



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

102 年第 2 次會議資料

102 年 08 月 02 日 (星期五)
本署 18 樓禮堂

102 年度第 2 次「全民健康保險醫療服務給付項目及 支付標準共同擬訂會議」 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、放寬全民健康保險醫療費用支付標準第四部中醫支付標準通則六另開內服藥之針傷科治療處置每月申報量上限及部分文字修訂案.....	第 13 頁
二、關於修訂全民健康保險醫療服務給付服務項目及支付標準透析治療通則一，得提高 EPO 注射量特殊案例之參考項目及閾值乙案.....	第 14 頁
三、有關修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部第二章糖尿病」案.....	第 16 頁
四、修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號 19005B「其他超音波」並刪除 19005B1「其他腹部超音波(含腹部專一器官或單一系統超音波檢查」案.....	第 18 頁

肆、討論事項

一、「支氣管鏡螢光透視檢查(含支氣管鏡檢查費用)」等 13 項全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增診療項目及建議案.....	第 21 頁
二、有關 102 年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」討論案.....	第 23 頁
三、有關 102 年支付標準調整建議案.....	第 27 頁

伍、臨時動議

陸、散會

貳、確認本會 102 年度第 1 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

102 年度第 1 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂
會議」會議紀錄

時間：102 年 3 月 28 日(星期四)下午 2 時

地點：中央健康保險局 18 樓大禮堂

主席：蔡副局長魯

紀錄：吳明純

出席人員：

王代表正坤 (請假)	朱代表益宏 羅永達(代)
吳代表志雄 (請假)	吳代表肖琪 (請假)
李代表永振 李永振	李代表玉春 (請假)
李代表明濱 張孟源(代)	李代表紹誠 (請假)
林代表淑霞 林淑霞	林代表富滿 林富滿
侯代表彩鳳 侯彩鳳	施代表純全 黃建榮(代)
洪代表啟超 洪啟超	徐代表弘正 徐弘正
高代表靖秋 高靖秋	張代表嘉訓 張嘉訓
曹代表昭懿 (請假)	梁代表淑政 梁淑政
莊代表維周 莊維周	郭代表正全 郭正全
陳代表川青 陳川青	陳代表志忠 陳志忠
陳代表宗獻 陳宗獻	陳代表彥廷 許世明(代)
陳代表雪芬 陳雪芬	曾代表中龍 曾中龍
黃代表建文 黃建文	黃代表啟嘉 黃啟嘉
黃代表雪玲 黃雪玲	黃代表棟國 黃棟國
黃代表鶴珠 黃鶴珠	葉代表宗義 葉宗義
廖代表學志 廖學志	盧代表世乾 王榮濱(代)
蕭代表志文 蕭志文	謝代表文輝 謝文輝
謝代表武吉 馬漢光(代)	

一、主席致詞：略。

二、確認上次會議紀錄（議事錄）：請參閱(不宣讀)確認。

三、報告事項：

(一) 放寬全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫複雜性傷科相關診療項目每月申報量上限案。

決議：本案洽悉。全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫複雜性傷科每月申報量上限由 16 人次調升為 30 人次。

(二) 修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準附表 3.3.3 牙醫「相對合理門診點數給付原則」案

決議：本案洽悉。

1. 同意不列入計算之項目增列「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」乙項。

2. 同意不列入計算之項目第 6 項「感染控制診察費差額」由 30 點調升為 40 點。

(三) 101 年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」1-9 月獎勵金重新計算案

決議：本案洽悉。

1. 同意 101 年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」1-9 月更正資料補付作業及避免劇烈影響 101 年 12 月獎勵金核定，各醫院重新計算後獎勵金之追扣補付，併入 101 年第 4 季獎勵金辦理。

四、討論事項

(一) 「支氣管鏡螢光透視檢查」等 8 項全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增診療項目建議案。

決議：

1. 同意新增診療項目及內容如下：

(1) 新增編號 09138C 「直接及間接膽紅素比值」，支付點數 90

點。不得同時申報之診療項目及編號為09029C及09030C。

(2)新增編號12203B「C型肝炎病毒核酸基因檢測(HCV Genotyping Test)-一般聚合酶連鎖反應法(PCR)」，支付點數1,280點。另現行編號12202B「反轉錄聚合酶連鎖反應C型肝炎病毒核酸基因檢測」診療項目中英文名稱同步修訂為「C型肝炎病毒核酸基因檢測(HCV Genotyping Test)-即時聚合酶連鎖反應法(RealTime PCR)」。

(3)新增編號80034B「陰道人工網膜外露修復術」，支付點數9,804點。不得同時申報之診療項目及編號為80008B及74419B。

(4)新增編號80035B「陰道式會陰尿道懸吊術」，支付點數11,680點。不得同時申報之診療項目及編號為77029B及78030B。

2.不同意新增診療項目及內容如下：

(1)「諾瓦克病毒抗原檢測」因多用於院內感染控制，不適合納入健保給付。

(2)「熱刺激感覺誘發電位」尚屬研究階段，臨床實證不足。

3.「支氣管鏡螢光透視檢查」及「內視鏡冷凍治療」2項診療項目暫保留，請台灣胸腔暨重症加護醫學會重新檢視其相關事項(包括中英文名稱、成本分析、適應症及執行醫事人員資格等)，本局研議後再提會討論。

(二)修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準 12196B

「HLA-B1502基因檢測」等7項診療項目案。

決議：通過之修訂診療項目及內容如下：

1.編號12196B「HLA-B1502基因檢測」：支付點數由3,285點調整為2,648點，備註增列需於健保卡藥物過敏欄註記藥物過敏基因型。其餘中英文名稱、適應症維持現行規定。

2. 編號18045B「傾斜床檢查」：執行人員資格由「限心臟專科醫師執行」修訂為「限心臟專科或神經科專科醫師執行」。另是否增列耳鼻喉科專科醫師乙節，將徵詢相關專科醫學會意見後，視需要再提案討論。
 3. 編號64280B「重行脊椎後融合術-有固定物」：支付點數由16,340點調整為21,496點。
 4. 編號28017C「大腸鏡檢查」、49014C「大腸鏡息肉切除術」、49027C「大腸息肉切除術」及49025C「大腸鏡異物取出術」等4項診療項目：修訂執行專科醫師乙項，維持現行規定。
- (三) 修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號 01030D「助產所產後檢查」乙項診療項目案。

決議：

1. 編號01030D「助產所產後檢查」支付點數由160點調升為320點。檢查項目由一次修訂為「原助產所接生之個案，每人每次產後一個月內可申報四次」。
2. 助產所產後檢查採論量方式申報，論病例計酬項目編號97005D「陰道生產」支付點數同步扣減已內含之「產後檢查」640點。

五、臨時提案

提案人：曾代表中龍

連署人：盧代表世乾、黃代表棟國

- (一) 建議全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議之開會頻率應自六個月一次，修正為三個月一次，是否有當案。

決議：本案經本局說明將視議案需要召開臨時會後，提案人曾代表中龍主動表示予以撤案。

提案人：陳代表宗獻

連署人：張代表嘉訓、黃代表啟嘉

(二)考量基層醫師可提供多樣性醫療服務及滿足民眾就醫可近性，建議維持102年西醫基層總額跨表項目9項案。

決議：

1. 婦產科醫學會及耳鼻喉科醫學會復函醫師公會全聯會表示，開放跨表項目給基層醫師執行不違背病人安全性，故同意編號65019B「鼻中膈鼻道成形術—雙側」、「81014B「骨盆腔子宮內膜異位症，電燒及切除—輕度：子宮內膜異位症分級指數小於或等於5分。」及81032B「骨盆腔子宮內膜異位症，電燒及切除—中度：子宮內膜異位症分級指數6至40分」等3項診療項目開放至基層院所適用。
2. 本局將於102年8月時提供102年9項診療項目開放基層適用後之醫療服務量及金額予健保會參考。

六、散會：下午5時。

全民健康保險醫療給付協議會議決議辦理情形追蹤表

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
101-4-2 討	101.11.29	修訂安寧療護支付點數調整案。	請安寧療護相關學會針對住院安寧療護設置基準及安寧緩和醫療教育訓練時數等規定進行檢討，並照會各層級醫院，讓安寧療護回歸社區醫院及需要安寧療護民眾的地方，本案暫予保留。	健保署醫管組	本案衛生福利部醫事司業已於102年4月8日召開研商「醫療機構設置標準」會議，依據當日會議記錄，安寧療護教育課程仍維持80小時(含40小時臨床見習)，對於尚未完成教育訓練者，應於辦理職業登記1年內完成課程時數，2年內完成見習時數。另社區安寧療護辦理模式，本署已於102年7月30日邀請相關單位共同研商，讓安寧療護回歸社區醫院及有需要的民眾。	V	
101-5-1 討	101.12.20	刪除全民健康保險醫療費用支付標準50023B及50024B「尿路結石體外震波碎石術」註9機構條件案。	1.醫療機構條件限制乙項，將本署與台灣泌尿科醫學會之意見及社區醫院協會意見2案及委員發言內容併陳報署核定，內容如下： (1)本署及泌尿科醫學會之意見：註9醫療機構條件：(2)「應有專任之泌尿科專科醫師二名以上」。 (2)社區醫院協會意見：註9醫療機構條件：(2)「應有專任之泌尿科專科醫師一名以上」。 2.其餘項目維持原增列醫療機構限制條件。	健保署醫管組	衛生福利部已於102年3月21日核定依本署意見維持現行規定，本署已函知各分區業務組給予院所3個月緩衝期，期間暫不以泌尿科醫師數核扣院所醫療費用。	V	
102-1-1 報	102.03.28	放寬全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫複雜性傷科相關診療項目每月申報量上限案。	本案洽悉。 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫複雜性傷科每月申報量上限由16人次調升為30人次。	健保署醫管組	衛生福利部已於102年5月30日以衛署健保字第1022660140號令公告，並於102年6月1日起施行。	V	
102-1-2 報	102.03.28	修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準附表3.3.3牙醫「相對合理門診點數給付原則」案。	1.同意不列入計算之項目增列「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」乙項。 2.同意不列入計算之項目第6項「感染控制診察費差額」由30點調升為40點。	健保署醫管組	衛生福利部已於102年5月30日以衛署健保字第1022660140號令公告，並於102年6月1日起施行。	V	
102-1-3 報	102.03.28	101年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」1-9月獎勵金重新計算案。	本案洽悉。 同意101年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」1-9月更正資料補付作業及避免劇烈影響101年12月獎勵金核定，各醫院重新計算後獎勵金之追扣補付，併入101年第4季獎勵金辦理。	健保署醫管組	本案已於102年6月5日完成1-9月獎勵金重新計算及101年第4季獎勵金核付作業。	V	

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
102-1-1 討	102.03.28	「支氣管鏡螢光透視檢查」等8項全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增診療項目建議案,提請討論。	1.同意新增診療項目及內容如下: (1)新增編號09138C「直接及間接膽紅素比值」,支付點數90點。不得同時申報之診療項目及編號為09029C及09030C。 (2)新增編號12203B「C型肝炎病毒核酸基因檢測(HCVGenotypingTest)-一般聚合酶連鎖反應法(PCR)」,支付點數1,280點。另現行編號12202B「反轉錄聚合酶連鎖反應C型肝炎病毒核酸基因檢測」診療項目中英文名稱同步修訂為「C型肝炎病毒核酸基因檢測(HCVGenotypingTest)-即時聚合酶連鎖反應法(RealTimePCR)」。 (3)新增編號80034B「陰道人工網膜外露修復術」,支付點數9,804點。不得同時申報之診療項目及編號為80008B及74419B。 (4)新增編號80035B「陰道式會陰尿道懸吊術」,支付點數11,680點。不得同時申報之診療項目及編號為77029B及78030B。 2.不同意新增診療項目及內容如下: (1)「諾瓦克病毒抗原檢測」因多用於院內感染控制,不適合納入健保給付。 (2)「熱刺激感覺誘發電位」尚屬研究階段,臨床實證不足。 3.«支氣管鏡螢光透視檢查»及«內視鏡冷凍治療»2項診療項目暫保留,請台灣胸腔暨重症加護醫學會重新檢視其相關事項(包括中英文名稱、成本分析、適應症及執行醫事人員資格等),本署研議後再提會討論。	健保署醫管組	1.«支氣管鏡螢光透視檢查»及«內視鏡冷凍治療»2項已提本次會議討論。 2.其他新增項目衛生福利部已於102年5月30日以衛署健保字第1022660140號令公告,並於102年6月1日起施行。	V	
102-1-2 討	102.03.28	修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準12196B「HLA-B1502基因檢測」等7項診療項目案,提請討論。	通過之修訂診療項目及內容如下: 1.編號12196B「HLA-B1502基因檢測»:支付點數由3,285點調整為2,648點,備註增列需於健保卡藥物過敏欄註記藥物過敏基因型。其餘中英文名稱、適應症維持現行規定。 2.編號18045B「傾斜床檢查»:執行人員資格由「限心臟專科醫師執行」修訂為「限心臟專科或神經科專科醫師執行」。另是否增列耳鼻喉科專科醫師乙節,將徵詢相關專科醫學會意見後,視需要再提案討論。 3.編號64280B「重行脊椎後融合術-有固定物»:支付點數由16,340點調整為21,496點。 4.編號28017C「大腸鏡檢查」、49014C「大腸鏡息肉切除術」、49027C「大腸鏡息肉切除術」及49025C「大腸鏡異物取出術」等4項診療項目:修訂執行專科醫師乙項,維持現行規定。	健保署醫管組	1.同意修訂診療項目衛生福利部已於102年5月30日以衛署健保字第1022660140號令公告,並於102年6月1日起施行。 2.編號18045B「傾斜床檢查」是否增列耳鼻喉專科醫師乙節,本署已於102年5月3日函請專科醫學會提供意見。	V	

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
102-1-3 討	102.03.28	修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號01030D「助產所產後檢查」乙項診療項目案，提請討論。	1.編號01030D「助產所產後檢查」支付點數由160點調升為320點。檢查項目由一次修訂為「原助產所接生之個案，每人每次產後一個月內可申報四次」。 2.助產所產後檢查採論量方式申報，論病例計酬項目編號97005D「陰道生產」支付點數同步扣減已內含之「產後檢查」640點。	健保署醫管組	衛生福利部已於102年5月30日以衛署健保字第1022660140號令公告，並於102年6月1日起施行。	V	
102-1-1 臨	102.03.28	考量基層醫師可提供多樣性醫療服務及滿足民眾就醫可近性，建議維持102年西醫基層總額跨表項目9項案。	1.婦產科醫學會及耳鼻喉科醫學會復函醫師公會全聯會表示，開放跨表項目給基層醫師執行不違背病人安全性，故同意編號65019B「鼻中膈鼻道成形術—雙側」、81014B「骨盆腔子宮內膜異位症，電燒及切除—輕度：子宮內膜異位症分級指數小於或等於5分。」及81032B「骨盆腔子宮內膜異位症，電燒及切除—中度：子宮內膜異位症分級指數6至40分」等3項診療項目開放至基層院所適用。 2.本署將於102年8月時提供102年9項診療項目開放基層適用後之醫療服務量及金額予健保會參考。	健保署醫管組	衛生福利部已於102年5月30日以衛署健保字第1022660140號令公告，並於102年6月1日起施行。	V	

參、報告事項

報告事項

第一案 報告單位：健保署（原中央健康保險局）醫務管理組

案由：放寬全民健康保險醫療費用支付標準第四部中醫支付標準通則六另開內服藥之針傷科治療處置每月申報量上限及部分文字修訂案。

說明：

- 一、 依據 102 年 5 月 16 日「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議」會議結論辦理。
- 二、 上述會議結論通過中醫支付標準通則六另開內服藥之針傷科治療處置每月申報量上限由 30 人次放寬至 45 人次。
- 三、 本署依特約醫療院所之另開內服藥針傷科治療處置每月申報量及專任醫師人數，推估放寬後增加 24.3 百萬預算，並由中醫門診總額醫療給付費用非協商因素成長率內支應。
- 四、 同次會議結論，「配合自 102 年 3 月起，『針灸標準作業程序』及『加強感染控制實施方案』回歸常態作業，原 26、27 案件代碼將予調整」，故 2 項案件分類「26-中醫針灸作業醫療品質提升計畫案」及「27-中醫複雜性傷科案件」予以刪除並重新調整案件分類填表說明(詳附件 1，P35)。故中醫支付標準「附表 4.4.1 複雜性針灸申請給付原則」及「附表 4.5.1 複雜性傷科申請給付及支付原則」配合刪除所訂之案件分類相關文字。
- 五、 本案修訂後支付標準(詳附件 2，P36)，將依程序陳報衛生福利部（原行政院衛生署）核定發佈。

決定：

報告事項

第二案

報告單位：健保署醫務管理組

案由：關於修訂全民健康保險醫療服務給付服務項目及支付標準透析治療通則一，得提高 EPO 注射量特殊案例之參考項目及閾值乙案。

說明：

- 一、本保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第六節第二項透析治療通則一規定，如每人每月使用 EPO 劑量連續三個月均達 20,000 單位，但 Hct 值仍小於 26% 時，應尋找抗性原因，若其 $Kt/V \geq 1.0$ 、血清 ferritin $\geq 300\text{ng/ml}$ ，而且無引起貧血之非腎臟因素時，得以檢附病人臨床相關資料及說明使用理由專案申請增加每月注射劑量，經同意後始能提高 EPO 注射劑量。
- 二、依 101 年 11 月 14 日本署「門診透析總額聯合執行委員會」101 年第 4 次委員會議討論，修訂 102 年「全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標項目，因 Hb(血紅素檢查)值測定值較穩定，是目前國際治療皆採用之指標，而 URR(尿素氮移除率)是目前較無爭議的指標，因此，會議決議同意將原規範之 Hct(血球比容值測定)、 Kt/V 品質指標分別更改為 Hb、URR，並建議支付標準併配合修改。
- 三、本署於 101 年 12 月 5 日以健保醫字第 1010074164 號函，請台灣腎臟醫學會提供其 Hct、 Kt/V 更改為 Hb、URR 項目之閾值標準。該學會於 101 年 12 月 18 日以台腎醫漢(101)字第 487 號函復，建議: Hb 值小於 8.5g/dl； $URR \geq 65\%$ 。

四、 上述醫學會建議閾值標準，經徵詢專家意見表示同意，另為審慎評估本保險醫療服務給付項目支付標準調整對預算衝擊，函請台灣腎臟醫學會提供相關意見，該學會函復表示：修改上述指標之閾值標準對可能增加之特殊病人數及 EPO 費用沒有影響，故本保險透析支付通則一之指標項目及閾值修訂詳后附件 3，P37。

決定：

報告事項

第三案

報告單位：健保署醫務管理組

案由：有關修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部第二章糖尿病」(以下簡稱本章)案。

說明：

- 一、為提升糖尿病病患收案率，提供糖尿病患完整的個案追蹤管理及鼓勵醫事人員參與，本署於 102 年 5 月 16 日，邀集中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國糖尿病衛教學會、中華民國糖尿病學會及臺灣醫院協會，共同召開「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部第二章糖尿病」修訂討論會議。
- 二、依前開會議決議，修訂本章重點臚列如下：
 - (一) 通則一、參與資格(二)第二階段照護:主辦之繼續教育課程機構新增台灣醫療繼續教育推廣學會。
 - (二) 通則五、品質獎勵措施(二)品質加成指標：
 1. 修改「HbA1C>9.5%比率(HbA1C 不良率)」為「HbA1C>9.0%比率(HbA1C 不良率)」指標。
 2. 增加「LDL<100mg/dl 比率(LDL 良率)」指標。
 3. 修改五項指標權值各為 1/5，並配合修改相關文字段落。
 - (三) 通則五、品質獎勵措施(四)品質進步獎：排除該年度品質卓越獎得獎醫師。
 - (四) 支付標準
 1. 編號「P1407C 糖尿病第一階段新收案管理照護費」：
 - (1)為鼓勵醫療院所擴大照護對象，提高新收案率，並考量照護成本，本項管理照護費由 400 點調升至 650 點。
 - (2)放寬地區醫院之團隊醫事人員條件，比照基層診所可

為醫師加另一專業人員執行，並執行之管理照護費由完整團隊支付點數 80%，提高為全額給付。

(3)與會醫界代表同意配合本項支付點數調升及放寬地區醫院執行團隊條件，承諾努力增加本方案之新收案率。未來將視新收案率之成效再行討論本項支付點數之調整。

2. 編號「P1408C 糖尿病第一階段追蹤管理照護費」及「P1409C 糖尿病第一階段年度評估管理照護費」：

(1)管理照護費維持現行支付點數。

(2)放寬地區醫院之團隊醫事人員條件，同意比照基層診所可為醫師加另一專業人員執行。

(3)另配合慢性病處方箋病患之領藥日數，修改各階段之追蹤管理及年度評估間隔時程皆由 11 週縮短至 10 週。

三、同次會議決議檢討通則五、品質獎勵措施(三)品質卓越獎，以新收案率 $\leq 66\%$ 及 $>66\%$ 分組方式乙項：

1. 會議決議：依據 101 年特約醫事機構申報本章費用之醫師收案率分布情形，計算通過門檻指標之醫師新收案率中位數，據以修訂分組要件，仍分成 2 組予以評比。

2. 按上述決議，經本署計算通過門檻指標之醫師新收案率中位數為 55%，故將原新收案率 $\leq 66\%$ 及 $>66\%$ 分組方式，修改為新收案率 $\leq 55\%$ 及 $>55\%$ 分組方式。

四、檢附本章修訂內容(詳附件 4, P38-P46)，本章通則五有關品質獎勵之修改，訂於計算 102 年獎勵金時適用，其餘項目自行政院衛生署核定發布後實施。

決定：

報告事項

第四案

報告單位：健保署醫務管理組

案由：修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號 19005B「其他超音波」並刪除 19005B1「其他腹部超音波(含腹部單一器官或單一系統超音波檢查)」案。

說明：

一、支付標準編號 19005B1「其他超音波」之背景說明如下：

(一) 本署於 91 年 10 月 1 日同意基層診所執行腹部超音波檢查以未列項方式，比照編號 19005B 之支付內容，以 19005B1「其他腹部超音波(含腹部單一器官或單一系統超音波檢查)」，支付點數 600 點，申報至今。

(二) 本署曾於 92 年度第 3 次「全民健康保險醫療給付協議會議」決議刪除未列項目之申報編號，各未列項回歸支付標準。惟當次考量基層院所仍需申報編號 19005B1，故未刪除該項。

(三) 查本署特約醫療院所申報資料，100 年仍有基層院所申報診療編號 19005B1 項目 50516 件，101 年仍有 65488 件。

二、本署於 102 年 5 月 13 日以健保醫字第 1020033110 號函中華民國醫師公會全國聯合會，該會於 102 年 6 月 5 日以全醫聯字第 1020000826 號函復，經該會基層醫療委員會會議討論，同意本署支付標準一致性之考量，將支付標準診療編號 19005B「其他超音波」改成 19005C「其他超音波」，並刪除 19005B1「其他腹部超音波(含腹部單一器官或單一系統超音波檢查)」。

三、本案修訂後支付標準(詳附件 5，P47)，將依程序陳報行政院衛生署核定發佈。

決定：

叁、討論事項

討論事項

第一案

提案單位：健保署醫務管理組

案由：「支氣管鏡螢光透視檢查（含支氣管鏡檢查費用）」等 13 項全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增診療項目及建議案，提請討論。

說明：

- 一、 本次各項新增診療項目，依程序徵詢相關學會及專家意見，經彙整：
 - （一） 同意新增 4 項診療項目為「支氣管鏡螢光透視檢查（含支氣管鏡檢查費用）」、「內視鏡冷凍治療（含內視鏡檢查費用）」、「複雜性血管整形術」及「高危險妊娠住院診察費」（詳附件 6，P48-P51）。
 - （二） 配合新增上開「複雜性血管整形術」，現行支付標準 33074B「血管整形術（P.T.A.）、支付 10,800 點」，併同修訂中英文名稱為「單純性血管整形術（P.T.A-simple）」。
 - （三） 不同意新增 9 項診療項目為「高危險妊娠轉診照護費」、「高危險妊娠分娩醫師照護費用（不超過 8 天）」、「生產費用非常規時間加計（6—8AM）、（5—10PM）」、「生產費用非常規時間加計（10PM—06AM）、（例假日）」、「新生兒科醫師緊急照護費」、「待產中醫師照護費」、「器械生產費用（真空吸引生產及產鉗生產）」、「胎盤人工娩出費」、「產後大出血」及不同意調高支付標準 81028C「前置胎盤或植入性胎盤之剖腹產」乙項（詳附件 7，P52-P53）。

(四) 上述不同意新增之「產後大出血」乙項，經查為支付標準 55015C「產後出血止血術」與支付標準 81028C「前置胎盤或植入性胎盤之剖腹產」等 2 項，已列為 102 年婦產科支付標準調整項目之一，爰不建議予以新增。

二、依 102 年醫療給付費用總額及其分配之醫院總額新增支付標準編列預算 3.72 億元辦理，102 年已完成新增診療項目「抗酸性濃縮抹片染色檢查」等 7 項診療項目，全年預估支出 1.935 億元，尚餘 1.785 億元支應，足以支應本次新增診療項目共 4 項，共 1.16 億元。

擬辦：本案經討論後如獲同意，擬增訂支付標準表(詳附件 8，P54-P55)，並依程序報請衛生福利部核定後公佈實施。

討論事項

第二案

提案單位：健保署醫務管理組

案由：有關 102 年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」修訂內容案，提請討論。

說明：

- 一、 依據衛生福利部（行為時為行政院衛生署）102 年 6 月 13 日衛署健保字第 1022600073 號函辦理。
- 二、 為辦理 102 年醫院總額 25 億專款用於提升住院護理照護品質方案，本署與中華民國護理師護士公會全國聯合會及台灣醫院協會，經過 3 次開會協商，均無法達成修訂共識，爰將三單位之建議草案(詳附件 9，P56- P76)，併陳提報衛生福利部核定。
- 三、 本案經衛生福利部研議後，仍請本署儘力與相關團體協調方案內容，並依全民健康保險法相關程序辦理後報部核定(詳附件 10，P77)。
- 四、 綜上，本署再次研擬折衷方案二案，預算分配如下表：

支付方式	甲案	乙案
1.品質指標報告	預算 0.5 億元	預算 0.5 億元
2.調高「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」住院護理費支付標準	預算 12 億元	預算 10 億元
3.通過醫院評鑑人力標準	預算 5 億元	預算 7 億元
4.補助新增護理人員數	預算 7.5 億元	預算 7.5 億元

五、 2 方案重點分述如下：

- (一) 品質指標報告，預算 0.5 億元，登錄內容同 101 年方案。
- (二) 調高「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」住院護理費支付標準（分甲乙二案）：

1. 甲案：

- (1). 預算 12 億元 (以 101 年符合評鑑人力 C 標準之醫院申報住院護理費加成 6% 之獎勵金額 12.14 億元估計(詳附件 11, P78))。
- (2). 按本署前研擬方案中建議之調整項目及調整點數, 以預算 17 億元調整為 12 億元之預算減少幅度依比例調整, 並考量調高急診暫留床 (床/天) 護理費, 恐引發病患滯留急診之效應, 該項暫不調整, 支付標準調增項目及護理費點數如下表:

層級	代碼	名稱	現行點數	增加點數	加成後點數
1	03026K	一般病床 (床/天) - 護理費	643	57	701
2	03027A	一般病床 (床/天) - 護理費	568	57	626
3	03029B	一般病床 (床/天) - 護理費	516	57	574
1	03030K	經濟病床 (床/天) - 護理費	271	57	329
2	03031A	經濟病床 (床/天) - 護理費	239	57	297
3	03033B	經濟病床 (床/天) - 護理費	180	57	238
1	03034K	嬰兒病床 - 護理費	1,871	71	1,941
2	03035A	嬰兒病床 - 護理費	1,706	71	1,776
3	03036B	嬰兒病床 - 護理費	1,541	71	1,611
1	03058K	急性精神一般病床 (床/天) - 護理費	643	57	701
2	03059A	急性精神一般病床 (床/天) - 護理費	568	57	626
3	03060B	急性精神一般病床 (床/天) - 護理費	516	57	574
1	03064K	急性精神經濟病床 (床/天) - 護理費	271	71	341
2	03065A	急性精神經濟病床 (床/天) - 護理費	239	71	309
3	03066B	急性精神經濟病床 (床/天) - 護理費	180	71	250
1	03070K	慢性病床 (床/天) - 護理費	271	53	321
2	03071A	慢性病床 (床/天) - 護理費	239	53	289
3	03072B	慢性病床 (床/天) - 護理費	180	53	230

- (3). 調整後預估各層級增加點數, 醫學中心 4.3 億點 (占率 35.4%)、區域醫院 5.3 億點 (占率 44.4%)、地區醫院 2.4 億點 (占率 20.2%) (詳附件 12, P79)。

2. 乙案:

- (1). 預算 10 億元 (以 101 年符合評鑑人力 C 標準之醫院申報住院護理費加成 5% 之獎勵金額 10.12 億元估計(詳附件 13, P80))。
- (2). 按本署前研擬方案中建議之調整項目及調整點數, 以預算 17 億元調整為 10 億元之預算減少幅度依比例調整, 並考量調高

急診暫留床（床/天）護理費，恐引發病患滯留急診之效應，該項暫不調整，支付標準調增項目及護理費點數如下表：

層級	代碼	名稱	現行點數	增加點數	加成後點數
1	03026K	一般病床（床/天）-護理費	643	47	690
2	03027A	一般病床（床/天）-護理費	568	47	615
3	03029B	一般病床（床/天）-護理費	516	47	563
1	03030K	經濟病床（床/天）-護理費	271	47	318
2	03031A	經濟病床（床/天）-護理費	239	47	286
3	03033B	經濟病床（床/天）-護理費	180	47	227
1	03034K	嬰兒病床--護理費	1,871	59	1,930
2	03035A	嬰兒病床--護理費	1,706	59	1,765
3	03036B	嬰兒病床--護理費	1,541	59	1,600
1	03058K	急性精神一般病床（床/天）-護理費	643	47	690
2	03059A	急性精神一般病床（床/天）-護理費	568	47	615
3	03060B	急性精神一般病床（床/天）-護理費	516	47	563
1	03064K	急性精神經濟病床（床/天）-護理費	271	59	330
2	03065A	急性精神經濟病床（床/天）-護理費	239	59	298
3	03066B	急性精神經濟病床（床/天）-護理費	180	59	239
1	03070K	慢性病床（床/天）-護理費	271	43	314
2	03071A	慢性病床（床/天）-護理費	239	43	282
3	03072B	慢性病床（床/天）-護理費	180	43	223

(3). 調整後預估各層級增加點數，醫學中心 3.5 億點（占率 35.4%）、區域醫院 4.4 億點（占率 44.4%）、地區醫院 2 億點（占率 20.2%）（詳附件 14，P81）。

3. 相關預算回歸支付標準，納入醫院總額一般服務部門結算，惟醫院仍須配合登錄 C1-C9 護理人力資料（同 101 年方案），未登錄或登錄不完全者，追扣該院全年申報本次調高住院護理費支付標準項目差額點數費用。

(三) 通過醫院評鑑人力標準（分甲、乙二案）：

1. 甲案：

(1). 預算 5 億元，以 101 年方案規定中符合評鑑人力 B 標準及 A 標準之醫院，其申報住院護理費得以加成 1% 及 3% 予以獎勵。

(2). 預估各層級增加點數，醫學中心 2.13 億點（占率 41.8%）、區域醫院 2.18 億點（占率 42.9%）、地區醫院 0.69 億點（占率 13.6%）、精神專科 0.07 億點（占率 1.4%）、慢性醫院 0.014 億點（占率 0.3%）（詳附件 15，P82）。

2. 乙案：

(1). 預算 7 億元，以 101 年方案規定中符合評鑑人力 B 標準及 A 標準之醫院，其申報住院護理費得以加成 2% 及 4% 予以獎勵。

(2). 預估各層級增加點數，醫學中心 2.95 億點（占率 42.4%）、區域醫院 2.96 億點（占率 42.4%）、地區醫院 0.94 億點（占率 13.4%）、精神專科 0.11 億點（占率 1.5%）、慢性醫院 0.02 億點（占率 0.3%）（詳附件 16，P83）。

3. 計算方式同 101 年方案，惟符合評鑑人力 C 標準，本項不予住院護理費加成獎勵。

4. 結算由按月改為按季暫結及全年結算點值。

(四) 補助新增護理人員數，預算 7.5 億元，同 101 年計算方式，鑑於實習護士納入補助新增護理人力，除引發臨床護理人員質疑本署獎勵醫院雇用密護，增加護理人員工作負擔，使臨床護理人員更加血汗外，實習護士如在當年以實習護士身分獲得補助，隔年考取執照納入執登人力後，再算 1 次執登新增人力，造成聘請一位護理人員雙重獎勵的不公情形，實習護士不列入新增護理人員補助範圍。

六、 建議方案甲案(詳附件 17，P84-P92)、乙案(詳附件 18，P93-P101)。

擬辦：擬依會議決議報請衛生福利部核定後公告實施。

討論事項

第三案

提案單位：健保署醫務管理組

案由：有關 102 年支付標準調整建議案。

說明：

- 一、99 年監察院黃煌雄委員主持「我國全民健康保險總體檢」的調查結果指出，醫療四大科萎縮原因之一為健保支付標準未能確實反映醫療之急、重、難，故本署於 102 年醫院醫療給付費用總額編列 50.55 億元用於合理調整急重難科別之支付標準，並兼顧各層級醫院之發展；西醫基層醫療給付費用總額編列 0.22 億元用於外科手術及處置項目支付標準調整。
- 二、為回應社會各界對內、外、婦、兒四大科健保給付偏低之訴求，本署自 100 年 8 月啟動結合全國各專科醫學會以及醫院代表進行醫師資源耗用相對值(RBRVS)評量作業及醫院成本分析蒐集。100 年 9 月完成各專科學會相對值評量作業，101 年 8 月完成 26 家醫院成本分析資料之回收，10 月完成資料校正，102 年 3 月完成相對值與成本分析資料之串聯。
- 三、為公正客觀的訂定各項支付標準調整之優先順序，本署依部長指示邀集內、外、婦、兒、急診等 9 位專家，成立「102 年全民健保支付標準諮詢小組」(以下簡稱諮詢小組)，分別於 102 年 4 月 18 日、4 月 29 日、5 月 20 日及 7 月 3 日共辦理四次會議，前三次會議專家係參考本署 RBRVS 評量及成本串聯結果之相對點數研擬支付標準調整之優先順序及調幅，第四次會議旨在評估醫界於 102 年 6 月 19 日「102 年全民健保支付標準調整溝通會議」後提出之調整方案修訂意見，經評估並參採部分醫界意見後，重新研議 102 年支付標準調整方案，預估增加醫院總額點數 52.67 億，

西醫基層 0.52 億，其他部門總額 57 萬點，採行醫界建議內容臚列如下：

- (一) 同意台灣醫學中心協會意見，治療性先天殘缺手術（88001-88054）共 49 項比照兒科建議方式調高兒童加成，預估增加 0.18 億。
- (二) 同意台灣社區醫院協會（以下簡稱社區醫院）意見，新生兒中重度住院診察費（02017-02019），以現行各層級支付點數「絕對點數差」進行調整，不採各層級均 60% 等調幅方式，預估較原調整方案減少 0.15 億點。
- (三) 同意中華民國醫師公會全國聯合會（以下簡稱醫師公會）意見，調整外科處置（以換藥為主）及手術章節共 10 項診療項目，惟調幅為 10%（醫師公會建議 20%），預估增加 1.00 億點（醫院部門增加 0.85 億、基層增加 0.15 億）。
- (四) 同意社區醫院意見，支付標準第二部第二章第一節檢查合併累計至一定項次數之折付方式比照區域醫院及醫學中心，預估增加 0.62 億。
- (五) 同意社區醫院意見，取消燒傷病床住院診察費之兒童專科醫師加成。
- (六) 同意部分影響基層點數之項目不調整，包括：骨盆腔檢查、陰道灌洗、胃管插入等共 54 項，以及 23 項調升兒童加成率之項目。

四、依諮詢小組第四次會議結論，調整經費不足處將由最終調整方案之項目調幅等幅下降勻支，故本署將調升點數之項目（包括特定診療項目 506 項、基本診療項目 9 項，不含醫師公會建議調升之 10 項）調幅等幅下降 3.5%，使醫院整體調整經費控制於 102 年預算額度（50.55 億）內，微調後之調整方案如

下：

(一)調整急重難之處置、手術及麻醉項目之支付點數，調幅 1~194%，預估增加 33.03 億點。

1. 調高支付點數：共 501 項，包括治療處置 56 項、手術 439 項（包括神經外科 14 項、一般及消化外科 97 項、大腸直腸外科 34 項、心胸外科 144 項、小兒外科 42 項及婦產科 108 項等）、全身麻醉 6 項，預估增加 30.72 億點(詳附件 19，P102- P136)。
2. 拆分項並調高支付點數：將 6 項手術項目拆分為 12 項，拆分內容包括將大腸相關手術項目拆分出惡性腫瘤適用之項目，以及將子宮附屬器官切除術拆分為單側及雙側等，調幅 10~193%，預估增加 2.14 億點(詳附件 20，P137- P138)。
3. 修訂中英文名稱並調整部分項目之支付點數：腦瘤切除（編號 83017B~83019B）原依手術時間分為 4 小時以內、4~8 小時、8 小時以上等 3 項，專家建議改依腦瘤大小分為 3 公分以下、3~6 公分、6 公分以上，並調高腦瘤大於 3 公分之診療項目支付點數，預估增加 0.17 億點(詳附件 21，P139)。

(二)調整急重難之基本診療項目，調幅 14~97%，預估增加 16.89 億點：

1. 調高檢傷分類第一、二及三級之急診診察費（編號 00201B、00202B、00203B）：考量不同檢傷分類病患處理之因難度及耗用心力，分別依現行支付點數調升 100%、40%及 20%，調整後支付點數分別為 1,836、956 及 611 點，預估增加 9.65 億點(詳附件 22，P140)。

2. 調高新生兒中重度住院診察費（天）（編號 02017K、02018A、02019B）：以現行支付點數之絕對點數差進行調整，預估增加 0.81 億點(詳附件 22，P140)。
 3. 調高加護病房住院診察費（天）（編號 02011K、02012A、02013B）：比照新生兒中重度住院診察費，以現行支付點數之絕對點數差進行調整，預估增加 2.42 億點(詳附件 22，P140)。
 4. 調整燒傷病房住院診察費（天）（編號 02010B）之兒童加成比率：兒童加成率調整方式分別為未滿 6 個月原加成 60%提高為 120%；6 個月至 2 歲原加成 30%提高為 90%；2 歲至 6 歲原加成 20%提高為 80%，預估增加 96 萬點(詳附件 23，P141)。
 5. 新增住院會診費、一般病床住院診察費（天）、加護病床住院診察費（天）、隔離病床住院診察費（天）等 4 項診療項目之兒童專科醫師加成，加成比率 60%，預估增加 4.01 億點(詳附件 24，P142)。
- (三) 調整 150 項特定診療項目之兒童加成比率：兒童加成率調整方式分別為未滿 6 個月原加成 60%提高為 100%；6 個月至 2 歲原加成 30%提高為 80%；2 歲至 6 歲原加成 20%提高為 60%，預估增加 0.51 億點(詳附件 25，P143-P152)。
- (四) 支付標準第二部第二章第一節檢查項目合併累計至一定項次數之折付方式，地區醫院比照區域醫院及醫學中心，預估增加 0.62 億(詳附件 26，P153)。
- (五) 整體方案（含西醫基層及其他部門）之財務影響評估分析表詳后附件 27，P154，影響點數分別為醫院 50.55 億、西醫基層 0.51 億，其他部門 57 萬點。

五、另按社區醫院協會訴求，地區醫院占醫院整體調升點數之占率應與醫療費服務點數占率相同，查 101 年地區醫院醫療服務點數占率約為 17.29%。本署依據社區醫院訴求進行試算，結果如下：

(一) 甲案、地區醫院內、外、婦、兒科專科醫師門診診察費比照西醫基層支付點數並實施合理門診量，預估增加 3.52 億點 (詳附件 28, P155)，連同說明四地區醫院預估增加 5.409 億，共增加 8.929 億，占整體醫院調升點數之 16.52% (8.929/54.07)。

(二) 乙案、調升地區醫院無檢傷分類之急診診察費 (01015C)，調幅 22%，調整後點數為 583 點，預估增加 0.49 億點 (詳附件 29, P156)，連同說明四共增加 5.899 億，占整體醫院調升點數之 11.56% (5.899/51.04)。

(三) 此 2 案之調整因與 102 年協商成長率用於調整急重難項目之目的不符，爰本項調增所需經費不應含於 50.55 億內，建議由非協商因素之成長額度支應。

六、查本提案整體影響點數將高於各部門預算，建議辦理方式如下：

(一) 醫院總額：預估甲案增加 54.07 億點 (50.55+3.52)，乙案增加 51.04 億點 (50.55+0.49)，超出預算部分建議由非協商因素之成長額度支應。

(二) 西醫基層總額：預估增加 0.51 億點，高出 102 年西醫基層支付標準調整預算 0.22 億元，超出調整預算部分，建議由非協商因素之成長額度支應。

(三) 其他部門總額：預估增加 57 萬點，係因居家照護使用，預算由其他部門中非屬各部門總額支付制度範圍之服務預算

支應，查尚有餘裕，應足以支應。

擬辦：本案擬依會議決議修訂支付標準，同步調整 102 年住院診斷關聯群（Tw-DRGs）之標準給付額（SPR）、相對權重（RW）、上下限臨界點等參數，以及論病例計酬項目之支付點數、得核實申報上限點數等，一併報請衛生福利部核定後公告，並追溯至 102 年 1 月 1 日起實施。

議程附件

中醫門診案件分類之填報說明

本署特約醫療院所向本署申報提供中醫醫療服務其「門診醫療服務點數清單媒體申報格式及填表說明」欄位 ID 「d1-案件分類」之案件分類代碼說明如下：

一、 計畫、方案及特殊照護

- (一) 「全民健康保險腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」、「全民健康保險腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」及「全民健康保險腦血管疾病後遺症門診照護計畫」等 3 項中醫試辦計畫應申報案件分類「22-中醫其他專案」。
- (二) 中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案應申報案件分類「25-中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」。
- (三) 第九章特定疾病門診加強照護應申報案件分類「30-中醫特定疾病門診加強照護」。

二、 慢性病

- (一) 非屬上述計畫、方案及特殊照護之中醫慢性病案件及當次因慢性病就醫且開具慢性病連續處方箋之當次給藥案件，應申報案件分類「24-中醫慢性病」。
- (二) 非屬上述計畫、方案及特殊照護之持中醫慢性病連續處方箋再調劑案件應申報案件分類「28-中醫慢性病連續處方調劑」。

三、 中醫處置：非屬上述計畫、方案、特殊照護及慢性病之針灸、傷科脫白整復案件應申報案件分類「29-中醫針灸、傷科及脫白整復」。

四、 非屬上述計畫、方案、慢性病、針傷科脫白整復，且未申報檢驗費用之給藥天日(含七日)以下案件，應申報案件分類「21-中醫一般案件」。

五、 非屬上開一~四所述規定之其它中醫案件(EX 純報診察費未開藥案件)均申報「22-中醫其他專案」。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第四部 中 醫

通則：

- 六、中醫醫療院所平均每位專任醫師每月申報另開內服藥之針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置費(編號：B41、B43、B45、B53、B55、B62、B80、B82、B85、B87、B90、B92)上限為三十四十五人次，超出三十四十五人次部分者五折支付。

附表 4.4.1 複雜性針灸申請給付及支付原則

- 一、複雜性針灸適應症之定義需為附表 4.4.2 所列之重大傷病及癲癇病名。
- 二、費用申報與審查相關規定：
 - (1) 本項依本標準第四部中醫之給付項目及支付標準申報，案件類別為 ~~26~~ 案件。
 - (2) ①按全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法辦理執行審查。
 - (3) ②病歷記載應依規定書寫，重大傷病應詳述記載重大傷病史及健保 IC 卡序號(十二碼)。
 - (4) ③抽審病歷視醫療院所與前一年申報附表 4.4.2 所列疾病與去年同期相較之成長率，必要時得予全審。

附表 4.5.1 複雜性傷科申請給付及支付原則

- 一、複雜性傷科適應症之定義需為附表 4.5.2 所列之傷病病名。
- 二、費用申報與審查相關規定：
 - (1) 本項依本標準第四部中醫之給付項目及支付標準申報，案件類別為 ~~27~~ 案件。
 - (2) ①院所每月專任中醫師平均申報上限為三十人次，超出部分依現行支付標準支付。
 - (3) ②按全民健康保險醫療費用申報與核付及服務審查辦法辦理執行審查。
 - (4) ③病歷記載應依規定書寫。
 - (5) ④申報診療項目時，主診斷碼需符合附表 4.5.2 所列之適應症 ICD-9 代碼。
 - (6) ⑤抽審病歷視醫療院所與前一年申報附表 4.5.2 所列疾病與去年同期相較之成長率，必要時得予全審。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

第二項 透析治療 Dialysis Therapy (58001~58030)

通則：血液透析採定額支付，惟如有下列特殊病例得核實申報：

- 一、如每人每月使用EPO劑量連續三個月均達20,000單位，但Hct值仍小於26%Hb值小於8.5g/dl時，應尋找抗性原因，若其 $KT/V \geq 1.0$ URR $\geq 65\%$ 、血清ferritin $\geq 300\text{ng/ml}$ ，而且無引起貧血之非腎臟因素時，得以檢附病人臨床相關資料及說明使用理由專案申請增加每月注射劑量，經同意後始能提高EPO注射劑量。
- 二、特殊透析病患：在夜間透析(非屬醫院例行排班性透析)之肺水腫、藥物難以控制之嚴重高血鉀症或藥物難以控制代謝性酸中毒之透析病患。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第八部 品質支付服務

第二章 糖尿病

通則：

一、參與資格：

申報本章費用之醫事機構須組成照護團隊，醫事人員並經縣市共同照護網認證後向保險人之分區業務組申請同意。

(一) 第一階段照護：

1. 團隊醫事人員資格如下：醫師、護理衛教及營養衛教之專業人員須經各縣市糖尿病共同照護網認證合格，地區醫院及基層院所之護理衛教及營養衛教人員，得依相關法規規定以共聘或支援方式辦理。[地區醫院及基層診所](#)團隊醫事人員可為醫師加另一專業執行(可包括護理師、營養師、藥師)，惟團隊仍需取得各縣市糖尿病共同照護網醫師、護理衛教及營養衛教認證合格。
2. 上述參與資格如衛生主管機關有最新規定，從其規定。

(二) 第二階段照護

個案完整申報新收案(P1407C) 1 次、追蹤(P1408C)至少 5 次、年度評估(P1409C)至少 2 次後，另得視病情需要進行衛教服務，申報第二階段照護項目。

1. 醫事人員資格如下：限內科、兒科、家醫科、新陳代謝、內分泌、心臟、腎臟專科醫師。除新陳代謝、內分泌、心臟、腎臟專科醫師及原第一階段照護醫師，其他專科醫師需接受中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國糖尿病學會、中華民國糖尿病衛教學會、[台灣醫療繼續教育推廣學會](#)或國健局公布之糖尿病健康促進機構所主辦之糖尿病相關課程 8 小時，並取得證明。
2. 限參與第一階段照護之醫事機構方能提供第二階段照護，第二階段照護醫師名單，醫事機構須向[本署](#)各分區業務組申請同意。另第一階段照護醫師第一、二階段照護皆可執行。

(三) 申報本章費用之醫師，第一階段其當季個案追蹤率小於 20%者(指前一季已收案之個案中，於本季完成追蹤者)，經輔導未改善，自[本署](#)文到日之次月起，一年內不得再申報本章之相關費用(P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C)。

二、收案對象：

- (一) 最近 90 天曾在該院所診斷為糖尿病 (ICD-9-CM 前三碼為 250) 至少同院所就醫達 2 次(含)以上者，才可收案，惟當次收案須以主診斷【門診醫療服務點數清單媒體申報格式及填表說明之第 18 欄位國際疾病分類號 (一)】收案。
- (二) 同一院所經結案對象 1 年內不得再收案，但院所仍可依現行支付標準申報相關醫療費用。
- (三) 參與方案院所新收案對象，經[本署](#)健保資訊網服務系統(VPN)查詢，若已被其他院所收案照護中(1 年內仍有追蹤紀錄)，不得收案。
- (四) 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，並發給相關文宣資料。

結案條件：

1. 可歸因於個案者，如失聯超過三個月、拒絕再接受治療等。
2. 經醫師評估已可自行照護者。
3. 個案未執行本方案管理照護超過 1 年者。

三、品質資訊之登錄及監測：特約醫療院所應依保險人規定內容(如附表四)，登錄相關品質資訊。

四、醫療費用審查：

(一) 申報原則：

1. 醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法規定辦理。
2. 門診及住院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 P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C 者，於申報費用時，門診醫療服務點數清單之案件分類應填『E1』、特定治療項目代號(一)應填『E4』；住院案件之醫療服務點數清單之給付類別則填寫「C」。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. 糖化血色素(HBA1C)及低密度脂蛋白(LDL)之任一病患檢驗值經保險人審查發現登載不實，將取消該年度之品質獎勵措施資格，並追扣該年度已核發之品質獎勵點數。如連續二年經保險人審查發現登載不實，自本署文到日之次月起，二年內不得再申報本章費用。

五、品質獎勵措施：

(一) 門檻指標：以申報本章費用之醫師為計算獎勵之單位，符合下列門檻指標目標值之醫師，方可進入品質獎勵之評比對象。

1. 新收案率：

- 定義：指當年度符合收案條件(最近 90 天曾在該院所診斷為糖尿病 (ICD-9-CM 前三碼為 250) 同院所就醫達 2 次(含)以上之病人)中，排除已被其他醫師收案且未結案或前曾經自己收案的人數後，新被收案的比率。
- 門檻目標值：醫師新收案率須 $\geq 30\%$ 以上，限第一階段照護醫師有申報新收案 P1407C 者。

2. 收案人數 ≥ 50 人。

(二) 品質加成指標

1. 個案完整追蹤率：

➢ 定義：

(1) 分母：當年度該院所由該醫師收案之所有個案當中，排除第 4 季新收案之人數。

(2) 分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之個案當中，於當年度該院所完成下列條件者，視為達成追蹤。

A. 已申報年度評估者 (P1409C 或 P1411C)，其申報當年度追蹤管理(P1408C 或 P1410C)次數達 3 次者。

B. 已申報新收案者 (P1407C)，視申報新收案之季別，完成下列追蹤管理次數者，視為達成追蹤。

a. 如為第 1 季申報新收案，其當年度追蹤管理+年度評估次數達 3 次者。

- b. 如為第 2 季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達 2 次者。
- c. 如為第 3 季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達 1 次者。
- (3)當年度同時申報新收案 (P1407C) 及年度評估 (P1409C 或 P1411C) 者，以申報新收案 (P1407C) 之季別，依第(2)項之 B 原則辦理。
2. HbA1C<7.0%比率(HbA1C 控制良好率)
- 定義：
- (1)分母：當年度該院所由該醫師收案之所有個案當中之完成當年度追蹤管理及年度評估次數，排除第 4 季新收案個案。
- (2)分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之收案當中，其 HbA1C<7.0% 之次數比率。
3. HbA1C>9.59.0%比率(HbA1C 不良率)
- 定義：
- (1)分母：當年度該院所由該醫師收案之所有收案當中之完成當年度追蹤管理及年度評估次數，排除第 4 季新收案個案。
- (2)分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之收案當中，其 HbA1C>9.5% 之次數比率。
4. LDL>130mg/dl 比率(LDL 不良率)
- 定義：(註：LDL 值係指年度評估之登錄值)
- (1)分母：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人次。
- (2)分子：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人次中，其 LDL>130mg/dl 之次數比率。
5. LDL<100mg/dl 比率(LDL 良率)
- 定義：(註：LDL 值係指年度評估之登錄值)
- (1)分母：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人次。
- (2)分子：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人次中，其 LDL<100mg/dl 之次數比率。

註：配合第二階段照護，年度評估者計算包含 P1409C 或 P1411C，追蹤管理計算包含 P1408C 或 P1410C。

(三) 品質卓越獎

- 依各醫師新收案率分為 2 組(以新收案率≤66.55%及>66.55%予區分，合計共分為 2 組)。
- 各組依上述收案完整追蹤率、HbA1C 控制良好率、HbA1C 不良率、及 LDL 不良率、LDL 良率等四五項指標比率分別排序(收案完整追蹤率、HbA1C 控制良好率及 LDL 良率為由高排至低；HbA1C 不良率及 LDL 不良率為由低排至高)，再將各指標之序別各乘上 1/4 1/5後相加重新排序，取排序總和前 25%之醫師，惟當年度新參與方案之醫師，須於次年方得參與品質獎勵評比，依該醫師所收個案中達成完整追蹤之個案數，每個個案數給予 1,000 點獎勵，當年度新收個案則依完整追蹤季數等比例支付。

➢ 收案人數定義：當年度該院所由該醫師申報新收案(P1407C)或年度評估(P1409C)之病人歸戶數(如個案僅申報追蹤管理，則將無法被歸戶為某醫師所收案之個案；如醫師有兼任情形則會依院所分別歸戶)。

(四) 品質進步獎

- 依前一年度之各組個案完整追蹤率、HbA1C 不良率、HbA1C 控制良好率及 LDL 不良率及 LDL 良率等四五項指標為基準年，計算品質獎勵進步獎，惟醫師需有全曆年之指標為基準年，當得於基準年後之次年參與品質獎勵進步獎之計算(即醫師需有 2 個完整全曆年申報本章費用)。

2. 門檻指標及品質加成指標計算方式同本通則五之(一)(二)規定。
3. 各組依兩年度之4.5項品質指標比率相減，4.5項品質指標中均需進步或持平，依該醫師所收個案中達成完整追蹤之個案數，每個個案數給予500點獎勵，當年度新收個案則依完整追蹤季數等比例支付，**並排除該年度品質卓越獎之得獎醫師**。
- (五) 品質進步獎與品質卓越獎，合計整體獎勵金額不得超過當年度糖尿病照護管理費用的30%。
- 六、本方案之疾病管理照護費用(P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C)及相關品質獎勵措施費用來源，由各總額別專款項目支應，保險人並得視費用支付情形，隨時召開會議研議修改本方案之相關內容。
- 七、資訊公開：保險人得公開申報本章之名單及相關品質資訊供民眾參考，其品質獎勵措施，將於保險人全球資訊網公開獲得品質獎勵金前25%之院所醫師人數，並於VPN系統中公開各組別每項品質指標之百分位25、50、75及100之指標值與各院所參與醫師門檻指標新收案率≥30%及收案人數≥50人之醫師各品質指標值，供參與醫師自行查詢與比較。
- 八、符合本章節之個案，若合併其它疾病且分屬保險人**本署**辦理之不同方案收案對象時，除依本章節支付標準申報外，得再依相關方案申報費用。
- 九、進入第二階段管理照護一年內不得再申報第一階段管理照護費P1408C、P1409C。

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
P1407C	糖尿病第一階段新收案管理照護費 註：1.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。 2. 地區醫院及 基層院所之團隊醫事人員如 可 為醫師加另一專業執行，則申報點數為本項點數之80%。	√	√	√	√	400 650
P1408C	糖尿病第一階段追蹤管理照護費 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。 2.申報新收案後至少須間隔7週才能申報本項，本項每年度最多申報三次，每次間隔至少 11 10週。 3. 地區醫院及 基層院所之團隊醫事人員如為醫師加另一專業執行，則申報點數為本項點數之80%。	√	√	√	√	200
P1409C	糖尿病第一階段年度評估管理照護費 註：1.照護項目詳附表三，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.申報追蹤管理後至少間隔 11 10週才能申報本項，本項限執行P1407C及P1408C合計達三次(含)以上者始得申報，本項每年度最多申報一次。 3. 地區醫院及 基層院所之團隊醫事人員如為醫師加另一專業執行，則申報點數為本項點數之80%。	√	√	√	√	800
P1410C	糖尿病第二階段追蹤管理照護費 註：1.照護項目參考附表二之檢驗項目，另得視病情需要進行衛教服務。除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.本項每年度最多申報三次，每次間隔至少 11 10週。	√	√	√	√	100

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
P1411C	糖尿病第二階段年度評估管理照護費 註：1.照護項目參考附表三之檢驗項目，另得視病情需要進行衛教服務。除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.申報追蹤管理後至少間隔 <u>11</u> 10週才能申報本項，本項限執行P1408C及P1410C追蹤合計達三次(含)以上者始得申報，本項每年度最多申報一次。	v	v	v	v	300

附表一 新收案診療項目參考表（適用編號 P1407C） Components of the initial visit

<p>1. 醫療病史 (Medical history)</p> <p>(1) 與診斷關聯之症狀、檢驗室結果 Symptoms, laboratory results related to diagnosis</p> <p>(2) 營養評估, 體重史 Nutritional assessment, weight history</p> <p>(3) 過去及現在治療計畫 Previous and present treatment plans</p> <p>A. 藥物 Medications</p> <p>B. 營養治療 Medical Nutrition Therapy</p> <p>C. 病人自主管理訓練 Self-management training</p> <p>D. 血糖自我管理及其使用結果 SMBG and use of results</p> <p>(4) 現在治療執行方案 Current treatment program</p> <p>(5) 運動史 Exercise history</p> <p>(6) 急性併發症 Acute complications</p> <p>(7) 感染病史 History of infections</p> <p>(8) 慢性糖尿病併發症 Chronic diabetic complications</p> <p>(9) 藥物史 Medication history</p> <p>(10) 家族史 Family history</p> <p>(11) 冠狀動脈心臟病危險因素 CHD risk factors</p> <p>(12) 心理社會/經濟因素 Psychosocial/economic factors</p> <p>(13) 菸酒之使用 Tobacco and alcohol use</p>	<p>2. 身體檢查 (Physical examination)</p> <p>(1) 身高與體重 Height and weight</p> <p>(2) 血壓 Blood pressure</p> <p>* (3) 23501C 眼底鏡檢 Ophthalmoscopic examination (視網膜散瞳檢查; 散瞳劑內含) 或 23502C 眼底攝影; 惟如由眼科專科醫師執行間接式眼底鏡檢查(23702C), 則不需再執行上述項目。</p> <p>(4) 甲狀腺觸診 Thyroid palpation</p> <p>(5) 心臟檢查 Cardiac examination</p> <p>(6) 脈搏評值 Evaluation of pulses</p> <p>(7) 足部檢查 Foot examination</p> <p>(8) 皮膚檢查 Skin examination</p> <p>(9) 神經學檢查 Neurological examination</p> <p>(10) 口腔檢查 Oral examination</p> <p>(11) 性成熟度評估 (如屬青春前期後) Sexual maturation (if peripubertal)</p>
<p>3. 檢驗室評值 (Laboratory evaluation)</p> <p>※(1)09005C 空腹血漿葡萄糖或微血管血糖 Fasting plasma glucose or capillary blood sugar</p> <p>※(2)09006C 糖化血紅素 HbA1C</p> <p>※(3)空腹血脂 Fasting lipid profile (09001C 總膽固醇 cholesterol, total, 09004C 三酸甘油酯 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)</p> <p>※(4)09015C 血清肌酸酐 Serum creatinine</p> <p>※(5)09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉胺基酶 SGPT (or ALT)</p> <p>※(6)06013C 尿液分析 (尿生化檢查) Urine biochemistry examination</p> <p>※(7)12111C 微量白蛋白 (ACR) Microalbumin (Nephelometry)</p> <p>□ (8)13007C 細菌培養鑑定檢查 (視情況而定) Urine culture (if indicated)</p> <p>□ (9)27004C 甲狀腺刺激素放射免疫分析 (第一型病人) TSH (type 1 patients)</p> <p>□ (10)18001C 心電圖(成人) Electrocardiogram (adults)</p>	<p>4. 管理計畫 (Management Plan)</p> <p>(1) 短期與長期目標 Short- and long-term goals</p> <p>(2) 藥物 Medications</p> <p>(3) 營養治療 Medical nutrition therapy</p> <p>(4) 生活型態改變 Lifestyle changes</p> <p>(5) 自主管理教育 Self-management education</p> <p>(6) 監測接受指導遵循度 Monitoring instructions</p> <p>* (7) 年度轉診至眼科專科醫師 (視情況而定) Annual referral to eye specialist (if indicated)</p> <p>(8) 其他專科醫師會診 (視情況而定) Specialty consultations (as indicated)</p> <p>(9) 同意接受持續性支持或追蹤的約定 Agreement on continuing support / follow-up</p> <p>(10) 協助預約流行感冒疫苗 (influenza vaccine) 接種 (視個別院所情況而定)</p>
<p>5. 糖尿病自主管理教育 (Diabetes Self-management Education)</p>	
<p>(1) 糖尿病自主管理教育 (Diabetes Self-management Education, DSME): 由糖尿病人和衛教人員共同參與的一種互動的、整合式及進行中的過程, 包括: a) 個體特殊教育需求的評估; b) 確認個體特殊的糖尿病自主管理目標之設定; c) 依個別的糖尿病自主管理目標進行教育及促進行為改變上的介入; d) 依個別的糖尿病自主管理目標進行評價。</p> <p>(2) 建議標準如下:</p> <p>A. 結構面: 病歷紀錄應包括: a) 描述糖尿病疾病過程及治療之選項; b) 營養管理之整合; c) 日常身體活動之整合; d) 針對治療效益來利用藥物 (必要時) 的情形; e) 血糖監測、尿酮 (必要時) 及運用相關檢驗數據來改善急性合併症之預防、偵測與治療之情形; f) 慢性合併症之預防 (由減少危險行為著手)、偵測及治療之情形; g) 生活型態改變—個人問題的診斷; h) 以促進健康為主來設定的目標, 及日常生活中問題解決的方式; i) 與日常生活中心理社會調適之整合; j) 懷孕婦女及妊娠性糖尿病的管理 (含 preconception care)。</p> <p>B. 過程面: 病歷紀錄應包括: 個案評估、衛生教育計畫、介入、評價及定期追蹤之情形, 並記錄衛教人員、醫師及轉診資源等醫療團隊之整體式照護。</p> <p>C. 結果面: 提供糖尿病自主管理教育的單位或機構, 應進行持續性品質改善計畫, 以結果面來評估衛生教育之效益及提出品質改善的機會。</p>	

註

- 參照中華民國糖尿病學會「2010 糖尿病臨床照護指引」。
- 表列檢驗、檢查與服務項目中,「※」及「*」註記表示為診療指引建議必要執行診療項目,「□」註記表示為診療指引建議得視病人病情 (if indicated) 為選擇性執行項目。
- 本表所列項目除有「※」、「*」及「□」註記項目得另行核實申報費用以外, 餘均內含於 P1407C 所訂費用之內, 不得另行重複申報。
- 糖尿病學會建議若糖尿病人尿液常規檢查若未驗出蛋白尿, 可加做微量白蛋白檢查, 將微量白蛋白改為有條件式之必要檢查項目(註: 尿液常規檢查未驗出蛋白尿者。)

附表二 追蹤管理診療項目參考表 (適用編號 P1408C)
Potential components of continuing care visits

<p>1. 醫療病史 (Medical history)</p> <p>(1) 評估治療型態 Assess treatment regimen</p> <p>A. 低或高血糖之頻率/嚴重度 Frequency/severity of hypo-/hyperglycemia</p> <p>B. 自我血糖監測結果 SMBG results</p> <p>C. 病人治療型態之調整 Patient regimen adjustments</p> <p>D. 病人接受專業指導遵循度之問題 Adherence problems</p> <p>E. 生活型態改變 Lifestyle changes</p> <p>F. 併發症的症狀 Symptoms of complications</p> <p>G. 其他醫療疾病 Other medical illness</p> <p>H. 藥物 Medications</p> <p>I. 心理社會方面 Psychosocial issues</p> <p>J. 菸酒之使用 Tobacco and alcohol use</p>	<p>2. 身體檢查 (Physical examination)</p> <p>(1) 每次常規性糖尿病回診 Every regular diabetes visit</p> <p>A. 體重 weight</p> <p>B. 血壓 Blood pressure</p> <p>C. 先前的身體檢查之異常點 Previous abnormalities on the physical exam</p> <p>(2) 足部檢查 (視情況而定): 足部狀況屬高危險性者需增加檢查次數 Foot examination (if indicated): more often in patients with high-risk foot conditions</p>
<p>3. 檢驗室評值 (Laboratory evaluation)</p> <p>※(1)09006C 糖化血紅素 HbA1C</p> <p>A. 三個月一次為原則,須配合初診及年度檢查的結果追蹤 (Quarterly if treatment changes or patient is not meeting goals)</p> <p>B. 如病情穩定一年至少二次 (At least twice per year if stable)</p> <p>※ (2)09005C 空腹血漿葡萄糖或微血管血糖 Fasting plasma glucose or capillary blood sugar</p>	<p>4. 管理計畫評值 (Evaluation of Management Plan)</p> <p>(1) 短期與長期目標 Short- and long-term goals</p> <p>(2) 藥物 Medications</p> <p>(3) 血糖 Glycemia</p> <p>(4) 低血糖之頻率/嚴重度 Frequency/severity of hypoglycemia</p> <p>(5) 血糖自我管理結果 SMBG results</p> <p>(6) 併發症 Complications</p> <p>(7) 血脂異常之控制 Control of dyslipidemia</p> <p>(8) 血壓 Blood pressure</p> <p>(9) 體重 Weight</p> <p>(10) 營養治療 Medical Nutrition Therapy</p> <p>(11) 運動治療型態 Exercise regimen</p> <p>(12) 病人接受自主管理訓練之遵循度 Adherence to self-management training</p> <p>(13) 轉診之追蹤 Follow-up of referrals</p> <p>(14) 心理社會之調適 Psychosocial adjustment</p> <p>(15) 糖尿病知識 Knowledge of diabetes</p> <p>(16) 自主管理技能 Self-management skills</p> <p>(17) 戒菸 (若為抽菸者) Smoking cessation, if indicated</p> <p>(18) 協助預約流行感冒疫苗 (influenza vaccine) 接種 (視個別院所情況而定)</p>
<p>5. 糖尿病自主管理教育 (Diabetes Self-management Education)</p>	
<p>建議標準如下:</p> <p>A. 結構面: 按前次照護結果做追蹤應付, 病歷紀錄應包括: a) 描述糖尿病疾病過程及治療之選項; b) 營養管理之整合; c) 日常身體活動之整合; d) 針對治療效益來利用藥物 (必要時) 的情形; e) 血糖監測、尿酮 (必要時) 及運用相關檢驗數據來改善急性合併症之預防、偵測與治療之情形; f) 慢性合併症之預防 (由減少危險行為著手)、偵測及治療之情形; g) 生活型態改變一個人問題的診斷; h) 以促進健康為主來設定的目標, 及日常生活中問題解決的方式; i) 與日常生活中心理社會調適之整合; j) 懷孕婦女及妊娠性糖尿病的管理 (含 preconception care)。</p> <p>B. 過程面: 病歷紀錄應包括: 個案評估、衛生教育計畫、介入、評價及追蹤之情形, 並記錄衛教人員、醫師及轉診資源等醫療團隊之整體式照護。</p> <p>C. 結果面: 提供糖尿病自主管理教育的單位或機構, 應進行持續性品質改善計畫, 以結果面來評估衛生教育之效益及提出品質改善的機會。</p>	

註:

- 參照中華民國糖尿病學會「2010 糖尿病臨床照護指引」。
- 表列檢驗及服務項目中,「※」及「*」註記表示為診療指引建議必要執行診療項目。
- 本表所列項目除有「※」、「*」註記項目得另行核實申報費用以外,餘均內含於 P1408C、P1410C 所訂費用之內,不得另行重複申報。

附表三 年度檢查診療項目參考表（適用編號 P1409C）
Potential components of continuing care visits (annual exam)

<p>1. 醫療病史 (Medical history)</p> <p>(1) 評估治療型態 Assess treatment regimen</p> <p>A. 低或高血糖之頻率/嚴重度 Frequency/severity of hypo-/hyperglycemia</p> <p>B. 自我血糖監測結果 SMBG results</p> <p>C. 病人治療型態之調整 Patient regimen adjustments</p> <p>D. 病人接受專業指導遵循度之問題 Adherence problems</p> <p>E. 生活型態改變 Lifestyle changes</p> <p>F. 併發症的症狀 Symptoms of complications</p> <p>G. 其他醫療疾病 Other medical illness</p> <p>H. 藥物 Medications</p> <p>I. 心理社會方面 Psychosocial issues</p> <p>J. 菸酒之使用 Tobacco and alcohol use</p>	<p>2. 身體檢查 (Physical examination)</p> <p>(1) 年度身體檢查 Physical examination annually</p> <p>* (2) 23501C 年度散瞳眼睛檢查 Dilated eye examination annually 或 23502C 眼底攝影；惟如由眼科專科醫師執行間接式眼底鏡檢查(23702C)，則不需再執行上述項目。</p> <p>(3) 每次常規性糖尿病回診 Every regular diabetes visit</p> <p>A. 體重 weight</p> <p>B. 血壓 Blood pressure</p> <p>C. 先前身體檢查之異常點 Previous abnormalities on the physical exam</p> <p>(4) 年度足部檢查：足部狀況屬高危險性者需增加檢查次數 Foot examination annually; more often in patients with high-risk foot conditions</p>
<p>3. 檢驗室評值 (Laboratory evaluation)</p> <p>※(1) 09006C 糖化血紅素 HbA1C</p> <p>※(2) 09005C 空腹血漿葡萄糖或微血管血糖 Fasting plasma glucose or capillary blood sugar</p> <p>※(3) 年度空腹血脂 Fasting lipid profile annually, unless low risk (09001C 總膽固醇 cholesterol, total、09004C 三酸甘油酯 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)</p> <p>※(4) 09015C 血清肌酸酐 Serum creatinine</p> <p>※(5) 09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉胺基酶 SGPT (or ALT)</p> <p>※(6) 06013C 尿液分析 (尿生化檢查) Urine biochemistry examination</p> <p>※(7) 12111C 微量白蛋白(ACR) Microalbumin (Nephelometry)</p> <p>□ (8) 18001C 心電圖(成人)Electrocardiogram (adults)</p>	<p>4. 管理計畫評值 (Evaluation of Management Plan)</p> <p>(1) 短期與長期目標 Short- and long-term goals</p> <p>(2) 藥物 Medications</p> <p>(3) 血糖 Glycemia</p> <p>(4) 低血糖之頻率/嚴重度 Frequency/severity of hypoglycemia</p> <p>(5) 血糖自我管理結果 SMBG results</p> <p>(6) 併發症 Complications</p> <p>(7) 血脂異常之控制 Control of dyslipidemia</p> <p>(8) 血壓 Blood pressure</p> <p>(9) 體重 Weight</p> <p>(10) 營養治療 Medical Nutrition Therapy</p> <p>(11) 運動治療型態 Exercise regimen</p> <p>(12) 病人接受自主管理訓練之遵循度 Adherence to self-management training</p> <p>(13) 轉診之追蹤 Follow-up of referrals</p> <p>(14) 心理社會之調適 Psychosocial adjustment</p> <p>(15) 糖尿病知識 Knowledge of diabetes</p> <p>(16) 自主管理技能 Self-management skills</p> <p>(17) 戒菸 (若為抽菸者) Smoking cessation, if indicated</p> <p>(18) 協助預約流行感冒疫苗 (influenza vaccine) 接種 (視個別院所情況而定)</p>
<p>5. 糖尿病自主管理教育 (Diabetes Self-management Education)</p> <p>建議標準如下：</p> <p>A. 結構面：按前次照護結果做追蹤應對，病歷紀錄應包括：a)描述糖尿病疾病過程及治療之選項；b)營養管理之整合；c)日常身體活動之整合；d)針對治療效益來利用藥物（必要時）的情形；e)血糖監測、尿酮（必要時）及運用相關檢驗數據來改善急性合併症之預防、偵測與治療之情形；f)慢性合併症之預防（由減少危險行為著手）、偵測及治療之情形；g)生活型態改變—個人問題的診斷；h)以促進健康為主來設定的目標，及日常生活中問題解決的方式；i)與日常生活中心理社會調適之整合；j)懷孕婦女及妊娠性糖尿病的管理（含 preconception care）。</p> <p>B. 過程面：病歷紀錄應包括：個案評估、衛生教育計畫、介入、評價及追蹤之情形，並記錄衛教人員、醫師及轉診資源等醫療團隊之整體式照護。</p> <p>C. 結果面：提供糖尿病自主管理教育的單位或機構，應進行持續性品質改善計畫，以結果面來評估衛生教育之效益及提出品質改善的機會。</p>	

註：

1. 參照中華民國糖尿病學會「2010 糖尿病臨床照護指引」。
2. 表列檢驗、檢查與服務項目中，「※」及「*」註記表示為診療指引建議必要執行診療項目，「□」註記表示為診療指引建議得視病人病情（if indicated）為選擇性執行項目。
3. 本表所列項目除有「※」、「*」及「□」註記項目得另行核實申報費用以外，餘均內含於 P1409C、P1411 所訂費用之內，不得另行重複申報。

附表四 個案登錄系統必要欄位簡化表

一、新收案(P1407C) (建立病人基本資料後，病人身分證號、病人姓名、醫師ID、醫師姓名等欄位會自動帶出)

必填欄位：

- 1.新收案日期
- 2.基本檢查數據：收縮壓、舒張壓
- 3.Blood檢驗：檢查日期、HbA1c、Glucose(AC)、LDL、TG、Creatinine、eGFR
- 4.Urine檢驗：檢查日期、Urine microalbumin、Urine Routine(二者可視情形擇一填報)
- 5.眼睛檢查及病變：正常、異常、未做
- 6.足部檢查：右腳正常(Y、N) 左腳正常(Y、N)

二、追蹤管理(P1408C、P1410C) (病人身分證號、病人姓名、醫師ID、醫師姓名、複診次數等欄位會自動帶出)

必填欄位：

- 1.追蹤管理日期
- 2.Blood檢驗：檢查日期、HbA1c、Glucose(AC)

三、年度評估(P1409C、P1411C) (身分證號、病人姓名、醫師ID、醫師姓名、複診次數等欄位會自動帶出)

必填欄位：

- 1.年度評估日期
- 2.基本檢查數據：收縮壓、舒張壓
- 3.Blood檢驗：檢查日期、HbA1c、Glucose(AC)、LDL、TG、Creatinine、eGFR
- 4.Urine 檢驗：檢查日期、Urine microalbumin、Urine Routine(二者可視情形擇一填報)
- 5.眼睛檢查及病變：正常、異常、未做
- 6.足部檢查：右腳正常(Y、N) 左腳正常(Y、N)

※eGFR 線上計算：台灣腎臟醫學會「腎利人生網站」<http://kidney.tsn.org.tw> 點選「腎病指標」，輸入性別、年齡、血液 Creatinine 值即可線上計算。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

第十三項 超音波檢查 Sonography

通則：須將診斷結果附於病歷，申報費用應檢附報告。(19001-19018)

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
19005C 19005B	其他超音波 Echo for others 註：1.本節未列之超音波檢查，得以本項申報2.兒童 加成項目。	v	v	v	v	600

102 年第 2 次支付標準共同擬訂會議-新增診療項目意見及財務影響評估彙整表--同意項目

項次	中文項目名稱	目的	建議事項				健保署說明			
			申請單位	原建議支付點數	102 年 5 月 9 日以台胸學會芹字第 1020178 號函重新建議支付點數	預估一年執行總次數	綜整專家意見	102 年第 1 次共同擬訂會議建議支付點數	本次會議建議支付點數	預估年增加點數 (億元)
1	支氣管鏡螢光透視檢查(含支氣管鏡檢查費用) Bronchofluoroscopy	為肺週邊病灶經螢光導引定位後之切片 (biopsy)、刷拭 (brushing)、沖洗 (washing, lavage) 的導引, 加強周邊型肺病變之診斷率。	台灣胸腔暨重症加護醫學會	3,000	7,700	2,112	<p>一、本項前於 102 年 3 月 28 日本共同擬訂會議提案討論, 依會議決議, 函請台灣胸腔暨重症加護醫學會, 並依 102 年 5 月 9 日以台胸學會芹字第 1020178 號函所提內容, 重新檢視中英文名稱、成本、適應症等資料。</p> <p>二、建議支付點數: 按本署 100 年 RBRVS 評量結果之成本參數校正, 建議支付點數 4,872 點。</p> <p>三、建議適應症: 支氣管鏡直接目視下不可見之為肺週邊病灶, 並經螢光導引定位進行之切片 (biopsy)、刷拭 (brushing)、沖洗 (washing, lavage)。</p> <p>四、預估執行數量: 同提案單位。</p> <p>五、預估費用: 以提案單位建議年執行數量 2,112 件推估增加支出約 0.1 億元。</p> <p>六、不得與 28006C 支氣管鏡檢查合併申報。</p>	2,321	4,872	0.10

項次	中文項目名稱	目的	建議事項				健保署說明			
			申請單位	原建議支付點數	102年5月9日以台胸學會芹字第1020178號函重新建議支付點數	預估一年執行總次數	綜整專家意見	102年第1次共同擬訂會議建議支付點數	本次會議建議支付點數	預估年增加點數(億元)
2	內視鏡冷凍治療(含內視鏡檢查費用) Endoscopic Cryotherapy	借由急速將探頭溫度下降至零度以下，甚至到-50度，借著低溫結凍的作用，將異物或組織黏於探頭之上，即可以移除或切下。或利用低溫冷凍造成組織的壞死以清除或控制氣道狹窄的病況。	台灣胸腔暨重症加護醫學會	3,500	5,500	523	<p>一、本項前於102年3月28日本共同擬訂會議提案討論，依會議決議，函請台灣胸腔暨重症加護醫學會，並依102年5月9日以台胸學會芹字第1020178號函所提內容，重新檢視中英文名稱、成本、適應症等資料。</p> <p>二、建議支付點數：按本署100年RBRVS評量結果之成本參數校正，建議支付點數3,655點。</p> <p>三、建議適應症： (1)氣管、支氣管內病灶之切片(biopsy) (2)氣管、支氣管內異物之移除 (3)氣管、支氣管狹窄、肉芽之處置</p> <p>四、預估執行數量：同提案單位。</p> <p>五、預估費用：以提案單位建議年執行數量523件*最大療程數3推估增加支出約0.06億元。</p>	2,573	3,655	0.06

項次	中文項目名稱	目的	建議事項				健保署說明			
			申請單位	原建議支付點數	102年5月9日以台胸學會芹字第1020178號函重新建議支付點數	預估一年執行總次數	綜整專家意見	102年第1次共同擬訂會議建議支付點數	本次會議建議支付點數	預估年增加點數(億元)
3	複雜性血管整形術 P.T.A. (percutaneous transluminal angiography): complex	提供周邊血管內介入性治療。	中華民國心臟學會及臺灣介入性心臟血管學會	35,254		為現行支付標準 33074B 執行數量之 20% 推估，9,286。	一、按臺灣介入性心臟血管醫學會」100年9月30日以台介心(典)字第1000244號函提請新增本項診療項目及中華民國心臟醫學會建議支付標準編號33074B拆分為單純與複雜二項診療項目辦理。 二、建議支付點數：按本署100年RBRVS評量結果，建議支付點數17,327點。 三、預估執行數量：按101年33074B申報醫令量46,430*20%=9,286。 四、預估費用：增加支出約0.6億元【=(新增複雜血管整形術17,327點*9,286=1.6億點)-(原血管整形術10,800點*9,286=1億點)】。 五、相關規範註記同33074B。 六、現行支付標準編號33074B「血管整形術(P.T.A.)、支付10,800點」，併同修訂中英文名稱為「單純性血管整形術 P.T.A. (percutaneous transluminal angiography): simple」。		17,327	0.60

項次	中文項目名稱	目的	建議事項			健保署說明				
			申請單位	原建議支付點數	102年5月9日以台胸學會芹字第1020178號函重新建議支付點數	預估一年執行總次數	綜整專家意見	102年第1次共同擬訂會議建議支付點數	本次會議建議支付點數	預估年增加點數(億元)
4	高危險妊娠住院診察費	反映婦產科醫師照護高危險性妊娠孕婦投入心勞，提升醫療照護品質。	台灣婦產科學會	4,332		10,000	<p>一、按台灣婦產科醫學會102年1月7日以台婦醫會總字第102005號函暨102年4月17日以台婦醫會總字第102075號函申請新增修診療項目辦理。</p> <p>二、台灣婦產科醫學會原建議新增「高危險妊娠醫師照護費(不超過20天)」，為反映婦產科醫師照護高危險性妊娠孕婦投入心勞，同意新增本項診療項目並更改名稱為「高危險妊娠住院診察費」。</p> <p>三、建議支付點數：考量高危險妊娠孕婦照護之風險介於加護病房及一般病房病患間，建議支付點數為450點。</p> <p>四、預估執行數量：按台灣婦產科醫學會建議之高危險性妊娠適應統計，申報高危險性妊娠歸戶人數約10,836人。</p> <p>五、預估費用：將增加健保支出0.4億元(以建議支付點數450點*執行人數10,836人*101年申報高危險妊娠個案每一案件平均住院天數每人平均住院天數約8天)。</p> <p>六、適應症： (1) 妊娠22周至32周早產病患、(2) 40歲以上初產婦、(3) BMI\geq35之初產婦、(4) 嚴重妊娠高血壓、(5) 前置胎盤患者、(6) 多胞胎、(7) 胎兒生長遲緩或胎兒發育異常者(IUGR)或胎盤功能異常者、(8) 妊娠合併內科科病：心臟病、糖尿病、甲狀腺疾病、腎臟疾病(NS,IgA,ESRD)、免疫性疾病(SLE)、血小板低下症、(9) 白血病、(10) 血友病(Coagulopathy)、(11) 愛滋病、(12) 產後大出血者、(13) 胎盤早期剝離、(14) 合併接受外科手術者、(15) 雙胞胎輸血症候群。</p>		450	0.40
健保增加支出合計										1.16

102 年第 2 次支付標準共同擬訂會議-新增及修訂支付標準之意見彙整
表--不同意項目

建議 項次	中文項目名稱	目的	建議事項			健保署
			申請 單位	建議 支付 點數	預估一年執 行總次數	說明
1	高危險妊娠轉診照護費	提高孕產婦照護品質，能及時轉診後送，提供良好醫療照護。	台灣 婦產 科醫 學會	7,940	8000*2= 16,000	支付標準之新增修，需考量各專科間之衡平性，轉診照護非僅發生於婦產科，於其他科別間均會發生，不建議增列。
2	高危險妊娠分娩醫師照護費用（不超過 8 天）	高危險妊娠生產及產後照護，提生產科照護品質。		5,668	3000*8 （天）= 24,000	DRG 已按有無合併症及併發症、有無複雜診斷分組，產婦生產之疾病複雜度，已經於 DRG 中呈現，不宜再新增。
3	生產費用非常規時間加計 （6-8AM）、（5-10PM）	增加 1.3 夜間醫院到院接生費用。		11,573	50,000	此 2 項屬夜間加成費用，恐有涉及孕產婦自行要求剖腹產與我國民俗風情如依時辰執行剖腹生產，以及考量醫療之不確定性，且該等情形非僅發生於婦產科，需審慎通盤考量科別間支付之衡平性與適當性，及對健保財務之衝擊。
4	生產費用非常規時間加計 （10PM-06AM）、（例假日）	增加 1.5 夜間醫院到院接生費用。		13,353	50,000	
5	新生兒科醫師緊急照護費	目前兒科緊急照護並無相關給付，緊急兒科照護可改善新生兒醫療品質及存活。		2,758	10,000	1.支付標準已有表列 57114C「自然生產新生兒照護費（每人次）、支付 2000 點」及 57115C「剖腹生產新生兒照護費（每人次）、支付 3500 點」，係包含診察費、護理費、嬰兒床及各種處置費等。 2.本署為反映婦產科醫師投入之辛勞，已於 101 年 9 月 13 日以健保醫字第 1010051715 號公告並追溯自 101 年 1 月 1 日實施，自然生產及剖腹生產之新生兒照護費，各調升 1,000-1,500 點，健保支出 1.59 億元。 3.基於支付之公平性，不建議增列。

建議項次	中文項目名稱	目的	建議事項			健保署
			申請單位	建議支付點數	預估一年執行總次數	說明
6	待產中醫師照護費	產婦於待產過程中，並無給付待產醫師投入費用。		31,654	200,000	1.待產過程係屬於生產過程之一，健保支付標準反映婦產科醫師投入心力，自全民健康保險開辦以來，即於支付標準給付生產相關診療項目包含陰道生產及剖腹生產，反映待產之醫師投入照護孕婦之心力。 2.自健保開辦以來，歷經8次支付點數調整，至98年陰道生產支付點數之調幅已超過100%，以醫學中心為例調幅為113.74%（自17,000點調高至98年的36,335點）、剖腹產費用亦也有23.74%調幅（自29,500點調高至98年的36,335點）。
7	器械生產費用(真空吸引生產及產鉗生產)	可用於產程延長、胎兒窘迫、母親疲憊無法自然生產，可減少不必要之剖腹生產。		4,405	20,000	「Tw-DRGs 全民健康保險住院診斷關聯群」，支付點數係以診斷碼與處置碼分組，並依過去醫界提供服務之數據為基礎，計算本署給付醫院之點數，與生產相關之9項DRG分組已分別包含正常分娩與非正常分娩（含待產、胎盤人工娩出、產後出血疾患照護、胎盤前置剖腹生產、真空吸引生產等）之各種情形在內。
8	胎盤人工娩出費	因人工娩出胎盤為高風險之醫療行為，可改善產後大出血情形。		2,976	10,000	
9	產後大出血	穩定產後大出血的病人生命徵象，止住大出血，可挽救病人生命。		15,000	2,000	支付標準55015C產後出血止血術及支付標準81028C「前置胎盤或植入性胎盤之剖腹生產」，已列為102年婦產科支付標準調整項目之一。
10	前置胎盤或植入性胎盤之剖腹產	調高現行支付標準81028C「前置胎盤或植入性胎盤之剖腹生產」支付點數。		61,668	1,329 (未提供，按101年支付標準81028C門住診申報醫令量之執行量)	

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

第二節 住院診察費

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	修訂說明
02024B	<p>高危險妊娠住院診察費</p> <p>註：</p> <p>適應症：</p> <p>(1) 妊娠 22 周至 32 周早產病患、(2) 40 歲以上初產婦、(3) BMI\geq35 之初產婦、(4) 嚴重妊娠高血壓、(5) 前置胎盤患者、(6) 多胞胎、(7) 胎兒生長遲緩或胎兒發育異常者(IUGR)或胎盤功能異常者、(8) 妊娠合併內科科病：心臟病、糖尿病、甲狀腺疾病、腎臟疾病(NS,IgA,ESRD)、免疫性疾病(SLE)、血小板低下症、(9) 白血病、(10) 血友病(Coagulopathy)、(11) 愛滋病、(12) 產後大出血者、(13) 胎盤早期剝離、(14) 合併接受外科手術者、(15) 雙胞胎輸血症候群。</p>		Y	Y	Y	450	新增

第二章 特定診療

第一節 檢查 Laboratory Examination

第二十一項 內視鏡檢查 Endoscopy Examination (28001-28039)

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	修訂說明
28039B	<p>支氣管鏡螢光透視檢查 (含支氣管鏡檢查費用)</p> <p>Bronchofluoroscopy</p> <p>註：</p> <p>1.適應症：支氣管鏡直接目視下不可見之為肺週邊病灶，並經螢光導引定位進行之切片 (biopsy)、刷拭 (brushing)、沖洗 (washing, lavage)。</p> <p>2.不得與 28006C 支氣管鏡檢查合併申報。</p>		Y	Y	Y	4872	新增

第二節 放射線診療 X-RAY

二、特殊造影檢查 Scanning (33001-33133)

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	修訂說明
33074B	<u>單純性血管整形術</u> P.T.A. (percutaneous transluminal angiography): <u>simple</u>		v	v	v	10800	修訂
<u>33115B</u>	<u>複雜性血管整形術</u> P.T.A. (percutaneous transluminal angiography): <u>complex</u> 註：1.應有血管造影設備並報經保險人同意後實施。 2.包括選擇性血管造影 (Including selective angiography)。 3.施行「血管整形術」原則上應已含括「四肢動靜脈造影33048B」，惟如因病情需要屬不同側時，得分別申報，其他特殊案例，則由專業審查認定。		v	v	v	<u>17327</u>	新增

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

第一項 處置費 Treatment

十、外科處置 General Surgery Treatment (56001-56038)

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	修訂說明
<u>56038B</u>	<u>內視鏡冷凍治療</u> <u>Endoscopic Cryotherapy</u> 註： <u>1.適應症：</u> <u>(1)氣管、支氣管內病灶之切片 (biopsy)。</u> <u>(2)氣管、支氣管內異物之移除。</u> <u>(3)氣管、支氣管狹窄、肉芽之處置。</u>		v	v	v	<u>3655</u>	新增

行政院衛生署中央健康保險局 函

機關地址：台北市信義路3段140號

傳真：(02)27026324

聯絡人及電話：王玲玲(02)27065866轉2693

電子信箱：A110622@nhi.gov.tw

受文者：

發文日期：中華民國102年5月29日

發文字號：健保醫字第1020033170號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：見說明

主旨：為增修訂102年醫院總額「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」乙案，陳請 鑒核。

說明：

- 一、依據本局102年5月7日召開之102年第3次「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」討論會會議結論辦理（附件1）。
- 二、為辦理102年醫院總額25億專款用於提升住院護理照護品質方案，本局與中華民國護理師護士公會全國聯合會及台灣醫院協會，經過3次開會協商，均無法達成修訂共識，爰將三單位之建議草案，併陳提報 鈞署核定。
- 三、茲就三方草案增修訂重點內容，分述如下：
 - (一)中華民國護理師護士公會全國聯合會（草案）（附件2）
 - 1、品質指標報告部分，款項分配維持原0.5億元。
 - 2、通過醫院評鑑人力標準部分：
 - (1)款項分配由原12億元增加至17億元。
 - (2)住院護理費加成由原6%、7%及9%變成8%、9%及12%。
 - (3)評鑑人力標準計算公式詳附件2之P2-5。

3、補助新增護理人員數部分，款項分配維持原7.5億元，實習護士仍應納入補助新增護理人員數之計算。

4、人力監測指標：

(1)102年底執登護理人員數較101年底執登護理人員數增加1,500人。

(2)102年底醫院評鑑人力基準1.3.7之C1~C9的護理人員數較101年底之C1~C9的護理人員數增加1,000人。

(二)台灣醫院協會(草案)(詳附件3)

1、有鑑於過去已執行之提升住院護理照護品質方案，已實質增加醫院成本，主張應適當回補於一般服務項目預算，爰此，原屬101年編列且已執行之20億元預算擬用於調整住院護理費支付標準，調整之項目如下：

(1)一般病床-護理費(03026K、03027A、03029B)。

(2)急性精神一般病床-護理費(03058K、03059A、03060B)。

(3)經濟病床-護理費(03030K、03031A、03033B)。

(4)急性精神經濟病床-護理費(03064K、03065A、03066B)。

(5)慢性病床-護理費(03070K、03071A、03072B)。

(6)新生兒中重度病床-護理費(03034K、03035A、03036B)。

(7)急診處暫留床-護理費(03042A、03043B)。

(8)前述各項目各調增100點。

2、102年度新增之5億元預算，用以辦理「提升住院護理照護品質方案」其他項目，調增品質指標報告經費。

(三)本局草案(詳附件4)

- 1、品質指標報告，維持101年方案內容，預算0.5億元。
- 2、原101年方案，通過醫院評鑑人力標準乙項，修訂為調高「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」住院護理費支付標準，本項預算建議調整為17億元，相關預算回歸支付標準，納入醫院總額一般服務部門結算，惟醫院仍須配合登錄C1-C9護理人力資料（同101年方案），未登錄或登錄不完全者，追扣該院全年申報本次調高住院護理費支付標準項目差額點數費用，支付標準調增項目及護理費點數如下：
 - (1)一般病床-護理費（03026K、03027A、03029B），各調增76點。
 - (2)急性精神一般病床-護理費（03058K、03059A、03060B），各調增76點。
 - (3)經濟病床-護理費（03030K、03031A、03033B），各調增76點。
 - (4)急性精神經濟病床-護理費（03064K、03065A、03066B），各調增95點。
 - (5)慢性病床-護理費（03070K、03071A、03072B），各調增70點。
 - (6)嬰兒病床-護理費（03034K、03035A、03036B），各調增95點。
 - (7)急診處暫留床-護理費（03042A、03043B），各調增95點。
- 3、補助新增護理人員數乙項，支付經費維持7.5億元，實習護士不列入新增護理人員補助範圍。
- 4、增列人力監測指標乙節，應屬可行，相關監測指標，建議可採中華民國護理師護士公會全國聯合會建議項

目1予以監測。

四、本局方案與台灣醫院協會之方案皆主張部分預算用於調整住院護理費之支付標準，僅調整額度不同，而護理師護士公會則主張比照101年方案，依通過醫院評鑑人力標準予以住院護理費加成給付。

正本：行政院衛生署

副本：中華民國護理師護士公會全國聯合會、台灣醫院協會、本局醫務管理組（均含附件）

102 年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」(草案)

中華民國護理師護士公會全國聯合會

壹、依據：

依據行政院衛生署101年12月25日衛署健保字第1027500069號核定函辦理。

貳、預算：102年度醫院醫療給付費用總額及其分配，專款編列25億元。

參、目的：鼓勵醫院重視護理照護，增加護理人力配置，提高住院病人醫療照護品質。

肆、對象：屬醫院總額範圍內有申報住院護理費之特約醫療院所。

伍、支付方式：依是否提報品質指標報告，通過醫院評鑑人力標準之護理人力配置狀況及新增護理人員數予以鼓勵或獎勵。

一、品質指標報告，全年預算0.5億元

醫院於每季次月20日前填報前季出院病人數中曾發生跌倒意外人數、院內感染、壓瘡發生人數、出院病人數、該院年資3個月以上護理人員離職率與該院2年以上年資護理人員比率，並於每年2月20日及8月20日前填報1次住院護理服務滿意度，每半年結算1次，每次支給5萬元。

二、通過醫院評鑑人力標準，全年預算17億元

以醫院評鑑人力基準1.3.7之C1~C9的護理人力作標準(精神專科醫院採用精神科醫院評鑑6.1.2.2護理人力作標準、慢性醫院依設置標準)，達到C、B、A標準之醫院以每月申報住院護理費(全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第一章第三節各類病床護理費)支付標準加成獎勵。

(一) 通過醫院評鑑人力評定方式如下：

1. 評鑑人力標準計算公式

評鑑層級	條文評量項目「C」	計算公式「C」
醫學中心	申請醫學中心評鑑者： (1)應有專任護產人員每2床至少1名。 (2)下列單位人員：(依單位實際使用數計)	護產人員： ◆ $C1' = (\text{急性一般病床} \times \text{急性一般病床佔床率}) + (\text{急性精神病床} \times \text{急性精神})$

評鑑層級	條文評量項目「C」	計算公式「C」
	<p>①手術室：每班每台 2.5 名。 ②手術恢復室、觀察室：每班每床 0.5 名。 ③產房及待產室：每床 2 名。 ④嬰兒室：每床 0.4 名。 ⑤門診：每班每診療室 0.5 名。 ⑥血液透析室：每 4 人次 1 名。 ⑦燒傷病房及嬰兒病房：每床應有 1.5 人以上。 ⑧精神科日間照護單位，每 15 名服務量應有 1 人以上。</p> <p>備註： a. 護產人員包括護理師、護士、助產師及助產士，並應辦理執業登記；護佐、照顧服務員、書記等不列計。 b. 病床數以急性病床數計：指急性一般病床及急性精神病床，並依實際登記病床數計。 c. 人力計算時應考量年平均佔床率，且四捨五入取至整位數，但不得低於醫療機構設置標準之規定。</p>	<p>病床佔床率)</p> <p>▲$C1=C1' \div 2$ $C2$(手術室)=每班每台×2.5 $C3$(手術恢復室、觀察室)=每班每床×0.5 $C4$(產房及待產室)=每床×2 $C5$(嬰兒室)=每床×0.4 $C6$(門診)=每班每診療室×0.5 $C7$(血液透析室)=人次÷4 $C8$(燒傷病房及嬰兒病房)=每床×1.5 $C9$(精神科日間照護單位)=服務量÷15 ▲$C'=C2+C3+C4+C5+C6+C7+C8+C9$ $C=C1+C'$</p> <p>※數值運算取至小數點第一位 ▲表：小數點無條件進位至整數位 ■表：小數點無條件捨去至整數位 ◆表：小數點四捨五入取至整數</p>
區域醫院	<p>申請區域醫院評鑑者：</p> <p>(1)應有專任護產人員每 2.5 床至少 1 名。 (2)下列單位人員：(依單位實際使用數計) ①手術室：每班每台 2 名。 ②手術恢復室、觀察室：每班每床 0.5 名。 ③產房及待產室：每床 1.2 名。 ④嬰兒室：每床 0.4 名。 ⑤門診：每班每診療室 0.5 名。 ⑥血液透析室：每 4 人次 1 名。 ⑦燒傷病房及嬰兒病房：每床應有 1.5 人以上。 ⑧精神科日間照護單位，每 16 名服務量應有 1 人以上。</p> <p>備註： a. 護產人員包括護理師、護士、助產師及助產士，並應辦理執業登記；護佐、照顧服務員、書記等不列計。 b. 病床數以急性病床數計：指急性一般病床及急性精神病床，並依實際登記病床數計。 c. 人力計算時應考量年平均佔床率，且四捨五入取至整位數，但不得低於醫療機構設置標準之規定。</p>	<p>護產人員：</p> <p>◆$C1'=(急性一般病床 \times 急性一般病床佔床率) + (急性精神病床 \times 急性精神病床佔床率)$ ▲$C1=C1' \div 2.5$ $C2$(手術室)=每班每台×2 $C3$(手術恢復室、觀察室)=每班每床×0.5 $C4$(產房及待產室)=每床×1.2 $C5$(嬰兒室)=每床×0.4 $C6$(門診)=每班每診療室×0.5 $C7$(血液透析室)=人次÷4 $C8$(燒傷病房及嬰兒病房)=每床×1.5 $C9$(精神科日間照護單位)=服務量÷16 ▲$C'=C2+C3+C4+C5+C6+C7+C8+C9$ $C=C1+C'$</p> <p>※數值運算取至小數點第一位 ▲表：小數點無條件進位至整數位 ■表：小數點無條件捨去至整數位 ◆表：小數點四捨五入取至整數</p>
地區醫院	申請地區醫院評鑑者：	護產人員：

評鑑層級	條文評量項目「C」	計算公式「C」
	<p>(1)應有專任護產人員每4床至少1名。</p> <p>(2)設下列部門者，其人員應依其規定計數：</p> <p>①手術室：手術台應有2人以上。</p> <p>②手術恢復室、觀察室：每床應有1人以上。</p> <p>③產房：每產台應有2人以上。</p> <p>④嬰兒室：每床應有0.4人以上。</p> <p>⑤門診：每診療室應有0.5人以上。</p> <p>⑥血液透析室：每床應有0.25人以上。</p> <p>⑦燒傷病房及嬰兒病房：每床應有1.5人以上。</p> <p>⑧精神科日間照護單位，每20名服務量應有1人以上。</p> <p>備註：</p> <p>a.護產人員包括護理師、護士、助產師及助產士，並應辦理執業登記；護佐、照顧服務員、書記等不列計。</p> <p>b.病床數以急性病床數計：指急性一般病床及急性精神病床，並依實際登記病床數計。</p> <p>c.人力計算時應考量年平均佔床率，且四捨五入取至整位數，但不得低於醫療機構設置標準之規定。</p>	<p>▲C1=急性病床÷4</p> <p>C2≥2人(手術室：手術台)</p> <p>C3(手術恢復室、觀察室)=每床×1</p> <p>C4(產房)=每產台×2</p> <p>C5(嬰兒室)=每床×0.4</p> <p>C6(門診)=每診療室×0.5</p> <p>C7(血液透析室)=每床×0.25</p> <p>C8(燒傷病房及嬰兒病房)=每床×1.5</p> <p>C9(精神科日間照護單位)=服務量÷20</p> <p>▲C'=C2+C3+C4+C5+C6+C7+C8+C9</p> <p>C=C1+C'</p> <p>※數值運算取至小數點第一位</p> <p>▲表：小數點無條件進位至整數位</p> <p>■表：小數點無條件捨去至整數位</p> <p>◆表：小數點四捨五入取至整數位</p>
精神專科醫院	<p>C：護理人力符合下列各項，並依病房特性配置人力：</p> <p>1.精神科醫院：</p> <p>(1)急性精神病床，每3.5床應有1人以上。</p> <p>(2)慢性精神病床，每15床應有1人以上。</p> <p>(3)精神科日間病房，每20名服務量應有1人以上。</p> <p>(4)應有5人以上，且其中應有護理師1人以上。</p> <p>2.精神科教學醫院：</p> <p>(1)急性精神病床，每2.8床應有1人以上。</p> <p>(2)慢性精神病床，每12床應有1人以上。</p> <p>(3)精神科日間病房，每16名服務量應有1人以上。</p> <p>(4)其他未規定者，同精神科醫院標準。</p> <p>3.急性病房每病房每班要有1位輔助人員。</p>	<p>精神科醫院</p> <p>C級：</p> <p>▲C1(急性病床)=每床×0.29</p> <p>▲C2(慢性病床)=每床×0.07</p> <p>▲C3(精神科日間病房)=服務量÷20</p> <p>C=C1+C2+C3(應>5)</p> <p>B級：</p> <p>▲B1(急性病床)=每床×0.36</p> <p>▲B2(慢性病床)=每床×0.1</p> <p>▲B3(精神科日間病房)=服務量÷16</p> <p>▲B4(門診)=專任人員>1</p> <p>B=B1+B2+B3+B4(應>5)</p> <p>A級：</p> <p>▲A1(急性病床)=每床×0.4</p> <p>▲A2(慢性病床)=每床×0.1</p> <p>▲A3(精神科日間病房)=服務量÷15</p> <p>▲A4(門診)=專任人員>2</p> <p>A=A1+A2+A3+A4(應>5)</p> <p>精神科教學醫院：</p> <p>C級：</p> <p>C1(急性病床)=每床×0.36</p> <p>C2(慢性病床)=每床×0.08</p>

評鑑層級	條文評量項目「C」	計算公式「C」
	<p>B：符合C項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.門診專任護理人員應有 1 人以上。 2.急性精神病床每 2.8 床應有 1 人以上。 3.慢性精神病床每 10 床應有 1 人以上，每病房應至少 6 人以上。 4.精神科日間病房每 16 名服務量應有 1 人以上。 <p>A：符合B項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.門診專任護理人員應有 2 人以上。 2.急性精神病床每 2.5 床應有 1 人以上。 3.精神科日間病房每 15 名服務量應有 1 人以上。 <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本項為必要項目。 2.護理人員包括護理師及護士。 3.護理人員若未從事護理業務，則不計入護理人力。 4.輔助人力之對象，如：照顧服務員、佐理員、駐衛警、保全人員、病房服務員及國台語能溝通良好的外籍勞工。 	<p>C3(精神科日間病房)=服務量÷16 C=C1+C2+C3(應>5)</p> <p>B 級：</p> <p>B1(急性病床)=每床×0.36 B2(慢性病床)=每床×0.1 B3(精神科日間病房)=服務量÷16 B4(門診)=專任人員>1 B=B1+B2+B3+B4(應>5)</p> <p>A 級：</p> <p>A1(急性病床)=每床×0.4 A2(慢性病床)=每床×0.1 A3(精神科日間病房)=服務量÷15 A4(門診)=專任人員>2 A=A1+A2+A3+A4(應>5)</p> <p>※數值運算取至小數點第一位 ▲表：小數點無條件進位至整數位 ■表：小數點無條件捨去至整數位 ◆表：小數點四捨五入取至整數</p>
慢性醫院	<ol style="list-style-type: none"> 1.應有五人以上。 2.五○床以上者，每一○床應增置一人。 	產護人員

2. 標準評定：

人力標準	計算方式
C	以醫院評鑑人力基準1.3.7之C1~C9的總護理人員數達C標準(精神專科醫院採用精神科醫院評鑑6.1.2.2總護理人力作標準、慢性醫院以登錄慢性病房之護理人員數總和÷慢性醫院設置標準計算之護理人員數，大於1)(四捨五入取至小數點第3位)
B	<p>在達到 C 標準之醫院為前提下(四捨五入取至小數點第 3 位)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 一般綜合醫院之 C1(急性病床)護理人員數 \geq C1(急性病床)護理人員數之 C 標準 x 1.05 ● 精神科醫院之 C1(急性病床)護理人員數 \geq C1(急性病床)護理人員數之 C 標準 x 1.24 ● 精神科教學醫院之 C1(急性病床)護理人員數 \geq C1(急性病床)護理人員數之 C 標準 x 1.0

	<ul style="list-style-type: none"> ● 慢性醫院：以登錄慢性病房之護理人員數總和÷慢性醫院設置標準計算之護理人員數，大於 1.05
A	<p>在達到C標準之醫院為前提下（四捨五入取至小數點第3位）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 一般綜合醫院之C1(急性病床)護理人員數 \geq C1(急性病床)護理人員數之C標準 \times 1.10 ● 精神科醫院之C1(急性病床)護理人員數 \geq C1(急性病床)護理人員數之C標準 \times 1.38 ● 精神科教學醫院之C1(急性病床)護理人員數 \geq C1(急性病床)護理人員數之C標準 \times 1.11 ● 慢性醫院：以登錄慢性病房之護理人員數總和÷慢性醫院設置標準計算之護理人員數，大於1.10

(二) 獎勵金計算方式如下：

1. 支付標準

層級別	標準	獎勵金
醫學中心	C	住院護理費加成8%
	B	住院護理費加成9%
	A	住院護理費加成12%
區域醫院	C	住院護理費加成8%
	B	住院護理費加成9%
	A	住院護理費加成12%
地區醫院	C	住院護理費加成8%
	B	住院護理費加成9%
	A	住院護理費加成12%
精神專科醫院	C	住院護理費加成8%
	B	住院護理費加成9%
	A	住院護理費加成12%
慢性醫院	C	住院護理費加成8%
	B	住院護理費加成9%
	A	住院護理費加成12%

2. 獎勵金計算方式

- (1). 本預算 17 億元，採層級預算分配方式，以醫學中心、區域醫院及地區醫院 101 年全年門、住診醫療費用（一般部門+專款項目核定費用點數）占率分配總預算（精神專科醫院及慢性醫院依本局特約類別計入該層級），各層級再依所分配預算數平均分配 12 個月，採浮動點值結算，每點不高於一元。
- (2). 每月預算/達獎勵標準之醫院申報住院護理費加成後點數之總和 = 該月獎勵金點值。
- (3). 個別醫院之獎勵金 = 該院當月申報之住院護理費點數 \times 該院獎勵加成

數×該月獎勵金點值。

- (4). 考量辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之醫院提出資料修正或申復等行政事宜，案經各分區審核同意列入核發者，其核發金額將字分區審核同意時之當月預算中支應。

三、補助新增護理人員數（含實習護士）全年預算7.5億元

為鼓勵全國醫院增聘護理人力，本專款係以102年各醫院之每月平均執業登記護理人員數，相較於101年醫院每月平均執業登記護理人員數增加人數，並考量醫院規模之變動情況為計算依據。以本項專款7.5億元及各醫院增加之護理人員數（含實習護士）總合，計算增加人員每位補助金額，補助方式採差別給付方式：1.地區醫院及各層級離島醫院增加人員每位保障點值補助36萬元。2.其餘每人每年補助金額上限為25萬點，採浮動點值計算（每點不高於一元）。差別給付醫院層級之認定以102年1月1日之醫院評鑑等級為全年計算基礎。

(一)增聘護理人員數之相較時間點設定為：

各醫院 101 年每月平均執業登記護理人員數(102 年每月 10 日的執業登記護理人員數總和÷12 個月)與 101 年每月平均執業登記護理人員數(101 年每月 10 日的執業登記護理人員數總和÷12 個月)相比較。

(二)支付方式

1. 醫院規模不變

102 年每月平均執業登記護理人員數-101 年每月平均執業登記護理人員數。

2. 醫院規模擴增

若年度間醫院床位有增加時，應先依床位數與人力比作調整後，再行計算。新增床位所需之護理人力以該層級醫院評鑑 C 標準作計算基準。

四、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次為原則。

五、保險人得不定期進行稽核，經查有登錄不實或有全民健康保險醫事服務機

構特約及管理辦法第三十八條、三十九條或四十條所列違規情事者，經保險人處以停止特約者(含行政救濟進行中尚未執行處分者)，以違規發生日期認定，並停止處分期間或停約之月份數不給予給付本方案，獎勵金已給付者則追扣給付之費用，追扣費用併入獎勵金計算當月預算。如：102年9月查獲院所於102年2月違規，處分停約3個月，則追扣102年2-4月通過醫院評鑑人力標準獎勵金（追扣費用併入102年9月預算）及102年上半年品質指標登錄獎勵金（追扣費用併入102年下半年預算）。

陸、各類品質指標值及評鑑人力標準計算所需數據之登錄

一、參與本方案之特約醫療院所提報品質指標資料及評鑑人力標準計算所需數據，應依規定於健保資訊網服務系統（VPN）

(<https://10.253.253.243/iwpe0000/iwpe0000s01.aspx>) 登錄，未定期登錄或登錄不完全者（排除因重大行政或系統問題導致延誤或錯誤並由保險人分區業務組同意處理者），結算時不予支付該獎勵金款項。

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，惟須依品質資訊公開程序，提報醫院總額支付委員會議同意後公開。

柒、款項之運用

領有獎勵款之醫院應將該款項應用於提升護理人力之配置及優先提高護理人員大、小夜班費、超時加班費等獎勵措施，應每半年將款項之運用情形提報保險人備查，並於獎勵金核付結束後3個月內完成全年獎勵款項應用情形報告，保險人應每半年稽核1次，醫院如未落實前述規定，保險人將予以追扣是項款項。

全民健康保險提升住院護理照護品質方案

資料登錄系統

一、基本資料：醫院代號、醫院名稱

二、品質指標部份：

(一) 每季次月20日前填報前季出院人數曾發生以下各項之人數：

病人跌倒意外、院內感染、壓瘡等人數、出院人數、該院年資3個月以上護理人員離職率（該院年資超過3個月護理人員離職人數/該院該季護理人員平均人數）、該院2年以上年資護理人員比率（該院年資超過2年護理人員數/該院該季護理人員平均人數）。

(二)每半年填報1次住院護理服務滿意度：填報時間，每年2月20日及8月20日。

三、通過醫院評鑑人力標準部份：

(一) 各層級醫院於次月20日前登錄當月1日服務於下列單位之護理人員數(含部分工時及實習護士人數)：

1.醫學中心、區域醫院及地區醫院：①急性病房(含急性精神病床)②手術室③手術恢復室、觀察室④產房及待產室⑤嬰兒室⑥門診⑦血液透析室⑧燒傷病房及嬰兒病房⑨精神科日間照護單位。

2.精神專科醫院：①急性病房②慢性病房③門診④精神科日間病房。

3.慢性醫院：慢性病房。

註：

1. 部分工時護理人力以每月工作時數達160小時，核以1人計(每人最多核計160小時)，以上計算未滿1人者，四捨五入至整位數，醫院須於次月20日前登錄當月部分工時人員名單及工作時數。

2. 實習護士係指護理應屆畢業生，以畢業證書向其工作醫院所屬衛生主管機關(衛生局)完成報備程序稱之。實習護士之護理人力核以1人計，惟實習護士若為部分工時人員，其計算方式以部分工時人員計算，醫院須於次月20日前登錄當月實習護士名單，可計算年限以行政院衛生署規範年限計算。

(二) 各層級醫院於次月20日前登錄當月各單位病床數(依登記開放病床數計數)或服務量：

1. 醫學中心、區域醫院：①急性一般病床床數、佔床率②急性精神病床數、佔床率③手術室、觀察室當月每日各班實際開台數加總及當月實際工作日④手術恢復室當月每日各班實際恢復床數加總及當月實際工作日⑤產房及

待產室床數⑥嬰兒室床數⑦當月每日各班門診開診診次加總及當月實際開診日⑧血液透析室當月透析總人次及當月實際工作日⑨燒傷病房及嬰兒病房床數⑩精神科日間照護單位服務量。

2. 地區醫院：①急性一般病床床數②急性精神病床數③手術室總台數④手術恢復室、觀察室床數⑤產房及待產室床數⑥嬰兒室床數⑦門診診療間數⑧血液透析室床數⑨燒傷病房及嬰兒病房床數⑩精神科日間照護單位服務量。

3. 精神專科醫院登錄①急性病房病床床數②慢性病房病床床數③精神科日間病房服務量。

4. 慢性醫院登錄慢性病床數。

(三)人力計算時依評鑑標準規定，且四捨五入取至整數位，但不得低於醫療機構設置標準之規定。

四、每月全院的實習護士ID。

五、款項運用情形：填報時間為獎勵金核付結束後3個月內(次年6月30日前)。

102年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」(草案)

台灣醫院協會研擬

102年5月20日

貳、依據：

依據行政院衛生署 年 月 日衛署健保字第 號核定函及全民健康保險會(以下稱健保會)第 次會議紀錄辦理。

貳、預算：102年度醫院醫療給付費用總額及其分配，專款編列25億元。

參、目的：鼓勵醫院重視護理照護，提高住院病人醫療照護品質。

肆、對象：屬醫院總額範圍內有申報住院護理費之特約醫療院所。

伍、支付方式：依提報品質指標報告及調整支付標準予以鼓勵或獎勵。

一、品質指標報告

醫院於每季次月20日前填報前季出院病人數中曾發生跌倒意外人數、院內感染、壓瘡發生人數、出院病人數、該院年資3個月以上護理人員離職率與該院2年以上年資護理人員比率，並於每年2月20日及8月20日前填報1次住院護理服務滿意度，每半年結算1次，每次支給5萬元。

二、調整住院護理費支付標準

為提升住院病人醫療照護品質及重視住院護理照護，針對支付標準調增護理費點數，其調增項目包含：

- (一)、一般病床-護理費(03026K、03027A、03029B)。
- (二)、急性精神一般病床-護理費(03058K、03059A、03060B)。
- (三)、經濟病床-護理費(03030K、03031A、03033B)。
- (四)、急性精神經濟病床-護理費(03064K、03065A、03066B)。
- (五)、慢性病床-護理費(03070K、03071A、03072B)。
- (六)、嬰兒病床-護理費(03034K、03035A、03036B)。
- (七)、急診處暫留床-護理費(03042A、03043B)。

支付標準調增項目及護理費點數：

醫令代碼	名稱	原點數	調整後點數
03026K	一般病床(床/天)-護理費	643	743
03027A	一般病床(床/天)-護理費	568	668
03029B	一般病床(床/天)-護理費	516	616
03058K	急性精神一般病床(床/天)-護理費	643	743
03059A	急性精神一般病床(床/天)-護理費	568	668
03060B	急性精神一般病床(床/天)-護理費	516	616
03064K	急性精神經濟病床(床/天)-護理費	271	371
03065A	急性精神經濟病床(床/天)-護理費	239	339
03066B	急性精神經濟病床(床/天)-護理費	180	280
03070K	慢性病床(床/天)-護理費	271	371
03071A	慢性病床(床/天)-護理費	239	339
03072B	慢性病床(床/天)-護理費	180	280
03034K	嬰兒病床(床/天)-護理費	1871	1971
03035A	嬰兒病床(床/天)-護理費	1706	1806
03036B	嬰兒病床(床/天)-護理費	1541	1641
03042A	急診處暫留床(床/天)-護理費	150	250
03043B	急診處暫留床(床/天)-護理費	125	225

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次為原則。

四、保險人得不定期進行稽核，經查有登錄不實或有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十五條第六款或第七款(與住院有關)所列違規情事者，或有同辦法第三十七條或三十八條所列違規情事者，經保險人處以停止特約者(含行政救濟進行中尚未執行處分者)，以違規發生日期認定，並停止處分期間或停約之月份數不給予給付本方案，獎勵金已給付者則追扣給付之費用，追扣費用併入獎勵金計算當月預算。

陸、各類品質指標值之登錄

一、參與本方案之特約醫療院所提報品質指標資料，應依規定於健保資訊網服務系統(VPN)(<https://10.253.253.243/iwpe0000/iwpe0000s01.aspx>)登錄，未定期登錄或登錄不完全者(排除因重大行政或系統問題導致延誤或錯誤並由保險人分區業務組同意處理者)，結算時不予支付該獎勵金款項。

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，惟須依品質資訊公開程序，提報醫院總額支付委員會同意後公開。

全民健康保險提升住院護理照護品質方案

資料登錄系統

一、基本資料：醫院代號、醫院名稱

二、品質指標部份：

(一)每季次月20日前填報前季出院人數曾發生以下各項之人數：

病人跌倒意外、院內感染、壓瘡等人數、出院人數、該院年資3個月以上護理人員離職率（該院年資超過3個月護理人員離職人數/該院該季護理人員平均人數）、該院2年以上年資護理人員比率（該院年資超過2年護理人員數/該院該季護理人員平均人數）

(二)每半年填報1次住院護理服務滿意度：填報時間，每年2月20日及8月20日。

102年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」（草案）

中央健康保險署

壹、依據：

依據行政院衛生署102年1月28日衛署健保會字第1027500069號核定函辦理。

貳、預算：101年度醫院醫療給付費用總額及其分配，專款編列25億元。

參、目的：鼓勵醫院重視護理照護，增加護理人力配置，提高住院病人醫療照護品質。

肆、對象：屬醫院總額範圍內之特約醫療院所。

伍、支付方式：依是否提報品質指標報告，調高「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」住院護理費支付標準及新增護理人員數予以鼓勵或獎勵。

一、品質指標報告，全年預算0.5億元

醫院於每季次月20日前填報前季出院病人數中曾發生跌倒意外人數、院內感染、壓瘡發生人數、出院病人數、該院年資3個月以上護理人員離職率與該院2年以上年資護理人員比率，並於每年2月20日及8月20日前填報1次住院護理服務滿意度，每半年結算1次，每次支給5萬元。

二、調高「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」住院護理費支付標準，全年預算17億元

（一）參與本方案之特約醫療院所應依規定於健保資訊網服務系統（VPN）登錄評鑑人力標準各項數據，103年1月20日前未登錄或登錄不完全者，追扣該院全年申報本次調高住院護理費支付標準項目差額點數費用。

（二）「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」住院護理費支付標準依下表調高點數，相關預算回歸支付標準，納入醫院總額一般服務部門結算。

(三) 住院護理費支付標準調整如下：

代碼	名稱	現行點數	增加點數	調整後點數
03026K	一般病床(床/天)-護理費	643	76	719
03027A	一般病床(床/天)-護理費	568	76	644
03029B	一般病床(床/天)-護理費	516	76	592
03058K	急性精神一般病床(床/天)-護理費	643	76	719
03059A	急性精神一般病床(床/天)-護理費	568	76	644
03060B	急性精神一般病床(床/天)-護理費	516	76	592
03030K	經濟病床(床/天)-護理費	271	76	347
03031A	經濟病床(床/天)-護理費	239	76	315
03033B	經濟病床(床/天)-護理費	180	76	256
03064K	急性精神經濟病床(床/天)-護理費	271	95	366
03065A	急性精神經濟病床(床/天)-護理費	239	95	334
03066B	急性精神經濟病床(床/天)-護理費	180	95	275
03070K	慢性病床(床/天)-護理費	271	70	341
03071A	慢性病床(床/天)-護理費	239	70	309
03072B	慢性病床(床/天)-護理費	180	70	250
03034K	嬰兒病床--護理費	1,871	95	1,966
03035A	嬰兒病床--護理費	1,706	95	1,801
03036B	嬰兒病床--護理費	1,541	95	1,636
03042A	急診處暫留床(床/天)-護理費	150	95	245
03043B	急診處暫留床(床/天)-護理費	125	95	220

三、補助新增護理人員數，全年預算7.5億元

為鼓勵全國醫院增聘護理人力，本專款係以102年各醫院之每月平均執業登記護理人員數，相較於101年醫院每月平均執業登記護理人員數增加人數，並考量醫院規模之變動情況為計算依據。以本項專款7.5億元及各醫院增加之護理人員數總合，計算增加人員每位補助金額，補助方式採差別給付方式：1.地區醫院及各層級離島醫院增加人員每位保障點值補助36萬元。2.其餘每人每年補助金額上限為25萬點，採浮動點值計算（每點不高於一元）。差別給付醫院層級之認定以102年1月1日之醫院評鑑等級為全年計算基礎。

(一)增聘護理人員數之相較時間點設定為：

各醫院 102 年每月平均執業登記護理人員數(102 年每月 10 日的執業登記護理人員數總和÷12 個月)與 101 年每月平均執業登記護理人員數(101 年每月 10 日的執業登記護理人員數總和÷12 個月)相比較。

(二)支付方式

1. 醫院規模不變

102年每月平均執業登記護理人員數-101年每月平均執業登記護理人員數

2. 醫院規模擴增

若年度間醫院床位有增加時，應先依床位數與人力比作調整後，再行計算。新增床位所需之護理人力以該層級醫院評鑑C標準作計算基準。

四、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次為原則。

五、保險人得不定期進行稽核，經查有登錄不實或有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八條、第三十九條或四十條所列違規情事者，經保險人處以停止特約者(含行政救濟進行中尚未執行處分者)，以違規發生日期認定，並停止處分期間或停約之月份數不給予給付本方案，獎勵金已給付者則追扣給付之費用，追扣費用併入獎勵金計算當月預算。如：102年9月查獲院所於102年2月違規，處分停約3個月，則追扣102年2-4月護理人力配置獎勵金及補助新增護理人員數獎勵金(追扣費用併入102年9月預算)、102年上半年品質指標登錄獎勵金(追扣費用併入102年下半年預算)。

陸、各類品質指標值及評鑑人力標準數據之登錄

一、參與本方案之特約醫療院所提報品質指標資料及評鑑人力標準數據，應依規定於健保資訊網服務系統(VPN)

(<https://10.253.253.243/iwpe0000/iwpe0000s01.aspx>)登錄，未定期登錄或登錄不完全者(排除因重大行政或系統問題導致延誤或錯誤並由保險人分區業務組同意處理者)，結算時不予支付該獎勵金款項。

二、保險人得公開參與本方案之醫院名單醫院領取獎勵總金額、醫院應用款項總金額、及醫院應用款項於增聘護理人力、提高夜班費、超時加班費、提高護理人員薪資、加發獎勵金及其他項目之比例等資訊供民眾參考，公開網址：[首頁](#)>[資訊公開](#)>[健保資訊公開](#)>健保統計資訊>醫務管理>

全民健康保險提升住院護理照護品質方案 (http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=17&menu_id=1023&WD_ID=1043&webdata_id=3974)。

柒、款項之運用

領有獎勵款之醫院應將該款項應用於提升護理人力之配置及優先提高護理人員大、小夜班費、超時加班費等獎勵措施，應每半年將款項之運用情形提報保險人備查，並於獎勵金核付結束後3個月內完成全年獎勵款項應用情形報告，保險人應每半年稽核1次，醫院如未落實前述規定，保險人將予以追扣是項款項。

全民健康保險提升住院護理照護品質方案

資料登錄系統

一、基本資料：醫院代號、醫院名稱

二、品質指標部份：

(一)每季次月20日前填報前季出院人數曾發生以下各項之人數：病人跌倒意外、院內感染、壓瘡等人數、出院人數、該院年資3個月以上護理人員離職率（該院年資超過3個月護理人員離職人數/該院該季護理人員平均人數）、該院2年以上年資護理人員比率（該院年資超過2年護理人員數/該院該季護理人員平均人數）

(二)每半年填報1次住院護理服務滿意度：填報時間，每年2月20日及8月20日

三、通過醫院評鑑人力標準數據：

(一) 各層級醫院於次月20日前登錄當月1日服務於下列單位之護理人員數(含部分工時)：

1. 醫學中心、區域醫院及地區醫院：①急性病房（含急性精神病床） ②手術室 ③手術恢復室、觀察室 ④產房及待產室 ⑤嬰兒室 ⑥門診 ⑦血液透析室 ⑧燒傷病房及嬰兒病房 ⑨精神科日間照護單位。
2. 精神專科醫院：①急性病房 ②慢性病房 ③門診 ④精神科日間病房。
3. 慢性醫院：慢性病房。

註：部分工時護理人力以每月工作時數達160小時，核以1人計（每人最多核計160小時），以上計算未滿1人者，四捨五入至整位數，醫院須於次月20日前登錄當月部分工時人員名單及工作時數。

(二) 各層級醫院於次月20日前登錄當月各單位病床數（依登記開放病床數計數）或服務量：

1. 醫學中心、區域醫院：①急性一般病床床數、佔床率②急性精神病床數、佔床率③手術室、觀察室當月每日各班實際開台數加總及當月實際工作日④手術恢復室當月每日各班實際恢復床數加總及當月實際工作日⑤產房及待產室床數⑥嬰兒室床數⑦當月每日各班門診開診診次加總及當月實際開診日⑧血液透析室當月透析總人次及當月實際工作日⑨燒傷病房及嬰兒病房床數⑩精神科日間照護單位服務量。
2. 地區醫院：①急性一般病床床數②急性精神病床數③手術室總台數④手術恢復室、觀察室床數⑤產房及待產室床數⑥嬰兒室床數⑦門診診療間數⑧血液透析室床數⑨燒傷病房及嬰兒病房床數⑩精神科日間照護單位服務量。
3. 精神專科醫院：①急性病房病床床數②慢性病房病床床數③精神科日間病房服務量。
4. 慢性醫院登錄慢性病床數。

四、款項運用情形：填報時間為獎勵金核付結束後3個月內（次年6月30日前）。

行政院衛生署 函

機關地址：10341 台北市大同區塔城街36號
傳 真：(02)85906032
聯絡人及電話：周雯雯(02)85906666轉6377
電子郵件信箱：hpwwchou@doh.gov.tw

受文者：行政院衛生署中央健康保險局

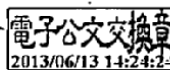
發文日期：中華民國102年6月13日
發文字號：衛署健保字第1022600073號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：所報修訂102年醫院總額「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」乙案，請儘力與相關團體協調方案內容，並依全民健康保險法相關程序辦理後報署核定，復請查照。

說明：復 貴局102年5月29日健保醫字第1020033170號函辦理。

正本：行政院衛生署中央健康保險局

副本：中華民國護理師護士公會全國聯合會、台灣醫院協會



署長邱文達
本案依分層負責規定授權處室主管決行

達本案評鑑人力C、B、A標準之醫院全年住院護理費申報總點數，以評鑑人力C標準之加成率計算後之獎勵總點數

項目	達本案評鑑人力C標準之加成率(A)	達本案評鑑人力C、B、A標準之醫院全年住院護理費申報總點數(B)	達本案評鑑人力C、B、A標準之醫院全年住院護理費申報總點數，以評鑑人力C標準之加成率計算後之獎勵總點數(T)(T=B×A)	占率
醫學中心	0.06	8,908,882,576	534,532,955	44.0%
區域醫院	0.06	8,069,763,144	484,185,789	39.9%
地區醫院	0.06	2,716,128,873	162,967,732	13.4%
精神專科	0.06	502,692,433	30,161,546	2.5%
慢性醫院	0.06	46,310,616	2,778,637	0.2%
總計		20,243,777,642	1,214,626,659	100.0%

住院護理費支付標準調整費用影響評估									
層級	代碼	名稱	現行 點數	增加 點數	加成後 點數	101年醫 令數	影響點數	調幅	占率
1	03026K	一般病床(床/天)-護理費	643	57	701	6,876,136	391,939,752	9%	35.4%
1	03058K	急性精神一般病床(床/天)-護理費	643	57	701	45,133	2,572,581	9%	
1	03030K	經濟病床(床/天)-護理費	271	57	329	275,628	15,710,796	21%	
1	03064K	急性精神經濟病床(床/天)-護理費	271	71	341	1,748	124,108	26%	
1	03070K	慢性病床(床/天)-護理費	271	53	321	45,548	2,414,044	18%	
1	03034K	嬰兒病床-護理費	1,871	71	1,941	174,315	12,376,365	4%	
		小計					425,137,646		
2	03027A	一般病床(床/天)-護理費	568	57	626	8,520,298	485,656,986	10%	44.4%
2	03059A	急性精神一般病床(床/天)-護理費	568	57	626	206,015	11,742,855	10%	
2	03031A	經濟病床(床/天)-護理費	239	57	297	398,226	22,698,882	24%	
2	03065A	急性精神經濟病床(床/天)-護理費	239	71	309	17,195	1,220,845	29%	
2	03071A	慢性病床(床/天)-護理費	239	53	289	27,460	1,455,380	21%	
2	03035A	嬰兒病床-護理費	1,706	71	1,776	141,612	10,054,452	4%	
		小計					532,829,400		
3	03029B	一般病床(床/天)-護理費	516	57	574	3,682,843	209,922,051	11%	20.2%
3	03060B	急性精神一般病床(床/天)-護理費	516	57	574	102,641	5,850,537	11%	
3	03033B	經濟病床(床/天)-護理費	180	57	238	418,366	23,846,862	32%	
3	03066B	急性精神經濟病床(床/天)-護理費	180	71	250	2,358	167,418	39%	
3	03072B	慢性病床(床/天)-護理費	180	53	230	33,325	1,766,225	28%	
3	03036B	嬰兒病床-護理費	1,541	71	1,611	18,544	1,316,624	5%	
		小計					242,869,717		
		總計					1,200,836,763		

達本案評鑑人力 C、B、A 標準之醫院全年住院護理費申報總點數，以評鑑人力 C 標準之加成率計算後之獎勵總點數

項目	達本案評鑑人力 C 標準之加成率 (A)	達本案評鑑人力 C、B、A 標準之醫院全年住院護理費申報總點數(B)	達本案評鑑人力 C、B、A 標準之醫院全年住院護理費申報總點數，以評鑑人力 C 標準之加成率計算後之獎勵總點數 (T)(T=B×A)	占率
醫學中心	0.05	8,908,882,576	445,444,129	44.0%
區域醫院	0.05	8,069,763,144	403,488,157	39.9%
地區醫院	0.05	2,716,128,873	135,806,444	13.4%
精神專科	0.05	502,692,433	25,134,622	2.5%
慢性醫院	0.05	46,310,616	2,315,531	0.2%
總計		20,243,777,642	1,012,188,882	100.0%

住院護理費支付標準調整費用影響評估									
層級	代碼	名稱	現行 點數	增加 點數	加成後 點數	101年醫 令數	影響點數	調幅	占率
1	03026K	一般病床(床/天)-護理費	643	47	701	6,876,136	323,178,392	9%	35.4%
1	03058K	急性精神一般病床(床/天)-護理費	643	47	701	45,133	2,121,251	9%	
1	03030K	經濟病床(床/天)-護理費	271	47	329	275,628	12,954,516	21%	
1	03064K	急性精神經濟病床(床/天)-護理費	271	59	341	1,748	103,132	26%	
1	03070K	慢性病床(床/天)-護理費	271	43	321	45,548	1,958,564	18%	
1	03034K	嬰兒病床-護理費	1,871	59	1,941	174,315	10,284,585	4%	
		小計					350,600,440		
2	03027A	一般病床(床/天)-護理費	568	47	626	8,520,298	400,454,006	10%	44.4%
2	03059A	急性精神一般病床(床/天)-護理費	568	47	626	206,015	9,682,705	10%	
2	03031A	經濟病床(床/天)-護理費	239	47	297	398,226	18,716,622	24%	
2	03065A	急性精神經濟病床(床/天)-護理費	239	59	309	17,195	1,014,505	29%	
2	03071A	慢性病床(床/天)-護理費	239	43	289	27,460	1,180,780	21%	
2	03035A	嬰兒病床-護理費	1,706	59	1,776	141,612	8,355,108	4%	
		小計					439,403,726		
3	03029B	一般病床(床/天)-護理費	516	47	574	3,682,843	173,093,621	11%	20.2%
3	03060B	急性精神一般病床(床/天)-護理費	516	47	574	102,641	4,824,127	11%	
3	03033B	經濟病床(床/天)-護理費	180	47	238	418,366	19,663,202	32%	
3	03066B	急性精神經濟病床(床/天)-護理費	180	59	250	2,358	139,122	39%	
3	03072B	慢性病床(床/天)-護理費	180	43	230	33,325	1,432,975	28%	
3	03036B	嬰兒病床-護理費	1,541	59	1,611	18,544	1,094,096	5%	
		小計					200,247,143		
		總計					990,251,309		

通過醫院評鑑人力標準預算估計

項目	加成率		全年住院護理費申報總點數		獎勵總點數			占率
	達本案評鑑人力B標準(B)	達本案評鑑人力A標準(A)	達本案評鑑人力B標準之醫院(B1)	達本案評鑑人力A標準之醫院(A1)	達本案評鑑人力B標準 (T1)(T1=B1×B)	達本案評鑑人力A標準 (T2)(T2=A1×A)	合計 (N)(N=T1+T2)	
醫學中心	0.01	0.03	1,808,162,560	6,481,406,137	18,081,626	194,442,184	212,523,810	41.8%
區域醫院	0.01	0.03	771,651,739	7,011,520,100	7,716,517	210,345,603	218,062,120	42.9%
地區醫院	0.01	0.03	271,477,560	2,209,259,296	2,714,776	66,277,779	68,992,554	13.6%
精神專科	0.01	0.03	191,409,094	168,674,947	1,914,091	5,060,248	6,974,339	1.4%
慢性醫院	0.01	0.03	0	46,310,616	0	1,389,318	1,389,318	0.3%
總計			3,042,700,953	15,917,171,096	30,427,010	477,515,133	507,942,142	100.0%

通過醫院評鑑人力標準預算估計

項目	加成率		全年住院護理費申報總點數		獎勵總點數			占率
	達本案評鑑人力B標準(B)	達本案評鑑人力A標準(A)	達本案評鑑人力B標準之醫院(B1)	達本案評鑑人力A標準之醫院(A1)	達本案評鑑人力B標準 (T1)(T1=B1×B)	達本案評鑑人力A標準 (T2)(T2=A1×A)	合計 (N)(N=T1+T2)	
醫學中心	0.02	0.04	1,808,162,560	6,481,406,137	36,163,251	259,256,245	295,419,497	42.4%
區域醫院	0.02	0.04	771,651,739	7,011,520,100	15,433,035	280,460,804	295,893,839	42.4%
地區醫院	0.02	0.04	271,477,560	2,209,259,296	5,429,551	88,370,372	93,799,923	13.4%
精神專科	0.02	0.04	191,409,094	168,674,947	3,828,182	6,746,998	10,575,180	1.5%
慢性醫院	0.02	0.04	0	46,310,616	0	1,852,425	1,852,425	0.3%
總計			3,042,700,953	15,917,171,096	60,854,019	636,686,844	697,540,863	100.0%

102 年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」（甲案）

中央健康保險署

壹、依據：

依據衛生福利部102年1月28日衛署健保會字第1027500069號核定函辦理。

貳、預算：102年度醫院醫療給付費用總額及其分配，專款編列25億元。

參、目的：鼓勵醫院重視護理照護，增加護理人力配置，提高住院病人醫療照護品質。

肆、對象：屬醫院總額範圍內之特約醫療院所。

伍、支付方式：依是否提報品質指標報告、調高「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」住院護理費支付標準、通過醫院評鑑人力標準及新增護理人員數予以鼓勵或獎勵。

一、品質指標報告，全年預算0.5億元

醫院於每季次月20日前填報前季出院病人數中曾發生跌倒意外人數、院內感染、壓瘡發生人數、出院病人數、該院年資3個月以上護理人員離職率與該院2年以上年資護理人員比率，並於每年2月20日及8月20日前填報1次住院護理服務滿意度，每半年結算1次，每次支給5萬元。

二、調高「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」住院護理費支付標準，全年預算12億元

(一) 參與本方案之特約醫療院所應依規定於健保資訊網服務系統（VPN）登錄評鑑人力標準各項數據，103年1月20日前未登錄或登錄不完全者，追扣該院全年申報本次調高住院護理費支付標準項目差額點數費用。

(二) 「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」住院護理費支付標準依下表調高點數，相關預算回歸支付標準，納入醫院總額一般服務部門結算。

(三) 住院護理費支付標準調整如下：

層級	代碼	名稱	現行點數	增加點數	加成後點數
1	03026K	一般病床(床/天)-護理費	643	57	701
2	03027A	一般病床(床/天)-護理費	568	57	626
3	03029B	一般病床(床/天)-護理費	516	57	574
1	03030K	經濟病床(床/天)-護理費	271	57	329
2	03031A	經濟病床(床/天)-護理費	239	57	297
3	03033B	經濟病床(床/天)-護理費	180	57	238
1	03034K	嬰兒病床--護理費	1,871	71	1,941
2	03035A	嬰兒病床--護理費	1,706	71	1,776
3	03036B	嬰兒病床--護理費	1,541	71	1,611
1	03058K	急性精神一般病床(床/天)-護理費	643	57	701
2	03059A	急性精神一般病床(床/天)-護理費	568	57	626
3	03060B	急性精神一般病床(床/天)-護理費	516	57	574
1	03064K	急性精神經濟病床(床/天)-護理費	271	71	341
2	03065A	急性精神經濟病床(床/天)-護理費	239	71	309
3	03066B	急性精神經濟病床(床/天)-護理費	180	71	250
1	03070K	慢性病床(床/天)-護理費	271	53	321
2	03071A	慢性病床(床/天)-護理費	239	53	289
3	03072B	慢性病床(床/天)-護理費	180	53	230

三、通過醫院評鑑人力標準，全年預算5億元

以醫院評鑑人力基準1.3.7之C1~C9的護理人力作標準(精神專科醫院採用精神科醫院評鑑6.1.2.2護理人力作標準、慢性醫院依設置標準)，達到B、A標準之醫院以每月申報住院護理費(全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第一章第三節各類病床護理費)支付標準加成獎勵。

(一) 評鑑人力標準計算公式如下：

1. 評鑑人力標準計算公式

評鑑層級	條文評量項目「C」	計算公式「C」
醫學中心	申請醫學中心評鑑者： (1)應有專任護產人員每2床至少1名。 (2)下列單位人員：(依單位實際使用數計) ①手術室：每班每台2.5名。 ②手術恢復室、觀察室：每班每床0.5名。 ③產房及待產室：每床2名。 ④嬰兒室：每床0.4名。	護產人員： ◆C1'=(急性一般病床×急性一般病床佔床率)+(急性精神病床×急性精神病床佔床率) ▲C1=C1'÷2 C2(手術室)=每班每台×2.5 C3(手術恢復室、觀察室)=每班每床×0.5 C4(產房及待產室)=每床×2

評鑑層級	條文評量項目「C」	計算公式「C」
	<p>⑤門診：每班每診療室 0.5 名。</p> <p>⑥血液透析室：每 4 人次 1 名。</p> <p>⑦燒傷病房及嬰兒病房：每床應有 1.5 人以上。</p> <p>⑧精神科日間照護單位，每 15 名服務量應有 1 人以上。</p> <p>備註：</p> <p>d. 護產人員包括護理師、護士、助產師及助產士，並應辦理執業登記；護佐、照顧服務員、書記等不列計。</p> <p>e. 病床數以急性病床數計：指急性一般病床及急性精神病床，並依實際登記病床數計。</p> <p>f. 人力計算時應考量年平均佔床率，且四捨五入取至整位數，但不得低於醫療機構設置標準之規定。</p>	<p>C5(嬰兒室)=每床×0.4</p> <p>C6(門診)=每班每診療室×0.5</p> <p>C7(血液透析室)=人次÷4</p> <p>C8(燒傷病房及嬰兒病房)=每床×1.5</p> <p>C9(精神科日間照護單位)=服務量÷15</p> <p>▲C'=C2+C3+C4+C5+C6+C7+C8+C9</p> <p>C=C1+C'</p> <p>※數值運算取至小數點第一位</p> <p>▲表：小數點無條件進位至整數位</p> <p>■表：小數點無條件捨去至整數位</p> <p>◆表：小數點四捨五入取至整數</p>
區域醫院	<p>申請區域醫院評鑑者：</p> <p>(1)應有專任護產人員每 2.5 床至少 1 名。</p> <p>(2)下列單位人員：(依單位實際使用數計)</p> <p>①手術室：每班每台 2 名。</p> <p>②手術恢復室、觀察室：每班每床 0.5 名。</p> <p>③產房及待產室：每床 1.2 名。</p> <p>④嬰兒室：每床 0.4 名。</p> <p>⑤門診：每班每診療室 0.5 名。</p> <p>⑥血液透析室：每 4 人次 1 名。</p> <p>⑦燒傷病房及嬰兒病房：每床應有 1.5 人以上。</p> <p>⑧精神科日間照護單位，每 16 名服務量應有 1 人以上。</p> <p>備註：</p> <p>a. 護產人員包括護理師、護士、助產師及助產士，並應辦理執業登記；護佐、照顧服務員、書記等不列計。</p> <p>b. 病床數以急性病床數計：指急性一般病床及急性精神病床，並依實際登記病床數計。</p> <p>c. 人力計算時應考量年平均佔床率，且四捨五入取至整位數，但不得低於醫療機構設置標準之規定。</p>	<p>護產人員：</p> <p>◆C1'=(急性一般病床×急性一般病床佔床率)+(急性精神病床×急性精神病床佔床率)</p> <p>▲C1=C1'÷2.5</p> <p>C2(手術室)=每班每台×2</p> <p>C3(手術恢復室、觀察室)=每班每床×0.5</p> <p>C4(產房及待產室)=每床×1.2</p> <p>C5(嬰兒室)=每床×0.4</p> <p>C6(門診)=每班每診療室×0.5</p> <p>C7(血液透析室)=人次÷4</p> <p>C8(燒傷病房及嬰兒病房)=每床×1.5</p> <p>C9(精神科日間照護單位)=服務量÷16</p> <p>▲C'=C2+C3+C4+C5+C6+C7+C8+C9</p> <p>C=C1+C'</p> <p>※數值運算取至小數點第一位</p> <p>▲表：小數點無條件進位至整數位</p> <p>■表：小數點無條件捨去至整數位</p> <p>◆表：小數點四捨五入取至整數</p>
地區醫院	<p>申請地區醫院評鑑者：</p> <p>(1)應有專任護產人員每 4 床至少 1 名。</p> <p>(2)設下列部門者，其人員應依其規定計數：</p> <p>①手術室：手術台應有 2 人以上。</p> <p>②手術恢復室、觀察室：每床應有 1 人以上。</p>	<p>護產人員：</p> <p>▲C1=急性病床÷4</p> <p>C2≥2 人(手術室：手術台)</p> <p>C3(手術恢復室、觀察室)=每床×1</p> <p>C4(產房)=每產台×2</p>

評鑑層級	條文評量項目「C」	計算公式「C」
	<p>③產房：每產台應有 2 人以上。</p> <p>④嬰兒室：每床應有 0.4 人以上。</p> <p>⑤門診：每診療室應有 0.5 人以上。</p> <p>⑥血液透析室：每床應有 0.25 人以上。</p> <p>⑦燒傷病房及嬰兒病房：每床應有 1.5 人以上。</p> <p>⑧精神科日間照護單位，每 20 名服務量應有 1 人以上。</p> <p>備註：</p> <p>a.護產人員包括護理師、護士、助產師及助產士，並應辦理執業登記；護佐、照顧服務員、書記等不列計。</p> <p>b.病床數以急性病床數計：指急性一般病床及急性精神病床，並依實際登記病床數計。</p> <p>c.人力計算時應考量年平均佔床率，且四捨五入取至整位數，但不得低於醫療機構設置標準之規定。</p>	<p>C5(嬰兒室)=每床×0.4</p> <p>C6(門診)=每診療室×0.5</p> <p>C7(血液透析室)=每床×0.25</p> <p>C8(燒傷病房及嬰兒病房)=每床×1.5</p> <p>C9(精神科日間照護單位)=服務量÷20</p> <p>▲C'=C2+C3+C4+C5+C6+C7+C8+C9</p> <p>C=C1+C'</p> <p>※數值運算取至小數點第一位</p> <p>▲表：小數點無條件進位至整數位</p> <p>■表：小數點無條件捨去至整數位</p> <p>◆表：小數點四捨五入取至整數位</p>
精神專科醫院	<p>C：護理人力符合下列各項，並依病房特性配置人力：</p> <p>1.精神科醫院：</p> <p>(1)急性精神病床，每3.5床應有1人以上。</p> <p>(2)慢性精神病床，每15床應有1人以上。</p> <p>(3)精神科日間病房，每20名服務量應有1人以上。</p> <p>(4)應有5人以上，且其中應有護理師1人以上。</p> <p>2.精神科教學醫院：</p> <p>(1)急性精神病床，每2.8床應有1人以上。</p> <p>(2)慢性精神病床，每12床應有1人以上。</p> <p>(3)精神科日間病房，每16名服務量應有1人以上。</p> <p>(4)其他未規定者，同精神科醫院標準。</p> <p>3.急性病房每病房每班要有 1 位輔助人員。</p> <p>B：符合C項，且</p> <p>1.門診專任護理人員應有 1 人以上。</p> <p>2.急性精神病床每 2.8 床應有 1 人以上。</p>	<p>精神科醫院</p> <p>C 級：</p> <p>▲C1(急性病床)=每床×0.29</p> <p>▲C2(慢性病床)=每床×0.07</p> <p>▲C3(精神科日間病房)=服務量÷20</p> <p>C=C1+C2+C3(應>5)</p> <p>B 級：</p> <p>▲B1(急性病床)=每床×0.36</p> <p>▲B2(慢性病床)=每床×0.1</p> <p>▲B3(精神科日間病房)=服務量÷16</p> <p>▲B4(門診)=專任人員>1</p> <p>B=B1+B2+B3+B4(應>5)</p> <p>A 級：</p> <p>▲A1(急性病床)=每床×0.4</p> <p>▲A2(慢性病床)=每床×0.1</p> <p>▲A3(精神科日間病房)=服務量÷15</p> <p>▲A4(門診)=專任人員>2</p> <p>A=A1+A2+A3+A4(應>5)</p> <p>精神科教學醫院：</p> <p>C 級：</p> <p>C1(急性病床)=每床×0.36</p> <p>C2(慢性病床)=每床×0.08</p> <p>C3(精神科日間病房)=服務量÷16</p> <p>C=C1+C2+C3(應>5)</p> <p>B 級：</p> <p>B1(急性病床)=每床×0.36</p>

評鑑層級	條文評量項目「C」	計算公式「C」
	3.慢性精神病床每 10 床應有 1 人以上，每病房應至少 6 人以上。 4.精神科日間病房每 16 名服務量應有 1 人以上。 A：符合B項，且 1.門診專任護理人員應有 2 人以上。 2.急性精神病床每 2.5 床應有 1 人以上。 3.精神科日間病房每 15 名服務量應有 1 人以上。 [註] 1.本項為必要項目。 2.護理人員包括護理師及護士。 3.護理人員若未從事護理業務，則不計入護理人力。 4.輔助人力之對象，如：照顧服務員、佐理員、駐衛警、保全人員、病房服務員及國台語能溝通良好的外籍勞工。	$B2(\text{慢性病床}) = \text{每床} \times 0.1$ $B3(\text{精神科日間病房}) = \text{服務量} \div 16$ $B4(\text{門診}) = \text{專任人員} > 1$ $B = B1 + B2 + B3 + B4 (\text{應} > 5)$ A 級： $A1(\text{急性病床}) = \text{每床} \times 0.4$ $A2(\text{慢性病床}) = \text{每床} \times 0.1$ $A3(\text{精神科日間病房}) = \text{服務量} \div 15$ $A4(\text{門診}) = \text{專任人員} > 2$ $A = A1 + A2 + A3 + A4 (\text{應} > 5)$ ※數值運算取至小數點第一位 ▲表：小數點無條件進位至整數位 ■表：小數點無條件捨去至整數位 ◆表：小數點四捨五入取至整數
慢性醫院	1.應有五人以上。 2.五〇床以上者，每一〇床應增置一人。	產護人員

2. 標準評定：

- (1). 醫學中心、區域醫院及地區醫院：院所每月登錄C1~C9之護理人員數總和/評鑑人力標準計算公式計算之護理人員數，B級：>1.05，A級：>1.10（四捨五入取至小數點第3位）。
- (2). 精神專科醫院：依評鑑人力標準計算公式評定（四捨五入取至小數點第3位）。
- (3). 慢性醫院：以登錄慢性病房之護理人員數總和÷慢性醫院設置標準計算之護理人員數，B級：>1.05，A級：>1.10（四捨五入取至小數點第3位）。

（二）獎勵金計算方式如下：

1. 支付標準

層級別	標準	獎勵金
各層級醫院	B	住院護理費加成1%
	A	住院護理費加成3%

2. 獎勵金計算方式：

本預算5億元，按季均分及暫結，當季預算若有結餘則流用至下季，採浮動點值計算暫結，且每點不高於1元。年底時進行結算，每點金額不高於1元。

四、補助新增護理人員數，全年預算7.5億元

為鼓勵全國醫院增聘護理人力，本專款係以102年各醫院之每月平均執業登記護理人員數，相較於101年醫院每月平均執業登記護理人員數增加人數，並考量醫院規模之變動情況為計算依據。以本項專款7.5億元及各醫院增加之護理人員數總合，計算增加人員每位補助金額，補助方式採差別給付方式：1.地區醫院及各層級離島醫院增加人員每位保障點值補助36萬元。2.其餘每人每年補助金額上限為25萬點，採浮動點值計算（每點不高於一元）。差別給付醫院層級之認定以102年1月1日之醫院評鑑等級為全年計算基礎。

註：增聘護理人員數之計算：

1. 執業登錄護理人員數：

各醫院102年每月平均執業登記護理人員數(102年每月10日的執業登記護理人員數總和÷12個月)與101年每月平均執業登記護理人員數(101年每月10日的執業登記護理人員數總和÷12個月)相比較。

2. 醫院規模擴增

若年度間醫院床位有增加時，應先依床位數與人力比作調整後，再行計算。新增床位所需之護理人力以該層級醫院評鑑C標準作計算基準。

五、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次為原則。

六、保險人得不定期進行稽核，經查有登錄不實或有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八條、第三十九條或四十條所列違規情事者，經保險人處以停止特約者(含行政救濟進行中尚未執行處分者)，以違規發生日期認定，並停止處分期間或停約之月份數不給予給付本方案，獎勵金已給付者則追扣給付之費用，追扣費用併入獎勵金計算當月預算。如：102年9

月查獲院所於102年2月違規，處分停約3個月，則追扣102年2-4月護理人力配置獎勵金及補助新增護理人員數獎勵金（追扣費用併入102年9月預算）、102年上半年品質指標登錄獎勵金（追扣費用併入102年下半年預算）。

陸、各類品質指標值及評鑑人力標準數據之登錄

一、參與本方案之特約醫療院所提報品質指標資料及評鑑人力標準數據，應依規定於健保資訊網服務系統（VPN）

(<https://10.253.253.243/iwpe0000/iwpe0000s01.aspx>) 登錄，未定期登錄或登錄不完全者（排除因重大行政或系統問題導致延誤或錯誤並由保險人分區業務組同意處理者），結算時不予支付該獎勵金款項，並追扣全年申報本方案伍之二之（三）住院護理費支付標準增加點數費用。

二、保險人得公開參與本方案之醫院名單醫院領取獎勵總金額、醫院應用款項總金額、及醫院應用款項於增聘護理人力、提高夜班費、超時加班費、提高護理人員薪資、加發獎勵金及其他項目之比例等資訊供民眾參考，公開網址：[首頁](#)>[資訊公開](#)>[健保資訊公開](#)>[健保統計資訊](#)>[醫務管理](#)>[全民健康保險提升住院護理照護品質方案](#)

(http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=17&menu_id=1023&WD_ID=1043&webdata_id=3974)。

柒、款項之運用

領有獎勵款之醫院應將該款項應用於提升護理人力之配置及優先提高護理人員大、小夜班費、超時加班費等獎勵措施，應每半年將款項之運用情形提報保險人備查，並於獎勵金核付結束後3個月內完成全年獎勵款項應用情形報告，保險人應每半年稽核1次，醫院如未落實前述規定，保險人將予以追扣是項款項。

全民健康保險提升住院護理照護品質方案

資料登錄系統

一、基本資料：醫院代號、醫院名稱

二、品質指標部份：

(一)每季次月20日前填報前季出院人數曾發生以下各項之人數：

病人跌倒意外、院內感染、壓瘡等人數、出院人數、該院年資3個月以上護理人員離職率（該院年資超過3個月護理人員離職人數/該院該季護理人員平均人數）、該院2年以上年資護理人員比率（該院年資超過2年護理人員數/該院該季護理人員平均人數）

(二)每半年填報1次住院護理服務滿意度：填報時間，每年2月20日及8月20日

三、通過醫院評鑑人力標準數據：

(一) 各層級醫院於次月20日前登錄當月1日服務於下列單位之護理人員數(含部分工時)：

1. 醫學中心、區域醫院及地區醫院：①急性病房(含急性精神病床) ②手術室 ③手術恢復室、觀察室 ④產房及待產室 ⑤嬰兒室 ⑥門診 ⑦血液透析室 ⑧燒傷病房及嬰兒病房 ⑨精神科日間照護單位。
2. 精神專科醫院：①急性病房 ②慢性病房 ③門診 ④精神科日間病房。
3. 慢性醫院：慢性病房。

註：部分工時護理人力以每月工作時數達160小時，核以1人計（每人最多核計160小時），以上計算未滿1人者，四捨五入至整位數，醫院須於次月20日前登錄當月部分工時人員名單及工作時數。

(二) 各層級醫院於次月20日前登錄當月各單位病床數(依登記開放病床數計數)或服務量：

1. 醫學中心、區域醫院：①急性一般病床床數、佔床率 ②急性精神病床數、佔床率 ③手術室、觀察室當月每日各班實際開台數加總及當月實際工作日 ④手術恢復室當月每日各班實際恢復床數加總及當月實際工作日 ⑤產房及

待產室床數⑥嬰兒室床數⑦當月每日各班門診開診診次加總及當月實際開診日⑧血液透析室當月透析總人次及當月實際工作日⑨燒傷病房及嬰兒病房床數⑩精神科日間照護單位服務量。

2. 地區醫院：①急性一般病床床數②急性精神病床數③手術室總台數④手術恢復室、觀察室床數⑤產房及待產室床數⑥嬰兒室床數⑦門診診療間數⑧血液透析室床數⑨燒傷病房及嬰兒病房床數⑩精神科日間照護單位服務量。

3. 精神專科醫院：①急性病房病床床數②慢性病房病床床數③精神科日間病房服務量。

4. 慢性醫院登錄慢性病床數。

四、款項運用情形：填報時間為獎勵金核付結束後3個月內(次年6月30日前)。

102 年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」(乙案)

中央健康保險署

壹、依據：

依據衛生福利部102年1月28日衛署健保會字第1027500069號核定函辦理。

貳、預算：102年度醫院醫療給付費用總額及其分配，專款編列25億元。

參、目的：鼓勵醫院重視護理照護，增加護理人力配置，提高住院病人醫療照護品質。

肆、對象：屬醫院總額範圍內之特約醫療院所。

伍、支付方式：依是否提報品質指標報告、調高「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」住院護理費支付標準、通過醫院評鑑人力標準及新增護理人員數予以鼓勵或獎勵。

一、品質指標報告，全年預算0.5億元

醫院於每季次月20日前填報前季出院病人數中曾發生跌倒意外人數、院內感染、壓瘡發生人數、出院病人數、該院年資3個月以上護理人員離職率與該院2年以上年資護理人員比率，並於每年2月20日及8月20日前填報1次住院護理服務滿意度，每半年結算1次，每次支給5萬元。

二、調高「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」住院護理費支付標準，全年預算10億元

(一) 參與本方案之特約醫療院所應依規定於健保資訊網服務系統(VPN)登錄評鑑人力標準各項數據，103年1月20日前未登錄或登錄不完全者，追扣該院全年申報本次調高住院護理費支付標準項目差額點數費用。

(二) 「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」住院護理費支付標準依下表調高點數，相關預算回歸支付標準，納入醫院總額一般服務部門結算。

(三) 住院護理費支付標準調整如下：

層級	代碼	名稱	現行點數	增加點數	加成後點數
1	03026K	一般病床(床/天)-護理費	643	47	690
2	03027A	一般病床(床/天)-護理費	568	47	615
3	03029B	一般病床(床/天)-護理費	516	47	563
1	03030K	經濟病床(床/天)-護理費	271	47	318
2	03031A	經濟病床(床/天)-護理費	239	47	286
3	03033B	經濟病床(床/天)-護理費	180	47	227
1	03034K	嬰兒病床--護理費	1,871	59	1,930
2	03035A	嬰兒病床--護理費	1,706	59	1,765
3	03036B	嬰兒病床--護理費	1,541	59	1,600
1	03058K	急性精神一般病床(床/天)-護理費	643	47	690
2	03059A	急性精神一般病床(床/天)-護理費	568	47	615
3	03060B	急性精神一般病床(床/天)-護理費	516	47	563
1	03064K	急性精神經濟病床(床/天)-護理費	271	59	330
2	03065A	急性精神經濟病床(床/天)-護理費	239	59	298
3	03066B	急性精神經濟病床(床/天)-護理費	180	59	239
1	03070K	慢性病床(床/天)-護理費	271	43	314
2	03071A	慢性病床(床/天)-護理費	239	43	282
3	03072B	慢性病床(床/天)-護理費	180	43	223

三、通過醫院評鑑人力標準，全年預算7億元

以醫院評鑑人力基準1.3.7之C1~C9的護理人力作標準(精神專科醫院採用精神科醫院評鑑6.1.2.2護理人力作標準、慢性醫院依設置標準)，達到B、A標準之醫院以每月申報住院護理費(全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第一章第三節各類病床護理費)支付標準加成獎勵。

(一) 評鑑人力標準計算公式如下：

1. 評鑑人力標準計算公式

評鑑層級	條文評量項目「C」	計算公式「C」
醫學中心	申請醫學中心評鑑者： (1)應有專任護產人員每2床至少1名。 (2)下列單位人員：(依單位實際使用數計) ①手術室：每班每台2.5名。 ②手術恢復室、觀察室：每班每床0.5名。 ③產房及待產室：每床2名。	護產人員： ◆ $C1'=(急性一般病床\times 急性一般病床佔床率)+(急性精神病床\times 急性精神病床佔床率)$ ▲ $C1=C1'\div 2$ $C2(手術室)=每班每台\times 2.5$

評鑑層級	條文評量項目「C」	計算公式「C」
	<p>④嬰兒室：每床 0.4 名。</p> <p>⑤門診：每班每診療室 0.5 名。</p> <p>⑥血液透析室：每 4 人次 1 名。</p> <p>⑦燒傷病房及嬰兒病房：每床應有 1.5 人以上。</p> <p>⑧精神科日間照護單位，每 15 名服務量應有 1 人以上。</p> <p>備註：</p> <p>g. 護產人員包括護理師、護士、助產師及助產士，並應辦理執業登記；護佐、照顧服務員、書記等不列計。</p> <p>h. 病床數以急性病床數計：指急性一般病床及急性精神病床，並依實際登記病床數計。</p> <p>i. 人力計算時應考量年平均佔床率，且四捨五入取至整位數，但不得低於醫療機構設置標準之規定。</p>	<p>C3(手術恢復室、觀察室)=每班每床×0.5</p> <p>C4(產房及待產室)=每床×2</p> <p>C5(嬰兒室)=每床×0.4</p> <p>C6(門診)=每班每診療室×0.5</p> <p>C7(血液透析室)=人次÷4</p> <p>C8(燒傷病房及嬰兒病房)=每床×1.5</p> <p>C9(精神科日間照護單位)=服務量÷15</p> <p>▲C'=C2+C3+C4+C5+C6+C7+C8+C9</p> <p>C=C1+C'</p> <p>※數值運算取至小數點第一位</p> <p>▲表：小數點無條件進位至整數位</p> <p>■表：小數點無條件捨去至整數位</p> <p>◆表：小數點四捨五入取至整數</p>
區域醫院	<p>申請區域醫院評鑑者：</p> <p>(1)應有專任護產人員每 2.5 床至少 1 名。</p> <p>(2)下列單位人員：(依單位實際使用數計)</p> <p>①手術室：每班每台 2 名。</p> <p>②手術恢復室、觀察室：每班每床 0.5 名。</p> <p>③產房及待產室：每床 1.2 名。</p> <p>④嬰兒室：每床 0.4 名。</p> <p>⑤門診：每班每診療室 0.5 名。</p> <p>⑥血液透析室：每 4 人次 1 名。</p> <p>⑦燒傷病房及嬰兒病房：每床應有 1.5 人以上。</p> <p>⑧精神科日間照護單位，每 16 名服務量應有 1 人以上。</p> <p>備註：</p> <p>a. 護產人員包括護理師、護士、助產師及助產士，並應辦理執業登記；護佐、照顧服務員、書記等不列計。</p> <p>b. 病床數以急性病床數計：指急性一般病床及急性精神病床，並依實際登記病床數計。</p> <p>c. 人力計算時應考量年平均佔床率，且四捨五入取至整位數，但不得低於醫療機構設置標準之規定。</p>	<p>護產人員：</p> <p>◆C1'=(急性一般病床×急性一般病床佔床率)+(急性精神病床×急性精神病床佔床率)</p> <p>▲C1=C1'÷2.5</p> <p>C2(手術室)=每班每台×2</p> <p>C3(手術恢復室、觀察室)=每班每床×0.5</p> <p>C4(產房及待產室)=每床×1.2</p> <p>C5(嬰兒室)=每床×0.4</p> <p>C6(門診)=每班每診療室×0.5</p> <p>C7(血液透析室)=人次÷4</p> <p>C8(燒傷病房及嬰兒病房)=每床×1.5</p> <p>C9(精神科日間照護單位)=服務量÷16</p> <p>▲C'=C2+C3+C4+C5+C6+C7+C8+C9</p> <p>C=C1+C'</p> <p>※數值運算取至小數點第一位</p> <p>▲表：小數點無條件進位至整數位</p> <p>■表：小數點無條件捨去至整數位</p> <p>◆表：小數點四捨五入取至整數</p>
地區醫院	<p>申請地區醫院評鑑者：</p> <p>(1)應有專任護產人員每 4 床至少 1 名。</p> <p>(2)設下列部門者，其人員應依其規定計數：</p> <p>①手術室：手術台應有 2 人以上。</p>	<p>護產人員：</p> <p>▲C1=急性病床÷4</p> <p>C2≥2 人(手術室：手術台)</p> <p>C3(手術恢復室、觀察室)=每床×1</p>

評鑑層級	條文評量項目「C」	計算公式「C」
	<p>②手術恢復室、觀察室：每床應有 1 人以上。</p> <p>③產房：每產台應有 2 人以上。</p> <p>④嬰兒室：每床應有 0.4 人以上。</p> <p>⑤門診：每診療室應有 0.5 人以上。</p> <p>⑥血液透析室：每床應有 0.25 人以上。</p> <p>⑦燒傷病房及嬰兒病房：每床應有 1.5 人以上。</p> <p>⑧精神科日間照護單位，每 20 名服務量應有 1 人以上。</p> <p>備註：</p> <p>a.護產人員包括護理師、護士、助產師及助產士，並應辦理執業登記；護佐、照顧服務員、書記等不列計。</p> <p>b.病床數以急性病床數計：指急性一般病床及急性精神病床，並依實際登記病床數計。</p> <p>c.人力計算時應考量年平均佔床率，且四捨五入取至整位數，但不得低於醫療機構設置標準之規定。</p>	<p>C4(產房)=每產台×2</p> <p>C5(嬰兒室)=每床×0.4</p> <p>C6(門診)=每診療室×0.5</p> <p>C7(血液透析室)=每床×0.25</p> <p>C8(燒傷病房及嬰兒病房)=每床×1.5</p> <p>C9(精神科日間照護單位)=服務量÷20</p> <p>▲C'=C2+C3+C4+C5+C6+C7+C8+C9</p> <p>C=C1+C'</p> <p>※數值運算取至小數點第一位</p> <p>▲表：小數點無條件進位至整數位</p> <p>■表：小數點無條件捨去至整數位</p> <p>◆表：小數點四捨五入取至整數位</p>
精神專科醫院	<p>C：護理人力符合下列各項，並依病房特性配置人力：</p> <p>1.精神科醫院：</p> <p>(1)急性精神病床，每3.5床應有1人以上。</p> <p>(2)慢性精神病床，每15床應有1人以上。</p> <p>(3)精神科日間病房，每20名服務量應有1人以上。</p> <p>(4)應有5人以上，且其中應有護理師1人以上。</p> <p>2.精神科教學醫院：</p> <p>(1)急性精神病床，每2.8床應有1人以上。</p> <p>(2)慢性精神病床，每12床應有1人以上。</p> <p>(3)精神科日間病房，每16名服務量應有1人以上。</p> <p>(4)其他未規定者，同精神科醫院標準。</p> <p>3.急性病房每病房每班要有 1 位輔助人員。</p> <p>B：符合C項，且</p> <p>1.門診專任護理人員應有 1 人以上。</p>	<p>精神科醫院</p> <p>C 級：</p> <p>▲C1(急性病床)=每床×0.29</p> <p>▲C2(慢性病床)=每床×0.07</p> <p>▲C3(精神科日間病房)=服務量÷20</p> <p>C=C1+C2+C3(應>5)</p> <p>B 級：</p> <p>▲B1(急性病床)=每床×0.36</p> <p>▲B2(慢性病床)=每床×0.1</p> <p>▲B3(精神科日間病房)=服務量÷16</p> <p>▲B4(門診)=專任人員>1</p> <p>B=B1+B2+B3+B4(應>5)</p> <p>A 級：</p> <p>▲A1(急性病床)=每床×0.4</p> <p>▲A2(慢性病床)=每床×0.1</p> <p>▲A3(精神科日間病房)=服務量÷15</p> <p>▲A4(門診)=專任人員>2</p> <p>A=A1+A2+A3+A4(應>5)</p> <p>精神科教學醫院：</p> <p>C 級：</p> <p>C1(急性病床)=每床×0.36</p> <p>C2(慢性病床)=每床×0.08</p> <p>C3(精神科日間病房)=服務量÷16</p> <p>C=C1+C2+C3(應>5)</p> <p>B 級：</p>

評鑑層級	條文評量項目「C」	計算公式「C」
	<p>2.急性精神病床每 2.8 床應有 1 人以上。</p> <p>3.慢性精神病床每 10 床應有 1 人以上，每病房應至少 6 人以上。</p> <p>4.精神科日間病房每 16 名服務量應有 1 人以上。</p> <p>A：符合B項，且</p> <p>1.門診專任護理人員應有 2 人以上。</p> <p>2.急性精神病床每 2.5 床應有 1 人以上。</p> <p>3.精神科日間病房每 15 名服務量應有 1 人以上。</p> <p>[註]</p> <p>1.本項為必要項目。</p> <p>2.護理人員包括護理師及護士。</p> <p>3.護理人員若未從事護理業務，則不計入護理人力。</p> <p>4.輔助人力之對象，如：照顧服務員、佐理員、駐衛警、保全人員、病房服務員及國台語能溝通良好的外籍勞工。</p>	<p>B1(急性病床)=每床×0.36</p> <p>B2(慢性病床)=每床×0.1</p> <p>B3(精神科日間病房)=服務量÷16</p> <p>B4(門診)=專任人員>1</p> <p>B=B1+B2+B3+B4(應>5)</p> <p>A 級：</p> <p>A1(急性病床)=每床×0.4</p> <p>A2(慢性病床)=每床×0.1</p> <p>A3(精神科日間病房)=服務量÷15</p> <p>A4(門診)=專任人員>2</p> <p>A=A1+A2+A3+A4(應>5)</p> <p>※數值運算取至小數點第一位</p> <p>▲表：小數點無條件進位至整數位</p> <p>■表：小數點無條件捨去至整數位</p> <p>◆表：小數點四捨五入取至整數</p>
慢性醫院	<p>1.應有五人以上。</p> <p>2.五〇床以上者，每一〇床應增置一人。</p>	產護人員

2. 標準評定：

- (1). 醫學中心、區域醫院及地區醫院：院所每月登錄C1~C9之護理人員數總和/評鑑人力標準計算公式計算之護理人員數，B級：>1.05，A級：>1.10（四捨五入取至小數點第3位）。
- (2). 精神專科醫院：依評鑑人力標準計算公式評定（四捨五入取至小數點第3位）。
- (3). 慢性醫院：以登錄慢性病房之護理人員數總和÷慢性醫院設置標準計算之護理人員數，B級：>1.05，A級：>1.10（四捨五入取至小數點第3位）。

（二）獎勵金計算方式如下：

1. 支付標準

層級別	標準	獎勵金
各層級醫院	B	住院護理費加成2%
	A	住院護理費加成4%

2. 獎勵金計算方式：

本預算7億元，按季均分及暫結，當季預算若有結餘則流用至下季，採浮動點值計算暫結，且每點不高於1元。年底時進行結算，每點金額不高於1元。

四、補助新增護理人員數，全年預算7.5億元

為鼓勵全國醫院增聘護理人力，本專款係以102年各醫院之每月平均執業登記護理人員數，相較於101年醫院每月平均執業登記護理人員數增加人數，並考量醫院規模之變動情況為計算依據。以本項專款7.5億元及各醫院增加之護理人員數總合，計算增加人員每位補助金額，補助方式採差別給付方式：1.地區醫院及各層級離島醫院增加人員每位保障點值補助36萬元。2.其餘每人每年補助金額上限為25萬點，採浮動點值計算（每點不高於一元）。差別給付醫院層級之認定以102年1月1日之醫院評鑑等級為全年計算基礎。

註：增聘護理人員數之計算：

1. 執業登錄護理人員數：

各醫院102年每月平均執業登記護理人員數(102年每月10日的執業登記護理人員數總和÷12個月)與101年每月平均執業登記護理人員數(101年每月10日的執業登記護理人員數總和÷12個月)相比較。

2. 醫院規模擴增

若年度間醫院床位有增加時，應先依床位數與人力比作調整後，再行計算。新增床位所需之護理人力以該層級醫院評鑑C標準作計算基準。

五、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次為原則。

六、保險人得不定期進行稽核，經查有登錄不實或有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八條、第三十九條或四十條所列違規情事者，經保險人處以停止特約者(含行政救濟進行中尚未執行處分者)，以違規發生日

期認定，並停止處分期間或停約之月份數不給予給付本方案，獎勵金已給付者則追扣給付之費用，追扣費用併入獎勵金計算當月預算。如：102年9月查獲院所於102年2月違規，處分停約3個月，則追扣102年2-4月護理人力配置獎勵金及補助新增護理人員數獎勵金（追扣費用併入102年9月預算）、102年上半年品質指標登錄獎勵金（追扣費用併入102年下半年預算）。

陸、各類品質指標值及評鑑人力標準數據之登錄

一、參與本方案之特約醫療院所提報品質指標資料及評鑑人力標準數據，應依規定於健保資訊網服務系統（VPN）

(<https://10.253.253.243/iwpe0000/iwpe0000s01.aspx>) 登錄，未定期登錄或登錄不完全者（排除因重大行政或系統問題導致延誤或錯誤並由保險人分區業務組同意處理者），結算時不予支付該獎勵金款項，並追扣全年申報本方案伍之二之（三）住院護理費支付標準增加點數費用。

二、保險人得公開參與本方案之醫院名單醫院領取獎勵總金額、醫院應用款項總金額、及醫院應用款項於增聘護理人力、提高夜班費、超時加班費、提高護理人員薪資、加發獎勵金及其他項目之比例等資訊供民眾參考，公開網址：首頁>資訊公開>健保資訊公開>健保統計資訊>醫務管理>全民健康保險提升住院護理照護品質方案

(http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=17&menu_id=1023&WD_ID=1043&webdata_id=3974)。

柒、款項之運用

領有獎勵款之醫院應將該款項應用於提升護理人力之配置及優先提高護理人員大、小夜班費、超時加班費等獎勵措施，應每半年將款項之運用情形提報保險人備查，並於獎勵金核付結束後3個月內完成全年獎勵款項應用情形報告，保險人應每半年稽核1次，醫院如未落實前述規定，保險人將予以追扣是項款項。

全民健康保險提升住院護理照護品質方案

資料登錄系統

一、基本資料：醫院代號、醫院名稱

二、品質指標部份：

(一)每季次月20日前填報前季出院人數曾發生以下各項之人數：

病人跌倒意外、院內感染、壓瘡等人數、出院人數、該院年資3個月以上護理人員離職率（該院年資超過3個月護理人員離職人數/該院該季護理人員平均人數）、該院2年以上年資護理人員比率（該院年資超過2年護理人員數/該院該季護理人員平均人數）

(二)每半年填報1次住院護理服務滿意度：填報時間，每年2月20日及8月20日

三、通過醫院評鑑人力標準數據：

(一) 各層級醫院於次月20日前登錄當月1日服務於下列單位之護理人員數(含部分工時)：

1. 醫學中心、區域醫院及地區醫院：①急性病房（含急性精神病床） ②手術室 ③手術恢復室、觀察室 ④產房及待產室 ⑤嬰兒室 ⑥門診 ⑦血液透析室 ⑧燒傷病房及嬰兒病房 ⑨精神科日間照護單位。
2. 精神專科醫院：①急性病房 ②慢性病房 ③門診 ④精神科日間病房。
3. 慢性醫院：慢性病房。

註：部分工時護理人力以每月工作時數達160小時，核以1人計（每人最多核計160小時），以上計算未滿1人者，四捨五入至整位數，醫院須於次月20日前登錄當月部分工時人員名單及工作時數。

(二) 各層級醫院於次月20日前登錄當月各單位病床數(依登記開放病床數計數)或服務量：

1. 醫學中心、區域醫院：①急性一般病床床數、佔床率 ②急性精神病床數、佔床率 ③手術室、觀察室當月每日各班實際開台數加總及當月實際工作日 ④手術恢復室當月每日各班實際恢復床數加總及當月實際工作日 ⑤產房

及待產室床數⑥嬰兒室床數⑦當月每日各班門診開診診次加總及當月實際開診日⑧血液透析室當月透析總人次及當月實際工作日⑨燒傷病房及嬰兒病房床數⑩精神科日間照護單位服務量。

2. 地區醫院：①急性一般病床床數②急性精神病床數③手術室總台數④手術恢復室、觀察室床數⑤產房及待產室床數⑥嬰兒室床數⑦門診診療間數⑧血液透析室床數⑨燒傷病房及嬰兒病房床數⑩精神科日間照護單位服務量。

3. 精神專科醫院：①急性病房病床床數②慢性病房病床床數③精神科日間病房服務量。

4. 慢性醫院登錄慢性病床數。

四、款項運用情形：填報時間為獎勵金核付結束後3個月內(次年6月30日前)。

調高支付點數之項目

序號	編號	診療項目	現行點數(含一般材料費)(A)	建議修訂點數(B)	調幅	100年申報量						平均支付成數(D)	影響點數(E) =(B-A)*Q*D
						合計(Q)	醫學中心	區域醫院	地區醫院	西醫基層	其他單位		
1	47015B	中央靜脈導管置入術	545	1,490	173%	211,035	104,675	84,740	21,620	-	-	1.01	200,443,919
2	47023B	食道球置入術	1,937	5,675	193%	554	335	206	13	-	-	1.00	2,073,095
3	47025B	食道靜脈瘤硬化治療	3,216	9,423	193%	1,867	1,274	542	36	15	-	1.01	11,665,436
4	47030B	暫時性心律調節器裝置及使用技術費	2,860	3,001	5%	5,296	3,116	1,975	205	-	-	1.00	747,949
5	47043B	上消化道內視鏡止血法(任何方法)	2,847	8,342	193%	23,883	7,004	14,249	2,614	16	-	1.00	131,262,915
6	47057B	經內視鏡施行食道擴張術	2,250	4,771	112%	1,731	926	789	16	-	-	1.00	4,369,397
7	47058B	食道內金屬支架置放術	2,250	4,670	108%	196	157	39	-	-	-	1.00	474,320
8	47064B	遺傳疾病家族會談治療	495	1,450	193%	1,324	1,297	17	10	-	-	1.08	1,369,279
9	47067B	經內視鏡食道靜脈瘤結紮術	4,871	9,440	94%	11,556	5,601	5,354	601	-	-	1.00	52,806,675
10	47074B	上消化道內視鏡息肉切除術	3,690	6,616	79%	3,352	823	2,025	430	74	-	1.00	9,808,537
11	47077B	上消化道息肉切除術	2,190	3,919	79%	562	174	360	28	-	-	1.00	971,698
12	47078B	胃靜脈瘤硬化治療	3,451	10,111	193%	1,199	733	452	14	-	-	1.00	7,986,672
13	47079B	癌症治療計畫諮詢規劃費	2,000	2,593	30%	26,030	13,964	11,918	148	-	-	1.00	15,438,399
14	47080B	治療性導管植入術—Port-A 導管植入術	3,484	5,650	62%	31,341	18,450	12,551	340	-	-	1.00	67,988,364

序號	編號	診療項目	現行點數(含一般材料費)(A)	建議修訂點數(B)	調幅	100年申報量						平均支付成數(D)	影響點數(E) =(B-A)*Q*D
						合計(Q)	醫學中心	區域醫院	地區醫院	西醫基層	其他單位		
15	47083C	上消化道泛內視鏡異物摘除術	2,560	4,912	92%	2,254	1,335	780	112	27	-	1.01	5,340,939
16	48004C	深部複雜創傷處理－傷口長5公分以下者	1,833	2,016	10%	113,071	18,753	36,376	33,888	22,611	1,443	1.01	20,842,708
17	48005C	深部複雜創傷處理－傷口長5-10公分者	2,305	2,536	10%	34,318	9,568	14,092	7,523	2,013	1,122	1.00	7,942,143
18	48006C	深部複雜創傷處理－傷口長10公分以上者	3,630	3,993	10%	31,149	12,143	14,460	4,236	308	2	1.00	11,325,586
19	48033C	深部複雜臉部創傷處理－小5公分以內	2,223	2,445	10%	13,652	3,922	5,389	3,673	668	-	1.04	3,149,088
20	48034C	深部複雜臉部創傷處理－中5公分至10公分	3,213	3,534	10%	3,046	911	1,431	640	64	-	1.01	984,401
21	49001C	糞嵌塞清除	246	265	8%	83,915	38,357	18,701	23,375	3,298	184	1.01	1,602,953
22	49008C	肛口電灼術	677	1,357	100%	323	155	124	35	9	-	1.00	219,640
23	49009C	痔瘡脫出注射治療	420	511	22%	1,181	286	13	4	878	-	1.00	107,471
24	49010C	肛門周圍膿瘍引流	698	749	7%	2,526	397	652	423	1,054	-	1.00	128,826
25	49012C	痔硬化劑注射(一次)	360	481	34%	2,425	2	1,476	817	130	-	1.00	293,425
26	49014C	大腸鏡息肉切除術	3,980	4,192	5%	59,366	20,937	30,518	5,909	2,002	-	1.00	12,586,826
27	49015C	痔單純血栓切除	810	1,006	24%	1,337	316	481	292	248	-	1.00	262,052
28	49019B	直肛壓力測定術	538	770	43%	174	117	57	-	-	-	1.04	41,815
29	49026C	經大腸鏡結腸止血術	4,090	8,037	97%	1,630	599	837	193	1	-	1.00	6,435,189
30	49027C	大腸息肉切除術	1,730	1,866	8%	11,054	4,222	5,457	1,150	225	-	1.00	1,503,398
31	55015C	產後出血止血術	2,325	6,812	193%	3,594	345	240	100	2,909	-	1.00	16,126,278

序號	編號	診療項目	現行點數(含一般材料費)(A)	建議修訂點數(B)	調幅	100年申報量						平均支付成數(D)	影響點數(E) =(B-A)*Q*D
						合計(Q)	醫學中心	區域醫院	地區醫院	西醫基層	其他單位		
32	55016C	子癩及子癩前症處置	3,444	5,797	68%	494	282	153	28	31	-	1.00	1,162,382
33	55024C	子宮外翻復位術	4,025	5,967	48%	7	-	1	6	-	-	1.00	13,594
34	56003C	氣管切開造口術	4,996	6,930	39%	13,071	7,104	4,843	1,124	-	-	1.00	25,279,314
35	56020B	內視鏡逆行性膽管引流術	2,750	8,058	193%	3,360	2,004	1,325	31	-	-	1.00	17,834,880
36	56021B	內視鏡經鼻膽管引流術	5,815	17,038	193%	529	195	309	25	-	-	1.00	5,936,967
37	56023B	ERBD 外引流管留置處置	125	366	193%	372	7	353	12	-	-	1.00	89,652
38	56031B	經內視鏡括約肌切開術	22,583	44,619	98%	7,075	3,984	2,947	144	-	-	1.00	155,904,700
39	56033B	經內視鏡消化道華達壺腹切開併截石術	18,911	34,734	84%	1,132	545	537	50	-	-	1.00	17,911,636
40	56035B	複雜性支氣管鏡雷射切除腫瘤或疤痕	13,656	14,974	10%	180	175	5	-	-	-	1.00	237,240
41	57019C	氧氣帳吸入治療費-每小時	33	97	194%	5,195	331	4,679	153	32	-	1.00	332,480
42	57020C	氧氣帳吸入治療費-每天(使用超過6小時計一天)	578	1,385	140%	46,291	13,025	30,296	2,970	-	-	1.00	37,357,805
43	57025B	一氧化氮吸入療法/天	6,500	7,559	16%	3,811	3,674	136	1	-	-	1.00	4,035,849
44	57028B	皮膚氧及二氧化碳分壓(日)	640	1,497	134%	810	787	23	-	-	-	1.00	694,170
45	57110C	嬰幼兒抽血(次)	150	360	140%	484,245	231,516	214,426	37,114	1,189	-	1.03	104,376,944
46	57111C	嬰幼兒小量靜脈注射	26	66	154%	19,193	1,281	5,613	12,246	53	-	1.00	767,720
47	57113B	兒童經皮靜脈導管放置術	1,049	2,986	185%	6,163	4,995	599	569	-	-	1.00	11,937,828

序號	編號	診療項目	現行點數(含一般材料費)(A)	建議修訂點數(B)	調幅	100年申報量						平均支付成數(D)	影響點數(E) =(B-A)*Q*D
						合計(Q)	醫學中心	區域醫院	地區醫院	西醫基層	其他單位		
48	57116B	嬰兒室繼續照護費(天)	500	942	88%	2,674	1,161	1,272	241	-	-	1.00	1,181,908
49	57117B	加強照光治療	350	866	147%	14,021	6,387	6,086	1,548	-	-	1.00	7,237,158
50	57118B	極低出生體重早產兒心智發展檢查	2,000	2,713	36%	2,419	2,218	190	11	-	-	1.00	1,724,747
51	57120B	嬰兒靜脈留置導管(6個月以下)	851	948	11%	93,346	50,622	36,751	5,973	-	-	1.00	9,054,670
52	57121B	嬰兒靜脈留置導管(6個月以上~2歲)	699	718	3%	114,808	46,450	60,641	7,717	-	-	1.00	2,181,358
53	57122B	嬰兒靜脈留置導管(2歲~6歲)	546	610	12%	240,419	86,834	132,640	20,944	1	-	1.00	15,386,902
54	58002C	腹膜透析(一次)	1,320	2,195	66%	1,118	511	541	66	-	-	1.00	978,250
55	58009B	連續性可攜帶式腹膜透析--1.CAPD 住院患者指導費	2,000	2,936	47%	1,468	842	607	19	-	-	1.00	1,374,048
56	58014C	連續性全靜脈血液過濾術(每日)	1,320	2,160	64%	16,988	12,467	4,445	76	-	-	1.00	14,269,920
57	62003C	顏面皮膚及皮下腫瘤切除術—直徑超過2公分	7,241	8,563	18%	3,939	1,189	1,796	717	237	-	1.00	5,220,773
58	62010C	臉部以外皮膚及皮下腫瘤摘除術—小小於2公分	2,257	2,483	10%	147,359	32,270	44,247	35,578	35,264	-	1.00	33,357,011
59	62011C	臉部以外皮膚及皮下腫瘤摘除術—中2公分至4公分	2,681	2,949	10%	31,545	7,267	13,731	7,438	3,109	-	1.00	8,461,669

序號	編號	診療項目	現行點數(含一般材料費)(A)	建議修訂點數(B)	調幅	100年申報量						平均支付成數(D)	影響點數(E) =(B-A)*Q*D
						合計(Q)	醫學中心	區域醫院	地區醫院	西醫基層	其他單位		
60	63001B	部份乳房切除術－單側	7,240	8,562	18%	9,442	5,104	3,966	372	-	-	1.00	12,486,359
61	63002B	部份乳房切除術－雙側	11,385	13,464	18%	430	255	152	23	-	-	1.00	893,970
62	63003B	單純乳房切除術－單側	8,866	10,484	18%	1,979	1,209	718	52	-	-	1.00	3,202,974
63	63005C	乳房腫瘤切除術－單側	5,711	6,753	18%	15,269	4,490	8,005	1,937	837	-	1.00	15,914,881
64	63006C	乳房腫瘤切除術－雙側	6,282	7,428	18%	503	151	257	72	23	-	1.00	576,438
65	63007B	乳癌根除術－單側	17,125	20,252	18%	4,783	2,478	2,072	233	-	-	1.00	14,959,507
66	63008B	乳癌根除術－雙側	22,857	27,030	18%	65	30	34	1	-	-	1.00	271,245
67	63009C	皮下乳房切除術	9,963	11,782	18%	935	332	483	105	15	-	1.00	1,703,190
68	63011C	術前定位下乳房腫瘤切除術，單側	7,159	8,467	18%	3,649	1,435	2,046	168	-	-	1.00	4,773,550
69	64027C	斷端成形術－指、趾	4,374	4,811	10%	1,774	633	695	376	70	-	1.07	831,901
70	64085B	斜頸手術	7,786	9,289	19%	161	128	21	12	-	-	1.09	264,872
71	64086B	頸部瘻管、頸部囊腫摘出術	8,248	9,044	10%	150	27	102	21	-	-	1.01	120,545
72	64087C	腱鞘囊摘出術、液囊腫瘤摘出術	3,846	4,231	10%	13,343	2,317	4,969	4,128	1,929	-	1.00	5,139,903
73	64090C	肌腱修補術－單腱	6,779	7,457	10%	10,738	2,306	4,449	3,492	491	-	1.11	8,097,280
74	67001B	胸壁切除術(小於10公分)	15,279	16,754	10%	139	53	84	2	-	-	1.01	206,085
75	67002B	開胸探查術	12,944	14,193	10%	224	144	79	1	-	-	1.11	309,378
76	67003B	胸骨或肋骨骨折開放復位手術	12,255	13,438	10%	46	31	15	-	-	-	1.02	55,578
77	67004B	經胸迷走神經切斷術	14,275	15,653	10%	3	-	1	2	-	-	1.04	4,314
78	67005B	胸腺切除術	22,465	24,633	10%	109	69	40	-	-	-	1.00	236,737

序號	編號	診療項目	現行點數(含一般材料費)(A)	建議修訂點數(B)	調幅	100年申報量						平均支付成數(D)	影響點數(E) =(B-A)*Q*D
						合計(Q)	醫學中心	區域醫院	地區醫院	西醫基層	其他單位		
79	67006C	密閉式引流術	4,986	5,468	10%	12,110	4,856	6,666	588	-	-	1.03	6,040,805
80	67007B	開放式引流術	13,969	15,317	10%	295	160	127	8	-	-	1.10	437,483
81	67008B	簡單胸廓擴創術<10公分	8,006	8,779	10%	519	141	342	36	-	-	1.02	410,786
82	67009B	探查式肺切開術	12,339	13,530	10%	6	6	-	-	-	-	1.03	7,380
83	67010B	肺單元切除術	30,774	33,743	10%	74	60	14	-	-	-	1.00	220,288
84	67011B	肺楔狀或部份切除術	30,600	33,553	10%	585	408	175	2	-	-	1.02	1,753,754
85	67012C	氣管、支氣管、細支氣管異物除去術—氣管鏡	2,573	7,539	193%	485	438	39	8	-	-	1.09	2,619,808
86	67013B	氣管支氣管傷修補術	24,404	26,759	10%	127	103	23	1	-	-	1.07	318,787
87	67014B	氣管支氣管再造術	27,295	32,563	19%	43	28	15	-	-	-	1.04	235,820
88	67015B	胸壁切除術及肌肉移植術	38,265	41,958	10%	44	33	11	-	-	-	1.01	163,940
89	67016B	胸腔成形術合併肌肉移植或人工網膜修補術	26,027	28,539	10%	27	22	5	-	-	-	1.01	68,645
90	67019B	肺膜剝脫術	33,660	36,908	10%	319	159	159	1	-	-	1.04	1,080,692
91	67020B	胸膜內(外)肺鬆解術(剝離術)	30,274	33,195	10%	1,357	818	508	31	-	-	1.01	4,003,125
92	67022B	全肺切除及胸廓成形術或支氣管成形術	39,096	42,869	10%	3	1	2	-	-	-	1.07	12,059
93	67023B	一葉肺葉切除	36,019	39,495	10%	396	229	166	1	-	-	1.02	1,407,848
94	67024B	肺全切除術	39,271	43,061	10%	31	18	13	-	-	-	1.03	120,463
95	67025B	球填充術	11,934	13,085	10%	2	2	-	-	-	-	1.13	2,603
96	67026B	空洞成形術	16,784	18,403	10%	8	8	-	-	-	-	1.00	12,952

序號	編號	診療項目	現行點數(含一般材料費)(A)	建議修訂點數(B)	調幅	100年申報量						平均支付成數(D)	影響點數(E) =(B-A)*Q*D
						合計(Q)	醫學中心	區域醫院	地區醫院	西醫基層	其他單位		
97	67027B	支氣管瘻管閉鎖術	32,115	35,215	10%	34	25	9	-	-	-	1.09	115,125
98	67028B	肺合併臟器切除	34,731	38,082	10%	93	76	17	-	-	-	1.00	311,643
99	67029B	肺袖式切除	41,555	45,566	10%	17	15	2	-	-	-	1.00	68,187
100	67030B	重次開胸手術	4,483	4,915	10%	18	10	8	-	-	-	1.10	8,538
101	67031B	門脈減壓術	20,456	22,430	10%	1	1	-	-	-	-	1.00	1,974
102	67032B	氣管、支氣管、細支氣管異物除去術－開胸術	29,361	32,194	10%	15	10	5	-	-	-	1.03	43,976
103	67033B	支氣管鏡併做腫瘤切(摘)除	19,087	20,929	10%	250	168	80	2	-	-	1.00	461,030
104	67034B	胸膜固定(黏合)術	12,944	14,193	10%	299	74	216	9	-	-	1.00	373,696
105	67035B	肺膿瘍切開術	12,011	13,170	10%	56	23	33	-	-	-	1.01	65,359
106	67036B	先天性凹凸胸矯正術	32,955	36,136	10%	173	83	20	70	-	-	1.02	562,372
107	67037B	支氣管內擴張術	2,173	2,382	10%	92	84	8	-	-	-	1.05	20,212
108	67038B	胸壁切除術(≥10公分)	21,552	23,632	10%	44	29	14	1	-	-	1.01	92,744
109	67039B	惡性腫瘤胸壁切除	26,340	28,882	10%	72	46	25	1	-	-	1.01	184,021
110	67040B	廣泛性胸腺切除	25,647	28,122	10%	56	45	11	-	-	-	1.00	139,085
111	67041B	複雜胸廓擴創術≥10公分	11,850	12,994	10%	129	44	80	5	-	-	1.05	154,358
112	67042B	二葉肺葉切除	38,978	42,740	10%	39	21	18	-	-	-	1.01	148,193
113	67043B	簡單凹凸胸矯正術(<6根)	23,236	25,479	10%	8	5	-	3	-	-	1.00	17,944
114	67044B	複雜凹凸胸矯正術(≥6根)	31,448	34,483	10%	8	8	-	-	-	-	1.02	24,677
115	67045B	成人凹凸胸矯正術	31,653	34,707	10%	129	73	5	51	-	-	1.00	393,966

序號	編號	診療項目	現行點數(含一般材料費)(A)	建議修訂點數(B)	調幅	100年申報量						平均支付成數(D)	影響點數(E) =(B-A)*Q*D
						合計(Q)	醫學中心	區域醫院	地區醫院	西醫基層	其他單位		
116	67046C	氣管內腔置管術	11,672	12,798	10%	238	163	75	-	-	-	1.02	274,170
117	67047B	胸腔鏡肺膜剝脫術	40,392	44,290	10%	2,395	1,194	1,141	60	-	-	1.05	9,829,408
118	67048B	胸腔鏡肋膜黏合術	15,533	17,032	10%	1,756	1,006	723	27	-	-	1.00	2,634,889
119	67049B	胸腔鏡全肺切除術	47,124	71,436	52%	14	9	5	-	-	-	1.00	340,368
120	67050B	胸腔鏡肺葉切除術	43,223	49,763	15%	1,731	1,251	479	1	-	-	1.00	11,342,967
121	67051B	胸腔鏡肺楔狀或部分切除術	36,720	39,094	6%	6,066	3,775	2,247	44	-	-	1.01	14,615,811
122	68001B	探查性心包膜切開術	16,068	17,773	11%	781	598	183	-	-	-	1.07	1,423,318
123	68002B	心包膜穿刺放液術	2,081	2,156	4%	674	440	223	11	-	-	1.03	52,119
124	68003B	心包膜切除術	24,296	41,729	72%	329	226	101	2	-	-	1.03	5,881,302
125	68005B	心臟縫補術	25,885	28,882	12%	99	66	33	-	-	-	1.09	322,755
126	68006B	探查性開心術：包括移除異物	29,407	32,245	10%	196	169	27	-	-	-	1.05	584,628
127	68007B	人工 A.S.D.Blalock-Hanlon 法	26,255	28,789	10%	10	10	-	-	-	-	1.22	30,805
128	68009B	人工 A.S.D.血流進口阻斷法	29,330	32,160	10%	39	39	-	-	-	-	1.02	112,035
129	68010B	心內腫瘤切除及繞道手術	40,300	44,967	12%	132	101	31	-	-	-	1.02	628,245
130	68011B	經胸切開術裝置或置換永久性心內節律器及心肌電極	21,374	23,436	10%	198	98	100	-	-	-	1.02	415,554
131	68015B	瓣膜成形術	48,922	55,059	13%	1,718	1,300	418	-	-	-	1.03	10,878,695

序號	編號	診療項目	現行點數(含一般材料費)(A)	建議修訂點數(B)	調幅	100年申報量						平均支付成數(D)	影響點數(E) =(B-A)*Q*D
						合計(Q)	醫學中心	區域醫院	地區醫院	西醫基層	其他單位		
132	68016B	主動脈瓣或二尖瓣或三尖瓣之置換手術	56,243	62,213	11%	1,765	1,231	534	-	-	-	1.01	10,684,544
133	68017B	兩個瓣膜換置	63,073	69,768	11%	211	149	62	-	-	-	1.01	1,427,085
134	68018B	三個瓣膜換置	74,673	82,600	11%	2	1	1	-	-	-	1.00	15,854
135	68019B	心室動脈瘤之修補	60,481	67,485	12%	36	28	8	-	-	-	1.04	261,757
136	68020B	A.S.D.修補	37,133	40,716	10%	310	274	36	-	-	-	1.01	1,125,015
137	68021B	心內膜墊缺陷之修補手術	49,906	55,685	12%	28	26	2	-	-	-	1.15	186,363
138	68022B	Valsalva-sinus 瘻管之修補手術	42,580	47,100	11%	18	14	3	1	-	-	1.01	82,246
139	68023B	冠狀動脈繞道手術—一條血管	53,856	59,053	10%	542	275	267	-	-	-	1.02	2,862,290
140	68024B	冠狀動脈繞道手術—二條血管	65,744	72,723	11%	631	417	214	-	-	-	1.04	4,584,382
141	68025B	冠狀動脈繞道手術—三條血管	76,010	81,116	7%	2,499	1,670	829	-	-	-	1.03	13,093,286
142	68026B	腔靜脈回流右心房異常之修補手術	51,913	58,927	14%	63	61	2	-	-	-	1.31	580,328
143	68027B	室中隔缺損(VSD)修補手術	51,087	57,002	12%	325	298	27	-	-	-	1.17	2,257,558
144	68028B	四合群症之修補(T.F)	76,010	84,812	12%	133	132	1	-	-	-	1.20	1,401,359
145	68029B	二尖瓣擴張術	39,107	40,705	4%	334	322	12	-	-	-	1.11	594,205
146	68030B	心內膜切片	7,436	7,743	4%	914	560	354	-	-	-	1.00	280,879

序號	編號	診療項目	現行點數(含一般材料費)(A)	建議修訂點數(B)	調幅	100年申報量						平均支付成數(D)	影響點數(E) =(B-A)*Q*D
						合計(Q)	醫學中心	區域醫院	地區醫院	西醫基層	其他單位		
147	68031B	心外膜切片	7,436	8,154	10%	6	5	1	-	-	-	1.03	4,449
148	68032B	主動脈轉位症手術	81,313	93,083	14%	36	35	1	-	-	-	1.40	595,270
149	68033B	心房-肺動脈迴路成形術(六歲以上)	73,244	82,433	13%	26	26	-	-	-	-	1.03	246,121
150	68034B	心臟摘取	23,862	27,316	14%	85	61	19	5	-	-	1.01	296,751
151	68035B	心臟植入	273,310	281,222	3%	111	64	47	-	-	-	1.00	881,392
152	68036B	體外循環維生系統(ECMO)建立(第一次)	15,565	17,068	10%	1,314	933	381	-	-	-	1.16	2,286,250
153	68038B	肺臟摘取	21,879	23,990	10%	5	1	3	1	-	-	1.04	10,969
154	68039B	四合群症之繞道手術	41,440	47,039	14%	86	86	-	-	-	-	1.32	634,846
155	68046B	心房-肺動脈迴路成形術(六歲以下)	78,113	87,159	12%	40	40	-	-	-	-	1.18	426,877
156	68049B	胸腔鏡心包膜開窗術	29,156	31,970	10%	116	76	34	6	-	-	1.03	335,804
157	68050B	心房切割隔間之不整脈手術	37,822	42,137	11%	317	228	89	-	-	-	1.00	1,368,701
158	68051B	心室輔助裝置植入	136,655	140,612	3%	14	13	1	-	-	-	1.11	61,605
159	68052B	體外心肺循環	15,565	17,818	14%	6,180	4,433	1,747	-	-	-	1.06	14,721,220
160	69001B	動脈栓塞物切除術	9,869	10,821	10%	2,633	1,225	1,337	71	-	-	1.08	2,719,540
161	69002B	經動脈導管之栓塞物切除術	9,869	10,821	10%	3,477	702	698	2,077	-	-	1.04	3,433,615
162	69003B	靜脈血栓切除術	9,869	10,821	10%	5,349	1,702	2,344	1,303	-	-	1.05	5,354,521
163	69004B	動脈內膜切除術	23,669	25,953	10%	1,875	1,213	647	15	-	-	1.03	4,390,430
164	69005B	血管探查	7,113	7,799	10%	4,304	3,055	1,064	185	-	-	1.02	3,019,267

序號	編號	診療項目	現行點數(含一般材料費)(A)	建議修訂點數(B)	調幅	100年申報量						平均支付成數(D)	影響點數(E) =(B-A)*Q*D
						合計(Q)	醫學中心	區域醫院	地區醫院	西醫基層	其他單位		
165	69008B	血管吻合術	14,000	15,351	10%	249	221	22	6	-	-	1.04	349,432
166	69009B	動脈縫合	13,525	14,831	10%	336	206	106	24	-	-	1.06	466,216
167	69011B	股靜脈結紮	8,290	8,530	3%	12	6	5	1	-	-	1.07	3,085
168	69022B	肺動脈栓塞切除術	25,291	27,731	10%	27	23	4	-	-	-	1.09	71,621
169	69023B	頸(肢體)動靜瘻管之切除移植及直接修補，右繞道手術	18,161	20,264	12%	3,439	1,509	1,657	273	-	-	1.04	7,506,432
170	69024B	胸(腹)部動靜瘻管之切除移植及直接修補手術—升主動脈	40,528	44,830	11%	691	553	138	-	-	-	1.06	3,137,170
171	69025B	肺動脈結紮	26,637	29,721	12%	55	50	5	-	-	-	1.22	207,716
172	69026B	主動脈—肺動脈開窗之修補手術	38,449	43,644	14%	134	130	4	-	-	-	1.05	727,707
173	69027B	主動脈狹窄之修補	30,178	34,255	14%	49	47	2	-	-	-	1.16	231,483
174	69028B	頸動脈體瘤切除術	18,773	20,947	12%	13	12	1	-	-	-	1.00	28,262
175	69031B	存開性動脈導管手術	22,180	24,749	12%	476	447	28	1	-	-	1.32	1,608,194
176	69033B	肺動脈瓣氣球擴張術	37,133	41,433	12%	41	40	1	-	-	-	1.21	213,117
177	69034C	動靜脈造瘻術合併人工血管使用(兩處吻合)	13,947	14,350	3%	5,194	1,733	1,963	1,187	311	-	1.01	2,106,141
178	69035B	剝離性主動脈瘤斑氏術	53,550	59,751	12%	93	75	18	-	-	-	1.07	616,817
179	69036B	胸(腹)部動靜瘻管之切除移植及直接修補手術—主動脈弓	48,896	54,559	12%	428	319	109	-	-	-	1.07	2,583,660

序號	編號	診療項目	現行點數(含一般材料費)(A)	建議修訂點數(B)	調幅	100年申報量						平均支付成數(D)	影響點數(E) =(B-A)*Q*D
						合計(Q)	醫學中心	區域醫院	地區醫院	西醫基層	其他單位		
180	69037B	胸(腹)部動靜瘻管之切除移植及直接修補手術—降主動脈	42,892	47,859	12%	1,148	884	263	1	-	-	1.04	5,926,767
181	69039B	內頸靜脈切開，永久導管放置術	11,298	11,407	1%	8,557	4,175	3,778	604	-	-	1.03	956,066
182	70001B	脾臟切除術	16,044	18,973	18%	995	457	487	51	-	-	1.07	3,130,488
183	70003B	部份脾切除術	17,615	20,830	18%	13	9	4	-	-	-	1.05	43,686
184	70006B	腹腔鏡脾切除術	19,252	22,767	18%	152	112	39	1	-	-	1.01	537,726
185	70204B	腋下淋巴腺腫切除術	3,869	4,575	18%	2,311	1,008	1,167	133	3	-	1.00	1,635,627
186	70205B	腋窩淋巴腺清除術	10,728	12,687	18%	4,022	2,537	1,348	137	-	-	1.00	7,879,482
187	70208B	骨盆腔淋巴腺切除術	22,124	32,798	48%	867	594	256	17	-	-	1.00	9,254,358
188	70209B	後腹膜腔淋巴腺切除術	16,582	24,582	48%	367	274	93	-	-	-	1.00	2,937,569
189	70213B	根除性淋巴切除術(肺葉切除或全肺切除時)	20,487	22,464	10%	1,730	1,268	461	1	-	-	1.00	3,420,598
190	70214B	縱膈腔或胸腔內淋巴根除術	16,582	18,182	10%	516	337	178	1	-	-	1.00	825,600
191	70401B	良性簡單縱膈腔腫瘤切除(<5公分)	23,062	25,287	10%	103	82	21	-	-	-	1.00	229,611
192	70402B	縱膈膜切開術	15,499	16,995	10%	60	22	38	-	-	-	1.01	90,347
193	70403B	由胸部穿過肋膜進入取出異物	14,918	16,358	10%	168	115	26	27	-	-	1.01	243,238
194	70404B	橫膈摺疊術	17,090	18,739	10%	46	38	8	-	-	-	1.04	79,195

序號	編號	診療項目	現行點數(含一般材料費)(A)	建議修訂點數(B)	調幅	100年申報量						平均支付成數(D)	影響點數(E) =(B-A)*Q*D
						合計(Q)	醫學中心	區域醫院	地區醫院	西醫基層	其他單位		
195	70405B	經由腹腔之橫膈赫尼亞之修補	22,598	24,779	10%	192	94	93	5	-	-	1.03	430,156
196	70406B	經胸廓進入橫膈赫尼亞之修補	19,110	20,954	10%	67	51	16	-	-	-	1.02	125,717
197	70407B	外傷性急性橫膈赫尼亞之修補	17,081	18,729	10%	81	50	31	-	-	-	1.05	140,274
198	70408B	由頸部進入縱膈腔切開術合併探查或引流	8,931	9,793	10%	72	53	19	-	-	-	1.06	65,613
199	70409B	由胸部進入縱膈腔切開術合併探查或引流	15,871	17,402	10%	144	103	41	-	-	-	1.03	226,768
200	70410B	由胸骨切開進入縱膈腔切開術合併探查或引流	16,506	18,099	10%	88	72	16	-	-	-	1.11	155,802
201	70411B	由頸部進入取出異物	7,574	8,305	10%	198	136	62	-	-	-	1.01	146,765
202	70412B	由胸骨切開進入取出異物	16,045	17,594	10%	10	8	2	-	-	-	1.02	15,794
203	70413B	由胸腹部合併進入橫膈赫尼亞之修補	27,081	29,694	10%	14	12	2	-	-	-	1.00	36,582
204	70414B	良性複雜縱膈腔腫瘤切除(≥5公分)	26,688	29,264	10%	137	78	57	2	-	-	1.00	353,754
205	70415B	惡性縱膈腔腫瘤切除	31,054	34,050	10%	142	96	45	1	-	-	1.00	426,411
206	70416B	胸腔鏡縱膈腔腫瘤切除術(<5cm)	27,675	31,681	14%	324	236	87	1	-	-	1.00	1,302,395

序號	編號	診療項目	現行點數(含一般材料費)(A)	建議修訂點數(B)	調幅	100年申報量						平均支付成數(D)	影響點數(E) =(B-A)*Q*D
						合計(Q)	醫學中心	區域醫院	地區醫院	西醫基層	其他單位		
207	70417B	胸腔鏡縱膈腔腫瘤切除術(大於等於5cm)	32,026	36,662	14%	269	203	66	-	-	-	1.00	1,249,213
208	70418B	腹腔鏡Nissen氏胃摺疊術	20,508	22,487	10%	78	64	14	-	-	-	1.05	162,381
209	71201B	食道肌切開術	17,549	19,243	10%	48	20	28	-	-	-	1.00	81,312
210	71202B	食道憩室切除術	24,047	26,368	10%	24	21	3	-	-	-	1.04	57,979
211	71203C	食道內腔置管術	12,499	13,705	10%	53	33	17	3	-	-	1.01	64,864
212	71209B	食道切除術	52,167	57,201	10%	132	84	47	1	-	-	1.09	725,028
213	71210B	食道切除再造術	61,315	67,232	10%	46	30	16	-	-	-	1.03	280,303
214	71211B	食道切開術	21,481	23,554	10%	54	35	18	1	-	-	1.05	117,633
215	71212B	食道瘤及囊腫切除術	14,918	22,876	53%	22	21	1	-	-	-	1.00	175,076
216	71213B	食道再造術--以胃管重建	51,535	58,994	14%	687	493	194	-	-	-	1.00	5,134,083
217	71214B	食道裂傷修補術	22,705	25,992	14%	91	67	24	-	-	-	1.07	318,882
218	71215B	一般性食道癌摘除術(含淋巴節清掃)	44,130	48,389	10%	45	33	12	-	-	-	1.00	191,655
219	71220B	食道再造術--以大腸重建	38,886	42,639	10%	59	40	18	1	-	-	1.00	221,918
220	71221B	食道再造術--以小腸重建	42,239	46,315	10%	11	10	1	-	-	-	1.00	44,836
221	71222B	複雜性食道癌摘除術(含淋巴節清掃)	62,346	68,363	10%	209	115	94	-	-	-	1.00	1,259,913
222	71223B	胸腔鏡食道瘤及囊腫切除術	17,901	19,628	10%	13	9	4	-	-	-	1.00	22,451
223	71224B	胸腔鏡食道切除術	62,600	71,661	14%	426	331	95	-	-	-	1.00	3,866,500
224	71225B	胸腔鏡食道肌肉切開術	21,059	23,091	10%	25	16	9	-	-	-	1.00	50,800

序號	編號	診療項目	現行點數(含一般材料費)(A)	建議修訂點數(B)	調幅	100年申報量						平均支付成數(D)	影響點數(E) =(B-A)*Q*D
						合計(Q)	醫學中心	區域醫院	地區醫院	西醫基層	其他單位		
225	72003B	幽門肌肉切開術(Fredet-Ramstedt 型手術)	9,823	11,718	19%	93	69	24	-	-	-	1.30	229,369
226	72006B	胃潰瘍或腫瘤的局部切除	15,455	18,277	18%	2,771	1,455	1,179	137	-	-	1.02	7,958,464
227	72008B	胃造瘻術及幽門成形術	15,526	18,360	18%	50	29	20	1	-	-	1.06	150,591
228	72009B	次全或半胃切除術及胃十二指腸吻合術－無迷走神經切除	25,999	30,746	18%	147	61	79	7	-	-	1.07	749,002
229	72011B	迷走神經切斷術加幽門成形術	20,878	24,690	18%	333	69	201	63	-	-	1.16	1,466,723
230	72012B	幽門成形術	13,412	15,860	18%	325	149	152	24	-	-	1.05	834,160
231	72014B	胃空腸造口吻合術	15,516	18,348	18%	557	334	203	20	-	-	1.01	1,594,638
232	72017C	胃造口術	11,677	13,809	18%	948	445	466	37	-	-	1.01	2,046,245
233	72018B	十二指腸縫合術(十二指腸潰瘍穿孔的縫合)	15,427	18,243	18%	1,501	495	909	97	-	-	1.14	4,837,501
234	72019B	胃縫合術(胃潰瘍穿孔及胃部傷口的縫合)	15,141	17,905	18%	1,070	496	502	72	-	-	1.13	3,356,182
235	72031B	胃全部切除術併行脾或部份胰切除	35,649	42,157	18%	35	26	8	1	-	-	1.03	235,436
236	72032B	全胃切除及淋巴清除及腸胃重建	40,259	47,608	18%	460	272	183	5	-	-	1.00	3,393,509
237	72035B	胃隔間術	24,970	29,529	18%	51	33	16	2	-	-	1.06	246,812
238	72041B	腹腔鏡胃隔間手術	24,970	31,459	26%	601	129	458	14	-	-	1.00	3,899,889

序號	編號	診療項目	現行點數(含一般材料費)(A)	建議修訂點數(B)	調幅	100年申報量						平均支付成數(D)	影響點數(E) =(B-A)*Q*D
						合計(Q)	醫學中心	區域醫院	地區醫院	西醫基層	其他單位		
239	72042B	胃切開術—潰瘍縫合及止血	17,070	20,186	18%	371	125	224	22	-	-	1.15	1,324,056
240	72043B	次全或半胃切除術及胃空腸吻合術—無迷走神經切除	25,999	30,746	18%	410	179	196	35	-	-	1.10	2,141,735
241	72044B	次全或半胃切除術及胃空腸吻合術 Roux-en-Y 型—無迷走神經切除	22,867	27,042	18%	58	32	18	8	-	-	1.08	261,797
242	72047B	次全胃切除及淋巴清除及腸胃重建	34,333	40,601	18%	1,207	659	513	35	-	-	1.00	7,594,972
243	72048B	腹腔鏡胃亞全切除術	31,200	36,895	18%	420	233	186	1	-	-	1.00	2,396,367
244	73001B	腸粘連分離術	15,447	18,267	18%	4,229	2,099	1,915	215	-	-	1.03	12,242,984
245	73002B	腸粘連分離術—併行腸減壓	16,463	19,469	18%	1,461	603	736	122	-	-	1.12	4,910,645
246	73003B	腸粘連分離術—併有腸切除及吻合	20,058	23,720	18%	937	480	409	48	-	-	1.11	3,820,711
247	73005B	腸套疊之還原	13,548	16,021	18%	268	156	98	14	-	-	1.24	820,842
248	73008B	良性腸病灶切除術	14,186	16,776	18%	1,751	1,288	391	72	-	-	1.01	4,561,498
249	73010B	小腸切除術加吻合術	18,056	21,352	18%	1,904	1,000	816	88	-	-	1.10	6,921,428
250	73011B	結腸部份切除術加吻合術	16,050	17,029	6%	821	420	357	44	-	-	1.06	849,958
251	73012B	根治性半結腸切除術加吻合術，升結腸	38,062	40,542	7%	2,933	1,570	1,237	126	-	-	1.04	7,534,807

序號	編號	診療項目	現行點數(含一般材料費)(A)	建議修訂點數(B)	調幅	100年申報量						平均支付成數(D)	影響點數(E) =(B-A)*Q*D
						合計(Q)	醫學中心	區域醫院	地區醫院	西醫基層	其他單位		
252	73013B	降結腸或乙狀結腸切除術加吻合術	25,539	31,774	24%	453	169	244	40	-	-	1.04	2,936,930
253	73014B	降結腸或乙狀結腸切除術併行吻合術及淋巴節清掃	39,375	40,943	4%	3,229	1,624	1,482	123	-	-	1.01	5,116,876
254	73017B	結腸全切除術併行直腸切除術及迴腸造口	30,678	37,872	23%	45	18	22	5	-	-	1.11	358,995
255	73020C	蹄形小腸或結腸造瘻管關閉	11,709	13,362	14%	1,381	854	496	30	1	-	1.00	2,288,843
256	73026B	結腸瘻管關閉術－結腸與皮膚	13,992	16,005	14%	36	23	13	-	-	-	1.00	72,731
257	73029B	結腸瘻管關閉術－結腸與其他器官或合併症	19,382	23,711	22%	40	15	23	2	-	-	1.02	176,555
258	73030B	腸吻合術－小腸與小腸(十二指腸)吻合術	14,403	17,033	18%	360	203	149	8	-	-	1.03	971,037
259	73031B	腸吻合術－迴腸與結腸吻合術，有間路法	17,652	20,874	18%	226	115	108	3	-	-	1.04	754,706
260	73033B	小腸穿孔縫補術	13,683	16,181	18%	639	246	348	45	-	-	1.08	1,722,591
261	73039B	經由剖腹術行小腸或結腸造瘻管關閉及吻合	15,868	17,944	13%	723	336	362	25	-	-	1.02	1,530,392
262	73042B	複雜性(進入腹腔)結腸造口或腸造口矯正	13,262	15,642	18%	143	80	55	8	-	-	1.03	350,140
263	73043B	腹腔鏡腸粘連剝離術	18,536	27,479	48%	2,760	1,722	982	56	-	-	1.01	25,043,323

序號	編號	診療項目	現行點數(含一般材料費)(A)	建議修訂點數(B)	調幅	100年申報量						平均支付成數(D)	影響點數(E) =(B-A)*Q*D
						合計(Q)	醫學中心	區域醫院	地區醫院	西醫基層	其他單位		
264	73045B	經腹腔鏡右側大腸切除術加吻合術	45,674	47,919	5%	1,000	576	421	3	-	-	1.01	2,264,075
265	74002B	闌尾切除術	11,171	13,210	18%	8,995	2,174	5,173	1,648	-	-	1.14	20,932,734
266	74004B	腹腔鏡闌尾切除術	13,404	15,851	18%	11,557	4,892	5,837	828	-	-	1.16	32,853,470
267	74201C	直腸周圍膿腫之切開引流	2,708	3,608	33%	2,646	677	1,142	450	377	-	1.03	2,459,124
268	74205B	根治性直腸切除術(含骨盆腔淋巴腺切除術)	43,682	46,884	7%	2,364	1,403	906	55	-	-	1.01	7,609,082
269	74207C	經直腸大腸息肉切除術	10,500	11,755	12%	4,966	2,436	1,240	1,005	285	-	1.00	6,240,040
270	74210B	薦骨與尾骨腫瘤切除，良性	13,589	14,951	10%	659	176	417	66	-	-	1.00	900,407
271	74211B	直腸上皮絨毛腺腫廣泛性切除術或癌症局部切除	19,694	20,852	6%	549	289	223	36	1	-	1.00	636,423
272	74213B	復原性直腸切除以及直腸、肛門吻合術	45,937	48,024	5%	794	416	359	19	-	-	1.00	1,661,443
273	74214B	復原性大腸直腸切除迴腸儲存袋以及迴腸肛門吻合術	48,180	51,606	7%	35	27	7	1	-	-	1.06	126,628
274	74215B	直腸膀胱瘻管切除術	18,045	23,046	28%	12	8	3	1	-	-	1.03	61,973
275	74216B	直腸癌腹部會陰聯合切除術	47,249	50,386	7%	461	229	213	19	-	-	1.00	1,451,078

序號	編號	診療項目	現行點數(含一般材料費)(A)	建議修訂點數(B)	調幅	100年申報量						平均支付成數(D)	影響點數(E) =(B-A)*Q*D
						合計(Q)	醫學中心	區域醫院	地區醫院	西醫基層	其他單位		
276	74219B	經尾骨由直腸後部切開行良性病灶切除方法	16,250	17,380	7%	9	5	4	-	-	-	1.00	10,170
277	74220B	經尾骨由直腸後部切開行直腸癌切除方法	19,246	20,629	7%	5	1	4	-	-	-	1.00	6,915
278	74401C	皮下瘻管切開術或切除術	3,674	4,340	18%	973	257	425	157	134	-	1.02	661,512
279	74406C	外痔完全切除術	3,967	4,486	13%	922	121	247	242	312	-	1.00	478,825
280	74411C	肛門瘻切除或切開術併痔瘡切除	6,916	9,720	41%	5,693	2,043	2,362	868	420	-	1.01	16,155,054
281	74412C	外痔血栓切除	2,338	2,671	14%	1,501	66	458	500	477	-	1.00	500,203
282	74416C	結腸肛門止血術	2,809	3,307	18%	1,576	240	318	598	420	-	1.03	808,153
283	74420C	複雜性皮下瘻管切開術或切除術	6,348	7,680	21%	3,510	1,002	1,844	611	53	-	1.02	4,763,449
284	75001B	楔狀活體切片(剖腹探查術)	14,408	17,039	18%	858	436	393	29	-	-	1.02	2,292,306
285	75002B	肝部分切除術	25,193	29,792	18%	1,152	704	436	12	-	-	1.01	5,327,140
286	75003B	肝區域切除術—一區域	28,945	34,229	18%	1,173	826	344	3	-	-	1.00	6,210,565
287	75004B	肝區域切除術—二區域	31,273	36,983	18%	1,451	969	473	9	-	-	1.00	8,321,037
288	75005B	肝區域切除術—三區域	47,354	55,999	18%	525	374	149	2	-	-	1.00	4,555,576
289	75006B	肝囊腫或肝膿瘍引流或造袋術	14,485	17,129	18%	1,142	657	464	21	-	-	1.03	3,109,655
290	75007B	縫肝術(肝損傷縫合,小於5公分)	16,178	19,132	18%	103	39	58	6	-	-	1.12	339,594

序號	編號	診療項目	現行點數(含一般材料費)(A)	建議修訂點數(B)	調幅	100年申報量						平均支付成數(D)	影響點數(E) =(B-A)*Q*D
						合計(Q)	醫學中心	區域醫院	地區醫院	西醫基層	其他單位		
291	75009B	縫肝術(複雜肝損傷之縫合或大於5公分)	17,768	21,012	18%	148	56	72	20	-	-	1.16	556,320
292	75015B	右肝葉切除術	39,979	47,277	18%	444	321	119	4	-	-	1.00	3,256,053
293	75016B	左肝葉切除術	35,603	42,103	18%	324	207	116	1	-	-	1.00	2,108,549
294	75017B	擴大右肝葉切除術	57,733	68,273	18%	129	96	33	-	-	-	1.00	1,365,171
295	75018B	擴大左肝葉切除術	56,717	67,070	18%	126	83	42	1	-	-	1.01	1,315,981
296	75023B	腹腔鏡肝臟囊腫去頂術	17,381	20,554	18%	129	62	65	2	-	-	1.02	415,539
297	75203B	膽囊切除術	17,916	21,186	18%	7,528	3,482	3,525	521	-	-	1.02	25,209,435
298	75204B	總膽管空腸吻合術	20,719	24,502	18%	197	120	75	2	-	-	1.01	752,669
299	75208B	總膽管切開及T形管引流	20,243	23,939	18%	351	163	162	26	-	-	1.03	1,339,329
300	75209B	總膽管切開摘石術及T形管引流	31,330	37,050	18%	2,240	709	1,350	181	-	-	1.04	13,309,655
301	75215B	腹腔鏡膽囊切除術	19,708	23,306	18%	17,422	7,795	8,548	1,079	-	-	1.03	64,608,228
302	75216B	ROUX-EN-Y 總肝管腸吻合術	17,411	20,590	18%	149	90	58	1	-	-	1.00	475,541
303	75218B	腹腔鏡膽管截石術	22,994	27,192	18%	343	157	182	4	-	-	1.03	1,476,955
304	75404B	胰臟尾端部分切除術	17,312	20,472	18%	214	160	52	2	-	-	1.01	685,658
305	75405B	胰臟體部分切除術	20,810	24,609	18%	60	29	28	3	-	-	1.01	230,175
306	75408B	胰囊腫至腸胃道之Y型內部吻合術	21,344	25,241	18%	9	4	5	-	-	-	1.02	35,837
307	75412B	Whipple 氏胰、十二指腸切除術	59,971	70,919	18%	442	302	139	1	-	-	1.01	4,892,683

序號	編號	診療項目	現行點數(含一般材料費)(A)	建議修訂點數(B)	調幅	100年申報量						平均支付成數(D)	影響點數(E) =(B-A)*Q*D
						合計(Q)	醫學中心	區域醫院	地區醫院	西醫基層	其他單位		
308	75417B	Whipple 氏胰、十二指腸切除術幽門保留式	59,971	70,919	18%	229	181	48	-	-	-	1.00	2,513,532
309	75603B	腹壁腫瘤切除術－惡性	18,467	21,838	18%	227	114	104	9	-	-	1.00	767,200
310	75604B	腹壁疝氣修補術－併腸切除	16,703	19,752	18%	93	48	40	5	-	-	1.07	303,087
311	75605C	腹壁疝氣修補術－無腸切除	14,153	16,737	18%	2,365	1,141	1,032	190	2	-	1.03	6,284,609
312	75606B	鼠蹊疝氣修補術－併腸切除	17,004	20,108	18%	159	83	58	18	-	-	1.14	560,688
313	75607C	鼠蹊疝氣修補術－無腸切除	14,827	17,534	18%	30,741	12,086	12,756	5,486	413	-	1.03	85,687,006
314	75610B	腹腔鏡疝氣修補術	10,119	13,897	37%	2,405	961	1,386	58	-	-	1.01	9,177,873
315	75611C	腹壁疝氣修補術，嵌頓性－無腸切除	15,776	18,656	18%	484	136	301	47	-	-	1.06	1,483,144
316	75612C	腹壁疝氣修補術，復發性－無腸切除	15,179	17,950	18%	144	58	71	15	-	-	1.01	403,914
317	75613C	鼠蹊疝氣修補術，嵌頓性－無腸切除	15,672	18,532	18%	1,617	398	889	330	-	-	1.11	5,110,820
318	75614C	鼠蹊疝氣修補術，復發性－無腸切除	16,500	19,512	18%	1,412	464	627	315	6	-	1.01	4,299,699
319	75615C	股疝氣修補術－無腸切除	13,020	15,397	18%	234	74	133	27	-	-	1.05	582,163

序號	編號	診療項目	現行點數(含一般材料費)(A)	建議修訂點數(B)	調幅	100年申報量						平均支付成數(D)	影響點數(E) =(B-A)*Q*D
						合計(Q)	醫學中心	區域醫院	地區醫院	西醫基層	其他單位		
320	75801C	腹腔內膿瘍引流術治療急性穿孔性腹膜炎	15,898	18,801	18%	3,188	1,097	1,756	335	-	-	1.09	10,133,823
321	75802B	膈下膿瘍引流術	15,095	17,851	18%	1,004	487	482	35	-	-	1.02	2,835,903
322	75803C	骨盆腔膿瘍引流術—經腹	12,598	14,899	18%	680	285	358	37	-	-	1.04	1,627,243
323	75805B	剖腹探查術	14,526	17,178	18%	2,209	1,351	758	98	2	-	1.09	6,394,041
324	75806B	腹腔良性腫瘤切除術	17,416	20,596	18%	392	221	154	17	-	-	1.02	1,273,580
325	75807B	後腹腔良性腫瘤切除術	21,362	25,262	18%	239	141	91	7	-	-	1.02	946,120
326	75808B	腹腔內異物卻除術	11,631	13,754	18%	662	387	254	21	-	-	1.01	1,426,240
327	75810B	腹腔惡性腫瘤切除術	20,040	23,698	18%	867	529	315	23	-	-	1.01	3,213,326
328	75811B	後腹腔惡性腫瘤切除術併後腹腔淋巴腺摘除術	25,306	29,925	18%	274	196	73	5	-	-	1.01	1,284,022
329	78028B	腹式尿失禁手術	7,910	11,727	48%	35	26	8	1	-	-	1.00	133,595
330	78029B	陰道式尿失禁手術(含Kellyplication)	6,279	14,757	135%	116	44	51	21	-	-	1.00	983,448
331	78030B	Burch尿失禁手術	14,524	30,275	108%	717	473	193	51	-	-	1.00	11,299,644
332	78036B	膀胱懸吊術	10,604	21,217	100%	47	24	12	11	-	-	1.00	498,811
333	78037B	KELLY手術	5,615	12,499	123%	7	7	-	-	-	-	1.00	48,188
334	78047B	(後)腹腔鏡膀胱頸懸吊術	12,725	22,898	80%	1	1	-	-	-	-	1.00	10,173
335	78213B	尿道下裂手術—glandulartype	13,485	16,088	19%	138	90	44	4	-	-	1.07	384,223
336	78214B	尿道下裂手術—others	18,567	22,150	19%	71	47	22	2	-	-	1.10	280,387

序號	編號	診療項目	現行點數(含一般材料費)(A)	建議修訂點數(B)	調幅	100年申報量						平均支付成數(D)	影響點數(E) =(B-A)*Q*D
						合計(Q)	醫學中心	區域醫院	地區醫院	西醫基層	其他單位		
337	78222B	尿道下裂重建術及陰莖痛性勃起矯正	11,873	34,788	193%	4	2	1	1	-	-	1.00	91,660
338	78223B	尿道下裂第一次重建術	11,873	34,788	193%	5	3	2	-	-	-	1.03	117,570
339	78607C	隱睾單側睪丸固定術	12,546	14,967	19%	759	540	199	18	2	-	1.11	2,045,460
340	79603C	女陰白斑切除術	1,775	2,632	48%	61	32	23	6	-	-	1.00	52,277
341	79604C	會陰修補及肛門損傷修補	5,646	11,264	100%	167	155	6	4	2	-	1.01	944,815
342	79605C	會陰修補及括約肌修補	4,659	10,449	124%	423	400	9	3	11	-	1.01	2,462,794
343	79804B	女陰切除術或廣泛性外阴癌組織切除(未合併皮膚或皮下組織重建)	11,357	16,836	48%	111	73	36	2	-	-	1.00	610,318
344	79807B	陰蒂整形術	2,656	3,938	48%	17	6	11	-	-	-	1.04	22,716
345	79809B	根治女陰切除術	34,244	50,765	48%	21	14	5	2	-	-	1.00	346,941
346	79810B	女陰切除術(合併皮膚或皮下組織重建)	15,698	23,271	48%	25	18	7	-	-	-	1.00	189,325
347	80004B	陰道後穹窿切開術	1,913	2,836	48%	17	5	9	3	-	-	1.01	15,872
348	80006B	陰道會陰縫合術：縫合陰道及會陰損傷(非產科)	5,496	8,148	48%	145	41	74	24	6	-	1.04	399,620
349	80007B	前側陰道縫合術	5,216	7,733	48%	559	289	205	63	2	-	1.00	1,407,990
350	80009B	前後側陰道縫合術	7,245	10,740	48%	1,083	439	515	128	1	-	1.00	3,785,770
351	80010B	前後側陰道縫合術：包含腸膨出修補術	8,646	12,817	48%	236	70	135	29	2	-	1.00	984,356
352	80011B	從腹腔進入陰道固定術	11,011	16,323	48%	45	16	25	3	1	-	1.00	239,040

序號	編號	診療項目	現行點數(含一般材料費)(A)	建議修訂點數(B)	調幅	100年申報量						平均支付成數(D)	影響點數(E) =(B-A)*Q*D
						合計(Q)	醫學中心	區域醫院	地區醫院	西醫基層	其他單位		
353	80014C	腹腔鏡式骨盆腔子宮內膜異位症電燒及切除—輕度：子宮內膜異位症分級指數小於或等於5分。	8,253	12,950	57%	814	343	293	144	34	-	1.00	3,841,778
354	80015B	陰道切除術—陰道部份切除	6,617	12,704	92%	212	125	81	6	-	-	1.00	1,290,444
355	80016B	陰道切除術—陰道全部切除，陰道式	9,177	13,604	48%	6	5	1	-	-	-	1.00	26,562
356	80017B	陰道閉合術	7,925	11,748	48%	99	65	32	2	-	-	1.00	378,477
357	80018B	人工陰道重建術(陰道狹窄或陰道缺失)—無皮膚移植	12,655	31,790	151%	21	14	6	1	-	-	1.02	408,088
358	80019B	人工陰道重建術(陰道狹窄或陰道缺失)—有皮膚及大腸等移植	20,430	42,348	107%	18	17	1	-	-	-	1.01	398,822
359	80021B	初次直腸陰道瘻管修補術	14,171	21,007	48%	48	25	23	-	-	-	1.00	328,128
360	80022B	尿道陰道瘻管修補術	8,958	13,279	48%	3	3	-	-	-	-	1.00	12,963
361	80023B	膀胱陰道瘻管修補術	9,472	16,068	70%	34	25	8	1	-	-	1.00	225,126
362	80024B	從陰道進入之陰道固定術	12,509	18,544	48%	271	216	49	6	-	-	1.00	1,635,485
363	80025B	腹腔鏡陰道懸吊術	16,599	24,973	50%	110	33	63	14	-	-	1.00	921,140

序號	編號	診療項目	現行點數(含一般材料費)(A)	建議修訂點數(B)	調幅	100年申報量						平均支付成數(D)	影響點數(E) =(B-A)*Q*D
						合計(Q)	醫學中心	區域醫院	地區醫院	西醫基層	其他單位		
364	80026B	經腹腔及陰道合併之骨盆底重建術(含子宮切除術，陰道懸吊術，陰道前後壁修補但不含尿失禁手術)	18,648	40,836	119%	35	17	17	1	-	-	1.00	776,580
365	80027B	經陰道骨盆底重建手術(含子宮切除術，陰道懸吊術，陰道前後壁修補但不含尿失禁手術)	22,314	40,965	84%	1,117	741	339	37	-	-	1.00	20,833,167
366	80028B	經陰道骨盆底重建手術(陰道懸吊術，陰道前後壁修補，不含尿失禁手術)	17,947	34,367	91%	1,297	792	454	51	-	-	1.00	21,303,179
367	80029C	腹腔鏡式骨盆腔子宮內膜異位症電燒及切除—中度：子宮內膜異位症分級指數 6 至 40 分。	13,400	19,865	48%	563	250	236	76	1	-	1.00	3,644,866
368	80030B	陰道切除術—陰道全部切除，腹式合併陰道式	11,157	19,434	74%	7	6	1	-	-	-	1.00	57,939
369	80031C	腹腔鏡式骨盆腔子宮內膜異位症電燒及切除—重度：子宮內膜異位症分級指數大於 40 分。	17,786	29,426	65%	608	312	230	63	3	-	1.00	7,079,402

序號	編號	診療項目	現行點數(含一般材料費)(A)	建議修訂點數(B)	調幅	100年申報量						平均支付成數(D)	影響點數(E) =(B-A)*Q*D
						合計(Q)	醫學中心	區域醫院	地區醫院	西醫基層	其他單位		
370	80032B	再次直腸陰道瘻管修補術	15,118	22,411	48%	16	9	7	-	-	-	1.02	118,595
371	80033B	經腹腔之骨盆底重建術	17,947	32,211	79%	73	-	32	41	-	-	1.00	1,041,272
372	80206B	子宮頸切斷術	3,381	5,012	48%	42	31	10	1	-	-	1.00	68,502
373	80208B	陰道式殘餘子宮頸切除術	4,758	7,054	48%	23	10	13	-	-	-	1.00	52,808
374	80209B	經陰道子宮懸吊合併子宮頸部份切除術	13,716	20,333	48%	19	7	11	1	-	-	1.00	125,723
375	80210C	腹式子宮頸切除術	7,535	18,756	149%	1	-	1	-	-	-	1.00	11,221
376	80211C	根除式子宮頸切除術	37,846	56,105	48%	12	10	2	-	-	-	1.00	219,108
377	80212B	腹式殘餘子宮頸切除術	7,632	11,313	48%	6	3	3	-	-	-	1.00	22,086
378	80402C	一般子宮肌瘤切除術	12,798	18,972	48%	3,082	973	873	593	643	-	1.00	19,083,955
379	80403B	一般全子宮切除術	16,180	23,986	48%	3,810	1,621	1,496	628	65	-	1.00	29,779,125
380	80404B	次全子宮切除術	11,871	21,217	79%	1,344	348	685	289	22	-	1.00	12,614,168
381	80406B	子宮懸吊術	6,441	9,548	48%	92	27	42	23	-	-	1.00	285,844
382	80407B	子宮廣韌帶裂傷修補或切除術	4,345	8,837	103%	5	2	3	-	-	-	1.00	22,460
383	80408B	子宮輸卵管造口吻合術	9,515	14,106	48%	1	1	-	-	-	-	1.00	4,591
384	80409B	子宮縫合術	10,317	15,294	48%	32	16	13	3	-	-	1.06	169,023
385	80410B	子宮整形術	14,604	21,649	48%	44	33	10	1	-	-	1.00	309,980
386	80411B	Spalding-Richardson 氏子宮脫出手術	12,760	18,916	48%	2	1	1	-	-	-	1.00	12,312
387	80412B	廣泛性全子宮切除術	30,719	45,539	48%	237	178	57	2	-	-	1.00	3,518,152

序號	編號	診療項目	現行點數(含一般材料費)(A)	建議修訂點數(B)	調幅	100年申報量						平均支付成數(D)	影響點數(E) =(B-A)*Q*D
						合計(Q)	醫學中心	區域醫院	地區醫院	西醫基層	其他單位		
388	80413B	子宮頸癌全子宮根除術	45,417	67,328	48%	596	388	198	10	-	-	1.00	13,058,956
389	80414B	陰道式子宮根治手術(Schauta式手術)	27,682	41,037	48%	-	-	-	-	-	-	1.00	-
390	80415B	子宮鏡切除子宮腔隔膜或子宮肌瘤	20,733	30,736	48%	3,030	1,436	1,279	303	12	-	1.00	30,364,008
391	80416B	腹腔鏡全子宮切除術	26,215	47,106	80%	7,956	3,854	3,215	880	7	-	1.00	166,313,388
392	80417B	婦癌分期手術手術範圍含： (BSO+omentectomy+ATH+retroperitoneallymphadenectomy)	34,745	61,401	77%	1,187	793	379	15	-	-	1.00	31,661,579
393	80418B	婦癌減積手術手術範圍含： (BSO+omentectomy+ATH+retroperitoneallymphadenectomy)+radicaldissectionforbulking	45,690	80,742	77%	917	632	277	8	-	-	1.00	32,204,540
394	80419B	婦癌二次剖腹探查術	19,844	29,418	48%	90	53	36	1	-	-	1.00	861,660
395	80420C	複雜性子宮肌瘤切除術	18,146	29,795	64%	3,064	1,410	1,223	417	14	-	1.00	35,742,787
396	80421B	複雜性全子宮切除術	20,721	33,612	62%	4,185	1,970	2,053	162	-	-	1.00	54,044,886
397	80422C	子宮鏡移除異物或息肉	10,736	15,916	48%	7,060	3,561	2,837	557	105	-	1.00	36,591,809
398	80423C	子宮鏡剝離子宮腔粘黏或子宮內膜電燒	13,681	20,282	48%	1,908	573	860	453	22	-	1.00	12,610,248
399	80424B	腹腔鏡式婦癌分期手術	36,341	74,424	105%	284	211	70	3	-	-	1.00	10,815,572

序號	編號	診療項目	現行點數(含一般材料費)(A)	建議修訂點數(B)	調幅	100年申報量						平均支付成數(D)	影響點數(E) =(B-A)*Q*D
						合計(Q)	醫學中心	區域醫院	地區醫院	西醫基層	其他單位		
400	80425C	腹腔鏡子宮肌瘤切除術	26,215	40,463	54%	3,442	1,766	1,367	309	-	-	1.00	49,086,316
401	80603C	輸卵管整形術	11,438	16,957	48%	460	208	171	69	12	-	1.00	2,543,069
402	80604B	輸卵管剝離術	7,099	10,524	48%	28	11	16	1	-	-	1.00	95,900
403	80605B	輸卵管吻合術	18,257	27,065	48%	17	3	14	-	-	-	1.00	149,736
404	80606B	輸卵管造口術	11,438	16,957	48%	118	42	63	13	-	-	1.00	654,488
405	80607B	輸卵管補植術	11,438	16,957	48%	1	-	1	-	-	-	1.00	5,519
406	80801B	卵巢切除術附加大網膜切除術	21,160	31,369	48%	218	111	94	13	-	-	1.01	2,239,574
407	80804C	卵巢膿瘍切開引流術	8,404	12,459	48%	232	138	75	19	-	-	1.02	956,662
408	80805C	卵巢部份切片術	4,345	6,441	48%	49	19	28	2	-	-	1.00	103,115
409	80809B	卵巢癌再次手術探查術	17,387	27,393	58%	39	18	19	2	-	-	1.00	390,234
410	81001C	葡萄胎或絨毛膜癌除去術	7,775	11,527	48%	144	60	44	25	15	-	1.01	545,438
411	81002C	子宮外孕手術	11,109	16,469	48%	629	101	182	80	266	-	1.06	3,583,142
412	81005C	剖腹產合併次全子宮切除術	19,803	38,004	92%	34	21	8	5	-	-	1.05	650,953
413	81007C	妊娠超過十二週流產或死胎刮宮術	6,481	9,609	48%	913	121	290	155	347	-	1.02	2,907,997
414	81008B	子宮切開流產術	11,544	17,113	48%	106	40	32	34	-	-	1.04	614,337
415	81009C	死胎之引產(12-24週)	6,481	9,609	48%	2,595	1,215	781	370	229	-	1.01	8,214,925
416	81010C	死胎之引產(超過24週)	11,833	17,542	48%	606	248	170	87	101	-	1.01	3,489,878
417	81012B	死胎破取術	6,489	9,619	48%	9	4	1	4	-	-	1.02	28,784
418	81013B	骨盆腔臟器摘除術	69,457	102,966	48%	34	23	10	1	-	-	1.00	1,139,306

序號	編號	診療項目	現行點數(含一般材料費)(A)	建議修訂點數(B)	調幅	100年申報量						平均支付成數(D)	影響點數(E) =(B-A)*Q*D
						合計(Q)	醫學中心	區域醫院	地區醫院	西醫基層	其他單位		
419	81014C	骨盆腔子宮內膜異位症，電燒及切除—輕度：子宮內膜異位症分級指數小於或等於5分。	6,877	10,195	48%	274	135	121	18	-	-	1.01	913,686
420	81015C	經腹部子宮內避孕器移除術	7,312	10,840	48%	18	7	8	3	-	-	1.02	64,888
421	81016B	薦骨前神經截斷術	7,873	11,671	48%	26	8	14	4	-	-	1.00	98,748
422	81018C	雙胎分娩	20,430	38,426	88%	149	72	53	22	2	-	1.03	2,772,560
423	81019C	多胎分娩	23,349	42,254	81%	3	2	-	1	-	-	1.07	60,422
424	81020B	腹腔鏡子宮外孕手術(含腹腔鏡子宮外孕藥物注射)	19,322	24,948	29%	3,064	1,183	1,305	510	66	-	1.09	18,717,150
425	81021B	骨盆腔惡性腫瘤消滅術	18,421	27,309	48%	110	103	6	1	-	-	1.00	977,680
426	81022B	敗血性流產	6,134	10,102	65%	12	5	6	1	-	-	1.07	50,728
427	81023B	子宮內膜電燒及切除術	7,268	15,289	110%	126	106	12	8	-	-	1.00	1,010,646
428	81024C	前胎剖腹產後之陰道生產(接生費)	13,620	31,525	131%	472	180	220	67	5	-	1.02	8,588,081
429	81025C	前胎剖腹產後之陰道生產(雙胎分娩)	20,430	38,717	90%	-	-	-	-	-	-	1.00	-
430	81026C	前胎剖腹產後之陰道生產(多胎分娩)	23,349	44,737	92%	1	-	1	-	-	-	1.00	21,388
431	81028C	前置胎盤或植入性胎盤之剖腹產	17,979	41,098	129%	1,117	484	289	344	-	-	1.03	26,603,623

序號	編號	診療項目	現行點數(含一般材料費)(A)	建議修訂點數(B)	調幅	100年申報量						平均支付成數(D)	影響點數(E) =(B-A)*Q*D
						合計(Q)	醫學中心	區域醫院	地區醫院	西醫基層	其他單位		
432	81029C	剖腹產合併全子宮切除術	20,334	38,022	87%	25	16	6	2	1	-	1.04	459,541
433	81030C	引產無效後之流產或死胎刮宮術	6,481	9,609	48%	40	30	5	5	-	-	1.05	131,253
434	81032C	骨盆腔子宮內膜異位症，電燒及切除—中度：子宮內膜異位症分級指數6至40分。	10,308	18,176	76%	148	74	67	7	-	-	1.01	1,170,635
435	81033B	骨盆腔子宮內膜異位症，電燒及切除—重度：子宮內膜異位症分級指數大於40分。	13,619	25,980	91%	237	131	82	24	-	-	1.00	2,934,404
436	81034C	有妊娠併發症之陰道產	15,938	32,144	102%	1,102	480	439	178	5	-	1.03	18,389,679
437	81036B	腹腔鏡式薦骨前神經截斷術	8,886	13,367	50%	66	21	35	10	-	-	1.00	295,746
438	82001C	單側次全甲狀腺切除術	9,896	11,702	18%	638	280	308	50	-	-	1.00	1,153,647
439	82002C	雙側次全甲狀腺切除術	15,709	18,577	18%	1,410	314	593	503	-	-	1.00	4,043,880
440	82003C	甲狀腺囊腫切除術	10,884	12,985	19%	516	175	298	43	-	-	1.00	1,084,803
441	82004B	單側甲狀腺全葉切除術	15,187	17,959	18%	3,834	2,051	1,432	351	-	-	1.00	10,632,196
442	82007B	副甲狀腺切除術	14,180	16,769	18%	1,468	910	497	61	-	-	1.00	3,801,160
443	82008B	根治性甲狀腺切除術(含單側頸部淋巴腺切除術)	25,490	30,143	18%	968	697	211	60	-	-	1.00	4,504,104
444	82012C	副甲狀腺再植術	9,073	10,730	18%	448	275	152	21	-	-	1.00	742,336

序號	編號	診療項目	現行點數(含一般材料費)(A)	建議修訂點數(B)	調幅	100年申報量						平均支付成數(D)	影響點數(E) =(B-A)*Q*D
						合計(Q)	醫學中心	區域醫院	地區醫院	西醫基層	其他單位		
445	82013B	副甲狀腺切除加上自體移植	13,189	23,164	76%	294	264	28	2	-	-	1.00	2,932,650
446	82015B	單側甲狀腺全葉切除術及另一側次全甲狀腺切除術	19,099	22,586	18%	2,760	859	813	1,088	-	-	1.00	9,624,804
447	82016B	雙側甲狀腺全葉切除術	20,519	24,265	18%	1,840	1,158	467	215	-	-	1.00	6,895,578
448	83015C	顱骨切除術	16,952	19,607	16%	1,869	1,096	664	109	-	-	1.07	5,302,833
449	83027C	腰交感神經切除術	12,837	19,030	48%	15	13	2	-	-	-	1.00	92,895
450	83036C	硬腦膜外血腫清除術	20,854	30,563	47%	1,077	488	503	86	-	-	1.13	11,860,943
451	83037C	急性硬腦膜下血腫清除術	23,660	29,183	23%	1,494	615	790	89	-	-	1.01	8,298,650
452	83038C	慢性硬腦膜下血腫清除術	16,089	19,495	21%	3,691	1,709	1,731	251	-	-	1.10	13,779,779
453	83039B	腦內血腫清除術	26,668	33,055	24%	5,404	2,219	2,822	363	-	-	1.16	40,210,214
454	83041B	惡性脊髓腫瘤切除術	37,061	47,461	28%	571	376	183	12	-	-	1.06	6,300,701
455	83042B	脊椎內脊髓內腫瘤切除術	41,016	53,197	30%	105	84	20	1	-	-	1.05	1,339,512
456	83049B	腦室腹腔分流手術	16,631	20,872	26%	5,217	2,953	2,003	261	-	-	1.02	22,596,796
457	83051B	腦室體外引流	6,077	16,664	174%	2,954	1,559	1,297	98	-	-	1.05	32,740,263
458	83057B	經由蝶竇之腦下垂體瘤切除	38,495	47,646	24%	778	661	112	5	-	-	1.01	7,165,532
459	83064B	開顱術摘除血管病變—腦血管瘤:1.無病徵的	62,998	75,196	19%	118	94	24	-	-	-	1.03	1,477,632

序號	編號	診療項目	現行點數(含一般材料費)(A)	建議修訂點數(B)	調幅	100年申報量						平均支付成數(D)	影響點數(E) =(B-A)*Q*D
						合計(Q)	醫學中心	區域醫院	地區醫院	西醫基層	其他單位		
460	83065B	開顱術摘除血管病變—腦血管瘤:2.有病徵的	70,873	77,751	10%	971	629	338	4	-	-	1.13	7,568,632
461	83080B	顱內壓監視置入	10,710	19,238	80%	8,992	4,594	3,979	419	-	-	1.07	81,929,748
462	83088B	顱底瘤手術	119,340	129,627	9%	736	611	123	2	-	-	1.01	7,634,433
463	88001B	新生兒壞死性腸炎手術，含腸切除及吻合術	40,055	43,921	10%	20	19	1	-	-	-	1.46	112,695
464	88002B	新生兒壞死性腸炎手術，含腸造口	32,298	35,415	10%	14	13	1	-	-	-	1.52	66,252
465	88003B	胎糞性腹膜炎	26,368	28,913	10%	9	9	-	-	-	-	1.46	33,384
466	88005B	總膽管囊腫切除術，膽管迴腸吻合術	61,174	67,077	10%	53	49	4	-	-	-	1.17	366,488
467	88006B	食道閉鎖及食道氣管瘻管手術	51,169	56,107	10%	29	27	2	-	-	-	1.47	210,010
468	88007B	新生兒胃穿孔修補術	31,365	34,392	10%	6	5	1	-	-	-	1.59	28,846
469	88008B	橫膈疝氣修補術	35,221	38,620	10%	38	38	-	-	-	-	1.30	168,039
470	88009B	橫膈折疊術	29,988	32,882	10%	10	10	-	-	-	-	1.16	33,480
471	88011B	先天性十二指腸閉鎖或輪狀胰	37,875	41,529	10%	31	29	2	-	-	-	1.41	160,083
472	88012B	腸旋轉復形術	19,664	21,561	10%	42	37	5	-	-	-	1.29	103,108
473	88013B	腸閉鎖，腸切除及吻合術	34,234	37,537	10%	24	20	4	-	-	-	1.47	116,836
474	88014B	尾骨囊腫切除術	15,300	16,776	10%	19	12	6	1	-	-	1.10	30,745
475	88015B	尾骨囊腫廣泛性切除術	35,426	38,844	10%	8	7	1	-	-	-	1.22	33,376
476	88016B	先天性膽道閉鎖探查術	13,770	15,099	10%	9	9	-	-	-	-	1.09	13,003

序號	編號	診療項目	現行點數(含一般材料費)(A)	建議修訂點數(B)	調幅	100年申報量						平均支付成數(D)	影響點數(E) =(B-A)*Q*D
						合計(Q)	醫學中心	區域醫院	地區醫院	西醫基層	其他單位		
477	88017B	先天性膽道閉鎖，葛西手術或其他肝腸吻合手術	54,468	59,724	10%	43	39	4	-	-	-	1.37	310,516
478	88018B	先天性腹壁缺損直接修補術－單純性	15,300	16,776	10%	5	3	2	-	-	-	1.38	10,178
479	88019B	先天性腹壁缺損直接修補術－複雜性	43,216	47,387	10%	15	12	3	-	-	-	1.50	93,643
480	88020B	新生兒臍疝氣修補術－單純性	8,905	9,764	10%	8	4	1	3	-	-	1.24	8,500
481	88021B	新生兒臍疝氣修補術－複雜性	24,824	27,219	10%	3	3	-	-	-	-	1.46	10,472
482	88022B	膀胱外翻關閉術	60,717	66,576	10%	4	4	-	-	-	-	1.39	32,627
483	88023B	囊狀淋巴管瘤切除術	32,298	35,415	10%	77	60	17	-	-	-	1.15	274,846
484	88024B	低位肛門成形術	28,611	31,372	10%	55	46	9	-	-	-	1.36	205,812
485	88025B	高位肛門成形術	53,880	59,079	10%	42	40	2	-	-	-	1.33	290,396
486	88026B	先天性巨結腸症	42,993	47,142	10%	53	48	5	-	-	-	1.27	279,556
487	88027B	先天性無神經巨結腸症	60,837	66,708	10%	4	4	-	-	-	-	1.23	28,856
488	88028B	尿道下裂島皮瓣尿道整型術	34,217	40,820	19%	212	196	15	1	-	-	1.16	1,624,252
489	88029C	嬰兒鼠蹊疝氣	10,800	12,884	19%	1,937	1,489	397	51	-	-	1.26	5,076,937
490	88030B	矯正前胸部缺損	9,960	11,882	19%	-	-	-	-	-	-	1.00	-

序號	編號	診療項目	現行點數(含一般材料費)(A)	建議修訂點數(B)	調幅	100年申報量						平均支付成數(D)	影響點數(E) =(B-A)*Q*D
						合計(Q)	醫學中心	區域醫院	地區醫院	西醫基層	其他單位		
491	88031B	矯正尿道纖維黏連	17,211	20,533	19%	1,030	790	232	8	-	-	1.07	3,648,121
492	88032B	鰓裂囊腫切除、瘻管切除	14,067	15,425	10%	189	126	57	6	-	-	1.08	277,964
493	88034B	臍尿管或瘻管切除	15,820	18,873	19%	94	59	31	4	-	-	1.19	340,260
494	88035B	臍腸系膜瘻管切除	26,622	31,760	19%	7	6	1	-	-	-	1.24	44,697
495	88036B	薦尾骨畸胎瘤切除	20,938	24,979	19%	5	3	2	-	-	-	1.20	24,167
496	96017C	半開放式或半閉鎖式面罩吸入全身麻醉法—二小時以內	5,280	5,382	2%	64,608	21,903	35,508	6,601	596	-	1.02	6,718,222
497	96018C	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	1,320	1,345	2%	10,997	5,089	5,435	473	-	-	1.01	277,225
498	96019C	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	1,650	1,682	2%	1,270	688	540	42	-	-	1.03	41,969
499	96020C	半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法—二小時以內	5,775	5,887	2%	588,441	298,348	243,166	46,588	339	-	1.03	67,893,242
500	96021C	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	1,320	1,345	2%	742,284	456,120	255,761	30,340	63	-	1.03	19,091,174

序號	編號	診療項目	現行點數(含一般材料費)(A)	建議修訂點數(B)	調幅	100年申報量						平均支付成數(D)	影響點數(E) =(B-A)*Q*D
						合計(Q)	醫學中心	區域醫院	地區醫院	西醫基層	其他單位		
501	96022C	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	1,650	1,682	2%	430,531	305,753	116,874	7,904	-	-	1.04	14,288,967
												小計	3,072,614,404

拆分項並調高支付點數

編號	拆分前		100 年 申報 量	現行 支付 點數 (含一 般材 料費) (A)	拆分後		建議點 數(B)	調幅	申報量						平均 支付 成數 (D)	影響點數 (E)= (B-A)*Q*D
	支付代 碼	中文名稱			支付代 碼	中文名稱			100 年 合計 (Q)	醫學 中心	區域 醫院	地區 醫院	西醫 基層	其他 單位		
1	69012B	下腹動脈 或子宮動 脈結紮與 分離	100	9,377	69012B	<u>下腹動脈結紮後分離 (用於產後大出血或骨 盆出血)</u>	27,475	193%	20	9	10	0	0	0	1.01	364,799
					69040B	<u>子宮動脈結紮與分離</u>	13,901	48%	80	38	41	2	0	0	1.01	364,759
2	73015B	結腸全切 或次全切 除術	183	28,749	73015B	結腸全切或次全切除術	31,889	11%	92	45	40	8	0	0	1.10	315,016
					73047B	<u>結腸全切或次全切除術 (惡性腫瘤適用)</u>	36,912	28%	92	45	40	8	0	0	1.10	818,941
3	73046B	經腹腔鏡 乙狀結腸 切除術加 吻合術	1,046	30,646	73046B	經腹腔鏡乙狀結腸切除 術加吻合術	34,848	14%	523	339	179	6	0	0	1.00	2,204,237
					73048B	<u>經腹腔鏡乙狀結腸切除 術加吻合術(惡性腫瘤適 用)</u>	44,498	45%	523	339	179	6	0	0	1.00	7,266,325
4	74206B	Hartmann 氏直腸手 術	931	25,413	74206B	Hartmann 氏直腸手術	27,909	10%	466	230	215	21	0	0	1.12	1,304,796
					74223B	<u>Hartmann 氏直腸手術 (惡性腫瘤適用)</u>	29,839	17%	466	230	215	21	0	0	1.12	2,313,713

編號	拆分前		100年申報量	現行支付點數(含一般材料費)(A)	拆分後		建議點數(B)	調幅	申報量						平均支付成數(D)	影響點數(E)=(B-A)*Q*D
	支付代碼	中文名稱			支付代碼	中文名稱			100年合計(Q)	醫學中心	區域醫院	地區醫院	西醫基層	其他單位		
5	80802C	子宮附屬器部份或全部切除	5,645	10,375	80802C	單側子宮附屬器部份或全部切除	15,380	48%	2,823	1,249	1,108	276	191	0	1.01	14,266,139
					80811C	<u>雙側子宮附屬器部份或全部切除</u>	20,221	95%	2,823	1,249	1,108	276	191	0	1.01	28,064,816
6	80807C	腹腔鏡子宮附屬器部分或全部切除術	13,129	19,079	80807B	腹腔鏡單側子宮附屬器部分或全部切除術	28,283	48%	6,565	2,992	2,674	804	95	0	1.01	61,218,962
					80812B	<u>腹腔鏡雙側子宮附屬器部分或全部切除術</u>	33,431	75%	6,565	2,992	2,674	804	95	0	1.01	95,460,077
														小計	213,962,579	

修訂中英文名稱並調整部分項目之支付點數

診療項目 (修改前)	診療項目 (修改後)	現行點 數(含 一般材 料費) (A)	建議修 訂點數 (B)	調幅	申報量						平均 支付 成數 (D)	預估影響點數 (E)= (B-A)*Q*D
					100年 合計 (Q)	醫學 中心	區域 醫院	地區 醫院	西醫 基層	其他 單位		
腦瘤切除 Brain tumor (I.C.T. / cephalocele) —手術時間在 4 小時以內 —手術時間在 4~8 小時 —手術時間在 8 小時以上 註：限神經外科專科醫師施行。	腦瘤切除 Brain tumor (I.C.T. / cephalocele) —腦瘤大小 3 公分以內 $\leq 3\text{cm}$ —腦瘤大小介於 3~6 公分 3~6cm —腦瘤大小 6 公分以上 $> 6\text{cm}$ 註：限神經外科專科醫師施行。	35,352	35,352	0%	718	472	229	17	0	0	1.03	0
		50,606	57,918	14%	1,679	1,290	381	8	0	0	1.02	12,538,742
		53,348	63,498	19%	411	357	52	2	0	0	1.03	4,285,755
											小計	16,824,496

調整急重難基本診療章節之支付點數

序號	編號	診療項目	現行 支付 點數 (A)	建議 修訂 點數 (B)	調幅	申報量						平均 支付 成數 (D)	影響點數(E)= (B-A)*Q*D
						100年合 計(Q)	醫學中心	區域醫院	地區醫院	西醫 基層	其他 單位		
1	00201B	急診診察費(按檢傷分類)檢傷分類第一級	918	1,804	97%	178,991	73,840	85,104	20,047	0	0	1.22	193,112,756
2	00202B	急診診察費(按檢傷分類)檢傷分類第二級	683	946	39%	872,557	348,386	434,120	90,051	0	0	1.23	282,403,557
3	00203B	急診診察費(按檢傷分類)檢傷分類第三級	509	607	19%	3,984,845	1,145,894	2,178,910	660,041	0	0	1.25	489,297,355
4	02011K	加護病床住院診察費(天)註：精神科加護病床、燒傷中心及骨髓移植隔離病床比照申報。	712	815	14%	935,586	935,586	0	0	0	0	1.08	103,703,911
5	02012A		631	734	16%	1,044,043	0	1,043,960	83	0	0	1.02	109,581,312
6	02013B		550	653	19%	280,797	2,835	8,100	269,862	0	0	1.01	29,157,032
7	02017K	新生兒中重度住院診察費(天)本項非兒童加成項目。	482	709	47%	188,311	188,311	0	0	0	0	1.00	42,746,597
8	02018A		447	674	51%	148,966	0	148,966	0	0	0	1.00	33,815,282
9	02019B		391	618	58%	21,700	0	55	21,645	0	0	1.00	4,925,900
											小計	1,288,743,701	

調整燒傷病床住院診察費之兒童加成率

序號	編號	診療項目	現行 支付 點數 (A)	建議 修訂 點數	100 年申報量				影響點數(E)= Q1*(120%-60%) +Q2*(90%-30%) +Q3*(80%-20%)
					合計 (Q)	<6 個月 (Q1)	6 個月 至 2 歲 (Q2)	2 至 6 歲 (Q3)	
1	02010B	燒傷病床住院 診察費(天)	604	604	24,928	21	1,362	1,266	959,998
								小計	959,998

註：影響點數係以兒童加成率之改變及 100 年該年齡層申報量預估，<6 個月原加成 60% 提高至 120%，6 個月至 2 歲原加成 30% 提高至 90%，2-6 歲原加成 20% 提高至 80%。

新增兒童專科醫師加成項目

序號	編號	診療項目	現行支付點數(A)	建議修訂點數(B)	兒童專科醫師申報量					影響點數(E)= B*60%*Q
					100年合計(Q)	醫學中心	區域醫院	地區醫院	西醫基層	
1	02005B	住院會診費 1.本項會診費，除急診期間外，每一保險對象每次住院最多限申報五次。 2.急診處暫留床病患，以申報一次為限。	367	367	73,311	43,858	25,550	3,903	-	16,128,420
2	02006K	一般病床住院診察費(天)	353	353	505,734	505,696	38	-	-	107,215,608
3	02007A	1.經濟病床及急性精神病床比照申報。 2.留置急診處暫留床二日以上者，自第二天起比照申報。	333	333	760,334	-	760,334	-	-	152,066,800
4	02008B		300	300	189,977	-	200	189,757	20	34,195,860
6	02011K	加護病床住院診察費(天)	712	815	140,999	140,999	-	-	-	68,948,511
7	02012A	註：精神科加護病床、燒傷中心及骨髓移植	631	734	37,161	-	37,161	-	-	16,350,840
8	02013B	隔離病床比照申報。	550	653	2,819	-	98	2,721	-	1,105,048
9	02014K	隔離病床住院診察費(天) 註：核醫病床得比照申報。	373	373	19,824	19,824	-	-	-	4,440,576
10	02015A		348	348	2,079	-	2,079	-	-	434,511
11	02016B		307	307	35	-	-	35	-	6,440
小計									400,892,614	

調整兒童加成率之項目

編號	支付代碼	中文名稱	現行支付點數(A)	專家建議點數(B)	100年申報量			影響點數(E)= Q1*(100%-60%) +Q2*(80%-30%) +Q3*(60%-20%)	
					總計(Q)	<6個月(Q1)	6個月至2歲(Q2)		2至6歲(Q3)
1	33074B	血管整形術	10,800	10,800	39,850	18	19	28	301,320
2	33081B	食道狹窄氣球擴張術	1,445	1,445	771	-	-	-	-
3	33091B	不整脈經導管燒灼術	36,900	36,900	3,041	2	-	1	44,280
4	33107B	經皮內視鏡胃造瘻管替換術	2,094	2,094	1,573	1	7	38	39,995
5	33108B	經皮內視鏡胃造瘻術	2,750	2,750	1,119	1	4	7	14,300
6	33112B	經由心導管治療直徑小於2.5mm之開放性動脈瘻管	20,250	20,250	135	5	52	25	769,500
7	33114B	經由心導管治療直徑2.5mm(含)以上之開放性動脈瘻管	20,250	20,250	86	8	26	14	441,450
8	33129B	Amplatzer 心房中膈缺損關閉器治療中膈缺損	20,250	20,250	452	-	1	75	617,625
9	33131B	經皮導管\心臟內異物移除術	10,000	10,000	189	-	-	3	12,000
10	33132B	氣管支架置放術	12,000	12,000	82	3	5	1	49,200
11	47011C	清潔灌腸	392	392	35,802	105	142	263	85,534
12	47012B	週邊動脈導管置入術	802	802	224,937	1,715	747	885	1,133,627
13	47013C	一般導尿	94	94	550,283	4,352	3,414	1,392	376,432
14	47015B	中央靜脈導管置入術	545	1,490	211,035	898	782	771	1,577,314
15	47016C	胃灌洗術	260	260	30,013	162	52	102	34,216
16	47017C	胃管插入	195	195	1,028,933	11,433	2,084	2,522	1,291,680
17	47020C	胃減壓一天	150	150	342,572	7,355	1,489	1,710	655,575

編號	支付代碼	中文名稱	現行支付點數(A)	專家建議點數(B)	100年申報量			影響點數(E)= Q1*(100%-60%) +Q2*(80%-30%) +Q3*(60%-20%)	
					總計(Q)	<6個月(Q1)	6個月至2歲(Q2)		2至6歲(Q3)
18	47021C	胸腔引流一天	120	120	360,750	3,399	1,766	2,742	400,728
19	47022C	腹腔引流一天	125	125	485,834	1,001	536	602	113,650
20	47023B	食道球置入術	1,937	5,675	554	-	-	3	6,810
21	47024B	食道球處理一天	139	139	770	1	-	-	56
22	47025B	食道靜脈瘤硬化治療	3,216	9,423	1,867	6	7	24	146,057
23	47028C	去顫術(急救一次)	308	308	15,743	41	30	73	18,665
24	47029C	心肺甦醒術(每十分鐘)	755	755	96,178	600	318	334	402,113
25	47030B	暫時性心律調節器裝置及使用技術費	2,860	3,001	5,296	5	8	6	25,208
26	47031C	氣管內管插管	464	464	129,669	1,727	444	454	507,802
27	47034B	溫度測定儀(手外科)	240	240	8,240	3	16	56	7,584
28	47035B	腦室引流一天	80	80	75,030	518	407	279	41,784
29	47036B	順流導管插管術	2,405	2,405	6,759	1	3	-	4,570
30	47037B	冰毯-12小時以內	413	413	8,185	93	96	150	59,968
31	47038B	冰毯-12~24小時	780	780	11,531	152	132	140	142,584
32	47043B	上消化道內視鏡止血法(任何方法)	2,847	8,342	23,883	1	3	3	25,860
33	47047C	坐浴	53	53	275,583	36	286	478	18,476
34	47048C	引流管灌洗	128	128	151,469	279	188	708	62,566
35	47049B	自動體溫控制床使用費(天)	294	294	8,551	569	38	79	81,791
36	47050B	電動翻轉床使用費(天)	195	195	550	14	55	91	13,553
37	47051C	末梢神經阻斷術	380	380	18,630	1	6	32	6,156
38	47052B	三叉神經阻斷術	1,320	1,320	740	-	-	-	-
39	47054C	一般高壓氧治療	600	600	594	8	-	-	1,920

編號	支付代碼	中文名稱	現行支付點數(A)	專家建議點數(B)	100年申報量			影響點數(E)= Q1*(100%-60%) +Q2*(80%-30%) +Q3*(60%-20%)	
					總計(Q)	<6個月(Q1)	6個月至2歲(Q2)		2至6歲(Q3)
40	47055C	減敏注射(每種抗原)	212	212	26,359	-	-	1,005	85,224
41	47056B	體外循環，第二天起之每日照護費	1,700	1,700	4,937	207	67	100	265,710
42	47057B	經內視鏡施行食道擴張術	2,250	4,771	1,731	1	-	7	15,267
43	47058B	食道內金屬支架置放術	2,250	4,670	196	-	-	-	-
44	47059B	治療性導管植入術—希克曼氏導管植入術	3,484	3,484	3,233	36	15	15	97,204
45	47060B	動脈導管置放術(化學治療用)	3,000	3,000	233	-	-	-	-
46	47062B	餵食幫浦(天)	150	150	208,500	728	201	344	79,395
47	47063B	主動脈氣球輔助器使用費(天)	150	150	9,387	-	-	-	-
48	47064B	遺傳疾病家族會談治療	495	1,450	1,324	84	57	73	132,385
49	47065B	治療性導管植入術—末梢靜脈植入中心導管術	2,953	2,953	2,920	25	1	2	33,369
50	47066B	造瘻口灌食/天	100	100	88,168	86	618	1,041	75,980
51	47067B	經內視鏡食道靜脈瘤結紮術	4,871	9,440	11,556	-	-	6	22,656
52	47068B	腦室外引流監視(天)	357	357	1,344	-	3	1	678
53	47069B	顱內壓監視器(天)	200	200	595	1	1	3	420
54	47070B	烤燈使用	46	46	92,179	9,725	772	553	206,871
55	47071B	烤燈(每一天)	130	130	66,017	3,501	648	515	250,952
56	47073B	切除 CAPD 導管外袖口及導管擴創術	3,845	3,845	192	-	-	-	-

編號	支付代碼	中文名稱	現行支付點數(A)	專家建議點數(B)	100年申報量			影響點數(E)= Q1*(100%-60%) +Q2*(80%-30%) +Q3*(60%-20%)	
					總計(Q)	<6個月(Q1)	6個月至2歲(Q2)		2至6歲(Q3)
57	47074C	上消化道內視鏡息肉切除術	3,690	6,616	3,352	-	-	1	2,646
58	47075B	自動止血帶止血	130	130	795	-	-	-	-
59	47077B	上消化道息肉切除術	2,190	3,919	562	-	-	-	-
60	47078B	胃靜脈瘤硬化治療	3,451	10,111	1,199	-	-	-	-
61	47079B	癌症治療計畫諮詢規劃費	2,000	2,593	26,030	2	5	8	16,855
62	47080B	治療性導管植入術—Port-A 導管植入術	3,484	5,650	31,341	22	66	81	419,230
63	47083C	上消化道泛內視鏡異物摘除術	2,560	4,912	2,254	-	20	52	151,290
64	47086C	骨盆肌肉生物回饋訓練	415	415	8,890	-	-	4	664
65	47087C	尿失禁電刺激治療	350	350	28,351	-	-	-	-
66	47088C	人體器官移植之腦死判定費	2,000	2,000	90	-	-	-	-
67	47089B	體外循環維生系統管線更換	4,400	4,400	936	78	40	24	267,520
68	47090B	高頻胸壁振盪模式呼吸道清潔	247	247	50,847	101	117	398	63,751
69	47091B	淋巴水腫照護-徒手淋巴引流(須達40分鐘)	335	335	218	-	-	-	-
70	47092B	身體約束之護理監測照護費-次：每次為2小時	186	186	1,242	-	24	-	2,232
71	47093B	身體約束之護理監測照護費-日：使用超過6小時(含)。	600	600	20,064	120	168	216	131,040

編號	支付代碼	中文名稱	現行支付點數(A)	專家建議點數(B)	100年申報量			影響點數(E)= Q1*(100%-60%) +Q2*(80%-30%) +Q3*(60%-20%)	
					總計(Q)	<6個月(Q1)	6個月至2歲(Q2)		2至6歲(Q3)
72	48015B	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11-35BSA(相當一肢面積)	4,431	4,431	7,214	25	433	329	1,586,741
73	48016B	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36-50BSA(相當二肢面積)	6,663	6,663	1,137	9	40	23	218,546
74	48017B	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51~70BSA(軀幹四肢者)	10,071	10,071	862	4	3	20	111,788
75	48019B	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11-35BSA(相當一肢面積)	2,014	2,014	9,999	-	381	378	688,184
76	48020B	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36-50BSA(相當二肢面積)	3,357	3,357	1,294	1	8	3	18,799

編號	支付代碼	中文名稱	現行支付點數(A)	專家建議點數(B)	100年申報量			影響點數(E)= Q1*(100%-60%) +Q2*(80%-30%) +Q3*(60%-20%)	
					總計(Q)	<6個月(Q1)	6個月至2歲(Q2)		2至6歲(Q3)
77	48021B	皮面創傷換藥(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒膿瘍之換藥)一體表面積51~70BSA(軀幹四肢者)	4,029	4,029	726	2	2	16	33,038
78	48029B	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)一體表面積71~90BSA(軀幹四肢者)	13,275	13,275	244	1	1	-	11,948
79	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)一體表面積>90BSA(軀幹四肢者)	14,878	14,878	159	65	-	-	386,828
80	48031B	皮面創傷換藥(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒膿瘍之換藥)一體表面積71~90BSA(軀幹四肢者)	6,638	6,638	23	-	-	-	-
81	48032B	皮面創傷換藥(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒膿瘍之換藥)一體表面積>91BSA(軀幹四肢者)	7,438	7,438	92	-	-	-	-

編號	支付代碼	中文名稱	現行支付點數(A)	專家建議點數(B)	100年申報量			影響點數(E)= Q1*(100%-60%) +Q2*(80%-30%) +Q3*(60%-20%)	
					總計(Q)	<6個月(Q1)	6個月至2歲(Q2)		2至6歲(Q3)
82	49001C	糞嵌塞清除	246	265	83,915	240	401	1,023	187,011
83	49014C	大腸鏡息肉切除術	3,980	4,192	59,366	-	1	15	27,248
84	49016C	經肛門取出直腸異物	2,010	2,010	92	-	1	6	5,829
85	49019B	直肛壓力測定術	538	770	174	3	4	7	4,620
86	49025C	大腸鏡異物取出術	5,627	5,627	63	-	-	-	-
87	49027C	大腸息肉切除術	1,730	1,866	11,054	-	-	2	1,493
88	50027B	治療尿路迴流之膀胱三角下層注射術	4,638	4,638	250	12	54	55	249,524
89	50029C	膀胱鏡檢及硝酸銀腎臟灌洗術	2,100	2,100	5	-	-	-	-
90	54016B	食道探條擴張術	262	262	815	6	-	-	629
91	56010B	胸管插管	2,400	2,400	23,196	192	53	141	383,280
92	56015B	肋膜切片術	660	660	1,009	-	-	-	-
93	56021B	內視鏡經鼻膽管引流術	5,815	17,038	529	-	-	-	-
94	57113B	兒童經皮靜脈導管放置術	1,049	2,986	6,163	1,169	1,192	2,476	6,133,244
95	68002B	心包膜穿刺放液術	2,081	2,156	674	2	1	1	3,665
96	68008B	人工A.S.D.Rashkind法	19,814	19,814	134	11	2	20	265,508
97	68012B	插入或置換永久性節律器—單導線	8,391	8,391	1,854	-	-	3	10,069
98	68013B	經靜脈插入暫時性電極	7,053	7,053	1,869	-	-	-	-
99	68030B	心內膜切片	7,436	7,743	914	-	-	-	-
100	68041B	插入或置換永久性節律器—多導線	10,976	10,976	3,830	1	-	-	4,390

編號	支付代碼	中文名稱	現行支付點數(A)	專家建議點數(B)	100年申報量			影響點數(E)= Q1*(100%-60%) +Q2*(80%-30%) +Q3*(60%-20%)	
					總計(Q)	<6個月(Q1)	6個月至2歲(Q2)		2至6歲(Q3)
101	69033B	肺動脈瓣氣球擴張術	37,133	41,433	41	11	11	3	459,906
102	88001B	新生兒壞死性腸炎手術，含腸切除及吻合術	40,055	43,921	20	7	1	1	162,508
103	88002B	新生兒壞死性腸炎手術，含腸造口	32,298	35,415	14	8	1	-	131,036
104	88003B	胎糞性腹膜炎	26,368	28,913	9	1	-	-	11,565
105	88005B	總膽管囊腫切除術，膽管迴腸吻合術	61,174	67,077	53	13	4	15	885,416
106	88006B	食道閉鎖及食道氣管瘻管手術	51,169	56,107	29	10	-	-	224,428
107	88007B	新生兒胃穿孔修補術	31,365	34,392	6	1	-	-	13,757
108	88008B	橫膈疝氣修補術	35,221	38,620	38	11	5	2	297,374
109	88009B	橫膈折疊術	29,988	32,882	10	3	-	-	39,458
110	88011B	先天性十二指腸閉鎖或輪狀胰	37,875	41,529	31	8	1	2	186,881
111	88012B	腸旋轉復形術	19,664	21,561	42	12	2	2	142,303
112	88013B	腸閉鎖，腸切除及吻合術	34,234	37,537	24	7	-	-	105,104
113	88014B	尾骨囊腫切除術	15,300	16,776	19	2	-	1	20,131
114	88015B	尾骨囊腫廣泛性切除術	35,426	38,844	8	1	1	-	34,960
115	88016B	先天性膽道閉鎖探查術	13,770	15,099	9	6	1	-	43,787
116	88017B	先天性膽道閉鎖，葛西手術或其他肝腸吻合手術	54,468	59,724	43	38	-	-	907,805
117	88018B	先天性腹壁缺損直接修補術—單純性	15,300	16,776	5	1	-	1	13,421

編號	支付代碼	中文名稱	現行支付點數(A)	專家建議點數(B)	100年申報量			影響點數(E)= Q1*(100%-60%) +Q2*(80%-30%) +Q3*(60%-20%)	
					總計(Q)	<6個月(Q1)	6個月至2歲(Q2)		2至6歲(Q3)
118	88019B	先天性腹壁缺損直接修補術－複雜性	43,216	47,387	15	3	-	-	56,864
119	88020B	新生兒臍疝氣修補術－單純性	8,905	9,764	8	4	-	1	19,528
120	88021B	新生兒臍疝氣修補術－複雜性	24,824	27,219	3	-	-	-	-
121	88022B	膀胱外翻關閉術	60,717	66,576	4	1	1	-	59,918
122	88023B	囊狀淋巴管瘤切除術	32,298	35,415	77	7	19	17	676,427
123	88024B	低位肛門成形術	28,611	31,372	55	16	8	4	376,464
124	88025B	高位肛門成形術	53,880	59,079	42	28	6	1	862,553
125	88026B	先天性巨結腸症	42,993	47,142	53	14	15	12	843,842
126	88027B	先天性無神經巨結腸症	60,837	66,708	4	1	-	1	53,366
127	88028B	尿道下裂島皮瓣尿道整型術	34,217	40,820	212	3	132	52	3,592,160
128	88029C	嬰兒鼠蹊疝氣	10,800	12,884	1,937	1,189	379	2	8,579,456
129	88030B	矯正前胸部缺損	9,960	11,882	-	-	-	-	-
130	88031B	矯正尿道纖維黏連	17,211	20,533	1,030	19	251	263	4,893,014
131	88032B	總裂囊腫切除、瘻管切除	14,067	15,425	189	9	37	39	581,523
132	88034B	臍尿管或瘻管切除	15,820	18,873	94	27	2	4	252,898
133	88035B	臍腸系膜瘻管切除	26,622	31,760	7	-	1	1	28,584
134	88036B	薦尾骨畸胎瘤切除	20,938	24,979	5	1	1	-	22,481
135	88037B	腦膜或脊髓突出修補術	29,658	29,658	18	2	4	5	142,358
136	88038B	骨內翻外翻	15,820	15,820	694	1	17	11	210,406
137	88039B	先天性髌脫白一開放復位	14,428	14,428	88	3	34	23	395,327

編號	支付代碼	中文名稱	現行支付點數(A)	專家建議點數(B)	100年申報量			影響點數(E)= Q1*(100%-60%) +Q2*(80%-30%) +Q3*(60%-20%)	
					總計(Q)	<6個月(Q1)	6個月至2歲(Q2)		2至6歲(Q3)
138	88040B	先天性髕脫白一閉鎖復位	3,805	3,805	25	3	15	-	33,104
139	88041C	併指多指(趾)切除	8,138	8,138	532	49	281	102	1,634,924
140	88042C	多指(趾)切除每多加一個	6,213	6,213	59	4	34	6	130,473
141	88043B	裂唇成形術一單部分	8,905	8,905	180	134	7	4	522,724
142	88044B	裂唇成形術一雙部分	13,357	13,357	33	21	3	-	132,234
143	88045B	裂唇成形術一複部分	19,293	19,293	93	2	1	3	48,233
144	88046C	血管瘤切除一未達2公分	5,936	5,936	1,382	5	15	18	99,131
145	88047C	血管瘤切除一2公分至5公分	10,389	10,389	351	6	20	28	245,180
146	88048B	血管瘤切除一超過5公分	13,357	13,357	184	3	6	22	173,641
147	88049B	小耳重建第一期	16,827	16,827	67	-	-	1	6,731
148	88051B	小耳重建第二期	13,485	13,485	13	-	-	1	5,394
149	88053B	小耳重建第三期	16,550	16,550	78	-	-	1	6,620
150	88054B	先天性髕脫白-換石膏	3,014	3,014	11	-	8	3	15,673
								小計	50,566,738

註：

- 100年申報量乙欄：「總計」係指該診療項目100年全國總申報量，其中47090B-47093B為101年新增項目，故申報量改以101年申報量預估。
- 影響點數係以兒童加成率之改變及100年該年齡層申報量預估，<6個月原加成60%提高至100%，6個月至2歲原加成30%提高至80%，2-6歲原加成20%提高至60%。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

通則：

- 一、檢查之費用，包括人員、試藥、內服藥劑、檢驗器材、一般材料、管理費及採取檢體之費用在內；如需使用特殊材料部分，另依全民健康保險藥物給付項目及支付標準申報。
- 二、於施行檢查時，需使用特殊麻醉者，得依本標準第二部第二章第十節麻醉項目所定點數加算。
- 三、對稱器官之檢查，各項目所定點數，除有特殊規定者外，係指兩側器官之檢查。
- 四、不得為研究、預防或健康檢查而作與診療無關之檢查，但有特殊規定者，從其規定。
- 五、急診病人因緊急傷病必須立即檢查時，其檢查費用得按本節所定點數加算20%。
- 六、本節之各項檢查中，註有「兒童加成項目」者，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之二十；但所有特材一律不加計。
- 七、本節第一項至第四項之檢查項目，除各類癌症、臟器移植、糖尿病及加護病房與燙傷病房(中心)病人所作檢查項目外，於每次門診或住診施行檢查，合併累計至一定項次數後，總給付金額予以折扣支付，累計項次數折扣數如下：

折扣數 累計項次數 門診診別		累計項次數之總給付額折扣數		
		全 額 給 付	九 折	八 折
門診檢查	區域醫院、醫學中心、 地區醫院	合計20項次以下	合計21-30項次	合計31項次以上
	基層院所→地區醫院	合計10項次以下	合計11-15項次	合計16項次以上
住診檢查	區域醫院、醫學中心、 地區醫院	合計40項次以下	合計41-60項次	合計61項次以上
	基層院所→地區醫院	合計30項次以下	合計31-40項次	合計41項次以上

財務影響評估分析表

(一) 評量科別與醫院層級別之影響點數交叉分析表

影響點數單位：百萬點

評量科別		醫學中心		區域醫院		地區醫院		醫院 小計	基層		其他單位	
		影響點數	(%)	影響點數	(%)	影響點數	(%)		影響點數	(%)	影響點數	(%)
特定 診療 項目	內科	362.1	49%	328.0	45%	45.8	6%	735.9	0.5	0%	-	-
	外科	604.3	52%	476.3	41%	80.8	7%	1,161.4	5.9	1%	-	-
	婦產科	489.2	49%	376.2	38%	102.4	10%	967.8	29.1	3%	-	-
	兒科	131.4	54%	96.2	39%	17.0	7%	244.6	0.4	0%	-	-
	小計	1,587.0		1,276.7		246.0		3,109.7	35.9		-	
基本 診療 項目	內科	104.0	43%	110.4	46%	28.0	12%	242.4	-	-	-	-
	外科	0.7	71%	0.3	29%	-	-	1.0	-	-	-	-
	兒科	233.0	48%	208.4	43%	41.0	8%	482.4	-	-	-	-
	急診科	333.1	35%	499.9	52%	131.8	14%	964.8	-	-	-	-
	小計	670.8		819.0		200.8		1,690.6	-	-	-	-
麻醉科		58.7	54%	42.4	39%	7.1	7%	108.2	0.1	0%	-	-
全聯會建議		23.5	23%	36.2	36%	25.0	25%	84.7	14.7	15%	0.6	1%
檢查						62.0	100%	62.0				
總計		2,340.0	46.3	2,174.3	42.6	540.9	10.6	5,055.2	50.7		0.6	

(二) 評量科別與申報科別之影響點數交叉分析表

影響點數單位：百萬點

評量科別		內科		外科		婦產科		兒科		急診		小計 影響點數
		影響點數	(%)	影響點數	(%)	影響點數	(%)	影響點數	(%)	影響點數	(%)	
特定 診療 項目	內科	448.8	61%	205.6	28%	5.0	1%	6.8	1%	70.0	9%	736.2
	外科	101.0	9%	1,034.9	89%	8.0	1%	17.1	1%	6.2	0%	1,167.2
	婦產科	3.9	1%	22.3	2%	968.8	97%	1.2	0%	0.7	0%	996.9
	兒科	2.6	1%	33.1	13%	17.8	7%	158.4	65%	33.2	14%	245.1
	小計	556.3		1,295.9		999.6		183.5		110.1		3,145.4
基本 診療 項目	內科	157.3	65%	64.6	27%	0.3	0%	19.9	8%	0.3	0%	242.4
	外科	0.01	1%	0.99	99%	-	-	-	-	-	-	1.0
	兒科	-	-	-	-	-	-	482.4	100%	-	-	482.4
	急診科	-	-	-	-	-	-	-	-	964.8	100%	964.8
	小計	157.3		65.6		0.3		502.3		965.1		1,690.6
麻醉科		4.8	4%	92.4	85%	9.6	9%	1.0	1%	0.6	1%	108.4
全聯會建議		14.8	15%	70.5	70%	0.8	1%	0.2	0%	13.8	14%	100.1
檢查												62.0
總計		733.2		1,524.4		1,010.3		687.0		1,089.6		5,106.5

地區醫院內、外、婦、兒科專科醫師門診診察費比照西醫基層支付點數並實施合理門診量

	醫師人數	診察費		診察費增減值		
		原申報值	估計值	增減值	增減率	平均每人
		人	億點	億點	億點	%
所有醫師	7,451	58.85	62.37			
內外婦兒科醫師	5,090	45.07	48.59	3.52	7.81%	69,157
內科醫師	2,257	17.82	20.87	3.05	17.14%	135,346
外科醫師	1,827	18.41	18.56	0.15	0.80%	8,106
婦產科醫師	557	4.97	5.47	0.50	9.99%	89,172
兒科醫師	484	4.10	3.96	-0.13	-3.27%	-27,643

- 註：
1. 本表統計範圍為地區醫院西醫案件且診察費>0者，不含急診、透析、代辦、居家照護及精神社區復健案件。
 2. 估計方式係先以「內、外、婦、兒科」之醫師於每家醫院看診量計算基層院所診察費之加權平均值後，再以各醫師每日看診量利用基層院所之合理
 3. 門診量規定計算調整後估計值；其餘「非內、外、婦、兒科」之醫師不進行調整。
 4. 本表所使用之「內、外、婦、兒科」為該醫師所持有之證照(多重證照一併考慮)，僅外科包含次專科：整形外科、骨科、神經外科、泌尿科。

調整無檢傷分類之急診診察費

序號	編號	診療項目	現行支付點數(A)	建議修訂點數(B)	調幅	100年地區醫院申報量	平均支付成數(D)	影響點數(E)= (B-A)*Q*D
1	01015C	急診診察費	478	583	22%	388,628	1.21	49,286,206
							小計	49,286,206