



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 年第三次臨時會
會議資料

103 年 12 月 24 日 (星期三)
本署 18 樓會議室

103 年度「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」第三次臨時會議議程

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、增修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部 牙醫支付標準案。.....	第 1 頁
二、有關放寬「全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方 案」醫事人員及醫事機構申請資格乙案。.....	第 21 頁

肆、討論事項

一、修訂安寧療護暨一般居家照護支付標準案。.....	第 41 頁
二、有關支付標準以包裹給付過程面必須使用之「單一使用拋 棄式生檢鉗或組織夾」等 2 項特材之支付標準編號 28030C 及 72050B 二項診療項目調整案。.....	第 71 頁
三、104 年全民健康保險國際疾病分類第十版 (ICD-10-CM/PCS) 編碼實作獎勵方案(草案)。.....	第 79 頁
四、有關 TW-DRGs 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相對 應之處置代碼案。.....	第 91 頁
五、修訂「全民健康保險急診品質提升方案」。.....	第 99 頁
六、有關中華民國醫師公會全國聯合會針對「西醫基層院所合 理門診量」提出之建議支付標準調整案。.....	第 101 頁
七、104 年度其他部門有關「跨層級醫院合作計畫」案。.....	第 113 頁

伍、臨時動議

陸、散會

貳、確認本會 103 年度第 4 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

103 年第 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」會議紀錄

時 間：103 年 11 月 27 日(星期四)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	姚鈺	陳代表福展	陳福展
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	吳志雄
郭代表正全	郭正全	陳代表彥廷	陳彥廷
李代表伯璋	李伯璋	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	(請假)
林代表淑霞	簡志誠(代)	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	王秀貞(代)	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	李紹誠	葉代表宗義	葉宗義
陳代表宗獻	陳宗獻	李代表永振	陳炳宏(代)
盧代表榮福	盧榮福	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	黃啟嘉	吳代表肖琪	吳肖琪
陳代表憲法	陳憲法		

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

中華民國牙醫師公會全國聯合會

朱智華、林敬修、許家禎

中華民國醫事放射師公會全國聯合會	黃國棟
中華民國醫師公會全國聯合會	吳春樺、陳思綺
中華民國藥師公會全國聯合會	王韻婷、譚延輝
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
中華民國助產師助產士公會全國聯合會	林綉美
台灣醫院協會	郭家英
醫藥品查驗中心	許雅蓉、朱素貞、黃依寧
台灣婦產科醫學會	鄧森文、謝卿宏
台灣聽力語言協會	張綺芬、王雅慧、蘇心怡
本署台北業務組	丁香豔、李如芳、溫牡珍 黃昭瑢、陳德旺、陳美玲
本署企劃組	劉欣萍(代)
本署醫審及藥材組	蔡文全
本署醫務管理組	林阿明、李純馥、陳真慧、 林淑範、林寶鳳、張曉雲、 虞淑婷、王玲玲、李待弟、 陳依婕、涂奇君、吳明純、 張淑雅、張巧如、蕭靜怡、 許怡琳

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。

部分代表對上次會議紀錄之建議事項，重點說明如下：

- (一) 討論案第五案：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。會議決議增列通則七：地區醫院特殊藥品處方每人每日合理量為 15 件。部分與會代表反應其計算方

式本署分區業務組執行面與規定不一致乙節，署本部將以資訊程式設置一致標準。

(二) 討論案第六案：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。

1. 部分代表反應地區醫院代表建議共 6 點，擬錄案研參乙項，有實質檢討之必要。
2. 決議事項第 4 點，由 6 週照護期滿之延長照護申請，建議免再申請事前審查。修正為 6 週照護期滿之延長照護申請，因有其他配套措施，故建議免再申請事前審查。

三、報告事項

(一) 增修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫支付標準案。

決議：本案暫保留，由於預算金額總計 5.898 億元遠低於增修訂項目之費用推估 7.145 億元，建議牙全聯會修正支付標準調整內容或幅度控制於預算金額內，再提會報告。

(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。

決議：

1. 同意修訂 104 年度「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」案，修訂後計畫詳如附件 1(詳見 P.11 ~59)。
2. 相關修訂重點如下：
 - (1) 調高年執行人次為 87,850 人。
 - (2) 特定身心障礙者牙醫醫療服務部分：

A、適用對象：增列失能老人支付方式比照輕度患者得加計 1 成。此類服務對象之服務地點為衛生福利部所屬老人福利機構、特定需求者以及到宅，且應檢附評估量表、診斷證明或長期照護管理中心核定函等文件。

B、醫療團服務每診次申報上限維持 3 萬點，惟修訂為「含加成後論量支付點數」。

(3)到宅居家照護條件由非牙科醫師轉介，修訂為醫師轉介，且服務對象納入失能老人，並採論次論量支付。

(4)到宅及特定需求者之服務內容新增簡單性拔牙及單面蛀牙填補。

(5)修訂結算方式：預算係按季均分及結算，每點金額以 1 元支付。當季預算若有結餘，則流用至下季，若當季預算不足時，則先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務、麻醉項目及重度以上身心障礙者牙醫醫療服務之費用以每點金額 1 元支付，其餘項目採浮動點值計算且每點支付金額至少 0.95 元計算，惟如預算不足支應，則由一般服務預算支應。

(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。

決議：

1. 同意修訂 104 年度「全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」，修訂後計畫詳如附件 2(詳見 P.60~72)。

2. 相關修訂重點如下：

- (1) 調高執行目標數為第二階段達 125,000 照護人次，第三階段達 90,000 人次，併同修訂一季執行案件數。
 - (2) 健保會依費用協定結果修訂計畫經費，第一及第二階段專款為 8.5 億元，第三階段專款 2.446 億元及一般服務配合款 0.605 億元。
 - (3) 新增第 1 階段服務應檢附 X 光片之規定，及病人基本資料暨接受牙周病統合性治療確認書。
 - (4) 有關醫師經本署核定後得增加申報件數之醫管措施，載明件數係以第二階段(P4002C)列計。
 - (5) 修訂申報規定及部分行政流程。
- (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。

決議：

1. 同意修訂 104 年度「全民健康保險牙醫門診總額口腔癌統合照護計畫」，修訂後計畫詳如附件 3(詳見 P.73 ~78)。
2. 相關修訂重點如下：
 - (1) 修訂執行醫師資格：口腔顎面外科專科醫師、口腔病理科專科醫師逕依支付標準申報，惟經口腔黏膜提升計畫課程受訓牙醫師，需向牙醫全聯會提出申請，並經全民健康保險保險人核定後始得執行。同時修訂申報資格及應檢附資料。
 - (2) 明訂口腔癌與癌前病變個人習慣紀錄單之填寫時間點為第一次及每 365 天應填寫 1 次。
3. 另與會代表表示其適用對象之癌前病變仍須病理報

告確診，經會上討論後獲得一致共識，文字維持為經病理報告確診為頭頸口腔惡性腫瘤患者或癌前病變患者。

(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。

決議：

1. 同意修訂 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」，修訂後計畫詳如附件 4(詳見 P.79~87)。修訂重點包括：因歷年試辦成效良好，爰將計畫名稱刪除「試辦」兩字，及於計畫申請表增列承作適應症之勾選欄位。

2. 同意新增「全民健康保險中醫提昇孕產照護品質計畫」醫療照護計畫，詳見附件 5(詳見 P.88~93)。其修訂重點如下：

(1)對象包括：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。

(2)除四診診療外，男、女性相關衛教及指導。

(3)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。

(六) 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。

決議：同意修訂 104 年「全民健康保險高診次者藥事照護」計畫，修訂後計畫詳如附件 6(詳見 P.94~113)。

(七) 有關修訂「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」(草案)。

決議：

1. 同意修訂「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」，對照表詳如附件 7(詳見 P.114~128)。

2. 附帶決議如下：

(1)「獎勵院所上傳檢驗(查)結果之上傳基本費」乙項，部分代表建議不因層級別而有不同，經會上討論同意將醫院層級(醫學中心、區域醫院、地區醫院)之上傳基本費一律調整為每季 2,500 元。

(2)醫院適用之「特定醫療資訊查詢關懷名單網頁開啟率」排除關懷名單就醫 5 人次以下部分，經與會代表同意將 5 人次以下修改為 10 人次以下，該支付權重 15%調移至第 2 項指標「門診病人健保雲端藥歷系統查詢率」。

(3)部分代表對此方案資料之提供有違反個資之疑慮，本署業於會中說明係符合個資法第 20 條第 1 項第 1 款法律明文規定(健保法第 79 條)可做特定目的外之利用，惟若仍有疑慮，本署必要時可函請法務部釋示。

四、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。

決議：

1. 同意增修訂語言治療相關診療項目案，修訂後支付標準詳如附件 8(詳見 P.129)。

2. 其修訂重點如下：

(1)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。

(2)調高語言治療「複雜」之診療項目支付點數，比照現行物理治療支付點數。

(3)重新修訂語言治療各治療程度項目區分方式之備註。

3. 另台灣復健醫學會、台灣聽力語言學會、中華民國語言治療師公會全國聯合會，建議擬訂適應症乙項，俟收集彙整相關資料再提案至下次會議討論。

(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。

決議：同意調升中醫、牙醫及西醫基層藥事服務費 3 點，修訂後支付標準詳如附件 9(詳見 P.130~131)。

(三) 新增「全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案」。

決議：

1. 同意現行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」回歸健保由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支應，

修訂後計畫詳如附件 10(詳見 P.132~137)。

- 2.修訂重點包括：修正計畫名稱為「全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案」，並同修正相關文字及表格。
- 3.另部分代表表示其品質監控指標不合宜乙項，俟收集相關資料及意見再行檢討。

(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。

決議：

- 1.同意修訂「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」。
- 2.其修訂重點如下：

(1)維持 B、C 型肝炎資源不足之縣市西醫基層院所可由兼任醫師提供診療服務。惟醫療不足之縣市乙項洽相關專科學會提供意見。

(2)為利評估個案藥物治療之效果，請院所於健保資訊服務系統 (VPN) 登錄個案歷次病毒量檢驗結果。另病毒量檢驗乙項，有部分代表建議是否有該排除之個案(例如：肝移植個案)，俟收集相關意見及資料再行檢討。

(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。

決議：

1. 同意「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，為不適合 DRG 適用範圍，惟有關上開決議事項，實施後須持續監控申報情形，並依其影響做相關 DRG 之調整。

2. 上述排除 DRG 範圍案件，由醫務管理組重新計算校正相關 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。

五、臨時動議

由社區醫院謝代表武吉及朱代表益宏共同提案，共 2 案

- (一) 為使 104 年「跨層級醫院合作計畫」順利推動，建議健保署主動綜整各層級意見後提出具體草案意見並儘快於 12 月與醫院團體研議完成，以利落實。

決議：同意為使 104 年「跨層級醫院合作計畫」順利推動，建議本署主動綜整各層級意見後提出具體草案意見並儘快於 12 月與醫院團體研議，達成落實。

- (二) 攸關「跨層級醫院合作計畫」，涉及轉診及分級醫療之政策，建議邀請衛福部就法規及政策至本會報告，並就各單位權責分工，擬訂相關配套。

決議：衛福部已併案至有關轉診及分級醫療政策中研議，俟彙整相關意見後再行討論。

散會：下午 6 時 00 分

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議

決議辦理情形追蹤表表

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	本署已彙整醫事司、國健署及各醫學會意見，預於103年12月23日與該等單位召開會前會討論。		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
103-4-1 報	103.11.27	增修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫支付標準案。	本案暫保留，由於預算金額總計5.898億元遠低於增修訂項目之費用推估7.145億元，建議牙全聯會修正支付標準調整內容或幅度控制於預算金額內，再提會報告。	健保署醫管組	已經依牙全會之決議重新修訂支付標準並提案本次會議報告。	V	
103-4-2 報	103.11.27	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。	<ol style="list-style-type: none"> 同意修訂104年度「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」案，修訂後計畫詳如附件1。 相關修訂重點如下： <ol style="list-style-type: none"> (1)調高年執行人次為87,850人。 (2)特定身心障礙者牙醫醫療服務部分： <ol style="list-style-type: none"> A、適用對象：增列失能老人支付方式比照輕度患者得加計1成。此類服務對象之服務地點為衛生福利部所屬老人福利機構、特定需求者以及到宅，且應檢附評估量表、 	健保署醫管組	依程序陳報衛福部核定由本署公告實施。	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>診斷證明或長期照護管理中心核定函等文件。</p> <p>B、醫療團服務每診次申報上限維持3萬點，惟修訂為「含加成後論量支付點數」。</p> <p>(3)到宅居家照護條件由非牙科醫師轉介，修訂為醫師轉介，且服務對象納入失能老人，並採論次論量支付。</p> <p>(4)到宅及特定需求者之服務內容新增簡單性拔牙及單面蛀牙填補。</p> <p>(5)修訂結算方式：預算係按季均分及結算，每點金額以1元支付。當季預算若有結餘，則流用至下季，若當季預算不足時，則先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務、麻醉項目及重度以上身心障礙者牙醫醫療服務之費用以每點金額1元支付，其餘項目採浮動點值計算且每點支付金額至少0.95元計算，惟如預算不足支應，則由一般服務預算支應。</p>				
103-4-3報	103.11.27	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。	<p>1. 同意修訂104年度「全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」，修訂後計畫詳如附件2。</p> <p>2. 相關修訂重點如下：</p> <p>(1)調高執行目標數為第二階段達125,000照護人次，第三階段達90,000人次，併同修訂一季執行案件數。</p> <p>(2)健保會依費用協定結果修訂計畫經費，第一及第二階段專款為8.5億元，第三階段專款2.446億元及一般服務配合款0.605億元。</p> <p>(3)新增第1階段服務應檢附X</p>	健保署醫管組	依程序陳報衛福部核定由本署公告實施。	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>光片之規定，及病人基本資料暨接受牙周病統合性治療確認書。</p> <p>(4)有關醫師經本署核定後得增加申報件數之醫管措施，載明件數係以第二階段(P4002C)列計。</p> <p>(5)修訂申報規定及部分行政流程。</p>				
103-4-4報	103.11.27	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。	<p>1. 同意修訂 104 年度「全民健康保險牙醫門診總額口腔癌統合照護計畫」，修訂後計畫詳如附件 3。</p> <p>2. 相關修訂重點如下：</p> <p>(1)修訂執行醫師資格：口腔顎面外科專科醫師、口腔病理科專科醫師逕依支付標準申報，惟經口腔黏膜提升計畫課程受訓牙醫師，需向牙醫全聯會提出申請，並經全民健康保險保險人核定後始得執行。同時修訂申報資格及應檢附資料。</p> <p>(2)明訂口腔癌與癌前病變個人習慣紀錄單之填寫時間點為第一次及每 365 天應填寫 1 次。</p> <p>(3)另與會代表表示其適用對象之癌前病變仍須病理報告確診，經會上討論後獲得一致共識，文字維持為經病理報告確診為頭頸口腔惡性腫瘤患者或癌前病變患者。</p>	健保署醫管組	依程序陳報衛福部核定由本署公告實施。	V	
103-4-5報	103.11.27	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	<p>1. 同意修訂 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」，修訂後計畫詳如附件 4。修訂重點包括：因歷年試辦成效良好，爰將計畫名稱刪除「試辦」兩字，及於計畫申請表增列承作</p>	健保署醫管組	將依程序報部核定後辦理後續公告事宜。	V	

編號	會議時間	案由	決議(結論)事項	辦理單位	辦理情形	列管建議	
						解除列管	繼續列管
		護品質計畫」 兩項中醫總額 醫療照護計畫 案。	適應症之勾選欄位。 2. 同意新增「全民健康保險 中醫提昇孕產照護品質計 畫」醫療照護計畫，詳見 附件 5。其修訂重點如下： (1)對象包括：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。 (2)除四診診療外，男、女性相 關衛教及指導。 (3)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。				
103-4-6 報	103.11.27	有關 104 年 「全民健康保 險高診次藥事 照護」計畫(草 案)報告案。	同意修訂 104 年「全民健康保 險高診次者藥事照護」計畫， 修訂後計畫詳如附件 6。	健保署醫 管組	本計畫(草 案)經 103 年 11 月 27 日於 本會議提報 通過後，業於 103 年 12 月 2 日以健保醫 字第 1030034312 號函報衛生 福利部，並副 知健保會備 查在案，俟衛 生福利部核 定後公告實 施。	V	
103-4-7 報	103.11.27	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」。	1. 同意修訂「全民健康保險 鼓勵醫事服務機構即時查 詢病患就醫資訊方案」，對 照表詳如附件 7。 2. 附帶決議如下： (1)「獎勵院所上傳檢驗(查)結	健保署醫 管組	1.業依會議決 議事項修 訂方案，於 103 年 12 月 5 日以健保 醫字第	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>果之上傳基本費」乙項，部分代表建議不因層級別而有不同，經會上討論同意將醫院層級(醫學中心、區域醫院、地區醫院)之上傳基本費一律調整為每季2,500元。</p> <p>(2)醫院適用之「特定醫療資訊查詢關懷名單網頁開啟率」排除關懷名單就醫5人次以下部分，經與會代表同意將5人次以下修改為10人次以下，該支付權重15%調移至第2項指標「門診病人健保雲端藥歷系統查詢率」。</p> <p>(3)部分代表對此方案資料之提供有違反個資之疑慮，本署業於會中說明係符合個資法第20條第1項第1款法律明文規定(健保法第79條)可做特定目的外之利用，惟若仍有疑慮，本署必要時可函請法務部釋示。</p>		<p>103003448</p> <p>1號函報衛生福利部。</p> <p>2.為「全民健康健康存摺」增加收載「出院病歷摘要」，以方便民眾提供醫師參考，進一步做好健康管理，增訂一項支付項目「獎勵醫事服務機構上傳出院病歷摘要」，每筆獎勵5元，將函報衛生福利部再修訂方案。</p>		
103-4-1 討	103.11.27	增修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第四節復健治療之語言治療相關診療項目案。	<p>1. 同意增修訂語言治療相關診療項目案，修訂後支付標準詳如附件8。</p> <p>2. 其修訂重點如下：</p> <p>(1)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。</p> <p>(2)調高語言治療「複雜」之診療項目支付點數，比照現行物理治療支付點數。</p> <p>(3)重新修訂語言治療各治療程度項目區分方式之備註。</p> <p>3. 另台灣復健醫學會、台灣聽力語言學會、中華民國語言治療師公會全國聯合會，建議擬訂適應症乙</p>	健保署醫管組	<p>1. 將依程序辦理預告，報陳衛生福利部公告實施。</p> <p>2. 另相關學會建議擬訂適應症乙項，刻正彙整相關單位意見中。</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
			項，俟收集彙整相關資料再提案至下次會議討論。				
103-4-2 討	103.11.27	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。	同意調升中醫、牙醫及西醫基層藥事服務費3點，修訂後支付標準詳如附件9。	健保署醫管組	將依程序辦理預告，報陳衛生福利部公告實施。	V	
103-4-3 討	103.11.27	新增「全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案」。	<ol style="list-style-type: none"> 1.同意現行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」回歸健保由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支應，修訂後計畫詳如附件10。 2.修訂重點包括：修正計畫名稱為「全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案」，並同修正相關文字及表格。 3.另部分代表表示其品質監控指標不合宜乙項，俟收集相關資料及意見再行檢討。 	健保署醫管組	將依程序報部核定後辦理後續公告事宜。	V	
103-4-4 討	103.11.27	有關修訂「全民健康保險加強慢性B型及C型肝炎治療計畫」乙案。	<ol style="list-style-type: none"> 1.同意修訂「全民健康保險加強慢性B型及C型肝炎治療計畫」。 2.其修訂重點如下： <ol style="list-style-type: none"> (1)維持B、C型肝炎資源不足之縣市西醫基層院所可由兼任醫師提供診療服務。惟醫療不足之縣市乙項洽相關專科學會提供意見。 (2)為利評估個案藥物治療之效果，請院所於健保資訊服務系統（VPN）登錄個案歷次病毒量檢驗結果。 	健保署醫管組	本署刻正蒐集及彙整各縣市肝炎發生人數、人口數、治療人數及參與計畫之醫療院所家數，未來將據以諮詢專家意見修訂方案內容。	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
			另病毒量檢驗乙項，有部分代表建議是否有該排除之個案(例如：肝移植個案)，俟收集相關意見及資料再行檢討。				
103-4-5 討	103.11.27	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。	1. 同意「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，為不適合 DRG 適用範圍，惟有關上開決議事項，實施後須持續監控申報情形，並依其影響做相關 DRG 之調整。 2. 上述排除 DRG 範圍案件，由醫務管理組重新計算校正相關 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 权重。併同支付標準增修內容，陳報衛生福利部核定發佈。	健保署醫管組	1. 修訂支付標準通則之不適用 DRG 範圍案件。將依程序辦理預告，報陳衛生福利部公告。 2. 已將不適用 DRG 個案，排除 DRG 之权重之計算範圍，將併同校正後权重，陳報衛生福利部核定發佈。	V	
103-4-1 臨時動議	103.11.27	為使 104 年「跨層級醫院合作計畫」順利推動，建議健保署主動綜整各層級意見後提出具體草案意見並盡快於 12 月與醫院團體研議完成，以利落實。	同意為使 104 年「跨層級醫院合作計畫」順利推動，建議本署主動綜整各層級意見後提出具體草案意見並盡快於 12 月與醫院團體研議，達成落實。	健保署醫管組	本署訂於 103 年 12 月 18 日召開會前會並將 104 年度「跨層級醫院合作計畫」提案於本會議報告。	V	
103-4-2 臨時動議	103.11.27	攸關「跨層級醫院合作計畫」，涉及轉診及分級醫療政策，建議邀	衛福部已併案至有關轉診及分級醫療政策中研議，俟彙整相關意見後再行討論。	衛生福利部	衛福部已併案至有關轉診及分級醫療政策中研議，俟彙整相	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
		請衛福部就法及政策至本會報告，並就各單位權責分工，擬訂相關配套。		社會保險司	關意見後再行討論。		

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：增修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫支付標準案。

說明：

- 一、依 103 年 11 月 27 日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。
- 二、中華民國牙醫師公會全國聯合會依 101 年~102 年品質保證保留款 2.147 億元、104 年度協商因素項 2.375 億元及非協商因素項 1.376 億元，合計 5.898 億元，進行牙醫支付標準調整如下：
 1. 同意新增診療項目 7 項：「特定牙周保存治療-全口總齒數 9-15 顆」、「特定牙周保存治療-全口總齒數 4-8 顆」、「牙周病支持性治療」、「口腔黏膜難症特別處置」、「懷孕婦女牙結石清除-全口」、「特殊狀況牙結石清除-局部」及「特殊狀況-保護性肢體制約」，推估費用為 2.33 億元。
 2. 同意修訂「重度以上特定身心障礙(非精神疾病)者診察費」等 41 項支付標準文字。
 3. 同意調整「符合加強感染控制之牙科門診診察費」等 8 項支付點數，推估費用為 3.558 億元。
 4. 同意修訂「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」之文字、「牙醫相對合理門診點數給付原則」之感染管制診察費差額及不適用範圍。

5. 前揭增修訂項目之費用推估為5.888億元。

三、本案增修訂後支付標準(詳后附件1-1，P3~P20)，將依程序陳報衛生福利部公告實施。

決定：

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第十節 麻醉費 (96000~96026)

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
96017C	半開放式或半閉鎖式面罩吸入全身麻醉法 Semi-opened or semi-closed mask Inhalation general anesthesia — 二小時以內 under 2 hours	v	v	v	v	3582	
96018C	— 二小時至四小時，每增加30分鐘 2-4 hours,each 30 minutes added	v	v	v	v	895	
96019C	— 四小時以上，每增加30分鐘 over 4 hours,each 30 minutes added 註： 1.限麻醉科專科醫師施行。 2.牙科施行本項目須符合下列情況： (1)施行口腔顎面外科開刀房手術。 (2)智障、自閉症、重度以上身心障礙病患。 (3) <u>兒童</u> 罹患全身性重大傷病或極端不合作，恐懼或焦慮的兒童，罹患廣泛的牙疾(含阻生齒)且，無法獲得良好的門診治療，經行為控制無效，無法施行局部麻醉，須以全身麻醉進行牙科治療者，須事前專案向保險人申請。	v	v	v	v	1119	明確定義，避免審查上誤解及爭議。
96020C	半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法 Semi-closed or closed-circulative intratracheal intubation general anesthesia — 二小時以內 under 2 hours	v	v	v	v	3917	
96021C	— 二小時至四小時，每增加30分鐘 2-4 hours,each 30 minutes added	v	v	v	v	895	
96022C	— 四小時以上，每增加30分鐘 over 4 hours,each 30 minutes added 註： 1.限麻醉科專科醫師施行。 2.牙科施行本項目須符合下列情況：	v	v	v	v	1119	明確定義，避免審查上誤解及爭議。

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
	<p>(1)施行口腔顎面外科開刀房手術。</p> <p>(2)智障、自閉症、重度以上身心障礙病患。</p> <p>(3)罹患全身性重大傷病或極端不合作，恐懼或焦慮的兒童，罹患廣泛的牙疾，無法獲得良好的門診治療，經行為控制無效，無法施行局部麻醉，須以全身麻醉進行牙科治療者，須事前專案向保險人申請。</p> <p>(3)<u>兒童</u>罹患全身性重大傷病或極端不合作，恐懼或焦慮的兒童，罹患廣泛的牙疾<u>(含阻生齒)</u>一旦無法獲得良好的門診治療，經行為控制無效，無法施行局部麻醉，須以全身麻醉進行牙科治療者，須事前專案向保險人申請。</p>						議。

第三部 牙醫

第一章 門診診察費

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	說明
00128C	— 重度以上特定身心障礙(非精神疾病)者診察費 限全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫 <u>適用對象之特定身心障礙者</u> 牙醫醫療服務申報。	v	v	v	v	500 <u>520</u>	1. 配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。 2. 調升點數。
00301C	— 中度特定身心障礙(非精神疾病)者診察費 限全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫 <u>適用對象之特定身心障礙者</u> 牙醫醫療服務申報。	v	v	v	v	400 <u>420</u>	1. 配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。 2. 調升點數。
00302C	— 中度以上精神疾病患者診察費 註：1.限全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫 <u>適用對象之特定身心障礙者</u> 牙醫醫療服務申報。 2.限精神病及精神分裂之患者。	v	v	v	v	300 <u>320</u>	1. 配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。 2. 調升點數。
00303C	— 輕度特定特定身心障礙 <u>者</u> (非精神疾病) <u>及失能老人者</u> 診察費 註：限全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫 <u>適用對象之特定身心障礙者</u> 牙醫醫療服務申報。	v	v	v	v	300 <u>320</u>	1. 配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。 2. 調升點數。
00129C	符合加強感染管制控制之牙科門診診察費 1.每位醫師每日門診量在二十人次以下部份(<=20) — 處方交付特約藥局調劑	v	v	v	v	270 <u>285</u>	1. 00129C~00134C 調升點數。
00130C	— 未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	v	270 <u>285</u>	

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	說明
00133C	2.山地離島地區 —處方交付特約藥局調劑	V	V	V	V	290 <u>305</u>	2. 修訂「感染控制」為「感染管制」。
00134C	—未開處方或處方由本院所自行調劑 註：1.牙醫特約醫事服務機構須依「牙醫院所感染管制控制SOP作業細則」執行，並依附表3.1.1「牙醫院所感染管制控制SOP作業考評表」自行評分，自評合格者應將考評表函送至保險人所轄分區業務組，並於次月開始申報之。惟經抽查不合格者自文到次月起不得申報，三個月後得申請複查，通過者於文到次月起得再行申報。 2.初次申報此項時，附上「牙醫院所感染管制控制SOP作業考評表」以為核備。 3.處方交付特約藥局調劑或未開處方者，不得申報藥事服務費。 4.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。 5.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑。 6.本項支付點數含護理費 29-39 點。	V	V	V	V	290 <u>305</u>	

附表 3.1.1 牙醫院所感染管制控制 SOP 作業考評表

※考評標準：評分分為 A、B、C，不符合 C 則為 D，任一項目得 D 則不合格。

院所：_____

代號：_____

A. 硬體設備方面

項目	評分標準	自評	訪評	備註
1. 適當洗手設備	C. 診療區域應設洗手台及洗手設備，並維持功能良好及周圍清潔。			
	B. 符合C，水龍頭避免手觸式設計。			
2. 良好通風空調系統	C. 診間有空調系統或通風良好，空調出風口須保持乾淨。			
	B. 符合C定期清潔維護，有清潔紀錄本可供查詢。。			
3. 適當滅菌消毒設施	C. 診所具有滅菌器及消毒劑，有適當空間進行器械清洗、打包、滅菌及儲存。			
	B. 符合C，滅菌器定期檢測功能正常；消毒劑定期更換，並有紀錄。			
4. 診間環境清潔	C. 診間環境清潔			
	B. 符合C，定期清潔並有紀錄。			
	A. 符合B，物品依序置於櫃中，並保持清潔。			

B. 軟體方面

項目	評分標準	自評	訪評	備註
1. 完備病人預警防範措施	C. 看診前詢問病人病史。			
	B. 符合C，詢問病人詳細全身病史，並完整登載病歷首頁。			
	A. 符合B，並依感染管制控制原則如「公筷母匙」、「單一劑量」、「單一流程」等執行看診。			
2. 適當個人防護措施	C. 牙醫師看診及牙醫助理人員跟診時穿戴口罩、手套及清潔之工作服。			
	B. 符合C，視狀況穿戴面罩或眼罩。			
	A. 符合B，並依感染管制控制原則「減少飛沫氣霧」執行看診。			
3. 開診前治療台消毒措施	C. 治療台擦拭清潔，管路出水二分鐘，痰盂水槽流水三分鐘，抽吸管以新鮮泡製0.005~0.02%漂白水(NaOCl)或2.0%沖洗用戊二醛溶液(glutaraldehyde)或稀釋之碘仿溶液10%(iodophors)沖洗管路三分鐘。			
	B. 符合C，不易消毒擦拭處(如把手、頭枕、開關按鈕...等)，以覆蓋物覆蓋之。			
	A. 符合B，完備紀錄存檔。			

項目	評分標準	自評	訪評	備註
4.門診結束後治療台消毒措施	C.治療台擦拭清潔，管道消毒放水放氣，清洗濾網。			
	B.符合C，診所定期全員宣導及遵循。			
	A.符合B，完備紀錄存檔。			
5.完善廢棄物處置 (註一)	C.有合格清運機構清理廢棄物。			
	B.符合C，醫療廢棄物與毒性廢棄物依法分類、貯存與處理。			
	A.符合B，備有廢棄物冷藏設施及詳細清運紀錄。			
6.意外針扎處理流程制訂	C.制訂診所防範針扎計畫及處理流程。			
	B.符合C，診所定期全員宣導。			
	A.符合B，完備紀錄存檔。			
7.器械浸泡消毒 (註二)	C.選擇適當消毒劑及記錄有效期限。			
	B.符合C，消毒劑置固定容器及加蓋，並覆蓋器械。			
	A.符合B，記錄器械浸泡時間。			
8.器械滅菌消毒 (註二)	C.器械清洗打包後，進鍋滅菌。			
	B.符合C，並標示消毒日期。			
	A.符合B，化學指示劑監測，並完整紀錄；每週至少一次生物監測劑監測，並完整紀錄。			
9.滅菌後器械貯存	C.滅菌後器械應放置乾淨乾燥處。			
	B.符合C，依先消毒先使用，後消毒後使用原則。			
	A.符合B，打包袋器械貯存不超過一個月，其餘一週為限。			
10.感染管制控制流程製訂	C.診所須依牙科感染管制控制SOP，針對自家診所狀況製訂看診前後感染控制流程、器械滅菌消毒流程及紀錄表。			
	B.符合C，診所定期全員宣導及遵循。			
	A.符合B，完備紀錄存檔。			

註一：在巡迴醫療，特殊醫療照顧，矯正機關內，若無法在當地委託清運公司處理醫療廢棄物時，應將醫療廢棄物依據牙醫院所感染管制控制SOP作業細則步驟三貯存容器與規定，並將醫療廢棄物置於密閉5°C以下之冷藏箱自行運送至原來醫療院所，委由清運公司處理。

註二：在巡迴醫療，特殊醫療照顧，矯正機關內，若無消毒設施時，應以清水去除器械表面口水或血液後，包裝完善放置於固定容器後攜至診所，循一般消毒流程進行消毒並記錄。

院所陪檢醫師簽名：_____ 審查醫藥專家簽名：_____

第三章 牙科處置及手術 Dental Treatment & operation

第一節 牙體復形 Operative Dentistry (89001-89013, 89088, 89101-89113)

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
89013C	複合體充填 Compomer restoration 註：1.限恆牙牙根齲齒申報。 2.每顆牙一年半內不得重複申報。 3.應於病歷詳列充填牙面部位。	v	v	v	v	800	加註病歷應記載內容。
89101C	特殊狀況之銀粉充填 Amalgam restoration — 單面 single surface	v	v	v	v	450	配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。
89102C	— 雙面 two surfaces	v	v	v	v	600	
89103C	— 三面 three surfaces	v	v	v	v	750	
	註：1.適用於全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫之適用對象特定身心障礙者、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。						
89104C	特殊狀況之前牙複合樹脂充填 Anterior teeth composites resin restoration — 單面 single surface	v	v	v	v	450	配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。
89105C	— 雙面 two surfaces	v	v	v	v	600	
	註：1.適用於全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫之適用對象特定身心障礙者、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以二面為限。						

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
89108C	特殊狀況之後牙複合樹脂充填 Posterior teeth composite resin restoration —單面 single surface	v	v	v	v	600	配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。
89109C	—雙面 two surfaces	v	v	v	v	800	
89110C	—三面 three surfaces 註：1.適用於全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫之適用對象特定身心障礙者、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。	v	v	v	v	1000	
89111C	特殊狀況之玻璃離子體充填 Glass Ionomer Cement 註：1.適用於全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫之適用對象特定身心障礙者、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。	v	v	v	v	400	配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。
89112C	特殊狀況之前牙三面複合樹脂充填 Anterior teeth composite resin restoration 註：1.適用於全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫之適用對象特定身心障礙者、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。	v	v	v	v	1050	配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。
89113C	特殊狀況之複合體充填 Compomer restoration 註：1.適用於全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫之適用對象特定身心障礙者、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。 2.限恆牙牙根齶齒申報。 <u>3.應於病歷詳列充填牙面部位。</u>	v	v	v	v	800	1.配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。 2.加註病歷應記載內容。

第二節 根管治療 Endodontics (90001-90020~~1~~, 90088, 90091-90098, 90112)

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
90001C	恆牙根管治療（單根）Endodontics	v	v	v	v	1010	配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。
90002C	恆牙根管治療（雙根）Endodontics	v	v	v	v	2010	
90003C	恆牙根管治療（三根以上）Endodontics	v	v	v	v	3010	
90019C	恆牙根管治療（四根）Endodontics	v	v	v	v	4010	
90020C	恆牙根管治療（五根(含)以上）Endodontics	v	v	v	v	5010	
	<p>註：1.本項費用包括X光費用、局部麻醉、斷髓治療、根管沖洗、換藥、擴大及根管充填等各有關治療項目費用在內。</p> <p>2.本項目於全部治療過程完畢併加90015C專案申報；如未完成，改以90015C申報。（期間限申報一次診療費）</p> <p>3.申報費用時，需附治療前與治療後X光片以為審核；全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫之適用對象特定身心障礙者無法配合照射X光片不在此限。</p> <p>4. 六十天之同一牙位重新治療為同一療程。</p> <p>5. 如同牙位九十天內重覆申報90001、90002C、90003C、90019C、90020C者，則以支付點數最高者申報。</p>						
90015C	<p>根管開擴及清創 Canal enlarge & debridement</p> <p>註：1.單獨申報此費用時，需檢附未完成充填前X光片以為審核。全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫之適用對象特定身心障礙者不在此限。</p> <p>2.已申報斷髓處理，六十天內不得再申報此項費用。</p> <p>3.六十天內不得重覆申報。</p> <p>4.本項目X光片費用已內含。</p> <p>5.麻醉費用內含。</p>	v	v	v	v	410	配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。

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
90016C	乳牙根管治療 Milk tooth pulpectomy 註：1.本項費用包括X光費用、局部麻醉、拔髓治療、根管沖洗、換藥、擴大及根管充填等各有關治療項目費用在內。 2.本項目於全部治療過程完畢併加90015C專案申報（如已申報90005C，六十天內不得再併加90015C申報）；如未完成，改以90015C申報。（期間限申報一次診療費）。 3.申報費用時，需附治療前與治療後X光片以為審核。全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫之 <u>適用對象</u> 特定身心障礙者，如情況特殊無法配合，得不在此限，但應於病歷詳細記錄原因。 4.九十天內不得重複申報。	v	v	v	v	1010	配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。
90017C	恆牙斷髓處理 tooth pulpotomy 註：限全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫 <u>適用對象</u> 之特定身心障礙者牙醫醫療服務申報。	v	v	v	v	600	配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。
90018C	乳牙多根管治療 Milk tooth pulpectomy 註：1.本項費用包括X光費用、局部麻醉、拔髓治療、根管沖洗、換藥、擴大及根管充填等各有關治療項目費用在內。 2.本項目於全部治療過程完畢併加 90015C專案申報（如已申報90005C，六十天內不得再併加90015C申報）；如未完成，改以 90015C申報。（期間限申報一次診療費） 3.申報費用時，需附治療前與治療後X光片以為審核。全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫之 <u>適用對象</u> 特定身心障礙者，如情況特殊無法配合，得不在此限，但應於病歷詳細記錄原因。 4.九十天內不得重複申報。	v	v	v	v	1410	配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。
90021C	<u>特殊狀況—保護性肢體制約</u> Protective physical restraint for the handicapped 註：1.治療時需使用束縛帶於身心障礙者的四肢以 <u>防止躁動</u> 。	v	v	v	v	300	配合特殊醫療服務試辦計畫特定身心障礙者於牙醫治療

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
	<p><u>2.限全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫重度以上適用對象之牙醫醫療服務申報。</u></p> <p><u>3.須檢附病患或監護人同意書及接受治療患者使用束縛帶的診療照片乙張。</u></p>						時，防止因躁動而影響治療品質。
90112C	<p>特殊狀況橡皮障防濕裝置 Rubber dam appliance</p> <p>註：1.治療需要時，需使用橡皮障防濕裝置費(限全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫<u>適用對象之特定身心障礙者</u>牙醫醫療服務申報)。</p> <p>2.使用橡皮障防濕裝置時，需檢附X光片或相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)佐證(X光片或相片費用已內含)。</p> <p>3.含張口器費用。</p>	v	v	v	v	250	配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。

第三節 牙周病學 Periodontics (91001~910148, 91088, 91104, 91114)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	數 支付點	說明
91003C 91004C	牙結石清除 Scaling — 局部localized — 全口full mouth 註：1.限有治療需要之患者每半年最多申報一次。 2.半年內全口分次執行之局部結石清除，均視為同一療程，其診察費僅給付一次。同療程時間內若另申報全口牙結石清除術，則刪除同療程內已申報之局部牙結石清除費用。(同限象不得重覆申報) 3.牙結石清除須作潔牙說明，其後作刷牙復習。 4.91003C需依四象限申報。 5.十三歲以下兒童（全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫之 <u>適用對象</u> 特定身心障礙者除外)非全口性牙周病者不得申報全口牙結石清除，病歷上應詳實記載備查;申報91003C或91004C需附相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)或X光片以為審核。	v v	v v	v v	v v	150 600	配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。
<u>91015C</u> <u>91016C</u>	<u>特定牙周保存治療</u> <u>-全口總齒數 9-15 顆</u> <u>-全口總齒數 4-8 顆</u> 註：1.限總齒數至少 4 顆且未達 16 顆之患者申報。 2.申報費用時，需附當次牙菌斑控制紀錄及一年內囊袋深度紀錄（其中全口總齒數 9-15 顆者，至少 4 顆牙齒有測量部位囊袋深度超過 5mm(含)以上；全口總齒數 4-8 顆者，至少 2 顆牙齒有測量部位囊袋深度超過 5mm(含)以上。）及治療前全口 X 光片（限咬翼片或根尖片，須符合患者口腔現況，X 光片費用另計）以為審核。 3.本項主要執行牙周檢查、牙菌斑控制紀錄及去除指導，並視患者病情提供全口牙結石清除、齒齦下刮除或牙根整平之治療。 4.每 90 天限申報一次。 5.申報 91006C~91008C 半年內不得申報本項目，另申報此項 90 天內不得再申報 91003C~91004C、91006C~91008C。	v v	v v	v v	v v	<u>2000</u> <u>1000</u>	<u>新增項</u> <u>新增項</u>

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	說明
91017C	<p><u>懷孕婦女牙結石清除-全口</u></p> <p>註：<u>1.適用懷孕婦女牙醫醫療服務並於當次病歷記載，懷孕期間限申報一次。</u></p> <p><u>2.費用包括牙結石清除、牙菌斑偵測、去除維護教導及新生兒口腔照護及衛教指導。</u></p> <p><u>3.與其他全口牙結石清除需間隔3個月。</u></p> <p><u>4.不得同時申報91014C。</u></p>	v	v	v	v	800	新增項
91018C	<p><u>牙周病支持性治療</u></p> <p>註：<u>1.限經全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫核備之醫師，執行院所內已完成第三階段(P4003C)患者之牙醫醫療服務，且需與第二階段(P4002C)間隔90天。</u></p> <p><u>2.申報費用時，需附當次牙菌斑控制紀錄及一年內囊袋深度紀錄以為審核（其中至少一顆牙齒有測量部位囊袋深度超過5mm(含)以上）。</u></p> <p><u>3.本項主要執行牙結石清除、牙菌斑偵測及去除維護教導，並視患者病情提供齒齦下刮除或牙根整平之治療。</u></p> <p><u>4.每90天限申報一次。</u></p> <p><u>5.申報91006C~91008C半年內不得申報本項目，另申報此項90天內不得再申報91003C~91004C、91006C~91008C、91015C~91016C。</u></p>	v	v	v	v	1000	新增項

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
91103C 91104C	特殊狀況牙結石清除 -局部 -全口 註： 1.適用全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫之適用對象特定身心障礙者、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。 2.限有治療需要之患者每九十天最多申報一次。 3.重度以上患者每六十天得申報一次。 4.90天內(重度以上60天內)全口分次執行之局部結石清除，在治療期間，其診察費僅給付一次。同療程時間內若另申報全口牙結石清除術，則刪除同療程內已申報之局部牙結石清除費用(同象限不得重覆申報)。	√ v	√ v	√ v	√ v	150 600	新增項 配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。
91114C	特殊牙周疾病控制基本處置 註：1.適用全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫之適用對象特定身心障礙者、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。 2.牙菌斑偵測及去除維護教導。 3.九十天可申報一次。	v	v	v	v	250	配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。

第四節 口腔顎面外科 Oral Surgery (92001~920723，92088-92089)

第一項 處置及門診手術

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
92014C	<p>複雜性拔牙 Complicated extraction</p> <p>註：</p> <p>一、依牙醫門診總額支付制度臨床指申報。</p> <p>二、全身性疾病患者或六十五歲以上患者或第三大白齒可依本項申報。</p> <p>全身性疾病包含：</p> <p>1.符合全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫之適用對象。唐氏症、自閉症、腦性麻痺、智障、身心精神障礙、癲癇症、多重障礙及染色體異常。</p> <p>2.心臟病必須術前抗生素預防或服用抗凝血劑。</p> <p>3.服用抗凝血劑療程中。</p> <p>4.洗腎病人。</p> <p>5.張口困難(含口腔癌病人)不及 2.5 公分。</p> <p>6.曾經接受器官移植病人。</p> <p>7.凝血障礙或白血球障礙病人。</p> <p>8.經診斷有糖尿病或高血壓患者。</p> <p>9.曾經接受頭頸部放射治療或一年內接受過化學治療。</p> <p>10.愛滋病。</p> <p>11.免疫性疾病，長期服用類固醇病人。</p> <p>12.肝硬化及癌症患者。</p> <p>三、需檢附術前 X 光片以為審核（X 光片及局部麻醉費用已內含，全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫之適用對象經安撫無法配合之特定身心障礙者不在此限）。</p>	v	v	v	v	900	<p>1.修訂部分文字及適應症。</p> <p>2.配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。</p>
<u>92073C</u>	<p><u>口腔黏膜難症特別處置</u></p> <p><u>Management of difficult oral mucosal disease</u></p>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>600</u>	<u>新增項</u>

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	說明
	<p><u>註：1.限經臨床特徵或病理報告確診為特殊口腔黏膜難症疾病患者申報。</u></p> <p><u>2.限口腔顎面外科、口腔病理專科醫師或經口腔癌統合照護計畫核備醫師申報。</u></p> <p><u>3.每7天申報乙次，診斷確立起360天內不得申報超過24次。</u></p> <p><u>4.病歷應詳實記載並檢附(1)病理切片報告(2年內)或(2)相關血液檢驗報告(2年內)或(3)詳細臨床病歷以為審核。</u></p> <p><u>5.不得同時申報92001C、92066C處置。</u></p>						

附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則

一、實施範圍定義：

(一) 醫療費用

1. 申報之總醫療費用點數(含部分負擔)。
2. 下列項目費用，不列入計算：
 - (1) 案件分類為 14、16 等專款專用之試辦計畫項目。
 - (2) 加成之點數。
 - (3) 牙齒預防保健案件(案件分類為 A3)。
 - (4) 支付標準適用地區以上醫院之表別(A、B 表)項目。
 - (5) 初診診察費差額(370 點)。
 - (6) 感染控制診察費差額(4060 點)。
 - (7) 職災代辦案件(案件分類為 B6)。
 - (8) 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。
 - (9) 山地離島診察費差額(20 點)。
 - (10) 牙醫急診診察費差額(248 點)。
 - (11) 牙周病統合照護計畫申報點數(P4001C、P4002C、P4003C)。
 - (12) 週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。
 - (13) 全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫。

(二) 下列牙醫師不適用本原則之折付方式：

1. 該分花東地區已結算之最近 4 季浮動點值之平均值超過 1.05 元，則該年度該分區之專任牙醫師不適用本原則之折付。
2. 專科醫師。
3. 該鄉鎮市區每位牙醫師平均服務人口在 4500 人以上之專任牙醫師。
4. 該鄉鎮市區只有一位之專任牙醫師。
5. 除 1、2、3、4 點所列以外之山地離島地區牙醫師如有特殊情況，得向總額受託單位提出申請，並經牙醫門診總額研商議事會議同意者。

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

二、折付方式：以醫師為單位計算各院所各醫師合計折付點數上限，並與院所審查核付點數比較，計算實際核付點數

- (一) 先計算每位醫師每月申報醫療費用(=申報總醫療點數(含部分負擔)-排除項目費用點數)，點數在 50(含)萬點以下時維持原費用點數，超過 50 萬點時，則按下列分級予以折付：在 50-60 (含) 萬點部分乘以 0.78，在 60-70 (含) 萬點部分乘以 0.39，在 70 萬點以上部分乘以 0.10 之方式，計算當月該醫師折付上限總點數。

註 1：各醫師每月申報費用之計算，係於每月底針對已受理並完成轉檔之資料，啟動全國醫師別總費用歸戶，將各院所申報上月費用及當月補送上月以前之補

報費用中該醫師申報之點數加計。因故上月執業費用於次月以後申報者(限發生年月費用未曾申報者)，追溯計算費用發生年月該醫師於其他院所執業費用之點數，並按規定加計折算費用，原已完成歸戶計算費用之院所則不予追扣或補付費用。

註 2：全國醫師別總費用歸戶後，申報醫師 ID 檢核錯誤及醫師以 A 報 B 者均不予支付，且不得申復，但重大行政或系統問題所致者，由保險人衡酌處理，且同院所一年不得超過 1 次。

(二) 前開醫師折付上限總點數，按該醫師在多處院所申報醫療費用比例，計算該醫師在某院所之折付上限點數。

(三) 計算各院所各醫師合計折付點數上限(=所有醫師折付上限點數合計+排除項目費用點數)。嗣後，該院所審查核付點數如大於折付點數上限，按折付點數上限核給費用；如小於折付點數上限，則按核付點數核給費用。

三、核付院所費用後，若有申復，致使審查補付點數加原核定點數大於折付點數上限時，以折付點數上限為給付限額。

報告事項

第二案

報告單位：健保署醫務管理組

案由：有關放寬「全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」
(以下稱本方案)醫事人員資格乙案。

說明：

- 一、現行方案伍計畫內容一、規範原醫事人員申請資格為健保特約院所，內、外、婦產、兒、家醫、神經科專科醫師。除腎臟、心臟、新陳代謝專科醫師，其他專科醫師需接受本署認可之慢性腎臟病照護訓練，上課時數至少 6 小時(4 小時上課+2 小時 e-learning 課程)，並取得證明。
- 二、因分區業務組及醫療院所建議醫事人員之資格應增列泌尿科及已接受慢性腎臟病照護訓練未具專科醫師資格之山地離島地區衛生所執業醫師，該案經 103 年 9 月 11 日 103 年第 3 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」討論後，同意增列前述二類醫師為「全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」申請醫師，惟會上部分代表建議可開放所有專科醫師皆可參與該方案，以利初期慢性腎臟病照護之推廣。
- 三、前述建議本署於 103 年 10 月 8 日以健保醫字第 1030034140 號函詢臺灣醫院協會、臺灣腎臟醫學會、中華民國醫師公會全國聯合會等三學會，該等學會分別於 103 年 11 月 10 日、103 年 11 月 11 日、103 年 10 月 17 日函復本署，三學會均同意開放

所有專科醫師均可參與「全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」，三學會回復內容彙整摘述如下：

(一) 臺灣醫院協會、臺灣腎臟醫學會

同意開放專科醫師參與，惟應接受慢性腎臟病照護訓練，建議修訂條文為「除腎臟、心臟、新陳代謝專科醫師，其他專科醫師需接受本署認可之慢性腎臟病照護訓練，上課時數至少 6 小時（4 小時上課+2 小時 e-learning 課程），並取得證明。」

(二) 中華民國醫師公會全國聯合會：尊重臺灣腎臟醫學會專業意見。

四、考量「全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」，申請醫事人員資格，開放所有專科醫師參與，對於初期慢性腎臟病病患照護推廣有助益，故擬依臺灣醫院協會、臺灣腎臟醫學會、中華民國醫師公會全國聯合會等三學會建議修訂該改善方案之醫事人員資格(詳后附件 2-1，P23~P40)。

決定：

全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案

100 年 01 月 01 日 第一版實施

102 年 01 月 01 日 第二版實施

102 年 07 月 29 日 第三版實施

103 年 11 月 01 日 第四版實施

壹、前言

隨著人口老化與三高(高血壓、高血脂及高血糖)慢性疾病增加，慢性腎臟疾病患者持續增加中，慢性腎臟疾病初期並無明顯症狀，不容易發現，但是如果腎臟功能持續下降，最後變成尿毒症，就必須依賴血液透析、腹膜透析或腎臟移植，以代替腎臟功能。依據 2007 年資料，門診透析發生率每百萬人 415 人，列世界前茅。我國領有尿毒症之重大傷病證明的透析人數達 6.2 萬人，其 98 年健保門住診支出達 392 億，每年淨增加人數超過 2000 人，所耗用之醫療資源已成為社會與全民健康保險(以下稱健保)的沉重負擔。

全民健保保險人(以下稱保險人)目前針對之慢性腎臟病第 3b、4、5 期病患提供 Pre-ESRD 計畫，經腎臟醫學會實證證明可有效延緩腎功能惡化速度。為更進一步減少洗腎發生率，完整慢性腎臟病照護網絡，對於初期慢性腎臟病患者(第 1、2、3a 期)亦積極進行疾病管理，藉由醫療團隊提供完整且正確的照護，監測腎功能，提供治療及衛教措施，以預防、降低或延緩腎功能惡化，進而提昇慢性腎臟病患的照護與生活品質，減輕健保醫療負擔，達到三贏的目標。

貳、現況分析

依據國家衛生研究院溫啟邦^註針對台灣 46.2 萬人超過 20 歲以上的世代研究結果發現慢性腎臟病第一期的盛行率 1.0%、第二期 3.8%、第三期 6.8%、第四期 0.2%、第五期 0.1%，以此推估台灣慢性腎臟病約 203 萬人，但是知道自己罹患慢性腎臟疾病的只有 3.5%。依其推估第一期病人數約 17 萬人、第二期病人數約 64 萬人、第三期病人數約 116 萬人，一至三期慢性腎臟病人數合計即高達約 197 萬人。註:Wen Chi-Pang et al. (2008), Lancet, 371(9631): 2173-2182.

參、依據

各年度全民健康保險醫療給付費用總額之協議結果。

肆、目標

- 一、 建立以病患為中心的共同照護模式。
- 二、 依循治療指引提供初期慢性腎臟病患者完整的持續性追蹤治療。
- 三、 建立品質導向之支付制度。

伍、計畫內容

- 一、 參與本方案之醫事人員及醫事機構，須向保險人之分區業務組提出申請，申請資格如下：
 - (一) 健保特約院所，~~內、外、婦產、兒、家醫、神經、泌尿科~~專科醫師。除腎臟、心臟、新陳代謝專科醫師外，其他專科醫師需接受本署認可之慢性腎臟病照護訓練，上課時數至少 6 小時(4 小時上課+2 小時 e-learning 課程)，並取得證明。
 - (二) 設立於山地離島地區之特約院所，具醫師資格且接受本署認可慢性腎臟病照護訓練，上課時數至少 6 小時(4 小時上課+2 小時 e-learning 課程)，並取得證明。
 - (三) 參與本方案之院所與醫師，必須依照本方案內容之相關規定，提供初期慢性腎臟病患者完整之治療模式與適當的轉診服務。

(四) 參與本方案之醫師，年度追蹤率小於 20%者(指前一年度已收案之個案中，於本年度完成追蹤者)，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方案之相關費用。

二、 收案對象(給付對象)：慢性腎臟疾病(Chronic Kidney Disease, CKD) Stage 1、2、3a 期病患

(一) 定義：經尿液及血液檢查後，已達本方案收案條件之慢性腎臟病患者。

(二) 收案要求：收案前 90 天內曾在該院所就醫，新收案當次需以「慢性腎臟疾病」為主診斷申報。收案時，需向病人解釋本方案之目的及需病人配合定期回診等事項，並發給相關衛教文宣資料。同一個案不能同時被 2 家院所收案，但實際照護院所仍可依現行全民健保醫療服務給付項目及支付標準申報相關醫療費用。

(三) 收案條件：

1. CKD stage 1：腎功能正常但有蛋白尿、血尿等腎臟損傷狀況，腎絲球過濾率估算值(estimated Glomerular filtration rate, 以下稱 eGFR) ≥ 90 ml/min/1.73 m² + 尿蛋白與尿液肌酸酐比值(Urine Protein and Creatinine Ratio, 以下稱 U_{PCR}) ≥ 150 mg/gm (或糖尿病患者 U_{ACR} ≥ 30 mg/gm)之各種疾病病患。
2. CKD stage 2：輕度慢性腎衰竭，併有蛋白尿、血尿等 eGFR 60~89.9 ml/min/1.73 m² + U_{PCR} ≥ 150 mg/gm (或糖尿病患者 U_{ACR} ≥ 30 mg/gm)之各種疾病病患。
3. CKD stage 3a：中度慢性腎衰竭，eGFR 45~59.9 ml/min/1.73 m²之各種疾病病患。

※線上計算 eGFR—可使用台灣腎臟醫學會「腎利人生網站」
網址：<http://kidney.tsn.org.tw/index.php> 點選【腎病指標】，
分別輸入性別、年齡及血液肌酸酐值 creatinine 可計算出 eGFR。

(四) 定期追蹤：依患者慢性腎臟疾病期別執行慢性腎臟病患定期身體檢查、必要尿液檢查與血液檢查及衛教指導項目，並將結果記錄於初期慢性腎臟疾病個案追蹤管理照護記錄表。

(五) 結案條件：

1. 腎功能持續惡化，其 Urine protein/creatinine ratio (U_{PCR}) ≥ 1000 mg/gm，或 eGFR < 45 ml/min/1.73 m²，應建議轉診至「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫」院所。(Stage 3b 或以上)
2. 腎功能改善恢復正常，連續追蹤 2 次腎功能及蛋白尿並未達慢性腎臟病標準。
3. 可歸因於病人者，如長期失聯(≥ 180 天)、拒絕再接受治療、死亡或病人未執行本方案管理照護超過 1 年者等。

(六) 照護標準及目標

1. 醫療：依照 K-DOQI Guideline(網址：<http://www.kidney.org/PROFESSIONALS/kdoqi/guidelines.cfm>) 給予病患最適切之醫療，另請參考行政院衛生福利部國民健康署(以下稱國健署)與台灣腎臟醫

學會出版之「慢性腎臟病防治手冊」(國健署網站/搜尋)，或本方案之初期慢性腎臟疾病個案管理照護原則，詳附件一；並阻緩腎功能的惡化、蛋白尿的緩解、避免不當藥物的傷害、預防併發症發生。

2. 衛教諮詢：除必須提供與教導適切的腎病衛教知識與資料外，必須能掌握病患狀況，追蹤病況與檢驗結果，提供醫師與家屬在醫療上與照護上的必要訊息與溝通機會(附件二)。

(七) 病患照護目標：

1. 必要指標：

- (1) CKD 分期較新收案時改善(如 stage 2→stage 1)；或
- (2) eGFR 較新收案時改善(eGFR>新收案時)，且下列良好指標至少需有 2 項指標由異常改善為正常。

2. 良好指標：

- (1) 血壓控制： $<130/80$ mmHg。
- (2) 糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)控制： $<7.0\%$
- (3) 低密度脂蛋白(LDL)控制： <130 mg/dl
- (4) 戒菸(持續六個月以上無抽菸行為)

三、 給付項目及支付標準：參與本方案之院所，依本方案提供已收案之初期慢性腎臟病患者常規性之完整性照護，定期申報管理照護費，支付點數詳附件三。

- (一) P4301C 初期慢性腎臟病新收案管理照護費(支付點數 200 點)：依規定上傳個案登錄必要欄位於 VPN 資訊系統(附件四)，照護個案資料及檢驗資料請登載於初期慢性腎臟病個案管理照護紀錄(參附表一、二)，留存院所備查(報告日期於就醫日期前後 2 個月內，必要項目有 1 項未執行，則整筆費用不得申報)。

- (二) P4302C 初期慢性腎臟病追蹤管理照護費(支付點數 200 點)：申報新收案後至少須間隔 3 個月才能申報本項，本項每年最多申報 2 次，每次至少間隔 6 個月。依規定上傳個案登錄必要欄位於 VPN 資訊系統，照護個案資料及檢驗資料請登載於初期慢性腎臟病個案追蹤管理照護紀錄表(參附表二)，留存院所備查(報告日期於就醫日期前後 2 個月內，必要項目有 1 項未執行，則整筆費用不得申報)。

- (三) P4303C 初期慢性腎臟病患轉診照護獎勵費：

對於已收案照護至少 3 個月之初期慢性腎臟病患，因腎功能持續惡化，其

1. Urine protein/creatinine ratio (U_{PCR}) ≥ 1000 mg/gm，
2. 或 eGFR <45 ml/min/1.73 m² 者(Stage 3b 或以上)。

符合上述初期慢性腎臟病照護服務轉診條件者，經轉診(請填寫全民健康保險轉診單，參附件五)至參加「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫」院所，確認收案於該計畫後(請保存接受轉診院所回覆之轉診單於病歷備查)，得申報轉診照護獎勵費，1 次 200 點，每人限申報 1 次(鼓勵跨院或跨科轉診，但排除同一院所腎臟科互轉)，並依規定上傳個案登錄必要欄位於 VPN 資訊系統。

- (四) 結案原因為恢復正常、長期失聯(≥ 180 天)、拒絕再接受治療、死亡者，不可申報轉診照護獎勵費，但也需上傳個案之結案登錄必要欄位於 VPN 資訊系統。

四、 品質資訊之登錄及監測

- (一) 參與本方案之特約院所應依保險人之規定，登錄相關品質資訊。
- (二) 保險人之分區業務組得舉辦本方案執行概況檢討或發表會，由參與本方案之特約院所報告，藉以進行計畫執行成果檢討及經驗交流。

五、 醫療費用申報及審查原則

(一) 申報原則：

1. 醫療費用申報、暫付、審查及核付，依本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. 門診醫療費用點數申報格式及填表說明：
 - (1) 屬本方案收案之保險對象，其就診當次符合申報 P4301C、P4302C、P4303C 者，於申報費用時，門診醫療費用點數清單段之案件分類應填『E1』、特定治療項目代號(一)應填『EB』；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。
3. 上傳個案登錄必要欄位(附件四)於 VPN 資訊系統。

(二) 審查原則

1. 未依保險人規定內容登錄相關品質資訊，或經保險人審查發現登載不實者，將不予支付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. 其餘未規定事項，依本保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。

六、 品質獎勵措施

- (一) 獎勵單位：以參與方案之醫師為計算獎勵單位，該醫師照護之病人當年度內完成 2 次追蹤管理方得列入。
- (二) 門檻指標：該醫師完整追蹤率 $\geq 50\%$ 。
 - 定義：
 1. 分母：當年度該院所該醫師收案之所有病人當中，排除第 4 季新收案之人數。
 2. 分子：符合上述分母條件之病人當中，於當年度該院所完成下列條件者，視為達成追蹤。
 - (1) 當年度未申報新收案者 (P4301C)，其申報當年度追蹤管理(P4302C)次數達 2 次者。
 - (2) 已申報新收案者 (P4301C)，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(P4302C)次數達 2 次者。
 - B. 如為第 2、3 季申報新收案，其當年度追蹤管理(P4302C)次數達 1 次者。
- (三) 獎勵指標達成情形：病人當年度連續 2 次追蹤資料皆需達成。

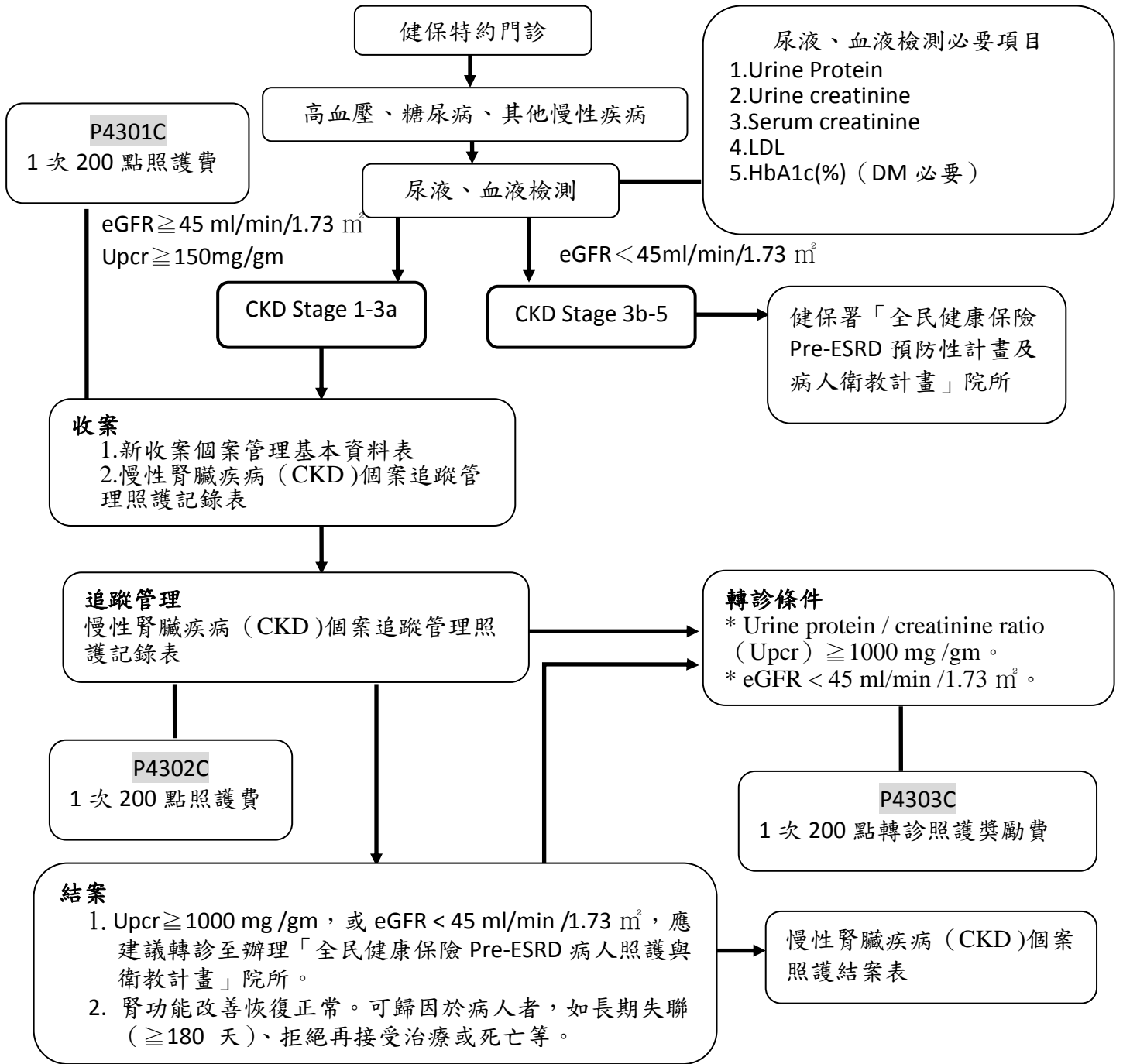
1. CKD 分期較新收案時改善（如 stage 2→stage 1）；或
 2. eGFR 較新收案時改善(eGFR>新收案時)，且下列良好指標至少需有 2 項指標由異常改善為正常。
 - (1) 血壓控制：由新收案 \geq 140/90 mmHg 改善為 $<$ 130/80 mmHg。
 - (2) 糖尿病病患 HbA1c 控制：由新收案 \geq 7.0%改善為 $<$ 7.0%。
 - (3) 低密度脂蛋白(LDL)：由新收案 \geq 130 mg/dl 改善為 $<$ 130 mg/dl。
 - (4) 戒菸(持續六個月以上無抽菸行為)：由新收案抽菸改善為戒菸。
- (四) 符合門檻指標醫師，所照護病人符合上述 1 或 2 達成情形，每個個案數給予 400 點獎勵。

七、 本方案之疾病管理費用（P4301C、P4302C、P4303C）及獎勵措施費用，由各年度全民健康保險總額其他部門預算「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」專款項目支應。先行扣除獎勵金費用額度後，預算按季均分，以浮動點值計算，且每點金額不高於 1 元，當季預算若有結餘，則流用至下季，若全年經費尚有結餘，則年進行全年結算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於 1 元。保險人並得視實際執行及費用支付情形，召開會議與醫界研議修訂本方案之相關內容。

八、 資訊公開：保險人得公開參與本方案之特約院所名單及相關醫療品質資訊供民眾參考。

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

伍、全民健康保險慢性腎臟疾病管理流程



Stage 1-3a 收案條件

CKD stage1 :

腎功能正常但有蛋白尿、血尿等腎臟損傷狀況 eGFR ≥ 90 ml/min/1.73 m² + Upcr ≥ 150 mg/gm(或糖尿病患者 Uacr ≥ 30 mg/gm)之各種疾病病患。

CKD stage2 :

輕度慢性腎衰竭，併有蛋白尿、血尿等 eGFR 60~89.9ml/min/1.73 m² + Upcr ≥ 150 mg/gm(或糖尿病患者 Uacr ≥ 30 mg/gm)之各種疾病病患。

CKD stage3a :

中度慢性腎衰竭，eGFR 45~59.9ml/min/1.73 m²之各種疾病病患。

附件一

全民健康保險初期慢性腎臟疾病個案管理照護原則

一、前言：

由於慢性腎臟病會增加心血管疾病的罹病率及死亡率，慢性腎臟病的照護除了預防腎臟功能的惡化外，並應包括降低心血管疾病之危險因子造成的心血管疾病併發症發生。而初期慢性腎臟疾病經常合併其他的慢性疾病，因此須一般科及各次專科醫師在接受過腎臟病教育訓練後共同參與，始能提供病友最佳之照護。

二、慢性腎臟疾病(CKD)之分期：

分期	描述	估計腎絲球過濾率(eGFR)
Stage 1	腎絲球過濾率正常或增加，但有蛋白尿、血尿等腎臟損傷狀況	≥ 90 ml/min/1.73m ²
Stage 2	腎絲球過濾率輕微下降，併有蛋白尿、血尿等狀況	60-89.9 ml/min/1.73m ²
Stage 3	腎絲球過濾率中等程度下降 III a 期 III b 期	30-59.9 ml/min/1.73m ² 45-59.9 ml/min/1.73m ² 30-44.9 ml/min/1.73m ²
Stage 4	腎絲球過濾率嚴重下降	15-29.9 ml/min/1.73m ²
Stage 5	腎臟衰竭	<15 ml/min/1.73m ²

註：

- 1.慢性腎臟疾病(CKD)分類中，腎傷害或腎絲球過濾率下降需持續大於3個月以上
- 2.腎臟損傷指有影像學變化(如腎萎縮)或傷害指標(如蛋白尿、血尿等)

三、慢性腎臟疾病之篩檢

- 1.對於高危險群應定期檢查血中肌酸酐值及尿液(U_{PCR} 或 U_{ACR})
- 2.高危險群：
 - (A)高血壓、高血糖患者
 - (B)長期服用藥物者
 - (C)心血管疾病患者
 - (D)結構性腎小管異常，腎結石或攝護腺腫大者

- (E)洗腎家族史或家族性腎疾病
- (F)潛在影響腎功能之系統性疾病(如 SLE)
- (G)長期食用中草藥者
- (H)隨機性血尿或尿蛋白
- (I)年紀>60 歲

四、慢性腎臟疾病併高血壓之照護原則:

- 1.第一線抗高血壓藥物，應使用 ACEI 或 ARB，除非病人有過敏或其他無法使用之理由。在開始使用 ACEI 或 ARB 時，建議定期追蹤腎功能及血鉀。
- 2.血壓控制之目標為低於 130/80mmHg。
- 3.對於有腎血管狹窄之病患，應小心 ACEI 或 ARB 可能引起之急性腎衰竭。

五、慢性腎臟疾病併糖尿病之照護原則:

- 1.血糖控制之目標，為空腹血糖<160mg/dl 及 HbA1c<7.0%。
- 2.血糖之控制為多方位治療(multifactorial intervention strategy)之一部分。亦須注意血壓及心血管危險因子之控制，必要時應使用 statin 及 acetylsalicylic acid。
- 3.Metformin 可以使用於初期慢性腎病(CKD, 1-3 stage)且腎功能穩定之糖尿病病患。但在腎功能不穩定，嚴重心衰竭及臨床狀況不佳者，須小心使用。CKD stage 4 及 stage 5 病人不建議使用。
- 4.使用 Sulfonylurea，其他胰島素刺激或胰島素時，以短效者為佳，且應衛教如何辨識及處理低血糖併發症。

六、慢性腎臟疾病併高血脂症之照護原則:

- 1.在 CKD 病人，應定期測量其空腹 lipid profile(total cholesterol, triglyceride, 或 LDL-C 及 HDL-C)
- 2.在 CKD 病人，若血脂異常，則首先應進行生活型態改變(life-style modification)
- 3.在 CKD 病人，若血脂異常經嘗試生活型態改變，3 個月後無法達到改善血脂目標時，應使用降血脂藥。
- 4.在 CKD 病人，使用或併用 statin 及 fibrate 藥物，需注意 rhabdomyolysis 之可能性。

七、初期慢性腎臟病患者生活型態之建議:

- 1.戒菸:可以減緩腎功能惡化，降低心血管疾病之發生。
- 2.減重:若 BMI>25kg/m²，男性腰圍>90cm 或女性腰圍>80cm 應建議減重。
- 3.蛋白質攝取:在初期慢性腎臟病(CKD，stage 1-3)，不必實施低蛋白飲食，但應避免過量蛋白質攝取(建議每日不超過 1.5gm/kg)。
- 4.酒精攝取:避免規則性飲酒或飲酒過量。
- 5.運動:應該每週有 3 次以上，中等至激烈程度之運動，(如快走、騎自行車、游泳等)，每次應至少維持 30~60 分鐘 (以 333 運動為原則)。
- 6.鹽分攝取:應避免過度攝取鹽分(每日不可高於 100meq)。

八、慢性腎臟疾病患者之用藥建議

- 1.對於 CKD 病人使用藥物應依其腎功能調整用量。
- 2.避免使用腎毒性藥物(如 NSAID, aminoglycoside 等),如需使用則應調整劑量及追蹤腎功能變化。
- 3.服用中草藥須定期追蹤腎功能變化。
- 4.常見之腎毒性藥物:
 - (A)減低腎血流: NSAID、ACEIs、cyclosporines、radiocontrast agents。
 - (B)直接腎小管細胞傷害:Aminoglycosides、amphotericin B、radiocontrast。
 - (C)腎小管阻塞:Acyclovir、sulfonamides。
 - (D)間質性腎炎: NSAIDs、penicillins、cephalosporines、sulfonamides。
 - (E)快速進行性間質纖維化:中草藥(馬兜鈴酸)。

附件二

全民健康保險初期慢性腎臟疾病照護之衛教內容

Stage 1：腎功能正常但有蛋白尿、血尿等腎臟損傷狀況 eGFR： ≥ 90 ml/min/1.73 m²，建議每 6 個月追蹤一次

Stage 2：輕度慢性腎衰竭，併有蛋白尿、血尿等 eGFR：60~89.9 ml/min/1.73 m²，建議每 6 個月追蹤一次

Stage 3a：中度慢性腎衰竭，eGFR：45~59.9ml/min/1.73 m²，建議每 6 個月追蹤一次

Stage 3b：中度慢性腎衰竭，eGFR：30~44.9 ml/min/1.73 m²，建議每 3 個月追蹤一次

目標	衛教指導項目
<ul style="list-style-type: none"> ● 認識腎臟的構造與功能 ● 認識腎臟疾病常見的症狀及檢查值 ● 如何預防腎臟疾病及其惡化，請勿擅自服食藥物 ● 願意配合定期門診追蹤 ● 願意接受定期護理指導計劃方案 ● 認識腎臟穿刺之必要性(U_{PCR} > 2,000 mg/gm 者)及轉診腎臟專科醫師 ● 認識高血脂、高血壓、糖尿病與腎臟病之相關性 ● 血壓、血糖、血脂、體種、腰圍與 BMI 之控制 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 認識腎臟的基本構造與功能 2. 簡介腎臟疾病常見症狀及檢查值 3. 腎臟病日常生活保健與預防 4. 教導定期追蹤之重要性 5. 教導服用藥物(包括中草藥及健康食品)前，須先徵詢醫師意見 6. 腎臟穿刺切片檢查之介紹(U_{PCR} > 2,000 mg/gm 者)及轉診腎臟專科醫師 7. 簡介高血壓及其併發症 8. 簡介高血脂及其併發症 9. 簡介糖尿病及其併發症 10. 飲食原則之指導(含衛教單張發放)

附件三

全民健康保險初期慢性腎臟醫療給付改善方案給付項目及支付標準

通則：

- 一、本方案給付項目及支付標準按表訂項目及點數辦理，診察費、相關檢驗檢查及未訂項目按現行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準辦理。
- 二、符合本方案之慢性腎臟病人，若合併其它疾病且分屬本保險其他方案或計畫收案對象時(例如：糖尿病等)，除依本方案支付標準申報外，得再依相關方案或計畫申報費用。

編號	診療項目	支付點數
P4301C	初期慢性腎臟病新收案管理照護費 註1: 新收案個案管理基本資料詳附表一，檢查、檢驗、與衛教情形詳附表二。除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。	200 點/次
P4302C	初期慢性腎臟病追蹤管理照護費 註1: 追蹤檢查、檢驗、與衛教情形詳附表二。除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 註2: 申報新收案管理照護費至少需間隔3個月才能申報本項，本項每年度最多申報2次，每次至少間隔6個月。	200 點/次
P4303C	初期慢性腎臟病轉診照護獎勵費 註1: 限個案符合轉診條件，並經轉診至參與健保署Pre-ESRD整體照護計畫院所，確認收案於Pre-ESRD計畫後方可申報，每人限申報1次。 註2: 跨院需填寫全民健康保險轉診單(一份留存院所)，並提供患者腎臟功能相關資料(如：初期慢性腎臟病患者追蹤管理紀錄參考表及初期慢性腎臟病患者結案參考表等)予被轉診機構參考。若為院內跨科轉診，則須保留院內轉診單於病歷內，且於腎臟科收案追蹤後方予支付。(鼓勵跨院或跨科轉診，但排除已參加Pre-ESRD計畫同一院所的腎臟科互轉)	200點/人

附件四

全民健康保險初期慢性腎臟醫療給付改善方案

初期慢性腎臟疾病個案登錄系統(VPN)必要欄位表

一、新收案(身分證號、病人姓名、醫師ID、醫師姓名等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位：

1. 新收案日期、個案性別、出生日期、CKD Stage (1：Stage1；2：Stage2；3a：Stage3a)、伴隨疾病(1.無；2.腎臟病；3.糖尿病；4.高血壓；5.心臟血管疾病；6.高血脂症；7.慢性肝病；8.癌症；9.其他)、抽煙(1.無 2.有)
2. 基本檢查數據：檢查日期、身高、體重、收縮壓、舒張壓、eGFR、U_{PCR}(mg/gm)
3. 血液檢驗：Serum creatinine(mg/dl)、LDL(mg/dl)、HbA1c(DM必填)

二、追蹤管理(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)，必須登錄欄位：

1. 追蹤管理日期、CKD Stage (1：Stage1；2：Stage2；3a：Stage3a；3b：Stage3b；4：Stage4；5：Stage5、抽煙(1.無 2.有)
2. 追蹤必要檢查數據：檢查日期、身高、體重、收縮壓、舒張壓、eGFR、U_{PCR}(mg/gm)
3. 血液檢驗：Serum creatinine(mg/dl)、LDL(mg/dl)、HbA1c(DM必填)

三、結案(轉出)(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)，必須登錄欄位：

1. 結案(或轉診)日期
2. 結案原因：1：恢復正常。2：長期失聯(≥ 180 天)。3：拒絕再接受治療。4：死亡。5：轉診進入「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫」照護。6：病人未執行本方案管理照護超過1年者。
3. 轉診Pre-ESRD計畫院所原因：1：U_{PCR} ≥ 1000 mg/gm。3b：Stage3b。4：Stage 4。5：Stage 5。
4. 接受轉診院所保險醫事服務機構代號：_____

附件五 全民健康保險 院(所)轉診單(轉診至 院所)(院所參考)

保險醫事服務機構代號：

原 診 院	保險對象基本資料	姓名	性別	出生日期	身分證號
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	民國(前) 年 月 日	
	聯絡人	聯絡電話	聯絡地	址	
療 醫 院	病 歷 摘 要	A.病情摘要(主訴及簡短病史)		D.藥物過敏史：	
		B.診斷 1.(主診斷) 2. 3.	ICD-9-CM	病名	
診 所	轉診目的	1. <input type="checkbox"/> 急診治療 4. <input type="checkbox"/> 進一步檢查，檢查項目 2. <input type="checkbox"/> 住院治療 5. <input type="checkbox"/> 轉回轉出或適當之院所繼續追蹤 3. <input type="checkbox"/> 門診治療 6. <input type="checkbox"/> 其他			
	院所住址			傳真號碼： 電子信箱：	
接 受 轉 診 醫 院 診 所	診治醫師	姓名	科別	聯絡電話	醫師簽章
	開單日期	年 月 日	安排就醫日期	年 月 日	科 診 號
	建議轉診院所科別	(必填)醫院	(必填)科	醫師	轉診院所地址及專線電話 地址： 電話：
	處理情形	1. <input type="checkbox"/> 已予急診處置並轉診至 醫院 2. <input type="checkbox"/> 已予急診處置，並住本院 病房治療中 3. <input type="checkbox"/> 已安排住本院 病房治療中 4. <input type="checkbox"/> 已安排本院 科門診治療中 5. <input type="checkbox"/> 已予適當處理並轉回原院所，建議事項如下			
院 所	治療摘要	1.主診斷 ICD-9-CM： 病名：		2.治療藥物或手術名稱 3.輔助診斷之檢查結果	
	院所名稱			電話或傳真： 電子信箱：	
	診治醫師	姓名	科別	醫師簽章	回覆日期 年 月 日

第一聯：接受轉診(轉入)醫院、診所留存
第二聯：接受轉診(轉入)醫院、診所回覆轉出醫院、診所

第三聯：原診療醫院、診所留存

※本轉診單限使用乙次

※以上欄位均屬必填，如無則填無

附表一 全民健康保險初期慢性腎臟病新收案個案管理基本資料參考表 (適用編號 P4301C)

收案編號：_____ 病歷號碼：_____

姓名：_____ 身份證字號：_____

性別：1.男 2.女 生日西元：_____年_____月_____日 年齡：_____

收案日期：西元：_____年_____月_____日

聯絡電話：(_____) _____ (_____) _____

通訊地址：_____縣、市 _____區鄉市鎮 _____村、里 _____路、街 _____段 _____巷 _____弄 _____號 _____樓

教育程度：	<input type="checkbox"/> 1.不識字 <input type="checkbox"/> 2.小學 <input type="checkbox"/> 3.初中 <input type="checkbox"/> 4.高中(職) <input type="checkbox"/> 5.大專(學)以上		
職業：	<input type="checkbox"/> 1.退休 <input type="checkbox"/> 2.農 <input type="checkbox"/> 3.軍公教 <input type="checkbox"/> 4.工 <input type="checkbox"/> 5.商 <input type="checkbox"/> 6.服務業 <input type="checkbox"/> 7.家管 <input type="checkbox"/> 8.無 <input type="checkbox"/> 9.其它_____		
家族史 (若有親人有 罹患右側表列 中疾病，請填入 家屬代碼)	<input type="checkbox"/> 1.無		<input type="checkbox"/> 8.惡性腫瘤【 <input type="checkbox"/> 】
	<input type="checkbox"/> 2.糖尿病【 <input type="checkbox"/> 】	<input type="checkbox"/> 3.高血壓【 <input type="checkbox"/> 】	<input type="checkbox"/> 9.遺傳性腎臟疾病【 <input type="checkbox"/> 】
	<input type="checkbox"/> 4.心臟病【 <input type="checkbox"/> 】	<input type="checkbox"/> 5.腦血管病變(中風)【 <input type="checkbox"/> 】	<input type="checkbox"/> 10.多囊腎【 <input type="checkbox"/> 】
	<input type="checkbox"/> 6.高血脂【 <input type="checkbox"/> 】	<input type="checkbox"/> 7.腎臟病或尿毒症【 <input type="checkbox"/> 】	<input type="checkbox"/> 11.痛風【 <input type="checkbox"/> 】
			<input type="checkbox"/> 12.自體免疫性疾病【 <input type="checkbox"/> 】
			<input type="checkbox"/> 13.其他【 <input type="checkbox"/> 】
			<input type="checkbox"/> 14.不知
A.父 B.母 C.兒女 D.兄弟姊妹 E.父系親戚 F.母系親戚 G.其他			
個人健康評估			
伴隨系統性疾病	<input type="checkbox"/> 無		
	病名	初次診斷時間	病名
	<input type="checkbox"/> 1.高血壓	年 月 日	<input type="checkbox"/> 18.視力衰退
	<input type="checkbox"/> 2.糖尿病	年 月 日	<input type="checkbox"/> 19.視網膜病變
	<input type="checkbox"/> 3.腎臟病	年 月 日	<input type="checkbox"/> 20.B型肝炎
	<input type="checkbox"/> 4.缺血性心臟病	年 月 日	<input type="checkbox"/> 21.C型肝炎
	<input type="checkbox"/> 5.心律不整	年 月 日	<input type="checkbox"/> 22.慢性肝疾病/肝硬化
	<input type="checkbox"/> 6.心臟衰竭	年 月 日	<input type="checkbox"/> 23.結核
	<input type="checkbox"/> 7.腦血管疾病	年 月 日	<input type="checkbox"/> 24.甲狀腺腫
	<input type="checkbox"/> 8.腫瘤	年 月 日	<input type="checkbox"/> 25.癲癇
	<input type="checkbox"/> 9.貧血	年 月 日	<input type="checkbox"/> 26.精神疾病
	<input type="checkbox"/> 10.關節炎	年 月 日	<input type="checkbox"/> 27.攝護腺肥大
	<input type="checkbox"/> 11.高膽固醇血症	年 月 日	<input type="checkbox"/> 28.皮膚病
	<input type="checkbox"/> 12.痛風或高尿酸血症	年 月 日	<input type="checkbox"/> 29.良性腫瘤
	<input type="checkbox"/> 13.過敏性鼻炎	年 月 日	<input type="checkbox"/> 30.惡性腫瘤
	<input type="checkbox"/> 14.氣喘	年 月 日	<input type="checkbox"/> 31.神經病變
	<input type="checkbox"/> 15.慢性肺疾病	年 月 日	<input type="checkbox"/> 32.自體免疫疾病
<input type="checkbox"/> 16.消化性潰瘍	年 月 日	<input type="checkbox"/> 33.其他	
<input type="checkbox"/> 17.功能性腸胃問題	年 月 日	<input type="checkbox"/> 34.藥物過敏 藥物名：_____	
<input type="checkbox"/> 35.食物過敏 食物名稱：_____			

危險因子	<input type="checkbox"/> 1.血壓高(130/85 以上) <input type="checkbox"/> 2.蛋白尿 <input type="checkbox"/> 3.高血脂(TG>150) <input type="checkbox"/> 4.低白蛋白血症 <input type="checkbox"/> 5.高血糖(AC>100) <input type="checkbox"/> 6.肥胖(BMI) <input type="checkbox"/> 7.懷孕 抽煙： <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有 持續每日：_____年_____支/每日 <input type="checkbox"/> 3.戒煙_____年 喝酒： <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有 持續：_____年 <input type="checkbox"/> 6.戒酒_____年 <input type="checkbox"/> 3.交際應酬 <input type="checkbox"/> 4.成癮 <input type="checkbox"/> 5.習慣性_____CC/每日 檳榔： <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有 持續_____年 _____粒/每日 <input type="checkbox"/> 3.戒檳榔_____年
平時用藥習慣	<input type="checkbox"/> 1.處方用藥 <input type="checkbox"/> 2.中醫（中醫師處方） <input type="checkbox"/> 3.傳統草藥（無醫師處方） <input type="checkbox"/> 4.成藥 <input type="checkbox"/> 5.提神飲料_____ <input type="checkbox"/> 6.偏方 <input type="checkbox"/> 7.健康食品_____ <input type="checkbox"/> 8.口服止痛劑 <input type="checkbox"/> 9.針劑止痛劑 <input type="checkbox"/> 10.使用不明藥物 <input type="checkbox"/> 11.其他_____
健康知識與態度	1.如患慢性疾病是否按時就醫 <input type="checkbox"/> a.是 <input type="checkbox"/> b.否，原因_____ 2.請問您是否覺得體重與慢性疾病有相關？ <input type="checkbox"/> a.否 <input type="checkbox"/> b.是 3.請問您是否瞭解慢性疾病與飲食生活習慣有相關？ <input type="checkbox"/> a.否 <input type="checkbox"/> b.是 4.請問您是否每週至少運動三次，每次持續 30 分鐘以上？ <input type="checkbox"/> a.否 <input type="checkbox"/> b.是 5.整體來說，您認為自己的健康狀況如何？ <input type="checkbox"/> a.非常不好 <input type="checkbox"/> b.不好 <input type="checkbox"/> c.普通 <input type="checkbox"/> d.好 <input type="checkbox"/> e.非常好

附表二 全民健康保險初期慢性腎臟病個案追蹤管理照護紀錄參考表（適用編號 P4301C、P4302C）

說明：本表之功能在於提醒醫護人員，病患已接受或應接受追蹤檢驗與衛教之日期，本頁請置於病患病歷內或病患個案管理檔案中

就診日期	年 月 日 新收案	年 月 日 個月後追蹤	年 月 日 個月後追蹤	年 月 日 個月後追蹤
血壓 (mmHg) 【必要】				
身高 (cm) 【必要】				
體重 (kg) 【必要】				
腰圍 (cm) (參考)				
臀圍 (cm) (參考)				
抽煙【必要】 <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有				
BMI (參考)				
尿液試紙 (參考)				
蛋白質				
潛血				
尿糖				
Urine PCR(mg/gm) 【必要】				
Urine ACR(mg/gm) (參考)				
Uric acid (mg/dl) (參考)				
Serum creatinine (mg/dl) 【必要】				
eGFR(MDRD) 【必要】				
CHOL (mg/dl) (參考)				
LDL (mg/dl) 【必要】				
HbA1c (%) (DM 必要)				
Sugar AC (mg/dl) (DM 參考)				
長期藥物使用(>3M) 降血壓藥	<input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> DRI <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> DRI <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> DRI <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> DRI <input type="checkbox"/> 其他：_____
胰島素	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
降血糖藥	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
降血脂藥	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
降尿酸藥	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
NSAID	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
中草藥	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
護理營養衛教記錄 衛教對象	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他：_____
衛教方式	<input type="checkbox"/> 個別衛教 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 團體衛教 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 個別衛教 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 團體衛教 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 個別衛教 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 團體衛教 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 個別衛教 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 團體衛教 <input type="checkbox"/> 其他：_____
醫護人員簽名				

附表三 全民健康保險初期慢性腎臟疾病個案照護結案參考表

姓名：_____ 性別：男女 電話號碼：_____

病歷號碼：_____ 出生日期：____年__月__日 身份證字號：_____

收案日期：____年__月__日 結案日期：____年__月__日 原發疾病：_____

結案原因：

- 1.轉診 CKD 防治院所照護或進入「全民健康保險 Pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教計畫」
轉診日期：____年__月__日
轉診院所名稱：_____、院所代號_____、____科、醫師 ID____
轉診原因： Urine protein/creatinine ratio (U_{PCR}) ≥ 1000 mg/gm。
 $30 \text{ ml/min/1.73 m}^2 \leq eGFR < 45 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ (Stage 3b)。
 $15 \text{ ml/min/1.73 m}^2 \leq eGFR < 30 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ 者(Stage 4)。
 $eGFR < 15 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ 者(Stage 5)。
- 2.腎功能改善恢復正常
- 3.長期失聯(≥ 180 天)
- 4.拒絕再接受治療
- 5.死亡
- 6.病人未執行本方案管理照護超過 1 年者。

全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案申請書

本院所申請參加全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案，並同意遵照本方案內容及相關健保法規之規範。

此致

行政院衛生福利部中央健康保險署

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：

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

備註：申請時，請檢送申請書、醫師專科證書影本(及受訓認證證明影本)，並請寄送至健保署各分區業務組。

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：修訂安寧療護暨一般居家照護支付標準案，提請討論。

說明：

一、依據 103 年 11 月 6 日立法院第 8 屆第 6 會期社會福利及衛生環境委員會召開第 16 次全體委員會議，委員臨時提案，請本署於 2 週內研議提高健保安寧療護相關支付標準 (詳后附件 1-1, P46~P47)。

二、本案前於 103 年 12 月 2 日邀請醫界及專業團體召開「研商一般居家照護暨安寧療護支付標準修訂討論會前會議」，並參採與會議件及國外經驗，支付標準建議修訂如下：

(一) 住院安寧療護：

1. 每日支付點數調整 30%，推估約增加 2.073 億點 (詳后附件 1-2, P48~P49)，由 104 年醫院總額協商項目中「強化醫療資源支付合理性」項下 3.51 億元支應。
2. 每日支付點數範疇中「相關醫療團隊照護費」敘明包含如社工師、心理師、物理治療師、職能治療師等安寧療護相關人員之照護費用。

(二) 安寧共同照護：

1. 首次共同照護費及後續團隊照護費支付點數調整 50%，推估約增加 0.288 億點 (詳后附件 1-2, P48~P49)，由 104 年醫院總額協商項目中「強化醫療資源支付合理性」項下 3.51 億

元支應。

2. 放寬首次訪視後 3 日內入住安寧病房不得申報之限制，改為首次訪視當日入住安寧病房不得申報。
3. 修改「參與『全民健康保險安寧共同照護試辦方案』病患權利說明暨服務同意書」為「參與『全民健康保險安寧共同照護試辦方案』服務說明書」。

(三) 緩和醫療家庭諮詢費：

1. 支付點數調整 50%（即每次 2,250 點）。
2. 每人每院申報次數由 1 次放寬為得申報 2 次。
3. 適應症除現行住院重症末期病患外，亦將急診末期病患納入適應症範圍。
4. 前述財務預估增加 0.272 億點(詳后附件 1-2, P48~P49)，由 104 年醫院總額協商項目中「強化醫療資源支付合理性」項下 3.51 億元支應。

(四) 安寧居家療護：

1. 按 103 年 12 月 2 日會議決議一般居家照護、安寧居家療護併同考量調整幅度，會上並討論拆分機構及非機構支付點數及相關支付規範之可行性。
2. 本署建議：考量機構內多有一般護理照護之基本配備，並有照護員管理病患護理需求，降低居家照護人員之負擔，與一般到宅訪視成本不同，故支付項目拆分為機構及非機構。
3. 調整內容如下：

1. 除臨終訪視費外，各項在宅訪視費支付點數調整 50%，機構訪視費以在宅訪視費調整後點數之 8 成計算支付點數（即調幅為 20%）。
2. 臨終訪視費調整 100%（即 5,000 點），維持每位病患限申報一次之規定，增列服務內容包含臨終訪視、善終準備、遺體護理及家屬哀傷輔導等。
3. 05315C「其他專業人員處置費(次)」增列心理師可申報本項支付項目。
4. 前述財務預估增加 0.256 億點(詳后附件 1-2, P48~P49)，由 104 年其他部門總額協商項目中「非屬各部門總額支付制度範圍之服務」37.14 億元項下支應。
5. 放寬乙類安寧居家療護（社區安寧）之護理人員為專責安寧居家療護人員，可合併提供一般居家照護或原診所相關業務，惟合併執行一般居家照護及安寧居家照護時，其訪視次數如下規範：
 1. 個案訪視上限為 75 人次，第 76 人次起訪視費依表定超出合理量診療項目給付。
 2. 現行一般居家照護及安寧居家照護個別訂定之訪視合理量及訪視次數限制維持不變。

(五) 安寧療護之收案條件：

1. 配合「安寧緩和醫療條例」之修正，現行「病患或家屬同意接受安寧療護，並簽署選擇安寧緩和醫療意願書或同意書」

修改為「符合安寧緩和醫療條例得接受安寧緩和醫療照護之末期病人」。

2. 「其他大腦變質」病人涵蓋之範圍包含大腦病變、小腦病變、自主神經病變及脊髓神經病變等，故疾病名稱修正為「其他腦變質」。

(六) 一般居家療護相關支付標準建議修訂如下：

1. 比照安寧居家療護調整方式，一般居家照護及安寧居家療護併同考慮調整幅度，另針對機構及非機構考量執行成本差異，故支付項目拆分為機構及非機構。
2. 調整內容如下，合計財務預估為增加 3.809 億點(詳后附件 1-3，P50~P51)：
 1. 各資源耗用群組屬合理量內之各項在宅訪視費支付點數調整 50%，機構訪視費以在宅訪視費調整後點數之 8 成計算支付點數(即調幅為 20%)；合理量外各項訪視費則維持現行支付點數。財務預估增加 3.729 億點，由 104 年其他部門總額協商項目中「非屬各部門總額支付制度範圍之服務」37.14 億元項下支應。
 2. 三、四級壓瘡護理中之 48004C「深部複雜創傷處理-傷口長 5 公分以下者」或 48005C「深部複雜創傷處理-傷口長 5-10 公分者」得另行核實申報，財務預估增加 0.081 億點。
3. 增列通則「為能快速回應病人發生之緊急狀況，申報本章節

之保險醫事服務機構或護理機構應提供居家照護專業人員
24 小時電話諮詢服務」。

擬辦：本案如經討論同意，擬修訂支付標準 (詳后附件 1-4，P52～
P69)，並依程序陳報衛生福利部核定公布。

✓

臨時提案

案由：有鑑於健保給付安寧緩和醫療之項目與金額有限，影響醫院經營者與醫護人員投入安寧緩和醫療之意願，不利於持續發展與推廣。例如醫療團隊為讓末期病人及其家屬瞭解接受安寧緩和醫療的意義，經常需要反覆不斷的溝通與說明，但健保「緩和醫療家庭諮詢費」的支付點數僅 1500 點，且限制每人每院僅得申報一次，與實務運作落差甚大。又例如「安寧居家療護」僅給付醫師及護理訪視費與社會工作人員處置費（每次支付 1035、1100、700 點），但完整的社區安寧療護團隊還包括社工師、心理師、物理治療師、藥師等等，都必須親自到末期病人的住處提供服務，過程中所需的各種處置、交通、時間成本甚鉅，但現行健保給付的金額、項目與對象均嚴重不足。為鼓勵醫院經營者與醫護人員投入安寧緩和醫療，爰建請衛福部二週內研議提高健保安寧療護相關支付標準，並參考新北市推動社區安寧照護的經驗，增列預算改善國內安寧緩和醫療的可近性，將研議結果送交本院社會福利及衛生環境委員會及提案委員。

提案人：楊玉欣

連署人：

楊玉欣 田秋蓮

鄭世英 孫福路

王奇文

吳育生

甘怡

✓
臨時提案

101 年 12 月「緩和醫療家庭諮詢費」納入健保給付，對於住院重症末期病患，由主治醫師召集醫療團隊、家屬召開家庭會議，說明醫療的極限與安寧療護之情形。原立意良善，惟申報規定每一個案至少一小時，支付點數僅 1500 點，又每人每院限申報乙次。醫病關係的建立應透過一次次的溝通，尤其對末期病患及其家屬有關生命最後階段之療護決定，應鼓勵醫病間有多次溝通諮詢及反覆確認之機會，爰此，要求健保署於一個月內研議提高「緩和醫療家庭諮詢費」每人每院申報次數，並向衛環委員會提出報告。

提案人：田秋堇 楊明

連署人：劉建良 楊明

安寧住院、安寧共同照護及緩和醫療家庭諮詢費支付標準調整財務預估

類別	編號	診療項目	醫令量			安寧療護項目建議調整點數： (1) 安寧住院調整 30%、(2) 安寧共 照及安寧居家調整 50% (3) 緩和醫療家庭諮詢費調整 50%				增加總點數 (億點) (C)*(A)* (1+B)
			102 年 全年	103 年 推估全年 (A)	103 年 成長率 (B)	現行 點數	調整後 點數	調升點數 (C)	調幅	
安寧住院	05601K	安寧住院照護費(每日)	68,858	69,437	0.84%	4,930	6,409	1,479	30%	1.036
	05602A		63,968	61,968	-3.13%	4,930	6,409	1,479	30%	0.888
	05603B		10,410	10,264	-1.40%	4,930	6,409	1,479	30%	0.150
小計									2.073	
安寧共照	P4401B	安寧首次共同照護費	18,663	22,613	21.2%	1,350	2,025	675	50%	0.185
	P4402B	後續安寧照護團隊照護費(含醫師)(每週)(次)	6,681	8,141	21.9%	1,050	1,575	525	50%	0.052
	P4403B	後續安寧照護團隊照護費(不含醫師)(每週)(次)	8,645	10,193	17.9%	850	1,275	425	50%	0.051
小計									0.288	
諮詢費	02020B	緩和醫療家庭諮詢費	3,745	7,864	110.0%	1,500	2,250	點數調整 750	50%	0.124
			3,745	7,864	110.0%		2,250	估 40% 次數由 1 次改為 2 次 750		0.149
小計									0.272	
總計									2.634	

安寧居家支付標準調整財務預估

類別	編號	甲 乙 類	診療項目	醫令量			調整點數： 居家調整 50%、機構為非機構 之 8 成，臨終訪視 100%				增加總點數 (C)*(A)* (1+B)
				102 年 全年	103 年 推估全 年(A)	103 年 成長率 (B)	現行 點數	調整後 點數	調升點 數(C)	調幅	
安寧居家 醫師訪視	05312C	甲	費用(次)-在宅	10,083	10,436	3.50%	1,035	1,553	518	50%	0.037
	05362C		費用(次)-機構				1,035	1,242	207	20%	0.007
	05323C		山地離島地區(次)-在宅	10	10	0.00%	1,139	1,709	570	50%	0.000
	05363C		山地離島地區(次)-機構				1,139	1,367	228	20%	0.000
	05336C	乙	費用(次)-在宅	-	35	50.00%	725	1,088	363	50%	0.000
	05364C		費用(次)-機構				725	870	145	20%	0.000
	05337C		山地離島地區(次)-在宅	-	1	50.00%	797	1,196	399	50%	0.000
	05365C		山地離島地區(次)-機構				797	956	159	20%	0.000
安寧居家 護理訪視	05313C	甲	時間 1 小時以內-在宅	18,086	20,143	11.37%	1,100	1,650	550	50%	0.082
	05366C		時間 1 小時以內-機構				1,100	1,320	220	20%	0.016
	05324C		山地離島地區(次)-時間 1 小時以內-在宅	43	39	-10.08%	1,210	1,815	605	50%	0.000
	05367C		山地離島地區(次)-時間 1 小時以內-機構				1,210	1,452	242	20%	0.000
	05338C	乙	時間 1 小時以內-在宅	-	43	50.00%	770	1,155	385	50%	0.000
	05368C		時間 1 小時以內-機構				770	924	154	20%	0.000
	05339C		山地離島地區(次)-時間 1 小時以內-在宅	-	1	50.00%	847	1,271	424	50%	0.000
	05369C		山地離島地區(次)-時間 1 小時以內-機構				847	1,016	169	20%	0.000
	05314C	甲	時間 1 小時以上-在宅	13,687	13,779	0.67%	1,500	2,250	750	50%	0.069
	05370C		時間 1 小時以上-機構				1,500	1,800	300	20%	0.014
	05325C		山地離島地區(次)-時間 1 小時以上-在宅	9	1	0.00%	1,650	2,475	825	50%	0.000
	05371C		山地離島地區(次)-時間 1 小時以上-機構				1,650	1,980	330	20%	0.000
	05340C	乙	時間 1 小時以上-在宅	-	1	50.00%	1,050	1,575	525	50%	0.000
	05372C		時間 1 小時以上-機構				1,050	1,260	210	20%	0.000
	05341C		山地離島地區(次)-時間 1 小時以上-在宅	-	1	50.00%	1,155	1,733	578	50%	0.000
	05373C		山地離島地區(次)-時間 1 小時以上-機構				1,155	1,386	231	20%	0.000
安寧居家 其他	05326C	-	臨終病患護理訪視費	533	652	22.33%	2,500	5,000	2,500	100%	0.020
	05327C	-	臨終病患護理訪視費山地離島地區	1	1	0.00%	2,750	5,500	2,750	100%	0.000
	05315C	-	其他專業人員處置費(次)-在宅：目前僅限於社會工作人員	1,285	873	-32.04%	700	1,050	350	50%	0.001
	05374C		其他專業人員處置費(次)-機構：目前僅限於社會工作人員				700	840	140	20%	0.000
	05315C	-	放寬至心理師-在宅	1,285	873	-32.04%		1,050	1,050		0.004
	05374C		放寬至心理師-機構					840	840		0.002
	05316C		-	病患自控式止痛處置及材料費	95	112	17.89%	1,260	1,890	630	50%
小計										0.256	

一般居家照護相關支付標準調整財務預估

類別	編號	耗用群	診療項目	醫令量			調整點數：居家調整 50%、機構為非機構之 8 成				增加總點數 (億點) (C)*(A)* (1+B)
				102 年全年	103 年推估全年(A)	103 年成長率 (B)	現行點數	調整後點數	調升點數 (C)	調幅	
一般居家護理訪視費	05301C	第一類	合理量內-在宅	41,207	43,113	4.63%	700	1,050	350	50%	0.158
	05342C		合理量內-機構	7,674	7,179	-6.45%	700	840	140	20%	0.009
	05328C		超出合理量-在宅	178	289	62.55%	420	420	0	0%	-
	05344C		超出合理量-機構	107	584	445.79%	420	420	0	0%	-
	05302C		山地離島地區(在合理量內)-在宅	428	389	-9.03%	770	1,155	385	50%	0.001
	05343C		山地離島地區(在合理量內)-機構	47	152	223.40%	770	924	154	20%	0.001
	05329C		山地離島地區(超出合理量)-在宅	1	9	833.33%	460	460	0	0%	-
	05345C		山地離島地區(超出合理量)-機構	-	5	50.00%	460	460	0	0%	-
	05303C	第二類	合理量內-在宅	246,467	258,849	5.02%	970	1,455	485	50%	1.318
	05346C		合理量內-機構	267,192	283,891	6.25%	970	1,164	194	20%	0.585
	05330C		超出合理量-在宅	865	863	-0.27%	580	580	0	0%	-
	05348C		超出合理量-機構	3,541	3,087	-12.83%	580	580	0	0%	-
	05304C		山地離島地區(在合理量內)-在宅	2,659	2,744	3.20%	1,067	1,601	534	50%	0.015
	05347C		山地離島地區(在合理量內)-機構	105	228	117.14%	1,067	1,280	213	20%	0.001
	05331C		山地離島地區(超出合理量)-在宅	-	1	50.00%	640	640	0	0%	-
	05349C		山地離島地區(超出合理量)-機構	-	1	50.00%	640	640	0	0%	-
	05305C	第三類	合理量內-在宅	86,647	89,256	3.01%	1,170	1,755	585	50%	0.538
	05350C		合理量內-機構	128,269	133,748	4.27%	1,170	1,404	234	20%	0.326
	05332C		超出合理量-在宅	68	79	15.69%	700	700	0	0%	-
	05352C		超出合理量-機構	600	381	-36.44%	700	700	0	0%	-
	05306C		山地離島地區(在合理量內)-在宅	821	1,033	25.86%	1,287	1,931	644	50%	0.008
	05351C		山地離島地區(在合理量內)-機構	18	35	92.59%	1,287	1,544	257	20%	0.000
	05333C		山地離島地區(超出合理量)-在宅	-	1	50.00%	770	770	0	0%	-
	05353C		山地離島地區(超出合理量)-機構	-	1	50.00%	770	770	0	0%	-
	05321C	第四類	合理量內-在宅	9,726	9,703	-0.24%	1,370	2,055	685	50%	0.066
	05354C		合理量內-機構	10,353	10,089	-2.55%	1,370	1,644	274	20%	0.027
	05334C		超出合理量-在宅	4	13	233.33%	820	820	0	0%	-
	05356C		超出合理量-機構	11	101	821.21%	820	820	0	0%	-
	05322C		山地離島地區(在合理量內)-在宅	72	63	-12.96%	1,507	2,261	754	50%	0.000
	05355C		山地離島地區(在合理量內)-機構	2	1	-50.00%	1,507	1,808	301	20%	0.000
	05335C		山地離島地區(超出合理量)-在宅	-	1	50.00%	900	900	0	0%	-
	05357C		山地離島地區(超出合理量)-機構	-	1	50.00%	900	900	0	0%	-
小計										3.056	

類別	編號	耗用群	診療項目	醫令量			調整點數：居家調整 50%、 機構為非機構之 8 成				增加 總點數 (C)*(A)* (1+B)
				102 年 全年	103 年 推估全 年(A)	103 年 成長率 (B)	現行 點數	調整後 點數	調升 點數 (C)	調幅	
一般 居護 醫師 訪視 費	05307C		一般(合理量內)-在宅	83,558	86,867	3.96%	1,035	1,553	518	50%	0.467
	05358C		一般(合理量內)-機構	88,304	91,999	4.18%	1,035	1,242	207	20%	0.198
	05308C		山地離島地區(合理量內)-在宅	1,062	1,140	7.34%	1,139	1,709	570	50%	0.007
	05359C		山地離島地區(合理量內)-機構	31	72	132.26%	1,139	1,367	228	20%	0.000
	05309C		一般(超出合理量)-在宅	6,256	6,584	5.24%	600	600	0	0%	-
	05360C		一般(超出合理量)-機構	20,963	23,227	10.80%	600	600	0	0%	-
	05310C		山地離島地區(超出合理量)-在宅	101	199	96.70%	660	660	0	0%	-
	05361C		山地離島地區(超出合理量)-在宅	10	24	140.00%	660	660	0	0%	-
小計											0.673
三四 級壓 瘡護 理	48004C		深部複雜創傷處理-傷口長 5 公分以下者	1,382	1,424	3.04%	2,016	(核實申報)		0.030	
	48005C		深部複雜創傷處理-傷口長 5-10 公分者	1,018	1,432	40.67%	2,536	(核實申報)		0.051	
小計											0.081
總計											3.809

第二部 西醫

第一章 基本診療

第八節 住院安寧療護

通則：

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

二、本節各項目限經核准設有安寧療護住院病床之醫事服務機構申報。

三、收案條件：

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

符合安寧緩和醫療條例得接受安寧緩和醫療照護之末期病人(必要條件)。

(二) 癌症末期病患：

1. 確定病患對各種治癒性治療效果不佳(必要條件)。

2. 居家照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。

3. 病情急劇轉變造成病人極大不適時，如

(1) 高血鈣 (Hypercalcemia)

(2) 脊髓壓迫 (Spinal Cord compression)

(3) 急性疼痛 (Acute pain)

(4) 嚴重呼吸困難 (Dyspnea severe)

(5) 惡性腸阻塞 (Malignant bowel obstruction)

(6) 出血 (Bleeding)

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

(8) 嚴重嘔吐 (Vomiting severe)

(9) 發燒，疑似感染 (Fever R/O Infection)

(10) 癲癇發作 (Seizure)

(11) 急性瞻妄 (Delirium, acute)

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

(三) 末期運動神經元病患：

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

(1) 直接相關症狀：虛弱及萎縮、肌肉痙攣、吞嚥困難、呼吸困難。

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

2. 末期運動神經元患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者。

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

1. 老年期及初老期器質性精神病態

2. 其他大腦變質

3. 心臟衰竭

4. 慢性氣道阻塞，他處未歸類者

5. 肺部其他疾病

6. 慢性肝病及肝硬化

7. 急性腎衰竭，未明示者

8. 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

- 四、住院照護費之計算，凡住院之日，不論何時進院，均作一天論，出院之日，不論何時出院，其出院當日不予計算。
- 五、本章住院照護費所訂點數已包括醫師診察費、護理費、病床費、相關醫療團隊照護費(包含如社工師、心理師、物理治療師、職能治療師等安寧療護相關人員之照護費用)、各項診療、處置費、藥劑費、藥事服務費、特殊材料費及其他雜項成本，如不計價藥材成本、建築與設備成本、水電費支出、廢棄物處理、電子資料處理及行政作業成本等，不得另外申報全民健康保險醫療費用支付標準所列項目，亦不得以其他名目向保險對象收取費用。
- 六、支付標準第2部第2章第2節第2項放射線治療、第6節第1項處置費47091B「淋巴水腫照護-徒手淋巴引流」及第6節第2項血液透析治療等特定診療項目，得另行申報費用，惟該類案件採逐案審查。
- 七、病患屬癌症骨轉移病人並有頑固性之骨疼痛者、高血鈣末期病人，經心理、社會、靈性層面評估，需要繼續降低血鈣者，及癌症骨轉移病人經評估為病理性骨折之高危險群者，得另行核實申報雙磷酸鹽類(bisphosphonate)藥物，於使用期間需有成效評估紀錄備查，惟使用該類藥物需符合全民健康保險藥品給付之規定並採逐案審查。
- 八、當申報本章節之病患住院日數大於30天以上者，且占該院當月總照護人數50%以上者，採逐案審查。
- 九、以本章節支付標準申報之個案不適用本支付標準第9部全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)。

編號	診療項目	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	備註
05601K	安寧住院照護費(每日)			v	4930	調升點數
05602A			v		6,409	
05603B		v			4930	
					6,409	

附表

一、老年期及初老期器質性精神病態

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

二、其他大腦變質

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

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

三、心臟衰竭

心衰竭末期應最少符合下列二個指標：

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

(以下略)

第二部 西醫 第一章 基本診療
第二節 住院診察費

編號	診療項目	基 層 院 所	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數	備 註
02020B	<p>緩和醫療家庭諮詢費</p> <p>註：</p> <p>1.適應症：以現行住院<u>或急診</u>重症病患，且已進入末期狀態者為主。</p> <p>2. 相關規範：</p> <p>(1)諮詢參與人員：包括主治醫療團隊、病患或病患家屬。</p> <p>(2)諮詢時間：每一個案諮詢時間至少 1 小時。</p> <p>(3)諮詢記錄：應有完整的諮詢溝通內容記錄，並應併入病患之病歷記錄留存，紀錄並有參與諮詢醫療團隊及病患或家屬簽名。</p> <p>(4)申報規定：</p> <p>a.另已參與全民健康保險安寧共同照護試辦方案、住院安寧療護及居家安寧照護後，不得再申報。</p> <p>b.每人每院限申報<u>二</u>次。</p>		v	v	v	<p>1500</p> <p><u>2,250</u></p>	<p>調升 點數</p> <p>適應症 增列急 診重症 病患</p> <p>放寬申 報次數 為二次</p>

第五部 居家照護及精神病患者社區復健

第一章 居家照護

通則：

- 九、院所申報護理訪視費，每位居家護理人員每月訪視個案數在100人次(含)合理量內者按原支付點數給付，超過100人次者，自第101個人次起，其訪視費依原支付點數6折表定超出合理量診療項目給付，請依本章各項超過合理量之護理訪視費支付代碼申報。
若同時執行第五部第三章安寧居家療護乙類(社區安寧)，則每位居家護理人員每月訪視個案數在75人次(含)合理量內者按原支付點數給付，超過75人次者，自第76人次起，其訪視費依表定超出合理量診療項目給付。
- 十、為能快速回應病人發生之緊急狀況，申報本章節之保險醫事服務機構或護理機構應提供居家照護專業人員24小時電話諮詢服務。

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
05301C	一資源耗用群為第一類 護理訪視費(次)(在合理量內)	▼	▼	▼	▼	700	調升點數 拆分機構 非機構
05301C	1.在宅	▼	▼	▼	▼	1,050	
05342C	2.機構	▼	▼	▼	▼	840	
05302C	山地離島地區護理訪視費(次)(在合理量內)	▼	▼	▼	▼	770	
05302C	1.在宅	▼	▼	▼	▼	1,155	
05343C	2.機構	▼	▼	▼	▼	924	
05328C	護理訪視費(次)(超出合理量)	▼	▼	▼	▼	420	
05328C	1.在宅	▼	▼	▼	▼	420	
05344C	2.機構	▼	▼	▼	▼	420	
05329C	山地離島地區護理訪視費(次)(超出合理量)	▼	▼	▼	▼	460	
05329C	1.在宅	▼	▼	▼	▼	460	
05345C	2.機構	▼	▼	▼	▼	460	
05303C	一資源耗用群為第二類 護理訪視費(次)(在合理量內)	▼	▼	▼	▼	970	調升點數 拆分機構 非機構
05303C	1.在宅	▼	▼	▼	▼	1,455	
05346C	2.機構	▼	▼	▼	▼	1,164	
05304C	山地離島地區護理訪視費(次)(在合理量內)	▼	▼	▼	▼	1067	
05304C	1.在宅	▼	▼	▼	▼	1,601	
05347C	2.機構	▼	▼	▼	▼	1,280	
05330C	護理訪視費(次)(超出合理量)	▼	▼	▼	▼	580	
05330C	1.在宅	▼	▼	▼	▼	580	
05348C	2.機構	▼	▼	▼	▼	580	
05331C	山地離島地區護理訪視費(次)(超出合理量)	▼	▼	▼	▼	640	
05331C	1.在宅	▼	▼	▼	▼	640	
05349C	2.機構	▼	▼	▼	▼	640	
	一資源耗用群為第三類						

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
05305C	護理訪視費(次)(在合理量內)	▼	▼	▼	▼	1170	調升點數 拆分機構 非機構
05305C	1.在宅	▼	▼	▼	▼	1,755	
05350C	2.機構	▼	▼	▼	▼	1,404	
05306C	山地離島地區護理訪視費(次)(在合理量內)	▼	▼	▼	▼	1287	
05306C	1.在宅	▼	▼	▼	▼	1,931	
05351C	2.機構	▼	▼	▼	▼	1,544	
05332C	護理訪視費(次)(超出合理量)	▼	▼	▼	▼	700	
05332C	1.在宅	▼	▼	▼	▼	700	
05352C	2.機構	▼	▼	▼	▼	700	
05333C	山地離島地區護理訪視費(次)(超出合理量)	▼	▼	▼	▼	770	
05333C	1.在宅	▼	▼	▼	▼	770	
05353C	2.機構	▼	▼	▼	▼	770	
一 資源耗用群為第四類							
05321C	護理訪視費(次)(在合理量內)	▼	▼	▼	▼	1370	調升點數 拆分機構 非機構
05321C	1.在宅	▼	▼	▼	▼	2,055	
05354C	2.機構	▼	▼	▼	▼	1,644	
05322C	山地離島地區護理訪視費(次)(在合理量內)	▼	▼	▼	▼	1507	
05322C	1.在宅	▼	▼	▼	▼	2,261	
05355C	2.機構	▼	▼	▼	▼	1,808	
05334C	護理訪視費(次)(超出合理量)	▼	▼	▼	▼	820	
05334C	1.在宅	▼	▼	▼	▼	820	
05356C	2.機構	▼	▼	▼	▼	820	
05335C	山地離島地區護理訪視費(次)(超出合理量)	▼	▼	▼	▼	900	
05335C	1.在宅	▼	▼	▼	▼	900	
05357C	2.機構	▼	▼	▼	▼	900	
<p>註：1.資源耗用群分類：</p> <p>第一類：需居家護理一般照護項目之病人</p> <p>第二類：需居家護理特殊照護群組任一組之病人</p> <p>第三類：需居家護理特殊照護群組任二組之病人</p> <p>第四類：需居家護理特殊照護群組任三組及以上之病人</p> <p>2.所訂點數含訪視、護理服務、治療處置、代採檢體及送檢之檢查費、治療材料及電子資料處理等費用在內。</p> <p>3.上項代採之檢體，委託代檢機構應以保險醫事服務機構或保險人指定之醫事檢驗機構為限。</p> <p>4.視訪時間應記錄於訪視紀錄內，並請患者或其家屬簽章。</p> <p>5.訪視次數每一個案每月以二次為限，出院後新收個案當次之訪視，不計算於當月訪視次數內；依病情需要多於二次者，申報費用時應檢附護理計畫，並詳述理由。</p>							
05307C	醫師訪視費(次)	▼	▼	▼	▼	1035	調升點數 拆分機構 非機構
05307C	1.在宅	▼	▼	▼	▼	1,553	
05358C	2.機構	▼	▼	▼	▼	1,242	

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
<u>05308C</u>	山地離島地區醫師訪視費(次)	√	√	√	√	1139	
<u>05308C</u>	1.在宅	√	√	√	√	1,709	
<u>05359C</u>	2.機構	√	√	√	√	1,367	
<u>05309C</u>	—同一醫師,應同一承辦居家照護業務機構之請,當日訪視個案在五個以上者,自第五個個案起,其訪視費依本項申報。	√	√	√	√	600	
<u>05309C</u>	1.在宅	√	√	√	√	600	
<u>05360C</u>	2.機構	√	√	√	√	600	
<u>05310C</u>	—山地離島地區同一醫師,應同一承辦居家照護業務機構之請,當日訪視個案在五個以上者,自第五個個案起,其訪視費依本項申報。	√	√	√	√	660	
<u>05310C</u>	1.在宅	√	√	√	√	660	
<u>05361C</u>	2.機構	√	√	√	√	660	
	註： 1.訪視次數每一個案每二個月以一次為限，若病人病情有顯著變化，需要多於一次者，申報費用時應檢附訪視紀錄，並詳述理由。 2.每位醫師訪視個案數，每日以八個為限；每月以一百八十個為限。 3.訪視醫師，以與保險人特約之保險醫事服務機構之醫師為限。						

附表 5.1.1 居家護理特殊照護項目表

特殊照護群組	支付標準 編 號	診 療 項 目
1.氣切護理	56004C	換造口器 Change tracheostomy set 註：含氣切造瘻口處理 Tracheostomy care
2.留置導尿管護理	47014C 50022C	留置導尿 Urinal indwelling catheterlization 更換腎臟引流或膀胱引流管 Catheter change
3.留置鼻胃管護理	47017C	胃管插入(或更換) Insertion of nasogastric tube 註：更換胃管(Change N-G tube)比照申報。
4.膀胱灌洗	50012C	膀胱灌洗 Bladder irrigation
5.三、四期壓瘡傷口護理	48001C 48002C 48003C 48004C 48005C	淺部創傷處理-傷口長 5 公分以下者 Wound treatment <5 cm 淺部創傷處理-傷口長 5-10 公分者 Wound treatment 5-10 cm 淺部創傷處理-傷口長 10 公分以上者 Wound treatment >10 cm 深部複雜創傷處理-傷口長 5 公分以下者 Debridment <5 cm 深部複雜創傷處理-傷口長 5-10 公分者 Debridment 5-10 cm 註：傷口程度分期係採用國際腸造瘻治療協會及美國國家褥瘡學會的分類法；本項護理含傷口評估、淺部或深部創傷縫合、接紮、擴創處理、教導家屬換藥技巧及預防其他部位壓瘡發生；糖尿病足末梢動靜脈阻塞之皮膚潰爛護理比照申報。訪視紀錄請註明處置日期和部位。
6.大量液體點滴注射	39004C	大量液體點滴注射 IV drip (林格兒氏液、Rock 液、生理食鹽水、葡萄糖液、因糖液或血液代用劑等)注射。 註：含靜脈留置針設立，觀察病患對注射藥物之反應、教導家屬觀察注射部位之狀況及維護靜脈點滴之通暢。
7.造口護理	49004C 49005C 49020B 49021B 49022B	肛門切除後治療 Post APR wound care 人工肛門灌洗 Colostomy irrigation 三路灌洗 Three way irrigation 迴腸造口永久裝具裝置 Ileostomy, permanent appliance 迴腸膀胱永久裝具裝置 Ileum bladder, permanent appliance

註：[48004C](#)「深部複雜創傷處理-傷口長 5 公分以下者」及 [48005C](#)「深部複雜創傷處理-傷口長 5-10 公分者」2 項診療項目，依病人之實際需要並由醫師開立醫囑者得另行核實申報。

附表 5.1.2 居家護理一般照護項目表

支付標準 編 號	診 療 項 目	
(免填報)	小量注射：如肌肉注射、皮下注射、靜脈注射	增列文字 作補充說 明
	靜脈點滴加藥	
	藥物敏感反應試驗(Cytomack test, Penicillin test 等)	
	濕氣吸入治療 Humidity inhalation、呼吸道抽吸 Suction、體位引流 Postural drainage	
	被動性關節運動 Passive R.O.M.	
	置入器皮下注射(port-A)及護理	
	小換藥(10 公分以下) Change dressing small (<10 cm)	
	中換藥(10-20 公分) Change dressing medium (10-20 cm)	
	大換藥(20 公分以上) Change dressing large (>20 cm)	
	拆線-傷口在 10cm 以下 Remove Stiches <10 cm	
	拆線-傷口在 10cm 以上 Remove Stiches >10 cm	
	一般導尿、更換尿袋、尿管護理、拔除尿管之膀胱訓練	
	口腔護理	
	塞劑給予、糞嵌塞清除 Cleaning fecal impaction	
	甘油灌腸 Glycerin enema(大小量灌腸比照本項)	
	礦物油留置灌腸 Retension enema(留置灌腸比照本項)	
一般身體檢查、護理指導(含胰島素注射及傷口照顧指導)		
酒精拭浴 Alcohol packing、薄荷擦拭 Menthol packing		
會陰沖洗 Perineal irrigation care		
其它護理項目		

第三章 安寧居家療護

通則：

一、申報本章各項費用之保險醫事服務機構需向保險人提出申請經同意後始可申報，並依醫事人員教育訓練資格分為甲、乙兩類：

(一) 甲類：設有安寧居家療護小組，小組內須包括安寧療護專責醫師、社工師及專任護理師等至少乙名，且小組成員皆需受過安寧療護教育訓練八十小時(含四十小時病房見習)以上，另繼續教育時數為每年二十小時，小組成員更改時亦須通知保險人各分區業務組。

(二) 乙類：

1. 醫師及護理人員皆需接受安寧療護教育訓練十三小時(教育訓練課程如附表)及臨床見習八小時(其中至少於安寧病房見習二小時，以視訊及 e-learning 方式進行亦可)，始得提供社區安寧照護服務。醫師及護理人員每訪視一位居家病人可抵免見習時數二小時。
2. 辦理本項業務之基層診所，應以現行辦理安寧緩和醫療之醫院為後援醫院，後援醫院資格如下：
 - (1) 設有安寧病房或聘有安寧緩和醫學專長之醫師及護理人員。
 - (2) 設專門窗口負責個案管理。
3. 每年繼續教育時數為四小時(以視訊及 e-learning 方式進行亦可)。

二、收案條件：

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

符合安寧緩和醫療條例得接受安寧緩和醫療照護之末期病人(必要條件)。

(二) 癌症末期病患：

1. 確定病患對各種治癒性治療效果不佳(必要條件)。
2. 居家照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。
3. 病情急劇轉變造成病人極大不適時，如
 - (1) 高血鈣(Hypercalcemia)
 - (2) 脊髓壓迫(Spinal Cord compression)
 - (3) 急性疼痛(Acute pain)
 - (4) 嚴重呼吸困難(Dyspnea severe)
 - (5) 惡性腸阻塞(Malignant bowel obstruction)
 - (6) 出血(Bleeding)
 - (7) 腫瘤(塊)潰瘍(Ulcerated mass 如 breast cancer, buccal cancer)
 - (8) 嚴重嘔吐(Vomiting severe)
 - (9) 發燒，疑似感染(Fever R/O Infection)
 - (10) 癲癇發作(Seizure)
 - (11) 急性瞻妄(Delirium, acute)
 - (12) 急性精神壓力，如自殺意圖(Acute Psychological distress, Suicide attempt)

(三) 末期運動神經元病患：

1. 末期運動神經元病患，不接受呼吸器處理，主要症狀有直接相關及／或間接

相關症狀者。

(1) 直接相關症狀：虛弱及萎縮、肌肉痙攣、吞嚥困難、呼吸困難。

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

2. 末期運動神經元患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者。

(四) 主要診斷為下列疾病，且已進入末期狀態者(相關症狀等條件詳附表)：

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

(五) 經醫師診斷或轉介之末期狀態病患，其病情不需住院治療，但仍需安寧居家療護者。

(六) 病人之自我照顧能力及活動狀況需符合 ECOG scale (Eastern Cooperative Oncology Group Scale) 2 級以上(對照 Patient Staging Scales , PS , Karnofsky : 50-60)。

(以下略)

編號	診療項目	基層診所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	備註
05312C	甲類： 醫師訪視費用(次)	√	√	√	√	1,035	調升點數 拆分機構 非機構
05312C	—在宅	√	√	√	√	1,553	
05362C	—機構	√	√	√	√	1,242	
05323C	醫師訪視費用山地離島地區(次)	√	√	√	√	1,139	
05323C	—在宅	√	√	√	√	1,709	
05363C	—機構	√	√	√	√	1,367	
05336C	乙類： 醫師訪視費用(次)	√	√	√	√	725	
05336C	—在宅	√	√	√	√	1,088	
05364C	—機構	√	√	√	√	870	
05337C	醫師訪視費用山地離島地區(次)	√	√	√	√	797	
05337C	—在宅	√	√	√	√	1,196	
05365C	—機構	√	√	√	√	956	
	註： 1. 訪視次數每一個案每週以乙次為原則，若病人病情有顯著變化，需要多於每週乙次者，申報費用時應檢附訪視記錄，並詳述理由。 2. 每位醫師每月訪視次數以四十五次為限。						

編號	診療項目	基層診所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	備註
	一訪視時間一小時以內 (≤1小時)						
	甲類：						
05313C	護理訪視費(次)	√	√	√	√	1,100	調升點數 拆分機構 非機構
05313C	—在宅	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>1,650</u>	
05366C	—機構	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>1,320</u>	
05324C	護理訪視費山地離島地區(次)	√	√	√	√	1,210	
05324C	—在宅	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>1,815</u>	
05367C	—機構	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>1,452</u>	
	乙類：						
05338C	護理訪視費(次)	√	√	√	√	770	
05338C	—在宅	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>1,155</u>	
05368C	—機構	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>924</u>	
05339C	護理訪視費山地離島地區(次)	√	√	√	√	847	
05339C	—在宅	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>1,271</u>	
05369C	—機構	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>1,016</u>	
	一訪視時間一小時以上 (>1小時)						
	甲類：						
05314C	護理訪視費(次)	√	√	√	√	1,500	
05314C	—在宅	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>2,250</u>	
05370C	—機構	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>1,800</u>	
05325C	護理訪視費山地離島地區(次)	√	√	√	√	1,650	
05325C	—在宅	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>2,475</u>	
05371C	—機構	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>1,980</u>	
	乙類：						
05340C	護理訪視費(次)	√	√	√	√	1,050	
05340C	—在宅	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>1,575</u>	
05372C	—機構	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>1,260</u>	
05341C	護理訪視費山地離島地區(次)	√	√	√	√	1,155	
05341C	—在宅	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>1,733</u>	
05373C	—機構	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>1,386</u>	
	註：						
	1.護理人員訪視次數每一個案每週以二次為原則，若病人病情有顯著變化，需要多於每週二次者，申報費用時應檢附訪視記錄，並詳述理由。						
	2.每位護理人員每月訪視次數以四十五次為限。						
	3.護理訪視費所訂點數含訪視、護理服務、治療處置、代取藥、代採檢體及送檢之檢查費、治療材料及電子資料處理等費用在內。						

編號	診療項目	基層診所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	備註
05326C	臨終病患訪視費	v	v	v	v	2,500 <u>5,000</u>	調升點數
05327C	臨終病患訪視費山地離島地區 註： 1.限訪視臨終病患，且 ECOG 大於三級以上(含三級)之病患，實際訪視時間在二小時以上(含二小時)，始得申報此項費用，每位病患申報訪視次數僅限一次。 2.甲乙兩類醫事人員皆可申報。 <u>3.服務內容需包含臨終訪視、善終準備、遺體護理及家屬哀傷輔導等。</u>	v	v	v	v	2,750 <u>5,500</u>	
05315C <u>05315C</u> <u>05374C</u>	其他專業人員處置費 (次)：目前僅限於社會工作人員 <u>或心理師</u> <u>—在宅</u> <u>—機構</u> 註： 1. 現暫定為社會工作人員 <u>或心理師</u> 。訪視次數每一個案每週以乙次為原則，若病人病情有顯著變化，需要多於每週乙次者，申報費用時應檢附訪視記錄，並詳述理由。 2. 每位專業人員每月訪視次數以 45 次為限。	v	v	v	v	700 <u>1,050</u> <u>840</u>	調升點數 拆分機構 非機構
05316C	病患自控式止痛處置及材料費(Patient-Controlled Analgesia, PCA) 註： 1. 所訂點數含 PCA 幫浦注射費、PCA 裝置(set)、PCA 袋(bag)等。 2. 每一個案每月限申報 2 次。	v	v	v	v	1,260 <u>1,890</u>	調升點數

全民健康保險安寧共同照護試辦方案(僅呈現需修改部分)

肆、計畫內容

二、 收案對象：

(一) 經原照護團隊成員照會「安寧共同照護小組」後，共同評估符合下列末期病人條件，且病人或家屬同意接受安寧共同照護服務並簽署服務同意說明書(詳附件 2) (必要條件)。

(二) 癌症末期病患：

1. 確定病患對各種治癒性治療效果不佳(必要條件)。
2. 病人有身心靈症狀亟需安寧共同照護小組介入。

(三) 末期運動神經元病患：

1. 末期運動神經元病患，主要症狀有直接相關或間接相關症狀者。
 - (1) 直接相關症狀：虛弱及萎縮、肌肉痙攣、吞嚥困難、呼吸困難。
 - (2) 間接相關症狀：睡眠障礙、便秘、流口水、心理或靈性困擾、分泌物及黏稠物、低效型通氣不足、疼痛。
2. 末期運動神經元患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者。

(四) 主要診斷為下列疾病，且已進入末期狀態者(相關收案症狀等條件詳附表 1)：

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

七、 支付標準：符合本方案之收案對象，接受安寧共同照護小組提供之完整性照護，醫院得申報共同照護各類專業人員訪視費，支付標準詳附件 8。

(一) P4401B 安寧首次共同照護費：每人限申報 1 次，給付 ~~1350~~ 2,025 點照護費，安寧共同照護小組 (至少含醫師及護理人員) 皆需進行訪視，每一個案訪視時

間至少 1 小時，訪視時間應於交班時紀錄並簽名，每位專任護理人員每月合理訪視首次個案數為 30 人(含)，超過合理量部分，健保不予支付。

(二) P4402B 後續安寧照護團隊照護費 (含醫師)(每週)(次)：每次給付 ~~1050~~1,575 點照護費，每週醫師及護理人員之基本訪視次數至少各乙次；團隊相關照護人員視病人病情需要，應予提供，申報費用時應檢附評估與照護紀錄；未滿 1 週，惟團隊基本訪視次數已達到者，得予申報。每次訪視時間至少 30 分鐘。

(三) P4403B 後續安寧照護團隊照護費(不含醫師)(每週)(次)：每次給付 ~~850~~1,275 點照護費，每週護理人員之基本訪視次數至少乙次，團隊相關照護人員視病人病情需要，應予提供，申報費用時應檢附評估與照護紀錄；未滿 1 週，惟團隊基本訪視次數已達到者，得予申報。每次訪視時間至少 30 分鐘。

柒、 附件表單包含有：

- 一、 全民健康保險安寧共同照護試辦方案申請書
- 二、 參與「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」病患權利說明暨服務同意說明書
- 三、 安寧共同照護個案收案申請書
- 四、 安寧共同照護護理人員訪視表及其他專業人員訪視表
- 五、 安寧共同照護個案登錄系統(VPN) 必要欄位表
- 六、 安寧共同照護服務內容及記錄
- 七、 安寧共同照護延長照護申請書
- 八、 「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」支付標準

全民健康保險安寧共同照護試辦方案支付標準

通則：

- 一、 本方案支付標準已包括安寧共同照護團隊之醫師診察及護理費，各項安寧相關之診療、處置費不得再予申報（不得再申報項目係指本方案附件 6「安寧共同照護服務內容及記錄」各項服務項目及內容），亦不得以其他名目向保險對象收取費用。
- 二、 以本章節支付標準申報之個案不適用支付標準第 9 部全民健康保險住院診斷關聯群 (Tw-DRGs)。
- 三、 後續安寧照護團隊照護費以週為申報單位，惟仍視病患病情需要提供服務才得申報，並非住院期間每週固定支付此一費用。
- 四、 首次訪視後 3 日內當日入住安寧病房者，不得申報本方案各項支付標準。

編 號	診 療 項 目	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數	備 註
一、首次照護：原照護團隊醫師開立照會單，「安寧共同照護小組」進行訪視，且病患已簽署服務同意書。						
P4401B	安寧首次共同照護費 註： 1. 安寧共同照護團隊(至少含醫師及護理人員)皆需進行訪視。 2. 每位專任護理人員每月合理訪視首次個案數為 30 人(含)，超過合理量部分，健保不予支付。 3. 每一個案訪視時間至少 1 小時，訪視時間起迄於交班時紀錄並簽名。 4. 申報本項費用時，應完成醫師診療計畫、原團隊照會單及護理評估與照護計畫紀錄。 5. 每人每院限申報乙次。	V	V	V	1350 <u>2,025</u>	調升 點數
二、後續照護：指申報首次照護費後，依病人病情施行之後續安寧共照服務，需與首次共照服務隔 1 週（≥ 7 日）。						
P4402B	後續安寧照護團隊照護費(含醫師)(每週)(次) 註： 1. 每週醫師及護理人員基本訪視次數至少各乙次。 2. 團隊相關照護人員視病人病情需要，應予提供，申報費用時應檢附評估與照護紀錄。 3. 未滿 1 週，惟團隊基本訪視次數已達到者，得予申報。 4. 每次訪視時間至少 30 分鐘。	V	V	V	1050 <u>1,575</u>	調升 點數
P4403B	後續安寧照護團隊照護費(不含醫師)(每週)(次) 註： 1. 每週護理人員基本訪視次數至少乙次。 2. 團隊相關照護人員視病人病情需要，應予提供，申報費用時應檢附評估與照護紀錄。 3. 未滿 1 週，惟團隊基本訪視次數已達到者，得予申報。 4. 每次訪視時間至少 30 分鐘。	V	V	V	850 <u>1,275</u>	調升 點數

參與「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」病患權利說明暨服務同意書

建議修訂版本

項次	現行同意書	建議修訂同意書	說明
題目	參與「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」病患權利說明暨服務同意書	參與「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」 病患權利說明暨服務同意 <u>說明書</u>	本表為同意書，與病人權利較不相關，故刪除部分文字。
壹、	壹、試辦服務對象及收費標準：經醫師診斷或轉介之末期癌症病患、末期運動神經元疾病患者及下列疾病末期病人包括：老年期及初老期器質性精神病態(失智症)、其他大腦變質、心臟衰竭、慢性氣道阻塞疾病，他處未歸類者、肺部其他疾病、慢性肝病及肝硬化、急性腎衰竭，未明示者、慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者等疾病患者；經原照護團隊醫師評估為末期病人，且病人或家屬同意接受安寧共同照護服務並簽署本服務同意書者。	壹、 試辦 服務對象及收費標準：經醫師診斷或轉介之末期癌症病患、末期運動神經元疾病患者及下列疾病末期病人包括：老年期及初老期器質性精神病態(失智症)、其他大腦變質、心臟衰竭、慢性氣道阻塞疾病，他處未歸類者、肺部其他疾病、慢性肝病及肝硬化、急性腎衰竭，未明示者、慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者等疾病患者； 經原照護團隊醫師評估為末期病人 ，且病人或家屬同意接受安寧共同照護服務並簽署本服務同意書者。	本項係說明服務對象，與收費標準無關，故刪除相關文字，餘酌增修文字。
新增本項		貳、安寧共同照護說明 「安寧共同照護」是指在住院中之病人有安寧療護服務之需求，可由原照護病人之醫療團隊之醫護人員照會同院之「安寧共同照護」醫療團隊，藉由安寧共照團隊人員依病人之病況，提供適宜之安寧照護服務。	為增加病人對安寧共同照護之認識，故新增本項。
貳	貳、服務項目：承辦安寧共同照護之團隊應提供下列之服務： 1. 症狀控制： (1) 提供疼痛、呼吸困難、噁心、嘔吐、腹脹便秘、意識混亂等常見末期症狀之適當藥物處置之建議。 (2) 對末期運動神經元患者提供疼痛、虛弱、肌肉痙攣等相關症狀之適當藥物處置建議。 2. 協助其他療護處置及病患身體照護（如噴霧處置、水腫按摩、腹部按摩、傷口換藥等）；舒適護理指導（如移位、翻身擺位、床上擦澡、床上洗頭、美足護理、放鬆療法、皮膚護理、口腔護理、被動運動）及其他療護指導（如飲食指導、復	參、服務項目：承辦安寧共同照護之團隊評估應依病人之需求提供以下 <u>參、服務項目：承辦安寧共同照護之團隊評估應依病人之需求提供以下</u> 之服務： 1. 症狀控制： (1) 提供疼痛、呼吸困難、噁心、嘔吐、腹脹便秘、意識混亂等常見末期症狀之適當藥物處置之建議。 (2) 對末期運動神經元患者提供疼痛、虛弱、肌肉痙攣等相關症狀之適當藥物處置建議。 2. 協助其他療護處置及病患身體照護（如噴霧處置、水腫按摩、腹部按摩、傷口換藥等）；舒適護理指導（如移位、翻身擺位、床上擦澡、床上洗頭、美足護理、放鬆療法、皮膚護理、口腔護理、被動運動）及其他療護指導	1. 修訂部分標題文字。 2. 第1點整併文字：因現行安寧療護收案對象已放寬至8大非癌症病人，爰整併(1)及(2)各項症狀控制。 3. 第2-5點文字維持，未修訂。

項次	現行同意書	建議修訂同意書	說明								
	<p>健指導等)。</p> <p>3. 協助病人及家屬心理社會靈性需求之照護及轉介(如支持與傾聽、協助生命回顧、協助心願達成、生命意義之討論、人際關係的修復等)。</p> <p>4. 協助病人及家屬病情認知及重要療護模式之決策(如病情告知之技巧、DNR簽署決策、管路置入、營養與水分之取捨、及善終與出院準備等)。</p> <p>5. 促進病人或家屬彼此間的溝通及與醫療團隊間的溝通。</p>	<p>(如飲食指導、復健指導等)。</p> <p>3. 協助病人及家屬心理社會靈性需求之照護及轉介(如支持與傾聽、協助生命回顧、協助心願達成、生命意義之討論、人際關係的修復等)。</p> <p>4. 協助病人及家屬病情認知及重要療護模式之決策(如病情告知之技巧、DNR簽署決策、管路置入、營養與水分之取捨、及善終與出院準備等)。</p> <p>5. 促進病人或家屬彼此間的溝通及與醫療團隊間的溝通。</p>									
參	<p>參、試辦計畫支付費用之規定</p> <p>1. 照護期限之計算，每一個案於收案醫院首次接受安寧共同照護之日起算，以1個月為限，超過1個月者，若病情需要申請延長照護，應經「安寧共同照護小組」診斷並填具安寧共同照護延長照護申請書提出專案申請，送本保險人核備。</p> <p>2. 病人或家屬得隨時要求停止安寧共同照護服務。</p>	<p>肆、民眾的權益 試辦計畫支付費用之規定：</p> <p>1. 照護期限之計算，每一個案於收案醫院首次接受安寧共同照護之日起算，以1個月為限，超過1個月者，若病情需要申請延長照護，應經「安寧共同照護小組」診斷並填具安寧共同照護延長照護申請書提出專案申請，送本保險人核備。</p> <p>病人或家屬得隨時要求停止安寧共同照護服務。</p>	<p>本項與支付費用無關，故刪除標頭文字，修改為民眾權益；另為避免民眾誤會有住院天數規定，故刪除第1項文字。</p>								
簽名	<p>本人已充分了解加入全民健康保險安寧共同照護試辦方案病人之權利義務，並同意接受服務。</p> <p>病人(或代理人)簽章：_____</p> <p>關係：_____ 日期：_____年____月____日</p> <p>解說醫護人員簽名：_____</p> <p>日期：_____年____月____日</p> <table border="1" data-bbox="204 1639 667 1695"> <tr> <td>文件編號</td> <td></td> <td>版次</td> <td>01</td> </tr> </table>	文件編號		版次	01	<p>本人已充分了解加入全民健康保險安寧共同照護試辦方案病人之權利義務，並同意接受服務。</p> <p>病人(或代理人)簽章：_____</p> <p>關係：_____ 日期：_____年____月____日</p> <p>解說醫護人員簽名：_____</p> <p>日期：_____年____月____日</p> <table border="1" data-bbox="722 1639 1185 1695"> <tr> <td>文件編號</td> <td></td> <td>版次</td> <td>01</td> </tr> </table>	文件編號		版次	01	<p>未修訂。</p>
文件編號		版次	01								
文件編號		版次	01								

討論事項

第二案

提案單位：健保署醫務管理組

案由：有關支付標準以包裹給付過程面必須使用之「單一使用拋棄式生檢鉗或組織夾」等 2 項特材之支付標準編號 28030C 及 72050B 二項診療項目調整案，提請討論。

說明：

- 一、依本署 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）規定略以，各項手術、治療處置、檢驗檢查之一般材料費，包含於支付點數，不可再向保險對象收取費用。據此，本署規劃過程面使用之特殊材料，包裹於診療項目支付點數，不得向民眾收取費用。
- 二、旨揭「單一使用拋棄式生檢鉗或組織夾」等 2 項特材與相關專科醫學會討論溝通，建議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 103 年第 7 次支付標準專家諮詢會議，按會議結論建議如下：
 - （一）單一使用拋棄式生檢鉗或組織夾乙項：
 1. 用於調整支付標準診療項目編號 28030C「內視鏡切片」乙項診療項目支付點數，申報醫令量約 19 萬件（詳后附件 2-1，P74）。
 2. 特材價格按本署訪價各層級院所結果（詳后附件 2-1，P74），平均價格 589 元*1.05（特材管理作業費用 5%）為 619 點計算。

3. 上開建議包裹支付點數（表列材料費之%，採無條件進位後）為 619 點，其餘附件 2-2，P75，增修後健保增加支出約 1.46 億元。

（二）單一使用拋棄式先端部固定環乙項：

1. 用於調整支付標準診療項目編號 72050B「內視鏡黏膜切除術（EMR）」，申報醫令量同附件 2-1，P74。
2. 特材價格按本署訪價各層級院所結果同附件 2-1，P74，平均價格 747 元*1.05（特材管理作業費用 5%）為 784 點計算。
3. 上開建議包裹支付點數（表列材料費之%，採無條件進位後）為 784 點，（詳附件 2-3，P76），增修後推估健保增加支出約 1 百萬元。
4. 另查 102 年 1 月 1 日公告實施本項支付標準之 53% 一般材料費，已包含單一使用拋棄式息肉切除線圈之費用，故併同本項支付標準註 3.一併註明（詳附件 2-4，P77）。

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，截至目前為止增修支付標準已完成研議項目，預估健保增加支出約 7.97 億元，尚未執行預算約 4.34 億元。本案增修旨揭支付標準編號 28030C 及 72050B，全年預估支出 1.47 億元。

擬辦：本案經討論後如獲同意，擬增訂支付標準（同附件 2-4，P77），
並依程序報請衛生福利部核定後公佈實施。

支付標準以包裹給付過程面必須使用之「單一使用拋棄式生檢鉗或組織夾」
等 2 項特材訪價結果表

一、單一使用拋棄式生檢鉗或組織夾

診療項目	層級別	102 年申報醫令量	訪價院所數	實際回覆院所數	平均價格(元)	備註
28030C	醫學中心	75,352	22	20	548.0	
	區域醫院	89,841	10	9	592.0	
	地區醫院	28,844	10	8	708.0	
總計		194,037	42	37	589.0	總計平均價格係為各層級整體回覆價格/整體回覆項次計算。

二、單一使用拋棄式先端部固定環

診療項目	層級別	102 年申報醫令量	訪價院所數	實際回覆院所數	平均價格(元)	備註
72050B	醫學中心	648	22	20	747.0	
	區域醫院	445	2	2		排除未回覆或提供資料錯誤
	地區醫院	75				
總計		1,168	24	22	747.0	總計平均價格係為各層級整體回覆價格/整體回覆項次計算

附表、增修支付標準編號 28030C 及研議採包裹給付、單一支付點數之健保財務衝擊分析表

單位：元

項次	編號	中英文名稱	支付標準			特殊材料			建議包裹支付，內含過程面特材之建議支付點數	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											
			表列支付點數	一般材料費	健保申報方式	現行健保支付點數	健保給付	過程面需使用之特材				102年申報件數	申報件數成長率以5%推估之件數	平均支付成數	預估增加支出預算								
			a	b	c	d=(a+b)*c	特材品項	支付點數				項目	數量	訪價後之平均價格	訪價後之平均價格(加計特材管理作業費用5%)	g=f*1.05	h=d+g	i=Σ(a*c)	j=Σ(b*c)+g	%=j/i*100	k=i*(1+%)	l=k-d	m
1	28030C	經內視鏡切片(每一診次)	290			290			單一使用拋棄式生檢鉗或組織夾	1	589	619	909	909				909	619	224,967	236,216	1.00	146,217,704
總計																						146,217,704	

附表、增修支付標準編號 72050B 及研議採包裹給付、單一支付點數之健保財務衝擊分析表

單位：元

項次	編號	中英文名稱	支付標準				特殊材料				建議包裹支付，內含過程面特材之建議支付點數	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									
			表列支付點數	一般材料費	健保申報方式	現行健保支付點數	健保給付	過程面需使用之特材						表列支付點數	表列材料費(點)(無條件進位)	表列材料費(%) (無條件進位)	每一個案包裹支付點數	102年申報件數	申報件數成長率以5%推估之件數	平均支付成數	預估增加支出預算		
								特材品項	支付點數	項目												數量	訪價後之平均價格
a	b	c	d=(a+b)*c			e	f	g=f*1.05	h=d+g	i=Σ(a*c)	j=Σ(b*c)+g	%=j/i*100	k=i*(1+%)	l=k-d	m	n	o=l*m*n						
1	72050B	內視鏡黏膜切除術(EMR)	8,199	4,345	1	12,544				單一使用拋棄式先端部固定環	1	747	784	13,328	8,199	5,129	63%	13,364	820	1,172	1,231	1.00	1,009,092
總 計																	1,009,092						

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

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
28030C	經內視鏡切片(每一診次) Endoscopic biopsy, each exam. <u>註：內含一般材料費及單一使用之拋棄式生檢針及組織夾費用。</u>	v	v	v	v	290 <u>909</u>

第七節 手術

第七項 消化器 Digestive System

三、胃 Stomach (72001-72050)

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
72050B	內視鏡黏膜切除術 註： 1.適應症： (1)超過 2 公分無莖型之胃腸道息肉或黏膜病灶。 (2)早期胃腸道癌症(包括食道、胃、十二指腸、大腸、直腸)。 (3)胃腸道黏膜下腫瘤，如類癌(carcinoid)。 2.相關規範：不得同時申報之診療項目及編號：28016C、28017C、28030C、28031C、47074C、49014C、47043B、49026C、49023C、73008B、74207C。 <u>3.內含一般材料費及拋棄式息肉切除環與先端部固定環費用，得另加計 63%。</u>		v	v	v	8199 <u>13364</u>

討論事項

第三案

提案單位：健保署醫務管理組

案由：104 年全民健康保險國際疾病分類第十版（ICD-10-CM/PCS）

編碼實作獎勵方案（草案），提請討論。

說明：

- 一、依據衛生福利部全民健康保險會 103 年 9 月 26 日、27 日召開之 104 年全民健康保險醫療費用總額協商結果辦理。
- 二、查 104 年度其他預算編列「ICD-10-CM/PCS 編碼」250 百萬元，應於 105 年全面以 ICD-10-CM/PCS 申報，新增方案於 103 年 12 月底前完成相關程序，並於 104 年 6 月底前提送執行成果(詳后附件 3-1，P82~P83)。
- 三、為因應本署 105 年 1 月 1 日門住診全面改以 ICD-10-CM/PCS 申報並考量醫院雙軌申報因應能力及鼓勵醫院實作，104 年方案內容以原 103 年方案修訂，修訂重點如下：
 - (一) 採用之 ICD-10-CM/PCS 編碼版本，自 104 年 7 月起限 2014 年版本。
 - (二) 除原醫院住診案件外，增加西、中、牙醫門診定額獎勵，即西、中、牙醫診所除原以 ICD-9-CM 編碼外，另以 ICD-10-CM/PCS 編碼，於 104 年 7-10 月中，任 1 月次月 30 日前於本署「健保資訊網服務系統（VPN）」之「ICD-10-CM/PCS 預檢醫療費用申報資料上傳」作業區，依

現行醫療費用申報格式申報，並通過預檢檢核，即給予定額獎勵金 5,000 元，依據 103 年 10 月健保特約家數統計，西醫診所計 10,200 家(含婦產科診所 375 家)、中醫診所 3,372 家、牙醫診所 6,500 家，以每家定額獎勵 5,000 元計算，所需預算粗估約需 1.004 億元(詳后附件 3-2，P84)。

- (三) 醫院住診獎勵標準，除原 2 項標準即 1.無效碼案件數不得大於當月申報 ICD-10-CM/PCS 編碼案件之 5%，2.須上傳 2 項「疾病分類品質稽核指標」外，增加標準 3：104 年 7-10 月任 1 月除原以 ICD-9-CM 編碼外，另以 ICD-10-CM/PCS 編碼於「健保資訊網服務系統 (VPN)」之「ICD-10-CM/PCS 預檢醫療費用申報資料上傳」作業區，依現行醫療費用申報格式申報，並通過預檢程式檢核，未通過或未進行預檢程式檢核者，不核發本方案獎勵金，已核發獎勵金者，則追扣已核發之全部獎勵金。
- (四) 醫院住診獎勵點數不變，全年預算扣除西、中、牙醫診所之定額費用後，預算約 1.5 億元，以本方案 103 年 7-9 月結算資料推估全年，點值約為 0.8591(詳后附件 3-3，P85)。
- (五) 本項專款預算按季採浮動點值計算暫結，且每點不高於 1 元。年底時進行結算，以全年預算扣除西、中、牙醫診所之定額費用後，醫院住診皆採浮動點值計算，且每點金額不高於 1 元。

(六) 其餘內容僅修訂部分文字，擬定方案(草案)(詳后附件 3-4，
P86~P90)。

四、 本案將報請衛生福利部核定後，自公告日起實施。

擬辦：

表 5 104 年度其他預算協定項目表

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	0.0	請於 104 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	3,714	-54	1.用於助產所、護理之家照護、居家照護、在宅醫療、精神疾病社區復健及安寧居家療護等所需經費。 2.請於 103 年 12 月委員會議說明擬調整支付標準項目與作業時程，並於 104 年 6 月底前提送執行情形。
全民健保高診次民眾就醫行為改善方案-藥師居家照護	54	54	1.以輔導至少 7,000 人為目標。 2.請於 104 年 6 月底前提送執行成果及成效評估報告。
支應醫院總額罕見疾病與血友病藥費及器官移植、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	0.0	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	1,100.0	100.0	1.用於「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」3 億元、「論人計酬試辦計畫」3 億元，「跨層級醫院合作計畫」1 億元，及「提升急性後期照護品質試辦計畫」4 億元。 2.新增方案原則於 103 年 12 月底前完成相關程序，各計畫請於 104 年 6 月底前提送執行成果及成效評估報告(新增方案僅需提供初步執行結果)。
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
ICD-10-CM/PCS 編碼	250	149.5	1.應於 105 年全面以 ICD-10-CM/PCS 申報。 2.計畫請於 103 年 12 月底前完成相關程序，並於 104 年 6 月底前提送執行成果。
鼓勵醫療院所即時 查詢病患就醫資訊 措施	2,200.0	0.0	1.本計畫原則以 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。 2.請於 104 年 6 月底前提送執行成果及成效評估報告。
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 104 年 6 月底前提送執行成果及成效評估報告。
慢性腎臟病照護及 病人衛教計畫	404.0	0.0	1.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 104 年 6 月底前提送執行成果及成效評估報告。
提升保險人管理效 率	285.0	285.0	1.本計畫須報經衛生福利部法制單位通過後始得動支。 2.請於 104 年 6 月底前提送初步執行結果。
總計	11,316.9	534.5	

註：採支出目標制，由中央健康保險署管控。

附件 3-2

醫事服務機構	家數	每家定額費用	小計
西醫診所	9,825	5,000 元	49,125,000 元
婦產科診所	375	5,000 元	1,875,000 元
中醫診所	3,372	5,000 元	16,860,000 元
牙醫診所	6,500	5,000 元	32,500,000 元
總計	20,072	5,000 元	100,360,000 元

附件 3-3

	103 年 7-9 月核發獎勵金	推估 104 年獎勵金	104 年預算	點值預估
醫學中心	12,755,240	51,020,960	250,000,000-100,360,000 元 =149,640,000 元	149,640,000/174,176,080 =0.8591
區域醫院	21,975,800	87,903,200		
地區醫院	8,812,980	35,251,920		
合計	43,544,020	174,176,080		

103104 年全民健康保險特約醫院國際疾病分類第十版(ICD-10-CM/PCS)編碼實作獎勵方案

- 壹、依據：全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。
- 貳、預算：103104 年度全民健康保險醫療給付費用總額「其他預算」中之「ICD-10- CM/PCS 編碼」專款項目，全年預算 100.5250 百萬元。
- 參、目的：鼓勵本保險特約醫療院所重視國際疾病分類第十版(以下稱 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：提供全民健康保險住診服務之本保險特約醫院及門診服務之西、中、牙醫診所。
- 伍、資料申報與獎勵標準：

一、資料申報醫院住診

(一) 申報方式

醫院於次月 30 日前依保險人規定之格式，於「健保資訊網服務系統 (VPN)」批次上傳該月申報之 ICD-10-CM/PCS 編碼案件。所採用之 ICD-10-CM/PCS 編碼，104 年 1-6 月須為保險人公告之 2010 年、2014 年版本或美國公告之 2014 年版本，104 年 7 月起須為保險人公告之 2014 年版本。

(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
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，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 實際編碼人員數,每月 ICD-10-CM/PCS 編碼之出院病歷數, ICD-10-CM/PCS 實際編碼人員數。
 - (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) 保險人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，同保險人醫療費用申報格式，診斷及處置代碼依原編碼格式登錄（不含小數點）。

(三) 錯誤編碼案件之處理：經保險人進行有效碼檢核認為屬無效碼者，由保險人每月將編碼錯誤報表回饋醫院。

二、西、中、牙醫診所門診

(一) 申報方式

西、中、牙醫診所除原以 ICD-9-CM 編碼外，另以 ICD-10-CM/PCS 編碼，於 104 年 7-10 月中，任 1 月次月 30 日前於本署「健保資訊網服務系統 (VPN)」之「ICD-10-CM/PCS 預檢醫療費用申報資料上傳」作業區，依現行醫療費用申報格式申報。所採用之 ICD-10-CM/PCS 編碼，須為保險人公告之 2014 年版本。

(二) 上傳格式

1. 同本署醫療費用申報格式。

2. 注意事項：

(1) 同一月份資料可整批上傳多次，以後傳資料覆蓋前次上傳資料。

(2) 檔案格式之各項名詞定義，同保險人醫療費用申報格式，診斷及處置代碼依原編碼格式登錄（不含小數點）。

陸、獎勵標準及獎勵金計算方式

一、醫院住診

→ (一) 獎勵標準

103104 年特約醫院每月（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 編碼之案件中，無效碼案件數不得大於當月申報 ICD-10-CM/PCS 編碼案件之 5%，大於 5% 者，該月不核發獎勵金。

標準 2：醫院須每月於保險人「健保資訊網服務系統 (VPN)」填報以下二項「疾病分類品質稽核指標」：

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 ÷ 實際編碼人員數

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 ÷ 實際編碼人員數

標準 3：104 年 7-10 月任 1 月除原以 ICD-9-CM 編碼外，另以 ICD-10-CM/PCS 編碼於「健保資訊網服務系統 (VPN)」之「ICD-10-CM/PCS 預檢醫療費用申報資料上傳」作業區，依現行醫療費用申報格式申報，並通過預檢程式檢核，未通過或未進行預檢程式檢核者，不核發本方案獎勵金，已核發獎勵金者，則追扣已核發之全部獎勵金。

(二) 獎勵金計算方式

1. 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 (排除案件分類 AZ 及 DZ 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 (排除案件分類 AZ 及 DZ 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。

2. 本預算按季以每點 1 元暫支，年度結束後全年結算，採浮動點值支付，且每點支付金額不高於 1 元。

二、西、中、牙醫診所門診

(一) 獎勵標準

西、中、牙醫診所除原以 ICD-9-CM 編碼外，另以 ICD-10-CM/PCS 編碼，於 104 年 7-10 月中，任 1 月次月 30 日前於本署「健保資訊網服務系統 (VPN)」之「ICD-10-CM/PCS 預檢醫療費用申報資料上傳」作業區，依現行醫療費用申報格式申報，並通過預檢檢核。

(二) 符合獎勵之院所，每家給予定額獎勵金 5,000 元，採全年結算 1 次。

三、本項專款預算按季採浮動點值計算暫結，且每點不高於 1 元。年底時進行結算，以全年預算扣除西、中、牙醫診所之定額費用後，醫院住診皆採浮動點值計算，且每點金額不高於 1 元。

三、錯誤編碼案件之處理：經保險人進行有效碼檢核認為屬無效碼者，由保險人每月將編碼錯誤報表回饋醫院。

四、為了解方案執行成效，本方案公告實施 3 個月後，保險人應就執行狀況進行檢討。

陸柒、獎勵金計算方式及核付流程如后附表：

一、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。

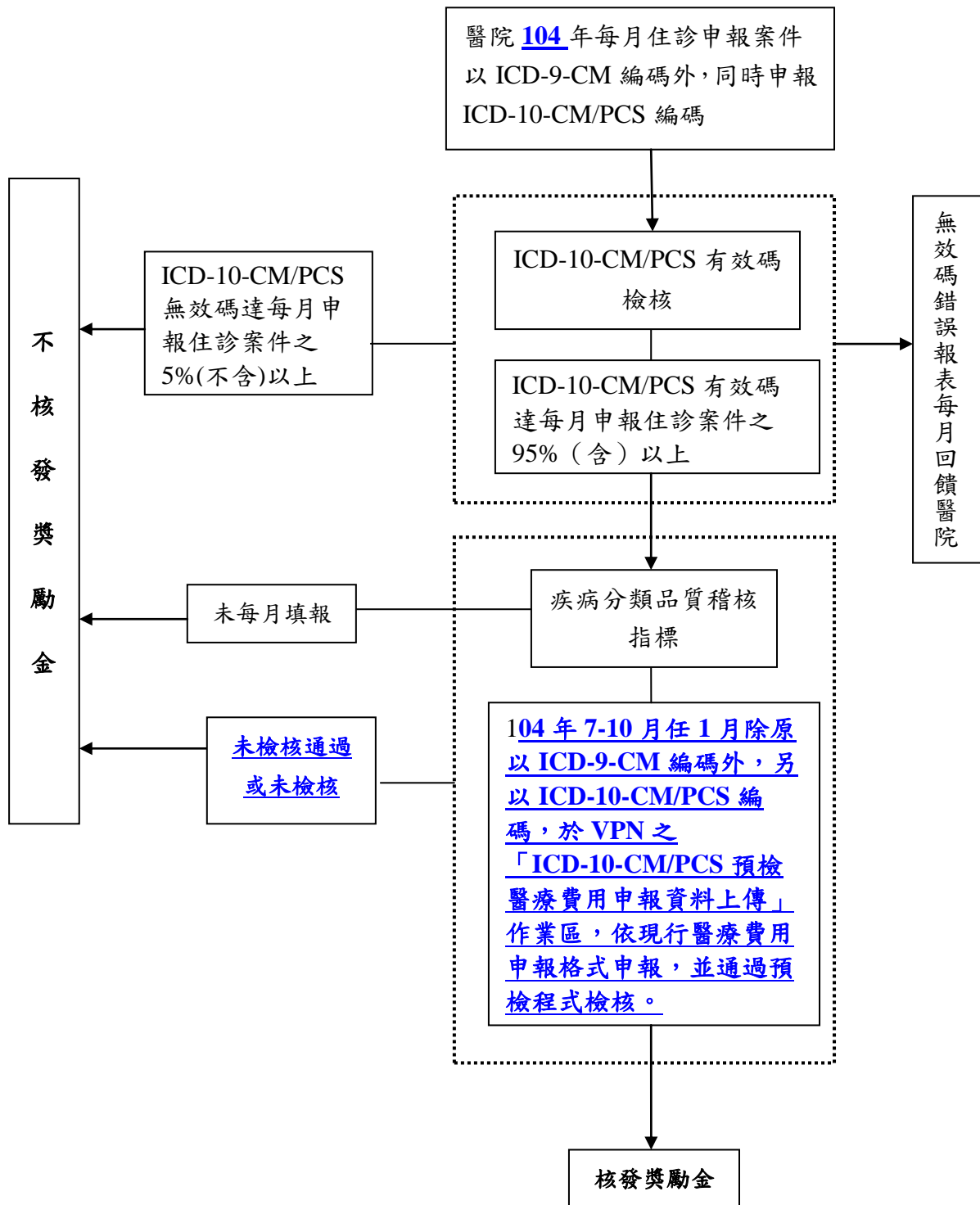
二、獎勵金結算方式：本預算按季以每點 1 元暫付，年度結束後，全年結算，採浮動點值支付，且每點支付金額不高於 1 元。

三、獎勵金核付流程，如下圖：

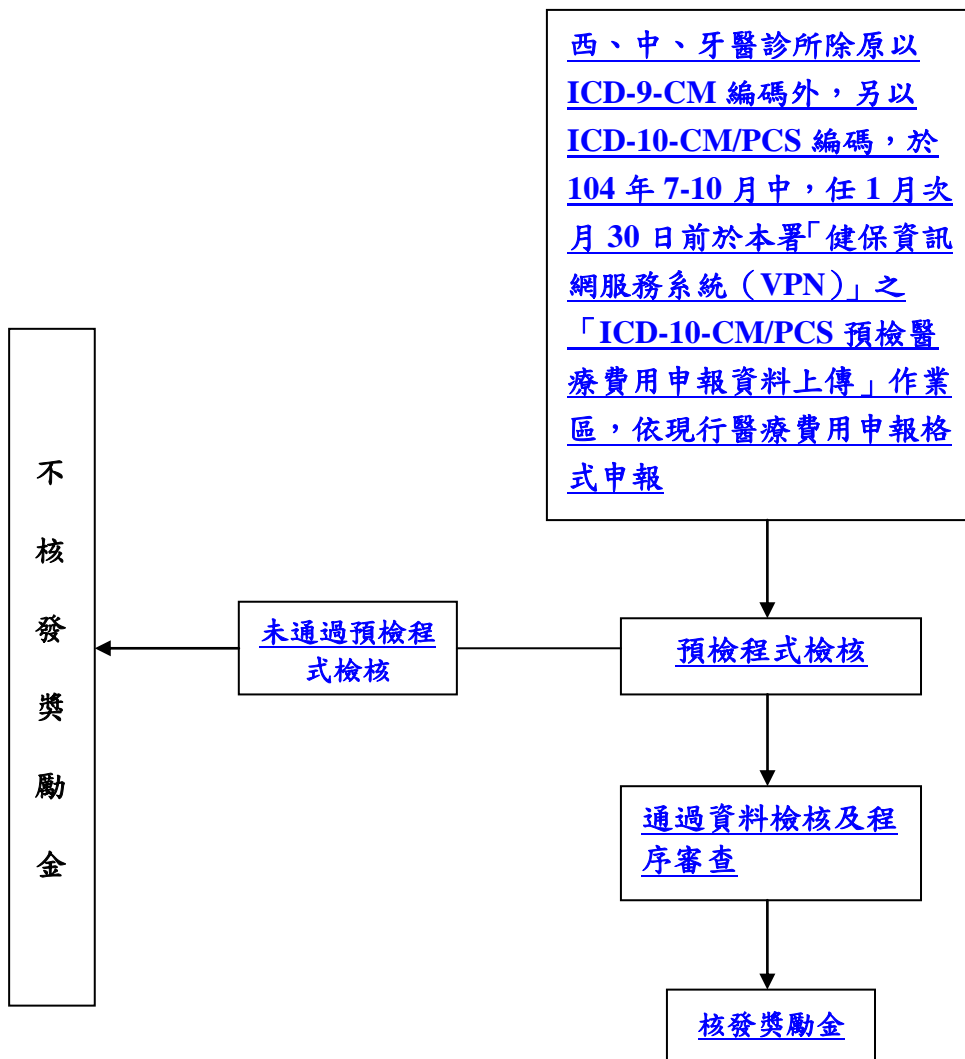
柒捌、本方案由保險人報請主管機關核定後公告實施，並送健保會備查。屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。

附表、獎勵金核付流程

【醫院住診】



【西、中、牙醫診所門診】



討論事項

第四案

提案單位：健保署醫務管理組

案由：有關 TW-DRGs 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相對應之處置代碼案。

說明：

- 一、近日有醫院申報乳癌個案使用 L02 荷爾蒙製劑注射治療（申報處置碼：99.24 其他荷爾蒙之注射）遭系統檢核剔退，爰建議新增是類個案「使用荷爾蒙注射劑治療對應之處置碼 99.24（其他荷爾蒙之注射）」。
- 二、經查 99 年 11 月 11 日「全民健康保險醫療給付協議會議」（以下稱給付協議會議）會議紀錄第八案結論二，「本署於網頁公佈之『Tw-DRGs 支付方案問答輯』中，表列化療個案核實申報之化療藥品項目，包括 ATC 碼 L01(ANTINEOPLASTIC AGENTS)、L02(ENDOCRINE THERAPY)及 L03(IMMUNOSTIMULANTS)部分項目，供醫院查詢。」（如附件），惟另查 TW-DRGs 支付通則第六之（六）第 3 點規定，符合旨揭核實申報項目之化療藥品相對應之處置代碼為 99.25（癌病化學治療物質之注射或輸入），不包含 99.24（其他荷爾蒙之注射）。
- 三、經以 102 年申報資料分析結果，102 年申報次診斷為癌

症病患共 38.6 萬件，其中 19.7 萬件（約 32 億點）係化學治療（處置代碼 9925）或化學治療合併荷爾蒙治療（處置代碼 9925+9924）採核實申報。另以 DRG 範圍資料統計次診斷為癌症且僅採荷爾蒙療法（處置代碼 9924）之個案共有 33 件得核實申報點數約 16 萬點。

四、考量荷爾蒙製劑（ATC 前 3 碼為 L02）雖非屬化療藥品（ATC 前 3 碼為 L01），惟臨床上荷爾蒙療法亦為部分癌症治療方式之一，且經 99 年 11 月 11 日給付協議會議討論通過 L01、L02 及 L03 部分項目同列為化療個案核實申報之化療藥品項目，依前項資料分析結果估計每年增加核實申報點數僅約 16 萬點，爰擬建請同意新增「次診斷為癌症及性態未明腫瘤之個案核實申報之化療處置碼「99.24 其他荷爾蒙之注射」，併同修訂支付通則（詳后附件 4-1，P93～P97）。

擬辦：本案經討論後如獲同意，擬修訂 TW-DRGs 支付通則，並依程序報請衛生福利部核定後公布實施（詳后附件 4-1，P93～P97）。

第七部 全民健康保險住院診斷關聯群 (Taiwan Diagnosis Related Groups, Tw-DRGs)

第一章 Tw-DRGs 支付通則

一、名詞定義

(一)相對權重(Relative Weight, 以下簡稱 RW)：

1. 計算資料排除通則三所列不適用本部支付標準之案件、通則六之(六)得另行核實申報點數、通則六之(七)依「DRG 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」(附表 7.1)規定加計額外醫療點數。
2. 計算資料之基本診療項目支付點數以地區醫院支付標準校正。
3. 計算公式：「某 Tw-DRG 平均每人次點數/全國平均每人次點數」。

(二)標準給付額 (Standardized Payment Rate, 以下簡稱 SPR)：

1. 計算資料排除通則三所列不適用本部支付標準之案件、通則六之(三)超過上限臨界點之醫療服務點數、通則六之(六)得另行核實申報點數、通則六之(七)依「DRG 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」(附表 7.1)規定加計額外醫療點數。
2. 計算公式：「全國合計點數/全國總權重」並經調整之給付值。
3. SPR 係按「實施前後總點數中平原則」及「超過上限臨界點之支付點數占總 Tw-DRG 支付點數之 5.1%原則」計算之「標準給付額」。

(三)病例組合指標(Case Mix Index, 以下簡稱 CMI)：

CMI 值計算公式： $\Sigma(\text{各 DRG 案件數} * \text{各 DRG 相對權重}) / \text{DRG 總案件數}$ 。

(四)主要疾病類別 (Major Diagnostic Category, 以下簡稱 MDC)：Tw-DRG 之主要疾病類別為 PRE MDC、MDC1 至 MDC24，其內容及 Tw-DRG 分類條件如「全民健康保險住院診斷關聯群分類手冊(以下稱 TW-DRG 分類手冊)」。

(五)醫療服務點數上限臨界點：各 Tw-DRG 之上限臨界點，係以「實施前後總點數中平」及「全國超過上限臨界點部分之總支付點數占率為 5.1%」原則計算之各 Tw-DRG 之相同百分位值。

(六)醫療服務點數下限臨界點：各 Tw-DRG 之下限臨界點，以該 Tw-DRG 醫療服務點數之 2.5 百分位值訂定。

(七)醫療服務點數：醫事服務機構依據本標準及全民健康保險藥物給付項目及支付標準，申報其所提供醫療服務之點數。

(八)幾何平均住院日：依相對權重計算範圍之資料，計算各 DRG 之幾何平均住院日，病患所需之住院日數應由臨床醫師專業判斷，若病患病情尚未穩定或治癒，各特約醫院不得以此要求病患出院；若經醫師認定應出院者，病患亦不得以此要求繼續住院。

二、各 Tw-DRG 之給付，已包含當次住院屬本標準及全民健康保險藥物給付項目及支付標準所訂各項相關費用，特約醫療院所不得將屬當次住院範圍之相關費用移轉至門診或

急診申報，或採分次住院，或除病患同意使用符合「全民健康保險保險醫事服務機構收取自費特材費用規範」規定之特材外，另行向保險對象收取給付範圍費用，違反本項規定者，整筆醫療費用不予支付。

三、下列案件不適用本部支付標準：

- (一)主診斷為癌症(140.XX-176.XX、179.XX-208.XX、V58.0、V58.1、V67.1、V67.2)、主診斷為性態未明腫瘤(235.XX、236.XX、237.XX、238.XX)案件。
- (二)主或次診斷為臟器移植併發症及後續住院(996.8X、V42.XX)案件。
- (三)MDC19、MDC20之精神科案件。
- (四)主或次診斷為愛滋病(042)、凝血因子異常(286.0-286.3、286.7)及衛生福利部公告之罕見疾病案件。
- (五)試辦計畫案件。
- (六)住院日超過30日之案件。
- (七)使用 Extracorporeal Membrane Oxygenation(ECMO)(處置碼 39.65)之案件。
- (八)住院安寧療護案件。
- (九)其他非屬「醫院醫療給付費用總額」範圍之案件。
- (十)使用主動脈內氣球幫浦(IABP)個案。
- (十一)生產有合併植入性胎盤(656.7X、666.0X、666.2X、667.0X、667.1X)、產後大出血(666.1X)或產後血液凝固缺損(666.3X)之案件。

四、參與各項醫療給付改善方案、試辦計畫，依其所訂支付標準申報，不適用本部各章節支付標準。

五、符合本標準第六部「論病例計酬」所訂條件之案件，應依本章通則所訂時程及支付標準優先適用。

六、各案件依全民健康保險住院診斷關聯群分類表認定 Tw-DRG 後，依下列原則計算 Tw-DRG 支付點數：

- (一) 實際醫療服務點數低於下限臨界點者，應核實申報。
- (二) 實際醫療服務點數在上、下限臨界點範圍內者，計算公式如下：
 1. Tw-DRG 支付定額 = $RW \times SPR \times (1 + \text{基本診療加成率} + \text{兒童加成率} + \text{CMI 加成率} + \text{山地離島地區醫院加成率})$ 。
 2. 基本診療加成率：依據本標準第一部總則二規定，依醫療機構與保險人簽定合約之特約類別：
 - (1) 醫學中心，加成率 7.1%。
 - (2) 區域醫院，加成率 6.1%。
 - (3) 地區醫院，加成率 5.0%。
 3. 兒童加成率：
 - (1) MDC15：「年齡小於 6 個月者」為 23%；「年齡大於等於 6 個月，小於 2 歲者」為 9%；「年齡大於等於 2 歲，小於等於 6 歲者」為 10%。

(2)非 MDC15。

a.內科系 Tw-DRG：「年齡小於 6 個月者」為 91%；「年齡大於等於 6 個月，小於 2 歲者」為 23%；「年齡大於等於 2 歲，小於等於 6 歲者」為 15%。

b.外科系 Tw-DRG：「年齡小於 6 個月者」為 66%；「年齡大於等於 6 個月，小於 2 歲者」為 21%；「年齡大於等於 2 歲，小於等於 6 歲者」為 10%。

(3)內外科系認定表詳見「TW-DRG 分類手冊」。

4. 病例組合指標Case Mix Index(CMI)加成率：各醫院依據保險人公布之CMI值及下列成數加成。

(1)CMI值大於1.1，小於等於1.2者，加成1%。

(2)CMI值大於1.2，小於等於1.3者，加成2%。

(3)CMI值大於1.3，加成3%。

(4)各醫院CMI值依各醫院全部住院案件(不含精神病患、入住RCW及一般病房之呼吸器依賴患者)為基礎計算，由保險人每年年底公布，依前一年醫療服務點數計算之結果，並於次年適用。變更負責醫師或權屬別之醫院得向本保險之分區申請同意後比照原醫事機構代號之CMI值，資料統計期間後新設立醫院不得申請比照事宜。

5. 山地離島地區之醫院加成率：2%。

(三) 實際醫療服務點數高於點數上限臨界點者，計算方式如下：

1. 年齡小於 18 歲之先天性疾病個案，超過上限臨界點之實際醫療服務點數全數支付。先天性疾病個案係指主診斷為 740.XX~759.XX(不包括 744.43、744.46、744.47、744.49、750.0、750.12、750.13、750.21、750.22、750.23、750.24、750.25、752.51、752.52、752.69、757.39)、478.33、389.11、389.9。

2. 非本項第 1 點個案，按第(二)項原則計算之金額，加上超過上限臨界點部分之 80% 支付，即 Tw-DRG 支付定額+(實際醫療服務點數-醫療服務點數上限臨界點)*80%；實際醫療服務點數高於點數上限臨界點，且 TW-DRG 支付定額高於上限臨界點但低於實際醫療服務點數之個案，上限臨界點以 TW-DRG 支付定額計算；實際醫療服務點數高於點數上限臨界點，惟 TW-DRG 支付定額高於實際醫療服務點數之個案，不得計算超過上限臨界點支付數。

(四) 一般自動出院或轉院個案，若其住院日數小於「該 Tw-DRG 幾何平均住院日」且實際醫療服務點數介於上下限臨界點範圍內者，依前述(二)公式計算之 Tw-DRG 支付定額，除以該 Tw-DRG 幾何平均住院日數，論日支付。

(五) 死亡及病危自動出院個案，依前述(一)至(三)項計算。

(六) 下列項目得另行核實申報不含於 DRG 支付點數，其點數亦不得計入本通則六所稱實際醫療服務點數計算。

- 1.生產 DRG 之權重僅計算當次產婦及一人次新生兒費用，新生兒如為雙胞胎以上得另計一人次新生兒費(多胞胎類推)。
 - 2.同次住院期間之安胎費用不併入生產相關 DRG，俟所屬 MDC 導入時按其適當 DRG 申報及支付。
 - 3.次診斷為癌症及性態未明腫瘤之個案核實申報之化療、放療費用，應符合下列三項要件：
 - (1)次診斷為癌症(140.XX-176.XX、179.XX-208.XX)或性態未明腫瘤(235.XX、236.XX、237.XX、238.XX)。
 - (2)處置碼包括化療(99.25，化療注射劑始需編處置碼)、荷爾蒙注射療法(99.24，荷爾蒙注射療法始需編處置碼)或放療(92.2X)。
 - (3)核實申報項目：化療之核實申報項目為支付標準代碼為 37005B、37025B、37031B~37041B，或個案使用之化療藥品。放療之核實申報項目為支付標準代碼為 36001B~36015B、36018B~36021C、37006B~37019B、37026B、37030B、37046B。
 - 4.使用呼吸器之個案核實申報之呼吸器費用，應符合下列二項要件：
 - (1)處置碼包含使用呼吸器(96.7X、93.90、93.91、93.99)。
 - (2)核實申報項目為支付標準代碼為 57001B~57002B、57023B)。
 - 5.施行洗腎之個案核實申報之洗腎費用，應符合下列二項要件：
 - (1)處置碼包含洗腎(39.95)。
 - (2)核實申報項目為支付標準代碼為 58001C。
 - 6.生物製劑。
 - (七) 使用新增全新功能類別特殊材料之個案，除依前述(一)至(三)、(六)項計算 DRG 支付點數及另行核實申報點數外，得依「DRG 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」(附表 7.1)規定加計額外醫療點數。
- 七、Tw-DRG 導入後申報醫療點數：本章通則六計算所得之 Tw-DRG 支付點數及通則六之(六)得另行申報項目之支付點數。

八、各 MDC 導入時程如下：

時程	DRG 或 MDC
第 1 階段(99 年 1 月 1 日起)	164 項 DRG(附表 7.2.1)
第 2 階段(103 年 7 月 1 日起)	MDC5、8、12、13、14 共 237 項 ^註 DRG(附表 7.2.2)
第 3 階段	(暫定)2、3、6、7、9、10
第 4 階段	(暫定)PRE、4、11、17、23、24
第 5 階段	(暫定)1、15、16、18、21、22

註：安胎相關之 6 項 DRG (DRG37901、37902、37903、38301、38302、384)、MDC5「循環系統」之 10 項 DRG(DRG11601、11602、11603、11604、11605、126、12701、12702、47804、47904)、MDC8「肌肉骨骼、肌肉系統及結締組織」之 7 項 DRG(DRG496、49701、49702、49801、49802、499、500)，第 2 階段暫不導入。

九、無權重之 Tw-DRG 應核實申報醫療服務點數，附表 7.3.1 及附表 7.3.2 註記※之 Tw-DRG 因個案數小於二十暫採核實申報醫療服務點數；依時程尚未導入之 MDC 案件，核實支付，俟導入後，依該年度之調整比率計算實際支付點數。

十、各 Tw-DRG 點值計算方式，依全民健康保險會年度總額協商結果辦理。

十一、本部各章節支付標準修訂時，跨月案件依出院日支付標準申報。

十二、若有經公認之新療法，醫事服務機構應檢具相關成本資料向保險人提出申請，由保險人評估後，先行訂定診療項目，供醫事服務機構適用，俟彙集項目及完整資料後，再依本法第四十一條第一項之程序辦理。

十三、各 TW-DRG 權重(RW)、幾何平均住院日、醫療服務點數上限臨界點、醫療服務點數下限臨界點及標準給付額(SPR)，由保險人每年年底依前一年醫療服務點數計算，並於次年適用。如附表 7.3.1 及附表 7.3.2。

十四、DRG 案件使用符合「全民健康保險保險醫事服務機構收取自費特材費用規範」之自費特材，其保險醫事服務機構收費及健保支付方式：

(一)病患同意使用符合上述規範之自費特材，保險醫事服務機構得收取該特材之全額自費。

(二)DRG 支付點數需扣除自費特材替代之原健保給付特材品項之支付點數，替代之特材品項由保險醫事服務機構自行併同醫療費用申報。

(三)併同醫療費用申報資料：自費特材(含不給付項目及不符適應症之個案)之品項代碼、單價、數量、收取自費總金額；替代之原健保給付特材品項代碼、支付單價、數量及支付點數。

(四)自費特材收取金額不得計入本通則六所稱實際醫療服務點數計算。

十五、「TW-DRG 分類手冊」請至保險人全球資訊網(網址 <http://www.nhi.gov.tw>)下載，其路徑為：首頁 > 主題專區 > DRG 住院診斷關聯群支付制度。

討論事項

第五案

提案單位：健保署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險急診品質提升方案」。

說明：資料後補。

擬辦：

討論事項

第六案

提案單位：健保署醫務管理組

案由：有關中華民國醫師公會全國聯合會針對「西醫基層院所合理門診量」提出之建議支付標準調整案乙案，提請討論。

說明：

一、依據 103 年 11 月 20 日「全民健康保險西醫基層總額研商議事會議」103 年第 3 次會議決議辦理。

二、現行「西醫基層院所合理門診量」規範如下：

(一) 基層院所每月實際看診日數不足 25 日（不含 25 日），應以日計；每月實際看診日數 25 日以上者，得以當月全月日數計。

(二) 每階段看診人次及支付點數（以未開處方或自行調劑為例）：

1、第一階段：1-25 人次，320 點；

2、第二階段：26-30 人次，250 點；

3、第三階段：31-50 人次，220 點；

4、第四階段：51-70 人次，160 點；

5、第五階段：71-150 人次，90 點；

6、第六階段：>150 人次，50 點。

三、中華民國醫師公會全國聯合會建議修訂重點：

(一) 基層院所每月實際看診日數不足 25 日（不含 25 日），應

以實際看診日數計；每月實際看診日數 25 日以上者，以 25 日計算合理量。

(二) 調整第一、二、五階段看診人次及第五階段支付點數（以未開處方或自行調劑為例）：

1、第一階段：1-30 人次，320 點；

2、第二階段：31-40 人次，250 點；

3、第三階段：41-60 人次，220 點；

4、第四階段：61-80 人次，160 點；

5、第五階段：81-150 人次，70 點；

6、第六階段：>150 人次，50 點。

四、本署依該會建議調整方案及 102 年申報資料進行模擬試算，結果如下：

(一) 調整方案醫療費用點數較原 102 年現行診察費醫療費用點數上升 0.4 億點，其中約 58% 院所調整方案醫療費用點數高於現行診察費（詳后附件 6-1，P104）。

(二) 除南區業務組外，其餘各分區業務組轄區西醫基層診所調整方案醫療費用點數均高於現行診察費，其中以台北業務組增加幅度最高（詳后附件 6-2，P105）。

(三) 開診天數超過 25 天且看診人次越多者，調整方案醫療費用點數呈現下降趨勢（詳后附件 6-3，P106~P107）。

五、依據本署試算結果，西醫基層點數僅上升約 0.4 億點，對基層

總額影響有限。惟依據西醫基層總額研商議事會議決議，多數委員仍擔心若按中華民國醫師公會全國聯合會建議方案調整後，可能會影響診所假日開診之意願，進而影響醫院假日急診量，建議應定期監控診所假日開診率、診所每月看診天數、看診人數與醫院假日急診量等指標。故診所假日開診率低於前一年度之水準，則本調整方案自次月起終止，恢復原制，以確保民眾就醫可近性不受影響。

擬辦：擬修訂支付標準(如后附件 6-4，P108~P111)，並依程序陳報衛生福利部核定公布。

西醫基層合理門診量調整模擬-以 102 年為例

業務 組別	診所申 報家數	現行診察費		醫師公會全聯會建議方案			
		模擬結果		模擬結果		診察費增加	
		億點	億點	增減情形		家	%
億點	%						
台北	3,034	146.2	146.7	0.5	0.3%	1,793	59.1%
北區	1,328	70.4	70.4	0.0	0.0%	785	59.1%
中區	2,214	103.4	103.5	0.1	0.1%	1,266	57.2%
南區	1,642	77.7	77.6	-0.1	-0.2%	929	56.6%
高屏	1,903	84.8	84.9	0.0	0.1%	1,116	58.6%
東區	249	10.4	10.4	0.0	0.1%	128	51.4%
全年	10,370	493.0	493.4	0.4	0.1%	6,017	58.0%

資料來源：中央健康保險署二代倉儲系統門診明細檔及醫令清單明細檔
(103/07/09 擷取)。

註：

- 1.本表統計範圍為西醫基層總額，不含門診急診、門診透析、代辦、其他部門案件。
- 2.「現行診察費」係指合理門診量規定中「看診 25 日以上以當月全月日數計」；醫師公會全聯會建議方案為「看診 25 日以上算 25 日」，並調整人數第 1 階為 30 人、第 2 階 10 人、第 5 階為 70 人、其餘階段人數不變，另調整第 5 階段診察費為 70 點。
- 3.本表診察費係依合理門診量、交付處方箋、自行調劑處方箋及慢連箋之診察費計算方式設算，與診所實際申報數有些許差距。
- 4.增加率=醫師公會全聯會建議調整方案/現行診察費-1。

西醫基層合理門診量調整模擬-以 102 年為例

月份	現行診察費		醫師公會全聯會建議方案					
	模擬結果		模擬結果				診察費增加	
	診所申報家數	億點	億點	增減情形		家數		
億點				%	家	%		
1	9,869	44.2	43.7	-0.5	-1.2%	3,008	30.5%	
2	9,848	34.8	36.3	1.5	4.3%	7,241	73.5%	
3	9,868	43.5	43.1	-0.4	-0.9%	3,140	31.8%	
4	9,861	42.5	42.6	0.1	0.2%	5,094	51.7%	
5	9,863	42.2	41.9	-0.3	-0.7%	3,276	33.2%	
6	9,852	37.8	38.1	0.3	0.8%	5,111	51.9%	
7	9,868	39.4	39.3	-0.1	-0.1%	3,568	36.2%	
8	9,871	39.0	38.9	-0.1	-0.2%	3,435	34.8%	
9	9,897	39.5	39.8	0.3	0.9%	5,271	53.3%	
10	9,932	43.9	43.6	-0.3	-0.7%	3,273	33.0%	
11	9,950	42.2	42.4	0.2	0.4%	5,123	51.5%	
12	9,965	44.1	43.7	-0.3	-0.8%	3,156	31.7%	
全年	10,370	493.0	493.4	0.4	0.1%	6,017	58.0%	

資料來源：中央健康保險署二代倉儲系統門診明細檔及醫令清單明細檔
(103/07/09 擷取)。

註：

1. 本表統計範圍為西醫基層總額，不含門診急診、門診透析、代辦、其他部門案件。
2. 「現行診察費」係指合理門診量規定中「看診 25 日以上以當月全月日數計」；醫師公會全聯會建議方案為「看診 25 日以上算 25 日」，並調整人數第 1 階為 30 人、第 2 階 10 人、第 5 階為 70 人、其餘階段人數不變，另調整第 5 階段診察費為 70 點。
3. 本表診察費係依合理門診量、交付處方箋、自行調劑處方箋及慢連箋之診察費計算方式設算，與診所實際申報數有些許差距。
4. 增加率=醫師公會全聯會建議調整方案/現行診察費-1。

西醫基層合理門診量調整模擬-以 102 年為例

依看診量 4 等分位	診所 家次	現行診察費		醫師公會全聯會建議方案			
		模擬結果		模擬結果		診察費增加	
		億點	億點	增減情形		家次	%
億點	%						
大月(31 天)							
看診天數 < 25 天							
< 63 人次	2,032	0.2	0.2	0.0	0.0%	9	0.4%
63~315 人次	2,074	1.2	1.2	0.0	0.3%	140	6.8%
316~696 人次	2,051	3.5	3.6	0.0	1.2%	707	34.5%
≥ 697 人次	2,058	7.0	7.5	0.4	6.0%	1,995	96.9%
看診天數 ≥ 25 天							
< 787 人次	15,232	23.8	23.9	0.0	0.0%	231	1.5%
787~1,350 人次	15,266	50.0	50.1	0.1	0.1%	9,120	59.7%
1,351~2,236 人次	15,259	74.5	74.3	-0.1	-0.2%	5,342	35.0%
≥ 2,237 人次	15,264	135.9	133.5	-2.4	-1.7%	5,312	34.8%
小月(30 天)							
看診天數 < 25 天							
< 121 人次	1,836	0.3	0.3	0.0	0.1%	22	1.2%
121~439 人次	1,833	1.7	1.7	0.0	0.3%	137	7.5%
440~819 人次	1,847	3.7	3.8	0.1	2.3%	1,075	58.2%
≥ 820 人次	1,839	7.0	7.5	0.4	6.0%	1,773	96.4%
看診天數 ≥ 25 天							
< 807 人次	8,038	13.3	13.3	0.0	0.1%	124	1.5%
807~1,358 人次	8,060	26.5	26.8	0.2	0.8%	6,270	77.8%
1,359~2,214 人次	8,050	39.0	39.3	0.3	0.8%	6,671	82.9%
≥ 2,215 人次	8,057	70.4	70.3	-0.1	-0.2%	4,527	56.2%
二月(28 天)							
看診天數 < 25 天							
< 422 人次	1,729	1.2	1.2	0.0	0.3%	86	5.0%
422~820 人次	1,733	3.3	3.5	0.1	3.0%	1,231	71.0%
821~1,414 人次	1,732	5.2	5.5	0.3	5.9%	1,705	98.4%
≥ 1,415 人次	1,736	9.4	10.0	0.7	7.0%	1,730	99.7%
看診天數 ≥ 25 天							
< 1,143 人次	729	1.8	1.8	0.0	1.6%	452	62.0%
1,143~1,746 人次	730	2.9	3.0	0.1	2.8%	711	97.4%
1,747~2,649 人次	729	4.0	4.1	0.1	2.9%	727	99.7%
≥ 2,650 人次	730	6.9	7.1	0.2	2.7%	599	82.1%

資料來源：中央健康保險署二代倉儲系統門診明細檔及醫令清單明細檔(103/07/09 擷取)。

註：

- 1.本表統計範圍為西醫基層總額，不含門診急診、門診透析、代辦、其他部門案件。
- 2.「現行診察費」係指合理門診量規定中「看診 25 日以上以當月全月日數計」；醫師公會全聯會建議方案為「看診 25 日以上算 25 日」，並調整人數第 1 階為 30 人、第 2 階 10 人、第 5 階為 70 人、其餘階段人數不變，另調整第 5 階段診察費為 70 點。
- 3.本表診察費係依合理門診量、交付處方箋、自行調劑處方箋及慢連箋之診察費計算方式設算，與診所實際申報數有些許差距。
- 4.增加率=醫師公會全聯會建議調整方案/現行診察費-1。
- 5.分類定義如下：
 - (1)月份屬性以當月總日數分為 31 天(1、3、5、7、8、10 及 12 月)、30 天(4、6、9 及 11 月)及 28 天(2 月)。
 - (2)看診天數為該診所當月有看診人次之天數。
 - (3)看診量 4 等分位係以上述兩分類下各類別之診所當月看診量之 4 等分位數。
- 6.本表中同診所不同月份視為不同診所，故院所數量不同於前表之診所家數。

第二部 西醫

第一章 基本診療

第一節 門診診察費

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	— 基層院所門診診察費					
	1.每位醫師每日門診量在 三十四 四十人次以下部分(≤ 30 40)					
00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1- 25 30人次)	v				320
00223C	1-2)處方交付特約藥局調劑(26-30 31-40人次)	v				250
00139C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				355
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑 (1- 25 30人次)	v				320
00224C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑 (26-30 31-40人次)	v				250
00140C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				330
00158C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				555
00159C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				530
	2.每位醫師每日門診量超過 三十四 四十人次，但在 五十六 六十人次以下部分(31-50 41-60)					
00111C	1)處方交付特約藥局調劑	v				220
00141C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				275
00112C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				220
00142C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				250
00160C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				475
00161C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				450
	3.每位醫師每日門診量超過 五十六 六十人次，但在 七十八 八十人次以下部分(51-70 61-80)					

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
00113C	1)處方交付特約藥局調劑	V				160
00143C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	V				215
00114C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	V				160
00144C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	V				190
00162C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	V				415
00163C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交由本院所自行調劑	V				390
	4.每位醫師每日門診量超過 七十八 八十八人次，但在一五〇人次以下部分(74 81-150)					
00115C	1)處方交付特約藥局調劑	V				90 70
00145C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	V				145 125
00116C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	V				90 70
00146C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	V				120 100
00164C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	V				345 325
00165C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	V				320 300
	5.每位醫師每日門診量超過一五〇人次部分(>150)					
00117C	1)處方交付特約藥局調劑	V				50
00147C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	V				105
00118C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	V				50
00148C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	V				80
00166C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	V				305
00167C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	V				280
	6.山地離島地區					
	(1)每位醫師每日門診量在五十人次以下部分(≤50)					
00119C	1)處方交付特約藥局調劑	V				300
00149C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	V				355
00120C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	V				300
00150C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	V				330
00168C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天	V				555

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
00169C	以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天 以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑 (2)每位醫師每日門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分(51-70)	v				530
00205C	1)處方交付特約藥局調劑	v				220
00206C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				275
00207C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				220
00208C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				250
00209C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天 以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				475
00210C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天 以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑 (3)每位醫師每日門診量超過七十人次，但在一五〇人次以下部分(71-150)	v				450
00211C	1)處方交付特約藥局調劑	v				160
00212C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				215
00213C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				160
00214C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				190
00215C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天 以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				415
00216C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天 以上之慢性病連續處方並交由本院所自行調劑 (4)每位醫師每日門診量超過一五〇人次部分 (>150)	v				390
00217C	1)處方交付特約藥局調劑	v				90
00218C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				145
00219C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				90
00220C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				120
00221C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天 以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				345
00222C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天 以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				320
	註：1.以上1-6點每月看診日數計算方式： 每月實際看診日數不足二十五日(不含二十五日)，應以 實際看診日數 計；每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日)， 得以當月全月日數計					

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
	<p><u>以25日計算合理量。</u></p> <p>2.以上1-6點限向衛生局登記為診所(不含中醫診所及牙醫診所)之特約醫事服務機構申報。</p> <p>3.處方交付特約藥局調劑或未開處方者，不得申報藥事服務費。</p> <p>4.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。</p> <p>5.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑申報。</p> <p>6.本項支付點數含護理費29-39點。</p> <p>7.山地離島地區經總額受託單位與保險人共同協議認定之特殊地區院所得除外，以山地離島地區50人次以下部分之支付點數申報。</p> <p>8.基層診所醫師診治病人後，應交付處方箋給病人，由病人自行選擇調劑之場所。</p>					

討論事項

第七案

提案單位：健保署醫務管理組

案由：104 年度其他部門有關「跨層級醫院合作計畫」案。

說明：資料後補。

擬辦：

