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 6 次會議資料

102 年 12 月 19 日（星期四）
本署 9 樓會議室

102 年度第 6 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、急重症血液透析申報條件修訂案。……	第 1-1 頁
二、更正全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫附表 3.3.3 花東地區不適用牙醫相對合理門診點數折付之平均點值數據案。……	第 2-1 頁
三、修訂安寧住院療護通則七癌症骨轉移病人得另行核實申報「RANK Ligand（如 denosumab）」抑制劑類藥物案。…	第 3-1 頁
四、「全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫」內容報告案。……	第 4-1 頁
五、103 年 TW-DRGs 適用之相對權重（RW）、標準給付額（SPR）、醫療服務點數上限臨界點、醫療服務點數下限臨界點及病例組合指標（CMI）等相關計算參數案。…	第 5-1 頁
六、103 年度「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案」。…	第 6-1 頁
七、修訂 103 年度「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫」案。……	第 7-1 頁

肆、 討論事項

一、醫院藥事服務費調整及藥事人員合理調劑量規定案。…	第 8-1 頁
二、103 年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」修訂內容案。……	第 9-1 頁
三、新增 103 年「健保特約醫院 ICD-10-CM/PCS 編碼實作獎	第 10-1 頁

勵方案」案。……	
四、再辦理「全民健康保險週產期論人支付制度試辦計畫」案。	第 11-1 頁
五、修訂「全民健康保險急診品質提升方案」案。……	第 12-1 頁

伍、臨時動議

陸、散會

貳、確認本會 102 年度第 5 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 5 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 11 月 27 日(星期三)下午 2 時

地　　點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主　　席：蔡副署長魯　　紀錄：李待弟

出席人員：

陳代表雪芬	陳雪芬	陳代表福展	陳福展
黃代表雪玲	黃雪玲	蘇代表清泉	蔣世中(代)
林代表富滿	陳星助(代)	吳代表志雄	吳明彥(代)
郭代表正全	郭正全	劉代表俊言	謝偉明(代)
廖代表學志	(請假)	陳代表彥廷	陳彥廷
陳代表志忠	陳志忠	高代表靖秋	林綉珠(代)
徐代表弘正	徐弘正	曾代表中龍	鄭喻仁(代)
林代表淑霞	林淑霞	曹代表昭懿	曹昭懿
羅代表永達	羅永達	吳代表進興	呂振富(代)
謝代表文輝	謝文輝	黃代表鶴珠	王敏華(代)
謝代表武吉	謝武吉	黃代表棟國	曾明宗(代)
朱代表益宏	(請假)	梁代表淑政	梁淑政
李代表紹誠	(請假)	葉代表宗義	葉宗義
陳代表宗獻	陳宗獻	李代表永振	陳炳宏(代)
盧代表榮福	(請假)	陳代表川青	陳川青
張代表嘉訓	張嘉訓	侯代表彩鳳	侯彩鳳
王代表正坤	(請假)	李代表玉春	(請假)
黃代表啟嘉	(請假)	吳代表肖琪	(請假)
陳代表憲法	蕭畯科(代)		

列席單位及人員：

衛生福利部醫事司	請假
衛生福利部社會保險司	周雯雯
衛生福利部全民健康保險會	張友珊、葉肖梅
食品藥物管理署	請假
中華民國中醫師公會全國聯合會	王逸年
台灣醫院協會	何宛青、林佩萩、王秀貞
中華民國牙醫師公會全國聯合會	朱智華
中華民國醫師公會全國聯合會	吳春樺、陳哲維、陳思綺
中華民國藥師公會全國聯合會	王韻婷
中華民國護理師護士公會全國聯合會	林綉珠、梁淑媛
中華民國助產師助產士公會全國聯合會	王敏華
本署台北業務組	丁香豔、莫翠蘭、余千子、陳佳旼、賴美雪
本署北區業務組	郭姵萱
本署中區業務組	何容甄
本署南區業務組	請假
本署高屏業務組	請假
本署東區業務組	請假
中央健康保險署	施志和、李純馥、林淑範、林寶鳳、李待弟、張淑雅、蕭靜怡、吳明純、張益誠、涂奇君、方淑雲、詹孟樵

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) 訂定 103 年「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」召開會議之時程案。

決議：本案洽悉。

(二) 103 年度「全民健康保險藥事居家照護」試辦計畫。

決議：

1. 關於監測指標之訂定內容涉及藥師對醫師處方之評估及意見部分，經本會藥師公會與醫師公會之代表協商後，已獲同意修正，本案將依程序辦理報部核定。
2. 餘洽悉。

(三) 有關修訂「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」案。

決議：

1. 本計畫修訂重點如下：

（1） B型及C型治療計畫合併為一版本，並修訂文字。

（2） 將相關藥物給付項目及支付標準規定章節放入本計畫內，以利民眾及特約院所查詢。

（3） 原規範院所專科醫師須專任資格乙項，醫院開放可由兼任醫師至非專任醫院診療服務，西醫基層暫不同意開放兼任醫師服務。

（4） 刪除原醫療資源不足及山地離島地區一定條件下放寬兼任之規範。

（5） 對於病患因不可控之因素，造成中斷治療者，予以開放於特定條件下(如懷孕或特定醫療因素)可再重新治療療程。

（6） 將矯正機關收容對象納入本計畫，並增列申報相關規定。

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

2. 餘洽悉。

(四) 102 年全民健康保險醫療服務項目及支付標準診療項目「身體約束之護理監測照護費（47092B 及 47093B）」申報醫療費用點數折付案。

決議：102 年全民健康保險醫療服務項目及支付標準診療項目「身體約束之護理監測照護費（47092B 及 47093B）」申報醫療費用點數折付案，同意採全年折付、統一結算方式處理。

(五) 修訂 103 年度「全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」案。

決議：本案洽悉。

(六) 修訂 103 年度「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」等 3 項中醫總額醫療照護試辦計畫案。

決議：本案洽悉。

(七) 增修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫支付標準案。

決議：本案洽悉。

(八) 增修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫支付標準案。

決議：本案洽悉。

(九) 放寬全民健康保險醫療給付項目及支付標準編號 09117B「甲狀腺原氨酸免疫分析」等 7 項診療項目開放至基層適用案。

決議：本案洽悉。

(十) 本次會議原報告案第三案及第十一案先行撤案。

四、討論事項：

（一）有關 Tw-DRGs 第 2 及第 3 階段項目導入案。

決議：由健保署邀請醫院團體，就本次會議醫院代表所提建議事項進行溝通討論後辦理第2階段導入事宜。醫院代表建議事項如下：

1. 不反對導入第2階段DRG項目，惟建議相關配套措施包括：A.建

議支付通則二，規定屬當次住院範圍之相關費用移轉至門診或急診申報整筆醫療費用不予支付，修改為移轉至門診或急診申報部份之醫療費用不予支付。B.對於6歲以下先天性疾病兒童、使用IABP病患等疾病嚴重度高之案件比照ECMO，排除於DRG範圍。C.特殊材料不含於DRG包裹支付範圍。

2. 第3階段相關前置作業因未完備，建議暫緩導入。

（二）建議修訂全民健康保險醫療服務項目及支付標準診療項目「身體約束之護理監測照護費（47092B 及 47093B）」之相關規範及支付點數案。

決議：本案採本署修訂意見及醫界代表建議案，兩案併陳衛生福利部裁示，並按衛生福利部核定發布後實施。

1. 消費者代表及中華民國護理師護士公會全國聯合會代表基於維護病患權益及病患安全，同意本署採論日支付186點，限制申報4天及增加ICU不得申報之修訂意見。
2. 醫界代表表示於尚未增列本項診療項目之前，醫院即依病患醫療需要提供本項服務，其費用內含於住院護理費中，若訂定每日約束支付600點恐為增加收入而多申報，引發道德危機之虞，建議刪除本項診療項目。

（三）「胸腔鏡胸管結紮術」等 11 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。

決議：本案照案通過，內容如下：

1. 同意新增診療項目部分：

（1） 同意新增胸腔鏡胸管結紮術（67052B）、胸腔鏡肺分葉切除術（67053B）、胸腔鏡肺葉袖形切除術（67054B）及右心室至肺動脈心導管連接術(萊斯特利術式)（Rastelli operation）（68042B）4項診療項目，及現行胸腔鏡食道肌肉切開術（71225B）修定為「胸腔鏡或腹腔鏡食道肌肉切開術」。其中英文名稱

、支付點數及相關規定詳如附件1。

（2） 另新增診療項目採包裹給付（一般材料費及相關設備費用），其申報配套措施方式，事涉醫療院所申報作業程式變更，與會代表建議先行與醫界商議，如資訊面衝突過大無法執行時，上開同意新增診療項目之表列支付點數，將折算手術章節53％一般材料費用後之支付點數，報陳衛生福利部核定發佈實施。

2. 專家諮詢小組建議不同意新增項-「胸腔鏡心包膜切開術」，請原申請單位補充詳細說明後，再循新增診療項目程序辦理。

3. 不同意新增「胸腔內視鏡惡性縱膈腔腫瘤切除術」、「攝護腺冷凍手術」、「心臟體外反博治療系統」、「神經刺激術」及「神經刺激術-參數調整」等診療項目。

（四）修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號編號 83054B「腰椎腦脊髓液池體外引流」等兩項診療項目及總則十附表需事前審查之診療項目相關規範案。

決議：本案照案通過，內容如下：

1. 增列耳鼻喉科專科醫師可執行18045B「傾斜床檢查」、麻醉科醫師可執行83054B「腰椎腦脊髓液池體外引流」、修訂87010C「簡單眼瞼內翻手術」適應症、68037B及68047B「肺臟移植」增修訂適應症及新增禁忌症等。

2. 86013C「人工水晶體植入術-調整術」不列入白內障手術40例之計算範圍，並增列白內障手術事前審查檢附文件。

3. 修訂後支付標準詳附件2。

（五）本次會議原討論案第三案先行撤案。

四、散會：下午 6 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
102-5-1報	102.11.27	訂定103年「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」召開會議之時程案。	本案洽悉。	健保署醫管組		V	
102-5-2報	102.11.27	103年度「全民健康保險藥事居家照護」試辦計畫。	1. 關於監測指標之訂定內容涉及藥師對醫師處方之評估及意見部分，經本會藥師公會與醫師公會代表協商後，已獲同意修正，本案將依程序辦理報部核定。 2. 餘洽悉。	健保署醫管組	本署於102年12月3日以健保醫字第1020034244號函報部核定中。	V	
102-5-3報	102.11.27	有關修訂「全民健康保險加強慢性B型及C型肝炎治療計畫」案。	1. 本計畫修訂重點如下： （1） B型及C型治療計畫合併為一版本，並修訂文字。 （2） 將相關藥物給付項目及支付標準規定章節放入本計畫內，以利民眾及特約院所查詢。 （3） 原規範院所專科醫師須專任資格乙項，醫院開放可由兼任醫師至非專任醫院診療服務，西醫基層暫不同意開放兼任醫師服務。 （4） 刪除原醫療資源不足及山地離島地區一定條件下放寬兼任之規範。 （5） 對於病患因不可控之因素，造成中斷治療者，予以開放於特定條件下(如懷孕或特定醫療因素)可再重新治療療程。 （6） 將矯正機關收容對象納入本計畫，並增列申報相關規定。 （7） 病患因本署委辦醫療服務、本保險其他專案計畫或於急診室就醫，同時併開立B型及C型肝炎用藥者，應分開兩筆申報。 2. 餘洽悉。	健保署醫管組	刻正辦理公告事宜	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
102-5-4報	102.11.27	102 年全民健康保險醫療服務項目及支付標準診療項目「身體約束之護理監測照護費(47092B 及47093B)」申報醫療費用點數折付案。	102 年全民健康保險醫療服務項目及支付標準診療項目「身體約束之護理監測照護費（47092B 及47093B）」申報醫療費用點數折付案，同意採全年折付、統一結算方式處理。	健保署醫管組	刻正辦理預告事宜	V	
102-5-5報	102.11.27	修訂 103 年度「全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」案。	本案洽悉。	健保署醫管組	刻正辦理預告事宜	V	
102-5-6報	102.11.27	修訂 103 年度「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」等 3 項中醫總額醫療照護試辦計畫案。	本案洽悉。	健保署醫管組	刻正辦理公告事宜	V	
102-5-7報	102.11.27	增修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫支付標準案。	本案洽悉。	健保署醫管組	刻正辦理預告事宜	V	
102-5-8報	102.11.27	增修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫支付標準案。	本案洽悉。	健保署醫管組	刻正辦理預告事宜	V	
102-5-9報	102.11.27	(九) 放寬全民健康保險醫療給付項目及支付標準編號	本案洽悉。	健保署醫	刻正辦理預告事宜	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
		09117B「甲狀腺原氨酸免疫分析」等 7 項診療項目開放至基層適用案。		管組			
102-5-1討	102.11.27	有關 Tw-DRGs 第 2 及第 3 階段項目導入案。	1. 不反對導入第 2 階段 DRG 項目，惟建議由健保署邀請醫院團體，就本次會議醫院代表所提下列建議事項進行溝通討論後辦理第 2 階段討論事宜。相關配套措施包括：A.建議支付通則二，規定屬當次住院範圍之相關費用移轉至門診或急診申報整筆醫療費用不予支付，修改為移轉至門診或急診申報部份之醫療費用不予支付。B.對於 6 歲以下先天性疾病兒童、使用 IABP 病患等疾病嚴重度高之案件比照 ECMO，排除於 DRG 範圍。C.特殊材料不含於 DRG 包裹支付範圍。 2. 第 3 階段相關前置作業因未完備，建議暫緩導入。	健保署醫管組	本署將邀請醫院團體，就本次會議醫院代表所提下列建議事項進行溝通討論後辦理第 2 階段討論事宜。	V	
102-5-2討	102.11.27	建議修訂全民健康保險醫療服務項目及支付標準診療項目「身體約束之護理監測照護費（47092B 及 47093B）」之相關規範及支付點數案。	本案採本署修訂意見及醫界代表建議案，兩案併陳衛生福利部裁示，並按衛生福利部核定發布後實施。 1. 消費者代表及中華民國護理師護士公會全國聯合會代表基於維護病患權益及病患安全，同意本署採論日支付 186 點，限制申報 4 天及增加 ICU 不得申報之修訂意見。 2. 醫界代表表示於尚未增列本項診療項目之前，醫院即依病患醫療需要提供本項服務，若訂定每日約束支付 600 點恐引發道德危機之虞，建議刪除本項診療項目	健保署醫管組	刻正辦理報部事宜。	V	
102-5-3討	102.11.27	「胸腔鏡胸管結紮術」等 11 項全民健康保險醫療服務給付項目及支付	1. 同意新增診療項目部分： （1） 同意新增胸腔鏡胸管結紮術（67052B）、胸腔鏡肺分葉切除術（67053B）、胸腔鏡肺葉袖形切除術（67054B）及右心室至肺動	健保署醫管	1.新增診療項目，刻正辦理預告事宜。 2.申報配套措施部分，本署	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
		標準新增診療項目及建議案。	脈心導管連接術(萊斯特利術式)（Rastelli operation）（68042B）4項診療項目，及現行胸腔鏡食道肌肉切開術（71225B）修定為「胸腔鏡或腹腔鏡食道肌肉切開術」。其中英文名稱、支付點數及相關規定詳如附件1。 （2） 另新增診療項目採包裹給付（一般材料費及相關設備費用），其申報配套措施方式，事涉醫療院所申報作業程式變更，與會代表建議先行與醫界商議，如資訊面衝突過大無法執行時，上開同意新增診療項目之表列支付點數，將折算手術章節53%一般材料費用後之支付點數，報陳衛生福利部核定發佈實施。 2. 專家諮詢小組建議不同意新增項-「胸腔鏡心包膜切開術」，請原申請單位補充詳細說明後，再循新增診療項目程序辦理。 3. 不同意新增「胸腔內視鏡惡性縱膈腔腫瘤切除術」、「攝護腺冷凍手術」、「心臟體外反博治療系統」、「神經刺激術」及「神經刺激術-參數調整」等診療項目。	組	於102年12月6日召開會議討論，與會醫院團體代表表示，考量醫師獎勵金，資訊系統及新舊雙軌申報等因素，不同意採行包裹支付方式，增加第7、8碼呈現兒童及急診加成。		
102-5-4討	102.11.27	修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號編號83054B「腰椎腦脊髓液池體外引流」等兩項診療項目及總則十附表需事前審查之診療項目相關規範案。	1. 增列耳鼻喉科專科醫師可執行87010C「簡單眼瞼內翻手術」之適應症、68037B及68047B「肺臟移植」增修訂適應症及新增適應症，18045B「傾斜床檢查」等診療項目。 2. 86013C「人工水晶體植入術-調整術」不列入白內障手術40例之計算範圍。	健保署醫管組	刻正辦理預告事宜	V	

參、報告事項

報告事項

第 一 案　　報告單位：健保署醫務管理組

案由：有關本保險支付標準編碼 58027C(急重症透析)申報條件修訂案。

說明：

一、依本保險醫療服務項目及支付標準第二部第二章第六節規定支付標準編碼 58027C(急重症透析)申報條件之一:領有重大傷病卡(排除慢性腎衰竭)者，或急性期個案透析(限首次領取慢性腎臟衰竭且必須接受定期透析治療之重大傷病卡)。

二、本署轄區業務組審查案件中，發現囊腫性腎病(753.1)及腎臟移植手術後追蹤照護(V42.0)等 2 項重大傷病，進入尿毒症或於腎臟移植術後失敗，與慢性腎臟衰竭相同，皆需長期接受透析。

三、此類個案雖持有 2 張重大傷病卡個案，是否應申報支付標準編碼 58029C(一般透析)，不宜申報支付標準編碼 58027C(急重症透析)乙事，本署經於 102 年 10 月 24 日以健保醫字第 1020033991 號，函詢台灣腎臟醫學會，表示同意如同時持有慢性腎衰竭(585)及囊腫性腎病(753.1)/腎臟移植手術後追蹤照護(V42.0)2 張重大傷病卡，應屬申報支付標準編碼 58029C(一般透析) (詳附件 1 及附件 2，P1-2～P1-3)。

四、本署研擬修訂本保險支付標準編碼 58027C(急重症透析)申報條件(詳附件 3，P1-4)，將依行政程序報請衛生福利部核定發布。

決定：

附件 1

抄 件 ： 方 淑 雲

檔　　號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署　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：方淑雲(02)27065866轉2645
電子信箱：A110623@nhi.gov.tw

受文者：

發文日期：中華民國102年10月24日
發文字號：健保醫字第1020033991號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

裝

主旨：有關全民健康保險醫療服務項目及支付標準編碼58027C(急重症透析)之申報疑義案，請 查照惠復。

說明：

一、依本保險醫療服務項目及支付標準第二部第二章第六節規定58027C(急重症透析)申報條件之一:領有重大傷病卡(排除慢性腎衰竭)者，或急性期個案透析(限首次領取慢性腎臟衰竭且必須接受定期透析治療之重大傷病卡)。

訂

二、本署轄區分區業務組審查案件中，發現囊腫性腎病(753.1)及腎臟移植手術後追蹤照護(V42.0)等2項重大傷病，其性質與慢性腎臟衰竭相同，個案如同時持有慢性腎衰竭(585)及囊腫性腎病(753.1)/腎臟移植手術後追蹤照護(V42.0)，此類個案雖持有2張重大傷病卡個案，是否應申報58029C(一般透析)，不宜申報58027C(急重症透析)，請 貴協會於102年10月31日回復相關意見，以作為修訂支付標準之參考。

線

正本：台灣腎臟醫學會

附件 2

台灣腎臟醫學會　　函

聯絡地址：台北市 100 青島西路十一號四樓之一
聯絡電話：(02) 2331-0878　傳真：(02) 2383-2171
電子郵件信箱：snroctpe@ms1.hinet.net
網址：http://www.tsn.org.tw

106 台北市信義路 3 段 140 號
受文者：衛生福利部中央健保署

發文日期：民國 102 年 11 月 5 日
發文字號：台腎醫漢(102)字第 683 號
附　　件：

主旨：有關全民健康保險醫療服務項目及支付標準編碼 58027C(急重症透析)之申報疑義，本會意見如說明二。

說明：一、覆 貴署 102 年 10 月 24 日健保醫字第 1020033991 號函。

二、本會同意如同時持有慢性腎衰竭(585)及囊腫性腎病(753.1)／腎臟移植手術後追蹤照護(V42.0)，雖持有 2 張重大傷病卡，屬申報 58029C(一般透析)個案，不宜申報 58027C(急重症透析)。

正本：衛生福利部中央健保署
副本：

理事長 陳漢湘

總收文102年11月7日收到
健保醫 中央健康保險局
局 1020070658

附件 3

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Hb值小於8.5g/dl時，應尋找抗性原因，若其URR≧65%、血清ferritin≧300ng/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。

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

報告事項

第 二 案　　報告單位：健保署醫務管理組

案由：更正全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫附表 3.3.3 花東地區不適用牙醫相對合理門診點數折付之平均點值數據案。

說明：

一、依中華民國牙醫師公會全國聯合會 102 年 11 月 29 日牙全言字第 0593 號函辦理。

二、有關 102 年 11 月 27 日第 5 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之報告案第八案，同意第三部牙醫附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則之一、(二) 下列牙醫師不適用本原則之折付方式之修訂文字，增列「花東地區已結算之最近 4 季平均點值超過『1.15』，該年度該區之專任醫師」乙項，惟該會前揭修正文字將平均點值誤植為 1.15，更正為 1.05。

三、本案更正後支付標準(詳附件4，P2-2)，將依程序陳報衛生福利部公告實施。

決定：

附件 4

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第三部 牙醫

附表 3.3.3　牙醫相對合理門診點數給付原則

一、實施範圍定義：

(二)下列牙醫師不適用本原則之折付方式：

1.花東地區已結算之最近 4 季平均點值超過 ~~1.15~~1.05，該年度該區之專任醫師。

~~1~~**2.**專科醫師。

~~2~~**3.**該鄉鎮市區每位牙醫師平均服務人口在 4500 人以上之專任牙醫師。

~~3~~**4.**該鄉鎮市區只有一位之專任牙醫師。

~~4~~**5.**除1、2、3**、4**點所列以外之山地離島地區牙醫師如有特殊情況，得向總額受託單位提出申請，並經牙醫總額支付委員同意者。

註：以上第~~1~~**2**項專科醫師，係中華民國牙醫公會全國聯合會按季提供之轉診加成專科醫師名單之醫師；第~~2~~**3**項鄉鎮市區人口數以內政部統計為準，牙醫師以同期保險人醫院及基層院所牙醫師數統計為準，半年公告一次名單；第~~3項併第2~~**1、3、4**項半年公告一次。

報告事項

第 三 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，安寧住院療護通則七癌症骨轉移病人得另行核實申報「RANK Ligand（如 denosumab）」抑制劑類藥物案，提請　討論。

說明：

一、現行安寧住院療護採每日定額支付，通則七規定癌症骨轉移病人並有頑固性之骨疼痛者、高血鈣末期病人，經心理、社會、靈性層面評估，需要繼續降低血鈣者，及癌症骨轉移病人經評估為病理性骨折之高危險群者，得另行核實申報雙磷酸鹽類（bisphosphonate）。

二、經分析 101 年各層級申報安寧住院「骨轉移疼痛之 bisphosphonate」藥物情形，醫學中心平均每件 8,824 點、區域醫院 11,347 點、地區醫院 2,304 點。

三、台灣癌症安寧緩和醫學會來函表示，「RANK Ligand（如 denosumab）」抑制劑類藥物已於今(102)年 1 月 1 日納入健保給付項目，且其作用機轉及藥理效用與「骨轉移疼痛之雙磷酸鹽類 bisphosphonate」相似，為增加癌末病患之治療選擇性及降低癌症骨轉移病人發生病理性骨折之風險，建議將本項藥物納入住院安寧得另行核實申報項目。

四、經查「RANK Ligand（如 denosumab）」抑制劑類藥物，每支健保支付 11,102 點，藥物給付規定：「限用於乳癌、前列腺癌併

有蝕骨性骨轉移之病患。」，其適應症為：「適用於預防後期惡性腫瘤已擴散至骨骼的患者發生骨骼相關事件。」

五、 由於 RANK Ligand 作用機轉及藥理效用與「骨轉移疼痛之雙磷酸鹽類 bisphosphonate」相似，建議增列「RANK Ligand（如 denosumab）」抑制劑類藥物為安寧住院療護除定額支付外，得另行核實申報之項目。

六、 由於前述兩類藥品作用相似，具取代性，應不增加核實申報點數。

七、 修訂支付標準(詳附件 5，P3-3～P3-7)，並依程序報請衛生福利部核定發布。

決定：

附件 5

第八節　住院安寧療護(草案)

通則：

一、安寧療護是以完整的醫療團隊，運用積極的醫療措施及護理照顧，儘可能緩解病人因得到威脅生命疾病所造成之身、心、靈痛苦，以提升病人與家屬的生活品質。

二、本節各項目限經核准設有安寧療護住院病床之醫事服務機構申報。

三、收案條件：

(一) 病患或家屬同意接受安寧療護，並簽署選擇安寧緩和醫療意願書或同意書(必要條件)。

(二) 癌症末期病患：

1.確定病患對各種治癒性治療效果不佳(必要條件)。

2.居家照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。

3.病情急劇轉變造成病人極大不適時，如

(1)高血鈣（Hypercalcinemia）

(2)脊髓壓迫（Spinal Cord compression）

(3)急性疼痛（Acute pain）

(4)嚴重呼吸困難（Severe dyspnea）

(5)惡性腸阻塞（Malignant bowel obstruction）

(6)出血（Bleeding）

(7)腫瘤（塊）潰瘍（Ulcerated mass　如 breast cancer，buccal cancer）

(8)嚴重嘔吐（Vomiting severe）

(9)發燒，疑似感染（Fever, suspect infection）

(10)癲癇發作（Seizure）

(11)急性瞻妄（Acute delirium）

(12)急性精神壓力，如自殺意圖（Acute Psychological distress，　Suicide attempt）

(三) 末期運動神經元病患：

1.末期運動神經元病患，不接受呼吸器處理，主要症狀有直接相關及／或間接相關症狀者。

(1)直接相關症狀：虛弱及萎縮、肌肉痙攣、吞嚥困難、呼吸困難。

(2)間接相關症狀：睡眠障礙、便秘、流口水、心理或靈性困擾、分泌物及黏稠物、低效型通氣不足、疼痛。

2.末期運動神經元患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者。

(四) 主要診斷為下列疾病，且已進入末期狀態者（相關入住症狀等條件詳附表）：

1. 老年期及初老期器質性精神病態
2. 其他大腦變質
3. 心臟衰竭
4. 慢性氣道阻塞，他處未歸類者
5. 肺部其他疾病
6. 慢性肝病及肝硬化
7. 急性腎衰竭，未明示者
8. 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

四、住院照護費之計算，凡住院之日，不論何時進院，均作一天論，出院之日，不論何時出院，其出院當日不予計算。

五、本章住院照護費所訂點數已包括醫師診察費、護理費、病床費、相關醫療團隊照護費、各項診療、處置費、藥劑費、藥事服務費、特殊材料費及其他雜項成本，如不計價藥材成本、建築與設備成本、水電費支出、廢棄物處理、電子資料處理及行政作業成本等，不得另外申報全民健康保險醫療費用支付標準所列項目，亦不得以其他名目向保險對象收取費用。

六、 支付標準第 2 部第 2 章第 2 節第 2 項放射線治療、第 6 節第 1 項處置費 47091B「淋巴水腫照護-徒手淋巴引流」及第 6 節第 2 項血液透析治療等特定診療項目，得另行申報費用，惟該類案件採逐案審查。

七、病患屬癌症骨轉移病人並有頑固性之骨疼痛者、高血鈣末期病人，經心理、社會、靈性層面評估，需要繼續降低血鈣者，及癌症骨轉移病人經評估為病理性骨折之高危險群者，得另行核實申報雙磷酸鹽類（bisphosphonate）或 RANK Ligand（如 denosumab）藥物，於使用期間需有成效評估紀錄備查，惟使用該類藥物需符合全民健康保險藥品給付之規定並採逐案審查。(增列得核實申報項目)

八、當申報本章節之病患住院日數大於 30 天以上者，且占該院當月總照護人數 50%以上者，採逐案審查。

九、 以本章節支付標準申報之個案不適用本支付標準第 9 部全民健康保險住院診斷關聯群 (Tw-DRGs)。

編　號	診　　療　　項　　目	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
05601K 05602A 05603B	安寧住院照護費（每日）	v	v	v	4,930 4,930 4,930

附表

一、老年期及初老期器質性精神病態

1. 必要條件：CDR 臨床失智評分量表為一末期(CDR＝5)者：病人沒有反應或毫無理解力。認不出人。需旁人餵食，可能需用鼻胃管。吞食困難。大小便完全失禁。長期躺在床上，不能坐也不能站，全身關節攣縮。
2. 居家照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。
3. 病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：
   (1) 電解值不平衡(Electrolyte imbalance)
   (2) 急性疼痛(Acute pain)
   (3) 嚴重呼吸困難(Severe dyspnea)
   (4) 惡性腸阻塞(Malignant bowel obstruction)
   (5) 嚴重嘔吐(Severe vomiting)
   (6) 發燒，疑似感染(Fever, suspect infection)
   (7) 癲癇發作(Seizure)
   (8) 急性瞻妄(Acute delirium)
   (9) 瀕死狀態(Predying state)

二、其他大腦變質

嚴重神經疾病如： 嚴重中風, 嚴重腦傷, Multiple sclerosis, Parkinson’s disease, Huntington’s disease 等退化性疾病末期，合併以下狀況：

1. 末期大腦變質病患，不需使用呼吸器維生者，病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：
   (1) 電解值不平衡(Electrolyte imbalance)
   (2) 急性疼痛(Acute pain)
   (3) 嚴重呼吸困難(Severe dyspnea)
   (4) 惡性腸阻塞(Malignant bowel obstruction)
   (5) 嚴重嘔吐(Severe vomiting)
   (6) 發燒，疑似感染(Fever, suspect infection)
   (7) 癲癇發作(Seizure)
   (8) 急性瞻妄(Acute delirium)
   (9) 瀕死狀態(Predying state)
2. 末期大腦變質患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者。

三、心臟衰竭

心衰竭末期應最少符合下列二個指標：

1. CHF NYHA stage III 或 IV－ 休息或輕度活動時會喘。
2. 原心臟照顧團隊認為病人很可能在近期內死亡。
3. 經常因嚴重心臟衰竭症狀住院。
4. 雖經最大的醫療處置但仍有極不容易控制的生理或心理症狀如下：
   (1) 因心律不整而造成的昏厥等嚴重症狀者
   (2) 曾有心臟停止或心肺復甦術病史
   (3) 常有不明原因的昏厥
   (4) 心因性腦栓塞
   (5) 左心室射出分率(LV ejection fraction)≦20%

四、慢性氣道阻塞疾病，他處未歸類者

慢性阻塞性肺病　Chronic Obstructive Pulmonary Disease – COPD
休息時就會喘，且病況持續惡化 (如： 反覆因肺炎或呼吸衰竭需送至醫院急診或住院)，合併以下任一狀況：

1. 即使使用氧氣，然而 PaO_2≦55mmHg、PaC O_2≧50mmHg 或 O_2 saturation≦88%。
2. FEV1≦30% of predicted。
3. FEV1 持續下降且速度每年大於 40 mL。
4. 六個月內體重減少 10%以上。
5. 休息時心跳超過 100beat/min。
6. 肺心症或肺病造成之右心衰竭。
7. 合併有其他症狀 (如：惡質病、反覆感染、重度憂鬱)或多重合併症。

五、肺部其他疾病

Cystic fibrosis, severe fibrotic lung disease 等末期肺病，休息時就會喘，且病況持續惡化 (如： 反覆因肺炎或呼吸衰竭需送至醫院急診或住院)，合併以下任一狀況：

1. 即使使用氧氣，然而 Pa O_2≦55mmHg、PaC O_2≧50mmHg 或 O_2 saturation≦88%。
2. FEV1≦30% of predicted。
3. FEV1 持續下降且速度每年大於 40 mL。
4. 六個月內體重減少 10%以上。
5. 休息時心跳超過 100 beat /min。
6. 肺心症或肺病造成之右心衰竭。
7. 合併有其他症狀 (如：惡質病、反覆感染、重度憂鬱)或多重合併症。

六、慢性肝病及肝硬化

必要條件：肝病或肝硬化末期，不適合肝臟移植，且

(1) PT > 5 sec above control 或 INR > 1.5
(2) Serum albumin < 2.5 g/dl

合併下列任一項症狀

1. 困難處理之腹水 (Refractory ascites)。
2. 自發性細菌性腹膜炎 (Spontaneous bacterial peritonitis)。
3. 肝腎症候群 (Hepatorenal syndrome)。
4. 肝腦病變合併坐立不安、昏睡和昏迷 (Encephalopathy with asterixis, somnolence, coma)。
5. 復發性食道靜脈瘤出血 (Recurrent variceal bleeding)。
6. 多重器官衰竭 (Multiple organ failure)。
7. 惡病質與消瘦 (Cachexia and asthenia)。

七、急性腎衰竭，未明示者

acute renal failure, unspecified

1. 已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病患。
2. 病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病患可能在近期內死亡。
3. 病人在自由意識的選擇與自主的決定下不願意，或因合併下列疾病狀況之一，不適合繼續接受長期透析治療或接受腎臟移植者：
   (1) 其他重要器官衰竭及危及生命之合併症
   (2) 長期使用呼吸器
   (3) 嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症
   (4) 惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者
   (5) 惡性腫瘤末期患者
   (6) 因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者

八、慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

本項適用主診斷 585 (慢性腎衰竭; chronic renal failure)及 586 (腎衰竭，未明示者; renal failure, unspecified)兩項疾病末期定義

1. 慢性腎臟病至末期腎臟病階段，尚未接受腎臟替代療法病患，屬慢性腎臟病(CKD)第 4，5 期病患(GFR < 30 ml/min/1.73m2)，或已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病患。
2. 病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病患可能在近期內死亡。
3. 病人在自由意識的選擇與自主的決定下不願意，或因合併下列疾病狀況之一，不適合新接受或繼續接受長期透析治療或腎臟移植者：
   (1) 其他重要器官衰竭及危及生命之合併症
   (2) 長期使用呼吸器
   (3) 嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症
   (4) 惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者
   (5) 惡性腫瘤末期患者
   (6) 因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者

報告事項

第 四 案　　報告單位：健保署醫務管理組

案由：有關「全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫」內容報告案。

說明：

一、本計畫經報部核定，於102年10月7日公告試辦計畫。

二、原公告計畫內容重點如下：

(一)計畫總目標：建立台灣急性後期照護模式，並建構急性期、急性後期、慢性期之垂直整合系統，以提升病人照護之連續性，使其恢復功能或減輕失能程度，減少後續再住院醫療支出。

(二)收案對象：急性腦血管疾病病人，醫療狀況穩定，具有輕度至中重度功能障礙(Modified Rankin Scale簡稱MRS量表2-4級)，經照護團隊判斷具積極復健潛能者。

(三)照護內容：

1.照護期間：以3-6週為原則，最長12週。

2.照護評估：下轉、收案、出院各評估一次，期間每三週評估一次。

3.設計照護計畫：依評估結果設計符合病人之照護計畫。

4.高強度復健：提供病人高強度物理、職能或語言治療。(由每天1次，增加為3-5次)

5.跨專業團隊整合性照護：共病症、併發症預防及處理照護。

6.與居家或長照接軌：銜接出院病人居家環境服務，或轉介長期照護管理中心。

(四)支付方式：

1.採「論日支付」支付模式，每日含評估費平均約2359點(6週約9.9萬點)。

2.藥費、藥事服務費、治療處置、手術費可核實支付。

3.每三週評估一次，兩次評估功能有進步始繼續支付。

(五)承作醫院資格：

1.層級：區域醫院、地區醫院。應組成跨醫院團隊，醫學中心為轉出醫院，病情穩定病人須下轉。

2.設置：需提供物理治療、職能治療及語言治療三項復健治療服務。

3.組成跨院際「急性後期照護團隊」：

(1)醫師：神經科、神經外科、內科、家醫科或復健科任一有腦血管疾病照護經驗醫師。

(2)其他醫事人員：承作醫院需有專任護理人員、物理治療師、職能治療師、語言治療師、藥師、營養師及社工人員，至少各1名，可於申請計畫書規劃預定辦理方式。

4.設置「急性後期照護單位」：急性一般病床、經濟病床、慢性一般病床為原則，與一般保險病床有明顯區隔。

三、為期本計畫更加周延，酌予修訂內容重點如下：

(一)新增「急性後期照護與高強度日間住院復健費用」：為鼓勵獲選之承作醫院積極協助照護對象返家，增加日間住院照護服務項目，另適合日間照護病人，團隊可於1-3週提前辦理進行複評。

(二)新增「結案評估費(收案≦3週結案)」1500點：鼓勵承作醫院積極協助照護對象提前結案及健康返家。

(三)品質監測指標新增「急性後期照護平均天數」，PAC住院天數與日間住院天數分別統計。

(四)個案給付期間以脫離急性期、進入PAC-CVD系統起3-6週為原則；經急性後期照護團隊評估有後續需求者得展延一次，明訂「申請展延應檢附團隊會議紀錄向分區業務組報備」，至多支付到12週。

四、推動進度：

(一)本署已於10月下旬辦理完成6場分區說明會，共235家醫院559人參加。由跨醫院組成「急性後期照護團隊」申請試辦，11月底業已截止受理，刻正辦理審查作業。

(二)102年12月底前本署完成評選(擇優試辦)，預計103年正式試辦。

決定：

附件 6

全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫

102 年 10 月 7 日健保醫字第 1020033910 號公告

壹、 前言

因應人口老化，愈來愈多的病患在急性醫療後可能出現失能情形，將大幅造成對醫療體系、家庭及社會照顧之負擔或依賴，故需儘早規劃急性後期之醫療照護模式(Post-acute Care 以下簡稱 PAC)。雖然目前全民健保給付治療疾病所需之相關醫療費用，但國內急性後期照護模式尚未建立，各醫院照護急性後期病人轉銜系統尚待整合，病患不得不以超長住院方式或再住院因應急性後期照護需要，造成照護強度不足，或為復健入住大型醫院之情形，對於醫療服務品質與資源使用效率亦有待改善。故透過支付改革，建構急性後期照護模式與病人垂直整合轉銜系統，依個別病人失能程度，在治療黃金期內立即給予積極性之整合性照護，使其恢復功能，將可減少後續再住院醫療費用、大幅減輕家庭及社會照顧之負擔。亦可強化急性醫療資源配置效率，與長期照護服務無縫接軌。

文獻顯示腦中風患者再住院及超長住院情形普遍，為美國急性後期照護十大高需求疾病之一[1,2]，約 62.6-74.5%出院後 30 日內使用急性後期照護[3]。研究指出腦中風病人接受 PAC 可降低死亡率，改善健康結果[4]。國內研究指出腦中風病人有再住院[5]及超長住院情形[6]，14 日再住院率約 17.4%、6 個月內再住院率約 41.9%[7]、1 年內再住院率約 50%[5]，相較其他國家如美國 6 個月內再住院率 29.7%、澳洲 30%為高[7]。腦中風亦為國內超長住院之首要疾病，約 10.4%有超長住院情形，耗用所有腦中風住個案人日總和之 38.9%、住院費用總和之 47.8%[6]。患者發病一年內 51%會面臨任何原因的再住院或死亡，一年死亡率平均為 18.8%[8]。另有研究推估約 10.11%-23.13%腦中風病人可能需要 PAC，實施 PAC 後平均每人約可節省急性醫療天數 2.06-8.17 天；估算病床之使用約可減少 306-1,210 張[7]。根據國內榮民醫療體系執行急性後期照護之實證研究，在社區醫院提供跨專業團隊的急性後期照護，可以顯著促進病人功能的恢復和減少一年內死亡率 62%[9]；跨專業團隊提供之急性後期照護可以使病人身心功能、情緒、營養與行動力有明顯的進步[10]，PAC 照護 14 日、30 天內再住院率分別為 6.3%、12.9%，住院天數亦較未接受 PAC 照護者短[11]，急性後期照護確實為一具有明顯成效的服務模式。國內目前無急性後期照護給付，急性醫療存在社會性住院現象，部分低佔床率醫院為提高病床利用，以健保資源提供急性後期照護，許多急性期穩定之病人憂心返家後的照護而滯留醫院，因此住院病人以再住院及超長住院方式因應急性後期照護需要，宜儘速建構完整的急性後期照護服務體系與財務支付機制，以強化急性醫療資源配置效率與無縫接軌的照護目標[12-15]。

依據 2011 年健保申報資料，符合重大傷病之急性腦血管疾病(腦中風)

個案急性期連續住院天數長，追蹤 2.7 萬名個案，發病半年內因急性腦血管疾病之連續住院費用 30.9 億點，平均住院 17.8 天，連續住院超過平均天數之個案占率 28.1%。腦血管疾病緊急醫療處置仍主要集中在醫學中心(41.9%)與區域醫院(49.4%)。連續住院天數超過 30 天的超長住院之個案占率 16.2%，耗用所有腦中風住院人日總和 55.2%，住院費用總和 56.4%。超長住院個案仍多留滯在中大型醫院：醫學中心 53.6%、區域醫院 38.7%，地區醫院只佔 7.7%。現況顯示腦中風病患亟需急性後期照護，對有復健潛能者應可考慮優先轉承急性後期照顧。因國內各單位推動急性後期照護日趨成熟，經保險人召開多次專家會議，選擇共病及跨科較多之急性腦血管疾病(CVD)，優先試辦急性後期照護模式及轉銜系統之計畫，視試辦成果逐步推廣至其他有急性後期需求領域。保險人根據各專業團體提供具實證之專業建議(包括台灣腦中風學會，聯合復健醫學會、老年醫學會、物理治療師、職能治療師、聽力語言治療師等相關公學會)完成「全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫-以腦中風為例(Post-acute Care -Cerebrovascular Diseases)簡稱 PAC-CVD)」，提供支付誘因，期待提升急性後期照護品質，促進醫療垂直整合轉銜系統建立，並使腦中風病人在急性期後之失能及早恢復，減少病人長期失能風險，減輕健保醫療、家庭與社會負擔，達到多贏的目標。

貳、 計畫總目標

一、 建立台灣急性後期照護模式，以提升急性後期照護品質。

二、 建立急性期、急性後期、慢性期之垂直整合轉銜系統，以提升病人照護之連續性。

三、 確立急性後期照護之完整性及有效性，對治療黃金期之病人給予積極性之整合性照護，使其恢復功能或減輕失能程度，減少後續再住院醫療支出。

參、 策略

一、 規劃急性後期照護體系與合理的支付方式，提升急性後期照護品質，並以全人照護理念，建立急性後期照護的模式。

二、 支付誘因採「論日支付」及「論質支付」支付模式，按醫療耗用密集度與病人進步情形，訂定合理的支付點數與支付期限。

三、 本計畫將分階段導入，逐步達成全面推動。

（一） 第 1 階段（試辦期 2 年，必要時得延長 1 年。試辦期間視需要得導入其他疾病）：重點在於徵求專業團隊參與試辦，目的在建立腦中

風病人急性後期照護模式，以提升急性後期照護品質；發展腦中風病人急性期、急性後期、慢性期之垂直整合轉銜系統，以提升病人照護之連續性；確立急性後期照護之完整性及有效性，減輕腦中風病人失能程度。包括建立具有結構面、過程面、結果面品質標準之腦中風整合性照護系統。

（二） 第 2 階段（擴大試辦期 2 年）：重點在徵求專業團隊試辦推廣，目的藉由試辦期經驗，推廣急性後期照護模式至其他疾病。

（三） 第 3 階段（推廣期）：重點在於擴大參與，目的在受益病人數與參與團隊數量持續增加，並可應用為急性醫療照護銜接急性後期、長期照護的有效照護模式。

肆、 計畫期間：自103年1月1日至103年12月31日止。

伍、 預算來源

本計畫「急性後期照護與高強度復健」、「急性後期照護與一般強度復健」醫療費用，由計畫執行期間之全民健康保險年度醫院醫　　療給付費用總額項下支應，本計畫評估費由其他預算「推動促進醫療體系整合計畫」項下支應。

陸、 照護模式

一、 試辦範圍：

（一） 依個案進入 PAC-CVD 的「起始功能狀況」及「具積極復健潛能」為分級依據，按腦中風病患可能的照護路徑規畫五種「急性後期功能群組」(Function-related Group, FRG)。

（二） 本計畫支付適用範圍：FRG1(急性後期照護與高強度復健)、FRG2(急性後期照護與一般強度復健)兩項，其餘 FRG3(機構式照護與支持性復健)、FRG4(門診醫療照護與復健構式)、FRG5(居家健康照護)，依現行全民健保相關規定辦理。

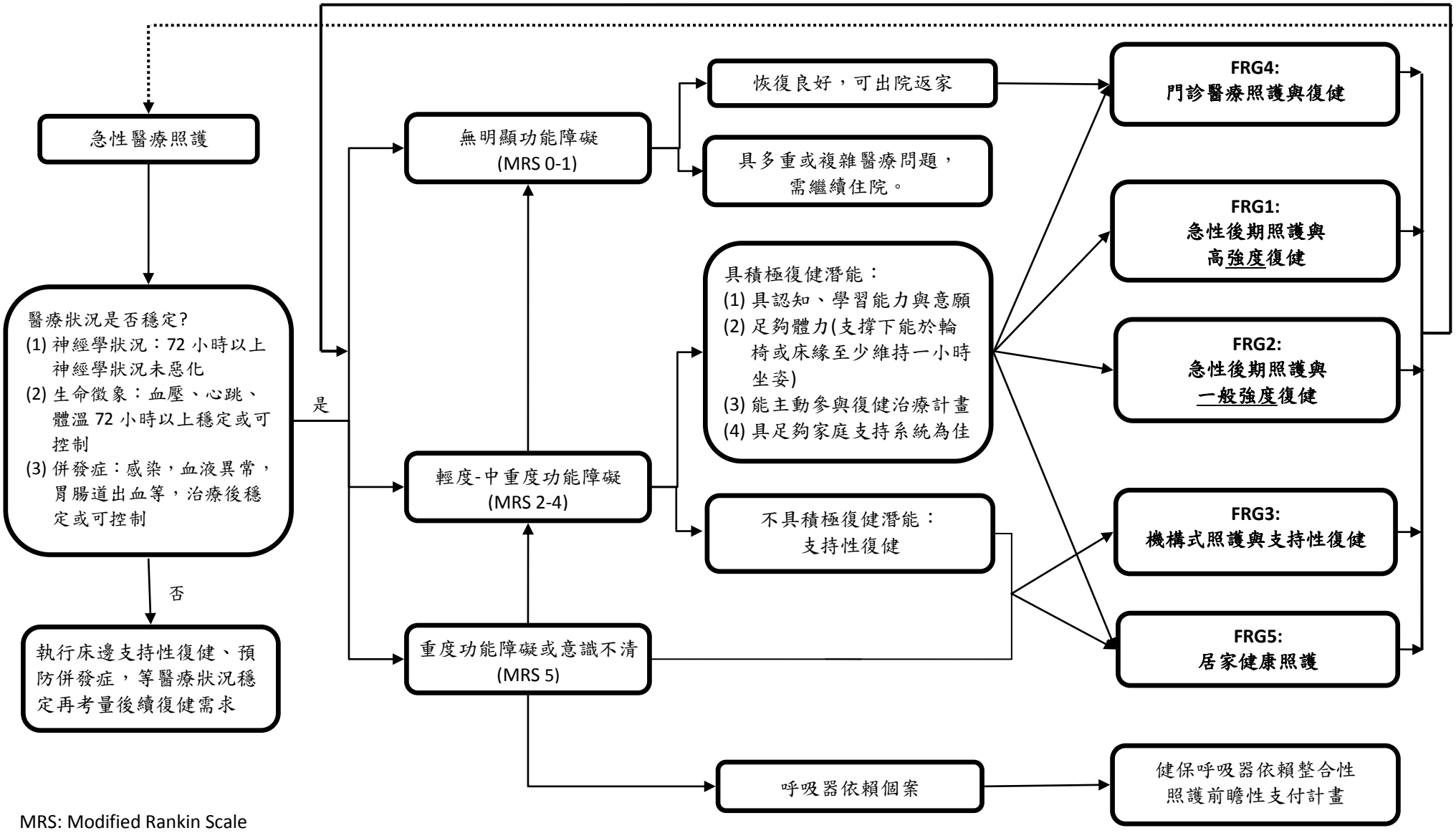
（三） 個案給付期間：以脫離急性期、進入 PAC-CVD 系統起 3-6 週為原則；經急性後期照護團隊評估有後續需求者得展延一次，申請展延應檢附團隊會議紀錄向分區業務組報備，至多支付到 12 週。計畫

返家者，包含銜接居家環境服務，或與長期照護管理中心聯繫(符合長照收案對象)。

二、 提供照護之場所：

限在健保特約之區域醫院、地區醫院住院試辦。

三、 PAC-CVD 整合性照護流程，詳如下圖。



MRS: Modified Rankin Scale

PAC-CVD 整合性照護流程圖

四、 PAC-CVD 功能群組照護服務內容，詳如附錄 1「PAC-CVD 各功能群組照護服務內容一覽表」，另急性後期復健治療內容提供如下：

（一） 物理治療內容：物理治療評估及計畫擬定，包括成效評量、居家環境、輔具需求及家庭支持評量。物理治療主要藉由運動治療及動作誘發促進技術來協助恢復身體動作控制和功能自主。少數需要物理因子，如冷/熱/電療為輔助療法。

1. 疾病初期或非積極復健期者，包含關節活動度運動、牽拉運動、復健機械或人工輔助療法、傾斜台訓練、按摩、關節鬆動術、床上運動、知覺認知訓練、和呼吸排痰等，協助患者恢復和預防繼發性損傷或失能；玻巴斯神經發展治療法或本體受器神經肌肉誘發促進技術，促進感覺動作整合、誘發患者動作恢復等。
2. 積極復健期者，包含床上和墊上運動、動作再學習、任務取向訓練、早期承重懸吊式跑步機訓練法、雙重任務訓練、復健機械或人工輔助療法、虛擬實境訓練、行動輔具使用等，以達到增強肌力、肌耐力、姿態控制、平衡、步態、協調能力與心肺耐力的訓練目標，同時兼具認知訓練功用。玻巴斯神經發展治療法或本體受器神經肌肉誘發促進技術，促進感覺動作整合、誘發患者動作恢復等。
3. 上肢運動治療，使用功能性電刺激、侷限療法、玻巴斯神經發展治療法、本體受器神經肌肉誘發促進技術、機械輔助療法及虛擬實境訓練等。
4. 少數情況下，使用物理因子輔助療法：冷熱交替刺激法用於降低肌肉張力，或冷療/熱療/電療/水療用於處理肩部疼痛。

（二） 職能治療內容：職能治療評估及計畫擬定。預防繼發性損傷、失能預防。日常生活活動功能訓練（治療性活動設計）、活動治療、社交功能訓練。社區/社會參與訓練、心理社會適應。團體治療、休閒運動功能訓練、動作障礙：當代矯治性治療（侷限誘發療法、雙

肢訓練、鏡像治療；機械輔助療法)、任務導向治療、改善與動作有關之個人因素、處理次發性損害、強化動作恢復、利用活動改善動作、感知覺、認知技巧、利用活動改善下肢功能及平衡；利用活動改善動上肢動作技巧。感覺、知覺、認知障礙：視知覺矯治性與適應性療法、忽略症矯治性療法與多重情境療法、失用症適應性療法與代償策略訓練、注意力損傷矯治性與適應性療法、記憶損傷矯治性與適應性療法、執行功能矯治性與多重情境療法。輔具、副木與居家環境改造。

（三） 語言治療內容：含吞嚥或語言功能電刺激、口腔功能訓練、咽部肌肉功能訓練、間接吞嚥運動訓練、吞嚥反射誘發訓練、吞嚥代償技巧訓練、安全吞嚥技巧訓練、安全進食及喝水訓練、發聲訓練、聲帶功能訓練、說話清晰度訓練、溝通輔具評估與訓練、聽覺理解訓練、口語表達訓練、語言認知訓練、閱讀理解訓練、書寫語言訓練、非口語溝通技巧訓練、語言溝通與吞嚥障礙諮詢等健保支付項目。

柒、 實施對象

一、 符合本保險公告重大傷病之急性腦血管疾病（限急性發作後一個月內）之病人，醫療狀況穩定，功能狀況具有輕度至中重度功能障礙(MRS 2-4)，於參與本計畫之醫院住院，經急性後期照護團隊判斷具積極復健潛能者。

二、 醫療狀況穩定定義：

（一） 神經學狀況：72 小時以上神經學狀況未惡化。

（二） 生命徵象：血壓、心跳、體溫 72 小時以上穩定或可控制。

（三） 併發症：感染，血液異常，胃腸道出血等，治療後穩定或可控制。

三、 功能狀況分級定義：

進入 PAC-CVD 的起始功能狀況以 Modified Rankin Scale (MRS)為分級標準：無明顯功能障礙 (MRS 0-1)、輕度~中重度功能障礙 (MRS 2-4)，及重度功能障礙或意識不清 (MRS 5)。MRS 分級標準：

（一） 0 - No symptoms.

（二） 1 - No significant disability. Able to carry out all usual activities, despite some symptoms.

（三） 2 - Slight disability. Able to look after own affairs without assistance, but unable to carry out all previous activities.

（四） 3 - Moderate disability. Requires some help, but able to walk unassisted.

（五） 4 - Moderately severe disability. Unable to attend to own bodily needs without assistance, and unable to walk unassisted.

（六） 5 - Severe disability. Requires constant nursing care and attention, bedridden, incontinent.

（七） 6 - Dead.

四、 具積極復健潛能判定原則：

（一） 具基本認知、學習能力與意願。

（二） 具足夠體力：支撐下能於輪椅或床緣至少維持一小時坐姿。

（三） 能主動參與復健治療計畫。

（四） 具足夠家庭支持系統者為佳。

五、 結案條件：

（一） 個案功能顯著進步，經急性後期照護團隊評估，可出院回家進行自我復健者。

（二） 連續 2 次個案功能評估，經急性後期照護團隊總評，未進步或降低者。

（三） 經急性後期照護團隊評估，已不具復健潛能者。

（四） 進入急性後期照護時間，超過 12 週上限者。

（五） 保險對象自動放棄或自行中斷急性後期照護者。

（六） 死亡。

六、 保險對象應自行負擔之住院費用，依重大傷病規定及比照慢性病房收取：三十日以內，百分之五；三十一日至九十日，百分之十。

註：急性腦血管疾病急性發作後一個月內之就醫，免自行負擔費用，急性發作起算日，依跨醫院團隊聯繫逕行認定。

捌、 參與試辦條件

一、 醫院應採跨院際整合團隊模式提出申請。跨院際整合團隊，應指派單一醫院為主責醫院，負責提送計畫書、執行報告、聯繫管道及經費撥付等事宜(醫學中心除急性後期病患轉出醫院評估費用，不得申報本計畫其他支付項目費用)，且收案對象需為同院際團隊之病人。

二、 申請通過參加試辦計畫之合作團隊中，醫學中心為轉出醫院，符合本計畫收案對象(醫療狀況穩定，功能狀況具有輕度至中重度功能障礙(MRS 2-4))之腦中風病人，原則上需下轉病人至下游急性後期照護醫院(簡稱承作醫院)。

三、 參與計畫之跨院際整合團隊之醫院，於參與計畫之日起前 2 年內，無

全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一者(含行政救濟程序中尚未執行處分者)。前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約或終止特約日起算。非主責醫院停約 1 個月不在此限。

四、 承作醫院需提供復健治療服務(含物理治療、職能治療及語言治療) ，且復健醫療設施與相關專業人員標準需符合醫療機構設置標準第三條(附表一綜合醫院/醫院設置標準)規定。

五、 申請試辦計畫的跨院際整合團隊，應成立「急性後期照護團隊」，團隊應設置專責醫師，負責協調跨專業領域團隊運作，團隊成員包括 PAC-CVD 相關科別醫師（神經科、神經外科、內科、家醫科或復健科任一有腦血管疾病照護經驗醫師)、承作醫院需有專任護理人員、物理治療師、職能治療師、語言治療師、藥師、營養師及社工人員，至少各 1 名，其餘未竟事宜依其他相關規定辦理。

六、 承作醫院需在已有的現有病床中劃出「急性後期照護單位」，明確與一般病床區隔。

七、 「急性後期照護團隊」應對每位參加本計畫個案，訂定個人專屬之急性後期照護計畫(care plan)。

八、 申請本計畫的跨院際整合團隊，應於所提計畫書評選通過後述明「急性後期照護單位」之床位數、床位編號、照護人力(專業別、人數、專任或兼任、各類人員醫病比)及照護設備。

九、 每 4 床至少需 1 位物理或職能或語言治療人員(治療師或治療生皆屬治療人員)。承作醫院相關治療人員扣除每日申報上限人次之治療人員數後，皆可列入計算。

十、 急性後期照護團隊，應派成員參與本計畫相關執行說明會(含訓練)。

十一、 參與機構標準及需辦理事項，詳如下表。

十二、 計畫執行期間，主管機關公告中期照護病房設置標準，承作醫院需於保險人規定一定期限內符合該公告標準。

PAC-CVD 之參與機構標準及需辦理事項

急性醫療醫院標準及需辦理事項	承作醫院標準及需辦理事項
1. 全民健保特約之醫學中心、區域醫院、地區醫院，依照各專業學會腦中風治療指引、衛生署腦中風緊急醫療評鑑規範，提供腦中風病人急性醫療照護之醫院。 2. 參與本計畫跨院際整合團隊，參與該整合團隊之「急性後期照護團隊」運作。 3. 依個案的醫療狀況、功能狀況及「具積極復健潛能」為依據，規劃腦中風病患適當之 PAC-CVD 整合性照護流程。 4. 辦理出院準備服務。 5. 對符合試辦計畫個案(FRG1、FRG2)辦理轉出醫院評估。 6. 辦理個案急性後期照護跨院轉銜措施。	1. 全民健保特約之區域醫院、地區醫院，具急性醫療作業能力，試辦醫院需提供復健治療服務(含物理治療、職能治療及語言治療)，且復健醫療設施與相關專業人員標準需符合醫療機構設置標準第三條(附表一)規定。 2. 組成本計畫跨院際整合團隊及「急性後期照護團隊」，主導該整合團隊之「急性後期照護團隊」運作。 3. 個案入住 72 小時內提出個案急性後期照護計畫及目標。 4. 召開急性後期照護團隊會議，辦理評估。 5. 承接醫院於個案入住 72 小時內完成「急性後期照護個案功能評估表」期初評估。 6. 照護團隊依所擬計畫提供復健護理服務，每間隔 3 週進行「急性後期照護個案功能評估表」期中評估，評估寬限期 3 天。 7. 辦理結案評估（含銜接居家環境及照管中心聯繫）。

玖、 個案評估方式

一、 以急性後期照護團隊會議方式進行：

（一） 參與人員：急性後期照護團隊成員。

（二） 會議頻率：收案會議，結案會議，定期會議每三週一次。

（三） 會議記錄：會議內容呈現於病歷，會議簽到表備查。

（四） 紀錄內容：收案條件，結案條件，專業成效評量與目標設定，出院準備。

（五） 品質管理指標：定期召開率 98%以上，病歷完成率 100%。

二、 評量時機：

（一） 轉出醫院評估。

（二） 承接醫院初評。

（三） 期中每 3 週評估。

（四） 結案評估包含銜接居家環境服務，或與長期照護管理中心聯繫(符合長照收案對象)。

三、 成效評量工具，詳如附錄 2：

（一） 本計畫之個案功能評估，係採用「急性後期照護個案功能評估表」所得評估結果為基準。此功能評估表，由下列不同量表所組成；每個量表，皆有獨立的量表得分。

（二） 個案照護執行成效，以急性後期照護團隊參考下列各項「急性後期照護個案功能評估表」得分，做為判斷結案與否之依據。

評量面向	評量工具	必評/選評
1. 整體功能狀態	Modified Rankin Scale (MRS)	核心必評
2. 基本日常生活功能	Barthel Index	核心必評
3. 吞嚥、進食功能	功能性由口進食量表 (Functional oral intake scale, FOIS)	核心必評
4. 營養評估	Mini Nutrition Assessment (MNA)	核心必評
5. 健康相關生活品質	Euro QoL-5D	核心必評
6. 工具性日常生活功能	Lawton-Brody IADL Scale	核心必評
7. 姿勢控制、平衡功能	Berg Balance Scale (BBS)	專業必評
8. 步行能力、整體行動功能	Gait speed 註：記錄患者以最快的速度行走五公尺所花的時間（秒）。	專業必評
9. 心肺耐力	六分鐘行走測試 註：要求患者以盡快，可能會微喘的速度在走廊來回行走六分鐘，然後記錄其總共距離和測試前後的心跳，血壓。	專業必評
10. 感覺功能評估	Revised Nottingham sensory assessment (RNSA)	專業必評
11. 認知、知覺功能評估	Mini–mental state examination (MMSE)	專業必評
12. 職能表現	Motor Activity Log(MAL)	專業必評
13. 重返社會能力評估	Canadian Occupational Performance Measurement (COPM)	專業必評
14. 語言功能評估	失語症功能性溝通活動量表	專業必評

四、 出院準備服務：各階段醫療院所皆應提供出院準備計畫，出院準備計畫應包括下列事項：

（一） 居家照護建議

（二） 復健治療建議

（三） 社區醫療資源轉介服務

（四） 居家環境改善建議

（五） 輔具評估及使用建議

（六） 轉銜服務

（七） 生活重建服務建議

（八） 心理諮商服務建議

（九） 其他出院準備相關事宜

拾、支付標準：

一、 支付標準內容(詳附件 1、提升急性後期照護品質試辦計畫支付標準)，其餘未竟事宜依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」辦理。

二、 醫療費用申報及審查原則

（一） 申報原則：

1. 醫療費用申報、暫付、審查及核付，依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」規定辦理。
2. 試辦醫院需於健保資訊網服務系統(VPN 系統)，上傳參與計畫個案及評估結果資料，並登錄必要欄位。

（二） 審查原則

1. 未依保險人規定內容登錄相關品質資訊，或經保險人審查發現登載不實者，將不予支付本計畫該筆評估費用，並依相關規定辦理；另該筆評估費用被核刪後不得再申報。
2. 其餘未規定事項，依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」規定辦理。

拾壹、本計畫整體成效衡量

一、 成效核心指標，分為 MRS 2～4 三個等級分別統計。

（一） Modified Rankin Scale (MRS)。

（二） Barthel Index。

二、 急性後期照護品質 PAC 品質監測指標，詳附件 2，以衡量本方案整體成效。

拾貳、執行配套措施

一、 計畫管理機制

（一） 保險人負責研議總體計畫架構模式、行政授權與協調，辦理醫院團隊之評選。

（二） 保險人各分區業務組負責受理及初審轄區醫院團隊之申請計畫，輔導醫院團隊計畫之執行、指標之計算與費用核發。

（三） 各計畫醫院團隊，執行急性後期照護個案之相關健康照護。主責醫院負責提出計畫之申請，團隊間之醫療資源協調整合、醫療服務之提供及醫療費用之分配作業。

（四） 參與試辦團隊積極參與急性後期臨床照護訓練、經驗交流分享，共同提升急性後期照護品質。

二、 團隊之主責醫院或參與醫院，於辦理期間，若因違反特管辦法致受停約處分（含行政救濟程序進行中尚未執行處分），為保障保險對象醫療照護之延續性，醫院團隊得重新選定主責醫院，並經保險人同意後繼續執行本計畫，或終止參加本計畫。凡經停約處分或終止參加本計畫者，自保險人第一次發函處分停約日或核定終止日起，不予核付本計畫支付項目費用。

三、 保險人於本計畫試辦期間，對於參與計畫之醫院或跨院際整合的急性後期照護團隊，得不定期實地審查輔導(內容：設置標準及病床、人員配置、照護計畫(care plan)執行效度及病患評估信度等)；若經查不實，依本保險相關規定辦理。實地審查成員，包括保險人及其分區業務組或諮詢專家。

拾叁、計畫申請方式

醫院團隊應於 102 年 11 月 30 日(含)前檢附計畫書 10 份，向保險人各分區業務組提出申請(以郵戳為憑)。

拾肆、計畫審查作業

一、 計畫書經保險人分區業務組初審，符合本計畫基本標準者，送保險人評選。

二、 保險人邀請專家學者召開會議進行複審，並得邀請醫院團隊列席口頭報告。經保險人評選同意，並於全球資訊網公布最優試辦院所團隊名單。給予獲選醫院團隊準備時間，經保險人分區業務組確認並發函同意之次日起生效，各獲選團隊至遲應於 103 年 3 月 1 日起實施。

三、　審查項目及配分：

項次	評　選　項　目	配分（%）
1	是否符合本計畫之需求、本計畫之評估、背景資料、照護模式、轉銜系統及計畫完整性與合理性（含執行方法及步驟之周詳及可行性、人力及醫病配置適切性、如何跨院提供整合式服務、確保急性後期病人轉銜順暢措施，團隊內各醫院照護品質之確保，病人合併症、併發症處理能力等）	40
2	計畫之預期效益、效益指標、期程、執行進度及期限規劃之合理性（含品質控管、保證措施、完成 PAC 照護後，對病人出院後持續追蹤照護措施等）。	20
3	計畫預期目標及專業執行能力、適當性與相關工作成果（含專業資訊）能力、相關計畫承辦經歷、組織規模、技術人力、醫院設備及過去辦理類似案件之經驗及執行能力，包含相關人力品質、如何確保團隊人員辦理量表評估之一致性。	30
4	團隊提供之急性後期照護之特色、創新與發展性。	10
總計		100

拾伍、實施期程及評估

一、　參加醫院團隊應於計畫執行後，每半年提送執行成果報告（包含計畫運作執行現況、個案功能改善程度、再住院率、PAC 平均住院天數等），全期完成應提出總報告予保險人分區業務組，俾作為未來是否續辦之考量。

二、　保險人將彙整各醫院團隊所提執行報告，進行整體執行成效之評估，作為繼續或全面實施之依據。

拾陸、其他事項

一、　辦理本計畫核發作業後，若有醫院團隊提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入補付者，其核發金額將自當年其他預算部門本計畫項下支應。

二、　本計畫由保險人報請主管機關核定後公告實施，並送全民健康保險會備查。

壹拾、 「提升急診後期照護品質試辦計畫」申請書內容與格式

一、計畫書封面：至少包含計畫名稱、計畫執行單位、計畫執行期間。

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

三、計畫書撰寫說明：計畫書(含電子檔)內容應包含下列：

(一)申請機構全銜及計畫名稱。

(二)現況分析(含現行及預期急性後期照護病人數)。

(三)計畫之目標。

(四)計畫內容（分項說明），包含下列各項:

1.跨院際整合醫院團隊之組成與運作方式，包含如何跨院提供整合式服務、確保急性後期病人轉銜順暢措施。

2.急性後期照護團隊之組成（請檢附相關文件），包含各專業照護人力專業別、人數、專任或兼任、各類人員醫病比。相關人力品質、如何確保團隊人員辦理量表評估之一致性。

3.急性後期照護相關設備：「急性後期照護單位」之床位數、床位編號，所能提供急性後期照護服務及設備。

4.團隊內各醫院照護品質之確保，病人合併症、併發症處理能力。

5.團隊提供之急性後期照護之特色與發展性。

(六)預期效益（應以量化說明）：包含建立對照組、避免病人篩選措施(selection bias)、實驗組與對照組之校正。

(七)應辦理工作項目及進度（Gantt Chart）。

註：計畫書之人員、設備應區分現有或規劃承諾，評選通過後需符合，經保險人分區業務組確認並發函同意之次日起生效，各獲選團隊至遲應於 103 年 3 月 1 日起實施。

壹拾壹、 參考文獻：

1. Department of Health and Human Services Centers for Medicare and Medicaid Services. Medicare Program; Proposed & Final Changes to the Hospital Inpatient Prospective Payment Systems and Fiscal Year 2009 Rates; Federal Register. Available from: URL: http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/IPPS-Regulations-and-Notices-Items/CMS1227598.html.
2. Hoverman C, Shugarman LR, Saliba D, Buntin MB. Use of postacute care by nursing home

residents hospitalized for stroke or hip fracture: how prevalent and to what end? *J Am Geriatr Soc* 2008;56(8):1490-6.

3. Kane RL, Lin WC, Blewett LA. Geographic variation in the use of post-acute care. *Health Serv Res* 2002;37(3):667-82.
4. Buntin MB,Colla CH, Deb P,Sood N,Escarce JJ. Medicare spending and outcomes after postacute care for stroke and hip fracture. *Med Care*. 2010;48:776-84.
5. Tseng M, Lin H. Readmission after hospitalization for stroke in Taiwan: results from a national sample. *J. Neurol Sci* 2009;284:52-5.
6. Lee HC, Chang KC, Lan CF, Hong CT, Huang YC, Chang ML. Factors associated with prolonged hospital stay for acute stroke in Taiwan. *Acta Neurol Taiwan* 2008;17(1):17-25.
7. 吳冠穎，吳肖琪，洪燕妮，吳君誠，林麗嬋，胡漢華．台灣腦中風病人急性後期照護需要之探討．*台灣衛誌* 2012;31(3):251-62.
8. Chang KC, Lee HC, Huang YC, Hung JW, Chiu HE, Chen JJ, Lee TH. Cost-effectiveness analysis of stroke management under a universal health insurance system. *J Neurol Sci* 2012;323(1-2):205-15.
9. Chen LK, Chen YM, Hwang SJ et al. Effectiveness of community hospital-based post-acute care on functional recovery and 12-month mortality in older patients. *Ann Med* 2010 Dec;42(8):630-6.
10. Wei-Ju Lee, Li-Ning Peng, Yuan-Yang Cheng,Ching-Yi Liu, Liang-Kung Chen, Hann-Chin Yu. Effectiveness of Short-Term Interdisciplinary Intervention on Postacute Patients in Taiwan. *J Am Med Dir Assoc* 2011;12:29-32.
11. Wei-Ju Lee, Ming-Yueh Chou, Li-Ning Peng, Chih-Kuang Liang, Li-Kuo Liu, Chien-Liang Liu, Liang-Kung Chen, Yung-Hung Wu, and VAIC Study Group. Predicting clinical instability of older patients in post-acute care units: A nationwide cohort study.*Geriatr Gerontol Int* (2013).
12. 吳肖琪．急性醫療與慢性照護的橋樑--亞急性與急性後期照護．*護理雜誌* 2008;55(4):5-10.
13. 戴桂英，吳淑瓊，江東亮．美國老人醫療保險急性後期照護的發展．*台灣衛誌* 2006;25(5):323-9.
14. Pratt J. Long-Term Care: Managing Across the Continuum. 3rd ed, Maynard: Jones & Bartlett Learning, 2009.
15. Lee HC, Chang KC, Huang YC, Lan CF, Chen JJ, Wei SH. Inpatient rehabilitation utilization for acute stroke under a universal health insurance system. *Am J Manag Care* 2010;16(3):e67-e74.

附件 1-1

全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫-以腦中風為例

每日照護費支付標準表

通則：

1. 各診療項目所定點數，已包含所需之住院診察費、病房費、護理費、檢查費、及復健治療費等費用。個案因病情需要，於住院期間執行其餘非屬本計畫支付之項目(藥費、藥事服務費、治療處置費、手術費、副木材料費)，得按現行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準申報。
2. 保險對象住院，以入住急性一般病床、經濟病床、慢性病床為原則；超等住院者，由保險對象按自付其差額。
3. 高強度復健係指每日需治療3-5次；一般強度復健係指每日需治療1-3次。治療內容包含物理治療、職能治療或語言治療之治療項目3項(含)以上，醫院得依個案病情需要調整每日各治療種類之次數。
4. 院所申報本計畫費用時需比照現行復健治療申報方式，另行填列各治療種類之細項治療項目。
5. 本計畫支付標準及本保險支付標準所列支付項目，參與試辦醫院不得向參與本計畫之個案收取自費。
6. 日間住院相關診療項目不適用入住各類療護機構之個案。

編號代碼	診療項目	支付點數
	腦中風病患急性後期照護與高強度復健費用(FRG1)	
P5101B	-前 3 週(每日必需治療 3-5 次)	3486
P5102B	-前 3 週(因醫院或病人偶發原因，當日治療＜3 次)	2016
P5103B	-前 3 週(週日或國定假日)	1200
P5104B	-第 4 週至第 12 週(每日必需治療 3-5 次)	2788
P5105B	-第 4 週至第 12 週(因醫院或病人偶發原因，當日治療＜3 次)	1613
P5106B	-第 4 週至第 12 週(週日或國定假日)	1200
	腦中風病患急性後期照護與高強度日間住院復健費用(FRG1)	
P5117B	-第 1 至 3 週(非週日或國定假日，每日必需治療 3-5 次)	3056
P5118B	-第 1 至 3 週(非週日或國定假日，因醫院或病人偶發原因，當日治療＜3 次)	1586
P5119B	-第 4 至 12 週(非週日或國定假日，每日必需治療 3-5 次)	2444
P5120B	-第 4 至 12 週(非週日或國定假日，因醫院或病人偶發原因，當日治療＜3 次)	1268
	腦中風病患急性後期照護與一般強度復健費用(FRG2)	
P5107B	-前 3 週(每日必需治療 1-3 次)	2310

編號代碼	診療項目	支付點數
P5108B	-前 3 週(因醫院或病人偶發原因，當日無法治療)	1200
P5109B	-前 3 週(週日或國定假日)	1200
P5110B	-第 4 週至第 12 週(每日必需治療 1-3 次)	1848
P5111B	-第 4 週至第 12 週(因醫院或病人偶發原因，當日無法治療)	1200
P5112B	-第 4 週至第 12 週(週日或國定假日)	1200
	註：治療項目 1.物理治療 PACPT1 電療 PACPT2 熱/冷療 PACPT3 水療 PACPT4 被動性關節運動 PACPT5 牽拉運動 PACPT6 按摩 PACPT7 鬆動術 PACPT8 降張力技術 PACPT9 傾斜床訓練 PACPT10 床上運動 PACPT11 姿態訓練 PACPT12 肌力訓練 PACPT13 耐力訓練 PACPT14 神經誘發技術 PACPT15 動作學習技術 PACPT16 平衡訓練 PACPT17 協調訓練 PACPT18 行走訓練 PACPT19 心肺功能訓練 PACPT20 呼吸排痰訓練 PACPT21 輔具評估及訓練 2.職能治療 PACOT1 姿態訓練 PACOT2 被動性關節運動 PACOT3 坐站平衡訓練 PACOT4 移位訓練 PACOT5 減痙攣活動 PACOT6 運動知覺訓練 PACOT7 知覺認知訓練 PACOT8 肌力訓練 PACOT9 協調訓練 PACOT10 動作再學習技巧	

編號代碼	診療項目	支付點數
	PACOT11 上肢(下肢)功能訓練 PACOT12 日常生活活動功能訓練 PACOT13 休閒運動治療 PACOT14 活動治療 PACOT15 輔具評估及訓練 PACOT16 副木製作 PACOT17. 失能防治介入 PACOT18. 上（下）肢矯治性治療 PACOT19. 感覺功能再訓練 PACOT20. 居家環境評估與改造	
	3.語言治療 PACST1 聽覺理解訓練 PACST2 聽辨訓練 PACST3 視聽迴饋法 PACST4 發聲訓練 PACST5 口語表達訓練 PACST6 溝通輔具評估與訓練 PACST7 說話清晰度訓練 PACST8 節律訓練 PACST9 語言認知訓練 PACST10 閱讀理解訓練 PACST11 書寫語言訓練 PACST12 口腔功能訓練 PACST13 吞嚥反射刺激及誘發 PACST14 吞嚥技巧訓練	

附件 1-2

全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫-以腦中風為例

個案評估費支付標準表

編號代碼	診療項目	支付點數
P5113B	下轉醫院評估費(上游醫院醫師及團隊) 註: 1. 每人每次發病限申報一次。 2. 須製作個案病況及轉銜確認報告書，並存放於病歷備查(參考格式如后附表 1)。下轉評估至少需完成 6 項核心必評量表。 3. 區域醫院、地區醫院轉本院 PAC 單位不得申報，同團隊醫院跨院下轉成功方得申報。	2000
P5114B	承作醫院評估費(初次) 註: 1. 本項適用於個案轉銜至急性後期照護醫院後之初次評估，每人每次發病限申報一次。 2. 評估內容包括病患情緒引導及處理，及與病患或其家屬說明評估結果、整項治療計畫及溝通確認雙方治療目標，並製作個案功能評估綜合報告書存放於病歷備查(參考格式如后附表 2)	1000
P5115B	承作醫院評估費(複評) 註: 1. 個案經轉銜後限每 3 週申報一次。 2. 評估內容包括向病患或其家屬說明評估結果及是否修正治療目標及計畫，並製作個案治療成效評估報告書存放於病歷備查(參考格式如后附表 3)。 3. 適合日間照護病人，團隊可提前辦理第 1 次複評，不需第 3 週方進行評估。	400
P5116B	結案評估費(收案＞3 週結案) 註: 1. 每人每次發病限申報一次。 2. 評估內容包括與家屬討論、溝通及建議出院後之後續照護方式，並製作出院轉銜評估報告書存放於病歷備查(參考格式如后附表 4)	1200
P5121B	結案評估費(收案≦3 週結案) 註: 1. 每人每次發病限申報一次。 2. 評估內容包括與家屬討論、溝通及建議出院後之後續照護方式，並製作出院轉銜評估報告書存放於病歷備查(參考格式如后附表 4)	1500

附件 1-2 之附表 1

全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫－轉出醫院之個案病況及轉銜確認報告書 (參考格式)

急性醫療醫院	個案姓名			急性醫療醫院名稱		第一聯：接受轉入醫院留存 第二聯：接受轉入醫院回覆轉出醫院 第三聯：原急性醫療醫院留存
	生日			身分證字號		
	填表日					
	發病日			診斷		
	出院日					
	急性期主要處置(手術)					
	核心必評量表	面向	量表名稱	分數	障礙程度	
		1.整體功能狀態	Modified Rankin Scale (MRS)		~~□正常 □障礙邊緣 □輕度障礙 □中度障礙 □重度障礙~~	
		2.基本日常生活功能	Barthel Index		~~□正常 □障礙邊緣 □輕度障礙 □中度障礙 □重度障礙~~	
		3.吞嚥、進食功能	Functional oral intake scale, FOIS		~~□正常 □障礙邊緣 □輕度障礙 □中度障礙 □重度障礙~~	
		4.營養評估	Mini Nutrition Assessment (MNA)		~~□正常 □障礙邊緣 □輕度障礙 □中度障礙 □重度障礙~~	
		5.健康相關生活品質	Euro QoL-5D		~~□正常 □邊緣 □輕度影響 □中度影響 □重度影響~~	
		6.工具性日常生活功能	Lawton-Brody IADL Scale		~~□正常 □障礙邊緣 □輕度障礙 □中度障礙 □重度障礙~~	
	專業必評量表	7.姿勢控制、平衡功能	Berg Balance Scale (BBS)		~~□正常 □障礙邊緣 □輕度障礙 □中度障礙 □重度障礙~~	

		8.步行能力、整體行動功能	Gait speed		~~□正常 □障礙邊緣~~ ~~□輕度障礙 □中度障礙~~ ~~□重度障礙~~
		9.心肺耐力	六分鐘行走測試		~~□正常 □障礙邊緣~~ ~~□輕度障礙 □中度障礙~~ ~~□重度障礙~~
		10.感覺功能評估	Revised Nottingham sensory assessment (RNSA)		~~□正常 □障礙邊緣~~ ~~□輕度障礙 □中度障礙~~ ~~□重度障礙~~
		11.認知、知覺功能評估	Mini–mental state examination (MMSE)		~~□正常 □障礙邊緣~~ ~~□輕度障礙 □中度障礙~~ ~~□重度障礙~~
		12.職能表現	Motor Activity Log(MAL)		~~□正常 □障礙邊緣~~ ~~□輕度障礙 □中度障礙~~ ~~□重度障礙~~
		13.重返社會能力評估	Canadian Occupational Performance Measurement (COPM)		~~□正常 □障礙邊緣~~ ~~□輕度障礙 □中度障礙~~ ~~□重度障礙~~
		14.語言功能評估	失語症功能性溝通活動量表		~~□正常 □障礙邊緣~~ ~~□輕度障礙 □中度障礙~~ ~~□重度障礙~~
		其他	自行增列		
	治療方向建議	功能群組：□高強度復健 (FRG1) □一般強度復健 (FRG2) 治療種類：□物理治療 □職能治療 □語言治療			
	急性後期照護醫院需要條件				
	建議急性後期照護醫院名稱				
急性	院所名稱		電話或傳真		

<table>
<tr><td rowspan="2">後期照護醫院</td><td>處理情形</td><td colspan="8">☐已安排至本院接受住院治療
☐未入院，原因如下：</td></tr>
<tr><td>診治醫師</td><td>姓名</td><td></td><td>科別</td><td></td><td>醫師簽章</td><td></td><td>回覆日期</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">急性醫療醫院簽章</td><td colspan="2"></td><td>急性後期照護醫院簽章</td><td colspan="2"></td><td>病患或家屬簽名確認</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

附件 1-2 之附表 2

全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫－承作醫院之個案
「初次評估」報告書 (參考格式)

個案姓名			急性後期照護醫院名稱	
生日			身分證字號	
填表日				
發病日			急性醫療醫院名稱	
入院日 (收案日)			診斷	
核心必評量表	面向	量表名稱	分數	障礙程度
	1.整體功能狀態	Modified Rankin Scale (MRS)		~~□正常 □障礙邊緣 □輕度障礙 □中度障礙 □重度障礙~~
	2.基本日常生活功能	Barthel Index		~~□正常 □障礙邊緣 □輕度障礙 □中度障礙 □重度障礙~~
	3.吞嚥、進食功能	Functional oral intake scale, FOIS		~~□正常 □障礙邊緣 □輕度障礙 □中度障礙 □重度障礙~~
	4.營養評估	Mini Nutrition Assessment (MNA)		~~□正常 □障礙邊緣 □輕度障礙 □中度障礙 □重度障礙~~
	5.健康相關生活品質	Euro QoL-5D		~~□正常 □邊緣 □輕度影響 □中度影響 □重度影響~~
	6.工具性日常生活功能	Lawton-Brody IADL Scale		~~□正常 □障礙邊緣 □輕度障礙 □中度障礙 □重度障礙~~
專業必評量表	7.姿勢控制、平衡功能	Berg Balance Scale (BBS)		~~□正常 □障礙邊緣 □輕度障礙 □中度障礙 □重度障礙~~
	8.步行能力、整體行動功能	Gait speed		~~□正常 □障礙邊緣 □輕度障礙 □中度障礙 □重度障礙~~
	9.心肺耐力	六分鐘行走測試		~~□正常 □障礙邊緣 □輕度障礙 □中度障礙 □重度障礙~~
	10.感覺功能評估	Revised Nottingham sensory assessment (RNSA)		~~□正常 □障礙邊緣 □輕度障礙 □中度障礙 □重度障礙~~
	11.認知、知覺功能	Mini–mental state examination		~~□正常 □障礙邊緣 □輕度障礙 □中度障礙~~

	評估	(MMSE)		~~□重度障礙~~
	12.職能表現	Motor Activity Log(MAL)		~~□正常 □障礙邊緣 □輕度障礙 □中度障礙 □重度障礙~~
	13.重返社會能力評估	Canadian Occupational Performance Measurement (COPM)		~~□正常 □障礙邊緣 □輕度障礙 □中度障礙 □重度障礙~~
	14.語言功能評估	失語症功能性溝通活動量表		~~□正常 □障礙邊緣 □輕度障礙 □中度障礙 □重度障礙~~
	其他	自行增列		~~□正常 □障礙邊緣 □輕度障礙 □中度障礙 □重度障礙~~
病患預期目標			病患情緒引導及處理	□正常 □已處理，情緒問題：____ 處理方式：_____
治療長期目標(需包含功能性目標)			治療短期目標	
治療預後評估				
治療計畫(治療種類、頻率、期程及內容)	功能群組：□FRG1 高強度復健 □FRG2 一般強度復健 治療種類：□物理治療 □職能治療 □語言治療 治療頻率： 治療期程： 治療內容：			
急性後期照護醫院簽章			病患或家屬簽名確認	

附件 1-2 之附表 3

全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫－承作醫院之個案治療成效「期中評估」報告書 (參考格式)

個案姓名			急性後期照護醫院名稱		
生日			身分證字號		
填表日					
發病日			診斷		
入院日(收案日)					
核心必評量表	面向	量表名稱	分數	障礙程度	成效
	1.整體功能狀態	Modified Rankin Scale (MRS)		~~□正常~~ ~~□障礙邊緣~~ ~~□輕度障礙~~ ~~□中度障礙~~ ~~□重度障礙~~	□快速進步 □穩定進步 □無差異□退步
	2.基本日常生活功能	Barthel Index		~~□正常~~ ~~□障礙邊緣~~ ~~□輕度障礙~~ ~~□中度障礙~~ ~~□重度障礙~~	□快速進步 □穩定進步 □無差異□退步
	3.吞嚥、進食功能	Functional oral intake scale, FOIS		~~□正常~~ ~~□障礙邊緣~~ ~~□輕度障礙~~ ~~□中度障礙~~ ~~□重度障礙~~	□快速進步 □穩定進步 □無差異□退步
	4.營養評估	Mini Nutrition Assessment (MNA)		~~□正常~~ ~~□障礙邊緣~~ ~~□輕度障礙~~ ~~□中度障礙~~ ~~□重度障礙~~	□快速進步 □穩定進步 □無差異 □退步
	5.健康相關生活品質	Euro QoL-5D		~~□正常~~ ~~□邊緣~~ ~~□輕度影響~~ ~~□中度影響~~ ~~□重度影響~~	□快速進步 □穩定進步 □無差異□退步
	6.工具性日常生活功能	Lawton-Brody IADL Scale		~~□正常~~ ~~□障礙邊緣~~ ~~□輕度障礙~~ ~~□中度障礙~~ ~~□重度障礙~~	□快速進步 □穩定進步 □無差異 □退步
專業必評量表	7.姿勢控制、平衡功能	Berg Balance Scale (BBS)		~~□正常~~ ~~□障礙邊緣~~ ~~□輕度障礙~~ ~~□中度障礙~~ ~~□重度障礙~~	□快速進步 □穩定進步 □無差異 □退步

	8.步行能力、整體行動功能	Gait speed		~~□正常 □障礙邊緣~~ ~~□輕度障礙 □中度障礙~~ ~~□重度障礙~~	□快速進步 □穩定進步 □無差異 □退步
	9.心肺耐力	六分鐘行走測試		~~□正常 □障礙邊緣~~ ~~□輕度障礙 □中度障礙~~ ~~□重度障礙~~	□快速進步 □穩定進步 □無差異 □退步
	10.感覺功能評估	Revised Nottingham sensory assessment (RNSA)		~~□正常 □障礙邊緣~~ ~~□輕度障礙 □中度障礙~~ ~~□重度障礙~~	□快速進步 □穩定進步 □無差異 □退步
	11.認知、知覺功能評估	Mini–mental state examination (MMSE)		~~□正常 □障礙邊緣~~ ~~□輕度障礙 □中度障礙~~ ~~□重度障礙~~	□快速進步 □穩定進步 □無差異 □退步
	12.職能表現	Motor Activity Log(MAL)		~~□正常 □障礙邊緣~~ ~~□輕度障礙 □中度障礙~~ ~~□重度障礙~~	□快速進步 □穩定進步 □無差異 □退步
	13.重返社會能力評估	Canadian Occupational Performance Measurement (COPM)		~~□正常 □障礙邊緣~~ ~~□輕度障礙 □中度障礙~~ ~~□重度障礙~~	□快速進步 □穩定進步 □無差異□退步
	14.語言功能評估	失語症功能性溝通活動量表		~~□正常 □障礙邊緣~~ ~~□輕度障礙 □中度障礙~~ ~~□重度障礙~~	□快速進步 □穩定進步 □無差異 □退步
	其他	自行增列		~~□正常 □障礙邊緣~~ ~~□輕度障礙 □中度障礙~~ ~~□重度障礙~~	~~□快速進步~~ ~~□穩定進步~~ ~~□無差異□退步~~
整體成效	□快速進步 □穩定進步 □無差異□退步				
治療目標	□不需修正 □需修正，修正後如下：				

<table>
<tr><td></td><td colspan="3"></td><td></td></tr>
<tr><td>治療計畫</td><td colspan="3">□不需修正
□需修正，修正後如下：</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">急性後期照護醫院簽章</td><td></td><td>病患或家屬簽名確認</td><td></td></tr>
</table>

附件 1-2 之附表 4

全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫－「結案」之出院轉銜評估報告書(參考格式)

個案姓名		急性後期照護醫院名稱	
生日		身分證字號	
填表日			
發病日			
入院日 (收案日)		診斷	
預計出院日			

核心必評量表	面向	量表名稱	分數	障礙程度
	1.整體功能狀態	Modified Rankin Scale (MRS)		~~□正常 □障礙邊緣 □輕度障礙 □中度障礙 □重度障礙~~
	2.基本日常生活功能	Barthel Index		~~□正常 □障礙邊緣 □輕度障礙 □中度障礙 □重度障礙~~
	3.吞嚥、進食功能	Functional oral intake scale, FOIS		~~□正常 □障礙邊緣 □輕度障礙 □中度障礙 □重度障礙~~
	4.營養評估	Mini Nutrition Assessment (MNA)		~~□正常 □障礙邊緣 □輕度障礙 □中度障礙 □重度障礙~~
	5.健康相關生活品質	Euro QoL-5D		~~□正常 □邊緣 □輕度影響 □中度影響 □重度影響~~
	6.工具性日常生活功能	Lawton-Brody IADL Scale		~~□正常 □障礙邊緣 □輕度障礙 □中度障礙 □重度障礙~~
專業必評量表	7.姿勢控制、平衡功能	Berg Balance Scale (BBS)		~~□正常 □障礙邊緣 □輕度障礙 □中度障礙 □重度障礙~~
	8.步行能力、整體行動功能	Gait speed		~~□正常 □障礙邊緣 □輕度障礙 □中度障礙 □重度障礙~~
	9.心肺耐力	六分鐘行走測試		~~□正常 □障礙邊緣 □輕度障礙 □中度障礙 □重度障礙~~
	10.感覺功能評估	Revised Nottingham sensory assessment (RNSA)		~~□正常 □障礙邊緣 □輕度障礙 □中度障礙 □重度障礙~~

	11.認知、知覺功能評估	Mini–mental state examination (MMSE)		~~□正常 □障礙邊緣~~ ~~□輕度障礙 □中度障礙~~ ~~□重度障礙~~
	12.職能表現	Motor Activity Log(MAL)		~~□正常 □障礙邊緣~~ ~~□輕度障礙 □中度障礙~~ ~~□重度障礙~~
	13.重返社會能力評估	Canadian Occupational Performance Measurement (COPM)		~~□正常 □障礙邊緣~~ ~~□輕度障礙 □中度障礙~~ ~~□重度障礙~~
	14.語言功能評估	失語症功能性溝通活動量表		~~□正常 □障礙邊緣~~ ~~□輕度障礙 □中度障礙~~ ~~□重度障礙~~
	其他	自行增列		~~□正常 □障礙邊緣~~ ~~□輕度障礙 □中度障礙~~ ~~□重度障礙~~
出院評估	社福資源轉介	□個案尚無轉介長照照管中心需要 □已確認個案取得諮詢管道 □已轉介至：_____縣市長照照管中心 □其他(長照以外社福資源)_____		
	輔具資源轉介	□個案尚無輔具或環境改造需要 □已確認個案購得或取得選購諮詢管道 □已轉介至：_____輔具中心		
	回歸居家及社區生活	居家輔具及環境改造建議	□尚無輔具或環境改造需要 □需要行動輔具 □需要日常生活輔具 □需要溝通輔具 □需要居家環境改造及調整	
		居家活動建議及衛教	居家活動建議： 居家飲食建議： 居家照護注意事項： 其他建議：	
		生活重建服務建議		
		心理諮商服務建議		
出院後之預計後續照護方式	□居家自行復健 □其他： □門診復健 □安置於療護機構			
急性後期照護醫院簽章			病患或家屬簽名確認	

附件 2

急性後期照護 PAC 品質監測指標

依 MRS 等級分成 MRS2、MRS3、MRS4 等三個功能分組分別計算

(試辦第一階段列為品質監測指標，收集結果後做為第二階段擴大試辦之品質獎勵指標訂定基準值)

一、醫療共病處理成效

(一)個案收案後一年內死亡率

1.分子:分母個案於收案後 1 年內死亡個案數 (勾稽倉儲承保檔的「保險對象資訊檔 (V_DWU_BASINS_INF)」)

2.分母: 前一年度收案個案數(含已結案及收案中)

(二)個案收案期間急性病房轉入率(即脫離醫院急性後期照護單位轉住本院其他病房或轉至他院住院)

1.分子:分母個案於收案期間轉入急性病房個案數(含跨院)

2.分母: 當年度收案個案數(含已結案及收案中)

二、功能改善及後續適當轉銜之成效

(一) 醫學中心病人下轉率

1.分子:分母個案於下轉急性後期照護醫院入院之個案數

2.分母: 醫學中心符合本計畫收案對象入院後 30 日內個案數(排除已死亡個案)

(二)個案出院後 14 日內再入院率

1.分子:分母個案於出院後 14 日內再入院之個案數(含跨院急慢性病房)

2.分母: 當年度院所出院個案數(排除已死亡個案)
※ 14 天內：(再住院日-出院日)介於 0 至 14。

(三)個案出院後 30 日內再入院率

1.分子:分母個案於出院後 30 日內再入院之個案數(含跨院急慢性病房)

2.分母: 當年度院所出院個案數(排除已死亡個案)
※ 30 天內：(再住院日-出院日)介於 0 至 30。

(四)個案之功能進步情形

註:以個案收案及結案時之 MRS、Barthel Index(BI)、Functional oral intake scale(FOIS)、Mini Nutrition Assessment (MNA)、Euro QoL-5D、IADL 等 6 項評估量表進

步分數計算)

(五)急性後期照護平均天數

1.分子:分母個案急性後期照護天數合計

2.分母: 當年度收案個案數(已結案)

註：PAC 住院天數與日間住院天數分別統計。

報告事項

第 五 案　　報告單位：健保署醫務管理組

案由：103 年 TW-DRGs 適用之相對權重（RW）、標準給付額（SPR）、醫療服務點數上限臨界點、醫療服務點數下限臨界點及病例組合指標（CMI）等相關計算參數暫沿用 102 年適用之統計值案。

說明：

一、因 102 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準調整方案（102 年調整方案）可挹注醫院 50.5 億元預算，該項預算係用於調高 102 年相關支付標準，調高支付點數後之價差應予校正 97 年及 101 年申報資料，始為完整之統計資料。惟該方案本署於 102 年 10 月 31 日陳報衛生福利部後迄未獲裁定。

二、由於本次年度更新 RW 等參數之作業時間點適逢醫院適用之支付標準大幅調整（需先校正統計資料）及該調整案本署已報部待裁定期間雙重因素。爰考量若以未校正 102 年調整方案調整結果之資料統計各項參數，可能於短期內 102 年調整方案裁定後又必須以校正後資料，再重新計算各項參數及公告事宜。

三、為減少醫院及本署資訊系統變更行政作業，建議 103 年適用之 RW、SPR、醫療服務點數上限臨界點、醫療服務點數下限臨界點及 CMI 等相關計算參數暫沿用 102 年適用之統計值，俟 102 年調整方案核可後再進行相關統計及提報共同擬訂會議及公告事宜。

決定：

報告事項

第 六 案　　報告單位：健保署醫務管理組

案由：有關 103 年度「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案」。

說明：資料後補。

決定：

報告事項

第 七 案　　報告單位：健保署醫務管理組

案由：修訂 103 年度「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫」案。

說明：

一、依102年12月3日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議決議辦理。

二、本計畫修訂重點:(103 年草案詳附件 7，P7-3～P7-51):

1. 年度執行目標調高至 79,860 服務人次。
2. 年度預算調高為 4.43 億元，其中 0.2 億元用於本計畫新增之發展遲緩兒童。
3. 先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務部分:
   (1)修訂齒顎矯正給付項目及支付標準項目「92102B 矯正檢查(口腔檢查、石膏模型、照相、測顱X光、全景X光)(次)」之申報期間規定。
4. 特定身心障礙者牙醫醫療服務部分:
   (1)適用對象納入發展遲緩兒，其就醫時應檢具衛生福利部國民健康署核准成立之兒童發展聯合評估中心提具之發展遲緩診斷證明書。
   (2)修訂院所及醫療團牙醫醫療服務之醫師申請資格條件。
   (3)刪除由牙醫團體組成之醫療團，改由各縣市牙醫師公會協調或協助組成之醫療團，並新增政府立案收容發展遲緩兒童之機構等服務地點，且比照中度身障者得加 3 成申報。
   (4)到宅居家照護條件由未規範障礙等級，修訂為障別等級重度以上且由非牙科醫師轉介之患者。
   (5)放寬各縣市牙醫師公會且符合進階照護院所資格之醫師提供到宅及特定需求者牙醫醫療服務。

(6)明訂醫療團服務每診次申報上限點數係含論次及加成後論量之支付點數，且超過3萬點的部分不予支付。

(7)到宅及特定需求者牙醫醫療服務之支付點數，由論次1900點調整為論次（1900點，且不得收取交通費及其它自費項目）及論量支付，並取消每點1元，改為浮動點值。

(8)到宅服務設備新增急救藥品，並新增到宅及特定需求者醫療服務須登錄IC卡。

(9)修訂部分行政流程。

三、 提報本共同擬訂會議報告並陳報衛生福利部公告實施。

決定：

附件 7

10~~2~~3年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫

一、 依據

各年度全民健康保險醫療給付費用總額之協議結果。

二、 目的

旨在提昇牙醫醫療服務品質，加強提供先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務及特定身心障礙者牙醫醫療服務。

三、實施期間

10~~2~~3 年 1 月 1 日至 10~~2~~3 年 12 月 31 日止。

四、年度執行目標

本計畫以至少達成 ~~72,600~~**79,860** 服務人次為執行目標。

五、預算來源

10~~2~~3 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「牙醫特殊服務」專款項目下支應，其經費為 ~~4.23~~**4.43** 億元**（其中預算 20 百萬元用於新增發展遲緩兒童）**。。

六、先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：

(一)適用範圍及支付標準詳如【附件 1】 。

(二)申請條件：

1. 醫院資格：必須設置有整形外科（或口腔外科）、牙科、耳鼻喉科、精神科、神經外科、眼科及語言治療、社會工作、臨床心理等相關人員之醫院。
2. 醫師資格：口腔顎面外科專科醫師 2 位以上（至少 1 位專任醫師）會同牙科矯正醫師實施。
3. 設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備、心電圖裝置(Monitor，包括血壓、脈搏、呼吸數之監測、血氧濃度 oximeter)。

(三)每點支付金額 1 元。

(四)申報及審查規定：

1. 申報醫療費用時，案件分類請填 16，牙醫醫療服務特定治療項目代號(一)填報 F4。
2. 服務量不列入門診合理量計算。
3. 服務量不列入分區管控項目，惟仍納入專業審查範圍。

(五)申請程序：

1. 保險對象因先天性唇顎裂及顱顏畸形需要齒顎矯正裝置及醫療服務，應由上述申請醫院向全民健康保險保險人（以下稱保險人）提出事前審查申請，且該個案經保險人分區業務組同意後方可實施本項服務。惟乳牙期及混合牙期僅施行空間維持器者，不須事前審查。
2. 前項事前審查應檢附下列文件**或電子檔案**：事前審查申請書、病歷影印本、x 光片、治療計畫（包括整個療程費用及時間），如變更就醫醫院時，則另檢送前就醫醫院無法繼續完成理由、估計仍需繼續治療月份數字資料及申報未完成時程之費用。
3. 唇顎裂嬰兒術前鼻型齒槽骨矯正：免事前審查，治療成果(術前術後照片)以抽驗方式審核。

七、特定身心障礙者牙醫醫療服務：

(一)適用對象：

屬肢體障礙（限腦性麻痺及重度以上肢體障礙）、植物人、智能障礙、自閉症、中度以上精神障礙、失智症、多重障礙、頑固性(難治型)癲癇、因罕見疾病而致身心功能障礙者、重度以上視覺障礙者、染色體異常或其他經中央衛生主管機關認定之障礙(需為新制評鑑為第 1 類及第 7 類者)**、發展遲緩兒童（非屬上述身障者）**等身心障礙者。其中腦性麻痺係以重大傷病卡診斷疾病碼前 3 碼為 343 加以認定，餘以內政部身障類別認定(詳附件 2)，符合資格者會於 IC 卡中重大傷病欄中牙醫特定身心障礙者註記，極重度註記 1，重度者 2，中度者 3，輕度者 4，醫師可據以獲知身障別，如無法查知者，可依病患提供之身心障礙手冊或證明(腦性麻痺可提供重大傷病卡**、發展遲緩兒童應檢附由衛生福利部國民健康署核准成立之兒童發展聯合評估中心提具之發展遲緩診斷證明書**)提供服務。

(二)申請條件：

**院所牙醫醫療服務，得就以下擇一申請：

1. 初級照護院所

(1)院所資格：

A. 設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備。

B. 院所 3 年內不得有違約記點(~~查屬行政疏失不在此限~~**特管辦法第三十六條第二款不在此限**)或扣減費用、6 年內不得有停止特約以上之處分。

(2)醫師資格：

A. 自執業執照取得後滿 1 年以上臨床經驗之醫師。

B. **每位醫師首次加入須**接受 6 學分以上身心障礙**醫療業務**等相關之教育訓練，**加入後每年須再接受 4 學分以上之身心障礙醫療業務相關之進修教育課程；本計畫之醫師累積超過 30（含）學分後，得繼續執行計畫**

C. 醫師 3 年內不得有視同保險醫事服務機構違約記點(~~查屬行政疏失不在此限~~**特管辦法第三十六條第二款不在此限**)或扣減費用、6 年內不得有視同保險醫事服務機構停止特約以上之處分。

2. 進階照護院所

(1)院所資格：

A. 可施行鎮靜麻醉之醫療院所及提供完備醫療之醫護人員。

B. 設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備、麻醉機、心電圖裝置（Monitor，包括血壓、脈搏、呼吸數之監測、血氧濃度 oximeter)、無障礙空間及設施。

C. 需 2 位以上具有從事相關工作經驗之醫師。

(2)醫師資格：

A. 2 位以上具有從事相關工作經驗之醫師，負責醫師自執業執照取得後滿 5 年以上之臨床經驗，其他醫師自執業執照取得後~~有~~滿 1 **年**以上之臨床經驗。

B. 每位醫師**首次加入**須接受 6 學分以上身心障礙**醫療業務**之教育訓練，**加入後每年須再接受 4 學分以上之身心障礙醫療業務相關之進修教育課程；本計畫之醫師累積超過 30（含）學分後，**

得繼續執行計畫。

C. 醫師 3 年內不得有視同保險醫事服務機構違約記點(~~查屬行政疏失不在此限~~特管辦法第三十六條第二款不在此限)或扣減費用、6 年內不得有視同保險醫事服務機構停止特約以上之處分。

**醫療團牙醫醫療服務

1. 由各縣市牙醫師公會協調或協助~~或牙醫團體且有~~至少 2 位以上符合計畫~~醫師~~資格之醫師組成醫療團，定期至身心障礙福利機構 (不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、~~或~~特殊教育學校或政府立案收容發展遲緩兒童之機構等內部設置固定牙科診間和醫療設備器材（含可正常操作且堪用的診療椅和相關設備、氧氣、急救藥品、生理監視器等）~~單位~~，提供牙醫醫療服務。
2. 醫師前往提供服務前需事先向當地衛生主管機關完成支援報備及報保險人分區業務組備查，醫療費用需帶回執業登記院所申報。
3. 醫師資格：

(1) 醫療團之醫師，執業登記院所若為已加入本計畫執行者，得優先申請加入醫療團。

(2) 自執業執照取得後滿 1 年以上之臨床經驗，並接受 6 學分以上身心障礙等相關之教育訓練且 3 年內不得有視同保險醫事服務機構違約記點(~~查屬行政疏失不在此限~~特管辦法第三十六條第二款不在此限)或扣減費用、6 年內不得有視同保險醫事服務機構停止特約以上之處分。

~~4.牙醫團體組成醫療團者，需定期於每年 6 月期間提供所屬縣市公會，醫療團至服務單位提供牙醫服務之執行成效及相關作業情形書面報告乙份。~~。

4~~5~~.由各縣市牙醫師公會、醫學中心、參與~~行政院~~衛生福利部~~署~~「身心障礙者牙科醫療服務示範中心營運獎勵計畫」之醫院或參與本計畫之進階照護院所，且符合進階照護院所資格之醫師組成醫療團，至身心障礙福利機構 (不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)，提供「特定需求者」醫療服務。醫療服務方式限於在長期臥床患者床邊及患者無法移動至固定診療椅等情形下提供;「特定需求者」醫療服務之對象、~~申請、~~支付及申報規定等，均與到宅牙醫醫療服務相同。由醫學中心、參與行政院衛生署「身心障礙者牙科醫療服務示

範中心營運獎勵計畫」之醫院或參與本計畫之進階照護院所，且符合進階照護院所資格之醫師組成醫療團，至身心障礙福利機構（不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)，提供「特定需求者」醫療服務。醫療服務方式限於在長期臥床患者床邊及患者無法移動至固定診療椅等情形下提供;「特定需求者」醫療服務之對象、申請、支付及申報規定等，均與到宅牙醫醫療服務相同。

**到宅牙醫醫療服務

1. 服務對象須同時符合以下條件：

(1) 本計畫之特定障礙類別需符合居家照護條件—**適用對象為障別等級重度以上**患者有口腔醫療之需要，但因疾病、傷病長期臥床的狀態，清醒時 50%以上活動限制在床上，行動困難無法自行至醫療院所治療，且居家照護患者須由**非牙科之**~~主治~~醫師轉介。

(2)醫師提出口腔醫療需求評估及治療計畫，經中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)初核，並彙送保險人分區業務組核可者。

2. 由**各縣市牙醫公會、**醫學中心、參與~~行政院~~衛生**福利部**~~署~~「身心障礙者牙科醫療服務示範中心營運獎勵計畫」之醫院或參與本計畫之進階照護院所，且符合進階照護院所資格之醫師，至服務對象所在之居所提供牙醫醫療服務。

3. 醫師資格與進階照護院所相同。提供到宅牙醫醫療服務之牙科設備，**經申請單位評估病患實際情形後攜帶之相關醫療設備（**攜帶式洗牙機、攜帶式吸唾機、攜帶式牙科治療設備、有效的急救設備、氧氣設備（含氧氣幫浦、氧氣筒需有節流裝置、氧氣面罩等)、**急救藥品、**開口器、生理監視器及攜帶式強力抽吸設備、健保 IC 卡讀寫卡**等**相關設備**物品**)。

4. 醫師前往提供服務前需事先向當地衛生主管機關完成支援報備之申請；並檢具當地衛生主管機關報備函向牙醫全聯會申請初核，並經保險人分區業務組核定後，始得至服務對象所在之居所提供牙醫醫療服務，醫療費用需帶回執業登記院所申報。

(三)支付及申報規定：

~~1. 到宅及特定需求者醫療服務，每點支付金額以 1 元計。~~

1~~2~~.院所、醫療團**、到宅及特定需求者**牙醫醫療服務，除麻醉項目外之醫療費用，極重度身障患者得加 7 成申報、重度患者得加 5 成申報、

中度患者**（含發展遲緩兒童）**及中度以上精神疾病患者得加 3 成申報、輕度患者得加 1 成申報。

2~~3~~.預算係按季均分，當季預算若有結餘，則流用至下季，若當季預算不足時，則先扣除先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務、~~到宅醫療服務、特定需求者醫療服務、~~麻醉項目及重度以上身心障礙者牙醫醫療服務之費用以每點 1 元「定額支付」後,其餘項目採浮動點值，且每點支付金額不高於 1 元。若全年預算尚有結餘，以全年預算扣除上述「定額支付」項目後，其餘項目採浮動點值結算，惟每點金額不高於 1 元。

3~~4~~.申報醫療費用時，案件分類請填 16，牙醫醫療服務特定治療項目代號(一)填報如下：

(1) 院所內服務：

非精神疾病者:極重度-FG、重度-FH、中度-FI、輕度-FJ

精神疾病者：重度以上-FC、中度-FD

發展遲緩兒童：FV

(2)醫療團服務

非精神疾病者：極重度-FK、重度-FL、中度-FM、輕度-FN

精神疾病者：重度以上-FE、中度-FF

發展遲緩兒童：FX

(3)到宅醫療服務：**極重度** FS**、重度 FY**~~，請填報詳細醫療服務項目，醫令類別為 4。~~

(4)特定需求者服務：**極重度** FU、**重度 FZ** ~~，請填報詳細醫療服務項目，醫令類別為 4 。~~

4~~5~~.執行特定身心障礙者牙醫醫療服務時，得依病情適時給予氟化物防齲處理(每次 500 點，每 90 天申報 1 次為限，支付標準編號為 P30002)。

5~~6~~.醫療團巡迴**牙醫**醫療服務，得採論次加論量支付方式計酬，由各醫師帶回執業院所申報論量及論次支付點數，每位醫師每診次以 3 小時為限（不含休息、用餐時間)，每小時 2400 點(內含護理費，支付標準編號為 P30001**；發展遲緩兒童論次支付標準編號為 P30004**)，另平均每小時至少服務 1 人次，否則不得申請該小時費用。

6~~7~~. 醫療團服務之限制規定如下：(不適用於特定需求者醫療服務)

(1)每位醫師支援同一機構每週不超過 2 診次。如有支援不同機構，每週合計不超過 4 診次，每月不超過 16 診次。

(2)每診次申報點數不超過 3 萬點(含論次**及加成後論量**支付點數)~~為原則~~，**若超過 3 萬點以上者**，超過 3 萬點的部分不予支付~~原則，若遇特殊情形超過 3 萬點以上者，需於該次申報時說明特殊異常之情形~~。

(3)至身心障礙福利機構、未設牙科之精神科醫院、~~或~~特殊教育學校**或政府立案收容發展遲緩兒童之機構**等~~單位~~，提供醫療服務之規定：未超過 150 人的單位，每週牙醫排診合計不得超過 3 診次，150 人以上 300 人以下的單位，每週牙醫排診合計不得超過 4 診次，300 人以上的單位，視醫療需求每週合計牙醫排診 5 診次；醫療團因前述各單位~~的~~人數異動需增加平日排診或特殊例假日排診之診次時，需向牙醫全聯會提出申請，經審核通過後，由保險人各分區業務組另行文通知院所，異動時亦同。(離島地區及特殊醫療需求機構，經全民健康保險牙醫醫療給付費用總額研商會議討論通過者除外。)

(4)服務須登錄 IC 卡，就醫序號請依 IC 卡相關作業規定辦理。

7~~8~~. 到宅及特定需求者醫療服務之支付與限制規定如下：

(1)**得採論次論量支付方式計酬，由各醫師帶回執業院所申報論量及論次支付點數，每位醫師每診次以 3 小時為限（不含休息、用餐時間），每小時 1900 點**~~採論次支付點數，每次支付 1900 點~~（內含~~診察、~~護理~~、給藥、所有處置、塗氟及材料及口腔清潔宣導資料等~~費~~用~~，支付標準編號為 P30003，且不得收取交通費及其它~~外之~~自費項目~~費用~~）~~，並不得再依身障等級別計算加成申報費用~~。。

(2)醫師執行醫療服務每日達 5 人以上，第 5 人起按 6 折支付，每日最多 8 人為限，且每月不超過 80 人，每位醫師支援每週不超過 2 日，另每一個案以 2 個月執行 1 次為限，並依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定施行。

(3)考量安全，醫師服務應以提供牙周病緊急處理、牙周敷料、牙結石清除、牙周病控制基本處置、塗氟、非特定局部治療及特定局部治療服務為限，其他治療應轉介到後送之醫療院所進行**；服務**

須登錄 IC 卡，就醫序號請依 IC 卡相關作業規定辦理。

8~~9~~. 執行身心障礙者牙醫醫療服務時，得依患者看診情形，同意符合專科資格之麻醉科醫師支援基層院所。

9~~10~~. 本計畫服務量不列入分區管控項目，但仍納入專業審查範圍。

10~~11~~. 本計畫服務量不納入門診合理量計算。

(四)申請程序：

參與本計畫提供特定身心障礙者牙醫醫療服務之院所、醫療團、到宅醫療服務等各項申請應檢附相關資料紙本和電子檔，送牙醫全聯會審查，異動時亦同。

1. 申請為初級照護院所時應檢附：

(1)申請書格式如【附件 3】。

(2)醫師個人學經歷等相關資料紙本(身分證字號、學經歷、專長背景及從事相關工作訓練或經驗說明)。

(3)身心障礙教育訓練之學分證明影本。

(4)牙醫師證書正反面影本乙份(含開(執)業登記動態章)。

2. 申請為進階照護院所時應檢附：

(1)申請書格式如【附件 3】。

(2)2 位以上(含負責醫師)醫師個人學經歷等相關資料紙本(身分證字號、學經歷、專長背景及從事相關工作訓練或經驗說明)。

(3)身心障礙者口腔醫療及保健推廣計畫書書面紙本及電子檔**各乙份，一併提供牙醫全聯會**(包括目前執行及未來推廣身心障礙者口腔醫療及保健推廣計畫之執行要點，書寫格式請以 A4 版面，由左而右，由上而下，(標)楷書 14 號字型，橫式書寫)。

(4)身心障礙教育訓練之學分證明影本。

(5)牙醫師證書正反面影本乙份(含開(執)業登記動態章)。

3. 以醫療團為單位，申請時應檢附：

(1)申請書格式如【附件 5】申請時需包括縣市牙醫師公會評估表【附件 6】、身心障礙福利機構、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校**、政府立案收容發展遲緩兒童之機構**等醫療服務單位之立案證明、同意函、簡介、身障者名冊、口腔狀況、牙科設備、醫師服務排班表、牙科治療計畫、維護計畫、口腔衛生計畫、經費評估

牙醫師證書正反面影本乙份（含開（執）業登記動態章）等內容書面紙本和電子檔各乙份，一併提供牙醫全聯會。

(2)每年度結束後 20 日內須繳交醫療團期末報告【附件 8】及醫師個人期末報告【附件 8-1】兩份報告書面紙本資料和電子檔(由醫療團所屬縣市公會彙整後)，一併函送牙醫全聯會審核，審核不通過或有違規或異常者，得停止延續執行本計畫。

4. 申請提供到宅~~及特定需求者~~醫療服務時應檢附：

(1)申請書格式如【附件 13】、日報表【附件 16】。

~~(2)醫師個人學經歷等相關資料紙本（身分證字號、學經歷、專長背景及從事相關工作訓練或經驗說明）。~~

(2~~3~~)醫療服務之預定執行區域居所~~或身心障礙福利機構~~資料。

(3~~4~~)個案口腔醫療需求評估表及治療計畫【附件 17】、到宅醫療個案需求轉介單【附件 18】、當地衛生主管機關報備支援同意函、牙醫師證書正反面影本（含開（執）業登記動態章）等書面紙本各乙份。

(4~~5~~)醫師接受身心障礙教育訓練之學分證明影本。

5.申請提供特定需求者醫療服務時應檢附：

(1)申請書格式如【附件 13】、日報表【附件 16】，預定前往提供醫療服務之身心障礙福利機構簡介及立案證明、機構同意函等，另需檢附當地衛生主管機關報備支援同意函等書面。

(2)每位患者需填妥乙份個案口腔醫療需求評估表及治療計畫【附件 17】、個案健康狀況評估表【附件 21】等書面紙本。

(3)牙醫師證書正反面影本（含開（執）業登記動態章）、醫師接受身心障礙教育訓練之學分證明影本等書面文件各乙份。

(五)相關規範

1. 每月 5 日前將申請書及相關資料以掛號郵寄至牙醫全聯會。牙醫全聯會審查後，於每月 20 日前將院所及醫療團通過名單~~及到宅醫療服務個案申請（含轉介單【附件 18】、口腔醫療需求評估表及治療計畫【附件 17】及當地衛生主管機關報備支援同意函等）、特定需求者醫療服務個案申請（含口腔醫療需求評估表及治療計畫【附件 17】、個案健康狀況評估表【附件 21】及當地衛生主管機關報~~

~~備支援同意函等）~~再函送保險人，由保險人分區業務組審理確認後，以公告或行文通知相關院所；申請者得於核定之起迄期間執行本項服務，申請流程圖說明詳如【附件 7】、【附件 14】。**到宅及特定需求者醫療服務個案申請以掛號郵寄至牙醫全聯會，待牙醫全聯會審查後，通過名單函文送保險人，由保險人分區業務組審理確認後，其結果將另行發函通知院所及牙醫全聯會。**

2. 醫師名單若有異動，應於每月 5 日前分別以【附件 4】、【附件 5】及【附件 **16**~~13~~】格式函報牙醫全聯會，再由該會於每月 20 日前彙整送保險人分區業務組，待完成核定程序後，得於核定之起迄期間執行本項服務，另醫事機構代碼、院所名稱、執業登記等如有變更，~~請~~**應**函報牙醫全聯會及保險人分區業務組辦理本計畫起迄日期變更作業。

3. 執行特定身心障礙者牙醫醫療服務，請院所影印有效之身心障礙手冊~~或~~（證明）正~~＝~~反面**，若為發展遲緩兒童應有衛生福利部國民健康署核准成立之兒童發展聯合評估中心提具之發展遲緩診斷證明書**影本黏貼於病歷首頁，以備查驗。

4. 院所或醫療團對患有智能障礙、自閉症及重度以上身心障礙病患提供未經事前審查之全身麻醉案件，應於次月 20 日前將施行之麻醉方式、麻醉時間、麻醉前及術前評估、治療計畫併病歷資料送保險人分區業務組審查。其餘案件仍需依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定申請事前審查。

5. 醫療團執行特定身心障礙牙醫醫療服務應注意事項：（不適用於**到宅與**特定需求者醫療服務）

(1)醫療團每月 20 日前應檢送次月排班表供牙醫全聯會及保險人分區業務組備查，異動時亦同，並確實完成報備支援程序。

(2)醫療團醫師須依排班表執行服務，服務流程圖詳【附件 9】。

(3)醫療團醫師每月 20 日前須檢附論次論量申請表【附件 10】、日報表【附件 11】併同門診費用申報正本寄所屬保險人分區業務組，副本送牙醫全聯會備查。未繳交者，經催繳 3 個月內仍未改善者，得暫停計畫執行。

(4)醫療團至身心障礙福利機構、未設牙科之精神科醫院**、**~~或~~特殊教

育學校**或政府立案收容發展遲緩兒童之機構**等單位提供醫療服務時，得放寬提供該區區域外身心障礙者前往求醫之服務，符合特定身分者以案件類別 16 填報，不符合者以其他案件類別填報，以擴大服務範圍。

(5)每一醫療團必需選定一後送醫療院所，後送醫療院所應為本計畫之進階照護院所，該後送院所應於支援看診時段提供所有必要的諮詢及相關協助。

(6)若支援之機構無法配合支援醫師或醫療相關之看診業務，應先向牙醫全聯會反映。

(7)就診紀錄【附件 12】應詳實記錄並填寫留存於身障機構等內，另於院所製作實體病歷留存，須影印有效之身心障礙手冊~~或~~（證明）正~~、~~反面**，若為發展遲緩兒童應有衛生福利部國民健康署核准成立之兒童發展聯合評估中心提具之發展遲緩診斷證明書**影本黏貼於病歷首頁，以備查驗。

(8)一位醫師~~應~~**需**搭配至少一位助理或護理人員。

(9)身心障礙福利機構、未設牙科之精神科醫院、~~或~~特殊教育學校**或政府立案收容發展遲緩兒童之機構**等單位時，必須有老師或熟悉該患者狀況的人陪同就診。。

(10)所有侵入性治療應取得院生家屬或監護人之書面同意書，並附在個人病歷及醫療記錄備查，並謹慎為之。

(11)若患者無法於機構中順利完成治療應轉介到後送之醫療院所進行後續治療。

(12)耗材應由看診醫師自備。

(13)治療台之維護、清潔保養及醫療廢棄物由機構妥善處理。

(14)患者所需之牙科治療應由具資格之專業醫師予以判斷，協調院方之輔助人員善盡安撫患者情緒之責任，並依個人能力給予醫師所需之協助。

(15)若遇臨時緊急狀況或危急情形應立刻和負責的後送醫療院所聯絡，並立即進行緊急醫療及後送程序。

(16)執行全身麻醉時，醫師及場次設備應符合相關法令規定及全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準內容，應於進階照護院所內

方得執行。

(17)執行全身麻醉時應以患者安全為優先考量。每位麻醉醫師每次僅能執行一位患者之麻醉，並搭配至少一位牙醫師執行牙科治療。

(18) 配合保險人政策執行 IC 卡登錄業務，依規定申報寫入 IC 卡，遇特殊狀況無法登錄時，以就醫序號特定代碼「C001」申報；並以例外就醫名冊【附件 20】代替並詳實記載，刷卡設備由醫療院所自行準備。

(19)未遵守本計畫相關規定，被牙醫全聯會或保險人分區業務組要求改善，第 1 次通知 2 個月內未改善或第 2 次通知 1 個月內未改善者，得由保險人之分區業務組核定暫停計畫執行。

(20)牙醫全聯會會同保險人分區業務組得於年度計畫執行期間依醫療團之設備、病歷書寫、醫師出席情形、環境等進行實地訪視。

6. 到宅醫療及特定需求者醫療服務應注意事項：

(1)醫療服務之醫師須依排班表執行服務，服務流程圖詳【附件 15】。

(2)醫師每月 20 日前須檢附論次論量申請表【附件 10】、日報表【附件 11】併同門診費用申報正本寄所屬保險人分區業務組，副本送牙醫全聯會備查。未繳交者，經催繳 3 個月內仍未改善者，得暫停計畫執行。

(3)每月**申請 a.到宅：**~~5 日前~~**應**提供申請書【附件 13】、日報表【附件 16】、口腔醫療需求評估及治療計畫【附件 17】~~、等資料和檔案~~、轉介單【附件 18】及當地衛生主管機關報備支援同意函**、牙醫師證書正反面、身心障礙醫療業務相關學分證明等；b.特定需求者：應提供申請書【附件 13】、日報表【附件 16】、口腔醫療需求評估及治療計畫【附件 17】、個案狀況評估表【附件 21】及當地衛生主管機關報備支援同意函、牙醫師證書正反面、身心障礙醫療業務相關學分證明等，前述 a.和 b.**均需送牙醫全聯會先行初審，再~~於 20 日前~~彙**整後**送本保險人之分區業務組核定。若有醫師異動，應具函敘明原因及備妥衛生主管機關核備函，通知牙醫全聯會及保險人分區業務組。

(4~~3~~)應詳實填寫就診紀錄【附件 19】留存於病患，並於院所製作實體病歷留存，須影印有效之身心障礙手冊~~或~~（證明）正、反面影本

黏貼於病歷首頁，以備查驗。

(5~~4~~)一位醫師~~應~~需搭配至少一位護理人員。

(6~~5~~)醫師應於診療期間隨時注意病患之生理及心理狀況。

(7~~6~~)所有侵入性治療應取得病患家屬或監護人之書面同意書，並附在個人病歷及醫療記錄備查。

(8~~7~~)本項服務若無法順利完成治療，應將患者轉介到後送之醫療院所進行後續治療。

(9~~8~~)醫師應教導家屬為患者清潔口腔之衛教知識。

(10~~9~~)耗材應由醫療團隊自備。

(11~~10~~)設備之維護、清潔保養及醫療廢棄物由醫療團隊依相關法規妥善處理。

(12~~11~~)提供本項服務時，若遇臨時緊急狀況或危急情形，應立刻和負責的後送醫療院所聯絡，並立即進行緊急醫療及後送程序。

(13~~12~~)依保險人規定執行健保 IC 卡讀、寫卡作業。

(14~~13~~)未遵守本試辦計畫相關規定，被牙醫全聯會或保險人分區業務組要求改善，第 1 次通知 2 個月內未改善或第 2 次通知 1 個月內未改善者，得由本保險之分區業務組核定暫停計畫執行。

7. 牙醫全聯會應將審核之相關院所及醫師名單函送保險人，由保險人各分區業務組審理確認後，另行文相關院所。惟被停止參加計畫之醫師可向所屬保險人分區業務組提出申復，經保險人分區業務組確認取消處分後始得繼續執行本計畫。

8. 申請本計畫提供特定身心障礙者牙醫服務之醫師**首次申請加入須接受 6 學分以上身心障礙醫療業務課程**，**且**每年須**再**接受 4 學分以上之身心障礙**醫療業務**相關~~再~~進修教育課程（每年再進修課程不得重覆），並檢附積分證明後，得於下一年度繼續執行此計畫。本計畫之醫師累積超過 30（含）學分後，得繼續執行此計畫；惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。

9. 參加本計畫之院所及醫療團支援看診之服務單位（如:機構、學校或未設牙科之精神科醫院等），應提供院所及服務單位的電話、地址、看診時間等資訊，置放於保險人全球資訊網網站(http://www.nhi.gov.tw) 及牙醫全聯會網站

（http://www.cda.org.tw），俾利特殊身心障礙者查詢就醫。

八、本計畫依現行部分負擔規定辦理。屬全民健康保險法第四十三條第四項所訂醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，部分負擔得予減免 20%。

九、本年度計畫在次年度計畫未於次年初公告前，得延續辦理，符合次年度計畫規定者，實施日期追溯至次年之 1 月 1 日，不符合次年度計畫規定者，得執行至次年度計畫公告實施日之次月止。

十、本計畫由保險人與牙醫全聯會共同研訂，送全民健康保險會備查。屬給付項目及支付標準之修訂，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，得由保險人逕行修正公告。

【附件 1】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫

-先天性唇顎裂疾病及顱顏畸形症醫療服務(齒顎矯正) 給付項目及支付標準

通則：

一、本計畫所訂支付點數均包括人員（醫事、技工及相關人員)、矯正過程中使用之材料（含特殊材料）及儀器折舊等費用在內。

二、先天性唇顎裂及顱顏畸形症疾病適用範圍如下：

（一)唇裂(Cleft lip)、顎裂(Cleft palate)、唇顎裂(Cleft lip and palate)、顏面裂(Facial Cleft)、小臉症、顏面不對稱者。

（二）呼吸終止症候群，需領有身心障礙手冊者。(限導因於先天性唇顎裂及顱顏畸形患者所導致之個案)

（三）骨性咬合不正及齒列咬合不正需配合進行唇顎裂植骨手術或顏面整形或重建手術者。

（四）其他經事前審查核准之先天性唇顎裂疾病及顱顏畸形者。

三、因病情需要施行本計畫之齒顎矯正裝置，須個案事先報經保險人同意後方可實施。惟乳牙期及混合牙期僅施行空間維持器者及唇顎裂嬰兒術前鼻型齒槽骨矯正者，不須事前審查。

四、牙齒矯正裝置於嬰兒期、乳牙期、混合牙期及恆牙期等期限各施行一次，其中恆牙期應按編號 92115B-92124B 按分次方式申報醫療費用。

五、恆牙期矯正病患於未完成矯正治療而變更就醫醫院時，現行治療特約醫療院所於申請事前審查時應檢附病歷影印本、治療計畫書、X光片、前就醫醫院無法繼續完成理由，估計仍需繼續治療月份數字資料以申報未完成時程之費用。

六、因外傷造成需實施治療性齒列矯正者，得個案事先報經保險人同意後，比照本支付標準支付點數，並以案件分類「19：牙醫其他專案」申報費用。

編　號	診　療　項　目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92101B	矯正檢查，部分（口腔檢查、石膏模型、照相)、(次) Orthodontic Examination,Partial(dental check-up,dental cast,intraoral and extraoral photography) 註：施行本項檢查不需要事前審查，惟限一至三歲病童有治療需要者，最多申報五次（建議施行期間為初次門診、三個月、六個月、一歲及三歲)。		✓	✓	✓	1690

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
92102B	矯正檢查（口腔檢查、石膏模型、照相、測顱X光、全景X光）（次） Orthodontic Examination, Total【dental check-up, dental cast, intraoral and extraoral photography, panoramic radiography, cephalometric radiography (lateral and posterioanterior views)】 註：施行本項檢查不需事前審查，惟限三歲以上有治療須要者，每~~兩~~一年六個月限施行乙次。		✓	✓	✓	3000
92103B	活動牙齒矯正裝置（單顎） Removable orthodontic appliance(one jaw)		✓	✓	✓	4806
92104B	活動牙齒矯正裝置（雙顎） Removable orthodontic appliance(two jaws)		✓	✓	✓	7209
92105B	空間維持器（單側），固定或活動式 Space maintainer, unilateral 註：限上下顎各施行乙次為原則。		✓	✓	✓	1500
92106B	空間維持器（雙側），固定或活動式 Space maintainer, bilateral 註：限上下顎各施行乙次為原則。		✓	✓	✓	2500
92107B	單齒矯正裝置及直接粘著裝置 Orthodontic band or direct bonding bracket, single tooth		✓	✓	✓	800
92108B	環鉤，彈力線或唇面弧線，每件 Clasp, Finger spring or labial arch, per piece		✓	✓	✓	348
92109B	亞克力基底板Acrylic plate		✓	✓	✓	2000
92110B	咬合板或斜面板Bite plate or inclined plate		✓	✓	✓	1867
92111B	矯正調整及矯正追蹤檢查（次）Orthodontic adjustment 註：1.以每三個月實施乙次為限。 2.不得與92115B~92124B項目合併申報		✓	✓	✓	1000
92112B	面罩A Facial mask A 註：面罩A指混合牙期或恆牙期病情需要使用於顎骨延長術(Distraction Osteogenesis)之裝置。		✓	✓	✓	12476
92113B	面罩B Facial mask B 註：面罩B指混合牙期或恆牙期病情需要使用於上顎及上顎齒列前移之面罩。		✓	✓	✓	3748
92114B	顎弓擴大器Palatal expansion appliance		✓	✓	✓	6259
92115B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第一次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(one jaw)		✓	✓	✓	6631

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
92116B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第一次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(two jaws) 註：1.恆牙期牙齒矯正各次支付中，不得另行申報基本及選擇性診療項目。 2.第一次支付申報時間及基本、選擇性診療項目如下： (1)申報時間：事前審查經本署同意後，至完成裝置矯正器。 (2)基本診療項目：單顎或雙顎固定帶環裝置。 (3)選擇性診療項目：面罩B、顎弓擴大器、因診療必須之拔牙。 (4)申報醫療費用時應檢附病歷影本作為審查依據。 3.內含92111B矯正調整及追蹤檢查費用。		✓	✓	✓	12000
92117B 92118B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第二次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(one jaw) 恆牙期牙齒矯正（雙顎）第二次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(two jaws) 註：1.恆牙期牙齒矯正各次支付中，不得另行申報基本及選擇性診療項目。 2.申報時間、基本診療項目如下： (1)申報時間：第一次支付後160天。 (2)基本診療項目：6次以上矯正調整。 (3)申報醫療費用時應檢附病歷影本，並標示第1次支付申報日期作為審查依據。 (4)內含92111B矯正調整及追蹤檢查費用。		✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	4973 7236
92119B 92120B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第三次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(one jaw) 恆牙期牙齒矯正（雙顎）第三次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(two jaws) 註：1.恆牙期牙齒矯正各次支付中，不得另行申報基本及選擇性診療項目。 2.申報時間、基本診療項目如下： (1)申報時間：第二次支付後160天。 (2)基本診療項目：6次以上矯正調整。 (3)申報醫療費用時應檢附病歷影本，並標示第2次支付申報日期作為審查依據。 (4)內含92111B矯正調整及追蹤檢查費用。		✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	4973 7236

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
92121B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第四次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(one jaw)		✓	✓	✓	6631
92122B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第四次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(two jaws) 註：1.恆牙期牙齒矯正各次支付中，不得另行申報基本及選擇性診療項目。 2.申報時間、基本診療項目如下： (1)申報時間：第三次支付後 160 天。 (2)基本診療項目：6 次以上矯正調整。 (3)申報醫療費用時應檢附病歷影本，並標示第 3 次支付申報日期作為審查依據。 (4)內含 92111B 矯正調整及追蹤檢查費用。		✓	✓	✓	9648
92123B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第五次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(one jaw)		✓	✓	✓	9946
92124B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第五次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(two jaws) 註：申報時間、基本診療項目及完成治療之臨床表徵如下： 1.申報時間：第五次支付後至完成治療。 2.基本診療項目： (1)矯正調整至完成治療。 (2)完成治療配戴維持器。 3.完成治療之臨床表徵： (1)齒列排列整齊，穩定咬合。 (2)前牙無倒咬或開咬情形。 (3)唇顎裂牙床裂縫旁牙齒之間隙關閉或改善。 4.申報第五次醫療費用時應檢附 X 光片或照片作為審查依據。 5.內含92111B矯正調整及追蹤檢查費用。		✓	✓	✓	15000
92125B	正顎手術術前牙板 Surgical stent for orthognathic surgery 註：適應症範圍唇腭裂及其他顱顏畸形和外傷所造成的骨性咬合不正需正顎手術者，而外傷所造成的骨性咬合不正須合併手術申報。		✓	✓	✓	5000

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
90112C	特殊狀況橡皮障防濕裝置 Rubber dam appliance 註：1.治療需要時，需使用橡皮障防濕裝置費(限全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫之特定身心障礙者牙醫醫療服務申報)。 2.使用橡皮障防濕裝置時，需檢附X光片或相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)佐證(X光片或相片費用已內含)。 3.含張口器費用。	✓	✓	✓	✓	250
92126B	唇顎裂嬰兒鼻型齒槽骨矯正治療前印模單側鼻型齒槽骨矯正牙板 Nasoalveolar molding, impression & nasoalveolar molding plate, unilateral 註：1.適應症範圍：限出生後四個月內之嬰兒且單側唇顎裂鼻翼歪斜併齒槽骨裂隙。 2.須檢附治療前後照片與病歷記錄。 3.不得與92125B併報。		✓	✓	✓	12000
92127B	唇顎裂嬰兒鼻型齒槽骨矯正治療前印模雙側鼻型齒槽骨矯正牙板 nasoalveolar molding, impression & nasoalveolar molding plate, bilateral 註：1.適應症範圍：限出生後四個月內之嬰兒且雙側唇顎裂鼻柱塌陷、前顎前突併齒槽骨裂隙。 2.須檢附治療前後照片與病歷記錄。 3.不得與92125B併報。		✓	✓	✓	15000
92128B	鼻型齒槽骨矯正定期調整 Nasoalveolar molding, adjustment 註：1.適應症範圍單側唇顎裂鼻翼歪斜併齒槽骨裂隙，及雙側唇顎裂鼻柱塌陷、前顎前突併齒槽骨裂隙。 2.須檢附治療前後照片與病歷記錄。 3.7日內不得重覆申報。 4.同一病例申報次數以8次為上限。		✓	✓	✓	1000

【附件 2】

國際健康功能與身心障礙分類系統(International Classification of Functioning, Disability and Health,以下稱 ICF)新制發給身心障礙證明與舊制身障類別之區分與辨識

101 年 7 月 11 日起施行 ICF 新制身心障礙鑑定與需求評估制度， ICF 新制 8 類與舊制 16 類身心障礙類別及代碼對應表如下：

新制身心障礙類別	舊制身心障礙類別代碼	
	代碼	類別
第 1 類 神經系統構造及精神、心智功能	06	智能障礙者
	09	植物人
	10	失智症者
	11	自閉症者
	12	慢性精神病患者
	14	頑性（難治型）癲癇症者
第 2 類 眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛	01	視覺障礙者
	02	聽覺機能障礙者
	03	平衡機能障礙者
第 3 類 涉及聲音與言語構造及其功能	04	聲音機能或語言機能障礙者
第 4 類 循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能	07	重要器官失去功能者-心臟
	07	重要器官失去功能者-造血機能
	07	重要器官失去功能者-呼吸器官
第 5 類 消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能	07	重要器官失去功能-吞嚥機能
	07	重要器官失去功能-胃
	07	重要器官失去功能-腸道
	07	重要器官失去功能-肝臟
第 6 類 泌尿與生殖系統相關構造及其功能	07	重要器官失去功能-腎臟
	07	重要器官失去功能-膀胱
第 7 類 神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能	05	肢體障礙者
第 8 類 皮膚與相關構造及其功能	08	顏面損傷者
備註： 依身心障礙者狀況對應第 1 至 8 類	13	多重障礙者
	15	經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙者
	16	其他經中央衛生主管機關認定之障礙者(染色體異常、先天代謝異常、先天缺陷)

計畫適用代碼：01、05、06、09、10、11、12、13、14、15、16

備註說明：

一、 101 年 7 月 11 日起至 108 年 7 月 10 日全面換證前，原「身心障礙手冊」及新制「身心障礙證明」將同時並行，惟身心障礙者僅會持有兩者之一。

二、 新制身心障礙證明樣張如下

中華民國身心障礙證明			照片黏貼處
身分證統一編號		【有效期限】 年 月 日	
姓名			
出生日期	年 月 日		
戶籍地址			
聯絡人		關係	
鑑定日期	年 月 日	重新鑑定日期	年 月 日
障礙等級	輕度、中度、重度、極重度		

戶籍遷移註記	鄉鎮市區	村里	鄰	街路門牌	遷入日期	承辦人核章
障礙類別	第 2 類【B230】 ICF 對應碼					
ICD診斷	3899【02】 舊制身障類別代碼					
必要陪伴者優惠措施						

（一） 障礙等級：共分輕度、中度、重度、極重度等4級。

（二） 障礙類別：揭露該民眾依新制鑑定後之障礙類別(第1類~第8類)，並以括弧註記其對應之ICF編碼。

（三） ICD診斷：除帶入該位民眾經鑑定後之「疾病分類代碼」，並於括弧【】中註記民眾舊制身心障礙類別代碼，以利證明使用人及各相關專業人員對應辨識。

【附件 3】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫
－**特定**身心障礙者牙醫醫療服務**加入**申請書（院所內服務）

醫師姓名		身份證字號		出生年月	
聯絡方式	電話：(　　)　　、手機：				

【申請院所基本資料】

一、「執業登記」院所名稱（全銜）：

(1) 醫事機構代號：

(2) 院所所屬層級別：□醫學中心 □區域醫院 □地區醫院 □基層診所

(3) 院所申請類別：□初級　□進階

(4) 院所基本資料：

1. 負責醫師姓名：　　身分證字號：
2. 聯絡方式：
3. 聯絡地址：□□□-□□

(5) 目前院所能提供身心障礙使用之設備名稱及數量：(請簡述內容)

甲. □有專用椅子　□無專用椅子

乙. 牙科門診—急救、氧氣設備：_____

(6) 是否曾申請過加入計畫：□有　□無

二、「支援服務」院所名稱（全銜）：

(1) 醫事機構代號：

(2) 院所所屬層級別：□醫學中心 □區域醫院 □地區醫院 □基層診所（或□同上）

(3) 院所申請類別：□初級　□進階（或□同上）

(4) 院所基本資料：

1. 負責醫師姓名：　　身分證字號：
2. 聯絡方式：
3. 聯絡地址：□□□-□□

(5) 目前院所能提供身心障礙使用之設備名稱及數量：(請~~詳~~簡述內容)

甲. □有專用椅子　□無專用椅子

乙. 牙科門診—急救、氧氣設備：_____

(6) 是否曾申請過加入計畫：□有（年度：____）　□無

【附件 4】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫
－特定身心障礙者牙醫醫療服務變更申請書（院所內服務）

<table>
<tr><td>申請
醫師姓名</td><td></td><td>身分證字號</td><td></td><td>出生年月</td><td></td></tr>
<tr><td>變更後
聯絡方式</td><td colspan="5">電話：(　　)　　、手機：</td></tr>
<tr><td colspan="6">【申請變更院所基本資料】</td></tr>
<tr><td colspan="6">一、原申請加入院所名稱（全銜）：
(1) 原醫事機構代號：
(2) 原申請院所類別：□執業登記院所 □支援服務院所
(3) 原申請變更原因，如下：(請勾選)
□執業登記異動
□院所名稱變更、醫師姓名變更
□醫事機構代號變更
□醫師已離職不在診所服務（醫師姓名：_____或身分證字號_____）
□醫師不再繼續執行計畫，要取消資格</td></tr>
<tr><td colspan="6">二、申請變更後內容：
(1) 變更後院所名稱：
(2) 變更後院所類別：□執業登記院所 □支援服務院所
(3) 變更後院所醫事機構代號：
(4) 變更後院所負責人：　　身分證字號：</td></tr>
</table>

【附件5】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫
-特定身心障礙者牙醫醫療服務申請書（醫療團）

一、 公會別：

二、 申請服務單位（全銜）：

三、 醫療團負責或代表醫師：_____

四、 申請檢附資料：

☐ 縣市公會評估表

☐ 服務單位同意函（如：身心障礙福利機構、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、**政府立案收容發展遲緩兒童之機構**等）

☐ 服務單位介紹：服務單位簡介暨立案證明、身障人員名冊及身心障礙類別輕重程度別等

☐ 牙科治療計畫書：口腔現況、治療計畫、維護計畫、口腔衛生計畫、預估每年醫療服務點數量、服務人次等預估成效、預估達成率

☐ 牙科診間設備表—說明須有可以正常操作且堪用的診療椅和相關設備、氧氣、急救藥品、生理監視器等

☐ 醫師服務排班表、☐後送醫療院所

五、 醫療團醫師名單：（表格列數不夠可請自行增加）

本保險分區別	姓名	身分證字號	醫事機構代號	醫事機構名稱	郵遞區號	院所地址	電話	相關教育訓練（檢附學分證明）	備註
									☐取消 ☐新增

六、變更醫療團醫師名單：（表格列數不夠可請自行增加）

本保險分區別	原申請資料					變更後申請資料				
	姓名	身分證字號	醫事機構代號	醫事機構名稱	院所地址及電話	姓名	身分證字號	醫事機構代號	醫事機構名稱	院所地址及電話

＊備註：申請變更醫療團醫師名單時，請各縣市公會或申請單位函文向本會提出變更，待保險人分區業務組核定變更作業程序完成後得執行之。

【附件6】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫-縣市牙醫師公會評估表（醫療團）

牙醫師公會 縣市別：

申請服務單位：

關於本會所屬會員申請成立醫療團至

_____(執行服務單位名稱)，

提供身心障礙者牙醫醫療服務，本會評估後意見如下：

□同意

□不同意，原因：_____

_____

_____

□其他意見：

立書人

公會別(簽章)：

代表人(簽章)：

地址：

＊簽章需簽署用印（大小章）

中　　華　　民　　國　　年　　月　　日

【附件 7】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫
院所申請流程圖

階段	流程	說明
申請前段	1 欲申請於院所中執行特殊病患照護服務者 無學分 → 2 參加身心障礙教育訓練之課程 有學分 → 3 填妥申請書並附上醫師個人學經歷等相關資料及身心障礙教育訓練之學分影本 寄至牙醫全聯會審核	1-1 院所有醫師希望能申請本計畫之經費時。 1-2 請至牙醫全聯會網站（www.cda.org.tw）的下載專區，下載本計畫全文且詳讀。 2-1 若醫師無身心障礙相關課程基礎六學分請執行 2-2 的步驟。若醫師已有身心障礙相關課程六學分請直接執行 3-1 之步驟。 2-2 請電洽各縣市公會詢問是否於近期內有舉辦身心障礙相關課程，若無可請所屬縣市公會協助詢問鄰近公會，或請所屬縣市公會籌畫身心障礙課程。 3-1 填寫好院所之申請表（以院所為單位），且於申請表後需附上： a. 醫師個人學經歷等相關資料（身份證字號、學經歷、專長背景及從事相關工作訓練或經驗說明） b. 身心障礙教育訓練之學分證明影本。
申請中段	4 檢查資料是否有備齊 → 不齊 有齊 → 5 審核院所資格 → 不通過 通過 → 6 名單提送保險人及分區業務組	4-1 每月 5 日前將資料備齊寄至牙醫全聯會。 4-2 確定資料是否備齊，若無備齊請申請院所將資料補齊，並依補齊資料日期為主（每月 5 日前將申請資料寄至牙醫全聯會）。其未齊之資料僅保存半年。 5-1 將由醫師審核初級院所資格，進階院所需負責人或醫師須至牙醫全聯會進行口頭報告審核其資格。 5-2 未通過者依照其未通過之原因，若因學分不符請該院所待有學分後再次來申請。若因遭違規處分，行文給該院所告知目前尚不能申請此計畫。 6-1 通過者名單以公文方式提送全民健康保險保險人。
申請後	7 執行計畫	7-1 申請院所收到保險人回復函文後，院所可執行此計畫。（此計畫為年度計畫） 7-2 執行計畫期間若遭違規處分，將停止執行計畫之資格。

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫

醫療團申請流程圖

階段	流程	說明
申請前段	1 欲申請至醫療服務單位中提供服務者 無學分 有學分 2 參加身心障礙教育訓練之課程 3 由各縣市牙醫師公會向牙醫全聯會提出醫療團之申請	1-1 醫師想加入醫療團或成立新的醫療團。 1-2 至保險人網站（www.nhi.gov.tw）的檔案下載專區其他項，下載本計畫全文且詳讀。 2-1 無身心障礙相關課程六學分請執行 2-2 的步驟。若醫師已有身心障礙相關課程六學分請直接執行 3-1 之步驟。 2-2 向所屬牙醫師公會詢問是否於近期內有舉辦身心障礙相關課程，若無可請所屬公會協助詢問鄰近公會，或請公會辦理課程。 3-1 向所屬公會洽詢，加入現有醫療團或者提出成立新的醫療團，將資料交由所屬公會彙整後行文至牙醫全聯會申請。(申請書及檢附資料詳本計畫內容)
申請中段	4 檢查資料是否有備齊 缺件 齊全 5 至牙醫全聯會口頭報告審核其資格 未通過 通過 6 名單提送保險人及分區業務組	4-1 各縣市公會於每月 5 日前將申請資料寄至牙醫全聯會 4-2 確定資料是否備齊，若缺件請縣市公會將資料補齊，並依補齊資料日期為申請日。 5-1 醫療團負責人或各縣市公會代表須至牙醫全聯會進行口頭報告審核其資格。 5-2 若通過，牙醫全聯會將名單送至保險人。若未通過依照其未通過之原因，若因學分不符請該公會通知該醫師待有學分後再次申請。若因遭違規處分或者執行醫療團地點未符合本計畫者，通知該公會告知審核結果。 6-1 彙整通過者名單以公文方式提送保險人，經審核通過之名單，保險人分區業務組須主動提供副本給牙醫全聯會存查。
申請完成	7 執行計畫	7-1 申請醫療團之院所收到保險人回復函後其醫療團（醫師）可執行此計畫。(此計畫為年度計畫) 7-2 執行計畫期間醫療團之醫師若遭違規處分，將停止該醫師執行計畫之資格。

☆ 報備支援：各縣市牙醫師公會務必提醒執行醫療團之醫師，應事前完成向當地衛生主管機關報備支援至服務單位執行醫療之事宜。

【附件 8】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫

－特定身心障礙者牙醫醫療服務期末報告（醫療團）

____年____月____日至____年____月____（**計畫執行期間**）

一、醫療團/執行醫療服務地點名稱：

＊執行醫療服務單位~~的~~，人數：_____ 人（*務必填寫現行機構/學校/醫院最新人數）

二、醫師人力

序號	醫師姓名	身分證字號	院所名稱	醫事機構代號

（表格不敷使用可自行增加欄位）

三、年度排班及執行成果

月份	排班醫師數	總診次	總時數	總服務人次	論次費用	論量費用	論次論量費用小計
1 月							
2 月							
3 月							
4 月							
5 月							
6 月							
7 月							
8 月							
9 月							
10 月							
11 月							
12 月							
總計							

備註：資料統計來源-醫療團月報表。

四、本年度執行計畫之困難：

五、下年度延續執行計畫申請

(一)醫師人力

序號	醫師姓名	身分證字號	院所名稱	醫事機構代號	備註
					□延續 □不延續
					□延續 □不延續
					□延續 □不延續
					□延續 □不延續
					□延續 □不延續
					□延續 □不延續

(表格不敷使用可自行增加欄位，醫療團新增醫師時，需由申請單位向牙醫全聯會函文提出申請。)

(二)下年度預定執行方式

1. 全年執行人次目標
2. 全年申報金額估算
3. 治療計畫（如：執行醫療服務單位身心障礙者的口腔狀況改善情形）
4. 維護計畫
5. 口腔衛生計畫
6. 經費評估
7. 成效預估
8. 機構醫療服務地點執行醫療服務單位的人數及服務診次
9. 後送醫院（須為本計畫之進階照護院所）

(* 每年度結束後 20 日內繳交期末報告，並由醫療團所屬縣市公會彙整後，函送牙醫全聯會審核，審核通過後始得延續執行下年度之計畫資格。)

【附件 8-1】 新增

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫
－特定身心障礙者牙醫醫療服務期末報告（醫師個人）

____年____月 ～ ____月（計畫執行期間）

一、醫療團/執行醫療服務地點名稱：

二、醫師姓名：

三、年度每月執行情形

月份	總服務診次	總服務時數	總服務人次	論次費用	論量費用	論次論量費用小計
範例	2	6	10	14400	10550	24950
1 月						
2 月						
3 月						
4 月						
5 月						
6 月						
7 月						
8 月						
9 月						
10 月						
11 月						
12 月						
總計						

備註：資料統計來源-醫療團月報表；＊＊請確實填寫，經查不實者，本會將移請健保署暫停院所或醫師執行該計畫。

（填寫方式：以醫師為單位，1 個支援服務單位填寫 1 張，2 個支援服務單位填寫 2 張，以此類推。）

【附件 9】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫
醫療團執行身心障礙牙科服務流程圖

階段	流程	A、醫療團負責部份	B、醫療服務單位負責部份
執行醫療服務前	組織一醫療團至執行醫療服務單位 ↓ 每次出團前置作業 ↓ 醫療團事前準備 A-1 及 A-2 之各項事前工作 機構、醫院或學校等，於事前須準備 B-1、B-2 及 B-3 中之各項事前工作	A-1 每次至執行醫療服務單位前先準備妥善執行服務時所需之相關醫療器材及健保 IC 過卡相關之設備，屆時帶至機構、醫院或特殊教育學校。 A-2 至提供醫療服務單位時，將相關醫療器材及健保 IC 過卡之相關設備於治療前皆先擺設及設定完成。	B-1 事前須匯集前往提供醫療服務單位中有醫療需求或必需回診之身障人員名單。 B-2 完成就診前準備工作，擬定看診名單。 B-3 製作名冊、IC 卡、~~殘~~身心障礙手冊（證明）影本或**若為發展遲緩兒童應有衛生福利部國民健康署核准成立之兒童發展聯合評估中心提具之發展遲緩診斷證明書或**其他事前文書準備工作。
執行醫療服務中	診療期間每位患者皆須由 A-3 至 A-7 的步驟。若無執行 A-7 之步驟，將無法申請健保費用。 診療期間務必由熟悉看護、保育人員或教師陪同於患者旁邊(B-4 至 B-6)。	A-3 核視醫療需求病紀錄醫療紀錄單（檢查部分）。 A-4 助手應協助醫師及負責人員安撫患者情緒，並完成治療。 A-5 告知保育人員術後之注意事項及回診日期。 A-6 完成醫療紀錄單之記載。 A-7 健保 IC 卡寫入及開立收據。	B-4 機構、醫院、學校等單位責任：由熟悉看護或保育人員或教師等陪同就診並協助安撫病患情緒並告知醫師是否有特殊需求或特殊狀況及醫病史。 B-5 協助醫師完成治療。 B-6 接受醫師完成診療後之照護及術後之注意事項。
執行醫療服務後	醫療器械及健保 IC 過卡相關設備整理。 依照 B-7 至 B-9 之步驟執行事後之工作。 ↓ 結束此次醫療團之服務	A-8 醫療器械相關設備及健保 IC 過卡相關設備的整理。	B-7 護送身障者返回教室或看護診場所。 B-8 場地整理及器械消毒。 B-9 醫療廢棄物之處理。

【附件 10】 修訂及新增

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫

~~特定~~身心障礙牙醫醫療服務報酬論次論量申請表

受理日期					受理編號						
醫事服務機構名稱					醫事服務機構代號						
序號	請領人姓名	診治醫師	身分證字號	支付別	日期	地點	服務時間（小時）	診療人次	申請金額	核減額	核定額
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											
9.											
10.											
11.											
12.											
13.											
14.											
15.											
本頁小計											

總表	項目／支付別	申請次數	診療人次	服務時間（小時）	每次申請金額	申請金額總數	核減次數	核減金額	核定次數	核定金額
	P30001									
	P30003									
	P30004									
	總計									

負責醫師姓名：

醫事服務機構地址：

電話：

印信：

一、編號：每月填送均自 1 號起編。總表欄：於最後一頁填寫。

二、支付別：特定身心障礙者 P30001、**發展遲緩兒童 P30004 等，**每診次服務以 3 小時為限（不含休息、用餐時間）每小時 2400 點（**內含護理費，**平均每小時至少服務 1 人次，否則不得申請該小時費用）。

三、到宅及特定需者 P30003、每診次服務以 3 小時為限（不含休息、用餐時間）每小時 1900 點（內含護理費，平均每小時至少服務 1 人次，否則不得申請該小時費用）；每日達 5 人以上第 5 人起按 6 折支付，每日最多 8 人為限，且每月不超過 80 人，每位醫師支援每週不超過 2 日，另每一個案以 2 個月執行 1 次為限。

四、診療人次：填寫當次診療之人次。

五、填寫時請依同一支付別集中申報，同一請領人姓名亦應集中申報。本申請表應於次月二十日前連同門診費用申報寄本保險之分區業務組，惟請另置於信封內，並於信封上註明「申請牙醫門診總額專款專用醫療報酬」。

填表日期　　年　　月　　日

一式三聯　第一聯保險人之分區、第二聯送中華民國牙醫師公會全國聯合會、第三聯醫療院所自行留存

修訂及新增

【附件 11】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫－~~特定~~身心障礙牙醫醫療服務日報表

~~醫療團提供醫療~~服務日期：

序號	障別代號	病患姓名	身分證字號	卡號	診察費	處置費	診治醫師
合計							

備註：障礙類別代號如下：

A.腦性麻痺、B.智能障礙、C.自閉症、D.染色體異常、E.中度以上精神障礙、F.失智症、G.多重障、H.頑固性(難治型)癲癇、J.植物人、K.**因罕見疾病而致身心功能障礙**~~領有身障手冊之罕病患者~~、L.重度以上肢體障礙、M.重度以上視**覺**障**礙**~~者~~、**N.發展遲緩兒、**I.其他(非特殊~~定~~計畫 **16 案件**適用對象之身心障礙患者)。

【附件 12】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫

_____（醫療服務單位）就診紀錄

基本資料		
姓名：	出生年月日：	監護人：
地址：		

醫病史（MedialHistory）	
父母：	殘障手冊資料或影本黏貼處
親屬：	
本人：	
特別注意事項：	備註：若為發展遲緩兒童應有衛生福利部國民健康署核准成立之兒童發展聯合評估中心提具之發展遲緩診斷證明書

牙醫病史

口腔發現（oralfinding）

上顎：				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65				
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
乳牙牙冠																	乳牙牙冠
恆牙牙冠																	恆牙牙冠
醫療需求																	醫療需求
下顎：				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75				
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
乳牙牙冠																	乳牙牙冠
恆牙牙冠																	恆牙牙冠
醫療需求																	醫療需求

填表說明:D=Decayed、X=Missing、M=Mobility、RR=ResidualRoot、F=Filled

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫

診療紀錄

日期	診療項目（健保代號）	簽名

【附件 13】 修訂

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫

－特定身心障礙者牙醫醫療服務申請書（到宅或特定需求者醫療服務）

提供服務方式：□到宅　□特定需求者醫療

一、醫療院所名稱（全銜）：　　醫事機構代號：

二、所屬層級別：

□各縣市牙醫師公會

□醫學中心

□參與~~行政院~~衛生福利部~~署~~「身心障礙者牙科醫療服務示範中心營運獎勵計畫」之醫院

□參與本計畫之「進階照護院所」

三、院所負責醫師姓名：

身分證字號：

四、參與醫師（醫師如符合申報資格條件，併請填報，欄位不夠可自行增加）

序號	醫師姓名	身分證字號	申請項目	備註
			□新增　□異動	

五、執行區域或服務機構：

六、院所電話：( )　　傳真：( )

七、聯絡人姓名：電話：

八、e-mail　address：

九、地址：□□□-□□

十、執行到宅或特定需求者醫療服務時可提供身心障礙使用之設備名稱、數量、規格：(詳述)

甲、

乙、

丙、

丁、

十一、有無違規紀錄：□無□記點□扣減□停止特約□終止特約

十二、是否曾申請加入計畫過：□有（年度：____），執行日期：□無

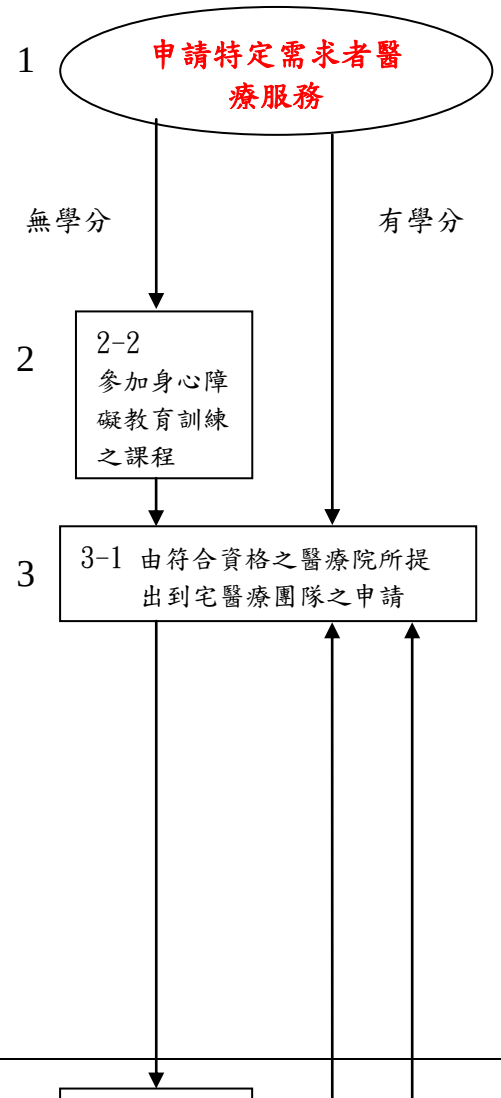
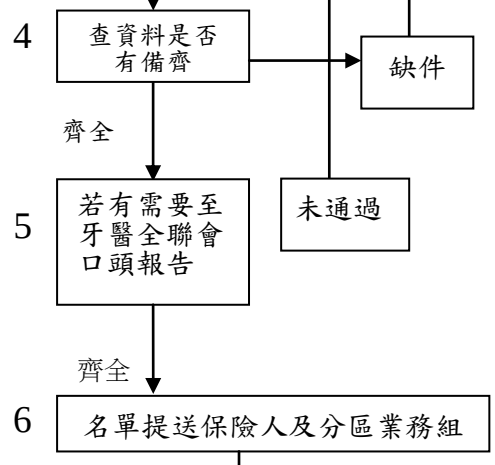
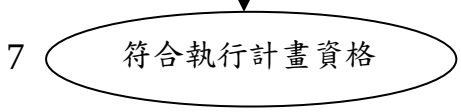
【附件 14】 修訂

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫
到宅醫療服務申請流程圖

階段	流程	說明
申請前段	1 申請到宅醫療服務 無學分 有學分 2 2-2 參加身心障礙教育訓練之課程 3 3-1 由符合資格之醫療院所提出到宅醫療團隊之申請	1-1 由各縣市牙醫師公會、醫學中心、參與~~行政院~~衛生福利部~~署~~「身心障礙者牙科醫療服務示範中心營運獎勵計畫」之醫院或參與本試辦計畫之進階照護院所組成團隊經提出至特定身心障礙且行動不便患者住家提供牙醫醫療服務。 1-2 請於保險人網站（www.nhi.gov.tw）的檔案下載區~~其他項：~~下載本計畫全文且詳讀。 2-1 無身心障礙醫療業務相關課程~~六~~學分請執行 2-2 的步驟。若醫師已有身心障礙醫療業務相關課程~~六~~學分者請直接執行 3-1 之步驟。 2-2 向所屬縣市牙醫師公會詢問是否於近期內有舉辦身心障礙相關課程，若無可請所屬公會協助詢問鄰近公會，或請公會辦理課程。 3-1 填寫好申請書（以到宅醫療團隊為單位），並於申請書【附件 13】後附上： a.日報表【附件 16】、~~醫師個人學經歷等相關資料（身份證字號、學經歷、專長背景及從事相關工作訓練或經驗說明）~~ b.到宅醫療之預定執行區域服務地點 c.~~身心障礙者口腔醫療及保健推廣計畫書書面及檔案、~~個案口腔醫療需求評估表及治療計畫【附件 17】、到宅醫療個案需求轉介單【附件 18】、當地衛生主管機關報備支援同意函、牙醫師證書正反面影本（含開（執）業登記動態章）等書面紙本各乙份。 d.身心障礙教育訓練之學分證明影本
申請中段	4 查資料是否有備齊 缺件 齊全 5 若有需要應至牙醫全聯會口頭報告~~審核其資格~~ 未通過 齊全 6 名單提送保險人及分區業務組	4-1 每月~~5 日前~~將申請資料寄至牙醫全聯會。 4-2 確定資料是否備齊，若缺件請申請單位將資料補齊，並依補齊資料日期為申請日。 5-1 若有需要醫療團隊~~負責人~~須至牙醫全聯會進行口頭報告。 5-2 若通過，牙醫全聯會將名單送至保險人分區業務組。若未通過依照其未通過之原因，若因學分不符請該公會通知該醫師待有學分後再次申請。若因遭違規處分或者執行地點未符合本計畫者，會依保險人相關通知或核定文，行文給申請院所告知審核結果。 6-1 彙整通過者名單以公文方式提送保險人。
申請完成	7 符合執行計畫資格	7-1 收到保險人回覆函後其醫療團隊（醫師）符合執行計畫資格。（此計畫為年度計畫） 7-2 執行計畫期間醫療團隊之醫師若遭違規處分，將停止該醫師執行計畫之資格。

新增

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫
特定需求者醫療服務申請流程圖

階段	流程	說明
申請前段		1-1 由各縣市牙醫師公會、醫學中心、參與衛生福利部「身心障礙者牙科醫療服務示範中心營運獎勵計畫」之醫院或參與本試辦計畫之進階照護院所組成團隊經提出至特定身心障礙且行動不便患者住家提供牙醫醫療服務。 1-2 請於保險人網站（www.nhi.gov.tw）的檔案下載區下載本計畫全文且詳讀。 2-1 無身心障礙醫療業務相關課程學分請執行 2-2 的步驟。若醫師已有身心障礙醫療業務相關課程學分者請直接執行 3-1 之步驟。 2-2 向所屬縣市牙醫師公會詢問是否於近期內有舉辦身心障礙相關課程，若無可請所屬公會協助詢問鄰近公會，或請公會辦理課程。 3-1 填寫好申請書（以特定需求者醫療團隊為單位），並於申請書【附件 13】後附上： a. 日報表【附件 16】、每位患者需填妥乙份個案口腔醫療需求評估表及治療計畫【附件 17】。 b. 個案健康狀況評估表【附件 21】等書面紙本。 c. 預定前往提供醫療服務之身心障礙福利機構簡介及立案證明、機構同意函等，另需檢附當地衛生主管機關報備支援同意函等書面。 d. 牙醫師證書正反面影本（含開（執）業登記動態章）、醫師接受身心障礙教育訓練之學分證明影本等書面文件各乙份。
申請中段		4-1 每月將申請資料寄至牙醫全聯會。 4-2 確定資料是否備齊，若缺件請申請單位將資料補齊，並依補齊資料日期為申請日。 5-1 若有需要醫療團隊須至牙醫全聯會進行口頭報告。 5-2 若通過，牙醫全聯會將名單送至保險人分區業務組。若未通過依照其未通過之原因，若因學分不符請該公會通知該醫師待有學分後再次申請。若因遭違規處分或者執行地點未符合本計畫者，會依保險人相關通知或核定文，行文給申請院所告知審核結果。 6-1 彙整通過者名單以公文方式提送保險人。
申請完成		7-1 收到保險人回覆函後其醫療團隊（醫師）符合執行計畫資格。（此計畫為年度計畫） 7-2 執行計畫期間醫療團隊之醫師若遭違規處分，將停止該醫師執行計畫之資格。

【附件 15】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫

執行到宅醫療~~個案~~服務流程圖

階段	流程	A、醫師負責部份	B、病患家屬負責部份
執行醫療服務—前	受理身心障礙患者居家照護 **非牙科之**醫師轉介 ↓ 醫師至臥床患者居所執行醫療服務審核 ↓ 每次出診前置作業 ↓ 醫師事前準備 A-1 及 A-6 之各項事前執行工作 患者家屬於事前須準備 B-1、B-2 及 B-3 中事前準備工作	A-1 受理身心障礙患者居家照護~~主治~~**非牙科之**醫師轉介需求個案。 A-2 提出到宅個案醫療之申請。 A-3 評估患者之生理狀況後，填妥病患口腔醫療需求評估及治療計畫資料，於每月 5 日前提送到宅個案至牙醫全聯會初審，待保險人及分區業務組相關通知或核定文後，方可執行到宅醫療。 A-4 到宅醫療服務經保險人核定得執行醫療服務後，並確實完成報備支援程序。 A-5 到宅醫療團隊執行時間自保險人核定通過日起。 A-6 事前聯繫病患家屬確實了解患者就醫前的身體狀況，能否讓醫療團隊前往執行到宅醫療服務。 A-7 至個案住宅時，應事前備妥執行相關醫療設備器材架設擺放。	B-1 因病患身體狀況無法配合進行治療，應事前聯繫告知到宅醫療團隊之服務醫師。 B-2 若醫師有執行侵入性治療行為，請病患家屬或監護人，務必於治療前簽署書面同意書，俾利醫師為患者進行醫療服務。 B-3 家屬責任：由熟悉之看護或家屬陪同就診並協助安撫病患情緒，事前告知醫師病患是否有特殊需求或特殊狀況及醫病史等。
執行醫療服務—中	↓ 每一到宅個案申請皆須符合 A-1 至 A-12 之步驟。若無執行 A-11 之步驟將無法申請健保費用。 診療期間務必由家屬、熟悉看護、保育人員或教師陪同患者就診(B-4 至 B-5)。	A-8 核視醫療需求記錄醫療紀錄單及就診醫療記錄詳實記載。 A-9 陪同護士協助醫師安撫患者情緒，完成治療。 A-10 醫療服務應事前明確告知家屬治療程內容或術後注意事項及下次回診日期。 A-11 依健保~~局~~**署**規定執行健保 IC 卡讀、寫卡作業。 A-12 醫師應於診療期間注意病生理及心理狀況;若遇臨時緊急狀況或危急情形應立刻由後送醫院所接手辦理。 註：若有侵入性治療時，務必於事前取得病患家屬或監護人書面同意書。	B-4 協助醫師完成治療 B-5 接受醫師完成診療後之照護及術後說明應注意事項。
執行醫療服務—後	↓ 醫療器械設備及健保 IC 卡等作業 依照 B-6 至 B-7 步驟行事後工作 ↓ 結束此次到宅醫療服務	A-13 醫療器械相關設備及健保 IC 卡讀、寫卡等作業。 A-14 醫療相關設備維護、清潔保養及廢棄物清除等，由醫療團隊自行妥善處理。 A-15 教導家屬為患者清潔口腔衛教知識。	B-6 家屬應學習如何為病患做清潔口腔的知識。 B-7 家屬應於平時固定為病患做口腔清潔，以維持口腔衛生。

新增

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫
執行特殊需求者醫療服務流程圖

階段	流程	A、醫師負責部份	B、病患家屬負責部份
執行醫療服務－前	受理身心障礙福利機構 ↓ 醫師至臥床患者居所執行醫療服務審核 ↓ 每次出診前置作業 ↓ 醫師事前準備 A-1 及 A-6 之各項事前執行工作 患者家屬於事前須準備 B-1、B-2 及 B-3 中事前準備工作	A-1 受理身心障礙福利機構。 A-2 機構提出醫療服務之申請。 A-3 評估患者之生理狀況後，填妥病患口腔醫療需求評估及治療計畫資料，於每月提送特定需求者醫療服務至牙醫全聯會初審，待保險人及分區業務組相關通知或核定文後，方可提供該醫療服務。 A-4 到宅醫療服務經保險人核定得執行醫療服務後，並確實完成報備支援程序。 A-5 醫療團隊執行時間確定後，由保險人核定每案之申請日。 A-6 事前聯繫病患家屬確實了解患者就醫前的身體狀況，能否讓醫療團隊前往執行到宅醫療服務。 A-7 至身心障礙福利機構時，應事前備妥相關醫療設備器材架設擺放。	B-1 因病患身體狀況無法配合進行治療，應事前聯繫告知到宅醫療團隊之服務醫師。 B-2 若醫師有執行侵入性治療行為，請病患家屬或監護人，務必於治療前簽署書面同意書，俾利醫師為患者進行醫療服務。 B-3 家屬責任：由熟悉之看護或家屬陪同就診並協助安撫病患情緒，事前告知醫師病患是否有特殊需求或特殊狀況及醫病史等。
執行醫療服務－中	每一到宅個案申請皆須符合 A-1 至 A-12 之步驟。若無執行 A-11 之步驟將無法申請健保費用。 診療期間務必由家屬、熟悉看護、保育人員或教師陪同患者就診(B-4 至 B-5)。	A-8 核視醫療需求記錄醫療紀錄單及就診醫療記錄詳實記載。 A-9 陪同護士協助醫師安撫患者情緒，完成治療。 A-10 醫療服務應事前明確告知家屬治療程內容或術後注意事項及下次回診日期。 A-11 依健保署規定執行健保 IC 卡讀、寫卡作業。 A-12 醫師應於診療期間注意病生理及心理狀況;若遇臨時緊急狀況或危急情形應立刻由後送醫院所接手辦理。 註：若有侵入性治療時，務必於事前取得病患家屬或監護人書面同意書。	B-4 協助醫師完成治療 B-5 接受醫師完成診療後之照護及術後說明應注意事項。
執行醫療服務－後	醫療器械設備及健保 IC 卡等作業 依照 B-6 至 B-7 步驟行事後工作 ↓ 結束此次身心障礙福利機機醫療服務	A-13 醫療器械相關設備及健保 IC 卡讀、寫卡等作業。 A-14 醫療相關設備維護、清潔保養及廢棄物清除等，由醫療團隊自行妥善處理。 A-15 教導家屬為患者清潔口腔衛教知識。	B-6 家屬應學習如何為病患做清潔口腔的知識。 B-7 家屬應於平時固定為病患做口腔清潔，以維持口腔衛生。

【附件 16】 修訂

_____年_____月份全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫服務日報表

執行單位（全銜）：_____

（□到宅醫療或□特定需求者醫療服務專用）

序號	障別代號	診治醫師	日期	病患姓名	身分證字號	聯絡電話	服務地址	護理人員	簡述施行治療內容

備註：1.障礙類別代號如下：

A.腦性麻痺、B.智能障礙、C.自閉症、D.染色體異常、E.中度以上精神障礙、F.失智症、G.多重障、H.頑固性(難治型)癲癇、J.植物人、K.因罕見疾病而致身心障礙功能障礙~~領有身障手冊之罕病患者~~、L.重度**以上**肢體障礙、M.重度以上視**覺**障**礙**~~者~~、**N.發展遲緩兒**

2 施行治療項目，請敘述提供之處置內容。如下：

（1）牙周病緊急處理、（2）牙周敷料、（3）牙結石清除（全口或局部）、（4）牙周病控制基本處置、（5）塗氟、（6）非特定局部治療、（7）特定局部治療。

【附件 17】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫
口腔醫療需求評估及治療計畫-__年__月__日、序號：__

基本資料		
姓名：	出生年月日：	監護人：
提供服務方式：□到宅醫療服務　□特定需求者醫療服務		
地址：		

醫病史（MedialHistory）	
父母：	殘障手冊資料或影本黏貼處
親屬：	
本人：	
特別注意事項：	

牙醫病史
以往治療內容簡述
上次施行治療項目：(1)□牙周病緊急處理 (2)□牙周敷料 (3) 牙結石清除（□全口或□局部）(4)□牙周病控制基本處置 (5)□塗氟 (6)□非特定局部治療 (7)□特定局部治療 治療時間：　年　月　日

口腔現況

上顎：				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65				
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
乳牙牙冠																	乳牙牙冠
恆牙牙冠																	恆牙牙冠
醫療需求																	醫療需求

下顎：				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75				
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
乳牙牙冠																	乳牙牙冠
恆牙牙冠																	恆牙牙冠
醫療需求																	醫療需求

填表說明:D=Decayed X=Missing M=Mobility RR=Residual Root F=Filled

治療計畫
一、 患者口腔醫療需求之現況及身體狀況為何? 二、擬訂口腔治療項目（請敘述處置內容✓勾選） （一）□牙周病緊急處理 （二）□牙周敷料 （三）□牙結石清除（□全口或□局部） （四）□牙周病控制基本處置 （五）□塗氟 （六）□非特定局部治療 （七）□特定局部治療 三、到**宅**服務之醫師及護士聯絡資料: 醫師姓名：　　聯絡電話： 護士姓名：　　聯絡電話： 四、此次到**宅**醫療個案，提供的醫療設備內容： （請詳述攜帶式洗牙機、攜帶式吸唾機、攜帶式牙科治療設備、有效的急救設備、氧氣設備（含氧氣幫浦、氧氣筒需有節流裝置、氧氣面罩等）、**急救藥品、**開口器、生理監視器及攜帶式強力抽吸設備等，相關設備**物品**的名稱、數量、規格） 五、若遇臨時緊急狀況或危急情形的後送醫療院所？ （檢附到**宅**醫療與後送醫療院所地圖，並請說明兩者之間的距離及所需時間） 八、其他治療建議及口腔衛教的目標內容：
中華民國牙醫師公會全國聯合會初審意見 □同意□不同意原因：

【附件 18】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫
特定身心障礙牙醫醫療服務-到宅醫療個案需求轉介單

提出轉介需求單位：_____ 提出轉介日期： 年 月 日

或提出轉介需求醫師：_____（親簽）電話:_____ 、傳真:_____

患者基本資料	姓名		出生	民國 年 月 日， 歲			性別	□男□女
	緊急聯絡人		電話		關係		健保	□有□無
	身份別	□1 一般□2 低收入戶□3 中低收入戶□4 身障手冊□5 其他_____						
	戶籍地址							
	現住址				身分證字號			
個案口腔需求摘要（個案情況）		□疑似牙齦出血紅腫等異常情況□疑有口腔衛生狀況不佳情況 □其他需轉介牙科處理_____						
患者目前身心健康狀況（個案情況）								

受理轉介需求單位：_____受理轉介需求日期：____年____月___日

受理轉介需求醫師:_____ 電話：_____ 傳真：_____

接案結果：□申請提供服務：_____

□無法提供服務原因：_____

□再轉介之建議： _____

註：無法提供或再轉介建議時，本單請送還轉介需求單位醫師轉知病人或另請其他牙醫師評估重填本欄。

接案者（簽章）:

*如收案申請提供到宅服務，請院所 5 日前彙整次月排班表，併個案醫療需求評估及治療計畫資料及醫師報備支援衛生主管機關核備函，送牙醫全聯會初審，再彙送保險人及分區業務組核定，醫師異動應具函敘明原因及備妥衛生主管機關核備函通知牙醫全聯會及保險人分區業務組。

【附件 19】 修訂

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫

身心障礙到宅服務或特定需求者服務醫療團就診紀錄(首頁)

<table>
<tr><td colspan="3">基本資料</td></tr>
<tr><td>姓名：</td><td>出生年月日：</td><td>監護人：</td></tr>
<tr><td colspan="3">地址：</td></tr>
<tr><td colspan="3">醫病史（MedialHistory）</td></tr>
<tr><td colspan="2">父母：</td><td>殘障手冊資料或影本黏貼處</td></tr>
<tr><td colspan="2">親屬：</td><td rowspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">本人：</td></tr>
<tr><td colspan="2">特別注意事項：</td></tr>
<tr><td colspan="3">牙醫病史</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="3">□到宅服務或□特定需求者服務
服務日期：　　年　　月　　日
到達時間：　　時　　分　　離開時間：　　時　　分
續頁</td></tr>
</table>

1.口腔狀況（oralfinding）

上顎：				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65				
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
乳牙牙冠																	乳牙牙冠
恆牙牙冠																	恆牙牙冠
醫療需求																	醫療需求

下顎：				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75				
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
乳牙牙冠																	乳牙牙冠
恆牙牙冠																	恆牙牙冠
醫療需求																	醫療需求

填表說明:D=Decayed X=Missing M=Mobility RR=Residual Root F=Filled

2.施行治療內容項目（請敘述處置內容）:

（一）□牙周病緊急處理
（二）□牙周敷料
（三）□牙結石清除（□全口或□局部）
（四）□牙周病控制基本處置
（五）□塗氟
（六）□非特定局部治療
（七）□特定局部治療

3.本次治療後注意事項：

醫師簽名（簽章）:　　聯絡電話：

護士簽名（簽章）:

（本紀錄一式兩聯，正本由醫療院所留存於病歷備查，複本送病人家屬保存）

【附件 20】 修訂

全民健康保險　健保 IC 卡例外就醫名冊

院所名稱及代號：　　看診醫師姓名：_____（簽章）

醫療團提供服務單位名稱：　　日期：　　年　　月　　日

就醫日期	姓名	身分證號	出生日期	地　址	聯絡電話	原因別	備註
						□ 首次加保 □ 遺失補發或換發 □ 牙醫特殊醫療	
						□ 首次加保 □ 遺失補發或換發 □ 牙醫特殊醫療	
						□ 首次加保 □ 遺失補發或換發 □ 牙醫特殊醫療	
						□ 首次加保 □ 遺失補發或換發 □ 牙醫特殊醫療	
						□ 首次加保 □ 遺失補發或換發 □ 牙醫特殊醫療	
						□ 首次加保 □ 遺失補發或換發 □ 牙醫特殊醫療	

＊上述表格的「備註」欄位，務必詳細敘明無法過卡原因。

~~服務地點人員：_____（簽章）　職稱：_____　聯絡電話：_____~~

【附件 21】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫
特定需求者醫療服務—個案健康狀況評估表

第一部分：個案基本資料

1.醫療需求申請單位名稱（全銜）:
個案所在地址：
個案申請人姓名：
主要聯絡人：_____與個案關係：_____聯絡電話/手機：_____
主要照顧者：_____與個案關係：_____聯絡電話/手機：_____
2.個 案 姓 名： 、年齡：_____歲
3.性 別：1.□男 2.□女
4.出生年月日：民國（1.前 2.國）____年____月____日
5.身份證字號：
6.照護情形：□照護期內 □已超過照護期
7.是否有身心障礙手冊：(請 ✓勾選下列問題) （1）0.□沒有 1. □申請中 2. □有 （2）a.障礙類別：1.□視覺障礙 2.□聽覺機能障礙 3.□平衡機能障礙 4.□慢性精神病患 5.□聲音機能或語言機能障礙 6.□肢體障礙 7.□智能障礙 8.□重要器官失去功能 9.□顏面損傷 10.□植物人 11.□失智症 12.□自閉症 13.□頑型（難治型）癲癇症 14.□多重障礙 15.□經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙者 16.□其他經中央衛生主管機關認定之障礙者（染色體異常、先天代謝異常、先天缺陷） b.障礙等級 1.□輕度 2.□中度 3.□重度 4.□極重度 c.重新鑑定日期:_____/_____/_____
8.提供牙醫醫療服務前，機構有無告知醫師個案身體狀況與其它特殊情形： □1.是，機構已事前告知個案身體狀況 □2.未告知，機構未告知個案身體狀況

第二部分：健康狀況（請✓勾選下列問題）

＊個案身體健康狀況調查情形：

(1)意識狀態： 1. □清醒　2. □嗜睡　3. □混亂　4. □昏迷　5.□其他：_____

(2)皮膚狀況： 1. □正常

2. □異常；皮膚異常狀況

❶□過度乾燥有皮屑　❷□淤青　❸□有疹子　❹□傷口（部位：_____ 大小：_____；等級：_____類別：□擦傷、割傷　□術後傷口　□燒燙傷□壓瘡□其他慢性傷口:_____）❺□其他_____

(3)目前是否接受其他特殊照護

0.□否

1.□是（❶□鼻胃管　❷□氣切管　❸□導尿管　❹□呼吸器　❺□傷口引流管　❻□造瘻部位_____　❼□氧氣治療　❽□其他_____）

(4)目前飲食型態：1.□一般飲食　2.□軟質　3.□流質 4.□特殊治療飲食:_____ 5.□其他___

(5)進食方式：1.□由口進食　2.□管灌　3.□其他_____

(6)營養狀況評估：

1.身高：_____公分　2.體重：_____公斤　3.BMI：_____　4.□無法評估

(7)疾病史

疾病名稱	發病時間（年、月）	目前是否接受治療	疾病名稱	發病時間（年、月）	目前是否接受治療
1.□中風		0.□否　1.□是	10.□泌尿道疾病		0.□否　1.□是
2.□高血壓		0.□否　1.□是	11.□巴金森氏症		0.□否　1.□是
3.□心臟病		0.□否　1.□是	12.□免疫疾病		0.□否　1.□是
4.□糖尿病		0.□否　1.□是	13.□失智症		0.□否　1.□是
5.□消化系統（肝、膽、腸、胃）		0.□否　1.□是	14.□傳染性疾病（肺結核、愛滋病、梅毒、B型肝炎）		0. □否　1.□是 治療階段：
6.□慢性阻塞性肺疾病		0.□否　1.□是	15.□其他呼吸系統疾病		0.□否　1.□是
7.□腎臟疾病		0.□否　1.□是	16.□腦性麻痹		0.□否　1.□是
8.□脊髓損傷		0.□否　1.□是	17.□癌症：____癌		0.□否　1.□是
			18.□其他：		0.□否　1.□是
9.□骨骼系統(關節炎、骨折)		0.□否　1.□是	19.□以上皆無		

(9)身體狀況有無特殊情形：(請與照護者或申請單位確認)

□1.個案身體狀況可承受治療

□2.個案身體狀況無法承受治療（請說明原因：_____）

(10)主要照護者知道個案有口腔醫療需求嗎?

□1.知道　□2.不知道

(11)醫療提供單位施行治療項目：

□1.牙周病緊急處理、□2.牙周敷料、□3.牙結石清除（全口或局部）、□4.牙周病控制基本處置、□5.塗氟、□6.非特定局部治療、□7.特定局部治療。

(12)評估日期： ____年_____月 ____日，時間：_____

協助評估者姓名：_____（親簽）與個案關係：_____

評估者姓名：_____醫師（親簽）

肆、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：有關醫院藥事服務費調整及藥事人員合理調劑量規定案，提請討論。

說明：

一、101 年立法院審議中央政府總預算案公務預算所提決議及附帶決議辦理情形，作成請本署全面檢討現行醫院合理調劑量之計算方式，致力修正現行支付標準，其中委員建議超過額度不予給付方式；本署曾與醫界協商表示，如修正醫院藥事人員合理調劑量，應配合調整藥事服務費。

二、本案經提報衛生福利部全民健康保險會 103 年醫院總額醫療給付費用協定事項，醫院代表及付費者代表均同意編列調高合理藥事服務費，共計 308.4 百萬元。

三、綜上，本次醫院部門藥事服務費調整，將同步配套辦理藥事人員合理調劑量。

四、藥事服務費調整:有關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六節調劑之藥事服務費內容如下:

(一) 門診藥事服務費慢性病處方 14-27 天及 28 天以上，其平均調整藥品品項數為 3.3 項，與 13 天以下之平均調劑品項數 3.1，且前者支付點數 52-69 點，明顯高於後者之 42-47 點，不宜再調整。

(二) 考量病人用藥安全，住院調劑似應朝向單一調劑處方，故住院非單一劑量，不予調整。

(三) 擬調整診療項目:分別為一般處方 7 天以內、慢性病處方給藥處方 13 天以內、住院單一劑量處方及特殊藥品處方。

(四) 依 103 年協定預算 308.4 百萬元，按上述四、(三)調整項目，其調升幅度為 7%。以 101 年申報資料統計，全年增加約 3 億元(醫學中心為 1.1 億點、區域 醫院 1.2 億點、地區醫院為 0.7 億點)(詳附件 8 及附件 9，P8-4～P8-5)。

五、 藥事人員合理調劑量規定：為使醫院聘足合理藥事人力，以提升藥品調劑品質，有關醫院藥事人員合理調劑量訂定原則說明如下:

(一) 參採醫院評鑑基準及評量項目 1.3.10-醫院藥事人力規定調劑量 C 級設置標準（以下簡稱醫院評鑑基準及評量項目之 C 級設置標準)，其規定說明如下(詳附件 10，P8-6):

1. 申請地區醫院評鑑者

甲、每 50 床應有藥事人員 1 人(如採單一劑量每 40 床至少 1 名，不及 40 床者以 40 床計)。

乙、門診處方每滿 100 張至少應增聘 1 名藥事人員。

2. 申請區域醫院評鑑者

甲、每 50 床應有藥事人員 1 人(如採單一劑量每 40 床至少 1 名，不及 40 床者以 40 床計)。

乙、門診處方每滿 80 張至少應增聘 1 名藥事人員。

丙、特殊藥品處方每 15 張至少 1 名藥事人員。

3. 申請醫學中心評鑑者

甲、每 40 床應有藥事人員 1 人。

乙、門、急診處方每滿 70 張至少應增聘 1 名藥事人員。

丙、特殊藥品處方每 15 張至少 1 名藥事人員。

(二)按日計算醫院各藥事人員合理調劑量，超出每日每藥事人員合理調劑量，按合理量內支付點數之 50%支付。

(三)修訂後調劑通則及增修後支付標準(詳附件 11，P8-7～P8-11)。

(四)有關醫院藥事人員合理調劑量計算說明(詳附件 12，P8-12～P8-13)。

(五)因本案僅使用當月本保險申報資料，醫院自費調劑案件如特殊藥品病患自控式止痛法或住院日有跨月者，非當月之日數及補報等案件將無法列計。

(六)配套措施:俟衛生福利部核定後，於支付標準修訂實施日起，醫院應申報每日調劑人員，即門住診均須申報醫令類別 9(藥事服務費)及於門診、住院醫令明細檔之「執行醫事人員代號」欄位，申報調劑藥事人員之國民身分證統一編號，以利後續每日醫院藥事人力合理調劑量之核算作業。

擬辦：本案擬提健保會議同意後，並俟衛福部核定公告 103 年醫院總額醫療費用後，再行預告及報部核定修訂之支付標準。

附件 8

103 年醫院藥事人員合理調劑量新增預算財務評估統計

支付標準編碼	診療項目中文名稱	現行支付點數	101年				支付標準調整財務影響 調整幅度7%		
			申報數量(千)	申報數量成長率	申報點數(百萬)	平均支付成數	調整後支付單價	調整後支付點數(百萬)	增加點數(百萬)
		A	B	C	D	E	H	I=H*B*(1+C)*E	J=I-D
05201A	一般處方給藥（7天以內）-醫學中心及區域醫院	47	16,655	0.4%	807.6	1.03	50	862.6	55.0
05226B	一般處方給藥(7天以內)-地區醫院	42	10,910	-1.7%	467.3	1.02	45	500.7	33.4
05222A	慢性病處方給藥13天以內-醫學中心及區域醫院	47	3,338	-0.9%	156.3	1.00	50	166.3	10.0
05227B	慢性病處方給藥13天以內-地區醫院	42	1,130	3.8%	47.6	1.00	45	53.0	5.4
小計			32,034		1,478.9	1.01		1,582.6	103.7
05216K	單一劑量處方-醫學中心	88	9,218	-0.6%	833.5	1.03	94	890.3	56.8
05217A	單一劑量處方-區域醫院	76	11,313	0.0%	873.3	1.02	81	931.5	58.2
05218B	單一劑量處方-地區醫院	66	3,519	4.6%	232.9	1.00	71	262.1	29.2
小計			24,050		1,939.7	1.02		2,083.9	144.2
05219B	放射性藥品處方之藥事服務費（天）	190	182	3.2%	34.7	1.00	203	38.3	3.6
05220A	全靜脈營養注射劑處方之藥事服務費（天）	307	350	17.7%	118.2	1.10	328	148.9	30.7
05221A	化學腫瘤藥品處方之藥事服務費（天）	307	665	1.9%	204.8	1.004	328	223.1	18.2
小計			1,197		357.8	1.035		410.2	52.4
總計			2,213		3,776.4	1.021		4,076.7	300.3

註1.資料來源二代健保倉儲門診及住院明細、醫令檔。

註2.申報數量成長率若為負值則以0值計算。

103 年各層級別醫院藥事人員合理調劑量新增預算財務

附件 9

層級別	支付標準編碼	診療項目中文名稱	現行支付點數	101年							
				申報數量(千)	申報點數(百萬)	申報數量成長率	成長率	平均支付成數	調整後支付單價	調整後支付點數(百萬)	增加點數(百萬)
醫學中心	01-05201A	門診藥事服務費－一般處方給藥（7天以內）	47	5,679.5	275.6	0.4%	0.4%	1.032	50	294.4	18.7
	03-05222A	門診藥事服務費-慢性病處方給藥13天以內	47	1,156.8	55.2	4.2%	4.2%	1.016	47	57.5	2.3
	05-05216K	住院藥事服務費（天）－單一劑量處方	88	9,217.9	833.5	-0.6%	0.0%	1.028	94	890.3	56.8
	08-05219B	放射性藥品處方之藥事服務費（天）	190	142.3	27.2	3.4%	3.4%	1.005	203	30.0	2.9
	09-05220A	全靜脈營養注射劑處方之藥事服務費（天）	307	252.9	86.5	11.4%	11.4%	1.114	328	102.9	16.4
	10-05221A	化學腫瘤藥品處方之藥事服務費（天）	307	423.5	130.7	3.1%	3.1%	1.006	328	144.0	13.3
醫學中心 合計				16,872.8	1,408.8					1,519.2	110.5
區域醫院	01-05201A	門診藥事服務費－一般處方給藥（7天以內）	47	10,982.7	532.3	0.5%	0.5%	1.031	50	568.9	36.6
	03-05222A	門診藥事服務費-慢性病處方給藥13天以內	47	2,181.3	101.1	-3.4%	0.0%	0.986	50	107.6	6.5
	06-05217A	住院藥事服務費（天）—單一劑量處方	76	11,312.8	873.3	0.0%	0.0%	1.016	81	930.8	57.5
	08-05219B	放射性藥品處方之藥事服務費（天）	190	36.5	6.9	0.8%	0.8%	1.000	203	7.5	0.5
	09-05220A	全靜脈營養注射劑處方之藥事服務費（天）	307	97.6	31.7	38.5%	38.5%	1.058	328	46.9	15.2
	10-05221A	化學腫瘤藥品處方之藥事服務費（天）	307	240.4	73.8	-0.2%	0.0%	1.000	328	78.8	5.0
區域醫院 合計				24,851.2	1,619.1					1,740.4	121.3
	02-05226B	門診藥事服務費-一般處方給藥(7天以內)	42	10,910.5	467.3	-1.7%	0.0%	1.020	45	500.7	33.4
	04-05227B	門診藥事服務費—慢性病處方給藥13天以內	42	1,130.4	47.6	3.8%	3.8%	1.004	45	53.0	5.4
	07-05218B	住院藥事服務費（天）—單一劑量處方	66	3,519.2	232.9	4.6%	4.6%	1.003	71	262.2	29.3
	08-05219B	放射性藥品處方之藥事服務費（天）	190	3.2	0.6	23.7%	23.7%	1.000	203	0.8	0.2
	09-05220A	全靜脈營養注射劑處方之藥事服務費（天）	307	0.1	0.0	-74.0%	0.0%	1.000	328	0.0	0.0
	10-05221A	化學腫瘤藥品處方之藥事服務費（天）	307	1.0	0.3	37.1%	37.1%	1.000	328	0.4	0.1
地區醫院 合計				15,564.2	748.8					817.2	68.4
總計				57,288.3	3,776.7					4,076.9	300.2

條號		條文
必	1.3.10	C： 1.藥事人力： (1)申請地區醫院評鑑者： ❶每50 床應有藥事人員1 人。(如採單一劑量每40床至少1名，不及40 床者以40床計) ❷門診處方每滿100 張至少應增聘1 名藥事人員。 ❸應有藥師 1 人以上。 (2)申請區域醫院評鑑者： ❶每50 床應有藥事人員1 人。(如採單一劑量每40床至少1名，不及40 床者以40床計) ❷門診處方每滿80 張至少應增聘1 名藥事人員。 ❸特殊藥品處方每15 張至少1 名藥事人員。 ❹應有藥師1 人以上。 (3)申請醫學中心評鑑者： ❶每40 床應有藥事人員1 人。 ❷門、急診處方每滿70 張至少應增聘1 名藥事人員。 ❸特殊藥品處方每15 張至少1 名藥事人員。 2.24 小時作業的醫院，必須配置有24小時作業的藥事人力。 B：符合C 項，且 1.藥事人力： (1)申請地區醫院評鑑者：藥事人力達C 項1-(1)之1.05 倍。 (2)申請區域醫院評鑑者：藥事人力達C 項1-(2)之1.05 倍。 (3)申請醫學中心評鑑者：藥事人力達C 項1-(3)之1.05 倍。 2.藥事人員總數至少75%（含）以上為藥師。 A：符合B 項，且 1.藥事人力： (1)申請地區醫院評鑑者：藥事人力達C 項1-(1)之1.10 倍。 (2)申請區域醫院評鑑者：藥事人力達C 項1-(2)之1.10 倍。 (3)申請醫學中心評鑑者：藥事人力達C 項1-(3)之1.10 倍。 2.年資滿2 年以上之藥事人員佔80%以上（佔現有人力之比）。 3.白天及夜間藥事人力充足且配置合理。 [註] 1.本條為必要條文，必須達C（含）以上。 2.藥事人員係指領有藥師、藥劑生執照，並辦理登錄，且服務於藥劑部門者。 3.病床數以急性病床數計：指急性一般病床及精神急性一般病床，並依登記開放病床數計。 4.門、急診處方數指每日平均處方數，門診以實際門診日計算，急診以一年365 天計算。 5.特殊藥品係指全靜脈營養輸注液、化學治療藥品、含放射性物質藥品癌症化學治療針劑、PCA 等，每日平均特殊藥品處方以一年270 天計算。 6.人力計算時： (1)病床數得考量年平均佔床率，且四捨五入取至整位。 (2)人力計算結果以整數計。 (3)人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定（101年12月31 日以前，採95 年4 月修正公告之醫療機構設置標準計之；102 年1 月1 日以後，則採101 年4 月修正公告之醫療機構設置標準計之）。 7.因醫院評鑑範圍尚未函括中醫部門，故本條文之人力計算暫不列計中藥藥劑人員。 8.本條文不包含中藥調劑業務。

附件 11

第六節 調劑

通則：

一、藥品費依「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」有關規定辦理。

二、藥事服務費之成本，包含處方確認、處方查核、藥品調配、核對及交付藥品、用藥指導、藥歷管理及藥品耗損、包裝、倉儲、管理等費用。

三、醫院牙科門診申報本節門診藥事服務費用，應按調劑人員及處方類別，限申報 05203C、05204D、05224C、05225D、05207C、05208D、05211C 及 05212D 等項，惟 05219B、05220A 及 05221A 如符合相關規定，亦得申報。

四、本節各項目，皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；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。(除基層院所外)

五、交付調劑醫療服務案件，診療之保險醫事服務機構，不得申報藥事服務費用。

六、依全民健康保險醫療辦法規定一次領取二個月或三個月用藥量之慢性病連續處方箋案件，其藥事服務費得相對申報二次或三次。

七、特約醫院藥事人員合理調劑量之計算，參考財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會公告醫院評鑑　　基準及評量項目之藥事人員C級設置標準，按日計算醫院各藥事人員合理調劑量，超過部分按合理量內支付點數之50%支付。

(一)　102年公告醫院評鑑基準及評量項目，各層級醫院藥事人員合理調劑量規定如下:

1. 申請地區醫院評鑑者：
   (1). 每50床應有藥事人員1 人（如採單一劑量每40床至少1名，不及40 床者以40 床計）。
   (2). 門診處方每滿100 張至少應增聘1 名藥事人員。
2. 申請區域醫院評鑑者：
   (1). 每50床應有藥事人員1人(如採單一劑量每40床至少1名，不及40 床者以40 床計）。
   (2). 門診處方每滿80 張至少應增聘1 名藥事人員。
   (3). 特殊藥品處方每15 張至少1 名藥事人員。
3. 申請醫學中心評鑑者：
   (1). 每40 床應有藥事人員1 人。
   (2). 門、急診處方每滿70 張至少應增聘1 名藥事人員。
   (3). 特殊藥品處方每15 張至少1 名藥事人員。

(二)　藥事人員須為實際從事相關調劑業務者。

八、 醫院藥事人員合理調劑量計算原則:

(一)　各醫院每日每位藥事人員調劑總權值：∑【醫院各個藥劑師每日調劑量(含特殊藥品、住院單一劑量、住院非單一劑量、門診急診)/醫院評鑑基準及評量項目之藥事人員C級設置標準每藥事人員每日調劑量(含特殊藥品、住院單一劑量、住院非單一劑量、門診急診)】。

(二)　各醫院每日每位藥事人員超出調劑總權值支付

1. 調劑總權值<=1者:依照藥事服務費支付。
2. 調劑總權值>1部分:超出藥事人員合理調劑量部分，支付點數以50%支付。
3. 調劑總權計算方式依序為:特殊藥品、住院單一劑量、住院非單一劑量、門急診。

九~~七~~、特約藥局如不符~~行政院衛生署~~衛生福利部公告之「藥局設置作業注意事項」，其藥事服務費比照基層院所藥事人員調劑標準支付。

十~~八~~、特約藥局及基層院所藥事人員合理調劑量(以每日實際調劑量計算)每人每日 100 件，山地離島地區每人每日 120 件，超過不予給付藥事服務費，特約藥局調劑件數不分處方來源一併計算。

十一~~九~~、基層診所醫師兼具藥師資格者，於執登處所，依自開處方親自為藥品調劑者，以醫師親自調劑支付標準核給藥事服務費，且每日親自調劑處方以 50 件為限，超過 50 件不予給付藥費及藥事服務費。

編號	診療項目	特約藥局	基層院所		地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
			醫師自調劑	藥事人員調劑				
	門診藥事服務費（醫院部分）							
05201A	─一般處方給藥(7天以內)					v	v	50
05235A						v	v	25
05226B					v			45
05236B					v			23
05222A	─慢性病處方給藥13天以內					v	v	50
05237A						v	v	25
05227B					v			45
05238B					v			23
05205A	─慢性病處方給藥14-27天					v	v	59
05239A						v	v	30
05228B					v			52
05240B					v			26
05209A	─慢性病處方給藥28天以上					v	v	69
05241A						v	v	35

編號	診療項目	特約藥局	基層院所		地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
			醫師自調親劑	藥事員調人劑				
05229B					v			64
05242B					v			32
	註: 05235A、05236B、05237A、05238B、05239A、05240B、05241A、05242B僅限於醫院每日每位藥事人員每日調劑超出合理調劑量者。							
	住院藥事服務費(天)							
05213K	－非單一劑量處方						v	44
05243K							v	22
05214A						v		33
05244A						v		17
05215B					v			29
05245B					v			15
05216K	－單一劑量處方						v	94
05246K							v	47
05217A						v		81
05247A						v		41
05218B					v			71
05248B					v			36
	註： 1.精神科日間住院病患申報藥事服務費，應以該病患實際日間住院治療之日數為限；至院外適應治療期間，不得再申報本項費用。 2.留置急診處暫留床二日以上者，自第二天起比照申報。 3.精神科日間住院病患及留置急診處暫留床病患不得申報單一劑量藥事服務費。 4.05243K、05244A、05244A、05245B、05246K、05247A、05248B僅限於醫院每日每位藥事人員每日調劑超出合理調劑量者。							
05219B	放射性藥品處方之藥事服務費(天)				v	v	v	203

編號	診療項目	特約藥局	基層院所		地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
			醫師自調親劑	藥事人員調劑				
05249B	註： 1.凡設置核子醫學部或核醫科，使用放射性同位素(如口服I-131以及其他身體各部位之檢查所需之放射線製劑均屬之)，且調劑藥師具有放射性物質操作執照，於核醫科特殊配製環境內調配，及申報本標準第二部第二章第一節第二十項核子醫學檢查一、「造影」所列項目(排除26009B甲狀腺刺激素試驗、26049B核子斷層檢查術、26074C碘-131癌症追蹤檢查-施打Thyrogen三項)時，得申報本項。 2.05249B僅限於醫院每日每位藥事人員每日調劑超出合理調劑量者。				v	v	v	102
05220A 05250A	全靜脈營養注射劑處方之藥事服務費 (TPN)(天) 註： 1.限設有經「中華民國靜脈暨腸道營養學會」認定合格之「營養醫療小組」之特約醫院申報。 2.05250A僅限於醫院每日每位藥事人員每日調劑超出合理調劑量者。					v v	v v	328 164

編號	診療項目	特約藥局	基層院所		地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
			醫師自調親劑	藥事人員調劑				
05221A 05251A	化學腫瘤藥品處方之藥事服務費(天) 註： 1. 在層流工作檯內操作或調配之化學腫瘤藥品〈係指所有細胞毒（cytoxic）藥品針劑、非單一劑量包裝之口服細胞毒藥品及生物毒藥品類等〉者得申報本項，惟不包括藥廠製造之一般口服或外用化學腫瘤等，無需在層流工作檯調配之成品製劑者。 2. 05251A僅限於醫院每日每位藥事人員每日調劑超出合理調劑量者。					v v	v v	328 164

附件 12

醫院藥事人員合理調劑量計算

一、 設計原則

(一) 各層級別醫院合理量調劑量係參採醫院評鑑基準及評量項目 1.3.10-藥事人力規定調劑量，計算藥事人員合理調劑權值。

(二) 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會公告之醫院評鑑基準及評量項目如下:

1. 申請地區醫院評鑑者：

❶每50床應有藥事人員1 人（如採單一劑量每40床至少1名，不及40 床者以40 床計）。

❷門診處方每滿100 張至少應增聘1 名藥事人員。

(2)申請區域醫院評鑑者：

❶每50床應有藥事人員1人。(如採單一劑量每40床至少1名，不及40 床者以40 床計）。

❷門診處方每滿80 張至少應增聘1 名藥事人員。

❸特殊藥品處方每15 張至少1 名藥事人員。

(3)申請醫學中心評鑑者：

❶每40 床應有藥事人員1 人。

❷門、急診處方每滿70 張至少應增聘1 名藥事人員。

❸特殊藥品處方每15 張至少1 名藥事人員。

二、 參採醫院評鑑基準及評量項目 1.3.10-藥事人力規定調劑量，計算每日每人合理調劑量權值，超過合理量以 50%支付。

(一)某甲醫學中心總共有 10 位藥師，102 年 1 月 1 日有 8 位藥師當日上班，當日調劑量如下:

藥師	特殊藥品	住院-單一劑量	住院-非單一劑量	門急診
A	10	30	0	10
B	15	0	20	10
C	0	0	0	40
D	0	0	0	60
E	0	30	5	0
F	0	40	0	0
G	5	0	0	60
H	0	0	0	50

(二)每日每位藥事人員調劑總權值計算

1. 醫學中心 102 年醫院評鑑基準及評量項目-藥事人力符合 C 標準如下:

層級別	特殊藥品	住院-單一劑量	住院-非單一劑量	門急診
醫學中心	15	40	40	70

2. 各藥師合理調劑量權重計算

藥師	特殊藥品	住院-單一劑量	住院-非單一劑量	門急診	權重加總
A	0.67	0.75	0.00	0.14	1.56
B	1.00	0.00	0.50	0.14	1.64
C	0.00	0.00	0.00	0.57	0.57
D	0.00	0.00	0.00	0.86	0.86
E	0.00	0.75	0.13	0.00	0.88
F	0.00	1.00	0.00	0.00	1.00
G	0.33	0.00	0.00	0.86	1.19
H	0.00	0.00	0.00	0.71	0.71

3. 藥師合理調劑量總權值超出權值支付

(1). 劑量總權值<=1 者:依照藥事服務費支付。

(2). 劑量總權值>1 部分:超出藥事人員合理調劑量部分，支付點數以 50%支付。

(3). 計算權值之調劑方式依序為:特殊藥品、住院單一劑量、住院非單一劑量、門急診。

討論事項

第 二 案　　提案單位：健保署醫務管理組

案由：有關 103 年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」修訂內容，提請討論。

說明：

一、依據衛生福利部全民健康保險會 102 年 11 月 22 日召開之第 1 屆 102 年第 5 次委員會議決議辦理。

二、查103年度全民健康保險醫療給付費用及其分配，經醫院部門與付費者代表於102年9月27-28日及102年10月25日兩度協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第10 條規定，分別就付費者代表及醫院代表之委員建議方案當中各提一案，報請主管機關決定，惟「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」醫院部門與付費者代表，同意於專款項目編列經費2,0億元，付費者代表方案並建議本項經費不得用於調整支付標準，實施方案並應由中央健康保險署於103年4月前，提經全民健康保險會同意 (詳附件13，P9-5～P9-6)。

三、本署爲研議 103 年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」內容，於 102 年 11 月 20 日以健保醫字第 1020034177 號函請中華民國護理師護士公會全國聯合

會及台灣醫院協會分別針對付費者代表建議、醫界代表建議事項，提出執行方案之意見，二會回復意見摘錄如下：

（一） 中華民國護理師護士公會全國聯合會(詳附件 14，P9-7)

1. 103 年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」試行推動我國住院保險診療報酬與護病比連動制度，架構如下：

(1) 品質指標報告部分，款項分配維持原 0.5 億元。

(2) 護理人力指標，款項分配為 19.5 億元，區分

A. 指標範圍：一般急性病房（含精神專科醫院），基於一般急性病房疾病嚴重度高、工作負荷過重，為目前迫切需改善的單位，且參考日本實施「住院保險診療報酬與護病比連動制度」亦是以急性單位為主。

B. 支付條件：三班平均護病比與住院護理費連動給付加成獎勵，三班平均護病比越好之單位，給予越高之住院護理費加成獎勵。

2. 有關實際加成獎勵比例及給付點數仍待精算。

（二） 台灣醫院協會(詳附件 15，P9-8)

1. 103 年度醫院醫療給付費總額及其分配之「提升住院護理照護品質方案」專款項目 20 億元之執行方案建議維持 102 年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」。

2. 預算額度調整如下：

(1). 品質指標報告：全年預算 0.5 億元。

(2). 通過醫院評鑑人力標準：全年預算 12 億元。

(3). 補助新增護理人員數（不含實習護士）：全年預算 2.5 億元。

(4). 補助「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」住院護理費點數：全年預算 5 億元。

四、 依據衛生福利部 102 年 12 月 10 日召開之 102 年「護病比與健保給付連動研議小組」會議決議，由護理界、醫界各 3 名、專家學者 2 名及衛福部相關業務單位 3 名共計 11 位人員組成「護病比與健保給付連動工作小組」，研議以健保 103 年 20 億專款辦理「護病比與健保給付連動」之可行方案，並於 103 年 2 月提報「護病比與健保給付連動研議小組」。

五、 綜上，監察院已糾正本署 102 年延宕方案公告期日，

並請本署研提 103 年方案之規劃先期作業時程，庶免重蹈延宕該方案公告實施期日；建議「護病比與健保給付連動工作小組」如能於 103 年 2 月提報「護病比與健保給付連動」之可行方案，103 年 20 億專款建議以該小組研議之可行方案辦理，惟如果無法如期完成，為免延宕公告期日，建議參採台灣醫院協會意見，除補助新增護理人員數（不含實習護士）預算額度由 7.5 億元調整為 2.5 億元，補助每位新增護理人員之獎勵金依預算調降比例，地區醫院及各層級離島醫院增加人員每位保障點值補助由 36 萬元調整為 12 萬元，其餘每人每年補助金額上限由 25 萬點調整為 8 萬點（採浮動點值計算，每點不高於一元），其餘支付內容比照 102 年方案。

六、依 102 年方案修訂後方案（草案）(詳附件 16，P9-9～P9-20)。

擬辦：擬依會議決議辦理後續事宜。

附件 13

103 年度醫院醫療給付費用成長率項目表(兩案送主管機關裁決)

項目		付費者代表方案		醫院代表方案	
		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)
一般服務					
醫療服務成本及人口因素成長率		***1.909%***	***6,542.4***	***1.909%***	***6,542.4***
投保人口數年增率		*0.205%*		*0.205%*	
人口結構改變率		*1.895%*		*1.895%*	
醫療服務成本指數改變率		*-0.194%*		*-0.194%*	
協商因素成長率		***0.674%***	***2,309.9***	***1.330%***	***4,558.1***
醫療品質及保險對象健康狀態的改變	品質保證保留款	*0.000%*	*0.0*	*0.000%*	*0.0*
支付項目的改變	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	*0.584%*	*2,001.4*	*0.000%*	*0.0*
	修訂降血脂藥品給付規定	*0.000%*	*0.0*	*0.000%*	*0.0*
	特殊材料採每點 1 元之差額	*0.000%*	*0.0*	*0.627%*	*2,148.8*
	提升醫療照護品質(重症為主)	*0.000%*	*0.0*	*0.584%*	*2,001.4*
	合理調高藥事服務費	*0.090%*	*308.4*	*0.090%*	*308.4*
	配合結核病防治政策改變之費用	*0.007%*	*24.0*	*0.007%*	*24.0*
	配合安全針具推動政策之費用	*0.029%*	*99.4*	*0.058%*	*198.8*
	類血友病用藥及肝臟移植術後免疫球蛋白之藥費移至專款支付	*-0.033%*	*-113.1*	*-0.033%*	*-113.1*
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	*-0.003%*	*-10.9*	*-0.003%*	*-10.9*
一般服務成長率		***2.583%***	***8,852.3***	***3.239%***	***11,100.5***

專款項目(全年計畫經費)				
鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	3,972.0	300.0	3,972.0	300.0
罕見疾病、血友病藥費	7,815.0	951.0	7,815.0	951.0
醫療給付改善方案	567.3	67.5	567.3	67.5
急診品質提升方案	320.0	0.0	320.0	0.0
提升住院護理照護品質方案	2,000.0	-500.0	2,000.0	-500.0
繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵	667.0	280.0	0.0	-387.0
醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案	60.0	10.0	60.0	10.0
全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	800.0	800.0	0.0	0.0
修訂黃斑部新生血管病變藥品(Lucentis)適應症所增費用	0.0	0.0	0.0	0.0
受刑人之醫療服務費用	0.0	0.0	0.0	0.0
專款金額	**16,201.3**	**1,908.5**	**14,734.3**	**441.5**
(一般服務+專款)成長率預估值及增加金額	**3.014%**	**10,760.8**	**3.233%**	**11,542.0**
門診透析服務成長率	2.519%	467.9	2.519%	467.9
總成長率預估值及增加金額(註 1)(一般服務+專款+門診透析)	**2.990%**	**11,228.7**	**3.198%**	**12,009.9**
較 102 年度核定總額成長率	**3.281%**	—	**3.489%**	—

註：1.計算總成長率所用之基期費用，一般服務含校正投保人口數成長率差值，專款不含移出之102年「受刑人之醫療服務費用」。

2.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。

附件 14

中華民國護理師護士公會全國聯合會　函

會址：台北市大同區承德路一段 70 之 1 號 14 樓
聯絡人：梁淑媛　E-mail:nurse@nurse.org.tw
TEL：02-25502283 分機 20　FAX：02-25502249

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 102 年 11 月 27 日
發文字號：全聯護會盧字第 102490 號
速別：速件
密等及解密條件：普通

主旨：有關 103 年度醫院醫療給付費用總額及其分配之「提升住院護理照護品質專案」專款項目，本會意見復如說明段，敬請查收惠辦。

說明：

一、復　鈞署中華民國 102 年 11 月 20 日健保醫字第 1020034177 號函。

二、本會於 102 年 10 月 16 日召開包括本會、台灣護理學會、台灣護理管理學會、台灣護理產業工會、台灣私立醫療機構護理業務協進會等護理團體共識會議，會議決議以「103 年提升住院護理照護品質方案」作為試行推動我國住院保險診療報酬與護病比連動制度，架構如下：

1. 品質指標報告部分，款項分配維持原0.5億元。

2. 護理人力指標，款項分配為19.5億分

(1)指標範圍--一般急性病房（含精神專科醫院），基於一般急性病房疾病嚴重度高、工作負荷過重，為目前迫切需改善的單位，且參考日本實施「住院保險診療報酬與護病比連動制度」亦是以急性單位為主。

(2)支付條件-三班平均護病比與住院護理費連動給付加成獎勵，三班平均護病比越好之單位，給予越高之住院護理費加成獎勵。

三、有關實際加成獎勵比例及給付點數仍待精算。

正本：衛生福利部中央健康保險署

理事長 盧美秀

附件 15

正 本

檔　號：
保存年限：

台灣醫院協會　函

地址：251 新北市淡水區中正東路二段 29-5 號 25 樓
承辦人：何宛青小姐
電話：(02)2808-3300 分機 26　傳真：(02)2808-3304
電子郵件信箱：ching@hatw.org.tw

平信 **106 台北市大安區信義路 3 段 140 號**

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 102 年 11 月 26 日
發文字號：院協健字第 10211297 號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：普通
附件：

主旨：復　貴署本會 103 年度醫院醫療給付費用總額及其分配之「提升住院護理照護品質方案」專款項目 20 億元之執行方案修正意見，請　鑒察。

說明：

一、復　貴署 102 年 11 月 20 日健保醫字第 1020034177 號函。

二、攸關 103 年度醫院醫療給付費用總額及其分配之「提升住院護理照護品質方案」專款項目 20 億元之執行方案建議維持 102 年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」。

三、有關旨揭方案之預算額度調整如下：

(一)、品質指標報告：全年預算 0.5 億元。

(二)、通過醫院評鑑人力標準：全年預算 12 億元。

(三)、補助新增護理人員數（不含實習護士）：全年預算 2.5 億元。

(四)、補助「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」住院護理費點數：全年預算 5 億元。

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會

理事長 楊漢濤

總收文 102年11月27日收到
健保醫
中央健康保險局
局 1020071959

附件 16

103 年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」

壹、依據：

依據衛生福利部102年O月O日衛部保字第OOOOOOO號核定函及衛生福利部102年O月O日衛署健會字第OOOOOOOO號公告辦理。

貳、預算：103年度醫院醫療給付費用總額及其分配，專款編列20億元。

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：

一、醫院資料登錄

（一）品質指標報告，全年預算0.5億元

醫院於每季次次月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12億元

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病床護理費(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，不含本方案補助住院護理費

點數)支付點數加成獎勵。

1. 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。 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。 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。	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 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' ※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
區域醫院	申請區域醫院評鑑者： (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。	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'÷2.5 C2(手術室)=每班每台×2 C3(手術恢復室、觀察室)=每班每床×0.5

評鑑層級	條文評量項目「C」	計算公式「C」
	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。 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。	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’ ※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
地區醫院	申請地區醫院評鑑者： (1)應有專任護產人員每 4 床至少 1 名。 (2)設下列部門者，其人員應依其規定計數： ①手術室：手術台應有 2 人以上。 ②手術恢復室、觀察室：每床應有 1 人以上。 ③產房：每產台應有 2 人以上。 ④嬰兒室：每床應有 0.4 人以上。 ⑤門診：每診療室應有 0.5 人以上。 ⑥血液透析室：每床應有 0.25 人以上。 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 20 名服務量應有 1 人以上。 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	護產人員： ▲C1=急性病床÷4 C2≧2 人(手術室：手術台) C3(手術恢復室、觀察室)=每床×1 C4(產房)=每產台×2 C5(嬰兒室)=每床×0.4 C6(門診)=每診療室×0.5 C7(血液透析室)=每床×0.25 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÷20 ▲C’=C2＋C3＋C4＋C5＋C6＋C7＋C8＋C9 C=C1+C’ ※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

評鑑層級	條文評量項目「C」	計算公式「C」
	置標準之規定。	
精神專科醫院	C：護理人力符合下列各項，並依病房特性配置人力： 1.精神科醫院： (1)急性精神病床，每3.5床應有1人以上。 (2)慢性精神病床，每15床應有1人以上。 (3)精神科日間病房，每20名服務量應有1人以上。 (4)應有5人以上，且其中應有護理師1人以上。 2.精神科教學醫院： (1)急性精神病床，每2.8床應有1人以上。 (2)慢性精神病床，每12床應有1人以上。 (3)精神科日間病房，每16名服務量應有1人以上。 (4)其他未規定者，同精神科醫院標準。 3.急性病房每病房每班要有 1 位輔助人員。 B：符合C項，且 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。 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]	精神科醫院 C 級： ▲C1(急性病床) =每床×0.29 ▲C2(慢性病床)=每床×0.07 ▲C3(精神科日間病房) =服務量÷20 C=C1+C2+C3(應＞5) B 級： ▲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) A 級： ▲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) 精神科教學醫院： C 級： C1(急性病床) =每床×0.36 C2(慢性病床)=每床×0.08 C3(精神科日間病房) =服務量÷16 C=C1+C2+C3(應＞5) B 級： 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) A 級： A1(急性病床) =每床×0.4

評鑑層級	條文評量項目「C」	計算公式「C」
	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。	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) ※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○床以上者，每一○床應增置一人。	產護人員

（2）標準評定：

A. 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，C級：>1，B級：>1.05，A級：>1.10（四捨五入取至小數點第3位）。

B. 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）。

C. 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，C級：>1，B級：>1.05，A級：>1.10（四捨五入取至小數點第3位）。

2. 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	C	住院護理費加成6%
	B	住院護理費加成7%
	A	住院護理費加成9%

（2）獎勵金計算方式：

A. 本預算款項12億元，採層級預算分配方式，以醫學中心、區域醫院及地區醫院102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署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。

B. 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。

C. 個別醫院之獎勵金＝該院當月申報之住院護理費點數 ×該院獎勵加成數×該月獎勵金點值。

D. 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，其核發金額將自分區審核同意時之當月預算中支應。

二、新增護理人力及住院護理費補助

（一）補助新增護理人員數（不含實習護士），全年預算2.5億元

為鼓勵全國特約醫院增聘護理人力，本專款係以103年各特約醫院之每月平均執業登記護理人員數，相較於102年特約醫院每月平均執業登記護理人員數增加人數，並考量特約醫院規模之變動情況為計算依據。以本項專款2.5億元及各特約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12萬元。2.其餘每人每年補助金額上限為8萬點，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103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：

各特約醫院103年每月平均執業登記護理人員數(103年每月10日的有效執業登記護理人員數總和÷12個月)與102年每月平均執業登記護理人員數(102年每月10日的有效執業登記護理人員數總和÷12個月)相比較。

2. 特約醫院規模擴增

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。

（二）補助「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」住院護理費點數，全年預算5億元

1. 特約醫院於103年（費用年月）申報下表之「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」住院護理費者，其不同病床之住院護理費依下表補助，全年結算一次，採浮動點值結算，每點不高於一元。

2.不同病床住院護理費補助點數如下：

層級	代碼	名稱	補助點數
1	03026K	一般病床（床/天）–護理費	24
2	03027A	一般病床（床/天）–護理費	24
3	03029B	一般病床（床/天）–護理費	24
1	03030K	經濟病床（床/天）–護理費	24
2	03031A	經濟病床（床/天）–護理費	24
3	03033B	經濟病床（床/天）–護理費	24
1	03034K	嬰兒病床--護理費	30
2	03035A	嬰兒病床--護理費	30
3	03036B	嬰兒病床--護理費	30
1	03058K	急性精神一般病床（床/天）–護理費	24
2	03059A	急性精神一般病床（床/天）–護理費	24
3	03060B	急性精神一般病床（床/天）–護理費	24
1	03064K	急性精神經濟病床（床/天）–護理費	30
2	03065A	急性精神經濟病床（床/天）–護理費	30
3	03066B	急性精神經濟病床（床/天）–護理費	30
1	03070K	慢性病床（床/天）–護理費	22
2	03071A	慢性病床（床/天）–護理費	22
3	03072B	慢性病床（床/天）–護理費	22

陸、有關資料登錄作業，因本署行政或系統問題導致延誤或錯誤者，由醫院舉證，提報保險人分區業務組衡酌處理。

柒、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：103年9月查獲院所於103年2月違規，處分停約3個月，則追扣103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103年9月預算）、103年上半年品質指標登錄獎勵金（追扣費用併入103

年下半年預算)。

捌、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)。

玖、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，依獎勵金核付進度，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，保險人應依獎勵金核付進度，每半年稽核款項之運用情形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：❶急性病房（含急性精神病床） ❷手術室❸手術恢復室、觀察室❹產房及待產室❺嬰兒室❻門診❼血液透析室❽燒傷病房及嬰兒病房❾精神科日間照護單位。

2. 精神專科醫院：❶急性病房❷慢性病房❸門診❹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或服務量：

1. 醫學中心、區域醫院：❶急性一般病床床數、佔床率❷急性精神病床數、佔床率❸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❹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❺產房及待產室床數❻嬰兒室床數❼當月每日各班門診開診診次加總及當月實際開診日❽血液透析室當月透析總人次及當月實際工作日❾燒傷病房及嬰兒病房床數❿精神科日間照護單位服務量。

2. 地區醫院：❶急性一般病床床數❷急性精神病床數❸手術室總台數❹手術恢復室、觀察室床數❺產房及待產室床數❻嬰兒室床數❼門診診療間數❽血液透析室床數❾燒傷病房及嬰兒病房床數❿精神科日間照護單位服務量。

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

4. 慢性醫院登錄慢性病床數。

四、各項登錄資料確認登錄資料時間如下：

(一) 每季品質指標，於每季次次月30日前（2月為28日）。

(二) 半年1次填報之住院護理服務滿意度，請於每年8月30日及次年2月28日前。

(三) 通過醫院評鑑人力標準每月數據，於次月30日前（2月為28日）。

(四) 上述資料請於「全年填報資料查核作業」頁面進行登錄資料確認，確認時發現登錄資料錯誤，請於上述規定時間內，自行於登錄系統更正資料，並再次於「全年填報資料查核作業」頁面進行

登錄資料確認，未於規定時間內確認者，視同確認資料，各分區業務組不再受理登錄資料更正事宜。

五、款項運用情形：填報時間為獎勵金核付結束後3個月內。

討論事項

第 三 案　　提案單位：健保署醫務管理組

案由：有關 103 年健保特約醫院 ICD-10-CM/PCS 編碼實作獎勵方案（草案），提請討論。

說明：

一、依據衛生福利部全民健康保險會 102 年 9 月 28 日召開之衛生福利部全民健康保險會第 1 屆 102 年第 3 次委員會議紀錄決議辦理。

二、查 103 年度其他預算編列「ICD-10-CM/PCS 編碼」100.5 百萬元，新增方案原則於 102 年 12 月底前完成相關程序，並於 103 年 6 月底前提送初步執行結果(詳附件 17，P10-4～P10-5)。

三、為研議健保特約醫院 ICD-10-CM/PCS 編碼實作方案，經徵求台灣病歷資訊管理學會(詳附件 18，P10-6)及本署相關業務單位意見，方案內容初步研議如下：

(一)103 年健保特約醫院每月（費用年月）住診申報案件，除原以 ICD-9-CM 編碼外，另以 ICD-10-CM/PCS 編碼並同時符合下列標準之案件，始能獲得獎勵。

1.標準 1：醫院該月以 ICD-10-CM/PCS 編碼之案件須為本署公告之 2010 年版 ICD-10-CM/PCS 有效碼，該月無效碼案件數不得大於（等於）當月申報 ICD-10-CM/PCS 編碼案件之 5%，大於（等於）5% 之醫院，該月不核發獎勵金。

2.標準 2: 符合標準 1 之醫院，其 ICD-10-CM/PCS 編碼須為其原 ICD-9-CM 編碼對應 ICD-10-CM/PCS 之有效碼範圍。

3.標準 3：為蒐集及評估 ICD-10 編碼投入人力，促使醫院建立稽核機制，醫院須每月於本署健保資訊網服務系統（VPN）填報疾病分類品質稽核指標，指標如下：

(1) 指標 1：編碼人員每月以 ICD-9-CM 編碼平均出院病歷數；計算公式：每月 ICD-9-CM 編碼之出院病歷數÷實際編碼人數。

(2) 指標 2：編碼人員每月以 ICD-10-CM/PCS 編碼平均出院病歷數；計算公式：每月 ICD-10-CM/PCS 編碼之出院病歷數÷實際編碼人數。

(3) 指標 3：醫院內部或外部稽核 ICD-10-CM/PCS 編碼一致率；計算公式：醫院每月經院內（或院外）2 位(含)以上編碼人員相同 ICD-10-CM/PCS 編碼之出院病歷數÷醫院每月經院內（或院外）2 位(含)以上編碼人員 ICD-10-CM/PCS 編碼之出院病歷數×100%。

(二)獎勵點數

1.符合獎勵標準之件數（不含補報案件）達其每月申報出院住診案件 30%（含）以上者，每件獎勵 15 點，未達 30%者，該月不核發獎勵金。

2.符合獎勵標準之件數（不含補報案件）達其每月申報出院住診案件 35%（含）以上者，每件獎勵 20 點。

3.符合獎勵標準之件數（不含補報案件）達其每月申報出院住診案件 40%（含）以上者，每件獎勵 25 點。

4.符合獎勵標準之件數（不含補報案件）達其每月申報出院住診案件 50%（含）以上者，每件獎勵 30 點。

(三)本項專款預算按季均分及暫結，當季預算若有結餘則流用至下季，當季預算採浮動點值計算暫結，且每點不高於 1 元。年底時進行結算，採浮動點值計算，且每點金額不高於 1 元。

(四)凡第一階段以本署公告之 2010 年版 ICD-10-CM/PCS 有效碼檢核為無效碼者及進入第二階段以 ICD-9-CM 編碼對應 ICD-10-CM/PCS 之有效碼檢核為無效碼者，本署每月會將編碼錯誤報表回饋醫院。

(五)以 101 年全國住診案件推估，符合獎勵標準之件數（不含補報案件）達其每月申報出院住診案件 30%（含）以上者，預算約計 15.5 百萬元；符合獎勵標準之件數（不含補報案件）達其每月申報出院住診案件 35%（含）以上者，預算約計 22.6 百萬元；符合獎勵標準之件數（不含補報案件）達其每月申報出院住診案件 40%（含）以上者，預算約計 32.2 百萬元；符合獎勵標準之件數（不含補報案件）達其每月申報出院住診案件 50%（含）以上者，預算約計 48.3 百萬元；另以本案最高點數 30 點推估 101 年全國住診案件預算約計 96.6 百萬元 (詳附件 19，P10-7)。

(六)擬定方案（草案）(詳附件 20，P10-8～P10-11)。

擬辦：擬依會議決議報請衛生福利部核定後公告實施。

附件 17

表5　103年度其他預算項目表

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	605.4	1.5	請於 103 年 6 月底前提送執行成果。
非屬各部門總額支付制度範圍之服務	3,768.0	54.0	1.用於助產所、護理之家照護、居家照護、精神疾病社區復健、安寧居家療護及藥師居家照護等所需經費。 2.全民健保高診次民眾就醫行為改善方案-藥師居家照護，請於 103 年 6 月底前提送執行成果。
全民健保高診次民眾就醫行為改善方案－藥師居家照護	0.0	-54.0	併入非屬各部門總額支付制度範圍之服務。
支應罕病及血友病藥費、器官移植、西醫基層總額慢性B型及C型肝炎治療計畫專款不足之經費及狂犬病治療藥費	300.0	100.0	所列狂犬病治療藥費係用於治療被動物咬傷患者，防止狂犬病之發生。
推動促進醫療體系整合計畫	1,000.0	50.0	1.預算用於醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫、論人計酬試辦計畫，及新增提升急性後期照護品質試辦計畫與醫院垂直整合方案。 2.提升急性後期照護品質試辦計畫，得包含地區醫院及醫院附設護理之家或居家護理。 3.延續型計畫，請於 103 年 6 月底前提送執行成果及成效評估報告。新增方案原則於 102 年 12 月底前完成相關程序，並於 103 年 6 月底前提送初步執行結果。
其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費	1,000.0	0.0	1.含新增醫藥分業地區所增加之費用。 2.經費之支用，依費協會第 178 次委員會議通過之適用範圍與動支程序原則辦理。

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
增進偏遠地區醫療服務品質計畫	*0.0*	*-500.0*	原 102 年所編列經費 500 百萬元，移列至醫院總額專款項下。惟醫院部門代表建議維持編列在其他預算項下，經費 800 百萬元。
ICD-10-CM/PCS 編碼	*100.5*	*100.5*	新增方案原則於 102 年 12 月底前完成相關程序，並於 103 年 6 月底前提送初步執行結果。
鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施	*2,200.0*	*2,200.0*	1.請中央健康保險署於完成簽約後，即向全民健康保險會報告方案內容。 2.新增方案原則於 102 年 12 月底前完成相關程序，並於 103 年 6 月底前提送初步執行結果。
提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	*1,404.5*	*0.0*	請於 103 年 6 月底前提送執行成果。
慢性腎臟病照護及病人衛教計畫	*404.0*	*0.0*	1.預算用於繼續推動末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫、初期慢性腎臟病醫療給付改善方案及慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫。 2.請於 103 年 6 月底前提送執行成果及成效評估報告。
移列項目：醫療給付改善方案	—	—	本項方案包含自西醫基層、醫院總額部門移列，但所需費用仍編列在原部門專款項下(西醫基層 205.5 百萬元、醫院 567.3 百萬元)，及其他預算下之慢性腎臟病照護及病人衛教計畫 404 百萬元。
移列項目：醫療資源不足地區改善方案	—	—	本項方案自牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院總額部門移列，但所需費用仍編列在原部門專款項下(牙醫 280 百萬元、中醫 74.4 百萬元、西醫基層 150 百萬元、醫院 60 百萬元)。
總　計 (不含四部門移列)	***10,782.4***	***1,952.0***	

註：採支出目標制，由中央健康保險署管控。

附件 18

台灣病歷資訊管理學會

日期:2013.11.8

一、有關 ICD-10-CM/PCS 編碼之含蓋比率：

ICD-9-CM 與 ICD-10-CM/PCS 雙軌實施時，ICD-10-CM/PCS 編碼病歷數合理比率建議以 10%以上即可(請健保署規範各醫院應執行的科別)。

二、有關 ICD-10-CM/PCS 編碼品質稽核指標草擬如下：

疾病分類品質稽核指標	公式	備註
疾病分類人員參加 ICD-10-CM/PCS 課後認證考試及格比率	ICD-10-CM/PCS 研習營課後考試及格人數／疾病分類人數×100%	凡通過 ICD-10-CM/PCS 研習課程之課後認證考試及格者均可計入
疾病分類人員每人每年平均上課時數（ICD-10-CM/PCS）	所有疾病分類人員一年上課總時數／疾病分類人數×100%	參加各學(協)會、醫療網及醫療機構所舉辦之 ICD-10-CM/PCS 課程(舉凡能增進編碼專業知識的院內外課程均可列算，由醫院自行舉證)
疾病分類人員平均每人每天以 ICD-9-CM 編碼出院病歷本數	每日出院病歷以 ICD-9-CM 編碼本數／疾病分類人數×100%	出院病歷以 ICD-9-CM 編碼
疾病分類人員平均每人每天以 ICD-10-CM/PCS 編碼出院病歷本數	每日出院病歷以 ICD-10-CM/PCS 編碼本數／疾病分類人數×100%	出院病歷以 ICD-10-CM/PCS 編碼
ICD-10-CM 診斷編碼正確性稽核機制	請說明機構對編碼正確性的內部或外部稽核方式與成效	由院內內部稽核或請院外專家稽核均可
ICD-10-PCS 處置編碼正確性稽核機制	請說明機構對編碼正確性的內部或外部稽核方式與成效	由院內內部稽核或請院外專家稽核均可
ICD-10-CM/PCS 編碼含蓋率	出院病歷以 ICD-10-CM/PCS 編碼本數／全院健保出院病人申報病人數×100%	含蓋率應大於等於健保署的規定

三、編碼品質實地查檢：

編碼品質除以指標監控外，另建議可比照電子病歷推動之實地查檢，或比照醫策會對評鑑合格醫院之不定時追蹤訪查，主要是採抽檢方式，由書面紀錄資料查檢所填報資料是否確實。

附件 19

103年健保特約醫院ICD-10-CM/PCS編碼實作方案預算推估

層級別	件數	獎勵點數推估	總獎勵金推估	獎勵點數											
				30%			35%			40%			50%		
				件數	獎勵點數推估	總獎勵金推估	件數	獎勵點數推估	總獎勵金推估	件數	獎勵點數推估	總獎勵金推估	件數	獎勵點數推估	總獎勵金推估
醫學中心	1,072,040	30	32,161,200	321,612	15	4,824,180	375,214	20	7,504,280	428,816	25	10,720,400	536,020	30	16,080,600
區域醫院	1,480,161	30	44,404,830	444,048	15	6,660,725	518,056	20	10,361,127	592,064	25	14,801,610	740,081	30	22,202,415
地區醫院	668,570	30	20,057,100	200,571	15	3,008,565	234,000	20	4,679,990	267,428	25	6,685,700	334,285	30	10,028,550
總計	3,220,771	30	96,623,130	966,231	15	14,493,470	1,127,270	20	22,545,397	1,288,308	25	32,207,710	1,610,386	30	48,311,565

附件 20

103 年健保特約醫院 ICD-10-CM/PCS 編碼實作獎勵方案（草案）

壹、依據

依據衛生福利部 102 年 O 月 O 日衛部保字第 OOOOOOO 號核定函及衛生福利部 102 年 O 月 O 日衛署健會字第 OOOOOOOO 號公告辦理。

貳、預算：103 年度其他預算，專款編列 100.5 百萬元。

參、目的：鼓勵健保特約醫院重視 ICD-10-CM/PCS 轉碼工作、做好全面轉碼之準備並進入實作階段、提升編碼品質。

肆、對象：提供住診服務之健保特約醫院。

伍、費用申報與支付方式：

一、 費用申報

（一）參與之醫院，依現行全民健保醫療服務給付項目及支付標準、全民健保藥物給付項目及支付標準、全民健保醫療費用申報與核付及服務審查辦法等規定申報費用及辦理審查作業。

（二）參加醫院之醫療費用，仍依現行各總額部門規定辦理結算及核付。

（三）申報格式

1. 於住院醫療費用申報格式 IDp3「醫令代碼」欄位填報。

2. 主(次)診斷及主(次)手術（處置）代碼之區格，則由 IDp23「自費特材群組序號」欄位填報，新增 991 為主診斷，992 為次診斷，993 為主手術（處置）代碼，994 為次手術（處置）代碼。

3. 住院醫療費用申報格式 IDp2「醫令類別」欄位請填報 G（專案支付參考數值），「支付成數」、「總量」、「單價」及「點數」等欄位填報「0」(數字)，「執行時間-起」及「執行時間-迄」2 項欄位皆填報申報起日。

二、 支付方式

（一）獎勵標準

103 年健保特約醫院每月（費用年月）住診申報案件，除原以 ICD-9-CM 編碼外，另以 ICD-10-CM/PCS 編碼並同時符合下列標準之案件，始能獲得獎勵 。

標準 1：醫院該月以 ICD-10-CM/PCS 編碼之案件須為本署公告之 2010 年版 ICD-10-CM/PCS 有效碼，該月無效碼案件數不得大於（等於）當月申報 ICD-10-CM/PCS 編碼案件之 5%，大於（等於）5%之醫院，該月不核發獎勵金。

標準 2: 符合標準 1 之醫院，其 ICD-10-CM/PCS 編碼須為其原 ICD-9-CM 編碼對應 ICD-10-CM/PCS 之有效碼範圍。

標準 3：醫院須每月於本署健保資訊網服務系統（VPN）填報疾病分類品質稽核指標。

（二）獎勵點數

1. 符合獎勵標準之件數（不含補報案件）達其每月申報出院住診案件 30%（含）以上者，每件獎勵 15 點，未達 30%者，該月不核發獎勵金。
2. 符合獎勵標準之件數（不含補報案件）達其每月申報出院住診案件 35%（含）以上者，每件獎勵 20 點。
3. 符合獎勵標準之件數（不含補報案件）達其每月申報出院住診案件 40%（含）以上者，每件獎勵 25 點。
4. 符合獎勵標準之件數（不含補報案件）達其每月申報出院住診案件 50%（含）以上者，每件獎勵 30 點。

陸、 獎勵金計算方式及核付流程

（一）獎勵金計算方式如下：

1. 本項專款預算按季均分及暫結，當季預算若有結餘則流用至下季，當季

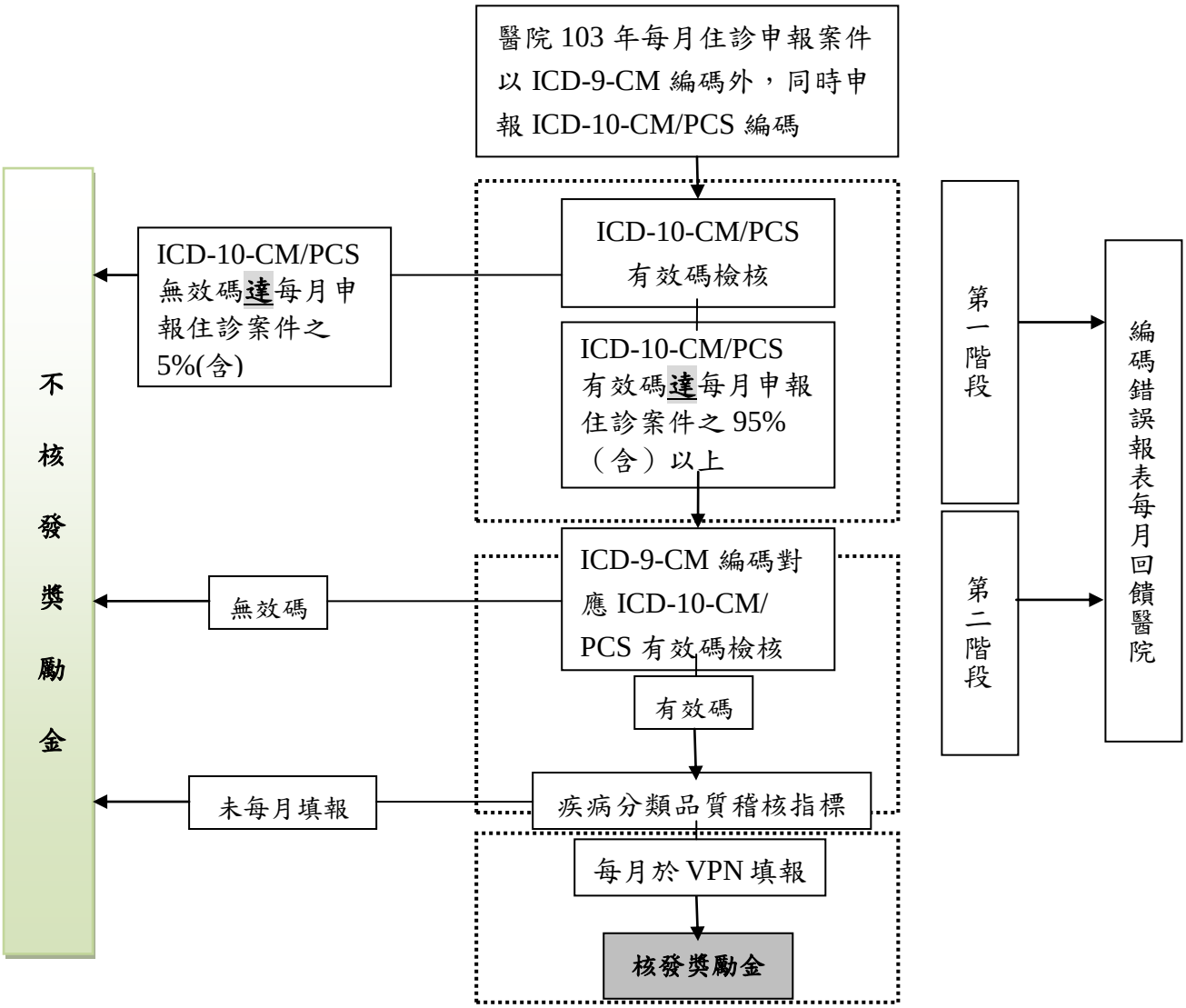
預算採浮動點值計算暫結，且每點不高於 1 元。年底時進行結算，採浮動點值計算，且每點金額不高於 1 元。

2. 個別醫院之獎勵金＝該院當月申報符合獎勵金核發標準之住診案件數×獎勵點數×獎勵金點值。

（二）錯誤編碼案件之處理

凡第一階段以本署公告之 2010 年版 ICD-10-CM/PCS 有效碼檢核為無效碼者及進入第二階段以 ICD-9-CM 編碼對應 ICD-10-CM/PCS 之有效碼檢核為無效碼者，本署每月會將編碼錯誤報表回饋醫院。

（三）獎勵金核付流程，如下圖：



柒、 疾病分類品質稽核指標

一、 指標 1：編碼人員每月以 ICD-9-CM 編碼平均出院病歷數

計算公式：每月 ICD-9-CM 編碼之出院病歷數÷實際編碼人數。

二、 指標 2：編碼人員每月以 ICD-10-CM/PCS 編碼平均出院病歷數

計算公式：每月 ICD-10-CM/PCS 編碼之出院病歷數÷實際編碼人數。

三、 指標 3：醫院內部或外部稽核 ICD-10-CM/PCS 編碼一致率

計算公式：醫院每月經院內（或院外）2位(含)以上編碼人員相同 ICD-10-CM/PCS編碼之出院病歷數÷醫院每月經院內（或院外）2位(含)以上編碼人員ICD-10-CM/PCS編碼之出院病歷數×100%。

討論事項

第 四 案　　提案單位：健保署醫務管理組

案由：有關是否再辦理「全民健康保險週產期論人支付制度試辦計畫」(以下簡稱本計畫)案，提請　討論。

說明：

一、外界建議新增孕產婦相關照護論人計畫，由院所組成照護群，方便產婦因緊急生產時，依交通便利選擇任一照護群內之院所生產，以利由產檢至生產完整照護。

二、本署依據原96年12月1日公告之「全民健康保險週產期論人支付制度試辦計畫」酌予修訂(以下稱本計畫)，與現行本署自99年起應用醫療發展基金辦理「孕產婦照護品質確保及諮詢服務計畫」併行之影響評估說明如下：

(一)本計畫規定須由院所組成照護群，方便產婦因緊急生產時，依交通便利選擇任一照護群內之院所生產，以利由產檢至生產完整照護，故須由院所組成生產照護群，並共享照護群內院所之產檢資料，惟將有孕產婦個人資料保護安全之疑慮。

(二)考量現行產檢係以論量方式支付，生產案件醫院依住院診斷關聯群(DRG)，基層診所依論病例計酬規定申報，本計畫將產檢項目包裹給付，提供院所不同之支付誘因及給付方式選擇。為免與本署辦理之「孕產婦照護品質確保及諮詢服務計

畫」重疊支付誘因，本計畫酌予修訂第4階段之支付點數，回歸原基層論病例計酬及醫院DRG之支付點數，已達兩計畫併行無礙。

(三)本計畫因涵蓋產檢、生產及產後照護費用，產檢費用係由國健署支應，生產費用由本署支應，又本計畫給付點數皆依現行產檢及生產費用點數，故預估本計畫若實施將不增加財務支付點數。

三、本署自99年起應用醫療發展基金辦理「孕產婦照護品質確保及諮詢服務計畫」，該計畫將「懷孕」至「生產」期間視為一完整療程以達全人照護，提升孕產婦在同一醫療院所全程醫療照護之品質，降低生產風險，達到確保照護品質之目的。計畫內容包括全程照護費及品質提升費，實施迄今(99年至102年)，預估共執行約1.37億元，101年度參與院所共109家，受益人數56,561人，該計畫102年持續辦理中。103年已於醫療發展基金編列預算6000萬元，持續辦理，併予說明。

四、綜上，經討論如本署應辦理本計畫，本署將依規定辦理後續作業事宜。

擬辦：

附件 21

全民健康保險週產期論人支付制度試辦計畫

96.12.01第一版實施

98.12.01第二版實施

103.01.01第二版實施

壹、前言

目前全民健康保險生產案件採用論病例計酬及住院診斷關聯群(TW-DRG)定額之支付方式，而孕婦產檢則自 95 年起改由~~行政院衛生署~~衛生福利部國民健康~~局~~署辦理。有鑑於醫療執業型態改變，為能提供孕產婦醫療專業合作之照護及研議多元支付之可行性，爰規劃試辦「週產期論人支付制度」。本試辦計畫將「生產」視為一完整療程，並將整段療程之各項支付標準予以整合，期能提高照護效益，達到提供整體性醫療照護之目的。各特約醫療院所得自行選擇生產案件依本試辦計畫，採論療程給付或依現行採產檢論次、生產論病例計酬及住院診斷關聯群(TW-DRG)定額方式申報。

貳、計畫目的

建立一個整體性醫療服務體系，提供區域內孕產婦就醫可近性及管理式照護，以達到全人照護服務及提昇孕產婦之醫療照護品質。

參、計畫時程

~~1.~~自 ~~98~~103 年 ~~12~~1 月 1 日至 ~~99~~103 年 ~~11~~12 月 ~~30~~31 日。

~~2.於試辦計畫執行滿半年後，依參與院所之參與情形與品質監控指標進行評估，必要時得停止試辦。~~

肆、計畫內容

一、 參與試辦醫療院所資格

(一) 由同一地區可承作孕婦產檢或生產業務之醫療院所共同組成，基層院所可由多家診所進行水平整合，但至少應有 1 家特約醫院(地區醫院以上)作為合作對象，以建立週產期照護網路及提供後續醫療照護。

(二) 參與之試辦院所須填寫「全民健康保險週產期論人支付制度試辦方案申請書」(如附件一)，經本保險之分區核准後加入。

二、 收案條件

為達全人照護之目的，本試辦計畫收案條件為「確認懷孕到未滿17週(符合國民健康~~局~~署規定之妊娠第一期申報期程)」。如為17週以上才確認懷孕或由其他院所轉介時已逾17週，均不得以本試辦計畫申報。

三、 支付標準及其涵蓋範圍(如附件二)

包括懷孕至產後一週整合性醫療照護之產檢、生產及相關門、住診診療服務，但嚴重併發症及週產期非相關內外科嚴重疾病仍得依本試辦計畫支付標準通則規定申報。

（一） 產前部分：共分為三階段，各階段照護時程及內容依現行國民健康~~局~~署規定之10次產檢內容辦理，每階段完成後依該階段點數申報。

1. 第一階段(P3501C)：產婦確定懷孕至懷孕17週。
2. 第二階段(P3502C)：懷孕17至29週。

3. 第三階段(P3503C)：懷孕29至38週。

（二） 生產及產後部分：第四階段(P3504C)時程自懷孕39至41週及產後1週，39至41週得依孕婦情形提供1-2次產檢服務及1次產後檢查。

（三） 第四階段生產及產後部分，如為產婦自行要求剖腹產，或第一至第三任一階段孕產婦所接受之醫療服務非在參加本試辦計畫之醫療院所（附件一試辦計畫申請書所列之院所）執行者，則須回歸原支付標準申報，不得以本試辦計畫之支付標準申報。

四、 醫療費用之申報、暫付、審查及核付方式

(一)費用申報時，請依產前及生產分別申報如下：

1.產前部分

（1）門診醫療服務點數清單填寫方式及注意事項：

A.案件類別：E1

B.特定治療項目：E5

C.就醫日期：每階段需填寫階段完成起迄日期（階段完成才能申報）。

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

E.部分負擔代碼：009

（2）門診醫療服務醫令清單填寫方式及注意事項：

A.定額費用：

醫令類別「2」，第一階段完成後請填報

P3501C、第二階段完成後請填報 P3502C、第三階段完成後請填報 P3503C，第四階段完成後請填報 P3504C。

B.內含項目：

醫令類別「4」，第一階段需完成 41、42，第二階段需完成 43、44，第三階段需完成 45 至 50；惟 Rubella IgG 實驗室檢驗、超音波檢查、母嬰親善醫療機構產前檢查個案衛教指導部分，仍按現行規定核實申報。

2.生產部分

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

(2)第四階段費用包含懷孕 39-41 週產前檢查 1-2 次及產後 1 週檢查，如依孕

婦情形而未執行仍可申報該階段之費用。

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

(二)暫付、審查：依「全民健康保險~~醫事服務機構~~醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」辦理，惟本試辦計畫執行初期保險人得視情形抽樣或全審。

五、品質監控及評估方式：(依附件三-表 1 及表 2 格式填寫)

(一)參與試辦院所每月須提報下列相關指標供本保險人之分區參考。

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

1.結構指標：人員專業素質與醫療行政品質（專科資格、在職教育、醫療設備)。
2.過程指標：計畫試辦前後平均住院天數比較。
3.結果指標：產檢利用率。
4.危險因子指標：子癇前症、子癇症、早產兒、低體重兒比率。

附件一

全民健康保險週產期論人支付制度試辦計畫申請書

本院所自　年　月　日起申請參加全民健康保險週產期論人支付制度試辦計畫，並同意遵照本計畫內容之規範。

此致

~~行政院~~衛生福利部~~署~~中央健康保險~~局~~署

申請資料

醫事機構名稱及代號：

醫事機構負責人：

醫事機構地址：

本計畫聯絡人：

聯絡電話：

合作之診所及地區醫院（含）以上層級之名稱及代號：

醫事機構（特約）章戳

（醫療院所印章）	（負責醫師印章）

中　華　民　國　　年　　月　　日

附件二

全民健康保險週產期論人支付制度試辦計畫支付標準

通則：

一、本試辦計畫之陰道生產因有次診斷或次手術（或處置）而致實際醫療費用超過定額時（雙胞胎者以定額再加計一次之新生兒費用為界，多胞胎類推），得按實際醫療費用申報。

二、陰道生產案件中其主診斷碼為：

641.01、641.11、641.21、641.31、641.81、641.91、642.01、642.02、642.11、642.12、642.21、642.22、642.31、642.41、642.42、642.51、642.52、642.61、642.62、642.71、642.72、642.91、642.92、643.01、643.11、643.21、643.81、643.91、644.21、647.01、647.02、647.11、647.12、647.21、647.22、647.31、647.32、647.41、647.42、647.51、647.52、647.61、647.62、647.81、647.82、647.91、647.92、648.01、648.02、648.51、648.52、648.61、648.62、648.81、654.51、658.10、658.11、658.20、658.21、659.21、659.31、666.12、666.22、666.32、667.02、667.12、668.01、668.02、668.11、668.12、668.21、668.22、

668.81、668.82、668.91、668.92、669.11、669.12、669.32、669.41、669.42、670.02、671.31、671.42、671.51、671.52、672.02、673.01、673.02、673.11、673.12、673.21、673.22、673.31、673.32、673.81、673.82、674.01、674.02、674.12、674.22、674.32、674.82、675.01、675.02、675.11、675.12、675.21、675.22，不論有無次診斷或次手術（處置）者，得適用通則一之規定。

三、本試辦計畫之剖腹產案件中有次診斷或次手術（或處置）而致實際醫療費用超過 33,460 元以上者，得按實際醫療費用申報，惟個案數不得超過該醫事服務機構當月份剖腹產個案總數之 5%。

四、剖腹產案件中其主診斷為 641.11、641.21、642.01、642.11、642.21、642.31、642.41、642.51、642.61、642.71、642.91、643.01、643.11、643.21、643.81、643.91、644.21、648.01、648.81、654.51、658.10、658.11、658.20、658.21，不論有無次診斷或次手術（處置）者，得適用通則三之規定。

五、本章節所述「實際醫療費用」係包括母親及新生兒費用。

六、定額支付點數中已含一人次新生兒照護費，如為雙胞胎，得另加計一人次新生兒費（多胞胎類推）。

七、不符醫學上適應症而自行要求剖腹產者，則須回歸原支付標準申報，依自行要求剖腹產（97014C）點數支付，不得以本試辦計畫之支付標準申報。

八、其他未列入本試辦計畫之支付標準規定項目，依現行支付標準規定辦理。

代碼	給付時程	服務項目	支付點數
P3501C	第一次 確定懷孕至懷孕未滿 17 週	依國民健康~~局~~署規定，需完成第一次「醫令代碼：41，就醫序號：IC41」與第二次產檢「醫令代碼：42，就醫序號：IC42」，產檢項目如下： 1. 於妊娠第六週或第一次檢查須包括下列檢查項目 （１）問診：家庭疾病史、過去疾病史、過去孕產史、本胎不適症狀 （２）身體檢查：體重、身高、血壓、甲狀腺、乳房、骨盆腔檢查、胸部及腹部檢查 （３）實驗室檢驗：血液常規(WBC、RBC、PLT、HCT、HB、MCV)、血型、RH因子、VDRL、Rubella IgG（惟因特殊情況無法於本次檢查者，可於第五次孕婦產前檢查時接受本項檢查。）及尿液常規。 2.例行產檢 註：此階段不含 Rubella IgG 之檢驗，若完成該項檢驗者，另依備註（1）申報。	~~800~~ 855
P3502C	第二次 懷孕 17 週至未滿 29 週	依國民健康~~局~~署規定，需完成第三次「醫令代碼：43，就醫序號：IC43」與第四次產檢「醫令代碼：44，就醫序號：IC44」，產檢項目如下： 1. 例行產檢 2.於妊娠 20 週前後提供一次超音波檢查（惟因特殊情況無法於本期檢查，可改於妊娠第三期接受本項檢查）。 註：此階段不含超音波之檢驗，若完成該項檢驗者，另依備註（2）申報。	~~400~~ 460
P3503C	第三次 懷孕 29 週以上	依國民健康~~局~~署規定，需完成第五次至第十次產檢「醫令代碼： 45-50，就醫序號：IC45-IC50」，產檢項目如下： 1.例行產檢 2.於妊娠 32 週前後提供、HBsAG、HBeAG、VDRL 等實驗室檢驗	~~1,400~~ 1580
P3504C	第四次 懷孕 39-40 週~~至產後 1 週~~生產	1.視情況執行妊娠 39-40 週產前檢查 1-2 次~~及產後 1 週檢查 1 次~~。 生產（包含基層院所轉診至合作醫院生產）	~~31,850~~ 醫院依住院診斷關聯群(DRG)，基層診所以論病例計酬規定申報

備註（1）：Rubella IgG 實驗室檢驗—醫令代碼「64」、就醫序號「IC41、IC45」，費用為 200 點。

備註（2）：超音波檢查—醫令代碼「61」、就醫序號「IC41-IC50」，費用為 350 點。

備註（3）：母嬰親善醫療機構產前檢查個案衛教指導，每案每次增加之費用。限本署認證之母嬰親善醫療機構始得申報。其醫令代碼「63」、就醫序號「IC41-IC50」，費用為20點。

附件三

「週產期論人支付制度」醫療品質指標報告表

院所名稱　　院所代號

費用年月：　　年　　月

表 1

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

表 2

項目	個案人數（A）	新生兒人數（B）	比率%（A/B）
子癇前症			
子癇症			
早產兒			
低體重兒			

註：本表請於每月申報醫療費用時一併提供於本保險之分區。

討論事項

第 五 案　　提案單位：健保署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險急診品質提升方案」案，提請　討論。

說明：

一、本署自 101 年 5 月起實施「全民健康保險急診品質提升方案」，實施後本署各分區業務組及醫院針對本方案提出相關建議，爰於 102 年 6 月 27 日邀請臺灣急診管理學會及臺灣急診醫學會召開討論會議，依據該次會議結論，及前開 2 學會函送本署關於前述方案規範內容之修訂意見辦理本次修訂事宜。

二、本次修訂重點如下 (詳附件 22，P12-3～P12-10)：

（一）急診重大疾病照護品質：

1.急性腦中風：建議美國中風量表 NIHSS 分數由 6-25 分放寬為 4-25 分。

2.重大外傷：除現行重大外傷範圍外，增列體表面積>20%之重大外傷。緊急搶救手術或處置增列焦痂(筋膜)切開術(64197C)、斷肢再接手術(64158B)、末梢血管修補及吻合術(69038C)、骨骼外固定器裝置術(64237C)等 4 項處置項目。

3.嚴重敗血症：

（1）主或次診斷由 0389 修訂為 0380~0389，將 0380-0388 等特定疾病之敗血症納入獎勵範圍。

（2）必要處置項目：

a.刪除中央靜脈導管置入術（47015B）。

b.納入乳酸-丙酮酸檢查（09135B）項目，且可就乳酸檢查（09059B）及乳酸-丙酮酸檢查（09135B）擇一處理。

c.修改細菌學及黴菌檢查方式為「至少完成 13016B 及『13001C 至 13024C 中之任 1 項』」。

（二）轉診品質：

1.向上轉診：

a.配合修訂敗血症主診斷範圍。

b.腸胃道出血由上轉改列為下轉或平轉疾病範圍。

c.向上轉診疾病別放寬可平行轉診。

2.向下或平行轉診：

（1）增列「急性膽囊炎、膽結石併急性膽囊炎併阻塞」等疾病。

（2）放寬腸阻塞診斷範圍，診斷碼由 5609（腸阻塞）放寬為特定原因之腸阻塞。

（3）放寬蜂窩組織炎，診斷碼由 6829（其他蜂窩組織炎及膿瘍）放寬為 682（臉、頸等身體各部位蜂窩組織炎）。

（4）增列大量腸胃道出血，診斷碼為 531.00-531.21、532.00-532.21、533.00-533.21

三、 配合上述修訂內容，修訂「全民健康保險急診品質提升方案」(詳附件 23，P12-11～P12-22) 。

擬辦：修訂後「全民健康保險急診品質提升方案」預定自 103 年 1 月 1 日起實施，擬依程序辦理公告事宜。

附件 22

一、「全民健康保險急診品質提升方案」修訂項目對照表

方案修改項目名稱	修改前	修改後	說明及影響評估
伍、計畫構面 一、急診重大疾病照護品質 （一）急性腦中風	（一）急性腦中風：係主診斷碼為 ICD: 433.00 至 434.91，美國中風量表 NIHSS 介於 6-25 分之急診病人，符合健保相關用藥規定，完成血栓溶解劑(r-tPA 健保申報碼:K000743248)注射之個案。	（一）急性腦中風：係主診斷碼為 ICD: 433.00 至 434.91，美國中風量表 NIHSS 介於 4-25 分之急診病人，符合健保相關用藥規定，完成血栓溶解劑(r-tPA 健保申報碼:K000743248)注射之個案。	一、說明： （一）本署分區業務組及部分醫院建議美國中風量表 NIHSS 分數由 6-25 分放寬為 4-25 分。 （二)102 年 6 月 27 日全民健康保險急診品質提升方案討論會會議(以下稱急診案討論會議）結論：同意 NIHSS 分數修改為 4-25 分。 二、影響評估： 統計 101 年 VPN 申報資料，NIHSS 分數分佈為 6-25 分（無申報 5 分以下資料)，故關於放寬 NIHSS 分數為 4-25 分對本方案之影響，俟實施一段時間後再行評估。
伍、計畫構面 一、急診重大疾病照護品質 （三）重大外傷	（三）重大外傷：主診斷碼 ICD:800-904、910-929、950-959，ISS≧16 之急診病人，從進入急診後 2 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置(詳附表一)之個案。	（二）重大外傷：主診斷碼 ICD:800-904、910-929、950-959，ISS≧16 之急診病人，或體表面積>20%之重大燒傷，診斷為 948.2~9489、940、941.5，從進入急診後 2 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置(詳附表一)之個案。	一、說明： （一）本署分區業務組及部分醫院建議增列重大外傷範圍如下： 1.體表面積>20%之重大燒傷之診斷 948.2~9489、940、941.5。 2.焦痂(筋膜)切開術(64197C)、斷肢再接手術(64158B) 、末梢血管修補及吻合術(69038C)、骨骼外固定器裝置術(64237C)，因許多非主動脈損傷時卻都不適用 69009B 動脈縫合；緊急處理骨盆出血的骨外固定術均用 64237C。 （二）急診案討論會議結論：同意增列。

方案修改項目名稱	修改前	修改後	說明及影響評估
		附表一增列：焦痂(筋膜)切開術(64197C)、斷肢再接手術(64158B) 、末梢血管修補及吻合術(69038C)、骨骼外固定器裝置術(64237C)等 4 項支付標準手術編碼。	二、影響評估(以 101 年 7 月~102 年 6 月（急診）資料估計)： 增列主診斷 948.2~9489、940、941.5 為重大外傷範圍，及增列焦痂(筋膜)切開術(64197C)、斷肢再接手術(64158B) 、末梢血管修補及吻合術(69038C)、骨骼外固定器裝置術(64237C) 等 4 項支付標準手術編碼，估計 1 年增加費用 192,000 點。 估算式： 1.體表面積>20%之重大燒傷 1 年件數：9,622 件。 2.1 年中申報 64197C、64158B、69038C、64237C 等處置共 210 件。 3.1 年符合急診主診斷 800-904、910-929、950-959、948.2~9489、940、941.5，且同時申報 64197C、64158B、69038C、64237C 等處置之個案數=96 筆。 4.完成重大外傷急診病患照護品質達標者，每個案支給 2000 點獎勵金。 5.假設 100%達標，寬估 1 年增加費用：2000 點 *（96）=192,000 點。
伍、計畫構面 一、急診重大疾病照護品質 （四）嚴	（四）嚴重敗血症患：主診斷或次診斷碼為 ICD: 038.9、785.59，符合國際嚴重敗血症指引定義之急診敗血症病人，從進入急診後	（四）嚴重敗血症患：主診斷或次診斷碼為 ICD: 038.0-038.9、785.59，符合國際嚴重敗血症指引定義之急診敗血症病人，從進入急診後 3 小時內給與第一劑抗生素及	一、說明： （一）本署分區業務組及部分醫院建議如下： 1.將 09135B(乳酸－丙酮酸檢查)納入檢查，因檢查方式不同，可逕行就 09059B 及 09135B 擇一處理。 2.「13001C 至 13024C 細菌學及黴菌檢查中任兩檢查項目」調整為至少有一項即可。

方案修改項目名稱	修改前	修改後	說明及影響評估
重敗血症	3 小時內給與第一劑抗生素及 6 小時內完成敗血症治療組套(sepsis bundle-同時申報: 47015B 中央靜脈導管置入術、09059B 乳酸檢查、收縮壓及 13001C 至 13024C 細菌學及黴菌檢查中任兩檢查項目)之個案。	6 小時內完成敗血症治療組套(sepsis bundle-同時申報: ~~47015B 中央靜脈導管置入術、~~09059B 乳酸檢查（或 09135B 乳酸-丙酮酸檢查）、收縮壓，及至少完成 13016B 及「13001C 至 13024C 中之任 1 項」細菌學及黴菌檢查~~中任兩檢查項目)~~之個案。	3.緊急 CVP(中央靜脈導管置入)臨床風險高，僅衡量是否插入 CVP，未衡量病人預後，並未符合目前國際間品質指標及病人預後為出發點，及臨床 on CVP 非必要項目，建議排除。 4.主或次診斷修訂為 038.0- 038.9。 （二）急診案討論會議結論： 1.同意增列 1、3、4。 2.第 2 項修改為「至少完成 13016B 及『13001C 至 13024C 中之任 1 項』」細菌學及黴菌學檢查。 二、影響評估(以 101 年 7 月~102 年 6 月（急診）資料估計)： 1.1 年中申報急診主次診斷為嚴重敗血症（0380~0389，78559）共 38848 件，其中主次診斷為 0380~0388 共 1703 人次。 2.完成重大外傷急診病患照護品質達標者，每個案支給 1000 點獎勵金。 3.放寬治療敗血症治療套組條件，寬估可能提高 50%達標率， 1 年增加費用 852,000 點： 估算方式：1000 點*(1703/2)= 852,000 點。
伍、計畫構面 二、轉診	（一）向上轉診：中度或一般級急救責任醫院及地區醫院，因重大	（一）向上轉診：中度或一般級急救責任醫院及地區醫院，因重大疾病之緊急狀況，	一、說明： （一）本署分區業務組及部分醫院建議將 038.0~038.8 明確敘明細菌類別感染之嚴重敗血症、531.21 急性胃潰瘍出血併穿孔及阻塞；

方案修改項目名稱	修改前	修改後	說明及影響評估
品質（一）向上轉診	疾病之緊急狀況，醫院照護能力未符需求，須轉診至上一級急救責任醫院或區域以上醫院接受專業處理。疾病主診斷包括急性心肌梗塞，急性腦中風、主動脈剝離、重大外傷須緊急手術、大量腸胃道出血、嚴重敗血症等(詳附表二)	醫院照護能力未符需求，須轉診至上一級急救責任醫院或區域以上醫院接受專業處理。疾病主診斷包括急性心肌梗塞，急性腦中風、主動脈剝離、重大外傷須緊急手術、~~大量腸胃道出血、~~嚴重敗血症等(詳附表二)	532.21 急性十二指腸潰瘍併出血、穿孔及阻塞；533.21 急性消化性潰瘍併出血、穿孔及阻塞納入向上轉診疾病別。 （二）急診案討論會議結論： 1.將 038.0~038.8 增列至向上轉診疾病別。 2.1.同意增列 531.21 急性胃潰瘍出血併穿孔及阻塞等 3 項納入「大量腸胃道出血」範圍。 2.2.惟「大量腸胃道出血」自上轉疾病中刪除，並於下轉或平轉疾病範圍新增「大量腸胃道出血」。 （三）增修附表二疾病範圍如附件 1。 二、影響評估： 「急診上轉轉出醫院獎勵（P4603B）」：500 點。 「急診上轉轉入醫院獎勵（P4604B）」：500 點。 （一）<u>若將 0380~0388 增列至向上轉診疾病別，估計 1 年增加費用 12,882,000 點。</u> 估算方式： 1.主或次診斷為"0380~0389"急診病患 1 年有 25,764 人次。 2.假設上轉件數（以 50%寬估）：25,764/2=12,882 件。 （500 點+500 點）*12,882=12,882,000 點。 （二）<u>若將大量腸胃道出血自「向上轉診」疾病範圍移除，估計 1 年減少 196 人次，減少費用 196,000 點。</u> 估算方式：

方案修改項目名稱	修改前	修改後	說明及影響評估
			1.申報 P4603B 或 P4604B 且主診斷為 53100~53120、53200~53220、53300~53320，1 年有 196 人次。 2.估計 1 年減少費用：（500 點+500 點）*196=196,000 點。 （三）於下轉或平轉疾病範圍新增「大量腸胃道出血」乙項之影響評估詳次項。
伍、計畫構面 二、轉診品質（一）（二）向下或平行轉診	（二）向下或平行轉診：重度級或中度級急救責任或區域以上醫院，為讓病床更有效率運用，將已收治一般急診常見疾病的穩定病人轉出至同等級或下一級急救責任醫院或同層級或下一層級之醫院之適當醫療機構。疾病主診斷包括上消化道出血，肺炎，泌尿道感染、肝硬化或肝昏迷、鬱血性心臟衰竭、軟組織之蜂窩組織炎等(詳附表三)	（二）向下或平行轉診：重度級或中度級急救責任或區域以上醫院，為讓病床更有效率運用，將已收治一般急診常見疾病的穩定病人轉出至同等級或下一級急救責任醫院或同層級或下一層級之醫院之適當醫療機構。疾病主診斷包括上消化道出血，肺炎，泌尿道感染、肝硬化或肝昏迷、鬱血性心臟衰竭、軟組織之蜂窩組織炎等(詳附表三)	一、說明： （一）急診案討論會議結論，於下轉或平轉疾病範圍新增「大量腸胃道出血」。 （二）本署分區業務組及部分醫院建議放寬、增列下轉或平轉疾病別如次： 1.增列「急性膽囊炎、膽結石併急性膽囊炎併阻塞」等疾病。 2.放寬「560 所有類別腸阻塞」（原為 5609）及「682 其他蜂窩組織炎及膿瘍」（原為 6829）。 3.向上轉診疾病別建議擴大至平行醫院。 4.增修疾病範圍如附件 3 之附表三-向下或平行轉診疾病別。 （二）急診案討論會議結論： 1.同意增列或放寬急性膽囊炎…疾病別為下轉或平轉疾病範圍。 2.同意向上轉診疾病別建議擴大至平行醫院。 3.修改方案附表二名稱：「附表二、向上轉診<u>或平行轉診</u>疾病別」。 二、影響評估： （一）<u>若於下轉或平轉疾病範圍新增「大量腸胃道出血」，估計 1 年增</u>

方案修改項目名稱	修改前	修改後	說明及影響評估
			加費用 5,085,000 點。 估算方式： 1.主診斷為 53100~53121、53200~53221、53300~53321 之急診病患，1 年有 6,780 人次。 2.假設平/下轉件數（以 50%寬估）：6,780/2=3,390 件。 2.1.平轉：(500+500)*(3390/2)=1,695,000 點 2.2.下轉：(1000+1000)*(3390/2)=3,390,000 點 估計 1 年增加費用：1,695,000+3,390,000=5,085,000 點。 （二）若增列「急性膽囊炎、膽結石併急性膽囊炎併阻塞」，估計 1 年增加費用 11,985,000 點。 估算方式： 1.急診案件主診斷為 574~575(急性膽囊炎、膽結石併急性膽囊炎併阻塞)1 年有 15,980 人次。 2.假設平/下轉件數（以 50%寬估）：15,980/2=7,990 件。 2.1.平轉：(500+500)*(7,990/2)=3,995,000 點 2.2.下轉：(1000+1000)*(7,990/2)=7,990,000 點 估計 1 年增加費用：3,995,000+7,990,000=11,985,000 點。 （三）若增列「560 所有類別腸阻塞」，估計 1 年增加費用 10,722,000 點。 估算方式：

方案修改項目名稱	修改前	修改後	說明及影響評估
			1.急診案件主診斷為"560"(不含"5609")1 年有 14,295 人次。 2.假設平/下轉件數（以 50%寬估）：14,295/2=7,148 件。 2.1.平轉：(500+500)*(7,148/2)=3,574,000 點 2.2.下轉：(1000+1000)*(7,148/2)=7,148,000 點 估計 1 年增加費用：3,574,000+7,148,000=10,722,000 點。 （四)增列「682 其他蜂窩組織炎及膿瘍」,估計 1 年增加費用 30,051,000 點。 估算方式： 1.急診案件主診斷為 682(不含 6829")1 年有 40,066 人次。 2.假設平/下轉件數（以 50%寬估）：40,066/2=20,033 件。 2.1.平轉：(500+500)*(20,033/2)=10,017,000 點 2.2.下轉：(1000+1000)*(20,033/2)=20,034,000 點 估計 1 年增加費用：10,017,000+20,034,000=30,051,000 點。 （五）若向上轉診疾病別擴大至平行醫院，估計對費用影響不大。 說明：向上轉診轉出/入醫院獎勵金每案件各 500 點，與平行轉診轉出/入醫院獎勵金相同（各 500 點），故估計本項放寬對獎勵金影響不大。

「全民健康保險急診品質提升方案」修訂影響分析總表

方案修改項目名稱	修改範圍	影響費用
伍、計畫構面 一、急診重大疾病照護品質 （一）急性腦中風	美國中風量表 NIHSS 分數由 6-25 分放寬為 4-25 分	
	增列重大外傷範圍	+192,000 點
伍、計畫構面 一、急診重大疾病照護品質 （四）嚴重敗血症	可逕行就 09059B 及 09135B 擇一處理	+852,000 點
	修改為「至少完成"13016B"及『13001C 至 13024C 中之任 1 項』細菌學及黴菌檢查」	
	排除緊急 CVP 處置	
	修改主或次診斷為 0380~0389（原僅有 0389）	
伍、計畫構面 二、轉診品質（一）向上轉診	將 0380~0388 增列至向上轉診疾病別	+12,882,000 點
	將大量腸胃道出血自「向上轉診」疾病範圍移除	-196,000 點
伍、計畫構面 二、轉診品質（一）（二）向下或平行轉診	於下轉或平轉疾病範圍新增「大量腸胃道出血」	+5,085,000 點
	增列「急性膽囊炎、膽結石併急性膽囊炎併阻塞」	+11,985,000 點
	增列「560 所有類別腸阻塞」	+10,722,000 點
	增列「682 其他蜂窩組織炎及膿瘍」	+30,051,000 點
	向上轉診疾病別擴大至平行醫院	0
合計		+71,573,000

附件 23

全民健康保險急診品質提升方案

101.05.01 第一版公告實施

102.07.29 修訂第二版

103.01.01 修訂第三版

壹、 前言

行政院衛生福利部為加速醫院急診部門檢傷分類作業，參採國外經驗，於 99 年公告施行急診五級檢傷分類基準，期快速檢定病人病況危急與嚴重度，讓真正急重症患者，能及時獲得緊急醫療服務，挽回寶貴的生命，健保亦配合於 99 年 1 月 1 日起調增檢傷分類之急診診察費支付標準，並將夜間急診診察費用加成率由 2 成提高為 5 成，期盼醫院能因而提升急診照護之品質。

然而，國內多數醫學中心急診壅塞情形仍為外界及媒體關切，又依據健保 99 年 4 月至 100 年 3 月急救責任醫院相關統計，檢傷分類第 4 級及第 5 級病患病況較不危急，醫師可於 1 小時以後看診之病人，約占全部之 25%，此類病人應儘速加以紓解；第 1 級至第 3 級病況危急之病人急需住院個案中，仍有 17%患者未於 6 小時內入住；急診病人滯留超過 24 小時者，檢傷分類第 1 級約占該類檢傷總病人次之 4.16%，又 23 家重度急救責任醫院檢傷分類計有 11 家占率大於 5%；顯示，醫院對於急診人力之安排，適時提供病人住院照護及適切的轉介作業流程未達相當的品質，除急診部門醫事人員工作負荷增加，並因而影響到急重症病患的醫療照護；急診服務品質仍有待進一步研擬改善之需要。

依據美國醫療機構評鑑聯合會(Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 簡稱 JCAHO)的報告，超過 53%延誤治療的警訊事件(sentinel event)是發生在急診，而因急診壅塞所造成的事件就占了 31%。Chalfin(2007)等的報告，急診重症病人如果無法在 6 小時內入住加護病房，結果不僅住院天數會因此拉長，病人的死亡率也會增高(從 8.4%上升至 10.7%)。Richardson(2006)等的報告，在壅塞時段，相同疾病嚴重度的病人有較高的死亡。Sprivulis(2006)等的報告，壅塞時段，急診病人在第 2 天及第 7 天的病人死亡率增加了 30%。顯示，急診醫療品質的低落，不僅影響病人的安全，更對有限的醫療資源造成一種無形的浪費。

健保署已加強宣導輕症病人不要到醫院急診外，並依行政院衛生福利部有關加強

急重症之醫療照護百年衛生醫療改革計畫，邀集急診醫學會、急診管理學會、衛生福利部醫事司及相關專科醫學會共同研擬本案，並與醫界協商，以試辦論質計酬計畫辦理，期提升急重症照護品質，縮短病人在急診室留置之時間。

貳、　目標

一、 確保重大疾病照護品質。

二、 落實品質導向轉診制度。

三、 提升急診病人處置效率。

參、經費來源：101、102 及 103 年度醫院醫療給付費用總額及其分配，專款編列 3.2 億元。

肆、參與資格：健保特約醫院，並依本計畫規定據實登錄相關資料者。其中未申報急診檢傷分類之地區醫院，配合本方案轉診品質規定，將病人上轉或接受下轉病人個案，給予獎勵。

伍、計畫構面

一、急診重大疾病照護品質：

針對急性腦中風、急性心肌梗塞、重大外傷及嚴重敗血症患，訂定到院一定時間內接受必要治療處置之標準及獎勵

(一) 急性腦中風：係主診斷碼為 ICD: 433.00 至 434.91，美國中風量表 NIHSS 介於 ~~64~~-25 分之急診病人，符合健保相關用藥規定，完成血栓溶解劑(r-tPA 健保申報碼:K000743248)注射之個案。

(二) 急性心肌梗塞：主診斷碼為 ICD: 410.00 至 410.52、410.80 至 410.92 之病患，從進入急診後經檢查適合者，於 90 分鐘內接受緊急介入性心導管治療(診療項目為 33076B 至 33078B 經皮冠狀動脈擴張術)之個案(door to balloon time < 90 min)。

(三) 重大外傷：主診斷碼 ICD:800-904、910-929、950-959，ISS≧16 之急診病人，或體表面積>20%之重大燒傷，診斷為 948.2~9489、940、941.5，從進入急診

後 2 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置(詳附表一)之個案。

(四) 嚴重敗血症患：主診斷或次診斷碼為 ICD: 038.0-038.9、785.59，符合國際嚴重敗血症指引定義之急診敗血症病人，從進入急診後 3 小時內給與第一劑抗生素及 6 小時內完成敗血症治療組套(sepsis bundle-同時申報:~~47015B 中央靜脈導管置入術、~~09059B 乳酸檢查（或 09135B 乳酸-丙酮酸檢查）、收縮壓，及至少完成 13016B 及「13001C 至 13024C 中之任 1 項」細菌學及黴菌檢查~~中任兩檢查項目)~~之個案。

(五) 獎勵方式：(一)~(三)達標者每個案支給 2000 點；(四)達標者每個案支給 1000 點。

二、轉診品質：

強化急診室重症病患上轉且穩定病患下轉之機制，針對符合轉診品質保證之個案，給予轉出及轉入醫院獎勵，希望透過有品質的轉診機制，各急救責任醫院能各司其職於第一時間依其能力完成病患醫療處置。

(一) 向上轉診：中度或一般級急救責任醫院及地區醫院，因重大疾病之緊急狀況，醫院照護能力未符需求，須轉診至上一級急救責任醫院或區域以上醫院接受專業處理。疾病主診斷包括急性心肌梗塞，急性腦中風、主動脈剝離、重大外傷須緊急手術、~~大量腸胃道出血、~~嚴重敗血症等(詳附表二)

(二) 向下或平行轉診：重度級或中度級急救責任或區域以上醫院，為讓病床更有效率運用，將已收治一般急診常見疾病的穩定病人轉出至同等級或下一級急救責任院或同層級或下一層級之醫院之適當醫療機構。疾病主診斷包括上消化道出血，肺炎，泌尿道感染、肝硬化或肝昏迷、鬱血性心臟衰竭、軟組織之蜂窩組織炎等(詳附表三)

(三) 轉診作業

1. 醫院應設有專責辦理轉診作業之窗口。

2. 轉出醫院：向病人說明轉診原因；填寫轉診同意書及轉診單。

3. 轉入醫院：接收醫院要同意，並提供必要醫療照護；填寫處置情形轉診回覆單。

(四) 獎勵方式：符合向上轉診或平行轉診之病人，每個案獎勵 1000 點；符合向下轉診之病人，每個案獎勵 2000 點。轉出與轉入醫院各給予 50%。

三、急診處置效率

本項係以各項效率指標為基礎加以比較獎勵，藉以提升急診處置效率，舒緩急診的壅塞。

(一) 觀察指標：

（１）非外傷病人檢傷分類各級住院比率

定義：大於等於 18 歲非外傷病人住院(包含普通病房及加護病房)

計算基準：由急診治療後住入同一醫院比率

計算方式：分子: 大於等於 18 歲非外傷該級住院人次

分母: 大於等於 18 歲非外傷該級病人次

(大於等於 18 歲非外傷該級住院人次 / 大於等於 18 歲非外傷該級病人次) * 100%

（２）外傷病人檢傷分類各級住院比率

定義：處置碼介於 48001C-48035C 之外傷病人住院(包含普通病房及加護病房)

計算基準：由急診治療後住入同一醫院比率

計算方式：分子: 外傷病人該級住院人次

分母: 外傷病人該級病人次

(外傷病人該級住院人次 / 外傷病人該級病人次) * 100%

（３）兒科病人檢傷分類各級住院比率

定義：小於 18 歲非外傷病人住院(包含普通病房及加護病房)

計算基準：由急診治療後住入同一醫院比率

計算方式：分子: 小於 18 歲非外傷病人該級住院人次

分母: 小於 18 歲非外傷病人該級病人次

(小於 18 歲非外傷病人各級住院人次 / 小於 18 歲非外傷病人各級病人次) * 100%

(二) 壅塞指標：急診病人停留超過 24 小時之比率

計算基準：病人到院時間-病人離院或住院時間

計算方式：分子:急診病人停留超過 24 小時病人次

分母:所有急診病人次

(急診停留超過 24 小時病人次/所有急診病人次) * 100%

(三) 效率指標

3.1 完成急診重大疾病照護病人進入加護病房< 6 小時之比率

計算基準：完成急診重大疾病照護病人轉入加護病房時間-其到達急診時間< 6 小時

計算方式：分子: 完成急診重大疾病照護於六小時內轉入加護病房病人次

分母: 完成急診重大疾病照護總人次

(完成急診重大疾病照護病人於六小內轉入加護病房人次/完成急診重大疾病照護之總人次) * 100%

3.2 檢傷一、二、三級急診病人轉入病房< 8 小時之比率

計算基準：病人轉入同一家醫院病房時間-病人到達急診時間< 8 小時

計算方式：分子:檢傷一、二、三級病人 8 小時內住院人次

分母:檢傷一、二、三級病人住院人次

(檢傷一、二、三級 8 小時內住院人次/檢傷一、二、三級病人住院人次) * 100%

3.3 檢傷四、五級急診病人離開醫院< 4 小時之比率

計算基準：病人離院時間-病人到達急診時間< 4 小時

計算方式：分子:檢傷四、五級病人 4 小時內出院人次

分母:檢傷四、五級級病人出院人次

(檢傷四、五級病人 4 小時內出院人次/檢傷四、五級病人出院人次) * 100%

3.4 地區醫院急診病人增加

計算基準：以檢傷分類等級申報所有急診病人次計算

計算方式：本年急診人次 > 上年急診人次

(四) **品質獎勵方式**

1. 維持獎: 壅塞指標小於或等於 1%，且該院所本年度轉出比率低於同級醫院之 50 百分位。本年度效率指標(3.1-3.3)，維持在同級醫院前 25 百分位，三項指標達到者，每一醫院給予 20 點乘以當年度急診檢傷一、二、三級病人次合計數獎勵，若有單項指標達到給予 1/3，兩項指標達到給予 2/3。

2. 進步獎:

(1) 壅塞指標大於1%

A. 效率指標(3.1-3.3)年度進步~~8~~10%以上，三項指標均達到者，每一醫院獎勵1~~0~~5點乘以當年度急診檢傷一、二、三級病人次合計數，若有單項指標達到給予1/3，兩項指標達到給予2/3。

B. 效率指標(3.1-3.3)年度進步~~10~~8%以上，三項指標達到者，每一醫院獎勵1~~5~~0點乘以當年度急診檢傷一、二、三級病人次合計數，若有單項指標達到給予1/3，兩項指標達到給予2/3。

獎勵順序：A項優於B項，且A、B二項不重複敘獎。

(2) 效率指標(3.4)各地區醫院本年急診人次較上年增加，每增加1人次支給500點獎勵。

陸、醫療費用申報給付及審查

一、 急診重大疾病照護及轉診品質獎勵申報規定如下

(一)急診重大疾病照護品質方面：第一至第三項疾病完成照護個案以代碼 P4601B「急性腦中風、心肌梗塞及重大外傷照護獎勵」名稱，申報 2000 點，第四項疾病完成照護個案以代碼 P4602B「嚴重敗血症照護獎勵」申報 1000 點，採每月申報、醫令類別為 2。

(二)轉診品質獎勵方面：

1. 上轉個案：轉出醫院以代碼 P4603B「急診上轉轉出醫院獎勵」，申報 500 點，接受轉診醫院，以代碼 P4604B「急診上轉轉入醫院獎勵」，申報 500 點，採每月申報，醫令類別為 2。

2. 下轉個案：轉出醫院以代碼 P4605B「急診下轉轉出醫院獎勵」，申報 1000 點，接受轉診醫院，以代碼 P4606B「急診下轉轉入醫院獎勵」，申報 1000 點，採每月申報，醫令類別為 2。

3. 平轉個案：轉出醫院以代碼 P4607B「急診平轉轉出醫院獎勵」，申報 500 點，接受轉診醫院，以代碼 P4608B「急診平轉轉入醫院獎勵」，申報 500 點，採每月申報，醫令類別為 2。

二、 年度結束後 4 月底前辦理前一年度急診處置效率獎勵結算作業，各項獎勵以每點 1 元為上限，但若有超支，則以浮動點值支付。

三、 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。

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

柒、品質資訊之登錄

一、 參加本方案醫院應依規定，於保險人健保資訊網服務系統之 VPN 登載相關資料，格式如附表四(建置於健保資訊網服務系統 https://10.253.253.243/iwpe0000/iwpe0000s01.aspx)，如健保相關資料未及時登錄或登錄不全者，不予支付相關費用。

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

捌、資訊之分享與公開

一、保險人之分區業務組得舉辦方案執行概況檢討或發表會，由參與本方案之特約醫療機構報告，藉以進行計畫執行成果檢討及經驗交流。

二、保險人得公開參與本方案之醫療機構名單及相關品質資訊供民眾參考。

三、本計畫所獲獎勵金應用於改善急診工作人力或病人服務，獎勵金運用情形，應提報本保險人備查者，本保險人得酌情予以公開。

附表一 、緊急搶救手術或處置

健保碼	手術名稱
33075B	血管阻塞術
64197C	肌腱切開或筋膜切開
64158B	斷肢再接手術
69038C	末稍血管修補及吻合術併血管移植
64237C	骨骼外固定器裝置術
67013B	氣管支氣管傷修補術
67002B	開胸探查術
67010B	肺單元切除術
67011B	肺楔狀或部份切除術
67022B	全肺切除及胸廓成形術或支氣管成形術
67023B	一葉肺葉切除
67024B	肺全切除術
68036B	體外循環維生系統(ECMO)建立
68006B	探查性開心術
68005B	心臟縫補術
68001B	探查性心包膜切開術
69009B	動脈縫合
75007B	縫肝術（肝損傷縫合，小於5公分）
75009B	縫肝術（複雜肝損傷之縫合或大於5公分）
75805B	剖腹探查術
83036C	硬腦膜外血腫清除術
83037C	急性硬腦膜下血腫清除術

健保碼	手術名稱
83039B	腦內血腫清除術
73010B	小腸切除術加吻合術
71206B	食道切除再造術
72014B	胃空腸造口吻合術
73017B	結腸全切除術併行直腸切除術及迴腸造口
74206B	Hartmann 氏直腸手術
70001B	脾臟切除術
70002B	脾臟修補術
83080B	顱內壓監視置入
64022B至64024B	四肢切斷術

附表二、向上轉診或平行轉診疾病別

疾病碼	診斷碼中文名稱
410.00 至 410.52、410.80 至 410.92	急性心肌梗塞
433.00 至 434.91	急性腦中風
441.00 至 441.02	主動脈剝離
456.20	食道靜脈瘤出血
~~531.00-531.20、532.00-532.20、533.00-533.20~~	~~腸胃道出血~~
038.0~038.9、785.59	敗血症
800-904、910-929、950-959	重大外傷

附表三、向下或平行轉診疾病別

疾病碼	診斷碼中文名稱
5789	胃腸道出血
531.00-531.21 、 532.00-532.21 、 533.00-533.21	大量腸胃道出血
560~~9~~	腸阻塞
574-575	急性膽囊炎、膽結石併急性膽囊炎併阻塞
5761	膽管炎
5770	急性胰臟炎
486	肺炎
496	慢性氣道阻塞
682~~9~~	其他蜂窩組織炎及膿瘍
4280	充血性心臟衰竭
7806	發燒
599	泌尿道感染
59080	腎盂腎炎
585	慢性腎衰竭
5715	肝硬化，未提及酒精性者
5722	肝性昏迷

附表四

全民健康保險急診品質方案

獎勵個案登錄系統(VPN)必要欄位表

一、基本資料

1.院所代碼、2.病人 ID、3.出生日期、4.進入急診時間(年月日時分)

二、急診重大疾病照護品質必登欄位

1. 急性腦中風照護(共 3 欄)： NIHSS 量表分數、藥品代碼(K000743248)、開始給藥時間。
2. 急性心肌梗塞(共 2 欄)：治療項目醫令代碼(33076B 至 33078B 任一項)、開始執行時間。
3. 重大外傷(共 3 欄)： ISS 量表分數、治療項目醫令代碼(詳附表一任一項)、開始執行時間。
4. 嚴重敗血症患(共 11 欄)：收縮壓、治療項目醫令代碼及開始時間如下
   (1) 抗生素藥品代碼、給藥時間
   (2) 47015B、開始執行時間
   (3) 09059B 、開始執行時間
   (4) 13001C 至 13024C 中任兩檢查項目、各自開始執行時間

三、轉診獎勵品質必登欄位

1. 轉出醫院：轉出時間 、轉出醫院代號
2. 接受轉診醫院：轉入時間、轉入醫院代號