



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

106 年第三次臨時會會議資料

106 年 9 月 1 日（星期五）下午 2 時
本署 18 樓大禮堂

106 年度第三次「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」臨時會會議議程

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、106 年新增修支付標準 18 項截至 106 年 6 月之執行情形報告案。.....	第 1 頁
二、增修全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第一章第六節調劑支付標準案。.....	第 11 頁

肆、討論事項

一、應用 106 年醫院總額醫療服務成本指數改變率預算 (29.67 億元) 調整支付標準案。.....	第 17 頁
--	--------

伍、臨時動議

陸、散會

貳、確認本會 106 年度第 2 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」

106 年第 2 次臨時會會議紀錄

時間：106 年 8 月 9 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：宋兆喻

李代表偉強	李偉強	詹代表永兆	詹永兆
黃代表雪玲	黃雪玲	吳代表國治	吳國治
林代表富滿	(請假)	李代表飛鵬	李飛鵬
潘代表延健	潘延健	許代表世明	許世明
璩代表大成	王雪月(代)	羅代表界山	羅界山
陳代表志忠	陳志忠	林代表綉珠	林綉珠
徐代表弘正	陳信水(代)	賴代表振榕	賴振榕
林代表淑霞	(請假)	楊代表政峯	朱世瑋(代)
羅代表永達	羅永達	王代表榮濱	王榮濱
謝代表文輝	謝文輝	郭代表素珍	(請假)
謝代表武吉	謝武吉	廖代表大富	杜俊元(代)
朱代表益宏	吳淑芬(代)	梁代表淑政	梁淑政
李代表紹誠	李紹誠	葉代表宗義	葉宗義
林代表恒立	林恒立	劉代表志棟	何語(代)
王代表宏育	王欽程(代)	王代表雅馨	王雅馨
黃代表振國	顏鴻順(代)	張代表清田	張清田
張代表金石	張金石	羅代表紀琮	羅紀琮
張代表孟源	張孟源	施代表壽全	施壽全
陳代表俊良	(請假)		

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
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	潘佩筠
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、林筱庭
中華民國藥師公會全國聯合會	洪鈺婷、秦語謙
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	王秀貞、洪毓婷、吳洵伶
台灣外科醫學會	李乃信
台灣乳房醫學會	曾令民、張振祥、黃其晟
台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會	葉國偉
台灣消化系內視鏡醫學會	陳建華
台灣胸腔及心臟血管外科學會	張效煌
本署臺北業務組	余子千、溫牡珍、張志銘、 王文君、謝儀靜
本署中區業務組	楊惠真
本署企劃組	吳志倩
本署醫審及藥材組	蔡佳倫
本署醫務管理組	龐一鳴、林寶鳳、谷祖棣、 張淑雅、王玲玲、林右鈞、 陳依婕、宋兆喻、廖敏欣、 涂奇君、林沁嫻、吳明純、 何承穎、林芝螢

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) 增訂中醫支付標準門診診察費診療項目「開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方」案。

決定：洽悉，修訂摘要如下，詳附件 1，P7-P8。

第四部中醫第一章門診診察費新增「看診時聘有護理人員在場服務者」(支付標準編號 A41、A43、A45、A47、A49、A51、A53)，及「看診時未聘有護理人員在場服務者」(支付標準編號 A42、A44、A46、A48、A50、A52、A54) 支付點數。

(二) 調升基層院所門診診察費第一階段合理量內開具慢性病連續處方診療項目(00140C、00150C、00139C、00149C、00182C、及 00183C) 支付點數 20 點案。

決定：洽悉，調升支付標準編號 00140C 等六項支付點數各 20 點，詳附件 2，P9-P13。

(三) 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號 14065C「流行性感 A 型病毒抗原」及 14066C「流行性感 B 型病毒抗原」刪除備註「除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報」案。

決定：洽悉，本項自 106 年 7 月 21 日起實施，詳附件 3，P14。

四、討論事項

(一) 106 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準增修「乳房部分切除手術併前哨淋巴結摘除手術」等 21 項診療項目案。

決議：

1. 同意新增診療項目 6 項：編號 63012B「乳房部分切除手術併前哨淋巴結摘除手術」、63013B「乳房部分切除手術

併標準腋下淋巴廓清術」、63014B「乳房全切除手術併前哨淋巴結摘除手術」、63015B「乳房部分切除手術」、63016B「乳房全切除手術」及 17022B「呼氣一氧化氮監測(FeNO)」，預算推估共計約 1.28 億點，詳附件 4，P15-P23。

2. 同意增修刪診療項目 10 項：修訂編號 33024B「逆行性膽道及胰管造影 E.R.C.P.」、56031B「經內視鏡括約肌切開術」、56032B「經內視鏡十二指腸括約肌氣球成形術」、63007B「改良式乳房根除手術-單側」、63008B「改良式乳房根除手術-雙側」、68040B「經導管主動脈瓣膜置換術」、68051B「心室輔助裝置植入」、70205B「標準腋下淋巴廓清術」，及刪除 29034C「前哨淋巴腺切片術」改增列 63017B「前哨淋巴結摘除手術」、刪除 56033B「經內視鏡消化道華達壺腹切開併截石術」，推估減少支出約 1.29 億點，詳附件 4，P15-P23。
3. 不同意增修 5 項：「鐳 223(Radium-223)治療」、「攝護腺癌粒子植入近端放射治療」同步修改支付標準編號「37010B 組織插種治療」、「重症病人血清骨化二醇(維他命 D)檢測」、「神經監測術」，考量尚無臨床實證關於病人之 QALY 及經濟效益研究等，不同意增修。

(二) 應用 106 年醫院總額醫療服務成本指數改變率預算 (6,000 百萬元) 調整支付標準案。

決議：

1. 本案係屬 106 年醫院總額部門之非協商因素預算，已按各季分配之預算進行總額點值結算，且考量醫療服務給付項目及支付標準屬法規命令，爰依衛生福利部核定之公告實施日期辦理，不予追溯。
2. 西醫基層總額本項非協商因素預算已用於調升基層院所門診診察費，爰本次支付標準調整項優先反映於醫院總額 (詳附件 5，P24-P61)，並請西醫基層部門於 107 年總

額協商時將同項於西醫基層部門執行所需之預算予以編列。

(三) 配合 106 年 60 億調整重症項目，全民健康保險住院診斷關聯群 (Tw-DRGs) 調整適用之相對權重統計結果及支付通則修訂案。

決議：

1. 本案通過，惟考量醫院因應作業時程，修訂後之 4.0 版 Tw-DRGs 支付通則及分類表應予一定緩衝時間。
2. 配合 60 億調整重症項目，修訂後 4.0 版 Tw-DRGs 未生效前，以現行 3.4 版 Tw-DRGs 同步調整適用之相對權重及各項參數陳報衛生福利部核定公布。

(四) 應用 106 年醫院總額醫療服務成本指數改變率預算 (2,967 百萬元) 調整支付標準案。

決議：與會代表之意見及台灣社區醫院協會所提臨時提案均予錄案，本署將重新擬具方案並擇期開會討論。

五、臨時動議：無。

六、散會：下午 17 時 30 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	建議 繼續 列管
1	105-2-6 報	105.06.23	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。	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，請於下次會議中進行後續調查情形說明，改為繼續列管。	健保署醫管組	後續將依 106/3/9 共擬會議決議，請醫學中心、區域及地區醫院三個層級協會，提供蒐集之醫院名單及其二十一項成本資料，並於 106 年度最後一次共同擬訂會議報告。		V
2	105-3(臨)-2 討	105.11.29	本保險特約院所執行支付標準未列項目之申報方式案。	同意本保險特約院所執行支付標準未列項目之申報方式自費用年 106 年 1 月起至 107 年 12 月止，由醫療院所選擇逐案或批次申報，並列入本會議追蹤事項列管兩年。	健保署醫管組	106 年 1 月至 6 月收載之資料，預計提報 106 年第三次(9 月)共同擬訂會議報告。		V
3	105-4(臨)-1 討	105.12.30	有關調整西醫基層第一段合理量內門診診察費案。	洽悉。 1. 同意調高第一段合理量內門診診察費 20 點。 2. 「假日開診率低於 25% 之地區」請醫師公會全聯會參考目前開診之科別分布，協助後續協調醫師週日開診事宜，並回復輔導結果。	健保署醫管組	1. 調高診察費 20 點已自 106 年 3 月 1 日生效。 2. 本署已於 106 年 3 月 30 日函請醫師全聯會持續瞭解各地區週日開診需要，及監控基層診所開診率之變化，預訂於本年度共同擬訂會議提案報告。 3. 醫師全聯會於 106 年 8 月 16 日函復該會開診需求評估方式及假日開診輔導結果，本署刻正請該會再補充相關報告資料中，俟資料齊全後，本署將列入本會議議程報告，本項繼續列管。		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：106年新增修支付標準18項截至106年6月之執行情形報告案。
說明：

一、依據衛生福利部105年12月19日衛部保字第1051260733號令、106年2月7日以衛部保字第1061260055號令、106年2月23日以衛部保字第1061260080號令及106年4月28日以衛部保字第1061260193號令，發布修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目計18項。

二、預算來源：

(一) 醫院部門：

1. 106年醫院總額之鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質專款支應，新增「角膜處理費」乙項（序號1），推估增加預算約6.36百萬點。

2. 106年醫院總額新增診療項目編列預算393百萬元，已公告新增修15項（序號2-16）診療項目，推估增加預算約263百萬點。

3. 106年醫院總額之非協商預算支應，修訂19018C「嬰幼兒腦部超音波」（序號17）列為兒童加成項目，推估增加預算約9.24百萬點。

(二) 西醫基層：106年西醫基層總額新增診療項目編列預算22百萬元，新增修乙項（序號18）診療項目。

三、上開18項新增修支付標準項目，自公告實施日起至106年6月30日止申報情形，說明如下：

(一) 醫院部門新增修支付標準：

1. 「角膜處理費」1項（表一序號1）：全年推估預算6.36百萬點，實際淨增加約3.34百萬點（附件1-1，P3）。

2. 增修診療項目計 15 項（表一序號 2 至 16）：

(1) 新增診療項目 10 項（表一序號 2 至 11）全年推估預算約 133.12 百萬點，實際申報為 24.72 百萬點，扣減被替代項目點數 3.28 百萬點，淨增加為 21.44 百萬點（[附件 1-1，P3-P5](#)）。

(2) 修訂診療項目計 5 項（表二序號 12 至 16）：

A. 30507B「24 小時食道酸鹼度測定」（表二序號 12）乙項包裹支付過程面特材，全年推估預算 0.67 百萬點，實際淨增加約 0.09 百萬點（[附件 1-2，P6](#)）。

B. 調升 47063B「主動脈氣球輔助器使用照護費（天）」等 2 項（表二序號 13、14）支付點數，全年推估預算 90.9 百萬點，實際淨增加約 7 百萬點（[附件 1-2，P6](#)）。

C. 修訂 56016B「腦神經及脊椎手術中特殊儀器使用費-超音波吸除機（CUSA）」等 2 項（表二序號 15、16）適應症，全年推估預算 38.17 百萬點，實際淨增加約 1.6 百萬點（[附件 1-2，P6](#)）。

3. 19018C「嬰幼兒腦部超音波」診療項目列為兒童加成（表三序號 17）：全年推估預算 9.24 百萬點，實際淨增加約 3.23 百萬點（[附件 1-3，P7](#)）。

(二) 西醫基層部門新增修支付標準，計 1 項：修訂 28031C「大腸或小腸纖維鏡切片（每一診次）」（表四序號 18）乙項包裹支付過程面特材，全年推估預算 21.95 百萬點，實際淨增加約 5.95 百萬點，未超出 106 年推估預算數（[附件 1-4，P9](#)）。

四、本案為例性報告，為落實資訊公開，故爾後新增修支付標準執行情形，本署將定期於每年 3 月及 9 月公開於本署全球資訊網。

擬辦：

表一、106 年新增醫療服務給付項目及支付標準申報情形-醫院

類別	實施日期	序號	診療編號	中文名稱	支付點數(含一般材料費) A	預估一年執行總次數 B	被替代項目及替代率						預算推估			申報情形		被替代項申報情形				實際淨增加點數(百萬點) O=K			
							被替代診療項目	中文名稱	支付點數(含手術處置項目加計材料費用) C1	申報成數 C2	支付點數合計(含手術處置項目加計材料費用) C=C1*C2	醫令申報量 D	替代率 E	預估替代醫令量 F=D*E	預估全國執行量 G=B	新增診療項目與現行診療項目支付點數點數差 H=A-C	預估年增點數(百萬點) I=G*H	106.01.01-106.06.30 申報量 J1	申報點數(百萬點) K=A*J1	105.01.01-105.06.30 申報量 L1	106.01.01-106.06.30 申報量 L2		被替代項減少醫令數 M=L1-L2	被替代項減少點數(百萬點) N=M*C	
新增	106.01.01	1	53034B	角膜處理費	15,897	400								400	15,897	6.36		210	3.34						3.34

類別	實施日期	序號	診療編號	中文名稱	支付點數(含一般材料費) A	預估一年執行總次數 B	被替代項目及替代率						預算推估			申報情形		被替代項申報情形				實際淨增加點數(百萬點) O=①K ②K-N			
							被替代診療項目	中文名稱	支付點數(含手術處置項目加計材料費用) C1	申報成數 C2	支付點數合計(含手術處置項目加計材料費用) C=C1*C2	醫令申報量 D ①103年 ②104年 ③105年	替代率 E	預估替代醫令量 F=D*E	預估全國執行量 G= ①B ②B*1.05 ③D*E*1.1(替代)	新增診療項目與現行診療項目支付點數點數差 H=A-C	預估年增點數(百萬點) I= ①G*A ②A*(G-F)+F*H ③A*(G-ΣF)+F*H ④A*(G-F)+B*H	106.03.01-106.06.30 申報量 J1	申報點數(百萬點) K=A*J1	105.03.01-105.06.30 申報量 L1	106.03.01-106.06.30 申報量 L2		被替代項減少醫令數 M=L1-L2	被替代項減少點數(百萬點) N=M*C	
新增	106.03.01	2	47102B	心室輔助器置放後，第二天起之每日照護費	3,486	3,000 (100人)	47056B		體外循環，第二天起之每日照護費	1,700		1,700	480 ① 20人	100%	480	3,150 ②	1,786	10.16 ②	156	0.54	120	3,589	-3,469	無減少	0.54 ①
		3	30523B	多管腔食道內阻抗及酸鹼度測定	13,848	1600 (兒童800人次，成人800人次)										1,600 ①		22.16 ①	41	0.57					0.57 ①
		4	13028B	困難梭狀桿菌抗原快速檢驗(GDH)	402	11,274										11,838 ②		4.76 ①	1761	0.71					0.71 ①
		5	13029B	困難梭狀桿菌毒素A、B快速檢驗(Toxin A/B)	402	3,946										4,143 ②		1.67 ①	1689	0.68					0.68 ①
		6	68040B	經導管主動脈瓣膜置換術	107,643	210 (按研究報告提供推估3年後執行人數210人。)										210 ①		22.61 ①	48	5.17					5.17 ①

類別	實施日期	序號	診療編號	中文名稱	支付點數(含一般材料費) A	預估一年執行總次數 B	被替代項目及替代率					預算推估				申報情形		被替代項申報情形				實際淨增加點數(百萬點)															
							被替代診療項目	中文名稱	支付點數(含手術處置項目加計材料費用) C1	申報成數 C2	支付點數合計(含手術處置項目加計材料費用) C=C1*C2	醫令申報量 D ①103年 ②104年 ③105年	替代率 E	預估替代醫令量 F=D*E	預估全國執行量 G= ①B ②B*1.05 ③D*E*1.1(替代)	新增診療項目與現行診療項目支付點數點數差 H=A-C	預估年增點數(百萬點) I= ①G*A ②A*(G-F)+F*H ③A*(G-ΣF)+F*H ④A*(G-F)+B*H	106.03.01 - 106.06.30 申報量 J_1	申報點數(百萬點) K=A*J_1	105.03.01 - 105.06.30 申報量 L1	106.03.01 - 106.06.30 申報量 L2	被替代項減少醫令數 M=L1-L2	被替代項減少點數(百萬點) N=M*C	O= ①K ②K-N													
新增		7	33116B	經導管心室中膈缺損修補	48,011	130	33129B	Amplatzer 心房中膈缺損關閉器治療中膈缺損	20,250		20,250	620	②	31%	192	211	③	27,761	7.50	④	34	1.63	165	133	32	0.65	0.98	②									
		8	68043B	A 型急性主動脈剝離術	95,961	701	①	69024B	胸(腹)部動靜脈管之切除移植及直接修補手術—升主動脈	44,420	1.0	53,130	174	②	100%	174	477	③	68,766	24.98	③	120	14.63	69	49	20	1.06	11.99	②								
	②						69036B	胸(腹)部動靜脈管之切除移植及直接修補手術—主動脈弓	54,020	1.0	91,177	92	②	100%	92		30,719										23			24	-1	無減少					
	②						69024B	胸(腹)部動靜脈管之切除移植及直接修補手術—升主動脈	44,420	0.5																											
	③						68015B	瓣膜成形術	54,474	1.0	91,720	129	②	100%	129		30,176													42	27	15	1.38				
	③						69024B	胸(腹)部動靜脈管之切除移植及直接修補手術—升主動脈	44,420	0.5																											
	④						68015B	瓣膜成形術	54,474	1.0	97,461	38	②	100%	38		24,435														11	9	2	0.19			
	④						69036B	胸(腹)部動靜脈管之切除移植及直接修補手術—主動脈弓	54,020	0.5																											
	④						69024B	胸(腹)部動靜脈管之切除移植及直接修補手術—升主動脈	44,420	0.0																											
								(含急診加成)					433																								
	9	08134B	連續血糖監測	4,842	4,050						4,050	①		19.61	①	160	0.77						0.77	①													
	10	12208B	生長刺激表達基因 2 蛋白(ST2)	800	123,017	12193B	B 型利納肽(Pro-BNP)	800		800	492,066	③	20%	98,414	123,017	①	-	19.68	②	無申報量		148,543	167,584	-19,041	無減少												

類別	實施日期	序號	診療編號	中文名稱	支付點數(含一般材料費)A	預估一年執行總次數 B	被替代項目及替代率						預算推估			申報情形		被替代項申報情形				實際淨增加點數(百萬點) O=K-N											
							被替代診療項目	中文名稱	支付點數(含手術處置項目加計材料費用) C1	申報成數 C2	支付點數合計(含手術處置項目加計材料費用) C=C1*C2	醫令申報量 D 105年	替代率 E	預估替代醫令量 F=D*E	預估全國執行量 G=B	新增診療項目與現行診療項目支付點數點數差 H=A-C	預估年增點數(百萬點) I=G*H	106.05.01 - 106.06.30 申報量 J	申報點數(百萬點) K=A*J	105.05.01 - 105.06.30 申報量 L1	106.05.01 - 106.06.30 申報量 L2		被替代項減少醫令數 M=L1-L2	被替代項減少點數(百萬點) N=M*C									
新增	106.05.01	11	09139C	醣化白蛋白(GA)	200	254,143	09006C	醣化血紅素	200		200	254,143	100%	254,143	254,143	①	-	0.00	100	0.02	938,046	1,038,182	-100,136	無減少	0.02								
序號 2~11 計 10 項新增項目 小計																									133.12								21.44

註 1:實際申報量少於被替代項目醫令減少量之項目,以實際申報量列計 M。

註 2:截至 106.08.04, 即期醫令資料時間為 106.01~106.06

註 3:西醫基層總額因配合新增「醣化白蛋白(GA)」等 1 項, 106 年上半年實際增加為 7,200 點。

表二、106 年增修醫療服務給付項目及支付標準申報情形-醫院

類別	實施日期	序號	診療編號	中文名稱	支付點數 (手術處置項目 加計材料費用) A	修訂後支付點數 (手術處置項目加 計材料費用) B	調整 點數 差值 C=B-A	醫令申報量 D 104 年	預估全國增加執行量 E=D*1.1	預估年增點數(百萬 點) F=C*E	申報情形	
											106.03.01- 106.06.30 申報量 G	申報後實際 淨增加之點數(百萬點) H=C*G
包裹支付過程 面特材	106.03.01	12	30507B	24 小時食道酸鹼度測定	1,320	3,848	2,528	242	267	0.67	34	0.09
類別	實施日期	序號	診療編號	中文名稱	支付點數 (手術處置項目 加計材料費用) A	修訂後支付點數 (手術處置項目加 計材料費用) B	調整 點數 差值 C=B-A	醫令申報量 D ①103 年 ②104 年	預估全國增加執行量 E=D*1.1	預估年增點數(百萬 點) F= ①C*E ②C*E*申報日數	申報情形	
											106.03.01- 106.06.30 申報量 G	申報後實際 淨增加之點數(百萬點) H=C*G
修訂-調高支 付點數	106.03.01	13	47063B	主動脈氣球輔助器使用 照護費(天)	150	1,906	1,756	8,981 ②	9,880	86.75 ②	3141	5.52
		14	69035B	「剝離性主動脈瘤斑氏 術」 修正為「主動脈根部術 (含主動脈瓣置換或保 留)」	59,161	102,880	43,719	86 ①	95	4.15 ①	34	1.49
序號 13~14 計 2 項修訂項目 小計										90.90		7.00

類別	實施日期	序號	診療編號	中文名稱	支付點數 (手術處置項目 加計材料費用) A	修訂後支付點 數(手術處置 項目加計材料 費用) B	調整 點數 差值 C=B-A	醫令申報量 D 104 年	預估全國增加執行量 E=D	預估年增點數(百萬 點) F=A*D	申報情形			
											105.03.01- 105.06.30 申報量 G	106.03.01- 106.06.30 申報量 H	調整後增加醫 令數量 I=H-G	申報後實際 淨增加之點數(百 萬點) J=A*I
修訂-適應症	106.03.01	15	56016B	腦神經及脊椎手術中 特殊儀器使用費-超 音波吸除機 (CUSA)	6,000	/	放寬適用支 付標準得比 照申報	6,109	6,109 (註 1)	36.65	748	1,015	267	1.60
		16	56037B	深部腦核電生理定位	19,125	/	放寬適用對 象	100	100	1.51 (本項不得同時申報 56018B、支付 4,000 點，故費用為 19,125 點-4,000 點=15,125 點*100 人點推估。)	83	83	0	0.00
序號 15~16 計 2 項修訂項目 小計										38.17			1.60	
序號 2~16 計 15 項修訂項目 總計										263			30	

註 1. 為 75002B 肝部分切除術、75003B 肝區域切除術—一區域、75004B 肝區域切除術—二區域、75005B 肝區域切除術—三區域、75015B 右肝葉切除術、75016B 左肝葉切除術、75017B 擴大右肝葉切除術、75018B 擴大左肝葉切
除術、75022B 活體捐肝摘取等九項合計申報量。

註 2: 截至 106.08.04，申報醫令時間為 106.01~106.06。

註 3. 106 年新增診療項目預算編列 3.93 億點，已公告實施 15 項(序號 2~16)，推估預算 2.63 億點，另 106 年 8 月 9 日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通過新增乳房部分切除手術併前哨淋巴結摘除手術等 6
項，推估預算 1.28 億點，共計約支出 3.91 億點。

表三、106 年 3-6 月修訂嬰兒腦部超音波 19018C 診療項目為兒童加成之申報情形

實施日期	序號	醫令代碼	中文名稱	支付點數 A	預估年增點數 (百萬點) B	醫院			調高兒童加成後之影響點數 D=(C1*60%+C2*30%+C3*20%)
						106.03~106.06 醫令量			
						<6 個月 C1	6-23 個月 C2	2-6 歲 C3	
106.03.01	17	19018C	嬰幼兒腦部超音波	719	9.24	5,132	3,290	74	3.23
總計					9.24				3.23
19018C 等 1 項 小 計					9.24				3.23

註：

1. 預算內含 10% 成長率
2. 西醫基層總額因配合調整「嬰幼兒腦部超音波」等 1 項列為「提升兒童加成項目」，推估預算增加約 5.2 萬點；106 年上半年實際增加為 1.66 萬點。

表四、106年增修醫療服務給付項目及支付標準申報情形-西醫基層

類別	實施日期	序號	診療編號	中文名稱	現行支付點數 (手術處置項目 加計材料費用) A	修訂後支付 點數(手術處 置項目加計 材料費用) B	調整 點數 差值 C=B-A	預算推估			申報情形	
								104年 基層醫令 申報量 D	預估全國 執行量 E=D*104成長 率(25.6%)	預估年增點數 (百萬點) F=C*E	106.03.01- 106.06.30 申報量 G	申報後實際 淨增加之點數 (百萬點) H=C*G
修訂-包裹支付 過程面特材	106.03.01	18	28031C	大腸或小腸纖維鏡切片(每一 診次)	369	1,019	650	21,403	33,765	21.95	9,149	5.95
序號18 計1項過程面特材 總計										21.95		5.95

報告事項

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：增修全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第一章第六節調劑支付標準案。

說明：

- 一、依本署 106 年 8 月 23 日醫院總額研商議事會議結論暨本署 106 年 2 月 13 日健保審字第 1050036851 號函、同年 4 月 5 日健保審字第 1060002430 號函（**附件 2-1，P13~P14**）辦理。
- 二、新增診療項目編號 05235B「特殊輸注液處方藥事服務費(天)」：
 - (一) 99 年因未收載市售 Premix KCL 製劑，醫院若因臨床需要需自行調劑，同意比照 TPN 製劑核價及申報藥事服務費。自 101 年起已收載 Premix KCL 市售製劑各含量品項，故於 106 年 5 月 1 日取消是類藥品之給付，惟部分醫院反映因臨床特殊需要，如限水病患、透析病患或新生兒及小兒血液腫瘤病人或其他專業認定之個案等，其所需 Premix KCL 特殊處方無市售品項，仍需由醫院於無菌環境自行調配精確劑量。
 - (二) 考量是類藥品具上述特性，惟非屬 TPN 處方，故建議新增「特殊輸注液處方藥事服務費(天)」，支付點數比照「放射性藥品處方之藥事服務費(天)」，論日支付 225 點，並加註如下：
 1. 非重新組合之 TPN 混合注射劑僅添加少量微量元素或維生素者得申報本項。
 2. 須於無菌環境中調配。
 3. 本項適應症如下：限水病患、透析病患、新生兒及小兒血液腫瘤科病患或其他經專業認定須自行調配特殊輸注液之個案，且無市售品項可供使用。

三、修正診療項目編號 05220A「全靜脈營養注射劑處方之藥事服務費 (TPN)」：

(一) 本署醫審及藥材組為檢討 TPN 品項藥價核價作業，擬修正 TPN 處方組合不須經由本署核算支付價格，並比照一般注射劑藥品以健保代碼申報處方用量，經諮詢臨床專業意見，建議 TPN 藥事服務費支付條件配合修訂如下：

1. 需為 TPN 處方，指含有胺基酸、碳水化合物、維生素及微量元素之重新混合注射劑，並於無菌環境中依無菌調配操作標準調配。

2. 屬三合一營養注射劑之處方組合品項不得申報本項。

(二) 依上述建議增列 05220A「全靜脈營養注射劑處方之藥事服務費」之備註文字。

四、財務影響：

(一) 105 年 Premix KCL 藥品，原比照 TPN 藥事服務費申報(論日支付 365 點)，全年申報件數 8.1 萬件，改採本案新增之「特殊輸注液處方藥事服務費」(論日支付 225 點)，推估支出減少 1,139 萬點，節省金額併入後續支付標準調整。

(二) 另 TPN 藥事服務費係修訂支付標準備註文字，不影響財務。

五、增修後支付標準如附件 2-2 (P15)，後續依程序陳報衛生福利部公告實施。

衛生福利部中央健康保險署 函

機關地址：台北市信義路3段140號
傳真：(02)27026324

受文者：

發文日期：中華民國106年2月13日

發文字號：健保審字第1050036851號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：「特約機構自行調劑之PREMIX KCL品項明細」乙份

主旨：有關貴院自行調劑 Premix KCL製劑，請依說明辦理，請查照。

說明：

- 一、依衛生福利部食品藥物管理署105年11月15日FDA藥字第1059027599號函對調劑之釋示，僅適用於「倘為病人特殊需求且經評估無可取代臨床治療所必需時，醫療院所所進行之調劑」。
- 二、查90年時因健保未收載市售Premix KCL製劑，若醫院因臨床需要須自行調劑，本保險同意可比照TPN製劑核價方式予以核價及申報藥事服務費，惟自101年起健保已開始收載Premix KCL市售製劑各含量品項，已能符合大部分之臨床使用需求，故不再受理院所自行調配Premix KCL製劑之核價建議案，以符合上述規定。
- 三、另前已同意比照TPN製劑申報之Premix KCL製劑處方，將自106年4月1日取消給付(如附件)，若有需保留之特殊需求處方，請貴院於受文後二週內回復說明，專案經認定無誤後方得保留。

衛生福利部中央健康保險署 函

機關地址：台北市信義路3段140號
傳真：(02)27026324

受文者：

發文日期：中華民國106年4月5日
發文字號：健保審字第1060002430號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

主旨：有關取消給付各醫院自行調劑之 Premix KCL製劑乙案，請查照。

說明：

- 一、依「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第22條第6項規定，僅有全靜脈營養輸液(TPN)之核價方式，自行調劑之Premix KCL製劑因非屬全靜脈營養輸液調劑，不符上述核價原則，故無法予以保留，將自106年5月1日取消給付。另為避免自行調劑造成較大之污染風險，建議儘量使用市售符合PIC/S GMP之Premix KCL製劑。
- 二、另有關特殊注射劑處方需於無菌環境中調製之藥事服務費，本署將通案研議後函知各特約醫事服務機構。

第二部 西醫

第一章 基本診療

第六節 調劑

編號	診療項目	特約藥局	基層院所		地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
			醫自 師調 親劑	藥員 事調 人劑				
05220A	全靜脈營養注射劑處方之藥事服務費 (TPN)(天) 註： <u>1.限設有經「中華民國靜脈暨腸道營養學會」認定合格之「營養醫療小組」之特約醫院申報。</u> <u>2.需為TPN處方，指含有胺基酸、碳水化合物、維生素及微量元素之重新混合注射劑，並於無菌環境中依無菌調配操作標準調配。</u> <u>3.屬三合一營養注射劑之處方組合品項不得申報本項。</u>					v	v	365
05235B	<u>特殊輸注液處方藥事服務費 (天)</u> 註： <u>1.非重新組合之TPN混合注射劑僅添加少量微量元素或維生素者得申報本項。</u> <u>2.須於無菌環境中調配。</u> <u>3.本項適應症如下：</u> <u>限水病患、透析病患、新生兒及小兒血液腫瘤科病患或其他經專業認定須自行調配特殊輸注液之個案，且無市售品項可供使用。</u>				v	v	v	225

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 106 年醫院總額醫療服務成本指數改變率預算（29.67 億元）調整支付標準案，提請討論。

說明：

- 一、依 106 年 8 月 9 日本會議 106 年第二次臨時會議決議辦理。
- 二、前次會議就 106 年度醫院醫療給付費用總額中，醫療服務成本指數改變率 89.674 億元，扣除 60 億元調整重症後，所餘 29.674 億元之預算執行方式進行討論。會議決議將參酌台灣社區醫院協會所提臨時提案及與會代表所提意見，考量地區醫院服務量能與維持基本人力、設備等成本，朝向保障偏遠地區民眾獲得適切的醫療服務，及擴大社區健康照護服務之量能。重新擬具調整方案及財務影響評估（**附件 1-1，P19**）如下：

（一）住院護理費偏鄉加成：

為減輕臨床護理人員負荷及提升護理照護品質，近年實施護病比與支付連動，為鼓勵護病比較佳之醫院，今（106）年 5 月起全日平均護病比加成級距更由 3 段增為 5 段，惟可能造成護理人員往都市集中，使偏鄉地區之醫院不易招募護理人力，擬調整偏鄉醫院加成由原 3.5% 調升為 15%，推估增加 1.55 億點。

（二）病房費點數調升：

為鼓勵地區醫院提升服務量能，落實在地醫療，地區醫院病房費支付點數調升 15%，推估增加 5.03 億點。

（三）門診診察費加成：

為持續發展以社區為基礎之健康照護體系，適時回饋地區醫院為配合分級醫療政策，提供更多初級照護服務，擬全面調升地區醫院門診診察費 15%，推估增加 14.15 億點。

(四) 急診診察費：

為提升偏鄉及都市型地區醫院之緊急醫療照護功能，並考量其營運成本，規劃地區醫院之急診診察費列為保障項目，保障每點一元，推估增加 1.35 億點。

三、綜上，各類調整方案合計增加點數約 22.08 億點，擬由 106 年醫院醫療給付費用總額/一般服務/醫療服務成本指數改變率中所餘 29.67 億元，及本會議於 106 年 8 月 9 日召開之 106 年第二次臨時會議，增修「前哨淋巴結摘除手術」等 6 項及修訂「逆行性膽道及胰管造影」等 4 項節省之 1.29 億點，共計 30.96 億支應。

四、另配合本案支付標準調整，為合理反映 DRG 支付點數，擬由本署逕行重新計算相關 DRG 權重，陳報衛生福利部核定發布。

擬辦：本案如經討論同意，擬修訂支付標準（**附件 1-2，P20~P26**），並依程序陳報衛生福利部核定後公告實施。

106 年醫院總額醫療服務成本指數改變率預算(29.67 億元)

各項調整財務影響評估

一、費用統計說明：以 105 年申報資料統計，排除代辦案件，並以件數成長率 5%進行推估。

二、住院護理費：調升偏鄉醫院加成率，由 3.5%調升為 15%。

(億點)	現行	調整後
偏鄉加成率	3.5%	15.0%
調整後點數	0.47	2.02
增加點數	-	1.55

三、病房費：調升地區醫院支付點數 15%。

件數 (萬件)	原點數 (億點)(A)	調整後點數(億點)		增加點數 (億點)(B-A)
		不考慮件數成長	件數成長5%(B)	
445.21	24.23	27.87	29.26	5.03

四、門診診察費：地區醫院加成率均再提升 15%。

件數 (萬件)	原點數 (億點)(A)	調整後點數(億點)		增加點數 (億點)(B-A)
		不考慮件數成長	件數成長5%(B)	
2,262.42	74.85	84.76	89.00	14.15

五、急診診察費：

分區	原點數 (億點)	校正後點數 (億點)	補到一點一元 之點值差額(B)	增加點數 (億點)(A*B)
台北	2.03	2.08	0.15131198	0.31
北區	2.27	2.33	0.09771251	0.23
中區	3.30	3.37	0.09526789	0.32
南區	1.26	1.29	0.13142348	0.17
高屏	3.04	3.12	0.07707832	0.24
東區	0.77	0.80	0.09218697	0.07
合計	12.67	12.98		1.35

六、合計：財務推估增加 22.08 億點，其中醫學中心 0.15 億點、區域醫院 0.50 億點、地區醫院 21.43 億點。

第二部 西醫

第一章 基本診療

第一節 門診診察費

通則：

十一、西醫醫院門診診察費加成方式：

- (一)四歲(含)以下兒童不限科別各項門診診察費得依表定點數加計20%。
- (二)醫學中心及區域醫院之婦產科、小兒科及新生兒科、外科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計17%，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計37%。
- (三)地區醫院加成方式：
 - 1.婦產科、小兒科及新生兒科、外科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計~~40~~25%，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計~~60~~45%。
 - 2.內科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計~~23~~8%，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計~~43~~28%。
 - 3.其餘科別之門診診察費項目，得依表定點數加計15%，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計35%。
- (四)加成科別及門診診察費項目定義說明：
 - 1.外科：包括就醫科別為外科、骨科、神經外科、泌尿科、整形外科、直腸外科、心血管外科、胸腔外科、消化外科、小兒外科及脊椎骨科等科。
 - 2.內科：包括就醫科別為內科、神經科、消化內科、心臟血管內科、胸腔內科、腎臟內科、風濕免疫科、血液腫瘤科、內分泌科、感染科及胸腔暨重症加護等科。
 - 3.門診診察費項目：包括編號00154A、00155A、00156A、00157A、00170A、00171A、00101B、00131B、00102B、00132B、00172B、00173B、00105B、00135B、00106B、00136B、00174B、00175B、00107B、00137B、00108B、00138B、00176B、00177B及01023C。
- (五)醫院申報門診診察費四歲以下兒童加成及科別加成支付點數之計算結果詳附表2.1.2。

第三節 病房費

通則：

九、本節註有「護理費加成」項目者，其加成之方式及申報規定：

(一)偏鄉醫院之加成：以下醫院依表定點數加成百分之十五~~三—五~~。

1.列於衛生福利部「偏鄉護理菁英計畫公費生管理要點」所定偏鄉地區範圍之醫院，排除僅屬於「衛生福利部公費醫師訓練後服務醫療機構及開業地區」之指定支援山地或離島地區之醫院。

2.符合「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」申請資格第一項、第二項之醫院。

3.符合條件之醫院名單可參閱保險人全球資訊網，網址：

www.nhi.gov.tw，資料路徑如下：首頁>資料下載>檔案下載>《其他》。

(二)符合全日平均護病比之加成：

1.各醫院之急性一般及經濟病床（皆含精神病床）「全日平均護病比」，符合下表所列各該層級「全日平均護病比」之範圍者，其加成率如下：

全日平均護病比範圍			加成率
醫學中心	區域醫院	地區醫院	
8.5-8.9	11.5-11.9	14.5-14.9	3%
8.0-8.4	11.0-11.4	14.0-14.4	6%
7.5-7.9	10.5-10.9	13.5-13.9	9%
7.0-7.4	10.0-10.4	13.0-13.4	12%
< 7.0	< 10.0	< 13.0	14%

註：(1)各醫院之「全日平均護病比」採四捨五入至小數位第一位計算。

(2)精神科教學醫院比照區域醫院層級加成，精神科醫院比照地區醫院層級加成。

2.醫院應依下列時程至健保資訊網服務系統(VPN)填報「品質報告」，未填報者，本項不予加成：

(1)於費用年月次次月二十日前，填報急性一般病房住院跌倒人數比率、急性一般病房感染人數比率、急性一般病房新發生之壓瘡人數比率等三項指標。

(2)於每季結束次次月二十日前，填報年資三個月以上護理人員離職率、

年資二年以上護理人員比率等二項指標。

(三)醫院應於費用年月次月二十日前，至健保資訊網服務系統(VPN)填報「結構性資料」，包含：急性一般及經濟病床（皆含精神病床）全日平均三班護理人員數、占床率、急性病床數、實際提供照護之護理人員數等資料；醫院並應保存每月「全日平均護病比」資料備查（參考格式請至保險人全球資訊網下載，網址：www.nhi.gov.tw，資料路徑如下：首頁>資料下載>檔案下載>《其他》）。

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
03001K 03002A 03004B 03026K 03027A 03029B	急性一般病床 (床/天) --病房費 --護理費 註：護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。			v	v	598 532 585 730 644 585
03005K 03006A 03008B 03030K 03031A 03033B	經濟病床 (床/天) --病房費 --護理費 註：1.指每一病室設四床(不含四床)以上之病床。 2.護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。			v	v	336 302 297 307 271 204
03009K 03023A 03024B 03034K 03035A 03036B	嬰兒病床 (床/天) --病房費 --護理費 註：1.指足月出生四個月內或早於三十五週出生之早產兒出生後矯正年齡五個月內之嬰兒(正常新生兒除外)因疾病而需特別觀察治療者，或因早產需要特別養育者，以入住時之年齡判定。 2.限無家屬照顧，二十四小時由醫護人員照顧者。 3.本項非兒童加成項目。 4.非註1之嬰兒住院者，以急性一般病床申報費用。			v	v	1187 1083 1125 2084 1900 1717
03055K 03056A 03057B 03058K 03059A 03060B	精神急性一般病床 (床/天) --病房費 --護理費 註：護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。			v	v	598 532 585 730 644 585
03061K 03062A 03063B	精神急性經濟病床 (床/天) --病房費 註：護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。			v	v	336 302 297

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
03064K	--護理費				v	307
03065A 03066B	註：1.指每一病室設四床(不含四床)以上之病床。 2.護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。		v	v		271 204
03067K 03068A 03069B 03070K 03071A 03072B	慢性病床(床/天) --病房費 --護理費				v v v v	336 302 297 302 266 201
03014A 03025B 03037A 03039B	精神科加護病床(床/天) --病房費 --護理費				v v v v	1305 1342 1958 1751
03016B 03077B 03040B	燒傷病房(床/天) --病房費 --護理費		≠ v		v v v	1246 <u>1433</u> 1246
03017A 03041A	燒傷加護病床(床/天) --病房費 --護理費 註：1. C.V.P.處理費、矽砂床、監視器等費用已包括在所訂點數內，不得另計。 2.呼吸器、電擊、氧氣及C.V.P.置入等另按實際使用申報。 3.適應症：二度燒傷，燒傷面積成人大於全身20%，兒童大於10%；或三度燒傷，燒傷面積成人大於全身10%，兒童大於5%。 4.申報費用時應檢附病歷摘要，並保存病人入出院時皮表處理之彩色照片，以備審核。				v v v	6495 9742
03018A 03019B 03042A 03043B	急診觀察床(床/天) --病房費 --護理費 註：1.急診留觀或待床病人，入住滿六小時始得申報。 2.留置超過一日(二十四小時)者，比照住院病房費申報方式，依算進不算出原則計算。 3.僅作注射點滴、輸血或休息者，不予支付。 4.山地離島地區病患因故無法後送而須於衛生所(室)留觀者，依03019B「病床費」、03043B「護理費」申報。				v v v v	167 160 167 139

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
03020B 03078B	隔離病床(床/天) 1. 普通隔離病床 --病房費		≠ <u>v</u>	v	v	960 <u>1104</u>
03044B	--護理費		v	v	v	960
03021B 03079B	2. 正壓隔離病床 --病房費		≠ <u>v</u>	v	v	1989 <u>2287</u>
03045B	--護理費		v	v	v	1989
	註：指對免疫缺乏之重症患者，具有保護免於受外界感染源侵犯之特殊設計之病床。					
03051B 03080B	3. 負壓隔離病床 --病房費		≠ <u>v</u>	v	v	1989 <u>2287</u>
03052B	--護理費		v	v	v	1989
	註：指對患有具傳染性疾病之病人，能夠不讓其病源體散布於社區或醫院內之特殊設計之病床。					
03053B 03081B	核醫病床 --病房費		≠ <u>v</u>	v	v	2236 <u>2751</u>
03054B	--護理費		v	v	v	1989
	註：限行政院原子能委員會安全檢查及游離幅射測量合格之核醫病床申報					
03022K	骨髓移植隔離病床(床/天) --病房費				v	5337
03046K	--護理費				v	8004
03010E	加護病床 ICU (床/天) --病房費				v	2852
03011F 03012G				v		2406
03047E	--護理費		v		v	<u>1999</u> 1738
03048F				v		4277
03049G			v			3609
	註：1.監視器、C.V.P.處理費等已包括在所訂點數內，不得另計。 2.呼吸器、電擊、氧氣、C.V.P.置入及顱內壓監視置入等另按實際使用申報。 3.使用加護病床患者以下列為限： 1)急性心肌梗塞患者，不穩定型心絞痛或狹心症患者。 2)急性心臟衰竭、急性腎臟衰竭、急性肝臟衰竭患者。 3)急性呼吸衰竭、呼吸窘迫、間歇性呼吸暫停或重度窒息需積極呼吸治療患者。					2607

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>4)手術後仍需輔助性治療或生命徵象不穩定者。</p> <p>5)危命性不整脈(含心搏暫停後)患者。</p> <p>6)休克患者。</p> <p>7)嚴重新陳代謝及電解質、水分不平衡患者或內分泌異常需加強監視患者。</p> <p>8)急性中毒性昏迷患者。</p> <p>9)肝硬化性肝昏迷患者。</p> <p>10)胸腔外科、心臟外科及神經外科術後患者需加強醫療者。</p> <p>11)腦中風、腦膜炎、腦炎等腦病變急性期，合併意識障礙或昏迷者。</p> <p>12)癲癇重積症患者。</p> <p>13)急性顱內壓增高危及生命者。</p> <p>14)急性腦幹病變者。</p> <p>15)敗血症或疑敗血症且生命徵象不穩定者。</p> <p>16)新生兒黃膽過高需換血者。</p> <p>17)出生體重低於1500公克之極度早產兒。</p> <p>18)其他危篤重症危及生命者。</p> <p>4.入住加護病房之患者如符合下列條件，應予轉出：</p> <p>1)血液動力學值穩定者(生命徵象、中心靜脈壓、肺動脈楔壓、心輸出量··)。</p> <p>2)脫離呼吸器。</p> <p>3)病情穩定已不需使用特殊生理監測器者。</p> <p>4)合併症已穩定控制者。</p> <p>5)已脫離急性期不需加護醫療照護者。</p> <p>6)家屬要求自動出院者。</p>					