

104 年第 1 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準  
共同擬訂會議」會議紀錄

時間：104 年 03 月 26 日(星期四)下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：李筱婷

姚代表鈺	廖秋鐳(代)	陳代表福展	翁瑞文(代)
黃代表雪玲	黃雪玲	蘇代表清泉	蔣世中(代)
林代表富滿	林富滿	李代表飛鵬	李飛鵬
潘代表延健	潘延健	陳代表彥廷	陳彥廷
張代表冠宇	張冠宇	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	鄭喻仁(代)
林代表淑霞	林淑霞	楊代表政峯	朱世璋(代)
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	黃鶴珠
謝代表武吉	龍應達(代)	黃代表棟國	黃棟國
朱代表益宏	朱益宏	梁代表淑政	梁淑政
李代表紹誠	李紹誠	葉代表宗義	葉宗義
陳代表宗獻	陳宗獻	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	張嘉訓	滕代表西華	滕西華
張代表金石	陳相國(代)	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	顏良達		

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司	周雯雯
衛生福利部全民健康保險會	張友珊、葉肖梅
中華民國中醫師公會全國聯合會	王逸年
中華民國牙醫師公會全國聯合會	許家禎
中華民國醫事放射師公會全國聯合會	黃棟國

中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	吳進興
中華民國醫師公會全國聯合會	吳春樺、陳哲維、洪郁涵
中華民國藥師公會全國聯合會	鄭喻仁
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
台灣醫院協會	楊智涵、吳心華、林佩荻、 陳俞文、王秀貞
醫藥品查驗中心	許雅蓉、朱素貞、黎伊帆
中華民國心臟學會	徐迺維、張世霖、林亮宇、 張鴻猷
台灣安寧緩和醫學學會	翁益強、陳如意、李嘉莉
台灣耳鼻喉科醫學會	王拔群
臺灣消化系醫學會	牟聯瑞、王秀伯、李宜家
臺灣病歷資訊管理學會	魏秀美
本署台北業務組	丁香豔、賴美雪
本署企劃組	董玉芸
本署醫審及藥材組	陳慧如
本署醫務管理組	龐一鳴、李純馥、陳真慧、 林淑範、王玲玲、李待弟、 陳依婕、涂奇君、吳明純、 張淑雅、張巧如、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。

為避免各單位回復本署徵詢意見之時間過長，可能延誤各追蹤事項之辦理時程，遵照部分與會代表意見，本署日後徵詢意見時，將訂定合理時限，若時限內未回復，視為無意見。

三、報告事項

(一)增修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第三部牙醫附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則案。

決議：

1. 同意增修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第三部牙醫附表3.3.3。因無涉及支付點數調整，將由本署公告實施。詳如附件1(詳見P.6)

2. 相關修訂重點如下：

(1) 同意新增「口腔癌統合照護計畫」(P4501C、P4502C)、「口腔粘膜難症特別處置」(92073C)及「行政協助門診戒菸」(B7)不列入牙醫相對合理門診點數之計算項目。

(2) 為簡化作業，刪除各項診察費之差額點數數值。

(二)本署 105 年實施 ICD-10-CM/PCS 所需之全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準等 9 項草案。

決議：

1. 同意修訂本署 105 年實施 ICD-10-CM/PCS 所需之全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準等 9 項草案，修訂後計畫詳如附件 2-1~2-9(詳見 P.7~P.74)。

2. 其中第八部品質支付服務第二章糖尿病通則二收案對象及通則五品質獎勵措施，「最近 90 天曾在該院所診斷為糖尿病」(ICD-10-CM 前三碼為 E08 修正為 ICD-10-CM 前三碼為 E08~E13)。

3. 本署將提供本案各項草案之 ICD-9-CM 及 ICD-10-CM/PCS 對照表，供醫院下載使用。

4. 本署於下次會議提報其他與本署相關法規、方案或計畫有涉及 ICD-10-CM/PCS 之修訂草案進度，並洽請衛生福利部相關業務單位儘速公佈業務各範圍中涉及診斷、處置碼之 ICD-10-CM/PCS 之修訂草案。
5. 各單位針對本案各項草案之 ICD-10-CM/PCS 修訂內容，可於 1 個月內提供修正意見，本署將參採修正意見後陳報衛生福利部核定發佈，自 105 年 1 月 1 日起實施。

#### 四、討論事項

- (一) 「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。

決議：

1. 同意新增「幽門桿菌糞便抗原檢查」、「小腸移植術」、「小腸摘取術」、「不整脈經導管燒灼術-複雜 3-D 立體定位(單腔)」及「不整脈經導管燒灼術-複雜 3-D 立體定位(雙腔)」等 5 項新增診療項目，修訂後支付標準詳如附件 3(詳見 P.75~P.77)，其他附帶決議如下：
  - (1) 日後本會議議程提案資料將檢附相關專家諮詢會議紀錄供參，必要時請提案單位列席補充說明。
  - (2) 部分與會代表關切新增診療項目實施後之財務衝擊，故於新增診療項目公告實施半年後，由本署提報新增診療項目之執行醫令量、替代項目申報情形。
  - (3) 「小腸摘取術」中文名稱修正為「屍體小腸摘取術」，另其支付點數以保存液成本為主，本署日後評估各器官之摘取或移植手術內含之保存液成本衡平性時，將再視需要修正本項支付點數。

2. 「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。

3. 餘「快速結核病分子診斷」，因時間因素未及討論，本署將再召開臨時會議另行討論。

(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：因時間因素未及討論，本署將再召開臨時會議另行討論。

(三) 修訂安寧居家療護醫師訪視費支付標準案。

決議：因時間因素未及討論，本署將再召開臨時會議另行討論。

**五、臨時動議**

**六、散會：下午 5 時 30 分**

### 附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則

#### 一、實施範圍定義：

##### (一)醫療費用

1. 申報之總醫療費用點數(含部分負擔)。
2. 下列項目費用，不列入計算：
  - (1) 案件分類為 14、16 等專款專用之試辦計畫項目。
  - (2) 加成之點數。
  - (3) 牙齒預防保健案件(案件分類為 A3)。
  - (4) 行政協助門診戒菸(B7)
  - (5) 支付標準適用地區以上醫院之表別(A、B 表)項目。
  - (6) 初診診察費差額(~~370~~點)。
  - (7) 感染管制診察費差額(~~55~~點)。
  - (8) 職災代辦案件(案件分類為 B6)。
  - (9) 特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。
  - (10) 山地離島診察費差額(~~20~~點)。
  - (11) 牙醫急診診察費差額(~~248~~點)。
  - (12) 牙周病統合照護計畫申報點數(P4001C、P4002C、P4003C)。
  - (13) 週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。
  - (14) 全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫。
  - (15) 口腔癌統合照護計畫(P4501C、P4502C)。
  - (16) 口腔粘膜難症特別處置(92073C)。

##### (二)以下略(未修訂)

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第四節 復健治療 Rehabilitation Therapy

第三項 職能治療 Occupational Therapy (43001-43038)

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	
43029A	<p>複雜Complicated：實施本項須符合於下列適應症及其項目規定：</p> <p>1. 成人中樞神經系統疾患(含外傷造成)：(須符合 ICD-10 診斷代號 <del>036、044、049、101、102、320、324、333、334、336、340、342、353、430、435、806、851、854、952、953</del>A39、B20、C71、C72、G00-G09、G23、G11、G95、G35-G37、G81、G54、I60-I67、S14.1+S12.0~S12.6, S24.1+S22.0, S34.1+S22.0~S32.0、S06.3、S06.8、S12.0~S12.6、S22.0、S22.0~S32.0、S14.1、S24.1、S34.1、S14.2、S14.3、S24.2、S34.4)</p> <p>(1)限因上述診斷住院期間及出院後六個月內。</p> <p>(2)治療項目三項(含)以上，合計治療時間三十分鐘以上。</p> <p>(3)必須包含下列二項(含)以上之治療項目： OT 1、OT 3、OT 4、OT 5、OT 7、OT 8、OT 9、OT 10、OT 11、OT 12。</p>			v	v	600	
43030B			v			525	
43031C			v				500
43032C			v				360
	<p>2. 兒童中樞神經系統疾患(含外傷造成及罕見疾病)：</p> <p>(1)限從出生至滿十二歲以前。</p> <p>(2)治療項目三項(含)以上，合計治療時間三十分鐘以上。</p>						
	<p>3. 外科手術患者(含骨骼、神經、肌肉、燒燙傷之疾患)：(須符合 ICD-10 診斷代號 <del>815、816、885、887、927、929、943、946、955</del>S62.3、S62.6、S68.0、S68.1、S68.4、S68.5、S68.6、S68.7、S47、S57.0、S57.8、S67.0、S67.1、S67.2、S67.3、S67.9、S77、T22~T25、S44)</p> <p>(1)限因上述診斷手術實施後三個月內。</p> <p>(2)治療項目三項(含)以上，合計治療時間三十分鐘以上。</p> <p>(3)必須包含下列二項(含)以上之治療項目： OT 2、OT 5、OT 6、OT 7、OT 8、OT 9、OT 10、OT 11。</p>						

## 第四部 中 醫

### 第九章 特定疾病門診加強照護

通則：

一、個案適用範圍：

- (一)小兒氣喘疾病門診加強照護：年齡在十二歲(含)以下之氣喘疾病(ICD-910：493J45)患者，並於病歷中檢附西醫診斷證明或肺功能檢查報告。
- (二)小兒腦性麻痺疾病門診加強照護：年齡在十二歲(含)以下之腦性麻痺疾病(ICD-910：343G80)患者。
- (三)腦血管疾病(ICD-910：430-437G450-G468 及 I60-I68)及顱腦損傷(ICD-910：801-804 及 ~~850-854~~S021-S024, S026-S029, S063-S066, S068-S069)疾病門診加強照護：自診斷日起二年內之患者。

附表 4.4.2 複雜性針灸適應症

icd -910	中文病名
<del>140-208</del> C00-C96	惡性腫瘤(衍生出的相關符合針灸適應症)
<del>225</del> D33	腦瘤併發神經功能障礙(73)
<del>290</del> F03-F05	(一) 老年期及初老年期器質性精神病態【限由精神科或神經科專科醫師開具之診斷書並加註專科醫師證號】
<del>293.1</del> F05	(二) 亞急性譫妄
<del>294</del> F02、F04、F09	(三) 其他器質性精神病態
<del>295</del> F20、F21、F25	(四) 思覺失調症
<del>296</del> F30-F39	(五) 情感性精神病
<del>297</del> F22、F23、F24	(六) 妄想狀態
<del>299</del> F84	(七) 源自兒童期之精神病
	小兒麻痺、腦性麻痺所引起之神經、肌肉、骨骼、肺臟等之併發症者(其身心障礙等級在中度以上者)。
<del>045.1</del> A80	(一) 急性脊髓灰白質炎併有其他麻痺者
<del>343</del> G80	(二) 嬰兒腦性麻痺



icd-910	中文病名
<del>344-138</del> G82-G83+B91	(三) 其他麻痺性徵候群(急性脊髓灰白質炎之後期影響併有提及麻痺性徵候群)
<del>358.0</del> G70	重症肌無力症
脊髓損傷或病變所引起之神經、肌肉、皮膚、骨骼、心肺、泌尿及腸胃等之併發症者(其身心障礙等級在中度以上者)	
<del>806</del> S14.1+S12.0~S12.6, S24.1+S22.0, S34.1+S22.0~S32.0	(一) 脊柱骨折, 伴有脊髓病灶
<del>952</del> S14.1、S24.1、S34.1	(二) 無明顯脊椎損傷之脊髓傷害
<del>336</del> G95	(三) 其他脊髓病變
急性腦血管疾病	
<del>430</del> I60	(一) 蜘蛛膜下腔出血
<del>431-432</del> I61、I62	(二) 腦內出血
<del>433-434</del> I65、I66、I63	(三) 腦梗塞
<del>435-437</del> G45、G46、I67	(四) 其他腦血管疾病
<del>345</del> G40	癲癇
<del>332</del> G20、G21	巴金森病
<del>334</del> G11、G94	脊髓小腦症
<del>851</del> S019、S063	腦裂傷及挫傷
<del>852</del> S019、S064-S066	受傷後之蜘蛛網膜下、硬腦膜下及硬腦膜外出血
<del>950</del> S0401-S0404	視神經及神經徑之損傷
<del>953</del> S142、S143、S242、S342、S344	神經根級脊神經叢之損傷

icd <del>9</del> 10	中文病名
<del>954</del> S145、S243、 S244、S248、 S249、S345、 S346、S348、S349	肩及骨盆以外之軀幹神經損傷
<del>955</del> S440-S445、 S448-S449、 S540-S543、 S548-S549、 S640-S644、 S648-S649	肩及上肢末梢神經之損傷
<del>956</del> S740-S742、 S748-S749、 S840-S842、 S848-S849、 S940-S943、 S948-S949	骨盆及下肢末梢神經損傷

#### 附表 4.5.2 複雜性傷科適應症

ICD <del>9</del> 10	中文病名
<del>71119</del> M02.39	雷特病之關節病變及有關病態，多處部位
<del>71129</del> M35.2	畢賽徵候群之關節病變，多處部位
<del>71639</del> M13.89	更年期關節炎，多處部位
<del>71659</del> M13.0	未明示之多發性關節病變或多發性關節炎，多處部位
<del>71689</del> M12.89	其他明示之關節病變，多處部位
<del>71699</del> M12.9	未明示之關節病變，多處部位
<del>71809</del> M24.10	關節軟骨疾患，多處部位
<del>71849</del> M24.50	關節緊縮，多處部位
<del>71859</del> M24.60	關節粘連，多處部位
<del>71889</del> M24.80	其他關節障礙，他處未歸類，多處部位

ICD910	中文病名
<del>71899</del> <u>M24.9</u>	未明示之關節障礙，多處部位
<del>71939</del> <u>M12.39</u>	復發性風濕，多處部位
<del>71949</del> <u>M25.50</u>	關節痛，多處部位
<del>71959</del> <u>M25.60</u>	關節僵直，他處未歸類者，多處部位
<del>71979</del> <u>R26.2</u>	行走障礙，多處部位
<del>71999</del> <u>M25.9</u>	未明示之關節疾患，多處部位
<del>7338</del> <u>(S42、S52、S62、S72、S82、S92)+第7位碼P、Q、R</u>	癒合不良及不癒合之骨折
<del>73381</del> <u>(S42、S52、S62、S72、S82、S92)+第7位碼P、Q、R</u>	癒合不良之骨折
<del>73382</del> <u>(S42、S52、S62、S72、S82、S92)+第7位碼P、Q、R</u>	不癒合之骨折
<del>8000-8004</del> <u>S02.0+S06</u>	顱骨穹窿骨折
<del>80100-80149</del> <u>S02.1+S06</u>	顱骨底部骨折
<del>802.0及802.2</del> <u>S02.2、S02.6</u>	臉骨骨折
<del>8024</del> <u>S02.4</u>	顴骨及上頷骨骨折，閉鎖性
<del>8026</del> <u>S02.3</u>	眶底閉鎖性骨折
<del>8028</del> <u>S02.8-S02.9</u>	其他顏面骨閉鎖性骨折
<del>8030-8034</del> <u>S02.8-S02.9+S06</u>	其他及性質不明之顱骨骨折
<del>8040-8044</del> <u>S02.9+S06</u>	多處骨折，侵及顱骨或顏面骨者
<del>80500-80508</del> <u>S12.0~S12.9</u>	脊柱骨折，閉鎖性
<del>8060及8062</del> <u>S14.1、S24.1</u>	頸椎骨折，閉鎖性，

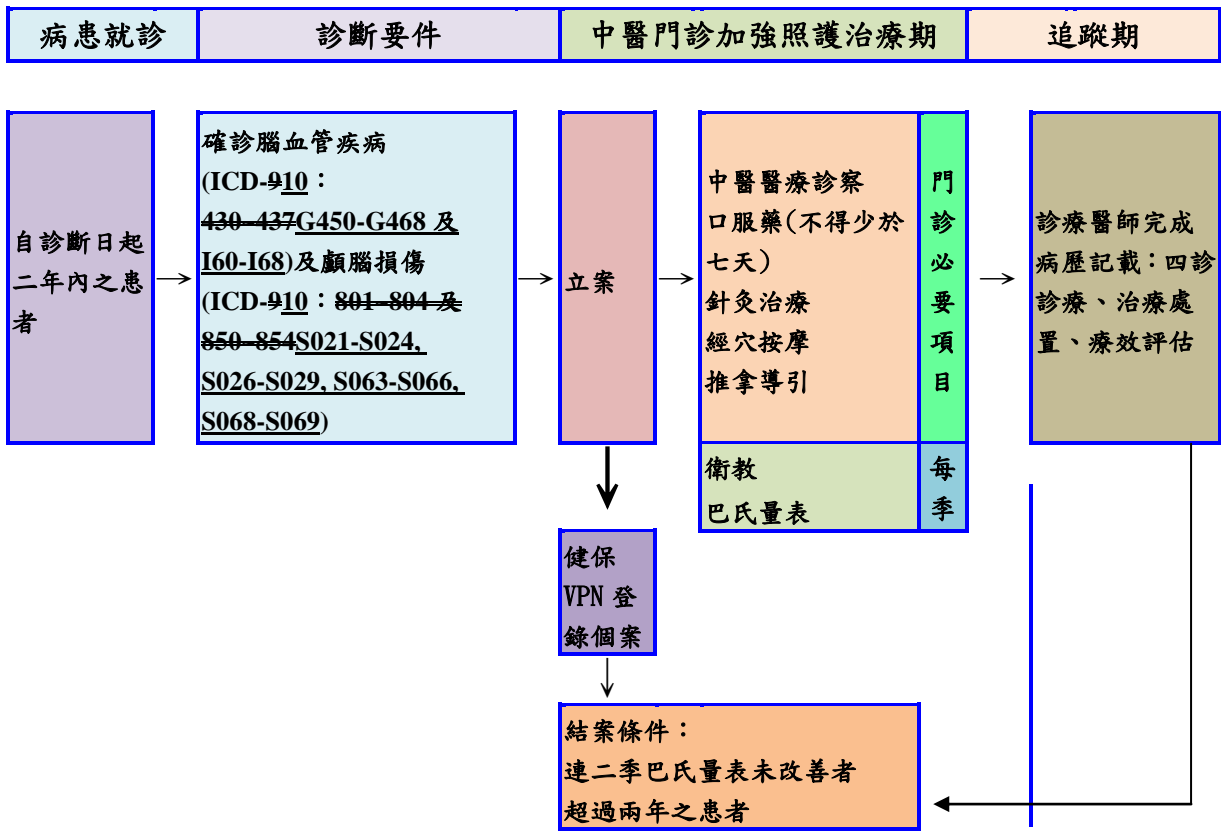
ICD910	中文病名
<del>8064</del> <u>S34.1</u>	腰椎骨折，閉鎖性
<del>8066</del> <u>S34.1</u>	骶骨及尾骨骨折，閉鎖性
<del>8068</del> <u>S14.1</u>	未明示之脊柱骨折，閉鎖性
<del>8070</del> <u>S22.3~S22.4</u>	肋骨閉鎖性骨折
<del>8072</del> <u>S22.2</u>	胸骨閉鎖性骨折
<del>8074</del> <u>S22.5</u>	連枷胸（多條肋骨塌陷性骨折）
<del>8075</del> <u>S12.9</u>	喉部及氣管閉鎖性骨折
<del>8080</del> <u>S32.3~S32.9</u>	骨盆骨折
<del>8080</del> <u>S32.4</u>	髌白閉鎖性骨折
<del>8082</del> <u>S32.5</u>	恥骨閉鎖性骨折
<del>8084-80843</del> <u>S32.3、S32.6、 S32.810A~S32.811A</u>	骨盆其他明示部位之閉鎖性骨折
<del>80849</del> <u>S32.89XA</u>	骨盆之其他骨折，閉鎖性
<del>8090</del> <u>S22.9</u>	診斷欠明之軀幹骨骨折
<del>8090</del> <u>S22.9XXA</u>	軀幹骨骨折，閉鎖性
<del>81000-81003</del> <u>S42.001A~S42.036A</u>	鎖骨閉鎖性骨折
<del>81100-81103</del> <u>S42.101A~S42.199A</u>	肩胛骨骨折
<del>81109</del> <u>S42.113A、S42.116A</u>	其他之肩胛骨骨折，閉鎖性
<del>81200-81209</del> <u>S42.201A~S42.296A</u>	肱骨上端閉鎖性骨折
<del>8122</del> <u>S42.301A~S42.399A</u>	肱骨骨幹或未明示部位之閉鎖性骨折
<del>8124</del> <u>S42.1~S42.4</u>	肱骨下端骨折，閉鎖性

ICD910	中文病名
<del>81241-81249</del> <u>S42.101A~S42.496A</u>	肱骨踝上骨折，閉鎖性
<del>81300-81308</del> <u>S52.101A~S52.189A</u>	橈骨及尺骨上端閉鎖性骨折
<del>8132-81323</del> <u>S52.201A~S52.399A</u>	橈骨及尺骨骨幹閉鎖性骨折
<del>8134-81344</del> <u>S52.501A~S52.699A</u>	橈骨及尺骨下端閉鎖性骨折
<del>8138-81383</del> <u>S52.90XA~S52.92XA</u>	橈骨及尺骨之閉鎖性骨折
<del>81400-81409</del> <u>S62.001A~S62.186A</u>	腕骨骨折
<del>81500-81509</del> <u>S62.201A~S62.399A</u>	掌骨骨折
<del>81600-81603</del> <u>S62.501A~S62.669A</u>	一個或多個手指骨骨折
<del>8170</del> <u>S62.90XA~S62.92XA</u>	手骨之多處閉鎖性骨折
<del>8190</del> <u>S42.90XA~S42.92XA</u> 、 <u>S52.90XA~S52.92XA</u> 、 <u>S22.20XA</u> 、 <u>S22.39XA</u> 、 <u>S22.49XA</u>	多發性骨折，侵及兩側上肢及上肢與肋骨和胸骨者，閉鎖性
<del>82000-82009</del> <u>S72.001A~S72.099A</u>	股骨頸骨折
<del>8202-82022</del> <u>S72.101A~S72.26XA</u>	經由粗隆之骨折，閉鎖性
<del>8208</del> <u>S72.001A~S72.009A</u>	未明示部位之股骨頸骨折，閉鎖性
<del>8210-82129</del> <u>S72.301A~S72.499A</u>	股骨骨折，閉鎖性
<del>8220</del> <u>S82.001A~S82.099A</u>	閉鎖性髕骨之骨折
<del>8230-82302</del> <u>S82.101A~S82.199A</u>	脛骨與腓骨之上端閉鎖性骨折
<del>8232</del> <u>S82.201A~S82.299A</u> 、 <u>S82.401A~S82.499A</u>	脛骨與腓骨幹之閉鎖性骨折
<del>82320</del> <u>S82.201A~S82.299A</u>	僅脛骨幹閉鎖性骨折
<del>82321</del> <u>S82.401A~S82.499A</u>	僅腓骨幹閉鎖性骨折

ICD910	中文病名
<del>82322</del> <u>S82.201A~S82.299A+S82.401A~S82.499A</u>	脛骨與腓骨幹之閉鎖性骨折
<del>8238</del> <u>S82.201A~S82.209A、S82.401A~S82.409A</u>	脛骨與腓骨未明示部位之閉鎖性骨折
<del>82380</del> <u>S82.201A~S82.209A</u>	僅脛骨未明示部位之閉鎖性骨折
<del>82381</del> <u>S82.401A~S82.409A</u>	僅腓骨未明示部位之閉鎖性骨折
<del>82382</del> <u>S82.201A~S82.209A+S82.401A~S82.409A</u>	脛骨與腓骨未明示部位之閉鎖性骨折
<del>8240~8248</del> <u>S82.51XA~S82.66XA</u>	閉鎖性踝骨折
<del>8250</del> <u>S92.001A~S92.066A</u>	閉鎖性跟骨骨折
<del>8252~82529</del> <u>S92.101A~S92.56XA</u>	其他跗骨及蹠骨之骨折，閉鎖性
<del>8260</del> <u>S92.401A~S92.919A</u>	閉鎖性一個或多個腳趾骨骨折
<del>8270</del> <u>S82.90XA~S82.92XA</u>	閉鎖性下肢之其他多處及診斷欠明之骨折
<del>8280</del> <u>T07</u>	閉鎖性多處骨折，侵及兩側下肢，下與上肢及下肢與肋骨和胸骨者
<del>8290</del> <u>T14.8</u>	閉鎖性未明示部位之骨折
<del>8310~8320~8330~8340~8350~8360~8363~8365~8370~8380~8390~8392~8394~8396</del> <u>S43.0~S43.3、S53.0~S53.1、S63.0、S63.1~S63.2、S73.0、S83.21~S83.24、S83.001A~S83.096A、S83.101A~S83.196A、S93.0、S93.3、S13.1~S13.2、S33.1~S33.3、S23.1~S23.2、S43.2、S33.30XA~S33.39XA</u>	脫臼
<del>9228</del> <u>T14.8</u>	軀幹多處挫傷
<del>9238</del> <u>S40.019A</u>	上肢多處挫傷

ICD910	中文病名
<del>9244</del> <u>S70.10XA~S70.12XA、</u> <u>S80.10XA~S80.12XA</u>	下肢多處挫傷
<del>9248</del> <u>T14.8</u>	下肢挫傷及其他與未明示位置之挫傷，多處位置挫傷，他處未歸類者
<del>92709</del> <u>S47</u>	肩及上臂多處位置壓砸傷
<del>9278</del> <u>S47</u>	上肢多處位置壓砸傷
<del>9288</del> <u>S77.0、S77.1、S87.0、S87.8、</u> <u>S97.0、S97.1、S97.8</u>	下肢多處壓砸傷
<del>9290</del> <u>S77.2</u>	多處及未明示位置之壓砸傷
<del>9290</del> <u>S77.20XA</u>	多處位置壓砸傷，他處未歸類者
<del>9050</del> <u>S02+第7位碼S</u>	顱骨及面骨骨折之後期影響
<del>9051</del> <u>(S12.9、S22.0、S22.9、</u> <u>S32.9)+第7位碼S</u>	脊柱及軀幹骨折之後期影響，未提及脊髓病灶者
<del>9052</del> <u>S42.2~S42.9、S52.9、S62.9</u>	上肢骨折後期影響
<del>9053</del> <u>S72.0~S72.2+第7位碼S</u>	股骨頸骨折後期影響
<del>9054</del> <u>(S72.3~S72.4、</u> <u>S82.0~S82.6、S82.9、</u> <u>S92.0~S92.9)+第7位碼S</u>	下肢骨折後期影響
<del>9055</del> <u>T07</u>	多處及未明示骨折之後期影響
<del>9056</del> <u>S030-S031、S130-S132、</u> <u>S230-S232、S330-S333、</u> <u>S430-S433、S530-S531、</u> <u>S630-S632、S730、S830、</u> <u>S831、S930、S931、S933</u>	脫臼之後期影響
<del>9598</del> <u>T07</u>	其他明示位置之損傷，包括多處

附表 4.9.1 標準作業流程 腦血管疾病及顱腦損傷門診加強照護





## 第六部 論病例計酬

通則：

- 一、當主診斷及主手術(或處置)碼為本部各章節所列 ICD-9-CM 診斷碼及手術(或處置)碼時，依本部各章節所訂支付點數或相關規定申報費用。
- 二、本部各章節所訂診療項目分為基本診療項目、選擇性診療項目二部份，基本診療項目之實施需達所訂基本診療項目之 65%(以四捨五入取至整數位)，選擇性診療項目(或其他診療項目)若為診療必須仍應施行，惟其費用已包含於定額中不得另行申報費用。
- 三、個案出院時應符合本部各章所訂出院狀態。
- 四、申報費用時須詳填國際疾病臨床修訂號碼，包括診斷碼及手術(或處置)碼，若有其他合併症時應詳填次診斷、次手術(或處置)碼。
- 五、本部各章節所訂點數中，已包含病房費、診察費、藥事服務費、藥品費、各項檢查及治療處置費、注射費、麻醉費、手術費、一般材料費及特殊材料費等健保支付標準所訂相關費用。
- 六、本部各章節所訂項目，若未依規定完成治療，保險對象即因故出院者，整筆醫療費用應按實際醫療費用申報。
- 七、本部各章節所述「實際醫療費用」應以本部以外其他各章節所訂點數計算。
- 八、本部各章節中基本診療項目列有執行次數，每項目執行一次即視為完成，惟醫令項目之執行未依規定達 65%時，以「所訂全部項目中未執行項目×其個別執行次數」為核減項次。
- 九、本部各章節中基本診療項目中有※者為必要執行項目，若未執行，整筆醫療費用不予給付。
- 十、各章節中若術前、術中或術後列有相同項目時，視為一項，其執行次數為二者之合計。
- 十一、本部各章節列有「得核實申報上限點數」及「得核實申報個案數比率」，其中「得核實申報上限點數」係指各醫療院所該項手術案件中，其有次診斷或次手術(或處置)而致實際醫療費用在所列之點數以上者，得按實際醫療費用申報；「得核實申報個案數比率」係指依前述規定核實申報之個案數不得超過各醫療院所當月份該項手術個案數之比率。
- 十二、本部各章節所訂項目，若有公認新療法或公認新手術方式，醫療院所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申報項目，供特約醫療院所適用，俟彙集項目及完整資料後，再另依全民健康保險法第四十一條辦理。
- 十三、若特約醫療院所計算得核實申報個案數未達一個案例時，得有一個案例核實申報，惟應同時符合申報上限點數之規定。
- 十四、特約醫療院所門診論病例計酬案件釋出處方者，應扣除釋出處方之藥費及藥事服務費後申報。
- 十五、本部各章節所訂項目執行率為百分之百之診療項目(例如第二部第一章病房費、診察費、藥事服務費等，以及本部之必要診療項目)之支付點數有異動時，依上述診療項目計算前後點數差額，配合調整本部定額支付點數及核實申報上限點數，其中第二部第一章項目次數，依本標準所列各論病例計酬平均住院日數計算；必要診療項目次數，則依本部各診療項目要求表所列次數計算。
- 十六、已導入全民健康保險住院診斷關聯群(Taiwan Diagnosis Related Groups, Tw-DRGs)之論病例計酬項目，適用 Tw-DRGs 之醫院應以 Tw-DRGs 支付標準申報。

## 第一章 產科

通則：

一、本章各項目「得核實申報上限點數」、「得核實申報個案數比率」如下表：

項目名稱	支付代碼	層級	得核實申報 上限點數	得核實申報 個案數比率	標準住 院日數
陰道生產	97004C	基層院所	30,570	-	3天
	97005D	助產所	27,838	-	
剖腹產	97009C	基層院所	33,465	5%	6天
自行要求剖腹產	97014C	基層院所	無	無	6天
前胎剖腹產之陰道生產	97934C	基層院所	43,292	-	3天

二、陰道生產標準住院日數自住院日起算三天，剖腹生產標準住院日數自住院日起算六天，生產過程中有施行引產之事實者，得多住一天，惟皆依定額給付，不得另行申報費用。

三、本章定額支付中已包括正常新生兒照護費。

四、新生兒體重二、〇〇〇公克以下或因病須轉至有小兒科專科醫師之醫院診治，若未符前述情況，僅於婦產科診所保溫箱照護者，申報費用時除生產定額外不得另行申報費用或另行收費。

五、陰道生產因有次診斷或次手術(或處置)而致實際醫療費用超過定額時(雙胞胎者以定額再加計一人次之新生兒費用為界限，多胞胎類推)，得按實際醫療費用申報。

六、前胎剖腹產之陰道生產，實際醫療費用超過定額時(雙胞胎者以定額再加計一人次之新生兒費用為界限，多胞胎類推)，得按實際醫療費用申報。

七、陰道生產案件中其主診斷碼為：

~~641.01、641.11、641.21、641.31、641.81、641.91、642.01、642.02、642.11、~~  
~~642.12、642.21、642.22、642.31、642.41、642.42、642.51、642.52、642.61、~~  
~~642.62、642.71、642.72、642.91、642.92、643.01、643.11、643.21、643.81、~~  
~~643.91、644.21、647.01、647.02、647.11、647.12、647.21、647.22、647.31、~~  
~~647.32、647.41、647.42、647.51、647.52、647.61、647.62、647.81、647.82、~~  
~~647.91、647.92、648.01、648.02、648.51、648.52、648.61、648.62、648.81、~~  
~~654.51、658.10、658.11、658.20、658.21、659.21、659.31、666.12、666.22、~~  
~~666.32、667.02、667.12、668.01、668.02、668.11、668.12、668.21、668.22、~~  
~~668.81、668.82、668.91、668.92、669.11、669.12、669.32、669.41、669.42、~~  
~~670.02、671.31、671.42、671.51、671.52、672.02、673.01、673.02、673.11、~~  
~~673.12、673.21、673.22、673.31、673.32、673.81、673.82、674.01、674.02、~~  
~~674.12、674.22、674.32、674.82、675.01、675.02、675.11、675.12、675.21、~~  
~~675.22~~ O44.01~O44.03、O44.10~O44.13、O45.001~O45.93、O46.001~O46.099、  
O46.8X1~O46.8X9、O46.90~O46.93、O10.011~O10.02、O10.03、O10.411~O10.42，  
不論有無次診斷或次手術(處置)者，得適用本章通則五之規定。

八、剖腹產案件中，其有次診斷或次手術(或處置)而致實際醫療費用超過「得核實申報上限點數」者，得按實際醫療費用申報，惟其個案數不得超過「得核實申報個案數比率」；除以上情形外之其它剖腹產個案皆依本部所訂支付點數申報費用。

九、剖腹產案件中其主診斷為 ~~641.11、641.21、642.01、642.11、642.21、642.31、642.41、~~  
~~642.51、642.61、642.71、642.91、643.01、643.11、643.21、643.81、643.91、644.21、~~  
~~648.01、648.81、654.51、658.10、658.11、658.20、658.21~~ O44.10~O44.13、  
O45.001~O45.93、O10.011~O10.03、O10.411~O10.42、O10.111~O1032、O13.1~O13.9、  
O14.00~O14.03、O14.10~O14.13、O15.00~O15.1、O11.1~O11.9、O16.1~O16.9、O21.0、

- O21.1、O21.2、O21.8、O21.9、O60.10X0~O60.14X9、O24.311~O24.32、O24.420~O24.429、O99.814、O34.30~O34.33、O42.00~O42.02、O42.90~O42.919、O42.10~O42.12，不論有無次診斷或次手術(處置)者，得適用本章通則通則八之規定。
- 十、本章節所述「實際醫療費用」係包括母親及新生兒費用。
- 十一、陰道生產及剖腹產論病例計酬定額支付點數中已含一人次新生兒費，如為雙胞胎，得另加計一人次新生兒費(多胞胎類推)。
- 十二、不符醫學上適應症而自行要求施行剖腹產者，依自行要求剖腹產(97014C)點數支付。

編號	診療項目	助產所	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
97004C 97005D	陰道生產 註：1.診療項目要求表(詳附表 6.1.1) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.出院狀態 (1)子宮收縮良好 (2)惡露量正常 (3)會陰傷口癒合良好 (4)生命跡象穩定及自行解尿順暢 3.國際疾病分類臨床修正代碼：主手術(或處置)碼： <del>72.XX、73.XX</del> <u>10D07Z3~10D07Z8、</u> <u>10900ZC~10908ZC、0U7C7ZZ、</u> <u>10S07ZZ~10S0XZZ、10D07Z7、10J07ZZ、</u> <u>3E030VJ~3E063VJ、10E0XZZ、0W8NXZZ、</u> <u>10907ZA、10908ZA、10A07ZZ、10A08ZZ、</u> <u>10S0XZZ+10E0XZZ、0U7C7ZZ+10E0XZZ、</u> <u>0Q820ZZ~0Q834ZZ+10E0XZZ、10D07Z8</u>	v	v				30,570 27,838
97009C	剖腹產 註：1.診療項目要求表(詳附表 6.1.2) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.出院狀態 (1)體溫低於 37.7°C 至少 24 小時 (2)傷口乾燥並癒合 (3)病人可進全食 例外：有其他因素必需改變飲食 (4)無併發症 (5)教導病人 A.日常生活活動包括性生活 B.沐浴及個人衛生 C.乳房及傷口護理重點 D.排定返診檢查 (6)教導病人 A.嬰兒餵哺 B.嬰兒沐浴及照顧 C.小兒科醫師返診檢查 3.國際疾病分類臨床修正代碼：主手術(或處置)碼： <del>74.0~74.1、74.2~74.4</del> <u>10D00Z0、10D00Z1、10D00Z2</u>		v				30,570

編號	診療項目	助產所	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
97014C	<p>自行要求剖腹產</p> <p>註：1.不符醫學上適應症而自行要求施行剖腹產者，依本項點數支付。</p> <p>2.診療項目要求表(詳附表 6.1.2)</p> <p>(1)基本診療項目</p> <p>(2)選擇性診療項目</p> <p>3.出院狀態</p> <p>(1)體溫低於 37.7°C 至少 24 小時</p> <p>(2)傷口乾燥並癒合</p> <p>(3)病人可進全食</p> <p>例外：有其他因素必需改變飲食</p> <p>(4)無併發症</p> <p>(5)教導病人</p> <p>A.日常生活活動包括性生活</p> <p>B.沐浴及個人衛生</p> <p>C.乳房及傷口護理重點</p> <p>D.排定返診檢查</p> <p>(6)教導病人</p> <p>A.嬰兒餵哺</p> <p>B.嬰兒沐浴及照顧</p> <p>C.小兒科醫師返診檢查</p> <p>4.國際疾病分類臨床修正代碼：主手術(或處置)碼：  <del>74.0~74.1~74.2~74.4</del> <u>10D00Z0、10D00Z1、10D00Z2</u></p>		v				15,669
97934C	<p>前胎剖腹產之陰道生產</p> <p>註：1.診療項目要求表(詳附表 6.1.1)</p> <p>(1)基本診療項目</p> <p>(2)選擇性診療項目</p> <p>2.出院狀態</p> <p>(1)子宮收縮良好</p> <p>(2)惡露量正常</p> <p>(3)會陰傷口癒合良好</p> <p>(4)生命跡象穩定及自行解尿順暢</p> <p>3.國際疾病分類臨床修正代碼：主手術(或處置)碼：  <del>72.XX~73.XX</del> <u>10D07Z3~10D07Z8、</u>  <u>10900ZC~10908ZC、0U7C7ZZ、</u>  <u>10S07ZZ~10S0XZZ、10D07Z7、10J07ZZ、</u>  <u>3E030VJ~3E063VJ、10E0XZZ、0W8NXZZ、</u>  <u>10907ZA、10908ZA、10A07ZZ、10A08ZZ、10S0XZZ+</u>  <u>10E0XZZ、0U7C7ZZ+10E0XZZ、</u>  <u>0Q820ZZ~0Q834ZZ+10E0XZZ、10D07Z8</u></p>		v				43,292

## 第二章 婦科

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
97013C	子宮肌瘤切除術(住院)、子宮鏡子宮肌瘤切除術 (住院) 註：1.診療項目要求表(詳附表 6.2.1) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.出院狀態 (1)出院前至少 24 小時內體溫低於 37.5°C (2)無合併症 (3)可自行解尿 (4)正常胃腸功能，出院前 24 小時內至少正常排便 1 次 (5)病人之衛教： A.沐浴及個人衛生 B.傷口之照料 C.活動程度(包括性生活等)之衛教 D.口服藥 E.門診回診時間 3.國際疾病分類臨床修正代碼： 主手術(或處置)碼： <del>68.29</del> 、 <del>68.29</del> + <del>68.12</del> <u>0U590ZZ</u> 、 <u>0UB90ZZ</u> 、 <u>0U598ZZ</u> 、 <u>0UB98ZZ</u> 4.西醫基層院所申報限設置有門診手術室及觀察病床者。	v				43,483
97017C	輸卵管外孕手術(住院) 註：1.診療項目要求表(詳附表 6.2.2) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.出院狀態 (1) 出院前至少 24 小時內體溫低於 37.5°C (2) 無合併症 (3)可自行解尿 (4)正常胃腸功能，出院前 24 小時內至少正常排便 1 次 (5)病人之衛教： A.沐浴及個人衛生 B.傷口之照料 C.活動程度(包括性生活等)之衛教 D.口服藥 E.回診時間 3.國際疾病分類臨床修正代碼： 主診斷碼： <del>63.1</del> <u>O00.1</u> 主手術(或處置)碼： <del>66.01</del> 、 <del>66.62</del> 、 <del>66.02</del> <u>0U950ZZ</u> 、 <u>0U960ZZ</u> 、 <u>0U970ZZ</u> 、 <u>10T20ZZ</u> + <u>0UB50ZZ</u> 、 <u>10T20ZZ</u> + <u>0UB60ZZ</u> 4.西醫基層申報限設置有門診手術室及觀察病床者。	v				37,624

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
97022B	子宮完全切除術(住院) 註：1.診療項目要求表(詳附表 6.2.3) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.出院狀態 (1)出院前至少 24 小時內體溫低於 37.5°C (2)無合併症 (3)可自行解尿 (4)正常胃腸功能，出院前 24 小時內至少正常排便 1 次 (5)病人之衛教： A.沐浴及個人衛生 B.傷口之照料 C.活動程度(包括性生活等)之衛教 D.口服藥 E.回診時間 3. 國際疾病分類臨床修正代碼： 主手術(或處置)碼： <del>68.4</del> <del>68.59</del> 0UT90ZZ+0UTC4ZZ、 0UT97ZZ+0UTC7ZZ		v			52,991
97027C	次全子宮切除術(住院) 註：1.診療項目要求表(詳附表 6.2.4) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.出院狀態 (1)出院前至少 24 小時內體溫低於 37.5°C (2)無合併症 (3)可自行解尿 (4)正常胃腸功能，出院前 24 小時內至少正常排便 1 次 (5)病人之衛教： A.沐浴及個人衛生 B.傷口之照料 C.活動程度(包括性生活等)之衛教 D.口服藥 E.回診時間 3. 國際疾病分類臨床修正代碼： 主手術(或處置)碼： <del>68.3</del> 0UB90ZZ	v				49,681

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
97033B	<p>卵巢部分（全部）切除術或輸卵管卵巢切除術(住院)</p> <p>註：1.診療項目要求表(詳附表 6.2.5)</p> <p>(1)基本診療項目</p> <p>(2)選擇性診療項目</p> <p>2.出院狀態</p> <p>(1)出院前至少 24 小時內體溫低於 37.5°C</p> <p>(2)無合併症</p> <p>(3)可自行解尿</p> <p>(4)正常胃腸功能，出院前 24 小時內至少正常排便 1 次</p> <p>(5)病人之衛教：</p> <p>A.沐浴及個人衛生</p> <p>B.傷口之照料</p> <p>C.活動程度(包括性生活等)之衛教</p> <p>D.口服藥</p> <p>E.回診時間</p> <p>3.國際疾病分類臨床修正代碼：</p> <p>主手術(或處置)碼：</p> <p><del>65.22、65.29、65.39、65.49、65.51、</del></p> <p><del>65.52、65.61、65.62</del> <u>0UB00ZZ、0UB10ZZ、0UB20ZZ、</u></p> <p><u>0U500ZZ、0U510ZZ、0U520ZZ、0UB50ZZ、0UB60ZZ、</u></p> <p><u>0UT20ZZ、0UT00ZZ、0UT10ZZ、0UT20ZZ+0UT70ZZ、</u></p> <p><u>0UT00ZZ+0UT50ZZ、0UT10ZZ+0UT60ZZ</u></p>		v			39,383
97037B	<p>腹腔鏡子宮完全切除術(住院)</p> <p>註：1.診療項目要求表(詳附表 6.2.6)</p> <p>(1)基本診療項目</p> <p>(2)選擇性診療項目</p> <p>2.出院狀態</p> <p>(1)出院前至少 24 小時內體溫低於 37.5°C</p> <p>(2)無合併症</p> <p>(3)可自行解尿</p> <p>(4)正常胃腸功能，出院前 24 小時內至少正常排便 1 次</p> <p>(5)病人之衛教：</p> <p>A.沐浴及個人衛生</p> <p>B.傷口之照料</p> <p>C.活動程度(包括性生活等)之衛教</p> <p>D.口服藥</p> <p>E.回診時間</p> <p>3.國際疾病分類臨床修正代碼：</p> <p>主手術(或處置)碼：</p> <p><del>68.51、(68.4+54.21)</del> <u>0UT9FZZ+0UTC4ZZ、</u></p> <p><u>0UT94ZZ+0UTC4ZZ</u></p>		v			85,514

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
97044C	<p>腹腔鏡卵巢部分（全部）切除術或輸卵管卵巢切除術(住院)</p> <p>註：1.診療項目要求表(詳附表 6.2.7)</p> <p>(1)基本診療項目</p> <p>(2)選擇性診療項目</p> <p>2.出院狀態</p> <p>(1)出院前至少 24 小時內體溫低於 37.5°C</p> <p>(2)無合併症</p> <p>(3)可自行解尿</p> <p>(4)正常胃腸功能，出院前 24 小時內至少正常排便 1 次</p> <p>(5)病人之衛教：</p> <p>A. 沐浴及個人衛生</p> <p>B. 傷口之照料</p> <p>C. 活動程度(包括性生活等)之衛教</p> <p>D. 口服藥</p> <p>E. 回診時間</p> <p>3.國際疾病分類臨床修正代碼：</p> <p>主手術(或處置)碼：  <del>65.24</del>、<del>65.25</del>、<del>65.31</del>、<del>65.41</del>、<del>65.53</del>、<del>65.54</del>、<del>65.63</del>、<del>65.64</del>  <u>0UB04ZZ</u>、<u>0UB14ZZ</u>、<u>0UB24ZZ</u>、<u>0U504ZZ</u>、<u>0U514ZZ</u>、  <u>0U524ZZ</u>、<u>0UB04ZZ</u>、<u>0UB14ZZ</u>、<u>0UB24ZZ</u>、  <u>0UT04ZZ</u>、<u>0UT14ZZ</u>、<u>0UT04ZZ+0UT54ZZ</u>、  <u>0UT14ZZ+0UT64ZZ</u>、<u>0UT24ZZ</u>、<u>0UT04ZZ</u>、  <u>0UT14ZZ</u>、<u>0UT24ZZ+0UT74ZZ</u>、  <u>0UT04ZZ+0UT54ZZ</u>、<u>0UT14ZZ+0UT64ZZ</u></p> <p>4.西醫基層院所申報限設置有門診手術室及觀察病床者。</p>	v				64,751
97047C	<p>腹腔鏡子宮外孕手術(住院)</p> <p>註：1.診療項目要求表(詳附表 6.2.8)</p> <p>(1)基本診療項目</p> <p>(2)選擇性診療項目</p> <p>2.出院狀態</p> <p>(1)出院前至少 24 小時內體溫低於 37.5°C</p> <p>(2)無合併症</p> <p>(3)可自行解尿</p> <p>(4)正常胃腸功能，出院前 24 小時內至少正常排便 1 次</p> <p>(5)病人之衛教：</p> <p>A.沐浴及個人衛生</p> <p>B.傷口之照料</p> <p>C.活動程度(包括性生活等)之衛教</p> <p>D.口服藥</p> <p>E.回診時間</p> <p>3.國際疾病分類臨床修正代碼：</p> <p>主診斷碼：<del>633.0</del>、<del>633.1</del>、<del>633.2</del>、<del>633.8</del>、<del>633.9</del>、<u>000.0</u>、<u>000.1</u>、  <u>000.2</u>、<u>000.8</u>、<u>000.9</u></p> <p>主手術(或處置)碼：  <del>(66.01</del>、<del>66.62</del>、<del>74.3</del>、<del>66.02)</del>+<del>54.21</del>或<del>54.51</del> <u>0U954ZZ</u>、  <u>0U964ZZ</u>、<u>0U974ZZ</u>、<u>10T24ZZ+0UB54ZZ</u>、  <u>10T24ZZ+0UB64ZZ</u>、<u>10T24ZZ+0UB74ZZ</u>、<u>10T24ZZ</u>、  <u>0U954ZZ+0DNW4ZZ</u>、<u>0U964ZZ+0DNW4ZZ</u>、<u>0U974ZZ</u>  <u>+0DNW4ZZ</u>、<u>10T24ZZ+0UB54ZZ+0DNW4ZZ</u>、  <u>10T24ZZ+0UB64ZZ+0DNW4ZZ</u>、  <u>10T24ZZ+0UB74ZZ+0DNW4ZZ</u>、<u>10T24ZZ+0DNW4ZZ</u></p> <p>4.西醫基層院所申報限設置有門診手術室及觀察病床者。</p>	v				58,530



### 第三章 一般外科

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
97220K	股及腹股溝疝氣手術(AGE>1, 單側)(門診)				v	28,441
97221A	註：1.診療項目要求表(詳附表 6.3.5)			v		27,911
97222B	(1)基本診療項目		v			27,689
97223C	(2)選擇性診療項目	v				27,067
	2.國際疾病分類臨床修正代碼： 主手術(或處置)碼： <del>53.00-53.01-53.02-53.29</del> 0YQ50ZZ、0YQ60ZZ、 0YQ70ZZ、0YQ80ZZ					
97224P	股及腹股溝疝氣手術(AGE<1, 單側)(門診)	v				23,896
	註：1.診療項目要求表(詳附表 6.3.5)					
	(1)基本診療項目					
	(2)選擇性診療項目					
	2.國際疾病分類臨床修正代碼： 主手術(或處置)碼： <del>53.00-53.01-53.02-53.29</del> 0YQ50ZZ、0YQ60ZZ、 0YQ70ZZ、0YQ80ZZ					
	3.限由向衛生局登記為診所(不含中醫診所及牙醫診所)之特約醫事服務機構申報。					

### 第四章 泌尿科

編號	診療項目	基層醫院	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
97405K	尿路結石體外震波碎石術(單側)(門診)				v	29,033
97406A				v		29,033
97420B			v			29,033
97407K	尿路結石體外震波碎石術(雙側)(門診)				v	51,295
97408A				v		51,295
97421B			v			51,295
97409K	尿路結石體外震波碎石術(三十日內施行第二次, 單側)(門診)				v	22,983
97410A				v		22,983
97422B	尿路結石體外震波碎石術(三十日內施行第二次, 雙側)(門診)		v			22,983
97411K					v	45,245
97412A	註：1.診療項目要求表(詳附表 6.4.2)				v	45,245
97423B	(1)基本診療項目		v			45,245
	(2)選擇性診療項目					
	2.國際疾病分類臨床修正代碼： 主診斷碼： <del>274.11-592.X</del> N20.0、N20.0~N20.9 主手術(或處置)碼： <del>98.51</del> 0TF3XZZ、0TF4XZZ、 0TF6XZZ、0TF7XZZ、0TFBXZZ、0TFCXZZ、 0WFRXZZ					

## 第六章 眼科

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
97605K	水晶體囊內(外)摘除術及人工水晶體置入術(單側)(門診)				v	20,669
97606A	註：1.診療項目要求表(詳附表 6.6.2)			v		20,669
97607B	(1)基本診療項目		v			20,667
97608C	(2)選擇性診療項目	v				20,665
	2.國際疾病分類臨床修正代碼：主手術(或處置)碼： <del>(13.11~13.19、13.2、13.3、13.41、13.42、13.43、</del> <del>13.51~13.59)+13.71 08DJ3ZZ+08RJ3JZ、</del> <u>08DK3ZZ+08RK3JZ</u>					

## 第七章 耳鼻喉科

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
97716K	喉直達鏡並做聲帶或會厭軟骨腫瘤切除或剝去，無主要				v	15,544
97717A	合併症或併發症(門診)			v		15,411
97718B	註：1.診療項目要求表(詳附表 6.7.4)		v			15,533
	(1)基本診療項目					
	(2)選擇性診療項目					
	2.國際疾病分類臨床修正代碼： 主診斷碼及主手術(或處置)碼： 詳附表 6.7.0					
	3.主要合併症或併發症診斷碼(詳附表 6.7.5)					

附表 6.7.0 耳鼻喉科項目之國際疾病臨床分類修正代碼

項目名稱	診斷碼	主處置碼	年齡	處置或手術排除碼
喉直達鏡並做聲帶或會厭軟骨腫瘤切除或剝去，無主要合併症或併發症(門診)	1.主診斷為耳鼻喉及口腔疾病或病變。 2.主診斷為 <del>140、149.9、160.0、161.9、</del> <del>165.0、195.0</del> C00~C14.8、C30.0~C33、 C39.0、C76.0 及次診斷與主診斷之關係 不符附錄一表列者，不適用本項目。 3.惟次診斷與主診斷之關係若符合附錄 7.2 表列者，則該案件仍屬於本項目。	<del>30.01、</del> <del>30.09、</del> <del>30.22)+31.42</del> 0C9S8ZZ、 0C5S8ZZ、 0C5T8ZZ、 0C5V8ZZ、 0CBT8ZZ、 0CBV8ZZ	-	主處置碼排除 <del>20.98</del> 09HD06Z、 09HE06Z、 09HD06Z+ 09PD0SZ、 09HE06Z+ 09PD0SZ

## 第八部 品質支付服務

### 第二章 糖尿病

通則：

#### 一、參與資格：

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

#### (一) 第一階段照護：

1. 團隊醫事人員資格如下：醫師、護理衛教及營養衛教之專業人員須經各縣市糖尿病共同照護網認證合格，地區醫院及基層院所之護理衛教及營養衛教人員，得依相關法規規定以共聘或支援方式辦理。地區醫院及基層院所團隊醫事人員可為醫師加另一專業人員執行(可包括護理師、營養師、藥師)，惟團隊仍需取得各縣市糖尿病共同照護網醫師、護理衛教及營養衛教認證合格。

2. 上述參與資格如主管機關有最新規定，從其規定。

#### (二) 第二階段照護

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

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

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

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

#### 二、收案對象：

(一) 最近九十天曾在該院所診斷為糖尿病 (~~ICD-9-CM 前二碼為 250~~ ICD-10-CM 前三碼為 E08-E13 ) 至少同院所就醫達二次(含)以上者，才可收案，惟當次收案須以主診斷【門診醫療費用點數申報格式點數清單段之國際疾病分類碼(一)】收案。

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

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

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

#### (五) 結案條件：

1. 可歸因於個案者，如失聯超過三個月、拒絕再接受治療等。

2. 經醫師評估已可自行照護者。

3. 個案未執行本方案管理照護超過1年者。

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

#### 四、醫療費用審查：

##### (一) 申報原則：

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

##### (二) 審查原則

1. 未依保險人規定內容登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付該筆管理照護費並依相關規定辦理；另該筆疾病管理費被核刪後不得再申報。
2. 醣化血色素(HbA1c)及低密度脂蛋白(LDL)之任一病患檢驗值經保險人審查發現登載不實，將取消該年度之品質獎勵措施資格，並追扣該年度已核發之品質獎勵點數。如連續二年經保險人審查發現登載不實，自保險人文到日之次月起，二年內不得再申報本章費用。

#### 五、品質獎勵措施：

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

##### 1. 新收案率：

- 定義：指當年度符合收案條件(最近 90 天曾在該院所診斷為糖尿病 (~~ICD-9-CM 前二碼為 250~~ ICD-10-CM 前三碼為 E08~E13) 同院所就醫達 2 次(含)以上之病人)中，排除已被其他醫師收案且未結案或前曾經自己收案的人數後，新被收案的比率。
- 門檻目標值：醫師新收案率須 $\geq 30\%$ 以上，限第一階段照護醫師有申報新收案 P1407C 者。

##### 2. 收案人數 $\geq 50$ 人。

##### (二) 品質加成指標

##### 1. 個案完整追蹤率：

###### ➢ 定義：

- (1) 分母：當年度該院所由該醫師收案之所有個案當中，排除第 4 季新收案之人數。
- (2) 分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之個案當中，於當年度該院所完成下列條件者，視為達成追蹤。
  - A. 已申報年度評估者 (P1409C 或 P1411C)，其申報當年度追蹤管理(P1408C 或 P1410C)次數達 3 次者。
  - B. 已申報新收案者 (P1407C)，視申報新收案之季別，完成下列追蹤管理次數者，視為達成追蹤。
    - a. 如為第 1 季申報新收案，其當年度追蹤管理+年度評估次數達 3 次者。
    - b. 如為第 2 季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達 2 次者。
    - c. 如為第 3 季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達 1 次者。
- (3) 當年度同時申報新收案 (P1407C) 及年度評估 (P1409C 或 P1411C) 者，以申報新收案 (P1407C) 之季別，依第(2)項之 B 原則辦理。

## 2. HbA1C<7.0%比率(HbA1C 控制良好率)

### ➤ 定義：

(1)分母：當年度該院所由該醫師收案之所有個案當中之完成當年度追蹤管理及年度評估次數，排除第4季新收案個案。

(2)分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之收案當中，其 HbA1C<7.0% 之次數比率。

## 3. HbA1C>9.0%比率(HbA1C 不良率)

### ➤ 定義：

(1)分母：當年度該院所由該醫師收案之所有收案當中之完成當年度追蹤管理及年度評估次數，排除第4季新收案個案。

(2)分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之收案當中，其 HbA1C>9.0% 之次數比率。

## 4. LDL>130mg/dl 比率(LDL 不良率)

### ➤ 定義：(註：LDL 值係指年度評估之登錄值)

(1)分母：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人次。

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

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

## 5. LDL<100mg/dl 比率(LDL 良率)

### ➤ 定義：(註：LDL 值係指年度評估之登錄值)

(1)分母：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人次。

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

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

## (三) 品質卓越獎

1. 依各醫師新收案率分為 2 組(以新收案率≤ 55%及> 55%予區分，合計共分為 2 組)。

2. 各組依上述收案完整追蹤率、HbA1C 控制良好率、HbA1C 不良率、LDL 不良率、LDL 良率等五項指標比率分別排序(收案完整追蹤率、HbA1C 控制良好率及 LDL 良率為由高排至低；HbA1C 不良率及 LDL 不良率為由低排至高)，再將各指標之序別各乘上 1/5 後相加重新排序，取排序總和前 25%之醫師，惟當年度新參與方案之醫師，須於次年方得參與品質獎勵評比，依該醫師所收個案中達成完整追蹤之個案數，每個個案數給予 1,000 點獎勵，當年度新收個案則依完整追蹤季數等比例支付。

➤ 收案人數定義：當年度該院所由該醫師申報新收案(P1407C)或年度評估(P1409C)之病人歸戶數(如個案僅申報追蹤管理，則將無法被歸戶為某醫師所收案之個案；如醫師有兼任情形則會依院所分別歸戶)。

## (四) 品質進步獎

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

2. 門檻指標及品質加成指標計算方式同本通則五之(一)(二)規定。

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

## 全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案

99.01.01 第一版實施

100.07.01 第二版修訂

103.06.12 第三版修訂

### 壹、計畫目的：

- 一、鼓勵醫療院所將財務誘因由量之競爭，逐步轉化為醫療品質之提升。
- 二、鼓勵醫師主動積極介入治療，使思覺失調症患者能固定規則接受治療，提高病患治療之依從性。
- 三、促使醫療院所提高思覺失調症疾病之醫療照護品質，以提昇病患之生活功能與品質、降低社會成本。

### 貳、計畫目標：醫療照護品質指標項目三年進步率總體達 10%。

### 參、收案對象：

- 一、領有重大傷病卡之思覺失調症(ICD-910-CM ~~295~~F20, F25)患者。
- 二、排除條件：
  - (一)精神科慢性病房住院中病患。
  - (二)同時領有 2(含)張以上不同疾病之重大傷病卡者。

### 肆、收案標準：

#### 一、固定就醫病人：

- (一) 定義：病患前一年於精神科拿藥 $\geq 8$ 次，且於特定醫療院所之精神科就醫次數，大於其全年精神科就醫次數 60%。
- (二) 收案方式：由全民健康保險保險人(以下稱保險人)分區業務組定期產製名單交給該特定醫療院所收案。

#### 二、未固定就醫病人：

- (一) 定義：病患前一年於精神科就醫次數(含門住診)未明顯集中於某特定醫療院所(即固定就醫以外及久未就醫以外之病人)。
- (二) 收案方式：由保險人分區業務組定期產製名單交參與本方案醫療院所收案。

#### 三、久未就醫病人：

- (一) 定義：病患前一年連續六個月以上無精神科就醫(含門住診)資料者。
- (二) 收案方式：由保險人分區業務組定期產製名單交參與本方案醫療院所收案。

### 伍、結案條件：收案對象有下列情事之一者，於發生日起終止收案。

- 一、死亡。
- 二、入監服刑。
- 三、失聯 2 個月以上(連續 2 個月未於收案醫療院所就診者)。
- 四、因轉診結案。

## 陸、費用支付方式：

### 一、確認收案人數

- (一) 固定就醫病人：由參與本方案院所於年度開始前，與保險人分區業務組確認應收案名單；除有正當理由外，需全數收案，不得選擇病患，收案率需 $\geq 80\%$ 。收案院所應按月上傳新收案名單。
- (二) 未固定就醫病人、久未就醫病人：收案院所應按月上傳新收案名單。
- (三) 個案收案月數之計算，收、結案當月均納入計算。

### 二、病人群組風險校正：

#### (一) 高風險病人(high risk patient, HRP)：

1. 定義：病患前1年曾因下列情形，門、住診就醫次數合計大於3次（不含切帳）者。
  - (1) 以主診斷 ~~295~~F20, F25 入住急性病房者。
  - (2) 或以損傷(含自殺)及中毒(ICD-~~9~~10-CM ~~800-999~~S00-T88, E-CODE V00-Y99)於門、住診就醫者。
2. 支付相對風險權值(relative risk):1.5。

#### (二) 一般病人(general patient, GP)：

1. 定義：非屬高風險病人。
2. 支付相對風險權值(relative risk):1。

### 三、費用核付：

#### (一) 個案管理照護費：一般病人以每人每年1000點為個案管理照護費支付基準，高風險病人依病人群組相對風險權值加權計算， $1000 \text{ 點} * 1.5 = 1500 \text{ 點}$ 。

1. 基本承作費：以「個案管理照護費」之40%計算，固定就醫病人收案率未達80%者，本項不予支付。

- (1) 自個案收案當月起計算至年底，按一年所占月份數比例支付基本承作費；醫療院所上傳收案名單，由保險人分區業務組依實際情形辦理核付。

#### (2) 計算公式=

$$\text{一般病人收案總人月數} / 12 * \text{個案管理照護費}(1000 \text{ 點}) * 40\% + \\ \text{高風險病人收案總人月數} / 12 * \text{個案管理照護費}(1500 \text{ 點}) * 40\%$$

2. 品質獎勵費：以「個案管理照護費」之60%計算。

- (1) 由保險人分區業務組辦理照護品質指標評量，依照醫療院所年度達成情形，於年度結束後核付。
- (2) 醫療院所以上年度自身基礎值為比較基礎，各項品質指標依一般病



人組及高風險病人組分別計算及獎勵。

(3) 目標權值達成度 $\geq 60\%$ 始可獎勵，獎勵金額依照目標權值達成度，給予品質獎勵費之 60%、80%、100%獎勵。計算公式=一般病人數\*個案管理照護費(1000 點) \*60% \*一般病人目標權值達成度 +高風險病人數\*個案管理照護費(1500 點) \*60% \*高風險病人目標權值達成度  
照護品質評量之指標項目、目標值及權值如附表 1。

(二)發現費:為鼓勵早期介入，早期治療，以避免發病或減緩發病之嚴重度，且能輔導未規則就醫者積極尋求醫療協助，收案對象屬未固定就醫或久未就醫者，每一個案增加支付發現費 500 點，每一個案每一院所支付以一次為限，且跨院所不得重複收案。

(三)上開費用核付作業，不併醫療費用申報，由保險人分區業務組依計畫執行結果核定金額後，於追扣補付系統辦理帳務處理。

柒、計畫申請方式:

參與本方案之醫療院所應檢附計畫書向保險人分區業務組提出申請，經保險人分區業務組同意後實施。

捌、經費來源:

於醫院總額及西醫基層總額之專款項目「醫療給付改善方案」項下支應，如施行結果超過該專款預算數時，採點值浮動方式處理。

玖、參與本方案之醫療院所應成立專責窗口，負責接收收案名單及連繫等相關事宜，院方應依個人資料保護法之規定，負保險對象資料保密之責。

拾、績效評估:

參與本方案之醫療院所全年醫療照護品質指標執行結果，於次年 2 月份時進行總評，各參與院所全年品質指標權值達成度需 $\geq 40\%$ 。未達成之院所應提改善計畫，由所屬保險人分區業務組據以評量其是否得以續辦之資格。

## 全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫

### 一、依據：

各年度全民健康保險醫療給付費用總額之協議結果。

### 二、目的：

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

### 三、施行期間：自公告日起至103年12月31日止。

### 四、適用範圍：

(一)腦血管疾病(ICD-910：~~430-437~~G450-G468及I60-I68)及顱腦損傷(ICD-910：~~801-804~~及~~850-854~~S021-S024, S026-S029, S063-S066, S068-S069)自診斷日起三個月內之住院病患，需中醫輔助醫療協助者。

(二)需中醫輔助醫療之腫瘤住院患者。

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

### 六、申請資格：

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

### 七、申請程序：

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

### 八、計畫書之規範：

- (一)書寫格式：以WORD形式建檔，A4版面，由左而右，由上而下，(標)楷書14號字型，橫式書寫。
- (二)封面：包括計畫名稱、執行單位、執行期間。
- (三)內容至少應包括下列項目：
  - 1.前言：請敘述申請本計畫動機，包括：加強中醫醫療照護門診的種類、醫療資源提供情況及需求狀況等。
  - 2.目的：分點具體列述所要達成之目標。
  - 3.實施方法與步驟：請依計畫內容分別具體列述，並應包括下列項目：

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

(2)標準作業程序。

(3)適應症。

(4)治療及追蹤計畫。

(5)療效評估標準：

A、腦血管疾病，以NIHSS、Barthel Index做為評估標準。

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

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

(6)不良反應紀錄及通報。

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

(四)評估預期效益：請詳述計畫實施後預期達成之效益指標。

#### 九、申請資格審查：

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

#### 十、執行方式：

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

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

#### 十一、支付方式：

(一)本計畫之給付項目及支付標準表如附件二。

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

#### 十二、醫療費用申報與審查

##### (一) 醫療費用申報

1. 門診醫療費用點數申報格式之總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。

2. 門診醫療費用點數申報格式點數清單段：

(1)案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。

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

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

#### 十三、執行報告

執行本計畫之保險醫事服務機構，應於計畫執行結束或年度結束後三十日內，檢送執行報

告至中醫全聯會，執行報告之格式及內容，依送審計畫書之內容及要項撰寫執行成果及實施效益，執行報告之內容將做為下年度申請資格審查之依據。

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

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

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

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

## 全民健康保險牙醫門診總額口腔癌統合照護計畫

### 一、依據

各年度全民健康保險醫療給付費用總額之協議結果。

### 二、目的

- (一) 為持續並定期觀察頭頸口腔惡性腫瘤患者或癌前病變患者是否有癌變的現象，以期及早發現及早治療。
- (二) 以病人為中心，進行個案追蹤治療之管理。
- (三) 強化接受放射性治療之頭頸口腔惡性腫瘤患者牙齒防齲結構，預防因放射線治療所引起的口乾症或免疫系統改變所造成之放射性猛爆型齲齒的發生。

### 三、預算來源

由全民健康保險牙醫門診總額一般服務部門項下支應。

### 四、給付項目及支付標準：

#### (一) 適用治療對象(給付對象)

經病理報告確診為頭頸口腔惡性腫瘤患者或癌前病變 (Potentially Malignant Disorder, 以下稱 PMD) 患者，癌前病變臨床診斷類別：紅斑(疾病診斷碼為 ~~240.4D103~~)、白斑(疾病診斷碼為 ~~528.6K1321, K133~~)、疣狀增生(疾病診斷碼為 ~~240.4D103~~)、口腔黏膜纖維化(疾病診斷碼為 ~~528.8K135~~)、扁平苔癬(疾病診斷碼為 ~~697.0L430-L439, L661~~)。

(二) 醫師資格：限口腔顎面外科專科醫師、口腔病理科專科醫師及經口腔黏膜提升計畫課程受訓牙醫師，需向中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)提出申請，並經全民健康保險保險人(以下稱保險人)核定後始得執行。(申請書詳附件一)。

(三) 僅施行本計畫所列之追蹤治療項目，不得申報診察費，但如併行其他治療處置時，則得申報診察費，且與相關治療處置費用，併同計畫項目申報。

編號	診療項目	支付點數
P4501C	定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療 Regular oral potentially malignant disorder follow-up treatment 註：1.須附 2 年內病理切片報告，且經確診為頭頸口腔癌或癌前病變 (PMD) 患者。 2.第一次限申報定期性口腔癌前病變追蹤治療，不得與非定期性口腔癌前病變追蹤治療(P4502C)併同申報。 3.填寫口腔照護定期檢查紀錄表，詳如附件二。 4.填寫口腔癌與癌前病變個人習慣紀錄單(吃檳榔、抽菸、喝酒等不良習慣)，詳如附件三。	600

編號	診療項目	支付點數
	5.口腔清潔維護治療(包括視情況移除口腔內尖銳牙齒結構填補物、不良補綴物、癌前病變清除維護等) 6.嚼檳榔、抽菸、喝酒等不良習慣(致癌因子)之戒除輔導。 7.限 90~120 天申報乙次，超過 120 天者則以非定期性口腔癌前病變追蹤治療申報。	
P4502C	非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療 Irregular oral potentially malignant disorder follow-up treatment 註：1.限已申報定期性口腔癌前病變追蹤治療(P4501C)後執行，且間隔時間超過 120 天者，不得與定期性口腔癌前病變追蹤治療(P4501C)併同申報。 2.須附 2 年內病理切片報告，且經確診為頭頸口腔癌或癌前病變(PMD)患者。 3.填寫口腔照護定期檢查紀錄表，詳如附件二。 4.填寫口腔癌與癌前病變個人習慣紀錄單(吃檳榔、抽菸、喝酒等不良習慣)，詳如附件三。 5.口腔清潔維護治療(包括視情況移除口腔內尖銳牙齒結構填補物、不良補綴物、癌前病變清除維護等)。 6.嚼檳榔、抽菸、喝酒等不良習慣(致癌因子)之戒除輔導。	400

### (三)臨床治療指引

支付標準項目	定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療 (P4501C) 非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療 (P4502C)
適應症 Indications	經病理報告確診為頭頸口腔惡性腫瘤患者或癌前病變(PMD)患者， 癌前病變臨床診斷類別：紅斑、白斑、疣狀增生、口腔黏膜纖維化、扁平苔癬
診斷 Diagnostic Study	病史、理學檢查(切片病理報告)
處置 Management	口腔清潔維護治療(視情況移除口腔內尖銳牙齒結構填補物、不良補綴物、癌前病變清除維護等) 填寫口腔照護定期檢查紀錄表，詳附件二 填寫口腔癌與癌前病變個人習慣紀錄單，詳附件三 嚼檳榔、抽菸、喝酒等不良習慣(致癌因子)之戒除輔導
完成狀態 Finishing Status	完成口腔照護定期檢查紀錄表、口腔癌與癌前病變個人習慣紀錄單 完成口腔癌與癌前病變追蹤治療

## 五、計畫申請程序及申報規定：

- (一) 院所應檢附申請書及口腔外科專科證書或口腔病理專科證書或口腔黏膜篩檢訓練證明以等相關資料，向牙醫全聯會申請審核，並由牙醫全聯會函送保險人分區業務組核定，異動時亦同，申請書格式如【附件一】。
- (二) 如病患病情需要，由上述參與計畫之特約醫療院所醫師實施並申報本計畫所列之追蹤治療項目。

## 六、醫師資格審查程序

- (一) 每月 5 日前將申請書及相關資料以掛號郵寄至牙醫全聯會，牙醫全聯會審查後，於每月 20 日前將名單函送保險人分區業務組審理確認，並由保險人以公告或行文通知相關院所；申請者得於核定日起執行本計畫服務。
- (二) 醫師名單若有異動，應於每月 5 日前函報牙醫全聯會，並送保險人分區業務組確認後，得於次月生效。
- (三) 特約醫療院所代碼如有變更，應函報牙醫全聯會及保險人之分區業務組辦理本計畫之起始日期變更作業。

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

## 全民健康保險乳癌醫療給付改善方案試辦計畫

乳癌醫療給付改善方案(93年修訂版)

96年08月17日修訂第1版

99年01月01日文字修正

99年09月01日文字修正

102年07月29日文字修正

## 壹、前言

癌症「早期發現，早期治療」，其療效佳且治癒機會大；否則，不僅療效不佳且耗費更多的醫療資源。某醫院以該院乳癌病人為例進行五年存活率與醫療費用分析，研究結果發現第0期五年存活率為95.7%，第4期五年存活率則為18.5%。醫療費用分析結果發現乳癌病人經治療後，再復發者之醫療費用是無病狀態者的6.7倍，而第4期乳癌病人的醫療費用是第0期病人的5倍多，是第1期病人的3倍多。

但如果只做到「早期發現，早期治療」，癌症仍不足以獲得最佳療效，需要「早期正確診斷，早期正確治療」，癌症方可獲得最佳療效。早期正確診斷有賴於足夠且有效的檢查，才可以提供正確癌症分期，進而使癌症醫療團隊得以決定最好的醫療策略。早期正確治療不但需給予足夠的醫療服務，且依照臨床實驗認可的診療準則完整、徹底的執行治療。在目前論量計酬支付制度下，並無確保醫療品質機制的醫療服務，醫療服務提供者沒有誘因提供有效的檢查與正確且足夠的醫療服務，另保險人為控制醫療費用，常會刪減到必要的醫療服務項目，在此制度的窘境下，無法分辨刪減的醫療服務是否真的是浪費；醫療服務提供者的窘境為有意盡全力提供病人醫療服務，但同時必需考慮保險人支付的不足引起財務虧損。在論量計酬支付制度且無確保醫療品質機制的環境下，因為無有效為病人規劃治療，而使得病人持續回來接受醫療服務，反而使醫療服務提供者獲利。

「癌症治療只有一次機會」這句話道出癌症治療的重要特性。三種癌症常用的治療方式為手術、化學治療與放射治療。如果第一次手術沒有將腫瘤完全切除乾淨，癌細胞可能很容易擴散。第一次化學治療如果沒有使用有效化學治療藥物與足夠的劑量，則不僅無法達到治療效果，也會增加癌症抗藥性導致復發與轉移機率。有效治療癌症放射治療劑量僅7000雷得(cGY)，心臟最多能承受放射治療的劑量為5000雷得(cGY)，肺部則約只能承受2000雷得(cGY)。在第一次放射治療時，如果沒有做詳細的治療計畫，正確針對腫瘤部位給予足夠劑量，不僅無法殺死癌細胞，而且同部位再給予第二次放射治療時，正常組織累積劑量將產生更大的副作用。在論量計酬支付制度且無確保醫療品質機制的環境下，保險人往往面臨無法分辨醫事服務機構放射治療的劑量是否正確或是被濫用的窘境。

提供醫療服務的目的不外是治療好疾病與照顧好病人，但其預後評估比較困難，而存活率是評估癌症病人預後最常用的指標，因此癌症治療的預後較一般疾病容易測量。如果癌症病人沒有接受有效、正確的診斷與治療，癌症容易復發與轉移，會影響病人存活年數，甚至短時間內致死；雖然醫學上無法保證每次治療成功率為百分之百，但正確



的診療獲得好的預後機率一定比較高。

先進國家診療癌症病人往往可以依循診療準則 (practice guidelines 或 protocols)，因此保險人與醫療服務提供者皆有可依循的規範，癌症病人亦可獲得妥善的醫療照顧服務。國內短時間內對於癌症病人診療與照顧服務準則尚無法達成共識，但我們可以發展具有確保醫療品質機轉的癌症支付制度，創造合理的醫療環境，讓醫療服務提供者可以有效的幫助癌症病人，同時又可達到控制醫療費用與確保醫療品質的目的。

本試辦計畫即根據癌症疾病屬性與其相關診療特性，嘗試以資料申報與專業審查監控癌症診斷正確性，以定期醫療品質報告 (report) 與癌症資料庫建立，確保癌症診療與照護品質。

## 貳、計畫目的

- 一、提升乳癌病人照護之醫療品質。
- 二、建立以醫療品質導向之支付方式。

## 參、試辦期間

- 一、本試辦計畫在試辦開始滿一年後，逐年由保險人與參加本計畫之醫院就試辦情況提出檢討，在保險人與試辦醫院雙方均同意下，訂定修正方案，若有一方無法同意修正方案，得停止試辦。
- 二、試辦醫院於試辦期間或年度檢討時經查醫療品質有重大缺失者，應停止其試辦醫院資格。

## 肆、計畫內容

### 一、參與試辦醫院資格

(一) 每年執行乳癌手術人數達 100 人 (註) 以上，且已發展乳癌之 clinical practice guidelines 或 protocols，並建立何時修訂、如何修訂與監控乳癌診療準則實施結果之流程與機制。

(二) 已成立乳癌共同診療團隊，包括以下科別：

1. 具有外科、內科 (含腫瘤內科) 等各科別專任專科醫師至少二名。
2. 具有放射線 (腫瘤) 科、放射線 (診斷) 科、病理科、整型外科、精神科、復健科等各科別專任專科醫師至少各一名。
3. 以上相關醫事人員。

(三) 上述人員應定期開會討論，以整合各科意見，確定乳癌病人之診斷並提出最適之治療計畫，再由主治醫師根據討論結果或乳癌診療準則與患者討論，共同決定治療計畫。

(四) 已定期追蹤、收集不同期別乳癌病人之復發與存活資料，並建立可提供不同期別乳癌病人五年以上整體存活率與無病存活率統計之相關資料庫。

註：1. 參與試辦醫院應準備上述資料向本保險之分區申請及備查 (備查資料明細及說明詳附件一)。

2. 每年執行乳癌人數未達 100 人以上時，若其他條件皆符合本試辦計畫規定，

由本保險之分區審酌以專案辦理。

## 二、試辦對象範圍

### (一)收案範圍：

試辦醫院於試辦期間收治之女性新病人，其 ICD-~~9~~10-CM 主診斷碼應符合 ~~174.0-174.9~~C50、~~198.2~~C792、~~198.81~~C7981、~~233.0~~D0500-D0592、~~238.3~~D4860-D4862、~~V58.0~~Z510、~~V58.1~~Z5111 之範圍(安寧療護個案除外)。

### (二)結案條件

1. 死亡。
2. 追蹤滿五年且無復發。
3. 中斷治療(歸責於病患因素)。

## 三、費用支付

### (一)支付標準涵蓋範圍

1. 符合收案範圍主診斷碼條件者至結案期間，試辦醫院所提供之門、住診診療服務及居家照護。
2. 已收案之乳癌病人當次就診原因非收案範圍之主診斷，若併行乳癌相關治療，因相關治療費用已含於乳癌診療組合定額費用內，故乳癌相關治療費用不得再重複併行申報。

(二)試辦醫院於試辦期間除全民健康保險法等相關規定本保險不給付項目外，不得另行向保險對象收取自費項目。

(三)支付標準：詳附件二

### (四)計畫期間所需經費

預估積極治療五年之醫療費用將增加二億六千萬餘元，惟本計畫實施五年正面可估算效益若可減少現行乳癌患者之復發率 5%，且再復發者之醫療費用為無病狀態之七倍左右，估計五年節省復發者之醫療費用二億。

## 四、醫療費用申報、暫付、審查及結算方式

### (一)申報：

1. 該診療組合(分期)定額費用如含括門、住(含多次)診療時，請依現行方式逐次申報，惟處方治療明細(門診)、醫令點數清單(住院)之醫令類別請以「4(不計價)」申報，俟可申報診療組合(分期)定額費用時，再以醫令類別「2」申報診療組合(分期)定額費用。定額費用可併同該個案當月診療費用申報，亦可獨立申報於門診或住院費用，若採獨立申報時，健保卡號請填「99」(若健保 IC 卡單軌實施後就醫序號請填「IC99」)。
2. 病人中斷診療(含治療或追蹤)，其完成診療組合之申報，應依已施行之診療內容，改按最相近之組合申報，且未完成之分期定額支付項目，請於中斷後一次併同申報。
3. 為監控醫療品質，申報組合費用時須另申報個案醫療明細檔(申報格式詳附件

- 三),如未申報或內容有品質之虞者,則暫不支付該項費用,俟補正後再予支付。
- 4.總表:併入現行送核費用申報辦理。
- 5.門診醫療服務點數清單之申報:
- (1)案件分類欄位:應申報「E1(支付制度試辦計畫)」。
  - (2)特定治療項目代號(一)欄位:應依個案申報「N(新發個案)」、「R(復發個案)」或「C(完成個案)」。
    - A.未完成個案,每次申報費用時均應填寫「N」或「R」。
    - B.完成診療組合(包括中斷治療)之個案,申報費用時均應填寫「C」。
    - C.本欄位為2 BYTES,故登打時請左靠,不足之1 BYTE,請補空白。
  - (3)門診「就醫日期」及「治療迄日」欄位:

依現行方式申報(如實施化學、放射治療時,同現行同一療程方式申報),惟當次診療需填報醫令類別「2」之診療組合(分期)定額費用時,「就醫日期」應填該診療組合之開始治療日期(即該診療組合開始治療的第一天),「治療迄日」填該(期)定額費用之診療截止日期。
  - (4)申請金額欄位:將處方治療明細醫令類別「1」、「2」、「3」之費用扣除部分負擔申報。如申請金額為負數時,請依實際負數金額填寫。(例如:當次診療尚不能申報診療組合(分期)定額費用時,如果病患未領重大傷病卡或零期癌需部分負擔時,則申請金額為負數)
- 6.住診醫療服務點數清單之申報:
- (1)案件分類欄位:應申報「4(支付制度試辦計畫)」
  - (2)入出院日期欄位:請依現行方式以實際入出院日期填寫。
  - (3)住診「申報期間一起」及「申報期間一迄」欄位:

依現行方式申報,惟當次診療需填報醫令類別「2」之診療組合(分期)定額費用時,「申報期間一起」請填該診療組合之開始治療日期(即該診療組合開始治療的第一天),及「申報期間一迄」請填該(期)定額費用之治療截止日期。
  - (4)病患來源欄位:應依個案申報「N(新發個案)」、「R(復發個案)」或「C(完成個案)」。
    - A.未完成個案,每次申報費用時均應填寫「N」或「R」。
    - B.完成診療組合(包括中斷治療)之個案,申報費用時均應填寫「C」。
  - (5)申請金額欄位:將醫令清單醫令類別屬「1」、「2」、「3」之費用扣除部分負擔申報。如申請金額為負數時,請依實際負數金額填寫。(例如:當次診療尚不能申報診療組合(分期)定額費用時,又病患未領重大傷病卡或者屬零期癌需部分負擔時,則申請金額為負數)

7.醫令申報:

- (1)診療組合定額費用

- A. 診療組合定額項目：醫令類別請填「2」，其中住院申報之執行日期起迄欄，請填實際執行該（期）定額費用之起迄日期。
- B. 實際醫療費用醫令項目：醫令類別請填「4」，其中住院申報之執行日期起迄欄，請填執行該醫令項目之起迄時間。
- C. 醫令類別「4」之費用，請加總於門診處方治療明細之「合計金額」或住診點數清單之、「醫療費用合計」欄位。

(2)乳癌荷爾蒙治療費用

- A. 以現行論量計酬方式申報，並可與任一診療組合併同申報。
- B. 申報之醫令項目，須另申報一筆醫令類別為「4」之費用。

(二)暫付：依現行暫付作業規定辦理。

(三)審查：

- 1. 參加本試辦計畫之案件，依全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法規定辦理。
- 2. 對於試辦醫院申報資料進行相關之檔案分析，經分析發現醫療品質有疑慮部分，得擇定不同之審查方式：
  - (1)實地審查
  - (2)重點抽審
  - (3)其他專業醫療品質評量
- 3. 申復、爭議審議依全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法之規定。

(四)結算：

- 1. 針對完成診療組合之個案（即門診點數清單特定治療項目代號（一）欄位或住診點數清單病患來源欄位申報「C」者），按季執行結算作業。
- 2. 對於變更治療組合之個案將依該個案完成治療時當次申報之治療組合，與先前申報之治療組合，結算其差額費用。
- 3. 中斷治療之個案，將依改按最相近之治療組合，與先前申報之治療組合，結算其差額費用。

## 五、品質監控

(一)試辦醫院定期向本保險之分區申報品質資訊，包括：

- 1. 診療程序準則、診療計畫之訂定原則及修正重點（每年）。
- 2. 乳癌共同診療團隊定期開會之會議紀錄及名單(每季抽調會議紀錄或實地審查)。
- 3. 提供品質監控項目(詳附件四)之年中及年度報表。
- 4. 提升乳癌病人及家屬衛生教育之具體措施(每年)。
- 5. 其他與本試辦計畫相關之品質資訊，得由試辦醫院與本保險之分區討論後提交。

(二)對於品質資訊有疑義部分，本保險之分區得請試辦醫院說明，或依試辦醫院所提供之診療程序準則等文件，進行實地審查或重點抽審，以瞭解該院所之個案管理情形。

(三)試辦醫院除上述品質指標報告外，如另有攸關本計畫之品質指標亦可提供。

#### 六、獎勵措施

保險人應於試辦後每年年終(試辦第一年於次年年終)，就試辦期間乳癌病人第零期至第三期之無病存活率及第四期之整體存活率均大於以下條件之試辦醫院，核撥獎勵金。存活率及獎勵金之計算說明詳附件五。

病理期別\年	第一年	第二年	第三年	第四年	第五年
第零期(無病存活率)	97%	94%	93%	93%	93%
第一期(無病存活率)	97%	93%	89%	88%	86%
第二期(無病存活率)	95%	86%	80%	78%	75%
第三期(無病存活率)	85%	70%	50%	45%	40%
第四期(整體存活率)	64%	33%	23%	18%	10%
加計百分比	2%	3%	4%	6%	7%

#### 七、計畫施行評估：

(一)本保險之分區定期監控試辦醫院實施成效，並作為其試辦醫院資格之參考：

1. 監控試辦醫院收治之乳癌病患是否符合本計畫之收案範圍，是否有符合試辦計畫收案範圍但未進入本試辦計畫之情形。
2. 監控試辦醫院對於個案之管理情形，並瞭解更改治療組合或中斷治療個案比率是否異常。
3. 監控試辦醫院對於診療程序之執行狀況。
4. 分析乳癌病人癌症分期之分布情形，以監控醫療機構有無刻意選擇病人。
5. 比較乳癌病人實際醫療利用情形與診療組合之總支付項目，以瞭解醫療機構有無刻意減少醫療服務，及遵循乳癌診療程序準則之狀況。
6. 歸戶分析乳癌病人之所有醫療費用，以瞭解醫療機構有無將乳癌相關之診療費用，切割另外以論量計酬申報。
7. 必要時保險人得回饋分析資料給試辦醫院參考。

(二)本試辦計畫施行情形應每年年終定期檢討(試辦第一年於次年年終)：

1. 試辦醫院應就整體試辦成果(含照護之品質)向本保險之分區報告及檢討。
2. 新科技之使用應於年度檢討時提報討論。

## 全民健康保險 B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者醫療給付改善方案

### 壹、前言

肝癌死亡率近10年來一直位居台灣癌症死因之前二位，根據全民健保統計資料，94年以來每年新增肝癌患者約9500人。另根據國民健康署(以下稱國健署)94、95年癌症登記分析肝癌臨床期別，有將近50%屬於較晚發現的第3期及第4期之肝癌。衛生福利部97年的死因統計，約有8千人死於肝癌，標準化死亡率高居各項癌症首位。據調查，死於肝癌的病患中約有80%的人為B型肝炎帶原者，而10%為慢性C型肝炎感染者，可見B、C型肝炎病毒感染是國人肝癌的主因。在感染B、C型肝炎病毒之後，帶原者有可能肝功能維持正常，或是肝功能(GOT 及GPT值)持續異常而演變為慢性肝炎，肝臟反覆發炎繼而導致肝硬化或肝癌。許金川教授研究指出全台20歲以上成人中約有300萬人是B型肝炎帶原者，約42萬人是C型肝炎感染者，其中約有25%的B型肝炎帶原者及30%的C型肝炎感染者，因無外顯症狀而不知自己帶原情況。根據2009年8月國衛院肝癌小組專家共識肝癌處理對策指引及台灣消化系醫學會指引，肝炎帶原者等高危險群每6個月需篩檢1次(證據強度等級1)。依據健保申報資料97年約有68.5萬人主診斷為肝炎或肝硬化，其中僅9.1萬人(13%)符合指引每6個月接受1次腹部超音波及肝功能檢查(GOT、GPT)。2004年發表的實證研究指出，對35-59歲的B肝帶原和慢性肝炎者每6個月提供1次腹部超音波檢查，可以降低37%的肝癌死亡率(Journal of Cancer Research and Clinical Oncology(2004)130:417-422)。綜上，對慢性B、C型肝炎患者，尤其是未曾被診斷出肝炎患者，實有加強照護及追蹤管理之必要。

有鑒於民眾通常不瞭解自己是否為B型肝炎帶原者或C型肝炎感染者，如能由全民健保提供個案追蹤管理機制，促使醫療院所持續追蹤B型肝炎帶原者和慢性C型肝炎感染者，使其能定期接受後續追蹤檢查，同時透過醫療團隊，給予完整且正確的照護，不但能讓這些病患充分瞭解自身的病況，長期而言，有助減少國人肝癌的發生，亦能有助於整體醫療費用的降低。

本方案藉由支付制度的設計，導入B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案管理追蹤之誘因，鼓勵醫療院所設計以病人為中心之完整照護，遵守個案管理追蹤指引，加強患者之追蹤及衛教服務，提供完整且連續性的照護模式，以創造被保險人、供給者及保險人三贏之局面。

### 貳、目標

- 一、建立以病患為中心的共同照護模式。
- 二、提升B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案管理追蹤指引遵循率。
- 三、建立品質導向之支付制度。

### 參、計畫內容

- 一、參與本方案之醫事人員及醫事機構，須向所轄全民健康保險保險人(以下稱保險人)之分區業務組申請同意，資格如下：
  - (一) 內、消化(含消化內、外科)、兒、家醫科醫師。
  - (二) 參與本計畫之院所，年度追蹤率小於20%者，經本保險之分區業務組輔導未改

善，自文到日之次月起，一年內不得再申報本方案之相關費用。

## 二、收案對象(給付對象)

- (一) 同一院所經結案之保險對象，不得再收案，但院所仍可依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準申報相關醫療費用。
- (二) 最近 6 個月內曾在該院所主診斷為 B 型肝炎帶原者或 C 型肝炎感染者至少就醫達 2 次(含)以上者 (ICD-910-CM 為 ~~070.30-070.33~~ B161、B169、B180-B181、B1910、~~070.51~~ B1710、B1920、~~070.54~~ B182、~~571.40-571.49~~ K73、K754、~~571.5K~~ K7460、K7469、~~V02.61~~ Z2251、~~V02.62~~ Z2252)，才可收案，惟當次收案須以主診斷【門診醫療費用點數申報格式點數清單段及填表說明之國際疾病分類號(一)】收案。
- (三) 個案若符合全民健康保險加強慢性 B 型或 C 型肝炎治療計畫的用藥條件，可接受 B、C 型肝炎用藥的療程治療，其支付方式按全民健康保險藥物給付項目及支付標準規定辦理。
- (四) 追蹤個案收案前需與病人解釋本方案實施之目的及需病人配合定期回診等事項，並發給相關文宣資料詳附件一，經病人同意配合方得收案，並將病人或親屬同意書簽名黏貼於病歷表上，未黏貼者，不予支付管理照護費。
- (五) 本方案建議照護醫師團隊需衛教個案維持正常作息、均衡飲食及遠離菸酒。
- (六) 個案在醫師的照護下接受個案管理追蹤，因工作、遷移等因素需做轉診接續管理追蹤時，該個案之院所應先上網辦理轉介(轉出)程序後，即由受理轉診之院所再上網辦理轉介(轉入)程序，接續個案管理追蹤。為免個案中斷管理追蹤超過一年，喪失管理追蹤之權益，原負責管理追蹤與接續管理追蹤之院所應儘速執行轉介程序。

## 三、結案條件：

- (一) 可歸因於病人者，如失聯超過一年(≥360天)、拒絕再 接受管理追蹤。
- (二) 病患罹患肝癌、肝昏迷個案不符收案資格。
- (三) 死亡。

## 四、給付項目及支付標準：

- (一) 新收案及追蹤管理照護費(詳附件二)：符合本計畫之 B 型肝炎帶原者或 C 型肝炎感染者個案管理追蹤，接受以醫師為主導之醫療團隊提供常規性 B、C 型肝炎追蹤檢查之完整性照護，醫療院所得定期申報管理照護費。
- (二) 肝癌早期發現費(詳附件二)：首次被診斷肝癌(155)且肝癌診斷期別為第 1 期或第 2 期，並取得重大傷病卡，醫療院所得申報早期發現費，肝癌期別登錄於 VPN 並記載於病歷備查。
- (三) 品質提升獎勵費：醫療院所達成該院所年度品質指標，所完成追蹤照護個案，得給付照護品質提升獎勵費用，每人次支付 100 點。
- (四) 本方案之疾病管理照護費用及相關品質獎勵費用，於全民健康保險醫院總額及

西醫基層總額之「醫療給付改善方案」專款項下支應，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

#### 五、品質資訊之登錄及監測

- (一) 參與本方案之特約醫療院所應依保險人規定內容(如附件三)，登錄檢驗、檢查結果資訊。
- (二) 保險人視情形舉辦本方案執行概況檢討或發表會，藉以進行執行成果檢討及經驗交流。

#### 六、醫療費用申報及審查原則

##### (一) 申報原則：

1. 醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。
2. 門診醫療費用點數申報格式點數清單段醫令清單段填表說明。
  - (1) 屬本方案收案之保險對象，其就診當次符合申報P碼者，於申報費用時，門診醫療費用點數申報格式點數清單段之案件分類應填『E1』、特定治療項目代號(一)應填『H7』。未符合申報上述醫令者，依一般費用申報原則辦理。
  - (2) 申報方式：併當月份送核費用申報。
3. 醫師視臨床需要依專業判斷提供檢查及診療服務，依一般費用申報規定申報，不以本方案建議檢查項目及次數為限。

##### (二) 審查原則

1. 未依保險人規定內容登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，不予支付該筆管理照護費並依相關規定辦理；另該筆疾病管理費被核刪後不得再申報。
2. 其餘未規定事項，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。

#### 七、品質獎勵措施：

以參與本方案之醫療院所為單位，全部達成下列所有品質指標目標值之院所，依所完成追蹤之個案數每個案給予100點獎勵，品質指標之計算自本方案公告日日起算，相關進步指標之計算自本方案公告日累計兩年執行率後再予核算。未全部達成者，獎勵費用不予給付。

##### (一) 門檻指標：

1. 醫學中心及區域醫院當年度收案人數須 $\geq 50$ 人以上。
2. 地區醫院及基層診所當年度收案人數須 $\geq 20$ 人以上。

##### (二) 品質指標：

1. 收案率 $\geq 30\%$ ：

➤ 定義：

- (1) 分母：指該院所當年度符合收案條件患者(最近6個月曾在該院所主診斷為B型肝炎帶原者或C型肝炎感染者，至少就醫達2次(含)以上者)。



(2)分子：當年度該院所本方案所收案個案數。

## 2. 腹部超音波檢查執行進步率

➤ 定義：

(1)分母：當年度該院所收案之個案數。

(2)分子：當年度該院所之個案，依本方案建議(半年執行1次)  
執行腹部超音波檢查個案數。

(3)基準：當年度腹部超音波檢查執行率>上年度該院所個案腹部超音波檢查執行率。(當年度執行率100%亦屬達成)。

## 3. 年度完整追蹤率 $\geq$ 50%

➤ 定義：

(1)分母：當年度該院所收案個案數，排除最後1季新收個案。

(2)分子：當年度該院所之個案，申報追蹤管理照護個案數。

八、資訊公開：保險人得公開參與本方案之醫療院所名單及相關品質資訊供民眾參考。

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

## 全民健康保險急診品質提升方案

101.05.01 第一版公告實施

102.01.01 第二版公告實施

104.01.01 第三版公告實施

## 壹、前言

中央衛生主管機關為加速醫院急診部門檢傷分類作業，參採國外經驗，於 99 年公告施行急診五級檢傷分類基準，期快速檢定病人病況危急與嚴重度，讓真正急重症患者，能及時獲得緊急醫療服務，挽回寶貴的生命，全民健康保險(以下稱全民健保)亦配合於 99 年 1 月 1 日起調增檢傷分類之急診診察費支付標準，並將夜間急診診察費用加成率由 2 成提高為 5 成，期盼醫院能因而提升急診照護之品質。

然而，國內多數醫學中心急診壅塞情形仍為外界及媒體關切，又依據全民健保 99 年 4 月至 100 年 3 月急救責任醫院相關統計，檢傷分類第 4 級及第 5 級病患病況較不危急，醫師可於 1 小時以後看診之病人，約占全部之 25%，此類病人應儘速加以紓解；第 1 級至第 3 級病況危急之病人急需住院個案中，仍有 17% 患者未於 6 小時內入住；急診病人滯留超過 24 小時者，檢傷分類第 1 級約占該類檢傷總病人次之 4.16%，又 23 家重度急救責任醫院檢傷分類計有 11 家占率大於 5%；顯示，醫院對於急診人力之安排，適時提供病人住院照護及適切的轉介作業流程未達相當的品質，除急診部門醫事人員工作負荷增加，並因而影響到急重症病患的醫療照護；急診服務品質仍有待進一步研擬改善之需要。

依據美國醫療機構評鑑聯合會(Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 簡稱 JCAHO)的報告，超過 53% 延誤治療的警訊事件(sentinel event)是發生在急診，而因急診壅塞所造成的事件就占了 31%。Chalfin(2007)等的報告，急診重症病人如果無法在 6 小時內入住加護病房，結果不僅住院天數會因此拉長，病人的死亡率也會增高(從 8.4% 上升至 10.7%)。Richardson(2006)等的報告，在壅塞時段，相同疾病嚴重度的病人有較高的死亡。Sprivulis(2006)等的報告，壅塞時段，急診病人在第 2 天及第 7 天的病人死亡率增加了 30%。顯示，急診醫療品質的低落，不僅影響病人的安全，更對有限的醫療資源造成一種無形的浪費。

全民健康保險保險人(以下稱保險人)已加強宣導輕症病人不要到醫院急診外，並依主管機關有關加強急重症之醫療照護百年衛生醫療改革計畫，邀集急診醫學會、急診管理學會、主管機關及相關專科醫學會共同研擬本案，並與醫界協商，以試辦論質計酬計畫辦理，期提升急重症照護品質，縮短病人在急診室留置之時間。

## 貳、目標

- 一、 確保重大疾病照護品質。
- 二、 落實品質導向轉診制度。
- 三、 提升急診病人處置效率。

- 參、經費來源：全民健康保險醫院醫療給付費用總額中之「急診品質提升方案」專款項目。
- 肆、參與資格：須為全民健保特約醫院，並依本方案規定據實登錄相關資料者。其中未申報急診檢傷分類之地區醫院，配合本方案轉診品質規定，將病人上轉或接受下轉病人個案，給予獎勵。

## 伍、計畫構面

### 一、急診重大疾病照護品質：

針對急性腦中風、急性心肌梗塞、重大外傷及嚴重敗血症患，訂定到院一定時間內接受必要治療處置之標準及獎勵

- (一) 急性腦中風：係主診斷碼為 ICD: ~~433.00 至 434.94~~ I63-I66，美國中風量表 NIHSS 介於 4-25 分之急診病人，符合健保相關用藥規定，完成血栓溶解劑 (r-tPA 健保申報碼:K000743248) 注射之個案。
- (二) 急性心肌梗塞：主診斷碼為 ICD: ~~410.00 至 410.52、410.80 至 410.92~~ I210-I213、I220-I221、I228-I229 之病患，從進入急診後經檢查適合者，於 90 分鐘內接受緊急介入性心導管治療(診療項目為 33076B 至 33078B 經皮冠狀動脈擴張術)之個案(door to balloon time < 90 min)。
- (三) 重大外傷：主診斷碼 ICD:~~800-904、910-929、950-959~~ S00-S17、S19-S99、T07、T79 (前述第 7 位碼皆須為"A")、S12、S22、S32、S42、S52、S62、S72、S82、S92 (前述第 7 位碼皆須為"B")、S52、S72、S82 (前述第 7 位碼皆須為"C")，ISS ≥ 16 之急診病人，或體表面積 > 20% 之重大燒傷，診斷為 ~~948.2-948.9~~ T312.0-T319.9、940T265.0XA-T267.0XA,T269.0XA、941.5T20.30XA-T20.39X,T20.70XA-T20.79XA,T26.20XA-T26.22XA，從進入急診後 2 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置(詳附表一)之個案。
- (四) 嚴重敗血症：主診斷或次診斷碼為 ICD: ~~038.0-038.9~~ A40.0, A40.1, A40.3, A40.8, A40.9, A41.01, A41.02, A41.1, A41.2, A41.3, A41.4, A41.50, A41.51, A41.52, A41.53, A41.59, A41.81, A41.89, A41.9, R65.10, R65.11, R65.20、785.59R571、R578、R6521，符合國際嚴重敗血症指引定義之急診敗血症病人，從進入急診後 3 小時內給與予第一劑抗生素及 6 小時內完成敗血症治療組套 (sepsis bundle) 同時申報:09059B 乳酸檢查 (或 09135B 乳酸-丙酮酸檢查)、收縮壓，及至少完成 13016B 及「13001C 至 13026C 中之任 1 項」細菌學及黴菌檢查之個案。
- (五) 獎勵方式：(一)~(四) 達標者每個案支付 2000 點。

### 二、轉診品質：

強化急診室重症病患上轉且穩定病患下轉之機制，針對符合轉診品質保證之個案，給予轉出及轉入醫院獎勵，希望透過有品質的轉診機制，各急救責任醫院能各司其職於第一時間依其能力完成病患醫療處置。

- (一) 向上或平行轉診：中度或一般級急救責任醫院及地區醫院，因重大疾病之緊急狀況，醫院照護能力未符需求，須轉診至上一級或同層級急救責任醫院或區域以上醫院接受專業處理。疾病主診斷包括急性心肌梗塞，急性腦中風、主動脈剝離、重大外傷須緊急手術、嚴重敗血症等(詳附表二)。
- (二) 向下或平行轉診：重度級或中度級急救責任或區域以上醫院，為讓病床更有效率運用，將已收治一般急診常見疾病的穩定病人轉出至同等級或下一級急救責任院或同層級或下一層級之醫院之適當醫療機構。疾病主診斷包括上消化道出血，肺炎，泌尿道感染、肝硬化或肝昏迷、鬱血性心臟衰竭、軟組織之蜂窩組織炎等(詳附表三)。
- (三) 轉診作業
1. 醫院應設有專責辦理轉診作業之窗口。
  2. 轉出醫院：向病人說明轉診原因；填寫轉診同意書及轉診單。
  3. 轉入醫院：接收醫院要同意，並提供必要醫療照護；填寫處置情形轉診回覆單。
- (四) 獎勵方式：符合向上轉診或平行轉診之病人，每個案獎勵 1000 點；符合向下轉診之病人，每個案獎勵 4,000 點。轉出與轉入醫院各給予 50%。

### 三、急診處置效率

本項係以各項效率指標為基礎加以比較獎勵，藉以提升急診處置效率，舒緩急診的壅塞。

#### (一)觀察指標：

1. 非外傷病人檢傷分類各級住院比率

**定義**：大於等於 18 歲非外傷病人住院(包含普通病房及加護病房)

**計算基準**：由急診治療後住入同一醫院比率

**計算方式**：分子：大於等於 18 歲非外傷該級住院人次

分母：大於等於 18 歲非外傷該級病人次

(大於等於 18 歲非外傷該級住院人次 / 大於等於 18 歲非外傷該級病人次)

\* 100%

2. 外傷病人檢傷分類各級住院比率

**定義**：處置碼介於 48001C-48035C 之外傷病人住院(包含普通病房及加護病房)

**計算基準**：由急診治療後住入同一醫院比率

**計算方式**：分子：外傷病人該級住院人次

分母：外傷病人該級病人次

(外傷病人該級住院人次 / 外傷病人該級病人次) \* 100%

3. 兒科病人檢傷分類各級住院比率

**定義**：小於 18 歲非外傷病人住院(包含普通病房及加護病房)

**計算基準**：由急診治療後住入同一醫院比率

**計算方式**：分子：小於 18 歲非外傷病人該級住院人次

分母：小於 18 歲非外傷病人該級病人次

(小於 18 歲非外傷病人各級住院人次 / 小於 18 歲非外傷病人各級病人次)

\* 100%

## (二) 壅塞指標：急診病人停留超過 24 小時之比率

**計算基準**：病人到院時間-病人離院或住院時間

**計算方式**：分子：急診病人停留超過 24 小時病人次

分母：所有急診病人次

(急診停留超過 24 小時病人次/所有急診病人次) \* 100%

## (三) 效率指標

### 3.1 完成急診重大疾病照護病人進入加護病房 < 6 小時之比率

**計算基準**：完成急診重大疾病照護病人轉入加護病房時間-其到達急診時間 < 6 小時

**計算方式**：分子：完成急診重大疾病照護於六小時內轉入加護病房病人次

分母：完成急診重大疾病照護總人次

(完成急診重大疾病照護病人於六小時內轉入加護病房人次/完成急診重大疾病照護之總人次) \* 100%

### 3.2 檢傷一、二、三級急診病人轉入病房 < 8 小時之比率

**計算基準**：病人轉入同一家醫院病房時間-病人到達急診時間 < 8 小時

**計算方式**：分子：檢傷一、二、三級病人 8 小時內住院人次

分母：檢傷一、二、三級病人住院人次

(檢傷一、二、三級 8 小時內住院人次/檢傷一、二、三級病人住院人次) \* 100%

### 3.3 檢傷四、五級急診病人離開醫院 < 4 小時之比率

**計算基準**：病人離院時間-病人到達急診時間 < 4 小時

**計算方式**：分子：檢傷四、五級病人 4 小時內出院人次

分母：檢傷四、五級病人出院人次

(檢傷四、五級病人 4 小時內出院人次/檢傷四、五級病人出院人次) \* 100%

### 3.4 地區醫院急診病人增加

**計算基準**：以檢傷分類等級申報所有急診病人次計算

**計算方式**：本年急診人次 > 上年急診人次

## (四) 品質獎勵方式

1. 維持獎：壅塞指標小於或等於 1%，且該院所本年度轉出比率低於同級醫院

之 50 百分位。本年度效率指標(3.1-3.3)，維持在同級醫院前 25 百分位，三項指標達到者，每一醫院給予 20 點乘以當年度急診檢傷一、二、三級病人人次合計數獎勵，若有單項指標達到給予 1/3，兩項指標達到給予 2/3。

2. 進步獎：

(1) 壅塞指標大於1%

A. 效率指標(3.1-3.3)年度進步8%以上，三項指標均達到者，每一醫院獎勵10點乘以當年度急診檢傷一、二、三級病人人次合計數，若有單項指標達到給予1/3，兩項指標達到給予2/3。

B. 效率指標(3.1-3.3)年度進步10%以上，三項指標達到者，每一醫院獎勵15點乘以當年度急診檢傷一、二、三級病人人次合計數，若有單項指標達到給予1/3，兩項指標達到給予2/3。

(2) 效率指標(3.4)各醫院本年急診人次較上年增加，每增加1人次支給500 點獎勵。

#### 四、補助急診專科醫師人力

(一)補助醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務：

1. 同體系醫院間（含委託經營）之支援不予補助，包括：

同法人醫院體系、國軍退除役官兵輔導委員會醫院體系、國軍醫院體系、衛生福利部醫院體系、同醫學院附設醫院體系、同縣市政府所屬醫院體系、同醫院總分院(院區)。若對保險人認定有異議，醫院可舉證非屬同體系醫院，經保險人分區業務組同意後認定。

2. 補助方式：

(1) 以急診專科醫師支援急診之班次計算，每人次每月補助上限1.5萬點。

(2) 支援人力計算方式：以全院每月急診專科醫師支援急診服務班次之總和，每15班算1人次(1班至少8小時)。支援不足1人次則依班次比例核算。

(3) 派出支援醫院與接受支援醫院皆可接受本項補助。

3. 支援規定：

支援醫師均應依醫事法規相關規定向當地衛生主管機關辦理報備支援，並請醫師考量負擔能力提供支援服務。

(二)補助地區醫院增聘急診專科醫師人力：

1. 補助方式：

當年度地區醫院每增聘1名急診專科醫師執行急診業務，每人每月補助3萬點。

2. 增聘急診專科醫師人數計算方式：

(1) 該地區醫院當年每月平均執業登記急診專科醫師人數與前一年每月平均

執業登記急診專科醫師人數相比較。

以 104 年為例：

【104 年每月 10 日該院有效執業登記急診專科醫師人數總和÷12 個月】  
減【103 年每月 10 日該院有效執業登記急診專科醫師人數總和÷12 個月】

(2)增聘醫師未滿 1 人則依比例核算。

(三)前述兩項補助合計，每家醫院全年申請上限為 1,800,000 點，超過點數不予補助。

(四)本補助不適用對象：

1. 「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」、「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」之保障醫院。
2. 104 年「全民健康保險跨層級醫院合作計畫」補助之門診支援服務。
3. 衛生福利部醫事司「醫學中心支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」及「緊急醫療資源不足地區改善計畫」之補助醫師或補助開診費用。

(五)地區醫院醫療利用監測指標：

1. 接受本方案補助之急診專科醫師急診看診量：

(1) 指標定義：

當年度接受補助之地區醫院支援及增聘急診專科醫師，平均每月看診人次。

(2) 目標值：每位接受補助之急診專科醫師平均每月急診申報件數大於去年同期值。

2. 地區醫院接受醫學中心、區域醫院下轉急診案件之七日內回轉比率：

(1)指標定義：

分子：地區醫院接受醫學中心、區域醫院下轉之急診案件，七日內回轉醫學中心、區域醫院之急診件數。

分母：地區醫院接受醫學中心、區域醫院下轉急診件數。

(2)目標值：實施一年後地區醫院接受下轉案件之七日內回轉比率不超過 3%。

## 陸、醫療費用申報、支付及審查

一、急診重大疾病照護及轉診品質獎勵申報規定如下

(一) 急診重大疾病照護品質方面：第一至第三項疾病完成照護個案以編號 P4601B「急性腦中風、心肌梗塞及重大外傷照護獎勵」支付點數 2000 點申報，第四項疾病完成照護個案以編號 P4602B「嚴重敗血症照護獎勵」支付點數 2,000 點申報。採每月申報，醫令類別為「2」。

(二) 轉診品質獎勵方面：

1. 上轉個案：轉出醫院以編號 P4603B「急診上轉轉出醫院獎勵」支付點數 500 點申報；接受轉診醫院，以編號 P4604B「急診上轉轉入醫院獎勵」支付點數 500 點申報。採每月申報，醫令類別為「2」。
2. 下轉個案：轉出醫院以編號 P4605B「急診下轉轉出醫院獎勵」支付點數 2,000 點申報；接受轉診醫院，以編號 P4606B「急診下轉轉入醫院獎勵」支付點數 2,000 點申報。採每月申報，醫令類別為「2」。
3. 平轉個案：轉出醫院以編號 P4607B「急診平轉轉出醫院獎勵」支付點數 500 點申報；接受轉診醫院，以編號 P4608B「急診平轉轉入醫院獎勵」支付點數 500 點申報。採每月申報，醫令類別為「2」。

二、年度結束後 4 月底前辦理前一年度急診處置效率獎勵以及急診專科醫師人力補助結算作業，急診專科醫師人力補助以撥入接受支援之地區醫院為原則。本方案各項獎勵以每點 1 元為上限，但若有超支，則以浮動點值支付。

三、醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。

四、經保險人審查發現登載不實者，除不支付方案相關費用外，經確證日起至次年年底不納入本計畫之獎勵。

## 柒、品質資訊之登錄

- 一、參加本方案醫院應依規定，於保險人健保資訊網服務系統之 VPN 登載急診重大疾病照護品質及轉診品質相關資料，格式如附表四（建置於健保資訊網服務系統 <https://10.253.253.243/iwpe0000/iwpe0000s01.aspx>），如健保相關資料未及時登錄或登錄不全者，不予支付相關費用。
- 二、醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務中，地區醫院（接受支援醫院）應於每月申報時，一併將接受醫師支援明細資料登錄於健保資訊網服務系統 VPN 中。
- 三、有關資料登錄作業，因重大行政或系統問題導致延誤或錯誤者，由保險人分區業務組衡酌處理，且同醫院一年不得超過 1 次。

## 捌、資訊之分享與公開

- 一、保險人各分區業務組得舉辦方案執行概況檢討或發表會，由參與本方案之特約醫院報告，藉以進行計畫執行成果檢討及經驗交流。
- 二、保險人得公開參與本方案之醫院名單及相關品質資訊供民眾參考。
- 三、參與醫院所獲得本方案之獎勵金，應用於改善急診工作人力或病人服務。保險人得要求參與醫院提報獎勵金之運用情形並得酌情予以公開。

## 玖、訂定與修正程序

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



附表一、緊急搶救手術或處置

健保碼	手術名稱
33075B	血管阻塞術
64197C	肌腱切開或筋膜切開
64158B	斷肢再接手術
69038C	末稍血管修補及吻合術併血管移植
64237C	骨骼外固定器裝置術
67013B	氣管支氣管傷修補術
67002B	開胸探查術
67010B	肺單元切除術
67011B	肺楔狀或部份切除術
67022B	全肺切除及胸廓成形術或支氣管成形術
67023B	一葉肺葉切除
67024B	肺全切除術
68036B	體外循環維生系統(ECMO)建立
68006B	探查性開心術
68005B	心臟縫補術
68001B	探查性心包膜切開術
69009B	動脈縫合
75007B	縫肝術(肝損傷縫合,小於5公分)
75009B	縫肝術(複雜肝損傷之縫合或大於5公分)
75805B	剖腹探查術
83036C	硬腦膜外血腫清除術
83037C	急性硬腦膜下血腫清除術
83039B	腦內血腫清除術
73010B	小腸切除術加吻合術
71206B	食道切除再造術
72014B	胃空腸造口吻合術

健保碼	手術名稱
73017B	結腸全切除術併行直腸切除術及迴腸造口
74206B	Hartmann 氏直腸手術
70001B	脾臟切除術
70002B	脾臟修補術
83080B	顱內壓監視置入
64022B至64024B	四肢切斷術

附表二、向上轉診或平行轉診疾病別

疾病碼	診斷碼中文名稱
<del>410.00 至 410.52、410.80 至 410.92</del> I210-I213、I220-I221、I228-I229	急性心肌梗塞
<del>433.00 至 434.91</del> I63-I66	急性腦中風
<del>441.00 至 441.02</del> I7100-I7102	主動脈剝離
主診斷需為肝硬化( <del>571.0-571.9</del> K70.0，K70.10，K70.11，K70.2 K70.30，K70.31，K70.40，K70.41 K70.9，K73.0，K73.1，K73.2，K73.8 K73.9，K74.0，K74.1，K74.2，K74.3 K74.4，K74.5，K74.60，K74.69，K75.4，K75.81，K76.0，K76.89，K76.9)或門脈高壓( <del>572.3</del> K76.6)，且次診斷為 <del>456.20</del> I8511。	食道靜脈瘤出血
<del>038.0-038.9、785.59</del> A419、R571、R578、R6521	敗血症
<del>800-904、910-929、950-959</del> S00-S17、S19-S99、T07、T79 (前述第7位碼皆須為"A")、S12、S22、S32、S42、S52、S62、S72、S82、S92 (前述第7位碼皆須為"B")、S52、S72、S82 (前述第7位碼皆須為"C")	重大外傷

附表三、向下或平行轉診疾病別

疾病碼	診斷碼中文名稱
<del>5789</del> K922	胃腸道出血
<del>531.00-531.21</del> K25.0-K25.2,K31.82,K56.60、 <del>532.00-532.21</del> K26.0-K26.2,K56.60、 <del>533.00-533.21</del> K27.0-K27.2	大量腸胃道出血
<del>560</del> K56.60，K56.69，K56.7	腸阻塞
<del>574-575</del> K80.00,K80.01,K80.11-K80.13,K80.18-K80.21,K80.30-K80.37,K80.40-K80.47,K80.50,K80.51,K80.60-K80.67,K80.70,K80.71,K80.80,K80.81,K81.0-K81.2,K81.9,K82.0-K82.4,K82.8,K82.9	急性膽囊炎、膽結石併急性膽囊炎併阻塞
<del>5764</del> K743、K803、K830	膽管炎
<del>5770</del> K85	急性胰臟炎
<del>486</del> -J189	肺炎
<del>496</del> J44	慢性氣道阻塞
<del>682</del> K12.2，L02-L03，L98.3	其他蜂窩組織炎及膿瘍
<del>4280</del> I502-I509	充血性心臟衰竭
<del>7806</del> R509	發燒
<del>599</del> N36、N39、N139、R31	泌尿道感染
<del>59080</del> N12	腎盂腎炎
<del>585</del> N184、N185	慢性腎衰竭
<del>5715</del> K7460、K7469	肝硬化，未提及酒精性者
<del>5722</del> K7291	肝性昏迷

## 全民健康保險氣喘醫療給付改善方案

90.11.01 第一版公告實施  
 93.01.01 修訂第二版公告  
 95.01.01 修訂第三版公告  
 96.01.01 修訂第四版公告  
 97.01.01 修訂第五版公告  
 99.01.01 修訂第六版公告  
 99.06.01 修訂第七版公告  
 101.05.01 修訂第八版公告  
 102.01.01 修訂第九版  
 102.07.29 修訂第十版

## 壹、前言

氣喘是一種慢性疾病，它會反覆發作，也可能自行緩解，不能自行緩解之患者若接受適當的治療，通常可恢復，惟若病況嚴重又未及時接受治療者，則可能致命，而患者本身是否具氣喘知識及遵從醫囑服藥，成為是否導致延緩治療或治療不足最重要的原因。良好氣喘治療的第一步，便是建立正確的觀念與早期發現適當治療，其實大部分的死亡是可以預防的。

全民健康保險保險人(以下稱保險人)有鑑於多數氣喘患者普遍缺乏正確知識，並且在疾病惡化前，亦無良好的疾病管理方式，因此自 90 年 11 月起，推動氣喘醫療給付改善方案，期能透過醫療團隊，給予完整且正確的衛教資訊，加強病患自我照護的能力，減少急症及併發症的發生。此方案不僅提升氣喘患者照護能力及改善生活品質，長期而言，亦能有助於整體醫療費用的降低。

本方案藉由支付制度的設計，導入提昇氣喘照護品質之誘因，鼓勵醫療院所設計以病人為中心之完整照護，遵守氣喘診療指引，加強氣喘患者之追蹤管理及衛教服務，提供完整且連續性的照護模式，以創造被保險人、供給者及保險人三贏之局面。

## 貳、現況分析

依據保險人申報資料，93 年全年以氣喘為主診斷之申報人數約 51 萬人，總醫療費用約 26 億元，而自本方案實施後，平均急診次數及住院次數均呈現逐年下降的趨勢，其中平均急診次數自 90 年的 0.144 次，至 93 年已下降為 0.113 次，同期住院次數亦自 0.069 次下降為 0.046 次，已呈現初步成效。

## 參、目標

- 一、建立以病患為中心的共同照護模式。
- 二、提昇氣喘治療指引遵循率。
- 三、建立品質導向之支付制度。

## 肆、計畫內容

一、參與本方案之醫事人員及醫事機構，須向保險人之分區業務組申請同意，資格如下：

- (一) 具有氣喘患者照護及管理之內、兒、家醫、耳鼻喉科醫師需接受保險人認可之氣喘照護教育訓練，新加入方案之醫師至少取得 8 小時課程時數，已加入方案之醫師每 3 年須取得 8 小時課程時數，並取得證明，教育訓練課程由台灣胸腔暨重症加護醫學會、中華民國免疫學會、台灣兒童胸腔醫學會、台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會

會、台灣氣喘衛教學會或台灣氣喘諮詢協會等六個學會協調每月公益提供，課程表詳附件 1。

- (二) 經台灣胸腔暨重症加護醫學會、中華民國免疫學會、台灣兒童胸腔醫學會、台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會認證之專科醫師。
- (三) 參與本方案之醫師，其半年病人追蹤率小於 12%者（指前半年已收案之個案中，於收案或追蹤後次季至後半年內至少完成 1 次追蹤者），經保險人輔導後，3 個月未改善，自保險人文到日之次月起，一年內不得再申報本方案之相關費用。

## 二、收案對象(給付對象)

- (一) 最近 90 天曾在該院所同醫師診斷為氣喘（ICD-910-CM 前三碼為 ~~493~~J44-J45）至少就醫達 2(含)以上者，才可收案，惟當次收案須以主診斷【門診醫療費用點數申報格式點數清單段及填表說明之第 18 欄位國際疾病分類號（一）】收案。
- (二) 收案前需與病人解釋本方案實施之目的及需病人配合定期回診等事項，經病人同意配合方得收案，並將病人或親屬簽名黏貼於病歷表上，未黏貼者，不予支付疾病管理照護費。
- (三) 年齡 14 歲（含）以上診斷氣喘者，需要有肺功能或尖峰流速值至少一項的紀錄，否則不得收案。
- (四) 參與方案院所新收案對象，經本保險人健保資訊網服務系統(VPN)查詢，若已被其他院所收案照護中(1 年內仍有追蹤紀錄)，不得收案。
- (五) 結案條件：
  1. 可歸因於病人者，如失聯超過三個月(≥90 天)、拒絕再接受治療，或病患不願再遵醫囑或聽從衛教者等。
  2. 經醫師評估已可自行照護者或轉診。
  3. 同一院所經結案對象 1 年內不得再收案，但院所仍可依現行全民健保醫療服務給付項目及支付標準申報相關醫療費用。
  4. 病人未執行本方案管理照護超過 1 年者。

三、支付標準：符合本方案之氣喘病人，接受以醫師為主導之醫療團隊提供常規性氣喘之完整性照護，醫療院所得定期申報管理照護費，給付項目及支付點數如附件 2。

## 四、品質資訊之登錄及監測

- (一) 參與本方案之特約醫療院所應依保險人規定內容(如附件 3)，登錄相關品質資訊。
- (二) 保險人之分區業務組應舉辦方案執行概況檢討或發表會，由參與本方案之特約醫療院所報告，藉以進行計畫執行成果檢討及經驗交流。
- (三) 參與本方案之醫療院所定期依「提昇院所氣喘慢性照護能力與病人生活品質的量化評量表」(如附件 4)自我評量後，於每年年底前函送保險人之分區業務組備查。

## 五、醫療費用申報及審查原則

- (一) 申報原則：
  1. 醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。
  2. 門診醫療費用點數申報格式點數清單段及醫令清單段填表說明：

(1) 屬本方案收案之保險對象，其就診當次符合申報 P1612C、P1613C、P1614B、P1615C 者，於申報費用時，門診醫療費用點數申報格式點數清單段之案件分類應填『E1』、特定治療項目代號(一)應填『E6』；未符合申報上述醫令者，依一般費用申報原則辦理。

(2) 申報方式：併當月份送核費用申報。

(二) 審查原則

1. 未依保險人規定內容登錄相關品質資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付該筆管理照護費並依相關規定辦理；另該筆疾病管理費被核刪後不得再申報。

2. 其餘未規定事項，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。

六、獎勵措施：獎勵點數之計算自有完整曆年資料後，再予核算。

(一) 品質加成指標：

1. 病人完整追蹤率

操作型定義如下：

(1)分母：當年度該院所由該醫師收案之所有病人當中，排除第 4 季新收案之人數及 VPN 系統登錄結案者。

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

A. 已申報年度評估者 (P1614B 或 P1615C)，其申報當年度追蹤管理(P1613C)次數達 3 次者。

B. 已申報新收案者 (P1612C)，視申報新收案之季別，完成下列追蹤管理次數者，視為達成追蹤。

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

b. 如為第 2 季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達 2 次者。

c. 如為第 3 季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達 1 次者。

(3)當年度同時申報新收案 (P1612C) 及年度評估 (P1614B 或 P1615C) 者，以申報新收案 (P1612C) 之季別，依第(2)項之 B 原則辦理。

2. 收案病人因氣喘住院的比率

操作型定義如下：

(1)分母：當年度該院所由該醫師收案之所有病人當中，排除第 4 季新收個案及 VPN 系統登錄結案者。

(2)分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之病人當中，因氣喘住院之總人數。

3. 收案病人因氣喘急診的比率

操作型定義如下：

(1)分母：當年度該院所由該醫師收案之所有病人當中，排除第 4 季新收個案及 VPN 系統登錄結案者。

(2)分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之病人當中，因氣喘急診之總人數。

(二)獎勵評比方式：

1. 先區分醫院與基層，再分成人與兒童共 4 組。
2. 各組依上述「病人完整追蹤率」、「收案病人因氣喘住院的比率」及「收案病人因氣喘急診的比率」等三項指標比率分別排序(「病人完整追蹤率」由高排至低；「收案病人因氣喘住院的比率」及「收案病人因氣喘急診的比率」由低排至高)，再將各指標之序別各乘上 1/3 後相加重新排序，取排序總和前 25%之醫師，惟當年度新參與方案之醫師，須於次年方得參與品質獎勵評比，依該醫師所收個案中達成完整追蹤之個案數，每一個案支付 500 點獎勵，當年度新收個案則依完整追蹤季數等比例支付。

七、本方案之疾病管理費用 (P1612C、P1613C、P1614B、P1615C) 及相關品質獎勵措施費用於全民健康保險醫院總額及西醫基層總額之「醫療給付改善方案」專款項下支應，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。保險人並得視實際執行及費用支付情形，召開會議與醫界研議修改本方案之相關內容。

八、資訊公開：保險人得公開參與本方案之名單及相關品質資訊供民眾參考，其品質獎勵措施，將於本保險人全球資訊網公開獲得品質獎勵金前 25%之院所醫師名單，供參與醫師自行查詢。

伍、品質監測觀察指標：

(一)降階治療成功率：

1. 分母：當年度該院所收案病人數。
2. 分子：當年度該院所收案病人數中，其年度評估之疾病嚴重度較前一年之年度評估 (當年度新收個案者，採初診資料) 疾病嚴重度下降者。

(二)氣喘出院 14 日內再入院率：

1. 分母：當年度該院所由該醫師收案之所有病人當中，因氣喘住院後出院總人數。
2. 分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之病人當中，出院後 14 日內，因氣喘再入院之總人數。

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

附件四 提昇院所氣喘慢性照護能力與病人生活品質的量化評量表

機構名稱： \_\_\_\_\_ 自評日期： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

評量面向	評量項目	符合打勾	配分	總分	備註
結構面 16%	1. 照護醫師資格(4%) (1) 具有氣喘患者照護及管理能力之內、兒、家醫、耳鼻喉科醫師需接受保險人認可之氣喘照護教育訓練，新加入方案之醫師至少取得 8 小時課程時數，已加入本方案之醫師每 3 年須取得 8 小時課程時數，並取得證明 (2) 具有經台灣胸腔暨重症加護醫學會、中華民國免疫學會、台灣兒童胸腔醫學會、台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會認證認證之專科醫師	<input type="checkbox"/>	2		
	2. 收案資格(4%) (1) 最近 90 天內曾在同一醫療院所由同醫師診斷為氣喘 (ICD- <del>9</del> 10-CM 前三碼為 <del>493</del> J44-J45) 至少就醫達 2 次(含)以上者 (2) 年齡 14 歲 (含) 以上診斷氣喘者，需有肺功能或尖峰流速值的記錄	<input type="checkbox"/>	2		
	3. 登錄及後續追蹤(4%) (1) 有專責人員負責登錄及追蹤 (2) 負責登錄及追蹤之專責人員需有氣喘照護相關訓練學分，兩年至少 20 學分	<input type="checkbox"/>	2		
	4. 相關設備(4%) (1) 備有尖峰呼氣流速計相關設備(拋棄式吹嘴)可供使用 (2) 備有氣喘藥物衛教相關教具	<input type="checkbox"/>	2		
	1. 資訊告知(4%) 收案前有向病人解釋參與試辦計畫之目的及需病人配合定期回診等事項，並經病人同意，且病歷中附有收案病人簽章之同意書可供查閱	<input type="checkbox"/>	4		
	2. 個案資料管理(6%) (1) 收案病人初診及複診資料，定期上傳健保署 (2) 收案病人資料或電腦建檔 (3) 建立病人完整專屬病歷資料	<input type="checkbox"/>	2		
	3. 收案個案之病歷或收案紀錄單完整記載病患相關資料，需包含：(16%) (1) 相關病史(家族史, 過去病史, 處置狀況, 抽菸史/二手菸史) (2) 治療計畫的調整 (3) 過去和目前處置：藥劑、自我處理與監測 (4) 家庭狀況 (獨居或有同居者) (5) 主要照護者	<input type="checkbox"/>	4		
	4. 線上登錄資料完整性(15%) (1) 登錄基本資料(ID、姓名、地址、電話等)。 (2) 於「新收案資料維護」中填報下列資料： A. 新收案日期 B. 症狀頻率 (白天)/(夜間) C. 預估值或最佳值(%) (14 歲以下免填) D. 變異度(%) (14 歲以下免填) E. 嚴重度評估 ※(A-E 皆符合) (3) 於「追蹤管理資料維護」中填報下列資料： A. 追蹤管理日期 B. 症狀頻率 (白天)/(夜間)	<input type="checkbox"/>	3		
過程面 64%		<input type="checkbox"/>	1		
		<input type="checkbox"/>	1		



評量 面向	評量項目	符合 打勾	配分	總分	備註
	C. 預估值或最佳值(%) (14歲以下免填) D. 變異度(%) (14歲以下免填) E. 嚴重度評估 ※(A~E皆符合)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 1 1 1		
	5. 未回診病人之追蹤(3%) (1) 告知返診日期 (2) 具有告知返診日期之記錄	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2		
	6. 落實推動病人衛教(20%) 建立病人氣喘衛教記錄，其內容應包含： (1) 認識過敏氣喘 (2) 治療計畫 (3) 氣喘藥物的認識 (4) 氣喘藥物的使用 (5) 氣喘嚴重度的評估 (6) 過敏原的避免方法 (7) 尖峰呼氣流速計的使用 (8) 發作時自我處理 ※(1)~(8)全部符合時	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 2 2 2 2 2 2 2 2 4		
結果 面 20%	1. 病人追蹤率(6%) (1) 具備病人追蹤率的統計資料可供檢閱 (2) 半年病人追蹤率大於12%(收案的個案，收案或追蹤後半年內至少完成1次追蹤) (3) 失聯超過6個月(≥180天)的個案數評量	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 2 2		
	2. 品質提昇(需有書面資料可查閱)(6%) (1) 參與本方案的醫師有無相關氣喘教育訓練課程認證 (2) 參與本方案的護理人員有無相關氣喘教育訓練課程認證	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3 3		
	3. 品質資料紀錄：有下列資料可供查閱(8%) (1) 氣喘病人急性發作次數記錄 (2) 氣喘病人急診就醫次數記錄 (3) 氣喘病人住院次數記錄 (4) 降階治療記錄 (5) 氣喘出院14日因氣喘再入院之比率	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 2 2 1 1		
其他	加分項目(至多10分) (1) 年齡5歲(含)以上診斷氣喘者，有進行肺功能或尖峰流速值的記錄 (2) 診所內有舉辦團體衛教或相關活動 (3) 藥事人員有無相關氣喘教育訓練課程認證	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 2 2		
優點：					

## 「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫

保險人(89年5月2日)  
 第一次修訂(89年6月27日)  
 第二次修訂(89年8月19日)  
 第三次修訂(91年11月01日)  
 第四次修訂(99.01費用月份起適用,98年07月24日)  
 第五次修訂(99.01費用月份起適用,98年11月06日)  
 第六次修訂(99.09費用月份起適用,99年08月10日)  
 第七次修訂(102.01費用月份起適用,101年11月22日)

### 壹、前言

我國由於慢性照護的發展緩慢，因此長期依賴呼吸器患者佔用急性病房或甚至加護病房的情形時有所聞。為有效利用加護病房之資源，提升重症病患照護品質，避免因不當的利用加護病床致急症患者面臨一床難求的窘境，行政院衛生署於87年提出「改善醫院急診重症醫療計畫」，訂定「急性呼吸治療病床」及「呼吸照護病床」之設置標準，並責由全民健康保險保險人(以下稱保險人)研訂相關醫療費用支付標準，以落實計畫之推行。

為促使醫療資源有效應用，保險人研擬從支付制度改革，由現行論量計酬改為論日、論人計酬等前瞻性支付制度，並導入管理式照護模式，然而呼吸器依賴患者從急性、亞急性到慢性等階段，臨床上的變化非常多樣，而國內對於呼吸器使用者臨床預後、照護方式及成本、醫療利用狀況及醫療品質指標等，尚缺乏完整的資料，為此，保險人特邀請台灣胸腔暨重症加護醫學會各方面的臨床專家及學者組成「工作小組」，借重其專業及臨床實務經驗，共同規劃研訂呼吸器依賴患者之照護模式及支付方式，在規劃支付方式之過程，除廣泛蒐集各國近期實施之支付制度外，並考量本國以下現況，訂定本計畫：

- 一、制度面上本國現有之組織架構如醫療組織、財務、體制是否能充分配合。
- 二、財務風險分攤之能力及責任歸屬。
- 三、藉支付機制提升照護體系運作的效率之誘因。
- 四、呼吸器依賴患者之特性如費用、利用率的分析及發生率、盛行率等流行病學之考量)。

由於至目前為止，我國尚無以特定疾病按時程多元支付之實際運作經驗，如能透過本計畫之運作及評估，找出缺點防治之道，並提出呼吸器依賴患者最具成本效益之支付制度之建議，使呼吸器依賴患者獲得整體性、高品質之照護，以為未來規劃其他疾病論日或論人計酬支付制度之參考，是本計畫規劃之最大期許。

### 貳、計畫目的

- 一、改善現行論量計酬之支付方式，加強醫療院所進行垂直性及水平性服務整合的誘因，以利提供呼吸器依賴病患完整性的醫療保健服務，並提升照護品質。
- 二、鼓勵醫療院所引進管理式照護，藉由設立亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房或發展呼吸器依賴病患之居家照護模式，以降低長期使用呼吸器病人占用加護病房或急性病房之情況，促使醫療資源合理使用。
- 三、評估不同階段之支付方式，包括論日計酬及論人計酬，對於呼吸器依賴患者之醫療照護品質及成效之影響，以做為日後全面辦理時品質監控及支付方式設計之參考。

### 參、計畫內容

#### 一、參與計畫醫院之資格

- (一) 鼓勵組成整合性照護系統，提供包括加護病房、亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房及居家照護各階段照護。
- (二) 設置基準  
各階段特約醫事服務機構需符合行政院衛生署「醫療機構設置標準」及本計畫支付標準附表 9.2 規定設置。
- (三) 申請書格式

由各參與之特約醫療機構檢附「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫申請書(附件一)向保險人分區業務組提出申請。

#### (四) 其他

各參與之特約醫療機構應設有個案管理人制度，由專任或兼任之個案管理人員負責協調、溝通及個案管理安排事宜。個案管理人員可由醫師、呼吸治療人員、護理人員或社工人員擔任。

二、 給付項目及支付標準：詳附件二

三、 醫療費用之申報

##### (一) 參與計畫之申報

1、 第一到第三階段以住院案件申報，第四階段以門診案件申報。

(1). 第一到第三階段使用呼吸器之各病房異動皆應「獨立」切帳申報。

(2). 第三階段未結案之個案至少須每 60 天始得申報乙次。

(3). 第四階段未結案之個案按月申報。

2、 住院醫療費用點數申報格式總表段支付制度計畫案件醫療費用點數=點數清單申請費用點數(欄位 IDd85) +部分負擔點數(欄位 IDd84)。

3、 門診及住院醫療點數申報格式填報：

(1). 總表段之申報類別：請填報【1：送核】

(2). 點數清單段之給付類別：請填報【9：呼吸照護】

(3). 第一階段者，除申報類別填【1：送核】、案件分類【4：支付制度試辦計畫案件】、給付類別填【9：呼吸照護】外，其餘依論量計酬之現行申報方式申報；病患於本階段使用呼吸器但 < 21 天即轉出至亞急性呼吸照護病房或慢性呼吸照護病房時，仍依上述規定申報，餘應暫緩申報，俟確認病患使用呼吸器滿 21 天為呼吸器依賴患者，或脫離呼吸器滿 5 天非屬呼吸器依賴患者後，依相關規定申報。

(4). 第二階段~第三階段者，除申報類別填【1：送核】、案件分類【4：支付制度試辦計畫案件】、給付類別請填【9：呼吸照護】外，其他欄位申報方式如下：

住院醫療費用點數申報格式點數清單段欄位填報：

a. 欄位 IDd66「診察費點數」-欄位 IDd82「嬰兒費點數」分項費用欄位：將醫令清單醫令類別「4」實際發生之醫療費用，比照論病例計酬案件之歸屬方式申報。

b. 合計點數(欄位 IDd83)及部分負擔點數(欄位 IDd84)：比照論病例計酬案件之方式申報。

c. 醫療費用點數合計(欄位 IDd86、88、90、92、94、96、98)：比照論病例計酬案件之方式申報。醫療費用點數之計算(住院第 61、63、65、67、69、71、73 欄)：比照論病例計酬案件之方式申報。

d. 申請點數(欄位 IDd85)。

(a)若：定額申報費用 > 合計點數

則：[申請點數]欄位 = 定額申報費用 - 部分負擔點數

(b)若：亞急性呼吸照護病房定額申報費用 < 亞急性呼吸照護病房合計點數

則：[申請點數]欄位 = (定額申報費用 - 部分負擔點數) + 1/3 \* (合計點數 - 定額申報費用)

(c)欄位 IDd87、89、91、93、95、97、99 部分負擔欄位：比照論病例計酬案件之方式申報，其他欄位比照現行申報方式。

(d)同一月份同一個案申報二次以上者，流水號請連續編號。

(5). 第四階段者，除申報類別填【1：送核】、案件分類【A1：居家照護】、【A6：護理之家之居家照護】、給付類別請填【9：呼吸照護】、就醫科別【AC：胸腔內科】外，其他欄位申報方式如下：

A. 「就醫日期」及「治療結束日期」欄位分別填報該月第一次訪視日期及該月最後一次訪視日期。

B. [申請點數]欄位=定額申報費用-部分負擔點數。

4、門診及住院醫療費用點數醫令清單段申報說明：

(1). 第一階段之申報：以論量計酬申報。

(2). 第二階段~第三階段之申報：

A. 定額醫令項目：醫令類別請填「2」，請集中於實際醫療費用醫令項目之前申報，並填列執行起迄日期。

B. 實際醫療費用醫令項目：醫令類別請填「4」，並填列執行起迄日期。

(3). 第四階段之申報：

A. 定額醫令項目：醫令類別請填「2」，請集中於實際醫療費用醫令項目之前申報。

B. 實際醫療費用醫令項目：醫令類別請填「4」。

C. 「總量」欄位填列實際申報天數。

(二)住院未參與計畫之申報：各病房異動皆應「獨立」切帳申報

病房	費用清單			醫令清單	
	申報類別	案件分類	給付類別	醫令代碼	醫令類別
ICU 呼吸器使用 >21 天	送核	依現行論量計酬申報方式申報	9	實際醫療費用醫令項目	依現行論量計酬申報方式申報
	申報時病患仍使用呼吸器但 <21 天，應暫緩申報，俟確認病患使用呼吸器滿 21 天為呼吸器依賴患者，或脫離呼吸器滿 5 天非屬呼吸器依賴患者後，依規定申報。				
亞急性呼吸照護病房	送核	依現行論量計酬申報方式申報	9	實際醫療費用醫令項目	依現行論量計酬申報方式申報
慢性呼吸照護病房	送核	依現行論量計酬申報方式申報	9	P1011-2C	2
				得另核實項目	1、2、3
				實際醫療費用醫令項目	依現行論病例計酬申報方式申報
1. 「實際醫療費用」>「P 碼」+「得另核實項目」時，「申請金額+部分負擔」=「P 碼」+「得另核實項目」 2. 當「實際醫療費用」<「P 碼」+「得另核實項目」時，「申請金額+部分負擔」=「實際醫療費用」。					
一般病房(含經濟病房)	送核	依現行論量計酬申報方式申報	9	P1005K- P1012C	2
				得另核實項目	1、2、3
				實際醫療費用醫令項目	依現行論病例計酬申報方式申報
1. 一般病房費用「實際醫療費用」>「P 碼」+「得另核實項目」時，「申請金額+部分負擔」=「P 碼」+「得另核實項目」 2. 當「實際醫療費用」<「P 碼」+「得另核實項目」時，「申請金額+部分負擔」=「實際醫療費用」。					

四、病患轉介之流程：詳附圖。

五、品質監控指標

(一) 結構指標

- 1、 照護小組各類照護人員之專業資格。
- 2、 照護小組各類照護人員與病患之比例。
- 3、 照護小組各類照護人員再教育狀況。

(二) 過程指標

- 1、 照護小組各類照護人員之照護及在職教育品質。
- 2、 內部品質監控指標：
  - (1) 個案完整登錄比率。
  - (2) 疾病嚴重度。
- 3、 呼吸器依賴病患之個案管理與出院規劃完整性。

(三) 結果指標：(以下之指標均以出院日為準)

- 1、 品質監控指標
  - (1) 平均住院日 (不適用慢性呼吸照護病房)。
  - (2) 平均呼吸器使用日 (不適用慢性呼吸照護病房)。
  - (3) 回轉率。
  - (4) 死亡率。
  - (5) 呼吸器脫離成功率。
  - (6) 未脫離呼吸器下轉居家照護比率
- 2、 被保險人 (或其家屬) 之滿意度。

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

## 附件二「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」 計畫給付項目及支付標準

(102 年 1 月 1 日起適用)

### 第一章 呼吸器依賴患者全面納管

#### 通則：

一、收案條件：呼吸器依賴患者係指連續使用呼吸器 21 天(含)以上，呼吸器使用中斷時間未符合脫離呼吸器成功之定義者，皆視為連續使用。其使用呼吸器之處置項目需為 57001B (侵襲性呼吸輔助器使用)、57002B(負壓呼吸輔助器使用)或 57023B (非侵襲性陽壓呼吸治療如 Nasal PAP、CPAP、Bi-PAP)，惟使用 57023B 之呼吸器依賴患者，須由加護病房或亞急性呼吸照護病房使用 57001B 或 57002B 後，因病情好轉改用 57023B 之呼吸器依賴患者；或居家照護階段，經醫師診斷為 Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS 肌萎縮性脊髓側索硬化症，~~ICD-9-CM 335.20~~ ICD-10-CM G1221)或 Congenital Muscular Dystrophy (先天性肌肉萎縮症，~~ICD-9-CM 359.0、359.1~~ ICD-10-CM G712、G710)，且領有重大傷病證明並符合附表 9.5 之收案標準者)，再經本保險人分區業務組審查符合醫療必須使用呼吸器處置項目 57023B (非侵襲性陽壓呼吸治療如 Bi-PAP，排除 Nasal PAP、CPAP) 之呼吸器依賴患者。

註：呼吸器使用條件詳附表 9.1。

二、所有呼吸器依賴個案，自其連續使用呼吸器超過 21 天起，所有異動 (轉入、轉出及結案狀況等)，特約醫事服務機構應於 5 日 (工作日) 內上網登錄(含本計畫公告實施日前已開始使用呼吸器之所有個案)，未於 5 日內登錄者，自登錄日起才支付費用，若登錄不實者，費用不予支付，惟不可歸責於醫院者，不在此限，並由原登錄不實或未登錄者扣回相關點數。

三、脫離呼吸器成功之病患應改依本計畫以外支付標準申報，脫離呼吸器成功之定義：脫離呼吸器 $\geq$ 5 日，5 日中之第 1 日，若使用呼吸器小於 6 小時(不含)，則當日可視為未使用呼吸器(得計算為 5 日之第 1 日)；惟連續中斷之第 2~5 日必需是完全沒有使用呼吸器才能視為脫離成功。

#### 四、結案條件：

(一) 脫離呼吸器成功。

(二) 個案病危出院。

(三) 個案死亡。

(四) 個案轉出。

註：嘗試脫離呼吸器但未成功之患者，在嘗試脫離期間，應累計其照護日數及呼吸器使用日數。

五、病患不論是否於同一特約醫事服務機構之住院、出院、轉入轉出次數，多次入住慢性呼吸照護病房或一般病房(含經濟病床)之照護日數均採論病人歸戶累計計算。

六、收治呼吸器依賴患者之院所應積極協助病患嘗試脫離呼吸器，一般病房(含經濟病床)或

慢性呼吸照護病房收治之個案，在本次呼吸器依賴期間，非曾依規定階段由上游病房下轉者，均應提出事前核備，否則費用不予支付，依規定提出事前核備經專業審查認定確為長期呼吸器依賴患者，後續轉至其他病房得免事前核備，惟病患送事前核備結果如有後續追蹤之必要（如後續病況緩和時可再次嘗試脫離呼吸器等），或經保險人分區業務組認定需加強審查者，應配合再次提出事前核備。

註：上游病房係指下列條件之一

- （一）經保險人核准之亞急性呼吸照護病房。
- （二）前述亞急性呼吸照護病房所屬醫療機構設立之加護病房。
- （三）經保險人分區業務組依據 weaning rate 或 dependent rate 等條件認定之加護病房。

七、法定傳染病、燒傷病患或經疾病管制局感染控制措施規定建議入住隔離或特殊設備病房或罕見疾病病患得採核實申報醫療費用，惟仍需依本章通則二之規定辦理。

## 第二章 整合性照護

### 第一節 住院照護階段

通則：

一、符合下列(一)或(二)項條件者，需適用本節支付標準：

(一) 事先報經保險人核准。

(二) 收治符合呼吸器依賴病患定義之一般病床。

(三) 17歲以上呼吸器依賴患者。若符合前二項條件惟未滿17歲需申請本支付標準者，可向保險人各分區業務組申請專案認定，若經同意應依本節通則規定申報醫療費用，未選擇依本章規定辦理者，當其滿17歲時，特約醫事服務機構應改依本章規定辦理。

註：年齡之認定採實際發生「費用年月」減「出生年月」計算，計算後取其「年」，若「月」為負值，則「年」減1，17歲以上係指前述計算結果大於等於17。

二、各階段特約醫事服務機構需符合行政院衛生署「醫療機構設置標準」，17歲以下患者選擇適用本節支付標準規定者，亦應符合上述設置標準，惟其中病床若符合醫療機構設置標準嬰兒床或兒科病床之規定者，視同符合規定。

三、本計畫鼓勵組成整合性照護系統(IDS, Integrated Delivery System)，提供包括加護病房、亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房各階段照護；各照護階段之支付標準及規定如附表 9.3 及 9.4，其中亞急性呼吸照護病房及慢性呼吸照護病房階段所訂點數已含本保險醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準所訂相關醫療支付點數，除施行血液透析(58001C)、腹膜透析(58002C)(含透析液及特材)、連續性可攜帶式腹膜透析(58009B-58012B、58017C、58028C)(含透析液)、氣管切開造口術(56003C)、緊急手術、施行安寧療護共同照護費(P4401B-P4403B)及緩和醫療家庭諮詢費(02020B)外，不得申報其他費用，所有個案皆需依階段下轉(STEP DOWN CARE)之原則辦理，各階段若未依病情及本節通則規定入住，則依下階段或適宜入住階段之費用支付，並累計各階段照護日數：

(一) 「加護病房階段」：除符合延長加護病房照護之狀況者外，照護日數最長為 21 天，主治醫師須隨時依患者病情判斷下轉，嘗試進行呼吸器脫離。

1. 應下轉而未下轉者，自應下轉日起每日醫療支付點數核扣標準如下：

(1) 醫學中心每日核扣 6,710 點

(2) 區域醫院每日核扣 5,810 點

(3) 地區教學醫院每日核扣 3,750 點

(4) 地區醫院每日核扣 2,960 點

2. 以上「應下轉而未下轉之部分」住院日數應累計於其應下轉之階段，第 1 日至 42 日累計於亞急性呼吸照護病房，亞急性呼吸照護病房累計超過 42 天部分累計於慢性呼吸照護病房。

(二) 「亞急性呼吸照護病房階段」：



1. 照護日數最長為 42 天(含嘗試脫離期間)，未依患者病情及本規定下轉，自應下轉日起醫療支付點數以慢性呼吸照護病房或適宜入住階段標準支付。
2. 加護病房下轉至本階段個案，若下轉後合計使用呼吸器日數未達呼吸器依賴患者定義即脫離成功、轉出或死亡(含自動出院)者，其於本階段之支付點數仍按本階段支付標準支付。
3. 亞急性呼吸照護病房合計醫療服務點數大於定額外，除定額外，得加計申報『合計醫療服務點數』減『定額』之三分之一。

(三)「慢性呼吸照護病房階段」：支付標準及規定如附表 9.3。

- 四、呼吸器依賴個案於嘗試脫離呼吸器期間若仍住在亞急性呼吸照護病房或慢性呼吸照護病房，得按亞急性呼吸照護病房或慢性呼吸照護病房支付標準申報，嘗試脫離呼吸器但未成功之患者，在嘗試脫離期間，應累計其照護日數及呼吸器使用日數，呼吸器脫離成功者，即應轉出至一般病房。
- 五、因亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房滿床得轉至一般病房，採論量計酬並以病患適宜入住階段之費用為上限支付，餘應按本節支付標準規定入住各階段病房，病患俟後由一般病房再回轉至慢性呼吸照護病房、亞急性呼吸照護病房者，應累計其使用呼吸器之照護日數。
- 六、本整合性照護凡轉入各階段之日，不論何時，均作一天論，轉出該階段或出院之日，不論何時，其當日不予計算支付點數。

## 第二節 居家照護階段

通則：

- 一、 適用本節之支付標準需事先報經保險人核准。
- 二、 收案條件須符合下列(一)或(二)項條件：
  - (一) 呼吸器依賴患者係指連續使用呼吸器 21 天(含)以上，呼吸器使用中斷時間未符合脫離呼吸器成功之定義者，皆視為連續使用。其使用呼吸器之處置項目需為 57001B (侵襲性呼吸輔助器使用)、57002B(負壓呼吸輔助器使用)或 57023B (非侵襲性陽壓呼吸治療如 Nasal PAP、CPAP、Bi-PAP)，惟使用 57023B 之呼吸器依賴患者，須由加護病房或亞急性呼吸照護病房使用 57001B 或 57002B 後，因病情好轉改用 57023B 之呼吸器依賴患者。
  - (二) 經醫師診斷為 Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS 肌萎縮性脊髓側索硬化症，~~ICD-9-CM 335.20~~ ICD-10-CM G1221)或 Congenital Muscular Dystrophy (先天性肌肉萎縮症，~~ICD-9-CM 350.0、350.1~~ ICD-10-CM G712、G710)，且領有重大傷病證明並符合附表 9.5 之收案標準者；病患經專業審查同意收案後，每年評估 1 次，3 年以後除有特殊理由，原則不再評估。
- 三、 特約醫事服務機構需按附表 9.2 辦理並向當地衛生主管機關核備。
- 四、 符合本節收案條件之患者，因病情需要回轉加護病房或慢性呼吸照護病房時，視同符合住院照護階段收案條件，並適用本計畫第二章第一節相關規定。
- 五、 支付標準及規定如附表 9.3 及 9.4 本階段所訂點數已含本保險醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準所訂相關醫療支付點數，除施行安寧居家照護外，不得申報其他費用。
- 六、 呼吸器依賴個案若係由醫院轉回家中或健保特約之一般護理之家照護者，只需依規定上網登錄，惟若所收個案非由醫院轉回居家或護理之家，則應由醫師評估其使用呼吸器之必要性，並檢具評估報告，送保險人分區業務組審查同意後上網登錄。未依規定辦理者，醫療費用不予支付。

## 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

## 第二部 西醫

## 第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

## 第一節 檢查 Laboratory Examination

## 第二十四項 其他檢查 Other Test (30501-30524)

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
30522C	<u>幽門桿菌糞便抗原檢查</u> <u>Helicobacter pylori stool antigen(HpSA)Test</u> 1.適應症 (1)出血、幼兒、孕婦、衰老等不適合做胃鏡檢查之消化性潰瘍患者治療前之幽門螺旋桿菌感染鑑定檢查。 (2)證實為潰瘍併幽門螺旋桿菌感染患者為除菌治療後之療效確認與追蹤，第一次於潰瘍治療(含PPI藥物)停藥後一個月施行一次。 2.支付規範 (1)不得同時申報13007C、13018C、28016C、28030C、及30512C。 (2)限試劑抗原屬台灣本土菌株者申報。 (3)本項檢查採包裹式給付，不論方法皆不得另行申請材料費用。	√	√	√	√	376

## 第二節 放射線診療 X-RAY

## 第一項 X光檢查費 X-Ray Examination

## 二、特殊造影檢查 Scanning (33001-33134)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
33091B	不整脈經導管燒灼術 <u>Transcatheter Radiofrequency Ablation for Arrhythmia</u> <u>—2-D定位 2D Mapping</u>		√	√	√	36900
33139B	<u>—複雜3-D立體定位 Chamber 3D Mapping</u> <u>單腔 Single</u>		√	√	√	45109
33140B	<u>雙腔 Double</u> 註： 1.施行本項之醫院及醫師資格如下： (1)醫院資格：		√	√	√	49177

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

## 第七節 手術

### 第七項 消化器 Digestive System

#### 四、腸(除直腸外) Intestine (Except Rectum) (73001-7304850)

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
73049B	<p><u>小腸移植術</u> <u>Isolated small bowel transplantation</u> 1.適應症： (1)<u>超短腸症</u>：嬰兒或成人有超短腸的情形(嬰兒小於10 cm的空腸，或成人 小於50 cm的空腸)並且沒有迴盲瓣。 (2)<u>先天性黏膜病變</u>，如： <u>A.microvillus inclusion disease、B.tufting enteropathy</u> (3) <u>小腸局部性侵襲性腫瘤</u>，如：</p>		Y	Y	Y	198868

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p><u>A.家族性大腸瘻肉症、B.類結締纖維瘤 desmoid tumor</u></p> <p><u>(4)因先天性或後天性的原因造成腸衰竭，使用全靜脈營養治療引起之併發症，如：</u></p> <p><u>A.肝臟病變、B.主要靜脈管道栓塞(超過兩處)、C.人工血管感染引發之反覆敗血症</u></p> <p><u>2.相關規範：</u></p> <p><u>(1)需事前審查。</u></p> <p><u>(2)人員及設備資格：執行醫師及醫院須通過衛生福利部（前衛生署）小腸移植執行醫師及醫院資格審核。</u></p> <p><u>(3)一般材料費及特殊材料費，得另加計 14%</u></p>					
73050B	<p><u>屍體小腸摘取術</u></p> <p><u>Cadaveric small intestine harvest</u></p> <p><u>1.相關規範：</u></p> <p><u>(1)執行人員及醫院資格須通過衛生福利部（前衛生署）小腸移植執行醫師及醫院資格審核。</u></p> <p><u>(2)不得同時申報之診療項目及編號：73010B(小腸切除術加吻合術)、支付點數21,038點。</u></p> <p><u>(3)一般材料費及特殊材料費，得另加計170%</u></p>		√	√	√	25970

# 104 年度第 1 次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議

## 與會人員發言實錄

### 前言

#### 林科長淑範

我們的委員總共有 37 位，目前有 22 位已過半數，請主席宣佈開會。

#### 主席

各位代表大家午安，今天是「104 年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」的第 1 次臨時會，那在會議開始之前，我們有一些委員是新聘的，所以來跟大家介紹一下新的委員，可能有一些委員還沒有到，但是我們就已經到的委員先來跟大家做介紹。

首先是護理師公會林綉珠代表，再來是西醫基層張金石張代表還沒有到，醫院協會的李飛鵬李代表，醫學中心的潘延健代表(還沒到)，再來區域醫院的張冠宇代表，區域醫院協會的理事長，再來是中醫師公會顏良達代表，還有這邊是物理治療師公會的全聯會理事長楊政峯(代理人)，再來是我們健保會的干文男代表，還有何語代表，葉宗義代表(還沒到)，再來是滕西華代表，兩位專家學長，吳美環代表(還沒到)，楊秀儀代表(還沒到)，本署還有新的兩位代表，龐組長，跟各位介紹龐組長原是本署南區業務組的組長，今年年初調到醫管組的組長，請大家多多支持，最後一位就是我自己，各位大家好，我也算是新代表，過去曾經是這個小組的代表，當時是醫管組的時候，後來離開了一陣子，現在換了職位之後就來為大家繼續服務，也請各位未來多多支持。好，謝謝，現在就開始進行今天的共同擬訂會議，各位請翻開我們的會議資料的第一頁，我們先就上一次去年的 12 月 24 號第三次臨時會議的紀錄確認；各位代表對於去年 12 月 24 號的會議紀錄有沒有意見？好，如果沒有意見我們會議紀錄就確認。接下來是第 13 頁決議情形辦理情形追蹤，請同仁來進行。

#### 林科長淑範

主席、各位代表，從第 13 頁開始到第 17 頁，這是歷次以來的會議決議辦理情形，因為總共有 14 案，就目前繼續列管的項目跟大家說明，那繼續列管的序號為 2、3、7、13 是要繼續列管的。

第二項是在去年討論安寧共照的時候，本來是希望它導入支付標準，但是大家對它的教育時數還有些意見，所以現在這個案子還在凝

聚大家的共識，還是繼續列管。

還有序號 3 第三案，是語言治療的調整，在上次調整支付點數之後，復健科醫學會和聽力語言學會建議修訂本案的適應症跟治療時間以及治療項次，學會在今年 3 月初已經把資料送過來了，我們希望可以再收集其他相關學會，譬如說耳鼻喉科醫學會的意見，等學會意見送來之後再提案討論。

第三個案子要繼續列管的在第 16 頁序號 7，這一項去年討論 CKD 給付改善方案的時候，與會代表建議泌尿科醫師可以不要受教育訓練，現在在徵詢兩個學會，腎臟醫學會和泌尿科醫學會的意見，泌尿科醫學會目前還沒有回復，所以這案繼續列管。

另外一項要再繼續列管的項目是在第 17 頁序號 13，這一項是西醫基層門診診察費合理量的調整，這個調整案在今年 2 月已經實施了，可是在上次會議附帶決議是要提出監控措施，監控項目及處理方式在西醫基層商議事會議提案討論，因為時間因素沒有進行討論，所以會在下次的研商議事會討論完之後這個案子再解除列管，以上。

**主席**

謝謝，那麼就表示除了這四項，2、3、7 跟 13，這四項是屬於繼續列管，其他都解除列管，那寫錯了，3 的部分是錯的，是繼續列管。

**林科長淑範**

其他列管項目是屬於支付標準的調整，這些調整都已經在 1 月 1 日或者 2 月 1 日公告實施，所以我們解除列管。

**主席**

好，請問各位委員對於這次決議的追蹤情形有沒有意見？來請，徐代表。

**徐代表弘正**

我們看到有很多條的列管原因，就是該學會未與答覆，是不是學會的答覆應該要定一個時程，如果超過時程不答覆就代表同意，要不然的話，他們不答覆我們就一直列管。

**主席**

謝謝徐代表的建議，我們可以納入考慮一下，下次在請教各專科

醫學會的時候就給一個合理的回復時限，希望學會能夠在時限內回復，以避免此案延宕；好，非常謝謝，羅代表。

## 羅代表永達

徐代表的意思是說，假設不回復的話就通過，還是我們重新放到這邊來討論。理論上應該是到這裡重新再來討論，因為像上次第3個案子序號3，當時的意思是說不應該分成這樣的層級，應該是說有所區分，假設它沒有區分的話我們是要讓它就這樣過去嗎？應該是收回來這個會再討論，應該是這個樣子。

## 主席

這個的意思係指資料還沒收集完，所以還沒有回到這個會議來討論，那現在徐代表是說專科醫學會不回復，我們就沒有辦法回到這個會上來討論，所以下次我們就訂期限回復，如果學會沒有回復就表示他沒有意見，那沒有意見就回到會議上來討論，這樣好不好？

好，謝謝，那還有沒有哪位代表對這個辦理情形有意見？好，如果沒有意見我們這個追蹤情形就確定，有四項繼續列管。接下來報告事項第一項。

## 報告事項

### 第一案

案由：增修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第三部牙醫附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則案。

## 主席

好，謝謝！這一項是修改我們支付標準，有關牙科的合理門診量除外計算，一共有兩項新增除外項目，一個是口腔癌的照護，一個是代辦門診戒菸，排除合理門診量的計算，請問各位代表對這個案子有沒有意見？來請，朱代表。

## 朱代表益宏

說明一的國字一的括弧二，未簡化作業同意刪除各項診察費之差



額點數數值，是不是可以請說明一下是什麼意思？

## 林科長淑範

這一項請大家翻到資料的第 2 頁，第 2 頁就是翻過來背後一個不列入項目的計算，大家看到小字的括弧 6，初診診察費差額後面括弧 370 點，這個差額是初診診察費與一般診察費的差額，如果調整支付標準，點數就必須跟著動，為避免每次動支付標準這個點數差額就再算一次，它其實意義是一樣的，只是沒有把數字明列在上面，這是說明。

## 主席

好，謝謝朱代表，這個我們應該有討論過，只是列在那裡，現在把它拿掉那個金額是不會變的，只是不需要括弧去說明多少點，避免不斷去更動。各位代表對這個案子還有沒有其他的意見？大家如果沒有意見，我們就照本案的擬辦，即說明欄，牙醫的合理門診量，排除口腔癌病患的照護跟代辦門診戒菸兩大項，那就確定。進入我們報告事項第二項之前，有一位專家委員已經到了，跟大家補介紹一下，是吳美環吳院長，台大兒童醫院的院長，接下來是報告事項第二項。

## 第二案

**案由：本署 105 年實施 ICD-10-CM/PCS 所需之全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準等 9 項草案。**

## 主席

好，謝謝，這一項主要是我們 ICD-10-CM/PCS，去年 10 月 27 號公告 105 年 1 月 1 日要全面實施，有關本署相關方案裡涉及 ICD 碼現在已經轉換成 ICD-10 碼。今年的 1 月 15 日在本署網站上公告請大家表示意見，期間為三個月，到目前為止只有急診的方案有民眾提供修正建議，我們經徵詢病歷資訊管理學會意見後仍維持不變，所以我們提出大會來討論，那如果可以通過，我們就會暫行公告這方案的新版本從明年的 1 月 1 號生效，請問各位代表對這個案子有沒有意見？來~

## 林代表淑霞

疾病分類編碼是非常的專業，所以針對 CODE 的正確性沒有特別的

意見，但是在會議資料說明括號一的第一點寫「民眾建議」，民眾看得懂這些 ICD-10 CODE 碼？您們不覺得如此註明有些怪怪的，是否要做一點修正？

## 主席

他應該是個專家，但是他沒有告訴我們他的資料，所以~來請，陳代表。

## 陳代表志忠

其實我跟林代表也有相同的疑慮，本來有相同的懷疑，官署對非官署都叫民眾，不過我的看法是這樣，這個提意見的人應該是個普通的醫生，我們覺得說你這個 ICD-10-CM 這個敗血症是 Sepsis，低血容性休克 R572 是 Hypovolemic shock，所以這個 Hypovolemic shock，我們這邊有很多臨床的醫生，不應該完全跟那個 Sepsis 敗血症是完全重疊的東西，另外一個其他休克是不是也包含在裡面，所以他提出這樣的疑慮，那我們回答給人家說，美國病歷資訊管理學會是這樣編的，我們也不知道為什麼美國要這樣編，好像說服力不太夠，我的意思是這樣。

## 潘代表延健

主席，各位委員，我們針對 ICD-10 這邊有兩個建議，第一個是說，現在目前署裡面針對我們所有的條文對照去改成 ICD-10，但是對醫院的作業來講，因為我們是跑到電腦裡面去，這個必須要有一個對應，所以我們現在的做法就是從你們修改的這個條文裡面一個一個去把它挑出來然後再去電腦裡面去做對應，所以是不是可以幫忙就是把那個對應直接的對照，譬如說用一個什麼樣的格式，EXCEL 還是什麼樣的一個格式讓我們直接可以轉換下來進到電腦裡面，不需要人再去一個一個把那個裡面的東西再挑出來，第二個就是說，現在這邊所提出來的這些轉換對照，我不知道是不是全部，我們 ICD-10 要做的，會影響到的應該不只是這些，像 DRG 就還沒有在這裡面嘛，所以還有多少還沒有比對出來的，我們要知道那進度在哪裡？因為我們後面需要一段時間去磨合我們後面的作業。所以是不是在這個完成的比率以及未完成的那一段的期限上面是不是能夠明確告知，好這樣。

## 主席

好，謝謝潘代表等會兒一起回答，來，林代表。

## 林代表富滿

第 25 頁糖尿病通則二、收案對象(一) 糖尿病 ICD-10-CM 前三碼應該是 E08-E13。因原來的糖尿病 ICD-9-CM 前三碼是 250，它對應到 ICD-10-CM 不只 E08，應該是 E08 到 E13 的範圍都是。請病歷資訊管理學會再確定。

**主席**

好謝謝，我想等一下請醫管組及病歷資訊管理學會也一併回應，等所有的委員發言完之後再統一回答，好還有沒有哪一位委員，來請黃代表。

**黃代表雪玲**

主席我想不只署裡這邊的 ICD-9 對 10，還有國健署那邊有很多的預防保健，還有 CDC 的都有，署裡這邊都有代辦，這個部分不知道是你們要幫他們去對還是他們會有自己的進度，因為你們也是屬於代辦，所以可能你們也要同步公告給我們，因為醫院需要做這些轉換真的要一段時間，謝謝！

**主席**

好，非常謝謝黃代表，來朱代表。

**朱代表益宏**

那個，這陣子因為是上網公告嘛，那你們只有去請教病歷資訊管理學會，那其他都是上網有意見的自己去看是不是這樣子？

**主席**

應該是說我們已經轉換好了，然後把轉換之後的版本對外公告徵詢外界的意見。

**朱代表益宏**

我是建議就是說這一份資料因為對於 ICD-10 的訓練單位，就是除了訓練 CODER 的單位除了病歷資訊管理學會以外是讓台灣繼續教育推廣學會在協助訓練 CODER，去訓練 CODER，所以我建議這個 9 個案子是不是函請我們再表達意見，如果沒有意見的話我們再進行公告，因為我們還有一點時間。

**主席**

朱代表的意見請記下來，待會我們一併回應，來其他還有沒有？好，如果大家暫時沒有意見，我們先請病歷資訊管理學會先回應。

### 魏高階疾分師秀美(臺灣病歷資訊管理學會)

主席，各位委員大家好，台灣病歷資訊管理學會代表發言，回應第一個問題有關 Septic shock 的對應的資料，其實我們在對應的時候，發現 Sepsis 在 ICD-10-CM 分類中除了 Sepsis、Severe Sepsis、SIRS 都有其相對應的代碼，學會的建議是還是參考美國的 GEMs 的對應檔，這代碼是沒有錯誤的，是互相可對應的。第二個問題是說對應資料是否涵蓋所有的 ICD-10-CM 代碼，就指標而言幾乎都可以對應到 ICD-10-CM 代碼，只有少部分的罕見疾病因較特殊無法找到相對應的代碼，大概記憶中有 3 個沒有辦法對應，沒辦法比對相對應的代碼，還有一個問題，剛有提到 ICD-10 是否可用 Excel 對應，其實署裡面公告上是有的，是說可以對應資料，但是他裏面是說一個 ICD-9 跟一個 ICD-10 可能是 1 對多，可能講說醫療院所要用的話，可能一個代碼比如說剛剛提到糖尿病，原先是 40 個代碼然後對應到 ICD-10 的話可能 200 多個，可是醫療院所要使用的時候，必須要用一些常見資料的篩檢，才會比較方便後段的臨床醫師的使用，然後剛剛有提到說 25 頁糖尿病篩檢的部分，應該是 E08744 這病人，因為糖尿病有分這個病人是因為 DRUG，還是因為藥物，因為藥物是其他疾病造成的糖尿病，所以這種情況下 E08 應該到 E13，以上補充謝謝。

### 主席

E08 到 E13，所以第 25 頁是個錯誤是嗎？應該是 E08 到 E13~

### 魏高階疾分師秀美(臺灣病歷資訊管理學會)

對，糖尿病應該是從 E08 到 E13，因為 E08 到 E09 這兩個代碼的 DM 是因藥物或是其他疾病造成，所以它不會當主診斷，然後 E10 及 E11 的糖尿病是 Type1 及 Type2，E13 是其他的糖尿病，所以糖尿病是 E08 到 E13 的代碼，假設僅是很單純的 DM，就只有 Type1 及 Type2 而已，以上補充。

### 主席

好，請病管學會先協助回應，是因為我們轉碼版本是委託病管學會提供轉碼後版本，然後再 OPEN 給外界來做二次的 CHECK，好，那再來醫管組來回應。

### 李副組長純馥

有關於剛剛潘代表講到說，是不是要把對應檔給大家，其實我們系統本身就有一個 GEM 版，就是 9 對 10，那因為這個公告到我們的支付項目後，它其實是經過一點點的判斷以後才把它改進成 10，所以我們目前是沒有用 EXCEL，這還是在我們 WORD 檔裏面，可能會有一點困

難，就是還是再看看我們還有沒有辦法處理，不過原則上目前這個檔案都在我們網路上，其實你們也可以下載看看就是用什麼方式可以更快，原來的代碼都有留著，就是它原來代碼都有留著，然後我們新的代碼在後面，其實都有電子檔在網路上；第三個是針對剛剛有講到說其他單位，黃代表有提到其他單位的部分，其實我們在啟動這個轉碼的同時，我們都有通知部內各單位，在去年我們也有找各單位來，就是相關的國健署或疾管署有用到代碼的或是說有公告跟代碼相關的，像罕見疾病這些，其實我們有請他們儘快轉碼，那他們也都在作業，那只是說時程的部分我們也沒有辦法代替各單位告訴大家，不過我們會盡快請他們，看能不能在今年年中，要求他們今年年中，也盡快公告他們的版本給大家去做修訂，可是這部分是我們可以建議他，可是我們沒辦法管束他，跟大家說抱歉；第四個是有關朱代表提到說，這個資料可不可以給繼續教育學會去看過，其實上我們這個提案本身，還有我們這個資料都有放在網頁上，那我們學會非常關心的話，我們也就不用再函來函去，就是盡快看是不是，我想朱代表你也是學會的成員，就是回去告訴大家有這個訊息，那請他們在兩週內能不能告訴我們，他們對這個內容有沒有什麼意見，那我們再來做公告的事宜，是不是這樣妥適，也請主席裁示，謝謝。

## 主席

好，那還有一項沒有回答是那個本署的還有其他的計畫的轉碼進度，來請說明。

## 李副組長純馥

其實跟我們相關的其實還有包括 DRG，還有重大傷病，還有慢性病等等的部分，那實際上我們陸陸續續大概像重大傷病我們會在今年五月，我們就會把這個，因為我們轉好之後還會再請我們的內部的醫師再幫我們看有沒有一些問題，重大傷病確實涉及的比較廣，所以我們會晚一點，可是我們也會儘快，只要我們草案出來就會放在網頁，跟我們這次支付標準一樣，我們就會在網頁讓大家先去閱讀，那另外就是罕病的部分我們也會請國健署儘快的提供給我們，那 DRG 的部分呢，我們預計是今年的四月，還是我請淑範稍微講一下。

## 林科長淑範

DRG 的部分我來補充，大家關心分類表以及限制規範，我們在 3 月初的時候已經放在網站上了，我們知道大家都有看到，已經陸續收到很多的意見，請請大家持續提供意見給我們。接下來是編審系統，編審系統是大家非常關心的一項，目前已經進行內部測試，預計四月底前測試完畢，然後放在 VPN 上面請大家給我們一些意見，以上。

**主席**

好謝謝，我們還有沒有哪一位代表還有意見？來，朱代表。

**朱代表益宏**

謝謝純馥的回答，兩個禮拜我想繼續教育推廣學會兩個禮拜我們蒐集一下相關的意見，那第二個就是剛剛徐代表特別提到，在嚴重敗血症的主診斷和次診斷去加上低血容性休克 R57 跟 R71，我個人是覺得怪怪的，就是說其實最主要是在第 55 頁的急診品質提升方案，那你在主診斷或次診斷符合的 55 頁的國字五的括弧四，這邊有提到嚴重敗血性的主診斷或次診斷是下面這些項目，然後裡面有規定說如果你符合這些項目，你要在 3 個小時之內給予抗生素，然後有一些敗血性必須要的處理，必須要在一定的時間內給，但是雖然在美國一定要給對照檔是這樣，但是美國的對照檔使用上是不是跟我們這樣使用一樣，我個人存疑呀！因為看起來完全是不同的原因造成休克，如果主診斷或次診斷是低血容性休克的話，那你要先輸血，這是最重要的，所以我個人覺得是不一樣，我建議這個是不是要再考慮一下，是不是不要放進去。

**潘代表延健**

我是就剛剛那個對應的那個資料喔，我還是覺得應該要轉換成 EXCEL 的對照，因為我們拿任何一個像後面講的這個試辦計畫，我們從一堆文章裡面，要去挑出原來的 ICD-9，變 ICD-10，這都很清楚能寫得出來，但是我們要一個一個去挑出來，那如果有漏掉的時候我們後面申報還是會出問題，那我是覺得署裡面做一次可以讓我們全國的醫療院所通通都受益嘛！所以在這一塊上面我們也是覺得不會花太多工拉，這個，以上。

**主席**

好，那還有沒有其他代表，來請秀美。

### 魏高階疾分師秀美（臺灣病歷資訊管理學會）

回應一下剛剛朱委員提的 55 頁那個嚴重敗血症，那之所以會有那個 R57 的地方是可以參閱一下喔，就是嚴重的 Sepsis，那用急診的指標裡面的嚴重的敗血症，然後呢可以看到嚴重敗血症前面 ICD 是 038.0 到 038.9，對應的 ICD-10 是 A，到後面的 R65.10 到 R65.20，它是因為有 SIRS 的狀態，那後面的 785.59 對應 R57 是休克，因為前面只有敗血性，我們在臨床上的診斷有所謂的敗血性休克，所以後段的 785.59 都是 FOCUS 在 R 的地方，我們剛剛講的那些低溶血性那些，低溶血性休克是 FOCUS 在休克的這一段，不是針對敗血症，所以等於是這邊的話是因為臨床上的診斷會失血或敗血性休克，後面的 R570 到 R6521 這邊都是說明休克的狀態，以上說明，謝謝。

### 主席

好，謝謝，那還有沒有其他的代表有意見？來請，張代表。

### 張代表嘉訓

我想就是說，在第 4 頁你講的意思是所有的這個全民健保的服務給付項目跟支付標準，所有的以前的 ICD-9 現在我們貴署都已經轉成 ICD-10 了，是不是這個樣子，那是的話為什麼在論病例計酬的產科跟婦科的部分，好像只有一個基層院所跟助產所這樣，我不知道他們差別只在支付點數嘛，就是說看 17 頁，這個只是一個例子而已嘛，現在不知道貴署是為了方便我們基層的申報，只是一個碼放在這裡，還是說醫院級以上的也是有改嘛？

### 李副組長純馥

因為現在醫院層級都已經導入 DRG，所以不報論病例計酬，是另外 DRG，論病例計酬就只有 FOR 基層和助產所。

### 主席

好謝謝，還有沒有哪一位委員有意見？好，綜整大家剛剛的意見，第一希望有一個轉換的對照表，醫院比較好導入資訊系統，我們來提供；第二個是本署的其他計畫的修正進度，儘可能在下一次的會議提出來！下一次應該是在 5 月的時候，6 月好不好，6 月，我們儘可能在 6 月提出來，至少給大家有半年的時間，至於國健署及 CDC 的進度，我們儘量通知他們儘可能配合在這個時間內完成，如果他們沒有辦法

配合，我們就請他們提出他們完成的時間，然後到會上來報告；至於朱委員提出來是說希望再給一點時間給相關專家在 REVIEW，本案如果今天各位代表沒有意見，我們暫且照案通過，另還是再等一個月，如果一個月後都沒有任何的修正建議或者是有建議但經 REVIEW 過沒有修正的必要，我們就逕行公告，這樣好不好？剛剛提到繼續教育推廣學會，麻煩再協助我們再 CHECK，就一個月內透過網站就給我們意見，那這樣我們大家集思廣益，幫忙多 CHECK 也會讓公告之後版本的正確性提高。本案於明年元月 1 日要上路，所以我們大家知道會有一些資訊系統要更改，我們儘量要預留給大家的時間，所以也不宜太晚公告，這樣大家在時效上比較容易掌握。來朱代表。

**朱代表益宏**

額外的意見，想請問一下那個美國現在 ICD-10 實施沒有？

**主席**

你說進度嗎？

**朱代表益宏**

對對，美國也是往後延。

**主席**

是，今年十月

**朱代表益宏**

本來是今年九月，所以才問說是不是會如期？因為本來是公告去年 10 月美國要上線，那後來也是因為內部的問題，那可能跟 CODING 轉換這些都有影響，所以延到今年 10 月，所以現在美國也還沒有。

**主席**

他們目前沒有改變這個時間。

**朱代表益宏**

謝謝。

**主席**

還有沒有？如果沒有我們本案就暫且按照現在的版本，但是我們預留一



個月的時間，如果還有意見就再進來，如果沒有意見我們就會照這個說明五就公布，生效日還是明年的1月1日，好那就謝謝大家，接下來第3案。

## 討論事項

### 第一案

**案由：「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。**

### 主席

這一個案子共有8項新增的項目，我們逐項進行討論。首先進行說明一的部分，說明一的部分是「幽門桿菌糞便抗原檢查」、「小腸移植術」及「小腸摘取術」這三項，那請科長就附件1-1的部分來做說明。

### 林科長淑範

請大家看到第85頁，就是很長A3的表，我從第1項幽門桿菌糞便檢查跟大家說明，提案單位認為這項檢查，現在是用來決定是不是有感染幽門桿菌？是不是需要用三合一的治療？以及治療之後，它的成效追蹤。這項跟一般的檢查不一樣，它必須用屬於台灣本土的菌株做檢驗。如果是用台灣本土菌株檢驗的時候，它的準確度就是跟現在呼吸檢查是一樣的。它的好處是比現在呼吸檢查便宜，在適應症的部分，跟現在呼吸檢查適應症一樣，它必須是出血、幼兒、孕婦或者是衰老不適合做胃鏡病患的檢查。在支付規範裡面有三點，第一個是它不能同時申報後面列的五項，這點規範跟現在的呼吸檢查是一樣的。第二個特別規範，試劑必須屬台灣本土菌株者申報，因剛有提到台灣本土菌株它的準確度才會高。第三個是包裹支付，不能另外申報其他的材料費。建議點數按照提案單位意見，以及訪價調查之後，建議支付點數是376點，它是替代現行的「30512 碳-13 尿素呼氣檢查」，這項檢查目前是1,160點，提案單位告訴我們它的替代率大概50%。所以到最後有一欄是預估會增加的費用，因為它是比較便宜的，所以這一項它是會減少支出一千四百萬左右，以上。

### 主席

好謝謝～我們一項一項來。這一項是一個替代的檢查項目，申請

單位是北醫，這個是比較便宜的替代項目，耗時的時間也比較短，替代率是五成，我們有相關的財務衝擊評估是負值。好，請問這項大家有沒有意見？來～請！

## 朱代表益宏

第一個我想請問一下說，所謂的替代率 50% 是申請單位提出來的，是不是？對阿，申請單位提的是不是就是署裡面也認定替代 50%，這就是署裡意見會替代 50%，就是說現有的碳-13 尿素呼氣檢查這個，現有的是一年有 37,000 個申報量，所以這個進去以後，那個會降 50%，這個會有這個量出來，是不是這個意思？所以我的意思是說，這樣子的數值是署裡面同意認可的嗎？因為剛剛跟我們講是申請單位這樣講，那我要知道這個署裡面是不是同意，如果是同意的話，表示署是這樣子，到時候我們就可以依照這個原則來 follow，follow 到時候可能來看說 103 年申報這樣，那我們是不是今年的上半年在它通過以後，過了半年時間來看，到底這個碳-13 尿素呼氣檢查有沒有降低 50% 嗎？

## 主席

對！真實的替代率是需要實證的！所以現在其實沒有人知道標準答案，但是先用提案單位的建議替代率 50%，將來可以追蹤，所以今天暫且先用預測值。若預測值有誤差，財務衝擊就會改變，確實是如此。好！請蔣代表。

## 蔣副秘書長世中(蘇代表清泉代理人)

主席，我蔣世中第一次發言，目前來講健保署所列的是替代率 50%，當然我想 50% 也不見得是真的 50%，因為碳-13 來講在 20 多年前榮總、台大等都在做，尤其小孩子方面，這方面的設備在醫院是很普及。在診所其實不多，在台北市例如大型聯合診所才有可能做，否則我看民眾到診所裡面要做是不方便的。但是當它改成以糞便抗原檢查，這麼增加性就不是一倍兩倍，可能是兩到三倍，如果把這加進去，那是另一個替代率的算法，因為它很方便。現在為什麼很多都沒有做糞便抗原檢查？主要是因為他們是做碳-13 檢查，現在台北市大概也只有幾家在做糞便抗原檢查，像是長安或聯合診所，因為他們有這設備，在大醫院有些是六合一治療或是其他治療方式，但是這些的替代性東西，你說完全可以替代或是錢反而會省，我認為不見得會省，而且搞不好還會花費更多。舉例來說，醫院將來只要在這邊做，routine 做，也會增加一個很大量，因為用糞便去做方便且時間又短。如果是把原來已經要或想做的人次減少 50% 或是量固定不變下，新增加替代

治療方式不見得增加費用，以上報告。

**主席**

謝謝，來～陳代表！

**陳代表宗獻**

我想請教一下～我們這個適應症 C-13 的呼氣檢查是一樣的，它的第一項大概比較不會影響，我們今天的那個大表 85 頁的中間，適應症及支付規範，我比較 concern 的是支付規範的 2，因為我們這下面的不得同時申報那五個，30512C 就是碳-13，這個中間他們的確會互相替代，但是會產生新移動過來的是前面的四個，13007C 跟 13018C 一個是 culture，一個是幽門桿菌檢查，它們都是 200 點，這一些要做這個 culture 的話它必須要做 scope 去裡面拿，那不一定會做得出來，現在我做了 scope，最開始的時候，假使我們適應症的 1，那就全部就直接做這個 HPSA，那如果不符合的話，我就先做 scope 再 culture，還是 culture 做其他的檢查，反正做出來第二次的時候，我在追蹤他抗生素治療的效果，用糞便的抗原檢查來做，這個學理上都認同，因為它的特異性還有敏感度都很好，如果是我們本土的菌株的話；但是它的量，我的意思就是說它估計的增加點數是負的，這個我不這麼樂觀，因為其實在做 13007C 你去看還有 13018C 的時候，它的量是很大的，它的量是超級大的，因為我們台灣現在目前 HP 陽性的盛行率大概將近 50%，所以我贊成這一個支付，認為它的財務這個估計是有問題的。而且這一個財務必需要追蹤，因為它可能 200 點的跑過來做這個 376 點，所以這個部分，我想我們的但書上面，將來在這個會議裡面繼續追蹤它的費用，它不是替代，它是新增的費用。

**主席**

謝謝，還有沒有哪位代表有意見對這項～

**陳代表宗獻**

我再講一下～我是認為我們這個幽門桿菌的治療是不是需要請相關的部門還是相關的委員，委員不知道在哪裡，以前有個審查委員會，那現在還有。好，我是建議這個要重新思考一下，因為像美國它這個 HP 的盛行率，因為抗生素的使用，所以這一些比較進步的國家，它們的 HP 盛行率在下降，那胃癌也下降了，但是食道癌就上升了。事實上幽門桿菌它的類型很多，有的是比較會造成胃癌的，但事實上我們在做胃癌的治療，HP 是不是真的全部都把他殺了？這實在是可以思考的，而且在證據醫學上面也要去思考，我不建議說我們台灣這麼做，

如果大家認為簡單都要做，做出來陽性就可以治療，那事實上是帶著，本來沒有胃癌的家族歷的，本來沒有胃的症狀的，只是HP陽性，對於胃酸的影響沒有那麼大，都跑去治療了，我們這樣不是改善我們國民的健康，而是迫使他們變成胃食道逆流，變成食道癌去啦，所以這個地方恐怕也要一起去考慮，這個檢查太方便，也不是很貴，但這個部分可能要同步去思考，謝謝。

**主席**

好，謝謝！來～

**牟副院長聯瑞（消化系醫學會）**

對不起，我這消化系醫學會代表發言一下，那個有關這個項目檢查…

**主席**

我先跟大家報告一下，今天我們有請消化系醫學會兩位教授在場，各位代表的意見，醫學會的教授都聽到了，我想現在是牟教授要跟大家先就專業部分交換一下意見。請牟教授～

**牟副院長聯瑞（消化系醫學會）**

有關這一項這些項目，目前我們現在是幽門桿菌，如果你是潰瘍合併有幽門桿菌，它健保才會同意給你治療，而並不是你有檢查有幽門桿菌就治療，並不是這樣子！所以它這個項目呢，我們這個碳-13也是，不是每個人都可以去吹喔，而是你要做了胃鏡確認有潰瘍合併有幽門桿菌，然後你清了幽門桿菌以後，以前是要再做胃鏡，因為你要再做一次內視鏡，申報費用又很貴，所以他這個碳-13就是說你不用做了，就吹口氣看看有沒有清乾淨，這個健保的規範是這樣。這樣就是你也不用吹氣，你就驗大便看有沒有，它的規範其實跟碳-13是一樣的，它並不是說隨便去做大便的檢查，並不是這個樣子，好～所以它是有它的替代是有的。但至於說會不會替代這麼高呢？要看各醫院有沒有進這個試劑，有的醫院會認為你這個300多點，你們核的太低的時候，人家不見得會要，為什麼？因為你現在有碳-13阿～對不對？說實在碳-13搞不好它的利潤會高啊！所以不進阿，所以它就不用做這個碳-13利潤應該會比較好一點，我不知道啦～我們去算一下，醫院會考量，當然說糞便檢查比較方便沒有錯。但說實在碳-13也是一個所謂非侵襲性的檢查，所以多少代替一點，多少會減少一些費用，是不是會真的到，但是我是覺得應該會減少，因為它就是來用它的適應症，你的適應症跟它一樣的話，你不會隨便去做完，也不能隨便清

阿，你不能隨便去做一個大號裡面就有的，如果你沒有做清除這個動作的時候，是不能做這個檢查的，建議是這樣子。

## 主席

謝謝消化系醫學會牟教授的協助回應。我們的適應症也寫得很嚴格，剛剛有部分代表關心的是單價下降，關心兩件事，一個是替代率是不是有那麼高？第二個會不會因為改成糞便，申報的數量會上升，因此一來一往不見得財務衝擊是負數，有這樣子的觀點。我們完全贊成這樣子的隱憂，事實上替代率現在就是預測值，將來可以追蹤，甚至連這個數量，會不會因為改成糞便就會激增？如果有人去濫用它，是不吻合適應症，那當然加強抽審，我們會一段時間後來看看這個數量及替代的情形，然後來修正我們的財務衝擊值，這一項大家關心很多，擔心行為的改變會不如預期，那當然我們列入追蹤。好～還有沒有其他的意見？

## 朱代表益宏

主席我是建議不光是這個項目，因為所有的新增支付標準，因為在藥品跟特材那邊都有對於新增的項目去做持續性的追蹤，那藥品的話，它還是連續會追蹤五年，所以我是建議說，第一個是不是在下次開會的時候，去年度我們通過的先做一次，因為在我們這會議上的是從來沒有對於新增的項目去追蹤，還有它替代項目到底有沒有減少，我們也都不知道，所以我是建議第一個下次開會的時候，針對去年通過的，如果已經滿半年了，我們就把它拿出來看它的量，還有它當初替代的項目，然後它替代的狀況，一起拿出來做一個 REVIEW。那以後除了這個項目以外，後面我們所討論，甚至以後只要有新增的我們都列入這樣子的一個 routine，那你當然不見得每一次報告都要報告，那我是建議大概三個月或是半年的時間就追蹤一次，那不是只有追蹤完，下一次過半年的時候，它是一個累積性的。今天第一次通過一項，第二次又通過一項，但他追蹤的時候就變成兩項，它會變成累計持續這樣追蹤，那我們這樣追蹤幾年以後，這個所謂的替代效益才會更明顯更清楚！所以我建議做一個通案的建議，以上。

## 主席

好，那個是通案，我們就本案來講，先做決定。張代表。

## 張代表嘉訓

主席，我想我們看到這個資料，就是說這個案子，我們主要用 103 年的申報量來做一個基本的數據去評估，但是我們代表也有分基層總

額跟醫院，如果以財務的控管角度，我們是很希望說這個總量以後再呈現出來，是不是可以給他分基層做了多件？醫院做了多少件？那我們根本就不知道，我基層到底用什麼樣的觀點去看待這新的一個檢查？所以我是建議以後如果有這種議案，應該要這樣子去區分，或許我們的思維會不一樣；另外就是說，一年的數字是不是合理？我們現在看到的是一年，那到底這個檢查過去 102 年甚至 101 年做的是怎麼樣？我是說資料面更廣或許分析起來更合乎事實，好～謝謝！

**主席**

好～謝謝！那對本案還有沒有其他意見？

**陳代表宗獻**

30512C 是去年通過的嗎？還是什麼時後通過的？做一段時間了…碳-14 比較近，碳-14 有通過嗎？

**主席**

好～還有沒有，其他？好！如果沒有的話，那我們這一項新增就通過。那半年後追蹤，包括數量跟替代率，去年新增項目的追蹤也在半年後一併找出。那如果發現數量有大幅增加是屬於濫用的，我們就啟動加強審查。還有一項就是財務衝擊評估，盡量把西醫基層跟醫院分開，讓兩個總額都知道這個新增項目對各自總額的衝擊。好～可以嗎？來～陳代表！

**陳代表宗獻**

我們這邊也有消費者代表，在這裡我是可以做這樣子的報告，就是說對於這一項非常樂意，讓它可以在我們健保裡面給付，那它也會改善我們在這個 HP 的治療，尤其是在基層，因為我們一向在基層做 endoscope 之後，還是在醫院做 endoscope，用那個報告開始治療，治療之後就幾乎沒辦法去 follow，所以這個後面的 follow 的財務衝擊是我們以後觀察就好，這個是對國民健康的幫助，我們都一起做，謝謝。

**主席**

好～謝謝！那這一項我們就通過了，那這一項目前是個減項替代項目，是一個比較具成本效益的替代項目，好，接下來第二項！

## 林科長淑範

第二項是亞東醫院提出來的小腸移植，這一項主要目的是在增加恢復腸道的功能，同時也減少病人在使用全靜脈營養治療的時候，合併的併發症跟生活的限制；在第八次的專家小組會議，專家一致認為，這一項已經經過衛福部的人體試驗，而且存活率，跟英國、美國現在執行的五年存活率大概是六十幾%是相近的，希望通過人體試驗之後，可以納到健保給付。本項建議四項的適應症，包括超短腸症、先天性黏膜病變、小腸局部性侵襲性腫瘤或者是因為先天性或是後天原因的腸衰竭。這一項有個重要規範是個案必須經過事前審查，人員設備的部分，必須符合衛生福利部小腸移植醫師的規範。建議支付點數是 198,868 點，因為個案數非常的少，預估一年增加大概 139 萬；相對地下一項小腸摘取，這一項建議支付點數是 25,970 點，預估會增加 98 萬，以上。

## 主席

好，這第二項跟第三項是一個配套的項目，所以是一個器官摘取，一個是器官移植，這是新的療法，至少對於這類病人，有治療方法，要不然這些腸壞死的小孩子可能就會提早死亡。此新的方法是小腸移植，這個部分已經通過人體實驗，存活率也跟先進國家相當。好，我不曉得我們的消化醫學會有沒有要補充。這個是外科，今天沒有來，如果沒有的話，我們徵詢各位代表的意見。來，請～潘代表！

## 潘代表延健

主席、各位委員，這個新增的項目我比較感興趣的是預估的數量，現在數量是說只有 7 例，因為它單價沒有很高，但是我們估的只有 7 例，所以說如果它的成效是好的話，未來有可能會被推展出去，所以我有疑慮是這個 7 例的這個來源，我們還是希望他是不是有什麼樣的依據來估算說一年會是 7 例。我們現在看的不是第一年，因為剛開始可能不多，未來慢慢這個技術成熟了以後，很多醫院能夠做的話，這個數目字相信應該會提升的。所以說我們如果用這個 7 例來估算這一年這樣的財務衝擊的話，其實在第二年、第三年影響力也很大，所以我的 concern 是第一年 7 例的來源，接下來是往後它有可能會再帶來的衝擊是不是也要評估一下，以上。

## 主席

好，等會我們請我們的專家代表，吳美環院長要不要協助我們來做專業的說明，那等大家代表稍微表達一下意見之後，我們再請教吳代表。來～朱代表！

## 朱代表益宏

我想請問一下，在摘除這部分，摘除你們給它兩萬五千多，25,970，但是在下面有的支付標準裡面有個 73010B(小腸切除術加吻合術)是 13,750 點，是不是能說明一下中間差異到底在哪裡？

## 主席

這項我們等會一起說明，還有沒有哪位代表對這個…，來請～陳代表。

## 陳代表志忠

因為學會沒有代表了，在場有一般外科的醫師，我們問 intestine donor 是不是一定是屍體？只有屍體嘛～那中文跟英文要一致性，86 頁給付項目項次 3，英文是 Cadaveric small intestine harvest，可是中文沒有寫是屍體摘除。

## 主席

Ok～好，屍體的小腸摘取，謝謝！好～還有沒有哪位代表？來，羅代表！

## 羅代表永達

主席，我想因為消化外科都沒有人在，我個人是贊成啦！因為要到大腸、小腸的移植通常都有很嚴重疾病，而且將來要做 TPN 要做很久很久時間，我們曾經遇到小兒外科的病人被外物插入攪動，在台中有一個有名的例子，一個小女生被傷害，陰道被竹竿插入至腹腔，腸子被攪爛，當時就是沒有這樣東西，不過後來慢慢發展以後，這其實簡單，台灣現在目前還是屍體，但是在外國已經有活體了，那這樣子的情況下，在做的那個部分事實上對這個人一生有很重大的影響，否則它 TPN 是要用一輩子，那個錢絕對比這個十幾多非常多。所以我個人是支持啦！而且這是屬於新科技的部分，我覺得引進來是件好事啦！尤其是很多這個小腸移植，其實有些東西是弱勢，很多東西是 trauma 引起的，所以我個人是支持啦！

## 主席

這個你不要看支付點數高，長期說不定是省錢的，我們請吳代表就專業上給予說明。

## 吳代表美環



不好意思，我想我是代表小朋友那一群，我比較懂得是那一方面，我想那個小孩子其實有一群人是進過一些開刀後腸子很短的，那這些小朋友就像剛剛主席講的，他們長期要用全靜脈營養，其實花費跟合併症是更高的。然後剛剛潘代表所擔心的是說，不是這一群孩子，是不是還其他人會濫用這樣子，我想一個移植要濫用是非常的困難，因為它來源真的是有困難，那以目前規範的適應症，它能夠省下來都可以替代全靜脈的營養，所以在這個數目上，雖然 7 可能是比較低估，不過它的增加速度應該不會快。

### 羅代表永達

那個其實小腸的移植，它用的免疫，長期要使用的更多更久，因為它產生的 immune 更多，所以這個會增加很多我也不信，然後 Donation 我也不相信會增加很多，所以小兒外科醫學會沒有人來，替他們講一句話，這個我認為是值得的啦！以上。

### 主席

好，謝謝！第一個要有屍體是捐腸的，對不對？而且還要 match，而且還要有能夠執行這個手術的醫生，它也都很多的限制，不是每一醫師都可以做腸移植，所以至少這些小朋友能夠有一個治療的方式。好，各位代表有沒有其他的意見？如果沒有的話，那我們這兩項就通過。

### 朱代表益宏

報告主席，我今天很守規矩喔！

### 主席

是是是，大家都很守規矩，我剛剛漏掉了，非常抱歉！來，要不要說明一下那個吻合術跟這個有沒有什麼差別。來，誰哪一位可以說明。

### 林科長淑範

專業上面我們不清楚有沒有什麼差別，這是我們能力不足的地方，不過在小腸摘取就是 73010B(小腸切除術加吻合術)，兩萬一千點是含 53%的一般材料費，旁邊的那個 25,970 點，必須要再加計 170% 的材料費，所以會是五萬多點，這五萬多點最主要算成本分析的時候，在摘取的時候，它花的時間比較長，然後再加上必須有保存液，這是他們提出來的成本分析，以上。

## 羅代表永達

我不應該替消化醫學會講話，但是我要講的是說，一般我們在做那個切除吻合的時候，血液供應那個血管是一致的，你只是把它切斷，其實你只要把腸子吻合在一起的時候，它的那個血液供應是原來的，可是你要是移植的話就不一樣了，它必須把那個腸子拿掉，連血管一起拿掉，是要接血管、接…，全部都要接起來，否則那個神經不會動。不是你把血管接起來就算數了，那還要接神經耶～所以切除跟吻合是兩回事情。

## 主席

謝謝羅代表回答朱代表的意見，來～謝代表！

## 謝代表文輝

剛剛羅代表講的和朱代表講的不是同一個題目，因為移植的部分是新技術，是困難的，這個我們瞭解，給19萬我們沒有意見，但摘除因為它就有一個相對的比較，你正常活著的人腸子有問題，切一部份起來，相接手術現在只一萬三千塊，但對這個捐贈的人，你拿他一段的腸子來費用卻給這麼高，因為他前面有一個可以比較的，那移植沒有可以比較的，以前沒有這種移植，所以移植我們也承認是一個比較進步的技術，也滿困難的，每個地方都要接得很好。那前面的取腸其實是可以跟一般活體的兩個可以相比，那顯然兩者差距太大，那如果我們認為說在屍體取腸這樣費用他們送過來的建議有道理，那顯然現在給的就沒有道理呀！那我是覺得這個問題就很大了！所以我是覺得那兩者應該是可以比較的，因為你切完屍體完腸子把它接上去非常簡單，補起來就好，我們活著的人接是要接得很周全喔，以後還有功能的喔～所以我是覺得那兩者是可以相比較，可能可以請消化系外科的提供一下這個活體普通做腸切除吻合跟這個，兩個技術差不多，那我是覺得可以比較前面的。既然不合理，全部都不合理，最後都說後面都合理，就像我們今天後面再來也是同這案後面要談的，那不就很奇怪，成本在算的時候，我們署裡很感動，房屋折舊設備都有，以前都還沒有算，我想目前的給付都應該比照這樣的方式來重算一算，以前說這不要算，折舊什麼都不要算，我們古早都沒在算的，古早勞保抄過來，說說就算了，那現在當然建立一個制度我也覺得很好，但是我是覺得這個制度建立下去以後，往前全部要做，不然為什麼？新科技大家買新的機器拼死拼活，你後面都用這個在算，前面那些最可憐的外科醫師一步一步在縫，都沒有在算這，什麼都沒有，我是覺得邏輯上要有它的一致性。要改，我是覺得要全面的考量改，這是我一個建議。我是覺得說這兩個我本身消化系外科醫師，我是覺得那兩個差

距沒有那麼大，不應該有那麼大的差距，那你要一致，我是覺得可以請那消化系外科提供一下意見，說我們現在在做得腸切除吻合的這個費用，和這兩個技術性有差距多大，那覺得差距應該多少還是差不多，我是覺得這個我們請他表達意見以後，就依那專業意見來做一個調整。那基本上這個案子我們都支持，因為這個其實對小孩子，小孩子有很多原因造成這個，包括小孩子腸套疊太久了腸子壞掉，我本身就有一個病人，好在還有迴門瓣，差十幾公分而已，所以我是覺得這真的很迫切需要，對他人生影響很大，所以我們都贊成！但是只有這個部分取的這個，我是覺得我們可以進一步跟消化外科問一問，他覺得兩者相同的話，其實可以應該兩者訂一樣的價錢，那如果說它的困難度高幾成以上，那稍微調整，那我想代表應該會同意啦！

**主席**

謝謝，那再來朱代表。

**朱代表益宏**

主席，我會提這問題主要就是因為現在提出來這些新增的項目都是申請單位各別單位提，他應該都有做成本分析，那我覺得其實署裡面拿成本分析要去用之前你們做的 RBRVS 的版本去做比較，做了比較以後，然後它的成本分析然後再去對照說剛剛講的小腸切除吻合，我相信當初大概兩三年前的 RBRVS 一定有，那個成本分析的表一定有這個支付標準這個項目，所以兩個應該去做一個對照，那為什麼這邊亞東醫院提出來就要兩萬五，那原來的支付標準經過 RVRBS 的換算出來是一萬三，到底差在哪裡？這個不然的話會變得現在大家通過，署裡面的意思是使用單位提出來看大家有沒有意見，我個人覺得說，不應該說是使用單位提出來，今天是健保署提案，所以這個提出來是健保署的意見，表是你同意他要用 25,970，那不能說現在委員因為這是使用單位提的成本分析，我們也沒有注意看，這樣我覺得是… 對不起，沒有講～那可能是我剛幻聽，但是我覺得說不應該用這種態度來處理，所以我建議就是說新增這兩個科技我個人不反對，但是對於支付的點數，我建議成本分析要去依照之前的～我剛剛提的那項目兩個 RBRVS 的成本分析表去做一個比較，比較以後你們不是有一個邏輯嗎？拿它去對照哪一個對照項目，然後去算出來是多少，實際上是多少，算出來你可能是說不定是三萬塊也不一定，說不定是一萬五也不一定，那個時候我們再依照那樣子的支付來給付，可能會比較好啦！

**主席**

好，謝謝，那還有沒有哪位代表有意見？好，醫管組先回應。

## 陳醫師相國(張代表金石代理人)

主席您好，我是第一次發言，我以前是消化系外科專科醫師，也是成大醫院主治醫師出來的，我回應一下代表的意見，前面這個「73010B 小腸切除術加吻合術」是被低估沒有錯，不過兩個技術層面差很多，這個「73010B 小腸切除術加吻合術」他是不涉及血管的截取及再接，這個很簡單，這是把小腸切一段再接起來沒有涉及血管的縫合，這點數目前來看是合理；那移植的話是要把腸子整個全部拿起來，然後還要接 SMV 跟 SMA，就是上腔動脈跟上腔靜脈這個技術層面很高很困難，所以訂這個點數是合理，然後依照這個點數來看，這個前面這個點數是不合理的，所以後面這個是合理的，我們先通過合理的，之後再檢視不合理的部份，至於量的部份非常少，大概一年不會超過十例，肯做的醫師應該給他鼓勵，這個對於醫療品質非常非常有幫助，因為這個都是小朋友，譬如說：他的腸套疊或是腸扭曲，就是腸子被切得只剩一點點，大部份一些是這樣 SMA 慢性疾病把他腸的動脈阻塞，這樣整個大量的腸切除，那以前都沒辦法都是靠 TPN 養到死而已，所以我覺得這個對我們醫療品質非常有幫助。

## 陳代表志忠

第一、首先證明在座我們無人反對，一定要支持。第二、合理的我們支持，不合理我們再檢討，不要因為不合理的讓合理沒辦法通過。第三、我剛跟幾位代表講，這本支付標準裡存在太多不合理的東西，因為我是泌尿科的，我就想到…泌尿科我們這個，對，第三點我回應一下剛剛這個代表講的，那個只是摘取的費用，小腸移植的費用在第八十五頁的 198,868 裡面不包括在那個地方是分開列的，我就想起來我們一個病患假如腎臟有問題要把腎臟拿掉，不管是良性還是惡性的情況，我們「76004B 腎切除術」支付點數是 10,198 點，這當然要另外加 53% 一般材料費，可是我們在腎臟移植分屍體跟活體腎臟摘除，這個當然包括一般材料費還有灌注液所有費用在裡面是 60,000 多點，這看起來差異也是有一段距離，我不是說 60,000 點給的太高，我是說 10,000 多點其實…因為是古早的時候留下來的，就是從勞保甲乙丙表留下來的，不合理一直存在 20 年了，結論就是合理的讓他通過，不合理的是不是一個附帶決議要怎麼樣以後去檢討。

## 主席

謝謝陳代表，再來謝代表。

## 謝代表文輝

我是覺得這樣啦！因為今天大家都同意沒有意見這個一定要通

過，那我基本上是覺得，大家都知道當然這個基本延續以前的勞保是偏低，今天你來給他算成本每個都不合理，那所以我是覺得今天如果我們把那個通過，事實上消化系外科如果來抗議，活的人腸子什麼的…，我們沒有辦法回應你知道嗎？你就是乖乖說好呀！不然我們重新檢討，這個我們歡迎，但是我是覺得很無奈，不可能，在我們現在有財務的控制底下，所以我們建議這樣，那個移植是新的部份也不會引起什麼混亂，也不會引起我們代表們的尷尬，「小腸移植術」訂198,868點沒有意見，那個「76020B 腎臟移植」才60000點，這樣我們也沒有意見，其實講起來腎臟科醫師也很冤枉，我接那麼多血管還要接輸尿管，我有比較慫慢嗎？怎麼「76020B 腎臟移植」的點數是「小腸移植術」的三分之一不到？所以我是覺得那個198,868點我們也不挑戰，因為那個新的東西嘛！大家很辛苦去發展，至於取腸應比照現有腸吻合的給付來訂定…，才不會造成以後我們代表議價，人家如果再質疑才有辦法捍衛，否則到時算算活體腸吻合真的要給人家25,000，改了後完蛋了，全部都要改怎麼辦？大家的意思我們都很理解，但是做公眾的事情是要考慮整體，這個我們很無奈，不合理就全面不合理才比較不會產生問題！不然到時回去醫院大家吵架，這樣大家都很難過，我還是覺得要比照朱代表講的我們有做RBRVS的比較，兩個差距差多少依照那個定義就沒有後患，不是說不合理，25,000其實真的很合理跟國外比還偏低一大截，我是覺得處理的方式，給他198,868點我們沒有意見，前面那個還是要比照可以相比較的，不然未來人家提案來我們這裡要求前面要提高，我們其實會很尷尬，我們也沒錢可以調呀！

## 主席

來請，何代表。

## 何代表語

主席，各位代表，因為我從中醫支付轉到這邊過來，所以聽你們講都聽不懂，沒辦法，我在想第二案的「小腸移植術」這個先給他通過，那我現在談的第三案「小腸摘取術」這裡適應症相關規範2.不得同時申報之診療項目及編號：73010B(小腸切除術加吻合術)、支付點數21,038點，那剛我聽朱代表又有什麼13000多點。

## 林代表淑霞

不是，它是扣除材料費，它兩個不能同時申報，就是報了「小腸摘取術」不能再報「73010B 小腸切除術加吻合術」。

## 何代表語

那你「小腸摘取術」支付點數是 25,970 點，又要再加一個材料費 170%，是不是這樣子？是不是 25,970 點\*1.17。

**林代表淑霞**

加成 170%，所以是給付 70,119 點對不對？

**何代表語**

你 170%還是 70%這個不一樣哦，如果你是 170%就要乘以 1.70 倍。

**主席**

我們等下一起說明。

**何代表語**

亞東紀念醫院提案人有沒有代表來？以後我們建議，所有的提案單位必須派代表來說明，如果沒有代表來說明我認為那個案子都會暫時擱置，我不清楚，如果說依照各位醫師先進講的內容，你應該是跟消化醫學會能夠詳細的討論合理的支付標準，那這樣才不會產生很大的爭執，這是我們意見。

至於前面「小腸移植術」這個案子非常支持，說不定接一個小朋友以後是當我們的總統這不一定，所以我認為是可以支持這個案子，那對於「小腸摘取術」我們希望有合理的支付標準，謝謝。

**主席**

謝謝何代表，還有沒有哪一位有意見…。好，醫管組說明

**林科長淑範**

我們逐項說明，73010B 小腸切除術加吻合術，支付點數 21,038 點是包含一般材料費，小腸摘取術表列支付點數是 25,970 點，必需另外加 170%一般材料費，所以支付點數會是 70,119 點，兩者差距了 5 萬多點，跟大家解釋為何會有這樣的差距，說明如下：第一、這項材料包括保存液將近 2 萬點，第二、在做的時候必需做血管標記，該項材料叫血管識別帶，這個血管識別帶就將近 18,000 點，所以合計將近 4 萬多點，再加上在成本裡面，他認為取這樣的小腸要把血管保留下來要標示，所以整個耗用時數多，所以這就是為何它的成本分析比較多，最主要是在耗材的部份，有很多是血管識別帶，以上說明。

## 主席

謝謝，我另外補充一下，就是各位代表好像覺得說，提案單位提出來之支付點數我們就照單全收。不是的，因為今天這個會議之前，我們還有一個會前會是「專家諮詢會議」，提案單位必須在專家諮詢會議取得專家的支持，就包括成本分析，另在「專家諮詢會議」前本署會先就提案單位提出來的成本先作校正，就用我們 RBRVS 當時的精神去做校正，校正完後再送到「專家諮詢會議」去徵求專家的意見，所以也有一些項目是在「專家諮詢會議」被拒絕或作修正，所以今天看到的都是各科專家共同支持的共識，才會提到「共同擬會議」上，所以你今天看到的支付點數是也透過專家協助去 recheck 過的點數。各位代表還有沒有什麼意見？

## 主席

請，朱代表。

## 朱代表益宏

在支付標準裡面，「75021B 屍體捐肝摘取」35,500 點，加上 53% 材料費是 5 萬多點；在「76018B 屍體捐腎切除術」60,978 點，那這裡面包含了保存液，所以我個人覺得說「小腸摘取術」7 萬多是高估了，所以我不曉得他的保存液是要用的特別多，還是他的血管標記要用的比較不同的標記方式，因為我剛講的不管是肝移植或腎移植他的摘取，我看起來大概在 6 萬多塊左右，那「小腸摘取術」要到 7 萬多，我個人覺得是有點高。

## 主席

那我們再徵求最後一位，我們再回應之後，大家再來共識，請，羅代表。

## 羅代表永達

因為今天腸胃外科學會沒有派人過來，那我一直想替他們說，但我覺得我不應該替他們說，因為成本不是我算的，不過我說實在的一個器官的移植他的發展是有一個 story 的，比如從一開始的腎移植，接下是肝移植，腸移植是更後面的，所以那個又發展很多新的東西，包括裡面的藥等等…，但是何代表提的我支持，如果要說明請他們提案單位來說明，因為在座我們替他們說明很奇怪，但是我們聽起來覺得事情聽起來不是像我們所說的這個樣子，但是我覺得很 detail 的東西學會應該要來自己說明，來捍衛他所提出的意見，所以我建議「小

腸移植術」通過，「小腸摘取術」暫保留，請他們來下次說明後再來讓他過，這個補充說明之後才過啦！大家都手上沒資料，因為你只要看到那個成本分析，我說實在話這個會引起革命的，大家都會拿成本分析出來，我們前面所有的東西都沒有辦法做，為什麼？因為都太低，只要外科拿個東西出來，全部都是太低，那我是不是用補件的方式或用其它的方式，否則我覺得沒有辦法說服全部的代表也是一個很大的麻煩。

**主席**

還有沒有要說明的？請副組長先說明。

**李副組長純馥**

有關剛剛朱代表提到的摘取的費用在衡平上來講，其它的摘取比較低，大家應該有印象我們之前有提案調整「摘取」的點數，為什麼？因為相關的保存液這兩年飛漲，價格是兩倍，所以後來我們有提案，只是我們後來要公告前有單位建議把放在「摘取」裡的器官保存液併在「器官植入」部份，那我們內部還在研議，所以其實您剛唸的那些點數確實是偏低我們已經有方案要來調整，所以應該是以那個調整後衡平看其實是差不多，因為我們那個「摘取」的點數如果大家有印象其實調幅還蠻高的，那在那次開會也有通過，只是我們要公告前有預告，那有單位建議不要放在「摘取」要放在「植入」，原因是因為有很多醫院他是去他院摘取，他是自己帶器官保存液進去然後回來醫院植入，所以他們希望放在「植入」，可是我們目前是併在「摘取」點數，所以我們現在在研議未來要怎麼做申報、這點數要放在哪裡、所以我們還是希望這次併同通過，因為既然大家覺得從我們醫療科技來講這是一個很重要的進展，其實「摘取」的點數我們已經要去調整，那其實點數是滿衡平的，我們其實上次在訂這個點數的時候也有做這樣子的處理，另外就是針對提案單位的說明部份，我們其實在「專家諮詢會議」是有請他們過來，那我們會依照「共同擬訂會議」代表們的建議，我們下一次如果有相關新醫療科技的修訂我們會再請專科醫學過來，以上。

**主席**

好，謝謝，因為沒有「小腸摘取術」，「小腸移植術」也沒辦法做！這是等於沒過一樣，因為你沒有摘取哪來的移植，所以這兩項是配套支付項目，剛剛其實多數代表認為要救救這些孩子，所以是不是我們今天「小腸摘取術」、「小腸移植術」可以通過？至於剛剛有委員提出與其它的移植項目點數的衡平性問題，下一次會議來報告。另器官保存



液究竟要放在哪一邊，本案的是含器官保存液的，所以器官保存液本身也2萬，事實上我們台灣只有一家廠商提供，最近調高一倍的價錢，所以也會影響我們其它移植手術的成本。現在是不是徵求各位代表的意見，本項是不是能夠先通過？

### 謝代表文輝

我建議這樣原則上應該讓他通過，那剛剛已經講另外一個案子在考慮器官保存液，到時候檢討出來如果覺得「小腸摘取術」有偏高，再做修正。

### 主席

對。

### 謝代表文輝

那如果沒有就趕快讓它過了。

### 主席

那我呼應何代表剛提的下次我們也建議提案單位可以來跟大家說明，來，何代表。

### 何代表語

我補充一下，我收到這個資料我是很用心的，我打電話給一個胃腸科博士姓劉，我就請教他「幽門桿菌糞便抗原檢查」、「小腸移植術」及「小腸摘取術」，他在電話中跟我講說「幽門桿菌糞便抗原檢查」就pass過去沒問題，「小腸移植術」及「小腸摘取術」他沒有做這個，所以他不知道，所以電話中無法給我答覆，我的意思是，好，那我今天來聽聽提案單位有沒有更好的說明可以讓我理解，那今天因為我們聽不到提案單位給我們說明，又聽到很多醫師又有爭議，所以我們到底要聽朱代表還是羅代表的還是謝代表的意見，我們搞不清楚，那站在我們付費者的立場我們都很支持，那剛剛主席講這樣子話，我們就支持你嘛！我建議今天讓它通過，那我們希望下一次提案單位來跟我們解釋一下，我很在意的就是讓我弄清楚，因為我無法去做實驗嘛！像等下會講到心臟，我都很用心去請教，這點我希望大家理解我們聽你們專家的意見，但是我們也希望去了解很多事情，謝謝。

### 主席

謝謝，我們還是這一案嗎？

**朱代表益宏**

主席，是不是能夠提供成本分析表？他們成本本分析表跟「73010B 小腸切除術加吻合術」的…，署裡面講有做過比較。

**主席**

「73010B 小腸切除術加吻合術」不是跟這個比啦！是跟移植的屍體摘取，在「專家諮詢會議」裡。

**朱代表益宏**

「73010B 小腸切除術加吻合術」之前做 RBRVS 有做過成本分析。

**主席**

只有相對值呀，沒有成本分析。

**朱代表益宏**

「73010B 小腸切除術加吻合術」之前不是有找醫學會去填過。

**主席**

事後我們再跟你提供資料好不好？

**朱代表益宏**

那就是剛剛講的那個…

**主席**

我們先通過這一項可以嗎？

**朱代表益宏**

可以。

**主席**

就是這項先，那您要的資料是不是會後跟同仁來拿，好不好？

**朱代表益宏**

就是主席同意提供嘛！對不對？

## 主席

我們有什麼就提供什麼，這樣好不好。其它的代表還有沒有對這項有意見？李代表還有嗎？

## 李代表飛鵬

我覺得我贊成先給他通過，但是這樣就很多代表提到的成本分析，既然之前都有開「專家諮詢會議」，是不是下次會前會的時候就這個代表所關心的這些議題能夠「專家諮詢會議」的結論，以後這案子都告訴代表，那爭議就會比較小，那我們贊成先通過。

## 主席

好，那這樣很好，就是將來「專家諮詢會議」的會議紀錄將來附在「共同擬訂會議」議程裡面給代表們看，必要的時候請提案單位到場來說明，這樣是不是就吻合大家能夠對這個新的項目的了解的期待，謝謝。

## 滕代表西華

剛純馥有提到一個移植的，我不知道有沒有聽錯，因為就是很多人發言，就是有個移植檢討的小組或是方案是不是？

## 主席

不是，我們有一個「專家諮詢會議」，那不限移植，是所有的新增項目都要提到那個會議討論。

## 滕代表西華

因為剛朱代表提的那個部份，也是說最近這兩三年就是在急重症增加給付的部份討論其實非常的多，剛提到的那個包括，因為其實只有腎的部份，當然肝是屍肝為主，那腎的部份有活體跟屍體部份，確實我們也收到很多意見，在移植的費用裡面他大多數都有偏低的現象，當然我們有歷史的因素，不能說現在低就表示以前低，也是與時俱進，用的科技材料也不太一樣，因為這個案子的計算確實是這樣，可能會讓人家覺得說新增的就是比較有機會拿到相對應合理的給付，但是舊的部份，特別在急重症那個部份它就沒有人提到，那就沒有再繼續檢討，但是因為單純新增材料費在整個醫院或是其它支付標準的新增是比較困難的，所以我剛本來我是以為聽錯，說假如有的話，如果是要特別檢討的話，剛主席提了一部份，我覺得也很好，如果是在

移植的部份，包括器官保存液的藥水材料費或其它的，如果差距不是那麼的大，應該要有機會有一個機制做一併的檢討，那當然也要讓外科的發展特別是在急重症移植的部份，簡單來講做移植健保都會省錢，長期都會省錢，可能在這個部份會比較能夠達到鼓勵或者是激勵士氣，還是要給合理的給付，所以我剛是以為聽到這個東西，那如果是，是不是將來有機會可以在這裡來做一個檢討，謝謝。

## 林代表淑霞

我想既然提到移植術，我 follow 一下滕代表的說詞，我剛看了一下支付標準表「68034B 心臟摘取」才 17,638 點，「68035B 心臟植入」才 183,312 點，我想我們台灣的醫學真的很發達，多項移植術存活率或 outcome 都已經可以媲美歐美國家，個人真的覺得是要給這些做重症的醫師們至高的肯定，他們同時也創造我們台灣許多醫療的奇蹟。剛剛提到器官保存液，這建議是本人服務的醫院所提，因為摘取心臟醫院不見得是可以執行植入之醫院，而不作植入術的醫院絕不會沒事購買器官保存液庫存備用，所以欲將器官保存液加成至摘取術根本是不務實的作法，所以我們建議比照顯影劑直接放入支付標準，或者歸類於藥品給付的一種，因為它實在不太像是特材，且藥品是固定點值，如果擺到特材則是浮動點值，而醫院付給廠商可是現金啊，加上此是獨賣產品根本無議價空間亦無替代性，放在特材對醫院經營成本是極不合理。所以假如今天這個案子大家都無意見，能否重新全盤檢討台灣移植相關支付內容及支付標準，這是起碼對台灣重症醫師的尊重。

## 主席

謝謝，本案是不是這兩項暫且通過好嗎？另「小腸摘取術」中文名稱改成「屍體小腸摘取術」，支付點數照案通過。另有關器官保存液，因為還有其它相關移植的項目也會一併檢討，在下次會議再提出來，好，謝謝，那我們接下來第八十六頁第四、五項。

## 朱代表益宏

那這也是一樣，半年提出來？

## 主席

是，當然。

## 朱代表益宏

那個執行量？

主席

好～謝謝，第三、四項。

林科長淑範

第四項「不整脈經導管燒灼術-複雜 3-D 立體定位（單腔）」與第五項「不整脈經導管燒灼術-複雜 3-D 立體定位（雙腔）」，以上兩項是類似的項目，這個主要的功能是跟現在的不整脈燒灼術類似，是利用電腦儀器把心臟用 3-D 立體定位，標地出心率過快的來源跟路徑，可以縮短手術時間還有提高電燒的成功率，同時減少復發及增加手術安全性，這項在上次討論會中，部分與會代表認為，單腔定位建議支付點數是 45,109 點，雙腔定位建議支付點數是 49,177 點，建議的支付點數與現行支付點數 36,900 點相對是比較偏高，所以要本署洽詢相關學會這樣的支付點數是否適當，今天相關學會也有與會。同時在各位的桌上我們附了這一項的成本分析，第一頁是「不整脈經導管燒灼術-複雜 3-D 立體定位（單腔）」，校正後成本是 8,209 點，雖然跟大家看到表列支付點數是 45,109 點不一樣，因為除了原來的「33091B 不整脈經導管燒灼術」36,900 點之外，還要再加上 8,209 點才是建議的支付點數；第二頁是雙腔定位，在定位技術上需要增加的成本是 12,277 點，再加上原來的「33091B 不整脈經導管燒灼術」36,900 點那就會是 49,177 點，以上說明。

主席

好～謝謝，這項是上次會議，其實本會已經提過一次會議，上次是覺得說跟現行類似的項目的點數差異過大，所以希望能夠再諮詢相關學會的意見，今天也邀請了中華民國心臟學會，是不是徐副院長還是其它醫師要跟各位代表說明。

徐副院長迺維（中華民國心臟學會）

請張世霖醫師跟各位報告一下。

張醫師世霖（中華民國心臟學會）

主席、各位代表，我是心臟學會代表，台北榮總張世霖醫師，第一次發言，有關於心律不整我們主要在過去都是以單純性就是 PSVT 為主，主要是複雜性是最近幾年開始有出來，像是心室心律不整譬如說 VT 或者是 AF，那 VT 的話在過去就是病患直接要 CPR 或者是急救，過去來講沒有很好的治療，不然就是要裝體內去顫器，體內去顫器一顆就要五十幾萬，那現在就是有新技術我們可以利用立體定位然後找

出心室頻脈病灶來源，那我們是特別用導管到心臟去把心臟一點一點的畫出來，那過去都是用 X 光就是 2D 來看，2D 看的不是很清楚，尤其像心室頻脈有時病患已經都休克或是血流動液不穩定，有時候甚至要插管，那有了立體定位後可以把心臟畫出來，像立體定位三度空間，就可以在電腦上尋找來源，有點像雷達這樣子找，那這樣可以縮短，原來是不能治療，現在是可以縮短你用 2D 去找的時間，但是他的費用就提高，那我們就是要做之前我們必需要先用傳統的 2D 先來做，所以才會有原來的「33091B 不整脈經導管燒灼術」36,900 點額外，我們再加上 3D 單腔立體定位，那所謂的單腔就是我們到一個心室，左心室或右心室去找，那有些病患 VT 的來源會有兩個，就是兩邊的心室都要去燒，另外 AF 的話，最近這幾年發展就是過去早期是無法治療是不治之症，六個中風病例中就有一位是 AF 造成，造成社會很大成本，那我們現在有這個電燒的話就可以把 AF 電燒，但是傳統他沒辦法用 2D 來做，那必需 2D 診斷出來確定出來，再用 3D 立體定位來做電燒，那立體定位的話在成本分析大家也看到，如果是一個單腔腔室花費將近四十分鐘，如果是雙腔則花費將近六十分鐘，事實上我們做電燒用 3D 立體定位要花五至六個鐘頭，所以並非所有醫院都有辦法做也不是醫生想要做這個，因為他們去放支架可能賺得錢比這個多，那我們適應症一定要 VT，心室頻脈或是 AF 才有辦法做 3D 立體定位，並不是說所有的心律不整都可以用，另外條件來講醫生也必需要有心臟專科再通過電燒專科醫師，所以這個複雜度很高，需要符合適應症，另外 3D 立體定位醫院必需購買數百萬的器材，所以只有醫學中心才有辦法取得，並非所有的基層或是一般醫院可以做，其實做這個都是在救命，就是 VT 過去只能 CPR，目前有這個手術，醫師願意花這個時間來做，我想應該是能夠讓我們通過，可以造福更多的病患，以上報告。

## 主席

好～謝謝，徐副院長請。

## 徐迺維副院長(中華民國心臟學會)

我再補充一下，第一、其實上次朱代表提到為什麼時間縮短反而錢還比較多，我跟各位報告一下，這個服務是擴大服務範圍，以往對於心室頻脈以及複雜性心房心律性顫動，即使我們用 2D 也做不成，即使花了四、五個小時我們也沒辦法用 2D 來把這個刪除掉，所以要不要治療呢，那心室頻脈是致命性的發作，如果走了大概就喪葬費，但如果不走，有一半很多人是中風，其實後續的費用相當高昂，那如果現在裝一個去顫器要五十幾萬比這個手術費用還要高很多的，如果心房心律性顫動，如果現在我們用藥物可以控制，第一是用藥物或是用電擊，還是有很多變因沒有辦法完全控制，還是心律不整他變長期吃抗

凝血劑，那只是後面的費用，文獻證據強調是超過這個手術，所以其實這個並不是說時間縮短，而是以往 2D 沒有辦法做成，而 3D 可以擴大服務範圍。

第二、量多不多呢？其實不會多的，因為這是現有的 VT，說句老實話，如果真是因為冠狀動脈狹窄應該屬於冠狀動脈而不是 VT，其它的是 AF，其實量大概在台灣 2% 左右，其實量不會增加，那再加上訓練的嚴格，所以並不會濫用，目前提出的申報量替代率為 20%，還請各位代表能夠支持本案，謝謝。

**主席**

好～謝謝兩位專家的說明，現在開放代表討論。

**林代表富滿**

對於支付標準沒有意見，但是請問這個是不是會落到同一個 DRG，未來 DRG 那個給付會同步調整嗎？

**主席**

這個問題我們等下一起答覆，再來羅代表。

**羅代表永達**

主席，剛有提到 2D 與 3D 耗用成本 8,209 點，是差異性，可是主治醫師一樣是一個人，那為何會多出 1,760 元，然後現在住院醫師連工友跟技師都會增加人哦。

**主席**

時間不一樣。

**羅代表永達**

連那個工友跟技工都增加了人不是，時間沒有增加但是同樣那個主治醫師，那不曉得還有醫事人員這些都會增加這我就不太懂，這樣算起來的成本會有增加 3000 多塊，因為這是差異性，那我看一下設備裡面其實 2D 也需要心導管、X 光機，是最高的一個部份，X 光機一樣要有，唯一差別在於他的定位系統，那我看連影像系統包括作一條水電，欸，這也算折舊的哦，這個倒蠻意外的，連房屋折舊放在 2D 不該放在 3D 折舊也會不一樣這個就很奇怪了，所以我只是想說既然是差異怎麼會 2D 跟 3D？我絕對相信這個設備，如果說假設裡面都是 3D 立體

定位系統是差異這個我覺得我可以理解，那其它東西好像不是這樣的差異方式，所以去解釋這個差異性，我覺得各位沒有辦法接受，以上。

**主席**

謝謝，等會兒大家意見彙整後，再請醫管組及心臟學會專家回應。

**滕代表西華**

我的疑問跟羅代表有點類似，但是因為我也是以前沒有參加過，所以也不敢躁進，就是請教一下，以前在算成本分析表的時候，是不是用這樣的格式，就是說…好，以前沒有算，那開始算也不錯，但是我們來談一下甚麼可以算到成本，我們就來看甚麼放進來，也許是可以想，我覺得剛剛心臟醫學會分析的很好，確實對病人是有一些幫助，那我們應該要怎麼樣看到這個幫助，可以反映在他的這個支付標準上面，所以我的疑惑也是一樣，就是說工友、技工這個部分是在甚麼樣的貢獻，譬如說是手術，如果是沒有，我反而覺得也許是在其他麻醉或是護理或是其他的，也許它是加上去的，不是用工友或技師這樣的東西，因為我不太知道以前的支付標準怎麼訂的，像後面的折舊，是醫療設備的折舊，我是沒有辦法想像像是把房屋的折舊成本，因為我們在算總額成長的時候，其實以非協商因素裡面其實房租的部分有算到裡面去，那當然我不是說這裡要不要放進來，而是說如果以前沒有把房屋折舊的這個成本，醫療設備折舊，我覺得還可以考慮，因為你可能跟醫療品質有關，假如說這個東西一直都很不好，那可是房屋折舊的成本算進來，我就是有點比較很難理解，沒關係就是說明一下，房屋折舊的成本，跟我直接診療項目的關連是什麼？因為我剛剛會這樣問是說，因為我們今天討論是支付標準裡面應該要包含甚麼，譬如說我們剛剛算甚麼小腸移植的成本，我就不知道他有沒有算這個房屋折舊，如果我們今天要提出支付標準的東西，我覺得就讓它內涵一致，假設以後我們都要談新增支付標準，哪一些成本應該要算進去，我的意思是我不知道要或不要，那是因為我們沒有來參加過，可能就是署裡面這邊或是有哪一些專家，可不可以再進一步跟我們說明一下，那如果算進去為什麼是 25%，就是這個我也滿好奇的，就是我的純粹是一個疑問，因為我沒有辦法了解，謝謝。

**主席**

謝謝，沒關係，我們等會可以說明。

**謝代表文輝**

我想基本上，大概大家比較容易理解的很簡單，因為他是個校正



就是和舊的以前，理論上他這裡頭和舊的重疊的就要刪除掉，就是舊得沒有的，因為我增加這個，所以理論上有的像舊的 2D 也是用心導管的 X 光機，這個都應該剔除，就是舊的有，因為你現在算我增加八千多塊，那應該理論上是把舊的、原來的和他相重疊的剔除掉，和他有差異性的，才是成本的差異性。

## 朱代表益宏

第一個，我可能跟滕委員報告一下，這個算成本本來是房屋折舊本來在成本分析就應該算，只是總額沒有去算那是總額虧待醫界，不能說總額那邊沒有所以這邊不能算，這是不對的，應該說真正在算醫院成本分析或是在做成本會計的時候，這個是要算進去的，因為房舍本來它就是有折舊費用，在任何的機構它在做會計，會計是一個查核簽證的時候，也會要你要去做這一部分，所以我的意思是說，不是那邊沒有這邊就放進去很奇怪，我個人看這個表是當然不奇怪，只是說第一個是說，如果是校正的話應該是把 2D，譬如說 2D 假設做五個鐘頭那這個要做五個鐘頭四十分鐘，所以我多了四十分鐘的人力，那我要把它算進來，這個合理，但是如果說 2D 做五個鐘頭，結果這個只要做四十分鐘，結果我這邊還要再給它加錢，人事費用加…這個是有點怪，更何況它是去算的每分鐘折舊金額，我剛剛計算機打了一下，事實上每分鐘折舊金額，其實是還滿高的，舉例來講，比如說心導管 600 萬的這個，心導管生理分析儀你用七年折舊，然後我一年讓他開機 250 天，扣掉禮拜六、禮拜天每天在運轉，然後一天工作 12 個小時，一天開機 12 個小時，它不可能 24 小時都在開，所以從早上八點到晚上八點 12 個小時的話，算出來的折舊，每分鐘大概 4.7，當然這可能跟每分鐘折舊會跟它的服務量有關係，當它服務量少的時候相對的儀器折舊金額就會拉高，這個是必然是這個樣子，所以我才講說，這裡面其實在整個成本分析裡面是有點高估，說實在是有點高估，因為大家都是坐在座的這幾位代表，很多都是做過，沒有親自做過也看過醫療機構的成本分析得一些結構，所以我覺得這一部分可能要再重新考慮，我當攘同意這是新的技術，我也覺得 OK，但是如果真得它…這個是上次我有提說那原來舊的是 36,900 支付，現在為什麼要給到 45,000？這個總是要有一個道理出來，要能夠說服的了，尤其是我們對面的附費者，以上。

## 主席

好謝謝，還有沒有哪一位代表？來，干代表。

## 干代表文男

我對這個醫療不是內行，但是我贊成你現在用的新科技、新技術，但是裡面在這個醫療器材的折舊這個是理所當然的，如果單向裡面的房屋修繕折舊，再這裡算的話，在會計師總簽的時候的總損失你是重複的算，而且這個重複的算折舊率也不是 25%，你占這個裡面有多少、你沒有清楚，使用年限多少年，也不知道，所以說你乾脆房屋折舊，對於你們的一種心意，在我的看法是應該是繼續折舊，所以你們的看法講技術、費用，我們看的是付出有沒有這個能力，新技術剛才葉委員說他救回來也是西藥有進步，但是如果說是進步在加上這個，恐怕會將來會產生財務上的問題，你要精算一下，如果你是新列的，你每一項都列，列到最後年終結帳的時候，光是簽到一個折舊率那不是重算了嗎？要不然就算這個儀器能夠使用幾次，使用幾次你用一次多少錢，這個是我的看法，謝謝。

## 主席

好謝謝，還有沒有哪一位代表還有意見，沒有的話我們分別請心臟學會補充，然後醫管組再做成本的說明，好開始。請…

## 徐副院長迺維（中華民國心臟學會）

感謝羅院長及朱副院長指示，不過先跟各位報告一下，因為這是一個擴大服務範圍，一定先從 2D 先做，必須確定診斷以後，所以各位可以看到 40 分鐘、60 分鐘是比一般的要再多 40 分鐘、60 分鐘，並不是我 40 分鐘、60 分鐘做的完，VT 其實，我們一般來說 PSVP 最常見的就是 PSVP 大概是一個小時多一點可以做完，但是它還有很多藥要打，所以這裡面事實上是可以看到並沒有算到那些成本，包括它一些藥費這些健保不計價的以及其他費用，所以當初我們計算是以這個為基礎，另外也經過跟專家會議討論過，我們是多的 40 分鐘跟 60 分鐘，各位想想看，如果是一個心房心律性顫動，左心房跟右心房同時跳出來，光是診斷去找這個就要花很多很多時間，所以大概 40 分鐘是一個平均數，跟 60 分鐘，所以我們並沒有說把他重複計算，這裡跟朱副院長和謝院長報告一下，至於說整個成本的計算，是不是還是請醫管會，因為我們是按照…我記得是當年的誰得一個基礎，我們國念有一份研究計畫所做出來的，以上報告。

## 張醫師世霖（中華民國心臟學會）

北榮的張世霖再報告一下，就是我們一般做電生理檢查，必須要先用 2D 來先檢查，所以 2D 當時它的在十年前，我們這個 33091B 在十年前訂定的，那十年前它是給我們訂 30 分鐘，就是 30 分鐘你必須要做完簡單的檢查，之後那你確定它是簡單妳就可以燒灼，它就付

36,900，那如果你是 VT 或心房顫動很複雜，你就是必須要 30 分鐘完，診斷完之後，你再額外還要再做立體定位，我們就必須還要再把病人貼上很多儀器貼片，然後還要再開始再重新再做 mapping，就是我們拿導管到病人的心臟一點一點的去把心臟畫出來，這是除了 2D 就是我們剛剛說的 30 分鐘，額外再加 40 分鐘，那如果是雙腔，就是要再多花 60 分鐘，那我們並沒有重複計算主治醫師、住院醫師、護理人員醫事人員的費用，是額外的 40 分鐘，所以在這額外的 40 分鐘內必須要做出這些動作，那醫事人員的部分就是放射師，那其實我們人數都是一個，也就是說單腔和雙腔，從頭到尾都是主治醫師一個、住院醫師一個、護理人員一個、放射師一個，那我們差別就在時間一個 40 分鐘，一個 60 分鐘，所以不管是費用，用人成本或者是折舊全都是時間的差別，並沒有人數上的差別，以上報告。

**主席**

可不可以請兩位專家再說明一下他們剛剛的疑問，就是工友、技工做甚麼事？

**張世霖醫師(中華民國心臟學會)**

報告主席，因為我們這個就是在導管室的話，它要清理那些血漬，我們現在都是用那些手術後可以丟棄的，還有病人都是清醒的所以很快我們就要把這些東西清掉，那包括它的血、或是它的消毒器械都要清掉，要換下一個病人上來，那病人因為清醒，所以我們當然再把他移送到加護病房，所以這個就是技工要花的時間清掃這些的，在過去如果沒有這些人幫忙，事實上是很困難不能就住院醫師或者是護理人原來清掃，以上。

**廖襄理秋燭(姚代表鈺代理人)**

請問一下這個成本分析表裡面，這是校正過後，那校正除了剛剛提到譬如說，可能用人成本、時間或是一些成本，我想請問例如設備的部分，其實我現在看成本裡面最大宗的是儀器設備，以心導管 X 光機這個設備，它成本就占了兩千多了，設備你們有校正嗎？我舉一個例子，譬如說 MRI 1.5T 跟 3T 或者是 CT 64 切跟 128 切等，其實它取得成本差非常多，在設備上，你們用的是有做校正還是依照提案單位的成本計算，為那個成本差很多。

**主席**

好那有關成本計算的部分，醫管組等一下要統一說明，還有沒有？如果沒有我們就請醫管組來做統一說明。

## 林科長淑範

回答兩個問題，第一個如果是這個修訂項目或是新增項目落到同一個 DRG 之後，它的 DRG 支付點數會不會調整，會的，在公告之後，因為再次一年度再重新算權重和 SPR 的時候，會對於新增之後的差額，回調整 DRG 的參數基礎。第二個說明，是大家對這張成本分析表的一些意見，這張表不是現在大家所看到，是很久以前，只要是新增診療項目，大家都會用這張表，因為國內少有診療項目單項成本分析表，這是很早以前張景文教授做委託研究之後，大家一起陸續更新修訂的。另外，健保署拿到醫院的成本資料之後，做了哪些校正，第一個我們絕對尊重提案單位、申請單位它本身做的成本分析，所以在校正的時候，只會對用人成本的每分鐘成本做校正，因為醫院提的成本可能是每分鐘成本是個人、醫院的成本，等一下我會說明我們用甚麼之方式來校正。第二個會校正的地方是在設備裡面使用年限的部分，因為使用年限每個醫院它自己規範的使用年限不一樣，我們會採用行政院主計單位對醫療儀器設備的個規範，是以七年的時間來做使用年限。第三個會校正的地方是公式，校正大家的公式做的對不對。接下來說明，全國參數譬如說每分鐘成本、非醫療設備是用醫療設備用 7.53% 來推算，維修費用要用房屋折舊、醫療設備或是醫療費用的 25% 來推算，或者是作業管理費用以直接成本的 6.4% 來推算。這些比率是在 100 年 RBRVS 作業時，對國內七十幾家醫院的成本分析調查，同時調查這些參數，每一家醫院當然像公立醫院、私立醫院、財團法人，它的參數成本都會不一樣，所以將調查的數據做彙整之後，去除錯誤資料或者是極端值之後取它的平均值，當然沒有辦法代表每一家醫院的成本，至少這是全國算出來的一個數據，這是以上的說明。

## 主席

謝謝，好，請…吳代表。

## 吳代表美環

我其實看到這個成本分析的時候，我其實是嚇一跳，因為我想怎麼可能時間這麼少，因為我自己是在做小孩子的 3D 立體定位，我想說奇怪，大人科怎麼可能做這麼少的時間，原來他們是把本來在做的沒有算進來，那其實這個定位立體，因為它基本上它是一種比較奇怪的心律不整，所以沒有這個 3D 它根本找不到它怎麼燒，所以查完過去沒有的話就是讓他就這樣子，就沒辦法，那現在就是說，做為以後我可以再用另外一個技術把它燒好，所以就多出 40 分鐘，那其實我們很多小朋友長大，心臟病開完刀長大有這種心律不整，它必須要用到這個的時候，我們做的時間，大人科還是比我們厲害，我們大概都要做兩

個小時，所以我覺得他們可能真的不會呈現，這個是多出來的時間，而不是說它取代本來的，那本來的時間是不能省的，所以它是多出來的 40 分鐘，然後因為他這個東西如果你沒有本來的立體，根本來的電生理的檢查，先來了解說這個心律不整是繞著走的還是一點散開，還是從這邊小繞、大繞，那都要用一些東西來證明它，然後證明它說它甚麼地方跟這有關，然後之後才能進到這個 3D 立體，所以它是本來的再多出一塊出來，所以才會有 40 分鐘，不然是不可能的。

**主席**

好，謝謝，謝謝大家的說明。

**朱代表益宏**

主席，但是剛剛講的那個事實上折舊費用，我有提過，就是在儀器設備的折舊費用，每分鐘的折舊金額，我剛剛算出來，如果照我的那個去算的話，用七年折舊，一年算 250 天然後一天算 12 個小時，假設 8 點到 8 點或是 9 點到 9 點，12 個小時去算它折舊的話大概是 4.7，以 600 萬的電生理分析儀，去算折舊費大概是一半的費用，所以我覺得說當然這樣子等於它是滿載的時間一直在 RUN，但是我覺得它八點多它等於是幾乎一半我個人也覺得是太鬆了，估計得太鬆了，這是第一個，第二我覺得它在計算心導管報告作業系統，這應該是電腦程式，一般電腦程式是沒有在折舊，一般我們算儀器折舊，因為你七年到你要換新的，所以它一定要有一個折舊費用，但是電腦程式一般是用維修費去處理，它可以用維修電腦程式的維修更新或者多少，但是很少一般我們沒有看到說，這套第一個電腦，我不曉得是不是電腦程式，看起來報告作業系統像是電腦程式，但是兩百多萬的報告作業系統，是還滿高的。

**主席**

好謝謝，那麼有兩個要說明，這個報告作業系統，還有設備費用的這個部分，請學會說明一下。

**徐迺維副院長(中華民國心臟學會)**

我先說明一下就是有關房屋折舊的這個，你只要有在那兒的話，那個空間就要為機台所用，而不是說我這段時間可以抽一段時間去做別的，我想各位都很清楚，空間是沒有替代性的，所以這個你在那待多久時間這個事實上是成本產生了，所以這點報告，設備同樣的情況，我在那我做這麼多時間，我的設備不可能給別的單位所用，就是感控也不可能，所以這是這樣一個立場，至於報告系統的話它也屬於，我

記得在公務機關裡面，這種資訊系統也屬於無形資產，還需要有再繼續維修那些，就是 UPDATE 的情況，事實上它還是有它的成本在，所以我們一樣把他報維修，因為事實上它是屬於資產類。

**主席**

那個折舊每分鐘成本是分子分母講一下，來醫管組說明。

**林科長淑範**

每分鐘成本我會這樣算，第一個是分子是它的取得成本，那下面分母，必須是它一年的使用時間，我現在數字不太記得大概是 2100 小時，對吧，2100 小時，2100 小時是調查大家平均一個設備一年的使用年限再乘以它的工作負荷比，這個工作負荷比就是這個時間開機以後大概有多少時間在用，大概是 80%~86%，再乘以 60 分鐘，所以下面的部分分母的部分是使用時間乘以工作負荷比乘以 60 分鐘，所以是每一分鐘要花的成本。

**主席**

謝謝，其實這個公式，我記得我們以前在做 RBRVS 的時候應該都 relist 過出去給大家看，那如果代表還要詳細了解，我們會後都可以再提供，來，請黃代表。

**黃代表雪玲**

剛才提到那個房屋折舊，可是我看這個單腔 3D 立體定位術，它屋折舊那裏成本小計是劃掉，所以都沒有算到房屋折舊，所以大家一直說房屋折舊，其實我看這個表最終是沒有算到它房屋有折舊半毛錢，是掛零，只是下面後面那維修費用它是把上面那個設備小計加起來，還有一個非設備小計加起來去乘以 0.25，但房屋折舊這裡還是零，我剛剛給它驗算就是 924，所以就它這個案子它房屋折舊是掛零。

**主席**

好，顯然是提案單位當時沒有放，那也就是低估了，那這一塊就是因為提案單位沒有算，才 18 平方公尺也沒多大，好其它還有沒有意見？好，如果沒有意見，因為剛剛的回答大概，是不是大家可以同意這個部分其實是增加八千多點，一個單腔，那雙腔是增加一萬兩千多點，是不是可以同意？

**滕代表西華**

就是關於作業系統的部分，我也要附議一下朱代表，就是如果它是屬於作業程式，如果要算的話你就算在別的地方不應該算在設備的折舊率，公家部門它也不是算在設備的折舊裡，我覺得再考慮一下。

### 張醫師世霖（中華民國心臟學會）

那個電腦是配機器的，配套的。

### 主席

那個是跟機器一起的是嗎？一套的成本，它不是額外的，應該是跟定位系統。

### 朱代表益宏

是這樣子一般電腦在醫院裡面做處理初次購物有一個價錢，可能一百萬、兩百萬，他這個是要兩百七十幾萬，看起來是這樣那以後每一個月每一年大概會付 10%~15%的維護費用這種方式，然後這裡面包括它 UPDATE 的，所以我個人認為用七年去，我不曉得你怎麼去算，我覺得他每一年其實每一年，對初次購物有一個成本但是每一年它會另外 10%~15%的維護費用去 RUN。

### 主席

維修費用有一個比例在這裡，折舊是指機器本身的折舊，還有這裡的報告系統是跟機器是綁再一起的，心臟學會要不要再補充說明？

### 徐副院長迺維（中華民國心臟學會）

因為事實上它是跟機器定位儀裡面的，所以事實上 7 年如果機器壞掉的話，包括系統是沒有辦法 UPDATE 的，可以買到新的，它現在整個費用是把它綁在一起，把它賣給我們的醫院單位的。

### 千代表文男

請問一下，我是消費者，我贊成這個通過，但是這個是去年協商的總額裡面包括，還是明年要用的新表？（今年的）那今年的協商的總額裡面，如果這樣的話要增加多少？六百多萬這小事，讓它過了，不要在那邊說這多，應該過。

### 主席

好，謝謝，來請。

## 朱物理治療部主任世瑋(楊代表政峯代理人)

這邊是物理治療師公會全聯會朱世瑋第一次發言，其實我覺得這一案來講，我是沒有特別意見，只不過我看到健保局對我們這次這樣成本的分析如此的堅持，包含 RVRBS 從這些關聯來提這些東西，我覺得或許今天臨時提案可能討論不到，我要講的是說每次當我們這個部份大家走到臨時提案，我想要呼應謝理事長能夠像這個也是剛剛議案也是一樣，這些都是不合理的東西，每次我們當說要提出一級制的時候其實成本分析，包含上次我們填表的時候，我們 PD 全聯會 OD 全聯會報案的時間，我們提出都是一級制，但是健保局給我們的說沒，其實成本或許不一樣，為什麼我覺得說就醫院層級來講我們這次這個層級裡面地區醫院跟區域、醫學中心，我回頭來看這個成本分析表，我講真的我們 PD 做的這麼久，我不知道真的照這個表下去算的時候我們為什麼還是二級，我想說今天可能臨時提案可能講不到，因為現在四點多，我不知道講的道講不到，所以我想這邊先提，我這邊先提醒說，假如真的說要按照這樣去做計算跟這樣去做考量，我會建議說可能等一下臨時動議案的時候可能一樣一併這樣考量，以上。

## 主席

好，謝謝，那等到臨時提案的時候，再來講，要不然每一個案子都非常的離題就不好。

## 滕代表西華

剛剛我沒有弄懂意思，是剛剛吳代表還是心臟幫忙說明一下，是說 3D 立體圖像定位系統跟刺激器，還有導管作業它是買的時候一個包裹，那它壞掉的時候呢？我的意思就是說，壞掉就是它不會有其中一個壞掉換一個，還是壞掉就全部都是壞掉？它是一套的系統，如果我這樣解釋我的疑問就是說，如果它是一套的系統我當然就不能切開來算它的維修，那我就可以去理解說，你要把它分開來，但是它如果是其中一個它是可以另外，就是我不要那個東西，還是說它是怎麼樣是可以切開來的嗎？

## 徐副院長迺維(中華民國心臟學會)

是一套組合在一起的，如果壞掉當然是可以維修的，但是因為他跟機器在一起，所以回到折舊的觀念當七年折舊完成以後，機器予以折舊時，這個系統無法單獨保留下來。

## 滕代表西華



機器壞了作業系統就壞了。

**徐迺維副院長(中華民國心臟學會)**

沒什麼意義。

**千代表文男**

如果你用人數算的話，不要用這個折舊率，用人數來算除以這個你買的設備總額，一個成本要多少。

**徐迺維副院長(中華民國心臟學會)**

這個資料我可以再算。

**千代表文男**

這個是比較正確，以後就是每一個機器來都用人來算，如果兩個都不一樣，平均啦～可以算。

**徐迺維副院長(中華民國心臟學會)**

僅遵受教，我們下次再跟健保署再學習討論處理。

**千代表文男**

折舊決對可以算，你用多少人多少時間。(其他代表耳語…不行啦！沒辦法算啦！)

**主席**

那個事後有可能，現在很難，好，那這兩項我們是不是聚焦一下，各位代表，因為我們有一點進度落後，而且有人期待要討論臨時提案，這兩項已經討論一段時間了，是不是這兩項大家可以來同意？

**朱代表益宏**

我個人不反對啦！我只是想知道申報量替代率 20%，請心臟學會說明一下如何得來的。

**主席**

OK。

## 張醫師世霖（中華民國心臟學會）

報告代表，我們現在就是目前台灣地區做單腔來算的話大概一年四百個、雙腔四百個，所以理論上說一年三千三百多個病患做的話，那只是說也許是健保署會加增加一點，所以 20% 的話應該是最大量這樣子，那其實事實上我們一年做的類似這樣的病人並不是說太多。

## 徐副院長迺維（中華民國心臟學會）

是這樣，其實這也是因為我們沒有辦法，因為目前申報完全是由燒灼術，我們沒有辦法一個個病歷去看到底多少，所以是幾個大醫院，大概一個比例，大概是 20%，日後分出來我們會再仔細去分別一下，目前是按照台大、榮總、振興這幾個醫院我們大概一個比例去算出來的。

## 主席

好，這個都是可能現在的經驗值，但是以後的實証真正是多少當然是追蹤，然後再來跟各位代表來報告，到這裡這兩項各位代表我們是不是都能夠接受了？好～謝謝大家，那我們這兩項就通過，謝謝，再來第六、七項。

## 林科長淑範

請各位代表看會議資料第 87 頁，第 6 項是「電子式內視鏡超音波」、第 7 項是「細鏡(迷你)探頭式內視鏡超音波」，提案單位是「台灣消化系醫學會」，本項已於上次 103 年第 2 次共同擬訂會議討論過，因為代表認為這兩項新增診療項目之建議支付點數 6,999 及 5,980，相較於現行的內視鏡超音波 750 點是相對比較高，因此，請相關學會再檢視成本的適當性，這兩項新增診療項目之成本分析內容請見本次會議補充資料第三、四頁，以上說明。

## 主席

好，請消化系醫學會牟副院長。

## 牟副院長聯瑞（消化系醫學會）

我想先跟代表說明內視鏡超音波的做法，我們用特殊的，腹腔超音波是在 19001C 跟 19009C 做追蹤或初次，現在已經拆成兩個項目，當年的點數是 750 點，一個內視鏡胃鏡是 1,500 點，但是所要做的東西是不一樣毒，內視鏡是要看胃腸道的構造，超音波的檢查對肝、膽、

胰、脾是比較多的，胃腸道是沒辦法用超音波檢查的，因為會有空氣的干擾。所以大概三十年前就發展出內視鏡超音波，把超音波的探頭放在內視鏡上面，進入胃腸道裡面，做平常沒辦法做到的檢查，例如看胃腸道腫瘤的侵犯深度及大小等，因為現在大多是做微創手術，若屬於早期的病人，可以不需開刀，直接用內視鏡的方式切除，減少病人開刀的機率。這種檢查的技術，也對胰臟、膽道末端的檢查都幫助，因為可以發現腹部鏡超音波是無法檢測出來的，而且內視鏡超音波還有治療的效果，也可以透過內視鏡超音波做腫瘤的抽取、診斷，這個治療現在國外非常流行。

內視鏡超音波，是過去沒有的診療項目，當初申請時健保署認為這是內視鏡加上超音波檢查，因此給了 2,250 點；但事實上它的成本跟難度都相當高，所以做的醫師也比較少，內視鏡超音波對於胰臟腫瘤的檢查、胃腸道腫瘤的診斷都非常重要的，其執行方法與心臟科執行的經食道超音波相同，但這個項目的健保給付點數一開始就有 4,000 點。事實上，在消化道執行的難度是比心臟科更高，因為難度高，訓練比較不容易，所以很多醫師就不願意去做，以致病人的診斷時間可能會被延遲，所以很多學會的會員都提出，若健保給付點數太低的話，醫院也不會有意願買新儀器，可能會導致台灣內視鏡超音波的診斷技術跟治療都落後國際水準，包括它的品質等。也因為它不敷成本，現在願意做的醫院都是賠錢做。我們提出的成本事實上也非常合理，也沒有計算住院醫師的費用，因為胃腸科醫師比較窮一點，主治醫師成本也比較低，大家可以跟前面那張成本分析表比較，希望代表能夠讓這些願意做的人獲得一點尊敬，因為這個技術真的不太好做。

## 主席

好，謝謝牟副院長的說明，請問各位代表對於本案有沒有意見？請朱代表。

## 朱代表益宏

請問牟副院長，這裡所謂的耗用時間是比普通的內視鏡超音波還要至少再增加一小時嗎？還是做一次的時間大概是 70 分鐘？

## 牟副院長聯瑞（消化系醫學會）

對，這裡的耗用時間是指做一次的時間大概是 70 分鐘，這個做法跟平常做的內視鏡檢查不同，同時也不會再報檢查的費用。

## 主席

好，謝謝。滕代表。

## 滕代表西華

不好意思，可能你們會覺得這問題很無知，但是因為我其實不懂，所以請教一下，在品名的部分，比如 OLYMPS 是一個品牌的名稱對不對？那生產的廠商只有這一家嗎？如果還有其他廠商，為什麼要用這家廠商估價？如果只有一家就沒辦法。

## 牟副院長聯瑞（消化系醫學會）

這個部份請內視鏡醫學會理事長王秀伯醫師來說明。

## 王醫師秀伯（消化系醫學會）

我回答一下，因為在目前國內幾乎都用 OLYMPS，沒有其他廠牌，所以我們分析的時候是用 OLYMPS 來分析。

## 主席

好，謝謝王教授。請潘代表。

## 潘代表延健

我想請教一下大表格裡面提到有替代兩項，一個是 28029C，這個項目不能同時申報，28016C 是否也不能同時申報？這邊也沒有註明到。它有沒有訂適應症，因為它現在替代率是 30%，但是如果沒有適應症，支付點數這麼高，它的差別在哪裡？有沒有辦法去做區隔，否則會很難控管後面實際會的申報狀況。

## 主席

潘代表提到兩個問題，第一是不得同時申報，在支付規範裡只有寫到 28029C，28016C 要不要列入，第二個要不要訂適應症，請兩位學會的專家教授來回應。

## 王醫師秀伯（消化系醫學會）

這個適應症其實相當廣泛，剛剛牟副院長已經講了，除了腸胃道以外，服務範圍包括腫瘤科、胸腔內外科、一般外科、膽胰外科及大腸直腸外科，所以不是只有我們做的，其實也有其他科的，這些適應症相當的多，可以解釋的就是說上面看的電子式內超音波是比較粗的，做的是大腫瘤，包括膽胰脾等縱膈腔內的器官，所以適應症要訂

的話當然可以訂的出來，但會相當的多。沒有醫師會用這個技術隨便去做病人，因為這技術不容易，相當困難，內視鏡超音波一般來說是做腸胃道的腫瘤、突出物，若沒有病灶的話，也不會用這個內視鏡來做，如果做這兩項也不會再報 28016C 內視鏡的部分。

**主席**

28016C 是不是要寫進去不得同時申報，需要還不需要？

**牟副院長聯瑞（消化系醫學會）**

這兩個項目都是不得同時申報的項目。

**主席**

所以要不要納入支付規範，還是不用？

**李副組長純馥**

支付規範會這樣定的原因主要是內視鏡檢查項目很多，若明列會很複雜，所以就明訂只要這項目做就不能再報內視鏡，就是所有內視鏡項目都不能報。如果大家覺得不是很清楚，我們會再把它說明清楚，這個項目其實就是內視鏡加超音波，所以不能同時報超音波，當然也不能報內視鏡。

**牟副院長聯瑞（消化系醫學會）**

沒有錯。

**羅代表永達**

主席我還是很在意，看到這個，就會想到內視鏡跟胃鏡兩個不同的項目，如果按照成本分析的結果，就像剛滕代表說的，新項目給付很多錢，舊的項目光是主治醫師、藥水過濾器、空氣過濾器等胃鏡需要的東西加起來，就已經兩千多點將近三千點，可是現在只給付 1,500 點，這是第一個質疑的地方。再來，手術房的乳膠手套，一盒大約是一百個，這裡要四盒四百個，我不明白為什麼要這麼多。胃鏡也需要過濾器，在新項目能算，舊項目就不行。像內視鏡的清理機本來就需要，可是很顯然在設備當中，它跟胃鏡差別太大，為什麼新的項目給的點數跟舊的差那麼多。至少手術房的手套不應該要這麼多的，以上。

**主席**

這個一定要由專家說明。先請林代表發言，再請專家回應。

## 林代表富滿

請問，這項在支付標準備註：含單一使用拋棄使用的特殊材料。但從後面的分析表裡面沒有列出來是含那項單一使用拋棄使用的特殊材料，因為其他項目會把內含特殊材料寫出來，但這兩項沒有，請問到底是含那些拋棄式的特殊材料，建議明列。

## 主席

請兩位專家先說明一下手術房乳膠手套。

## 牟副院長聯瑞（消化系醫學會）

那個應該是寫錯，是四個，不是四盒。

## 主席

那就要修正了，現在立刻修正，所以單位是一對，而非一盒，那一對手套要 22.75 元？

## 朱代表益宏

我建議一下，做一個胃鏡才 1,500 點，如果去算醫師費用可能要兩三千塊，而且當初質疑的也是跟舊的給付點數比較，舊的支付四千多，為什麼新的要支付六千多？我建議應該呈現以舊的給付點數下，新的項目需要新增哪些東西，像剛剛心臟醫學會提，大家就沒有意見，因為確實是舊的以外，需要再新增的，比如原本手術要做一個鐘頭，現在做一個 3D 要兩個鐘頭，當然覺得應該再額外給。但是如果以新的項目從頭開始算，舊的項目是不是也要列出成本，比舊的項目多出 47,494 點是怎麼算出來，人事費用要增加多少錢，如果要從頭算也是可以，但是就要提供兩個對照表，把新、舊項目的點數差異的 47,494 跟 3,730 點的成本分析表也提供給我們，再來評估到底這樣增加合不合理。

## 王醫師秀伯（消化系醫學會）

我回答委員問題，我們其實沒有舊項目的成本分析表，剛剛牟副院長講過，當初給付點數是根據名稱給的，完全沒有成本分析，就是內視鏡加超音波，所以現在是沒有過去的成本分析，第二個，就是它所用的材料跟一般的內視鏡完全不一樣，我們的成本分析是根據新的機器、新的器械去做，所以舊的對照表應該是沒有，因為第一次訂的

價錢大約是兩千多塊，是沒有成本分析表的。

### 牟副院長聯瑞（消化系醫學會）

補充說明一下，這個雖然是叫內視鏡檢查，可是跟我們平常做的內視鏡檢查是完全不同的器材，以前的內視鏡是沒有辦法做超音波，超音波的微小探頭是要附著在內視鏡前面，一般現在買一個胃鏡大概七八十萬就可以買到，這一個就要三百多萬了，而且醫院裡面作胃鏡，很熟練的醫生若沒做切片、沒做治療的話，大概五分鐘內完成，除非有病變需要切片，檢查時間才會再拉長。剛剛代表問過去 1,500 元怎訂出來，就是根本沒有成本分析，就訂 1,500 元，事實上都是低估，大家也都認了，已經那麼多年了，也不想再去爭取了，爭取的話，財務衝擊會非常的大；但是這個項目是針對特殊的情況，對已經有病變的東西再做細部的檢查，不是例行的每個人都做，而是針對已經有病變的需要再深入詳細檢查的個案，才會做內視鏡超音波檢查，一定有目的才會做。比如說發現胰臟有一個腫瘤，電腦斷層看沒辦法看出是良性還惡性，但是用內視鏡超音波就可以看得很清楚，甚至可以取組織來做切片的檢查。當然這個名稱，若不是做這行，可能不是很清楚，但因為我在消化界做了三十年的主治醫師，從一開始，比較年輕醫師都沒有人要做內視鏡超音波，而是要靠一些比較熱忱的醫師，現在都是醫院再貼補醫師費用，否則沒有人要做，但是它一定是有需要的。

### 陳代表宗獻

所以，這麼說明下來，內視鏡超音波其實它跟所謂的替代這個部分的「上消化道泛內視鏡檢查」等其實是不對等的，因為它的目的跟功用又不一樣，可能像 CT，因為 CT 現在才開放到基層診所，變成 C 表，做一個 CT 大概三千多，設備的費用就三四百萬，如果在適應症沒有做一個比較好的規範，承如前輩剛剛提到，例如做了 CT 之後，胰臟癌要進一步的診斷，這部分的適應症是不是可以再訂得更明確一點，否則我很怕將來在基層診所裡面，這個是 C 表，三四百萬也可以，沒有特別的規範適應症，是不是 CT 做完以後再做檢查還是什麼情況下的適應症，是不是應該要訂清楚點，要不然我怕基層可能會發生軍備競賽，對病人沒有更好，因為那些病本來就不應該在基層治療。

### 主席

有沒有需要訂適應症？

### 陳代表宗獻

還是改成 B 表？

## 主席

請大家看一下第一百頁，這是 B 表，沒有包括基層。其它代表還有沒有意見？好，如果沒有意見，我們這兩項就是電子式的內視鏡超音波，跟迷你探頭的內視鏡超音波是不是就通過？

成本的部份剛剛已經請專家說明過了，針對剛剛朱代表說要和傳統的內視鏡超音波比較，但是專家有提到它不是這樣，是整個執行方式和儀器都不同的。

## 朱代表益宏

第一個剛剛羅代表質疑的手術式的乳膠手套，第二個其實你要看 3cc 的空針一個要 5.2 元？安全縫針我不知道健保現在是給付多少錢，我記得是兩塊多，那這個看 3cc 的空針一個要 5.2 元健保也要付嗎？第三個，每一個口罩，我在麻醉科口罩是從進開刀房戴到下班離開，它是做一個病人換一個口罩，如果是要逐項來看，我覺得署裡面至少在專家諮詢會議做一個過濾，這些東西都是顯然是高估的東西。當然內視鏡的價格，我個人是沒有研究，但是不要講專家，一般人看起來也是顯然不合理的地方，所以如果真的要付 6,999 點給付的話，健保要多給醫界，我個人沒有特別意見，但我確實覺得成本計算是高估了。如果是這樣邏輯，以後的支付標準包括臨時提案的支付標準，也要用同樣的邏輯，要一致性來看才會平衡，以上。

## 主席

謝謝，兩位專家對有代表質疑的不計價材料的費用部分，是否要說明一下？如果可以現場修正，代表也可以接受，可以馬上修正。

## 牟副院長聯瑞（消化系醫學會）

其實剛剛代表提到的這些費用，都是一些耗材的費用，耗材的成本並不是那麼高，因為上次已經提過這問題，其實這些並沒有多多少費用，我們提出的住院也需要護理人員跟住院醫師都被核刪掉啦，跟前面心臟科來比，他們為什麼就可以有工友的費用，我們也要清掃啊！，心臟科的醫師走掉了，我可以講了，你已經過了，不跟你討論。我意思是說，在斤斤計較幾塊錢的話，那就請委員說要刪多少錢好了，刪一百塊錢好不好，這我沒有意見。

## 黃代表雪玲

主席，其實它這個在支付標準是屬於治療處置，在申報以後還會



有浮動點值，它已經用實際成本計算，可能有一點偏高，可是還要再考量浮動點值。

## 滕代表西華

我再請教一個問題，多包容一下我這個外行，就是在用人成本費用的一部分，因為剛剛心臟醫學會是說比原本的項目要再多 40 分鐘，剛剛吳教授有特別說明，剛剛牟副院長也說明這是整個 70 分鐘，我想請教比起原本傳統項目的時間差異，它是縮短時間還是增加時間，再來看用人成本的費用來計算，有沒有可能做個比較。

## 牟副院長聯瑞（消化系醫學會）

原來項目的名稱是這樣做，我們也是用這個項目也是這樣做，只是它的費用是不合理，因為如果要做的時間很長，以我或王教授為例，70 分鐘我至少可以做十個例行性檢查的胃鏡，現在胃鏡的量是很可怕的，大約幾十萬。這個是特殊的檢查，並不是每個病患都來做內視鏡超音波，這是有需要的病患才會去做，需要做這個檢查的病患範圍很廣，比如說胃腸道、食道、消化道，從食道、胃、大腸都可能會有腫瘤的存在，特別是胰臟的腫瘤內視鏡超音波幾乎是唯一的診斷標準。

## 滕代表西華

副院長，因為我的問題不是這樣，你說的我都同意，我的問題是剛剛羅代表跟朱代表提的，以及一開始我有請教是否將來支付標準就用這個公式。我在想說如果它有替代的效果，比如說一個新科技跟舊科技比，它當然是要比較多錢，不管以前是不是低估。設備的錢我是沒辦法跟大家討論，因為是你們買的，你們最清楚，所以我才說用人的話，假設以前用一百分鐘，現在新科技縮短了三十分鐘，那我們應該要多算三十分鐘用人成本在將來支付標準墊高給你，我的意思是這樣。跟舊的科技比較，我才知道用人成本怎麼算，剛剛朱代表也提到，以前沒有算到這東西，當然我們沒有辦法跟以前比，所以將來如果要算用人成本，如果要新增用人成本的費用的時候，我們應該把新科技的成本補償回來是可以，因為現在是沒有標準，所以牟副院長算的也是對的，他們就是用這樣的耗費，只是他們沒有去比較這樣的用人成本到底新增的對不對，所以我只是嘗試在研議以後還會有很多這樣的支付標準調整案，也許這次是弄不出來，可是每一次朱代表一定會問這個問題，他不問，我們也會問，就是用人成本或是其它，因為以前舊的支付標準可能沒有算那麼細，有沒有可能大家看一下，究竟用人成本在新增的支付標準或是新科技裡面，我們該怎麼跟舊的做比較，如果真有比較好，縮短時間，縮短時間不是給它少錢，我們可以回補

給它沒有問題，就是快速的服務病人，醫療品質又好，不是扣錢，但究竟替代了多少。剛剛心臟醫學會是增加，一定要給它，因為他做進一步的檢查，我們才不會花很多時間在爭論到底該跟誰比，當然材料是沒得比，新的東西價格就是這樣，可以去算的就是新科技所占的時間成本。

## 謝代表文輝

我覺得今天這個題目提在新增項目其實是錯誤的，應該不能列入今天討論，因為它基本上題目是以前就有支付，以前支付是做內視鏡再加超音波，所以這個項目本來就有給付，不能包裝一個新的名詞，所以這不是新增項目，是原有的給付要調高，這是不一樣，而是和耳鼻喉科要調高點數是一樣，是原有的項目，胃腸道的內視鏡的超音波，是可以加內視鏡費用，本來健保就有給付，所以在定義上不是新增項目，而是舊有項目調高點數，應該要比照耳鼻喉科。這是兩個不同的情況，新增項目因為有預算，所以可以討論，原有的已有給付的項目，就和耳鼻喉科一樣，基本是跟醫院協會或是醫師公會都是認為要編有預算才可以討論，所以今天我是覺得這相關議題應該排除掉，不應該討論。

## 王醫師秀伯(消化系醫學會)

謝謝代表，我們這個名稱你可以注意到它是電子式內視鏡超音波跟迷你探頭式超音波，事實上跟原來的項目是不一樣的，過去我們設內視鏡超音波的時候，那些機器現在已經不存在了，現在機器是新的、技術也是新的，像迷你探頭都是新的，所以我們才想說放在這裡面，當初要把原來的內視鏡超音波拿出來，因為將來就不會有舊的，因為那些內視鏡的東西現在都已經不存在，它有的是用纖維的而不是電子式的，跟代表報告一下。

## 干代表文男

我贊同剛才滕代表說的，往後要專家學者審這個案之前，一定要把新舊項目的用人成本呈現出來，原來用多少，現在增加多少，如果沒有增加，反而減少，醫界不會寫出來啦，只有設備，就沒有新增的人事費，希望第一關把關把這問題刪除掉，不要把問題拿到這裡吵不完，以上，謝謝。

## 謝代表文輝

這個問題我是有意見的，其實醫學是日新月異，包括我們現在開疝氣或是一般外科等，裡面很多東西都是新的，像自動縫合器等，外

科目前已經淘汰很多，也增加很多東西，這樣會沒完沒了，基本上我還認為它是不符合新增的項目。

## 主席

各位代表還有沒有問題？現在有一點爭議，就是這個項目到底是新增項目還是舊有項目，但是學會這邊認為是一個新增項目，其它代表有沒有其它的建議？請朱代表。

## 朱代表益宏

這個其實就是上次會議提出來說為什麼舊的內視鏡超音波給付750點，加上上消化道給付1,500點，之前舊的項目給付是2仟多塊，然後新的項目要快7仟塊，其實大家上一次就是在質疑這一點，所以我覺得應該要用舊的來比，做內視鏡超音波跟現在的超音波，到底是差異在哪裡，如果只是儀器設備，大家來談設備的差別。

## 謝代表文輝

我再補充一句，剛剛心臟學會的2D和3D，是因為2D沒辦法解決，所以一定要有3D，這的確沒這東西不行。而內視鏡超音波也一樣做這些，本來就有給付，若說儀器比較進步，現在當然都是比較新的，像30年前在用的膽道鏡、胃鏡，跟現在完全不能比較。我在南投草屯開業，全南投第一臺超音波是我帶進去，當時六十幾萬，現在一臺都要百萬以上，是不是都要重新檢討費用，多很多倍成本，但它的功能就是做超音波或是特定的項目。所以我是覺得剛剛心臟我們可以接受，因為2D沒辦法定位，一定要用3D，這沒辦法。可是這還是用內視鏡及超音波，只不過儀器進步。

## 吳代表美環

我覺得剛剛牟教授跟王教授說的，他們其實沒有講清楚，這也不是真的超音波，它只是用同樣名字，做的內容可不可以再講一下，這個項目跟過去的腹部超音波不同，現在多了一個新的技術叫內視鏡超音波。

## 謝代表文輝

這還是內視鏡超音波，它不是做肚子的超音波加內視鏡。

## 朱代表益宏

跟吳主任報告，750點的超音波本來就是比較便宜，這凸顯以

前給付是非常不合理，但是在支付標準一個衡平考量下，今天不能說用獨特或是像下次討論的耳鼻喉科，某一專科來申請說支付不合理便單獨要求調高，因為支付標準調整是要全面性考量，有一個衡平性，若只考量每一個點或專科的話，衡平性就會被打亂。因為我們今天是做總額，如果沒有做總額，就沒有這個問題。今天你這東西增加了，相對別人沒有增加就壓縮到別人，像麻醉科的脊髓麻醉，從 84 年到現在一毛錢都沒調整過，可能你們小兒科沒有碰過這情形。所以大家都會去質疑，不管之前的比照合不合理，它可能是很取巧，用腹部超音波的價錢去比照，你可能一個胃鏡加超音波就給你，當然我們覺得確實偏低。但是你今天不能用這樣的包裝，單獨去增加這一項的支付標準，其他科別呢？其他幾付偏低的要不要去處理，所以我們才覺得說這一部分應該要做整體的考慮，如果可以這樣，我們麻醉醫學會下次也要做一個提案及成本分析出來，拜託滕代表也要支持一下。

## 龐組長一鳴

我來回應一下，這一項應該有歷史共業，從前超音波的支付標準確實比較簡單，後來形成兩個超音波，所以心臟超音波、食道超音波都不太一樣，這有歷史因素。再麻煩學會幾件事情，第一件事情這份資料顯然還是有點問題，舉個例子，第 14 項中文寫氣氣，英文寫氧氣，一個是人體需要的，一個是會害死人的，這個顯然還是有點錯誤；最後第 16 項 buscopan 健保核價的是 15 元，這裡報 20 元，顯然核價跟剛剛提到的手套、口罩價錢須要再確認一下，這是第一點。如果學會有困難的話，可以跟健保同仁查價，不過查價的話，可能會連醫院買儀器的發票都已經調了，這可能會比較麻煩一點。第二點，這個項目的適應症還是麻煩學會定義，因為大家還有一些爭議，感覺上是所有需要做胃鏡的都適合做，引起大家的擔憂。但剛學會其實還是認為有特定上的需要，所以麻煩定義適應症。因為今天還有後續的提案，剛剛我們已經私下徵詢過，可能下個月會再加開臨時會，因為現在已經快五點半，連同後面未討論的提案及本案，併在下次臨時會再討論，以上建議，謝謝。

## 主席

好，現在是五點二十分，顯然要通過也很困難，因為還有很多爭議，所以就麻煩學會回去修正成本分析表，並一併提出適應症。因為我們希望今年的費用不要重蹈去年覆轍，把錢又扣回來，所以我們希望如果真的有新增項目，能夠盡量在今年的額度內使用，我們還有臨時提案都沒有討論完，下個月就加開臨時會，就今天未討論的部分再討論。有一些學會來了，沒有辦法參與討論，非常抱歉。

## 龐組長一鳴

對不起，再補充一下，臨時提案的部分，我們有準備一些參考資料，是醫院的設置標準的資料，雖然沒有討論到，但麻煩各位帶回去參考一下，以上說明，謝謝。

## 主席

下次開會我們就不再發資料，請大家就把這份資料再帶過來。

## 陳監事如意（台灣安寧緩和醫學學會）

我是安寧緩和醫學學會，今天算的成本，我們學會有一個要求，既然大家都算到主治醫師的服務時間，健保安寧居家療護是一小時，是否可請健保署提供成本，目前臺灣走安寧療護的醫生，包括血液科、家醫科或是一般基層醫師每分鐘大概多少錢，我們也不要設備等，只要人力費加管理費，健保署是否可以幫我們算出來，作為下次討論資料。

## 主席

每分鐘成本我們可以提供。謝謝各位代表，今天就暫且開到這裡，下次開會通知會另外再發，謝謝。