



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

107 年第一次臨時會
會議資料

107 年 5 月 10 日（星期四）下午 2 時
本署 18 樓大禮堂

107 年度第一次「全民健康保險醫療服務給付項目及 支付標準共同擬訂會議」臨時會會議議程

壹、主席致詞

貳、上次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形，請參閱(不宣
讀)確認.....

第 01 頁

參、報告事項

一、「107 年度醫院以病人為中心門診整合照護計畫」修訂案。	報 1-1
--------------------------------	-------

肆、討論事項

一、新增「全民健康保險婦女生育醫療整合照護論人支付制度試 辦計畫」案。.....	討 1-1
二、全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增「辦理轉診 費_回轉及下轉」、「辦理轉診費_平轉及上轉」、「接受轉診門 診診察費加算」3 項診療項目案。.....	討 2-1
三、新增「全民健康保險重症加護臨床藥事照護給付方案」°.....	討 3-1

伍、臨時動議

陸、散會

貳、確認本會 107 年度第 1 次會議

會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形

-請參閱(不宣讀)確認

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」

107 年第 1 次會議紀錄

時間：107 年 03 月 20 日（星期二）下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：簡詩蓉

李代表偉強	廖秋鐳(代)	詹代表永兆	(請假)
黃代表雪玲	黃雪玲	吳代表國治	(請假)
林代表富滿	林富滿	李代表飛鵬	(請假)
潘代表延健	潘延健	許代表世明	許世明
李代表佳珂	李佳珂	羅代表界山	吳永隆(代)
陳代表志忠	陳志忠	林代表綉珠	劉淑芬(代)
劉代表碧珠	劉碧珠	賴代表振榕	曾中龍(代)
嚴代表玉華	嚴玉華	朱代表世瑋	朱世瑋
羅代表永達	(請假)	王代表榮濱	王榮濱
謝代表文輝	謝文輝	郭代表素珍	許美月(代)
謝代表武吉	謝武吉	廖代表大富	廖大富
朱代表益宏	朱益宏	梁代表淑政	梁淑政
李代表紹誠	李紹誠	葉代表宗義	葉宗義
林代表恒立	林恒立	劉代表志棟	何語(代)
王代表宏育	林誓揚(代)	王代表雅馨	王雅馨
黃代表振國	顏鴻順(代)	張代表清田	張清田
張代表金石	張金石	羅代表紀琮	羅紀琮
張代表孟源	張孟源	施代表壽全	(請假)
陳代表俊良	侯毓昌(代)		

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司

衛生福利部全民健康保險會

中華民國中醫師公會全國聯合會

中華民國牙醫師公會全國聯合會

中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會

中華民國醫師公會全國聯合會

中華民國藥師公會全國聯合會

中華民國護理師護士公會全國聯合會

台灣醫院協會

國立臺灣大學醫學院附設醫院

台灣耳鼻喉科醫學會

台灣腎臟醫學會

中華民國口腔顎面外科學會

社團法人台灣神經外科醫學會

本署臺北業務組

本署北區業務組

本署中區業務組

本署高屏業務組

本署醫審及藥材組

本署企劃組

本署醫務管理組

周雯雯

邱臻麗、張友珊、馬文娟、

盛培珠

王逸年

潘佩筠

宋佳玲

陳哲維、林筱庭

洪鈺婷

梁淑媛

林佩荻、吳心華、吳洵伶、

王秀貞

徐紹勛

黃啟原

黃政文

吳政憲

蕭勝煌

林勢傑、余千子、范貴惠、

徐佳瑜、陳婉如、蔡雅安、

林雨亭

陳孟函

楊惠真、何容甄

王麗雪

王本仁、張淑雅、張靈

詹孟樵

李純馥、劉玉娟、谷祖棣、

林淑範、王玲玲、韓佩軒、

鍾欣穎、林右鈞、陳依婕、
吳明純、簡詩蓉、鄧家佩、
許博淇、崔允馨、蔡孟好、
張艾琪、宋思嫻、林煜翔、
林芝瑩、江雯珊

一、主席致詞：略。

二、確認上次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形

- (一) 有關「院所即時上傳醫療檢查影像」案(序號 7)：醫學中心代表黃雪玲提出一月影像資料上傳困難希望本署協助處理資訊問題，會後本署提供資訊窗口協助醫院影像上傳作業。另醫院建置影像上傳系統收費相關疑義予以收錄，轉請本署資訊組及醫務管理組協助辦理。
- (二) 有關「高診次者藥事照護計畫案」(序號 8)：中華民國藥師公會全國聯合會與地區醫院協會將持續溝通，以共同建立轉介之管道。
- (三) 中華民國藥師公會全國聯合會代理代表曾中龍提出有關放寬「全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案」參與院所資格案(序號 15)：第 3 點鼓勵藥師先參與計畫教育訓練，後續須監測藥師受訓情形，繼續列管，其餘解除列管。

三、報告事項

- (一) 「107 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準」案。

決定：洽悉。同意開放支付標準編號 09099B「心肌旋轉蛋白 I」等 3 項診療項目至基層診所適用，詳附件 1，P7。

- (二) 「全民健康保險中醫急症處置計畫(草案)」案。

決定：洽悉。修訂摘要如下，詳附件 2，P8~P15。

1. 同意新增「全民健康保險中醫急症處置計畫」(草案)。
2. 本計畫診療項目與西醫急診處置分別申報，並不得申報

02005B「住院會診費」。

3. 計畫實施後，請中醫師公會全聯會於評核會議報告執行情形及專業審查結果，並收集醫療院所意見提供本署參考。

四、討論事項

(一) 106 年上半年本保險特約院所執行支付標準未列項目之申報情形及處理流程。

決議：

1. 同意 106 年上半年院所提報支付標準未列項目之擬辦方式，今年除持續請醫院填報未列項目外，針對基層院所將加強宣導未列項目之提報。
2. VPN 申報未列項目之欄位新增中文名稱，以利醫療院所申報。
3. 未列項目提報數量不應列為醫院管理指標。

(二) 107 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準增修「六分鐘步行測試」等 7 項診療項目案。

決議：同意增修訂 7 項診療項目如下，詳附件 3，P16~P19。

1. 同意新增 17023B「六分鐘步行測試」及 22040B「頸性及眼性前庭誘發肌電位」，推估增加預算約 3.5 百萬點，其中「六分鐘步行測試」原建議支付點數為 853 點，決議比照 18015B 極度踏車運動試驗之支付點數 900 點，並納入財務影響追蹤。
2. 同意修訂：22037B「前庭誘發肌電位」、56039B「神經外科術中神經功能監測(IONM)」、56040B「導管式膽胰管內視鏡術」、58009B「CAPD 住院患者指導費」及 58010B「CAPD 住院患者輸液連接管更換材料費」，推估不增加健保財務支出，其中 58009B「CAPD 住院患者指導費」及 58010B「CAPD 住院患者輸液連接管更換材料費」納入財務影響追蹤。

(三) 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號 83081B「立體定位術一切片」及 83082B「立體定位術一抽吸」，支付規範增列口腔顎面外科專科醫師施行案。

決議：同意修訂 83081B「立體定位術一切片」及 83082B「立體定位術一抽吸」支付規範，增列口腔顎面外科專科醫師施行，不增加健保財務支出，詳附件 4，P20。

(四) 全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)4.0 版支付通則及未實施項目實施時程案。

決議：詳附件 5，P21~P152。

1. 同意基本診療加成醫學中心為 5.1%、區域醫院 2.2%、地區醫院 2%(區域醫院代表於會議要求該層級之基本診療加成需增加 2%，為 4.2%)。
2. Tw-DRGs 實施時程
 - (1) 同意自 107 年 7 月 1 日起實施 4.0 版支付通則，扣除 80 項暫緩實施項目，分 3 階段實施第 3 至 5 階計 1,089 項 DRG，會中台灣醫院協會提出 45 項待討論之項目(第 3 階段 20 項、第 4 階段 17 項、第 5 階段 8 項)，待醫院協會討論後分別於第 4 至 5 階段實施。
 - (2) 各階段實施期程如下：
 - A. 第 3 階段 DRG：107 年 7 月 1 日實施，計 443 項。
 - B. 第 4 階段 DRG：107 年 9 月 1 日實施，計 259 項(含原第 3 階段之 20 項)。
 - C. 第 5 階段 DRG：107 年 11 月 1 日實施，計 387 項。
3. DRG 支付制度下得另行加計項目(如新增全新功能類別 add on 特材品項、生物製劑、另行核實申報特材項目等品項)，應正面表列於支付通則且公布於全球資訊網，並請各分區業務組發布大量電子公告周知院所(異動時亦同)。

4. 於 4.0 版 Tw-DRGs 支付通則規範中增列「論日支付案例」。
5. 配合上述決議，後續將啟動申報、審查、資訊等配套措施，請各分區業務組持續收集醫院意見，並展開相關說明會，適時了解醫院準備狀況。

(五) 「全民健康保險跨層級醫院合作計畫」修訂案。

決議：洽悉，詳附件 6，P153～P156。

散會：下午 18 時 00 分

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議

決議辦理情形追蹤表

序號	編號	會議時間	案由	決議(結論)事項	辦理單位	辦理情形	列管	
							建議 解除列管	繼續列管
1	105-2-報 6	105.06.23	現行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目以成本分析方式向醫療院所進行全面成本調查案。	現行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目以成本分析方式向醫療院所進行全面成本調查案，請於下次會議中進行後續調查情形說明，改為繼續列管。	健保署醫管組	1. 本署已於106年4月26日以健保醫字第1060033091號函請三層級協會提供所調查之各醫院成本分析資料(含成本參數表、作業流程表及成本分析表)。 2. 已回復協會提供之資料摘要如下： (1) 醫學中心協會：調查18家醫學中心，僅回復21項調查診療項目之成本分析資料；檢送資料未含成本參數表及作業流程表。 (2) 區域醫院協會：調查37家區域醫院，僅提供21項診療項目之各項成本中位數，未包含細項內容。 3. 考量地區醫院尚未提供資料及已回復之資料未齊全，本署於107年4月30日以健保醫字第1070033068號函請醫學中心及區域醫院協會補充完整成本分析資料，並請地區醫院協會盡速回復21項診療項目成本分析調查。		V
2	106-3(臨)-臨時動議 2	106.09.01	中華民國藥師公會全國聯合會代表賴振榕提出有關「新增臨床藥事照護費」案。	請藥師公會全國聯合會提供具體提案內容及財務影響評估，將併同107年總額協商確定後辦理。	健保署醫管組	1. 有關藥師公會全國聯合會所提「新增臨床藥事照護費」案，107年總額協商協定結果已編列相關預算，且本署已於106年12月1日函請藥師公會全國聯合會提供新增「重症加護住院臨床藥事照護」診療項目相關資料，據以辦理後續修訂支付標準事宜。 2. 本案於107年3月2日與藥師全聯會召開討論會議，並陸續就方案細節進行討論，本案將提本次會議討論，建議解除列管。		V

序號	編號	會議時間	案由	決議(結論)事項	辦理單位	辦理情形	列管	建議
							解除列管	繼續列管
3	106-4(臨)-討1	106.12.26	有關放寬「全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案」參與院所資格案。	鼓勵藥師先參與計畫教育訓練，於明年度修改計畫時評估藥師取得課程認證人數及參與計畫院所釋出處方箋的比例後，再研議藥師納入事宜。	健保署醫管組	依 107 年 3 月 20 日 107 年第一次共擬會議決議，有關鼓勵藥師先參與計畫教育訓練，後續須監測藥師受訓情形，繼續列管，其餘解除列管。		V
4	107-1-報 1	107.3.20	「107 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準」案。	洽悉。同意開放支付標準編號 09099B「心肌旋轉蛋白 I」等 3 項診療項目至基層診所適用。	健保署醫管組	將依程序辦理報部等行政作業。		V
5	107-1-報 2	107.3.20	「全民健康保險中醫急症處置計畫(草案)」案。	洽悉。修訂摘要如下： 1. 同意新增「全民健康保險中醫急症處置計畫」(草案)。 2. 本計畫診療項目與西醫急診處置分別申報，並不得申報 02005B「住院會診費」。 3. 計畫實施後，請中醫師公會全聯會於評核會議報告執行情形及專業審查結果，並收集醫療院所意見提供本署參考。	健保署醫管組	本案業於 107 年 5 月 1 日以健保醫字第 1070005354 號公告，自 107 年 5 月 1 日起生效。		V
6	107-1-討 1	107.3.20	106 年上半年本保險特約院所執行支付標準未列項目之申報情形及處理流程。	1. 同意 106 年上半年院所提報支付標準未列項目之擬辦方式，今年除持續請醫院填報未列項目外，針對基層院所將加強宣導未列項目之提報。 2. VPN 申報未列項目之欄位新增中文名稱，以利醫療院所申報。 3. 未列項目提報數量不應列為醫院管理指標。	健保署醫管組	VPN 系統未列項新增中文名稱收載欄位一事，將自 107 年 5 月 3 日起提供院所申報，本項建議解除列管。		V
7	107-1-討 2	107.3.20	107 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準增修「六分鐘步行測試」等 7 項診療項目案。	1. 同意新增 17023B「六分鐘步行測試」及 22040B「頸性及眼性前庭誘發肌電位」，推估增加預算約 3.5 百萬點，其中「六分鐘步行測試」原建議支付點數為 853 點，決議比照 18015B 極度踏車運動試驗之支付點數 900 點，並納入財務影響追蹤。 2. 同意修訂：22037B「前庭誘發肌電位」、56039B「神經外科術中神經功能監測(IONM)」、56040B「導管式膽胰管內視鏡術」、58009B「CAPD 住院患者指導費」及 58010B「CAPD 住院患者輸液連接管更換材料費」，推估不增加健保財務支出，其中	健保署醫管組	將依程序辦理報部等行政作業。		V

序號	編號	會議時間	案由	決議(結論)事項	辦理單位	辦理情形	列管	建議
							解除	繼續
				58009B「CAPD 住院患者指導費」及 58010B「CAPD 住院患者輸液連接管更換材料費」納入財務影響追蹤				
8	107-1-討 3	107.3.20	全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號 83081B「立體定位術-切片」及 83082B「立體定位術-抽吸」，支付規範增列口腔顎面外科專科醫師施行案。	同意修訂 83081B「立體定位術-切片」及 83082B「立體定位術-抽吸」支付規範，增列口腔顎面外科專科醫師施行，不增加健保財務支出。	健保署醫管組	將依程序辦理報部等行政作業。		V
9	107-1-討 4	107.3.20	全民健康保險住院診斷關聯群 (Tw-DRGs) 4.0 版支付通則及未實施項目實施時程案。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 同意基本診療加成醫學中心為 5.1%、區域醫院 2.2%、地區醫院 2% (區域醫院代表於會議要求該層級之基本診療加成需增加 2%，為 4.2%)。 2. Tw-DRGs 實施時程 <ol style="list-style-type: none"> (1) 同意自 107 年 7 月 1 日起實施 4.0 版支付通則，扣除 80 項暫緩實施項目，分 3 階段實施第 3 至 5 階計 1,089 項 DRG，會中台灣醫院協會提出 45 項待討論之項目 (第 3 階段 20 項、第 4 階段 17 項、第 5 階段 8 項)，待醫院協會討論後分別於第 4 至 5 階段實施。 (2) 各階段實施期程如下： <ol style="list-style-type: none"> A. 第 3 階段 DRG：107 年 7 月 1 日實施，計 443 項。 B. 第 4 階段 DRG：107 年 9 月 1 日實施，計 259 項(含原第 3 階段之 20 項)。 C. 第 5 階段 DRG：107 年 11 月 1 日實施，計 387 項。 3. DRG 支付制度下得另行加計項目 (如新增全新功能類別 add on 特材品項、生物製劑、另行核實申報特材項目等品項)，應正面表列於支付通則且公布於全球資訊網，並請各分區業務組發布大量電子公告周知院所 (異動時亦同)。 4. 於 4.0 版 Tw-DRGs 支付通則規範中增列「論日支付案例」。 5. 配合上述決議，後續將啟動申報、審查、資訊等配套措施， 	健保署醫管組	本項決議於會議紀錄公開後，本署接獲各界反應意見多表示對於實施內容仍有疑慮，考量 Tw-DRGs 實施屬重大支付制度變革，爰近期將再召開醫院與專科醫學會座談會，綜整座談會與會代表發言內容再提本會議討論。		V

序號	編號	會議時間	案由	決議（結論）事項	辦理單位	辦理情形	列管	建議
							解除	繼續
				請各分區業務組持續收集醫院意見，並展開相關說明會，適時了解醫院準備狀況。				
10	107-1-討5	107.3.20	「全民健康保險跨層級醫院合作計畫」修訂案。	洽悉。	健保署醫管組	本項業於 107 年 4 月 25 日健保醫字第 1070005238 號公告，自 107 年 5 月 1 日起生效。	V	

參、報告事項

報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：有關 107 年度「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」修訂
附件 1，頁次報 1-2~1-24，提請討論。

說明：

- 一、「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」於 98 年起公告實施，目的為引導醫院各專科間之適當整合，提供多重慢性病人適切、效率、良好品質的醫療服務，避免重複、不當治療用藥或處置，影響病人安全。
- 二、本計畫因配合分級醫療，107 年計畫方向以不增加醫院照護人數及醫院家數為原則，俾利醫院就現行個案作好實際整合或下轉。

擬辦：

「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」修正草案條文對照表

修正條文	現行條文	說明
(同現行條文)	<p>壹、計畫依據</p> <p>依各年度全民健康保險醫療給付費用總額之協議結果辦理。</p> <p>貳、計畫說明</p> <p>多重慢性病患乃是我國醫療照護系統中最重要之資源使用者，且隨著我國人口結構之逐年老化，多重慢性病的盛行率將逐年升高，其醫療照護課題也將愈趨重要。就提高慢性醫療照護品質及控制醫療成本的觀點而言，如何改變現行醫療照護模式，使成為適合多重慢性病患之整合性醫療照護模式，乃當務之急。</p> <p>參、目的</p> <p>一、提供多重慢性病人適切、效率、良好品質之醫療服務，避免重複、不當治療用藥或處置，影響病人安全。</p> <p>二、配合總額支付制度，提供整合式照護服務，促成醫院各專科醫療之適當整合。</p> <p>三、對於病情穩定之病人，逐步落實分級醫療、促進層級間之轉診，以提升醫療資源使用效率。</p>	
肆、計畫期間：107年1月至107年12月。	肆、計畫期間：105年1月至106年12月。	修正年度
<p>伍、預算來源</p> <p>由全民健保年度醫療給付費用總額其他預算「推動促進醫療體系整合計畫」項下支付本計畫之費用，<u>全年經費 700 百萬元，用於「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「區域醫療整合計畫」、「提升急性後期照護品質試辦計畫」，及「跨層級醫院合作計畫」4 項計畫。</u></p>	<p>伍、預算來源</p> <p>一、由全民健保年度醫療給付費用總額其他預算「推動促進醫療體系整合計畫」項下支付本計畫之費用，採專款專用方式辦理。</p> <p>二、105年度及106年度預算經費上限為3億元。</p>	依據 107 年全民健保醫療給付費用總額及分配方式，修正預算來源。

修正條文	現行條文	說明
(同現行條文)	陸、推動策略 <ol style="list-style-type: none"> 一、透過獎勵誘因，鼓勵醫院對於門診就醫病患提供整合式門診照護服務，避免因重複及不當用藥、重複檢驗檢查、處置等，而影響民眾健康並耗用醫療資源。 二、民眾不須登記或簽署同意文件，不限制民眾就醫醫療院所。 	
柒、執行方式： <ol style="list-style-type: none"> 一、參與計畫之醫院(或整合團隊)：<u>以106年已參與計畫承辦醫院(或整合團隊)得適用</u>，參與計畫者若服務內容變動需變更計畫書時，應向各分區業務組報備(如附件1)。 	柒、執行方式： <ol style="list-style-type: none"> 一、參與計畫之醫院(或整合團隊)，檢附計畫書(如附件1)，向保險人各分區業務組提出申請，並自保險人各分區業務組同意之月份開始實施。原已參與計畫者得續適用，若服務內容變動需變更計畫書時，應向各分區業務組報備。 	配合分級醫療，107年以不增加醫院照護人數及醫院家數，俾利醫院就現行個案作好實際整合及下轉。
(同現行條文)	二、主要運作模式如下列所示，請於檢附計畫書時填寫(可複選)，並說明實際運作方式及其內容。開設整合門診者，每週至少1診次，每診次至少3小時，且於門診應診時刻表及明顯處張貼說明： <ol style="list-style-type: none"> (一)高齡醫學或失智症整合門診〔A〕：由醫院整合治療團隊，提供失智症或65歲以上高齡病患一次看診之診療服務，其門診名稱及型態即為「○○整合門診」。(同診間多科醫師共同照護者為K) (二)三高疾病整合門診〔B〕：由醫院整合治療團隊，提供罹患高血糖、高血脂、高血壓疾病患者一次看診之診療服務，其門診名稱及型態即為「○○整合門診」。(同診間多科醫師共同照 	

修正條文	現行條文	說明
	<p>護者為 L)</p> <p>(三) 罕見疾病或重大傷病整合門診〔F〕：由醫院整合治療團隊，提供罹患罕見疾病或重大傷病患者一次看診之診療服務，其門診名稱及型態即為「○○整合門診」。(同診間多科醫師共同照護者為 G)</p> <p>(四) 主責照護整合模式〔D〕：無法開設整合門診，惟可指定由主責醫師負責整合，如需照會其他科，仍由主責醫師診療，綜整開立處方箋，並於病歷上記載以備查詢。本項限地區醫院內科、家醫科申報，並於診間外牆張貼「本門診提供整合照護服務」。</p> <p>(五) 其他整合門診〔E〕：由醫院整合治療團隊，提供非屬以上(一)至(三)之患者一次看診之診療服務，其門診名稱及型態亦為「○○整合門診」。(同診間多科醫師共同照護者為 M)</p>	
<p>三、<u>照護對象：以106年已收案照護對象再持續照護一年(含重點照護對象及自行收案照護對象)。</u></p>	<p>三、<u>照護對象</u></p> <p>(一)<u>重點照護對象</u></p> <p>由保險人依下列條件順序，擷取前一年之申報資料，提供病患名單：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 罹患失智症病患看診之該院(或整合團隊)忠誠病患。 2. 罹患重大傷病或罕見疾病病患看診之該院(或整合團隊)忠誠病患。 3. 罹患高血糖、高血脂、高血壓至少 2 種以上患者，且前 1 年慢性病門診就診次數均超過 6 次(含)以上之該院(或整合團隊)忠誠病患。 	<p>配合柒、執行方式、一，爰刪除重點及自行收案照護對象相關文字說明。</p>

修正條文	現行條文	說明
	<p>4. 65 歲以上罹患 2 種(含)以上慢性病，需 2 科(含)以上看診之該院(或整合團隊)忠誠病患。</p> <p>註 1：前 1 年係指執行年前 2 年 10 月至執行年前 1 年 9 月。</p> <p>註 2：該院(或整合團隊)忠誠病患係以該病患在該院(或整合團隊)就醫之慢性病(案件分類為 04、06 者)、失智症、重大傷病或罕見疾病門診就診次數達一定次數且占各該類疾病跨院所總門診就醫次數比率超過 50% 以上者優先認定，惟如未有醫院超過 50%，則以超過 40% 且占率較高之醫院認定之。</p> <p>註 3：前述就醫次數之計算，不計中、牙醫、代辦案件、居家與精神疾病社區復健、申報費用為 0 之代檢案件、慢性病連續處方箋調劑等。</p> <p>註 4：排除對象包括已參與「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」、「全民健康保險區域醫療整合計畫」、「早期療育門診醫療給付改善方案」、糖尿病論質照護個案及死亡者。</p>	

修正條文	現行條文	說明
	<p>註 5：慢性病定義：就醫資料中主次診斷屬於主管機關公告慢性病範圍診斷，且每種慢性病給藥日數全年累計超過 60 日。</p> <p>註 6：重大傷病及罕見疾病定義：計畫執行前 2 年之各年就醫資料中主次診斷均有主管機關公告該等疾病範圍之診斷。</p> <p>註 7：高血糖、高血脂及高血壓(三高)之定義，詳如附件 2。</p> <p>註 8：失智症定義詳如附件 3。</p> <p>註 9：65 歲以上老人之年齡以就醫年月-出生年月\geq780 月計算。</p> <p>(二)自行收案照護對象</p> <p>參與本計畫醫院(或整合團隊)得於整合門診自行選定整合照護之對象如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 不在保險人提供該院名單中，罹患 2 種(含)以上慢性病，需 2 科以上治療之慢性病人、重大傷病或罕見疾病病人。(例如慢性病中青光眼、視網膜變性同為眼科診治疾病，不得申報整合照護註記)。 2. 保險人於計畫期間另外選定或醫院提報經保險人分區業務組確立之就醫異常或高診次病人。 3. 醫院前一年收案整合照護病人。 	

修正條文	現行條文	說明
	<p>4. 非前述對象，但成立整合門診，確實進行整合照護服務，報經分區業務組核定同意之病人。</p>	
(同現行條文)	<p>四本計畫採計之醫療費用範圍，係指西醫醫院門診、西醫基層門診及門診透析之申請點數加部分負擔，包含交付機構之申報點數；且排除下列之案件：</p> <p>(一)中醫門診、牙醫門診、代辦案件、居家照護與精神疾病社區復健。</p> <p>(二)接受其他院所代(轉)檢、慢性病連續處方箋調劑、診察費為0之案件件數不計。</p>	
<p>五、同一分區業務組轄區醫院，得選擇採院際共同整合照護方式，就各醫院依本計畫柒、三(一)擇定之「重點照護對象」共同照護。</p> <p>(一)採院際共同整合照護方式醫院，應推派單一醫院為主責醫院，負責提送計畫書、保險人聯繫窗口、經費撥付等事宜。</p> <p>(二)應於計畫書內一併檢送各整合醫院之參加同意書。</p> <p>(三)整合團隊於計畫執行期間若發生個別醫院退出情形，須由主責醫院向轄區分區業務組提出申請，退出之醫院當年度整合成效獎勵費用不予核付。</p>	<p>五、同一分區業務組轄區醫院，得選擇採院際共同整合照護方式，就各醫院依本計畫柒、三(一)、擇定之「重點照護對象」共同照護。</p> <p>(一)採院際共同整合照護方式醫院，應推派單一醫院為主責醫院，負責提送計畫書、保險人聯繫窗口、經費撥付等事宜。</p> <p>(二)應於計畫書內一併檢送各整合醫院之參加同意書。</p> <p>(三)整合團隊於計畫執行期間若發生個別醫院退出情形，須由主責醫院向轄區分區業務組提出申請，退出之醫院當年度整合成效獎勵費用不予核付。</p>	<p>配合柒、執行方式、三、照護對象，調整部份原條文文字。</p>
(同現行條文)	<p>六 整合團隊之個別醫院，於計畫執行期間亦受本計畫壹拾、退場機制規範。</p> <p>七 本計畫玖、三、(四)之各項整合成效指標計算，如參加醫院中</p>	

修正條文	現行條文	說明
	途申請退出計畫，或整合團隊之單一指標合併計算，未達該項成效評量指標時，該項指標費用不予核發。	
<p>捌、參與計畫之醫院資格</p> <p>醫院於執行年之前一年起，無全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法（以下稱特管辦法）第38條至第40條中各條所列違規情事之一且經保險人處分者（以第一次處分函所載停約或終止特約日認定，含行政救濟程序進行中尚未執行<u>或申請暫緩執行</u>處分者）。惟為保障保險對象就醫權益，保險人各分區業務組得視違規情節及醫院所提計畫之內容，可另予考量。</p>	<p>捌、參與計畫之醫院資格</p> <p>醫院於執行年之前一年起，無全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法（以下稱特管辦法）第38條至第40條中各條所列違規情事之一且經保險人處分者（以第一次處分函所載停約或終止特約日認定，含行政救濟程序進行中尚未執行處分者）。惟為保障保險對象就醫權益，保險人各分區業務組得視違規情節及醫院所提計畫之內容，可另予考量。</p>	條文部分文字修正，同家庭醫師整合性照護計畫。
(同現行條文)	<p>玖、費用申報及支付方式</p> <p>一 照護對象當次就診罹患2種(含)以上疾病，依本計畫門診整合模式就醫者，該筆案件於申報醫療費用時，於「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」之「d13」欄位填報柒、二之照護模式註記，其餘欄位依照原方式申報。另案件分類非為04、06、09及E1案件者，不得申報整合照護模式註記。</p> <p>二 整合照護對象如於整合門診由多科醫師共同看診或以會診他科醫師方式提供整合照護時，可申報多筆診察費。(請於各診察費醫令項目之p16醫事人員欄填報該醫師ID)</p>	
<p>三、費用核付：</p> <p>(一)個案門診整合費</p> <p>1.照護對象當年度申報整合照護模式註記者，每人每次支給「個案門診整合費」</p>	<p>三、費用核付：</p> <p>(一)個案門診整合費</p> <p>1.照護對象當年度申報整合照護模式註記者，每人每次支給「個案門診整合費」</p>	1.配合柒、執行方式、三、照護對象，調整部份原條文

修正條文	現行條文	說明
<p>120 點，如獲得國民健康署「高齡友善健康照護機構」之認證，每人次門診整合費增加 10 點，每人全年最多支給 4 次費用；惟依第柒點三→(三)「自行收案照護對象」最高支給人次數不得超過同點三→(一)「重點照護對象」收案支給個案門診整合費人次數(含當年重點照護名單未就醫死亡人數)。</p> <p>2.醫師提供整合照護，應於個案之就醫當日病歷中，由負責整合之醫師於其診斷下，簡述整合之科別、疾病別或藥品、處置或檢查類別等，以備查核。未於病歷中載明以上整合簡述資料者，不得申報整合照護模式註記。</p>	<p>120 點，如獲得國民健康署「高齡友善健康照護機構」之認證，每人次門診整合費增加 10 點，每人全年最多支給 4 次費用；惟依第柒點三、(二)「自行收案照護對象」最高支給人次數不得超過同點三、(一)「重點照護對象」收案支給個案門診整合費人次數(含當年重點照護名單未就醫死亡人數)。</p> <p>2.醫師提供整合照護，應於個案之就醫當日病歷中，由負責整合之醫師於其診斷下，簡述整合之科別、疾病別或藥品、處置或檢查類別等，以備查核。未於病歷中載明以上整合簡述資料者，不得申報整合照護模式註記。</p> <p>3.每一整合照護個案，醫院當年至少到保險人雲端藥歷系統查詢達 1 次(含)以上紀錄，方給付本項費用。</p>	<p>文字。</p> <p>2.因雲端藥歷查詢已達初步成效，故刪除三、(一)、3。</p>
<p>(同現行條文)</p>	<p>(二)「同診間多科醫師共同照護者」個案門診整合費加成 整合門診由 2 位(含)以上醫師於「同診間」共同看診(限申報 K、L、M、G 照護模式)且申報 2 筆(含)以上之診察費者，每人次「個案門診整合費」再額外支給 60 點，惟每人全年最多支給 4 次費用。</p> <p>(三)失智症門診照護家庭諮</p>	

修正條文	現行條文	說明
	<p>詢費用</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本計畫失智症病患經神經科或精神科專科醫師確診評估有諮詢需要，且患者之失智症評估結果，符合臨床失智症評量表 (Clinical Dementia Rating,CDR)值≥ 1或簡易心智量表 (Mini-Mental State Examination , MMSE)≤ 23者，醫院得提供諮詢服務，申報本項費用。 2.每次諮詢須填報諮詢溝通內容及規定(如附件 4)，併入病患病歷記錄留存。 3.支付點數： <ol style="list-style-type: none"> (1)每次諮詢服務時間15分鐘(含)以上，未達30分鐘者：支付300點，申報編號 P5201C。 (2)每次諮詢服務時間30分鐘(含)以上：支付500點，申報編號 P5202C。 (3)同院每位病人每年最多支給2次費用。 <p>註：前項「諮詢服務時間」不包括醫師診療及失智症評估量表填報時間。</p> 4.本項併門診醫療費用申報，非當日執行，請比照排程檢查案件作業方式申報。醫令類別填「0」，醫令執行時間起迄請填報諮詢服務時間至年月日時分。 	

修正條文	現行條文	說明
<p>(四)整合成效獎勵費</p> <p>1. 照護對象屬第柒點三 → (一)「重點照護對象」，且當年度申報整合照護模式註記達2次(含)以上者，依以下7項「整合成效指標」計算獎勵費用，每人全年最高支付1,000點。</p> <p>2. 7項整合成效指標及其計分方式如下：</p> <p>(1~6 項指標每項最高以 10 分計算，指標 7 為加分項目，最高 10 分，惟 7 項指標合計最高以 60 分計算)</p> <p>指標 1：照護對象平均每人每月西醫門診醫療費用(院內與院外)</p> <p>指標 2：照護對象平均每人每月西醫門診就醫次數(院內與院外)</p> <p>指標 3：照護對象平均每人每月西醫門診藥品項數(院內與院外)</p> <p>指標 4：照護對象全區跨院所口服降血脂藥物-不同處方用藥日數重複率。</p> <p>指標 5：照護對象全區跨院所口服降血壓藥物-不同處方用藥日數重複率。</p> <p>指標 6：照護對象全區跨</p>	<p>(四) 整合成效獎勵費</p> <p>1. 照護對象屬第柒點三、(一)「重點照護對象」，且當年度申報整合照護模式註記達2次(含)以上者，依以下7項「整合成效指標」計算獎勵費用，每人全年最高支付1,000點。</p> <p>2. 7項整合成效指標及其計分方式如下：</p> <p>(1~6 項指標每項最高以 10 分計算，指標 7 為加分項目，最高 10 分，惟 7 項指標合計最高以 60 分計算)</p> <p>指標 1：照護對象平均每人每月西醫門診醫療費用(院內與院外)</p> <p>指標 2：照護對象平均每人每月西醫門診就醫次數(院內與院外)</p> <p>指標 3：照護對象平均每人每月西醫門診藥品項數(院內與院外)</p> <p>指標 4：照護對象全區跨院所口服降血脂藥物-不同處方用藥日數重複率。</p> <p>指標 5：照護對象全區跨院所口服降血壓藥物-不同處方用藥日數重複率。</p>	<p>1.配合柒、執行方式、三、照護對象，調整部份原條文文字。</p> <p>2.因健康存摺下載已達初步成效，故刪除指標7(2)。</p>

修正條文	現行條文	說明																																																																																												
<p>院所口服降血糖藥物-不同處方用藥日數重複率。</p> <p>指標 7：照護對象中罹患高血壓或糖尿病等病人之可避免住院率(以上各類疾病及整體整合照護年度人數須達 20 人(含)以上者，方列入成效計算)。</p>	<p>指標 6：照護對象全區跨院所口服降血糖藥物-不同處方用藥日數重複率。</p> <p>指標 7：(1)照護對象中罹患高血壓或糖尿病等病人之可避免住院率，或(2)整合照護病人健康存摺下載率(以上各類疾病及整體整合照護年度人數須達 20 人(含)以上者，方列入成效計算)。</p>																																																																																													
<p>指標 1 計分方式如下：</p> <table border="1" data-bbox="137 1059 675 1160"> <tr> <th rowspan="2">參與醫院 成長率及分 位數</th> <th colspan="4">成長率 ≤ 1.5%</th> <th rowspan="2">成長率 > 1.5%</th> </tr> <tr> <th>前25 百分位數</th> <th>前26-50 百分位數</th> <th>前51-75 百分位數</th> <th>高於75 百分位數</th> </tr> <tr> <td>得分</td> <td>10</td> <td>8</td> <td>6</td> <td>4</td> <td>0</td> </tr> </table> <p>指標 2~6 計分方式如下：</p> <table border="1" data-bbox="137 1216 675 1328"> <tr> <th rowspan="2">參與醫院 成長率及分 位數</th> <th colspan="3">成長率 ≤ 0</th> <th rowspan="2">成長率 > 0</th> </tr> <tr> <th>前25 百分位數</th> <th>前26-50 百分位數</th> <th>高於50 百分位數</th> </tr> <tr> <td>得分</td> <td>10</td> <td>8</td> <td>6</td> <td>0</td> </tr> </table> <p>指標 7 計分方式如下：</p> <table border="1" data-bbox="137 1373 675 1563"> <tr> <th rowspan="2">高血壓或糖 尿病等病人 之可避免住 院率</th> <th rowspan="2">可避免 住院率 =0</th> <th colspan="2">可避免住院率 > 0</th> </tr> <tr> <th>前10百分 位數</th> <th>前11~15百 分位數</th> </tr> <tr> <td>得分</td> <td>10</td> <td>6</td> <td>4</td> </tr> </table> <p>註：</p> <p>(1)以上百分位數均先將各醫院統計結果由小排到大後再進行計算。</p> <p>(2)各項成效指標之定義詳附件5。</p>	參與醫院 成長率及分 位數	成長率 ≤ 1.5%				成長率 > 1.5%	前25 百分位數	前26-50 百分位數	前51-75 百分位數	高於75 百分位數	得分	10	8	6	4	0	參與醫院 成長率及分 位數	成長率 ≤ 0			成長率 > 0	前25 百分位數	前26-50 百分位數	高於50 百分位數	得分	10	8	6	0	高血壓或糖 尿病等病人 之可避免住 院率	可避免 住院率 =0	可避免住院率 > 0		前10百分 位數	前11~15百 分位數	得分	10	6	4	<p>指標 1 計分方式如下：</p> <table border="1" data-bbox="707 1059 1244 1160"> <tr> <th rowspan="2">參與醫院 成長率及分 位數</th> <th colspan="4">成長率 ≤ 1.5%</th> <th rowspan="2">成長率 > 1.5%</th> </tr> <tr> <th>前25 百分位數</th> <th>前26-50 百分位數</th> <th>前51-75 百分位數</th> <th>高於75 百分位數</th> </tr> <tr> <td>得分</td> <td>10</td> <td>8</td> <td>6</td> <td>4</td> <td>0</td> </tr> </table> <p>指標 2~6 計分方式如下：</p> <table border="1" data-bbox="707 1216 1244 1328"> <tr> <th rowspan="2">參與醫院 成長率及分 位數</th> <th colspan="3">成長率 ≤ 0</th> <th rowspan="2">成長率 > 0</th> </tr> <tr> <th>前25 百分位數</th> <th>前26-50 百分位數</th> <th>高於50 百分位數</th> </tr> <tr> <td>得分</td> <td>10</td> <td>8</td> <td>6</td> <td>0</td> </tr> </table> <p>指標 7 計分方式如下：</p> <table border="1" data-bbox="707 1373 1244 1574"> <tr> <th rowspan="2">(1) 高血 壓或糖 尿病等 病人之 可避免 住院率</th> <th rowspan="2">可避免 住院率 =0</th> <th colspan="2">可避免住院率 > 0</th> </tr> <tr> <th>前10百分 位數</th> <th>前11~15百 分位數</th> </tr> <tr> <td>得分</td> <td>10</td> <td>6</td> <td>4</td> </tr> </table> <table border="1" data-bbox="707 1585 1244 1664"> <tr> <th>(2) 健康存 摺下載率</th> <th>30%以上</th> <th>26-30%</th> <th>21-25%</th> <th>16-20%</th> <th>11-15%</th> <th>5-10%</th> </tr> <tr> <td>得分</td> <td>10</td> <td>8</td> <td>6</td> <td>4</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> </table> <p>註：</p> <p>(1)以上百分位數均先將各醫院統計結果由小排到大後再進行計算。</p> <p>(2)指標7「糖尿病、高血壓可避免住院率」或「整合照護病人健康存摺下載率」將分開評比，並擇分數較高之一項分數納入成效計算。</p> <p>(3)各項成效指標之定義詳附件5。</p>	參與醫院 成長率及分 位數	成長率 ≤ 1.5%				成長率 > 1.5%	前25 百分位數	前26-50 百分位數	前51-75 百分位數	高於75 百分位數	得分	10	8	6	4	0	參與醫院 成長率及分 位數	成長率 ≤ 0			成長率 > 0	前25 百分位數	前26-50 百分位數	高於50 百分位數	得分	10	8	6	0	(1) 高血 壓或糖 尿病等 病人之 可避免 住院率	可避免 住院率 =0	可避免住院率 > 0		前10百分 位數	前11~15百 分位數	得分	10	6	4	(2) 健康存 摺下載率	30%以上	26-30%	21-25%	16-20%	11-15%	5-10%	得分	10	8	6	4	2	1	<p>配合玖、費用申報及支付方式、三、費用核付、(四)整合成效獎勵費、2.7項整合成效指標及其計分方式如下、指標7，調整部份原條文文字。</p>
參與醫院 成長率及分 位數		成長率 ≤ 1.5%					成長率 > 1.5%																																																																																							
	前25 百分位數	前26-50 百分位數	前51-75 百分位數	高於75 百分位數																																																																																										
得分	10	8	6	4	0																																																																																									
參與醫院 成長率及分 位數	成長率 ≤ 0			成長率 > 0																																																																																										
	前25 百分位數	前26-50 百分位數	高於50 百分位數																																																																																											
得分	10	8	6	0																																																																																										
高血壓或糖 尿病等病人 之可避免住 院率	可避免 住院率 =0	可避免住院率 > 0																																																																																												
		前10百分 位數	前11~15百 分位數																																																																																											
得分	10	6	4																																																																																											
參與醫院 成長率及分 位數	成長率 ≤ 1.5%				成長率 > 1.5%																																																																																									
	前25 百分位數	前26-50 百分位數	前51-75 百分位數	高於75 百分位數																																																																																										
得分	10	8	6	4	0																																																																																									
參與醫院 成長率及分 位數	成長率 ≤ 0			成長率 > 0																																																																																										
	前25 百分位數	前26-50 百分位數	高於50 百分位數																																																																																											
得分	10	8	6	0																																																																																										
(1) 高血 壓或糖 尿病等 病人之 可避免 住院率	可避免 住院率 =0	可避免住院率 > 0																																																																																												
		前10百分 位數	前11~15百 分位數																																																																																											
得分	10	6	4																																																																																											
(2) 健康存 摺下載率	30%以上	26-30%	21-25%	16-20%	11-15%	5-10%																																																																																								
得分	10	8	6	4	2	1																																																																																								

修正條文	現行條文	說明
(同現行條文)	<p>3. 整體整合成效獎勵費 = 1,000點 7項指標分數累計值/60 該醫院(或整合團隊)符合獎勵人數。</p> <p>4. 指標1~6成效評量之比較基期為執行年之前一年同期。指標7成效評量值以計畫執行期結果計算。</p> <p>5. 當年該院如已申報該個案參加保險人其他計畫方案P碼醫令案件時，該個案不列入成效計算。</p> <p>(五) 本計畫「失智症門診照護家庭諮詢費」先以每點1元支付，年度結束時併本計畫其他各支付項目費用辦理結算。</p> <p>(六) 本計畫除失智症門診照護家庭諮詢費外，其餘各項費用不併門診醫療費用申報，由保險人各分區業務組依計畫執行結果核定後核付，每年於年度結束後辦理結算，如預算不足，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元，並於追扣補付系統辦理帳務處理。</p> <p>三、保險人各分區業務組如審查發現整合照護個案病歷中未載明整合簡述資料，或整合後仍發現有重複用藥或處置時，得核扣該個案之「個案門診整合費」人次費用，並依情況，請醫院提出說明或改善措施及列為下年度參與本計畫之資格參考。</p>	
<p>壹拾、退場機制</p> <p>醫院於計畫執行期間因違反特</p>	<p>壹拾、退場機制</p> <p>醫院於計畫執行期間因違反特</p>	<p>配合捌、參與計畫之醫</p>

修正條文	現行條文	說明
<p>管辦法致受停約處分者(含行政救濟程序進行中尚未執行<u>或申請暫緩執行</u>處分者)以第一次處分函日期所載停約或終止特約日起同步終止本項計畫,惟為保險對象醫療照護之延續性,分區業務組得視違規情節,可另予考量。凡經終止本計畫者,各項支付費用不予核付。</p>	<p>管辦法致受停約處分者(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)以第一次處分函日期所載停約或終止特約日起同步終止本項計畫,惟為保險對象醫療照護之延續性,分區業務組得視違規情節,可另予考量。凡經終止本計畫者,各項支付費用不予核付。</p>	<p>院資格,調整部份原條文文字。</p>
<p>(同現行條文)</p>	<p>壹拾壹、執行配套措施</p> <p>一 參與本計畫之醫院(或整合團隊)目標管理點數額度調整:由保險人各分區業務組與轄區醫院依現行作業原則共同議定,惟對於本計畫之效益應予考量。</p> <p>二 計畫管理機制:</p> <p>(一)保險人研議總體計畫架構模式、指標之開發與計算、行政授權與協調。</p> <p>(二)保險人各分區業務組受理及輔導轄區醫院申請計畫與觀察輔導醫院之執行,核發費用,並得進行實地訪視瞭解其計畫實際執行情形。</p> <p>(三)各計畫參與醫院提出計畫之申請,推動整合照護模式,並參與保險人各分區成果分享活動。</p> <p>三 觀測指標:不列入「整合成效獎勵費」之計算。</p> <p>(一)照護對象院內(或整合團隊)固定就診率:監控本計畫實施後,門診病人跨院或跨層級流動。</p> <p>公式:計畫期間照護對象院內(或整合團隊)就醫次數/照護對象在全</p>	

修正條文	現行條文	說明
	<p style="text-align: center;">部西醫門診就診次數</p> <p>(二)雲端藥歷查詢率： 公式：整合照護病人查詢雲端藥歷之人數/醫院整合照護收案總人數</p> <p>(三)健康存摺下載率：整合照護病人下載健康存摺之人數/醫院整合照護收案總人數</p> <p>(四)自行收案對象整合成效指標分析 公式：比照第玖點三、(四)之指標公式</p> <p>(五)保險人提供名單中未收案對象醫療利用變化： 公式：比照第玖點三、(四)之指標公式</p> <p>壹拾貳、計畫實行評估</p> <p>一 保險人分區業務組得不定時至參加計畫醫院實地訪查或以立意抽樣審查方式確定計畫內容是否落實，以作為未來是否准予續辦之考量。</p> <p>二 保險人將於本期計畫執行9個月後，進行整體執行成效之評估，作為研修參考。</p> <p>三 本計畫所核付之款項，請參與醫院應用於鼓勵執行本計畫之整合單位或相關人員。</p> <p>壹拾參、訂定與修正程序</p> <p>本計畫由保險人報請主管機關核定後公告實施，並送全民健康保險會備查。屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。</p>	

附件 1

_____醫院(院所代號：_____)

變更____年「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」

提報日期：

一、執行計畫內容：

(一) 主要開設整合門診照護模式

高齡醫學或失智症整合門診(A) 或(K)

三高疾病整合門診(B)或(L)

罕見疾病或重大傷病整合門診(F)或(G)

主責醫師整合模式(D)(請敘明科別_____)

其他整合門診 (E)或(M)

(其他整合門診請逐項敘明門診名稱、照護目的及內容)

(二) 請敘明以上門診預訂每週開診時段；另整合門診如由2位(含)以上醫師於同診間共同看診情形，請將其開診時段、醫師數及預計每診人次，另外區分註明。(請檢附最新應診時刻表、網路相關說明及張貼處照像資料供參，如有異動，須通知保險人各分區業務組)

(三) 整合照護病人掛號、看診、用藥諮商標準作業流程

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

(五) 辦理本計畫除醫師外，其他醫事人員參與情形說明：

(六) 辦理醫師及醫事人員整合照護相關教育訓練：

(預訂辦理日期及次數)

(七) 整合照護宣導方式：

二、整合式照護醫療需求評估方式說明

三、成效評核獎勵經費運用方式(部分應用於個案管理、衛教或藥物整合建議相關費用所需)

附件 2 三高疾病之定義如下：

整合照護病人須同時罹患 2 項以上三高中之疾病者

1. 年度申報主診斷碼為三高相關疾病且領有三高藥品之門診次數兩次以上且合計給藥天數大於 60 天或住院一次以上者

2. 診斷碼：

高血壓 ~~ICD-9-CM：401~405、437.2；~~

ICD-10-CM：I10~I15、I674；

高血脂 ~~ICD-9-CM：272；~~

ICD-10-CM：E7130、E752、E753、E755~E756、E77、E780~E789(不含 E7871 及 E7872)、E881、E882、E8889

高血糖 ~~ICD-9-CM：250、790.2、791.5、791.6；~~

ICD-10-CM：E08 ~E13、R730、R739、R81、R824

3. 藥品 (ATC)：

(1) 降血壓 C07(~~排除 C07AA05~~)、C02AC、C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、~~C02KX~~、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA(~~排除 C08CA06~~)、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA；

(2) 降血脂 C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX；

(3) 降血糖 A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX、A10BH、A10BJ、A10BK。

附件 3 失智症定義主診斷代碼如下：

~~ICD-9-CM：~~

~~290、291.1、291.2、292.82、294.0、294.1、294.10、294.11、294.8、294.9、331
及 293.1。~~

ICD-10-CM：

F01-F05、F1027、F1097、F1327、F1397、F1827、F1897、F1927、F1997、
G30、G31 及 G91。

附件 4 失智症門診照護諮詢溝通記載內容及規定如下：

1. 病人姓名及臨床失智症評量表(CDR)或簡易心智量表(MMSE)評量結果。
2. 依需要簡要敘述病況、照護技巧指導、藥物或營養諮詢、家屬心理支持、社會資源運用等內容。
3. 諮詢服務之日期及起迄時間至分。
4. 提供服務者職稱及簽章(除醫師外，亦包含社工師或其他醫事人員)。
5. 接受諮詢服務者簽章及其與病人關係(接受諮詢服務者包括病人或主要照護者，且至少有1位家屬參與)。

註：諮詢服務時間不包括醫師診療及失智症評估量表填報時間

附件 5 各成效指標定義

指標 1：照護對象平均每人每月西醫門診醫療費用(院內與院外)

A1：計畫期間(院內與院外)平均每人每月醫療費用＝加總符合獎勵照護對象費用年月醫療費用/12個月/符合獎勵照護對象人數。

B1：基期期間(院內與院外)平均每人每月醫療費用＝加總符合獎勵照護對象基期費用年月醫療費用/12個月/符合獎勵照護對象人數。

$$X=A1/B1-1$$

指標 2：照護對象平均每人每月西醫門診就醫次數(院內與院外)

A2：計畫期間(院內與院外)符合獎勵照護對象西醫門診就醫次數(院內與院外)/月/人＝加總符合獎勵照護對象費用年月西醫門診就醫次數/12個月/符合獎勵照護對象人數。

B2：基期期間(院內與院外)照護對象西醫門診就醫次數(院內與院外)/月/人＝加總符合獎勵照護對象基期費用年月西醫門診就醫次數/12個月/符合獎勵照護對象人數。

$$X=A2/B2-1$$

指標 3：照護對象平均每人每月西醫門診藥品項數(院內與院外)

A3：計畫期間(院內與院外)符合獎勵照護對象開立之西醫門診用藥品項數/月/人＝加總 [計畫期間(院內與院外)符合獎勵照護對象在西醫門診開立不同用藥品項數加總/實際申報費用年月月數]/符合獎勵照護對象人數

B3：基期期間(院內與院外)符合獎勵照護對象開立之西醫門診用藥品項數/月/人＝加總[基期期間(院內與院外)符合獎勵照護對象在西醫門診開立不同用藥品項數加總/實際申報費用年月月數]/符合獎勵照護對象人數

$$X=A3/B3-1$$

※指標3加總[計畫期間(院內與院外)每人每月開立西醫門診不同藥品之品項數加總/實際申報藥品之費用年月月數]公式補充範例：

1. 個別病患計畫期間藥品品項數之計算：

假設甲病患201504、201505開立藥品如下：

費用年月	藥品項目代號	院所
201504	A047792177	A
201504	B024603100	B
201504	B024708100	C
201505	A047792177	A
201505	B024708100	A
201505	B024708100	B
201505	B023016100	A
201505	B024603100	B

則甲病患費用年月201504開3種品項；201505開4種品項。

2. 各病患計畫期間(院內與院外)各費用年月西醫藥品品項數統計如下：

費用年月	201504	201505	2015/06	2015/12
甲病患藥品品項數	3	4	6	未就醫且未領藥
乙病患藥品品項數	2	10	2	3
丙病患藥品品項數	0	0	0	0
丁病患藥品品項數	3	2	0	4

3. [計畫期間(院內與院外)每人每月西醫門診開立不同藥品之品項數加總/實際申報費用年月月數]:

甲病患計算結果 $= (3+4+6)/3 = 4.33333\dots$ ，因有一個月未就醫，故實際申報費用年月月數為3，而不是4。

乙病患計算結果 $= (2+10+2+3)/4 = 4.25000$ 。

丙病患計算結果 $= 0$ 。

丁病患計算結果 $= (3+2+4)/3 = 3$ ，因有一個月未開藥，實際申報費用年月月數為3，而不是4。

4. 加總[計畫期間(院內與院外)西醫門診每人每月開立不同藥品之品項數加總/實際申報費用年月月數]

$$= 4.33333\dots + 4.25000 + 0 + 3 = 11.58333\dots$$

指標 4：照護對象全區跨院所口服降血脂藥物-

不同處方用藥日數重複率

A4：計畫執行期間全區跨院所口服降血脂藥物-不同處方用藥日數重複率

B4：比較基期之全區跨院所口服降血脂藥物-不同處方用藥日數重複率

※全區跨院所口服降血脂藥物-不同處方用藥日數重複率=

分母符合獎勵照護對象照護對象中同ID跨院所不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數/符合獎勵照護對象全國跨院所降血脂藥物之給藥日數。

$$X=A4/B4-1$$

說明：

- 1.門診(西醫基層+西醫醫院)之降血脂藥物(口服)給藥案件。降血脂藥物(口服)係指ATC前五碼=C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第8碼為1。
- 2.給藥案件：給藥天數不為0 或 藥費不為0 或 處方調劑方式為 1、0、6。

指標 5：照護對象全區跨院所口服降血壓藥物-不同處方用藥日數重複率

A5：計畫執行期間全區跨院所口服降血壓藥物-不同處方用藥日數重複率

B5：基期計畫執行期間全區跨院所口服降血壓藥物-不同處方用藥日數重複率

※全區跨院所口服降血壓藥物-不同處方用藥日數重複率=

分母符合獎勵照護對象照護對象中同ID跨院所不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數/符合獎勵照護對象全國跨院所降血壓藥物之給藥日數總和。

$$X=A5/B5-1$$

說明：

- 1.門診(西醫基層+西醫醫院)之降血壓藥物(口服)給藥案件。降血壓藥物(口服)係指ATC前三碼=C07(排除C07AA05)或ATC前五碼為C02AC、C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C02KX、C03AA、C03BA、C03CA

、C03DA、C08CA(排除C08CA06)、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA
，且醫令代碼第8碼為1。

2.給藥案件：給藥天數不為0 或 藥費不為0 或 處方調劑方式為 1、0、6)。

指標 6：照護對象全區跨院所口服降血糖藥物-不同處方用藥日數重複率

A6:計畫執行期間全區跨院所口服降血糖藥物-不同處方用藥日數重複率

B6:比較基期計畫執行期間全區跨院所口服降血糖藥物-不同處方用藥日數重複率

※全區跨院所口服降血糖藥物-不同處方用藥日數重複率=分母符合獎勵照護對象照護對象中同ID跨院所不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數/符合獎勵照護對象照護對象全國跨院所降血糖藥物之給藥日數總和。

$X=A6/B6-1$

說明:

1.門診(西醫基層+西醫醫院)之降血糖藥物(口服)給藥案件。降血糖藥物(口服)係指ATC前五碼為A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX、A10BH、A10BJ、A10BK，且醫令代碼第8碼為1者。

2.給藥案件：給藥天數不為0或藥費不為0 或 處方調劑方式為 1、0、6)。

指標 7：整合照護對象中罹患高血壓或糖尿病等病人之可避免住院率

A7：15歲以上該類病人住院主診斷為糖尿病或高血壓住院件數

B7：15歲以上該類病人整合照護人數

$X=A7/B7$

說明：

1.A7排除轉診、生產MDC14、MDC15、同日進出之住院個案，高血壓並排除心血管手術案件

2.15歲以上以就醫年月-出生年月 ≥ 180 月

備註：以上 7 項指標共同規定如下

1. 「照護對象人數」指計畫執行期間醫院申報「重點照護對象」整合照護模式註記達2次(含)以上且未申報參加保險人其他計畫方案 P 碼醫令案件者 (但本計畫給付之失智症門診照護家庭諮詢費用醫令代碼 P5201C、P5202C，不予扣除)。
2. 符合納入計算範圍之門診費用受理日期小於等於次年1月底。
3. 各指標計算結果，以四捨五入取至小數點以下第4位 (如：0.00005 \approx 0.0001) 列計。

肆、討論事項

討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：新增「全民健康保險婦女生育醫療整合照護論人支付制度試辦計畫」案，提請討論。

說明：

- 一、依據總統 107 年 2 月 5 日華總一經字第 10700015301 號令公布「中華民國 107 年度中央政府總預算案審查總報告(修正本)」柒、各委員會審查結果之社會福利及衛生環境委員會審查結果第 19 款衛生福利部主管 4.中央健康保險署決議事項辦理。
- 二、前述決議事項，為確保婦女民眾權益，請本署以近年來(101-105 年)最高年度健保生產項目醫療費用總支出額度，作為「全民健康保險婦女生育醫療整合照護論人支付制度試辦計畫」之基期，並保障點值為一點一元。
- 三、本署依上述決議並以台灣婦幼全人健康照護協會所提計畫辦理(如附件 1，詳頁次討 1-3~1-9)，內容重點如下：
 - (一) 預算來源：醫院及西醫基層總額。
 - (二) 預算基準及額度：以近五年(已完全申報)中最高年度健保生產項目醫療費用總支出額度，作為年度計畫支付標準中生產項目給付總額之基期，並保障點值為一點一元。
 - (三) 計畫期間：自公告實施日起，優先於醫療資源缺乏地區實施 3 個月，如試辦成效良好，延續及擴大辦理。
 - (四) 參與醫療院所及醫師資格：
 1. 由同一地區可承作孕婦產檢或生產業務之醫療院所共同組成，基層院所可由多家診所進行水平整合，並至少應有 1 家特約醫院(地區醫院以上)作為合作對象且須組成整合性照護

系統(IDS, Integrated Delivery System), 以建立孕產婦全人照護網路及提供轉診服務與後續追蹤。

2. 上述整合性照護系統應有一主要負責院所作為主責院所，負責參加該照護體系內所有醫療機構之整體轉介作業與行政管理服務及品質確保措施等事宜。

(五) 收案條件：

為達全人照護之目的，本試辦計畫收案條件為「確認懷孕到生產」，於該期間任何階段，凡參與本計畫之醫療院所(包含區域內或跨區域轉診)均得收案並以本試辦計畫規定申報。

(六) 支付標準及其涵蓋範圍：

包括懷孕至產後一個月整合性醫療照護之產檢、生產及相關門、住診診療服務，並排除嚴重併發症及周產期非相關內外科嚴重疾病。

- (七) 其他如醫療費用之申報、暫付、審查及核付方式、品質監控及評估方式詳附件 1 (頁次討 1-3~1-9)。

決定：

全民健康保險婦女生育醫療整合照護(論人支付制度試辦計畫)

壹、前言

有鑑於我國近年來婦產科醫療執業型態改變，醫療資源大都集中於都會地區，導致全台基層鄉鎮地區找不到婦產科醫師產檢接生等醫療問題日趨嚴重。故為能有效提供我國孕產婦健保醫療服務，並以孕產婦為中心導入管理式之整合照護模式，落實以民眾健康為導向之論人支付制度，爰規劃試辦「婦女生育醫療資源整合照護論人支付制度試辦計畫」。

本試辦計畫強調「婦女生育」不是疾病事件，應視為一完整健康照護過程，並將整段照護過程之各項支付標準予以整合加強服務內容，且不論醫療院所層級、不論生產方式，採產科固定總額基期論人給付，期能促進婦產科醫師至各鄉鎮地區執業，縮短醫療資源之城鄉差距，保障鄉鎮地區基層婦女民眾就醫權益，並提升醫療品質降低婦女生產風險，加強婦女生育事故關懷服務及調處，減輕民眾醫療費用經濟負擔，以達到提供婦女生育全人全程全區域整體性醫療網垂直整合友善照護之目的。

貳、依據

全民健康保險法第 1 條及第 42、44 條辦理。

參、計畫目的

促進孕產婦及胎兒之健康，建立一個婦產科整體性之醫療群以垂直水平整合之服務體系提供民眾於區域內或跨區域轉診之健保醫療照護。孕產婦就醫可獲得由同一醫療團隊(包含產科醫師、助產師、護理師、藥師、營養師等醫事人員組合)專案健康管理。

民眾可選擇在診所產檢並於醫院生產之可近性與連續性之完整管理式照護及人性化服務，以達到全人照護服務及提昇孕產婦之醫療照護品質，並尊重醫師專業自主增進醫病良好關係，且提高誘因實質鼓勵婦產科醫師至基層鄉鎮地區執業，縮短醫療資源之城鄉差距和增加產檢利用率，再可減輕婦女生產醫療費用經濟負擔增加生育意願，提升婦幼健康照護、正確生育知識及關懷服務以提高民眾滿意度並減少醫療糾紛事件發生，增加醫師服務意願。

肆、計畫時程

自公告實施日起，優先於醫療資源缺乏地區實施 3 個月，如試辦成效良好，則延續及擴大辦理。

伍、預算來源及額度

以民國 105 年度健保生產項目總支出費用，作為本試辦計畫支付標準中生產項目給付總額之基期。(且保障點值一點一元)。

陸、計畫內容

一、參與試辦醫療院所資格

- (一) 由同一地區可承作孕婦產檢或生產業務之醫療院所共同組成，基層院所可由多家診所進行水平整合，並至少應有 1 家特約醫院(地區醫院以上)作為合作對象且須組成整合性照護系統(IDS, Integrated Delivery System)，以建立孕產婦全人照護網路及提供轉診服務與後續追蹤。
- (二) 上述整合性照護系統應有一主要負責院所作為主責院所，負責參加該照護體系內所有醫療機構之整體轉介作業與行政管理服務及品質確保措施等事宜。
- (三) 參與之試辦院所須填寫「全民健康保險婦女生育醫療資源整合照護試辦計畫申請書」(如附件一)，向本保險各分區報備後辦理。

二、收案條件

為達全人照護之目的，本試辦計畫收案條件為「確認懷孕到生產」，於該期間任何階段，凡參與本計畫之醫療院所(包含區域內或跨區域轉診)均得收案並以本試辦計畫規定申報。

三、支付標準及其涵蓋範圍(如附件二)

包括懷孕至產後一個月整合性醫療照護之產檢、生產及相關門、住診診療服務，並排除嚴重併發症及周產期非相關內外科嚴重疾病。

- (一) 產前部分：共分為三階段，各階段照護時程及內容依現行國民健康署規定之 10 次產檢內容辦理，每階段完成後依該階段點數申報。
 1. 第一階段(P3501C)：產婦確定懷孕至懷孕 17 週。
 2. 第二階段(P3502C)：懷孕 17 至 29 週。
 3. 第三階段(P3503C)：懷孕 29 至 38 週。
- (二) 生產及產後部分：第四階段(P3504C)時程自懷孕 39 至 41 週及產後 1 個月，39 至 41 週得依孕婦情形提供 1-2 次產檢服務及 1 次產後檢查依照本試辦計畫申報。如產婦第一至第三任一階段孕產婦所接受之醫療服務非在參加本試辦計畫之醫療院所(附件一試辦計畫申請書所列之院所)執行者，則須回歸原支付標準申報，不得以本試辦計畫之支付標準申報。

四、醫療費用之申報、暫付、審查及核付方式

- (一) 費用申報時，請依產前及生產分別申報如下：

1. 產前部分

- (1) 門診醫療服務點數清單填寫方式及注意事項：

A. 案件類別：E1

B. 特定治療項目：E5

C. 就醫日期：每階段需填寫階段完成起迄日期(階段完成才能申報)。

- D.就醫序號：第一階段以 IC41 申報
- 第二階段以 IC43 申報
- 第三階段以 IC45 申報

E.部分負擔代碼：009

(2) 門診醫療服務醫令清單填寫方式及注意事項：

A.定額費用：

醫令類別「2」，第一階段完成後請填報 P3501C、第二階段完成後請填報 P3502C、第三階段完成後請填報 P3503C，第四階段完成後請填報 P3504C。

B.內含項目：

醫令類別「4」，第一階段需完成 41、42，第二階段需完成 43、44，第三階段需完成 45 至 50；包含以上階段 Rubella IgG 等實驗室檢驗、超音波檢查、乙型鏈球菌篩檢及母嬰健康照護個案登錄管理與衛教指導等項目。

2.生產部分

(1) 總表、點數清單與醫令清單：欄位同現行論病例計酬案件申報規定，住院案件之醫療服務點數清單之案件類別請填「4」、給付類別請填「D」。

(2) 第四階段費用包含懷孕 39-41 週產前檢查 1-2 次及產後 1 個月覆檢及母嬰健康照護，如依母嬰情形而未執行仍可申報該階段之費用。

(3) 內含項目：醫令類別請填寫「4」，其懷孕 39-41 週產前檢查醫令代碼「66」（只填一次即可）；產後 1 個月醫令代碼「67」。

(二)暫付、審查：依「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」辦理。本試辦計畫執行初期保險人得視情形審查，經健保署評估成效良好者為鼓勵醫療院所自主管理，得酌以減少抽審。

五、品質監控及評估方式：(依附件三-表 1 及表 2 格式填寫)

(一)參與試辦院所每季最後一個月須提報下列相關指標供本保險人分區參考。

(二)本保險人之分區需針對參與試辦院所提報之下列相關指標進行評核，經輔導仍未改善之參與試辦院所，自保險人文到次日之次月起，不得再收案。

- 1.結構指標：人員專業素質與醫療行政品質（專科資格、在職教育、醫療設備）。
- 2.過程指標：計畫試辦前後平均住院天數比較。
- 3.結果指標：產檢利用率、子宮頸抹片檢查率、剖腹產率。
- 4.危險因子指標：子癩前症、子癩症、早產兒、低體重兒比率。
- 5.其他指標：住院期間總母乳哺育率、住院期間純母乳哺育率、醫療糾紛發生率、民眾醫療關懷服務及滿意度。

附件一

全民健康保險婦女生育醫療整合照護論人支付制度試辦計畫申請書

本院所自 年 月 日起申請參加全民健康保險婦女生育醫療整合照護論人支付制度試辦計畫，並同意遵照本計畫內容之規範。

此致

行政院衛生福利部中央健保署

申請資料

醫事機構名稱及代號：

醫事機構負責人：

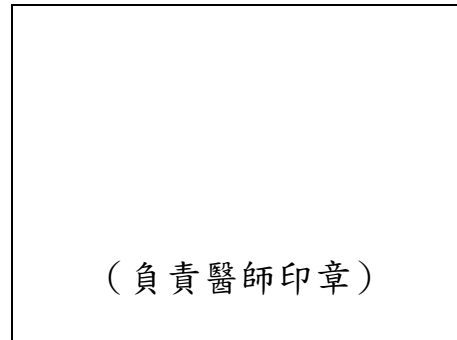
醫事機構地址：

本計畫聯絡人：

聯絡電話：

合作之診所及地區醫院（含）以上層級之名稱及代號：

醫事機構（特約）章戳



中 華 民 國 年 月 日

附件二

全民健康保險婦女生育醫療整合照護論人支付制度試辦計畫 支付標準

通則：

- 一、本試辦計畫之陰道生產因有次診斷或次手術（或處置）而致實際醫療費用超過定額時（雙胞胎者以定額再加計一次之新生兒費用為界，多胞胎類推），得按實際醫療費用申報。
- 二、陰道生產案件中其主診斷碼為：
641.01、641.11、641.21、641.31、641.81、641.91、642.01、642.02、642.11、642.12、642.21、642.22、642.31、642.41、642.42、642.51、642.52、642.61、642.62、642.71、642.72、642.91、642.92、643.01、643.11、643.21、643.81、643.91、644.21、647.01、647.02、647.11、647.12、647.21、647.22、647.31、647.32、647.41、647.42、647.51、647.52、647.61、647.62、647.81、647.82、647.91、647.92、648.01、648.02、648.51、648.52、648.61、648.62、648.81、654.51、658.10、658.11、658.20、658.21、659.21、659.31、666.12、666.22、666.32、667.02、667.12、668.01、668.02、668.11、668.12、668.21、668.22、668.81、668.82、668.91、668.92、669.11、669.12、669.32、669.41、669.42、670.02、671.31、671.42、671.51、671.52、672.02、673.01、673.02、673.11、673.12、673.21、673.22、673.31、673.32、673.81、673.82、674.01、674.02、674.12、674.22、674.32、674.82、675.01、675.02、675.11、675.12、675.21、675.22，不論有無次診斷或次手術（處置）者得適用通則一之規定。（105 年另適用於 ICD-10-CM 編碼）
- 三、本試辦計畫之剖腹產案件中有次診斷或次手術（或處置）而致實際醫療費用超過 50,000 元以上者，得按實際醫療費用申報，惟個案數不得超過該醫事服務機構當月份剖腹產個案總數之 5%。
- 四、剖腹產案件中其主診斷為 641.11、641.21、642.01、642.11、642.21、642.31、642.41、642.51、642.61、642.71、642.91、643.01、643.11、643.21、643.81、643.91、644.21、648.01、648.81、654.51、658.10、658.11、658.20、658.21，不論有無次診斷或次手術（處置）者，得適用通則三之規定。（105 年另適用於 ICD-10-CM 編碼）。
- 五、本章節所述「實際醫療費用」係包括母親及新生兒費用。
- 六、定額支付點數中已含一人次新生兒照護費，如為雙胞胎，得另加計一人次新生兒費（多胞胎類推）。
- 七、其他未列入本試辦計畫之支付標準規定項目，依現行支付標準規定辦理。
- 八、本試辦計畫生產項目支付標準以 105 年產科總支出費用作為固定(虛擬)總額之基期，並增加整合照護等服務項目，且保障點值為一點一元。

支付規範如下表所列:

代碼	給付時程	服務項目	支付點數
P3501C	第一階段 確定懷孕至懷孕未滿 17 週	依國民健康局規定，需完成第一次「醫令代碼：41，就醫序號：IC41」與第二次產檢「醫令代碼：42，就醫序號：IC42」，產檢項目如下： 1.於妊娠第六週或第一次檢查須包括下列檢查項目 (1)問診：家庭疾病史、過去疾病史、過去孕產史、本胎不適症狀。 (2)身體檢查：體重、身高、血壓、甲狀腺、乳房(含超音波檢查)、骨盆腔檢查、胸部及腹部檢查。 (3)實驗室檢驗：血液常規(WBC、RBC、PLT、HCT、HB、MCV)、血型、RH因子、海洋性貧血、VDRL、HIV、Rubella IgG(本項如遇特殊情況可於後階段補檢)及尿液常規。 2.HBsAG、HBeAG 及 C 型肝炎實驗室檢驗(註一)。 3.例行產檢與衛教。 4.登錄孕產婦全人專案管理照護。	1500
P3502C	第二階段 懷孕 17 週至未滿 29 週	依國民健康局規定，需完成第三次「醫令代碼：43，就醫序號：IC43」與第四次產檢「醫令代碼：44，就醫序號：IC44」，產檢項目如下： 1.例行產檢與衛教。 2.於妊娠 20 週前後提供一次超音波檢查。 3.糖尿病、高血壓、高血脂等三高實驗室檢查與衛教。	1500
P3503C	第三階段 懷孕 29 週以上	依國民健康局規定，需完成第五次至第十次產檢「醫令代碼：45-50，就醫序號：IC45-IC50」，產檢項目如下： 1.例行產檢與衛教。 2.於妊娠 32 週前後提供第二次 VDRL 實驗室檢驗 3.於妊娠 36 週前後加做一次胎兒超音波檢查。 4.乙型鏈球菌培養篩檢。 5.胎動及胎兒健康監測紀錄。(註二)	2,000
P3504C	第四階段 懷孕 39-40 週至產後 1 個月	生產暨產後照護(包含基層院所轉診至合作醫院生產) 1.視情況執行妊娠 39-40 週產前檢查 1-2 次及產後覆檢一次，增加檢查三次，共十三次。 2.生產(不論陰道生產、剖腹產或不符合適應症剖腹產等生產方式，且無複雜性併發症)。 3.產後母乳哺育衛教、產後婦女心理健康與憂鬱預防、產後婦女體適能(飲食、營養及運動等)健康照護計畫。 4.產後一個月婦女子宮頸抹片檢查與追蹤。 5.母嬰全人照護管理。 6.異常個案關懷服務追蹤及處理。	生產部分： <u>105 年生產費用總額 / 當年總出生數</u> 產後照護： 3,000 (註三)

備註(一)：孕婦 B 型肝炎表面抗原檢查應於孕產程第一期檢查，且增加孕婦 C 型肝炎篩檢。

備註(二)：於周產期第二階段孕程加做孕婦三高之篩檢、第三階段加做一次胎兒超音波檢查及全面乙型鏈球菌篩檢和胎兒健康監測與紀錄，維護母嬰健康。

備註(三)：其中生產項目論人定額給付點值保障一點一元；另增加產檢次數及產後照護與子宮頸抹片等檢查及專科醫師與護理師全人照護管理費用，所以於第四階段之給付為 105 年生產費用總額除以該年出生人數再加上產後照護服務管理費用。

附件三

「全民健康保險婦女生育醫療整合照護論人支付制度試辦計畫」

醫療品質指標報告表

院所名稱 _____ 院所代號 _____

費用年月： _____ 年 _____ 月

表 1

項目 過程	專科資格	在職教育	醫療設備
結構面			
過程面	1.參與本試辦計畫前之平均住院天數		天
	2.參與本試辦計畫後之平均住院天數		天
結果面	產檢利用率 (分子：)		分母： ()
	子宮頸抹片檢查率(分子：)		分母： ()
	剖腹產率 (分子：)		分母： ()

表 2

項目	個案人數 (A)	新生兒人數 (B)	比率% (A/B)
子癩前症			
子癩症			
早產兒			
低體重兒			

註：本表請於每季申報醫療費用時一併提供於本保險之分區。

討論事項

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增「辦理轉診費_回轉及下轉」、「辦理轉診費_平轉及上轉」、「接受轉診門診診察費加算」3項診療項目案，提請討論。

說明：

- 一、依據全民健康保險會107年醫院及西醫基層醫療給付費用總額協商結果辦理。
- 二、為配合分級醫療「強化醫院與診所醫療合作服務，提供連續性照護」之策略，107年醫院總額專款預訂編列2.58億元，西醫基層總額專款預訂編列1.29億元，用於鼓勵院所建立轉診之合作機制。預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應（13.46億元）。
- 三、「全民健康保險轉診實施辦法」與轉診流程相關規範摘述如下：
 - (一)特約醫院、診所辦理保險對象轉診，應基於醫療上之需要，並符合醫療法之規定。
 - (二)應提供之轉診相關資料：
 - 1.轉診院所：應開立轉診單。轉診單內容包括：保險對象基本資料、病歷摘要或處置情形、轉診目的、開立日期及有效期限、建議轉至之特約醫院/診所名稱/地址/電話及診療科別。
 - 2.接受轉診院所：應將保險對象之初步診療處置情形，及後續診療疾病之相關檢查及處置結果，回復原診療之特約醫院、診所。
- 四、參考日本轉診相關支付標準及規定，重點說明如下：
 - (一)A機構無法處理病患病情，有轉診至B機構之需要，經病患同意後，提供「診療狀況書」給B機構，則A機構可申報「診療

資訊提供費」。

(二) 針對「無持轉診單」至醫院就醫之病患，是類醫院僅可申報較低之診察費；經轉診個案則有較高之診察費。

五、經參考「全民健康保險轉診實施辦法」、日本支付標準及本案財務預算，並考量本署分級醫療政策，強化鼓勵院所辦理回轉及下轉案件，新增「辦理轉診費_回轉及下轉」、「辦理轉診費_平轉及上轉」、「接受轉診門診診察費加算」3項診療項目，相關支付標準規定如附件1(頁次討2-4~2-6)。

六、財務評估(以106年轉診件數約40%轉診案件使用本署電子轉診平台登錄推估)

(一) 醫院

1. 辦理轉診費

(1) 回轉及下轉：106年醫院下轉約6,225件，以成長率100%推估，107年下轉約申報1.2萬件，一年約需0.08億點(1.2萬件*700點*40%+1.2萬件*600點*60%=0.08億點)。

(2) 上轉及平轉：106年醫院上轉約5.3萬件，平轉約9,322件，以成長率20%推估，107年上轉及平轉約申報7.5萬件，一年約需0.17億點(7.5萬件*250點*40%+7.5萬件*200點*60%=0.17億點)。

2. 接受轉診門診診察費加算：

106年醫院接受下轉約4,820件，上轉約42.1萬件，平轉約9,322件，下轉以成長率100%，上轉及平轉以成長率20%推估，107年接受轉診約52.7萬件，一年約需1.05億點(52.7萬件*200點=1.05億點)。

3. 上述合計約需1.3億點。

(二) 西醫基層院所：

1. 辦理轉診費：106年西醫基層院所上轉約36.8萬件，平轉約3,598件，以成長率20%推估，107年上轉及平轉約申報44.6萬件，一年約需0.98億點（ $44.6萬件 * 250點 * 40% + 44.6萬件 * 200點 * 60% = 0.98億點$ ）。
2. 接受轉診門診診察費加算：
106年西醫基層院所接受平轉約3,598件，接受下轉約1,405件，平轉以成長率20%、下轉以成長率100%推估，107年接受平轉及下轉約申報7,128件，一年約需0.03億點（ $7,128件 * 200點 = 0.014億點$ ）。
3. 上述合計約需0.994億點。

七、結算方式：本項專款之各項支付項目按季均分預算及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

擬辦：本案如經討論同意，擬新增「辦理轉診費_回轉及下轉」、「辦理轉診費_平轉及上轉」、「接受轉診門診診察費加算」3項診療項目支付標準，並依程序陳報衛生福利部核定公布。

決定：

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第二部 西醫

第一章 基本診療

第一節 門診診察費

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
01034C	<u>辦理轉診費_回轉及下轉</u> <u>-使用健保署電子轉診平台</u>	√	√	√	√	700
01035C	<u>-未使用健保署電子轉診平台</u>	√	√	√	√	600
	<u>註：</u> <u>1.適用對象：</u> <u>(1)回轉：院所對收治之平轉或上轉病患，其病情穩定後，已無需於該院所繼續接受治療，但仍需接受門診或住院相關醫療服務，經病患同意，轉回原診療或其他適當之院所。</u> <u>(2)下轉：院所對收治之病患，其病情穩定後，已無需於該院所繼續接受治療，但仍需接受門診或住院相關醫療服務，經病患同意，轉診至特約類別下一級之適當院所。</u> <u>2.執行規範：</u> <u>(1)院所宜協助病患轉診就醫安排事宜，並應交付病患轉診單，提供接受轉診之院所必要之診療資訊，包含：保險對象基本資料、病歷摘要或處置情形、轉診目的、轉診單開立日期及有效期限、建議轉診之診療科別等，後續應確認該院所接受轉診。</u> <u>(2)院所針對同一病患之轉診，不應分科分次轉出，應同院整合後辦理。</u> <u>(3)執行前述及其餘轉診相關事宜，應依全民健康保險轉診實施辦法各項規定辦理。</u> <u>3.申報規範：</u> <u>(1)院所除當次就醫之診察費外，可另申報本項轉診費用。</u> <u>(2)同一院所，對同一病患之轉診，每個月限申報一次。</u> <u>4.下列情形不得申報本項費用：</u> <u>(1)同體系醫療院所間（含委託經營）之轉診案件。</u> <u>(2)已申報「全民健康保險急診品質提升方案」轉診品質獎勵費用者。</u> <u>(3)已申報「全民健康保險急性後期整合照護計畫」轉出醫院轉銜作業獎勵費用者。</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
01036C	<u>辦理轉診費_平轉及上轉</u> <u>-使用健保署電子轉診平台</u>	√	√	√	√	250
01037C	<u>-未使用健保署電子轉診平台</u>	√	√	√	√	200
	<u>註：</u> 1. <u>適用對象：院所對無法處理病情之病患，因醫療需要，經病患同意後，轉診至特約類別同一級或上一級之適當院所。</u> 2. <u>執行規範：</u> (1) <u>院所宜協助病患轉診就醫安排事宜，並應交付病患轉診單，提供接受轉診之院所必要之診療資訊，包含：保險對象基本資料、病歷摘要或處置情形、轉診目的、轉診單開立日期及有效期限、建議轉診之診療科別等，後續應確認該院所接受轉診。</u> (2) <u>院所針對同一病患之轉診，不應分科分次轉出，應同院整合後辦理。</u> (3) <u>執行前述及其餘轉診相關事宜，應依全民健康保險轉診實施辦法各項規定辦理。</u> 3. <u>申報規範：</u> (1) <u>院所除當次就醫之診察費外，可另申報本項轉診費。</u> (2) <u>同一院所，對同一病患之轉診，每個月限申報一次。</u> 4. <u>下列情形不得同時申報本項費用：</u> (1) <u>同體系醫療院所間（含委託經營）之轉診案件。</u> (2) <u>已申報「全民健康保險急診品質提升方案」轉診品質獎勵費用者。</u> (3) <u>已申報「全民健康保險急性後期整合照護計畫」轉出醫院銜作業獎勵費用者。</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
01038C	<p><u>接受轉診門診診察費加算</u></p> <p><u>註：</u></p> <p>1.<u>適用對象：接受申報01034C-01037C之轉診案件</u></p> <p>2.<u>執行規範：</u></p> <p>(1)<u>院所應設置適當之設施及人員，為需要轉診之保險對象，提供適當就醫安排，並保留一定優先名額予轉診之病人。</u></p> <p>(2)<u>接受轉診後，應依醫療法施行細則有關轉診之規定，將保險對象之初步診療處置情形，及後續診療疾病之相關檢查及處置結果，回復原轉診院所。</u></p> <p>(3)<u>執行前述及其餘轉診相關事宜，應依全民健康保險轉診實施辦法各項規定辦理。</u></p> <p>3.<u>申報規範：</u></p> <p>(1)<u>申報本項轉診費用者，當次就醫得再申報門診診察費，此次門診不列入院所原門診合理量計算。</u></p> <p>(2)<u>接受同一院所，對同一病患之轉診，每個月限申報一次。</u></p> <p>4.<u>下列情形不得申報本項費用：</u></p> <p>(1)<u>同體系醫療院所間（含委託經營）之轉診案件。</u></p> <p>(2)<u>全民健康保險轉診實施辦法第11條之視同轉診情形者。</u></p> <p>(3)<u>已申報「全民健康保險急診品質提升方案」轉診品質獎勵費用者。</u></p> <p>(4)<u>已申報「全民健康保險急性後期整合照護計畫」承作醫院初評評估費者。</u></p>	√	√	√	√	200

討論事項

第三案

提案單位：中華民國藥師公會全國聯合會

案由：新增「全民健康保險重症加護臨床藥事照護給付方案」。

說明：

- 一、依據衛生福利部 107 年度公告醫院醫療給付費用總額專款「醫療給付改善方案」，新增「提升醫院用藥安全與品質方案」預算 5 千萬元，暨 107 年度中央政府總預算案審查總報告（修正本）預算審議決議，要求健保署倘獲適當預算，新增「臨床藥事照護」給付項目。
- 二、本會日前分別於 106 年 12 月 29 日、107 年 3 月 27 日及 107 年 5 月 3 日函送健保署本方案相關資料與後續補充資料。
- 三、研議新增重症加護臨床藥事照護給付方案之重點摘述如下：
 - (一) 執行醫院資格：具有加護病床且每 20 床配置專責加護病房藥師 1 人之醫院，且當月申請給付之醫院，藥師人力須大於醫院評鑑人力符合標準之 90% 才得申報。
 - (二) 執行藥師資格：需同時符合下列條件
 1. 具藥師資格，藥學士畢業於醫院執業年資累計滿 2 年或臨床藥學士或碩士班臨床藥學所/醫院藥學組畢業。
 2. 過去一年中，須實際參與加護病房團隊照護至少連續 6 個月，並提出連續 6 個月，每個月至少 10 筆的加護病房病人實際照護的病歷或相當之臨床藥學服務相關紀錄為佐證，醫院藥事主管推薦後，由試辦醫院函文將資料送至中華民國藥師公會全聯會醫院藥師委員會審核通過者。
 - (三) 臨床藥事照護內容：

提供用藥連貫性照護(medication reconciliation)，找出所有藥品治療問題（包括適應症、療效、安全性、疏於監測、遵醫

囑性問題)；病人用藥後之療效監測、藥物不良反應預防、偵測、評估與通報；執行藥品血中濃度監測；評估病人抗生素及其他藥品使用、劑量及頻次的適當性；提供使用藥品評估；提供藥物諮詢；新增或替代性藥物或停藥建議；辨識藥品交互作用等，加護病房病人疼痛、躁動和譫妄等相關鎮靜止痛藥物之評估，並留有紀錄可查。

(四) 申報要件：

須至健保署 VPN 登錄每位病人每次藥事照護介入之類別，每位病人每件臨床藥事照護介入紀錄至多申報 3 日，但不得超過病人該次入住加護病房實際總日數；另須以 SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan) 撰寫型式書寫於病歷，始得申報。

(五) 支付點數：加護病床每人日 220 點。

(六) 財務影響：

1. 依 106 年健保申報資料，加護病床總人日為 185.8 萬人日。
2. 以符合資格的醫院及藥師推估，按日申報之人日約占總 ICU 人日之 30%~50%，以每人日 220 點推估全年約需 1.23 億點至 2.04 億點【 $220 \text{ 點} \times 185.8 \text{ 萬} \times (30\% \sim 50\%)$ 】。
3. 考量本方案自公告生效後執行時間約剩半年，預估 107 年申報總點數約為 0.61 億點至 1.02 億點。

(七) 觀察指標：

1. 介入類別的分析及醫師及其他醫事人員接受率。
2. 避免之醫療費用：
 - (1) 直接節省之藥費：該個案該次加護病房住院期間，因臨床藥事照護藥師介入，平均每日節省之藥費。
 - (2) 間接節省之醫療費用：因臨床藥事照護介入，而避免後

續因藥品相關不良事件延長之住院醫療相關費用。

擬辦：本方案（如附件 1，頁次討 3-4~3-10）經討論後如獲同意，將由健保署依程序陳報衛生福利部核定後公告實施。

決定：

全民健康保險重症加護臨床藥事照護給付方案（草案）

107 年 X 月 X 日健保醫字第 107XXXXXXXX 號公告訂定

壹、計畫依據

全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、計畫目的

建立加護病房重症病人臨床藥事照護模式，加強個人化之合理用藥，提升藥事照護品質。

參、施行期間

自公告實施日起至 107 年 12 月 31 日止。

肆、預算來源

本方案由醫院醫療給付費用總額專款「醫療給付改善方案」項下支應。

伍、醫療服務提供者資格與申請程序

一、醫院資格：

具有加護病床且每 20 床配置專責加護病房藥師 1 人之醫院，且當月申請給付之醫院，藥師人力須大於醫院評鑑人力符合標準之 90% 才得申報。

二、執行藥師人員資格：需同時符合下列條件：

- (一) 具藥師資格，藥學士畢業於醫院職業年資累計滿 2 年或臨床藥學士/碩士班臨床藥學所/醫院藥學組畢業。
- (二) 過去一年中，須實際參與加護病房團隊照護至少連續 6 個月，並提出連續 6 個月，每個月至少 10 筆的加護病房病人實際照護的病歷或相當之臨床藥學服務相關紀錄為佐證，醫院藥事主管推薦後，由執行醫院函文將資料送至中華民國藥師公會全聯會醫院藥師委員會審核通過者。執行醫院藥師資格申請表如附件 1、2。

陸、照護內容

提供用藥連貫性照護(medication reconciliation)，找出所有藥品治療問題（包括適應症、療效、安全性、疏於監測、遵醫囑性問題等）；病人用藥後之療效監測、藥物不良反應預防、偵測、評估與通報；執行藥品血中濃度監測；評估病人抗生素及其他藥品使用、劑量及頻次的適當性；提供使用藥品評估；提供藥物諮詢；新增或替代性藥物或停藥建議；辨識藥品交互作用等，加護病房病人疼痛、躁動和譫妄等相關鎮靜止痛藥物之評估，並留有藥師簽核之 SOAP 紀錄可查。

柒、醫療費用支付

一、支付標準（詳附件 3）：

- (一) 對入住加護病房病人提供符合上述之照護，醫院得申報「重症加護臨床藥事照護給付費（每日）(PXXXXB)」，每次支付 220 點。
- (二) 每位病人每次臨床藥事照護介入紀錄至多申報 3 日之臨床藥事照護給付費，

且申報總日數不得超過病人該次入住加護病房實際總日數。

範例如下：

藥師介入算出申報日數	加護病房 住院總日數	可申報日數
3 件*3 日/件=9 日	12	9
3 件*3 日/件=9 日	5	5

(三) 須以 SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan) 撰寫型式書寫於病歷，始得申報臨床藥事照護給付費。

二、 住院醫療服務點數清單及醫令清單填表說明：

(一) 案件分類(d1)：填報 4-支付制度試辦計畫。

(二) 不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記(d102)：填報 6-試辦計畫、安寧療護案件。

(三) 執行醫事人員代號(p20)：填報執行之藥師 ID。

(四) 其餘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。

三、 結算方式：

(一) 本方案之「重症加護臨床藥事照護給付費 (PXXXXB)」，於全民健康保險醫院醫療給付費用總額「醫療給付改善方案」專款項下支應，並按季暫以每點一元支付。

(二) 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。

捌、 觀察指標

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

一、 介入類別的分析及醫師及其他醫事人員接受率。

二、 避免之醫療費用 (cost-avoidance)

(一) 直接節省之藥費：該個案該次加護病房住院期間，因臨床藥事照護藥師介入，平均每日節省之藥費。

(二) 間接節省之醫療費用：因臨床藥事照護介入，而避免後續因藥品相關不良事件延長之住院醫療相關費用。計算方式如附件 4。

玖、 資訊公開

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，並得於保險人全球資訊網公開獲得照護費之醫院名單，供各界查詢。

壹拾、 計畫修訂程序

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

「重症加護臨床藥事照護給付」申請表（執行醫院）

基本資料

申請日期 年 月 日

醫 院 名 稱	
醫 院 代 碼	
評 鑑 類 別	
連 絡 人 姓 名	
連絡人 e-mail 信箱/電話	

資格審查資料

項目	備齊請打 V	審核結果	
		符合	符合
1. 醫院具有加護病房之證明 ¹			
2. 每 20 床配置專責加護病房藥師 1 人 ²			
3. 近 6 個月醫院藥師人力大於醫院評鑑人力符合標準之 90%之證明 ¹			

¹ 得以「醫院評鑑持續性監測指標-人力指標系統」填報畫面佐證（如下圖）

² 得以醫院主管出具證明函、佐以藥師資格證明審查資料 3，證明加護病房確實配置專責藥師

■ 「醫院評鑑持續性監測指標-人力指標系統」填報畫面參考範例

藥事人力

填報時段: 2017/04/01 ~ 2020/12/31 適用層級: 醫學中心

醫院名稱: _____ 醫院代碼: _____

評鑑類別: 醫院評鑑優等 (醫學中心) 最近一次填報年度: 2017

項目: 藥事人力

藥事人力	2017/1	2017/2	2017/3	2017/4	2017/5	2017/6	2017/7	2017/8	2017/9	2017/10	2017/11	2017/12
(05-01)一般病床-非採單一劑量 (每40床1人)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(05-02)一般病床-採單一劑量 (每40床1人)	42.95	42.95	42.95	42.95	42.95	42.95	42.95	42.95	43.08	43.08	43.08	43.08
(05-03)加護病室 (每20床1人)	9.75	9.75	8.85	8.85	8.85	8.85	8.85	8.85	8.85	8.85	8.85	8.85
(05-04)門診作業 (提供諮詢服務者1人) (每滿70張處方增聘1人)	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104
(05-05)急診作業 (每滿70張處方增聘1人)	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
(05-06)特殊製劑調劑作業 (每15張處方1人)	25.4	24.4	29	24.47	29.07	26.87	28.13	28.4	28.4	28.33	27.53	27.8
(05-07)合計	193	192	196	191	196	194	195	195	195	195	194	195
(05-08)符合項目	193	192	196	191	196	194	195	195	195	195	194	195
(05-09)優良項目	213	212	216	211	216	214	215	215	215	215	214	215
(05-10)執業人數	227	227	224	224	222	223	222	223	223	227	242	249
(c05-01)是否符合醫療機構設置標準	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是
(c05-02)是否符合評鑑標準符合項目規範	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是

備註說明: 本項對應醫院評鑑標準「1.3.8藥劑部門組織分工完善、人力配置適當，足以完成對病人之藥事照護，且藥事人員皆有執業證書」。

前一頁 上一頁 取消

「重症加護臨床藥事照護給付」申請表（藥師資格）

基本資料

申請日期 年 月 日

藥 師 姓 名	
身 分 證 字 號	
藥 師 證 書 號 碼	
服 務 單 位 全 銜	
連 絡 人 姓 名	
連 絡 人 e-mail 信 箱 / 電 話	

資格審查資料

項 目	備齊請 打 V	審核結果	
		符合	符合
1. 藥師證書			
2-1. 藥學系畢業證書及醫院執業 2 年之證明文件			
2-2. 臨床藥學士或臨床藥學研究所/醫院藥學組研究所畢業證書 ¹			
3. 連續 6 個月，每個月至少 10 筆加護病房病人實際照護的病歷或相當之臨床藥學服務相關紀錄 ²			
4. 醫院主管之推薦函			

¹ 2-1 或 2-2 符合其中一項即可。

² 可參考臨床藥事照護介入分類。檢附的資料須能清楚辨別登錄時間及登錄者

全民健康保險重症加護臨床藥事照護給付方案 支付標準

通則

- 一、 本支付標準適用對象，為入住加護病房之個案。
- 二、 「重症加護病房臨床藥事照護給付費」以每日為申報單位，惟仍應視病患病情需要，符合執行資格之藥師提供服務才得申報，並非入住加護病房案件每日固定支付此一費用。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
<u>PXXXXB</u>	<u>重症加護臨床藥事照護給付費（每日）</u> 註： <u>1.須由本方案申請核備通過之藥師提供藥事評估始得申報。</u> <u>2.每位病人每次臨床藥事照護介入紀錄至多申報3日之臨床藥事照護給付費，且申報總日數不得超過病人該次入住加護病房實際總日數。</u> <u>3.申報本項費用，應至本署健保資訊網服務系統（VPN）登錄臨床藥事照護介入種類。</u> <u>4.須以SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan)撰寫型式書寫於病歷，始得申報。</u>		<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>220</u>

健保資訊網服務系統 VPN—應登錄之資料

一、 病人及執行藥師資訊：

個案 ID、入住加護病房且申報臨床藥事照護之起迄日期、提供臨床藥事照護之藥師 ID。

二、 臨床藥事照護介入種類：

該次加護病房住院期間臨床藥事照護藥師之介入種類與次數，介入種類如附件 5。

三、 直接節省之藥費：

該個案該次加護病房住院期間，因「用藥劑量/頻次問題、用藥期間/數量問題、用藥途徑或劑型問題、適應症問題及藥品併用問題……等」因素，經藥師介入平均每日節省之藥費。

四、 間接節省之醫療費用（由系統自動計算）：

(一) 本項係指因臨床藥事照護介入而避免之藥品相關不良事件延長之住院費用。

(二) 將依上述二登錄之介入種類、次數、若無藥師介入發生藥品不良事件的發生率（如下表）及住院醫療相關費用。

(三) 計算公式如下：

1. 假設每件藥品不良事件將延長個案住院天數 2 日。

2. 各類藥事介入可節省的住院病房費用＝

該層級之加護病床病房費與護理費×藥事介入筆數(N) × 若無藥師介入發生藥品不良事件之發生率(P)

3. 各類若無藥師介入發生藥品不良事件之發生率對照表如後：

■ 若無藥師介入發生藥品不良事件之發生率

各類藥事介入	發生率(P)
建議處方	
用藥劑量或頻次問題/用藥禁忌問題/藥品交互作用/ 疑似藥品不良反應	0.6
給藥問題(速率、輸注方式、濃度或稀釋液)/適應症問題/藥品併用問題/建議更適當用藥或配方組成	0.4
用藥期間或數量問題/用藥途徑或劑型問題/選用正確含量之品項	0.1
不符健保給付規定/主動建議藥品使用/藥歷整合/其他	0.0
建議監測	
藥品血中濃度	0.6
藥品療效/藥品不良反應	0.4

臨床藥事照護介入類別：4 大類及 23 小項

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