



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

103 年第 1 次會議資料

103 年 3 月 13 日（星期四）  
本署 18 樓會議室



# 103 年度第 1 次「全民健康保險醫療服務給付項目及 支付標準共同擬訂會議」 會議議程

## 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、調升全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部 中醫支付標準第四章、第五章、第六章及第八章針傷科 相關診療項目支付點數案。.....	第 1-1 頁
二、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。.....	第 2-1 頁

## 肆、討論事項

一、Tw-DRGs103 年適用參數。.....	第 3-1 頁
二、Tw-DRGs 第 2 階段導入項目相關事宜討論案。.....	第 4-1 頁
三、103 年健保特約醫院 ICD-10-CMPCS 編碼實作獎勵方案。...	第 5-1 頁
四、103 年度西醫基層提升婦產科夜間住院護理照護品質案。...	第 6-1 頁
五、有關修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第 八部第二章糖尿病」案。.....	第 7-1 頁
六、再辦理「全民健康保險週產期論人支付制度試辦計畫」案。	第 8-1 頁
七、修訂「全民健康保險急診品質提升方案」。.....	第 9-1 頁
八、有關新增全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準「胸 腔鏡胸管結紮術」等 5 項診療項目案。.....	第 10-1 頁
九、修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號	第 11-1 頁

12197B「血中藥物濃度測定-Everolimus」等6項診療項目案。.....	
十、增修「視網膜手術」及「角膜移植手術」等13項全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目案。.....	第 12-1 頁
十一、有關全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療編號 91009B 及 91010B「牙周骨膜翻開術」開放至 C 表案。	第 13-1 頁

伍、臨時動議

陸、散會

貳、確認本會 102 年度第 6 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 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」會議紀錄

時 間：102 年 12 月 19 日(星期四)下午 2 時

地 點：中央健康保險署 9 樓第一會議室

主 席：蔡副署長魯

紀錄：方淑雲

出席人員：

陳代表雪芬	陳雪芬	陳代表福展	翁瑞文(代)
黃代表雪玲	黃雪玲	蘇代表清泉	蔣世中(代)
林代表富滿	林富滿	吳代表志雄	(請假)
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	(請假)
陳代表志忠	陳志忠	高代表靖秋	高靖秋
徐代表弘正	徐弘正	曾代表中龍	曾中龍
林代表淑霞	(請假)	曹代表昭懿	曹昭懿
羅代表永達	羅永達	吳代表進興	吳進興
謝代表文輝	謝文輝	黃代表鶴珠	林綉美(代)
謝代表武吉	謝武吉	黃代表棟國	黃棟國
朱代表益宏	朱益宏	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	(請假)	李代表永振	李永振
盧代表榮福	(請假)	陳代表川青	陳川青
張代表嘉訓	(請假)	侯代表彩鳳	侯彩鳳
王代表正坤	(請假)	李代表玉春	李玉春
黃代表啟嘉	(請假)	吳代表肖琪	(請假)
陳代表憲法	陳憲法		

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	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	黃鏐容
台灣醫院協會	何宛青、潘廷健
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
中華民國藥師公會全國聯合會	李蜀平、王韻婷
中華民國護理師護士公會全國聯合會	曾修儀
中華民國助產師助產士公會全國聯合會	請假
台灣急診醫學會	陳維恭
本署台北業務組	蔡翠珍、陳美玲、張作貞
本署北區業務組	郭珮萱
本署中區業務組	請假
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	李純馥、林淑範、王淑華 李待弟、蕭靜怡、張益誠、 涂奇君、方淑雲

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) 有關本保險支付標準編碼 58027C(急重症透析)申報條件修訂案。

決議：同意修訂病患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)。

(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。

決議：本案請中華民國牙醫師公會全國聯合會，於牙醫門診總額研商議事會議討論，依其決議，再提案至本會議報告。

(三) 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。

決議：本案由健保署補充該藥品使用之財務衝擊分析資料，再提案報告。

(四) 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。  
決議：

1. 部分委員建議，本計畫承作醫院之專任專業人員中，語言治療師可得採兼任方式辦理，以及本計畫評估量表是否有使用版權問題，請業務單位參考，餘本次所提修訂計畫內容洽悉。

2. 請健保署於 103 年 2 月醫院總額研商議事會議報告財務評估，並於實施半年後檢討。

3. 有關獲選試辦團隊之目標管理，建請分區業務組適當檢討調整。

(五) 有關修訂 103 年「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫」案。

決議：洽悉。

(六) 102 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準調整案後續辦理事宜。

決議：

1. 本支付標準調整案，醫院部門追溯至 102 年 1 月 1 日起實施，西醫基層院所僅追溯中華民國醫師公會全國聯合會建議調升之 10 項外科手術及處置項目，其餘調整項目於 103 年 1 月 1 日起實施。
2. 102 年 1 月至 12 月追溯之支付標準調整差額點數，由本署按申報醫令數統一進行補付作業，並併入第 4 季結算，為利醫院於 103 年農曆前能收到本項費用，本署將於 103 年春節前先行補付 102 年 1 月至 9 月之差額。
3. 全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)及論病例計酬案件以申報醫令之支付標準調整差額點數計算，不另行檢核是否超過「醫療服務點數上限臨界點」或「得核實申報上限點數」。
4. 同步調整論病例計酬項目之包裹支付點數及「得核實申報上限點數」，影響項目包括「97004C (陰道生產)」等共計 23 項。本次調整內容將併 102 年支付標準調整案公告實施。
5. 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等相關計算參數暫沿用 102 年適用之統計值，俟本署依本 102 年支付標準修訂內容，校正 101 年申報資料及統計相關數據，另案提本會議報告。
6. 103 年各醫院 CMI 值，依 102 年支付標準修訂內容，校正 101 年申報資料進行統計，於 102 年底公布。
7. 餘洽悉。

#### 四、討論事項：

(一)有關醫院藥事服務費調整及藥事人員合理調劑量規定案。

決議：

1. 因醫院藥事作業包含藥品倉儲管理、臨床研發、藥歷管理、藥品資訊建置及提供、處方適當性評估、藥品調配及核對、用藥指導、特殊病人衛教等團隊運作，非由單一藥事人員完成完整之處方調劑作業，及醫院處方量受到不可控制因素如病患疾病、國定例假日之急診量、氣候等多項因素，原規劃醫院申報每日調劑人員及按日計算合理調劑量，因無法顯現醫院藥事人力配置，改採按月依執業登錄之藥事人員數計算醫院藥事人員合理調劑量，超出部分予以折付 50%。
2. 為降低醫院各層級間藥事服務費之差距，建議藥事服務費以定額方式調整，另支付點數偏低之住院非單一劑量處方，亦納入調整項目。
3. 依前述會議決議修訂調整內容，依全民健康保險會 103 年醫院總額協商結論，提該會同意。
4. 餘洽悉。

(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。

決議：與會人數不足，暫停討論。

(三) 新增 103 年「健保特約醫院 ICD-10-CM/PCS 編碼實作獎勵方案」案。

決議：與會人數不足，暫停討論。

(四) 再辦理「全民健康保險週產期論人支付制度試辦計畫」案。

決議：與會人數不足，暫停討論。

(五) 修訂「全民健康保險急診品質提升方案」案。

決議：與會人數不足，暫停討論。

**散會：下午 18 時 10 分。**

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
102-5-2 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。	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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</p>	健保署醫管組	<p>本案已於103年1月28日以健保醫字第1030032620號函辦理預告，並於103年2月19日以健保醫字第1030032731號函報部核定發布。</p>	V	
102-6-1 報	102.12.19	有關本保險支付標準編碼58027C(急重症透析)申報條件修訂案。	<p>同意修訂病患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)。</p>	健保署醫管組	<p>本案已於103年1月13日健保醫字第1030032507號辦理預告，103年1月24日健保醫字第1030032609號函報部核定發布。</p>	V	
102-6-2 報	102.12.19	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。	<p>本案請中華民國牙醫師公會全國聯合會，於牙醫門診總額研商議事會議討論，依其決議，再提案至本會議報告。</p>	健保署醫管組	<p>本案已於103年1月27日以衛部保字第1031260039號函公告</p>	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
102-6-3 報	102.12.19	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。	本案由健保署補充該藥品使用之財務衝擊分析資料,再提案報告。	健保署醫管組	為求審慎,本案已於103年2月18日以健保醫字第1030032702函請台灣癌症安寧緩和醫學會提供財務評估資料。		V
102-6-4 報	102.12.19	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。	1.部分委員建議,本計畫承作醫院之專任專業人員中,語言治療師可得採兼任方式辦理,以及本計畫評估量表是否有使用版權問題,請業務單位參考,餘本次所提修訂計畫內容洽悉。 2.請健保署於103年2月醫院總額研商議事會議報告財務評估,並於實施半年後檢討。 3.有關獲選試辦團隊之目標管理,建請分區業務組適當檢討調整。	健保署醫管組	本案已於103年1月24日健保醫字第1030000612號公告,並於實施半年後檢討。	V	
102-6-7 報	102.12.19	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。	洽悉。	健保署醫管組	103年2月13日以健保醫字第1030002388號函公告實施。	V	
102-6-1 臨	102.12.19	102年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準調整案後續辦理事宜。	1.本支付標準調整案,醫院部門追溯至102年1月1日起實施,西醫基層院所僅追溯中華民國醫師公會全國聯合會建議調升之10項外科手術及處置項目,其餘調整項目於103年1月1日起實施。 2.102年1月至12月追溯之支付標準調整差額點數,由本署按申報醫令數統一進行補付作業,並併入第4季結算,為利醫院於103年農曆前能收到本項費用,本署將於103年春節前先行補付102	健保署醫管組	1.102年1-9月醫療費用差額補付已於103年2月14日完成撥付,刻正進行102年10-12月之醫療費用差額補付作業,預計3月底前完成撥付。 2.103年適用	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
			<p>年 1 月至 9 月之差額。</p> <p>3.全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)及論病例計酬案件以申報醫令之支付標準調整差額點數計算，不另行檢核是否超過「醫療服務點數上限臨界點」或「得核實申報上限點數」。</p> <p>4.同步調整論病例計酬項目之包裹支付點數及「得核實申報上限點數」，影響項目包括「97004C(陰道生產)」等共計 23 項。本次調整內容將併 102 年支付標準調整案公告實施。</p> <p>5.103 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等相關計算參數暫沿用 102 年適用之統計值，俟本署依本 102 年支付標準修訂內容，校正 101 年申報資料及統計相關數據，另案提本會議報告。</p> <p>6.103 年各醫院 CMI 值，依 102 年支付標準修訂內容，校正 101 年申報資料進行統計，於 102 年底公布。</p> <p>7.餘洽悉。</p>		<p>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等參數將提報本次會議討論。</p> <p>3.103 年各醫院 CMI 值已於 103 年 1 月 14 日由各分區業務組轉知各醫院。</p>		
102-6-1 討	102.12.19	醫院藥事服務費調整及藥事人員合理調劑量規定案。	<p>1.因醫院藥事作業包含藥品倉儲管理、臨床研發、藥歷管理、藥品資訊建置及提供、處方適當性評估、藥品調配及核對、用藥指導、特殊病人衛教等團隊運作，非由單一藥事人員完成完整之處方調劑作業，及醫院處方量受到不可控制因素如病患疾病、國定例假日之急診量、氣候等多項因素，原規劃醫院申報每日調劑人員及按日計算合理調劑量，因無法顯現醫院藥事人力配置，改採按月依執業登錄之藥事人員數計算醫院藥事人員合理調劑量，超出部分予以折付 50%。</p> <p>2.為降低醫院各層級間藥事服務費之差距，建議藥事服務費以定</p>	健保署醫管組	<p>本案已依會議決議提報 103 年 1 月 24 日衛生福利部全民健康保險會 103 年第 1 次委員會討論通過，已於 103 年 2 月 27 日辦理預告作業。</p>	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
			<p>額方式調整，另支付點數偏低之住院非單一劑量處方，亦納入調整項目。</p> <p>3.依前述會議決議修訂調整內容，依全民健康保險會 103 年醫院總額協商結論，提該會同意。</p> <p>4.餘洽悉。</p>				

# 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：調升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第四章、第五章、第六章及第八章針傷科相關診療項目支付點數案。

說明：

- 一、依據 103 年 2 月 20 日「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議」會議結論辦理。
- 二、上述會議結論通過中醫支付標準第四章、第五章、第六章及第八章針傷科相關診療項目支付點數均調升 10 點。
- 三、103 年中醫門診總額醫療給付費用非協商因素成長率 1.417% 計 2.975 億，其中人口結構改變率 0.713 億、投保人口成長率 0.431 億、「醫療服務成本指數改變率」1.83 億。本署認為醫療服務成本指數改變率部分可應用於支付標準調整，反應物價及人力薪資之改變。
- 四、按 101 年針傷科申報量，本署推估調升支付點數後將增加 1.98 億預算(19.8 百萬件\*10 點=1.98 億)，由上述「醫療服務成本指數改變率」之 1.83 億預算支應，不足部分約 0.15 億由非協商因素其他部分(投保人口數年增率及人口結構改變率)支應。
- 五、本案修訂後支付標準(詳附件 1，P1-2~P1-6)，將依程序陳報衛生福利部核定公布。

決定：

第四部 中 醫

附件 1

第四章 針灸治療

編號	診療項目	支付點數
B41	針灸治療處置費(含材料費) —另開內服藥	200 <u>210</u>
B42	—未開內服藥	200 <u>210</u>
B43	電針治療 —另開內服藥	200 <u>210</u>
B44	—未開內服藥	200 <u>210</u>
B45	複雜性針灸治療 --另開內服藥	280 <u>290</u>
B46	--未開內服藥	280 <u>290</u>
	註 1：申報與審查方式依附表 4.4.1 規定辦理。 註 2：本項申報適應症請詳附表 4.4.2。	

## 第五章 傷科治療

通則：限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。

編號	診療項目	支付點數
B53	傷科治療處置費(含材料費) —另開內服藥	200 <u>210</u>
B54	—未開內服藥	200 <u>210</u>
	註： 1.標準作業程序 (1) 四診八綱辨證。 (2) 診斷。 (3) 理筋手法。 2.適應症 (1) 急慢性扭、挫、瘀傷：踝扭傷、腰扭傷、頸部扭傷等。 (2) 肌腱炎：網球肘、棒球肩、腕部橈側腱鞘炎等。 (3) 關節病變：類風濕性關節炎、退化性關節炎、僵直性關節炎、痛風、冰凍肩（凝肩）等。	
B55	複雜性傷科治療 —另開內服藥	280 <u>290</u>
B56	—未開內服藥	280 <u>290</u>
B57	—骨折、脫臼整復第一線復位處置治療	450 <u>460</u>
	註： 1、申報與審查方式依附表4.5.1規定辦理。 2、本項申報適應症請詳附表4.5.2。 3、B57「骨折、脫臼整復第一線復位處置治療」係指該患者受傷部位初次到醫療院所做接骨、復位之處理治療，且不得與B61併同申報。	

## 第六章 脫白整復費治療處置

通則：限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。

編號	診療項目	支付點數
B61	脫白整復費(含材料費)	300
	—同療程第一次就醫	<u>310</u>
B62	—同療程複診，另開內服藥	<del>200</del>
		<u>210</u>
B63	—同療程複診，未開內服藥	<del>200</del>
		<u>290</u>

第八章 針灸(合併傷科)治療

通則：1.限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。

2.以下各診療項目適用其內含單項診療項目之各項規範

編號	診療項目	支付點數
B80	針灸(合併傷科)治療(含材料費)	
	--另開內服藥	200
B81	--未開內服藥	200
	針灸(合併複雜性傷科)治療(含材料費)	210
B82	--另開內服藥	280
	--未開內服藥	290
B83	--未開內服藥	280
	--骨折、脫臼整復第一線復位處置治療	290
B84	--骨折、脫臼整復第一線復位處置治療	450
	電針(合併傷科)治療(含材料費)	460
B85	--另開內服藥	200
	--未開內服藥	210
B86	--未開內服藥	200
	電針(合併複雜性傷科)治療(含材料費)	210
B87	--另開內服藥	280
	--未開內服藥	290
B88	--未開內服藥	280
	--骨折、脫臼整復第一線復位處置治療	290
B89	--骨折、脫臼整復第一線復位處置治療	450
	複雜性針灸(合併傷科)治療(含材料費)	460
B90	--另開內服藥	280
	--未開內服藥	290
B91	--未開內服藥	280
	複雜性針灸(合併複雜性傷科)治療(含材料費)	290

編號	診療項目	支付點數
B92	--另開內服藥	280 <a href="#">290</a>
B93	--未開內服藥	280 <a href="#">290</a>
B94	--骨折、脫臼整復第一線復位處置治療  註：B84、B89、B94 係指該患者受傷部位初次到醫療院所 做針灸合併接骨、復位之處理治療，且不得與 B57、B61 併同申報。	450 <a href="#">460</a>

## 報告事項

### 第二案

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第三部牙醫支付標準案。

說明：資料後補。

決定：



# 肆、討論事項



## 討論事項

### 第一案

報告單位：健保署醫務管理組

案由：有關 Tw-DRGs103 年適用參數一案。

說明：資料後補。

決定：



## 討論事項

### 第二案

提案單位：健保署醫務管理組

案由：Tw-DRGs 第 2 階段導入項目相關事宜討論案。

說明：資料後補。

擬辦：



## 討論事項

### 第三案

提案單位：健保署醫務管理組

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

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 2，P5-4~P5-5)。
- 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、本署相關業務單位意見，並與台灣醫院協會 2 次討論後，考量醫院雙軌申報因應能力及鼓勵醫院實作，方案內容研議如下：
  - (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 年或 2014 年版本；或美國公告之 2014 年 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：為蒐集及評估 ICD-10-CM/PCS 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，考量地區醫院聘請編

碼人員不易，且目前多數地區醫院，僅具有 1 位或沒有編碼人員，建議疾病分類品質稽核指標 3：「醫院內部或外部稽核 ICD-10-CM/PCS 編碼一致率」區域（含）以上醫院填報，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（限區域（含）層級以上醫院填報）；  
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 50% 以下者，當月所有符合獎勵標準之案件，每件獎勵 100 點。
  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 50%（含）以上者，當月所有符合獎勵標準之案件，每件獎勵 120 點。
- (三) 本項專款預算按季暫以 1 點 1 元結算，年底時進行全年結算，採浮動點值計算，且每點金額不高於 1 元。
- (四) 凡本署進行有效碼檢核認為屬無效碼者，本署每月會將編碼錯誤報表回饋醫院。
- (五) 符合獎勵標準之件數（不含補報案件），以 101 年全國住診案

件每件 100 點估推估，約需 3.2 億元；以 101 年全國 50% 住診案件每件 100 點估推估，約需 1.6 億元；以本案最高點數 120 點推估 101 年全國住診案件預算約計 3.9 億元(詳附件 3，P5-6)。

(六) 擬定方案 (草案) (詳附件 4，P5-7~P5-11)。

四、 另本方案將於 103 年 8 月底前就執行狀況進行檢討。

五、 本案將報請衛生福利部核定後自公告日起實施。

擬辦：

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。
	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)。
<b>總計 (不含四部門移列)</b>	<b>10,782.4</b>	<b>1,952.0</b>		

註：採支出目標制，由中央健康保險署管控。

103年健保特約醫院ICD-10-CM/PCS編碼實作獎勵方案預算模擬					
層級別	101年住診 件數	100點	100點 (以件數的1/2估算)	120點	120點 (以件數的1/2估算)
醫學中心	1,072,040	107,204,000	53,602,000	128,644,800	64,322,400
區域醫院	1,480,161	148,016,100	74,008,050	177,619,320	88,809,660
地區醫院	668,570	66,857,000	33,428,500	80,228,400	40,114,200
總計	3,220,771	322,077,100	161,038,550	386,492,520	193,246,260

## 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 103 年 1 月 21 日衛部健字第 1033360005 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）申報方式

醫院於次月 30 日前依本署規定格式於健保資訊網服務系統（VPN）批次上傳該月申報之 ICD-10 編碼案件。

##### （二）上傳格式

1. 檔案格式：csv 檔案。
2. 檔案命名原則：醫事機構代號\_醫事類別\_費用年月\_序號\_icd10.csv

如：0401180014\_22\_10301\_01\_icd10.csv

註：醫事類別:21 住診診所 22:住診醫院

#### 3. 檔案內容：

- （1）第一列為 ICD-10-CM/PCS 版本及疾病分類品質稽核指標數字（除地區醫院為 2 個指標外，區域(含)以上醫院為 3 個指標），以 2010 年版本編碼為例：2010,每月 ICD-9-CM 編碼之出院病歷數, ICD-9-CM 實

際編碼人數，每月 ICD-10-CM/PCS 編碼之出院病歷數，  
ICD-10-CM/PCS 實際編碼人數，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

(2) 第二列以後開始則為個案資料，格式如下：

醫事機構代碼,醫事類別,費用年月,申報類別,案件分類,流水號,身分  
證號,主診斷代碼,次診斷代碼(一),次診斷代碼(二),次診斷代碼(三),次  
診斷代碼(四),次診斷代碼(五),次診斷代碼(六),次診斷代碼(七),次診  
斷代碼(八),次診斷代碼(九),次診斷代碼(十),次診斷代碼(十一),次診  
斷代碼(十二),次診斷代碼(十三),次診斷代碼(十四),次診斷代碼(十  
五),次診斷代碼(十六),次診斷代碼(十七),次診斷代碼(十八),次診斷代  
碼(十九),處置代碼(一),處置代碼(二),處置代碼(三),處置代碼(四),處  
置代碼(五),處置代碼(六),處置代碼(七),處置代碼(八),處置代碼(九),  
處置代碼(十),處置代碼(十一),處置代碼(十二),處置代碼(十三),處置  
代碼(十四),處置代碼(十五),處置代碼(十六),處置代碼(十七),處置代  
碼(十八),處置代碼(十九),處置代碼(二十)。

#### 4. 注意事項

- (1) 同一個月份資料可整批上傳多次（不可分批分筆上傳），惟檔名以序  
號區分，以後傳資料覆蓋前次上傳資料。
- (2) 本署會進行資料格式檢核並於 VPN 回傳錯誤訊息，請醫院上傳資料  
後至 VPN 查閱是否有錯誤訊息。
- (3) 檔案格式之各項名詞定義，同本署醫療費用申報格式。

## 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 年或 2014 年版本；或美國公告之 2014 年 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：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 50%以下者，當月所有符合獎勵標準之案件，每件獎勵 100 點。
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 50%(含)以上者，當月所有符合獎勵標準之案件，每件獎勵 120 點。

三、為了解方案執行成效，103 年 8 月底就本方案執行狀況進行檢討。

## 陸、 獎勵金計算方式及核付流程

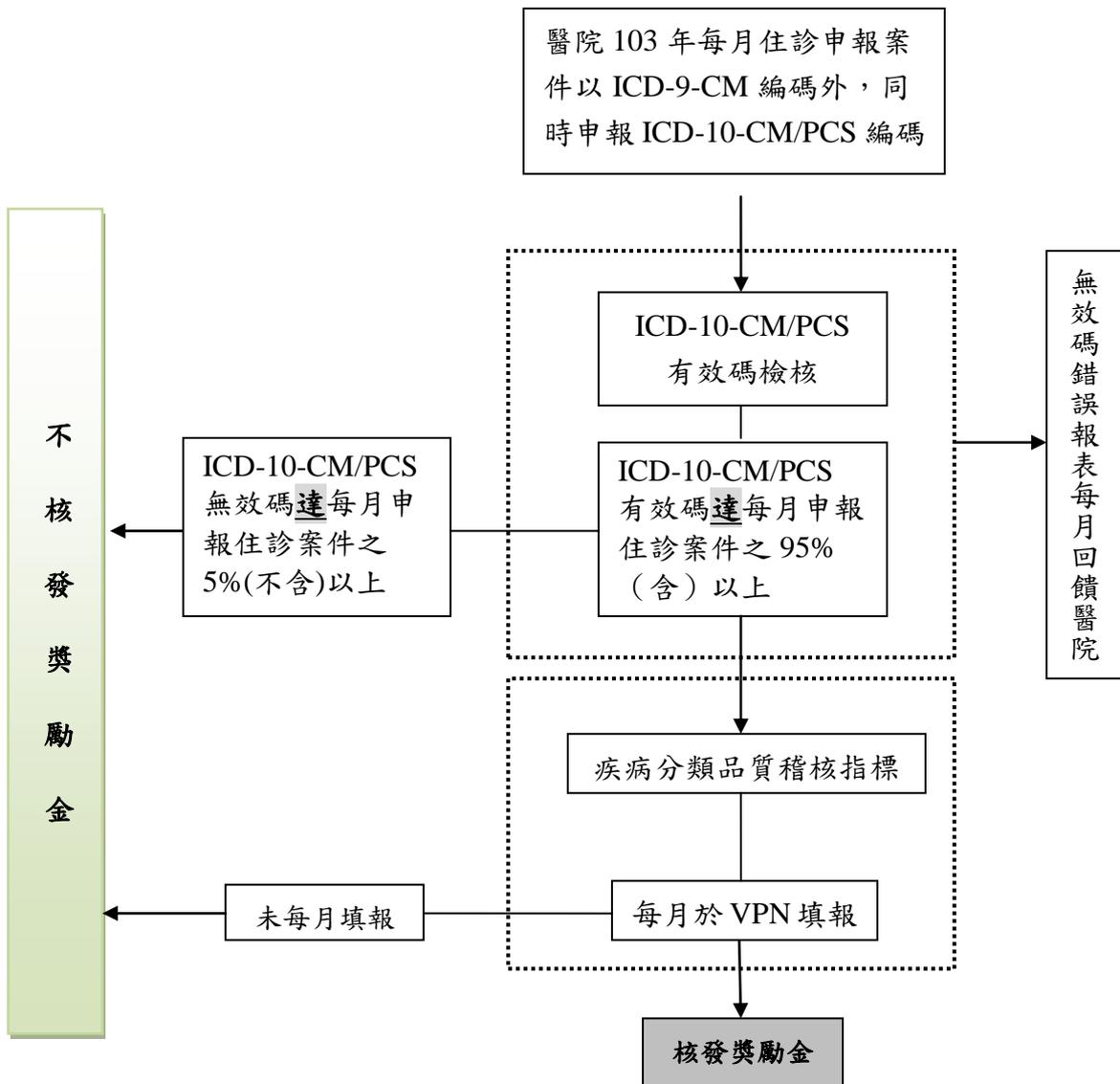
### (一) 獎勵金計算方式如下：

本項專款預算按季暫以 1 點 1 元結算，年底時進行全年結算，採浮動點值計算，且每點金額不高於 1 元。

### (二) 錯誤編碼案件之處理

凡本署進行有效碼檢核認為屬無效碼者，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(限區域(含)層級以上醫院填報)

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：103 年度西醫基層「全民健康保險提升婦產科夜間住院護理照護品質」執行方式，提請討論。

說明：

- 一、衛生福利部全民健康保險會 103 年 1 月 21 日衛部健字第 1033360005 號公告 103 年西醫基層醫療給付費用總額，協商因素列有「提升婦產科夜間住院護理照護品質」乙項，編列金額 59.7 百萬元(詳附件 5，P6-2~P6-4)。
- 二、本署為研議 103 年度西醫基層「全民健康保險提升婦產科夜間住院護理照護品質」執行方式，於 103 年 2 月 27 日邀請中華民國醫師公會全國聯合會討論執行方式，重點摘要如下：
  - (一) 符合協商之精神研擬每日加計點數，並將款項應用於提升夜班費、超時加班費、提高護理人員薪資、加發獎勵金等。
  - (二) 撥付款項＝每日加計點數 x 申報總住院日數
    1. 每日加計點數＝103 年編列預算(0.597 億元) / (100 年至 102 年西醫基層婦產科之平均年申報總住院日數)，計算後採十進位整數。
    2. 申報總住院日數：以該次住院之出院日期減入院日期，其日數大於等於 1 者之年申報總住院日數。
  - (三) 撥付時程：由本署按季統計各診所加計點數，每點以一元計算後撥付，其經費由一般服務部門支應。
  - (四) 特約院所如有違反勞動法令及特約管理辦法之處理方式。
- 三、研擬執行方式(草案)(詳附件 6，P6-5)。

擬辦：本案經討論後如獲同意，將依程序報請衛生福利部核定後公佈實施。

表 3 103 年度西醫基層醫療給付費用成長率項目表

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項
<b>一般服務</b>				
<b>醫療服務成本及人口因素成長率</b>		<b>0.811%</b>	<b>781.5</b>	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+投保人口數年增率)*(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)]-1
投保人口數年增率		0.205%		
人口結構改變率		0.966%		
醫療服務成本指數改變率		-0.361%		
<b>協商因素成長率</b>		<b>0.823%</b>	<b>793.1</b>	
醫療品質及 保險對象健康 狀況的改變	品質保證保留 款	0.100%	96.4	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.依西醫基層總額品質保證保留款實施方案支付，該方案請於 102 年 11 月底前完成相關程序，並於 103 年 6 月底前提送前一年度執行成果。</li> <li>2.金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。</li> <li>3.請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，於 103 年 6 月底前，完成新增及檢討修訂醫療服務品質指標項目與監測值，並應以發展結果面指標為方向。</li> </ol>
支付項目的 改變	新醫療科技(包 括新診療項目、 新藥及新特材)	0.104%	100.2	請中央健康保險署於 102 年 12 月委員會議說明訂定原則及作業時程，並於 103 年 6 月底前提送執行情形。
	修訂降血脂藥 品給付規定	0.000%	0.0	西醫基層代表建議修訂藥品給付規定時，應就費用及財源進行相關影響評估。
	新增跨表項目	0.018%	17.3	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.新增 6 項跨表項目，其中 64271B 橈骨尺骨遠心端骨折經皮穿刺內固定復位手術，須有麻醉師與開刀房等設備。</li> <li>2.應於 102 年 12 月底前完成相關程序(含適應症之訂定)，若未能於年度開始時實施，則扣減本項成長率。</li> </ol>

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項
	配合 102 年醫院 部門調整急重 難科別之政策	0.104%	100.2	請中央健康保險署於 102 年 12 月委員會議說明擬調整項 目與作業時程，並於 103 年 6 月底前提送執行情形。
	配合結核病防 治政策改變之 費用	0.007%	6.7	
	配合安全針具 推動政策之費 用	0.004%	3.9	
	提升用藥品質	0.010%	9.6	
	提升婦產科夜 間住院護理照 護品質	0.062%	59.7	
其他醫療服 務及密集度 的改變	因就醫可近性 提升，對就醫人 數及醫療費用 成長之影響(含 慢性病照護之 增進)	0.467%	450.0	
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	-0.053%	-51.1	
<b>一般服務成長率</b>		<b>1.634%</b>	<b>1,574.6</b>	
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>				
醫療資源不足地區改善方案		150.0	0.0	
慢性 B 型及 C 型肝炎治療計 畫		200.0	43.0	不足部分由其他預算支應。
醫療給付改善方案		205.5	43.1	1.辦理原有之糖尿病、氣喘、 精神分裂症、B 型肝炎帶原 者及 C 型肝炎感染者個案追 蹤等 4 項方案，並新增早期 療育方案。 2.糖尿病照護方案應擴大院所 照護涵蓋率，並考慮以醫療 院所為獎勵單位，且相關方 案皆應訂定嚴格之退場機 制。

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項
家庭醫師及診所以病人為中心整合照護計畫	1,200.0	-15.0	應訂定嚴格之退場機制。
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	西醫基層代表建議修訂藥品給付規定時，應就費用及財源進行相關影響評估。
受刑人之醫療服務費用	0.0	0.0	原 102 年所編經費(262.4 百萬元)移列至其他預算項下統籌運用，並不算入基期費用中。
<b>專款金額</b>	<b>1,755.5</b>	<b>71.1</b>	
<b>(一般服務+專款)成長率預估值及增加金額</b>	<b>1.678%</b>	<b>1,645.7</b>	
門診透析服務成長率	5.358%	708.7	
<b>總成長率預估值及增加金額<sup>註1</sup> (一般服務+專款+門診透析)</b>	<b>2.116%</b>	<b>2,354.3</b>	
<b>較 102 度核定總額成長率</b>	<b>2.391%</b>	—	

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。

## 西醫基層「全民健康保險提升婦產科夜間住院護理照護品質」 執行方式

### 壹、依據

依據衛生福利部 103 年 1 月 21 日衛部健字第 1033360005 號公告辦理。

### 貳、目的

鼓勵西醫基層提供夜間婦產科之醫療服務暨提升夜間住院醫療照護品質，以確保住院病人醫療品質，及促使保險對象能獲得適當的醫療服務。

### 參、預算來源

103 年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配，一般服務編列 59.7 佰萬。

### 肆、適用對象

屬西醫基層總額範圍內之婦產科特約醫療院所。

### 伍、執行方式

- 一、接受本款項之醫療院所應符合勞動法令，並將款項應用於提升夜班費、超時加班費、提高護理人員薪資、加發獎勵金等，若經勞動檢查發現違反勞動規定，保險人得追回當季撥付之款項。
- 二、各婦產科診所撥付款項＝平均每日加計點數 280 點×申報總住院日數。
- 三、撥付時程：由本署按季統計各診所加計點數，每點以一元計算後撥付，其經費由一般服務部門支應。

### 陸、獎懲

特約院所如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予撥付，已撥付者則追扣費用。



## 討論事項

### 第五案

提案單位：健保署醫務管理組

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

說明：

一、為檢討修訂本章之照護團隊人員類別資格及品質獎勵措施計算獎勵單位，本署於 102 年 12 月 19 日，邀集國健署、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國糖尿病衛教學會、中華民國糖尿病學會及臺灣醫院協會，共同召開「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部第二章糖尿病」修訂討論會議。

二、依前開會議決議，修訂本章重點臚列如下：

(一) 有關新增照護團隊人員類別乙項：

1. 本章通則一、參與資格(一)第一階段照護團隊之醫事人員資格，新增藥師得加入照護團隊，但仍維持共照團隊人數三人；地區醫院及基層院所共照團隊可為二人，但仍須取得醫師，以及護理、營養及藥師之任二種認證合格。
2. 本署將定期統計地區醫院與基層院所參與本章之家數增加率及本章照護率，瞭解修訂上述規定後之效益。

(二) 另有關檢討品質獎勵之獎勵單位乙項：

1. 依據 103 年度其他預算及其分配協定事項，糖尿病照護方案應擴大院所照護涵蓋率，並考慮以醫療院所為獎勵單位。
2. 會議決議:現行以醫師為獎勵對象較具積極效益，如以院所為單位，恐造成部分醫師照護個案品質加成指標優良，惟全院整體照護成績不佳，導致該醫師無法被獎勵之反向結果，影響醫師努力之動力。
3. 按上述決議，維持現行方式以醫師為獎勵對象，不予修改，另提升照護率乙節，將由上開放寬藥師納入本章照護團隊之方式，增加院所參與意願，以達提升本章照護率之目的。

三、檢附本章修訂內容 (詳附件7，P7-3~P7-11)，自衛生福利部核定發布後實施。

擬辦：

## 第八部 品質支付服務

### 第二章 糖尿病

通則：

#### 一、參與資格：

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

#### (一) 第一階段照護：

1. 團隊醫事人員資格如下：醫師、護理衛教及、營養衛教及藥師之專業人員須經各縣市糖尿病共同照護網醫事人員認證合格，照護團隊須包含前開之醫師以及任二種專業人員類別，地區醫院及基層院所之護理衛教及、營養衛教及藥師人員，得依相關法規規定以共聘或支援方式辦理。地區醫院及基層院所團隊醫事人員可為醫師加另一專業人員執行(可包括護理師、營養師、藥師)，惟團隊仍須取得各縣市糖尿病共同照護網醫事人員之醫師，以及護理衛教及、營養衛教、藥師之任二種認證合格。

2. 上述參與資格如主管機關有最新規定，從其規定。

#### (二) 第二階段照護

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

1. 醫事人員資格如下：限內科、兒科、家醫科、新陳代謝、內分泌、心臟、腎臟專科醫師。除新陳代謝、內分泌、心臟、腎臟專科醫師及原第一階段照護醫師，其他專科醫師需接受中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國糖尿病學會、中華民國糖尿病衛教學會、台灣醫療繼續教育推廣學會或國民健康署公布之糖尿病健康促進機構所主辦之糖尿病相關課程 8 小時，並取得證明。

2. 限參與第一階段照護之醫事機構方能提供第二階段照護，第二階段照護醫師名單，醫事機構須向保險人各分區業務組申請同意。另第一階段照護醫師第一、二階段照護皆可執行。

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

#### 二、收案對象：

(一) 最近九十天曾在該院所診斷為糖尿病 (ICD-9-CM 前三碼為 250) 至少同院所就醫達二次(含)以上者，才可收案，惟當次收案須以主診斷【門診醫療費用點數申報格式點數清單段之國際疾病分類碼 (一)】收案。

(二) 同一院所經結案對象 1 年內不得再收案，但院所仍可依本支付標準申報相關醫療費用。

(三) 參與方案院所新收案對象，經保險人健保資訊網服務系統(VPN)查詢，若已被其他院所收案照護中(1 年內仍有追蹤紀錄)，不得收案。

(四) 收案前需與病人解釋本方案之目的及需病人配合定期回診等事項，並發給相關文宣資料。

#### (五) 結案條件：

1. 可歸因於個案者，如失聯超過三個月、拒絕再接受治療等。

2. 經醫師評估已可自行照護者。

3. 個案未執行本方案管理照護超過 1 年者。

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

#### 四、醫療費用審查：

##### (一) 申報原則：

1. 醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。
2. 門診及住院醫療服務點數清單及醫令清單填表說明
  - (1)屬本方案收案之保險對象，其就診當次符合申報 P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C 者，於申報費用時，門診醫療費用點數申報格式點數清單段之案件分類應填『E1』、特定治療項目代號(一)應填『E4』；住院醫療服務點數申報格式點數清單段之給付類別則填寫「C」。未符合申報上述醫令者，依一般費用申報原則辦理。
  - (2)申報方式：併當月份送核費用申報。

##### (二) 審查原則

1. 未依保險人規定內容登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付該筆管理照護費並依相關規定辦理；另該筆疾病管理費被核刪後不得再申報。
2. 醣化血色素(HBA1C)及低密度脂蛋白(LDL)之任一病患檢驗值經保險人審查發現登載不實，將取消該年度之品質獎勵措施資格，並追扣該年度已核發之品質獎勵點數。如連續二年經保險人審查發現登載不實，自保險人文到日之次月起，二年內不得再申報本章費用。

#### 五、品質獎勵措施：

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

##### 1. 新收案率：

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

##### 2. 收案人數 $\geq 50$ 人。

##### (二) 品質加成指標

##### 1. 個案完整追蹤率：

###### ➢ 定義：

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

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

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

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

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

b. 如為第 2 季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達 2 次者。

c. 如為第 3 季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達 1 次者。

(3)當年度同時申報新收案 (P1407C) 及年度評估 (P1409C 或 P1411C) 者，以申報新收案 (P1407C) 之季別，依第(2)項之 B 原則辦理。

## 2. HbA1C<7.0%比率(HbA1C 控制良好率)

### ➤ 定義：

- (1)分母：當年度該院所由該醫師收案之所有個案當中之完成當年度追蹤管理及年度評估次數，排除第4季新收案個案。
- (2)分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之收案當中，其 HbA1C<7.0% 之次數比率。

## 3. HbA1C>9.0%比率(HbA1C 不良率)

### ➤ 定義：

- (1)分母：當年度該院所由該醫師收案之所有收案當中之完成當年度追蹤管理及年度評估次數，排除第4季新收案個案。
- (2)分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之收案當中，其 HbA1C>9.0% 之次數比率。

## 4. LDL>130mg/dl 比率(LDL 不良率)

### ➤ 定義：(註：LDL 值係指年度評估之登錄值)

- (1)分母：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人次。
- (2)分子：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人次中，其 LDL>130mg/dl 之次數比率。

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

## 5. LDL<100mg/dl 比率(LDL 良率)

### ➤ 定義：(註：LDL 值係指年度評估之登錄值)

- (1)分母：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人次。
- (2)分子：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人次中，其 LDL<100mg/dl 之次數比率。

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

### (三) 品質卓越獎

1. 依各醫師新收案率分為 2 組(以新收案率≤ 55%及> 55%予區分，合計共分為 2 組)。
2. 各組依上述收案完整追蹤率、HbA1C 控制良好率、HbA1C 不良率、LDL 不良率、LDL 良率等五項指標比率分別排序(收案完整追蹤率、HbA1C 控制良好率及 LDL 良率為由高排至低；HbA1C 不良率及 LDL 不良率為由低排至高)，再將各指標之序別各乘上 1/5 後相加重新排序，取排序總和前 25%之醫師，惟當年度新參與方案之醫師，須於次年方得參與品質獎勵評比，依該醫師所收個案中達成完整追蹤之個案數，每個個案數給予 1,000 點獎勵，當年度新收個案則依完整追蹤季數等比例支付。  
➤ 收案人數定義：當年度該院所由該醫師申報新收案(P1407C)或年度評估(P1409C)之病人歸戶數(如個案僅申報追蹤管理，則將無法被歸戶為某醫師所收案之個案；如醫師有兼任情形則會依院所分別歸戶)。

### (四) 品質進步獎

1. 依前一年度之各組個案完整追蹤率、HbA1C 不良率、HbA1C 控制良好率、LDL 不良率及 LDL 良率等五項指標為基準年，計算品質獎勵進步獎，惟醫師需有全曆年之指標為基準年，當得於基準年後之次年參與品質獎勵進步獎之計算(即醫師需有 2 個完整全曆年申報本章費用)。

2. 門檻指標及品質加成指標計算方式同本通則五之(一)(二)規定。
3. 各組依兩年度之5項品質指標比率相減，5項品質指標中均需進步或持平，依該醫師所收個案中達成完整追蹤之個案數，每個個案數給予500點獎勵，當年度新收個案則依完整追蹤季數等比例支付，並排除該年度品質卓越獎之得獎醫師。
- (五) 品質進步獎與品質卓越獎，合計整體獎勵金額不得超過當年度糖尿病照護管理費用的30%。
- 六、本方案之疾病管理照護費用(P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C)及相關品質獎勵措施費用來源，由各總額別專款項目支應，保險人並得視費用支付情形，隨時召開會議研議修改本方案之相關內容。
- 七、資訊公開：保險人得公開申報本章之名單及相關品質資訊供民眾參考，其品質獎勵措施，將於保險人全球資訊網公開獲得品質獎勵金前25%之院所醫師人數，並於VPN系統中公開各組別每項品質指標之百分位25、50、75及100之指標值與各院所參與醫師門檻指標新收案率 $\geq 30\%$ 及收案人數 $\geq 50$ 人之醫師各品質指標值，供參與醫師自行查詢與比較。
- 八、符合本章節之個案，若合併其它疾病且分屬保險人本署辦理之不同方案收案對象時，除依本章節支付標準申報外，得再依相關方案申報費用。
- 九、進入第二階段管理照護一年內不得再申報第一階段管理照護費P1408C、P1409C。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
P1407C	糖尿病第一階段新收案管理照護費 註：1.照護項目詳附表一，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.地區醫院及基層院所之團隊醫事人員可為醫師加另一專業人員執行。	v	v	v	v	650
P1408C	糖尿病第一階段追蹤管理照護費 註：1.照護項目詳附表二，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.申報新收案後至少須間隔7週才能申報本項，本項每年度最多申報三次，每次間隔至少10週。 3.地區醫院及基層院所之團隊醫事人員如為醫師加另一專業人員執行，則申報點數為本項點數之80%。	v	v	v	v	200
P1409C	糖尿病第一階段年度評估管理照護費 註：1.照護項目詳附表三，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.申報追蹤管理後至少間隔10週才能申報本項，本項限執行P1407C及P1408C合計達三次(含)以上者始得申報，本項每年度最多申報一次。 3.地區醫院及基層院所之團隊醫事人員如為醫師加另一專業人員執行，則申報點數為本項點數之80%。	v	v	v	v	800

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
P1410C	糖尿病第二階段追蹤管理照護費 註：1.照護項目參考附表二之檢驗項目，另得視病情需要進行衛教服務。除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.本項每年度最多申報三次，每次間隔至少10週。	v	v	v	v	100
P1411C	糖尿病第二階段年度評估管理照護費 註：1.照護項目參考附表三之檢驗項目，另得視病情需要進行衛教服務。除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.申報追蹤管理後至少間隔10週才能申報本項，本項限執行P1408C及P1410C追蹤合計達三次(含)以上者始得申報，本項每年度最多申報一次。	v	v	v	v	300

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

<p>1. 醫療病史 (Medical history)</p> <p>(1) 與診斷關聯之症狀、檢驗室結果 Symptoms, laboratory results related to diagnosis</p> <p>(2) 營養評估, 體重史 Nutritional assessment, weight history</p> <p>(3) 過去及現在治療計畫 Previous and present treatment plans</p> <p>A. 藥物 Medications</p> <p>B. 營養治療 Medical Nutrition Therapy</p> <p>C. 病人自主管理訓練 Self-management training</p> <p>D. 血糖自我管理及其使用結果 SMBG and use of results</p> <p>(4) 現在治療執行方案 Current treatment program</p> <p>(5) 運動史 Exercise history</p> <p>(6) 急性併發症 Acute complications</p> <p>(7) 感染病史 History of infections</p> <p>(8) 慢性糖尿病併發症 Chronic diabetic complications</p> <p>(9) 藥物史 Medication history</p> <p>(10) 家族史 Family history</p> <p>(11) 冠狀動脈心臟病危險因素 CHD risk factors</p> <p>(12) 心理社會/經濟因素 Psychosocial/economic factors</p> <p>(13) 菸酒之使用 Tobacco and alcohol use</p>	<p>2. 身體檢查 (Physical examination)</p> <p>(1) 身高與體重 Height and weight</p> <p>(2) 血壓 Blood pressure</p> <p>* (3) 23501C 眼底鏡檢 Ophthalmoscopic examination (視網膜散瞳檢查; 散瞳劑內含) 或 23502C 眼底攝影; 惟如由眼科專科醫師執行間接式眼底鏡檢查(23702C), 則不需再執行上述項目。</p> <p>(4) 甲狀腺觸診 Thyroid palpation</p> <p>(5) 心臟檢查 Cardiac examination</p> <p>(6) 脈搏評值 Evaluation of pulses</p> <p>(7) 足部檢查 Foot examination</p> <p>(8) 皮膚檢查 Skin examination</p> <p>(9) 神經學檢查 Neurological examination</p> <p>(10) 口腔檢查 Oral examination</p> <p>(11) 性成熟度評估 (如屬青春前期後) Sexual maturation (if peripubertal)</p>
<p>3. 檢驗室評值 (Laboratory evaluation)</p> <p>※(1)09005C 空腹血漿葡萄糖或微血管血糖 Fasting plasma glucose or capillary blood sugar</p> <p>※(2)09006C 糖化血紅素 HbA1C</p> <p>※(3)空腹血脂 Fasting lipid profile (09001C 總膽固醇 cholesterol, total、09004C 三酸甘油酯 triglyceride(TG)、09043C 高密度脂蛋白膽固醇 HDL cholesterol、09044C 低密度脂蛋白膽固醇 LDL cholesterol)</p> <p>※(4)09015C 血清肌酸酐 Serum creatinine</p> <p>※(5)09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉胺基酶 SGPT (or ALT)</p> <p>※(6)06013C 尿液分析 (尿生化檢查) Urine biochemistry examination</p> <p>※(7)12111C 微量白蛋白(ACR) Microalbumin (Nephelometry)</p> <p>□(8)13007C 細菌培養鑑定檢查 (視情況而定) Urine culture (if indicated)</p> <p>□(9)27004C 甲狀腺刺激素放射免疫分析 (第一型病人) TSH (type 1 patients)</p> <p>□(10)18001C 心電圖(成人) Electrocardiogram (adults)</p>	<p>4. 管理計畫 (Management Plan)</p> <p>(1)短期與長期目標 Short- and long-term goals</p> <p>(2)藥物 Medications</p> <p>(3)營養治療 Medical nutrition therapy</p> <p>(4)生活型態改變 Lifestyle changes</p> <p>(5)自主管理教育 Self-management education</p> <p>(6)監測接受指導遵循度 Monitoring instructions</p> <p>* (7)年度轉診至眼科專科醫師 (視情況而定) Annual referral to eye specialist (if indicated)</p> <p>(8)其他專科醫師會診 (視情況而定) Specialty consultations (as indicated)</p> <p>(9)同意接受持續性支持或追蹤的約定 Agreement on continuing support / follow-up</p> <p>(10)協助預約流行感冒疫苗 (influenza vaccine) 接種 (視個別院所情況而定)</p>
<p>5. 糖尿病自主管理教育 (Diabetes Self-management Education)</p>	
<p>(1) 糖尿病自主管理教育 (Diabetes Self-management Education, DSME): 由糖尿病人和衛教人員共同參與的一種互動的、整合式及進行中的過程, 包括: a) 個體特殊教育需求的評估; b) 確認個體特殊的糖尿病自主管理目標之設定; c) 依個別的糖尿病自主管理目標進行教育及促進行為改變上的介入; d) 依個別的糖尿病自主管理目標進行評價。</p> <p>(2) 建議標準如下:</p> <p>A. 結構面: 病歷紀錄應包括: a) 描述糖尿病疾病過程及治療之選項; b) 營養管理之整合; c) 日常身體活動之整合; d) 針對治療效益來利用藥物 (必要時) 的情形; e) 血糖監測、尿酮 (必要時) 及運用相關檢驗數據來改善急性合併症之預防、偵測與治療之情形; f) 慢性合併症之預防 (由減少危險行為著手)、偵測及治療之情形; g) 生活型態改變—個人問題的診斷; h) 以促進健康為主來設定的目標, 及日常生活中問題解決的方式; i) 與日常生活中心理社會調適之整合; j) 懷孕婦女及妊娠性糖尿病的管理 (含 preconception care)。</p> <p>B. 過程面: 病歷紀錄應包括: 個案評估、衛生教育計畫、介入、評價及定期追蹤之情形, 並記錄衛教人員、醫師及轉診資源等醫療團隊之整體式照護。</p> <p>C. 結果面: 提供糖尿病自主管理教育的單位或機構, 應進行持續性品質改善計畫, 以結果面來評估衛生教育之效益及提出品質改善的機會。</p>	

註

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

附表二 追蹤管理診療項目參考表（適用編號 P1408C）

Potential components of continuing care visits

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

註:

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

附表三 年度檢查診療項目參考表（適用編號 P1409C）

Potential components of continuing care visits (annual exam)

<p>1. 醫療病史 (Medical history)</p> <p>(1) 評估治療型態 Assess treatment regimen</p> <p>A. 低或高血糖之頻率／嚴重度 Frequency/severity of hypo-/hyperglycemia</p> <p>B. 自我血糖監測結果 SMBG results</p> <p>C. 病人治療型態之調整 Patient regimen adjustments</p> <p>D. 病人接受專業指導遵循度之問題 Adherence problems</p> <p>E. 生活型態改變 Lifestyle changes</p> <p>F. 併發症的症狀 Symptoms of complications</p> <p>G. 其他醫療疾病 Other medical illness</p> <p>H. 藥物 Medications</p> <p>I. 心理社會方面 Psychosocial issues</p> <p>J. 菸酒之使用 Tobacco and alcohol use</p>	<p>2. 身體檢查 (Physical examination)</p> <p>(1) 年度身體檢查 Physical examination annually</p> <p>* (2) 23501C 年度散瞳眼睛檢查 Dilated eye examination annually 或 23502C 眼底攝影；惟如由眼科專科醫師執行間接式眼底鏡檢查(23702C)，則不需再執行上述項目。</p> <p>(3) 每次常規性糖尿病回診 Every regular diabetes visit</p> <p>A. 體重 weight</p> <p>B. 血壓 Blood pressure</p> <p>C. 先身體檢查之異常點 Previous abnormalities on the physical exam</p> <p>(4) 年度足部檢查：足部狀況屬高危險性者需增加檢查次數 Foot examination annually; more often in patients with high-risk foot conditions</p>
<p>3. 檢驗室評值 (Laboratory evaluation)</p> <p>※(1) 09006C 糖化血紅素 HbA1C</p> <p>※(2) 09005C 空腹血漿葡萄糖或微血管血糖 Fasting plasma glucose or capillary blood sugar</p> <p>※(3) 年度空腹血脂 Fasting lipid profile annually, unless low risk (09001C 總膽固醇 cholesterol, total、09004C 三酸甘油酯 triglyceride(TG)、09043C 高密度脂蛋白膽固醇 HDL cholesterol、09044C 低密度脂蛋白膽固醇 LDL cholesterol)</p> <p>※(4) 09015C 血清肌酸酐 Serum creatinine</p> <p>※(5) 09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉胺基酶 SGPT (or ALT)</p> <p>※(6) 06013C 尿液分析 (尿生化檢查) Urine biochemistry examination</p> <p>※(7) 12111C 微量白蛋白 (ACR) Microalbumin (Nephelometry)</p> <p>□ (8) 18001C 心電圖 (成人) Electrocardiogram (adults)</p>	<p>4. 管理計畫評值 (Evaluation of Management Plan)</p> <p>(1) 短期與長期目標 Short- and long-term goals</p> <p>(2) 藥物 Medications</p> <p>(3) 血糖 Glycemia</p> <p>(4) 低血糖之頻率／嚴重度 Frequency/severity of hypoglycemia</p> <p>(5) 血糖自我管理結果 SMBG results</p> <p>(6) 併發症 Complications</p> <p>(7) 血脂異常之控制 Control of dyslipidemia</p> <p>(8) 血壓 Blood pressure</p> <p>(9) 體重 Weight</p> <p>(10) 營養治療 Medical Nutrition Therapy</p> <p>(11) 運動治療型態 Exercise regimen</p> <p>(12) 病人接受自我管理訓練之遵循度 Adherence to self-management training</p> <p>(13) 轉診之追蹤 Follow-up of referrals</p> <p>(14) 心理社會之調適 Psychosocial adjustment</p> <p>(15) 糖尿病知識 Knowledge of diabetes</p> <p>(16) 自我管理技能 Self-management skills</p> <p>(17) 戒菸 (若為抽菸者) Smoking cessation, if indicated</p> <p>(18) 協助預約流行感冒疫苗 (influenza vaccine) 接種 (視個別院所情況而定)</p>
<p>5. 糖尿病自主管理教育 (Diabetes Self-management Education)</p>	
<p>建議標準如下：</p> <p>A. 結構面：按前次照護結果做追蹤應對，病歷紀錄應包括：a) 描述糖尿病疾病過程及治療之選項；b) 營養管理之整合；c) 日常身體活動之整合；d) 針對治療效益來利用藥物 (必要時) 的情形；e) 血糖監測、尿酮 (必要時) 及運用相關檢驗數據來改善急性合併症之預防、偵測與治療之情形；f) 慢性合併症之預防 (由減少危險行為著手)、偵測及治療之情形；g) 生活型態改變—個人問題的診斷；h) 以促進健康為主來設定的目標，及日常生活中問題解決的方式；i) 與日常生活中心理社會調適之整合；j) 懷孕婦女及妊娠性糖尿病的管理 (含 preconception care)。</p> <p>B. 過程面：病歷紀錄應包括：個案評估、衛生教育計畫、介入、評價及追蹤之情形，並記錄衛教人員、醫師及轉診資源等醫療團隊之整體式照護。</p> <p>C. 結果面：提供糖尿病自主管理教育的單位或機構，應進行持續性品質改善計畫，以結果面來評估衛生教育之效益及提出品質改善的機會。</p>	

註：

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

## 附表四 個案登錄系統必要欄位簡化表

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

必填欄位：

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

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

必填欄位：

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

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

必填欄位：

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

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



## 討論事項

### 第六案

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，已達兩計畫并行無礙。

(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：

## 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 98103 年 121 月 1 日至 99103 年 112 月 3031 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：子癩前症、子癩症、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：

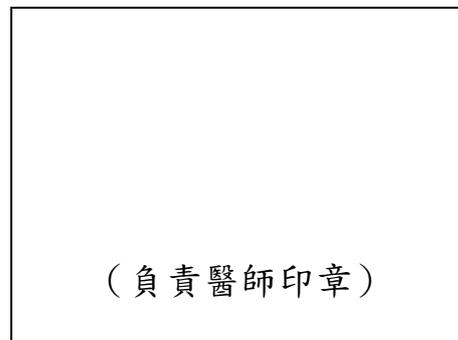
醫事機構地址：

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



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。	<del>800</del> <u>855</u>
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。	<del>400</del> <u>460</u>
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	<del>1,400</del> <u>1580</u>
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)	<del>31,850</del> 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

### 第七案

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 9，P9-3~P9-10)：

(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 10，P9-11~P9-22)。

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。

## 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 <u>4-25</u> 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， <u>或體表面積&gt;20%之重大燒傷，診斷為 948.2~9489、940、941.5</u> ，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： <u>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。</u>	<p>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，<u>估計 1 年增加費用 192,000 點。</u></p> <p>估算式：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.體表面積&gt;20%之重大燒傷 1 年件數：9,622 件。</li> <li>2.1 年中申報 64197C、64158B、69038C、64237C 等處置共 210 件。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>5.假設 100%達標，寬估 1 年增加費用：2000 點 * (96) =192,000 點。</li> </ol>
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: <u>038.0-038.9</u> 、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	<p>一、說明：</p> <p>(一) 本署分區業務組及部分醫院建議如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol>

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。	<p>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。</p> <p>4. 主或次診斷修訂為 038.0- 038.9。</p> <p>(二) 急診案討論會議結論：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 同意增列 1、3、4。</li> <li>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。</li> </ol> <p>二、影響評估(以 101 年 7 月~102 年 6 月(急診)資料估計)：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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： <p>估算方式：1000 點*(1703/2)= 852,000 點。</p> </li></ol>
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，	<p>一、說明：</p> <p>(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；</p>

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、 <del>大量腸胃道出血</del> 、嚴重敗血症等(詳附表二)	<p>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。</p> <p>(二) 急診案討論會議結論：</p> <p>1.將 038.0~038.8 增列至向上轉診疾病別。</p> <p>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。</p> <p>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」。</p> <p>(三) 增修附表二疾病範圍如附件 1。</p> <p>二、影響評估：</p> <p>「急診上轉轉出醫院獎勵 (P4603B)」：500 點。</p> <p>「急診上轉轉入醫院獎勵 (P4604B)」：500 點。</p> <p>(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></p> <p>估算方式：</p> <p>1.主或次診斷為"0380~0389"急診病患 1 年有 25,764 人次。</p> <p>2.假設上轉件數(以 50% 寬估)：25,764/2=12,882 件。</p> <p>(500 點+500 點) *12,882=12,882,000 點。</p> <p>(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></p> <p>估算方式：</p>

方案修改項目名稱	修改前	修改後	說明及影響評估
			<p>1.申報 P4603B 或 P4604B 且主診斷為 53100~53120、53200~53220、53300~53320，1 年有 196 人次。</p> <p>2.估計 1 年減少費用：<math>(500 \text{ 點}+500 \text{ 點}) * 196=196,000 \text{ 點}</math>。</p> <p>(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。</p>
<p>伍、計畫構面</p> <p>二、轉診品質 (一)</p> <p>(二) 向下或平行轉診</p>	<p>(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)</p>	<p>(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)</p>	<p>一、說明：</p> <p>(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」。</p> <p>(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：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.增列「急性膽囊炎、膽結石併急性膽囊炎併阻塞」等疾病。</li> <li>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)。</li> <li>3.向上轉診疾病別建議擴大至平行醫院。</li> <li>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。</li> </ol> <p>(二) 急診案討論會議結論：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>2.同意向上轉診疾病別建議擴大至平行醫院。</li> </ol> <p>3.修改方案附表二名稱：「附表二、<u>向上轉診或平行轉診</u>疾病別」。</p> <p>二、影響評估：</p> <p>(一) 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</p>

方案修改 項目名稱	修改前	修改後	說明及影響評估
			<p><u>加費用 5,085,000 點。</u></p> <p>估算方式：</p> <p>1.主診斷為 53100~53121、53200~53221、53300~53321 之急診病患，1 年有 6,780 人次。</p> <p>2.假設平/下轉件數（以 50% 寬估）：6,780/2=3,390 件。</p> <p>2.1.平轉：<math>(500+500)*(3390/2)=1,695,000</math> 點</p> <p>2.2.下轉：<math>(1000+1000)*(3390/2)=3,390,000</math> 點</p> <p>估計 1 年增加費用：1,695,000+3,390,000=5,085,000 點。</p> <p>(二) <u>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。</u></p> <p>估算方式：</p> <p>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。</p> <p>2.假設平/下轉件數（以 50% 寬估）：15,980/2=7,990 件。</p> <p>2.1.平轉：<math>(500+500)*(7990/2)=3,995,000</math> 點</p> <p>2.2.下轉：<math>(1000+1000)*(7990/2)=7,990,000</math> 點</p> <p>估計 1 年增加費用：3,995,000+7,990,000=11,985,000 點。</p> <p>(三) 若增列「560 所有類別腸阻塞」，估計 1 年增加費用 10,722,000 點。</p> <p>估算方式：</p>

方案修改 項目名稱	修改前	修改後	說明及影響評估
			<p>1.急診案件主診斷為"560"(不含"5609")1年有 14,295 人次。</p> <p>2.假設平/下轉件數 (以 50%寬估): 14,295/2=7,148 件。</p> <p>    2.1.平轉: (500+500)*(7,148/2)=3,574,000 點</p> <p>    2.2.下轉: (1000+1000)*(7,148/2)=7,148,000 點</p> <p>估計 1 年增加費用: 3,574,000+7,148,000=10,722,000 點。</p> <p>(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。</p> <p>    估算方式:</p> <p>    1.急診案件主診斷為 682(不含 6829")1年有 40,066 人次。</p> <p>    2.假設平/下轉件數 (以 50%寬估): 40,066/2=20,033 件。</p> <p>        2.1.平轉: (500+500)*( 20,033/2)=10,017,000 點</p> <p>        2.2.下轉: (1000+1000)*( 20,033/2)=20,034,000 點</p> <p>    估計 1 年增加費用: 10,017,000+20,034,000=30,051,000 點。</p> <p>(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。</p> <p>    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。</p>

「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 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)	+852,000 點
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 將大量腸胃道出血自「向上轉診」疾病範圍移除	+12,882,000 點 -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」 增列「急性膽囊炎、膽結石併急性膽囊炎併阻塞」 增列「560 所有類別腸阻塞」 增列「682 其他蜂窩組織炎及膿瘍」 向上轉診疾病別擴大至平行醫院	+5,085,000 點 +11,985,000 點 +10,722,000 點 +30,051,000 點 0
合計		+71,573,000

## 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 $\geq$ 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時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~~10~~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~~40~~8%以上，三項指標達到者，每一醫院獎勵~~15~~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
<u>64197C</u>	<u>肌腱切開或筋膜切開</u>
<u>64158B</u>	<u>斷肢再接手術</u>
<u>69038C</u>	<u>末稍血管修補及吻合術併血管移植</u>
<u>64237C</u>	<u>骨骼外固定器裝置術</u>
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
<del>531.00-531.20、532.00-532.20、533.00-533.20</del>	<del>腸胃道出血</del>
<u>038.0</u> ~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
<u>531.00-531.21 、 532.00-532.21 、 533.00-533.21</u>	<u>大量腸胃道出血</u>
560 <del>9</del>	腸阻塞
<u>574-575</u>	<u>急性膽囊炎、膽結石併急性膽囊炎併阻塞</u>
5761	膽管炎
5770	急性胰臟炎
486	肺炎
496	慢性氣道阻塞
682 <del>9</del>	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

## 討論事項

### 第八案

提案單位：健保署醫務管理組

案由：有關新增全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準「胸腔鏡胸管結紮術」等5項診療項目案。

說明：資料後補。

擬辦：



## 討論事項

### 第九案

提案單位：健保署醫務管理組

案由：修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號 12197B

「血中藥物濃度測定-Everolimus」等 6 項診療項目案，提請討論。

說明：

- 一、本案係彙整台灣小兒神經醫學會及中華民國骨科醫學會等單位建議修訂支付標準辦理。
- 二、本案經彙集相關學會、審查醫師意見，建議修訂 5 項診療項目如下(詳附件 11，P11-4)：

(一) 編號 12197B 「血中藥物濃度測定-Everolimus」放寬適用對象：

1. 修訂說明：業經提案至 102 年度第 4 次支付標準專家諮詢會議討論，考量臨床上服用 Everolimus 病患，須監測病患服用 Everolimus 後之血中濃度，為治療過程中調整用藥處方之必要處置，與會專家一致建議增列「罕見疾病結節性硬化症患者經本保險核准使用 Everolimus 者亦適用」。
2. 財務影響：經本署統計 2012 年申報 ICD9CM 診斷碼 759.5 「結節硬化症」人數 464 人，按提案單位建議每人每年 3~6 次，預估增加 1,392~2,784 人次，費用增加 0.021~0.042 億元(=1500\*1392~1500\*2784)，建議以高推估 0.042 億列計。

(二) 編號 56016B~56019B 「腦神經外科術中特殊儀器使用費」  
(Application of special machines)修訂中英文名稱：

1. 修訂說明：業經提案至 102 年度第 4 次支付標準專家諮詢會議討論，考量「腦神經外科術中特殊儀器使用費」項下 56016B「超音波吸除機」、56017B「超音波診查機」、56018B「誘發電位手術監視機」及 56019B「精密手術顯微鏡」等 4 項診療項目普遍應用於腦、脊椎手術，以確保手術過程中病患脊椎神經不受損害，確保脊椎手術之病人安全，與會專家一致建議本項診療項目中英文名稱修訂為「腦神經及脊椎手術中特殊儀器使用費(Special machines application for brain and spinal surgery)」
2. 財務影響：按骨科醫學會提供之資料，骨科於手術過程中需使用特殊儀器 56016B「超音波吸除機」及 56018B「誘發電位手術監視機」之一一年之執行件數為各約 800-1000 件。本署預估將增加 0.1 億點預算(6000 點\*1000 件+4000 點\*1000 件=10,000,000 點)。

(三) 編號 79407C 「經尿道前列腺切片術」(TUR for prostate gland biopsies)修訂中英文名稱：

1. 修訂說明：業經提案至 102 年度第 4 次支付標準專家諮詢會議討論，考量過去女性病患接受經尿道之切片術均比照「經尿道前列腺切片術」申報，為使臨床使用範疇與支付

標準名稱具一致性，故建議修正中英文名稱為「經尿道切片術(Transurethral biopsies)」，併同刪除原附註之規定(含 supra-pubic irrigation，sounding，urethrotomy)。

2. 財務影響：本案係為利明確規範，並非放寬適應症，不影響費用。

三、依103年醫療給付費用總額及其分配之醫院總額新增支付標準編列預算12.31億元辦理，本次修訂診療項目計兩項需增加預算，推估將增加支出0.142億元，預算足以支應。

擬辦：本案如經討論同意，擬修訂支付標準(詳附件12，P11-5～P11-6)，並依程序陳報衛生福利部核定公布。

103 年第 1 次全民健康保險醫療服務項目及支付標準共同擬訂會議支付標準修訂案彙整表

項次	診療編號	現行中文項目名稱	修訂類別	現行支付標準	提案單位	提案單位建議事項	本署修訂建議		推估增加費用
							本署綜合意見	本署意見說明	
1	12197B	血中藥物濃度測定- Everolimus	備註	註：測定移植病人器官移植後抗排斥用藥 Certican 濃度。	台灣小兒神經醫學會	註： 1. 測定移植病人器官移植後抗排斥用藥 Certican 濃度。 2. 罕見疾病結節性硬化症患者接受 Everolimus 治療之藥物濃度測定。	註： 1. 測定移植病人器官移植後抗排斥用藥 Certican 濃度。 2. 罕見疾病結節性硬化症患者經本保險核准使用 Everolimus 者亦適用。	1. 業經 102 年度第 4 次支付標準專家諮詢會議討論建議增列 2. 經本署統計 2012 年申報 ICD9CM 診斷碼 759.5「結節硬化症」人數 464 人，按提案單位建議每人每年 3~6 次，預估增加 1,392~2,784 人次，費用增加 0.021~0.042 億元 (=1500*1392~1500*2784)，建議以高推估 0.042 億列計。	0.042 億
2	56016B~ 56019B	腦神經外科術中特殊儀器使用費	中英文名稱	腦神經外科術中特殊儀器使用費 (Application of special machines)	中華民國骨科醫學會	外科術中特殊儀器使用費 (Application of special machines)	腦神經及脊椎手術中特殊儀器使用費 (Special machines application for brain and spinal surgery)	1. 業經 102 年度第 4 次支付標準專家諮詢會議討論建議增列 2. 按骨科醫學會提供之資料，骨科於手術過程中需使用特殊儀器 56016B「超音波吸除機」及 56018B「誘發電位手術監視機」之一年之執行件數為各約 800-1000 件。本署預估將增加 0.1 億點預算(6000 點*1000 件+4000 點*1000 件=10,000,000 點)。	0.1 億
3	79407C	經尿道前列腺切片術	中英文名稱 備註	經尿道前列腺切片術 (TUR for prostate gland biopsies) 註：含 supra-pubic irrigation, sounding, urethrotomy	中央健康保險署	經尿道切片術(Transurethral biopsies) 配合修訂名稱，刪除「註：含 supra-pubic irrigation, sounding, urethrotomy」	1. 業經 102 年度第 4 次支付標準專家諮詢會議討論建議增列 2. 現行女性經尿道、膀胱切片已比照本項申報，本次修訂文字係為利明確規範，並非放寬適應症，不影響費用。	不影響	

# 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

## 第二部 西醫

### 第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

#### 第一節 檢查 Laboratory Examination

##### 第六項 免疫學檢查 Immunology Examination (12001-12203)

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	說明
12197B	血中藥物濃度測定-Everolimus TDM - Everolimus 註： <u>1.測定移植病人器官移植後抗排斥用藥Certican濃度</u> <u>2.罕見疾病結節性硬化症患者經本保險核准使用</u> <u>Everolimus者亦適用。</u>		v	v	v	1500	增列註2： 罕見疾病結節性硬化症患者經本保險核准使用Everolimus者。

#### 第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

##### 第一項 處置費 Treatment

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	說明
	腦神經外科術及脊椎手術中特殊儀器使用費 <b>Application of special machines</b> <u>Special machines application for brain and spinal surgery</u>						修訂中、英文名稱
56016B	—超音波吸除機 cusa		v	v	v	6000	
56017B	—超音波診查機 sonogram		v	v	v	2000	
56018B	—誘發電位手術監視機 evoke potential		v	v	v	4000	
56019B	—精密手術顯微鏡 microscope		v	v	v	2000	

## 第七節 手術

### 第八項 尿、性器 Urinary & Genital System

#### 十、前列腺 Prostate (79401-79412)

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	說明
79407C	經尿道 <del>前列腺</del> 切片術 <b>TUR for prostate gland biopsies</b> <a href="#">Transurethral biopsies</a> <del>註：含supra-pubic irrigation, sounding, urethrotomy</del>	v	v	v	v	4242	1.修訂 中、英文名稱 2.刪除原 附註之規定。

## 討論事項

### 第十案

提案單位：健保署醫務管理組

案由：有關眼科「視網膜手術」及「角膜移植手術」等 13 項全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準增修診療項目及建議案，提請討論。

說明：

- 一、按本署 101 年 12 月 1 日實施「全民健康保險醫事服務機構收取自費特材費用規範」中第四點（五）規定，各項手術項目之「手術一般材料費及執行各項治療處置之一般材料費」，費用已包含於手術、治療處置、檢驗檢查及注射等支付標準，不可再向保險對象收取該等一般材料費用辦理，另本署對於過程面使用之特殊材料已規劃包裹於診療項目支付點數中，不另行核價。
- 二、本次增修旨揭 13 項診療項目，本署基於提升醫療技術、考量臨床實務之必要性等因素，與眼科醫學會討論溝通，以包裹給付方式內含過程面使用特材之支付標準調整案，並依程序提案至 102 年第 4 次支付標準專家諮詢會議，按會議結論建議，如下：
  - （一）同意「視網膜手術」增修 8 項診療項目乙節
    1. 調高 86207B「眼坦部玻璃體切除術-複雜」乙項支付點數。
    2. 增列「眼坦部玻璃體切除術合併光線凝固治療—簡單」、「眼坦部玻璃體切除術合併光線凝固治療—複

雜」及「複雜眼坦部玻璃體切除術合併鞏膜切除併植入或扣壓」等 3 項診療項目。

3. 上開之 5 項診療項目支付點數，均內含目前健保已給付之 20Ga 玻璃體切除術主體包及手術過程必須使用之單一使用拋棄式特殊材料(詳附件 13，P12-4)。

4. 新增「微創玻璃體黃斑部手術」、「微創玻璃體切除術-簡單」、「微創玻璃體切除術-複雜」及「微創複雜性玻璃體切除合併鞏膜扣環手術」等 4 項診療項目(詳附件 14，P12-5)：

(1) 為新式醫材合併新醫療技術發展，玻璃體切除主體包由 20Ga 提升為 23Ga (含) 以上，其手術方式由傳統切開手術改以經皮置換手術方式執行。

(2) 內含 23Ga (含) 以上玻璃體切除主體包及手術過程必須使用之單一使用拋棄式特殊材料。

(二) 同意「角膜移植手術」增修 5 項診療項目乙節

1. 調高 85212B 「板層角膜移植術」及 85213B 「穿透性角膜移植術」等 2 項診療項目支付點數(詳附件 15，P12-6)。

2. 新增「深層前角膜移植」、「角膜內皮移植(使用已

分離之角膜)」及「角膜內皮移植」等 3 項診療項目  
(詳附件 15，P12-6)。

3. 上開診療項目支付點數，均內含目前健保已給付之  
角膜環刀及 ATLK 刀片(同附件 15 及附件 16，P12-6  
~P12-7)。

三、依 103 年醫療給付費用總額及其分配之醫院總額新增支付標準  
編列預算 12.31 億元辦理，本案增修旨揭 13 項診療項目，全年  
預估支出 127,931 千元（約 1.28 億元）。

四、本案支付點數係以包裹給付方式內含過程面使用特材之支付標  
準調整，其一般材料費及過程面特殊材料費，得以表列支付點  
數另外加計。

擬辦：本案經討論後如獲同意，擬增訂支付標準表(詳附件 17，P12-8  
~P12-10)，並依程序報請衛生福利部核定後公佈實施，且同  
步刪除上開前健保已給付捐贈者及受贈者真空角膜環刀等 2  
項特材碼。

附件1、以包裹給付方式增修支付標準視網膜手術費用健保財務預算表

項次	新增支付標準編號	增列後診療項目 中英文名稱	支付標準				手術過程面特材				現行健保 支付點數 (含特 材)	採包裹給付之支付標準調整建議支付點數				現行支付 點數與建 議包裹支 付點數差 額	健保財務影響																									
			編號	中文名稱	表列支付 點數	一般材料 費 *0.53	健保申 報方式	支付點數	健保給付特材 (光纖導管及探 特材項目)			建議價格 (經本署 認定為手 術處置過 程面內含 之特材品 價格 *1.05(管 理費))	建議內含 過程面特 材之建議 支付點數	表列支付點 數	表列材料費 (點、%) (無條件進位)		每一個案 包裹支付 點數	101年申報件數	替代 率	平均 支付 成數	預估增加支 出預算 (千元)																					
									特材項目	支付價 格												g=d+e	h=d+e+f	i=Σ(a*c)	j=Σ(b*c)+e+f %=j/i*100	k=g*%	j=i-d	k	l	m	n=j*k*l*m											
a	b	c	d=(a+b)*c	e	f	g=d+e	h=d+e+f	i=Σ(a*c)	j=Σ(b*c)+e+f %=j/i*100	k=g*%	j=i-d	k	l	m	n=j*k*l*m																											
1	修訂	眼坦部玻璃體切除術-複雜Pars plana vitrectomy (vitrector)-complicated	86207B	眼坦部玻璃體切除術-複雜Pars plana vitrectomy (vitrector)-complicated	14,780	7,833	1	22,613	20Ga玻璃體切除術主體包	5,950	眼內鑷	4,384	28,563	32,947	14,780	18,167	32,959	4,396	單一使用	3,090	0%	1.01	0																			
																123%			合併術式	1,148		1.01	5,085																			
2	86409B	眼坦部玻璃體切除術合併光線凝固治療-簡單  Pars plana vitrectomy (vitrector) with Photocoagulation therapy-Simple	86206B	眼坦部玻璃體切除術-簡單 Pars plana vitrectomy (vitrector)-simple	9,266	4,911	1	16,924	20Ga玻璃體切除術主體包	5,950	雷射探頭	7,616	22,874	30,490	11,062	19,428	30,531	7,657		610	0%	1.00	0																			
			86407B	光線凝固治療-簡單 Photocoagulation therapy-Simple	3,591	1,903	0.5										176%																									
3	86410B	眼坦部玻璃體切除術合併光線凝固治療-複雜  Pars plana vitrectomy (vitrector) with Photocoagulation therapy-	86207B	眼坦部玻璃體切除術-複雜Pars plana vitrectomy (vitrector)-complicated	14,780	7,833	1	29,598	20Ga玻璃體切除術主體包	5,950	眼內鑷	4,384	35,548	52,798	19,345	33,452	52,812	17,264		3,176	50%	1.01	27,647																			
			86408B	光線凝固治療-複雜 Photocoagulation therapy-Complicated	9,130	4,839	0.5						眼內剪 雷射探頭	5,250 7,616			173%																									
4	86411B	複雜眼坦部玻璃體切除術合併鞏膜切除併植入或扣壓  Complication Pars plana vitrectomy (vitrector) with Reattachment retina with diathermy or cryopex	86207B	眼坦部玻璃體切除術-複雜Pars plana vitrectomy (vitrector)-complicated	14,780	7,833	1	31,443	20Ga玻璃體切除術主體包	5,950	雷射探頭	7,616	37,393	54,643	20,550	34,091	54,663	17,270		858	70%	1.00	10,413																			
			85608B	鞏膜切除併植入或扣壓Resection, scleral, with graft or buckling	11,540	6,116	0.5						眼內鑷	4,384			166%																									
			86402B	網膜透熱或冷凍法再附著術 Reattachment retina with diathermy or cryopexy	6,260								眼內剪	5,250																												
總 計																																										43,145
註1. 平均支付成數，係以101年門住診醫療費用申報各項手術診療項目之申報點數/(申報醫令量*表列支付點數)為計算基礎；如為合併手術方式之診療項目，係以現行支付表準診療項目支付點數加權後之成數帶入。 備註2. 如新增診療項目，無對應之替代現行診療項目，即以支付標準所有手術項目之平均支付成數進行計算。																																										

附件2、以包裹給付方式新增支付標準視網膜手術費用健保財務預算表

項次	眼科醫學會建議支付標準					手術過程面特材		採包裹給付之支付標準調整建議支付點數				替代現行診療項目			現行支付點數與建議包裹支付點數差額	健保財務影響						
	編號	中文名稱	表列支付點數	一般材料費	健保申報方式	支付點數	健保未給付(經本署認定為手術處置過程面內含之特材品項)	建議價格 調查醫院採購平均價格*1.05(管理費)	建議內含過程面特材之建議支付點數	表列支付點數	表列材料費(點、%) (無條件進位)	每一個案包裹支付點數	編號	101年申報件數		建議調整後支付點數	替代率	全國執行數	平均支付成數	預估增加支出預算(千元)		
			a	b	c	d=(a+b)*c		e	f=d+e	g=a	h=b+Σe %=h/g*100	i=g*%		j	k	l=i-k	m	n	o	p=l*m*n*o		
1	86412B	微創玻璃體黃斑部手術 microincision vitreomacular	18,475	7,833	1	26,308	23Ga玻璃體切除術主體包	14,035	46,827	18,475	28,352	46,927	86207B	3,090	32,959	13,968	100%	3,090	1.01	43,492		
							眼內鑷	4,384													154%	
							抽吸管	2,100														
2	86413B	微創複雜性玻璃體切除合併鞏膜扣環手術 microincision vitreoretinal surgery combined with scleral buckle	24,181	13,949	1	38,130	23Ga玻璃體切除術主體包	14,035	70,952	24,181	46,771	71,092	86207B+ 85608B+ 86402B	858	54,663	16,429	30%	257	1.00	4,239		
							眼內鑷	4,384													194%	
							眼內剪	5,250														
							雷射探頭	7,053														
						抽吸管	2,100															
3	86414B	微創玻璃體切除術-簡單 microincision vitreoretinal surgery -- simple	12,800	6,814	1	19,614	23Ga玻璃體切除術主體包	14,035	42,802	12,800	30,002	42,880	86206B+ 86407B	610	30,531	12,349	100%	610	1.00	7,548		
							雷射探頭	7,053													235%	
							抽吸管	2,100														
4	86415B	微創玻璃體切除術-複雜 microincision vitreoretinal surgery -- complicated	24,181	12,672	1	36,853	23Ga玻璃體切除術主體包	14,035	69,675	24,181	45,494	69,883	86207B+ 86408B	3,176	52,812	17,071	50%	1,588	1.01	27,338		
							眼內鑷	4,384													189%	
							眼內剪	5,250														
							雷射探頭	7,053														
						抽吸管	2,100															
總計																						82,617

備註 註1. 平均支付成數，係以101年門住診醫療費用申報各項手術診療項目之申報點數/(申報醫令量\*表列支付點數)為計算基礎；如為合併手術方式之診療項目，係以現行支付標準診療項目支付點數加權後之成數帶入。  
註2. 如新增診療項目，無對應之替代現行診療項目，即以支付標準所有手術項目之平均支付成數進行計算。

附件 3、以包裹給付方式修訂支付標準角膜移植手術費用健保財務預算表

項次	支付標準				手術過程面特材			現行健保給付手術支付點數(含特材)	採包裹給付之支付標準調整建議支付點數				現行支付點數與建議包裹支付差額	健保財務影響				
	編號	中英文名稱	表列支付點數	一般材料費	健保支付點數	健保給付			建議價格	建議內含過程面特材之建議支付點數	表列支付點數	表列材料費(點、%) (無條件進位)		每一個案包裹支付點數	101年申報件數	替代率	平均支付成數	預估增加支出預算(元)
			a	b		c=(a+b)	特材品項											
1	85212B	板層角膜移植術  (Lamellar keratoplasty)	10,560	5,597	16,157	捐贈者非真空 角膜環刀	2,350	2,861	20,857	21,879	10,560	11,319	21,965	1,108	121	50%	1.03	69,102
						受贈者真空角 膜環刀	2,350	2,861										
2	85213B	穿透性角膜移植術  (Penetrating keratoplasty)	12,390	6,567	18,957	捐贈者非真空 角膜環刀	2,350	2,861	23,657	24,679	12,390	12,289	24,780	1,123	519	50%	1.06	308,426
						受贈者真空角 膜環刀	2,350	2,861										
總 計																	377,528	
備註	註 1.平均支付成數，係以 101 年門住診醫療費用申報各項手術診療項目之申報點數/(申報醫令量*表列支付點數)為計算基礎；如為合併手術方式之診療項目，係以現行支付表準診療項目支付點數加權後之成數帶入。 註 2.如新增診療項目，無對應之替代現行診療項目，即以支付標準所有手術項目之平均支付成數進行計算。																	

附件 4、以包裹給付方式新增支付標準角膜移植手術費用健保財務預算表

項次	眼科醫學會所建議支付標準				手術過程面特材		採包裹給付之支付標準調整建議支付點數				替代現行診療項目		現行支	健保財務影響					
	編號	中英文名稱	表列支付點數	一般材料費	健保給付		建議價格	建議內含過程面特材之建議支付點數	表列支付點數	表列材料費(點、%) (無條件進位)	每一個案包裹支付點數	101年申報件數	建議調整點數	付點數與建議包裹支付差額	替代率	全國執行數	平均支付成數	預估增加支出預算(千元)	
			a	b	特材品項	支付點數													調查醫院採購平均價格*1.05(管理費)
1	85215B	深層前角膜移植 (Deep Anterior Lamellar Keratoplasty)	17,740	6,066	捐贈者非真空角膜環刀	2,350	2,861	29,528	17,740	11,788	29,626	85212B	121	21,965	7,661	50%	61	1.03	482
					受贈者真空角膜環刀	2,350	2,861												
2	85216B	角膜內皮移植 (Descemet's Stripping Automated Endothelial Keratoplasty)	18,585	9,362	受贈者真空角膜環刀	2,350	2,861	33,696	18,585	15,111	33,825	85213B	519	24,780	9,045	20%	104	1.06	996
					ATLK 刀片	無健保給付	2,888												
3	85217B	角膜內皮移植(使用已分離之角膜)Descemet's Stripping Automated Endothelial Keratoplasty with pre-cut cornea	16,478	5,720	受贈者真空角膜環刀	2,350	2,861	25,059	16,478	8,581	25,211	85213B	519	24,780	431	20%	104	1.06	47
總計																		1,791	

註 1.平均支付成數，係以 101 年門住診醫療費用申報各項手術診療項目之申報點數/(申報醫令量\*表列支付點數)為計算基礎；如為合併手術方式之診療項目，係以現行支付標準診療項目支付點數加權後之成數帶入。  
 註 2.如新增診療項目，無對應之替代現行診療項目，即以支付標準所有手術項目之平均支付成數進行計算。

# 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

## 第二部 西醫

### 第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

#### 第七節 手術

##### 第十二項、視器 Visual System

##### 二、角膜 Cornea (85201~85217)

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
85212B	板層角膜移植術 Lamellar keratoplasty <u>註：</u> 1. <u>一般材料費及特殊材料費，得另加計108%。</u> 2. <u>上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		v	v	v	10560
85213B	穿透性角膜移植術 Penetrating keratoplasty <u>註：</u> 1. <u>一般材料費及特殊材料費，得另加計100%。</u> 2. <u>上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		v	v	v	12390
85215B	深層前角膜移植 <u>Deep Anterior Lamellar Keratoplasty</u> <u>註：</u> 1. <u>一般材料費及特殊材料費，得另加計67%。</u> 2. <u>上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		v	v	v	17740
85216B	角膜內皮移植 <u>Descemet's Stripping Automated Endothelial Keratoplasty</u> <u>註：</u> 1. <u>一般材料費及特殊材料費，得另加計82%。</u> 2. <u>上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		v	v	v	18585
85217B	角膜內皮移植（使用已分離之角膜） <u>Descemet's Stripping Automated Endothelial Keratoplasty with precut cornea</u> <u>註：</u> 1. <u>一般材料費及特殊材料費，得另加計53%。</u> 2. <u>上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		v	v	v	16478

八、網膜 Retina (86401-86415)

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
86206B	眼坦部玻璃體切除術 Pars plana vitrectomy (vitrector) — 簡單 simple		v	v	v	9266
86207B	— 複雜 complicated <u>註：86207B眼坦部玻璃體切除術</u> 1. <u>複雜之定義：加上網膜前纖維膜切除 (Removal of epiretinal Membrane)。</u> 2. <u>一般材料費、20Ga玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計123%。</u> 3. <u>上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		v	v	v	14780
86409B	眼坦部玻璃體切除術合併光線凝固治療 <u>Pars plana vitrectomy (vitrector) with Photocoagulation therapy</u> — 簡單 Simple <u>註：</u> 1. <u>一般材料費、20Ga玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計176%。</u> 2. <u>不得同時申報86206B及86407B。</u> 3. <u>上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		v	v	v	11062
86410B	— 複雜 Complicated <u>註：</u> 1. <u>一般材料費、20Ga玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計173%。</u> 2. <u>不得同時申報86207B及86408B。</u> 3. <u>上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		v	v	v	19345
86411B	複雜眼坦部玻璃體切除術合併鞏膜切除併植入或扣壓 <u>Complication Pars plana vitrectomy (vitrector) with Reattachment retina with diathermy or cryopex</u> <u>註：</u> 1. <u>一般材料費、20Ga玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計166%。</u> 2. <u>不得同時申報86207B及86402B及85608B。</u> 3. <u>上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		v	v	v	20550

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
86412B	<u>微創玻璃體黃斑部手術</u> <u>Microincision vitreomacular surgery</u> 註： 1. <u>一般材料費、23Ga（含）以上玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計154%。</u> 2. <u>不得同時申報86207B。</u> 3. <u>上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>18475</u>
86413B	<u>微創複雜性玻璃體切除合併鞏膜扣環手術</u> <u>Microincision vitreoretinal surgery combined with scleral buckle</u> 註： 1. <u>一般材料費、23Ga（含）以上玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計194%。</u> 2. <u>不得同時申報86207B及86402B及85608B及86411B。</u> 3. <u>上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>24181</u>
86414B	<u>微創玻璃體切除術</u> <u>Microincision vitreoretinal surgery</u> — 簡單 Simple 註： 1. <u>一般材料費、23Ga（含）以上玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計235%。</u> 2. <u>不得同時申報86206B及86407B及86409B。</u> 3. <u>上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>12800</u>
86415B	— 複雜 Complicated 註： 1. <u>一般材料費、23Ga（含）以上玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計189%。</u> 2. <u>不得同時申報86207B及86408B及86410B。</u> 3. <u>上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>24181</u>

## 討論事項

### 第十一案

提案單位：健保署醫務管理組

案由：有關全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療編號  
91009B 及 91010B 「牙周骨膜翻開術」開放至 C 表案。

說明：資料後補。

擬辦：

