



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 4 次會議資料

103 年 11 月 27 日 (星期四)
本署 18 樓大禮堂

103 年度第 4 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、第三部牙醫支付標準新增修訂案。.....	第 1 頁
二、修訂 104 年度「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服 務計畫」案。.....	第 3 頁
三、修訂 104 年度「全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合 照護計畫」案。.....	第 5 頁
四、修訂 104 年度「全民健康保險牙醫門診總額口腔癌統合 照護計畫」案。.....	第 7 頁
五、增修訂 104 年度「全民健康保險西醫住院病患中醫特定 疾病輔助醫療計畫」及「全民健康保險中醫提昇孕產照 護品質計畫」兩項中醫總額醫療照護計畫案。.....	第 9 頁
六、有關 104 年「全民健康保險高診次藥事照護」計畫(草 案)報告案。.....	第 25 頁
七、有關修訂 104 年度「全民健康保險鼓勵醫療院所即時查 詢病患就醫資訊方案」。.....	第 47 頁

肆、討論事項

一、增修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部 第二章第四節復健治療之語言治療相關診療項目案。.....	第 65 頁
二、有關修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二 部第一章第六節中醫、牙醫及西醫基層藥事服務費支付標 準乙案。.....	第 69 頁

三、新增「全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案」。	第 71 頁
四、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」乙案。.....	第 87 頁
五、有關「合併執行全子宮切除術、陰道懸吊與固定術、膀胱直腸脫垂修補術」或「合併執行子宮懸吊手術、子宮直腸陷凹手術、膀胱直腸脫垂修補術/其他陰道修補術」案件改採核實申報案。.....	第 89 頁
六、DRG 案件「次診斷為癌症及性態未明腫瘤之個案實施化療注射劑」得另行核實申報項目之化療藥品範圍及其相對應之處置代碼案。.....	第 91 頁

伍、臨時動議

陸、散會

貳、確認本會 103 年度第 2 次臨時會
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

103 年第 2 次臨時會「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：103 年 10 月 21 日(星期二)下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：蔡副署長魯

紀錄：張巧如

姚代表鈺	廖秋鐳(代)	陳代表福展	翁瑞文(代)
黃代表雪玲	黃雪玲	蘇代表清泉	蔡明忠(代)
林代表富滿	林富滿	吳代表志雄	吳明彥(代)
郭代表正全	郭正全	陳代表彥廷	陳彥廷
李代表伯璋	(請假)	林代表敬修	林敬修
陳代表志忠	陳志忠	高代表靖秋	劉淑芬(代)
徐代表弘正	徐弘正	賴代表振榕	賴振榕
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	林茂隆(代)	黃代表棟國	(請假)
朱代表益宏	朱益宏	梁代表淑政	梁淑政
李代表紹誠	李紹誠	葉代表宗義	葉宗義
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	張嘉訓	侯代表彩鳳	(請假)
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	蕭峻科(代)		

列席單位及人員：

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
中華民國中醫師公會全國聯合會	王逸年、李紹誠
中華民國物理治療師公會全國聯合會	曹昭懿
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	王韻婷

中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
台灣醫院協會	楊智涵、吳心華
醫藥品查驗中心	蒲若芳
台灣胸腔及心臟血管外科醫學會	鄭清源、林致源
本署台北業務組	黃金蓮、余千子、林勢傑
本署北區業務組	郭珮萱
本署中區業務組	戴秀容
本署企劃組	劉昭蓮
本署醫審及藥材組	潘尹婷、朱秋琴
本署醫務管理組	林阿明、李純馥、陳真慧、 林淑範、王淑華、張益誠、 陳依婕、涂奇君、吳明純、 張淑雅、蕭靜怡、張巧如

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、討論事項

(一)「胸腔鏡胸管結紮術」等 5 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：

1. 同意新增「胸腔鏡胸管結紮術」、「胸腔鏡肺分葉切除術」、「胸腔鏡肺葉袖形切除術」、「右心室至肺動脈心導管連接術(萊斯特利術式)」及「鉸雅銘雷射手術 (Erb-YAG laser operation)」5 項診療項目，修正後支付標準詳如附件 1。
2. 部分代表對胸腔鏡相關手術之替代率估算方式有不同意見，爰請相關醫學會重新評估替代率，另本案新增診療項目於公告實施半年後，統計執行之醫令量及替代情形。

(二)「納氏胸廓異常矯正術」等 31 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：

1.同意新增「納氏胸廓異常矯正術」、「水刀清創」、「副甲狀腺亞全切除術」、「副甲狀腺全切除術」、「身體立體定位放射治療(SBRT)」、「生物電抗非侵入式心輸出量及血流動力學監測」6 項診療項目，修正後支付標準詳如附件 2。其他附帶決議如下：

- ①「納氏胸廓異常矯正術」乙項，部份代表表示凸胸個案不適用於「納氏胸廓異常矯正術」，故建議表列替代率為 100 %之適當性，請醫學會再確認。
- ②副甲狀腺「亞全切除術」及「全切除術」兩項，部分代表認為 2 項新增診療項目，支付點數明顯高於「單純性副甲狀腺切除術」，請醫學會擬訂適應症以避免不適當申報。
- ③「身體立體定位放射治療(SBRT)」之適應症乙項，部分醫界代表提供文獻表示，肝腫瘤治療範圍由 1.4~23 公分均可接受，且本案需事前審查，建議刪除「最大病灶 \leq 5 公分」由審查醫師自行認定。爰請學會提供相關意見。
- ④另新增診療項目若屬 DRG 適用範圍，因本會上次會議已報告 104 年適用之參數、權重、SPR，且目前已陳報衛生福利部，為避免 DRG 支付點數未反映新增診療項目，故由本署依本次新增診療項目及替代率項目支付點數差值，校正相關 DRG 權重的分子，分母不校正 (全國平均點數不變)，SPR 不調整的原則下，重新計算相關 DRG 權重。併同支付標準增修內容，陳報衛生福利部核定發佈。

2.暫保留「不整脈經導管燒灼術-複雜 3-D 立體定位」-單腔及雙

腔、「快速結核病分子診斷」、「支氣管內視鏡超音波導引」、支氣管內視鏡超音波導引之「縱膈淋巴節定位切片術」及「週邊肺組織採檢切片術」、「電子式」及「細鏡(迷你)探頭式」內視鏡超音波等 8 項診療項目。與會代表表示上述新增診療項目成本分析結果與現行類似診療項目支付點數的相對性差異過大。建議徵詢相關醫學會提供意見後再提會討論。

3.其餘為專家諮詢不同意新增「無線電波射頻血管內閉合治療靜脈功能不全術」等 17 項診療項目，詳如附件 3。

(三)有關支付標準以包裹給付過程面必須使用之「單次使用拋棄式過濾器」等 4 項特材之支付標準調整案。

決議：

- 1.同意「單次使用拋棄式過濾器」、「單次使用拋棄式心臟血管異物取出器」、「器官保存液」、「雷射光纖」等 4 項，過程面必須使用之特材以包裹給付調整診療項目 17001C「萊特氏最高流量計」等共 31 項支付標準診療項目，修正後支付標準，詳如附件 4。
- 2.«單次使用拋棄式過濾器»部分代表反映本署訪價之價格，地區或基層醫療院採購特材有困難乙項，俟實施後若有相關問題另案處理。

(四)有關中華民國眼科醫學會建議提高眼科手術診療項目編號 85608B「鞏膜切除併植入或扣壓」等 16 項診療項目之兒童加成比率乙案。

決議：與會代表均同意修正內容，惟財務來源無法取得共識，建議所需經費列入 105 年總額協商，俟編列預算支應後再行修正。

(五)有關醫院藥事服務費合理量之藥師總工作人日數計算方式，暨

地區醫院特殊藥品處方每人每日合理件數，以及支援藥師納入接受支援醫療機構、藥局之合理調劑量計算之規定等案。

決議：

1.同意醫院藥事服務費合理量之藥師總工作人日數計算方式，採目前於健保資訊網服務系統(VPN)，由各醫院登錄「藥師人數」及「總工作人日數」之方式辦理。

(1)增列通則七：地區醫院特殊藥品處方每人每日合理量為 15 件。

(2)增列通則七(三)：各醫院應於次月 15 日前至本署健保資訊服務系統(VPN)登錄藥師人數及藥師總工作人日數，若該月 15 日適逢國定假日或例假日，則順延至下一個工作日，若醫院未依規定於 VPN 登錄，104 年 1 月起，若無特殊理由未於 VPN 登錄，則該院該月藥師總工作人日數以 0 計算，如有特殊理由則由分區認定。

(3)增列通則十二：特約醫院、診所及藥局執業藥事人員依法提供報備支援之調劑服務，併入接受支援特約醫院、診所及藥局之合理調劑量計算，採遞補專任藥師剩餘之合理量，以上(1)~(3)修正後支付標準詳如附件 5。

2.住院處方每人每日合理量 40 件之計算方法乙項，代表提出須參考醫院評鑑之算法或增加系數加成等意見，俟確認後再行調整。

(六)有關修訂「全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫」案。

決議：

1.同意修訂「全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫」，修訂後計畫詳如附件 6。

2.其餘地區醫院代表建議擬錄案研參：

- (1)建議本署召開相關會議時，請擴大舉行，將社區醫院協會等承作醫療院所納入。
- (2)建議擬訂強制下轉措施，以能落實本計畫。
- (3)建議簡化承作醫院必評之評估量表。
- (4)6週照護期滿之延長照護申請，建議免再申請事前審查。
- (5)加強對社會大眾 PAC 宣導。

四、散會：下午 6 時 35 分

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議

決議辦理情形追蹤表

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
103-1-5 討	103.3.13	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。	由本署釐清藥師支援地區醫院及基層院所之適法性；以及糖尿病共照網是否可同一醫事人員取得 2 張不同專業證照等問題後，再提案討論。	健保署醫管組	本署彙整醫事司、國健署意見後再提案討論。		V
103-2-3 報	103.6.12	有關「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」擬導入支付標準案。	與會代表對於本方案導入支付標準表示支持，惟對方案內「參與資格」尚有不同意見，故暫緩導入支付標準。由健保署邀集醫院團體及安寧相關專業團體討論，在兼顧可行性及品質的前提下，取得共識後，再提會報告。	健保署醫管組	本署將彙整相關資料後，邀集安寧相關學會及各層級醫院協會共同討論後再提案討論		V
103-(臨2)-1 討	103.10.21	「胸腔鏡胸管結紮術」等 5 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。	1.同意新增「胸腔鏡胸管結紮術」等 5 項診療項目。 2.部分代表對胸腔鏡相關手術之替代率估算方式有不同意見，爰請相關醫學會重新評估替代率，另本案新增診療項目於公告實施半年後，統計執行之醫令量及替代情形。	健保署醫管組	1.新增診療項目刻正辦理預告中，將依程序報陳衛生福利部核定發佈。 2.有關部分代表建議請學會重新評估胸腔鏡相關手術之替代率乙項，已徵詢台灣胸腔及心臟血管外科學會，將按學會意見調整財務影響評估。	V	
103-(臨2)-2 討	103.10.21	「納氏胸廓異常矯正術」等 31 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。	1.同意新增「納氏胸廓異常矯正術」、「水刀清創」、「副甲狀腺亞全切除術」、「副甲狀腺全切除術」、「身體立體定位放射治療(SBRT)」、「生物電抗非侵入式心輸出量及血流動力學監測」6 項診療項目。 2.「納氏胸廓異常矯正術」乙項之申報量替代率，經再次徵詢學會意見，學會表示現行實際申報替代率應已近 100%，故維持原提案之替代率。 (凸胸個案：3 件/年) 3.副甲狀腺「亞全切除術」及「全	健保署醫管組	1.新增診療項目刻正辦理預告中，將依程序報陳衛生福利部核定發佈。 2.「納氏胸廓異常矯正術」乙項之申報量替代率，經再次徵詢學會意見，學會表示現行實際申報替代率應已近 100%，故維持原提案之替代率。 (凸胸個案：3 件/年) 3.副甲狀腺「亞全切除術」及「全	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>(3)「身體立體定位放射治療(SBRT)」之適應症乙項建議刪除「最大病灶≤ 5公分」由審查醫師自行認定。</p> <p>2.另新增診療項目若屬 DRG 適用範圍，因本會上次會議已報告 104 年適用之參數、權重、SPR，且目前已陳報衛生福利部，為避免 DRG 支付點數未反映新增診療項目，故由本署依本次新增診療項目及替代率項目支付點數差值，校正相關 DRG 權重的分子，分母不校正(全國平均點數不變)，SPR 不調整的原則下，重新計算相關 DRG 權重。</p> <p>3.暫保留「不整脈經導管燒灼術-複雜 3-D 立體定位」-單腔及雙腔」等 8 項診療項目(因部分代表認為成本分析需再徵詢相關單位意見)。</p> <p>4.其餘為專家諮詢不同意新增「無線電波射頻血管內閉合治療靜脈功能不全術」等 17 項診療項目，詳如附件 3。</p>		<p>切除術」兩項之適應症，已請台灣內分泌外科醫學會訂定適應症並同修支付標準，將依程序報陳衛生福利部核定發佈。</p> <p>4.(SBRT)建議刪除「最大病灶≤ 5公分」乙項，經函詢放腫學會表示因會中所提文獻因醫學實證部分較不足仍維持原提案之適應症。</p> <p>5.本署依本次新增診療項目及替代率項目支付點數差值，校正相關 DRG 權重的分子，分母不校正，SPR 不調整的原則下，重新計算相關 DRG 權重並將依程序報陳衛生福利部核定發佈。</p> <p>6.另專家諮詢不同意新增 17 項之診療項目(誤植)，更正為 20 項，修正之附表 3 如后。</p>		
103-(臨 2)-3 討	103.10.21	有關支付標準以包裹給付過程面必須使用之「單次使用拋棄式過濾器」等 4 項特材之支付標準調整案。	<p>1.同意「單次使用拋棄式過濾器」、「單次使用拋棄式心臟血管異物取出器」、「器官保存液」、「雷射光纖」等 4 項，過程面必須使用之特材以包裹給付調整診療項目 17001C「萊特氏最高流量計」等共 31 項支付標準診療項目。</p> <p>2.«單次使用拋棄式過濾器」部分代表反映本署訪價之價格，地區或基層醫療院採購特材有困難乙項，俟實施後若有相關問題另案處理。</p>	健保署醫管組	調整之診療項目 31 項，刻正辦理預告中，將依程序報陳衛生福利部核定發佈。	V	
103-(臨 2)-4 討	103.10.21	有關中華民國眼科醫學會建議提高眼科手術診療項目編號 85608B「鞏	與會代表均同意修正內容，惟財務來源無法取得共識，建議所需經費列入 105 年總額協商，俟編列預算支應後再行修正。	健保署醫管	俟 105 年總額協商，編列預算支應後再行修正。	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
		膜切除併植入或扣壓」等 16 項診療項目之兒童加成比率乙案。		組			
103-(臨2)-5 討	103.10.21	有關醫院藥事服務費合理量之藥師總工作人日數計算方式，暨地區醫院特殊藥品處方每人每日合理件數，以及支援藥師納入接受支援醫療機構、藥局之合理調劑量計算之規定等案。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 同意醫院藥事服務費合理量之藥師總工作人日數計算方式，採目前於健保資訊網服務系統(VPN)，由各醫院登錄「藥師人數」及「總工作人日數」之方式辦理。 <ol style="list-style-type: none"> (1) 增列通則七：地區醫院特殊藥品處方每人每日合理量為 15 件。 (2) 增列通則七(三)：各醫院應於次月 15 日前至本署健保資訊服務系統(VPN)登錄藥師人數及藥師總工作人日數，若該月 15 日適逢國定假日或例假日，則順延至下一個工作日，若醫院未依規定於 VPN 登錄，104 年 1 月起，若無特殊理由未於 VPN 登錄，則該院該月藥師總工作人日數以 0 計算，如有特殊理由則由分區認定。 (3) 增列通則十二：特約醫院、診所及藥局執業藥事人員依法提供報備支援之調劑服務，併入接受支援特約醫院、診所及藥局之合理調劑量計算，採遞補專任藥師剩餘之合理量。 2. 住院處方每人每日合理量 40 件之計算方法乙項，代表提出須參考醫院評鑑之算法或增加系數加成等意見，俟確認後再行調整。 	健保署醫管組	增修支付標準之藥事通則，刻正辦理預告中，將依程序報陳衛生福利部核定發佈。	V	
103-(臨2)-6 討	103.10.21	有關修訂「全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫」案。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 同意修訂「全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫」。 2. 其餘地區醫院代表建議擬錄案研參： <ol style="list-style-type: none"> (1) 建議本署召開相關會議時，請擴大舉行，將社區醫院協會等承作醫療院所納入。 (2) 建議擬訂強制下轉措施，以能落實本計畫。 (3) 建議簡化承作醫院必評之評估量表。 (4) 6 週照護期滿之延長照護申請，建議免再申請事前審查。 (5) 加強對社會大眾 PAC 宣導。 	健保署醫管組	將依本會決議之「全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫」修訂內容，依程序報陳衛生福利部核定發佈。	V	

不同意新增 20 項診療項目

項次	中文項目名稱	健保署說明
1	無線電波射頻血管內閉合治療靜脈功能不全術（單側）	依 103 年第 4 次支付標準專家諮詢會議之結論：此 2 項新增診療項目需使用之特材品項為健保內含序號 38「多尼爾雷射用光導管」、749「維納斯電燒快速閉合導管」、765「戴爾美德靜脈內雷射療法操作工具配件」等 3 項，為治療靜脈曲張之雷射治療，治療效果與標準靜脈曲張手術治療方式相同，且此種治療方式與醫美使用治療靜脈曲張之方式相同，屬醫美用途較高，爰不建議新增診療項目。
2	無線電波射頻血管內閉合治療靜脈功能不全術（雙側）	
3	內視鏡食道腫瘤無線頻率電熱療法(點狀)	依 103 年第 4 次支付標準專家諮詢會議之結論：此 3 項新增診療項目需使用之特材品項為健保內含序號 819「巴瑞克斯歐拉電燒系統」及 820「巴瑞克斯哈囉燒灼導管及測量氣球」等 2 項之新醫療技術合併新式醫材治療方式，國內執行個案數尚少、尚無國內實證論文，目前僅有少數幾家醫院執行，爰不建議新增診療項目。
4	內視鏡食道腫瘤無線頻率電熱療法-≤5 公分(線形)	
5	內視鏡食道腫瘤無線頻率電熱療法->5 公分(線形)	
6	動脈內插管手術及動脈 PORT 植入術	依 103 年第 4 次支付標準專家諮詢會議之結論：以植入動脈 PORT 執行化學治療，屬少數醫院及少數醫師執行，非主流臨床治療指引，目前 99% 仍以靜脈植入 PORT 為主，不建議新增本項診療項目，建議執行院所比照支付標準編號 47080B「治療性導管植入術—Port-A 導管植入術」支付 5,444 點申報。
7	1.高敏感度表皮生長因子受體突變分析(High sensitivity EGFR mutation test) 2.即時定性聚合酶連鎖反應 EGFR 基因突變檢測 (Real Time Qualitative PCR EGFR Mutation test)	依 103 年第 4 次支付標準專家諮詢會議之結論：申請健保給付預計申請健保給付 gefitinb 或 erlotinb 成分藥品治療之肺腺癌病患，羅氏大藥廠股份有限公司及台灣阿斯特捷利股份有限公司願意贊助 EGFR 基因檢測費用予醫療院所，病患無需自行負擔，爰健保以不重複付費原則，不建議新增本項診療項目。
8	ALK 基因螢光原位雜交分析(ALK FISH)	依 103 年第 4 次支付標準專家諮詢會議之結論：檢查目的係篩選出適合使用 Crizotinib 的病患，查 102 年 12 月藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議藥品部分第 6 次會議決議，已決議含 crizotinib 用於治療非小細胞肺癌之新成分新藥「截克瘤(Xalkori)200mg 及 250mg 膠囊」暫不納入健保給付，爰健保亦不建議新增本項診療項目。
9	體外循環內毒素吸附治療	依 103 年第 5 次支付標準專家諮詢會議之結論：本項新增診療項目需使用之特材，並無法吸附所有細菌產生之內毒素，價格甚高，且相關實證文獻表示本項治療成效並不顯著，又缺乏國內臨床實證，爰不建議新增本項診療項目。

項次	中文項目名稱	健保署說明
10	雙眼鋸上眼瞼肌切除手術	依 103 年第 5 次支付標準專家諮詢會議之結論：本項新增診療項目成本校正後之建議支付點數為 11,518 點，較按現行支付標準手術通則六(二)規定申報（即同一手術不同刀口，第 2 項手術得按表列支付點數 50% 申報）之支付點數 13,358 點低，且同時執行雙眼鋸上眼瞼肌切除手術高險及困難度高，施行對象多為年長者，為避免誘發單眼手術變成雙眼手術之道德風險，爰不建議新增本項診療項目。
11	舌根或/及舌骨懸吊術 (Tongue Base and/or Hyoid Suspension)	依 103 年第 6 次支付標準專家諮詢會議之結論：本項推估執行量高且所需特材之價格昂貴，考量臨床療效有限，且缺乏管理機制，爰不建議新增本項診療項目。
12	軟顎植入術 (Palatal Impant)	
13	腎動脈神經阻斷術 (Renal denervation (RDN))	依 103 年第 6 次支付標準專家諮詢會議之結論：本項國外臨床療效之研究結果分歧，可能導因於研究對象種族不同所產生之治療反應差異，考量國內尚無臨床實證研究，且對於需使用 5-6 種以上降血壓藥品治療，或難以藥品控制之頑固型高血壓病患，於執行本項手術後仍需繼續服用降血壓藥品，爰不建議新增本項診療項目。
14	血小板 ADP P2Y12 接受器功能檢測(PRU)	依 103 年第 6 次支付標準專家諮詢會議之結論：臨床上經皮導管治療多採塗藥支架之材料，故因支架放置產生血栓之案件實不多，且得以血小板凝集功能等傳統檢測方法評估服用 ADP P2Y12 inhibitor 之效益，考量本項未納入國外臨床常規檢查項目，且未建立 cut-off 標準點，易產生臨床解讀差異，爰不建議新增本項診療項目。
15	<ol style="list-style-type: none"> 1. 薦神經調控暫時性經皮植入導線測試定位手術 2. 薦神經調控刺激導線測試或永久性植入定位手術 3. 神經電刺激器植入或置換手術 4. 神經刺激器程控調整作業 	依 103 年第 7 次支付標準專家諮詢會議之結論：本項因缺乏國內臨床實證且國內技術尚未發展、所建議之適應症不明確、臨床使用個案數少，且非主要大小便失禁之治療指引等因素，以及該等診療項目植入式醫材昂貴，爰不建議新增本項診療項目。
16	虛擬實境復健(肌肉骨骼)	依 103 年第 8 次支付標準專家諮詢會議之結論：本案建議 2 項新增項目因
17	虛擬實境復健(神經)	缺乏支持度較強之實證文獻，目前國內係採研究計畫方式提供服務，僅有少數醫院發展，且服務個案極少，爰不建議新增。

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：第三部牙醫支付標準新增修訂案。

說明：資料後補。

決定：

報告事項

第二案

報告單位：健保署醫務管理組

案由：修訂 104 年度「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」案。

說明：資料後補。

決定：

報告事項

第三案

報告單位：健保署醫務管理組

案由：修訂 104 年度「全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」案。

說明：資料後補。

決定：

報告事項

第四案

報告單位：健保署醫務管理組

案由：修訂 104 年度「全民健康保險牙醫門診總額口腔癌統合照護計畫」案。

說明：資料後補。

決定：

報告事項

第五案

報告單位：健保署醫務管理組

案由：增修訂 104 年度「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」及「全民健康保險中醫提昇孕產照護品質計畫」兩項中醫總額醫療照護計畫案。

說明：

- 一、依據 103 年 11 月 13 日「中醫總額研商議事會議」會議決議辦理。
- 二、「104 年度全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」：104 年度編列預算 113 百萬，延續 103 年度計畫內容，因本計畫自 95 年起即予施行試辦，歷年於評核會亦呈現成效良好，故於計畫名稱刪除「試辦」兩字，及於計畫申請表增列承作適應症之勾選欄位。修訂後條文(詳后附件 5-1，P11~P17)。
- 三、「104 年度全民健康保險中醫提昇孕產照護品質計畫」：為 104 年新增之計畫，編列預算 32 百萬。重點摘要如下，條文(詳后附件 5-2，P18~P24)。
 - (一)照護對象：已婚超過一年有正常性生活而無法受孕的男女患者、易流產(超過 2 次(含)以上)之女性受孕後 0-20 周之保胎照護。
 - (二)執行方式：除四診診療外，助孕部分女性尚包括排卵日指導、判讀基礎體溫(BBT、體質症型、濾泡期、排卵期、黃體期之月經週期療法)、內服藥、針灸治療、營養指導；男性尚包括排卵日指導、內服藥、針灸治療、營養指導、運動指導、生活作息指導；保胎部分尚包括黃體評估、出血狀況評估、內服藥、針灸治療、營養飲食指導、衛教等項目。

(三)支付方式：採包裹支付制，「中醫助孕照護處置費」及「中醫保胎照護處置費」內含所需各項診察費、藥費及診療費等，含針灸處置皆為每次 1200 點，不含針灸處置皆為每次 900 點，同院所同一個案每週限申報一次。

決定：本案如經確認同意，「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」依程序辦理公告，「全民健康保險中醫提昇孕產照護品質計畫」依程序報請衛生福利部核定後公告實施。

全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫

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：

- (一)針對住院中之腦血管疾病及顱腦損傷患者，藉由具文獻依據之中醫輔助醫療介入措施，期使達到病患神經學功能進步、日常生活能力改善、生活品質提昇，併縮短住院天數，降低醫療費用支出的目的。
- (二)希望透過中西醫結合的治療方式，將腫瘤患者經手術、放化療後常出現的腸胃不適、眩暈、落髮，以及療程中常出現的口乾、口腔潰瘍、便秘、腹瀉、張口困難等症狀減輕到最低，讓患者能順利完成整個西醫療程，發揮最大療效；尤其對末期患者所出現的惡病質，諸如體重減輕，食慾不振，精神萎靡等不適，以及癌性疼痛問題，透過中醫的體質調理，提升患者的生活品質。

三、施行期間：自公告日起至1034年12月31日止。

四、適用範圍：

- (一)腦血管疾病(ICD-9：430~437)及顱腦損傷(ICD-9：801~804及850~854)自診斷日起三個月內之住院病患，需中醫輔助醫療協助者。
- (二)需中醫輔助醫療之腫瘤住院患者。

五、預算來源：全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫」專款項目。

六、申請資格：

- (一)設有中醫門診之醫院，申請參與本計畫之醫師需個人執業滿三年以上，並參加中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)所辦理講習會(講習會不定期召開)，且領有繼續教育證明之中醫師。
- (二)申請參與本計畫之醫師及醫事服務機構須二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)。

七、申請程序：

中醫門診特約醫事服務機構應檢送申請表(附件一)及計畫書，以掛號郵寄方式向中醫全聯會提出申請。

八、計畫書之規範：

(一)書寫格式：以WORD形式建檔，A4版面，由左而右，由上而下，(標)楷書14號字型，橫式書寫。

(二)封面：包括計畫名稱、執行單位、執行期間。

(三)內容至少應包括下列項目：

1.前言：請敘述申請本計畫動機，包括：加強中醫醫療照護門診的種類、醫療資源提供情況及需求狀況等。

2.目的：分點具體列述所要達成之目標。

3.實施方法與步驟：請依計畫內容分別具體列述，並應包括下列項目：

(1)醫療人力資源：請詳述執行本計畫之醫事人力名單及其學經歷、身分證字號、中醫師證號及其完整訓練之證明。

(2)標準作業程序。

(3)適應症。

(4)治療及追蹤計畫。

(5)療效評估標準：

A、腦血管疾病，以NIHSS、Barthel Index做為評估標準。

B、顱腦損傷，以 Barthel Index、改良式創傷嚴重度指標 RTS（以呼吸次數、收縮血壓及 Glasgow 昏迷指數等三項生理指標）做為評估標準。

C、腫瘤住院患者，以 EORTC QLQ-C30 癌症患者生命質量測定量表、ECOG 生活品質評估等做為評估標準。

(6)不良反應紀錄及通報。

(7)經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請依本計畫第十一點支付方式預估。

(四)評估預期效益：請詳述計畫實施後預期達成之效益指標。

九、申請資格審查：

中醫全聯會於每季季底(以郵戳為憑)收齊申請案件後，十五日內遴聘專家學者進行審查，並於審查完成後十五日內送全民健康保險保險人(以下稱保險人)核定及公告新增承辦之保險醫事服務機構名單，執行日以公告院所名單日當月1日起計。

十、執行方式：

(一)看診醫師應對當次看診病人提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，並以標準作業流程與處置完成診療。

(二)本計畫執行期間，保險醫事服務機構欲變更計畫者，需先函送中醫全聯會進行評估，並檢具中醫全聯會所發予之評估結果，向保險人之分區業務組申請計畫之變更，經保險人分區業務組核定後，始得變更。

十一、支付方式：

(一)本計畫之給付項目及支付標準表如附件二。

(二)本計畫之預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

十二、醫療費用申報與審查

(一) 醫療費用申報

1.門診醫療費用點數申報格式之總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。

2.門診醫療費用點數申報格式點數清單段：

(1)案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。

(2)特定治療項目(一)：請填報「C8(腦血管疾病及顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療)」或「J7(腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院中醫輔助醫療)」。

(二)有關醫療費用申報及支付、程序審查、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，按全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法辦理。

十三、執行報告

執行本計畫之保險醫事服務機構，應於計畫執行結束或年度結束後三十日內，檢送執行報告至中醫全聯會，執行報告之格式及內容，依送審計畫書之內容及要項撰寫執行成果及實施效益，執行報告之內容將做為下年度申請資格審查之依據。

十四、辦理本計畫之保險醫事服務機構，如於執行期間，因有特約管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)，且經保險人予以停止特約或終止特約者，本計畫執行資格將同步自處分停約或終止特約日起終止。

十五、執行本計畫而成效不佳者、未依本計畫規定事項執行者或未依中醫全聯會規定繳交相關資料、評量報表者，由中醫全聯會重新評估後，報請保險人分區業務組予以停止執行本計畫。

十六、本計畫實施成效由中醫全聯會進行評估，並於實施半年後進行期中檢討，於年終向全民健康保險會(以下稱健保會)提送年度執行報告，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況及病患療效評估等資料。

十七、本計畫由保險人與中醫全聯會共同研訂後，送健保會備查。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附件一

全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫申請表

腦血管疾病及顱腦損傷 腫瘤患者手術、化療、放射線療法後

基 本 資 料	院所名稱		院所代碼			
	本計畫負責醫師姓名		身分證字號			
	本計畫負責醫師學經歷		檢附證明文件			
	e-mail :		聯絡電話 :			
	醫師姓名	身分證字號	中醫師證書字號	教職	年資	
			台中字第	號		
			台中字第	號		
			台中字第	號		
			台中字第	號		
			台中字第	號		
料	每週診療時間					
檢 送 項 目	項 目		審 查 結 果		備 註	
	繼續教育證明書 份		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他			
	計畫書		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他			
	醫師人力		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他			
	其他醫事人力					
保險醫事服務機構	機構章戳		中醫全聯會審核意見欄	1 <input type="checkbox"/> 審核通過 2 <input type="checkbox"/> 不符合規定 3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請補齊 4 <input type="checkbox"/> 其他 審核委員： 日期章戳：		本欄由審查單位填寫
	申請日期： 年 月 日					

附件二

西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫給付項目及支付標準表

通則：

- 一、本標準所訂支付點數包括中醫師診療、處置、處方、藥費、調劑費、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本(如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出)。
- 二、針灸、傷科及脫臼整復每次診療得合併申報本計畫之診察費項目(P33001及P34001)，不受同一療程規定之限制。
- 三、本計畫之中醫輔助醫療服務量、針灸、傷科及脫臼整復合計申報量，應獨立計算且申報時不併入該院所原門診合理量、針灸、傷科及脫臼整復原合計申報量計算。
- 四、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。
- 五、申報中醫護理衛教費及營養飲食指導費，應於該次診療服務合併實施治療評估，並於病歷詳細載明評估結果及治療方式。
- 六、本計畫之案件當次不得另行申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫各章節之診療項目。
- 七、本計畫之案件(同一個案)每週限申報三次(加護病房患者除外)。

支付標準表(一)

-腦血管疾病及顱腦損傷

第一章 中醫輔助醫療診察費

編號	診療項目	支付點數
P33001	中醫輔助醫療診察費	350

第二章 藥費

編號	診療項目	支付點數
P33021	每日藥費	100

第三章 針灸治療

編號	診療項目	支付點數
P33031	針灸治療處置費	400
P33032	電針治療	500

註：P33031、P33032 每次治療擇一申報。

第四章 傷外科治療

編號	診療項目	支付點數
P33041	一般治療	300

第五章 疾病管理照護費

編號	診療項目	支付點數
P33051	中醫護理衛教費	300
P33052	營養飲食指導費	250
P33053	生理評估(限腦中風患者適用) 美國國家衛生研究院中風評量表 (NIHSS) 巴氏量表 (Barthel Index)	1000
P33054	生理評估(限顱腦損傷患者適用) (1)改良式創傷嚴重度指標 RTS (2)巴氏量表(Barthel Index)	1000

註：1. 每一個案住院期間限申請 1 次費用。
2. P33053、P33054 生理評估需以個案為單位，需前後量表皆完成方可提出申請給付。

第六章 藥品調劑費

編號	診療項目	支付點數
P33061	藥品調劑費	50/次

第七章 中醫輔助醫療檢查費

編號	診療項目	支付點數
P33071	中醫輔助醫療檢查費 (舌診儀)	500/次
P33072	中醫輔助醫療檢查費 (脈診儀)	500/次
P33073	中醫輔助醫療檢查費(微循環儀輔助)	500/次
P33074	中醫輔助醫療檢查費(紅外線熱象儀輔助)	500/次

註：每個月每項限申請一次，未檢查者不得申報。

支付標準表(二)

-腫瘤患者手術、化療、放線射療法

第一章 中醫輔助醫療診察費

編號	診療項目	支付點數
P34001	中醫輔助醫療診察費	350

第二章 藥費

編號	診療項目	支付點數
P34021	每日藥費	100
註：出院患者必要時得開給7天藥品		

第三章 針灸治療

編號	診療項目	支付點數
P34031	針灸治療處置費	400
P34032	電針治療	500
註：P34031、P34032 每次治療擇一申報。		

第四章 傷外科治療

編號	診療項目	支付點數
P34041	一般治療（含推拿治療或外敷藥處置）	300

第五章 疾病管理照護費

編號	診療項目	支付點數
P34051	中醫護理衛教費	300
P34052	營養飲食指導費	250
P34053	EORTC QLQ-C30 癌症患者生命質量測定量表 ECOG 生活品質評估 BCQ 中醫體質質量表評估	1000
註：1.P34051、P34052 每一個案住院期間限申請 1 次費用。 2.P34053：EORTC QLQ-C30、ECOG、BCQ 以個案為單位（每案限治療前後測各一次），前後測量表可各申請給付一次，每次需三項均完成方可申請費用。		

第六章 藥品調劑費

編號	診療項目	支付點數
P34061	藥品調劑費	50/次

第七章 中醫輔助醫療檢查費

編號	診療項目	支付點數
P34071	中醫輔助醫療檢查費（舌診儀）	500/次
P34072	中醫輔助醫療檢查費（脈診儀）	500/次
註：每個月每項限申請一次，未檢查者不得申報。		

全民健康保險中醫提昇孕產照護品質計畫(草案)

一、依據：

各年度全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額之協商結果。

二、目的：

鼓勵生育為國家當前重要政策，針對特定病理因素所致之原發性或繼發性不孕、兩次以上之流產，由中醫給予適當照護，能提昇受孕率及保胎率。

三、施行期間：自公告日起至104年12月31日止。

四、適用範圍：

- (一)已婚超過一年有正常性生活而無法受孕的男女患者(主診斷需填報女【男】性不孕病名，如有特定病理之不孕需另立次診斷且需載明相關的診斷依據)。
- (二)易流產(超過2次(含)以上)之女性(病歷應記載流產之年月)，受孕後0-20周之保胎照護(應註明孕期週數)。

五、預算來源：全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「提昇孕產照護品質計畫」專款項目。

六、申請資格：

- (一)健保特約中醫院所之中醫師參加中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)辦理之「中醫提昇孕產期照護」課程4小時(講習會不定期召開)。
- (二)申請參與本計畫之醫師及醫事服務機構須二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者或申請暫緩處分者)。

七、申請程序：

中醫門診特約醫事服務機構應檢送申請表(如附表1)，向中醫全聯會提出申請。

八、申請資格審查：

中醫全聯會於每季季底(以郵戳為憑)收齊申請案件後，十五日內送全民健康保險保險人(以下稱保險人)核定及公告新增承辦之保險醫事服務機構名單，執行日以公告院所名單日當月1日起計。

九、執行方式：

(一)助孕

1. 女性病患：需包含望聞問切四診診療、排卵日指導、判讀基礎體溫(BBT、體質症型、濾泡期、排卵期、黃體期之月經週期療法)、內服藥、針灸治療、營養指導。
2. 男性病患：需包含望聞問切四診診療、排卵日指導、內服藥、針灸治療、營養指導、運動指導、生活作息指導。

(二)保胎：需包含望聞問切四診診療、黃體評估、出血狀況評估、內服藥、針灸治療、營養飲食指導、衛教。

十、支付方式：

(一) 本計畫之給付項目及支付標準表如附表2。

(二) 本計畫之預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則留用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

十一、醫療費用申報與審查

(一) 醫療費用申報

1. 門診醫療費用點數申報格式之總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。
2. 門診醫療費用點數申報格式點數清單段：
 - (1). 案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。
 - (2). 特定治療項目(一)：請填報「J8」(全民健康保險中醫提昇孕產照護品質計畫)。

(二) 有關醫療費用申報及支付、程序審查、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，按全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法辦理。

十二、執行成效

(一) 執行本計畫之保險醫事服務機構，應於計畫執行結束或年度結束後三十日內，檢送執行報告至中醫全聯會，執行報告之格式及內容，依送審計畫書之內容及要項撰寫執行成果及實施效益，執行報告之內容將做為下年度申請資格審查之依據。

(二) 實施效益需包含如下：

1.助孕:

(1)助孕成功率(=成功受孕個案數/不孕看診個案數)

註:夫妻同時就醫者成功數及看診數皆計數為2

(2)受孕成功者之完整治療過程、病歷報告(含診斷依據、基礎體溫表、中醫診療記錄等資訊)。

A.助孕診療紀錄表(每月記載，每季上傳)-女性

姓名	性別	生日	初診日期	濾泡期平均溫度	排卵期平均溫度(加註排卵日期)	黃體期平均溫度	濾泡期天數	黃體期天數	是否受孕

B.助孕診療紀錄表(每月記載，每季上傳)-男性

姓名	性別	生日	初診日期	精蟲數	形態良率	液化	雜質	活動力	是否受孕

2.保胎

(1)保胎成功率(=孕期超過 20 週以上個案數/保胎看診個案數)

(2)順利生產者之完整治療過程、病歷報告(含診斷依據、中醫診療記錄等資訊)。

懷孕初期症狀及心理評估量表

姓名	性別	生日	初診日期	心跳數	血壓	噁心嘔吐	出血	憂鬱	心悸	頭痛	眩暈	微熱	便秘

十三、辦理本計畫之保險醫事服務機構，如於執行期間，因有特約管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一（含行政救濟程序進行中尚未執行處分者），且經保險人予以停止特約或終止特約者，本計畫執行資格將同步自處分停約或終止特約日起終止。

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

附表1

全民健康保險中醫提昇孕產照護品質計畫 申請表

基 本	院所名稱		院所代碼		
	本計畫負責醫師姓名		身分證字號		
本 資	本計畫負責醫師學經歷		檢附證明文件	件	
	e-mail :		聯絡電話 :		
資 料	醫師姓名	身分證字號	中醫師證書字號	教職	年資
			台中字第	號	
			台中字第	號	
			台中字第	號	
			台中字第	號	
			台中字第	號	
料	每週診療時間				
檢 送 項 目	項 目		審 查 結 果		備 註
	繼續教育證明		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他		
保 險 醫 事 服 務 機 構	機構章戳				本欄由審查單位填寫
	申請日期： 年 月 日	中醫全聯會審核意見欄 1 <input type="checkbox"/> 審核通過 2 <input type="checkbox"/> 不符合規定 3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請補齊 4 <input type="checkbox"/> 其他 審核委員： 日期章戳：			

附表2

全民健康保險中醫提昇孕產照護品質計畫
給付項目及支付標準表

通則：

- 一、本標準所訂支付點數包括中醫師診療、處置、處方、藥費、調劑費、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本(如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出)。
- 二、本計畫之醫療服務量診察費、針灸申報量，應獨立計算且申報時不併入該院所原門診合理量、針灸原申報量合併計算。
- 三、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。
- 四、本計畫之案件當次不得另行申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫各章節之診療項目。
- 五、本計畫之案件(同一個案)每週限申報一次。

全民健康保險中醫提昇孕產照護品質計畫支付標準表

編號	診療項目	支付點數
P39001	<p>中醫助孕照護處置費(含針灸處置費)</p> <p>註：照護處置費包括中醫四診診察費(排卵期評估，女性須含基礎體溫(BBT、體質症型、濾泡期、排卵期、黃體期之月經週期療法之診療)、口服藥(至少 7 天)、針灸治療處置費、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。</p>	1200
P39002	<p>中醫助孕照護處置費(不含針灸處置費)</p> <p>註：照護處置費包括中醫四診診察費(排卵期評估，女性須含基礎體溫(BBT、體質症型、濾泡期、排卵期、黃體期之月經週期療法之診療)、口服藥(至少 7 天)、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。</p>	900
P39003	<p>中醫保胎照護處置費(含針灸處置費)</p> <p>註：照護處置費包括中醫四診診察費口服藥(至少 7 天)、針灸治療處置費、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。</p>	1200
P39004	<p>中醫保胎照護處置費(不含針灸處置費)</p> <p>註：照護處置費包括中醫四診診察費、口服藥(至少 7 天)、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。</p>	900

報告事項

第六案

報告單位：健保署醫務管理組

案由：有關 104 年「全民健康保險高診次者藥事照護」計畫（草案）報告案。

說明：

- 一、依據 103 年 9 月 27 日衛生福利部全民健康保險會第 1 屆 103 年第 9 次委員會議決議辦理（104 年度全民健康保險其他預算及其分配，全民健保高診次民眾就醫行為改善方案-藥師居家照護，全年經費 5,400 萬元，以輔導至少 7,000 人為目標。）。
- 二、104 年「全民健康保險高診次者藥事照護」計畫（草案），**（詳后附件 6-1，P26～P45）**，業經本署與中華民國藥師公會全國聯合會於 103 年 10 月 30 日召開會議共同研商在案，提報本會備查後，將送健保會備查及陳報衛生福利部核定並公告實施。

決定：

104 年「全民健康保險高診次者藥事照護」計畫（草案）

- 一、 依據：衛生福利部全民健康保險會第 1 屆 103 年第 9 次委員會議紀錄。
- 二、 目的：為使醫療資源合理使用，針對門診高利用之保險對象進行藥事照護，輔導建立正確服用藥物觀念，避免藥物重複使用，強化用藥安全，間接減少醫療資源之浪費。
- 三、 施行區域：全民健康保險保險人（以下稱保險人）六分區業務組所轄範圍。
- 四、 收案條件：
 - （一） 前 1 年（10210~10309）申報門診就醫次數 ≥ 90 次（排除牙醫、中醫及復健就醫次數）者，依序篩選：
 1. 具有 2 種以上慢性疾病者，其在 ≥ 2 家院所領取 ≥ 13 張慢性病連續處方箋者，列入第一優先輔導對象。
 2. 藥費在前 50 百分位且就醫院所家數 ≥ 6 家者，列入第二優先輔導對象。
 3. 半數以上處方箋之藥品品項 ≥ 6 種者，列入第三優先輔導對象。
 4. 針對已連續 2 年收案輔導者，第 3 年起不得繼續輔導，但有特殊情況且經中華民國藥師公會全國聯合會（以下稱藥師全聯會）及保險人分區業務組同意者，不在此限。
 - （二） 居住於向保險人報備同意指派醫事人員提供醫療服務之照護機構住民，且前 1 年（10210~10309）領有慢性病處方箋且平均每日服用藥品超過 10 個品項者。
 - （三） 為避免資源重置，前開收案保險對象須排除下列情況：
 1. 參加「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」者、居家護理收案者、重大傷病者、死亡者。
 2. 受禁治產宣告或失去意識或無法以言語及行動表達及溝通且不能填寫同意書者。
 3. 參加其他計畫或已接受其他單位（如食品藥物管理署及長照機構等）藥事照護（諮詢）者。
 - （四） 西醫基層醫師或保險人分區業務組認定需要藥師專業輔導轉介之保險對象。
- 五、 實施期間：104 年 1 月 1 日至 104 年 12 月 31 日。
- 六、 預算來源：104 年度全民健康保險其他預算及其分配 3.全民健保高診次民眾就醫行為改善方案-藥事居家照護全年經費 5,400 萬元。
- 七、 預期目標及成效：
 - （一） 104 年預期收案人數至少為 7,000 人。
 - （二） 預期輔導成效：以保險對象開始輔導至 104 年 12 月 31 日，與前 1 年同期比較，門診醫療費用降低 14% 以上。
 - （三） 監測指標：對藥師回應比率（CC%）達 50 %。（公式：所有保險對象 CC 的

量／所有保險對象 BB 的量；BB：建議醫師或病人用藥事項代碼，CC：醫師或病人回應藥師建議事項代碼)。

(四) 保險對象對藥師照護的滿意度：隨機挑選 25%之收案人數，以電訪方式直接詢問保險對象有關照護藥師的滿意度，病人回答滿意人數達 80%以上。

(五) 保險對象生活品質提升:EQ-5D-5L 調查效用分數平均上升 0.074。

(六) 藥師協助將藥品整理成七日藥盒，使用率達 30%。

八、 保險特約藥局及藥事人員申請資格：

(一) 須為具藥事人員2人(含)以上之本保險特約藥局，且102年及103年兩年內無核定停止、終止特約或不予特約之紀錄，且其藥事人員未有依本計畫第十四項第二款之規定，被動退出本計畫之紀錄者。

(二) 各藥事人員前一年度參與本計畫，其輔導之保險對象，門診醫療費用與前1年同期比較，成長超過10%者，不得申請，但經藥師全聯會及保險人分區業務組評估不可歸責於該藥事人員者，不在此限。

(三) 參與計畫之藥事人員須通過藥師全聯會培訓且認證審核資格(依據藥師全聯會訂定之輔導計畫標準作業程序據以執行，訪視前之準備、禮儀、證件及電話預約；訪視時之自我介紹、輔導內容；訪視後之記錄)及接受疾病治療導向之藥事照護訓練。

(四) 保險人各分區業務組應辦理訓練課程，課程應包含個人資料保護法、訪視注意事項及適時宣導方案。經藥師全聯會認證審核通過之藥事人員並應全程參與課程。

(五) 藥師全聯會審核參與計畫之藥事人員資格，對有違反照護藥師行為規範情節重大者，得不推薦參與本計畫。

九、 申請程序：符合申請資格之藥事人員應檢送申請表，向藥師全聯會提出申請。藥師全聯會應將核定推薦之名單，函送所轄保險人分區業務組。經保險人分區業務組確認藥事人員符合相關資格後，與該藥事人員所執業之特約藥局簽訂附約，並將已完成簽訂附約之藥事人員名單送藥師全聯會，由藥師全聯會轉知各縣市藥師公會。

十、 選收案、輔導與結案之程序：

(一) 屬本計畫第四項收案條件(一)者之選收案、輔導與結案之程序：

1. 選收案程序：

(1) 藥師全聯會將保險人分區業務組提供之保險對象資料(包括姓名、性別、出生年月日、年齡、優先順序、通訊地址、戶籍地址、聯絡電話、去年輔導藥師姓名)提供參與本計畫之藥事人員選案，並轉請各縣市藥師公會協調保險對象及對應之藥事人員(所轄保險人分區業務組亦參與協調)。可考量依地緣關係配對照護之保險對象，但不能排除偏遠地區需要藥事照護之保險對象。各縣市藥師公會需彙整負責藥局代號、藥

事人員及其保險對象名單後，送至藥師全聯會，由藥師全聯會函送所轄保險人分區業務組。若剩餘無藥師圈選之保險對象屬於偏遠地區之保險對象 $\geq 50\%$ ，則由藥師全聯會平均分配給各該分區內參與本計畫之所有藥事人員。藥師全聯會得協助選案之進行及指定該分區內所有參與本計畫藥事人員之偏遠地區輔導保險對象名單。藥師全聯會並得請各縣市藥師公會彙整選案後之負責藥局代號、藥事人員及其保險對象名單，由藥師全聯會函送所轄保險人分區業務組。

- (2) 保險人應發送關懷函（樣張如附件1）予保險對象並副知輔導之藥事人員。關懷函中敘明負責該對象之藥事人員姓名、聯絡電話、特約藥局名稱及地址等聯絡方式等相關事項及說明藥事人員來拜訪時需出示健保卡，以提供藥事服務。保險人分區業務組得洽請各相關特約醫療院所或特約藥局，配合提供保險對象之相關聯絡資料如電話、地址等，並同時知會該院所該位保險對象已為本計畫之保險對象。
- (3) 藥事人員不得拒絕指定收案名單或中斷輔導。
- (4) 最後收案截止時間為104年7月31日，但屬西醫基層醫師或保險人分區業務組認為需要藥事人員專業輔導轉介之保險對象，不在此限。另104年4月30日前未完成第1次聯繫之保險對象，於104年5月31日前進行重新配對選案，但選案日期仍不得晚於104年6月30日。藥師全聯會應於104年8月15日前將藥事人員及保險對象之最終收案名單送保險人及各分區業務組。另藥事人員屬被動退出計畫後，其所輔導之保險對象停止輔導並應由藥師全聯會轉介其他藥事人員繼續照護。
- (5) 藥事人員於收案時，應注意特殊保險對象之排除程序及為保障保險對象隱私，須完整說明輔導目的，確實徵得受訪者之同意，並簽立同意藥事人員輔導同意書（樣張如附件2）。
- (6) 保險人分區業務組提供已配對之保險對象最近2個月門診申報資料(包括對象姓名、電話、地址、就醫日期，中英文藥品名稱、藥品總量、就醫之醫事機構名稱及主、次診斷等)，供參與本計畫之藥事人員輔導參考。

2. 輔導程序：

- (1) 進行輔導前，藥事人員應將保險對象用藥情形彙整完整藥歷及保險對象相關資料，預作準備，以建立完整資料提供保險對象更適之藥品專業輔導。
- (2) 藥事人員於訪視輔導時，應出示藥師全聯會所製備之證件。
- (3) 藥事人員須將訪視紀錄表上的資訊彙整，並上傳至藥師全聯會設置的電腦化照護管理系統。若遇有保險對象申訴或疑義時，保險人得向藥師全

聯會調閱上開資料查核，另依據全民健康保險憑證製發及存取資料管理辦法第9條及第10條規定辦理，藥事人員須於提供藥事居家照護時，將健保卡過卡，並應於登錄後24小時內，將之上傳予保險人備查。

- (4) 輔導次數上限：每位保險對象以每個月輔導不超過1次(含)為原則，但經藥事人員評估個案需密集輔導者，須另提報訪視報告書且說明原因，經藥師全聯會或保險人分區業務組評估核可者，不在此限；藥事人員輔導每一保險對象，全年以申請8次藥事居家照護為上限，但經保險人分區業務組專案同意者，不在此限。
 - (5) 藥事人員遇有醫師重複開立同一成份或同一類別之藥物，應填具「藥事人員居家訪視用藥建議書」回饋醫師參考，並請醫師依所附回執聯填寫回復；必要時，藥事人員可陪同保險對象就醫與醫師討論用藥事宜。
 - (6) 藥師全聯會應自3月份起，定期於每個月20日固定以電子郵件提供最新收案人數、區域別及藥事人員人數或相關輔導數據予保險人。
 - (7) 藥事人員輔導訪視保險對象之地點，應以保險對象之要求地點為優先考量，訪視地點得為保險對象家中、指定之公開場所或藥事人員執業之藥局。
3. 結案程序：年度結束即予結案，輔導期間保險對象如為死亡、昏迷、失蹤、遷移（指保險對象遷移至其他分區）及其它不可抗力因素（如病人拒絕輔導者），經保險人同意後，或經保險人評估成效不佳者或其它不可抗因素(如藥事人員評估保險對象無需後續輔導)並經保險人分區業務組同意者，得予提前結案
 4. 藥師全聯會得不定時以電話或實地訪視保險對象、藥事人員及藥局負責人，以了解藥事人員執行藥事照護所遭遇之障礙與問題，並適時提供適當之協助。
- (二) 屬本計畫第四項收案條件（二）者之選收案、輔導與結案之程序：
1. 選收案程序：
 - (1) 由藥師全聯會將保險人分區業務組提供之保險對象及照護機構資料（包括保險對象姓名、性別、出生年月日、年齡、優先順序、照護機構聯絡電話和通訊地址及去年輔導藥師姓名）提供參與本計畫之藥事人員選案，並轉請各縣市藥師公會協調輔導對象及對應之藥事人員（所轄保險人分區業務組亦參與協調）。每一位藥事人員選案人數屬收案條件(一)與收案條件(二)者之比率應以2：1為原則，並請藥師全聯會協調輔導對象及對應之藥事人員。由藥師全聯會函送所轄保險人分區業務組。
 - (2) 因照護機構之住民已居住於該機構，故不另個別發送關懷函，由所轄分區業務組發函通知照護機構並副知藥師全聯會。函中須敘明負責輔導

各該對象之藥事人員姓名、聯絡電話及聯絡方式等相關事項及代為向住民說明藥事人員將來拜訪提供藥事服務。

- (3) 藥事人員不得拒絕指定收案名單或中斷輔導。
- (4) 最後收案截止時間為104年7月31日，但屬西醫基層醫師或保險人分區業務組認為需要藥師專業輔導轉介之保險對象，不在此限。另104年4月30日前未完成第1次聯繫之保險對象，於104年5月31日前進行重新配對選案，但選案日期仍不得晚於104年6月30日。藥師全聯會應於104年8月15日前將藥事人員及保險對象之最終收案名單送本保險人及各分區業務組。另藥事人員屬被動退出計畫後，其所輔導之保險對象停止輔導並應由藥師全聯會轉介其他藥事人員繼續照護。
- (5) 藥事人員於收案時，應注意特殊保險對象之排除程序及為保障保險對象隱私，須完整說明輔導目的，確實徵得受訪者之同意，並簽立同意藥事人員輔導同意書（樣張如附件2）。
- (6) 保險人分區業務組提供已配對之保險對象最近2個月門診申報資料(包括對象姓名、電話、地址、就醫日期，中英文藥品名稱、藥品總量、就醫之醫事機構名稱及主、次診斷等)供參與本計畫之藥事人員輔導之參考。

2. 輔導程序：

- (1) 進行輔導前，藥事人員應將保險對象用藥情形彙整完整藥歷及保險對象相關資料，預作準備，以建立完整資料，提供保險對象更適當之藥品專業輔導。
- (2) 藥事人員於訪視輔導時，應出示藥師全聯會所製備之證件。
- (3) 藥事人員須將訪視紀錄表上的資訊彙整，並上傳至藥師全聯會設置的電腦化照護管理系統。若遇有保險對象申訴或疑義時，保險人得向藥師全聯會調閱上開資料查核。另依據全民健康保險憑證製發及存取資料管理辦法第9條及第10條規定辦理，藥事人員須於提供藥事居家照護時，將健保卡過卡，並應於登錄後24小時內，將之上傳予保險人備查。
- (4) 輔導次數上限：每位保險對象以每個月輔導不超過1次(含)為原則，但經藥事人員評估個案需密集輔導者，須另提報訪視報告書且說明原因，經藥師全聯會或保險人分區業務組評估核可者，不在此限；藥事人員輔導每一保險對象，全年以申請8次藥事居家照護為上限，但經保險人分區業務組專案同意者，不在此限。
- (5) 藥事人員遇有醫師重複開立同一成份或同一類別之藥物，應填具「藥事人員居家訪視用藥建議書」回饋支援醫師參考，並請支援醫師依所附回執聯填寫回復；必要時，藥事人員可與支援醫師討論用藥事宜，保險人

分區業務組得協助藥事人員與支援醫師之溝通。

- (6) 藥師全聯會應自3月份起，定期於每個月20日固定以電子郵件提供最新收案人數、區域別及藥事人員人數或相關輔導數據予保險人。
3. 結案程序：年度結束即予結案，輔導期間保險對象如為死亡、昏迷、失蹤、遷移（指保險對象遷移至其他分區）及其它不可抗力因素（如病人拒絕輔導者），經保險人同意後，或經保險人評估成效不佳者或其它不可抗因素（如藥事人員評估保險對象無需後續輔導）並經保險人分區業務組同意者，得予提前結案。
4. 藥師全聯會得不定時以電話或實地訪視保險對象、藥事人員及藥局負責人，以了解藥事人員執行藥事照護所遭遇之障礙與問題，並適時提供適當之協助。

十一、 支付與申報方式：

(一) 支付方式：採論次計酬，每次至少30分鐘，並應完成書面報告及註明輔導起訖時間，每位藥事人員每日輔導10個保險對象為上限，超過則不予支付。各項支付點數如下：

1. 屬本計畫第四項收案條件（一）之保險對象：
 - (1) 至保險對象家中或指定之公開場合訪視：每次支付1,000點（支付標準代碼為「P4101C」）。
 - (2) 由保險對象自行前往藥事人員執業之特約藥局接受照護；每次支付600點（支付標準代碼為「P4104C」）。
 - (3) 藥事人員之訪視地點屬「全民健康保險山地離島地區」（詳附表1）、104年「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」者，每次支付1,200點（支付標準代碼為「P4102C」），惟藥事人員執業地區屬前述地區而至該地區提供本服務者，不適用之。
2. 屬本計畫第四項收案條件（二）之保險對象，每次支付700點（支付標準代碼為「P4103C」）。
3. 前開支付點數（含藥師獎勵金），最高以1元支付，但若有超支，則以浮動點值支付。
4. 每位藥事人員收案人數以140位保險對象為上限，超過則不予支付。

(二) 申報方式：藥事人員於每月20日前，須將上個月所有藥事照護保險對象的資料（如附件3）輸入藥師全聯會設置的照護管理系統，並由藥師全聯會每月20日統一將藥事人員上傳的訪視資料內容彙整成Excel電子檔，函送至所轄保險人分區業務組。藥事人員申報費用時，應依「特約藥局醫療費用點數申報格式及填表說明」（參見附表2），向所轄保險人分區業務組申請費用，保險人分區業務組審查訪視紀錄報告資料後，始支付該次訪視服務費用。另若資料

有訪視時間重疊或其他涉虛浮報之疑義，保險人分區業務組將依全民健保之相關規定辦理。

- (三) 對於僅接受第一次訪視，拒絕後續輔導或死亡之保險對象，藥事人員提出具病人簽名之首次訪視紀錄表首頁書面資料及拒訪原因並送保險人分區業務組備查，可申報1次藥事服務費，惟此類保險對象將不列為收案名單，但應納入成效評估，分析僅提供1次服務之原因。

十二、 獎勵措施：

- (一) 獎勵資格：以藥事人員輔導之所有保險對象開始輔導至104年12月31日之門診醫療費用與前1年同期比較，其門診醫療費用下降達17%以上者。但藥事人員如中途退出本計畫者，則不予採計。
- (二) 總獎勵金額：以計畫之預算扣除論次計酬費用後之餘額為總獎勵金額，惟以預算之5%為上限。另若計畫總節省點數之70%低於前述上限值，則以該節省點數之70%為總獎勵金額之上限。
- (三) 獎勵金計算公式：總獎勵金額*（符合資格之個別藥事人員節省點數*70%/所有符合資格之藥事人員總節省點數*70%）。

十三、 醫療費用審查及查核辦法：

- (一) 藥事人員於輔導期間有下列情形之一者，保險人除不予支付費用外，並依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法辦理。
1. 經保險人查有虛報、浮報之情事者。
 2. 藥事人員於訪視期間由非具資格人員代為服務，經保險人查證屬實者。
 3. 特約藥局於105年1月20日前未申報104年度本計畫之費用者，不予支付，另年度補報案件則以105年2月20日前為限。
 4. 以電話或網路或其他非實地訪視方式或因保險對象未遇而改為訪視其家屬親友等且申報費用者，不予支付。
- (二) 上開未盡事宜，則依全民健康保險法相關法規辦理。

十四、 其它事項：

- (一) 保險對象資料受個人資料保護法保障，藥師全聯會暨相關藥事人員，皆應依相關規定辦理，以確保保險對象之隱私。
- (二) 符合下列事項之一者，藥事人員應被動退出本計畫，且次年度亦不得參與本計畫：
1. 該藥事人員經保險對象申訴(如服務態度不佳、額外收費、藉機推銷、未約定時間即直接拜訪、未佩戴證件或未依本計畫規定事項辦理)且經保險人查證屬實者。
 2. 藥事人員因保險對象未遇而改為訪視其親屬或僅以電話提供藥事服務或未實際訪視且申報費用者。

- 十五、 執行報告：執行成果報告應包含基本架構與實施方式、輔導資料、保險對象性別年齡分布及輔導後影響分析、效益評估(包括結構面、過程面、成果面，其成果包含經濟層面、臨床層面、滿意度層面)、輔導困難及解決對策、檢討與建議、結論及未來改善計畫等 10 項內容(另須就計畫預期目標之項目實施結果，以單獨章節詳述執行成果)，並針對輔導保險對象重複用藥之問題及輔導結果，於期末報告以獨立章節提供 1/100 保險對象詳細輔導過程及用藥情形暨輔導結果與成效(附件 4)。藥師全聯會應於期中(104 年 8 月 30 日前)及期末(105 年 3 月 1 日前)報告執行成果報告予保險人，並於健保會提報執行情形。
- 十六、 本計畫由保險人與藥師全聯會共同研訂，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施，屬執行面之規定，得由保險人逕行修正公告。

附件 1-全民健康保險關懷函（樣張）

○○○先生（女士）您好：

- 一、感謝您撥冗閱讀這封信，本署非常關心您目前健康的情形，特致函表達問候之意，請依專業醫師診斷及治療用藥，注意身體健康。
- 二、近期本署將派專業藥師拜訪您，協助您預防因使用多種藥物而引起肝、腎功能障礙、暈眩、跌倒、胃痛等問題，此外還可教育您用藥知識，幫您整理藥品來保障您的用藥安全。此項服務完全免費，同時也有規範訪視藥師不得有推銷販售行為，請您安心接受訪視。
- 三、藥師拜訪您時，應攜帶有中華民國藥師公會全國聯合會核發識別證件以利您的辨識，他/她的姓名為○○○，聯絡電話為○○○○○○○○○○，執業藥局名稱為：○○○○○，執業藥局地址為：○○○○○○○○○。
- 四、該位藥師在訪視前，會先與您聯絡。您也可主動與他/她聯繫，約定在您家中、指定之公開場所或至他/她執業的藥局洽談。另為確保藥師提供醫療服務之正確性，也請您於接受服務時提供您的健保卡讓藥師能確認近期醫師所開給您的藥品資料，這不會增加您就醫刷卡次數。非常謝謝您的配合。
- 五、若對本服務有任何意見，歡迎您來電至中華民國藥師公會全國聯合會或本署業務組服務專線反映。

祝您 身體健康、萬事如意

衛生福利部中央健康保險署敬上

104年○月○日

※若有任何問題可電洽 中華民國藥師公會全國聯合會 藥事照護發展中心
02-25953856 轉分機 129，將會有專人為您服務。

○○業務組服務專線：請各分區業務組自行填寫

○○業務組傳真專線：請各分區業務組自行填寫

全民健康保險保險對象參與藥事照護

同意書（樣張）

藥師已用宣導單張向我說明藥師進行訪視之目的，我已瞭解參加健保署的「藥事照護」計畫能夠幫助我用藥安全，增進藥物治療的效果。

藥師表示會教導我用藥知識，我願意提供相關就醫資料（包括由健保署提供之相關就醫資料）供藥師參考，藥師依相關法規維護及保障我的個人隱私。在我需要時能協助與我的醫師溝通用藥問題。我若有任何問題可向中華民國藥師公會全國聯合會_藥事照護發展中心詢問（電話：02-25953856 轉 129）。因此，我同意參與此計畫，並同意藥師教導及協助我的用藥安全。

此致 中華民國藥師公會全國聯合會

立同意書人：_____.

民國 104 年 月 日

附件 3-藥事照護報告書

保險對象基本資料：

姓名		出生日期		性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
電話		身分證字號		
住址			身高/體重	公分 公斤

照護藥師與執業藥局資料：

藥師姓名		執業藥局	
電話		地址	
E-mail		<u>藥師提出報告日期：</u>	
<u>訪視起迄時間/地點：</u>			

項目	原因/內容/發現之問題
第一次訪視紀錄	1. 依追蹤計畫， <input type="checkbox"/> 於__年__月__日__時開始第一次做居家訪視。 <input type="checkbox"/> 保險對象不願接受照護，原因：
<input type="checkbox"/> 第__次訪視發現/解決之問題	<input type="checkbox"/> 保險對象最近一個月共看幾次開慢箋的醫師門診：__次，共看幾次開短期用藥的醫師門診：__次(給藥日份 ≥ 14 為慢箋， < 14 天為短期用藥) <input type="checkbox"/> 保險對象共有多少項醫療問題/疾病？__項 <input type="checkbox"/> 保險對象因慢性病須長期使用的處方藥有__種，因急性病短期使用的處方藥有__種 <input type="checkbox"/> 共使用非醫師處方的藥__種 <input type="checkbox"/> 共使用中藥__種 <input type="checkbox"/> 共使用保健食品__種 <input type="checkbox"/> 藥事人員給予用藥教育__項 <input type="checkbox"/> 協助處理/清理醫師處方的藥__種，及中藥、非處方藥、保健食品共__種 <input type="checkbox"/> 有將藥品整理成七日藥盒(沒有就不要勾選) <input type="checkbox"/> 發現有疑似藥物治療相關問題__項 <input type="checkbox"/> 填寫與醫師溝通之用藥意見__張

醫師診斷	藥師訪視後發現之醫療問題與家庭環境狀況

--	--

病人高(主要)就診原因，對用藥的瞭解/期望/擔心/害怕/顧慮/喜好之議題

目前在家用藥檔案 (醫師處方的藥、中藥、非醫師處方的藥、保健食品)：

醫療院所/科別/醫師	治療之疾病/醫療問題	商品名 含量/劑型	學名	劑量/用法/ 起始日期	實際用法

療效、副作用監測指標數值(血壓、脈搏、血糖、生化檢驗、尖端呼氣流量等)

指標	日期	/	/	/	/	/	/	/	/

藥師照顧時發現的疑似藥物治療問題與改善建議：

	(AA 碼) 描述牽涉藥品/用法與問題是什麼	(BB 碼) 描述如何解決,寫出藥物之變化
醫師處 方用藥	()	()
	()	()
	()	()
保險對 象用藥 行為	()	()
	()	()
	()	()

本次評值病人的疾病治療效果：

醫療問題 (疾病)	目前療效 代碼	追蹤改變 情形代碼	目前療效結果之描述
1.			
2.			
3.			

追蹤上次處置或建議事項的結果

上次日期	事項 (AABB 碼)	目前問題解決情形 (請附 CC 碼)
/		
/		
/		
/		
/		

書寫報告藥師簽名：

*疑似藥物治療問題之代碼：(AA 碼)

<p>◇ 有需要增加藥物治療</p> <p>11 有未治療的急性狀況或疾病</p> <p>12 應給予預防性藥物治療</p> <p>13 需合併另一藥來加強療效</p> <p>14 慢性病應服藥而醫師未開藥</p>	<p>◇ 藥品在體內的量可能過高</p> <p>51 劑量過高</p> <p>52 給藥間隔太短</p> <p>53 治療期間過長、藥量累積</p> <p>54 因交互作用造成劑量過高</p> <p>55 病患肝腎功能不佳</p>
<p>◇ 應刪除的不需要用藥</p> <p>21 此藥沒有適應症存在</p> <p>22 重覆用藥(同一種藥或同一藥理分類)</p> <p>23 此症狀不需藥物治療</p> <p>24 用來治療另一藥可避免的副作用</p> <p>25 缺乏可支持的檢驗數據</p> <p>26 採用非藥品處置更恰當</p>	
<p>◇ 藥品選擇不適當</p> <p>31 藥品劑型不適當</p> <p>32 有治療禁忌</p> <p>33 有配伍禁忌</p> <p>34 病患對藥品有耐受性或抗藥性</p> <p>35 還有更有效、安全、方便的藥</p> <p>36 吃藥時間過於複雜</p> <p>37 可選用單一成分藥，不需用到複方藥</p> <p>38 從前用此處方藥品治療失敗</p> <p>39 不符合此適應症</p>	<p>◇ 藥品不良反應</p> <p>61 藥品-藥品交互作用</p> <p>62 病患對此藥品過敏</p> <p>63 劑量調整速度太快</p> <p>64 對病患不安全(如疾病危險因子、懷孕、哺乳、幼兒、老人)</p> <p>65 在正常劑量下，產生不期望的藥理反應</p> <p>66 使用不安全藥品</p> <p>67 病患特異體質</p> <p>68 不正確給藥方式</p>
<p>◇ 藥品在體內的量可能不足</p> <p>41 劑量過低或血中藥品濃度不夠</p> <p>42 給藥間隔太長</p> <p>43 治療期間不足</p> <p>44 因交互作用造成劑量降低</p> <p>45 給藥方式造成藥量進入太少</p> <p>46 藥品儲存方式不適當</p>	<p>◇ 病人服藥配合度差</p> <p>91 幾種用藥給藥時間太複雜</p> <p>92 服藥觀念不正確</p> <p>93 藥貴、不願意買</p> <p>94 不瞭解正確服藥方法</p> <p>95 常忘記服藥</p> <p>96 無法吞下或給藥</p> <p>97 應做 TDM/療效監測</p>

◇編碼 00 其他/沒有藥物治療問題，但有教育病人正確就醫或自我照護做法。

◇編碼 01 其他/對醫師建議：沒藥物治療問題，但針對疾病控制或療效追蹤給醫師建議。

* 藥事人員建議醫師用藥之溝通事項 (BB 碼)

11 建議開始用某藥	17 建議改變治療期限
12 建議停用某藥	18 建議改變劑型
13 建議換用另一種藥品	19 建議更改給藥時間/用藥方法
14 建議改變劑量	21 建議以 BA/BE 學名藥替代
15 建議更改藥品數量	22 向原處方醫師確認用藥
16 建議改變用藥間隔	23 建議生化、血液或療效監測
	24 請教育病人需要按時用藥

* 醫師之回應結果 (CC 碼)

11 醫師增加一藥來治療	19 更改給藥時間
12 停用某藥	21 經討論維持原處方
13 換用另一種藥物	22 以 BA/BE 學名藥替代
14 更改劑量	23 醫師接受藥師意見做適當檢查/處置
15 更改藥物數量	24 醫師開始新治療法
16 更改用藥間隔/頻率	25 醫師沒接受意見，問題沒有解決
17 更改治療期限	26 健保署不給付
18 更改劑型	

**若有未列出之介入事項或醫師回應結果種類，請告知藥師全聯會，以更新版本。

* 與保險對象溝通內容 (BB 碼)

51 疾病與就醫知識/對就醫看門診之建議	58 自我照顧技巧/對生活形態之建議
52 用藥知識 (藥名/作用/劑量/用法/用藥時間 須知/警語/保存/常見副作用)	59 認識開始或改變藥物治療的時機
53 用藥技巧	61 疾病突發時的處理步驟
54 對忘記服藥之處理	62 需要去門診/急診室治療的狀況
55 對同時使用 OTC 藥/食物/保健食品之建議	63 認識疾病長期控制不佳的狀況
56 促進健康/預防疾病措施	64 如何避免過敏原與刺激物
57 提供用藥教育資料	

* 保險對象回應結果 (CC 碼)

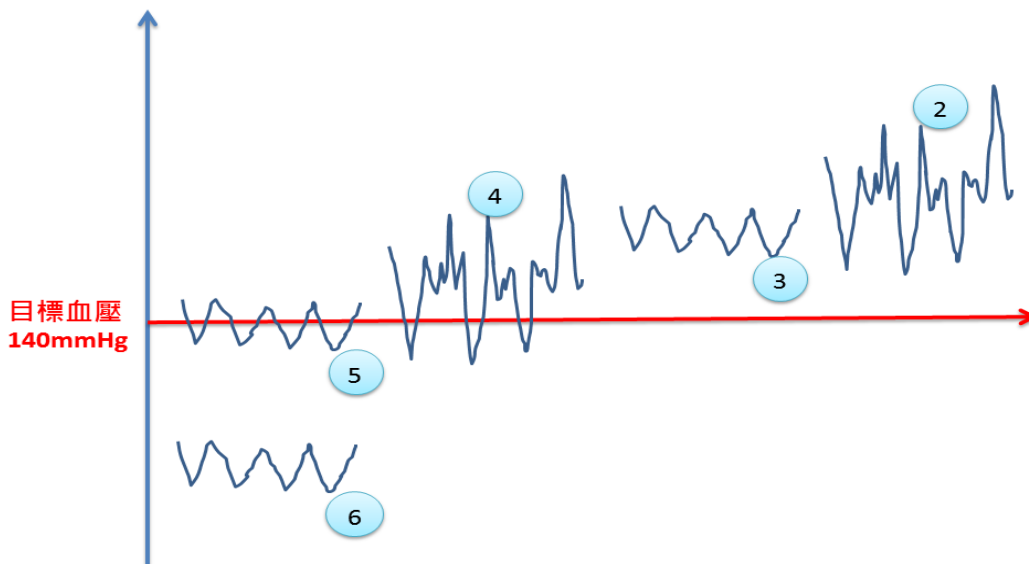
51 減少門診就診次數	61 仍經常去門診，沒減少就診次數
52 較依指示時間服用藥品	62 仍不按指示時間服用藥品
53 給藥技巧更正確	63 給藥技巧仍不正確
54 較不會忘記服藥	64 仍較會忘記服藥
55 較正確使用 OTC 藥/保健食品	65 仍不正確使用 OTC 藥/保健食品
56 會使用促進健康/預防疾病措施	66 仍不會使用促進健康/預防疾病措施
57 具有較正確用藥知識	67 仍沒有正確用藥知識
58 使用較正確生活形態/自我照顧	68 仍未改善生活形態/自我照顧
59 能依醫囑正確用藥	69 仍不能依醫囑正確用藥

**若有未列出之介入事項或病人結果種類，請告知藥師全聯會督導，以更新版本。

目前疾病治療控制情形 (目前療效代碼)

代碼	目前病況	描 述
7	完全治癒	病人所期望的治療目標已完全達成，且不再需要藥物治療。
6	治療已達目標，且病情穩定	病人所期望的治療目標已完全達成，且病情穩定，起伏不明顯，但仍需藥物治療，以維持穩定的病情。
5	最近治療曾多次達目標，且病情穩定	病人曾多次達到所期望的治療目標，病情雖穩定，起伏不明顯，但仍在「達標」與「未達標」之間來回擺盪。此時，須強化藥物治療的品質，以期穩定達標。
4	治療偶爾達標，但病情不穩定	病人僅偶爾達到所期望的治療目標，且病情不穩定，偶有不適症狀。須強化疾病的控制，以穩定病情。
3	治療未達標，但病情穩定	病人未曾達到所期望的治療目標，且療效指標一直穩定過高，有不適症狀。此時，應再強化藥物治療的品質，以期穩定達到治療目標。
2	治療未達標，且病情不穩定	病人不但未曾達到所期望的治療目標，病情還很不穩定，常有不適症狀，起伏明顯。此時應積極強化藥物治療與疾病控制的品質，使病況朝正面發展。
1	病情糟糕，且有併發症狀	病人不但未曾達到所期望的治療目標，病情還很不穩定，起伏明顯，常有不適症狀，甚至出現疾病衍生的併發症，需其他醫療處置，以控制衍生出的併發症狀。

※前述疾病治療控制情形代碼示意圖



各種疾病/醫療問題治療效果追蹤改善情形(與之前比較，第一次訪視不寫)之類別與代碼

代碼	類別	描 述
4	已解決	此時，病患所期望的治療目標已成功地達到，藥物治療可以停止了。此狀態可代表最理想的療效結果，通常在急性病或急性醫療問題上可見到此結果。此時的行為是停止用藥。慢性病很難達此目標而停藥。
3	穩定	此時，病患所期望的治療目標已達到，繼續使用相同的治療藥物。這通常是慢性病的狀況，病患檢查結果或病情穩定，但還需要使用藥物來控制住病情。仍須安排下一次追蹤時間。
2	已改善	此時，已看到正面的疾病進展，目前不需要改變藥物治療。這通常是慢性病的狀況，病患檢查結果或病情有進步，繼續使用相同藥物與劑量來控制病情。仍須安排下一次追蹤時間。
1	部份改善	此時，病患狀況有進展，但照顧計畫需要稍微調整一下，讓療效在下次追蹤時能發揮到最高點。譬如說：增加用藥劑量或改變給藥頻率。安排下次追蹤時間來觀察療效，並注意有無不良反應的出現
-1	未改善	此時，療效還沒看到明顯進展，但預期會有進展，因此繼續相同的治療。通常追蹤時間過短容易得到此結果。
-2	更糟	此時，儘管病患接受到好的照顧計畫，病患的狀況仍變壞。由於沒有達到治療目標，病患藥物治療需要改變。安排追蹤時間。
-3	失敗	此時，照顧計畫沒達到治療目標，停止現在療法，開始新治療法。安排追蹤時間。
-4	病患死亡	此時，病患在用藥期間死亡。藥師需注意是否有與藥物有關的因素與病患死亡有關，需記錄下來。

附件 4-藥師持續藥事照護成果表

照護藥師:

病人姓氏:

女士/先生

年齡:

居住縣市/區: _____

保險對象剛開始狀況	第一次照顧日期		共吃多少品項藥品		最後一次照顧看到病情結果	最後一次照顧日期		共照顧幾次		目前使用多少品項藥品	
	民國 年 月 日		項			民國 年 月 日		次		項	
	有哪些疾病(視需要增加下列行數)		疾病控制情形 (請使用後面目前療效的代碼, 並描述細節)			目前疾病		疾病控制情形 (請使用後面目前療效的代碼, 並描述細節)			
	1		()			1		()			
	2		()			2		()			
	3		()			3		()			
疾病控制狀況		/ =		疾病控制狀況		/ =					
形成高診次原因				保險對象對藥師的態度							
藥師照顧期間發現與解決的問題	(AA 碼) 藥師發現到哪些藥物治療問題			(BB 碼) 藥師建議如何解決			(CC 碼) 醫師處方修正/保險對象行為改變情形				
	醫師處方用藥	1	()	()			()				
		2	()	()			()				
		3	()	()			()				
	保險對象用藥行為	1	()	()			()				
		2	()	()			()				
3		()	()			()					

全民健康保險山地離島地區一覽表

分區業務組別	縣(市)別	山地鄉(區)	離島鄉(島)
臺北	宜蘭縣	大同鄉、南澳鄉	
臺北	新北市	烏來區	
臺北	金門縣		金城鎮、金寧鄉、金沙鎮、烈嶼鄉、金湖鎮、烏坵鄉
臺北	連江縣		南竿鄉、北竿鄉、莒光鄉、東引鄉
北區	桃園縣	復興鄉	
北區	新竹縣	尖石鄉、五峰鄉	
北區	苗栗縣	泰安鄉	
中區	臺中市	和平區	
中區	南投縣	信義鄉、仁愛鄉	
南區	嘉義縣	阿里山鄉	
高屏	高雄市	茂林區、桃源區、那瑪夏區	東沙島、南沙島
高屏	屏東縣	三地門鄉、霧台鄉、瑪家鄉、泰武鄉、來義鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉	琉球鄉
高屏	澎湖縣		馬公市、湖西鄉、西嶼鄉、白沙鄉、望安鄉、七美鄉
東區	花蓮縣	秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉、	
東區	臺東縣	海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉	蘭嶼鄉、綠島鄉
	小計	29 個山地鄉(區)	21 個離島鄉(島)

附表 2

特約藥局醫療費用點數申報格式及填表說明

欄位ID	資料名稱	申報填寫內容 (中文名稱及資料說明欄位)
*t1	資料格式	30
*d21	原處方服務機構代號	請填N
*t2	服務機構代號	請填寫藥局代碼(衛生福利部編定之代碼)
*t3	費用年月	前3碼為年份，後2碼為月份
*t5	申報類別	1或2 (1：送核，2：補報)
*d1	案件分類	請填D，D：藥事照護試辦計畫。
*d2	流水編號	藥局自行編號，最小值為1。
△d22	原處方服務機構之案件分類	免填
△d26-29	原處方服務機構之特定治療項目代號	免填
△d13	就醫科別	免填
△d14	就醫(處方)日期	免填
*d23	調劑/檢驗(查)/物理(職能)治療日期	請填寫訪視日期，前3碼為年份，中2碼為月份，後2碼為日數。 註：會與本署特約藥局檔勾稽
*d6	出生年月日	前3碼為年份，中2碼為月份，後2碼為日數
*d3	身分證統一編號	請填寫輔導對象身分證統一編號
△d8-12	國際疾病分類碼	免填
△d4	補報原因註記	補報者本欄為必填，送核案件免填
*d15	部分負擔代碼	請填009
△d31	特殊材料明細點數小計	請填0
△d35	連續處方箋調劑序號	免填
△d36	連續處方可調劑次數	免填
△p11	藥品給藥日份	請填0
△d24	診治醫師代號	免填
*d25	醫事人員代號	輔導藥師之身分證統一編號
△d33	用藥明細點數小計	請填0
△d37	藥事服務費項目代號	<u>P4101C (一般地區訪視)</u> ， <u>P4102C (屬山地離島、資源不足地區且藥事人員執業非屬前開地區而至該區之訪視者)</u> ， <u>P4103C (藥師至照護機構服務)</u> <u>P4104C (保險對象至特約藥局接受輔導)</u>
△d38	藥事服務費點數	<u>P4101C填1,000</u> ， <u>P4102C填1,200</u> ， <u>P4103C填700</u> ， <u>P4104C填600</u> 。
*d16	申請點數	不必填寫，電腦自動帶入
*d17	部分負擔點數	請填0
*d18	合計點數	不必填寫，電腦自動帶入
△d20	姓名	請填寫輔導對象姓名

報告事項

第七案

報告單位：健保署醫務管理組

案由：有關修訂「全民健康保險鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案」(草案)。

說明：

- 一、依據衛生福利部全民健康保險會 103 年 9 月 27 日第 1 屆 103 年第 9 次委員會議協定 104 年其他預算項目及其分配案辦理。本方案全年經費 22 億元，以 5 年為期程，用於網路費用、相關系統開發及獎勵院所上傳重要檢查、檢驗結果。
- 二、本項預算自 103 年編列，本署並於 103 年 3 月 14 日以健保醫字第 1030003498 號公告「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案」，上半年以鼓勵醫院層級申辦，並追溯自 103 年 1 月 1 日生效。103 年 7 月 14 日以健保醫字第 1030008034 號公告修正方案，將診所及藥局納入適用對象，追溯自 103 年 7 月 1 日起實施。
- 三、「全民健康保險鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案」(草案)修正對照表，(詳后附件 7-1，P49~P64)，摘錄修訂重點如下：
 - (一) 適用對象包含醫院、診所及交付機構。(修訂第四點)
 - (二) 所需提升網路頻寬，考量特約醫事服務機構醫療服務規模不同，修訂為具選擇彈性之 4M 至 10M 企業型光纖，並對使

用量較低之診所或藥局可改選擇企業型或專業型光纖。(修訂第四點)

(三) 為提升特約醫事服務機構之參與率，網路月租費之 50% 依指標項目達成率支付，另 50% 修訂為基本費支付；基本費並逐年下降至 107 年為 0%，100% 以指標項目達成率支付，另修改支付方式為按季結算並核付。(修訂第五點)

(四) 支付項目除特約醫事服務機構網路月租費，104 年新增本署網路費用及獎勵院所上傳檢驗(查)結果之費用。(修訂第五點)

(五) 按月租費所屬日曆季別核算指標達成率，以鼓勵特約醫事服務機構儘早參加本方案。(修訂第六點)

(六) 酌修二項醫院指標，其中一項「特定醫療資訊查詢關懷名單網頁開啟率」調整為 $\geq 90\%$ (原訂 $> 95\%$)；另一項指標「門診抽審案件數位審查」調整為門診或住診至少一個西醫科別達評核標準者。(修訂附件 2)

(七) 依中華民國醫師公會全聯會代表建議，酌修西醫基層診所指標，排除「門診抽審案件數位審查」乙項，原訂 4 項修訂為 3 項，各項指標支付權重為 50%。(修訂附件 3)

四、本案提報本會議報告後，再函報健保會備查，衛生福利部核定後公告實施。

決定：

全民健康保險鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案修正草案對照表

修正方案	現行方案	說明
全民健康保險醫療費用總額其他預算項目—鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案	全民健康保險醫療費用總額其他預算項目—鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案	修正方案名稱
一、依據：全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額辦理。	一、依據：全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額辦理。	未修正
二、目的：為鼓勵特約醫事服務機構提升網路頻寬，以利即時、迅速查詢病患於不同醫事機構間之醫療資訊，供處方參考，以確保保險對象就醫安全，以及提升醫療服務審查效率。	二、目的：為鼓勵特約醫事服務機構提升網路頻寬，以利即時、迅速查詢病患於不同醫事機構間之醫療資訊，供處方參考，以確保保險對象就醫安全以及提升醫療服務審查效率。	部分文字修改
三、預算來源：全民健康保險醫療給付費用總額之其他預算「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施」項目。	三、預算來源：全民健康保險醫療給付費用總額之其他預算「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施」項目。	未修正
<p>四、適用對象及其條件：</p> <p>(一) 採穩健逐步推動</p> <p>方式，103 年上半年以鼓勵特約層級別為醫院者申辦，另 103 年下半年視實施狀況，其他特約醫事服務機構（診所或藥局）如有意願，由保險人分區業務組個案同意後辦理。<u>保險人特約醫事服務機構包含醫院、診所及交付機構。</u></p> <p>(二) 特約醫事服務機構應依特約層級別選擇申請裝設所需速率頻寬（醫學中心企業</p>	<p>四、適用對象及其條件：</p> <p>(一) 採穩健逐步推動</p> <p>方式，103 年上半年以鼓勵特約層級別為醫院者申辦，另 103 年下半年視實施狀況，其他特約醫事服務機構（診所或藥局）如有意願，由保險人分區業務組個案同意後辦理。</p> <p>(二) 特約醫事服務機構應依特約層級別申請裝設所需速率頻寬（醫學中心企業型光</p>	<p>1. 修訂適用對象包含醫院、診所及交付機構。</p> <p>2. 考量特約醫事服務機構醫療服務規模不同，所需速率頻寬 修訂為有選擇彈性，使用量較低</p>

修正方案	現行方案	說明
<p>型光纖 10M、區域醫院企業型光纖 6M、地區醫院企業型光纖 4M、基層診所企業型光纖 2M、藥局企業型光纖 1M 醫院層級別得選擇企業型光纖 4M 或 6M 或 10M，基層診所及交付機構得選擇企業型或專業型光纖 1M 或 2M 以上之網路。</p> <p>(三) 特約醫事服務機構需檢送申請表(附件 1)，由保險人分區業務組核定後辦理。</p>	<p>纖 10M、區域醫院企業型光纖 6M、地區醫院企業型光纖 4M、基層診所企業型光纖 2M、藥局企業型光纖 1M) 以上之網路。</p> <p>(三) 特約醫事服務機構需檢送申請表(附件 1)，由保險人分區業務組核定後辦理。</p>	<p>之診所或交付機構並可選擇企業型或專業型光纖。企業型光纖與專業型光纖的差異在於較少壅塞且網路傳送較優先。</p>
<p>五、<u>支付方式項目及標準</u>：</p> <p>(一) <u>特約醫事服務機構之網路月租費</u></p> <p><u>1.基本費</u>：</p> <p>(1) 104 年補助 50%。</p> <p>(2) 105 年補助 30%。</p> <p>(3) 106 年補助 20%。</p> <p>(4) 107 年起不補助。</p> <p><u>2.指標獎勵</u>：</p> <p><u>各年扣除基本費之補助後，依下列指標計算支付</u></p> <p>1. (1) 醫院指標五項：住院病人健保雲端藥歷系統查詢率、門診病人健保雲端藥歷系統查詢率、特定醫療資訊查詢關懷名單網頁開啟率、門診或住診抽審案件數位審查及特定檢查項目(CT、MRI、PET)資源共享率。各項指標項目達成率、評核方式及支付權重，如附件 2。</p> <p>2. (2) 診所或藥局交付機構指標四項：門診病人健保雲端藥歷系統查詢率、特定醫療資訊查</p>	<p>五、支付方式：</p> <p>(一) 依下列指標予以支付：</p> <p>1. 醫院指標五項：住院病人健保雲端藥歷系統查詢率、門診病人健保雲端藥歷系統查詢率、特定醫療資訊查詢關懷名單網頁開啟率、門診抽審案件數位審查及特定檢查項目(CT、MRI、PET)資源共享率。各項指標項目達成率、評核方式及支付權重，如附件 2。</p> <p>2. 診所或藥局指標四項：門診病人健保雲端藥歷系統查詢率、特定醫療資訊查詢關懷名單網頁開啟率、門診抽審案件數位審查、健保卡登錄處方及上傳作業正確率。各項指標支付權重為 50%，由保險人依指標達成項目最高二項計算，支付權重最高為 100%。各項指標項目達成率、評核方式，如附件 3。</p>	<p>1. 為提升特約醫事服務機構之參與率，104 年網路月租費之 50%依指標項目達成率支付，另 50%為基本費支付。並修改為按季結算並核付。</p> <p>2. 醫院指標，「特定醫療資訊查詢關懷名單網頁開啟率」調整為 ≥90% (原訂>95%)；「門診抽審案件數位審查」調整為門診或住診至少一個西醫科別達評核標準。</p> <p>3. 診所或交付機構指標依醫師公會全聯會建議，西醫基層診所排除「門診抽審案件數位審查」乙項。</p>

修正方案	現行方案	說明
<p>詢關懷名單網頁開啟率、門診抽審案件數位審查（西醫基層診所排除適用）、健保卡登錄處方及上傳作業正確率。各項指標支付權重為 50%，由保險人依指標達成項目最高二項計算，支付權重最高為 100%。各項指標項目達成率、評核方式，如附件 3。</p> <p>（二）<u>保險人為利特約醫事服務機構查詢及傳送資料，相對應需增加網路頻寬，保險人之網路費用依政府採購法及相關規定辦理。</u></p> <p>（三）<u>獎勵院所上傳檢驗（查）結果：</u></p> <p><u>1.上傳基本費：</u></p> <p><u>上傳率 > 50%，且醫令數 > 0 者支付基本費；基本費每季上限為醫學中心 7,500 元、區域醫院 5,000 元、地區醫院 2,500 元、基層診所及交付機構 750 元。</u></p> <p><u>上傳率 = 已上傳檢驗（查）結果醫令數 / 申報應上傳檢驗（查）結果醫令數。</u></p> <p><u>上傳基本費 = 基本費上限 × 上傳率</u></p> <p><u>2.上傳獎勵金：檢驗（查）結果為數值型及非報告型資料者每筆獎勵 1 點，報告型資料者每筆獎勵 5 點，每點支付金額最高以 1 元支付，若本方案支付金額超出預算時，本項改以全年</u></p>		<p>4. 保險人網路費用部份，因 104 年度健保基金未編列預算，依預算法第 88 條規定應報行政院核准後再行據以辦理。</p> <p>5. 新增獎勵院所上傳檢驗（查）結果，應上傳項目、內容及格式，如附件 4。</p>

修正方案	現行方案	說明
<p><u>度浮動點值計算。</u></p> <p>3.應上傳項目、內容及格式，如附件4。非規定應上傳之檢驗、檢查項目，仍可依前述規定格式上傳，惟不計費用。</p>		
<p><u>六、支付方式：</u></p> <p>1.依特約醫事服務機構申辦時間各自核計適用之季別指標達成率，按季結算應支付之權重金額後，按年支付。</p> <p>(一) <u>特約醫事服務機構之網路月租費：</u></p> <p>1.按季核算並支付。公式如下： <u>基本費 B=F×當年度基本費補助比率 (R)</u> <u>指標獎勵 Q=F×(1-R)×∑指標獎勵達成之支付權重</u> <u>F：依電信公司提供特約醫事服務機構提供該季繳交網路頻寬之月租費證明書據(繳款人需為該特約醫事服務機構含機構代號)金額×該季之指標達成率項次之支付權重</u></p> <p>2.支付上限：依保險人與電信公司合約折扣率計算之頻寬月租費為上限。：</p> <p>(1)醫學中心企業型光纖10M月租費新台幣(以下同)2萬9,172元。</p> <p>(2)區域醫院企業型光纖6M月租費2萬3,892元。</p> <p>(3)地區醫院企業型光纖4M月租費1萬3,420元。</p> <p>(4)基層診所企業型光纖2M月租費7,436元。</p>	<p>(二) 支付方式：</p> <p>1. 依特約醫事服務機構申辦時間各自核計適用之季別指標達成率，按季結算應支付之權重金額後，按年支付。其計算公式如下：依特約醫事服務機構提供季繳交網路頻寬之月租費證明書據(繳款人需為該特約醫事服務機構含機構代號)金額×指標達成率項次之支付權重。</p> <p>2.支付上限：依保險人與中華電信公司合約折扣率計算之頻寬月租費為上限：</p> <p>(1)醫學中心企業型光纖10M月租費新台幣(以下同)2萬9,172元。</p> <p>(2)區域醫院企業型光纖6M月租費2萬3,892元。</p> <p>(3)地區醫院企業型光纖4M月租費1萬3,420元。</p> <p>(4)基層診所企業型光纖2M月租費7,436元。</p> <p>(5)藥局企業型光纖1M月租費5,676元。</p> <p>各參加醫事服務機構已達本方案規定申請裝設所需速率之頻寬而未達本方案支付月租費之上限者，以其支付中華電信之費用及目標值達成情形核實支付。</p>	<p>1. 本方案為鼓勵特約醫事機構儘早加入，104年修訂為按月租費所屬季別適用該季指標達成率，即104年1-3月申辦者適用第一季指標達成率，4-6月申辦者適用第二季指標達成率，至於104年前已參加者自104年1-3月適用第一季指標達成率。</p> <p>2. 按年支付修訂為按季支付。</p>

修正方案	現行方案	說明
<p>(5) 藥局企業型光纖 1M 月租費 5,676 元。</p> <p>(6) (1) 各參加醫事服務機構已達本方案規定申請裝設所需速率之頻寬而未達本方案支付月租費之低於上限者，以其支付電信公司之費用及目標值達成情形核實支付。</p> <p>(2) 以 104 年為例，頻寬月租費介於新台幣 2,178 元至 2 萬 9,172 元，詳附件 5。</p> <p><u>(二) 保險人之網路費用依採購契約書約定辦理並經核銷程序後覈實支付。</u></p> <p><u>(三) 獎勵院所上傳檢驗 (查) 結果：按季核算基本費及獎勵金後支付。</u></p>		<p>3. 網路月租費上限依保險人與電信公司合約折扣率計算之頻寬月租費為上限，列舉 104 年之月租費上限。</p>
<p><u>六七、</u>本方案由保險人報請衛生福利部核定後公告實施，屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。</p>	<p>六、本方案由保險人報請衛生福利部核定後公告實施，屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。</p>	<p>調整項次。</p>

方案之附件 1

全民健康保險醫療費用總額其他預算項目—鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊

方案申請表

一、特約醫事服務機構名稱： _____ 代號： _____

二、特約層級別：醫學中心 區域醫院 地區醫院

基層診所 藥局交付機構（藥局、醫事檢驗機構）

三、參加本方案申裝之網路頻寬 _____ 型光纖 _____ M、月租費 _____ 元。

另參加前裝設之網路頻寬 _____、月租費 _____ 元。

四、參加起始日期： _____ 年 _____ 月。

五、預訂達成支付指標項目：

住院病人健保雲端藥歷系統查詢率

門診病人健保雲端藥歷系統查詢率

特定醫療資訊查詢關懷名單網頁開啟率

門診抽審案件數位審查

特定檢查項目（CT、MRI、PET）資源共享率

健保卡登錄處方及上傳作業正確率

另行協商議訂項目 _____。

六、聯絡人姓名： _____ 電話： _____ 傳真： _____

E-MAIL： _____

七、特約醫事服務機構及負責醫師人印章：

方案之附件 2

103 年全民健康保險鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案-核付指標

(醫院適用)

指標名稱	指標達成率	評核方式	支付權重
1. 住院病人健保雲端藥歷系統查詢率	104 年 第一季 > 15% 第二季 > 30% 第三季 > 45% 第四季起 > 60%	1. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入) 2. 分子：住院病人查詢健保雲端藥歷系統人數 分母：住院病人數	20%
2. 門診病人健保雲端藥歷系統查詢率	104 年 第一季 > 12% 第二季 > 24% 第三季 > 36% 第四季起 > 50%	1. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入) 2. 分子：門診病人查詢健保雲端藥歷系統人數 分母：門診病人數 3. 病人數係以下列各類就診病人 ID 合併歸戶計算人數： (1) ≥ 75 歲者 (2) ≥ 65 歲且屬高血壓、糖尿病、高血脂（主診斷碼 401-405、250、272 任一）且開立慢性病連續處方箋者 (3) 當年健保卡取號，就醫序號 ≥ 90 次者 (4) 醫院整合門診計畫之照護病人（申報欄位 d13 為 A、B、D、E 之照護對象者） (5) 其他自選病人（醫院自行決定是否增列其他病人群，惟須經保險人分區業務組同意） （另鼓勵醫院查詢急診病人，故不列入分母人數計算，有查詢者列入分子人數計算）	40%
3. 特定醫療資訊查詢關懷名單網頁開啟率	> 95% ≥ 90%	1. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入) 2. 分子：關懷名單病患網頁被開啟病人次數 分母：關懷名單就醫人次數 （排除關懷名單就醫 5 人次以下及因系統異常等不可歸責於院所之原因者） 3. 當季未有關懷名單就醫人次之醫院，本項指標之支付權重調整為 0%，本項權重 15% 調移至第 2 項指標「門診病人健保雲端藥歷系統查詢率」加 15% 之支付權重。	15%
4. 門診或住診抽審案件數位審查	門診或住診至少一個西醫科別達評核標準，建置檢索快查功能並完成保險人分區業務組認可之	保險人分區業務組依下列方式評核標準，進行認定： 1. 經認可之試傳作業後並正式單軌運作條件如下： 門診醫療費用抽審案件之病歷資料，以符合紙本替代方案規定之數位化方式以數位全面單軌送審。 2. 送審檔案檢索快查功能定義(需同時符合下列 2 項條件)：	15%

指標名稱	指標達成率	評核方式	支付權重
	試傳作業後，並正式單軌運作者	<p>(1) 每一送審案件流水號所附病歷數位檔具方便查詢開啟之目錄索引功能(例如：可方便查詢開啟病人基本資料、S.O.A.病情摘要、診斷、門診紀錄單、門診用藥紀錄單、檢驗、檢查、門診護理紀錄單、手術紀錄單、急診紀錄單、手術報告、急診護理紀錄、麻醉紀錄、會診單、病人同意書等其他書類)。</p> <p>(2) 同類型資料按醫療日期排序整合為1個檔案。</p>	
5. 特定檢查項目 (CT、MRI、PET) 資源共享率	≥2.1%	<p>1. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二三位(四捨五入)</p> <p>2. 分子：申報特定檢查資源共享試辦計畫之第二次處方醫院申請特殊造影檢查影像及報告費 (P2103C、P2104C、P2107C、P2108C) 之醫令數。 分母：申報 CT、MRI、PET (33070B-33072B、33084B-33085B、26072B-26073B) 之醫令數。</p> <p>3. 當年度季未曾申報 CT、MRI、PET 之任一項醫令之醫院，本項指標之支付權重調整為 0%，原 10% 調移至第 1 項指標「住院病人健保雲端藥歷系統查詢率」及第 2 項指標「門診病人健保雲端藥歷系統查詢率」各加 5% 之支付權重。</p>	10%

方案之附件 3

103 年全民健康保險鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案-核付指標 (診所或藥局交付機構適用)

指標名稱	指標達成率	評核方式	支付 權重
1.門診病人健 保雲端藥 歷系統查 詢率	104 年 第一季 > 5% 第二季 > 10% 第三季 > 15% 第四季起 > 20%	1.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數 點後第二位(四捨五入) 2.分子：門診病人(藥局申報調劑病人)查詢健 保雲端藥歷系統人數 分母：門診病人數(藥局申報調劑病人) 註：分子及分母之人數以各季中同一家院所、 同一個身分證號歸戶後計算一筆。	50%
2.特定醫療資 訊查詢關 懷名單網 頁開啟率	≥90% ≥ 90%	1.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數 點後第二位(四捨五入) 2.分子：關懷名單病患網頁被開啟病人次數 分母：關懷名單就醫人次數 (排除因系統異常等不可歸責於院所之原因者)	50%
3.門診抽審案 件數位審 查 (西醫基層 診所排除 適用)	完成保險人分區業 務組認可之試傳作 業後，並正式單軌運 作者	保險人分區業務組依下列方式評核： 1.經認可試傳作業後並正式單軌運作條件如下： 門診醫療費用抽審案件之病歷資料，以符合 紙本替代方案規定之數位化方式以數位全面 單軌送審。 2.經保險人分區業務組認可之試傳作業後，除特 殊狀況已向業務組報備外，皆需以病歷電子 檔送審。	50%
4.健保卡登錄 處方及上 傳作業正 確率	≥ 90%	1.健保卡登錄處方正確率： 分子：上傳處方簽章正確之醫令筆數 分母：健保卡上傳總醫令筆數 2.符合健保卡上傳作業實施標準： (1)健保卡登錄後 24 小時內上傳之件數比率 (2)健保卡上傳件數/申報件數之比率 (3)上傳與申報資料比對「醫事人員 ID、醫療 費用、部分負擔、醫令、主診斷(藥局及 交付機構除外)」每項上傳比率	50%

方案之附件 4

一、獎勵院所上傳重要檢驗（查）結果之項目

項次	醫令代碼	中文名稱
1	06012C	尿一般檢查（包括蛋白、糖、尿膽元、膽紅素、尿沈渣、比重、顏色、混濁度、白血球酯酶、潛血、酸鹼度及酮體）
2	06013C	尿生化檢查（包括蛋白、糖、尿膽元、膽紅素、比重、顏色、混濁度、酸鹼度、白血球酯酶及酮體）
3	06505C	懷孕試驗－酵素免疫法
4	07009C	糞便一般檢查（包括外觀、蟲卵、潛血反應、硬度、顏色、消化能力、紅、白血球、粘液等）
5	08002C	白血球計數
6	08003C	血色素檢查
7	08004C	血球比容值測定
8	08005C	紅血球沈降速度測定
9	08006C	血小板計數
10	08011C	全套血液檢查 I（八項）
11	08013C	白血球分類計數
12	08026C	凝血酶原時間 Prothrombin time(一段式)
13	08036B	部份凝血活酶時間
14	09001C	總膽固醇
15	09002C	血中尿素氮
16	09004C	三酸甘油脂
17	09005C	血液及體液葡萄糖
18	09006C	醣化血紅素
19	09011C	鈣
20	09012C	磷
21	09013C	尿酸
22	09015C	肌酸酐、血
23	09016C	肌酐、尿
24	09017C	澱粉酶、血
25	09021C	鈉
26	09022C	鉀
27	09023C	氯
28	09025C	血清麩胺酸苯醋酸轉氨基酶
29	09026C	血清麩胺酸丙酮酸轉氨基酶
30	09027C	鹼性磷酸酶
31	09029C	膽紅素總量
32	09030C	直接膽紅素
33	09031C	麩胺轉酸酶
34	09032C	肌酸磷化酶

項次	醫令代碼	中文名稱
35	09033C	乳酸脫氫酶
36	09038C	白蛋白
37	09040C	全蛋白
38	09041B	血液氣體分析
39	09043C	高密度脂蛋白－膽固醇
40	09044C	低密度脂蛋白－膽固醇
41	09046B	鎂
42	09064C	解脂酶
43	09071C	肌酸磷酸酶(MB 同功酶)
44	09099B	心肌旋轉蛋白 I
45	09106C	游離甲狀腺素免疫分析
46	09112C	甲狀腺刺激素免疫分析
47	11001C	ABO 血型測定檢驗
48	11002C	交叉配合試驗
49	11003C	RH (D) 型檢驗
50	11004C	不規則抗體篩檢
51	12007C	α -胎兒蛋白檢驗
52	12015C	C 反應性蛋白試驗－免疫比濁法
53	12021C	癌胚胎抗原檢驗
54	12081C	攝護腺特異抗原 (EIA/LIA 法)
55	12111C	微白蛋白 (免疫比濁法)
56	12184C	去氧核糖核酸類定量擴增試驗
57	12185C	核糖核酸類定量擴增試驗
58	12193B	B 型利納利尿胜肽原(B 型利納利尿胜肽)
59	12202B	C 型肝炎病毒核酸基因檢測－即時聚合酶連鎖反應法
60	13006C	排泄物，滲出物及分泌物之細菌顯微鏡檢查
61	13007C	細菌培養鑑定檢查 (包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定，抗酸菌除外)
62	13008B	細菌培養鑑定檢查 (包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定，抗酸菌除外)，對同一檢體合併實施一般培養及厭氧性培養時加算
63	13009B	細菌藥物敏感性試驗－1 菌種
64	13016B	血液培養
65	13023C	細菌最低抑制濃度快速試驗
66	13025C	抗酸性濃縮抹片染色檢查
67	13026C	抗酸菌培養(限同時使用固態培養基及具自動化偵測功能之液態培養系統)
68	14032C	B 型肝炎表面抗原
69	14033C	B 型肝炎表面抗體
70	14035C	B 型肝炎 e 抗原檢查 HBeAg
71	14051C	C 型肝炎病毒抗體檢查
72	15001C	體液細胞檢查
73	17008B	睡眠多項生理檢查

項次	醫令代碼	中文名稱
74	18001C	心電圖
75	18005B	超音波心臟圖(包括單面、雙面)
76	18007B	杜卜勒氏彩色心臟血流圖
77	18010B	頸動脈聲圖檢查
78	18015B	極度踏車運動試驗
79	18019B	攜帶式心電圖記錄檢查
80	18020B	心導管—一側
81	18022B	冠狀動脈攝影
82	19001C	腹部超音波 (包括肝 liver, 膽囊 gallbladder, 胰 pancreas, 脾 spleen, 下腔靜脈 inferiorvenacava, 腹主動脈 abdominalaorta, 腎 kidney 及其他腹部超音波 abdominalothers 在內)
83	19003C	婦科超音波
84	19005B	其他超音波
85	19005C	其他超音波
86	19007B	超音波導引(為組織切片, 抽吸、注射等)
87	19009C	腹部超音波, 追蹤性
88	19010C	產科超音波
89	19012C	頭頸部軟組織超音波(如甲狀腺 thyroid、副甲狀腺 parathyroid、腮腺 parotid)
90	19014C	乳房超音波
91	20001C	腦波檢查睡眠或清醒
92	20013B	頸動脈超音波檢查
93	20019B	感覺神經傳導速度測定
94	20023B	F 波
95	20026B	穿顱都卜勒超音波檢查 (顱內血管超音波檢查)
96	22001C	純音聽力檢查
97	23305C	氣壓式眼壓測定
98	23401C	細隙燈顯微鏡檢查
99	23501C	眼底檢查
100	23502C	眼底彩色攝影每張
101	23506C	微細超音波檢查
102	23702C	間接式眼底鏡檢查
103	25003C	第三級外科病理
104	25004C	第四級外科病理
105	25006B	冰凍切片檢查
106	25012B	免疫組織化學染色(每一抗體)
107	25024C	第五級外科病理
108	25025C	第六級外科病理
109	26025B	壓力與重分佈心肌斷層灌注掃描
110	26029B	全身骨骼掃描
111	26072B	正子造影-全身
112	28002C	鼻咽喉內視鏡檢查

項次	醫令代碼	中文名稱
113	28016C	上消化道泛內視鏡檢查
114	28017C	大腸鏡檢查
115	28023C	肛門鏡檢查
116	30022C	特異過敏原免疫檢驗
117	32001C	胸腔檢查（包括各種角度部位之胸腔檢查）
118	32002C	胸腔檢查（包括各種角度部位之胸腔檢查）
119	32006C	腎臟、輸尿管、膀胱檢查
120	32007C	腹部檢查（包括各種姿勢之腹部檢查）
121	32009C	頭顱檢查（包括各種角度部位之頭顱檢查）
122	32011C	脊椎檢查（包括各種角度部位之頸椎、胸椎、腰椎、薦椎、尾骨及薦髂關節等之檢查）
123	32012C	脊椎檢查（包括各種角度部位之頸椎、胸椎、腰椎、薦椎、尾骨及薦髂關節等之檢查）
124	32013C	肩部骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）
125	32014C	肩部骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）
126	32015C	上肢骨各處骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）
127	32016C	上肢骨各處骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）
128	32017C	下肢骨各處骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）
129	32018C	下肢骨各處骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）
130	32022C	骨盆及髖關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）
131	33005B	乳房造影術
132	33012B	靜脈注射泌尿系統造影術（點滴注射）
133	33070B	電腦斷層造影－無造影劑
134	33071B	電腦斷層造影－有造影劑
135	33072B	電腦斷層造影－有/無造影劑
136	33074B	單純性血管整形術
137	33075B	血管阻塞術
138	33076B	經皮冠狀動脈擴張術－一條血管
139	33077B	經皮冠狀動脈擴張術－二條血管
140	33084B	磁振造影－無造影劑
141	33085B	磁振造影－有造影劑

*非上述之檢驗、檢查項目，仍可依規定之申報格式上傳，惟不計費用。

二、獎勵院所上傳檢驗（查）結果上傳資料格式及說明（暫定）

（一）檢體檢驗報告

項次	必要性	欄位名稱	中文名稱/資料說明	重複性
1	*	醫事機構代碼	衛生福利部編定之代碼，必為10碼。	
2	*	費用年月	同健保醫療費用點數申報費用年月。	
3	*	醫事類別	11：門診西醫診所 12：門診西醫醫院 13：門診牙醫 14：門診中醫 15：門診洗腎 19：門診其他醫事機構 20：住診代辦業務 21：住診西醫診所 22：住診西醫醫院 29：住診其他醫事機構 50：特約檢驗所	
4	*	案件分類	同健保醫療費用點數申報案件分類。	
5	*	流水編號	同健保醫療費用點數申報流水編號。	
6	*	身分證號	國民身分證統一編號，或外籍居留(如無居留證號碼請填護照號碼)。	
7		檢驗單號	醫療院所檢驗系統之檢驗單號。	
8		檢體來源	如肝，某靜脈...。	
9		檢體類別	如Urine、Blood...。	
10		檢體類別說明	如血液、尿液...。	
11	*	健保檢驗項目代號	如06012C。	
12	*	健保檢驗項目名稱	如尿一般檢查(包括蛋白、糖、尿膽元、膽紅素、尿沈渣、比重、顏色、混濁度、白血球酯酶、潛血、酸鹼度及酮體)。	
13	*	醫令序	同健保醫療費用點數申報醫令序。	
14	*	採檢日期時間	第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0。例如民國99年，為099。第4、5碼為月份，不足位者前補0。例如5月，為05。	
15		收件日期時間	第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0。例如民國99年，為099。第4、5碼為月份，不足位者前補0。例如5月，為05。	
16	*	檢驗報告項次	如尿一般檢查具有多個檢驗結果項次。例如1、2、3...。	◎
17	*	報告日期時間	第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0。例如民國99年，為099。第4、5碼為月份，不足位者前補0。例如5月，為05。	◎
18		檢驗項目名稱	檢驗項目名稱(LOINC名稱)。	◎
19	*	檢驗報告結果值	檢驗報告結果，如Positive、25...等。	◎
20	*	單位	如mg/ml，莫耳濃度...等。	◎
21		檢驗方法	如酵素免疫分析法(EIA)。	◎
22	*	參考值	Positive，0~25...等。	◎
23	*	醫事人員姓名	包含臨床醫師或檢驗師(生)。	

(二) 醫療影像報告

項次	必要性	欄位名稱	中文名稱/資料說明	重複性
1	*	醫事機構代碼	衛生福利部編定之代碼，必為 10 碼。	
2	*	費用年月	同健保醫療費用點數申報費用年月。	
3	*	醫事類別	11：門診西醫診所 12：門診西醫醫院 13：門診牙醫 14：門診中醫 15：門診洗腎 19：門診其他醫事機構 20：住診代辦業務 21：住診西醫診所 22：住診西醫醫院 29：住診其他醫事機構 50：特約檢驗所	
4	*	案件分類	同健保醫療費用點數申報案件分類。	
5	*	流水編號	同健保醫療費用點數申報流水編號。	
6	*	身分證號	國民身分證統一編號，或外籍居留(如無居留證號碼請填護照號碼)。	
7	*	醫令代碼	檢查健保醫令代碼，需與健保申報相同。	
8	*	醫令名稱	檢查健保醫令名稱，需與健保申報相同。	
9	*	醫令序	同健保醫療費用點數申報醫令序。	
10	*	檢查部位	檢查部位，需與健保申報相同。	◎
11		醫療影像張數	醫療影像張數。	◎
12		檢查單號	須與影像資料串連，每筆檢查必須有獨立不重複的單號。	
13	*	醫囑時間	第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0。例如民國 99 年，為 099。第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0。例如 5 月，為 05。	
14	*	醫囑醫師姓名		
15		病史	病人病史，內容可以包含主訴、適應症等。	◎
16	*	疾病診斷	疾病診斷代碼及文字。	◎
17	*	實際檢查時間	第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0。例如民國 99 年，為 099。第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0。例如 5 月，為 05。	
18	*	報告結果	報告結果，含影像發現、臆斷及註記(如過敏反應、顯影劑種類等)。	◎
19	*	建議	醫師總結之建議。	
20	*	確認報告時間	第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0。例如民國 99 年，為 099。第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0。例如 5 月，為 05。	
21	*	報告醫師姓名	確認報告醫師姓名。	

備註：

1. 檔案類型為 XML，詳細上傳作業及格式將再行公告。
2. 必要性欄位「*」表示該欄為必填欄位。
3. 重複性欄位「◎」表示該欄位可重複出現。

方案之附件 5

特約醫事服務機構之網路月租費上限

特約層級別	網路頻寬	各頻寬月租費上限 (單位：新台幣元)
醫學中心 區域醫院 地區醫院	企業型 FTTB 10M	29,172
	企業型 FTTB 6M	23,892
	企業型 FTTB 4M	13,420
診所及交付機構	企業型 FTTB 2M	7,436
	企業型 FTTB 1M	5,676
	專業型 FTTB 2M	4,136
	專業型 FTTB 1M	2,178

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：增修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第四節復健治療之語言治療相關診療項目案，提請討論。

說明：

- 一、依據 104 年醫院及西醫基層總額協商結果辦理：104 年度醫院醫療給付費用協定項目之「保險給付項目及支付標準之改變項目」項下「強化醫療資源支付合理性」中編列 0.91 億；104 年度西醫基層醫療給付費用協定項目之「保險給付項目及支付標準之改變項目」項下「調整藥事服務費及語言治療診療項目」中編列 0.3 億點預算，用於調整語言治療相關診療項目。
- 二、按聽力語言學會提案及溝通建議，增修訂重點說明如下：
 - (一) 新增語言治療「中度-複雜」之診療項目，支付點數比照現行物理治療支付點數，醫學中心及區域醫院 480 點，地區醫院 420 點，復健科基層院所 400 點，非復健科基層院所 290 點。
 - (二) 調整語言治療「複雜」之診療項目支付點數，比照現行物理治療支付點數，醫學中心及區域醫院 600 點，地區醫院 525 點，復健科基層院所 500 點，非復健科基層院所 360 點。
 - (三) 重新修訂語言治療各治療程度項目區分方式之備註
 1. 簡單治療訂為「治療項目 1 項以上，合計治療時間未滿 30 分鐘之簡單治療」。

2. 中度治療訂為「治療項目 2 項以上，合計治療時間超過 30 分鐘至 40 分鐘以內之中度治療」。
3. 中度-複雜治療訂為「治療項目 3 項以上，合計治療時間超過 40 分鐘至 50 分鐘以內之中度治療」。
4. 複雜治療訂為「治療項目 4 項以上，合計治療時間超過 50 分鐘以上之複雜治療」。

三、財務影響：依台灣聽力語言學會推估，修訂後原「中度」治療約 0.5% 轉申報「中度-複雜」；並無轉申報「複雜」治療，其餘 99.5% 維持申報中度治療。原「複雜」治療中，約 43% 轉申報「中度-複雜」；約 53% 維持申報「複雜」治療，另修訂語言治療各治療程度項目區分方式之備註僅為利明確規範，並不增加預算。本署推估總體將增加 1.21 億點預算(醫院 0.91 億，基層 0.30 億)，預算足以支應(詳后附件 1-1，P67)。

擬辦：本案如經討論同意，擬修訂支付標準(詳后附件 1-2，P68)，依程序陳報衛生福利部核定公布。

支付標準增修訂語言治療相關診療項目案財務影響評估

(四級制，全數比照 PT 各層級支付點數)

一、醫院層級

治療程度	修訂前					修訂後				增加醫療點數 (百萬點)
	醫令代碼	支付點數 A	申報量 (千件) B	平均申報成數 C	申請醫療點數 (百萬點) D=A*B*C	建議支付點數 E	預估申報量 F (千件)	平均申報成數 G	預估申請醫療點數 H=E*F*G (百萬點)	
中度	44004A	320	146.4	1.014	47.5	320	145.7	1.014	47.3	-0.2
	44005B	280	157.6	1.046	46.2	280	156.8	1.046	45.9	-0.2
中度-複雜	無					480	247.9	1.094	130.2	130.2
	無					420	145.2	1.098	67.0	67.0
複雜	44007A	480	574.9	1.094	301.9	600	327.7	1.094	215.1	-86.8
	44008B	350	335.8	1.098	129.1	525	191.4	1.098	110.4	-18.7
總計										91.16

二、基層院所

治療程度	修訂前					修訂後				增加醫療點數 (百萬點)
	醫令代碼	支付點數 A	101年申報量 (千件) B	平均申報成數 C	申請醫療點數 (百萬點) D=A*B*C	建議支付點數 E	預估申報量 F (千件)	平均申報成數 G	預估申請醫療點數 H=E*F*G (百萬點)	
中度	44011C	265	177.3	1.109	52.1	265	176.5	1.109	51.9	-0.3
	44006C	190	9.3	1.136	2.0	190	9.3	1.136	2.0	0.0
中度-複雜	無					400	93.8	1.144	42.9	42.9
	無					290	0.9	1.030	0.3	0.3
複雜	44012C	335	216.0	1.144	82.8	500	123.1	1.144	70.4	-12.4
	44009C	240	1.9	1.024	0.5	360	1.1	1.024	0.4	-0.1
總計										30.46

註:

- 按台灣聽力語言學會提供之資料，修訂後預估申報轉移情形：原「中度」治療」約 0.5% 轉申報「中度-複雜」；並無轉申報「複雜」治療，其餘 99.5% 維持申報中度治療。原「複雜」治療中，約 43% 轉申報「中度-複雜」；約 57% 維持申報「複雜」治療
- 本表修訂後「中度-複雜」及「複雜」預估申報量係以修訂後轉移申報量比率乘上 101 年申報量所得。
- 本表修訂後「中度-複雜」平均申報成數係以 101 年「中度」及「複雜」治療平均申報成數乘以推估將轉移至「中度-複雜」申報量比率而得。

第四節 復健治療 Rehabilitation Therapy

第四項 語言治療 Communication Therapy (44001~44012)

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	備註
44001A	簡單Simple：指治療項目 1 <u>2</u> 項以上，合計治療時間未滿30分鐘之簡單治療。			v	v	240	修訂語言治療各治療程度項目之區分方式
44002B		v	v			210	
44003C		v				145	
44004A	中度Moderate：指治療項目 2 <u>3</u> 項以上，合計治療時間超過30分鐘至 <u>4</u> 50分鐘以內之中度治療。			v	v	320	
44005B		v	v			280	
44011C		v				265	
44006C		v				190	
44013A	中度-複雜：指治療項目3項以上，合計治療時間超過40分鐘至50分鐘以內之中度治療。			v	v	480	新增
44014B			v			420	
44015C		v				400	
44016C		v				290	
44007A	複雜Complicated：指治療項目 4 <u>3</u> 項以上，合計治療時間超過50分鐘以上之複雜治療。			v	v	600 <u>480</u>	調升點數
44008B		v	v			525 <u>350</u>	
44012C		v				500 <u>335</u>	
44009C	備註:1.治療項目 ST 1. 聽能瞭解訓練 Auditory comprehension training ST 2. 口語訓練 Verbal production ST 3. 輔導溝通法 Augmentative communication system ST 4. 認讀訓練 Reading training ST 5. 書寫訓練 Writing training ST 6. 視知覺訓練 Visual perception ST 7. 高階層認知訓練 High level cognitive function training ST 8. 觸覺肌動法 Tactile stimulation ST 9. 口腔動作訓練 Oral Tx. ST 10 發音部位法 Phonetic placement ST 11. 聽辨訓練 Auditory discrimination ST 12. 節律訓練 Rhythm training ST 13. 視聽迴饋法 Audiovisual feedback monitoring ST 14. 語言分析 Acoustu analysis ST 15. 其他經保險人核可者 2.44011C、44012C、 44015C 限復健科專科醫師開設之基層院所或基層院所聘有專任之復健醫師者申請。	v				360 <u>240</u>	

討論事項

第二案

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二部第一章第六節中醫、牙醫及西醫基層藥事服務費支付標準乙案。

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：新增「全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案」(以下稱本方案)案，提請討論。

說明：

- 四、本方案係由原本署自 99 年應用衛生福利部醫療發展基金辦理之「孕產婦照護品質確保及諮詢服務計畫」修訂而來，是將「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。
- 五、方案內容及重點：藉由管理照護費之設計，使產婦從妊娠期間之依次產檢至生產，皆能在同院所獲得全程管理照護，並以品質指標為獎勵誘因，鼓勵院所提升照護品質。
- 六、歷年參與院所醫療服務提供情形(詳后附件 3-1, P73)，實施迄今(99 年至 103 年)，預估共執行約 2.48 億元，103 年度截至第 2 季參與院所共 106 家，核定件數 24,795 件，參與院所品質指標成效較未參與方案者佳，全程照護率 53.74%(未參與之院所 51.87%)、產後 14 日內再住院率 0.426%(未參與之院所 0.463%)、剖腹產管控率 33.69%(未參與之院所 36.79%)。
- 七、因衛生福利部醫療發展基金審議小組 103 年 3 月 17 日第 1 次委員會議決議，「孕產婦照護品質確保及諮詢服務計畫」使用醫療發展基金運作成效穩定，應回歸健保基金支應，104 年度雖同意

暫列醫發基金「健康照護績效提升計畫」項下 7,000 萬元，但仍請於協商 104 年總額預算時，極力爭取預算，並應於醫療發展基金退場。又本方案業經衛生福利部全民健康保險會第 1 屆 103 年第 9 次委員會議決議，104 年度分別在醫院及西醫基層總額醫療給付改善方案專款項目項下增列，與其他方案共用預算(醫院總額 741.3 百萬元；西醫基層總額 254.4 百萬元)，爰提案新增本方案。

八、本方案之內容原則與「孕產婦照護品質確保及諮詢服務計畫」相同，修訂重點如下，修訂方案(詳后附件 3-2，P74-85)。

- (一) 配合本署醫療給付改善方案之統一名稱，名稱由「103 年孕產婦照護品質確保及諮詢服務計畫」修正為「全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案」。
- (二) 依據、計畫期程、經費來源、點值計算、管理照護費申報期限：配合經費來源改變，文字修訂。
- (三) 參與院所及人員資格部分，取消參與院所須填寫申請書、計畫書、合約書、執行成果一覽表，改為醫事人員及醫事服務機構須向全民健康保險保險人之分區業務組申請同意，惟 103 年已參與本計畫之醫事服務機構得持續辦理。

擬辦：依會議決議辦理後續事宜。

孕產婦照護品質確保及諮詢服務計畫歷年執行成效

項目	年度	99	100	101	102	103
一、歷年經費執行情形						
醫發基金預算數(千點)		150,000	200,000	50,000	50,000	60,000
執行數(千點)		11,127	35,374	68,820	65,462	39,159
獲獎勵金家數(家)/ 獎勵點數(千點)		22/ 263	24/ 6,221	19/ 8,197	31/ 10,042	-
二、參與院所醫療服務提供情形						
家數(家)		86	88	108	110	106
管理照護費核定件數(件)		1,318	35,211	56,080	49,265	24,795
受益人數(人)		1,610	35,847	56,561	49,407	25,574
品質 指標 達成 情形	指標 1 達標家數(家)	66	73	84	93	-
	指標 2 達標家數(家)	74	76	100	101	-
	指標 3 達標家數(家)	41	51	53	53	-
	指標 4 達標家數(家)	60	67	78	81	-
	指標 5 達標家數(家)	69	62	67	89	-
全程照護率(%)		51.68	52.43	52.06	53.19	53.74
產後 14 日內再住院率(%)		0.44	0.44	0.44	0.45	0.426%
剖腹產管控率(%)		35.35	34.05	35.50	33.99	33.69
低出生體重率之成長率(%)		0.16	-0.06	-0.02	0.04	-

備註：

- 1.103 年度除「醫發基金預算數」為整年度預算數，其餘欄位統計至第 2 季。
- 2.「獲獎勵金家數/獎勵點數」、「品質指標達成情形」、「低出生體重率之成長率」等欄位，俟年度完成後，始有統計數據。
- 3.品質指標達標說明
 - (1)指標 1：孕產期全程照護率 $\geq 40\%$
 - (2)指標 2：產後 14 日內再住院率(含跨院) $< 1\%$
 - (3)指標 3：院所剖腹產率不超過本局該轄區 70 百分位，且低於該年全國
 - (4)指標 4：低出生體重率不超過院所前一年度低出生體重率 1%，資料來源國健署
 - (5)指標 5：自行要求剖腹產價差，未超過原論病例計畫「健保支付生產點數」與「自行要求剖腹產」點數，資料來源各分區業務組
- 4.非合約院所截至 103 年第 2 季全程照護率為 51.87%、產後 14 日內再住院率為 0.463%、剖腹產管控率為 36.79%。參與方案院所之品質指標成效較未參與之方案院所佳。

103 年全民健康保險孕產婦全程照護品質確保及諮詢服務計畫醫療給付改善方案

衛生福利部中央健康保險署

99.04.01 第一版實施
101.01.01 第二版修正
102.01.01 第三版修正
102.07.29 第四版修正
103.01.01 第五版實施
103.0.0 第六版實施

壹、前言

有鑑於我國生育率逐年下降，為提升孕產婦醫療照護品質，衛生福利部中央健康保險署(以下簡稱本署)爰推動孕產婦照護品質確保及諮詢服務計畫本方案，將「懷孕」至「生產」期間視為一完整療程以達全人照護，並透過全程醫療照護諮詢管理模式，提供孕產婦在懷孕期間至產後 1 個月內之 24 小時無間斷之優質醫療照護諮詢服務，期能提升孕產婦在同一醫療院所全程醫療照護之品質，並降低生產風險，達到確保照護品質之目的。本計畫實施後，孕產婦全程照護率持續增加，辦理成效良好。

貳、依據

依據醫療事業發展獎勵辦法第二條第一項第三款規定婦產科、兒科醫療資源及品質之改善獎勵措施辦理。各年度全民健康保險醫療給付費用總額之協商結果。

參、計畫目的

促進孕產婦健康，提供完整產程檢查、指定期間之 24 小時醫療照護諮詢服務，增進孕產婦及新生兒之健康。

肆、計畫期程：103 年 1 月 1 日至 103 年 12 月 31 日止。

伍、經費來源：衛生福利部醫療發展基金，經費如因法令變更或立法院審議結果等因素，本署得通知調整支付方式或終止契約。

陸、肆、計畫內容

一、孕產婦收案條件

為達全人優質醫療照護之目的，本方案收案條件為在該院所接受全程產前檢查及生產全程照護者。

二、參與院所及人員資格

醫事人員及醫事服務機構須向全民健康保險保險人(以下稱保險人)之分區業務組申請同意，惟 103 年已參與本計畫之醫事服務機構得持續辦理。資格如下：

- (一) 醫院診所須登記有婦產科診療科別及專任婦產科專科醫師資格，並設有符合醫療機構設置標準規定之產房及嬰兒室。
- ~~(二) 參與院所須填寫「孕產婦照護品質確保及諮詢服務計畫申請書」及計畫書(格式如附件1)，經本署各分區業務組核准後發函後始得收案並簽訂合約(附件2)。但102年獲准參加本計畫院所，請檢具計畫執行成果一覽表(附件3)，逕函分區業務組申請參加本計畫，無需再重新提報計畫書。~~
- (三) (二)院所配合條件：提供孕產婦於懷孕期間及產後1個月內電話或網路等各類24小時無間斷之醫療照護諮詢服務。

三、支付標準及其涵蓋範圍(如附件4)

包括懷孕至產後一月整合性醫療照護之孕產期全程管理照護，每點以一元為限。但產檢、生產及相關門、住診診療服務仍得依現行支付標準規定申報。

(一) 孕產期管理照護費：

1. 母嬰親善機構認證院所照顧個案，妊娠期間依次產檢(未中斷產檢者)至生產皆在同一院所執行，且生產當次非採自行要求剖腹產之產婦，每一案件得合併生產申報「母嬰親善機構孕產期管理照護費(全程產檢暨生產)」(P3904C/1,200點)。
2. 非母嬰親善機構認證院所照顧個案，妊娠期間依次產檢(未中斷產檢者)至生產皆在同一院所執行，且生產當次非採自行要求剖腹產之產婦，每一案件得合併生產申報「非母嬰親善機構孕產期管理照護費(全程產檢暨生產)」(P3905C/900點)。
3. 如產婦自行要求剖腹產，或產前階段孕產婦所接受之產檢服務曾在其他醫療院所執行者，不得申報「孕產期管理照護費」。
4. 同時加入「週產期論人支付制度試辦方案」之產婦，因醫療照護需要等非可歸責院所之因素，轉送該計畫之後送醫院生產且非採自行要求剖腹產者，改以「孕產期管理照護費(全程產檢不含生產)」(P3903C/900點)單獨申報。加入醫療發展基金辦理「婦產科、兒科醫療資源整合與品質之提升」計畫院所，比照本項辦理。
5. 本項孕產期管理照護費所指全程產檢，係指完成衛生福利部預防保健服務補助標準所列之10次孕婦產前檢查，惟孕產婦如因早產等醫療因素僅執行前8次(含以上)產檢者，得比照申報孕產期管理照護費。

- (二) 品質提升費：院所符合下列1至5各項指標者，本署得於翌年依該院所前年度所有核定「孕產期管理照護費」之案件數，每件加給450點之「品質提升費」；院所符合下列第6項指標者，本署得於翌年依該院所前年度所有核定「孕產期管理照護費」之案件數，每件加給50點之「品質提升費」。各分區業務組每年針

對參與院所下列5項品質指標進行評核。

1. 孕產期全程照護率 $\geq 45\%$ 。

分子：院所年度符合申報全程照護案件數。

分母：院所年度申報不含自行要求剖腹產之生產案件數。

2. 產後14日內再住院率(含跨院) $< 1\%$ 。

分子：院所年度生產後14日再入院之案件數。

分母：院所年度申報生產案件數。

3. 剖腹產管控率：院所剖腹產率不超過本署該轄區70百分位，且低於該年全國平均值。

分子：院所年度申報剖腹產含自行要求剖腹產案件數。

分母：院所年度申報生產案件數。

4. 低出生體重率不超過院所前一年度低出生體重率1%。

分子：院所年度出生體重小於2500公克之活產人數。

分母：院所年度出生通報之活產人數。

公式：「本年度之低出生體重率」－「上一年度低出生體重率」 $\leq 1\%$ (四捨五入至小數點第一位)。

5. 院所收取「自行要求剖腹產」產婦之醫療費用，未超過該院所原論病例計酬「健保支付生產點數」與「自行要求剖腹產」點數(15,669)之價差(1點以1元計算)，非屬健保給付之醫療費用項目，不納入價差計算。

6. 具助產人員執業登記：年度內助產士及助產師合計執業登記人數 ≥ 1 。

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：各次產檢請依現行規定申報。

2、生產部分之住院醫療費用點數申報格式及填表說明依各類案件申報如下依特約醫事服務機構住院醫療費用點數申報格式及填表說明申報：

- (1). Tw-DRGs 案件之欄位同現行 Tw-DRGs 案件申報規定，另加計申報項目：醫令清單段之醫令類別請填寫「X」，醫令代碼請填寫「P3904C」、「P3905C」。
- (2). 論病例計酬案件之欄位同現行論病例計酬案件申報規定，另加計申報項目：醫令清單段之醫令類別請填寫「2」，醫令代碼請填寫「P3904C」、「P3905C」。
- (3). 參加「週產期論人支付制度試辦方案」案件之點數清單段之案件類別請填寫「4」、給付類別請填「D」，另加計申報項目：醫令清單段之醫令類別請填寫「2」，醫令代碼請填寫「P3903C」。

(二)暫付、審查及核付：

- 1、依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」辦理。
- 2、本署視審查需要得請院所提供門診各次產檢資料送審，如經查有妊娠至生產期間中斷產檢或採自行要求剖腹產未確實申報者，除核減溢領費用，自通知日起一年內不得申請本方案相關費用。
- 3、院所申報「孕產期管理照護費」，經勾稽門診申報資料發現未符本方案規定者，不予支付該項費用。
- 4、本署各分區業務組依該院所前年度所有核定生產資料，統計「品質提升費」所訂品質指標結果，符合1至5各項指標結果者，依該院所前年度所有核定「孕產期管理照護費」之案件數，每件加給450點之「品質提升費」；符合第6項指標者，本署得於翌年依該院所前年度所有核定「孕產期管理照護費」之案件數，每件加給50點之「品質提升費」。
- 5、~~本計畫屬基金預算，以年度為單位，醫療院所需併於該年度費用年月申報，未及於費用年月次月20日前申報、未合併於生產案件申報之案件，孕產期管理照護費不可補報。~~

五、品質監控及評估方式：（依附件 52-表 1~3 格式填寫）

- (一)參與院所每季最後1個月須提報下列相關指標供本署各分區業務組參考。
- (二)本署各分區業務組需針對參與院所提報之下列相關指標進行監控。
 - 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）。
 - 2、過程指標：方案前後平均住院天數比較。
 - 3、結果指標：全院性之產檢利用率、週產期死亡率、出生性別比。
 - 4、危險因子指標：子癩前症、子癩症、早產兒、低體重兒比率。
 - 5、其他指標：住院期間總母乳哺育率、住院期間純母乳哺育率。

柒、伍、本計畫費用以主管機關核定預算為限，預算不足時以浮動點值支付，將預算按前一年度各季之管理照護費及品質提升費佔率分配及結算，當季預算若有結餘則流用至下季，當預算不足時採浮動點值計算暫結，年底時進行全年結算，惟每季及全年之每點金額不得大於1元。本方案之管理照護費及相關品質提升費，於全民健康保險醫院總額及西醫基層總額之「醫療給付改善方案」專款項下支應，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

附件1

~~「孕產婦照護品質確保及諮詢服務計畫」申請書~~

~~——本院所申請參加醫療事業發展獎勵辦法孕產婦照護品質確保及諮詢服務計畫，並同意遵照醫療事業發展獎勵辦法及本計畫內容之規範。~~

此致

衛生福利部中央健康保險署——

申請資料

醫療機構名稱及代號：

醫療機構負責人：

醫療機構地址：

本計畫聯絡人：

聯絡電話：

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

~~○○院所申請參加「孕產婦照護品質確保及諮詢服務計畫」~~

~~計畫書格式~~

~~一、院所現況(簡要)~~

- ~~1.現況簡介：含填報附件3醫療品質指標報告表(參與本方案前)~~
- ~~2.院所收取「自行要求剖腹產」產婦之醫療費用：是否超過該院所原論病例計酬「健保支付生產點數」與「自行要求剖腹產」點數(15,669)之價差(1點以1元計算)。~~
- ~~3.是否取得「母嬰親善機構認證」及效期~~
- ~~4.是否辦理醫療發展基金「婦產科、兒科醫療資源整合與品質之提升」計畫。~~

~~二、照護團隊組成~~

~~三、執行作法~~

~~必填24小時無間斷之醫療照護諮詢服務作法：請留電話號碼以供分區業務組查證。~~

~~四、預期效益(參考品質提升費4項品質指標及附件3品質指標報告表)~~

~~五、指定專責聯絡窗口(專責人員、聯絡方式)~~

~~六、檢附照護團隊專業證照影本(照護團隊含助產人員者，另提供相關執業登記證明)~~

~~註：102年獲准參加本計畫院所，請檢具計畫執行成果一覽表(如附件3)，逕函分區業務組申請參加本計畫，無需再重新提報計畫書，惟照護團隊含助產人員者，另提供相關執業登記證明，併同計畫執行成果一覽表，函送分區業務組。~~

附件 2

全民健康保險特約醫事服務機構辦理醫療事業發展獎勵辦法

「孕產婦照護品質確保及諮詢服務計畫」合約書

衛生福利部中央健康保險署(以下簡稱甲方)為促進孕產婦醫療照護品質，依照醫療事業發展獎勵辦法規定，獎勵

~~(以下簡稱乙方)負責執行「孕產婦照護品質確保及諮詢服務計畫」(以下簡稱本計畫)，雙方合意約定事項如下：~~

~~一、甲乙雙方應依照醫療事業發展獎勵辦法、本計畫、相關法令及本合約規定，並比照全民健康保險法、全民健康保險法施行細則、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法、全民健康保險醫療辦法、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法、全民健康保險特約醫事服務機構合約規定，辦理本項孕產婦照護品質確保及諮詢服務。~~

~~二、本計畫之執行期間，自 103 年 1 月 1 日至 103 年 12 月 31 日止。執行期限屆期前 1 月乙方可申請展延，經甲方同意後本合約得展延期限。~~

~~三、參與院所及人員資格：~~

~~(一) 全民健康保險特約醫事服務機構須登記有婦產科診療科別及專任婦產科專科醫師資格，並設有符合醫療機構設置標準規定之產房及嬰兒室。~~

~~(二) 配合條件：乙方需提供孕產婦孕產程全程之醫療照護，孕產婦在懷孕期間及產後一個月內，24 小時無間斷醫療諮詢之提供。~~

~~四、收案條件：~~

~~為達全人優質醫療照護之目的，本方案收案條件為在該院所接受全程產前檢查及生產全程照護者，除有非可歸責乙方之因素，且事先報經甲方同意者外。~~

~~五、申報及核付方式：~~

~~本計畫費用之申報依照「孕產婦照護品質確保及諮詢服務計畫」支付標準申報及核付，未竟事宜另依醫療事業發展獎勵辦法之規定辦理。~~

~~(一) 孕產期管理照護費：由醫院及診所按月併生產案件醫療服務點數申報作業，向甲方各分區業務組申請，並比照全民健康保險法相關法規及申報作業規定核付。~~

~~(二) 品質提升費：由甲方各分區業務組於翌年就符合計畫所定各項指標之醫院及診所，依其前年度所有申報「孕產期管理照護費」案件數，每件加給品質提升費。其中品質指標之一院所收取「自行要求剖腹產」產婦之醫療費用，未超過該院所原論病例計酬「健保支付生產點數」與「自行要求剖腹產」點數 (15,669) 之價差(1 點 1 元)，超過者不給付品質提升費，非屬健保給付之醫療費用項目，不納入價差計算。~~

層級	上限(元)	層級	上限(元)
醫學中心	21800	地區醫院	18252
區域醫院	19995	基層診所	14901

~~(三) 本計畫屬基金預算，以年度為單位，乙方需併於該年度費用年月申報，未及於費用年月次月 20 日前申報之案件，不列入指標統計及補付。若照護費未合併於生產案件申報~~

~~亦不可補報。~~

~~六、 審查方式：~~

- ~~(一) 比照「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」辦理。~~
- ~~(二) 甲方視審查需要得請乙方所提供門診各次產檢資料送審，如經查有妊娠至生產期間中斷產檢或採自行要求剖腹產未確實申報者，除核減溢領費用外，自通知日起一年內不得申請本計畫相關費用。~~
- ~~(三) 乙方申報「孕產期管理照護費」，經勾稽門診申報資料發現未符本方案規定者，不予支付該項費用。~~
- ~~(四) 乙方應每季按時提供「孕產婦照護品質確保及諮詢服務計畫」醫療品質指標報告表供甲方分區業務組監控，如未提供，自甲方通知日起一年內不得申請本計畫相關費用。~~
- ~~(五) 乙方申請本計畫經費，如有違反本計畫相關規定者，不得請領；已領者，應予追繳。~~
~~乙方如有異議，得檢具理由比照全民健保醫療費用申復規定申請申復。~~

~~七、 執行本計畫時，乙方之義務及應配合事項如下：~~

- ~~(一) 應依本合約內容執行，並符合政府所定其他相關法令之規定。~~
- ~~(二) 不得有任何損害甲方形象或利用本計畫從事商業活動或其他不法利益之行為。~~
- ~~(三) 接受甲方之督導及評核。~~

~~八、 本合約有效期間內，甲、乙方如有下列情形之一者，得終止或修正本合約；其如因可歸責於乙方之事由而終止時，甲方得視情況，向乙方追繳已撥付之款項：~~

- ~~(一) 乙方遇有不可抗力之事由，無法繼續執行本計畫，經於事實發生1個月內以書面通知甲方，並經甲方同意者，得終止本合約。~~
- ~~(二) 依醫療事業發展獎勵辦法規定，乙方每年應接受甲方或直轄市、縣（市）主管機關之查核；乙方如有違反法令、辦理不善、虛偽浮報之情形，經命其限期改善而屆期未改善者，甲方得停止或廢止其獎勵，並得作為繼續獎勵之核准依據。~~
- ~~(三) 甲方視審查需要得請乙方所提供門診各次產檢資料送審，如經查有妊娠至生產期間中斷產檢或採自行要求剖腹產未確實申報者，除核減溢領費用，自通知日起一年內不得申請本計畫相關費用。~~
- ~~(四) 本計畫經費來源為衛生福利部醫療發展基金，經費如因法令變更或立法院審議結果等因素需調整或終止，甲方得通知調整支付方式或終止契約，乙方不得請求補償。~~
- ~~(五) 本合約有效期間內，乙方如有違反相關法規及本合約規定者，甲方於合約期滿後，仍得依本合約及相關規定執行或處分。~~

~~九、 本合約書未約定事項，雙方得以附約或換文方式另行約定，修正時亦同。本合約文字如有疑義時，其解釋權歸屬於甲方。~~

~~十、 本合約書正本一式兩份，經簽署後生效，並分送甲乙雙方保存，以資信守。~~

~~十一、 本合約書自簽約日起生效。~~

醫療機構方型印章

本署方型印章

立合約人

甲方：衛生福利部中央健康保險署

代表人：署長黃三桂

地址：台北市信義路三段一四〇號

乙方：—

~~醫事機構地址：~~

~~醫事機構代號：~~

~~代表人：(公立醫療機構、醫療法人之醫療機構及法人附設醫療機構適用)~~

~~負責醫師(或負責醫事人員)：~~

~~姓名：_____ 簽章~~

~~戶籍地址：~~

~~身分證號：~~

~~代理人：~~

~~戶籍地址：~~

~~身分證號：~~

~~「由負責醫師(或負責醫事人員)親自當面蓋章或由代理人提示代理人身分證正本、負責醫師身分證影本及負責醫師委託書正本，由代理人於合約書記明確係受負責醫師委託辦理之意旨並蓋負責醫師及代理人章」~~

中華民國_____年_____月_____日

附件 3

~~「孕產婦照護品質確保及諮詢服務計畫」執行成果一覽表~~

院所名稱：_____ 院所代號：_____

指標	101 年度 (含分子、分母)	102 年度 (含分子、分母)
1.收案件數(申報 P39 件數)		
2.孕產期全程照護率		
3.產後 14 日內再住院率(含跨院)		
4.剖腹產率		
5.低出生體重率		
6.收取「自行要求剖腹產」之醫療費用		
7.生產案件平均住院天數		
8.產檢利用率		
9.週產期死亡率		
10.出生性別比(男嬰數/女嬰數)		
11.子癇前症比率		
12.子癇症比率		
13.早產兒比率		
14.低體重兒比率		
15.住院期間總母乳哺育率		
16.住院期間純母乳哺育率		
17.全程產檢但他院生產比率		

「全民健康保險孕產婦全程照護品質確保及諮詢服務計畫醫療給付改善方案」支付標準

通則：

- 一、不符醫學上適應症而自行要求剖腹產者，須回歸原支付標準申報，依自行要求剖腹產點數支付，不得申報本計畫各項支付標準。
- 二、其他未列入本計畫之支付標準規定項目，依現行全民健康保險醫療費用支付標準規定辦理。
- 三、高風險及急重症孕產婦經醫師診斷如有需要之必要轉診，依全民健康保險支付標準及相關轉診規定辦理，不得申報本計畫。

代碼	診療項目	支付點數	給付時程	服務項目
P3904C	母嬰親善機構孕產期管理照護費(全程產檢暨生產)	1,200	確定懷孕至產後 1 月	母嬰親善機構認證院所照顧個案，妊娠期間依次產檢(未中斷產檢者)至生產皆在同一院所執行者，且生產當次非採自行要求剖腹產時，合併生產申報。 註：母嬰親善機構認證及效期若有異動，各參與計畫院所需檢附證明向本署分區業務組申請更新維護，本計畫費用檢核以該筆費用年月申報時，本署醫管資料檔為準。
P3905C	非母嬰親善機構孕產期管理照護費(全程產檢暨生產)	900	確定懷孕至產後 1 月	非母嬰親善機構認證院所照顧個案，妊娠期間依次產檢(未中斷產檢者)至生產皆在同一院所執行者，且生產當次非採自行要求剖腹產時，合併生產申報。
P3903C	孕產期管理照護費(全程產檢不含生產)	900	確定懷孕至產後 1 週	同時加入「週產期論人支付制度試辦方案」之產婦，因醫療照護需要等非可歸責院所之因素，轉送該計畫之後送醫院生產且非採自行要求剖腹產者，改以本項申報。醫療發展基金辦理「婦產科、兒科醫療資源整合與品質之提升」計畫院所比照本項。 註：1 名孕產婦 P3904C、P3905C，與 P3903C 擇 1 申報。

討論事項

第四案

提案單位：健保署醫務管理組

案由：有關修訂「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」
乙案。

說明：資料後補。

擬辦：

討論事項

第五案

提案單位：健保署醫務管理組

案由：有關「合併執行全子宮切除術、陰道懸吊與固定術、膀胱直腸脫垂修補術」或「合併執行子宮懸吊手術、子宮直腸陷凹手術、膀胱直腸脫垂修補術/其他陰道修補術」案件改採核實申報案。

說明：

- 一、台灣婦產科醫學會建議，因部分婦科病患同時有腹腔（婦科及泌尿科）相關病症，目前臨床上在減少侵入性手術機會、減少病患手術痛苦及顧慮病患安全之考量下，係將「腹式全子宮切除術」、「陰道懸吊與固定術」及「膀胱直腸脫垂修補術」等婦科複雜處置合併執行，惟因該等個別手術本即具有相當困難度，加上一次多功，致「合併執行」3種手術相對於同一DRG內其他疾病處置之複雜度及資源耗用高出許多，爰建議該等合併處理之疾病處置排除DRG實施範圍，排除條件8組如下：

(一) 腹式全子宮切除術(684)+陰道懸吊與固定術(7077)+膀胱直腸脫垂修補術(7050)，有/無(其他尿道壓力性尿失禁修補術(5979)或後恥骨的尿道懸吊術(595))。

(二) 其他陰道式全子宮切除術(6859)+陰道懸吊與固定術(7077)+膀胱直腸脫垂修補術(7050)，有/無(其他尿道壓力性尿失禁修補術(5979)或後恥骨的尿道懸吊術(595))。

(三) 其他子宮懸吊手術(6922)+膀胱直腸脫垂修補術(7050)+

子宮直腸陷凹其他手術(7092)，有/無(其他尿道壓力性尿失禁修補術(5979)或後恥骨的尿道懸吊術(595))。

(四) 其他子宮懸吊手術(6922)+其他陰道修補術(7079)+子宮直腸陷凹其他手術(7092)，有/無(其他尿道壓力性尿失禁修補術(5979)或後恥骨的尿道懸吊術(595))。

二、經以99至102年期間曾執行前述任一處置碼之案件為母群體，分析各年該族群醫療利用情形如下：

(一) 整體而言，99至102年各年前項8組合每年件數約532件~690件，醫療點數約3~5千萬點；執行2種處置案件約1,756件~1,811件，醫療點數約9千萬點~12千萬點；執行1種處置案件約件8,361~9,563件，醫療點數約45千萬點~55千萬點，每年合計案件數約1萬~1萬1千件，醫療點數約58~70千萬點。

(二) 以102年資料進一步分析，該年婦產科醫學會所建議8組共690件，平均每件實際申報點數7萬1千點，平均每件DRG支付點數6萬7千點。

擬辦：本案處理方式將依會議結論辦理。

討論事項

第六案

提案單位：健保署醫務管理組

案由：DRG 案件「次診斷為癌症及性態未明腫瘤之個案實施化療注射劑」得另行核實申報項目之化療藥品範圍及其相對應之處置代碼案。

說明：資料後補。

擬辦：

