。~~ ~~(6)「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」、「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」收案之六十五歲以上多重慢性病人。~~ ~~2.相關規範：~~ ~~(1)諮商參與人員：依病人自主權利法之規定辦理。~~ ~~(2)諮商紀錄：應有每次會議完整之諮商溝通內容紀錄，並應將影本併入病人之病歷紀錄留存，紀錄有參與諮商醫療團隊及病人或家屬簽名，並簽署預立醫療決定。~~ ~~(3)申報規定：~~ ~~A.當次就醫前已於全民健康保險憑證註記預立醫療決定者，不得申報本項費用。~~ ~~B.每人終生以申報一次為限。~~ ~~C.應依病人自主權利法，於申報前完成預立醫療決定上傳至中央主管機關之資料庫，未完成者，本項費用不予支付。~~	√	√	√	√	3000

第三節 病房費

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
03053B	核醫病床					
--病房費			√	√	√	2,236
03099B	--護理費（第一天）		√	√	√	2,714
03054B	--護理費（第二天起）		√	√	√	2,088
	註：限 ~~行政院原子能委員會~~ <u>原子能業務主管機關</u> 安全檢查及游離幅射測量合格之核醫病床申報					

第九節 醫療照護諮詢費

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>02020C</u>	<u>緩和醫療家庭諮詢費</u> 註： 1.<u>適用範圍：符合安寧緩和醫療條例之住院、急診、接受居家醫療照護(含在宅、機構)末期病人，且未曾接受安寧療護服務。</u> 2.<u>相關規範：</u> (1)<u>諮詢參與人員：包括主治醫療團隊、病人或病人家屬。</u> (2)<u>諮詢時間：每一個案諮詢時間至少一小時。</u> (3)<u>諮詢紀錄：應有完整的諮詢溝通內容紀錄，並應併入病人之病歷紀錄留存，紀錄並有參與諮詢醫療團隊及病人或家屬簽名。</u> (4)<u>申報規定：</u> a.<u>已參與全民健康保險安寧共同照護試辦方案、住院安寧療護及安寧居家療護之病人，不得再申報。</u> b.<u>每人每院限申報二次。</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>2250</u>

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
02028C	<u>預立醫療照護諮商費</u> <u>註：</u> <u>1.符合下列任一適應症，且具完全行為能力之病人：</u> <u>(1)六十五歲以上重大傷病病人。</u> <u>(2)符合安寧療護收案條件者。</u> <u>(3)臨床失智評估量表(Clinical Dementia Rating, CDR)0.5至1分。</u> <u>(4)病人自主權利法第十四條第一項第五款所公告之病名。</u> <u>(5)「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」收案對象。</u> <u>(6)「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」、「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」收案之六十五歲以上多重慢性病人。</u> <u>2.相關規範：</u> <u>(1)諮商參與人員：依病人自主權利法之規定辦理。</u> <u>(2)諮商紀錄：應有每次會議完整之諮商溝通內容紀錄，並應將影本併入病人之病歷紀錄留存，紀錄有參與諮商醫療團隊及病人或家屬簽名，並簽署預立醫療決定。</u> <u>(3)申報規定：</u> <u>A.當次就醫前已於全民健康保險憑證註記預立醫療決定者，不得申報本項費用。</u> <u>B.每人終生以申報一次為限。</u> <u>C.應依病人自主權利法，於申報前完成預立醫療決定上傳至中央主管機關之資料庫，未完成者，本項費用不予支付。</u>	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>3000</u>

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

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
12081C	攝護腺特異抗原(EIA/LIA法) PSA(prostate specific antigen) (EIA/LIA) <u>註：</u> <u>1.適用範圍：</u> <u>(1)符合以下任一情形之五十歲以上男性或四十五歲以上有攝護腺癌家族病史男性，得每年檢測PSA一次：</u> <u>A.超音波檢查發現攝護腺腫大者。</u> <u>B.肛門指診發現攝護腺腫大、攝護腺硬塊或表面不規則。</u> <u>(2)PSA值檢查異常者，一週後可再複檢一次，其後得每半年檢測PSA一次；PSA值超過10，得每三個月檢測PSA一次。</u> <u>(3)接受5α-還原酶抑制劑療者，得每半年檢測PSA一次。</u> <u>(4)男性罹患排尿障礙。</u> <u>(5)因疾病接受睪固酮補充療法者應在第三、六、十二個月及之後每年檢測PSA。</u> <u>(6)攝護腺癌確診後之評估與追蹤。</u> <u>2.不得同時申報27052C。</u>	v	v	v	v	400

第十二項 循環機能檢查 Circulative Function Examination (18001-180479)

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>18048B</u>	<u>非侵入式區域腦／身體血氧飽和監測</u> <u>Non-invasive regional cerebral / somatic oximetry monitoring</u> <u>註：</u> 1. <u>適用範圍：</u> <u>(1)心臟手術，包含心瓣膜置換術、心瓣膜附屬組織之修整、心中膈成形術、心房及心室中膈修補、冠狀動脈繞道術。</u> <u>(2)頸動脈手術。</u> <u>(3)心臟、肺臟及肝臟移植手術。</u> 2. <u>支付規範：</u> <u>(1)限麻醉科專科醫師執行。</u> <u>(2)執行頻率：每次手術限申報一次。</u> <u>(3)申報時應檢附麻醉紀錄單或監測報告。</u>		<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>13,976</u>

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
18049B	<u>非侵入性連續性血壓及血液動力學目標導向監護治療</u> <u>Non-invasive continuous blood pressure and hemodynamic goal directed therapy</u> <u>註：</u> <u>1.適用範圍：符合休克（ICD-10-CM：R57.0、R57.1、R57.8）、敗血性休克（ICD-10-CM：R65.21）病人須符合下列所有情況：</u> <u>(1)急診或加護病房內休克病人：MAP<65 mmHg且乳酸值>2 mmol/L。</u> <u>(2)已接受適當治療後仍持續休克，定義為以下任一情形：</u> <u>A.已接受足量輸液治療（>30 mL/kg）</u> <u>B.需使用 Norepinephrine 連續輸注劑量介於 0.05–0.15 mcg/kg/min以維持血壓。</u> <u>(3)排除以下任一情況之病人</u> <u>A.重度休克：需使用Norepinephrine 連續輸注劑量>0.15 mcg/kg/min。</u> <u>B.晚期休克：休克發生時間已超過6小時，自符合MAP<65 mmHg 且乳酸值>2 mmol/L時起算；或乳酸值>10 mmol/L。</u> <u>C.已置放動脈導管（arterial catheter）進行其他侵入性血流動力學監測。</u> <u>2.支付規範：</u> <u>(1)須於病歷詳實記載符合上述納入條件，且無排除條件之理由，並記錄使用治療之情形與療效。</u> <u>(2)住院期間限申報一次，且四十八小時內不得同時申報其他侵入性血流動力學監測。</u>		√	√	√	11,467

第二十項 核子醫學檢查 Radioisotope Scanning

一、造影 Scanning (26001-26078、P2105-P2108)

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
26078A	鐳223治療處置費 Radium-223 treatment 註： 1.適應症：去勢抗性攝護腺癌（castration-resistant prostate cancer），合併有症狀的骨轉移且尚未有臟器轉移者（ICD-10-CM診斷為C61攝護腺惡性腫瘤、C79.5骨骼續發性惡性腫瘤）。 2.執行頻率：每四週一次，每四週為一療程，共六次療程。 3.使用規範及人員資格： (1)操作人員： A.核子醫學科專科醫師。 B.受過核子醫學相關訓練之醫事放射師。 C.受過核子醫學相關訓練之護理師。 (2)上開人員均應符合游離輻射防護法相關規定。 (3)特殊設備要求使用：經~~原子能委員會~~<u>原子能業務主管機關</u>評估可操作「鐳-223」之場所，須檢具放射性物質許可證。 (4)費用申報時須檢具癌症治療計畫書、治療去勢抗性攝護腺癌病歷紀錄及骨轉移之影像學報告等資料。 4.本項不含鐳223注射液。		V	V	V	13,976

二、試管 Tube Method (27001-27083)

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
27052C	攝護腺特異抗原 PSA(prostate specific antigen) <u>註：</u> <u>1.適用範圍：</u> <u>(1)符合以下任一情形之五十歲以上男性或四十五歲以上有攝護腺癌家族病史男性，得每年檢測PSA一次：</u> <u>A.超音波檢查發現攝護腺腫大者。</u> <u>B.肛門指診發現攝護腺腫大、攝護腺硬塊或表面不規則。</u> <u>(2)PSA值檢查異常者，一週後可再複檢一次，其後得每半年檢測PSA一次；PSA值超過10，得每三個月檢測PSA一次。</u> <u>(3)接受5α-還原酶抑制劑療者，得每半年檢測PSA一次。</u> <u>(4)男性罹患排尿障礙。</u> <u>(5)因疾病接受睪固酮補充療法者應在第三、六、十二個月及之後每年檢測PSA。</u> <u>(6)攝護腺癌確診後之評估與追蹤。</u> <u>2.不得同時申報27052C。</u>	v	v	v	v	400

第二十四項 伴隨式診斷 Companion Diagnostics (30101-30111)

通則：本項各診療項目須按「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」格式，於檢驗（查）申報後一個月內上傳檢驗(查)結果報告，未上傳者本項不予支付，前述上傳截止日為「申報日之次月月底之日」；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳報告，可檢具理由後補上傳。

第二十五項 次世代基因定序 Next Generation Sequencing (30301-30307)

通則：

- 一、各診療項目於檢測前，須於健保資訊網服務系統(VPN)取得 NGS 檢測編號，並於申報時應填報於醫令段「事前審查受理編號」欄位，未填報者不予支付。
- 二、各診療項目檢測結果須於申報後一個月內依指定格式上傳至保險人，未上傳者不予支付，前述上傳截止日為「申報日之次月月底之日」；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳報告，可檢具理由後補上傳。

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
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。 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。		√	√	√	45,059
33146B	磁振造影使用Primovist造影劑加計 Primovist for magnetic resonance imaging – additional payment 註： 1.適應症須符合下列任一條件： (1)肝癌高危險病人（含肝癌根除性治療後）合併AFP>100ng/ml，或AFP>20ng/ml且一年內呈現二倍以上上升趨勢，或PIVKA-II (>40mAU/mL，或<u>>28.4ng/mL</u>) 腫瘤標記上升，惟超音波、電腦斷層未偵測到肝癌。 (2)肝硬化或肝癌經治療後病人，電腦斷層顯示疑似肝腫瘤，但無法確診或排除肝癌。 2.每年以申報一次為限。		V	V	V	5,686

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	3.本項適用於磁振造影。 4.本項不適用其他加成。 5.限放射診斷專科醫師執行。					

第二項 癌症(腫瘤)治療 Cancer Therapy

一、放射線治療 Radiation Therapy (36001-360247)

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	乳癌術後低分次照射合併局部加強照射放射治療 Hypofractionated irradiation with tumor bed boost 註： ~~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。~~ <u>1.2.</u> 本療程採包裹給付，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>2.3.</u> 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>3.4.</u> 本項原則限國民健康署公告「通過癌症診療品質認證醫院名單」申報，如不符資格之院所，須向保險人提出申請，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。		v	v	v	279,986
36023B	乳癌術後低分次照射無合併局部加強照射放射治療 Hypofractionated irradiation without tumor bed boost 註： ~~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。~~		v	v	v	246,960

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<u>1.2</u>本療程採包裹給付，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>2.3</u>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>3.4</u>本項原則限國民健康署公告「通過癌症診療品質認證醫院名單」申報，如不符資格之院所，須向保險人提出申請，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。					
36025B	<u>低度生物等效劑量質子放射治療</u> <u>Low biological equivalent dose proton radiotherapy</u> <u>註：</u> <u>1.限未滿十九歲者申報。</u> <u>2.適用範圍：須符合下列任一條件：</u> <u>(1)威爾姆氏腫瘤(Wilms' Tumor)、何杰金氏淋巴瘤、神經母細胞瘤接受治癒性照射劑量。</u> <u>(2)非屬上列疾病，以治療所需之生物等效劑量(Biological equivalent dose)於組織或腫瘤對劑量分次的敏感度$\alpha/\beta=10$ Gy時小於40 GyE。限ECOG status≤ 2。</u> <u>3.支付規範：</u> <u>(1)須事前審查。</u> <u>(2)執行頻率：每人每次原發性癌症一生限執行一次。</u> <u>(3)本療程採包裹給付，如未執行完成療程，則按「規劃療程總次數」計算核扣之比例點數。</u> <u>(4)不得同時申報36001B～36024B、37006B～37030B、37046B、37047B。</u>		<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>676,111</u>
36026B	<u>中度生物等效劑量質子放射治療</u> <u>Intermediate biological equivalent dose proton radiotherapy</u> <u>註：</u> <u>1.限未滿十九歲者申報。</u> <u>2.適用範圍：須符合下列任一條件：</u> <u>(1)惡性軟組織肉瘤（除骨肉瘤外）、非何杰金氏淋巴瘤、生殖胚芽瘤(Seminoma or Germinoma)接受治癒性照射劑量。</u> <u>(2)非屬上列疾病，以照射治療所需之生物等效劑量(Biological equivalent dose)於組織或腫瘤對劑量分次的敏感度$\alpha/\beta=10$ Gy時大於等於40 GyE而小於72 GyE（限健保申報欄位記載為C、Ph或Pm，且ECOG status≤ 2）。</u> <u>2.支付規範：</u> <u>(1)須事前審查。</u> <u>(2)執行頻率：每人每次原發性癌症一生限執行一次。</u>		<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>1,030,540</u>

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<u>(3)本療程採包裹給付，如未執行完成療程，則按「規劃療程總次數」計算核扣之比例點數。</u> <u>(4)不得同時申報36001B～36024B、37006B～37030B、37046B、37047B。</u>					
36027B	<u>高度生物等效劑量質子放射治療</u> <u>High biological equivalent dose proton radiotherapy</u> <u>註：</u> <u>1.限未滿十九歲者申報。</u> <u>2.適用範圍：須符合下列任一條件：</u> <u>(1)中樞神經腫瘤需實施全顱脊髓照射者，或眼部腫瘤、骨肉瘤接受治療性照射劑量。</u> <u>(2)非屬上列疾病，以治療所需之生物等效劑量(Biological equivalent dose)於組織或腫瘤對劑量分次的敏感度$\alpha/\beta=10$ Gy時大於等於72 GyE(限健保申報欄位記載為C或Ph且 ECOG status≤ 2)。</u> <u>2.支付規範：</u> <u>(1)須事前審查。</u> <u>(2)執行頻率：每人每次原發性癌症一生限執行一次。</u> <u>(3)本療程採包裹給付，如未執行完成療程，則按「規劃療程總次數」計算核扣之比例點數。</u> <u>(4)不得同時申報36001B～36024B、37006B～37030B、37046B、37047B。</u>		<u>y</u>	<u>y</u>	<u>y</u>	<u>1,266,499</u>

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

第一項 處置費 Treatment

一、一般處置 General Treatment (47001-4710810)

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33143B83106B者。		v	v	v	14,559
47107B	成功移除長期留置鼻胃管並恢復經口進食 註： 1.適應症（須符合下列各項條件）： (1)因腦中風、神經疾病、頭頸部癌症、喉部疾病、老年退化、結構異常等原因，導致吞嚥功能障礙而置入鼻胃管長期留置達三個月以上者。 (2)恢復以口進食並有相關評估紀錄且未重置鼻胃管一個月以上。 2.限由復健科、耳鼻喉科、神經科、小兒神經科、 <u>小兒復健科</u> 專科醫師或牙醫師，及語言治療師與營養師組成之 <u>照護團隊</u> 執行及申報。 3.本項限由執行吞嚥等口腔功能訓練且成功移除長期留置鼻胃管之照護團隊人員申報。 4.申報頻率：每人每年同一傷病限申報一次。		v	v	v	3000
47109B	<u>植入式心臟節律器參數程控調整作業</u> <u>Exam and adjustment of implanted pacemaker</u> 註： <u>1.適用範圍：植入心臟節律器之病人</u> <u>2.支付規範：</u> <u>(1)執行人員：心臟內科、心臟外科醫師、小兒心臟科專科醫師。</u> <u>(2)執行頻率：每年二次，因疾病須執行MRI或手術者，得再申報一次。</u> <u>(3)申報時應檢附：裝置讀值報告，內容包括電池剩餘壽命、導線狀況（電阻、感應、閾值）、調節器設定模式、心律不整紀錄、程控操作報告摘要。</u>		v	v	v	556

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
47110B	<u>植入式心臟去顫器或再同步治療參數程控調整作業</u> <u>Exam and adjustment of implanted cardioverter defibrillator and cardiac resynchronization therapy devices</u> 註： <u>1.適用範圍：植入心臟去顫器(ICD)及再同步治療(CRT)裝置之病人</u> <u>2.支付規範：</u> <u>(1)執行人員：心臟內科、心臟外科醫師、小兒心臟科專科醫師。</u> <u>(2)執行頻率：每年四次，因疾病須執行MRI或手術者，得再申報一次。</u> <u>(3)申報時應檢附：裝置讀值報告，內容包括電池剩餘壽命、導線狀況（電阻、感應、閾值）、調節器設定模式、心律不整紀錄、程控操作報告摘要。</u>		V	V	V	822

十、外科處置 General Surgery Treatment (56001-56043)

編號	診療項目	基層 院所	地區 醫院	區域 醫院	醫學 中心	支付 點數
56037B	深部腦核電生理定位 Intraoperative Microelectrode recording of basal ganglia 註：須符合下列條件之一： 1.治療巴金森病深腦刺激電極植入使用。 2.清醒開顱手術須符合下列事項： (1)須檢附術中電生理報告。 (2)不得同時申報支付標準編號56018B。 (3)限神經外科、神經內科或復健科專科醫師施行。 3.原發性肌張力不全(Primary Dystonia)經藥物、肉毒桿菌注射等非手術治療一年以上無效者。 4.遲發性肌張力不全(Tardive dystonia)經藥物、肉毒桿菌注射等非手術治療一年以上無效者，且由二位以上神經外科、神經內科、小兒神經科或復健科專科醫師評估適合接受DBS治療，並經事前審查同意。 <u>5.十八歲以上無法以抗癲癇藥控制病情的頑固型癲癇病人（已服用或曾服用二種以上具適應症並以達有效劑量之抗癲癇藥物至少一年以上，仍無法控制發作），且亦無法以切除手段改善或曾以癲癇切除手術治療失敗。</u>		V	V	V	20,081

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
59009B	肢體壓傷伴有創傷性出血 Crush injury with acute traumatic Ischemia 註： 1. ~~須符合以下條件之一：59009B限必須遲延或無法輸血或外科治療患者申報。~~ <u>(1)必須遲延之病人。</u> <u>(2)無法輸血之病人。</u> <u>(3)無法外科治療之病人申報。</u> <u>(4)經緊急適當處置(如：血管腔內手術 Endovascular surgery、血管重建、血管修復、血管繞道、血管吻合、血管內取栓、暫時性血管架接術、筋膜切開減壓手術、清創及其他)後或59010B 治療後仍療效不佳病人。</u> 2. <u>申報時需檢附肢體處置前後照片備查</u> ~~59010B需專案報經保險人同意後實施。~~	50	120		v	v	v	2,400
59010B	肢體壓傷伴有創傷性出血 Crush injury with acute traumatic Ischemia 註： ~~1.59009B限必須遲延或無法輸血或外科治療患者申報。~~ ~~2.59010B需~~ <u>事前審查</u> ~~專案報經保險人同意後實施。~~	33	90		v	v	v	1,800

第七節 手術

第三項 筋骨 Musculoskeletal System(64001-642857)

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
64286B	<u>關節鏡下旋轉肌腱破裂縫合術</u> <u>Arthroscopic rotator cuff repair</u> 註： 1.適用範圍：肩旋轉肌袖破裂（ICD-10-CM：M75.1或S46.0）。 2.申報時應檢附關節鏡下手術照片。 3.不得同時申報項目：64243B、64244B。 4.本項不含氣化棒之費用。 5.一般材料費及高壓沖洗套管，得另加計百分之四十五。		<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>29,198</u>
64287B	<u>關節鏡下肩關節盂唇修補手術（單一部位肩盂唇修補）</u> <u>Arthroscopic labrum repair</u> 註： 1.適用範圍：肩旋轉肌袖破裂肩盂唇破裂（ICD-10-CM：S43.0）。 2.申報時應檢附關節鏡下手術照片。 3.不得同時申報項目：64243B、64244B。 4.本項不含氣化棒之費用。 5.一般材料費及高壓沖洗套管，得另加計百分之四十三。		<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>29,146</u>

第六項 心臟及心包膜(68001-68060~~1~~)

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，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，<u>且有兩位心臟外科醫師判定手術風險高，無法接受傳統開心手術進行二尖瓣膜修補或置換</u>： (a)手術後三十天死亡風險評估(STS score)，二尖瓣置換手術<u>達10%以上達8%以上或二尖瓣修補手術達6%以上或二尖瓣修補手術達10%以上</u>。 (b)嚴重主動脈鈣化(Porcelain aorta)。 (c)險惡性胸腔<u>或肺功能不全：FEV1<1公升</u>。 (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(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) <u>達六個月以上</u>，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%~~<u>35%</u>至50%，左心室收縮末期直徑(LVESD) $\leq$ 70mm，<u>肺動脈收縮壓 $\leq$ 70mmHg</u>。 (2)二尖瓣膜結構須符合夾合器適用範圍。 <u>(3)有New York Heart Association Function Class II-IV之心衰竭症狀。</u> <u>(34)排除末期嚴重心臟衰竭、同時伴有嚴重主動脈瓣膜狹窄或閉鎖不全或嚴重三尖瓣膜閉鎖不全、接受惡性腫瘤化療或心源性休克LVEF<20%病人。</u> 2.支付規範： (1)醫院條件： A.專任之心臟內科、心臟外科醫師。		v	v	v	99,428

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
	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磁共振造影機。 (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。					
68061B	<u>經靜脈心臟再同步治療裝置植入術</u> <u>Transvenous cardiac resynchronization therapy devices implantation</u> <u>註：</u> <u>1.適用範圍：須符合全民健康保險特殊材料給付規定B103-2或B104-1所訂之適應症、禁忌症等之相關規定。</u> <u>2.限心臟內科、心臟外科、小兒心臟科專科醫師執行。</u> <u>3.申報時須檢附裝置左心室導線過程之X光、裝置導線之數值報告及放置完成的X光、二至三條導線之數值報告。</u> <u>4.置換心臟再同步治療裝置(CRT)者，以68041B申報。</u> <u>5.不得同時申報68041B。</u> <u>6.一般材料費，得另加計百分之七。</u>		<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>53,950</u>

第九項 消化器 Digestive System

二、胃 Stomach (72001-7205960)

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>72060B</u>	<u>內視鏡及透視鏡導引腸胃道金屬支架置放術</u> <u>Endoscopy and fluoroscopy guided metallic gastroduodenal stent placement</u> <u>註：</u> <u>1.適用範圍須符合下列所有條件：</u> <u>(1)ICD-10-CM：C16.1、C16.2、C16.3、C16.4、C16.5、C16.6、C16.8、C16.9、C49.A2、C17.0、C23、C24.0、C24.1、C24.8、C24.9、C25.0、C25.1、C25.2、C25.4、C25.7、C25.8、C25.9。</u> <u>(2)Stage III或IV惡性腫瘤造成之胃出口狹窄，且一般胃鏡無法通過者。</u> <u>(3)若後續治療計畫有放射治療者不適用。</u> <u>2.支付規範：</u> <u>(1)醫院條件：須有Fluoroscopy透視X光內視鏡室。</u> <u>(2)執行人員資格：限上消化道內視鏡（胃鏡）技術及游離輻射（X光機）操作資格。</u> <u>(3)申報時病歷須檢附惡性胃出口阻塞的臨床佐證（內視鏡及影像學檢查資料）。</u> <u>(4)不得同時申報：47058B、49029B。</u> <u>3.一般材料費，得另加計百分之七十九。</u>		<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>27,537</u>

第十五項 神經外科 Neurosurgery (83001-8310~~5~~6)

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.適用範圍：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>42,730</u>

第十六項 聽器 Auditory System (84001-84038)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
84038B	人工電子耳手術(人工耳蝸植入術) 註： 限設有聽語復健治療團隊（包括耳鼻喉科專科醫師或復健專科醫師、聽力師、語言治療師等）之醫院申報，施行本項適應症如下： 1.~~兒童（未滿十八歲）~~<u>嬰幼兒（未滿二歲）</u>： (1)兩耳聽力損失呈$\geq 90\text{dB HL}$（0.5、1、2、4K Hz）。 (2)先前使用助聽器三至六個月以上，~~助聽後開放式語言測試得分（Speech perception score）$< 50\%$，或是噪聲下語詞測驗得分（Word recognition score）$< 30\%$~~<u>聽能訓練後言語辨識或語言能力無進展</u>。 (3)無手術植入電極之禁忌。 2.兒童<u>（二歲以上）</u>及成人~~（滿二歲以後）~~： (1)學語後失聰且兩耳聽力損失呈$\geq 70\text{dB HL}$（0.5、1、2、4K Hz）。 (2)先前使用助聽器六個月以上，助聽後開放式語言測試得分（Speech perception score）$< 50\%$，或<u>是噪聲下語詞測驗得分（Word recognition score）$< 30\%$</u>。 (3)無手術植入電極之禁忌。 <u>3.單耳全聾：</u> <u>(1)劣耳聽力損失呈$\geq 80\text{dB HL}$，優耳聽力損失呈$< 30\text{dB HL}$（0.5、1、2、4K Hz）。</u> <u>(2)助聽後單字詞測試中得分低於或等於5%，建議先前使用的跨傳助聽器（CROS）或其他合適的助聽器三個月以上的經驗。</u> <u>(3)無手術植入電極之禁忌。</u> <u>34.</u>一般材料費及單次使用鑽頭，得另加計百分之六十九。		V	V	V	20,250

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 9 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、6 月 17 日及 7 月 21 日召開 5 次「急診壅塞之健保因應策略研商會議」，擬提具 8 大策略及執行情形如下： (1)調升急重難症支付點數： A.急診、加護病房及護理相關支付標準調整已於 114 年 5 月 1 日生效，另有關扣合指標於本次會議報告事項第 2 案報告。 B. 修訂急診品質提升方案，將於本次會議報告事項第 3 案報告。 C.增修重大外傷緊急手術及麻醉費加成案，將於本次會議報告事項第 4 案報告。 (2)增加病床使用效率：門診靜脈抗生素治療(OPAT)獎勵方案已於 114 年 8 月 1 日實施，本次擬新增輸液器 1 日型支付項目，將於本次會議報告事項第 5 案報告。 (3)擴大在宅急症照護。 (4)調整個別醫院總額預算。 (5)建立急診壅塞監測指標：前述支付標準調整將扣合特定指標，將於本次會議報告事項第 2 案報告。		✓

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
						(6)研議週日及國定假日輕急症中心暨急診遠距服務：新增全民健康保險週日及國定假日輕急症中心(UCC)試辦計畫，將於本次會議討論事項第1案討論。 (7)輔導醫院善用轉診網絡。 (8)檢討民眾合理就醫負擔。 2. 本署將持續推動急診壅塞緩解措施並觀察急診申報情形。		
2	114-2 優討 1	114.6.25	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。	114年第二次會議決定： 1. 有關「第二部第二章第八節輸血及骨髓移植給付規定」，照案通過，惟需後補相關診療項目成本分析表；14074C「HIV病毒負荷量檢查」診療項目，限由感染科醫師開立檢驗，且須監測修訂後申報量。 2. 因學會表示33143B「急性缺血性腦中風機械取栓術」，須再凝聚共識，爰先予撤案，並暫緩修訂對應之47101B「急性缺血性腦中風處置費」。 3. 有關修訂02020B「緩和醫療家庭諮詢費」，因執行場域及申報次數規範仍有疑義，建議明確定義後再議，暫保留。 4. 有關36022B、36023B中文名稱修訂為「乳癌術後低分次照射(無)合併局部加強照射放射治療」，另支付規範敘明如不符合國健署「通過癌症診療品質認證醫院名單」，如不符資格之院所，須向健保署提出申請，再由學會訪視認證。 5. 其餘照案通過。	健保署醫管組	1. 中華民國血液及骨髓移植學會業於114年8月1日補送94201B「異體造血幹細胞移植術」、94202B「自體造血幹細胞移植術」診療項目成本分析表，如附件(後補)。 2. 14074C「HIV病毒負荷量檢查」診療項目，將比照增修支付標準流程，持續追蹤申報量及財務衝擊。 3. 33143B「急性缺血性腦中風機械取栓術」，已綜整專家意見於本次會議優先討論事項第1案討論。 4. 02020B「緩和醫療家庭諮詢費」修訂案，已綜整專家意見於本次會議優先討論事項第1案討論。 5. 已依會議決議修正36022B、36023B中文名稱為「乳癌術後低分次照射(無)合併局部加強照射放射治療」，及支付規範加註相關認證方式。 6. 當次會議通過項目，衛生福利部業於114年8月29日令，公告自114年9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
3	114-2報 2	114.6.25	修訂支付標準第六部論、第七部全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)案。	114年第二次會議決定：洽悉，實施時程依程序報請衛生福利部核定。	健保署醫管組	衛生福利部業於114年8月29日令，公告自114年9月1日生效。	✓	
4	114-2報 3	114.6.25	修訂「區域聯防-提升急重症照護品質計畫」案	114年第二次會議決定：洽悉。	健保署醫管組	本署業於114年7月15日公告，自114年7月1日生效。	✓	
5	114-2報 4	114.6.25	修訂轉診支付標準案。	114年第二次會議決定：洽悉，並於施行半年後分析相關執行成果。	健保署醫管組	1. 衛生福利部業於114年8月29日令，公告自114年9月1日生效。 2. 本案將於施行半年後，追蹤申報量及財務衝擊，提報「全民健康保險醫療給付費用醫院/西醫基層總額研商議事會議」討論。	✓	
6	114-2報 5	114.6.25	修訂西醫基層總額「相對合理門診點數給付方案」案。	114年第二次會議決定：考量基層糖尿病協會等團體，建議排除糖尿病、慢性腎臟病論品質支付方案等政策鼓勵之慢性病照護，本署將重新試算相關費用後，再提會討論。	健保署醫管組	本案提至本署114年7月10日溝通會議，會議決議本案緩議，後續優先從異常個案予以管理輔導，本署將另與中華民國醫師公會全國聯合會討論「異常申報高額」醫師之管理方式。	✓	
7	114-2討 1	114.6.25	114年全民健康保險門診靜脈抗生素治療獎勵方案。	114年第二次會議決議：照案通過，另本署將參酌代表建議調整療程及部分負擔相關細節。	健保署醫管組	本署業於114年8月6日公告，自114年8月1日生效。	✓	
8	114-2討 2	114.6.25	有關「急診、急救責任醫院及護理費支付標準相關指標」案。	114年第二次會議決議：因護理全聯會就護理人員調薪定義仍有疑義，請該會將修訂意見函送本署，另開會凝聚共識。	健保署醫管組	本案業提至本署114年7月10日全民健康保險涉急診、護理、緩和醫療及西醫基層政策研議溝通會議討論，並先行計算114年5月至6月達標情形及挹注預算額度，並於本次會議報告事項第2案報告。	✓	

序號	編號	會議時間	案由	決議（結論）事項	辦理單位	辦理情形	列建	管議
							解除列管	繼續列管
9	114-2 討 3	114.6.25	修訂「全民健康保險遠距醫療給付計畫」案。	114 年第二次會議決議：通過。	健保署醫管組	本署業於 114 年 8 月 6 日公告，自 114 年 8 月 1 日生效。	✓	
10	114-2 討 4	114.6.25	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。	114 年第二次會議決議：通過。	健保署醫審組	本署業於 114 年 7 月 30 日公告，自 114 年 8 月 1 日生效。	✓	

序號 2 之附件

003-1 診療項目成本分析表

☒ 現有項目 ☐ 新增項目

項目名稱：異體造血幹細胞移植術

項目編號：94201B

提案單位：中華民國血液及骨髓移植學會

成本分析資料醫事機構名稱：

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	120	4692	11,250
		2.住院醫師	1		16.5	300	4950	
		3.護理人員	1		7.6	180	1368	
		4.醫事人員	1		8	30	240	
		5.行政人員					0	
		6.工友、技工					0	
	不計價材料或藥品成本	品 名	單 位		單 位 成本	消耗數量	成本小計	成本合計
		無菌紗布	包		2	3	4	144
		無菌手術衣	件		63	3	126	
		外科無菌手套	付		7.2	3	14.4	
	設備費用	名 稱	取得成本	限	每分鐘折舊金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本
		注射幫浦	\$36,000	7	0.076335878	180	13.74	552
		生理監視器(全功能)	\$467,151	7	0.990566158	180	178.30	
		小計					192.04	
		非醫療設備=醫療設備×28.3 %					54	
	房屋折舊	平方公尺或坪數	取得成本	限	每分鐘折舊金額	佔用時間	成本小計	
		204.87375	5,356,402	50	1.01	180	182.5	
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 %					123			
直接成本合計							11,946	
作業及管理費用(直接成本×13.1 %)							1,565	
成本總計							13,511	

003-1 診療項目成本分析表

☒ 現有項目
 ☐ 新增項目

項目名稱：自體造血幹細胞移植術

項目編號：94202B

提案單位：中華民國血液及骨髓移植學會

成本分析資料醫事機構名稱：

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	60	2346	5,745
		2.住院醫師	1		16.5	150	2475	
		3.護理人員	1		7.6	90	684	
		4.醫事人員	1		8	30	240	
		5.行政人員					0	
		6.工友、技工					0	
	不計價材料或藥品成本	品 名	單 位		單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計
		無菌紗布	包		2	3	4	144
		無菌手術衣	件		63	3	126	
		外科無菌手套	付		7.2	3	14.4	
	設備費用	名 稱	取得成本	使用年	每分鐘折舊金額	佔用時間	成本小計	合計成本
		注射幫浦	\$36,000	7	0.076335878	180	13.74	552
		生理監視器(全功能)	\$467,151	7	0.990566158	180	178.30	
小計					192.04			
非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %					54			
平方公尺或坪數		取得成本	使用年	每分鐘折舊金額	佔用時間	成本小計		
	204.87375	5,356,402	50	1.01	180	182.5		
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 %						123		
直接成本合計							6,441	
作業及管理費用(直接成本×13.1 %)							844	
成本總計							7,285	

報告事項

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：新增「急診、急救責任醫院及護理支付標準扣合指標」案。

說明：

- 一、依據本署 114 年 7 月 10 日全民健康保險涉急診、護理、緩和醫療及西醫基層政策研議溝通會議（下稱溝通會議）決議（**附件 1，頁次報 2-5~2-6**）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（項目如下表）。前述支付標準調整將扣合特定指標，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、本案前經提至本署 114 年 6 月 26 日本會議討論，惟因中華民國護理師護士公會全國聯合會就護理人員調薪定義仍有疑義，未獲通過。為凝聚前述扣合指標之共識，本署前於 114 年 7 月 10 日召開「全民健康保險涉急診、護理、緩和醫療及西醫基層政策研議」溝通會議，決議摘述如下：
(一)醫護人員薪資及人力：必要指標——「護理人員調薪人數比率」：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 55%。

(二)急診相關項目：

- 1.必要指標一——「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.必要指標二——「每季急診轉住院病人滯留急診超過 24 小時之日均人次」：不得大於該院急診觀察床數之 40%。
- 3.如必要指標二未達標，則以下列兩項指標擇一認定：
 - (1)「急診轉住院人次占率」較去年同期增加。
 - (2)「急診病人停留超過 24 小時之案件比率」較去年同期下降。
- 4.增列觀察指標「病人停留觀察床平均時間」。

(三)急救責任醫院加護病房基本診療項目：

- 1.必要指標——「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.如前述指標未達標，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：為維持離島在地醫療照護量能，爰本項逕予撥付預算額度，並訂定觀察指標——「急診病人後送比率」。

四、本署已依溝通會議決議先計算並撥付 114 年 5 月至 6 月各醫院預算額度，續提至本會議補報告，惟部分指標因涉資料擷取時間及各醫院達標條件難易度不同等因素，恐致達標條件認定不公之疑慮，爰微調前述區間指標達標認定原則，各項目預算結算結果（**附件 2，頁次報 2-7**）說明如下：

(一)急性一般病床住院護理費：

- 1.本項以「健保投保薪資」為計算基礎，惟因調升投保薪資非立即生效，爰辦理 114 年第 2 季結算作業時，恐致未及擷取部分醫院已調薪之資料。考量本次僅調升特定病床(急性一般病床)

護理費，並為避免影響醫療資源不足地區醫院之醫療服務量能，爰微調本項認定原則如下：

- (1) 達標條件：「護理人員調薪人數比率」須達 55%，或高於該院急性一般病床護理人員數占率。
- (2) 設立於西醫醫療資源不足（下稱醫不足）、醫療資源缺乏（下稱醫缺）或山地離島地區之醫院，逕予撥付護理相關挹注預算額度。

2. 統計 114 年 5 月至 6 月申報「急性一般（含精神）病床護理費」之醫院共 395 家、計 2.97 億點，未達標醫院共 58 家、計 0.11 億點，本項預算共撥付予 337 家醫院、計 2.86 億點。

(二)急診相關項目：

1. 部分醫院「急診病人轉出率」指標當期表現優異，惟因去年同期無急診病人轉出，致本項未達標。考量前述條件亦涉及急診收治病人量及病情複雜度不同，並為避免影響醫療資源不足地區醫院之急診醫療量能，爰微調本項認定原則如下：

- (1) 達標條件：「急診病人轉出率」、「每季急診轉住院病人滯留急診超過 24 小時之日均人次」、「急診轉住院人次占率」、「急診病人停留超過 24 小時之案件比率」任一指標達標。
- (2) 設立於醫不足、醫缺或山地離島地區之醫院，逕予撥付急診相關挹注預算額度。

2. 統計 114 年 5 月至 6 月申報「急診診察費、護理費及急診觀察床診察費」之醫院共 282 家、計 1.77 億點，未達標醫院共 3 家、計 0.02 億點，本項預算共撥付予 279 家醫院、計 1.75 億點。

(三)急救責任醫院加護病房基本診療項目：

1. 考量中、重度級急救責任醫院之急重症照護效率及品質，受收治病人疾病嚴重度影響甚鉅，爰將「指標表現優於同儕」之情形納入本項認定原則，說明如下：

(1) 達標條件：「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」或「加護病床周轉率」任一指標達標，或高於同層級醫院同儕值中位數。

(2) 設立於醫不足、醫缺或山地離島地區之醫院，逕予撥付加護病房相關挹注預算額度。

2. 統計 114 年 5 月至 6 月因本項支付規範調整申報方式之中、重度級急救責任醫院共 51 家，申報「加護病房基本診療項目」計 0.94 億點，未達標醫院共 1 家、計 0.03 億點，本項預算共撥付予 50 家醫院、計 0.91 億點。

(四)離島急診案件醫療服務點數加成：統計 114 年 5 月至 6 月 5 家離島醫院「急診案件加成」計 0.09 億點。

(五)綜上，統計 114 年 5 月至 6 月有申報「急診、急救責任醫院及護理相關支付標準」之醫院共 402 家、計 5.77 億點，預算共撥付予 369 家醫院、計 5.61 億點。

五、有關 114 年第 3 季起本案扣合指標達標認定原則，說明如下：

(一)「護理人員調薪人數比率」已於 114 年 7 月 10 日溝通會議作成決議，自 114 年第 3 季起，「健保投保薪資」調薪資料已陸續生效，爰「護理人員調薪人數比率」是否達標，將依溝通會議決議（即須達 55%）認定。

(二)為避免懲罰表現優異醫院或影響急救責任醫院照護量能，爰急診及加護病房相關指標之指標認定原則，建議依前述 114 年第 2 季認定條件辦理。

決定：

全民健康保險涉急診、護理、緩和醫療及西醫基層政策研議

溝通會議 會議紀錄

時間：114 年 7 月 10 日（四）下午 3 時

地點：本署 18 樓大禮堂（台北市大安區信義路三段 140 號）

主席：石署長崇良

紀錄：何懿庭

（前略）

貳、討論事項：

一、有關急診、急救責任醫院及護理費支付標準相關指標案。

決議：

（一）「急診、急救責任醫院及護理」相關支付標準之各項必要指標及觀察指標如下：

1. 醫護人員薪資及人力—必要指標：「護理人員調薪人數比率」：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 55%。

2. 急診相關指標：

（1）必要指標一「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）必要指標二「每季急診轉住院病人滯留急診超過 24 小時之日均人次」：不得大於該院急診觀察床數之 40%。

（3）如前項指標二未達標，以下列兩項指標擇一認定：

A. 「急診轉住院人次占率」較去年同期增加。

B. 「急診病人停留急診超過 24 小時之案件比率」較去年同期下降。

（4）另增列觀察指標「病人停留觀察床平均時間」

3. 加護病房相關—必要指標：

（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) 之人次比率：不得小於去年同期自身值。

(2) 如前項指標未達標，則以「加護病床周轉率」不得小於去年同期自身值認定。

4. 離島急診醫療觀察指標：「急診病人後送比率」。

(二) 預算撥付方式：

1. 本署計算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 日起指標達標情形，將其對應預算按季撥付個別醫院總額額度。

2. 為利時效，本案將先行計算並撥付 114 年 5 月至 6 月各醫院預算額度，續提本署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補報告。

(三) 另地區醫院與會代表表示，各層級醫院於分級醫療策略下被賦予之任務不同，爰建議未來調整支付標準時，應通盤檢視調整項目對各層級醫院影響之差異。

(下略)

附件 2、「急診、急救責任醫院及護理相關支付標準」114 年 5 月至 6 月挹注預算撥付統計

(單位：家、億點)

項目	申報資料試算		未達標醫院		實際撥付（達標醫院）	
	醫院家數	預算額度	醫院家數	預算額度	醫院家數	預算額度
1-住院護理	395	2.97	58	0.11	337	2.86
2-急診相關	282	1.77	3	0.02	279	1.75
3-加護病房	51	0.94	1	0.03	50	0.91
4-離島急診	5	0.09	-	-	5	0.09
總計	402	5.77			369	5.62

報告事項

第三案

報告單位：社團法人台灣急診醫學會

案由：修訂「全民健康保險急診品質提升方案」案。

說明：

- 一、依據本署 114 年 8 月 6 日全民健康保險醫療給付費用醫院總額第 1 次臨時研商議事會議決議辦理（附件 1，頁次報 3-3）。
- 二、本署於 114 年 4 月 29 日及 7 月 21 日分別召開「急診壅塞之健保因應策略第三次研商會議」（附件 2，頁次報 3-4～3-5）及「急診壅塞之健保因應策略第五次研商會議」（下稱急診第五次會議）（附件 3，頁次報 3-6），討論急診醫學會提送之方案修訂建議，依各學協會共識急診方案修訂內容後，再依急診第五次會議決議有關獎勵點數調升視財務衝擊推估而訂，以不超過本項專款預算為原則，修訂摘要如下（方案修訂對照表詳附件 4，頁次報 3-7～3-24）：

（一）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。

（二）急診重大疾病照護品質獎勵：

- 1.主動脈剝離需緊急開刀，改以全民健康保險區域聯防-提升急重症照護品質計畫獎勵。
- 2.重大外傷改以重大外傷緊急手術及麻醉費支付標準加成獎勵。
- 3.P4614B「OHCA 照護獎勵_清醒出院獎勵」支付點數由 30,000 點調升至 35,000 點。

（三）轉診品質獎勵：

- 1.刪除向上及平行轉診轉出及轉入醫院獎勵；惟保留重症病人直接轉入加護病房（不經轉入醫院之急診）之獎勵。

2.急診向下轉診修訂「限轉入住院病人申報」及增修向下轉診獎勵點數，且轉出轉入醫院等比例調升，各由 2,000 點調升至 3,500 點。

3.新增地區醫院接收區域醫院急診病人下轉住院獎勵。

4.「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」改由轉入醫院申報。

5.所有轉診案件獎勵皆排除同體系醫院間互轉。

(四)急診處置效率及補助急診專科醫師人力維持原方案內容。

(五)案內方案獎勵費用優先分配於第一線執行人員，並每年提報獎勵費用之運用情形予保險人分區業務組。

三、 預算來源及財務影響：

(一)預算來源：114 年醫院總額專款項目「急診品質提升方案」編列 300 百萬元支應。

(二)財務影響評估（詳附件 5，頁次報 3-25~3-26）：以 113 年申報資料總計 338.32 百萬點推估：增訂獎勵項目總計增加約 4.90 百萬點；刪除獎勵項目總計約 50.73 百萬點，合計約 292.5 百萬點。

四、 將依程序報衛生福利部核定後，本署公告實施。

決定：

全民健康保險醫療給付費用醫院總額
114 年第 1 次臨時研商議事會議紀錄

時間：114 年 8 月 6 日(三)下午 2 時

地點：本署 18 樓禮堂/視訊會議

主席：石署長崇良

紀錄：張毓芬

出席代表：(以下略)

列席單位及人員：(以下略)

壹、主席致詞：略。

貳、上次會議紀錄確認，請參閱(不宣讀)確認(略)。

參、報告事項：略。

肆、討論事項：(摘錄與本案相關)

第四案

提案單位：社團法人台灣急診醫學會

案由：修訂「急診品質提升方案」。

決議：本案通過，重點如下：

- 一、P4614B「OHCA 照護獎勵_清醒出院獎勵」由30,000點調升至35,000點，向下轉診獎勵支付點數由2,000點調升為3,500點。
- 二、刪除向上或平轉診獎勵；惟保留重症病人直接轉入加護病房之獎勵，另下轉修訂為「限住院病人申報」。
- 三、案內方案獎勵金優先分配於第一線執行人員，並每年提報獎勵費用之運用情形予保險人分區業務組。

伍、散會：下午 5 時 14 分。

「急診壅塞之健保因應策略第三次研商會議」

會議紀錄

時間：114 年 4 月 29 日（星期五）上午 9 時 30 分

地點：中央健康保險署 9 樓第三會議室

主席：石署長崇良

紀錄：楊閻璘

出席單位及人員：（以下略）

列席單位及人員：（以下略）

壹、主席致詞：略。

貳、討論事項：（摘錄與本案相關）

二、修訂全民健康保險急診品質提升方案。

決議：

（一）急診重大疾病照護品質獎勵：

1. 刪除主動脈剝離需緊急開刀獎勵，避免與區域聯防計畫重複獎勵。
2. 急診醫學會原建議刪除急性心肌梗塞照護品質獎勵，經討論後考量區域聯防尚未納入此項疾病爰決議保留。
3. 前項「重大外傷緊急手術」手術加成生效後，基於不重複支付原則刪除方案內重大外傷獎勵，朝向依整體外傷照護指標給予獎勵。
4. 有關外傷醫學會建議新增「腹腔/後腹腔/骨盆腔填塞止血，損傷控制手術（abdominal and pelvic packing, damage control surgery）」、「頸部探查手術（neck exploration）」、「主動脈復甦性血管球囊閉合術（REBOA）」等手術類別至方案「緊急搶救手術及處置」列表，經查前述手術皆尚未於支付標準列項，爰

建請該學會依循健保新增診療項目流程函文本署提案。

5. 調升 OHCA 照護獎勵_清醒出院獎勵，由 30,000 點調升為 100,000 點。

(二)轉診品質獎勵：

1. 刪除向上轉診之轉出醫院獎勵；惟保留重症病人直接轉入加護病房（不經轉入醫院之急診）之轉出醫院獎勵。
2. 新增地區醫院接收區域醫院急診病人下轉住院獎勵及獎勵下轉完成門診靜脈抗生素治療(OPAT)病人。
3. 「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」改由轉入醫院申報，並放寬病人下轉在宅急症照護(ACAH)且轉出醫院醫師完成訪視亦得申報。
4. 所有轉診案件獎勵皆排除同體系醫院間互轉。

(三)急診處置效率獎勵:續將參考衛生福利部醫事司「114 年度醫院緊急醫療能力分級評定基準及評分說明與評量方法」及本署急診指標，研議效率指標須扣合急診壅塞情形改善，改善者始獲獎勵。

(四)維持現行補助急診專科醫師人力獎勵。

(五)案內方案獎勵金 60%以上應予急診部門或參與急診醫療人員。

(六)另請急診醫學會於下次會議前，就 OPAT 照護模式提供具體支付建議。

參、臨時動議：無

散會：上午 11 時 54 分

「急診壅塞之健保因應策略第五次研商會議」

會議紀錄

時間：114 年 7 月 21 日（星期一）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）

肆、主席致詞：略。

伍、討論事項：（摘錄與本案相關）

二、修訂全民健康保險急診品質提升方案。

決議：

（一）急診重大疾病照護品質獎勵：

1. 刪除主動脈剝離需緊急開刀獎勵，避免與區域聯防-提升急重症照護品質計畫重複獎勵。
2. 刪除重大外傷獎勵，避免與重大外傷緊急手術及麻醉費支付標準額外加成重複獎勵。
3. 調升 P4614B「OHCA 照護獎勵_清醒出院獎勵」支付點數。

（二）轉診品質獎勵：

1. 刪除向上轉診轉出及轉入醫院獎勵；惟保留重症病人直接轉入加護病房（不經轉入醫院之急診）之獎勵。
2. 急診向下轉診修訂為「限住院病人申報」及增修向下轉診獎勵點數，且轉出轉入醫院等比例調升。
3. 新增地區醫院接收區域醫院急診病人下轉住院獎勵。
4. 「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」改由轉入醫院申報。
5. 所有轉診案件獎勵皆排除同體系醫院間互轉。

（三）案內方案獎勵金 60%以上應予急診部門或參與急診醫療人員。

（四）以上各項獎勵點數調升將視財務衝擊推估而訂，不超過本項專款預算 3 億元為原則。

陸、臨時動議：無

柒、散會：上午 11 時 36 分

急診品質提升方案修訂內容對照表

附件 4

本次修改內容	原方案(現行實施中之方案)
壹、前言 中央衛生主管機關為加速醫院急診部門檢傷分類作業，參採國外經驗，於 99 年公告施行急診五級檢傷分類基準，期快速檢定病人病況危急與嚴重度，讓真正急重症患者，能及時獲得緊急醫療服務，挽回寶貴的生命。為確保急診重大疾病照護品質、落實以品質導向提升急診病人處置效率，全民健康保險自 101 年起以論質計酬方式，鼓勵醫院重視並提升急重症照護品質及效率。 依據美國醫療機構評鑑聯合會(Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 簡稱 JCAHO)的報告，超過 53%延誤治療的警訊事件(sentinel event)是發生在急診，而因急診壅塞所造成的事件就占了 31%。Chalfin(2007)、Nicholas(2020)等的報告，急診重症病人如果無法在 6 小時內入住加護病房，結果不僅住院天數會因此拉長，病人的死亡率也會增高(從 8.4%上升至 10.7%)。Richardson(2006)、Adam(2011)等的報告，在壅塞時段，相同疾病嚴重度的病人有較高的死亡。Sprivulis(2006)等的報告，壅塞時段，急診病人在第 2 天及第 7 天的病人死亡率增加了 30%。顯示，急診壅塞不僅影響病人的安全，同時也會造成醫療品質的下降。 全民健康保險保險人(以下稱保險人)為加強急重症之醫療照護百年衛生醫療改革計畫，邀集急診醫學會、急診管理學會、主管機關及相關專科醫學會共同研擬本方案，並與醫界協商，以論質計酬方式，期提升急重症照護品質及效能，適切滿足民眾就醫需求，保障全體國民生命安全與健康。	壹、前言 中央衛生主管機關為加速醫院急診部門檢傷分類作業，參採國外經驗，於 99 年公告施行急診五級檢傷分類基準，期快速檢定病人病況危急與嚴重度，讓真正急重症患者，能及時獲得緊急醫療服務，挽回寶貴的生命。為確保急診重大疾病照護品質、落實以品質導向提升急診病人處置效率，全民健康保險自 101 年起以論質計酬方式，鼓勵醫院重視並提升急重症照護品質及效率。 依據美國醫療機構評鑑聯合會(Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 簡稱 JCAHO)的報告，超過 53%延誤治療的警訊事件(sentinel event)是發生在急診，而因急診壅塞所造成的事件就占了 31%。Chalfin(2007)、Nicholas(2020)等的報告，急診重症病人如果無法在 6 小時內入住加護病房，結果不僅住院天數會因此拉長，病人的死亡率也會增高(從 8.4%上升至 10.7%)。Richardson(2006)、Adam(2011)等的報告，在壅塞時段，相同疾病嚴重度的病人有較高的死亡。Sprivulis(2006)等的報告，壅塞時段，急診病人在第 2 天及第 7 天的病人死亡率增加了 30%。顯示，急診壅塞不僅影響病人的安全，同時也會造成醫療品質的下降。 全民健康保險保險人(以下稱保險人)為加強急重症之醫療照護百年衛生醫療改革計畫，邀集急診醫學會、急診管理學會、主管機關及相關專科醫學會共同研擬本方案，並與醫界協商，以論質計酬方式，期提升急重症照護品質及效能，適切滿足民眾就醫需求，保障全體國民生命安全與健康。
貳、目標 一、確保重大疾病照護品質。 二、落實品質導向轉診制度。 三、提升急診病人處置效率。	貳、目標 一、確保重大疾病照護品質。 二、落實品質導向轉診制度。 三、提升急診病人處置效率。
參、經費來源： 全民健康保險醫院醫療給付費用總額中之「急診品質提升方案」專款項目。	參、經費來源： 全民健康保險醫院醫療給付費用總額中之「急診品質提升方案」專款項目。
肆、參與資格： 須為全民健保特約醫院，並依本方案規定據實登錄相關資料者。	肆、參與資格： 須為全民健保特約醫院，並依本方案規定據實登錄相關資料者。
伍、計畫構面 一、急診重大疾病照護品質： 針對急性心肌梗塞、嚴重敗血症及到院前心跳停止病人，訂定到院一定時間內接受必要治療處置之標準及獎勵 (一)急性心肌梗塞： 主診斷碼(ICD-10-CM，以下同)為：I21.0-I21.3、I21.9、I21.A1、I21.A9、I22.0-I22.1、I22.8-I22.9 之病人，從進入急診後經檢查適合者，於 90 分鐘內接受緊急介入性心導管治療(診療項目為 33076B 至 33078B 經皮冠狀動脈擴張術)之個案(door to wire time < 90 min)。	伍、計畫構面 一、急診重大疾病照護品質： 針對急性心肌梗塞、重大外傷、嚴重敗血症及到院前心跳停止及主動脈剝離需緊急開刀病人，訂定到院一定時間內接受必要治療處置之標準及獎勵 (一)急性心肌梗塞： 主診斷碼(ICD-10-CM，以下同)為：I21.0-I21.3、I22.0-I22.1、I22.8-I22.9 之病人，從進入急診後經檢查適合者，於 90 分鐘內接受緊急介入性心導管治療(診療項目為 33076B 至 33078B 經皮冠狀動脈擴張術)之個案(door to wire time < 90 min)。

本次修改內容	原方案(現行實施中之方案)
(二)嚴重敗血症： 主診斷或次診斷碼如下所列，符合國際嚴重敗血症指引定義之急診敗血症病人，從進入急診後 3 小時內給與予第一劑抗生素及 6 小時內完成敗血症治療組套(sepsis bundle)同時申報：09059B 乳酸檢查（或 09135B 乳酸-丙酮酸檢查）、收縮壓，及至少完成 13016B 及「13001C 至 13026C 中之任 1 項」細菌學及黴菌檢查之個案。 主診斷或次診斷碼：A40.0、A40.1、A40.3、A40.8、A40.9、A41.01、A41.02、A41.1、A41.2、A41.3、A41.4、A41.50、A41.51、A41.52、A41.53、A41.59、A41.81、A41.89、A41.9、R65.10、R65.11、R65.20、R57.1、R57.8、R65.21 (三)到院前心跳停止(OHCA)： 1. 於收治急診之醫院治療後出院：主診斷或次診斷碼為 I46.2、I46.8、I46.9 及 R99，且出院時意識清醒(次診斷碼申報虛擬碼 I600000-I600003 者)或存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)之個案。 2. 經轉院治療後出院：主診斷或次診斷碼為 I46.2、I46.8、I46.9 及 R99，於 3 地區醫院急救恢復自發性循環後，因醫療需要轉診至其他適當醫院，並於 1 小時內完成緊急處置或入住加護病房，且出院時意識清醒(次診斷碼申報虛擬碼 I600000-I600003 者)或存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)之個案。	~~-ICD-10-CM(2023 年版)：I21.0-I21.3、I21.9、I21.A1、I21.A9、I22.0-I22.1、I22.8-I22.9 (自一百十四年一月一日起適用)。~~ ~~(二)重大外傷：~~ ~~1. 符合下列主診斷碼，ISS≥16 之急診病人，從進入急診後 2 或 4 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置(詳附表一)之個案。~~ ~~主診斷碼：~~ ~~(1)T07~~ ~~-ICD-10-CM(2023 年版)：T07.XXXA (自一百十四年一月一日起適用)。~~ ~~(2)S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79 (前述第 7 位碼皆須為"A")~~ ~~(3)S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92 (前述第 7 位碼皆須為"A"或"B")~~ ~~-ICD-10-CM(2023 年版)：S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92、S99 (自一百十四年一月一日起適用) (前述第 7 位碼皆須為"A"或"B")。~~ ~~(4)S52、S72、S82 (前述第 7 位碼皆須為"A"或"B"或"C")~~ ~~2. 體表面積>20%之重大燒傷，診斷為下列代碼，從進入急診後 2 或 4 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置(詳附表一)之個案。~~ ~~主診斷碼：T31.20-T31.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T32.20-T32.99、T26.00XA-T26.92XA~~ (三)嚴重敗血症： 主診斷或次診斷碼如下所列，符合國際嚴重敗血症指引定義之急診敗血症病人，從進入急診後 3 小時內給與予第一劑抗生素及 6 小時內完成敗血症治療組套(sepsis bundle)同時申報：09059B 乳酸檢查（或 09135B 乳酸-丙酮酸檢查）、收縮壓，及至少完成 13016B 及「13001C 至 13026C 中之任 1 項」細菌學及黴菌檢查之個案。 主診斷或次診斷碼：A40.0、A40.1、A40.3、A40.8、A40.9、A41.01、A41.02、A41.1、A41.2、A41.3、A41.4、A41.50、A41.51、A41.52、A41.53、A41.59、A41.81、A41.89、A41.9、R65.10、R65.11、R65.20、R57.1、R57.8、R65.21 (四)到院前心跳停止(OHCA)： 1. 於收治急診之醫院治療後出院：主診斷或次診斷碼為 I46.2、I46.8、I46.9 及 R99，且出院時意識清醒(次診斷碼申報虛擬碼 I600000-I600003 者)或存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)之個案。 2. 經轉院治療後出院：主診斷或次診斷碼為 I46.2、I46.8、I46.9 及 R99，於 3 地區醫院急救恢復自發性循環後，因醫療需要轉診至其他適當醫院，並於 1 小時內完成緊急處置或入住加護病房，且出院時意識清醒(次診斷碼申報虛擬碼 I600000-I600003 者)或存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)之個案。

本次修改內容	原方案(現行實施中之方案)
3. 申報本項 OHCA 獎勵之急救責任醫院，應依衛生福利部公告之「到院前心跳停止（OHCA）病摘交換欄位與格式之標準規範」使用電子病歷交換中心（E.M.R. Exchange Center，EEC）上傳資料。	3. 申報本項 OHCA 獎勵之急救責任醫院，應依衛生福利部公告之「到院前心跳停止（OHCA）病摘交換欄位與格式之標準規範」使用電子病歷交換中心（E.M.R. Exchange Center，EEC）上傳資料。
二、轉診品質： 為強化急診室重症病人上轉及穩定病人下轉之機制，針對符合轉診品質保證之個案，給予轉出及轉入醫院獎勵，希望透過有品質的轉診機制，使各急救責任醫院能各司其職，於第一時間依其能力完成病人醫療處置。 (一)向上或平行轉診：中度或一般級急救責任醫院及地區醫院，因重大疾病之緊急狀況，醫院照護能力未符需求，須轉診至上一級或同層級急救責任醫院或區域以上醫院接受專業處理。疾病主診斷包括急性心肌梗塞，急性腦中風、主動脈剝離、食道靜脈瘤出血、敗血症、重大外傷及體表面積>20%之重大燒傷(詳附表一)。 (二)向下或平行轉診：重度級或中度級急救責任或區域以上醫院，為讓病床更有效率運用，將已收治一般急診常見疾病的穩定病人轉出至同等級或下一級急救責任醫院或同層級或下一層級醫院之適當醫療機構。疾病主診斷包括胃腸道出血、大量腸胃道出血、腸阻塞、急性膽囊炎、膽結石併急性膽囊炎併阻塞、膽管炎、急性胰臟炎、肺炎、慢性氣道阻塞、其他蜂窩組織炎及膿瘍、充血性心臟衰竭、發燒、泌尿道感染、腎盂腎炎、慢性腎衰竭、肝硬化，未提及酒精性者、及肝性昏迷(詳附表二)。 (三)轉診作業	~~(五)主動脈剝離需緊急開刀：—~~ ~~1.於收治急診之醫院治療後出院：主診斷碼為 I71.00、I71.01、I71.02、I71.03、I71.1、I71.3、I71.5、I71.8、I71.5，需緊急手術者，於 4 小時內進入開刀房，且存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)之個案。—~~ ~~ICD-10-CM(2023 年版)：I71.00、I71.010、I71.011、I71.012、I71.019、I71.02、I71.03、I71.10、I71.11、I71.12、I71.13、I71.30、I71.31、I71.32、I71.33、I71.50、I71.51、I71.52、I71.8 (自一百十四年一月一日起適用)。—~~ ~~2.經轉院治療後出院：主診斷碼為 I71.00、I71.01、I71.02、I71.03、I71.1、I71.3、I71.5、I71.8，需緊急手術者，於醫院 2 小時內轉出且轉入醫院於 2 小時內進入開刀房，且存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)之個案。—~~ ~~ICD-10-CM(2023 年版)：I71.00、I71.010、I71.011、I71.012、I71.019、I71.02、I71.03、I71.10、I71.11、I71.12、I71.13、I71.30、I71.31、I71.32、I71.33、I71.50、I71.51、I71.52、I71.8 (自一百十四年一月一日起適用)。—~~ 二、轉診品質： 為強化急診室重症病人上轉及穩定病人下轉之機制，針對符合轉診品質保證之個案，給予轉出及轉入醫院獎勵，希望透過有品質的轉診機制，使各急救責任醫院能各司其職，於第一時間依其能力完成病人醫療處置。 (一)向上或平行轉診：中度或一般級急救責任醫院及地區醫院，因重大疾病之緊急狀況，醫院照護能力未符需求，須轉診至上一級或同層級急救責任醫院或區域以上醫院接受專業處理。疾病主診斷包括急性心肌梗塞，急性腦中風、主動脈剝離、食道靜脈瘤出血、敗血症、重大外傷及體表面積>20%之重大燒傷(詳附表二)。 (二)向下或平行轉診：重度級或中度級急救責任或區域以上醫院，為讓病床更有效率運用，將已收治一般急診常見疾病的穩定病人轉出至同等級或下一級急救責任醫院或同層級或下一層級醫院之適當醫療機構。疾病主診斷包括胃腸道出血、大量腸胃道出血、腸阻塞、急性膽囊炎、膽結石併急性膽囊炎併阻塞、膽管炎、急性胰臟炎、肺炎、慢性氣道阻塞、其他蜂窩組織炎及膿瘍、充血性心臟衰竭、發燒、泌尿道感染、腎盂腎炎、慢性腎衰竭、肝硬化，未提及酒精性者、及肝性昏迷(詳附表三)。 (三)轉診作業

本次修改內容	原方案(現行實施中之方案)
1. 醫院應設有專責辦理轉診作業之窗口。 2. 轉出醫院：向病人說明轉診原因；填寫轉診同意書及轉診單。 3. 轉入醫院：接收醫院要同意，並提供必要醫療照護；填寫處置情形轉診回覆單。 (四)獎勵方式： 1. 符合向上轉診或平行轉診之病人直接轉至加護病房（不經轉入醫院之急診），可申報之獎勵如下： (1) 轉出醫院：每個案獎勵 5,000 點。 (2) 轉入醫院：每個案獎勵 5,000 點。 2. 符合向下轉診之直接轉至住院病人，可申報之獎勵如下： (1) 每個案獎勵 7,000 點。轉出與轉入醫院各給予 50%。 (2) 自醫學中心或區域醫院下轉之病人，得另申報以下費用： A. 轉入醫院該次住院之基本診療費用(包括：急性病房病房費、護理費、醫師診察費及藥事服務費)得比照醫學中心或區域醫院標準支付，其差額以「區域醫院/地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵（第一天）」、「區域醫院/地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵（第二天起）」、「地區醫院接受區域醫院急診病人下轉住院獎勵（第一天）」及「地區醫院接受區域醫院急診病人下轉住院獎勵（第二天起）」另行申報。 B. 轉出醫院之主治醫師至轉入醫院探訪病人，直接與轉入醫院團隊成員溝通病情者，可申報「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」，每次支付 1,000 點，當次住院最多申報 3 次。 3. 所有轉診案件獎勵皆排除同體系醫院間互轉。 三、急診處置效率 本項係以各項指標結果進行獎勵，藉以提升急診處置效率，提升急診病人照護品質。 (一)完成急性呼吸衰竭於急診緊急插管(門診案件分類為 02，插管代碼為 47031C、 47105C、47106C，其中醫令 47105C 及 47106C 依支付標準公告日起實施) 之病人進入加護病房<6 小時，或完成急診重大疾病照護之病人進入加護病房<6 小時：每人次給予 5,000 點獎勵。倘同時符合緊急插管及重大疾病之 案件，以重大疾病計算。 (二)檢傷一、二、三級急診病人轉入病房<8 小時：每人次給予 50 點獎勵。	1. 醫院應設有專責辦理轉診作業之窗口。 2. 轉出醫院：向病人說明轉診原因；填寫轉診同意書及轉診單。 3. 轉入醫院：接收醫院要同意，並提供必要醫療照護；填寫處置情形轉診回覆單。 (四)獎勵方式： 1. 符合向上轉診或平行轉診之病人，可申報之獎勵如下： (1) 轉出醫院以下列 3 項獎勵，擇一支付： ~~A. 每個案獎勵 500 點。~~ ~~B. 能於 60 分鐘內轉出，每個案獎勵 1,500 點。~~ ~~C. 符合上述轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵 5,000 點。~~ (2) 轉入醫院以下列 2 項獎勵，擇一支付： ~~A. 每個案獎勵 500 點。~~ ~~B. 符合上述轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵 5,000 點。~~ 2. 符合向下轉診之病人，可申報之獎勵如下： (1) 每個案獎勵 4,000 點。轉出與轉入醫院各給予 50%。 (2) 自醫學中心下轉之病人，得另申報以下費用： A. 轉入醫院該次住院之基本診療費用(包括：急性病房病房費、護理費、醫師診察費及藥事服務費)得比照醫學中心標準支付，其差額以「區域醫院/地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵（第一天）」、「區域醫院/地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵（第二天起）」另行申報。 B. 轉出醫院之主治醫師至轉入醫院探訪病人，直接與轉入醫院團隊成員溝通病情者，可申報「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」，每次支付 1,000 點，當次住院最多申報 3 次。 三、急診處置效率 本項係以各項指標結果進行獎勵，藉以提升急診處置效率，提升急診病人照護品質。 (一)完成急性呼吸衰竭於急診緊急插管(門診案件分類為 02，插管代碼為 47031C、 47105C、47106C，其中醫令 47105C 及 47106C 依支付標準公告日起實施) 之病人進入加護病房<6 小時，或完成急診重大疾病照護之病人進入加護病房<6 小時：每人次給予 5,000 點獎勵。倘同時符合緊急插管及重大疾病之 案件，以重大疾病計算。 (二)檢傷一、二、三級急診病人轉入病房<8 小時：每人次給予 50 點獎勵。

本次修改內容	原方案(現行實施中之方案)
(三)地區醫院急診病人增加： 1.計算基準：以檢傷分類等級申報所有急診病人次計算 2.計算方式：本年急診人次 > 上年急診人次 3.地區醫院急診人次較上年增加 每增加 1 人次支給 500 點獎勵。針對新成立之地區醫院，急診增加人次 採下列方式計算： (1) 有基期可比較之月份：計算較基期相同月份增加之人次。 (2) 無基期可比較之月份：以該月份之「月平均人次」減「基期月份之月平均人次」，乘以「無基期月份數」。 四、補助急診專科醫師人力 (一)補助醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務： 1.同體系醫院間（含委託經營）之支援不予補助，包括： 同法人醫院體系、國軍退除役官兵輔導委員會醫院體系、國軍醫院體系、衛生福利部醫院體系、同醫學院附設醫院體系、同縣市政府所屬醫院體系、同醫院總分院(院區)。若對保險人認定有異議，醫院可舉證非屬同體系醫院，經保險人分區業務組同意後認定。 2.補助方式： (1) 以急診專科醫師支援急診之班次計算，每人次每月補助上限 3 萬點。 (2) 支援人力計算方式：以全院每月急診專科醫師支援急診服務班次之總和，每 15 班算 1 人次(1 班至少 8 小時)。支援不足 1 人次則依班次比例核算。 (3) 派出支援醫院與接受支援醫院皆可接受本項補助。 3.支援規定： 支援醫師均應依醫事法規相關規定向當地衛生主管機關辦理報備支援，並請醫師考量負擔能力提供支援服務。 (二)補助地區醫院增聘急診專科醫師人力： 1.補助方式： 當年度地區醫院每增聘 1 名急診專科醫師執行急診業務，每人每月補助 3 萬點。 2.增聘急診專科醫師人數計算方式： (1) 該地區醫院當年每月平均執業登記急診專科醫師人數與前一年每月平均執業登記急診專科醫師人數相比較。 以 111 年為例：【111 年每月 10 日該院有效執業登記急診專科醫師人數總和÷12 個月】減【110 年每月 10 日該院有效執業登記急診專科醫師人數總和÷12 個月】 (2) 增聘醫師未滿 1 人則依比例核算。 (三)前述兩項補助合計，每家醫院全年申請上限為 1,800,000 點，超過點數不予補助。 (四)本補助不適用對象：	(三)地區醫院急診病人增加： 1.計算基準：以檢傷分類等級申報所有急診病人次計算 2.計算方式：本年急診人次 > 上年急診人次 3.地區醫院急診人次較上年增加 每增加 1 人次支給 500 點獎勵。針對新成立之地區醫院，急診增加人次 採下列方式計算： (1) 有基期可比較之月份：計算較基期相同月份增加之人次。 (2) 無基期可比較之月份：以該月份之「月平均人次」減「基期月份之月平均人次」，乘以「無基期月份數」。 四、補助急診專科醫師人力 (一)補助醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務： 1.同體系醫院間（含委託經營）之支援不予補助，包括： 同法人醫院體系、國軍退除役官兵輔導委員會醫院體系、國軍醫院體系、衛生福利部醫院體系、同醫學院附設醫院體系、同縣市政府所屬醫院體系、同醫院總分院(院區)。若對保險人認定有異議，醫院可舉證非屬同體系醫院，經保險人分區業務組同意後認定。 2.補助方式： (1) 以急診專科醫師支援急診之班次計算，每人次每月補助上限 3 萬點。 (2) 支援人力計算方式：以全院每月急診專科醫師支援急診服務班次之總和，每 15 班算 1 人次(1 班至少 8 小時)。支援不足 1 人次則依班次比例核算。 (3) 派出支援醫院與接受支援醫院皆可接受本項補助。 3.支援規定： 支援醫師均應依醫事法規相關規定向當地衛生主管機關辦理報備支援，並請醫師考量負擔能力提供支援服務。 (二)補助地區醫院增聘急診專科醫師人力： 1.補助方式： 當年度地區醫院每增聘 1 名急診專科醫師執行急診業務，每人每月補助 3 萬點。 2.增聘急診專科醫師人數計算方式： (1) 該地區醫院當年每月平均執業登記急診專科醫師人數與前一年每月平均執業登記急診專科醫師人數相比較。 以 111 年為例：【111 年每月 10 日該院有效執業登記急診專科醫師人數總和÷12 個月】減【110 年每月 10 日該院有效執業登記急診專科醫師人數總和÷12 個月】 (2) 增聘醫師未滿 1 人則依比例核算。 (三)前述兩項補助合計，每家醫院全年申請上限為 1,800,000 點，超過點數不予補助。 (四)本補助不適用對象：

本次修改內容	原方案(現行實施中之方案)
1.「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」、「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」之保障醫院。 2.「全民健康保險跨層級醫院合作計畫」補助之門診支援服務。 3.衛生福利部醫事司「醫學中心或重度級急救責任醫院支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」及「緊急醫療資源不足地區改善計畫」之補助醫師或補助開診費用。 (五)地區醫院醫療利用監測指標： 1.接受本方案補助之急診專科醫師急診看診量： (1)指標定義： 當年度接受補助之地區醫院支援及增聘急診專科醫師，平均每位醫師每月急診申報件數。 (2)目標值：大於去年同期值。 2.接受醫學中心、區域醫院下轉急診案件之七日內回轉比率： (1)指標定義： 分子：地區醫院接受醫學中心、區域醫院下轉之急診案件，七日內回轉醫學中心、區域醫院之急診件數。 分母：地區醫院接受醫學中心、區域醫院下轉急診件數。 (2)目標值：不超過3%。	1.「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」、「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」之保障醫院。 2.「全民健康保險跨層級醫院合作計畫」補助之門診支援服務。 3.衛生福利部醫事司「醫學中心或重度級急救責任醫院支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」及「緊急醫療資源不足地區改善計畫」之補助醫師或補助開診費用。 (五)地區醫院醫療利用監測指標： 1.接受本方案補助之急診專科醫師急診看診量： (1)指標定義： 當年度接受補助之地區醫院支援及增聘急診專科醫師，平均每位醫師每月急診申報件數。 (2)目標值：大於去年同期值。 2.接受醫學中心、區域醫院下轉急診案件之七日內回轉比率： (1)指標定義： 分子：地區醫院接受醫學中心、區域醫院下轉之急診案件，七日內回轉醫學中心、區域醫院之急診件數。 分母：地區醫院接受醫學中心、區域醫院下轉急診件數。 (2)目標值：不超過3%。
陸、醫療費用申報、支付及審查 一、急診重大疾病照護及轉診品質獎勵及申報規定如下(如附表四)： (一)急診重大疾病照護品質方面：採每月申報。 1.第一項急性心肌梗塞疾病完成照護個案：以代碼 P4601B「急性心肌梗塞照護獎勵」申報，支付點數 6,000 點。 2.第二項嚴重敗血症完成照護個案：以代碼 P4602B「嚴重敗血症照護獎勵」申報，支付點數 2,000 點。 3.第三項 OHCA 完成照護個案： (1)於收治急診之醫院治療後出院：出院時意識清醒者以代碼 P4614B「OHCA 照護獎勵_清醒出院」申報，支付點數35,000點；存活出院者以代碼 P4615B「OHCA 照護獎勵_存活出院」申報，支付點數 10,000 點(兩者擇一申報) (2)經轉院治療後出院： A. 轉出院所：以代碼 P4616B「OHCA 轉出院所照護獎勵」申報，醫令類別填報 G，支付點數填報 0，d55「轉往之醫事服務機構」需填 報轉往之院所代號。由保險人依轉入院所申報及 VPN 登錄內	陸、醫療費用申報、支付及審查 一、急診重大疾病照護及轉診品質獎勵及申報規定如下(如附表五)： (一)急診重大疾病照護品質方面：採每月申報。 1.第一項急性心肌梗塞疾病完成照護個案：以代碼 P4601B「急性心肌梗塞照護獎勵」申報，支付點數 6,000 點。 2.~~第二項重大外傷疾病完成照護個案：進入急診後 2 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置者，以代碼 P4612B「重大外傷照護獎勵_2 小時內」申報，支付點數 10,000 點；進入急診後 4 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置者以代碼 P4613B「重大外傷照護獎勵_4 小時內」申報，支付點數 2,000 點。(兩者擇一申報)~~ 3.第三項嚴重敗血症完成照護個案：以代碼 P4602B「嚴重敗血症照護獎勵」申報，支付點數 2,000 點。 4.第四項 OHCA 完成照護個案： (1)於收治急診之醫院治療後出院：出院時意識清醒者以代碼 P4614B「OHCA 照護獎勵_清醒出院」申報，支付點數 30,000 點；存活出院者以代碼 P4615B「OHCA 照護獎勵_存活出院」申報，支付點數 10,000 點(兩者擇一申報) (2)經轉院治療後出院： A. 轉出院所：以代碼 P4616B「OHCA 轉出院所照護獎勵」申報，醫令類別填報 G，支付點數填報 0，d55「轉往之醫事服務機構」需填 報轉往之院所代號。由保險人依轉入院所申報及 VPN 登錄內

本次修改內容	原方案(現行實施中之方案)
容進行勾稽後，依病人出院實際狀況每季統一補付費用(點數同轉入院所)。 B. 轉入院所：以病人出院時狀態申報，清醒出院者以代碼 P4617B「OHCA 轉入院所照護獎勵_清醒出院」申報，支付點數 15,000 點；存活出院者以代碼 P4618B「OHCA 轉入院所照護獎勵_存活出院」申報，支付點數 5,000 點。P4617B 及 P4618B 兩者不得同時申報，且住診申報格式 d107「轉入服務機構代號」需填報轉診來源院所代號。報，支付點數 5,000 點。P4617B 及 P4618B 兩者不得同時申報，且住診申報格式 d107「轉入服務機構代號」需填報轉診來源院所代號。 (二)轉診品質獎勵方面：採每月申報 1. 上轉個案： (1)轉出醫院：符合本項轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵5,000點，由保險人每季勾稽轉入院所申報P4619B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（上轉）」之案件，進行補付作業。 (2)接受轉診醫院：符合轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵5,000點。由轉入醫院以代碼P4619B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（上轉）」申報，d107「轉入服務機構代號」需填報轉入之院所代號。	容進行勾稽後，依病人出院實際狀況每季統一補付費用(點數同轉入院所)。 B. 轉入院所：以病人出院時狀態申報，清醒出院者以代碼 P4617B「OHCA 轉入院所照護獎勵_清醒出院」申報，支付點數 15,000 點；存活出院者以代碼 P4618B「OHCA 轉入院所照護獎勵_存活出院」申報，支付點數 5,000 點。P4617B 及 P4618B 兩者不得同時申報，且住診申報格式 d107「轉入服務機構代號」需填報轉診來源院所代號。報，支付點數 5,000 點。P4617B 及 P4618B 兩者不得同時申報，且住診申報格式 d107「轉入服務機構代號」需填報轉診來源院所代號。 ~~5.第五項主動脈剝離需緊急開刀且存活出院個案：~~ ~~(1)於收治急診之醫院治療後出院：進入急診後4小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置，且存活出院者，以代碼 P4621B「主動脈剝離照護獎勵」申報，支付點數 30,000 點。~~ ~~(2)經轉院治療後出院：—~~ ~~A. 轉出院所：2小時內轉出者，以代碼 P4622B「主動脈剝離轉出院所照護獎勵」申報，醫令類別填報 G，支付點數填報 0，d55「轉往之醫事服務機構」需填報轉往之院所代號。由保險人依轉入院所申報及 VPN 登錄內容進行勾稽病人出院時為存活出院者，每季統一補付費用每一個案 15,000 點。~~ ~~B. 轉入院所：2小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置且存活出院者，以代碼 P4623B「主動脈剝離轉入院所照護獎勵」申報，住診申報格式 d107「轉入服務機構代號」需填報轉診來源院所代號，支付點數 15,000 點。~~ (二)轉診品質獎勵方面：採每月申報 1. 上轉個案： (1)轉出醫院 ~~A. 以代碼 P4603B「急診上轉轉出醫院獎勵」申報，支付點數 500 點。~~ ~~B. 於 60 分鐘內轉出者，以代碼 P4624B「急診上轉轉出醫院 60 分鐘內轉出獎勵」申報，支付點數 1,500 點。~~ ~~C. 符合本項轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵 5,000 點，由保險人每季勾稽轉入院所申報 P4619B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（上轉）」之案件，進行補付作業，按轉出醫院已申報前開第 A、B 項獎勵，補付獎勵差額。~~ (2)接受轉診醫院： ~~A. 以代碼 P4604B「急診上轉轉入醫院獎勵」申報，支付點數 500 點。~~ ~~B. 符合轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵 5,000 點。由轉入醫院以代碼~~

本次修改內容	原方案(現行實施中之方案)
2. 下轉個案： (1)轉出醫院：符合本項轉診之病人，若能直接入住轉入醫院之病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵3,500點，由保險人每季勾稽轉入院所申報P4606B「急診病人直接入住轉入醫院病房獎勵（下轉）」之案件，進行補付作業。 (2)接受轉診醫院： A. 符合轉診之病人，若能直接入住轉入醫院之病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵 3,500 點。由轉入醫院以代碼 P4606B「急診病人直接入住轉入醫院病房獎勵（下轉）」申報，d107「轉入服務機構代號」需填報轉入之院所代號。 B. 以代碼 P4611B「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」1,000 點、P4609B-P4610B、P4626B-P4627B「區域醫院/地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵」、P4628B-P4629B「地區醫院接受區域醫院急診病人下轉住院獎勵」。 3. 平轉個案： (1)轉出醫院：符合本項轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵5,000點，由保險人每季勾稽轉入院所申報P4620B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（平轉）」之案件，進行補付作業。 (2)接受轉診醫院：符合轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵5,000點。由轉入醫院以代碼P4620B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（平轉）」申報，d107「轉入服務機構代號」需填報轉入之院所代號。 二、本方案之醫令類別，除上述有特別說明（P4616B）外，屬門診案件者為「2」、屬住診案件者為「K」。 三、年度結束後 4 月底前，辦理前一年度急診處置效率獎勵、急診專科醫師人力補助結算作業，急診專科醫師人力補助以撥入接受支援之地區醫院為原則。 四、結算方式：本方案預算先扣除預估之急診處置效率獎勵費用及補助急診專科醫師人力額度後，按季均分，以浮動點值計算，且每點金額不高於 1 元。當	P4619B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（上轉）」申報，d107「轉入服務機構代號」需填報轉入之院所代號。 2. 下轉個案： (1)轉出醫院：~~以代碼 P4605B「急診下轉轉出醫院獎勵」申報，支付點數 2,000 點及 P4611B「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」1,000 點。~~ (2)接受轉診醫院：~~以代碼 P4606B「急診下轉轉入醫院獎勵」申報，支付點數 2,000 點及~~ P4609B-P4610B、P4626B-P4627B「區域醫院/地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵」。 3. 平轉個案： (1)轉出醫院： ~~A. 以代碼 P4607B「急診平轉轉出醫院獎勵」申報，支付點數 500 點。~~ ~~B. 於 60 分鐘內轉出者，以代碼 P4625B「急診平轉轉出醫院 60 分鐘內轉出獎勵」申報，支付點數 1,500 點。~~ ~~C. 符合本項轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵 5,000 點，由保險人每季勾稽轉入院所申報 P4620B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（平轉）」之案件，進行補付作業，按轉出醫院已申報前開第 A、B 項獎勵，補付獎勵差額。~~ (2)接受轉診醫院： ~~A. 以代碼 P4608B「急診平轉轉入醫院獎勵」申報，支付點數 500 點。~~ ~~B. 符合轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵 5,000 點。由轉入醫院以代碼 P4620B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（平轉）」申報，d107「轉入服務機構代號」需填報轉入之院所代號。~~ 二、本方案之醫令類別，除上述有特別說明（P4616B→P4622B）外，屬門診案件者為「2」、屬住診案件者為「K」。 三、年度結束後 4 月底前，辦理前一年度急診處置效率獎勵、急診專科醫師人力補助結算作業，急診專科醫師人力補助以撥入接受支援之地區醫院為原則。 四、結算方式：本方案預算先扣除預估之急診處置效率獎勵費用及補助急診專科醫師人力額度後，按季均分，以浮動點值計算，且每點金額不高於 1 元。當

本次修改內容	原方案(現行實施中之方案)																		
季預算若有結餘，則流用至下一季；第四季併同獎勵費用進行每點支付金額計算。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。 五、醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。 六、經保險人審查發現登載不實者，除不支付方案相關費用外，經確證日起至次年底不納入本方案之獎勵。 七、未達醫學中心評鑑基準急診 48 小時置留率三年「達零或小於同儕平均值」之目標，經主辦機關調降其醫院評鑑合格類別或註銷評鑑合格資格者，當年度不予撥付急診處置效率獎勵金。 八、獎勵費用優先分配於第一線執行人員，並每年提報獎勵費用之運用情形予保險人分區業務組。	季預算若有結餘，則流用至下一季；第四季併同獎勵費用進行每點支付金額計算。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。 五、醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。 六、經保險人審查發現登載不實者，除不支付方案相關費用外，經確證日起至次年底不納入本方案之獎勵。 七、未達醫學中心評鑑基準急診 48 小時置留率三年「達零或小於同儕平均值」之目標，經主辦機關調降其醫院評鑑合格類別或註銷評鑑合格資格者，當年度不予撥付急診處置效率獎勵金。																		
陸、品質資訊之登錄 一、參加本方案醫院應依規定，於保險人健保資訊網服務系統之 VPN 登載急診重大疾病照護品質及轉診品質相關資料，格式如附表四（建置於健保資訊網服務系統），如健保相關資料未及時登錄或登錄不全者，不予支付相關費用。 二、醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務中，地區醫院（接受支援醫院）應於每月申報時，一併將接受醫師支援明細資料登錄於健保資訊網服務系統 VPN 中。 三、有關資料登錄作業，因重大行政或系統問題導致延誤或錯誤者，由保險人分區業務組衡酌處理，且同醫院一年不得超過 1 次。	陸、品質資訊之登錄 一、參加本方案醫院應依規定，於保險人健保資訊網服務系統之 VPN 登載急診重大疾病照護品質及轉診品質相關資料，格式如附表四（建置於健保資訊網服務系統），如健保相關資料未及時登錄或登錄不全者，不予支付相關費用。 二、醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務中，地區醫院（接受支援醫院）應於每月申報時，一併將接受醫師支援明細資料登錄於健保資訊網服務系統 VPN 中。 三、有關資料登錄作業，因重大行政或系統問題導致延誤或錯誤者，由保險人分區業務組衡酌處理，且同醫院一年不得超過 1 次。																		
柒、資訊之分享與公開 一、保險人各分區業務組得舉辦方案執行概況檢討或發表會，由參與本方案之特約醫院報告，藉以進行計畫執行成果檢討及經驗交流。 二、保險人得公開參與本方案之醫院名單及相關品質資訊供民眾參考。 三、參與醫院所獲得本方案之獎勵金，應用於改善急診工作人力或病人服務。保險人得要求參與醫院提報獎勵金之運用情形並得酌情予以公開。	柒、資訊之分享與公開 一、保險人各分區業務組得舉辦方案執行概況檢討或發表會，由參與本方案之特約醫院報告，藉以進行計畫執行成果檢討及經驗交流。 二、保險人得公開參與本方案之醫院名單及相關品質資訊供民眾參考。 三、參與醫院所獲得本方案之獎勵金，應用於改善急診工作人力或病人服務。保險人得要求參與醫院提報獎勵金之運用情形並得酌情予以公開。																		
捌、訂定與修正程序 本方案之修訂，屬給付項目及支付標準者，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。	捌、訂定與修正程序 本方案之修訂，屬給付項目及支付標準者，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。																		
	附表一、緊急搶救手術或處置 <table><tr><th>健保碼</th><th>手術名稱</th></tr><tr><td>33075B</td><td>血管阻塞術</td></tr><tr><td>64197C</td><td>肌腱切開或筋膜切開</td></tr><tr><td>64158B</td><td>斷肢再接手術</td></tr><tr><td>69038C</td><td>末稍血管修補及吻合術併血管移植</td></tr><tr><td>64237C</td><td>骨骼外固定器裝置術</td></tr><tr><td>67013B</td><td>氣管支氣管傷修補術</td></tr><tr><td>67002B</td><td>開胸探查術</td></tr><tr><td>67010B</td><td>肺單元切除術</td></tr></table>	健保碼	手術名稱	33075B	血管阻塞術	64197C	肌腱切開或筋膜切開	64158B	斷肢再接手術	69038C	末稍血管修補及吻合術併血管移植	64237C	骨骼外固定器裝置術	67013B	氣管支氣管傷修補術	67002B	開胸探查術	67010B	肺單元切除術
健保碼	手術名稱																		
33075B	血管阻塞術																		
64197C	肌腱切開或筋膜切開																		
64158B	斷肢再接手術																		
69038C	末稍血管修補及吻合術併血管移植																		
64237C	骨骼外固定器裝置術																		
67013B	氣管支氣管傷修補術																		
67002B	開胸探查術																		
67010B	肺單元切除術																		

本次修改內容		原方案(現行實施中之方案)	
		67011B	肺楔狀或部份切除術
		67022B	全肺切除及胸廓成形術或支氣管成形術
		67023B	一葉肺葉切除
		67024B	肺全切除術
		68036B	體外循環維生系統(ECMO)建立
		68006B	探查性開心術
		68005B	心臟縫補術
		68001B	探查性心包膜切開術
		69009B	動脈縫合
		75007B	縫肝術（肝損傷縫合，小於5公分）
		75009B	縫肝術（複雜肝損傷之縫合或大於5公分）
		75805B	剖腹探查術
		83036C	硬腦膜外血腫清除術
		83037C	急性硬腦膜下血腫清除術
		83039B	腦內血腫清除術
		73010B	小腸切除術加吻合術
		71206B	食道切除再造術
		72014B	胃空腸造口吻合術
		73017B	結腸全切除術併行直腸切除術及迴腸造口
		74206B	Hartmann 氏直腸手術
		70001B	脾臟切除術
		70002B	脾臟修補術
		83080B	顱內壓監視置入
		64022B至64024B	四肢切斷術
		48014C-48017C、 48029B-48030B	皮面創傷處理(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒 膿瘍之處理及換藥)
	附表一、向上轉診或平行轉診疾病別		附表二、向上轉診或平行轉診疾病別
診斷碼中文名稱	ICD-10-CM	診斷碼中文名稱	ICD-10-CM
急性心肌梗塞	I21、I22	急性心肌梗塞	I21、I22
急性腦中風	I60-I66、G45、P91.821、P91.822、P91.823、P91.829	急性腦中風	I60-I66、G45 ~~I60-I66、G45~~ 、P91.821、P91.822、P91.823、 P91.829 (自一 百十四年一月一日起適用)
主動脈剝離	I71.00-I71.03	主動脈剝離	I71.00-I71.03
食道靜脈瘤出血	主診斷需為肝硬化 K70.0、K70.10、 K70.11、K70.2、K70.30、 K70.31、K70.40、K70.41、 K70.9、 K73.0、 K73.1、K73.2、K73.8 K73.9、K74.0、K74.1、K74.2、K74.3、K74.4、K74.5、K74.60、K74.69、 K75.4、K75.81、K76.0、K76.89、K76.9； 或門脈高壓 K76.6，且次診斷為 I85.01、I85.11。	食道靜脈瘤出血	主診斷需為肝硬化 K70.0、K70.10、 K70.11、K70.2、K70.30、 K70.31、K70.40、K70.41、 K70.9、 K73.0、 K73.1、K73.2、K73.8 K73.9、K74.0、K74.1、K74.2、K74.3、K74.4、K74.5、K74.60、K74.69、 K75.4、K75.81、K76.0、K76.89、K76.9； 或門脈高壓 K76.6，且次診斷為 I85.01、I85.11。

本次修改內容			原方案(現行實施中之方案)		
敗血症	1.A40.0、A40.1、A40.3、A40.8、A40.9、A41.01、A41.02、A41.1、A41.2、A41.3、A41.4、A41.50、A41.51、A41.52、A41.53、A41.59、A41.81、A41.89、A41.9、R65.10、R65.11、R65.20、R57.1、R57.8、R65.21 2.A02.1、A20.7、A21.7、A22.7、A23.0、A23.8、A23.9、A24.1、A26.7、A28.2、A32.7、A39.2、A39.3、A39.4、A42.7、A48.3、A54.86、B00.7、B37.7 3.O75.3、O85、O86.0、O03.37、O03.87、O04.87、O07.37、 O08.2、O08.82 4.P36、P37.5		敗血症	1.A40.0、A40.1、A40.3、A40.8、A40.9、A41.01、A41.02、A41.1、A41.2、A41.3、A41.4、A41.50、A41.51、A41.52、A41.53、A41.59、A41.81、A41.89、A41.9、R65.10、R65.11、R65.20、R57.1、R57.8、R65.21 2.A02.1、A20.7、A21.7、A22.7、A23.0、A23.8、A23.9、A24.1、A26.7、A28.2、A32.7、A39.2、A39.3、A39.4、A42.7、A48.3、A54.86、B00.7、B37.7 3.O75.3、O85、O86.0、O03.37、O03.87、O04.87、O07.37、 O08.2、O08.82 4.P36、P37.5	
重大外傷	1.T07.XXXA 2.S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79（前述第 7 位碼皆須為"A"） 3.S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92、S99（前述第 7 位碼皆須為"A"或"B"） 4.S52、S72、S82（前述第 7 位碼皆須為"A"或"B"或"C"）		重大外傷	1. ~~T07~~ ~~-ICD-10-CM(2023 年版)-~~ T07.XXXA ~~(自一百十四年一月一日起適用)~~ 2.S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79（前述第 7 位碼皆須為"A"） 3. ~~S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92~~ ~~(前述第 7 位碼皆須為"A"或"B")~~ ~~-ICD-10-CM(2023 年版)-~~ S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92、S99 ~~(自一百十四年一月一日起適用)~~ ~~(~~ 前述第 7 位碼皆須為"A"或"B") 4.S52、S72、S82（前述第 7 位碼皆須為"A"或"B"或"C"）	
體表面積>20%之重大燒傷	T31.20-T31.99、T32.20~T32.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T26.00XA~T26.92XA		體表面積>20%之重大燒傷	T31.20-T31.99、T32.20~T32.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T26.00XA~T26.92XA	

附表二、向下轉診或平行轉診疾病別		
診斷碼中文名稱	ICD-10-CM	
胃腸道出血	K92.2	
大量腸胃道出血	K25.0-K25.2、K31.82、K26.0-K26.2、K27.0-K27.2、K25.4-K25.6、K26.4-K26.6、K27.4-K27.6、K28.0-K28.2、K28.4-K28.6、K29.01、K29.21、K29.31、K29.41、K29.51、K29.61、K29.71、K29.81、K29.91、 K31.811、K50.011、K50.111、K50.811、K50.911、 K51.011、K51.211、K51.311、K51.411、K51.511、 K51.811、K51.911、K55.21、K57.01、K57.11、K57.13、 K57.21、K57.31、K57.33、K57.41、K57.51、K57.53、 K57.81、K57.91、K57.93、K65.2	
腸阻塞	K56.60、K56.69、K56.7、K31.5、K50.012、K50.112、 K50.812、K50.912、K51.012、K51.212、K51.312、 K51.412、K51.512、K51.812、K51.912、K56.0、K56.3、 K56.5、E84.11	

附表三、向下轉診或平行轉診疾病別		
診斷碼中文名稱	ICD-10-CM	
胃腸道出血	K92.2	
大量腸胃道出血	K25.0-K25.2、K31.82、K26.0-K26.2、K27.0-K27.2、K25.4-K25.6、K26.4-K26.6、K27.4-K27.6、K28.0-K28.2、K28.4-K28.6、K29.01、K29.21、K29.31、K29.41、K29.51、K29.61、K29.71、K29.81、K29.91、 K31.811、K50.011、K50.111、K50.811、K50.911、 K51.011、K51.211、K51.311、K51.411、K51.511、 K51.811、K51.911、K55.21、K57.01、K57.11、K57.13、 K57.21、K57.31、K57.33、K57.41、K57.51、K57.53、 K57.81、K57.91、K57.93、K65.2	
腸阻塞	K56.60、K56.69、K56.7、K31.5、K50.012、K50.112、 K50.812、K50.912、K51.012、K51.212、K51.312、 K51.412、K51.512、K51.812、K51.912、K56.0、K56.3、 K56.5、E84.11	

本次修改內容			原方案(現行實施中之方案)		
急性膽囊炎、膽結石併急性膽囊炎併阻塞	K80.00、K80.01、K80.11-K80.13、K80.18-K80.21、K80.30-K80.37、K80.40-K80.47、K80.50、K80.51、K80.60-K80.67、K80.70、K80.71、K80.80、K80.81、 K81.0-K81.2、K81.9、K82.0-K82.4、K82.8、K82.9		急性膽囊炎、膽結石併急性膽囊炎併阻塞	K80.00、K80.01、K80.11-K80.13、K80.18-K80.21、K80.30-K80.37、K80.40-K80.47、K80.50、K80.51、K80.60-K80.67、K80.70、K80.71、K80.80、K80.81、 K81.0-K81.2、K81.9、K82.0-K82.4、K82.8、K82.9	
膽管炎	K74.3、K80.3、K83.0、K80.4		膽管炎	K74.3、K80.3、K83.0、K80.4	
急性胰臟炎	K85		急性胰臟炎	K85	
肺炎	A01.03、A02.22、A37.01、 A37.11、A37.81、A37.91、A50.04、A54.84、B01.2、B05.2、B06.81、B25.0、B59、B77.81、J09.X1、J10.00- J10.08、J11.00- J11.08、J12.0-J16.8(排除 J12.82)、 J18.0-J18.9、J68.0、J69.0-J69.8、J84.111-J84.117、J84.2、J84.89-J84.9、J85.1、J85.2、J95.851		肺炎	~~A01.03、A02.22、A37.01、A37.11、A37.81、A37.91、A50.04、A54.84、B01.2、B05.2、B06.81、B25.0、B59、B77.81、J09.X1、J10.00- J10.08、J11.00- J11.08、J12.0-J16.8、J18.0-J18.9、J68.0、J69.0-J69.8、J84.111-J84.117、J84.2、J84.89-J84.9、J85.1、J85.2、J95.851~~ ICD-10-CM(2023 年版)÷A01.03、A02.22、A37.01、 A37.11、A37.81、A37.91、A50.04、A54.84、B01.2、B05.2、B06.81、B25.0、B59、B77.81、J09.X1、J10.00- J10.08、J11.00- J11.08、J12.0-J16.8(排除 J12.82)、 J18.0-J18.9、J68.0、J69.0-J69.8、J84.111-J84.117、J84.2、J84.89-J84.9、J85.1、J85.2、J95.851 (自一百一十四年一月一日起適用)	
慢性氣道阻塞	J43、J44、J47		慢性氣道阻塞	J43、J44、J47	
其他蜂窩組織炎及膿瘍	K12.2、L02-L03、L98.3、L05.01-L05.02、K61.0-K61.4、K61.5、 N48.21-N48.22、N73.0- N73.2、N76.4、H00.031-H00.039、H60.00-H60.13、J34.0		其他蜂窩組織炎及膿瘍	~~K12.2、L02-L03、L98.3、L05.01-L05.02、K61.0-K61.4、N48.21-N48.22、N73.0-N73.2、N76.4、H00.031-H00.039、H60.00-H60.13、J34.0~~ ICD-10-CM(2023 年版)÷K12.2、L02-L03、L98.3、L05.01-L05.02、K61.0- K61.4、K61.5、 N48.21-N48.22、N73.0- N73.2、N76.4、H00.031-H00.039、H60.00-H60.13、J34.0 (自一百一十四年一月一日起適用)	
充血性心臟衰竭	I50.2-I50.9、I09.81		充血性心臟衰竭	I50.2-I50.9、I09.81	
發燒	R50.2-R50.9		發燒	R50.2-R50.9	
泌尿道感染	N36.0、N36.1、N36.2、N36.4、N36.5、N36.8、N39、N13.9、R31、B37.41、B37.49、N30.00- N30.91、N34.1、N34.2、N41.3		泌尿道感染	N36.0、N36.1、N36.2、N36.4、N36.5、N36.8、N39、N13.9、R31、B37.41、B37.49、N30.00- N30.91、N34.1、N34.2、N41.3	
腎盂腎炎	N12、A02.25、D86.84、N10-N12		腎盂腎炎	N12、A02.25、D86.84、N10-N12	
慢性腎衰竭	N18.1-N18.6		慢性腎衰竭	N18.1-N18.6	
肝硬化，未提及酒精性者	K74.60、K74.69、K74.1-K74.5		肝硬化，未提及酒精性者	K74.60、K74.69、K74.1-K74.5	
肝性昏迷	K72.91、K70.41、K71.11、 K72.01、K72.11、K76.82		肝性昏迷	~~K72.91、K70.41、K71.11、K72.01、K72.11~~ ICD-10-CM(2023 年版)÷K72.91、K70.41、K71.11、K72.01、K72.11、K76.82 (自一百一十四年一月一日起適用)	

本次修改內容	原方案(現行實施中之方案)
附表三 全民健康保險急診品質方案 獎勵個案登錄系統(VPN)必要欄位表 一、基本資料 1. 院所代碼、2.病人 ID、3.出生日期、4.進入急診時間(年月日時分) 二、急診重大疾病照護品質必登欄位 1. 急性心肌梗塞(共 2 欄)：治療項目醫令代碼(33076B 至 33078B 任一項)、開始執行時間。 2. 嚴重敗血症(共 11 欄)：收縮壓、治療項目醫令代碼及開始時間如下 (1)抗生素藥品代碼、給藥時間 (2)09059B 或 09135B、開始執行時間 (3)13016B、開始執行時間 (4)13001C 至 13026C 中任一檢查項目、開始執行時間 3. OHCA(共 1 欄)：出院前 MRS 分數(0-5 分)。 4. OHCA 且轉院治療_轉出院所(共 1 欄)：轉院前心跳數。 5. OHCA 且轉院治療_轉入院所(共 1 欄)：出院前 MRS 分數(0-5 分)。 三、轉診獎勵品質必登欄位 1.轉出醫院：轉出時間、轉出醫院代號 2.接受轉診醫院：轉入時間、轉入醫院代號 四、急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務必登欄位 1.費用年月、2.接受支援(地區)醫院業務組別、3.接受支援(地區)醫院名稱、4.接受支援(地區)醫院代號、5.支援醫師 ID、6.支援醫師姓名、7.派出支援醫院代號、8.派出支援醫院名稱、9.支援班次數、10.支援開始時間(年月日時分)、11.支援結束時間(年月日時分)。	附表四 全民健康保險急診品質方案 獎勵個案登錄系統(VPN)必要欄位表 一、基本資料 1. 院所代碼、2.病人 ID、3.出生日期、4.進入急診時間(年月日時分) 二、急診重大疾病照護品質必登欄位 1.急性心肌梗塞(共 2 欄)：治療項目醫令代碼(33076B 至 33078B 任一項)、開始執行時間。 2.~~重大外傷(共 3 欄)：ISS 量表分數、治療項目醫令代碼(詳附表一任一項)、開始執行時間。~~ 3.嚴重敗血症(共 11 欄)：收縮壓、治療項目醫令代碼及開始時間如下 (1)抗生素藥品代碼、給藥時間 (2)09059B 或 09135B、開始執行時間 (3)13016B、開始執行時間 (4)13001C 至 13026C 中任一檢查項目、開始執行時間 4. OHCA(共 1 欄)：出院前 MRS 分數(0-5 分)。 5. OHCA 且轉院治療_轉出院所(共 1 欄)：轉院前心跳數。 6. OHCA 且轉院治療_轉入院所(共 1 欄)：出院前 MRS 分數(0-5 分)。 三、轉診獎勵品質必登欄位 1.轉出醫院：轉出時間、轉出醫院代號 2.接受轉診醫院：轉入時間、轉入醫院代號 四、急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務必登欄位 1.費用年月、2.接受支援(地區)醫院業務組別、3.接受支援(地區)醫院名稱、4.接受支援(地區)醫院代號、5.支援醫師 ID、6.支援醫師姓名、7.派出支援醫院代號、8.派出支援醫院名稱、9.支援班次數、10.支援開始時間(年月日時分)、11.支援結束時間(年月日時分)。
附表四 急診重大疾病照護及轉診獎勵給付項目及支付標準 一、急診重大疾病照護品質	附表五 急診重大疾病照護及轉診獎勵給付項目及支付標準 一、急診重大疾病照護品質

本次修改內容			原方案(現行實施中之方案)		
編號	項目	點數	編號	項目	點數
P4601B	急性心肌梗塞照護獎勵 註： 1.適用對象：主診斷碼(ICD-10-CM)為：I21.0-I21.3、I21.9、I21.A1、I21.A9、I22.0-I22.1、I22.8-I22.9 之急診病人。 1. 支付條件及規範：從進入急診後經檢查適合者，於 90 分鐘內接受緊急介入性心導管治療(診療項目為 33076B 至 33078B 經皮冠狀動脈擴張術)之個案(door to wire time < 90 min)。	6,000	P4601B	急性心肌梗塞照護獎勵 註： 1.適用對象：主診斷碼(ICD-10-CM)為：I21.0-I21.3、I22.0-I22.1、I22.8-I22.9 之急診病人。 ~~ICD-10-CM(2023 年版)：I21.0-I21.3、I21.9、I21.A1、I21.A9、I22.0-I22.1、I22.8-I22.9 (自一百十四年一月一日起適用)。~~ 2.支付條件及規範：從進入急診後經檢查適合者，於 90 分鐘內接受緊急介入性心導管治療(診療項目為 33076B 至 33078B 經皮冠狀動脈擴張術)之個案(door to wire time < 90 min)。	6,000
			~~P4612B 重大外傷照護獎勵_2 小時內進開刀房~~ ~~P4613B 重大外傷照護獎勵_4 小時內進開刀房~~ 註： 1.適用對象： (1)符合下列主診斷碼且 ISS≥16 之急診病人：T07、S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79 (前述第 7 位碼皆須為 "A")、S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92 (前述第 7 位碼皆須為 "A"或"B")、S52、S72、S82 (前述第 7 位碼皆須為 "A"或"B"或"C")。 ~~ICD-10-CM(2023 年版)：T07.XXXA、S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79 (前述第 7 位碼皆須為 "A")、S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92 (前述第 7 位碼皆須為 "A"或"B")、S52、S72、S82、S99 (前述第 7 位碼皆須為 "A"或"B"或"C") (自一百十四年一月一日起適用)~~ (2)體表面積>20%之重大燒傷，診斷為下列代碼之急診病人： ~~T31.20-T31.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T32.20-T32.99、T26.00XA-T26.92XA。~~ 2.支付條件及規範：從進入急診後 2 小時或 4 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置(詳附表一)。 3.限擇一申報。	~~10,000~~ ~~2,000~~	

本次修改內容				原方案(現行實施中之方案)			
P4602B	嚴重敗血症照護獎勵 註： 1.適用對象：主診斷或次診斷碼為：A40.0、A40.1、A40.3、A40.8、A40.9、A41.01、A41.02、A41.1、A41.2、A41.3、A41.4、A41.50、A41.51、A41.52、A41.53、A41.59、A41.81、A41.89、A41.9、R65.10、R65.11、R65.20、R57.1、R57.8、R65.21，符合國際嚴重敗血症指引定義之急診敗血症病人。 2.獎勵條件及規範：進入急診後3小時內給予第一劑抗生素及6小時內完成敗血症治療組套(sepsis bundle)同時申報09059B乳酸檢查(或09135B乳酸-丙酮酸檢查)、收縮壓，及至少完成13016B及「13001C至13026C中之任1項」細菌學及黴菌檢查。	2,000		P4602B	嚴重敗血症照護獎勵 註： 1.適用對象：主診斷或次診斷碼為：A40.0、A40.1、A40.3、A40.8、A40.9、A41.01、A41.02、A41.1、A41.2、A41.3、A41.4、A41.50、A41.51、A41.52、A41.53、A41.59、A41.81、A41.89、A41.9、R65.10、R65.11、R65.20、R57.1、R57.8、R65.21，符合國際嚴重敗血症指引定義之急診敗血症病人。 2.獎勵條件及規範：進入急診後3小時內給予第一劑抗生素及6小時內完成敗血症治療組套(sepsis bundle)同時申報09059B乳酸檢查(或09135B乳酸-丙酮酸檢查)、收縮壓，及至少完成13016B及「13001C至13026C中之任1項」細菌學及黴菌檢查。	2,000	
P4614B	到院前心跳停止(OHCA)於收治急診之醫院治療後出院 —OHCA 照護獎勵_清醒出院	35,000		P4614B	到院前心跳停止(OHCA)於收治急診之醫院治療後出院 —OHCA 照護獎勵_清醒出院	30,000	
P4615B	—OHCA 照護獎勵_存活出院	10,000		P4615B	—OHCA 照護獎勵_存活出院	10,000	
P4616B	OHCA 經轉院治療後出院 —OHCA 轉出院所照護獎勵	同轉入院所		P4616B	OHCA 經轉院治療後出院 —OHCA 轉出院所照護獎勵	同轉入院所	
P4617B	—OHCA 轉入院所照護獎勵_清醒出院	15,000		P4617B	—OHCA 轉入院所照護獎勵_清醒出院	15,000	
P4618B	—OHCA 轉入院所照護獎勵_存活出院	5,000		P4618B	—OHCA 轉入院所照護獎勵_存活出院	5,000	
	註： 1.適用對象：主診斷或次診斷碼為 I46.2、I46.8、I46.9 及 R99 之急診病人。 2.支付條件及規範： (1)P4614B、P4615B(於收治急診之醫院治療後出院)：出院時意識清醒(次診斷碼申報虛擬碼 I600000- I600003 者)或存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)。 (2)P4616B~P4618B(經轉院治療後出院)：於地區醫院急救恢復自發性循環後，因醫療需要轉診至其他適當醫院，並於1小時內完成緊急處置或入住加護病房，且出院時意識清醒(次診斷碼申報虛擬碼 I600000- I600003 者)或存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)之個案。				註： 1.適用對象：主診斷或次診斷碼為 I46.2、I46.8、I46.9 及 R99 之急診病人。 2.支付條件及規範： (1)P4614B、P4615B(於收治急診之醫院治療後出院)：出院時意識清醒(次診斷碼申報虛擬碼 I600000- I600003 者)或存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)。 (2)P4616B~P4618B(經轉院治療後出院)：於地區醫院急救恢復自發性循環後，因醫療需要轉診至其他適當醫院，並於1小時內完成緊急處置或入住加護病房，且出院時意識清醒(次診斷碼申報虛擬碼 I600000- I600003 者)或存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)之個案。		

本次修改內容			原方案(現行實施中之方案)		
	(3)P4616B 由保險人依轉入院所申報及 VPN 登錄內容進行勾後，依病人出院實際狀況，每季統一補付(點數同轉入院所)。 (4)申報本項獎勵之急救責任醫院，應依衛生福利部公告之「到院前心跳停止（OHCA）病摘交換欄位與格式之標準規範」使用電子病歷交換中心（E.M.R. Exchange Center，EEC）上傳資料。			(3)P4616B 由保險人依轉入院所申報及 VPN 登錄內容進行勾後，依病人出院實際狀況，每季統一補付(點數同轉入院所)。 (4)申報本項獎勵之急救責任醫院，應依衛生福利部公告之「到院前心跳停止（OHCA）病摘交換欄位與格式之標準規範」使用電子病歷交換中心（E.M.R. Exchange Center，EEC）上傳資料。	
			P4621B P4622B P4623B ~~主動脈剝離於收治急診之醫院治療後出院~~ ~~—主動脈剝離照護獎勵~~ ~~主動脈剝離經轉院治療後出院~~ ~~—主動脈剝離轉出院所照護獎勵~~ ~~—主動脈剝離轉入院所照護獎勵~~ ~~註：~~ ~~1.適用對象：主診斷碼為 I71.00、I71.01、I71.02、I71.03、I71.1、I71.3、I71.5、I71.8 之急診病人，需緊急手術者。~~ ~~ICD-10-CM(2023 年版)：I71.00、I71.010、I71.011、I71.012、I71.019、I71.02、I71.03、I71.10、I71.11、I71.12、I71.13、I71.30、I71.31、I71.32、I71.33、I71.50、I71.51、I71.52、I71.8(自一百十四年一月一日起適用)~~ ~~2.支付條件及規範：~~ ~~(1)P4621B：於 4 小時內進入開刀房，且存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)。~~ ~~(2)P4622B、P4623B：於醫院 2 小時內轉出且轉入醫院於 2 小時內進入開刀房，且存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)。~~ ~~(3)P4622B 由保險人依轉入院所申報及 VPN 登錄內容進行勾稽病人出院時為存活出院者，每季統一補付。~~ 30,000 15,000 15,000		
二、急診轉診品質獎勵			二、急診轉診品質獎勵		
編號	項目	點數	編號	項目	點數
—	(一)向上轉診 1.轉出醫院 —重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵（上轉）【本項由保險人勾稽計算】 2.接受轉診醫院	5,000	P4603B P4624B — (一)向上轉診 1.轉出醫院 ~~—急診上轉轉出醫院獎勵~~ ~~—急診上轉轉出醫院60分鐘內轉出獎勵~~ —重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵（上轉）【本項由保險人勾稽計算】 500 1,500 5,000		

本次修改內容				原方案(現行實施中之方案)			
P4619B	一重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵（上轉） 註： 1.中度或一般級急救責任醫院及地區醫院，轉診至上一級急救責任醫院或區域以上醫院接受專業處理。 2.適用向上轉診之疾病主診斷如附表一。	5,000		~~P4604B~~ P4619B	2.接受轉診醫院 ~~一急診上轉轉入醫院獎勵~~ 一重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵（上轉） 註： 1.中度或一般級急救責任醫院及地區醫院，轉診至上一級急救責任醫院或區域以上醫院接受專業處理。 2.適用向上轉診之疾病主診斷如附表二。 ~~3.轉出醫院之三項獎勵，限擇一申報；轉入醫院之二項獎勵，限擇一申報。~~	~~500~~ 5,000	
—	(二)向下轉診 1.轉出醫院 一急診病人直接入住轉入醫院病房(不經轉入醫院之急診)獎勵（下轉）【本項由保險人勾稽計算】	3,500		~~P4605B~~ ~~P4611B~~	(二)向下轉診 1.轉出醫院 ~~一急診下轉轉出醫院獎勵~~ ~~一急性醫療醫院醫師訪視獎勵費：轉出醫院之主治醫師至轉入醫院探訪病人，直接與轉入醫院團隊成員溝通病情者，每次支付1,000點，當次住院最多申報3次。~~	~~2,000~~ ~~1,000~~	
P4606B	2.接受轉診醫院 一急診病人直接入住轉入醫院病房(不經轉入醫院之急診)獎勵（下轉）	3,500		P4606B	2.接受轉診醫院 ~~一急診下轉轉入醫院獎勵~~	~~2,000~~	
P4611B	一急性醫療醫院醫師訪視獎勵費：轉出醫院之主治醫師至轉入醫院探訪病人，直接與轉入醫院團隊成員溝通病情者，每次支付1,000點，當次住院最多申報3次。	1,000					
P4626B	一醫學中心急診病人下轉至區域醫院住院獎勵（第一天）	詳註3		P4626B	一地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵（第一天）	詳註3	
P4609B	一醫學中心急診病人下轉至區域醫院住院獎勵（第二天起）	詳註3		P4609B	一區域醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵（第二天起）	詳註3	
P4627B	一醫學中心急診病人下轉至地區醫院住院獎勵（第一天）	詳註3		P4627B	一地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵（第一天）	詳註3	
P4610B	一醫學中心急診病人下轉至地區醫院住院獎勵（第二天起）	詳註3		P4610B	一地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵（第二天起）	詳註3	
P4628B	一區域醫院急診病人下轉至地區醫院住院獎勵（第一天）	詳註3					
P4629B	一區域醫院急診病人下轉至地區醫院住院獎勵（第二天起） 註： 1.向下轉診係指重度級或中度級急救責任醫院或區域以上醫院，將已收治一般急診常見疾病的穩定病人轉出至下一級急救責任醫院或下一層級之醫院之適當醫療機構。 2.適用向下轉診之疾病主診斷如附表二。 3.P4609B、P4610B、P4626B、P4627B、P4628B及P4629B為轉診病人當次住院之基本診療費用，該院層級與醫學中心或區域醫院層級支付標準點數之差額。	詳註3			註： 1.向下轉診係指重度級或中度級急救責任醫院或區域以上醫院，將已收治一般急診常見疾病的穩定病人轉出至下一級急救責任醫院或下一層級之醫院之適當醫療機構。 2.適用向下轉診之疾病主診斷如附表三。 3. P4609B、P4610B、P4626B及P4627B為轉診病人當次住院之基本診療費用，該院層級與醫學中心層級支付標準點數之差額。		

本次修改內容			原方案(現行實施中之方案)			
—	(三)平行轉診 1.轉出醫院 —重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵（平轉）【本項由保險人勾稽計算】 2.接受轉診醫院	5,000		(三)平行轉診 1.轉出醫院 ~~P4607B —急診平轉轉出醫院獎勵~~ ~~P4625B —急診平轉轉出醫院60分鐘內轉出獎勵~~	~~500~~ ~~1,500~~	
P4620B	—重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵（平轉） 註： 1.適用平行轉診之疾病主診斷如附表一、附表二。	5,000		— —重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵（平轉）【本項由保險人勾稽計算】 2.接受轉診醫院 ~~P4608B —急診平轉轉入醫院獎勵~~ P4620B —重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵（平轉） 註： 1.適用平行轉診之疾病主診斷如附表二、附表三。 ~~2.轉出醫院之三項獎勵，限擇一申報；轉入醫院之二項獎勵，限擇一申報。~~	5,000 ~~500~~ 5,000	

修訂急診品質提升方案之財務影響評估

附件 5

獎勵項目	113 年 獎勵金分配 (百萬點)	修訂項目	財務 影響 (百萬點)	114 年獎勵金推估 (百萬點)
急診重大疾病 照護品質獎勵	91.28	~~刪~~ 主動脈剝離緊急開刀獎勵 (避免與區域聯防計畫重複獎勵)	-6.86	78.40
		~~刪~~ 重大外傷獎勵 (避免與重大外傷緊急手術及麻醉費支付標準加成重複獎勵)	-8.99	
		修 P4614B「OHCA 照護獎勵_清醒出院」申報支付點數 35,000 點	2.97 註 1	
轉診品質獎勵	43.16	~~刪~~ 向上轉診獎勵；惟保留重症病人直接轉入加護病房 (不經轉入醫院之急診) 之獎勵	-25.65	10.21
		~~刪~~ 向平轉診獎勵；惟保留重症病人直接轉入加護病房 (不經轉入醫院之急診) 之獎勵	-6.25	
		修 P4605B「急診下轉轉出醫院獎勵」申報支付點數 3,500 點	0.003 註 2	
		修 P4606B「急診下轉轉入醫院獎勵」申報支付點數 3,500 點	1.07 註 3	
		增 P4628B 地區醫院接收區域醫院急診病人下轉住院獎勵(第一天)	0.087 註 5	
		增 P4629B 地區醫院接收區域醫院急診病人下轉住院獎勵(第二天)	0.77 註 6	
		修 P4611B「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」改由轉入醫院申報	-	

獎勵項目	113 年 獎勵金分配 (百萬點)	修訂項目	財務 影響 (百萬點)	114 年獎勵金推估 (百萬點)
		~~冊~~ 同體系醫院間互轉	-2.99	
急診處置效率 獎勵	199.01	無修訂	-	199.01
補助急診專科 醫師人力	4.86	無修訂	-	4.86
總計	338.32	-	-	292.5

註 1、統計 112 年 P4614B (OHCA 照護獎勵_清醒出院) 醫令量為 429 件，113 年醫令量為 505 件，成長率約 17.72%，推估 114 年醫令量為 594 件，每件獎勵增加 5,000 點，總計增加獎勵約 2.97 百萬點。

註 2、統計 112 年 P4605B (急診下轉轉出醫院獎勵) 醫令量為 5 件，113 年醫令量為 4 件，成長率為負值，以零成長計，推估 114 年醫令量為 2 件，每件獎勵增加 1,500 點，總計增加獎勵 3,000 點。

註 3、統計 112 年 P4606B (急診下轉轉入醫院獎勵) 醫令量為 844 件，113 年醫令量為 714 件，成長率為負值，以零成長計，推估 114 年醫令量為 714 件，每件獎勵增加 1,500 點，總計增加獎勵約 1.07 百萬點。

註 4、「區域醫院急診病人下轉住院獎勵點數」支付點數對照，如下表：

醫令 代碼	一般病床住院 診察費 (天)	急性一般病床- 病房費 (床/天)	急性一般病床- 護理費 (第一天)	急性一般病床- 護理費 (第二天起)	住院藥事服務費(天)	支付點數 (差額總計)
P4628B (第一天)	44 【442-398】	0 【532-532】	55 【1032-977】	-	12 【99-87】	111
P4629B (第二天起)	44 【442-398】	0 【532-532】	-	42 【794-752】	12 【99-87】	98

註 5、統計 113 年區域醫院病人於急診後下轉至地區醫院住院件數共 786 件，推估每件獎勵增加 111 點，總計增加獎勵 87,246 點。

註 6、依註 5 推估平均住院天數約 10 天，推估每件每天獎勵增加 98 點，總計增加獎勵約 0.77 百萬點。

報告事項

第四案

報告單位：台灣外傷醫學會

案由：增修「重大外傷緊急手術及麻醉費加成」案。

說明：

- 一、依據本署 114 年 8 月 6 日全民健康保險醫療給付費用醫院總額第 1 次臨時研商議事會議決議辦理（**附件 1，頁次報 4-4**）。
- 二、本案經提至前揭會議討論通過，新增重大外傷緊急手術及麻醉費加成支付規範重點如下：

（一）重大外傷病人定義：

1. 重大外傷主診斷碼：T07.XXXA、S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79（前述第 7 位碼皆須為"A"）、S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92、S99（前述第 7 位碼皆須為"A"或"B"）、S52、S72、S82（前述第 7 位碼皆須為"A"或"B"或"C"）。
2. 體表面積>20%之重大燒傷主診斷碼：T31.20-T31.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T32.20-T32.99、T26.00XA-T26.92XA。

（二）加成之醫令項目：

1. 緊急手術處置醫令代碼：33075B、33144B、48014C-48017B、48029B-48030B、64197C、64158B、69038C、64237C、67013B、67002B、67010B、67011B、67022B、67023B、67024B、68036B、68006B、68005B、68001B、69009B、75007B、75009B、75805B、83036C、83037C、83039B、73010B、71206B、72014B、73017B、74206B、70001B、70002B、83080B、64022B-64024B。
2. 緊急麻醉醫令代碼：96002C-96013C、96017C-96022C、96023B-96028B、96029C-96030C。

(三) 加成方式：

1. 病人從進入急診 2 小時內執行前述特定手術及麻醉得再加成 100%。
2. 病人從進入急診超過 2 小時且 4 小時內執行前述特定手術及麻醉得再加成 60%。

(四) 案內加成獎勵費用優先分配於第一線執行人員，並每年提報獎勵費用之運用情形予保險人分區業務組。

三、 預算來源及財務影響：

(一) 114 年度全民健康保險其他預算「114 年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整 (RBRVS) 等」項下 41.56 億元（[附件 2，頁次報 4-5～4-6](#)）。

(二) 財務影響評估（[附件 3，頁次報 4-7～4-16](#)）：以 113 年度申報資料，推估急診病人符合重大外傷診斷碼於時效內執行上述項目之財務衝擊為 37.6 百萬點，分述如下：

1. 2 小時內執行：手術及麻醉加成 100% 增加健保財務支出約 16.2 百萬點（手術約 12 百萬點，麻醉約 4.2 百萬點）。
2. 超過 2 小時且 4 小時內執行：手術及麻醉加成 60% 增加健保財務支出約 21.4 百萬點（手術約 13.4 百萬點，麻醉約 8 百萬點）。

四、 另本署 114 年 8 月 6 日全民健康保險醫療給付費用醫院總額第 1 次臨時研商議事會議決議，有關「急診病人因緊急傷病而必需立即治療處置者，其「處置費」建議比照手術及檢驗章節，得按本節所定點數加算百分之二十」案，分述如下：

(一) 預算以 114 年度全民健康保險其他預算「114 年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、

急重難症支付費用調整 (RBRVS)等」項下 41.56 億元支應(同附件 2)。

(二)本署以 113 年度申報資料，推估急診病人因緊急傷病 4 小時內執行治療處置加成 20%，增加健保財務支出約 117 百萬點(附件 4，頁次報 4-17~4-45)。

(三)擬於全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第六節治療處置通則比照手術章節加註文字，「急診病人因緊急傷病而必需立即治療處置者，其『處置費』得按本節所定點數加算百分之二十，但『一般材料費』不得另按比例加算。」。

五、修訂後支付標準如附件 5 (頁次報 4-46~4-51)，擬依程序報請衛生福利部核定後公布後實施，另擬請醫審及藥材組續研議本案加成之審查原則。

決定：

全民健康保險醫療給付費用醫院總額

114 年第 1 次臨時研商議事會議紀錄

時間：114 年 8 月 6 日(三)下午 2 時

地點：本署 18 樓禮堂/視訊會議

主席：石署長崇良

紀錄：張毓芬

出席代表：(以下略)

列席單位及人員：(以下略)

壹、主席致詞：略。

貳、上次會議紀錄確認，請參閱（不宣讀）確認（略）。

參、報告事項：略。

肆、討論事項：(摘錄與本案相關)

第三案

提案單位：台灣外傷醫學會

案由：增修重大外傷緊急手術及麻醉費加成案。

決議：本案通過，重點如下：

- 一、從進入急診2小時內執行特定手術、處置及麻醉得再加成100%；從進入急診2-4小時內執行則加成60%。
- 二、本項額外加成費用優先分配於第一線執行人員。
- 三、敘明本項加成得與各項加成（如兒童加成）累加計算。
- 四、另第二部第二章第六節治療處置通則加註「急診病人因緊急傷病必須立即處置時，得按本節所定點數加計百分之二十」案，原則同意增列，惟需評估財務衝擊。

散會：下午 5 時 14 分。

附表 114 年度其他預算協定項目表(決定版)

附件 2

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	決定事項
其他預算(全年計畫經費)			1.屬計畫型項目，應提出具體實施方案(含預定達成目標及預期效益之評估指標)，其中延續型計畫應於113年11月前完成，新增項目原則於113年12月前完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。 2.請於114年7月前提報執行情形，延續性項目應包含前1年成效評估檢討報告；實施成效納入115年度總額協商考量。
1.基層總額轉診型態調整費用	800.0	0.0	1.優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)訂定分級醫療成效評估指標，持續監測病人流向(包含基層就醫占率與醫療費用變化情形)，評估分級醫療之執行效益。 (2)持續檢討鼓勵分級醫療政策及支付誘因之合理性，並建立引導院所適當轉診之機制，提出改善方案，以提升下轉成效。 (3)評估推動分級醫療相關措施對西醫基層總額之財務影響，以落實編列本項預算之目的。 (4)上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」，於114年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。
2.山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	1,356.6	501.2	1.預期效益之評估指標： (1)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫民眾滿意度。 (2)成人預防保健利用率。 (3)子宮頸抹片利用率。 執行目標： (1)山地離島地區醫療給付效益提昇計

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	決定事項
			病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率。 (3)檢討「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」之預算額度及核發指標，訂定更具鑑別度之獎勵方式，以落實獎勵之目的。
10.提升用藥品質之藥事照護計畫	30.0	0.0	請中央健康保險署會同中華民國藥師公會全國聯合會加強推動計畫，輔導特約藥局加入執行本計畫，並監測計畫之醫療利用及執行成效。
11.114 年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等(114 年新增項目)	4,156.0	4,156.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.本項經費用於通盤檢討及修訂特定診療支付標準，如急重難罕症相關支付標準等，與多年未通盤調整的部分，列為優先調整項目，並不得直接用於保障點值每點0.95元相關費用。 2.本項目支用前，將依程序提全民健康保險會報告同意後進行運用。
12.提升保險服務成效(移出總額)	0.0	-500.0	本項113年預算500百萬元，114年改由公務預算支應。
13.提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用(移出總額)	0.0	-1,486.0	本項113年預算1,486百萬元，114年改由公務預算支應。
14.因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能(移出總額)	0.0	-4,000.0	本項113年預算4,000百萬元，114年改由公務預算支應。
總計	20,883.7	1,563.9	

表 1、急診收治 2 小時內緊急重大外傷手術(加成 100%)

健保碼	表定點數	手術名稱	112 年				113 年				114 年醫 令量推估	調整後差 距(100%)	財務影響
			人數	門診件數	住診件數	醫令量	人數	門診件數	住診件數	醫令量			
33075B	22000	血管阻塞術	157	122	32	157	191	146	38	192	227	22000	4,994,000
33144B	28591	血管阻塞術-Lipiodol	5	4	1	5	2	2	0	2	2	28591	57,182
48014C	2417	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)－體表面積 <10BSA(相當半肢面積)	225	215	15	264	228	221	8	239	239	2417	577,663
48015B	4431	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)－體表面積 11-35 BSA(相當一肢面積)	10	6	5	18	12	8	7	27	36	4431	159,516
48016B	6663	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)－體表面積 36-50 BSA(相當二肢面積)	3	1	2	8	2	1	1	9	10	6663	66,630
48017B	10071	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)－體表面積 51~70 BSA(軀幹四肢者)	1	0	1	3	2	2	0	2	2	10071	20,142
48029B	13275	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)－體表面積 71~90 BSA(軀幹四肢者)	2	2	0	2	0	0	0	0	0	13275	0
48030B	17854	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)－體表面積 >90 BSA(軀幹四肢者)	1	1	0	1	2	2	0	2	3	17854	53,562
64022B	7285	四肢切斷術 — 大腿	1	0	1	1	1	0	1	1	1	7285	7,285
64023B	6057	四肢切斷術 — 下腿、上臂、 前臂	1	0	1	1	1	0	1	1	1	6057	6,057
64024B	4555	四肢切斷術 — 腕、踝	0	0	0	0	1	1	0	1	2	4555	9,110
64158B	36970	斷肢再接手術	1	0	1	1	1	0	1	1	1	36970	36,970

健保碼	表定點數	手術名稱	112 年				113 年				114 年醫 令量推估	調整後差 距(100%)	財務影響
			人數	門診件數	住診件數	醫令量	人數	門診件數	住診件數	醫令量			
64197C	6046	肌腱切開或筋膜切開	38	25	18	43	24	16	10	26	26	6046	157,196
64237C	4597	骨骼外固定器裝置術	8	0	8	8	16	0	17	18	28	4597	128,716
67002B	9199	開胸探查術	13	9	4	13	22	11	12	23	33	9199	303,567
67010B	21869	肺單元切除術	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21869	0
67011B	21746	肺楔狀或部份切除術	0	0	0	0	4	0	5	5	10	21746	217,460
67013B	17342	氣管支氣管傷修補術	2	0	2	2	0	0	0	0	0	17342	0
67022B	27784	全肺切除及胸廓成形術或支氣 管成形術	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27784	0
67023B	25597	肺葉切除及胸廓成形術或支氣 管成形術	0	0	0	0	1	0	1	1	2	25597	51,194
67024B	27908	肺全切除術	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27908	0
68001B	11510	探查性心包膜切開術	4	4	0	4	3	3	0	3	3	11510	34,530
68005B	18691	心臟縫補術	2	1	1	2	6	0	6	6	10	18691	186,910
68006B	20898	探查性開心術：包括移除異物	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20898	0
68036B	19910	體外循環	7	3	3	7	4	2	2	4	4	19910	79,640
69009B	9612	動脈縫合	4	1	4	5	1	0	2	2	2	9612	19,224
69038C	8374	末稍血管修補及吻合術併血管 移植	2	0	2	2	3	0	3	3	4	8374	33,496
70001B	18425	脾臟切除術	25	0	25	25	22	1	21	22	22	18425	405,350
70002B	13379	脾臟修補術	0	0	0	0	1	0	1	1	2	13379	26,758
71206B	28265	食道胃改道術	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28265	0
72014B	17818	胃空腸造口吻合術	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17818	0
73010B	14850	小腸切除術加吻合術	3	0	3	3	6	0	7	7	11	14850	163,350
73017B	26249	結腸全切除術併行直腸切除術 及迴腸造口	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26249	0
74206B	20980	Hartmann 氏直腸手術	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20980	0
75007B	14291	縫肝術（肝損傷縫合，小於 5 公分）	5	0	5	5	1	0	1	1	1	14291	14,291

健保碼	表定點數	手術名稱	112 年				113 年				114 年醫 令量推估	調整後差 距(100%)	財務影響
			人數	門診件數	住診件數	醫令量	人數	門診件數	住診件數	醫令量			
75009B	15696	縫肝術（複雜肝損傷之縫合或大於 5 公分）	2	0	2	2	5	0	9	9	16	15696	251,136
75805B	11947	剖腹探查術	13	0	14	14	11	0	11	11	11	11947	131,417
83036C	20921	硬腦膜外血腫清除術	18	1	18	19	18	1	18	19	19	20921	397,499
83037C	20227	急性硬腦膜下血腫清除術	41	3	39	42	44	4	42	47	52	20227	1,051,804
83039B	22904	腦內血腫清除術	61	1	61	63	44	0	48	48	48	22904	1,099,392
83080B	12042	顱內壓監視置入	106	2	107	109	95	4	97	101	101	12042	1,216,242
總計												11,597,289	

註 1、手術點數*114 年推估手術醫令量*加成差(100%)。

註 2、門住診案件中申報有「急診診察費」或「急診治療時間」者。

表 2、急診收治 2 小時內緊急重大外傷麻醉(加成 100%)

健保碼	表定點數	手術名稱	112 年				113 年				114 年醫 令量推估	調整後差 距(100%)	財務影響
			人數	門診件數	住診件數	醫令量	人數	門診件數	住診件數	醫令量			
96002C	200	笑氣鎮痛	0	0	0	0	0	0	0	0	0	200	0
96003C	140	朦朧麻醉	2	2	0	2	1	1	0	1	1	140	140
96004C	1598	靜脈或肌肉麻醉	2	0	5	5	3	0	4	4	4	1598	6,392
96005C	3515	硬脊膜外麻醉	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3515	0
96006C	256	硬脊膜外麻醉—超過兩 小時，每增加三十分鐘	0	0	0	0	0	0	0	0	0	256	0
96007C	2396	脊髓麻醉	7	0	28	28	5	0	20	20	20	2396	47,920
96008C	234	脊髓麻醉—超過兩小 時，每增加三十分鐘	1	0	1	4	4	0	8	13	22	234	5,148
96009C	960	傳導麻醉—球後麻醉	0	0	0	0	0	0	0	0	0	960	0
96010C	960	傳導麻醉—三叉神經半 月神經節麻醉	0	0	0	0	0	0	0	0	0	960	0
96011C	1129	傳導麻醉—神經叢阻斷 術	1	0	1	1	4	4	0	4	7	1129	7,903
96012C	160	傳導麻醉—神經叢阻斷 術，超過兩小時，每增 加三十分鐘	0	0	0	0	0	0	0	0	0	160	0
96013C	1438	尾椎麻醉	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1438	0
96017C	3582	半開放式或半閉鎖式面 罩吸入全身麻醉法—未 滿二小時	1	0	1	1	6	0	14	14	27	3582	96,714
96018C	895	半開放式或半閉鎖式面 罩吸入全身麻醉法—二 小時至四小時，每增加 30 分鐘	1	0	1	1	2	0	4	14	27	895	24,165
96019C	1119	半開放式或半閉鎖式面 罩吸入全身麻醉法—四 小時以上，每增加 30 分 鐘	0	0	0	0	1	0	1	1	2	1119	2,238

健保碼	表定點數	手術名稱	112 年				113 年				114 年醫 令量推估	調整後差 距(100%)	財務影響
			人數	門診件數	住診件數	醫令量	人數	門診件數	住診件數	醫令量			
96020C	3917	半閉鎖式或閉鎖循環式 氣管內插管全身麻醉法 —未滿二小時	188	5	642	647	192	7	565	572	572	3917	2,240,524
96021C	895	半閉鎖式或閉鎖循環式 氣管內插管全身麻醉法 —二小時至四小時，每 增加 30 分鐘	141	0	464	1278	150	9	387	1088	1088	895	973,760
96022C	1119	半閉鎖式或閉鎖循環式 氣管內插管全身麻醉法 —四小時以上，每增加 30 分鐘	45	0	125	500	49	2	117	487	487	1119	544,953
96023B	150	低溫麻醉 每半小時	0	0	0	0	0	0	0	0	0	150	0
96024B	180	離子電泳法局部麻醉	0	0	0	0	0	0	0	0	0	180	0
96025B	120	麻醉恢復照護費	57	2	146	148	61	0	153	156	164	120	19,680
96026B	180	麻醉前評估	199	5	683	688	200	5	597	605	605	180	108,900
96027B	1316	麻醉深度監測—>12 歲	20	0	70	74	20	0	49	49	49	1316	64,484
96028B	2133	麻醉深度監測—≤12 歲	0	0	0	0	1	0	2	2	4	2133	8,532
96029C	5155	半閉鎖式或閉鎖循環式 氣管內插管全身麻醉法— 未滿二小時-以影像導引 氣管內插管-疑似或確診 空氣或飛沫傳染性疾病	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5155	0
96030C	4597	半閉鎖式或閉鎖循環式 氣管內插管全身麻醉法— 未滿二小時-以影像導引 氣管內插管-困難氣道或 緊急狀況	6	0	12	12	7	2	13	15	18	4597	82,746
總計												4,234,199	

註 1、麻醉點數*114 年推估麻醉醫令量*加成差(100%)。

註 2、門住診案件中申報有「急診診察費」或「急診治療時間」者。

表 3、急診收治超過 2 小時且 4 小時以內緊急重大外傷手術(加成 60%)

健保碼	表定點數	手術名稱	112 年				113 年				114 年醫 令量推估	調整後差 距(60%)	財務影響
			人數	門診件數	住診件數	醫令量	人數	門診件數	住診件數	醫令量			
33075B	22000	血管阻塞術	138	114	25	149	199	145	55	204	252	13,200	3,326,400
33144B	28591	血管阻塞術-Lipiodol	2	1	1	2	7	4	2	7	9	17,155	154,391
48014C	2417	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)－體表面積<10BSA(相當半肢面積)	4	4	0	4	10	6	6	19	8	1,450	11,602
48015B	4431	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)－體表面積 11-35 BSA (相當一肢面積)	1	1	0	1	2	0	5	29	1	2,659	2,659
48016B	6663	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)－體表面積 36-50 BSA (相當二肢面積)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,998	0
48017B	10071	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)－體表面積 51~70 BSA (軀幹四肢者)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6,043	0
48029B	13275	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)－體表面積 71~90 BSA (軀幹四肢者)	1	0	1	1	0	0	0	0	0	7,965	0
48030B	17854	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)－體表面積 >90 BSA (軀幹四肢者)	1	0	1	1	0	0	0	0	0	10,712	0
64022B	7285	四肢切斷術 — 大腿	3	0	3	3	8	0	8	8	5	4,371	21,855

健保碼	表定點數	手術名稱	112 年				113 年				114 年醫 令量推估	調整後差 距(60%)	財務影響
			人數	門診件數	住診件數	醫令量	人數	門診件數	住診件數	醫令量			
64023B	6057	四肢切斷術 — 下腿、 上臂、前臂	5	0	5	5	10	0	11	11	6	3,634	21,805
64024B	4555	四肢切斷術 — 腕、踝	1	0	1	1	0	0	0	0	0	2,733	0
64158B	36970	斷肢再接手術	5	0	5	5	6	0	6	6	6	22,182	133,092
64197C	6046	肌腱切開或筋膜切開	86	40	57	99	89	29	68	97	70	3,628	253,932
64237C	4597	骨骼外固定器裝置術	80	6	79	85	120	6	123	134	136	2,758	375,115
67002B	9199	開胸探查術	4	1	4	5	7	3	5	8	2	5,519	11,039
67010B	21869	肺單元切除術	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13,121	0
67011B	21746	肺楔狀或部份切除術	0	0	0	0	1	0	1	1	3	13,048	39,143
67013B	17342	氣管支氣管傷修補術	1	0	1	1	0	0	0	0	4	10,405	41,621
67022B	27784	全肺切除及胸廓成形術 或支氣管成形術	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16,670	0
67023B	25597	肺葉切除及胸廓成形術 或支氣管成形術	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15,358	0
67024B	27908	肺全切除術	0	0	0	0	0	0	0	0	2	16,745	33,490
68001B	11510	探查性心包膜切開術	2	1	1	2	3	1	2	3	0	6,906	0
68005B	18691	心臟縫補術	1	0	1	1	2	0	2	2	2	11,215	22,429
68006B	20898	探查性開心術：包括移 除異物	0	0	0	0	0	0	0	0	2	12,539	25,078
68036B	19910	體外循環	7	4	2	7	4	2	2	4	15	11,946	179,190
69009B	9612	動脈縫合	6	4	2	6	2	0	2	2	6	5,767	34,603
69038C	8374	末梢血管修補及吻合術 併血管移植	9	3	7	10	16	3	15	18	9	5,024	45,220
70001B	18425	脾臟切除術	25	1	24	25	45	0	45	45	31	11,055	342,705
70002B	13379	脾臟修補術	1	0	1	1	3	0	3	3	2	8,027	16,055
71206B	28265	食道胃改道術	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16,959	0
72014B	17818	胃空腸造口吻合術	1	0	1	1	0	0	0	0	0	10,691	0

健保碼	表定點數	手術名稱	112 年				113 年				114 年醫 令量推估	調整後差 距(60%)	財務影響
			人數	門診件數	住診件數	醫令量	人數	門診件數	住診件數	醫令量			
73010B	14850	小腸切除術加吻合術	9	0	9	9	9	0	9	9	11	8,910	98,010
73017B	26249	結腸全切除術併行直腸 切除術及迴腸造口	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15,749	0
74206B	20980	Hartmann 氏直腸手術	0	0	0	0	0	0	0	0	6	12,588	75,528
75007B	14291	縫肝術（肝損傷縫合， 小於 5 公分）	2	0	2	2	5	0	5	5	9	8,575	77,171
75009B	15696	縫肝術（複雜肝損傷之 縫合或大於 5 公分）	3	0	3	3	3	1	2	3	5	9,418	47,088
75805B	11947	剖腹探查術	14	1	13	14	16	0	18	18	22	7,168	157,700
83036C	20921	硬腦膜外血腫清除術	62	1	64	65	52	0	53	53	59	12,553	740,603
83037C	20227	急性硬腦膜下血腫清除 術	151	1	153	154	135	0	140	140	164	12,136	1,990,337
83039B	22904	腦內血腫清除術	155	3	167	172	167	0	174	174	170	13,742	2,336,208
83080B	12042	顱內壓監視置入	337	4	341	345	348	0	361	361	391	7,225	2,825,053
總計												13,439,122	

註 1、手術點數*114 年推估手術醫令量*加成差(60%)。

註 2、門住診案件中申報有「急診診察費」或「急診治療時間」者。

表 4、急診收治超過 2 小時且 4 小時以內緊急重大外傷麻醉(加成 60%)

附件 3

健保碼	表定點數	手術名稱	112 年				113 年				114 年醫 令量推估	調整後差 距(60%)	財務影響
			人數	門診件數	住診件數	醫令量	人數	門診件數	住診件數	醫令量			
96002C	200	笑氣鎮痛	0	0	0	0	0	0	0	0	0	120	0
96003C	140	朦朧麻醉	0	0	0	0	1	0	4	9	0	84	0
96004C	1598	靜脈或肌肉麻醉	5	0	7	7	10	0	21	21	14	959	13,423
96005C	3515	硬脊膜外麻醉	2	0	5	5	1	0	2	2	0	2,109	0
96006C	256	硬脊膜外麻醉—超過兩 小時，每增加三十分鐘	2	0	5	45	1	0	2	16	0	154	0
96007C	2396	脊髓麻醉	34	1	81	82	36	2	62	64	84	1,438	120,758
96008C	234	脊髓麻醉—超過兩小 時，每增加三十分鐘	10	0	23	71	19	0	25	51	93	140	13,057
96009C	960	傳導麻醉—球後麻醉	0	0	0	0	0	0	0	0	0	576	0
96010C	960	傳導麻醉—三叉神經半 月神經節麻醉	0	0	0	0	0	0	0	0	0	576	0
96011C	1129	傳導麻醉—神經叢阻斷 術	1	0	1	1	2	0	3	3	1	677	677
96012C	160	傳導麻醉—神經叢阻斷 術，超過兩小時，每增 加三十分鐘	0	0	0	0	0	0	0	0	0	96	0
96013C	1438	尾椎麻醉	0	0	0	0	0	0	0	0	0	863	0
96017C	3582	半開放式或半閉鎖式面 罩吸入全身麻醉法—未 滿二小時	14	0	40	40	27	1	48	49	33	2,149	70,924
96018C	895	半開放式或半閉鎖式面 罩吸入全身麻醉法—二 小時至四小時，每增加 30 分鐘	5	0	11	26	7	1	8	19	13	537	6,981
96019C	1119	半開放式或半閉鎖式面 罩吸入全身麻醉法—四 小時以上，每增加 30 分 鐘	1	0	1	4	1	0	1	1	1	671	671

健保碼	表定點數	手術名稱	112 年				113 年				114 年醫 令量推估	調整後差 距(60%)	財務影響
			人數	門診件數	住診件數	醫令量	人數	門診件數	住診件數	醫令量			
96020C	3917	半閉鎖式或閉鎖循環式 氣管內插管全身麻醉法 —未滿二小時	556	25	1604	1629	641	10	2039	2049	1,782	2,350	4,188,056
96021C	895	半閉鎖式或閉鎖循環式 氣管內插管全身麻醉法 —二小時至四小時，每 增加 30 分鐘	417	14	1100	3125	470	4	1404	4041	3,586	537	1,925,682
96022C	1119	半閉鎖式或閉鎖循環式 氣管內插管全身麻醉法 —四小時以上，每增加 30 分鐘	157	3	338	1263	180	1	457	2226	1,699	671	1,140,709
96023B	150	低溫麻醉 每半小時	0	0	0	0	0	0	0	0	0	90	0
96024B	180	離子電泳法局部麻醉	0	0	0	0	0	0	0	0	0	108	0
96025B	120	麻醉恢復照護費	221	18	573	603	274	11	782	801	676	72	48,672
96026B	180	麻醉前評估	590	25	1720	1761	680	13	2168	2190	1,922	108	207,576
96027B	1316	麻醉深度監測—>12 歲	25	2	49	51	52	1	162	163	79	790	62,378
96028B	2133	麻醉深度監測—≤12 歲	0	0	0	0	0	0	0	0	8	1,280	10,238
96029C	5155	半閉鎖式或閉鎖循環式 氣管內插管全身麻醉法— 未滿二小時-以影像導引 氣管內插管-疑似或確診 空氣或飛沫傳染性疾病	5	1	9	10	1	0	3	3	2	3,093	6,186
96030C	4597	半閉鎖式或閉鎖循環式 氣管內插管全身麻醉法— 未滿二小時-以影像導引 氣管內插管-困難氣道或 緊急狀況	5	0	9	9	13	0	25	25	45	2,758	124,119
總計												7,940,107	

註 1、麻醉點數*114 年推估麻醉醫令量*加成差(60%)。

註 2、門住診案件中申報有「急診診察費」或「急診治療時間」者。

表 5、急診收治 4 小時內緊急治療處置(加成 20%)

健保碼	表定點數	手術名稱	112 年				113 年				114 年醫 令量推估	調整後差 距(20%)	財務影響
			人數	門診件數	住診件數	醫令量	人數	門診件數	住診件數	醫令量			
47001C	56	酒精拭浴	1	0	1	1	0	0	0	0	0	11	0
47002C	40	薄荷擦拭	1,906	1,475	605	2,979	1,336	919	512	2,425	2,425	8	19,400
47003C	134	大量灌腸	279	115	278	401	288	91	297	411	411	27	11,097
47004C	40	甘油球灌腸	2,750	2,168	823	3,120	2,246	1,495	969	2,538	2,538	8	20,304
47006C	123	小量或留置灌腸	12,031	11,064	3,055	14,648	10,547	9,396	3,146	13,139	13,139	25	328,475
47011C	392	清潔灌腸	107	23	90	141	149	36	122	184	184	78	14,352
47012B	842	周邊動脈導管置入術	2,335	412	2,249	2,919	2,654	460	2,543	3,317	3,317	168	557,256
47013C	96	一般導尿	17,893	16,654	3,487	21,072	18,051	16,454	4,004	21,077	21,077	19	400,463
47014C	363	留置導尿	31,379	27,579	10,810	39,279	31,471	27,187	11,537	39,825	39,825	73	2,907,225
47015B	1,470	中央靜脈導管置入術	4,419	2,503	2,326	5,005	4,833	2,540	2,793	5,567	5,567	294	1,636,698
47016C	468	胃灌洗術	944	923	70	993	872	853	74	930	930	94	87,420
47017C	195	胃管插入	15,467	14,648	4,416	19,284	15,584	13,700	5,612	19,520	19,520	39	761,280
47018C	222	鼻胃管灌食 一天	7,639	5,604	7,000	61,299	8,588	5,696	8,476	75,735	75,735	44	3,332,340
47020C	150	胃減壓一天	5,488	5,155	1,534	9,000	5,752	5,348	1,782	9,734	9,734	30	292,020
47021C	126	胸腔引流一天	1,345	983	701	4,829	1,596	1,161	907	6,243	6,243	25	156,075
47022C	125	腹腔引流一天	1,497	1,286	1,024	7,849	1,424	1,061	1,094	7,893	7,893	25	197,325
47023B	5,319	食道球置入術	25	25	1	26	19	16	5	21	21	1,064	22,344
47024B	139	食道球處理一天	4	3	1	5	4	0	4	7	7	28	196
47025B	8,831	食道靜脈瘤硬化治療	7	4	3	7	6	4	2	6	6	1,766	10,596
47027C	3,293	食道異物取出,複雜	68	63	5	68	77	71	6	77	77	659	50,743
47028C	554	去顫術(急救一次)	739	653	93	786	648	556	100	679	679	111	75,369

健保碼	表定點數	手術名稱	112 年				113 年				114 年醫 令量推估	調整後差 距(20%)	財務影響
			人數	門診件數	住診件數	醫令量	人數	門診件數	住診件數	醫令量			
47029C	1,800	心肺甦醒術(每十分鐘)	3,019	3,594	272	6,705	2,878	3,347	292	6,191	6,191	360	2,228,760
47030B	3,136	暫時性心律調節器技術費	236	173	60	242	185	99	89	201	201	627	126,027
47031C	835	氣管內管插管	4,471	3,808	766	4,605	3,846	3,185	769	3,988	3,988	167	665,996
47032B	420	心電圖監視器 一天	58,531	68,922	7,103	89,492	58,050	67,328	8,547	91,354	91,354	84	7,673,736
47033B	200	無侵害性血壓監視器(天)	54,286	66,235	4,448	77,204	53,777	64,408	5,490	77,326	77,326	40	3,093,040
47034B	240	溫度測定儀	20	0	30	110	38	1	53	140	140	48	6,720
47035B	112	腦室引流一天	111	52	63	658	131	48	116	1,005	1,005	22	22,110
47036B	2,525	順流導管插管術	29	0	32	32	27	0	27	28	28	505	14,140
47037B	413	冰毯—未滿十二小時	255	5	281	289	261	5	293	299	299	83	24,817
47038B	780	冰毯-十二小時至二十四小時	49	3	58	108	44	2	51	108	108	156	16,848
47039C	28	熱敷或冷(冰)敷	97,241	94,453	9,995	159,678	92,534	88,959	11,487	161,598	161,598	6	969,588
47041C	30	呼吸道抽吸(次)	6,983	6,121	4,650	36,140	7,028	6,617	4,980	38,661	38,661	6	231,966
47042C	218	呼吸道抽吸(天)	8,196	9,465	3,617	30,611	8,869	9,015	5,317	39,437	39,437	44	1,735,228
47043C	7,818	上消化道內視鏡止血法(任何方法)	1,123	727	442	1,176	1,124	745	421	1,177	1,177	1,564	1,840,828
47044C	192	皮下腫瘍、囊腫抽吸	131	80	70	431	145	85	91	460	460	38	17,480
47045C	140	體位引流	312	1	457	2,959	534	3	836	5,432	5,432	28	152,096
47046C	99	溫水擦拭	67	2	80	167	51	5	55	90	90	20	1,800
47047C	53	坐浴	137	6	142	698	137	19	122	642	642	11	7,062
47048C	128	引流管灌洗	288	211	148	632	360	270	222	1,051	1,051	26	27,326
47049B	294	自動體溫控制床使用費(天)	37	2	44	88	54	2	70	149	149	59	8,791
47050B	195	電動翻轉床使用費(天)	1	1	0	1	0	0	0	0	0	39	0

健保碼	表定點數	手術名稱	112 年				113 年				114 年醫 令量推估	調整後差 距(20%)	財務影響
			人數	門診件數	住診件數	醫令量	人數	門診件數	住診件數	醫令量			
47051C	380	末梢神經阻斷術	937	777	166	960	595	399	200	617	617	76	46,892
47052B	1,320	三叉神經阻斷術	2	0	2	2	1	0	1	1	1	264	264
47053B	120	非電動翻轉床使用費 (天)	23	0	40	97	18	0	28	42	42	24	1,008
47054C	720	一般高壓氧治療	1	0	1	1	0	0	0	0	0	144	0
47055C	212	減敏注射(每種抗原)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	42	0
47056B	2,380	體外循環，第二天起之 每日照護費	32	0	38	214	30	0	38	148	148	476	70,448
47057B	10,244	經內視鏡施行食道擴張 術	12	8	4	12	12	5	7	12	12	2,049	24,588
47058B	10,153	食道內金屬支架置放術	0	0	0	0	7	0	7	7	8	2,031	16,248
47059B	3,658	治療性導管植入術—希 克曼氏導管植入術	12	9	3	12	19	7	14	21	21	732	15,372
47060B	3,000	動脈導管置放術(化學治 療用)	0	0	0	0	1	0	1	1	2	600	1,200
47062B	150	餵食幫浦(天)	269	43	367	1,726	221	30	363	1,658	1,658	30	49,740
47063B	2,668	主動脈氣球輔助器使用 照護費(天)	24	0	27	84	28	0	33	104	104	534	55,536
47064B	1,359	遺傳疾病家族會談治療	1	0	1	1	5	0	5	5	6	272	1,632
47065B	3,101	治療性導管植入術—末 梢靜脈植入中心導管術	80	13	75	88	127	20	108	129	129	620	79,980
47066B	100	造瘻口灌食/天	182	246	40	514	224	299	60	773	773	20	15,460
47067B	9,455	經內視鏡食道靜脈瘤結 紮術	320	202	131	345	340	241	123	366	366	1,891	692,106
47068B	500	腦室外引流監視(天)	2	0	2	16	4	0	4	23	23	100	2,300
47069B	280	顱內壓監視器(天)	2	0	2	2	1	0	2	2	2	56	112
47070B	46	烤燈使用	2,569	1,762	973	3,010	2,688	1,949	968	3,298	3,298	9	29,682
47071B	130	烤燈(每一天)	1,504	1,189	537	2,686	1,648	1,358	578	2,871	2,871	26	74,646

健保碼	表定點數	手術名稱	112 年				113 年				114 年醫 令量推估	調整後差 距(20%)	財務影響
			人數	門診件數	住診件數	醫令量	人數	門診件數	住診件數	醫令量			
47073B	4,614	切除 CAPD 導管外袖口 及導管擴創術	2	0	3	3	1	0	2	2	2	923	1,846
47074C	7,004	上消化道內視鏡息肉切 除術	36	18	18	36	30	15	15	30	30	1,401	42,030
47075B	130	自動止血帶止血	15	15	0	15	4	4	0	4	4	26	104
47077B	4,421	上消化道息肉切除術	0	0	0	0	1	1	0	1	2	884	1,768
47078B	25,262	胃靜脈瘤硬化治療	39	24	15	40	35	27	13	40	40	5,052	202,080
47079B	2,800	癌症治療計畫諮詢規劃 費	28	0	28	28	45	0	45	45	45	560	25,200
47080B	5,716	治療性導管植入術 — Port-A 導管植入術	75	3	72	75	94	5	95	101	101	1,143	115,443
47081B	6,057	難治型顱內高壓之低溫 療法—首日	2	0	2	2	1	0	1	1	1	1,211	1,211
47082B	2,505	難治型顱內高壓之低溫 療法—第二日至第七日 (每日)	2	0	2	12	1	0	1	6	6	501	3,006
47083C	5,355	上消化道泛內視鏡異物 摘除術	323	304	24	329	296	267	34	302	302	1,071	323,442
47086C	415	骨盆肌肉生物回饋訓練	0	0	0	0	0	0	0	0	0	83	0
47087C	350	尿失禁電刺激治療	0	0	0	0	0	0	0	0	0	70	0
47088C	2,800	人體器官移植之腦死判 定費	0	0	0	0	0	0	0	0	0	560	0
47089B	7,392	體外循環維生系統管線 更換	8	0	11	15	5	0	5	5	5	1,478	7,390
47090B	247	高頻胸壁振盪模式呼吸 道清潔(每次至少三十分 鐘)	676	0	1,199	16,393	678	0	1,095	16,416	16,416	49	804,384
47091B	450	淋巴水腫照護-徒手淋巴 引流(須達四十分鐘)	1	0	1	1	0	0	0	0	0	90	0
47093B	186	身體約束之護理監測照 護費-日：使用八小時以	2,127	896	1,979	5,781	2,560	838	2,779	7,310	7,310	37	270,470

健保碼	表定點數	手術名稱	112 年				113 年				114 年醫 令量推估	調整後差 距(20%)	財務影響
			人數	門診件數	住診件數	醫令量	人數	門診件數	住診件數	醫令量			
		上，每人每次住院限申報日數為四天。											
47094B	9,521	心跳停止之低溫療法—第一日 (≤二十四小時)	74	41	35	76	63	31	32	64	64	1,904	121,856
47095B	1,575	心跳停止之低溫療法—第二日 (>二十四小時-≤四十八小時)	34	3	32	35	31	2	29	32	32	315	10,080
47096B	1,575	心跳停止之低溫療法—第三日 (>四十八小時)	30	0	31	31	28	0	28	29	29	315	9,135
47097B	10,000	週產期新生兒低溫療法—第一日 (≤二十四小時)	1	0	1	1	0	0	0	0	0	2,000	0
47098B	3,994	週產期新生兒低溫療法—第二日 (>二十四小時-≤四十八小時)	1	0	1	1	0	0	0	0	0	799	0
47099B	3,000	週產期新生兒低溫療法—第三日 (>四十八小時-≤七十二小時)	1	0	1	1	0	0	0	0	0	600	0
47100B	3,000	週產期新生兒低溫療法—第四日 (>七十二小時)	1	0	1	1	0	0	0	0	0	600	0
47101B	14,559	急性缺血性腦中風處置費	508	471	31	508	674	640	38	681	681	2,912	1,983,072
47102B	3,660	心室輔助器置放後，第二天起之每日照護費	2	0	2	31	0	0	0	0	0	732	0
47103A	16,279	經導管無導線心律調節器置放或置換術	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,256	0
47104B	5,114	俯臥通氣治療 — 每療程	5	0	5	7	9	0	11	13	13	1,023	13,299
47105C	2,321	影像導引氣管內管插管術—疑似或確診之空氣或飛沫傳染性疾病	409	368	41	409	379	319	61	383	383	464	177,712

健保碼	表定點數	手術名稱	112 年				113 年				114 年醫 令量推估	調整後差 距(20%)	財務影響
			人數	門診件數	住診件數	醫令量	人數	門診件數	住診件數	醫令量			
47106C	1,484	影像導引氣管內管插管術—困難氣道或緊急狀況	1,969	1,814	157	1,978	2,267	1,983	295	2,290	2,290	297	680,130
47107B	3,000	成功移除長期留置鼻胃管並恢復經口進食	0	0	0	0	0	0	0	0	0	600	0
47108B	4,722	心臟監測器植入術	0	0	0	0	0	0	0	0	0	944	0
48001C	420	淺部創傷處理 — 傷口長小於五公分者	77,020	80,158	1,338	96,907	67,617	69,960	1,921	84,175	84,175	84	7,070,700
48002C	562	淺部創傷處理 — 傷口長五至十公分者	18,359	19,228	490	21,318	15,239	15,731	569	17,547	17,547	112	1,965,264
48003C	739	淺部創傷處理 — 傷口長大於十公分者	9,714	10,341	239	11,914	7,459	7,862	243	8,984	8,984	148	1,329,632
48004C	2,419	深部複雜創傷處理 — 傷口長小於五公分者	9,328	9,151	290	9,543	7,371	7,204	263	7,671	7,671	484	3,712,764
48005C	3,043	深部複雜創傷處理 — 傷口長五至十公分者	1,809	1,539	313	1,871	1,721	1,382	377	1,780	1,780	609	1,084,020
48006C	4,792	深部複雜創傷處理 — 傷口長大於十公分者	783	443	498	984	748	394	480	923	923	958	884,234
48007C	194	小膿瘍切開，個	176	174	6	181	175	164	11	177	177	39	6,903
48008C	244	手術、創傷處置及換藥—填塞排膿	1,149	860	690	6,604	1,204	845	1,124	9,130	9,130	49	447,370
48009C	107	手術、創傷處置及換藥—導管引流	2,711	800	2,926	14,410	2,608	780	2,798	14,624	14,624	21	307,104
48010C	97	手術、創傷處置及換藥—傷口處置	19,264	20,517	1,305	31,957	24,656	26,496	1,631	41,143	41,143	19	781,717
48011C	56	手術、創傷處置及換藥—小換藥（小於十公分）	88,606	95,491	20,881	215,660	97,972	107,417	24,618	248,087	248,087	11	2,728,957
48012C	76	手術、創傷處置及換藥—中換藥（十至二十公分）	11,751	9,221	6,535	37,126	12,759	9,944	6,972	41,341	41,341	15	620,115

健保碼	表定點數	手術名稱	112 年				113 年				114 年醫 令量推估	調整後差 距(20%)	財務影響
			人數	門診件數	住診件數	醫令量	人數	門診件數	住診件數	醫令量			
48013C	125	手術、創傷處置及換藥—大換藥（大於二十公分）	4,676	4,529	2,627	16,810	5,182	4,918	2,909	19,328	19,328	25	483,200
48014C	2,417	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)－體表面積小於十一BSA(相當半肢面積)	3,363	3,329	96	3,600	3,451	3,452	72	3,683	3,683	483	1,778,889
48015B	4,431	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)－體表面積十一至三十五BSA(相當一肢面積)	171	149	45	315	163	156	37	241	241	886	213,526
48016B	6,663	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)－體表面積三十六至五十BSA(相當二肢面積)	20	17	5	39	13	12	4	23	23	1,333	30,659
48017B	10,071	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)－體表面積五十一至七十BSA(軀幹四肢者)	9	9	0	9	11	10	6	32	33	2,014	66,462
48018C	1,343	皮面創傷換藥(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒膿瘍之換藥)－體表面積小於十一BSA(相當半肢面積)	1,005	1,044	82	1,367	1,031	1,109	57	1,234	1,234	269	331,946
48019B	2,014	皮面創傷換藥(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒膿瘍之換藥)－體表面積十一至三十五BSA(相當一肢面積)	68	49	27	213	60	50	40	169	169	403	68,107

健保碼	表定點數	手術名稱	112 年				113 年				114 年醫 令量推估	調整後差 距(20%)	財務影響
			人數	門診件數	住診件數	醫令量	人數	門診件數	住診件數	醫令量			
48020B	3,357	皮面創傷換藥(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒膿瘍之換藥)－體表面積三十六至五十 BSA(相當二肢面積)	6	4	2	31	4	4	0	4	4	671	2,684
48021B	4,029	皮面創傷換藥(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒膿瘍之換藥)－體表面積五十一至七十 BSA(軀幹四肢者)	5	2	3	13	2	1	1	2	2	806	1,612
48022C	1,566	臉部創傷處理－小 小於五公分	18,415	18,329	247	18,604	18,746	18,627	258	18,928	18,928	313	5,924,464
48023C	2,515	臉部創傷處理－中 五公分至十公分	1,774	1,744	37	1,782	1,656	1,601	56	1,663	1,663	503	836,489
48024C	3,249	臉部創傷處理－大 超過十公分	306	294	13	308	291	281	12	294	294	650	191,100
48025C	97	拆線(次)－傷口小於十公分	2,556	1,535	1,300	3,004	2,780	1,588	1,512	3,304	3,304	19	62,776
48026C	303	拆線(次)－傷口十公分以上	361	51	327	412	385	49	367	446	446	61	27,206
48027P	308	淺部創傷之第二次處理	1	1	0	4	0	0	0	0	0	62	0
48028P	496	深部複雜、臉部創傷之第二次處理	0	0	0	0	0	0	0	0	0	99	0
48029B	13,275	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)－體表面積七十一至九十 BSA(軀幹四肢者)	2	2	0	2	0	0	0	0	0	2,655	0
48030B	17,854	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)－體表面積大於九十 BSA(軀幹四肢者)	1	1	0	1	1	1	0	1	1	3,571	3,571

健保碼	表定點數	手術名稱	112 年				113 年				114 年醫 令量推估	調整後差 距(20%)	財務影響
			人數	門診件數	住診件數	醫令量	人數	門診件數	住診件數	醫令量			
48031B	7,966	皮面創傷換藥(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒膿瘍之換藥)－體表面積七十一至九十 BSA(軀幹四肢者)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,593	0
48032B	8,926	皮面創傷換藥(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒膿瘍之換藥)－體表面積大於九十 BSA(軀幹四肢者)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,785	0
48033C	2,445	深部複雜臉部創傷處理－小 小於五公分	1,730	1,719	21	1,741	1,349	1,336	18	1,354	1,354	489	662,106
48034C	3,534	深部複雜臉部創傷處理－中 五公分至十公分	308	298	10	309	254	246	8	254	254	707	179,578
48035C	4,101	深部複雜臉部創傷處理－大 超過十公分	69	57	11	69	75	65	10	75	75	820	61,500
49001C	263	冀嵌塞清除	2,274	2,212	143	2,366	2,149	2,066	181	2,260	2,260	53	119,780
49002C	392	直腸清洗	1	0	1	1	2	0	2	3	4	78	312
49003C	54	會陰清洗治療	733	307	543	2,008	535	73	579	1,832	1,832	11	20,152
49004C	324	肛門切除後治療(每次)	8	0	8	83	0	0	0	0	0	65	0
49005C	200	人工肛門灌洗	2	2	0	2	3	1	3	11	12	40	480
49006C	82	肛門擴張	347	301	63	414	337	277	94	395	395	16	6,320
49007C	358	肛門瘻管刮除	0	0	0	0	0	0	0	0	0	72	0
49008C	1,292	肛口電灼術	1	1	0	1	0	0	0	0	0	258	0
49009C	502	痔瘡脫出注射治療	0	0	0	0	4	5	0	5	6	100	600
49010C	744	肛門周圍膿瘍引流	33	34	0	34	24	23	1	24	24	149	3,576
49011C	810	痔冷凍治療	0	0	0	0	0	0	0	0	0	162	0
49012C	469	痔硬化劑注射 (一次)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	94	0

健保碼	表定點數	手術名稱	112 年				113 年				114 年醫 令量推估	調整後差 距(20%)	財務影響
			人數	門診件數	住診件數	醫令量	人數	門診件數	住診件數	醫令量			
49013C	1,461	皮下括約肌切開術	0	0	0	0	2	2	0	2	3	292	876
49014C	4,839	大腸鏡息肉切除術	135	22	115	137	37	9	28	37	37	968	35,816
49015C	987	痔單純血栓切除	2	2	0	2	7	8	0	8	9	197	1,773
49016C	2,010	經肛門取出直腸異物	4	4	0	4	4	2	2	4	4	402	1,608
49017C	147	會陰清洗及瘻管沖洗	3	1	2	15	0	0	0	0	0	29	0
49018C	77	硝酸銀燒灼	27	26	2	31	16	18	1	19	19	15	285
49019B	748	直肛壓力測定術	0	0	0	0	0	0	0	0	0	150	0
49020B	343	三路灌洗	24	10	14	27	38	29	14	56	57	69	3,933
49021B	235	迴腸造口永久裝具裝置	54	13	67	126	57	16	94	158	158	47	7,426
49022B	282	迴腸膀胱永久裝具裝置	3	1	3	6	2	0	2	2	2	56	112
49023C	2,392	直腸內視鏡止血術	12	10	2	12	14	8	8	16	16	478	7,648
49024B	95	人工肛門造口袋置換術	46	17	87	253	69	6	154	577	578	19	10,982
49025C	5,627	大腸鏡異物取出術	3	3	0	3	2	1	1	2	2	1,125	2,250
49026C	8,044	經大腸鏡結腸止血術	69	32	37	69	77	44	33	78	78	1,609	125,502
49027C	2,520	大腸息肉切除術—一顆 至三顆	5	2	3	5	95	18	78	97	98	504	49,392
49028B	1,477	直腸抽取吸片術	0	0	0	0	0	0	0	0	0	295	0
49029B	13,735	大腸金屬支架置放術	8	5	3	8	8	3	5	8	8	2,747	21,976
49030B	10,433	高解析度直肛壓力測定 術	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,087	0
49031B	485	留置性導便裝置	0	0	0	0	0	0	0	0	0	97	0
49032C	3,304	大腸息肉切除術—四顆 至九顆	0	0	0	0	16	4	12	17	18	661	11,898
49033C	6,304	大腸息肉切除術—十顆 以上	0	0	0	0	1	0	1	1	2	1,261	2,522
50001C	130	尿道徑測量	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26	0

健保碼	表定點數	手術名稱	112 年				113 年				114 年醫 令量推估	調整後差 距(20%)	財務影響
			人數	門診件數	住診件數	醫令量	人數	門診件數	住診件數	醫令量			
50002C	290	尿道口切開術	1	1	0	1	0	0	0	0	0	58	0
50003C	1,075	包莖側面或背面切開	3	0	3	3	6	6	0	6	7	215	1,505
50004C	1,869	生殖器異物摘除術	2	1	1	2	1	1	0	1	1	374	374
50005C	945	濕疣電燒灼入	2	0	2	2	1	0	1	1	1	189	189
50006C	183	膀胱造口引流換洗	62	57	14	74	57	61	8	69	69	37	2,553
50007C	210	腎造口引流管換洗	50	47	6	55	53	56	7	64	64	42	2,688
50008C	226	人工膀胱之擴張	0	0	0	0	0	0	0	0	0	45	0
50009C	230	前列腺按摩	0	0	0	0	0	0	0	0	0	46	0
50010C	2,100	經膀胱鏡逆行尿管導管	29	8	21	32	39	6	33	45	45	420	18,900
50011C	260	膀胱灌注	11	6	6	12	12	6	7	13	13	52	676
50012C	95	膀胱沖洗	1,059	1,133	272	1,734	1,095	1,236	306	2,051	2,051	19	38,969
50013C	630	尿道擴張	22	15	7	22	11	7	4	11	11	126	1,386
50014C	383	膀胱 24 小時連續沖洗	738	697	342	2,295	806	672	446	2,383	2,383	77	183,491
50015C	325	濕疣外科化學療法	0	0	0	0	0	0	0	0	0	65	0
50016C	390	外尿道邊膿瘍切開術	0	0	0	0	0	0	0	0	0	78	0
50017C	159	陰囊膿瘍切開	0	0	0	0	1	0	1	1	2	32	64
50018C	468	巴氏囊腫引流術，單側	3	3	0	3	3	3	0	3	3	94	282
50019C	2,725	雙 J 輸尿管導管置入術	46	7	40	55	53	6	47	66	66	545	35,970
50020C	2,252	包莖環切術	3	2	1	3	3	1	2	3	3	450	1,350
50021C	143	徒手睪丸扭轉整復	3	3	0	3	0	0	0	0	0	29	0
50022C	95	更換腎臟引流或膀胱引 流管	1	0	1	2	1	1	0	1	1	19	19
50023B	26,920	尿路結石體外震波碎石 術 第一次	50	22	27	51	41	11	30	41	41	5,384	220,744

健保碼	表定點數	手術名稱	112 年				113 年				114 年醫 令量推估	調整後差 距(20%)	財務影響
			人數	門診件數	住診件數	醫令量	人數	門診件數	住診件數	醫令量			
50024B	19,595	尿路結石體外震波碎石術 第二次	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,919	0
50027B	4,638	治療尿路迴流之膀胱三角下層注射術	5	0	5	5	1	0	1	1	1	928	928
50029C	2,100	膀胱鏡檢及硝酸銀腎臟灌注術	0	0	0	0	0	0	0	0	0	420	0
50030C	390	膀胱內血塊清除術	46	44	5	50	56	54	9	64	64	78	4,992
50032C	143	嵌頓性包皮徒手整復術	25	28	0	28	19	21	1	22	22	29	638
50033C	143	疝氣徒手復位術	189	197	4	201	170	166	13	180	180	29	5,220
50034C	160	副睪丸取精術	0	0	0	0	0	0	0	0	0	32	0
50035B	70,000	腎臟腫瘤冷凍治療	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14,000	0
50036B	6,220	膀胱內注射術	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,244	0
51001C	348	皮膚切片、穿片與縫合 — 一針	6	1	6	7	10	0	12	12	12	70	840
51002C	432	皮膚切片、穿片與縫合 — 二針	7	5	2	7	7	0	7	7	7	86	602
51003C	564	皮膚切片、穿片與縫合 — 三針以上	239	225	14	240	17	0	17	18	18	113	2,034
51004C	95	皮膚簡單切開或切除不縫合(含膿疱切開)	8	8	0	11	9	9	0	10	10	19	190
51005C	280	皮膚電燒灼治療 — 單純	54	53	1	54	44	45	0	45	45	56	2,520
51006C	425	皮膚電燒灼治療 — 複雜	100	101	1	102	74	75	1	76	76	85	6,460
51007C	95	藥物燒灼治療 — 單純	1	0	1	1	0	0	0	0	0	19	0
51008C	270	藥物燒灼治療 — 複雜	0	0	0	0	1	0	1	1	2	54	108
51009C	250	皮膚病灶內部注射 — 小於四平方公分	0	0	0	0	0	0	0	0	0	50	0
51010C	300	皮膚病灶內部注射 — 四至九平方公分	0	0	0	0	0	0	0	0	0	60	0

健保碼	表定點數	手術名稱	112 年				113 年				114 年醫 令量推估	調整後差 距(20%)	財務影響
			人數	門診件數	住診件數	醫令量	人數	門診件數	住診件數	醫令量			
51011C	375	皮膚病灶內部注射 — 超過九平方公分	0	0	0	0	0	0	0	0	0	75	0
51012C	60	密封療法 — 局部	0	0	0	0	1	1	0	1	2	12	24
51013C	130	密封療法 — 兩上肢或兩下肢	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26	0
51014C	455	密封療法 — 全身	0	0	0	0	0	0	0	0	0	91	0
51015C	95	浸泡療法 每次	2	0	3	36	3	0	4	15	15	19	285
51016C	83	濕敷療法每次	1,634	1,775	1,288	12,207	1,717	1,879	1,239	12,121	12,121	17	206,057
51017C	600	液態氮冷凍治療	2	0	2	2	3	0	3	3	3	120	360
51018C	855	光化治療 一天	0	0	0	0	0	0	0	0	0	171	0
51019C	430	光線治療 (包括太陽光、紫外線、紅外線)一天	2	0	3	4	6	1	10	12	13	86	1,118
51020C	280	切開排膿	639	611	42	658	614	581	43	631	631	56	35,336
51021C	125	冷凍治療 — 單純	1	0	1	1	0	0	0	0	0	25	0
51022C	250	冷凍治療 — 複雜	0	0	0	0	0	0	0	0	0	50	0
51023B	297	亂切治療 — 小	0	0	0	0	0	0	0	0	0	59	0
51024B	524	亂切治療 — 大	0	0	0	0	0	0	0	0	0	105	0
51025B	420	水泡吸著	0	0	0	0	4	2	2	4	5	84	420
51026B	840	水泡吸著及植皮	2	2	0	2	0	0	0	0	0	168	0
51027B	380	切片 — 普通	6	3	3	6	2	2	0	2	2	76	152
51028B	565	切片 — 螢光特別	22	21	1	22	18	19	0	19	19	113	2,147
51029B	228	離子電泳導入	0	0	0	0	0	0	0	0	0	46	0
51030B	1,476	Zyderm 注射,每支— 單病灶部位	0	0	0	0	0	0	0	0	0	295	0
51031B	2,040	Zyderm 注射,每支— 多病灶部位	0	0	0	0	0	0	0	0	0	408	0

健保碼	表定點數	手術名稱	112 年				113 年				114 年醫 令量推估	調整後差 距(20%)	財務影響
			人數	門診件數	住診件數	醫令量	人數	門診件數	住診件數	醫令量			
51032B	430	低能量氦氖雷射治療	1	0	4	6	0	0	0	0	0	86	0
51033C	250	皮膚鏡檢查	0	0	0	0	0	0	0	0	0	50	0
52001B	573	皮膚牽引 一次	317	220	102	323	307	200	115	323	323	115	37,145
52002B	2,013	骨骼牽引（鋼線牽引） 一次	40	29	12	43	28	17	13	32	32	403	12,896
52003B	352	骨盆牽引一次	2	1	1	2	2	0	2	2	2	70	140
52004B	565	胸骨牽引 一次	0	0	0	0	0	0	0	0	0	113	0
52005B	705	羅氏牽引 一次	0	0	0	0	0	0	0	0	0	141	0
52006B	2,130	頭部牽引 一次	1	0	1	1	0	0	0	0	0	426	0
52007B	1,325	頭骨夾頸椎牽引 一次	0	0	0	0	0	0	0	0	0	265	0
52008B	352	頭骨頸椎牽引 一次	1	0	1	1	1	0	1	1	1	70	70
52009B	2,416	Balance 牽引 一次	0	0	0	0	0	0	0	0	0	483	0
52010B	150	牽引調整技術費 一天	75	3	81	263	86	12	89	285	285	30	8,550
52011C	725	鎖骨固定術（八字帶固 定）	429	410	21	431	389	379	12	393	393	145	56,985
52012C	250	手臂固定	3,672	3,411	423	3,898	3,682	3,395	403	3,842	3,842	50	192,100
52013C	280	拔除骨折固定之骨釘或 鋼線	3	1	2	3	6	4	2	6	7	56	392
52014B	280	骨盆吊帶使用	1	1	0	1	1	0	1	1	1	56	56
52015C	350	掌骨.指.趾骨固定術	700	693	9	706	698	677	26	705	705	70	49,350
53001C	40	睫毛拔除術	13	12	1	13	19	18	1	19	19	8	152
53002C	195	睫毛電氣分解術	0	0	0	0	0	0	0	0	0	39	0
53003C	280	眼瞼膿瘍切開術	8	8	0	8	6	5	1	6	6	56	336
53004C	72	眼瞼皮縫合每針	4	4	0	5	16	16	0	33	34	14	476
53005C	70	拆線單眼	2	1	1	2	3	2	1	3	3	14	42

健保碼	表定點數	手術名稱	112 年				113 年				114 年醫 令量推估	調整後差 距(20%)	財務影響
			人數	門診件數	住診件數	醫令量	人數	門診件數	住診件數	醫令量			
53006C	195	淚囊沖洗	532	550	4	555	489	497	2	499	499	39	19,461
53007C	290	淚管探子	0	0	0	0	0	0	0	0	0	58	0
53008B	248	長期沖洗（每日）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	50	0
53009C	160	結膜縫合每針	1	1	0	1	2	2	0	2	3	32	96
53010C	230	角膜異物除去術 - 單純	75	75	1	76	67	65	2	67	67	46	3,082
53011C	490	角膜異物除去術 - 複雜	7	7	0	7	17	17	0	17	18	98	1,764
53012C	300	角膜藥物燒灼	0	0	0	0	0	0	0	0	0	60	0
53013C	296	角膜電氣燒灼	0	0	0	0	0	0	0	0	0	59	0
53014C	198	角膜縫合每針	0	0	0	0	0	0	0	0	0	40	0
53015C	975	眼窩，膿瘍切開術	0	0	0	0	1	1	0	1	2	195	390
53016C	40	換藥	42	11	31	146	34	18	24	116	116	8	928
53017C	349	砂眼手術，壓碎或電燒	0	0	0	0	0	0	0	0	0	70	0
53018C	264	淚囊探測術	0	0	0	0	0	0	0	0	0	53	0
53019C	1,990	鼻淚導管裝置術	5	3	2	5	4	2	2	4	4	398	1,592
53020C	610	睫毛冷凍分解術	0	0	0	0	0	0	0	0	0	122	0
53021C	101	斜視訓練	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	0
53022C	167	低視能訓練	0	0	0	0	0	0	0	0	0	33	0
53023B	561	綜合視覺機能檢查	0	0	0	0	1	1	0	1	2	112	224
53024C	167	視覺機能訓練	0	0	0	0	0	0	0	0	0	33	0
53025C	170	結膜表面異物除去術	65	65	0	65	94	98	0	98	98	34	3,332
53026C	160	結膜結石摘除 — 單純/ 表淺	17	17	0	17	13	14	0	14	14	32	448
53027C	230	結膜結石摘除 — 複雜/ 植床	3	3	0	3	3	3	0	3	3	46	138
53028C	170	淚孔擴張	0	0	0	0	0	0	0	0	0	34	0

健保碼	表定點數	手術名稱	112 年				113 年				114 年醫 令量推估	調整後差 距(20%)	財務影響
			人數	門診件數	住診件數	醫令量	人數	門診件數	住診件數	醫令量			
53029C	230	雷射拆線	0	0	0	0	0	0	0	0	0	46	0
53030C	195	結膜藥物燒灼	0	0	0	0	0	0	0	0	0	39	0
53031C	195	淚小點閉合術(每針)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	39	0
53033C	18,500	鼻淚管淚道氣球擴張術	0	0	0	0	1	0	1	1	2	3,700	7,400
53034B	15,897	角膜處理費	0	0	0	0	1	1	0	1	2	3,179	6,358
54001C	185	耳垢嵌塞取出，單側	268	252	19	384	273	240	19	374	374	37	13,838
54002C	425	傳統耳膜切開術	2	1	1	2	1	1	0	1	1	85	85
54003C	585	簡易異物取出	786	789	2	791	656	655	1	656	656	117	76,752
54004C	1,654	複雜異物取出	315	312	3	316	298	296	3	299	299	331	98,969
54005C	224	耳咽管通氣術－單側	0	0	0	0	0	0	0	0	0	45	0
54006C	376	耳咽管通氣術－雙側	0	0	0	0	0	0	0	0	0	75	0
54007C	590	耳膜紙成形術	0	0	0	0	0	0	0	0	0	118	0
54008C	434	外耳道切開引流術	0	0	0	0	0	0	0	0	0	87	0
54009B	503	顯微鏡下耳內注射	3	2	1	3	4	3	2	5	5	101	505
54010C	280	鼻前部鼻流血處理	222	220	8	230	240	232	11	244	244	56	13,664
54011C	1,130	鼻後部鼻流血處理	50	49	2	51	40	36	4	40	40	226	9,040
54012C	160	鼻內注射術	2	2	0	2	2	2	0	2	2	32	64
54013C	170	鼻內電燒術	2	1	1	2	0	0	0	0	0	34	0
54014C	657	簡易繫帶切開術	0	0	0	0	0	0	0	0	0	131	0
54015C	657	周邊性扁桃腺膿瘍切開 引流	23	18	5	23	22	19	3	22	22	131	2,882
54016B	262	食道探條擴張術	1	1	0	2	2	1	1	2	2	52	104
54018C	1,632	內視鏡喉頭異物取出術	126	126	0	126	115	115	0	115	115	326	37,490
54019C	120	耳鼻咽喉局部治療-膿或痂 皮之取出或抽吸	204	146	68	340	181	118	66	208	208	24	4,992

健保碼	表定點數	手術名稱	112 年				113 年				114 年醫 令量推估	調整後差 距(20%)	財務影響
			人數	門診件數	住診件數	醫令量	人數	門診件數	住診件數	醫令量			
54020C	1,120	外鼻甲板放置術	2	0	2	2	3	1	2	3	3	224	672
54021C	170	鼻填塞（前側）	72	61	12	74	87	84	5	93	93	34	3,162
54022C	735	鼻填塞（後側）	10	8	2	10	17	17	1	18	18	147	2,646
54023C	170	鼻填塞物取出	9	7	2	9	19	17	2	19	20	34	680
54024C	170	鼻腔沖洗	0	0	0	0	1	0	1	1	2	34	68
54025C	590	鼻阻壓計檢查	0	0	0	0	0	0	0	0	0	118	0
54026B	325	嗅覺試驗	0	0	0	0	0	0	0	0	0	65	0
54027C	120	耳鼻喉局部治療-傷口處 置及換藥	30	21	11	91	64	59	5	65	65	24	1,560
54028C	600	上額竇穿刺沖洗－ 單側	0	0	0	0	0	0	0	0	0	120	0
54029C	900	上額竇穿刺沖洗－ 雙側	0	0	0	0	0	0	0	0	0	180	0
54032C	700	吞嚥治療	149	1	226	333	205	0	338	609	609	140	85,260
54033B	180	唾液腺插管術	0	0	0	0	0	0	0	0	0	36	0
54035C	156	耳道沖洗	2	2	0	2	8	7	1	8	9	31	279
54036C	220	鼓室穿刺	5	0	5	5	4	3	1	5	5	44	220
54037C	180	耳鼻喉局部治療－耳 部雙側膿或痂皮之取出 或抽吸	25	23	2	25	17	16	1	17	17	36	612
54038C	180	耳鼻喉局部治療－耳 部雙側傷口處置及換藥	3	3	0	3	3	3	0	3	3	36	108
54039B	700	音聲分析儀回饋治療	0	0	0	0	0	0	0	0	0	140	0
54040B	700	音聲頻譜儀回饋治療	0	0	0	0	0	0	0	0	0	140	0
54041B	2,942	扁桃腺術後出血處置	9	7	2	9	5	3	2	5	5	588	2,940
54042C	536	耳鼻喉切片	7	7	0	7	6	4	2	6	6	107	642
54043C	150	其他耳鼻喉囊腫之穿刺 或引流	1	1	0	1	5	3	2	5	6	30	180

健保碼	表定點數	手術名稱	112 年				113 年				114 年醫 令量推估	調整後差 距(20%)	財務影響
			人數	門診件數	住診件數	醫令量	人數	門診件數	住診件數	醫令量			
54044C	432	耳石復位術	14	11	3	14	10	8	3	11	11	86	946
54045B	1,311	人工電子耳術後調圖 (單耳)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	262	0
55001C	430	子宮頸切片 (不包括病 理檢查)	4	3	1	4	0	0	0	0	0	86	0
55002C	1,163	子宮內膜切片 (不包括 病理檢查)	6	4	2	6	4	2	2	4	4	233	932
55003C	671	子宮頸冷凍或電燒手術 治療	3	3	0	3	0	0	0	0	0	134	0
55004C	49	子宮頸出血藥物治療	9	9	0	9	3	3	0	3	3	10	30
55005C	72	簡單陰道異物去除術	24	17	7	24	17	10	7	17	17	14	238
55006C	220	複雜嵌於陰道異物去除 術	37	37	0	37	25	25	1	26	26	44	1,144
55007C	230	電或化學燒灼	2	2	0	2	1	1	0	1	1	46	46
55008C	1,064	濕疣切除及電燒	2	2	1	3	2	0	2	2	2	213	426
55009C	54	會陰沖洗 — 門診, 每次	35	34	1	35	42	42	0	42	42	11	462
55010C	64	會陰沖洗 — 住院, 每日	783	0	885	1,862	799	0	923	2,065	2,065	13	26,845
55011C	60	陰道灌洗 一次	301	286	19	306	231	215	18	233	233	12	2,796
55012C	80	子宮頸抹片取樣	32	29	3	32	17	10	7	17	17	16	272
55013C	54	子宮頸燒灼後或冷凍後 治療	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	0
55015C	11,500	產後出血止血術	7	1	6	7	10	5	5	10	10	2,300	23,000
55016C	5,572	子癰及子癰前症處置	16	1	15	19	10	0	10	12	12	1,114	13,368
55017C	1,655	陰唇粘連分離術	0	0	0	0	0	0	0	0	0	331	0
55018C	483	治療性子宮頸擴張術	2	1	1	2	0	0	0	0	0	97	0
55019C	358	會陰切片	0	0	0	0	0	0	0	0	0	72	0

健保碼	表定點數	手術名稱	112 年				113 年				114 年醫 令量推估	調整後差 距(20%)	財務影響
			人數	門診件數	住診件數	醫令量	人數	門診件數	住診件數	醫令量			
55020C	358	治療性子宮內避孕器插入術	0	0	0	0	1	1	0	1	2	72	144
55021C	55	骨盆檢查費	5,784	5,905	401	6,327	5,912	5,774	442	6,447	6,447	11	70,917
55022C	626	子宮內避孕器取出術(須擴張子宮頸及麻醉者)	1	1	0	1	1	1	0	1	1	125	125
55024C	11,562	子宮外翻復位術	1	0	1	1	0	0	0	0	0	2,312	0
55025C	358	陰道切片	0	0	0	0	0	0	0	0	0	72	0
55026C	671	陰道止血處置—冷凍或電燒	0	0	0	0	0	0	0	0	0	134	0
55027C	200	陰道止血處置—藥物止血	2	1	1	2	1	1	0	1	1	40	40
56001C	360	靜脈切開術	6	6	0	6	1	0	1	1	1	72	72
56002B	610	動脈切開術	0	0	0	0	0	0	0	0	0	122	0
56003C	6,745	氣管切開造口術	79	42	43	85	88	41	52	94	94	1,349	126,806
56004C	210	換造口器	351	330	111	448	320	280	123	408	408	42	17,136
56005C	194	切開引流術	550	539	22	561	702	689	34	726	726	39	28,314
56006C	295	拔指甲，每指（趾）	616	616	6	623	686	682	11	694	694	59	40,946
56007C	147	拔指甲-每增一指（趾）	34	32	1	37	34	33	1	35	35	29	1,015
56008C	194	雞眼、痣電燒	1	1	0	1	0	0	0	0	0	39	0
56009C	86	雞眼、痣電燒，每增加一個	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17	0
56010B	2,400	胸管插管	820	644	272	942	862	615	316	974	974	480	467,520
56013C	278	疤痕注射療法	0	0	0	0	0	0	0	0	0	56	0
56014C	124	潰瘍包紮治療術	3,139	3,181	1	3,221	2,498	2,528	0	2,540	2,540	25	63,500
56015B	660	肋膜切片術	3	1	2	3	0	0	0	0	0	132	0

健保碼	表定點數	手術名稱	112 年				113 年				114 年醫 令量推估	調整後差 距(20%)	財務影響
			人數	門診件數	住診件數	醫令量	人數	門診件數	住診件數	醫令量			
56016B	6,000	腦神經及脊椎手術中特殊儀器使用費－超音波吸除機	2	0	2	2	3	0	3	3	3	1,200	3,600
56017B	2,000	腦神經及脊椎手術中特殊儀器使用費－超音波診查機	1	1	0	1	7	1	6	7	8	400	3,200
56018B	4,000	腦神經及脊椎手術中特殊儀器使用費－誘發電位手術監視機	11	0	11	11	9	0	9	9	9	800	7,200
56019B	2,000	腦神經及脊椎手術中特殊儀器使用費－精密手術顯微鏡	84	2	82	90	94	2	92	96	96	400	38,400
56020B	18,695	內視鏡逆行性膽管引流術	262	127	150	278	291	130	171	301	301	3,739	1,125,439
56021B	21,682	內視鏡經鼻膽管引流術	1	0	1	1	1	0	1	1	1	4,336	4,336
56022C	70	氣管造瘻口處理	699	979	401	4,626	814	1,003	526	6,303	6,303	14	88,242
56023B	343	ERBD 外引流管留置處置	0	0	0	0	0	0	0	0	0	69	0
56024B	125	膽管切開引流管置換術	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25	0
56025C	987	趾甲部分摘除併母組織切除術	36	35	1	36	37	37	0	37	37	197	7,289
56026B	588	特殊皮膚處置	1	1	0	1	0	0	0	0	0	118	0
56028B	9,193	一般性支氣管鏡雷射切除腫瘤或疤痕	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1,839	0
56029B	7,880	全肺灌洗	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,576	0
56030B	8,923	經頸靜脈肝臟切片術	0	0	0	0	1	0	1	1	2	1,785	3,570
56031B	27,331	經內視鏡括約肌切開術	289	136	154	290	289	116	173	289	289	5,466	1,579,674
56032B	27,331	經內視鏡十二指腸括約肌氣球成形術	116	27	89	116	111	33	79	112	112	5,466	612,192

健保碼	表定點數	手術名稱	112 年				113 年				114 年醫 令量推估	調整後差 距(20%)	財務影響
			人數	門診件數	住診件數	醫令量	人數	門診件數	住診件數	醫令量			
56034B	6,852	膽道鏡及膽道狹窄切開術	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,370	0
56035B	14,849	複雜性支氣管鏡雷射切除腫瘤或疤痕	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,970	0
56036B	1,260	深腦刺激術治療參數調整作業	0	0	0	0	0	0	0	0	0	252	0
56037B	20,081	深部腦核電生理定位	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,016	0
56038B	3,838	內視鏡冷凍治療(含內視鏡檢查費用)	2	0	2	3	5	0	5	5	5	768	3,840
56039B	15,271	神經外科術中神經功能監測(IONM)	2	0	2	2	1	0	1	1	1	3,054	3,054
56040B	19,123	導管式膽胰管內視鏡術	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,825	0
56041B	2,087	迷走神經刺激術(VNS)－參數調整	0	0	0	0	0	0	0	0	0	417	0
56042B	1,881	脊髓刺激器參數程控調整作業	0	0	0	0	0	0	0	0	0	376	0
56043C	4,331	環甲膜穿刺術／切開術	2	2	0	2	3	3	0	3	3	866	2,598
57001B	1,800	侵襲性呼吸輔助器使用費一天	7,192	6,422	2,796	19,123	7,036	6,129	3,359	21,623	21,623	360	7,784,280
57002B	1,150	負壓呼吸輔助器使用費一天	30	3	46	113	46	1	78	178	178	230	40,940
57003C	30	氧氣吸入使用費 每小時	37,314	38,239	5,262	80,382	36,296	36,815	5,334	88,878	88,878	6	533,268
57004C	360	氧氣吸入使用費 一天	36,555	42,655	14,224	116,812	40,977	48,110	17,929	137,115	137,115	72	9,872,280
57007C	115	濕氣吸入治療	1,627	1,679	154	2,643	1,672	1,668	225	3,559	3,559	23	81,857
57009B	85	甦醒器使用(天)	681	635	52	813	717	659	72	1,013	1,013	17	17,221
57010B	85	呼吸運動(次)	332	4	442	1,369	521	4	910	3,426	3,427	17	58,259
57011B	70	誘發性深呼吸運動	182	4	222	818	195	5	238	1,065	1,065	14	14,910
57012B	140	復原運動	304	1	383	2,564	566	3	730	4,673	4,673	28	130,844
57013B	60	呼吸暫停監視器(日)	121	1	134	385	159	0	181	462	462	12	5,544

健保碼	表定點數	手術名稱	112 年				113 年				114 年醫 令量推估	調整後差 距(20%)	財務影響
			人數	門診件數	住診件數	醫令量	人數	門診件數	住診件數	醫令量			
57014B	166	氧氣濃度分析器(日)	411	174	296	754	554	64	718	1,974	1,975	33	65,175
57015B	531	經皮測氧分壓器(日)	46	45	2	47	4	2	2	4	4	106	424
57016B	565	經皮測二氧化碳分壓器 或呼氣末二氧化碳分壓 器(日)	5,179	4,777	691	6,074	5,184	4,577	1,043	6,567	6,567	113	742,071
57017C	30	脈動式或耳垂式血氧飽 和監視器 - 每次	88,153	119,478	23,526	261,838	78,563	96,341	27,204	263,911	263,911	6	1,583,466
57018B	360	脈動式或耳垂式血氧飽 合監視器 - 一天	34,599	41,658	6,595	60,210	39,090	45,134	8,065	65,969	65,969	72	4,749,768
57019C	91	氧氣帳吸入治療費-每小 時	2	2	0	2	4	2	2	4	5	18	90
57020C	1,308	氧氣帳吸入治療費 - 每 天(使用六小時以上計一 天)	141	136	25	226	64	22	25	127	127	262	33,274
57021C	40	蒸氣或噴霧吸入治療 - 每次	21,371	23,848	6,681	70,667	23,088	24,493	9,691	93,784	93,784	8	750,272
57022C	150	蒸氣或噴霧吸入治療 - 每天	5,000	3,153	3,720	21,950	6,661	4,211	4,905	27,162	27,162	30	814,860
57023B	900	非侵襲性陽壓呼吸治療 一天	2,204	2,404	1,008	6,712	2,634	2,712	1,465	8,821	8,821	180	1,587,780
57024B	205	人工呼吸器噴霧吸入治 療一天	1,033	378	950	4,827	1,346	541	1,371	7,200	7,200	41	295,200
57025B	9,398	一氧化氮吸入療法/天	0	0	0	0	1	0	1	8	9	1,880	16,920
57026B	756	一氧化氮吸入療法裝置 費/次	0	0	0	0	0	0	0	0	0	151	0
57027B	1,260	一氧化氮吸入療法/每小 時	0	0	0	0	1	0	1	5	6	252	1,512
57028B	1,415	皮膚氧及二氧化碳分壓 (日)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	283	0
57029C	3,500	震動式高頻呼吸器治療	0	0	0	0	0	0	0	0	0	700	0

健保碼	表定點數	手術名稱	112 年				113 年				114 年醫 令量推估	調整後差 距(20%)	財務影響
			人數	門診件數	住診件數	醫令量	人數	門診件數	住診件數	醫令量			
57030B	6,000	濕化高流量氧氣治療－ 第一日照護費（含管路 特材）	295	141	177	321	419	173	274	447	447	1,200	536,400
57031B	1,937	濕化高流量氧氣治療－ 第二天後照護費（天）	181	57	182	717	259	53	360	1,211	1,211	387	468,657
57032B	3,712	神經調控通氣輔助呼吸 治療及橫膈膜電位訊號 監測（一天）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	742	0
57033B	36	脈動式或耳垂式血氧飽 和監視器未滿二歲者－ 每次	0	0	0	0	11	11	0	17	18	7	126
57034B	430	脈動式或耳垂式血氧飽 和監視器未滿二歲者－ 一天	0	0	0	0	13	0	19	63	64	86	5,504
57101C	507	臍息肉處理－電燒手術	0	0	0	0	0	0	0	0	0	101	0
57102C	293	臍息肉處理－硝酸銀處 置	3	1	2	4	2	0	2	2	2	59	118
57103C	1,149	新生兒臍靜脈導管置入 術	1	0	1	1	1	0	1	1	1	230	230
57104C	1,831	新生兒臍動脈導管置入 術	0	0	0	0	0	0	0	0	0	366	0
57105B	4,472	新生兒換血	0	0	0	0	0	0	0	0	0	894	0
57106C	168	新生兒光線治療(天)	29	0	49	106	32	0	55	128	128	34	4,352
57107B	90	穿透照明檢查	24	18	12	31	41	23	24	52	52	18	936
57108B	787	骨齡評估	0	0	0	0	0	0	0	0	0	157	0
57109B	2,584	直腸抽吸切片術	0	0	0	0	0	0	0	0	0	517	0
57110C	340	嬰幼兒抽血（次）	21,713	23,349	2,024	25,643	18,241	18,420	1,396	21,024	21,024	68	1,429,632
57111C	62	嬰幼兒小量靜脈注射	391	255	148	952	198	165	42	640	640	12	7,680
57112C	50	兒童結核菌素測驗	1	0	1	1	0	0	0	0	0	10	0

健保碼	表定點數	手術名稱	112 年				113 年				114 年醫 令量推估	調整後差 距(20%)	財務影響
			人數	門診件數	住診件數	醫令量	人數	門診件數	住診件數	醫令量			
57113B	2,801	兒童經皮靜脈導管放置術	4	1	3	4	0	0	0	0	0	560	0
57114C	3,000	自然生產新生兒費（每人 次）	418	0	418	418	478	0	478	478	478	600	286,800
57115C	4,000	剖腹生產新生兒費（每人 次）	146	0	147	148	161	0	162	162	162	800	129,600
57116B	900	嬰兒室繼續照護費（天）	1	0	1	1	0	0	0	0	0	180	0
57117B	817	加強照光治療	16	0	29	34	23	0	41	46	46	163	7,498
57118B	3,174	極低出生體重早產兒心智 發展檢查	0	0	0	0	0	0	0	0	0	635	0
57119B	200	嬰兒保溫箱（天）	19	0	23	42	20	0	26	68	68	40	2,720
57120B	938	嬰兒靜脈留置導管(未滿 六個月)	1,073	893	393	1,310	1,042	799	369	1,261	1,261	188	237,068
57121B	716	幼兒靜脈留置導管(六個 月以上至未滿二歲)	5,287	5,293	1,010	6,332	4,345	4,121	720	5,167	5,167	143	738,881
57122B	604	兒童靜脈留置導管(二歲 以上至未滿七歲)	10,415	10,300	2,036	12,382	7,693	7,100	1,406	9,009	9,009	121	1,090,089
57123B	170	小血袋無菌分裝處理費	1	0	2	2	0	0	0	0	0	34	0
57124C	2,354	高風險妊娠生產新生兒 緊急處置費－初階	1	0	1	1	5	0	5	8	9	471	4,239
57125B	5,000	高風險妊娠生產新生兒 緊急處置費－中階	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1,000	0
57126B	10,000	高風險妊娠生產新生兒 緊急處置費－高階	0	0	0	0	1	0	1	1	2	2,000	4,000
58001C	4,100	血液透析（一次）- 住 院	1,266	0	5,039	6,269	1,304	0	5,757	6,990	6,990	820	5,731,800
58002C	2,112	腹膜透析（一次）	28	26	6	57	23	20	7	41	41	422	17,302
58003C	3,096	血液灌洗	0	0	0	0	0	0	0	0	0	619	0
58004C	480	動靜脈分流管栓塞去除 術－單純	0	0	0	0	0	0	0	0	0	96	0

健保碼	表定點數	手術名稱	112 年				113 年				114 年醫 令量推估	調整後差 距(20%)	財務影響
			人數	門診件數	住診件數	醫令量	人數	門診件數	住診件數	醫令量			
58005C	720	動靜脈分流管栓塞去除術 — 中度	0	0	0	0	0	0	0	0	0	144	0
58006C	965	動靜脈分流管栓塞去除術 — 複雜	0	0	0	0	0	0	0	0	0	193	0
58007C	3,591	連續性動靜脈血液過濾術	0	0	0	0	0	0	0	0	0	718	0
58008C	2,871	血漿置換術	4	1	9	13	11	1	25	53	54	574	30,996
58009B	2,847	連續性可攜帶式腹膜透析--1.初次 CAPD 病人指導費	4	0	4	4	10	0	10	10	11	569	6,259
58010B	600	連續性可攜帶式腹膜透析--2.CAPD 病人輸液連接管更換材料費	5	0	5	5	10	0	10	10	11	120	1,320
58011C	8,675	連續性可攜帶式腹膜透析--3.腹膜透析追蹤處置費--(1)連續性可攜帶式腹膜透析	11	7	14	21	17	1	22	43	44	1,735	76,340
58012B	4,284	連續性可攜帶式腹膜透析 — 4.連續性可攜帶式腹膜透析導管植入術。	5	1	4	5	10	0	10	10	11	857	9,427
58013C	4,100	腹水移除透析	0	0	0	0	0	0	0	0	0	820	0
58014C	4,343	連續性全靜脈血液過濾術(每日)	46	0	53	192	60	0	80	234	234	869	203,346
58015C	2,475	血小板分離術	0	0	0	0	0	0	0	0	0	495	0
58016C	2,475	二重過濾血漿置換療法	8	3	22	29	8	1	15	28	28	495	13,860
58017C	8,675	連續性可攜帶式腹膜透析--3.腹膜透析追蹤處置費--(2)全自動腹膜透析	1	0	1	1	5	0	6	12	13	1,735	22,555
58018C	5,387	連續性全靜脈血液過濾透析術(每三日)	9	0	10	11	15	0	24	26	27	1,077	29,079

健保碼	表定點數	手術名稱	112 年				113 年				114 年醫 令量推估	調整後差 距(20%)	財務影響
			人數	門診件數	住診件數	醫令量	人數	門診件數	住診件數	醫令量			
58026C	1,200	居家訪視-居家透析治療	0	0	0	0	0	0	0	0	0	240	0
58027C	4,100	血液透析（一次）- 門診 - 急重症透析	1,527	1,858	62	1,927	1,728	2,098	60	2,164	2,164	820	1,774,480
58028C	67	連續性可攜帶式腹膜透析--3.腹膜透析追蹤處置費 -全自動腹膜透析機相關費用-每日	6	0	11	39	6	0	12	112	113	13	1,469
58029C	3,912	血液透析（一次）- 門診 - 一般透析	166	176	0	176	193	222	1	223	223	782	174,386
58030B	10,375	緩慢低效率每日血液透析過濾治療	32	1	48	107	29	4	47	138	138	2,075	286,350
58031A	144,277	分子吸附循環系統	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28,855	0
59002B	2,784	潛水病（減壓病）或急性氣栓塞症 50 呎 120 分	0	0	0	0	1	1	0	1	2	557	1,114
59003B	6,960	一氧化碳中毒（氰化物及氣體中毒）66 呎 180 分	14	14	0	14	25	22	3	25	25	1,392	34,800
59004B	3,480	一氧化碳中毒（氰化物及氣體中毒）66 呎 90 分	27	35	5	40	36	34	19	60	60	696	41,760
59005B	8,352	氣壞疽病 :1.氣壞疽及厭氧擋細菌感染 2.壞死性軟組織感染及混合性細菌感染 66 呎 180 分	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,670	0
59006B	4,176	氣壞疽病 :1.氣壞疽及厭氧性細菌感染 2.壞死性軟組織感染及混合性細菌感染 66 呎 90 分	12	0	35	53	12	0	41	73	73	835	60,955
59007B	2,880	慢性復發性骨髓炎 50 呎 120 分	0	0	0	0	2	0	7	9	10	576	5,760

健保碼	表定點數	手術名稱	112 年				113 年				114 年醫 令量推估	調整後差 距(20%)	財務影響
			人數	門診件數	住診件數	醫令量	人數	門診件數	住診件數	醫令量			
59008B	1,800	慢性復發性骨髓炎 33 呎 90 分	0	0	0	0	0	0	0	0	0	360	0
59009B	2,400	肢體壓傷伴有創傷性出 血 50 呎 120 分	13	0	40	90	7	0	18	35	35	480	16,800
59010B	1,800	肢體壓傷伴有創傷性出 血 33 呎 90 分	0	0	0	0	0	0	0	0	0	360	0
59011B	3,341	急性燒灼傷、二至三度 燒傷，表面積介於百分 之十五至百分之九十 50 呎 120 分	1	0	2	7	0	0	0	0	0	668	0
59012B	4,176	急性燒灼傷、二至三度 燒傷，表面積介於百分 之十五至百分之九十 66 呎 90 分	0	0	0	0	0	0	0	0	0	835	0
59013B	3,341	放射性組織壞死 1.放射 性骨壞死 2.放射性膀 胱炎、放射性腸炎 50 呎 120 分	2	0	9	14	1	1	0	1	1	668	668
59014B	30,836	潛水病（減壓病）或急 性氣栓塞症之高壓氧治 療 165 呎/319 分	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6,167	0
59015B	14,886	潛水病（減壓病）或急 性氣栓塞症之高壓氧治 療 165 呎/154 分	60	118	0	118	57	111	0	115	115	2,977	342,355
59016B	3,236	潛水病（減壓病）或急 性氣栓塞症之高壓氧治 療 60 呎/135 分	20	22	0	22	14	14	0	16	16	647	10,352
60001C	4,330	黃斑部雷射術 — 初診-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	866	0
60002C	2,180	黃斑部雷射術 — 複診	0	0	0	0	0	0	0	0	0	436	0
60003C	4,940	全網膜雷射術 — 初診	3	3	0	3	2	0	3	3	3	988	2,964
60004C	2,470	全網膜雷射術 — 複診	1	0	1	1	0	0	0	0	0	494	0

健保碼	表定點數	手術名稱	112 年				113 年				114 年醫 令量推估	調整後差 距(20%)	財務影響
			人數	門診件數	住診件數	醫令量	人數	門診件數	住診件數	醫令量			
60005C	4,330	周邊（局部）網膜雷射術－初診	69	68	2	71	70	71	2	74	74	866	64,084
60006C	2,180	周邊（局部）網膜雷射術－複診	1	1	0	1	4	4	0	4	5	436	2,180
60007C	3,900	小樑雷射術（青光眼）－初診	0	0	0	0	0	0	0	0	0	780	0
60008C	1,950	小樑雷射術（青光眼）－複診	1	1	0	1	0	0	0	0	0	390	0
60009C	2,915	睫狀體雷射破壞術－初診	1	1	0	1	0	0	0	0	0	583	0
60010C	1,494	睫狀體雷射破壞術－複診	0	0	0	0	0	0	0	0	0	299	0
60011C	3,900	虹膜雷射術（青光眼）－初診	13	13	0	13	5	6	0	6	6	780	4,680
60012C	1,950	虹膜雷射術（青光眼）－複診	1	1	0	1	0	0	0	0	0	390	0
60013C	3,900	雷射後囊切開術－初診	1	1	0	1	0	0	0	0	0	780	0
60014C	1,950	雷射後囊切開術－複診	0	0	0	0	0	0	0	0	0	390	0
60015C	2,180	角膜新生血管雷射燒灼術	0	0	0	0	0	0	0	0	0	436	0
60016C	6,000	光動力雷射治療	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,200	0
61001C	125	脛骨一般骨折及膝關節溶合術	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25	0
61002C	168	脛骨下三分之一骨折	5	0	7	53	5	0	7	73	73	34	2,482
61003C	168	脛骨上三分之一骨折	4	0	6	28	1	0	1	5	5	34	170
61004C	240	脛骨上三分之一粉碎性骨折	5	0	8	30	3	0	4	16	16	48	768
61005C	228	脛骨分段性骨折	1	0	1	7	1	0	1	9	9	46	414
61006C	216	踝部骨折	5	0	7	43	6	1	6	67	67	43	2,881

健保碼	表定點數	手術名稱	112 年				113 年				114 年醫 令量推估	調整後差 距(20%)	財務影響
			人數	門診件數	住診件數	醫令量	人數	門診件數	住診件數	醫令量			
61007C	144	股骨骨折	6	0	7	34	0	0	0	0	0	29	0
61008C	264	股骨髁部骨折	0	0	0	0	1	0	1	9	10	53	530
61009C	204	股骨分段性骨折	1	0	1	3	0	0	0	0	0	41	0
61010C	102	骨盤穩定性骨折	0	0	0	0	1	0	1	61	62	20	1,240
61011C	216	骨盤不穩定性骨折	0	0	0	0	0	0	0	0	0	43	0
61012C	115	髌骨或上股骨骨折	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23	0
61013C	60	肱骨骨折	1	0	1	13	1	0	1	4	4	12	48
61014C	40	橈骨或尺骨一般性骨折	0	0	0	0	3	0	5	26	27	8	216
61015C	115	橈骨和尺骨雙骨折	3	0	3	20	0	0	0	0	0	23	0
61016C	150	肘部骨折	0	0	0	0	0	0	0	0	0	30	0
61017C	60	肩部骨折	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	0
61018C	1,672	骨骼外固定器取除術	50	0	50	51	44	1	43	44	44	334	14,696
61019C	40	頸外固定器租金	1	1	0	1	3	3	0	3	4	8	32
61020C	138	顱顏面骨折-骨骼外固定器使用	0	0	0	0	0	0	0	0	0	112	0
總計												117,052,328	

註 1、手術點數*114 年推估處置醫令量*加成差(20%)。

註 2、門住診案件中申報有「急診診察費」或「急診治療時間」者。

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

第二節 放射線診療

通則：

(前略)

五、X 光片子與紀錄之保留，請依醫療法規定辦理。

六、符合重大外傷之急診病人緊急執行 33075B 及 33144B 之加成方式如下：

(一)2 小時內執行，得按本節所定點數加算百分之百。

(二)超過 2 小時且 4 小時內執行，得按本節所定點數加算百分之六十。

(三)案內加成獎勵費用優先分配於第一線執行人員，並每年提報獎勵費用之運用情形予保險人分區業務組。

(四)重大外傷係指主診斷為 T07.XXXA、[S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79 (前述第 7 位碼皆須為"A")]、S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92、S99 (前述第 7 位碼皆須為"A"或"B")]、[S52、S72、S82 (前述第 7 位碼皆須為"A"或"B"或"C")] 或體表面積>20%之重大燒傷主診斷碼為 T31.20-T31.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T32.20-T32.99、T26.00XA-T26.92XA。

六→七、本節所謂兒童加成項目分為：(以下略)

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
33075B	血管阻塞術 T.A.E.(trans-arterial embolization)		v	v	v	22000
33144B	血管阻塞術-Lipiodol T.A.E.(trans-arterial embolization) –Lipiodol		v	v	v	28591

第二部 西醫

第二章 特定診療

第六節 治療處置

通則：

(前略)

五、同一手術部位或同一病灶同時施行兩種以上之處置時，按其主要處置項目所定點數計算之。

六、符合重大外傷之急診病人緊急執行48014C、48015B、48016B、48017B、48029B及48030B之加成方式如下：

(一)2小時內執行，得按本節所定點數加算百分之百。

(二)超過2小時且4小時內執行，得按本節所定點數加算百分之六十。

(三)案內加成獎勵費用優先分配於第一線執行人員，並每年提報獎勵費用之運用情形予保險人分區業務組。

(四)重大外傷係指主診斷為T07.XXXA、〔S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79（前述第7位碼皆須為"A"）〕、S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92、S99（前述第7位碼皆須為"A"或"B"）〕、〔S52、S72、S82（前述第7位碼皆須為"A"或"B"或"C"）〕或體表面積>20%之重大燒傷主診斷碼為T31.20-T31.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T32.20-T32.99、T26.00XA-T26.92XA。

七、急診病人因緊急傷病而必需4小時內立即治療處置者，其「處置費」得按本節所定點數加算百分之二十，但「一般材料費」不得另按比例加算。

六→八、本節所謂兒童加成項目分為：（以下略）

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
48014C	— 體表面積小於十一 BSA (相當半肢面積)	√	√	√	√	2417
48015B	— 體表面積十一至三十五 BSA (相當一肢面積)		√	√	√	4431
48016B	— 體表面積三十六至五十 BSA (相當二肢面積)		√	√	√	6663
48017B	— 體表面積五十一至七十 BSA (軀幹四肢者)		√	√	√	10071
48029B	— 體表面積七十一至九十 BSA (軀幹四肢者)		√	√	√	13275
48030B	— 體表面積大於九十 BSA (軀幹四肢者)		√	√	√	17854

第二部 西醫

第二章 特定診療

第七節 手術

通則：

(前略)

十一、急診病人因緊急傷病而必需立即手術者，其「手術費」得按本節所定點數加算百分之三十，但「手術一般材料費」不得另按比例加算。

十二、符合重大外傷之急診病人緊急執行 64022B、64023B、64024B、64197C、64158B、69038C、64237C、67013B、67002B、67010B、67011B、67022B、67023B、67024B、68036B、68006B、68005B、68001B、69009B、75007B、75009B、75805B、83036C、83037C、83039B、73010B、71206B、72014B、73017B、74206B、70001B、70002B 及 83080B 之加成方式如下：

(一)2小時內執行，得按本節所定點數加算百分之百。

(二)超過2小時且4小時內執行，得按本節所定點數加算百分之六十。

(三)案內加成獎勵費用優先分配於第一線執行人員，並每年提報獎勵費用之運用情形予保險人分區業務組。

(四)「手術一般材料費」不得另按比例加算。

(五)重大外傷係指主診斷為T07.XXXA、〔S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79（前述第7位碼皆須為"A"）〕、S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92、S99（前述第7位碼皆須為"A"或"B"）〕、〔S52、S72、S82（前述第7位碼皆須為"A"或"B"或"C"）〕或體表面積>20%之重大燒傷主診斷碼為T31.20-T31.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T32.20-T32.99、T26.00XA-T26.92XA。

~~十二~~十三、本節各項手術均為提升兒童加成項目，但「手術一般材料費」不得另按比例加算。加成率如下：病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之百；年齡在六個月以上但未滿二歲者，依表定點數加計百分之八十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之六十，若同時符合緊急傷病必須立即手術者，依加成率合計後一併加成。

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
64022B	四肢切斷術 Amputation of limbs-大腿 thigh		v	v	v	7285
64023B	四肢切斷術 Amputation of limbs-小腿、上臂、前臂 leg, arm, forearm		v	v	v	6057
64024B	四肢切斷術 Amputation of limbs-腕、踝 wrist, ankle		v	v	v	4555
64197C	肌腱切開或筋膜切開 Tenotomy or fasciotomy	v	v	v	v	6046
64158B	斷肢再接手術 Replantation-arm, leg ,metatarsal or foot		v	v	v	36970
69038C	末稍血管修補及吻合術併血管移植 Repair or anastomosis of peripheral vessel with graft	v	v	v	v	8374
64237C	骨骼外固定器裝置術 Application of external fixation apparatus	v	v	v	v	4597
67013B	氣管支氣管傷修補術 Repair of tracheo-bronchial tree		v	v	v	17342
67002B	開胸探查術 Exploratory thoracotomy		v	v	v	9199
67010B	肺單元切除術 Segmental resection		v	v	v	21869
67011B	肺楔狀或部份切除術 Wedge or partial resection of lung		v	v	v	21746
67022B	全肺切除及胸廓成形術或支氣管成形術 Pneumonectomy with concomitant thoracoplasty or bronchoplasty		v	v	v	27784
67023B	一葉肺葉切除 Lobectomy		v	v	v	25597
67024B	肺全切除術 Pneumonectomy, total		v	v	v	27908
68036B	體外循環維生系統(ECMO)建立(第一次) Extracorporeal circulation – first time		v	v	v	19910
68006B	探查性開心術：包括移除異物 Exploratory cardiomy including removal of foreign body		v	v	v	20898
68005B	心臟縫補術 Cardiorrhaphy for heart wound or injury		v	v	v	18691
68001B	探查性心包膜切開術 Pericardiotomy with exploration		v	v	v	11510
69009B	動脈縫合 Arteriorrhaphy		v	v	v	9612
75007B	縫肝術（肝損傷縫合，小於五公分） Hepatorrhaphy, suture of liver wound < 5cm		v	v	v	14291
75009B	縫肝術（複雜肝損傷之縫合或大於五公分） Hepatorrhaphy, suture of liver wound, complicated or >5cm		v	v	v	15696
75805B	剖腹探查術 Exploratory laparotomy		v	v	v	11947
83036C	硬腦膜外血腫清除術 Removal of epidural hematoma	v	v	v	v	20921
83037C	急性硬腦膜下血腫清除術 Removal of acute subdural hematoma	v	v	v	v	20227
83039B	腦內血腫清除術 Removal of intracerebral hematoma		v	v	v	22904

73010B	小腸切除術加吻合術Resection of small bowel, with anastomosis		v	v	v	14850
71206B	食道胃改道術Esophagogastrostomy bypass		v	v	v	28265
72014B	胃空腸造口吻合術 Gastrojejunostomy		v	v	v	17818
73017B	結腸全切除術併行直腸切除術及迴腸造口Colectomy, total with proctectomy, with ileostomy		v	v	v	26249
74206B	Hartmann 氏直腸手術 Harmann operation		v	v	v	20980
70001B	脾臟切除術 Splenectomy		v	v	v	18425
70002B	脾臟修補術 Splenorrhaphy		v	v	v	13379
83080B	顱內壓監視置入 ICP monitoring		v	v	v	12042

第二部 西醫

第二章 特定診療

第十節 麻醉費

通則：

(前略)

六、病人因器官移植及摘取手術、心臟手術、腦部手術、休克或急診而必須立即手術者，同次手術之麻醉費得按所定支付點數加計，其中器官移植及摘取手術得加計百分之百，其他所列手術項目得加計百分之二十，但麻醉材料費及藥劑費不得按比例加算。若同時符合兩類型手術，以加計成數高者計之（如心臟移植手術）。

七、符合重大外傷之急診病人緊急執行 33075B、33144B、48014C、48015B、48016B、48017B、48029B、48030B、64022B、64023B、64024B、64197C、64158B、69038C、64237C、67013B、67002B、67010B、67011B、67022B、67023B、67024B、68036B、68006B、68005B、68001B、69009B、75007B、75009B、75805B、83036C、83037C、83039B、73010B、71206B、72014B、73017B、74206B、70001B、70002B、83080B 之麻醉費加成方式如下：

(一)2小時內執行，得按本節所定點數加算百分之百。

(二)超過2小時且4小時內執行，得按本節所定點數加算百分之六十。

(三)案內加成獎勵費用優先分配於第一線執行人員，並每年提報獎勵費用之運用情形予保險人分區業務組。

(四)重大外傷係指主診斷為T07.XXXA、[S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79（前述第7位碼皆須為"A"）]、S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92、S99（前述第7位碼皆須為"A"或"B"）]、[S52、S72、S82（前述第7位碼皆須為"A"或"B"或"C"）]或體表面積>20%之重大燒傷主診斷碼為T31.20-T31.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T32.20-T32.99、T26.00XA-T26.92XA。

七八、本節各麻醉項目皆為提升兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之百；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之八十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之六十，惟各麻醉項目另有規定者除外。

報告事項

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險門診靜脈抗生素治療獎勵方案」。

說明：

- 一、依據本署 114 年 8 月 6 日全民健康保險醫療給付費用醫院總額第 1 次臨時研商議事會議決議（**附件 1，頁次報 5-7**）、同年 8 月 21 日全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額第 3 次研商議事會議決議（**附件 2，頁次報 5-8**）暨醫療院所建議事項辦理。
- 二、本署為紓解急診壅塞並提升醫院病床之周轉率，業於 114 年 8 月 1 日實施「全民健康保險門診靜脈抗生素治療獎勵方案」（**附件 3，頁次報 5-9**），另為增加臨床醫師對於抗生素之選擇性、適時提供降階或升階治療及避免過度使用後線廣效性抗生素，爰規劃新增含輸液器 1 日型之支付標準，以利方案推動實施。
- 三、本案修訂內容，重點摘要說明如下（**方案如附件 4，頁次報 5-10～5-14**）：

（一）現行支付項目包括：

1. 門診靜脈抗生素治療處置費：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 次以上支付 1,234 點。
2. 門診靜脈抗生素治療個案管理費：每次完成治療計畫支付 500 點。

（二）為增加臨床抗生素使用彈性，規劃新增門診靜脈抗生素治療處置費（天）中「使用輸液器 1 日型」，支付點數考量衡平性及醫療院所建議事項，參考現行「急性一般病床第二天起之診察費、護理費、病床費」及化學腫瘤藥品處方之藥事服務費（表 1），訂為 2,133 點。

表 1、急性一般病床第二天起之診察費、護理費、病床費及藥事服務費支付標準

病床別	第二天起			藥服費 ^註	總計
	診察費	護理費	病房費		
急性一般病床	442	794	532	365	2,133

註1、本表所列藥事服務費，以「化學腫瘤藥品處方之藥事服務費（天）」列計。

(三)使用輸液器 1 日型支付標準內含特殊治療材料（輸液器 1 日型）費用，不得另加算申報。

(四)修訂門診靜脈抗生素治療處置費對照支付標準如後（表 2）。

四、財務影響（表 3）：以 113 年申報資料統計本方案適應範圍（肺炎、泌尿道感染、軟組織感染、骨髓炎、脊椎感染、敗血性關節炎、心內膜炎、術後感染及醫療器材感染）約 19.6 萬人住院治療，推估約 1.96 萬名病人（10%）可能轉換成門診靜脈抗生素治療，以其中 50%改以使用輸液器 1 日型治療推估約 9,806 名病人，估算增加健保支出約 54 百萬點（醫院 53.3 百萬點、基層 0.7 百萬點）。

表3、財務影響

門診抗生素治療使用輸液器 1 日型		
113 年住院人數 ¹	196,106 人	
推估轉換成門診靜脈抗生素治療（10%）人數	19,611 人 【196,106*10%】	
推估改以使用輸液器 1 日型治療（50%）人數	9,806 人 【19,611*50%】	
層級別	醫院	西醫基層
層級別推估人數 ²	9,678 人	128 人
增加支出總計	53,325,780 點 【9,678*1,102 點（2,133-1,031）*5（每次療程 5 天為限）】	705,280 點 【128*1,102 點（2,133-1,031）*5（每次療程 5 天為限）】

註1：本方案適應範圍（肺炎、泌尿道感染、軟組織感染、骨髓炎、脊椎感染、敗血性關節炎、心內膜炎、術後感染及醫療器材感染）並排除居家個案、機構住民人數。

註2：113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）。

五、 預算來源：本方案以醫院、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。

六、 擬依程序報請衛生福利部核定後，本署公告實施，並建議追溯自 114 年 8 月 1 日起生效。

決定：

表 2

修訂後							修訂前						
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	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） 未使用輸液器 —每天注射1次	v	v	v	v	1031	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	v	v	v	v	1234	39028C	—每天注射 2 次以上	v	v	v	v	1234
39030C	使用輸液器1日型 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：每次治療計畫上限為五天，申報時應於病歷詳載相關治療計畫（治療天數）；因病情需要仍須持續治療者，得再另啟新治療計畫。 4.內含藥事服務費、注射費、護理費及針具等耗材費用。 5.診察費、藥費及檢驗檢查費另計。 6.若治療計畫中斷，則由醫師臨床專業評估延續或重啟計畫。 7.39030C內含特殊治療材料（輸液器1日型）費用，不得另加算申報。	v	v	v	v	2133	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：每次治療計畫上限為五天，申報時應於病歷詳載相關治療計畫（治療天數）；因病情需要仍須持續治療者，得再另啟新治療計畫。 4.內含藥事服務費、注射費、護理費及針具等耗材費用。 5.診察費、藥費及檢驗檢查費另計。 6.若治療計畫中斷，則由醫師臨床專業評估延續或重啟計畫。						
捌、醫療費用申報及審查原則							捌、醫療費用申報及審查原則						
二、醫療服務作業流程依全民健康保險醫療辦法第 8 條、第 9 條規定辦理。							二、醫療服務流程依全民健康保險醫療辦法第 8 條、第 9 條辦理。						

全民健康保險醫療給付費用醫院總額
114 年第 1 次臨時研商議事會議紀錄

時間：114 年 8 月 6 日(三)下午 2 時

地點：本署 18 樓禮堂/視訊會議

主席：石署長崇良

紀錄：張毓芬

出席代表：(以下略)

列席單位及人員：(以下略)

壹、主席致詞：略。

貳、上次會議紀錄確認，請參閱（不宣讀）確認（略）。

參、報告事項：略。

肆、討論事項：(摘錄與本案相關)

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險門診靜脈抗生素治療獎勵方案」。

決議：本案通過，新增使用輸液器 1 日型支付 1,867 點，並建議追溯至 114 年 8 月 1 日生效。

伍、散會：下午 5 時 14 分。

全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 114 年

第 3 次研商議事會議紀錄

時間：114 年 8 月 21 日下午 2 時

地點：本署 18 樓大禮堂

主席：石署長崇良(陳副署長亮妤代理)

紀錄：陳怡蓓

出席代表（以下略）

列席單位及人員（以下略）

主席致詞(略)

壹、西醫基層總額研商議事會議前次會議紀錄，請參閱（不宣讀）確認（略）

貳、報告事項（略）

參、討論事項（摘錄與本案相關）

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險門診靜脈抗生素治療獎勵方案」，提請討論。

決議：本案修訂通過，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，並於下次會議報告情形，另在兼顧病人安全、感染管制與費用管理下，請相關學會提供本方案之審查規範，續請醫審及藥材組研議訂定。

肆、臨時動議（略）

伍、散會：下午 4 時 30 分

衛生福利部中央健康保險署 公告

受文者：如副本行文單位

發文日期：中華民國114年8月6日

發文字號：健保醫字第1140117016號

附件：請自行至本署全球資訊網站擷取

主旨：公告新增「全民健康保險門診靜脈抗生素治療獎勵方案」，

並自中華民國一百十四年八月一日生效。

依據：衛生福利部114年7月31日衛部保字第1141260347號函。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國中醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國助產師助產士公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、社團法人台灣急診醫學會、台灣感染症醫學會、本署各分區業務組、本署醫審及藥材組、本署企劃組

全民健康保險門診靜脈抗生素治療獎勵方案

114年8月6日健保醫字第1140117016號公告實施

[114.00.00 公告修訂](#)

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（Outpatient Parenteral Antimicrobial 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、預算來源：全民健康保險醫院、西醫基層醫療給付費用總額一般服務「新醫療科技」新增診療項目項下。

伍、參與機構：健保特約之醫學中心、區域醫院、地區醫院與西醫診所。

陸、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。

柒、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） 未使用輸液器 —每天注射1次	v	v	v	v	1031
39028C	—每天注射2次以上	v	v	v	v	1234
39030C	使用輸液器1日型	v	v	v	v	2133
	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：每次治療計畫上限為5天，申報時應於病歷詳載相關治療計畫（治療天數）；因病情需要仍須持續治療者，得再另啟新治療計畫。 4.內含藥事服務費、注射費、護理費及針具等耗材費用。 5.診察費、藥費及檢驗檢查費另計。 6.若治療計畫中斷，則由醫師臨床專業評估延續或重啟計畫。 7.39030C內含特殊治療材料（輸液器1日型）費用，不得另加算申報。					
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.同個案每次治療計畫限申報一次，且須於完成當次治療計畫時申報，中斷計畫則不得申報。 3.申報本項費用，應於每次治療計畫中確實掌握病人治療情形，並記載於病歷。	v	v	v	v	500

捌、醫療費用申報及審查原則

一、除本方案另有規定外，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、全民健康保險醫療服務費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理醫療費用申報、暫付、審查及核付事宜。

二、醫療服務作業流程依全民健康保險醫療辦法第8條、第9條規定辦理。

三、醫療服務點數清單及醫令清單填表說明（詳如附表）：

（一）急診及門診病人同院所執行本方案（門診醫療費用點數申報格式）

1.治療計畫第1天

（1）依就醫情形填報案件分類（d1）。

（2）特定治療項目（d4-d7）：「DA：門診靜脈抗生素治療（OPAT）」。

（3）就醫識別碼（d60）：依就醫當下產製之就醫識別碼填報。

（4）醫令類別為（p3）「2」。

（5）慢性病連續處方箋、同一療程及排程檢查案件註記（p17）：「2-同一療程案件」。

2.治療計畫第2-5天

（1）案件分類（d1）：「09」。

（2）特定治療項目（d4-d7）：「DA：門診靜脈抗生素治療（OPAT）」。

（3）就醫識別碼（d60）：依治療計畫第2天當下產製之就醫識別碼填報。

（4）原就醫識別碼（d62）：回填計畫第1天之就醫識別碼。

（5）醫令類別（p3）：「2」。

（6）慢性病連續處方箋、同一療程及排程檢查案件註記（p17）：「2-同一療程案件」。

（二）病人出院後同院執行本方案（出院改門診治療）

1.住院或急診病人經醫師評估後可改門診治療，則由住院或急診之主治醫師於出院前開立治療計畫。

2.出院後應於門診執行治療計畫（門診醫療費用點數申報格式）

(1)案件分類 (d1):「09」。

(2)特定治療項目 (d4-d7):「DA:門診靜脈抗生素治療 (OPAT

(3)就醫識別碼 (d60):依治療計畫第1天當下產製之就醫識別碼填報。

(4)原就醫識別碼 (d62):回填住院之就醫識別碼。

(5)醫令類別 (p3):「2」。

(6)慢性病連續處方箋、同一療程及排程檢查案件註記 (p17):「2-同一療程案件」。

(三)本方案個案管理費須完成當次治療計畫方可申報，請於治療計畫完成日申報（因故中斷治療計畫者不得申報）。

四、申報本方案支付項目，治療計畫等相關資料需存放於病歷備查，未依保險人規定內容登載相關資訊，或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案之獎勵。

玖、訂定與修正程序

本方案由保險人與醫院、西醫基層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 門診靜脈抗生素治療申報方式

OPAT 就醫健保卡事項

就醫情境	治療計畫第1天	計畫第2-5天
門診		
就醫類別	01-西醫門診	AA-同一療程項目屬 "6次以內治療為限者"
急診		
就醫類別	04-急診	AA-同一療程項目屬 "6次以內治療為限者"
出院後執行 OPAT (出院後才可申報)	出院後於門診執行治療計畫第1天至第5天	
就醫類別	AA-同一療程項目屬"6次以內治療為限者"	

OPAT 醫療費用申報

就醫情境	治療計畫第1-5天(第1天和第2-5天分2筆申報)	
	治療計畫第1天	治療計畫第2-5天 (跨月治療結束後請合併申報)
門診或急診執行首日 OPAT		
診察費	診察費僅可列報一筆	不得申報診察費
案件分類	依就醫情形填報案件分類	09
特定治療項目代碼	DA：門診靜脈抗生素治療	DA：門診靜脈抗生素治療
部分負擔代碼	依實際情形填寫	009
就醫識別碼	健保 IC 卡取得之就醫識別碼	依治療計畫第2天取得之就醫識別碼填報
原就醫識別碼	不必填	回填治療計畫第1天之就醫識別碼
就醫序號	健保 IC 卡取得之就醫序號	回填計畫第1天之就醫序號
醫令類別	2	2
慢性病連續處方箋、同一療程及排程檢查案件註記	2：同一療程案件	2：同一療程案件
出院後執行 OPAT (出院後才可申報)	出院後於門診執行治療計畫第1-5天 (限門診醫療費用點數申報格式申報；跨月治療結束後請合併申報)	
診察費	出院時已申報診察費，不得申報診察費	
案件分類	09	
特定治療項目代碼	DA：門診靜脈抗生素治療	
部分負擔代碼	009	
就醫識別碼	依治療計畫第1天取得之就醫識別碼填報	
原就醫識別碼	回填住院或急診之就醫識別碼	
就醫序號	回填住院或急診之就醫序號	
醫令類別	2	
慢性病連續處方箋、同一療程及排程檢查案件註記	2：同一療程案件	

報告事項

第 六 案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險乳癌醫療給付改善(P4P)方案」案。

說明：

- 一、依據本署 113 年 12 月 12 日、114 年 2 月 17 日、3 月 31 日、5 月 20 日、7 月 29 日乳癌專家小組第 1~5 次討論會議暨 114 年 8 月 6 日醫院總額 114 年第 1 次臨時研商議事會議決議辦理。
- 二、為降低乳癌死亡率、提升乳癌照護率及照護品質，本署於 113 年 11 月成立「乳癌專家小組」，以擴大參與醫院、納入 80%新確診乳癌病人為目標，並因應臨床診療模式與藥物治療的快速進展，經專家共識決議大幅修訂本方案，修訂名稱為「乳癌照護品質提升方案」，業經醫院總額 114 年第 1 次臨時研商議事會議討論，研擬支付標準第八部品質支付服務「乳癌照護品質提升方案」草案(附件，頁次報 6-4~6-12)，摘要說明如下：

(一)參與醫院資格：

- 1.通過衛生福利部國民健康署「癌症診療品質認證醫院」或每年新診斷乳癌人數達50人以上之醫院。
- 2.成立乳癌診療團隊，具有外科、內科專任專科醫師至少各二名等人員，且個案管理照護以團隊為主，乳癌個案管理師可由護理、社工、衛教人員等組成，醫院可自行調整人員配置，惟至少應有一名護理師。

(二)收案對象：主診斷碼(ICD-10-CM)為 C50、C79.2、C79.81、D05.00-D05.92、D48.60-D48.62之新診斷或首次復發之乳癌病人(安寧療護個案除外)。

(三)結案條件：

1. 收案時無遠處轉移者：死亡、中斷治療(歸責於病患因素)、追蹤滿五年且無病狀態。

2. 收案時有遠處轉移者：死亡、中斷治療(歸責於病患因素)。

(四)費用支付：診察費、檢驗檢查費、治療處置費等項目核實申報。

(五)獎勵措施：

1. 採分階段獎勵模式，第一階段實施 pay for reporting，鼓勵醫院通報個案資料，以建置全國性的乳癌照護基準數據；待基礎資料穩定，第二階段再推行 pay for improvement / excellence，設計獎勵機制，鼓勵醫院提升照護品質。

2. 資料登錄及追蹤品質獎勵：參與醫院應於個案收案日起3個月內，於健保資訊網服務系統(VPN)登錄個案基本資料、臨床(病理)分期、治療狀況...等相關資料，並於收案期間持續照護追蹤管理，依個案治療狀況即時更新登錄資料，於治療結束且完成登錄，始給予資料登錄獎勵；個案收案期滿一年，每年度需完成年度追蹤登錄，始給予追蹤品質獎勵，結案當年度按收案月份等比例獎勵。

3. 本方案獎勵費用優先分配於第一線執行人員，並每年提報獎勵費用之運用情形。

(六)本方案之品質監控指標經「乳癌專家小組」多次討論，研訂20項指標，包含結構面1項、過程面17項、結果面2項，著重於監測臨床治療指引之遵從度、即時反映治療成效，並依據指標設計乳癌個案資料登錄欄位，涵蓋診斷影像、病理檢驗、治療計畫等多元資訊；考量個案資料之複雜度，並為確保登錄之即時性與準確性，建議修正「資料登錄及追蹤品質獎勵」點數之分配比例，「資料登錄獎勵」由800~1,000點調升為800~2,000點，每年「追蹤品質獎勵」由360~600點調降為250點。

三、財務評估：推估 115 年所需預算約 3,949 萬點、116 年所需預算約 4,390 萬點。

(一)預算來源：醫院總額專款「醫療給付改善方案」項下支應。

(二)115年資料登錄獎勵費用約3,949萬點：

1.新診斷個案：依據111年癌症登記報告，初次診斷乳癌人數計20,694人，及109~111年女性乳癌平均成長率7%估算，115年新增乳癌個案約27,126人，並以80%納入收案對象約21,700人，再依癌登臨床分期比例概估，推算獎勵點數約3,298萬點。

2.首次復發：依收案個案21,700人、復發率15%預估復發個案約3,255人，並按上述期別分布估算，推估獎勵點數約651萬點。

(三)116年除新個案資料登錄獎勵外，再增加追蹤品質獎勵經費約441萬點：

1.新個案：依收案個案21,700人、各期別的第一年存活率，及上述期別分布，推算獎勵點數約375萬點。

2.首次復發：依復發個案3,255人、各期別的第一年存活率，及上述期別分布，推算獎勵點數約65萬點。

四、本方案將依程序報請衛生福利部核定後公告，並建議自明年度(115年)起正式實施，以利參與醫院調整院內資訊系統等相關作業。

決定：

第○章 乳癌照護品質提升方案

通則：

一、參與醫院資格：

(一)通過衛生福利部國民健康署「癌症診療品質認證醫院」或每年新診斷乳癌人數達 50 人以上之醫院。

(二)成立乳癌診療團隊：

1.具有外科(含乳房外科)、內科(含腫瘤內科)專任專科醫師至少各二名，放射線(診斷)科專任專科醫師至少一名。

2.具有放射線(腫瘤)科、病理科、整型外科、精神科、復健科專任或兼任專科醫師至少各一名。

3.專任乳癌個案管理師至少一名；個案管理照護以團隊為主，個案管理師可由護理師、社工、衛教人員等組成，惟至少應有一名護理師。

(三)乳癌診療團隊人員應定期開會討論，以整合各科意見，確定乳癌病人之診斷並提出最適之治療計畫，再由主治醫師根據討論結果或乳癌診療準則，與患者討論共同決定治療計畫。

(四)定期追蹤、收集不同期別乳癌病人之復發與存活資料，並建立可提供不同期別乳癌病人五年以上整體存活率與無病存活率統計之相關資料庫。

二、收案對象：主診斷碼(ICD-10-CM)為 C50、C79.2、C79.81、D05.00-D05.92、D48.60-D48.62 之新診斷或首次復發之乳癌病人(安寧療護個案除外)。

三、結案條件：

(一)收案時無遠處轉移者：

- 1.死亡。
- 2.中斷治療(歸責於病患因素)。
- 3.追蹤滿五年且無病狀態(DISEASE FREE)。

(二)收案時有遠處轉移者：

- 1.死亡。
- 2.中斷治療(歸責於病患因素)。

註.遠處轉移指符合 AJCC M1 定義。

四、申請程序及受理資格審查：申請本方案之醫事服務機構應檢附醫院資格及診療團隊名冊(請條列各執行人員之姓名、身分證字號、專業類別、證書字號及證明影本)向保險人分區業務組提出申請，並經保險人審核通過後，始得執行，變更時亦同。

五、醫療費用申報：診察費、檢驗檢查費、治療處置費等項目按現行全民健康保險醫療服務(或藥物)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。

六、獎勵措施：

(一)採分階段獎勵模式，本方案施行初期實施「資料登錄及追蹤品質獎勵」，鼓勵醫院通報個案資料，以建置全國性的乳癌照護基準數據；待基礎資料穩定，第二階段再推行論品質計酬，設計獎勵機制，鼓勵醫院提升照護品質。

(二)資料登錄及追蹤品質獎勵：

1.參與醫院應於個案收案日起3個月內，於健保資訊網服務系統(VPN)登錄個案基本資料、臨床(病理)分期、治療狀況...等相關資料，並於收案期間持續照護追蹤管理，依個案治療狀況即時更新登錄資料，於治療結束且完成登錄，始給予資料登錄獎勵；個案收案期滿一年，每年度需完成年度追蹤登錄，始給予追蹤品質獎勵，結案當年度按收案月份等比例獎勵。惟VPN資料未及時登錄或登錄不全者，則不予獎勵。

2.獎勵費用：

(1)於同一醫院確診、治療及後續追蹤者：依個案之病理/臨床期別給予「資料登錄」及「追蹤品質」獎勵費用，如下表。

病理/臨床期別	獎勵費用(每例)	
	資料登錄	追蹤品質(每年)
Stage 0	800 點	250 點
Stage I	1,000 點	
Stage II III、IV	2,000 點	

(2)於不同醫院進行治療及追蹤者：依該醫院提供照護階段及VPN登錄完成狀態，按上表所定點數折付獎勵。

A. 資料登錄：完成確診(含他院)並於治療階段轉院個案之獎勵費用分配原則。

a. 僅施行1項治療之轉出醫院，按上表「資料登錄」所定點數之百分之四十計算；接受轉介醫院(接續治療)則以百分之六十計算之。

b. 施行2項以上治療之轉出醫院，按上表所定點數之百分之六十計算；接受轉介醫院(接續治療)之「資料登錄」費用，以百分之四十計算之。

B. 追蹤品質(每年)：有轉院者，按上表追蹤品質獎勵所定點數，各醫院依當年度按收案月份等比例獎勵。

3.本方案獎勵費用優先分配於第一線執行人員，並每年提報獎勵費用之運用情形予保險人分區業務組。

七、審查原則

(一)未依保險人規定內容登錄相關品質資訊，或經保險人審查發現登載不實者，將不予支付獎勵費用並依相關規定辦理。

- (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，由分區業務組衡酌處理，且同醫院一年不得超過 1 次，若達 2 次以上，將追扣該年度已核發之獎勵點數。

八、獎勵措施費用來源：

- (一)本方案獎勵措施費用由全民健康保險醫院總額之「醫療給付改善方案」專款項下支應。
- (二)獎勵費用於年度結束後，併上開專款項下其他方案費用進行全年結算，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。
- (三)保險人得視實際執行及費用支付情形，召開會議與醫界研議修改本方案之相關內容。

九、品質資訊之登錄及監測：

- (一)參與本方案之醫院應依保險人規定內容(如附件 1)，於健保資訊網服務系統(VPN)登錄個案基本資料、診斷病理、治療情形等資訊。
- (二)品質監控指標：結構面 1 項、過程面 17 項、結果面 2 項。
- (三)保險人得公開參與本方案之名單及相關品質資訊，供民眾參考。

指標項目	定義
結構面	
1.每年新診斷與治療的乳癌個案數。	乳癌個案數包含新確診或首次復發的個案人數(含癌登個案分類 class 1,2,3)。
過程面	
1.第 1、2 期乳癌以手術為首次治療，最後病理腋下淋巴結為陰性、施行哨兵淋巴結取樣術的比率。	分母：癌症分期第 1、2 期乳癌以手術為首次治療，最後病理腋下淋巴結為陰性的人數。 分子：施行哨兵淋巴結取樣術的人數。
2.第 1~3 期乳癌於治癒性手術前 3 個月內，施行乳房攝影及乳房超音波檢查的比率。	分母：癌症分期第 1~3 期乳癌且施行治癒性手術的人數。 分子：手術前 3 個月內施行乳房攝影及乳房超音波檢查兩項的人數(含院外檢查)。
3.65 歲以下早期乳癌病人於乳房保留手術後，接受術後放射治療的比率。	分母：65 歲以下癌症分期第 1~3 期乳癌個案，並施行乳房保留手術人數。 分子：於乳房保留手術後，接受放射治療(不含 electron IORT 或 kV IORT)的人數。
4.乳癌治癒性手術(乳房保留或乳房全切除)後，腋下淋巴結大於或等於四顆轉移的病人，接受胸壁或乳房合併局部淋巴結放射線治療的比率。	分母：施行乳癌治癒性手術(乳房保留或乳房全切除)後，腋下淋巴結大於或等於四顆轉移的人數。 分子：同側胸壁或乳房合併局部淋巴結放射線治療的人數。
5.病理檢驗完備率。	分母：每年新診斷與治療的人數(癌登個案分類 class 1,2 者)。 分子：病理項目(如附件 2)均完備的人數。

指標項目	定義
6.ER $\geq$ 1%的第1~3期乳癌病人，術後給予荷爾蒙治療的比率。	分母：癌症分期第1~3期乳癌且荷爾蒙受體陽性ER $\geq$ 1%，並施行治癒性手術(乳房保留或乳房全切除)的人數。 分子：手術後給予荷爾蒙治療的人數。
7.70歲以下ER陽性、HER2陰性且腋下淋巴結轉移大於或等於4顆的早期乳癌病人，接受化學治療的比率。	分母：70歲以下癌症分期第1、2期乳癌且ER陽性、HER2陰性，且腋下淋巴結轉移大於或等於4顆的人數。 分子：接受化學治療的人數。
8.停經前ER陽性、HER2陰性且腋下淋巴結轉移1-3顆的早期乳癌病人，接受化學治療的比率。	分母：停經前癌症分期第1、2期乳癌且ER陽性、HER2陰性、腋下淋巴結轉移1-3顆(不含micro-metastasis)的人數。 分子：接受化學治療的人數。
9.ER陽性、HER2陰性的第2、3期乳癌病人，使用abemaciclib或ribociclib的比率。	分母：癌症分期第2、3期乳癌且ER陽性、HER2陰性，並符合下列條件之一者的人數。(1)腋下淋巴結轉移大於或等於4顆。(2)腋下淋巴結轉移1-3顆，且腫瘤大於或等於5公分。(3)腋下淋巴結轉移1-3顆，且腫瘤細胞分化為第3級。 分子：使用abemaciclib或ribociclib的人數。
10.ER陽性、HER2陰性的轉移性乳癌病人，於第一線或第二線使用CDK4/6抑制劑的比率。	分母：遠端轉移且符合下列條件的乳癌人數。(1)荷爾蒙受體ER或PR $>$ 30%。(2)HER2陰性。(3)未出現器官轉移危急症狀(visceral crisis)且無中樞神經系統(CNS)轉移。(4)骨轉移不可為唯一轉移部位。 分子：使用palbociclib或ribociclib的人數。
11.先行手術之HER2陽性早期乳癌病人(排除轉移性乳癌)，術後發現腋下淋巴轉移的比率。	分母：癌症分期第1~3期乳癌、HER2陽性，未接受術前前導性輔助治療而施行手術的人數。 分子：術後病理報告腋下淋巴有轉移的人數。
12.HER2陽性早期乳癌且(1)腋下淋巴結轉移，或(2)無腋下淋巴結轉移，但ER陰性且腫瘤大於2公分者，接受前導性anti-HER2雙標靶藥物暨化學治療的比率。	分母：癌症分期第2、3期乳癌、HER2陽性且(1)腋下淋巴結轉移，或(2)無腋下淋巴結轉移、ER陰性且腫瘤大於2公分，施行治癒性手術(乳房保留或乳房全切除)的人數。 分子：接受前導性anti-HER2雙標靶藥物(Trastuzumab及Pertuzumab)暨化學治療的人數。
13.HER2陽性早期乳癌且(1)腋下淋巴結轉移，或(2)無腋下淋巴結轉移，但ER陰性且腫瘤大於2公分，接受前導性anti-HER2藥物暨化學治療，於術後未達病理完全緩解者，	分母：癌症分期第2、3期乳癌、HER2陽性且(1)腋下淋巴結轉移，或(2)無腋下淋巴結轉移、ER陰性且腫瘤大於2公分，接受前導性anti-HER2藥物暨化學治療，並於治癒性手術後未達病理完全緩解(即non-PCR)的人數。

指標項目	定義
術後接受 trastuzumab emtansine 輔助性治療的比率。	分子：術後接受 trastuzumab emtansine 輔助性治療的人數。
14.HER2 陽性轉移性乳癌於第一線接受 anti-HER2 雙標靶藥物治療的比率。	分母：初次診斷 HER2 陽性癌症分期第 4 期乳癌，或早期輔助療法進行中或輔助治療完成後 6 個月內癌症復發(轉移病灶切片為 HER2 陽性或原發乳癌為 HER2 陽性且影像證實轉移)的人數。 分子：接受第一線治療藥物為前導性 anti HER2 雙標靶藥物(Trastuzumab 及 Pertuzumab)的人數。
15.先行手術之三陰性早期乳癌病人(排除轉移性乳癌)，術後發現腋下淋巴轉移的比率。	分母：癌症分期第 1~3 期乳癌且 ER 陰性、PR 陰性、HER2 陰性者，未接受術前前導性化學輔助治療而先行手術的人數。 分子：術後病理報告腋下淋巴有轉移的人數。
16.三陰性早期乳癌且(1)腋下淋巴結轉移，或(2)無腋下淋巴結轉移但腫瘤大於 2 公分者，接受術前前導性化學治療併免疫檢查點抑制劑的比率。	分母：癌症分期第 2、3 期乳癌、ER 陰性、PR 陰性、HER2 陰性且(1)腋下淋巴結轉移，或(2)無腋下淋巴結轉移但腫瘤大於 2 公分，施行治癒性手術(乳房保留或乳房全切除)的人數。 分子：術前接受前導性化學治療含免疫檢查點抑制劑治療的人數。
17.早期高風險三陰性乳癌病人(排除轉移性乳癌)接受術前前導性化學治療併免疫檢查點抑制劑治療後，於術後未達病理完全緩解者，術後接受輔助性免疫檢查點抑制劑治療的比率。	分母：癌症分期第 1~3 期乳癌且(1)腋下淋巴結轉移，或(2)無腋下淋巴結轉移但腫瘤大於 2 公分者，接受術前前導性化學治療併免疫檢查點抑制劑治療，並於治癒性手術後未達病理完全緩解(即 non-PCR)的人數。 分子：術後持續給予輔助性免疫檢查點抑制劑治療的人數。
結果面	
1.五年整體存活率。	採 Kaplan-Meier Method 方式(如範例) 1. 母體為新確診且已完成治療者(癌登個案分類 class 1,2者)，並排除癌症分期第0期個案。 2. 事件為「死亡」。
2.三年無病存活率。	1. 計算方式比照五年整體存活率，時間為3年。 2. 事件為「腫瘤復發或轉移」或「死亡」。

存活率計算範例：(Censored case 個案數應予扣除後，方為下個時間點之病人數)

時間(月) (t)	病人數 (Nj)	事件發生數 (Dj)	Censored cases	$(Nj-Dj)/Nj$	S(t)	
0-10	18	0	0	1.0000	1.0000	
10-19	18	1	3	0.9444	0.9444	0.9444×1.000
19-30	15	1	2	0.9333	0.8815	0.9333×0.9444
30-36	13	1	1	0.9231	0.8137	0.9231×0.8815
36-59	12	1	4	0.9167	0.7459	
59-75	8	1	1	0.8750	0.6526	
75-93	7	1	1	0.8571	0.5594	
93-97	6	1	1	0.8333	0.4662	
97-107	5	1	2	0.8000	0.3729	
107+	3	1	2	0.6667	0.2486	

說明：1.只要有事件發生即記錄發生在第幾個月，以及發生事件病人數。

2.第10-19個月有3個案censors，因此第19-30個月病人數為15($18-3=15$)。

3.S(tj)(累積存活率)=此時間點機率x上個時間點的累積存活率

由上表得知3年(36個月)之存活率為74.59%，1年(12個月)存活率介於10個月與19個月之間，所以其存活率為94.44%。

「乳癌照護品質提升方案」健保資訊網服務系統(VPN)

一、新診斷個案

(一)基本資料：

- 1.醫事機構代碼。
- 2.主責醫師姓名/ID。
- 3.病人姓名/ID/出生年月日。
- 4.性別。
- 5.身高/體重。
- 6.是否停經/停經年齡(實歲)。
- 7.收案日期：確定診斷並提供治療計畫之(門診)日期。
- 8.個案分類：依癌登個案分類 Class 1、2、3。

(二)診斷病理：

- 1.最初診斷日期/院所。
- 2.側性(患部)：右側、左側分開填列。
- 3.組織學分類：原位癌(DCIS)、侵襲性癌(IDC/ILC)、其他。
- 4.腫瘤細胞分級。
- 5.臨床/病理期別：TNM。
- 6.癌症分期。
- 7.前哨/腋下淋巴節。
- 8.免疫組織化學染色：ER、PR、HER2、ISH、Ki67等項目。
- 9.基因檢測：BRCA 1/2、PD-L1等項目。

(三)治療療程：

- 1.治療順序及方法。
- 2.前導性治療起迄日期及項目：化療、免疫、標靶。
- 3.手術日期及項目(含術後病理檢驗)。
- 4.化學治療起迄日期。
- 5.放射治療起迄日期。
- 6.免疫治療起迄日期及藥物。
- 7.標靶治療起迄日期及藥物。
- 8.荷爾蒙治療起迄日期。
- 9.其他治療起迄日期及方法。
- 10.轉出日期。

(四)追蹤：

- 1.治療/追蹤狀況。
- 2.追蹤日期：每年至少1次。
- 3.轉出日期。
- 4.結案日期。

5.死亡日期。

二、復發個案

(一)基本資料：同新診斷個案。

(二)診斷病理：

- 1.最初診斷日期/院所。
- 2.側性(患部)：右側、左側分開填列。
- 3.目前期別：TNM。
- 4.癌症分期。
- 5.原發乳癌之免疫組織化學染色：ER、PR、HER2、ISH、Ki67等項目。
- 6.轉移病灶之免疫組織化學染色：ER、PR、HER2、ISH、Ki67等項目。

(三)治療療程：

- 1.治療順序及方法。
- 2.前導性治療起迄日期及項目：化療、免疫、標靶。
- 3.手術日期及項目(含術後病理檢驗)。
- 4.化學治療起迄日期。
- 5.放射治療起迄日期。
- 6.免疫治療起迄日期及藥物。
- 7.標靶治療起迄日期及藥物。
- 8.荷爾蒙治療起迄日期。
- 9.其他治療起迄日期及方法。
- 10.轉出日期。

(四)追蹤：

- 1.治療/追蹤狀況。
- 2.追蹤日期：每年至少1次。
- 3.轉出日期。
- 4.結案日期。
- 5.死亡日期。

病理檢驗必填報項目

- 一、Histology ____ DCIS (0), invasive carcinoma of NST (1), invasive lobular carcinoma (2),
others (3) ____
- 二、Breast Surgery ____ BCS (0), mastectomy (1)
- 三、BCS margin ____ free (0), involved with DCIS (1) or invasive carcinoma (2)
- 四、Axillary Surgery ____ Nil (0), SLND (1), ALND (2)
- 五、LN harvested number ____, number of micro-metastasis ____, number of macro-metastasis
____(填顆數)
- 六、Post-neoadjuvant therapy ____ No (0), Yes (1)
- 七、microscopic tumor size at surgery ____ cm
- 八、IHC stain (DCIS 可只填 ER)
- ER ____ %
- PR ____ %
- HER2 ____ + (0 ~ 3+)
- ISH ____ negative (0), positive (1)
- Ki67 ____ %

報告事項

第七案

報告單位：本署醫務管理組

案由：新增「全民健康保險高血脂醫療給付改善方案」案。

說明：

- 一、依衛生福利部 114 年 1 月 9 日衛部健字第 1143360008 號公告 114 年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額及其分配方式、本署 114 年 9 月 3 日全民健康保險醫療給付費用醫院總額 114 年第 3 次研商議事會議紀錄(下稱醫院研商議事會議)暨本署 114 年 9 月 12 日全民健康保險高血脂醫療給付改善方案溝通會議決議辦理 (附件 1~3, 報 7-4~7-9)。
- 二、本案前提至 114 年 8 月 6 日及同年 9 月 3 日醫院研商議事會議討論，決議原則通過，就人員參與資格、收案與結案條件等執行細節再確認後，提本會議。
- 三、本署 114 年 9 月 12 日「全民健康保險高血脂醫療給付改善方案」溝通會議(下稱高血脂方案溝通會議)，邀集台灣醫院協會及中華民國心臟學會等 9 個學會就旨揭方案共同討論，方案內容調整重點如下 (詳附件 4, 報 7-10~7-31)：

(一)參與資格：

- 1.醫事服務機構資格：特約醫院，並應具備心臟血管或神經科專科醫師人力；應設置個案管理人員至少 1 名，應由執業登記於該醫院之醫事人員、具醫務管理或公共衛生背景之非醫事人員擔任。
- 2.執行人員資格：新加入本方案之個案管理人員，應取得訓練課程 4 學分，並取得證明，已取得糖尿病共照網學分者除外。

(二)收案條件：18 歲以上新發生急性住院事件之出院病人，且經臨床檢查確診為 ASCVD，且風險分級為「非常高風險」或「極高風險」之個案。

(三)追蹤照護模式：依血脂臨床管理路徑執行初始評估，並依循路徑治療後第 6-8 週檢測血脂，如達標(非常高風險 $<70\text{mg/dL}$ ，極高風險 $<55\text{mg/dL}$)則半年後續追蹤血脂；未達標則治療調整，1-3 個月內追蹤評估血脂是否達標。

(四)結案條件

- 1.可歸因於病人者，如長期失聯超過 3 個月以上、拒絕再接受治療、死亡或未能配合醫療團隊建議。
- 2.個案病況穩定下轉：收案後經連續 2 次檢測 LDL-C 皆達標。
- 3.收案追蹤滿 1 年。
- 4.收案院所退出本計畫。

(五)給付項目及支付方式：包含新收案照護費(500 點)、年度收案照護費(2,000 點)、成功轉介費(轉出及轉入各 1,000 點)。

(六)品質獎勵：指標包含血脂追蹤完成率、LDL-C 控制良率及成功下轉率。

四、有關 114 年 9 月 12 日高血脂方案溝通會議，與會專家提及 PCSK9 血脂調節劑之藥品給付規定涉事前審查核准後使用之疑義，經本署醫審及藥材組洽臨床醫師及審查醫師，彙整結果如下：

(一)藥品給付規定 2.6.4.PCSK9 血脂調節劑(Evolocumab，如 Repatha 及 Alirocumab，如 Praluent)該等藥品須經事前審查核准後得使用 12 個月，再次申請時應檢附評估報告，病人之 LDL-C 較開始使用該等藥物前下降程度，如未達 30%，即屬療效不佳，則不再核准使用外，若非療效不佳，則病人得持續使用 PCSK9 藥品治療。

(二)另考量「全民健康保險高血脂醫療給付改善方案」結案個案，可能於基層院所持續接受 PCSK9 藥品治療，致西醫基層藥費增加一節，本署將積極爭取於 115 年西醫基層總額之藥品及特材給付規定改變項目增編相關預算。

五、 預算來源及財務影響：

(一)預算來源：衛生福利部 114 年度醫院總額「醫療給付改善方案」專款項下增編預算 2,272 百萬元支應。

(二)推估 114 年收案件數及財務評估：

1.106 年至 112 年期間 ASCVD 住院的新發個案共 68.7 萬人，平均每年新增 9.8 萬人，目前未被任一計畫收案且非家醫應照護族群約占 ASCVD 族群之 57.6%，以其中 60%收案計算，每年收案對象約 33,869 人。

2.推估執行本方案之給付項目及支付標準(新收案照護費、年度收案照護費、成功轉介費)約 104.99 百萬點；品質指標獎勵項目約 7.65 百萬點，推估增加財務支出約 112.64 百萬點（詳附件 5，報 7-32）。

六、 方案（詳附件 4，報 7-10～7-31）將依程序報衛生福利部核定後，本署公告實施。

決定：

附件四

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 $\times(1+114$ 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 $\times(1+114$ 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

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
4.後天免疫缺乏症候 群抗病毒治療藥費	5,750.0	170.0	1.本項經費得與西醫基層總額 同項專款相互流用，經費如 有不足，由其他預算相關項 目支應。 2.請中央健康保險署檢視本項 費用成長之合理性及加強管 控，於額度內妥為管理運用。 提報之執行情形，應含醫療 利用及成長原因分析。
5.鼓勵器官移植並確保 術後追蹤照護品質	5,364.3	156.3	1.本項經費如有不足，由其他 預算相關項目支應。 2.中央健康保險署於 114 年 7 月前提報之執行情形，應含 醫療利用、等待時間及不同 器官移植之存活率等。
6.醫療給付改善方案	2,272.0	457.9	1.持續辦理糖尿病及初期慢性 腎臟病照護整合、氣喘、乳 癌、思覺失調症、B 型肝炎 帶原者及 C 型肝炎感染者個 案追蹤、早期療育、孕產婦、 慢性阻塞性肺疾病、提升醫 院用藥安全與品質、生物相 似性藥品、化療學名藥及擴 大多重慢性病收案照護等方 案。 2.請中央健康保險署辦理下列 事項： (1)滾動式檢討方案內容，對 執行多年的方案，若實施 模式成熟且成效良好，請 比照糖尿病方案導入支付 標準，若照護率低或成效 不明確，應提出改善策略 或啟動退場機制。另請檢 討生物相似性藥品方案之 執行成效，評估對醫療費 用及醫療品質的影響。

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
			(2)朝全人照護方向整合相關計畫(如：家庭醫師整合性照護計畫、地區醫院全人全社區照護計畫等)，以避免病患被重複收案。 (3)建議依病患之疾病風險提供分級管理照護服務，擬訂對應的個案管理費，以避免逆選擇效應。
7.急診品質提升方案	300.0	0.0	請中央健康保險署會同醫院總額相關團體辦理下列事項： 1.精進方案執行內容，以解決急診壅塞為目標，並增訂壅塞無法達標之處理方式，以提升急診處置效率及照護品質，並於 114 年 7 月前提出專案報告。 2.提報之成效評估檢討報告，應含急診處置效率及急診重大疾病照護品質相關監測指標。
8.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	210.0	0.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.積極推動 DRGs 支付或作為品質衡量方式，朝建立論價值支付制度為推動方向。 2.於 114 年 7 月前提出報告。
9.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	135.5	20.5	1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。 2.請中央健康保險署持續檢討醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與。
10.全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	2,000.0	700.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.依衛生福利部決定結果，會同醫院總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之

全民健康保險醫療給付費用醫院總額

114 年第 3 次研商議事會議紀錄

時間：114 年 9 月 3 日(三)下午 2 時

地點：本署 18 樓禮堂/視訊會議

主席：陳副署長亮好下午 2 時至 3 時 40 分/

張主任秘書禹斌(下午 3 時 40 分至 5 時 12 分)

紀錄：張毓芬

出席代表（依姓氏筆劃排列）：略

列席單位及人員：略

壹、主席致詞：略。

貳、上次會議紀錄確認，請參閱（不宣讀）確認（略）。

參、報告事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：新增「全民健康保險高血脂醫療給付改善方案」案。

決議：

- 一、原則通過，惟將就方案參與資格、收案條件、成功轉診實務作法等細節，再凝聚共識。
- 二、另邀集台灣醫院協會及本案相關學會研修計畫細節後，提至 114 年 9 月醫療服務共擬會議報告。

衛生福利部中央健康保險署

「全民健康保險高血脂醫療給付改善方案溝通會議」

會議紀錄

時間：114 年 9 月 12 日（星期五）下午 2 時

地點：本署 18 樓禮室

主持人：劉林義組長

紀錄：邱宜婷

出席專家單位及人員：略。

壹、主席致詞：略。

貳、報告事項

決議：依會議共識修訂方案部分內容如下：

一、執行人員資格：新加入本方案之個案管理人員，應取得訓練課程 4 學分，惟已取得糖尿病共照網學分者除外。

二、收案條件：18 歲以上新發生急性住院事件(不列舉特定疾病住院事件)之出院病人並經醫療團隊評估願意可配合此防治計畫追蹤項目之保險對象，且經臨床檢查確診為 ASCVD 且風險分級為「非常高」或「極高」之個案。

三、結案條件：(符合以下任一條件者應予結案，同一院所同一收案對象經結案後一年內因同一急性住院事件不得再收案)

(一)可歸因於病人者，如長期失聯超過 3 個月以上、拒絕再接受治療、死亡或未能配合醫療團隊建議(如：個案收案已超過一年且任一疾病管理指標皆未有進步者)。

(二)個案病況穩定下轉：收案後經連續 2 次檢測 LDL-C 皆達標。

(三)收案追蹤滿 1 年。

(四)收案院所退出本計畫。

四、品質獎勵指標：新增「成功下轉率」，定義：

(一)分母：該院所當年度收案個案中，個案病況穩定之人數。

(二)分子：分母病人中，病況穩定病人轉至家庭醫師整合性照護計畫、全民健康保險醫療給付項目及支付標準第八部第二章糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案(P4P-

DM/CKD/DKD)或全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫收案照護之人數。

五、有關 PCSK9 血脂調節劑之藥品給付規定涉事前審查核准後使用之相關規範，由本署醫審及藥材組彙整專家意見，併同「全民健康保險高血脂醫療給付改善方案」內容，提至 114 年 9 月 25 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報告。

壹、臨時動議：無。

貳、散會：下午 3 時 15 分。

114 年全民健康保險高血脂醫療給付改善方案

壹、 依據

全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、 計畫說明

心臟疾病係國人第二大死因，其中以動脈粥狀硬化心血管疾病（atherosclerotic cardiovascular disease, 下稱 ASCVD）最為常見，估計占心血管病例之 85%。若能早期發現，WHO 指出高達 80% 的心血管事件與中風可預防。ASCVD 可控風險因子中，低密度膽固醇（LDL-C）與 ASCVD 高度相關，為改善心血管病人之預後，期透過推行本計畫，落實血脂管理臨床路徑以及疾病風險分級，導入目標導向之照護方案，減少心血管事件所造成之次發性事件與死亡，以改善群體健康，優化醫療體系效能。

參、 目的

- 一、透過動脈粥狀硬化心血管風險分級，建立照護模式與個別 LDL-C 治療目標，以促進 ASCVD 病人長期持續地疾病控制，達到心血管事件的預防或復發，並減少非必要醫療支出。
- 二、落實血脂管理臨床路徑，強化心血管風險評估、風險因子控制目標設定、處置及追蹤醫療建議的執行，以提升臨床照護品質。
- 三、藉由疾病管理指導及個案追蹤模式，增強病人自我疾病管理能力，並透過全民健保行動快易通 | 健康存摺 App 及大家醫平台進行雙向管理，使其配合長期心血管風險因子控制。
- 四、本計畫針對經臨床檢查確診為 ASCVD 且風險分級為「非常高」或「極高」之病人，納入照護。本計畫協同現有其他照護方案，未來期望達到三高防治 888（80% 三高病人加入照護網、80% 收案病人接受生活習慣諮商、80% 收案病人達到三高控制）之最終政策目標。

肆、 預算來源

全民健康保險（以下稱本保險）醫院醫療給付費用總額之「醫療給付改善方案」專款項目。

伍、 參與資格

一、參與醫事服務機構資格，須同時符合下列條件：

- (一)本保險特約醫院。
- (二)應具備心臟血管專科或神經科專科醫師人力。
- (三)醫院應設置個案管理人員至少 1 名，應由執業登記於該醫院之醫事人員、具醫務管理或公共衛生背景之非醫事人員擔任，辦理下列事項：
 - 1、協助調查個案健康狀況、聯繫及協調照護計畫。
 - 2、協助個案管理與衛教宣導。

二、執行人員資格：須符合下列條件之一者

- (一)新加入本方案之個案管理人員，應取得訓練課程 4 學分，並取得證明，已取得糖尿病共照網學分者除外。
- (二)本計畫訓練課程（附件 1）由中華民國心臟學會、中華民國血脂及動脈硬化學會、臺灣介入性心臟血管醫學會、中華民國糖尿病學會、社團法人中華民國糖尿病衛教學會、社團法人台灣腦中風學會、台灣內科醫學會、台灣家庭醫學醫學會、台灣腎臟醫學會或保險人認可之課程辦理。

三、須向保險人提出申請（申請書如附件 2），經保險人核定後始得參與本計畫。

四、退場機制：

- (一)參與本計畫之特約醫院，未依所提計畫提供服務或參與本計畫有待改善事項（未依保險人規定內容登錄相關品質資訊，或登錄之任一病人檢查驗數值經保險人審查發現登載不實），經保險人 2 次通知限期改善而未改善者或一年內因相同事由經保險人通知限期改善累計達 3 次者，應自保險人通知終止執行本計畫日起退出本計畫。
- (二)參與本計畫之特約醫院及醫師，如涉及特管辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保

險人違規者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者），應自保險人第一次核定違規函所載停約日起退出執行本計畫，惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。

陸、 收案條件、照護模式及醫療服務內容

一、收案條件

(一) 18 歲以上新發生急性住院事件之出院病人並經醫療團隊評估願意配合此防治計畫追蹤項目之保險對象，且經臨床檢查確診為 ASCVD 且風險分級為「非常高」或「極高」之個案（如附件 3 風險分級表）。

■「非常高」風險者

1、經臨床檢查確診為動脈硬化心血管疾病，包含：

- (1) 急性冠心症或相關病史
- (2) 接受冠狀動脈血管再通術（心導管介入治療或外科冠狀動脈繞道手術）
- (3) 缺血性中風/短暫性腦缺血發作合併動脈硬化相關疾病或病史
- (4) 周邊動脈疾病（曾接受血管再通術、有肢體缺血相關症狀或截肢）

2、經影像檢查確認有顯著斑塊負擔，定義為 $\geq 50\%$ 直徑狹窄，包含：

- (1) 冠狀動脈血管攝影
- (2) 冠狀動脈或周邊血管電腦斷層攝影
- (3) 頸動脈或周邊血管超音波

■「極高」風險者

1、冠狀動脈疾病合併下列任一臨床狀況：

- (1) 一年內曾經歷心肌梗塞
- (2) $\geq$ 兩次心肌梗塞病史
- (3) 多支冠狀動脈阻塞
- (4) 急性冠心症合併糖尿病

2、周邊動脈疾病合併有

- (1)冠狀動脈疾病 或
- (2)頸動脈狹窄

(二) 不得與其他特約醫事服務機構重複收案。

二、照護模式及醫療服務內容

(一) 收案評估：

照護團隊應向符合收案條件病人解釋本計畫目的及內容，經保險對象同意後始得收案，並依血脂臨床管理路徑（附件 4）提供收案對象完整初始評估（附件 5），根據病人 ASCVD 風險評估結果說明其血脂治療目標（非常高風險：LDL-C <70 mg/dL；極高風險：LDL-C <55 mg/dL），同時處置各項可改善心血管風險因子，包含：血壓、HbA1c、肥胖、抽菸、酒精攝取、飲食、生活型態，提供合適的衛教資源，促進病人自我疾病管理能力。

（二）追蹤管理

- 1、照護團隊應遵循血脂管理路徑（同附件 4）處置病人，並定期追蹤收案對象其疾病品質指標之改善情形，提供持續性追蹤諮詢，協助監測個案未達標之檢驗檢查項目，提供個案疾病管理衛教（如使用個人健康存摺自我管理、生活型態諮詢、控制其他心血管風險因子等），聯繫及協調個別照護計畫，使收案對象自我照護能力及血脂指標能獲得長期控制。
- 2、個案經起始治療後，於第 6-8 週檢測血脂，評估 LDL-C 是否達標，如達標則至少每 6 個月持續追蹤血脂並持續治療；如未達標則調整治療計畫，並於 1-3 個月內追蹤 LDL-C。
- 3、疾病指標之檢驗數據可採用追蹤管理日前 30 天之結果做為評估依據，但檢驗日期不得與前次追蹤管理階段或收案評估階段之檢驗日期相同。
- 4、個案病況穩定鼓勵下轉銜接後續相關計畫持續照護。

（三）結案條件（符合以下任一條件者應予結案，同一院所同一收案對象經結案後一年內因同一急性住院事件不得再收案）

- 1、可歸因於病人者，如長期失聯超過 3 個月以上、拒絕再接受治療、死亡或未能配合醫療團隊建議（如：個案收案已超過一年且任一疾病管理指標皆未有進步者）。
- 2、個案病況穩定下轉：收案後經連續 2 次檢測 LDL-C 皆達標。
- 3、收案追蹤滿 1 年。
- 4、收案院所退出本計畫。

(四) 管理登錄個案

- 1、參與本計畫之特約院所須依照護時程，將收案對象之相關資料（附件 6）上傳至健保資訊網服務系統（VPN）。
- 2、若未依保險人規定完整登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付相關費用，並依相關規定辦理。
- 3、依個人資料保護法之規定，保險對象個人資料應予保密。

柒、 給付項目及支付標準

編號	診療項目	支付點數
PXXXXB	新收案照護費 1、 個案登錄系統必填欄位：建立病人基本資料、收案日期、收案院所、個案基本資料、醫療病史、檢查數據、目標值。 2、 收案期間限申報 1 次，於新收案時申報。	500 點
PXXXXB	年度收案照護費 註： 1、 同一病人於同一院所之同一心血管事件僅得申報一次，於收案滿 1 年時申報（或病況穩定未滿 1 年結案時）。 2、 本項支付點數包含收案所需執行項目： (1) 個案收案評估。 (2) 告知個案計畫管理流程及收案。 (3) 依臨床路徑風險因子評估（菸癮、運動、飲食、腰圍、BMI、三高），將病人進行 ASCVD 風險分級並依照血脂管理路徑訂定個人 LDL-C 管理目標。 (4) 個案健康指導及衛教：菸癮、運動、飲食。 (5) 個案健康行為及檢驗檢查值上傳 VPN 系統。 (6) 執行衛教、整合性照護、資源連結，提升病人自我照顧能力。	2,000 點

	3、完成收案評估、追蹤管理且上傳收案登錄相關資料後，方得申報本項費用。	
	成功轉介費（轉出） 成功轉介費（轉入） 註： 1、限個案病況穩定下轉，且下轉後 6 個月內 LDL-C 檢測達標，每人限支付一次。 2、個案病況穩定下轉後，由「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」、「全民健康保險醫療給付項目及支付標準第八部第二章糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」(以下稱 P4P-DM/CKD/DKD) 或「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」收案照護。 3、結案原因為長期失聯(一百八十天以上)、拒絕再接受治療或死亡者，不可申報本項。 4、不得同時申報 01034B、00192A、00193C 或本署任一品質提升方案、照護計畫之相關轉診獎勵。	1,000 點 1,000 點

捌、品質獎勵措施

一、品質獎勵指標：

(一) 血脂追蹤檢測完成率，定義：

- 1、分母：該院所當年度收案個案人數，排除第四季新收案之人數。
- 2、分子：分母病人中，於收案期間內依血脂臨床管理路徑規範時效，完成血脂檢測之人數。

(二) LDL-C 控制良率，定義：

- 1、分母：該院所當年度收案個案人數，排除第四季新收案之人數。

- 2、分子：分母病人中，非常高風險最後一次 LDL 檢驗值 <70mg/dL、極高風險最後一次 LDL 檢驗值 <55mg/dL 之人數。

(三) 成功下轉率，定義：

- 1、分母：該院所當年度收案個案中，個案病況穩定之人數。
2、分子：分母病人中，病況穩定病人轉至家庭醫師整合性照護計畫、P4P-DM/CKD/DKD 或全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫收案照護之人數。

二、品質獎勵：

(一)各醫院依「品質獎勵指標」之三項指標比率分別排序(血脂追蹤檢測完成率、LDL-C 控制良率及成功下轉率皆由高排至低)，再將各指標之序別各乘上三分之一後相加重新排序，排序總和前 15 百分位、>15 百分位且 ≤30 百分位之醫院，每個個案數分別支付 1,000 點及 500 點。

(二)前項獎勵費優先分配予參與方案之醫師及個案管理師等照護團隊人員。

玖、醫療費用申報及審查原則

一、除另有規定外，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、點值結算方式：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。

壹拾、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、核定與輔導轄區醫事服務機構執行計畫。

壹拾壹、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。

壹拾貳、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。

附件一、全民健康保險高血脂給付改善方案教育訓練課程

課程名稱	學分
動脈粥狀硬化心血管疾病之診斷與防治-血脂管理路徑之介紹	1
動脈粥狀硬化心血管疾病危險因子管理	1
動脈粥狀硬化心血管疾病血脂管理及病人衛教之技巧	1
血脂異常藥物治療策略與實務指引	1

附件二、全民健康保險高血脂醫療給付改善方案申請表

院所申請類別: ☐新增 ☐變更(變更者另檢附變更事項前後對照表)

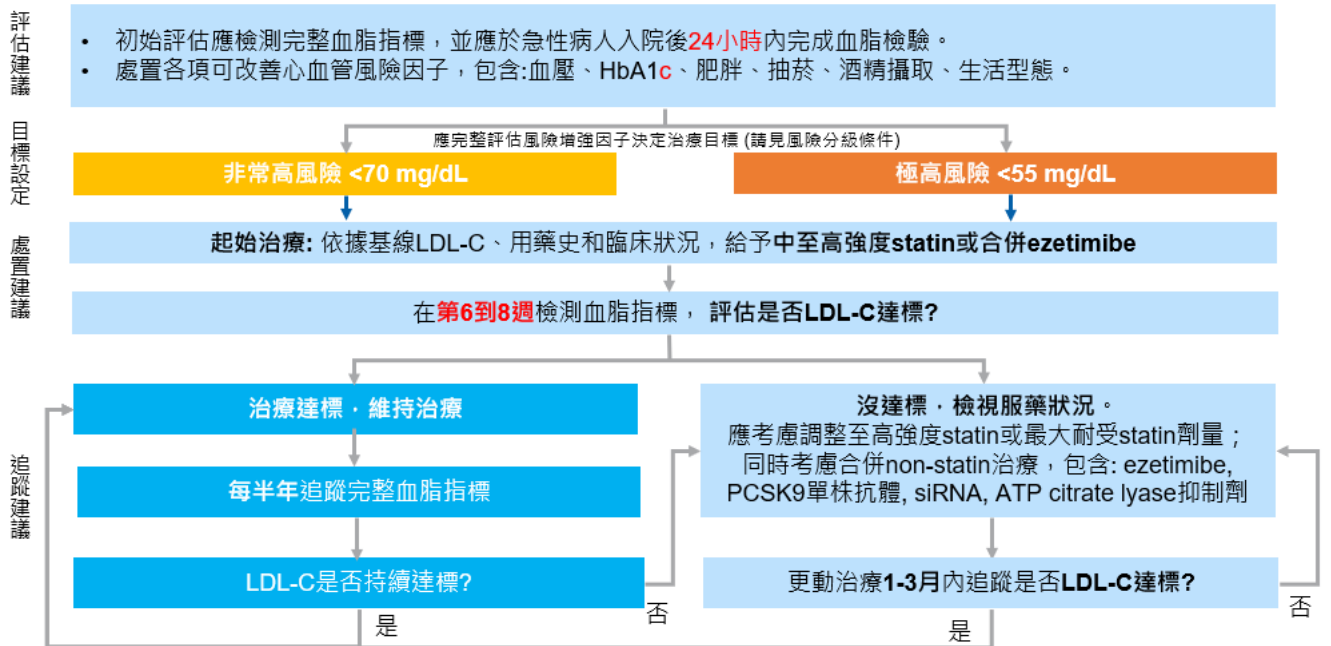
基本資料	醫事機構名稱		醫事機構代號		
	醫事機構負責人				
	計畫聯絡人姓名		計畫聯絡人電話		
	計畫聯絡人 e-mail				
照護團隊名單					
	姓名	身分證字號	職稱	專科別	教育訓練課程資料
					☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他
					☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他
					☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他
					☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他
					☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他
保險醫事服務機構	機構章戳			保險人審核意見欄	1 ☐ 審核通過 2 ☐ 不符合規定 3 ☐ 資料不全，請補齊 4 ☐ 其他 日期章戳：
註： 1、參與照護團隊超過本表欄位時，可自行插入列。 2、參與醫院將申請表送至各分區業務窗口進行後續資料審查前，請務必確認表內所填之所有基本資料正確及完整。					

附件三、ASCVD 風險分級表

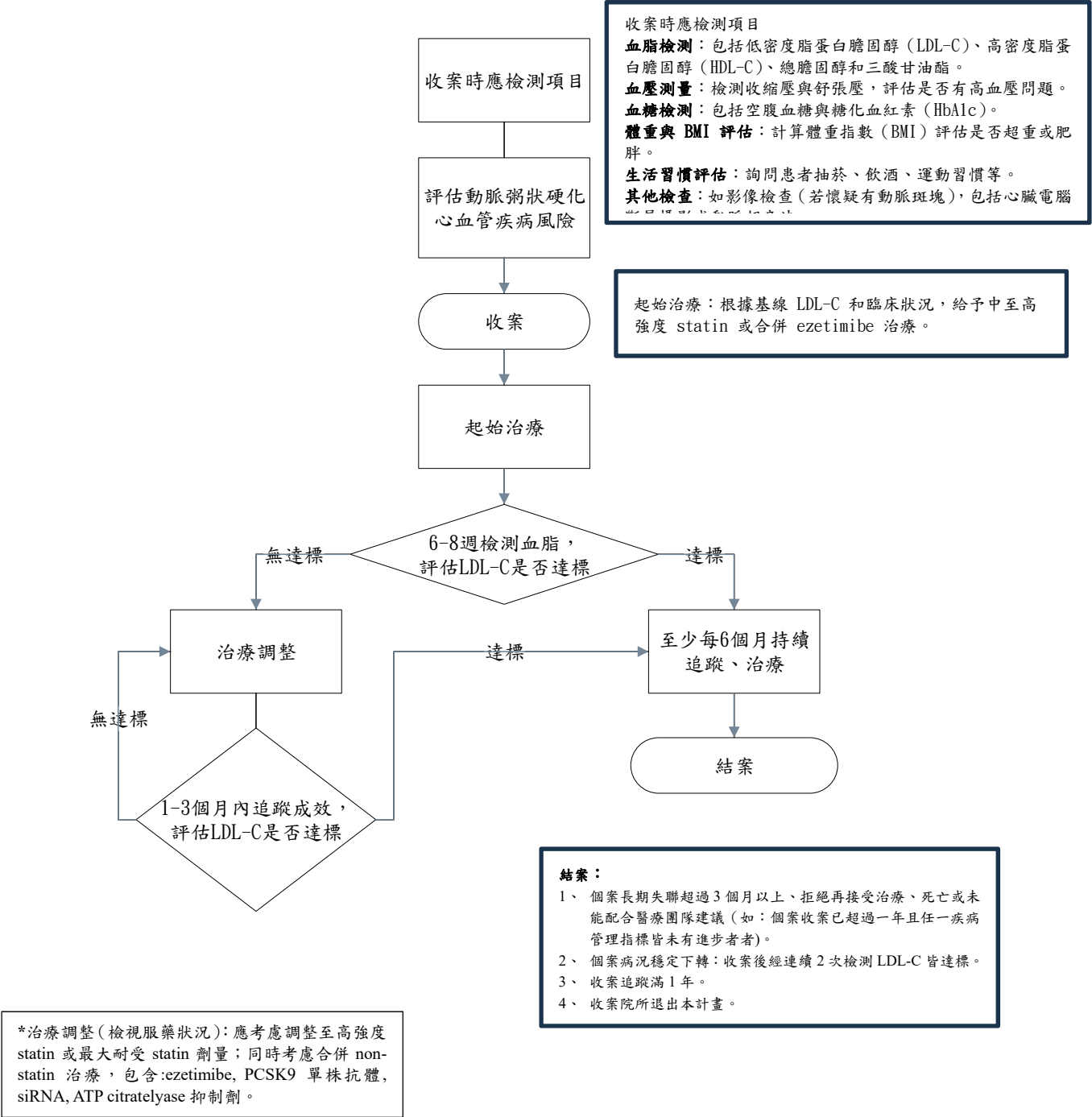
低	中	高	非常高	極高
● 心血管風險因子： (低：一項；中：≥兩項) 1) 高血壓 2) 年齡 (男≥45歲；女≥55歲) 3) 早發性冠心病家族史 (男≤55歲；女≤65歲) 4) HDL-C (男<40 mg/dL；女<50 mg/dL) 5) 抽菸 6) 代謝性症候群 (符合以下至少三項) - 腹部肥胖 (男≥90cm；女≥80cm) - 血壓偏高(≥130/85 mmHg或使用高血壓藥物) - 空腹血糖偏高 (≥100mg/dL或使用糖尿病藥物) - 空腹TG偏高 (≥150mg/dL或使用治療TG血脂藥物) - HDL-C偏低(男<40mg/dL；女<50mg/dL)		● 糖尿病 ● 慢性腎臟病 (進入透析治療前的慢性腎臟病，包括UACR ≥ 30 mg/g or eGFR < 60 mL/min/1.73 m² 至少持續3個月) ● LDL-C ≥190 mg/dL ● 冠狀動脈鈣化分數(CAC) ≥ 400	● 經臨床檢查確診為動脈硬化心血管疾病，包含： 1) 急性冠心症病史 2) 接受血管再通術 (心導管介入治療或外科冠狀動脈繞道手術) 3) 缺血性中風/短暫性腦缺血發作合併動脈硬化相關疾病或病史 4) 周邊動脈疾病 (曾接受血管再通術、有肢體缺血相關症狀或截肢) ● 經影像檢查確認有顯著斑塊負擔，定義為≥50%直徑狹窄率，包含： 1) 冠狀動脈血管攝影 2) 冠狀動脈或周邊血管電腦斷層攝影 3) 頸動脈或周邊血管超音波	● 冠狀動脈疾病合併下列任一臨床狀況： 1) 一年內曾經歷心肌梗塞 2) ≥兩次心肌梗塞病史 3) 多支冠狀動脈阻塞 4) 急性冠心症合併糖尿病 5) 周邊動脈疾病或頸動脈狹窄 ● 周邊動脈疾病合併有 1) 冠狀動脈疾病 或 2) 頸動脈狹窄

附件四、血脂臨床管理路徑

血脂管理路徑-次級預防



附件五、個案管理流程表



附件六、全民健康保險高血脂醫療給付改善方案個案登錄系統（VPN）必要欄位表

一、新收案必須登錄欄位

(一) 收案日期(YYY/MM/DD)

(二) 收案院所：醫事機構代號、醫師 ID

(三) 個案基本資料：個案身分證號、姓名、性別、出生日期

(四) 醫療病史(附件 7)(請勾選)：

1、經臨床檢查確診為動脈硬化心血管疾病，包含：

(1) 急性冠心症或相關病史

(2) 接受冠狀動脈血管再通術（心導管介入治療或外科冠狀動脈繞道手術）

(3) 缺血性中風/短暫性腦缺血發作合併動脈硬化相關疾病或病史，勾選以下伴隨情況(目標 LDL-C<70)：

A. 顱內或頸部動脈狹窄。

B. 主動脈弓明顯動脈粥狀硬化(斑塊厚度 $\geq 4\text{mm}$)。

C. 冠狀動脈疾病病史。

(4) 周邊動脈疾病(曾接受血管再通術、有肢體缺血相關症狀或截肢)

2、經影像檢查確認有顯著斑塊負擔，定義為 $\geq 50\%$ 直徑狹窄，包含：

(1) 冠狀動脈血管攝影

(2) 冠狀動脈或周邊血管電腦斷層攝影

(3) 頸動脈或周邊血管超音波

3、冠狀動脈疾病合併下列任一臨床狀況：

(1) 一年內曾經歷心肌梗塞

(2) $\geq$ 兩次心肌梗塞病史

(3) 多支冠狀動脈阻塞

(4) 急性冠心症合併糖尿病

(5) 周邊動脈疾病或頸動脈狹窄

4、周邊動脈疾病合併有

- (1) 冠狀動脈疾病 或
- (2) 頸動脈狹窄

(五) 檢查數據：

1、基本檢查數據：

- (1) 檢查日期
- (2) 身高(cm)、體重(kg)、腰圍(cm)、身體質量指數 BMI (kg/m²)
- (3) 血壓：收縮壓(mmHg)、舒張壓(mmHg)

2、血液檢驗：

- (1) 檢驗日期
- (2) 09005C 空腹血漿葡萄糖或微血管血糖 Fasting plasma glucose or capillary blood sugar
- (3) 09006C 糖化血紅素 HbA1C(符合糖化白蛋白檢驗適應症個案，得以 09139C(糖化白蛋白)替代)
- (4) 空腹血脂 Fasting lipid profile (09001C 總膽固醇 cholesterol, total、09004C 三酸甘油脂 triglyceride(TG)、09043C 高密度脂蛋白膽固醇 HDL cholesterol、09044C 低密度脂蛋白膽固醇 LDL cholesterol)

(六) 目標值

低密度脂蛋白膽固醇：個人目標值____mg/dL (依照血脂管理路徑)

〈由系統自動帶入〉

二、新收案選填登錄欄位：生活型態評估量表各領域總分(附件 8)

三、追蹤管理必須登錄欄位

(1) 基本檢查數據：

- 1、追蹤管理日期
- 2、身高(cm)、體重(kg)、腰圍(cm)、身體質量指數 BMI (kg/m²)
- 3、血壓：收縮壓(mmHg)、舒張壓(mmHg)

(2) 血液檢驗：

- 1、檢驗日期
- 2、09005C 空腹血漿葡萄糖或微血管血糖 Fasting plasma glucose or capillary blood sugar
- 3、09006C 糖化血紅素 HbA1c(符合糖化白蛋白檢驗適應症個案，得以 09139C(糖化白蛋白)替代)
- 4、空腹血脂 Fasting lipid profile(09001C 總膽固醇 cholesterol, total、09004C 三酸甘油脂 triglyceride(TG)、09043C 高密度脂蛋白膽固醇 HDL cholesterol、09044C 低密度脂蛋白膽固醇 LDL cholesterol)

四、結案必須登錄欄位

(一)結案日期

(二)結案原因(請勾選)：

- 1、 個案病況穩定下轉：收案後經連續 2 次檢測 LDL-C 皆達標。
- 2、 個案長期失聯超過 3 個月以上
- 3、 拒絕再接受治療
- 4、 死亡
- 5、 未能配合醫療團隊建議（如：個案收案已超過一年且任一疾病管理指標皆未有進步者者）。
- 6、 收案院所退出本計畫。
- 7、 接受轉診院所保險醫事服務機構代號。
- 8、 收案追蹤滿 2 年。

附件七、動脈粥狀硬化心血管疾病(ASCVD)疾病診斷碼 ICD-10-CM

缺血性腦中風及短暫性腦缺血 Stroke and TIA(transient ischemic attack)	
	Ischemic stroke
I63.0	Cerebral infarction due to thrombosis of precerebral arteries
I63.1	Cerebral infarction due to embolism of precerebral arteries
I63.2	Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of precerebral arteries
I63.3	Cerebral infarction due to thrombosis of cerebral arteries
I63.4	Cerebral infarction due to embolism of cerebral arteries
I63.5	Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of cerebral arteries
I63.8	Other cerebral infarction
I63.9	Cerebral infarction, unspecified
	TIA
G45.8	Other TIA and related syndromes
G45.9	TIA, unspecified

慢性缺血性心臟病 (ischaemic heart disease, IHD)	
I20.8	Other forms of angina pectoris
I20.9	Angina pectoris, unspecified
I25.1	Atherosclerotic heart disease of native coronary artery
I25.4	Coronary artery aneurysm and dissection
I25.5	Ischemic cardiomyopathy
I25.6	Silent myocardial ischemia
I25.7	Atherosclerosis of coronary artery bypass graft(s) and coronary artery of transplanted heart with angina pectoris
I25.8	Other forms of chronic ischemic heart disease
I25.9	Chronic ischemic heart disease, unspecified

急性冠心症及不穩定性狹心症 ACS (MI, Unstable angina)	
	MI
I21.0	STEMI of anterior wall

I21.1	STEMI of inferior wall
I21.2	STEMI of other site
I21.3	STEMI of unspecified site
I21.4	NSTEMI
I22.0	Subsequent STEMI of anterior wall
I22.1	Subsequent STEMI of inferior wall
I22.2	Subsequent NSTEMI
I22.8	Subsequent STEMI of other site
I22.9	Subsequent STEMI of unspecified site
I23.0	Hemopericardium (complication of MI within 28 days)
I23.1	Atrial septal defect (complication of MI within 28 days)
I23.2	Ventricular septal defect (complication of MI within 28 days)
I23.3	Rupture cardiac wall (complication of MI within 28 days)
I23.4	Chordae tendineae rupture (complication of MI within 28 days)
I23.5	Papillary muscle rupture (complication of MI within 28 days)
I23.6	Thrombosis of atrium, ventricle (complication of MI within 28 days)
I23.7	Postinfarction angina (complication of MI within 28 days)
I23.8	Other complications (complication of MI within 28 days)
I25.2	Old myocardial infarction
	Unstable angina
I20.0	Unstable angina
I20.1	Angina pectoris with documented spasm
I24.0	Acute coronary thrombosis not resulting in AMI
I24.8	Other forms of acute IHD
I24.9	Acute IHD, unspecified

周邊動脈疾病 (Peripheral artery disease, PAD)	
I70.0	Atherosclerosis of aorta
I70.1	Atherosclerosis of renal artery
I70.2	Atherosclerosis of native arteries of the extremities
I70.3	Atherosclerosis of unspecified bypass of extremities
I70.4	Atherosclerosis of autologous vein bypass of extremities
I70.5	Atherosclerosis of nonautologous biological bypass graft(s) of the extremities

周邊動脈疾病 (Peripheral artery disease, PAD)	
I70.6	Atherosclerosis of nonbiological bypass of extremities
I70.7	Atherosclerosis of other bypass of extremities
I70.8	Atherosclerosis of other arteries
I70.9	Other and unspecified atherosclerosis
I74.2	Embolism and thrombosis of arteries of upper extremities
I74.3	Embolism and thrombosis of arteries of lower extremities
I74.4	Embolism and thrombosis of arteries of extremities, unspecified
I73.9	Peripheral vascular disease, unspecified
I75.0	Atheroembolism of extremities
I75.8	Atheroembolism of other sites
I65.0	Occlusion and stenosis of vertebral artery
I65.1	Occlusion and stenosis of basilar artery
I65.2	Occlusion and stenosis of carotid artery
I65.8	Occlusion and stenosis of other precerebral arteries
I65.9	Occlusion and stenosis of unspecified precerebral artery
I66.0	Occlusion and stenosis of middle cerebral artery
I66.1	Occlusion and stenosis of anterior cerebral artery
I66.2	Occlusion and stenosis of posterior cerebral artery
I66.3	Occlusion and stenosis of cerebellar arteries
I66.8	Occlusion and stenosis of other cerebral arteries
I66.9	Occlusion and stenosis of unspecified cerebral artery
I67.2	Cerebral atherosclerosis

附件八、生活型態評估量表

編號	請想一想過去七天，並回答以下問題，你是否：
1	我感覺生活有目標。(是：2分；否：0分)
2	日常飲食我會避免油炸的食物，多以清蒸、水煮、涼拌等烹調方式為主。 (是：1分；否：0分)
3	我有進行了兩次以上(含兩次)的靈性、宗教或民俗信仰活動(例如冥想、靜坐、祈禱、拜拜、參加宗教活動、祭拜家中神明或祖先等。) (是：2分；否：0分)
4	我大部分時間都覺得能夠處理生活的各種壓力？(是：2分；否：0分)
5	我有參加團體聚會或活動(例如運動、社區、社團、學校團體等)?(是：2分；否：0分)
6	我有抽菸、使用電子煙或其他菸品？(是：0分；否：5分)
7	我有和家人或朋友相聚或聊天三次以上？ (是：2分；否：0分)
8	大部分時間，我睡醒後覺得精神很好，有休息夠了？(是：2分；否：0分)
9	我總共花了兩小時以上的時間待在大自然中（例如：城市內外開放空間：公園、森林、海邊等）？ (是：2分；否：0分)
10	大部分時間，我覺得有足夠的時間照顧自己？(是：1分；否：0分)
11	我有嚼檳榔？(是：0分；否：1分)
12	我的飲食大多以原型食物（如新鮮蔬果、全穀、未加工肉類）為主。 (是：1分；否：0分)
	請想一想過去七天，並提供您關於以下問題最好的估計值
13	我總共進行了幾天的肌力訓練？(例如伏地挺身、深蹲、引體向上等) 0、1、2、3、4、5、6、7天(0、1、2分)
14	我總共喝了幾杯含糖飲料？(例如果汁、含糖咖啡或茶、汽水、運動飲料)。 少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10杯或更多(2、0分)

15	我一天中喝下含有酒精的飲料，最多共有幾單位？(1單位酒精=10公克純酒精)  1單位酒精 = 10公克純酒精 酒品容量 (ml) x 酒精濃度 (%) x 0.785 (酒精密度) = 每瓶酒精含量 (公克)  = 150ml 1單位 ml/天  啤酒 5% 254ml  含酒精提神飲料 10% 127ml  紅酒 12% 106ml  米酒 19.5% 65ml  烈酒 40% 31ml  高粱酒 58% 21ml  臺灣生活型態醫學會 製作 參考資料：衛生福利部心理健康司 Taiwan Association of Lifestyle Medicine
	(女3以下、男4以下，2分、0分) 少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10單位或更多
16	以有喝酒精飲料的那幾天來算，我每天平均喝幾單位？(如果過去七天都沒有喝酒精飲料，請選「少於1」) (女1以下、男2以下，2分、0分) 少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10單位或更多
17	我每晚大約睡幾個小時？ 少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10小時或更多(0、3、5分)
18	我每天大約吃幾份水果？(1份是1拳頭大小或一碗8分滿) 水果一份 約一個拳頭大小，或切塊水果約一碗8分滿    臺灣生活型態醫學會 製作 Taiwan Association of Lifestyle Medicine
	少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10份或更多(0、1、2分)
19	我每天坐著的總時間大約有幾小時？ 少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10小時或更多(3、1、0分)
20	每天平均食用包裝零食(例如薯片、餅乾、糖果、蛋白營養棒)

	等)的包數。
	少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10包或更多(2、0分)
21	每天平均食用蔬菜的份數(1份為可食重約100公克。) 蔬菜一份 約100公克，或半碗至8分滿的煮熟蔬菜  
	少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10份或更多(0、1、2分)
22	我累積的有氧運動時間，總共有幾分鐘？（例如快走、慢跑等） 小於30、30、45、60、90、120、150、180、210、240、270、300、大於300分鐘(0、1、2、3、4、5分)

各領域總分計算(每個領域最高10分)

正向社會連結：第1、3、5、7、9題的分數總合_____

身體活動：第13、19、22題的分數總合_____

避免危害物質：第6、11、15、16題的分數總合_____

睡眠與壓力管理：第4、8、10、17題的分數總合_____

營養：第2、12、14、18、20、21題的分數總合_____

整體生活型態分數：_____ (最高 50 分)

整體生活型態分數解釋

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

表：114 年度全民健康保險高血脂醫療給付改善方案預算推估表

給付項目及支付標準	
推估件數	106 年至 112 年期間 ASCVD 住院的新發個案共 687,213 人，平均每年新增 9.8 萬人，目前未被任一計畫收案且非家醫應照護族群約占 ASCVD 族群之 57.6%，假設收案率 60%=33,869(人)。 【98,000(人)*57.6%*60%】
新收案照護費	16.93 百萬點 【500(點)*33,869(人)】
年度收案照護費	67.74 百萬點 【2,000(點)*33,869(人)】
成功轉介費	20.32 百萬點 【1,000(點)*2*33,869(人)*30%】 依據 ASCVD 防治網工作小組分析健保資料結果，ASCVD 病人出院後經治療(0-12 個月)，LDL-C<70 mg/dL 之比率約 34.1%，假定接受治療後約 30%收案對象 LDL-C 達目標值，病況達穩定可下轉；70%收案對象 LDL-C 未達標。
小計	104.99 百萬點
獎勵項目	
推估件數	假設收案醫院共 200 家，收案人數共 33,869 人，推估每家院所收案人數為 170 人。
排序總和≤15 百分位之醫院	5.10 百萬點 【1,000(點)*170(達標個案數)*30(家達標醫院)】
排序總和>15 百分位且≤30 百分位之醫院	2.55 百萬點 【500(點)*170(達標個案數)*30(達標醫院)】
小計	7.65 百萬點
總計	112.64 百萬點

伍、討論事項

討論事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：新增「全民健康保險週日及國定假日輕急症中心(UCC)試辦計畫」案。

(資料後補)

討論事項

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」案。

說明：

一、本計畫 113 年 7 月 21 日施行，復於 114 年 2 月 3 日修訂，為增加臨床醫師對於抗生素之選擇性、適時提供降階或升階治療及避免過度使用後線廣效性抗生素，及合理反映參與本計畫之人力成本，修訂內容摘要如下（計畫草案如附件，頁次討 2-3～2-42）：

- (一)每日醫療費:新增於目標天數內使用「輸液器 1 日型」支付標準，支付點數參考「全民健康保險門診靜脈抗生素治療獎勵方案」之門診靜脈抗生素治療處置費(1,031 點)及本次新增「每天注射 1 次並使用輸液器 1 日型」(2,133 點)之差額，較未使用輸液器增加 1,102 點。
- (二)每日醫療費、每日護理費、醫事人員訪視費(居家藥事照護費、呼吸治療師訪視費):新增當日訪視僅提供一位機構住民在宅急症照護服務，且同時段未提供居家照護、安寧居家療護、西醫門診巡診服務，得以在宅支付點數申報之規範。

二、財務影響:

以本計畫 114 年 2 至 6 月收案人次、平均每月成長率 7.58%、機構住民占 30%推估，114 年 10 至 12 月收案人數約 1,879 人次，其中機構住民約 564 人次。

- (一)新增使用輸液器:以收案人數其中 50%改用輸液器 1 日型治療並以肺炎照護天數 8 天推估，需 8.29 百萬點 $(940*1,102*8)$ 。
- (二)機構住民訪視改以在宅支付點數:以 30%機構住民申報在宅支付點數肺炎適應症及照護 8 天估算，約增加 1.88 百萬點。

1.每日醫療費: 1.26 百萬點 $(3,734-2,800)*8*564*0.3$ 。

2.每日護理費:48 萬點 $(1,755-1,404)*8*564*0.3$ 。

3.醫事人員訪視費:14 萬點 $((1,100+1,050*3)-(880+840*3))*564*0.3$ 。

(三)綜上，114 年財務影響約 10.17 百萬點，由 114 年其他部門之「居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務」項目下支應，亦於 115 年總額爭取預算支應。

決定：

全民健康保險在宅急症照護試辦計畫

113 年 5 月 24 日健保醫字第 1130110065 號公告訂定

114 年 2 月 3 日健保醫字第 1140101924 號公告修訂

一、依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的

- (一) 提供急症病人適當的居家醫療照護,提供住院的替代服務,避免因急性問題住院,促使醫療資源有效應用。
- (二) 減少照護機構住民因急性問題往返醫院,提供適切的急性照護。
- (三) 強化各級醫療院所垂直性轉銜的合作,提升照護品質。

三、預算來源

本計畫所列給付項目及支付標準(詳附件 1)、床側檢驗(查)加成費用、回饋獎勵金,由其他預算之「居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務」項目下支應。

四、醫療服務提供者資格

(一)申請條件：

- 1. 參與「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」(以下稱居整計畫)之特約醫事服務機構。
- 2. 參與「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第五部第一章居家照護(以下稱居家照護)及第三章安寧居家療護(以下稱居家安寧)之特約醫事服務機構。
- 3. 依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(下稱特管辦法)第 21 條規定,報經全民健康保險保險人(以下稱保險人)同意至照護機構提供一般西醫門診服務並參與衛生福利部「減少住宿型機構住民至醫療機構就醫方案」之特約醫事服務機構。

(二)本計畫由本保險特約醫事服務機構之醫事人員組成在宅急症共同照護小組(以下稱照護小組)提供醫療服務,其中訪視人員資格如下：

- 1. 各類訪視人員(醫師、護理人員、藥事人員、呼吸治療師)以本保險特約醫事服務機構之專任人員為限,醫師須具專科醫師資格。

2. 各類訪視人員首次參加本計畫應接受保險人認可之教育訓練四小時並取得證明(詳附件 2)，始得參與本計畫。
3. 下列訪視人員應於參與本計畫起 1 年內完成下列專業訓練，並由主責特約醫事服務機構檢送證明文件予保險人分區業務組備查：
 - (1) 護理人員：照護小組內至少有一名護理人員需接受長期照顧專業訓練(Level II(含)以上)；每十名護理人員應至少一名須接受長期照顧專業訓練(Level II(含)以上)。
 - (2) 藥事人員：經中華民國藥師公會全國聯合會培訓，取得居家藥事照護資格證書。
 - (3) 呼吸治療師：收案對象為呼吸器依賴個案者，其呼吸治療師應接受中華民國呼吸治療師公會全國聯合會培訓，取得居家呼吸照護資格證書。
4. 照護小組得視需求加入醫事檢驗師、醫事放射師、營養師或其他醫事人員；是類人員得免接受本計畫所訂之教育訓練。

(三)本計畫照護小組應符合下列條件：

1. 與後送醫院建立綠色通道，確保病人後送病房需求，並建立各類醫事人員及後送醫院之聯繫窗口，以利連結服務。
2. 應提供各收案院所之聯繫窗口及個案所需之 24 小時電話諮詢專線。
3. 應提供個案健康管理，且有個案管理人員負責協調、溝通及安排相關事宜；個案管理人員可由醫師、護理人員、呼吸治療師或藥事人員擔任。
4. 應提供本計畫所需藥品調劑及送藥服務，並配置適當藥事人員或與特約藥局合作，負責調劑相關業務。

(四)參與本計畫之特約醫事服務機構及醫事人員於參與計畫日前二年內，不得有特管辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)。前述符合申請條件之認定，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。

- (五)特約醫事服務機構所屬醫師至病人住家或照護機構提供醫療服務，得視為符合醫師法第八條之二所稱應邀出診，不需經事先報准執業所在地主管機關；其他醫事人員應依醫事相關法規報經當地衛生主管機關核准及保險人備查。

五、計畫申請程序

- (一)符合前述各項資格之照護小組，由主責特約醫事服務機構向保險人分區業務組提出參與計畫申請書(附件3，須檢附訪視人員教育訓練證明、具體後送機制、當年預計執行案件量、護理人力配置、「減少住宿型機構住民至醫療機構就醫方案」合約書、照護機構同意與醫療院所共同參與本計畫之證明文件等)及通訊診療計畫(附錄1)，經保險人分區業務組審核同意並副知所在地衛生主管機關(含照護機構資訊及同意照護小組執行通訊診療)後，始可參與本計畫；異動時亦同。醫院及診所僅限參與一個照護小組。
- (二)因經費有限，保險人分區業務組得審酌照護小組執行能力等情形，擇優限定照護小組辦理本計畫。
- (三)參與計畫之照護小組應每年提送預計執行之案件量予保險人分區業務組，該分區業務組得視經費使用情形，適當限制照護小組執行案件量，以達經費管控目的。

六、收案對象及收案程序

- (一)收案對象：經主治醫師評估主診斷為肺炎(ICD-10-CM：J12-J18、J20-J22、J69.0)、尿路感染(ICD-10-CM：N10、N34、N30.0、N30.3、N30.8、N30.9、N39.0)、軟組織感染(ICD-10-CM：L03.0、L03.1、L03.2、L03.3、L03.8、L03.9)，應住院治療但適合在宅接受照護者(收案適應症詳附件4)，且須符合下列條件之一：
- 1.居整計畫、「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫」居家照護階段、「全民健康保險急性後期整合照護計畫」居家模式且失能(巴氏量表小於60分)、居家照護及居家安寧之收案個案(下稱居家個案)。
 - 2.參與衛生福利部「減少住宿型機構住民至醫療機構就醫方案」且依特管辦法第21條規定，報經保險人同意至照護機構提供一般西醫門診服務之機構住民。

3. 急診個案：限失能(巴氏量表小於 60 分)或因疾病特性致外出就醫不便者。
- (二) 收案院所限醫院及診所，收案期間主治醫師如有特殊原因，經報保險人分區業務組核定後，得更換主治醫師。
- (三) 各照護對象由下列照護小組提供服務：
1. 居家個案：由參與居整計畫、居家照護或居家安寧之特約醫事服務機構組成照護小組提供服務。
 2. 照護機構住民：
 - (1) 由已參與衛生福利部「減少住宿型機構住民至醫療機構就醫方案」且經保險人同意至該照護機構提供一般西醫門診服務之特約醫事服務機構提供服務，並得與參與居整計畫之居家護理機構組成照護小組提供醫療服務。
 - (2) 如該照護機構住民同時為居家個案時，以參與衛生福利部「減少住宿型機構住民至醫療機構就醫方案」之特約醫事服務機構優先提供服務。
 3. 急診個案：
 - (1) 由參與居整計畫之特約醫事服務機構組成照護小組提供本計畫服務。
 - (2) 居家個案由原照護團隊提供服務，原團隊未參與本計畫或個案未被收案者，由參與居整計畫之特約醫事服務機構組成照護小組提供服務。
- (四) 收案程序：病人經主治醫師評估符合收案條件者，經完整說明後開立收案申請書(附件 5)且於收案後 24 小時內由健保資訊網服務系統(以下稱 VPN)送保險人備查，並請病人簽署同意書(附件 6)；保險人得視情況實地評估病人之醫療需求。
- (五) 同一病人於相同照護期間，其他特約醫事服務機構不得再申請收案。
- (六) 居家個案於本計畫照護期間，原居家醫療照護服務參加計畫不需結案，並於本計畫結束後回歸原居家醫療照護服務計畫之特約醫事服務機構或護理機構持續照護。
- (七) 主治醫師於相同時段內，收案以 20 人為上限。

七、照護內容

主治醫師應整體評估病人之醫療需求，開立在宅急症照護醫囑，並得視醫療需要於病歷註明理由，連結其他醫事人員提供醫療服務。照護內容如下(建議診療項目詳附件 7)：

(一) 醫師

1. 提供在宅急症照護及一般西醫門診診療服務。
2. 按病人病情開立藥品處方，照護期間病人原慢性病藥物服用完畢時，應開立本計畫照護期間所需之慢性病用藥。
3. 醫師開立藥品處方時，應透過健保醫療資訊雲端查詢系統，即時查詢病人近期之用藥資訊，避免重複處方，以提升病人用藥安全及品質。
4. 醫師應於收案 3 天內及結案當天各完成 1 次實地訪視；醫師未執行實地訪視時，仍應每日以遠距診療方式追蹤病人病情，詳細記載於病歷及 VPN 登打訪視紀錄，註明遠距診療方式供保險人備查。
5. 醫師得依通訊診察治療辦法第十八條第三項規定，經保險人分區業務組核定其通訊診療計畫並報當地衛生主管機關備查後，進行遠距診療及會診。
6. 醫師依通訊診察治療辦法執行遠距診療時，以視訊診療方式為主；山地離島地區或看診時因網路傳輸問題致無法以視訊方式進行診療者，得以電話方式執行並錄音留存。

(二) 護理人員：護理人員於照護期間內應每天實地訪視；提供在宅急症照護及居家護理照護、案家自我照護指導及衛教等。

(三) 呼吸治療師訪視：經主治醫師判斷有明確呼吸照護需求者，由呼吸治療師提供在宅急症呼吸照護及案家自我照護指導。

(四) 藥事人員訪視：經主治醫師判斷有明確藥事照護需求者，由藥事人員提供在宅急症藥事照護。

(五) 藥品處方調劑服務：病人照護期間所需藥品，應由處方之特約醫事服務機構或同照護小組之特約藥局調劑為原則，如有特殊情形，經病人或其家屬同意後，由護理人員或其他醫事人員代為領藥。

(六) 檢驗(查)服務：依病人需求提供適當檢驗(查)服務，並得提供床側檢驗(查)服務。

(七) 個案健康管理：監測生命徵象、穩定健康狀態，並得使用遠端生命徵象

相關監控設備；協助病人連結醫療及長期照顧服務資源。

- (八) 24 小時電話諮詢及緊急訪視服務：於病人發生緊急狀況時，提供病人及其家屬 24 小時醫療專業諮詢服務，必要時由醫師及護理人員進行緊急訪視，或啟動緊急醫療後送程序。
- (九) 每次實地訪視應詳實製作病歷或紀錄，且須記錄每次實地訪視時間(自到達案家起算，至離開案家為止)。
- (十) 照護小組評估個案有長期照顧服務需求時，應協助轉介各縣市長期照顧管理中心(下稱照管中心)。轉介方式依衛生福利部「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫之收案對象銜接長照服務資源注意事項」辦理([參考本署全球資訊網: 首頁/健保服務/健保醫療計畫/全民健康保險在宅急症照護試辦計畫/全民健康保險在宅急症照護試辦計畫/收案對象銜接長照服務資源注意事項](#))；並應確認收案對象是否為長期照顧服務個案後，通知各縣市照管中心評估調整照顧計畫。

八、給付項目及支付標準

- (一) 每日醫療費、每日護理費、醫事人員訪視費、管理指導費、緊急訪視費及其他費用，依附件 1 給付項目及支付標準支付。
- (二) 呼吸器依賴病人之呼吸器使用及安寧療護個案安寧緩和相關費用，應回歸原計畫申報。
- (三) 使用床側檢驗(查)者，其檢驗(查)依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」所列項目支付點數加計百分之二十支付(加成項目詳附件 1)。

九、回饋獎勵金

- (一) 每位完成治療結案之在宅急症照護個案，以該疾病照護目標天數內之每日醫療費及每日護理費加總，作為「每件基本點數」；並以實際照護天數內之每日醫療費、每日護理費及緊急訪視費加總，作為「實際申報點數」。計算方式如下：
 - 1. 每件基本點數： $(\text{每日醫療費} + \text{每日護理費}) \times \text{疾病目標照護天數}$ 。
 - 2. 實際申報點數： $(\text{每日醫療費} + \text{每日護理費}) \times \text{實際照護天數} + \text{緊急訪視費}$ 。
- (二) 當「每件基本點數」高於「實際申報點數」時，以下列計算方式支付回饋獎勵點數： $(\text{每件基本點數} - \text{實際申報點數}) \times 80\%$ 。

(三) 以下情形不予支付回饋獎勵金：

1. 完成治療結案後 14 日內轉急診或轉住院者。
2. 照護對象來源為急診個案。
3. 經專業審查不符本計畫收案適應症或收案條件者。

十、醫療費用申報、審查及點值結算

- (一) 醫療費用之申報、暫付、審查及核付，除本計畫另有規定外，悉依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」辦理。
- (二) 為確保醫療服務合理性，保險人分區業務組對於收案人數高於同儕之特約醫事服務機構，必要時得啟動專案審查。
- (三) 本計畫收案經審核不符收案適應症或收案條件者，保險人不予支付費用。
- (四) 本計畫照護小組應擇定以下列任一方式申報醫療費用：

1. 由收案院所統一執行本計畫之醫療費用申報。
2. 本計畫給付項目及支付標準所稱「每日護理費」及「護理人員緊急訪視費」由設有居家護理服務項目之護理機構或居家呼吸照護所(以下稱居家護理服務院所)申報(限由一家居家護理服務院所申報)，其餘醫療費用統一由收案院所申報。居家護理服務院所提供呼吸治療師訪視服務者，得一併申報呼吸治療師訪視費。

(五) 健保卡登錄

1. 照護小組實地訪視時，應查驗病人之健保卡〔含虛擬(行動)健保卡〕及身分證明文件，照護第 1 天及結案當天須自備讀卡設備於健保卡登錄就醫紀錄，24 小時內上傳予保險人備查；照護第 2 天起不須以讀卡設備過卡，惟仍須每日至 VPN 登錄訪視紀錄(附件 8)供保險人備查。
2. 過卡流程如下：
 - (1) 由收案院所統一執行醫療費用申報者：照護第 1 天及結案當天均由收案院所過卡〔含虛擬(行動)健保卡〕；醫師採視訊診療者，應使用虛擬(行動)健保卡過卡。
 - (2) 由收案院所及居家護理服務院所分別申報者：照護第 1 天及結案當天由收案院所及居家護理服務院所分別過卡〔含虛擬(行動)健保卡〕；醫師採視訊診療者，應使用虛擬(行動)健保卡過卡。

(3) 過卡之就醫類別第 1 天填報「01 西醫門診」，結案當天填報「AH 居家照護」(不累計就醫序號)。

(4) 醫師採視訊診療，如病人未綁定、未使用或拒絕使用虛擬(行動)健保卡者，就醫序號請填列「NVIT」。

(六) 醫療費用申報：

1. 由收案院所或居家護理服務院所按月執行本計畫之醫療費用申報，並於門診醫療點數清單填報「案件分類：E1」及任一「特定治療項目代號：EN」。

2. 在宅急症照護相關費用，應於結案後按月申報(同一個案之醫療費用，應統整於一個月份申報)：

(1) 「就醫日期」及「治療結束日期」欄位分別填報該案件收案日期及結案(轉院)日期。「診治醫事人員代號」欄位，請填報第一次訪視人員身分證號(若同日訪視人員一人以上者，優先填報順序為醫師、護理人員、呼吸治療師、藥事人員)。

(2) 「轉診、處方調劑或特定檢查資源共享案件註記」及「轉診、處方調劑或特定檢查資源共享案件之服務機構代號」欄位分別填報「EN」及收案院所代號。

(3) 訪視人員各次訪視應逐筆填報醫令代碼、執行時間-起/迄、執行醫事人員代號及就醫科別。前述就醫科別，醫師請以該次訪視實際提供之診療最適科別填報，護理人員訪視請填「EA 居家護理」，呼吸治療師訪視請填「AC 胸腔內科」，藥師訪視免填。

(4) 申報緊急訪視費時，「醫令執行時間-起/迄」請填至時分，「醫令執行時間-起/迄」未依規定填報，該筆醫令不予支付。

(5) 本計畫除給付規定及支付標準所列項目，收案院所或居家護理服務院所於申報費用時，仍應填報各項醫令編號、名稱、數量、醫令執行時間及就醫科別等資訊，並於醫令類別填報「4：不計價」、點數填報 0，以利保險人估算實際醫療成本。

(6) 執行床側檢驗(查)服務時，該筆檢驗(查)醫令之醫令類別請填報「4：不計價」，點數請填 0；符合本計畫附件 1 所列加成項目者，得於「支付成數」填入「120」。

(7) 護理人員於例假日提供實地訪視者，該日每日護理費醫令之「支付成數」填入「120」；於天然災害停止上班期間提供實地訪視者，「支付成數」填入「150」；並以單筆醫令進行申報；同時符合例假日及天然災害停止上班期間提供實地訪視者，「支付成數」填入「150」。

(七) 如可歸責於特約醫事服務機構申報資料錯誤，導致點值核付錯誤時，特約醫事服務機構需自行負責。

(八) 特約醫事服務機構於山地離島地區提供服務並申報山地離島地區醫療費用：應於門診醫療服務點數清單之「特定地區醫療服務」欄位填寫「04」，並於「支援區域」填寫山地離島地區之地區代碼。

(九) 部分負擔計收規定

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居家照護規定，並以實際照護天數計算每日醫療費及每日護理費之百分之五計收。
2. 若屬全民健康保險法(以下稱健保法)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%。

(十) 點值結算方式

1. 本計畫所列給付項目及支付標準之醫療費用：由其他預算之「居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務」按季均分，採浮動點值計算，每點支付金額不高於 1 元；當季預算如有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。
2. 本計畫床側檢驗(查)加成費用及回饋獎勵金：由保險人於年度結束後計算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於 1 元。

十一、結案條件

個案符合下列任一條件者應予結案：

- (一) 死亡。
- (二) 遷居。

- (三) 拒絕訪視。
- (四) 完成治療或病情改善，無需繼續接受在宅急症照護。
- (五) 轉急診或住院。
- (六) 改由其他院所收案。

十二、觀察指標(列為次年度是否繼續辦理之參考)

(一) 結案後 3 天內轉急診率

分子：在宅急症照護完成治療結案後 3 天內急診之案件數。

分母：在宅急症照護完成治療結案之案件數。

(二) 結案後 14 天內轉急診率

分子：在宅急症照護完成治療結案後 14 天內急診之案件數。

分母：在宅急症照護完成治療結案之案件數。

(三) 結案後 3 天內轉住院率

分子：在宅急症照護完成治療結案後 3 天內住院之案件數。

分母：在宅急症照護完成治療結案之案件數。

(四) 結案後 14 天內轉住院率

分子：在宅急症照護完成治療結案後 14 天內住院之案件數。

分母：在宅急症照護完成治療結案之案件數。

(五) 緩解完治率

分子：完成治療結案數(排除結案後因同一疾病 3 天內轉住院及轉急診之案件)。

分母：在宅急症照護案數。

(六) 超出計畫目標天數案件比率

分子：超過該疾病目標照護天數之案件數。

分母：在宅急症照護完成治療結案之案件數。

十三、計畫管理機制

(一) 保險人負責本計畫之研訂與修正。

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

十四、退場機制

- (一) 參與本計畫之特約醫事服務機構，未依排定時間進行實地訪視且未事先通知病人、無故拒絕轉介單位轉介之病人、或參與本計畫有待改善事項，經保險人通知限期改善而未改善者，應自保險人通知終止執行本計畫日起退出本計畫。經保險人終止計畫參與資格者，一年內不得再申請參與本計畫。
- (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停約或終止特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事服務機構提供本計畫服務之成效，另予考量。
- (三) 特約醫事服務機構如經保險人分區業務組審查不符合參與資格或應終止參與資格，得於通知送達日起 30 日內，以書面向保險人分區業務組申請複核，但以一次為限。

十五、計畫修訂程序

- (一) 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，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。
- (二) 屬給付項目及支付標準之修正，依健保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告。

「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」給付項目及支付標準

通則：

- 一、本表限參與本計畫之收案院所或居家護理服務院所申報。
- 二、除本表給付規定及支付標準所列項目，收案院所於申報費用時，仍應填報各項醫令編號、名稱及數量等資訊，並於醫令類別填報「4：不計價」、點數填報 0。
- 三、各疾病目標照護天數及上限天數如下：
 - (一)肺炎：目標十天，上限十四天。
 - (二)尿路感染：目標七天，上限九天。
 - (三)軟組織感染：目標七天，上限九天。
- 四、特約醫事服務機構對同一病人於相同照護期間，僅可擇一最適疾病(主診斷)進行申報。不同適應症者，以照護天數較高之適應症計算之。
- 五、同一病人照護天數已達本計畫上限天數者，照護小組應予結案或回歸原居家醫療照護服務之特約醫事服務機構或護理機構照護。
- 六、同一病人結案後七天內由同一照護小組重新收案，或轉由其他照護小組持續本計畫照護者，視為同一件在宅急症照護案件，照護天數不得重新計算；超過上限天數者不予支付費用。
- 七、原居家個案或照護機構住民經同一醫師訪視後當日由本計畫收案，應申報本計畫每日醫療費，不得重複申報原計畫醫師訪視費或門診診察費。
- 八、照護小組至病人住家或照護機構評估在宅急症照護需求，如經評估病人不符合收案條件，其醫事人員訪視費或門診診察費應回歸原計畫申報。
- 九、同一病人於相同照護期間，依主治醫師評估病人實際需求後由呼吸治療師或藥事人員提供訪視。呼吸治療師訪視次數以三次為原則，惟呼吸器依賴病人不在此限；藥事人員訪視次數以 1 次為原則。
- 十、緊急訪視適應症：適用醫師及護理人員，且訪視時間為下午六時至隔日上午八時。
 - (一)適應症：
 1. 生命徵象不穩定。
 2. 呼吸喘急持續未改善。
 3. 譫妄或意識狀態不穩定。
 4. 急性疼痛發作。
 5. 發燒或突發性體溫不穩定。
 6. 急性腹瀉。
 7. 須立即處理之管路問題。
 8. 其他經醫師評估有立即前往需要者。
 - (二)除須立即處理之管路問題項外，其他項適應症須先由醫師就病人病情進行評估後，決定適當醫事人員至案家緊急訪視，緊急訪視相關醫囑應載於訪視紀錄。
 - (三)同一醫師及護理人員對同一病人之緊急訪視，每日各以一人次為限，超過不予支付。
- 十一、執行本計畫所列床側檢驗(查)加成項目(詳加成項目表)，得依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」表定點數加成計百分之二十。

支付標準表

編號	診療項目	支付點數
	每日醫療費(天)	
	肺炎(第一至十天)	
P8401C	1.在宅	3734
P8402C	2.機構	2800
<u>P8448C</u>	<u>3.在宅-使用輸液器 1日型</u>	<u>4836</u>
<u>P8449C</u>	<u>4.機構-使用輸液器 1日型</u>	<u>3902</u>
	山地離島地區每日醫療費(肺炎第一至十天)	
P8403C	1.在宅	4929
P8404C	2.機構	3697
<u>P8450C</u>	<u>3.在宅-使用輸液器 1日型</u>	<u>6031</u>
<u>P8451C</u>	<u>4.機構-使用輸液器 1日型</u>	<u>4799</u>
	肺炎(第十一至十四天)	
P8405C	1.在宅	2800
P8436C	2.機構	2100
	山地離島地區每日醫療費(肺炎第十一至十四天)	
P8437C	1.在宅	3697
P8438C	2.機構	2773
	尿路感染(第一至七天)	
P8406C	1.在宅	2733
P8407C	2.機構	2050
<u>P8452C</u>	<u>3.在宅-使用輸液器 1日型</u>	<u>3835</u>
<u>P8453C</u>	<u>4.機構-使用輸液器 1日型</u>	<u>3152</u>
	山地離島地區每日醫療費(尿路感染第一至七天)	
P8408C	1.在宅	3608
P8409C	2.機構	2706
<u>P8454C</u>	<u>3.在宅-使用輸液器 1日型</u>	<u>4710</u>
<u>P8455C</u>	<u>4.機構-使用輸液器 1日型</u>	<u>3808</u>
	尿路感染(第八至九天)	
P8410C	1.在宅	2050
P8439C	2.機構	1538
	山地離島地區每日醫療費(尿路感染第八至九天)	
P8440C	1.在宅	2706

編號	診療項目	支付點數
P8441C	2.機構	2030
	軟組織感染(第一至七天)	
P8411C	1.在宅	3105
P8412C	2.機構	2329
<u>P8456C</u>	<u>3.在宅-使用輸液器 1 日型</u>	<u>4207</u>
<u>P8457C</u>	<u>4.機構-使用輸液器 1 日型</u>	<u>3431</u>
	山地離島地區每日醫療費(軟組織感染第一至七天)	
P8413C	1.在宅	4099
P8414C	2.機構	3074
<u>P8458C</u>	<u>3.在宅-使用輸液器 1 日型</u>	<u>5201</u>
<u>P8459C</u>	<u>4.機構-使用輸液器 1 日型</u>	<u>4176</u>
	軟組織感染(第八至九天)	
P8415C	1.在宅	2329
P8442C	2.機構	1747
	山地離島地區每日醫療費(軟組織感染第八至九天)	
P8443C	1.在宅	3074
P8444C	2.機構	2306
	註： 1. 每日醫療費所訂點數含診察(含會診、通訊診療)、藥物、藥事服務、檢驗(查)、各項治療處置、特殊材料、個案管理、電子資料處理及行政作業成本等。 <u>2. 訪視人員當日僅提供1位機構住民在宅急症照護，且同時段未提供西醫門診巡診服務、居家照護及安寧居家療護等醫療服務時，得以在宅支付點數申報。</u>	
	每日護理費(天)	
P8416C	1.在宅	1755
P8417C	2.機構	1404
	山地離島地區每日護理費(天)	
P8418C	1.在宅	2317
P8419C	2.機構	1854
	目標照護天數外之每日護理費(天) (肺炎第十一至十四天、尿路感染第八至九天、軟組織感染第八至九天)	
P8420C	1.在宅	1316
P8445C	2.機構	1053
	目標照護天數外之山地離島地區每日護理費(天) (肺炎第十一至十四天、尿路感染第八至九天、軟組織感染第八至九天)	
P8446C	1.在宅	1738
P8447C	2.機構	1391

編號	診療項目	支付點數
	註： 1.每日護理費所訂點數含護理人員訪視、護理服務、照護處置、電子資料處理及行政作業成本等。 2.護理人員於下列期間提供實地訪視者，加成方式如下： (1)例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之二十。 (2)因天然災害停止上班期間加計百分之五十。 (3)同時符合(1)及(2)所列條件者，則加計百分之五十。 <u>3. 訪視人員當日僅提供1位機構住民在宅急症照護，且同時段未提供西醫門診巡診服務、居家照護及安寧居家療護等醫療服務時，得以在宅支付點數申報。</u>	
P8421C	醫事人員訪視費 醫師收案評估費(件) 註： 1.同一病人於相同照護期間限報一次。 2.醫師於收案當日完成實地訪視，得申報本項費用。	2640
P8422C	居家藥事照護費(次)	1100
P8423C	1.在宅 2.機構	880
P8424C	山地離島居家藥事照護費(次)	1452
P8425C	1.在宅 2.機構	1162
	註： 1. 居家藥事照護費所訂點數含用藥評估、用藥分裝、餘藥檢核、藥事服務、電子資料處理及行政作業成本等。 2. <u>訪視人員當日僅提供 1 位機構住民在宅急症照護，且同時段未提供西醫門診巡診服務、居家照護及安寧居家療護等醫療服務時，得以在宅支付點數申報。</u>	
P8426C	呼吸治療師訪視費(次)	1050
P8427C	1.在宅 2.機構	840
P8428C	山地離島呼吸治療師訪視費(次)	1386
P8429C	1.在宅 2.機構	1109
	註： 1. 呼吸治療訪視費所訂點數含呼吸治療處置、電子資料處理及行政作業成本等。 2. <u>訪視人員當日僅提供 1 位機構住民在宅急症照護，且</u>	

編號	診療項目	支付點數
	<u>同時段未提供西醫門診巡診服務、居家照護及安寧居家療護等醫療服務時，得以在宅支付點數申報。</u>	
P8430C	管理指導費 壓傷照護指導費(件) 註： 1.同一病人於相同照護期間限報一次，照護期間產生之壓傷不得申報本項費用。 2.本項支付點數內含三級以上壓傷傷口照護之病人及家屬衛教指導、24 小時諮詢服務等費用，照護小組應將衛教指導情形記載於病歷及 VPN 訪視紀錄。	1000
P8431C	噴霧照護指導費(件) 註： 1.同一病人於相同照護期間限報一次。 2.本項支付點數內含蒸汽吸入、抽痰或咳嗽拍痰之病人及家屬衛教指導及 24 小時諮詢服務費用，照護小組應將衛教指導情形記載於病歷及 VPN 訪視紀錄。	1000
P8432C	氧氣照護指導費(件) 註： 1.同一病人於相同照護期間限報一次。 2.本項支付點數內含氧氣、鼻導管、各式面罩、T 型管、呼吸器等氧氣照護之病人與家屬衛教指導及 24 小時諮詢服務費用，照護小組應將衛教指導情形記載於病歷及 VPN 訪視紀錄。	1000
P8433C	緊急訪視費及其他費用 醫師緊急訪視費(次)	3106
P8434C	護理人員緊急訪視費(次)	2632
P8435C	遠端生命徵象監測費(天) 註： 3. 本項支付點數內含遠端生命徵象監測設備成本(如血壓、血氧、呼吸等)、至案家完成設備架設及設定、教導病人及照顧者使用設備、電子資料處理、醫事人員監測判讀及行政成本等。 4. 照護小組應將遠端監測設備之類型及使用頻率記載於病歷並保留照片備查。	400

床側檢驗(查)加成項目表

下表所列項目依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」表定點數加計百分之二十。

編號	診療項目
08003C	血色素檢查 Hemoglobin (Hb)
08004C	血球比容值測定 Hematocrite (Hct)
08026C	凝血酶原時間 Prothrombin time (一段式) (PT)
08089B	活化凝血時間 ACT test
09002C	血中尿素氮 BUN, blood urea nitrogen
09005C	血液及體液空腹 Glucose-Ante Cibus, AC
09015C	肌酐、血 Creatinine (B) CRTN
09021C	鈉 Na (Sodium)
09022C	鉀 K (Potassium)
09023C	氯 Cl (Chloride)
09041B	血液氣體分析 Blood gas analysis
09059B	乳酸 Lactic Acid (lactate)
09071C	肌酸磷酸酶(MB 同功酶) CK-MB (Creatine phosphokinase-MB)
09099C	心肌旋轉蛋白 I (Troponin I)
12015C	C反應性蛋白試驗 C.R.P (C-reactive protein) — 免疫比濁法 Nephelometry
12020C	肺炎黴漿菌抗體試驗 (Mycoplasma pneumonia Ab test)
12112B	白蛋白 (免疫比濁法) Albumin (Nephelometry)
12165C	A群鏈球菌抗原 Streptococcus group A antigen (EIA)
12172C	尿液肺炎球菌抗原 Pneumococcus Ag (urine)
12191C	尿液退伍軍人菌抗原 Legionella pneumophila Ag (urine)
<u>12193C</u>	B型利納肽(B型利納利尿肽) Pro-BNP/(BNP)
14058C	呼吸融合細胞病毒試驗 RSV screening test
14064C	腺病毒抗原檢查 Adenovirus Ag test
14065C	流行性感冒 A型病毒抗原 Influenza A Ag
14066C	流行性感冒 B型病毒抗原 Influenza B Ag

編號	診療項目
14084C	新型冠狀病毒抗原檢測 SARS-CoV-2 Ag test
17002B	最大吸氣壓及最大吐氣壓 Pi max and Pe max
17017B	全階呼吸量測定 Haloscale respiration
18001C	心電圖 E.K.G. (Electrocardiography)
18005C	超音波心臟圖(包括單面、雙面) Echocardiography (-M-mode and -sector- scan)
19001C	腹部超音波 Abdominal ultrasound (包括肝 liver, 膽囊 gall bladder, 胰 pancreas, 脾 spleen, 下腔靜脈 inferior vena cava, 腹主動脈 abdominal aorta, 腎 kidney 及其他腹部超音波 abdominal others 在內)
19005C	其他超音波 Echo for others
19009C	腹部超音波，追蹤性 Abdominal ultrasound, for follow-up
19012C	頭頸部軟組織超音波(如甲狀腺 thyroid、副甲狀腺 parathyroid、腮腺 parotid) Head and neck soft tissue echo(thyroid,parathyroid,parotid gland)
19014C	乳房超音波
19016C	四肢超音波
24007B	血漿游離鈣測定 Plasma free Ca ⁺⁺
32001C	胸腔檢查（包括各種角度部位之胸腔檢查）第一張 Chest view (including each view of chest film)
32002C	胸腔檢查（包括各種角度部位之胸腔檢查）第二張以後 Chest view (including each view of chest film)
32003C	胸腔後前位及兩側斜位檢查（鋇餐）Chest P - A and both oblique view (with bariummeal)
32026C	X-光透視攝影 Fluoroscopy
57016B	經皮測二氧化碳分壓器或呼氣末二氧化碳分壓器(日) TC PCO2 or End tidal CO2 monitor (day)

「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」

訪視人員第一年教育訓練課程內容

序號	課程名稱	課程大綱	時數
1	在宅急症照護試辦計畫介紹及申請	試辦計畫說明、計畫申請及醫療費用申報作業。	1
2	在宅急症照護實務運作	各模式之收案流程、處置及照護之介紹(含感染症抗生素使用建議)。	2
3	在宅急症照護之臨床檢驗(查)實務運用、團隊照護機制	1. 常見檢驗(查)、床側檢驗(查)、遠端監測設備之介紹及實務操作、通訊診療實例介紹。 2. 跨團隊照護合作流程、後送機制、緊急事件處理及長照資源銜接之實務介紹。	1

註：

1. 參與本計畫第一年教育訓練以實體課程為限；其中「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫介紹及申請」課程，得由保險人分區業務組以說明會或與相關單位共同辦理。
2. 相關單位欲辦理本計畫教育訓練者，其講師應採用經保險人認可之師資，並檢具詳細課程規劃及師資送保險人審查同意後開課。
3. 前開師資，由保險人或台灣在宅醫療學會辦理培訓作業；取得師資資格者，由保險人公開名單於衛生福利部中央健康保險署全球資訊網，以利相關單位規劃本計畫教育訓練。
4. 本計畫實施前，已接受相當之前述課程內容，經保險人認可者，亦可採認其訓練證明。

提報日期：

基本資料	照護小組名稱		照護小組代號	(由保險人填入)
	主責機構		機構代碼	
	負責人		聯絡人	
	聯絡電話		Email	
小組資料	照護小組醫事機構名稱、醫事機構代號、主治醫師及各類參與人員之科別/身分證號/姓名/醫事人員類別等資料(含個管師)，醫事人員請檢附教育訓練證明文件。			
預定照護對象	☐ 1.居家個案，預定執行案件量： ☐ 2.照護機構住民，預定執行案件量： 照護機構名稱： 照護機構代碼： (檢附醫療院所及照護機構參與「減少住宿型機構住民至醫療機構就醫方案」合約書、照護機構同意與醫療院所共同參與本計畫之證明文件) ☐ 3.急診個案，預定執行案件量：			
計畫內容	服務內容及 流程規劃			
	24 小時諮詢專線			
	個案健康管理措施	如有使用遠端生命徵象監測設備，應一併敘明。		
	病人轉銜合作機制			
	後送機制 (含後送醫院名稱)			
	護理人力配置 (護理人員:病人)			

註：請依「醫療機構通訊診察治療實施計畫書(範本)」(附錄 1)提具通訊診療計畫。

「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」收案適應症

疾病別	收案適應症
肺炎	下列四項應至少符合三項： 1. 臨床症狀：明顯下呼吸道症狀，如(膿)痰、氣促、喘鳴、胸部不適、胸痛或聽診異常(喘鳴音、囉音)；或出現全身症狀如發燒、心跳變快、血壓偏低、意識改變(嗜睡、混亂、瞻妄或不安)、食慾變差等。 2. 實驗室檢查：血液白血球(嗜中性球比例)上升、C 反應蛋白上升、流感或 COVID-19 快篩陽性、肺炎鏈球菌或退伍軍人症尿液抗原陽性。 3. 影像學檢查：X 光發現或超音波之發現（影像備查）。 4. 細菌抹片或培養報告：痰液或血液之有意義發現。
尿路感染	下列四項應至少符合二項： 1. 局部症狀：如解尿灼熱、疼痛、尿少、膿尿且過去一週內，經口服抗生素治療失敗。或腰側敲擊痛。 2. 全身症狀：如發燒、心跳變快、血壓偏低、意識改變(嗜睡、混亂、瞻妄或不安)、食慾變差等。 3. 實驗室檢查：血液白血球(嗜中性球比例)上升、C 反應蛋白上升，尿液常規白血球上升、細菌(Bacteria)、亞硝酸鹽(Nitrite)呈陽性反應。 4. 細菌抹片或培養報告：尿液或血液之有意義發現。
軟組織感染	下列四項應至少符合三項： 1. 局部症狀：如紅腫熱痛，且過去一週內，經口服抗生素治療失敗。 2. 全身症狀：如發燒、心跳變快、血壓偏低、意識改變(嗜睡、混亂、瞻妄或不安)、食慾變差等。 3. 理學檢查：皮膚紅腫、傷口或化膿表現（影像備查）。 4. 實驗室檢查：血液白血球(嗜中性球比例)上升、C 反應蛋白上升。或細菌抹片或培養報告：傷口或血液之有意義發現。

「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」收案申請書

收案機構	名稱：		代號：		照護小組代號：	
收案日期	年	月	日	申請日期	年	月 日
主治醫師			主治醫師 身分證號			
主護理師			主護理師 身分證號			主護理師 所屬院所
第一部分：基本資料						
病人姓名			性別	☐ 1 男 ☐ 2 女	出生日期	年 月 日
身分證號			電話	(日) (夜)		
居住地址						
居住狀況	☐ 1 獨居 ☐ 2 家人同住 ☐ 3 親友同住 ☐ 4 其他_____					
常用語言	☐ 1 國語 ☐ 2 台語 ☐ 3 客家語 ☐ 4 原住民族語 ☐ 5 其他_____					
主要 聯絡人	與病人關係： 聯絡電話/手機：					
社會福利 身分別	☐ 1 無 ☐ 2 低收入戶 ☐ 3 中低收入戶 ☐ 4 榮民 ☐ 5 原住民 ☐ 6 領有身心障礙證明					
照顧者	☐ 1.本人 ☐ 2.配偶 ☐ 3.子女 ☐ 4.看護 ☐ 5.其它_____					
決策者	☐ 1.本人 ☐ 2.配偶 ☐ 3.子女 ☐ 4.其他_____					
第二部分：健康狀況						
意識狀態	☐ 1 清醒 ☐ 2 嗜睡 ☐ 3 混亂 ☐ 4 呆滯(木僵) ☐ 5 昏迷(或植物人) ☐ 6 其他					
情緒狀態	☐ 1 平穩 ☐ 2 憂鬱 ☐ 3 焦慮 ☐ 4 無法評估					
理解能力	☐ 1 良好 ☐ 2 僅可理解簡單句子或關鍵字 ☐ 3 無法理解 ☐ 4 無法評估					
呼吸 (可複選)	☐ 1 自行呼吸 ☐ 2 使用氧氣 ☐ 3 使用侵襲性呼吸器 ☐ 4 使用非侵襲性呼吸器 ☐ 5 使用氣切管或氣管內管插管 ☐ 6 其他_____					
進食	☐ 1 由口進食 ☐ 2 鼻胃管灌食 ☐ 3 靜脈注射 ☐ 4 其他					
排泄	☐ 1 自行排泄 ☐ 2 需協助排泄 ☐ 3 大小便失禁 ☐ 4 存留導尿管 ☐ 5 腸造口 ☐ 6 其他					
皮膚狀況	☐ 1 完整 ☐ 2 損傷(部位： 大小： X X 等級： 類別： ☐ 擦傷、割傷 ☐ 術後傷口 ☐ 燒燙傷 ☐ 壓瘡 ☐ 其他慢性傷口：)					
日常生活 活動能力 (收案)	ADL 總分： 分					
肌力	上肢(左： 分 右： 分)、下肢(左： 分 右： 分)					
主訴						
第三部分：收案評估						

收案來源	☐ 1.居家個案 ☐ 居家醫療照護整合計畫 ☐ 一般居護 ☐ 居家安寧 ☐ 呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫 ☐ 急性後期整合照護計畫。 ☐ 2.照護機構住民，機構名稱： ☐ 3.醫院急診，來源醫院：
收案適應症	☐ 1.肺炎 ☐ 2.尿路感染 ☐ 3.軟組織感染
收案適應症明細	(一)肺炎 ☐ 1.臨床症狀：下呼吸道症狀如痰、氣促、喘鳴、胸部不適、胸痛或聽診異常；或發燒、心跳變快、血壓偏低、意識改變、食慾變差。 ☐ 2.實驗室檢查：血液白血球或 C 反應蛋白上升、流感或 COVID-19 快篩陽性、肺炎鏈球菌或退伍軍人症尿液抗原陽性。 ☐ 3.影像學檢查：X 光發現或超音波之發現 ☐ 4.細菌抹片或培養報告：痰液或血液之有意義發現。
	(二) 尿路感染 ☐ 1.局部症狀：解尿灼熱、疼痛、尿少、膿尿且過去一週內經口服抗生素治療失敗。或腰側敲擊痛。 ☐ 2.全身症狀：發燒、心跳變快、血壓偏低、意識改變、食慾變差等。 ☐ 3.實驗室檢查：血液白血球或 C 反應蛋白上升，尿液常規白血球上升、Bacteria、Nitrite 陽性反應。 ☐ 4.細菌抹片或培養報告：尿液或血液之有意義發現。
	(三) 軟組織感染 ☐ 1.局部症狀：如紅腫熱痛，且過去一週內，經口服抗生素治療失敗。 ☐ 2.全身症狀：發燒、心跳變快、血壓偏低、意識改變、食慾變差等。 ☐ 3.理學檢查：皮膚紅腫、傷口或化膿表現。 ☐ 4.實驗室檢查：血液白血球或 C 反應蛋白上升。或傷口、血液細菌抹片/培養有意義發現。 上述各疾病別之適應症於收案時，應至少符合 3 項方可收案(尿路感染須符合 2 項)
居家急症治療模式	☐ 1.居家治療 ☐ 2.照護機構治療 ☐ 3.經急診返家治療
第四部分：醫療計畫(第一天)	
主診斷	(填 ICD，限肺炎、泌尿道感染及蜂窩性組織炎：J12-J18、J20-J22、J69.0、N10、N34、N30.0、N30.3、N30.8、N30.9、N39.0、L03.0、L03.1、L03.2、L03.3、L038、L039)
次診斷	
醫療治療計畫	(Admission summary)
新增管路	☐ 鼻胃管 ☐ 尿管 ☐ 靜脈注射
特殊醫囑	☐ 呼吸照護 ☐ 傷口照護 ☐ 遠距生理監測 ☐ 輸液治療 ☐ 其他_____

第五部分：結案評估	
治療經過	(Discharge summary)
長照需求	是否為長照個案 ☐ 1.是長照個案，且已轉介照管中心 ☐ 2.非長照個案(續答下題)： ☐ 2-1.有長照需求，且已轉介照管中心。轉介單位 轉介日期： ☐ 2-2.無長照需求，不須轉介。
結案資訊	結案或轉院日期： 年 月 日 結案時日常生活活動能力：ADL 總分 分。 ☐ 1.緩解完治，聯繫原醫療團隊或門診(巡診)醫師。 ☐ 2.緩解完治，聯繫其他醫療團隊或安排門診。 ☐ 3.中斷治療：病人遷居、拒絕訪視 ☐ 4.轉醫院治療(急診/住院)，轉院院所： ☐ 5.轉其他在宅急症照護小組照護，轉院院所： ☐ 6.死亡

「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」病人同意書

一、 服務說明：

「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」提供感染急症病人在宅/機構醫療服務，由主治醫師整體評估病人的病情，視診療需要連結其他醫師、護理人員、呼吸治療師及藥師等人員提供訪視及視訊診療服務，並協助病人照護期間之送藥服務。

為提供整合性醫療照護服務，主治醫師將透過「健保醫療資訊雲端查詢系統」查詢病人近期之就醫與用藥資訊，以提升照護品質及用藥安全。

本計畫提供住院替代服務，至於所購買之商業保險產品其理賠條件，仍須由病人逕向保險公司洽詢。

二、 接受服務意向表達：

本人 ☐同意 ☐不同意 ○○醫院(診所)○○醫師為本人在宅急症照護之主治醫師，於本人簽署同意書日起至結案日止，可透過衛生福利部中央健康保險署建置之「健保醫療資訊雲端查詢系統」，查詢本人就醫之醫療費用申報資料及健保卡上傳就醫資料，並提供實質在宅急症醫療照護。

三、 轉介長期照顧服務意願

本人目前☐是長照個案☐非長照個案，於收案期間☐有長照服務需求☐無長照需求，☐同意☐不同意○○醫院(診所)將本人資料提供居住所在地之長期照顧管理中心以協助後續長期照顧服務連結。

另本人☐已了解「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫之收案對象銜接長照服務資源注意事項」之使用限制(例：不得使用陪同外出等服務)，並同意可依前述注意事項規範於收案期間內彈性使用照顧組合。

此致 ○○醫院(診所)

立書同意人：

出生年月日：民國____年____月____日

身分證號：

代理人：

與病人之關係：

身分證號：

「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」建議診療項目

醫療病史 (Medical history)	身體檢查 (Physical examination)
1. 與診斷關聯之症狀、檢驗室結果 Symptoms, laboratory results related to diagnosis 2. 過去慢性病史 Past history 3. 感染病史 History of infections 4. 藥物史 Medication history 5. 周邊血管疾病危險因素 PAD risk factors 6. 結石家族史 GU Stone Family history 7. 現在治療計畫 present treatment plans 8. 藥物 Medications 9. 呼吸支持 Respiratory support 10. 過敏史 Allergy history 11. 現在治療執行方案 Current treatment program 12. 急性併發症 Acute complications 13. 心理社會／經濟因素 Psychosocial/economic factors 14. 菸酒之使用 Tobacco and alcohol use	1. 體溫 Body Temperature 2. 脈搏 pulses 3. 呼吸 Respiratory 4. 血氧 pulse oximeter 5. 血壓 Blood pressure 6. 體重 weight 7. 足部檢查 Foot examination 8. 皮膚檢查 Skin examination 9. 神經學檢查 Neurological examination 10. 口腔檢查 Oral examination 11. 影像學檢查 Imaging examination*(胸部 X 光或重點式超音波 POCUS)
檢驗室檢查 (Laboratory evaluation)	管理計畫 (Management Plan)
1. 08011C 全套血液檢查 I CBC-I* 2. 08013C 白血球分類計數 WBC differential count* 3. 12015C C 反應蛋白 C-Reactive Protein* 4. 09015C 血清肌酐 Serum creatinine* 5. 09002C 血中尿素氮 BUN, blood urea nitrogen* 6. 09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉胺基 SGPT (or ALT) * 7. 09005C 血液葡萄糖 Glucose* 8. 09021C 鈉 Na (Sodium) * 9. 09022C 鉀 K(Potassium) * 10. 06012C 尿液分析 (尿一般檢查) General urine examination* 11. 12172C 尿液肺炎鏈球菌抗原(A) □ 12. 09038C 白蛋白 Albumin□ 13. 13007C 細菌培養鑑定檢查 culture □ 14. 13022B 抗生素敏感性試驗(MIC 法)三菌種以上□	1. 短期與長期目標 Short-and long-term goals 2. 藥物指導 Medications 3. 吞嚥及營養治療 Swallowing and nutrition therapy(if indicated) □ 4. 管路照護 Tube care 5. 生活型態改變 Lifestyle changes 6. 遠距專科醫師會診(視情況而定)Specialty consultations (as indicated) 7. 遠端生理監測 Remote Patient Monitoring * 8. 家庭照顧者支持 Family caregiver support 9. 協助預約流行感冒疫苗 (influenza vaccine) 接種 (視個別院所情況而定)

15. 09041B 血液氣體分析 Blood gas analysis □ 16. 18001C 心電圖(成人)Electrocardiogram (adults) □ 17. 10531B 血中藥物濃度測定-Vancomycin Therapeutic drug monitoring-vancomycin□ 18. 11001C ABO 血型測定檢驗(A.B.AB.O blood grouping) □ 19. 11002C 交叉配合試驗 Crossmatching test□	
註： 1. 參照 2018 Taiwan Guidelines for the Management of Pneumonia Taiwan Guidelines for the Management of Pneumonia. 2. 表列檢驗、檢查與服務項目中，「*」註記表示為建議必要執行診療項目，「□」註記表示為建議得視病人病情（if indicated）為選擇性執行項目。	

「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」訪視紀錄

※一個訪視人員填寫 1 頁，同日有不同醫事人員訪視則填寫不同頁面

日期	年 月 日 (Day1)	年 月 日 (Day2)	年 月 日 (Day3)
時間	: — :	: — :	: — :
訪視人員 類別	☐ 1.醫師 ☐ 2.護理人員 ☐ 3.呼吸治療人員 ☐ 4.藥事人員	☐ 1.醫師 ☐ 2.護理人員 ☐ 3.呼吸治療人員 ☐ 4.藥事人員	☐ 1.醫師 ☐ 2.護理人員 ☐ 3.呼吸治療人員 ☐ 4.藥事人員
訪視 人員			
訪視 類別	☐ 1.實地訪視 ☐ 2.通訊訪視 ☐ 3.緊急訪視	☐ 1.實地訪視 ☐ 2.通訊訪視 ☐ 3.緊急訪視	☐ 1.實地訪視 ☐ 2.通訊訪視 ☐ 3.緊急訪視
生命 徵象	體溫： 脈搏： 呼吸： 血壓： 血氧：	體溫： 脈搏： 呼吸： 血壓： 血氧：	體溫： 脈搏： 呼吸： 血壓： 血氧：
問題、 評估、 計畫 (PAP)			
紀錄上傳 時間			

「(醫療機構名稱)」通訊診察治療實施計畫書(範本)

一、計畫目的/宗旨

二、計畫依據

(醫療機構名稱)依據通訊診察治療辦法規定，針對符合通訊診察治療辦法(下稱本辦法)第 3 條所定下列「特殊情形」(勾選如下，可複選)之病人執行通訊診察治療，茲依據本辦法第 18 條規定，擬具本實施計畫，報請主管機關核准。

☐ (第 1 款)急性後期照護	☐ (第 6 款)疾病末期照護
☐ (第 2 款)慢性病照護計畫收案病人	☐ (第 7 款)矯正機關收容照護
☐ (第 3 款)長期照顧服務	☐ (第 8 款)行動不便照護
☐ (第 4 款)家庭醫師收治照護	☐ (第 9 款)災害、傳染病或其他重大變故照護
☐ (第 5 款)居家醫療照護	☐ (第 10 款)國際醫療照護

【填寫說明】

- 1、擬執行特殊情形通訊診療之醫療機構，如欲同時執行 2 種以上之特殊情形之通訊診療服務時，可合併於 1 份計畫書填寫後，陳報衛生局核准；惟本計畫書中「實施計畫」項下特別標註之子項，應依本頁所勾選之特殊情形款次，依序分別撰寫。
- 2、依本辦法第 18 條第 3 項規定，醫療機構所執行之通訊診療，係經中央主管機關或所屬機關(如中央健康保險署等)核定者，得以核定文件替代本實施計畫，陳報地方衛生局備查，無須填寫本實施計畫陳報衛生局核准。另「核定文件」形式不拘，中央主管機關核定公文、契約書或資訊系統核准畫面均可。

三、實施計畫

(一)實施之主責醫師、其他主責醫事人員：

【如勾選多款特殊情形，請複製下列表格、分款填寫】

(請下拉選單擇定)	
1、主責醫師	
部門、執業科別	姓名
2、其他醫事人員之主責人員	
醫事人員類別	姓名(如為其他合作機構人員，請併予敘明機構名稱)
(例如：護理師)	○○○
(例如：物理治療師)	○○○ (A 物理治療所)

【填寫說明】

- 1、主責醫師請敘明執業科別，其他類醫事人員各指定1名主責人員即可。
- 2、本辦法第18條第4項規定，主責醫事人員如有異動，應自事實發生之日起30日內報直轄市、縣（市）主管機關備查。

(二)醫療項目：

【如勾選多款特殊情形，請複製下列表格、分款填寫】

(請下拉選單擇定)			
勾選欄	醫療項目(可複選)	勾選欄	醫療項目(可複選)
☐	詢問病情	☐	精神科心理治療
☐	提供醫療諮詢	☐	開立處方(應符合本辦法第16條規定始得開立)
☐	診察、診斷、醫囑		
☐	開立檢查、檢驗單	☐	原有處方之調整或指導
☐	會診	☐	衛生教育

- 使用通訊方式提供醫療項目之服務流程：_____。

【填寫說明】

- 1、醫療項目，限於本辦法第 15 條第 1 項第 1 款至第 9 款內容。
- 2、請敘明醫療項目、服務流程(例如：何時、確認病人身分、收費、使用通訊診療之流程或提供處方箋等方式等)。
- 3、如有合作機構，亦請敘述合作機構如何參與醫療服務。

(三)實施對象：

勾選欄 符合本辦法第 3 條特殊情形(未勾選之欄位得刪除)

☐ 第 1 款：急性後期照護(不得為初診病人)

- 為☐緊急外傷病人、☐急性冠心症病人、☐精神疾病急性病人、☐急性腦中風病人、☐慢性阻塞性肺病病人、☐慢性心衰竭病人、☐手術後病人或☐其他需急性後期照護之病人，於離開醫院、診所後三個月內施行之追蹤診療及照護。

- 勾選其他者，請敘明病人情形及理由：
_____。

☐ 第 2 款：慢性病照護計畫收案病人(不得為初診病人)

- 指為主管機關或其所屬機關有關慢性病照護計畫收案之病人，因病情需要，施行之診療及照護。

註：如為「中央」主管機關或其所屬機關之照護計畫，則毋須填寫本實施計畫報地方衛生局核准。

☐ 第 3 款：長期照顧服務(不得為初診病人)

- 指為與醫療機構訂有醫療服務契約之☐長期照顧服務機構、☐老人福利機構、☐身心障礙福利機構、☐護理機構或☐其他相類機構，就失智、失能或行動不便之機構住民，施行之診療及照護。

註：勾選本欄位者，以下「(五)合作之醫事機構、第六條所定機構或矯正機關」，為必填項目。

☐ 第 4 款：家庭醫師收治照護(不得為初診病人)

- 指為主管機關或其所屬機關有關家庭醫師整合性照護計畫，符合參與醫療給付改善方案條件收案之病人，因病情需要由家庭醫師施行之診療及照護。

☐ 第 5 款：居家醫療照護(不得為初診病人)

- 指為主管機關或其所屬機關有關居家照護、居家醫療照護整合計畫收案之病人，於執行之醫療團隊醫師診療後三個月內，因病情需要施行之診療及照護。

- ☐ **第 6 款：疾病末期照護(不得為初診病人)**
●本款實施對象應符合為減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦，施行之緩解性、支持性診療及照護。
- ☐ **第 7 款：矯正機關收容照護**
●本款實施對象應符合為矯正機關收容人，施行之診療及照護。
●依本辦法第 18 條第 1 項後段規定，執行本款者，應先徵得矯正機關同意。
註：勾選本欄位者，以下「(五)合作之醫事機構、第六條所定機構或矯正機關」，為必填項目。
- ☐ **第 8 款：行動不便照護(不得為初診病人)**
●本款實施對象應符合下列條件，致外出就醫不便之病人，施行之診療及照護：
☐失能(長期照顧服務法第 3 條第 2 款)
☐身心障礙(身心障礙者權益保障法第 5 條)
☐重大傷病(全民健康保險法第 48 條第 1 項第 1 款)
- ☐ **第 9 款：災害、傳染病或其他重大變故照護**
●本款所稱災害、傳染病或其他重大變故照護，指為居住地區發生災害防救法第二條第一款所定災害、傳染病防治法第三條第一項所定傳染病，或其他重大變故，未能或不便至醫療機構就診之病人，施行之診療及照護。
- ☐ **第 10 款：國際醫療照護**
●本款實施對象應符合為境外之我國或非我國籍病人，施行之諮詢、診療及照護。

【填寫說明】

- 1、本辦法第 20 條第 1 項第 2 款規定，醫師實施通訊診療時，應確認病人身分；第三條第一款至第六款及第八款情形，不得為初診病人。
- 2、請勾選符合本辦法第 3 條之款次，並敘明實施對象來源。

(四)實施期間：

【填寫說明】

申請實施期間，建議至多為 4 年。

(五)合作之醫事機構、第六條所定機構或矯正機關：

1、合作之醫事機構

【如勾選多款特殊情形，請複製下列表格、分款填寫】

(請下拉選單擇定)			
機構名稱	機構類別	地址	聯絡人姓名、電話

2、服務機構 (本辦法第 6 條所定機構或矯正機關)

機構名稱	機構類別	地址	聯絡人姓名、電話
	(請下拉選單擇定)		
	(請下拉選單擇定)		

(六)通訊診療告知同意書

本計畫收案對象將以____(書面/電子)方式簽署同意書，內容如附件。

【填寫說明】

- 1、病患得以書面、電子方式簽署告知同意書。
- 2、上開電子方式，得以電子簽章法所定電子文件、電子簽章或數位簽章方式為之，且須具不可否認性。

(七)個人資料保護及資料檔案安全維護措施

- 1、本實施計畫申請機構是否為「醫院個人資料檔案安全維護計畫實施辦法」第 4 條第 1 項第 1 款所稱之醫院？

☐ 是，安全維護計畫業以○年○月○日○○字第○○○號函送貴局備查。

☐ 否，惟仍應依個人資料保護法第 18 條辦理安全維護事項，或依同法第 27 條採取採行適當之安全措施。

- 2、本案通訊診療使用之資訊系統，是否涉及病歷資料之傳輸、交換、儲存，或開立處方、檢查、檢驗單：

☐ 是；☐ 否（勾「否」者，免填以下第 3 點）

3、承 2，本案通訊診療所使用涉及「病歷資料之傳輸、交換、儲存，或開立處方、檢查、檢驗單」之資訊系統(名稱：○○○)，已具備個人身分驗證、符合國際標準組織通用之資料傳輸加密機制，並符合醫療機構電子病歷製作及管理辦法之相關規定：

(1) 已實施電子病歷，並函報貴局備查。函報貴局日期文號：○年○月○日○○字第○○○號。

(未曾備查者，請依醫療機構電子病歷製作及管理辦法第 9 條規定，於實施之日起 15 日內，報衛生局備查)

(2) 上述通訊診療之資訊系統，係：

☐ 本實施計畫申請機構自行建置；

☐ 委託(機構、法人、團體或大學名稱)建置及管理；受託機構已通過中央主管機關認可之資訊安全標準驗證，並訂有書面契約。

【請檢附「委託契約」及「受託機構通過中央主管機關認可之資訊安全標準驗證證明」】

4、其他個資及資安保護措施：

【填寫說明】

- 1、非屬醫院個人資料檔案安全維護計畫實施辦法第 4 條第 1 項第 1 款所稱之醫院者，免填第 3 點。
- 2、通訊診療資訊系統如係委託機構、法人、團體或大學建置及管理，應敘明受託機構名稱，以及符合本部 113 年 3 月 12 日衛部資字第 1132660106 號公告之資訊安全標準驗證規定。
- 3、醫療機構於擬具本計畫書時，應注意通訊診察治療之相關程序，並符合我國個人資料保護法等相關規範。

(八)其他事項

自費醫療項目資訊：

自費醫療項目名稱	收費費額或標準	地方衛生主管機關 核定情形
		☐ 已核定 ☐ 申請中 ☐ 尚未申請
		☐ 已核定 ☐ 申請中 ☐ 尚未申請

【填寫說明】

- 1、申請機構得視計畫實際內容需要，於本項撰寫內容。
- 2、如有新增醫療費用項目時，醫療機構應另依醫療法第 21 條規定，送地方

政府衛生局核定。

醫療機構用印：

負責醫師用印：

中華民國 年 月 日

「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」之收案對象銜接長照服務
資源注意事項

衛生福利部 113 年 6 月 24 日訂定

113 年 7 月 11 日修訂

收案對象在宅急症照護期間銜接長照服務資源，注意事項如下：

一、轉介長照服務：在宅急症共同照護小組(以下稱照護小組)應評估收案對象是否有長照服務需求並出具照顧計畫建議，協助轉介及通知收案對象居住地之長期照顧管理中心(下稱照管中心)指定窗口，由指定窗口通知主責照專及進行後續長照服務連結或調整照顧計畫內容，並進行後續聯繫。

二、建立收案群組：照護小組應建立收案對象群組(含照護小組成員、照管中心、社區整合型服務中心個案管理員(下稱 A 個管員)、居家服務單位及家屬)以利即時確認收案對象狀況，若照護期間收案對象病況改變，照護小組應主動通知照管中心及社區整合型服務中心(下稱 A 單位)，以利即時調整照顧計畫內容。

三、在宅急症照護期間之長照服務使用規範：

(一)收案對象之長期照顧服務申請及使用，皆依「長期照顧服務申請及給付辦法」相關規定辦理，惟可於不調整長照服務給付上限額度及部分負擔比例下，由照管中心及 A 單位依收案對象需求，在照護小組之照顧建議範疇內，依下列「長照服務碼別使用規範」新增計畫異動核定照顧組合，並於在宅急症照護期間內可彈性使用照顧組合(可新增例外可申報項目)。

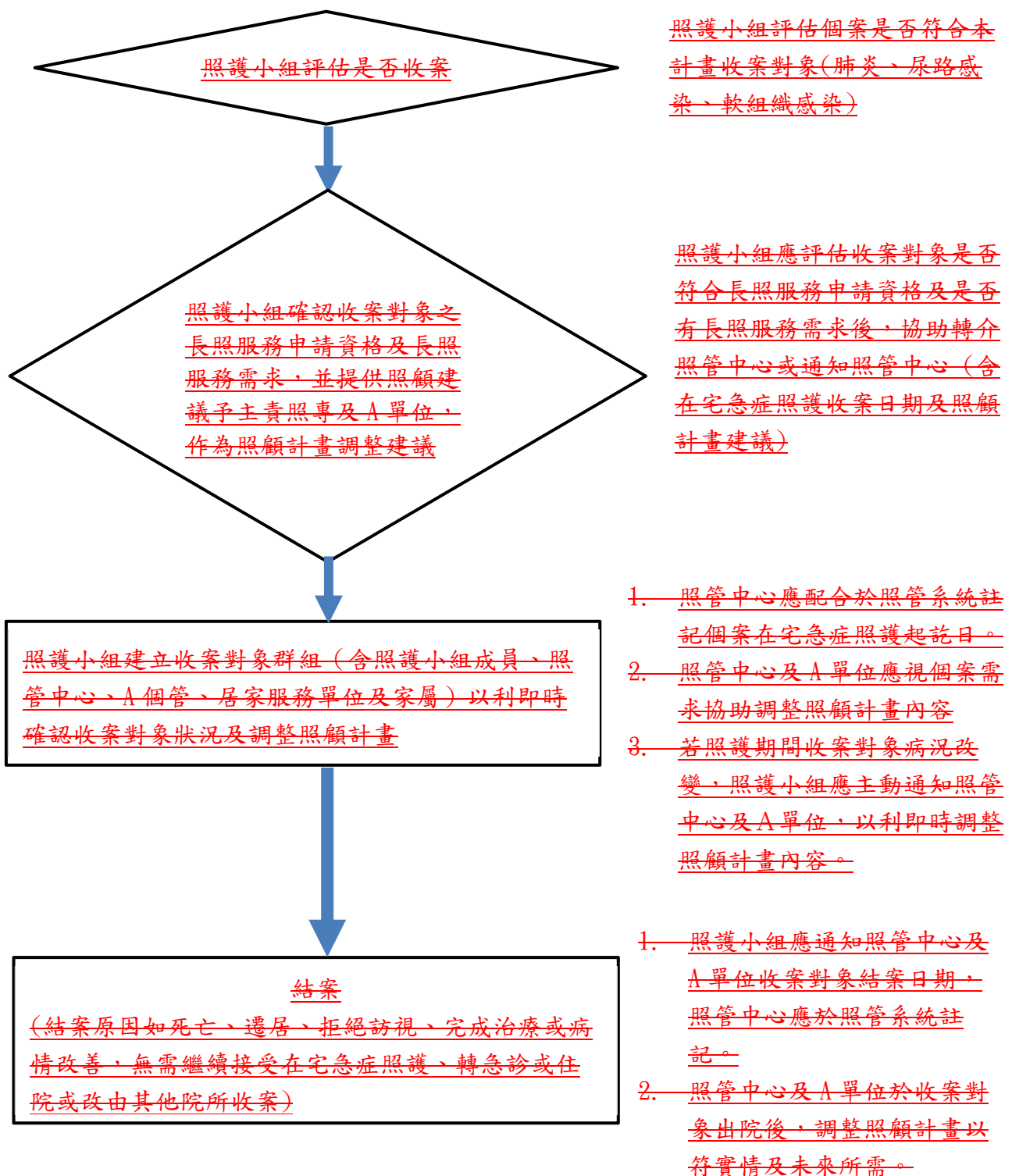
(二)長照服務碼別使用規範如下：

<u>服務項目</u>	<u>使用規範</u>	<u>說明</u>
<u>照顧服務【僅限未聘請外籍家庭看護工之個案】</u>	<u>僅限使用居家服務【BA 碼除到宅沐浴車 BA09、BA09a、陪同外出 BA13 及陪同就醫 BA14 外皆可</u>	<u>在宅急症照護期間，應以居家照顧為主，不建議使用社區式機構服務及外出活動。</u>

服務項目	使用規範	說明
	<u>於在宅急症照護期間內混合使用】</u>	
<u>專業服務</u>	<u>僅限使用 CC01</u>	<u>在宅急症照護期間，應以醫療服務為主，不應同時使用長照專業服務(C 碼)，並待急症照護期間結案後，再依收案對象照顧計畫需求銜接長照專業服務進行指導。</u>
<u>交通接送服務</u>	<u>在宅急症照護期間首末日可使用</u>	<u>收案對象於相同照護期間不得由其他特約醫事服務單位申請收案，提醒收案對象於照護期間內不應使用長照交通接送服務(DA 碼)。</u>
<u>輔具及居家無障礙環境改善服務</u>	<u>可使用</u>	
<u>喘息服務</u>	<u>僅限使用居家喘息(GA09)</u>	<u>在宅急症照護期間，應以居家喘息為主，不建議使用社區式機構服務及住宿式機構服務。</u>
<u>AA 碼</u> <u>【僅限照顧服務使用者】</u>	<u>一律核定 AA08 晚間服務及 AA09 假日服務</u>	<u>考量在宅急症照護期間須高密度照顧服務，故於此期間內均核定 AA08 晚間服務及 AA09 假日服務，俾利提供收案對象照顧協助。</u>
<u>其他碼別</u>	<u>SC09 居家短照服務</u>	<u>僅限聘有外籍看護工家庭之被照顧者可用。</u>
	<u>OT01 營養餐飲服務。</u>	<u>僅限經社會救助法審核認定之低收入戶、中低收入戶，或符合領取中低收入老人生活津貼發給辦法第五條第一項</u>

<u>服務項目</u>	<u>使用規範</u>	<u>說明</u>
		<u>津貼資格者或身心障礙者生活補助資格者，經照管中心評估符合長照需要等級 2 至 8 級且無以下情形之一：</u> <u>(1)經直轄市、縣(市)政府評估無提供餐飲服務需要或可外出使用共餐服務者。</u> <u>(2)有吞嚥困難或僅能以無渣流質管灌進食或有特殊餐食需要者，其中特殊餐食係指非盒餐或團體膳食可滿足其需求。</u> <u>(3)聘有外籍家庭看護工之個案。</u>

「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」之收案對象銜接長照服務
資源服務流程



討論事項

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險慢性阻塞性肺病(COPD)醫療給付改善方案」案。

說明：

- 一、依據本署 114 年 8 月 29 日「全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案」修訂討論會議決議（**附件 1，頁次討 3-3～3-5**）辦理。
- 二、近 2 年 COPD 病患之急診就醫比率高達 9%、住院率約 5%，相較氣喘等慢性病疾病，耗用急重症資源多，惟實證研究顯示 COPD 病患於納入方案照護一年後，其急診就診率下降 2.98%，住院率下降 1.62%。
- 三、為提升照護涵蓋率、鼓勵醫療院所參與並正確診斷與治療，研擬修正 COPD 方案，修訂重點如下：**（附件 2，頁次討 3-6～3-28）**。

（一）給付項目及支付標準：

- 1.P6011C「新收案管理照護費」調升為 600 點（增加 200 點）。
- 2.P6012C「追蹤管理照護費」調升為 300 點（增加 100 點），每次申報間隔時間縮短為 70 天、每年申報次數調整為最多 4 次。
- 3.P6013C 及 P6014C「年度評估管理照護費」各調升為 1,200 點（增加 400 點）、600 點（增加 200 點）。
- 4.P6015C「肺部復原及呼吸訓練評估費」調升為 900 點（增加 300 點），並訂定給付適應症。

（二）執行人員資格：增列台灣慢性阻塞性肺病學會可辦理 COPD 教育訓練課程，該學會認證之專科醫師，得免除教育訓練課程時數。

(三)獎勵措施：刪減部分品質獎勵指標，增加「照護涵蓋率」(醫院、基層)及「嚴重個案照護涵蓋率」(醫院)等 2 項正向指標，並調升每例獎勵為 1,000 點。

(四)個案管理流程表、診療項目參考表及 VPN 系統：依最新 GOLD 治療指引修正，並簡化 VPN 必填欄位。

(五)本方案費用建議優先分配於第一線執行人員，參與院所應每年提報方案費用之運用情形予保險人分區業務組。

四、財務評估：

(一)預算來源：於 115 年爭取增編醫院、西醫基層總額專款「醫療給付改善方案」預算。

(二)依支付標準及獎勵點數之調整估算如下，推估約增加財務支出 2,574 萬點（醫院 2,487 萬點、基層 87 萬點）。

1.給付項目：以 113 年申報新收案、追蹤管理、年度評估管理照護費及肺部復原及呼吸訓練評估費之次數、成長率及各項目增加點(次)數，估算 115 年醫院約增加 2,182 萬點、基層約增加 81 萬點。

2.獎勵金：以 113 年發放獎勵金之情形，預估 115 年醫院約增加 305 萬點、基層約增加 6 萬點。

五、因本方案增修涉及 VPN 欄位、品質指標及獎勵金計算等項目，將先周知參與院所配合調整資訊系統，以確保臨床實務作業進行，本案於 115 年 1 月 1 日起實施。

擬辦：本案如經確認同意，依程序報請衛生福利部核定後公告修訂。

衛生福利部中央健康保險署

「全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案」修訂討論會議紀錄

時間：114年8月29日（星期五）下午4時00分

地點：本署9樓第一會議室

主席：略

紀錄：楊瑜真

出席單位及人員：略

壹、主席致詞：(略)

貳、討論事項：研議修訂 COPD 醫療給付改善(P4P)方案。

討論重點：

- 一、為提升醫療院所參與意願及 COPD 照護率，醫學會建議調高現有支付點數以反映成本與增加誘因，現行基層診所之照護人數少主因為肺功能檢查量能，胸腔暨重症加護醫學會(下稱胸重醫學會)將與醫師公會全聯會合作，協助醫院與診所建立平台，提供肺功能檢查，以正確診斷並支援病人上下轉診，促進醫療院所共同參與方案。
- 二、與會代表表示，基層診所無預算購置肺功能檢查儀器(約 12-15 萬元/台)，故無法參與本方案，建議獎勵措施部分，符合前 25% 的院所給予基礎獎勵金，再依病人數給予額外獎勵金，以實質鼓勵診所添購設備，擴大基層 COPD 照護量能。
- 三、本方案之收案條件，與其他慢性病方案一致，為確保診斷正確與穩定治療，個案須於 90 天內曾在同院所醫師診斷為 COPD 至少 2 次(含)以上，且有肺功能紀錄，始得收案。
- 四、鑒於醫策會 COPD 疾病照護品質認證，因 COPD 於同院住院或急診之個案應納入本方案，胸重醫學會建議新增「照護率」(醫院、基層指標)及「嚴重個案照護率」(醫院指標)等 2 項指標，並考量既有指標之有效衡量性、代表性及數據意義，建議刪除原方案「正確藥物治療比例」、「6 個月戒菸成功率」、「肺部復原評估比率」、「入住加護病房比率」等 4 項指標。

五、關於臺灣慢性阻塞性肺病學會認證之專科醫師，須具衛福部專科醫師資格，臨床照護經驗至少 2 年，且修滿該學會 COPD 核心課程 30 學分與考試認證，爰會議共識比照氣喘方案，同意該學會得舉辦 COPD 教育訓練課程，且其認證之專科醫師比照胸腔暨重症專科醫師得免 6 小時之教育訓練。

決議：

一、給付項目及支付標準：

- (一) P6011C「新收案管理照護費」調升為 700 點。
- (二) P6012C「追蹤管理照護費」調升為 400 點；申報新收案後至少須間隔 56 天才能申報本項，本項每年最多申報 4 次，每次至少間隔 70 天為宜。
- (三) P6013C 及 P6014C「年度評估管理照護費」各調升為 1,600 點、800 點。
- (四) P6015C「肺部復原及呼吸訓練評估費」調升為 1,200 點；本項之給付適應症等相關規定，請胸重醫學會會後一週內提供。
- (五) 上述各項支付點數調整，需視 115 年專款預算爭取情形，如預算不足，將依比率調整支付點數。

二、執行人員資格：

- (一) 增加「慢性阻塞性肺病專科醫師」可免除教育課程時數。
- (二) 增列台灣慢性阻塞性肺病學會可辦理教育訓練課程。

三、獎勵措施：

- (一) 品質獎勵指標：保留原方案「病人完整追蹤率」、「出院後 14 日內再入院率」、「因 COPD 急診就醫比率」、「因 COPD 急性住院比率」等 4 項指標，並增加「照護率」(醫院、基層)及「嚴重個案照護率」(醫院)等 2 項正向指標，其定義如下：

1. 照護率：分母為同院就醫間隔 90 天之門診主次診斷為 COPD 之人數；分子為分母病人中，申報本方案支付標準之人數。
 2. 嚴重個案照護率：分母為同院就醫間隔 90 天之門診主次診斷為 COPD 且該年度於同院因 COPD 有使用口服類固醇(ATC 碼前 5 碼為 H02AB)或抗生素(ATC 碼前 3 碼為 J01)或有一次以上因 COPD 住院或急診之人數；分子為分母病人中，申報本方案支付標準之人數。
- (二) 獎勵措施：依原方案之獎勵評比方式，按上述正、負向指標(醫院 6 項、基層 5 項)排序，取各組總排序前 25%之院所，依該院所所收個案中達成完整追蹤之個案數，每一個案支付獎勵點數 500 至 1,000 點，視 115 年預算而定。

四、診療項目參考表及 VPN 系統：

(一) 病史：

1. 新收案、年度管理階段：修正急性惡化嚴重度分類、CAT/mMRC 分數擇一填寫、新增心血管疾病史評估勾選。
2. 追蹤管理階段：刪除肺功能檢查、修正急性惡化嚴重度分類、CAT/mMRC 分數擇一填寫、目前使用藥物類別。

(二) 理學檢查及相關檢驗：

1. 新收案、年度管理階段：曾有 COPD 急性惡化發作者，需勾選心血管狀況評估。
2. 追蹤管理階段：刪除呼吸及心跳頻率。

五、個案管理流程表：依最新 GOLD 分類及治療指引，修正病人分類及建議處置項目。

六、本方案費用建議優先分配於第一線執行人員，並每年提報方案費用之運用情形予保險人分區業務組。

參、散會：下午 5 時 40 分

106.04.01 第一版實施

107.02.01 第二版實施

000年00月00日實施

壹、前言

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

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

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

本方案藉由醫療資源整合制度之設計,導入提升COPD照護品質之誘因,鼓勵醫療院所設計以病人為中心之完整照護,加強COPD病人之追蹤管理及衛教服務,提供完整且連續性的照護模式,以創造病人、醫療院所及保險人三贏之局面。

貳、目標

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

參、計畫內容

一、參與醫療院所資格

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

二、執行人員資格

(一) 教育訓練資格

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

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

「年度病人追蹤率」操作型定義如下：

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

三、收案對象(給付對象)

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

四、結案條件：

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

五、收案後個案管理及治療流程

(一)照護內容：

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

- (1) 病人六個月未發生 COPD 急性惡化。
 - (2) 病人已接受過完整肺復原療程。
 - (3) 病人具自我照護能力。
- (二) 詳細之疾病診斷及治療可參照國健署「~~慢性阻塞性肺病臨床治療指引~~」(完整檔案可於台灣胸腔暨重症加護醫學會公布之台灣肺阻塞臨床照護指引(可於台灣胸腔暨重症加護醫學會官網或「自在呼吸健康網」網站下載，網址為 www.asthma-copd.tw)。
- (三) 參與本方案院所將使用由台灣胸腔暨重症加護醫學會公益提供之 COPD 病人自我照護教材及輔助工具。
- (四) 台灣胸腔暨重症加護醫學會將監測轉診/轉檢流程並提供必要之協助。
- 六、申請程序及受理資格審查：申請本方案之醫事服務機構應檢附下列資料向保險人分區業務組提出申請，並經保險人審核通過後，始得執行，變更時亦同。
- (一) 申請表(如附件3)
 - (二) 專業團隊名冊(請條列各執行人員之姓名、身分證字號、專業類別、證書字號、教育訓練時數及證明影本)
- 七、給付項目及支付標準：符合本方案之 COPD 病人，接受以醫師為主導之醫療團隊提供常規性 COPD 之完整性照護，醫療院所得定期申報管理照護費，給付項目及支付標準如附件4。
- 八、品質資訊之登錄及監測
- (一) 參與本方案之特約醫療院所應依保險人規定內容(如附件5)，於健保資訊網服務系統(VPN)登錄個案基本資料及檢驗、檢查結果資訊。
 - (二) 參與本方案之醫療院所每年需定期依「提升院所 COPD 慢性照護能力與病人生活品質的量化評量表」(如附件6) 自我評量後，於每年年底前上傳保險人之分區業務組備查。
- 九、醫療費用申報及審查原則
- (一) 申報原則：
 1. 醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法(以下稱審查辦法)規定辦理。
 2. 門診醫療服務點數清單及醫令清單填表說明：
 - (1) 屬本方案收案之保險對象，其就診當次符合申報者，於申報費用時，案件分類填報「E1(支付制度試辦計畫)」，特定治療項目代號(一)填報「HF(慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案)」；未符合申報上述醫令者，依一般費用申報原則辦理。
 - (2) 申報方式：併當月份送核費用申報。
 - (二) 審查原則
 1. 未依保險人規定內容登錄相關品質資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付該筆管理照護費並依相關規定辦理；另該筆疾病管理費被核刪後不得再申報。
 2. 其餘未規定事項，依審查辦法規定辦理。

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

(一)品質獎勵指標：

1. 病人完整追蹤率

操作型定義如下：

(1) 分母：當年度該院所照護(含收案及轉入)本方案之所有病人數。

(2) 分子：上述分母條件之病人中，於當年度該院所完成下列條件者之人數。

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

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

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

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

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

2. 收案病人 COPD 出院後14日內再入院率

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

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

3. 收案病人因 COPD 急診就醫比率

(1) 分母：當年度該院所照護(含收案及轉入)本方案之所有病人數。

(2) 分子：分母條件之病人當中，因 COPD 急診就醫之總人數。

4. 收案病人因 COPD 急性住院比率

(1) 分母：當年度該院所照護(含收案及轉入)本方案之所有病人。

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

5. 照護涵蓋率：

(1) 分母：當年度該院二次就醫間隔90天內且主次診斷為 COPD 之人數。

(2) 分子：分母條件之病人當中，申報本方案支付標準之人數。

6. 嚴重個案照護涵蓋率(僅醫院層級適用)：

(1) 分母：當年度該院二次就醫間隔90天內且主次診斷為 COPD 且因 COPD 使用口服類固醇(ATC 碼前 5碼為 H02AB)或抗生素(ATC 碼前 3 碼為 J01)，或有一次以上因 COPD 於該院住院或急診之人數。

(2) 分子：分母條件之病人當中，申報本方案支付標準之人數。

~~5. 收案病人因 COPD 入住加護病房比率~~

~~(1) 分母：當年度該院所照護(含收案及轉入)本方案之所有病人數。~~

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

6. 收案病人6個月戒菸成功率

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

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

7. 收案病人接受肺部復原評估比率

~~肺部復原及呼吸訓練治療項目參照附表3。~~

~~(1)分母：當年度該院所照護(含收案及轉入)本方案之所有病人數。~~

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

8. 收案病人接受正確藥物治療比率

~~藥物治療項目參照國健署慢性阻塞性肺病臨床治療指引。~~

~~(1)分母：當年度該院所照護(含收案及轉入)本方案之所有病人數。~~

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

(二) 獎勵評比方式：

1. 區分第一類~~醫院所~~、第二類醫院、第二類基層診所，共3組。

2. 各組院所依上述~~8項~~「品質獎勵指標」比率分別排序(「病人完整追蹤率」、「~~照護涵蓋率~~」、「~~嚴重個案照護涵蓋率(僅醫院層級適用)~~」、「~~收案病人6個月戒菸成功率~~」及「~~收案病人接受肺部復原比率~~」、「~~收案病人接受正確藥物治療比率~~」由高排至低；「收案病人 COPD 出院後14日內再入院率」、「收案病人因 COPD 急診就醫比率」、「收案病人因 COPD 急性住院比率」及「~~收案病人因COPD入住加護病房比率~~」由低排至高)，計算個別院所~~6項(醫院)~~、~~5項(基層)~~~~8項~~排序序號之平均值，再重新進行總排序。

3. 各組總排序前25%之院所，依該院所所收個案中達成完整追蹤之個案數，每一個案支付~~51,000~~點獎勵；當年度新收個案，則依完整追蹤季數，按比例支付，惟第4季新收案個案不納入獎勵。

(三) 符合下述條件之病人，不列入本方案品質獎勵指標及個案獎勵費用之計算：

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

10. 第4季新收案個案。

十一、品質監測指標

(一)第二類院所應上轉病人比率

- 1.分母：第二類院所當年度該院所所有照護(含收案及轉入)本方案病人人數。
- 2.分子：分母條件之病人當中，經醫師評估病人「發生急性惡化或其他重大病情」且「該院所無法診治」應上轉之病人人數。

(二)第一類院所應下轉病人比率

- 1.分母：第一類院所當年度該院所所有照護(含收案及轉入)本方案病人人數。
- 2.分子：分母條件之病人當中，經醫師評估病情穩定應下轉之病人人數。

(三)第二類院所應上轉未上轉病人比率

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

(四)第一類院所應下轉未下轉病人比率

- 1.分母：第一類院所當年度該院所，經醫師評估病情穩定應下轉之病人人數。
- 2.分子：分母條件之病人當中，未下轉病人人數。

(五)第二類院所應上轉病人因病患意願未上轉比率

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

(六)第一類院所應下轉病人因病患意願未下轉比率

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

十二、費用之支付

(一)本方案之疾病管理費用（P6011C、P6012C、P6013C、P6014C、P6015C）及相關品質獎勵措施費用於全民健康保險醫院總額及西醫基層總額之「醫療給付改善方案」專款項下支應。

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

(三)保險人得視實際執行及費用支付情形，召開會議與醫界研議修改本方案之相關內容。

(四)本方案費用建議優先分配於第一線執行人員，參與院所應每年提報方案費用之運用情形予保險人分區業務組。

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

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

慢性阻塞性肺病照護內容

第一類醫療院所：

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

1. 應完成照護內容細則：

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

2. 門診照護及疾病照護追蹤

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

第二類醫療院所：

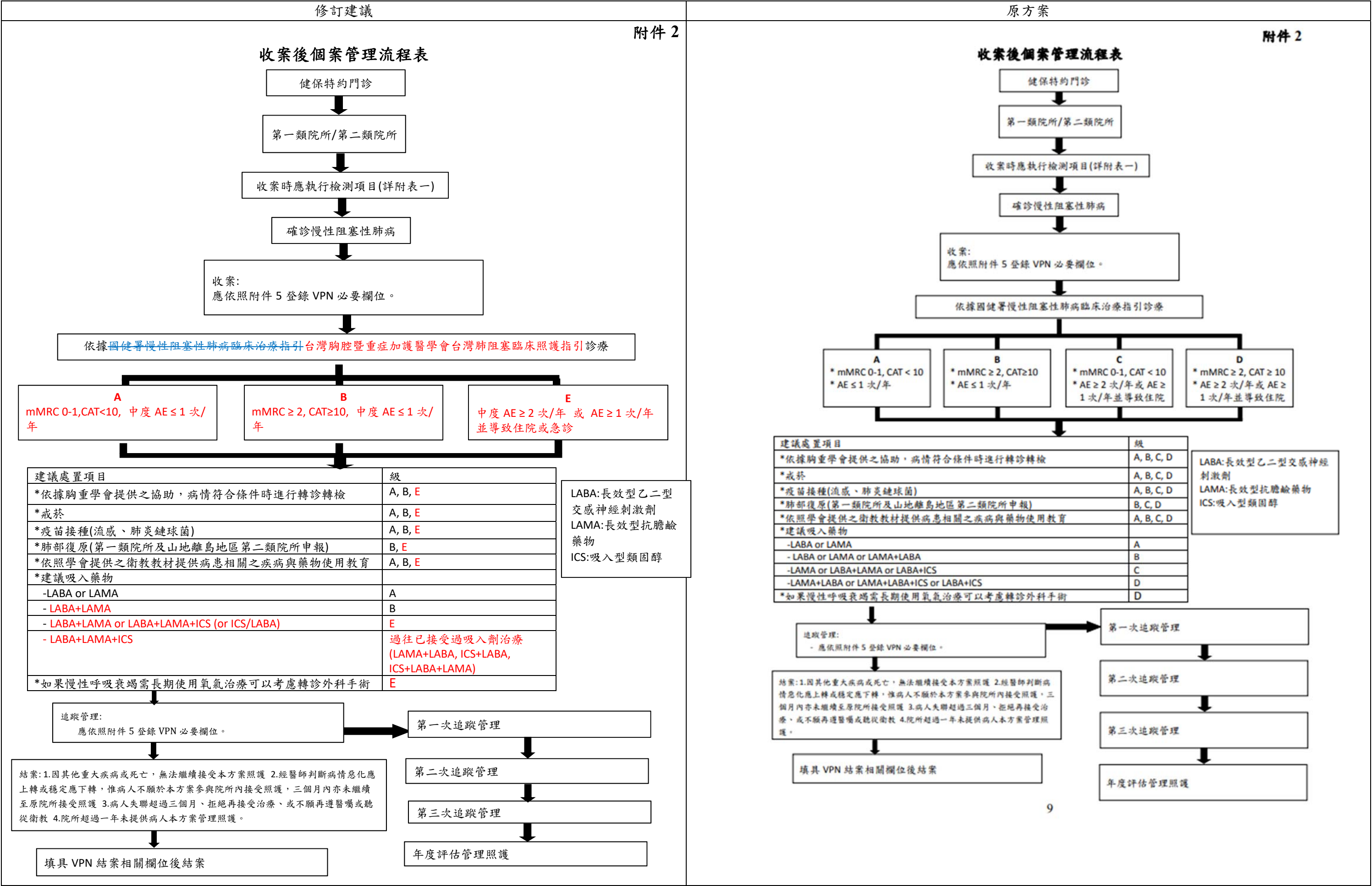
由主責醫師主導醫療照護，以隨時依病人的病情變化需要，追蹤胸部X光、肺功能及主客觀呼吸狀況以評估呼吸功能的進步或惡化。目標為提供以病人為中心之全功能性照護，達成除了完成優質醫療照顧，亦能延伸至病人返家後的疾病諮詢協調與長期追蹤照護。

1. 應完成照護內容細則：

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

2. 門診照護及疾病照護追蹤

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



全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案申請表

院所申請類別：☐新增 ☐變更(變更者另檢附變更事項前後對照表)

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

全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案

給付項目及支付標準

- 一、 本方案給付項目及支付標準按表訂項目及點數辦理，診察費、相關檢驗檢查及未訂項目按現行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準辦理。
- 二、 符合本方案之 COPD 病人，若合併其它疾病且分屬保險人辦理之不同方案收案對象時(例如：糖尿病、高血壓....等，不包括氣喘)，除依本方案支付標準申報外，得再依相關試辦計畫或方案申報費用。

編號	診療項目	支付點數
P6011C	COPD新收案管理照護費 註：照護項目詳附表一，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。轉入病人亦得申報。	4600 點/次
P6012C	COPD追蹤管理照護費 註1：照護項目詳附表二，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 註2：申報新收案後至少須間隔56天才能申報本項，本項每年最多申報43次，每次至少間隔780天為宜。	2300 點/次
P6013C	COPD年度評估管理照護費（第一類院所） 註1：照護項目詳附表二，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 註2：追蹤管理後至少須間隔80天才能申報本項，本項限申報COPD新收案(P6011C)或COPD追蹤管理照護費(P6012C)合計達3次(含)以上之第一類院所始得申報。本項每年限申報一次。	81,200 點/次
P6014C	COPD年度評估管理照護費（第二類院所） 註1：照護項目詳附表二，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 註2：追蹤管理後至少須間隔80天才能申報本項，本項限申報COPD新收案(P6011C)或COPD追蹤管理照護費(P6012C)合計達3次(含)以上之第二類院所始得申報。本項每年限申報一次。	4600 點/次
P6015C	COPD 病人肺部復原及呼吸訓練評估費 註1：適應症：症狀明顯 (如 MRC ≥ 2 或 CAT ≥ 10)或近一年內有中重度惡化病史(全身性類固醇、急診、住院)。 註2：含肺復原治療評估、戒菸衛教，經專業人員親自實施始可申報。並須將評估項目、現有問題、短及長程治療目標及治療計畫記錄於病歷內。 註3：「第一類院所」或「山地離島地區之第二類院所且配有專任呼吸治療師」始得申報，限每半年申報一次，一年至多兩次。 註4：肺部復原及呼吸訓練項目建議參考附表三執行。	6900點/次

附表一 COPD 病人新收案診療項目參考表

	病史 (必要項目)	理學檢查及相關檢驗(必要項目)	實驗室檢驗及檢查 (建議項目)	疾病管理照護(必要項目)
完整性 初診 診察及 照護	1. 家族史 2. 抽菸史 3. 職業史 4. COPD 狀況評估： ~~(1) 病人過去一年急性發作* _____次~~ ~~*急性發作定義: 1)因呼吸症狀改變造成用藥改變或 2) 因呼吸狀況而導致住院或急診~~ (1)過去一年急性惡化發作狀況(勾選) 中度惡化*: ☐ 有 ☐ 沒有 重度惡化*: ☐ 有 ☐ 沒有 *中度惡化的定義：為病情突然惡化而導致額外門診就醫且須使用口服抗生素或造成控制藥物的改變 *重度惡化的定義：為病情突然惡化而導致額外住院或急診就醫) (2) Spirometry Data (17006C 支氣管擴張劑試驗) a. FEV₁ _____ L; b. FEV₁ _____ % 預估值 c. FEV₁/FVC: _____ % ~~預估值~~ (pre and post-bronchodilator data) (3) 慢性阻塞性肺病評估測試 (擇一填寫) CAT score: _____ mMRC score _____ 5.過去病史 (1) 氣喘疾病 (2) 肺結核 (3) 職業性肺病 (4) 胸腔手術 (5) 高血壓 (6) 糖尿病 (7) 心臟血管疾病史(勾選)☐ 心衰竭 ☐ 冠狀動脈心臟病 ☐ 心肌梗塞 ☐ 心律不整 (8) 骨質疏鬆 (9) 憂鬱症 (10) 慢性肝病 (11) 感染病史 (12) 其它(註明病因) 6.過去和目前處置：~~藥劑、自我處理與監測~~使用吸入劑 或控制藥物(勾選) ☐ LABA or LAMA ☐ LABA + LAMA ☐ ICS/LABA ☐ ICS + LABA + LAMA ☐ 口服類固醇 ☐ 其他: _____ 7. 家庭狀況 (獨居或有同居者) 主要照護者(註明姓名、關係及聯絡方式)	1. 身高體重 2. 血壓 3. ~~心臟~~脈搏、呼吸、有無喘鳴聲 4. 若過去一年曾有 COPD 急性惡化發作，需進行初步心血管狀況評估(勾選): ☐ EKG ☐ NT-ProBNP ☐ Troponin I	1. 08011C 全套血液檢查(WBC、RBC、Hb、Hct、Platelet count、MCV、MCH、MCHC 八項) 2. 08013C 白血球分類計數(WBC differential count) 3. 08010C 嗜酸性白血球計算 (Eosinophil Count) 4. 09005C 血液葡萄糖(Glucose) 5. 18001C 心電圖 (E.K.G) 6. 32001C 胸部 X 光 (包括各種角度部位之胸腔檢查) (Chest view) 7. 17019C 支氣管激發試驗(Bronchial provocation test) 8. 33072B 電腦斷層造影 註：以上所列項目非每位 COPD 病人必要之檢驗檢查，請依病情需要核實申報。	1. 治療計畫 2. 教導病人自我處理治療計畫 (1) 瞭解症狀、嚴重度及自我處理方法 (2) 瞭解治療目標 (3) 瞭解每日使用的治療藥物劑量 (4) COPD 惡化時如何治療或如何尋求諮詢及更進一步的醫療 3. 肺部復原管理諮詢 4. 安排下次門診時間

附表二 COPD 病人追蹤暨年度管理管理診療項目參考表

	病史(必要項目)	理學檢查及相關檢驗(必要項目)	檢驗及檢查(建議項目)	疾病管理照護(必要項目)
完整性 複診 診察 及 年度 評估 照護	1. 治療計畫的調整 2. 生活品質狀態評估 3. 戒菸狀況 4. 完成個案照護結果年度評估 4.5. COPD 狀況評估： ~~(1) 病患過去一年急性發作* _____次~~ ~~* 急性發作定義：1)因呼吸症狀改變造成用藥增加 或 2)因呼吸狀況而導致住院或急診的急性發作。~~ ~~(1)過去一年急性惡化發作狀況(勾選)~~ 中度惡化*：☐ 有 ☐ 沒有 重度惡化*：☐ 有 ☐ 沒有 *中度惡化的定義：為病情突然惡化而導致額外門診就醫且須使用口服抗生素或造成控制藥物的改變 *重度惡化的定義：為病情突然惡化而導致額外住院或急診就醫) ~~(2) Spirometry Data~~ ~~(17003C 流量容積圖形檢查或 17004B 標準肺量測定)~~ ~~(每年至少執行一次)~~ a. ~~FEV₁ _____ L;~~ b. ~~FEV₁ _____ % 預估值~~ c. ~~FEV₁/FVC: _____ % 預估值~~ ~~(3)(2) 慢性阻塞性肺病評估測試 (擇一填寫)~~ ~~(每年至少執行一次)~~ CAT score _____ mMRC score _____ 5. 目前使用吸入劑或控制藥物 (勾選) ☐ LABA or LAMA ☐ LABA + LAMA ☐ ICS/LABA ☐ ICS + LABA + LAMA ☐ 口服類固醇 ☐ 其他: _____	~~1. 呼吸頻率~~ ~~2. 1. 喘鳴聲~~ ~~3. 心跳頻率~~ 2. 若過去一年曾有 COPD 急性惡化發作，需進行初步心血管狀況評估(勾選)： ☐ EKG ☐ NT-ProBNP ☐ Troponin I	其他依病情需要	1. 治療計畫短期及長期目標之訂定 2. 測試並加強病人執行自我處理治療計畫之能力 3. 併發症之預防 4. 轉介追蹤 5. 精神社會調適 6. 安排下次門診時間

附表三 COPD 病人年度管理管理診療項目參考表

	病史(必要項目)	理學檢查及相關檢驗(必要項目)	檢驗及檢查(建議項目)	疾病管理照護(必要項目)
完整性複診觀察及年度評估照護	1. 治療計畫的調整 2. 生活品質狀態評估 3. 戒菸狀況 4. 完成個案照護結果年度評估 5. COPD 狀況評估： ~~(1) 病患過去一年急性發作* _____次~~ ~~* 急性發作定義: 1) 因呼吸症狀改變造成用藥增加 或~~ ~~2) 因呼吸狀況而導致住院或急診的急性發作。~~ (1) 過去一年急性惡化發作狀況(勾選) 中度惡化*: ☐ 有 ☐ 沒有 重度惡化*: ☐ 有 ☐ 沒有 * 中度惡化的定義：為病情突然惡化而導致額外門診就醫且須使用口服抗生素或造成控制藥物的改變 * 重度惡化的定義：為病情突然惡化而導致額外住院或急診就醫) (2) Spirometry Data (17003C 流量容積圖形檢查或17004B 標準肺量測定) ~~(每年至少執行一次)~~ a. FEV₁ _____ L; b. FEV₁ _____ % 預估值 c. FEV₁/FVC: _____ % ~~預估值~~ (3) 慢性阻塞性肺病評估測試 (擇一填寫) ~~(每年至少執行一次)~~ CAT score _____ mMRC score _____ 6. 目前使用吸入劑或控制藥物 (勾選) ☐ LABA or LAMA ☐ LABA + LAMA ☐ ICS/LABA ☐ ICS + LABA + LAMA ☐ 口服類固醇 ☐ 其他: _____ 7. 過去一年心血管事件病史評估 (勾選) ☐ 心衰竭 ☐ 冠狀動脈心臟病 ☐ 心肌梗塞 ☐ 心律不整	~~1. 呼吸頻率~~ 2. 1. 喘鳴聲 ~~3. 心跳頻率~~ 2. 若過去一年曾有 COPD 急性惡化發作，需進行初步心血管狀況評估(勾選): ☐ EKG ☐ NT-ProBNP ☐ Troponin I	其他依病情需要	1. 治療計畫短期及長期目標之訂定 2. 測試並加強病人執行自我處理治療計畫之能力 3. 併發症之預防 4. 轉介追蹤 5. 精神社會調適 6. 安排下次門診時間

附表三 肺部復原及呼吸訓練項目建議參考表

肺復原處置 A

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

肺復原處置 B

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

VPN個案登錄系統必要欄位簡化表

一、新收案(病人姓名、醫師姓名等欄位會自動帶出)

必填欄位：

1. 病人身分證號
2. 新收案日期、門住診別
3. 主治醫師身分證號
4. 基本檢查數據：身高、體重
5. 基本理學檢查：呼吸頻率、有無喘鳴聲、脈搏
6. 家族病史：親屬是否確診亦具COPD
7. 目前使用吸入劑或控制藥物(無/短效支氣管擴張劑/口服支氣管擴張劑/口服減敏藥物/單方長效支氣管擴張劑/複方長效支氣管擴張劑/複方含吸入性類固醇支氣管擴張劑)：
(1)LABA or LAMA(2)LABA + LAMA(3)ICS/LABA(4)ICS + LABA + LAMA(5)口服類固醇
(6)其他

8. 抽菸史：從未抽菸/已戒菸/未戒菸

目前抽菸包數：

- (1)已戒菸:過去包/天/年，戒菸幾年。

- (2)未戒菸:包/天/年

9. 過去病史：(1)氣喘疾病(2)肺結核(3)職業性肺病(4)胸腔手術(5)高血壓(6)糖尿病(7)心臟血管疾病史：心衰竭/冠狀動脈心臟病/心肌梗塞/心律不整(8)骨質疏鬆(9)憂鬱症(10)慢性肝病(11)感染病史(12)其它(註明病因)

- ~~9-10.急性惡化發作頻率：次/過去一年。(包含病情突然惡化時的額外住院或門診/急診就醫、須使用口服抗生素或控制藥物的改變)~~過去一年急性惡化發作狀況：有無中度惡化/重度惡化

- ~~10-11.肺功能(FEV1、FEV1%預估值、FEV1/FVC%預估值、pre and post-bronchodilator test)~~

- ~~11-12.慢性阻塞性肺病評估測試(擇一填寫)：CAT分數/mMRC分數~~

- ~~12.mMRC分數~~13.若過去一年曾有COPD急性惡化發作，需進行初步心血管狀況評估：

EKG/NT-ProBNP/Troponin I

- ~~13-14.是否屬可收案但不列入獎勵或監控指標之個案~~

- (1)是/否(填「是」者，第(2)題原因需擇一項填覆)

- (2)排除原因：

A.因非慢性阻塞性肺病相關疾病而導預期存活期小於六個月者。

B.長期臥床大於三個月且無進步潛能者。

C.因神經或肌肉骨骼系統功能下降，而無復健潛能者。

D.嚴重意識或認知障礙，嚴重精神疾病。

E.長期呼吸器依賴者。

F.重度慢性阻塞性肺病之末期階段，經醫師評估短期內無法復原者

G.若病人或家屬中途無法參予配合意願，即中止治療。

H.過去一年曾因COPD住院 2 次以上者。

I.癌症或同時具有其他重大傷病之患者。

15. 疾病管理照護(肺部復原及呼吸訓練評估)：無/有(1)呼吸問題/(2)肺復原照護計畫

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

必填欄位：

1. 追蹤管理日期

2. 基本理學檢查：~~呼吸頻率~~→有無喘鳴聲→~~脈搏~~

3. ~~急性惡化發作頻率：次/過去一年。(包含病情突然惡化時的額外門診/急診就醫、須使用口服抗生素或控制藥物的改變)~~ 過去一年急性惡化發作狀況：有無中度惡化/重度惡化

4. ~~肺功能(FEV1→FEV1%預估值→FEV1/FVC%預估值)~~

5. ~~4.慢性阻塞性肺病評估測試(擇一填寫)：CAT分數/mMRC分數~~

6. ~~5.若過去一年曾有COPD急性惡化發作，需進行初步心血管狀況評估：EKG/NT-~~

ProBNP/Troponin I治療計畫調整：

(1) ~~是否戒菸成功(戒菸成功指自追蹤日向前推算 6個月內未吸菸)：戒菸成功/未戒菸成功~~

(2) ~~是否需調整藥物及劑量：是/否~~

7. ~~6.病情變化狀況-第二類院所必填~~

(1) 是否發生急性惡化原院所無法診治或其他必須至有治療能力之本方案參與院所治療之重大病情：是/否(~~填「是」者，第(2)題惡化處理方式需擇一項填覆~~)

(2) 惡化處理方式：

A.上轉至本方案第一類參與院所

B.上轉至非本方案之參與院所

C.轉診至本方案有治療能力之第二類參與院所

D.病人意願，於原院所繼續照護

E.非病人意願因素，於原院所繼續照護

F.個案失聯或拒絕接受治療

8. ~~7.病情變化狀況-第一類院所必填~~

(1) 是否COPD及他項重大病情皆已穩定：是/否(~~填「是」者，第(2)題穩定處理方式需擇一項填覆~~)

(2) 穩定處理方式：

A.下轉至本方案第二類參與院所

B.下轉至非本方案參與院所預計結案

C.病人意願，於原院所繼續照護

D.非病人意願因素，於原院所繼續照護

E.個案失聯或拒絕接受治療

~~9-8.~~目前使用吸入劑或控制藥物(~~無/短效支氣管擴張劑/口服支氣管擴張劑/口服減敏藥物/單方長效支氣管擴張劑/複方長效支氣管擴張劑/複方含吸入性類固醇支氣管擴張劑~~)：

(1)LABA or LAMA(2)LABA + LAMA(3)ICS/LABA(4)ICS + LABA + LAMA(5)口服類固醇
(6)其他

9. 疾病管理照護(肺部復原及呼吸訓練評估)：無/有(1)呼吸問題/(2)肺復原照護計畫

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

必填欄位：

1. 年度評估日期
2. 基本理學檢查：~~呼吸頻率、有無喘鳴聲、脈搏~~
3. ~~急性惡化發作頻率：次/過去一年。(包含病情突然惡化時的額外門診/急診就醫、須使用口服抗生素或控制藥物的改變)~~過去一年急性惡化發作狀況：有無中度惡化/重度惡化
4. 肺功能(FEV1、FEV1%預估值、FEV1/FVC%~~預估值~~)
5. 慢性阻塞性肺病評估測試(擇一填寫)：CAT分數/mMRC分數
6. ~~mMRC分數~~若過去一年曾有COPD急性惡化發作，需進行初步心血管狀況評估：EKG/NT-ProBNP/Troponin I
7. 過去一年心血管事件病史評估：心衰竭/冠狀動脈心臟病/心肌梗塞/心律不整

~~7-8.~~治療計畫調整：

- (1) 是否戒菸成功(戒菸成功指自追蹤日向前推算 6個月內未吸菸)：戒菸成功/未戒菸成功
- (2) 是否需調整藥物及劑量：是/否

~~8-9.~~病情變化狀況-第二類院所必填

- (1) 是否發生急性惡化原院所無法診治或其他必須至有治療能力之本方案參與院所治療之重大病情：是/否(~~填「是」者需填覆第(2)題處理方式~~)
- (2) 惡化處理方式：
 - A.上轉至本方案第一類參與院所
 - B.上轉至非本方案之參與院所
 - C.轉診至本方案有治療能力之第二類參與院所
 - D.病人意願，於原院所繼續照護
 - E.非病人意願因素，於原院所繼續照護
 - F.個案失聯或拒絕接受治療

~~9-10.~~病情變化狀況-第一類院所必填

- (1) 是否COPD及他項重大病情皆已穩定：是/否(~~填「是」者需填覆第(2)題處理方式~~)
- (2) 穩定處理方式：

A.下轉至本方案第二類參與院所

- B.下轉至非本方案參與院所預計結案
- C.病人意願，於原院所繼續照護
- D.非病人意願因素，於原院所繼續照護

E.個案失聯或拒絕接受治療

~~10-11.目前使用吸入劑或控制藥物(無/短效支氣管擴張劑/口服支氣管擴張劑/口服減敏藥物/單方長效支氣管擴張劑/複方長效支氣管擴張劑/複方含吸入性類固醇支氣管擴張劑)：~~

(1)LABA or LAMA(2)LABA + LAMA(3)ICS/LABA(4)ICS + LABA + LAMA(5)口服類固醇
(6)其他

12. 疾病管理照護(肺部復原及呼吸訓練評估)：無/有(1)呼吸問題/(2)肺復原照護計畫

四、結案登錄(結案原因)

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

提升院所 COPD 慢性照護能力與病人生活品質的量化評量表

機構名稱：

自評日期：

年

月

日

評量面向	評量項目	符合打勾	配分	總分	備註
結構面 16%	1.照護人員資格(4%) (1) 第一類院所：具有三位以上(含)胸腔暨重症專科專(兼)任醫師，且配置呼吸治療師及個案管理師各一名。 第二類院所：具有一位以上(含)家庭醫學科、胸腔暨重症專科、內科、小兒科、耳鼻喉科或神經科之專(兼)任醫師。 (2) 參與方案之家醫科、內科、小兒科、耳鼻喉科醫師、神經科醫師、呼吸治療師及個案管理師需接受保險人認可之 COPD 照護教育訓練，新加入方案之醫事人員至少取得 6 小時課程時數，已加入方案之醫事人員自取得資格日起，每 3 年須取得 6 小時課程時數，並取得由台灣胸腔暨重症加護醫學會協調公益提供之教育訓練課程證明。	☐	2		
	2.收案資格(4%) (1) 最近 90 天內曾在同一醫療院所診斷為 COPD (ICD10: J41-J44) 至少就醫達 2 次(含)以上者 (2) 診斷 COPD 者，且有肺功能的紀錄	☐ ☐	2 2		
	3.登錄及後續追蹤(4%) (1) 有專責人員負責登錄及追蹤 (2) 負責登錄及追蹤之專責人員需有 COPD 照護相關訓練學分，三年至少 6 小時	☐ ☐	2 2		
	4.相關設備(4%) (1) 備有肺功能檢測相關設備可供使用(第二類院所為選填項目) (2) 備有 COPD 藥物衛教相關教具	☐ ☐	2 2		
	1.資訊告知(4%) 收案前有向病人解釋參與本方案之目的及需病人配合定期回診等事項，並取得病人或親屬簽章同意書，可供查閱	☐	4		
過程面 62%	2.個案資料管理(4%) (1) 收案病人初診及複診資料 (2) 收案病人資料或電腦建檔	☐ ☐	2 2		
	3.收案個案之病歷或收案紀錄單完整記載病人相關資料，需包含：(12%) (1) 相關病史(家族史,過去病史,處置狀況,抽菸史) (2) 治療計畫的調整 (3) 過去和目前處置	☐ ☐ ☐	4 4 4		
	4.個案資料完整性(22%) (1) 基本資料(ID、姓名、地址、電話等)。 (2) 照護方案新收案時填報下列資料： A.新收案日期 B.AE 發作頻率 D.肺功能 E.COPD 控制狀況(CAT 及 mMRC 問卷)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	2 2 2 2 2		
	(3) 照護方案(追蹤及年度回診時)」填報下列資料： A.追蹤管理日期 B.AE 發作頻率 C.住院頻率 D. FEV ₁ 預估值(%)	☐ ☐ ☐ ☐	2 2 2 2		

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

醫療機構負責人簽章：

討論事項

第 四 案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「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)」案。

說明：

- 一、依全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫、衛生福利部口腔健康司114年5月28日電子郵件、疾病管制署114年5月29日電子郵件、國民健康署114年6月3日電子郵件、台灣醫院協會114年6月26日院協健字第1140000885號函（**附件1，頁次討4-4**）及中華民國醫師公會全國聯合會114年8月8日全醫聯字第1140001054號函（**附件2，頁次討4-5**）辦理。
- 二、本方案修訂重點摘述如下（**修訂對照表如附件3，頁次討4-7～4-32**）：
 - （一）實施策略：醫療服務新增遠距醫療、早期療育及居家醫療照護。
 - （二）申請資格：增列承作醫療院所參與計畫前2年內不得有涉全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第44、45條之相關處分。
 - （三）申請程序：為保障承作院所權益，增訂IDS計畫修訂公告日前，已核定之計畫得依公告前之計畫辦理，於次年度修正計畫書內容。
 - （四）計畫管理機制：
 1. 督導小組成員新增副召集人及當地行政機關(區公所或鄉公所)代表，刪除承作醫療院所代表，併修計畫附件2之評選審查作業文件。
 2. 計畫編列經費未超過前年度15%由分區業務組決行，原僅限於計畫期滿，考量實務執行需求，修訂為每年。

(五) 支付方式：

1. 為反應醫事人力投入成本，增訂醫事人員論次支援費用下限，及至少一定比率(八成)需撥付醫事人員之規範。
2. 配合國民健康署114年修訂「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」，修訂計畫支應子宮頸抹片檢查之年齡。
3. 增訂早期療育、居家醫療服務經費應比照現行支付標準點數編列，並由IDS計畫預算支應。
4. 增訂山地離島地區點值補充費用，適用地區為山地離島地區及嘉義縣大埔鄉、花蓮縣豐濱鄉之保險醫事服務機構，醫療費用每點點值最高補充至1元。

(六) 計畫評核指標：

1. 增訂癌症防治指標，同步修訂各項指標占率。
2. 促進預防保健及癌症防治指標回歸衛生福利部國民健康署、口腔健康司及疾病管制署統計定義，執行情形由保險人每季函請業管各司署提供。

(七) 費用申報支付及審查原則：

1. 新增本計畫服務量不納入支付標準門診診察費合理量計算。
2. 明定本計畫點值結算方式。

(八) 相關規範：因應輕量化APP及虛擬健保卡就醫之運用，修正健保卡上傳作業規定。

三、 財務影響評估：

- (一) 增訂醫事人員論次支援費用下限：以醫師每診次7,000元、醫事人員每診次1,700元及113年IDS計畫專科門診、巡迴醫療論次費用申報次數推估，約需119百萬元。
- (二) 點值補充至每點1元：以113年山地離島及適用地區院所門住診申報點數及113年各季浮動點值推估約需216.2百萬元。

(三)綜上，本次計畫修訂全年預估需335.2百萬元，以114年度全民健康保險其他預算「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」預算數1,356.6百萬元，尚足以支應。

四、 本次修訂點值補充費用係114年總額專款項目之協定事項，其目的係為透過山地離島地區在地院所醫療量能保障及改善營運困境，使民眾能持續獲得醫療照護，爰計畫修訂擬回溯自114年1月1日生效。

擬辦：本案結論，將依程序報請衛生福利部核定後公布實施。

檔 號：
保存年限：

台灣醫院協會 函

地址：251新北市淡水區中正東路2段29-5
號25樓

聯絡人：吳心華

電話：02-28083300分機21

傳真：02-28083304

電子郵件：woodstock@hatw.org.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國114年6月26日

發文字號：院協健字第1140000885號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：有關所詢「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升
計畫」修訂草案，復如說明段，請查照。

說明：

一、復 貴署114年6月6日健保醫字第1140662814號函。

二、旨揭案經本會專門委員會議討論後，決議如下：

(一)有關「伍、預算來源」建議維持原條文內容，不予修
訂。

(二)有關「壹拾、支付方式五、評核指標獎勵費(三)」文字
內容之贅字，建議刪除。

1、該項費用於計畫執行每滿1年及計畫期滿期滿之6個月
內，由本保險人各分區業務組評估指標達成情形後予
以核付。

(三)餘項無修訂意見。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會



總收文 114.06.27



1140114151

檔 號：
保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：106646臺北市大安區安和路1段29號
9樓
承辦人：蘇慧珂
電話：(02)2752-7286分機172
傳真：(02)2771-8392
電子信箱：shk2024@mail.tma.tw

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8月8日
發文字號：全醫聯字第1140001054號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：貴署函詢有關全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫修訂草案，本會意見案，復請 查照。

說明：

- 一、覆貴署114年6月24日健保醫字第1140663170號函。
- 二、依據本會114年8月1日第13屆第7次醫院醫療委員會會議結論辦理。
- 三、有關計畫第伍點預算來源，「……本計畫醫療費用由各總額部門預算支應。」建議應由其他預算支應，不應由健保各總額部門支應。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：電子公文
交換章

理事長 周慶明



全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫修正對照表

114 年度條文(本組建議)	102 年度條文	說明
未修訂	壹、依據： 依全民健康保險會各年度全民健康保險醫療費用總額之協議結果。	
未修訂	貳、目的： 一、 鼓勵有能力、有意願之醫療院所至山地離島地區提供各項健保醫療服務，提升當地保險對象醫療照護可近性。 二、 藉由醫療資源之整合及社區意識之融入，全面改善山地離島地區整體健保醫療服務品質。	
未修訂	參、施行期間： 計畫效期 3 年。	
未修訂	肆、施行地區： 本計畫施行地區(如附件 1)：包含 50 個山地離島地區及 2 個適用地區。	
伍、預算來源： <u>一、 本計畫「醫事人員支援費用」、「特定醫療服務費用」、「健康照護促進及品質提升費」及「評核指標獎勵費」由全民健康保險年度醫療給付費用總額其他預算之「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」專款項目下支應；本計畫醫療費用由各總額部門一般服務預算支應</u> <u>二、 虛擬(行動)健保卡獎勵金由全民健康保險年度醫療給付費用總額其他預算之「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路寬頻補助費用」專款項目下支應。</u>	伍、預算來源： 全民健康保險年度醫療給付費用總額其他預算之「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」專款項目下支應。	為推廣山地離島地區民眾使用虛擬健保卡，編列虛擬(行動)健保卡獎勵金，爰本條敘明計畫相關費用預算支應，及虛擬健保卡獎勵金預算來源，未改變現行各項費用之預算支應方式。
陸、實施策略： 一、經公告之地區， ~~必要時保險人分區業務組得徵詢當地衛生局、衛生所等單位意見後~~ ，由保險人分區業務組公開徵求有意願、有能力的醫療院所，協助整合當地的醫療院所，提出計畫之申請，提供該地區所需之整合性醫療照護服務。 二、計畫承作之醫療院所因應當地之醫療需求，或可協調或整合不同科別專科醫師進行排診，提供當地居民實際需要之專科診療服務，必要時並可於適當地點自設醫療站，提供計畫實施地區需求之醫療服務。 三、計畫承作醫療院所應結合當地社區照護資源，將醫療服務(如夜間門診、夜間待診、例假日門診、專科診療、巡迴醫療、定點門診、天然災害加診、 <u>遠距醫療、早期療育、居家醫療照護</u> 等)及其他醫療健康促進服務(如 ~~居家照護~~ 、復健治療、預防保	陸、實施策略： 一、 經公告之地區，必要時保險人分區業務組得徵詢當地衛生局、衛生所等單位意見後，由保險人分區業務組公開徵求有意願、有能力的醫療院所，協助整合當地的醫療院所，提出計畫之申請，提供該地區所需之整合性醫療照護服務。 二、 計畫承作之醫療院所因應當地之醫療需求，或可協調或整合不同科別專科醫師進行排診，提供當地居民實際需要之專科診療服務，必要時並可於適當地點自設醫療站，提供計畫實施地區需求之醫療服務。 三、 計畫承作醫療院所應結合當地社區照護資源，將醫療服務(如夜間門診、夜間待診、例假日門診、專科診療、巡迴醫療、定點門診、天然災害加診等)及其他醫療健康促進服務（如居家照護、復健治療、預防保健、衛教宣導、疾病個案管理等）提	一、考量現行之計畫由各分區業務組核定，爰刪除「必要時保險人分區業務組得徵詢當地衛生局、衛生所等單位意見後」文字，以符合現況。 二、計畫承作醫療院所提供之「醫療服務」新增遠距醫療、早期療育、居家醫療之照護，以提供當地居民更多元之醫療服務。

114 年度條文(本組建議)	102 年度條文	說明
健、衛教宣導、疾病個案管理等) 提供予最需要的保險對象，且得因地制宜，針對山地離島地區之特殊背景或特定健康需求局部調整醫療服務模式及提供具有文化敏感性之服務內容，以改善當地特定之健康問題。 四、計畫承作醫療院所如提供所施行地區居民緊急或重大疾病門、住診轉診後送服務至該院所者，應予優先處理。	供予最需要的保險對象，且得因地制宜，針對山地離島地區之特殊背景或特定健康需求局部調整醫療服務模式及提供具有文化敏感性之服務內容，以改善當地特定之健康問題。 四、計畫承作醫療院所如提供所施行地區居民緊急或重大疾病門、住診轉診後送服務至該院所者，應予優先處理。	
柒、申請資格： 一、申請參與計畫之醫療院所須為本保險之特約醫療院所。 二、申請參與計畫之特約醫療院所，須於提出申請日前 2 年未曾有最近二年未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八至四十條所列違規情事之一暨第四十四及四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)。前述計算未曾涉及違規情事期間之認定，以保險人第一次處分核定違規函上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報計畫之內容另予考量。	柒、申請資格： 一、申請參與計畫之醫療院所須為本保險之特約醫療院所。 二、申請參與計畫之健保特約醫療院所，須於提出申請日前 2 年未曾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)第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一者(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)。前述計算違規期間以保險人第一次處分函上所載停約日起算。惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形，得視違規情節及醫療院所提報計畫之內容另予考量。	一、依據全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 44、45 條規定略以，保險醫事服務機構違反醫事法令，受衛生主管機關停業處分者，於停業期間，應予停約；經衛生主管機關廢止開業執照處分，應予終約。因停約/終約無法提供本方案照護對象適切完整之醫療服務，增列參與計畫前二年內不得有特約管理辦法第四十四至四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分之條文。 二、明訂兩年內違規之日期計算，參考本署 112 年 7 月 31 日健保醫字第 1120663149 號書函及本署 112 年 7 月 25 日健保醫字第 1120663181 號書函，修訂方案違約期間認定。
捌、申請程序： 一、申請流程：保險人分區業務組透過公開徵求，有意願申請參與計畫之健保特約醫療院所，依公告之施行地區提出計畫書，經由評選程序擇定醫療院所至當地提供醫療服務，計畫公開徵求及評選程序(如附件 2)。 二、申請所需檢附文件：(如附件 3)。	捌、申請程序： 一、申請流程：保險人分區業務組透過公開徵求，有意願申請參與計畫之健保特約醫療院所，依公告之施行地區提出計畫書，經由評選程序擇定醫療院所至當地提供醫療服務，計畫公開徵求及評選程序(如附件 2)。 二、申請所需檢附文件：(如附件 3)。	一、建議修正附件 2(公開評選暨審核作業)說明： (一) 為利分區業務組實務作業，統一規範計畫公開評選之公告天數為 30 天。 (二) 為符合 IDS 計畫承作院所提供山地離島地區民眾因地制宜服務內容目的，新增鄉公所等在地人員得為審核委員預定名單，「施行區域之衛生主管機關 1 人」修正為「施行地區之行政、衛生主管機關 1-2 人」。 (三) 配合上述修正內容，原 7-9 名委員組成之審核小組調整為「6 至 10 名」委員組成。 二、建議修正附件 3(計畫撰寫參考格式)說明： (一) 配合前述計畫陸、實施策略(三)修正內容，計畫執行內容二、「醫療服務」新增遠距醫療、早期療育、居家醫療照護。 (二) 依本署 113 年 8 月 28 日召開之「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」第二次研修檢討會議共識辦理，增修本計畫統一財務計畫表格式。

114 年度條文(本組建議)	102 年度條文	說明
三、 <u>當年度於修訂公告日前已核定或已檢附計畫書送至保險人分區業務組審核之計畫，得依公告前之本計畫規定辦理，並於次年度起修正計畫書內容。</u>		三、 為保障已核定計畫及申請計畫中之承作院所權益，增修本計畫修訂公告後之辦理模式。
玖、計畫管理機制： 一、 保險人分區業務組成立「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫督導小組」，負責督導、協調及評估施行地區計畫之執行。 (一) 督導小組成員：由保險人分區業務組主管擔任小組召集人及副召集人，並原則聘任施行地區之當地行政機關(區公所或鄉公所)代表、衛生主管機關代表、民意代表或社區意見領袖、醫療團體代表一承作醫療院所代表等，擔任督導小組委員，另視需要得有 1 名熟稔當地醫療業務之原住民籍代表擔任。 (二) 督導小組委員任期，同計畫執行期間；任期屆滿得續聘之；代表機關或團體出任者，應隨其本職進退。督導小組委員之聘任作業，由保險人分區業務組統籌辦理。 (三) 督導小組任務： 1. 審核施行地區「計畫執行中心」所提出之計畫執行報告。 2. 評估及反映計畫施行地區居民之實際醫療服務需求。 3. 施行地區計畫執行情形之監督、考核。 4. 施行地區計畫推動之協調、建議。 (四) 督導小組委員會議：每年召開一次督導小組委員檢討會議，必要時得召開臨時會議；督導小組委員會議，由召集人召開，並為主席；召集人因故未能出席時，得指定督導小組委員一人為主席。 (五) 督導小組委員會議，須有二分之一以上委員出席，決議事項須經出席委員過半數同意行之。 (六) 督導小組委員會議紀錄，應副知保險人；會議決議事項如涉及施行地區計畫醫療服務項目之增列，應報保險人核定一另施行地區計畫期滿計畫經費未超過前年度 15%之情形，授權由保險人分區業務組決行，並以換文補充方式辦理，副知保險人。 <u>(七)施行地區計畫每年度經費未超過前年度 15%之情形，授權由保險人分區業務組決行，並以換文補充方式辦理，副知保險人。若施行地區為原承作醫療院所續作，新一期計畫之第一年經費超過前一期第三年經費 15%者，應專案報保險人核定後始可執行。</u> ~~(七)~~<u>(八)施行地區計畫所提供之服務項目，若已由其他機關或計畫支應者，不得於本計畫重複編列同項經費。</u>	玖、計畫管理機制： 一、 保險人分區業務組成立「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫督導小組」，負責督導、協調及評估施行地區計畫之執行。 (一) 督導小組成員：由保險人分區業務組主管擔任小組召集人，並原則聘任施行地區之當地衛生主管機關代表、民意代表或社區意見領袖、醫療團體代表、承作醫療院所代表等，擔任督導小組委員，另視需要得有 1 名熟稔當地醫療業務之原住民籍代表擔任。 (二) 督導小組委員任期，同計畫執行期間；任期屆滿得續聘之；代表機關或團體出任者，應隨其本職進退。督導小組委員之聘任作業，由保險人分區業務組統籌辦理。 (三) 督導小組任務： 1. 審核施行地區「計畫執行中心」所提出之計畫執行報告。 2. 評估及反映計畫施行地區居民之實際醫療服務需求。 3. 施行地區計畫執行情形之監督、考核。 4. 施行地區計畫推動之協調、建議。 (四) 督導小組委員會議：每年召開一次督導小組委員檢討會議，必要時得召開臨時會議；督導小組委員會議，由召集人召開，並為主席；召集人因故未能出席時，得指定督導小組委員一人為主席。 (五) 督導小組委員會議，須有二分之一以上委員出席，決議事項須經出席委員過半數同意行之。 (六) 督導小組委員會議紀錄，應副知保險人；會議決議事項如涉及施行地區計畫醫療服務項目之增列，應報保險人核定，另施行地區計畫期滿計畫經費未超過前年度 15%之情形，授權由保險人分區業務組決行，並以換文補充方式辦理，副知保險人。 (七) 施行地區計畫所提供之服務項目，不得重複向其他機關申請相關經費。	一、 為利召集人因故未能出席時，得指定嫻熟計畫之委員督導會議，增修「會議副召集人」擔任小組成員。 二、 配合前述附件 2 修正委員預定名單，督導小組成員新增「當地行政機關代表」。 三、 考量承作醫療院所為計畫執行機關且為督導小組會議當然出席人員，刪除「承作醫療院所代表」。 四、 考量 IDS 計畫每年於健保總額之其它部門爭取相關預算後推動，為使各山地離島 IDS 計畫得因地制宜提供具彈性之醫療服務，敘明每年及三年期滿之計畫編列經費如未超過前年度 15%之情形下，授權由分區業務組決行。 五、 基於不重複給付精神，增修已由其他機關支應之服務項目，不得於 IDS 計畫重複編列經費之規定。

114 年度條文(本組建議)	102 年度條文	說明																								
~~(八)~~(九)督導小組委員會議召開之行政作業由保險人分區業務組負責，分區業務組並得派員列席督導小組委員會議。 ~~(九)~~(十)督導小組委員會議必要時得邀請學者專家列席提供業務諮詢及建議，並得支給出席費；該項費用由保險人分區業務組之行政費用支應。 ~~(十)~~(十一)山地離島地區醫療給付效益提~~昇~~升計畫期間以三年為期，期滿後依據捌、申請程序辦理公開徵求。 二、各計畫之承作醫療院所應成立「計畫執行中心」，負責執行計畫施行地區醫療資源之協調整合、整體健保醫療服務提供及醫療費用分配作業。 (一) 計畫執行中心由承作醫療院所就實際執行計畫之相關人員自行編組成立。 (二) 計畫執行中心任務： 1. 每年一次應向「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫督導小組」提出計畫執行報告。 2. 協調整合計畫實施地區醫療資源，提供整體健保醫療服務。 3. 負責實際醫療業務之分工及醫療費用之申報、分配作業。	(八) 督導小組委員會議召開之行政作業由保險人分區業務組負責，分區業務組並得派員列席督導小組委員會議。 (九) 督導小組委員會議必要時得邀請學者專家列席提供業務諮詢及建議，並得支給出席費；該項費用由保險人分區業務組之行政費用支應。 (十) 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫期間以三年為期，期滿後依據捌申請程序辦理公開徵求。 二、 各計畫之承作醫療院所應成立「計畫執行中心」，負責執行計畫施行地區醫療資源之協調整合、整體健保醫療服務提供及醫療費用分配作業。 (一) 計畫執行中心由承作醫療院所就實際執行計畫之相關人員自行編組成立。 (二) 計畫執行中心任務： 1. 每年一次應向「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫督導小組」提出計畫執行報告。 2. 協調整合計畫實施地區醫療資源，提供整體健保醫療服務。 3. 負責實際醫療業務之分工及醫療費用之申報、分配作業。																									
壹拾、支付方式：依施行區域提供之服務給予下列支付方式等。 一、「醫事人員支援費用」：係執行本計畫所需醫事人員支援經費。如夜間門診、夜間待診、例假日門診、專科醫師診療、巡迴醫療、定點門診、天然災害加診等論次費用及其他因地制宜所需之醫事人員按月或按診計費。 <u>(一)各項支援費用以下列金額為編列下限：</u> 1. <u>夜間門診、例假日門診、專科醫師診療、巡迴醫療、定點門診、天然災害加診等論次支援費用：</u> <table><tr><td><u>承作單位(非在地醫院)</u></td><td><u>山地鄉(含適用地區)</u></td><td><u>離島鄉</u></td></tr><tr><td><u>醫師</u></td><td><u>7,000</u></td><td><u>8,000</u></td></tr><tr><td><u>醫事人員(護理人員、藥事人員等)</u></td><td><u>1,700</u></td><td><u>2,000</u></td></tr><tr><td><u>承作單位(在地醫院)</u></td><td><u>山地鄉</u></td><td><u>離島鄉</u></td></tr><tr><td><u>醫師</u></td><td><u>6,600</u></td><td><u>6,600</u></td></tr><tr><td><u>醫事人員(護理人員、藥事人員等)</u></td><td><u>1,700</u></td><td><u>1,700</u></td></tr><tr><td><u>合作院所(在地診所)</u></td><td><u>山地鄉</u></td><td><u>離島鄉</u></td></tr><tr><td><u>醫師</u></td><td><u>6,600</u></td><td><u>6,600</u></td></tr></table>	<u>承作單位(非在地醫院)</u>	<u>山地鄉(含適用地區)</u>	<u>離島鄉</u>	<u>醫師</u>	<u>7,000</u>	<u>8,000</u>	<u>醫事人員(護理人員、藥事人員等)</u>	<u>1,700</u>	<u>2,000</u>	<u>承作單位(在地醫院)</u>	<u>山地鄉</u>	<u>離島鄉</u>	<u>醫師</u>	<u>6,600</u>	<u>6,600</u>	<u>醫事人員(護理人員、藥事人員等)</u>	<u>1,700</u>	<u>1,700</u>	<u>合作院所(在地診所)</u>	<u>山地鄉</u>	<u>離島鄉</u>	<u>醫師</u>	<u>6,600</u>	<u>6,600</u>	壹拾、支付方式：依施行區域提供之服務給予下列支付方式等。 一、「醫事人員支援費用」：係執行本計畫所需醫事人員支援經費。如夜間門診、夜間待診、例假日門診、專科醫師診療、巡迴醫療、定點門診、天然災害加診等論次費用及其他因地制宜所需之醫事人員按月或按診計費。	一、 依本署 113 年 8 月 28 日召開之「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」第二次研修檢討會議共識辦理，增修各項支援論次費用編列下限。針對天然災害論次支援費用得由各分區提供定額或加成支付，惟不得低於所列下限。
<u>承作單位(非在地醫院)</u>	<u>山地鄉(含適用地區)</u>	<u>離島鄉</u>																								
<u>醫師</u>	<u>7,000</u>	<u>8,000</u>																								
<u>醫事人員(護理人員、藥事人員等)</u>	<u>1,700</u>	<u>2,000</u>																								
<u>承作單位(在地醫院)</u>	<u>山地鄉</u>	<u>離島鄉</u>																								
<u>醫師</u>	<u>6,600</u>	<u>6,600</u>																								
<u>醫事人員(護理人員、藥事人員等)</u>	<u>1,700</u>	<u>1,700</u>																								
<u>合作院所(在地診所)</u>	<u>山地鄉</u>	<u>離島鄉</u>																								
<u>醫師</u>	<u>6,600</u>	<u>6,600</u>																								

114 年度條文(本組建議)			102 年度條文	說明
<u>醫事人員(護理人員、藥事人員等)</u>	<u>1,700</u>	<u>1,700</u>		
<u>合作院所(在地衛生所)</u>	<u>山地鄉</u>	<u>離島鄉</u>		
<u>醫師</u>	<u>4,000</u>	<u>4,000</u>		
<u>醫事人員(護理人員、藥事人員等)</u>	<u>1,700</u>	<u>1,700</u>		
<u>2. 待診論次支援費用：</u>				
<u>人員類別</u>	<u>山地鄉(含適用地區)</u>	<u>離島鄉</u>		
<u>醫師</u>	<u>2,000</u>	<u>2,000</u>		
<u>醫事人員(護理師、藥師等)</u>	<u>1,000</u>	<u>1,000</u>		
<u>(二) 其他因地制宜所需之醫事人員 (24 小時急診、駐島等)按月或按診編列。</u>				二、 為反應醫事人力投身山地離島地區之付出及辛勞，爰訂定論次支援費用應一定比率以上撥付第一線醫事人員之規範。
<u>(三) 本項費用需分配至少八成以上予提供醫療照護服務之醫事人員。</u>				
二、「特定醫療服務費用」：係全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(<u>下稱支付標準</u>)以外，應保險人指定業務或配合政策執行由本計畫支付之費用。如 ~~居家照護加成~~			二、「特定醫療服務費用」：係全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準以外，應保險人指定業務或配合政策執行由本計畫支付之費用。如居家照護加成、20 歲至未滿 30 歲山地離島地區婦女子宮頸抹片檢查及針對當地特有健康問題提供之醫療服務等費用。	一、 居家醫療照護於本次修訂已另訂規範，爰刪除相關加成。 二、 配合健康署 114 年「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」，子宮頸抹片檢查下修至 25 歲，故修訂本計畫支應子宮頸抹片檢查之年齡。
<u>(一) 20 歲至未滿 3025 歲山地離島地區婦女子宮頸抹片檢查及針對當地特有健康問題提供之醫療服務等費用。</u>				一、依 113 年 10 月 8 日「113 年第 2 次中央健康保險署與國民健康署業務溝通協調會議」決議：為協助偏鄉發掘早期療育需求個案並提供早期治療，114 年 IDS 計畫納入兒童發展篩檢服務，請分區業務組輔導承作團隊評估早期療育需求並擬定服務計畫。 二、考量分區業務組轄內早期醫療育需求及服務提供模式不同，擬廢除「IDS 計畫辦理早期療育作業修正說明」，回歸本計畫訂定早期療育服務相關規範，另部分由 IDS 計畫預算支應之臺東縣非山地離島地區，考量該些地區仍屬偏遠，且由台東基督教醫院執行行動早期療育專案已久，敘明該些地區得持續辦理，並仍由 IDS 計畫預算支應。
<u>(二) 早期療育：</u>				
<u>1. 承作醫療院所得評估執行地區早期療育需求，因地制宜擇合宜地點採「定點」或「到宅」等方式提供早期治療，並於本計畫編列相關經費(醫事人員類別及各項復健治療支付點數以比照支付標準第二部第四章復健治療為原則)。經本計畫同意給付之服務，不得重複向衛生福利部社會及家庭署申請「發展遲緩兒童社區療育據點服務實施計畫」。</u>				
<u>2. 承作醫療院所視需求得執行衛生福利部國民健康署(以下稱健康署)「兒童發展篩檢服務方案」，並依該方案相關規範辦理，惟該方案補助之「兒童發展篩檢服務費」及「兒童發展篩檢異常個案轉介獎勵費」(即篩檢與轉介費用)，不得於本計畫重複編列。</u>				
<u>3. 原依「IDS 計畫辦理早期療育作業修正說明」執行早期療育服務，得適用修正施行前之規定。</u>				

114 年度條文(本組建議)	102 年度條文	說明
<u>(三)居家醫療服務：</u> 1. <u>承作醫療院所提供居家醫療服務，需於計畫中說明提供服務之醫事人員、服務項目(如居家照護、居家醫療、重度居家醫療、安寧療護等)及預估之服務人次等。</u> 2. <u>醫師及護理人員訪視費用(含行政費、雜費等成本)，比照支付標準第五部第一章及第三章之支付點數，由本計畫專款項目預算支應。如與支付標準第五章診療項目或「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」屬同一事實，且有性質相同給付者，不得重複申報相關費用，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。</u> <u>(四)遠距醫療服務：依「全民健康保險遠距醫療給付計畫」規範辦理；如有特殊情形，得視當地醫療需求，報經保險人各分區業務組同意後，提供遠距醫療服務。</u>		一、 為提升山地離島地區行動不便民眾就醫可近性，承作院所仍得提供居家醫療服務，回歸申報支付標準第五部第一章及第三章。 二、 敘明本計畫執行院所如同時提供遠距醫療服務，需符合「全民健康保險遠距醫療給付計畫」相關規範，另針對特殊地區(如東沙、南沙太平島)之遠距醫療需求，訂定相關配套條文。

114 年度條文(本組建議)	102 年度條文	說明
三、「健康照護促進及品質提昇費」：係指為促進施行地區之健康或提升醫療服務品質，提供該地區服務之費用。如衛教宣導、疾病個案管理、~~電子病歷查詢使用費~~、其他促進健康照護或提升醫療服務品質之費用。 <u>四、「山地離島地區點值補充費用」：</u> <u>(一) 適用地區：設立於全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法附表六之山地離島地區及嘉義縣大埔鄉、花蓮縣豐濱鄉之保險醫事服務機構。</u> <u>(二) 支用內容：適用地區之醫療費用每點點值最高補充至 1 元。</u> ~~四~~→<u>五</u>、「評核指標獎勵費」： (一) 為鼓勵承作醫療院所致力提昇醫療服務品質及民眾滿意度，以提升當地保險對象醫療照護可近性。 (二) 評核指標獎勵費以前述三項費用(即醫事人員支援費用、特定醫療服務費用、健康照護促進及品質提昇費)<u>實際核付金額</u>之一成為核付上限；如有一項以上評核指標未達成，應視評核指標達成比率核付之。 (三) 該項費用於計畫執行每滿 1 年及計畫期滿期滿之 6 個月內，由本保險人各分區業務組評估指標達成情形後予以核付。 (四) 評核指標獎勵費支付方式可依各地區特性及執行難易程度局部調整。	三、「健康照護促進及品質提昇費」：係指為促進施行地區之健康或提升醫療服務品質，提供該地區服務之費用。如衛教宣導、疾病個案管理、電子病歷查詢使用費、其他促進健康照護或提升醫療服務品質之費用。 四、「評核指標獎勵費」： (一) 為鼓勵承作醫療院所致力提昇醫療服務品質及民眾滿意度，以提升當地保險對象醫療照護可近性。 (二) 評核指標獎勵費以前述三項費用(即醫事人員支援費用、特定醫療服務費用、健康照護促進及品質提昇費)總額之一成為核付上限；如有一項以上評核指標未達成，應視評核指標達成比率核付之。 (三) 該項費用於計畫執行每滿 1 年及計畫期滿之 6 個月內，由本保險人各分區業務組評估指標達成情形後予以核付。 (四) 評核指標獎勵費支付方式可依各地區特性及執行難易程度局部調整。	一、本署已建置以病人為中心之雲端藥歷系統，爰於本方案支應項目刪除電子病歷查詢使用費。 二、為扶植山地離島地區在地院所，避免其逐漸萎縮，比照全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案之全民健康保險醫療資源缺乏地區診所補充點值，新增山地離島及適用地區院所點值保障相關獎勵。 三、評核指標獎勵費用係為鼓勵院所提升醫療服務品質，應依承作醫療院所實際執行情形回饋獎勵費用，爰敘明相關文字。
<u>壹拾壹、計畫評核指標，~~如附件 4。~~：</u> <u>一、本計畫評核指標如附件 4。</u> <u>二、評核指標執行情形：</u> <u>(一) 促進預防保健及癌症防治指標由保險人每季函請衛生福利部國民健康署(以下稱健康署)、口腔健康司及疾病管制署(以下稱疾管署)提供指標數據。</u> <u>(二) 除促進預防保健及癌症防治指標外，保險人分區業務組每季定期回報本計畫施行地區評核指標(民眾滿意度每年回報)執行情形。</u>	壹拾壹、計畫評核指標，如附件 4。	一、依本署 113 年 8 月 28 日召開之「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」第二次研修檢討會議決議，增修本計畫評核指標項目及其定義。 二、依 113 年 10 月 25 日至 26 日金門 IDS 計畫督導小組會議決議「IDS 計畫獎勵指標應重新檢討」，並配合 114 年總額協商共識(新增監測指標，如成人預防保健、子宮頸抹片等)，加強監測 IDS 計畫及各承作院所執行成效，增訂四癌篩檢及 B、C 型肝炎篩檢指標項目。 三、民眾滿意度指標為 114 年健保協定事項，並增訂提供頻率(每年)。
壹拾貳、費用申報支付及審查原則： 一、本計畫預算支用範圍：「醫事人員支援費用」、「特定醫療服務費用」、「健康照護促進及品質提昇費」、「評核指標獎勵費」等。	壹拾貳、費用申報支付及審查原則： 一、本計畫預算支用範圍：「醫事人員支援費用」、「特定醫療服務費用」、「健康照護促進及品質提昇費」、「評核指標獎勵費」等。	

114 年度條文(本組建議)	102 年度條文	說明
二、 申報本計畫之醫療費用，醫療費用點數申報格式欄位請依下述填報： (一) 各項醫療服務費用案件之「特定治療項目代號<del>(一)~(四)</del>」~~任一~~欄位應填「G9」及「山地離島地區醫療服務計畫代碼」欄位應填寫規定代碼(如附件 5)。 (二) 若本計畫案件同時<u>為執行其他試辦計畫(如</u>特定疾病之醫療給付改善試辦計畫，即特定治療項目代號 E4~E8 或 N、C、R ~~等)~~時，則<u>「案件分類」欄位，請填「E1」，「特定治療項目代號(一)」欄位，請填特定疾病醫療給付改善試辦計畫之特定治療項目代號 E4~E8 或 N、C、R。</u>~~依各項試辦計畫申報規定辦理，並於~~「特定治療項目代號<del>(二)~(四)</del>」~~任一~~欄位~~請填~~「G9」。 三、 有關<del>預防保健服務項目中之申報，保險人行政協助之代辦業務申報，請依下列相關規範辦理，並於案件之「特定治療項目代號(一)~(四)」任一欄位填報「G9」：</del> ~~(一) 預防保健服務：~~請依衛生福利部『醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項』辦理，如該注意事項未規定者，適用或比照全民健康保險相關法令之規定，其費用由~~衛生福利部國民健康署(以下稱健康署)~~公務預算支應，案件分類請申報 A3。另 20 歲至未滿 ~~30~~<u>25</u> 歲山地離島地區婦女子宮頸抹片檢查則由本計畫經費支應(~~特定治療項目代號(一)~~請填「G9」或~~特定治療項目代號(二)~~請填「G9」)。 ~~(二) 流感疫苗接種：~~請依疾管署相關疫苗接種計畫辦理，其費用由該署公務預算支應，案件分類請申報 D2。 <del>四</del>~~(三)戒菸服務：~~請依健康署「戒菸服務補助計畫」辦理，<u>其</u>費用由該署公務預算支應，案件分類請申報 B7。 <del>五</del>~~四、~~執行計畫之醫療院所可依醫療服務提供情形申報費用(<del>即上述所指「特定治療項目代號(一)~(四)」任一欄位填報「G9」之案件)</del>，<u>該類案件</u>並依院所之權屬別歸入所屬總額部門別且每點以一元支付。 <del>六</del>~~五、~~本計畫申報之門診診察費不列入門診合理量計算。	二、 申報本計畫之醫療費用，醫療費用點數申報格式欄位請依下述填報： (一) 各項醫療服務費用案件之「特定治療項目代號(一)」欄位應填「G9」及「山地離島地區醫療服務計畫代碼」欄位應填寫規定代碼(如附件 5)。 (二) 若本計畫案件同時為特定疾病之醫療給付改善試辦計畫，即特定治療項目代號 E4~E8 或 N、C、R 時，則「案件分類」欄位，請填「E1」，「特定治療項目代號(一)」欄位，請填特定疾病醫療給付改善試辦計畫之特定治療項目代號 E4~E8 或 N、C、R。「特定治療項目代號(二)」欄位，請填「G9」。 三、 有關預防保健服務項目中之申報，請依衛生福利部『醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項』辦理，如該注意事項未規定者，適用或比照全民健康保險相關法令之規定，其費用由衛生福利部國民健康署(以下稱健康署)公務預算支應，案件分類請申報 A3。另 20 歲至未滿 30 歲山地離島地區婦女子宮頸抹片檢查則由本計畫經費支應(特定治療項目代號(一)請填「G9」或特定治療項目代號(二)請填「G9」)。 四、 執行本計畫若併同提供健康署之「醫療院所戒菸服務補助計畫」服務，須報經健康署核准，並依該計畫規定辦理。費用由該署公務預算支應，案件分類請申報 B7。 五、 執行計畫之醫療院所可依醫療服務提供情形申報費用，並依院所之權屬別歸入所屬總額部門別且每點以一元支付。	一、 配合本署近年推動之重要政策，為利實務上執行院所申報本計畫醫療費用，修訂申報規範。如執行其他各項試辦計畫均須填列該計畫之特定治療項目代號，惟須於特定治療項目代號<del>(二)~(四)</del>任一填列 G9。 二、 配合健康署 114 年「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」，修訂本計畫子宮頸抹片檢查之年齡。 三、 整併本署行政協助之代辦事項申報規範，並依現行實務作業，敘明疾管署辦理之流感疫苗接種業務申報方式。 四、 依現行作業，敘明「G9」案件醫療費用總額部門歸屬。 五、 考量山地離島地處偏遠且交通不便，人口密度較低，為鼓勵醫療院所執行 IDS 計畫醫療服務，比照西醫醫療資源不足地區改善方案，增訂本計畫服務量不納入門診合理量計算之規定。

114 年度條文(本組建議)	102 年度條文	說明
~~七、~~ <u>六、點值結算方式：本計畫預算按季均分，優先支應「醫事人員支援費用」、「特定醫療服務費用」、「健康照護促進及品質提升費」，每點支付金額以 1 元支付，其次支應「山地離島地區點值補充費用」，依該區每點支付金額最高補至 1 元之點值差值，如預算不足時，以折付比例(折付比例=預算/加總山地離島各醫事機構點值補充費用)撥付。若有結餘，再流用至下季。</u>		六、 配合本次 IDS 計畫修訂新增支應項目，調整點值結算方式。
壹拾參、相關規範： <u>一、執行計畫之醫療院所如於當地發現未納保民眾，應填具「全民健康保險山地離島醫療給付效益提昇計畫關懷弱勢服務個案登記表」(如附件 6)，併同每月申報費用表單通報保險人分區業務組，以協助納保。保險對象就醫時，如有首次加保、遺失補發或換卡等未及領卡情事，應先行提供所需的醫療照護服務，並填具健保卡例外就醫名冊(如附件 7)自存備查。</u> <u>二、執行計畫之醫療院所如發現經濟困難無力繳納健保費之弱勢民眾，應協助其至本署全球資訊網「弱勢民眾通報平台」通報，以提供分期繳納、無息紓困基金貸款等欠費協助。</u> ~~二、~~<u>三、執行計畫服務內容時，須配合健保卡上傳作業相關規定如下：</u> ~~(一) 使用具電池的連線型讀卡機，外出前可先於院所內進行開機認證後，再攜帶外出使用。~~ ~~(二) 除醫療院所日常使用的連接健保資訊網線路外，另外申請一組連接「健保資訊網」的撥接帳號，攜帶筆記型電腦、連線型讀卡機或單機獨立型讀卡機，赴外地時就近商借電話線路連線，以撥接方式進行開機認證。~~ ~~(三)若上述計畫均不可行，始列為異常狀況處理，於費用申報時填寫就醫序號異常代碼”F000”申報。~~ ~~(四)無法持健保卡刷卡之案件，應另按月提報無法刷卡之時間、地點、人次及無法刷卡之原因。~~ <u>(一) 應查驗病人之健保卡(含虛擬(行動)健保卡) 及身分證明文件，逐次於健保卡登錄就醫紀錄，並於 24 小時內上傳備查；但有不可抗力或因特殊情況經保險人同意者，不在此限。</u> <u>(二) 醫療院所得使用「居家輕量化 APP」，或以藍牙讀卡機取代健保 IC 卡專屬讀卡機、以智慧型手機或平板取代筆記型電腦讀取健保卡(含虛擬(行動)健保卡)。</u>	壹拾參、相關規範： 一、執行計畫之醫療院所如於當地發現未納保民眾，應填具「全民健康保險山地離島醫療給付效益提昇計畫關懷弱勢服務個案登記表」(如附件 6)，併同每月申報費用表單通報保險人分區業務組，以協助納保。保險對象就醫時，如有首次加保、遺失補發或換卡等未及領卡情事，應先行提供所需的醫療照護服務，並填具健保卡例外就醫名冊(如附件 7)自存備查。 二、執行計畫服務內容時，須配合健保卡上傳作業相關規定如下： (三) 使用具電池的連線型讀卡機，外出前可先於院所內進行開機認證後，再攜帶外出使用。 (四) 除醫療院所日常使用的連接健保資訊網線路外，另外申請一組連接「健保資訊網」的撥接帳號，攜帶筆記型電腦、連線型讀卡機或單機獨立型讀卡機，赴外地時就近商借電話線路連線，以撥接方式進行開機認證。 (三)若上述計畫均不可行，始列為異常狀況處理，於費用申報時填寫就醫序號異常代碼”F000”申報。 (四)無法持健保卡刷卡之案件，應另按月提報無法刷卡之時間、地點、人次及無法刷卡之原因。	一、 新增院所需協助山地離島地區經濟弱勢無力繳納健保費之民眾至本署「弱勢民眾通報平台」通報之規定，以利偏鄉弱勢民眾獲得適當經濟協助。 二、 因應輕量化 APP 及虛擬健保卡就醫之運用，參酌全民健康保險居家醫療照護整合計畫，修正健保卡上傳作業規定。

114 年度條文(本組建議)	102 年度條文	說明
<u>(三) 若因設備或網路連線異常，於費用申報時填寫就醫序號異常代碼 F000 或 F00B(居家輕量藍牙方案之離線認卡)申報。</u> ~~三~~→<u>四</u>、部分負擔收取：本計畫施行地區部分負擔應依據「全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法」辦理；適用地區之門(急)診基本部分負擔比照西醫基層診所收取，若為符合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，部分負擔得予減免 20%。 ~~四~~→<u>五</u>、退場機制： (一) 執行計畫之醫療院所於計畫執行期間涉及特管辦法第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一<u>或違反醫事法令受衛生主管機關停業處分並依特管辦法第四十四、四十五條停約或終約</u>者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)，應於第一次處分函上所載停約日起終止參與本計畫，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，可另予考量。 (二) 倘經終止參與計畫為承作醫療院所，應依據捌申請程序重新辦理公開徵求，承接之醫療院所計畫迄日為原承作醫療院所施行迄日；評選作業期間由保險人分區業務組協調其他健保特約醫療院所暫行提供本計畫之服務。 (三) 倘經終止參與計畫為執行計畫之其他醫療院所，得另尋求健保特約醫療院所合作，並經保險人同意後繼續執行本計畫。 ~~五~~→<u>六</u>、執行計畫服務內容時，應將「全民健康保險山地離島地區醫療服務」之標誌或海報及提供服務日期、時間，揭示服務地點之明顯處。 <u>七、保險人分區業務組與承作計畫院所得經雙方合議下修正施行期間。</u> ~~六~~→<u>八</u>、申請本計畫之醫療院所若經保險人各分區業務組審查不同意或終止辦理者，得於收受通知後三十日內，以書面向保險人各分區業務組申請複核，但以一次為限。 ~~七~~→<u>九</u>、本計畫由保險人報請主管機關核定後公告實施，如屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。	三、 部分負擔收取：本計畫施行地區部分負擔應依據「全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法」辦理；適用地區之門(急)診基本部分負擔比照西醫基層診所收取，若為符合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，部分負擔得予減免 20%。 四、退場機制： (一)執行計畫之醫療院所於計畫執行期間涉及特管辦法第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)，應於第一次處分函上所載停約日起終止參與本計畫，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，可另予考量。 (二)倘經終止參與計畫為承作醫療院所，應依據捌申請程序重新辦理公開徵求，承接之醫療院所計畫迄日為原承作醫療院所施行迄日；評選作業期間由保險人分區業務組協調其他健保特約醫療院所暫行提供本計畫之服務。 (三)倘經終止參與計畫為執行計畫之其他醫療院所，得另尋求健保特約醫療院所合作，並經保險人同意後繼續執行本計畫。 五、 執行計畫服務內容時，應將「全民健康保險山地離島地區醫療服務」之標誌或海報及提供服務日期、時間，揭示服務地點之明顯處。 六、 申請本計畫之醫療院所若經保險人各分區業務組審查不同意或終止辦理者，得於收受通知後三十日內，以書面向保險人各分區業務組申請複核，但以一次為限。 七、 本計畫由保險人報請主管機關核定後公告實施，如屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。	三、 新增承作院所違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分之執行院所應退場之相關規範。 四、新增本署各分區業務組及承作院所得協議修正施行期間，以提升醫療服務品質。
壹拾肆、附錄：山地離島地區醫療給付效益提昇<u>昇</u><u>升</u>計畫就醫民眾滿意度調查項目及分類方式。	壹拾肆、附錄：山地離島地區醫療給付效益提昇計畫就醫民眾滿意度調查項目及分類方式。	

全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫施行地區一覽表

分區業務組別	縣(市)別	山地鄉(區)	離島鄉(島)
臺北	宜蘭縣	大同鄉、南澳鄉	
臺北	新北市	烏來區	
臺北	金門縣		金城鎮、金寧鄉、金沙鎮、烈嶼鄉、金湖鎮、烏坵鄉
臺北	連江縣		南竿鄉、北竿鄉、莒光鄉、東引鄉
北區	桃園縣	復興鄉區	
北區	新竹縣	尖石鄉、五峰鄉	
北區	苗栗縣	泰安鄉	
中區	臺中市	和平區	
中區	南投縣	信義鄉、仁愛鄉	
南區	嘉義縣	阿里山鄉、**大埔鄉	
高屏	高雄市	茂林區、桃源區、那瑪夏區	旗津區東沙島、南沙太平島
高屏	屏東縣	三地門鄉、霧台鄉、瑪家鄉、泰武鄉、來義鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉	琉球鄉
高屏	澎湖縣		馬公市、湖西鄉、西嶼鄉、白沙鄉、望安鄉、七美鄉
東區	花蓮縣	秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉、**豐濱鄉	
東區	臺東縣	海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉	蘭嶼鄉、綠島鄉
	小計	31 個【29 個山地鄉(區)；2 個適用地區】	21 個【21 個離島鄉(島)】

註：**適用地區：比照本計畫提供因地制宜之醫療服務及相關規定辦理，惟門(急)診基本部分負擔比照西醫基層診所收取，若為符合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，部分負擔得予減免 20%。

全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫

公開評選暨審核作業

一、緣由：為公正遴選辦理全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫承作醫療院所，辦理公開徵求評選作業。

二、目的：遴選提供優質照護計畫之全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫承作醫療院所。

三、承辦單位：保險人分區業務組

四、計畫執行地區：全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫
- 縣(市) 鄉(區)

五、公告及申請程序：

(一) 公告方式：透過保險人全球資訊網站公告。

(二) 公告內容：

1.承作院所：本保險特約醫療院所

2.計畫執行地區： 縣(市) 鄉(區)

3.計畫執行期間： 年 月 日至 年 月 日

4.計畫書撰寫格式及內容

(三) 公告時間：公告天數 30 天(公告日 年 月 日至 年 月 日)。

(四) 計畫書收件截止日期：公告截止日（郵戳或現場收件日為憑）。

六、審核作業程序

(一) 成立審核小組

1.為求公平公正原則，由學者、計畫執行地區督導單位及分區業務組派員擔任審核委員，由 76 至 910 名組成審核小組，並視需要有 1 名熟稔當地醫療業務之原住民籍代表。委員預定名單如下：

(1) 熟稔山地離島之健保計畫案之專家、學者 1~3 位。

(2) 衛生福利部護理及健康照護司 1 人。

(3) 施行區域之行政、衛生主管機關 1~2 人。

(4) 施行區域所轄分區業務組相關主管 3 人。

(5) 得視需要有 1 名熟稔當地醫療業務之原住民籍代表。

2.委員遴聘作業時程，於計畫書收件截止日後，參加徵求醫療院所超過 1 家以上時再予辦理。如只有原承作醫療院所 1 家參加徵求，該醫療院所則視為當然承作醫療院所，不辦理遴選作業事宜，僅就該院所提出之計畫予以書面審核並核定。

(二) 遴選作業方式：依審核項目進行評分（括號內為配分比例）

1. 基本資料審核（35%）：醫療院所規模、願景、承作 IDS 計畫之經驗。
2. 書面審核（35%）：計畫書撰寫內容合理性及可執行性。
3. 面談審核（30%）：計畫提報單位簡報並接受審核委員提問。

(三) 審核結果公布：以書面公文發布審核結果。

全民健康保險山地離島醫療給付效益提昇升計畫書撰寫參考格式

書寫格式：

由左而右，由上而下，A 4 版面，楷書 14 號字型，橫式書寫

計畫封面：

至少包含下列項目

一、計畫名稱：XX 縣(市)XX 鄉(區)醫療給付效益提昇升計畫

二、計畫執行中心：XX 醫療院所

三、提供醫療服務單位：XX 醫院、XX 衛生所、XX 診所...

四、計畫執行期間：中華民國 年 月 日至 年 月 日

目錄：

計畫本文：

至少包含下列章節內容

壹、前言

請敘述計畫產生之背景，包括計畫實施地區問題狀況、政策或法令依據等。

貳、計畫目的

請分點具體列述計畫所要達成之目標。

參、計畫實施地區

請簡明敘述計畫實施地區行政區域名稱。

肆、計畫實施地區現況分析

本章請依下列五節分別具體列述相關內容。

一、行政區劃分及人口分布

請具體詳述計畫實施地區行政區劃分情形及面積、戶籍人口數及其性別年齡別分布情形、老年人口比率、原住民族別及所佔人口比率、納保人口數及納保率等，並提供相關統計表(表 1)。

二、地理環境概況及交通情形

請簡要敘述計畫實施地區地理環境概況（並檢附簡要地圖）、當地對外交通情形、當地距最近醫院所需車程時間等。

三、當地醫療資源現況

請詳述計畫實施地區所有現存各類醫事服務機構及醫事人員情形，尤其衛生所部分請詳述所有衛生室分布地點及目前常駐醫事人員情形。

四、當地待加強之醫療服務

請依前述各章節現況資料及歷來衛生局所、當地民眾、民意代表或醫療團體反映意見敘述計畫實施地區待加強之醫療服務項目。

伍、計畫執行內容

本章分別具體列述相關內容。

一、計畫整體架構（可用圖示）

請以圖示方式表達整合醫療服務計畫架構，並作簡要說明。

二、醫療服務：(如夜間門診、夜間待診、例假日門診、專科診療、巡迴醫療、定點門診、天然災害加診、遠距醫療、早期療育、居家醫療照護等)，請分項詳述提供之項目及內容，包括各診療地點、預計醫師、護理人員或藥事其他醫事人員之人數、專科醫療照護科別、醫療次數等。

三、其他照護服務：請分項詳述如何結合當地社區照護資源，將其他照護服務（如居家照護、復健治療、預防保健、衛教活動、疾病個案管理等）提供予保險對象及如何針對山地離島地區之特殊背景或特定健康需求作局部調整醫療服務及提供具有文化敏感性之服務內容，以改善當地特定之健康問題。

四、山地離島鄉居民緊急或重大疾病門、住診轉診後送服務至承作醫療院所之優先處理作業流程。

陸、財務計畫

本章請以表列方式說明每月各項計畫經費金額及計算基礎。

一、1-1「醫事人員支援費用」：如夜間門診、夜間待診、例假日門診、專科醫師診療、巡迴醫療、定點門診、天然災害加診等論次費用及其他因地制宜所需之醫事人員按月或按診計費。

二、2-1「特定醫療服務費用」：如居家照護加成、20歲至未滿3025歲山地離島地區婦女子宮頸抹片檢查及針對當地特有健康問題提供之醫療服務等費用。

三、~~3-~~「健康照護促進及品質提~~昇~~升費」：如衛教宣導、疾病個案管理、電子病歷查詢使用費、其他促進健康照護或提升醫療服務品質之費用。

四、~~4-~~評核指標獎勵費以前述三項費用(即醫事人員支援費用、特定醫療服務費用、健康照護促進及品質提~~昇~~升費)總額實際核付金額之一成為核付上限；如有一項以上評核指標未達成，應視評核指標達成比率核付之。

五、本計畫財務計畫表格式如表 2。

柒、經費核付方式

請說明保險人與計畫執行中心及計畫執行中心與各提供醫療服務單位間之經費核付方式暨費用申報須檢送之相關資料等。

捌、追蹤與評估

請敘述民眾滿意度調查之時程及作業方式、計畫執行中心須接受督導小組監督管理等事項。

玖、預期效益

請表列敘述計畫之實施預期將對該地區達成之效益，請依據附件 4 詳列計畫擇定評核指標項目。

計畫書至少須提供之統計表及其格式：

戶籍人口性別及年齡別分布表

XX 鄉人口性別及年齡別分布表

	男性	女性	小計	比率
0 歲至 4 歲				
5 歲至 9 歲				
10 歲至 14 歲				
15 歲至 19 歲				
20 歲至 24 歲				
25 歲至 29 歲				
30 歲至 34 歲				
35 歲至 39 歲				
40 歲至 44 歲				
45 歲至 49 歲				
50 歲至 54 歲				
55 歲至 59 歲				
60 歲至 64 歲				
65 歲至 69 歲				
70 歲至 74 歲				
75 歲至 79 歲				
80 歲以上				
合計				

資料期間及資料來源：

表 2

全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫財務計畫表

<u>支付類別</u>	<u>支付項目</u>	<u>醫事人員類別</u>	<u>醫事人員人數</u>	<u>診次費用(A)</u>	<u>時段(診別)</u>	<u>申請總次數(每月)(B)</u>	<u>地點及診次(每月)</u>	<u>說明</u>	<u>其他費用(C)</u>	<u>每月支付金額(A+C)*B</u>
<u>醫事人員支援費用</u>	<u>(範例) 專科門診</u>	<u>(範例) 醫師</u>	<u>(範例) 1</u>		<u>(範例) 上午診</u>	<u>(範例) 60</u>	<u>(範例) A 衛生所 11 診次、B 衛生所 11 診次</u>			
		<u>(範例) 護理人員</u>	<u>(範例) 1</u>		<u>(範例) 上午診</u>	<u>(範例) 60</u>				
<u>特定醫療服務費用</u>										
<u>健康照護促進及品質提升費</u>										
<u>評核指標獎勵費</u>										

註：上開財務計畫表得依實際編列情形增減項目填列。

全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫評核指標

修訂後				修訂前				說明		
指標名稱		指標定義	預期目標值設定原則	占率	指標名稱		指標定義	預期目標值設定原則	占率	
民眾滿意度(必選)		問卷調查中「對整體醫療服務改善計畫之滿意度」 ~~乙~~ <u>一</u> 項，「非常滿意」+「滿意」二項合計所占百分比。	依計畫實施地區目前執行情形，由保險人分區業務組與計畫執行中心協議訂定。	~~20%~~ <u>10%</u>	民眾滿意度(必選)		問卷調查中「對整體醫療服務改善計畫之滿意度」 ~~乙~~ 項，「非常滿意」+「滿意」二項合計所占百分比。	依計畫實施地區目前執行情形，由保險人分區業務組與計畫執行中心協議訂定。	20%	
IDS 執行情形(如針對當地特有健康問題提供專業醫療保健服務之目標是否達成，必選)		依該專業醫療保健服務內容個別訂定（例如夜間門診、夜間待診、巡迴醫療、定點門診、專科門診診次等執行率）		~~20%~~ <u>15%</u>	IDS 執行情形(如針對當地特有健康問題提供專業醫療保健服務之目標是否達成，必選)		依該專業醫療保健服務內容個別訂定（例如夜間門診、夜間待診、巡迴醫療、定點門診、專科門診診次等執行率）	依計畫實施地區目前執行情形，由保險人分區業務組與計畫執行中心協議訂定。	20%	
提昇醫療照護指標	居家 ~~醫療~~ 照護服務案件數(自選)	實際執行居家 ~~醫療~~ 照護服務案件數合計/符合支付標準第 5 部第 1 章通則二所定居家照護 ~~或第 5 部第 3 章通則二所定安寧居家醫療或居家醫療整合照護計畫~~ 收案條件之案件數合計 (居家醫療照護定義：包括居家醫療照護整合計畫或支付標準第 5 部第 1 章通則二所定居家照護或第 5 部第 3 章通則二所定安寧居家醫療)	依計畫實施地區目前執行情形，由保險人分區業務組與計畫執行中心協議訂定。	四項 ~~至少~~ 選二項 ~~一~~ ， 每項 ~~15%~~ ， 合計 ~~30%~~ <u>20%</u> ，占率授權分區與計畫執行中心協議訂定	提昇醫療照護指標	居家照護服務案件數(自選)	實際執行居家照護服務案件數合計/符合支付標準第 5 部第 1 章通則二所定居家照護收案條件之案件數合計。	依計畫實施地區目前執行情形，由保險人分區業務組與計畫執行中心協議訂定。	四項選二項，每項 15%，合計 30%	
	專科服務利用率(自選)	專科門診每月平均就診人次/計畫前一年專科門診每月平均就診加成人次				專科服務利用率(自選)	專科門診每月平均就診人次/計畫前一年專科門診每月平均就診加成人次	依計畫實施地區目前執行情形，由保險人分區業務組與計畫執行中心協議訂定。		
	衛教宣導活動(自選)	實際提供衛教宣導活動次數/計畫所定衛教宣導活動次數				衛教宣導活動(自選)	實際提供衛教宣導活動次數/計畫所定衛教宣導活動次數	依計畫實施地區目前執行情形，由保險人分區業務組與計畫執行中心協議訂定。		
	長期照護轉介(自選)	轉介長期照護需求成功之個案數/發現長期照護需求之個案數				長期照護轉介(自選)	轉介長期照護需求成功之個案數/發現長期照護需求之個案數	依計畫實施地區目前執行情形，由保險人分區業務組與計畫執行中心協議訂定。		
促進預防保健指標	成人預防保健受檢率(~~自~~ <u>必</u> 選)	~~分子：~~ 計畫實施地區 ~~受檢 40 歲以上~~ ~~民眾利用成人預防保健~~ 人數 ~~÷~~ ~~分母：~~ 計畫實施地區 40 歲至 64 歲保險 ~~申報 G9 案件保險對象人數~~ <u>人口數</u> /3+計畫實施地區 65 歲 ~~申報 G9 案件保險對象人數~~ <u>以上人口數</u> ~~÷~~	依計畫實施地區目前執行情形，由保險人分區業務組與計畫執行中心協議訂定。	~~四項三項至少~~ 選二項， 每項 ~~10%~~ ， 合計 20%， 占率授權分區與計畫執行中心協議訂定	促進預防保健指標	成人預防保健受檢率(自選)	計畫實施地區受檢人數／〔(計畫實施地區 40 歲至 64 歲申報 G9 案件保險對象人數／3)+計畫實施地區 65 歲(含)申報 G9 案件保險對象人數〕	依計畫實施地區目前執行情形，由保險人分區業務組與計畫執行中心協議訂定。	四項選二項，每項 10%，合計 20%	一、因應 114 年總額協商共識(新增監測指標，如成人預防保健、子宮頸抹片等)。 二、配合各司署指標定義修正，並分別註明分子及分母。 三、移動至癌症防治指標，並修訂指標名稱。
	—	—				子宮頸抹片檢查率(自選)	計畫實施地區受檢人數／(計畫實施地區 20 歲(含)以上女性申報 G9 案件保險對象人數)	依計畫實施地區目前執行情形，由保險人分區業務組與計畫執行中心協議訂定。		

修訂後				修訂前				說明
指標名稱	指標定義	預期目標值設定原則	占率	指標名稱	指標定義	預期目標值設定原則	占率	
65 歲以上老人流感注射率(自選)	<u>分子：計畫實施地區 65 歲以上民眾(含長期照顧等機構受照顧者)接種人數</u> ~~／(~~				65 歲以上老人流感注射率(自選)	計畫實施地區注射人數／(計畫實施地區 65 歲以上申報 G9 案件保險對象人數)	依計畫實施地區目前執行情形，由保險人分區業務組與計畫執行中心協議訂定。	配合各司署指標定義修正，並分別註明分子及分母。
	<u>分母：計畫實施地區 65 歲以上申報 G9 案件保險對象人數)人口數</u>				口腔黏膜檢查檢查率(自選)	計畫實施地區受檢人數／(計畫實施地區 30 歲以上申報 G9 案件保險對象人數/2)	依計畫實施地區目前執行情形，由保險人分區業務組與計畫執行中心協議訂定。	
	B、C 型肝炎篩檢率(自選)	分子：分母中接受 B、C 型肝炎檢查(醫令代碼 L1001C)人數 分母：計畫實施地區符合健康署補助 B、C 型肝炎篩檢者之人數，且排除曾接受 B 型肝炎及 C 型肝炎之相關檢驗者。						移動至癌症防治指標，並修訂指標名稱。
癌症防治指標	大腸癌篩檢率(~~自~~ 必選)	分子：計畫實施地區 50-70 歲鄉民接受大腸癌篩檢人數 分母：計畫實施地區 50 歲至 70 歲以上人口數	依計畫實施地區目前執行情形，由保險人分區業務組與計畫執行中心協議訂定。	合計 25%， 占率授權分區與計畫執行中心協議訂定				一、因應 114 年總額協商共識(新增監測指標，如成人預防保健、子宮頸抹片等)，為利監測 IDS 計畫及各承作院所執行成效，增訂四癌篩檢及 B、C 型肝炎篩檢指標。 二、配合各司署指標定義修正，並分別註明分子及分母。
	乳癌篩檢率(~~自~~ 必選)	分子：計畫實施地區 45-69 歲女性乳癌篩檢人數 分母：計畫實施地區 45-69 歲女性人口數						
	子宮頸抹片檢查癌篩檢率(~~自~~ 必選)	分子：計畫實施地區 30-69 歲以上女性民眾子宮頸抹片篩檢人數 ~~／(~~						
	口腔黏膜檢查檢查癌篩檢率(~~自~~ 必選)	分子：計畫實施地區當年度接受口腔癌篩檢服務之人數 ~~／(~~						
配合重要政策業務推動或提供特殊服務，如當地特定疾病個案管理、常規提供牙科門診(含具備治療椅及 X 光設備等)(自訂)	依當地盛行率高之疾病別，訂定疾病個案管理計畫並予收案之個案數由保險人分區業務組與計畫執行中心協議訂定。	依計畫實施地區目前執行情形，由保險人分區業務組與計畫執行中心協議訂定。	合計 10%， 項目數及占率授權分區與計畫執行中心協議訂定	當地特定疾病個案管理(自訂)	依當地盛行率高之疾病別，訂定疾病個案管理計畫並予收案之個案數	依計畫實施地區目前執行情形，由保險人分區業務組與計畫執行中心協議訂定。	10%	

全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇升計畫代碼表

分區業務組別	實施地區 (以鄉為單位)	計畫代碼(10 碼)		
臺北	大同鄉	A	09103	3411
	南澳鄉	A	09103	3412
	烏來區	A	09106	3129
	金城鎮	A	09108	9001
	金寧鎮	A	09108	9004
	金沙鎮	A	09108	9002
	金湖鎮	A	09108	9003
	烈嶼鄉	A	09108	9005
	烏坵鄉	A	09205	9006
	南竿鄉	A	09103	9101
	北竿鄉	A	09103	9102
	莒光鄉	A	09103	9103
	東引鄉	A	09103	9104
北區	復興 <u>鄉區</u>	B	09209	3213
	尖石鄉	B	09205	3313
	五峰鄉	B	09209	3314
	泰安鄉	B	09111	3518
中區	和平區	C	09201	3621
	仁愛鄉	C	09201	3813
	信義鄉	C	09201	3812
南區	阿里山鄉	D	09205	4018
	大埔鄉	X	09207	4017
高屏	桃源區	E	09203	4226
	那瑪夏區	E	09203	4227
	茂林區	E	09203	4225

分區業務組別	實施地區 (以鄉為單位)	計畫代碼(10 碼)		
	來義鄉	E	09205	4330
	三地門鄉	E	09205	4326
	霧台鄉	E	09205	4327
	瑪家鄉	E	09205	4328
	牡丹鄉	E	09201	4333
高屏	春日鄉	E	09205	4331
	獅子鄉	E	09205	4332
	泰武鄉	E	09201	4329
	琉球鄉	E	09201	4322
	白沙鄉	E	09211	4403
	馬公市	E	09211	4401
	望安鄉	E	09211	4405
	七美鄉	E	09211	4406
	湖西鄉	E	09211	4402
	西嶼鄉	E	09211	4404
	東沙、南沙	X	09102	0210
東區	豐濱鄉	X	09305	4508
	秀林鄉	F	09104	4511
	萬榮鄉	F	09211	4512
	卓溪鄉	F	09101	4513
	延平鄉	F	09109	4612
	海端鄉	F	09209	4613
	金峰鄉	F	09011	4615
	達仁鄉	F	09101	4614
	綠島鄉	F	09111	4611
	蘭嶼鄉	F	09207	4616

全民健康保險

分區業務組

山地離島地區

醫療給付效益提昇計畫關懷弱勢服務個案登記表

					編號：	
個案基本資料	姓 名		性別	☐ 男	身分證號	
				☐ 女	出生日期	年 月 日
	戶籍地址					
	聯絡地址					
	聯絡電話	日：	夜：	手機：		
個案狀況及需求 (醫療院所填寫)	情況分類	☐ 未加保 ☐ 欠費 ☐ 無健保 IC 卡 ☐ 情況不明				
	健康狀況	☐ 罹患慢性病 ☐ 罹患急性病 ☐ 其他				
	特殊身分	☐ 孤獨無依老人 ☐ 弱勢兒童 ☐ 低收入戶 ☐ 重大傷病或重度殘障者 ☐ 身心障礙者(中輕度) ☐ 單親且獨自扶養未成年子女(孫子女) ☐ 外籍(大陸)配偶 ☐ 原住民 ☐ 失業				
	家庭狀況	☐ 父母(夫妻)離異 ☐ 家庭失和 ☐ 主要工作者重病(傷)				
	經濟狀況	☐ 家暴、棄養、重大變故 ☐ 其他				
	就醫迫切性	☐ 需門診追蹤治療 ☐ 需住院治療 ☐ 其他：				
	需求 (務必填寫)	**請簡述個案現況問題及希望協助之處**				
通報院所 /單位		連絡 人員		電話		
				傳真		
加保情形及協助方式 (保險人填寫)	投保 狀況	☐ 未在保(最後轉出日：) ☐ 在保中(在保單位：)				
	欠費 情形	☐ 無 ☐ 有	☐ 移送中，欠費金額：		欠費月份：	
			☐ 未移送(含已取得債証)欠費金額：		欠費月份：	
	協助方式	☐ 查詢加保及欠費情形 ☐ 辦理加保 ☐ 申辦 健保 IC 卡 ☐ 協助辦理分期攤繳 ☐ 協助辦理紓困基金貸款		☐ 轉介慈善單位協助 ☐ 愛心專戶補助 ☐ 個案認養 ☐ 其他：		
☆為掌握處理時效，請儘速通報保險人分區業務組，以利及時提供相關協助！！ 全民健康保險 分區業務組聯絡窗口：承保 科 ☆ TEL：() FAX：()						

全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊

特約醫療院所名稱：

特約醫療院所代號：

就醫日期	就醫類別	姓 名	出生日期	身分證號	連絡電話	無健保原因
	☐ 門、急診 ☐ 住院				公： 宅： 手機：	☐ 已加保未領到卡 ☐ 遺失、毀損換發期間 ~~☐18歲以下兒少~~ ~~☐懷孕婦女~~ ☐ 因災害導致健保卡遺失或毀損
	☐ 門、急診 ☐ 住院				公： 宅： 手機：	☐ 已加保未領到卡 ☐ 遺失、毀損換發期間 ~~☐18歲以下兒少~~ ~~☐懷孕婦女~~ ☐ 因災害導致健保卡遺失或毀損
	☐ 門、急診 ☐ 住院				公： 宅： 手機：	☐ 已加保未領到卡 ☐ 遺失、毀損換發期間 ~~☐18歲以下兒少~~ ~~☐懷孕婦女~~ ☐ 因災害導致健保卡遺失或毀損
	☐ 門、急診 ☐ 住院				公： 宅： 手機：	☐ 已加保未領到卡 ☐ 遺失、毀損換發期間 ~~☐18歲以下兒少~~ ~~☐懷孕婦女~~ ☐ 因災害導致健保卡遺失或毀損
	☐ 門、急診 ☐ 住院				公： 宅： 手機：	☐ 已加保未領到卡 ☐ 遺失、毀損換發期間 ~~☐18歲以下兒少~~ ~~☐懷孕婦女~~ ☐ 因災害導致健保卡遺失或毀損
	☐ 門、急診 ☐ 住院				公： 宅： 手機：	☐ 已加保未領到卡 ☐ 遺失、毀損換發期間 ~~☐18歲以下兒少~~ ~~☐懷孕婦女~~ ☐ 因災害導致健保卡遺失或毀損

註：1.本表由醫療院所自存備查，併同保險對象所持例外就醫之證明文件影本，至少應保存 2 年。2.本表請院所自行印製使用。3.門診、住院醫療費用點數清單就醫序號代碼：(1)已加保未領到卡、遺失、毀損換發期間或因災害導致健保卡遺失或毀損請填 C001。(2)18歲以下兒少請填 C002。(3)懷孕婦女請填 C003。

全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫就醫民眾滿意度調查項目及分類方式

項目	非常滿意%	滿意%	普通%	不滿意%	非常不滿意%
門診醫療服務可用性					
門診時間					
門診地點					
門診次數					
門診科別					
醫療服務適度性					
候診時間					
看診時間					
給予之藥物、檢查或處置					
預防保健、衛教活動服務					
醫療服務接受性					
醫療設備					
醫師服務態度					
護理人員服務態度					
其它人員服務態度					
對當地醫療院所提供之服務					
對整體醫療服務					

調查樣本數：

估計畫實施地區人口比例：

項目	有%	沒有差別%
IDS 計畫之實施，對您就醫方便性有無幫助？		
IDS 計畫之實施，您對全民健保有無更為滿意？		

調查樣本數：

估計畫實施地區人口比例：

