



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 年第二次臨時會

105 年 1 月 28 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」第二次臨時會議議程

壹、主席致詞

貳、上次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形，請參閱(不宣讀)確認.....

第 01 頁

參、報告事項

一、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 1 頁
--	-------

肆、討論事項

一、應用 105 年醫院及西醫基層總額非協商因素預算調整支付標準案。.....	第 13 頁
二、增修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準物理及職能治療「中度-複雜」及「複雜」診療項目(42017C、42018C、42019C、43027C、43028C、43031C)申報資格案。	第 15 頁
三、修訂「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，包括放寬重症肌無力病人核實給付項目，以及居家照護階段收案對象增列脊髓肌肉萎縮症(SMA)案。.....	第 23 頁

伍、散會

貳、確認本會 105 年度第 1 次臨時會
會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形

-請參閱(不宣讀)確認

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」

105 年第 1 次臨時會會議紀錄

時 間：105 年 1 月 13 日(星期三)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	翁瑞文(代)
朱代表益宏	吳淑芬(代)	黃代表啟嘉	黃啟嘉
何代表語	何語	黃代表雪玲	(請假)
吳代表美環	(請假)	黃代表棟國	(請假)
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	朱世瑋(代)
林代表淑霞	林淑霞	葉代表宗義	葉宗義
林代表富滿	(請假)	滕代表西華	滕西華
林代表敬修	(請假)	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	廖秋燭(代)	賴代表振榕	賴振榕
徐代表弘正	徐弘正	謝代表文輝	謝文輝
張代表金石	溫哲暉(代)	謝代表武吉	謝武吉
張代表冠宇	(請假)	顏代表良達	(請假)
張代表嘉訓	張嘉訓	羅代表永達	羅永達
梁代表淑政	梁淑政	蘇代表清泉	蔡明忠(代)
郭代表素珍	許美月(代)		(依代表姓氏筆劃排序)
陳代表志忠	陳志忠		
陳代表宗獻	陳宗獻		

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司

衛生福利部全民健康保險會

中華民國中醫師公會全國聯合會

中華民國牙醫師公會全國聯合會

中華民國醫事放射師公會全國聯合會

中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會

中華民國醫師公會全國聯合會

中華民國藥師公會全國聯合會

中華民國護理師護士公會全國聯合會

台灣醫院協會

醫藥品查驗中心

中華民國呼吸治療師公會全國聯合會

台灣安寧緩和醫學學會

台灣急診醫學會

台灣胸腔暨重症加護醫學會

社區醫院協會

本署臺北業務組

本署中區業務組

本署企劃組

本署醫審及藥材組

本署醫務管理組

周雯雯

張友珊、劉于鳳

王逸年

許家禎

何介中

宋佳玲

吳春樺、陳哲維

洪鈺婷

梁淑媛

林佩荻、吳心華、陳俞文

朱素貞、陳宥伶

謝慧觀、王慧中

王英偉、翁益強、李嘉莉

方震中、陳日昌

詹明澄、陳志強

王奕虹

賴香蓮、林慧慈、林勢傑、黃湘婷、李珮君

賴宏睿、紀虹如

董玉芸、何恭政、陳蔚澄

黃鈺媛

龐一鳴、陳玉敏、陳真慧、林淑範、張美玲、谷祖棣、許明慈、張淑雅、林右鈞、王玲玲、涂奇君、吳明純、陳逸嫻、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：

修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第六部論病例計酬」之 ICD-10-CM/PCS 編碼案。

決定：洽悉，其修訂內容詳附件 1，P5~P15。

四、討論事項：

(一) 修訂「全民健康保險急診品質提升方案」及增列急診相關支付標準案
決議：同意新增支付標準「出院準備及追蹤管理獎勵費」、修訂未滿 6 個月兒童急診診察費加成由 60% 提升至 100%，及修訂「全民健康保險急診品質提升方案」(詳附件 2，P16~P28)，其附帶決議說明如下：

1. 有關新增支付標準「出院準備及追蹤管理獎勵費」後，住院病患出院後再急診及再住院率等監控指標，另案於醫院總額研商議事會議報告。
2. 有關未滿 6 個月兒童急診診察費加成提升至 100% 案，本署確認後於支付標準作文字修正。
3. 有關急診方案中，醫學中心評鑑基準「急診 48 小時置留率三年達零或小於同儕平均值」之目標列入獎勵金門檻指標乙節，其指標操作型定義請參考醫事司所訂之內容。
4. 急診方案修正公告後，請各分區業務組於分區共管會議再詳細說明相關申報及報備支援等行政作業配套事宜。
5. 部分代表對急診處置效率指標及獎勵費用等其他建議，本署作為日後研訂方案參考。

(二) 修訂「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」(草案)。

決議：同意修訂「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」(詳附件 3，P29~P49)，其附帶決議說明如下：

1. 有關健保卡登錄就醫紀錄於 24 小時內上傳之作業，請補充修正山地離島等交通不便地區，無法及時上傳時之例外處理方式。
2. 居家醫療照護及長期照顧之結合，列為長期政策發展目標，初期先以發掘個案為主。

3. 監測指標刪除照護對象健康存摺下載率，及增列住院個案出院後 14 日內再住院率。特約醫事服務機構協助保險對象下載健康存摺的合宜作法，另案通盤研議後再行辦理。
4. 本計畫公告後，請各分區業務組於共管會議等會議，宣導相關行政作業事宜，並積極促成各分區社區醫院與基層診所（含衛生所）參與提供居家醫療照護服務。

（三）應用 105 年醫院及西醫基層總額非協商因素預算調整支付標準案。

決議：請台灣醫院協會邀集各層級醫院及護理全聯會討論後，提具體調整建議方案，供本署研議，並於 105 年 1 月 28 日召開臨時會討論。

五、臨時動議：

提案人：台灣醫院協會之社區醫院代表謝文輝。

案由：104 年 11 月 17 日於本會議討論事項，提案（一）之決議 2 之（2）基本診療章加成：A、甲案：維持現行醫學中心加成 7.1%，區域醫院加成 6.1%，地區醫院加成 5%。B、乙案：以 103 年各醫院申報之 DRG 案件費用重新試算：醫學中心加成 5.3%，區域醫院加成 3.3%，地區醫院加成 0%，兩案併陳報衛福部裁定。茲就上述決議提請復議案。

決議：請提案人於 105 年 1 月 28 日本會議臨時會，將新事證及資料備妥，再重提復議案，並請與會代表依據內政部之會議規範第 78 條及第 79 條規定，決定復議案是否成立，若成立，將可於上開臨時會一併討論。

六、散會：下午 18 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	管 續 列 管
1	104-臨3 -1 討	104.10.1	建議健保署採用新增診療項目的成本分析方式，套用於現行支付標準表之各個項目，對支付標準進行檢討，並爭取預算予以調整，促進支付標準之公平性與合理性。	為了解本案之可行性，先試行 10 項診療項目。請台灣醫院協會於兩週內提供本署 10 項試行診療項目，由本署依據健保法第 79 條及第 80 條規定，函請所有申報該等診療項目之醫療院所，於兩週內提供成本分析相關資料。	健保署醫管組	本署評估本項作業影響衝擊，並提至本次會議討論，故解除列管。	V	
2	104-臨4 -1 討	104.11.17	105 年 1 月實施 1,660 項全民健康保險住院診斷關聯群 (Taiwan Diagnosis Related Groups, Tw-DRGs, 以下稱 Tw-DRGs) 案。(補充 105 年 Tw-DRGs 適用參數及支付通則補正)	1. 同意本案提報之 DRG 支付通則、分類表及暫緩實施項目計 53 項。本署將逐年滾動式檢討，並對於各界修訂意見，持續蒐集、檢討與修正。 2. 實施期程及基本診療加成方式，以下列 2 案併案陳報衛生福利部核定： (1) Tw-DRGs 實施期程： A. 甲案：105 年 1 月全面實施 1,660 項 Tw-DRGs。 B. 乙案：105 年 1 月持續辦理已導入第 1、2 階段 401 項 DRG；105 年 7 月全面實施再分類後 1,660 項 DRG。 (2) 基本診療章加成： A. 甲案：維持現行醫學中心加成 7.1%、區域醫院加成 6.1%、地區醫院加成 5%。 B. 乙案：以 103 年各醫院申報之 DRG 案件費用重新試算各層級基本診療章加成。	健保署醫管組	1. 基本診療章加成經報部核定採原加成方式即維持現行醫學中心加成 7.1%、區域醫院加成 6.1%、地區醫院加成 5%。 2. 實施日期待衛福部正式公告。	V	
3	105 臨1 -1 報	105.01.13	修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第六部論病例計酬」之 ICD-10-CM/PCS 編碼案。	洽悉。	健保署醫管組	將依程序辦理預告，並報部等相關行政作業。	V	

序號	編號	會議時間	案由	決議(結論)事項	辦理單位	辦理情形	列管
							建議 解除 列管
4	105 臨 1 -1 討	105.01.13	修訂「全民健康保險急診品質提升方案」及增列急診相關支付標準案	<p>同意新增支付標準「出院準備及追蹤管理獎勵費」、修訂未滿6個月兒童急診診察費加成由60%提升至100%，及修訂「全民健康保險急診品質提升方案」，其附帶決議說明如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有關新增支付標準「出院準備及追蹤管理獎勵費」後，住院病患出院後再急診及再住院率等監控指標，另案於醫院總額研商議事會議報告。 2. 有關未滿6個月兒童急診診察費加成提升至100%案，本署確認後於支付標準作文字修正。 3. 有關急診方案中，醫學中心評鑑基準「急診48小時置留率三年達零或小於同儕平均值」之目標列入獎勵金門檻指標乙節，其指標操作型定義請參考醫事司所訂之內容。 4. 急診方案修正公告後，請各分區業務組於分區共管會議再詳細說明相關申報及報備支援等行政作業配套事宜。 5. 部分代表對急診處置效率指標及獎勵費用等其他建議，本署作為日後研訂方案參考。 	健保署醫管組	將依程序辦理預告及報部等相關行政作業。	V
5	105 臨 1 -2 討	105.01.13	修訂「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」(草案)。	<p>同意修訂「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」，其附帶決議說明如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有關健保卡登錄就醫紀錄於24小時內上傳之作業，請補充修正山地離島等交通不便地區，無法及時上傳時之例外處理方式。 2. 居家醫療照護及長期照顧之結合，列為長期政策發展目標，初期先以發掘個案為主。 3. 監測指標刪除照護對象健康存摺下載率，及增列住院個案出院後14日內再住院率。特約醫事服務機構協助保險對象下載健康存摺的合宜作法，另案通盤研議後再行辦理。 4. 本計畫公告後，請各分區業務 	健保署醫管組	將依程序辦理報部等相關行政作業。	V

序號	編號	會議時間	案由	決議(結論)事項	辦理單位	辦理情形	列管	建議
							解除	繼續
				組於共管會議等會議，宣導相關行政作業事宜，並積極促成各分區社區醫院與基層診所(含衛生所)參與提供居家醫療照護服務。				
6	105 臨 1 -3 討	105.01.13	應用 105 年醫院及西醫基層總額非協商因素預算調整支付標準案。	請台灣醫院協會邀集各層級醫院及護理全聯會討論後，提具體調整建議方案，供本署研議，並於 105 年 1 月 28 日召開臨時會討論。	健保署醫管組	經台灣醫院協會邀集各層級醫院及護理全聯會討論後，已提供具體調整方案，本署已提至本次會議討論，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：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、依據 104 年度「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」第 3 次臨時會會議決議辦理。
- 二、前揭會議決議為了解以現行新增診療項目成本分析方式套用於現行支付標準各診療項目之適用性，以對支付標準進行檢討，將先試行現有 10 項診療項目，進行成本分析調查。
- 三、台灣醫院協會於 104 年 10 月 30 日來函提供心導管一側(18020B)等 10 項診療項目做為成本分析調查項目(如附件 1-1, P3)。本署考量儀器設備成本比例較高或使用量較高之診療項目，亦提具全套血液檢查 I(八項)(08011C)等 10 項診療項目做為此次成本分析調查項目(如附件 1-2, P4)
- 四、經分析 104 年 1 月至 11 月醫療機構申報資料，影響範圍說明如下：
 - (一)台灣醫院協會所提 10 項：5,898 家院所申報約 97.2 億點(醫學中心 20 家 21.8 億點，占 22.4%；區域醫院 82 家 29.2 億點，占 30%；地區醫院 370 家 40.3 億點，占 41.5%；基層診所 5,426 家 5.9 億點，占 6%)。
 - (二)本署所提 10 項：6,322 家院所申報約 230.3 億點(醫學中心 20 家 76.7 億點，占 33.3%；區域醫院 82 家 87.1 億點，占 37.8%；地區醫院 381 家 55.7 億點，占 24.2%；基層診所 5,839 家 10.9 億點，占 4.7%)。
 - (三)上述 20 項合計：8,135 家院所申報約 327.6 億點(醫學中心 20 家 98.4 億點，占 30%；區域醫院 82 家 116.3 億點，占 35.5%；地區醫院 383 家 96.0 億點，占 29.3%；基層診所

7,650 家 16.9 億點，占 5.2%)。

五、本署將函請上述 20 項診療項目申報之特約醫事機構提供「支付標準項目成本分析參數調查表」、「作業流程表」及「單項成本分析表」(如附件 1-3, P5~P11)，並提供各分區諮詢窗口。

六、基層診所眾多，為利後續調查資料之處理，基層診所部分將洽請中華民國醫師公會全國聯會協助蒐集綜整後，統一回復本署一份彙整後之成本分析資料作代表。

擬辦：本案如經確認同意，本署依上述說明辦理成本調查及分析事宜，並按分析結果辦理研議後續支付標準增修訂事宜。

檔 號：
保存年限：

台灣醫院協會 函

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

平信

106

台北市大安區信義路三段 140 號

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 104 年 10 月 30 日

發文字號：院協健字第 1041960 號

速別：普通

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：

主旨：關於 貴署擬調整支付標準之前置試行成本分析一診療項
目案，復請 查照。

說明：

- 一、依據 貴署 104 年 10 月 1 日召開之 104 年度「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」第 3 次臨時會會議決議辦理。
- 二、旨揭項目本會經諮詢各層級醫院意見，提出 10 項診療項目如下表，請鑑查。

支付標準	診療項目	支付標準	診療項目
18020B	心導管一側	62010C	臉部以外皮膚及皮下腫瘤摘除術-小 2 公分
19007B	超音波導引(為組織切片，抽吸、注射等)	64035C	腕、跗、掌、蹠骨骨折開放性復位術
23502C	眼底攝影	96007C	脊髓麻醉 Spinal anesthesia
28016C	上消化道泛內視鏡檢查	96011C	神經叢阻斷術 Nerve plexus block
57001B	侵襲性呼吸輔助器使用費一天	48011C	換藥-小
		48012C	換藥-中
		48013C	換藥-大

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會

理事長 楊漢源



本署自提之支付標準診療項目成本分析項目列表

序號	醫令代碼	診療項目
1	08011C	全套血液檢查 I (八項)
2	19001C	腹部超音波 (包括肝liver, 膽囊gall bladder, 胰pancreas, 脾spleen, 下腔靜脈inferior vena cava, 腹主動脈abdominal aorta, 腎kidney及其他腹部超音波abdominal others在內)
3	26072B	正子造影-全身
4	33072B	電腦斷層造影 — 有/無造影劑
5	33077B	經皮冠狀動脈擴張術 — 二條血管
6	33085B	磁共振造影—有造影劑
7	50023B	尿路結石體外震波碎石術 第一次
8	54019C	耳鼻喉局部治療-膿或痂皮之取出或抽吸
9	57001B	侵襲性呼吸輔助器使用費 一天
10	58001C	血液透析 (一次) -住院

表一、全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目代表項

成本分析參數調查表

醫療院所名稱：_____

醫事機構代號：_____

一、專科醫師

科別 (請填代碼， 詳填表說明)	人員別	平均年資	每人每年平均 薪資(元) A	每人平均全年 實際上班時數 B	工作負荷比例 C	每分鐘成本 D
	主治醫師					
	住院醫師					
	主治醫師					
	住院醫師					
	主治醫師					
	住院醫師					

(欄位如有不足，請自行增加)

二、其他專業人員

人員別	平均年資	每人每年平均 薪資(元)	每人平均全年 實際上班時數	工作負荷比例	每分鐘成本
護理人員					
醫事人員					
行政人員					
工友、技工					

三、房屋、設備

類別	全年上班時數	工作負荷比例
房屋		
設備		

四、其他

類別	該項實際成本(年)
年度醫療設備折舊費用(A)	
年度非醫療設備折舊費用(B)	
年度房屋折舊費用(C)	
年度維修費用(D)	
年度作業及行政管理費(E)	
年度總營業收入(F)	
年度總成本(G)	

類別	百分比(%)
X(作業及行政管理費百分比)=E/G	
Y(非醫療設備百分比)=B/A	
Z(維修費用百分比)=D/(A+B+C)	

填表說明：

一、專科醫師

1. 依專科別，再分主治醫師以上(含)、住院醫師等2類。
2. 專科別區分如下：

代碼	專科別	代碼	專科別	代碼	專科別	代碼	專科別
01	內科	09	泌尿科	17	婦產科	25	心臟科
02	外科	10	急診	18	眼科	26	血液病科
03	大腸直腸外科	11	整形外科	19	麻醉科	27	放射腫瘤
04	小兒外科	12	免疫	20	復健科	28	核醫
05	皮膚科	13	風濕病	21	腎臟科	29	病理科
06	耳鼻喉科	14	神經外科	22	精神科	30	神經科
07	兒科	15	胸腔暨重症加護	23	消化系內科	31	胸腔及心臟血管外科
08	放射線	16	骨科	24	內分泌	32	消化系外科

3. 每人每年平均薪資：包括本薪、各項津貼、獎金、加班費、(公)勞保費、健保費、退休金等醫院實際支出之成本。
4. 每人平均全年實際上班時數：指醫院醫師不扣除自行特休假或教學研究之實際上班時數。
5. 工作負荷比例：實際真正投入工作之時數(不含教學研究)/實際上班時數(不含教學研究)。
6. 每分鐘成本：每人每年平均薪資/(每人平均全年上班時數*工作負荷比例)/60分鐘
=A/(B*C)/60。

二、其他專業人員

1. 護理人員：有合格執業證照之護理從事人員。
2. 醫事人員包含醫事檢驗師(士)、醫事放射師(士)、營養師、職能治療師(生)、物理治療師/(生)、藥師(藥劑生)、聽力師、語言治療師、臨床(諮詢)心理師、呼吸治療師等。本項為醫事人員綜合薪資，不另細分類。
3. 每人每年平均薪資、每人平均全年實際上班時數、工作負荷比例，以及每分鐘成本之定義同專科醫師。

三、房屋、設備

1. 房屋、設備之工作負荷，分別填寫。
2. 工作負荷比例：實際真正投入之運轉時數/工作時數(不含教學研究)。

四、其他

1. Y：非醫療設備折舊以醫療設備折舊費用的Y%估算。
2. Z：維修費用以(房屋折舊+醫療設備折舊+非醫療設備折舊)的Z%估算。
3. X：作業及行政管理費，以直接成本的X%估算。

表二、全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目代表項
作業流程表

醫療院所名稱：_____

醫事機構代號：_____

診療項目名稱：_____

支付標準編號：

作業 流 程	一.前期	→	二.中期	→	三.後期:
	1		1		1
	2		2		2
	3		3		3
設備					
人力					

填表說明：

- 一、作業流程包括在服務前、服務中及服務後之內容，例如：手術項之期間係自進入開刀房起計算至離開開刀房止(不包括麻醉部分，麻醉另有單獨代表項)。
- 二、手術、檢查及處置項目，以單一案例進行分析，例如：手術以單一刀口案例進行分析，非以同時施行多項手術案例。
- 三、檢驗項目則以實際批次作業進行分析，惟成本分析表時，以實際成本分攤至每人每次。
- 四、院內如有 2 個以上專科同時執行代表項，請按實際主要執行科別之成本進行分析。
- 五、前期、中期、後期各階段之設備及人力使用之器材、人員請於後面以()註明時間，例如保溫箱(25 分鐘)、小兒外科主治醫師一名(20 分)。

表三、全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目代表項
單項成本分析表

醫療院所名稱：_____

醫事機構代號：_____

診療項目名稱：_____

支付標準編號：_____

院內主要執行專科別代碼：(請參考表一專科別對照表)

單位：元

直接成本	一、用人成本	人員別	人數	每人每分鐘成本	耗用時間(分)	成本小計		成本合計
		1. 主治醫師以上						
		2. 住院醫師						
		3. 護理人員						
		4. 醫事人員						
		5. 行政人員						
		6. 工友、技工						
	二、不計價材料或藥品成本	品名	單位	單位成本	消耗數量	成本小計		成本合計
		1.						
		2.						
		3.						
		4.						
		5.						
		6.						
	三、計價藥材成本	品名	單位	單位成本	消耗數量	不計算		
		1.						
		2.						
		3.						
		4.						
	四、醫療設備折舊費用	按時間計算	名稱	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間(分)	成本小計
1.								
2.								
3.								
4.								
其他		名稱	計算方式說明					成本小計
五、非醫療設備折舊費用=醫療設備折舊費用 ×Y% =								
六、房屋折舊	按時間計算	平方公尺或坪數	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間	成本小計	
	其他	平方公尺或坪數	計算方式說明					
七、維修費用=(醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用+房屋折舊費用) ×Z %								
直接成本合計								
八、作業及管理費用(直接成本 × X %)								
成本總計								

填表說明：

一、用人成本

(一)專科醫師

1. 依專科別，再分主治醫師以上(含)、住院醫師等 2 類。
2. 專科別區分如下：

代碼	專科別	代碼	專科別	代碼	專科別	代碼	專科別
01	內科	09	泌尿科	17	婦產科	25	心臟科
02	外科	10	急診	18	眼科	26	血液病科
03	大腸直腸外科	11	整形外科	19	麻醉科	27	放射腫瘤
04	小兒外科	12	免疫	20	復健科	28	核醫
05	皮膚科	13	風濕病	21	腎臟科	29	病理科
06	耳鼻喉科	14	神經外科	22	精神科	30	神經科
07	兒科	15	胸腔暨重症加護	23	消化系內科	31	胸腔及心臟血管外科
08	放射線	16	骨科	24	內分泌	32	消化系外科

3. 每分鐘成本：每人每年平均薪資/(每人平均全年上班時數*工作負荷比例)/60 分鐘
=A/(B*C)/60。
4. 每人每年平均薪資：包括本薪、各項津貼、獎金、加班費、(公)勞保費、健保費、退休金等醫院實際支出之成本。
5. 每人平均全年實際上班時數：指醫院醫師不扣除自行特休假或教學研究之實際上班時數。
6. 工作負荷比例：實際真正投入工作之時數(不含教學研究)/實際上班時數(不含教學研究)。

(二)其他專業人員

1. 護理人員：有合格執業證照之護理從事人員。
2. 醫事人員包含醫事檢驗師(士)、醫事放射師(士)、營養師、職能治療師(生)、物理治療師/(生)、藥師(藥劑生)、聽力師、語言治療師、臨床(諮詢)心理師、呼吸治療師等。本項為醫事人員綜合薪資，不另細分類。
3. 每人每年平均薪資、每人平均全年實際上班時數、工作負荷比例，以及每分鐘成本之定義同專科醫師。

(三)成本小計：人數x每人每分鐘成本x耗用時間。

(四)成本合計：各類人員成本之合計。

二、不計價材料或藥品成本

- (一)因單項診療、檢查(驗)所需且不得再另行申報之藥品及醫材成本，其中包括器械包布洗縫、消毒費用。
- (二)不含計價藥品及特材。
- (三)單位成本：以醫院進價成本列計。
- (四)耗用數量：為實際使用數量。
- (五)成本小計：單位成本x耗用數量。
- (六)合計成本：各類計價材料或藥品成本之合計。

三、醫療設備折舊費用

- (一)直接用於治療(手術)、檢查(驗)服務所使用之設備所耗用的成本。
- (二)取得成本：係指醫療設備於購買時，為達可使用之情況所支付之成本。
 1. 捐贈的設備成本請填報實際取得金額，並註明屬捐贈。
 2. 設備已超過使用年限之折舊費應以 0 計算。
 3. 醫院內相同功能之設備因規格不同導致價差大，醫院以主要使用設備為成本分析對象，無法區分主要使用設備時，以使用量加權方式處理。
 4. 設備金額在 2,000 萬以上者，除應詳細填寫設備之名稱，並加註機型及功能(例如 CT 64 切)。

(三)使用年限：按國稅局「固定資產耐用年數表」，設備折舊年限以7年攤提。

(四)每分鐘折舊金額：取得成本/使用年限/(全年上班時數*工作負荷比例)/60分鐘。

全年上班時數、工作負荷比例為表一(成本分析參數調查表)三.房屋、設備之數據。

(五)佔用時間：每人次設備使用時間(分鐘)。

(六)成本小計：各類設備費用成本之合計。

四、非醫療設備折舊=醫療設備費用 × Y %

Y%(非醫療設備百分比)：非醫療設備折舊以醫療設備折舊費用的Y%計算

五、房屋折舊費用

(一)平方公尺或坪數：直接用於治療(手術)、檢查(驗)服務所使用之空間所耗用的成本。

(二)取得成本：係指房屋及醫療設備於購買時，為達可使用之情況所支付之成本。捐贈的房屋成本請填報實際取得金額，並註明屬捐贈。

(三)使用年限：按國稅局「固定資產耐用年數表」，房屋折舊年限以50年攤提。

(四)每分鐘折舊金額：取得成本/使用年限/(全年上班時數*工作負荷比例)/60分鐘。

全年上班時數、工作負荷比例為表一(成本分析參數調查表)三.房屋、設備之數據。

(五)佔用時間：每人次房屋使用時間(分鐘)。

(六)成本小計：每分鐘折舊金額×佔用時間。

六、維修費用：(醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用+房屋折舊費用)×Z%

Z%(維修費用百分比)：維修費用以(房屋折舊+醫療設備折舊+非醫療設備折舊)的Z%估算。

七、作業管理費用=直接成本 × X %。

X%(作業及行政管理費百分比)：作業及行政管理費，以直接成本的X%估算。。

成本分析調查之問答集

104.12.17

序號	Q	A
1	總共需填列多少表格?每項都需填列嗎?要去哪裡取得表格電子檔?	1. 每家院所需填報「表一」共一張，每項診療項目填報「表二」及「表三」各一張 2. 請至本署全球資訊網(網址： http://www.nhi.gov.tw/ 醫事機構/醫療費用支付/全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準/醫療院所執行支付標準成本分析表格)
2	填報過程若有任何疑問，可請教誰?	1. 請優先以 email 提問，請將問題 e-mail 至 a711029@nhi.gov.tw，本署將盡快回復。 2. 亦可電洽 02-27065866 轉 2654 林先生或 2638 吳小姐或 3610 李小姐
3	本院是小診所，所列 20 項診療項目中僅有執行幾項，無法提供所有項目成本分析資料	貴院就實際有執行之診療項目填報成本分析資料即可
4	掛號、送病歷及清潔等非醫療人力成本等應如何列計?	1. 如屬特定醫療部門之 專用人員 ，請列計於表三診療項目之用人成本(行政人員及工友或技工)中；若屬 跨部門共用 人力、支援部門人力等，請列計於表一「作業及管理費用」中計算。 2. 表三「作業及管理費用」按表一計算出之「作業及管理費用」(Z)比例計算。
5	如何判斷某些耗材屬「不計價材料或藥品成本」或「計價藥材成本」?	診療過程所必須使用，得向健保另行申報給付之品項屬「計價藥材成本」，其餘消毒水、棉花、縫線等非屬健保申報品項可列計為「不計價材料或藥品成本」。
6	房屋折舊空間之坪數係以院內空間大小作計算?	僅計算 直接 用於治療(手術)、檢查(驗)服務所使用之空間所耗用的成本，並非整體院所空間。
7	本院醫療設備或房屋若屬捐贈或租用，如何計算成本?	1. 捐贈的設備或房屋，請填報實際取得金額即可(不需調查市價)，並註明屬捐贈。 2. 租用的設備或房屋，「每分鐘折舊成本」請填列「每分鐘租用成本」。每分鐘租用成本=每年租金/(全年上班時數*工作負荷比例)/60 分鐘。
8	本院醫療設備或房屋可否以使用人次計算折舊成本?	可以，若非以耗用時間計算折舊成本者，請另於其他欄位說明計算折舊成本方式即可。
9	本院追求優質醫療環境，設備未滿使用期限即換新，是否得以實際使用年限列計?	為求各院標準統一，請按國稅局「固定資產耐用年數表」，設備折舊年限以 7 年攤提，房屋折舊年限以 50 年攤提。

肆、討論事項

討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：應用 105 年醫院及西醫基層總額非協商因素預算調整支付標準案。

說明：資料後補。

決議：

討論事項

第二案

提案單位：台灣復健醫學會

案由：增修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準物理及職能治療「中度-複雜」及「複雜」診療項目(42017C、42018C、42019C、43027C、43028C、43031C)申報資格案，提請討論。

說明：

- 一、台灣復健醫學會 104 年 12 月 9 日來函說明，為維護基層院所復健醫療品質及避免申報作業疑義，建議修訂支付標準編號 42017C、42018C、42019C、43027C、43028C、43031C 申報備註。
- 二、按支付標準，基層院所執行物理及職能治療「中度-複雜」及「複雜」診療項目之申報規定如下
 - (一)「復健科專科醫師開設之基層院所或基層院所聘有專任之復健醫師者」得申報 42017C、42018C、42019C、43027C、43028C、43031C 等醫令項目。
 - (二)上述資格以外之其他符合復健開單資格醫師僅得申報 42009C、42012C、42015C、43006C、43009C、43032C 等醫令項目(診療項目相同，點數較低)。
 - (三)第(一)及(二)項醫令支付點數相差 75-140 點。
- 三、復健醫學會建議旨揭診療項目修訂如下
 - (一)現行條文：復健科專科醫師開設之基層院所或基層院所聘有專任之復健醫師者。
 - (二)該會建議修訂內容：(符合以下任一條件者始得申報)
 1. 復健科專科醫師開設之基層院所。
 2. 聘有專任復健專科醫師之基層院所且由復健專科醫師(含專兼任)所開立之處方
 - (三)修訂前後比較表(如附件 2-1, P17)，主要差異為：放寬「非復健科專科醫師開設且聘有專任復健科專科醫師之基層院所」中「兼任復健專科醫師」得申報 42017C、42018C、

43027C、43028C 等較高點數之醫令項目。

四、財務影響：按 103 年申報資料，修訂後預訂一年影響約 18,488 件復健基層案件，預估增加 1.42 百萬點醫療費用。

擬辦：本案如經討論同意，擬修訂支付標準（詳附件 2-2，P18~P21），並依程序陳報衛生福利部核定公布。

42017C、42018C、42019C、43027C、43028C、43031C 等
 特定復健治療診療項目之開立資格說明

資格			現行	復健醫學會 修正內容	
復健科專科醫師開設之基層院所	復健專科醫師	專任	V	V	
		兼任	V	V	
	非復健專科醫師	專任	V	V	
		兼任	V	V	
非復健科專科醫師 開設之基層院所	聘有專任復健科 專科醫師	復健專科醫師	專任	V	
		復健專科醫師	兼任	V	
	非復健專科醫師	專任			
		兼任			
	未聘有專任復健 科專科醫師	復健專科醫師	專任		
			兼任		
		非復健專科醫師	專任		
			兼任		

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 特定診療章

第四節 復健治療 Rehabilitation Therapy

第二項 物理治療 Physical Therapy (42001~42019)

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
42007A	中度治療					
	— 中度Moderate			v	v	320
42008B			v			280
42017C		v				265
42009C		v				190
42010A	— 複雜(指實施中度治療項目三項以上，且合計時間超過50			v	v	480
42011B	分鐘。)		v			420
42018C		v				400
42012C		v				290
	註：1. 中度治療之治療內容代碼					
	PTM 1. 肌肉電刺激 Muscle stimulation					
	PTM 2. 上肢水療 Hydrotherapy, U/E					
	PTM 3. 下肢水療 Hydrotherapy, L/E					
	PTM 4. 全身水療 Hydrotherapy, General					
	PTM 5. 被動性關節運動 Passive R. O. M.					
	PTM 6. 牽拉運動 Stretching Exs.					
	PTM 7. 運動治療 Therapeutic Exs.					
	PTM 8. 傾斜台訓練 Tilting table training					
	PTM 9. 肌力訓練 Strengthening Tx					
	PTM 10. 耐力訓練 Endurance training					
	PTM 11. 按摩 Massage					
	PTM 12. 鬆動術 Mobilization					
	PTM 13. 姿態訓練 Posture training (含步態訓練及姿勢訓練)					
	PTM 14. 其他經保險人核可者					
	2. 42017C、42018C限復健科專科醫師開設之基層院所或					
	基層院所聘有專任之復健醫師者 申報資格如下：					
	<u>(1)復健科專科醫師開設之基層院所。</u>					
	<u>(2)聘有專任復健專科醫師之基層院所且由復健專科</u>					
	<u>(含專兼任)醫師所開立之處方</u>					

42013A	複雜治療Complicated			V	V	600
42014B			V			525
42019C		V				500
42015C		V				360
<p>註：1. 限復健專科醫師開具處方後，交由相關治療專業人員親自實施始可申報。</p> <p>2. 複雜治療項目</p> <p>PTC 1. 促進技術 Facilitation techniques</p> <p>PTC 2. 平衡訓練 Balance training</p> <p>PTC 3. 義肢訓練 Prosthesis training</p> <p>PTC 4. 等速肌力訓練 Isokinetic training</p> <p>PTC 5. 心肺功能訓練 Cardiopulmonary training</p> <p>PTC 6. 行走訓練 Ambulation training</p> <p>PTC 7. 其他經保險人核可者</p> <p>3. 42019C 限復健科專科醫師開設之基層院所或基層院所聘有專任之復健醫師者申報資格如下：</p> <p><u>(1)復健科專科醫師開設之基層院所。</u></p> <p><u>(2)聘有專任復健專科醫師之基層院所且由復健專科(含專兼任)醫師所開立之處方</u></p>						

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
43004A	中度 Moderate：指治療項目 2~3 項，合計治療時間超過 30 分鐘至 50 分鐘以內之中度治療。			V	V	320
43005B			V			280
43027C		V				265
43006C		V				190
43007A	中度-複雜：1. 指治療項目三項(含)以上，合計治療時間三十分鐘以上之治療，且 2. 必須包含下列二項(含)以上之治療項目(兒童病患從出生至滿十二歲以前不予限制)：			V	V	480
43008B			V			420
43028C		V				400
43009C		V				290
43029A	複雜 Complicated：實施本項須符合於下列適應症及其項目規定：			V	V	600
43030B			V			525
43031C		1. 成人中樞神經系統疾患(含外傷造成)：	V			

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
43032C	<p>須符合下列診斷代碼：</p> <p>ICD-9-CM：036、044、049、191、192、320、324、333、334、336、340、342、353、430、435、806、851、854、952、953</p> <p>ICD-10-CM：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、S06.2-S06.9、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。 (2)治療項目三項(含)以上，合計治療時間三十分鐘以上。 (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> <p>2. 兒童中樞神經系統疾患(含外傷造成及罕見疾病)： (1)限從出生至滿十二歲以前。 (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)： 須符合下列診斷代碼：</p> <p>ICD-9-CM：815、816、885-887、927、929、943-946、955</p> <p>ICD-10-CM：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。 (2)治療項目三項(含)以上，合計治療時間三十分鐘以上。 (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> <p>註：1. 治療項目 OT 1. 姿態訓練 Posture training OT 2. 被動性關節運動 Passive R. O. M. OT 3. 坐站平衡訓練 Balance training OT 4. 移位訓練 Moving training OT 5. 日常生活訓練 ADL training OT 6. 肌力訓練 Muscle strength training OT 7. 運動知覺訓練 Motion - sensory training OT 8. 上肢(下肢)功能訓練U/E or L/E function training OT 9. 上肢(下肢)義肢功能訓練 Prosthesis function training U/E or L/E OT 10. 手(足)功能訓練(Hand or foot function training)</p>	V				360

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
	OT 11. 協調訓練 Coordination training OT 12. 知覺認知訓練 Cognitive training OT 13. 團體治療 Group therapy OT 14. 娛樂治療 Recreation therapy OT 15. 活動治療 Activity therapy OT 16. 減痙攣活動 Spasticity reduction motion OT 17. 其他經保險人核可者 2. 43029A、43030B、43031C、43032C限復健專科醫師開具處方後，交由相關治療專業人員親自實施始可申報。 3. 43027C、43028C、43031C限復健科專科醫師開設之基層院所或基層院所聘有專任之復健醫師者申報資格 <u>如下：</u> <u>(1)復健科專科醫師開設之基層院所。</u> <u>(2)聘有專任復健專科醫師之基層院所且由復健專科(含專兼任)醫師所開立之處方</u>					

討論事項

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關修訂「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（下稱呼吸器照護計畫），包括放寬重症肌無力病人核實給付項目，以及居家照護階段收案對象增列脊髓肌肉萎縮症（SMA）乙案，提請討論。

說明：

一、依國立成功大學醫學院附設醫院（下稱成大）103年9月1日成附醫醫事字第1030016150號函，及社團法人台灣脊髓肌肉萎縮症病友協會104年4月17日台灣脊友字第028號函辦理（如附件3-1，P26~P28）。

二、現行呼吸器照護計畫規定

（一）第二章整合性照護第一節住院照護階段通則三，略以除施行血液透析(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。

（二）居家照護階段收案規定，收案條件為呼吸器依賴患者及經醫師診斷為肌萎縮性脊髓側索硬化症(ALS)或先天性肌肉萎縮症(Congenital Muscular Dystrophy)，且領有重大傷病者。

三、重症肌無力病人放寬核實給付項目說明如下：

（一）成大醫院建議：重症肌無力病人常因肌肉無力程度加重，為移除致病的免疫球蛋白，需進行血漿交換術及輸血治療，故建議本署放寬該等病人之核實給付項目，納入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六節第二項透析治療全部項目、輸血費及相關衛材等給付項目（建議項目如附件3-2，P29~P31）。

（二）本署於103年10月20日函請臺灣胸腔暨重症加護醫學會就

該建議提供意見，該會於103年11月11日函覆同意院所建議，函覆內容摘述如下：亞急性呼吸照護及慢性呼吸照護病房之重症肌無力患者，經神經內科專科醫師會診後判定為重症肌無力症本身病情加重並建議可進行血漿交換術及輸血治療以改善肌肉無力病況之患者，確有其必要性及需求性，同意成大醫院建議(如附件 3-3，P32)。

(三) 費用估算：

截至104年9月重症肌無力患者領有重大傷病卡人數計4,559人，其中呼吸器照護計畫收案病人數計100人，104年1-9月申報建議新增核實項目醫令數計為180個，得核實申報點數估約20.09萬點(附件 3-4，P33)，推估全年約為26.79萬點(【20.09萬點/9】*12)。

四、增列脊髓肌肉萎縮症(SMA)為居家照護收案對象說明如下：

(一) 社團法人台灣脊髓肌肉萎縮症病友協會表示：脊髓肌肉萎縮症(SMA)與肌萎縮性脊髓側索硬化症(ALS)同為運動神經元退化之神經肌肉疾病及罕見疾病，在發病年齡及疾病退化程度上脊髓肌肉萎縮症(SMA)比肌萎縮性脊髓側索硬化症(ALS)更為提早及嚴重，個案常有呼吸衰竭與換氣不足，須長期依賴呼吸器支持，故社團法人台灣脊髓肌肉萎縮病友協會建議，應比照ALS納入居家照護收案對象。

(二) 據專家表示脊髓肌肉萎縮症(SMA)病人常會有肺部及胸部發育不全、呼吸道感染及肺炎等臨床病症，其病程均為進行性，且疾病早期不需要插管治療，常使用之呼吸器多為BI-PAP(陽壓型呼吸器)，為避免因無妥善居家照護而加重病情，反而耗用更多健保資源，建議脊髓肌肉萎縮症(SMA)納入照護計畫居家照護階段收案對象。

(三) 費用估算：

至104年9月底脊髓肌肉萎縮症(SMA)病人，重大傷病有效領證人數為351人，排除已加入呼吸器照護計畫39人，增列

SAM 病人為收案對象後，病患使用比率採 5%、10%及 20%推估，則全年費用影響分別為 0.05 億點、0.1 億點及 0.2 億點(如附件 3-5，P34)。

擬辦：修正後「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(如附件 3-6，P35~P44)，本案經討論後如獲同意，將依程序報請衛生福利部核定後公佈實施。

公文

檔 號：
保存年限：

國立成功大學醫學院附設醫院 書函

機關地址：70403臺南市勝利路138號
聯絡人：劉鳳蘭
聯絡電話：06-2353535轉4553
傳真電話：06-2365364
電子信箱：anita@mail.ncku.edu.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國103年9月1日

發文字號：成附醫醫事字第1030016150號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：建請同意「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」試辦計畫，新增排除輸血相關費用，請查照。

說明：

一、依規定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、緊急手術、施行安寧療護共同照護費及緩和醫療家庭諮詢費外，不得申報其他費用。

二、重症肌無力患者因肌肉無力程度加重，為移除致病的免疫球蛋白和發炎物質，需血漿交換術治療，且此類個案易貧血常需輸血治療。

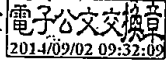
三、建議新增可另加計項目如下：

(一)原可加計透析治療只有部分項目，宜將第二部第二章第六節第二項透析治療全部納入，包括透析治療項目(58003C-58008C、58013C-58016C、58018C、58026C-58030C

(二)輸血費(93001C-94004C)及相關衛材("亞諾"抗感染安全

尖端導管TRIPLE-LUMEN健保碼CPC03A4703AR、"亞諾"抗
感染安全尖端導管LARGE BORE TRIPLE-LUMEN健保碼CPC
03A5123AR)。

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：本院醫療事務室



院長 楊 俊 佑

社團法人台灣脊髓肌肉萎縮症病友協會 函

會址：801 高雄市前金區中山二路 577 號 8 樓之 1

聯絡電話：(07)201-0675 傳真：(07)201-0676

電子信箱：taiwansma@gmail.com

聯絡人：潘盈蓁 小姐

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 104 年 4 月 17 日

速別：普通

發文字號：台灣脊友字第 028 號

附件：詳如說明

主旨：提請「脊髓肌肉萎縮症(Spinal muscular atrophy, SMA)」呼吸器依賴照護補助收案條件，准予比照「肌萎縮性脊髓側索硬化症(Amyotrophic lateral sclerosis, ALS)」補助收案條件，敬請同意惠復。

說明：

- 一、「脊髓肌肉萎縮症」與「肌萎縮性脊髓側索硬化症」，同屬運動神經元退化之神經肌肉疾病及國內公告之罕見疾病。在發病年齡及疾病退化程度上，「脊髓肌肉萎縮症」皆比「肌萎縮性脊髓側索硬化症」更為提早及嚴重。當「脊髓肌肉萎縮症」患者退化至需要呼吸器賴以維生時，乃肇因其全身呼吸肌萎縮且無力，^{了了有}致呼吸衰竭與換氣不足，隨時均有死亡之虞，故須長期依賴呼吸器支持。
- 二、依據貴局 100 年 1 月 27 日健保醫字第 1000072498 號公告揭示，經醫師診斷為肌萎縮性脊髓側索硬化症，或先天性肌肉萎縮症，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、綜合上述，請貴局查明，准予「脊髓肌肉萎縮症」病患呼吸器依賴照護補助收案條件，得以獲享與「肌萎縮性脊髓側索硬化症」病患同等之醫療照護及生活品質，免除「脊髓肌肉萎縮症」病患須住院連續使用呼吸器 21 天(含)以上才得以申請收案。
- 四、檢附「脊髓肌肉萎縮症」簡介、Journal of Child Neurology Volume 22 Number 8 August 2007 1027-1049 脊髓肌肉萎縮症標準照顧共識 期刊論文各一份供參。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：本會

理事長 鍾育志

中央健康保險署
署 10400565

醫院建議診斷為重症肌無力病人且為呼吸器依賴患者整合性照
護計畫增列定額支付點數得加計項目表

序號	醫令	名稱	備註
1	58003C	血液灌洗	
2	58004C	動靜脈分流管栓塞去除術－單純	
3	58005C	動靜脈分流管栓塞去除術－中度	
4	58006C	動靜脈分流管栓塞去除術－複雜	
5	58007C	連續性動靜脈血液過濾術	1. 生命現象不穩定，且必需為接受過透析治療者。 2. 嚴重心臟衰竭合併肺水腫之病患。 3. 開心手術數日內併發急性腎衰竭之患者。
6	58008C	血漿置換術	限下列病患實施： 1. SLE, CNS involvement 2. Myasthenia gravis crisis 3. Macroglobulinaemia 4. RPGN 5. Goodpasture's disease 6. Multiple myeloma 7. Guillain-Barre syndrome 8. Thrombocytopenic Purpura 9. Multiple Sclerosis and Neuromyelitis Optica 10. 其它經專案向健保署申請同意實施者
7	58013C	腹水移除透析	應以「頑固性腹水移除」為治療目的。
8	58014C	連續性全靜脈血液過濾術(每日)	1. 生命徵象不穩定，且必需為接受過透析治療者。 2. 嚴重心臟衰竭合併肺水腫之病患。 3. 開心手術數日內併發急性腎衰竭之患者。 4. 本項 102 年支付標準調整按衛生福利部 1031260015 號函公告，西醫基層自 103 年 1 月 1 日起實施。
9	58015C	血小板分離術	1. 適應症：(1)懷孕而併有血小板增多症之病人有發生胎盤梗塞之危險。(2)因血小板增多症而導致即將中風之病人。 2. 本案不須事前專案申請，但申報費用時應附事前審查申報書及病歷摘要。 3. 特材請依支付標準特殊材料規定申報。
10	58016C	二重過濾血漿置換療法	

序號	醫令	名稱	備註
11	58018C	連續性全靜脈血液過濾透析術(每三日)	1. 生命徵象不穩定，且必需為接受過透析治療者。 2. 嚴重心臟衰竭合併肺水腫之病患。 3. 開心手術數日內併發急性腎衰竭之患者。
12	58027C	血液透析(一次)-門診-急重症透析	
13	58030B	緩慢低效率每日血液透析過濾治療	1. 生命徵象不穩定，且必要為接受過透析治療者。 2. 嚴重心臟衰竭合併肺水腫之病患 3. 開心手術數日內併發急性腎衰竭之病患。
14	93001C	紅血球濃厚液：每單位	
15	93002C	洗滌紅血球：每單位	
16	93003C	冷凍去甘油紅血球：每單位	
17	93004C	血小板濃厚液：每單位	
18	93005C	白血球濃厚液：每單位	
19	93006C	白血球+血小板濃厚液：每單位	
20	93007C	分離術血小板(一次，相當於從3000 c. c. 血液分離出血小板濃厚液) — 向捐血中心、家屬或親友取血	
21	93008C	分離術白血球(一次，相當於從3000 c. c. 血液分離出白血球濃厚液) 向捐血中心、家屬或親友取血	
22	93009C	白血球+分離術血小板：一次，相當於從3000 c. c. 血液分離出白血球及血小板濃厚液向捐血中心、家屬或親友取血	
23	93010C	新鮮冷凍血漿：每單位	
24	93011C	冷凍血漿：每單位	
25	93012C	冷凍沈澱品：每單位	
26	93013C	全血：每單位(250cc)	
27	93015C	向非捐血中心取血，全血(每單位250cc)	
28	93016C	分離術血小板(一次，相當於從3000 c. c. 血液分離出血小板濃厚液) — 非向捐血中心、家屬或親友取血	

序號	醫令	名稱	備註
29	93017C	分離術白血球（一次，相當於從3000 c. c. 血液分離出白血球濃厚液）非向捐血中心、家屬或親友取血	
30	93018C	白血球＋分離術血小板：一次，相當於從3000 c. c. 血液分離出白血球及血小板濃厚液非向捐血中心、家屬或親友取血	
31	93019C	減除白血球之紅血球濃厚液：每單位	
32	93020C	血液管理費	
33	93021C	全血：每C.C.	
34	93022C	向非捐血中心取血，全血：每C.C.	
35	93023C	減除白血球分離術血小板	
36	94001C	一般輸血：一次	
37	94002B	換血	
38	94003B	自體貯血(手術前)	
39	94004C	治療性放血	
40	94005C	白血病、再生不良性貧血、骨髓移植病人、血液惡性腫瘤病人移植輸血	
41	CPC03A4703AR	經抗感染處理中央靜脈壓導管	中央靜脈壓導管經抗感染處理之品項適應症限：(89/03/01) 1. 加護病房之患者：(限於加護病房置放或經緊急置放後當日轉入加護病房或死亡者)(89/05/29)。 2. 使用免疫系統抑制劑之患者 (Immunosuppressed patient) 3. 使用 TPN 之患者(total parenteral nutrition)。
42	CPC03A5123AR	經抗感染處理中央靜脈壓導管	

製表日期：104年11月2日。

正本

台灣胸腔暨重症加護醫學會 (函)

立案字號：內政部立案證書台內社字第 8905002 號
會址：11217 台北市石牌路 2 段 201 號台北榮總轉
電話：02-28742264 聯絡人：張雅雯，傳真：02-28746018
Website：www.tspccm.org.tw，Email：tspccm.t6237@msa.hinet.net

受文者：衛生福利部中央健康保險署

逕別：

發文日期：民國 103 年 11 月 11 日

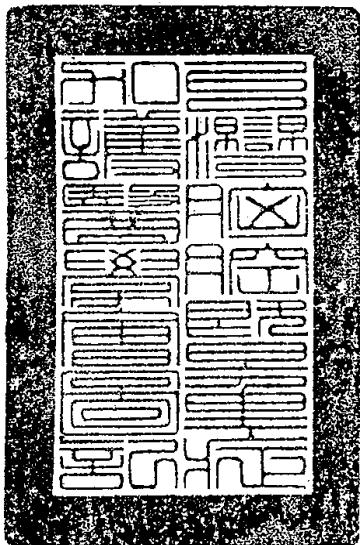
發文字號：台胸學會芹字第 1030602 號

附件：

主旨：覆 貴署健保醫字第 1030034178 號函。

說明：

- 一、亞急性呼吸照護及慢性呼吸照護病房之重肌無力症患者，當重肌無力症本身病情加重時常會導致呼吸肌肉無力及合併肺部塌陷和肺炎等多項呼吸照護問題，經神經內科專科醫師會診後，血漿交換術及輸血治療常為必要之治療項目用以改善病人病況。
- 二、本會提供專業意見如下：亞急性呼吸照護及慢性呼吸照護病房之重肌無力症患者，經神經內科專科醫師會診後判定為重肌無力症本身病情加重並建議可進行血漿交換術及輸血治療以改善肌肉無力病況，針對此類患者「血漿交換術及輸血治療」確有其必要性及需求性，建議於「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」試辦計畫之定額給付外，納入「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六節第二項透析治療全部項目、輸血費及相關衛材」為核實給付項目。



理事長 李毓芹

總收文 103 年 11 月 12 日 收到

健保醫 中央健康保險署
署 1030071264

104 年 1 月-9 月為重症肌無力病人申報
建議新增核實項目、申報人數、申報件數及核實申報點數

代碼	名稱	支付點數 A	申報人數 B	使用人數占率 C=(B/100)	申報次數 D	建議得核實申報點數 F=A*D
58008C	血漿置換術	2,475	10	10.0%	12	29,700
58014C	連續性全靜脈血液過濾術(每日)	2,080	2	2.0%	2	4,160
58016C	二重過濾血漿置換療法	2,475	12	12.0%	19	47,025
58030B	緩慢低效率每日血液透析過濾治療	5,764	1	1.0%	1	5,764
93001C	紅血球濃厚液	475	29	29.0%	48	22,800
93004C	血小板濃厚液	300	2	2.0%	3	900
93007C	分離術血小板	4,300	3	3.0%	11	47,300
93011C	冷凍血漿	200	3	3.0%	3	600
93012C	冷凍沈澱品	150	3	3.0%	4	600
93013C	全血	575	2	2.0%	3	1,725
93019C	減除白血球之紅血球濃厚液	925	2	2.0%	2	1,850
93020C	血液管理費	50	33	33.0%	59	2,950
93023C	減除白血球分離術血小板	7,300	2	2.0%	2	14,600
CPC03A4 703AR	經抗感染處理中央靜脈壓導管	1,905	10	10.0%	11	20,955
合計						200,929

註：

1. 資料來源：本署門、住診醫令及明細檔。
2. 重症肌無力且為「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」收案病人：主或次診斷碼 (ICD-9 為 358.0；ICD-10-CM：G70.00;G70.01)且符合呼吸器依賴病人定義並被計畫收案之個案計 100 人。
3. 各醫令申報人數加總不等於合計人數。
4. 建議得核實申報點數=醫令支付點數*醫令數。
5. 製表日期：104 年 11 月 23 日。

脊髓肌肉萎縮症納入居家階段收案之費用影響

開放階段	104 年 9 月脊髓肌肉萎縮症領有重大傷病卡人數 (A)	呼吸器依賴病患照護計畫已收案人數 (B)	現行脊髓肌肉萎縮症加入呼吸器依賴病患照護計畫重大傷病患者加入 IDS 比率 (C=B/A)	居家呼吸器日定額 (D)	推估脊髓肌肉萎縮症使用呼吸器人數比例 (E)	推估修訂後增加使用呼吸器人數 F=(A-B)*E	每年費用影響(億) G=D*365*F
脊髓肌肉萎縮症	351	39	11.1%	900	5%	16	0.05
					10%	31	0.10
					20%	62	0.20

說明：

- 1.資料來源：本署重大傷病檔、住診門診醫令明細檔。
- 2.製表日期：104 年 11 月 2 日。

「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

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，經醫師診斷為肌萎縮性脊髓側索硬化症(ALS, Amyotrophic Lateral Sclerosis。ICD-10-CM：G12.21)或先天性肌肉萎縮症(Congenital Muscular Dystrophy。ICD-10-CM：G71.2、G71.0);或脊髓肌肉萎縮症(Spinal muscular atrophy; ICD-10-CM：G12.9)，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。
- 四、經醫生診斷為 Myasthenia gravis (重症肌無力症；ICD-10-CM：G70.00;G70.01)且領有重大傷病證明者，經神經內科專科醫師認定，需進行血漿交換術或輸血治療之病人，除依通則三規定及申報血液灌洗(58003C-58006C)、連續性動靜脈血液過濾術(58007C)、血漿置換術(58008C)、腹水移除透析(58013C)、連續性全靜脈血液過濾術(每日)(58014C)、血小板分離術(58015C)、二重過濾血漿置換療法(58016C)、連續性全靜脈血液過濾透析術(每三日)(58018C)、緩慢低效率每日血液透析過濾治療(58030B)、輸血費(93001-93023)、輸血技術費(94001-94005)、抗感染安全尖端導管(CPC03A4703AR、CPC03A5123AR)

等項目外，不得申報其他費用。

- 五、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時，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。
- 六、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。
- 七、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。
- 八、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) 經醫師診斷為肌萎縮性脊髓側索硬化症(ALS, Amyotrophic Lateral Sclerosis。ICD-10-CM：G12.21)或先天性肌肉萎縮症(Congenital Muscular Dystrophy。ICD-10-CM：G71.2、G71.0)或脊髓肌肉萎縮症(Spinal muscular atrophy。ICD-10-CM：G12.9)，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。

附表 9.1

臨床上使用呼吸器的目的如下：

一、生理上的目的：

(一) 支持肺氣體交換

(二) 藉減輕呼吸肌肉負擔而降低呼吸功率

二、臨床上的目的

(一) 矯正低血氧症

(二) 矯正急性呼吸性酸血症

(三) 緩解呼吸窘迫

(四) 避免或矯正肺塌陷

(五) 矯正通氣肌肉疲乏

(六) 允許使用鎮定劑或肌肉鬆弛劑

基於以上的目的，使用呼吸器最主要的適應症就是急性呼吸衰竭，而急性呼吸衰竭的臨床表現可以是無法獲得足夠動脈氧氣濃度或維持足夠的肺泡換氣量或兩者皆有。因此，**使用呼吸器的臨床認定條件應為如下：**

一、呼吸停止。

二、急性通氣衰竭(PaCO₂ 上升，且大於 55mmHg，伴隨酸血症，pH<7.20)。

三、即將急性通氣衰竭：如每分鐘呼吸次數>35 次、自發性通氣量太小、呼吸驅動力不穩定、呼吸肌收縮力或耐力不足等。

四、嚴重低血氧症。

附表 9.2

全民健康保險呼吸照護---居家照護設置基準	
人員	設置標準
(一) 醫師	由胸腔專科醫師或重症專科醫師或內科專科醫師至少一名（專任或兼任），可提供每位病患至少每二個月一次，每次至少一小時之訪視。
(二) 呼吸治療人員	由呼吸治療人員（專任或兼任，唯月個案數逾30名時，應至少有一名專任），可提供每位病患每個月至少二次，每次至少一小時之訪視。
(三) 護理人員	至少一名專責訪視護理人員，可提供每位病患每個月至少二次，每次至少二小時之訪視。若每名專責訪視護理人員每月訪視超過四十五次後，則需增加一名。
(四) 個案管理人員	由醫師、呼吸治療人員、護理人員或社會工作人員擔任（專任或兼任）。
(五) 其他人員	需要時得設置物理治療人員、職能治療人員、臨床心理師及社會工作人員。
備註：	
<p>1、本項居家照護應由醫師指導之團隊提供服務。</p> <p>2、呼吸治療人員依呼吸治療師法規定辦理，並具有二年（含）以上臨床呼吸治療工作經驗者（不含六個月受訓期間）。</p> <p>3、專責訪視護理人員至少一名具備二年以上內外科臨床經驗。</p> <p>4、呼吸治療人員及個案管理人員之兼任，以同一院內人員為限。</p>	

附表 9.3

照護階段	病患分類	編號	支付點數	備註
加護病房 (照護日數 ≤21 日)	急性呼吸 衰竭期		論量計酬	<p>一、 患者符合以下狀況，得延長加護病房照護，每次以7日為原則：</p> <ol style="list-style-type: none"> 各器官系統呈現不穩定狀況： 血壓須升壓藥維持，心律不整狀態。 腎衰竭表現者，或接受血液透析情況不穩定者。 肝衰竭表現者。 大量胃腸出血者(指仍觀察是否須外科治療者)。 嚴重感染仍尚未控制穩定者。 外科術後，2週內須再為相同原因手術者，或手術後巨大開放性傷口仍未穩定。 氧氣狀況不穩定者： 氧氣濃度(FIO₂)≥40%且吐氣末端陽壓 PEEP ≥10cmH₂O 仍無法維持 aO₂(SpO₂)≥90%或 PaO₂ ≥60mmHg. <p>二、 各器官衰竭狀態已獲得控制時，應下轉亞急性呼吸照護病床積極脫離呼吸器。</p> <p>三、 不同醫院之加護病房轉介，依下列原則辦理：</p> <ol style="list-style-type: none"> 同層級間轉介，照護日數累計。 高層級轉低層級，照護日數累計。 低層級轉高層級，照護日數不累計。 以上「層級」係指「特約類別」。
亞急性呼吸 照護病 床(照護日 數≤42 日)	呼吸器長 期患者(積 極嘗試脫 離呼吸器 患者)	<p>醫學中心 P1005K P1006K 區域醫院 P1007A P1008A</p>	<p>論日計酬：</p> <p>第 1-21 天： 10,140 點/日/ 人</p> <p>第 22-42 天： 7,610 點/日/人</p> <p>第 1-21 天： 9,200 點/日/人</p> <p>第 22-42 天： 6,910 點/日/人</p>	<p>一、 患者符合以下狀況，得回轉加護病房照護，每次以7日為原則：</p> <ol style="list-style-type: none"> 各器官系統呈現不穩定狀況： 血壓須升壓藥維持，心律不整狀態。 腎衰竭表現者，或接受血液透析情況不穩定者。 肝衰竭表現者。 大量胃腸出血者(指仍觀察是否須外科治療者)。 嚴重感染仍尚未控制穩定者。 外科術後，2週內須再為相同原因手術者，或手術後巨大開放性傷口仍未穩定。 氧氣狀況不穩定者： 氧氣濃度(FIO₂)≥40%且吐氣末端陽壓 PEEP ≥10cmH₂O 仍無法維持 aO₂(SpO₂)≥90%或 PaO₂ ≥60mmHg. <p>二、 符合以上狀況回轉加護病房照護者，病情好轉，應依患者病情下轉適當之照護階</p>

照護階段	病患分類	編號	支付點數	備註
				<p>段，下轉亞急性呼吸照護病床者，累計回轉前亞急性呼吸照護病床之照護日數。</p> <p>三、病況若不適合積極嘗試脫離呼吸器者，不應轉入亞急性呼吸照護病床。</p> <p>四、專業認定未積極嘗試脫離且無其他醫學上特殊理由之亞急性呼吸照護病床病患，以下一階段慢性呼吸照護病房費用給付。</p> <p>五、本階段病患若有醫學上理由認定無須嘗試脫離呼吸器時，改以慢性呼吸照護病房費用支付。</p>
慢性呼吸照護病房	呼吸器依賴患者(經判斷不易脫離呼吸器者)	P1011C P1012C	<p>論日計酬：</p> <p>第 1-90 天： 4,349 點/日/人</p> <p>第 91 天以後： 3,589 點/日/人</p>	<p>一、患者符合以下狀況，得回轉加護病房照護，每次以7日為原則：</p> <ol style="list-style-type: none"> 各器官系統呈現不穩定狀況： 血壓須升壓藥維持，心律不整狀態。 腎衰竭表現者，或接受血液透析情況不穩定者。 肝衰竭表現者。 大量胃腸出血者(指仍觀察是否須外科治療者)。 嚴重感染仍尚未控制穩定者。 外科術後，2 週內須再為相同原因手術者，或手術後巨大開放性傷口仍未穩定。 氧氣狀況不穩定者： 氧氣濃度(FIO₂)≥40%且吐氣末端陽壓 PEEP≥10cmH₂O 仍無法維持 aO₂(SpO₂)≥90%或 PaO₂≥60mmHg. <p>二、符合以上狀況回轉加護病房照護者，病情好轉，應回慢性呼吸照護病房，並累計回轉前慢性呼吸照護病房之照護日數。</p> <p>三、本階段申報項目，需依病患入住慢性呼吸照護病房或一般病房(含經濟病床)之照護日數累計計算。</p> <p>四、「本階段審查原則：依據全民健康保險醫療費用審查注意事項審查原則辦理」。</p>

照護階段	病患分類	編號	支付點數	備註
居家照護	呼吸器依賴患者(經判斷不易脫離呼吸器者)	P1015C P1016C	論日計酬： 900 點/日/人 310 點/日/人	<p>一、患者符合以下狀況得轉居家照護：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 病人與呼吸器配合良好，且呼吸器設定如下： <ol style="list-style-type: none"> a. 使用穩定的換氣方式。 b. 氧氣濃度$\leq 40\%$。 c. 呼吸道最高壓力變化不超過10cm H2O。 d. 吐氣末端陽壓(PEEP)≤ 5 cm H2O。 e. 不需調整吸氣靈敏度。 f. 每日有穩定的脫離時間(<18小時)或完全無法脫離。 2. 病人在使用呼吸器時，完全沒有呼吸困難的感覺。 3. 動脈血液氣體分析與酸鹼值均在合理的範圍 (PaO₂≥ 55mmHg, PaCO₂≤ 55mmHg, pH: 7.30 -7.50)。 4. 電解值在正常範圍內。 5. 心臟功能正常，且無威脅生命的心律不整出現。 6. 甲狀腺、肝、腎功能正常，中樞神經系統功能穩定。 7. 適當的營養狀態 (Albumin≥ 3 gm%)。 8. 無急性發炎狀態(體溫不超過38.5 C, 白血球不超過10000/mm³)。 <p>二、支付點數含下列各項費用：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 居家呼吸照護小組各類人員訪視費： <ul style="list-style-type: none"> 呼吸治療專業人員訪視次數每一個案每月至少二次。 護理師訪視次數每一個案每月至少二次。 醫師訪視次數每一個案每二個月至少一次。 2. 治療處置費。 3. 治療材料費：含居家呼吸照護治療處置時所需治療材料之使用或更換。 4. 設備供應費：含居家呼吸照護所需一切設備及附件之供應。 5. 設備維修費用。 <p>三、收案時，個案已自備呼吸器等設備，以 P1016C (支付點數含備註二-1、2、3、5) 申報。</p> <p>四、上項代採之檢體，委託代檢機構應以保險特約醫事服務機構或保險人指定之醫事檢驗機構為限。</p> <p>五、應確實記載訪視個案之訪視紀錄，訪視時間應記錄於訪視紀錄內，並請患者或其家</p>

照護階段	病患分類	編號	支付點數	備註
				<p>屬簽章，未記載訪視紀錄者，予以核扣訪視醫療費用，首次申報費用應檢附訪視記錄。</p> <p>六、申請本項給付者，不得再申請本保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第一章居家照護之支付。</p> <p>七、患者得依病情需要回轉加護病房或慢性呼吸照護病房，回轉加護病房者須符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準加護病床使用適應症，不符合適應症而回轉者，以 P1012C 支付。</p> <p>八、回轉加護病房照護者，病情好轉，應回第三階段或第四階段，回第三階段者，以 P1012C 支付。</p>

附表 9.4

項目名稱	編號	支付點數
醫學中心亞急性呼吸照護病房病床費/天	03012GA	1,560
醫學中心亞急性呼吸照護病房護理費/天	03049GA	2,340
區域醫院亞急性呼吸照護病房病床費/天	03013HA	1,160
區域醫院亞急性呼吸照護病房護理費/天	03050HA	1,740
慢性呼吸照護病房病床費/天	03003BA	395
慢性呼吸照護病房護理費/天	03028BA	441
呼吸治療人員訪視	05303CA	970
居家使用呼吸器/天	54007C1	590

註:本表所訂點數已含於定額內，申報費用時，應填報項目編號、名稱、數量及金額，醫令類別填 4，本表未列者，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準其他章節規定辦理。

附表 9.5

收案標準

一、居家個案須符合下列各項生理指標之審查規定：

- (一) PCO₂ exceeds 50 mm Hg or when hemoglobin saturation remains < 92% while awake.
- (二) FVC < 50% predicted or Pimax less than 60 cm H₂O: Upright and supine position examination , history and examination every three months.
- (三) PaCO₂ > 45mmHg, with morning headache, abdomen paradox, and orthopnea
- (四) Sleep oximetry demonstrates oxygen saturation less than or equal to 88% for at least five continuous minutes, done while breathing the member's usual FIO₂.

二、17 歲以下(含)患者得依下列規定審查：

- (一) daytime hypercapnia (PCO₂>50mmHg).
- (二) sleep hypoventilation (PCO₂ > 50 mm Hg) accompanied by oxyhemoglobin desaturation \leq 92% or a history of recurrent hospitalization for pneumonia or atelectasis.