



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 年第二次臨時會
會議資料

103 年 10 月 21 日 (星期二)
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」第二次臨時會議議程

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、討論事項

一、「胸腔鏡胸管結紮術」等 5 項全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增診療項目及建議案。.....	第 1 頁
二、「納式胸廓異常矯正術」等 31 項全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增診療項目及建議案。.....	第 9 頁
三、有關支付標準以包裹給付過程面必須使用之「單次使用拋棄式過濾器」等 4 項特材之支付標準調整案。.....	第 25 頁
四、有關中華民國眼科醫學會建議提高眼科手術診療項目編號 85608B「鞏膜切除併植入或扣壓」等 16 項診療項目之兒童加成比率乙案。.....	第 47 頁
五、有關醫院藥事服務費合理量之藥師總工作人日數計算方式，暨地區醫院特殊藥品處方每人每日合理件數，以及支援藥師納入接受支援醫療機構、藥局之合理調劑量計算之規定等案。.....	第 57 頁
六、有關修訂「全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫」案。.....	第 63 頁

肆、臨時動議

伍、散會

貳、確認本會 103 年度第 3 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 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」會議紀錄

時 間：103 年 9 月 11 日(星期四)下午 2 時

地 點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主 席：李副組長純馥(代)

紀錄：張巧如

姚代表姚鈺	廖秋鐳(代)	陳代表福展	翁瑞文(代)
黃代表雪玲	黃雪玲	蘇代表清泉	蔡明忠(代)
林代表富滿	林富滿	吳代表志雄	(請假)
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	(請假)
陳代表志忠	陳志忠	高代表靖秋	林綉珠(代)
徐代表弘正	徐弘正	賴代表振榕	賴振榕
林代表淑霞	林淑霞	曹代表昭懿	(請假)
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	黃鶴珠
謝代表武吉	謝武吉	黃代表棟國	(請假)
朱代表益宏	朱益宏	梁代表淑政	梁淑政
李代表紹誠	李紹誠	葉代表宗義	葉宗義
陳代表宗獻	陳宗獻	李代表永振	李永振
盧代表榮福	(請假)	陳代表川青	(請假)
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	李玉春
黃代表啟嘉	黃啟嘉	吳代表肖琪	吳肖琪
陳代表憲法	張瑞麟(代)		

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司

周雯雯

衛生福利部全民健康保險會

張友珊、葉肖梅

中華民國中醫師公會全國聯合會

王逸年

中華民國牙醫師公會全國聯合會

朱智華

中華民國醫事放射師公會全國聯合會	何介中
中華民國醫師公會全國聯合會	吳春樺
中華民國藥師公會全國聯合會	王韻婷
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
中華民國助產師助產士公會全國聯合會	黃鶴珠
台灣醫院協會	楊智涵
台灣胸腔暨重症加護醫學會	郭許達、柯信國
台灣神經學學會	賴達昌
中華民國心臟學會	徐迺維
台灣泌尿科醫學會	林欣怡
中華民國骨科醫學會	林柳池
中華民國眼科醫學會	蔡紫薰、蔡忠斌
台灣放射腫瘤學會	呂志得
本署臺北業務組	丁香豔、余千子、張志銘
本署中區業務組	何容甄
本署企劃組	詹孟樵、江政謙、顏郁婷
本署醫審及藥材組	潘尹婷
本署醫務管理組	陳真慧、林淑範、王玲玲、 李待弟、陳依婕、涂奇君、 吳明純、張淑雅、張巧如

一、主席致詞：略。

二、確認上次會議紀錄（議事錄）：請參閱(不宣讀)確認。

三、報告事項

(一) 支付標準以包裹給付過程面必須使用之「單次使用拋棄式研磨鑽頭」等 3 項特材費用，修訂編號 65016B「淚囊鼻腔造瘻術」等 31 項支付點數再次訪價報告案。

決議：上開診療項目因應包裹過程面特殊材料之支付點數調整案，衛生福利部已於 103 年 9 月 1 日公告，惟部分代表對於採用之平均價訪價及實際可購買價仍有疑慮及考慮臨床使用情形，俟實行 3 個月，本署再次調查使用醫院購買價再提 104 年第 1 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」報告或討論。

(二) 全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs) 104 年適用參數之統計方式及結果案。

決議：

1.104 年適用參數(詳如附件 1)，本署將提報衛生福利部核定後發布。

2.有關 Tw-DRGs 基本診療加成項目按支付通則不須每年重新計算，惟為了瞭解近年實施 DRG 後，就醫天數下降對上述加成項目之影響，將於明年 6 月底統計分析與檢討。

(三) 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申請資格案。

決議：

1. 同意增列泌尿科專科及山地離島地區具醫師資格且接受慢性腎臟病照護訓練者。修訂後「全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」詳如附件 2。

2. 有部分代表建議要開放所有專科乙項，俟實行一段時間再行檢討。

四、討論事項

(一) 「胸腔鏡胸管結紮術」等 5 項全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增診療項目及建議案。

決議：部分代表表示對本案之臨床專業情況有疑慮，俟邀請相關醫學會於下次會議再討論，故本案暫保留。

(二) 「不整脈經導管燒灼術-複雜 3-D 立體定位（單腔）」等 27 項全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增診療項目及建議案。

決議：因與會人數不足，延至下次會議再行討論。

(三) 支付標準以包裹給付過程面必須使用之「單次使用拋棄式過濾器」等 7 項特材之支付標準調整案。決議：

1. 同意骨科手術過程面必須使用關節鏡刮刀及磨刀包裹於 64244B 「關節鏡下關節面磨平成形成術，打洞，游離體或骨軟骨碎片取出手術」，修正後支付標準詳如附件 3。另 64244B 及 64243B 「關節鏡探查手術，併施行滑膜切片，灌洗，清創」之手術過程面必須使用止血(電刀)低溫氣化棒，因部分代表對於訪價結果有疑慮且不同意 64243B 與 64244B 同時執行時，止血(電刀)低溫氣化棒採用之折付方式，爰將止血(電刀)低溫氣化棒以自費(Y 碼)處理，列入特材品項研議支付，不予包裹於手術項內。
2. 單次使用拋棄式過濾器乙項，因代表及台灣胸腔暨重症加護醫學會均對訪價之結果有疑慮故本項特材

暫保留，本次會議暫不討論。

3. 單次使用拋棄式肌電圖針乙項，與會代表均認為目前部份負擔偏低且本項不涉及急重難診療，應讓民眾自費使用本項之特材，爰不同意納入包裹給付過程面必須使用之特材。

4. 其他支付標準調整內容，因與會人數不足，延至下次會議再行討論。

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

決議：因與會人數不足，延至下次會議再行討論。

(五) 藥事服務費合理量計算方式案。

決議：因與會人數不足，延至下次會議再行討論。

(六) 修訂「全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫」案。

決議：因與會人數不足，延至下次會議再行討論。

五、散會：下午5時50分

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議

決議辦理情形追蹤表

編號	會議時間	案由	決議(結論)事項	辦理單位	辦理情形	列管建議	
						解除列管	繼續列管
103-1-5 討	103.3.13	有關修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部第二章糖尿病」案。	由本署釐清藥師支援地區醫院及基層院所之適法性；以及糖尿病共照網是否可同一醫事人員取得2張不同專業證照等問題後，再提案討論。	健保署醫管組	本署彙整醫事司、國健署意見後再提案討論。		V
103-2-3 報	103.6.12	有關「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」擬導入支付標準案。	與會代表對於本方案導入支付標準表示支持，惟對方案內「參與資格」尚有不同意見，故暫緩導入支付標準。由健保署邀集醫院團體及安寧相關專業團體討論，在兼顧可行性及品質的前提下，取得共識後，再提會報告。	健保署醫管組	本署將彙整相關資料後，邀集安寧相關學會及各層級醫院協會共同討論後再提案討論。		V
103-3-1 報	103.9.11	支付標準以包裹給付過程面必須使用之「單次使用拋棄式研磨鑽頭」等3項特材費用，修訂編號65016B「淚囊鼻腔造瘻術」等31項支付點數再次訪價報告案。	上開診療項目因應包裹過程面特殊材料之支付點數調整案，衛生福利部已於103年9月1日公告，惟部分代表對於採用之平均價訪價及實際可購買價仍有疑慮及考慮臨床使用情形，俟實行3個月，本署再次調查使用醫院購買價再提104年第1次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」報告或討論。	健保署醫管組	本項自103年9月1日公告實施，本署將按會議決議，俟實行3個月，再次調查使用醫院購買價再提104年第1次會議報告或討論。	V	
103-3-2 報	103.9.11	全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)104年適用參數之統計方式及結果案。	1.104年適用參數(詳如附件1)，本署將提報衛生福利部核定後發布。 2.有關Tw-DRGs基本診療加成項目按支付通則不須每年重新計算，惟為了瞭解近年實施DRG後，就醫天數下降對上述加成項目之影響，將於明年6月底統計分析與檢討。	健保署醫管組	1.104年適用參數已於103年10月2日辦理預告，將依程序報陳衛生福利部核定發布。 2.基本診療加成分析檢討乙項，按決議於	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
					104 年實施後於 104 年 6 月前辦理。		
103-3-3 報	103.9.11	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申請資格案。	<ol style="list-style-type: none"> 1.同意增列泌尿科專科及山地離島地區具醫師資格且接受慢性腎臟病照護訓練者。修訂後「全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」詳如附件 2。 2.有部分代表建議要開放所有專科乙項，俟實行一段時間再行檢討。 	健保署醫管組	本署已辦理公告中。	V	
103-3-3 討	103.9.11	支付標準以包裹給付過程面必須使用之「單次使用拋棄式過濾器」等 7 項特材之支付標準調整案。	<ol style="list-style-type: none"> 1.通過包裹支付標準診療項目 64244B 中骨科手術過程面必須使用單次拋棄式刮刀及磨刀乙項特材。 2.單次使用拋棄式肌電圖針乙項，不同意納入包裹給付過程面必須使用之特材。 3.其他提案因與會人數不足，延至下次會議再行討論。 	健保署醫管組	<ol style="list-style-type: none"> 1.編號 64244B 包裹給付骨科手術過程面必須使用單次拋棄式刮刀及磨刀乙項，已於 103 年 10 月 2 日預告，將依程序報陳衛生福利部核定發佈。 2.不同意包裹之單次使用拋棄式肌電圖針及低溫氣化棒等 2 項，低溫氣化棒則按過程面特材辦理原則，送本署醫審及藥材組，特材編 Y 碼，由醫院向病患說明取得病人同意後，由病人自費。 3.其餘過濾器等 4 項過程面特材，提至本會討論。 	V	

參、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：「胸腔鏡胸管結紮術」等 5 項全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增診療項目及建議案，提請討論。

說明：

- 一、「胸腔鏡胸管結紮術」、「胸腔鏡肺分葉切除術」、「胸腔鏡肺葉袖形切除術」、「右心室至肺動脈心導管連接術(萊斯特利術式)」及「鉬雅銘雷射手術 (Erb-YAG laser operation)」等 5 項診療項目業經 103 年 5 月 6 日本會議決議同意新增，惟會上代表針對其「一般材料費用及過程面必要特殊材料費」之成本占率多有疑慮。決議由本署先提供各項新增項目之成本分析資料予各層級代表檢視一般材料加成比率之適當性後再提會說明。
- 二、本署於 103 年 5 月 15 日檢送上述 5 項診療項目成本分析表，函請各層級醫院協會協助檢視及確認「一般材料費用及過程面必要特殊材料費」成本之適當性並於 103 年 5 月 30 日前回復，已於 103 年 7 月 10 日接獲各層級醫院協會回復之意見。
- 三、本署彙整各協會意見及回應說明(詳附件 1-1, P3~P4)，其中有協會建議「胸腔鏡胸管結紮術」及「胸腔鏡肺分葉切除術」之醫療設備應增列「胸腔外科內視鏡組」，本署經與協會確認必要性後，重新校正該兩項成本分析表，「胸腔鏡胸管結紮術」實際支付點數由 31,884 點調整為 33,263 點(材料費成本佔率由 33%調整為 32%)；「胸腔鏡肺分葉切除術」實際支付點數由 59,077 點調整為 63,652 點(材料費成本佔率由 12%調整為 11%)。
- 四、本次建議新增「胸腔鏡胸管結紮術」等 5 項診療項目，預估增加 0.33 億元預算(詳附件 1-2, P5~P6)，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。

擬辦：本案經討論後如獲同意，擬增訂支付標準表(詳附件 1-3，P7～P8)，並依程序陳報衛生福利部核定公布。

「胸腔鏡胸管結紮術」等 5 項診療項目「一般材料費用及過程面必要特殊材料費」成本適當性之各層級協會回復摘要彙整

分類	醫界意見		健保署回應
	單位名稱	意見	
用人成本	台灣醫院協會	胸腔鏡胸管結紮術等 4 項胸腔鏡相關手術項目：調高「胸腔鏡肺葉袖狀切除術」每分鐘用人成本或以「胸腔及心臟血管外科」主治醫師、住院醫師及開刀護理人力之成本計算	本署已按 100 年 RBRVS 蒐集醫院成本所計算之「胸腔及心臟血管外科」主治醫師、住院醫師及護理人力之成本校正提案單位數據。
	台灣醫院協會、台灣社區醫院協會	1. 應列計行政人員費用或避免低估行政人員耗用時間 2. 部分診療項目未編列行政人員費用	1. 有關行政人員耗用時間乙項，依據提案單位所提數據，本署僅按 100 年 RBRVS 蒐集醫院成本所計算之全國參數校正行政人員每分鐘成本。 2. 診療項目成本分析表中列有作業管理費用已可攤提列計行政人員成本。
不計價材料	台灣醫院協會	鉅雅銘雷射手術建議新增耗材：安麻樂乳膏 5%	本手術耗材已列有類似功能之局部麻醉藥 Xylocaine，本署建議應毋須重複增列。
房屋折舊成本	台灣醫院協會、台灣社區醫院協會	房屋折舊成本過低、取得成本差異過大，應再精算	房屋折舊取得成本因涉及醫院設置地點、醫院屬性等因素，依據提案單位所提數據，本署僅校正使用年限為 50 年及每分鐘折舊金額計算公式
醫療設備	台灣醫院協會	胸腔鏡胸管結紮術、胸腔鏡肺分葉切除術之醫療設備應增列「胸腔外科內視鏡組」	經與提案單位確認需於醫療設備增列「胸腔外科內視鏡組」後，重新校正胸腔鏡胸管結紮術、胸腔鏡肺分葉切除術成本
	台灣醫院協會	胸腔鏡肺分葉切除術及胸腔鏡肺葉袖狀切除術之醫療設備應增列「超音波諧波刀」	查超音波諧波刀業經本署專家諮詢小組專家決議非屬每個個案均需使用之耗材，故已移列入特材 Y，不宜再列計入醫療設備攤提成本。

分類	醫界意見		健保署回應
	單位名稱	意見	
其他	台灣醫院協會	臨床醫師解釋過程面特材為內含或自費相當複雜且病患易誤解，建議應維持目前收取自費方式訂定，較不易形成院所執行負擔。	逐步將過程面使用特殊材料，包裹於給付點數，為目前支付標準修訂重要方向之一，除有助於國內臨床技術普遍提升外，亦可減少民眾自費金額。
	台灣醫學中心協會	若有內含入診療項目支付點數之過程面特材品項應逐項充分揭露	
	台灣醫院協會	為避免醫療院所對材料費涵蓋範圍有疑慮，建議於核示診療項目支付內涵時一般材料應回歸「以診療項目支付點數加成 53% 之通則」	隨著醫療科技進步，可使用之特材品項不斷增加且各項目間價格差距亦大，呈現材料費所佔比率，始能充分真實反映該等診療項目醫師投入之心勞力及特材項目成本。
	台灣醫院協會、中華民國區域醫院協會	鉅雅銘雷射手術：用人成本耗用時間建議依手術複雜度分為 30、60、90 分鐘。	按耗用時間拆分 3 項乙項建議，留供本署參考。

項次	中文項目名稱	主要之臨床功能及目的	建議事項		健保署建議										
			申請單位	預估一年執行總次數(A)	專家諮詢會議結論		替代現行診療項目						預估年增加點數 (單位：千元/年)		
					適應症	支付點數(B)	編號	中英文名稱	支付點數(C)	替代現行診療項目後之點數差(D) = (B) - (C)	102年醫令申報量(E)	申報量替代率(F)	平均支付成數(G)	(H) = 【(A*B) + (D*E*F)】 *G	
1	胸腔鏡胸管結紮術 VATS with thoracic duct ligation	確實針對無法以保守性療法治療之乳糜胸病患進行胸管結紮術，達到停止病患乳糜滲漏的情形，並且減少病患營養不良及感染的機會。	台灣胸腔及心臟血管外科學會	60		33,263								1.0170	2,030
2	胸腔鏡肺分葉切除術 Thoracoscopic segmentectomy of lung	早期肺癌或心肺功能不佳與高齡肺癌患者做手術治療保留肺功能；某些支氣管擴張症患者切除病灶及減少復發。	台灣胸腔及心臟血管外科學會	20	(1)早期侷限性肺癌 stage I。 (2)肺單元分葉內之癌症且心肺功不佳者,不適合肺葉切除術者。 (3)具合併症且內科治療無效之感染性疾病。	63,652	67051B	胸腔鏡肺楔狀或部分切除術 Thoracoscopic wedge or Partial resection of the Lung	38,868	24,784	7,540	10%	1.0000	19,960	
3	胸腔鏡肺葉袖形切除術 Thoracoscopic sleeve lobectomy	1.根治性手術治療肺癌病人提高存活率與降低併發症與死亡率，同時保留較多肺臟以取得較佳術後肺功能。 2.某些良性腫瘤侵犯肺葉分歧處欲切除有病變之肺葉而保留功能正常之肺葉。	台灣胸腔及心臟血管外科學會	6	(1)肺癌病人腫瘤侵犯支氣管分歧處又不適合作全肺葉切除術的病人。 (2)良性腫瘤侵犯肺葉分歧處欲切除有病變之肺葉而保留功能正常之肺葉。	60,858	67050B	胸腔鏡肺葉切除術 Thoracoscopic Lobectomy	49,139	11,719	2,513	10%	1.0000	3,310	

項次	中文項目名稱	主要之臨床功能及目的	建議事項		健保署建議									
			申請單位	預估一年執行總次數(A)	專家諮詢會議結論		替代現行診療項目						預估年增加點數 (單位：千元/年)	
					適應症	支付點數(B)	編號	中英文名稱	支付點數(C)	替代現行診療項目後之點數差(D) = (B) - (C)	102年醫令申報量(E)	申報量替代率(F)	平均支付成數(G)	(H) = 【(A*B) + (D*E*F)】 *G
4	右心室至肺動脈心導管連接術(萊斯特利術式)(Rastelli operation)	對於各種先天性心臟病合併有右心室及肺動脈出口阻塞之情況，利用帶有人工瓣膜之人工血管連接右心室與肺動脈來達成矯正的目的	台灣胸腔及心臟血管外科學會	30	法洛氏四合症、肺動脈發育不全合併心室中膈缺損、大動脈轉位症合併心室中膈缺損與右心室出口阻塞。	62,877	68027B	「室中膈缺損(VSD)修補手術 (Repair ventricular septal defect)」	51,087		305	10%	1.1192	2,111
							68028B	「四合群症之修補(T.F) (Repair tetralogy of Fallot)」	76,010		156	10%	1.2053	
							68032B	「主動脈轉位症手術 (Correction of transposition of great arteries)」	81,313		41	10%	1.3896	
5	鉕雅銘雷射手術 Erb-YAG laser operation	氣化組織，臨床適應症及療效同二氧化碳雷射。	臺灣皮膚科醫學會	1,982		2,962							1.0170	5,971
同意新增小計												33,382		

註 1.平均支付成數，係以 101 年門住診醫療費用申報各項手術診療項目之申報點數/（申報醫令量*表列支付點數）為計算基礎。

註 2.如新增診療項目，無對應之替代現行診療項目，即以支付標準所有手術項目之平均支付成數進行計算。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第二部 西醫

第二章 特定診療

第七節 手術

第一項 皮膚 Integumentary System (62001-62071)

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
62071B	鉺雅銘雷射手術 Erb-YAG laser operation 註：含一般材料費及過程面必要特殊材料，得按表列點數加計4%。		√	√	√	2848	新增

第四項 呼吸器 Respiratory System

三、胸腔 Thoracic (67001-67054)

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
67052B	胸腔鏡胸管結紮術 VATS with thoracic duct ligation 註：含一般材料費及過程面必要特殊材料，得按表列點數加計32%。		√	√	√	25199	新增
67053B	胸腔鏡肺分葉切除術 Thoracoscopic segmentectomy of lung 註： 1.適應症 (1)早期侷限性肺癌 stage I。 (2)肺單元分葉內之癌症且心肺功不佳者，不適合肺葉切除術者。 (3)具合併症且內科治療無效之感染性疾病。 2.含一般材料費及過程面必要特殊材料，得按表列點數加計11%。		√	√	√	57344	新增

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
67054B	<p><u>胸腔鏡肺葉袖形切除術</u> <u>Thoracoscopic sleeve lobectomy</u> 註： 1.適應症 (1)肺癌病人腫瘤侵犯支氣管分歧處又不適合作全肺葉 切除術的病人。 (2)良性腫瘤侵犯肺葉分歧處欲切除有病變之肺葉而保 留功能正常之肺葉。 2.含一般材料費及過程面必要特殊材料，得按表列點數 加計4%。</p>		Y	Y	Y	58517	新增
68042B	<p><u>右心室至肺動脈心導管連接術(萊斯特利術式)</u> <u>(Rastelli operation)</u> 註： 1.適應症：法洛氏四合症、肺動脈發育不全合併心室中 膈缺損、大動脈轉位症合併心室中膈缺損與右心室出口 阻塞。 2.含一般材料費及過程面必要特殊材料，得按表列點數 加計29%。</p>		Y	Y	Y	48742	新增

討論事項

第二案

提案單位：健保署醫務管理組

案由：「納式胸廓異常矯正術」等 31 項全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增診療項目及建議案。

說明：

一、本次各項新增診療項目，依程序提案至 102 年第 3 次、103 年第 1 次及 103 年第 4 次至第 8 次專家諮詢會議，按會議結論建議，如下：

- (一) 同意新增 14 項診療項目，為「納式胸廓異常矯正術」、「不整脈經導管燒灼術-複雜 3-D 立體定位(單腔)」、「不整脈經導管燒灼術-複雜 3-D 立體定位(雙腔)」、「水刀清創」、「副甲狀腺亞全切除術」、「副甲狀腺全切除術」、「身體立體定位放射治療(SBRT)」、「生物電抗非侵入式心輸出量及血流動力學監測」、「快速結核病分子診斷」、「支氣管內視鏡超音波導引」、「支氣管內視鏡超音波導引縱膈淋巴節定位切片術」、「支氣管內視鏡超音波導引週邊肺組織採檢切片術」、「電子式內視鏡超音波」及「細鏡(迷你)探頭式內視鏡超音波」(詳附件 2-1，P11~P16)。
- (二) 不同意新增 17 項診療項目，為「無線電波射頻血管內閉合治療靜脈功能不全術(單側)」、「無線電波射頻血管內閉合治療靜脈功能不全術(雙側)」、「內視鏡食道腫瘤無線頻率電熱療法(點狀)」、「內視鏡食道腫瘤無線頻率電熱

療法-≤5公分(線形)」、「內視鏡食道腫瘤無線頻率電熱療法->5公分(線形)」、「動脈內插管手術及動脈 PORT 植入術」、「高敏感度表皮生長因子受體突變分析或即時定性聚合酶連鎖反應 EGFR 基因突變檢測」、「ALK 基因螢光原位雜交分析(ALK FISH)」、「體外循環內毒素吸附治療」、「雙眼鋸上眼瞼肌切除手術」、「舌根或/及舌骨懸吊術」、「軟顎植入術」、「腎動脈神經阻斷術」、「血小板 ADP P2Y12 接受器功能檢測(PRU)」、「薦神經調控暫時性經皮植入導線測試定位手術」、「虛擬實境復健(肌肉骨骼)」及「虛擬實境復健(神經)」(詳附件 2-2，P17~P18)。

二、依 103 年醫療給付費用總額及其分配之醫院總額新增支付標準編列預算 12.31 億元辦理，本次新增「不整脈經導管燒灼術-複雜 3-D 立體定位(單腔)」等 14 項診療項目，全年預估增加健保支出 2.84 億元。

擬辦：本案經討論後如獲同意，擬增訂支付標準表(詳附件 2-3，P19~P24)，並依程序報請衛生福利部核定後公佈實施。

103 年支付標準共同擬訂會議第 2 次臨時會-新增診療項目意見及財務影響評估彙整表--同意給付項目

項次	中文項目名稱	主要之臨床功能及目的	建議事項		健保署建議										預估年增加點數 (單位：千元/年)
			申請單位	預估一年執行總次數 (A)	102 年第 3 次及 103 年第 5、7 次支付標準專家諮詢會議結論		建議支付點數		替代現行診療項目						
					適應症/支付規範	支付點數 (B)	表列支付點數	表列材料費%	編號	中英文名稱	支付點數 (C) (含 53%一般材料費)	替代現行診療項目後之點數差 (D) = (B) - Σ (C)	102 年醫令申報量 (E)	申報量替代率 (F)	
1	納式胸廓異常矯正術 NussProcedureforchestwalldeformity	矯正胸廓，避免臟器受壓迫。	臺大醫院 經洽提案單位表示，提供之年執行人數 350 人，係由原右列現行支付標準編號 100% 替代。	適應症 1.Hallerindex 或 CTindex>3.25。 2.有呼吸功能障礙，慢性支氣管炎，或肺纖維化病變者。 3.併有心理影響，經精神科醫師評估有矯治之需要者。 支付規範 1.一般材料費及特殊材料費，得加計 98%。 2.上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。	29,562	14,930	98%	67036B	先天性凹凸胸矯正術	35,833	-6,271	175	100%	1.01	-1,876
								67043B	簡單凹凸胸矯正術	25,265	4,297	16	100%		
								67044B	複雜凹凸胸矯正術	34,194	-4,632	17	100%		
								67045B	成人凹凸胸矯正術	34,416	-4,854	153	100%		
2	不整脈經導管燒灼術-複雜 3-D 立體定位 (單腔)	利用電腦儀器將心臟單一腔室以定位導管建構出 3 度空間立體圖，進一步標定心律過速之來源與路徑，了解心臟腔室之電氣活性，可縮短手術時間、提高電燒成功率、減少復發及增加手術安全性。	中華心臟學會 1.經洽學會表示，原提供之年執行人數 (單腔 400 人、雙腔 400 人)，係由原接受 33091B 之執行數計算而來。 2.建議以替代率 20% 計算，一年執行總次數。	複雜性不整脈包括心房頻脈、「非」典型性心房撲動、心房顫動、心室不整脈等	45,109	同左		33091B	不整脈經導管燒灼術 修訂為不整脈經導管燒灼術 (2-D 定位)	36,900	8,209	3,385	20%	1.00	5,557
3	不整脈經導管燒灼術-複雜 3-D 立體定位 (雙腔)			同上	49,177	同左					12,277	3,385	20%		8,312

項次	中文項目名稱	主要之臨床功能及目的	建議事項		健保署建議												
			申請單位	預估一年執行總次數 (A)	102 年第 3 次及 103 年第 5、7 次支付標準專家諮詢會議結論			建議支付點數			替代現行診療項目					預估年增加點數 (單位：千元/年)	
					適應症/支付規範	支付點數 (B)	表列支付點數	表列材料費%	編號	中英文名稱	支付點數 (C) (含 53%一般材料費)	替代現行診療項目後之點數差 (D) = (B) - Σ (C)	102 年醫令申報量 (E)	申報量替代率 (F)	平均支付成數 (G)		(H) = 【Σ (A*B) + / - Σ (D*E*F)】 *G
4	水刀清創 Hydrosurgerydebridement	深度燙傷(含)以上及大燙傷面積 20%(含)以上患者接受自體皮膚移植手術清創用。	臺北榮民總醫院	300	1.適應症：二度燙傷(含)以上及總燙傷面積 20%(含)以上，接受自體皮膚移植手術當次得申報水刀清創。 2.支付規範： (1)同一醫院同一病患同一傷害，限申報一次。 (2)須事前審查。 (3)不得同時申報支付標準診療項目：48015B、48016B、48017B、48029B 及 48030B。 (4)一般材料費及特殊材料費，得加計 309%。 (5)上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。	44,422	10,861	309%								1.00	13,327
5	副甲狀腺亞全切除術 Subtotalparathyroidectomy	支付標準僅 82007B「副甲狀腺切除術」，其摘除多顆副甲狀腺與摘除 1 顆副甲狀腺，其醫師投入心力及手術困難度均較執行 82007B 高，故建議新增。	台灣內分泌外科醫學會		支付規範：一般材料費得加計 16%。	34,939	30,119	16%	82007B	副甲狀腺切除術修訂為單純性副甲狀腺切除術 (simpleparathyroidectomy)	16,522	18,417	1,674	6% (100)	1.00	1,842	
6	副甲狀腺全切除術 Totalparathyroidectomy				支付規範：一般材料費得加計 15%。	34,626	30,109	15%				18,104		48% (800)	1.00	14,483	

項次	中文項目名稱	主要之臨床功能及目的	申請單位	健保署建議											預估年增加點數 (單位：千元/年)	
				建議事項		建議支付點數			替代現行診療項目							
				102年第3次及103年第5、7次支付標準專家諮詢會議結論	適應症/支付規範	支付點數(B)	表列支付點數	表列材料費%	編號	中英文名稱	支付點數(C) (含53%一般材料費)	替代現行診療項目後之點數差(D) = (B) - Σ(C)	102年醫令申報量(E)	申報量替代率(F)		平均支付成數(G)
7	身體立體定位放射治療 Stereotacticbodyradiationtherapy(SBR T)/Stereotacticablative radiotherapy(SABR)	以單次高劑量X光攻擊局部腫瘤之放射手術方式，已有文獻實證表示針對原發性早期肺部惡性腫瘤治療效果佳，可提高療效及縮短治療療程，相較傳統放射治療約7週療程，此療法可縮短至1-2週左右，建議新增本項診療項目。	國立台灣大學醫學院附設醫院及台灣放射腫瘤學會	200人	適應症 1.原發性早期肺部惡性腫瘤(依據2009AJCC分期定義為NO之≤stage II)患者，病灶最大徑≤5公分，ECOGstatus≤2(或KarnofskyPerformanceScale/KPS≥70)，且須符合以下(highsurgicalrisk)條件之一： (1)poorpulmonaryfunction，不適合接受lobectomy手術者(依外科醫師檢視或會診紀錄)。 (2)年齡≥75歲，致開胸受術可能造成嚴重損傷或危險性大，不是手術者(依外科醫師檢視或會診紀錄)。 (3)有嚴重心肺疾病或其它內科疾病，經麻醉科評估不適全身麻醉者。 2.原發性肝膽單一病灶(可為原發性肝癌或肝內膽道癌，同時無肝外淋巴侵犯和遠端轉移)，肝功能為Child-PughA至B級，ECOGstatus≤2(或KarnofskyPerformanceScale/KPS≥70)，病灶最大徑≤5公分。且經評估無法進行下列之一的治療或下列之一的治療失敗者(依病歷紀錄)： (1)手術切除 (2)血管栓塞治療 (3)電燒灼治療支付規範1.需事前審查。2.全療程為2週且分次治療以6次(含)為限，採包裹給付，如未執行完全療程，依治療計畫之治療次數按等比例核扣。 3.不得同時申報支付標準編號33090B、36001B、36015B、36011B、36012B、36014B、36018B、36019B、36021C、37007B、37008B、37013B、37014B、37016B、37018B、37019B、37029B、37030B、37046B	213,662	同左		36021C+36015B+36012B×6×30	3D電腦斷層模擬攝影電腦治療規劃-複雜直線加速器遠隔照射治療，每一複雜照野	260,103	-46,441	102年僅執行36012B乙項人數為44,474人；同時執行36021C、36015B及36012B等三項人數為17,005人。	313人(經洽學會表示，採行傳統方法的120名(=200*60%)肺癌病患及193名(=276*70%)肝癌病患，將改用SBRT治療)	1.00	28,196

項次	中文項目名稱	主要之臨床功能及目的	申請單位	健保署建議											預估年增加點數 (單位：千元/年)	
				建議事項		建議支付點數			替代現行診療項目							
				102 年第 3 次及 103 年第 5、7 次支付標準專家諮詢會議結論	適應症/支付規範	支付點數 (B)	表列支付點數	表列材料費%	編號	中英文名稱	支付點數 (C) (含 53%一般材料費)	替代現行診療項目後之點數差 (D) = (B) - Σ (C)	102 年醫令申報量 (E)	申報量替代率 (F)		平均支付成數 (G)
8	生物電抗非侵入式心輸出量及血流動力學監測 Bioreactancenon-invasivcardiacoutputandhemodynamicmonitoring	可迅速裝置與操作(護理師或技術人員即可),協助正確診斷病因與評估治療效果,降低併發症發生率及死亡率、減少使用呼吸器及住院天數,進而提高醫療品質,節省院方及整體健保的支出。	國立臺灣大學醫學院附設醫院	10,800	適應症 1.心臟手術患者,手術中或手術後心臟功能衰竭,有立即生命危險者。 2.心臟病人,使用數種強心劑。 3.各種休克病人,心臟血管功能衰竭,使用數種心臟藥物,亦無法有效改善者。 支付規範 1.限加護病房患者申報。 2.同次住院限申報1次。 3.執行本項時不得同時執行18029B「心輸出量測定」及18030B「第二次心輸出量測定」。	3,322	同左		CBT07M HD68ED +18029B +18030B* 5	以 FLO-TRAC 動脈導管測心輸出量	7,638	-4,316	FLO-TRAC 年執行量約 6,000 件	20%	1.01	30,647
9	快速結核病分子診斷 RapidMoleculardiagnosisfortuberculosis	即時鑑別診斷結核分枝桿菌(MTB)或非結核分枝桿菌(NTM)感染	中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	35,507	適應症 1.塗片耐酸性染色鏡檢陽性的患者,但無法區分為結核菌或非結核分枝桿菌。 2.懷疑罹患肺結核,但塗片耐酸性染色鏡檢陰性的患者。 支付規範 1.需裝置有生物安全櫃的 P2 實驗室。 2.需收檢當日發報告	2,431	同左								1.00	86,318

項次	中文項目名稱	主要之臨床功能及目的	建議事項		健保署建議										預估年增加點數 (單位：千元/年)			
			申請單位	預估一年執行總次數 (A)	102 年第 3 次及 103 年第 5、7 次支付標準專家諮詢會議結論		建議支付點數		替代現行診療項目									
					適應症/支付規範	支付點數 (B)	表列支付點數	表列材料費%	編號	中英文名稱	支付點數 (C) (含 53%一般材料費)	替代現行診療項目後之點數差 (D) = (B) - Σ (C)	102 年醫令申報量 (E)	申報量替代率 (F)		平均支付成數 (G)	(H) = 【Σ (A*B) + / - Σ (D*E*F)】 *G	
10	支氣管內視鏡超音波導引 Bronchoscopic Ultrasound; EBUS	為醫療必須之所需，具有提升醫療水準及增進醫療服務品質，用於檢查肺部腫瘤或病灶之成因。	台灣胸腔暨加護重症醫學會	600	支付規範： 1.不得同時申報 28006C、28026B 及 67051B。 2.內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料。	7,365	同左										1.00	4,419
11	支氣管內視鏡超音波導引縱膈淋巴節定位切片術 EBUS+transbronchial node aspiration			800	支付規範： 1.不得同時申報 28006C、28026B、67051B 及支氣管內視鏡超音波導引。 2.內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料。	14,198	同左			28026B	縱膈腔鏡檢查合併切片	3,427	10,771	74	10%	1.00	11,445	
12	支氣管內視鏡超音波導引週邊肺組織採檢切片術 EBUS+peripheral lung transbronchial biopsy			600	支付規範： 1.不得同時申報 28006C、28026B、67051B 及支氣管內視鏡超音波導引。 2.內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料。	13,657	同左			28026B	縱膈腔鏡檢查合併切片	3,427	10,230	74	10%	1.00	8,276	

項次	中文項目名稱	主要之臨床功能及目的	建議事項		健保署建議										預估年增加點數 (單位：千元/年)
			申請單位	預估一年執行總次數(A)	102年第3次及103年第5、7次支付標準專家諮詢會議結論		建議支付點數		替代現行診療項目						
					適應症/支付規範	支付點數(B)	表列支付點數	表列材料費%	編號	中英文名稱	支付點數(C) (含53%一般材料費)	替代現行診療項目後之點數差(D) = (B) - Σ(C)	102年醫令申報量(E)	申報量替代率(F)	
13	電子式內視鏡超音波 ElectronicEndoscopicUltrasonography, EUS		建議以編號 28029C 替代率 30%計算,惟臨床 尚需配合相關內 視鏡檢查如 28016C 醫學會	支付規範: 1.不得同時申報 28029C、相關內視鏡檢查及細鏡(迷你)探頭式內視鏡超音波。 2.內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料。	6,999	同左		28029C	內視鏡超音波	750	6,249	14,526	30%	1.00	27,233
								28016C	上消化道泛內視鏡檢查	1,500					
14	細鏡(迷你)探頭式內視鏡超音波 MiniprobeEndoscopicUltrasound		建議以編號 28029C 替代率 70%計算,惟臨床 尚需配合相關內 視鏡檢查如 28016C	支付規範: 1.不得同時申報 28029C、相關內視鏡檢查及電子式內視鏡超音波。 2.內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料。	5,980	同左		28029C	內視鏡超音波	750	4,480	14,526	70%	1.00	45,553
								28016C	上消化道泛內視鏡檢查	1,500					
同意新增小計														283,730	
<p>註 1.平均支付成數，係以 102 年門住診醫療費用申報各項手術診療項目之申報點數/（申報醫令量*表列支付點數）為計算基礎。</p> <p>註 2.如新增診療項目，無對應之替代現行診療項目，即以支付標準所有手術項目之平均支付成數進行計算。</p> <p>註 3.上開新增不整脈經導管燒灼術-複雜 3-D 立體定位，所需之 3-D 立體電極貼片，按不符比例原則，特材暫編 Y 碼，俟本署納入健保給付特材品項收載前，於本署納入健保給付特材品項收載前，暫同意保險醫事服務機構，因臨床業務需要，經向本保險對象解說並取得同意後向保險對象收取特材全額自費，俟納入健保給付特材品項收載後，不得向保險對象收費。</p>															

103 年支付標準共同擬訂會議第 2 次臨時會-新增支付標準之意見彙整表--不同意給付項目。

建議項次	中文項目名稱	主要之臨床功能及目的	申請單位	健保署說明
1	無線電波射頻血管內閉合治療靜脈功能不全術（單側）	治療下肢靜脈曲張。	國立台灣大學醫學院附設醫院	依 103 年第 4 次支付標準專家諮詢會議之結論：此 2 項新增診療項目需使用之特材品項為健保內含序號 38「多尼爾雷射用光導管」、749「維納斯電燒快速閉合導管」、765「戴爾美德靜脈內雷射療法操作工具配件」等 3 項，為治療靜脈曲張之雷射治療，治療效果與標準靜脈曲張手術治療方式相同，且此種治療方式與醫美使用治療靜脈曲張之方式相同，屬醫美用途較高，爰不建議新增診療項目。
2	無線電波射頻血管內閉合治療靜脈功能不全術（雙側）			
3	內視鏡食道腫瘤無線頻率電熱療法(點狀)	治療食道癌症前期病變之巴瑞特氏食道症(Barrett esophagus)。	國立台灣大學醫學院附設醫院	依 103 年第 4 次支付標準專家諮詢會議之結論：此 3 項新增診療項目需使用之特材品項為健保內含序號 819「巴瑞克斯歐拉電燒系統」及 820「巴瑞克斯哈囉燒灼導管及測量氣球」等 2 項之新醫療技術合併新式醫材治療方式，國內執行個案數尚少、尚無國內實證論文，目前僅有少數幾家醫院執行，爰不建議新增診療項目。
4	內視鏡食道腫瘤無線頻率電熱療法-≤5 公分(線形)			
5	內視鏡食道腫瘤無線頻率電熱療法->5 公分(線形)			
6	動脈內插管手術及動脈 PORT 植入術	(1)晚期、進行、不能治癒癌：延長生命，減輕痛苦。 (2)特殊器官：如外陰生殖器、手指、足趾外觀及機能保存特佳。 (3)術前動脈化療：減少切除範圍，保存外觀及功能。	高雄醫學大學附設中和紀念醫院	依 103 年第 4 次支付標準專家諮詢會議之結論：以植入動脈 PORT 執行化學治療，屬少數醫院及少數醫師執行，非主流臨床治療指引，目前 99% 仍以靜脈植入 PORT 為主，不建議新增本項診療項目，建議執行院所比照支付標準編號 47080B「治療性導管植入術—Port-A 導管植入術」支付 5,444 點申報。
7	1.高敏感度表皮生長因子受體突變分析(High sensitivity EGFR mutation test) 2.即時定性聚合酶連鎖反應 EGFR 基因突變檢測 (Real Time Qualitative PCR EGFR Mutation test)	1.檢測為臨床上評估病患使用 EGFR-TKI 治療的重要分子病理檢測。 2.確認人類非小細胞肺癌患者其腫瘤是否帶有 EGFR 基因 Exon 18、19、20 和 21 突變。或選擇出適合小分子酪胺激酶抑制劑 (tyrosin kinase inhibitor (TKIs)治療的肺癌病人。	1.臺灣病理學會 2.台中榮民總醫院	依 103 年第 4 次支付標準專家諮詢會議之結論：申請健保給付預計申請健保給付 gefitinb 或 erlotinb 成分藥品治療之肺腺癌病患，羅氏大藥廠股份有限公司及台灣阿斯特捷利股份有限公司願意贊助 EGFR 基因檢測費用予醫療院所，病患無需自行負擔，爰健保以不重複付費原則，不建議新增本項診療項目。
8	ALK 基因螢光原位雜交分析 (ALK FISH)	利用螢光原位雜交檢驗技術(FISH)偵測非小細胞肺癌患者之檢體是否發生 ALK 基因重組現象。可以幫助確認適合臨床標靶治療處方藥物治療。	1.彰化基督教醫院 2.台北榮民總醫院	依 103 年第 4 次支付標準專家諮詢會議之結論：檢查目的係篩選出適合使用 Crizotinib 的病患，查 102 年 12 月藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議藥品部分第 6 次會議決議，已決議含 crizotinib 用於治療非小細胞肺癌之新成分新藥「截克瘤(Xalkori)200mg 及 250mg 膠囊」暫不納入健保給付，爰健保亦不建議新增本項診療項目。
9	體外循環內毒素吸附治療	藉由直接血液灌流 (DHP) 原理，採體外血液循環方式來吸附血中內毒素，減輕敗血症的全身發炎反應嚴重度，提高 PaO ₂ / FiO ₂ 比率，改善病人血壓減少強心升壓藥的使用劑量，降低病人死亡率。	國立臺灣大學醫學院附設醫院	依 103 年第 5 次支付標準專家諮詢會議之結論：本項新增診療項目需使用之特材，並無法吸附所有細菌產生之內毒素，價格甚高，且相關實證文獻表示本項治療成效並不顯著，又缺乏國內臨床實證，爰不建議新增本項診療項目。
10	雙眼錠上眼瞼肌切除手術	改善雙眼眼瞼下垂，增進視覺功能。	中華民國眼科醫學會	依 103 年第 5 次支付標準專家諮詢會議之結論：本項新增診療項目成本校正後之建議支付點數為 11,518 點，較按現行支付標準手術通則六(二)規定申報 (即同一手術不同刀口，第 2 項手術得按表列支付點數 50% 申報) 之支付點數 13,358 點低，且同時執行雙眼錠上眼瞼肌切除手術高險及困難度高，施行對象多為年長者，為避免誘發單眼手術變成雙眼手術之道德風險，爰不建議新增本項診療項目。
11	舌根或/及舌骨懸吊術 (Tongue Base and/or Hyoid Suspension)	因舌根後墜或舌根肥厚阻塞呼吸道，所造成阻塞性睡眠窒息症(OSA)和/或打鼾，舌根或/及舌骨懸吊術可減少睡眠時，舌根墜下咽部位的阻塞，進而擴大呼吸道可藉以治療打鼾暨阻塞性睡眠呼吸中止症。	亞東紀念醫院	依 103 年第 6 次支付標準專家諮詢會議之結論：本項推估執行量高且所需特材之價格昂貴，考量臨床療效有限，且缺乏管理機制，爰不建議新增本項診療項目。

建議項次	中文項目名稱	主要之臨床功能及目的	申請單位	健保署說明
12	軟顎植入術 (Palatal Impant)	植入軟顎之作用，在於使軟顎組織堅韌及增加穩定，以減少嚴重打鼾和改善輕度、中度的阻塞性睡眠呼吸中止症。	亞東紀念醫院	依 103 年第 6 次支付標準專家諮詢會議之結論：本項推估執行量高且所需特材之價格昂貴，考量臨床療效有限，且缺乏管理機制，爰不建議新增本項診療項目。
13	腎動脈神經阻斷術 (Renal denervation (RDN))	經由腎動脈壁傳遞低射頻能量來阻斷腎臟交感神經，使得腎交感神經對於中樞交感神經調控升高血壓的訊號敏感度降低，使其中樞交感神經不再接收到腎交感神經的訊號刺激，進而協助頑固型高血壓患者達到理想的降血壓之效果。	台灣介入性心臟血管醫學會	依 103 年第 6 次支付標準專家諮詢會議之結論：本項國外臨床療效之研究結果分歧，可能導因於研究對象種族不同所產生之治療反應差異，考量國內尚無臨床實證研究，且對於需使用 5-6 種以上降血壓藥品治療，或難以藥品控制之頑固型高血壓病患，於執行本項手術後仍需繼續服用降血壓藥品，爰不建議新增本項診療項目。
14	血小板 ADP P2Y12 接受器功能檢測 (PRU)	臨床上接受心導管器置放手術治療，服用 ADP P2Y12 inhibitor (Clopidogrel , Ticagrelor) 來抑制血小板活性，防止發生血栓而造成心肌梗塞或死亡，但也因為許多因素，造成藥物反應不良或過強，進而引起併發症，所以需客觀之實驗室檢測結果，以評估服藥效果，利臨床醫師正確地調整藥物劑量或種類，節省因藥物失效所引起之費用支出。	亞東紀念醫院	依 103 年第 6 次支付標準專家諮詢會議之結論：臨床上經皮導管治療多採塗藥支架之材料，故因支架放置產生血栓之案件實不多，且得以血小板凝集功能等傳統檢測方法評估服用 ADP P2Y12 inhibitor 之效益，考量本項未納入國外臨床常規檢查項目，且未建立 cut-off 標準點，易產生臨床解讀差異，爰不建議新增本項診療項目。
15	薦神經調控暫時性經皮植入導線測試定位手術	減少病患大便失禁或膀胱過度活動症之急迫性尿失禁、嚴重尿頻 (和/或) 尿急症狀之失禁次數尿頻次數(和/或) 尿急之次數、減少尿液滯留量改善尿液滯留。	花蓮慈濟醫院	依 103 年第 7 次支付標準專家諮詢會議之結論：本項因缺乏國內臨床實證且國內技術尚未發展、所建議之適應症不明確、臨床使用個案數少，且非主要大小便失禁之治療指引等因素，以及該等診療項目植入式醫材昂貴，爰不建議新增本項診療項目。
16	虛擬實境復健(肌肉骨骼)	1.利用各種感覺回饋，在復健過程中給予即時的正向或負向回饋，提昇復健動機，強化動作執行。 2.建構一擬真的環境，讓患者融入情境中，提昇復健過程的專注力，進一步促進動作及任務學習能力。 3.擷取人體空間及動作資訊，搭配後續程式計算將之數位化，客觀地將病人的動作表現量化，提供醫師及治療師做後續治療重要資訊。 4.因應個人動作能力，隨時調整不同難易度的訓練強度。 5.短時間內能精準地大量重複欲治療的復健動作，增強腦部可塑性及大腦連結。	臺北榮民總醫院	依 103 年第 8 次支付標準專家諮詢會議之結論：本案建議 2 項新增項目因缺乏支持度較強之實證文獻，目前國內係採研究計畫方式提供服務，僅有少數醫院發展，且服務個案極少，爰不建議新增。
17	虛擬實境復健(神經)			

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

第七項 細菌學與黴菌檢查 Bacteriology & Fungus Test (13001-130267)

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
13027B	<p>快速結核病分子診斷</p> <p><u>Rapid Molecular diagnosis for tuberculosis</u></p> <p>註：</p> <p>1.適應症：</p> <p>(1)塗片耐酸性染色鏡檢陽性的患者，但無法區分為結核菌或非結核分枝桿菌。</p> <p>(2)懷疑罹患肺結核，但塗片耐酸性染色鏡檢陰性的患者。</p> <p>2.支付規範：</p> <p>(1)需裝置有生物安全櫃的P2實驗室。</p> <p>(2)需收檢當日發報告</p>		√	√	√	2431

第十二項 循環機能檢查 Circulative Function Examination (18001-180456)

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
18046B	<p>生物電抗非侵入式心輸出量及血流動力學監測</p> <p><u>Bioreactance non-invasive cardiac output and hemodynamic monitoring</u></p> <p>1.適應症：</p> <p>(1)心臟手術患者，手術中或手術後心臟功能衰竭，有立即生命危險者。</p> <p>(2)心臟病人，使用數種強心劑。</p> <p>(3)各種休克病人，心臟血管功能衰竭，使用數種心臟藥物，亦無法有效改善者。</p> <p>2.支付規範：</p> <p>(1)限加護病房患者申報。</p> <p>(2)同次住院限申報1次。</p> <p>(3)執行本項時不得同時執行 18029B「心輸出量測定」及 18030B「第二次心輸出量測定」。</p>		√	√	√	3322

第二節 放射線診療 X-RAY

第一項 X光檢查費 X-Ray Examination

二、特殊造影檢查 Scanning (33001-331340)

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
33091B	不整脈經導管燒灼術 Transcatheter Radiofrequency Ablation for Arrhythmia —2-D定位 2D Mapping		v	v	v	36900
<u>33139B</u>	<u>—複雜3-D立體定位 Chamber 3D Mapping</u> <u>單腔 Single</u>		v	v	v	<u>45109</u>
<u>33140B</u>	<u>雙腔 Double</u>		v	v	v	<u>49177</u>
	註： 1.施行本項之醫院及醫師資格如下： (1)醫院資格： A須具有心臟外科醫師支援之醫院。 B須具備完善之心導管透視機、電生理檢查紀錄儀、電生理刺激器、高頻幅釋出機、心臟去顫器等。 (2)醫師資格： 具中華民國心臟學會專科醫師，曾接受一年完整之臨床電生理及不整脈經導管燒灼術之訓練，且至少完成50例以上不整脈經導管燒灼術之經驗，其完成之病例數須經中華民國心臟學會審核認定。 (3)醫院及主持醫師資格有變更時應重新報保險人核備。 2.施行本項之適應症如下： (1) <u>2-D立體定位</u> ：經心電圖及心臟電氣生理檢查經證實為室上頻脈(supraventricular tachycardia)。 (2) <u>複雜3-D立體定位</u> ：複雜性不整脈包括心房頻脈、非典型性心房撲動、心房顫動、心室不整脈等。 3.本項目所訂點數包含心導管置入及造影、冠狀動脈及冠狀竇造影、燒灼前後完整之電氣生理檢查、心律不整燒灼定位、心律不整燒灼、血壓及心電圖監視、一般材料費等費用。 4.醫院申請醫療費用時應一併檢附心臟電氣生理檢查證實為室上頻脈且確實施行本處置之相關資料。 5.若術後三十天(含)內復發並再次使用者，按所訂支付點數之一半支付。 6.提升兒童加成項目。					

第二十一項 內視鏡檢查 Endoscopy Examination (28001-2803944)

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
28040B	支氣管內視鏡超音波導引 <u>Bronchoscopic Ultrasonography; EBUS</u> 註： 1. 支付規範： (1)不得同時申報28006C、28026B及67051B。 (2)內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料。		√	√	√	7365
28041B	支氣管內視鏡超音波導引縱膈淋巴節定位切片術 <u>EBUS + Transbronchial node aspiration</u> 1. 支付規範： (1)不得同時申報28006C、28026B、28040B及67051B。 (2)內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料。		√	√	√	14198
28042B	支氣管內視鏡超音波導引週邊肺組織採檢切片術 <u>EBUS + Peripheral lung transbronchial biopsy</u> 註： 1. 支付規範： (1)不得同時申報28006C、28026B、28040B及67051B。 (2)內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料。		√	√	√	13657
28043B	電子式內視鏡超音波 <u>Electronic Endoscopic Ultrasonography, EUS</u> 註： 1. 支付規範： (1)不得同時申報28029C、28044B及相關內視鏡檢查。 (2)內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料。		√	√	√	6999
28044B	細鏡(迷你)探頭式內視鏡超音波 <u>Miniprobe Endoscopic Ultrasound</u> 註： 1. 支付規範： (1)不得同時申報28029C、28043B及相關內視鏡檢查。 (2)內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料。		√	√	√	5980

第二項 癌症(腫瘤)治療 Cancer Therapy

二、其他治療方式 Other Therapy (37001~37046)

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
37047B	<p><u>身體立體定位放射治療</u> <u>Stereotactic body radiation therapy(SBRT)/Stereotactic ablative radiotherapy(SABR)</u> 註： 1.施行本項之適應症如下： (1)<u>原發性早期肺部惡性腫瘤(依據2009AJCC分期定義為NO之\leqstage II)患者，病灶最大徑\leq5公分，ECOG status\leq2(或Karnofsky Performance Scale/KPS\geq70)，且須符合以下(high surgical risk)條件之一：</u> <u>A.poor pulmonary function，不適合接受lobectomy手術者(依外科醫師檢視或會診紀錄)。</u> <u>B.年齡\geq75歲，致開胸受術可能造成嚴重損傷或危險性大，不是手術者(依外科醫師檢視或會診紀錄)。</u> <u>C.有嚴重心肺疾病或其它內科疾病，經麻醉科評估不適全身麻醉者。</u> (2)<u>原發性肝膽單一病灶(可為原發性肝癌或肝內膽道癌，同時無肝外淋巴侵犯和遠端轉移)，肝功能為Child-Pugh A至B級，ECOG status\leq2(或Karnofsky Performance Scale/KPS\geq70)，病灶最大徑\leq5公分。且經評估無法進行下列之一的治療或下列之一的治療失敗者(依病歷紀錄)：</u> <u>A.手術切除</u> <u>B.血管栓塞治療</u> <u>C.電燒灼治療</u> 2.支付規範： (1)<u>需事前審查。</u> (2)<u>全療程為2週且分次治療以6次(含)為限，採包裹給付，如未執行完全療程，依治療計畫之治療次數按等比例核扣。</u> (3)<u>不得同時申報支付標準編號33090B、36001B、36015B、36011B、36012B、36014B、36018B、36019B、36021C、37007B、37008B、37013B、37014B、37016B、37018B、37019B、37029B、37030B、37046B</u></p>		Y	Y	Y	213662

第七節 手術

通則：

六、同一手術野或同一病巢內，同時做兩種以上手術時，或依病情可同時手術，而未同時施行者，依下列規定辦理：

(四)經同一刀口施行手術時，附加非治療必須之其他手術，不另給付。本條所稱同一手術野或同一病巢，係指在同一手術區內，有不同器官，因同一病灶影響，須同時手術者，不同刀口，係指一病灶需由不同刀口，使能將病灶清除、修復者，同類手術，係指手術項目列在本支付標準表之手術章中同項內之各手術項屬之(如第二部第二章第七節第一項皮膚之各項手術 62001C-6206371B，均依同類手術項目計費，其餘類推)。

第一項 皮膚 Integumentary System (62001-620701)

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
62071B	<p>水刀清創 Hydrosurgery debridement</p> <p><u>1.適應症：二度燙傷(含)以上及總燙傷面積 20%(含)以上，接受自體皮膚移植手術當次得申報水刀清創。</u></p> <p><u>2.支付規範：</u></p> <p><u>(1)同一醫院同一病患同一傷害，限申報一次。</u></p> <p><u>(2)須事前審查。</u></p> <p><u>(3)不得同時申報支付標準診療項目：48015B、48016B、48017B、48029B 及 48030B。</u></p> <p><u>(4)一般材料費及特殊材料費，得加計 309%。</u></p> <p><u>(5)上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u></p>		Y	Y	Y	10861

第四項 呼吸器 Respiratory System

三、胸腔 Thoracic (67001-670545)

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
67055B	<p>納式胸廓異常矯正術 <u>Nuss Procedure for chest wall deformity</u> 1.適應症： (1)<u>Haller index 或 CT index > 3.25。</u> (2)<u>有呼吸功能障礙，慢性支氣管炎，或肺纖維化病變者。</u> (3)<u>併有心理影響，經精神科醫師評估有矯治之需要者。</u> 2.支付規範： (1)<u>一般材料費及特殊材料費，得加計 98%。</u> (2)<u>上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u></p>		v	v	v	14930

第九項 內分泌器 Endocrine System (82001-8204719)

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
82007B	副甲狀腺切除術 Parathyroidectomy — <u>單純性 Simple</u>		v	v	v	10799
82018B	— <u>亞全切除術 Subtotal</u> 註： <u>一般材料費得加計16%。</u>		v	v	v	30119
82019B	— <u>全切除術 Total</u> 註： <u>一般材料費得加計15%。</u>		v	v	v	30109

討論事項

第三案

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「單次使用拋棄式過濾器」等 4 項特材之支付標準調整案，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「單次使用拋棄式過濾器」等 4 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 3~5 次支付標準專家諮詢會議，按會議結論建議如下：

（一）單次使用拋棄式過濾器乙項：

1. 用於調整支付標準診療項目編號 17001C「萊特氏最高流量計」等 21 項診療項目支付點數，申報醫令量（詳附件 3-1，P29）。
2. 特材價格按本署訪價各層級院所結果（同附件 3-1，P29），平均價格 33 元*1.05（特材管理作業費用 5%）為 35 點計算。

3. 以編號 17001C 為例，建議包裹支付點數（表列材料費之%，採無條件進位後）為 85 點，其餘詳附件 3-2，P31~P33，調整 21 項診療項項目健保增加支出約 0.35 億元。

(二) 單次使用拋棄式心臟血管異物取出器乙項：

1. 用於調整支付標準診療項目編號 33131B「經皮導管\心臟內異物移除術」，申報醫令量(同附件 3-1，P29~P30)。
2. 本項特材因使用部位及管徑大小，特材價格有差異，按中華民國心臟學會建議拆分診療項目、適應症及包裹特材價格，說明如下：
 - (1) 經皮導管血管內\心臟內異物移除術（適用於留置異物處血管大小直徑為 >7 mm 者）：特材（標準尺規 STANDARD）價格按本署訪價各層級院所結果(同附件 3-1，P29~P30)，平均價格 19,387 元*1.05（特材管理作業費用 5%）為 20,356 點，建議包裹支付點數為 30,356 點。
 - (2) 經皮導管血管內\心臟內異物移除術（適用於留置異物處血管大小直徑為 ≤ 7 mm 者）：特材（MICRO 或 MINI）價格按本署訪價各層

級院所結果(同附件 3-1，P29～P30)，平均價格 24,438 元*1.05 (特材管理作業費用 5%) 為 25,660 點，建議包裹支付點數為 35,660 點。

3. 增修後，推估健保增加支出約 0.052 億元及適應症內容(詳附件 3-3，P34～P35)。

(三) 器官保存液乙項：

1. 本項特材費用，因內含於相關(心、肝、胰、肺、腎)器官移植及其摘取等相關之手術診療項目一般材料費支付點數。
2. 因該特材廠商於 101 年調漲售價 100%，考量器官取得不易及器官移植手術已於 102 年調高支付點數，故主要用於調整支付標準診療項目編號 68034B「心臟摘取」等 7 項器官摘取診療項目。
3. 特材價格按特材廠商調漲後價格 6,400 元-原價格 3,200 元後*1.05 (特材管理作業費用 5%) 為 3,360 點，及 68034B「心臟摘取」等 7 項器官摘取診療項目等 7 項器官摘取所需使用之器官保存液袋數(約 7~10 袋)計算。
4. 以編號 68034B 為例，器官保存液袋數約 7 袋*3,360 點=23,520 點，建議包裹支付點數(表列材料費之%，採無條件進位後)為 50,622 點，調整 7 項診療

項目健保增加支出約 0.26 億元(詳附件 3-4，P36～P37)。

(四) 雷射光纖乙項：

1. 用於調整支付標準診療項目編號 77028B「輸尿管鏡取石術及碎石術一併用雷射治療方式 with Nd-YAG laser」，申報醫令量(同附件 3-1，P30)。
2. 本項特材為重複消毒之雷射光纖，經本署按訪價各層級醫院採購價格/使用次數為單次使用價格進行計算(同附件 3-1，P30)，平均價格為 2,643 元*1.05 (特材管理作業費用 5%) 為 2,775 點。
3. 建議包裹支付點數 (表列材料費之%，採無條件進位後) 為 14,222 點，調整後健保增加支出約 0.026 億元(詳附件 3-5，P38)。

三、依 103 年醫療給付費用總額及其分配之醫院總額新增支付標準編列預算 12.31 億元辦理，本案增修旨揭 31 項診療項目，全年預估支出 0.688 億元。

擬辦：本案經討論後如獲同意，擬增訂支付標準(詳附件 3-6，P39～P45)，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「單次使用拋棄式研磨鑽頭」等 4

項特材訪價訪價結果表

一、單次使用拋棄式過濾器

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
17001C ~	醫學中心	373,577	22	17	28.3	
	區域醫院	316,535	10	10	33.9	
17021B (21 項)	地區醫院	177,845	10	8	44.8	
	基層診所	88,704				
總計		956,661	42	35	33.0	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(1)、單次使用拋棄式心臟血管異物取出物---標準

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
33131B	醫學中心	108	22	16	19,164	
	區域醫院	113	3	3	22,500	
	地區醫院	7				
總計		228	25	19	19,387	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(2)、單次使用拋棄式心臟血管異物取出物---MICRO

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
拆分項	醫學中心	108	22	16	24,438	
	區域醫院	113	3	3	0.0	
	地區醫院	7				
總計		228	25	19	24,438	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

四、雷射光纖

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
77028B	醫學中心	584	22	17	2,895.5	
	區域醫院	102	3	2	2,173.0	
	地區醫院	215	3	3	2,104.2	
總計		901	28	22	2,643	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

修訂支付標準編號 17001C~17021B 等 21 項肺功能檢查支付點數，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	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										
	編號	中英文名稱	表列支付點數	表列支付標準一般材料費	健保申報成數	健保支付點數	健保已給付	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			
								特材品項數												支付品項數	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%)
			a	b	c	d=(a+b)*c				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 (or h-d)	m	n	o=l*m*n		
1	17001C	萊特氏最高流量計	50			50				過濾器	1	33	35	85				35	161,543	169,621	1.00	5,877,368
2	17002B	最大吸氣壓及最大吐氣壓	50			50				過濾器	1	33	35	85				35	149,059	156,512	1.00	5,423,141
3	17003C	流量容積圖形檢查	270			270				過濾器	1	33	35	305				35	162,131	170,238	1.00	5,898,747
4	17004B	標準肺量測定(包括 FRC 測定)	450			450				過濾器	1	33	35	485				35	67,843	71,236	1.00	2,468,327
5	17005B	單次呼吸肺氣廓清試驗	240			240				過濾器	1	33	35	275				35	88	93	1.00	3,222
6	17006B	支氣管擴張劑試驗	450			450				過濾器	1	33	35	485				35	54,571	57,300	1.00	1,985,445
7	17007B	標準支氣管擴張劑試驗	800			800				過濾器	1	33	35	835				35	90,305	94,821	1.00	3,285,548

項次	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	現行支付點數與建議包裹支付差額	健保財務影響									
	編號	中英文名稱	表列支付點數	健保申報成數	健保支付點數	特材品項數	支付品項數	品項名稱	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%)	採包裹給付之支付標準調整建議支付點數	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
																			a	b	c	d=(a+b)*c
8	17008B	睡眠多項生理檢查	4,500		4,500			過濾器	1	33	35	4,535					35	52,169	54,778	1.00	1,898,058	
9	17009B	一氧化碳肺瀾散量測定	320		320			過濾器	1	33	35	355					35	29,641	31,124	1.00	1,078,447	
10	17010B	壓力容積圖形試驗	240		240			過濾器	1	33	35	275					35	2	3	1.00	104	
11	17011B	壓力流量圖形試驗	240		240			過濾器	1	33	35	275					35	3,279	3,443	1.00	119,300	
12	17012B	壓力容積圖形及壓力流量圖形試驗	450		450			過濾器	1	33	35	485					35	42	45	1.00	1,559	
13	17013B	二氧化碳刺激試驗及閉口壓	240		240			過濾器	1	33	35	275					35	155	163	1.00	5,648	
14	17014B	閉鎖容積試驗	270		270			過濾器	1	33	35	305					35	1,022	1,074	1.00	37,214	
15	17015B	缺氧刺激試驗	410		410			過濾器	1	33	35	445					35		-	1.00	-	

項次	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	現行支付點數與建議包裹支付差額	健保財務影響																						
	編號	中英文名稱	表列支付點數	健保申報成數	健保支付點數	健保已給付	過程面需使用之特材						採包裹給付之支付標準調整建議支付點數	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																		
							特材品項數	支付品項數	品項名稱	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%)	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												
a	b	c	d=(a+b)*c			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 (or h-d)	m	n	o=l*m*n																			
16	17016B	運動肺功能試驗	1,500		1,500		過濾器	1	33	35	1,535				35	8,077	8,481	1.00	293,867																
17	17017B	全階呼吸量測定	55		55		過濾器	1	33	35	90				35	156,519	164,345	1.00	5,694,554																
18	17018B	基礎代謝率	270		270		過濾器	1	33	35	305				35	582	612	1.00	21,206																
19	17019C	支氣管激發試驗	450		450		過濾器	1	33	35	485				35	12,565	13,194	1.00	457,172																
20	17020B	多次呼吸肺氣廓清試驗	300		300		過濾器	1	33	35	335				35	7,237	7,599	1.00	263,305																
21	17021B	肺成熟度檢查-微小氣泡檢測法	140		140		過濾器	1	33	35	175				35	6	7	1.00	243																
總計																																			34,812,474

增修支付標準編號 33131B，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	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												
	編號	原中英文名稱	建議修正及拆分項中英文名稱	建議修正及拆分項之適應症	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	按學會建議臨床使用比率	推估件數	平均支付成數	預估增加支出預算		
													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%)							表列支付點數	表列材料費(點)(無條件進位)
					a	b	c	d=(a+b)*c	特材支付點數	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 (or h-d)	m	n	o=m*n	P	Q=l*o*p	
1	33131B	經皮導管\心臟內異物移除術 (適用於留置異物處血管大小直徑為 >7 mm 者) Percutaneous transluminal catheter retrieval of vascular/intracardiac foreign body (For the vessel diameter where the foreign body stands > 7 mm)	1.各種材質之診斷性或治療性器械，導管或導絲因斷落、掉落或移位而留置於血管或心臟內所形成之異物，需移除或取出至體外者。由於各類夾取器之實際選擇尚得考量待取出異物之大小、長度、材質及材料硬度，爰建議本項目使用時機原則如下：適合使用於留置異物處血管大小直徑為 >7 mm 之異物夾取器(如 standard、6-7 Fr.等型號)。 2.內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料。	10,000			10,000		心臟血管異物取出器(標準尺規 STANDARD)	1	19,387	20,356	30,356					20,356	228	240	83%	199	1.02	4,136,085

項次	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											
	編號	原中英文名稱	建議修正及拆分項中英文名稱	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	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	按學會建議臨床使用比率	推估件數	平均支付成數	預估增加支出預算		
								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 (or h-d)	m	n	o=m*n	P	Q=l*o*p						
2	33135B (拆分項)	經皮導管血管內心臟內異物移除術(適用於留置異物處血管大小直徑為≤7mm者) Percutaneous transluminal catheter retrieval of vascular/intracardiac foreign body (For the vessel diameter where the foreign body stands ≤ 7 mm)	1.各種材質之診斷性或治療性器械，導管或導絲因斷落、掉落或移位而留置於血管或心臟內所形成之異物，需移除或取出至體外者。由於各類夾取器之實際選擇尚得考量待取出異物之大小、長度、材質及材料硬度，爰建議本項目使用時機原則如下：適合使用於留置異物處血管大小直徑為≤7mm之異物夾取器(如 mini、micro、3Fr.等型號)。 2.內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料。		0.53				心臟血管異物取出器 (MICRO 或 MINI)	1	24,438	25,660	35,660					17%	41	1.02	1,067,862		
總 計																				5,203,947			

修訂器官摘取手術支付標準編號 68034B 等 7 項支付點數，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	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				
	編號	中英文名稱	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10%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	調漲後價格											調漲後與原價格差(加計特材管理作業費用5%)
1	68034B	心臟摘取 Heart procurement	17,638	9,348	1	26,986			器官保存液	7	6,400	3,360	50,506	17,638	32,869	187%	50,622	23,636	70	77	1.00	1,819,961
2	68038B	肺臟摘取 Lung harvest (donor pneumonectomy)	15,548	8,240	1	23,788			器官保存液	7	6,400	3,360	47,308	15,548	31,761	205%	47,422	23,634	2	2	1.10	57,091
3	75021B	屍體捐肝摘取 Cadaveric liver harvest(donor hepatectomy)	35,500	18,815	1	54,315			器官保存液	7	6,400	3,360	77,835	35,500	42,335	120%	78,100	23,785	90	99	1.06	2,494,596
4	75022B	活體捐肝摘取 Partial hepatectomy for livingrelated liver transplantation	42,600	22,578	1	65,178			器官保存液	7	6,400	3,360	88,698	42,600	46,098	109%	89,034	23,856	442	486	1.00	11,598,787
5	75419B	屍體捐胰摘取 Pancreas Harvest	108,313	57,406	1	165,719			器官保存液	8	6,400	3,360	192,599	108,313	84,286	78%	192,798	27,079	14	15	1.06	440,381

項次	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																								
	編號	中英文名稱	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10%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											調漲後價格	調漲後與原價格差(加計特材管理作業費用5%)	e	f	g=(f-3200)*1.05	h=d+(e*g)	i=Σ(a*c)	j=Σ((b*c)+(e*g))	%=j/i*100	k=i*(1+%)	l=k-d (or h-d)	m	n	o=l*m*n							
6	76018B	屍體捐腎切除術 Nephrectomy from cadaver donor 本項支付點數，含一般材料費、捐贈者器官保存液及灌注費合計83%。	60,978	一般材料費	1	60,978			器官保存液	10	6,400	3,360	94,578	33,321	61,257	184%	94,633	33,655	102	112	1.06	4,005,317																			
		手術費	83%																																						
		33,321	27,657																																						
7	76019B	活體捐腎切除術 Nephrectomy from living donor 本項支付點數，含一般材料費、捐贈者器官保存液及灌注費合計80%。	64,706	一般材料費	1	64,706			器官保存液	10	6,400	3,360	98,306	35,948	62,358	174%	98,497	33,791	137	151	1.00	5,103,455																			
		手術費	80%																																						
		35,948	28,758																																						
總 計																																									25,519,588

修訂支付標準編號 77028B 支付點數，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	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																								
	編號	中英文名稱	建議修訂中英文名稱	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																				
				a	b	c	d=(a+b)*c	特材品項數	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 (or h-d)	m	n	o=l*m*n								
1	77028B	輸尿管鏡取石術及碎石術—併用雷射治療方式 with Nd-YAG laser	輸尿管鏡取石術及碎石術—併用雷射治療方式 with Nd-YAG laser	7,446	3,946	1	11,392			雷射光纖	1	2,643	2,775	14,167	7,446	6,721	91%	14,222	2,830	901	946	1.00	2,677,322																		
總 計																																									2,677,322

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

第十一項 呼吸機能檢查 Respiratory Function Examination (17001-17021)

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
17001C	萊特氏最高流量計—移動型 Wrights peak flow meter-portable 註：內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料(過濾器)。	v	v	v	v	50 85
17002B	最大吸氣壓及最大吐氣壓 Pi max and Pe max 註： 1.限呼吸器 weaning時申報。 2.內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料(過濾器)。		v	v	v	50 85
17003C	流量容積圖形檢查 Flow-volume curve 註：內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料(過濾器)。	v	v	v	v	270 305
17004B	標準肺量測定 (包括FRC測定) Lung volume with functional residual capacity 註： 1.包含流速—容積測定 (flow-volume test)、肺通氣試驗 (ventilation test)、肺餘量試驗(residual volume test)。 2.內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料(過濾器)。		v	v	v	450 485
17005B	單次呼吸肺氮廓清試驗 Single breath nitrogen washout test 註：內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料(過濾器)。		v	v	v	240 275
17020B	多次呼吸肺氮廓清試驗 Mutiple breath nitrogen washout test 註：內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料(過濾器)。		v	v	v	300 335

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
17006B	支氣管擴張劑試驗 Bronchodilator test 註：內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料(過濾器)。		v	v	v	450 485
17007B	標準支氣管擴張劑試驗 Standard bronchodilator test 註：內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料(過濾器)。		v	v	v	800 835
17008B	睡眠多項生理檢查 註： 1.含EEG、EMG、ECG、EOG、respiratory airflow、thoracic respiratory effort、abdominal respiratory effort。 2.適應症如下： (1)睡眠呼吸障礙、猝睡症、睡眠行為異常、parasomnia 癲癇引起的睡眠中斷、神經肌肉疾病侷限性胸廓異常合併睡眠問題。 (2)不得做慢性肺部疾病例行診斷。 (3)「困難處理失眠症」之鑑別診斷。 3. 內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料(過濾器)。		v	v	v	4500 4535
17009B	一氧化碳肺滲散量測定 CO diffusing capacity 註：內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料(過濾器)。		v	v	v	320 355
17010B	壓力容積圖形試驗 Pressure volume curve 註：內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料(過濾器)。		v	v	v	240 275
17011B	壓力流量圖形試驗 Pressure flow curve 註：內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料(過濾器)。		v	v	v	240 275
17012B	壓力容積圖形及壓力流量圖形試驗 Pressure volume curve and pressure flow curve 註：內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料(過濾器)。		v	v	v	450 485
17013B	二氧化碳刺激試驗及閉口壓 CO2 stimulation test and mouth occlusion pressure 註：內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料(過濾器)。		v	v	v	240 275
17014B	閉鎖容積試驗 Closing volume 註：內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料(過濾器)。		v	v	v	270 305

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
17015B	缺氧刺激試驗 Hypoxic stimulation test 註：內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料(過濾器)。		v	v	v	440 445
17016B	運動肺功能試驗 Exercise pulmonary function test (stress test) 註：內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料(過濾器)。		v	v	v	1500 1535
17017B	全階呼吸量測定 Haloscale respiration 註： 1.限呼吸器 weaning時申報。 2.內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料(過濾器)		v	v	v	55 90
17018B	基礎代謝率 Basal metabolic rate 註：內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料(過濾器)。		v	v	v	270 305
17019C	支氣管激發試驗 Bronchial provocation test 註：內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料(過濾器)。	v	v	v	v	450 485
17021B	肺成熟度檢查－微小氣泡檢測法 Microbubble test 註： 1.適應症：妊娠週數小於38週，出生後發生呼吸窘迫之新生兒。 2.內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料(過濾器)。		v	v	v	140 175

第二節 放射線診療 X-RAY

二、特殊造影檢查 Scanning (33001-331345、P2101-P2104)

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
33131B	<p>經皮導管血管內\心臟內異物移除術 (適用於留置異物處血管大小直徑為 $> 7 \text{ mm}$ 者)</p> <p><u>Percutaneous transluminal catheter retrieval of vascular/intracardiac foreign body (For the vessel diameter where the foreign body stands $> 7 \text{ mm}$)</u></p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 因遺失或移位而造成之血管內或心臟內異物。 2. 提升兒童加成項目。 3. 各種材質之診斷性或治療性器械，導管或導絲因斷落、掉落或移位而留置於血管或心臟內所形成之異物，需移除或取出至體外者。由於各類夾取器之實際選擇尚得考量待取出異物之大小、長度、材質及材料硬度，爰建議本項目使用時機原則如下：適合使用於留置異物處血管大小直徑為 $> 7 \text{ mm}$ 之異物夾取器(如 standard、6-7 Fr.等型號)。 4. 內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料。 		v	v	v	40000 30356
33135B	<p>經皮導管血管內\心臟內異物移除術 (適用於留置異物處血管大小直徑為 $\leq 7 \text{ mm}$ 者)</p> <p><u>Percutaneous transluminal catheter retrieval of vascular/intracardiac foreign body (For the vessel diameter where the foreign body stands $\leq 7 \text{ mm}$)</u></p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 因遺失或移位而造成之血管內或心臟內異物。 2. 提升兒童加成項目。 3. 各種材質之診斷性或治療性器械，導管或導絲因斷落、掉落或移位而留置於血管或心臟內所形成之異物，需移除或取出至體外者。由於各類夾取器之實際選擇尚得考量待取出異物之大小、長度、材質及材料硬度，爰建議本項目使用時機原則如下：適合使用於留置異物處血管大小直徑為 $\leq 7 \text{ mm}$ 之異物夾取器(如 mini、micro、3Fr.等型號)。 4. 內含一般材料費及單一使用之拋棄式特殊材料。 					35660

第五項 循環器 Cardiovascular System

一、心臟及心包膜 (68001-68051)

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
68034B	心臟摘取 Heart procurement 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計187%。 2.上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	17638
68038B	肺臟摘取 Lung harvest (donor pneumonectomy) 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計205%。 2.上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	15548

第七項 消化器 Digestive System

八、肝 Liver (75001-75023)

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
75021B	屍體捐肝摘取 Cadaveric liver harvest(donor hepatectomy) 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計120%。 2.上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	35500
75022B	活體捐肝摘取 Partial hepatectomy for livingrelated liver transplantation 註： 1.不得加計急診加成。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計109%。 3.上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	42600

十、胰臟 Pancrease (75401-75419)

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
75419B	屍體捐胰摘取 Pancreas Harvest 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計78%。 2.上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。		V	V	V	108313

第八項 尿、性器 Uninary & Genital System

一、腎臟 Kidney (76001-76034)

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
76018B	屍體捐腎切除術 Nephrectomy from cadaver donor 註： 1.包含單、雙側及準備、保存之過程。 2.本項支付點數含一般材料費、捐贈者器官保存液及灌注費合計83%。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計184%。 3.上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。		V	V	V	60978 33321
76019B	活體捐腎切除術 Nephrectomy from living donor 註： 1.含準備及保存。 2.本項支付點數含一般材料費、捐贈者器官保存液及灌注液費合計80%。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計174%。 3.上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。		V	V	V	64706 35948

二、輸尿管 Ureter (77001-77037)

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
77026B	輸尿管鏡取石術及碎石術 Ureteroscopy & removal of ureteral stone — 單純內視鏡操作方式simple endoscopic 註：含鏡檢費用在內。		v	v	v	5537
77027B	— 併用超音波或電擊方式with SONO/EHL 註：含鏡檢及超音波費用在內。		v	v	v	9259
77028B	— 併用雷射治療方式with Nd-YAG laser 註： 1.含鏡檢費用在內。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計91%。 3.上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	7446

討論事項

第四案

提案單位：健保署醫務管理組

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

說明：

- 一、依中華民國眼科醫學會 103 年 6 月 3 日中眼台(103)字第 042 號函辦理(詳附件 4-1, P48-49)。
 - 二、因兒童之手術需求、年紀因素及配合度低，其醫師投入手術心力及風險相對較高，於 102 年調整 150 項特定診療項目之兒童加成比率，並無小兒眼科調整項目。
 - 三、為實質反映小兒眼科醫師手術工作付出，建議比照上開之 150 項特定診療項目兒童加成比率調整方式：<6 個月由 60% 提高為 100%、6 個月~2 歲由 30% 提高為 80%，以及 2~6 歲：20% 提高為 60%。
 - 四、依 102 年健保倉儲資料庫之門住診醫療費用統計旨揭 16 項診療項目，按前述提高之兒童加成比率計算，醫院部門將增加 337 萬點、西醫基層將增加約 1 萬 2 千點，共計為 338 萬點(詳附件 4-2, P51)。
 - 五、財務來源：由 103 年醫院部門新增診療項目 12.31 億元支應。
- 擬辦：本案經討論後如獲同意，擬修訂支付標準(詳附件 4-3, P53~P56)，並依程序報請衛生福利部核定後公佈實施。

103年

中華民國眼科醫學會 函

聯絡人：劉芳謹
地址：台北市公園路 32 號 11 樓
傳真：(02)2314 6835
電話：(02)2314 6694

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國一〇三年六月三日

發文字號：中眼台(103)字第〇四二號

主旨：建請修訂眼科兒童手術加成率，以實質反應執行眼科兒童手術醫師之工作付出。

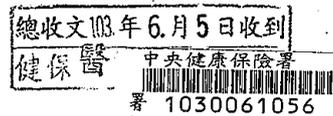
說明：一、檢送本學會有關「全民健康保險醫療費用支付標準診療項目-提升兒童加成項目」(如附件)並准予修訂。

二、敬請查收卓參



理事長

胡芳蓉



「全民健康保險醫療費用支付標準診療項目」

附件

1. 提升兒童加成項目

編號	診療項目
1 86601C	斜視矯正手術-放鬆及切除— 一條
2 86602C	斜視矯正手術-放鬆及切除— 兩條
3 86603C	斜視矯正手術-放鬆及切除— 超過二條，每增一條
4 86604C	眼肌移植術
5 86605C	眼肌腱縫合術
6 86007C	水晶體囊外（內）摘除術
7 86608C	水晶體囊內（外）摘除術及人工水晶體置入術
8 86208C	晶體切除術合併玻璃體切除術
9 86203B	前玻璃體切除術
10 86012C	人工水晶體植入術—第二次植入
11 87004C	眼瞼下垂前額懸吊術
12 87009C	眼瞼內翻矯正手術
13 87017C	提上眼瞼肌切除術
14 85806C	小樑切除術
15 86207B	眼坦部玻璃體切除術— 複雜
16 85608B	鞏膜切除併植入或扣壓

2. 修訂兒童加成率

修正條文	現行條文
本節之各項診察項目中，註有「兒童加成項目」者，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計 100%；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計 80%；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計 60%。	本節之各項診察項目中，註有「兒童加成項目」者，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計 60%；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計 30%；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計 20%。

眼科 86601C 等 16 項診療項目建議提高兒童加成率之財務影響

醫令代碼	中文名稱	支付點數 A	醫院				基層診所		
			醫令量			調高兒童加成後之影響點數 B1=Q1*(100%-60%) +Q2*(80%-30%) +Q3*(60%-20%)	醫令量	調高兒童加成後之影響點數 B2=Q1*(100%-60%) +Q2*(80%-30%) +Q3*(60%-20%)	
			<6 個月 Q1	6-23 個月 Q2	2-6 歲 Q3				2-6 歲 Q3
85608B	鞏膜切除併植入或扣壓	11,540	-	-	5	23,080	-	-	
85806C	小樑切除術	6,939	1	9	10	61,766	-	-	
86007C	水晶體囊外(內)摘除術	7,500	12	9	2	75,750	-	-	
86008C	水晶體囊內(外)摘除術及人工水晶體置入術	9,000	2	14	54	264,600	-	-	
86012C	人工水晶體植入術—第二次植入	5,000	-	2	9	23,000	-	-	
86203C	前玻璃體切除術	3,446	11	12	13	53,748	-	-	
86207B	眼坦部玻璃體切除術—複雜	14,780	13	5	12	184,750	-	-	
86208C	晶體切除術合併玻璃體切除術	12,330	3	7	6	87,543	-	-	
86601C	斜視矯正手術-放鬆及切除—一條	4,134	-	98	410	880,706	1	1,654	
86602C	斜視矯正手術-放鬆及切除—二條	5,438	-	55	400	1,019,545	4	8,700	
86603C	斜視矯正手術-放鬆及切除—超過二條，每增一條	1,562	-	3	28	19,843	-	-	
86604C	眼肌移植術	4,891	-	-	21	41,076	-	-	
86605C	眼肌腱縫合術	3,294	-	-	-	-	-	-	
87004C	眼瞼下垂前額懸吊術	5,449	-	20	37	135,160	-	-	
87009C	眼瞼內翻矯正手術	4,113	-	2	218	362,724	1	1,645	
87017C	鋸上眼瞼肌切除術	5,820	-	4	54	137,352	-	-	
總計			42	240	1,279	3,370,643	6	11,999	
合計(醫院+基層)									3,382,642

註：兒童加成率調整方式
 1.<6 個月：60%提高為 100%
 2.6 個月~2 歲：30%提高為 80%
 3.2~6 歲：20%提高為 60%

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第七節 手術

第十二項、視器 Visual System

四、鞏膜 Sclera (85601~85611)

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
85608B	鞏膜切除併植入或扣壓 Resection, scleral, with graft or buckling 註：提升兒童加成項目		v	v	v	11540

五、虹膜及睫狀體 Iris & Ciliary body (85801~85823)

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
85806C	小樑切除術 Trabeculectomy under microscope 註： 1.包括週邊虹膜切除術(peripheral iridectomy)。 2.提升兒童加成項目	v	v	v	v	6939

六、水晶體 Crystalline Lens (86001-86013)

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
86007C	水晶體囊外（內）摘除術 Extracapsular (intracapsular) lens extraction (ECLE) (ICLE) 註：1.包括虹膜切開術(including iridotomy)。 2.申報費用應檢附術前檢查結果、病歷影本、手術摘要。 3.提升兒童加成項目	v	v	v	v	7500

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
86008C	水晶體囊內（外）摘除術及人工水晶體置入術 Intracapsular (extracapsular) lens extraction under microscope + IOL insertion 註：1.包括虹膜切開術(including iridotomy)。 2.申報費用應檢附術前檢查結果、病歷影本、手術摘要。 3. Phacoemulcification + PCIOL比照申報。 4.提升兒童加成項目	v	v	v	v	9000
86011C	人工水晶體植入術 IOL implantation — 第一次植入 primary	v	v	v	v	1960
86012C	— 第二次植入secondary 註：86012C為提升兒童加成項目	v	v	v	v	5000
86013C	— 調整術reposition	v	v	v	v	5000

七、玻璃體 Vitreous (86201-86215)

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
86203C	前玻璃體切除術 Anterior vitrectomy (vitrector) 註：提升兒童加成項目	v	v	v	v	3446
86206B	眼坦部玻璃體切除術 Pars plana vitrectomy (vitrector) — 簡單 simple		v	v	v	9266
86207B	— 複雜 complicated 註：86207B眼坦部玻璃體切除術 1.複雜之定義：加上網膜前纖維膜切除（Removal of epiretinal Membrane）。 2.一般材料費、20Ga玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計125%。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。 4.提升兒童加成項目		v	v	v	14780
86208C	晶體切除術合併玻璃體切除術 Lensectomy & vitrectomy (vitrector) 註：提升兒童加成項目	v	v	v	v	12330

九、眼肌 Extraocular Muscles (86601-86605)

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
86601C	斜視矯正手術-放鬆及切除 Recession and resection- strabismus — 一條	v	v	v	v	4134
86602C	— 二條	v	v	v	v	5438
86603C	— 超過二條，每增一條 <u>註：提升兒童加成項目</u>	v	v	v	v	1562
86604C	眼肌移植術 Transplant extraocular muscle <u>註：</u> <u>1.單眼。</u> <u>2.提升兒童加成項目</u>	v	v	v	v	4891
86605C	眼肌腱縫合術 Suture or tucking of extraocular muscle tendon <u>註：</u> <u>1.單眼。</u> <u>2.提升兒童加成項目</u>	v	v	v	v	3294

十一、眼瞼 Eyelid (87001-87031)

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
87004C	眼瞼下垂前額懸吊術 Frontalis sling for ptosis <u>註：</u> <u>1.美容手術不予給付。</u> <u>2.提升兒童加成項目</u>	v	v	v	v	5449
87009C	眼瞼內翻矯正手術 Correction of entropion <u>註：</u> <u>1.限由合併症引起患者申報，並包括植皮在內。</u> <u>2.提升兒童加成項目</u>	v	v	v	v	4113

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
87017C	提上眼瞼肌切除術 Levator muscle resection 註： <u>1.先天性 (congenital) 不予給付。</u> <u>2.提升兒童加成項目</u>	v	v	v	v	5820

討論事項

第五案

提案單位：健保署醫務管理組

案由：有關醫院藥事服務費合理量之藥師總工作人日數計算方式，暨地區醫院特殊藥品處方每人每日合理件數，以及支援藥師納入接受支援醫療機構、藥局之合理調劑量計算之規定等案，提請討論。

說明：

一、有關醫院藥事服務費之支付點數調整暨合理量之實施方式，衛生福利部已於 103 年 4 月 7 日公告，並定自 103 年 5 月 1 日起實施。本署按公告內容擬訂計算原則，並於 103 年 6 月 23 日以 1030033483 號函請各分區業務組轉知轄區醫院。有關醫院藥師總工作人日數之計算資料來源，本署依據目前擬定之計算方式，以及參考各分區業務組及醫院提出之意見，提出以下兩種計算方案：

- (一) 甲案：採用目前擬定之計算方式：於健保資訊網服務系統 (VPN) 建立登錄頁面，由各醫院按該院藥師實際上班天數每月進行登錄。
1. 為使醫院作業時間更為充足，各醫院於 VPN 登錄「藥師人數」及其「總工作人日數」之期限，訂於次月 15 日前完成。
 2. 103 年 5 至 12 月為登錄緩衝期，緩衝期間若醫院未登錄，本署將以特約醫事人員管理子系統 (HMA 檔) 中該院每月第 1 日登錄之藥師人數，及按每人每月工作 23 天計算該院該月藥事服務費合理量。
 3. 104 年 1 月起，若醫院未依規定登錄，則該院藥師總工

作天數以 0 計算。

4. 健保資訊網服務系統 (VPN) 登錄頁面已於 103 年 7 月中建置完成，醫院藥事服務費之醫令自動化審查邏輯，目前仍在建置中，預計 103 年 12 月底前完成，審查邏輯建置完成後，本署各分區業務組將依據合理量報表產出結果，按月核定藥事服務費申報量超出合理量之醫院將統一於門診系統進行追扣。

(二) 乙案：由醫院申報之藥事服務費醫令填報執行醫事人員之 ID 資料，本署據此計算各醫院總藥師人數及工作人日數。

二、有關醫院各層級藥事服務費每人每日合理量，未規範地區醫院特殊藥品處方之每人每日合理量乙項，地區醫院建議比照醫學中心及區域醫院，特殊藥品處方每人每日 15 件，並據以修訂本節通則七。

三、依 103 年 7 月 16 日公布施行之「藥師法」第 11 條修正條文規定略以，藥師執業以一處為限，但於醫療機構、藥局執業者，經事先報准，得於執業處所外執行業務。衛生福利部於 103 年 9 月 24 日訂定發布「藥師於執業處所外執行業務管理辦法」、「藥劑生資格及管理辦法」第 9 條修正條文，明定其適用情形及應遵循事項。為避免特約醫療院所、藥局間藥事人員之報備支援，影響本保險藥事服務品質及藥事人員合理工作時數，建議報備支援之服務量，應併入接受支援特約醫療院所、藥局之合理調劑量計算，計算方式建議比照醫師合理門診量，採遞補專任藥師剩餘之合理量。

擬辦：

一、醫院藥師總工作人日數之計算資料來源，採由醫院於 VPN 登錄或由醫院申報之醫事人員 ID，本署將依會議討論決議方式辦理。如採由醫院於 VPN 登錄，則依說明二之 (一) 辦

理，並於本節通則七，增列各醫院應於規定內於 VPN 登錄資料，若未依規定於 VPN 登錄，自 104 年 1 月起，該院該月藥師總工作人日數以 0 計算。

- 二、於本節通則七增列地區醫院特殊藥品處方每人每日合理量上限。
- 三、增列本節通則第十二點，特約醫院、診所及藥局執業藥事人員依法提供報備支援之調劑服務，併入接受支援特約醫院、診所及藥局之合理調劑量計算，採遞補專任藥師剩餘之合理量。
- 四、本案經討論後如獲同意，擬修訂支付標準(詳附件 5-1，P60～P61)，並依程序報請衛生福利部核定後公佈實施。

第六節 調劑

通則：

- 一、藥品費依「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」有關規定辦理。
- 二、藥事服務費之成本，包含處方確認、處方查核、藥品調配、核對及交付藥品、用藥指導、藥歷管理及藥品耗損、包裝、倉儲、管理等費用。
- 三、醫院牙科門診申報本節門診藥事服務費用，應按調劑人員及處方類別，限申報 05203C、05204D、05224C、05225D、05207C、05208D、05211C 及 05212D 等項，惟 05219B、05220A 及 05221A 如符合相關規定，亦得申報。
- 四、本節各項目，皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之二十。（除基層院所外）
- 五、交付調劑醫療服務案件，診療之保險醫事服務機構，不得申報藥事服務費用。
- 六、依全民健康保險醫療辦法規定一次領取二個月或三個月用藥量之慢性病連續處方箋案件，其藥事服務費得相對申報二次或三次。
- 七、特約醫院藥事人員合理調劑量之計算，按月計算醫院各藥事人員合理調劑量，超過下列件數規定部分，其藥事服務費按支付點數之 50% 支付。

(一)綜合醫院藥事人員合理調劑量：經參考財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會公告醫院評鑑基準及評量項目之藥事人員 C 級設置標準，各層級合理調劑量如下：

1. 醫學中心

- (1)住院處方每人每日 40 件。
- (2)門、急診處方每人每日 70 件。
- (3)特殊藥品處方每人每日 15 件。

2. 區域醫院

- (1)住院處方每人每日 50 件；如採單一劑量每人每日 40 件。
- (2)門、急診處方每人每日 80 件。
- (3)特殊藥品處方每人每日 15 件。

3. 地區醫院

- (1)住院處方每人每日 50 件；如採單一劑量每人每日 40 件。
- (2)門、急診處方每人每日 100 件。
- (3)特殊藥品處方每人每日 15 件。

4. 上述綜合醫院所提供之精神科住院處方調劑藥事服務，比照本項(二)之 1. 「精神科醫院」計算合理調劑量。

(二)精神科醫院藥事人員合理調劑量：經參考財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會公告精神科醫院評鑑基準及評量項目之 C 級設置標準，訂定合理調劑量如下：

1.精神科醫院

(1)住院處方

- A.急性精神病床及精神科加護病床合計，每人每日 50 件。
- B.慢性精神病床每人每日 200 件。
- C.精神科日間病房每人每日 200 件。

(2)門、急診處方比照其對應之綜合醫院評鑑等級標準。

2.精神科教學醫院

(1)住院處方

- A.急性精神病床及精神科加護病床合計，每人每日 40 件。
- B.慢性精神病床每人每日 160 件。
- C.精神科日間病房每人每日 160 件。

(2)門、急診處方比照其對應之綜合醫院評鑑等級標準。

(三)各醫院應於次月 15 日前至本署健保資訊服務系統(VPN)登錄藥師人數及藥師總工作人日數，若該月 15 日適逢國定假日或例假日，則順延至下一個工作日，若醫院未依規定於 VPN 登錄，104 年 1 月起，該院該月藥師總工作人日數以 0 計算。

八、前項醫院藥事人員合理調劑量計算原則：

(一)門、急診處方:係指本節各項門診藥事服務費診療項目。

(二)住院處方:係指本節各項住院藥事服務費診療項目。

(三)特殊藥品處方:係指本節放射性藥品處方之藥事服務費、全靜脈營養注射劑處方之藥事服務費、化學腫瘤藥品處方之藥事服務費等診療項目。

(四)藥事人員合理調劑量計算次序為特殊藥品、住院處方、門急診處方，超過合理調劑量依支付點數之 50% 支付。

九、特約藥局如不符主管機關公告之「藥局設置作業注意事項」，其藥事服務費比照基層院所藥事人員調劑標準支付。

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

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

十二、特約醫院、診所及藥局執業藥事人員依法提供報備支援之調劑服務，併入接受支援特約醫院、診所及藥局之合理調劑量計算，採遞補專任藥師剩餘之合理量；超過合理量部分，其藥事服務費按支付點數之 50% 支付。

討論事項

第六案

提案單位：健保署醫務管理組

案由：有關修訂「全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫」案。

說明：

- 一、本試辦計畫目標以建立台灣急性後期照護模式，並建構急性期、急性後期、慢性期與長照接軌之垂直整合系統，提供失能病人在復健治療黃金期內，進行一系列高強度復健之整合式照護服務，促進病人恢復功能返家，可大幅減輕對醫療體系、家庭及社會照顧之負擔。
- 二、本署評選39個醫院團隊，共129家承作醫院、22家上游醫院(所有醫學中心)參與試辦，遍布各縣市。試辦初期為確保品質，103年1-2月間經辦理6場次1205人次之急性後期照護專業訓練、實地訪查人力設備後，於103年3月正式啟動。
- 三、執行成效：至9月底收案959人(中度及中重度失能者占95%)，結案736人，病人整體成效進步者86%，病人回歸門診復健或居家比率為82%。病人功能平均分數較收案時有進步之情形，其中巴氏量表由39.4分(嚴重依賴等級)進步至64.2分(功能獨立等級)，進步24.8分。工具性日常生活功能(IADL)由1.5分進步至2.5分，進步1.0分。且病人功能狀況相當情形下(MRS 2-4)，呈現PAC病人再住院率較低情形，14日再住院率PAC計畫病人12.35%、未參加PAC之對照組18.61%；30日再住院率，PAC計畫病人16.05%、對照組24.03%。
- 四、依據本署對試辦計畫之檢討，大多數病人功能進步返家，照護品質與成效良好，故下階段推動收案數增加。其中下轉占收案數42%(322人)，顯示病人仍滯留原處置之上游醫院，故本次計畫修訂重點，係根據本署執行12場次試辦醫院團隊實地輔導所

反映意見，並於8月26日邀請國內19家醫學中心、10個醫學會專家會議結論，研擬修訂計畫內容如下：

(一)鼓勵醫學中心發揮領導角色，提升醫院團隊品質，增進病人下轉信心：

1.新增急性醫療醫院轉銜作業獎勵費1000點，需完成以下規定作業：

(1)需提供病人或家屬PAC個案管理及衛教說明(留有完整諮詢內容紀錄、衛教時間至少30分鐘、病人或家屬簽名)。

(2)準備出院病摘、轉銜確認報告書外，需提供承作醫院出院前3天病程紀錄(電子資料亦可)、生命徵象、護理紀錄、藥歷紀錄、重要注意事項等。

(3)提供優質的個案管理轉銜作業，提供跨院住院轉診服務，病人免經掛號直接入住承作醫院病房。

(4)針對MRS 4分病患，若能拍攝活動影片向病人或承作醫院衛教說明者，加計50%。

2.新增急性醫療醫院醫事人員訪視獎勵費1000點：為增加病人信心，急性醫療醫院主治醫師或PAC團隊成員(需含醫師)至承作醫院探訪病人且留有紀錄，直接與承作醫院團隊成員溝通，減少對病患病情及功能認知差距，每位病人最多3次(前3週每週一次)。

3.新增主責醫院提升團隊照護品質獎勵費(每家主責醫院全年6萬點)：召開跨院際醫院團隊會議，辦理個案研討、轉銜作業協調、教育訓練、提升試辦品質措施、彙總及檢討團隊內所有醫院品質指標等提升照護品質活動，每半年繳交成果報告書1次。

4.下轉評估必評量表6項減少為前4項。

(二)鼓勵承作醫院收治複雜病人，並對協助病人回歸居家提供誘因：

1. 管灌飲食、符合一定條件之螢光透視吞嚥錄影攝影檢查(支付標準碼33096B)，可另行核實申報，鼓勵承作醫院照顧較複雜、有管路病人，並促進醫學中心下轉。

註：吞嚥攝影檢查於本計畫可以核實申報之適用條件：

- 1.反覆性肺炎。
 - 2.進食時有明顯噎咳。
 - 3.講話有明顯的濕泡聲。
 - 4.吞嚥障礙高危險受傷區：腦幹及多次中風。
 - 5.中風前已有吞嚥障礙病史。
 - 6.一年內曾留置氣切內管 ≥ 30 天以上。
 - 7.目前留置氣切管。
 - 8.欲移除鼻胃管，經評估有需求者。
 - 9.其他疑有吞嚥障礙之危險，如：合併有嚴重活動及智能障礙。
2. 每日定額費用第4週起與前3週相同。
 3. 新增承作醫院醫事人員居家訪視獎勵費1000點)，病人結案前後，承作醫院PAC團隊成員至病人家裏探訪且留有紀錄，提供家屬居家照護衛教指導，及居家環境改造建議，時間至少30分鐘，促進病人健康返家回歸社區，每病人限申報2次。
 4. 期中評估費考量評估量表與期初評估13個量表相同，由400點增加為1000點。

(三)新增醫院機制：

1. 考量明年擴大辦理，現有39個團隊皆經過專家評選，且醫院合作機制需要時間磨合，原則不接受新增團隊，但有意願參與之個別醫院可申請加入現有醫院團隊，由主責醫院提送修訂後計畫書，經分區審查通過後准予參與試辦(包含人力設備等實地審查)。
2. 現有獲選之醫院團隊可繼續參加104年起試辦。

(四)退場機制

1. 參與醫院於辦理期間，若因違反特管辦法致受停約處分，需終止參加本計畫，新增停約1個月不在此限之規定。
2. 新增未依規定每半年繳交成果報告、實地輔導或參與試辦有待改善事項，經過分區業務組發函2次皆未改善者，需退場。

(五)品質監測指標

1. 建議增加之臨床指標「非計畫性管路滑脫率」、「管路移除率」列入品質監測指標，請醫院團隊提供。
2. 個案收案期間「急性病房轉入率」文字調整為「轉入急性病房比率」，實質計算內容不變。

(六)收案對象：為確保病人接受急性後期照護之權益，新增特殊個案腦中風發病40天內可以納入試辦收案之條件。

1. 腦中風發病兩週以後，因急性感染症而新增或調整靜脈抗生素注射藥物者。
2. 腦中風發病30天內，曾因有多重抗藥性菌株感染而需接觸隔離者。
3. 腦中風發病30天內，使用抗凝血劑，用藥四週後仍然未能調整至理想狀態(PT INR 1.5-3.0)。
4. 使用胰島素或口服藥物，腦中風四週後仍血糖控制不佳(空腹血糖 > 200 mg/dl)，需要嚴密監控。
5. 腦中風發病30天內，加護病房住院超過兩週者。
6. 腦中風發病30天內，發生重大合併症、併發症(如心肌梗塞、靜脈血管栓塞、急性腎衰竭)接受特殊處置及手術導致住院延長者。

五、本次調整每日定額費用調整預估增加3564萬點(以每月300人，全年3600人預估)，獎勵費、評估費預估增加2700萬點，以其他預算「推動促進醫療體系整合計畫」項下支應。

六、修訂後之方案內容詳附件6-1，P68~P100。

擬辦：本案經討論後如獲同意，擬修訂本試辦計畫，並依程序報請衛生福利部核定後公布實施。

全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫

102 年 10 月 7 日健保醫字第 1020033910 號公告
 103 年 1 月 24 日健保醫字第 1030000612 號公告修正
 103 年○月○日健保醫字第○號公告修正

壹、前言

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

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

的照護目標¹²⁻¹⁵。

依據 2011 年健保申報資料，符合重大傷病之急性腦血管疾病(腦中風)個案急性期連續住院天數長，追蹤 2.7 萬名個案，發病半年內因急性腦血管疾病之連續住院費用 30.9 億點，平均住院 17.8 天，連續住院超過平均天數之個案占率 28.1%。腦血管疾病緊急醫療處置仍主要集中在醫學中心(41.9%)與區域醫院(49.4%)。連續住院天數超過 30 天的超長住院之個案占率 16.2%，耗用所有腦中風住院人日總和 55.2%，住院費用總和 56.4%。超長住院個案仍多留滯在中大型醫院：醫學中心 53.6%、區域醫院 38.7%，地區醫院只佔 7.7%。現況顯示腦中風病患亟需急性後期照護，對有復健潛能者應可考慮優先轉承急性後期照顧。因國內各單位推動急性後期照護日趨成熟，經保險人召開多次專家會議，選擇共病及跨科較多之急性腦血管疾病(CVD)，優先試辦急性後期照護模式及轉銜系統之計畫，視試辦成果逐步推廣至其他有急性後期需求領域。保險人根據各專業團體提供具實證之專業建議(包括台灣腦中風學會，聯合復健醫學會、老年醫學會、物理治療師、職能治療師、聽力語言治療師等相關公會)完成「全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫-以腦中風為例(Post-acute Care -Cerebrovascular Diseases)簡稱 PAC-CVD)」，提供支付誘因，期待提升急性後期照護品質，促進醫療垂直整合轉銜系統建立，並使腦中風病人在急性期後之失能及早恢復，減少病人長期失能風險，減輕健保醫療、家庭與社會負擔，達到多贏的目標。

貳、計畫總目標

- 一、 建立台灣急性後期照護模式，以提升急性後期照護品質。
- 二、 建立急性期、急性後期、慢性期之垂直整合轉銜系統，以提升病人照護之連續性。
- 三、 確立急性後期照護之完整性及有效性，對治療黃金期之病人給予積極性之整合性照護，使其恢復功能或減輕失能程度，減少後續再住院醫療支出。

參、策略

- 一、 規劃急性後期照護體系與合理的支付方式，提升急性後期照護品質，並以全人照護理念，建立急性後期照護的模式。
- 二、 支付誘因採「論日支付」及「論質支付」支付模式，按醫療耗用密集度與病人進步情形，訂定合理的支付點數與支付期限。
- 三、 本計畫將分階段導入，逐步達成全面推動。
 - (一) 第 1 階段(試辦期 2 年，必要時得延長 1 年。試辦期間視需要得導入其他疾病)：重點在於徵求專業團隊參與試辦，目的在建立腦中風病人急性後期照護模式，以提升急性後期照護品質；發展腦中風病人急性期、急性後期、慢性期之垂直整合轉銜系統，以提升

病人照護之連續性；確立急性後期照護之完整性及有效性，減輕腦中風病人失能程度。包括建立具有結構面、過程面、結果面品質標準之腦中風整合性照護系統。

- (二) 第 2 階段(擴大試辦期 2 年)：重點在徵求專業團隊試辦推廣，目的藉由試辦期經驗，推廣急性後期照護模式至其他疾病。
- (三) 第 3 階段(推廣期)：重點在於擴大參與，目的在受益病人數與參與團隊數量持續增加，並可應用為急性醫療照護銜接急性後期、長期照護的有效照護模式。

肆、計畫期間：自 103 年 1 月 1 日至 ~~103 年 12 月 31 日止~~起試辦。

伍、預算來源

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

陸、照護模式

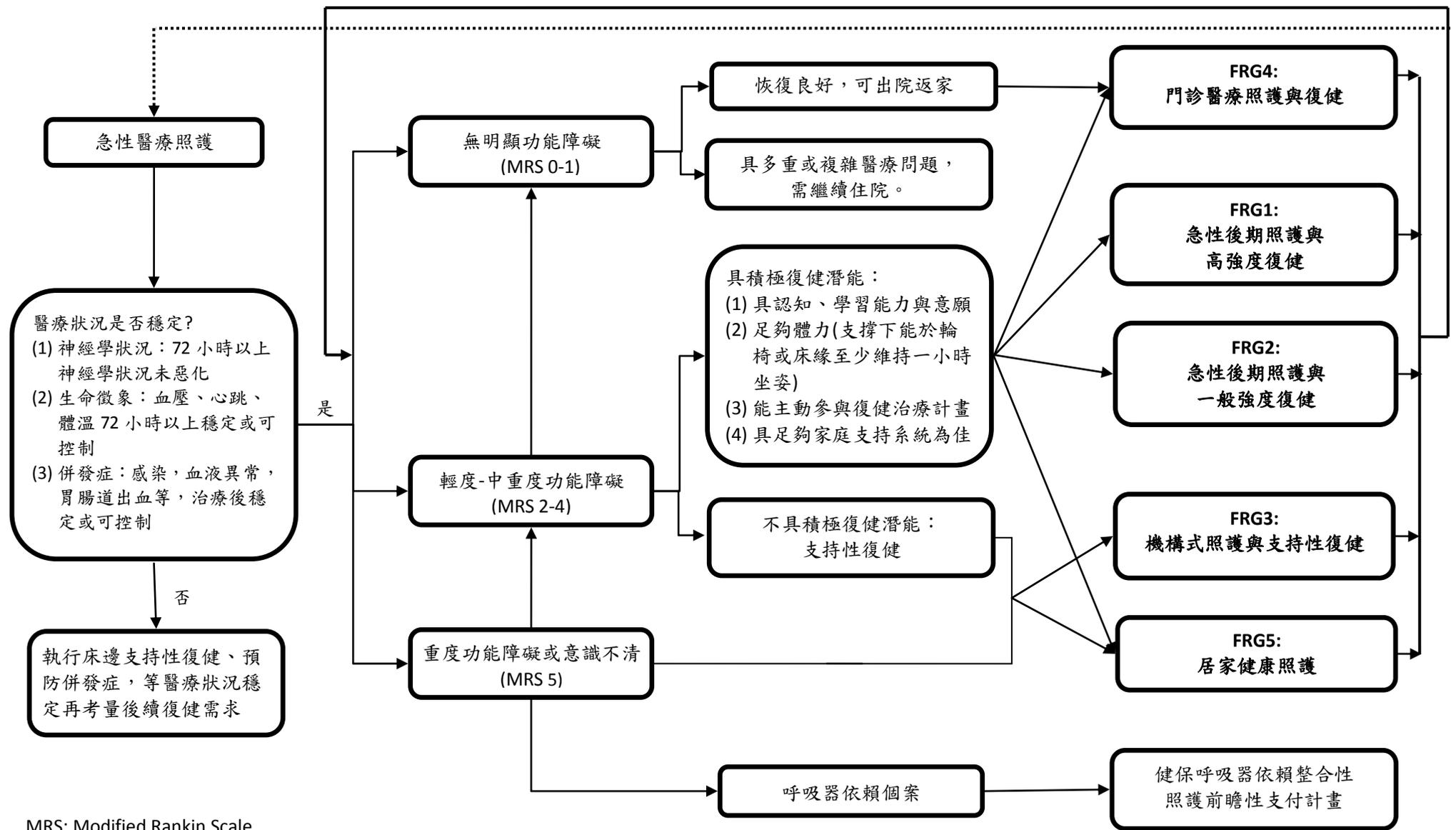
一、試辦範圍：

- (一) 依個案進入 PAC-CVD 的「起始功能狀況」及「具積極復健潛能」為分級依據，按腦中風病患可能的照護路徑規畫五種「急性後期功能群組」(Function-related Group, 以下稱 FRG)。
- (二) 本計畫支付適用範圍：FRG1(急性後期照護與高強度復健)、FRG2(急性後期照護與一般強度復健)兩項，其餘 FRG3(機構式照護與支持性復健)、FRG4(門診醫療照護與復健構式)、FRG5(居家健康照護)，依現行全民健保相關規定辦理。
- (三) 個案給付期間：以脫離急性期、進入 PAC-CVD 系統起 3-6 週為原則；經急性後期照護團隊評估有後續需求者得展延一次，申請展延應檢附團隊會議紀錄向保險人分區業務組申請核備，至多支付到 12 週，如申請展延審查結果不同意，自本署通知日起不給付費用。計畫返家者，包含銜接居家環境服務，或與長期照護管理中心聯繫(符合長期照護收案對象)。

二、提供照護之場所：

限在健保特約之區域醫院、地區醫院住院試辦。

三、PAC-CVD 整合性照護流程，詳如下圖。



MRS: Modified Rankin Scale

PAC-CVD 整合性照護流程圖

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

- (一) 物理治療內容：物理治療評估及計畫擬定，包括成效評量、居家環境、輔具需求及家庭支持評量。物理治療主要藉由運動治療及動作誘發促進技術來協助恢復身體動作控制和功能自主。少數需要物理因子，如冷/熱/電療為輔助療法。
1. 疾病初期或非積極復健期者，包含關節活動度運動、牽拉運動、復健機械或人工輔助療法、傾斜台訓練、按摩、關節鬆動術、床上運動、知覺認知訓練、和呼吸排痰等，協助患者恢復和預防繼發性損傷或失能；玻巴斯神經發展治療法或本體受器神經肌肉誘發促進技術，促進感覺動作整合、誘發患者動作恢復等。
 2. 積極復健期者，包含床上和墊上運動、動作再學習、任務取向訓練、早期承重懸吊式跑步機訓練法、雙重任務訓練、復健機械或人工輔助療法、虛擬實境訓練、行動輔具使用等，以達到增強肌力、肌耐力、姿態控制、平衡、步態、協調能力與心肺耐力的訓練目標，同時兼具認知訓練功用。玻巴斯神經發展治療法或本體受器神經肌肉誘發促進技術，促進感覺動作整合、誘發患者動作恢復等。
 3. 上肢運動治療，使用功能性電刺激、侷限療法、玻巴斯神經發展治療法、本體受器神經肌肉誘發促進技術、機械輔助療法及虛擬實境訓練等。
 4. 少數情況下，使用物理因子輔助療法：冷熱交替刺激法用於降低肌肉張力，或冷療/熱療/電療/水療用於處理肩部疼痛。
- (二) 職能治療內容：職能治療評估及計畫擬定。預防繼發性損傷、失能預防。日常生活活動功能訓練（治療性活動設計）、活動治療、社交功能訓練。社區/社會參與訓練、心理社會適應。團體治療、休閒運動功能訓練、動作障礙：當代矯治性治療（侷限誘發療法、雙肢訓練、鏡像治療；機械輔助療法）、任務導向治療、改善與動作有關之個人因素、處理次發性損害、強化動作恢復、利用活動改善動作、感知覺、認知技巧、利用活動改善下肢功能及平衡；利用活動改善動上肢動作技巧。感覺、知覺、認知障礙：視知覺矯治性與適應性療法、忽略症矯治性療法與多重情境療法、失用症適應性療法與代償策略訓練、注意力損傷矯治性與適應性療法、記憶損傷矯治性與適應性療法、執行功能矯治性與多重情境療法。輔具、副木與居家環境改造。
- (三) 語言治療內容：含吞嚥或語言功能電刺激、口腔功能訓練、咽部肌肉功能訓練、間接吞嚥運動訓練、吞嚥反射誘發訓練、吞嚥代償技巧訓練、安全吞嚥技巧訓練、安全進食及喝水訓練、發聲訓練、聲帶功能訓練、說話清晰度訓練、溝通輔具評估與訓練、聽

覺理解訓練、口語表達訓練、語言認知訓練、閱讀理解訓練、書寫語言訓練、非口語溝通技巧訓練、語言溝通與吞嚥障礙諮詢等健保支付項目。

柒、實施對象

一、符合本保險公告重大傷病之急性腦血管疾病（限急性發作後一個月內）之病人，醫療狀況穩定，功能狀況具有輕度至中重度功能障礙（MRS 2-4），於參與本計畫之醫院住院，經急性後期照護團隊判斷具積極復健潛能者。符合下列特殊個案條件者，腦中風發病 40 天內可以納入收案：

- （一）腦中風發病兩週以後，因急性感染症而新增或調整靜脈抗生素注射藥物者。
- （二）腦中風發病 30 天內，曾因有多重抗藥性菌株感染而需接觸隔離者。
- （三）腦中風發病 30 天內，使用抗凝血劑，用藥四週後仍然未能調整至理想狀態(PT INR 1.5-3.0)。
- （四）使用胰島素或口服藥物，腦中風四週後仍血糖控制不佳(空腹血糖 >200 mg/dl)，需要嚴密監控。
- （五）腦中風發病 30 天內，加護病房住院超過兩週者。
- （六）腦中風發病 30 天內，發生重大合併症、併發症(如心肌梗塞、靜脈血管栓塞、急性腎衰竭)接受特殊處置及手術導致住院延長者。

二、醫療狀況穩定定義：

- （一）神經學狀況：72 小時以上神經學狀況未惡化。
- （二）生命徵象：血壓、心跳、體溫 72 小時以上穩定或可控制。
- （三）併發症：感染，血液異常，胃腸道出血等，治療後穩定或可控制。

三、功能狀況分級定義：

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

- （一）0 - No symptoms.
- （二）1 - No significant disability. Able to carry out all usual activities, despite some symptoms.
- （三）2 - Slight disability. Able to look after own affairs without assistance, but unable to carry out all previous activities.
- （四）3 - Moderate disability. Requires some help, but able to walk unassisted.

- (五) 4 - Moderately severe disability. Unable to attend to own bodily needs without assistance, and unable to walk unassisted.
- (六) 5 - Severe disability. Requires constant nursing care and attention, bedridden, incontinent.
- (七) 6 - Dead.

四、 具積極復健潛能判定原則：

- (一) 具基本認知、學習能力與意願。
- (二) 具足夠體力：支撐下能於輪椅或床緣至少維持一小時坐姿。
- (三) 能主動參與復健治療計畫。
- (四) 具足夠家庭支持系統者為佳。

五、 結案條件：

- (一) 個案功能顯著進步，經急性後期照護團隊評估，可出院回家進行自我復健者。
- (二) 連續 2 次個案功能評估，經急性後期照護團隊總評，未進步或降低者。
- (三) 經急性後期照護團隊評估，已不具復健潛能者。
- (四) 進入急性後期照護時間，超過 12 週上限者。
- (五) 保險對象自動放棄或自行中斷急性後期照護者。
- (六) 死亡。

- 六、 保險對象應自行負擔之住院費用，依重大傷病規定及比照慢性病房收取：三十日以內，百分之五；三十一日至九十日，百分之十。
註：急性腦血管疾病急性發作後一個月內之就醫，免自行負擔費用，急性發作起算日，依跨醫院團隊聯繫逕行認定。

捌、 參與試辦條件

- 一、 醫院應採跨院際整合團隊模式提出申請。跨院際整合團隊，應指派單一醫院為主責醫院，負責提送計畫書、執行報告、聯繫管道及經費撥付等事宜(醫學中心除急性後期病患轉出醫院評估費用，不得申報本計畫其他支付項目費用)，且收案對象需為同院際團隊之病人。
- 二、 申請通過參加試辦計畫之合作團隊中，醫學中心為轉出醫院，符合本計畫收案對象(醫療狀況穩定，功能狀況具有輕度至中重度功能障礙(MRS 2-4))之腦中風病人，原則上需下轉病人至下游急性後期照護醫院(簡稱承作醫院)。
- 三、 參與計畫之跨院際整合團隊之醫院，於參與計畫之日起前 2 年內，無全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一者(含行政救濟程序中尚未執行處分者)。前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約或終止特約日起算。非主責醫院停約 1 個月不在此限。
- 四、 承作醫院需提供復健治療服務(含物理治療、職能治療及語言治

療)，且復健醫療設施與相關專業人員標準需符合醫療機構設置標準第三條(附表一綜合醫院/醫院設置標準)規定。

- 五、申請試辦計畫的跨院際整合團隊，應成立「急性後期照護團隊」，團隊應設置專責醫師，負責協調跨專業領域團隊運作，團隊成員包括 PAC-CVD 相關科別醫師（神經科、神經外科、內科、家醫科或復健科任一有腦血管疾病照護經驗醫師）、承作醫院需有專任護理人員、物理治療師、職能治療師、語言治療師、藥師、營養師及社工人員，至少各 1 名，其餘未竟事宜依其他相關規定辦理。承作之地區醫院得視實際照護病人需要，經報備同意後，語言治療師得採兼任方式辦理。
- 六、承作醫院需在已有的現有病床中劃出「急性後期照護單位」，明確與一般病床區隔。
- 七、「急性後期照護團隊」應對每位參加本計畫個案，訂定個人專屬之急性後期照護計畫(care plan)。
- 八、申請本計畫的跨院際整合團隊，應於所提計畫書評選通過後述明「急性後期照護單位」之床位數、床位編號、照護人力(專業別、人數、專任或兼任、各類人員醫病比)及照護設備。
- 九、每 4 床至少需 1 位物理或職能或語言治療人員(治療師或治療生皆屬治療人員)。承作醫院相關治療人員扣除每日申報上限人次之治療人員數後，皆可列入計算。
- 十、急性後期照護團隊，應派成員參與本計畫相關執行說明會(含訓練)。
- 十一、參與機構標準及需辦理事項，詳如下表。
- 十二、計畫執行期間，主管機關公告中期照護病房設置標準，承作醫院需於保險人規定一定期限內符合該公告標準。

PAC-CVD 之參與機構標準及需辦理事項

急性醫療醫院標準及需辦理事項	承作醫院標準及需辦理事項
<ol style="list-style-type: none"> 1. 全民健保特約之醫學中心、區域醫院、地區醫院，依照各專業學會腦中風治療指引、衛生福利部(前衛生署)腦中風緊急醫療評鑑規範，提供腦中風病人急性醫療照護之醫院。 2. 參與本計畫跨院際整合團隊，參與該整合團隊之「急性後期照護團隊」運作。 3. 依個案的醫療狀況、功能狀況及「具積極復健潛能」為依據，規劃腦中風病患適當之 PAC-CVD 整合性照護流程。 4. 辦理出院準備服務。 5. 對符合試辦計畫個案(FRG1、FRG2)辦理轉出醫院評估。 6. 辦理個案急性後期照護跨院轉銜措施。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 全民健保特約之區域醫院、地區醫院，具急性醫療作業能力，試辦醫院需提供復健治療服務(含物理治療、職能治療及語言治療)，且復健醫療設施與相關專業人員標準需符合醫療機構設置標準第三條(附表一)規定。 2. 組成本計畫跨院際整合團隊及「急性後期照護團隊」，主導該整合團隊之「急性後期照護團隊」運作。 3. 個案入住 72 小時內提出個案急性後期照護計畫及目標。 4. 召開急性後期照護團隊會議，辦理評估。 5. 承接醫院於個案入住 72 小時內完成「急性後期照護個案功能評估表」期初評估。 6. 照護團隊依所擬計畫提供復健護理服務，每間隔 3 週進行「急性後期照護個案功能評估表」期中評估，評估寬限期 3 天。 7. 辦理結案評估（含銜接居家環境及照管中心聯繫）。

玖、個案評估方式

一、以急性後期照護團隊會議方式進行：

- (一) 參與人員：急性後期照護團隊成員。
- (二) 會議頻率：收案會議，結案會議，定期會議每三週一次。
- (三) 會議記錄：會議內容呈現於病歷，會議簽到表備查。
- (四) 紀錄內容：收案條件，結案條件，專業成效評量與目標設定，出院準備。
- (五) 品質管理指標：定期召開率 98% 以上，病歷完成率 100%。

二、評量時機：

- (一) 轉出醫院評估。
- (二) 承接醫院初評。
- (三) 期中每 3 週評估。
- (四) 結案評估包含銜接居家環境服務，或與長期照護管理中心聯繫(符合長照收案對象)。

三、成效評量工具：本計畫之個案功能評估，需進行下列各面向之評估。

- (一) 整體功能狀態。
- (二) 基本日常生活功能。
- (三) 吞嚥、進食功能。
- (四) 營養評估。
- (五) 健康相關生活品質。
- (六) 工具性日常生活功能。
- (七) 姿勢控制、平衡功能。
- (八) 步行能力、整體行動功能。
- (九) 心肺耐力。
- (十) 感覺功能評估。
- (十一) 認知、知覺功能評估。
- (十二) 職能表現。
- (十三) 重返社會能力評估。
- (十四) 語言功能評估。

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

- (一) 居家照護建議
- (二) 復健治療建議
- (三) 社區醫療資源轉介服務
- (四) 居家環境改善建議
- (五) 輔具評估及使用建議
- (六) 轉銜服務
- (七) 生活重建服務建議
- (八) 心理諮商服務建議

(九) 其他出院準備相關事宜

拾、支付標準：

- 一、 支付標準內容(詳附件 1、提升急性後期照護品質試辦計畫支付標準)，其餘未竟事宜依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」辦理。
- 二、 醫療費用申報及審查原則
 - (一) 申報原則：
 1. 醫療費用申報、暫付、審查及核付，依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」規定辦理。
 2. 試辦醫院需於健保資訊網服務系統(VPN 系統)，上傳參與計畫個案及評估結果資料，並登錄必要欄位。
 - (二) 審查原則
 1. 未依保險人規定內容登錄相關品質資訊，或經保險人審查發現登載不實者，將不予支付本計畫該筆評估費用，並依相關規定辦理；另該筆評估費用被核刪後不得再申報。
 2. 其餘未規定事項，依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」規定辦理。

拾壹、本計畫整體成效衡量

- 一、 成效核心指標，分為 MRS 2~4 三個等級分別統計。
 - (一) Modified Rankin Scale (MRS)。
 - (二) Barthel Index。
- 二、 急性後期照護品質 PAC 品質監測指標，詳附件 2，以衡量本方案整體成效。

拾貳、執行配套措施

- 一、 計畫管理機制
 - (一) 保險人負責研議總體計畫架構模式、行政授權與協調，辦理醫院團隊之評選。
 - (二) 保險人各分區業務組負責受理及初審轄區醫院團隊之申請計畫，輔導醫院團隊計畫之執行、指標之計算與費用核發。
 - (三) 各計畫醫院團隊，執行急性後期照護個案之相關健康照護。主責醫院負責提出計畫之申請，團隊間之醫療資源協調整合、醫療服務之提供及醫療費用之分配作業。
 - (四) 參與試辦團隊積極參與急性後期臨床照護訓練、經驗交流分享，共同提升急性後期照護品質。
- 二、 ~~團隊之主責醫院或參與醫院，於辦理期間，若因違反特管辦法致受停約處分(含行政救濟程序進行中尚未執行處分)，為保障保險對象醫療照護之延續性，醫院團隊得重新選定主責醫院，並經保險人同意後繼續執行本計畫，或終止參加本計畫。凡經停約處分或終止參加本計畫者，自保險人第一次發函處分停約日或~~

~~核定終止日起，不予核付本計畫支付項目費用。本項移至退場機制~~

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

拾參、計畫申請方式

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

拾肆、計畫審查作業

- 一、計畫書經保險人分區業務組初審，符合本計畫基本標準者，送保險人評選。
- 二、保險人邀請專家學者召開會議進行複審，並得邀請醫院團隊列席口頭報告。經保險人評選同意，並於全球資訊網公布最優試辦院所團隊名單。給予獲選醫院團隊準備時間，經保險人分區業務組確認並發函同意之次日起生效，各獲選團隊至遲應於 103 年 3 月 1 日起實施。
- 三、審查項目及配分：

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

拾伍、實施期程及評估

- 一、參加醫院團隊應於計畫執行後，每半年提送執行成果報告(包含計畫運作執行現況、個案功能改善程度、再住院率、PAC 平均住院天數、出院後回歸居家或社區的措施等)，全期完成應提出總報告予保險人分區業務組，俾作為未來是否

續辦之考量。

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

拾陸、新增醫院及退場機制(新增)

- 一、 104年起，現有獲選之醫院團隊可繼續參加試辦，以不接受新增醫院團隊為原則，但個別醫院可申請加入現有醫院團隊，由主責醫院提送修訂後計畫書，經分區審查通過後准予參與試辦(包含人力設備等實地審查)。
- 二、 參與試辦醫院，未依規定每半年繳交成果報告、實地輔導或參與試辦有待改善事項，經過分區業務組發函2次皆未改善者，應退出本計畫。
- 三、 參與試辦醫院，於辦理期間，若因違反特管辦法致受停約處分(含行政救濟程序進行中尚未執行處分)，應退出本計畫，停約1個月不在此限。若主責醫院遭退場，為保障保險對象醫療照護之延續性，醫院團隊得重新選定主責醫院，並經保險人同意後繼續執行本計畫，或終止參加本計畫。凡經停約處分或終止參加本計畫者，自保險人第一次發函處分停約日或核定終止日起，不予核付本計畫支付項目費用。

拾陸柒、其他事項

- 一、 辦理本計畫核發作業後，若有醫院團隊提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入補付者，其核發金額將自當年其他預算部門本計畫項下支應。
- 二、 本計畫由保險人報請主管機關核定後公告實施，並送全民健康保險會備查。屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。

「提升急診後期照護品質試辦計畫」申請書內容與格式

- 一、計畫書封面：至少包含計畫名稱、計畫執行單位、計畫執行期間。
 - 二、書寫格式：以 word 建檔，A4 版面，由上而下，由左而右，標楷體 14 號字型，橫式書寫。
 - 三、計畫書撰寫說明：計畫書(含電子檔)內容應包含下列：
 - (一)申請機構全銜及計畫名稱。
 - (二)現況分析(含現行及預期急性後期照護病人數)。
 - (三)計畫之目標。
 - (四)計畫內容（分項說明），包含下列各項：
 - 1.跨院際整合醫院團隊之組成與運作方式，包含如何跨院提供整合式服務、確保急性後期病人轉銜順暢措施。
 - 2.急性後期照護團隊之組成（請檢附相關文件），包含各專業照護人力專業別、人數、專任或兼任、各類人員醫病比。相關人力品質、如何確保團隊人員辦理量表評估之一致性。
 - 3.急性後期照護相關設備：「急性後期照護單位」之床位數、床位編號，所能提供急性後期照護服務及設備。
 - 4.團隊內各醫院照護品質之確保，病人合併症、併發症處理能力。
 - 5.團隊提供之急性後期照護之特色與發展性。
 - (六)預期效益（應以量化說明）：包含建立對照組、避免病人篩選措施（selection bias）、實驗組與對照組之校正。
 - (七)應辦理工作項目及進度（Gantt Chart）。
- 註：計畫書之人員、設備應區分現有或規劃承諾，評選通過後需符合，經保險人分區業務組確認並發函同意之次日起生效，各獲選團隊至遲應於 103 年 3 月 1 日起實施。

參考文獻：

1. Department of Health and Human Services Centers for Medicare and Medicaid Services. Medicare Program; Proposed & Final Changes to the Hospital Inpatient Prospective Payment Systems and Fiscal Year 2009 Rates; Federal Register. Available from: URL: <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/IPPS-Regulations-and-Notices-Items/CMS1227598.html>.
2. Hoverman C, Shugarman LR, Saliba D, Buntin MB. Use of postacute care by nursing home residents hospitalized for stroke or hip fracture: how prevalent and to what end? *J Am Geriatr Soc* 2008;56(8):1490-6.
3. Kane RL, Lin WC, Blewett LA. Geographic variation in the use of post-acute care. *Health Serv Res* 2002;37(3):667-82.
4. Buntin MB, Colla CH, Deb P, Sood N, Escarce JJ. Medicare spending and outcomes after postacute care for stroke and hip fracture. *Med Care*. 2010;48:776-84.
5. Tseng M, Lin H. Readmission after hospitalization for stroke in Taiwan: results from a national sample. *J Neurol Sci* 2009;284:52-5.
6. Lee HC, Chang KC, Lan CF, Hong CT, Huang YC, Chang ML. Factors associated with prolonged hospital stay for acute stroke in Taiwan. *Acta Neurol Taiwan* 2008;17(1):17-25.
7. 吳冠穎, 吳肖琪, 洪燕妮, 吳君誠, 林麗嬋, 胡漢華. 台灣腦中風病人急性後期照護需要之探討. *台灣衛誌* 2012;31(3):251-62.
8. Chang KC, Lee HC, Huang YC, Hung JW, Chiu HE, Chen JJ, Lee TH. Cost-effectiveness analysis of stroke management under a universal health insurance system. *J Neurol Sci* 2012;323(1-2):205-15.
9. Chen LK, Chen YM, Hwang SJ et al. Effectiveness of community hospital-based post-acute care on functional recovery and 12-month mortality in older patients. *Ann Med* 2010 Dec;42(8):630-6.
10. Wei-Ju Lee, Li-Ning Peng, Yuan-Yang Cheng, Ching-Yi Liu, Liang-Kung Chen, Hann-Chin Yu. Effectiveness of Short-Term Interdisciplinary Intervention on Postacute Patients in Taiwan. *J Am Med Dir Assoc* 2011;12:29-32.
11. Wei-Ju Lee, Ming-Yueh Chou, Li-Ning Peng, Chih-Kuang Liang, Li-Kuo Liu, Chien-Liang Liu, Liang-Kung Chen, Yung-Hung Wu, and VAIC Study Group. Predicting clinical instability of older patients in post-acute care units: A nationwide cohort study. *Geriatr Gerontol Int* (2013).
12. 吳肖琪. 急性醫療與慢性照護的橋樑--亞急性與急性後期照護. *護理雜誌* 2008;55(4):5-10.

13. 戴桂英, 吳淑瓊, 江東亮. 美國老人醫療保險急性後期照護的發展. *台灣衛誌* 2006;25(5):323-9.
14. Pratt J. Long-Term Care: Managing Across the Continuum. 3rd ed, Maynard: Jones & Bartlett Learning, 2009.
15. Lee HC, Chang KC, Huang YC, Lan CF, Chen JJ, Wei SH. Inpatient rehabilitation utilization for acute stroke under a universal health insurance system. *Am J Manag Care* 2010;16(3):e67-e74.

附件 1-1

全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫—以腦中風為例 每日照護費支付標準表

通則：

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

編號代碼	診療項目	支付點數
	腦中風病患急性後期照護與高強度復健費用	
P5101B	-前3週(每日必需治療3-5次)	3486
P5102B	-前3週(因醫院或病人偶發原因，當日治療<3次)	2016
P5103B	-前3週(週日或國定假日)	1200
P5104B	-第4週至第12週(每日必需治療3-5次)	2788
<u>P5191B</u>	<u>-第4週至第12週(每日必需治療3-5次)加成部分</u>	<u>698</u>
P5105B	-第4週至第12週(因醫院或病人偶發原因，當日治療<3次)	1613
<u>P5192B</u>	<u>-第4週至第12週(因醫院或病人偶發原因，當日治療<3次)加成部分</u>	<u>403</u>
P5106B	-第4週至第12週(週日或國定假日)	1200
	腦中風病患急性後期照護與一般強度復健費用	
P5107B	-前3週(每日必需治療1-3次)	2310
P5108B	-前3週(因醫院或病人偶發原因，當日無法治療)	1200
P5109B	-前3週(週日或國定假日)	1200

編號代碼	診療項目	支付點數
P5110B	-第4週至第12週(每日必需治療1-3次)	1848
P5193B	-第4週至第12週(每日必需治療1-3次)加成部分	462
P5111B	-第4週至第12週(因醫院或病人偶發原因，當日無法治療)	1200
P5112B	-第4週至第12週(週日或國定假日)	1200
	腦中風病患急性後期照護與高強度日間住院復健費用	
P5119B	-第1至3週(非週日或國定假日，每日必需治療3-5次)	3056
P5120B	-第1至3週(非週日或國定假日，因醫院或病人偶發原因，當日治療<3次)	1586
P5121B	-第4至12週(非週日或國定假日，每日必需治療3-5次)	2444
P5194B	-第4至12週(非週日或國定假日，每日必需治療3-5次)加成部分	612
P5122B	-第4至12週(非週日或國定假日，因醫院或病人偶發原因，當日治療<3次)	1268
P5195B	-第4至12週(非週日或國定假日，因醫院或病人偶發原因，當日治療<3次)加成部分	318
	註：治療項目 1.物理治療 PACPT1 電療 PACPT2 熱/冷療 PACPT3 水療 PACPT4 被動性關節運動 PACPT5 牽拉運動 PACPT6 按摩 PACPT7 鬆動術 PACPT8 降張力技術 PACPT9 傾斜床訓練 PACPT10 床上運動 PACPT11 姿態訓練 PACPT12 肌力訓練 PACPT13 耐力訓練 PACPT14 神經誘發技術 PACPT15 動作學習技術 PACPT16 平衡訓練 PACPT17 協調訓練 PACPT18 行走訓練	

編號代碼	診療項目	支付點數
	PACPT19 心肺功能訓練 PACPT20 呼吸排痰訓練 PACPT21 輔具評估及訓練	
	2.職能治療 PACOT1 姿態訓練 PACOT2 被動性關節運動 PACOT3 坐站平衡訓練 PACOT4 移位訓練 PACOT5 減痙攣活動 PACOT6 運動知覺訓練 PACOT7 知覺認知訓練 PACOT8 肌力訓練 PACOT9 協調訓練 PACOT10 動作再學習技巧	
	PACOT11 上肢(下肢)功能訓練 PACOT12 日常生活活動功能訓練 PACOT13 休閒運動治療 PACOT14 活動治療 PACOT15 輔具評估及訓練 PACOT16 副木製作 PACOT17. 失能防治介入 PACOT18. 上(下)肢矯治性治療 PACOT19. 感覺功能再訓練 PACOT20. 居家環境評估與改造	
	3.語言治療 PACST1 聽覺理解訓練 PACST2 聽辨訓練 PACST3 視聽迴饋法 PACST4 發聲訓練 PACST5 口語表達訓練 PACST6 溝通輔具評估與訓練 PACST7 說話清晰度訓練 PACST8 節律訓練 PACST9 語言認知訓練 PACST10 閱讀理解訓練 PACST11 書寫語言訓練 PACST12 口腔功能訓練	

編號代碼	診療項目	支付點數
	PACST13 吞嚥反射刺激及誘發 PACST14 吞嚥技巧訓練	

註：吞嚥攝影檢查於本計畫可以核實申報之適用條件：

- 1.反覆性肺炎。
- 2.進食時有明顯噎咳。
- 3.講話有明顯的濕泡聲。
- 4.吞嚥障礙高危險受傷區：腦幹及多次中風。
- 5.中風前已有吞嚥障礙病史。
- 6.一年內曾留置氣切內管 \geq 30天以上。
- 7.目前留置氣切管。
- 8.欲移除鼻胃管，經評估有需求者。
- 9.其他疑有吞嚥障礙之危險，如：合併有嚴重活動及智能障礙。

附件 1-2

全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫—以腦中風為例
個案評估費支付標準表

編號代碼	診療項目	支付點數
P5113B	同團隊下轉醫院評估費(上游醫院醫師及團隊) 註: 1. 每人每次發病限申報一次。 2. 須製作個案病況及轉銜確認報告書，並存放於病歷備查(參考格式如后附表 1)。下轉評估至少需完成核心量表。 3. 區域醫院、地區醫院轉本院 PAC 單位不得申報，同團隊醫院跨院下轉成功方得申報。	2000
P5114B	承作醫院評估費(初次) 註: 1. 本項適用於個案轉銜至急性後期照護醫院後之初次評估，每人每次發病限申報一次。 2. 評估內容包括病患情緒引導及處理，及與病患或其家屬說明評估結果、整項治療計畫及溝通確認雙方治療目標，並製作個案初次評估報告書存放於病歷備查(參考格式如后附表 2)	1000
P5115B	承作醫院評估費(複評) 註: 1. 個案經轉銜後限每 3 週申報一次。 2. 評估內容包括向病患或其家屬說明評估結果及是否修正治療目標及計畫，並製作個案治療成效期中評估報告書存放於病歷備查(參考格式如后附表 3)。 3. 適合日間照護病人，團隊可提前辦理第 1 次複評，不需第 3 週方進行評估。	400 <u>1000</u>
P5116B	結案評估費(收案 > 3 週結案) 註: 1. 每人每次發病限申報一次。 2. 評估內容包括與家屬討論、溝通及建議出院後之後續照護方式，並製作結案之出院轉銜評估報告書存放於病歷備查(參考格式如后附表 4)	1200
P5117B	結案評估費(收案 ≤ 3 週結案) 註: 1. 每人每次發病限申報一次。 2. 評估內容包括與家屬討論、溝通及建議出院後之後續照護方式，並製作結案之出院轉銜評估報告書存放於病歷備查(參考格式如后附表 4)	1500
P5118B	不同團隊下轉醫院評估費(上游醫院醫師及團隊) 註: 1. 每人每次發病限申報一次。 2. 須製作個案病況及轉銜確認報告書，並存放於病歷備查(參考格式如后附表 1)。下轉評估至少需完成核心量表。 3. 區域醫院、地區醫院轉本院 PAC 單位不得申報，不同團隊但需為獲選試辦醫院下轉成功方得申報。	1600

編號代碼	診療項目	支付點數
P5123B	<p><u>急性醫療醫院轉銜作業獎勵費</u></p> <p>註：</p> <p>1.每人每次發病限申報一次。</p> <p>2.需完成以下規定作業：</p> <p>(1)需提供病人或家屬 PAC 個案管理及衛教說明(留有完整諮詢內容紀錄、衛教時間至少 30 分鐘、病人或家屬簽名)。</p> <p>(2)準備出院病摘、轉銜確認報告書外，需提供承作醫院出院前 3 天病程紀錄(電子資料亦可)、生命徵象、護理紀錄、藥歷紀錄、重要注意事項等。</p> <p>(3)提供優質的個案管理轉銜作業，提供跨院住院轉診服務，病人免經掛號直接入住承作醫院病房。</p> <p>(4)針對 MRS 4 分病患，若能拍攝活動影片向病人或承作醫院衛教說明者，加計 50%。</p>	1000
P5124B	<p><u>急性醫療醫院醫事人員訪視獎勵費</u></p> <p>註：</p> <p>1.每位病人最多申報 3 次(限前 3 週每週一次)。</p> <p>2.急性醫療醫院主治醫師或 PAC 團隊成員(需含醫師)至承作醫院探訪病人且留有紀錄，直接與承作醫院團隊成員溝通病情，並增加病人信心。</p>	1000
P5125B	<p><u>承作醫院醫事人員居家訪視獎勵費</u></p> <p>註：</p> <p>1.每位病人最多申報 2 次(出院前後各 1 次)。</p> <p>2.病人結案前後，承作醫院 PAC 團隊成員至病人家訪視且留有紀錄，提供家屬居家照護衛教指導，及居家環境改造建議，時間至少 30 分鐘，促進病人健康返家回歸社區。</p>	1000
	<p><u>主責醫院提升團隊照護品質獎勵費</u></p> <p>1.應召開跨院際醫院團隊會議，辦理個案研討、轉銜作業協調、教育訓練、提升試辦品質措施、彙總及檢討團隊內所有醫院品質指標、提供對照組等提升照護品質活動，上述活動應填報列於每半年繳交之成果報告書。</p> <p>2.每家主責醫院全年 6 萬點，本項免申報費用，分區業務組每半年審查成果報告書確認填報提升照護品質活動後，以補付方式辦理。</p>	60000

附件 1-2 之附表 1

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

急性醫療醫院	個案姓名		急性醫療醫院名稱	
	生日		身分證字號	
	填表日			
	發病日		診斷	
	出院日			
	急性期主要處置(手術)			
	核心量表	面向	分數	備註
		1. 整體功能狀態		
		2. 基本日常生活功能		
		3. 吞嚥、進食功能		
		4. 營養評估		
		5. 健康相關生活品質		
	專業量表	6. 工具性日常生活功能		
		7. 姿勢控制、平衡功能		
		8. 步行能力、整體行動功能		
9. 心肺耐力				
10. 感覺功能評估				
11. 認知、知覺功能評估				
12. 職能表現				
13. 重返社會能力評估				
治療方向建議	14. 語言功能評估			
	其他			
治療方向建議	功能群組： <input type="checkbox"/> 高強度復健 (FRG1) <input type="checkbox"/> 一般強度復健 (FRG2) 治療種類： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療			
急性後期照護醫院需要條件				
建議急性後期照護醫院名稱				
急性	院所名稱		電話或傳真	

第一聯：接受轉入醫院留存

第二聯：接受轉入醫院回覆轉出醫院

第三聯：原急性醫療醫院留存

後 期 照 護 醫 院	處理情形		<input type="checkbox"/> 已安排至本院接受住院治療 <input type="checkbox"/> 未入院，原因如下：						
	診治 醫師	姓 名		科 別		醫師 簽章		回覆 日期	
急性醫 療醫院 簽章			急性 後期 照護 醫院 簽章			病患或家 屬簽名確 認			

附件 1-2 之附表 2

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

個案姓名		急性後期照 護醫院名稱	
生日		身分證字號	
填表日			
發病日		急性醫療醫 院名稱	
入院日 (收案日)		診斷	
核心量表	面向	分數	備註
	1.整體功能狀態		
	2.基本日常生活功能		
	3.吞嚥、進食功能		
	4.營養評估		
	5.健康相關生活品質		
專業量表	6.工具性日常生活功能		
	7.姿勢控制、平衡功能		
	8.步行能力、整體行動功能		
	9.心肺耐力		
	10.感覺功能評估		
	11.認知、知覺功能評估		
	12.職能表現		
	13.重返社會能力評估		
14.語言功能評估			
其他			
病患預期 目標		病患情 緒引導 及處理	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 已處理，情緒問題：_____ 處理方式：_____
治療長期 目標(需包 含功能性 目標)		治療 短期 目標	
治療預後 評估			

治療計畫 (治療種類、頻率、期程及內容)	功能群組： <input type="checkbox"/> FRG1 高強度復健 <input type="checkbox"/> FRG2 一般強度復健 治療種類： <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 治療頻率： 治療期程： 治療內容： 是否有管路： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 鼻胃管 <input type="checkbox"/> 尿管 <input type="checkbox"/> 鼻胃管及尿管皆有 <input type="checkbox"/> 其他 管		
急性後期 照護醫院 簽章		病患或家屬簽 名確認	

附件 1-2 之附表 3

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

個案姓名		急性後期照護醫院名稱	
生日		身分證字號	
填表日			
發病日		診斷	
入院日(收案日)			
核心量表	面向	分數	成效
	1. 整體功能狀態		<input type="checkbox"/> 快速進步 <input type="checkbox"/> 穩定進步 <input type="checkbox"/> 無差異 <input type="checkbox"/> 退步
	2. 基本日常生活功能		<input type="checkbox"/> 快速進步 <input type="checkbox"/> 穩定進步 <input type="checkbox"/> 無差異 <input type="checkbox"/> 退步
	3. 吞嚥、進食功能		<input type="checkbox"/> 快速進步 <input type="checkbox"/> 穩定進步 <input type="checkbox"/> 無差異 <input type="checkbox"/> 退步
	4. 營養評估		<input type="checkbox"/> 快速進步 <input type="checkbox"/> 穩定進步 <input type="checkbox"/> 無差異 <input type="checkbox"/> 退步
	5. 健康相關生活品質		<input type="checkbox"/> 快速進步 <input type="checkbox"/> 穩定進步 <input type="checkbox"/> 無差異 <input type="checkbox"/> 退步
	6. 工具性日常生活功能		<input type="checkbox"/> 快速進步 <input type="checkbox"/> 穩定進步 <input type="checkbox"/> 無差異 <input type="checkbox"/> 退步
專業量表	7. 姿勢控制、平衡功能		<input type="checkbox"/> 快速進步 <input type="checkbox"/> 穩定進步 <input type="checkbox"/> 無差異 <input type="checkbox"/> 退步
	8. 步行能力、整體行動功能		<input type="checkbox"/> 快速進步 <input type="checkbox"/> 穩定進步 <input type="checkbox"/> 無差異 <input type="checkbox"/> 退步

	9.心肺耐力		<input type="checkbox"/> 快速進步 <input type="checkbox"/> 穩定進步 <input type="checkbox"/> 無差異 <input type="checkbox"/> 退步
	10.感覺功能評估		<input type="checkbox"/> 快速進步 <input type="checkbox"/> 穩定進步 <input type="checkbox"/> 無差異 <input type="checkbox"/> 退步
	11.認知、知覺功能評估		<input type="checkbox"/> 快速進步 <input type="checkbox"/> 穩定進步 <input type="checkbox"/> 無差異 <input type="checkbox"/> 退步
	12.職能表現		<input type="checkbox"/> 快速進步 <input type="checkbox"/> 穩定進步 <input type="checkbox"/> 無差異 <input type="checkbox"/> 退步
	13.重返社會能力評估		<input type="checkbox"/> 快速進步 <input type="checkbox"/> 穩定進步 <input type="checkbox"/> 無差異 <input type="checkbox"/> 退步
	14.語言功能評估		<input type="checkbox"/> 快速進步 <input type="checkbox"/> 穩定進步 <input type="checkbox"/> 無差異 <input type="checkbox"/> 退步
	其他		
整體成效	<input type="checkbox"/> 快速進步 <input type="checkbox"/> 穩定進步 <input type="checkbox"/> 無差異 <input type="checkbox"/> 退步		
治療目標	<input type="checkbox"/> 不需修正 <input type="checkbox"/> 需修正，修正後如下：		
治療計畫	<input type="checkbox"/> 不需修正 <input type="checkbox"/> 需修正，修正後如下：		
急性後期照護醫院 簽章		病患或家屬簽名 確認	

附件 1-2 之附表 4

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

個案姓名		急性後期照 護醫院名稱	
生日		身分證字號	
填表日			
發病日			
入院日 (收案日)		診斷	
預計出院 日			
核心量表	面向	分數	備註
	1.整體功能狀態		
	2.基本日常生活功能		
	3.吞嚥、進食功能		
	4.營養評估		
	5.健康相關生活品質		
專業量表	6.工具性日常生活功能		
	7.姿勢控制、平衡功能		
	8.步行能力、整體行動功能		
	9.心肺耐力		
	10.感覺功能評估		
	11.認知、知覺功能評估		
	12.職能表現		
	13.重返社會能力評估		
14.語言功能評估			
	其他		
出院評估	社福長照評 估資源轉介	<input type="checkbox"/> 個案尚無轉介長照照管中心需要 <input type="checkbox"/> 已確認個案取得長照諮詢管道 <input type="checkbox"/> 已轉介至：_____縣市長照照管中心 <input type="checkbox"/> 其他(長照以外社福資源)_____	
	輔具資源轉 介	<input type="checkbox"/> 個案尚無輔具或環境改造需要 <input type="checkbox"/> 已確認個案購得或取得選購諮詢管道 <input type="checkbox"/> 已轉介至：_____輔具中心	

	回歸居家及社區生活	居家輔具及環境改造建議	<input type="checkbox"/> 尚無輔具或環境改造需要 <input type="checkbox"/> 需要行動輔具 <input type="checkbox"/> 需要日常生活輔具 <input type="checkbox"/> 需要溝通輔具 <input type="checkbox"/> 需要居家環境改造及調整	
		居家活動建議及衛教	居家活動建議： 居家飲食建議： 居家照護注意事項： 其他建議：	
		生活重建服務建議		
		心理諮商服務建議		
出院後之預計後續照護方式	<input type="checkbox"/> 居家自行復健 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 門診復健 <input type="checkbox"/> 安置於療護機構			
管路移除情形	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 移除鼻胃管 <input type="checkbox"/> 移除尿管 <input type="checkbox"/> 鼻胃管及尿管皆移除 <input type="checkbox"/> 移除其他管路			
住院期間非計畫性管路滑脫情形	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有發生			
急性後期照護醫院簽章		病患或家屬簽名確認		

附件 2 急性後期照護 PAC 品質監測指標

依 MRS 等級分成 MRS2、MRS3、MRS4 等三個功能分組分別計算

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

一、醫療共病處理成效

(一)個案收案後一年內死亡率

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

2.分母: 前一年度收案個案數(含已結案及收案中)

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

1.分子:分母個案於收案期間轉入急性病房個案數(含跨院)

2.分母: 當年度收案個案數(含已結案及收案中)

二、功能改善及後續適當轉銜之成效

(一)醫學中心病人下轉率

1.分子:分母個案於下轉急性後期照護醫院入院之個案數

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

(二)個案出院後 14 日內再入院率

1.分子:分母個案於出院後 14 日內再入院之個案數(含跨院急慢性病房)

2.分母: 當年度院所出院個案數(排除已死亡個案)

※ 14 天內:(再住院日-出院日)介於 0 至 14。

(三)個案出院後 30 日內再入院率

1.分子:分母個案於出院後 30 日內再入院之個案數(含跨院急慢性病房)

2.分母: 當年度院所出院個案數(排除已死亡個案)

※ 30 天內:(再住院日-出院日)介於 0 至 30。

(四)個案之功能進步情形

以個案收案及結案時之核心評估量表進步分數計算。

三、急性後期照護平均天數

1.分子:分母個案急性後期照護天數合計

2.分母: 當年度收案個案數(已結案)

註: PAC 住院天數與日間住院天數分別統計。

四、承作醫院品質報告指標

(一)管路移除率

1.分子:分母個案管路移除個案數

2.分母: 當年度收案有管路個案數(已結案)

(二)非計畫性管路滑脫率

1.分子:分母個案非計畫性管路滑脫個案數

2.分母: 當年度收案有管路個案數(已結案)

附錄 PAC-CVD 各功能群組照護服務內容一覽表

群組	名稱	急性後期醫療照護與復健	專業領域	治療頻率與期限	收案條件與治療目標
FRG1	住院醫療照護與高強度復健(每天3~5次復健治療)	<ol style="list-style-type: none"> 一般醫療狀況評估與處置。 神經學狀況評估與處置。 共病症處置：血壓、血糖、血脂控制；心臟、肺臟、肝臟、腎臟等臟器功能維護；認知、情緒、睡眠、行為等障礙治療；營養及體重維持。 血管疾病再發防治。 併發症預防與處置：感染（如吸入性肺炎、尿道感染）、消化道出血、壓瘡、失禁、疼痛、跌倒、癲癇等。 高密度復健計畫：代償或適應動作、感覺、知覺、語言或認知功能損傷，積極促進知覺-感覺-動作統合能力。 積極復健計畫與輔具提供：增進病患行動功能、日常生活功能與溝通功能，提升生活品質與重返社會能力。 預防繼發性損傷或失能。 提升家庭照顧者技能。 	物理治療	<ol style="list-style-type: none"> 週一到五： 1-2次/天 30~60分鐘/次 週末： 1次/天 30~60分鐘/次 計畫返家者： 居家訪視1次/療程(環境評估含社區適應) 	<p>收案條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 醫療狀況穩定； MRS 2-4 具積極復健潛能 能負荷一天1-2次物理治療。 <p>目標：</p> <ol style="list-style-type: none"> 積極復健，增進功能； 預防繼發性損傷或失能； 提升家庭照顧者技能。
			職能治療	<ol style="list-style-type: none"> 1-2次/天 30~60分鐘/次 計畫返家者： 居家訪視1次/療程(環境評估含社區適應) 	<p>收案條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 醫療狀況穩定；動作、感覺、知覺及認知功能損傷者，或日常及社會功能失能者； 且經專業評估認定具有積極復健潛能、能負荷一天執行1-2次職能治療者。 <p>目標：</p> <ol style="list-style-type: none"> 提早參與執行生活職能； 促進感覺動作統合、誘發病患功能恢復； 預防次發性失能
			語言治療	<p>視病人體力執行語言溝通或吞嚥治療，每週至少提供5次語言治療。</p>	<p>收案條件：</p> <p>凡有語言溝通或/及吞嚥進食困難者，含：管灌進食者、有潛在吸入性肺炎危險者、無法安全進食者、進食量不足者、語言溝通困難者、書寫閱讀困難者。</p> <p>目標：</p> <ol style="list-style-type: none"> 安全由口進食移除鼻胃管； 增進語言溝通功能； 提升家庭照顧者安全餵食與溝通互動技能。

群組	名稱	急性後期醫療照護與復健	專業領域	治療頻率與期限	收案條件與治療目標
FRG2	住院醫療照護與一般強度復健(每天1~3次復健治療)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 一般醫療狀況評估與處置。 2. 神經學狀況評估與處置。 3. 共病症處置：血壓、血糖、血脂控制；心臟、肺臟、肝臟、腎臟等臟器功能維護；認知、情緒、睡眠、行為等障礙治療；營養及體重維持。 4. 血管疾病再發防治。 5. 併發症預防與處置：感染（如吸入性肺炎、尿道感染）、消化道出血、壓瘡、失禁、疼痛、跌倒、癲癇等。 6. 低密度復健計畫：代償或適應動作、感覺、知覺、語言或認知功能損傷，促進知覺-感覺-動作統合能力。 7. 復健計畫與輔具提供：增進行動功能、日常生活功能與溝通功能。 8. 預防繼發性損傷或失能。 9. 提升家庭照顧者技能。 	物理治療	<ol style="list-style-type: none"> 1. 週一到五： 1次/天 30-60分鐘/次 2. 週末： 1次/天 30分鐘/次 3. 計畫返家者： 居家訪視1次/療程(環境評估含社區適應) 	收案條件： <ol style="list-style-type: none"> 1. 醫療狀況穩定； 2. MRS 2-4 具積極復健潛能； 3. 僅能負荷一天1次物理治療。 目標： <ol style="list-style-type: none"> 1. 較低密度復健；增進部分功能 2. 預防繼發性損傷或失能 3. 提升家庭照顧者技能。
			職能治療	<ol style="list-style-type: none"> 1. 職能治療1次/天，每次30-60分鐘。 2. 計畫返家者，每個療程1次居家訪視（環境評估含社區適應）。 	收案條件： <ol style="list-style-type: none"> 1. 動作、感覺、知覺及認知功能損傷者。 2. 日常及社會功能失能者。 目標： <ol style="list-style-type: none"> 1. 提早參與執行生活職能； 2. 促進感覺動作統合、誘發病患功能恢復； 3. 預防次發性失能。
			語言治療	視病人體力執行語言溝通或吞嚥治療，每週至少提供3~4次語言治療。	收案條件： 凡有語言溝通或/及吞嚥進食困難者，含：管灌進食者、有潛在吸入性肺炎危險者、無法安全進食者、進食量不足者、語言溝通困難者、書寫閱讀困難者。 目標： <ol style="list-style-type: none"> 1. 較低密度語言溝通或吞嚥訓練； 2. 增加口語表達詞彙量，提升聽覺理解程度；增進由口安全進食量，預防吸入性肺炎產生； 3. 提升家庭照顧者安全餵食與溝通互動技能。