

「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」

113 年第 2 次會議紀錄

時間：113 年 3 月 21 日（星期二）下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：石署長崇良

紀錄：吳倍儀

彭代表家勛	彭家勛	陳代表俊良	陳俊良
黃代表雪玲	黃雪玲	吳代表國治	蘇育儀(代)
林代表富滿	林富滿	李代表飛鵬	李飛鵬
游代表進邦	游進邦	徐代表邦賢	徐邦賢
李代表佳珂	李佳珂	羅代表界山	曾士哲(代)
陳代表志忠	陳志忠	劉代表淑芬	劉淑芬
劉代表碧珠	劉碧珠	李代表懿軒	李懿軒
嚴代表玉華	嚴玉華	朱代表世瑋	歐育志(代)
羅代表永達	羅永達	李代表承光	李承光
謝代表景祥	謝景祥	林代表桂美	(請假)
朱代表文洋	朱文洋	吳代表茂昌	吳茂昌
朱代表益宏	朱益宏	陳代表淑華	陳淑華
李代表紹誠	李紹誠	李代表永振	李永振
林代表恒立	林恒立	何代表語	何語
王代表宏育	王宏育	陳代表杰	陳杰
黃代表振國	黃振國	陳代表莉茵	陳莉茵
賴代表俊良	賴俊良	陳代表振文	陳振文
洪代表德仁	(請假)	施代表壽全	施壽全
吳代表清源	吳清源		

列席單位及人員：

中華民國醫師公會全國聯合會	陳哲維、謝沁妤、黃佩宜
台灣醫院協會	吳昱嫻、吳心華、顏正婷
中華民國藥師公會全國聯合會	鄭宇焱、黃羽婕、陳暘
中華民國中醫師公會全國聯合會	王逸年
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	宋佳玲
中華民國牙醫師公會全國聯合會	潘佩筠
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
衛生福利部附屬醫療及社會福利機構 管理會	黃耀聰、黃仲緯
金門縣政府衛生局	蔡建鑫、蔡其衡
衛生福利部護理及健康照護司	曾淑芬、林杰穎
臺灣兒科醫學會	彭純芝
台灣神經學學會	劉濟弘、林雅如
社團法人台灣腦中風學會	連立明、蔡力凱
台灣胸腔及心臟血管外科學會	李秋陽
台灣感染症醫學會	王復德、黃建賢
社團法人台灣感染管制學會	張峰義
衛生福利部疾病管制署	周偉惠、沈文凡
衛生福利部醫事司	李巧玲、卓琍萍、尤鈺慈
國家衛生研究院	黃秀芬、吳佩芳
台灣病理學會	鄭永銘
中華民國癌症醫學會	陳偉武
台灣肺癌研究學會	楊志新
台灣泌尿科醫學會	黃昭淵
台灣婦產科醫學會	陳宜雍
台灣婦癌醫學會	王鵬惠
中華民國婦癌醫學會	呂建興
台灣乳房醫學會	黃其晟
中華民國大腸直腸外科醫學會	岳德政、陳建勳

中華民國血液病學會	柯博升、黃泰中
台灣外科醫學會	邱文寬、黃柏誠
台灣整形外科醫學會	邱文寬、黃柏誠
中華民國骨科醫學會	傅尹志
台灣消化系內視鏡醫學會	鍾承軒
台灣周產期醫學會	(請假)
台灣臨床病理暨檢驗醫學會	林倍親
台灣安寧緩和醫學學會	張曉婷、陳怡蓉
台灣安寧緩和護理學會	邱智鈴
台灣安寧照顧協會	蘇文浩
中華民國呼吸治療師公會全國聯合會	趙克耘、朱家成
台灣居家護理暨服務協會	曾勤媛
台灣在宅醫療學會	楊玲玲、黃子華
台灣居家醫療醫學會	方光宗
財團法人醫藥品查驗中心	張慧如、賴美祁、朱素貞、 黃昭仁、林鈺婷、高嘉慧、 何函軒、傅冠宜、郭立仁
衛生福利部社會保險司	白其怡
衛生福利部全民健康保險會	邱臻麗、李岳蓁、盛培珠
本署醫審及藥材組	賴秋伶
本署醫務管理組	陳依婕、呂姿曄、黃瓊萱、 黃怡娟、林沁玫、劉立麗、 王智廣、蔡金玲、許博淇、 施沂廷、謝欣穎、黃思瑄、 何懿庭、黃明珮、周筱妘、 蔡政伶、高翊庭、顏其敏、 吳倍儀、陳書涵、黃筠喬、 蔡孟妤、宋思嫻、林煜翔、 蘇明雪

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄，參閱不宣讀：略。

參、報告事項：

一、歷次會議決議事項辦理情形。

決定：

- (一)有關臺中榮民總醫院提供「急診病人留置急診室超過 24 小時比率」顯著下降之相關執行策略案(序號 2)，將正式函文請各分區業務組邀請轄區醫院及急診醫學會就急診壅塞情形共同討論具體改善方案並回報辦理進度，續併入急診品質提升方案研修會議討論，再提至本會議報告，本案繼續列管。
- (二)增修訂牙醫支付標準及 4 項牙醫專款計畫案(序號 6)，辦理事項第一至三項解除列管，第四項護理師全聯會代表建議「牙特計畫可擴大服務場域，將有需求之護理之家納入」繼續列管。
- (三)113 年度全民健康保險其他預算「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」專款運用方式(序號 19)，增列辦理情形：提至本次會議報告案第 4 案，於報告後解除追蹤。
- (四)其餘項目依議程所列。

二、修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（下稱支付標準）「離島地區住院案件」加成規範案（詳附件 1，P11-12）。

說明：修訂重點如下：

- (一)新增第一部總則十五：離島地區各保險醫事服務機構之住診案件，申報本標準第二部及第三部各診療項目，依各該編號項目所定點數加計 30% 支付。
- (二)修訂病房費通則九：有關「偏鄉醫院護理費加計百分之十五」之規定，離島地區醫院之加成規範，以本標準第一部總則第十五條為限。

決定：洽悉。

三、修訂全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs) 3.4 版支付通則暨 113 年 7-12 月適用之相對權重統計結果案（詳附件 2，P13-P44）。

說明：修訂重點如下：

- (一)113 年 7-12 月適用之相對權重統計結果案，標準給付額 (SPR)為 53,536 點。
- (二)配合「離島地區住院案件」醫療服務支付點數增訂 30%加計規範，修訂 Tw-DRGs 支付定額計算之山地離島地區醫院加成率，離島地區醫院加成率由原 2%調升為 20%。
- (三)為使 Tw-DRG 權重更即時反應支付標準增修，未來由本署每年按 3 月/9 月本會議通過支付標準增修項目進行權重參數校正後，依程序先辦理預告及報部作業，計算結果再提 6 月/12 月本會議報告。

決定：洽悉。

四、修訂「全民健康保險強化住院護理照護量能方案」案（詳附件 3，P45-P48）。

說明：修訂重點如下：

- (一)急性一般病床（含精神）護理人員夜班獎勵（27 億元）：調整每人每班獎勵單價為大夜班 900 元-1,000 元、小夜班 500 元-600 元，並回溯自 113 年 1 月 1 日起算。
- (二)其他護理獎勵（13 億元）：調整為依各醫院特殊病床使用人日數占率分配。
- (三)「急性一般病床（含精神）護理人員夜班獎勵」及「其他護理獎勵」預算不相互流用。

決定：

- (一)同意調升「急性一般病床護理人員夜班獎勵」單價，其中增加財務支出超出原分配之年度獎勵預算 27 億元部分（推估約 1.13 億元），本署將爭取其他的預算支應。
- (二)另「其他護理獎勵」13 億元分配方式，將續與各層級醫院

協會(含三層級醫院代表)、護理師全聯會討論共識方案，再提至本會議報告。

(三)有關代表建議成立「護理人力調節派遣中心」一節，依其工作項目及專業內容，實質派遣至有需求之醫療院所短期的護理人力，請護理師全聯會研議可行性。又考量個別醫療院所環境相異，建請照護司研議更具彈性運用之儲備護理人力策略(如彈性工時、執登報備支援程序簡化等)。

五、113 年度醫院醫療給付費用總額「提升醫院兒童急重症照護量能」項目運用方式案(詳附件 4，P49-P51)。

說明：修訂重點如下：

(一)未滿 19 歲案件申報加護病房之診察費、病房費及護理費，得依表定點數另加計 20%。

(二)02011K-02013B「加護病床住院診察費」：兒科專科醫師之最高加成上限為 140%

(三)調升 02017K-02019B「新生兒中重度住院診察費」支付點數 50%，由原 710-819 點調升為 1,065-1,229 點。

決定：考量各法規兒童年齡範圍定義不同，爰將申報條件「未滿 19 歲」修改為「兒科及新生兒科」，餘洽悉。

六、113 年「主動脈剝離手術病患照護跨院合作」及「腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作」專款計畫案(詳附件 5，P52-P65)。

說明：計畫重點如下：

(一)醫院總額新增「主動脈剝離手術病患照護跨院合作」及「腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作」專款，分別編列 81 百萬元及 127 百萬元。

(二)考量本署各分區業務組已陸續於轄內推動因地制宜之主動脈剝離手術及腦中風取栓術區域聯防機制，爰本計畫僅針對收案條件、支付方式及監測指標訂定統一規範，以利計畫之推動執行及預算管控。

決定：洽悉，另代表建議監測夜間具執行手術能力醫院之病人轉出率及獎勵夜間收治病人之醫院，供 114 年計畫修訂參考。

七、新增「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」案（詳附件 6，P66-P84）。

說明：計畫重點如下：

（一）以醫療院所為對象之獎勵規劃：

1. 參與資格：醫院評鑑感染管制章節合格。
2. 按達成過程面及結果面指標(共 8 項)積分獎勵，每一積分採浮動點值，以 5,000 點為上限，並依照醫院病床數給予權重加成。

（二）高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費：訂有參與資格、執行人員資格、照護對象及量表評估時機、適用藥品，每次評估費 1,000 點。

（三）預算來源為醫院總額專款 225 百萬元，優先支應「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費」後，餘款支應「以醫療院所為對象之獎勵規劃」，若超過專款預算，則以浮動點值計算。

決定：下列內容併修正後通過：

（一）考量醫院為每 4 年接受評鑑 1 次且感染管制章節未公布評鑑成績，又查醫院每二年應接受衛生局感染管制查核，故調整參與醫院資格為「符合醫院感染管制查核」。

（二）增列依醫療機構設置標準規定無須設置加護病房之醫院，「加護病房重點監測抗藥菌感染密度」指標得不計分，於「全院重點監測抗藥菌感染密度」指標最高積分由 15 分調升為 30 分。

（三）代表建議獎勵金給付人員應增列藥師，考量醫院投入感控之醫事人員不盡相同，爰修正文字由「相關人員」改為「相關醫事人員」。

八、西醫基層總額修訂開放表別項目支付標準案（詳附件 7，P85）。

說明：修訂 51018C「光化治療 一天」及 51019C「光線治療(包括太陽光、紫外線、紅外線)一天」支付規範，西醫基層總額適應症乾癬增列 ICD-10-CM 代碼「L40.0-L40.4、L40.8、L40.9」。

決定：洽悉。

九、修訂「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」案（詳附件 8，P86-P135）。

說明：修訂重點如下：

（一）113 年計畫雙軌併行：

1. 「家醫 2.0 醫療群」應按個案疾病樣態，每年接受 DM/CKD 教育課程，加強前述疾病管理能力。
2. 若「家醫 2.0 醫療群」之 DM/CKD/DKD 個案之 HbA1c、LDL 及 UACR 有進步或控制良好，得支付「糖尿病/慢性腎臟病整合照護提升費」（每一個案年度支付 250 元或 750 元），且評核指標達特優級以上者，績效獎勵費用優先保障 1 點 1 元。

（二）派(收)案作業：優先交付 P4P-DM/CKD/DKD 或代謝計畫之診所。另若前一年已為家醫會員，且派案診所與前一年相同者，診所無須於隔年重新收案。

（三）個案管理費：若家醫計畫與 P4P、代謝計畫收案診所相異，得支付家醫計畫個案管理費。

（四）評核指標：新增「B、C 肝炎篩檢率」等 3 項、刪除「檢驗(查)結果上傳率」等 2 項、並調整 7 項指標之配分或內容。

（五）多重慢性病門診整合費用：增訂費用核付條件，另每會員每年支付點數自 500/1,000 點調升至 550 點/1,100 點。

決定：洽悉，另研議修訂糖尿病醫療給付改善方案等，以提升胰島素注射率。

十、修訂「全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫」案（詳附件 9，P136-P170）。

說明：修訂放寬收案條件，重點如下：

- （一）跨院所處方用藥品項達五種(含)以上，且尚在服用者。
- （二）同時持有二張(含)以上且在有效期內處方箋(含慢箋)者。

決定：洽悉，另有關保險對象如涉處方調整或用藥問題，請藥師全聯會建立藥師與原處方開立醫師聯繫機制，並將討論結果副知醫師公會全聯會。

肆、討論事項：

- 一、新增實體腫瘤、血液腫瘤次世代基因定序等5項診療項目案(詳附件10，P171-179)。

說明：新增「實體腫瘤次世代基因定序—BRCA1/2 基因檢測/小套組(≤ 100 個基因)/大套組(>100 個基因)」(10,000 點/20,000 點/30,000 點)及「血液腫瘤次世代基因定序—小套組/大套組」(20,000 點/30,000 點)。

決議：通過。

(一)代表反應本項病人同意書簽署扣合基因檢驗結果上傳之支付規定適法性，本署說明係用於評估健保給付檢測及相關藥物之效益，續將與國家衛生研究院及相關專家學者共同審視同意書內容。

(二)另屬 NGS 涵蓋惟須另新增單基因檢測診療項目，本署續依新增修訂診療項目流程辦理。

(三)本署將依代表建議，於執行一段期間後於本會議報告申報統計。

- 二、修訂「經口內視鏡食道肌肉切開術」等13項診療項目案。

決議：因時間因素，保留至下次會議討論。

- 三、新增「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」案。

決議：因時間因素，保留至下次會議討論。

- 四、修訂「全民健康保險遠距醫療給付計畫」案。

決議：因時間因素，保留至下次會議討論。

- 五、修訂「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊」方案。

決議：因時間因素，保留至下次會議討論。

伍、散會：下午 5 時 40 分

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修正規定

第一部 總則

十四、地區醫院週六、週日及國定假日之西醫門診(不含急診)案件，申報本標準第二部各診療項目(不含第二部第一章第一節門診診察費)，依各該編號項目所訂點數加計百分之三十支付。

十五、離島地區各保險醫事服務機構之住診案件，申報本標準第二部及第三部各診療項目，依各該編號項目所定點數加計百分之三十支付。

(下略，標號依序遞延)

第二部 西醫

第一章 基本診療

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計百分之十五。

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.符合下列任一項之醫院：

(1)設立於保險人公告~~之離島~~山地鄉之醫院；如前述地區未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，屬區域級醫院則須距離最近之醫學中心達三十公里以上者。

(2)設立於全民健保醫療資源不足地區(鄉鎮)之醫院；如前述鄉鎮未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，但排除已設立區域級醫院之鄉鎮。

3.離島地區醫院之加成規範，以本標準第一部總則第十五條為限。

~~3.~~4.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>健保表單下載>其他>提升住院護理照護品質方案。

(下略)

註:

1. 本表每 1 權重之標準給付額(SCR)為 53,536 點，係以一百十一年一至十二月醫院住院符合 DRG 範圍申報資料(已校正一百十一年起支付標準調整及一百十二年特材價格調整及一百十一年特材支付點數調升)及支付通則規定辦理。
2. 無權重者(計七十六項)依支付標準通則採核實申報醫療費用。
3. 註記*者(計兩百零七項)為去極值後個案數<20 件，依支付標準通則暫以核實申報醫療服務點數。
4. 邏輯註記●者(六十項)為該組 DRG 違反單向邏輯已校正後之權重。
5. 下限臨界點採實際醫療點數之 2.5 百分位計算； 上限臨界點為醫療點數之各 DRG90 百分位。
6. DRG513 支付點數以「標準給付額」x「權重」計算，不得加計各項加成或其他另行加計之醫療點數。
7. 資料期間：111.01-12；製表日期 113.3.12。

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
PRE	1	10301	18.7115	*		24	910,134	1,200,761
PRE	2	10302	-	*		-	-	-
PRE	3	48301	2.9656			16	31,884	370,241
PRE	4	48302	2.3281			11	15,053	309,270
PRE	5	48001	25.1093			22	804,116	2,046,544
PRE	6	48002	16.1579	*		22	746,873	1,145,021
PRE	7	48101	8.5482	*	●	24	41,666	830,089
PRE	8	48102	8.5482	*	●	24	329,138	805,011
PRE	9	49501	-	*		-	-	-
PRE	10	49502	-	*		-	-	-
PRE	11	48201	2.6721			12	30,290	323,370
PRE	12	48202	2.5963			11	27,811	360,873
PRE	13	512	13.8228	*		18	674,174	1,113,327
1	1	00201	3.9921			15	65,214	401,500
1	2	00202	2.6574			9	51,899	293,182
1	3	00101	4.6847			12	51,504	509,557
1	4	00102	4.3631			7	46,970	451,000
1	5	00301	4.9722			13	50,354	518,678
1	6	00302	3.5065			9	57,026	370,675
1	7	00401	2.5221			8	37,698	255,718
1	8	00402	1.9840			5	31,480	174,958
1	9	00501	2.7791		●	5	45,085	294,938
1	10	00502	2.7791		●	4	62,282	260,949

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
1	11	00601	0.3996			2	10,252	39,213
1	12	00602	0.3391			2	10,355	26,898
1	13	00701	-	*		-	-	-
1	14	00702	2.0458	*		7	41,497	245,864
1	15	00703	0.9613			4	19,588	114,106
1	16	00704	1.2863			6	17,996	187,370
1	17	008	0.7924			3	16,382	154,175
1	18	00901	0.7212			7	4,498	87,349
1	19	00902	0.4188			4	3,600	44,970
1	20	00903	0.6212			8	6,238	79,160
1	21	00904	0.3484			4	4,136	36,863
1	22	00905	0.6932			6	1,390	82,035
1	23	01001	0.7777			5	6,253	89,387
1	24	01002	0.6950			5	2,973	83,983
1	25	01101	0.5227			3	3,583	54,594
1	26	01102	0.5448			3	4,001	67,979
1	27	01201	0.7881			7	7,771	103,776
1	28	01202	0.8619			7	6,252	100,007
1	29	01203	0.6118			4	5,265	66,063
1	30	01301	0.8129		●	5	16,280	76,592
1	31	01302	0.8129		●	5	6,952	95,847
1	32	01303	0.8991			5	3,352	128,016
1	33	01304	0.7533			4	4,157	95,681
1	34	01401	1.3587			12	12,248	150,707
1	35	01402	0.8475			7	6,909	94,309
1	36	01403	1.1515			9	17,082	139,882
1	37	01404	0.7244			6	12,401	73,254
1	38	01405	1.0422			9	15,904	126,610
1	39	01406	0.6705			6	13,358	65,030
1	40	01501	0.6348			4	12,154	62,225
1	41	01502	0.5505			2	7,138	46,395
1	42	01503	0.6404			5	7,338	80,246
1	43	01504	0.5775			3	7,083	57,031
1	44	01505	0.6001			5	9,745	58,245
1	45	01506	0.4638			4	9,340	40,896
1	46	01601	0.9361			8	8,817	121,268
1	47	01602	0.6479			5	12,727	68,363

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
1	48	01701	0.5335			5	7,224	57,168
1	49	01702	0.4776			3	4,876	41,058
1	50	018	0.7355			6	5,376	83,569
1	51	019	0.5115			4	3,748	57,288
1	52	02001	1.6579			10	9,237	207,899
1	53	02002	1.1238			7	8,068	136,301
1	54	02003	2.4038			13	13,640	274,754
1	55	02004	1.5872			10	13,261	156,592
1	56	02101	1.5292			12	25,831	144,468
1	57	02102	1.1619			11	6,459	114,613
1	58	02103	1.2449			9	14,759	132,201
1	59	02104	1.0265			8	14,099	99,761
1	60	02201	0.6374			6	3,494	75,520
1	61	02202	0.5169	*		4	10,460	53,263
1	62	02301	0.7857			7	7,693	93,167
1	63	02302	0.4766			5	3,689	46,536
1	64	024	0.8645			7	7,946	111,910
1	65	025	0.4496			4	3,196	49,700
1	66	02601	0.5978			4	6,799	81,624
1	67	02602	0.3775			3	4,622	43,434
1	68	02701	0.9451			7	5,796	137,999
1	69	02702	0.4997			5	4,349	65,224
1	70	02801	0.7160			6	5,864	93,812
1	71	02802	0.7809			6	5,121	105,338
1	72	02803	0.3905	*		5	5,927	47,205
1	73	02901	0.4458			4	4,542	51,042
1	74	02902	0.4393			4	4,044	56,195
1	75	02903	0.2759	*		4	4,439	32,983
1	76	03001	-	*		-	-	-
1	77	03002	0.4712			4	3,039	49,261
1	78	03003	0.9275			6	8,354	155,723
1	79	03004	0.4025			4	3,340	54,721
1	80	03005	-	*		-	-	-
1	81	03006	-	*		-	-	-
1	82	031	0.3268			4	3,157	36,391
1	83	032	0.2171			3	2,694	21,867
1	84	03301	0.3063			3	3,378	29,615

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
1	85	03302	0.1925			3	2,566	21,283
1	86	034	0.7864			6	4,752	103,205
1	87	035	0.4676			3	3,828	52,066
2	1	03701	1.0809			4	26,509	106,081
2	2	03702	0.8946			3	25,945	83,462
2	3	03703	-	*		-	-	-
2	4	03704	1.0085	*		5	38,385	84,941
2	5	03705	0.8278			4	22,156	68,966
2	6	03706	1.5575			6	36,057	148,557
2	7	03707	1.0746			4	32,623	88,760
2	8	04001	0.5969			2	16,333	54,982
2	9	04002	0.4333			3	6,308	51,934
2	10	04003	-	*		-	-	-
2	11	04004	0.7506	*		3	31,714	70,273
2	12	04101	0.4534			2	15,540	37,620
2	13	04102	0.4250	*		2	15,470	49,690
2	14	04103	-	*		-	-	-
2	15	04104	-	*		-	-	-
2	16	03601	1.3844			2	38,221	102,411
2	17	03602	0.7820	*		4	15,187	128,823
2	18	04201	1.1012			4	20,431	87,764
2	19	04202	0.4256			2	10,588	35,149
2	20	03901	2.1996			2	40,028	169,881
2	21	03903	0.9580			2	18,477	55,980
2	22	03902	-	*		-	-	-
2	23	03904	0.8933			1	32,494	52,464
2	24	03905	0.4775			1	20,767	28,898
2	25	03906	0.6671	*		2	9,575	59,836
2	26	03801	0.4490	*		2	17,710	35,974
2	27	03802	0.3279	*		2	10,377	35,281
2	28	04301	-	*		-	-	-
2	29	04302	-	*		-	-	-
2	30	04401	0.5633			8	7,941	68,936
2	31	04402	0.3340			6	6,118	41,115
2	32	04501	0.5949			5	7,440	62,251
2	33	04502	0.4772			4	6,102	48,977
2	34	046	0.4276			4	2,784	56,109

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
2	35	047	0.2962			3	2,279	36,167
2	36	048	0.3449			3	2,641	38,130
3	1	04901	4.5043			11	44,521	509,700
3	2	04902	1.9394			4	29,314	199,571
3	3	06101	0.8197	*		3	15,160	97,081
3	4	06102	0.4087			2	11,289	34,522
3	5	062	0.4478			1	14,271	34,551
3	6	05301	1.0348			3	29,487	93,094
3	7	05302	0.9936			2	31,544	82,213
3	8	05401	1.7493	*		6	38,893	228,833
3	9	05402	1.0361			3	32,461	82,950
3	10	05701	0.8029			4	15,500	48,899
3	11	05702	0.4923			3	10,224	32,399
3	12	058	0.7854			2	23,470	49,073
3	13	052	1.4290			4	36,767	109,607
3	14	168	0.8787			4	12,898	90,647
3	15	169	0.6915			2	18,575	57,120
3	16	05601	0.8991	*		4	18,282	71,651
3	17	05602	0.4978			2	19,231	36,031
3	18	05001	1.0858			4	31,803	83,088
3	19	05002	0.9676			3	25,047	73,658
3	20	05101	0.9970	*		7	38,027	78,279
3	21	05102	0.6424			3	19,033	48,768
3	22	05501	3.5336	*		9	36,605	334,892
3	23	05502	2.9904	*		8	51,328	275,421
3	24	05503	0.7503			2	23,846	45,854
3	25	05504	0.6761			2	24,921	41,382
3	26	05505	0.6977			2	17,626	43,617
3	27	05506	0.5228			2	15,749	33,438
3	28	059	0.4848			3	22,233	29,269
3	29	060	0.6078			2	22,012	37,510
3	30	06301	1.5968			5	27,110	163,511
3	31	06302	0.8685			3	21,778	77,393
3	32	06401	0.6913	*	●	3	5,036	81,889
3	33	06402	0.6913		●	2	6,901	98,449
3	34	065	0.3676			4	3,881	36,814
3	35	06601	0.5069			5	4,543	64,440

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
3	36	06602	0.2470			3	3,113	26,421
3	37	06701	0.7103			6	5,821	106,971
3	38	06702	0.2939			4	6,334	30,767
3	39	068	0.4012			5	4,364	46,476
3	40	069	0.2538			4	3,746	26,777
3	41	070	0.2884			4	6,261	28,045
3	42	071	0.3053			4	5,849	29,631
3	43	072	0.3134			3	3,246	27,233
3	44	07301	0.5493			5	5,140	61,303
3	45	07302	0.4039			4	4,381	38,036
3	46	07401	0.7112			5	9,111	95,415
3	47	07402	0.4124			3	4,222	45,961
3	48	18701	0.4649			5	8,805	46,576
3	49	18702	0.4082			4	7,631	40,309
3	50	18703	0.4753			2	12,729	41,980
3	51	185	0.3702			4	3,698	41,065
3	52	186	0.3039			4	5,676	29,740
4	1	07501	3.3541			11	59,923	357,816
4	2	07502	2.3258			6	55,275	211,805
4	3	07503	2.8062			8	62,959	276,950
4	4	07504	2.1570			5	72,054	175,352
4	5	07601	1.6995			9	29,047	269,092
4	6	07602	2.8972			5	73,768	236,404
4	7	07603	1.9528			11	21,544	269,967
4	8	07701	0.8562			4	19,747	105,064
4	9	07702	2.6494			4	98,110	203,991
4	10	07703	0.8972			4	14,363	108,747
4	11	47501	2.5995			14	39,471	279,228
4	12	47502	1.9474			9	23,163	196,944
4	13	07801	1.1077			8	12,195	128,516
4	14	07802	0.8359			6	11,870	89,536
4	15	07901	1.4078			12	15,013	156,224
4	16	07902	1.0504			11	14,495	119,948
4	17	07903	1.2005			12	19,742	133,449
4	18	07904	0.9822			8	9,130	107,919
4	19	07905	0.5444	*		10	7,996	58,991
4	20	08001	1.0754			10	10,327	118,066

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
4	21	08002	0.6901			8	9,866	73,995
4	22	08003	0.8672			10	13,414	88,703
4	23	08004	0.7198	*		6	5,178	95,899
4	24	08005	-	*		-	-	-
4	25	08101	-	*		-	-	-
4	26	08102	1.6893	*		14	24,575	220,241
4	27	08103	1.0710			7	8,305	147,047
4	28	08104	0.6806			5	7,276	115,427
4	29	08105	0.7872			6	10,917	171,645
4	30	08106	0.3790			4	7,989	41,109
4	31	08107	-	*		-	-	-
4	32	08108	-	*		-	-	-
4	33	08109	-	*		-	-	-
4	34	082	0.4807			2	3,683	55,730
4	35	08301	0.5200			6	3,809	67,904
4	36	08302	0.4071			5	5,070	48,893
4	37	08303	-	*		-	-	-
4	38	08401	0.2956	*		4	4,087	38,841
4	39	08402	0.2420			4	3,698	23,903
4	40	08403	-	*		-	-	-
4	41	085	0.8709			8	9,726	101,912
4	42	086	0.6001			5	7,500	61,829
4	43	08701	1.4806			12	16,977	162,081
4	44	08702	0.6509			5	4,463	87,392
4	45	08703	0.7236			6	6,889	90,896
4	46	08704	0.4840			5	3,557	50,077
4	47	08801	0.7212			8	10,243	82,025
4	48	08802	0.4987			6	7,915	51,115
4	49	089	0.9029			9	12,602	102,023
4	50	090	0.5903			7	8,281	64,139
4	51	09101	0.4019			4	8,641	39,052
4	52	09102	0.3188			4	7,654	29,356
4	53	092	0.6704			5	4,004	91,352
4	54	093	0.4568			3	2,908	59,502
4	55	094	0.4677			5	5,081	60,534
4	56	095	0.2834			4	3,688	31,345
4	57	09601	0.5926			7	8,239	63,848

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
4	58	09602	0.4925			6	7,616	54,549
4	59	09701	0.4014			5	3,970	42,280
4	60	09702	0.2873			4	3,842	27,517
4	61	09801	0.3650			4	7,765	37,074
4	62	09802	0.2750			3	4,928	26,815
4	63	09803	0.4426			5	8,051	48,344
4	64	09804	0.3573			4	7,177	37,562
4	65	09901	0.3532	*		4	2,750	38,263
4	66	09902	0.5276			5	8,011	64,664
4	67	09903	0.5735			5	7,413	66,982
4	68	10001	0.2764			2	4,377	30,447
4	69	10002	0.3669			3	3,652	37,313
4	70	10003	0.3302			3	3,701	34,288
4	71	10101	0.4992			4	4,085	67,314
4	72	10102	0.6708			6	5,361	95,661
4	73	10103	0.3862			4	4,163	53,443
4	74	10104	-	*		-	-	-
4	75	10105	-	*		-	-	-
4	76	10106	0.7473			5	5,857	93,380
4	77	10201	0.2910			2	3,468	31,679
4	78	10202	0.5059			3	3,859	66,232
4	79	10203	0.2999			3	4,562	29,210
4	80	10204	-	*		-	-	-
4	81	10205	-	*		-	-	-
4	82	10206	0.4245			2	3,059	49,705
5	1	10401	8.9965			16	326,410	578,366
5	2	10402	10.9433			18	475,757	782,165
5	3	10403	9.9204	*		15	450,695	582,882
5	4	10409	8.2395			16	363,702	522,030
5	5	10410	7.3711			15	303,713	469,265
5	6	10404	6.8655			14	178,345	484,597
5	7	10405	-	*		-	-	-
5	8	10406	-	*		-	-	-
5	9	10407	7.7551			10	131,526	744,933
5	10	10408	5.4550			6	58,886	671,852
5	11	10501	8.8628			13	276,978	603,323
5	12	10502	11.2473	*		17	508,534	837,363

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	13	10503	9.1152	*		11	431,278	540,451
5	14	10509	7.5513	*		13	347,589	467,790
5	15	10510	7.1597			13	173,321	460,286
5	16	10504	5.9447			12	162,959	381,414
5	17	10505	24.1938	*		22	673,075	1,100,364
5	18	10506	-	*		-	-	-
5	19	10507	4.6253			7	45,190	637,388
5	20	10508	3.3394			4	24,472	593,697
5	21	10801	10.2841			11	205,993	674,930
5	22	10802	6.6329			3	117,772	408,309
5	23	10601	8.7112	*		15	472,037	1,077,746
5	24	10602	-	*		-	-	-
5	25	10603	9.5015		●	15	323,083	664,032
5	26	10604	9.5015	*	●	15	352,871	691,856
5	27	10701	8.0743			17	320,313	521,423
5	28	10901	7.5722			14	285,702	470,988
5	29	10702	7.1852			14	258,596	463,709
5	30	10902	6.3231			11	204,345	413,062
5	31	11001	10.8916			17	312,695	699,327
5	32	11005	5.6009			5	21,985	332,738
5	33	11002	3.3152		●	8	15,641	206,647
5	34	11006	2.7001	*	●	2	60,365	143,961
5	35	11003	5.2566		●	7	26,943	374,218
5	36	11004	7.3287	*	●	14	150,155	406,246
5	37	11101	8.8367			15	212,379	674,700
5	38	11105	4.3281	*		11	56,102	301,949
5	39	11102	3.3152		●	3	9,311	227,494
5	40	11106	2.7001		●	2	71,384	173,974
5	41	11103	5.2566		●	5	51,147	368,498
5	42	11104	7.3287	*	●	14	499,053	640,790
5	43	11301	1.9044		●	11	36,538	128,916
5	44	11302	1.9044		●	11	39,432	190,378
5	45	11501	4.9358		●	6	18,263	423,348
5	46	11502	4.9358		●	5	18,221	398,478
5	47	11601	2.3256			3	88,832	191,122
5	48	11602	3.2539			3	109,077	276,203
5	49	11603	3.1398			4	126,109	230,916

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	50	11604	2.4829			4	93,813	193,946
5	51	11605	5.2928			5	117,663	474,292
5	52	47801	4.3599			8	78,841	340,572
5	53	47802	1.5137		●	4	23,804	104,438
5	54	47803	2.0155			4	29,548	143,519
5	55	47804	3.8692			5	50,103	405,679
5	56	47901	3.4009			6	67,444	211,878
5	57	47902	1.5137		●	4	23,301	116,662
5	58	47903	1.8644			3	30,756	113,367
5	59	47904	2.5318			3	38,469	274,925
5	60	11201	3.3895			3	85,767	237,780
5	61	11202	2.4616			2	73,996	165,249
5	62	11203	3.1733			3	114,050	207,252
5	63	11205	3.9604			3	125,419	255,458
5	64	11206	2.9273			2	99,927	178,358
5	65	11204	1.6620			2	17,077	96,797
5	66	11401	1.1394			7	21,192	82,473
5	67	11402	0.7530			5	17,627	53,668
5	68	11801	2.4595			2	109,844	143,383
5	69	11802	2.1784			2	109,266	127,404
5	70	11803	1.9885			3	78,151	121,369
5	71	11804	1.7286			2	68,559	105,941
5	72	11701	1.6667			4	15,564	105,026
5	73	11702	0.8829	*		3	15,299	82,420
5	74	11901	0.6592			2	21,131	39,334
5	75	11902	0.5321			2	16,820	33,101
5	76	12001	1.3976			9	19,216	98,744
5	77	12002	1.0106			5	15,170	63,037
5	78	12101	1.4376			5	27,791	100,140
5	79	12102	1.4440			7	13,231	87,739
5	80	12201	1.0439			3	22,888	69,832
5	81	12202	1.8184			5	8,502	109,562
5	82	12301	-	*		-	-	-
5	83	12302	-	*		-	-	-
5	84	124	1.0470			3	21,069	66,744
5	85	125	0.7161			2	20,472	43,018
5	86	126	1.4068			16	13,658	144,274

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	87	12701	-	*		-	-	-
5	88	12702	0.7017			7	9,111	82,809
5	89	12801	0.9615			6	9,054	67,522
5	90	12802	0.9501	*		5	11,169	73,617
5	91	129	2.5019			8	21,595	139,113
5	92	13001	1.2340			7	10,218	98,858
5	93	13002	0.9922			5	7,382	69,833
5	94	13101	0.8509			4	8,587	57,285
5	95	13102	0.7716			4	4,065	48,831
5	96	132	0.5249			4	4,398	34,722
5	97	133	0.3757			3	3,346	26,119
5	98	13401	0.5667			5	6,765	40,970
5	99	13402	0.4099			3	3,553	30,890
5	100	135	0.6863			4	5,266	50,393
5	101	136	0.4113			3	3,842	26,972
5	102	13701	3.5584			3	5,180	278,488
5	103	13702	2.1872			2	4,845	182,579
5	104	13801	2.1873			8	15,537	226,735
5	105	13802	0.6926			4	6,725	42,811
5	106	13803	0.6149			4	6,973	41,813
5	107	13804	1.2849			7	27,459	78,916
5	108	13805	1.1884			6	27,569	70,536
5	109	13901	0.6748	*		3	26,902	46,968
5	110	13902	0.5404			3	4,324	38,806
5	111	13903	0.4032			3	5,083	27,947
5	112	13904	0.9405			4	19,443	59,674
5	113	13905	0.7958			5	13,572	59,601
5	114	14001	0.5710			4	6,539	39,680
5	115	14002	0.3948			3	3,871	27,489
5	116	141	0.5745			4	7,534	38,172
5	117	142	0.4563			3	5,522	31,267
5	118	143	0.3908			3	3,881	25,846
5	119	14401	0.8601			4	6,066	59,839
5	120	14402	0.9278			5	9,349	68,671
5	121	14403	0.6036			5	6,725	42,533
5	122	14501	0.7632			3	4,134	61,277
5	123	14502	0.6782			3	6,478	50,096

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	124	14503	0.4246			3	5,212	30,891
6	1	15401	6.6520	*	●	19	142,630	644,455
6	2	15402	3.1294			12	28,547	342,419
6	3	15403	2.0393			9	11,795	199,383
6	4	15404	3.0054			13	47,262	320,539
6	5	15501	6.6520	*	●	16	122,147	543,093
6	6	15502	0.9529			3	24,746	107,494
6	7	15503	1.3241			6	29,902	140,421
6	8	15504	1.9208			7	29,901	187,771
6	9	15601	-	*		-	-	-
6	10	15602	-	*		-	-	-
6	11	15603	3.3026	*		12	38,959	311,366
6	12	15604	1.8960	*		7	27,774	201,131
6	13	15605	8.6560	*		20	122,710	557,738
6	14	15606	1.1975	*		4	69,005	374,408
6	15	15607	2.3573			9	26,516	234,607
6	16	15608	1.6180			7	38,347	216,765
6	17	14801	2.6854			12	40,577	284,848
6	18	14802	3.0935			16	42,658	422,692
6	19	14803	-	*		-	-	-
6	20	14804	1.3474	*		6	15,399	157,294
6	21	14805	1.8566			10	36,109	240,597
6	22	14901	2.4159			10	44,780	195,836
6	23	14902	2.8370	*		11	29,573	377,472
6	24	14903	-	*		-	-	-
6	25	14904	0.9996			5	27,096	136,967
6	26	14905	1.7479			8	13,706	179,598
6	27	14601	0.7609			3	21,602	92,297
6	28	14602	1.6500	*		4	26,541	267,626
6	29	14701	0.6398			2	20,634	59,921
6	30	14702	0.6311			2	20,917	105,685
6	31	150	2.3076			10	56,628	247,550
6	32	151	1.4698			5	45,875	121,592
6	33	16401	1.3211			5	44,456	80,729
6	34	16501	1.0616			3	40,201	66,614
6	35	16402	1.3665			6	39,313	81,757
6	36	16502	0.9608			5	34,418	60,496

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
6	37	16601	1.0747			3	41,184	65,920
6	38	16701	0.9106			2	38,578	56,172
6	39	16602	0.9528			4	32,740	56,388
6	40	16702	0.7685			3	29,571	46,022
6	41	152	1.0871			6	16,568	154,951
6	42	153	0.5843			3	13,590	83,100
6	43	15701	0.7112			3	9,882	44,894
6	44	15702	0.5678			2	19,204	33,565
6	45	15801	0.4700			3	9,229	27,731
6	46	15802	0.4649			2	17,396	27,358
6	47	16101	1.0288			3	38,020	61,902
6	48	16201	0.8110			2	34,911	50,619
6	49	16102	0.7381			2	27,769	45,161
6	50	16202	0.5733			2	22,651	34,700
6	51	159	1.1615			4	34,490	70,415
6	52	160	0.8136			3	30,889	50,053
6	53	16301	-	*		-	-	-
6	54	16302	2.5192	*		6	87,552	161,980
6	55	16303	9.0139			3	55,498	583,191
6	56	16304	5.6582			2	37,921	380,610
6	57	16305	4.3180			2	29,481	314,236
6	58	16306	2.0167			1	27,491	154,681
6	59	170	1.6198			7	23,208	162,570
6	60	171	0.8871			2	18,819	76,390
6	61	17201	0.7575		●	5	11,261	86,364
6	62	17202	0.6163			4	8,746	70,244
6	63	17203	0.6488			4	6,527	76,159
6	64	17301	0.7575		●	4	7,241	143,149
6	65	17302	0.4480			3	8,180	47,796
6	66	17303	0.4180			3	3,920	42,424
6	67	17401	0.9929			7	10,056	102,696
6	68	17402	-	*		-	-	-
6	69	17403	0.6985			6	8,020	84,825
6	70	17404	0.6466			6	8,203	79,401
6	71	17501	0.7042			5	7,795	69,498
6	72	17502	-	*		-	-	-
6	73	17503	0.4049			4	5,189	42,647

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
6	74	17504	0.3940			4	6,092	39,712
6	75	17601	1.1056			9	9,434	144,358
6	76	17602	0.6961			7	8,579	83,669
6	77	17603	0.6424			6	7,801	76,129
6	78	17604	0.5666			4	6,257	84,594
6	79	177	0.5101			5	7,292	53,765
6	80	178	0.3447			4	5,456	33,724
6	81	17901	0.5519			3	3,634	71,708
6	82	17902	0.7539			6	4,754	94,544
6	83	17903	0.4884			3	3,061	61,892
6	84	180	0.5017			6	6,116	57,715
6	85	181	0.3153			4	4,494	32,178
6	86	182	0.4671			5	5,815	52,871
6	87	183	0.2978			4	4,625	30,123
6	88	18401	0.3512			4	6,680	35,662
6	89	18402	0.2547			3	5,069	25,128
6	90	18801	1.3008		●	10	10,862	145,948
6	91	18802	0.5121			5	5,183	61,190
6	92	18803	0.6056	*		5	9,438	68,744
6	93	18804	0.7374			6	7,118	84,569
6	94	18805	0.6152			6	7,192	75,711
6	95	18901	1.3008	*	●	10	36,240	198,129
6	96	18902	0.3017			3	3,073	32,752
6	97	18903	0.5446	*		3	9,233	51,002
6	98	18904	0.5465			5	8,440	52,328
6	99	18905	0.3668			3	4,129	36,426
6	100	19001	-	*		-	-	-
6	101	19002	-	*		-	-	-
6	102	19003	0.4537			3	9,225	57,800
6	103	19004	0.4364			3	8,140	53,298
6	104	19005	-	*		-	-	-
6	105	19006	0.2776	*		7	7,844	16,593
6	106	19007	0.6247	*		2	12,479	67,653
6	107	19008	0.5549	*		3	8,795	78,070
6	108	19009	0.6519			5	7,359	97,372
6	109	19010	0.3623			3	3,961	41,240
7	1	191	3.0568		●	10	22,169	277,296

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
7	2	192	3.0568		●	8	46,742	268,643
7	3	195	2.8820			12	82,566	266,326
7	4	196	2.2313			9	63,366	188,799
7	5	197	2.1855			11	52,409	223,253
7	6	198	1.5047			8	46,256	145,711
7	7	49301	2.4296			8	84,356	158,492
7	8	49401	2.0866			6	63,634	135,778
7	9	49302	1.3907			4	43,551	83,737
7	10	49402	1.1240			3	42,684	65,939
7	11	193	1.4883			7	25,877	154,046
7	12	194	0.9325			5	20,473	88,305
7	13	199	-	*		-	-	-
7	14	20001	1.3715			7	14,899	165,049
7	15	20002	0.7279			5	10,023	95,174
7	16	20101	2.0241			7	39,051	214,497
7	17	20102	1.3169			4	46,093	100,154
7	18	20201	0.7802			6	7,884	98,760
7	19	20202	0.4096			5	5,480	47,323
7	20	20301	1.5314	*	●	6	15,769	177,229
7	21	20302	1.5314	*	●	6	31,768	105,132
7	22	20401	0.5167			5	6,485	61,926
7	23	20402	1.0322			6	6,799	95,813
7	24	20403	0.4883	*		5	6,102	73,500
7	25	205	0.7463			7	7,326	97,144
7	26	206	0.4933			5	5,377	60,541
7	27	207	0.9785			6	8,529	101,232
7	28	208	0.6643			4	4,765	77,110
8	1	47101	3.7301			7	118,863	228,113
8	2	47102	3.3722			4	165,211	195,047
8	3	47103	3.9840			5	160,455	231,945
8	4	21701	1.9557			8	29,774	124,719
8	5	21702	1.2124			4	21,495	79,399
8	6	21703	2.0533			10	22,910	134,167
8	7	21704	1.3278			4	14,276	81,520
8	8	20901	3.0832			7	76,931	199,556
8	9	20907	4.0718			7	111,147	266,189
8	10	20902	2.5575			6	63,471	150,466

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	11	20908	3.6310			5	87,045	215,941
8	12	20903	2.1565			5	89,017	128,061
8	13	20904	1.7475			6	74,709	106,646
8	14	20905	2.1918			5	90,926	129,510
8	15	20906	0.9378			5	38,765	57,522
8	16	21601	1.2045			4	13,831	82,336
8	17	21602	0.8572			3	12,548	54,894
8	18	21001	2.5370			9	57,725	158,049
8	19	21101	1.8173			7	45,971	111,478
8	20	21002	1.7211			7	40,740	115,464
8	21	21102	1.3510			6	25,400	89,062
8	22	21003	1.5169			6	45,543	98,966
8	23	21103	1.2115			5	30,484	76,079
8	24	21201	1.8313	*		8	69,273	116,367
8	25	21202	1.4518	*		7	49,399	133,959
8	26	21203	1.7900	*	●	6	36,955	136,474
8	27	21204	1.7900		●	4	21,905	214,106
8	28	21205	1.6453			6	38,048	136,152
8	29	21206	1.2738			4	28,212	101,419
8	30	21301	4.0374	*		17	52,728	270,373
8	31	21302	-	*		-	-	-
8	32	21303	2.7019			14	44,171	233,173
8	33	21304	1.5673			10	18,972	128,288
8	34	21305	-	*		-	-	-
8	35	21306	3.8924	*		28	100,717	226,157
8	36	49101	2.0162			5	47,780	128,933
8	37	49102	1.6323			4	43,295	98,135
8	38	49201	2.3642			5	46,067	140,106
8	39	49202	1.9059			4	32,736	113,920
8	40	496	3.9639			8	98,854	385,822
8	41	49701	3.3280			8	85,233	292,864
8	42	49702	2.8319			6	75,982	243,524
8	43	49801	2.8273			6	85,880	244,491
8	44	49802	2.3894			5	82,882	195,614
8	45	499	1.4995			5	29,219	159,862
8	46	500	1.1880			4	27,063	102,781
8	47	501	1.9834			15	43,664	140,944

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	48	502	1.4475			11	29,032	92,445
8	49	50301	1.2090			4	30,907	74,403
8	50	50302	1.0541			3	32,146	64,880
8	51	50303	0.7920			3	24,008	48,137
8	52	50304	0.5961			2	22,310	39,089
8	53	21801	1.7182			8	45,213	128,217
8	54	21802	1.6390			7	39,155	118,516
8	55	21901	1.6609			8	39,014	126,431
8	56	21902	1.2181			6	29,101	84,627
8	57	21803	1.3621			5	38,124	88,448
8	58	21804	1.1924			5	26,258	80,304
8	59	21903	1.0563			4	26,391	64,011
8	60	21904	0.8279			4	22,052	55,707
8	61	22001	2.1193	*	●	8	64,600	181,000
8	62	22002	2.1193	*	●	8	84,091	142,207
8	63	22003	1.4584	*		9	52,781	111,248
8	64	22004	1.1315			5	28,730	81,985
8	65	22005	1.0516	*		2	42,586	65,807
8	66	22006	1.0051			3	25,914	67,762
8	67	22007	1.2432			4	28,043	76,814
8	68	22008	0.7818			2	24,004	52,332
8	69	23101	1.3470			5	22,107	83,562
8	70	23102	0.7035			3	21,068	47,509
8	71	23103	0.5019			2	15,655	29,844
8	72	23104	0.3527			2	14,728	22,576
8	73	23001	-	*		-	-	-
8	74	23002	0.4534	*		3	21,134	48,102
8	75	23003	0.4664			2	15,767	27,689
8	76	23004	0.4027			2	15,543	25,864
8	77	22601	1.1532			4	17,329	72,672
8	78	22602	1.0135			4	19,842	62,704
8	79	22701	0.5622			2	12,679	37,204
8	80	22702	0.6806			3	12,068	45,910
8	81	22501	1.0132			6	13,591	64,554
8	82	22502	0.6983			4	15,640	48,121
8	83	22503	0.9503			4	18,407	65,684
8	84	22504	0.7218			3	16,132	48,385

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	85	228	0.7365			3	16,923	47,106
8	86	22301	-	*		-	-	-
8	87	22302	0.8053			3	26,990	50,338
8	88	23201	0.5490	*		3	20,939	45,483
8	89	23202	0.5430			2	16,516	36,474
8	90	22401	1.1852			5	31,968	72,703
8	91	22402	0.9085			4	25,407	58,361
8	92	22403	0.7768			3	23,812	49,429
8	93	22404	0.6260			3	21,616	40,519
8	94	22901	0.5521			3	14,023	38,034
8	95	22902	0.5385			2	13,217	36,283
8	96	23301	2.7608	*		8	110,109	201,091
8	97	23302	1.8757			5	48,679	125,211
8	98	23401	0.9457			3	24,360	62,040
8	99	23402	0.6715			2	21,800	43,744
8	100	23501	0.8378			4	5,176	53,025
8	101	23502	0.7997			3	6,207	73,363
8	102	23503	1.6793	*	●	20	19,672	59,061
8	103	23504	1.6793	*	●	20	36,059	139,569
8	104	23601	0.9977			6	7,197	87,095
8	105	23602	0.8642			5	5,199	98,693
8	106	23701	0.4291			3	2,721	26,400
8	107	23702	0.3471			2	2,460	22,517
8	108	23801	1.2706			12	13,572	90,025
8	109	23802	0.9862			9	12,049	69,127
8	110	23803	1.0968			10	11,217	72,837
8	111	23804	0.8834			5	5,013	61,661
8	112	23805	0.9315	*		9	21,228	137,319
8	113	23806	0.6924	*		6	5,933	40,558
8	114	23901	0.6352			3	4,064	43,587
8	115	23902	0.4230			3	2,827	30,222
8	116	24001	0.7652			3	4,437	54,477
8	117	24002	0.9572			2	4,165	62,952
8	118	24003	0.8729			2	3,688	50,496
8	119	24101	0.4871			2	3,965	46,126
8	120	24102	0.9479			3	3,846	62,164
8	121	24103	0.7080			1	2,840	41,519

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	122	24201	1.0552			11	10,393	83,169
8	123	24202	0.7344			7	10,152	50,519
8	124	24203	-	*		-	-	-
8	125	24204	0.4974	*		13	13,545	31,330
8	126	24205	0.9838			8	12,680	59,228
8	127	24206	0.7267			7	6,904	49,059
8	128	24301	0.7976			3	2,594	52,497
8	129	24302	0.3876			3	3,149	26,839
8	130	244	0.4497			4	3,069	32,869
8	131	245	0.2891			2	2,395	19,801
8	132	24601	0.5462			5	3,675	35,487
8	133	24602	0.2558			2	2,000	20,770
8	134	24701	0.5834			5	5,835	37,550
8	135	24702	0.3807			2	4,035	24,671
8	136	24801	0.7668			6	6,295	49,607
8	137	24802	0.3685			2	2,741	22,792
8	138	24901	1.0361			11	12,870	76,447
8	139	24902	0.7977			7	7,003	66,556
8	140	24903	0.8608			5	3,341	79,375
8	141	24904	0.5400			3	2,828	35,666
8	142	250	0.4202			3	4,676	27,668
8	143	251	0.2772			2	3,297	17,474
8	144	252	0.3511			1	7,331	22,567
8	145	253	0.4207			3	4,008	26,903
8	146	254	0.2765			2	2,521	17,866
8	147	255	0.3984			2	2,356	26,686
8	148	25601	0.7304			7	4,181	49,350
8	149	25602	0.5928	*		9	6,357	56,468
8	150	25603	0.5955			3	3,661	40,091
8	151	25604	0.4713			2	3,446	31,157
9	1	263	1.4346			12	18,473	159,143
9	2	264	0.9103			7	14,624	97,333
9	3	265	0.8882			6	14,361	99,232
9	4	266	0.5772			3	11,829	52,575
9	5	26801	1.4106			5	25,793	170,103
9	6	26802	1.2781			4	19,380	136,704
9	7	26701	0.5037	*		3	10,597	99,005

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
9	8	26702	0.2535			2	8,074	25,110
9	9	25701	2.8112	*		3	154,257	162,308
9	10	25801	2.4488			4	82,579	171,316
9	11	25702	1.4325			4	34,326	90,443
9	12	25802	1.3215			4	34,092	79,290
9	13	259	0.8676		●	2	20,870	51,601
9	14	260	0.8676		●	2	22,490	57,371
9	15	261	0.4475			2	15,131	34,789
9	16	26201	0.8458	*		4	17,565	65,238
9	17	26202	0.4156			2	14,419	30,392
9	18	269	1.3365			7	15,691	159,844
9	19	270	0.7031			4	12,255	70,376
9	20	271	0.8273			10	8,425	97,848
9	21	27201	0.7289			7	4,336	97,465
9	22	27202	0.5390			7	9,067	56,252
9	23	27203	0.5475	*	●	6	4,265	58,063
9	24	27301	0.3080			3	2,217	48,604
9	25	27302	0.4091			6	7,450	38,388
9	26	27303	0.5475	*	●	6	9,866	65,126
9	27	274	0.5222	*		4	2,363	55,575
9	28	275	0.1629			1	2,371	24,570
9	29	27601	0.4659			4	3,573	56,888
9	30	27602	0.3458			3	2,789	37,085
9	31	277	0.5984			8	8,501	70,109
9	32	278	0.3867			6	6,375	41,007
9	33	27901	0.4705			5	6,865	51,644
9	34	27902	0.3269			4	5,109	34,113
9	35	280	0.3486			5	3,095	40,757
9	36	281	0.2317			3	2,696	24,089
9	37	282	0.2362			3	3,178	29,217
9	38	28301	0.2777		●	3	4,333	37,026
9	39	28302	0.3867			4	3,586	55,396
9	40	28401	0.2777		●	3	3,300	30,729
9	41	28402	0.1554			2	2,851	20,529
10	1	28601	2.7331			7	62,681	272,083
10	2	28602	2.2097			5	59,575	225,045
10	3	28801	2.3477			9	30,349	186,556

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
10	4	28802	1.9001			3	34,520	152,968
10	5	28501	1.5831		●	12	24,401	163,137
10	6	28502	1.5831		●	11	24,537	180,942
10	7	28701	1.2101			10	21,276	113,562
10	8	28702	0.8577			8	20,319	84,221
10	9	28901	1.0738			3	32,882	106,611
10	10	28902	0.7493			3	30,341	63,742
10	11	290	0.9859			3	32,388	60,185
10	12	29101	-	*		-	-	-
10	13	29102	-	*		-	-	-
10	14	292	2.2377			12	27,979	235,386
10	15	293	1.1411			4	21,637	132,648
10	16	29401	0.7078			7	7,835	88,446
10	17	29402	0.3773			5	4,770	40,870
10	18	29501	0.6730			6	7,097	77,359
10	19	29502	0.3883			4	3,332	55,199
10	20	29601	0.5586			6	6,196	68,748
10	21	29602	0.5914			6	2,494	70,940
10	22	29701	0.3107			4	4,380	34,242
10	23	29702	0.4411			5	5,352	45,836
10	24	29801	0.9514			5	6,380	145,495
10	25	29802	0.3810			3	4,313	42,626
10	26	29803	0.3942			2	3,965	53,972
10	27	29804	0.2394			2	3,704	27,479
10	28	29901	0.7583			5	5,883	99,289
10	29	29902	0.5127			3	2,519	78,515
10	30	29903	0.5258			4	3,903	62,829
10	31	29904	0.2812			2	2,519	45,237
10	32	30001	0.5947			4	3,999	73,990
10	33	30002	0.4708			4	4,345	63,666
10	34	30101	0.4107			2	3,725	44,263
10	35	30102	0.2277			2	3,131	28,668
11	1	30201	12.8736			15	432,406	782,671
11	2	30202	12.6498			13	324,555	763,747
11	3	30301	1.6949		●	6	19,256	157,999
11	4	30302	1.6949		●	5	23,278	143,510
11	5	304	1.0140			5	14,312	106,672

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
11	6	305	0.8714			3	15,138	81,590
11	7	308	0.8404			4	14,445	103,593
11	8	309	0.5513			2	11,973	57,982
11	9	30601	1.3237			5	45,907	82,059
11	10	30602	1.2554			4	42,691	78,031
11	11	30701	1.0316			5	23,506	61,196
11	12	30702	0.9936			3	20,879	61,121
11	13	310	0.7160			3	21,255	65,651
11	14	311	0.5506			2	19,074	42,126
11	15	312	0.5324			3	13,462	57,117
11	16	313	0.4490			2	14,443	39,046
11	17	314	1.0994	*		3	16,079	100,339
11	18	31501	1.3093			6	18,190	140,857
11	19	31502	1.0458			4	17,198	109,706
11	20	31601	1.0669			9	9,768	134,553
11	21	31602	0.7397			6	4,878	85,980
11	22	31603	0.6450			6	6,680	77,697
11	23	31604	0.4517			5	4,882	55,691
11	24	317	0.4242	*		3	2,363	45,494
11	25	318	0.4323			2	3,794	43,678
11	26	319	0.3653			2	3,845	33,854
11	27	320	0.6648			8	9,640	75,437
11	28	321	0.4020			5	6,831	41,774
11	29	32201	0.5314			6	9,454	59,070
11	30	32202	0.3994			5	8,417	41,756
11	31	32301	0.7135			3	29,763	57,766
11	32	32302	0.4487			3	4,616	43,283
11	33	32401	0.6113			2	27,423	41,861
11	34	32402	0.3491			2	3,110	30,454
11	35	325	0.5798			4	5,177	64,332
11	36	326	0.4788			3	3,776	59,060
11	37	32701	0.3936			3	3,182	49,022
11	38	32702	0.3346			3	4,913	44,484
11	39	328	0.4636			3	11,345	41,240
11	40	329	0.3651			2	12,203	28,987
11	41	33001	-	*		-	-	-
11	42	33002	0.4200	*		2	14,973	31,453

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
11	43	331	0.7391			6	7,268	89,752
11	44	332	0.5808			3	4,147	64,806
11	45	33301	0.4407			3	4,399	64,775
11	46	33302	0.4344			2	4,202	62,277
12	1	334	2.3332	*		15	97,090	164,772
12	2	335	1.1115	*		6	11,701	177,853
12	3	34101	1.2308			4	12,406	86,647
12	4	34102	1.1328			2	7,657	68,055
12	5	34103	3.4630	*	●	3	18,131	152,494
12	6	34104	3.4630		●	2	48,441	205,042
12	7	338	-	*		-	-	-
12	8	33901	0.9340			3	18,185	61,483
12	9	33902	0.4464			2	16,505	28,028
12	10	34001	1.2980			2	23,870	82,312
12	11	34002	0.9914			2	21,699	67,964
12	12	34201	-	*		-	-	-
12	13	34202	0.2000			2	3,636	19,338
12	14	34301	-	*		-	-	-
12	15	34302	0.7248	*		3	24,869	54,848
12	16	33601	1.0766			4	44,658	65,124
12	17	33602	1.0106			3	42,677	59,684
12	18	33701	0.8635		●	4	23,898	56,864
12	19	33702	0.8635		●	4	19,666	52,737
12	20	344	-	*		-	-	-
12	21	34501	1.4219			5	22,868	91,359
12	22	34502	0.6648			3	17,641	43,610
12	23	346	-	*		-	-	-
12	24	347	0.3057	*		1	14,110	21,193
12	25	348	0.4265			2	4,388	28,342
12	26	349	0.3326			2	3,709	22,808
12	27	35001	0.6668			6	8,956	43,286
12	28	35002	0.4691			4	4,583	31,316
12	29	35201	0.1776	*		3	5,101	10,370
12	30	35202	0.4754	*	●	4	6,179	62,881
12	31	35203	0.4754		●	2	6,854	27,928
12	32	35204	0.6592			3	3,819	43,074
12	33	35205	0.4142			2	3,777	30,439

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
13	1	35301	2.8871	*		9	79,683	221,557
13	2	35302	2.4407	*		5	71,942	138,964
13	3	35801	2.0795			4	83,174	120,746
13	4	35802	1.7704			4	69,651	109,206
13	5	35803	1.6559	*		4	63,269	104,763
13	6	35804	1.2588			5	43,299	82,111
13	7	35805	1.3917			3	47,677	89,976
13	8	35806	1.0065			3	29,112	62,728
13	9	35901	1.8502			4	82,793	109,148
13	10	35902	1.6301			4	66,069	96,459
13	11	35903	1.5340			4	58,474	93,854
13	12	35904	1.1429			5	41,828	71,600
13	13	35905	1.2943			3	44,109	81,603
13	14	35906	0.9140			2	25,312	54,774
13	15	36101	1.7285			4	55,795	107,119
13	16	36102	1.5853			4	53,455	115,409
13	17	36001	0.5774			2	14,761	33,857
13	18	36002	0.4413			2	12,629	30,107
13	19	35601	1.0244			3	21,580	60,225
13	20	35602	0.9312			3	20,244	56,224
13	21	363	0.4138	*		2	8,970	24,459
13	22	364	0.4517			2	10,727	29,427
13	23	36501	1.6205			4	45,312	104,616
13	24	36502	0.9118			3	13,654	64,320
13	25	36604	0.5688	*		5	2,178	34,204
13	26	36704	0.4192	*		1	1,969	59,879
13	27	36801	0.6124			6	8,191	40,180
13	28	36802	0.3867			4	6,255	27,133
13	29	369	0.2463			2	2,061	17,708
14	1	469	0.1403	*		2	3,257	13,023
14	2	370	0.8699			5	34,572	59,129
14	3	371	0.6933			5	34,254	49,032
14	4	37401	-	*		-	-	-
14	5	37402	0.6362	*		2	24,481	56,700
14	6	37501	1.4264	*		5	40,269	81,788
14	7	37502	0.8744	*		3	34,709	49,220
14	8	372	0.7781			3	30,781	46,523

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
14	9	37301	0.7214			3	31,067	43,097
14	10	37302	0.6579			3	30,079	38,790
14	11	37701	-	*		-	-	-
14	12	37702	-	*		-	-	-
14	13	37703	-	*		-	-	-
14	14	37704	1.9207			6	13,566	113,285
14	15	37705	0.7289			4	8,055	51,843
14	16	37601	1.1872	*		5	7,311	128,986
14	17	37602	1.0313	*		6	33,080	84,984
14	18	37603	0.7716	*		5	13,335	75,619
14	19	37604	0.5845			5	5,111	50,330
14	20	37605	0.3606			4	4,274	24,402
14	21	37801	1.1353			2	40,692	66,553
14	22	37802	0.8957			3	29,869	58,748
14	23	37803	0.3695			2	3,357	21,228
14	24	37901	0.2913			4	3,029	37,074
14	25	37902	0.4609			5	4,387	59,671
14	26	37903	0.3431			4	4,022	44,741
14	27	38101	0.6989			2	11,298	40,596
14	28	38102	0.5039			2	11,140	31,713
14	29	38001	0.4520			2	4,662	29,846
14	30	38002	0.3847			2	5,754	24,259
14	31	382	0.2027			1	2,295	11,914
14	32	38301	0.3726			4	4,140	47,059
14	33	38302	0.2534			3	3,404	28,524
14	34	384	0.3500			4	3,309	43,565
14	35	513	0.2927			-	-	-
15	1	N01	0.8358			5	13,466	105,777
15	2	N02	-	*		-	-	-
15	3	N03	-	*		-	-	-
15	4	N04	-	*		-	-	-
15	5	N05	4.4557			27	160,321	422,296
15	6	N06	2.7950	*		26	68,050	237,961
15	7	N07	3.7415			22	83,619	383,151
15	8	N08	2.2144			18	39,019	211,844
15	9	N09	1.8707			17	49,679	171,220
15	10	N10	1.6025			16	34,971	144,926

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
15	11	N11	2.5220			13	41,727	309,206
15	12	N12	1.1682			8	19,128	121,361
15	13	N13	0.7344			6	11,308	79,100
15	14	N14	7.2732			20	88,525	721,885
15	15	N15	3.3308			10	33,898	355,216
15	16	N16	1.6729			8	26,328	205,334
15	17	N17	0.7931			6	12,390	85,521
15	18	N18	0.4535			4	6,848	50,252
15	19	N19	0.4336			4	10,181	42,708
16	1	39201	2.8814			11	82,624	311,545
16	2	39202	2.1614			8	68,854	167,445
16	3	39301	4.9496	*		18	115,225	452,179
16	4	39302	1.6872	*		7	53,804	169,662
16	5	39401	1.2142			6	20,412	136,017
16	6	39402	0.7640			3	16,733	85,764
16	7	39501	0.9789			5	4,609	121,978
16	8	39502	0.6067			5	7,413	67,521
16	9	39503	0.4258			3	4,523	44,512
16	10	39601	0.7232			2	4,012	104,475
16	11	39602	0.5320			3	7,333	70,523
16	12	39603	0.3676			2	4,613	43,253
16	13	39701	20.9097	*		18	31,206	1,204,508
16	14	39702	0.9428	*		2	8,780	189,215
16	15	39703	1.7307	*		13	19,109	193,045
16	16	39704	-	*		-	-	-
16	17	39705	0.8473			5	4,363	124,749
16	18	39706	0.4780			3	3,081	64,986
16	19	39802	0.7210			6	7,371	92,757
16	20	39803	0.6538			5	4,462	86,009
16	21	39804	0.3137			2	3,391	43,508
16	22	39902	0.4123			4	4,005	46,627
16	23	39903	0.3370			2	3,499	48,095
16	24	39904	0.2252			2	3,329	30,999
17	1	40001	-	*		-	-	-
17	2	40002	-	*		-	-	-
17	3	401	-	*		-	-	-
17	4	402	-	*		-	-	-

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
17	5	40301	0.6784			3	3,596	129,010
17	6	40401	0.0811	*		1	4,279	5,050
17	7	406	2.2819			7	45,969	215,207
17	8	407	1.6091			4	31,830	138,530
17	9	40801	1.0025			4	16,417	99,905
17	10	40802	0.6105			2	12,838	53,436
17	11	412	0.2803	*		2	4,586	34,457
17	12	41101	0.4558		●	2	7,296	47,983
17	13	41102	0.4558		●	2	5,840	39,949
17	14	413	0.7086			6	7,855	88,297
17	15	414	0.4754			3	2,839	51,279
18	1	41501	2.1000			13	29,127	254,104
18	2	41502	1.0508			6	17,083	111,110
18	3	41601	1.0385			10	12,601	129,770
18	4	41602	0.5562			7	7,792	61,393
18	5	41701	0.8720			7	11,993	123,556
18	6	41702	0.5855			6	9,811	63,535
18	7	41803	0.6836			8	7,647	84,273
18	8	41804	0.4903			7	5,921	57,646
18	9	419	0.5775			6	6,272	68,532
18	10	420	0.4080			5	5,035	45,639
18	11	42101	0.6828			6	6,940	87,678
18	12	42102	0.4468			5	6,002	52,402
18	13	42201	0.4021			4	7,646	44,277
18	14	42202	0.2977			3	5,881	30,851
18	15	42301	1.5480			14	15,926	188,770
18	16	42302	1.2778	*		11	12,526	108,032
18	17	42303	0.6743			7	7,424	97,827
18	18	42304	0.3501			4	4,247	41,694
21	1	44001	0.6623			6	8,502	70,719
21	2	44002	0.4205			4	10,325	42,488
21	3	43901	1.1325			8	21,084	122,961
21	4	43902	0.7037			5	18,362	67,324
21	5	44101	0.9570		●	5	14,142	108,077
21	6	44102	0.9570		●	4	14,717	114,805
21	7	442	1.4855			7	15,900	172,525
21	8	443	0.8336			4	12,778	92,275

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
21	9	444	0.4335			5	4,805	50,304
21	10	445	0.2519			3	2,776	26,593
21	11	44601	0.3736			4	5,266	37,876
21	12	44602	0.2778			3	3,008	27,775
21	13	44701	0.5195			5	4,098	74,225
21	14	44702	0.2766			4	4,371	32,456
21	15	44801	0.6119	*		5	7,717	75,030
21	16	44802	0.2564			3	5,189	33,292
21	17	44901	0.9201			6	5,573	134,767
21	18	44902	0.6558			5	4,617	90,088
21	19	45001	0.5261			3	3,056	80,430
21	20	45002	0.2665			3	2,788	31,820
21	21	45101	0.6640			4	4,332	112,879
21	22	45102	0.3031			2	2,836	55,667
21	23	45103	0.4369			3	3,226	67,949
21	24	45104	0.2389			2	3,263	29,624
21	25	452	0.5480			5	4,453	71,693
21	26	453	0.2958			3	2,893	34,943
21	27	454	0.6768			5	4,868	112,547
21	28	455	0.4056			3	3,580	61,383
21	29	41801	0.4748	*		7	7,496	43,474
21	30	41802	0.4426	*		6	10,025	50,829
22	1	50401	10.2174	*		22	65,167	1,107,205
22	2	50402	-	*		-	-	-
22	3	50403	-	*		-	-	-
22	4	50404	-	*		-	-	-
22	5	50405	-	*		-	-	-
22	6	50501	4.3580	*		13	77,634	427,665
22	7	50502	-	*		-	-	-
22	8	50503	-	*		-	-	-
22	9	50504	-	*		-	-	-
22	10	50505	17.5183	*		24	503,988	1,016,157
22	11	50601	4.5271			19	48,622	597,545
22	12	50602	4.0944			15	12,339	481,985
22	13	50603	2.3421			15	15,212	266,833
22	14	50604	1.9300			13	25,609	198,122
22	15	50605	3.4698			18	44,463	342,188

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
22	16	50606	3.4550			16	39,204	411,988
22	17	50701	2.1517			9	12,790	232,542
22	18	50702	1.3694			10	17,113	152,387
22	19	50703	1.2750			10	22,036	133,460
22	20	50704	1.6610	*		15	50,709	99,165
22	21	50705	1.4332	*		8	10,499	125,756
22	22	50801	1.3757	*		9	17,689	126,164
22	23	50802	1.0720	*		9	14,718	103,912
22	24	50803	1.9734			9	9,224	227,869
22	25	50804	1.8388			9	13,131	224,343
22	26	50901	1.1994			9	9,976	146,795
22	27	50902	0.3700	*		5	10,299	28,540
22	28	50903	1.5704	*		11	37,997	130,253
22	29	50904	0.7707	*		4	6,550	82,713
22	30	510	1.2978			8	9,038	177,014
22	31	511	0.8224			6	6,358	103,639
23	1	46101	0.7444			3	9,971	127,786
23	2	46102	0.8394			2	12,322	150,627
23	3	46103	0.6665			2	9,146	88,042
23	4	46201	1.3818			21	16,625	119,104
23	5	46202	1.1479			19	8,303	101,999
23	6	46203	1.3772			20	13,730	116,895
23	7	46204	1.0561			18	13,515	94,885
23	8	463	0.6565			6	5,894	80,652
23	9	464	0.4056			2	4,551	36,508
23	10	465	0.3522			2	2,588	37,695
23	11	466	0.4640			3	2,676	49,349
23	12	467	0.7392			3	6,343	79,641
24	1	48401	5.7795			19	103,671	509,298
24	2	48402	-	*		-	-	-
24	3	48501	1.9829			9	45,670	200,761
24	4	48502	1.1668	*		5	48,296	81,937
24	5	48601	3.2552			12	41,215	389,479
24	6	48602	2.1927			8	19,587	226,126
24	7	48701	0.8595			7	6,781	113,582
24	8	48702	0.5163			5	4,787	68,376
UN	1	46801	2.1755			10	23,406	270,453

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
UN	2	46802	1.0574			4	15,135	133,277
UN	3	46803	2.1294			6	24,929	292,391
UN	4	46804	0.9077			3	17,776	103,555
UN	5	47601	1.7430			12	21,640	156,760
UN	6	47602	0.8390			4	17,889	91,536
UN	7	47701	1.4419			8	20,051	182,418
UN	8	47702	0.7348			3	14,851	67,928
UN	9	47703	1.5075			6	16,589	172,939
UN	10	47704	0.8385			3	12,568	81,025
全國平均點數								57,412

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修正規定

第七部 全民健康保險住院診斷關聯群 (Taiwan Diagnosis Related Groups, Tw-DRGs)

第一章 Tw-DRGs 支付通則

六、各案件依全民健康保險住院診斷關聯群分類表認定 Tw-DRG 後，依下列原則計算 Tw-DRG 支付點數：

(一) 實際醫療服務點數低於下限臨界點者，應核實申報。

(二) 實際醫療服務點數在上、下限臨界點範圍內者，計算公式如下：

1. $\text{Tw-DRG 支付定額} = \text{RW} \times \text{SPR} \times (1 + \text{基本診療加成率} + \text{兒童加成率} + \text{CMI 加成率} + \text{山地離島地區醫院加成率})$ 。
2. 基本診療加成率：依據本標準第一部總則二規定，依醫療機構與保險人簽定合約之特約類別：
 - (1) 醫學中心：百分之七點一。
 - (2) 區域醫院：百分之六點一。
 - (3) 地區醫院：百分之五。
3. 兒童加成率：
 - (1) MDC15：「年齡未滿六個月者」為百分之二十三；「年齡六個月以上，未滿二歲者」為百分之九；「年齡二歲以上，未滿七歲者」為百分之十。
 - (2) 非 MDC15。
 - a. 內科系 Tw-DRG：「年齡未滿六個月者」為百分之九十一；「年齡六個月以上，未滿二歲者」為百分之二十三；「年齡二歲以上，未滿七歲者」為百分之十五。
 - b. 外科系 Tw-DRG：「年齡未滿六個月者」為百分之六十六；「年齡六個月以上，未滿二歲者」為百分之二十一；「年齡二歲以上，未滿七歲者」為百分之十。
 - (3) 內外科系認定表詳見「TW-DRG 分類手冊」。
4. 病例組合指標 Case Mix Index(CMI)加成率：各醫院依據保險人公布之 CMI 值及下列成數加成。
 - (1) CMI 值大於 1.1，小於等於 1.2 者，加計百分之一。
 - (2) CMI 值大於 1.2，小於等於 1.3 者，加計百分之二。
 - (3) CMI 值大於 1.3，加計百分之三。
 - (4) 各醫院 CMI 值依各醫院全部住院案件(不含精神病人、入住 RCW 及一

般病房之呼吸器依賴患者)為基礎計算，由保險人每年年底公布，依前一年醫療服務點數計算之結果，並於次年適用。變更負責醫師或權屬別之醫院得向本保險之分區申請同意後比照原醫事機構代號之 CMI 值，資料統計期間後新設立醫院不得申請比照事宜。

5. 山地離島地區之醫院加成率：

(1)山地地區：百分之二。

(2)離島地區：百分之二十。

113 年度全民健康保險強化住院護理照護量能方案(草案)

113 年 1 月 26 日健保醫字第 1130660376 號公告 [新增](#)

[○年○月○日健保醫字第○○○○○號公告修訂](#)

壹、依據

全民健康保險會（下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的

- 一、鼓勵醫院護理人員留任。
- 二、提升住院護理照護品質。
- 三、強化醫院夜班護理照護量能。

參、實施期間：113 年 1 月 1 日至 113 年 12 月 31 日。

肆、預算來源：

113 年度全民健康保險其他預算「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」項下 40 億元。

伍、支付方式：

一、急性一般病床護理人員夜班獎勵：全年預算 27 億元

（一）醫院資料登錄：

1. 醫院應於統計年月次月 20 日前，至健保資訊網服務系統(VPN)填報「護理人員夜班排班資料」，包含：本月夜班總排班護理人數、本月急性一般病床大（小）夜班排班護理人員數、本月急性一般病床大（小）夜班總排班護理人次等資料。未填報前述資料者，不予核發本方案各項獎勵金。
2. 本方案每月撥付夜班獎勵款項後，醫院如有資料修正需求，須於款項撥付日起 1 個月內，向全民健康保險保險人（下稱保險人）各分區業務組提出申請並提具佐證資料，經審核通過後，不足者補付，溢付者於下次撥款時沖抵。

3. 醫院應保存每月「護理人員夜班排班資料」及本案獎勵撥付護理人員清單備查。

(二) 夜班獎勵金計算方式：

1. 急性一般病床夜班獎勵標準：

特約類別 \ 班別	小夜班獎勵	大夜班獎勵
醫學中心	600 元／班	1,000 元／班
區域醫院	500 <u>550</u> 元／班	800 <u>950</u> 元／班
地區醫院	400 <u>500</u> 元／班	600 <u>900</u> 元／班

2. 每月各醫院夜班獎勵金＝（當月該院小夜班總排班人次×該院所屬特約類別之小夜班獎勵標準）＋（當月該院大夜班總排班人次×該院所屬特約類別之大夜班獎勵標準）。
3. 本獎勵按月結算及撥付，~~經費如有不足，由本方案「其他護理獎勵」費用支應。~~

(三) 夜班獎勵撥付規範：

1. 保險人應於醫院每月「護理人員夜班排班資料」填報完成後，計算前一個月各醫院之夜班獎勵金，並於每月月底前撥付夜班獎勵金。
2. 醫院應於保險人撥付夜班獎勵後，併同最近一次發薪時，將「急性一般病床護理人員夜班獎勵」撥付予護理人員，並備註該款項名目為【衛生福利部護理人員輪值大（小）夜班獎勵】。
3. 醫院應於第一次撥款後 30 個工作日內，將「薪資明細案例（遮蔽本項夜班獎勵以外之個人資訊）」提交保險人分區業務組備查。

- (四) 如有特殊情形，保險人得依醫院填報之三班護病比及住院護理費申報資料，預撥「急性一般病床護理人員夜班獎勵」，並於醫院填報該月實際資料後重新計算夜班獎勵，不足者補付，溢付者於下次撥款時沖抵。

二、其他護理獎勵：全年預算 13 億元

- (一) 優先支應本方案「急性一般病床護理人員夜班獎勵」之不足，其餘再依各醫院急性一般病床護理人員夜班獎勵金占整體獎勵金之比率，每半年撥付。
- (二) 本項獎勵金上半年預算占全年預算 40%（上半年獎勵金約於 113 年 9 月底撥付）、下半年預算占全年預算 60%（下半年獎勵金約於 114 年 3 月底前撥付）。
- (三) 醫院應於方案公告後 30 個工作日內，提交本款項運用方式（8 成以上須用於提升其他須輪值夜班單位之護理人員夜班費）予保險人分區業務組備查。

~~三、保險人將定期監測預算執行情形，「急性一般病床護理人員夜班獎勵」及「其他護理獎勵」得互相流用。~~

陸、預期效益之評估指標

- 一、調升護理人員夜班獎勵之醫院達 100%。
分子：領有本方案款項之醫院家數。
分母：申報急性一般病床護理費之醫院家數。
- 二、各醫院每月大(小)夜班護病比不高於基期(112 年第 4 季平均)大(小)夜班護病比。
- 三、急性一般病床之「年資 3 個月以上護理人員離職率」、「年資 3 個月以上但未滿 2 年護理人員離職率」不高於 112 年同期。
- 四、整體護理人員空缺率不高於 112 年同期。

柒、稽核機制及罰則

一、款項之應用

- (一) 本方案「急性一般病床護理人員夜班獎勵」之款項應用於撥付急性一般病床護理人員夜班獎勵，不得用於其他用途。
- (二) 本方案「其他護理獎勵」應用於提高其他須輪值夜班單位之護理人員夜班費（本款項 8 成以上須用於此）、強化護理照護量能及提升護理人力配置，不得用於其他用途。

- (三) 醫院如未將本方案款項落實於前述用途，保險人將予以追扣。
- 二、透過衛生福利部護理及健康照護司（下稱照護司）「護助 e 起來平台」宣導與公告醫院夜班費調查結果。
- 三、如護理人員有夜班獎勵相關爭議，可透過衛生福利部「護理職場爭議通報平台」反映，向照護司提出申訴及陳情受理。
- 四、保險人將定期監測預算執行情形並得不定期進行稽核，經查有下列情形者，追扣本方案獎勵款項：
- (一) 倘醫院未如實將夜班獎勵撥付予護理人員，保險人將依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條、第 40 條規定辦理。
- (二) 登錄不實或有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 38 條至第 40 條所列違規情事之一暨第 44 條及第 45 條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人處以停止特約者（含行政救濟進行中尚未執行處分者），以違規發生日期認定，對於處分期間或停約之月份數，不撥付本方案之款項，已撥付者則追扣其費用。
- (三) 經勞動檢查發現違反護理人員相關勞動法令者，處分日期當月不予核發本方案獎勵金，款項已撥付者則追扣其費用。

捌、訂定與修正程序

本方案由保險人與相關團體共同研訂，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。本方案之修訂，屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告。

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修正規定

第二部 西醫

第一章 基本診療

第二節 住院診察費

通則：

六、兒科專科醫師申報部分住院診察費得加成，說明如下：

(一) 加護病房診察費(包括編號 02011K、02012A、02013B)，兒科專科醫師得加計百分之一百二十，若同時符合「兒童加成」或「兒科及新生兒科加護病房加成」者，依加成率合計後一併加成，最高加成上限為百分之一百四十。

~~(二)~~ (二) ~~加護病房診察費及~~住院會診費(~~包括~~編號 02005B、~~02011K、02012A、02013B~~)，兒科專科醫師得加計百分之一百二十，若同時符合兒童加成者，依加成率合計後一併加成，最高加成上限為百分之一百二十。

~~(三)~~ (三) 一般住院診察費及隔離病床住院診察費(包括編號 02006K、02007A、02008B、02014K、02015A、02016B)，兒科專科醫師得加計百分之一百五十，若同時符合兒童加成者，依加成率合計後一併加成，最高加成上限為百分之一百五十。

~~(四)~~ (四) 小兒外科專科醫師診治未滿十九歲病人之案件，得依前述規範加成。

八、兒科及新生兒科加護病房之加護病床住院診察費(02011K、02012A、02013B)，得依表定點數另加計百分之二十。

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
02017K	新生兒中重度住院診察費(天)			v	v	<u>1,229</u> 849
02018A						<u>1,166</u> 777
02019B						<u>1,065</u> 740
註：本項非兒童加成項目。						

第二部 西醫

第一章 基本診療

第三節 病房費

通則：

十、兒科及新生兒科加護病房之加護病床病房費及護理費，得依表定點數另加計百分之二十，包含加護病床病房費(03010E、03011F、03012G)、加護病床護理費(03104E、03105F、03106G、03047E、03048F、03049G)、精神科加護病床病房費(03014A、03025B)、精神科加護病床護理費(03095A、03096B、03037A、03039B)、燒傷加護病床病房費(03017A)、燒傷加護病床護理費(03098A、03041A)。

113 年「主動脈剝離手術病患照護跨院合作」及「腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作」專款計畫(草案)

113.00.00 公告

壹、前言

急性主動脈剝離為一種複雜且致死率高之心血管疾病，病人發病後如未獲得適當處置，死亡率將隨時間增加，每小時增加 1% 死亡率，約有 50% 的病人在送達醫院 24 小時內死亡、71% 的人在 2 個月內死亡；另依據衛生福利部近 10 年統計資料顯示，腦血管疾病列為國人十大死因第 2 至第 4 位，平均每年約有 1 萬多的人死於該疾病。腦中風病人發病後即使存活後通常會留下不同程度的神經功能障礙，而失能之後遺症亦是我國成人殘障的主因之一，不僅造成病人與照顧者的負擔，也嚴重影響生活品質。

為使上述疾病之急重症個案於黃金治療期內接受完善的治療及照顧，以提升功能性預後機率，早日回歸社會。全民健康保險保險人(以下稱保險人)邀集社團法人台灣急診醫學會、台灣胸腔及心臟血管外科學會、社團法人台灣腦中風醫學會、社團法人台灣神經外科醫學會及台灣神經學學會共同研擬本計畫，鼓勵醫院建立完整之上、下游區域聯防合作機制，共同擔任主動脈剝離及腦中風病人之健康守門員。

貳、目標

- 一、建立醫院間合作溝通機制。
- 二、確保急重症個案疾病照護品質及效率。
- 三、落實以品質為導向轉診制度。

參、實施期間：本計畫公告日起至 113 年 12 月 31 日。

肆、預算來源：全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款項目之「主動脈剝離手術病患照護跨院合作」項下 81 百萬元及「腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作」項下 127 百萬元支應。

伍、參與資格：

- 一、須為全民健康保險特約醫院，並依本計畫規定據實登錄相關資料者。
- 二、由本保險特約醫院共同組成合作團隊，並由主責醫院向保險人分區業務組提出參與計畫申請書(附表一)，並經保險人分區業務組資格審核同意後，始得參與本計畫。

陸、計畫構面

一、收案條件：

(一) 主動脈剝離：

門、急、住診主或次診斷(ICD-10-CM)為 I71.00-I71.03 且執行 68043B 「A 型急性主動脈剝離術」。

(二) 腦中風：

門、急、住診主或次診斷(ICD-10-CM)為 I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.89 或 I67.9。

二、支付方式：

(一) 網絡建置費：單一疾病每分區業務組 100 萬點，由保險人各分區業務組統籌運用及核發，參與本計畫之主責醫院應自計畫公告日起 30 日內向分區業務組提出申請。

(二) 個案管理費：支付資源分配及管理調度醫院每名個案獎勵 3,000 點(腦中風部分，限有執行 33143B 「急性缺血性腦中風機械取栓術」之病人申報)。

(三) 跨院合作執行費：

1. 主動脈剝離：

(1) 轉診病人：

以病人在第一間醫院轉出時間區分獎勵條件，說明如下：

A. 轉出醫院於 2 小時以內將病人轉出，支付轉出醫院每案 2 萬點；轉出醫院超過 2 小時將病人轉出，支付轉出醫院每案 1 萬點。

- B. 收治轉出醫院轉出之病人，支付收治醫院每案 9 萬點。
- (2) 自收個案：醫院自行收治並診治病人，支付每案 5 萬點。
2. 腦中風：(限於轉入醫院或自收醫院有執行 33143B 者申報)

(1) 轉診病人

以病人在第一間醫院轉出時間區分獎勵條件，說明如下：

- A. 轉出醫院分別於 1 小時以內、超過 1 小時且 2 小時以內、超過 2 小時將病人轉出，依上述條件分別支付轉出醫院 2 萬點、1.5 萬點及 1 萬點。

B. 收治轉出醫院轉出之病人，支付收治醫院每案 3.5 萬點。

- (2) 自收個案：醫院自行收治並診治病人，支付每案 2.5 萬點。

- (四) 24 小時急性缺血性腦中風整合治療評估費：限腦中風病人於發作後 24 小時內到院進行術前評估，若評估後不符合執行靜脈溶栓治療 (IVT) 或導管取栓治療 (EVT) 條件之病人，支付每案 3,000 點。前項所述評估項目應包含神經影像 (CT/MRI) 檢查、中風嚴重度 (NIHSS) 評估、健保雲端與在院病歷整合查詢、不同治療藥物適應症與禁忌症之評估、轉診評估、神經外科介入之可能性討論，並應製作於病歷中，保險人將不定期進行抽查。

柒、醫療費用申報、支付及審查

- 一、急重症疾病照護獎勵、跨院合作執行費獎勵及自行收治病人獎勵申報規定如下(支付標準如附表二)：

(一) 急重症疾病照護獎勵：採按月申報

1. 個案管理費：負責資源分配及管理調度之醫院，主動脈剝離及腦中風分別以代碼 P8201B「主動脈剝離個案管理費」及 P8202B 申報「腦中風個案管理費」，每個案支付 3,000 點。
2. 24 小時急性缺血性腦中風整合治療評估費：以代碼 P8203B「24 小時急性缺血性腦中風整合治療評估費」申報，每個案支付 3,000 點。

(二) 跨院合作執行費獎勵：採按月申報

1. 轉出醫院：醫令類別填報 G，支付點數填報 0，d55「轉往之醫事

服務機構代號」須填報轉往之院所代號，由保險人依轉入院所申報及 VPN 登錄內容進行勾稽後，每季統一補付費用。

(1) 主動脈剝離

- A. 2 小時以內轉出者，以代碼 P8204B「轉出醫院於 2 小時以內轉出獎勵」申報，支付點數 20,000 點。
- B. 超過 2 小時轉出者，以代碼 P8205B「轉出醫院超過 2 小時轉出獎勵」申報，支付點數 10,000 點。

(2) 腦中風(限於轉入醫院有執行 33143B 者申報)

- A. 1 小時以內轉出者，以代碼 P8208B「轉出醫院於 1 小時以內轉出獎勵」申報，支付點數 20,000 點。
- B. 超過 1 小時且 2 小時以內轉出者，以代碼 P8209B「轉出醫院超過 1 小時且 2 小時以內轉出獎勵」申報，支付點數 15,000 點。
- C. 超過 2 小時轉出者，以代碼 P8210B「轉出醫院超過 2 小時轉出獎勵」申報，支付點數 10,000 點。

2. 接受轉診醫院：接受轉診醫院於申報時須填報 d107「轉入服務機構代號」

(1) 主動脈剝離：接受轉診醫院以代碼 P8206B「接受主動脈剝離病人轉入醫院獎勵」申報，支付點數 90,000 點。

(2) 腦中風：接受轉診醫院以代碼 P8211B「接受腦中風病人轉入醫院獎勵」申報，支付點數 35,000 點。

(三) 自行收治病人獎勵

- 1. 主動脈剝離：自行收治主動脈剝離之病人，收治醫院以代碼 P8207B「自行收治主動脈剝離病人之醫院」申報，支付點數 50,000 點。
- 2. 腦中風：自行收治腦中風之病人，收治醫院以代碼 P8212B「自行收治腦中風病人之醫院」申報，支付點數 25,000 點(限有執行 33143B 者申報)。

二、考量本計畫部分獎勵項目與本署急診品質提升方案(急診重大傷病品質照護-主動脈剝離需緊急開刀且存活出院個案申報 P4621B-P4623B)雷同，

為避免重複獎勵，本計畫公告生效後，不得重複申報。

- 三、本方案之醫令類別，以門診申報格式申報者為「2」、以住院申報格式申報者為「K」。
- 四、本計畫預算先扣除網絡建置費後，按季均分，以浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘則流用至下季。於年度結束後進行全年結算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於1元。
- 五、醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。
- 六、經保險人審查發現登載不實者，除不支付計畫相關費用外，經確證日起至次年底不納入本方案之獎勵。

捌、品質監測指標

訂定下列指標(指標定義如附表三)，用以監測本計畫執行成效。

一、整體指標：

- (一)總死亡率：主、次診斷為主動脈剝離/腦中風病人之死亡人數比率。
- (二)總手術死亡率：當次因該疾病之主、次診斷執行手術且術後48小時內死亡之人數比率。
- (三)總失能率：因該疾病執行手術且出院時、出院後90天失能評估量表(Modified Rankin Scale, mRS)之分數達失能標準之人數比率。
- (四)腦中風病人經整合評估且完成處置率：符合腦中風收案條件之病人，於發作後24小時內完成術前評估且執行治療之人數比率。

二、醫院別指標：

(一)效率指標：

1. 急診病人停留時間之達標比率：

- (1) 病人不須轉診：符合收案條件之病人進入收治醫院急診後立即評估(到急診時至完成影像檢查於25分鐘內)之人次比率。
- (2) 經轉診病人：符合收案條件之病人抵達第一間醫院後，2小時內轉出之人次比率。

2. 醫院自行收治或經轉診主動脈剝離/腦中風經動脈取栓手術病人之時間達標比率：

(1) 主動脈剝離手術：

- A. 醫院自行收治之病人入院後，4 小時內進入開刀房之人次比率。
- B. 病人抵達第一間醫院後，4 小時內轉診至轉入醫院之人次比率。

(2) 腦中風：依病人來源區分（入院至接受取栓手術之時間）：

- A. 病人不經轉診至收治醫院接受取栓治療 ≤ 2 小時之人次比率。
- B. 病人經轉診至轉入醫院接受取栓治療 ≤ 1.5 小時之人次比率。

(二) 結果面指標：

- 1. 死亡率：醫院收治主、次診斷為主動脈剝離/腦中風個案死亡之人數比率，倘於轉院途中之個案死亡應列計於轉出醫院之死亡人數。
- 2. 手術死亡率：當次因該疾病之主、次診斷執行手術且術後 48 小時內死亡之人數比率。
- 3. 失能率：因該疾病執行手術且出院時、出院後 90 天失能評估量表 (Modified Rankin Scale, mRS) 之分數達失能標準之人數比率。

玖、品質資訊之登錄

- 一、參加本計畫醫院應依規定，於保險人健保資訊網服務系統之 VPN 登載急診重大疾病照護品質及轉診品質相關資料，格式如附表四（建置於健保資訊網服務系統），如健保相關資料未及時登錄或登錄不全者，不予支付相關費用。
- 二、有關資料登錄作業，因重大行政或系統問題導致延誤或錯誤者，由保險人分區業務組衡酌處理，且同醫院一年不得超過 1 次。
- 三、另為確保急重症照護成效及追蹤個案預後情形，參加本計畫醫院除依前述規定填報出院評估結果外，醫院應追蹤出院個案失能情形，並於出院

後 90 天再評估，登載 mRS 分數於 VPN。

壹拾、 資訊之分享與公開

- 一、保險人各分區業務組得舉辦方案執行概況檢討或發表會，由參與本方案之特約醫院報告，藉以進行計畫執行成果檢討及經驗交流。
- 二、保險人得公開參與本方案之醫院名單及相關品質資訊供民眾參考。

壹拾壹、 訂定與修正程序

本計畫由保險人與醫院總額相關團體共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附表一、參與 113 年「主動脈剝離手術病患照護跨院合作」及「腦中風經動脈取栓術病患照護跨院合作」專款計畫申請書

疾病別：

基本資料	主責醫院		醫事機構代碼	
	聯絡人		聯絡電話	
	E-mail			
配套措施	轉診後送機制			
	合作醫院名單	醫事機構代號	合作醫院名稱	

本院及團隊內醫院同意於計畫執行期間，依照本計畫及全民健康保險法等相關規定，提供保險對象醫療服務。

健保合約大小章用印處

中華民國 年 月 日

附表二、急重症疾病照護、跨院合作執行費及自行收治病人給付項目及支付標準

編號	項目	點數
一、急重症疾病照護獎勵		
P8201B	個案管理費 1. 主動脈剝離個案管理費： 門、急、住診主或次診斷(ICD-10-CM)為 I71.00-I71.03 且執行 68043B「A 型急性主動脈剝離術」，由負責資源分配及管理調度之醫院申報，同個案每次事件限申報一次。	3,000
P8202B	2. 腦中風個案管理費： 門、急、住診主或次診斷(ICD-10-CM)為 I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.89 或 I67.9 且執行 33143B「急性缺血性腦中風機械取栓術」，由負責資源分配及管理調度之醫院申報，同個案每次事件限申報一次。	3,000
P8203B	24 小時急性缺血性腦中風整合治療評估費 註： 1. 限腦中風病人於發作後 24 小時內到院進行術前評估，且不符施作 IVT 或 EVT 治療資格者。同個案每次事件限申報一次。 2. 前述評估項目應包含神經影像(CT/MRI)檢查、中風嚴重度(NIHSS)評估、健保雲端與在院病歷整合查詢、不同治療藥物適應症與禁忌症之評估、轉診評估、神經外科介入之可能性討論。	3,000
二、跨院合作執行費獎勵		
P8204B	(一)主動脈剝離 1. 轉出醫院： -轉出醫院於 2 小時以內轉出獎勵	20,000
P8205B	-轉出醫院超過 2 小時轉出獎勵	10,000
P8206B	2. 接受主動脈剝離病人轉入醫院獎勵	90,000
	(二)腦中風(限於轉入醫院有執行 33143B 者申報) 1. 轉出醫院	

編號	項目	點數
P8208B	-轉出醫院於 1 小時以內轉出獎勵	20,000
P8209B	-轉出醫院超過 1 小時且 2 小時以內轉出獎勵	15,000
P8210B	-轉出醫院於超過 2 小時轉出獎勵	10,000
P8211B	2. 接受腦中風病人轉入醫院獎勵	35,000
三、自行收治病人獎勵		
P8207B	(一)自行收治主動脈剝離病人之醫院	50,000
P8212B	(二)自行收治腦中風病人之醫院(限有執行 33143B 者申報)	25,000

附表三、指標定義明細

序號	指標名稱	指標定義
整體指標		
1	總死亡率	<p>主、次診斷為主動脈剝離/腦中風病人之死亡人數比率</p> <p>分子：分母人數中，死亡之病人數</p> <p>分母：我國主、次診斷為主動脈剝離(ICD-10-CM：I71.00-I71.03)/腦中風(ICD-10-CM：I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.89 或 I67.9)之住院病人數</p>
2	總手術死亡率	<p>當次因該疾病之主、次診斷執行手術且術後 48 小時內死亡之人數比率</p> <p>分子：分母人數中，執行 68043B/33143B 且術後 48 小時內死亡之人數</p> <p>分母：我國主動脈剝離(ICD-10-CM：I71.00-I71.03)/腦中風(ICD-10-CM：I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.89 或 I67.9)且執行 68043B/33143B 之病人數</p>
3	總失能率	<p>因該疾病執行手術且出院時、出院後 90 天失能評估量表之分數達失能標準之人數比率</p> <p>分子：分母人數中，量表分數符合失能之病人數</p> <p>分母：執行該項手術之病人數</p>
4	腦中風病人經整合評估且完成處置率	<p>符合腦中風收案條件之病人，於發作後 24 小時內完成術前評估且執行治療之人數比率</p> <p>分子：分母人數中，有執行 24 小時腦中風整合治療評估且執行 33143B 人數</p> <p>分母：我國主、次診斷為腦中風(ICD-10-CM：I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.89 或 I67.9)，且有申報 33143B 或 P8203B 之病人數</p>

序號	指標名稱	指標定義
醫院別指標		
(一)效率指標		
5	急診停留時間之達標比率	<p>1. 病人不須轉診：符合收案條件之病人進入收治醫院急診後立即評估(到急診時至完成影像檢查於25分鐘內)之人次比率。</p> <p>2. 病人須轉診：符合收案條件之病人進入收治醫院急診後，於2小時內轉出醫院之人次比率。</p> <p>分子：分母人次中，達指標規範時間之人次 分母：符合收案條件之病人次</p>
6	醫院自行收治或經轉診主動脈剝離/腦中風經動脈取栓手術病人之時間之達標比率	<p>1. 主動脈剝離手術：</p> <p>(1) 自行收治之醫院於病人入院後，4小時內進入開刀房之人次比率。</p> <p>(2) 病人抵達第一間醫院後，4小時內轉診至轉入醫院之人次比率。</p> <p>2. 腦中風：依病人來源區分 (入院至接受取栓治療時間)：</p> <p>(1) 病人不經轉診至收治醫院接受取栓治療≤ 2小時之人次比率。</p> <p>(2) 病人經轉診至轉入醫院接受取栓治療≤ 1.5小時之人次比率。</p> <p>分子：分母人次中，達指標規範時間之人次 分母：符合收案條件之病人次</p>
(二)結果面指標		
7	死亡率	<p>醫院收治主、次診斷為主動脈剝離/腦中風個案死亡之人數比率，倘於轉院途中之個案死亡應列計於轉出醫院之死亡人數</p> <p>分子：主、次診斷為主動脈剝離/腦中風之病人於收治醫院死亡之人數(含轉診途中死亡) 分母：醫院收治主、次診斷為主動脈剝離/腦中風</p>

序號	指標名稱	指標定義
		之住院病人數
8	手術死亡率	<p>當次因該疾病之主、次診斷執行手術且術後 48 小時內死亡之人數比率</p> <p>分子：醫院執行 68043B/33143B 且術後 48 小時內死亡之人數</p> <p>分母：醫院收治主動脈剝離(ICD-10-CM：I71.00-I71.03)/腦中風(ICD-10-CM：I63.-、I67.0-I67.2、I67.4-I67.7、I67.81、I67.82、I67.841-I67.848、I67.89或 I67.9)且執行 68043B/33143B 之病人數</p>
9	失能率	<p>因該疾病執行手術且出院時、出院後 90 天失能評估量表之分數達失能標準之人數比率</p> <p>分子：分母人數中，量表分數符合失能之病人數</p> <p>分母：執行該項手術之病人數</p>

附表四、區域聯防跨院合作照護計畫個案登錄系統(VPN)必要欄位表

一、基本資料

1. 院所代碼、2. 病人 ID、3. 出生日期、4. 進入急診時間(年月日時分)

二、重大疾病照護品質必填欄位

1. 主動脈剝離(共 4 欄)：主或次診斷、治療項目醫令代碼(68043B)、開始執行時間。

2. 腦中風(共 5 欄)：主或次診斷、治療項目醫令代碼(33143B)、開始執行時間、出院前、出院後 90 天之 mRS 分數(0-5 分)。

三、轉診必填欄位

1. 轉出醫院：入院時間、轉出時間、轉出醫院代號

2. 接受轉診醫院：轉入時間、轉入醫院代號、治療項目醫令代碼(68043B、33143B)、開始執行時間。

四、24 小時急性缺血性腦中風整合治療評估費必填欄位

1. 疾病發作時間、2. 進入醫院(急診)時間(年月日時分)、3. 完成評估時間、4. 評估結果(填寫 NIHSS 分數)

五、若病人術後 48 小時內死亡或轉診途中死亡，請於相關死亡欄位勾選「Y」(必填)

抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫(草案)

○年○月○日健保醫字第○○○○○號公告

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、目的

- 一、鼓勵醫院推動、落實或提升感染管制及抗微生物製劑管理。
- 二、提升醫療品質，保障病人安全。
- 三、鼓勵醫院管理階層對感染管制的實質支援。

參、實施期間

自計畫公告實施日起至 113 年 12 月 31 日止。

肆、預算來源

113 年全民健康保險醫院醫療給付費用總額「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」專款項下支應，全年度經費為 225 百萬元。

伍、計畫內容

一、以醫療院所為對象之獎勵規劃(依據達成指標積分獎勵)

(一)參與醫院資格：~~醫院評鑑感染管制章節合格~~符合醫院感染管制查核。

(二)過程面指標及計分：

1. 醫院總病床數每300床(3分)、每200床(5分)、每100床(10分)設有接受感染症醫學訓練之專任專科醫師1位。若醫院急性一般病床登記許可床數249床以下，且設有專責感染症專科醫師(專任或支援)，以3分計。
2. 管理階層對於感染管制人員訂有攬才、育才、留才計畫(2分)。
3. 管理階層訂有管理計畫及內部獎勵制度，提撥獎勵予感染管制師或相關醫事人員的百分比(2分)。
4. 台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統(THAS)之抗藥性監測(AR)模組參與度：當年度通報月比率達100% (6分)；通報月比率50%以上 (4分)；通報月比率未達50% (2分)。

(三)結果面指標及計分：

1. 全院重點監測抗藥菌占率改善成果(最高積分10分)：單一抗藥菌占率較基期(前一年度)下降2-5%(1分)；較基期下降5%以上(2分)。重點監測抗藥菌包括 MRSA、VRE、CRKP、CRAB、CRPA，分別計算前揭菌種占率之下降率。
2. 重點監測抗藥菌感染密度(‰)：
 - (1) 全院重點監測抗藥菌感染密度(最高積分15分)：改善成果個別計分，重點監測抗藥菌包括 MRSA、VRE、CRKP、CRAB、CRPA 全院感染密度維持與基期(依據該院全院過去3年之數據)相當(1分)；較基期下降2-5%(2分)；較基期下降5%以上(3分)。
 - (2) 加護病房重點監測抗藥菌感染密度(最高積分15分)：改善成果個別計分，重點監測抗藥菌包括 MRSA、VRE、CRKP、CRAB、CRPA 加護病房感染密度維持與基期(依據該院加護病房過去3年之數據)相當(1分)；較基期下降2-5%(2分)；較基期下降5%以上(3分)。
 - (3) 依醫療機構設置標準規定，無須設置加護病房之醫院，「加護病房重點監測抗藥菌感染密度」指標得不計分，於「全院重點監測抗藥菌感染密度」指標最高積分由15分調升為30分。
3. 醫療照護相關感染密度(‰)：(暫不列入113年度積分計算)
 - (1) 全院醫療照護相關感染密度：將全院月平均感染發生密度控制在95%信賴區間高標以下(依據該院全院過去3年之數據)。
 - (2) 加護病房醫療照護相關感染密度：將加護病房月平均感染發生密度控制在95%信賴區間高標以下(依據該院加護病房過去3年之數據)。
4. 高度管制性抗微生物製劑管理成果(最高積分3分)：針對本保險抗微生物劑藥品給付規定通則須經感染症專科醫師會診確認需要使用藥品(共18項，附件1-1)，其 DDD 耗用量或 DID(住院抗生素耗用量密度)維持與基期(前一年度)相當(1分)；較基期下降2-5%(2分)；較基期下降5%以上(3分)。

二、高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費(附件2)

(一)參與醫院資格，須符合以下各項條件：

1. ~~醫院評鑑感染管制章節合格符合醫院感染管制查核~~。
2. 參與傳染病監視通報機制。
3. 參與台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統(THAS)之抗藥性監測模組。

(二)執行人員資格：專任感染症專科醫師。

(三)照護對象：嚴重感染症之住院病人(附件3)，包含複雜性感染、嚴重敗血症、困難治療照護處置、及免疫不全之病人，並經專任感染症專科醫師評估需使用高度管制性抗微生物製劑。

(四)量表評估時機，符合以下任一條件：

1. 於使用高度管制性抗微生物製劑前。
2. 於使用高度管制性抗微生物製劑期間，每週評估並以每週申報1次為限。每週採計，滿7天得申報一次。

[註]適用藥品：計畫施行前6個月，僅納入本保險抗微生物劑藥品給付規定通則須經感染症專科醫師會診確認需要使用之18個抗微生物製劑(附件1-1)，第7個月起依量表實際使用狀況評估納入之完整高度管制性抗微生物製劑(附件1-2)。

陸、支付方式及費用申報、審查及核付作業：

一、以醫療院所為對象之獎勵規劃：

(一)獎勵金計算方式：

1. 各醫院獎勵金分配＝

$$\frac{\text{該院之(指標達成積分} \times \text{權重)}}{\sum \text{各醫院(指標達成積分} \times \text{權重)}} \times \text{獎勵點數}$$

2. 按達成指標積分獎勵，並依醫院總病床數給予權重加成，分配權重如下：
 - (1) 病床數未滿500床分配權重=1
 - (2) 病床數501至1250床分配權重=1.5
 - (3) 病床數1251至2000床分配權重=2
 - (4) 病床數2001床以上分配權重=3

(二)獎勵金須給付一定成數予感染管制師或相關醫事人員，每一積分採浮動點值，以 5,000 點為上限。

二、高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費：支付點數 1,000 點，申報時醫令類別為「X」，並須給付一定成數予感染症專科醫師。給付項目及支付標準如下：

編號	診療項目	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
P8301B	高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費 註： 1. 適應症：嚴重感染症之住院病人(附件3)，包含複雜性感染、嚴重敗血症、困難治療照護處置、及免疫不全之病人，並經專任感染症專科醫師評估需使用高度管制性抗微生物製劑。 2. 量表評估時機，符合以下條件之一： (1) 於使用高度管制性抗微生物製劑前。 (2) 於使用高度管制性抗微生物製劑期間，每週評估並以每週申報1次為限。	V	V	V	1,000

三、「以醫療院所為對象之獎勵」及「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費」得互相流用。

四、點值結算方式：

(一)本計畫預算按季均分，優先支應「高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費」後，餘款支應「以醫療院所為對象之獎勵規劃」。以浮動點值計算，且每點金額不高於 1 元，當季預算若有結餘則流用至下季。若全年預算當有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。

(二)本計畫「以醫療院所為對象之獎勵規劃」每年結算一次，由保險人於次年 3 月底前，計算參與計畫之醫院名單及分配金額後，辦理撥付事宜。

五、申報、審查及核付作業：

(一)除另有規定外，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理

醫療費用申報、審查及核付事宜。

(二)醫院應於次年1月底前完成通報相關指標資料(含過程面指標 AR 模組通報及所有結果面指標)，如相關資料未及時登錄或登錄不全者，不予支付相關費用。

(三)參與計畫之醫院應於指定期限前彙整當年度「以醫療院所為對象之獎勵規劃」中「管理階層對於感染管制人員訂有攬才、育才、留才計畫」及「管理階層訂有管理計畫及內部獎勵制度，提撥獎勵予感染管制師或相關醫事人員的百分比」兩項指標相關計畫及獎勵制度內容送保險人，保險人將請台灣感染症醫學會審查。台灣感染症醫學會應將審核定名單，於次年1月底前函送保險人。

(四)醫院應於次年6月底前，彙整本計畫提撥予感染管制師或相關人員(以醫療院所為對象之獎勵規劃)及感染症專科醫師(高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表評估費)之個別成數，並函送至所屬保險人分區業務組備查。

(五)醫療費用核付依據：由衛生福利部~~醫事司(下稱醫事司)~~及衛生福利部~~疾病管制署(下稱疾管署)~~相關單位提供下列資料予保險人：

1. ~~醫事司~~÷~~醫院評鑑感染管制章節合格名單~~符合醫院感染管制查核名單(含醫院名稱及醫事機構代碼)、~~全院醫療照護相關感染密度~~。
2. ~~疾管署~~÷傳染病監視通報機制及 THAS 之抗藥性模組參與醫院名單、THAS 之抗藥性監測模組參與度、全院重點監測抗藥菌占率、全院重點監測抗藥菌感染密度、加護病房重點監測抗藥菌感染密度、全院醫療照護相關感染密度、加護病房醫療照護相關感染密度。

(六)醫療費用申復：辦理本計畫核發作業後，若有未列入本計畫核發名單之特約醫院提出申復等行政救濟事宜，經審核同意列入核發者，其核發金額將自次年度醫院總額「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」專款項下優先支應，若次年度無同項預算，則自當時結算之當季醫院總額一般服務項目預算中支應。

柒、 關鍵績效指標

本項係訂定下列指標(指標定義如附件 4)，用以監測本計畫執行成效。

一、 全院重點監測抗藥菌占率不高於112年同期。

二、 全院/加護病房重點監測抗藥菌感染密度不高於112年同期。

三、 全院/加護病房醫療照護相關感染密度不高於112年同期。

四、 高度管制性抗微生物製劑管理 DDD 耗用量或 DID(住院抗生素耗用量密度)不高於112年同期。

捌、 新年度計畫未公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。

玖、 訂定與修正程序

本計畫由保險人與醫院總額相關團體共同擬訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

**附件 1-1 中央健康保險署抗微生物劑用藥給付規定通則須經感染症專科醫師會
診*確認需要使用之高度管制性抗微生物製劑清單**

章節	抗微生物劑	用藥給付規定
10.3.5	Ceftaroline fosamil *	<p>1.限下列條件之一且經感染症專科醫師會診確認需使用者:</p> <p>(1)社區性肺炎，經使用第一線社區性肺炎抗生素(如盤尼西林類抗生素、第三代頭孢子菌素、quinolone類抗生素)治療失敗或致病菌對第一線抗生素不具感受性。</p> <p>(2)證實或高度懷疑MRSA複雜性皮膚和皮膚構造感染，並符合下列條件之一：</p> <p>I.有全身性感染徵兆且白血球數異常(>12,000 或 <4,000 cells /mcL)。</p> <p>II.免疫功能不全。</p> <p>2.申報費用時須檢附會診紀錄及相關之病歷資料。</p>
10.3.6	Ceftazidime+avibactam sodium*	<p>1. 限下列條件之一且經感染症專科醫師會診確認需使用者：</p> <p>(1) 複雜性腹腔內感染</p> <p>(2) 複雜性泌尿道感染</p> <p>(3) 院內感染型肺炎</p> <p>(4) 其他臨床感染症</p> <p>2. 申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料。</p>
10.3.7.	Ceftolozane+tazobactam*	<p>1. 治療18 歲以上成人，患有對ceftolozane/tazobactam 有感受性的致病菌引起的以下感染症:</p> <p>(1)複雜性腹內感染，需與metronidazole 併用。</p> <p>(2)複雜性泌尿道感染，包括腎盂腎炎。</p> <p>(3)院內感染性肺炎，包括呼吸器相關肺炎。</p> <p>2. 需經會診感染科醫師同意後使用。申報費用時，需檢附感染科醫師會診報告。</p>
10.4.2	Erythromycin lactobionate*	<p>(1) 限用於無法口服之病患。</p> <p>(2) 使用期間不得超過10 日。</p> <p>(3) 若需使用高劑量（成人每日劑量大於2g）或延長治療者，需經感染症專科醫師會診確認需要使用。</p>
10.4.4 (3)	Clarithromycin*	<p>I. 限用於無法口服之病患。</p> <p>II. 若需使用高劑量（成人每日劑量大於1g）或延長治療者，需經感染症專科醫師會診確認需要使用。</p>

章節	抗微生物劑	用藥給付規定
10.5.1	Imipenem + cilastatin*	<ol style="list-style-type: none"> 1. 經細菌培養證實有意義之致病菌且對其他抗微生物製劑均具抗藥性，而對carbapenem 具有感受性（sensitivity）。 2. 經細菌培養，發現有意義之致病菌對carbapenem及其他抗微生物製劑具有感受性，但病患對其他抗微生物製劑過敏無其他藥物可供選用時。 3. 臨床上為嚴重之細菌感染，且經其他廣效性的非第一線抗微生物製劑治療仍無法控制病情者。 4. 經感染症專科醫師會診，確認有感染症需使用者（申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料）。
10.5.1	Meropenem*	<ol style="list-style-type: none"> 1. 經細菌培養證實有意義之致病菌且對其他抗微生物製劑均具抗藥性，而對carbapenem 具有感受性（sensitivity）。 2. 經細菌培養，發現有意義之致病菌對carbapenem及其他抗微生物製劑具有感受性，但病患對其他抗微生物製劑過敏無其他藥物可供選用時。 3. 臨床上為嚴重之細菌感染，且經其他廣效性的非第一線抗微生物製劑治療仍無法控制病情者。 4. 經感染症專科醫師會診，確認有感染症需使用者（申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料）。
10.5.2	Ertapenem*	<ol style="list-style-type: none"> 1. 臨床上為中、重度細菌感染，且經其他抗微生物製劑治療仍無法控制病情者，但限用於： <ol style="list-style-type: none"> (1) 複雜的腹腔內感染 (2) 感染性肺炎 (3) 急性骨盆感染 2. 經感染症專科醫師會診，確認有感染症需使用者（申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料）。
10.5.3	Doripenem*	<ol style="list-style-type: none"> 1. 經細菌培養證實有意義之致病菌且對其他抗微生物製劑均具抗藥性或對其他具有感受性抗微生物製劑過敏，而對carbapenem 具有感受性（sensitivity）之複雜性泌尿道感染（包括腎盂腎炎）及複雜性腹腔內感染。 2. 臨床上為嚴重之複雜性泌尿道感染（包括腎盂腎炎）及複雜性腹腔內感染，且經其他廣效性的非第一線抗微生物製劑治療仍無法控制病情者。 3. 經感染症專科醫師會診，確認有感染症需使用者（申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料）。

章節	抗微生物劑	用藥給付規定
10.6.3.2	Itraconazole 注射劑*	<ol style="list-style-type: none"> 限用於第一線治療藥物amphotericin B 治療無效或有嚴重副作用之侵入性麴菌症、侵入性念珠菌感染症、組織漿病菌之第二線用藥使用，以14日為限。 限用於第一線治療藥物無法使用或無效的免疫功能不全及中樞神經系統罹患隱球菌病（包括隱球菌腦膜炎）的病人，並以14日為限。 因病情需要，經感染症專科醫師會診確認需要使用者（申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料）。
10.6.10.	Posaconazole*	<ol style="list-style-type: none"> 限下列條件之一使用： <ol style="list-style-type: none"> (1)對amphotericin B或itraconazole或voriconazole治療無效或不能忍受之成人侵入性麴菌病（invasive aspergillosis）的第二線用藥。（無效的定義是先前用有效抗黴菌劑的治療劑量至少7天，感染惡化或未改善）。 (2)對itraconazole或fluconazole治療無效或不能忍受之成人口咽念珠菌感染（oropharyngeal candidiasis）的第二線用藥。（無效的定義是先前用有效抗黴菌劑的治療劑量至少治療一段時間：持續性黴菌血症3天，非黴菌血症型感染7天，食道念珠菌病14天，感染惡化或未改善）限使用口服懸液劑劑型。 (3)用於造血幹細胞移植接受者因發生嚴重（gradeIII、IV）急性植體宿主反應（acute graft versus host reaction, GVHD），而接受高劑量免疫抑制劑（prednisolone使用劑量超過0.8mg/kg/day）治療之高危險病人（口服劑型限用於13歲以上病人、注射劑限用於18 歲以上病人），做為預防侵入性黴菌感染，使用期間以3個月為限。 (4)急性骨髓性白血病（acute myelogenous leukemia）或高危險骨髓化生不良症候群（myelodysplastic syndrome）病人接受誘導性化學治療者，給付條件如下： <ol style="list-style-type: none"> I.用於初診斷之誘導性化學治療、誘導失敗進行第二次誘導性化學治療，或復發病患進行復發後第一次誘導性化學治療者。 II.誘導性化學治療需使用「cytarabine(Ara-C)7天及anthracycline類藥物3天」、或「高劑量Ara-C」、或「老年人(60歲以上)使用cytarabine (Ara-C)5天及anthracycline類藥物2天」、或較上述療法更強的化學治療。 III.自化學治療第一天開始使用，當絕對嗜中性白血球數（absolute neutrophil count,ANC）大於500/mm³，或出現侵入性黴菌感染時應停止使用。每次療程投予

章節	抗微生物劑	用藥給付規定
		<p>posaconazole預防以一個月為限，最多給付2次誘導性化學治療療程。</p> <p>IV.口服劑型限用於13歲以上病人、注射劑限用於18歲以上病人。</p> <p>2. 使用本藥須經感染症專科醫師會診確認需要使用，申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料。</p> <p>3. 注射劑限用於無法口服之病人。</p>
10.6.11.	Isavuconazole*	<p>1. 限用於：</p> <p>(1) 侵犯性麴菌症（invasive aspergillosis）</p> <p>(2) 使用於不適合接受amphotericin B的病人治療白黴菌病（mucormycosis）</p> <p>2. 使用本藥須經感染症專科醫師會診確認需要使用，申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料。</p> <p>3. 注射劑限用於無法口服之病人。</p>
10.8.2.1	Moxifloxacin*	<p>1. 慢性支氣管炎的急性惡化、社區性肺炎、複雜性腹腔內感染。</p> <p>2. 急性鼻竇炎或複雜性皮膚和軟組織感染，因抗藥性細菌感染及病情需要，經感染科醫師會診確認需要使用者。</p>
10.8.3	Linezolid*	<p>1. 限下列條件之一使用：</p> <p>(1) 確定或高度懷疑為MRSA肺炎（痰液培養出MRSA，伴隨全身發炎反應，且CXR出現新的浸潤或痰液性狀改變或氧氣需求增加），並符合下列危險因子之一：</p> <p>I. 65歲以上。</p> <p>II. BMI\geq30。</p> <p>III. 急性腎衰竭、腎功能不穩定時。</p> <p>IV. 過去90天內曾使用glycopeptides者。</p> <p>(2) 因嚴重肺炎致呼吸衰竭或合併嚴重敗血症之患者，同時有其他部位懷疑或證實為MRSA感染，得以經驗性使用；惟後續呼吸道微生物學檢查結果無MRSA呼吸道感染證據時，應停止使用。</p> <p>(3) 證實為MRSA複雜性皮膚和皮膚構造染，並符合下列條件之一：</p> <p>I. 有全身性感染徵兆且白血球數異常(>12,000或<4,000 cells/mcL)。</p> <p>II. 免疫功能不全。</p> <p>(4) 證實為VRE (vancomycin-resistant enterococci) 感染，且其VRE菌株對ampicillin為抗藥者。</p> <p>(5) 其他抗藥性革蘭氏陽性球菌感染，因病情需要，經感染症</p>

章節	抗微生物劑	用藥給付規定
		<p>專科醫師會診確認需要使用者。</p> <p>2. 心內膜炎（endocarditis）病患不建議使用。</p> <p>3. 申報費用時需檢附會診紀錄或相關之病歷資料。</p>
10.8.5	Tigecycline*	<p>1. 限下列條件之一使用：</p> <p>(1) 經細菌培養證實有意義之致病菌且對其他抗微生物製劑均具抗藥性或對其他具有感受性抗微生物製劑過敏，而對 tigecycline 具有感受性（sensitivity）之複雜性皮膚及皮膚結構感染或複雜性腹腔內感染症使用。</p> <p>(2) 其他經感染症專科醫師會診，認定需使用之下列感染症：複雜性皮膚及皮膚結構感染、複雜性腹腔內感染、社區感染性肺炎。</p> <p>2. 申報費用時需檢附會診紀錄或相關之病歷資料。</p>
10.8.6	Colistin*	<p>限經感染症專科醫師會診，確定使用於一般抗生素無效，且具多重抗藥性之革蘭氏陰性菌之嚴重感染。</p>
10.8.7	Daptomycin*	<p>1. 證實為MRSA（methicillin-resistant staphylococcus aureus）複雜皮膚和皮膚組織感染，且證明為vancomycin抗藥菌株或使用 vancomycin、teicoplanin 治療失敗者或對 vancomycin、teicoplanin 治療無法耐受者。</p> <p>2. 其他抗藥性革蘭氏陽性菌引起的複雜皮膚和皮膚組織感染或 MRSA 菌血症（含右側感染性心內膜炎），因病情需要經感染症專科醫師會診確認需要使用者（申報費用時需檢附會診及相關之病歷資料）。</p>
10.8.8	Fidaxomicin*	<p>1. 限用於經第一線藥物metronidazole及vancomycin治療無效或復發，且細菌培養或毒素分析（toxin assay）報告證實為困難梭狀桿菌相關腹瀉（C. difficile-associated diarrhoea, CDAD），並經感染症專科醫師會診，確認有感染症需使用者。</p> <p>2. 申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料。</p>

附件 1-2 其他涵蓋 MDRO 治療指引之高度管制性抗微生物製劑清單

章節	抗微生物劑	用藥給付規定
10.1	Ceftazidime	Ceftazidime 是殺菌性頭孢子菌抗生素、對多種乙內醯胺、有抵抗力、並對廣範圍的革蘭氏陽性及陰性及陰性的細菌有效。
10.1	Cefepime	對Cefepime 具感受性之細菌性感染症。
10.1	Cefpirome	對Cefpirome Sulphate 具感受性細菌引起之感染症。
10.1	Fosfomycin	綠膿菌、變形菌、沙雷氏菌、葡萄球菌、大腸菌等具有感受性細菌所引起之下列感染症（敗血症、支氣管炎、細支氣管炎、支氣管擴張症、肺炎、肺化膿症、膿胸、腹膜炎、腎盂腎炎、膀胱炎）。
10.1	Sulbactam	鏈球菌、葡萄球菌、大腸桿菌、克雷氏菌、沙雷氏菌、流行感冒嗜血桿菌、引朵陰性變形桿菌屬、檸檬酸菌屬、厭氧性細菌（Bacteriodes Fusobacterium,Clostridium difficile）、Branhamella catarrhalis 引起之感染症。
10.1	Piperacillin	革蘭氏陰性及陽性厭氧菌及需氧菌所引起之全身性及局部性感染。
10.1	Piperacillin +tazobactam	Piperacillin 具有感受性、以及對Piperacillin 具抗藥性但對Piperacillin-Tazobactam 有感受性之B-Lactamase產生菌株所引起之中至嚴重程度感染。
10.6.1	Fluconazole	<p>10.6.1.1.Fluconazole錠劑膠囊劑（如Diflucan oral）：限</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 全身黴菌感染之治療。 2. 免疫不全病例，治療或預防黴菌感染時使用。 3. 非愛滋病隱球菌腦膜炎患者使用，原則上使用6到8週，視病人臨床反應，抗原效價及培養結果調整療期，而治黴菌藥物之終止以效價下降四倍及兩次培養陰性為原則。 4. 用於念珠性陰道炎，限頑固性疾病或無性經驗病人 <p>10.6.1.2.Fluconazole注射劑（如Diflucan inj）：限</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 已證實為全身性黴菌感染（經組織或培養證實）病例使用。 2. 非愛滋病隱球菌腦膜炎患者使用，原則上使用6到8週，視病人臨床反應，抗原效價及培養結果調整療期，而治黴菌藥物之終止以效價下降四倍及兩次培養陰性為原則。 <p>10.6.1.3. Fluconazole 口服液劑（如Fluzole powder for oral suspension）：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 限用於12 歲以下或吞嚥困難患者，併下列條件之一使用： <ul style="list-style-type: none"> 念珠球菌局部或全身感染、囊珠菌感染。 預防後天免疫缺乏症候群病人的黴菌感染。 2. 病人接受本品治療期間，不得併用其他同類藥品。
10.6.6	Caspofungin Injection	<p>限符合下列規定之一：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 限用於其他黴菌藥物治療無效或有嚴重副作用之侵入性麴

章節	抗微生物劑	用藥給付規定
		菌症、侵入性念珠菌感染症之第二線用藥。 2. 經感染症專科醫師認定需使用者，惟治療食道念珠菌感染限用於fluconazole 無效或有嚴重副作用者。
10.6.7	Micafungin Injection	限用於 1. 治療16 歲以上的食道念珠菌感染。 2. 預防接受造血幹細胞移植病患的念珠菌感染。 3. 治療念珠菌血症與其他侵襲性之念珠菌感染。
10.6.9	Anidulafungin 注射劑	限用於治療一個月以上患者之侵襲性念珠菌感染。
10.8.2	Ciprofloxacin	對Ciprofloxacin 有感受性之細菌所引起之呼吸道感染、中耳炎、眼感染、腎臟及泌尿道感染（包括淋病）、腹部感染（包括腹膜炎）、竇炎、皮膚及軟組織感染、骨髓炎、關節感染、菌血症。
10.8.2.3	Levofloxacin	限用於成人（18 歲以上）之慢性支氣管炎的急性惡化、社區性肺炎、複雜性泌尿道感染。
-	Amikacin	革蘭氏陰性菌（包括綠膿菌、變形菌、大腸菌）所引起的感染症：敗血症、肺炎、肺化膿症、腹膜炎、腎盂腎炎、膀胱炎、尿道炎、創傷、熱傷、手術後之次感染症。
-	Amphotericin B	骨髓移植後併發腎毒性出現侵入性黴菌感染。 腎功能不全之麴菌屬、念珠菌屬或囊球菌屬類的菌種感染病患。 治療感染囊球菌腦膜炎的HIV 患者（參閱臨床研究） 治療麴菌屬、念珠菌屬或是囊球菌屬類的菌種感染，或是無法用Amphotericin B deoxycholate 治癒的病患，或是腎功能不全或無法耐受Amphotericin B deoxycholate 所產生的毒性之病患。 治療臟器的利時曼氏病。在免疫不全且患有臟器的利時曼氏病之患者使用Amphotericin B Liposome for Injection治療，在初期寄生蟲清除後仍有高復發率。（參閱臨床研究）參閱用法用量中之適應症建議劑量。 對發燒的重度嗜中性白血球缺乏症患者可能罹患黴菌感染症之經驗療法。說明：發燒的重度嗜中性白血球缺乏症係指嗜中性白血球絕對值小於500 cell/mm ³ 以下或白血球小於1000cells/mm ³ 以下，持續達96 小時，引起發燒（>38°C）之現象。
-	Flucytosine	白色黴菌病、黴菌性肺炎及產色黴菌病。
-	Itraconazole	嚴重或全身性黴菌感染、甲癬、髮癬。
-	Voriconazole	一、治療侵犯性麴菌病（invasive aspergillosis）； 二、治療嚴重之侵犯性念珠菌感染（serious invasive candida infections）； 三、治療足分枝菌（Scedosporium spp.）和鐮刀菌（Fusarium spp.）之嚴重黴菌感染；

章節	抗微生物劑	用藥給付規定
		四、預防高危險患者發生侵入性黴菌感染，包括接受造血幹細胞移植（HSCT）的患者。
-	Cefoperazone+ Sulbactam	適用於治療由感受性細菌所引起的下列感染：上、下呼吸道感染、上、下泌尿道感染、腹膜炎、膽囊炎、膽管炎及其他腹腔內感染、骨盆發炎、子宮內膜炎及其他生殖道感染、以及創傷燙傷、手術後之二次感染。
-	Imipenem + cilastatin+ relabactam	適用於治療成人病人患有對RECARBRIO 具感受性的革蘭氏陰性微生物（susceptible Gram-negative microorganisms）引起之下列感染： -院內感染性肺炎及呼吸器相關肺炎（HAP/VAP） -複雜性泌尿道感染（cUTI），包括腎盂腎炎-複雜性腹內感染（cIAI）

附件 2 高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表

一、個案基本資料

醫院代號		醫院名稱		填表日期	
病人姓名		性別		出生日期	
身分證號		病歷號碼			

二、用藥前感染症評估暨管制性藥品用藥評估內容如感染症病灶、可能之病原菌、使用此藥物之特別考慮、延長使用之理由等。

三、抗微生物製劑治療策略評估

<input type="checkbox"/> 同意使用
<input type="checkbox"/> 建議修改
<input type="checkbox"/> 需臨床照會

四、使用藥品（經評估之建議用藥）

建議藥品	藥品名（藥品代碼）	
建議用法	劑量	
	頻次	
	天數	
	輸液與輸注速度	

五、說明欄位：

--

醫師（簽名蓋章）_____ 醫事機構章戳：

附件 3 高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護量表

適用對象操作型定義

適用對象	說明
複雜性感染	複雜性感染症包含複雜性泌尿道感染，複雜性腹腔內感染，院內感染肺炎，複雜性感染皮膚軟組織，中樞神經，手術部位感染，血流感染等。
嚴重敗血症	<p>確定或疑似感染所引起的 SIRS 症狀，並至少符合嚴重敗血症灌流不良與器官衰竭規範之一項以上之個案。</p> <p>嚴重敗血症灌流不良與器官衰竭規範包含：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 心血管：給予適當之輸液急救，維持適當之血管內容積，或使用昇壓劑情況下，收縮壓仍$\leq 90\text{mmHg}$，或平均動脈壓$\leq 70\text{mmHg}$並持續一小時以上。 2. 腎臟：給予適當之輸液急救，排尿量$< 0.5\text{ml/Kg/hr}$。 3. 呼吸：$\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 250$，或肺功能喪失時，$\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 200$。 4. 血液：血小板數$< 80,000/\text{mm}^3$，或血小板數於3日內下降50%無法解釋之代謝性酸中毒：$\text{pH} \leq 7.3$，或血漿乳酸濃度高於正常值上限1.5倍以上，合併鹼基不足（Base deficit）$\geq 5\text{mEq/L}$。
困難治療照護處置	<p>困難治療病人之照護處置包括</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 抗藥性菌株感染：如抗甲氧苯青黴素金黃色葡萄球菌（MRSA）抗碳青黴烯類綠膿桿菌（CRPA）抗碳青黴烯類鮑氏不動桿菌（CRAB）抗碳青黴烯類腸道菌（CRE，含 CRE.coli 及 CRKP），或抗萬古黴素腸球菌（VRE）等。 2. 器官功能衰竭等宿主因素導致困難選擇藥物，如腎毒性藥物使用在因嚴重敗血症併發腎衰竭之病人，triazole抗黴菌藥物使用在QT prolongation之病人。 3. 藥物交互作用，如抗微生物製劑與治療原本疾病的藥物有交互作用。 4. 依據國內外指引之建議藥物治療失敗之情境。
免疫不全	因免疫力下降的疾病、處置或情況導致病人免疫缺失，包括原發性先天免疫不全、惡性血液腫瘤疾病、器官移植使用抗排斥藥物、血液幹細胞移植使用抗排斥藥物、免疫抑制處置、抗癌化學治療、人類免疫不全病毒（human immunodeficiency virus；HIV）感染等。

附件 4-指標操作型定義

原則：

1. 醫院基期及執行期應每月都有通報資料，確實無菌株或醫療照護相關感染個案資料之月份，應依 THAS 系統通報規則，於 AR 模組及 HAI 模組進行「零通報」，否則將認定為未通報。
2. 指標一、二、三及五：醫院基期或執行期任一月份沒有完整通報，則該項指標不予計分。
3. 指標四：醫院執行期任一月份沒有完整通報，則該項指標不予計分；基期(過去 3 年)通報率 8 成以下，則該項指標不予計分。(113 年度暫不納入積分計算)

一、台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統(THAS)之抗藥性監測模組參與度：

(一)指標說明：執行期資料通報月比率。

(二)統計期間：計畫公告月份起至 113 年年底。

(三)計算公式：通報率(%)

$$\frac{\text{實際通報月份數}}{\text{總月份數}} \times 100$$

二、全院重點監測抗藥菌占率：

(一)指標說明：執行期全院重點監測抗藥菌(CRAB、CRKP、CRPA、MRSA 及 VRE)抗藥性百分比相較該院過去 1 年(基期)之降幅。

(二)統計期間：執行期為 113 年，以 112 年為基期。

(三)計算公式：CRAB、CRKP、CRPA、MRSA 及 VRE 分別計算。

1. 重點監測抗藥菌抗藥性百分比(%)：

$$\frac{\text{重點監測抗藥菌菌株數}}{\text{藥敏試驗菌株數}} \times 100$$

2. 重點監測抗藥菌抗藥性百分比改善成果(%)：

$$\frac{[\text{執行期抗藥性百分比} - \text{基期抗藥性百分比}]}{\text{基期抗藥性百分比}} \times 100$$

三、重點監測抗藥菌感染密度

(一)指標說明：執行期全院住院及加護病房重點監測抗藥菌(CRAB、CRKP、CRPA、MRSA 及 VRE)感染密度相較該院過去 3 年(基期)之降幅。

(二)統計期間：執行期為 113 年，以 110-112 年為基期。

(三)計算公式：CRAB、CRKP、CRPA、MRSA 及 VRE 分別計算。

1. 重點監測抗藥菌感染密度(‰)：

$$\frac{\text{重點監測抗藥菌個案數}}{\text{總住院人日數}} \times 1000$$

2. 重點監測抗藥菌感染密度改善成果(%)：

$$\frac{[\text{執行期感染密度} - \text{基期感染密度}]}{\text{基期感染密度}} \times 100$$

[註]：基期感染密度(‰)計算公式：

$$\frac{\text{過去 3 年重點監測抗藥菌個案數加總}}{\text{過去 3 年總住院人日數加總}} \times 1000$$

四、醫療照護相關感染密度

(一)全院醫療照護相關感染密度

(二)加護病房醫療照護相關感染密度

1. 指標說明：執行期加護病房月平均醫療照護相關感染密度控制在該院過去 3 年(基期)之 95%信賴區間高標以下。
2. 統計期間：執行期為 113 年，以 110-112 年為基期。
3. 計算公式：

(1) 醫療照護相關感染密度 (‰) =

$$\frac{\text{醫療照護相關感染人次數}}{\text{住院人日數}} \times 1000$$

$$(2) 95\% \text{信賴區間} = \text{平均值 } \bar{x} \pm t_{0.05} \times \frac{\text{標準差 } s}{\sqrt{\text{樣本數 } n}}$$

五、高度管制性抗微生物製劑管理成果

(一)指標說明：針對本署抗微生物劑藥品給付規定通則須經感染症專科醫師會診確認需要使用藥品(共 18 項，附件 1-1)，其 DDD 耗用量或 DID(住院抗生素耗用量密度)與過去 1 年(基期)之降幅。

(二)統計期間：執行期為 113 年，以 112 年為基期。

(三)計算公式：

1. 定義每日劑量(Defined Daily Dose, DDD)：

- (1) 為 WHO 制定的標準化單位，表示藥物使用在主要適應症時，70 公斤成人每日所需之平均維持劑量，可用於藥物耗用量之評比與監測。
- (2) 以 0.5 克口服劑型之 ampicillin 為例：
- A. WHO 定義之 ampicillin 的 DDD 為 2.0 公克/天，故一錠 0.5 公克之 ampicillin 錠劑經換算後為 0.25 DDD。(公式換算說明： $0.5 \div 2 = 0.25$)
- B. 如 113 年全國共開立 1,000,000 錠 0.5 克的 ampicillin，則 113 年 ampicillin 之總耗用量為 250,000 DDD。[公式換算說明： $1,000,000 \times (0.5 \div 2) = 250,000$]
2. 住院抗生素耗用量密度(Defined Daily Dose per 1000 inpatients per day, DID)，即每千住院人日之定義每日劑量，定義如下：
- (1) 公式：住院抗生素耗用量密度(DID) =
- $$\frac{\text{所選擇條件下之 DDD 數加總}}{\text{所選擇條件下之住院人日數加總}} \times 1000$$
3. 續以前述 0.5 公克口服劑型之 ampicillin 為例：
- 若所有醫院 113 年累計總住院人日數為 100,000 人日，該年度全國住院開立口服劑型 ampicillin 之總耗用量為 250,000 DDD，則 113 年住院口服劑型之 ampicillin 之 DID 為： $(250,000 \text{ DDD/年}) / (100,000 \text{ 住院人日/年}) = \text{每千住院人日 } 2.5 \text{ DDD}。$

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修正規定

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

五、皮膚處置 Dermatology Treatment (51001-51033)

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
51018C	光化治療 一天 Photochemotherapy (PUVA) daily 註： 1.應於病歷上註明每次治療日期及劑量。 2.病情穩定者，同一療程以六次為原則。 3.每週至多可申報三至四次為原則。 4.適應症：乾癬、皮膚淋巴瘤及尿毒性皮膚癢症，或其他經公認照光治療有效之皮症。但屬西醫基層總額部門院所限申報乾癬(ICD-10-CM : L40.0-L40.4、L40.8、L40.9)。 5.限皮膚科專科醫師執行及申報。 6.屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方及執行始可申報。	v	v	v	v	855
51019C	光線治療 (包括太陽光、紫外線、紅外線)一天 Phototherapy (including sun-lamp、ultraviolet light、infra red)daily 註： 1.應於病歷上註明每次治療日期及劑量。 2.病情穩定者，同一療程以六次為原則。 3.每週至多可申報六次為原則。 4.適應症：乾癬、皮膚淋巴瘤及尿毒性皮膚癢症，或其他經公認照光治療有效之皮症。但屬西醫基層總額部門院所限申報乾癬(ICD-10-CM : L40.0-L40.4、L40.8、L40.9)。 5.限皮膚科專科醫師執行及申報。 6.屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方及執行始可申報。	v	v	v	v	430

全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫

中央健康保險局 92 年 3 月 10 日健保醫字第 0920005210 號公告
 中央健康保險局 92 年 4 月 21 日健保醫字第 0920008214 號公告修正
 中央健康保險局 93 年 3 月 11 日健保醫字第 0930059488 號公告修正
 中央健康保險局 94 年 7 月 13 日健保醫字第 0940017934 號公告修正
 中央健康保險局 95 年 7 月 18 日健保醫字第 0950015399 號公告修正
 中央健康保險局 96 年 1 月 11 日健保醫字第 0960002490 號公告修正
 中央健康保險局 97 年 2 月 27 日健保醫字第 0970016889 號公告修正
 中央健康保險局 97 年 9 月 9 日健保醫字第 0970035723 號公告修正
 中央健康保險局 97 年 12 月 31 日健保醫字第 0970046079 號公告修正
 中央健康保險局 98 年 12 月 21 日健保醫字第 0980043950 號公告修正
 行政院衛生署中央健康保險局 99 年 3 月 5 日健保醫字第 0990001086 號公告修正
 行政院衛生署中央健康保險局 100 年 4 月 7 日健保醫字第 1000072821 號公告修正
 行政院衛生署中央健康保險局 101 年 4 月 11 日健保醫字第 1010072898 號公告修正
 行政院衛生署中央健康保險局 102 年 1 月 14 日健保醫字第 1020020387 號公告修正
 衛生福利部中央健康保險署 102 年 12 月 31 日健保醫字第 1020004147 號公告修正
 衛生福利部中央健康保險署 103 年 12 月 15 日健保醫字第 1030014303 號公告修正
 衛生福利部中央健康保險署 105 年 1 月 14 日健保醫字第 1050000318 號公告修正
 衛生福利部中央健康保險署 105 年 3 月 8 日健保醫字第 1050080347 號公告修正
 衛生福利部中央健康保險署 105 年 12 月 28 日健保醫字第 1050015808 號公告修正
 衛生福利部中央健康保險署 107 年 4 月 13 日健保醫字第 1070004720 號公告修正
 衛生福利部中央健康保險署 108 年 1 月 15 日健保醫字第 1080000711 號公告修正
 衛生福利部中央健康保險署 109 年 1 月 22 日健保醫字第 1090000937 號公告修正
 衛生福利部中央健康保險署 110 年 2 月 5 日健保醫字第 1100001541 號公告修正
 衛生福利部中央健康保險署 111 年 1 月 27 日健保醫字第 1110801214 號公告修正
 衛生福利部中央健康保險署 111 年 6 月 15 日健保醫字第 1110108376 號公告修正
 衛生福利部中央健康保險署 112 年 1 月 30 日健保醫字第 1120101068 號公告修正
衛生福利部中央健康保險署○○○年○○月○○日健保醫字第○○○○○○○○號公告修正

壹、計畫依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、計畫說明

全民健康保險保險人(以下稱保險人)自 92 年 3 月 10 日起實施「全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」，實施迄今已轉型朝向鼓勵社區醫療群選擇以會員照護成效之支付方案。短期目標期待建立個別化照護管理、平行和垂直轉診機制、全天

候健康諮詢專線，奠定全民皆有家庭醫師之基礎；長期目標為落實家庭責任醫師及照護責任，提升醫療品質。

此外民眾就醫的自由在台灣為全民健保的一大特色，因此最理想的家庭醫師照護是病人由其最常就醫的診所將其收案成為家醫忠誠會員，該主要照護診所對其有照護的責任。若主要照護診所能針對其忠誠病人，提供以病人為中心，周全性、協調性、連續性的服務，除了可提供病人更有品質的醫療照護，更可鞏固醫病關係，紮根家庭醫師的概念，亦可因照護責任確認，使計畫誘因的計算更為合理。但因預算經費有限，對病人本身相對健康狀況或自我照護良好者，對診所醫療之需求不高，應可先排除在本計畫之外，使有限的資源用在更需要醫師照護的病人身上。

若上開病人之主要照護診所能參與本計畫並將該等病人收為會員，提供整合性照護，包括個案管理、24 小時諮詢專線、與合作醫院的轉診機制、醫療照護品質的提升等，除可增加病人對基層診所的認同，建立家庭醫師制度的規模，亦可使計畫預算做更有效益的運用，並可提升醫療品質確保病人就醫的權益。

參、計畫目的

- 一、建立家庭醫師制度，提供民眾周全性、協調性與持續性的醫療照護，同時提供家庭與社區健康服務，以落實全人、全家、全社區的整合照護。
- 二、以民眾健康為導向，建立以病人為中心、家庭為核心、社區為範疇的健康照護觀念，提升醫療服務品質。

三、為全民健康保險法實施家庭責任醫師制度奠定基礎。

肆、經費來源

全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中之「家庭醫師整合照護計畫」專款項目。

伍、推動策略及計畫照護範圍

一、成立社區醫療群，以群體力量提供服務。

二、提供參與本計畫之社區醫療群適當誘因，並由保險人提供最適收案名單予社區醫療群，使最需被優先照護的個案分階段由基層診所收案，期使保險對象於其最常就醫之主要照護診所中，獲得完整的醫療照護。

三、社區醫療群自行收案會員於收案時向會員說明本計畫之目的及需病人配合定期回診等事項。

四、整合基層與醫院的醫療照護品質，先促進社區水平整合，提供民眾完善整合性照護，並以此為基礎，作為未來垂直整合醫療體系照護模式的基礎。

陸、組織運作

一、社區醫療群之組織運作型式：

(一) 以同一地區 5 家以上(含)特約西醫診所為單位或聯合診所具有 5 位專任醫師以上且結合該地區其他 3 家特約診所以上組成，其中 1/2 以上診所專任醫師需具有內科、外科、婦產科、小兒科或家庭醫學科專科醫師資格或 1/5 以上診所專任

醫師具有家庭醫學科專科醫師資格，惟 1 家聯合診所限成立 1 個社區醫療群且所有醫師須加入同一社區醫療群。

(二) 診所位於主管機關公告之次醫療區域，且該區域前一年度無參加本計畫之診所或僅有 1 個社區醫療群者，得由 2 家(含)以上診所，結合特約醫院組成社區醫療群，向保險人分區業務組申請通過後成立，不受前項家數及專科別之規範。

(三) 社區醫療群應與 1-2 家特約醫院(地區醫院家數不限)作為合作對象，建立轉診及合作機制，開辦共同照護門診，建立以社區為範疇、以民眾為對象的社區照護網絡。

(四) 新參與計畫之規範

1. 所在地之鄉、鎮、市、區無社區醫療群。
2. 新參與之診所，以社區民眾生活圈之原則，得選擇現有社區醫療群參與本計畫。

(五) 社區醫療群得與下列醫事服務機構作為合作單位：

1. 合作社區藥局、物理治療所及檢驗所：提供民眾用藥、檢驗檢查等就近於社區之醫療服務。
2. 合作診所：提供復健科、眼科、精神科等服務(如社區醫療群內診所具上述專科服務，不在此限)。

(六) 家醫 2.0 醫療群：申請成為「家醫 2.0 醫療群」之診所，若當年度未參加醫療給付改善方案(下稱 P4P)-糖尿病/初期慢性腎臟病/糖尿病合併初期慢性腎臟病(下稱 DM/CKD/DKD)，應按本計畫規範加強 DM/CKD 疾病管理能力。

二、社區醫療群之組成區域範圍：以符合社區民眾同一鄉(鎮)、市(區)生活圈為原則，並由保險人分區業務組依實際情形認定。

三、社區醫療群之業務：

(一) 設立會員 24 小時諮詢專線

1. 參與計畫之社區醫療群，應共同提供 24 小時諮詢專線服務，提供會員於有需要時，能立即獲得醫療諮詢服務，進一步減少民眾不必要的就醫需求。所提供之具體服務項目如下：
 - (1) 提供健康照護之建議。
 - (2) 提供就醫地點並協助聯繫就醫。
 - (3) 緊急狀況發生時，適時轉介個案收案醫師協助。
2. 24 小時諮詢專線不得設置於醫院之急診室，且應由醫事人員接聽，並應執業登記於社區醫療群內診所為原則，如執業登記於合作醫院者需經分區業務組核備同意，社區醫療群應於申請計畫書內述明諮詢專線接聽人員名單並檢附前開人員之醫事人員證書。

(二) 建立醫療照護品質提升及轉診機制

1. 參與計畫之基層診所醫師與 1-2 家特約醫院作為合作對象(地區醫院家數不限)，並得至合作醫院開設共同照護門診(不限其轉診對象)。所提供之共同照護門診亦可以家戶會員之病房巡診、個案研討與社區衛教宣導(須含用藥安全宣導)等代替。
2. 醫院及診所得共同照護病人，訂定合作照護機制及相關流程：

(1) 醫師交班表：至少含括下列項目：

A. 兩位醫師共同照護結果。

B. 明列用藥及檢查結果。

C. 醫院及診所醫師連絡方式。

(2) 轉診單。

(3) 轉診個案照護討論會：每季由醫院及診所共同召開。

(4) 社區醫療群與合作醫院定期由護理人員、營養師、藥師、醫檢師、社工師或其他專業人員，共同辦理會員團體衛教指導。

3. 社區醫療群得訂定診所與合作醫院間之實質合作內容，併於申請計畫書送保險人分區業務組備查。合作內容至少需包含下列項目：

(1) 雙向轉診流程：包含安排病人轉診、追蹤病人轉診至醫院治療結果、病人轉回後之追蹤治療、診所間平行轉診等。

(2) 共同照護機制：包含合作醫院下轉穩定慢性病人至社區醫療群提供照護、合作醫院與診所醫師間之交班流程等。

(3) 慢性病人用藥一致。

(4) 醫療品質提升計畫。

4. 社區醫療群宜運用電話諮詢專線、即時通訊軟體、電子郵件等多元工具，優化諮詢服務。並規劃主動電訪(Call out) 服務，以加強個案健康管理，提升慢性病人照護品質。

5. 社區醫療群與合作醫院應提供收案會員跨院際合作加值服務，如就醫、檢查快速通道、掛號優先等。

(三) 社區醫療群鼓勵所屬會員下載個人健康存摺做好健康管理，並由保險人定期提供社區醫療群健康存摺下載率等資料供參；並鼓勵會員利用健康存摺填寫社區醫療群會員滿意度調查(滿意度問卷內容詳附件一)。

(四) 應製作家庭會員權利義務說明書或家庭醫師整合性照護計畫會員通知(書面函、簡訊、電子郵件、即時通訊軟體等)，告知本計畫內容及其權益、義務(含 24 小時諮詢專線及該社區醫療群所有參與診所及合作醫院名單)，並提供收案對象確認回饋機制，並留存備查。參與診所應於診所明顯處張貼參與本計畫識別標幟及該社區醫療群所有參與診所及合作醫院名單。

四、計畫執行中心及其規範

(一) 社區醫療群應以西醫基層診所成立計畫執行中心為原則，負責下列事項：

1. 本計畫之申請、管理及監督成員之加入與退出、運作與協調及計畫經費之申請與分配，並於計畫申請時，擇定社區醫療群是否參與家醫 2.0 醫療群。
2. 協助處理轉介病人及個案管理：安排病人轉診、追蹤轉診病人治療結果，及病人轉回後之追蹤治療，以提供適切、連續性醫療照護。

(二) 為利有效使用資源，降低管理成本，各社區醫療群亦可於

中華民國醫師公會全國聯合會(以下稱醫師全聯會)、各縣市醫師公會或各類正式立案之西醫基層醫療團體內，成立聯合計畫執行中心。

(三) 社區醫療群之組成單位應為本保險特約醫事服務機構，本計畫之核心業務不得委由非醫療服務機構(如管理顧問公司)執行，若有違反情事，該社區醫療群應即終止本計畫。核心業務包含下列項目：

1. 本計畫之申請、管理及監督成員之加入與退出、運作與協調及計畫經費之申請與分配。
2. 24 小時諮詢專線服務。
3. 協助處理安排病人轉診、追蹤轉診病人治療結果，及病人轉回後之追蹤治療。
4. 社區衛教宣導。
5. 個案研討、共同照護門診、病房巡診。
6. 登錄個案：上傳會員名單至健保資訊網服務系統 VPN。
7. 製作家庭會員權利義務說明書或會員通知函，發送對會員之通知，如告知本計畫內容及其權益、義務（含 24 小時諮詢專線及該社區醫療群所有參與診所及合作醫院名單）等。

五、為提升個案管理服務品質，社區醫療群得設置專任個案管理人員至少乙名，辦理下列事項：

- (一) 協助個案健康評估、聯繫及協調照護計畫。
- (二) 協助處理安排病人轉診及追蹤轉診病人治療結果。

(三) 規劃會員之健康管理與疾病預防衛教。

(四) 對於穩定之慢性病會員提供持續性的健康維護指導。

六、社區醫療群及計畫執行中心應遵守「個人資料保護法」相關規定。如有運用本計畫之個人資料，執行非本計畫目的之行為（如商業促銷等）者，應即終止執行本計畫。

柒、收案對象(會員)

一、保險人依全民健康保險申報門診醫療費用資料，擷取前一年西醫基層門診明細清單資料區分為慢性病及非慢性病就醫之保險對象，並將較需照護之名單，交付該參與本計畫之社區醫療群提供健康管理。前述名單排除代辦案件《如：產檢、小兒健檢、流感注射等》、外傷、門診論病例計酬、「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」及其他區域醫療整合計畫者。較需照護之名單如下：

(一) 慢性病個案：

1. 係指前一年全國就醫資料中，屬全民健康保險醫療辦法所列慢性病範圍之病人，其曾於西醫基層門診就醫 4 次且平均用藥日數 7 天以上，或慢性病給藥天數大於 60 天，依醫療費用選取最高 90%且連續兩年在相同診所就醫之忠誠病人。
2. 65 歲以上(含)多重慢性病病人。
3. 參與醫療給付改善方案(係指糖尿病、氣喘、BC 型肝炎、初期慢性腎臟病或慢性阻塞性肺病等方案)之個案。

(二) 非慢性病個案：係指符合下列資格者，且連續兩年在相同診所就醫之忠誠病人。

1. 非屬前述慢性病個案：依醫療費用選取最高 30%之病人。
2. 3-5 歲(含)兒童：選取醫療費用最高 60%之病人。
3. 門診高利用個案：至基層診所門診就醫次數 ≥ 50 次之病人。

(三) 名單交付原則如下：

1. 較需照護個案若已被 P4P-DM/CKD/DKD、代謝症候群防治計畫(代謝計畫)收案，且其收案診所前一年度有參加本計畫，則優先交付，並以 DKD、DM、代謝計畫、CKD 收案診所為優先交付順序。

2. 其餘個案按下列交付原則：

(1) 慢性病個案：以給藥日份最高診所收案照顧，且於該診所門診就醫次數達 2 次(含)以上；若診所給藥日份相同，則由費用最高的診所收案。會員收案期程以 3 年為原則，如當年底未因慢性疾病於收案診所就醫，次年則再依交付原則分派院所收案。

(2) 非慢性個案：以門診就醫次數最高的診所收案照顧，排除復健就醫次數 ≥ 33 次/年。若診所就醫次數相同，則由費用最高的診所收案。

二、社區醫療群醫師自行收案部分採定額方式(以參與計畫醫師個數為單位)，每名醫師加收人數上限為 200 名，上年度評核指標 ≥ 90 分之社區醫療群，每名醫師加收人數上限為 300 名，原則以指定收案會員之家庭成員及該醫師之忠誠病人為優先；

另每家參與診所自行收案人數上限不得超過 1,200 名。上年度評核指標 ≥ 90 分之社區醫療群，每家參與診所自行收案人數上限不得超過 1,800 名。

捌、管理登錄個案

- 一、參與本計畫之醫療院所未依保險人規定完整登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付相關費用，並依相關規定辦理。
- 二、社區醫療群需於計畫公告 ~~3~~ 2 個月內及依上年度評核指標分數達成情形，將會員資料以二階段方式批次經上傳至健保資訊網服務系統 VPN(詳附錄 1)。

(一) 第一階段：

1. 每年度 1 月上傳較需照護族群收案名單及每位醫師自行收案人數 200 名。
2. 前一年度已為家醫會員之應照護族群，收案名單由保險人自動轉入健保資訊網服務系統 VPN。

- ### (二) 第二階段：依上年度評核指標分數達成情形，評核指標 ≥ 90 分之社區醫療群，每名醫師可再上傳自行收案個案加收之 100 名。

- 三、參與本計畫之醫療院所應依個人資料保護法之規定，保險對象個人資料應予保密。

玖、參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求

一、參與計畫之特約診所或醫師於參與計畫之日起前 2 年內，無全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一暨第四十四及四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序中尚未執行處分者)。前述未曾涉及違規情事期間之認定，以保險人第一次處分核定違規函所載停約或終止特約日核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。

二、參與計畫診所一年內沒有下列紀錄者：

(一) 社區醫療群或診所未函知保險人各分區業務組異動情形，致自動退出本計畫之紀錄。

(二) 經核定終止計畫資格或計畫不予續辦之紀錄。

因離職而退出醫師之會員，可由原參與診所於一個月內來函述明其承接理由，經保險人各分區業務組同意後由符合資格醫師承接。如承接會員之醫師非當年度原診所已參加本計畫醫師，則需由社區醫療群主動告知會員，其主要照護醫師更換，如會員不同意更換則不予承接。

三、醫療院所參與本計畫執行期間因涉及有特管辦法第三十八至第四十條中各條所列違規情事之一暨第四十四及四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)，以保險人第一次處分核定違規函所載停約或終止特約日起同步終止本計畫。若合作醫院停約 1 個月不在此

限。

四、教育訓練：

(一) 醫師參與本計畫第一年應參與台灣家庭醫學醫學會或其認可之機構或團體所舉辦之家庭醫師訓練課程。具家庭醫學專科醫師資格之醫師應完成 4 小時之行政管理教育訓練課程；具內科、外科、兒科、婦產科專科醫師資格之醫師應完成 4 小時之行政管理教育訓練課程及 8 小時之家庭醫師專業教育訓練課程；具家庭醫學科、內科、外科、兒科、婦產科以外專科醫師資格之醫師除應完成 4 小時之行政管理教育訓練課程及 8 小時之家庭醫師專業教育訓練課程，另應完成 8 小時其他專科醫師專業教育訓練課程。完成前述課程之醫師並需取得證明；若於年度內未取得訓練認證之醫師，須退出本計畫，保險人將追扣該醫師當年度之相關費用。

(二) 申請成為「家醫 2.0 醫療群」之診所，若未參加 P4P-DM/CKD/DKD 方案，其參與本計畫之醫師應按較需照護個案之疾病樣態，接受 DM/CKD 相關教育課程。

1. 各項疾病之時數要求如下：

(1) 第一年：

A. DM：8 小時之糖尿病或糖尿病(含初期慢性腎臟病)相關教育訓練課程。

B. CKD：6 小時之初期慢性腎臟病或 8 小時之糖尿病(含初期慢性腎臟病)相關教育訓練課程。

C. DKD：8 小時之糖尿病及 6 小時之初期慢性腎臟病相關教育課程，或 8 小時之糖尿病(含初期慢性腎臟病)相關教育訓練課程。

(2)第一年後，每年需接受 8 小時之糖尿病繼續教育訓練課程。

2. 上開教育訓練課程得由中華民國醫師公會全國聯合會(含各縣市公會)、台灣醫院協會(含各層級協會)、中華民國糖尿病學會、中華民國糖尿病衛教學會、台灣醫療繼續教育推廣學會、國民健康署公布之糖尿病健康促進機構、台灣腎臟醫學會、各縣市衛生局及專科醫學會主辦。

壹拾、費用申報及支付方式

一、社區醫療群原有之醫療服務及預防保健服務，依現行「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」、總額支付制度及主管機關公告之「醫事服務機構辦理預防保健注意事項」相關規定支付，由各診所依實際執行情況按月申報，費用撥入個別帳戶。本計畫相關費用撥入社區醫療群指定帳戶(或依計畫執行中心之申請撥入各基層診所)。

二、相關費用由保險人各分區業務組依計畫執行結果核定後核付，於追扣補付系統辦理社區醫療群帳務處理「“214” 家庭醫師整合性照護計畫補付」及「“114” 家庭醫師整合性照護計畫追扣」，「“294” 家庭醫師整合性照護計畫健康回饋金補付」及

「“194” 家庭醫師整合性照護計畫健康回饋金追扣」，「“205” 家庭醫師整合性照護計畫多重慢性病人門診整合費補付」及「“105” 家庭醫師整合性照護計畫多重慢性病人門診整合費追扣」，「“2N5” 家庭醫師整合性照護計畫-失智症門診照護家庭諮詢費補付」及「“1N5” 家庭醫師整合性照護計畫-失智症門診照護家庭諮詢費追扣」，「“2AD” 家庭醫師整合性照護計畫-糖尿病/慢性腎臟病整合照護提升費補付」及「“1AD” 家庭醫師整合性照護計畫-糖尿病/慢性腎臟病整合照護提升費追扣」。

三、參與計畫之診所申報會員門診醫療費用請依門診醫療費點數申報格式規定申報。

四、社區醫療群收案會員每人支付費用 800 點/年，經費撥付原則如下：

(一) 個案管理費，每人支付 250 元/年：

1. 執行內容包含資料建檔上傳、轉診、個案衛教宣導、24 小時諮詢專線、個案研討及與合作醫院開辦共同照護門診。支付每位醫師個案管理費上限為 1,080 名(上年度評核指標 ≥ 90 分之社區醫療群醫師上限為 1,180 名)，但並非收案會員上限，仍可依實際收案會員數，計算、支付績效獎勵費用。
2. 本計畫會員如為本保險醫療給付改善方案、居家醫療照護整合計畫及代謝症候群防治計畫之收案個案，自該計畫收案日起不予支付個案管理費，該個案及死亡個案之個案管

理費按收案月份等比例支付；自行收案會員年度內未於收案診所就醫，不支付個案管理費。惟本計畫會員之收案診所與所有醫療給付改善方案及代謝計畫收案診所皆相異，不受前述限制。

3. 社區醫療群上年度評核指標未達 70 分者，如已上傳會員資料第一階段名單，仍不予支付當年度之個案管理費；上年度評核指標 ≥ 90 分之社區醫療群，於上傳會員資料第二階段之自行收案個案，其當年度之個案管理費，溯自社區醫療群醫師參與當年度計畫起日計算。
4. 本項費用以群為單位，每半年撥付 1 次；由保險人分區業務組於期中及年度結束，經審查通過後一個月內撥付 50% 費用。相關之必要欄位需填寫完整，填寫不實或資料欄位以符號取代文字者，則核扣該筆個案管理費用。
5. 考量會員照護之完整性，參與計畫之特約院所或醫師於參與計畫期間，如因故中途退出本計畫，則依承作月份按比例核付個案管理費(收案前三個月內退出者除外)，其餘費用則不予核付。
6. 為達全人照護目標，得視個案需要填具「全人照護評估單」(詳附件二)。

(二) 績效獎勵費用，每人支付 550 點/年(以群為計算單位)；會員若於計畫執行期間於收案社區醫療群無就醫紀錄，則不予核付本項費用。家醫 2.0 醫療群之參與診所皆完成 DM/CKD 相關訓練課程(下稱完成訓練之家醫 2.0 醫療群)且計畫評核

指標為特優級且平均每人 VC-AE 差值 >275 點，則支付績效獎勵費用會員每人 550 元。

1. 健康管理成效鼓勵：占本項經費之 50%：社區醫療群登錄個別診所會員(排除居家醫療照護整合計畫之個案)實際申報西醫門診醫療費用(AE)與以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用(VC)之間差值回饋社區醫療，撥入執行中心帳戶或診所(VC-AE)：平均每人 275 點為上限(以群方式統計)。

2. 品質提升費用：占本項經費之 50%，依各社區醫療群計畫評核指標達成情形，分五級支付：

(1)特優級：計畫評核指標分數 ≥ 90 分，則支付品質提升費用會員每人 275 點。

(2)良好級：計畫評核指標分數介於 $80 \text{ 分} \leq \sim < 90 \text{ 分}$ ，則支付品質提升費用會員每人 210 點。

(3)普通級：計畫評核指標分數介於 $75 \text{ 分} \leq \sim < 80 \text{ 分}$ ，則支付品質提升費用會員每人 175 點。

(4)輔導級：計畫評核指標分數介於 $70 \text{ 分} \leq \sim < 75 \text{ 分}$ ，則支付品質提升費用會員每人 145 點。

(5)不支付：計畫評核指標分數 < 70 分則不予支付。

(三)社區醫療群應承擔財務與品質責任，VC-AE 差值為負值且計畫評核指標分數 < 70 分者，則支付個案管理費之 50%。

(四)本計畫參與醫師當年度未於執業登記診所申報醫療費用者(不含代辦案件)，不支付收案會員之「個案管理費用」及

「績效獎勵費用」。

五、偏遠地區參與診所績效獎勵費

- (一) 符合偏遠地區之診所且所屬社區醫療群計畫評核指標為良好級(含)以上，該診所之績效獎勵費每點支付金額以 1 元計算。
- (二) 前項偏遠地區認定方式：依當年度公告之本保險醫療資源缺乏地區施行區域及本保險保險對象免自行負擔費用辦法所列之山地離島地區。

六、失智症門診照護家庭諮詢費用

- (一) 病人條件：參與本計畫之失智症病人，經神經科、精神科或老年醫學專科醫師評估有諮詢需要，且病人之失智症評估結果，符合臨床失智症評量表(Clinical Dementia Rating, CDR)值 ≥ 1 或簡易心智量表 ≤ 23 者。
- (二) 社區醫療群診所得提供符合上述條件之收案會員家庭諮詢服務，並申報本項費用。
- (三) 每次諮詢須填報諮詢溝通內容及規定(如附件三)，併入病人病歷記錄留存。
- (四) 給付項目及支付標準：
 - 1. 每次諮詢服務時間 15 分鐘(含)以上，未達 30 分鐘者：支付點數 300 點，申報編號 P5002C。
 - 2. 每次諮詢服務時間 30 分鐘(含)以上者：支付點數 500 點，申報編號 P5003C。
 - 3. 同院所每位病人每年最多給付 2 次費用。

七、多重慢性病人門診整合費用

(一) 支付條件：須同時符合下列條件

1. 會員有 2 種(含)以上慢性病並於收案診所內就醫，且當年度每件慢性病就醫開立之該慢性病連續處方箋需含兩類(含)以上慢性病用藥，~~之~~總處方調劑日份須達 56 日(含)以上，並無「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」之重複用藥情形者。

本項慢性病係指：高血壓、糖尿病、高血脂、動脈粥樣硬化、心臟病、腦血管病變、慢性肝炎、肝硬化、痛風、慢性腎臟病、慢性貧血、慢性阻塞性肺病。

2. 醫師提供整合照護後，應於會員之就醫當日病歷中，由負責整合之醫師於其診斷下，簡述整合之內容或藥品，以備查核，並於費用申報時，於「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」之「d13」欄位填報，註記「整合照護模式」。若醫師未於病歷中載明前述之整合資料者，不得註記「整合照護模式」。

- (二) 支付方式：符合前項條件者，當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達 56 日(含)以上，每一會員每年度支付~~500~~ 550點；若當年度該慢性病連續處方箋之總處方調劑日份達 169 日(含)以上，每一會員每年度再增加支付~~500~~ 550點。

八、糖尿病/初期慢性腎臟病整合照護提升費：

(一) 適用對象：「家醫 2.0 醫療群」收案會員中屬 DM/CKD/DKD

個案。

(二) 給付條件：DM 病人之 HbA1c 及 LDL、CKD 病人之 UACR、DKD 病人之 HbA1c、LDL 及 UACR 之檢驗結果有進步或最後一次檢驗結果位於控制良好範圍，若任一項檢驗項目未有進步或不符合控制良好範圍，不予支付。

(三) 控制良好範圍及進步之定義：

1. 控制良好：

(1) 糖化血色素(HbA1c)：<7%。

(2) 低密度脂蛋白(LDL)：<100mg/dL。

(3) 尿液白蛋白與尿液肌酸酐比值(UACR)：<30mg/gm。

2. 進步定義：檢驗結果後測-前測<0，其後測「就醫日期」或「檢驗(查)日期」應於當年度 7 月 1 日之後，且前測及後測日期應間隔 84 天(含)以上。

3. 資料範圍：限醫療群內診所(含交付檢驗所)之上傳檢驗(查)數據，不含合作醫院。

(四) 支付方式：

1. 符合前項條件之 DM 或 CKD 病人，每一個案每年度支付 250 元；DKD 病人，每一個案每年度支付 750 元。
2. 「家醫 2.0 醫療群」參與診所未於年度結束前完成 DM/CKD 相關訓練課程，不予支付。

3. 當年度已獲 P4P-DM/CKD/DKD 品質獎勵金之診所，同一個案不得重複領取該計畫品質獎勵金或本項費用。

八、本計畫之預算先扣除「個案管理費」、「偏遠地區參與診所績效獎勵費」、完成訓練之家醫 2.0 醫療群「特優級且平均每人 VC-AE>275 點之績效獎勵費用」及「糖尿病/初期慢性腎臟病整合照護提升費」後，其餘「績效獎勵費用」、「失智症門診照護家庭諮詢費用」及「多重慢性病人門診整合費用」採浮動點值支付，且每點支付金額不高於 1 元。

九、醫療費用申報、暫付、審查及核付，依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」辦理。

十、轉診規定：如有轉診之醫療院所請依「全民健康保險轉診實施辦法」規定，辦理轉診院所需填具轉診單，並依門診醫療費點數申報格式規定，於 d16-d18 欄位依實際情形填報。

壹拾壹、計畫評核指標

社區醫療群型態診所，其達成情形以群為計算單位，並以下列項目作為費用支付評核指標：

一、結構面指標(15 分)

(一) 個案研討、共同照護門診、社區衛教宣導、病房巡診(10 分)：社區醫療群每月至少需辦理 1 場，且年度內每位醫師至少應參與本項活動達 6 次(含)以上。

(二) 設立 24 小時諮詢專線(每群全年至少抽測 3 次) (5 分)：

鼓勵醫師 call out，有效回答會員問題，並依實際服務品質，分階段給分(由醫師全聯會進行抽測，以平均分數計算得分並將分數於當年度 10 月底前提供保險人計分，超過繳交期限以 0 分計算)。

1. 執行中心或醫院人員接聽，能即時轉達收案醫師，且收案醫師 20 分鐘內即時 callout 回電，得 5 分。
2. 執行中心或醫院人員接聽，可以解答會員問題(可專業回答如發燒如何處理、瞭解會員狀況)，得 5 分。
3. 執行中心或醫院人員接聽，無法解決會員問題(如不了解家醫計畫、簡單回答請他來醫院等)，得 3 分。
4. 無人接聽(連續測試 3 通，每次間隔 10 分鐘)，得 0 分。

二、過程面指標(~~33~~ 23 分)

~~(一) 檢驗(查)結果上傳率(10 分)~~

~~參加全民健康保險鼓勵醫事機構即時查訊病患就醫資訊方案，於當月醫療費用申報之前，上傳檢驗(查)結果予保險人。~~

- ~~1. 檢驗(查)結果上傳率 \geq 80%，得 10 分。~~
- ~~2. 檢驗(查)結果上傳率 \geq 70%，得 8 分。~~
- ~~3. 檢驗(查)結果上傳率 \geq 60%，得 6 分。~~
- ~~4. 計算公式說明：~~

~~分子：檢驗(查)結果上傳醫令數。~~

~~分母：全民健康保險鼓勵醫事機構即時查訊病患就醫資訊方案附件五所列之檢驗(查)結果上傳申報醫令數。~~

~~◎ 計算條件：~~

- ~~1. 本指標排除醫療檢查影像及影像報告、人工關節植入物資料、病理報告及出院病歷摘要資料。~~
- ~~2. 分子包含診所申報診所上傳檢驗(查)結果及診所申報檢驗所上傳檢驗(查)結果之案件。~~

(一)預防保健達成情形(23 分)

1. 成人預防保健檢查率(7 5分)

- (1)會員接受成人預防保健服務 \geq 較需照護族群 70 百分位數，得 7 5分。
- (2) $<$ 較需照護族群 70 百分位數，但 \geq 較需照護族群 60 百分位數，得 3 分。
- (3)計算公式說明：

分子：40 歲(含)以上會員於基層院所接受成人健檢人數

分母：(40 歲至 64 歲會員數/3+65 歲《含》會員數)

2. 子宮頸抹片檢查率(5 分)

- (1)會員接受子宮頸抹片服務 \geq 較需照護族群 63 百分位數，得 5 分。
- (2) $<$ 較需照護族群 63 百分位數，但 \geq 較需照護族群 53 百分位數，得 3 分。
- (3)計算公式說明：

分子：30 歲(含)以上女性會員於院所接受子宮頸抹片人數。

分母：30 歲(含)以上女性會員數。

3. 65 歲以上老人流感注射率(4 3 分)

(1)會員接受流感注射服務 \geq 較需照護族群 65 百分位數，

得 4 3 分。

(2) $<$ 較需照護族群 65 百分位數，但 \geq 較需照護族群 55 百分位數，得 2 分。

(3)計算公式說明：

分子：65 歲以上會員於基層院所接種流感疫苗人數。

分母：65 歲以上總會員人數。

4. 糞便潛血檢查率(7 5 分)

(1)50 歲以上至未滿 75 歲會員接受定量免疫糞便潛血檢查率 \geq 50 歲以上至未滿 75 歲較需照護族群檢查率之 83 百分位數，得 7 5 分。

(2) $<$ 較需照護族群檢查率之 83 百分位數，但 \geq 較需照護族群檢查率之 73 百分位數，得 5 3 分。

(3) $<$ 較需照護族群檢查率之 73 百分位數，但 \geq 較需照護族群檢查率之 63 百分位數，得 3 2 分。

(4)計算公式說明：

分子：50 歲以上至未滿 75 歲會員於基層院所接受定量免疫糞便潛血檢查人數。

分母：50 歲以上至未滿 75 歲會員人數/2。

5. B、C 肝炎篩檢率(5 分)

(1) 會員接受 B、C 肝炎篩檢率 \geq 較需照護族群 70 百分位

數，得 5 分。

(2) ＜較需照護族群 70 百分位數，但 \geq 較需照護族群 60 百分位數，得 3 分。

(3) 計算公式說明：

分子：曾做過 B、C 肝炎篩檢之會員人數。

分母：符合 B、C 肝炎篩檢資格之會員人數(45 歲以上未滿 80 歲者、原住民為 40 歲以上未滿 80 歲者)。

三、結果面指標(~~37~~ 47 分)

(一) 潛在可避免急診率(4 分)

1. \leq 收案會員 30 百分位，或與上年度同期自身比進步率 \geq 10%，得 4 分。
2. \leq 收案會員 45 百分位，或與上年度同期自身比進步率 $>$ 5%，得 3 分。
3. \leq 收案會員 65 百分位，得 1 分。
4. 計算公式說明：

分子：潛在可避免急診慢性類疾病之案件

分母：18 歲以上家醫會員罹患慢性類疾病人數

(二) 會員急診率(排除外傷)(4 分)

1. \leq 收案會員 30 百分位，或與上年度同期自身比進步率 \geq 10%，得 4 分。
2. \leq 收案會員 45 百分位，或與上年度同期自身比進步率 $>$ 5%，得 3 分。
3. \leq 收案會員 65 百分位，得 1 分。

4. 計算公式說明：

分子：會員急診人次(排除外傷案件)

分母：會員人數

(三) 可避免住院率(4 分)

1. \leq 收案會員 30 百分位，或與上年度同期自身比進步率 \geq 10%，得 4 分。

2. \leq 收案會員 45 百分位，或與上年度同期自身比進步率 $>$ 5%，得 3 分。

3. \leq 收案會員 65 百分位，得 1 分。

4. 計算公式說明：

分子：可避免住院慢性類疾病之案件

分母：18 歲以上家醫會員因慢性類疾病就醫人數

(四) 初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢檢驗檢查執行率(5 分)

1. \geq 初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率 70 百分位，得 5 分。

2. 與上年度同期自身比進步，得 3 分。

3. 計算公式說明：

分子：會員於西醫基層執行初期慢性腎臟病之檢驗人數

分母：會員門診主次診斷為初期慢性腎臟病之人數

註：「單次尿液肌酸酐／尿液白蛋白比例(urine albumin to creatinine ratio, UACR)」或「尿液總蛋白與肌酸酐比值(UPCR)」兩項檢查之一。

(五) 會員固定就診率(10 分)

1. 會員在群內(含合作醫院)之西醫門診固定就診率 \geq 當年

較需照護族群 65 百分位且 $\geq 50\%$ ，得 10 分。

2. 進步率 $> 5\%$ 或當年較需照護族群 60 百分位 \leq 會員固定就診率 $<$ 「當年較需照護族群 65 百分位且 $\geq 50\%$ 」，得 5 分。

3. 當年較需照護族群 55 百分位 \leq 會員固定就診率 $<$ 當年較需照護族群 60 百分位，得 3 分。

4. 計算公式說明：

分子：會員在社區醫療群內診所(含合作醫院)就醫次數

分母：會員在所有西醫門診就醫次數

(六) -1. 慢性病個案三高生活型態風險控制率(~~10~~ 15分)

(1) 醫療群內~~150~~ 200名以上慢性病收案會員之血壓(收縮壓、舒張壓)得以控制或改善，得~~3~~ 5分。

(2) 醫療群內~~150~~ 200名以上慢性病收案會員之醣化血色素(HbA1c)得以控制或改善，得~~3~~ 5分。

(3) 醫療群內~~150~~ 200名以上慢性病收案會員之低密度脂蛋白(LDL)得以控制或改善，得~~4~~ 5分。

(4) 三高生活型態監測值應介於合理範圍：

A. 血壓：收縮壓介於70至300mmHg，舒張壓介於40至200 mmHg。

B. ~~醣化血色素~~ HbA1c：介於4%至15%。

C. ~~低密度脂蛋白~~ LDL：介於30 mg/dl 至494 mg/dl。

D. 如有個案非介於合理範圍者，應上傳原因說明。

(5) 計算公式說明：

A. 得以控制或改善定義：

檢驗結果後測-前測 ≤ 0 或維持正常值：

血壓： $100 \leq \text{收縮壓} \leq 150 \text{ mmHg}$ 或 $50 \leq \text{舒張壓} \leq 90 \text{ mmHg}$ 。

糖化血色素： $4\% \leq \text{糖化血色素 HbA1c} \leq 7\%$ 或原為 10% 以上者改善到 $4\% \leq \text{糖化血色素 HbA1c} \leq 8\%$ 之間。

~~低密度脂蛋白(LDL)~~：

$30 \text{ mg/dl} \leq \text{糖尿病人} \leq 100 \text{ mg/dl}$ 、

$30 \text{ mg/dl} \leq \text{非糖尿病人} \leq 130 \text{ mg/dl}$ 。

B. 血壓、~~糖化血色素~~ HbA1c、~~低密度脂蛋白~~ LDL 得以控制之收案個案不得重複計分。

C. 執行方式：

(a) 由收案診所於當年度 12 月底前上傳個案風險控制項目及前後測檢驗值予保險人，超過繳交期限者，本指標以 0 分計算。

(b) 社區醫療群應上傳會員前測及後測之「就醫日期」或「檢驗(查)日期」，其後測「就醫日期」或「檢驗(查)日期」應於當年度 7 月 1 日之後，且前測及後測日期應間隔 84 天(含)以上。

(c) 監測資料得由醫療群內其他診所進行監控，不得以合作醫院監測資料上傳。

D. 慢性病收案會員當年度於醫療群內就醫未達 2 次者，不予計分。

(六)-2. 糖尿病及慢性腎臟病監測數據控制良率(15 分)

(1) 醫療群內 200 名以上 DM、DKD 收案會員之 HbA1c 控制良好或進步，得 5 分。

(2) 醫療群內 200 名以上 DM、DKD 收案會員之 LDL 控制良好或進步，得 5 分。

(3) 醫療群內 50 名以上 CKD、DKD 收案會員之 UACR 控制良好或進步，得 5 分。

(4) 控制良好及進步之定義：

A. 控制良好為當年度最後一次檢驗結果位於以下範圍：

(a) 糖化血色素(HbA1c)：<7%。

(b) 低密度脂蛋白(LDL)：<100mg/dL。

(c) 尿液白蛋白與尿液肌酸酐比值(UACR)：<30mg/gm。

B. 進步定義：檢驗結果後測-前測<0，其後測「就醫日

期」或「檢驗(查)日期」應於當年度 7 月 1 日之後，且前測及後測日期應間隔 84 天(含)以上。

(5) 資料範圍：限醫療群內診所(含交付檢驗所)之上傳檢驗(查)數據，不含合作醫院。

(六)-3. 申請成為家醫 2.0 醫療群適用「糖尿病及慢性腎病監測數據控制良率」，未申請者，則適用「慢性病個案三高生活型態風險控制率」。

(七)糖尿病會員胰島素注射率(5 分)

1. \geq 糖尿病會員胰島素注射率 60 百分位，得 5 分。

2. 與上年度同期自身比進步率 $>5\%$ ，或 $<$ 糖尿病會員胰島素注射率 60 百分位，但 ≥ 50 百分位，得 3 分。

3. 計算公式說明：

分子：糖尿病會員於西醫基層胰島素注射天數 ≥ 28 天之人數。

分母：社區醫療群糖尿病會員門診主次診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之人數且 ≥ 100 人。

四、自選指標(15分)

社區醫療群可就下列指標，選擇最優3項參加評分，於當年度10月底前將選定指標項目回復分區業務組。

(一) 提升社區醫療群品質(5分)

1. 辦理一場(含)以上健康管理活動：成效良好接受本社區醫療群內之診所及合作醫院以外之醫療機構觀摩，或應邀參加本社區醫療群以外團體主辦之經驗分享演講。該活動應與當地主管機關(健保分區業務組、衛生局)、家庭醫學醫學會或各縣市醫師公會合辦，並經公告周知。
2. 每月至少一次辦理學術演講活動提升社區醫療群醫療品質。
3. 以上任一項，檢附佐證資料經分區業務組認可，得5分。

(二) 提供全民健康保險居家醫療照護整合計畫服務或「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第三章安寧居家療護」服務(5分)

1. 提供服務 ≥ 15 人，得5分。
2. 提供服務 ≥ 10 人，得2分。

(三) 假日開診並公開開診資訊(5分)

社區醫療群診所至少 1 家診所於週日或國定假日當日開診，並於 VPN 登錄及公開開診資訊。年度開診情形依下列方式計分：

1. 開診診次 ≥ 120 診次，得 5 分。
2. 開診診次 ≥ 90 診次，得 3 分。
3. 開診診次 ≥ 50 診次，得 1 分。

註：

1. 國定假日，依行政院人事行政總處公布放假之紀念日、節日及補假。
2. 上下午及晚上各計 1 診次。如社區醫療群計有 5 家診所、該月計有 4 天國定假日，則該群所列計假日診次為 60 診次。

(四) 糖尿病人眼底檢查執行率(5 分)

依據保險人「醫療品質資訊公開網」公開之院所別醫療品質資訊/糖尿病人執行檢查率-眼底檢查或眼底彩色攝影檢查執行率：

1. \geq 全國平均值，得 5 分。
2. 與上年度同期比進步率 $>0\%$ ，得 3 分。
3. 本項得分上限 5 分。

~~(五) 糖尿病會員胰島素注射率(5 分)~~

- ~~1. \geq 糖尿病會員胰島素注射率 60 百分位，得 5 分。~~
- ~~2. 與上年度同期自身比進步率 $>5\%$ ，得 3 分。~~
- ~~3. 計算公式說明：~~

~~分子：糖尿病會員於西醫基層胰島素注射天數 ≥ 28 天之人數~~

~~分母：社區醫療群糖尿病會員門診主診診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之人數且 ≥ 100 人~~

~~(六)~~ (五) 醫療群內收案會員重複用藥核扣情形(5分)

1. 社區醫療群內當年度平均每位會員重複用藥核扣金額或重複用藥率 ≤ 30 百分位，得5分。
2. 社區醫療群內當年度平均每位會員重複用藥核扣金額或重複用藥率 ≤ 60 百分位，得3分。
3. 社區醫療群內當年度平均每位會員重複用藥核扣金額或重複用藥率 ≤ 70 百分位，得1分。
4. 計算公式說明：

(1) 社區醫療群內當年度平均每位會員重複用藥核扣金額：

分子：醫療群內收案會員重複用藥核扣金額

分母：醫療群內收案會員數

(2) 社區醫療群內當年度平均每位會員重複用藥率：

分子：醫療群內收案會員重複用藥處方件數

分母：醫療群內收案會員調劑7日以上處方件數

~~(七)兒童預防保健檢查率(5分)~~

- ~~1. 會員接受兒童預防保健服務 \geq 較需照護族群 80 百分位數，得5分。~~
- ~~2. $<$ 較需照護族群 80 百分位數，但 \geq 較需照護族群 75 百分位數，得3分。~~

3. 計算公式說明：

分子：6歲(含)以下會員於基層診所接受兒童預防保健人數

分母：6歲(含)以下會員數

(六)會員於醫院之糖尿病慢性病連續處方箋開立率(5分)

1. 會員於醫院之糖尿病慢性病連續處方箋開立率 $\leq 35\%$ ，得5分。

2. 與上年度同期比，至少減少10%以上，得3分。

3. 計算公式說明：

分子：醫療群內收案會員於醫院之糖尿病慢性病連續處方箋開立件數

分母：醫療群內收案會員之糖尿病慢性病連續處方箋開立件數

五、加分項(本項最高得分10分)

(一) 健康管理成效(VC-AE)執行結果鼓勵(5分)：平均每人節省醫療費用點數 ≥ 275 點，加5分。

(二) 社區醫療群醫師支援醫院(5分)：社區醫療群醫師，經報備支援醫院每月定期執行業務，加5分(醫院無該科別之支援，經保險人分區業務組認定後方得計分；共同照護門診已於結構面指標計分，不列入本加分項)。

(三) 轉介失智症病人至失智症共照中心接受服務(5分)：協助失智症病人優先轉介至診所所在縣市失智症共照中心、轉至適當醫院就醫，或轉介社會福利資源協助，並留有紀錄，

加 5 分。

(四)同院所同日就診率(5 分)：醫療群收案會員同院同日再就診率 $<0.015\%$ ，得 5 分。

計算公式說明：

分子：同天、同院門診就醫 2 次以上人數(排除預防保健等代辦案件)

分母：門診就診人數

(五)檢驗(查)結果即時上傳率 $\geq 80\%$ 70%之社區醫療群，加 5 分。

1. 計算公式說明：

分子：檢驗(查)結果 3 日內上傳醫令數(含診所申報檢驗所上傳檢驗(查)結果)。

分母：「全民健康保險鼓勵醫事機構即時查訊病患就醫資訊方案」附件五-「獎勵醫事服務機構上傳檢驗(查)結果之項目」之所列之診所申報醫令數。

2. 計算條件：

(1) 本指標排除醫療檢查影像及影像報告、人工關節植入物資料、病理報告及出院病歷摘要資料。

(2) 分子包含診所申報診所上傳檢驗(查)結果及診所申報檢驗所上傳檢驗(查)結果之案件。

壹拾貳、計畫管理機制：

一、保險人負責協調總體計畫架構模式與修正。

二、保險人分區業務組負責輔導轄區社區醫療群之成立、審核計畫與協調監督轄區各計畫之執行，並得邀請醫界代表(如總額執行單位)協助參與、輔導及評估。

三、各計畫之社區醫療群應成立「計畫執行中心」，負責提出計畫之申請與該社區醫療群之醫療資源協調整合、醫療服務之提供及醫療費用之分配作業。

四、保險人得召開觀摩會，邀請執行成效良好之社區醫療群或診所分享經驗，推廣優良的管理模式，促進計畫執行品質。

壹拾參、計畫申請方式

參與計畫之社區醫療群應於計畫公告 ~~3~~ 2 個月內，檢附申請文件向保險人分區業務組提出申請(新增及異動者須檢附申請書；前一年度已經參與本計畫且群內診所、參與醫師與前一年度相同者，可具函敘明前述事項向保險人分區業務組備查)。經保險人分區業務組同意並函復，計畫執行至當年度年底為限。

壹拾肆、退場機制

一、評核期間以本計畫所訂指標執行之期程為原則。

二、社區醫療群如評核指標未達 70 分者(評核指標 < 70 分)，應退出本計畫，1 年內不得再加入本計畫。評核指標介於 70 分至 75 分者(70 分 ≤ 評核指標 < 75 分)，接受保險人分區業務組輔導改善，且須於次年 6 月底前提具執行改善計畫書經保險人分

區業務組備查後，始得加入本計畫；第 2 年仍未達 75 分續辦標準者(評核指標<75 分)，應退出本計畫，1 年內不得再加入本計畫。

三、退場之社區醫療群，其中評核指標 ≥ 75 分之個別診所，可申請重新組群或加入其他社區醫療群，經保險人分區業務組同意後參加。

四、計畫執行六個月，社區醫療群依據台灣家庭醫學醫學會與醫師全聯會共同設計之自我評估表(如本計畫附錄 2)，辦理自我評估，保險人分區業務組視評估結果，必要時通知醫師全聯會輔導。未自我評估或不接受輔導者，除保險人不予支付本計畫之指標費用外，並應退出本計畫。

五、本計畫參與醫師當年度未於執業登記診所申報醫療費用者(不含代辦案件)，1 年內不得再加入本計畫。

壹拾伍、實施期程及評估

各社區醫療群應於計畫執行後，年度結束提送執行結果(包含計畫運作執行現況、計畫評核指標執行率與社區醫療群間的協調連繫情形、社區衛教宣導)至保險人分區業務組。

壹拾陸、訂定與修正程序

本計畫由保險人與醫師全聯會共同研訂後，送全民健康保險會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。

壹拾柒、慢性病個案臨床治療指引及參考指標，請參閱附件四。

附錄 1

全民健康保險家庭醫師整合照護計畫檢核邏輯 保險人網頁之個案通報及登錄系統說明

- 一、參與計畫之醫師需透過醫事服務機構行文至保險人分區業務組申請，待保險人分區業務組核准後，始能登入健保資訊網服務系統(VPN)傳輸會員資料。
- 二、醫師進入保險人資訊網服務系統網頁後登入試辦計畫登錄系統後，可以點選病人管理選項，進行病人資料之登錄、維護及查詢事項。

說明：

1. 保險人分區業務組需確實將參與院所名單登錄於 HMA 系統。
2. 醫療院所需請資訊廠商修改其自行維護的畫面，並將會員資料以批次經本系統上傳至健保資訊網服務系統(VPN)。如前一年度已為家醫會員之應照護族群，收案名單由保險人自動轉入健保資訊網服務系統(VPN)。
3. 相關會員資料之維護仍由保險人分區業務組維護；收案期限將設定32個月，保險人依權限擷取會員資料供分析用，對於資料登錄不完整之社區醫療群於32個月內補正資料/或不予支付。
4. 身分證字號有重複登錄情形，則第 2 筆資料無法輸入。

附錄2

社區醫療群自我評估表

● 填表單位：

填表日期： 年 月 日

一、諮詢專線			
	自我評量		
(1) 24 小時諮詢專線自行測試結果	<input type="checkbox"/> 無人接聽 (0 分)	<input type="checkbox"/> 接聽但無法 解決會員問 題 (3 分)	<input type="checkbox"/> 接聽且可以解答會員 問題，或轉達醫師 20 分 鐘內回電。 (10 分)
(2) 受理 24 小時諮詢專線總件數	共 件 (見表一)		
● 檢附諮詢專線電話紀錄表(含電子檔) (見表二)			
(3) 主動電訪(Call out)會員人數	共 人 (見表一)		
二、個案研討活動			
	自我評量		
每位醫師參加至少六次「個案研討」或「共同照護門診」或「社區衛教宣導」或「病房巡診」等活動	<input type="checkbox"/> 達成 (10 分)		<input type="checkbox"/> 未達成 (0 分)
● 檢附每位醫師參與各項活動的每月統計表 (見表一)			
● 檢附活動簽到紀錄 (見表三)			
三、會員通知事項			
	自我評量		
(1)會員權利義務說明書或會員通知函是否交付並告知	<input type="checkbox"/> 是 (1 分)	<input type="checkbox"/> 否(預定何時改善完成) (0 分)	
(2)會員權利義務說明書或會員通知函內容是否符合規定(含計畫內容、權益義務、24 小時諮詢電話、醫療群所有診所名單及合作醫院名單)	<input type="checkbox"/> 是 (1 分)	<input type="checkbox"/> 否(預定何時改善完成) (0 分)	
(3)是否張貼參與本計畫之標識	<input type="checkbox"/> 是 (1 分)	<input type="checkbox"/> 否(預定何時改善完成) (0 分)	
(4)參與本計畫之標識內容是否符合規定(醫療群所有診所名單及合作醫院名單)	<input type="checkbox"/> 是 (1 分)	<input type="checkbox"/> 否(預定何時改善完成) (0 分)	
註：依填表時間換算辦理活動次數是否達成。 總計得分： 分			

參與各項活動次數之每月統計表

表一

為瞭解社區醫療群參與各項活動之情況，作為未來社區醫療品質提升與家庭醫師制度改進之建議，請依照表中所列項目，簡單記錄執行情形，若能提供相關附件尤佳，謝謝！

填表單位：

項目	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	總計
24 小時諮詢專線 (諮詢件數)													
主動電訪(Call out) (電訪人數)													
個案研討 (參與次數)													
共同照護門診 (診次)													
社區衛教宣導 (辦理場數)													
病房巡診 (巡診次數)													

衛生福利部中央健康保險署 業務組

表二

社區醫療群 24 小時諮詢專線服務紀錄表(範例)

日期	時間 (以 24 小時 計)	會員姓名 會員電話	會員 登錄診所	諮詢內容	處理情形	諮詢人員

衛生福利部中央健康保險署 業務組

社區醫療群團體衛教宣導紀錄表(範例)

日期：	年	月	日			
時間：	時	分	至	時	分	第
場						
活動地點：						
醫療群相關人員簽名：						
活動成果：						

衛生福利部中央健康保險署 業務組

_____社區醫療群

團體衛教宣導民眾簽到單(範例)

日期： 年 月 日

「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」會員滿意度調查問卷

_____女士/先生/小朋友您好：

由於您已成為_____年度「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」照護的會員，本問卷係為了解您的主要照顧診所是否能提供您完整而持續性的醫療照護，因而設計此滿意度調查，請於此問卷上填答您的意見（請以”V”符號註記）。

本問卷僅作整體分析之用，感謝您撥冗填答。再次謝謝您的協助！

敬祝 健康快樂！

衛生福利部中央健康保險署 敬啟

- 請問您知道自己是「家庭醫師整合性照護計畫」照護的會員嗎？
☐ (1)知道 ☐ (2)不知道
- 請問您參加「家庭醫師整合性照護計畫」後，您知道以下哪些醫療服務資訊？(複選)
☐ (1)可獲得 24 小時電話諮詢服務
☐ (2)可獲得由家庭醫師轉診至合作醫院接受醫療服務
☐ (3)可至家庭醫師在合作醫院開立的共同照護門診求診
☐ (4)因病轉診合作醫院，家庭醫師可到醫院關懷
☐ (5)可參加家庭醫師於社區辦理的衛教宣導活動
☐ (6)可收到家庭醫師寄發的健康會訊刊物
☐ (7)家庭醫師對我的疾病照護及健康管理部分可提供建議及諮詢
- 請問您參加「家庭醫師整合性照護計畫」後，您「得到」以下哪些服務？(複選)
☐ (1)醫師或醫護人員對衛教及治療解說清晰
☐ (2)醫師或醫護人員提供醫療保健服務
☐ (3)醫師和醫護人員服務態度熱忱
☐ (4)醫師或醫護人員能針對個別的需求給予關心
☐ (5)醫師能尊重及回應您的問題狀況
☐ (6)候診時間較合理
☐ (7)提供轉診的協助
☐ (8)提供主動電訪(Call out)服務或多元服務(包含書信賀卡、E-mail、Line 等多元工具)
- 請問您對您的家庭醫師向您提供健康諮詢及衛教訊息，您是否滿意？
☐ (1)非常滿意 ☐ (2)滿意 ☐ (3)不滿意 ☐ (4)非常不滿意
- 請問您的家庭醫師對您健康狀況的了解程度，您是否滿意？
☐ (1)非常滿意 ☐ (2)滿意 ☐ (3)不滿意 ☐ (4)非常不滿意
- 請問您對您的家庭醫師所提供的整體服務是否滿意？
☐ (1)非常滿意 ☐ (2)滿意 ☐ (3)不滿意 ☐ (4)非常不滿意

計分方式：滿分 100 分

第 1 題 (10 分)：『知道』：10 分、『不知道』：0 分。

第 2-3 題 (每題 10 分，共 20 分)：每題每勾選項 1 項得 5 分 (每題上限 10 分)。

第 4-5 題 (每題 20 分，共 40 分)：『非常滿意』20 分、『滿意』：15 分、『不滿意』：0 分、『非常不滿意』：0 分。

第 6 題 (30 分)：『非常滿意』30 分、『滿意』：25 分、『不滿意』：0 分、『非常不滿意』：0 分。

全人照護評估單

壹、個人基本資料：

1. 姓名	
2. 性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
3. 出生日期	西元 年 月 日
4. 病歷號碼	
5. 主要照顧者	
6. 聯絡電話（或手機）	
7. 職業別	
8. 宗教信仰	<input type="checkbox"/> 民間信仰 <input type="checkbox"/> 佛教 <input type="checkbox"/> 基督教 <input type="checkbox"/> 天主教 <input type="checkbox"/> 一貫道 <input type="checkbox"/> 其他
9. 主要居住區域	<input type="checkbox"/> 都會區 <input type="checkbox"/> 鄉鎮 <input type="checkbox"/> 醫療偏遠區域 <input type="checkbox"/> 未知

貳、疾病及健康狀態

一、主要疾病及健康問題列表

- 1.
- 2.
- 3.

二、重要病史（現病史與過去病史）

三、家庭事件

1. 家族病史及相關健康問題：

2. 家系圖：

3. 家庭生命週期：☐新婚夫婦 ☐第一個小孩誕生 ☐有學齡兒童 ☐有青少年子女
☐子女外出創業 ☐空巢 ☐老化的家庭

四、心理及社會事件

參、致病原因綜合評估

1. 疾病因素：
2. 家庭心理社會因素：
3. 其他因素：

評估結果：

肆、全人照護治療計畫

1. 藥物治療：
2. 非藥物治療：
3. 其他健康照護建議：

以下兩項視需要選擇建檔，不另支付。

◎家戶檔案建檔：

◎週期性預防保健追蹤管理：(可自行新增預約項目，如各類疫苗注射)

項目	下次預約時間				
成人健檢					
癌症篩檢					
FOBT					
口腔黏膜篩檢					
子宮抹片					
乳房攝影					
疫苗注射					
流感疫苗					
肺炎疫苗					
衛教					

失智症門診照護諮詢溝通記載內容及規定

1. 病人姓名及臨床失智症評量表(CDR)或簡易心智量表評量結果。
 2. 依需要簡要敘述病況、照護技巧指導、藥物或營養諮詢、家屬心理支持、社會資源運用等內容。
 3. 諮詢服務之日期及起迄時間至分。
 4. 提供服務者職稱及簽章。
 5. 接受諮詢服務者簽章及其與病人關係(接受諮詢服務者包括病人或主要照護者，且至少有 1 位家屬參與)。
- 註：諮詢服務時間不包括醫師診療及失智症評估量表填報時間。

慢性病個案臨床治療指引及參考指標

治療指引	參考指標	分子定義	分母定義	操作型定義
<p>遵照” The 2017 Focused Update of the Guidelines of the Taiwan Society of Cardiology (TSOC) and the Taiwan Hypertension Society (THS) for the Management of Hypertension” 之建議(見後附 Table)，即分為<140/90mmHg 和 <130/80mmHg 兩組。</p>	<p><u>高血壓控制率</u></p> <p>(1)有就診有量血壓比率</p> <p>(2)高血壓併有糖尿病或冠心病病史或腎臟病併有蛋白尿病人</p> <p>(3)原發性高血壓、高血壓併有中風病史或腎臟病人</p>	<p>(1) 有量血壓人數</p> <p>(2) 高血壓併有糖尿病、或冠心病病史、或腎臟病併有蛋白尿病人，門診血壓值控制在收縮壓<130mmHg 及舒張壓<80mmHg 人數</p> <p>(3) 原發性高血壓、高血壓併有中風病史或腎臟病人門診血壓值控制在收縮壓<140mmHg 及舒張壓<90mmHg 人數</p>	<p>(1) 有就診病人(原發性高血壓、高血壓併有糖尿病或冠心病病史或腎臟病或中風病史)人數</p> <p>(2) 高血壓併有糖尿病、或冠心病病史、或腎臟病併有蛋白尿病人高血壓併有糖尿病病人門診病人總數</p> <p>(3) 原發性高血壓、或高血壓併有中風病史、或腎臟病人門診病人總數</p>	<p>A. 控制率：所有已達控制目標之病人數/所有有高血壓診斷之病人數。</p> <p>B. 已達控制目標之病人數：全年紀錄之門診血壓次數至少每三個月一次，其中有 1/2 (含)以上之數值符合指引建議。</p> <p>C. 「腎臟病」係指 eGFR<60, 「蛋白尿」係指 proteinuria ≥1+。</p>
<p>遵照” 2017 Taiwan lipid guidelines for high risk Patients” 之建議，初期先強調</p>	<p><u>高血脂控制率</u></p> <p>(1)缺血性腦中風、糖尿病沒有心血管疾病病人</p>	<p>(1)低密度膽固醇 < 100 mg/dL 之人數</p>	<p>(1) 缺血性腦中風、糖尿病，沒有心血管疾病病人，低密度膽固醇≥</p>	<p>A. 控制率：所有已達控制目標之病人數/所有有下列診斷之病人</p>

治療指引	參考指標	分子定義	分母定義	操作型定義
LDL-C 為目標，且以家醫能力所及可照顧的病人群： ★穩定冠狀動脈疾病 < 70 mg/dL ★缺血性腦中風或暫時性腦部缺氧 < 100 mg/dL ★糖尿病 < 100 mg/dL ★糖尿病 + 心血管疾病 < 70 mg/dL	(2) 冠心病、糖尿病人有心血管疾病	(2) 低密度膽固醇 (LDL-C) < 70 mg/dL 人數 (健保給付為 100 mg/dL)	100mg/dL 之人數 (2) 冠心病、糖尿病人有心血管疾病低密度膽固醇 ≥ 70 mg/dL 之人數	(穩定冠狀動脈疾病 + 缺血性腦中風或暫時性腦部缺氧 + 糖尿病) 數。 B. 已達控制目標之病人數：全年檢驗之 LDL-C 次數至少每六個月一次，其中有 1/2(含) 以上之數值符合指引建議。
★Stark, C.S., Fradkin, J.E., Saydah, S.H., Rust, K.F., Cowie, C.C. (2013). The prevalence of meeting A1C, blood pressure, and LDL goals among people with diabetes, 1988-2010. Diabetes Care, 36(8), 2271-9. doi: 10.2337/dc12-2258. ★Ali, M.K., Bullard, K.M., Gregg, E.W., Del, R.C. (2014). A cascade of care for diabetes in the United States:	ABC 達標率			
	(1) 糖化血色素 (HbA1C) 達標率	(1) 分母中，當年度糖尿病人最後一次檢測 HbA1C < 7% 人數	4 項指標分母均為醫療群內所有診所糖尿病人總數	A. 糖尿病病人至少每三個月檢查一次 HbA1c，且當年度最後一次 HbA1c 檢查值 < 7 者為控制良好。 B. 糖尿病病人全年紀錄之門診血壓次數至少每三個月一次，其中有 1/2(含) 以上之 BP < 140/90 為控制良好。 C. 糖尿病病人全年檢驗
	(2) 血壓 (BP) 達標率	(2) 分母中，糖尿病人全年紀錄之門診血壓次數至少每三個月一次，其中有 1/2(含) 以上之 BP < 140/40mmHg 人數		
	(3) 低密度膽固醇 (LDL cholesterol) 達標率。	(3) 分母中，糖尿病人全年檢驗之 LDL-C 次數至少每六個月一次，其中有 1/2(含) 以上之 LDL < 100mg/dl 人數		
	(4) ABC 三項指標全部達標	(4) 分母中，同時符合		

治療指引	參考指標	分子定義	分母定義	操作型定義
visualizing the gaps. Ann Intern Med, 161(10), 681-9. doi: 10.7326/M14-0019.	率	HbA1C<7%及 BP<140/90mmHg 及 LDL<100mg/dl 之人數		之 LDL-C 次數至少每 六個月一次，其中有 1/2(含)以上之數值 LDL-c<100 mg/dl 為 控制良好。

註：本表為衛生福利部國民健康署提供。

全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫(草案)

110 年 10 月 21 日健保醫字第 1100013957 號公告訂定

112 年 2 月 22 日健保醫字第 1120103112 號公告修正

壹、依據

全民健康保險會（以下稱健保會）協定全民健康保險年度醫療給付費用總額事項。

貳、說明

健保署於民國一百零二年建立了「健保醫療資訊雲端查詢系統」，藥師透過前開系統，可以查看保險對象近三個月的醫師處方用藥資訊，俾減少重複用藥，進而降低醫療資源浪費。

本計畫短期目標透過系統性流程，建立個別化照護管理及藥師與醫師間雙向溝通與合作模式，即時提供保險對象相關藥事照護，長期目標為深化社區藥師專業價值，提升社區民眾用藥安全及品質，協助保險對象增進健康狀況。

參、目的

- 一、針對具有潛在用藥風險之保險對象進行藥事照護，協助發現並解決藥品治療問題。
- 二、輔導保險對象建立正確服用藥品觀念，避免藥品不當使用，提升療效與用藥安全。
- 三、建立醫事人員間溝通與合作模式，共同增進照護品質。

肆、預算來源

由全民健康保險醫療給付費用總額其他預算「提升用藥品質之藥事

照護計畫」項下支應。

伍、參與資格及申請方式

一、參與計畫健保特約藥局及藥師資格

- (一)申請參與本計畫之特約藥局或藥師須於提出申請之日起前二年內，無全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法（以下稱特管辦法）第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一者（含行政救濟程序中尚未執行處分者）。前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約或終止特約日起算。
- (二)參與本計畫之藥師第一年須通過中華民國藥師公會全國聯合會（以下稱藥師公會全聯會）培訓且符合其認證審查資格（依據藥師公會全聯會訂定之計畫執行）。
- (三)藥師公會全聯會審核參與計畫之藥師資格，對參與計畫之日起前二年內有違反藥師法第二十一條所列違規情事之一者，得不核發認證。

二、申請方式

- (一)參與計畫之特約藥局應彙整執業登記於該藥局且取得藥師公會全聯會認證之藥師名單，並檢附「全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫」申請表（附件一），向藥師公會全聯會提出申請。
- (二)藥師公會全聯會應將核定推薦之名單，函送所屬保險人分區業務組。經保險人分區業務組確認藥師符合相關資格並同意後，函復申請特約藥局並副知藥師公會全聯會，由藥師公會全聯會轉知各縣市藥師公會。

陸、照護個案收案條件及收案程序

一、收案條件：

保險對象符合下列條件之一，且經評估具有潛在用藥相關問題者，得予以收案：

(一)跨院所處方用藥品項達~~十~~五種(含)以上，且尚在服用者。

(二)同時持有~~三~~二張(含)以上~~跨院所~~且在有效期內~~慢性病連續處方箋處方箋(含慢箋)~~者。

(三)經醫師主動轉介或保險人分區業務組認定需要藥師專業輔導者。

二、收案注意事項：

(一)現階段中醫師開立之處方箋不列入本計畫收案條件。

(二)為避免資源重複配置，藥師於收案前須至藥師公會全聯會之「藥事照護系統」查詢前開收案保險對象是否已在案，且須排除已參加其他藥事照護相關計畫及已接受其他單位(如食品藥物管理署等)提供之藥事照護者;如有重複收案之情事，應以系統登錄日期為參照標準。

(三)符合收案條件且經評估有照護需要之保險對象，應簽署「全民健保保險對象參與藥事照護同意書」(下稱藥事照護同意書)(附件二)，方能收案。

三、收案程序：

(一)藥師判斷性服務：藥師應依保險對象健保卡查詢「健保醫療資訊雲端查詢系統」，取得保險對象用藥紀錄，經藥師評估保險對象具有潛在用藥相關問題，且符合本計畫照護個案收案條件者，簽署藥事照護同意書後即可收案。

(二)用藥配合度諮詢服務：藥師應依保險對象健保卡查詢「健保醫療資訊雲端查詢系統」，取得保險對象用藥紀錄，符合本計畫收案條件者，藥師以「遵循醫囑領藥與使用藥物量表」(以下稱配合度量表)(附件三)與保險對象當面進行配合度測量，若測量結果超過 12

分(不含)，且簽署藥事照護同意書後，即可收案。

(三)經醫師或保險人分區業務組認定需要藥師專業輔導之轉介保險對象，保險對象須至健保特約藥局，經藥師判斷確有本計畫藥事照護服務需要者，且簽署藥事照護同意書後，即可收案。

- 1.醫師可將「藥事照護計畫轉介單」(附件四)交予保險對象至參與本計畫之健保特約藥局，或逕提交藥師公會全聯會，由該會進行轉介。
- 2.保險人分區業務組徵詢保險對象同意後，可將「藥事照護計畫轉介單」交予參與本計畫之健保特約藥局，或逕提交藥師公會全聯會，由該會進行轉介。

柒、藥事照護內容及紀錄

一、藥師判斷性服務：

藥師依保險對象用藥問題，擬訂合適之照護計畫，如與醫師聯繫討論處方調整用藥劑量、項目或頻率、指導保險對象調整用藥時間等，並依規定完成紀錄。

(一)未涉處方調整案件：藥師就發現未涉及處方調整之相關用藥問題，如保險對象之用藥行為不適當、藥品儲存或使用方式、服藥時間或間隔不適當等(參考附錄 PCNE-DRP 分類系統 V9.1 中 C7 項次)，妥適向保險對象充分說明，並進行用藥指導及衛教後，藥師完成紀錄後即可結案。

(二)涉處方調整案件：

- 1.處方內容經藥師聯繫原處方開立醫師並經其決定不調整者：藥師應按處方箋調劑並交付保險對象，且進行用藥指導及衛教，並於完成紀錄後結案。

2.處方內容經藥師聯繫原處方開立醫師並經其決定調整者：藥師應向保險對象充分說明後，於處方箋上註記與醫師聯繫時間及調整事項，並進行用藥指導及衛教，並完成紀錄後結案。

3.無法立即聯繫到原處方開立醫師：依保險對象狀況評估後，撰寫「用藥評估建議單」(附件五)，記錄發現的藥品相關問題或疑慮。

(1)涉及危險性：應請保險對象攜帶「用藥評估建議單」儘速回原就醫院所由原處方醫師修正處方。藥師應追蹤該用藥評估建議單後續處理情形，並完成紀錄後即可結案。

(2)未涉危險性：積極聯繫原處方開立醫師未果【至少聯繫三次(含)以上】後，妥適向保險對象充分說明，且依處方箋完成調劑後，將藥品及「用藥評估建議單」交付保險對象，並進行用藥指導及衛教，藥師完成紀錄後方可結案。

二、用藥配合度諮詢服務：

藥師針對收案之保險對象用藥配合度察覺問題(如錯過服藥時間、未依照醫囑服藥等)後，依規定完成配合度量表前測後，擬訂合適之照護計畫，並視保險對象情況進行追蹤，完成照護後，依規定記錄照護結果(含前、後測分數、電訪追蹤內容及時間等)。

(一)藥師利用配合度量表，與保險對象當面進行配合度測量，若測量結果總得分數為 12 分，表示保險對象用藥配合度良好，無須進行用藥配合度諮詢服務，反之，若配合度量表測量結果總得分數超過 12 分(不含)，則需藥師介入協助改善用藥狀況，以增加保險對象服藥之配合度 (medication adherence)。

(二)藥師針對保險對象用藥配合度不佳的藥品，瞭解原因後，並擬訂配合度改善措施以及介入計畫，且於執行後記錄內容。

(三)為確認保險對象用藥配合度改善情況，完成配合度量表施測(前測)

三週後，需再次進行配合度量表施測（後測），後測之施測方式得視情況以電話訪問形式完成。

(四)為有效提升保險對象用藥配合度，藥師得於前測與後測期間，以電話方式追蹤保險對象用藥情形並適時提供支持或調整介入措施，每次追蹤日期需與前、後測以及其他追蹤日期間隔達七日（含）以上。

(五)本項服務須完成前測與後測，才算完成一次服務，故該項服務收案截止日為計畫所屬經費年度結束前三週。

三、照護紀錄：

(一)藥師對保險對象相關用藥問題及介入建議，需按「歐洲藥事照護聯盟協會（Pharmaceutical Care Network Europe, PCNE）之藥物相關問題分類 9.1 版（Classification for Drug related problems, The PCNE Classification V 9.1）」（詳參閱附錄）分類系統進行分類與記錄。

(二)藥師完成照護後，應將保險對象藥事照護服務輔導紀錄，包含其用藥內容(含使用中的非處方箋用藥、保健品、中藥品等項目)、用藥問題、照護過程等，登打於藥師公會全聯會之「藥事照護系統」中（須記錄之欄位如附件六、附件七）；因故無法完成照護者，亦應於系統上註記原因。

捌、支付及費用申報、審查及核付作業：

一、給付項目及支付標準：本標準採結案後申報。各項支付點數如下：

編號	診療項目	支付點數
P4105C	藥師判斷性服務 註： 1.應將藥事照護紀錄至藥師公會全聯會之「藥事照護系統」登打完成，結案後始得申報。 2.每一保險對象六個月（含）內以申報3次為限。 3.每位藥師每年申報本項以120人次為上限，超過人次不予支付。	400
P4106C	用藥配合度諮詢服務 註：	400

編號	診療項目	支付點數
	1.應將藥事照護紀錄至藥師公會全聯會之「藥事照護系統」登打完成，結案後始得申報，內容須涵蓋： (1)用藥配合度量表前測(當面進行)、後測(得採電話訪問)。 (2)配合度改善措施及介入計畫，並記錄執行結果。 2.為確認保險對象用藥配合度改善情況，完成「配合度量表」前測三週後，須進行後測，後測之施測方式得視情況以電話訪問形式完成。 3.僅執行前測或追蹤，或未依規定時間進行後測，或不符合結案條件者，不予支付本項費用。 4.每一保險對象六個月(含)內以申報3次為限，每次申報須間隔一個月(含)以上。 5.每位藥師每年申報本項以120人次為上限，超過人次不予支付。	
P4107C	用藥配合度諮詢服務－第一次追蹤	100
P4108C	用藥配合度諮詢服務－第二次追蹤 註： 1.於用藥配合度諮詢服務前、後測期間內，得以電話方式追蹤及進行用藥提醒與衛教服務。 2.須與前測、後測日期、其他追蹤日期間隔達七日(含)以上。 3.每次收案以申報2次追蹤費(分別為P4107C、P4108C)為限。	100
P4109C	藥師判斷性服務－醫師共同照護費 註： 1.藥師判斷性服務中，獲醫師回應案件，支付醫師共同照護費。 2.同一照護案件，醫師轉介服務費(P4110C)及醫師共同照護費(P4109C)之支付醫師為同一醫療機構院所或同一人者，限擇一支付。	200
P4110C	醫師轉介服務費 註： 1.醫師轉介之個案，於結案後，支付本項費用。若轉介之個案，經藥師專業判斷無須進行本計畫相關藥事照護服務，或因故無法符合結案條件者，不支付本項費用。 2.同一照護案件，醫師轉介服務費(P4110C)及醫師共同照護費(P4109C)之支付醫師為同一醫療機構院所或同一人者，限擇一支付。	200

二、點值結算方式：預算按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

三、申報、審查及核付作業：

- (一)「藥師判斷性服務」及「用藥配合度諮詢服務」費用，應於結案後填報「特約交付機構醫療費用點數申報格式及填表說明」(相關費用欄位說明詳附表)併每月醫療費用案件向所屬保險人分區業務組申請。
- (二)保險人分區業務組依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」及藥師公會全聯會專業審查結果資料，辦理本計畫醫療費用審查及核付作業。藥師公會全聯會應確認前開結案個案已排除重複收案、參加其他藥事照護相關計畫及已接受其他單位(如食品藥物管理署)提供之藥事照護者。
- (三)本計畫各年度之照護費用未於次年 1 月 20 日(含)前申報，則不予支付，另補報案件應於次年 2 月 20 日(含)前完成，否則不予支付。
- (四)「藥師判斷性服務之醫師共同照護費」(P4109C)及「醫師轉介服務費」(P4110C)，由保險人依藥師公會全聯會提供名單，以補付系統辦理費用支付作業。
- (五)藥師應於每月月底前，確認所有當月結案個案的照護紀錄已於藥師公會全聯會之藥事照護系統維護。藥師公會全聯會應於次月 10 日前將前開藥師維護資料內容彙整成電子檔，並函送至所屬保險人分區業務組。
- (六)藥師公會全聯會之藥事照護系統之本計畫資料，應提供系統權限予保險人，以利後續相關資料彙整參照。
- (七)藥師提供本計畫藥師判斷性服務及用藥配合度諮詢服務，應依「全民健康保險憑證製發及存取資料管理辦法」第九條及第十條規定，登錄於健保卡(就醫類別 AF；收案時登錄健保卡)，並應於登錄後 24 小時內，將之上傳予保險人備查。

(八)藥師參與本計畫期間有下列情形之一者，保險人除不予支付費用外，並依全民健康保險相關規定辦理：

- 1.經保險人查有虛報、浮報之情事者。
- 2.藥師由非具資格人員代為服務，經保險人查證屬實者。
- 3.藥師未依本計畫規定提供服務。

玖、計畫監測指標

由藥師公會全聯會以藥事照護系統內資料統計：

一、藥師判斷性服務：醫師對藥師建議事項之回應比率達 70%。

公式：醫師回應藥師建議事項之項數總計／藥師建議事項之項數總計。

二、用藥配合度諮詢服務：個案配合度提升之比率達 50%以上。

以「配合度量表」進行前、後測，評估藥師照護介入，個案用藥配合度之改變。

公式：後測顯示配合度較前測進步之總服務人次／配合度諮詢服務總人次。

三、年度預計服務人次至少達 30,000 以上。

四、執行藥師數至少達 150 人以上。

五、收案保險對象使用藥品品項數，照護後較照護前下降 10%。

照護前：指收案日期前三個月(90 天)。

照護後：指結案日後三個月(90 天)。

拾、計畫管理、輔導機制

一、藥師公會全聯會得不定時以電話或實地輔導照護個案、藥師及藥局負責人，以了解藥師執行藥事照護所遭遇之障礙與問題，並適時提供適當之協助。

- 二、保險對象資料受個人資料保護法保障，藥師公會全聯會暨相關藥師，皆應依相關規定辦理，以確保照護個案之隱私。

拾壹、退場機制

一、符合下列事項之一者，藥師應退出本計畫，且次年度亦不得參與本計畫：

- (一)該藥師有藥師法第二十一條所列違規情事之一者，或經照護個案申訴（如額外收費、藉機推銷或未依本計畫規定事項辦理），且經保險人查證屬實者。
- (二)計畫內容服務對象限定為照護個案本人或僅限面訪之服務時，藥師未依規定方式完成服務。
- (三)執行本計畫相關事項時，違反或與相關醫療法規牴觸者。
- (四)經保險人查有虛報、浮報之情事者。
- (五)藥師由非具資格人員代為服務，經保險人查證屬實者。

二、特約藥局參與計畫期間，有特管辦法第三十八條至第四十條各款情形之一並經保險人處分者，以保險人第一次處分函所載停約日起，該藥局及其藥師終止參與本計畫。

三、上開未盡事宜，則依全民健康保險法及相關法規辦理。

拾貳、執行報告

- 一、藥師公會全聯會應於期中（當年9月1日前）及期末（次年4月1日前）提交執行成果報告予保險人，並於健保會提報執行情形。
- 二、執行成果報告應包含基本架構與實施方式、照護個案性別年齡分布、效益評估、用藥問題及問題藥品統計彙整（含中草藥）、藥事照護執行之困難及解決對策、檢討與建議、結論及未來改善計畫等內容。

拾參、其他

本計畫規定未盡事項，依「全民健康保險特約醫事服務機構合約」及全民健康保險相關法規辦理。

拾肆、訂定與修正程序

本計畫由保險人與藥師公會全聯會共同研訂，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，得由保險人逕行修正公告。

「全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫」申請表

健保特約藥局名稱：

醫事機構代碼：

聯絡人：

電子信箱：

健保特約藥局電話：

傳真電話：

健保特約藥局地址：

序號	姓名	身分證字號	聯絡電話及手機	電子郵件信箱	備註
1					
2					
3					
4					

(表格請依需求自行增減列)

共_____位藥師

本案所附資料業經藥局負責人確認內容屬實

負責人簽章：

藥局章：

註:請使用與健保署簽約時使用之相同用印大小章

全民健保保險對象參與「全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫」

同意書（樣張）

- 一、我已瞭解參加健保署的「全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫」能夠幫助我把關用藥安全，協助確認藥物是否發揮預期療效，我亦瞭解藥師執行此計畫，將教導我正確的用藥知識及注意事項，並可適時協助與我的醫師溝通用藥問題。
- 二、我同意在符合本計畫目的下，提供就醫資料（包括雲端藥歷資料、健保署提供之相關就醫資料、數據及用藥資訊等）；並同意藥師得依個人資料保護法及相關法規之規定，於執行本計畫之範圍內蒐集、處理，以及於中華民國藥師公會全國聯合會「藥事照護管理系統」紀錄上述資料。
- 三、我已知悉針對計畫之任何問題，可詢問提供照護服務之藥師，亦可致電中華民國藥師公會全國聯合會詢問（電話：02-25953856）。
- 四、我同意參與本計畫提供之藥事照護服務，並確認：
- ☐ 本人未參加其他藥事照護相關計畫；
 - ☐ 本人未接受其它單位(如食品藥物管理署、護理及健康照護司等)提供之藥事照護。

此致 ○○○○藥局 ○○○藥師

立同意書人：姓名：

身分證字號：

出生年月日：

立同意書人簽名：_____

(親簽或手印)

中 華 民 國 年 月 日

全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫
遵循醫囑領藥與使用藥物量表

ADHERENCE TO REFILLS AND MEDICATIONS SCALE (ARMS)

人們時常會錯過服藥時間，或是未依照醫囑服藥，因此我想藉由本問卷詢問您實際上服用藥物的情形。答案沒有對或錯，針對每個問題，請依「從未如此」、「有時如此」、「經常如此」或「總是如此」作答。

☐ 前測 ☐ 後測 測驗日期：_____

量表問題	從未 如此 1 分	有時 如此 2 分	經常 如此 3 分	總是 如此 4 分
1. 您有多常忘記服藥？				
2. 您有多常決定不要服藥？				
3. 您有多常忘記依照處方領藥？				
4. 您有多常會用完藥之後未再取藥？				
5. 在看醫生之前，您有多常會少服一劑藥？				
6. 當您覺得狀況好轉時，您有多常會錯過服藥時間？				
7. 當您感到身體不適時，您有多常會錯過服藥時間？				
8. 您有多常會因疏忽而錯過服藥時間？				
9. 您有多常會依照您的需求調整藥物劑量？(例如：增加或減少原本需服用的藥粒顆數)				
10. 當您應該一天服藥超過一次時，您有多常會忘記服藥？				
11. 您有多常因為藥費過高而延後領藥？				
12. 您有多常會提前計畫好，在藥物全部服用完畢之前領藥？				
得分小計				
總得分				

【備註】

- 計分方式：第 12 題應以相反方式計算得分。將各題得分加總，總分可能介於 12 到 48 之間，總分越低表示遵醫囑性程度越佳(越遵循醫囑領藥和服藥)。總分可視為連續量數，或依二分法分為 12 分或>12 分。

2. 量表尺度建議：需在一特定期間內檢視(如一般箋可視過去一週、慢箋可檢視過去一個月或其他適合的評估區間)；「從未如此」在此期間內發生頻率可視為 0%，依此建議類推，「有時如此」為 1~50%、「經常如此」為 51%~99%、「總是如此」為 100%。

計畫附件四

全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫

藥事照護計畫轉介單

轉介日期： 年 月 日

轉 介 單 位 填 寫 欄	個案 基本 資料	個案姓名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		出生年月日				
		身分證字號				聯絡人				關係		
		聯絡電話				住址						
	轉 介 目 的	1. 病人有用藥認知或用藥問題需專業協助。 1.1 <input type="checkbox"/> 請協助病人提升對藥品的認知或正確用藥。 1.2 <input type="checkbox"/> 病人有閱讀困難、語言困難、昏暈、失憶等認知狀況。 1.3 <input type="checkbox"/> 病人有不方便取藥、視力不好、聽力障礙等狀況。 1.4 <input type="checkbox"/> 其他：(請描述)_____										
		2. 病人因跨院所就診、甫出院或即將轉介至他院就醫，有以下相關用藥問題，需藥師協助輔導並回饋醫師 2.1 <input type="checkbox"/> 進行藥物交互作用、治療禁忌等評估。 2.2 <input type="checkbox"/> 協助整合用藥 2.3 <input type="checkbox"/> 追蹤病人療效/用藥反應 2.4 <input type="checkbox"/> 其他：(請描述)_____										
		3. 其他情況：(請描述)										
		上述勾選特質相關的疾病/症狀及用藥等之簡述：										
	單 位 基 本 資 料	健 保 署	單位名稱					聯絡窗口				
			聯絡電話			E-mail						
		醫 療 院 所	機構名稱					醫事機構代碼				
轉 介 醫 師			姓名			身分證字號	*為申報「醫師轉介費」所需資料，請務必提供					
			聯絡電話			E-Mail						
			聯 絡 窗 口	姓名			聯絡電話					
E-Mail												
欲轉介 藥局名稱				藥局 電話				藥師 姓名				
<input type="checkbox"/> 若無合作社區藥局，可逕提交予中華民國藥師公會全國聯合會協助媒合。 電話：02-2595-3856 分機 128 傳真：02-2599-1052 E-Mail：ftpa02@taiwan-pharma.org.tw												
轉介人員/醫師簽章：												
藥 局 回 覆 欄	處理 情形											
	藥局 名稱			聯絡 電話			藥師 姓名			回覆 日期		

全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫 用藥評估建議單

社區藥局填寫資料欄	病人基本資料	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齡：	歲	
		身分證字號		聯絡人		關係：		
		聯絡電話		住址				
	藥師建議修改處方說明	<p>【藥師請提供完整藥歷，以利醫師後續參考評估】</p> <p>一、評估選項：</p> <p><input type="checkbox"/>1.適應症問題 <input type="checkbox"/>2.重複用藥 <input type="checkbox"/>3.交互作用 <input type="checkbox"/>4.劑量過高 <input type="checkbox"/>5.劑量過低</p> <p><input type="checkbox"/>6.劑型不當 <input type="checkbox"/>7.頻次問題 <input type="checkbox"/>8.治療期間不適當</p> <p><input type="checkbox"/>9.應監測 Lab data/ 執行 TDM <input type="checkbox"/>10.不良反應/過敏</p> <p><input type="checkbox"/>11.其他：_____</p> <p>二、建議內容/說明：</p> <p><input type="checkbox"/>1.增加品項 <input type="checkbox"/>2.停藥 <input type="checkbox"/>3.更改品項 <input type="checkbox"/>4.降低劑量</p> <p><input type="checkbox"/>5.增加劑量 <input type="checkbox"/>6.更改劑型 <input type="checkbox"/>7.調整頻次 <input type="checkbox"/>8.改變治療期間</p> <p><input type="checkbox"/>9.更改服藥時間 <input type="checkbox"/>10.提醒回診執行生化、血液或療效監測</p> <p><input type="checkbox"/>11.其他：_____</p> <p>三、其他補充事項：</p>						
藥局基本資料	藥局名稱		藥師姓名					
	聯絡電話		傳真					
	藥局地址				評估日期			
就診醫療院所回覆欄	處理情形							
	建議事項	煩請貴院所回覆個案就診情形予轉介藥局，以利藥師後續提供個案照護，感謝您的協助！						
	院所/科別				醫師姓名及簽章	回覆日期： 年 月 日		
	聯絡電話							

本表單為藥師全聯會承辦全民健康保險藥事照護相關計畫所設計，使用表單或計畫相關問題請洽：

電話：02-2595-3856 分機 128 傳真：02-2599-1052 E-Mail：ftp02@taiwan-pharma.org.tw

全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫

藥事照護紀錄表(判斷性服務)

藥事照護系統 照護紀錄匯出示意(僅供計畫書參照使用)

列印日期： 年 月 日

收案日期： 年 月 日

機構名稱						機構代碼							
機構電話		()				所屬公會							
個案基本資料	姓名			身分證字號									
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		出生年月日	民國 年 月 日								
	居住地址												
	聯絡電話	()			手機號碼								
	生活習慣	<input type="checkbox"/> 抽菸 <input type="checkbox"/> 喝酒 <input type="checkbox"/> 吃檳榔 <input type="checkbox"/> 其他											
	識 字	<input type="checkbox"/> 識字 <input type="checkbox"/> 不識字			主要照顧者								
	教育程度	<input type="checkbox"/> 國小(含以下) <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 大學/專科 <input type="checkbox"/> 研究所(含以上)											
	家族病史	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請說明：											
備 註	(如具參考性之測量值或其他資訊。)												
收案來源及條件		<input type="checkbox"/> 藥局收案，收案條件				<input type="checkbox"/> 正在服用的藥品含跨院所處方用藥品項達十種(含)以上							
						<input type="checkbox"/> 同時持有三張(含)以上跨院所且在有效期內慢性病連續處方箋							
		<input type="checkbox"/> 醫師轉介 <input type="checkbox"/> 健保署轉介				轉介日期： 年 月 日							
用藥記錄	處方用藥												
	非處方用藥品項/來源												
附件檢核		<input type="checkbox"/> 已完成簽署「全民健保保險對象參與藥事照護同意書」並檢附之。 <input type="checkbox"/> 已完成照護紀錄。 <input type="checkbox"/> 如有填寫「用藥評估建議單」，請檢附影本。 <input type="checkbox"/> 如為轉介個案，請檢附轉介單。											

照護次數		第 次		記錄日期		年 月 日	
照護紀錄 (按附錄 PCNE 填寫指定代碼)	關聯用藥						
	問題(P)						
	類別	<input type="checkbox"/> 潛在問題 <input type="checkbox"/> 明顯問題					
	代碼	(僅填 1 項)					
	描述						
	原因(C)						
	代碼	(可填多項)					
	描述						
	介入(I)						
	代碼	(按「原因(C)」項目依續填寫對應「介入(I)」代碼)					
	描述						
	接受(A)						
	代碼	(按「介入(I)」項目依續填寫對應「接受(A)」代碼)					
	描述						
	結果(O)						
	代碼	(按「接受(A)」項目依續填寫對應「結果(O)」代碼)					
	描述						
	醫師聯繫狀況	<input type="checkbox"/> 取得聯繫 (請填寫右側灰底欄位) <input type="checkbox"/> 聯繫未果	醫師相關資訊	姓名： 身分證字號： 與醫師共同照護日： 年 月 日	機構名稱： 機構代碼： 年 月 日		
	執行藥師： 完成照護日期： 年 月 日						

全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫 藥事照護紀錄表(配合度諮詢服務)

藥事照護系統 照護紀錄匯出示意(僅供計畫書參照使用)

 列印日期： 年 月 日
 收案日期： 年 月 日

機構名稱						機構代碼					
機構電話		()				所屬公會					
個案基本資料	姓名			身分證字號							
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		出生年月日	民國 年 月 日						
	居住地址										
	聯絡電話	()			手機號碼						
	生活習慣	<input type="checkbox"/> 抽菸 <input type="checkbox"/> 喝酒 <input type="checkbox"/> 吃檳榔 <input type="checkbox"/> 其他									
	識 字	<input type="checkbox"/> 識字 <input type="checkbox"/> 不識字			主要照顧者						
	教育程度	<input type="checkbox"/> 國小(含以下) <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 大學/專科 <input type="checkbox"/> 研究所(含以上)									
	家族病史	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請說明：									
	備 註	(如具參考性之測量值或其他資訊。)									
收案來源及條件		<input type="checkbox"/> 藥局收案，收案條件				<input type="checkbox"/> 正在服用的藥品含跨院所處方用藥品項達十種(含)以上					
						<input type="checkbox"/> 同時持有三張(含)以上跨院所且在有效期內慢性病連續處方箋					
		<input type="checkbox"/> 醫師轉介 <input type="checkbox"/> 健保署轉介				轉介日期： 年 月 日					
用藥記錄	處方用藥										
	非處方用藥品項/來源										
附件檢核		<input type="checkbox"/> 已完成簽署「全民健保保險對象參與藥事照護同意書」並檢附之。 <input type="checkbox"/> 已完成照護紀錄。 <input type="checkbox"/> 如有填寫「用藥評估建議單」，請檢附影本。 <input type="checkbox"/> 如為轉介個案，請檢附轉介單。									

照護次數	第 次		
照 護 紀 錄	關聯用藥		
	前測		
	施測日期	年 月 日	前測分數 分
	介入/改善計畫		
	追蹤#1・內容主述		
	(需與前測間隔 7 日以上(含))		
	追蹤日期： 年 月 日		
	追蹤#2・內容主述		
	(需與追蹤#1 間隔 7 日以上(含))		
	追蹤日期： 年 月 日		
後測			
施測日期	年 月 日	後測分數 分	
改善狀況	(依實際狀況記錄照護後狀況)		
【備註】 1. 後測須與前次追蹤間隔 7 日以上(含)。 2. 後測須與前測間隔 21 日以上(含)。 3. 配合度諮詢服務必需完成前、後測，追蹤得視情況進行。			
執行藥師： 完成照護日期： 年 月 日			

計畫附表

特約藥局申報「全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫」費用欄位及填表說明

符號	欄位 ID	資料名稱	申報填寫內容 (中文名稱及資料說明欄位)
*	t1	資料格式	30
*	t2	服務機構代號	請填寫藥局代碼(衛生福利部編定之代碼)
*	t3	費用年月	前3碼為年份,後2碼為月份
*	t5	申報類別	1或2(1-送核、2-補報)
*	*d21	原處方服務機構代號	1. 醫令代碼 P4105C、P4106C、P4107C、P4108C:請填 N。 2. 醫令代碼 P4109C:請填結案案件共同照護醫師所屬保險醫事服務機構代號。 3. 醫令代碼 P4110C:請填結案案件之轉介醫師所屬保險醫事機構代號。
*	d1	案件分類	請填 D(藥事照護計畫)。
*	d2	流水編號	藥局自行編號,最小值為1。
△	d22	原處方服務機構之案件分類	免填
*	d23	調劑/檢驗(查)/物理(職能)治療日期	請填寫結案日期,前3碼為年份,中2碼為月份,後2碼為日數。
*	d6	出生年月日	前3碼為年份,中2碼為月份,後2碼為日數
*	d3	身分證統一編號	請填寫照護個案身分證統一編號或外籍居留證號。
*	d7	就醫序號	請填 N
*	d15	部分負擔代碼	請填代碼 009。
*	d25	醫事人員代號	請填輔導藥師之身分證統一編號。
*	d16	申請點數	欄位 IDd18-欄位 IDd17 之點數。
*	d17	部分負擔點數	請填 0
*	d18	合計點數	申報之醫療服務費用加總。
△	d26-29	原處方服務機構之特定治療項目代號	免填
△	d13	就醫科別	免填
△	d14	就醫(處方)日期	免填
△	d5	給付類別	免填
△	d8-12	國際疾病分類碼(一)~(五)	免填
△	△d4	補報原因註記	補報者本欄為必填,送核案件免填。
△	d30	給藥日份	請填 0
△	d24	診治醫師代號	免填
△	d20	姓名	請填寫收案對象姓名
△	d35	連續處方箋調劑序號	免填

△	d36	連續處方可調劑次數	免填
△	d37	藥事服務費項目代號	P4105C（藥師判斷性服務），P4106C（用藥配合度諮詢服務）請參閱「特約交付機構醫療費用點數申報格式及填表說明」註18規定
△	d38	藥事服務費點數	藥事服務費之點數加總，請參閱「特約交付機構醫療費用點數申報格式及填表說明」註18規定。
*	p1	醫令類別	P4105C、P4106C、P4107C、P4108C 請填9(藥事服務)，P4109C、P4110C 請填醫令類別 G(專案支付參考數值)。
	p2	藥品(項目)代號	1. 限申報醫令代碼 P4105C、P4106C、P4107C、P4108C、P4109C、P4110C。 2. 申報醫令代碼 P4107C、P4108C 者，同案件應有醫令代碼 P4106C 申報。
*	P7	總量	醫令代碼 P4109C、P4110C：請填 0。
*	P8	單價	醫令代碼 P4109C、P4110C：請填 0。
*	P9	點數	醫令代碼 p4109C、P4110C：請填 0。
△	p12	執行時間-起	1. 醫令代碼 P4105C 及 P4106C：請填保險對象收案日期，填至年月日。 2. 醫令代碼 P4107C 及 P4108C：請填保險對象追蹤日期，填至年月日。 3. 醫令代碼 P4109C：請填與醫師共同照護當天日期，填至年月日。 4. 醫令代碼 P4110C：請填轉介單之轉介日期，填至年月日。
△	p13	執行時間-迄	1. 醫令代碼 P4105C 及 P4106C：請填保險對象結案日期，填至年月日。 2. 醫令代碼 P4107C 及 P4108C：請填保險對象追蹤日期，填至年月日。 3. 醫令代碼 P4109C：請填與醫師共同照護當天日期，填至年月日。 4. 醫令代碼 P4110C：請填轉介單之轉介日期，填至年月日。
△	P14	執行醫事人員代號	1. 醫令代碼 P4109C、P4110C：本欄為必填欄位。 2. 醫令代碼 P4109C：請填結案案件保險對象共同照護之醫師身分證統一編號或外籍居留證號。 3. 醫令代碼 P4110C：請填轉介醫師之醫師身分證統一編號或外籍居留證號。

藥物相關問題分類 V9.1

©2003-2019 歐洲藥事照護聯盟協會

此分類系統可免費用於藥事照護的研究與實踐，只需告知 PCNE 協會其使用和結果的驗證，該分類系統可提供 word 及 PDF 版本。

通訊處：info@pcne.org

目前這個分類系統被稱為 PCNE V9.1

通過一些調整，此版本可以與版本 8 相容

中文版翻譯人員：

王慧瑜¹，黃金舜²，葉明功^{3*}

1. 繁體中文版 翻譯人員

1. 奇美醫療財團法人奇美醫院

2. 台灣藥師全國聯合會 理事長

3. 台灣 國防醫學院藥學系暨生命科學研究所教授

校稿人員 葉明功 藥學博士；台灣國防醫學院藥學系暨生命科學研究所教授
Ming-Kung Yeh Ph.D/ Professor National Defense Medical Center

E-mail：mkyeh2004@gmail.com

簡介

1999 年 1 月歐洲藥事照護聯盟協會(PCNE)在工作會議期間，構建了一個藥物相關問題(DRPs)分類方案，而此分類方案是一整套工具中的一部分。這套工具包括分類系統、報告表格和案例的培訓或驗證。此分類系統是經過定期的驗證和調整的。目前 V9.0 版本是在 2020 年 2 月專家研討會制定的，與 V8 版本相容(做了一些適應性調整)。由於一些主要部分已被修訂，因此與 V8 之前的版本不再相容。

此分類系統可用於研究 DRPs 的性質、流行率和發生率，也可作為研究藥事照護成果過程中的一個指標。換言之，PCNE 可協助醫療保健專業人員在藥事照護過程中將藥物相關問題的資訊做成記錄。在這個分類系統中，藥物皆使用“藥”(drug)一詞，而其他人可能會使用“藥品”(medicine)一詞。PCNE-DRP 階層式的分類方式是以該領域中其他相類似工作為基礎的，與現行的其他系統的主要不同之處在於它將藥物相關問題的“問題”從“原因”中分離出來。品質控制專家將會發現，在本系統中所描述的“原因”其實就是人們常說的“用藥錯誤 (Medication error)”。

以下 PCNE 對 DRP 的定義是此分類系統的基礎：

藥物相關問題是指一個實際存在或可能存在的影響健康保健結果的藥物治療事件或情況。

目前本分類系統的基本分類包括：[問題]的分類有 3 個主要方面，[原因]的分類有 9 個主要方面，[介入]的分類有 5 個主要方面。

然後，在這些主要分類之外，也有更詳細的分組，[問題]有 6 個分組，[原因]有 38 個分組，[介入]有 17 個分組，[介入方案的接受程度]有 10 個分組。這些分組可以被看作是對主要分類方面的進一步解釋。

在 2003 年，增加了一個指標來評價[問題]是否解決或解決到什麼程度，包含 4 個主要方面和 7 個分組。

基本分類 (Basic classification)

	編碼 V9.1	主要面向
問題 (包括潛在的)	P1	治療效果 已存在的 (或潛在的) 藥物治療效果 (或無效) 問題
	P2	治療安全性 病人遭受, 或可能遭受, 來自藥物的不良事件
	P3	其他
原因 (包括潛在問題的可能原因)	C1	藥物選擇 藥物相關問題的原因可能與藥物選擇有關
	C2	藥物劑型 藥物相關問題的原因與藥物劑型有關
	C3	劑量選擇 藥物相關問題的原因可能與劑量方案選擇有關
	C4	治療療程 藥物相關問題的原因與治療療程有關
	C5	調劑 藥物相關問題的原因可能與醫囑和調劑過程有關
	C6	藥物使用過程 藥物相關問題的原因是與病人從醫療專業人員或從照護者取得藥品的流程有關, 儘管 (在藥物標籤上) 已經有適當的說明
	C7	病人相關 藥物相關問題的原因可能與病人和他的行為有關 (故意的或無意的)
	C8	病人轉診相關 藥物相關問題產生的原因可能與病人在初級、二級和三級醫療機構的轉換或是同一醫療機構內的轉換相關。
	C9	其他
計畫介入	I0	未介入
	I1	醫生層面
	I2	病人層面
	I3	藥物層面
	I4	其他
介入方案的接受	A1	介入被接受
	A2	介入未被接受
	A3	其他
DRP 狀態	O0	問題狀態不明
	O1	問題已被解決
	O2	問題已部分解決
	O3	問題沒有解決

問題類別 (Problems)

主要面向	編碼 V9.1	問題
1. 治療效果 已存在的（或潛在的）藥物治療效果（或無效）問題	P1.1	藥物治療無效
	P1.2	治療效果不佳
	P1.3	
2. 治療安全性 病人遭受或可能遭受的藥物不良事件 註：如果沒有具體的原因，可以跳過[原因]類別分類	P2.1	（可能）發生藥物不良事件
3. 其它	P3.1	不必要的藥物治療
	P3.2	不確定的問題或抱怨，需要進一步說明(請僅當無法明確分類時使用)

☐ 潛在的問題

☐ 明顯的問題

原因類別(包括潛在問題的可能原因)

註：一個問題可以有 multiple 原因

主要面向		編碼 V9.1	原因
處方與藥品選擇	1.藥物選擇 (潛在)藥物相關問題的原因與藥物選擇(由病人或醫療專業人員)有關	C1.1	不適當用藥(依據指南或處方集判斷)
		C1.2	無藥品適應症
		C1.3	不適當的藥品併用(或藥品與中草藥;或藥品與膳食補充劑)
		C1.4	不適當的重複使用治療組合或有活性成分的藥物
		C1.5	儘管存在適應症,未給予藥物治療或沒有給與完整的藥物治療
		C1.6	同一適應症使用太多種不同的藥物/活性成分
	2.藥物劑型 DRP的原因與藥物劑型有關	C2.1	藥物劑型/配方不適宜(對該病人而言)
	3.劑量選擇 DRP的原因與劑量或服用量的選擇有關	C3.1	藥物劑量過低
		C3.2	單一活性成分的藥物劑量過高
		C3.3	給藥頻次不足
		C3.4	給藥頻次過多
		C3.5	用藥時間的指示錯誤,不清晰或遺漏
	4.治療療程 DRP的原因與治療療程有關	C4.1	療程過短
		C4.2	療程過長
調配	5.調劑 藥物相關問題的原因可能與醫囑和調配過程有關	C5.1	處方藥物無法獲得
		C5.2	未提供必要的資訊,或提供錯誤資訊
		C5.3	建議了錯誤的藥物、規格或劑量(成藥 OTC)
		C5.4	調劑了錯誤的藥物或規格
使用	6.藥物使用過程 DRP的原因是與病人從醫療專業人員或從其他照護者取得藥品的流程有關,儘管已經有適當的說明(在藥物標籤/表單上)	C6.1	醫療專業人員之給藥時間或給藥間隔不適當
		C6.2	醫療專業人員給與藥物劑量不足
		C6.3	醫療專業人員給予藥物過量
		C6.4	醫療專業人員未給與藥物
		C6.5	醫療專業人員給與了錯誤的藥物
		C6.6	醫療專業人員給藥途徑錯誤

使 用	7.病人相關 DRP的原因可能與病人和他的行為有關（故意的或無意的）	C7.1	病人故意使用/服用少於醫囑的藥物，或出於任何原因完全不服用藥
		C7.2	病人服用了超出處方劑量的藥物
		C7.3	病人濫用藥物（沒有制約的過度使用）
		C7.4	病人決定服用不必要的藥物
		C7.5	病人服用有藥物交互作用的食物
		C7.6	病人儲存藥物不適當
		C7.7	病人服藥時間或服藥間隔不適當
		C7.8	病人無意間以錯誤的方式服用/使用藥物
		C7.9	病人因生理因素無法依指示使用藥物/劑型
		C7.10	病人無法正確理解服藥說明
	8. 病人轉診相關 DRP產生的原因可能與病人在初級、二級和三級醫療機構的轉診或是同一醫療機構內的轉換相關。	C8.1	藥物重整問題
	9.其他	C9.1	沒有進行或沒有適當的療效監測（如TDM）
		C9.2	其他原因；詳細說明
		C9.3	沒有明顯的問題

介入方案類(Interventions)

註：一個問題可能導致多個介入方案

主要面向	編碼 V9.0	介入
未介入	I0.1	未介入
1.醫生層面	I1.1	僅知會醫生
	I1.2	醫師要求資訊提供
	I1.3	提供介入方案給醫師
	I1.4	與醫師討論介入計劃
2.病人層面	I2.1	病人(藥物)諮詢
	I2.2	(僅)提供書面資料
	I2.3	將病人轉介給處方醫生
	I2.4	口述給家庭成員/照顧者
3.藥物層面	I3.1	藥物調整為....
	I3.2	劑量調整為....
	I3.3	劑型調整為....
	I3.4	使用方法調整為...
	I3.5	停用藥物
	I3.6	啟用新藥物
4.其它介入或行為	I4.1	其它介入(詳細說明)
	I4.2	副作用通報給相關部門

介入方案的接受類別(Acceptance)

註：每一個介入方案被接受的程度

	編碼 V9.1	執行情況
1. 介入被接受(醫生或患者)	A1.1	接受介入方案並完全執行
	A1.2	接受介入方案，部分執行
	A1.3	接受介入方案，但並未執行
	A1.4	接受介入方案，但不清楚是否執行
2. 介入未被接受(醫生或患者)	A2.1	未接受介入方案：不可行
	A2.2	未接受介入方案：不贊同
	A2.3	未接受介入方案：其它原因(詳細說明)
	A2.4	未接受介入方案：不清楚原因
3. 其它 (沒有接受情況的信息)	A3.1	提出介入方案，但不清楚是否被接受
	A3.2	未提出介入方案

DRP 狀態類別

註：這部分反映了介入措施的結果。

一個問題(或者介入措施)只能產生一個解決問題的狀態

	編碼 V9.1	介入的結果
0.不詳	O0.1	問題狀態不明
1.解決	O1.1	問題已全部解決
2.部分解決	O2.1	問題已部分解決
3.沒有解決	O3.1	問題沒有解決，病人不合作
	O3.2	問題沒有解決，醫生不合作
	O3.3	問題沒有解決，介入無效
	O3.4	沒有必要或沒有解決問題的可能

PCNE V9.1 藥物相關問題分類

輔助

©2003-2019 歐洲藥事照護聯盟協會

此分類系統可免費用於藥事照護的研究與實踐，只需告知 PCNE 協會其使用和結果的驗證，該分類系統可提供 word 及 PDF 版本。

通訊處：info@pcne.org

此輔助文檔是用於協助 PCNE V9.1 分類系統的說明

在 PCNE 分類系統查詢或選擇編碼

藥物相關問題是指一個實際存在或可能存在的影響健康保健結果的藥物治療事件或情況。

使用 PCNE 分類系統時，重要的是需要將實際存在(或潛在的)的問題(影響或可能影響治療結果的)原因區分開。通常這些藥物相關問題(DRPs)是由某種類型的錯誤引起的，例如處方錯誤、用藥錯誤或服用錯誤，也可能根本沒有錯誤。還有，某個用藥錯誤並不一定會導致 DRPs，因此可能沒有問題或問題可能是潛在發生的。原因通常是導致(或將導致)DRPs 的某些行為，其中最常見的就是用藥錯誤。某個原因或者原因和問題的混合通常會導致一種或多種的介入方案。

依據資訊需求的程度，此分類系統有兩種使用方式：如果僅用於研究目的，則系統中的“主要方面”的分類資訊就足夠了，如果是用於記錄藥事照護的實踐活動，則系統中的“亞組”資訊就非常的實用了。

問題部分(P 編碼)

基本上，問題被定義為“在藥物治療過程中，預期或非預期的發生或可能發生的錯誤事件或狀況”。問題分類有 3 個主要方面。下面的描述有助於找到正確的問題點：

臨床治療效果不及預期或沒有被治療	見P1
病人在正常劑量中發生藥物不良反應(ADR)或發生毒性反應	見P2
治療中似乎沒有任何錯誤，但有其他問題存在	見P3

原因部分(C 編碼)

每一個問題(或潛在問題)的發生都有原因，這原因是一種行動或行為(或缺少了某種行動或行為)，而導致潛在或真實的問題發生。一個問題可能有多個(潛在的)原因所導致。

藥物相關問題的原因與藥物選擇有關	見C1
藥物相關問題的原因與劑型選擇有關	見C2
藥物相關問題的原因與劑量或給藥時間的選擇有關	見C3
藥物相關問題的原因與治療療程有關	見C4
藥物相關問題的原因與處方和調劑過程有關	見C5
藥物相關問題的原因是與患者從醫療專業人員或從照護者給藥流程有關，儘管(在藥物標籤上)已經有適當的說明 (主要用於醫院或家庭照護護理人員)	見C6
藥物相關問題的原因與患者個性或其行為有關	見C7
藥物相關問題的原因與患者在不同治療場所或科室轉換相關(治療連續性)	見C8
其他	見C9

介入方案類別(I 編碼)

一個問題通常會導致一個或多個介入措施來糾正產生該問題的原因。

有或可能沒有介入	見I0
通過開處方的醫生進行介入	見I1
通過患者、患者的護理人員或者親屬進行介入	見I2
直接通過調整藥物或調整藥物的使用方法介入	見I3
其它介入方案	見I4

介入建議的接受程度類別(A 編碼)

在這部分，你可以指出針對患者或開處方醫生的介入建議是否已被接受。

干預已被接受(被干預的人為患者或開處方的醫生)	見A1
干預未被接受(被干預的人為患者或開處方的醫生)	見A2
沒有介入方案或不知道方案是否被接受(沒有資訊)	見A3

DRP 狀態類別(O 編碼)

這個部分在之前的版本中被稱為“結果”，它可用來記錄問題是否被解決。為了進行評估，最好能指明問題是否已經由一個具體的介入方案而被解決(編碼I)，方案是否不被醫生或患者接收，部分接受還是完全被接受(編碼A)。

問題完全被解決	見O1
問題部分被解決	見O2
問題沒有解決	見O3

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修正規定

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

第二十五項 ~~其他檢查 Other Test (30501-30526)~~ 次世代基因定序 Next Generation Sequencing (30301B-30305B)

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
	<u>實體腫瘤次世代基因定序</u> <u>Solid tumor next generation sequencing, NGS</u>					
<u>30301B</u>	<u>— BRCA1/2 基因檢測 BRCA testing (germline or somatic)</u>		<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>10000</u>
<u>30302B</u>	<u>— 小套組 Small panel (≤100個基因)</u>		<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>20000</u>
<u>30303B</u>	<u>— 大套組 Large panel (>100個基因)</u>		<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>30000</u>
	<u>註：</u> <u>1.適應症：如附表一。</u> <u>2.支付規範：</u> <u>(1)醫院資格須符合下列所有條件：</u> <u>A.限區域級以上醫院或衛生福利部「癌症診療品質認證醫院」申報。</u> <u>B.且須院內設立或跨院聯合組成分子腫瘤委員會(Molecular Tumor Board, MTB)。</u> <u>C.限衛生福利部核准之實驗室開發檢測施行計畫表列醫療機構(檢測項目類別為「抗腫瘤藥物之伴隨檢測」及「癌症篩檢、診斷、治療及預後之基因檢測」)申報。</u> <u>(2)核發檢測報告人員及報告簽署醫師：依「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」之規定辦理。</u> <u>(3)除Germline BRCA1/2 基因檢測限使用血液檢體外，其他檢測限使用已確診之腫瘤病理組織檢測，且須包含適應症附表所列該癌別必須檢測位點及變異別，始得給付。</u> <u>(4)每人各癌別限30301B、30302B或30303B擇一申報且終生給付一次。</u> <u>(5)執行本項之醫事服務機構應報經保險人核定，如有異動，仍應重行報請核定。</u> <u>(6)基因檢測結果須由病人簽署同意書並於申報後一個月內依指定格式上傳至保險人指定資料庫，未上傳者本項不予支付。</u>					

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
	<u>血液腫瘤次世代基因定序</u> <u>Hematologic malignancies next generation sequencing, NGS</u>					
30304B	— 小套組 Small panel (≤ 100 個基因)		<u>V</u>	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>20000</u>
30305B	— 大套組 Large panel (> 100 個基因)		<u>V</u>	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>30000</u>
	<u>註：</u> <u>1.適應症：如附表二。</u> <u>2.支付規範：</u> <u>(1)醫院資格符合下列所有條件：</u> <u>A.限區域級以上醫院或衛生福利部「癌症診療品質認證醫院」申報。</u> <u>B.且須院內設立或跨院聯合組成分子腫瘤委員會(Molecular Tumor Board, MTB)。</u> <u>C.限衛生福利部核准之實驗室開發檢測施行計畫表列醫療機構(檢測項目類別為「抗腫瘤藥物之伴隨檢測」及「癌症篩檢、診斷、治療及預後之基因檢測」)申報。</u> <u>(2)核發檢測報告人員及報告簽署醫師：依「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」之規定辦理。</u> <u>(3)限使用已確診之血液腫瘤檢測，且須包含適應症附表所列各該癌別檢測位點及變異別，始得給付。</u> <u>(4)每人各癌別限30304B或30305B擇一申報且終生給付一次。</u> <u>(5)執行本項之醫事服務機構應報經保險人核定，如有異動，仍應重行報請核定。</u> <u>(6)基因檢測結果須由病人簽署同意書並於申報後一個月內依指定格式上傳至健保署指定資料庫，未上傳者本項不予支付。</u>					

附表一 實體腫瘤次世代基因定序(30301B-30303B)給付癌別列表

癌別	適應症 (符合下列任一條件)	應先執行之 檢測項目	必須包含之 檢測基因及變異 別	NGS檢測 (符合左列條件 者，得申報下 列任一NGS檢 測)
非小細胞 肺癌 Non-small cell lung cancer	限復發或轉移性(第IV期)之非鱗狀上皮癌之非小細胞肺癌，且須符合下列任一檢測時機： 1. 新診斷或復發時，確定為晚期且無法接受根治治療者。 2. 第一線標靶治療後疾病惡化。	表皮生長因子受體(EGFR)呈現陰性，始得申報本項。	EGFR (mutation)、ALK (fusion)、MET (exon 14 skipping)、NTRK(fusion)、ROS1 (fusion)、BRAF (mutation)、ERBB2(mutation)、KRAS (mutation)、RET (fusion)	<ul style="list-style-type: none"> • 小套組(\leq 100個基因) • 大套組(> 100個基因)
	第ⅢB期及第ⅢC期，檢測時機為經肺癌多專科團隊討論，無法以外科手術切除，且不適合放射化學或放射治療者，且須符合下列任一檢測時機： 1. 新診斷且無法接受根治治療者。 2. 第一線標靶治療後疾病惡化。	表皮生長因子受體(EGFR)呈現陰性，始得申報本項。	EGFR (mutation)、ALK (fusion)、MET (exon 14 skipping)、NTRK(fusion)、ROS1 (fusion)、BRAF (mutation)、ERBB2(mutation)、KRAS (mutation)、RET (fusion)	<ul style="list-style-type: none"> • 小套組(\leq 100個基因) • 大套組(> 100個基因)
	註： 1.替代或可先執行之檢測項目如下 (1) EGFR：30101B「肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變體外診斷醫療器材檢測(IVD)」、30102B「肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變實驗室自行研發檢測(LDT)」。 (2) ALK：30105B「間變性淋巴瘤激酶(ALK)突變體外診斷醫療器材檢測(IVD)-IHC法」。 2.直接以NGS進行基因檢測，未先執行EGFR檢測者，依檢測結果，支付點數如下： (1) EGFR陽性：以30102B支付點數6,755點支付，檢測差額由民眾自行負擔。 (2) EGFR陰性：以實際採用之NGS小套組或大套組支付。			

癌別	適應症 (符合下列任一條件)	應先執行之 檢測項目	必須包含之 檢測基因及變異別	NGS檢測 (符合左列條件者，得申報下列任一NGS檢測)
三陰性乳癌 Triple-negative breast cancer	局部晚期或轉移性乳癌，檢測時機為曾接受前導性、術後輔助性或轉移性化療者，或無法接受化療者。	第二型人類表皮生長因子接受體(HER2)、雌激素受體(ER)以及黃體素受體(PR)均呈現陰性，始得申報本項。	Germline BRCA1及BRCA2(全外顯子分析)	• BRCA1/2基因檢測(限使用血液檢體)
	早期三陰性乳癌，且須符合下列任一檢測時機： 1. 未接受前導性化療若腫瘤大於兩公分或者具腋下淋巴結轉移者。 2. 接受前導性化療後未完全病理緩解者。	第二型人類表皮生長因子接受體(HER2)、雌激素受體(ER)以及黃體素受體(PR)均呈現陰性，始得申報本項。	Germline BRCA1及BRCA2(全外顯子分析)	• BRCA1/2基因檢測(限使用血液檢體)
	註： 1. BRCA1/2全外顯子分析，包含Single nucleotide variants(SNV)、Insertion/deletions (Indels)等。 2. 應先執行之檢測項目：雌激素受體(ER)、黃體素受體(PR)、第二型人類表皮生長因子接受體(HER2)之免疫組織化學染色(IHC)：25012B「免疫組織化學染色(每一抗體)」，若HER2 IHC為2+，應加做HER2 FISH：12195B「第二型人類表皮生長因子受體(Her-2/neu)原位雜合檢驗」。			

癌別	適應症 (符合下列任一條件)	應先執行之 檢測項目	必須包含之 檢測基因及變異別	NGS檢測 (符合左列條件者，得申報下列任一NGS檢測)
卵巢癌、輸卵管癌、原發性腹膜癌Ovarian Cancer, fallopian tube cancer and primary peritoneal cancer	晚期(FIGO Stage III or IV)且對第一線含鉑化療有治療反應者。	無。	Germline或somatic BRCA1、BRCA2(全外顯子分析)。	• BRCA1/2基因檢測
攝護腺癌 Prostate cancer	轉移性攝護腺癌，口服PARP抑制劑前。	無。	Germline或somatic BRCA1、BRCA2 (全外顯子分析)	• BRCA1/2基因檢測
胰臟癌 Pancreatic cancer	經多專科團隊評估無法接受根治手術者。	無。	Germline BRCA1、BRCA2 (全外顯子分析)	• BRCA1/2基因檢測(限使用血液檢體)

癌別	適應症 (符合下列任一條件)	應先 執行 之檢 測項 目	必須包含之 檢測基因及變異 別	NGS檢測 (符合左列條件 者，得申報下列 任一NGS檢測)
神經營養受 體酪胺酸激 酶 (NTRK) 基 因融合實體 腫瘤 NTRK fusion- positive cancers	<ol style="list-style-type: none"> 1. 病理診斷為嬰兒型纖維肉瘤(infantile fibrosarcoma)或分泌性癌(secretory carcinoma)，經多專科團隊評估無法接受根除手術者或已有轉移者。 2. 小於18歲兒童之腦瘤患者，且須符合下列任一適應症： <ol style="list-style-type: none"> (1)小於三歲，位於大腦半球之高惡性度膠質細胞瘤(high-grade glioma)。 (2)位於大腦半球，無法切除或復發之毛狀星細胞瘤(pilocytic astrocytoma)或神經節膠質細胞瘤(ganglioglioma)。 (3)帶有H3K27M突變之瀰漫性中線神經膠質細胞瘤(diffuse midline glioma)。 	無。	NTRK1 (fusion)、 NTRK2 (fusion)、 NTRK3 (fusion)	<ul style="list-style-type: none"> • 小套組(≤ 100 個基因) • 大套組(> 100 個基因)

癌別	適應症 (符合下列任一條件)	應先執行之 檢測項目	必須包含之 檢測基因及變異別	NGS檢測 (符合左列條件者，得申報下列任一NGS檢測)
肝內膽管癌 Intrahepatic cholangiocarcinoma	經多專科團隊評估無法手術切除或已有轉移者。	無。	FGFR1 (fusion)、 FGFR2(fusion)、 FGFR3 (fusion)、 BRAF(mutation)、 IDH1 (mutation)、 IDH2(mutation)、 RET(fusion)	<ul style="list-style-type: none"> • 小套組(≤ 100個基因) • 大套組(> 100個基因)

癌別	適應症 (符合下列任一條件)	應先執行之 檢測項目	必須包含之 檢測基因及變異別	NGS檢測 (符合左列條件者，得申報下列任一NGS檢測)
甲狀腺癌(不包含髓質癌) Thyroid cancer (excluding medullary thyroid carcinoma)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 乳突性及濾泡性甲狀腺癌經碘131及抑制血管新生標靶藥物治療無效者。 2. 無分化甲狀腺癌經多專科團隊評估無法接受根除手術者。 	BRAF V600E	BRAF(mutation nonV600E)、 RET (fusion)	<ul style="list-style-type: none"> • 小套組(≤ 100個基因) • 大套組(> 100個基因)
甲狀腺髓質癌 Medullary thyroid carcinoma	甲狀腺髓質癌經多專科團隊評估無法接受根除手術者。	無	RET (mutation)	<ul style="list-style-type: none"> • 小套組(≤ 100個基因) • 大套組(> 100個基因)

附表二 血液腫瘤次世代基因定序(30304B-30305B)給付癌別列表

癌別	適應症 (符合下列任一 條件)	應先執行 之檢測項 目	必須包含之檢測基 因及變異別	NGS 檢測 (符合左列條件者，得 申報下列任一 NGS 檢測)
急性骨髓性白 血病 Acute myeloid leukemia	1. 新診斷急性 骨髓性白血 病。 2. 復發之急性 骨髓性白血 病。	無	FLT3 (mutation) ASXL1 (mutation) BCOR (mutation) CEBPA (mutation) DNMT3A (mutation) EZH2 (mutation) IDH1 (mutation) IDH2 (mutation) JAK2 (mutation) KIT (mutation) KRAS (mutation) NPM1 (mutation) NRAS (mutation) PTPN11 (mutation) RUNX1 (mutation) SETBP1 (mutation) SF3B1 (mutation) SRSF2 (mutation) STAG2 (mutation) TET2 (mutation) TP53 (mutation) U2AF1 (mutation) WT1 (mutation) ZRSR2 (mutation) KMT2A/PTD (duplication) KMT2A (fusion) NUP98 (fusion) ETV6 (fusion) RUNX1-RUNX1T1 (fusion) DEK-NUP214 (fusion) PML-RARA (fusion) CBFB-MYH11 (fusion) BCR-ABL1 (fusion)	<ul style="list-style-type: none"> • 小套組(≤ 100個基 因) • 大套組(> 100個基 因)

癌別	適應症 (符合下列任一條件)	應先執行之檢測項目	必須包含之檢測基因及變異別	NGS 檢測 (符合左列條件者，得申報下列任一 NGS 檢測)
高風險之骨髓分化不良症候群 Myelodysplastic syndrome	<ol style="list-style-type: none"> 1. 新診斷為高風險骨髓分化不良症候群 (定義為骨髓或周邊血液之芽細胞\geq5%)。 2. 復發之高風險骨髓分化不良症候群 (定義為骨髓或周邊血液之芽細胞\geq5%)。 	無	FLT3 (mutation) ASXL1 (mutation) BCOR (mutation) CEBPA (mutation) DNMT3A (mutation) EZH2 (mutation) IDH1 (mutation) IDH2 (mutation) JAK2 (mutation) KIT (mutation) KRAS (mutation) NPM1 (mutation) NRAS (mutation) PTPN11 (mutation) RUNX1 (mutation) SETBP1 (mutation) SF3B1 (mutation) SRSF2 (mutation) STAG2 (mutation) TET2 (mutation) TP53 (mutation) U2AF1 (mutation) WT1 (mutation) ZRSR2 (mutation) KMT2A/PTD (duplication) KMT2A (fusion) NUP98 (fusion) ETV6 (fusion) RUNX1-RUNX1T1 (fusion) DEK-NUP214 (fusion) PML-RARA (fusion) CBFB-MYH11 (fusion) BCR-ABL1 (fusion)	<ul style="list-style-type: none"> • 小套組 (\leq100個基因) • 大套組 ($>$100個基因)

癌別	適應症 (符合下列任一條件)	應先執行之檢測項目	必須包含之檢測基因及變異別	NGS 檢測 (符合左列條件者，得申報下列任一 NGS 檢測)
急性淋巴芽細胞白血病 (B細胞、T細胞) Acute lymphoblastic leukemia (B-ALL and T-ALL)	1. 新診斷之 B 細胞急性淋巴性白血病(B-cell acute lymphoblastic leukemia : B-ALL) 2. 復發之 B 細胞急性淋巴性白血病。	無	BCR::ABL1 (fusion) KMT2A (fusion, expression) EETV6::RUNX1 (fusion, expression) IKZF1 (mutation, deletion) PAX5 (mutation, fusion) TCF3::PBX1 (fusion) IGH::IL3 (fusion) iAMP21 (amplification) BCR::ABL1-like (ABL class) (fusion) BCR::ABL1-like (JAK-STAT class)(fusion) BCR::ABL1-like (NOS) (mutation) ZEB2 (mutation and fusion) IGH::CEBPE (fusion) MYC (fusion) DUX4 (fusion, expression) MEF2D (fusion) ZNF384/362 (fusion) NUTM1 (fusion) HLF (fusion) UBTF/CDX2(fusion, expression) TPMT (mutation) NUTP15 (mutation)	<ul style="list-style-type: none"> • 小套組(\leq 100個基因) • 大套組(> 100個基因)
	1. 新診斷之 T 細胞急性淋巴性白血病 (T-cell acute lymphoblastic leukemia : T-ALL) 2. 復發之 T 細胞急性淋巴性白血病。	無	SIL::TAL1 (fusion) KMT2A (fusion) CALM::AF10 (PICALM::MLLT10) (fusion) HOXA (fusion) SPI1 (fusion) TAL1 (fusion, mutation) TAL2 (fusion, mutation) TLX1 (fusion) TLX3 (fusion) NKX2 (fusion) LMO1 (fusion, mutation) LMO2 (fusion, mutation) LYL1 (fusion) OLIG2 (fusion) BHLHB (fusion)	<ul style="list-style-type: none"> • 小套組(\leq 100個基因) • 大套組(> 100個基因)