



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

105 年第二次會議資料

105 年 6 月 23 日（星期四）下午 2 時
本署 18 樓會議室

105 年度「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」第二次會議議程

壹、主席致詞

貳、上次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形，請參閱(不宣讀)確認.....

第 01 頁

參、報告事項

一、修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第四部中醫通則及第一章一般門診診察費「註」文字。.....	第 1 頁
二、修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號 68035B「心臟植入」等 4 項診療項目之支付規範案。...	第 7 頁
三、104 年之新增診療項目申報情形。.....	第 21 頁
四、105 年全民健康保險國際疾病分類第十版(ICD-10-CM/PCS) 編碼品質提升獎勵方案(草案)。.....	第 23 頁
五、本保險特約院所執行支付標準未列項目之申報方式案。	第 33 頁
六、現行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目以成本分析方式向醫療院所進行全面成本調查案。.....	第 37 頁

肆、討論事項

一、新增角膜處理費、快速結核病分子診斷及調整器官摘取手術與器官移植手術計 13 項案。.....	第 43 頁
--------------------------------------------------	--------

伍、臨時動議

陸、散會

貳、確認本會 105 年度第 1 次

會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形

-請參閱(不宣讀)確認

「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」

105 年第 1 次會議紀錄

時間：105 年 3 月 15 日（星期二）下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：李筱婷

干代表文男	干文男	陳代表彥廷	陳彥廷
王代表榮濱	王榮濱	陳代表福展	(請假)
朱代表益宏	朱益宏	黃代表啟嘉	(請假)
何代表語	何語	黃代表雪玲	黃雪玲
吳代表美環	吳美環	黃代表棟國	黃棟國
李代表飛鵬	李飛鵬	楊代表秀儀	(請假)
李代表紹誠	(請假)	楊代表政峯	楊政峯
林代表淑霞	(請假)	葉代表宗義	葉宗義
林代表富滿	陶屏(代)	滕代表西華	滕西華
林代表敬修	林敬修	潘代表延健	潘延健
林代表綉珠	林綉珠	盧代表榮福	(請假)
姚代表鈺	(請假)	賴代表振榕	賴振榕
徐代表弘正	陳信水(代)	璩代表大成	璩大成
張代表金石	張金石	謝代表文輝	(請假)
張代表嘉訓	(請假)	謝代表武吉	王秀貞(代)
梁代表淑政	梁淑政	顏代表良達	顏良達
郭代表素珍	許美月(代)	羅代表永達	羅永達
陳代表志忠	陳志忠	蘇代表清泉	(請假)
陳代表宗獻	陳宗獻		

(依代表姓氏筆劃排序)

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、劉于鳳、馬文娟
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
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	宋佳玲
中華民國醫師公會全國聯合會	陳哲維、陳思綺
中華民國藥師公會全國聯合會	洪鈺婷
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
台灣醫院協會	林佩菽、吳心華、陳俞文、 董家琪
醫藥品查驗中心	朱素貞、許淑美
本署臺北業務組	張志銘、林勢傑
本署北區業務組	陳孟函、廖佩琦
本署企劃組	何恭政
本署醫審及藥材組	蔡佳倫
本署醫務管理組	龐一鳴、陳玉敏、陳真慧、 谷祖棣、張淑雅、林右鈞、 王玲玲、涂奇君、張巧如、 陳依婕、林佑縉、李筱婷、 彭麗玲、廖敏欣

一、主席致詞：略。

二、確認上次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形

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
牙醫之診療項目「91017C 懷孕婦女牙結石清除-全口」案。

決定：洽悉，並請牙醫師公會全國聯合會洽台灣婦產科醫學會及
相關醫療院所加強宣導懷孕婦女之口腔健康，修訂後支付
標準詳附件 1，P4。

(二) 修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫
案。

決定：洽悉，同意中醫通則二、第一章門診診察費及第七章其他註3之文字修訂為「中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格(可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新進中醫師)醫院」，修訂後支付標準詳附件2，P5~P6。

四、討論事項：

(一) 應用105年西醫基層總額非協商因素預算調整支付標準案。

決議：同意應用105年西醫基層總額非協商因素預算4億元，將西醫基層院所診療項目「一般門診診察費」、「精神科門診診察費」、「急診診察費」、「精神科急診診療費」新增75歲以上患者，不限科別依表訂點數加成7.5%，合計全年增加支出4.06億點。修訂後支付標準詳附件3，P7~P12。

(二) 有關105年全民健康保險國際疾病分類第十版

(ICD-10-CM/PCS)編碼品質提升獎勵方案(草案)。

決議：本案暫緩，由健保署與醫界先召開會前會，就方案內之指標及獎勵門檻進行討論，俟有共識之草案，再提案討論。

五、臨時動議：無。

六、散會：下午16時00分

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議

決議辦理情形追蹤表

序號	編號	會議時間	案由	決議(結論)事項	辦理單位	辦理情形	列管建議	
							解除列管	繼續列管
1	105-1-1 報	105.03.15	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之診療項目「91017C 懷孕婦女牙結石清除-全口」案。	洽悉，並請牙醫師公會全國聯合會洽台灣婦產科醫學會及相關醫療院所加強宣導懷孕婦女之口腔健康。	健保署醫管組	已於 105 年 4 月 28 日衛部保字第 1051260276 號公告，並自 105 年 5 月 1 日生效。	V	
2	105-1-2 報	105.03.15	修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫案。	洽悉，同意中醫通則二、第一章門診診察費及第七章其他註3之文字修訂為「中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格(可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新進中醫師)醫院」。	健保署醫管組	已於 105 年 4 月 28 日衛部保字第 1051260276 號公告，並自 105 年 5 月 1 日生效。	V	
3	105-1-1 討	105.03.15	應用 105 年西醫基層總額非協商因素預算調整支付標準案。	同意應用 105 年西醫基層總額非協商因素預算 4 億元，將西醫基層院所診療項目「一般門診診察費」、「精神科門診診察費」、「急診診察費」、「精神科急診診察費」新增 75 歲以上患者，不限科別依表訂點數加成 7.5%，合計全年增加支出 4.06 億點。	健保署醫管組	已於 105 年 4 月 28 日衛部保字第 1051260276 號公告，並自 105 年 5 月 1 日生效。	V	
4	105-1-2 討	105.03.15	有關 105 年全民健康保險國際疾病分類第十版(ICD-10-CM/PCS)編碼品質提升獎勵方案(草案)。	本案暫緩，由健保署與醫界先召開會前會，就方案內之指標及獎勵門檻進行討論，俟有共識之草案，再提案討論。	健保署醫管組	本案已提至本次會議，故解除列管	V	

參、報告事項

報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第四部中醫通則及第一章一般門診診察費「註」文字。

說明：

- 一、依據本署 105 年 5 月 19 日「中醫門診總額研商議事會議」105 年第 2 次會議結論辦理。
 - 二、中醫全聯會建議「專任中醫師因生產期間該月份均未看診，支援中醫師之看診人次則無法依序補入，致門診診察費及針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)之治療費無法申報」，上開會議決議通過修訂支付標準第四部中醫，重點摘要如下(條文詳附件 1-1，P2~P5)：
 - (一)增列通則九「中醫醫療院所該月份所有專任醫師因產假期間均未看診，支援醫師得以該未看診之專任醫師數，依合理量規定申報門診診察費及針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置費，其餘支援醫師依每段合理量之餘額總數，依序補入看診人次」。
 - (二)通則五、六、七及第一章一般門診診察費備註 2：依現有合理量邏輯，酌修文字。
 - 三、費用預估：依 104 年專任女中醫師該月均未看診、未報備休診亦非停約下，未申報門診診察費及針傷科治療處置費者，視為支援醫師看診未申報費用，並以該診所當年度有申報月份平均申報點數推估為該診所支援中醫師之申報點數，預估共計增加 3.93 百萬點，將由中醫總額部門一般服務預算支應，摘要如下：
 - (一)門診診察費：推估增加 2.68 百萬點。
 - (二)針傷科治療處置費：推估增加 1.25 百萬點。
- 擬辦：本案如經確認同意，依程序報請衛生福利部核定公告實施。

第四部 中 醫

通則：

- 一、中醫門診診察費所定點數包括中醫師診療、處方、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本（如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出）。
- 二、中醫每日門診合理量依下列計算方式分別設定：
 - (一)經中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格(可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新進中醫師)醫院，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者，得按下列計算方式申報門診診察費：
 - 1.專任醫師每月平均每日門診量＝【當月中醫門診診察費總人次/(當月專任中醫師數*23日)】
 - 2.中醫醫療院所專任醫師每月平均每日門診量為**50**人(含)以下，申報編號A82、A83、A84、A85。
 - 3.中醫醫療院所專任醫師每月平均每日門診量超出**50**人以上，申報編號A86、A87、A88、A89。
 - (二)未符合(一)項之中醫醫療院所，其門診診察費依各中醫醫療院所費用申報當月每位中醫師每日門診量不同分訂不同支付點數。
- 三、針灸、傷科、脫臼整復及針灸合併傷科治療不得同時申報，針灸、傷科及脫臼整復如同時治療處置，應申報針灸合併傷科治療(編號：B80、B81、B82、B83、B84、B85、B86、B87、B88、B89、B90、B91、B92、B93、B94)。
- 四、針灸、傷科及脫臼整復需連續治療者，同一療程以六次為限，實施六次限申報一次診察費，並應於病歷載明治療計畫。
- 五、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療合計申報量限四十五人次以內，其中內含複雜性傷科處置(編號：B55、B56、B57、B82、B83、B84、B87、B88、B89、B92、B93、B94)每位專任醫師每月上限為三十人次，超過三十人次部分改以通則七範圍醫令計算(每月申報日數計算方式：每月申報日數超過二十六日者以二十六日計；另屬全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案認定之醫療資源不足地區，每月以實際看診日數計)。
- 六、中醫醫療院所平均每位專任醫師每月申報另開內服藥之針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置費(編號：B41、B43、B45、B53→~~B55~~、B62、B80→~~B82~~、B85→~~B87~~、B90→~~B92~~)每位專任醫師每月上限為六十人次，超出六十人次部分者五折支付。
- 七、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療合計申報量在三十人次以下者，按表訂點數支付，在三十一至四十五人次之部分，編號：B42、B44、B46、B54→~~B56~~→~~B57~~、B61、B63、B81→~~B83~~→~~B84~~、B86→~~B88~~→~~B89~~、B91→~~B93~~→~~B94~~者，九折支付，四十六人次以上，編

號：B41、B42、B43、B44、B45、B46、B53、B54、B55、B56、B57、B61、
B62、B63、B80、B81、B82、B83、B84、B85、B86、B87、B88、B89、
B90、B91、B92、B93、B94 者，支付點數以零計。

八、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療合計申報量＝(當月針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置總人次／當月專任中醫師總看診日數)。

九、中醫醫療院所該月份所有專任醫師因產假期間均未看診，支援醫師得以該未看診之專任醫師數，依合理量規定申報門診診察費及針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置費，其餘支援醫師依每段合理量之餘額總數，依序補入看診人次。

九十、三歲(含)以下兒童之門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

第一章 門診診察費

編號	診療項目	支付點數
	一般門診診察費	
	(一) 中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格(可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新進中醫師)醫院，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者。	
	1.每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十人次以下部分(≤50)	
A82	-- 看診時聘有護理人員在場服務者	280
A83	-- 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	310
A84	-- 看診時未聘有護理人員在場服務者	270
A85	-- 看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	300
	2.每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十人次以上部分(>50)	
A86	-- 看診時聘有護理人員在場服務者	215
A87	-- 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	240
A88	-- 看診時未聘有護理人員在場服務者	200
A89	-- 看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	230
	(二) 不符(一)項之中醫醫療院所	
	1.每位專任中醫師每月看診日平均門診量在三十人次以下部分(≤30)	
A01	— 看診時聘有護理人員在場服務者	320
A11	— 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	350
A02	— 看診時未聘有護理人員在場服務者	310
A12	— 看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	340
	2.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過三十人次，但在五十人次以下部分 (31-50)	
A03	— 看診時聘有護理人員在場服務者	230
A13	— 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	260
A04	— 看診時未聘有護理人員在場服務者	220
A14	— 看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	250
	3.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分 (51-70)	
A05	— 看診時聘有護理人員在場服務者	160
A15	— 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	190
A06	— 看診時未聘有護理人員在場服務者	150
A16	— 看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	180
	4.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過七十人次，但在一五〇人次以下部分(701-150)	
A07	— <u>未開具慢性病連續處方</u>	90
A17	— 開具慢性病連續處方	120

編號	診療項目	支付點數
A08	5.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過一五〇〇人次部分(>150) —未開具慢性病連續處方	50
A18	—開具慢性病連續處方	80
	6.山地離島地區	
A09	—看診時聘有護理人員在場服務者	320
A19	—看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	350
A10	—看診時未聘有護理人員在場服務者	310
A20	—看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	340
	註：1.所稱「看診時聘有護理人員在場服務者」，指每位中醫師至少聘護理人員乙名以上。申報費用須先報備護理人員執照及執業登記地點。 2.支援中醫師看診人次之計算：依各段各專任中醫師每段看診合理量之餘額總數，依序補入支援中醫之看診人次。 若專任中醫師該月份均未看診，除通則九規定外，支援中醫師以看診合理量之最後一段點數支付。 3.開具慢性病連續處方者，應列入每位專任中醫師每月看診日平均門診量優先計算。 4.支援醫師診察費一律按未聘有護理人員在場服務者之支付標準代碼計算。 5.每月申報日數計算方式：一般門診診察費申報第(一)項者，每月申報日數超過 23 日者以 23 日計；一般門診診察費申報第(二)項者，每月申報日數超過 26 日者以 26 日計；中醫總額支付制度受託單位與保險人認定之醫療資源不足地區，每月以實際看診日數計。	
A90	—初診門診診察費加計 註：1.限特約中醫醫事服務機構需符合設立健保特約院所滿二年以上（東區及山地離島地區以簽約滿一年以上）申報。 2.限患者需為二年內(費用年月相減)未到該全民健康保險中醫醫事服務機構看診方可提出。 3.院所申報初診案件數以每月申報診察費不為 0 之就醫病人 ID 歸戶人數之 10% 為最高申請件數。	50

報告事項

第二案

提案單位：醫務管理組、台灣放射腫瘤學會

案由：修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號 68035B
「心臟植入」等 4 項診療項目之支付規範乙案。

說明：

一、修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號 68035B
「心臟植入」、68037B「肺臟移植－單肺」、68047B「肺臟移植
－雙肺，連續性或同時性」3 項診療項目之禁忌症文字：

(一) 依財團法人器官捐贈移植登錄中心 105 年 3 月 4 日器捐登
字第 10501000 號函辦理(如附件 2-1, P9~P10)。

(二) 愛滋感染者原列為器官待移植者禁忌症，自 105 年 3 月 1
日起實施感染者在符合一定醫學標準時，可登錄於器官捐
贈移植登錄系統及列入移植等候名單。(如附件 2-2，
P11~P13，捐贈者基準及待移植者之絕對與相對禁忌症、適
應症與各器官疾病嚴重度分級表修正草案對照表。)

(三) 上開分級表係依據人體器官移植分配及管理辦法第七條：
「器捐登錄中心應依醫學原理、醫療技術及專業水準訂定
各器官類目之器官捐贈者基準及待移植者之絕對與相對禁
忌症、適應症與各器官疾病嚴重度分級或評分基準等事
項，並報請中央主管機關備查。」辦理。

(四) 綜上，查本保險心、肺、肝、腎、腸、胰等器官手術，僅
有編號 68035B「心臟植入」、68037B「肺臟移植－單肺」、
68047B「肺臟移植－雙肺，連續性或同時性」3 項診療項
目明定有愛滋感染者為禁忌症，故將修訂禁忌症文字。

二、修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號 55021C
「骨盆檢查費」診療項目納入放射腫瘤專科醫師執行乙案：

(一) 依 105 年 4 月 13 日第 3 次專家諮詢會議結論：「同意修訂編
號 55021C 診療項目納入放射腫瘤專科醫師執行，惟應規範

該專科醫師須接受一定時程婦科相關訓練等文字規定，以避免非放射腫瘤婦癌專科醫師未接受相關訓練亦可申報。」辦理(如附件 2-3，P14~P15)。

(二)按現行支付標準編號 55021C 規定，因各醫療院所每月申報本項不得超過婦產科門診就診人次之 70%，經本署分析 104 年特約醫療院所婦產科門診申報 55021C 之每月申報人次占率約 18-21%(全年平均約 19.6%)，爰放寬納入放射腫瘤專科醫師執行，不影響此規定。

三、財務影響：修訂旨揭支付標準等 4 項診療項目，不影響財務。

四、本案修訂後支付標準如附件 2-4，P16~P20，將依程序陳報衛生福利部公告實施。

決定：

存檔日期：
檔 號：
保存年限：

財團法人器官捐贈移植登錄中心 函

機關地址：10050 台北市中正區杭州南路一段 15-1 號 11 樓-1
傳 真：(02) 23582089
聯絡人及電話：洪長發 (02) 23582088 分機 215
電子郵件信箱：fairy@mail.torsc.org.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 105 年 3 月 4 日
發文字號：器捐登字第 10501000 號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：普通
附件：見說明三

主旨：有關「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第二部第二章第七節中，器官移植禁忌症內容乙案，請查照。

說明：

- 一、愛滋感染者原列為器官待移植者禁忌症項目，無法進入器官分配排序名單；惟為保障該等病人就醫權，衛生福利部及本中心業於 103 至 105 年間，邀集政府機關、學協會、專家學者與醫院代表共同召開五次會議討論，決議感染者在符合一定醫學標準時，可登錄於器官捐贈移植登錄系統及列入移植等候名單，並自 105 年 3 月 1 日起正式施行。
- 二、經查旨揭標準第二部第二章第七節中，器官移植診療項目（例 68035B、68037B 及 68047B 等），仍將「愛滋病帶原者」列為禁忌症；為使該等病人獲得全民健康保險之保障，及器官移植之機會，建請 貴署考量與評估修訂旨揭標準之可行性。
- 三、檢送「捐贈者基準及待移植者之絕對與相對禁忌症、適應症與各器官疾病嚴重度分級表」資料乙份供參

總收文 105 年 3 月 10 日收到

健保署
中央健康保險署
署 1050053605

D-R-006-1.1

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：衛生福利部、本中心

董事長 李仁璋

D-R-006-1.1

捐贈者基準及待移植者之絕對與相對禁忌症、適應症與各器官疾病嚴重度分級表修正草案對照表

修正後條文	現行條文	修正說明
心臟移植基準	心臟移植基準	
二、待移植者禁忌症	二、待移植者禁忌症	
<p>(二) <u>愛滋病帶原者，惟符合以下各項標準時，不在此限：</u></p> <p>1、<u>CD4 數值大於 200 cells/μl 至少六個月。</u></p> <p>2、<u>遵循醫囑並穩定接受雞尾酒療法 (HAART)，且最近 6 個月內測量不到 HIV 的病毒量 (HIV viral load 小於 50 copies/ml)。</u></p> <p>3、<u>排除有未受控制、潛在致命之伺機性感染或腫瘤。</u></p> <p>4、<u>日後仍有抗逆轉錄病毒之治療選擇(應事先與感染科醫師討論及確認)。</u></p>	<p>(二) 愛滋病帶原者。</p>	<p>依據 103 年 12 月 19 日「愛滋感染者等候屍體器官移植作業討論會議」決議，修正愛滋病帶原者例外條件。</p>
肺臟移植基準	肺臟移植基準	
二、待移植者禁忌症	二、待移植者禁忌症	
<p>(二) <u>愛滋病帶原者，惟符合以下各項標準時，不在此限：</u></p> <p>1、<u>CD4 數值大於 200 cells/μl 至少六個月。</u></p> <p>2、<u>遵循醫囑並穩定接受雞尾酒療法 (HAART)，且最近 6 個月內測量不到 HIV 的病毒量 (HIV viral load 小於 50 copies/ml)。</u></p> <p>3、<u>排除有未受控制、潛在致命之伺機性感染或腫瘤。</u></p> <p>4、<u>日後仍有抗逆轉錄病毒之治療選擇(應事先與感染科醫師討論及確認)。</u></p>	<p>(二) 愛滋病帶原者。</p>	<p>依據 103 年 12 月 19 日「愛滋感染者等候屍體器官移植作業討論會議」決議，修正愛滋病帶原者例外條件。</p>
肝臟移植基準	肝臟移植基準	
二、待移植者禁忌症	二、待移植者禁忌症	
<p>(二) <u>愛滋病帶原者，惟符合以</u></p>	<p>(二) 愛滋病帶原者。</p>	<p>依據 103 年 12 月</p>

修正後條文	現行條文	修正說明
<p>下各項標準時，不在此限：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1、<u>CD4 數值大於 200 cells/μl 至少六個月。</u> 2、<u>遵循醫囑並穩定接受雞尾酒療法 (HAART)，且最近 6 個月內測量不到 HIV 的病毒量 (HIV viral load 小於 50 copies/ml)。</u> 3、<u>排除有未受控制、潛在致命之伺機性感染或腫瘤。</u> 4、<u>日後仍有抗逆轉錄病毒之治療選擇(應事先與感染科醫師討論及確認)。</u> 		<p>19 日「愛滋感染者等候屍體器官移植作業討論會議」決議，修正愛滋病帶原者例外條件。</p>
腎臟移植基準	腎臟移植基準	
二、待移植者禁忌症	二、待移植者禁忌症	
<p>(二)愛滋病帶原者，<u>惟符合以下各項標準時，不在此限：</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1、<u>CD4 數值大於 200 cells/μl 至少六個月。</u> 2、<u>遵循醫囑並穩定接受雞尾酒療法 (HAART)，且最近 6 個月內測量不到 HIV 的病毒量 (HIV viral load 小於 50 copies/ml)。</u> 3、<u>排除有未受控制、潛在致命之伺機性感染或腫瘤。</u> 4、<u>日後仍有抗逆轉錄病毒之治療選擇(應事先與感染科醫師討論及確認)。</u> 	(二)愛滋病帶原者。	<p>依據 103 年 12 月 19 日「愛滋感染者等候屍體器官移植作業討論會議」決議，修正愛滋病帶原者例外條件。</p>
胰臟移植基準	胰臟移植基準	
二、待移植者禁忌症	二、待移植者禁忌症	
<p>(二)愛滋病帶原者，<u>惟符合以下各項標準時，不在此限：</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1、<u>CD4 數值大於 200 cells/μl 至少六個月。</u> 2、<u>遵循醫囑並穩定接受雞尾酒療法 (HAART)，且最近 6 個月內測量不到 HIV 的病毒量 (HIV viral load 小於 50 copies/ml)。</u> 	(二)愛滋病帶原者。	<p>依據 103 年 12 月 19 日「愛滋感染者等候屍體器官移植作業討論會議」決議，修正愛滋病帶原者例外條件。</p>

修正後條文	現行條文	修正說明
<p>3、<u>排除有未受控制、潛在致命之伺機性感染或腫瘤。</u></p> <p>4、<u>日後仍有抗逆轉錄病毒之治療選擇(應事先與感染科醫師討論及確認)。</u></p>		
小腸移植基準	小腸移植基準	
二、待移植者禁忌症	二、待移植者禁忌症	
<p>(二)<u>愛滋病帶原者，惟符合以下各項標準時，不在此限：</u></p> <p>1、<u>CD4 數值大於 200 cells/μl 至少六個月。</u></p> <p>2、<u>遵循醫囑並穩定接受雞尾酒療法 (HAART)，且最近 6 個月內測量不到 HIV 的病毒量 (HIV viral load 小於 50 copies/ml)。</u></p> <p>3、<u>排除有未受控制、潛在致命之伺機性感染或腫瘤。</u></p> <p>4、<u>日後仍有抗逆轉錄病毒之治療選擇(應事先與感染科醫師討論及確認)。</u></p>	<p>(二)Anti-HIV(+)且西方墨點檢驗(+)患者。</p>	<p>一、比照其他器官，將 Anti-HIV(+)調整為一致性文字說明。</p> <p>二、依據 103 年 12 月 19 日「愛滋感染者等候屍體器官移植作業討論會議」決議，修正愛滋病帶原者例外條件。</p>
三、小腸移植疾病嚴重度分級表	三、小腸移植疾病嚴重度分級表暨評分基準表	現行小腸移植未有評分基準表，故刪除文字。
眼角膜移植基準	眼角膜移植基準	
二、待移植者禁忌症	無	
<p>(一)<u>愛滋病帶原者，惟符合以下各項標準時，不在此限：</u></p> <p>1、<u>CD4 數值大於 200 cells/μl 至少六個月且遵循醫囑並穩定接受雞尾酒療法 (HAART)，且最近 6 個月內測量不到 HIV 的病毒量 (HIV viral load 小於 50 copies/ml)。</u></p> <p>2、<u>雙眼皆視力不良，且角膜移植有明顯改善視力機會者。</u></p> <p>(二)<u>心智不正常者或無法配合點用藥物治療者。</u></p>	無	<p>一、現行眼角膜移植基準中，並無禁忌症項目。</p> <p>二、依據中華民國眼科醫學會於 104 年 10 月 30 日「愛滋病感染者登錄為器官待移植者相關配套作業會議」中提出之內容新增。</p>

105 年度第 3 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」

會議紀錄

時間：105 年 4 月 13 日(星期三)上午 9 時 30 分

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄：請參閱（不宣讀）確認。

參、報告事項：

一、台灣放射腫瘤學會建議支付標準編號 55021C「骨盆檢查費」，納入放射腫瘤專科醫師執行乙案

結論：建議增修支付標準編號 55021C「骨盆檢查費」，說明如下：

- (一) 台灣放射腫瘤學會與會專家表示，放射腫瘤專科醫師訓練過程中，需至相關專科接受該專科與癌症相關治療訓練，具有專科醫師資格後，每年亦會有一定時間（1 年約 1 個月）至相關專科接受訓練，如放射腫瘤婦癌專科醫師會至婦產科學習婦癌專業治療，現行放射腫瘤婦癌專科醫師在治療婦癌病患早就在執行此項醫療服務，但卻無法申報相關費用。
- (二) 另有與會專家也表示一般醫師訓練應可以執行相關身體檢查非精準治療，骨盆檢查即是身體檢查一環。
- (三) 本會婦產科專家表示為維護醫療品質，於支付標準應規範放射腫瘤專科醫師需接受一定時程婦科相關訓練等文字規定，以避免非放射腫瘤婦癌專科醫師未接受相關訓練亦可申報。
- (四) 按現行支付標準編號 55021C 規定，各醫療院所每月申報本項不得超過婦產科門診就診人次之 70%，經本署分析 104 年特約醫療院所婦產科門診申報 55021C 之每月申報人次占率約 18 至 21%（全年平均約 19.6%），爰放寬納入放射腫瘤專科醫師執行並不影響此規定。
- (五) 爰本會與會專家建議增修支付標準編號 55021C「骨盆檢查費」，支付規定 3.：「限婦產科專科醫師申報，各醫療院所每月申報本項不得超

過婦產科門診就診人次之 70%；另放射腫瘤專科醫師接受一定時程婦科相關訓練，於治療婦癌相關疾病時，亦可申報」。

- (六) 上述有關一定時程婦科相關訓練，請放射腫瘤學會與婦產科醫學會研議，並將研議結果函知本署。

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

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

第一項 處置費 Treatment

九、婦科處置 GYM & OBS Treatment (55001-55025)

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
55021C	骨盆檢查費 Pelvic Examination 註：1.限婦產科專科醫師申報，各醫療院所每月申報本項不得超過婦產科門診就診人次之百分之七十；另放射腫瘤專科醫師接受一定時程婦科相關訓練，於治療婦癌相關疾病時，亦可申報。 2.申報本項得加計65%。 3.無性經驗者施以肛診、會陰視診、外陰觸診亦可申報。	V	V	V	V	55

第七節 手術

第五項 循環器 Cardiovascular System

一、心臟及心包膜 (68001-68051)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
68035B	<p>心臟植入 Heart implantation</p> <p>註：施行診療項目68034B、68035B之規定如下：</p> <p>1. 施行手術之醫院及醫師條件如下：</p> <p>(1) 醫院條件：</p> <p>A. 須為「中華民國心臟醫學會」及「中華民國胸腔及心臟血管外科學會」所認定之專科醫師訓練醫院。</p> <p>B. 應有專任具臨床藥理、病理、移植免疫、感染症及血液學專長之醫師。</p> <p>(2) 醫師條件：</p> <p>手術主持醫師須有主持開心手術五百例以上之經驗。</p> <p>2. 適應症：</p> <p>(1) 心臟衰竭且Maximal V02<10ml /kg/min者。</p> <p>(2) 心臟衰竭達紐約心臟功能第四度，且Maximal V02<14ml/kg/min者。</p> <p>(3) 心臟衰竭核醫檢查LVEF<20%，經六個月以上藥物(包括ACE inhibitors, Digoxin。 Diuretics等)治療仍無法改善者如有重度二尖瓣閉鎖不全，經核醫檢查LVEF<25%者。</p> <p>(4) 嚴重心肌缺血，核醫檢查LVEF<20%，經核醫心肌灌注掃描及心導管等檢查，證實無法以傳統冠狀動脈繞道手術治療者。</p> <p>(5) 紐約心臟功能第四度，持續使用Dopamine或Dobutamine>5g/kg/min七天以上，經核醫檢查LVEF<25%或心臟指數Cardiac index<2.0L/min/m²者。</p> <p>(6) 心臟衰竭已使用ECMO、VAD等心臟輔助器且無法斷離者。</p> <p>(7) 復發有症狀的心室性不整，無法以公認有效的方法治療者。</p> <p>(8) 其他末期心臟衰竭，無法以傳統手術方法矯正者。</p> <p>3. 禁忌症：</p> <p>(1) 年齡65歲以上(年齡超過者需專案申請核准)。</p> <p>(2) 有明顯感染者。</p> <p>(3) 愛滋病帶原者，<u>應符合捐贈者基準及待移植者之絕對與</u></p>		v	v	v	183312

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>相對禁忌症、適應症與各器官疾病嚴重度分級表規定。</u></p> <p>(4)肺結核經證實者。</p> <p>(5)惡性腫瘤患者。</p> <p>(6)心智不正常或無法長期配合藥物治療者。</p> <p>(7)少年型或胰導素依賴型糖尿病患者。</p> <p>(8)A B O血型與捐贈者不相容者。</p> <p>(9)嚴重肺高血壓，經治療仍大於6 Wood Unit者，不得做正位心臟移植(異位心臟移植者不得大於12 Wood Unit)。</p> <p>(10)肝硬化或GPT在正常兩倍以上，且有凝血異常者。</p> <p>(11)中度以上腎功能不全者(Creatinine > 30mg/dl或Ccr<20ml/min)(需同時故腎臟移植之末期腎衰竭洗腎病人，不在此限)。</p> <p>(12)嚴重的慢性阻塞性肺病患者(FEVI<50% of predicted或FEVI/FVC<40% of predicted)。</p> <p>(13)活動性消化性潰瘍患者。</p> <p>(14)嚴重的腦血管或周邊血管病變，使日常生活無法自理，且無法接受重建手術者。</p> <p>(15)免疫系統不全或其他全身性疾病，雖經治療仍預後不良者。</p> <p>(16)藥癮患者。</p> <p>4. 需採行此一手術之病患、醫療院所皆應於事前提報保險人，由保險人邀集相關專家事先審查。</p> <p>5. 不得加計急診加成。</p> <p>6. 心臟捐贈者若為非保險對象，其捐贈者摘取所需之檢驗費、手術費、麻醉費、手術材料費由保險人給付，而 ICU費用及藥品費則僅給付施行摘取手術當日之費用。</p>					

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
68037B	肺臟移植 Lung transplantation —單肺 Unilateral lung		v	v	v	178634
68047B	—雙肺，連續性或同時性 bilateral sequential or en bloc double lung 註： 1. 68037B、68047B及68038B手術之醫院及醫師條件應報請中央衛生主管機關核定，如醫院條件變更或主持醫師異動時，仍應重行報請核定。 2. 施行本項之適應症如下，並應由醫院申報事前審查： (1) Group A 阻塞性肺疾病 (Obstructive Lung Disease)：符合肺移植適應症之診斷並符合下列任一條件者： A. 第一秒最大呼氣量(FEV1.0) < 35 % 預測值。 B. 氧合指數(PaO2/FiO2) <300。 C. 血中二氧化碳分壓(PaCO2)升高。 D. 引起繼發性肺動脈高壓(mPAP>25mmHg)。 E. 臨床上活動分級已達紐約心臟協會功能分類第三級或第四級者。 F. 需長期依賴氧氣者。 G. 雖經藥物治療，仍長期有慢性呼吸道感染或已出現呼吸窘迫症狀。 (2)Group B 肺血管疾病 (Pulmonary Vascular Disease)：符合肺移植適應症之診斷並符合下列任一條件者： A. 病人之活動分級已達紐約心臟協會功能分類第三級或第四級者。 B. 右心房平均壓力 > 6 mmHg。 C. 平均肺動脈壓mPAP>25mmHg。 D. 心臟指數(Cardiac index) < 2.5l /min/m2。 E. 病人之臨床病況逐漸惡化，需長期依賴氧氣者。 (3)Group C 囊性纖維化症或免疫缺乏症(Cystic Fibrosis or Immunodeficiency Disorders)：符合肺移植適應症之診斷並符合下列任一條件者： A. 第一秒最大呼氣量(FEV1.0) < 40%預測值。 B. 血中二氧化碳分壓(PaCO2) 升高。 C. 雖經藥物治療無效或情況仍逐漸惡化者。 (4)Group D 限制性肺疾病 (Restrictive Lung Disease) 符合肺移植適應症之診斷並符合下列任一條件者： A. 雖經藥物治療無效或情況仍逐漸惡化者。 B. 需長期依賴氧氣者。	v	v	v	246516	

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>3. 禁忌症：未控制及無法控制之感染。</p> <p>(1)有無法控制的感染者。</p> <p>(2)愛滋病帶原者，<u>應符合捐贈者基準及待移植者之絕對與相對禁忌症、適應症與各器官疾病嚴重度分級表規定。</u></p> <p>(3)肺結核未完全治療者。</p> <p>(4)有惡性腫瘤者，不宜肺臟移植：</p> <p>A. incidental renal carcinoma, in situ carcinoma(excluding bladder), Dukes' A colon cancer, basal cell carcinoma, 以上四者不影響肺臟移植。</p> <p>B. malignant melanoma, breast cancer, GI carcinoma, lung cancer, 完全治療後，無癌症復發，未達五年者(disease-free interval < 5years)。</p> <p>C. 其他癌症，完全治療後，無癌症復發，未達兩年者(disease-free interval < 2years)。</p> <p>(5)心智不正常或無法長期配合藥物治療者。</p> <p>(6)肝硬化或GPT在正常值兩倍以上且有凝血異常者。</p> <p>(7)中度以上腎功能不全者(Creatinine > 3.0mg/dL或Ccr < 50 ml/min/1.73 m2)(需同時做腎臟移植之末期腎衰竭洗腎病人，不在此限)。</p> <p>(8)嚴重的腦血管或周邊血管病變，使日常生活無法自理，且無法接受重建手術者。</p> <p>(9)免疫系統不全或其他全身性疾病，雖經治療仍預後不良者。</p> <p>(10)藥癮、酒癮患者。</p> <p>4. 含合併施行體外循環之費用。</p> <p>5. 不得加計急診加成。</p> <p>6. 肺臟捐贈者若為非保險對象，捐贈者摘取所需之檢驗費、手術費、麻醉費、材料費由保險人給付，而 ICU費用及藥品費則僅給付施行摘取手術當日之費用。</p>					

報告事項

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：104 年之新增診療項目申報情形。

說明：資料後補。

報告事項

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：105 年全民健康保險國際疾病分類第十版(ICD-10-CM/PCS)編碼品質提升獎勵方案（草案）。

說明：

- 一、依據全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額事項及105年3月15日召開之「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」105年第1次會議決議、105年4月6日及4月28日召開之105年「全民健康保險國際疾病分類第十版(ICD-10-CM/PCS)編碼品質提升獎勵方案（草案）」第1及第2次討論會會議決議辦理(第2次討論會會議決議詳附件4-1，P26~P27)。
- 二、本案經與台灣醫院協會召開2次會前會討論，方案內容修訂如下(附件4-2，P28~P32)：

(一) 預算分配方式

扣除持續提升病歷管理及 ICD-10-CM/PCS 編碼品質，設教育訓練積分，全年預算 2,000 萬後，其餘以醫學中心、區域醫院及地區醫院 104 年全年門、住診醫療費用（一般部門+專款項目結算核定費用點數）占率分配。前述醫院層級之認定，以 104 年 12 月 31 日之特約層級為全年計算基礎。

(二) 支付方式

1. 強化住院病歷管理暨寫作品質

- (1) 設有專責任務編組，成員應包含臨床醫師及編碼人員，並填具申請書，於 105 年 7 月底前向本署各分區業務組完成報備程序。相關品質提升小組，定期召開會議並有紀錄，另就會議決議事項設有追蹤考核機制。

- (2) 申請書內容應包含編碼品質提升計畫、作業方式及審

查機制。

(3) 工作小組檢討會議、改善措施及實施成效，於 106 年 1 月 31 日前送本署各分區業務組備查。

(4) 未依規定備查本項資料者，不核發本方案之各項獎勵金。

2. 獎勵提升 ICD-10-CM/PCS 編碼品質，全年預算 8,000 萬

(1) 自動化審查指標，共計 6 項：

A. 住診手術(處置)代碼對照醫令編碼正確率。

B. 主診斷明確率。

C. 主診斷編列側性之比率。

D. 損傷及中毒編列外因碼(V00-Y99)之比率。

E. 處置及診斷編碼符合率。

F. 特定手術申報特材之比率。

(2) 各醫院獎勵指標配分時，需先達該層級醫院獎勵標準基本值後，再依其於該層級中所占百分位予以配分，並加總所有指標配分，滿分為 160 分。

(3) 各層級醫院各指標獎勵基本值，係以費用年月 105 年 1 月之申報資料，排除件數小於 20 件的個案後，取各指標各層級的平均值為獎勵基本值。

(4) 獎勵配分=依各醫院獎勵指標值於該層級中所占百分位予以配分後，取平均值為獎勵配分。例如：A 醫院有 6 項指標，指標配分加總共 150 分，獎勵配分為 25 分(150/6=25)；B 醫院有 4 項指標，指標配分加總共 120 分，獎勵配分為 30 分(120/4=30)。

(5) 獎勵金額：

個別醫院獎勵金額 = (該層級本項分配預算/該層級各醫院獎勵配分之加總) * 醫院獎勵配分。

(三) 本項預算於年度結束後進行全年結算並採浮動點值結算，每點支付金額不高於 1 元。

3. 持續提升病歷管理及 ICD-10-CM/PCS 編碼品質，設教育訓練積分，全年預算 2,000 萬

(1) 為促使全國醫院持續提升病歷寫作及

ICD-10-CM/PCS 編碼品質，鼓勵院際間相互學習、教學相長籌組區域內讀書會，計畫年度內參與相關學(協)會所辦理並經其認證符合本計畫內容之研討會、講習會等課程(含：病歷寫作、ICD-10-CM/PCS 編碼暨原則、生理解剖及藥理知識、電子病歷、Tw-DRGs、醫療費用申報等與病歷管理及編碼品質提升相關之內容)，給予認證積分，1 小時時數等同一個積分，擔任講師者，1 小時時數亦等同一個積分，惟同一天同一場以 6 個積分(小時)為限。

(2) 本項積分認證與計算係以「醫院」為單位，參與獎勵方案之醫院最多採計 20 個積分(小時)。

(3) 獎勵金額計算=(該院 105 年本獎勵方案核定教育積分/各符合醫院 105 年本獎勵方案核定的總教育積分)*本項獎勵金額。

(4) 本項預算於年度結束後進行全年結算並採浮動點值結算，每點支付金額不高於 1 元。

擬辦：本案如獲經確認同意，將依程序報請衛生福利部核定後公告實施。

105 年「全民健康保險國際疾病分類第十版(ICD-10-CM/PCS) 編碼品質提升獎勵方案（草案）」第 2 次討論會

會議紀錄

時間：105 年 4 月 28 日（星期四）下午 2 時

地點：本署 9 樓第 1 會議室

主席：龐組長一鳴

紀錄：王玲玲

出席單位及人員

國立成功大學 呂宗學

台灣醫院協會 莊秋華、田敏慧、張久大、黃國正、廖秋鐳
李嫦娥、李逢君、朱益宏、童秀貞、李佳珂
王秀貞、董家琪、陳俞文

本署醫審及藥材組 黃瓊萱

本署醫務管理組 陳玉敏、陳真慧、谷祖棣、林右鈞

壹、主席致詞：略

貳、討論案

案由：有關 105 年全民健康保險國際疾病分類第十版(ICD-10-CM/PCS)
編碼品質提升獎勵方案（草案），提請討論。

決議：

一、部分草案文字依本次會議決議修正。

二、全年預算扣除持續提升病歷管理及 ICD-10-CM/PCS 編碼品質，設教育訓練積分，全年預算 2,000 萬後，其餘以醫學中心、區域醫院及地區醫院 104 年全年門、住診醫療費用（一般部門+專款項目結算核定費用點數）占率分配。前述醫院層級之認定，以 104 年 12 月 31 日之特約層級為全年計算基礎。

- 三、刪除指標 7、專業審查病歷書寫品質優良率。
- 四、自動化審查指標 1、住診手術(處置)代碼對照醫令編碼符合率，指標定義修正如下：
- (一) 分子：分母之處置碼與醫令代碼一致之案件數。
- (二) 分母：該院住院第 1、2 階段已導入 DRG 項目(案件分類 5)，有該 DRG 分類表所列處置碼之案件。
- 五、修正持續提升病歷管理及 ICD-10-CM/PCS 編碼品質，設教育訓練積分認證及計算，刪除參與獎勵方案之醫院至少須獲得 20 個積分(小時)以上之文字，增列參與獎勵方案之醫院，最多採計 20 個積分(小時)之文字說明。
- 六、無該項指標個案之醫院(分母為 0)，以獎勵配分進行校正，例如該院 5 項指標總計獲得 150 分，1 項指標因無個案，未獲配分，則總配分調整為 $150/5*6=180$ 分。
- 七、各項指標以平均值設定獎勵門檻，須考量 outlier 造成之影響，建議刪除個案數少之資料重新計算，並以大多數醫院能參與獎勵之原則設定獎勵門檻。
- 八、修正後草案(詳附件，獎勵標準值暫訂平均值)，提報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議討論。

散會：15 時 35 分

105 年全民健康保險國際疾病分類第十版(ICD-10-CM/PCS)

編碼品質提升獎勵方案(草案)

105.4.28

- 壹、依據：全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額事項辦理。
- 貳、預算：105 年度全民健康保險醫療給付費用總額「其他預算」中之「提升 ICD-10-CM/PCS 住院編碼品質」專款項目，全年預算 100 百萬元。
- 參、目的：鼓勵醫院強化住院病歷管理暨寫作品質，提升國際疾病分類 ICD-10-CM/PCS 編碼品質，以及作為日後支付制度研修之前置作業準備。
- 肆、對象：提供全民健康保險住診服務之特約醫院。
- 伍、預算分配：扣除持續提升病歷管理及 ICD-10-CM/PCS 編碼品質，設教育訓練積分，全年預算 2,000 萬後，其餘以醫學中心、區域醫院及地區醫院 104 年全年門、住診醫療費用（一般部門+專款項目結算核定費用點數）占率分配。前述醫院層級之認定，以 104 年 12 月 31 日之特約層級為全年計算基礎。
- 陸、實施期間：105 年 7 月 1 日起至 12 月 31 日止。
- 柒、支付方式：
- 一、強化住院病歷管理暨寫作品質：
- (一) 設有專責任務編組，成員應包含臨床醫師及編碼人員，並填具申請書(附件 1)，於 105 年 7 月底前向本署各分區業務組完成報備程序。相關品質提升小組，定期召開會議並有紀錄，另就會議決議事項設有追蹤考核機制。
- (二) 申請書內容應包含編碼品質提升計畫、作業方式及審查機制。
- (三) 工作小組檢討會議、改善措施及實施成效(附件 2)，於 106 年 1 月 31 日前送本署各分區業務組備查。
- (四) 未依規定備查本項資料者，不核發本方案之各項獎勵金。
- 二、獎勵提升 ICD-10-CM/PCS 編碼品質，全年預算 8,000 萬。
- (一) 自動化審查指標：
1. 住診手術(處置)代碼對照醫令編碼正確率。
 2. 主診斷明確率。

3. 主診斷編列側性之比率。
4. 損傷及中毒編列外因碼(V00-Y99)之比率。
5. 處置及診斷編碼符合率。
6. 特定手術申報特材之比率。

(二) 指標計算方式與配分

獎勵指標	計算方式	獎勵標準基本值	獎勵標準	配分
1.住診手術(處置)代碼對照醫令編碼正確率	1.分子：分母之處置碼與醫令代碼對照正確之案件數。 2.分母：該院住院第1、2階段已導入DRG項目(案件分類5)，有該DRG分類表所列處置碼之案件。	醫學中心: $\geq 88\%$ 區域醫院: $\geq 91\%$ 地區醫院: $\geq 87\%$	該醫院層級 76百分位以上 51-75百分位 26-50百分位 0-25百分位 未達獎勵標準基本值	20 15 10 5 0
2.主診斷明確率	1.分子=分母中主診斷英文名稱中不含unspecified之所有案件數。 2.分母=該院住診所有案件數。	醫學中心: $\geq 68\%$ 區域醫院: $\geq 62\%$ 地區醫院: $\geq 56\%$	該醫院層級 76百分位以上 51-75百分位 26-50百分位 0-25百分位 未達獎勵標準基本值	30 25 20 15 0
3.主診斷編列側性之比率	1.分子：分母案件中任一處置碼與主診斷編列相同側性(如下表)之所有案件數。 2.分母：該院住診案件中任一處置碼編列側性所有案件數。 3.排除條件：主診斷無側性區分案件如E000-E07、N20-N23、N132、N136、C770、C773、C774、C778、C18、C22、C73、N2581、J01、J32-J33、K11、	醫學中心: $\geq 35\%$ 區域醫院: $\geq 43\%$ 地區醫院: $\geq 58\%$	該醫院層級 76百分位以上 51-75百分位 26-50百分位 0-25百分位 未達獎勵標準基本值	20 15 10 5 0

獎勵指標	計算方式	獎勵標準基本值	獎勵標準	配分								
	I72、I77.7。 <table border="1"> <tr> <td>處置</td> <td>主診斷</td> </tr> <tr> <td>Right Left</td> <td>Bilateral unilateral Right+Left</td> </tr> <tr> <td>Right</td> <td>Right Bilateral unilateral</td> </tr> <tr> <td>left</td> <td>Left Bilateral unilateral</td> </tr> </table>	處置	主診斷	Right Left	Bilateral unilateral Right+Left	Right	Right Bilateral unilateral	left	Left Bilateral unilateral			
處置	主診斷											
Right Left	Bilateral unilateral Right+Left											
Right	Right Bilateral unilateral											
left	Left Bilateral unilateral											
4.損傷及中毒編列外因碼(V00-Y99)之比率	1.分子=分母案件中編列外因碼(V00-Y99)之所有案件數。 2.分母=該院住診案件中，診斷碼編列損傷及中毒編碼(S00-T88，排除T15-T19、T36-T78、T82-T87)之所有案件數。	醫學中心:≥62% 區域醫院:≥72% 地區醫院:≥50%	該醫院層級 76百分位以上 51-75百分位 26-50百分位 0-25百分位 未達獎勵標準基本值	30 25 20 15 0								
5.處置及診斷編碼符合率	1.分子=分母案件中，處置碼第2碼與主診斷碼第1碼編碼符合之所有案件數。 2.分母=該院住診案件中，處置碼第1碼為0(內、外科系)及處置碼第2碼排除W、X、Y之所有案件數。	醫學中心:≥44% 區域醫院:≥46% 地區醫院:≥48%	該醫院層級 76百分位以上 51-75百分位 26-50百分位 0-25百分位 未達獎勵標準基本值	30 25 20 15 0								
6.特定手術申報特材之比率	1.分子=分母案件中有申報對應特材的件數。 2.分母=該院全膝關節手術、全髖關節手術、人工水晶體植入術及冠狀動脈血管支架置入術之住診所有件數。	醫學中心:≥89% 區域醫院:≥95% 地區醫院:≥86%	該醫院層級 76百分位以上 51-75百分位 26-50百分位 0-25百分位 未達獎勵標準基本值	30 25 20 15 0								

註：1.計算各醫院獎勵指標配分時，需先達該層級醫院獎勵標準基本值後，再依其於該層級中所占百分位予以配分。

2.依各醫院獎勵指標值於該層級中所占百分位予以配分後，取平均值為獎勵配分。例如：A 醫院有 6 項指標，指標配分加總共 150 分，獎勵配分為 25 分(150/6=25)；B 醫院有 4 項指標，指標配分加總共 120 分，獎勵配分為 30 分(120/4=30)。

(三) 個別醫院獎勵金額 = (該層級本項分配預算/該層級各醫院獎勵配分之加總) * 醫院獎勵配分。

(四) 本項預算於年度結束後進行全年結算並採浮動點值結算，每點支付金額不高於 1 元。

三、持續提升病歷管理及 ICD-10-CM/PCS 編碼品質，設教育訓練積分，全年預算 2,000 萬。

(一) 為促使全國醫院持續提升病歷寫作及 ICD-10-CM/PCS 編碼品質，鼓勵院際間相互學習、教學相長籌組區域內讀書會，計畫年度內參與相關學(協)會所辦理並經其認證符合本計畫內容之研討會、講習會等課程(含：病歷寫作、ICD-10-CM/PCS 編碼暨原則、生理解剖及藥理知識、電子病歷、Tw-DRGs、醫療費用申報等與病歷管理及編碼品質提升相關之內容)，給予認證積分，1 小時時數等同一個積分，擔任講師者，1 小時時數亦等同一個積分，惟同一天同一場以 6 個積分(小時)為限。。

(二) 本項積分認證與計算係以「醫院」為單位，參與獎勵方案之醫院最多採計 20 個積分(小時)。

(三) 獎勵金額計算 = (該院 105 年本獎勵方案核定教育積分/各符合醫院 105 年本獎勵方案核定的總教育積分) * 本項獎勵金額。

(四) 本項預算於年度結束後進行全年結算並採浮動點值結算，每點支付金額不高於 1 元。

捌、本方案由保險人與醫院總額相關團體共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告，年度執行成果得於全民健康保險醫院總額研商議事會議中專案報告。

附件 1

105 年全民健康保險國際疾病分類第十版(ICD-10-CM/PCS)編碼品質提升獎勵方案

申請書內容與格式

- 一、申請書封面：至少包含計畫名稱、計畫執行單位、計畫執行期間。
- 二、書寫格式：以 word 建檔，A4 版面，由上而下，由左而右，標楷體 14 號字型，橫式書寫。
- 三、申請書撰寫說明：申請書(含電子檔)內容應包含下列：
 - (一)申請機構全銜及計畫名稱。
 - (二)現況分析，包括每月編碼件數、編碼人員數、使用工具及現行作業流程及遭遇之困難及問題等。
 - (三)計畫之目標。
 - (四)計畫內容(分項說明)，包含下列各項：
 1. 專責任務編組之組成(請檢附相關文件)，包含臨床醫師及編碼人員及運作方式。
 2. 工作小組之作業方式、審查機制。
 - (五)預期效益(應以量化說明)。
 - (六)應辦理工作項目及進度(Gantt Chart)。

附件 2

105 年全民健康保險國際疾病分類第十版(ICD-10-CM/PCS)編碼品質提升獎勵方案病

歷管理委員會及 ICD-10-CM/PCS 編碼品質工作小組

會議決議事項及追蹤考核機制

會議日期	工作小組檢討會議決議	改善措施	實施成效

報告事項

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本保險特約院所執行支付標準未列項目之申報方式乙案。

說明：

- 一、全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（以下稱本保險支付標準）總則五、各保險醫事服務機構實施本標準未列項目，應就適用之類別已列項目中，按其最近似之各該編號項目所訂點數申報，惟新療法須經保險人報由中央主管機關核定後實施。
- 二、特約醫療院所執行本保險支付標準未列之診療項目，得按上開總則進行比照申報，惟從申報資料無法區分實際提供之醫療服務項目，影響現行專業審查認定及新增診療項目評估。
- 三、為利日後支付標準增修作業評估，擬於特約醫事服務機構門住診醫療費用點數申報格式及填報說明，新增欄位「未列項註記」及「未列項名稱」，其填報說明詳附件 5-1，P34~P35，提報本會備查，將通函本保險特約醫療院所配合辦理。
- 四、爾後，每半年收集各層級、各醫院申報未列項目，針對比照支付標準項目及方式（支付點數比照或是技術比照）等合理性進行評估，併同新增診療項目執行情形提本會報告。

決定：

「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式及填表說明」
(XML 檔案格式)

媒体格式

(三)醫令清單段

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
△	P22	未列項註記	1	X	<p>一、全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第一部總則五、各保險醫事服務機構實施本標準未列項目，應就適用之類別已列款目中，按其最近似之各該編號項目所訂點數申報，惟新療法須經保險人報由中央主管機關核定後實施。</p> <p>二、依上述規定申報未列項目，除依規定申報醫令清單段資料外，應再依比照之內涵填報本欄位，代碼「1」:支付點數比照、「2」:技術困難度比照，以及填報P23欄位之「未列項名稱」。</p>
△	P23	未列項名稱	100	X	<p>各保險醫事服務機構申報支付標準未列項目，除填報P22欄位未列項註記代碼外，請填報本欄位，填報方式如下：</p> <p>一、請以小寫英文填寫，如有醫學上統一認定/常用/共識等縮寫名稱，優先以縮寫名稱填入。</p> <p>二、同院所同一未列項目，「未列項名稱」應一致。</p> <p>三、同院所同一未列項目，應比照同一支付標準。</p>

「特約醫事服務機構住院醫療費用點數申報格式及填表說明」
(XML 檔案格式)

媒体格式

(三)醫令清單段

符號	欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
△	P24	未列項註記	1	X	<p>一、全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第一部總則五、各保險醫事服務機構實施本標準未列項目，應就適用之類別已列款目中，按其最近似之各該編號項目所訂點數申報，惟新療法須經保險人報由中央主管機關核定後實施。</p> <p>二、依上述規定申報未列項目，除依規定申報醫令清單段資料外，應再依比照之內涵填報本欄位，代碼「1」:支付點數比照、「2」:技術困難度比照，以及填報P25欄位之「未列項名稱」。</p>
△	P25	未列項名稱	100	X	<p>各保險醫事服務機構申報支付標準未列項目，除填報P24欄位未列項註記代碼外，請填報本欄位，填報方式如下：</p> <p>一、請以小寫英文填寫，如有醫學上統一認定/常用/共識等縮寫名稱，優先以縮寫名稱填入。</p> <p>二、同院所同一未列項目，「未列項名稱」應一致。</p> <p>三、同院所同一未列項目，應比照同一支付標準。</p>

報告事項

第六案

報告單位：本署醫務管理組

案由：現行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目以成本分析方式向醫療院所進行全面成本調查案。

說明：

- 一、說明：依據 105 年度「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」第 2 次臨時會會議決議辦理。
- 二、前揭會議決議本署各分區業務組須辦理成本分析填表說明會，輔導各醫療院所相關填報事宜。
- 三、本署於 105 年 3 月 23 日邀集各分區業務組召開填表說明會議，並請各業務組邀集各地醫師公會幹部召開填表說明會，俟各分區完成說明會後，本署將正式發文，請醫療院所於 1 年內提供成本調查資料。
- 四、各分區業務組辦理填表說明會後，各縣市醫師公會代表，五個分區全數反對，僅中區之地區醫院層級代表表示贊成及東區原則同意配合或擇要項填寫，與會人員相關意見摘要如下：**(詳附件 6-1, P39)**
 - (一) 此調查無法源依據。
 - (二) 僅調查 21 項診療項目之代表性不足，建議應通盤調整。
 - (三) 建議由各專科學會、醫師公會全國聯合會以各層級代表統一版本提供，或委託研究統一調查。
 - (四) 多數診療項目為醫院部分，建議由醫院協會填寫。
 - (五) 成本分析無法反應醫師養成訓練、精神壓力(如醫糾)、偏遠地區院所營運、機會成本等。
- 五、另台灣耳鼻喉科醫學會於 105 年 5 月 24 日來函，針對成本分析調查耳鼻喉局部治療處置項目，持反對意見；社團法人臺中市醫師公會於 105 年 6 月 6 日來函，針對成本分析調查，表示窒礙難行。**(詳附件 6-2, P40~P41)**

決定：

各分區業務組與公會代表召開成本說明會

分區別	召開會議時間	對象	初步結果
臺北業務組	105. 5. 25	各縣市醫師公會代表	<ol style="list-style-type: none"> 1. 強烈反對填表。 2. 此調查無法源依據。 3. 表格設計無法反應醫師養成訓練及精神壓力(ex 醫糾)等成本。 4. 僅調查 21 項診療項目之代表性不足，建議應通盤調整。
北區業務組	105. 6. 14	各縣市醫師公會代表	<ol style="list-style-type: none"> 1. 強烈反對填表。 2. 多數診療項目為醫院部分，建議由協會填寫。
中區業務組	105. 6. 02	各縣市醫師公會代表	<ol style="list-style-type: none"> 1. 基層診所代表及地區醫院(彰化縣)醫師公會代表反對填表，僅地區醫院南投縣、臺中市大臺中醫師公會代表持贊成。 2. 建議由醫師公會全國聯合會調查，並製作統一版本。 3. 僅調查 21 項診療項目之代表性不足，建議應通盤調整。
南區業務組	105. 5. 27	各縣市醫師公會代表	<ol style="list-style-type: none"> 1. 強烈反對填表。 2. 此調查無法源依據。 3. 建議由專科學會或委託研究統一調查，並以各層級代表統一版本提供。 4. 僅調查 21 項診療項目之代表性不足，建議應通盤調整。
高屏業務組	105. 5. 25	各縣市醫師公會代表	<ol style="list-style-type: none"> 1. 強烈反對填表。 2. 建議由各專科醫學會統一提供。 3. 表格設計無法反應醫師養成訓練及精神壓力(ex 醫糾)等成本。 4. 僅調查 21 項診療項目之代表性不足。
東區業務組	105. 6. 15	各縣市醫師公會代表	<ol style="list-style-type: none"> 1. 原則同意配合，或擇要項填寫。 2. 惟建議成本分析調查須考量下列幾點： <ol style="list-style-type: none"> (1) 機會成本(如檢查檢驗若排入行程，但病人未前來，成本已耗費部分)、風險成本(如醫糾)。 (2) 偏遠地區院所營運成本(如購買儀器時，須運送及維修之額外成本)。 (3) 醫界代表之一反映：本次成本分析因須逐項調查，耗費行政人員成本，故應加入該成本(如行政人員時間及人力)。

檔 號：
保存年限：

台灣耳鼻喉科醫學會 函

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

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

發文日期：中華民國 105 年 5 月 24 日
發文字號：台灣耳醫學字第 1050032 號
速 別：最速件
附件：

主 旨：有關耳鼻喉科"局部治療"成本效益分析之專業意見，敬請參酌。

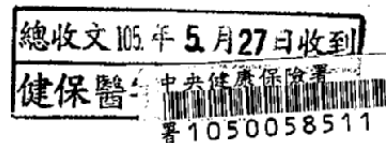
說 明：

- 一、日前 貴署高屏業務組要求轄區醫療機構提供"局部治療"處置之成本效益分析資料乙案，本醫學會表達反對意見。
- 二、耳鼻喉局部治療處置，多為醫師診療技術費用，應以 RBRVS 訂價，不適合進行成本效益分析。

理事長 蕭自佑

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：衛生福利部中央健康保險署各區業務組、台灣外科醫學會、台灣皮膚科醫學會。



社團法人臺中市醫師公會 函

機關地址：臺中市西區公益路367號4F-1
聯絡人：李妍禧
聯絡電話：(04) 23202009
傳 真：(04) 23202083

受文者：衛生福利部中央健康保險署

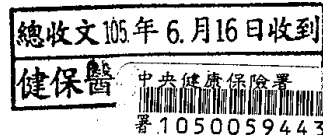
發文日期：中華民國105年6月6日
發文字號：中市醫倫字第1050000963號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：普通
附件：

主旨：有關醫療服務給付項目及支付標準診療項目成本分析調查表填寫案，建請貴署應再審慎研議設計調查表內容，必要時可請中華民國醫師公會全國聯合會統籌或各專科醫學會予以協助，請查照。

說明：一、依據本會105年5月27日第24屆第26次理監事會決議暨中華民國醫師公會全聯會西醫基層醫療服務審查執行會中區分會105年6月3日105年第2次委員會議決議辦理。
二、貴署為了解現行診療項目實際臨床成本，做為未來支付標準訂定之參考，進行診療項目成本分析調查並由各分區業務組辦理填表說明會，以利醫療院所填寫。
三、經本會召開及參加相關會議，發現該調查表所列相關數據、訓練成本、時間成本、工作負荷比、醫材設備折舊、作業管理費等專業計算，實有空礙難行之處，建請貴署應再審慎研議設計調查表內容，避免增加醫療院所行政作業困擾。

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：衛生福利部中央健康保險署中區業務組

理事長 羅倫楸



肆、討論事項

討論事項

第一案

提案單位：醫務管理組

案由：新增角膜處理費、快速結核病分子診斷及調整器官摘取手術與器官移植手術計 13 項案。

說明：資料後補。