



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 年第一次會議資料

105 年 3 月 15 日（星期二）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」第一次會議議程

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、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	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第四部中醫案.....	第 3 頁

肆、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	第 7 頁
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)	第 15 頁

伍、臨時動議

陸、散會

貳、確認本會 105 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」

105 年第 2 次臨時會會議紀錄

時間：105 年 1 月 28 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

干代表文男	干文男	陳代表彥廷	陳彥廷
王代表榮濱	林鳳珠（代）	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	（請假）	黃代表棟國	黃棟國
李代表飛鵬	（請假）	楊代表秀儀	（請假）
李代表紹誠	李紹誠	楊代表政峯	楊政峯
林代表淑霞	林淑霞	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	李妮真（代）
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	王秀貞（代）
張代表金石	溫哲暉（代）	謝代表武吉	謝武吉
張代表冠宇	張冠宇	顏代表良達	（請假）
張代表嘉訓	（請假）	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	周雯雯
衛生福利部全民健康保險會	張友珊、劉于鳳
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	吳春樺、洪郁涵

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	陳瑞瑛、吳心華、陳俞文
醫藥品查驗中心	朱素貞、黎伊帆、許淑美
台灣復健醫學會	王亭貴、王錦基、毛琪瑛
台灣胸腔暨重症加護醫學會	陳志強
本署臺北業務組	王文君、莫翠蘭、黃慈蓮
本署企劃組	董玉芸、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、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：

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。

決定：洽悉，其附帶決議如下：

1. 本署修正成本分析表之部分文字，並請各醫療院所於106年1月底前提供成本分析資料，以利本署後續統計分析。
2. 本署各分區業務組將辦理成本分析填表說明會，輔導各醫療院所相關填報事宜。

四、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。

決議：同意應用 105 年醫院及西醫基層總額非協商因素預算調整支付標準，修訂後支付標準詳附件 1，P5~P28，重點說明如下：

1. 醫院部分：

- (1) 醫院一般門診診察費「處方交付特約藥局調劑」及「未開處方或處方由本院所自行調劑」等6項醫令支付點數由228點調整為260點。另於支付通則增列「醫院門診診察費支付點數內含10%護理費」。
- (2) 「急性一般病床」、「經濟病床」、「精神急性一般病床」及「精神急性經濟病床」等12項護理費支付點數提升7%。
- (3) 復健治療章節，地區醫院「物理治療」、「職能治療」及「語言治療」共13項醫令支付點數調整為與醫學中心、區域醫院相同點數。
- (4) 其他調整，包含門診診察費、急診診察費、住院診察費、病房費、護理費、調劑費等項目（不含「一般慢性精神病床住院照護費」、「精神科日間住院治療費」），門診與住診調幅分別為9%及11.4%。
- (5) 上開合計調整點數為9,160百萬點。

2. 西醫基層部分：

- (1) 調整門診合理量第一階段（1-30人次）診察費調幅為3.6%，合計調整點數為1,222百萬點。
- (2) 請中華民國醫師公會全國聯合會再研提其他修訂建議案，並於下次共同擬訂會議討論。

(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、職能及語言治療「中度」、「中度-複雜」及「複雜」診療項目(42017C、42018C、42019C、43027C、43028C、43031C、44011C、44012C、44015C) 申報資格案。

決議：同意增修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準物理、職能及語言治療「中度」、「中度-複雜」及「複雜」診療項目申報資格，修訂後支付標準詳附件 1，P23~P28。

(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。

決議：同意修訂「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)，詳附件 2，P29~P41。

五、有關部分代表提及過年期間相關藥師合理量之核扣問題，請醫審及藥材組評估適當回應及權宜之措施。

六、散會：下午 17 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
1	105-1 -1 報	105.01.28	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。	洽悉，其附帶決議如下： 1. 本署修正成本分析表之部分文字，並請各醫療院所於106年1月底前提供成本分析資料，以利本署後續統計分析。 2. 本署各分區業務組將辦理成本分析填表說明會，輔導各醫療院所相關填報事宜。	健保署醫管組	擬訂於3月向分區舉辦成本分析填表說明會後，再行函文各醫療院所進行成本分析調查事宜。	V
2	105-1 -1 討	105.01.28	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。	同意應用105年醫院及西醫基層總額非協商因素預算調整支付標準，重點說明如下： 1. 醫院部分： (1) 醫院一般門診診察費「處方交付特約藥局調劑」及「未開處方或處方由本院所自行調劑」等6項醫令支付點數由228點調整為260點。另於支付通則增列「醫院門診診察費支付點數內含10%護理費」。 (2) 「急性一般病床」、「經濟病床」、「精神急性一般病床」及「精神急性經濟病床」等12項護理費支付點數提升7%。 (3) 復健治療章節，地區醫院「物理治療」、「職能治療」及「語言治療」共13項醫令支付點數調整為與醫學中心、區域醫院相同點數。 (4) 其他調整，包含門診診察費、急診診察費、住院診察費、病房費、護理費、調劑費等項目(不含「一般慢性精神病床住院照護費」、「精神科日間住院治療費」)，門診與住診調幅分別為9%及11.4%。 (5) 上開合計調整點數為9,160百萬點。 2. 西醫基層部分：	健保署醫管組	1. 已依程序於105年2月22日健保醫字第1050032698號函辦理預告作業，待預告截止後即報部核定公告。 2. 本署於105年2月25日健保醫字第1050032769號函請中華民國醫師公會全國聯合會研提其他修訂建議案，該公會已於105年3月2日全醫聯字第1050000283號函提供其他修訂建議案，本署已提至本次會議討論，故建議解除列管。	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
							列管	列管
				(1) 調整門診合理量第一階段(1-30 人次) 診察費調幅為 3.6%，合計調整點數為 1,222 百萬點。 (2) 請中華民國醫師公會全國聯合會再研提其他修訂建議案，並於下次共同擬訂會議討論。				
3	105-1-2 討	105.01.28	增修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準物理、職能及語言治療「中度」、「中度-複雜」及「複雜」診療項目(42017C、42018C、42019C、43027C、43028C、43031C、44011C、44012C、44015C) 申報資格案。	同意增修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準物理、職能及語言治療「中度」、「中度-複雜」及「複雜」診療項目申報資格。	健保署醫管組	已依程序於 105 年 2 月 22 日健保醫字第 1050032698 號函辦理預告作業，待預告截止後即報部核定公告。	V	
4	105-1-3 討	105.01.28	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。	同意修訂「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)	健保署醫管組	已依程序於 105 年 2 月 19 日健保醫字第 1050032705 號函辦理報部事宜。	V	

參、報告事項

報告事項

第一案

報告單位：牙醫師公會全國聯合會

案由：增修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫之診療項目「91017C 懷孕婦女牙結石清除-全口」案。

說明：

一、依 105 年 3 月 1 日「全民健康保險醫療服務給付費用牙醫門診總額研商議事會議」決議辦理。

二、同意修訂「91017C 懷孕婦女牙結石清除-全口」重點如下：(詳附件 1-1, P2)

(一)考量懷孕婦女妊娠期間荷爾蒙改變即有治療需求，不應限制其與前次治療間隔時間，應與特殊醫療服務適用對象及口乾症，均以 90 天可申報乙次，爰執行時間規範由懷孕期間限申報一次修訂為每 90 天限申報一次。

(二)另加註：申報本項後九十天內不得再申報 91003C~91004C「牙結石清除局部/全口」。

三、提報本共同擬訂會議報告並陳報衛生福利部公告實施。

決定：

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第三部 牙醫

第三章 牙科處置及手術 Dental Treatment & operation

第三節 牙周病學 Periodontics (91001~91014, 91088, 91104, 91114)

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
91017C	<p>懷孕婦女牙結石清除-全口</p> <p>註：1.適用懷孕婦女牙醫醫療服務並於當次病歷記載，懷孕期間限申報一次每九十天限申報一次。</p> <p>2.費用包括牙結石清除、牙菌斑偵測、去除維護教導及新生兒口腔照護及衛教指導。</p> <p>3.與其他牙結石清除需間隔二個月。</p> <p><u>3.申報本項後九十天內不得再申報91003C~91004C。</u></p> <p>4.不得同時申報91014C。</p>	v	v	v	v	800

報告事項

第二案

報告單位：中醫師公會全國聯合會

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案。

說明：

- 一、依據 105 年 2 月 25 日「中醫門診總額研商議事會議」105 年第 1 次會議結論辦理。
- 二、考量衛生福利部醫事司已將中醫教學訓練納入教學醫院評鑑，配合衛生福利部對中醫評鑑之制度改變，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：

(一)修訂項目

1. 通則二(一)經「中醫評鑑合格之中醫醫院或醫院附設中醫部門」。
2. 第一章門診診察費(一)「中醫評鑑合格之中醫醫院或醫院附設中醫部門」。
3. 第七章其他註 3「中醫特約醫事服務機構限依據行政院衛生署中醫藥委員會中醫評鑑合格之中醫特約醫事服務機構」。

(二)修訂內容：上開項目文字均修訂為「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」，條文如附件 2-1，P4~P5。

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：

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之中醫醫院或醫院附設中醫部門教學醫院評鑑合格(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。

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) 中醫醫院評鑑合格之中醫醫院或醫院附設中醫部門教學醫院評鑑合格(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

第七章 其他

編號	診療項目	支付點數
B71	脈診儀檢查費	500
B72	舌診儀檢查費	500
	註：1. 申報本項支付標準之中醫師及中醫特約醫事服務機構均應經中醫總額受託單位審查認定合格。 2. 前項經審查認定合格之中醫特約醫事服務機構及中醫師應每年提出申請計畫，經核可後始得申報。 3. 前項中醫特約醫事服務機構限依據行政院衛生署中醫藥委員會中醫醫院評鑑合格之中醫特約醫事服務機構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。 4. 申報使用輔助診斷，應依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載(應附有輔助診斷檢查圖像及判讀報告)。 5. B71、B72 每項每位病人每月限申報一次。	

肆、討論事項

討論事項

第一案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：應用 105 年西醫基層總額非協商因素預算調整支付標準案。

說明：

- 一、依「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 2 次臨時會會議決議辦理。
- 二、前揭會議決議，本案由中華民國醫師公會全國聯合會再研提其他修訂建議案，並於下次共同擬訂會議討論，依中華民國醫師公會全國聯合會 105 年 3 月 2 日全醫聯字第 1050000283 號函建議以 105 年非協商因素預算四億元，反映人口老化因素，調整「75 歲以上人口」診察費(如附件 1-1, P8)。
- 三、依前述提案 75 歲以上人口診察費加成 9%，計影響 390 百萬點，各項目現行點數、加成後支付點數彙整(如附件 1-2, P9~P14)。
- 四、本案為免因追溯之補付作業造成院所及健保行政作業繁複，擬於公告後實施，不追溯。

擬辦：本案如經確認同意，將依程序辦理後續公告事宜。

電子公文

檔 號：
保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

機關地址：10688台北市安和路一段29號9樓

承辦人：陳哲維

電話：(02)2752-7286#151

傳真：(02)2771-8392

電子信箱：wei0508@tma.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2日

發文字號：全醫聯字第1050000283號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：有關應用105年西醫基層總額非協商因素預算調整支付標準案，本會建議詳如說明段，請 查照。

說明：

- 一、依據 貴署105年1月28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105年第2次臨時會議結論辦理。
- 二、依據本會105年2月21日西醫基層醫療服務審查執行會105年第一次會議結論暨第十屆第14次理事會報告通過辦理。
- 三、本會建議西醫基層總額以105年非協商因素預算四億元，反映人口老化因素，調整「75歲以上人口」診察費。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：電子公文交換
2016/03/02 14:48:13

理事長 蘇 清 泉



第二部 西醫

第一章 基本診療

第一節 門診診察費

通則：

- 一、本節所定點數包括醫師診療、處方、護理人員服務、電子資料處理、污水及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、本節所稱醫院每日門診合理量依下列計算方式分別設定：

(一)醫學中心

$$\left[\frac{\text{前一年門診量} \times 0.85 \div 270 \times 2}{3} + \frac{\text{急、慢性病床數} \times 3.55}{6} + \frac{\text{專任醫師數} \times 10.71}{6} \right] \times 0.9$$

(二)區域醫院

$$\left[\frac{\text{前一年門診量} \times 0.85 \div 270 \times 2}{3} + \frac{\text{急、慢性病床數} \times 2.60}{6} + \frac{\text{專任醫師數} \times 15.24}{6} \right] \times 0.9$$

- 註 1. 前一年門診量以前二年七月至前一年六月之門診量扣除急診、洗腎、慢性病連續處方箋、居家照護、精神疾病社區復健、預防保健、安寧居家照護、門診論病例計酬、職業傷病、65 歲以上接種流行性感疫苗等醫療案件計算。
2. 急、慢性病床應符合全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之規定，並扣除洗腎及急診暫留床；專任醫師應符合醫師法之規定，並扣除牙醫師及中醫師。
3. 急、慢性病床數及專任醫師數以保險人特約醫事機構管理子系統(MA 檔)、特約醫事人員管理子系統(MB 檔)中每月第一日之登錄資料為計算基礎。
- 三、合併申報醫療費用之醫院，其醫院門診合理量應合併計算。
 - 四、經衛生局登記為醫院但未經評鑑且未同意辦理住診者或評鑑不合格者，門診診察費適用地區醫院類別申報。
 - 五、門診當日開立之檢查醫囑，另排定其他日期實施或轉檢者，檢查當日不得申報診察費，但檢查過程中因病情需要併實施其他診療處置，視為另次診療，申報診察費一次。
 - 六、預防保健服務視病情需要，由同一診治醫師併行其他一般診療，不得另外申報診察費。
 - 七、門診或急診當次轉住院，如仍由同科醫師診治，門診診察費或住院診察費應擇一申報。
 - 八、由同一醫師診療之同日兩次以上之門診相同病情案件，限申報門診診察費一次。
 - 九、全民健康保險醫療辦法第九條規定之同一療程疾病，各療程之診察費限申報一次。
 - 十、本節之各項診察項目中，註有「兒童加成項目」者，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計60%；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計30%；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計20%。其他未註有兒童加成之診察費項目，三歲(含)以下兒童之門診診察費得依表定點數加計20%。

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25%，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計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8%，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計28%。

(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。

十二、西醫基層院所門診診察費加成方式：

(一)兒童加成方式：

1. 三歲以下兒童：不限科別各項門診診察費依表定點數加計20%。
2. 四到六歲兒童：兒科專科醫師各項門診診察費得依表定點數加計20%。

(二)婦產科、外科、兒科及內科專科醫師申報第一段門診量內之門診診察費得按表定點數加成，其中婦產科及外科專科醫師加成9%、兒科專科醫師加成3%，內科專科醫師加成3.8%；若同時符合兒童加成者，依加成率合計後一併加成。

(三)加成專科別及門診診察費項目定義說明：

1. 外科：包括外科、整形外科、骨科、泌尿科、神經外科。
2. 第一段門診量內之門診診察費項目：包括編號00109C、00110C、00139C、00140C、00158C、00159C、00119C、00149C、00120C、00150C、00168C、00169C及01023C。

(四)基層院所申報門診診察費三歲以下不分科及四-六歲兒童專科醫師加成20%之點數計算詳附表2.1.3及婦、兒、外、內專科醫師別申報第一段合理量內門診診察費加成支付點數之計算詳附表2.1.4，婦、兒、外、內專科醫師別加成併兒童加成之計算詳附表2.1.5。

(五)基層院所申報診察費，除高危險早產兒特別門診診察費外，針對75歲以上患者，不限科別各項診察費依表訂點數加計9%，計算方式詳表2.1.3。

附表2.1.3

基層院所申報門診診察費三歲以下不分科及四-六歲兒童專科醫師加成20%及申報診察費75歲

以上患者加成9%支付點數之計算

代碼	名稱	支付點數 A	三歲以下不分 科別及四-六歲 兒童專科醫師 加成(20%)支付 點數=A*1.2	75歲以上 患者加成 (9%)支付 點數 =A*1.09
一般門診診察費－基層院所門診診察費				
1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分 (≤40)				
00109C	1-1) 處方交付特約藥局調劑(1-30 人次)	332	398	<u>362</u>
00223C	1-2) 處方交付特約藥局調劑(31-40 人次)	250	300	<u>273</u>
00139C	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	355	426	<u>387</u>
00110C	3-1) 未開處方或處方由本院所自行調劑 (1-30 人次)	332	398	<u>362</u>
00224C	3-2) 未開處方或處方由本院所自行調劑 (31-40 人次)	250	300	<u>273</u>
00140C	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	330	396	<u>360</u>
00158C	5) 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並交付特約藥局調劑	555	666	<u>605</u>
00159C	6) 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並由本院所自行調劑	530	636	<u>578</u>
2.每位醫師每日門診量超過四十人次，但在六十人次以下部分 (41-60)				
00111C	1) 處方交付特約藥局調劑	220	264	<u>240</u>
00141C	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	275	330	<u>300</u>
00112C	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑	220	264	<u>240</u>
00142C	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	250	300	<u>273</u>
00160C	5) 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並交付特約藥局調劑	475	570	<u>518</u>
00161C	6) 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並由本院所自行調劑	450	540	<u>491</u>
3.每位醫師每日門診量超過六十人次，但在八十人次以下部分 (61-80)				
00113C	1) 處方交付特約藥局調劑	160	192	<u>174</u>
00143C	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	215	258	<u>234</u>
00114C	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑	160	192	<u>174</u>
00144C	4) 開具慢性病連續處方由本院所自行調劑	190	228	<u>207</u>
00162C	5) 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並交付特約藥局調劑	415	498	<u>452</u>
00163C	6) 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並由本院所自行調劑	390	468	<u>425</u>

代碼	名稱	支付點數 A	三歲以下不分 科別及四-六歲 兒童專科醫師 加成(20%)支付 點數=A*1.2	75歲以上 患者加成 (9%)支付 點數 =A*1.09
	4.每位醫師每日門診量超過八十人次，但在一五〇人次以下部分(81-150)			
00115C	1) 處方交付特約藥局調劑	70	84	<u>76</u>
00145C	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	125	150	<u>136</u>
00116C	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑	70	84	<u>76</u>
00146C	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	100	120	<u>109</u>
00164C	5) 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並交付特約藥局調劑	325	390	<u>354</u>
00165C	6) 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並由本院所自行調劑	300	360	<u>327</u>
	5.每位醫師每日門診量超過一五〇人次部分(>150)			
00117C	1) 處方交付特約藥局調劑	50	60	<u>55</u>
00147C	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	105	126	<u>114</u>
00118C	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑	50	60	<u>55</u>
00148C	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	80	96	<u>87</u>
00166C	5) 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並交付特約藥局調劑	305	366	<u>332</u>
00167C	6) 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並由本院所自行調劑	280	336	<u>305</u>
	6.山地離島地區			
	(1)每位醫師每日門診量在五十八人次以下部分(≤50)			
00119C	1) 處方交付特約藥局調劑(≤50人次)	300	360	<u>327</u>
00149C	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(≤50)	355	426	<u>387</u>
00120C	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑(≤50)	300	360	<u>327</u>
00150C	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(≤50)	330	396	<u>360</u>
00168C	5) 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並交付特約藥局調劑(≤50)	555	666	<u>605</u>
00169C	6) 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並由本院所自行調劑(≤50)	530	636	<u>578</u>
	(2)每位醫師每日門診量超過五十八人次，但在七十人次以下部分(51-70)			
00205C	1) 處方交付特約藥局調劑(51-70)	220	264	<u>240</u>
00206C	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(51-70)	275	330	<u>300</u>
00207C	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑(51-70)	220	264	<u>240</u>
00208C	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(51-70)	250	300	<u>273</u>
00209C	5) 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並交付特約藥局調劑(51-70)	475	570	<u>518</u>

代碼	名稱	支付點數 A	三歲以下不分 科別及四-六歲 兒童專科醫師 加成(20%)支付 點數=A*1.2	75歲以上 患者加成 (9%)支付 點數 =A*1.09
00210C	6) 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並由本院所自行調劑(51-70)	450	540	491
	(3)每位醫師每日門診量超過七十人次，但在一五〇人次以下部分(71-150)			
00211C	1) 處方交付特約藥局調劑(71-150)	160	192	174
00212C	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(71-150)	215	258	234
00213C	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑(71-150)	160	192	174
00214C	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(71-150)	190	228	207
00215C	5) 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並交付特約藥局調劑(71-150)	415	498	452
00216C	6) 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並由本院所自行調劑(71-150)	390	468	425
	(4)每位醫師每日門診量超過一五〇人次部分(>150)			
00217C	1) 處方交付特約藥局調劑(>150)	90	108	98
00218C	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(>150)	145	174	158
00219C	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑(>150)	90	108	98
00220C	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(>150)	120	144	131
00221C	5) 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並交付特約藥局調劑(>150)	345	414	376
00222C	6) 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並由本院所自行調劑(>150)	320	384	349
	精神科門診診察費－基層診所 每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)			
01031C	1) 處方交付特約藥局調劑	318	382	347
00182C	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	369	443	402
01032C	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑	318	382	347
00183C	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	348	418	379
00184C	5) 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並交付特約藥局調劑	569	683	620
00185C	6) 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並由本院所自行調劑	548	658	597
	－每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45)			
00186C	1) 處方交付特約藥局調劑	164	197	179
00187C	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	218	262	238
00188C	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑	164	197	179
00189C	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	196	235	214

代碼	名稱	支付點數 A	三歲以下不分 科別及四-六歲 兒童專科醫師 加成(20%)支付 點數=A*1.2	75歲以上 患者加成 (9%)支付 點數 =A*1.09
00190C	5) 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並交付特約藥局調劑	436	523	475
00191C	6) 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並由本院所自行調劑	414	497	451
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	425	510	
	急診診察費			
01015C	急診診察費	521		568
	精神科急診診療費			
01021C	精神科急診診察費	550		600

註：反白區塊為105年共同擬訂會議第2次臨時會通過的點數，尚未公告實施。

討論事項

第二案

提案單位：本署醫務管理組

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。

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辦理。
- 二、查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。
- 三、為鼓勵本保險特約醫院費用申報全面採國際疾病分類第十版（以下稱ICD-10-CM/PCS）編碼外，並能建立編碼品質提升作業規範及流程，以提升編碼妥適性特訂定此方案（草案），本署於104年12月17日以健保醫字第1040034386號函請台灣醫院協會提供修正意見，該會回復摘錄內容如下（[附件2-1，P19~P23](#)）：

（一）支付方式

1. 強化病歷質量管理暨寫作品質，全年預算2,000萬。
2. 國際疾病分類ICD-10-CM/PCS編碼品質正確率，全年預算7,000萬。
3. 持續提升病歷質量管理及ICD-10-CM/PCS編碼品質，設教育訓練積分，全年預算1,000萬。

（二）按層級前一年度醫院總額醫療費用佔率分配預算，各層級國際疾病分類ICD-10-CM/PCS編碼品質正確率乙項之預算為（104年該層級醫院總額核定點數/104年醫院總額總核定點數）×本項獎勵金額。

（三）各醫院之層級，以104年12月底之特約類別做為認定標準。

(四) 本署意見：為全面推動ICD-10-CM/PCS，本署自99年至103年陸續委託專業團體辦理醫院、醫事人員、資訊業者、政府機關及醫事團體之教育訓練，並於103年及104年編列專款獎勵醫院辦理住診編碼實作，鑑於ICD-10-CM/PCS已於105年1月1日全面上線，病歷質量管理暨寫作品質，事涉編碼品質，且為醫院評鑑項目，建議列為獎勵醫院之必要項目，不核發獎勵金；教育訓練積分建議依各醫院需求自行辦理，不納入本案獎勵範圍。

四、本案經與台灣醫院協會溝通方案定義並參考本署相關單位意見後，依該會方案內容修訂如下(附件2-2，P24~P29)：

(一) 預算分配方式

本預算款項 1 億元，採層級預算分配方式，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+專款項目核定費用點數）占率分配總預算並採浮動點值結算，每點不高於一元。前述醫院層級之認定，以 104 年 12 月底特約類別做為認定標準。

(二) 支付方式

1. 獎勵強化病歷質量管理暨寫作品質

(1) 依據醫院評鑑病歷管理相關規範基準，成立病歷管理委員會及 ICD-10-CM/PCS 編碼品質工作小組，工作小組成員應包含臨床醫師及編碼人員，並填具申請書，於 105 年 4 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、作業規範及審查機制。

(3) 工作小組檢討會議、改善措施及實施成效，於 106 年 1 月

30 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

(1) 指標(含自動化審查及專業審查指標，共計 8 項)：

A. 住診醫療費用清單手術(處置)ICD-10-PCS 代碼對照醫令代碼編碼不符率。

B. 主診斷未明確率。

C. ICD-10-CM 未列側性之比率。

D. 損傷及中毒未編外因碼(V00-Y99)之比率。

E. 診斷及處置編碼不符率。

F. ICD-10-PCS 未列植入物之比率。

G. 專業審查編碼錯誤率。

H. 專業審查病歷書寫品質不佳率。

(2) 以各醫院獎勵指標值於該層級中所占百分比(四捨五入取至整位數)予以配分，並加總所有指標配分，滿分為 120 分。

(3) 獎勵點數：

層級	獎勵配分	獎勵權重	獎勵點數
醫學中心	總分為 \geq 該層級 75 百分位	2	各層級醫院獎勵點數=該層級符合獎勵資格之醫院 105 年 4-12 月申報住院件數 \times 每件獎勵點數 \times 獎勵權重 註： 1.申報住院件數=送核+補報案件。 2.每件獎勵點數=該層級醫院預算/該層級醫院獎勵加權總件數 3.獎勵加權總件數=(該層級各獎勵醫院之申報住院件數 \times 獎勵權重)之加總
	總分為該層級 51-74 百分位	1.5	
	總分為該層級 25-50 百分位	1	
區域醫院	總分 \geq 該層級 75 百分位	2	
	總分為該層級 51-74 百分位	1.5	
	總分為該層級 25-50 百分位	1	
地區醫院	總分 \geq 該層級 75 百分位	2	
	總分為該層級 51-74 百分位	1.5	
	總分為該層級 25-50 百分位	1	

(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。

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。

衛生福利部中央健康保險署 函

機關地址：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27026324
聯絡人及電話：王玲玲(02)27065866轉2693
電子信箱：A110622@nhi.gov.tw

受文者：

發文日期：中華民國104年12月17日
發文字號：健保醫字第1040034386號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

主旨：為辦理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，請於文到2週內提供修訂方案供參，請查照。

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辦理。
- 二、查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。

正本：台灣醫院協會

檔 號：

保存年限：

正 本

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：林佩菽

電話：(02)2808-3300 分機 52 傳真：(02)2808-3304

電子郵件信箱：peichiou@hatw.org.tw

限時掛號 10634 臺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 12 月 31 日

發文字號：院協健字第 1042403 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：如說明二

主旨：貴署函請提供「105 年全民健康保險國際疾病分類第十版 (ICD-10-CM/PCS) 編碼品質提升獎勵修訂方案」一案，復請查照。

說明：

- 一、復 貴署 104 年 12 月 17 日健保醫字第 1040034386 號函。
- 二、旨揭修訂方案(草案)，詳如附件。

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 **楊漢淙**

台灣醫院協會提供之意見

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

壹、依據：

依據衛生福利部 105 年全民健康保險其他預算及其分配結果，提升 ICD-10-CM/PCS 住院編碼品質項下決定事項辦理。

貳、目的：鼓勵醫院強化病歷質量管理暨寫作品質，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標準作業準備。

參、對象：計畫年度期間，須為全民健康保險保險人之特約醫院，費用申報應全面採 ICD-10-CM/PCS 編碼，並有辦理醫院總額住院業務範圍之全體特約醫院。

肆、經費來源：105 年度全民健康保險醫療給付費用總額－其他部門預算項下，「提升 ICD-10-CM/PCS 住院編碼品質」專款編列 1 億元。

伍、支付方式：

一、強化病歷質量管理暨寫作品質，全年預算 2,000 萬

提升國際疾病分類 ICD-10-CM/PCS 編碼正確率，首重關鍵因素在於病歷紀錄資料的正確性與完整性，由於病歷寫作未有統一而標準的格式要求全體醫護人員遵循，須透過結構性研討與委員會研議規範病歷格式的一致且內容設計，明列規則及標準作業規定或規範、管理辦法。依據醫院評鑑有關病歷管理相關規範基準，設立病歷管理委員會或相關品質提升小組，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，由符合資格之特約醫院於年度第一季及第三季季中月份 20 日前以自評表方式提報，未提送自評表者，不予核發本方案之各項獎勵金。

二、國際疾病分類 ICD-10-CM/PCS 編碼品質正確率，全年預算 7,000 萬

(1) 特約醫院於 105 年 1 月至 12 月止（費用年月）所有申報醫療費用之住院案件，並以下表原則支付：

錯誤率	支付金額
≤5%	醫療住院申報案件數乘以 20 元
5% < X ≤ 12%	醫療住院申報案件數乘以 10 元
> 12%	不予支付

(2) 提升 ICD-10-CM/PCS 編碼品質加成比率

鼓勵醫院提升國際疾病分類編碼品質，以加成方式就品質維護良好的醫院給予一定比例的加成值。

加成條件	加成比率
編碼錯誤率低於同一健保分局轄下醫院平均值	獎勵原方案支付金額加成 5%
編碼錯誤率低同儕醫院平均值	獎勵原方案支付金額加成 10%
編碼錯誤率低於全國醫院平均值	獎勵原方案支付金額加成 20%

(3) 獎勵金額分配

1. 按層級前一年度醫院總額醫療費用佔率分配預算，各層級國際疾病分類 ICD-10-CM/PCS 編碼品質正確率乙項之預算為（104 年該層級醫院總額核定點數 / 104 年醫院總額總核定點數）X 本項獎勵金額。
2. 各醫院之層級，以 104 年 12 月底之特約類別做為認定標準。
3. 各符合醫院本項獎勵金額 = 醫療住院申報案件數 X 支付金額 X 加成條件。
4. 加成條件採加總方式計算。（如：醫院品質結果符合低於同一分局醫院平均值及同儕醫院平均值，則 5% + 10%）

(4) 國際疾病分類 ICD-10-CM/PCS 編碼品質正確率查核項目

1. 申報案件醫令與處置上傳資料的錯誤暨缺漏項，運用健保署醫審定期回饋醫院之申報錯誤率為參考依據，
2. 醫令對處置正確率
3. 診斷未明確（unspecified）的比率

4. Procedure 未列側性、植入物、途徑的比率

三、持續提升病歷質量管理及 ICD-10-CM/PCS 編碼品質，設教育訓練積分，全年預算 1,000 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質量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，醫院同一天同一場以 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至少需獲得 20 個積分（小時）以上。
- (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) X 本項獎勵金額。

陸、核發作業：本方案年結算 2 次，由保險人分別於 7 月底及隔年 1 月底前，計算符合本預算分配之醫院名單及分配金額後，辦理撥付事宜。

柒、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議事會議中專案報告。

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. 2. 15

- 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：鼓勵本保險特約醫院建立 ICD-10-CM/PCS 編碼品質提升作業規範及流程，以提升編碼妥適性。
- 肆、對象：提供全民健康保險住診服務之本保險特約醫院。
- 伍、預算分配：本預算款項 1 億元，採層級預算分配方式，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+專款項目核定費用點數）占率分配總預算。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、計畫實施期間：105 年 4 月 1 日起至 12 月 31 日止。
- 柒、支付方式：
- 一、獎勵強化病歷質量管理暨寫作品質：
- (一)依據醫院評鑑病歷管理相關規範基準，成立病歷管理委員會及 ICD-10-CM/PCS 編碼品質工作小組，工作小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 4 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、作業規範及審查機制。
- (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 30 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
- (一)自動化審查指標：
1. 住診醫療費用清單手術(處置)ICD-10-PCS 代碼對照醫令代碼編碼不

符率。

2. 主診斷未明確率。
3. ICD-10-CM 未列側性之比率。
4. 損傷及中毒未編外因碼(V00-Y99)之比率。
5. 診斷及處置編碼不符率。

(二)專業審查指標：

1. ICD-10-PCS 未列植入物之比率。
2. 專業審查編碼錯誤率。
3. 專業審查病歷書寫品質不佳率。

(三)指標計算方式與配分

類別	獎勵指標	計算方式	獎勵標準	配分
自動化審查指標	1. 住診醫療費用清單手術(處置)ICD-10-PCS 代碼對照醫令代碼編碼不符率	1. 分子=該院住診醫療費用清單手術(處置)ICD-10-PCS 代碼對照醫令代碼編碼不符所有筆數。 2. 分母=該院住診醫療費用清單手術(處置)ICD-10- PCS 代碼筆數。	該醫院層級 0-25 百分位 26-50 百分位 51-75 百分位 76 百分位以上	15 10 5 0
	2. 診斷未明確率	1. 分子=該院住診案件中主診斷英文名稱中含 unspecified 之所有案件數。 2. 分母=該院住診所有案件數。	該醫院層級 0-25 百分位 26-50 百分位 51-75 百分位 76 百分位以上	15 10 5 0
	3. ICD-10-CM 未列側性之比率	1. 分子=該院住診案件中處置碼編列側性(英文名稱中含 Left 或 Right)而主診斷未編列側性(英文名稱中含 Left 或 Right)之所有案件數。 2. 分母=該院住診案件中處置碼編列側性(英文名稱中含 Left 或 Right)所有案件數。	該醫院層級 0-25 百分位 26-50 百分位 51-75 百分位 76 百分位以上	15 10 5 0
	4. 損傷及中毒未編外因碼(V00-Y99)之比率	1. 分子=該院住診案件中，診斷碼編列損傷及中毒編碼(S00-T88)未編列外因碼(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之所有案件數。 3. 排除條件： (1) T36~T65、T88.7 等藥物、藥品及生物製劑類目碼，因屬合併碼，不需另加外因碼。 (2) T17、T18、T67-T78 等非歸屬罹病之外在原因章節，為診斷代碼	該醫院層級 0-25 百分位 26-50 百分位 51-75 百分位 76 百分位以上	15 10 5 0

類別	獎勵指標	計算方式	獎勵標準	配分
		內含外在原因。 (3) T82-T85 等包括併發症的本質以及所造成併發症之處置類型，不需加編外因碼來說明。		
	5. 診斷及處置編碼不符率	1. 分子=該院住診案件中，處置碼第 1 碼為 0，而第 2 碼與診斷碼第 1 碼(身體系統)不符之所有案件數。 2. 分母=該院住診案件中，有編列處置碼之所有案件數。 3. 排除條件：處置碼第 2 碼為 W、X、Y	該醫院層級 0-25 百分位 26-50 百分位 51-75 百分位 76 百分位以上	15 10 5 0
專業 審查 指標	6. ICD-10-PCS 未列植入物之比率	1. 分子=該院經專業審查使用特材之住診案件中，第 6 碼編列 Z 之案件。 2. 分母=該院專業審查使用特材之住診所有件數。	該醫院層級 0-25 百分位 26-50 百分位 51-75 百分位 76 百分位以上	15 10 5 0
	7. 專業審查編碼錯誤率	1. 分子=該院經專業審查不予支付理由代碼為 0505G 及 90XXX(代碼錯誤)之所有件數。 2. 分母=該院專業審查所有件數。	該醫院層級 0-25 百分位 26-50 百分位 51-75 百分位 76 百分位以上	15 10 5 0
	8. 專業審查病歷書寫品質不佳率	1. 分子=該院經專業審查不予支付理由代碼為 01XXX(病歷紀錄)之所有件數。 2. 分母=該院專業審查所有件數。	該醫院層級 0-25 百分位 26-50 百分位 51-75 百分位 76 百分位以上	15 10 5 0

註：獎勵配分=以各醫院獎勵指標值於該層級中所占百分比(四捨五入取至整位數)予以配分，並加總所有指標配分，滿分為 120 分。

(四) 獎勵點數：

層級	獎勵配分	獎勵權重	獎勵點數
醫學中心	總分為 ≥ 該層級 75 百分位	2	各層級醫院獎勵點數=該層級符合獎勵資格之醫院 105 年 4-12 月申報住院件數×每件獎勵點數×獎勵權重 註： 1. 申報住院件數=送核+補報案件。 2. 每件獎勵點數=該層級醫院預算/該層級醫院獎勵加權總件數 3. 獎勵加權總件數=(該層級各獎勵醫院之申報住院件數×獎勵權重)之加總
	總分為該層級 51-74 百分位	1.5	
	總分為該層級 25-50 百分位	1	
區域醫院	總分 ≥ 該層級 75 百分位	2	
	總分為該層級 51-74 百分位	1.5	
	總分為該層級 25-50 百分位	1	
地區醫院	總分 ≥ 該層級 75 百分位	2	
	總分為該層級 51-74 百分位	1.5	
	總分為該層級 25-50 百分位	1	

(五) 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. ICD-10- CM/PCS 編碼品質工作小組之組成(請檢附相關文件)，包含臨床醫師及編碼人員及運作方式。
 2. 工作小組之作業規範、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)。
- 註：工作小組檢討會議、改善措施及實施成效按季備查。

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	評值日期