



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

104 年第二次會議資料

104 年 6 月 11 日（星期四）
本署 18 樓會議室

104 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、本署參考委託辦理結果及反應意見，修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第七部全民健康保險住院診斷關聯群 (Tw-DRGs) (以下簡稱 Tw-DRGs) ICD-10-CM/PCS 草案。.....	第 1 頁
---	-------

肆、討論事項

一、為利我國正常體系發展及維護各層級醫療從業人員公平對待，建請檢討現行健保支付標準表並予調整案。.....	第 21 頁
二、增修訂全民健康保險醫療給付服務項目及支付標準語言治療相關診療項目適應症及限制治療項目等規範案。.....	第 33 頁
三、研訂全民健康保險早期療育門診醫療給付改善方案計畫(草案)。.....	第 45 頁
四、有關台灣婦產科醫學會建請刪除全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱支付標準)編號 27053C「CA-125 腫瘤標記」，並建議編號 12077B「CA-125 腫瘤標記(EIA/LIA 法)」開放適用表別案。.....	第 63 頁

伍、臨時動議

陸、散會

貳、確認本會 104 年度第 1 次臨時會

會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形

-請參閱(不宣讀)確認

「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」

104 年第 1 次臨時會會議紀錄

時間：104 年 05 月 08 日(星期五)上午 9 時 30 分

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：李筱婷

姚代表鈺	(請假)	陳代表福展	翁瑞文(代)
黃代表雪玲	黃雪玲	蘇代表清泉	(請假)
林代表富滿	林富滿	李代表飛鵬	(請假)
潘代表延健	潘延健	陳代表彥廷	溫斯勇(代)
張代表冠宇	陳怡(代)	林代表敬修	林敬修
陳代表志忠	陳志忠	林代表綉珠	林綉珠
徐代表弘正	徐弘正	賴代表振榕	賴振榕
林代表淑霞	林淑霞	楊代表政峯	楊政峯
羅代表永達	羅永達	吳代表進興	吳進興
謝代表文輝	謝文輝	黃代表鶴珠	王敏華(代)
謝代表武吉	(請假)	黃代表棟國	(請假)
朱代表益宏	王秀貞(代)	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	何代表語	何語
盧代表榮福	(請假)	干代表文男	干文男
張代表嘉訓	(請假)	滕代表西華	滕西華
張代表金石	(請假)	楊代表秀儀	(請假)
黃代表啟嘉	黃啟嘉	吳代表美環	吳美環
顏代表良達	劉其松(代)		

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司

周雯雯

衛生福利部護理及健康照護司

黃玉微

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、劉其松

中華民國牙醫師公會全國聯合會

許家禎

中華民國物理治療師公會全國聯合會	朱世瑋
中華民國醫師公會全國聯合會	陳哲維
中華民國藥師公會全國聯合會	余治達
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	王敏華
台灣醫院協會 醫藥品查驗中心	許嘉惠、林佩荻、陳俞文 許雅蓉、朱素貞、黎伊帆、 黃依寧
社團法人台灣醫事檢驗學會	吳竹蘭
臺灣消化系醫學會	邱正堂、王秀伯
台灣安寧緩和醫學學會	蔡世滋、陳如意、王琬筠
台灣耳鼻喉科醫學會	王拔群、蕭自佑、林旺枝
台灣復健醫學會	鄧復旦、陳思遠
台灣聽力語言學會	張綺芬、王雅慧、蘇心怡
本署台北業務組	丁香豔、黃翠蘭
本署醫審及藥材組	鄒文平
本署醫務管理組	龐一鳴、李純馥、陳真慧、 林淑範、吳錦松、王玲玲、 李待弟、陳依婕、陳逸嫻、 涂奇君、吳明純、張淑雅、 張巧如、蕭靜怡、李筱婷、 彭麗玲

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) 修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」急性一般（精

神) 病床住院護理費 (以下稱住院護理費) 案。

決定：

1. 全日平均護病比閾值、偏鄉醫院加成、行政配合事項具共識事項，洽悉各委員。
2. 調升住院護理費支付點數與依全日平均護病比加成之預算分配比率未獲共識，爰將以中華民國護理師護士公會全國聯合會、台灣醫院協會之建議方案，以及付費者代表支持之健保署所提折衷案，三案陳報衛生福利部核定。其比較項目表如下：

	提升住院護理費支付點數			依全日平均護病比加成		
	護理公會案	醫院協會案	折衷案	護理公會案	醫院協會案	折衷案
調幅/加成率 (%)	6%	10%	8%	9%-11%	5%-7%	7%-9%
財務預估(億點)	7.05	11.76	9.40	12.13	7.85	10.03

(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四部中醫之「特定疾病門診加強照護-腦血管疾病及顱腦損傷」支付方式案。

決定：同意修訂中醫之「特定疾病門診加強照護-腦血管疾病及顱腦損傷」支付標準，相關修訂重點如下：

1. 同意編號 C05、C06 之藥費改以 A21 (每日藥費) 以論服務量方式申報。修訂 C05 及 C06 如下：
 - (1)C05：支付點數由 2,200 點修正為 2,000 點。
 - (2)C06：診療項目名稱由「特定疾病門診加強照護處置費-腦血管疾病及顱腦損傷 (治療處置四次 (含) 以上)」修正為「特定疾病門診加強照護處置費-腦血管疾病及顱腦損傷 (治療處置四至六次)」；支付點數由 3,200 點修正為 3,000 點。

2. 同意新增編號「C07-特定疾病門診加強照護處置費-腦血管疾病及顱腦損傷（治療處置七次以上）」，支付點數 4,000 點。
3. 修訂後支付標準詳如附件 1 (詳見 P7.~P8.)。

四、討論事項

(一)「快速結核病分子診斷」等乙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案。

決議：本案暫保留，由本署再確認結核病檢驗費用經費來源之法規規定、本項檢驗現行臨床之其他方式及檢驗試劑套組國內許可證核發內容，待彙整確認資料後，再提案討論。

(二)調升支付標準編號 28031C 及 33024B 二項診療項目支付點數，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 3 項特材案。

決議：同意調升編號 28031C 及 33024B 包裹給付 3 項特材。相關修訂重點如下：

1. 調升編號 28031C「大腸或小腸纖維鏡切片(每一診次)」診療項目支付點數包裹「單一使用拋棄式生檢鉗或組織夾」1 項特材。西醫基層總額未編列預算，暫保留，俟 105 年西醫基層總額協商結果再行公告實施。
2. 調升編號 33024B「逆行性膽道及胰管造影」診療項目支付點數包裹「單一使用拋棄式內視鏡造影導管」以及「單一使用拋棄式導引線或雙頭導線」2 項特材。
3. 部分代表表示考量醫院購買能力及財務影響，由健保署追蹤院所使用之數量及價格。
4. 修訂後支付標準詳如附件 2(詳見 P9.)。

(三)修訂安寧居家療護支付標準（醫師訪視費、護理師資格），及安寧共同照護試辦方案收案對象納入急診病人案。

決議：同意修訂安寧居家療護支付標準之重點如下：

1.安寧居家療護：

(1)同意醫師訪視個案之每週訪視次數，由每週1次調整為每週2次。

(2)甲類「安寧居家療護小組成員」之規範中，修訂「地區醫院(含)以下過去3個月平均每人護理訪視次數在30人次(含)以下，得以專責護理師為之」。

2.安寧共同照護試辦方案：同意收案對象納入急診病人。

3.有關安寧居家療護醫師訪視費及合理量等項，將併健保署各類居家照護服務，於年底再進行全面性檢討。

4.修訂後支付標準詳及試辦計畫如附件3(詳見P10.~P11.)。

(四)有關台灣耳鼻喉科醫學會建議調升頭頸外科手術等34項診療項目支付標準乙案。

決議：本案暫保留，因部分委員表示，若以104年非協商因素之醫療服務成本改變率增加之費用支應調整點數，應考量科別衡平性，爰請台灣醫院協會彙整各科意見後，再提會討論。

(五)為利我國正常體系發展及維護各層級醫療從業人員公平對待，建請檢討現行健保支付標準表並予調整案。

決議：因時間因素未及討論，將於下次會議再行討論。

(六)增修訂全民健康保險醫療給付服務項目及支付標準語言治療相關診療項目適應症及限制治療項目等規範案。

決議：因時間因素未及討論，將於下次會議再行討論。

五、臨時動議

六、散會：下午13時

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

序號	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
1	103-2-3報	103.6.12	有關「全民健康保險安寧共同照護辦方案」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	1.統計 100 年 4 月至 103 年安寧共照方案之照護人數,其年平均成長率 64.5%。 2.參與本方案之院所,從 100 年計 74 家參與,至 104 年增加為 126 家。參與醫事人員數亦逐年成長。 3.每年由安寧療護相關學會、各縣市政府衛生局、台灣醫療繼續教育推廣學會等辦理安寧課程。 4.考量服務需求及投入人力逐年增加,必要時再邀集專業團體討論。		V
2	103-2-3報	103.12.24	有關放寬「全民健康保險初期慢性腎臟病醫療改善方案」醫事人員資格乙案。	與會代表建議泌尿專科醫師免接受慢性腎臟病照護訓練課程訓練乙節,本署將徵詢台灣泌尿科醫學會、台灣腎臟醫學會意見。	健保署醫管組	1.有關泌尿專科醫師是否須接受慢性腎臟病照護訓練課程訓練乙節: 各學會回復意見彙整如下: (1)台灣腎臟醫學會及台灣醫學會建議泌尿科專科醫師仍需接受訓練。 (2)泌尿科醫學會函復不需受訓。 (3)中華民國醫師公會全國聯合會建議可請泌尿科醫學提供實證證據,必要時邀集相關專科學會開		V

序號	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																			
						會研議。 2.本署另再邀集各專業團體討論。																					
3	103-臨3-6 討	103.12.24	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」提出之建議標準調整案。	1. 由健保署醫務管理組與中華民國醫師公會全國聯合會討論確認指標及其操作型定義。 2. 監控結果處理方式：診所假日開診率低於前一年度之水準，則應恢復原制，以確保民眾就醫可近性不受影響。	健保署醫管組	1.有關監控指標及資料回饋方式，已於104年5月28日之「全民健康保險西醫基層總額研商議事會議」討論。 2.本案將依上述會議決議，定期回饋觀察指標及統計結果予醫師公會全聯會。	V																				
4	104-1-1 討	104.3.26	「幽門桿菌糞便抗原檢查」等8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案。	有關「電子式內視鏡超音波」及「細鏡(迷你)探頭式內視鏡超音波」新增診療項目部分與會代表對其尚有疑義，辦理方式如下： 1.請相關學會再確認成本分析表各項目及其成本之正確性。 2.請相關學會協助訂定相關適應症，以利與其他相似診療項目有所區隔。	健保署醫管組	「電子式內視鏡超音波」及「細鏡(迷你)探頭式內視鏡超音波」已函請學會確認成本分析表各項目及其成本之正確性，以及訂定相關適應症，俟學會回覆意見後提案討論。		V																			
5	104-臨1-1 報	104.5.8	修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」急性一般(精神)病床住院護理費(以下稱住院護理費)案。	1.全日平均護病比閾值、偏鄉醫院加成、行政配合事項具共識事項，洽悉各委員。 2.調升住院護理費支付點數與依全日平均護病比加成之預算分配比率未獲共識，爰將以中華民國護理師護士公會全國聯合會、台灣醫院協會之建議方案，以及付費者代表支持之健保署所提折衷案，三案陳報衛生福利部核定。其比較項目表如下：	健保署醫管組	本案提報104年5月22日全民健康保險會104年第4次委員會議專案報告，已依會議決議，三案陳報衛生福利部裁定。		V																			
				<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">調幅/ 加成率 (%)</th> <th colspan="3">提升住院護理費支付點數</th> <th colspan="3">依全日平均護病比加成</th> </tr> <tr> <th>護理公會案</th> <th>醫院協會案</th> <th>折衷案</th> <th>護理公會案</th> <th>醫院協會案</th> <th>折衷案</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>6%</td> <td>10%</td> <td>8%</td> <td>9%-11%</td> <td>5%-7%</td> <td>7%-9%</td> </tr> </tbody> </table>	調幅/ 加成率 (%)	提升住院護理費支付點數			依全日平均護病比加成			護理公會案	醫院協會案	折衷案	護理公會案	醫院協會案	折衷案		6%	10%	8%	9%-11%	5%-7%	7%-9%			
調幅/ 加成率 (%)	提升住院護理費支付點數			依全日平均護病比加成																							
	護理公會案	醫院協會案	折衷案	護理公會案	醫院協會案	折衷案																					
	6%	10%	8%	9%-11%	5%-7%	7%-9%																					

序號	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		
				財務預估(億點)								解除列管	繼續列管	
				財務預估(億點)	7.05	11.76	9.40	12.13	7.85	10.03				
6	104-臨1-2 報	104.5.8	有關修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫之「特定疾病門診加強照護-腦血管疾病及顱腦損傷」支付方式案。	同意修訂中醫之「特定疾病門診加強照護-腦血管疾病及顱腦損傷」支付標準，相關修訂重點如下： 1.同意編號 C05、C06 之藥費改以 A21 (每日藥費) 以論服務量方式申報。 2.修訂 C05 及 C06 如下： (1)C05：支付點數由 2,200 點修正為 2,000 點。 (2)C06：診療項目名稱由「特定疾病門診加強照護處置費-腦血管疾病及顱腦損傷(治療處置四次(含)以上)」修正為「特定疾病門診加強照護處置費-腦血管疾病及顱腦損傷(治療處置四至六次)」；支付點數由 3,200 點修正為 3,000 點。 3.同意新增編號「C07-特定疾病門診加強照護處置費-腦血管疾病及顱腦損傷(治療處置七次以上)」，支付點數 4,000 點。						健保署醫管組	已依程序辦理預告並報請衛生福利部核定。	V		
7	104-臨1-1 討	104.5.8	「快速結核病分子診斷」等乙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案。	本案暫保留，由本署再確認結核病檢驗費用經費來源之法規規定、本項檢驗現行臨床之其他方式及檢驗試劑套組國內許可證核發內容，待彙整確認資料後，再提案討論。						健保署醫管組	本案已於 104 年 6 月 4 日發函至疾病管制署及醫檢全聯會蒐集相關資料，俟彙整資料後再提案討論。		V	
8	104-臨1-2 討	104.5.8	調升支付標準編號 28031C 及 33024B 二項診療項目支付點數，以包裹給付過程必須使用之「單一	同意調升編號 28031C 及 33024B 包裹給付 3 項特材。相關修訂重點如下： 1.調升編號 28031C「大腸或小腸纖維鏡切片(每一診次)」診療項目支付點數包裹「單一使用拋棄式生檢鉗或組織夾」1 項特材。西醫基層總額未編列預算，暫保留，俟 105 年西醫基層總額協商結果再行公告實施。 2.調升編號 33024B「逆行性膽道及胰管造影」診療項目支付點數包裹「單一使用拋棄式內視鏡造影導管」以及「單一使用拋棄式導引線或雙頭導線」2 項特材。 3.部分代表表示考量醫院購買能力及財務影響，由健保署追蹤院所使用之數量及價格。						健保署醫管組	已依程序辦理預告並報請衛生福利部核定。	V		

序號	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
			拋棄式生檢或夾」等3項特材案。					
9	104-臨1-3 討	104.5.8	修訂安寧居家療護支付標準(醫師訪視費、護理師資格),及安寧共同照護辦方案對象納入急診人	<p>同意修訂安寧居家療護支付標準之重點如下:</p> <p>1.安寧居家療護:</p> <p>(1)同意醫師訪視個案之每週訪視次數,由每週1次調整為每週2次。</p> <p>(2)甲類「安寧居家療護小組成員」之規範中,修訂「地區醫院(含)以下過去3個月平均每人護理訪視次數在30人次(含)以下,得以專責護理師為之」。</p> <p>2.安寧共同照護試辦方案:同意收案對象納入急診病人。</p> <p>3.有關安寧居家療護醫師訪視費及合理量等項,將併健保署各類居家照護服務,於年底再進行全面性檢討。</p>	健保署醫管組	已依程序辦理預告並報請衛生福利部核定。	V	
10	104-臨1-4 討	104.5.8	有關耳鼻喉科醫學會議調頭頸科手術等34項診療目標案。	本案暫保留,因部分委員表示,若以104年非協商因素之醫療服務成本改變率增加之費用支應調整點數,應考量科別衡平性,爰請台灣醫院協會彙整各科意見後,再提會討論。	健保署醫管組	俟台灣醫學會回覆意見後,再行辦理。		V

參、報告事項

報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本署參考委託辦理結果及反應意見，修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第七部全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)(以下簡稱 Tw-DRGs) ICD-10-CM/PCS 草案(如附件 1-1，P3~P20)，擬陳報衛生福利部核定發布。

說明：

- 一、本署業於 103 年 10 月 27 日經衛生福利部核定公告自 105 年 1 月 1 日起門、住診診斷及處置代碼全面單軌申報 2014 年版國際疾病與相關健康問題統計分類第十版臨床修訂及處置代碼系統 ICD-10-CM/PCS。
- 二、為配合上述實施期程，本署修正 Tw-DRGs 之 ICD-10-CM/PCS 草案過程如下：
 - (一) 102 年 12 月 12 日起至 103 年 12 月 3 日止，委託台灣病歷資訊管理學會將 Tw-DRGs 之 ICD-9-CM 編碼，轉換為 2014 年版 ICD-10-CM/PCS 編碼並完成驗收。
 - (二) 103 年 12 月 3 日起至 104 年 3 月 2 日止，以美國 CMS 之 v31R 版 MS-DRG 及委託台灣病歷資訊管理學會轉換之 ICD-10-CM/PCS Tw-DRGs 編碼資料為基礎，修訂本署 Tw-DRGs 2014 年版 ICD-10-CM/PCS (草案)，因 ICD-10-CM/PCS 編碼內容之改變，修訂後 Tw-DRGs 由 1,062 項調整為 1,054 項。
 - (三) 104 年 3 月 2 日起公布草案內容於本署網站供社會各界提供修

正意見，截至目前為止（104年5月20日）共有4則針對編碼妥適性提出修正意見，本署經徵詢台灣病歷資訊管理學會意見後已修正草案內容，支付通則詳後(詳附件 1-1，P3~P20)，分類表及各項附表因資料龐大，詳細內容請至本署網站查閱 http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=20&menu_id=1087&WD_ID=1087&webdata_id=4711。

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 平均每人點數/全國平均每人點數」。

(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 ICD-9CM：140.XX-176.XX、179.XX-208.XX、V58.0、V58.1、V67.1、V67.2；ICD-10-CM：C00.0-C96.9、Z51.2(排除 C944 及 C946)、Z51.0、Z51.11、Z08。主診斷為性態未明腫瘤 ICD-9-CM：235.XX、236.XX、237.XX、238.XX；ICD-10-CM：D37-D48、J84.81、C94.4、C94.6 案件。
- (二)主或次診斷為臟器移植併發症及後續住院 ICD-9-CM：996.8X、V42.XX；ICD-10-CM：D89.810-D89.813、T86.00-T86.09、T86.10-T86.19、T86.20-T86.29、T86.30-T86.39、T86.40-T86.49、T86.5、T86.810-T86.819、T86.850-T86.859、T86.90-T86.99、Z94.0、Z94.1、Z94.2、Z94.3、Z94.4、Z94.6、Z94.81、Z94.82、Z94.83、Z94.84、Z94.89、Z94.9 案件。
- (三)MDC19、MDC20 之精神科案件。
- (四)主或次診斷為愛滋病 ICD-9-CM：042；ICD-10-CM：B20、凝血因子異常 ICD-9-CM：286.0-286.3、286.7；ICD-10-CM：D66、D67、D68.1、D68.2、D68.4 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 ICD-9-CM 39.65；ICD-10-PCS：5A15223 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)處置碼 ICD-9-CM：37.61；ICD-10-PCS：5A02110、5A02210 個案。
- (十一) 生產有合併植入性胎盤 ICD-9-CM：656.7X、666.0X、666.2X、667.1X；ICD-10-CM：O43.211-O43.239、O72.0、O72.2、O43.211-O43.239、O73.0、O73.1、產後大出血 ICD-9-CM：666.1X；ICD-10-CM：O72.1 或產後血液凝固缺損 ICD-9-CM：666.3X；ICD-10-CM：O72.3 之案件。
- (十二)複雜性多重骨盆腔器官脫垂，須同時施行骨盆腔多器官重建手術之個案，處置碼如下：
 1. 處置碼為 ICD-9-CM：684+7077 +7050。
處置碼為 ICD-10-PCS：0UT90ZZ、0UT94ZZ、0UTC0ZZ、0UTC4ZZ +0USG0ZZ、0USG4ZZ、0USGXZZ +0JQC0ZZ、0JQC3ZZ、0JUC07Z、0JUC0JZ、0JUC0KZ、

0JUC37Z、0JUC3JZ、0JUC3KZ、0UUG07Z、0UUG0JZ、0UUG0KZ、0UUG47Z、0UUG4JZ、0UUG4KZ、0UUG77Z、0UUG7JZ、0UUG7KZ、0UUG87Z、0UUG8JZ、0UUG8KZ。

2. 處置碼為 ICD-9-CM：6859+7077 +7050。

處置碼為 ICD-10-PCS：0UT97ZZ、0UT98ZZ、0UTC7ZZ、0UTC8ZZ+0USG0ZZ、0USG4ZZ、0USGXZZ +0JQC0ZZ、0JQC3ZZ、0JUC07Z、0JUC0JZ、0JUC0KZ、0JUC37Z、0JUC3JZ、0JUC3KZ、0UUG07Z、0UUG0JZ、0UUG0KZ、0UUG47Z、0UUG4JZ、0UUG4KZ、0UUG77Z、0UUG7JZ、0UUG7KZ、0UUG87Z、0UUG8JZ、0UUG8KZ。

3. 處置碼為 ICD-9-CM：7050+6922+7092。

處置碼為 ICD-10-PCS：0JQC0ZZ、0JQC3ZZ、0JUC07Z、0JUC0JZ、0JUC0KZ、0JUC37Z、0JUC3JZ、0JUC3KZ、0UUG07Z、0UUG0JZ、0UUG0KZ、0UUG47Z、0UUG4JZ、0UUG4KZ、0UUG77Z、0UUG7JZ、0UUG7KZ、0UUG87Z、0UUG8JZ、0UUG8KZ +0US90ZZ、0US94ZZ+0ULF7DZ、0ULF7ZZ、0ULF8DZ、0ULF8ZZ、0UMF0ZZ、0UMF4ZZ、0UNF0ZZ、0UNF3ZZ、0UNF4ZZ、0UNF7ZZ、0UNF8ZZ、0UQF0ZZ、0UQF3ZZ、0UQF4ZZ、0UQF7ZZ、0UQF8ZZ、0USF0ZZ、0USF4ZZ、0UTF0ZZ、0UTF4ZZ、0UTF7ZZ、0UTF8ZZ、0UUF07Z、0UUF0JZ、0UUF0KZ、0UUF47Z、0UUF4JZ、0UUF4KZ、0UUF77Z、0UUF7JZ、0UUF7KZ、0UUF87Z、0UUF8JZ、0UUF8KZ。

4. 處置碼為 ICD-9-CM：7079 +6922+7092。

處置碼為 ICD-10-PCS：0U7G0DZ、0U7G0ZZ、0U7G3DZ、0U7G3ZZ、0U7G4DZ、0U7G4ZZ、0UMG0ZZ、0UMG4ZZ、0UNG0ZZ、0UNG3ZZ、0UNG4ZZ、0UQG0ZZ、0UQG3ZZ、0UQG4ZZ、0UQG7ZZ、0UQG8ZZ、0UQGXZZ、0UQG0ZZ、0UQG3ZZ、0UQG4ZZ、0UQG7ZZ、0UQG8ZZ、0UQGXZZ、0WQN0ZZ、0WQN3ZZ、0WQN4ZZ、0WQNXZZ +0US90ZZ、0US94ZZ +0ULF7DZ、0ULF7ZZ、0ULF8DZ、0ULF8ZZ、0UMF0ZZ、0UMF4ZZ、0UNF0ZZ、0UNF3ZZ、0UNF4ZZ、0UNF7ZZ、0UNF8ZZ、0UQF0ZZ、0UQF3ZZ、0UQF4ZZ、0UQF7ZZ、0UQF8ZZ、0USF0ZZ、0USF4ZZ、0UTF0ZZ、0UTF4ZZ、0UTF7ZZ、0UTF8ZZ、0UUF07Z、0UUF0JZ、0UUF0KZ、0UUF47Z、0UUF4JZ、0UUF4KZ、0UUF77Z、0UUF7JZ、0UUF7KZ、0UUF87Z、0UUF8JZ、0UUF8KZ。

5. 上列 4 組加有或無合併處置碼 ICD-9-CM：5979、595；ICD-10-PCS：0TQD0ZZ、0TQD3ZZ、0TQD4ZZ、0TQD7ZZ、0TQD8ZZ、0TQDXZZ、0TUC0JZ、0TUC4JZ、0TUC7JZ、0TUC8JZ、0TSD0ZZ、0TSD4ZZ，共計八組。

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 ICD-9-CM：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；ICD-10-CM：Q00.0-Q99.9、E78.71、E78.72、G90.1、N64.82、N64.82 (不包括 Q18.2、Q18.1、Q18.1、Q18.2、Q38.1、Q38.3、Q38.3、Q38.4、Q38.4、Q38.4、Q38.4、Q38.0、Q53.00、Q53.01、Q53.02、Q53.10、Q53.11、Q53.12、Q53.20、Q53.21、Q53.22、Q53.9、Q55.22、Q55.5、Q55.61、Q55.63、Q55.69、Q81.0、Q81.1、Q81.2、Q81.8、Q81.9、Q82.8、Q82.9)、J38.02、H90.3、H90.41、H90.42、H91.90、H91.91、H91.92、H91.93。

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 ICD-9-CM：140.XX-176.XX、179.XX-208.XX；ICD-10-CM：C00.0-C96.9(排除 C944 及 C946)或性態未明腫瘤 ICD-9-CM：235.XX、236.XX、237.XX、238.XX；ICD-10-CM：D37-D48、J84.81、C94.4、C94.6。

(2) 處置碼包括化療 ICD-9-CM：99.25 (化療注射劑始需編處置碼)；

ICD-10-PCS：3E00X05、3E01305、3E02305、3E03005、3E0300P、3E03305、3E0330P、3E04005、3E0400P、3E04305、3E0430P、3E05005、3E0500P、

3E05305、3E0530P、3E06005、3E0600P、3E06305、3E0630P、3E09305、3E09705、3E09X05、3E0A305、3E0B305、3E0B705、3E0BX05、3E0C305、3E0C705、3E0CX05、3E0D305、3E0D705、3E0DX05、3E0F305、3E0F705、3E0F805、3E0G305、3E0G705、3E0G805、3E0H305、3E0H705、3E0H805、3E0J305、3E0J705、3E0J805、3E0K305、3E0K705、3E0K805、3E0L305、3E0L705、3E0M305、3E0M705、3E0N305、3E0N705、3E0N805、3E0P305、3E0P705、3E0P805、3E0Q305、3E0Q705、3E0R305、3E0S305、3E0U305、3E0V305、3E0W305、3E0Y305、3E0Y705 (化療注射劑始需編處置碼)、荷爾蒙注射療法 ICD-9-CM：99.24 (荷爾蒙注射療法始需編處置碼)；
ICD-10-PCS：3E013VJ、3E030VJ、3E033VJ、3E040VJ、3E043VJ、3E050VJ、3E053VJ、3E060VJ、3E063VJ (荷爾蒙注射療法始需編處置碼) 或放療 ICD-9-CM：92.2X，ICD-10-PCS 詳附表 7.0。

- (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 ICD-9-CM：96.7X、93.90、93.91、93.99；ICD-10-PCS：5A1935Z、5A1945Z、5A1955Z、5A09357、5A09457、5A09557、5A09358、5A09458、5A09558、5A09359、5A0935B、5A0935Z、5A09459、5A0945B、5A0945Z、5A09559、5A0955B、5A0955Z。

- (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 ICD-9-CM：39.95；ICD-10-PCS：5A1D00Z、5A1D60Z。

- (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。

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。

第二章 Tw-DRGs 分類架構及原則

一、Tw-DRG 之診斷及處置代碼，以 ICD-9-CM 2001 年版為基礎。

二、名詞定義

(一)主診斷(Principal Diagnosis)：經研判後，被確定為引起病人此次住院醫療主要原因，引起病人此次住院醫療之多重診斷，得擇取醫療資源耗用高者為主要診斷，住院中產生之併發症或住院中管理不當產生之危害不得為主要診斷。

(二)開刀房手術或處置(Operating Room Procedure)：依「TW-DRG 分類手冊」所列項目認定。

(三)合併症或併發症(Comorbidity & Complication) 之認定條件如「TW-DRG 分類手冊」。

三、除 PRE MDC 外，MDC1 至 MDC24 之各 Tw-DRG，其主診斷須為該 Tw-DRG 所屬 MDC 主診斷範圍，詳如「TW-DRG 分類手冊」。

四、Tw-DRG 之編審依序，以 PRE MDC 優先，其次為 MDC24，再次為 MDC1-MDC23，惟 PRE MDC 中之 Tw-DRG48201、48202、48301、48302 等 4 項，若同時符合 MDC1 至 MDC24 之 Tw-DRG 條件者，得以權重高者認定。

五、在同一 MDC 中 Tw-DRG 之認定順序：

(一)外科系 Tw-DRG

- 1.有 OR PROCEDURE，且 OR PROCEDURE 與主診斷相關之 Tw-DRG。
- 2.有 OR PROCEDURE，但 OR PROCEDURE 與主診斷不相關之 Tw-DRG。
- 3.其他。

(二)內科系 Tw-DRG。

(三)前述(一)各點及(二)中，複合條件者較其中單一或部分條件者優先；其他若出現符合二個以上 Tw-DRG 條件者，Tw-DRG 編審結果得以權重高者申報，若其中任一項無權重者，以該個案點數除以全國平均點數，所得值大於等於其他 Tw-DRG 權重者，歸類於無權重之 Tw-DRG，若屬二個以上無權重 DRG 者依「TW-DRG 分類手冊」內流程圖順序認定，核實申報費用；所得值小於其他 Tw-DRG 權重者，歸類於該有權重之 Tw-DRG。

六、年齡之認定採「入院年月」減「出生年月」計算。其中以「歲」區分之 DRG，計算後取其「年」，若「月」為負值，則「年」減 1。

七、MDC15 之出生天數以「入院日」減「出生日」計算。

八、正常新生兒照護仍併入生產 DRG 內。

附表 7.0

ICD-9-CM : 92.2X · ICD-10-PCS 如下 :													
D0Y07ZZ	DU000ZZ	D717B8Z	D91D98Z	DD13B8Z	DM1098Z	DW12B8Z	DF001ZZ	D7043Z0	DW053Z0	DH035ZZ	0HHTX1Z	0XHD01Z	D9Y4FZZ
D0Y17ZZ	DU010ZZ	D717B9Z	D91D99Z	DD13B9Z	DM1099Z	DW12B9Z	DF002ZZ	D7043ZZ	DW053ZZ	DH036ZZ	0HHU01Z	0XHD31Z	D9Y5FZZ
D0Y67ZZ	DU020ZZ	D717BBZ	D91D9BZ	DD13BBZ	DM109BZ	DW12BBZ	DF010ZZ	D7053Z0	DW063Z0	DH044ZZ	0HHU31Z	0XHD41Z	D9Y6FZZ
D0Y77ZZ	DV000ZZ	D717BCZ	D91D9CZ	DD13BCZ	DM109CZ	DW12BCZ	DF011ZZ	D7053ZZ	DW063ZZ	DH045ZZ	0HHU71Z	0XHF01Z	D9Y7FZZ
D8Y07ZZ	DV010ZZ	D717BYZ	D91D9YZ	DD13BYZ	DM109YZ	DW12BYZ	DF012ZZ	D7063Z0	D0004ZZ	DH046ZZ	0HHU81Z	0XHF31Z	D9Y8FZZ
D9Y07ZZ	DW010ZZ	D71897Z	D91DB7Z	DD1497Z	DM10B7Z	DW1397Z	DF020ZZ	D7063ZZ	D0005ZZ	DH064ZZ	0HHUX1Z	0XHF41Z	D9Y9FZZ
D9Y17ZZ	DW020ZZ	D71898Z	D91DB8Z	DD1498Z	DM10B8Z	DW1398Z	DF021ZZ	D7073Z0	D0006ZZ	DH065ZZ	0HHV01Z	0XHG01Z	D9YBCZZ
D9Y37ZZ	DW030ZZ	D71899Z	D91DB9Z	DD1499Z	DM10B9Z	DW1399Z	DF022ZZ	D7073ZZ	D0014ZZ	DH066ZZ	0HHV31Z	0XHG31Z	D9YBFZZ
D9Y47ZZ	DW040ZZ	D7189BZ	D91DBBZ	DD149BZ	DM10BBZ	DW139BZ	DF030ZZ	D7083Z0	D0015ZZ	DH074ZZ	0HHV71Z	0XHG41Z	D9YCCZZ
D9Y57ZZ	DW050ZZ	D7189CZ	D91DBCZ	DD149CZ	DM10BCZ	DW139CZ	DF031ZZ	D7083ZZ	D0016ZZ	DH075ZZ	0HHV81Z	0XHH01Z	D9YCFZZ
D9Y67ZZ	DW060ZZ	D7189YZ	D91DBYZ	DD149YZ	DM10BYZ	DW139YZ	DF032ZZ	D8003Z0	D0064ZZ	DH076ZZ	0HHVX1Z	0XHH31Z	D9YDCZZ
D9Y77ZZ	D01097Z	D718B7Z	D91F97Z	DD14B7Z	DM1197Z	DW13B7Z	DG000ZZ	D8003ZZ	D0065ZZ	DH084ZZ	0HHW01Z	0XHH41Z	D9YDFZZ
D9Y87ZZ	D01098Z	D718B8Z	D91F98Z	DD14B8Z	DM1198Z	DW13B8Z	DG001ZZ	D9003Z0	D0066ZZ	DH085ZZ	0HHW31Z	0XHJ01Z	DBY0FZZ
D9Y97ZZ	D01099Z	D718B9Z	D91F99Z	DD14B9Z	DM1199Z	DW13B9Z	DG002ZZ	D9003ZZ	D0074ZZ	DH086ZZ	0HHW71Z	0XHJ31Z	DBY1FZZ
D9YB7ZZ	D0109BZ	D718BBZ	D91F9BZ	DD14BBZ	DM119BZ	DW13BBZ	DG010ZZ	D9013Z0	D0075ZZ	DH094ZZ	0HHW81Z	0XHJ41Z	DBY2FZZ
D9YD7ZZ	D0109CZ	D718BCZ	D91F9CZ	DD14BCZ	DM119CZ	DW13BCZ	DG011ZZ	D9013ZZ	D0076ZZ	DH095ZZ	0HHWX1Z	0XHK01Z	DBY5FZZ
D9YF7ZZ	D0109YZ	D718BYZ	D91F9YZ	DD14BYZ	DM119YZ	DW13BYZ	DG012ZZ	D9033Z0	D7004ZZ	DH096ZZ	0HHX01Z	0XHK31Z	DBY6FZZ
DBY07ZZ	D010B7Z	D81097Z	D91FB7Z	DD1597Z	DM11B7Z	DW1697Z	DG020ZZ	D9033ZZ	D7005ZZ	DH0B4ZZ	0HHX31Z	0XHK41Z	DBY7FZZ
DBY17ZZ	D010B8Z	D81098Z	D91FB8Z	DD1598Z	DM11B8Z	DW1698Z	DG021ZZ	D9043Z0	D7006ZZ	DH0B5ZZ	0HHX71Z	0YH001Z	DBY8FZZ
DBY27ZZ	D010B9Z	D81099Z	D91FB9Z	DD1599Z	DM11B9Z	DW1699Z	DG022ZZ	D9043ZZ	D7014ZZ	DH0B6ZZ	0HHX81Z	0YH031Z	DDY0FZZ
DBY57ZZ	D010BBZ	D8109BZ	D91FBBZ	DD159BZ	DM11BBZ	DW169BZ	DG040ZZ	D9053Z0	D7015ZZ	DM004ZZ	0HHXX1Z	0YH041Z	DDY1CZZ
DBY67ZZ	D010BCZ	D8109CZ	D91FBCZ	DD159CZ	DM11BCZ	DW169CZ	DG041ZZ	D9053ZZ	D7016ZZ	DM005ZZ	0JHS01Z	0YH101Z	DDY1FZZ
DBY77ZZ	D010BYZ	D8109YZ	D91FBYZ	DD159YZ	DM11BYZ	DW169YZ	DG042ZZ	D9063Z0	D7024ZZ	DM006ZZ	0JHS31Z	0YH131Z	DDY2CZZ
DBY87ZZ	D01197Z	D810B7Z	DB1097Z	DD15B7Z	DT1097Z	DW16B7Z	DG050ZZ	D9063ZZ	D7025ZZ	DM014ZZ	0JHT01Z	0YH141Z	DDY2FZZ
DDY07ZZ	D01198Z	D810B8Z	DB1098Z	DD15B8Z	DT1098Z	DW16B8Z	DG051ZZ	D9073Z0	D7026ZZ	DM015ZZ	0JHT31Z	0YH501Z	DDY3CZZ
DDY17ZZ	D01199Z	D810B9Z	DB1099Z	DD15B9Z	DT1099Z	DW16B9Z	DG052ZZ	D9073ZZ	D7034ZZ	DM016ZZ	0JHV01Z	0YH531Z	DDY3FZZ
DDY27ZZ	D0119BZ	D810BBZ	DB109BZ	DD15BBZ	DT109BZ	DW16BBZ	DH020ZZ	D9083Z0	D7035ZZ	DP004ZZ	0JHV31Z	0YH541Z	DDY4CZZ
DDY37ZZ	D0119CZ	D810BCZ	DB109CZ	DD15BCZ	DT109CZ	DW16BCZ	DH021ZZ	D9083ZZ	D7036ZZ	DP005ZZ	0JHW01Z	0YH601Z	DDY4FZZ
DDY47ZZ	D0119YZ	D810BYZ	DB109YZ	DD15BYZ	DT109YZ	DW16BYZ	DH022ZZ	D9093Z0	D7044ZZ	DP006ZZ	0JHW31Z	0YH631Z	DDY5CZZ
DDY57ZZ	D011B7Z	D91097Z	DB10B7Z	DD1797Z	DT10B7Z	D0000ZZ	DH030ZZ	D9093ZZ	D7045ZZ	DP024ZZ	0UHC01Z	0YH641Z	DDY5FZZ
DDY77ZZ	D011B8Z	D91098Z	DB10B8Z	DD1798Z	DT10B8Z	D0001ZZ	DH031ZZ	D90B3Z0	D7046ZZ	DP025ZZ	0UHC31Z	0YH701Z	DDY7CZZ
DFY07ZZ	D011B9Z	D91099Z	DB10B9Z	DD1799Z	DT10B9Z	D0002ZZ	DH032ZZ	D90B3ZZ	D7054ZZ	DP026ZZ	0UHC41Z	0YH731Z	DDY7FZZ
DFY17ZZ	D011BBZ	D9109BZ	DB10BBZ	DD179BZ	DT10BBZ	D0010ZZ	DH040ZZ	D90D3Z0	D7055ZZ	DP034ZZ	0UHC71Z	0YH741Z	DDY8CZZ
DFY27ZZ	D011BCZ	D9109CZ	DB10BCZ	DD179CZ	DT10BCZ	D0011ZZ	DH041ZZ	D90D3ZZ	D7056ZZ	DP035ZZ	0UHC81Z	0YH801Z	DDY8FZZ
DFY37ZZ	D011BYZ	D9109YZ	DB10BYZ	DD179YZ	DT10BYZ	D0012ZZ	DH042ZZ	D90F3Z0	D7064ZZ	DP036ZZ	0UHG01Z	0YH831Z	DFY0CZZ
DGY07ZZ	D01697Z	D910B7Z	DB1197Z	DD17B7Z	DT1197Z	D0060ZZ	DH060ZZ	D90F3ZZ	D7065ZZ	DP044ZZ	0UHG31Z	0YH841Z	DFY0FZZ

ICD-9-CM : 92.2X · ICD-10-PCS 如下：

DGY17ZZ	D01698Z	D910B8Z	DB1198Z	DD17B8Z	DT1198Z	D0061ZZ	DH061ZZ	DB003Z0	D7066ZZ	DP045ZZ	0UHG41Z	0YH901Z	DFY1CZZ
DGY27ZZ	D01699Z	D910B9Z	DB1199Z	DD17B9Z	DT1199Z	D0062ZZ	DH062ZZ	DB003ZZ	D7074ZZ	DP046ZZ	0UHG71Z	0YH931Z	DFY1FZZ
DGY47ZZ	D0169BZ	D910BBZ	DB119BZ	DD17BBZ	DT119BZ	D0070ZZ	DH070ZZ	DB013Z0	D7075ZZ	DP054ZZ	0UHG81Z	0YH941Z	DFY2CZZ
DGY57ZZ	D0169CZ	D910BCZ	DB119CZ	DD17BCZ	DT119CZ	D0071ZZ	DH071ZZ	DB013ZZ	D7076ZZ	DP055ZZ	0UHGX1Z	0YHB01Z	DFY2FZZ
DHY27ZZ	D0169YZ	D910BYZ	DB119YZ	DD17BYZ	DT119YZ	D0072ZZ	DH072ZZ	DB023Z0	D7084ZZ	DP056ZZ	0VH001Z	0YHB31Z	DFY3CZZ
DHY37ZZ	D016B7Z	D91197Z	DB11B7Z	DF1097Z	DT11B7Z	D7000ZZ	DH080ZZ	DB023ZZ	D7085ZZ	DP064ZZ	0VH031Z	0YHB41Z	DFY3FZZ
DHY47ZZ	D016B8Z	D91198Z	DB11B8Z	DF1098Z	DT11B8Z	D7001ZZ	DH081ZZ	DB053Z0	D7086ZZ	DP065ZZ	0VH041Z	0YHC01Z	DGY0FZZ
DHY67ZZ	D016B9Z	D91199Z	DB11B9Z	DF1099Z	DT11B9Z	D7002ZZ	DH082ZZ	DB053ZZ	D8004ZZ	DP066ZZ	0VH071Z	0YHC31Z	DGY1FZZ
DHY77ZZ	D016BBZ	D9119BZ	DB11BBZ	DF109BZ	DT11BBZ	D7010ZZ	DH090ZZ	DB063Z0	D8005ZZ	DP074ZZ	0VH081Z	0YHC41Z	DGY2FZZ
DHY87ZZ	D016BCZ	D9119CZ	DB11BCZ	DF109CZ	DT11BCZ	D7011ZZ	DH091ZZ	DB063ZZ	D8006ZZ	DP075ZZ	0WH001Z	0YHD01Z	DGY4FZZ
DHY97ZZ	D016BYZ	D9119YZ	DB11BYZ	DF109YZ	DT11BYZ	D7012ZZ	DH092ZZ	DB073Z0	D9004ZZ	DP076ZZ	0WH031Z	0YHD31Z	DGY5FZZ
DHYB7ZZ	D01797Z	D911B7Z	DB1297Z	DF10B7Z	DT1297Z	D7020ZZ	DH0B0ZZ	DB073ZZ	D9005ZZ	DP084ZZ	0WH041Z	0YHD41Z	DHY2FZZ
DMY07ZZ	D01798Z	D911B8Z	DB1298Z	DF10B8Z	DT1298Z	D7021ZZ	DH0B1ZZ	DB083Z0	D9006ZZ	DP085ZZ	0WH101Z	0YHF01Z	DHY3FZZ
DMY17ZZ	D01799Z	D911B9Z	DB1299Z	DF10B9Z	DT1299Z	D7022ZZ	DH0B2ZZ	DB083ZZ	D9014ZZ	DP086ZZ	0WH131Z	0YHF31Z	DHY4FZZ
DPY07ZZ	D0179BZ	D911BBZ	DB129BZ	DF10BBZ	DT129BZ	D7030ZZ	DM000ZZ	DD003Z0	D9015ZZ	DP094ZZ	0WH141Z	0YHF41Z	DHY5FZZ
DPY27ZZ	D0179CZ	D911BCZ	DB129CZ	DF10BCZ	DT129CZ	D7031ZZ	DM001ZZ	DD003ZZ	D9016ZZ	DP095ZZ	0WH201Z	0YHG01Z	DHY6FZZ
DPY37ZZ	D0179YZ	D911BYZ	DB129YZ	DF10BYZ	DT129YZ	D7032ZZ	DM002ZZ	DD013Z0	D9034ZZ	DP096ZZ	0WH231Z	0YHG31Z	DHY7FZZ
DPY47ZZ	D017B7Z	D91397Z	DB12B7Z	DF1197Z	DT12B7Z	D7040ZZ	DM010ZZ	DD013ZZ	D9035ZZ	DP0B4ZZ	0WH241Z	0YHG41Z	DHY8FZZ
DPY57ZZ	D017B8Z	D91398Z	DB12B8Z	DF1198Z	DT12B8Z	D7041ZZ	DM011ZZ	DD023Z0	D9036ZZ	DP0B5ZZ	0WH301Z	0YHH01Z	DHY9FZZ
DPY67ZZ	D017B9Z	D91399Z	DB12B9Z	DF1199Z	DT12B9Z	D7042ZZ	DM012ZZ	DD023ZZ	D9044ZZ	DP0B6ZZ	0WH331Z	0YHH31Z	DHYBFZZ
DPY77ZZ	D017BBZ	D9139BZ	DB12BBZ	DF119BZ	DT12BBZ	D7050ZZ	DP000ZZ	DD033Z0	D9045ZZ	DP0C4ZZ	0WH341Z	0YHH41Z	DHYCFZZ
DPY87ZZ	D017BCZ	D9139CZ	DB12BCZ	DF119CZ	DT12BCZ	D7051ZZ	DP001ZZ	DD033ZZ	D9046ZZ	DP0C5ZZ	0WH401Z	0YHJ01Z	DMY0FZZ
DPY97ZZ	D017BYZ	D9139YZ	DB12BYZ	DF119YZ	DT12BYZ	D7052ZZ	DP002ZZ	DD043Z0	D9054ZZ	DP0C6ZZ	0WH431Z	0YHJ31Z	DMY1FZZ
DPYB7ZZ	D71097Z	D913B7Z	DB1597Z	DF11B7Z	DT1397Z	D7060ZZ	DP020ZZ	DD043ZZ	D9055ZZ	DT004ZZ	0WH441Z	0YHJ41Z	DPY0FZZ
DPYC7ZZ	D71098Z	D913B8Z	DB1598Z	DF11B8Z	DT1398Z	D7061ZZ	DP021ZZ	DD053Z0	D9056ZZ	DT005ZZ	0WH501Z	0YHK01Z	DPY2FZZ
DTY07ZZ	D71099Z	D913B9Z	DB1599Z	DF11B9Z	DT1399Z	D7062ZZ	DP022ZZ	DD053ZZ	D9064ZZ	DT006ZZ	0WH531Z	0YHK31Z	DPY3FZZ
DTY17ZZ	D7109BZ	D913BBZ	DB159BZ	DF11BBZ	DT139BZ	D7070ZZ	DP030ZZ	DD073Z0	D9065ZZ	DT014ZZ	0WH541Z	0YHK41Z	DPY4FZZ
DTY27ZZ	D7109CZ	D913BCZ	DB159CZ	DF11BCZ	DT139CZ	D7071ZZ	DP031ZZ	DD073ZZ	D9066ZZ	DT015ZZ	0WH601Z	0YHL01Z	DPY5FZZ
DTY37ZZ	D7109YZ	D913BYZ	DB159YZ	DF11BYZ	DT139YZ	D7072ZZ	DP032ZZ	DF003Z0	D9074ZZ	DT016ZZ	0WH631Z	0YHL31Z	DPY6FZZ
DUY07ZZ	D710B7Z	D91497Z	DB15B7Z	DF1297Z	DT13B7Z	D7080ZZ	DP040ZZ	DF003ZZ	D9075ZZ	DT024ZZ	0WH641Z	0YHL41Z	DPY7FZZ
DUY17ZZ	D710B8Z	D91498Z	DB15B8Z	DF1298Z	DT13B8Z	D7081ZZ	DP041ZZ	DF013Z0	D9076ZZ	DT025ZZ	0WH801Z	0YHM01Z	DPY8FZZ
DUY27ZZ	D710B9Z	D91499Z	DB15B9Z	DF1299Z	DT13B9Z	D7082ZZ	DP042ZZ	DF013ZZ	D9084ZZ	DT026ZZ	0WH831Z	0YHM31Z	DPY9FZZ
DVY07ZZ	D710BBZ	D9149BZ	DB15BBZ	DF129BZ	DT13BBZ	D8000ZZ	DP050ZZ	DF023Z0	D9085ZZ	DT034ZZ	0WH841Z	0YHM41Z	DPYBFZZ
DVY17ZZ	D710BCZ	D9149CZ	DB15BCZ	DF129CZ	DT13BCZ	D8001ZZ	DP051ZZ	DF023ZZ	D9086ZZ	DT035ZZ	0WH901Z	0YHN01Z	DPYCFZZ
DWY17ZZ	D710BYZ	D9149YZ	DB15BYZ	DF129YZ	DT13BYZ	D8002ZZ	DP052ZZ	DF033Z0	D9094ZZ	DT036ZZ	0WH931Z	0YHN31Z	DTY0CZZ
DWY27ZZ	D71197Z	D914B7Z	DB1697Z	DF12B7Z	DU1097Z	D9000ZZ	DP060ZZ	DF033ZZ	D9095ZZ	DU004ZZ	0WH941Z	0YHN41Z	DTY0FZZ
DWY37ZZ	D71198Z	D914B8Z	DB1698Z	DF12B8Z	DU1098Z	D9001ZZ	DP061ZZ	DG003Z0	D9096ZZ	DU005ZZ	0WHB01Z	3E0B304	DTY1CZZ

ICD-9-CM : 92.2X · ICD-10-PCS 如下：

DWY47ZZ	D71199Z	D914B9Z	DB1699Z	DF12B9Z	DU1099Z	D9002ZZ	DP062ZZ	DG003ZZ	D90B4ZZ	DU006ZZ	0WHB31Z	3E0B704	DTY1FZZ
DWY57ZZ	D7119BZ	D914BBZ	DB169BZ	DF12BBZ	DU109BZ	D9010ZZ	DP070ZZ	DG013Z0	D90B5ZZ	DU014ZZ	0WHB41Z	3E0BX04	DTY2CZZ
DWY67ZZ	D7119CZ	D914BCZ	DB169CZ	DF12BCZ	DU109CZ	D9011ZZ	DP071ZZ	DG013ZZ	D90B6ZZ	DU015ZZ	0WHC01Z	3E0C304	DTY2FZZ
D0000ZZ	D7119YZ	D914BYZ	DB169YZ	DF12BYZ	DU109YZ	D9012ZZ	DP072ZZ	DG023Z0	D90D4ZZ	DU016ZZ	0WHC31Z	3E0C704	DTY3CZZ
D0010ZZ	D711B7Z	D91597Z	DB16B7Z	DF1397Z	DU10B7Z	D9030ZZ	DP080ZZ	DG023ZZ	D90D5ZZ	DU024ZZ	0WHC41Z	3E0CX04	DTY3FZZ
D0060ZZ	D711B8Z	D91598Z	DB16B8Z	DF1398Z	DU10B8Z	D9031ZZ	DP081ZZ	DG043Z0	D90D6ZZ	DU025ZZ	0WHD01Z	3E0D304	DUY0CZZ
D0070ZZ	D711B9Z	D91599Z	DB16B9Z	DF1399Z	DU10B9Z	D9032ZZ	DP082ZZ	DG043ZZ	D90F4ZZ	DU026ZZ	0WHD31Z	3E0D704	DUY0FZZ
D7000ZZ	D711BBZ	D9159BZ	DB16BBZ	DF139BZ	DU10BBZ	D9040ZZ	DP090ZZ	DG053Z0	D90F5ZZ	DV004ZZ	0WHD41Z	3E0DX04	DUY1CZZ
D7010ZZ	D711BCZ	D9159CZ	DB16BCZ	DF139CZ	DU10BCZ	D9041ZZ	DP091ZZ	DG053ZZ	D90F6ZZ	DV005ZZ	0WHF01Z	3E0E304	DUY1FZZ
D7020ZZ	D711BYZ	D9159YZ	DB16BYZ	DF139YZ	DU10BYZ	D9042ZZ	DP092ZZ	DH023Z0	DB004ZZ	DV006ZZ	0WHF31Z	3E0E704	DUY2CZZ
D7030ZZ	D71297Z	D915B7Z	DB1797Z	DF13B7Z	DU1197Z	D9050ZZ	DP0B0ZZ	DH023ZZ	DB005ZZ	DV014ZZ	0WHF41Z	3E0E804	DUY2FZZ
D7040ZZ	D71298Z	D915B8Z	DB1798Z	DF13B8Z	DU1198Z	D9051ZZ	DP0B1ZZ	DH033Z0	DB006ZZ	DV015ZZ	0WHG01Z	3E0F304	DVY0CZZ
D7050ZZ	D71299Z	D915B9Z	DB1799Z	DF13B9Z	DU1199Z	D9052ZZ	DP0B2ZZ	DH033ZZ	DB014ZZ	DV016ZZ	0WHG31Z	3E0F704	DVY0FZZ
D7060ZZ	D7129BZ	D915BBZ	DB179BZ	DF13BBZ	DU119BZ	D9060ZZ	DP0C0ZZ	DH043Z0	DB015ZZ	DW014ZZ	0WHG41Z	3E0F804	DVY1FZZ
D7070ZZ	D7129CZ	D915BCZ	DB179CZ	DF13BCZ	DU119CZ	D9061ZZ	DP0C1ZZ	DH043ZZ	DB016ZZ	DW015ZZ	0WHH01Z	3E0G304	DWY1FZZ
D7080ZZ	D7129YZ	D915BYZ	DB179YZ	DF13BYZ	DU119YZ	D9062ZZ	DP0C2ZZ	DH063Z0	DB024ZZ	DW016ZZ	0WHH31Z	3E0G704	DWY2FZZ
D8000ZZ	D712B7Z	D91697Z	DB17B7Z	DG1097Z	DU11B7Z	D9070ZZ	DT000ZZ	DH063ZZ	DB025ZZ	DW024ZZ	0WHH41Z	3E0G804	DWY3FZZ
D9000ZZ	D712B8Z	D91698Z	DB17B8Z	DG1098Z	DU11B8Z	D9071ZZ	DT001ZZ	DH073Z0	DB026ZZ	DW025ZZ	0WHJ01Z	3E0H304	DWY4FZZ
D9010ZZ	D712B9Z	D91699Z	DB17B9Z	DG1099Z	DU11B9Z	D9072ZZ	DT002ZZ	DH073ZZ	DB054ZZ	DW026ZZ	0WHJ31Z	3E0H704	DWY5FZZ
D9030ZZ	D712BBZ	D9169BZ	DB17BBZ	DG109BZ	DU11BBZ	D9080ZZ	DT010ZZ	DH083Z0	DB055ZZ	DW034ZZ	0WHJ41Z	3E0H804	DWY6FZZ
D9040ZZ	D712BCZ	D9169CZ	DB17BCZ	DG109CZ	DU11BCZ	D9081ZZ	DT011ZZ	DH083ZZ	DB056ZZ	DW035ZZ	0WHK01Z	3E0J304	
D9050ZZ	D712BYZ	D9169YZ	DB17BYZ	DG109YZ	DU11BYZ	D9082ZZ	DT012ZZ	DH093Z0	DB064ZZ	DW036ZZ	0WHK31Z	3E0J704	
D9060ZZ	D71397Z	D916B7Z	DB1897Z	DG10B7Z	DU1297Z	D9090ZZ	DT020ZZ	DH093ZZ	DB065ZZ	DW044ZZ	0WHK41Z	3E0J804	
D9070ZZ	D71398Z	D916B8Z	DB1898Z	DG10B8Z	DU1298Z	D9091ZZ	DT021ZZ	DH0B3Z0	DB066ZZ	DW045ZZ	0WHL01Z	3E0K304	
D9080ZZ	D71399Z	D916B9Z	DB1899Z	DG10B9Z	DU1299Z	D9092ZZ	DT022ZZ	DH0B3ZZ	DB074ZZ	DW046ZZ	0WHL31Z	3E0K704	
D9090ZZ	D7139BZ	D916BBZ	DB189BZ	DG10BBZ	DU129BZ	D90B0ZZ	DT030ZZ	DM003Z0	DB075ZZ	DW054ZZ	0WHL41Z	3E0K804	
D90B0ZZ	D7139CZ	D916BCZ	DB189CZ	DG10BCZ	DU129CZ	D90B1ZZ	DT031ZZ	DM003ZZ	DB076ZZ	DW055ZZ	0WHM01Z	3E0L304	
D90D0ZZ	D7139YZ	D916BYZ	DB189YZ	DG10BYZ	DU129YZ	D90B2ZZ	DT032ZZ	DM013Z0	DB084ZZ	DW056ZZ	0WHM31Z	3E0L704	
D90F0ZZ	D713B7Z	D91797Z	DB18B7Z	DG1197Z	DU12B7Z	D90D0ZZ	DU000ZZ	DM013ZZ	DB085ZZ	DW064ZZ	0WHM41Z	3E0M304	
DB000ZZ	D713B8Z	D91798Z	DB18B8Z	DG1198Z	DU12B8Z	D90D1ZZ	DU001ZZ	DP003Z0	DB086ZZ	DW065ZZ	0WHN01Z	3E0M704	
DB010ZZ	D713B9Z	D91799Z	DB18B9Z	DG1199Z	DU12B9Z	D90D2ZZ	DU002ZZ	DP003ZZ	DD004ZZ	DW066ZZ	0WHN31Z	3E0N304	
DB020ZZ	D713BBZ	D9179BZ	DB18BBZ	DG119BZ	DU12BBZ	D90F0ZZ	DU010ZZ	DP023Z0	DD005ZZ	08H031Z	0WHN41Z	3E0N704	
DB050ZZ	D713BCZ	D9179CZ	DB18BCZ	DG119CZ	DU12BCZ	D90F1ZZ	DU011ZZ	DP023ZZ	DD006ZZ	08H0X1Z	0WHP01Z	3E0N804	
DB060ZZ	D713BYZ	D9179YZ	DB18BYZ	DG119YZ	DU12BYZ	D90F2ZZ	DU012ZZ	DP033Z0	DD014ZZ	08H131Z	0WHP31Z	3E0P304	
DB070ZZ	D71497Z	D917B7Z	DD1097Z	DG11B7Z	DV1097Z	DB000ZZ	DU020ZZ	DP033ZZ	DD015ZZ	08H1X1Z	0WHP41Z	3E0P704	
DB080ZZ	D71498Z	D917B8Z	DD1098Z	DG11B8Z	DV1098Z	DB001ZZ	DU021ZZ	DP043Z0	DD016ZZ	0BH001Z	0WHP71Z	3E0P804	
DD000ZZ	D71499Z	D917B9Z	DD1099Z	DG11B9Z	DV1099Z	DB002ZZ	DU022ZZ	DP043ZZ	DD024ZZ	0BH031Z	0WHP81Z	3E0Q304	

ICD-9-CM : 92.2X · ICD-10-PCS 如下：

DD010ZZ	D7149BZ	D917BBZ	DD109BZ	DG11BBZ	DV109BZ	DB010ZZ	DV000ZZ	DP053Z0	DD025ZZ	0BH041Z	0WHQ01Z	3E0Q704	
DD020ZZ	D7149CZ	D917BCZ	DD109CZ	DG11BCZ	DV109CZ	DB011ZZ	DV001ZZ	DP053Z0	DD026ZZ	0BH071Z	0WHQ31Z	3E0R304	
DD030ZZ	D7149YZ	D917BYZ	DD109YZ	DG11BYZ	DV109YZ	DB012ZZ	DV002ZZ	DP063Z0	DD034ZZ	0BH081Z	0WHQ41Z	3E0S304	
DD040ZZ	D714B7Z	D91897Z	DD10B7Z	DG1297Z	DV10B7Z	DB020ZZ	DV010ZZ	DP063Z0	DD035ZZ	0BHK01Z	0WHQ71Z	3E0U304	
DD050ZZ	D714B8Z	D91898Z	DD10B8Z	DG1298Z	DV10B8Z	DB021ZZ	DV011ZZ	DP073Z0	DD036ZZ	0BHK31Z	0WHQ81Z	3E0Y304	
DD070ZZ	D714B9Z	D91899Z	DD10B9Z	DG1299Z	DV10B9Z	DB022ZZ	DV012ZZ	DP073Z0	DD044ZZ	0BHK41Z	0WHR01Z	3E0Y704	
DF000ZZ	D714BBZ	D9189BZ	DD10BBZ	DG129BZ	DV10BBZ	DB050ZZ	DW010ZZ	DP083Z0	DD045ZZ	0BHK71Z	0WHR31Z	CW70NZZ	
DF010ZZ	D714BCZ	D9189CZ	DD10BCZ	DG129CZ	DV10BCZ	DB051ZZ	DW011ZZ	DP083Z0	DD046ZZ	0BHK81Z	0WHR41Z	CW70YZZ	
DF020ZZ	D714BYZ	D9189YZ	DD10BYZ	DG129YZ	DV10BYZ	DB052ZZ	DW012ZZ	DP093Z0	DD054ZZ	0BHL01Z	0WHR71Z	CW73NZZ	
DF030ZZ	D71597Z	D918B7Z	DD1197Z	DG12B7Z	DV1197Z	DB060ZZ	DW020ZZ	DP093Z0	DD055ZZ	0BHL31Z	0WHR81Z	CW73YZZ	
DG000ZZ	D71598Z	D918B8Z	DD1198Z	DG12B8Z	DV1198Z	DB061ZZ	DW021ZZ	DP0B3Z0	DD056ZZ	0BHL41Z	0XH201Z	CW7GGZZ	
DG010ZZ	D71599Z	D918B9Z	DD1199Z	DG12B9Z	DV1199Z	DB062ZZ	DW022ZZ	DP0B3Z0	DD074ZZ	0BHL71Z	0XH231Z	CW7GYZZ	
DG020ZZ	D7159BZ	D918BBZ	DD119BZ	DG12BBZ	DV119BZ	DB070ZZ	DW030ZZ	DP0C3Z0	DD075ZZ	0BHL81Z	0XH241Z	CW7N8ZZ	
DG040ZZ	D7159CZ	D918BCZ	DD119CZ	DG12BCZ	DV119CZ	DB071ZZ	DW031ZZ	DP0C3Z0	DD076ZZ	0CH701Z	0XH301Z	CW7NGZZ	
DG050ZZ	D7159YZ	D918BYZ	DD119YZ	DG12BYZ	DV119YZ	DB072ZZ	DW032ZZ	DT003Z0	DF004ZZ	0CH731Z	0XH331Z	CW7NNZZ	
DH020ZZ	D715B7Z	D91997Z	DD11B7Z	DG1497Z	DV11B7Z	DB080ZZ	DW040ZZ	DT003Z0	DF005ZZ	0CH7X1Z	0XH341Z	CW7NPZZ	
DH030ZZ	D715B8Z	D91998Z	DD11B8Z	DG1498Z	DV11B8Z	DB081ZZ	DW041ZZ	DT013Z0	DF006ZZ	0DH501Z	0XH401Z	CW7NYZZ	
DH040ZZ	D715B9Z	D91999Z	DD11B9Z	DG1499Z	DV11B9Z	DB082ZZ	DW042ZZ	DT013Z0	DF014ZZ	0DH531Z	0XH431Z	CW7YZZ	
DH060ZZ	D715BBZ	D9199BZ	DD11BBZ	DG149BZ	DV11BBZ	DD000ZZ	DW050ZZ	DT023Z0	DF015ZZ	0DH541Z	0XH441Z	DWY5GDZ	
DH070ZZ	D715BCZ	D9199CZ	DD11BCZ	DG149CZ	DV11BCZ	DD001ZZ	DW051ZZ	DT023Z0	DF016ZZ	0DH571Z	0XH501Z	DWY5GFZ	
DH080ZZ	D715BYZ	D9199YZ	DD11BYZ	DG149YZ	DV11BYZ	DD002ZZ	DW052ZZ	DT033Z0	DF024ZZ	0DH581Z	0XH531Z	DWY5GGZ	
DH090ZZ	D71697Z	D919B7Z	DD1297Z	DG14B7Z	DW1197Z	DD010ZZ	DW060ZZ	DT033Z0	DF025ZZ	0DHP01Z	0XH541Z	DWY5GHZ	
DH0B0ZZ	D71698Z	D919B8Z	DD1298Z	DG14B8Z	DW1198Z	DD011ZZ	DW061ZZ	DU003Z0	DF026ZZ	0DHP31Z	0XH601Z	DWY5GYZ	
DM000ZZ	D71699Z	D919B9Z	DD1299Z	DG14B9Z	DW1199Z	DD012ZZ	DW062ZZ	DU003Z0	DF034ZZ	0DHP41Z	0XH631Z	D0Y0FZZ	
DM010ZZ	D7169BZ	D919BBZ	DD129BZ	DG14BBZ	DW119BZ	DD020ZZ	D0003Z0	DU013Z0	DF035ZZ	0DHP71Z	0XH641Z	D0Y1FZZ	
DP000ZZ	D7169CZ	D919BCZ	DD129CZ	DG14BCZ	DW119CZ	DD021ZZ	D0003Z0	DU013Z0	DF036ZZ	0DHP81Z	0XH701Z	D0Y6FZZ	
DP020ZZ	D7169YZ	D919BYZ	DD129YZ	DG14BYZ	DW119YZ	DD022ZZ	D0013Z0	DU023Z0	DG005ZZ	0FHB01Z	0XH731Z	D0Y7FZZ	
DP030ZZ	D716B7Z	D919B7Z	DD12B7Z	DG1597Z	DW11B7Z	DD030ZZ	D0013Z0	DU023Z0	DG006ZZ	0FHB31Z	0XH741Z	D7Y0FZZ	
DP040ZZ	D716B8Z	D919B8Z	DD12B8Z	DG1598Z	DW11B8Z	DD031ZZ	D0063Z0	DV003Z0	DG015ZZ	0FHB41Z	0XH801Z	D7Y1FZZ	
DP050ZZ	D716B9Z	D919B9Z	DD12B9Z	DG1599Z	DW11B9Z	DD032ZZ	D0063Z0	DV003Z0	DG016ZZ	0FHB71Z	0XH831Z	D7Y2FZZ	
DP060ZZ	D716BBZ	D919BBZ	DD12BBZ	DG159BZ	DW11BBZ	DD040ZZ	D0073Z0	DV013Z0	DG025ZZ	0FHB81Z	0XH841Z	D7Y3FZZ	
DP070ZZ	D716BCZ	D919BCZ	DD12BCZ	DG159CZ	DW11BCZ	DD041ZZ	D0073Z0	DV013Z0	DG026ZZ	0FHD01Z	0XH901Z	D7Y4FZZ	
DP080ZZ	D716BYZ	D919BYZ	DD12BYZ	DG159YZ	DW11BYZ	DD042ZZ	D7003Z0	DW013Z0	DG045ZZ	0FHD31Z	0XH931Z	D7Y5FZZ	
DP090ZZ	D71797Z	D91BB7Z	DD1397Z	DG15B7Z	DW1297Z	DD050ZZ	D7003Z0	DW013Z0	DG046ZZ	0FHD41Z	0XH941Z	D7Y6FZZ	
DP0B0ZZ	D71798Z	D91BB8Z	DD1398Z	DG15B8Z	DW1298Z	DD051ZZ	D7013Z0	DW023Z0	DG055ZZ	0FHD71Z	0XHB01Z	D7Y7FZZ	
DP0C0ZZ	D71799Z	D91BB9Z	DD1399Z	DG15B9Z	DW1299Z	DD052ZZ	D7013Z0	DW023Z0	DG056ZZ	0FHD81Z	0XHB31Z	D7Y8FZZ	
DT000ZZ	D7179BZ	D91BBBZ	DD139BZ	DG15BBZ	DW129BZ	DD070ZZ	D7023Z0	DW033Z0	DH024ZZ	0HHT01Z	0XHB41Z	D8Y0FZZ	

ICD-9-CM：92.2X，ICD-10-PCS 如下：													
DT010ZZ	D7179CZ	D91BBCZ	DD139CZ	DG15BCZ	DW129CZ	DD071ZZ	D7023ZZ	DW033ZZ	DH025ZZ	0HHT31Z	0XHC01Z	D9Y0FZZ	
DT020ZZ	D7179YZ	D91BBYZ	DD139YZ	DG15BYZ	DW129YZ	DD072ZZ	D7033Z0	DW043Z0	DH026ZZ	0HHT71Z	0XHC31Z	D9Y1FZZ	
DT030ZZ	D717B7Z	D91D97Z	DD13B7Z	DM1097Z	DW12B7Z	DF000ZZ	D7033ZZ	DW043ZZ	DH034ZZ	0HHT81Z	0XHC41Z	D9Y4CZZ	

附表 7.1 DRG 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案

一、目的

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱本標準)第七部,各 DRG 之支付點數已包含當次住院屬本標準、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,為使 DRG 支付制度與高科技同時並進,避免影響新特殊材料之引進及保障病患之就醫權益,特訂定本因應方案。

二、全新功能類別特殊材料(以下稱新特殊材料):係指經保險人「全民健康保險藥物給付項目及支付標準擬訂會議」決議具全新功能類別特殊材料之品項。

三、新特殊材料對 DRG 支付點數影響評估方式:

(一)第一類:使用新特殊材料導致臨床診療型態或手術方式改變(例如傳統手術改變為內視鏡手術),醫院過去住院申報資料,缺乏相同診療型態或手術方式個案之醫療利用資料,無評估使用新特殊材料之醫療點數影響。

(二)第二類:使用新特殊材料惟手術方式不變。

1.估算使用新特殊材料之每人平均醫療服務點數:使用原特殊材料個案之醫療服務點數,以新特殊材料校正原特殊材料品項支付點數,計算不同 DRG 落點個案之平均醫療服務點數。

2.選擇觀察 DRG:使用原特殊材料個案有多個不同 DRG 落點時,以特殊材料使用率最高 DRG(某 DRG 使用該特殊材料人數/某 DRG 總人數)、特殊材料使用人數最高 DRG(某 DRG 使用該特殊材料人數/使用該特殊材料總人數)為觀察 DRG。

2.評估新特殊材料是否成為得加計額外點數之項目:使用新特殊材料之每人平均醫療服務點數大於觀察 DRG 之 75 百分位者,為得加計額外點數之項目;小於任一項觀察 DRG 之 75 百分位者,其新特殊材料支付點數應包含於 DRG 支付點數。

四、個案 DRG 支付點數之計算方式:

(一)使用第一類新特殊材料之個案:此類個案原應屬 DRG 實施期程範圍者,暫以論量計酬方式申報,俟有完整申報資料,經評估後恢復按全民健康保險醫療費用支付標準第七部規定申報。

(二)使用第二類得加計額外點數特殊材料項目之個案:個案按全民健康保險醫療費用支付標準第七部第一章支付通則六之(一)至(三)、(六)項計算 DRG 支付點數及另行核實申報點數外,依下列規定計算加計額外點數。以下所稱定額為權重乘以標準給付額乘以加成項目($RW*SPR*(1+各加成項目)$)。

- 1.有下列情形之一者，不得加計額外點數，且不得向病患收取費用：
 - (1)實際醫療服務點數小於下限臨界點。
 - (2)實際醫療服務點數小於 DRG 定額。
 - (3)實際醫療服務點數大於 DRG 定額，惟 DRG 定額大於上限臨界點。

2.額外加計算點數以下列情況之一且取低者：

- (1)新功能特材總點數之 50%。
- (2)以實際醫療服務點數計算額外加計算點數。
 - A.實際醫療點數大於定額，但小於上限臨界點者，加計定額至實際醫療點數差額之 70%。
 - B.實際醫療點數大於上限臨界點，且上限臨界點大於定額者，加計定額至上限臨界點差額之 70%。

五、保險人將定期於保險人全球資訊網公布得論量計酬或得加計額外點數之特殊材料代碼，及後續新增之同類既有類別品項代碼。當使用新特殊材料項目之醫療型態改變或特殊材料項調整支付價格時，保險人將重新評估新特殊材料對 DRG 支付點數之影響，重新公布得論量計酬或得加計額外點數之特殊材料代碼。

附表 7.2.1 第 1 階段導入之 164 項 DRG 項目表

MDC	DRG	MDC	DRG	MDC	DRG	MDC	DRG	MDC	DRG	MDC	DRG
2	03901	5	10509	5	11202	7	49401	8	22503	13	35902
2	03903	5	10510	5	11203	7	49302	8	22504	13	35903
2	03902	5	10504	5	11204	7	49402	8	22301	13	35904
2	03904	5	10505	5	124	8	47101	8	22302	13	35905
2	03905	5	10506	5	125	8	47102	8	22401	13	35906
2	03906	5	10507	6	16401	8	47103	8	22402	14	370
3	05701	5	10508	6	16501	8	20901	8	22403	14	371
3	05702	5	10801	6	16402	8	20907	8	22404	14	37401
3	058	5	10802	6	16502	8	20902	8	22901	14	37402
3	05501	5	10601	6	16601	8	20908	8	22902	14	37501
3	05502	5	10602	6	16701	8	20903	9	25701	14	37502
3	05503	5	10603	6	16602	8	20904	9	25801	14	372
3	05504	5	10604	6	16702	8	20905	9	25702	14	37301
3	05505	5	10701	6	15701	8	20906	9	25802	14	37302
3	05506	5	10901	6	15702	8	21001	9	259		
3	059	5	10702	6	15801	8	21101	9	260		
3	060	5	10902	6	15802	8	21002	10	290		
5	10401	5	11001	6	16101	8	21102	11	30201		
5	10402	5	11005	6	16201	8	21003	11	30202		
5	10403	5	11002	6	16102	8	21103	11	306		
5	10409	5	11006	6	16202	8	21801	11	307		
5	10410	5	11003	6	159	8	21802	12	336		
5	10404	5	11004	6	160	8	21901	12	337		
5	10405	5	11101	6	16301	8	21902	13	35801		
5	10406	5	11105	6	16302	8	21803	13	35802		
5	10407	5	11102	6	16303	8	21804	13	35803		
5	10408	5	11106	6	16304	8	21903	13	35804		
5	10501	5	11103	6	16305	8	21904	13	35805		
5	10502	5	11104	6	16306	8	22501	13	35806		
5	10503	5	11201	7	49301	8	22502	13	35901		

附表 7.2.2 第 2 階段導入之 DRG 項目表

MDC	DRG	MDC	DRG	MDC	DRG	MDC	DRG	MDC	DRG	MDC	DRG
5	11301	5	13904	8	22005	8	24101	8	50302	13	36501
5	11302	5	13803	8	22006	8	24002	8	50303	13	36502
5	11401	5	13903	8	22003	8	24102	8	50304	13	36604
5	11402	5	13805	8	22004	8	24003	12	334	13	36704
5	11501	5	13905	8	22007	8	24103	12	335	13	36801
5	11502	5	14001	8	22008	8	24201	12	338	13	36802
5	11701	5	14002	8	22601	8	24202	12	33901	13	369
5	11702	5	141	8	22701	8	24203	12	33902	14	37601
5	11801	5	142	8	22602	8	24204	12	34001	14	37602
5	11802	5	143	8	22702	8	24205	12	34002	14	37603
5	11803	5	14401	8	228	8	24206	12	34101	14	37604
5	11804	5	14501	8	23001	8	24301	12	34102	14	37605
5	11901	5	14402	8	23002	8	24302	12	34103	14	37701
5	11902	5	14502	8	23003	8	244	12	34104	14	37702
5	12001	5	14403	8	23004	8	245	12	34201	14	37703
5	12002	5	14503	8	23101	8	24601	12	34202	14	37704
5	12101	5	47801	8	23102	8	24602	12	34301	14	37705
5	12102	5	47901	8	23103	8	24701	12	34302	14	37801
5	12201	5	47802	8	23104	8	24702	12	344	14	37802
5	12301	5	47902	8	23201	8	24801	12	34501	14	37803
5	12202	5	47803	8	23202	8	24802	12	34502	14	38001
5	12302	5	47903	8	23301	8	24901	12	346	14	38002
5	12801	8	21201	8	23302	8	24902	12	347	14	38101
5	12802	8	21202	8	23401	8	24903	12	348	14	38102
5	129	8	21203	8	23402	8	24904	12	349	14	382
5	13001	8	21204	8	23501	8	250	12	35001	14	469
5	13101	8	21205	8	23502	8	251	12	35002	14	513
5	13002	8	21206	8	23503	8	252	12	35201		
5	13102	8	21301	8	23504	8	253	12	35202		
5	132	8	21302	8	23601	8	254	12	35203		
5	133	8	21303	8	23602	8	255	12	35204		
5	13401	8	21304	8	23701	8	25601	12	35205		
5	13402	8	21305	8	23702	8	25602	13	35301		
5	135	8	21306	8	23801	8	25603	13	35302		
5	136	8	21601	8	23802	8	25604	13	35601		
5	13701	8	21602	8	23803	8	49101	13	35602		
5	13702	8	21701	8	23804	8	49102	13	36001		
5	13801	8	21702	8	23805	8	49201	13	36002		
5	13901	8	21703	8	23806	8	49202	13	36101		
5	13802	8	21704	8	23901	8	501	13	36102		
5	13902	8	22001	8	23902	8	502	13	363		
5	13804	8	22002	8	24001	8	50301	13	364		

註：1. 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。

2. 第二階段導入之 DRG 項目共 237 項。

肆、討論事項

討論事項

第一案

提案單位：台灣社區醫院協會謝文輝、謝武吉

案由：為利我國正常體系發展及維護各層級醫療從業人員公平對待，
建請檢討現行健保支付標準表並予調整，提請討論。

說明：

- 一、健保開辦自今已 20 年有，健保支付標準亦經過有多次之研修，除了非疾病給付之基本診療章外，依健保同病同酬的原則，支付項目均以同病同酬調整，惟仍存有極少部分支付項目支付點數仍存有層級不公平對待，此部份才是應立即給予調整的項目，其餘非屬此類項目，應待另行編列預算後才予通盤考量。
- 二、像物理及職能治療，建議應立即將地區醫院之支付標準調整，
如附件 1-1，P22。
- 三、提請討論。

建議：如附件 1-1，P22 建議調整支付標準

編號	診療項目	現行支付標準				建議調整支付標準				
		地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	
第二項 物理治療 Physical Therapy (42001~42019)										
42001A	簡單治療 — 簡單Simple		v	v	160	v	v	v	160	
42002B		v			140					
42004A		— 中度(指實施簡單治療項目二項以上，且合計 時間超過30分鐘。)		v	v	320	v	v	v	320
42005B			v			280				
42007A	中度治療 — 中度Moderate		v	v	320	v	v	v	320	
42008B		v			280					
42010A	— 複雜		v	v	480	v	v	v	480	
42011B		v			420					
42013A	複雜治療Complicated		v	v	600	v	v	v	600	
42014B		v			525					
第三項 職能治療 Occupational Therapy (43001-43038)										
43001A	簡單Simple		v	v	160	v	v	v	160	
43002B		v			140					
43004A	中度Moderate		v	v	320	v	v	v	320	
43005B		v			280					
43027C					265					
43007A	中度-複雜		v	v	480	v	v	v	480	
43008B		v			420					
43029A	複雜Complicated		v	v	600	v	v	v	600	
43030B		v			525					
第四項 語言治療 Communication Therapy (44001~44016)										
44001A	簡單Simple		v	v	240	v	v	v	240	
44002B		v			210					
44004A	中度Moderate		v	v	320	v	v	v	320	
44005B		v			280					
44013A	中度-複雜		v	v	480	v	v	v	480	
44014B		v			420					
44007A	複雜Complicated		v	v	600	v	v	v	600	
44008B		v			525					

本署意見:

一、台灣醫院協會於 104 年 4 月 20 日來函表示，本案經該會召開專門委員會議討論，獲各層級醫院協會共識，建議物理治療、職能治療及語言治療支付標準，調整為三層級醫院相同點數。(詳附件 1-2，P25)

二、現行衛生福利部醫療機構設置標準中，醫院與基層院所對各類復健治療之人員及復健醫療設施之規範有所不同，各層級醫院中醫學中心醫療設施規範高於區域醫院及地區醫院，摘要說明如下：(詳附件 1-3，P26)

(一) 人員：醫院各類復健人員皆需具有符合執業年資者，基層院所則無年資限制

(二) 醫療設施：醫院各類復健治療醫療設施規範高於基層院所，醫學中心醫療設施規範又高於區域醫院及地區醫院。

三、考量物理、職能、語言等各類治療中不同復健各治療程度之醫事人員力耗用心力及困難度差異，及提供積極意義之治療，本署建議調整重點如下(支付標準表如附件 1-4，P27~P28)：

(一) 本署建議復健治療支付點數之三項調整方案說明如下，並應訂定適應症及積極治療期。

1. 方案一：醫院支付點數採一級制。簡單及中度治療採現行地區醫院支付點數，「中度-複雜」以上治療採醫學中心支付點數。

2. 方案二：考量醫療機構設置標準之差異，醫院支付點數採二級制。醫學中心支付點數不調整，區域醫院及地區醫院採兩者現行支付點數之平均。

3. 方案三：醫院支付點數採一級制。簡單治療採現行基層院所支付點數，中度治療採現行地區醫院支付點數，「中度-複雜」治療採醫學中心支付點數，「複雜」治療採較現行醫學中心更高之支付點數(以簡單及中度治療調整減少之醫療點數調升複雜治療之支付點數)。

(二) 申報功能評估結果，進步者得繼續支付：

1. 按物理、職能、語言治療評估診療項目支付規範，同一病患治療期間一個月限申報一次，同一治療期間超過三個月者，不予支付。

2. 建議院所每月填報病患之「功能評估量表」，治療一個月有進步者繼續支付，未進步者僅支付 50% 費用，未依規定申報功能評估量表或退步者

需追扣費用。

四、財務預估：各項方案申報醫療點數之增加數值及點值影響如下(以 104 年醫院總額一般部門 3669.89 億點預算及西醫基層總額一般部門 1003.66 億點計算)

(一) 按社區醫院協會代表提案內容，醫院申報醫療點數增加 7.12 億，平均點值下降 0.0019)。基層若同步調整，申報醫療點數增加 28.8 億點，平均點值下降 0.0287。(詳附件 1-5，P29)

(二) 若按本署建議調整內容，影響如下:(詳附件 1-6，P30)

1.方案一：醫院申報醫療點數增加 0.81 億點，平均點值下降 0.0002。基層若同步調整，申報醫療點數增加 19.1 億點，平均點值將下降 0.0190。

2.方案二：醫院申報醫療點數增加 1.72 億點，平均點值下降 0.0005。基層若同步調整，申報醫療點數增加 23.3 億點，平均點值下降 0.0232。

3.方案三：醫院申報醫療點數增加 0.045 億點，平均點值下降 0.00001。基層若同步調整，申報醫療點數增加 3.7 億點，平均點值下降 0.0037。

五、本署業經 104 年 5 月 27 日召開會前會「復健治療支付標準調整溝通會議」，會議結論如下：(各單位發言重點摘要詳附件 1-7，P31~P32)

(一)請台灣醫院協會參酌本次會議其他各與會團體之意見，再整體評估社區醫院協會及本署所提各項方案之妥適及可行性，並於 104 年 6 月 11 日支付標準共同擬訂會議說明共識結果。

(二)健保支付之復健治療總費用相當可觀，惟針對病患失能及治療進展等情形掌握有限，各單位支持本署改革方向，同意協助研議訂定積極期、適應症、復健功能評量方式，及功能進步與功能維持復健治療之不同支付方式。

檔 號：
保存年限：

台灣醫院協會 函

地址：251 新北市淡水區中正東路二段 29-5 號 25 樓
承辦人：吳心華小姐
電話：(02)2808-3300 分機 21 傳真：(02)2808-3304
電子郵件信箱：woodstock@hatw.org.tw

平信

106

台北市大安區信義路三段 140 號

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 104 年 4 月 20 日

發文字號：院協健字第 1040557 號

速別：普通

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：

主旨：關於本會對「物理治療、職能治療及語言治療之支付標準調整」乙案之意見如說明段，請 查照。

說明：

- 一、本案依 貴署 104 年 3 月 26 日召開之「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 104 年第一次會議」所提臨時提案第二案辦理，本會為凝聚各層級醫院意見，特召開專門委員會議討論。
- 二、本案獲各層級醫院協會共識，建議旨揭物理治療、職能治療及語言治療等三項之支付標準，調整為三層級醫院相同點數。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會

理事長 楊漢源

總收文 104 年 4 月 23 日收到

健保醫 中央健康保險署
署 1040056974

附件 2-醫院及基層院所復健治療設置基準比較

專業類別	項目	醫院	基層院所
物理治療	人員	<ol style="list-style-type: none"> 1. 應有物理治療人員一人以上。 2. 急性一般病床：每一〇〇床應有一人以上；未滿一〇〇床者，至少一人。 3. 至少應有一名二年之經驗之物理治療師 	除由醫師親自執行該業務者外，應有物理治療人員一人。
	醫療設施	<ol style="list-style-type: none"> 1. 應有運動治療室及相關設施，其空間至少應有六十平方公尺以上 2. 醫學中心則應有電療室、水療室、運動治療室、兒童物理治療室，其空間至少應有一百三十二平方公尺。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 應有電療、運動治療設備，其空間至少應有四十五平方公尺。 2. 併設物理治療及職能治療設施者，其空間至少應有六十平方公尺。 3. 一百零一年四月九日修正發布前已設立之診所免受坪數限制。
職能治療	人員	<ol style="list-style-type: none"> 1. 應有職能治療人員一人以上。 2. 急性一般病床：每三〇〇床應有一人以上。 3. 精神急性一般病床、精神慢性一般病床、精神科加護病房、精神科日間照護單位：合計每三十五床(服務量)應有一人以上。 4. 至少應有一名二年之經驗之職能治療師 	除由醫師親自執行該業務者外，應有職能治療人員一人。
	醫療設施	<ol style="list-style-type: none"> 1. 應有功能訓練室及相關設施，其空間至少應有三十平方公尺。 2. 醫學中心則獨立之治療空間，其包括功能訓練室、日常生活訓練室、兒童職能治療室、副木室，其空間至少應有一百零六平方公尺。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 其空間至少應有三十平方公尺。 2. 併設物理治療及職能治療設施者，其空間至少應有六十平方公尺。 3. 一百零一年四月九日修正發布前已設立之診所免受坪數限制。
語言治療	人員	<ol style="list-style-type: none"> 1. 應有語言治療師一人以上。 2. 每五〇〇床應增聘一人。 	除由醫師親自執行該業務者外，應有語言治療師一人。
	醫療設施	<ol style="list-style-type: none"> 1. 應有二十平方公尺以上，其並設置聽力部門者，應有三十平方公尺以上。 2. 應具有語言治療室(室內環境之背景噪音比擬教學視聽室之規範值四十五分貝)、鏡子、教具、錄音器材等評估與治療工具 3. 醫學中心則應有具隔音效果之成人語言治療室及兒童語言治療室，其空間總計至少應有二十六平方公尺。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 其空間至少應有十五平方公尺。 2. 一百零一年四月九日修正發布前已設立之診所免受坪數限制。 3. 一百零一年四月九日修正發布前已設立之診所免受坪數限制。
聽力	人員	<ol style="list-style-type: none"> 1. 應有聽力師一人以上。 2. 每五〇〇床應增聘一人。 	除由醫師親自執行該業務者外，應有聽力師一人。
	醫療設施	<ol style="list-style-type: none"> 1. 應有二十平方公尺以上，合併設置語言治療部門者，應有三十平方公尺以上。 2. 應具有聽力檢查室(其室內全頻噪音量應具三十分貝(dBA)以下)、聽力檢查儀等。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 其空間至少應有十五平方公尺。 2. 一百零一年四月九日修正發布前已設立之診所免受坪數限制。

附件 3-本署建議調整之支付標準表

治療類別	醫令代碼	醫令項目	現行支付點數	調整後支付點數		
				方案一	方案二	方案三
物理治療	42001A	簡單治療－簡單 Simple	160	140	160	95
	42002B		140		150	
	42003C		95			
	42004A	簡單治療－中度	320	280	320	190
	42005B		280		300	
	42006C		190			
	42007A	中度治療－中度 Moderate	320	280	320	280
	42008B		280			
	42017C		265			
	42009C		190			
	42010A	中度治療－複雜	480	480	480	480
	42011B		420			
	42018C		400			
	42012C		290			
	42013A	複雜治療 Complicated	600	600	600	738
42014B	525					
42019C	500					
42015C	360					
職能治療	43001A	簡單 Simple	160	140	160	95
	43002B		140		150	
	43003C		95			
	43004A	中度 Moderate	320	280	320	280
	43005B		280		300	
	43027C		265			
	43006C		190			
	43007A	中度-複雜	480	480	480	480
	43008B		420			
	43028C		400			
	43009C		290			
	43029A	複雜 Complicated	600	600	600	738
	43030B		525			
	43031C		500			
	43032C		360			

治療類別	醫令代碼	醫令項目	現行支付點數	調整後支付點數		
				方案一	方案二	方案三
語言治療	44001A	簡單 Simple	240	210	240	145
	44002B		210		225	
	44003C		145			
	44004A	中度 Moderate	320	280	320	280
	44005B		280			
	44011C		265			
	44006C		190			
	44013A	中度-複雜	480	480	480	480
	44014B		420			
	44015C		400			
	44016C		290			
	44007A	複雜 Complicated	600	600	600	738
	44008B		525			
	44012C		500			
44009C	360					

附件 4

社區醫院協會臨時提案(復健一級制)之財務影響預估

(百萬點)

治療種類	醫院				基層	總計
	醫學中心	區域醫院	地區醫院	小計		
物理治療	0.00	11.73	497.35	509.08	2,654.65	3,163.73
職能治療	0.00	0.32	160.63	160.95	185.06	346.00
語言治療	0.00	0.11	41.92	42.04	35.38	77.41
合計	0.00	12.16	699.90	712.06	2,875.09	3,587.15

製表日期:104 年 4 月 14 日

附件 5-本署建議版本之財務影響預估

方案一

(百萬點)

治療種類	醫院				基層	總計
	醫學中心	區域醫院	地區醫院	小計		
物理治療	-59.96	-153.86	209.20	-4.62	1,763.83	1,759.20
職能治療	-10.56	-33.41	104.06	60.09	119.69	179.78
語言治療	-1.81	-6.04	33.35	25.51	27.57	53.08
合計	-72.33	-193.31	346.61	80.97	1,911.10	1,992.06

方案二

(百萬點)

治療種類	醫院				基層	總計
	醫學中心	區域醫院	地區醫院	小計		
物理治療	0.00	-138.87	290.00	151.13	2,182.98	2,334.11
職能治療	0.00	-64.34	82.26	17.92	123.92	141.85
語言治療	0.00	-17.88	21.12	3.24	22.50	25.74
合計	0.00	-221.09	393.38	172.30	2,329.40	2,501.69

方案三

(百萬點)

治療種類	醫院				基層	總計
	醫學中心	區域醫院	地區醫院	小計		
物理治療	-36.32	-274.39	-153.53	-464.25	186.56	-277.69
職能治療	51.37	63.39	182.82	297.58	119.18	416.76
語言治療	29.70	48.39	93.09	171.18	60.40	231.57
合計	44.75	-162.61	122.37	4.51	366.13	370.64

製表日期:104 年 4 月 23 日

104 年 5 月 27 日復健治療支付標準調整溝通會議

各單位發言重點摘要

一、台灣醫院協會

本會將於 6 月 10 日本會健保會議中將再進行審慎評估原提方案及健保署另提之三項方案，並與各層級醫院協會取得共識，將於 6 月 11 日支付標準共同擬訂會議提出醫院之共識結論。

二、台灣醫學中心協會

本會對復健支付點數調整之各項方案皆各有難以接受之處，需要更多時間思考及評估各項衝擊。

三、中華民國區域醫院協會

本會彙整會員意見，原則不同意復健支付點數調整為一級制，惟考量醫院協會之整體和諧及發展，本會將再進行內部討論及共識。

四、台灣社區醫院協會

(一) 本會之提案版本簡單易行，將地區醫院復健支付點數全數調整與現行醫學中心及區域醫院支付點數一致，不涉及支付結構改變，台灣醫院協會函文所提「建議物理治療、職能治療及語言治療支付標準，調整為三層級醫院相同點數」即為此意，且暫不調整基層。

(二) 健保署所提三項方案過於複雜且涉及層面大，表面似減少各層級醫院財務衝擊，實則本會方案及該三案對整體醫院之財務衝擊並無差別。

五、中華民國醫師公會全國聯合會

(一) 不宜使用齊頭式平等來調整不同層級醫療支付標準，不同層級之醫療院所不僅醫療服務的軟硬體成本不同且病患之疾病嚴重度也不同。若同等給付反而造成同工同酬之虞，不利於醫學中心優秀醫療人員之留任，而無助益於醫療品質之提升。

(二) 104 年西醫基層總額尚無編列相關預算支應，爰反對基層通過本項調整。

(三) 若本項目通過，建議應於 105 年基層總額協商因素編列預算回補。

六、台灣復健醫學會

(一)本學會會員雖然包含各層級醫療院所之復健科醫師，仍達成使用現行復健治療支付點數四級制之共識，因為唯有採用現行分級支付方式方能使復健醫療永續發展。。

(二)復健治療包含促進功能及維持功能兩大面向，然而目前健保署所規劃之配套措施「治療一個月有進步者繼續支付，未進步者僅支付 50% 費用，未依規定申報功能評估量表或退步者需追扣費用」恐過於嚴苛，建議該配套措施，宜改採用研究計畫的方式進行，先分析各層級醫療院所病人接受復健治療其功能進步情形，其分析結果可提供決策參考，如此應較為可行。否一旦貿然施行該配套措施，恐將造成類似醫療人球的情形，醫療院所將可能不願收治預期功能進步較為緩慢之病人。

七、中華民國物理治療師公會全國聯合會

(一)建議回歸健保支付最基本之同工同酬精神，本會從健保開辦至今，自始至終的立場皆為希望復健支付點數一級制。

(二)考量新制度推行之不易，可接受由醫院層級先施行一級制，後續再考量基層是否同步調整。

八、中華民國職能治療師公會全國聯合會

(一)本會建議應優先處理基層復健及非復健專科醫師(醫院及基層)不同支付點數之問題。

(二)復健診療項目已按簡單、中度、複雜等不同治療複雜度區分不同支付點數，已有任務分工的精神毋須再由醫院層級再次區分不同支付點數，否則將形成雙重折付，有所不公。健保署可依不同層級醫療院所、或設施設備人力之條件，來規範不同層級醫療院所申報的件數、複雜度及比率，同樣可以達到同工同酬的公平性，也可簡化目前給付表的混雜現象。

(三)填報病患「功能評估量表」之配套措施需再從長計議，因部分病患不易由量表分數呈現進步程度，可能造成眾多爭議及人球事件。

九、中華民國語言治療師公會全國聯合會

(一)語言治療與物理治療、職能治療之醫療生態不盡相同，建議不一定需三種治療同步調成為相同支付方式

(二)健保署各項方案中之最大問題為「配套措施」，語言治療部分病患之積極治療期較長，所需呈現進步之時間亦較長，若以「治療一個月未進步者僅支付 50% 費用」辦理，恐嚴重影響病患就醫權益及醫療品質。

討論事項

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：增修訂全民健康保險醫療給付服務項目及支付標準語言治療相關診療項目適應症及限制治療項目等規範案，提請討論。

說明：

- 一、依據台灣復健醫學會 104 年 3 月 5 日(104)復涓會字第 10412 號函及台灣聽力語言學會 104 年 3 月 6 日(104)聽語字第 0015 號函辦理。(詳附件 2-1, P35~P40)
- 二、本署經多次與上述兩學會溝通討論適應症及時間規範適當性相關事宜，並函詢台灣耳鼻喉科醫學會專業意見，該會於 104 年 4 月 14 日函復(詳附件 2-2, P41)，建議 44011C, 44012C 及 44015C 備註增列耳鼻喉科專科醫師，調整為「限復健科或耳鼻喉科專科醫師開設之基層診所或基層院所聘有專任之復健專科醫師或耳鼻喉科專科醫師者申請」，有關該會所提建議，本署無意見，併入本案於會上討論。
- 三、按提案單位建議，本署擬具修訂草案，重點說明如下
 - (一) 調整治療時間規範：
 1. 「中度」治療由「超過 30 分鐘至 40 分鐘以內」調整為「超過 30 分鐘至 50 分鐘以內」。
 2. 「中度-複雜」治療由「超過 40 分鐘至 50 分鐘以內」調整為「超過 30 分鐘」，並加註「若治療對象為十二歲以下則無治療時間須 30 分鐘以上之時間限制」。
 3. 「複雜」治療由「超過 50 分鐘以上」調整為「超過 30 分鐘」，並加註「若治療對象為十二歲以下則無治療時間須 30 分鐘以上之時間限制」。
 - (二) 「複雜」治療增訂適應症：
 1. ICD-9CM 診斷符合 140-208(惡性腫瘤)、430-438(腦血管疾

病)、478.3(聲帶或喉部之麻痺)、784.4(發音障礙)、800-804(顱骨骨折)、850-854(顱內損傷，併有顱骨骨折者除外)，且限因上述診斷住院期間及出院後十二個月內。

2. ICD-9CM 符合 299.0(嬰幼兒自閉症)、343(嬰兒性腦性麻痺)、389(失聽)、315(特定發展遲滯)且治療對象需為十二歲以下。

(三) 「中度-複雜」及「複雜」治療增訂限定治療項目規範：需包含下列 2 項(含)以上之治療項目：ST1(聽能瞭解訓練)、ST2(口語訓練)、ST3(輔導溝通法)、ST7(高階層認知訓練)、ST9(口腔動作訓練)、ST13(視聽迴饋法)、ST14(語言分析)。

四、財務影響：

(一) 提案單位表示放寬時間規範同時，亦已限縮適應症及治療項目，故整體應不致造成財務影響。

(二) 若按耳鼻喉科醫學會建議放寬耳鼻喉科醫師可執行增列 44011C「中度」，44015C「中度-複雜」及 44012C「複雜」治療項目，預估基層將增加 90.7 萬點(=7,218 件*[265-190]點+2,611 件*[500-360]點)。

擬辦：本案如經討論同意，擬修訂支付標準(詳附件 2-3，P42~P43)，依程序陳報衛生福利部核定公布。

台灣復健醫學會 函

地址：100 台北市中正區常德街 1 號
(台大醫院復健部)

聯絡人：練芬芳
電話：02-23816108
傳真：02-23816109
E-mail：pmr@seed.net.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 104 年 3 月 5 日

發文字號：(104) 復涓會字第 10412 號

主旨：有關「語言治療增修訂適應症及放寬時間規範」提供本學會意見，敬請
卓參。

說明：貴署預計 104 年 3 月 26 日召開支付標準共同擬訂會議，討論溝通語言治
療增修訂適應症及放寬時間規範，為使會議進行順利，本學會先行提供
修訂意見 (詳如附件)，敬請查收。

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：本學會

理事長

黃美涓

總收文 104 年 3 月 10 日收到

健保醫

中央健康保險署

署 1040053929

衛生福利部
中央健康保險署
104 年 3 月 10 日
送收

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

通則：

一、執行本項各診療項目之醫療院所須至少有專任復健專科或耳鼻喉專科醫師一名。

二、實施語言治療之適應症：治療對象必須具有語言或吞嚥相關功能障礙。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	備註
44001A	簡單Simple：指治療項目1項以上，合計治療時間未滿30分鐘之簡單治療。			v	v	240	
44002B		v				210	
44003C		v				145	
44004A	中度Moderate：指治療項目2項以上，合計治療時間超過30分鐘至50分鐘以內之中度治療。			v	v	320	
44005B			v			280	
44011C		v				265	
44006C		v				190	
44013A	中度-複雜：			v	v	480	
44014B	1. 指治療項目3項以上，合計治療時間超過30分鐘之中度治療(若治療對象為十二歲以下則無治療時間須30分鐘以上之時間限制)。 2. 需包含下列2項(含)以上之治療項目：ST1、ST2、ST3、ST7、ST9、ST13、ST14		v			420	
44015C		v				400	
44016C		v				290	

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
44007A	複雜Complicated：			v	v	600	
44008B	1. 指治療項目4項以上，合計治療時間超過		v			525	
44012C	30分鐘之複雜治療(若治療對象為十二歲	v				500	
44009C	以下則無治療時間須30分鐘以上之時間限制)。	v				360	
	2. 需符合於下列ICD-9診斷代號之一： (1) 140-209、430-438、478.3、784.4、800-804、850-854，且限因上述診斷住院期間及出院後十二個月內。 (2) 299.0、343、389、315且治療對象需為十二歲以下。 需包含下列2項(含)以上之治療項目：ST1、ST2、ST3、ST7、ST9、ST13、ST14。						
	備註:1.治療項目 ST 1. 聽理解訓練 Auditory comprehension training ST 2. 口語表達訓練 Verbal production training ST 3. 輔導溝通法 Augmentative communication system ST 4. 認讀訓練 Reading training ST 5. 書寫訓練 Writing training ST 6. 視知覺訓練 Visual perception training ST 7. 語言相關認知訓練 Language-related cognitive function training ST 8. 觸覺肌動法 Tactile stimulation ST 9. 口腔動作訓練 Oral motor training ST 10. 發音部位法 Phonetic placement ST 11. 聽辨訓練 Auditory discrimination ST 12. 節律訓練 Rhythm training ST 13. 視聽回饋法 Audiovisual feedback monitoring ST 14. 語言分析 Acoustic analysis ST 15. 其他經保險人核可者						
	4. 44011C、44012C、44015C限復健科專科醫師開設之基層院所或基層院所聘有專任之復健專科醫師者申請。						

台灣聽力語言學會 函

機關地址：台北市中山區雙城街4巷2號2樓
之4

電話：02-25994956

傳真：02-25994337

聯絡人：張育甄

受文者：衛生福利部中央健康保險署

速別：普通

密等及解密條件：普通

發文日期：中華民國104年3月6日

發文字號：(104)聽語字第0015號

主旨：修訂有關全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之語言治療項目一
事，請查照。

說明：如附件一，請查收。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：本會存查

理事長 張綺芬

總收文104年3月10日收到
健保醫 中央健康保險署
署 1040053876

附件一

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

通則：

- 一、執行本項各診療項目之醫療院所須至少有專任復健專科或耳鼻喉專科醫師一名。
- 二、實施語言治療之適應症：治療對象必須具有語言或吞嚥相關功能障礙。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	備註
44001A	簡單Simple：指治療項目1項以上，合計治療時間未滿30分鐘之簡單治療。	v	v	v	v	240	
44002B						210	
44003C						145	
44004A	中度Moderate：指治療項目2項以上，合計治療時間超過30分鐘至50分鐘以內之中度治療。	v	v	v	v	320	
44005B						280	
44011C						265	
44006C						190	
44013A	中度-複雜： 1. 指治療項目3項以上，合計治療時間超過30分鐘之中度治療(若治療對象為十二歲以下則無治療時間須30分鐘以上之時間限制)。 2. 需包含下列2項(含)以上之治療項目：ST1、ST2、ST3、ST7、ST9、ST13、ST14	v	v	v	v	480	
44014B						420	
44015C						400	
44016C						290	

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
44007A	複雜Complicated：			v	v	600	
44008B	1. 指治療項目4項以上，合計治療時間超過		v			525	
44012C	30分鐘之複雜治療(若治療對象為十二歲	v				500	
44009C	以下則無治療時間須30分鐘以上之時間限制)。	v				360	
	2. 需符合於下列ICD-9診斷代號之一： (1) 140-209、430-438、478.3、784.4、800-804、850-854，且限因上述診斷住院期間及出院後十二個月內。 (2) 299.0、343、389、315且治療對象需為十二歲以下。						
	3. 需包含下列2項(含)以上之治療項目： ST1、ST2、ST3、ST7、ST9、ST13、ST14。						
	備註:1.治療項目 ST 1. 聽理解訓練 Auditory comprehension training ST 2. 口語表達訓練 Verbal production training ST 3. 輔導溝通法 Augmentative communication system ST 4. 認讀訓練 Reading training ST 5. 書寫訓練 Writing training ST 6. 視知覺訓練 Visual perception training ST 7. 語言相關認知訓練 Language-related cognitive function training ST 8. 觸覺肌動法 Tactile stimulation ST 9. 口腔動作訓練 Oral motor training ST 10. 發音部位法 Phonetic placement ST 11. 聽辨訓練 Auditory discrimination ST 12. 節律訓練 Rhythm training ST 13. 視聽回饋法 Audiovisual feedback monitoring ST 14. 語言分析 Acoustic analysis ST 15. 其他經保險人核可者						
	4. 44011C、44012C、44015C限復健科專科醫師開設之基層院所或基層院所聘有專任之復健專科醫師者申請。						

檔 號：
保存年限：

台灣耳鼻喉科醫學會 函

會址：100 台北市衡陽路 6 號 5 樓之 5(507 室)
傳 真：(02)23141621
聯絡人及電話：鄭秀季(02)23141618
電子郵件信箱：totolsoc@ms18.hinet.net

106 臺北市大安區信義路 3 段 140 號
受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 104 年 4 月 14 日
發文字號：台灣耳醫學字第 1040020 號
速 別：最速件
附 件：

主 旨：有關 貴署所詢語言治療相關診療項目適應症及時間規範乙案，本會
復如說明段，敬請參酌。

說 明：

- 一、復 貴署 104 年 3 月 19 日健保醫字第 1040032892 號函。
- 二、建議修改

原 建 議	44011C，44012C 及 44015C 限復健科專科醫師開設之基層診所或基層院所聘有專任之復健專科醫師者申請。
本學會建議	44011C，44012C 及 44015C 限復健科或耳鼻喉科專科醫師開設之基層診所或基層院所聘有專任之復健專科醫師或耳鼻喉科專科醫師者申請。

理事長 蕭自佑

總收文 104 年 4 月 16 日收到

健保醫 中央健康保險署
署 1040056149

第四項 語言治療 Communication Therapy (44001~44016)

編號	診療項目(學會建議)	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
44001A	簡單Simple：指治療項目一項以上，合計治療時間未滿30分鐘之簡單治療。			v	v	240
44002B			v			210
44003C		v				145
44004A	中度Moderate：指治療項目二項以上，合計治療時間超過30分鐘至 40 50分鐘以內之中度治療。			v	v	320
44005B			v			280
44011C		v				265
44006C		v				190
44013A	中度-複雜： 1. 指治療項目三項以上，合計治療時間超過 40 30分鐘至50分鐘以內之中度治療。 <u>(若治療對象為十二歲以下則無治療時間須30分鐘以上之時間限制)</u> 2. <u>需包含下列2項(含)以上之治療項目：ST1、ST2、ST3、ST7、ST9、ST13、ST14</u>			v	v	480
44014B			v			420
44015C		v				400
44016C		v				290

編號	診療項目(學會建議)	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
44007A 44008B 44012C 44009C	<p>複雜Complicated：</p> <p>1. 指治療項目四項以上，合計治療時間超過<u>5030</u>分鐘以上之複雜治療(若治療對象為十二歲以下則無治療時間須30分鐘以上之時間限制)。</p> <p>2. 需符合於下列ICD-9診斷代號之一： (1) <u>140-208、430-438、478.3、784.4、800-804、850-854(ICD-10CM為C00-C41、C43-C58、C60-C86、C88、C90-C96、C4A、C7A、C7B、D03、D45、J910、R180、G450-G468、I60-I69、J380、R49、S019、S021-S024、S026-S029、S060、S063-S066、S068-S069)</u>，且限因上述診斷住院期間及出院後十二個月內。 (2) <u>299.0、343、389、315(ICD-10CM為F840、G80、H90-H91、F80-F82、F88、F89、H9325、F480)</u>，且治療對象需為十二歲以下。</p> <p>3. <u>需包含下列2項(含)以上之治療項目：ST1、ST2、ST3、ST7、ST9、ST13、ST14。</u></p> <p>註：1.治療項目</p> <p>ST 1. 聽能瞭解訓練 Auditory comprehension training ST 2. 口語訓練 Verbal production ST 3. 輔導溝通法 Augmentative cemmunication system ST 4. 認讀訓練 Readinhg training ST 5. 書寫訓練 Writing training ST 6. 視知覺訓練 Visual perception ST 7. 高階層認知訓練 High level cognitive function training ST 8. 觸覺肌動法 Tactile stimulation ST 9. 口腔動作訓練 Oral Tx. ST 10 發音部位法 Phonetic placement ST 11. 聽辨訓練 Auditory discrimination ST 12. 節律訓練 Rhythm training ST 13. 視聽迴饋法 Audiovisual feedback monitoring ST 14. 語言分析 Acoustu analysis ST 15. 其他經保險人核可者</p> <p>2. 44011C、44012C、44015C限復健科專科醫師開設之基層院所或基層院所聘有專任之復健專科醫師者申請。</p>	v v	v	v	v	600 525 500 360

討論事項

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：研訂全民健康保險早期療育門診醫療給付改善方案計畫(草案)，提請討論。

說明：

- 一、本案係因陳節如立法委員前於 101 年 11 月 20 日召開「早期療育服務品質與成效的過與不及」公聽會，提及發展遲緩兒童自理生活、認知訓練、家長參與訓練等基礎療育服務在醫療院所付之闕如，加上家長之白袍迷思，不僅造成健保資源的浪費，也讓發展遲緩兒童未得到妥適全面的療育服務，要求本署研議早期療育相關計畫，以公平分配健保資源，改善早期療育服務品質。
- 二、本署業經召開多次會議(101.12.27、102.5.31、102.6.28、102.12.25、103.5.31、103.10.1)，邀集各相關專科醫學會、治療人員學會及全國聯合會、相關民間團體、陳節如立委國會辦公室及相關政府單位等 21 個單位共同研商，完成計畫(草案)之研擬。並於 103.12.9、104.1.28、104.3.13 再召開三次會議，除上述 21 個單位外，加入基層、醫院各團體參與實務面之討論及修正，各項條文已完成共識。本署於 104 年 4 月 29 日再函請各與會單位作最後書面確認，本署酌予調整方案文字內容後，彙整如附件 3-1，P47~P62)。
- 三、計畫目標為「建立早期療育以個案及家庭為中心之整合性照護模式，提昇醫療服務品質，導正就醫行為，提供個案與家庭合理且適當、有效率之療育服務」，訂有早期療育整合照護費，

將按季支付 1,000 點，及多項品質獎勵管理指標，包括個案固定就醫率、個案療育資源聯結率、跨院年就醫次數下降比率等。

- 四、本計畫強化家長對早療服務之充權及責任，家長每次治療都需參與，治療人員與家長一同討論個案問題、訂定功能目標及治療計畫，並教導家長個別化之居家照護或訓練技巧，另專業團隊針對每個個案需召開跨專業討論會議，提出整合性治療意見。
 - 五、本計畫整合衛生福利體系各單位資源，收案對象之新個案為 0-6 歲當年度經國民健康署委辦之兒童發展聯合評估中心診斷具 2-3 項以上發展遲緩並開立綜合評估報告書者，舊個案為 0-6 歲前一年度高就醫次數且多重院所就醫之個案。方案並鼓勵各項療育資源聯結，當年度個案使用教育、社政等療育資源服務或醫療院所專業人員與個案所在機構早療專業人員曾當面交流技巧等項目均列入品質獎勵加分項目，鼓勵醫療院所提供完整且適切之療育服務。
 - 六、本計畫強化治療成效之記錄及分析，醫療院所需依規定至本署健保資訊網服務系統(VPN)登錄及定期填報兒童功能成效各項專業評估量表及家庭服務成效評估等資訊，本署將定期進行相關醫療利用及治療成效分析。
 - 七、財務預估：由 104 年論質計酬醫療給付改善方案專款項目項下編列之 0.86 億點預算支應，按國民健康署兒童發展聯合評估中心登錄系統及本署 102 年申報資料推估，預計將收取新個案 7,745 人及舊個案 1,135 人，預估將花費 0.53 億點，預算尚足以支應。
- 擬辦：本案如經討論同意，擬依程序陳報衛生福利部核定後公布。

全民健康保險早期療育門診醫療給付改善方案計畫(草案)

000.00.00 第一版實施

壹、前言

依據兒童及少年福利與權益保障法，早期療育是指由社會福利、衛生、教育等專業人員以團隊合作方式，依未滿 6 歲之發展遲緩兒童及其家庭之個別需求，提供必要之治療、教育、諮詢、轉介、安置與其他服務及照顧。如能早期介入及治療兒童的發展遲緩問題，一方面可以改善遲緩的程度與發展的品質，另一方面也可以增強個體的獨立性，減少家庭與社會長期的負擔。

現行早期療育健保醫療給付採論量計酬制，經醫師診斷需接受復健治療或精神醫療之兒童均可接受治療，而部分家長因擔憂及未獲得妥適之全面療育服務，傾向四處就醫，造成患童過度治療，療效亦不佳。按國內多數早療專家建議，患童應經過醫療團隊完整評估個案及家庭狀況後，量身研訂適當之個別化治療計畫，並以此治療計畫提供後續服務。除此之外，早期療育具有其特殊性，往往需要較耗時之療程，並強調以家庭為中心之整合性照護模式，有別於一般單獨之復健治療服務。

爰此，本計畫希望建立以家庭為中心之整合性照護模式，強調家庭充權與參與，真正按個案及家庭需求解決問題及研訂療育計畫，並導入個案管理概念，設立品質獎勵金及監控指標，朝簡單、可行性高之方向設計支付誘因，鼓勵院所提供早療個案更適切更有品質之療育服務。

貳、目標：建立早期療育以個案及家庭為中心之整合性照護模式，提昇醫療服務品質，導正就醫行為，提供個案與家庭合理且適當、有效率之療育服務。

參、施行期間：自公告日起。

肆、經費來源：全民健康保險醫院及西醫基層總額「醫療給付改善方案」專款項目支應。

伍、計畫內容

一、療育模式

- (一) 協助家長瞭解個案的發展及優、弱勢能力，尊重其文化差異及關心重點。
- (二) 在服務過程中邀請父母參與評量過程，一起以個案為中心，依家庭需求量身訂定療育目標、療育計畫，給予家長居家療育活動示範與指導，強化家長對早療的參與。
- (三) 以人—活動—環境互動的觀點來了解問題，並與家長共商解決問題的策略，幫助孩童發展生活技能與社會適應能力，進而促進孩童及家庭的社會參與。

二、具體服務內容：

- (一) 家庭功能評估及家庭諮詢
- (二) 向家長(或法定代理人)說明及溝通個案病況、功能、預後。
- (三) 與家長(或法定代理人)一起討論個案問題、訂定功能目標及治療計畫，提出整合性治療意見，注重社會參與層面。
- (四) 說明社政與教育資源及視需要協助轉介。
- (五) 規劃並教導家長(或法定代理人)適切之個別化居家照護或訓練技巧，且應評估及記錄檢討家長(或法定代理人)或主要照顧者之執行狀況。
- (六) 專業團隊需針對每個個案至少每年需召開跨專業討論會議，並應依個案需要增

加次數，相關紀錄應存放備查。

三、醫事服務機構設置要件

(一) 人員：早期療育團隊包括

1. 具有復健科、精神科、小兒神經科或兒童心智科專科醫師任一者(早療治療項目之處方資格仍依現行支付標準之規定辦理)。
2. 符合提供服務項目之專任專業治療人員(可包含物理治療師、職能治療師、語言治療師、聽力師、臨床心理師及社工師)
3. 需聘有專任臨床心理師或社工師，地區醫院或基層院所得以兼任方式辦理。

(二) 空間及設施：需符合醫療機構設置標準且需具有兒童獨立評估及治療空間等硬體規範。

四、執行人員資格

(一) 團隊中至少有一位醫師需具有實際從事兒童早期療育相關醫療工作執業資歷3年以上；各專業類別均至少1名醫事人員具有實際從事兒童早期療育相關醫療工作執業資歷2年以上。

(二) 具各專業相關證照，且每年早期療育相關繼續教育達10積分，其中以家庭為中心療育模式訓練至少3積分

1. 認證方式依現行「醫事人員執業登記及繼續教育辦法」辦理
2. 若課程題目未直接明訂早期療育或以家庭為中心療育模式字詞，請採認學分之醫事人員團體於學分證明上註明屬早期療育或以家庭為中心療育模式之學分。

五、收案對象及標準：

(一) 新個案：由參與院所自行收案。

1. 0-3歲病患當年度經國民健康署委辦之兒童發展聯合評估中心診斷具2項以上發展遲緩並開立綜合評估報告書者(至少1項以上為確診遲緩項目)。
2. 4-6歲病患當年度經國民健康署委辦之兒童發展聯合評估中心診斷具3項以上發展遲緩並開立綜合評估報告書者(至少2項以上為確診遲緩項目)。

(二) 舊個案：0-6歲病患前一年接受任一種類之早期療育次數 ≥ 150 次，且就醫院所數 ≥ 3 家，且病患前一年接受早期療育次數未明顯集中於某特定醫療院所(治療次數最高院所之占率低於70%)者。

1. 由保險人分區業務組定期產製名單交參與本計畫醫療院所收案。
2. 以個案治療次數占率最高院所為優先，若院所未參與計畫交由其它就醫院所依占率順序收案承作。

註:若個案同時符合新及舊個案條件，應以舊個案模式收案。

六、結案條件及標準：

(一) 客觀條件：已超過6歲(未滿7歲)

(二) 主觀條件(以下任一項符合即可)

1. 個案各項功能已無發展遲緩。
2. 早期療育家庭成效問卷(台灣版)各項次皆達4分以上或「APGAR家庭功能評估表7分以上及治療進步評估表皆達12分以上」。
3. 個案轉介至教育、社政等療育資源系統接受服務，且已追蹤半年確認轉介成功。

七、收案相關規範

- (一) 院所需按個案所需治療類別之治療次數及頻率提供適當之服務，若院所因人力、設備等因素無法提供個案所需之治療類別及應有強度之服務，應轉介個案至適當之醫療院所接受治療。
- (二) 參與之醫療機構應提供此一計畫宣傳單張，邀請適當個案參與。
- (三) 參與之個案應獲得充分的說明，得知參與此計畫可以獲得的權益，需要配合的事項，需要填寫的表單，並簽署同意書。
- (四) 醫療服務提供者就具體服務內容第 2 及 3 點，向家長(或法定代理人)說明及溝通個案病況、功能、預後，與家長(或法定代理人)一起討論個案問題、訂定功能目標及治療計畫，注重社會參與層面，提出整合性治療意見後作成簡要書面紀錄，並請家長(或法定代理人)簽名。
- (五) 家長(或法定代理人)或指定代理人每次治療都需參與。
參與計畫院所需於本署健保資訊網服務系統(VPN)登錄收案，經其他院所收案接受治療者不得再重複收案。本署將定期回饋收案院所個案最近就醫紀錄以利管理。

八、申請程序及受理資格審查：申請執行本計畫之特約醫事服務機構應向保險人分區業務組提出申請，經保險人審核同意後適用，變更時亦同。檢附資料如下

- (一) 申請表(如附表 1)
- (二) 專業團隊名冊(請條列各執行人員之姓名、身分證字號、專業類別、證書字號、早療執業年資、早療繼續教育學分數、以家庭為中心繼續教育學分數)，需包含臨床心理師或社工師乙名
- (三) 各執行人員之早療及以家庭為中心之繼續教育學分證明(影本)
- (四) 兒童獨立評估及治療空間相關證明(請檢附平面圖或照片)。

九、費用核付：

(一) 以家庭為中心之早期療育整合照護費(支付標準表如附表 2)。為獎勵偏遠地區提供整合性醫療，縮短城鄉差距，加成獎勵如下：

1. 設立於偏遠地區之特約院所得依表定點數加計 20%。(如附表 3)
2. 「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」中以巡迴醫療方式於社區服務據點提供行動早療服務之特約院所得依表定點數加計 30%。

(二) 品質獎勵費：依目標達成率給予不同品質獎勵金額，於年度結束後本署結算核付，院所不需申報(需收案滿 3 個月以上之個案始列入品質獎勵費計算)，管理指標如下：

1. 新個案：各項指標總分達 10 分之個案給予 2,000 點，其餘分數按比例給予獎勵金。

(1) 個案固定就醫率

I. 定義

- A. 分子：當年度收案個案於收案後之同院治療次數(各治療類別合計)
- B. 分母：當年度收案個案之同院及跨院總治療次數(各治療類別合計)

II. 跨院不同類別之治療得列入同院治療次數計算。

III. 給分標準：85-89% 給予 1 分，90-94% 給予 2 分，95% 給予 3 分，100% 給予 4 分。

(2) 個案收案率

I. 定義

A. 分子：當年度實際收案個案數

B. 分母：當年度按國民健康署系統登錄資料符合收案條件且在該院所當年度治療累計超過 10 次以上個案(排除符合結案條件已由同院所自行結案之個案)

II. 給分標準：70-79% 每位個案給予 1 分，80-89% 給予 2 分，90% 以上給予 3 分。

(3) 個案療育資源聯結率

I. 定義

A. 分子：

(A) 當年度收案對象中實際使用教育、社政等療育資源服務(不限首次使用資源者，包含機構及非機構式資源，不包含請領交通費、轉介入學及申請身障手冊)

(B) 或個案所在教育或社政相關機構早療專業人員曾實際至院交流技巧並簽名確認之個案數

(C) 或醫療院所專業人員曾至個案所在教育或社政相關機構與其早療專業人員交流技巧並簽名確認之個案數。

B. 分母：當年度實際收案個案數。

II. 給分標準：70-79% 每位個案給予 1 分，80-89% 給予 2 分，90% 以上給予 3 分。

2. 舊個案：各項指標總分達 12 分之個案給予 2,400 點，其餘分數按比例給予獎勵金。院所收案率未達 70% 者，本項品質獎勵費不予支付。

(1) 個案固定就醫率

I. 定義

A. 分子：收案個案之同院治療次數(各治療類別合計)

B. 分母：收案個案之同院及跨院總治療次數(各治療類別合計)

II. 跨院不同類別之治療得列入同院治療次數計算。

III. 給分標準：80-89% 給予 1 分，90-94% 給予 2 分，95% 以上給予 3 分。

(2) 年就醫總次數(含同院及跨院)較前一年次數下降比率

I. 定義

A. 分子：(前一年度-當年度)收案個案之同院及跨院總治療次數

B. 分母：前一年度收案個案之同院及跨院總治療次數

II. 給分標準：下降 5-10% 給予 1 分，11-15% 給予 2 分，16% 以上 3 分。

(3) 個案收案率

I. 定義

A. 分子：實際收案個案數

B. 分母：本署提供符合資格名單之個案數

II. 給分標準：75-79% 每位個案給予 1 分，80-89% 給予 2 分，90% 以上給予 3 分。

(4) 個案療育資源聯結率

I. 定義

A. 分子：

(A) 當年度收案對象中實際使用教育、社政等療育資源服務(不限首次使

用資源者，包含機構及非機構式資源，不包含請領交通費、轉介入學及申請身障手冊)

(B) 或個案所在教育或社政相關機構早療專業人員曾實際至院交流技巧並簽名確認之個案數

(C) 或醫療院所專業人員曾至個案所在教育或社政相關機構與其早療專業人員交流技巧並簽名確認之個案數。

B. 分母：當年度實際收案個案數。

II. 給分標準：70-79%每位個案給予 1 分，80-89%給予 2 分，90%以上給予 3 分。

十、醫療費用申報及審查原則

(一) 醫療費用申報、暫付、程序審查、專業審查、事前審查、實地審查、檔案分析及核付，除另有規定外，按全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法辦理。

(二) 申報填表說明

1. 門診醫療費用點數申報格式之總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。

2. 門診醫療費用點數申報格式點數清單段

(1) 案件分類：請填報「E1(支付制度試辦計畫)」。

(2) 特定治療項目代號(一)：請填報「00(全民健康保險早期療育門診醫療給付改善方案計畫)」

十一、品質資訊之登錄及監測

(一) 參與本計畫之特約醫療院所應依保險人規定內容(如附表 5 及 6)，至本署健保資訊網服務系統(VPN)登錄及定期填報兒童功能及家庭服務調查(「家庭功能評估及諮詢」、「早期療育家庭成效問卷(台灣版)」、「照護過程評量表」、「APGAR 家庭功能評估表及「治療進步評估表」擇一，最末項參考量表如附表 6)等資訊，首年作為本署統計監控用，暫不列為品質獎勵指標。可填報之兒童功能成效各項專業評估量表如下

1. 物理治療(至少擇一項(含)以上填報)

(1) 嬰幼兒綜合發展測驗-診斷量表 (Comprehensive Developmental Inventory for Infants and Toddlers ,CDIIT-DT)

(2) 皮巴迪動作發展量表第一或第二版 (Peabody Developmental Motor Scales ,PDMS or PDMS-2)

(3) 布魯茵克斯-歐西瑞斯基動作精練度評量工具第一或第二版

(Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency ,BOTMP or BOT2)

(4) 兒童動作 ABC 評估量表第一或第二版(Movement Assessment Battery for Children, MABC、MABC-2)

(5) 粗動作功能評量表(Gross Motor Function Measure, GMFM)

(6) 兒童生活功能量表(中文版) (Chinese Version of Pediatric Evaluation of Disability Inventory, PEDI-C)

(7) 阿爾伯塔嬰兒動作量表 (Alberta Infant Motor Scale, AIMS)

(8) 文蘭適應行為量表 (中文版) (Vineland Adaptive Behavior Scale, VABS)

(9) 學前兒童粗大動作品質量表(Preschooler Gross Motor Quality Scale, PGMQS)

(10) 粗動作發展測試第二版(Test of Gross Motor Development, TGMD-2)

2. 職能治療(至少擇一項(含)以上填報)

- (1) 幼兒日常職能活動量表(Pediatric Daily Occupation Scale, PDOS)
 - (2) 加拿大職能表現測驗(Canadian Occupational Performance Measure, COPM)
 - (3) 文蘭適應行為量表-教室版(Vineland Adaptive Behavior Scales, VABS)
 - (4) 兒童生活功能量表(中文版)(Pediatric Evaluation of Disability Inventory, PEDI-C)
 - (5) 嬰幼兒綜合發展測驗 (Comprehensive Developmental Inventory for Infants and Toddlers ,CDIIT)
 - (6) 學齡前兒童行為發展量表(Chinese Child Development Inventory,CCDI)
 - (7) 皮巴迪動作發展量表第二版(Peabody Developmental Motor Scales-2,PDMS-2)
 - (8) 動作問題簡易量表 (Quick Motor Problem Inventory ,QMPI)
 - (9) 拜瑞布坦尼卡視覺-動作統整發展測驗 (The Berry-Buktenica Developmental Test of Visual-Motor Integration, VMI-4R)
 - (10) 視知覺技巧測驗－修訂版(Test of Visual-Perceptual Skills , TVPS-R or TVPS-3)(Non-Motor)
 - (11) 布魯茵克斯－歐西瑞斯基動作精練度評量工具第一或第二版 (Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency ,BOTMP or BOT2)
 - (12) 兒童動作 ABC 評估量表第一或第二版(Movement Assessment Battery for Children, MABC、MABC-2)
 - (13) 動作協調問卷(中文版) (Developmental Coordination Disorder Questionnaire, DCDQ)
 - (14) 嬰兒動作評估測驗(Movement Assessment of Infants , MAI)
3. 語言治療(至少擇一項(含)以上填報)
- (1) 修訂學前兒童語言障礙評量表
 - (2) 修訂學齡兒童語言障礙評量表
 - (3) 零至三歲華語嬰幼兒溝通及語言篩檢測驗
 - (4) 修訂畢保德圖畫詞彙測驗
 - (5) 華語兒童理解與表達詞彙測驗(REVT)
 - (6) 嬰幼兒綜合發展測驗 (Comprehensive Developmental Inventory for Infants and Toddlers ,CDIIT)
 - (7) 華語嬰幼兒溝通發展量表(臺灣版) (Mandarin-Chinese Communicative Development Inventory (Taiwan) , MCDI-T)
4. 心理治療(至少擇一項(含)以上填報)
- (1) 貝萊氏嬰兒發展量表(Bayley II / III)或 Mullen Scales of Early Learning 或嬰幼兒綜合發展測驗(CDIIT)
 - (2) 學齡前兒童發展量表(CCDI)
 - (3) Stanford-Binet Intelligence Scale:4th or 5th Edition
 - (4) 魏氏幼兒智力量表修訂版／第四版 (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence-Revised/IV ,WPPSI-R/IV)
 - (5) 魏氏兒童智力量表第四版 Wechsler Intelligence Scale for Children-4th Edition(WISC-IV)
 - (6) Leiter International Performance Scale-Revised/ III (Leiter-R/ III)

- (7) Bayley III: Adaptive Behavior Questionnaire
- (8) 適應行為評量系統第二版(ABAS-II)(台灣版)
- (9) 文蘭適應行為量表中文編譯版(教室版)(台灣版)
- (10) Vineland Adaptive Behavior Scale: Classroom Edition(VABS Classroom Edition)
或文蘭適應行為量表第二版(VABSII)
- (11) 溝通/語言神經發展評估工具，例如：畢保德圖畫詞彙測驗修訂版/第四版)(PPVT-R/4)(台灣版)或學前兒童語言能力測驗(Preschool Language Comprehension Test-PLC)等
- (12) 注意力評估工具〔如 K-CPT、CPRI/II、GDS、廣泛性非語文注意力測驗(CNAT)、NEPSY、LeiterR-III 等〕
- (13) Achenbach System of Empirically Based Assessment 阿肯巴克實證衡鑑
- (14) Leiter-III Social-Emotional Examiner Rating Scale
- (15) Baley-III Social Emotional Scale

(二) 院所每次所作評估報告書及其相關評估量表應存放備查，保險人得視需要抽審其內容之合理性及是否與申報內容相符。

(三) 品質監測指標：保險人定期統計分析個案參與計畫前後及參與期間之醫療利用情形比較，監測指標包含個案復健及精神醫療接受療育次數、醫療點數、初次就診年齡及治療成效分析等。

(四) 保險人分區業務組應適時進行實地審查，並舉辦計畫執行概況檢討或發表會，可委請參與本計畫之績優特約醫療院所報告，藉以進行計畫執行成果檢討及經驗交流。

十二、退場機制：未依保險人規定至本署健保資訊網服務系統(VPN)登錄品質資訊或登錄不完整，經輔導仍未改善之院所，保險人各分區業務組得依權責予以終止其參加試辦計畫資格。

十三、保險人並得視費用支付情形，隨時召開會議研議修改本方案之相關內容。

十四、資訊公開：保險人得公開參與本方案之院所名單及相關品質資訊供民眾參考。

附表 1

000 年全民健康保險早期療育門診醫療給付改善方案計畫申請書

院所申請類別：新增 變更(變更者另檢附變更事項前後對照表)

基 本 資 料	院所名稱		院所代碼		
	本計畫負責醫師姓名		身分證字號		
	本計畫負責醫師學經歷				
	計畫聯絡人姓名		計畫聯絡人電話：		
	計畫聯絡人 e-mail				
檢 送 項 目	項 目		審 查 結 果		備 註
	醫師資格		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他		
	醫事人員資格		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他		
	醫事機構空間及設施		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他		
	臨床心理師或社工師聘任狀況		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他		
保 險 醫 事 服 務 機 構	機構章戳			1 <input type="checkbox"/> 審核通過 2 <input type="checkbox"/> 不符合規定 3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請補齊 4 <input type="checkbox"/> 其他 審核委員： 日期章戳：	本欄由審查單位填寫
	申請日期： 年 月 日				

附表 2

全民健康保險早期療育醫療給付改善方案計畫
支付標準表

編號	診療項目	支付點數
P00000	以家庭為中心之早期療育整合照護費 註:每人每年最多限申報四次，當年度 6 月後 收案者當年最多限申報兩次	1,000

附表 3-全民健康保險山地離島地區一覽表

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

附表 4 以家庭為中心之早期療育整合照護評估報告書 (參考格式)
第一部份-醫療專業部分 (*為必填欄位)

*個案姓名			*醫事機構名稱		
*生日			*身分證字號		
收案日			*診斷		
家庭主訴					
*家庭對療育成效之預期目標					
對早療的認知與期待		項目	分數	描述	
		對接受評估的態度		<input type="checkbox"/> 0.主動積極 <input type="checkbox"/> 1.有合作意願 <input type="checkbox"/> 2.配合度動機不強 <input type="checkbox"/> 3.心裡抗拒尚未準備面對 <input type="checkbox"/> 4.其他	
		對發展遲緩及早療認知		<input type="checkbox"/> 0.清楚 <input type="checkbox"/> 1.有些概念 <input type="checkbox"/> 2.不清楚 <input type="checkbox"/> 3.其他	
		對問題的認知		<input type="checkbox"/> 0.認知一致 <input type="checkbox"/> 1.有些差距 <input type="checkbox"/> 2.雙方差距大 <input type="checkbox"/> 3.其他	
		家屬與專業人員對個案問題認知		<input type="checkbox"/> 0.認知一致 <input type="checkbox"/> 1.有些差距 <input type="checkbox"/> 2.雙方差距大 <input type="checkbox"/> 3.其他	
		接受早期療育的動機與期待		<input type="checkbox"/> 1.釐清診斷 <input type="checkbox"/> 2.入學或轉銜鑑定 <input type="checkbox"/> 3.學習教養方法與技巧 <input type="checkbox"/> 4.增加療育相關知識 <input type="checkbox"/> 5.申請早期療育資源(含教育、社會福利、醫療等) <input type="checkbox"/> 6.其他	
*家庭服務成效評估					
1至4擇一填報即可	1.家庭功能評估及諮詢	問題評估/分析	項目	分數	描述
			經濟狀況		<input type="checkbox"/> 0.一般戶 <input type="checkbox"/> 1.中低收入戶 <input type="checkbox"/> 2.低收入戶 <input type="checkbox"/> 3.其他 經濟來源： <input type="checkbox"/> 0 穩定 <input type="checkbox"/> 1.不穩定 <input type="checkbox"/> 2.收支失衡 <input type="checkbox"/> 3.其他 經濟狀況(說明)：
			家庭功能		<input type="checkbox"/> 0.佳 <input type="checkbox"/> 1.角色分工 <input type="checkbox"/> 2.家庭支持人手 <input type="checkbox"/> 3.家庭內在資源 <input type="checkbox"/> 4.家庭外在資源 <input type="checkbox"/> 5.親職功能表現 <input type="checkbox"/> 6.家庭互動關係 <input type="checkbox"/> 7.家庭組成結構 <input type="checkbox"/> 8.家中有其他身心障礙者 <input type="checkbox"/> 9.照顧者健康狀況 <input type="checkbox"/> 10(曾)有家暴/兒保議題 <input type="checkbox"/> 11.高風險家庭或特殊家庭 <input type="checkbox"/> 12.其他
			親職照顧能力		主要照顧者 <input type="checkbox"/> 0.適切 <input type="checkbox"/> 1.照顧態度 <input type="checkbox"/> 2.照顧人力 <input type="checkbox"/> 3.教養技巧 <input type="checkbox"/> 4.對子女期待 <input type="checkbox"/> 5.親子關係 <input type="checkbox"/> 6.家人間教養共識 <input type="checkbox"/> 7.照顧者壓力調適 <input type="checkbox"/> 8.環境或文化刺激條件 <input type="checkbox"/> 9.其他
			療育參與		態度及意願： <input type="checkbox"/> 0.有意願且主動積極 <input type="checkbox"/> 1.被動消極 <input type="checkbox"/> 2.無意願 <input type="checkbox"/> 3.有疑慮或困難

			助力與阻力： 目前療育狀況：		
	社會資源運用		因應態度： <input type="checkbox"/> 0.主動積極 <input type="checkbox"/> 0.尚可 <input type="checkbox"/> 1.不足或不會使用資源 (分數) 家庭接受福利狀況： <input type="checkbox"/> 0.無 <input type="checkbox"/> 1.早療相關補助 <input type="checkbox"/> 2.兒少生活扶助 <input type="checkbox"/> 3.特殊境遇家庭子女生活津貼 <input type="checkbox"/> 4.身心障礙生活補助 <input type="checkbox"/> 5.幼兒園學費補助 <input type="checkbox"/> 6.學前巡迴輔導 <input type="checkbox"/> 7.其他		
		整體評估： ()1.依家庭意願提供協助 (0-3 分) ()2.需要追蹤及諮詢 (3 分以上) ()3.需要追蹤及連結其他服務 (5 分以上及高風險或其他特殊個案)			
	處理方向	()1.協助處理家庭經濟問題 ()2.強化家庭功能 ()3.強化社會支持系統 ()4.提升照顧能力與技巧 ()5.強化親職能力 ()6.增加對早療資源認識及使用 ()7.家庭諮商及治療 ()8.提供心理支持及調適因應 ()9.習得療育相關知能 ()10.其他：			
2.早期療育家庭成效問卷 (台灣版)	總分	面向一： ， 面向二： ， 面向三： 面向四： ， 面向五：			
3.照護過程評量表	總分： (1)人員： (2)機構：				
4.家庭功能評估及治療進步評估表	(1)APGAR家庭功能評估表分數： (2)治療進步評估表 (專業人員使用) 分數： (3)治療進步評估表 (家長/主要照顧者使用) 分數：				
個案專業評估					
專業評估量表	治療種類	評估量表名稱	分數	常模百分位數	備註
其他項目評估 (EX 肌力、關節角度、)					

以家庭為中心之早期療育整合照護評估報告書
第二部份-綜合說明部分

綜合評估			
*個案姓名		*醫事機構名稱	
主要問題			
個案優勢			
預期個案預後			
治療目標與計畫			
*治療長期目標(1年，需包含功能性目標)	治療短期目標(1-3個月)	*治療計畫之執行策略	
		<input type="checkbox"/> 提供兒童治療計畫(治療種類、頻率、期程及內容)	<input type="checkbox"/> 指導照顧者個別化居家照護或訓練技巧
		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 <input type="checkbox"/> 心理治療 <input type="checkbox"/> 家族治療 <input type="checkbox"/> 心理支持 <input type="checkbox"/> 親職技巧 <input type="checkbox"/> 家庭服務 <input type="checkbox"/> 資源使用 <input type="checkbox"/> 聽能復健 治療內容摘要：	指導內容摘要： 1. <input type="checkbox"/> 已轉介通報轉介中心 2. <input type="checkbox"/> 轉介使用社政或教育資源項目： (1) (2) (3) 3. <input type="checkbox"/> 邀請 單位早療專業人員曾實際至院交流技巧(簽名確認:) 4. <input type="checkbox"/> 醫療院所專業人員曾至個案所在相關單位()與其早療專業人員交流技巧(簽名確認:)
(專業別:) *計畫主負責人簽名		*家長(或主要照顧者)簽名 (與個案之關係:)	
			<input type="checkbox"/> 我已確認接受並瞭解本計畫照護內容*

附表 5

全民健康保險早期療育門診醫療給付改善方案計畫
個案登錄系統必要欄位簡化表

一、每次收案及追蹤必填欄位：

- 1.收案日期
- 2.診斷ICD-10CM (104.12.31前以ICD-9CM申報)
- 3.治療種類
- 4.評估結果
 - (1)個案功能評估：評估量表分數、常模百分位數(每項專業得擇用8項以內量表)-
選填項目
 - (2)家庭服務調查：(擇一項，必填)
 - A.「家庭功能評估及諮詢」
 - B.「早期療育家庭成效問卷(台灣版)」
 - C.「照護過程評量表」
 - D.「APGAR家庭功能評估表」及「治療進步評估表」
5. 個案療育資源聯結情形
 - (1)個案是否已至通報轉介中心完成通報(舊個案為必填,新個案為選填)
 - (2)是否實際使用教育、社政等療育資源服務
 - (3)是否有社政或教育相關機構早療專業人員曾實際至院交流技巧並簽名確認
 - (4)醫療院所專業人員曾至個案所在社政或教育相關機構與其早療專業人員交流技巧並簽名確認
- 6.結案評估: 結案原因(已超過6歲、各項功能已無發展遲緩、早期療育家庭成效問卷(台灣版)各項次皆達4分以上、個案轉介至教育社政療育資源系統且確認轉介成功)

二、個案就醫參考資料:

- 1.新個案-綜合評估報告書登錄資訊
- 2.舊個案-就醫統計資訊(個案之前一年各就醫院所及其就醫次數統計)

附表 6

APGAR家庭功能評估表

填答說明：針對您帶孩子來醫院治療的狀況，請您就最近兩週的狀況作回答。

	經常 (2分)	有時 (1分)	幾乎沒有 (0分)
1、我滿意於當我遇到困難時，可以求助於家人。(適應度Adaptation)	2	1	0
2、我滿意於家人和我討論事情及分擔問題的方式。(合作度partnership)	2	1	0
3、我滿意於當我希望從事新活動，或是有新的發展方向時，家人能接受並給予支持。(成長度growth)	2	1	0
4、我滿意於當家人對我表達情感的方式，以及對我的情緒(如憤怒、悲傷、愛)的反應。(情感度affection)	2	1	0
5、我滿意於家人與我共處的方式。(融洽度resolve)	2	1	0
總分數7至10分：表示家庭功能無障礙；總分數4至6分：表示中度家庭功能障礙；總分數0至3分：表示有重度家庭功能不足。			

治療進步評估表：專業人員使用

填答說明：針對家長/主要照顧者帶孩子來醫院的治療進步狀況，請您就最近兩週的狀況作回答。

	非常不同意 1分	很不同意 2分	不同意 3分	同意 4分	很同意 5分	非常同意 6分
1. 父母/主要照顧者知道如何對孩子使用治療中所教的技巧	1	2	3	4	5	6
2. 父母/主要照顧者會對孩子使用治療中所教的技巧	1	2	3	4	5	6
3. 父母/主要照顧者會對孩子成功的使用治療中所教的技巧	1	2	3	4	5	6
總分數12至18分：表示治療進步成功；總分數7至11分：表示中度治療進步；總分數0至6分：表示治療無進步。						

治療進步評估表：家長/主要照顧者使用

填答說明：針對您帶孩子來醫院的治療進步狀況，請您就最近兩週的狀況作回答。

	非常不同意 1分	很不同意 2分	不同意 3分	同意 4分	很同意 5分	非常同意 6分
1. 我知道如何對孩子使用治療中所教的技巧	1	2	3	4	5	6
2. 我會對孩子使用治療中所教的技巧	1	2	3	4	5	6
3. 我會對孩子成功的使用治療中所教的技巧	1	2	3	4	5	6
總分數12至18分：表示治療進步成功；總分數7至11分：表示中度治療進步；總分數0至6分：表示治療無進步。						

討論事項

第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關台灣婦產科醫學會建請刪除全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（以下稱支付標準）編號 27053C「CA-125 腫瘤標記」，並建議編號 12077B「CA-125 腫瘤標記(EIA/LIA 法)」開放適用表別案，提請 討論。

說明：

- 一、依據台灣婦產科醫學會 103 年 12 月 23 日台婦醫會總字第 103251 號函 (如附件 4-1, P65~P69)辦理，其建議事項如下：
 - (一) 國內具核醫設備之院所少，且可能造成放射線汙染，故目前醫學中心多以編號 12077B（免疫法）取代編號 27053C（核醫法），又此兩項檢驗之準確性無差異，爰建議刪除編號 27053C。
 - (二) 惟兩項診療之適用層級不同，基於支付公平性及現況需要，另建議編號 12077B 開放至 C 表。
- 二、現行支付標準規定：
 - (一) 編號 12077B「CA-125 腫瘤標記(EIA/LIA 法)」，支付 400 點，係以「免疫法」進行檢測。
 - (二) 編號 27053C「CA-125 腫瘤標記」，支付 400 點，係以「核醫法(RIA)」進行檢測。
- 三、統計前述 2 項 94~103 年申報醫令量 (如附件 4-2, P70)，顯示醫學中心執行編號 27053C 之數量確有逐年減少之情形。
- 四、財務評估：以同意跨表且有申報編號 12077B 之院所，其 102 年 12077B 之申報件數占率(0.36%)，及 102-103 年 12077B 之件數成

長率(2%)，推估西醫基層全年增加約 1,729 萬點。

- 五、另考量目前臨床使用情形，本署亦徵詢社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會，該會表示同意編號 12077B（免疫法）開放至 C 表，惟保留編號 27053C（核醫法）。另提供 CA-125 方法學差異性評估報告(如附件 4-3，P71~P78)。
- 六、本案建議保留編號 27053C「CA-125 腫瘤標記」，不予刪除，另開放編號 12077B「CA-125 腫瘤標記(EIA/LIA 法)」至 C 表，修訂後支付標準，詳附件 4-4，P79。另本案建議俟 105 年編列預算後公告實施。

擬辦：

台灣婦產科醫學會 函

本會地址：104 台北市民權路 104 號 10 樓
電話：02-25684819
聯絡人：林家翎



受文者：衛生福利部中央健康保險署

速別：速件

密等：解密條件：

發文日期：中華民國 103 年 12 月 23 日

發文字號：台婦醫會總字第 103251 號

附件：如文

主旨：建請 廢除醫療費用支付標準 27053C CA-125(RIA)腫瘤標記檢驗項目，改以 12077B 腫瘤標記(EIA)支付，並放寬申報表別(C表)，以符合醫療實際需求，請 查照。

說明：1. 查 27053C CA-125(RIA)腫瘤標記係採核醫檢驗方式，僅少數具有核醫設備之檢驗所及醫學中心可施行此項檢驗，且所釋放的放射線會造成環境污染，因此各醫學中心目前大多已停用此項檢驗，改以 12077B CA-125(EIA/LIA 法)取代，以符環保。

2. 依據醫學文獻(如附件 1) CA-125(EIA)與 CA-125(RIA)之檢測準確性並無差異；因此建請 貴署廢除醫療費用支付標準 27053C CA-125 (RIA) 腫瘤標記，改為 12077B CA-125(EIA)腫瘤標記，另考量 RIA 原係基層院所得以申報，為達支付公平性，並建請放寬 12077B 亦能比照原 27053C 得由基層院所視病情需要申報，以符現況需要。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：

理事長 何弘能

總收文 103 年 12 月 25 日收到

健保醫 中央健康保險署

署 1030073742

7. Jones BN, Paabo S, Stein S. Amino acid analysis and enzymatic sequence determination of peptides by an improved *o*-phthalaldehyde precolumn labeling procedure. *J Liq Chromatogr* 1981;4:565-86.
8. Hill D, Burnworth L, Skea W, Pfeifer R. Quantitative HPLC analysis of plasma amino acids as *ortho*-phthalaldehyde/ethanethiol derivatives. *J Liq Chromatogr* 1982;5:2369-93.
9. Abecassis J, David-Eteve C, Soun A. The separation of 24 OPA-AA of natural origin and quantitative analysis of tyrosine by means of HPLC. *J Liq Chromatogr* 1985;8:135-53.
10. Lindroth P, Mopper K. High performance liquid chromatographic determination of subpicomole amounts of amino acids by precolumn fluorescence derivatization with *o*-phthalaldehyde. *Anal Chem* 1979;51:1667-74.
11. Fleury MO, Ashley DV. High-performance liquid chromatographic analysis of amino acids in physiological fluids: on line precolumn derivatization with *o*-phthalaldehyde. *Anal Biochem* 1983;133:330-5.
12. Andrews RP. Operators manual LKB 4400 amino acid analyzer. Cambridge, UK: LKB Biochrom Ltd, 1980.
13. Vente JP, Meyenfeldt MF, Roufiart M, Berlo van CLH, Eijk van HMH, Soeters PB. Plasma amino acid profiles in septic and stressed patients [Abstract]. *Clin Nutr* 1988;5:60.
14. Berlo van CLH, Jonge de HR, Bogaard van den AEJ, Eijk van HMH, Janasen MA, Soeters PB. Gamma-amino butyric acid production in small and large intestine of normal and germfree Wistar rats: influence of food intake and intestinal flora. *Gastroenterology* 1987;93:472-9.
15. Leeuwen van PAM, Berlo van CLH, Soeters PB. New mode of action for lactulose. *Lancet* 1988;i:65-6.
16. Einarsson S, Josefsson B, Lagerkvist S. Determination of amino acids with 9-fluorenylmethylchloroformate and reversed phase high-performance liquid chromatography. *J Chromatogr* 1983;282:609-18.
17. Betner I, Foldi P. New automated amino acid analysis by HPLC precolumn derivatization with fluorenylmethoxycarbonyl chloride. *Chromatographia* 1986;22:381-7.
18. Henrikson RL, Meredith SC. Amino acid analysis by reversed phase high-performance liquid chromatography: precolumn derivatization with phenylisothiocyanate. *Anal Biochem* 1984;136:65-74.

CLIN. CHEM. 34/12, 2513-2516 (1988)

An Enzyme Immunoassay Procedure for Cancer Antigen 125 Evaluated

Kenneth W. Ryder, Tjlen O. Oel, Meredith T. Hull, and Martha M. Sample

The performance of a new enzyme immunoassay (EIA) procedure (Abbott Labs.) for cancer antigen 125 (CA 125) met or exceeded the manufacturer's claims for all analytical variables examined. Overall correlation with results obtained with a radioimmunoassay (RIA) were good. However, near the decision thresholds typically chosen to define a positive result for ovarian carcinoma, EIA results were 10 to 20 arbitrary units/mL less than the RIA results. At specific decision thresholds, therefore, the sensitivities and specificities of the EIA and RIA procedure differed. Adjusting the decision thresholds gave a similar optimum efficiency for each procedure: EIA, 82.9% (decision threshold, 35 units/mL); RIA, 83.4% (decision threshold, 54 units/mL). Receiver-operating characteristic curves showed that the two procedures' ability to distinguish patients with active ovarian carcinoma from those with disease in remission was the same.

The poor prognosis of patients with ovarian carcinoma results in part from the absence of specific early symptoms. This has stimulated the search for a reliable marker of this disease in serum (1). A monoclonal antibody (OC 125) has been developed that reacts with a surface marker, cancer antigen 125 (CA 125), which is expressed on more than 80% of ovarian carcinomas (2, 3).¹ In serum, CA 125 is associated

with a high-molecular-mass glycoprotein. With a radioimmunoassay of CA 125, a positive test result (defined as CA 125 >35 arbitrary units/mL) was found in 82% of patients with ovarian carcinomas, 6% of patients with nonmalignant diseases, and 1% of healthy individuals (4, 5).

In general, changes in the concentrations of CA 125 in serum correlate well with disease activity (6-14). Therefore, a positive CA 125 test result for the patient who has completed initial surgery and a first course of chemotherapy may indicate the persistence of disease, obviating the usual "second-look" laparotomy to assess disease status (15). A negative CA 125 result under such circumstances, however, does not always correlate with lack of disease, particularly disease that is only microscopically detectable (8, 10, 12, 14).

CA 125 in serum has been measured by radioimmunoassay (2, 16). Here we report our evaluation of a new enzyme immunoassay (EIA) procedure recently developed for CA 125.

Materials and Methods

We obtained 198 serum samples from 82 patients with ovarian neoplasms. Of these, 95 were from patients with active disease and 103 from patients with disease in remission. In all cases, disease status, assessed on the date the sample was obtained, was based on histological assessment of biopsies for patients with active disease. For patients with inactive disease, this assessment was based on lack of disease as evaluated by histological evaluation of biopsy, radiographic studies including computerized axial tomography, and (or) clinical assessment.

CA 125 was doubly measured in each sample: by radioimmunoassay (performed by SmithKline Bio-Science Laboratory, St. Louis, MO 63146) and by the EIA method we describe here (Abbott Laboratories, North Chicago, IL

Department of Pathology, Indiana University School of Medicine, Wishard Memorial Hospital, 1001 W. 10th St., Indianapolis, IN 46202.

¹ Nonstandard abbreviations: OC 125, the designation for a murine monoclonal antibody that binds with ovarian carcinoma cell lines and cryopreserved tumor cells from ovarian cancer patients (ref. 2); CA 125, the antigenic determinant defined by OC 125; EIA, enzyme immunoassay; and ROC, receiver-operating characteristic. Received June 29, 1988; accepted September 6, 1988.

60064), a simultaneous solid-phase "sandwich"-type immunoassay (17). In the EIA, beads coated with monoclonal anti-CA 125 are incubated with the specimen and with monoclonal anti-CA 125 conjugated to horseradish peroxidase (EC 1.11.1.7). After incubation, unbound materials are removed by washing and the beads are incubated with *o*-phenylenediamine substrate containing hydrogen peroxide. The intensity of color formed is proportional to the amount of CA 125 in the sample and is measured spectrophotometrically at 492 nm. Results are expressed in arbitrary units.

Studies of correlations between EIA and RIA results included the following:

- Diagnostic sensitivity, specificity, and efficiency of each procedure (18),
- Split-sample comparisons of all results and of the subset of results near the decision threshold (19), and
- Receiver-operating characteristic curves for each test as described by Beck and Schultz (20).

We also assessed the analytical performance of the EIA procedure by evaluating:

- The effect of potential interference from lipemia, bilirubin, and hemolysate, assessed by using interferographs as previously described (21). The maximum concentrations studied were: hemolysate (as hemoglobin), 10 g/L; bilirubin, 0.6 g/L; lipemia (added Intralipid), 10 g/L.
- The reference interval, evaluated from data on serum samples from 22 normal, nonpregnant women volunteers.
- The detection limit, as determined from 20 replicate analyses of the zero standard (supplied by the manufacturer) by calculating their mean + 2 SD (17).

Results and Discussion

The distribution, as assessed by histology, of patients with ovarian neoplasms is shown in Table 1. Of the 82 subjects in this study, 71 (87%) had ovarian carcinomas. Figure 1 shows the distribution of CA 125 results for patients with active disease and patients with inactive disease, as measured by the EIA procedure.

To compare CA 125 results obtained by EIA and RIA, we performed a split-sample correlation study. Correlation and range of results were as follows: range (RIA), <7 to 17 549 units/mL; range (EIA), <5 to 18 800 units/mL; mean (RIA),

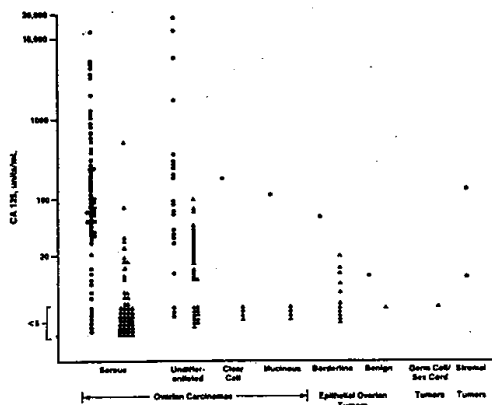


Fig. 1. CA 125 results by EIA for patients with ovarian neoplasms: ●, active disease; and ▲, disease in remission.

Table 1. Histological Assignment of Patients with Ovarian Neoplasms

Histological assignment	Active disease		Remission	
	Patients	Samples	Patients	Samples
Ovarian carcinomas	43 (91)*	91 (96)	28 (80)	90 (87)
Serous	26 (55)	68 (72)	16 (46)	49 (47)
Undifferentiated	15 (32)	21 (22)	7 (20)	33 (32)
Clear cell	1 (2)	1 (1)	3 (9)	4 (4)
Mucinous	1 (2)	1 (1)	2 (6)	4 (4)
Epithelial ovarian tumors	2 (4)	2 (2)	6 (17)	12 (12)
Borderline, serous	1 (2)	1 (1)	4 (11)	5 (5)
Borderline, mucinous	0 (0)	0 (0)	1 (3)	6 (6)
Benign, serous	1 (2)	1 (1)	0 (0)	0 (0)
Benign, mucinous	0 (0)	0 (0)	1 (3)	1 (1)
Germ-cell/sex-cord tumors	0 (0)	0 (0)	1 (3)	1 (1)
Stromal tumors	2 (4)	2 (2)	0 (0)	0 (0)
Total	47(100)	95(100)	35(100)	103(100)

*Number (and percent) of specimens in each group.

455 units/mL; mean (EIA), 461 units/mL; slope (m), 1.03; intercept (b), -7 units/mL; correlation coefficient (r), 0.98; $S_{y,x}$, 349 units/mL.

Although this overall correlation analysis is favorable, we noted that, near the decision thresholds typically used to define a positive CA 125 test, most EIA results were 10 to 20 units/mL less than the corresponding RIA results. Correlation of the 159 samples with CA 125 <100 units/mL gave the following: mean (RIA), 34.6 units/mL; mean (EIA), 19.5 units/mL; m, 0.77; b, -7 units/mL; r, 0.84; $S_{y,x}$, 15.4 units/mL. For all but three of 142 specimens (98%) the EIA value was less than the RIA value. All of these three specimens were from a single patient.

Because of this 15.1 unit/mL difference in means (EIA < RIA), we examined the difference in sensitivity and specificity of these procedures at the decision threshold most commonly used to define a positive test (35 units/mL) for patients with active (Table 2) and inactive (Table 3) disease. At this decision threshold the sensitivity of the EIA procedure (75%) is less than the sensitivity either observed here (83%) or reported in other studies (81-85%) (4, 9, 22) for the RIA procedure. As expected, however, the better sensitivity of the RIA procedure was offset by lower specificity as compared with the EIA method (RIA, 82%; EIA, 90%) procedure. The optimal efficiency for the RIA procedure was 83.4% if we used a decision threshold of 54 units/mL. The optimal efficiency for the EIA procedure, 82.9%, was obtained with a decision threshold of 35 units/mL. At these decision thresholds (Tables 2 and 3) the sensitivities of the procedures are similar (EIA, 75%; RIA, 74%) and the specificities of the procedures are more nearly the same: EIA, 90%; RIA, 93%. Results for the subgroup of patients with ovarian carcinomas were nearly identical.

Because the efficiency of the two methods was almost identical when the optimal decision threshold was used, we prepared ROC curves (Figure 2) to see if either procedure better distinguished active disease from disease in remission. Although the sensitivity and specificity varied, as expected, at particular thresholds, the areas under the two curves were identical, indicating that both tests have equal discriminating power for the presence of active disease vs disease in remission (20).

We also examined the analytical performance of the EIA procedure. We confirmed the manufacturer's claim that

dilution and re-assay are not required if the CA 125 result is <650 units/mL. Only 16 of 198 (8%) of our specimens required dilution and re-assay. The manufacturer states that the detection limit of the EIA procedure is about 5 units/mL; however, we calculated a detection limit of 0.2 units/mL, indicating that the detection limit is better than that stated by the manufacturer.

The reference interval for CA 125 in the healthy population measured with the RIA procedure reportedly is 20–40 units/mL (12, 23), although values >300 units/mL have been observed (24). We used the EIA procedure to measure CA 125 in 22 healthy nonpregnant female volunteers. The range of results we observed in this group (0–6 units/mL) was lower than noted in the reports where an RIA procedure had been used.

We assessed the effect of the potential interfering substances lipemia, bilirubin, and hemoglobin, by use of interferographs. We found no effect on this procedure at the concentrations used in this study.

We found the analytical performance of the EIA test for CA 125 to be excellent, and we believe that it can be used as an alternative to the RIA procedure. No overall difference

Table 2. Frequency of Increased CA 125 Results by EIA and RIA in Patients with Active Ovarian Neoplasms

Histological assignment	No. (and %) of specimens with CA 125*			
	>35 units/mL		>54 units/mL	
	EIA	RIA	EIA	RIA
Ovarian carcinomas	69 (76)	77 (85)	58 (64)	68 (75)
Serous	52 (76)	58 (85)	43 (63)	52 (76)
Undifferentiated	15 (71)	17 (81)	13 (62)	14 (67)
Clear cell	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)
Mucinous	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)
Epithelial ovarian tumors	1 (50)	1 (50)	1 (50)	1 (50)
Borderline, serous	1(100)	1(100)	1(100)	1(100)
Borderline, mucinous	—	—	—	—
Benign serous	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Benign mucinous	—	—	—	—
Germ cell/sex cord tumors	—	—	—	—
Stromal tumors	1 (50)	1 (50)	1 (50)	1 (50)
Total	71 (75)	79 (83)	60 (63)	70 (74)

*Total number of specimens per histological category as in Table 1.

Table 3. Frequency of Elevated EIA and RIA CA 125 Results in Patients with Ovarian Neoplasms in Remission

Histological assignment	No. (and %) of specimens with CA 125*			
	>35 units/mL		>54 units/mL	
	EIA	RIA	EIA	RIA
Ovarian carcinomas	10 (11)	17 (19)	7 (8)	7 (8)
Serous	2 (4)	6 (12)	2 (4)	4 (8)
Undifferentiated	8 (24)	11 (33)	5 (15)	3 (9)
Clear cell	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Mucinous	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Epithelial ovarian tumors	0 (0)	2 (18)	0 (0)	0 (0)
Borderline, serous	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Borderline, mucinous	0 (0)	2 (33)	0 (0)	0 (0)
Benign, serous	—	—	—	—
Benign, mucinous	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Germ cell/sex cord tumors	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Stromal tumors	—	—	—	—
Total	10 (10)	19 (18)	7 (7)	7 (7)

*Total number of specimens per histological category as in Table 1.

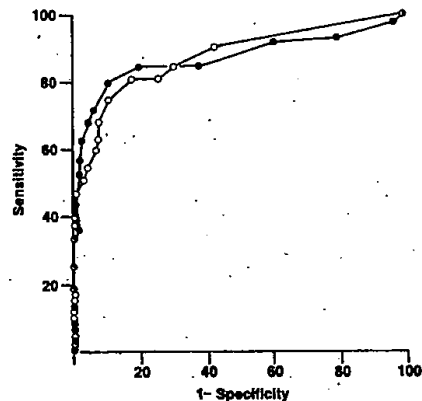


Fig. 2. Receiver-operating characteristic curves for CA 125 measured by RIA (●) and EIA (○)

between the EIA or RIA procedures for CA 125 was noted when these were used to discriminate patients with active disease from those with disease in remission.

The bias of 15 units/mL (EIA < RIA) produced important differences in the sensitivity and specificity of each test at particular decision thresholds. These differences affect the definition of a positive CA 125 test result in deciding which patients would benefit from second-look laparotomy. In such cases a different decision threshold should be used if the EIA procedure is substituted for the RIA method.

Abbott Laboratories provided kits and financial support for this study.

References

- Einhorn N, Bast Jr RC, Knapp RC, Tjernberg B, Zurawski Jr VR. Preoperative evaluation of serum CA 125 levels in patients with primary epithelial ovarian cancer. *Obstet Gynecol* 1986;67:414–6.
- Bast Jr RC, Feeny M, Lazarus H, et al. Reactivity of a monoclonal antibody with human ovarian carcinoma. *J Clin Invest* 1986;68:1331–7.
- Kabawat SE, Bast Jr RC, Welch WR, et al. Immunopathologic characterization of a monoclonal antibody that recognizes common surface antigens of human ovarian tumors of serous, endometrioid and clear cell types. *Am J Clin Pathol* 1983;79:98–104.
- Bast Jr RC, Klug TL, St. John E, et al. A radioimmunoassay using a monoclonal antibody to monitor the course of epithelial ovarian cancer. *N Engl J Med* 1983;309:883–7.
- Niloff JM, Knapp RC, Schatzl E, et al. CA 125 antigen levels in obstetric and gynecologic patients. *Obstet Gynecol* 1984;64:703–7.
- Dodd J, Tyler JPP, Crandon AJ, et al. The value of the monoclonal antibody (cancer antigen-125) in serial monitoring of ovarian cancer: a comparison with circulating immune complexes. *Br J Obstet Gynaecol* 1985;92:1054–60.
- Sekine H, Hayes DF, Ohno T, et al. Circulating DFB and CA 125 antigen levels in serum from patients with epithelial ovarian carcinoma. *J Clin Oncol* 1985;3:1355–63.
- Fish RG, Shelley MD, Maughan T, Rocker J, Adams M. The clinical value of serum CA 125 levels in ovarian cancer patients receiving platinum therapy. *Eur J Cancer Clin Oncol* 1987;23:831–6.
- Meier W, Stieber P, Fateh-Moghadam A, Eiermann W, Hepp H. CA-125 in gynecological malignancies. *Eur J Cancer Clin Oncol* 1986;23:713–7.
- Krebs HB, Gøpelerud DR, Kilpatrick SJ, Myers MB, Hunt A.

Role of CA 125 as a tumor marker in ovarian carcinoma. *Obstet Gynecol* 1986;67:473-7.

11. Brioschi PA, Bischof P, Rapin C, De Roten M, Irion O, Krauer F. Longitudinal study of CEA and CA 125 in ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 1985;21:1-6.

12. Altaras MM, Goldberg GL, Levin W, Darge L, Bloch B, Smith JA. The value of cancer antigen 125 as a tumor marker in malignant germ cell tumors of the ovary. *Gynecol Oncol* 1986;25:150-9.

13. Peters III WA, Bagley CM, Smith MR. CA-125 use as a tumor marker with mixed mesodermal tumors of the female genital tract. *Cancer* 1986;58:2625-7.

14. Atack DB, Nisiker JA, Allen HH, Tustanoff EF, Levin L. CA 125 surveillance and second-look laparotomy in ovarian carcinoma. *Am J Obstet Gynecol* 1986;154:287-9.

15. Niloff JM, Bat Jr RC, Schaezel EM, Knapp RC. Predictive value of CA 125 antigen levels in second-look procedures for ovarian cancer. *Am J Obstet Gynecol* 1985;151:981-6.

16. Shelley MD, Fish RG. Evaluation of an immunoradiometric assay for the detection of an ovarian tumor marker, CA 125, in serum. *Ann Clin Biochem* 1986;23:292-6.

17. Package insert, Abbott CA 125-EIA Monoclonal. North Chicago, IL 60064: Abbott Laboratories, Diagnostics Division, 1987.

18. Galen RS, Gambino SR. *Beyond normality*. New York: John Wiley and Sons, 1975:13, 33.

19. Westgard JO, Hunt MR. Use and interpretation of common statistical tests. In: *method-comparison studies*. Clin Chem 1973;19:49-57.

20. Beck JR, Shultz EK. The use of relative operating characteristic (ROC) curves in test performance evaluation. *Arch Pathol Lab Med* 1986;110:13-20.

21. Glick MR, Ryder KW, Jackson SA. Graphical comparisons of interferences in clinical chemistry instrumentation. *Clin Chem* 1986;32:470-5.

22. Dhokia B, Canney PA, Pectasides D, et al. A new immunoassay using monoclonal antibodies HMFG1 and HMFG2 together with an existing marker CA125 for the serological detection and management of epithelial ovarian cancer. *Br J Cancer* 1986;54:891-5.

23. Patton PE, Field CS, Harms RW, Coulam CB. CA-125 levels in endometriosis. *Fertil Steril* 1986;45:770-3.

24. Mastropaolo W, Fernandez Z, Miller EL. Pronounced increases in the concentration of an ovarian tumor marker CA-125, in serum of a healthy subject during menstruation. *Clin Chem* 1986;32:2110-1.

CLIN. CHEM. 34/12, 2516-2518 (1988)

Influence of Strenuous Exercise on Albumin Excretion

Bernhard K. Krämer,¹ Mirna Kottz,¹ Klaudia M. Reas,¹ Martin Pfohl,² Gerhard A. Müller,¹ Reinhold-Michael Schmölting,² and Teut Pösterl¹

Renal albumin excretion rate was 7.3 mg/24 h (SEM 0.5, range 0.6-21.0) in 66 healthy subjects. This rate increased markedly during and shortly after strenuous exercise on a bicycle ergometer (before: $5.5 \pm 0.6 \mu\text{g}/\text{min}$; during and just after: $16.9 \pm 2.2 \mu\text{g}/\text{min}$; $P < 0.001$; $n = 30$). However, albumin excretion/24 h was not significantly higher during 24 h with a period of strenuous exercise than during 24 h without such exercise ($10.3 \pm 0.9 \text{ mg}/24 \text{ h}$ vs $8.5 \pm 0.7 \text{ mg}/24 \text{ h}$).

Additional Keyphrases: albuminuria · diabetes · diabetic nephropathy

End-stage renal disease develops in about 40% of insulin-dependent diabetics (1, 2), overt proteinuria ($>500 \text{ mg}$ of protein or $>300 \text{ mg}$ of albumin excreted in 24 h) being the hallmark of diabetic nephropathy and a serious prognostic marker (1-3). Pauci("micro")albuminuria is a strong predictor of future overt nephropathy (4, 5) in diabetic patients. Early paucialbuminuria can be stopped or even reversed by means of better control of blood glucose or of blood pressure (3, 6, 7), thus probably slowing or even preventing development of overt diabetic nephropathy. Exact estimation of a slight albuminuria is also of interest for the control of patients with hypertension (8). Our aim in this study was to examine whether 24-h albumin excretion is altered misleadingly by a rather brief period of strenuous exercise during the urine-collection period.

Materials and Methods

Urinary albumin was measured by enzyme-linked immunosorbent assay as described previously (9). Urine samples were collected in 2-L casein-coated polyethylene containers (9). Albumin excretion was measured in 24-h collections of urine from 66 apparently healthy subjects (eight men and 10 women, ages 20-29 y; 10 men and 10 women, ages 30-39 y; eight men and 10 women, ages 40-49 y; and five men and five women, ages 50-55 y). In 30 of those subjects (five of each sex in the age ranges 20-29, 30-39, and 40-50 y) the 24-h collections were made as two 12-h collections (one from 0700 to 1900 hours, the second overnight from 1900 to 0700 hours) to contrast night-time with daytime excretion. With the same 30 subjects, we estimated albumin excretion rate before (period I), during and shortly after (period II), and after (period III) strenuous exercise. Period I lasted from 0700 to the start of the exercise, period II from the start of the exercise until 1 h after the end of the exercise, and period III from 1 h after the exercise until 0700 hours on the next day.

Results from periods I, II, and III were pooled to provide a 24-h period including exercise, which could then be compared with a 24-h period without exercise in the same subject. The two 24-h urine collections were done within one week, but not on consecutive days. The subjects performed strenuous exercise on a bicycle ergometer (Keiper Dynavit; Meditronic 40/2, 6750 Kaiserslautern, F.R.G.), according to the following protocol: Start with a workload of 30 W (J/s , or $\text{kg} \cdot \text{m}^2 \cdot \text{s}^{-3}$) for 3 min and increase to 70 W for 3 min, then further increase the workload by 40 W every 3 min until physical exhaustion. Blood pressure was measured with a sphygmomanometer. A statistical evaluation was by means of paired *t*-test; data are reported as mean \pm SEM.

Departments of ¹ Internal Medicine III and ² Internal Medicine IV, University of Tübingen, Otfried-Müller-Str. 10, D-7400 Tübingen, F.R.G.

Received July 11, 1988; accepted September 9, 1988.

2516 CLINICAL CHEMISTRY, Vol. 34, No. 12, 1988

94-103 年編號 12077B「CA-125 腫瘤標記(EIA/LIA 法)」及 27053C「CA-125 腫瘤標記」之申報情形

年度	醫學中心		區域醫院		地區醫院		基層診所		合計	
	12077B	27053B/C	12077B	27053B/C	12077B	27053B/C	12077B	27053B/C	12077B	27053B/C
94 年	35,138	53,435	46,479	12,360	17,027	1,324	4,048	72	102,692	67,191
95 年	42,057	51,309	52,197	13,035	19,125	1,185	4,280	51	117,659	65,580
96 年	51,169	56,088	63,790	12,516	22,515	612	4,826	89	142,300	69,305
97 年	54,092	58,191	75,559	11,754	24,026	329	5,074	91	158,751	70,365
98 年	62,728	57,994	83,195	11,832	26,526	446	6,013	105	178,462	70,377
99 年	76,216	55,491	82,706	14,079	30,640	640	7,089	106	196,651	70,316
100 年	80,367	53,164	88,715	11,303	26,905	429	7,790	31	203,777	64,927
101 年	88,799	52,277	91,031	11,188	29,376	161	7,949	1,410	217,155	65,036
102 年	107,866	42,117	94,901	12,885	34,780	271	7,638	1,638	245,398	56,911
103 年	109,973	41,636	96,604	13,045	34,874	274	8,705	1,408	250,156	56,363

註：

1. 資料來自本署倉儲系統。
2. 編號 27053C「CA-125 腫瘤標記」乙項，於 93 年-100 年係適用地區醫院以上層級，27053B。
3. 基層院所需申請跨表始得執行編號 12077B。

正本

檔 號：
保存年限：

社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會 函

會址：臺中市西區 403 忠明南路 303 號 6 樓之 1
電話：(04)2301-6663 傳真：(04)2301-6311
http://www.mt.org.tw
E-mail：tamt2000@gmail.com
聯絡人：謝佳儒

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 104 年 02 月 02 日
發文字號：(104)醫檢全聯字第 104035 號
速 別：速件
密等及解密條件或保密期限：
附 件：如說明段二

主旨：覆 貴署本會對於刪除全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱支付標準)編號 27053C「CA-125 腫瘤標記」，及編號 12077B「CA-125 腫瘤標記(ELA LIA 法)開放至 C 表乙案之回覆意見，詳如說明段(二、三)供參，請查照。

說明：

- 一、 依據 貴署 104 年 1 月 27 日健保醫字第 1040032596 號函辦理。
- 二、 檢附 CA-125 方法學差異性評估報告及文獻。
- 三、 「CA-125 腫瘤標記」保留 27053C，將 12077B 變更為 12077C，是可行及合宜的。

正本收文者：衛生福利部中央健康保險署
副本收文者：本會醫療政策暨醫事法規常設委員會

理事長 吳俊忠

複閱 科員涂奇君

總收文 104 年 2 月 4 日收到
健保醫 中央健康保險署
署 1040052456

CA-125 方法學差異性評估報告

編號 12077B，CA-125 腫瘤標記使用酵素免疫分析法(EIA)或冷光免疫分析法(LIA)。

編號 27053C，CA-125 腫瘤標記使用放射性免疫分析法(RIA)。

編號	12077B 酵素/冷光免疫分析	27053C 放射性免疫分析
標示物質	酵素/冷光	放射性碘 125
偵測極限	< 2.0 U/mL	< 1.0 U/mL
量測區間	2-600 U/mL	1-500 U/mL
參考區間	< 35 U/mL	< 35 U/mL
精密度，CV%	4.3-8.8%	6.1-9.8%
準確度，Bias%	沒有參考標準物質	沒有參考標準物質
相關性	健康族群比較低	異常族群比較低
診斷準確性，ROC	相等	相等
結論	特性功能相同	特性功能相同
市場佔有率	90%	10%

Analytical and Clinical Performance of Improved Abbott IMx CA 125 Assay: Comparison with Abbott CA 125 RIA

Chris M.G. Thomas,^{1,2,5} Leon F.A.G. Massuger,¹ Martin F.G. Segers,² Charles P.T. Schijf,¹ Wim H. Doesburg,³ and Theo Wobbes⁴

We compared the improved Abbott IMx cancer antigen (CA) 125 assay (cat. no. 7A89) with the Abbott CA 125 RIA. Serum specimens were from healthy perimenopausal women ($n = 124$) and from patients with benign gynecologic and nongynecologic diseases ($n = 124$), ovarian carcinoma ($n = 104$), or other malignancies ($n = 193$). The IMx assay detected as little as 0.193 kAU/L CA 125 (AU = arbitrary Abbott unit), demonstrated up to 29% overestimation upon serum dilution, low within-assay (2.7–5.6%) and between-assay (4.8–8.2%) CVs, and no high-dose hook effect $\leq 46\,000$ kAU/L nor influence from human anti-mouse antibodies in serum of women injected with OC 125 F(ab')₂. Values by IMx were 20% lower than by RIA for healthy perimenopausal women ($n = 100$; IMx = 0.80 RIA – 2.5 kAU/L), and at least 50% higher for those with benign or malignant ovarian disorders at concentrations < 100 kAU/L. Receiver-operating characteristic (ROC) curve analysis of ovarian neoplasia vs perimenopausal controls indicated a gain of specificity and sensitivity with the improved IMx assay over the RIA, but ROC performance was the same with either assay if patients with benign ovarian disorders were used as controls.

Indexing Terms: ovarian cancer/tumor markers/intermethod comparison/heterophile antibodies

A variety of monoclonal antibodies has been generated against antigens associated with a broad range of malignancies (1). The anti-cancer antigen (CA) 125 monoclonal antibody (OC 125) has been used to develop a serodiagnostic immunometric sandwich-type assay (IRMA) for ovarian carcinoma (2, 3).⁶ The specificity and the sensitivity of the CA 125 assay have been sufficient to support its evaluation in several clinical applications for use with ovarian cancer patients, including detection of disease prior to second-look surgery (4, 5), monitoring response to therapy (6), differential diagnosis (7), and even early detection of ovarian carcinoma (8). Thus, increased concentrations of CA 125 in serum are thought to indicate the presence of disease. Many of these measurements,

including most of the clinical studies mentioned above, have been performed with the first commercially available one-step IRMA (3) developed by Centocor (Malvern, PA) in which ¹²⁵I-labeled antibody to CA 125 is used as a tracer. Subsequently, three other assay test kits involving ¹²⁵I-labeled OC 125 and five other immunoassay procedures involving enzyme-labeled OC 125 have been developed.

We have previously reported the analytical performance and comparability of five of the available CA 125 assay kits (9). Emphasis was given to method comparison analysis with orthogonal regression and to comparison of concordance and discordance of assay results of each kit on the basis of cutoff concentrations of 35 and 65 kAU/L (the arbitrary unit is related to an Abbott-maintained reference preparation; no internationally recognized standard is available at this time). The present study details the performance characteristics and clinical usefulness of the fully automated and improved IMx CA 125 procedure (Abbott Laboratories, North Chicago, IL). We have correlated CA 125 values obtained with the recalibrated and reformulated IMx assay and those obtained with the Abbott CA 125 RIA. Furthermore, this report attempts to discern (a) whether the recalibration provides good agreement of cutoff (35 and 65 kAU/L) with the Abbott RIA; (b) whether improved assay sensitivity and precision provides better distinction between patients with and without ovarian cancer; and (c) whether the combined application of polyclonal sheep anti-CA 125 antibody on microparticles and the OC 125 monoclonal antibody conjugated to alkaline phosphatase in the improved IMx assay further protects against falsely increased test results due to heterophile (human anti-mouse) antibodies (HAMA) in the serum specimens.

Materials and Methods

Description of immunoassays. The IMx CA 125 assay (cat. no. 7A89) is based on the microparticle enzyme immunoassay (MEIA) technology developed for the Abbott IMx automated immunoassay system. Currently, the IMx CA 125 assay is not available for sale in the US. The probe/electrode assembly delivers 150 μ L of serum sample, specimen diluent (buffered sheep serum with protein stabilizers), and anti-CA 125 (sheep, polyclonal) antibody-coated microparticles in buffer to the incubation well of the reaction cell. After formation of antibody-antigen complex during incubation, an aliquot is transferred to the glass fiber matrix to which the microparticles are irreversibly bound, and the matrix is washed to remove unbound materials.

Departments of ¹Obstetrics and Gynaecology, ²Laboratory of Endocrinology and Reproduction, ³Medical Statistics, and ⁴Surgery, University Hospital Nijmegen "Sint-Radboud," P.O. Box 9101, 6500 HB Nijmegen, The Netherlands.

⁵ Author for correspondence. Fax Int +31 80 54 11 94.

⁶ Nonstandard abbreviations: CA 125, cancer antigen 125; HAMA, human anti-mouse antibodies; MEIA, microparticle enzyme immunoassay; ROC, receiver-operating characteristic; FIGO, International Federation of Gynaecology & Obstetrics; and AUC, area under the curve.

Received May 27, 1994; accepted November 4, 1994.

The OC 125 (mouse, monoclonal)-alkaline phosphatase conjugate in buffer (>0.1 mg/L) is dispensed onto the matrix to bind to the antibody-antigen complex. After another wash, 4-methylumbelliferyl phosphate substrate (1.2 mmol/L in buffer) is added to the matrix and the fluorescent product is measured by the MEIA optical assembly. Total procedure time is 42 min. Specimens with a CA 125 assay value >600 kAU/L are automatically flagged with the code ">600." In this case, a manual dilution procedure of the specimen can be performed with the IMx CA 125 specimen diluent before pipetting the sample into the sample well. Six IMx CA 125 calibrators (0, 15, 50, 125, 375, and 600 kAU/L) are processed, and the point-to-point curve calculated by the built-in algorithm is stored. A Mode 1 calibrator of 50 kAU/L for system calibration verification and curve adjustment within the manufacturer's specified preset limits is run with each series of 24 tests.

The IMx CA 125 assay has recently been improved by recalibration and reformulation. To more closely match the Centocor RIA and RIA II assays and allow for full market entry, Abbott has adjusted the CA 125 assay standards (~35%), increased the protein concentrations of accessory and specimen diluents, and improved the manufacturing process of the microparticles.

The Abbott CA 125 RIA Monoclonal is a double-determinant one-step sandwich-type IRMA identical to the Centocor CA 125 RIA procedure serving as the comparison method. This kit includes the monoclonal OC 125 antibody both as capture and tracer in a simultaneous sandwich format (3). According to the manufacturer's instructions, 100- μ L aliquots of five CA 125 calibrators (range 7-500 kAU/L) or 100 μ L of serum specimen are pipetted into tubes and incubated for 20 h at room temperature, together with OC 125-coated beads and 125 I-labeled OC 125. After the beads are washed to remove unbound materials, the radioactivity bound to the coated carriers, which is proportional to the concentration of CA 125 in the serum specimen, is counted in a gamma counter. Results of this assay were calculated with the 1224 MultiCalc Program (Wallac Oy, Turku, Finland). The minimum detectable concentration of this test is ~7.0 kAU/L.

Analytical evaluation. The performance of the IMx CA 125 MEIA was assessed by evaluating (a) the detection limit of the assay (defined as the lowest concentration of CA 125 that is >2 SD above the mean signal for 20 replicate determinations of the zero calibrator); (b) within-assay precision (three serum specimens with CA 125 concentrations 17-240 kAU/L in 20 replicates assayed three times) and between-assay precision (the same serum specimens run in duplicate in 73-79 consecutive assays run over >90 days), as well as construction of a precision profile (covering the entire dynamic range of both assay procedures and derived from the duplicate measurements of unknowns processed during the present study); and (c) accuracy testing, comprising checks of linearity and influence of

supplied specimen diluent buffer (determined with three serially diluted serum specimens with high CA 125 concentrations); tests of the occurrence of a high-dose hook effect (defined as an analytical response below that of the highest calibrator of 600 kAU/L, in two undiluted specimens with a very high concentration of CA 125); and assessment of CA 125 measurements made with IMx and RIA in serum specimens from three ovarian cancer patients for possible interference from HAMA before and after OC125 F(ab')₂ injection (10).

Study material. The clinical evaluation material comprised serum samples from healthy perimenopausal women all with echoscopically normal ovaries (n = 124, median age 48 years, range 40-63) serving as controls, and serum specimens collected from pretreatment patients with benign gynecologic (n = 91, median age 41 years, range 14-77) and nongynecologic diseases (n = 33, median age 57 years, range 28-92); patients with ovarian carcinoma (n = 104, median age 54 years, range 17-81); and during follow-up of 8 patients with recurrent disease (n = 71), or other gynecologic (n = 81, median age 60 years, range 25-85) and nongynecologic (gastrointestinal) malignancies (n = 112, median age 65 years, range 32-86). The patients with ovarian neoplasms were staged according to recommendations of the International Federation of Gynaecology & Obstetrics (FIGO) (11) and those with gastrointestinal malignancies according to criteria of the International Union Against Cancer (12). All the serum samples were collected by venipuncture and kept frozen at -35°C until assay. The procedures followed were in accordance with the Helsinki Declaration of 1975, as revised in 1983.

Statistics. From the CA 125 results for both tests we calculated frequency distributions of the healthy controls. For all the groups of clinical serum specimens examined we indicated the median, minimum, and maximum serum concentrations and calculated the percentages of CA 125 values that exceeded cutoff values of 35 and 65 kAU/L. The results obtained from healthy controls and those with benign ovarian disease and ovarian cancer were compared by linear regression analysis (13). To extend the comparison of methods, we also calculated the linear regressions of the two assays in eight follow-up cases of ovarian cancer patients. Diagnostic test performance was further evaluated by documenting the diagnostic accuracy of each test with receiver-operating characteristic (ROC) curves and calculation of the areas under these curves (AUC) (14).

Results

Analytical Evaluation

Sensitivity. The minimum detectable concentration of the IMx CA 125 assay was 0.193 kAU/L (mean +2 SD), on the basis of 20 replicate measurements of the zero calibrator (mean 0.049, SD 0.072 kAU/L).

Linearity. The recoveries of three human serum specimens (mean concentrations 413, 451, and 399

Table 1. Dilution linearity of the Abbott IMx CA 125 assay.

CA 125, kAU/L	Serum sample		
	1	2	3
CA 125, kAU/L	413	451	399
Recovery, %*			
No dilution	100	100	100
Twofold dild.	106	105	109
Fourfold dild.	115	110	119
Eightfold dild.	117	120	127
16-fold dild.	123	129	121

* Recovery = (CA 125 measured/expected) × 100.

kAU/L) serially diluted 2-, 4-, 8-, and 16-fold increased progressively, ranging between 105% and 129% of the undiluted concentrations (Table 1). Unlike the CA 125 RIA, the IMx CA 125 assay did not show a high-dose hook effect up to 46 000 kAU/L, as demonstrated by two specimens.

Precision. Within-assay precision of the IMx assay was tested with three human serum specimens at CA 125 concentrations of ~19, 40, and 230 kAU/L. Replicates of 20 in each of three different assay runs revealed mean CVs ranging from 3.2% to 4.8%. To calculate the between-assay precision, we also assayed these serum specimens in 79 consecutive runs over >90 days. The resulting mean CVs ranged from 5.8% to 8.2%.

Figure 1 depicts the precision profiles of the IMx procedure and the RIA test. The first four ranges of CA 125 concentrations ≤35 kAU/L (0–3.5, 3.5–7.0, 7.0–15, and 15–35 kAU/L) showed CVs that decreased from 16% to 4.6% with the IMx, and, because of the detection limit of the RIA (>7.0 kAU/L), from 49% to 23% between 7.0 and 35 kAU/L if measured by RIA. The reproducibility of the IMx procedure for the remaining part of the dynamic range of the test (35–600 kAU/L) was always much lower (range 2.3–3.6%) than that obtained with the RIA procedure (range 6.1–9.8%).

Method comparison of immunoassay procedures. Fig. 2 shows the linear relations between the results obtained with the CA 125 IMx and RIA over the studied range of CA 125 concentrations (>7.0–23 000 kAU/L). Almost identical slopes were calculated for the

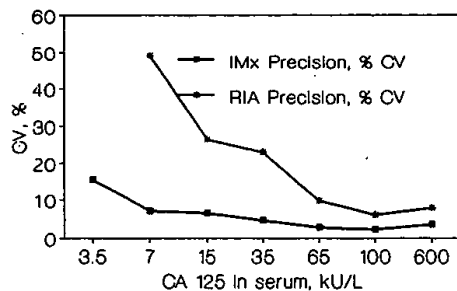


Fig. 1. CA 125 precision profiles of improved IMx and RIA.

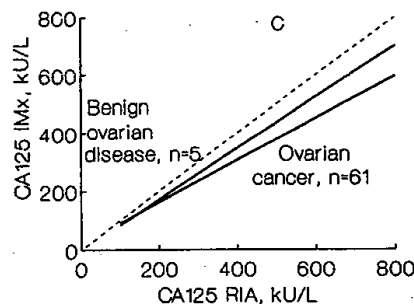
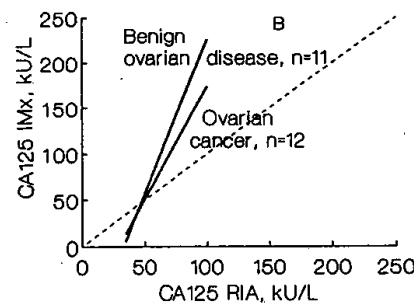
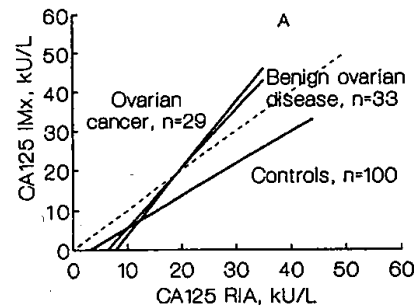


Fig. 2. Correlation plots of CA 125 measurements by Abbott IMx and RIA in serum of healthy women and patients with benign or malignant ovarian diseases for concentration ranges (A) >7.0–44 kAU/L (controls, $y = 0.80x - 2.5$; benign ovarian disease, $y = 1.50x - 9.5$; ovarian cancer, $y = 1.67x - 13$); (B) >35–100 kAU/L (benign ovarian disease, $y = 3.37x - 112$; ovarian cancer, $y = 2.45x - 72$); or (C) >100–23 000 kAU/L (benign ovarian disease, $y = 0.88x - 3.9$; ovarian cancer, $y = 0.72x + 19$).

entire group of healthy controls (0.80, Fig. 2A) and the patients with ovarian cancer (0.72, Fig. 2C) or benign ovarian diseases having CA 125 concentrations >100 kAU/L (0.88, Fig. 2C). Increased regression slopes were observed for the subsets with CA 125 values up to 100 kAU/L (Fig. 2A, 2B) for samples from women with ovarian cancer (1.67 and 2.45) or benign ovarian diseases (1.50 and 3.37).

Interference of HAMA. Prior to intravenous injection of radiolabeled OC 125 F(ab')₂ fragments into three subjects, no relevant differences were observed between CA 125 measurements with the two assays

Table 2. Comparison of CA 125 concentrations (kAU/L) determined by IMx and RIA in serum of three patients treated with OC 125 F(ab')₂.

Patient	Preinjection			Week	Postinjection		
	HAMA*	RIA	IMx		HAMA	RIA	IMx
1	<28	300	200	2	1100	750	350
				3	1700	>5000	16
2	<28	7.8	4.8	3	25000	68000	71
				6	27000	44000	46
3	<28	43	40	4	1500	2300	160
				6	5600	5000	150

* HAMA were quantified with a homologous double-determinant OC 125 F(ab')₂ assay expressing HAMA concentrations (kAU/L) in terms of CA 125 calibrator material.

(Table 2). Between 2 and 6 weeks postinjection, HAMA serum concentrations increased dramatically to 1100–27 000 kAU/L concomitantly with substantial increases of CA 125 concentrations with either assay procedure. RIA values were always substantially higher than IMx values.

Clinical Evaluation

Healthy controls. The CA 125 concentrations obtained with the IMx in the serum specimens from 124 perimenopausal women with echoscopically normal ovaries were invariably ≤ 35 kAU/L. With the CA 125 RIA procedure, only two sera exceeded this concentration (43 and 44 kAU/L, Table 3). Of all sera, 24 had CA 125 RIA values ≤ 7.0 kAU/L and were thus excluded from the method comparison depicted in Fig. 2. Of the 124 sera, 63 (51%) yielded CA 125 IMx concentrations below the detection limit of the RIA (≤ 7.0 kAU/L), and 16 of these sera had values ≤ 3.5 kAU/L (data not shown). The CA 125 values of 95% of all controls were ≤ 30 kAU/L by RIA, compared with 23 kAU/L by IMx.

Benign ovarian and other benign disease. The maximum CA 125 serum concentration observed in this group was 760 kAU/L as determined by IMx, and 810 kAU/L by RIA. The positivity rate of CA 125 (proportion of CA 125 values > 35 kAU/L) yielded by the IMx procedure was 30%, and 27% in the case of RIA measurements. The sera from other benign diseases did not show differences between positivity rates with both assays (Table 3).

Ovarian carcinoma. In patients with malignant epithelial tumors of the ovary we used the CA 125 IMx to assay sera collected before primary treatment (Table 3) or during clinical follow-up (Table 4). Differences between the distributions of CA 125 IMx or RIA values of all FIGO stages were tested with two-sided Student's *t*-tests of the logarithmic CA 125 values and were in all cases highly significant ($P < 0.001$).

Follow-up studies of CA 125 serum concentrations as determined with the two assays demonstrated almost identical linear regression slopes for individual patients, with ranges from 0.612 to 0.952 (Table 4). The mean value of the slopes (0.736) did not differ from the slope calculated from the determinations performed on

Table 3. Comparison of IMx CA 125 assay and CA 125 RIA for controls and patients.

Subjects (and no.)	Assay	CA 125, kAU/L			
		Median	Range	>35, %	>65, %
Controls* (124)	RIA	11	<7.0–44	2	0
	IMx	7.0	0.8–35	0	0
Benign diseases					
Ovary (60)	RIA	21	<7.0–810	27	12
	IMx	20	4.3–760	30	18
Other gynecol. (31)	RIA	10	<7.0–30	0	0
	IMx	8.1	2.6–31	0	0
Nongynecol. (GI; 33)	RIA	8.8	<7.0–290	18	12
	IMx	11	1.0–210	18	9
Malignancies					
Ovary					
FIGO stage I (38)	RIA	27	<7.0–390	26	24
	IMx	33	5.2–320	42	21
FIGO stage II (7)	RIA	140	17–4300	86	71
	IMx	170	25–3400	86	71
FIGO stage III (40)	RIA	1800	8.9–23 000	95	88
	IMx	1200	7.2–14 000	98	88
FIGO stage IV (19)	RIA	2600	120–10 000	100	100
	IMx	1700	100–7700	100	100
All FIGO stages (104)	RIA	250	<7.0–23 000	70	65
	IMx	260	5.2–14 000	80	67
Other gynecol. (81)	RIA	15	<7.0–2000	20	10
	IMx	12	0.6–1300	20	10
Nongynecol. (GI; 112)	RIA	15	10–490	22	15
	IMx	12	2.7–400	21	13

* Perimenopausal women with echoscopically checked normal ovaries. GI, gastrointestinal.

the 61 serum specimens with CA 125 values > 100 kAU/L and collected from pretreatment patients with ovarian carcinoma (Fig. 2C).

Other malignant diseases. No remarkable differences were observed between the respective positivity rates obtained for blood samples collected from the pretreatment patients with other gynecologic and nongynecologic malignancies (Table 3).

Table 4. Follow-up of eight ovarian cancer patients with the Abbott IMx CA 125 assay.

No. of specimens*	Serum CA 125, kAU/L, range	Linear regression analysis			
		Slope	Intercept	S _{y/x}	r
6	14–89	0.703	-1.32	1	0.999
10	92–2800	0.744	-5.69	58	0.998
8	8–3800	0.704	+12.6	170	0.986
10	10–240	0.612	-0.21	11	0.984
11	7–530	0.952	+1.69	7	0.998
8	15–4400	0.690	+21.0	40	0.999
5	90–1900	0.671	+33.0	41	0.998
13	8–1800	0.808	+1.49	5	0.999
Mean		0.736	+9.24		0.995

* Per patient, total number of samples above minimum detectable concentration with Abbott CA 125 RIA (i.e., > 7.0 kAU/L).

^b $y = \text{IMx}$, $x = \text{RIA}$.

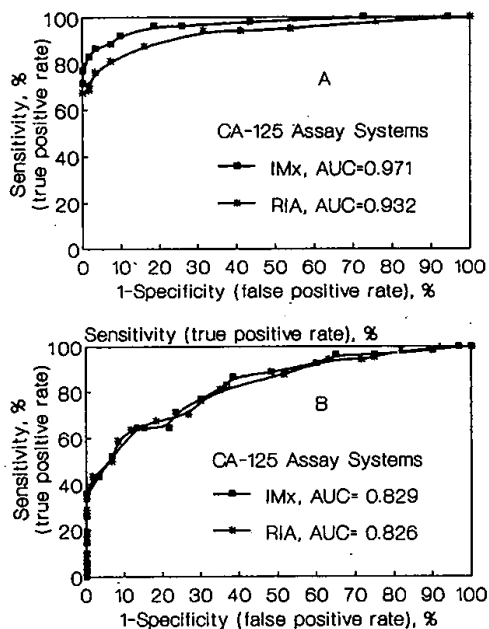


Fig. 3. ROC curves of CA 125 IMx and RIA for cases of ovarian cancer (n = 104) vs (A) perimenopausal women (n = 124) and vs (B) those with benign ovarian disease (n = 60).

ROC analysis. Fig. 3 represents the ROC curves and the corresponding AUCs for the two CA 125 immunoassay procedures. The AUCs of both IMx and RIA procedure are >0.90 if specificity is based on the group of healthy control women (Fig. 3A), but are much lower ($AUC_{IMx} = 0.829$; $AUC_{RIA} = 0.826$) if we use the group of women with benign ovarian disorders for reference (Fig. 3B).

Discussion

The newly available Abbott IMx CA 125 assay procedure has been improved by restandardization of the calibrators. This has provided better agreement of values with other test methods such as Abbott and Centocor CA 125 RIA (15, 16). Comparison of the two assay procedures (Fig. 2) demonstrated a systematic overestimation of at least 20% by the RIA. The linear regression slope for CA 125 RIA values >7.0 kAU/L was 0.80 in the serum specimens from healthy perimenopausal women (n = 100) and 0.72 for the ovarian cancer patients with CA 125 values >100 kAU/L (n = 61) as well as those during follow-up of their recurrent diseases. The latter slope becomes substantially steeper, i.e., 1.67 and 2.45, if only CA 125 values ≤ 100 kAU/L are considered. This is in line with the calculated slopes of 1.50 and 3.37 for the patients with benign ovarian diseases whose CA 125 serum values were 7.0–35 and >35 –100 kAU/L, respectively. Thus, we observe discrepancies between the slopes for CA 125 IMx

vs RIA if either healthy women (slope <1.0) or those with ovarian disorders (with slopes >1.0 for both benign and malignant diseases) are evaluated. This means that CA 125 IMx values are higher than RIA in cases of ovarian disorders, whereas IMx values are lower than those measured by RIA in perimenopausal controls who have normal or diminished ovarian activity. The diversities in CA 125 measurements obtained with IMx and RIA confirm the observations on the calculated AUCs of the constructed ROC curves, which are similar for the respective ROC curves of benign vs malignant ovarian disease (Fig. 3B) and different ($AUC_{IMx} > AUC_{RIA}$) for ROC curves of healthy perimenopausal controls vs patients with ovarian cancer (Fig. 3A).

The clinical evaluation of the IMx CA 125 assay demonstrated better specificity and sensitivity than the CA 125 RIA. At the internationally accepted CA 125 cutoff value of 35 kAU/L, FIGO stage I ovarian cancers were positive in 42% of cases with CA 125 IMx, but only 26% were positive by RIA—a gain of 16% in favor of the IMx assay. The positivity rates of both assays were similar (86%) for FIGO stage II ovarian cancers. The 99% CA 125 cutoff concentrations, i.e., the CA 125 value of the 122nd ranked sample, for the 124 healthy perimenopausal women tested were 29 kAU/L with the IMx and 32 kAU/L by RIA. Above these cutoffs, ovarian cancers (FIGO stage I) were positive in 58% of cases with the IMx assay, and 39% with the RIA. Compared with positivities measured at 35 kAU/L, the respective gains in positivity at these lower cutoff values were 16% in case of IMx and 13% with RIA. The lower serum cutoff figures of our control group than those of apparently healthy blood donors reported by others (3, 17) may result from the strict selection criteria of the reference group used in the present study. All the perimenopausal women in our reference group had passed a careful ultrasound examination of their ovaries. The ROC curves for this control group indeed appear to have greater specificity and sensitivity than other potential control groups, as reflected by higher AUCs. Recently suggested guidelines for interpretation of AUC of ROC curves are: 0.5–0.7, low accuracy; 0.7–0.9, accuracies useful for some purposes; and >0.9 , high accuracy (18, 19). Thus, as a quantitative measure of accuracy, the AUC of the IMx CA 125 assay of 0.971 means the IMx may be more useful than the RIA ($AUC = 0.932$) for further studies on screening of populations at risk for early ovarian cancer as recently reviewed by Bast (20) and others (21, 22). However, evaluations of the available screening studies on ovarian cancer have suggested that, if CA 125 is the only criterion, screening of a general (asymptomatic) population for occult ovarian cancer on a single occasion cannot be recommended, given considerations of costs and false-positive rates (20–22) because many factors other than cancer can lead to modest increases of CA 125 [e.g., the first trimester of pregnancy, benign gynecologic and pelvic inflammatory diseases, and some other disorders (20)]. Moreover, in the same group of asymptomatic women, CA

125 alone cannot discriminate between benign and malignant conditions of the ovary, although another study suggests that urinary gonadotropin fragment may provide the necessary additional information (23). Conversely, in women with symptoms of pelvic mass disorders, the much lower but equal AUCs for IMx and RIA (0.83, Fig. 3B) obtained with the group of benign ovarian diseases as controls suggest a similar performance of the two assay procedures, despite a report (20) that quantification of CA 125 is adequate for discriminating malignant from benign pelvic masses in postmenopausal women.

Another change made in the improved IMx CA 125 assay concerned the increased protein concentration of the specimen diluent buffer. This has been reported to improve dilution linearity (15), although we still observed nonlinear responses at higher dilutions (Table 1). Thus, the diluent buffer needs further improvement to overcome this matrix effect.

The improved IMx CA 125 test demonstrates an outstanding precision profile across the entire dynamic range and particularly in the very low concentration range. Consequently, if one decides to assay a serum specimen only once, the IMx assay is obviously the most suited candidate. The high precision obtained with the IMx MEIA system is probably due to the use of a closed system, because only reagents developed specifically for the instrument are applicable, with very strict test procedures. Another possibility for increased precision with the IMx kit may be the additional inclusion of a polyclonal anti-CA 125 serum as the capture antibody. Such an antibody may have a higher affinity for the CA 125 antigen than the monoclonal OC 125 used as signal antibody in the IMx assay and as both capture and signal antibody in the other CA 125 assay procedures.

We thank the laboratory staff for expert technical assistance, and Ingeborg Bertsch, Abbott GmbH Diagnostika, Wiesbaden, Germany, for providing the IMx diagnostic testing kits and scientific support.

References

- Sell S, Reisfeld RA, eds. *Monoclonal antibodies in cancer*. Clifton, NJ: Humana Press, 1985:393pp.
- Klug TL, Bast RC Jr, Niloff JM, Knapp RC, Zurawski VR Jr. Monoclonal antibody immunoradiometric assay for an antigenic determinant (CA 125) associated with human epithelial ovarian carcinomas. *Cancer Res* 1984;44:1048-53.
- Bast RC Jr, Klug TL, St. John E, Jenison E, Niloff JM, Lazarus H, et al. A radioimmunoassay using a monoclonal antibody to monitor the course of epithelial ovarian cancer. *N Engl J Med* 1983;309:883-7.
- Niloff JM, Knapp RC, Lavin PT, Malkasian G, Berek J, Mortel R, et al. The CA 125 assay as a predictor of clinical recurrence in epithelial ovarian cancer. *Am J Obstet Gynecol* 1986;155:56-60.
- Schilthuis MS, Aalders JG, Bouma J, Kooi H, Fleuren GJ, Willemse PH, et al. Serum CA 125 levels in epithelial ovarian cancer: relation with findings at second look operations and their role in the detection of tumor recurrence. *Br J Obstet Gynecol* 1987;94:202-7.
- Lavin P, Knapp RC, Malkasian G, Whitney CW, Berck JC, Bast RC Jr. CA 125 for the monitoring of ovarian carcinoma during primary therapy. *Obstet Gynecol* 1987;69:223-7.
- Einhorn N, Bast RC Jr, Knapp RC, Tjernberg B, Zurawski VR Jr. Preoperative evaluation of serum CA 125 levels in patients with primary epithelial ovarian cancer. *Obstet Gynecol* 1986;67:414-6.
- Zurawski VR Jr, Broderick SF, Pickens P, Knapp RC, Bast RC Jr. Serum CA 125 levels in a group of nonhospitalized women: relevance for the early detection of ovarian cancer. *Obstet Gynecol* 1987;69:606-11.
- Yedema CA, Thomas CMG, Segers MFG, Doesburg WH, Kenemans P. Comparison of five immunoassay procedures for the ovarian carcinoma-associated antigenic determinant CA 125 in serum. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1992;47:245-51.
- Turpeinen U, Lehtovirta P, Alfthan H, Stenman U-H. Interference by human anti-mouse antibodies in CA 125 assay after immunoscintigraphy: anti-idiotypic antibodies not neutralized by mouse IgG but removed by chromatography. *Clin Chem* 1990;36:1333-8.
- Kottmeier HL. FIGO staging system. *Gynecol Oncol* 1976;4:13-9.
- Hermanek P, Sobin LH, eds. *UICC TNM classification of malignant tumours*, 4th ed. Berlin: Springer-Verlag, 1987:200pp.
- Passing H, Bablok W. A new biometrical procedure for testing the equality of measurements from two different analytical methods. *J Clin Chem Clin Biochem* 1983;21:709-20.
- Beck JR, Schultz EK. The use of relative operating characteristic (ROC) curves in test performance evaluation. *Arch Pathol Lab Med* 1986;110:13-20.
- King C, Carlson R, Hutton J, Lauren L, Miceli C, Sorrell A, et al. Performance characteristics of an improved Abbott IMx CA 125 assay [Abstract]. *Anticancer Res* 1993;13(5B):1748.
- King C, Hutton J, Lauren L, Miceli C, Rosiere T, Weigand R, et al. Comparative studies of an improved Abbott IMx CA 125 assay [Abstract]. *Anticancer Res* 1993;13(5B):1748.
- Kenemans P, Yedema CA, Bon GG, von Mensdorff-Pouilly S. CA 125 in gynecological pathology—a review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1993;49:115-24.
- Swets JA. Measuring the accuracy of diagnostic systems. *Science* 1988;240:1285-93.
- Zweig MH, Campbell G. Receiver-operating characteristic (ROC) plots: a fundamental evaluation tool in clinical medicine [Review]. *Clin Chem* 1993;39:561-77.
- Bast RC Jr. Perspectives on the future of cancer markers. *Clin Chem* 1993;39:2444-51.
- Karlan BY, Raffel LJ, Crvenkovic G, Smrt C, Chen MD, Lopez E, et al. A multidisciplinary approach to the early detection of ovarian cancer: rationale, protocol design, and early results. *Am J Obstet Gynecol* 1993;169:494-501.
- Schwartz MK. Screening for cancer: is it cost effective? *Clin Chem* 1993;39:2397-403.
- Cole LA, Nam JH, Chambers JT, Schwartz PE. Urinary gonadotropin fragment, a new tumor marker: II. For differentiating a benign from a malignant pelvic mass. *Gynecol Oncol* 1990;36:391-4.

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

第六項 免疫學檢查 Immunology Examination (12001-12206)

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
12077BC	CA-125腫瘤標記 (EIA/LIA法) CA-125 (EIA/LIA)	v	v	v	v	400