



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

114 年第 1 次
會議資料

114 年 3 月 27 日（星期四）下午 2 時 00 分
本署 18 樓大禮堂

「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」114 年第 1 次會議議程

壹、主席致詞

貳、確認上次會議紀錄，請參閱(不宣讀)

第 01 頁

參、優先報告事項

預估時間(分鐘)

一、 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相關規定說明案。	優報 1-1	10
--------------------------------------	--------	----

肆、優先討論事項

一、 增修「酪氨酸磷酸酶自體抗體(EIA 法)」等 32 項診療項目案。	優討 1-1	30
--------------------------------------	--------	----

伍、報告事項

一、 歷次會議決議事項辦理情形。	報 1-1	10
二、 增修急診、急救責任醫院、護理及自然產手術相關支付標準案。	報 2-1	15
三、 修訂支付標準第四部中醫條文及 2 項中醫總額專款計畫案。	報 3-1	10
四、 修訂支付標準第三部牙醫案。	報 4-1	10
五、 新增「114 年全民健康保險術後加速康復推廣計畫」案。	報 5-1	10
六、 修訂「全民健康保險抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」案。	報 6-1	10
七、 修訂「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」案。	報 7-1	10
八、 新增「全民健康保險居家血液透析試辦計畫」案。	報 8-1	10
九、 修訂「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」案。	報 9-1	15

十、修訂「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」案。	報 10-1	10
十一、修訂「全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案」案。	報 11-1	10

陸、討論事項

一、新增「全民健康保險安寧緩和療護品質評核加成獎勵方案」案。	討 1-1	15
二、修訂「全民健康保險推動使用生物相似藥之鼓勵試辦計畫」案。	討 2-1	15
三、增修支付標準第八部第二章「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」案。	討 3-1	15
四、修訂轉診支付標準同體系名單。	討 4-1	5

柒、臨時動議

捌、散會

貳、確認本會議 113 年度第 5 次

會議紀錄

-請參閱(不宣讀)確認

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」

113 年第 5 次會議紀錄

時間：113 年 12 月 26 日（星期四）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：林香君

侯代表重光	侯重光	吳代表清源	(請假)
黃代表雪玲	黃雪玲	吳代表國治	黃啓嘉(代)
林代表富滿	林富滿	李代表飛鵬	林佩菽(代)
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	羅界山
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	朱世瑋
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	林桂美
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	洪德仁	施代表壽全	施壽全
陳代表俊良	陳俊良		

列席單位及人員：

中華民國醫師公會全國聯合會	謝沁妤、吳韻婕、蘇慧珂
台灣醫院協會	顏正婷、王秀貞、賴彥伶、 吳心華、吳昱嫻
中華民國藥師公會全國聯合會	陳暘、林盛棠
中華民國中醫師公會全國聯合會	王逸年
中華民國牙醫師公會全國聯合會	潘佩筠
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	宋佳玲
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
台灣腎臟醫學會	楊智宇、許永和
中華民國呼吸治療師公會全國聯合會	謝淑貞、楊玲玲
台灣居家護理暨服務協會	曾勤媛
台灣在宅醫療學會	余尚儒、陳英詔
台灣居家醫療醫學會	孫文榮
台灣安寧緩和醫學學會	施至遠
台灣安寧緩和護理學會	邱智鈴
社團法人中華民國心律醫學會	黃嵩豪
台北榮民總醫院	李慶威
台灣神經學學會	尤香玉、周建成、劉濟弘、 陳龍、黃立楷
社團法人台灣胸腔暨重症加護醫學會	周昆達
台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會	(請假)
台灣臨床失智症學會	黃立楷
台灣動作障礙學會	李卓育
台灣婦產科醫學會	黃建霈
中華民國重症醫學會	馬辛一、陳威志
台灣急救加護醫學會	黃道民
財團法人醫藥品查驗中心	黃莉茵、張慧如、朱素貞、 黃昭仁、林鈺婷、何函軒、

衛生福利部社會保險司
衛生福利部醫事司
衛生福利部全民健康保險會
本署副署長室
本署醫審及藥材組
本署醫務管理組

侯宗盈、陳詠晴、黃婷伊、
白其怡
江適宇
邱臻麗、藍珮如
陳亮好
張淑雅
劉林義、黃珮珊、林右鈞、
陳依婕、呂姿曄、黃瓊萱、
朱文玥、黃怡娟、蔡金玲、
陳世卿、曾琬茜、黃千芬、
謝欣穎、何懿庭、周筱妘、
蔡政伶、黃胤學、陳聿萱、
楊閨璘、高嘉慧、蔡孟好、
陳姿吟、李宛臻、張美鳳、
李羿萱

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄，參閱不宣讀：

決定：確認。

參、報告事項：

一、歷次會議決議事項辦理情形。

決定：

- (一)因應全民健康保險門診、住診醫療申報資料自 114 年 1 月 1 日起全面改版為 2023 年版國際疾病分類第十版 (ICD-10-CM/PCS)，修訂支付標準及專案計畫相關代碼案(序號 6)，酌修辦理情形 1.文字為：衛生福利部業於 113 年 11 月 28 日令公告修正支付標準，自 113 年 12 月 1 日起施行。
- (二)增修「B 型肝炎病毒核心關連抗原(HBcrAg)合併表面抗原(HBsAg)定量檢驗」等 16 項診療項目案(序號 9)，業經衛生福利部於 113 年 11 月 28 日公告，自 113 年 12 月 1 日起施

行，另新增「經口內視鏡食道肌肉切開術」及 27084C「二胺基酸攝護腺特異抗原前驅物(p2PSA)」，分別俟日後彙整相關資料後再提案及於實施後 1 年再提申報情形，爰本案解除列管。

(三)其餘項目依議程所列。

二、訂定 114 年召開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時程案。

說明：為順利辦理各項支付標準擬訂事宜，及本會議各項議案能充分討論，訂定 114 年會議時程如下表：

會議名稱	第 1 次	第 2 次	第 3 次	第 4 次	臨時會
會議日期	114.3.27 (星期四)	114.6.26 (星期四)	114.9.25 (星期四)	114.12.25 (星期四)	視必要 再預約日期

決定：本屆代表於 113 年底屆期，明(114)年為下屆新聘任代表，爰 114 年第 1 次會議日期訂於 114 年 3 月 27 日，其餘會議日期待 114 年第 1 次會議由新任委員決定。

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 114 年 1-6 月適用之相對權重統計結果案。

說明：經查 110 年、111 年、112 年、113 年同期(1-6 月)之標準給付額(SCR)值分別為 44,998 點、48,815 點、51,654 點、53,540 點，而 114 年 1-6 月之 SCR 值 51,306 點(較 113 年同期下降 2,234 點)，主要係因 112 年 COVID-19 疫情趨緩而申報件數上升，又全國總權重上升幅度(成長 13.5%)大於全國合計點數(成長 12.73%)，致 SCR 下降。

決定：本案與台灣醫院協會再行討論後，提至 114 年第 1 次本會議報告，另「114 年 1 月至 6 月 3.4 版 1,068 項 Tw-DRGs 權重表」於公告生效前，暫沿用 113 年 7-12 月適用之相對權重。

四、因應全民健康保險門、住診醫療申報資料自 114 年 1 月 1 日起全面改版為 2023 年版國際疾病分類第十版(ICD-10-CM/PCS)，修訂支付標準第六部論病例計酬附表案(詳附件 1，P12-P26)。

說明：

(一)2023 年版 ICD-10-CM/PCS 尚有支付標準第六部論病例計酬第七章附表須配合調整，附表 6.7.5 增列 176 項診斷碼、附表 6.7.5.1 刪除 10,762 項診斷碼、增列 141,514 項代碼診斷碼及附表 6.7.5.2 增列 258 項診斷碼。

(二)另支付標準第二部第二章第四節復健治療診療項目 44008B、44012C 及 44009C(複雜 Complicated)適應症所列 F480，未存在於 2023 年版 ICD-10-CM/PCS，爰刪除。

決定：洽悉。

五、增修支付標準第四部中醫條文及 6 項中醫總額專款計畫案(詳附件 2~附件 8，P27-P60)。

說明：新增修訂重點如下：

(一)修訂中醫支付標準：

1. 增訂通則五：複雜性傷科處置比照複雜性針灸處置，規範內含複雜性傷科處置之每月申報上限。
2. 修訂第二章藥費支付點數：每日藥費由 37 元調高為 38 元。

(二)增修訂中醫總額 6 項專款計畫：

1. 修訂「西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「中醫提升孕產照護品質計畫」、「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」文字，並配合執行年度修改實施期程。
2. 修訂「中醫癌症病人加強照護整合方案」適應症，增列子宮頸癌、子宮體癌、甲狀腺癌，並酌修計畫文字及配合執行年度修改實施期程。
3. 修訂「中醫急症處置計畫」適用範圍，增列軟組織疼痛及

頭痛相關診斷碼，並酌修評估方式文字及配合執行年度修改實施期程。

4. 修正「中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」重點如下：

- (1) 參考支付標準第五部第一章居家照護修正施行機構。
- (2) 修正執行目標為至少 100 家照護機構執行、達成 30,000 服務人次。
- (3) 給付項目及支付標準：
 - A. 明訂逾每診次服務量限制不予支付之原則及論量預算來源。
 - B. 配合 114 年專款支應「論次費用」，修正結算方式。

決定：洽悉。

六、增修訂牙醫支付標準及 4 項牙醫專款項目案（[詳附件 9~附件 12，P61-P164](#)）。

說明：新增修訂重點如下：

- (一) 新增修訂支付標準第二部西醫(8 項)及第三部牙醫，牙醫部分包含調整支付標準規範、調升支付點數、適用對象以及申報規範。
- (二) 新增「非齒源性口腔疼痛處置-初診(1,800 點)」及「非齒源性口腔疼痛處置-複診(1,000 點)」，修訂「114 年全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」、「114 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」、「114 年全民健康保險牙醫門診總額 12-18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」，共計 4 項牙醫專款項目。

決定：洽悉，另有關牙醫支付標準調升點數對醫院總額造成財務衝擊，將依總額協商架構及原則，於協商前提出預算需求評估，作為總額協商之參考。

七、修訂「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」案。

說明：新增修訂重點如下：

- (一)新增支持腹膜透析院所持續運作費。
 - (二)新增腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費，須持續接受腹膜透析照護達第 13 個月至 24 個月(按月計算)。
 - (三)修訂腹膜透析院所推廣獎勵費之年成長率獎勵點數級距，獎勵點數提升為 4,000 點-12,000 點。
 - (四)修訂提升腹膜透析院所照護品質獎勵費，為 4,000 點-8,000 點。
 - (五)就「腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費」項目，增列山地離島地區加計 30%。
 - (六)就首次接受腹膜透析治療之新病人占首次接受透析新病人之比率 $\geq 10\%$ 者，給予獎勵 30,000 點。
 - (七)修正計畫附件 2 腹膜透析室/中心設置標準，「腹膜透析床」修正為「腹膜透析床(台)」。
 - (八)新增本計畫給付項目及支付標準：
 - 1. 編號 P8115C，全自動腹膜透析機搭配「病人遠距管理」相關費用-每月 2,499 點。
 - 2. 編號 P8116B，連續性可攜帶式腹膜透析導管植入術--若未經血液透析治療者，加成 50%。
 - 3. 編號 P8117C，輔助型腹膜透析治療處置費，每次 1,200 點，每月申請次數上限為 4 次。
 - 4. 於醫令代碼 P8109B(下轉及回轉)、P8110B(平轉)及 P8111Q(上轉)增列不得併報區域聯防跨院合作執行費獎勵
- 決定：會上委員建議擴大參與院所，爰本案另於 114 年門診透析議事研商會議再行討論，達共識後再提至本會議報告。

八、修訂「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」案（[詳附件 13](#)，P165-P207）。

說明：

- (一)收案對象增列「全民健康保險急性後期整合照護計畫」居家模式且失能個案。
- (二)調整肺炎及軟組織感染之目標(上限)照護天數〔肺炎：10(14)天、軟組織感染：7(9)天〕，及逾目標天數且未達上限天數者之折付成數(每日醫療費調升至 60%、每日護理費調升至 75%)。
- (三)新增每日護理費於例假日加計 20%、天然災害臨時宣布停止上班期間加計 50%；床側檢驗(查)加成項目新增胸腔 X 光攝影。
- (四)明訂不符收案條件者不予支付回饋獎勵金之規定。
- (五)刪除訪視人員每年繼續教育規定及將醫事檢驗師等醫事人員納入照護小組。

決定：各疾病照護逾目標天數且未達上限天數者，每日醫療費及每日護理費分別以「在宅」及「機構」目標天數支付點數折付 75% 支付，其餘照案通過。

註：本計畫依衛生福利部 113 年 6 月 28 日衛部顧字第 1131961868 號公告，將「減少照護機構住民至醫療機構就醫方案」修正名稱為「減少住宿型機構住民至醫療機構就醫方案」。

九、修訂轉診支付標準及轉診同體系名單案（[詳附件 14](#)，P208-P225）。

說明：修訂重點如下：

- (一)刪除 01035B 及 01037C「未使用保險人電子轉診平台」之辦理轉診費。
- (二)原訂 01036C「辦理轉診費_上轉」支付點數 250 點，調降為 150 點。

(三)修訂 01038C「接受轉診門診診察費加算點數」名稱及表別為 01038B「接受上轉門診診察費加算點數」，新增「接受下轉門診診察費加算」支付點數 500 點。

(四)修訂轉診同體系名單。

決定：同意修訂轉診同體系名單，另原屬高醫體系之高雄市立大同醫院，自 114 年 1 月 1 日起改由長庚體系經營，併同本次修正；另轉診支付標準修訂項目，因未達共識，爰提至總額研商議事會議再行討論。

十、修訂西醫基層相關支付標準案（[詳附件 15](#)，P226-P231）。

說明：新增修訂重點如下：

(一)刪除西醫基層「精神科門診診察費」，改為比照「一般門診診察費」支付點數及合理量計算方式。

(二)修訂 65001C「鼻息肉切除術」等 14 項手術項目由 C 表改為 B 表。

(三)新增「113 年基層診所照護獎勵方案」薪資調幅標準，西醫基層院所人員 113 年任一月份較 112 年 12 月達健保投保金額增加一等級，或均已達最高投保金額(護理人員如已符合 113 年度全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案則不列入計算)。

(四)支付標準新增「西醫基層相對合理門診點數給付原則」，包含診所折付及醫師折付。

(五)執登於醫院之醫師至基層診所支援，醫師全聯會建議修正為：申報西醫基層門診醫療費用超過 10 萬點部分，西醫基層總額各項目以 75%折付，小於 10 萬點(含)不在此限；不適用地區包含山地離島、醫不足及醫缺地區，其餘不適用地區或科別由本署各分區共管會議認定。

決定：診所折付及醫師折付方式，俟醫師全聯會確認執行細節後再議，餘洽悉。

肆、討論事項：

一、新增修訂「癲癇腦波檢查」等 88 項診療項目案（[詳附件 16，P232-P279](#)）。

說明：新增修訂重點如下：

- (一)新增「癲癇腦波檢查」(3,103 點)、「腦皮質/皮下功能定位」(15,611 點)、「急性缺血性腦中風腦血流加護監測」(4,337 點)、「心臟監測器植入術」(4,722 點)、「經導管二尖瓣緣對緣修補術」(102,411 點)，併配合修訂 20006B「鼻咽電極腦波檢查」等 3 項。
 - (二)修訂 17022B「呼氣一氧化氮監測(FeNO)」增列適應症及支付規範、修訂 65018C「鼻中膈鼻道成形術—單側」等 2 項不得併報項目、修訂 45055C「人格特質評鑑」增列「神經科醫師」施行、修訂 39023B「肉毒桿菌注射費」增列適用範圍及注射次數上限、修訂 20027B「數位影像腦波監測」中文名稱並規範紀錄時間及電極數目、27084C「二胺基酸攝護腺特異抗原前驅物(p2PSA)」移列於免疫學檢查章節、修訂 68058B「尾崎式手術（主動脈瓣之自體/人工心包膜新瓣葉重建手術）」等 2 項支付規範文字。
 - (三)修訂 67050B「胸腔鏡肺葉切除術」等 65 項，因應機械手臂輔助手術之醫師資格並由認證學會辦理審核，爰修訂支付規範文字，以減少臨床行政作業。
 - (四)為促進性別平等及保障女性權益，修訂中文名稱及支付規範涉「處女膜」、「惡露」合計 5 項診療項目。
- 決議：修訂「處女膜」、「惡露」中文名稱，暫訂為「陰道前膜」及「產後排出物」，考量事涉名詞一致性，另函請衛生福利部統一規定名詞，其餘照案通過。

二、修訂準醫學中心及中重度急救責任醫院基本診療費用案。

說明：修訂重點如下：

- (一)準醫學中心之「急性一般病床及加護病床之住院診察費、病

房費、住院護理費、藥事服務費」，以醫學中心點數支付。

(二) 重度級急救責任醫院之「加護病床住院診察費、病房費、住院護理費、藥事服務費」，以醫學中心點數支付。

(三) 中度級急救責任醫院之「加護病床住院診察費、病房費、住院護理費、藥事服務費」，以區域醫院點數支付。

決議：因明(114)年度總額預算尚未核定，本案將於醫院總額研商議事會議再討論。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：下午 5 時 50 分

叁、優先報告事項

優先報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：「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」
相關規定說明。

說明：

- 一、依據「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂辦法」(下稱共擬辦法)([附件 1，頁次優報 1-2~1-4](#))、「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議事規範」(下稱共擬議事規範)([附件 2，頁次優報 1-5~1-6](#))暨衛生福利部 114 年 3 月 3 日衛部保字第 1141260079 號公告([附件 3，頁次優報 1-7~1-12](#))辦理。
- 二、因應本會議新一屆期委員甫遴選，綜整本會議相關規範重點說明如[附件 4\(頁次優報 1-13~1-18\)](#)。
- 三、另近期預告修正共擬辦法，說明如下：
 - (一)考量代表任期屆滿而未能完成聘任前，能如期召開本會議辦理醫療服務擬訂事項，以維護保險對象使用醫療服務權益及醫療需求，並使醫療服務納入健保給付建議案能如期納入健保給付，爰擬修正共擬辦法第七條本會議代表任期屆滿而未能完成聘任之處理方式。
 - (二)為避免本會議代表具有民意代表身分，造成行政與立法權限混淆，爰訂定公正客觀機制，爰擬修正共擬辦法第三條會議代表不得具有民意代表身分。

決定：

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂辦法

衛生福利部 108 年 2 月 25 日衛部保字第 1081260067 號令修正

第 一 條 本辦法依全民健康保險法(以下稱本法)第四十一條第四項規定訂定之。

第 二 條 保險人為辦理醫療服務給付項目及支付標準之擬訂事項，應至少每六個月召開一次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議（以下稱本會議），並於必要時召開臨時會。

第 三 條 本會議召開時，應邀請下列代表參加：

- 一、主管機關代表一人。
- 二、專家學者二人。
- 三、被保險人代表二人。
- 四、雇主代表二人。
- 五、保險醫事服務提供者代表三十一人。

第 四 條 本會議主席，由保險人指派高階主管人員一人擔任。

第 五 條 第三條保險醫事服務提供者代表之名額分配如下：

- 一、醫療給付費用總額部門(以下稱各總額部門)推派代表，其名額如下：
 - (一)醫院總額推派十二人。
 - (二)西醫基層總額推派六人。
 - (三)牙醫門診總額推派一人。
 - (四)中醫門診總額推派一人。
- 二、下列醫事團體之代表各一人：
 - (一)中華民國醫師公會全國聯合會。
 - (二)台灣醫院協會。
 - (三)中華民國牙醫師公會全國聯合會。

- (四)中華民國中醫師公會全國聯合會。
- (五)中華民國護理師護士公會全國聯合會。
- (六)中華民國藥師公會全國聯合會。
- (七)中華民國物理治療師公會全國聯合會。
- (八)中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會。
- (九)中華民國助產師助產士公會全國聯合會。
- (十)中華民國醫事放射師公會全國聯合會。
- (十一)其他醫事服務機構。

第 六 條 第三條及前條代表，應依下列方式產生：

- 一、主管機關代表：由該機關指派。
- 二、專家學者：由保險人遴選。
- 三、被保險人代表及雇主代表：由保險人洽請全民健康保險會自該會委員中推派各一人，其餘由保險人遴選。
- 四、保險醫事服務提供者之各總額部門代表：由保險人洽請審查業務受委託專業機構、團體推派；無受委託專業機構、團體時，依下列規定辦理：
 - (一)醫院總額，由台灣醫院協會推派。
 - (二)西醫基層總額，由中華民國醫師公會全國聯合會推派。
 - (三)牙醫門診總額，由中華民國牙醫師公會全國聯合會推派。
 - (四)中醫門診總額，由中華民國中醫師公會全國聯合會推派。
- 五、保險醫事服務提供者之醫事團體代表：由保險人洽請該專業機構、團體推派。

第 七 條 本會議之代表均為無給職。任期二年，期滿得續任之，代表機關出任者，應隨其本職進退。

本會議代表由全民健康保險會遴薦推派者，於任期內失去委員身分時，得由該會重行遴選推派。

代表保險醫事服務提供者出任者，若有變動，應依前條規定重新推派。

第 八 條 保險人得就有關本會議之議題，向相關團體或專家諮詢；其提供之意見，得以書面方式，併入本會議提案內說明。

被諮詢之團體代表或專家，經主席指定者，得列席本會議說明。

第 九 條 本會議議案未達成共識者，保險人於報主管機關核定时，應一併提出各方代表不同意見、不同方案之優缺點分析及其財務評估等項資料。

第 十 條 本會議代表於出席首次會議前，應填具利益揭露聲明書，聲明其本人、配偶或直系親屬業務上之利益，與本會議討論事項有無相涉情事。

本會議代表違反前項之規定，且情節重大者，經本會議決議後，保險人得予更換；其缺額，由保險人依第六條規定辦理。

第十一條 保險人於辦理本辦法業務時，應將下列事項對外公開：

- 一、利益揭露聲明書。
- 二、會議議程。
- 三、會議內容實錄。

前項第二款事項，應於開會七日前對外公開，並送交本會議代
表。

第十二條 本辦法自中華民國一百零二年一月一日施行。

本辦法修正條文，自發布日施行。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

共同擬訂會議議事規範

中華民國 102 年 3 月制定
中華民國 109 年 11 月修正

- 一、為促進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(以下稱共同擬訂會議)順利進行及增進議事效率，爰訂定本議事規範。
- 二、代理人及列席單位規範：
 - (一) 共同擬訂會議代表，除本條第(二)款之代表及列席單位外，應於指(推)派代表時一併提報順位代理人 2 名。代表因故不能出席會議時，得依代理人順位由 1 人代理出席。
 - (二) 保險人遴選之專家學者代表 2 人、被保險人代表 1 人及雇主代表 1 人，應親自出席，不得代理。
 - (三) 列席單位出席人員以 2 名為限。
- 三、會議進行方式如下：
 - (一) 會議方式：應以出席代表過半數出席(含代理人)為原則，必要時，得召開臨時會議，出席代表人數同上。
 - (二) 會議採以多數共識和充分討論為原則，如有爭議，擇期再行協議，爭議內容涉及法規及醫療費用協定規定者，由中央健康保險署陳報主管機關。
 - (三) 會議發言原則：

為增進議事效率，每次發言或說明應簡明扼要及應合乎議題，發言時間每人每次以三分鐘為原則。如有必要詳盡說明，請另以書面資料提供共同擬訂會議代表參考。

發言內容未符合會議議題或超出發言時間，經主席提示仍未改善者，主席得先予停止其發言，以維護其他共同擬訂會議代表之權益，如無法制止，主席得採取處理措施，以維護會議秩序。

每位共同擬訂會議代表發言次數不予限制，已發言者應禮讓尚未發言者。

列席人員未經主席同意者不得發言，且發言內容亦應與指定發言之議題有關，違反者主席得禁止或限制發言。

四、參加會議代表對於會議決議有不同意見者，經主席同意，得要求將其意見列入會議紀錄。

五、會議提案經排入議程後，應於開會一週前分送各出席人員。但如遇緊急事件或具時效性之事項，得於會議中提出臨時提案或縮短提案資料之提供時程，臨時提案須經由主席徵詢出席代表多數意見後，變更會議議程。

六、會議紀錄應分別載明下列事項：

- (一) 會議日期、時間。
- (二) 會議地點。
- (三) 主席、出席及列席人員姓名(加註請假、授權他人代理及缺席人員)。
- (四) 紀錄人員姓名。
- (五) 案由、結論及會議內容實錄。
- (六) 其他應行記載之事項(含經主席同意列入紀錄之意見)。

前項會議紀錄如有遺漏或錯誤，得於下次相關會議議事人員宣讀後，提請主席裁定補正。

七、會議有關議事事項，除依本議事規範規定辦理外，未盡事宜悉依內政部所定會議規範辦理。

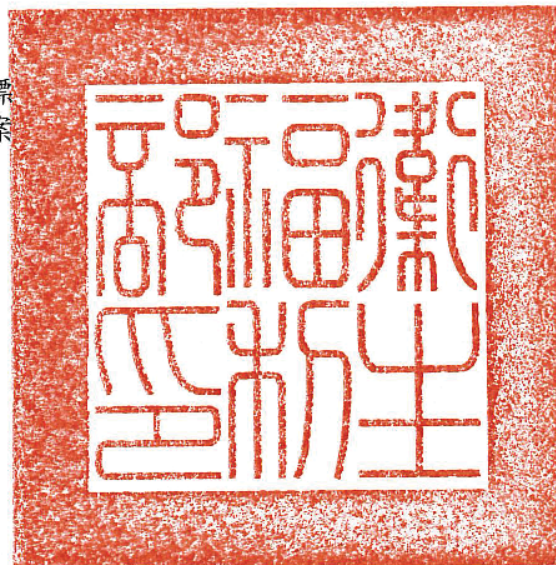
八、本議事規範由全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議討論通過後實施，修正時亦同。

衛生福利部 公告

發文日期：中華民國114年3月3日

發文字號：衛部保字第1141260079號

附件：「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂辦法」第三條、第七條修正草案
總說明及條文對照表1份



主旨：預告修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂辦法」第三條、第七條草案。

依據：行政程序法第一百五十一條第二項準用第一百五十四條第一項。

公告事項：

一、修正機關：衛生福利部。

二、修正依據：全民健康保險法第四十一條第四項。

三、「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂辦法」第三條、第七條修正草案如附件。本案另載於本部全球資訊網站「法令規章／衛生福利部法規檢索系統」(網址：<https://mohwlaw.mohw.gov.tw/>)之「法規草案」網頁及國家發展委員會「公共政策網路參與平臺—眾開講」網頁(網址：

<https://join.gov.tw/policies/>)。

四、為能及時召開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，使醫療服務項目儘早納入健保給付，避免影響保險對象之權益，對於本公告內容有任何意見或修正建議者，請於本公告刊登公報次日起7日內陳述意見或洽詢：

(一)承辦單位：衛生福利部社會保險司

(二)地址：11558台北市南港區忠孝東路6段488號4樓

(三)聯絡人：周副研究員

(四)電話：(02)85906745

(五)傳真：(02)85906048

(六)電子郵件：hpwwchou@mohw.gov.tw

部長邱泰源

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂辦法第三條、第七條修正草案總說明

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂辦法（下稱本辦法）於一百零一年十一月一日訂定發布、一百零二年一月一日施行，並於一百零八年二月二十五日修正，本次為第二次修正。

本次修正係為確保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（下稱本會議）代表任期屆滿而未能完成聘任前，能如期召開本會議辦理醫療服務擬訂事項，以維護保險對象使用醫療服務權益及醫療需求，並使醫療服務納入健保給付建議案能如期納入健保給付，及為避免本會議代表具有民意代表身分，造成行政與立法權限混淆，應訂定公正客觀機制，爰擬具第三條、第七條修正草案，其修正要點如下：

- 一、會議代表不得具有民意代表身分。（修正條文第三條）
- 二、本會議代表任期屆滿而未能完成聘任之處理方式。（修正條文第七條）

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同 擬訂辦法第三條、第七條修正草案條文對照表

修正條文	現行條文	說明
<p>第三條 本會議召開時，應邀請<u>不具民意代表身分</u>之下列代表參加：</p> <p>一、主管機關代表一人。</p> <p>二、專家學者二人。</p> <p>三、被保險人代表二人。</p> <p>四、雇主代表二人。</p> <p>五、保險醫事服務提供者代表三十一人。</p>	<p>第三條 本會議召開時，應邀請下列代表參加：</p> <p>一、主管機關代表一人。</p> <p>二、專家學者二人。</p> <p>三、被保險人代表二人。</p> <p>四、雇主代表二人。</p> <p>五、保險醫事服務提供者代表三十一人。</p>	<p>有關修正民意代表不得為本會議代表，說明如下：</p> <p>一、我國憲法依現代國家統治模式採權力分立原則設計，係透過公權力分散設置，相互制衡，避免集中造成權力濫用。司法院釋字第四一九號解釋理由書：「…憲法上職位之兼任是否相容，首應以有無違反權力分立之原則為斷。一旦違反權力分立原則即屬違憲行為。…」即揭示此一原則。</p> <p>二、民意代表肩負權力分立中有關立法權之行使，並代表民意監督行政機關，為避免行政與立法權限混淆，民意代表兼任職務自應遵守憲法上權力分立原則。</p> <p>三、本會議代表依全民健康保險法第四十一條第四項授權，召開會議擬訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準，代表透過會議進行意見交流，形成政府政策之法令依據，是以，對於政府機關意思形成與決定具關鍵性影響，屬行政權核心事務，若由民意代表兼任，恐使權力分立界線模糊化。</p> <p>四、依立法委員行為法第十五條：「立法委員受託對政府遊說或接受</p>

		<p>人民遊說，…」及遊說法第二條第一項：「本法所稱遊說，指遊說者意圖影響被遊說者或其他所屬機關對於法令、政策或議案之形成、制定、通過、變更或廢止，而以口頭或書面方式，直接向被遊說者或其他指定之人表達意見之行為。」第三項第二款：「本法所稱被遊說者如下：…二、各級民意代表。」規定各級民意代表可能成為政策之遊說者或被遊說者，當其接受人民遊說而匯聚意見後，若參與行政機關政策、議案或法令形成，恐致行政與立法權限集中而產生權限衝突。</p> <p>五、本會議代表基於民眾醫療需求，就保險人所提出全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準研議擬訂，既屬「行政」權限行使之一環，為避免權限混淆，參考醫療法第一百條、醫師懲戒辦法第三條及衛生福利部醫事審議委員會設置要點第三點規定，修正第一項規定，建立公正客觀機制。</p>
<p>第七條 本會議之代表均為無給職。任期二年，期滿得續任之，代表機關出任者，應隨其本職進退。</p> <p>本會議代表由全民健康保險會遴薦推派者，於任期內失去委員身分時，得由該會重行遴選推</p>	<p>第七條 本會議之代表均為無給職。任期二年，期滿得續任之，代表機關出任者，應隨其本職進退。</p> <p>本會議代表由全民健康保險會遴薦推派者，於任期內失去委員身分時，得由該會重行遴選推</p>	<p>有關增訂第四項延長執行職務之例外規定，說明如下：</p> <p>一、現行條文並未規範任期屆滿後，倘相關團體未能如期推派新任代表完成聘任情形應如何處置，為確保會議能如期召開，使醫療服務納入</p>

<p>派。</p> <p>代表保險醫事服務提供者出任者，若有變動，應依前條規定重新推派。</p> <p><u>本會議代表任期屆至而尚未完成新任代表聘任時，延長其執行職務至新任代表就任時為止，並以不超過六個月為限；本辦法中華民國一百十四年○月○日修正施行前，最後聘任之本會議代表，亦同。</u></p>	<p>派。</p> <p>代表保險醫事服務提供者出任者，若有變動，應依前條規定重新推派。</p>	<p>健保給付建議案納入健保給付，以維護保險對象使用新醫療服務權益及醫療需求。</p> <p>二、由於一百一十二年聘任之本會議代表任期已於一百一十三年十二月三十一日屆至，為避免新任代表未及時就任，爰新增使前開任期之代表得溯及適用延長執行職務之規定。</p>
--	--	--

優先報告案

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準 共同擬訂會議相關規定說明

衛生福利部中央健康保險署



114年第1次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議

114年3月27日



辦理依據-全民健康保險法

■ 第41條第1項

醫療服務給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主及保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，報主管機關核定發布。

■ 第42條

第1項:醫療服務給付項目及支付標準之訂定，應以相對點數反應各項服務成本及以同病、同品質同酬為原則，並得以論量、論病例、論品質、論人或論日等方式訂定之。

第2項:前項醫療服務給付項目及支付標準之訂定，保險人得先辦理醫療科技評估，並應考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及本保險財務；藥物給付項目及支付標準之訂定，亦同。

2



辦理依據-共同擬訂辦法

- 第2條-會議時程
- 保險人為辦理醫療服務給付項目及支付標準之擬訂事項，應至少每六個月召開一次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議，並於必要時召開臨時會。
- 為順利辦理各項支付標準擬訂事宜，及本會議各項議案能充分討論，114年暫訂每3個月於本署18樓大禮堂召開1次本會議，會議時間如下表：

會議	第1次	第2次	第3次	第4次	臨時會
日期	114.3.27 (星期四)	114.6.26 (星期四)	114.9.25 (星期四)	114.12.25 (星期四)	視必要召開

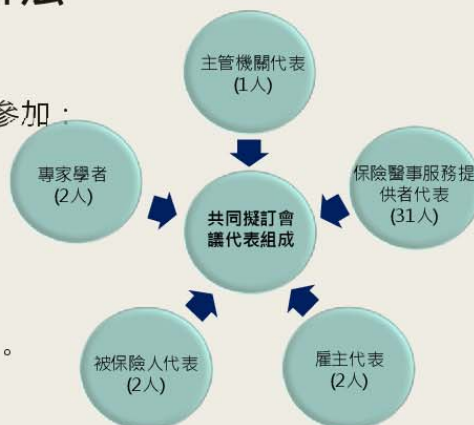
- 請各代表預留114年會議時間，以利會議順利召開；如遇特殊情事須變更會議日期，本署將儘速通知各代表。

3



辦理依據-共同擬訂辦法

- 第3條
- 本會議召開時，應邀請下列代表參加：
 - 一、主管機關代表1人。
 - 二、專家學者2人。
 - 三、被保險人代表2人。
 - 四、雇主代表2人。
 - 五、保險醫事服務提供者代表31人。



4



辦理依據-共同擬訂辦法

- 第10、11條
- 本會議代表於出席首次會議前，應填具**利益揭露聲明書**，聲明其本人、配偶或直系親屬業務上之利益，與本會議討論事項有無相涉情事。
- 保險人於辦理本辦法業務時，應將下列事項對外公開：
 - 一、利益揭露聲明書。
 - 二、會議議程。
 - 三、會議內容實錄。
- 前項第二款事項，應於**開會七日前對外公開**，並送交本會議代表。

5



會議進行方式-發言順序

- 為增進議事效率，每次發言或說明應簡明扼要及應合乎議題，發言時間每人每次以三分鐘為原則。如有必要詳盡說明，請另以書面資料提供共同擬訂會議代表參考。
- 發言內容未符合會議議題或超出發言時間，經主席提示仍未改善者，主席得先予停止其發言，以維護其他共同擬訂會議代表之權益，如無法制止，主席得採取處理措施，以維護會議秩序。
- 每位共同擬訂會議代表發言次數不予限制，已發言者應禮讓尚未發言者。
- 列席人員未經主席同意者不得發言，且發言內容亦應與指定發言之議題有關，違反者主席得禁止或限制發言。

6



臨時提案

- 會議提案經排入議程後，應於開會一週前分送各出席人員。但如遇緊急事件或具時效性之事項，得於會議中提出臨時提案或縮短提案資料之提供時程，臨時提案須經由主席徵詢出席代表多數意見後，變更會議議程。

7



會議議程及會議紀錄

- 放置路徑：首頁/健保服務/健保藥品與特材及醫療服務/醫療服務/支付標準相關法規及規範/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/114年

相關連結

- 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5次會議紀錄實錄
- 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4次會議紀錄實錄
- 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3次會議紀錄實錄
- 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1次臨時會議紀錄實錄
- 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次會議紀錄實錄
- 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1次會議紀錄實錄

檔案下載

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5次會議紀錄(114.1.17新增)

pdf 4 MB

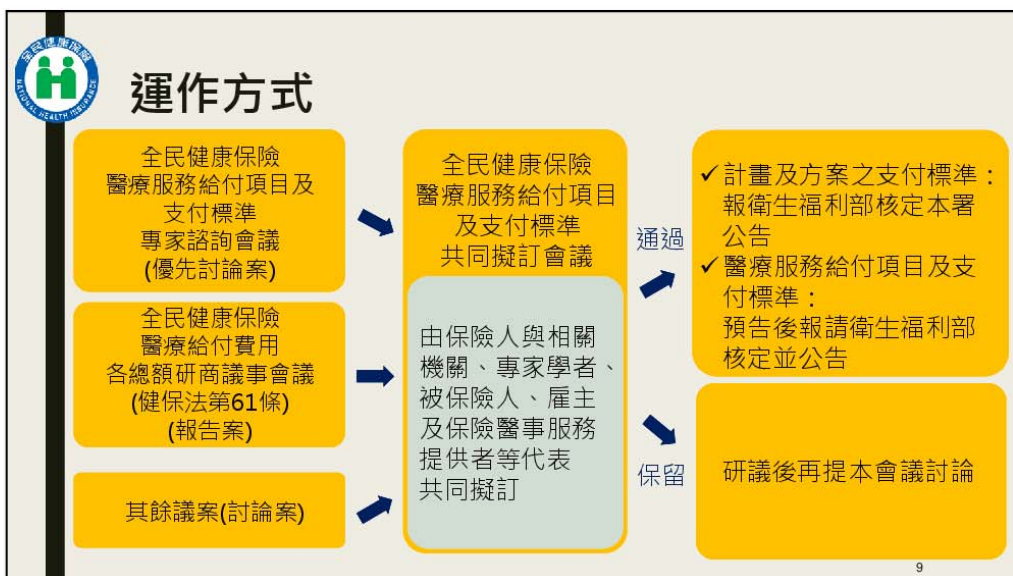
全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議113年第5次會議議程(113.12.18新增，113.12.25更新給付表4、9、10案、討論案1、2案及附錄0.7.0及0.7.5.1，113.12.26新增補充給付表0、9、10案及討論案1案)

pdf 11 MB

pdf 19 MB

pdf 2 MB

8



預告修正共同擬訂辦法

■ 第3條

本會議召開時，應邀請不具民意代表身分之下列代表參加。

■ 第7條

本會議代表任期屆至而尚未完成新任代表聘任時，延長其執行職務至新任代表就任時為止，並以不超過六個月為限；本辦法中華民國一百十四年○月○日修正施行前，最後聘任之本會議代表，亦同。

10



肆、優先討論事項

優先討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：增修「酪氨酸磷酸酶自體抗體(EIA 法)」等 32 項診療項目案。

說明：

- 一、依據本署 112 年第 10 次、113 年第 2 次、114 年第 1 次、第 2 次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議（下稱專諮會議）、本署 114 年 3 月 11 日安寧品質評核加成獎勵方案溝通會議決議（下稱安寧溝通會議）暨 113 年第 1 次本會議臨時會決議辦理（附件 1，頁次優討 1-6～1-24）。
- 二、新增「酪氨酸磷酸酶自體抗體(EIA 法)」等 5 項，詳表一序號 1 至 4，推估約增加財務支出 62.95 百萬點，重點說明如下（附件 2，頁次優討 1-25～1-27）：
 - （一）新增「酪氨酸磷酸酶自體抗體（EIA 法）」，詳表一序號 1（附件 2，頁次優討 1-25）：
 1. 依 114 年第 1 次專諮會議決議（同附件 1，頁次優討 1-10～1-14），本項可及早診斷第一型糖尿病，給予病人適當治療以避免後續併發症，爰建議新增。另為達給付效益，本項須於 12180C「穀醯酸脫梭酶抗體(GAD)」檢測陰性後方可執行。
 2. 財務評估：建議支付點數 1,067 點，統計 110 年至 112 年符合適應症者，預估 114 年約 7,534 人，推估增加支出 8.04 百萬點(均屬醫院總額)。
 - （二）新增「早產兒母乳補充照護（每 25mL 母乳）」，詳表一序號 2（附件 2，頁次優討 1-25）：
 1. 依 114 年第 2 次專諮會議決議（同附件 1，頁次優討 1-15～1-18），早產兒餵食照護心力高於一般新生兒，為回饋照護早產兒之心力，並減輕民眾財務負擔，爰建議新增。

2. 財務評估：建議支付點數 30 點，依國健署統計小於 37 週出生之活產人數及符合適用範圍之新生兒比率、平均使用天數、平均用量，推估約增加支出 33.83 百萬點。

(三)新增「B 型肝炎病毒表面抗原(HBsAg)定量檢驗」，詳表一序號 3 (附件 2，頁次優討 1-26)：

1. 依 114 年第 2 次專諮會議決議(同附件 1，頁次優討 1-15~1-18)，本項為已標準化且臨床證據力等級高的停藥指標，臨床上建議採用，爰建議新增。
2. 財務評估：建議支付點數 475 點，本項與 14085C「B 型肝炎病毒核心關連抗原(HBcrAg)合併表面抗原(HBsAg)定量檢驗」互為替代項目，依臨床專業判定擇用合併項或單獨檢測，爰不增加財務支出。

(四)新增「人工全肩關節再置換手術」、「反置人工全肩關節置換手術」等 2 項，詳表一序號 4、5 (附件 2 頁次優討 1-26~1-27)：

1. 依 114 年第 2 次專諮會議決議(同附件 1，頁次優討 1-15~1-18)，此二項肩關節手術現行無對應健保診療項目可申報，另骨質較差或嚴重粉碎性骨折的老年人，採用反置人工全肩關節，可避免多次手術，爰建議新增。
2. 財務評估：建議支付點數分別為 36,019 點、35,245 點，統計 110 年至 112 年申報 64163B 及 64259B 醫令量、參考特殊材料使用量，及扣除替代後，約增加支出 21.08 百萬點。

三、修訂 30522C「幽門桿菌糞便抗原檢查」等 27 項，推估約增加支出 62.77 百萬點，重點說明如下 (附件 2，頁次優討 1-29~1-34)：

(一)修訂 30522C「幽門桿菌糞便抗原檢查」，詳表二序號 1 (附件 2，頁次優討 1-29)：

1. 配合健保胃幽門螺旋桿菌藥品給付規定，修訂本項於除菌治

療後確認療效之適用範圍，爰刪除「潰瘍」之限制。

- 2.財務評估：預估一線用藥後需再檢驗以確認與追蹤療效者約 73,440 人，二線治療需再檢測確認比率人數約為 5,875 人，合計 79,315 人，增加支出約 29.82 百萬點（醫院 26.87 百萬點、基層 2.95 百萬點）。

(二)修訂 14074C「HIV 病毒負荷量檢查」，詳表二序號 2（附件 2，頁次優討 1-29～1-30）：

- 1.根據衛生福利部疾病管制署發布「愛滋病防治工作手冊」，經 HIV Ag/Ab Combo 快速初步檢驗結果為「陰性」者，經臨床專業判斷懷疑處於急性感染期或空窗期，可立即抽血執行本項，以加速診斷；另考量新服藥或有抗藥性病毒者之檢測需求，爰修訂本項適用範圍及執行頻率。
- 2.財務評估：以 112 年申報 14049C 或 14050B 或 14082C，且 30 天內申報 14074C 者，其中約 98.9%為陰性，又陰性者 0.24% 執行本項；另統計 14074C 申報 4 次者，以執行 5 次估算，增加支出約 0.95 百萬點（醫院 0.95 百萬點、西醫基層 4,000 點）。

(三)修訂 80401C「診斷性或治療性子宮擴張刮除術（非產科）」、81031C「子宮內管刮除術」等 2 項，詳表二序號 3、4（附件 2，頁次優討 1-30）：

- 1.為明確支付規範，爰增訂適用範圍及明訂 2 項皆須檢附術後病理或細胞學報告。
- 2.財務評估：本案係明確支付規範，爰不增加財務支出。

(四)修訂 81017C「無妊娠併發症之陰道產」等 9 項，詳表二序號 5～13（附件 2，頁次優討 1-30～1-32）：

1. 依 112 年第 10 次、114 年第 1 次專諮會議決議（同附件 1，頁次優討 1-6～1-7、頁次優討 1-10～1-14），為明確支付規範，明訂陰道產之支付點數內含 2 度以內之撕裂傷修補，

並明訂 3 度以上會陰裂傷依裂傷程度核實併報相對應之修補術診療項目。

2. 財務評估：統計 112 年申報陰道產案件及其主次診斷裂傷嚴重程度，並以各診斷申報會陰修補相關醫令，合計增加財務支出約 32.00 百萬點（以醫院占 7 成 22.40 百萬點、基層占 3 成 9.6 百萬點估算）。

(五)修訂 81028C「前置胎盤或植入性胎盤之剖腹產」，詳表二序號 14（附件 2 頁次優討 1-32～1-33）：

1. 依 112 年第 10 次、113 年第 2 次、114 年第 2 次專諮會議及 113 年本會議第 1 次臨時會決議（同附件 1，頁次優討 1-6～1-9、頁次優討 1-15～1-18 及頁次優討 1-23～1-24），本項前經本會議討論，因屬限縮執行院所資格，由本署就中重度急救責任醫院及不同地區剖腹產之死亡率及併發症等結果之差異性評估後再議。
2. 復經 114 年第 2 次專諮會議討論，經分析 108 年至 112 年申報資料顯示，偏遠地區僅 1 家非急救責任醫院申報，且申報人數極少(每年 1-3 人)，非偏遠地區計 64 家非急救責任醫院申報，可轉介至鄰近急救責任醫院就醫。爰考量母嬰安全，本項限縮由「高危險妊娠及新生兒醫療中、重度能力之急救責任醫院」申報，未符合前述規範之院所，申報時須檢附未能於產前檢測出植入性胎盤之證明，採逐案審查。
3. 財務評估：本案係限縮執行院所資格，爰不增加支出。

(六)修訂 02028B「預立醫療照護諮商費-同次住院未曾申報或僅申報一次 02020B 緩和醫療家庭諮詢費」等 2 項，詳表二序號 15、16（附件 2，頁次優討 1-33～1-34）：

1. 依據安寧溝通會議決議，考量 113 年下半年實際諮商意願病人僅 86 人，約支出 0.25 百萬點，遠低於原推估執行情形，

爰建議擴大適用範圍(不限於住院病人)，且開放基層院所得申報本項服務，並簡化申報項目。

2.財務評估：原推估財務支出約 178 百萬點尚足以支應，爰不增加財務支出。

(七)修訂 64163B「全肩關節置換術」等 6 項，詳表三序號 1~6(附件 2，頁次優討 1-35)：配合新增「人工全肩關節再置換手術」等 2 項診療項目，爰修訂 64163B 等 6 項支付規範，不增加支出。

(八)修訂 14085C「B 型肝炎病毒核心關連抗原(HBcrAg)合併表面抗原(HBsAg)定量檢驗」等 5 項，詳表三序號 7~11(附件 2，頁次優討 1-35)：配合新增「B 型肝炎病毒表面抗原(HBsAg)定量檢驗」診療項目，爰修訂 14085C 等 5 項支付規範，不增加支出。

四、預算來源(附件 3，頁次優討 1-43)：新增修訂「酪氨酸磷酸酶自體抗體(EIA 法)」等 32 項，推估增加支出約 125.72 百萬點(醫院及西醫基層分別為 113.17 百萬點、12.55 百萬點)，由 114 年醫院及西醫基層總額之「新醫療科技」項下新增診療項目預算支應。

擬辦：本案經討論後如獲同意，增修支付標準表如附件 4(頁次優討 1-44~1-55)，並依程序報請衛生福利部核定後公布實施。

決議：

112 年第 10 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」

會議紀錄

時間：112 年 12 月 6 日上午 9 點 30 分

地點：台北市信義路 3 段 140 號 18 樓大禮堂

主持人：李副署長丞華

紀錄：施沂廷

出席專家：略。

列席單位及人員：略。

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄：確認。

參、報告事項：略。

肆、討論事項：

一、本署建議修訂「自然生產」併報「會陰修補」診療項目案。

討論重點：

(一)與會學會表示：

1. 臨床 3 度、4 度裂傷若未能妥善修補處理，可能會造成產婦日後排便或其它的問題，為反應臨床人員投入心力，均同意修訂陰道生產致會陰裂傷 3 度以上，得依實際縫合情形申報 79604C 及 79605C 等會陰修補診療項目，惟建議監測執行比例。
2. 根據國際文獻回復，4 度裂傷發生比例約 1%至 2%，3 度裂傷則在 3%至 10%不等，故建議監測申報比率 4 度裂傷約 2%以下，3 度裂傷約 5%。

(二)與會專家表示：

1. 本案修訂之財務影響恐有低估，目前生產給付僅 30,598 點，且陰道生產數逐年減少，相較現行會陰修補之高支付點數不成比例，無法反應臨床人員在自然生產付出的時間與人力，爰建議檢討自然生產及剖腹生產之給付。另，2 度裂傷及 3 度裂傷之間較難區辨，且支付點數高，申報後無法藉由審查辨別其適當性，爰建議再審酌 79604C 及 79605C 之管理指標。

2. 建議 81017C 支付規範修訂為「包括會陰切開術、2 度以內之裂傷縫合術及胎盤剝離等」。
3. 建議併同檢討 79604C 及 79605C 之支付點數及中文名稱。

結論：

- (一) 建議修訂陰道生產致會陰裂傷 3 度以上，得依實際縫合情形申報 79604C「會陰修補及肛門損傷修補」及 79605C「會陰修補及括約肌修補」，並修訂 81017C「無妊娠併發症之陰道產」支付規範文字，註明內含縫合 2 度以內之裂傷。
- (二) 考量衡平性，本案建議併同審視 79604C 及 79605C 之支付點數及中文名稱，會後請相關醫院及學會提供成本分析表供本署研議參考；並建議前述 2 項診療項目併報自然產之比率超出常模應加強管控，將移請醫審及藥材組研議。

二、本署建議修訂 81028C「前置胎盤或植入性胎盤之剖腹產」開放層級案。

討論重點：

- (一) 與會學會表示，前置胎盤依嚴重程度區分，完全性或部分性前置胎盤具有較高風險，邊緣性或低位性前置胎盤相對風險較低。建議可依風險程度區分，對於完全性或者是部分性的前置胎盤，建議到有能力的醫院治療；至於邊緣性或是低位性前置胎盤，若基層診所所有處置能力，應可提供相關診療。
- (二) 與會專家表示，同意修訂本診療項目，惟建議高風險的前置胎盤，由衛生福利部「醫院緊急醫療能力分級評定」之中度級以上急救責任醫院提供；但需考量偏鄉地區之服務可近性。

結論：建議「完全性前置胎盤、部分性前置胎盤及植入性胎盤手術」，限符合醫院緊急醫療能力分級評定屬高危險妊娠及新生兒醫療中度、重度級以上院所申報，並請本署評估是否影響偏鄉提供服務，再提會報告。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：上午 11 時 35 分。

113 年第 2 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」

會議紀錄

時間：113 年 3 月 6 日上午 9 點 30 分

地點：台北市信義路 3 段 140 號 18 樓大禮堂

主持人：李副署長丞華

紀錄：黃思瑄

出席專家：略。

列席單位及人員：略。

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄：確認。

參、報告事項：略。

肆、討論事項：

一、本署建議修訂 81028C「前置胎盤或植入性胎盤之剖腹產」開放層級案。

討論重點：

- (一) 本案經 112 年第 10 次本會議討論，建議「完全性前置胎盤、部分性前置胎盤及植入性胎盤手術」應限符合醫院緊急醫療能力分級評定屬高危險妊娠及新生兒醫療中度、重度級以上院所申報，並評估是否影響偏鄉提供服務，再提會討論。
- (二) 婦產科醫學會表示，考量是類高風險個案遇有緊急或是需由其他專科介入治療之情形，屬醫院層級才有辦法執行，爰同意限高危險妊娠及新生兒醫療重度級、中度以上院所方得申報本項目。另建議可將「前置胎盤」與「植入性胎盤」分別限制，屬「前置胎盤」可放寬予「地區醫院」執行；未符合資格，但因緊急進行手術處置而不得申報本項目者，仍可申報 81011C「有妊娠併發症之剖腹產術」或提供「轉診補助」。
- (三) 周產期醫學會表示，考量「前置胎盤」與「植入性胎盤」診斷難度差距甚遠，「植入性胎盤」不易事前診斷(約 80%無法透過事前診斷發現)，建議分列為「完全性、部分性前置胎盤及植入性胎盤術」與「邊緣性前置胎盤及低位前置胎盤術」兩項支付不同價格。

其中，「完全性、部分性前置胎盤」限高危險妊娠及新生兒醫療中度、重度級以上院所(地區醫院以上)方得申報；若術中才診斷出「植入性胎盤」，地區醫院或診所亦申報「邊緣性前置胎盤及植入性胎盤術」。

(四) 醫師公會全國聯合會表示，鑑於產前診斷準確率的差異，建議「前置胎盤」與「植入性胎盤」應分列項目；若地區醫院具備高危險妊娠及新生兒醫療中度以上能力，應可獲得給付。

(五) 與會專家表示：

1. 同意「具備高危險妊娠及新生兒醫療中度級以上」之醫院申報，但建議署方需針對申報案件逐案審查，確保高危險產婦受到安全、妥適的處置措施。
2. 鼓勵院所利用「子宮內轉診」機制，盡量能及時將高危險妊娠個案轉介到有能力處理的醫療院所，以避免母嬰因延誤治療或處置不當所造成永久性的傷害。
3. 未符合資格之醫療院所，若屬急迫性收治，無法於事先診斷的「植入性胎盤」高風險個案，仍應提供其依實際臨床處置核實申報，並於事後審查管理，另建議申報須檢附高危險妊娠孕產婦處置之標準流程，以落實管理機制。
4. 建議本項修正後，健保署對於「未能於產前診斷出植入性胎盤，後續申報處置給付」案件數以及審查通過比例進行蒐集分析。

結論：建議「完全性前置胎盤、部分性前置胎盤及植入性胎盤手術，限高危險妊娠及新生兒醫療重度級、中度級能力之急救責任醫院申報」，另增列「未能於產前診斷出植入性胎盤」之院所後續申報及加強專業審查文字，並請與會學會協助確認相關修訂文字。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：12 時 28 分。

114 年第 1 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」

會議紀錄

時間：114 年 1 月 22 日上午 9 點 30 分

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主持人：陳院長文鍾

紀錄：陳姿吟

出席專家：略。

列席單位及人員：略。

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄：確認。

參、報告事項：略。

肆、討論事項：

- 一、研議 80401C「診斷性或治療性子宮擴張刮除術（非產科）」、81031C「子宮內管刮除術」適應症範圍及同時申報之合理性案。

討論重點：

(一) 提案單位表示：

1. 80401C 施行部位為子宮腔的子宮內膜，81031C 則是施行於子宮頸的子宮內頸，兩者診斷及執行手術之部位完全不同，且使用的器械也不同，應為互相獨立的手術項目。
2. 是否同時施行 2 個項目需依適應症作判斷，施行 80401C 為懷疑子宮內膜問題，而施行 81031C 多為懷疑子宮內頸病變，且會合併使用陰道鏡。因此，若懷疑子宮內膜病變，檢附子宮頸抹片稍有疑義，建議應檢附子宮超音波。

(二) 與會專家表示：

1. 兩者確實為不同項目，同意列為可併報項目，並依手術通則六折付規定辦理，且適應症宜明確敘述，建議 81031C 適應症增列子宮異常出血。
2. 臨床上可能因超音波檢查發現疑似子宮異常而施行 80401C，又 80401C 是診斷性或治療性刮除，專業認定施行必要性即可，爰檢附抹片檢查報告及超音波報告非必要條件。

結論：經與會學會及專家充分討論後，建議修訂支付規範如下：

(一) 修訂 81031C 診療項目：

1. 中英文名稱：子宮內管刮除術(Endocervical curettage)
2. 適應症：子宮異常出血、子宮頸抹片異常、子宮頸錐形切除後確認子宮內頸管是否仍有病灶。
3. 檢附子宮頸抹片檢查報告及術後病理細胞學報告。

(二) 修訂 80401C 診療項目：

1. 中英文名稱：診斷性或治療性子宮擴張刮除術(非產科)(Diagnostic or therapeutic dilation and curettage (Non- obstetric))
2. 適應症：子宮異常出血、子宮內膜過厚或懷疑有子宮內膜病灶、子宮頸抹片有腺體異常。
3. 檢附術後病理細胞學報告。

三、修訂 30512C「碳-13 尿素呼氣檢查幽門螺旋桿菌感染」、30522C「幽門桿菌糞便抗原檢查」。

討論重點：

(一) 提案單位表示：

1. 為避免抗生素抗藥性影響除菌藥物治療效果，並降低病人潛在就醫障礙，建議修訂 30512C 及 30522C 適應症刪除「潰瘍」之限制，以減少為確診潰瘍而執行上消化道內視鏡，擷節健保的資源及費用。
2. 本案係配合去(113)年 8 月幽門螺旋桿菌對應藥物放寬給付範圍，考量政策延續性，建議修訂以使藥物治療跟檢測之規範一致。

(二) 與會學會表示：

1. 此兩項目於診斷幽門螺旋桿菌之準確率相當，且有不同適用族群；惟 30512C 支付點數相對較高，以呼氣方式收集檢體，保存相對穩定。
2. 為確認用藥療效及安排後續治療，並考量健保財務，建議優先修訂 30522C，倘財務允許再修訂 30512C。

(三) 與會專家表示：

1. 倘後續國民健康署推動本案相關篩檢，衍生增加之無症狀感染者人數難以預估，建議健保署後續追蹤財務衝擊。
2. 30512C 與 30522C 應擇一執行，建議增訂 30512C 與 30522C 不得同時申報。
3. 考量幽門螺旋桿菌為兒童常見疾病，建議將適應症第(1)項中之幼兒放寬為兒童。

結論：經與會學會及專家充分討論後，決議如下：

- (一) 建議修訂 30522C 原適應症第二點為：證實為幽門螺旋桿菌感染病人為除菌治療後之療效確認與追蹤，第一次於潰瘍治療(含 PPI 藥物)停藥後一個月施行一次。
- (二) 30512C 支付點數 1,160 點遠高於 30522C 支付點數 376 點，請健保署評估檢測成本及醫材價格後，推估財務衝擊再議。
- (三) 有關建議適應症由幼兒放寬為兒童一節，因非本次建議修訂診療項目範疇，請相關醫學會另提新案討論。

四、有關建議修訂 14074C 「HIV 病毒負荷量檢查」案。

討論重點：

(一) 提案單位表示：

1. 目前抗原抗體初篩有其侷限性，建議於專家評估後，以本項目作為第二診斷依據，以減少空窗期傳播之可能。
2. 考量部分個案治療與監測之需求，建議增加 1 次執行次數。

(二) 與會學會表示：

1. 與傳統項目相較，本項敏感度較高，且可於空窗期即早診斷，支持修訂。
2. 考量感染科門診相對較不普遍，建議放寬，不限感染科醫師執行。

(三) 與會專家表示：

1. 尊重感染科專業性及治療連續性，建議仍由感染科醫師執行 HIV 檢測診斷。

2. 同意增加治療與監測時執行次數，且應於病歷中敘明。

結論：經與會學會及專家充分討論後，建議修訂支付規範如下：

(一) 原人類免疫缺乏病毒感染診斷之使用時機修訂為：

1. a. 抗原或抗體初篩檢測(14049C 或 14050B 或 14082B)陽性後執行。

2. b. 抗原或抗體初篩檢測(14049C 或 14050B 或 14082C)為陰性，經感染科醫師評估有感染風險行為，且臨床上有急性初期感染之相關症狀或檢驗數值。

(二) 原人類免疫缺乏病毒感染治療監測之執行頻率修訂為：每人每年限四次，若屬新服藥或有抗藥性病毒需多執行一次者，應於病歷詳述執行原因。

(三) 屬西醫基層總額部門院所，山地離島地區限由專任醫師開立處方始可申報。

五、建議新增「新科化酪氨酸磷酸酶自體抗體酵素免疫分析試劑（第2代）」診療項目案。

討論重點：

(一) 提案單位表示，即早診斷第一型糖尿病能及時阻斷後續之併發症，建議新增本項檢測（下稱 IA-2）給予及時幫助。

(二) 與會學會表示，目前受限於檢驗量不多，多數醫院一個月才執行一次檢驗，若限制 12180C 穀氨酸脫羧酶抗體（Glutamic acid decarboxylase autoantibody，下稱 GAD）陰性才給付，等待報告時間延長恐延遲診斷，若無此申報限制，病人可同時執行 2 項抗體檢驗，提升診斷率也縮短診斷時間。

(三) 與會專家表示：

1. 本項內含檢驗試劑之成本價格比美國還貴，建議比照醫材管理，當達一定程度使用量時與廠商討論降價之可行性。

2. 若本項納入健保後，申報件數上升，院所檢驗室將增加檢測頻率，為達給付效益，建議限制 GAD 陰性後才可給付。

結論：經與會學會及專家充分討論後，建議新增支付規範如下：

(一) 中英文名稱：酪氨酸磷酸酶自體抗體(EIA)(Tyrosine phosphatase Autoantibody(IA-2Ab)(EIA))

(二) 適應症：疑似第一型糖尿病診斷。

(三) 支付點數：1,067 點。

(四) 申報次數：每人終身限給付 1 次

(五) 人員資格要求：限內分泌新陳代謝科或小兒內分泌專科醫師開立。

(六) 本項須於抗 GAD 抗體檢測結果為陰性方可給付。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：下午 12 時 13 分。

114 年第 2 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」
會議紀錄(後補)

114 年 3 月 11 日安寧品質評核加成獎勵方案溝通會議
會議紀錄(後補)

「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 1 次臨時會會議紀錄

時 間：113 年 4 月 25 日（星期四）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：黃筠喬

列席單位及人員：略。

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄，參閱不宣讀：確認。

參、報告事項：略。

肆、討論事項：

- 一、新增修訂「經口內視鏡食道肌肉切開術」等 13 項診療項目案（詳附件 1，P9-13）。

說明：

- （一）新增「經口內視鏡食道肌肉切開術」、「顯微血管游離瓣手術－穿通枝瓣移植（單區塊／雙區塊／三區塊以上組織瓣）」、「預立醫療照護諮商費－未曾申報或該次住院僅申報 1 次 02020B 者／同次住院申報 2 次 02020B 者」等 6 項診療項目。
- （二）修訂 12195B「Her-2/neu 原位雜交」適應症及中文名稱；81028C「前置胎盤或植入性胎盤之剖腹產」，限執行醫院資格；12207B「白血病即時定量聚合酶連鎖反應法」等 3 項併新增「白血病即時定量聚合酶連鎖反應法(IVD)」等 2 項診療項目。

決議：

- （一）同意新增「預立醫療照護諮商費－未曾申報或該次住院僅申報 1 次 02020B 者／同次住院申報 2 次 02020B 者」（3,000 點/1,500 點），其適應症採 B 案，須具完全行為能力之住院病人並符合 65 歲以上重大傷病且罹患安寧收案條件所列之疾病

別、輕度失智症(CDR 0.5-1 分)、符合病主法第 14 條第 1 項第 5 款公告之疾病別、居整計畫收案對象，並訂有支付規範。

- (二) 同意修訂 12195B「Her-2/neu 原位雜交」適應症及中文名稱、12207B「白血病即時定量聚合酶連鎖反應法」等 3 項併新增「白血病即時定量聚合酶連鎖反應法(IVD)」等 2 項診療項目。
- (三) 有關「經口內視鏡食道肌肉切開術」，因適應症、支付規範及內含之材料費未達共識，暫保留；「顯微血管游離瓣手術－穿通枝瓣移植」，因部分代表對本項成本分析仍有疑義，暫保留，並邀請前開持不同意見之醫界代表共同參與後續討論；81028C「前置胎盤或植入性胎盤之剖腹產」，因屬限縮執行院所資格，由本署就中重度急救責任醫院及不同地區剖腹產之死亡率及併發症等結果之差異性評估後再議。

伍、散會：下午 5 時 48 分

表一、114 年建議新增醫療服務給付項目及財務影響評估彙整表(計 5 項目)

序號	中文名稱	主要臨床功能及目的	適用範圍/支付規範	建議支付點數		建議支付點數(含一般材料費) A	被替代項目及替代率					預估年執行量 E	預估年增點數(百萬點) F=	
				表定點數	表列材料費%		被替代診療項目	中文名稱	支付點數 B	替代率 C	醫令申報量 D (112 年)		①A*E-B*E ②A*E-B*D ③A*(E-D)+(A-B)*D ④A*E ⑤A*E-B*C*D	
1	酪氨酸磷酸酶自體抗體 (EIA 法)	本項可及早診斷第一型糖尿病，給予病人適當治療以阻斷後續併發症，爰建議新增。為達到給付效益，本項須於 12180C「穀醯酸脫梭酶抗體(GAD)」陰性後方可執行。	<u>註：</u> <u>1.適用範圍：疑似第一型糖尿病診斷。</u> <u>2.支付規範</u> <u>(1)限內分泌新陳代謝科、小兒內分泌專科醫師開立處方。</u> <u>(2)限 12180C「穀醯酸脫梭酶抗體(GAD)」呈現陰性始得申報本項。</u> <u>(3)每人終生限給付一次。</u>	1,067		1,067						7,534	8.04	④
													註 1	
2	早產兒母乳補乳(每 25 mL 母乳)	早產兒餵食照護心力高於一般新生兒，為回饋照護每位早產兒之心力，並減輕早產兒家庭財務負擔，爰建議新增。	<u>註：</u> <u>1.適用範圍：出生週數小於等於 32 週或出生體重小於等於 1,800 公克之早產兒，採母乳餵食者，且每日餵食量達 100mL/kg/day。</u> <u>2.限住院期間申報。</u>	30		30						1,127,624	33.83	④
													註 2	

序號	中文名稱	主要臨床功能及目的	適用範圍/支付規範	建議支付點數		建議支付點數(含一般材料費) A	被替代項目及替代率					預估年執行量 E	預估年增點數(百萬點) F=	
				表定點數	表列材料費%		被替代診療項目	中文名稱	支付點數 B	替代率 C	醫令申報量 D (112年)		①A*E-B*E ②A*E-B*D ③A*(E-D)+(A-B)*D ④A*E ⑤A*E-B*C*D	
3	B 型肝炎病毒表面抗原(HBsAg)定量檢驗	本項為已標準化且臨床證據力等級高的停藥指標，臨床建議採用，爰建議新增。	<u>註：</u> 1.適用範圍：慢性 B 型肝炎病人，因 B 型肝炎發作接受口服抗病毒藥物治療，得於停藥前執行本項檢測，而延長用藥期間之檢驗，每次檢驗須間隔二十四週以上。 2.不得同時申報 12184C、14030C、14031C、14032C、14085C。 3.須符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準附件六藥品給付規定第十節抗微生物劑 10.7.3.暨 10.7.4.之醫師資格。 4.本項須按「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」格式，於檢驗(查)申報前上傳檢驗(查)結果報告，未上傳者本項不予支付。	475		475							不增加財務支出	
4	人工全肩關節再置換手術	此二項肩關節手術無對應健保診療項目可申報，另骨質較差或嚴重粉碎性骨折的老年人，採用反	<u>註：</u> 1.須事前審查，須檢附病史清晰可判讀的 X-RAY 及 MRI 影像學檢查報告。 2.不得同時申報項目：64163B、64198B。 3.一般材料費，得另加計百分之二十。	30,016	20%	36,019	64163B	全肩關節置換術	14,260	5%	954	78	1.92	⑤
							64259B	半肩關節成形術	17,595	5%	235	12		
												註 3		
5	反置人工全肩關節置換手術	置人工全肩關節，可避免多次手術，爰建議新增。	<u>註：</u> 1.適用範圍： (1)肩關節旋轉肌群無法修復且造成重大失能(達到顯著運動失能)，且 65 歲(含)以	29,128	21%	35,245	64163B	全肩關節置換術	14,260			913	19.16	①

序號	中文名稱	主要臨床功能及目的	適用範圍/支付規範	建議支付點數		建議支付點數(含一般材料費) A	被替代項目及替代率					預估年執行量 E	預估年增點數(百萬點) F=
				表定點數	表列材料費%		被替代診療項目	中文名稱	支付點數 B	替代率 C	醫令申報量 D (112年)		
			<p><u>上。旋轉肌群無法修復之審查標準為肩核磁共振顯示旋轉肌群有巨大斷裂且合併旋轉肌群 Goutallier grade3(含)以上脂肪浸潤變化。</u></p> <p><u>(2)肩盂骨性缺損合併關節病變需置換人工肩關節者，肩關節盂骨缺損達 Walch classification B(含)以上或 glenoid retroversion 15 度(含)以上，且 65 歲(含)以上。</u></p> <p><u>(3) 70 歲(含)以上肱骨上端骨缺損，X 光顯示肱骨上端骨缺損且臨床需合併反覆性肩關節脫臼或慢性肩關節脫臼病史。</u></p> <p><u>(4)類風溼性關節炎合併肩關節旋轉肌群無法修復且造成重大失能。旋轉肌群無法修復之審查標準為肩核磁共振顯示旋轉肌群有巨大斷裂且合併旋轉肌群 Goutallier grade3(含)以上脂肪浸潤變化。</u></p> <p><u>2.須事前審查，須檢附病史清晰可判讀的 X-RAY 及 MRI 影像學檢查報告。</u></p> <p><u>3.不得同時申報項目：64121B、64122B、64163B、64243B、64244B。</u></p> <p><u>4.一般材料費，得另加計百分之二十一。</u></p>										①A*E-B*E ②A*E-B*D ③A*(E-D)+(A-B)*D ④A*E ⑤A*E-B*C*D 註 4
6 項新增項目 小計												合計	62.95

註：

- 註 1：統計 112 年符合新發第一型糖尿病(E10)診斷人數為 7,534 人，考量人數穩定未有成長趨勢，故以年成長率為零計算，推估 114 年執行人數為 7,534 人，增加財務支出約 8.04 百萬點。經查 12180C 基層申報量為 0，故本次新增項目在西醫基層財務未個別分開計算。
- 註 2：查衛生福利部國民健康署（下稱國健署）公告「出生通報統計年報」，112 年出生週數小於 37 週者有 14,755 人，其中約有 15%符合適應症，併以學會提供臨床調查「小於 1,000 克」、「1,000 至 1,500 克」之人數換算比例、平均使用天數、平均用量，「小於 1,000 克」者推估約有 819 人，平均使用天數 87 天、平均使用 8 單位；「1,000 至 1,500 克」推估約有 1,394 人，平均使用天數 50 天、平均使用 8 單位。綜上，合計使用 1,127,624 單位，推估增加財務支出約 33.83 百萬點。 $[=30*(14,755*15\%*37\%*87*8+14,755*15\%*63\%*50*8)]$
- 註 3：徵詢專家表示現行申報 64163B 及 64259B 各約有 5%會改為申報本次新增項目，112 年申報量分別為 954 及 235 筆，年成長率 64163B 為 27.70%，64259B 為負故以零成長計算，推估 114 年申報量為 78 筆 $[=954*(1+27.70\%)^2*5\%]$ 及 12 筆 $[=235*5\%]$ 。分別扣除替代後合計增加財務支出約 1.91 百萬點 $[=78*(36019-14,260)+12*(36019-17,595)]$ 。
- 註 4：參考特殊材料 113 年 11 月份共同擬訂會議資料，適應症第一、二、四項依「反置式肩關節系統」113 年 1-8 月申報整組為 522 組，推估全年使用量約 783 組，以年成長率 5%計算，推估使用量約 863 組。適應症第三項參考學會推估，年使用量約 50 組。綜上，合計使用量 913 組 $[=863+50]$ ，扣除替代項目 64163B，推估增加財務支出約 18.95 百萬點 $[=913*(35,012-14,260)]$ 。

表二、114 年建議修訂醫療服務給付項目及財務影響評估彙整表(計 16 項目)

序號	診療編號	名稱	修訂說明	適用範圍/相關規範	建議支付點數(含一般材料費) A	原支付點數(含一般材料費) B	被替代診療項目及替代率				預估全國執行量 D	預估年增點數(百萬點) E= ①A*D-②A*D-B*D	
							編號	中文名稱	支付點數	醫令申報量 C(112年)			預估替代醫令量
1	30522C	幽門桿菌糞便抗原檢查	配合健保胃幽門螺旋桿菌藥品給付規定，修訂本項於除菌治療後確認療效之適用範圍，爰刪除「潰瘍」之限制。	註： 1.適應症用範圍： (1)出血、幼兒、孕婦、衰老等不適合做胃鏡檢查之消化性潰瘍患者治療前之幽門螺旋桿菌感染鑑定檢查。 (2)證實為潰瘍併幽門螺旋桿菌感染患者為除菌治療後之療效確認與追蹤，第一次於潰瘍治療(含 PPI 藥物)停藥後一個月施行一次。 2.支付規範 (1)不得同時申報 13007C、13018C、28016C、28030C 及 30512C。 (2)限試劑抗原屬台灣本土菌株者申報。 (3)本項檢查採包裹式給付，不論方法皆不得另行申請材料費用。	376	376					79,315	29.82	① 註 1
2	14074C	HIV 病毒負荷量檢查	根據衛生福利部疾病管制署發布「愛滋病防治工作手冊」，經 HIV Ag/Ab Combo 快速初步檢驗結果為「陰性」者，經臨床專業判斷懷疑處於急性感染期或空窗期，可立即抽血執行本項，以加速診斷；另考量新服藥或有抗藥性病毒者之檢測需求，爰	註： 1.限下列任一情境使用 (1)人類免疫缺乏病毒感染診斷 A.使用時機： a.抗原或抗體初篩檢測(14049C 或 14050B 或 14082B)陽性後執行。 b.抗原或抗體初篩檢測(14049C 或 14050B 或 14082C)為陰性，經感染科醫師評估有感染風險行為，且臨床上有急性初期感染之相關症狀或檢驗數值。 B.執行頻率：每人每年限一次。	4,000	4,000					238	0.95	① 註 2

序 號	診療 編號	名稱	修訂說明	適用範圍/相關規範	建議 支付 點數 (含一 般材 料費) A	原支 付點 數(含 一般 材料 費) B	被替代診療項目及 替代率					預估 全國 執行 量 D	預估年 增點數 (百萬點) E= ①A*D ②A*D- B*D
							編號	中文 名稱	支 付 點 數	醫令 申報 量 C(112 年)	預估 替代 醫令 量		
			修訂本項適應症及執行頻率。	C.執行院所：限衛生福利部人類免疫缺乏病毒指定醫事機構或疾病管制署病原體分生檢測認可之健保特約醫事服務機構申報。 (2)人類免疫缺乏病毒感染治療監測 A.執行院所：限衛生福利部人類免疫缺乏病毒指定醫事機構申報。 B.執行頻率：每人每年限四次， <u>若屬新服藥或有抗藥性病毒需多執行一次者，應於病歷詳述執行原因。</u> 2.屬西醫基層總額部門院所，限由感染科專科醫師開立處方始可申報。 3.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始可申報。									
3	80401C	診斷性或治療性子宮擴張刮除術(非產科)	為明確支付規範，爰增訂適用範圍及明訂2項皆須檢附術後病理或細胞學報告。	註： <u>1.適用範圍：子宮異常出血、子宮內膜過厚或懷疑有子宮內膜病灶、子宮頸抹片有腺體異常。</u> <u>2.檢附術後病理細胞學報告。</u>	612	612							增列支付規範，不增加財務支出
4	81031C	子宮內管刮除術		註： <u>1.適用範圍：子宮異常出血、子宮頸抹片異常、子宮頸錐形切除後確認子宮內頸管是否仍有病灶。</u> <u>2.檢附子宮頸抹片檢查報告及術後病理細胞學報告。</u>	1,799	1,799							
5	81017C	無妊娠併發症之陰道產	為明確支付規範，爰明訂陰道產之縫合術包含縫合2度以內之裂傷，並考量3度、4度裂傷修補耗費較多	註：包括會陰切開術，縫合術(<u>縫合2度以內之裂傷</u>)及胎盤剝離等。	14,000	14,000						132	32.00
6	79604C				9,115	9,115						4,563	

序 號	診療 編號	名稱	修訂說明	適用範圍/相關規範	建議 支付 點數 (含一 般材 料費) A	原支 付點 數(含 一般 材料 費) B	被替代診療項目及 替代率					預估 全國 執行 量 D	預估年 增點數 (百萬點) E= ①A*D ②A*D- B*D
							編號	中文 名稱	支 付 點 數	醫令 申報 量 C(12 年)	預估 替代 醫令 量		
		會陰修補及肛門損傷修補	心力及時間，爰修訂3度、4度會陰裂傷得依實際縫合情形申報會	註：陰道生產致會陰裂傷4度，得依實際縫合情形申報，申報費用時應檢附手術紀錄及術後傷口處置情形於病歷上備查。									
7	79605C	會陰修補及括約肌修補	陰修補。	註：陰道生產致會陰裂傷3度，得依實際縫合情形申報，申報費用時應檢附手術紀錄及術後傷口處置情形於病歷上備查。	7,762	7,762						1,169	註 3~5
8	81034C	有妊娠併發症之陰道產		註： 1.妊娠併發症係指： (1)子癰前症、子癰症、妊娠糖尿病、胎位不正、和有病歷記載之內外科併發症者。 (2)妊娠二十二週以上至未滿三十三週早產病患。(排除胎死腹中，及符合優生保健法之中止妊娠) (3)四十歲以上初產婦。 (4)BMI≥35之初產婦。 (5)嚴重妊娠高血壓。 (6)胎兒生長遲緩或胎兒發育異常者(IUGR)或胎盤功能異常者。 (7)妊娠合併內科疾病：心臟病、糖尿病、甲狀腺疾病、腎臟疾病(NS,IgA,ESRD)、免疫性疾病(SLE)、血小板低下症。 (8)白血病。 (9)血友病(Coagulopathy)。 (10)愛滋病。 (11)產後大出血者。 (12)胎盤早期剝離。 (13)合併接受外科手術者。 (14)雙胞胎輸血症候群。 2.包括會陰切開術，縫合術(縫合2度以內之裂傷)及胎盤剝離等。	19,999	19,999							增列 支付 規範， 不增 加財 務支 出

序 號	診療 編號	名稱	修訂說明	適用範圍/相關規範	建議 支付 點數 (含一 般材 料費) A	原支 付點 數(含 一般 材料 費) B	被替代診療項目及 替代率				預估 全國 執行 量 D	預估年 增點數 (百萬點) E= ①A*D ②A*D- B*D
							編號	中文 名稱	支 付 點 數 C(112 年)	預估 替代 醫令 量		
9	81018C	雙胎分娩		註：包括會陰切開術，縫合術(縫合 2 度以內之裂傷)及胎盤剝離等。	26,393	26,393						
10	81019C	多胎分娩		註：包括會陰切開術，縫合術(縫合 2 度以內之裂傷)及胎盤剝離等。	29,439	29,439						
11	81024C	前胎剖腹產後之陰道生產(接生費)		註：包括會陰切開術，縫合術(縫合 2 度以內之裂傷)及胎盤剝離等。	23,386	23,386						
12	81025C	前胎剖腹產後之陰道生產(雙胎分娩)		註：包括會陰切開術，縫合術(縫合 2 度以內之裂傷)及胎盤剝離等。	27,165	27,165						
13	81026C	前胎剖腹產後之陰道生產(多胎分娩)		註：包括會陰切開術，縫合術(縫合 2 度以內之裂傷)及胎盤剝離等。	30,907	30,907						
14	81028C	前置胎盤或植入性胎盤之剖腹產	本項前經本會議討論，因屬限縮執行院所資格，由本署就中重度急救責任醫院及不同地區剖腹產之死亡率及併發症等結果之差異性評估後再	註： 1.完全性前置胎盤、部分性前置胎盤及植入性胎盤手術應符合下列規範： (1)限高危險妊娠及新生兒醫療中度級、重度級能力之急救責任醫院申報。 (2)執行植入性胎盤剖腹產惟未符合前述規範之院所，申報時須檢附未能於產前診斷出植入性胎盤之證明，採逐案審查。								增列支付規範，不增加財

序 號	診療 編號	名稱	修訂說明	適用範圍/相關規範	建議 支付 點數 (含一 般材 料費) A	原支 付點 數(含 一般 材料 費) B	被替代診療項目及 替代率				預估 全國 執行 量 D	預估年 增點數 (百萬點) E= ①A*D ②A*D- B*D	
							編號	中文 名稱	支 付 點 數	醫令 申報 量 C(112 年)	預估 替代 醫令 量		
			議，復經 114 年第 2 次專諮會議決議，申報影響有限，並考量前置胎盤或植入性胎盤之剖腹產易併發產後大出血，其生產院所應具相當之緊急處置能力，為保障母嬰安全，爰建議限定完全性前置胎盤、部分性前置胎盤及植入性胎盤之執行醫院資格。	2.合併非治療性闌尾切除不另給付。								務支 出	
15	02028BC	預立醫療 照護諮商 費 同次住院 未曾申報 或僅申報 ——次 02020B 「緩和醫 療家庭諮 詢費」者	考量 113 年下半年實際諮商意願病人僅 861 點，遠低於原推估執行情形，爰建議擴大適用範圍(不限於住院病人)，開放基層院所得申報本項服務，並簡化申報項目。	註： 執行 02028B 及 02029B 1.符合下列任一適應症，且具完全行為能力之 住院 病人： (1)六十五歲以上重大傷病 病人 。 —— (2) 且罹患符合 安寧療護收案條件 者 所列之疾病別 。 (3)臨床失智評估量表(Clinical Dementia Rating, CDR)0.5 至 1 分。 (4)病人自主權利法第十四條第一項第五款所公告之病名。 (5)「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」收案對象。 (6)「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」或「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」之六十五歲以上多重慢性 病人 。	3,000	3,000						開 放 適 用 層 級， 不 增 加 財 務 支 出	
16	02029B	預立醫療 照護諮商 費 同次住		2.相關規範： (1)諮商參與人員：依病人自主權利法之規定辦理。	1,500	1,500							

序 號	診療 編號	名稱	修訂說明	適用範圍/相關規範	建議 支付 點數 (含一 般材 料費) A	原支 付點 數(含 一般 材料 費) B	被替代診療項目及 替代率				預估 全國 執行 量 D	預估年 增點數 (百萬點) E= ①A*D ②A*D- B*D	
							編號	中文 名稱	支 付 點 數	醫令 申報 量 C(112 年)			
		院申報二 次02020B 「緩和醫 療家庭諮 詢費」者		(2)諮商紀錄：應有每次會議完整之諮商溝通內容紀錄，並應將影本併入病人之病歷紀錄留存，紀錄有參與諮商醫療團隊及病人或家屬簽名，並簽署預立醫療決定。 (3)申報規定： A.當次就醫前已於全民健康保險憑證註記預立醫療決定者，不得申報本項費用。 B.每人終生以申報一次為限。 C.應依病人自主權利法，於申報前完成預立醫療決定上傳至中央主管機關之資料庫，未完成者，本項費用不予支付。									

註：

註1：依據國內文獻及專家意見，有症狀無潰瘍者幽門螺旋桿菌（HP）陽性率約 40.8%，新增一線用藥人數約 146,880 人 $[=360,000*40.8\%]$ ，一線用藥後需再檢驗（re-test）以確認與追蹤療效者占 50%，約 73,440 人 $[=146,880*50\%]$ 。

假設進行一線治療且 re-test 者中約 16%會進行二線治療，約 11,750 人；需再檢測確認比率與一線相同為 50%，約 5,875 人 $[=11,750*50\%]$ ，合計增加財務支出約 29.82 百萬點 $[=(73,440+5,875)*376]$ （醫院 26.87 百萬點 $[=79,315*376*90.1\%]$ 、基層 2.95 百萬點 $[=79,315*376*9.9\%]$ ）。

註2：統計 108 年至 112 年申報 14049C 或 14050B 或 14082C 且 30 天內申報 14074C 之人數，考量執行人數穩定，故以年成長率為零計算，參考臨床病理暨檢驗醫學會提供，執行抗原或抗體初篩之病人，陰性約 98.9%、陽性 1.1%，又陰性者約 0.24%會執行本項，推估 114 年執行人數約 238 人 $[=1,105/1.1\%*98.9\%*0.24\%]$ ，增加財務支出約 95.2 萬點 $[=238*4,000]$ （醫院 0.949 百萬點 $[=238*0.9969*4,000]$ 、西醫基層 4000 點 $[=238*0.0031*4,000]$ ）。

註3：統計 112 年主次診斷判定裂傷嚴重程度為二度列上以下者，原併報 79602C、79604C、79605C 各有 121、1、10 件，修訂後會陰修補費用內含於陰道產費用中，另修補費用符合同刀口第二刀折付，故將點數進行折付計算，推估減少財務支出約 22.2 萬點。 $[=121*(0-1,290)+1*(0-5,938)+1*(0-6,973)]$

註4：統計 112 年主次診斷判定裂傷嚴重程度為三度者，原併報 79602C、79604C 各有 5 件、1 件，另有 4,230 件無併報任何會陰修補，修補費用符合同刀口第二刀折付，故將點數進行折付計算，明訂三度裂傷者得併報 79605C 後，推估增加財務支出約 25.14 百萬點。 $[=5*(5,938-1,290)+1*(5,938-6,973)+4,230*5,938]$

註5：統計 112 年主次診斷判定裂傷嚴重程度為四度者，原併報 79602C、79605C 各有 6 件、6 件，另有 1009 件無併報任何會陰修補，修補費用符合同刀口第二刀折付，故將點數進行折付計算，明訂三度裂傷者得併報 79604C 後，推估增加財務支出約 7.08 百萬點。 $[=6*(6,973-1,290)+6*(6,973-5,938)+1,009*6,973]$

表三、114 年建議修訂醫療服務給付項目文字彙整表(計 6 項目)

序號	診療編號	名稱	修訂說明	適應症/相關規範	備註
1	64163B	全肩關節置換術	如通過前述新增「人工全肩關節再置換手術」暨「反置人工全肩關節置換手術」，建議限制不得同時併報。	不得同時申報：人工全肩關節再置換手術、反置人工全肩關節置換手術	
2	64198B	人工關節移除－股、肩、膝		不得同時申報：人工全肩關節再置換手術	
3	64121B	肩旋轉袖破裂修補術－小破裂		註：	
4	64122B	肩旋轉袖破裂修補術－大破裂		1.64122B 一般材料費及單次使用小骨鋸片、鑽頭、關節鏡專用套管，得另加計百分之一百十二。 2. 不得同時申報：反置人工全肩關節置換手術	
5	64243B	關節鏡手術－關節鏡探查手術，併施行滑膜切片，灌洗，清創		註：	
6	64244B	關節鏡手術－關節鏡下關節面磨平成形成術，打洞，游離體或骨軟骨碎片取出手術		1.以上 64243B 及 64244B 二項點數皆含鏡檢費用。 2.64243B 一般材料費及單次使用關節鏡磨刀，得另加計百分之一百七十三。 3.64244B 一般材料費及單次使用刮刀及磨刀，得另加計百分之一百零三。 4. 不得同時申報：反置人工全肩關節置換手術	
7	12184C	去氧核糖核酸類定量擴增試驗		註：不得同時申報 14085C、 14086C 。	
8	14030C	B 型肝炎表面抗原 HBsAg（定性）－ Latex 法		註：14030C 至 14032C 不得同時申報 14085C、 14086C 。	
9	14031C	B 型肝炎表面抗原 HBsAg（定性）－ RPHA 法			
10	14032C	B 型肝炎表面抗原 HBsAg（定性）－ EIA/LIA			
11	14085C	B 型肝炎病毒核心關連抗原 (HBcrAg) 合併表面抗原 (HBsAg) 定量檢驗		註： 1. 適應症用範圍 ：慢性 B 型肝炎病人，因 B 型肝炎發作接受口服抗病毒藥物治療，得於停藥前執行本項檢測，而延長用藥期間之檢驗，每次檢驗須間隔二十四週以上。 2.不得同時申報 12184C、14030C、14031C、14032C、 14086C 。 3.須符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準附件六藥品給付規定第十節抗微生物劑 10.7.3.暨 10.7.4.之醫師資格。 4.本項須按「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」格式，於檢驗（查）申報前上傳檢驗（查）結果報告，未上傳者本項不予支付。	

003-1 診療項目成本分析表(108年新參數校正)

項目名稱：酪氨酸磷酸酶自體抗體(EIA法)

提案單位：社團法人中華民國糖尿病學會

錄案編號：

單位：元

直接成本	用人成本	人 員 別	人 數		每人每分鐘 成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計
		1.主治醫師以上						192
		2.住院醫師						
		3.護理人員						
		4.醫事人員	1	8	24	192		
		5.行政人員						
		6.工友、技工						
	不計價材料或藥品成本	品 名	單 位		單 位 成 本	消耗數量	成本小計	成本合計
		採血管	支		8.0	1.0	8	428
		12*75mm 試管	支		0.6	2.0	1	
		12mm 試管蓋	個		0.6	1.0	1	
		試劑	個 / 份		375.0	1.0	413	
		微量吸管尖頭	支		1.9	1.0	2	
		多功能分注器分注頭	個		0.6	3.0	2	
		品管液	個 / 份		1.4	1.0	1	
						-		
	設備費用	名 稱	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本
		離心機	258,000	7	0.4	30	11	323
		免疫酵素分析儀	1,000,000	7	1.5	120	176.4	
小計					188			
非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %					53			
房屋折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計		
	10	920,000	50	0.18	57	10.1		
	維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)×28.7%					72		
直接成本合計							943	
作業及管理費用(直接成本×13.1%)							124	
成本總計							1,067	

003-1診療項目成本分析表(108年新參數校正)

項目名稱：人工肩關節再置換手術

提案單位：台灣肩肘醫學會

錄案編號：

單位：元

直接成本	用人成本	人員別	人數		每人每分鐘成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計
		1.主治醫師以上	1		39.1	200	7,820	24,668
		2.住院醫師	4		16.5	200	13,200	
		3.護理人員	2		7.6	240	3,648	
		4.醫事人員						
		5.行政人員						
		6.工友、技工						
直接成本	不計價材料或藥品成本	品名	單位		單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計
		10號刀片	片		1.4	4.0	5	5,906
		手術記號筆	支		23.0	1.0	23	
		尿袋	個		39.0	1.0	39	
		二叉導尿管	個		25.0	1.0	25	
		外科引流接管360cm	條		20.0	1.0	20	
		傷口引流套	組		229.0	1.0	229	
		1-0 polysorb	包		70.0	2.0	140	
		2-0 novosyn	條		52.0	2.0	104	
		彈性繃帶6"	卷		12.0	2.0	24	
		Ticron	組		550.0	2.0	1,100	
		鋸片	片		3,000.0	1.0	3,000	
		電燒導板	片		4.4	1.0	4	
		消毒手術手套6.5	雙		9.5	8.0	76	
		Saline 1000ml	B		28.7	5.0	144	
		cefazoline IG	V		11.0	2.0	22	
		Better iodine alcohol soln 3800ML	ml		0.1	80.0	10	
		alcohol 75% 4L	ml		0.0	80.0	2	
		小面巾包(4條)	包		38.7	2.0	77	
		骨科包(租賃)	包		430.0	2.0	860	
設備		名稱	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本
		手術台	520,000	7	0.8	200	153	
		手術燈	940,000	7	1.4	200	276	
		電燒車	249,000	7	0.4	200	73	
		CENTRA SUCTION	27,000	7	0.0	200	8	
		MYOSTAND-大	8,000	7	0.0	200	2	
		器械桌-大	9,200	7	0.0	200	3	
		器械桌-小	2,800	7	0.0	200	1	
		臉盆架	1,550	7	0.0	200	0	
		52BB1 B包 ortho Basic 器械	119,500	7	0.2	200	35	

費用	52BRD 圓 SAW+RDD	148,140	7	0.2	200	44	1,187
	52BO1 Orthro Other 器械	34,150	7	0.1	200	10	
	52BOSR Open shoulder repair	18,260	7	0.0	200	5	
	刷洗碗	480	7	0.0	200	0	
	骨泥調和碗	20	7	0.0	200	0	
	臉盆	350	7	0.0	200	0	
	小計					611	
	非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %					173	
房屋折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計	
	28	3,584,000	50	0.69	200	138.3	
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用) × 28.7 %							265
直接成本合計							31,761
作業及管理費用(直接成本 × 13.1 %)							4,161
成本總計							35,922

回推手術項表定點數、加成率及支付點數(含一般材料費)

A人力	24,668
B不計價材	5,906
C設備費+房屋折舊+ 維修費用	1,187
D作業及管理費用	4,161
E回推手術加成率 =B/(A+C+D)	19.68%
F表定點數(A+C+D)	30,016
G手術加成率 =(E無條件進位)	20.00%
H支付點數(含一般材 料費)四捨五入 =F*(1+G)	36,019

003-1診療項目成本分析表(108年新參數校正)

項目名稱：反置人工全肩關節置換手術

提案單位：台灣肩肘醫學會

錄案編號：

單位：元

直 接 成 本	用人成本	人 員 別	人 數		每人每分鐘 成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計
		1.主治醫師以上	1		39.1	180	7,038	23,886
		2.住院醫師	4		16.5	200	13,200	
		3.護理人員	2		7.6	240	3,648	
		4.醫事人員						
		5.行政人員						
		6.工友、技工						
不 計 價 材 料 或 藥 品 成 本	設 備 成 本	品 名	單 位		單 位 成 本	消耗數量	成本小計	成本合計
		10號刀片	片		1.4	2.0	3	5,884
		手術記號筆	支		23.0	1.0	23	
		尿袋	個		39.0	1.0	39	
		二叉導尿管	個		25.0	1.0	25	
		外科引流接管360cm	條		20.0	1.0	20	
		傷口引流套	組		229.0	1.0	229	
		1-0 polysorb	包		70.0	2.0	140	
		2-0 novosyn	條		52.0	2.0	104	
		彈性繃帶6"	卷		12.0	2.0	24	
		電燒導板	片		4.4	1.0	4	
		Ticron	組		550.0	2.0	1,100	
		鋸片	片		3,000.0	1.0	3,000	
		消毒手術手套6.5	雙		9.5	6.0	57	
		Saline 1000ml	B		28.7	5.0	144	
		cefazoline IG	V		11.0	2.0	22	
		Better iodine alcohol soln 3800ML	ml		0.1	80.0	10	
		alcohol 75 % 4L	ml		0.0	80.0	2	
		小面巾包(4條)	包		38.7	2.0	77	
		骨科包(租賃)	包		430.0	2.0	860	
		名 稱	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本
		手術台	520,000	7	0.8	200	153	
		手術燈	940,000	7	1.4	200	276	
		電燒車	249,000	7	0.4	200	73	
		CENTRA SUCTION	27,000	7	0.0	200	8	
		MYOSTAND-大	8,000	7	0.0	200	2	
		器械桌-大	9,200	7	0.0	200	3	
		器械桌-小	2,800	7	0.0	200	1	
		臉盆架	1,550	7	0.0	200	0	
		52BB1 B包 ortho Basic 器械	119,500	7	0.2	200	35	

費用	52BRD 圓 SAW+RDD	148,140	7	0.2	200	44	1,187
	52BO1 Orthro Other 器械	34,150	7	0.1	200	10	
	52BOSR Open shoulder repair	18,260	7	0.0	200	5	
	刷洗碗	480	7	0.0	200	0	
	骨泥調和碗	20	7	0.0	200	0	
	臉盆	350	7	0.0	200	0	
	小計					611	
	非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %					173	
房屋 折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計	
	28	3,584,000	50	0.69	200	138.3	
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用) × 28.7 %						265	
直接成本合計							30,957
作業及管理費用(直接成本 × 13.1 %)							4,055
成本總計							35,012

回推手術項表定點數、加成率及支付點數(含一般材料費)

A人力	23,886
B不計價材	5,884
C設備費+房屋折舊+ 維修費用	1,187
D作業及管理費用	4,055
E回推手術加成率 =B/(A+C+D)	20.20%
F表定點數(A+C+D)	29,128
G手術加成率 =(E無條件進位)	21.00%
H支付點數(含一般材 料費)四捨五入 =F*(1+G)	35,245

003-1診療項目成本分析表(108年新參數校正)

項目名稱：B型肝炎病毒表面抗原(HBsAg)定量檢驗

提案單位：國立台灣大學醫學院附設醫院

錄案編號：

單位：元

直接成本	用人成本	人 員 別	人 數		每人每分鐘 成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計
		1.主治醫師以上	1		39.1	4	156	204
		2.住院醫師						
		3.護理人員	1		7.6	2	15	
		4.醫事人員	1		8	4	32	
		5.行政人員						
		6.工友、技工						
	不計價材料或藥品成本	品 名	單 位		單 位 成 本	消耗數量	成本小計	成本合計
		sample tube	-		4.0	1.0	4	175
		Sample cup	-		1.0	2.0	2	
		試劑	TEST		130.0	1.3	169	
							-	
							-	
							-	
						-		
	設備費用	名 稱	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本
		Architect i2000	4,000,000	7	5.9	3	18	41
		檢體前處理系統	10,000,000	7	14.7	0.5	7.3	
小計						25		
非醫療設備=醫療設備× 28.3 %					7			
房屋折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計		
	5	1,000,000	50	0.19	0.5	0.1		
	維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)× 28.7%					9		
直接成本合計							420	
作業及管理費用(直接成本× 13.1 %)							55	
成本總計							475	

114 新增修診療項目預算執行情形

辦理進度	會議時間	序號	內容							推估預算 (百萬點)	
			類別	編號	支付點數	支付 點數 計算	另加計	表定 點數	新增修診療項目	醫院	基層
規劃以 114 年新醫療科技-新增修訂診療項目預算(待衛生福利部核定)支應	113.12.26 共擬通過	1	新增	20046B	3103			3103	「癲癇腦波檢查」	45.24	
		2	新增	47108B	4722			4722	「心臟監測器植入術」	2.12	
		3	新增	68060B	102410.8		3%	99428	「經導管二尖瓣緣對緣修補術」	7.49	
		1	修訂	17022B	748			748	17022B「呼氣一氧化氮監測(FeNO)」	28.26	
		2	修訂	20027B	4000			4000	20027B「長程數位影像腦波監測」	44.48	
		(1)113 年通過以 114 年預算 小計 5 項								127.58	0.00
		共擬(1)共計增修訂 5 項(含 0 通則)合計								127.6	0.0
		餘								972.42	50.00

114 年新醫療科技-新增修訂診療項目預算執行：

1.醫院總額：114 年新醫療科技-新增修訂診療項目預算 1100 百萬元：

2.西醫基層總額：114 年新增修診療項目預算 50 百萬元，已執行 0 百萬點，尚餘 50 百萬元。

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

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
02028BC	預立醫療照護諮商費 同次住院未曾申報或僅申報一次02020B「緩和醫療家庭諮詢費」者	√	√	√	√	3000
02029C	同次住院申報二次02020B「緩和醫療家庭諮詢費」者 註：執行02028B及02029B 1.符合下列任一適應症，且具完全行為能力之住院病人： (1)六十五歲以上重大傷病病人 (2)罹患符合安寧療護收案條件者所列之疾病別。 (3)臨床失智評估量表(Clinical Dementia Rating, CDR)0.5至1分。 (4)病人自主權利法第十四條第一項第五款所公告之病名。 (5)「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」收案對象。 (6)「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」或「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」之六十五歲以上多重慢性病患者。 2.相關規範： (1)諮商參與人員：依病人自主權利法之規定辦理。 (2)諮商紀錄：應有每次會議完整之諮商溝通內容紀錄，並應將影本併入病人之病歷紀錄留存，紀錄有參與諮商醫療團隊及病人或家屬簽名，並簽署預立醫療決定。 (3)申報規定： A.當次就醫前已於全民健康保險憑證註記預立醫療決定者，不得申報本項費用。 B.每人終生以申報一次為限。 C.應依病人自主權利法，於申報前完成預立醫療決定上傳至中央主管機關之資料庫，未完成者，本項費用不予支付。	√	√	√	√	1500

第五節 管灌飲食費及營養照護費

第二項 營養照護費

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>05153B</u>	<u>早產兒母乳補充照護（每25mL母乳）</u> <u>註：</u> <u>1.適用範圍：出生週數小於等於32週或出生體重小於等於</u> <u>1,800公克之早產兒，採母乳餵食者，且每日餵食量達</u> <u>100mL/kg/day。</u> <u>2.限住院期間申報。</u>		<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>30</u>

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

第六項 免疫學檢查 Immunology Examination (12001-122178)

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
12218C	<u>酪氨酸磷酸酶自體抗體(EIA法)</u> <u>Tyrosine phosphatase Autoantibody (IA-2Ab)(EIA)</u> 註： <u>1.適用範圍：疑似第一型糖尿病診斷。</u> <u>2.支付規範</u> <u>(1)限內分泌新陳代謝科、小兒內分泌專科醫師開立處方。</u> <u>(2)限12180C「穀醯酸脫竣酶抗體(GAD)」呈現陰性始得申報本項。</u> <u>(3)每人終生限給付一次</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>1067</u>

第八項 病毒學檢查 Virology Examination (14001-140856)

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
12184C	去氧核糖核酸類定量擴增試驗 DNA quantitative amplification test 註：不得同時申報14085C、 14086C 。	v	v	v	v	2000
14074C	HIV 病毒負荷量檢查 HIV viral load test 註： 1.限下列任一情境使用 (1)人類免疫缺乏病毒感染診斷 A.使用時機： a.抗原或抗體初篩檢測(14049C或14050B或14082B)陽性後執行。 b.抗原或抗體初篩檢測(14049C或14050B或14082C)為陰性，經感染科醫師評估有感染風險行為，且臨床上有急性初期感染之相關症狀或檢驗數值。 B.執行頻率：每人每年限一次。 C.執行院所：限衛生福利部人類免疫缺乏病毒指定醫事機構或疾病管制署病原體分生檢測認可之健保特約醫事服務機構申報。 (2)人類免疫缺乏病毒感染治療監測 A.執行院所：限衛生福利部人類免疫缺乏病毒指定醫事機構申報。 B.執行頻率：每人每年限四次， 若屬新服藥或有抗藥性病毒需多執行一次者，應於病歷詳述執行原因。 2.屬西醫基層總額部門院所限由感染科專科醫師開立處方始可申報。 3.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始可申報。	v	v	v	v	4000
14030C	B型肝炎表面抗原 HBsAg (定性) — Latex 法	v	v	v	v	80
14031C	— RPHA 法	v	v	v	v	100
14032C	— EIA/LIA 註：14030C至14032C不得同時申報14085C、 14086C 。	v	v	v	v	160

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
14085C	<p>B 型肝炎病毒核心關連抗原(HBcrAg)合併表面抗原(HBsAg)定量檢驗</p> <p>Quantification of Hepatitis B virus core-related antigen (HBcrAg) combined with Hepatitis B surface antigen (HBsAg)</p> <p>註：</p> <p>1.適應症：慢性B型肝炎病人，因B型肝炎發作接受口服抗病毒藥物治療，得於停藥前執行本項檢測，而延長用藥期間之檢驗，每次檢驗須間隔二十四週以上。</p> <p>2.不得同時申報12184C、14030C、14031C、14032C、14086C。</p> <p>3.須符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準附件六藥品給付規定第十節抗微生物劑10.7.3.暨10.7.4.之醫師資格。</p> <p>4.本項須按「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」格式，於檢驗（查）申報前上傳檢驗（查）結果報告，未上傳者本項不予支付。</p>	v	v	v	v	1800
14086C	<p>B型肝炎病毒表面抗原(HBsAg)定量檢驗</p> <p>Quantification of Hepatitis B surface antigen (HBsAg)</p> <p>註：</p> <p>1.適應症：慢性B型肝炎病人，因B型肝炎發作接受口服抗病毒藥物治療，得於停藥前執行本項檢測，而延長用藥期間之檢驗，每次檢驗須間隔二十四週以上。</p> <p>2.不得同時申報12184C、14030C、14031C、14032C、14085C。</p> <p>3.須符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準附件六藥品給付規定第十節抗微生物劑10.7.3.暨10.7.4.之醫師資格。</p> <p>4.本項須按「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」格式，於檢驗（查）申報前上傳檢驗（查）結果報告，未上傳者本項不予支付。</p>	v	v	v	v	475

第二十六項 其他檢查 Other Test (30501-30526)

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
30522C	<p>幽門桿菌糞便抗原檢查</p> <p>Helicobacter pylori stool antigen(HpSA)Test</p> <p>註：</p> <p>1.適應症用範圍</p> <p>(1)出血、幼兒、孕婦、衰老等不適合做胃鏡檢查之消化性潰瘍患者治療前之幽門螺旋桿菌感染鑑定檢查。</p> <p>(2)證實為潰瘍併幽門螺旋桿菌感染患者為除菌治療後之療效確認與追蹤，第一次於潰瘍治療(含 PPI 藥物)停藥後一個月施行一次。</p> <p>2.支付規範</p> <p>(1)不得同時申報 13007C、13018C、28016C、28030C 及 30512C。</p> <p>(2)限試劑抗原屬台灣本土菌株者申報。</p> <p>(3)本項檢查採包裹式給付，不論方法皆不得另行申請材料費用。</p>	v	v	v	v	376

第七節 手術

第三項 筋骨 Musculoskeletal System

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
64121B	肩旋轉袖破裂修補術 Rotator cuff tear repair — 小破裂 small		v	v	v	5534
64122B	— 大破裂 large or massive 註： 1. 64122B一般材料費及單次使用小骨鋸片、鑽頭、關節鏡專用套管，得另加計百分之一百十二。 2. 64121B及64122B不得同時申報項目：64285B。		v	v	v	7070
64163B	全肩關節置換術 Total shoulder replacement 註：不得同時申報項目：64284B、64285B。		v	v	v	9320
64198B	人工關節移除 Removal of prosthesis — 股、肩、膝 hip, shoulder, knee 註：不得同時申報項目：64284B。		v	v	v	6000
64243B	關節鏡手術 Arthroscopic surgery — 關節鏡探查手術，併施行滑膜切片，灌洗，清創 Arthroscopy with synovial biopsy, irrigation & lavage, debridement		v	v	v	3000
64244B	— 關節鏡下關節面磨平成形成術，打洞，游離體或骨軟骨碎片取出手術 Arthroscopic shaving or abrasion arthroplasty, drilling or pinning or removal of loose body or osteochondral fragment 註： 1. 以上64243B及64244B二項點數皆含鏡檢費用。 2. 64243B一般材料費及單次使用關節鏡磨刀，得另加計百分之一百七十三。 3. 64244B一般材料費及單次使用刮刀及磨刀，得另加計百分之一百零三。 4. 64243B及64244B不得同時申報項目：64285B。		v	v	v	8000

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
64284B	<u>人工全肩關節再置換手術</u> <u>Revision total shoulder replacement</u> 註： 1.須事前審查，須檢附病史清晰可判讀的X-RAY及MRI影像學檢查。 2.不得同時申報：64163B、64198B。 3.一般材料費，得另加計百分之二十。		<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>30016</u>
64285B	<u>反置人工全肩關節置換手術</u> <u>Revision total shoulder Arthroplasty</u> 註： 1.符合下列適應症之一： (1) <u>肩關節旋轉肌群無法修復且造成重大失能(達到顯著運動失能)，且 65 歲(含)以上。旋轉肌群無法修復之審查標準為肩核磁共振顯示旋轉肌群有巨大斷裂且合併旋轉肌群 Goutallier grade3(含)以上脂肪浸潤變化。</u> (2) <u>肩盂骨性缺損合併關節病變需置換人工肩關節者，肩關節盂骨缺損達 Walch classification B(含)以上或 glenoid retroversion 15 度(含)以上，且 65 歲(含)以上。</u> (3) <u>70 歲(含)以上肱骨上端骨缺損，X 光顯示肱骨上端骨缺損且臨床需合併反覆性肩關節脫臼或慢性肩關節脫臼病史。</u> (4) <u>類風溼性關節炎合併肩關節旋轉肌群無法修復且造成重大失能。旋轉肌群無法修復之審查標準為肩核磁共振顯示旋轉肌群有巨大斷裂且合併旋轉肌群 Goutallier grade3(含)以上脂肪浸潤變化。</u> 2.須事前審查，須檢附病史清晰可判讀的 X-RAY 及 MRI 影像學檢查。 3.不得同時申報：64121B、64122B、64163B、64243B、64244B。 4.一般材料費，得另加計百分之二十一。		<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>29128</u>

第八項 自然生產、剖腹產及流產 Deliverysection、Cesarean & Abortion (81001-81037)

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
81028C	前置胎盤或植入性胎盤之剖腹產 C/S due to placenta previa or placenta accreta 註： <u>1.完全性前置胎盤、部分性前置胎盤及植入性胎盤手術應符合下列規範：</u> <u>(1)限高危險妊娠及新生兒醫療中度級、重度級能力之急救責任醫院申報。</u> <u>(2)執行植入性胎盤剖腹產惟未符合前述規範之院所，申報時須檢附未能於產前診斷出植入性胎盤之證明，採逐案審查。</u> <u>2.合併非治療性闌尾切除不另給付。</u>	v	v	v	v	30199
81017C	無妊娠併發症之陰道產 Vaginal delivery in normal pregnancy 註：包括會陰切開術，縫合術(<u>縫合2度以內之裂傷</u>)及胎盤剝離等。	v	v	v	v	14000

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
81034C	<p>有妊娠併發症之陰道產</p> <p>Vaginal delivery in complicated pregnancy (defined as cases with preeclampsia, eclampsia, GDM, malpresentation, and documented major medical or surgical complications)</p> <p>註：</p> <p>1.妊娠併發症係指：</p> <p>(1)子癰前症、子癰症、妊娠糖尿病、胎位不正、和有病歷記載之內外科併發症者。</p> <p>(2)妊娠二十二週以上至未滿三十三週早產病患。(排除胎死腹中，及符合優生保健法之中止妊娠)</p> <p>(3)四十歲以上初產婦。</p> <p>(4) BMI\geq35之初產婦。</p> <p>(5)嚴重妊娠高血壓。</p> <p>(6)胎兒生長遲緩或胎兒發育異常者(IUGR)或胎盤功能異常者。</p> <p>(7)妊娠合併內科疾病：心臟病、糖尿病、甲狀腺疾病、腎臟疾病 (NS,IgA,ESRD)、免疫性疾病(SLE)、血小板低下症。</p> <p>(8)白血病。</p> <p>(9)血友病(Coagulopathy)。</p> <p>(10)愛滋病。</p> <p>(11)產後大出血者。</p> <p>(12)胎盤早期剝離。</p> <p>(13)合併接受外科手術者。</p> <p>(14)雙胞胎輸血症候群。</p> <p>2.包括會陰切開術，縫合術(縫合2度以內之裂傷)及胎盤剝離等。</p>	v	v	v	v	19999
81018C	<p>雙胎分娩</p> <p>Vaginal delivery of twins</p> <p>註：包括會陰切開術，縫合術(縫合2度以內之裂傷)及胎盤剝離等。</p>	v	v	v	v	26393
81019C	<p>多胎分娩</p> <p>Vaginal delivery of multiple pregnancy</p> <p>註：包括會陰切開術，縫合術(縫合2度以內之裂傷)及胎盤剝離等。</p>	v	v	v	v	29439
81024C	<p>前胎剖腹產後之陰道生產（接生費）</p> <p>註：包括會陰切開術，縫合術(縫合2度以內之裂傷)及胎盤剝離等。</p>	v	v	v	v	23386

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
81025C	前胎剖腹產後之陰道生產（雙胎分娩） 註：包括會陰切開術，縫合術(縫合2度以內之裂傷)及胎盤剝離等。	v	v	v	v	27165
81026C	前胎剖腹產後之陰道生產（多胎分娩） 註：包括會陰切開術，縫合術(縫合2度以內之裂傷)及胎盤剝離等。	v	v	v	v	30907

第十一項 會陰 Perineum (79601-79602、79604-79605)

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
79604C	會陰修補及肛門損傷修補 Repair of perineum with repair of anal defects 註：陰道生產致會陰裂傷4度，得依實際縫合情形申報，申報費用時應檢附手術紀錄及術後傷口處置情形於病歷上備查。	v	v	v	v	9115
79605C	會陰修補及括約肌修補 Repair of perineum with sphincter repair 註：陰道生產致會陰裂傷3度，得依實際縫合情形申報，申報費用時應檢附手術紀錄及術後傷口處置情形於病歷上備查。	v	v	v	v	7762

第十三項 女性生殖

五、子宮體 Corpus Uteri (80401-80430)

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
80401C	診斷性或治療性子宮擴張刮除術（非產科） Diagnostic or therapeutic dilation and curettage (Non- obstetric) <u>1.適用範圍：子宮異常出血、子宮內膜過厚或懷疑有子宮內膜病 灶、子宮頸抹片有腺體異常。</u> <u>2.檢附術後病理細胞學報告。</u>	v	v	v	v	1799

八、自然生產、剖腹產及流產 Deliverysection、Cesarean & Abortion (81001-81037)

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
81031C	子宮內管刮除術 Endocervical curettage <u>1.適用範圍：子宮異常出血、子宮頸抹片異常、子宮頸錐形切除後 確認子宮內頸管是否仍有病灶。</u> <u>2.檢附子宮頸抹片檢查報告及術後病理細胞學報告。</u>	v	v	v	v	612

伍、報告事項

報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：歷次會議決議事項辦理情形。

說明：擬解除列管計 5 項，繼續列管計 7 項。

序號	編號	會議時間	案由	決議（結論）事項	辦理單位	辦理情形	列管建議	
							解除列管	繼續列管
1	112-4 報 3	112.12.14	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。	112 年第四次會議決定：洽悉，另考量造成急診病人滯留因素複雜，本會代表建議解決急診壅塞方法(如:列入分區共管方案、統一簽床及 AI 管理病床、病床透明公開化供民眾參考、訂定獎勵辦法等)，納入本署醫院總額研商議事會議討論參考，並研擬具體方案及改善策略，於 113 年度第 2 次本會議報告。 113 年第三次會議決定：代表建議以解決急診壅塞為主要目標，非聚焦獎勵品質，並增訂壅塞無法達標時之處理方式，列入急診品質提升方案修訂溝通會議討論。	健保署醫管組	1.本署業於 114 年 2 月 26 日及 3 月 7 日召開兩次「急診壅塞之健保因應策略研商會議」，及 114 年 3 月 12 日全民健康保險醫療給付費用醫院總額 114 年第 1 次研商議事會議討論，擬具支付標準調整共識，將提至本次會議報告，此部分建議解列管。 2.有關急診品質提升方案已請台灣急診醫學會提供修訂建議，預計提至 6 月共擬會議討論。		V
2	113-5 報 2	113.12.26	訂定 114 年召開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時程案。	113 年第五次會議決定：本屆代表於 113 年底屆期，明(114)年為下屆新聘任代表，爰 114 年第 1 次會議日期訂於 114 年 3 月 27 日，其餘會議日期待 114 年第 1 次會議由新任委員決定。	健保署醫管組	列入本會議優先報告案。		V
3	113-5 報 3	113.12.26	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 114 年 1-6 月適用之相對權重統計結果案。	113 年第五次會議決定：本案與台灣醫院協會再行討論後，提至 114 年第 1 次本會議報告，另「114 年 1 月至 6 月 3.4 版 1,068 項 Tw-DRGs 權重表」於公告生效前，暫沿用 113 年 7-12 月適用之相對權重。	健保署醫管組	1.本署業於 114 年 1 月 23 日召開「114 年 1 月至 6 月 3.4 版 Tw-DRGs 權重計算討論會議」，邀請台灣醫院協會、醫學中心協會、區域醫院協會、社區醫院協會代表共同討論。另於 114 年 3 月 12 日全民健康保險醫療給付費用醫院總額 114 年第 1 次研商議事會議報告「114 年 7 月至 12 月 3.4 版 Tw-DRGs 權重統計案」通過。 2.考量本次會議預計通過多項支付標準項目，為能更即時反應診療項目增修，本案預計依照本次會議通過之支付標準增修項目進行權		V

序號	編號	會議時間	案由	決議（結論）事項	辦理單位	辦理情形	列管建議	
							解除列管	繼續列管
						重參數校正後，114 年 5 月依程序辦理預告及報部作業，並將計算結果提至同年 6 月共擬會議報告。		
4	113-5 報 4	113.12.26	因應全民健康保險門、住診醫療申報資料自 114 年 1 月 1 日起全面改版為 2023 年版國際疾病分類第十版 (ICD-10-CM/PCS)，修訂支付標準第六部論病例計酬附表案	113 年第五次會議決定：洽悉。	健保署醫管組	本案衛生福利部業已於 114 年 1 月 2 日衛部保字第 113015767 號令公告自 114 年 1 月 1 日起生效。	V	
5	113-5 報 5	113.12.26	增修支付標準第四部中醫條文及 6 項中醫總額專款計畫案	113 年第五次會議決定：洽悉。	健保署醫管組	1. 支付標準第四部中醫條文：業於 114 年 3 月 5 日至 12 日預告，刻正辦理報部核定事宜。 2. 5 項中醫總額專款計畫：本署業於 114 年 2 月 11 日以健保醫字第 1140102477 號公告，自 114 年 1 月 1 日起生效。		V
6	113-5 報 6	113.12.26	增修訂牙醫支付標準及 4 項牙醫專款項目案	113 年第五次會議決定：洽悉，另有關牙醫支付標準調升點數對醫院總額造成財務衝擊，將依總額協商架構及原則，於協商前提出預算需求評估，作為總額協商之參考。	健保署醫管組	1. 本署業於 114 年 2 月 19 日公告下列計畫，自 114 年 1 月 1 日生效： (1) 114 年全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫：健保醫字第 1140103284 號公告。 (2) 114 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫以健保醫字第 1140103328 號公告。 (3) 114 年全民健康保險牙醫門診總額 12 歲至 18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫、) 、1140103154 號公告。 2. 本署於 114 年 3 月 5 日至 12 日預告，刻正辦理報部核定事宜。		V
7	113-5 報 7	113.12.26	修訂「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析	113 年第五次會議決定：會上委員建議擴大參與院所，爰本案另於 114 年門診透析議事研	健保署醫	本案業經 114 年第 1 次門診透析研商議事會議討論，並已納入本會議報告案第 7 案。	V	

序號	編號	會議時間	案由	決議（結論）事項	辦理單位	辦理情形	列管建議	
							解除列管	繼續列管
			與提升照護品質計畫」案。	商會議再行討論，達共識後再提至本會議報告。	管組			
8	113-5報 8	113.12.26	修訂「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」案	113 年第五次會議決定： 各疾病照護逾目標天數且未達上限天數者，每日醫療費及每日護理費分別以「在宅」及「機構」目標天數支付點數折付 75% 支付，其餘照案通過。 註：本計畫依衛生福利部 113 年 6 月 28 日衛部顧字第 1131961868 號公告，將「減少照護機構住民至醫療機構就醫方案」修正名稱為「減少住宿型機構住民至醫療機構就醫方案」。	健保署醫管組	本署業於 114 年 2 月 3 日以健保醫字第 1140101924 號函公告，自 114 年 1 月 1 日起施行。	V	
9	113-5報 9	113.12.26	修訂轉診支付標準及轉診同體系名單案	113 年第五次會議決定： 同意修訂轉診同體系名單，另原屬高醫體系之高雄市立大同醫院，自 114 年 1 月 1 日起改由長庚體系經營，併同本次修正；另轉診支付標準修訂項目，因未達共識，爰提至總額研商議事會議再行討論。	健保署醫管組	1.轉診同體系名單依會議決議修訂，並完成更新全球資訊網資訊。 2.轉診支付標準修訂案原提至 114 年 3 月 12 日醫院研商會議討論，因時間因素未及討論，將於 114 年 5 月討論後，再依決議提至本會議討論。		V
10	113-5報 10	113.12.26	修訂西醫基層相關支付標準案	113 年第五次會議決定： 診所折付及醫師折付方式，俟醫師全聯會確認執行細節後再議，餘洽悉。	健保署醫管組	1.有關刪除西醫基層「精神科門診診察費」，改為比照「一般門診診察費」支付點數及合理量計算方式、修訂 65001C「鼻息肉切除術」等 14 項手術項目由 C 表改為 B 表、支付標準新增「西醫基層相對合理門診點數給付原則」之跨總額醫師折付：本署於 114 年 3 月 5 日至 12 日預告，刻正辦理報部核定事宜。 2.新增「113 年基層診所照護獎勵方案」：本署於 114 年 3 月 14 日以健保醫字第 1140661153 號公告，自 113 年 7 月起生效。 3.另有關於診所折付及醫師折付，醫師全聯會於 114 年 3 月 18 日(全醫聯字第 1140000340 號函)檢送修訂後建議，本署將憑據辦理並依程序提至西基研商議事會議討論。		V

序號	編號	會議時間	案由	決議（結論）事項	辦理單位	辦理情形	列管建議	
							解除列管	繼續列管
11	113-5 討 1	113.12.26	新增修訂「癲癇腦波檢查」等 88 項診療項目案	113 年第五次會議決定：修訂「處女膜」、「惡露」中文名稱，暫訂為「陰道前膜」及「產後排出物」，考量事涉名詞一致性，另函請衛生福利部統一規定名詞，其餘照案通過。	健保署醫管組	1.本署業於 114 年 2 月 8 日以健保醫字第 1140660580 號函請衛生福利部釋示，該部回復衛生福利相關法規無涉及旨揭名詞。 2.本署於 114 年 3 月 5 日至 12 日預告，刻正辦理報部核定事宜。		V
12	113-5 討 2	113.12.26	修訂準醫學中心及中重度急救責任醫院基本診療費用案。	113 年第五次會議決定：因明(114)年度總額預算尚未核定，本案將於醫院總額研商議事會議再討論。	健保署醫管組	本案業經 114 年 3 月 12 日全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議決議通過，並列入本會議報告案第 2 案。		V

報告事項

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：增修急診、急救責任醫院、護理及自然產手術相關支付標準案。

說明：

一、依據本署 114 年 3 月 12 日全民健康保險醫療給付費用醫院總額 114 年第 1 次研商議事會議決議（**附件 1，頁次報 2-9~2-10**）辦理。

二、為反應投入急重症照護之醫事人員辛勞，並鼓勵醫院強化急診及住院照護量能及韌性，規劃調整急診、急救責任醫院、護理及自然產手術相關支付標準，重點摘要如下：

項目	調整方案
1. 急診相關項目	調整急診診察費及急診觀察床護理費支付
2. 急救責任醫院	調整加護病房基本診療費用及離島醫院急診案件支付
3. 住院護理費	調升急性一般病床住院護理費支付點數
4. 自然產手術加成	增訂自然產手術案件夜間及例假日加成
註：急診相關項目如說明三、急救責任醫院如說明四/五、住院護理費如說明六、自然產手術加成如說明九。	

三、急診相關基本診療項目調整方案：

（一）拆分急診診察費並調升支付點數：

1. 現行「急診診察費」訂有各項目內含護理費之比率，為凸顯急診護理人員付出，規劃依現行比率，將「急診診察費」拆分為診察費及護理費（表 1）。

表 1、急診診察費拆分後各類費用點數

費用類型	現行表列護理費占率／點數	拆分診察費	拆分護理費	支付點數
檢傷分類第一級	32.04%	1,223	577	1,800
檢傷分類第二級		680	320	1,000
檢傷分類第三級		527	249	776
檢傷分類第四級		305	144	449
檢傷分類第五級		265	125	390
不分檢傷	8.8%~14%	574	93	667

費用類型	現行表列護理費占率／點數	拆分 診察費	拆分 護理費	支付 點數
精神科	48~67 點	834	67	901

2. 另查前次急診診察費支付點數係於 106 年 10 月調升，參考當時與現行急重症項目——「加護病床護理費（第二天起）」支付點數調幅約 10%（表 2），爰本次將急診診察費拆分為診察費及護理費後，比照調升支付點數 10%（表 3）。

表2、近年加護病床護理費（第二天起）調幅

編號	診療項目	106.10 支付點數	現行支付點數	調幅
03047E	加護病床（床/天）—護理費（第二天起）	4,277	4,716	10.3%
03048F		3,609	3,978	10.2%
03049G		2,698	2,975	10.3%

表3、急診診察費拆分調整方案

編號	診療項目	現行支付點數			調升10%支付點數		
		診察 A	護理 B	合計 C=A+B	診察 D=A*1.1	護理 E=B*1.1	合計 F=D+E
00201B	檢傷分類第一級	1,223	577	1,800	1,345	635	1,980
00202B	檢傷分類第二級	680	320	1,000	748	352	1,100
00203B	檢傷分類第三級	527	249	776	580	274	854
00204B	檢傷分類第四級	305	144	449	336	158	494
00225B	檢傷分類第五級	265	125	390	292	138	430
01015C	急診診察費	573	94	667	630	103	733
01021C	精神科急診診察費	834	67	901	917	74	991

3. 財務影響評估（附件 2，頁次報 2-11~2-12）：以 113 年度各醫院申報資料推估，將增加財務支出約 7.33 億點（拆分後診察費約 5.01 億點、拆分後護理費約 2.32 億點）。

（二）調升急診觀察床護理費支付點數：

- 為提升急診照護量能、紓緩急診壅塞，並鼓勵醫院將急診病人轉住院，規劃優先調升急診觀察床護理費支付點數。
- 本次急診觀察床護理費調幅為 60%（表 4），調整原則如下：

- (1) 調升後點數不高於「急性一般病床住院護理費」(調升後急診觀察床支付點數約為急性一般病床 8~9 成)。
- (2) 依調升前後醫學中心、區域醫院與地區醫院支付點數差額，等差調升點數。
- (3) 比照各類病床住院護理費，首日護理費為次日起支付點數之 1.3 倍。

表4、急診觀察床護理費調整方案

編號	診療項目	現行支付點數	調升後支付點數	調幅	調升點數
		(A)	(B)		(B-A)
03075A	急診觀察床護理費(第一天)	571	914 【=571*(1+60%)】	60%	343
03076B		475	818 【=(914-571)+475】	72%	343
03042A	急診觀察床護理費(第二天起)	175	703 【=914/130%】	302%	528
03043B		151	629 【=818/130%】	317%	478

3. 財務影響評估(同附件 2，頁次報 2-11~2-12)：以 113 年度各醫院申報資料推估，將增加財務支出約 3.68 億點。

(三) 急診觀察床診察費獨立列項：

1. 查支付標準第二部第一章第二節「一般病床住院診察費」支付規範略以，留置急診處暫留床二日以上者，自第二天起比照申報。
2. 為凸顯急診醫師付出之心力，本次將急診觀察床診察費獨立列項，支付點數比照一般病床住院診察費。考量醫院已依現行規範申報第二天起之診察費，爰不增加財務支出。

四、急救責任醫院加護病房基本診療項目調整方案：

(一) 支付規範：

1. 全院緊急醫療能力分級評定為重度級急救責任醫院者，加護病床住院診察費、病房費及護理費以醫學中心點數支付。

2. 緊急醫療能力分級評定為中度級急救責任醫院（高危險妊娠及新生兒章節除外）者，加護病床住院診察費、病房費及護理費以區域醫院點數支付。

(二) 現況分析（113 年度醫院緊急醫療能力分級評定結果）：

1. 非醫學中心之重度級急救責任醫院共 27 家（區域醫院 26 家、地區醫院 1 家）。
2. 屬地區醫院之中度級急救責任醫院共 26 家。

(三) 財務影響評估（**附件 3，頁次報 2-13~2-14**）：

1. 以 113 年度申報資料推估，**重度級急救責任醫院**支付調整將增加健保財務支出約 **4.88 億點**。
2. 以 113 年度申報資料推估，**中度級急救責任醫院**支付調整將增加健保財務支出約 **1.18 億點**。
3. 本項支付調整將增加健保財務支出約 **6.06 億點**（表 7）。

表7、急救責任醫院加護病房基本診療項目調整之財務影響評估					
緊急醫療能力分級	影響醫院家數（家）	費用類別（億點）			總計（億點）
		住院診察費	病房費	護理費	
重度級	27	0.97	1.35	2.57	4.88
中度級	26	0.25	0.0	0.93	1.18
總計	53	1.22	1.35	3.50	6.06

五、另為強化離島地區在地急重症照護量能，鼓勵離島醫院提升其緊急醫療能力，規劃調升離島地區急救責任醫院急診案件醫療服務點數支付，說明如下：

(一) 支付規範調整方案：

1. 全院緊急醫療能力分級評定為**重度級急救責任醫院**之離島醫院，加計 **50%** 支付。
2. 全院緊急醫療能力分級評定為**中度級急救責任醫院**之離島醫院，加計 **30%** 支付。
3. 全院緊急醫療能力分級評定為**一般級急救責任醫院**之離島醫院，加計 **10%** 支付。

4. 查現行支付標準第二部第一章第一節「急診診察費」支付規範，山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院得依表定點數加計 30%。考量前述加成規範亦針對離島及急救責任醫院，為避免因同一事由重複加成，爰請醫院擇優申報。

(二) 現況分析（113 年度醫院緊急醫療能力分級評定結果）：

依前述規範，部立金門、三軍澎湖及澎湖醫院為中度級急救責任醫院，急診案件得依表定點數加計 30%；連江醫院為一般級急救責任醫院，急診案件得依表定點數加計 10%。

(三) 財務影響評估（**附件 4，頁次報 2-15**）：以 113 年度各離島醫院申報資料推估，將增加財務支出約 **0.33 億點**（澎湖醫院 0.05 億點、三軍澎湖 0.13 億點、部立金門 0.15 億點、連江醫院 0.003 億點）。

六、調升住院護理費支付點數調整方案，說明如下：

(一) 為改善急診壅塞、提升住院照護量能，並加速急診病人收治住院情形，本次住院護理費調整方案（表 6）以「急性一般（含精神）病床」為優先，調整原則如下：

1. 依調升前後醫學中心分別與區域醫院、地區醫院支付點數差額，等差調升點數。
2. 首日護理費為次日起支付點數之 1.3 倍。
3. 整體護理費調升幅度 12.3%～15.9%不等。

(二) 財務影響評估（**同附件 2，頁次報 2-11～2-12**）：以 113 年度各醫院申報資料推估，將增加財務支出約 **24.97 億點**（急性一般病床約 **22.61 億點**、精神急性一般病床約 **2.36 億點**）。

表 6、急性一般病床（含精神）住院護理費調整方案

診療項目	現行 支付點數	調升後支付點數	調幅	調升點數
	(A)	(B)		(B-A)
急性一般病床 護理費 (第一天)	1,027	1,154 【=1,027*(1+12.4%)】	12.4%	127
	905	1,032 【=1,154-(1,027-905)】	14.0%	127
	850	977 【=1,154-(1,027-850)】	14.9%	127
急性一般病床 護理費 (第二天起)	790	888 【=790*(1+12.4%)】	12.3%	98
	696	794 【=888-(790-696)】	14.1%	98
	654	752 【=888-(790-654)】	15.0%	98
經濟病床 護理費 (第一天)	729	819 【=729*(1+12.4%)】	12.3%	90
	644	734 【=819-(729-644)】	14.0%	90
	573	663 【=819-(729-573)】	15.7%	90
經濟病床 護理費 (第二天起)	561	631 【=561*(1+12.4%)】	12.5%	70
	495	565 【=631-(561-495)】	14.1%	70
	441	511 【=631-(561-441)】	15.9%	70

七、前述急診、急救責任醫院及護理相關支付標準調整，將扣合特定指標（如：醫護人員調薪或增聘人力、加護病床收治情形、急診留滯情形等），達標者始外加其個別醫院預算額度。

八、查 114 年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額（**附件 5，頁次報 2-16～2-18**）略以，「全日護病比」項目移出健保總額，改由公務預算支應。配合本次住院護理費支付點數調升，併同暫不實施全日平均護病比加成規範，並規劃自同日起生效。

九、另因應少子化、回應產科醫師投入緊急生產案件之辛勞，並考量生產案件執行時間與其他排程手術不盡相同，本次將增訂醫院「自然產手術案件」夜間及例假日加成規範，說明如下：

（一）加成規範：

1. 參考現行支付標準手術章節緊急加成，加成率訂為 **30%**。
2. 加成條件則參考急診診察費所列夜間（晚上 **10 時至隔日早上 6 時**）及例假日（**週六之 0 時起至週日 24 時止、國**

定假日 0 時至 24 時) 之定義。

(二) 財務影響評估 (附件 6, 頁次報 2-19):

以 113 年度各醫院申報資料推估, 增訂「醫院自然產手術案件夜間及例假日加成」規範將增加財務支出約 2.12 億點。

十、本案財務影響及預算來源, 綜整說明如下:

(一) 急診、急救責任醫院及護理相關支付標準調整方案:

1. 財務影響: 推估全年增加健保財務支出約 42.37 億點 (急診相關項目約 11.01 億點、急性一般病床住院護理費約 24.97 億點、急救責任醫院約 6.06 億點、離島地區急診加成約 0.33 億點) 如自今年 5 月開始實施, 推估對今年財務影響為 28.25 億。本次挹注金額占 113 年相關項目申報點數 (459.57 億點) 之比率約 9.2% (表 8)。

表 8、整體財務影響評估統計表 (單位: 億點、%)							
項目	113 年 申報 點數	本次挹注金額					占率
		急診 相關	住院 護理費	急救責任 醫院	離島急救 責任醫院 急診加成	總計	
	A	B	C	D	E	F=B+C+D+E	G=F/A
診察費	98.82	5.01	-	1.22	0.33	6.23	6.3%
護理費	306.27	6.00	24.97	3.50		34.47	11.3%
病房費	54.49	-	-	1.35		1.35	2.5%
總計	459.57	11.01	24.97	6.06	0.33	42.37	9.2%

2. 預算來源: 114 年度全民健康保險其他預算「114 年度總額移出保留額度, 用於推動政策執行: 以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等」項下 41.56 億元 (附件 7, 頁次報 2-20~2-21)。

(二) 增訂醫院自然產手術加成規範:

1. 財務影響: 將增加財務支出約 2.12 億點。
2. 預算來源: 114 年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額「合理調整基本診療章支付標準, 以合理反映醫院員工

薪資調整、病房費調整(含 RBRVS)」項下 15.869 億元(同附件 5，頁次報 2-16～2-18)。

十一、修訂後支付標準如附件 8 (頁次報 2-22～2-30)，擬依程序報請衛生福利部核定並公告實施。

決定：

全民健康保險醫療給付費用醫院總額
114 年第 1 次研商議事會議紀錄（資料後補）

急診相關基本診療項目調整方案 財務影響評估

(單位：百萬點)

總計_財務影響評估

特約類別 / 費用類別	診察費	護理費				總計
	拆分調升10%	拆分調升10%	觀察床調升60%	一般床調升12.4%	合計	
總計	500.75	232.02	368.14	2,497.22	3,097.38	3,598.13
醫學中心	134.67	63.45	200.24	872.85	1,136.54	1,271.21
區域醫院	235.24	110.54	141.18	1,072.47	1,324.18	1,559.42
地區醫院	130.85	58.03	26.73	551.90	636.66	767.51

1. 急診診察費拆分為診察費及護理費，並調升支付點數10%

特約類別 / 費用類別	檢傷第一級	檢傷第二級	檢傷第三級	檢傷第四級	檢傷第五級	不分檢傷	精神科	合計
總計	44.80	97.77	527.12	44.01	4.22	13.53	1.32	732.77
醫學中心	15.04	37.45	139.04	6.13	0.35	0.00	0.12	198.12
區域醫院	20.83	44.98	256.38	20.71	1.86	0.00	1.01	345.77
地區醫院	8.94	15.35	131.70	17.17	2.02	13.53	0.18	188.88
診察費合計	30.45	66.44	358.23	29.91	2.87	11.63	1.22	500.75
醫學中心	10.22	25.45	94.49	4.17	0.24	0.00	0.11	134.67
區域醫院	14.15	30.57	174.24	14.08	1.26	0.00	0.94	235.24
地區醫院	6.07	10.43	89.50	11.67	1.37	11.63	0.17	130.85
護理費合計	14.35	31.33	168.89	14.10	1.35	1.89	0.10	232.02
醫學中心	4.82	12.00	44.55	1.96	0.11	0.00	0.01	63.45
區域醫院	6.67	14.41	82.15	6.64	0.59	0.00	0.08	110.54
地區醫院	2.86	4.92	42.20	5.50	0.65	1.89	0.01	58.03

調升後 支付點數 如右表：	費用類別	檢傷第一級	檢傷第二級	檢傷第三級	檢傷第四級	檢傷第五級	不分檢傷	精神科
	診察費	1,345	748	580	336	292	631	917
	護理費	635	352	274	158	138	102	74
	合計	1,980	1,100	854	494	430	733	991
	原點數	1,800	1,000	776	449	390	667	901

2. 急診觀察床護理費調升60%

特約類別 / 費用類別	護理費		
	第一天	第二天起	合計
總計	255.05	113.10	368.14
醫學中心	132.76	67.47	200.24
區域醫院	100.50	40.68	141.18
地區醫院	21.79	4.94	26.73

特約類別 / 費用類別	護理費	
	第一天	第二天起
調升後 支付點數 如右表：	原支付點數	571、475
	醫學中心	175、151
	區域醫院	914
	地區醫院	703
		914
		703
		818
		629

3. 急性一般病床住院護理費調升支付點數12.3%~15.9%

特約類別 / 費用類別	急性一般（含經濟）病床			精神急性一般（含經濟）病床			總計		
	第一天	第二天起	小計	第一天	第二天起	小計	第一天	第二天起	合計
總計	422.11	1,838.74	2,260.85	6.24	230.12	236.37	428.36	2,068.86	2,497.22
醫學中心	161.13	684.07	845.20	1.32	26.33	27.65	162.46	710.40	872.85
區域醫院	185.47	764.01	949.48	2.98	120.00	122.98	188.45	884.01	1,072.47
地區醫院	75.51	390.66	466.17	1.94	83.79	85.73	77.45	474.45	551.90

調升後 支付點數 如右表：	病床別	（調升前）		（調升後）		（調升前）		（調升後）	
		急性一般首日	急性一般次日起	急性一般首日	急性一般次日起	經濟首日	經濟次日起	經濟首日	經濟次日起
	醫學中心	1,027	790	1,154	888	729	561	819	631
	區域醫院	905	696	1,032	794	644	495	734	565
	地區醫院	850	654	977	752	573	441	663	511

資料來源：本署四代倉儲門、住診醫令清單檔（製表日期：114.03.10）

註1. 本表係以113年度各醫院申報資料計算，包含：	1. 急診診察費	00201B、00202B、00203B、00204B、00225B、01015C、01021C
	2. 急診觀察床護理費	03075A、03076B、03042A、03043B
	3. 急性一般及經濟病床（含精神）護理費	03077K、03078A、03079B、03026K、03027A、03029B、03080K、03081A、03082B、03030K、03031A、03033B

註2. 急診診察費拆分診察費及護理費之比率，係依現行各項支付規範所定比率拆分，如下表：

	檢傷第一級	檢傷第二級	檢傷第三級	檢傷第四級	檢傷第五級	不分檢傷	精神科
支付點數	1,800	1,000	776	449	390	667	901
護理費占率 / 點數	32.04%	32.04%	32.04%	32.04%	32.04%	8.08%~14%	48~67點
拆分後診察費	1,223	680	527	305	265	574	834
拆分後護理費	577	320	249	144	125	93	67

註3. 急診觀察床及急性一般病床護理費支付點數調升原則：

(1) 計算醫學中心支付點數：依所訂成數調升支付點數
(2) 計算其他層級支付點數：依該層級與醫學中心之原定點數差額計算調升後支付點數
(3) 計算首日及次日起之支付點數：護理費（第一天）支付點數為護理費（第二天）起之1.3倍

急救責任醫院「加護病床基本診療費用」支付調整 財務影響評估

(單位：百萬點)

1. 重度級急救責任醫院 (以醫學中心標準支付) 共27家

醫事機構代號	醫事機構簡稱	費用類別			總計
		住院診察費	病房費	護理費	
總計		96.9	134.8	256.5	488.1
A醫院		1.8	0.9	1.6	4.4
B醫院		4.5	9.1	15.9	29.4
C醫院		2.6	5.1	9.0	16.8
D醫院		3.5	6.6	12.0	22.2
E醫院		2.2	3.8	7.4	13.4
F醫院		1.4	0.0	0.1	1.5
G醫院		5.9	5.5	10.1	21.5
H醫院		3.5	4.2	7.2	14.9
I醫院		4.4	3.0	5.1	12.5
J醫院		3.7	5.0	8.8	17.5
K醫院		2.1	4.3	7.4	13.8
L醫院		2.4	2.2	7.0	11.6
M醫院		5.8	4.4	7.6	17.8
N醫院		3.5	5.1	12.1	20.7
O醫院		3.0	0.2	0.5	3.7
P醫院		1.9	3.9	6.7	12.5
Q醫院		3.9	7.6	13.0	24.5
R醫院		2.5	4.8	8.5	15.9
S醫院		7.6	14.4	25.4	47.5
T醫院		4.1	8.0	14.1	26.1
U醫院		3.4	6.5	12.2	22.2
V醫院		3.2	0.0	0.0	3.2
W醫院		3.8	5.8	10.4	20.0
X醫院		3.5	6.9	12.0	22.4
Y醫院		3.2	6.1	10.8	20.1
Z醫院		3.2	5.2	10.0	18.4
AA醫院		6.2	6.1	21.5	33.8

資料來源：本署四代倉儲住診醫令清單檔。(製表日期：114.03.19)

資料擷取範圍：113年度加護病床基本診療費用申報資料。

註1：住院基本診療費用係指「住院診察費」、「病房費」及「護理費」。

註2：本表係以醫院加護病床基本診療項目醫令申報量，及前述項目醫學中心與該院適用層級別之支付點數差額推估。

(單位：百萬點)

2. 中度級急救責任醫院（以區域醫院標準支付）共26家

醫事機構代號	醫事機構簡稱	費用類別			總計
		住院診察費	病房費	護理費	
總計		24.7	0.0	93.0	117.8
A醫院		1.5	0.0	7.3	8.8
B醫院		0.3	0.0	1.3	1.6
C醫院		0.5	0.0	2.3	2.7
D醫院		1.7	0.0	7.6	9.3
E醫院		0.6	0.0	3.0	3.6
F醫院		0.8	0.0	3.8	4.6
G醫院		1.6	0.0	7.6	9.2
H醫院		1.0	0.0	4.7	5.7
I醫院		1.1	0.0	1.0	2.1
J醫院		0.6	0.0	2.9	3.5
K醫院		0.8	0.0	3.9	4.8
L醫院		1.6	0.0	0.0	1.6
M醫院		0.7	0.0	0.0	0.7
N醫院		0.6	0.0	3.0	3.6
O醫院		1.3	0.0	2.2	3.6
P醫院		0.8	0.0	3.6	4.4
Q醫院		0.6	0.0	3.0	3.6
R醫院		1.6	0.0	7.7	9.3
S醫院		0.9	0.0	1.8	2.7
T醫院		0.7	0.0	3.3	4.0
U醫院		0.6	0.0	3.0	3.6
V醫院		1.0	0.0	4.7	5.7
W醫院		0.7	0.0	3.4	4.2
X醫院		1.1	0.0	5.7	6.8
Y醫院		0.7	0.0	3.6	4.3
Z醫院		1.1	0.0	2.6	3.7

資料來源：本署四代倉儲住診醫令清單檔。(製表日期：114.02.26)

資料擷取範圍：113年度加護病床基本診療費用申報資料。

註1：住院基本診療費用係指「住院診察費」、「病房費」及「護理費」。

註2：本表係以醫院加護病床基本診療項目醫令申報量，及前述項目區域醫院與該院適用層級別之支付點數差額推估（查地區醫院及區域醫院之ICU病房費支付點數相同，爰無財務影響）。

離島地區急救責任醫院「急診案件加成」調整方案 財務影響評估

(單位：百萬點)

醫院簡稱		緊急醫療 能力等級	加成率	財務影響
總計				32.56
0144010015	澎湖醫院	中度級	30%	4.56
0544010031	三軍澎湖	中度級	30%	12.89
0190030516	衛福部金門	中度級	30%	14.82
0291010010	連江醫院	一般級	10%	0.30

資料來源：本署四代倉儲門、住診醫令清單檔（製表日期：114.03.18）

- 註1. 本表係以113年度各離島醫院急診申報資料（案件分類02-西醫急診）計算，擷取範圍為醫令代碼長度為6碼者（不含P碼）。
- 註2. 加成方式：一般級急救責任醫院急診案件醫療服務點數加計10%、中度級加計30%、重度級加計50%。
- 註3. 考量現行「醫療資源不足地區急救責任醫院」之急診診察費已得加計30%，爰本次加計範圍不包含急診診察費。

附表 114 年度醫院醫療給付費用協定項目表(決定版)

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
一般服務				
醫療服務成本及人口 因素成長率		4.344%	23,504.9	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長 率=[(1+人口結構改變率+醫療 服務成本指數改變率)×(1+投保 人口預估成長率)]-1。
投保人口預估成長率		0.362%		
人口結構改變率		1.807%		
醫療服務成本指數 改變率		2.161%		
協商因素成長率		1.893%	10,243.5	請於 114 年 7 月前提報各協商 項目之執行情形，延續性項目 則包含前 1 年成效評估檢討報 告；實施成效納入 115 年度總 額協商考量。
保險給 付項目 及支付 標準之 改變	1.新醫療科 技(新藥、 新特材及 新增診療 項目)	0.825%	4,463.0	請中央健康保險署辦理下列事 項： 1.在額度內妥為管理運用，於 114 年度總額公告後，至全民 健康保險會最近 1 次委員會 議提出規劃之新增項目與作 業時程，並於 115 年度總額 協商前，提出年度新醫療科 技預算規劃與預估內容，俾 落實新醫療科技之引進與管 控。 2.積極引進新特材，避免新增 差額給付項目。對於新醫療 科技的預算投入，提出成果 面的績效指標，並加強醫療 科技再評估(HTR)機制，檢討 已收載之品項，加快療效及 經濟效益評估。 3.請於 114 年 7 月前提報執行 情形(含新增項目及申報費 用/點數)。

項目			成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
	保險給 付項目 及支付 標準之 改變	5. 因應 Pre-ESRD 及 Early-CKD 配合國際臨床指引-UPCR修訂為 UACR (每件增加 235 點) 所增加預算 (114 年新增項目)	0.037%	200.0	請中央健康保險署會同醫院總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，並於額度內妥為管理運用。
		6.C 肝照護品質提升衍生之醫療費用 (114 年新增項目)	0.011%	59.3	請中央健康保險署會同醫院總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，並於額度內妥為管理運用。
		7. 合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整、病房費調整 (含 RBRVS) (114 年新增項目)	0.293%	1,586.9	請中央健康保險署檢討醫院基本診療支付標準，確保醫院合理反映員工薪資調整，與監測醫療利用情形，於額度內妥為管理運用，並會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討成效。

項目			成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
	其他醫療服務利用及密集度之改變	8.配合888健康台灣，擴大國健署疾病篩檢，疑似陽性個案致使健保醫療利用提升，醫療服務密集度改變(114年新增項目)	0.462%	2,500.0	1.本項為因應擴大癌篩後疑似陽性個案確診及治療之後續健保費用擴增。 2.請中央健康保險署會同醫院總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，並於額度內妥為管理運用。
	其他議定項目	9.全日護病比(移出總額)	-0.462%	-2,500.0	本項 113 年預算 2,500 百萬元，114 年改由公務預算支應。
	其他醫療服務利用及密集度之改變	10.因應長新冠照護衍生費用(自專款項目移列一般服務項目)	0.024%	128.0	請中央健康保險署監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用。
	其他議定項目	11.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.001%	-3.2	1.為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。 2.本項不列入 115 年度總額協商之基期費用。
	一般服務成長率 ^{註1}	增加金額	6.237%	33,748.4	
	總金額	574,837.7			
專款項目(全年計畫經費)					各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於 113 年 11 月前完成，新增計畫原則於 113 年 12 月前完成，且均應於 114 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

增訂醫院自然產手術案件夜間及假日加成財務評估

一、113年醫院生產手術申報情形									
醫院生產手術申報人數	醫院生產手術申報件數(A)								
62,968	63,016								
假日白天執行生產手術			平日夜間執行生產手術			假日夜間執行生產手術			
案件數(B)	申報點數(C)	平均每件申報點數(D=C/B)	案件數(E)	申報點數(F)	平均每件申報點數(G=F/E)	案件數(H)	申報點數(I)	平均每件申報點數(J=I/H)	
11,055	264,203,887	23,899	13,678	329,111,515	24,061	4,746	113,940,902	24,008	
二、評估增訂生產案件夜間及假日加成財務影響									
推估114年假日白天加成			推估114年平日夜間加成			推估114年假日夜間加成			推估增加總點數
件數(B)	加成(K)	增加點數(L=B*K)	件數(E)	加成(K)	增加點數(M=E*K)	件數(H)	加成(K)	增加點數(N=H*K)	(O=L+M+N)
11,055	30%	79,261,166	13,678	30%	98,733,455	4,746	30%	34,182,271	212,176,891

1. 資料來源：住診醫令申明細檢視表(彙算日期：114/03/05)

2. 資料範圍：費用年為113年之申報資料

3. 統計定義：

(1)自然產醫令代碼：81017C、81018C、81019C、81024C、81025C、81026C、81034C。

(2)案件數：依醫令量加總計算。

(3)申報點數：依醫令點數加總計算。

附表 114 年度其他預算協定項目表(決定版)

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	決定事項
其他預算(全年計畫經費)			1.屬計畫型項目，應提出具體實施方案(含預定達成目標及預期效益之評估指標)，其中延續型計畫應於113年11月前完成，新增項目原則於113年12月前完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。 2.請於114年7月前提報執行情形，延續性項目應包含前1年成效評估檢討報告；實施成效納入115年度總額協商考量。
1.基層總額轉診型態調整費用	800.0	0.0	1.優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)訂定分級醫療成效評估指標，持續監測病人流向(包含基層就醫占率與醫療費用變化情形)，評估分級醫療之執行效益。 (2)持續檢討鼓勵分級醫療政策及支付誘因之合理性，並建立引導院所適當轉診之機制，提出改善方案，以提升下轉成效。 (3)評估推動分級醫療相關措施對西醫基層總額之財務影響，以落實編列本項預算之目的。 (4)上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」，於114年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。
2.山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	1,356.6	501.2	1.預期效益之評估指標： (1)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫民眾滿意度。 (2)成人預防保健利用率。 (3)子宮頸抹片利用率。 執行目標： (1)山地離島地區醫療給付效益提昇計

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	決定事項
			病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率。 (3)檢討「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」之預算額度及核發指標，訂定更具鑑別度之獎勵方式，以落實獎勵之目的。
10.提升用藥品質之藥事照護計畫	30.0	0.0	請中央健康保險署會同中華民國藥師公會全國聯合會加強推動計畫，輔導特約藥局加入執行本計畫，並監測計畫之醫療利用及執行成效。
11.114 年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等(114 年新增項目)	4,156.0	4,156.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.本項經費用於通盤檢討及修訂特定診療支付標準，如急重難罕症相關支付標準等，與多年未通盤調整的部分，列為優先調整項目，並不得直接用於保障點值每點0.95元相關費用。 2.本項目支用前，將依程序提全民健康保險會報告同意後進行運用。
12.提升保險服務成效(移出總額)	0.0	-500.0	本項113年預算500百萬元，114年改由公務預算支應。
13.提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用(移出總額)	0.0	-1,486.0	本項113年預算1,486百萬元，114年改由公務預算支應。
14.因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能(移出總額)	0.0	-4,000.0	本項113年預算4,000百萬元，114年改由公務預算支應。
總計	20,883.7	1,563.9	

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

(文略~)

十四、加成規範：

- (一) 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），依各該編號項目所定點數加計百分之三十支付。
- (二) 離島地區各保險醫事服務機構之住診案件，申報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。
- (三) 離島地區各保險醫事服務機構之急診案件，申報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規範如下：
 - 1. 全院緊急醫療能力分級評定為重度級急救責任醫院之離島地區各保險醫事服務機構，加計 50% 支付。
 - 2. 全院緊急醫療能力分級評定為中度級急救責任醫院之離島地區各保險醫事服務機構，加計 30% 支付。
 - 3. 全院緊急醫療能力分級評定為一般級急救責任醫院之離島地區各保險醫事服務機構，加計 10% 支付。
 - 4. 「急診診察費」中，本項加計與「山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」加計，僅可擇一採認。

(下略)

第二部 西醫

第一章 基本診療

第一節 門診診察費

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
01015C <u>00247C</u>	<u>急診（不分檢傷）</u> 急診 --診察費 --護理費 註： 1.急診定義及適用範圍如附表2.1.1。 2.內含護理費比率為百分之八點八至百分之十四。 （略，標號依序遞延） <u>7.屬西醫基層總額部門院所，急診（不分檢傷）診察費以原支付點數574點申報、急診（不分檢傷）護理費以原支付點數93點申報。</u>	V <u>V</u>	V <u>V</u>			667 <u>630</u> <u>103</u>
00201B <u>00248B</u>	急診 診察費 （按檢傷分類） 檢傷分類第一級-- <u>診察費</u> <u>檢傷分類第一級--護理費</u>		V <u>V</u>	V <u>V</u>	V <u>V</u>	1800 <u>1345</u> <u>635</u>
00202B <u>00249B</u>	檢傷分類第二級-- <u>診察費</u> <u>檢傷分類第二級--護理費</u>		V <u>V</u>	V <u>V</u>	V <u>V</u>	1000 <u>748</u> <u>352</u>
00203B <u>00250B</u>	檢傷分類第三級-- <u>診察費</u> <u>檢傷分類第三級--護理費</u>		V <u>V</u>	V <u>V</u>	V <u>V</u>	776 <u>580</u> <u>274</u>
00204B <u>00251B</u>	檢傷分類第四級-- <u>診察費</u> <u>檢傷分類第四級--護理費</u>		V <u>V</u>	V <u>V</u>	V <u>V</u>	449 <u>336</u> <u>158</u>
00225B <u>00252B</u>	檢傷分類第五級-- <u>診察費</u> <u>檢傷分類第五級--護理費</u> 註： 1.檢傷分類依衛生福利部規定。 2.地區醫院得就本項 診察費 與01015C急診診察費擇一申報、 <u>本項護理費與xxxxxC急診護理費擇一申報</u> ，惟採行後一年始得變更。		V <u>V</u>	V <u>V</u>	V <u>V</u>	390 <u>292</u> <u>138</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
	(略) 5.地區醫院申報檢傷分類第四、五級之急診診察費 <u>及護理費</u> 得依表定點數加計百分之十九。 6.內含護理費比率為百分之三十二點零四。 (下略，標號依序遞延)					
01021C <u>00253C</u>	<u>精神科急診</u> 精神科急診 診察費 <u>--護理費</u> 註： 1.急診定義及適用範圍如附表2.1.1。 2.本項支付點數含護理費48-67點。 (略，標號依序遞延) 6.5. 屬西醫基層總額部門院所，例假日加成維持原週六之中午十二時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時加成百分之二十規定； <u>另精神科急診診察費以原支付點數 834 點申報、精神科急診護理費以原支付點數 67 點申報。</u>	V <u>V</u>	V <u>V</u>	V <u>V</u>	V <u>V</u>	901 <u>917</u> <u>74</u>

第二部 西醫

第一章 基本診療

第二節 住院及急診觀察床診察費

通則：

(前略)

九、全院經醫院緊急醫療能力分級評定為「重度級急救責任醫院」者，其加護病床得以醫學中心加護病床住院診察費(02011K)申報；經醫院緊急醫療能力分級評定為「中度級急救責任醫院」者(高危險妊娠及新生兒章節除外)，其加護病床得以區域醫院加護病床住院診察費(02012A)申報。

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
02006K 02007A 02008B	一般病床住院診察費(天) 註： 1.經濟病床及急性精神病床比照申報。 2.留置急診處暫留床二日以上者，自第二天起比照申報。			v	v	468 442 398
02011K 02012A 02013B	加護病床住院診察費(天) 註：精神科加護病床、燒傷中心及骨髓移植隔離病床比照申報。			v	v	1925 1729 1536
<u>02030K</u> <u>02031A</u> <u>02032B</u>	<u>急診觀察床診察費(天)</u> 註： <u>留置急診觀察床二日以上者，自第二天起始得申報本項。</u>			<u>v</u>	<u>v</u>	<u>468</u> <u>442</u> <u>398</u>

第二部 西醫

第一章 基本診療

第三節 病房費

通則：

(前略)

七、加護病床支付標準，原則依主管機關八十七年「加護病房評定」等級認定；惟新設立、增床者及自八十九年起醫院評鑑層級異動者，加護病床支付標準，依其當時醫院評鑑之特約層級，按醫學中心-甲級、區域醫院-乙級、地區醫院-丙級方式認定。另全院經醫院緊急醫療能力分級評定為「重度級急救責任醫院」者，其加護病床得比照醫學中心-甲級申報；經醫院緊急醫療能力分級評定為「中度級急救責任醫院」者（高危險妊娠及新生兒章節除外），其加護病床得比照區域醫院-乙級申報。

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：(略)

(二) 符合全日平均護病比之加成(暫不實施)：

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

全日平均護病比範圍			加成率
醫學中心	區域醫院	地區醫院	
8.5-8.9	11.5-11.9	14.5-14.9	2%
8.0-8.4	11.0-11.4	14.0-14.4	5%
7.5-7.9	10.5-10.9	13.5-13.9	14%
7.0-7.4	10.0-10.4	13.0-13.4	17%
< 7.0	< 10.0	< 13.0	20%

註：

(1)各醫院之「全日平均護病比」採四捨五入至小數位第一位計算。

(2)精神科教學醫院比照區域醫院層級加成，精神科醫院比照地區醫院層級加成。

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

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
03077K 03078A 03079B 03026K 03027A 03029B	急性一般病床（床/天） --護理費（第一天） --護理費（第二天起） 註：護理費為偏鄉醫院 及符合全日平均護病比之 加 成項目。			v v v v v	v	1027 <u>1154</u> 905 <u>1032</u> 850 <u>977</u> 790 <u>888</u> 696 <u>794</u> 654 <u>752</u>
03080K 03081A 03082B 03030K 03031A 03033B	經濟病床（床/天） --護理費（第一天） --護理費（第二天起） 註：護理費為偏鄉醫院 及符合全日平均護病比之 加 成項目。			v v v v v	v v	729 <u>819</u> 644 <u>734</u> 573 <u>663</u> 561 <u>631</u> 495 <u>565</u> 441 <u>511</u>
03086K 03087A 03088B 03058K 03059A 03060B	精神急性一般病床（床/天） --護理費（第一天） --護理費（第二天起） 註：護理費為偏鄉醫院 及符合全日平均護病比之 加 成項目。			v v v v v	v v	1027 <u>1154</u> 905 <u>1032</u> 850 <u>977</u> 790 <u>888</u> 696 <u>794</u> 654 <u>752</u>
03089K 03090A 03091B	精神急性經濟病床（床/天） --護理費（第一天） --護理費（第二天起） 註：護理費為偏鄉醫院 及符合全日平均護病比之 加 成項目。			v v v	v	729 <u>819</u> 644 <u>734</u> 573 <u>663</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
03064K 03065A 03066B	--護理費（第二天起） 註：護理費為偏鄉醫院 及符合全日平均護病比之 加 成項目。			v v v	v	561 <u>631</u> 495 <u>565</u> 441 <u>511</u>
03075A 03076B 03042A 03042B	急診觀察床（床/天） --護理費（第一天） --護理費（第二天起）			v v v v	v v v	571 <u>914</u> 475 <u>818</u> 175 <u>703</u> 151 <u>629</u>
03014A 03025B 03095A 03096B 03037A 03039B	精神科加護病床（床/天） --病房費 --護理費（第一天） --護理費（第二天起）			v v v v v v	v v v v	1305 1305 2673 2474 2056 1903
03017A 03098A 03041A	燒傷加護病床（床/天） --病房費 --護理費（第一天） --護理費（第二天起）			v v v	v v v	6495 13298 10229

編號	診療項目	丁 級	丙 級	乙 級	甲 級	支付 點數
03010E	加護病床 ICU (床/天) --病房費				v	2852
03011F				v		2406
03012G			v			2406
03104E	--護理費 (第一天)				v	6131
03105F				v		5171
03106G			v			3868
03047E	--護理費 (第二天起)				v	4716
03048F				v		3978
03049G			v			2975

第二部 西醫

第二章 特定診療

第七節 手術

通則：

十一、急診病人因緊急傷病而必需立即手術者，其「手術費」得按本節所定點數加算百分之三十，但「手術一般材料費」不得另按比例加算。

十二、醫院夜間（晚上十時至隔日早上六時）及例假日（週六之零時至週日二十四時、國定假日零時至二十四時）之自然產手術案件（81017C、81018C、81019C、81024C、81025C、81026C、81034C），其「手術費」得按本節所定點數加算百分之三十，同時符合夜間及例假日者，僅加計百分之三十，但「手術一般材料費」不得另按比例加算。

~~十二~~十三、本節各項手術均為提升兒童加成項目，但「手術一般材料費」不得另按比例加算。加成率如下：病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之百；年齡在六個月以上但未滿二歲者，依表定點數加計百分之八十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之六十，若同時符合緊急傷病必須立即手術者，依加成率合計後一併加成。

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
81017C	無妊娠併發症之陰道產	√	√	√	√	14000
81034C	有妊娠併發症之陰道產	√	√	√	√	19999
81018C	雙胎分娩	√	√	√	√	26393
81019C	多胎分娩	√	√	√	√	29439
81024C	前胎剖腹產後之陰道生產（接生費）	√	√	√	√	23386
81025C	前胎剖腹產後之陰道生產（雙胎分娩）	√	√	√	√	27165
81026C	前胎剖腹產後之陰道生產（多胎分娩）	√	√	√	√	30907

報告事項

第三案

報告單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：修訂支付標準第四部中醫條文及2項中醫總額專款計畫案。

說明：

- 一、依據本署 114 年 2 月 20 日召開全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 114 年第 1 次研商議事會議決議(附件 1，頁次報 3-2)辦理。
- 二、修訂中醫第七章其他(修訂後支付標準如附件 2，頁次報 3-3)，重點摘要如下：
 - (一)開放「中醫醫療機構負責醫師訓練計畫主要訓練診所」申報 B71「脈診儀檢查費」及 B72「舌診儀檢查費」。
 - (二)財務評估：本修訂擴大可申報脈診儀檢查費(B71)、舌診儀檢查費(B72)之場域，為執行面作業調整，整體接受服務的病人群體大致相同，推估無財務衝擊，將持續監測開放後使用情形。
- 三、修訂中醫總額 2 項專款計畫申報方式(修訂後計畫如附件 3、附件 4，頁次報 3-4~3-7)，重點摘要如下：
 - (一)修訂「中醫提升孕產照護品質計畫」及「中醫慢性病腎臟病門診加強照護計畫」之針灸處置療程相關支付標準項目，得比照中醫一般服務依門診申報格式跨月申報。
 - (二)財務評估：本修訂為申報作業調整，無財務衝擊。
- 四、修訂後支付標準將依程序報請衛生福利部核定公告實施；修訂後計畫將依程序辦理後續公告事宜。

決定：

全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 114 年第 1 次研商議事會議紀錄

時間：113 年 2 月 20 日下午 2 時

地點：本署 9 樓第 1 會議室

主席：陳副署長亮妤

紀錄：邵子川

出席代表：略。

列席單位及人員：略。

壹、主席致詞(略)

貳、確認本會前次會議紀錄：洽悉。

參、報告事項：略。

參、討論事項

討論事項第三案 提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：有關中醫支付標準第七章其他 B71 脈診儀檢查費及 B72 舌診儀檢查費是否開放「中醫醫療機構負責醫師訓練計畫主要訓練診所」申請案，提請討論。

決議：

- 一、本案通過，中醫支付標準第七章 B71「脈診儀檢查費」及 B72「舌診儀檢查費」開放「中醫醫療機構負責醫師訓練計畫主要訓練診所」申報。
- 二、本署將持續觀察 B71、B72 費用申報之變化。

討論事項第四案 提案單位：中華民國中醫師公會全國聯合會

案由：有關執行中醫專案計畫之院所，執行有療程案件，療程如遇跨月時可否能以依執行月份獨立申報案，提請討論。

決議：本案通過，「中醫提升孕產照護品質計畫」及「中醫慢性病腎臟病門診加強照護計畫」之針灸處置療程相關支付標準項目得比照中醫一般服務依門診申報格式跨月申報。

肆、散會：下午 3 時 14 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

第四部 中 醫

第七章 其他

編號	診療項目	支付點數
B71	脈診儀檢查費	500
B72	舌診儀檢查費	500
	<p>註：</p> <p>1.適應症：附表 4.7 所列疾病。</p> <p>2.支付規範：</p> <p>(1)申報使用輔助診斷，應依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載(應附有輔助診斷檢查圖像及判讀報告)。</p> <p>(2)B71、B72 每項每位病人每月限申報一次。</p> <p>3.申報資格：</p> <p>(1)申報本項支付標準之中醫師及中醫特約醫事服務機構均應經中醫總額受託單位審查認定合格。</p> <p>(2)前項經審查認定合格之中醫特約醫事服務機構及中醫師應每年提出申請計畫，經核可後始得申報，惟研究教學目的不得申報。</p> <p>(3)前項中醫特約醫事服務機構限中醫醫院評鑑合格或、教學醫院評鑑合格醫院或主要訓練診所(可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新進中醫師)醫院。</p> <p>(4)限執業滿四年之專任中醫師申報。</p>	

全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫 給付項目及支付標準

通則：

- 一、本標準所訂支付點數除另有規定外，係包括中醫師診療、處置、處方、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本(如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出)。
- 二、本計畫之醫療服務量、診察費、針灸申報量，應獨立計算且申報時不併入該院所原門診合理量、針灸申報量計算。
- 三、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。
- 四、本計畫之案件當次不得另行申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫各章節之診療項目。
- 五、本計畫之案件(同一個案)每週限申報一次(P39007、P39008 不在此限)。

全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫 支付標準表

編號	診療	支付點數
P39001	中醫助孕照護處置費(含針灸處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費〔排卵期評估，女性須含基礎體溫(BBT)、濾泡期、排卵期、黃體期之月經週期療法之診療〕、口服藥(至少七天)、調劑費、針灸治療處置費、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	1200
P39002	中醫助孕照護處置費(不含針灸處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費〔排卵期評估，女性須含基礎體溫(BBT)、濾泡期、排卵期、黃體期之月經週期療法之診療〕、口服藥(至少七天)、調劑費、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	900
P39003	中醫保胎照護處置費(含針灸處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費口服藥(至少七天)、調劑費、針灸治療處置費、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	1200
P39004	中醫保胎照護處置費(不含針灸處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費、口服藥(至少七天)、調劑費、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	900

編號	診療	支付點數
P39005	中醫助孕照護處置費(不含藥費)(同療程第 1 次) 註：照護處置費包括中醫四診診察費〔排卵期評估，女性須含基礎體溫 (BBT)、濾泡期、排卵期、黃體期之月經週期療法之診療〕、針灸治療處置費、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	900
P39006	中醫保胎照護處置費(不含藥費)(同療程第 1 次) 註：照護處置費包括中醫四診診察費、針灸治療處置費、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	900
P39007	中醫助孕照護針灸處置費(不含藥費)(同療程第 2~6 次) 註： 限與 P39005 合併申報 ，每週限申報 3 次。	300
P39008	中醫保胎照護針灸處置費(不含藥費)(同療程第 2~6 次) 註： 限與 P39006 合併申報 ，每週限申報 3 次。	300
註： 1、P39003、P39004、P39006、P39008限受孕後0-20週之保胎照護病人適用。 2、各照護模式(P39001、P39002、P39003、P39004、P39005、P39006)每週限擇一申報。 3、含藥費之照護模式(P39001、P39002、P39003、P39004)與不含藥費之照護模式(P39005、P39006)，需 ≥ 28 天始得相互轉換。 4、 P39005、P39006、P39007、P39008於同次療程結束後統一申報 ；療程案件每月限申報12次針灸(P39005與 P39007合計每月限申報12次；P39006與 P39008合計每月限申報12次)。		

全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

支付標準表

編號	診療項目	支付點數
P64001	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 7 天以下） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病人病歷記錄備查。	900
P64002	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 8-14 天） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病人病歷記錄備查。	1,250
P64003	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 15-21 天） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病人病歷記錄備查。	1,600
P64004	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 22-28 天） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病人病歷記錄備查。	1,950
P64005	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 7 天以下、針灸處置） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、針灸處置費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病人病歷記錄備查。	1,300
P64006	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 8-14 天、針灸處置） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、針灸處置費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病人病歷記錄備查。	1,650
P64007	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 15-21 天、針灸處置） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、針灸處置費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病人病歷記錄備查。	2,000
P64008	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數 22-28 天、針灸處置） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、針灸處置費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病人病歷記錄備查。	2,350

編號	診療項目	支付點數
P64009	中醫慢性腎臟病加強照護費（未給口服藥、針灸處置同療程第 1 次） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、針灸處置費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病人病歷記錄備查。	800
P64010	中醫慢性腎臟病針灸照護費(同療程第 2~6 次) 註： 1.限與 P64005、P64006、P64007、P64008、P64009 合併申報。 2.同一療程「中醫慢性腎臟病加強照護費(針灸處置)」及「中醫慢性腎臟病針灸照護費(同療程第 2~6 次)」合計每週限申報 3 次。	300
P64011	疾病管理照護費 註： 1.中醫衛教、營養飲食指導、運動指導及檢查數據記載(雲端查詢)。 2.須檢附相關檢查數據： (1)CKD stage 2 者：每 6 個月須重新檢附於病歷。 (2)CKD stage 3~5 者：每 3 個月須重新檢附於病歷。 3.限 56 天(含)以上申報一次。	500
P64012	中醫慢性腎臟病治療功能性評估： 1.CKD 新收個案基本資料與病史紀錄表（附表一） 2.生活品質量表(EQ-5D)(附表二) 3.需於病歷及 VPN 登錄下列項目： (1)CKD stage 2 者：血壓、eGFR、血清肌酐酸(Cr)、UPCR (或糖尿病病人的 UACR)、糖尿病病人必填糖化血紅素(HbA1C)、腎功能評估及慢性腎疾病分期。 (2)CKD stage 3~5 者：血壓、eGFR、血清肌酐酸(Cr)、糖尿病病人必填糖化血紅素(HbA1C)、腎功能評估及慢性腎疾病分期。 註 1：每一個案限每 6 個月申報一次費用(每次須同時完成各項所列之量表) 註 2：需有病人新收案或前一次功能性評估之量表及檢驗檢查，且已於 VPN 登錄者，始得申報本項。 註 3：申報 2 次加強照護費及 1 次疾病管理照護費後，始得申報本項。	700
註 1：含藥費之加強照護費(P64001-P64008)與不含藥費之加強照護費(P64009)，需 ≥ 28 天始得相互轉換。 註 2：P64001、P64002、P64003、P64004、P64005、P64006、P64007、P64008、P64009 每次診療限擇一申報。 註 3：同一療程 P64005、P64006、P64007、P64008、P64009 限擇一申報。		

報告事項

第 四 案 報告單位：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會
案由：修訂支付標準第三部牙醫案。

說明：

- 一、 依據本署 114 年 2 月 25 日全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額 114 年第 1 次研商議事會議決議辦理。
- 二、 修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫：
 - (一)通則三之(一)醫師資格第 3 點，重點摘要如下：
 - 1.依通則規定，服務量達一定服務量之醫師得申報轉診加成(百分之三十)費用，原牙全會提案刪除，經前開會議會上決議，如為教學醫院則仍得適用。
 - 2.牙全會於會後提供修正文字，於「以醫師為單位」文字增加「具牙科專科醫師訓練機構資格之教學醫院」，修訂對照表(頁次報 4-2~4-6)。
 - 3.本項名單每年依附表 3.3.4 產製，一併修正附表文字(頁次報 4-11)。
 - (二)第五章牙周病統合治療方案通則二：新增「牙周病統合治療方案」違約醫事機構負責人或負有行為責任牙醫師立即退場之機制，將現行「牙醫師『申請』資格」修正為「牙醫師資格」，倘牙醫師不符合資格，則不再適用牙周病統合治療方案申報規定，修正對照表(頁次報 4-7~4-8)。
- 三、 本案係屬「標準作業程序」之修訂，爰不增加財務支出。
- 四、 修訂後支付標準如附件(頁次報 4-9~4-12)，將依程序報請衛生福利部核定公告實施。

決定：

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第三部 牙醫 通則 修訂對照表

修訂內容	原內容	備註
同原內容。	一、醫事服務機構實施牙科診療項目，除本部所表列外，得適用本標準其他章節之項目。	未修訂
同原內容。	二、牙科治療項目應依循「牙醫門診總額支付制度臨床治療指引」施行。	未修訂
<p>三、牙科門診分科醫師親自執行轉診個案醫療服務，應依「全民健康保險轉診實施辦法」規定辦理，符合下列規定者，得申報百分之三十加成費用。</p> <p>(一)醫師資格：符合下列任一資格者得檢附相關資料，提供牙醫總額受託單位彙整後，送保險人分區業務組核定，已核定者次年如繼續符合資格，得繼續沿用：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.具主管機關發給之專科證書或牙髓病科、牙周病科、兒童牙科及牙體復形各分科學會相關專科證明之醫師。 2.全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫執行院所之醫師，其轉診範圍限(二)之第 7 項範圍。 3.<u>具牙科專科醫師訓練機構資格之教學醫院</u>以醫師為單位，前一年度申報轉診範圍各科別醫令費用在十五百分位數(含)以上者，其科別點數或件數占總申報點數或件數百分之六十 (含)以上 	<p>三、牙科門診分科醫師親自執行轉診個案醫療服務，應依「全民健康保險轉診實施辦法」規定辦理，符合下列規定者，得申報百分之三十加成費用。</p> <p>(一)醫師資格：符合下列任一資格者得檢附相關資料，提供牙醫總額受託單位彙整後，送保險人分區業務組核定，已核定者次年如繼續符合資格，得繼續沿用：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.具主管機關發給之專科證書或牙髓病科、牙周病科、兒童牙科及牙體復形各分科學會相關專科證明之醫師。 2.全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫執行院所之醫師，其轉診範圍限(二)之第 7 項範圍。 3.以醫師為單位，前一年度申報轉診範圍各科別醫令費用在十五百分位數(含)以上者，其科別點數或件數占總申報點數或件數百分之六十 (含)以上者(牙體復形除外)。本項名單每年依附表 3.3.4 產製。 	醫師資格第 3 點前增列文字「具牙科專科醫師訓練機構

修訂內容	原內容	備註
<p>者(牙體復形除外)。本項名單每年依附表 3.3.4 產製。</p> <p>同原內容。</p>	<p>(二)轉診範圍，限於下列之科別與診療項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.牙髓病科：本標準第三章第二節根管治療(除 90004C、90006C、90007C、90088C 外)，及 91009B、92030C~92033C。 2.牙周病科：本標準第三章第三節牙周病學(除 91001C、91003C、91004C、91088C 外)，及 92030C~92033C、91021C~91023C。 3.口腔顎面外科：本標準第三章第四節口腔顎面外科(除 92001C、92013C、92088C 外)。 4.牙體復形科：本標準第三章第一節牙體復形(除 89006C、89088C 外)。 5.口腔病理科：92049B、92065B、92073C、92090C、92091C、92095C、92021B、92022B、92053B、92054B、92067B、92068B、92069B、92070B、92097C、92098C、92161B。 6.兒童牙科：未滿十三歲執行上述醫令項目。 7.符合全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫之適用對象，參與該計畫醫師於院所執行轉診醫療者，不限科別皆得申報轉診加成。 <p>(三)轉診加成規範：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.轉診加成同一療程之適用範圍：自轉診收治日起一百八十天內；屬同一療程之診療項目於該療程期間皆得申報加成。 	<p>資格之教學醫院」。</p>

修訂內容	原內容	備註
	<p>2.申報轉診加成之院所及醫師規範：</p> <p>(1)轉出及接受轉診不得為同一醫師。</p> <p>(2)基層院所可接受轉診之專科醫師互轉規範：</p> <p>A.非屬附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則適用鄉鎮之基層院所：</p> <p>(a)同專科同層級受理轉診者，不得申報轉診加成；不同專科接受轉診者，不在此限。</p> <p>(b)該縣市無可上轉至上一層級之專科醫師者，得申報轉診加成。</p> <p>B.屬附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則適用鄉鎮之基層院所：同層級受理轉診者，不得申報轉診加成。</p> <p>3.同一病人之轉出每次限轉診一種科別。</p> <p>4.基層院所專科醫師接受同一病人轉診加成，九十天內僅以一次為限。</p> <p>(四)轉診單開立後九十天內，病人應至接受轉診之醫療院所就診，否則無效。</p>	
同原內容。	四、「四歲以下嬰幼兒齲齒防治服務」(就醫年月減出生年月等於或小於四十八個月)之處置費(第一章門診診察費除外)加成百分之三十，若同時符合轉診加成者，合計加成百分之六十。	未修訂
同原內容。	五、「高齡患者根管治療難症處理」：治療六十五歲以上病人申報第三章第二節根管治療之90001C-	未修訂

修訂內容	原內容	備註
	90003C、90019C、90020C、90015C、90091C-90098C 處置治療項目，得加計百分之三十，若同時符合轉 診加成者，合計加計百分之六十。	
同原內容。	六、醫事服務機構實施牙醫門診診療項目，其申報點數 依「相對合理門診點數給付原則」(附表3.3.3)辦理 核付。	未修訂
同原內容。	七、牙周炎病人收取自費規範： (一)牙周炎病人治療過程中，醫師若因病人病情特殊 需要，應向其詳述理由，經病人同意並簽署自費 同意書後，除下列項目及本法第五十一條所定不 列入本保險給付範圍項目外，不得再自立名目向 病人收取自費；本項自費項目之收費標準，應報 請地方主管機關核定： 1.牙周抗生素凝膠、牙周消炎凝膠(激進型牙周病 患者及頑固型牙周病患者適用)。 2.因美容目的而作的牙周整形手術。 3.牙周組織引導再生手術(含骨粉、再生膜)。 4.牙周去敏感治療(排除頭頸部腫瘤電療後病人)。 (二)違反前項規定者，依全民健康保險醫事服務機構 特約及管理辦法第十三條規定辦理外，並自保險 人分區業務組通知日之次月起一年內，不得再申 報本部第五章「牙周病統合治療方案」相關費用。	未修訂
同原內容。	八、地區醫院、區域醫院、醫學中心於夜間(晚上九時至 隔日早上九時)限牙醫師申報牙醫急診案件(案件分	未修訂

修訂內容	原內容	備註
	<p>類為12及B6)之本部第三章第四節口腔顎面外科(92004C、92007B、92008B、92010B、92011B、92014C、92015C、92016C、92020B、92025B、92026B、92037B、92038B、92039B、92040B、92044B、92059C、92064C、92065B、92093B、92096C)及第二部第二章第六節治療處置臉部創傷處理(48022C、48023C、48024C)之處置費，加計百分之五十。若經西醫急診照會牙科，由牙醫師申報上述醫令項目亦加計百分之五十，費用由牙醫門診總額支應。</p>	
同原內容。	<p>九、離島地區牙醫基層診所週六、週日及國定假日之牙醫門診案件，申報本部第一章之山地離島地區門診診察費，得加計百分之二十。</p>	未修訂

第五章 牙周病統合治療方案 通則 修訂對照表

修訂內容	原內容	備註
二、牙醫師申請資格、申請程序及審查程序：	二、牙醫師申請資格、申請程序及審查程序：	<u>本署說明：</u> 將現行「牙醫師『申請』資格」修正為「牙醫師資格」，倘牙醫師不符合資格，則不再適用牙周統治療方案申報規定。
同原內容。	(一) 一般醫師須接受四學分以上牙周病統合治療方案相關之教育訓練（一學分行政課程；三學分專業課程）。	未修訂
同原內容。	(二) 臺灣牙周病醫學會與台灣牙周補綴醫學會專科醫師、一般會員均須接受一學分以上牙周病統合治療方案相關之行政部分教育訓練。	未修訂
同原內容。	(三) 醫師非二年內經保險人停約或終止特約醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函所載停約或終止特約日起算	未修訂

修訂內容	原內容	備註
	(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。	
同原內容。	(四) 醫師當年合計治療個案數，由保險人於次年八月依病人歸戶統計，經歸戶並排除治療個案數五件以下者，若當年申報91023C個案數比率小於百分之三十三點三三者（限同院所，不限同醫師完成），自保險人文到日次年一月起，兩年內不得申報本章診療項目，屆滿須再接受相關教育訓練後，始得提出申請。	未修訂
同原內容。	(五) 特約醫療院所應檢附教育訓練學分證明等相關資料，於每月五日前將申請書及有關資料以掛號郵寄至中華民國牙醫師公會全國聯合會（以下稱牙醫全聯會），牙醫全聯會審查後，於每月二十日前將名單函送所轄保險人分區業務組核定，並由所轄保險人分區業務組行文通知相關院所，並副知牙醫全聯會；申請者得於核定之起迄期間執行本方案服務。	未修訂

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

第三部 牙醫

通則：

一、醫事服務機構實施牙科診療項目，除本部所表列外，得適用本標準其他章節之項目。

二、牙科治療項目應依循「牙醫門診總額支付制度臨床治療指引」施行。

三、牙科門診分科醫師親自執行轉診個案醫療服務，應依「全民健康保險轉診實施辦法」規定辦理，符合下列規定者，得申報百分之三十加成費用。

(一)醫師資格：符合下列任一資格者得檢附相關資料，提供牙醫總額受託單位彙整後，送保險人分區業務組核定，已核定者次年如繼續符合資格，得繼續沿用：

- 1.具主管機關發給之專科證書或牙髓病科、牙周病科、兒童牙科及牙體復形各分科學會相關專科證明之醫師。
- 2.全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫執行院所之醫師，其轉診範圍限(二)之第 7 項範圍。
- 3.具牙科專科醫師訓練機構資格之教學醫院以醫師為單位，前一年度申報轉診範圍各科別醫令費用在十五百分位數(含)以上者，其科別點數或件數占總申報點數或件數百分之六十 (含)以上者(牙體復形除外)。本項名單每年依附表 3.3.4 產製。

(二)轉診範圍，限於下列之科別與診療項目：

- 1.牙髓病科：本標準第三章第二節根管治療(除 90004C、90006C、90007C、90088C 外)，及 91009B、92030C~92033C。
- 2.牙周病科：本標準第三章第三節牙周病學(除 91001C、91003C、91004C、91088C 外)，及 92030C~92033C、91021C~91023C。
- 3.口腔顎面外科：本標準第三章第四節口腔顎面外科(除 92001C、92013C、92088C 外)。
- 4.牙體復形科：本標準第三章第一節牙體復形(除 89006C、89088C 外)。
- 5.口腔病理科：92049B、92065B、92073C、92090C、92091C、92095C、92021B、92022B、92053B、92054B、92067B、92068B、92069B、92070B、92097C、92098C、92161B。
- 6.兒童牙科：未滿十三歲執行上述醫令項目。
- 7.符合全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫之適用對象，參與該計畫醫師於院所執行轉診醫療者，不限科別皆得申報轉診加成。

(三)轉診加成規範：

- 1.轉診加成同一療程之適用範圍：自轉診收治日起一百八十天內；屬同一療程

之診療項目於該療程期間皆得申報加成。

2. 申報轉診加成之院所及醫師規範：

(1) 轉出及接受轉診不得為同一醫師。

(2) 基層院所可接受轉診之專科醫師互轉規範：

A. 非屬附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則適用鄉鎮之基層院所：

(a) 同專科同層級受理轉診者，不得申報轉診加成；不同專科接受轉診者，不在此限。

(b) 該縣市無可上轉至上一層級之專科醫師者，得申報轉診加成。

B. 屬附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則適用鄉鎮之基層院所：同層級受理轉診者，不得申報轉診加成。

3. 同一病人之轉出每次限轉診一種科別。

4. 基層院所專科醫師接受同一病人轉診加成，九十天內僅以一次為限。

(四) 轉診單開立後九十天內，病人應至接受轉診之醫療院所就診，否則無效。

四、「四歲以下嬰幼兒齲齒防治服務」(就醫年月減出生年月等於或小於四十八個月)之處置費(第一章門診診察費除外)加成百分之三十，若同時符合轉診加成者，合計加成百分之六十。

五、「高齡患者根管治療難症處理」：治療六十五歲以上病人申報第三章第二節根管治療之90001C-90003C、90019C、90020C、90015C、90091C-90098C處置治療項目，得加計百分之三十，若同時符合轉診加成者，合計加計百分之六十。

六、醫事服務機構實施牙醫門診診療項目，其申報點數依「相對合理門診點數給付原則」(附表3.3.3)辦理核付。

七、牙周炎病人收取自費規範：

(一) 牙周炎病人治療過程中，醫師若因病人病情特殊需要，應向其詳述理由，經病人同意並簽署自費同意書後，除下列項目及本法第五十一條所定不列入本保險給付範圍項目外，不得再自立名目向病人收取自費；本項自費項目之收費標準，應報請地方主管機關核定：

1. 牙周抗生素凝膠、牙周消炎凝膠(激進型牙周病患者及頑固型牙周病患者適用)。

2. 因美容目的而作的牙周整形手術。

3. 牙周組織引導再生手術(含骨粉、再生膜)。

4. 牙周去敏感治療(排除頭頸部腫瘤電療後病人)。

(二) 違反前項規定者，依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第十三條規定辦理外，並自保險人分區業務組通知日之次月起一年內，不得再申報本部第五章「牙周病統合治療方案」相關費用。

八、地區醫院、區域醫院、醫學中心於夜間(晚上九時至隔日早上九時)限牙醫師申報牙醫急診案件(案件分類為12及B6)之本部第三章第四節口腔顎面外科(92004C、92007B、92008B、92010B、92011B、92014C、92015C、92016C、92020B、92025B、92026B、92037B、92038B、92039B、92040B、92044B、92059C、92064C、92065B、92093B、92096C)及第二部第二章第六節治療處置臉部創傷處理(48022C、48023C、48024C)之處置費，加計百分之五十。若經西醫急診照會牙科，由牙醫師申報上述醫令項目亦加計百分之五十，費用由牙醫門診總額支應。

九、離島地區牙醫基層診所週六、週日及國定假日之牙醫門診案件，申報本部第一章之山地離島地區門診診察費，得加計百分之二十。

附表3.3.4 通則三之(一)第3項 符合轉診醫師資格之產製名單處理方式

項目	說 明
一、邏輯定義	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>具牙科專科醫師訓練機構資格之教學醫院</u>以醫師為單位，前一年度申報轉診範圍各分科別醫令費用在十五百分位數以上者。 2. 符合前述條件之醫師，其分科點數或醫令數占總申報點數或醫令數百分之六十以上者。
二、分區	六分區及全國
三、各分科定義	<ol style="list-style-type: none"> 1. 牙髓病科：本標準第三章第二節根管治療(除 90004C、90006C、90007C、90088C 外)，及 91009B、92030C~92033C。 2. 牙周病科：本標準第三章第三節牙周病學(除 91001C、91003C、91004C、91088C 外)，及 92030C~92033C、91021C~91023C。 3. 口腔顎面外科：本標準第三章第四節口腔顎面外科(除 92001C、92013C、92088C 外)。 4. 牙體復形科：本標準第三章第一節牙體復形(除 89006C、89088C 外)。 5. 口腔病理科：92049B、92065B、92073C、92090C、92091C、92095C、92021B、92022B、92053B、92054B、92067B、92068B、92069B、92070B、92097C、92098C、92161B。 6. 兒童牙科：未滿十三歲執行上述醫令項。
四、計算式	<ol style="list-style-type: none"> 1. 分子： <ol style="list-style-type: none"> (1) 牙髓病科、牙周病科、口腔顎面外科、口腔病理科：以醫師歸戶，計算上述各分科定義之醫令項(醫令數或點數)。 (2) 兒童牙科：以醫師歸戶，計算有執行病人年齡未滿十三歲，上述牙髓病科、牙周病科、口腔顎面外科、口腔病理科及牙體復形科之醫令項(醫令數或點數)。 2. 分母：以醫師歸戶，計算申報本標準第三部牙醫>第三章牙科處置及手術項下醫令項 (醫令數或點數)，排除 89006C、89088C、90004C、90006C、90007C、90088C、91001C、91003C、91004C、91088C、92001C、92013C、92088C。

第五章 牙周病統合治療方案

通則：

一、適用治療對象：為全口牙周炎患者，總齒數至少十六齒（專業認定需拔除者不列入總齒數計算），六顆牙齒以上牙周囊袋深度5mm以上。

二、牙醫師申請資格、申請程序及審查程序：

- (一) 一般醫師須接受四學分以上牙周病統合治療方案相關之教育訓練（一學分行政課程；三學分專業課程）。
- (二) 臺灣牙周病醫學會與台灣牙周補綴醫學會專科醫師、一般會員均須接受一學分以上牙周病統合治療方案相關之行政部分教育訓練。
- (三) 醫師非二年內經保險人停約或終止特約醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函所載停約或終止特約日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者）。
- (四) 醫師當年合計治療個案數，由保險人於次年八月依病人歸戶統計，經歸戶並排除治療個案數五件以下者，若當年申報 91023C 個案數比率小於百分之三十三點三三者（限同院所，不限同醫師完成），自保險人文到日次年一月起，兩年內不得申報本章診療項目，屆滿須再接受相關教育訓練後，始得提出申請。
- (五) 特約醫療院所應檢附教育訓練學分證明等相關資料，於每月五日前將申請書及有關資料以掛號郵寄至中華民國牙醫師公會全國聯合會（以下稱牙醫全聯會），牙醫全聯會審查後，於每月二十日前將名單函送所轄保險人分區業務組核定，並由所轄保險人分區業務組行文通知相關院所，並副知牙醫全聯會；申請者得於核定之起迄期間執行本方案服務。

三、支付規範：

- (一) 本方案診療項目限經保險人分區業務組核定之醫師申報。
- (二) 若病人曾於最近一年內，在同一特約醫療院所施行並申報 91006C 或 91007C 三次者，不得申報本方案中所列診療項目。
- (三) 執行本方案須至健保資訊網服務系統(VPN)進行牙周病統合治療方案登錄及查詢該病人是否曾接受牙周病統合治療，如一年內未曾收案（以執行 91021C 起算），始得收案執行，未登錄不得申報本方案所列診療項目。VPN 登錄後於次月二十日(含)前，未申報牙周病統合治療第一階支付(91021C)者，系統將自動刪除VPN登錄資料，如欲執行須重新登錄收案。
- (四) 91021C~91023C 治療期間內，或自申報 91021C 起一百八十天內且未完成執行本方案三階段者，不得申報本部第三章第三節牙周病學診療項目(除 91001C、91013C、91019C、91088C 外)。
- (五) 院所申報 91022C 起，一年內不得申報 91006C 至 91008C 之診療項目服務費用。
- (六) 每一個案一年內僅能執行一次牙周病統合治療（以執行 91021C 起算）。
- (七) 本方案屬同一療程分三階段支付，其療程最長為一百八十天，療程中 91021C 至 91023C 各項目僅能申報一次，另申報 91022C 治療日起九十天內，依病情需要施行之牙結石清除治療，不得另行申報 91003C、91004C。
- (八) X光片費用另計，治療期間內限申報一次全口X光檢查(限申報 34001C 及 34002C)。

報告事項

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：新增「114 年全民健康保險術後加速康復推廣計畫」案。

說明：

- 一、依據本署 114 年 3 月 12 日全民健康保險醫療給付費用醫院總額 114 年第 1 次研商議事會議決議(附件 1，頁次報 5-4)辦理。
- 二、114 年度醫院總額「區域聯防-提升急重症照護品質」專款項下增編預算 60 百萬元。
- 三、計畫經提至前揭會議討論通過，重點內容說明如下(附件 2，頁次報 5-5~5-20)：

(一)第一階段以已導入 DRG 之髖關節及膝關節置換手術項目優先實施。

MDC 碼	DRG 碼	中文名稱
08	20901	髖關節再置換術，有合併症或併發症
08	20907	膝關節再置換術，有合併症或併發症
08	20902	髖關節再置換術，無合併症或併發症
08	20908	膝關節再置換術，無合併症或併發症
08	20903	全髖關節置換術
08	20904	部分髖關節置換術
08	20905	全膝關節置換術

(二)收案條件：

1. 年齡：70 歲以上。
2. 美國麻醉醫師學會(American Society of Anesthesiologists, ASA)麻醉風險分級：三至四級(定義請參閱附件 2-附表三，頁次報 5-14)。

(三)支付方式：

1. 主責醫院指導費：各分區業務組每一主責醫院 15 萬(含轄區醫院聯繫管理、ERAS 推廣行政及舉辦「ERAS 共識工作坊」)。
2. ERAS 個案照護費：每案撥付 18,000 點，內容須包含跨職類

門診評估、居家準備、ERAS 團隊手術麻醉住院照護、出院追蹤及指標收集稽核(附件 3，頁次報 5-21~5-22)，須符合以下支付規範：

- (1) 個案出院時始得申報本項，並應於規定時限完成 VPN 登錄。
- (2) ERAS 個案照護項目指標執行率(附件 2-附表四，頁次報 5-15~5-17)達一定比率。

3. DRG 差額補付費：符合收案條件之高風險個案因推動 ERAS 致 DRG 費用低於下限者，由本署計算以「原本 DRG 定額」支付之差額另以獎勵補付。

4. ERAS 執行成效指標獎勵：以執行成效指標按比例計算參與醫院分數，各分區排名前 25%之醫院將給予每案不超過 1,000 點為上限之獎勵，計算方式如下：

- (1) ERAS 收案率：該術式 ERAS 收案個案數/該術式全部個案。
- (2) ERAS 符合支付規範收案率：符合 ERAS 支付規範收案個案數/全部 ERAS 收案個案數。經專業審查不符本計畫收案適應症或收案條件者不予支付回饋獎勵金。
- (3) DRG 進步率：每年該術式 DRG 項目之超出上限占比進步率。
- (4) 執行成效指標分數=(25 分*ERAS 收案率)+(25 分*ERAS 門診收案率)+(50 分*DRG 進步率)

(四) ERAS 品質監測指標(附件 2-附表五，頁次報 5-18)，其中出院追蹤指標將列於衛生福利部創新整合跨層級照護模式計畫 (Innovative Integrated Care Project, IIC) 中的「重大手術模組」。

四、推估 114 年收案件數及財務評估(附件 4，頁次報 5-23~5-24)：

- (一) 主責醫院指導費：六分區各一主責醫院，估算約 0.9 百萬點。
- (二) ERAS 個案照護費：以 113 年符合收案條件且落在符合收案

條件 DRG 碼件數及 112 至 113 年件數年平均成長率 0.8%，並參考 ERAS 學會評估病人數約占 40%及分區收案經驗比率 20%推估，114 年約 2,609 件，估算 ERAS 個案照護費約 46.96 百萬點。

(三)DRG 差額補付費：以前開 114 年約 2,609 件按各案件比例並參考 112 至 113 年費用年平均成長率 1.2%推估以下費用。

1. 高於上限個案：原以超過上限部分 8 折方式給付，若因 ERAS 實施後醫療費用降低至定額範圍，以高於上限案件占比 7.46%，推估 114 年約 195 件，每件超過上限部分之平均支付點數 22,183 點，支付減少約 4.4 百萬點。
2. 定額給付之案件：若因 ERAS 實施醫療費用降低至低於下限範圍，因本計畫將補付至 DRG 定額給付，爰對健保無財務影響。
3. 低於下限案件差額：以 113 年低於下限 DRG 案件占比 6.12%，推估 114 年適用本計畫約 160 件，倘若改以定額支付之差額每件平均支付點數 34,320 點，補付額度約 5.6 百萬點。

(四)ERAS 執行成效指標獎勵：同「ERAS 個案照護費」推估方式，114 年約 2,609 件，以排名前 25%給予每案 1,000 元之獎勵，估算約 0.7 百萬點。

(五)綜上估算點數，總計 49.69 百萬點。

五、 本案將依程序報請衛生福利部核定後公告實施。

決定：

本署 114 年 3 月 12 日全民健康保險醫療給付費用醫院總額

114 年第 1 次研商議事會議(資料後補)

114 年全民健康保險術後加速康復推廣計畫(草案)

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。

貳、計畫說明

根據國發會的資料，台灣總人口已於 108 年達到約 2,360 萬的高峰，之後開始逐年下降，在 113 年台灣人口總數已降為 2,340 萬人。但在醫療保健支出方面，台灣的醫療衛生支出占 GDP 的比例從 106 年的 6.23% 增至 111 年的 7.5%。這一增長部分歸因於人口老化，導致與老年相關的慢性疾病醫療費用增加，台灣每年花費約 2,600 億元照顧慢性疾病。為推動醫療支付標的從服務量轉變為醫療價值，「術後加速康復療程（Enhanced Recovery After Surgery, ERAS）」（下稱 ERAS）即是在這樣需求下產生的有效解決方案。其特色如下：

- 一、基於現有最佳證據力的系統性及嚴謹驗證的手術全期照護管理模式。
- 二、可減少手術造成的創傷壓力，維持生理穩態並改善術後恢復狀態的最佳臨床實踐整合方案。
- 三、透過跨團隊合作的臨床管理策略，並且以多重備援方式來處理複雜手術照護問題。

ERAS 完全實現價值醫療（Value-based Healthcare）的四重目標（Quadruple Aim）：優質治療、周全感受、病人回饋及效率照護。以實證醫學提供個人化之精準醫療，並在手術麻醉醫療費用的框架中，運用最佳的醫療資源獲致最好的醫療結果。

參、目的

- 一、跨團隊「以病人為中心的全人照護（Holistic Patient-centered Care）」運作模式，降低院內感染比率、縮短住院時間與提供心理層面的支持。

二、以實證醫療為主軸的「最佳實踐臨床作業準則（Best Practices Clinical Guidelines）」，提供正確診斷給予實證根據的治療。

三、提升「手術全期病人照護（Perioperative Care）」之醫療品質，減少術後併發症發生。

肆、實施期間：114 年 0 月 1 日至 114 年 12 月 31 日。

伍、預算來源：114 年全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款項目之「區域聯防-提升急重症照護品質」預算支應。

陸、參與資格及申請程序：

一、申請醫院須成立專責院級 ERAS 團隊，成員應至少包含該術式外科醫師、麻醉醫師、個管師、營養師、物理治療師，團隊成員可大於五人，此名單需院長核章(附表一)，經主責醫院初審同意後，向本署分區業務組申請核備。

二、該團隊所有成員須每年接受由「台灣術後加速康復學會」（以下簡稱 ERAS 學會）辦理之「ERAS 共識工作坊」訓練並取得「ERAS 能力認證及學分證明」，由 ERAS 學會提供完訓名單。

三、ERAS 團隊資格展延：

(一) 每年申請醫院須提供當年度 ERAS 專案團隊名單，若成員異動，須於 3 個月內補送名單。

(二) 提供定期團隊會議紀錄，團隊會議至少每季舉辦一次(附表二)

(三) 醫院收案個案須完成一定登錄比率。

柒、主責醫院資格：

一、主責醫院必要條件為有院級專責 ERAS 組編制單位（委員會、工作小組、中心...等）且該單位主管為醫師，積極參與 ERAS 學會實務推廣（如合辦工作坊），且除醫學中心及區域醫院外，亦須輔導地區醫院執行 ERAS。

二、主責醫院資格申請須檢附相關文件，經 ERAS 學會初審同意後，向本署分區業務組申請核備，若該分區無合適醫院擔任，考量業務熟悉度，本計畫第一年將以風險移撥款之 ERAS 獎勵計畫案主責醫院(國泰醫院、亞東醫院、台北馬偕醫院、嘉基醫院、南市立醫院、慈濟醫院)續分配擔任本案各分區主責醫院。

捌、收案條件

- 一、年齡：70 歲以上。
- 二、美國麻醉醫師學會(American Society of Anesthesiologists, ASA)麻醉風險分級：三至四級。(附表三)
- 三、適用術式：髖關節及膝關節置換手術。(表一)

表一 髖關節及膝關節置換手術之 DRG 項目

MDC 碼	DRG 碼	中文名稱
08	20901	髖關節再置換術，有合併症或併發症
08	20907	膝關節再置換術，有合併症或併發症
08	20902	髖關節再置換術，無合併症或併發症
08	20908	膝關節再置換術，無合併症或併發症
08	20903	全髖關節置換術
08	20904	部分髖關節置換術
08	20905	全膝關節置換術

玖、支付方式

- 一、主責醫院指導費：每家 15 萬點，應完成下列事項：
 - (一)行政管理：指導院所執行作業、每年評核 ERAS 個案品質指標、案例數協調、資料彙整、分析各術式年度成果、期中期末成果書面報告、辦理期末成果發表會等。
 - (二)舉辦「ERAS 共識工作坊」。
- 二、ERAS 個案照護費：每案 18,000 點，內容須包含跨職類門診評估、居家準備、ERAS 團隊手術麻醉住院照護、出院追蹤及指標收集稽核，須符合以下支付規範：
 - (一)個案於出院時，始得申報本項，並應於規定時間內完成 VPN 登錄。

(二) ERAS 個案照護項目指標執行率(附表四)達一定比率。

三、DRG 差額補付費：符合收案條件之高風險個案因推動 ERAS 致 DRG 費用低於下限者，由本署計算以「原本 DRG 定額」給付之差額另以獎勵補付，不影響現行 DRG 申報方式。

四、ERAS 執行成效指標獎勵：

(一) 以執行成效指標按比例計算各分區參與醫院分數並排名前 25%，計算方式如下：

1. ERAS 收案率：該術式 ERAS 收案個案數/該術式全部個案。

2. ERAS 符合支付規範收案率：符合 ERAS 支付規範收案個案數/全部 ERAS 收案個案數。經專業審查不符本計畫收案適應症或收案條件者不予支付回饋獎勵金。

3. DRG 進步率：每年該術式 DRG 項目之超出上限占比進步率。

4. 執行成效指標分數=(25 分*ERAS 收案率)+(25 分*ERAS 門診收案率)+(50 分*DRG 進步率)

(二) 各分區分數排名前 25%之院所將給予每案不超過 1,000 點為上限之獎勵。

五、獎勵金須給付一定成數(如 5 成) 以上予 ERAS 團隊。

壹拾、醫療費用申報、審查與點值結算

一、本計畫醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療服務費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。

二、「ERAS 個案照護費(PXXXXB)」申報規定：

(一) 未填報 VPN 不予支付。

(二) 採每月申報，申報時醫令類別填報「G」，支付點數填報 0，住院醫療服務醫令清單「執行醫事人員代號」填報 ERAS 外科醫師 ID，醫令執行時間填報「收案日期」，由保險人每季勾稽院所 VPN 通報情形，進行補付作業。

三、本計畫預算優先支應「主責醫院指導費」、「ERAS 個案照護費」及「DRG 差額補付費」後，餘款支應「ERAS 執行成效指標獎勵」。

- 四、「主責醫院指導費」、「ERAS 個案照護費」及「DRG 差額補付費」之結算：預算按季均分，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。
- 五、經保險人審查發現登載不實者，除核刪計畫相關費用外，經確證日起至次年底不納入本計畫之獎勵。

壹拾壹、ERAS 品質監測指標(附表五)

一、過程面指標：

- (一) 門診住院前準備：評估指導、共病治療、居家追蹤。
- (二) 住院術前準備：SSI 預防、禁食、術前止痛。
- (三) 手術麻醉：體溫、輸液管理、標準麻醉、止痛。
- (四) 住院術後恢復：及早活動、進食、生理功能恢復。
- (五) 出院後追蹤：定期追蹤、量表評估。
- (六) ERAS 個案照護執行清單：ERAS 個案照護執行項目完成率。

二、結果面指標：

- (一) 收案指標：美國麻醉醫師學會(American Society of Anesthesiologists, ASA)麻醉風險分級。
- (二) 團隊品質指標：收案時間、評估時間、第一次下床時間、經口進食時間、疼痛指數紀錄、管路拔除時間。
- (三) 成效指標：住院天數、術後 ICU 天數、住院再手術、住院術後併發症。
- (四) 成本指標：健保費用（手術、麻醉、住院）、自費費用。
- (五) 出院追蹤指標：出院 30 天術後併發症、再入院、再手術、再入急診。

壹拾貳、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 登載背景值案例指標、ERAS 個案過程面指標、住院期間及出院後 30 天內術後併發症程度分級、結果面指標，格式如附表六（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、另為確保術後加速康復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，醫院應追蹤出院後 30 天內術後併發症情形，並於出院後第 30 天登載出院後 30 天內術後併發症程度分級於 VPN。

三、資料登錄完成及回傳時程：本計畫案件須於個案出院日次季第 1 個月 30 日前完成 VPN 登錄，以 114 年第三季為例，須於 114 年 10 月 30 日前登錄完成。

四、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。

壹拾參、資訊之分享與公開

一、保險人各分區業務組得舉辦計畫執行概況檢討或發表會，由參與本計畫之特約醫院報告，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計畫之醫院名單及相關品質資訊供民眾參考。

壹拾肆、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。

壹拾伍、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、全民健康保險術後加速康復(ERAS)推廣計畫專案醫院申請書

基本資料	專案醫院		醫事機構代碼	
	聯絡人		聯絡電話	
	E-mail			
	ERAS 術式別			

ERAS 團隊成員表(若表格不足請自行新增)

序號	姓名	身份證字號	ERAS 職類	聯繫方式(EMAIL 及電話)
聯絡窗口				
1			專責外科醫師	
2			專責麻醉醫師	
3			專責個管師	
4			專責營養師	
5			專責物理治療師	
6			專責...	
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

註：請標明團隊負責人（需為醫師身份）

院長：

(核章)

本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

提醒事項

- (1) ERAS 團隊成員應至少包含外科、麻醉、個管、營養、物理治療，其中外科及麻醉成員必需為醫師，團隊成員可大於五人。ERAS 團隊為院級專責，此名單需院長核章。
- (2) ERAS 團隊成員請務必全員參加 ERAS 共識工作坊，以取得人員 ERAS 能力認證。
- (3) 此文件核章電子檔，請寄回主責醫院 Email:○○○
核章紙本也請寄回主責醫院 ○○○

附表二、團隊會議紀錄

基本資料	專案醫院		醫事機構代碼	
	聯絡人		聯絡電話	
	E-mail			
	ERAS 術式別			

開會日期	
出席人員	
上期會議 追蹤事項	
討論事項	

附表三、美國麻醉醫師學會(American Society of Anesthesiologists, ASA)麻醉風險分級

風險分級	定義	臨床例證
第一級	健康、無全身性疾病	沒有抽菸或喝酒習慣的健康人
第二級	有輕微的全身性疾病但無功能上的障礙	控制良好的糖尿病人
第三級	有嚴重的全身性疾病且造成部分的功能障礙	接受常規洗腎病人
第四級	有嚴重的全身性疾病且時常危及生命	最近三個月有置放冠狀動脈支架
第五級	瀕危狀態，預期若不接受手術將無法存活的	顱內出血且有壓迫症狀
第六級	已被宣告腦死且其器官正被移除以供器官捐贈	
註：「E」的附加表示緊急手術（Emergency surgery）：緊急狀況指的是若延遲治療，將導致患者生命或身體部位，面臨顯著增加的威脅		

參考 ASA 網頁中「Statement on ASA Physical Status Classification System」（更新於 2020.12.13）

附表四、ERAS 個案照護執行項目清單

<p>全民健保 術後加速康復推廣計畫</p>	<p style="text-align: center;">關節置換</p> <p style="text-align: center;">ERAS 個案照護執行項目清單</p>		<p>_____ 醫院</p> <p>醫院簡碼：</p>
<p>案件號： -JOINT01 出生年月日(西元): 性別:</p>	<p>門診日期(西元): 入院日期(西元):</p>	<p>手術健保碼: 術式名稱:</p>	<p>手術日期(西元): 出院日期(西元):</p>
◎門診			
項目	已執行	未執行/未達成	
1.醫師說明 ERAS 療程	□說明解釋□手術風險評估	說明:	
2.ERAS 個管師教育與諮詢	□完成說明流程	說明:	
3.術前心肺功能評估	□CXR□EKG	說明:	
4.術前檢驗(□擇一)	□CBC、BCS、PT、PTT、Albumin、HbA1C、UA、HIV	說明:	
5.復健諮詢	□術前物理治療諮詢衛教□術前物理治療介入	說明:	
6.營養諮詢	<p>□營養諮詢衛教(身高: _____ 體重: _____ BMI: _____ Albumin: _____)</p>	說明:	
7.藥物諮詢(無長期用藥免評)	□用藥諮詢衛教□用藥評估□糖尿病用藥評估□抗凝血用藥評估	說明:	
8.戒菸諮詢(無抽菸免評)	□戒菸諮詢衛教	說明:	
9.戒酒諮詢(無酗酒免評)	□戒酒諮詢衛教	說明:	
10.術前貧血評估	□Hb 檢驗	說明:	
11.麻醉醫師術前訪視(□擇一)	□麻醉風險評估(ASA: _____)□術前 PONV 評估□多模止痛計畫□同意書		
住院前已完成項目數(寫於右欄)			
◎住院當天			
項目	已執行	未執行/未達成	
1.術前貧血評估及處置	□Hb: _____mg/dl □處置: _____(血品)	說明:	
2.術前檢驗(□擇一)	□CBC、BCS、PT、PTT、Albumin、HbA1C、UA、HIV	說明:	
3.麻醉醫師術前訪視(□擇一)	□麻醉風險評估(ASA: _____)□術前 PONV 評估□多模止痛計畫□同意書	說明:	
4.術前沐浴	□肥皂或含抗菌劑	說明:	
5.術前避免使用 BZDs	□避免常規使用 BZDs	說明:	
6.體液電解質治療	□避免常規術前輸液	說明:	
7.護理照護及術前準備	□入院護理衛教□術前護理衛教□關懷陪伴	說明:	
住院當天可完成項目數(寫於右欄)			

全民健保 術後加速康復推廣計畫	<div style="text-align: center;">關節置換</div> <div style="text-align: center;">ERAS 個案照護執行項目清單</div>		_____ 醫院 醫院簡碼：
案件號： -JOINT01 出生年月日(西元): 性別:	門診日期(西元): 入院日期(西元):	手術健保碼: 術式名稱:	手術日期(西元): 出院日期(西元):
◎手術當天			
項目	已執行	未執行/未達成	
1.術前禁食	<input type="checkbox"/> 澄清液體禁食兩小時	說明:	
2.術前預防性抗生素	<input type="checkbox"/> 劃刀前 60 分鐘內投予	說明:	
3.術前止痛	<input type="checkbox"/> 止痛針劑 (DYNASTAT 40mg 、Acetamol 1g) <input type="checkbox"/> 施打神經阻斷 <input type="checkbox"/> 施打 Epidural	說明:	
4.術前 PONV	<input type="checkbox"/> PONV 風險/用藥評估	說明:	
手術當天可完成項目數(寫於右欄)			
◎手術中			
項目	已執行	未執行/未達成	
1.麻醉止痛	<input type="checkbox"/> 止痛針劑 <input type="checkbox"/> PCEA <input type="checkbox"/> PCA <input type="checkbox"/> nerve block <input type="checkbox"/> LIA	說明:	
2.術中 PONV	<input type="checkbox"/> 術中預防 PONV(含 TIVA、Ondansetron、Dexamethasone)	說明:	
3.術中保溫(體溫維持 36 度以上)	<input type="checkbox"/> 體溫量測 <input type="checkbox"/> 主動保溫 <input type="checkbox"/> 術前預保溫 <input type="checkbox"/> 輸血加溫器	說明:	
4.術中輸液控制	<input type="checkbox"/> Zero-balance <input type="checkbox"/> Balanced crystalloids 優於 0.9% normal saline <input type="checkbox"/> 低血壓使用 vasopressors、limited amount of fluid 處理	說明:	
5.避免使用 BZDs	<input type="checkbox"/> 避免常規使用 BZDs		
6.手術失血預防	<input type="checkbox"/> 術中 Tranexamic acid 使用		
手術中可完成項目數(寫於右欄)			
◎手術後			
項目	已執行	未執行/未達成	
1.術後藥物止痛	<input type="checkbox"/> 規則口服 NSAID 止痛 <input type="checkbox"/> PCEA <input type="checkbox"/> PCA <input type="checkbox"/> nerve block	說明:	
2.手術後暈吐評估	<input type="checkbox"/> OP Day <input type="checkbox"/> POD1	說明:	
3.手術後疼痛指數評估	<input type="checkbox"/> OP Day <input type="checkbox"/> POD1 <input type="checkbox"/> POD2 <input type="checkbox"/> POD3	說明:	
4.拔除尿管	<input type="checkbox"/> 預立 order <input type="checkbox"/> 術後外科醫師每日評估拔除尿管時機	說明:	
5.拔除引流管	<input type="checkbox"/> 術後外科醫師每日評估拔除引流管時機	說明:	
6.減少術後過多輸液	<input type="checkbox"/> 可以喝水則不給常規點滴	說明:	
7.術後物理治療介入	<input type="checkbox"/> 物理治療師術後訪視 <input type="checkbox"/> 協助下床	說明:	
8.術後營養照護	<input type="checkbox"/> 術後及早進食 <input type="checkbox"/> 術後營養師評估及介入	說明:	
9.術後 24 小時內離床活動	<input type="checkbox"/> 床邊站立 <input type="checkbox"/> 下床走動	說明:	
10.血栓預防	<input type="checkbox"/> 及早下床活動 <input type="checkbox"/> 抗血栓藥物 <input type="checkbox"/> 機械式預防措施	說明:	

全民健保 術後加速康復推廣計畫	<div style="text-align: center;">關節置換</div> <div style="text-align: center;">ERAS 個案照護執行項目清單</div>		_____醫院 醫院簡碼：
案件號： -JOINT01 出生年月日(西元): 性別:	門診日期(西元): 入院日期(西元):	手術健保碼: 術式名稱:	手術日期(西元): 出院日期(西元):
手術後可完成項目數(寫於右欄)			
◎出院當天			
項目	已執行	未執行	
1. 出院傷口護理衛教	<input type="checkbox"/> 傷口護理衛教	說明:	
2. 疼痛控制	<input type="checkbox"/> 疼痛指數≤3 分	說明:	
3. 返診時間安排	<input type="checkbox"/> 返診時間(日期: _____)	說明:	
4. 出院病人滿意度	<input type="checkbox"/> 滿意度填寫	說明:	
5. 住院天數統計	<input type="checkbox"/> 住院天數：	說明:	
6. 住院中術後併發症記錄	<input type="checkbox"/> 已紀錄於工作表 <input type="checkbox"/> 術後併發症：	說明:	
出院當天可完成項目數(寫於右欄)			
◎出院追蹤			
項目	已執行	未執行/未達成	
1. 術後門診追蹤 2 次	<input type="checkbox"/> 門診追蹤 2 次(日期: _____、日期: _____)	說明:	
2. 出院 30 天內併發症記錄	<input type="checkbox"/> 已紀錄於工作表 <input type="checkbox"/> 術後併發症：	說明:	
3. 出院 30 天內再次入院	<input type="checkbox"/> 無 30 天再次入院 <input type="checkbox"/> 30 天再次入院(日期: _____；診 斷: _____)	說明:	
出院追蹤可完成項目數(寫於右欄)			
◎ERAS 執行率			

附表五、品質監測指標定義

序號	指標名稱	指標定義
(一)過程面指標		
1	門診住院前準備	1.評估指導：在住院前完成 ERAS 多科評估衛教門診 2.共病治療：針對原有全身性疾病強化治療及追蹤 3.居家追蹤：至少完成一次門診後住院前個案追蹤
2	住院術前準備	1.SSI 預防：運用 SSI bundle 於術前準備 2.禁食：澄清飲品可服用至術前兩小時 3.術前止痛：給予術前口服止痛藥或止痛導管置放
3	手術麻醉	1.體溫：手術全程避免低體溫發生 2.輸液管理：以 Zero-balance 原則進行術中輸液管理 3.標準麻醉：運用實證建議標準麻醉進行 4.止痛：採多模式止痛(Multimodal Analgesia)
4	住院術後恢復	1.及早活動：確認安全後協助患者儘早離床活動 2.進食：以實證建議循序提供不同飲食，達成及早進食 3.生理功能恢復：及早移除管路，恢復自主生活功能
5	出院後追蹤	1.定期追蹤：針對出院 30 天併發症進行追蹤 2.量表評估：結案前進行生活機能再評估
6	全療程要素執行率	ERAS 清單指標完成率：綜合以上各時期指標完成度，計算出 ERAS 執行率(ERAS Compliance)
(二)結果面指標		
7	團隊品質指標	1.收案時間：個管師收案第一次訪視病人時間 2.評估時間：安排團隊成員評估時間 3.下床時間：術後第一次離床時間 4.經口進食時間：術後第一次經口進食時間 5.疼痛指數紀錄：術後第一次下床疼痛指數(VAS) 6.管路拔除時間：最後一根引流管拔除時間、Foley 拔除時間
8	成效指標	1.住院天數：系統計算 2.術後住院天數：系統計算 3.術後 ICU 天數：該次住院期間 ICU 總照護天數 4.術後併發症：Clavien-Dindo Classification
9	成本指標	1.健保費用（手術、麻醉、住院）：分項輸入 2.自費費用：所有自費
10	出院追蹤指標	1.出院 30 天術後併發症：Clavien-Dindo Classification 2.出院 30 天再入院：出院 30 天內 3.出院 30 天再手術：出院 30 天內 4.出院 30 天再入急診：出院 30 天內

附表六、全民健康保險術後加速康復計畫個案登錄系統(VPN)欄位面向

一、部分欄位將勾稽醫院已申報「ERAS 個案照護費」之案件資料自動帶入，其餘資料由收案醫院依計畫規定期限至 VPN 填報完成，必填欄位將於 VPN 以「*」註記。

二、術後加速康復照護品質指標欄位：

(一) 基本資料：病人 ID、出生日期、術前門診日期、ASA 麻醉風險分級、自費金額等。

(二) 過程面指標：

1. 門診：醫師說明 ERAS 療程、ERAS 個管師教育與諮詢、術前評估（心肺功能、貧血等）、術前檢驗與「麻醉醫師術前訪視」、復健／營養／藥物諮詢、戒菸戒酒諮詢等。
2. 住院當天：術前貧血評估及處置／檢驗、麻醉醫師術前訪視、術前沐浴、術前避免使用 BZDs、體液電解質治療、護理照護及術前準備等。
3. 手術當天：術前禁食／預防性抗生素／止痛／PONV 等。
4. 手術中：麻醉止痛、術中 PONV、術中保溫(體溫維持 36 度以上)、術中輸液控制、避免使用 BZDs、手術失血預防等。
5. 手術後：術後藥物止痛／疼痛指數評估／暈吐評估、拔除尿管／引流管、減少術後過多輸液、術後物理治療介入／營養照護、術後 24 小時內離床活動、血栓預防等。
6. 出院當天：出院傷口護理衛教、疼痛控制、返診時間安排、出院病人滿意度、住院天數統計、住院中術後併發症記錄等。
7. 出院追蹤：術後門診追蹤 2 次、出院 30 天內併發症記錄、出院 30 天內再次入院等。

(三) 住院期間及出院後 30 天內術後併發症程度分級欄位：

1. 呼吸相關併發症：肺葉塌陷、肺炎、肺積水、呼吸衰竭、氣胸、其他呼吸併發症等。
2. 感染相關併發症：傷口感染、泌尿道感染、腹膜膿瘍、敗血症、敗

血性休克、植入物感染、其他感染併發症等。

3. 心血管相關併發症：心臟衰竭、急性心肌梗塞、下肢靜脈栓塞、肝門脈栓塞、肺栓塞、腦血管病變、心律不整、心搏停止、其他心血管併發症等。
4. 內臟功能併發症：寡尿、腎損傷、腎衰竭、尿滯留、肝功能異常、胰臟炎、腸胃道出血、噁心／嘔吐、嚴重便秘／腹瀉、其他內臟併發症等。
5. 手術相關併發症：吻合處滲漏、泌尿道損傷、機械性腸阻塞、麻痺性腸阻塞、深處傷口裂開、術中大量出血、術後大量出血、其他手術損傷、血腫、其他手術併發症等。
6. 區域麻醉併發症：硬脊膜穿刺後頭痛、硬脊膜血腫或膿瘍、其他區麻併發症等。
7. 麻醉相關併發症：吸入性肺炎、低血壓、低血氧、術後甦醒延遲、其他麻醉併發症等。
8. 其他併發症：精神相關併發症、虛弱／疲累、頑固性疼痛、自發性跌倒／受傷、其他顯著併發症等。

(四) 結果面指標欄位：

1. 外科：尿管拔除時間、住院期間再次手術、最後一根引流管拔除時間等。
2. 麻醉：術前最後飲用澄清液時間、術後第一次下床疼痛指數(VAS)、術後病房是否發生噁心嘔吐等。
3. 個管：第一次訪視病人時間、安排團隊評估時間、出院後最後連絡病人時間等。
4. 營養：初次執行營養評估及指導時間、術後第一次經口進食時間等。
5. 物理治療：初次執行活動度評估及指導時間、術後第一次離床時間等。
6. 綜合品質指標：ICU 照護總天數(days)、出院 30 天再次手術、出院 30 天內再次入住院、出院 30 天內再次入急診等。

ERAS 臨床執行項目			ERAS 項目參與成員							
			醫院原有流程	ERAS 介入						
				外科醫師	麻醉醫師	營養科	復健科	藥學部	ERAS 個管	預計投入時間 (每案)
類別	階段	執行細項								
結構面	人員訓練	核心團隊成員參與 ERAS 教育訓練完成	X	V	V	V	V	V	V	學會提供工作訪訓練
過程面	門診住院前準備	整體 ERAS 個案管理師評估衛教指導執行	X	V	V				V	2.5 小時/案
		戒菸衛教執行/轉介	▲	V					V	0.5 小時/案 (有菸癮者)
		戒酒衛教執行/轉介	▲	V					V	0.5 小時/案 (有酒癮者)
		術前心肺功能常規評估處置執行	X	V			V		V	0.5 小時/案
		術前血糖常規評估處置執行	X	V		V			V	0.5 小時/案
		術前貧血常規評估處置執行	X	V					V	0.5 小時/案
		術前營養常規評估衛教諮詢執行	X	V		V			V	1 小時/案
		術前復健常規評估衛教諮詢執行	X	V			V		V	1 小時/案
		術前藥物常規衛教諮詢執行	▲	V				V	V	0.5 小時/案 (有用藥史者)
	等待住院	住院前常規諮詢衛教成效追蹤執行	X	V	V	V	V		V	0.5 小時/案
	住院後術前準備	ERAS 麻醉計劃準備/執行	X		V				V	1 小時/案
		評估 PONV 風險執行	X		V				V	0.5 小時/案
		多模止痛計劃評估執行	X		V				V	1 小時/案
	手術後	術後病人噁心嘔吐常規預防處置	X		V	V			V	0.5 小時/案
		術後外科 ERAS 康復常規評估處置執行	X	V					V	1 小時/案
		術後麻醉 ERAS 康復常規評估處置執行	X		V				V	1 小時/案
		術後營養 ERAS 康復常規評估處置執行	X	V	V	V			V	1 小時/案

ERAS 臨床執行項目			ERAS 項目參與成員							
			醫院原有流程	ERAS 介入						
類別	階段	執行細項		外科醫師	麻醉醫師	營養科	復健科	藥學部	ERAS 個管	預計投入時間 (每案)
		術後復健 ERAS 康復常規評估處置執行	X	V	V		V		V	1 小時/案
	出院後	出院常規諮詢恢復成效追蹤執行	X	V	V	V	V		V	0.5 小時/案
	手術全期	ERAS 共識清單指標收集輸入分析	X	V	V	V	V	V	V	2 小時/案
		註：「X」係指沒有【常規進行】的 ERAS 作業流程。「▲」係指限於【特定族群】的 ERAS 作業流程。								

附件 4、114 年度全民健康保險術後加速康復推廣計畫支付項目推估

ERAS 術式別		髖關節膝關節置換手術 (DRG 碼：20901、20907、20902、20908、20903、 20904、20905)
年平均成 長率	件數	0.8%
	費用	1.2%
預估件數		1.70 歲以上。 2. ASA 麻醉風險評估 3 至 4 級病人經參考學會 評估約占 40%。 3. 經參考臺北業務組風移款之 ERAS 獎勵計畫 案推估收案率約 20%。 2,609 件 【113 年 DRG 案件 32,354 件*(1+件數自然成長 率 0.8%)*40%*20%】
主責醫院指導費		6 區*150,000 點=900,000 點
ERAS 個案照護費		2,609 件*18,000 點=46,957,819 點
預估 DRG 件數	高於 上限	195 件 【2,609 件*7.46%】
	低於 下限	160 件 【2,609 件*6.12%】
DRG 差額補付費		1,169,705 點 1. 高於上限部分8折給付： 195 件*(-22,183 點)(超過上限部分之每件平 均 DRG 支付點數)*(1+費用自然成長率 1.2%)= -4,370,571 點。 2. 低於下限以「原本 DRG 定額」給付：160

	件*34,320點(低於下限調補至定額之差額每件平均支付點數)*(1+費用自然成長率1.2%)=5,554,546點。
ERAS 執行成效指標獎勵	652,192 點 【執行成效指標排名前 25%給予每案 1,000 元獎勵：2,609 件* 25%*1,000 點】
總計	49,693,986 點

報告事項

第 六 案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」案。

說明：

- 一、依衛生福利部 114 年 1 月 9 日公告 114 年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額及其分配(附件 1，頁次報 6-4~6-6)辦理。
- 二、本計畫自 113 年 6 月 1 日起實施，依據本署與台灣感染症醫學會 114 年 3 月 4 日修訂本計畫溝通會議，並經 114 年 3 月 12 日醫院總額研商議事會議討論，依會議決議修訂 114 年度計畫內容(附件 2，頁次報 6-7~6-25)，摘述如下：
 - (一)預算來源：以 114 年度醫院總額專款「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」225 百萬元支應。
 - (二)配合執行年度修改實施期程。
 - (三)參與醫院資格：針對未參與 113 年度本計畫之醫院，應於指定期限前提出申請，經同意後始可申報；另考量 THAS 通報資料較為敏感，爰敘明參與醫院應同意其通報 THAS 系統資料，將提供運用於計畫之指標計算及相關用途。
 - (四)支付標準代碼 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」(下稱 P8301B)照護對象及費用分配成數：
 1. 為避免 P8301B 支付規範影響抗生素審查評估結果，符合落實抗生素管理之目的，爰修正支付規範由原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」，改為「進行感染症及高度管制性抗微生物製劑使用評估」。
 2. 為避免各醫院間提撥獎勵情形差異過大，影響醫師投入意願，爰量表給付分配不少於百分之六十予感染症專科醫師。

(五) 醫院感染管制品質獎勵：

1. 為鼓勵醫院招聘感染管制相關醫事人員，訂定獎勵措施，爰品質獎勵過程面指標「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」計分由 2 分調整為 10 分。
 2. 依衛生福利部醫事司及疾病管制署(下稱疾管署)表示「醫療照護相關感染密度指標」結果面指標不適用於監測型工具或醫院評比管控成效之客觀指標，爰刪除該指標。
 3. 另疾管署建議全院和加護病房「中心導管相關血流感染密度」，較能反應感控介入措施成效；考量「加護病房中心導管相關血流感染密度」指標已為現行醫院監測指標，新增其為結果面指標，並於 114 年先行收集基期資料，暫不列入 114 年積分計算。
 4. 考量「高度管制性抗微生物製劑管理成果」指標係以醫院藥品申報資料統計，較能反應實際抗生素管理成效，爰調整該指標計分，由原 1、2、3 分，分別調整為 5、10、15 分。
 5. 為避免不同醫院提撥獎勵情形差異過大，影響人員投入意願，爰品質獎勵不少於百分之六十予感染管制相關人員。
- (六) 醫療費用申報、審查及核付作業：考量 114 年度增加納入 113 年度計畫附件 2-2 所列之其他高度管制性抗微生物製劑，將增加 P8301B 費用，爰訂定預算 80%用於 P8301B(2.25 億元*80%=1.8 億元)，20%用於「醫院感染管制品質獎勵」(2.25 億元*20%=0.45 億元)。

三、財務評估：本計畫係以 114 年度醫院總額專款「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」225 百萬元支應，爰不增加財務支出。

四、 續依會議決議，依程序報衛生福利部核定後，本署公告實施。
決定：

114 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

■ 114年度醫院醫療給付費用總額＝校正後113年度醫院一般服務醫療給付費用 $\times(1+114$ 年度一般服務成長率)
 +114 年度專款項目經費+114 年度醫院門診透析服務費用

■ 114年度醫院門診透析服務費用＝113年度醫院門診透析服務費用 $\times(1+114$ 年度成長率)

註：校正後 113 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部 113.9.3 衛部保字第 1130139528 號交議總額範圍函確認，以前 1 年度(113 年)醫院一般服務醫療給付費用，校正前 2 年度(112 年)投保人口預估成長率與實際之差值，及加回前 1 年度(113 年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。

二、總額決定結果：

經醫院代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及醫院代表之委員建議方案當中各提一案，報請主管機關決定，結果如下：

- (一)一般服務成長率為 6.237%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 4.344%，協商因素成長率 1.893%。
- (二)專款項目全年經費為 44,187 百萬元。
- (三)門診透析服務成長率為 2.917%。
- (四)前述三項額度經換算，114 年度醫院醫療給付費用總額，較基期成長 5.500%。各細項成長率及金額，如附表。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，依決定事項辦理，並於 114 年 7 月前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指

標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效納入115年。

20. 地區醫院全人全社區照護計畫：

- (1) 全年經費 500百萬元。
- (2) 本計畫以 5 年為檢討期限(113~117年)，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第5年(117年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

21. 區域聯防-提升急重症照護品質：

- (1) 全年經費268百萬元。
- (2) 本計畫以5年為檢討期限(113~117年)，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第5年(117年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

22.區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作：本項移併至「區域聯防-提升急重症照護品質」專款項目。

23. 抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫：

- (1) 全年經費225百萬元。
- (2) 本計畫以5年為檢討期限(113~117年)，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第5年(117年7月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

24. 品質保證保留款：

- (1) 全年經費1,029.5百萬元。
- (2) 本項專款額度(1,029.5百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原106年品質保證保留款之額度

(388.7百萬元)，合併運用(計1,418.2百萬元)。

- (3) 請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目

全民健康保險抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫

113 年 5 月 31 日健保醫字第 1130110860 號公告**實施**

114 年 0 月 0 日公告修訂(草案)

壹、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、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 ~~113~~114 年 1 月 1 日起至 ~~113~~114 年 12 月 31 日止。

肆、預算來源

~~113~~114 年全民健康保險(以下稱本保險)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 225 百萬元。

伍、計畫內容

一、參與醫院資格：

- (一)經113年公告符合本計畫參與資格，且未申請退出之醫院。
- (二)非前項醫院，須同時符合下列條件，並於指定期限前向全民健康保險保險人(以下稱保險人)分區業務組提出申請，經同意後始可申報：
 - 1.~~108年或~~112年或113年醫院感染管制查核合格(符合率 $\geq 60\%$)；
~~108~~113至~~112~~114年新設立致未曾辦理醫院感染管制查核之醫院；
~~108及112~~113年辦理醫院評鑑且112年或113年未辦理感染管制查核醫院，其醫院評鑑感染管制章節結果為符合者。
 - 2.須參與衛生福利部疾病管制署「台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統」(以下稱 THAS 系統)之抗生素抗藥性管理模組(AR)之抗藥性監測通報，並於指定期限前即醫院於~~113年6月30日以前~~至少通報111年至114年間任一月份之抗藥性監測通報資料。

- (三)參與醫院須同意其通報 THAS 系統與本計畫相關資料，供保險人運用於本計畫指標計算及合於法定職務必要範圍內使用，且不對外公開醫院通報資料。不同意使用者應於指定期限前通知保險人退出本計畫。

二、高度管制性抗微生物製劑使用暨抗藥性病原感染照護評估

(一)執行人員資格：專任感染症專科醫師。

(二)照護對象：嚴重感染症之住院病人，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(操作型定義詳附件1)，並經專任感染症專科醫師進行感染症及高度管制性抗微生物製劑(附件2)使用評估需使用高度管制性抗微生物製劑。

~~(三)前開高度管制性抗微生物製劑：~~

- ~~1.本計畫施行之第1個月至第6個月，適用藥品為本保險抗微生物劑藥品給付規定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(如附件2-1)。~~
- ~~2.本計畫施行之第7個月起，適用藥品除前項附件2-1所列項目外，依量表實際使用狀況評估，得增加納入附件2-2所列之其他高度管制性抗微生物製劑。~~

(三)給付項目及支付標準

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，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(詳附件1)，並經專任感染症專科醫師 進行感染症及高度管制性抗微生物製劑使用評估需使用高度管制性抗微生物製劑 。 2.須完成「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」(附件3)，並併入病人之病歷紀錄備查。 3.前項量表評估時機如下： (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一次為限(滿七天得申報一次)。	V	V	V	1,000

(五)本項費用須分配**一定成數至少六成以上**予感染症專科醫師。

三、醫院感染管制品質獎勵

(一)依下列指標達成情形計分，操作型定義詳附件4

1.過程面指標(**2030**分)

(1)感染症專科醫師配置(10分)

A.醫院總病床數每100床(含)以下設有專任感染症專科醫師1位，得10分；每100床至200床(含)設有感染症專科醫師1位，得5分；每200床至300床(含)設有專任感染症專科醫師1位，得3分。

B.若醫院急性一般病床登記許可床數249床以下，且設有感染症專科醫師(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(**210**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(**210**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(6分)：當年度通報月比率達100%，得6分；通報月比率50%以上未達100%，得4分；通報月比率未達50%，得2分。~~

2.結果面指標(~~43~~55分)

(1)全院重點監測抗藥菌占率改善成果(10分)

- A.重點監測抗藥菌包括 MRSA、VRE、CRKP、CRAB、CRPA(定義如附表2)，分別計算前揭菌種占率之下降率。
- B.單一抗藥菌占率較基期(前一年度)下降2-5%，得1分；較基期下降超過5%，得2分。

(2)重點監測抗藥菌感染密度(30分)

A.全院重點監測抗藥菌感染密度(15分)

- a.改善成果個別計分，重點監測抗藥菌包括 MRSA、VRE、CRKP、CRAB、CRPA。
- b.全院感染密度較基期(該院全院過去3年之數據)下降未達2%，得1分；較基期下降2-5%，得2分；較基期下降超過5%，得3分。

B.加護病房重點監測抗藥菌感染密度(15分)

- a.改善成果個別計分，重點監測抗藥菌包括 MRSA、VRE、CRKP、CRAB、CRPA。
- b.加護病房感染密度較基期(該院加護病房過去3年之數據)下降未達2%，得1分；較基期下降2-5%，得2分；較基期下降超過5%，得3分。

C.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」指標最高計分由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)~~

~~A.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)。~~

~~B.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)。~~

(3)高度管制性抗微生物製劑管理成果(315分)

針對本保險抗微生物劑藥品給付規定須經感染症專科醫師會診確認需要使用藥品(共~~18-23~~項，附件2所列須經感染症專科醫師會診確認需使用之抗微生物劑)，其定義每日劑量(以下稱 DDD)耗用量或住院抗生素耗用量密度(以下稱 DID)較基期(前一年度)下降未達2%，得~~15~~分；較基期下降2-5%，得~~210~~分；較基期下降超過5%，得~~315~~分。

(4)加護病房中心導管相關血流感染密度(暫不列入114年度積分計算)

加護病房中心導管相關血流感染密度較基期(該院加護病房過去3年之數據)之降幅。

(二)獎勵費計算方式

1.各醫院獎勵費分配＝

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

[註]：獎勵金額為本計畫預算支應「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」後之餘款。

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

4. 每一積分之獎勵費(獎勵金額/Σ 各醫院(指標達成積分×權重))
以 5,000 元為上限。

5. 本獎勵費須分配~~一定成數至少六成以上~~予感染管制師或相關醫事人員。

陸、醫療費用申報、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、「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」申報規定：

(一)~~未參與~~「台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統(THAS)」抗藥性監測模組~~未完整通報門診、急診及住院案件~~之月份，不予支付該月份量表評估費。

(二)採每月申報，申報時醫令類別填報「G」，~~醫令總量、單價、支付點數、支付成數~~填報 0，~~執行醫事人員代號填報執行之專任感染症專科醫師 ID~~，醫令執行時間填報「評估日期」，由保險人每季勾稽院所 THAS 系統抗藥性監測模組通報情形，進行補付作業。

三、點值結算：

~~(一)本計畫預算優先「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「醫院感染管制品質獎勵」。~~

(一)「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」之結算：預算為 180 百萬元，按季均分，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。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。

(二)「醫院感染管制品質獎勵」預算為 45 百萬元，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。

四、相關資料通報及辦理時程：

- (一)醫院應於次年1月底前完成通報相關指標資料(~~含過程面指標第4項-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。
- (二)醫院應於指定期限前彙整當年度「醫院感染管制品質獎勵」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分區業務組，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查核定名單，於次年1月底前函送保險人。
- (三)醫院應於次年6月底前，彙整本計畫「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分配予感染症專科醫師之成數」及「醫院感染管制品質獎勵提分配予感染管制師或相關醫事人員之成數」等資料，函送保險人分區業務組備查，~~如未達指定分配成數醫院，將取消其次次年度本計畫參與資格。~~

五、醫療費用核付依據：由衛生福利部相關單位提供下列資料予保險人：
符合參與資格醫院名單~~→THAS之抗藥性監測模組參與度、THAS系統抗藥性監測通報醫院名單、~~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、執行目標及預期效益之評估指標(定義詳附件4)如下：

- 一、參與醫院重點監測抗藥菌占率不高於~~112~~113年。
- 二、參與醫院全院/加護病房重點監測抗藥菌感染密度不高於過去3年。

三、參與醫院高度管制性抗微生物製劑 DDD 耗用量或 DID(住院抗生素耗用量密度)不高於~~112~~113年。

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、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 2-1、~~抗微生物劑藥品給付規定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

序號	章節	抗微生物劑	備註
1	10.3.5.	Ceftaroline fosamil	須經感染 症專科醫 師會診確 認需要使 用
2	10.3.6.	Ceftazidime + avibactam sodium	
3	10.3.7.	Ceftolozane + tazobactam	
4	10.4.2.	Erythromycin lactobionate 注射劑	
5	10.4.4. (3)	Clarithromycin 注射劑	
6	10.5.1.	Imipenem + cilastatin	
7	10.5.1.	Meropenem	
8	10.5.2.	Ertapenem	
9	10.5.3.	Doripenem	
10	10.5.4.	Imipenem+ Cilastatin + Relabactam	
11	10.6.3.2.	Itraconazole 注射劑	
12	10.6.6.	Caspofungin Injection 劑型	
13	10.6.10.	Posaconazole	
14	10.6.11.	Isavuconazole	
15	10.8.1.1.	Teicoplanin及Vancomycin 注射劑	
16	10.8.2.1.	Moxifloxacin 注射劑	
17	10.8.3.	Linezolid	
18	10.8.5.	Tigecycline	
19	10.8.6.	Colistin 可用於靜脈注射劑	
20	10.8.7.	Daptomycin 注射劑	
21	10.8.8.	Fidaxomicin	
22	10.8.9.	Minocycline 注射劑	

序號	章節	抗微生物劑	備註
23	10.8.10.	Polymyxin B sulfate 靜脈注射劑	
24	10.1.	Cefepime	
25	10.1.	Cefpirome	
26	10.1.	Piperacillin + tazobactam	
27	10.6.1.	Fluconazole	
28	10.6.5.	Amphotericin B	
29	10.6.7.	Micafungin Injection 劑型	
30	10.6.8.	Flucytosine	
31	10.6.9.	Anidulafungin 注射劑	
32	10.8.2.	Ciprofloxacin 注射劑	
33	10.8.2.3.	Levofloxacin 注射劑	
34	10.8.2.4.	Nemonoxacin 注射劑	
35	-	Cefiderocol	
36	-	Voriconazole	
37	-	Cefoperazone + Sulbactam	

*備註：本清單須經感染症專科醫師會診確認需使用之抗微生物劑(序號 1 至 23)，係依保險人公告之藥品給付規定辦理，如計畫執行期間有增減項目，併同藥品給付規定修正。

~~附件 2-2、其他涵蓋 MDRO 治療指引之高度管制性抗微生物製劑清單~~

序號	章節	抗微生物劑
1	10.1	Ceftazidime
2	10.1	Cefepime
3	10.1	Cefpirome
4	10.1	Fosfomycin
5	10.1	Sulbactam
6	10.1	Piperacillin
7	10.1	Piperacillin + tazobactam
8	10.6.1	Fluconazole
9	10.6.6	Caspofungin Injection
10	10.6.7	Micafungin Injection
11	10.6.9	Anidulafungin 注射劑
12	10.8.2	Ciprofloxacin
13	10.8.2.3	Levofloxacin
14	-	Amikacin
15	-	Amphotericin B
16	-	Flucytosine
17	-	Itraconazole
18	-	Voriconazole
19	-	Cefoperazone + Sulbactam
20	-	Imipenem + cilastatin + relabactam

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

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 4、抗藥性監測通報及醫院感染管制品質指標操作型定義

一、抗藥性監測通報：

- (一)醫院藥敏試驗之結果建議均通報台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統(THAS)抗生素抗藥性管理模組(AR)之抗藥性監測，優先通報菌種或菌屬如附表 1。如醫院確實無任何藥敏試驗菌株之月份，應於 THAS 系統進行「零通報」，否則將認定為未通報。
- (二)通報原則以採檢月份結束後 2 個月內完成通報，惟 AR 模組目前未設定資料通報截止期限，醫院得隨時上傳、修正或更正資料。因此，指標數值以次年 1 月底 THAS 系統制式報表數值為準；醫院於次年 2 月 1 日起所上傳、修正或更新之資料，將不列入指標計算。
- (三)THAS 系統制式報表操作說明置於健保署全球資訊網首頁/健保服務/健保醫療計畫/全民健康保險抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫專區。如有 THAS 系統問題，請洽 THAS 系統客服諮詢窗口 02-27841059。

- ~~(一)參與醫院資格中「參與台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統(THAS)抗生素抗藥性管理模組(AR)之抗藥性監測通報」，以醫院於 113 年 6 月 30 日以前至少通報 110 年 1 月至 113 年 6 月任一月份之抗藥性監測通報資料認定。~~

~~二、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(MRSA、VRE、CRKP、CRAB 及 CRPA 定義如附表 2)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 114 年，以 113 年為基期。醫院基期及執行期應每月都有通報資料。醫院基期或執行期任一月份未通報，則該項指標不予計分。

(三)計算公式：MRSA、VRE、CRKP、CRAB 及 CRPA 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(MRSA、VRE、CRKP、CRAB 及 CRPA 定義如附表 2)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 114 年，以 111-113 年為基期。醫院基期及執行期應每月都有通報資料。醫院基期或執行期任一月份未通報，則該項指標不予計分。

(三)計算公式：MRSA、VRE、CRKP、CRAB 及 CRPA 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)指標說明：執行期全院住院及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。~~

~~(二)統計期間：執行期為 113 年，以 110-112 年為基期。~~

(三)計算公式：

1.醫療照護相關感染密度(‰)=

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

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

四、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須經感染症專科醫師會診確認需要使用藥品(共 18 項，附件 2-1)，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 114 年，以 113 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 ÷ 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 × (0.5 ÷ 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) =

$$\frac{\text{所選擇條件下之 DDD 數加總}}{\text{所選擇條件下之住院人日數加總}} \times 1000$$

(2) 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 DDD/年) / (100,000 住院人日/年) × 1000 = 每千住院人日 2,500 DDD。

3. 高度管制性抗微生物製劑管理成果(%)：

$$\frac{[\text{執行期 DDD 耗用量(或 DID)} - \text{基期 DDD 耗用量(或 DID)}]}{\text{基期 DDD 耗用量(或 DID)}} \times 100$$

五、加護病房中心導管相關血流感染密度(暫不列入 114 年度積分計算)

(一)指標說明：執行期全院加護病房中心導管相關血流感染密度相較該院過去 3 年(基期)之降幅。

(二)統計期間：以 114 年為基期。

(三)計算公式：

加護病房中心導管相關血流感染密度(‰)=

$$\frac{\text{加護病房中心導管相關血流感染人次數}}{\text{加護病房中心導管使用人日數}} \times 1000$$

附表 1、THAS 系統 AR 模組抗藥性監測優先通報項目

114 年 1 月 1 日起適用

編號	通報項目	備註
1	<i>Escherichia</i> spp.	<ol style="list-style-type: none"> 需通報左列項目下之所有菌種資料，如<i>Escherichia</i> spp. 包括 <i>E. coli</i>、<i>E. vulneris</i>...等； <i>Klebsiella</i> spp. 包括 <i>K. pneumoniae</i>、<i>K. ozaenae</i>、<i>K. rhinoscleromatics</i>...等。 <i>Burkholderia cepacia</i> complex 包含 <i>B. cepacia</i>、<i>B. multivorans</i>、<i>B. cenocepacia</i> 等。 <i>Acinetobacter baumannii</i> complex 包含 <i>A. baumannii</i>、<i>A. calcoaceticus</i>、<i>A. calcoaceticus-A. baumannii</i> complex、<i>A. nosocomialis</i>、<i>A. pittii</i>、<i>A. seifertii</i> 等。 如無法分型之醫院，可通報 spp./complex/group。
2	<i>Klebsiella</i> spp.	
3	<i>Enterobacter</i> spp.	
4	<i>Proteus</i> spp.	
5	<i>Salmonella</i> spp.	
6	<i>Shigella</i> spp.	
7	<i>Citrobacter</i> spp.	
8	<i>Morganella</i> spp.	
9	<i>Providencia</i> spp.	
10	<i>Serratia</i> spp.	
11	<i>Elizabethkingia</i> spp.	
12	<i>Enterococcus</i> spp.	
13	<i>Burkholderia cepacia</i> complex	
14	<i>Acinetobacter baumannii</i> complex	
15	Group A Streptococci	
16	Group B Streptococci	
17	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	
18	<i>Staphylococcus aureus</i>	
19	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	
20	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	
21	<i>Clostridioides difficile</i>	
22	<i>Helicobacter pylori</i>	
23	<i>Haemophilus influenzae</i>	
24	<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	
25	<i>Chryseobacterium indologenes</i>	
26	<i>Bacteroides fragilis</i>	

附表 2、重點監測抗藥菌之監測菌株及抗生素(含 THAS 系統代碼)

重點抗藥菌	操作型定義	監測菌株 (THAS 代碼)	抗生素 (THAS 代碼)
MRSA (Methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i>)	對 oxacillin 具抗藥性*之 <i>Staphylococcus aureus</i>	• <i>Staphylococcus aureus</i> (FP00061)	oxacillin (O-006)
VRE (Vancomycin-resistant Enterococci)	對 vancomycin 具抗藥性*之 Enterococci	<ul style="list-style-type: none"> •<i>Enterococcus faecalis</i> (FP00056) •<i>Enterococcus faecium</i> (FP00057) •<i>Enterococcus</i> spp. (FP00068) •<i>Enterococcus avium</i> (FP00186) •<i>Enterococcus durans</i> (FP00493) •<i>Enterococcus malodoratus</i> (FP00497) •<i>Enterococcus mundtii</i> (FP00498) •<i>Enterococcus hirae</i> (FP00506) •<i>Enterococcus raffinosus</i> (FP01109) 	vancomycin (V-001)
CRKP (Carbapenem-resistant <i>Klebsiella pneumoniae</i>)	對 carbapenem 類中的 imipenem、meropenem、ertapenem 或 doripenem 任一抗生素具抗藥性*之 <i>Klebsiella pneumoniae</i>	<ul style="list-style-type: none"> •<i>Klebsiella ozaenae</i> (FP00020) •<i>Klebsiella pneumoniae</i> (FP00021) •<i>Klebsiella rhinoscleromatics</i> (FP00597) •<i>Klebsiella pneumoniae</i> (ESBL) (FP01128) 	imipenem (I-001) meropenem (M-001) ertapenem (E-009) doripenem (D-008)
CRAB (Carbapenem-resistant <i>Acinetobacter baumannii</i> - <i>calcoaceticus</i> complex)	對 carbapenem 類中的 imipenem 或 meropenem 任一抗生素具抗藥性*之 <i>Acinetobacter baumannii</i> - <i>calcoaceticus</i> complex	<ul style="list-style-type: none"> •<i>Acinetobacter baumannii</i> (FP00002) •<i>Acinetobacter calcoaceticus</i> (FP00254) •<i>Acinetobacter calcoaceticus</i>-<i>Acinetobacter baumannii</i> complex (FP01130) •<i>Acinetobacter nosocomialis</i> (FP01167) •<i>Acinetobacter pittii</i> (FP01168) •<i>Acinetobacter seifertii</i> (FP01335) 	imipenem (I-001) meropenem (M-001)
CRPA (Carbapenem-resistant <i>Pseudomonas aeruginosa</i>)	對 carbapenem 類中的 imipenem 或 meropenem 任一抗生素具抗藥性*之 <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	• <i>Pseudomonas aeruginosa</i> (FP00029)	imipenem (I-001) meropenem (M-001)

*抗藥性包括抗藥性測試結果為 NS (nonsusceptible, 不敏感)、R (resistant, 抗藥)、I (intermediate, 中度)、SDD (susceptible-dose dependent, 敏感劑量依賴性) 共四類。

報告事項

第七案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」案。

說明：

- 一、依據 113 年 12 月 26 日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議 113 年第 5 次會議(下稱共擬會議)114 年 3 月 5 日全民健康保險醫療給付費用門診透析預算 114 年第 1 次研商議事會議決議、台灣腎臟醫學會同年月 17 日電子郵件及本署同年月 19 日門診透析相關計畫修訂案討論會議決議辦理。
- 二、本案前次會議決議，建議擴大參與院所。案經前開 114 年 3 月 5 日及同年月 19 日會議決議重點如下：
 - (一)維持前次會議決議者：
 - 1.配合 114 年總額協商結論修訂計畫「預算來源」文字。
 - 2.配合通訊診療治療辦法施行，於計畫第陸點「參與院所資格與申請程序」增列「自 114 年 1 月 1 日起新參與院所，應完成簽具通訊診察治療實施計畫書」。
 - 3.新增腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費之首次接受腹膜透析治療之新病人，持續接受腹膜透析照護達 12 個月以上者(第 13 個月至 24 個月)(按月計算)，區域醫院及醫學中心獎勵 10,000 點、地區醫院及基層院所獎勵 20,000 點。
 - 4.修訂腹膜透析院所推廣獎勵費之年成長率獎勵點數級距由 3%-15%調降為 1-5%，獎勵點數由 1,000 點-4,000 點提升為 4,000 點-12,000 點。
 - 5.修訂提升腹膜透析院所照護品質獎勵費之獎勵點數，由每個案獎勵 5,000 點，修訂為品質指標項目總分全年介於 70 分至

90 分（不含）每個案獎勵 4,000 點，另大於等於 90 分以上每個案獎勵 8,000 點。

- 6.考量山地離島醫療服務成本較高，建議就「腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費」項目，增列如為山地離島地區加計 30%。
- 7.為提升末期腎衰竭病人首次透析即透過腹膜透析治療之方式，建議就首次接受腹膜透析治療之新病人占首次接受透析新病人之比率 $\geq 10\%$ 者，給予獎勵。
- 8.新增本計畫給付項目及支付標準：

- (1)編號 P8115C，全自動腹膜透析機搭配『病人遠距管理』相關費用-每月(Remote Patient Management, RPM)，點數為 2,499 點。
- (2)編號 P8116B，連續性可攜帶式腹膜透析導管植入術--若未經血液透析治療者，加成支付，加成 50%之費用（亦即 2,142 點）。
- (3)編號 P8117C，輔助型腹膜透析治療處置費，基層診所、地區醫院、區域醫院、醫學中心，每次 1,200 點，每月申請次數上限為 4 次。

(二)本次修訂重點：

- 1.同意增列「新增支持腹膜透析院所持續運作費」項目，適用對象由地區醫院及基層診所，擴增至區域醫院及醫學中心。
- 2.前開持續運作費，依院所申報腹膜透析人數予以不同獎勵方式，重點如下：

(1) 獎勵條件：

- A.診所、地區醫院及區域醫院：113 年 12 月主責病人數為 1 人以下，且於 114 年 1 月至 12 月期間申報腹膜透析追蹤處置費(58011C、58017C)的病人數為 1-2 人之機構：每家院所獎勵 200,000 點。

B.診所、地區醫院及區域醫院：於 114 年 1 月至 12 月期間申報腹膜透析追蹤處置費(58011C、58017C)的病人數達 3 人(含)以上之機構：每家院所獎勵 300,000 點。

C.醫學中心：於 114 年 1 月至 12 月期間申報腹膜透析追蹤處置費(58011C、58017C)的病人數為 30 人以下，不予獎勵;病人數為 30(含)-49 人，每家院所獎勵 200,000 點;病人數為 50(含)人以上，每家院所獎勵 300,000 點。

(2) 以上獎勵不重複計算，另當年度已領取本計畫「新設立腹膜透析室/中心：每家院所獎勵 600,000 點」或「院所重新收治腹膜透析病人：每家院所獎勵 400,000 點」之機構，不再獎勵。

(3) 腹膜透析追蹤處置費(58011C、58017C)由病人的主責院所負責申報；若院所僅進行共同照護而非主責院所，則不適用本項目。

三、財務估算：本案估算約增加 1.341 億元(附件 1，頁次報 7-4~7-6)，加計 112 年執行數 1.66 億元，共約 3 億元，尚在預算額度(4.335 億元)內。

四、經綜整後，修正對照表詳附件 2(頁次報 7-7~7-65)，計畫草案如附件 3(附件 1，頁次報 7-66~7-109)。

五、本案如獲同意將依程序報請衛生福利部核定後公布實施。

決定：

財務評估表(以112年執行數估算)

新增費用項目	財務估算	增加費用(數)
(一) 支持腹膜透析診所持續運作費： 1.114年1月至12月期間申報腹膜透析追蹤處置的病人數為1-2人之機構：每家院所獎勵200,000、3(含)人以上之機構：每家院所獎勵300,000(診所、地區醫院、區域醫院)。 2.病人數為30(含)-49人，每家院所獎勵200,000點;病人數為50(含)人以上，每家院所獎勵300,000點(醫學中心)。	獎勵符合收案1-2人(含)條件有2家區域醫院、13家地區醫院、62家診所，將新增1,540萬點($77 \times 200,000 = 15,400,000$);獎勵符合收案3人(含)以上條件有57家區域醫院、18家地區醫院、5家診所，將新增2,400萬點($80 \times 300,000 = 24,000,000$);獎勵符合之23家醫學中心，將新增680萬點($1 \times 200,000 + 22 \times 300,000$)共增加4,620萬點。	4,620萬點
(二)腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費：照護達12個月以上者(第13個月至24個月)(按月計算) 支付點數： 基層診所、地區醫院 20,000點 區域醫院、醫學中心 10,000點	基層診所、地區醫院計8人，約新增192萬點($20,000 \times 8 \times 12 = 1,920,000$);區域醫院、醫學中心計68人，新增816萬點($10,000 \times 68 \times 12 = 8,160,000$)點共1,008萬。	1,008萬點
(三)腹膜透析院所推廣獎勵費之年成長率獎勵點數級距由3%-15%調降為1-5%，點數由1,000點-4,000點提升為4,000點-12,000點	依腹膜透析院所成長率估算(表2)，介於1%約新增334.4萬點($4,000 \times 836 \text{人} = 3,344,000$)、2%約197.4萬點($6,000 \times 329 \text{人} = 1,974,000$)、3%約148萬點($8,000 \times 185 = 1,480,000$)、4%約357萬點($10,000 \times 357 = 3,570,000$)、5%以上約1,296萬點($12,000 \times 1,080 = 12,960,000$)共	1,975萬點

新增費用項目	財務估算	增加費用(數)
	2,332.8萬，較112年核發357.4萬新增1,975.4萬點	
(四)修訂提升腹膜透析院所照護品質獎勵費之獎勵點數，由每個案獎勵5,000點，修訂為品質指標項目總分全年介於70分至90分（不含）獎勵4,000點，另大於等於90分以上獎勵8,000點	112年申報院所介於70~89分之院所個案數有3,706人，約新增1,482.4萬點 $(4,000 \times 3,706 = 14,824,000)$ 、90分以上有2,129人，約新增1,703.2萬點 $(8,000 \times 2,129 = 17,032,000)$ ，合計3,185.6萬點，較112年核發2,917.5萬點新增268萬點。	268萬點
(五)新增院所腹膜透析新收個案占比提升獎勵費，首次接受腹膜透析治療之新病人占首次接受透析新病人之比率 $\geq 10\%$ 者，給予獎勵30,000點	以112年院所達腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費條件之機構約14院所估算(1家診所13家地區醫院)，將新增42萬點 $(30,000 \times 14 = 420,000)$ 。	42萬點
(六)P8115C新增全自動腹膜透析病人遠距照護管理系統費，每月點數為2,499點	以112年院所申報個案58017C(診療項目:連續性可攜帶式腹膜透析-3.腹膜透析追蹤處置費-(2)全自動腹膜透析)粗估，約198人次，將新增594萬點 $(2,499 \times 198 \times 12 = 5,937,624)$ 。	594萬點
(七)P8116B新增連續性可攜帶式腹膜透析導管植入術，申報58012B（4,284點）者，若未經血液透析治療者，加成支付50%之費用	以112年院所申報個案58011C(連續性可攜帶式腹膜透析-3.腹膜透析追蹤處置費)粗估，約8,207人次，以1/10比率核算，將新增176萬點 $(4,284 \times 50\% \times 821 = 1,758,582)$	176萬點
(八)新增P8117C--輔助型腹膜透析治療處置費-每次1,200點，每月申請次數上限為4次	以112年院所申報個案58011C(連續性可攜帶式腹膜透析-3.腹膜透析追蹤處置費)粗估，約8,207人次，以1/10比率核算，	4,729萬點

新增費用項目	財務估算	增加費用(數)
	將新增4,729萬點 (1,200*821*4*12= 47,289,600)	
合計		1.341億

「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」修正對照表

修訂後條文	現行條文	本署意見
壹、同現行條文	壹、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。	同現行條文 (無修訂)
貳、同現行條文	貳、計畫目的 一、提升末期腎衰竭病人(End Stage Kidney Disease, 下稱 ESKD)腹膜透析治療之占率。 二、加強院所腹膜透析照護品質及病人自我照護能力,提升病人腹膜透析技術之存活率與總存活率。 三、鼓勵新設置腹膜透析中心/室,醫院及基層透析診所可組成共同照護團隊,相互支應,提升腹膜透析可近性及照護品質。 四、鼓勵有效管理腎臟疾病,發揮醫病共享決策(Shared Decision Making, 下稱 SDM)精神,並藉由腹膜透析品質監控獎勵以及鼓勵腹膜透析醫療資訊化等,提升腎臟疾病整體醫療照護品質。	同現行條文 (無修訂)
參、計畫期間 自 <u>114</u> 年 1 月 1 日至 <u>114</u> 年 12 月 31 日。	參、計畫期間 自 113 年 1 月 1 日至 113 年 12 月 31 日。	修正年度
肆、預算來源 一、 <u>114</u> 年度全民健康保險醫療給付費用門診透析服務總費用中之用於 <u>鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質</u> 費用 433.5 百萬	肆、預算來源 一、113 年度全民健康保險醫療給付費用門診透析服務總費用中之用於加強推動腹膜透析與提升照護	配合 114 年協商結果,酌修文字

修訂後條文	現行條文	本署意見
<p>元，屬專款專用性質，其中 300 百萬元不得流用於一般服務。</p> <p>二、前述預算先扣除本計畫第柒項「院所獎勵費用」之預估額度後，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；第 4 季併同「院所獎勵費用」，進行每點支付金額計算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，但每點支付金額不高於 1 元。</p>	<p>品質費用維持 433.5 百萬元，屬專款專用性質，其中 300 百萬元不得流用於一般服務。</p> <p>二、前述預算先扣除本計畫第柒項「院所獎勵費用」之預估額度後，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；第 4 季併同「院所獎勵費用」，進行每點支付金額計算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，但每點支付金額不高於 1 元。</p>	
<p>伍、<u>114</u> 年度執行目標</p> <p>一、腹膜透析新發個案：占率 >10%。 (當年度腹膜透析新發個案數/當年度 ESKD 新發病人數) X100%。 (以最近一年腹膜透析新發個案占率為基準)</p> <p>二、腹膜透析盛行個案：占率 >8%。 (當年度腹膜透析盛行個案數/當年度 ESKD 盛行病人數) X100%。 (以 104 年至 108 年腹膜透析盛行個案占率之平均值為基準)</p>	<p>伍、113 年度執行目標</p> <p>一、腹膜透析新發個案：占率 >10%。 (當年度腹膜透析新發個案數/當年度 ESKD 新發病人數) X100%。 (以最近一年腹膜透析新發個案占率為基準)</p> <p>二、腹膜透析盛行個案：占率 >8%。 (當年度腹膜透析盛行個案數/當年度 ESKD 盛行病人數) X100%。 (以 104 年至 108 年腹膜透析盛行個案占率之平均值為基準)</p>	修正年度
<p>陸、參與院所資格與申請程序</p> <p>由具有下列資格之全民健康保險(下稱本保險)特約醫療院所，向本保險分區業務組提出申請：</p> <p>一、醫師資格：</p> <p>(一) 應至少有一名專任腎臟專科醫師。</p>	<p>陸、參與院所資格與申請程序</p> <p>由具有下列資格之全民健康保險(下稱本保險)特約醫療院所，向本保險分區業務組提出申請：</p> <p>一、醫師資格：</p> <p>(一) 應至少有一名專任腎臟專科醫師。</p>	<p>一、原「山地離島地區」修正為「偏遠地區」。</p> <p>二、因應通訊診察治療辦法</p>

修訂後條文	現行條文	本署意見
<p>(二)設立於<u>山地離島偏遠地區</u>之特約院所，除前項外，得有經二個月之腹膜透析訓練(腹膜透析醫師及護理人員訓練指定醫院名單由台灣腎臟醫學會另行提供)，且完成台灣腎臟醫學會舉辦之腹膜透析班訓練並取得及格證書之醫師，或得以腎臟專科醫師兼任之。</p> <p>(三)<u>前開所稱偏遠地區同「門診透析一般服務保障項目」所列之「偏遠地區」。</u></p> <p>二、護理人員：領有台灣腎臟醫學會與台灣腎臟護理學會共同舉辦之腹膜透析訓練班上課證明者。</p> <p>三、<u>自 114 年 1 月 1 日起新參與院所，應完成簽具通訊診察治療實施計畫書(附件 1)。</u></p>	<p>(二) 設立於山地離島地區之特約院所，除前項外，得有經二個月之腹膜透析訓練(腹膜透析醫師及護理人員訓練指定醫院名單由台灣腎臟醫學會另行提供)，且完成台灣腎臟醫學會舉辦之腹膜透析班訓練並取得及格證書之醫師，或得以腎臟專科醫師兼任之。</p> <p>二、護理人員：領有台灣腎臟醫學會與台灣腎臟護理學會共同舉辦之腹膜透析訓練班上課證明者。</p>	<p>自 113 年 7 月 1 日施行，爰規範新設立醫療院所應簽具通訊診察治療實施計畫書。</p>
<p>柒、院所獎勵費用</p> <p>本項包含「院所開辦腹膜透析獎勵費」、「腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費」、「腹膜透析院所推廣獎勵費」及「提升腹膜透析院所照護品質獎勵費」。由全民健康保險保險人(下稱保險人)於年度結算時，以補付方式核付費用，其中「院所開辦腹膜透析獎勵費」及「提升腹膜透析院所照護品質獎勵費」二項依台灣腎臟醫學會提供之院所名單計算。</p> <p>一、院所開辦腹膜透析獎勵費:包含「新設立腹膜透析室/中心」、「重新收治腹膜透析病人」及「醫</p>	<p>柒、院所獎勵費用</p> <p>本項包含「院所開辦腹膜透析獎勵費」、「腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費」、「腹膜透析院所推廣獎勵費」及「提升腹膜透析院所照護品質獎勵費」。由全民健康保險保險人(下稱保險人)於年度結算時，以補付方式核付費用，其中「院所開辦腹膜透析獎勵費」及「提升腹膜透析院所照護品質獎勵費」二項依台灣腎臟醫學會提供之院所名單計算。</p> <p>一、院所開辦腹膜透析獎勵費:包含「新設立腹膜透析室/中心」、「重新收治腹膜透析病人」及「醫院</p>	<p>一、修訂附件序號。</p> <p>二、院所重新收治腹膜透析病人:每家院所獎勵 400,000 點之備註「共同照護」部分，因前項獎勵費用已</p>

修訂後條文	現行條文	本署意見
<p>院輔導其他院所新成立腹膜透析室/中心」，由符合獎勵條件之院所提供相關資料予台灣腎臟醫學會核定列入名單。</p> <p>(一)新設立腹膜透析室/中心：每家院所獎勵 600,000 點。</p> <p>1.獎勵條件，須同時符合下列條件者：</p> <p>(1)新成立腹膜透析室/中心(設置標準詳附件 2)，如屬新設置之機構須提交所在地衛生局核准設立之公函。</p> <p>(2)前述腹膜透析室/中心成立後，一年內須收治腹膜透析病人，或一年內有與其他院所「共同照護」腹膜透析病人。</p> <p>註：前述「共同照護」係指院所間簽訂共同照護合作備忘錄(如附件 3)，醫療相互支應。</p> <p>2.本項所定點數包括醫師及護理人員訓練費、設立之軟硬體設施及護理人員等費用。</p> <p>3.每一機構代號限核付一次，機構更換負責醫師、遷址視為同一機構；負責醫師換機構代號前已領過本項費用者，不再獎勵。</p> <p>(二)院所重新收治腹膜透析病人：每家院所獎勵 400,000 點。</p> <p>1.獎勵條件，須同時符合下列條件者：</p> <p>(1)已設立腹膜透析室/中心，於 111 年 7 月 4 日至參與本計畫起始日前皆未收治腹膜透析病人。</p>	<p>輔導其他院所新成立腹膜透析室/中心」，由符合獎勵條件之院所提供相關資料予台灣腎臟醫學會核定列入名單。</p> <p>(一)新設立腹膜透析室/中心：每家院所獎勵 600,000 點。</p> <p>1.獎勵條件，須同時符合下列條件者：</p> <p>(1)新成立腹膜透析室/中心(設置標準詳附件 1)，如屬新設置之機構須提交所在地衛生局核准設立之公函。</p> <p>(2)前述腹膜透析室/中心成立後，一年內須收治腹膜透析病人，或一年內有與其他院所「共同照護」腹膜透析病人。</p> <p>註：前述「共同照護」係指院所間簽訂共同照護合作備忘錄(如附件 2)，醫療相互支應。</p> <p>2.本項所定點數包括醫師及護理人員訓練費、設立之軟硬體設施及護理人員等費用。</p> <p>3.每一機構代號限核付一次，機構更換負責醫師、遷址視為同一機構；負責醫師換機構代號前已領過本項費用者，不再獎勵。</p> <p>(二)院所重新收治腹膜透析病人：每家院所獎勵 400,000 點。</p> <p>1.獎勵條件，須同時符合下列條件者：</p> <p>(1)已設立腹膜透析室/中心，於 111 年 7 月 4 日至參與本計畫起始日前皆未收治腹膜透析病人。</p>	<p>敘明，爰刪除。</p>

修訂後條文	現行條文	本署意見
<p>(2)前述腹膜透析室/中心重新啓用後，一年內須收治腹膜透析病人，或一年內有與其他院所「共同照護」腹膜透析病人。</p> <p>註：前述「共同照護」係指院所間簽訂共同照護合作備忘錄(如附件 2)，醫療相互支應。</p> <p>2.本項所定點數包括醫師及護理人員重新訓練費、設立之軟硬體設施更新及護理人員等費用。</p> <p>3.每一機構代號限核付一次，機構更換負責醫師、遷址視為同一機構；負責醫師換機構代號前已領過本項費用者，不再獎勵。</p> <p>(三)醫院輔導其他院所新成立腹膜透析室/中心：每家院所獎勵 200,000 點。</p> <p>1.獎勵條件，須同時符合下列條件者：</p> <p>(1)輔導其他院所新成立腹膜透析室/中心，或輔導原已有設置之院所重新開始收治腹膜透析新病人。須檢附被輔導院所所在地衛生局核准設立之公函。</p> <p>(2)被輔導院所新成立或再啓用腹膜透析室/中心一年內有收治腹膜透析病人，或一年內有與輔導醫院「共同照護」腹膜透析病人。</p> <p>註：前述「共同照護」係指院所間簽訂共同照護合作備忘錄(如附件 3)，醫療相互支應。</p> <p>2.本項所定點數包括醫師、護理人員訓練費及專家諮詢協助費用。</p>	<p>(2)前述腹膜透析室/中心重新啓用後，一年內須收治腹膜透析病人，或一年內有與其他院所「共同照護」腹膜透析病人。</p> <p>註：前述「共同照護」係指院所間簽訂共同照護合作備忘錄(如附件 2)，醫療相互支應。</p> <p>2.本項所定點數包括醫師及護理人員重新訓練費、設立之軟硬體設施更新及護理人員等費用。</p> <p>3.每一機構代號限核付一次，機構更換負責醫師、遷址視為同一機構；負責醫師換機構代號前已領過本項費用者，不再獎勵。</p> <p>(三)醫院輔導其他院所新成立腹膜透析室/中心：每家院所獎勵 200,000 點。</p> <p>1.獎勵條件，須同時符合下列條件者：</p> <p>(1)輔導其他院所新成立腹膜透析室/中心，或輔導原已有設置之院所重新開始收治腹膜透析新病人。須檢附被輔導院所所在地衛生局核准設立之公函。</p> <p>(2)被輔導院所新成立或再啓用腹膜透析室/中心一年內有收治腹膜透析病人，或一年內有與輔導醫院「共同照護」腹膜透析病人。</p> <p>註：前述「共同照護」係指院所間簽訂共同照護合作備忘錄(如附件 2)，醫療相互支應。</p> <p>2.本項所定點數包括醫師、護理人員訓練費及專家諮詢協助費用。</p>	

修訂後條文	現行條文	本署意見
<p>3.輔導醫院可輔導一家以上之院所；被輔導院所僅限接受一家輔導醫院輔導。</p> <p>4.前述輔導醫院由台灣腎臟醫學會指定，名單由台灣腎臟醫學會另行提供，並須與被輔導院所共同填具本計畫之醫事服務機構成立腹膜透析輔導申請書（如附件4），一式三份，分別由輔導醫院、被輔導院所及台灣腎臟醫學會各執正本一份為憑。</p> <p>5.本獎勵點數按被輔導院所家數計算，每一被輔導機構代號限計算一次，機構更換負責醫師、遷址視為同一機構；被輔導醫院負責醫師換機構代號前，已納入計算者，不重複計算。</p>	<p>3.輔導醫院可輔導一家以上之院所；被輔導院所僅限接受一家輔導醫院輔導。</p> <p>4.前述輔導醫院由台灣腎臟醫學會指定，名單由台灣腎臟醫學會另行提供，並須與被輔導院所共同填具本計畫之醫事服務機構成立腹膜透析輔導申請書（如附件3），一式三份，分別由輔導醫院、被輔導院所及台灣腎臟醫學會各執正本一份為憑。</p> <p>5.本獎勵點數按被輔導院所家數計算，每一被輔導機構代號限計算一次，機構更換負責醫師、遷址視為同一機構；被輔導醫院負責醫師換機構代號前，已納入計算者，不重複計算。</p>	

修訂後條文	現行條文	本署意見
<p><u>(四)支持腹膜透析院所持續運作費：</u></p> <p><u>1.獎勵條件：</u></p> <p><u>(1) 診所、地區醫院及區域醫院：113年12月主責病人數為1人以下，且於114年1月至12月期間申報腹膜透析追蹤處置費(58011C、58017C)的病人數為1-2人之機構：每家院所獎勵200,000點。</u></p> <p><u>(2) 診所、地區醫院及區域醫院：於114年1月至12月期間申報腹膜透析追蹤處置費(58011C、58017C)的病人數達3人(含)以上之機構：每家院所獎勵300,000點。</u></p> <p><u>(3) 醫學中心：於114年1月至12月期間申報腹膜透析追蹤處置費(58011C、58017C)的病人數為30人以下，不予獎勵；病人數為30(含)-49人，每家院所獎勵200,000點；病人數為50(含)人以上，每家院所獎勵300,000點。</u></p> <p><u>2.以上獎勵不重複計算，另當年度已領取本計畫「新設立腹膜透析室/中心」或「院所重新收治腹膜透析病人」之院所開辦腹膜透析獎勵費者，不再獎勵。</u></p> <p><u>3.腹膜透析追蹤處置費(58011C、58017C)由病人的主責院所負責申報；若院所僅進行共同照護而非主責院所，則不適用本項目。</u></p>		<p>一、本項新增。</p> <p>二、財務估算： 粗估新增4,620萬點。</p>

修訂後條文						現行條文						本署意見
二、腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費：						二、腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費：						一、本項新增。 二、考量山地離島醫療成本相對較高，支付點數加計30%。 三、財務估算：粗估基層診所、地區醫院，約新增192萬點、區域醫院、醫學中心約新增816萬點，合計增加1,008萬點。
獎勵條件	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	獎勵條件	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	
1.首次接受腹膜透析治療之新病人，同一院所持續接受腹膜透析照護達6個月(含)者 <u>註：山地離島地區加計30%。</u>	V	V	V	V	36,000 72,000	1.首次接受腹膜透析治療之新病人，同一院所持續接受腹膜透析照護達6個月(含)者	V	V	V	V	36,000 72,000	
2.首次接受腹膜透析治療之新病人，持續接受腹膜透析照護達7個月以上者(第7個月至24個月)(按月計算) <u>註：山地離島地區加計30%。</u>	V	V	V	V	10,000 20,000	2.首次接受腹膜透析治療之新病人，持續接受腹膜透析照護達7個月以上者(第7個月至12個月)(按月計算)	V	V	V	V	10,000 20,000	

修訂後條文	現行條文	本署意見																						
<p>三、腹膜透析院所推廣獎勵費：</p> <p>(一)獎勵條件:區域醫院(含)以上醫院須申報腹膜透析病人數達 5 人(含)以上者；地區醫院及基層診所，不在此限。</p> <p>(二)總獎勵點數計算:依年成長率所列獎勵點數及 <u>114</u> 年 12 月腹膜透析病人數計算總獎勵點數。【獎勵點數×<u>114</u> 年 12 月腹膜透析病人數】</p> <p>年成長率=【(<u>114</u> 年 12 月腹膜透析病人數-<u>113</u> 年 12 月腹膜透析病人數)÷<u>113</u> 年 12 月腹膜透析病人數】×100%</p> <table><tr><th>年成長率</th><th>獎勵點數</th></tr><tr><td>1.介於 31%至 52% (不含)</td><td><u>1,000</u>4,000</td></tr><tr><td>2.介於 52%至 103% (不含)</td><td><u>2,000</u>6,000</td></tr><tr><td>3.介於 103%至 154% (不含)</td><td><u>3,000</u>8,000</td></tr><tr><td>4.介於 4%至 5% (不含)</td><td><u>10,000</u></td></tr><tr><td>5.大於等於 155%以上</td><td><u>4,000</u>12,000</td></tr></table> <p>註：1.<u>114</u> 年 12 月若無數值，則以該院所當年度最後一個月申報人數計算。</p> <p>2.同一保險對象同月多家申報，以「執行時間-起」最早者計算；下轉個案不在此限。</p>	年成長率	獎勵點數	1.介於 31%至 52% (不含)	<u>1,000</u> 4,000	2.介於 52%至 103% (不含)	<u>2,000</u> 6,000	3.介於 103%至 154% (不含)	<u>3,000</u> 8,000	4.介於 4%至 5% (不含)	<u>10,000</u>	5.大於等於 155%以上	<u>4,000</u> 12,000	<p>三、腹膜透析院所推廣獎勵費：</p> <p>(一)獎勵條件:區域醫院(含)以上醫院須申報腹膜透析病人數達 5 人(含)以上者；地區醫院及基層診所，不在此限。</p> <p>(二)總獎勵點數計算：依年成長率所列獎勵點數及 113 年 12 月腹膜透析病人數計算總獎勵點數。【獎勵點數×113 年 12 月腹膜透析病人數】</p> <p>年成長率=【(113 年 12 月腹膜透析病人數-112 年 12 月腹膜透析病人數)÷112 年 12 月腹膜透析病人數】×100%</p> <table><tr><th>年成長率</th><th>獎勵點數</th></tr><tr><td>1.介於 3%至 5% (不含)</td><td>1,000</td></tr><tr><td>2.介於 5%至 10% (不含)</td><td>2,000</td></tr><tr><td>3.介於 10%至 15% (不含)</td><td>3,000</td></tr><tr><td>4.大於等於 15%以上</td><td>4,000</td></tr></table> <p>註：1.113 年 12 月若無數值，則以該院所當年度最後一個月申報人數計算。</p> <p>2.同一保險對象同月多家申報，以「執行時間-起」最早者計算；下轉個案不在此限。</p>	年成長率	獎勵點數	1.介於 3%至 5% (不含)	1,000	2.介於 5%至 10% (不含)	2,000	3.介於 10%至 15% (不含)	3,000	4.大於等於 15%以上	4,000	<p>一、本項修訂獎勵點數級距。</p> <p>二、財務估算:粗估新增 1,975 萬點。</p>
年成長率	獎勵點數																							
1.介於 31%至 52% (不含)	<u>1,000</u> 4,000																							
2.介於 52%至 103% (不含)	<u>2,000</u> 6,000																							
3.介於 103%至 154% (不含)	<u>3,000</u> 8,000																							
4.介於 4%至 5% (不含)	<u>10,000</u>																							
5.大於等於 155%以上	<u>4,000</u> 12,000																							
年成長率	獎勵點數																							
1.介於 3%至 5% (不含)	1,000																							
2.介於 5%至 10% (不含)	2,000																							
3.介於 10%至 15% (不含)	3,000																							
4.大於等於 15%以上	4,000																							

修訂後條文	現行條文	本署意見																																
<p>四、提升腹膜透析院所照護品質獎勵費：每個案獎勵5,0004,000至8,000點。</p> <p>(一) 獎勵條件：</p> <p>1.須收案滿三個月(含)以上之個案，始列入本獎勵點數計算。</p> <p>2.當年度該院所腹膜透析照護品質指標項目總分全年須達 70 分(含)以上者。</p> <p>(二) 介於70分至90分（不含）：</p> <p><u>院所獎勵總點數=該院所依當年度符合本獎勵條件之病人數×5,0004,000點</u></p> <p><u>大於等於90分以上：</u></p> <p><u>院所獎勵總點數=該院所依當年度符合本獎勵條件之病人數×8,000點。</u></p> <p>(三) 腹膜透析照護品質指標項目及計算：</p> <table><tr><th>項目</th><th>各透析院所病人監測值達成率</th><th>得分</th><th>說明</th></tr><tr><td>1.高濃度葡萄糖腹膜透析液(2.3%、2.5%、及 4.25%)的使用量</td><td>使用量占全部透析液≤ 55%</td><td>4 分（季）</td><td>以院所為單位進行計算</td></tr><tr><td>2.血鈉≥130 mmol/L</td><td>受檢率 ≥ 90%且合格率≥ 60%</td><td>8 分（半年）</td><td></td></tr><tr><td>3.血鉀≥3.2 mmol/L</td><td>受檢率 ≥ 90%且合格率≥ 80%</td><td>8 分（半年）</td><td></td></tr></table>	項目	各透析院所病人監測值達成率	得分	說明	1.高濃度葡萄糖腹膜透析液(2.3%、2.5%、及 4.25%)的使用量	使用量占全部透析液≤ 55%	4 分（季）	以院所為單位進行計算	2.血鈉≥130 mmol/L	受檢率 ≥ 90%且合格率≥ 60%	8 分（半年）		3.血鉀≥3.2 mmol/L	受檢率 ≥ 90%且合格率≥ 80%	8 分（半年）		<p>四、提升腹膜透析院所照護品質獎勵費：每個案獎勵 5,000點。</p> <p>(一) 獎勵條件：</p> <p>1.須收案滿三個月(含)以上之個案，始列入本獎勵點數計算。</p> <p>2.當年度該院所腹膜透析照護品質指標項目總分全年須達 70 分(含) 以上者。</p> <p>(二) 院所獎勵總點數=該院所依當年度符合本獎勵條件之病人數×5,000點。</p> <p>(三) 腹膜透析照護品質指標項目及計算：</p> <table><tr><th>項目</th><th>各透析院所病人監測值達成率</th><th>得分</th><th>說明</th></tr><tr><td>1.高濃度葡萄糖腹膜透析液(2.3%、2.5%、及 4.25%)的使用量</td><td>使用量占全部透析液≤ 55%</td><td>4 分（季）</td><td>以院所為單位進行計算</td></tr><tr><td>2.血鈉≥130 mmol/L</td><td>受檢率 ≥ 90%且合格率≥ 60%</td><td>8 分（半年）</td><td></td></tr><tr><td>3.血鉀≥3.2 mmol/L</td><td>受檢率 ≥ 90%且合格率≥ 80%</td><td>8 分（半年）</td><td></td></tr></table>	項目	各透析院所病人監測值達成率	得分	說明	1.高濃度葡萄糖腹膜透析液(2.3%、2.5%、及 4.25%)的使用量	使用量占全部透析液≤ 55%	4 分（季）	以院所為單位進行計算	2.血鈉≥130 mmol/L	受檢率 ≥ 90%且合格率≥ 60%	8 分（半年）		3.血鉀≥3.2 mmol/L	受檢率 ≥ 90%且合格率≥ 80%	8 分（半年）		<p>一、本項修訂獎勵點數。</p> <p>二、財務估算:粗估 70~89 分院所約 1,482.4 萬點、90 分以上約 1,703.2 萬點，共 3,185.6 萬點，112 年核發 2,917.5 萬點，爰新增 268 萬點。</p>
項目	各透析院所病人監測值達成率	得分	說明																															
1.高濃度葡萄糖腹膜透析液(2.3%、2.5%、及 4.25%)的使用量	使用量占全部透析液≤ 55%	4 分（季）	以院所為單位進行計算																															
2.血鈉≥130 mmol/L	受檢率 ≥ 90%且合格率≥ 60%	8 分（半年）																																
3.血鉀≥3.2 mmol/L	受檢率 ≥ 90%且合格率≥ 80%	8 分（半年）																																
項目	各透析院所病人監測值達成率	得分	說明																															
1.高濃度葡萄糖腹膜透析液(2.3%、2.5%、及 4.25%)的使用量	使用量占全部透析液≤ 55%	4 分（季）	以院所為單位進行計算																															
2.血鈉≥130 mmol/L	受檢率 ≥ 90%且合格率≥ 60%	8 分（半年）																																
3.血鉀≥3.2 mmol/L	受檢率 ≥ 90%且合格率≥ 80%	8 分（半年）																																

修訂後條文				現行條文				本署意見
4.心胸比(Cardiothoracic Ratio) ≤ 0.55	受檢率 ≥ 90%且 合格率≥ 70%	14 分 (年)		4.心胸比(Cardiothoracic Ratio) ≤ 0.55	受檢率 ≥ 90%且 合格率≥ 70%	14 分 (年)		
5.殘餘腎功能之保留新病人啟動腹膜透析的一年內，renal Kt/V 下降≤ 0.4/半年	受檢率 ≥ 90%且 合格率≥ 60%	10 分 (年)		5.殘餘腎功能之保留新病人啟動腹膜透析的一年內，renal Kt/V 下降≤ 0.4/半年	受檢率 ≥ 90%且 合格率≥ 60%	10 分 (年)		
6.腹膜炎發生率	每 100 人月腹膜炎 ≤ 2.0 次	14 分 (年)		6.腹膜炎發生率	每 100 人月腹膜炎 ≤ 2.0 次	14 分 (年)		
7.住院率	每千透析人口≤ 435.28 人次	14 分 (年)		7.住院率	每千透析人口≤ 435.28 人次	14 分 (年)		
<u>五、院所腹膜透析新收個案占比提升獎勵費:獎勵 30,000 點。</u> <u>獎勵條件:地區醫院或基層診所，首次接受腹膜透析治療之新病人占首次接受透析新病人之比率 ≥ 10%者。</u> <u>註:當年度首次接受透析新病人係指最近 3 年首次申報透析相關支付標準編號 (58001C、58002C、58011C、58017C、58019C、58026C、58028C、58029C) 者。</u>								一、本項新增。 二、財務估算:新增 42 萬點。

修訂後條文	現行條文	本署意見
<p>捌、給付項目及支付標準</p> <p>通則：病人訪視及轉診等相關規範，除本標準所定外，其餘比照全民健保醫療服務給付項目及支付標準(以下稱醫療服務支付標準)辦理。</p>	<p>捌、給付項目及支付標準</p> <p>通則：病人訪視及轉診等相關規範，除本標準所定外，其餘比照全民健保醫療服務給付項目及支付標準(以下稱醫療服務支付標準)辦理。</p>	<p>同現行條文 (無修訂)</p>

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	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	修訂附件序號
P8101C	執行末期腎臟病治療方式 醫病共享決策 (SDM)	V	V	V	V	600	P8101C	執行末期腎臟病治療方式 醫病共享決策 (SDM)	V	V	V	V	600	
P8102C	-慢性腎臟病(Chronic Kidney Disease, CKD) Stage 5 之病人 (每次) -血液透析治療二年內之病人 (每次) 註： 1.P8101C 限每半年申報一次，惟如屬「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」(以下稱 Pre-ESRD 計畫)之照護對象，當年度已申報「P3405C 結案資料處理費」者，自申報該醫令之日起，半年內不得再申報 P8101C。 2.血液透析治療二年內之病人係指保險對象「當次就醫年一第1次申報門診透析案件（案件分類為05）之費用年」≤2者。 3.P8102C 限每年申報一次。	V	V	V	V	600	P8102C	-慢性腎臟病(Chronic Kidney Disease, CKD) Stage 5 之病人 (每次) -血液透析治療二年內之病人 (每次) 註： 1.P8101C 限每半年申報一次，惟如屬「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」(以下稱 Pre-ESRD 計畫)之照護對象，當年度已申報「P3405C 結案資料處理費」者，自申報該醫令之日起，半年內不得再申報 P8101C。 2.血液透析治療二年內之病人係指保險對象「當次就醫年一第1次申報門診透析案件（案件分類為05）之費用年」≤2者。 3.P8102C 限每年申報一次。	V	V	V	V	600	

修訂後條文							現行條文						本署意見	
	4.SDM 及說明內容如附件 5 「末期腎衰竭治療模式 衛教表」。											同現行條文 (無修訂)		
同現行條文							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
							P8103A P8104Q	執行末期腎臟病治療方式 醫病共享決策 (SDM) 後，成功轉腹膜透析之加 算 -CKD Stage 5 之病人	V	V	V		V	600 1,400
							P8105A P8106Q	-血液透析治療二年內之病人	V	V	V		V	600 1,400
							註： 1.本項由執行醫病共享決 策 (SDM)，且該病人成 功接受腹膜透析治療之 院所申報。 2.每人限申報一次。							

P8107C P8108C	<p>腹膜透析病人訪視費(次)</p> <p>1.實地訪視</p> <p>2.視訊訪視</p> <p>註：</p> <p>1.院所自行或由簽訂共同照護備忘錄之院所(如附件 3)，執行腹膜透析病人居家訪視，並由實際訪視院所申報。</p> <p>2.每次訪視須至少間隔 90 天。如屬視訊訪視須至少間隔 180 天，並依「通訊診察治療辦法」辦理。</p> <p>3.不得與下列項目，同時申報：</p> <p>(1)醫療服務支付標準第二部第二章第六節「58026C 居家訪視-居家透析治療」及第五部第一章居家照護所定「護理訪視費」。</p> <p>(2)全民健康保險居家醫療照護整合計畫(以下稱居整計畫)所定「醫師訪視費用」及「護理人員訪視費用」。</p> <p><u>(3)當月申報本項目者，不得同月再申報</u></p> <p><u>P8117C 輔助型腹膜</u></p>	V	V	V	V	1,200	1,200
P8107C P8108C	<p>腹膜透析病人訪視費(次)</p> <p>1.實地訪視</p> <p>2.視訊訪視</p> <p>註：</p> <p>1.院所自行或由簽訂共同照護備忘錄之院所(如附件 2)，執行腹膜透析病人居家訪視，並由實際訪視院所申報。</p> <p>2.每次訪視須至少間隔 90 天。如屬視訊訪視須至少間隔 180 天，並依「通訊診察治療辦法」辦理。</p> <p>3.不得與下列項目，同時申報：</p> <p>(1)醫療服務支付標準第二部第二章第六節「58026C 居家訪視-居家透析治療」及第五部第一章居家照護所定「護理訪視費」。</p> <p>(2)全民健康保險居家醫療照護整合計畫(以下稱居整計畫)所定「醫師訪視費用」及「護理人員訪視費用」。</p>	V	V	V	V	1,200	1,200

一、修訂附件序號。

二、新增同月不得再申報 P8117C 輔助型腹膜透析治療處置費(每次)及新增附件 6 供醫療院所填寫訪視紀錄。

修訂後條文							現行條文							本署意見
	<u>透析治療處置費(每次)。</u>													
4.訪視個案如同時為居整計畫之收案個案，本計畫參與院所應與該個案之居整計畫照護團隊聯繫，共同提供醫療照護。							4.訪視個案如同時為居整計畫之收案個案，本計畫參與院所應與該個案之居整計畫照護團隊聯繫，共同提供醫療照護。							
5.醫事人員完成居家訪視後，須於訪視診療紀錄內，詳實記錄實施日期、時間、診療項目內容及醫事人員簽名或蓋章							5.醫事人員完成居家訪視後，須於訪視診療紀錄內，詳實記錄實施日期、時間、診療項目內容及醫事人員簽名或蓋章。							
<u>(附件 6)。</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	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	基於轉診不重複獎勵原則，增列不得併報區域聯防跨院合作執行費獎勵。
P8109B	腹膜透析下轉及回轉獎勵費 註： 1.適用對象：醫院完成導管植入手術後之首次腹膜透析新病人，轉介回原診療特約院所或轉診至特約類別較低層級適當院所繼續腹膜透析照護。 2.支付規範： (1)每人限申報一次。 (2)下列情形不得申報本項費用： A.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件。 B.已申報下列費用者： a.「全民健康保險急診品質提升方案」轉診品質獎勵費用者。 b.「全民健康保險急性後期整合照護計畫」轉出醫院轉銜作業獎勵費用者。		V	V	V	10,000	P8109B	腹膜透析下轉及回轉獎勵費 註： 1.適用對象：醫院完成導管植入手術後之首次腹膜透析新病人，轉介回原診療特約院所或轉診至特約類別較低層級適當院所繼續腹膜透析照護。 2.支付規範： (1)每人限申報一次。 (2)下列情形不得申報本項費用： A.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件。 B.已申報下列費用者： a.「全民健康保險急診品質提升方案」轉診品質獎勵費用者。 b.「全民健康保險急性後期整合照護計畫」轉出醫院轉銜作業獎勵費用者。		V	V	V	10,000	基於轉診不重複獎勵原則，增列不得併報區域聯

	<p>c.「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」之轉診獎勵費。</p> <p>d.醫療服務支付標準第二部第一章第一節「辦理轉診費_回轉及下轉」(編號01034B及01035B)，以及第八部第二章「初期慢性腎臟病轉診照護獎勵費」(編號P4303C)。</p> <p><u>e.「113 年全民健康保險主動脈剝離手術及腦中風經動脈取栓術病人跨院合作照護計畫」跨院合作執行費獎勵。</u></p>								<p>c.「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」之轉診獎勵費。</p> <p>d.醫療服務支付標準第二部第一章第一節「辦理轉診費_回轉及下轉」(編號01034B及01035B)，以及第八部第二章「初期慢性腎臟病轉診照護獎勵費」(編號P4303C)。</p>						防跨院合作執行費獎勵。
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------

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	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	基於轉診不重複獎勵原則，增列不得併報區域聯防跨院合作執行費獎勵。
P8110B	<p>腹膜透析平轉獎勵費 註：</p> <p>1.適用對象：醫院尿毒症病人轉介至其他特約類別同層級醫院完成腹膜透析導管植入手術者。</p> <p>2.支付規範：</p> <p>(1)每人限申報一次。</p> <p>(2)下列情形不得申報本項費用：</p> <p>A.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件。</p> <p>B.已申報下列費用者：</p> <p>a.「全民健康保險急診品質提升方案」轉診品質獎勵費用者。</p> <p>b.「全民健康保險急性後期整合照護計畫」轉出醫院轉銜作業獎勵費用者。</p>		V	V	V	5,000	P8110B	<p>腹膜透析平轉獎勵費 註：</p> <p>1.適用對象：醫院尿毒症病人轉介至其他特約類別同層級醫院完成腹膜透析導管植入手術者。</p> <p>2.支付規範：</p> <p>(1)每人限申報一次。</p> <p>(2)下列情形不得申報本項費用：</p> <p>A.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件。</p> <p>B.已申報下列費用者：</p> <p>a.「全民健康保險急診品質提升方案」轉診品質獎勵費用者。</p> <p>b.「全民健康保險急性後期整合照護計畫」轉出醫院轉銜作業獎勵費用者。</p>		V	V	V	5,000	

	<p>c.「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」之轉診獎勵費。</p> <p>d.醫療服務支付標準第二部第一章第一節「辦理轉診費_上轉」(編號 01036C、01037C)、「辦理轉診費_回轉及下轉」(編號 01034B 及 01035B),以及第八部第二章「初期慢性腎臟病轉診照護獎勵費」(編號 P4303C)。</p> <p><u>e.「113 年全民健康保險主動脈剝離手術及腦中風經動脈取栓術病人跨院合作照護計畫」跨院合作執行費獎勵。</u></p>							<p>c.「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」之轉診獎勵費。</p> <p>d.醫療服務支付標準第二部第一章第一節「辦理轉診費_上轉」(編號 01036C、01037C)、「辦理轉診費_回轉及下轉」(編號 01034B 及 01035B),以及第八部第二章「初期慢性腎臟病轉診照護獎勵費」(編號 P4303C)。</p>					基於轉診不重複獎勵原則，增列不得併報區域聯防跨院合作執行費獎勵。
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	----------------------------------

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	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	基於轉診不重複獎勵原則，增列不得併報區域聯防跨院合作執行費獎勵。
P8111Q	腹膜透析上轉獎勵費 註： 1. 適用對象：醫療機構轉介尿毒症病人至特約類別較高層級醫院完成腹膜透析導管植入手術者。 2. 執行規範： (1)每人限申報一次。 (2)下列情形不得申報本項費用： A.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件。 B.已申報下列費用者： a.「全民健康保險急診品質提升方案」轉診品質獎勵費用者。 b.「全民健康保險急性後期整合照護計畫」轉出醫	V	V	V		10,000	P8111Q	腹膜透析上轉獎勵費 註： 3. 適用對象：醫療機構轉介尿毒症病人至特約類別較高層級醫院完成腹膜透析導管植入手術者。 4. 執行規範： (1)每人限申報一次。 (2)下列情形不得申報本項費用： A.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件。 B.已申報下列費用者： a.「全民健康保險急診品質提升方案」轉診品質獎勵費用者。 b.「全民健康保險急性後期整合照護計畫」轉出醫	V	V	V		10,000	

	<p>院轉銜作業獎勵費者。</p> <p>c.「全民健康保險末期腎臟病前期（Pre-ESRD）之病人照護與衛教計畫」之轉診獎勵費。</p> <p>d.醫療服務支付標準第二部第一章第一節「辦理轉診費_上轉」（編號01036C 及01037C），以及第八部第二章「初期慢性腎臟病轉診照護獎勵費」（編號P4303C）。</p> <p><u>e.「113 年全民健康保險主動脈剝離手術及腦中風經動脈取栓術病人跨院合作照護計畫」</u></p>							<p>院轉銜作業獎勵費者。</p> <p>c.「全民健康保險末期腎臟病前期（Pre-ESRD）之病人照護與衛教計畫」之轉診獎勵費。</p> <p>d.醫療服務支付標準第二部第一章第一節「辦理轉診費_上轉」（編號01036C 及01037C），以及第八部第二章「初期慢性腎臟病轉診照護獎勵費」（編號P4303C）。</p>						<p>基於轉診不重複獎勵原則，增列不得併報區域聯防跨院合作執行費獎勵。</p>
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

修訂後條文							現行條文							本署意見
	(2)解決腹膜透析病人突發之狀況。 (3)處理腹膜透析病人營養問題。 2.本項支付點數為醫療服務支付標準(編號58011C、58017C及58028C)加成10%之費用。							(3)處理腹膜透析病人營養問題。 2.本項支付點數為醫療服務支付標準(編號58011C、58017C及58028C)加成10%之費用。						

修訂後條文						現行條文	本署意見
	<p><u>2.適用接受全自動腹膜透析治療者。</u></p> <p><u>3.醫事人員應將自動腹膜透析機設備之透析連續性治療紀錄記載於病歷並保留照片備查，且機構須每月於VPN 系統登載個案每日之脫水數據。</u></p> <p><u>4.醫師遠端更改設定內容，應於病歷紀載相關數據。</u></p> <p><u>5.病人改變治療模式(如腹膜透析改為血液透析)或停止腹膜透析治療者，則按比率扣除腹膜透析未治療天數費用。</u></p> <p><u>6.病人因故住院仍持續接受腹膜透析治療，費用由住院之院所申報。</u></p> <p><u>7.申報全自動腹膜透析機搭配『病人遠距管理』相關費用，應確</u></p>						

修訂後條文							現行條文	本署意見
	<u>實追蹤病人治療情形，病人由門診轉住院治療，住院醫院應聯繫原腹膜透析診治院所，告知病人住院期間、透析治療方式及儀器使用情形等，並於病歷記載。</u> 8.執行本項診療項目應依「 <u>通訊診察治療辦法</u> 」辦理。							
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		一、本項新增。 二、財務估算： 粗估，約新增 176 萬點。
P8116B	<u>連續性可攜帶式腹膜透析導管植入術--未經血液透析治療。</u> <u>註：</u> 1. <u>首次接受透析治療之新病人，未經由血液透析治療，直接啟動腹膜透析治療。</u>		V	V	V	2,142		

修訂後條文							現行條文	本署意見
	<u>2.本項支付點數為醫療服務支付標準編號58012B 加成 50%之費用。</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		一、本項新增。 二、財務估算:粗估約新增4,729 萬點。
P8117C	<u>輔助型腹膜透析治療處置費(每次)</u> <u>註：</u> <u>1.本項僅適用接受輔助型腹膜透析治療的病人。</u> <u>2.適用對象：</u> <u>(1)視力障礙（身心障礙證明輕度以上）。</u> <u>(2)上肢障礙（身心障礙證明輕度以上）。</u> <u>(3)65歲以上。</u> <u>(4)失能（巴氏量表小於60分）。</u> <u>(5)智能障礙（身心障礙證明輕度以上）。</u> <u>(6)失智症（身心障礙證明輕度以上）。</u>	V	V	V	V	1,200		

修訂後條文							現行條文	本署意見
	<p>(7)<u>植物人。</u></p> <p>(8)<u>因疾病特性致外出就醫不便：指所患疾病雖不影響運動功能，但外出就醫確有困難者，如遺傳性表皮分解性水皰症（泡泡龍）病人等。</u></p> <p>3.<u>協助腹膜透析之人員須符合本計畫第陸點所示醫護人員的資格。</u></p> <p>4.<u>針對接受輔助型腹膜透析治療的病人，院所醫護人員須至居家或機構確認或加強輔助型腹膜透析治療執行者的透析技術。</u></p> <p>5.<u>醫事人員每次訪視後，須於處置紀錄單內，詳實記錄實施日期、時間、診療項目等內容(附件7)。</u></p> <p>6.<u>主責院所或共同照護診所皆可申報。</u></p> <p>7.<u>不得與下列項目，同時申報：</u></p>							

修訂後條文						現行條文	本署意見
	(1) <u>醫療服務支付標準第二部第二章第六節「58026C 居家訪視-居家透析治療」及第五部第一章居家照護所定「護理訪視費」。</u>						
	(2) <u>全民健康保險居家醫療照護整合計畫(以下稱居整計畫)所定「醫師訪視費用」及「護理人員訪視費用」。</u>						
	(3) <u>當月申報本項目者，不得同月再申報P8107C或P8108C腹膜透析病人訪視費。</u>						
	8. <u>訪視個案如同時為居整計畫之收案個案，本計畫參與院所應與該個案之居整計畫照護團隊聯繫，共同提供醫療照護。</u>						
	9. <u>申請頻次：</u> <u>每位輔助型腹膜透析病人，每月申請次數上限為4次。</u>						

修訂後條文	現行條文	本署意見
<p>同現行條文</p> <p>同現行條文</p>	<p>玖、醫療費用申報、審查及核付原則</p> <p>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、全民健康保險藥物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。</p> <p>二、醫療費用申報</p> <p>(一)特約醫事服務機構門診醫療服務點數之清單段欄位填報：</p> <p>1.案件分類：填報「05 洗腎」。</p> <p>2.任一特定治療項目代號：填報「K3」。</p> <p>(二)特約醫事服務機構門診醫療服務點數之醫令段欄位填報：</p> <p>1.申報腹膜透析病人訪視費（P8107C-P8108C）者：</p> <p>(1)醫令段「執行時間-起(p14)」、「執行時間-迄(p15)」、「執行醫事人員代號(p16)」為必填欄位。</p>	<p>同現行條文 (無修訂)</p> <p>同現行條文 (無修訂)</p>

修訂後條文	現行條文	本署意見
同現行條文	<p>1.符合本計畫第柒項「院所獎勵費用」之「一、院所開辦獎勵費」之院所名單。</p> <p>2.符合本計畫第柒項「院所獎勵費用」之「四、提升腹膜透析院所照護品質獎勵費」，有關品質指標項目如屬現行慢性腎衰竭病人門診透析服務品質上傳健保資訊網服務系統(VPN 系統)資料尚未收載者。</p> <p>四、當年之費用及相關資料請於次年 1 月 20 日前申報受理完成(3 月底核定)，未依期限申報者，不予核發本計畫相關費用。</p> <p>拾、退場機制：</p> <p>未依保險人規定至健保資訊網服務系統(VPN)登錄品質資訊或登錄不完整，經輔導仍未改善之院所，保險人各分區業務組得終止其參加本計畫之資格。</p> <p>拾壹、預期效益</p> <p>一、提升全國腹膜透析病人占率，降低國家總體透析醫療費用支出，體現透析醫療永續概念。</p>	同現行條文 (無修訂)

修訂後條文	現行條文	本署意見
	<p>二、延長腹膜透析病人存活率，降低住院率，增進病人自我照護能力。</p> <p>三、改善腹膜透析醫療品質，提升病人健康生活滿意度。</p> <p>四、讓末期腎臟病病人更客觀自由選擇疾病治療模式與規劃未來健康人生，也讓健保資源之使用與分配更臻有效與合理化。</p> <p>拾貳、資訊公開及計畫修正程序</p> <p>一、資訊公開：保險人得公開參與本計畫之院所名單及相關品質資訊，供民眾參考。</p> <p>二、保險人得視費用支付情形，隨時召開會議研議修訂本計畫之相關內容。</p> <p>三、新年度計畫公告前，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。</p> <p>四、計畫修正程序：本計畫由保險人與台灣腎臟醫學會及醫事服務機構相關團體代表共同修訂</p>	

修訂後條文	現行條文	本署意見
	<p>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者，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，由保險人逕行修正公告。</p>	

「(醫療機構名稱)」通訊診察治療實施計畫書**一、計畫目的/宗旨****二、計畫依據**

(醫療機構名稱)依據通訊診察治療辦法規定，針對符合通訊診察治療辦法(下稱本辦法)第3條所定下列「特殊情形」(勾選如下，可複選)之病人執行通訊診察治療，茲依據本辦法第18條規定，擬具本實施計畫，報請主管機關核准。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> (第1款)急性後期照護 | <input type="checkbox"/> (第6款)疾病末期照護 |
| <input type="checkbox"/> (第2款)慢性病照護計畫收案病人 | <input type="checkbox"/> (第7款)矯正機關收容照護 |
| <input type="checkbox"/> (第3款)長期照顧服務 | <input type="checkbox"/> (第8款)行動不便照護 |
| <input type="checkbox"/> (第4款)家庭醫師收治照護 | <input type="checkbox"/> (第9款)災害、傳染病或其他重大變故
照護 |
| <input type="checkbox"/> (第5款)居家醫療照護 | <input type="checkbox"/> (第10款)國際醫療照護 |

【填寫說明】

1. 擬執行特殊情形通訊診療之醫療機構，如欲同時執行2種以上之特殊情形之通訊診療服務時，可合併於1份計畫書填寫後，陳報衛生局核准；惟本計畫書中「實施計畫」項下特別標註之子項，應依本頁所勾選之特殊情形款次，依序分別撰寫。
2. 依本辦法第18條第3項規定，醫療機構所執行之通訊診療，係經中央主管機關或所屬機關(如中央健康保險署等)核定者，得以核定文件替代本實施計畫，陳報地方衛生局備查，無須填寫本實施計畫陳報衛生局核准。另「核定文件」形式不拘，中央主管機關核定公文、契約書或資訊系統核准畫面均可。

三、實施計畫

(一)實施之主責醫師、其他主責醫事人員：

【如勾選多款特殊情形，請複製下列表格、分款填寫】

(請下拉選單擇定)	
1、主責醫師(即本計畫主持人)	
部門、執業科別	姓名
2、其他醫事人員之 <u>主責</u> 人員	
醫事人員類別	姓名(如為其他合作機構人員，請併予敘明機構名稱)
(例如：護理師)	○○○
(例如：物理治療師)	○○○ (A 物理治療所)

(請下拉選單擇定)	
1、主責醫師(即本計畫主持人)	
部門、執業科別	姓名
2、其他醫事人員之 <u>主責</u> 人員	
醫事人員類別	姓名(如為其他合作機構人員，請併予敘明機構名稱)
(例如：護理師)	○○○
(例如：物理治療師)	○○○ (A 物理治療所)

【填寫說明】

- 1、主責醫師請敘明執業科別，其他類醫事人員各指定1名主責人員即可。
- 2、本辦法第18條第4項規定，主責醫事人員如有異動，應自事實發生之日起30日內報直轄市、縣（市）主管機關備查。

(二)醫療項目：

【如勾選多款特殊情形，請複製下列表格、分款填寫】

(請下拉選單擇定)			
勾選欄	醫療項目(可複選)	勾選欄	醫療項目(可複選)
<input type="checkbox"/>	詢問病情	<input type="checkbox"/>	精神科心理治療
<input type="checkbox"/>	提供醫療諮詢	<input type="checkbox"/>	開立處方(應符合本辦法第16條規定始得開立)
<input type="checkbox"/>	診察、診斷、醫囑		
<input type="checkbox"/>	開立檢查、檢驗單	<input type="checkbox"/>	原有處方之調整或指導
<input type="checkbox"/>	會診	<input type="checkbox"/>	衛生教育

(請下拉選單擇定)			
勾選欄	醫療項目(可複選)	勾選欄	醫療項目(可複選)
<input type="checkbox"/>	詢問病情	<input type="checkbox"/>	精神科心理治療
<input type="checkbox"/>	提供醫療諮詢	<input type="checkbox"/>	開立處方(應符合本辦法第16條規定始得開立)
<input type="checkbox"/>	診察、診斷、醫囑		
<input type="checkbox"/>	開立檢查、檢驗單	<input type="checkbox"/>	原有處方之調整或指導
<input type="checkbox"/>	會診	<input type="checkbox"/>	衛生教育

- 使用通訊方式提供醫療項目之服務流程：_____。

【填寫說明】

- 1、醫療項目，限於本辦法第15條第1項第1款至第9款內容。
- 2、請敘明醫療項目、服務流程(例如：何時、確認病人身分、收費、使用通訊診療之流程或提供處方箋等方式等)。
- 3、如有合作機構，亦請敘述合作機構如何參與醫療服務。

(三)實施對象：

勾選欄 符合本辦法第3條特殊情形(未勾選之欄位得刪除)

- ☐ **第1款：急性後期照護(不得為初診病人)**
- 為☐緊急外傷病人、☐急性冠心症病人、☐精神疾病急性病人、☐急性腦中風病人、☐慢性阻塞性肺病病人、☐慢性心衰竭病人、☐手術後病人或☐其他需急性後期照護之病人，於離開醫院、診所後三個月內施行之追蹤診療及照護。
 - 勾選其他者，請敘明病人情形及理由：_____。
- ☐ **第2款：慢性病照護計畫收案病人(不得為初診病人)**
- 指為主管機關或其所屬機關有關慢性病照護計畫收案之病人，因病情需要，施行之診療及照護。
- 註：如為「中央」主管機關或其所屬機關之照護計畫，則毋須填寫本實施計畫報地方衛生局核准。
- ☐ **第3款：長期照顧服務(不得為初診病人)**
- 指為與醫療機構訂有醫療服務契約之☐長期照顧服務機構、☐老人福利機構、☐身心障礙福利機構、☐護理機構或☐其他相類機構，就失智、失能或行動不便之機構住民，施行之診療及照護。
- 註：勾選本欄位者，以下「(五)合作之醫事機構、第六條所定機構或矯正機關」，為必填項目。
- ☐ **第6款：疾病末期照護(不得為初診病人)**
- 本款實施對象應符合為減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦，施行之緩解性、支持性診療及照護。
- ☐ **第7款：矯正機關收容照護**
- 本款實施對象應符合為矯正機關收容人，施行之診療及照護。
 - 依本辦法第18條第1項後段規定，執行本款者，應先徵得矯正機關同意。
- 註：勾選本欄位者，以下「(五)合作之醫事機構、第六條所定機構或矯正機關」，為必填項目。
- ☐ **第8款：行動不便照護(不得為初診病人)**
- 本款實施對象應符合下列條件，致外出就醫不便之病人，施行之診療及照護：
 - ☐失能(長期照顧服務法第3條第2款)
 - ☐身心障礙(身心障礙者權益保障法第5條)
 - ☐重大傷病(全民健康保險法第48條第1項第1款)

- **第9款：災害、傳染病或其他重大變故照護**
- 本款所稱災害、傳染病或其他重大變故照護，指為居住地區發生災害防救法第二條第一款所定災害、傳染病防治法第三條第一項所定傳染病，或其他重大變故，未能或不便至醫療機構就診之病人，施行之診療及照護。
- **第10款：國際醫療照護**
- 本款實施對象應符合為境外之我國或非我國籍病人，施行之諮詢、診療及照護。

【填寫說明】

- 1、本辦法第20條第1項第2款規定，醫師實施通訊診療時，應確認病人身分；第三條第一款至第六款及第八款情形，不得為初診病人。
- 2、請勾選符合本辦法第3條之款次，並敘明實施對象來源。

(四)實施期間：

【填寫說明】

申請實施期間，建議至多為4年。

(五)合作之醫事機構、第六條所定機構或矯正機關：

1、合作之醫事機構

【如勾選多款特殊情形，請複製下列表格、分款填寫】

(請下拉選單擇定)			
機構名稱	機構類別	地址	聯絡人姓名、電話

(請下拉選單擇定)			
機構名稱	機構類別	地址	聯絡人姓名、電話

2、服務機構 (本辦法第6條所定機構或矯正機關)

機構名稱	機構類別	地址	聯絡人姓名、電話
	(請下拉選單擇定)		
	(請下拉選單擇定)		

(六)通訊診療告知同意書

本計畫收案對象將以____(書面/電子)方式簽署「(醫療機構名稱)通訊診療告知同意書」，內容如附件。

【填寫說明】

- 1、病患得以書面、電子方式簽署告知同意書。
- 2、上開電子方式，得以電子簽章法所定電子文件、電子簽章或數位簽章方式為之，且須具不可否認性。

(七)個人資料保護及資料檔案安全維護措施

- 1、本實施計畫申請機構是否為「醫院個人資料檔案安全維護計畫實施辦法」第4條第1項第1款所稱之醫院？

- ☐ 是，安全維護計畫業以○年○月○日○○字第○○○號函送貴局備查。
- ☐ 否，惟仍應依個人資料保護法第18條辦理安全維護事項，或依同法第27條採取採行適當之安全措施。

- 2、本案通訊診療使用之資訊系統，是否涉及病歷資料之傳輸、交換、儲存，或開立處方、檢查、檢驗單：

☐ 是；☐ 否（勾「否」者，免填以下第3點）

- 3、承2，本案通訊診療所使用涉及「病歷資料之傳輸、交換、儲存，或開立處方、檢查、檢驗單」之資訊系統(名稱：○○○)，已具備個人身分驗證、符合國際標準組織通用之資料傳輸加密機制，並符合醫療機構電子病歷製作及管理辦法之相關規定：

- (1) 已實施電子病歷，並函報貴局備查。函報貴局日期文號：○年○月○日○○字第○○○號。

(未曾備查者，請依醫療機構電子病歷製作及管理辦法第9條規定，於實施之日起15日內，報衛生局備查)

- (2) 上述通訊診療之資訊系統，係：

- ☐ 本實施計畫申請機構自行建置；
- ☐ 委託(機構、法人、團體或大學名稱)建置及管理；受託機構已通過中央主管機關認可之資訊安全標準驗證，並訂有書面契約。【請檢附「委託契約」及「受託機構通過中央主管機關認可之資訊安全標準驗證證明」】

4、其他個資及資安保護措施：_____

【填寫說明】

- 1、非屬醫院個人資料檔案安全維護計畫實施辦法第4條第1項第1款所稱之醫院者，免填第3點。
- 2、通訊診療資訊系統如係委託機構、法人、團體或大學建置及管理，應敘明受託機構名稱，以及符合本部113年3月12日衛部資字第1132660106號公告之資訊安全標準驗證規定。
- 3、醫療機構於擬具本計畫書時，應注意通訊診察治療之相關程序，並符合我國個人資料保護法等相關規範。

(八)其他事項

自費醫療項目資訊：

自費醫療項目名稱	收費費額或標準	地方衛生主管機關 核定情形
		<input type="checkbox"/> 已核定 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 尚未申請
		<input type="checkbox"/> 已核定 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 尚未申請

【填寫說明】

- 1、申請機構得視計畫實際內容需要，於本項撰寫內容。
- 2、如有新增醫療費用項目時，醫療機構應另依醫療法第21條規定，送地方政府衛生局核定。

醫療機構用印：

負責醫師用印：

中華民國 年 月 日

附件：(醫療機構名稱)通訊診療告知同意書

病人基本資料	
姓名：	出生日期：
病歷號碼：	地址：
擬實施之服務項目：	

1. (醫療機構名稱)將以通訊提供醫療服務，其通訊使用之軟體/硬體為_____，我已知悉如何使用，並且貴院(診所)已向我解釋以通訊方式提供醫療服務之步驟、限制、風險等相關資訊，我同意使用此通訊方式接受診察、治療。
2. 我已知悉通訊方式與醫師親自診察治療不同，如經醫師評估病情，不適宜以通訊方式診療時，得建議我改以其他方式接受診察、治療。
3. 如果遇到技術性問題、危急情況，能與我聯絡的電話是_____ (或緊急聯絡人_____，電話_____)。

立同意書人姓名：

簽名：

關係：病人之

身分證統一編號/居留證或護照號碼：

日期：_____

腹膜透析室/中心設置標準

腹膜透析設備應具下列設備：

- (1)腹膜透析床(台)。
- (2)醫用氣體設備及抽吸設備。
- (3)其他周邊設備：

包括污水槽、換藥車、點滴架、冰箱、X 光看片設備或醫療影像系統設備、衛教視訊設備、加溫設備(電毯或微波爐)。

- (4)手部衛生設備。
- (5)紫外線消毒燈。

「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」
醫療院所腹膜透析病人共同照護合作備忘錄

立備忘錄人

新設立腹膜透析室/中心之醫療院所(以下簡稱甲方)

已設立腹膜透析室/中心之醫療院所(以下簡稱乙方)

為執行乙方「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」，並確保雙方合作順利進行，特簽署本合作備忘錄(以下簡稱備忘錄)以規範雙方各自之權利義務，其內容如下：

第一條、甲方執行全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫，應遵照醫師法、醫事法、全民健康保險法及其他相關法規之規定執行其業務。

第二條、甲方為參加全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫，於執行本計畫前，應先具備合格條件；於照護個案後，並恪遵個人資料保護法，不得將個案資料外洩或移作他用。

第三條、乙方邀請甲方執行全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫，應遵守各項有關法令，並尊重醫師之職權，不得妨害其職權之行使。

第四條、本備忘錄有效期間自民國○年○月○日起至民國○年○月○日止。屆期如雙方均願繼續合作時，仍須另簽署新備忘錄。若此計畫終止，則備忘錄自動失效。

第五條、甲、乙任一方擬終止本備忘錄時，應於預定終止日前三十天以書面通知對方，本備忘錄之終止始生效力。

第六條、任何一方違反本備忘錄或相關法令而受主管機關處罰確定，致影響他方權益時，受影響之一方得要求終止備忘錄，並由可歸責方負損害賠償責任。

第七條、雙方均應遵守相關之法律，如有任何糾紛，應先行協調解決，以期減少訴訟。

第八條、本備忘錄如有未盡事宜，得由甲乙雙方同意，以附約或換文補充之，其效力與本備忘錄同。

本備忘錄壹式三份，甲、乙方各執正本壹份為憑，另一份正本郵寄至台灣腎臟醫學會備查。

立備忘錄人

甲 方：

醫事機構代號：

負 責 醫 師：

身分證字號：

地 址：

電 話：

乙 方：

醫事機構代號：

負 責 醫 師：

身分證字號：

地 址：

電 話：

中華民國 年 月 日

**全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計」
醫事服務機構成立腹膜透析室/中心輔導申請書**

被輔導機構：

特約醫事服務機構名稱：_____ 代號：_____

輔導機構：

特約醫事服務機構名稱：_____ 代號：_____

本院(所)申請自 年 月 日起接受

_____ (輔導機構名稱) _____ (輔導機構代號)

輔導設立腹膜透析室/中心，為保險對象提供醫療服務。

前述機構備有符合醫療機構設置標準之診療空間(設施)或治療空間、設備及診療紀錄，以上如有不實，同意保險人不予支付相關診療費用。

本申請書壹式三份，被輔導機構、輔導機構、及台灣腎臟醫學會各執正本壹份為憑。

被輔導機構及 負責醫師大、小印章	輔導機構印章及負責人印章

(請加蓋與合約相符之印信及印鑑)

中華民國 年 月 日

末期腎衰竭治療模式衛教表

病人透析治療模式選擇之充分告知機制

病人編號：_____

姓 名：_____ 性別：☐男 ☐女 電話號碼：_____

病歷號碼：_____ 出生日期：_____年 _____月 _____日 身份證字號：_____

收案日期：_____年 _____月 _____日 結案日期：_____年 _____月 _____日 原發疾病：_____

病人教育程度：☐不識字☐小學☐初中☐高中☐大專☐研究所病人家庭狀態：☐未成年受扶養☐有職業獨立工作☐因病修養半工作狀態☐因病無法工作☐退休獨立生活☐年邁或因病受照顧陪同家屬：☐配偶 ☐子女 ☐兄弟姊妹 ☐家長 ☐其他：_____

衛教內容(確實執行項目請打勾)：

腹膜透析	血液透析	腎臟移植
<input type="checkbox"/> 透析通路和原理	<input type="checkbox"/> 透析通路和原理	<input type="checkbox"/> 移植的術前評估
<input type="checkbox"/> 透析場所/時間/執行者	<input type="checkbox"/> 透析場所/時間/執行者	<input type="checkbox"/> 移植的優點和缺點
<input type="checkbox"/> 透析可能產生的症狀	<input type="checkbox"/> 透析可能產生的症狀	<input type="checkbox"/> 移植的併發症
<input type="checkbox"/> 適應症及禁忌症	<input type="checkbox"/> 適應症及禁忌症	<input type="checkbox"/> 適應症及禁忌症
<input type="checkbox"/> 飲食/血壓/貧血控制	<input type="checkbox"/> 飲食/血壓/貧血控制	<input type="checkbox"/> 移植後抗排斥藥物和門診追蹤簡介
<input type="checkbox"/> 其它(居家照護、社會福利等)	<input type="checkbox"/> 其它(居家照護、社會福利等)	<input type="checkbox"/> 其它(居家照護、社會福利等)

*醫病共享決策輔助表如附

『末期腎衰竭治療模式衛教』病人滿意度調查表

1. 您覺得衛教的時間足夠嗎？

☐1.非常足夠 ☐2.足夠☐3.普通 ☐4.不足夠 ☐5.非常不足夠

2. 您對衛教的方式滿意嗎？

☐1.非常滿意 ☐2.滿意☐3.普通 ☐4.不滿意 ☐5.非常不滿意

3. 您對衛教內容瞭解嗎？

☐1.非常瞭解 ☐2.瞭解☐3.稍微瞭解 ☐4.不瞭解 ☐5.非常不瞭解

4. 整體而言，您覺得衛教對您選擇末期腎衰竭治療模式是否有幫助？

☐1.非常有幫助☐2.有幫助 ☐3.普通 ☐4.沒有幫助☐5.完全沒有幫助

病人或病人家屬簽名：

衛教者簽名：

面對末期腎臟病， 我應該選擇哪一種治療方式？

前言

當醫師診斷您的腎臟功能進入到末期，無法利用藥物及飲食有效控制病情。這時候您需要選擇一種適合自己的治療模式來取代腎臟功能，以維持生活品質甚至延續生命。

這份資料主要是可以幫助您了解末期腎臟病有哪些的治療模式，醫療團隊會陪著您，了解您的想法及最在意的事情，幫助您找出適合自己的選擇。

適用對象 / 適用狀況

有意願接受腎臟替代療法的慢性腎臟病第 5 期病人。

疾病或健康議題簡介

所謂「慢性腎臟病」是指腎功能異常持續三個月以上，當慢性腎臟病惡化到第五期，也就是腎絲球過濾率在 15ml/min/1.73m^2 以下且出現尿毒症症狀時，就必須考慮接受腎臟替代療法。常見的尿毒症症狀與併發症有噁心、嘔吐、疲倦、呼吸急促、電解質失衡、貧血、營養不良、水腫、意識不清、昏迷等。

若無接受腎臟替代療法意願，則可考慮安寧緩和醫療，治療目的以減輕身體疼痛與不舒服為主，接受此類治療的末期腎病變患者不再接受腎臟移植、血液透析或腹膜透析。由於無法像腎臟替代療法可以延續生命，安寧緩和醫療通常會在合併下列三種情況下被考慮：

- (1) 病人意識不清
- (2) 病人年齡大於 80 歲
- (3) 罹患其他符合安寧療護的疾病如癌症、其他器官衰竭如心臟衰竭、呼吸衰竭長期依賴呼吸器等。

若您與家人經過考量後，選擇接受安寧緩和醫療，可以進一步與您的腎臟醫療照護團隊洽詢。

醫療選項簡介

腎臟替代療法包括腎臟移植、腹膜透析、血液透析。

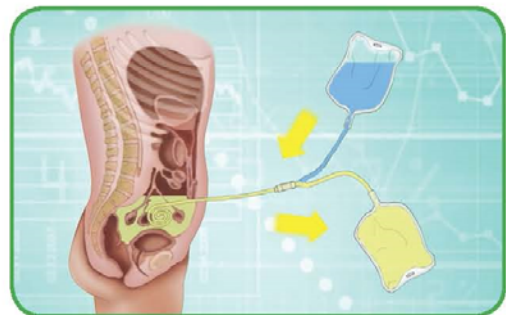
● 第一種：
腎臟移植，俗稱「換腎」

需要開刀將捐贈者的健康腎臟植入到病人肚子，來代替原本損壞的腎臟功能，而原本的腎臟大部分情形下不會被摘除。換腎的來源可以是活體親屬捐贈，但必須是在五等親以內之血親或配偶，或者是等待腦死患者大愛捐贈的器官。一般而言，腎臟移植有較佳的存活率和生活品質。



● 第二種：
腹膜透析，俗稱「洗肚子」

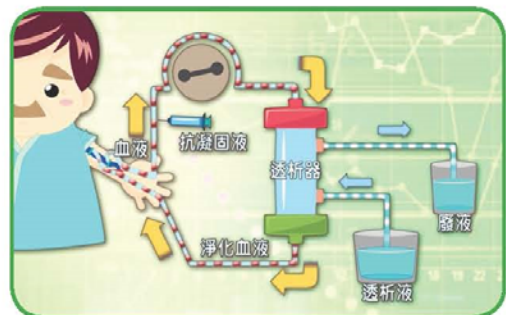
就是利用肚子內的腹膜進行尿毒素的交換，只要按時將藥水灌到肚子內，每日換透析藥水 3 至 5 次，就可以完成腹膜透析。在進行腹膜透析前要先開刀植入一根導管讓藥水能進出腹腔。腹膜透析有兩種選擇，一種是連續性可攜帶式腹膜透析，另一種是有機器幫忙的全自動腹膜透析，全自動腹膜透析通常是在夜間執行。



● 第三種：
血液透析，俗稱「洗血」

在進行血液透析之前要先開刀，在您手臂上做好動靜脈瘻管，俗稱「手筋」。

血液透析每次大約 4 小時，通常每星期得跑 3 次洗腎院所，透析時需要在瘻管上打上兩支針，一支針將血液引流到洗腎機，讓機器清除血中毒素後，另一支針會將洗乾淨的血送回體內。



您目前比較想要選擇的方式是：

請您勾選 ☒

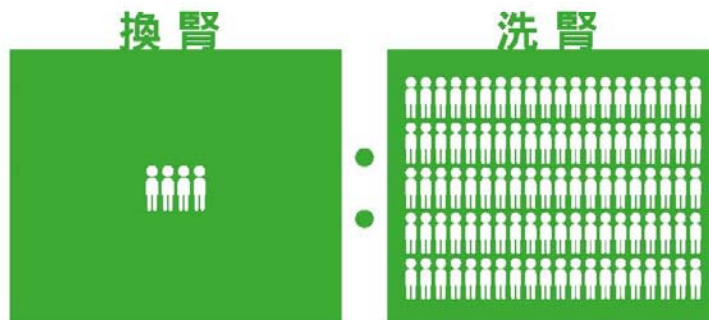
- ☐ 腎臟移植「換腎」
- ☐ 腹膜透析「洗肚子」
- ☐ 血液透析「洗血」
- ☐ 我現在還無法做決定

請透過以下四個步驟來幫助您做決定：

步驟一、選項的比較

● 台灣腎臟移植情形^[1,2]

目前等待腎臟移植有效人數約 7000 多人，其中每年接受腦死屍體器官捐贈接近 200 人，接受活體腎臟移植約 100 人，活體在腦死大愛器官捐贈來源不足，親屬的活體器官捐贈相對提供另一種選擇。截至 2014 年，腎臟移植人數和透析人數的比例大約 4：100



● 腎臟移植及透析病人的存活率^[2,3]

- ① 腎臟移植病人存活率，主要是受移植腎來源、年齡、原本共存疾病，例如心血管疾病、糖尿病的嚴重度所影響。
- ② 洗腎前就接受腎移植比洗腎後才接受腎移植存活率更好。
- ③ 台灣腦死捐贈的腎臟（大愛捐贈的腎臟）平均使用超過 10-15 年以上，而活體移植（活體腎）更可達 15-20 年以上。
- ④ 接受移植的病人 5 年存活率達 90% 以上。
- ⑤ 原本是血液透析或腹膜透析患者接受腎臟移植，兩者的存活率是類似的。
- ⑥ 腹膜透析和血液透析病人長期的存活率及生活品質相近，若是經由事先的準備與規劃才進入透析，兩者的短期存活率也沒有差異。

● 腎臟移植？腹膜透析？血液透析？該怎麼選？

目前腎臟替代療法：腎臟移植、腹膜透析、血液透析都各有優缺點，您可以仔細想想各個治療模式對您生活的影響，選擇一種治療盡量能符合您想要過的生活。

	比較	腎臟移植	腹膜透析	血液透析
存活	存活率 ^[2]	有較佳的存活率	與血液透析的存活率相似	與腹膜透析的存活率相似
生理影響	手術	較大的手術： 腎臟移植手術	腹膜透析導管 植入手術	手臂瘻管建立手術
	治療方式	終身服用抗排斥藥物	按時將藥水藉著導管灌到肚子內，每日換透析藥水 3 至 5 次，或接機器在夜間執行	在瘻管上打上兩支針，一支針將血液引流到洗腎機清除毒素，另一支針將洗乾淨的血送回體內
	常見副作用 (併發症)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 換腎後長期抗排斥藥物服用，會增加感染與腫瘤風險^[4,5] ■ 移植後癌症發生率為一般人的 3.75 倍^[5] ■ 移植後，前三年內的感染率為平均觀察一年每一百人有 45 人發生感染^[4] 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 腹膜透析病人容易因腹腔導管及藥水留置肚子增加腹內壓力，產生腹膜炎及疝氣的合併症^[6] ■ 腹膜炎：國內報告發生率約為每年每一百人有 18.5 人會發生^[7] ■ 疝氣：追蹤 3 ~ 12 年研究發現，發生率約為每一百人有 6~7 人會發生^[8,9] 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 快速移除毒素及水分，可能發生透析時低血壓、噁心 / 嘔吐、抽筋、頭痛等，以透析治療中發生低血壓最常見，約每 100 人有 25 人會發生^[10] ■ 洗腎血管栓塞或感染^[6] ■ 血液透析病人容易因洗腎血管感染導致菌血症：國內報告發生率約為每一百人有 15 人發生^[11]
		透析病人癌症發生率為一般人的 3.43 倍 ^[12]		

	比較	腎臟移植	腹膜透析	血液透析
生活影響	治療時間	無	依作息可自行調整，每日 3-5 次換液時間，每次約 30 分鐘 全自動腹膜透析夜間由機器自動換液時間約 8-10 小時	照透析院所安排，每週三次，每次 4 小時
	治療場所	無	家中或任何乾淨適合換液場所	透析醫療院所
	執行治療者	無	自己或照顧者	醫護人員
	飲食	飲食限制少	飲食限制中等	飲食限制較多
	活動	無	腹膜透析管路影響 不建議游泳及泡澡	洗腎用動靜脈瘻管 手臂不建議提重物
	生活品質 ^[3]	生活品質較好	與血液透析比較 整體生活品質相似	與腹膜透析比較 整體生活品質相似
	費用 ^[2]	健保給付		
優缺點比較	優點	<ul style="list-style-type: none"> ■ 存活率高 ■ 不需要再透析而提高生活品質 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 居家操作，自主性高 ■ 保留殘餘腎功能佳 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 由醫護人員操作 ■ 短時間高效率的清除毒素及水分
	缺點	<ul style="list-style-type: none"> ■ 無器官來源 ■ 終身服用抗排斥藥物 ■ 抗排斥藥物增加感染與腫瘤風險 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 腹部植入管子且外露，無法游泳泡澡 ■ 每日更換藥水數次 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 手臂要建立瘻管 ■ 一星期至透析院所 3 次，每次 4 小時 ■ 每次透析要接受 2 次扎針

步驟二、您選擇醫療方式會在意的項目有什麼？以及在意的程度為何？

請依照下列各項考量，逐一圈選一個比較偏向您的情況。

接受換腎 的理由	<div>比較接近 ← 一樣 → 比較接近</div>							接受洗腎 (腹膜透析或血液透析) 的理由
有五等親的家屬或配偶 願意捐腎給我	<	<	<	<>	>	>	>	沒有適合的 家屬捐腎給我
我願意接受 家屬捐腎給我	<	<	<	<>	>	>	>	我不願意接受 家屬捐腎給我
我知道換腎手術的風險 及副作用，但為了不用 洗腎，承擔風險是值得 的	<	<	<	<>	>	>	>	擔心換腎手術失敗
我可以接受終身服用抗 排斥藥物及其風險	<	<	<	<>	>	>	>	我不能接受終身服用抗 排斥藥物及其風險
我不願意長期洗腎	<	<	<	<>	>	>	>	我可以接受洗腎
其他：	<	<	<	<>	>	>	>	其他：

接受腹膜透析的理由	比較接近	← 一樣 →						比較接近	接受血液透析的理由
我很害怕打針	<	<	<	<>	>	>	>		我可以忍受打針
換藥水的時間 對我而言比較有彈性	<	<	<	<>	>	>	>		我可以配合 到醫院洗腎的時間
我可以找到 適合的換藥水地點	<	<	<	<>	>	>	>		我沒有適合的 換藥水地點
我很在意血液透析 併發症	<	<	<	<>	>	>	>		我很在意腹膜透析 併發症
我可以學習換液技術及 如何自我照顧，或我的 家人可以協助	<	<	<	<>	>	>	>		我想要由醫護人員幫我 執行洗腎就好
我不能接受 手臂開刀做瘻管	<	<	<	<>	>	>	>		我不能接受 腹部開刀植管子
其他：	<	<	<	<>	>	>	>		其他：

步驟三、您對治療方式的認知有多少？請試著回答下列問題：

- 接受腎臟替代療法，是為了延續生命，改善尿毒症狀及生活品質？
☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不確定
- 三種腎臟替代療法中，腎臟移植有最好的存活率及生活品質？
☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不確定
- 腹膜透析與血液透析兩者長期的存活率及生活品質相近？
☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不確定
- 選擇腹膜透析治療，要學換藥水技術，但自主性較高，時間較彈性，可以依照自己的生活作息調整換藥水時間？
☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不確定

5. 選擇血液透析治療，需要先接受手臂瘻管手術，洗腎時要到醫療院所，治療過程均由醫療人員操作，每次洗腎要打兩支針，每週三次、每次 4~5 小時？

☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不確定

6. 接受腎臟移植後，需要一輩子服用抗排斥藥？

☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不確定

步驟四、您現在確認好醫療方式了嗎？

☐ 我已經確認好想要選擇的治療模式，我決定選擇：(下列擇一勾選)

☐ 腎臟移植

☐ 等待腎臟移植時，選擇腹膜透析治療

☐ 等待腎臟移植時，選擇血液透析治療

☐ 腹膜透析

☐ 血液透析

☐ 我想要與家人朋友討論後再作決定

☐ 我想要與我的主治醫師及照護團隊討論後再作決定

☐ 對於上述的治療模式，我想要再了解更多，我的問題是：

完成以上評估後，您可以列印及攜帶此份結果與您的醫師討論。

本文件於 106 年完成，製作文件內容僅供參考，各醫院提供之治療方案及程序不盡相同，詳情請與您的主治醫師及醫療團隊討論。

瞭解更多資訊及資源

1. 醫病共享決策平台：<http://sdm.patientsafety.mohw.gov.tw/>
2. 健康 99 網站：<http://health99.hpa.gov.tw/default.aspx>
3. 財團法人中華民國腎臟基金會：<http://www.kidney.org.tw/know/know.aspx>
4. 財團法人腎臟病防治基金會：<http://www.tckdf.org.tw>
5. 健康好腎活：<http://www.ckdlife.com.tw/index>
6. 財團法人器官捐贈移植登錄中心：<https://www.torsc.org.tw>

參考資料

- [1] 財團法人器官捐贈移植登錄中心。引自 <http://www.torsc.org.tw>。
- [2] 國家衛生研究院、台灣腎臟醫學會：2016 台灣腎病年報。苗栗縣：國家衛生研究院，2016。
- [3] 國家衛生研究院：2015 台灣慢性腎臟病臨床診療指引。苗栗縣：國家衛生研究院電子報，2015；628。取自 http://enews.nhri.org.tw/enews_css_list_new2.php?volume_ind x=628&showx=showarticle&article_ind x=10815&enews_dt=2015-11-19。
- [4] Snyder JJ, Israni AK, Peng Y, Zhang L, Simon TA, Kasiske BL. Rates of first infection following kidney transplant in the United States. *Kidney international* 2009; 75(3): 317-26. doi: 10.1038/ki.2008.580.
- [5] Li WH, Chen YJ, Tseng WC, et. al. Malignancies after renal transplantation in Taiwan: a nationwide population-based study. *Nephrology Dialysis Transplantation* 2012; 27(2): 833-839. doi: 10.1093/ndt/gfr277.
- [6] Kidney Research UK. Dialysis: making the right choices for you- The Dialysis Decision Aid Booklet. Available from <https://www.kidneyresearchuk.org/file/health-information/kr-decision-aid-colour.pdf>.
- [7] 2016 年健保倉儲醫療給付檔案分析系統

- [8] Lee YC, Hung SY. Different Risk of Common Gastrointestinal Disease Between Groups Undergoing Hemodialysis or Peritoneal Dialysis or With Non-End Stage Renal Disease: A Nationwide Population-Based Cohort Study. *Medicine (Baltimore)* 2015; 94(36): e1482. (健保資料庫)
- [9] Yang SF, Liu CJ, Yang WC, et al. The risk factors and the impact of hernia development on technique survival in peritoneal dialysis patients: a population-based cohort study. *Peritoneal Dialysis International* 2015; 35(3): 351-359. (健保資料庫)
- [10] NKF KDOGI Guidelines. Available from https://www2.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines_cvd/intradialytic.htm
- [11] Wang IK , Chang YC, Liang, CC, et al. Bacteremia in Hemodialysis and Peritoneal Dialysis Patients. *Internal Medicine* 2012; 51(9): 1015-1021.
- [12] Lin MY, Kuo MC, Hung CC, et al. Association of dialysis with the risks of cancers. *PLoS One* 2015;10(4):e0122856. doi: 10.1371/journal.pone.0122856.



財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

本文宣品經費由國民健康署運用菸品健康福利捐支應 廣告

醫院 / 診所

腹膜透析病人居家訪視紀錄單(留存院所備查)

一、病人基本資料：

姓名：_____ 性別：☐男 ☐女 主治醫師：_____

身分證號碼：_____ 病歷號碼：_____

透析開始日期(YYYY/MM/DD)：_____

訪視日期：_____ 訪視醫師/護理師：_____

目前透析方式：☐CAPD ☐APD ☐CCPD

曾發生腹膜炎：☐是 ☐否

二、居家環境：

1. 屋內環境：☐整齊清潔 ☐尚可 ☐雜亂 ☐灰塵 ☐其他
2. 換液環境：☐特別設置換液間 ☐在臥房內 ☐沒有固定環境
密閉空間-☐有 ☐無 窗簾-☐有 ☐無
3. 換液設備：☐有裝設紫外線滅菌燈 ☐有室內空調
☐電風扇 ☐微波爐 ☐電毯 ☐75%酒精噴槍
☐有透析專用桌子 ☐磅秤 ☐點滴架
☐口罩 ☐S掛鉤 ☐臉盆 ☐乾洗手液
4. 換液桌面：☐木頭 ☐不銹鋼 ☐玻璃墊 ☐塑膠墊 ☐其他
5. 換液位置：☐靠窗 ☐靠牆壁 ☐面對門 ☐背對光源 ☐其他
6. 洗手用物：☐肥皂 ☐洗手乳 ☐無
7. 洗手台：☐清潔 ☐髒污 流動的水-☐有 ☐無
8. 擦手方式：☐擦手紙 ☐毛巾 ☐其他
9. 透析液存放空間：☐整齊 ☐雜亂 ☐墊高 ☐陽光照射
☐潮濕 ☐陰暗 ☐灰塵
10. 透析液擺放：濃度分類-☐有 ☐無 過期-☐有 ☐無 依日期存放-☐有 ☐無
堆放雜物-☐有 ☐無 過量-☐有 ☐無 其他
11. 導管出口換藥用物：保存方法正確-☐有 ☐無
消毒溶液過期-☐有 ☐無
紗布過期- ☐有 ☐無
棉籤過期- ☐有 ☐無
☐生理食鹽水(☐20cc/☐500cc)
☐其他
12. 換液後的處理：正確的善後處理(倒入馬桶)☐有 ☐無
APD 水桶 ☐清潔 ☐污垢
13. 每日透析記錄本的記錄：☐有 ☐無 ☐偶爾

三、居家生活評估：

1. 換液技術操作者： ☐自己 ☐父母 ☐配偶 ☐子女 ☐外傭
☐多人輪流照顧 ☐其他
2. 三餐飲食內容： ☐家人或自己烹調食物 ☐外食 ☐素食
3. 行動能力： ☐正常 ☐需輔助器材 ☐臥床
4. 日常生活狀況： ☐能自行完成 ☐協助下完成 ☐需家人的協助

四、遵從性：

1. 口服藥物： 過期-☐有 ☐無 正確存放-☐有 ☐無 過量-☐有 ☐無
2. EPO 藥物： 過期-☐有 ☐無 正確存放-☐有 ☐無 過量-☐有 ☐無

五、建議：

優點-

缺點-

六、照片：

1. 換液環境
2. 換液設備
3. 換液桌面
4. 換液位置
5. 洗手用物
6. 透析液存放空間
7. 藥水擺放
8. 導管出口換藥用物
9. 藥物(口服藥/EPO)

**輔助型腹膜透析病人
醫護人員至居家(機構)處置紀錄單**

【適用 P8117C】(留存院所備查)

一、病人基本資料：

姓名：_____ 性別：☐男 ☐女 主治醫師：_____

身分證號碼：_____ 病歷號碼：_____

透析開始日期(YYYY/MM/DD)：_____

訪視日期(YYYY/MM/DD)：_____ 訪視地點：☐住家 ☐機構

機構名稱/地址：_____

訪視院所：☐主責 ☐共同照護 訪視醫師/護理師：_____

目前透析方式：☐CAPD ☐APD ☐CCPD

曾發生腹膜炎：☐是 ☐否

二、輔助型腹膜透析適應症：

☐視力障礙（具身心障礙證明）。

☐上肢障礙（具心障礙證明）。

☐65歲以上。

☐失能（巴氏量表小於60分）。

☐智能障礙（具身心障礙證明）。

☐失智症（具身心障礙證明）。

☐植物人。

☐因疾病特性致外出就醫不便：指所患疾病雖不影響運動功能，但外出就醫確有困難者，如遺傳性表皮分解性水皰症（泡泡龍）病人等。

三、輔助型腹膜透析的執行者：

姓名：_____ 性別：☐男 ☐女

身分證字號/外來人口統一證號：_____ 與病人的關係：_____

首次執行輔助型腹膜透析的日期(YYYY/MM/DD)：_____

四、請說明本次處置內容（確認或加強輔助型腹膜透析治療執行者的透析技術）：

全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫

中華民國 113 年 3 月 18 日健保醫字第 1130105256 號公告

中華民國 114 年 月 日健保醫字第 1140000000 號修訂

壹、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、計畫目的

- 一、提升末期腎衰竭病人（End Stage Kidney Disease，下稱 ESKD）腹膜透析治療之占率。
- 二、加強院所腹膜透析照護品質及病人自我照護能力，提升病人腹膜透析技術之存活率與總存活率。
- 三、鼓勵新設置腹膜透析中心/室，醫院及基層透析診所可組成共同照護團隊，相互支應，提升腹膜透析可近性及照護品質。
- 四、鼓勵有效管理腎臟疾病，發揮醫病共享決策(Shared Decision Making，下稱 SDM)精神，並藉由腹膜透析品質監控獎勵以及鼓勵腹膜透析醫療資訊化等，提升腎臟疾病整體醫療照護品質。

參、計畫期間：

自 ~~113~~114 年 1 月 1 日至 ~~113~~114 年 12 月 31 日。

肆、預算來源

- 一、~~113~~114 年度全民健康保險醫療給付費用門診透析服務總費用中之用於加強推動腹膜透析與提升照護品質~~鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質~~費用維持~~433.5~~百萬元，~~屬專款專用性質，~~其中 300 百萬元不得流用於一般服務。
- 二、前述預算先扣除本計畫第柒項「院所獎勵費用」之預估額度後，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；第 4 季併同「院所獎勵費用」，進行每點支付

金額計算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，但每點支付金額不高於 1 元。

伍、~~113~~114 年度執行目標

一、腹膜透析新發個案：占率 > 10%。

(當年度腹膜透析新發個案數/當年度 ESKD 新發病人數) X100%。

(以最近一年腹膜透析新發個案占率為基準)

二、腹膜透析盛行個案：占率 > 8%。

(當年度腹膜透析盛行個案數/當年度 ESKD 盛行病人數) X100%。

(以 104 年至 108 年腹膜透析盛行個案占率之平均值為基準)

陸、參與院所資格與申請程序

由具有下列資格之全民健康保險(下稱本保險)特約醫療院所，向本保險分區業務組提出申請：

一、醫師資格：

(一) 應至少有一名專任腎臟專科醫師。

(二) 設立於山地離島偏遠地區之特約院所，除前項外，得有經二個月之腹膜透析訓練(腹膜透析醫師及護理人員訓練指定醫院名單由台灣腎臟醫學會另行提供)，且完成台灣腎臟醫學會舉辦之腹膜透析班訓練並取得及格證書之醫師，或得以腎臟專科醫師兼任之。

(三) 前開所稱偏遠地區同「門診透析一般服務保障項目」所列之「偏遠地區」。

二、護理人員：領有台灣腎臟醫學會與台灣腎臟護理學會共同舉辦之腹膜透析訓練班上課證明者。

三、自 114 年 1 月 1 日起新參與院所，應完成簽具通訊診察治療實施計畫書(附件 1)。

柒、院所獎勵費用

本項包含「院所開辦腹膜透析獎勵費」、「腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費」、「腹膜透析院所推廣獎勵費」及「提升腹膜透析院所照護品質獎勵費」。由全民健康保險保險人(下稱保險人)於年度結算時，以補付方式核付費用，其中「院所開辦腹膜透析獎勵費」及「提升腹膜透析院所照護品質獎勵費」二項依台灣腎臟醫學會提供之院所名單計算。

一、院所開辦腹膜透析獎勵費:包含「新設立腹膜透析室/中心」、「重新收治腹膜透析病人」及「醫院輔導其他院所新成立腹膜透析室/中心」，由符合獎勵條件之院所提供相關資料予台灣腎臟醫學會核定列入名單。

(一)新設立腹膜透析室/中心：每家院所獎勵 600,000 點。

1.獎勵條件，須同時符合下列條件者：

(1)新成立腹膜透析室/中心(設置標準詳附件 1²)，如屬新設置之機構須提交所在地衛生局核准設立之公函。

(2)前述腹膜透析室/中心成立後，一年內須收治腹膜透析病人，或一年內有與其他院所「共同照護」腹膜透析病人。

註：前述「共同照護」係指院所間簽訂共同照護合作備忘錄(如附件 2³)，醫療相互支應。

2.本項所定點數包括醫師及護理人員訓練費、設立之軟硬體設施及護理人員等費用。

3.每一機構代號限核付一次，機構更換負責醫師、遷址視為同一機構；負責醫師換機構代號前已領過本項費用者，不再獎勵。

(二)院所重新收治腹膜透析病人：每家院所獎勵 400,000 點。

1.獎勵條件，須同時符合下列條件者：

(1)已設立腹膜透析室/中心，於 111 年 7 月 4 日至參與本計畫起始日前皆未收治腹膜透析病人。

(2)前述腹膜透析室/中心重新啓用後，一年內須收治腹膜透析病人，或一年內有與其他院所「共同照護」腹膜透析病人。

~~註：前述「共同照護」係指院所間簽訂共同照護合作備忘錄（如附件 2），醫療相互支應。~~

2.本項所定點數包括醫師及護理人員重新訓練費、設立之軟硬體設施更新及護理人員等費用。

3.每一機構代號限核付一次，機構更換負責醫師、遷址視為同一機構；負責醫師換機構代號前已領過本項費用者，不再獎勵。

（三）醫院輔導其他院所新成立腹膜透析室/中心：每家院所獎勵 200,000 點。

1.獎勵條件，須同時符合下列條件者：

(1)輔導其他院所新成立腹膜透析室/中心，或輔導原已有設置之院所重新開始收治腹膜透析新病人。須檢附被輔導院所所在地衛生局核准設立之公函。

(2)被輔導院所新成立或再啓用腹膜透析室/中心一年內有收治腹膜透析病人，或一年內有與輔導醫院「共同照護」腹膜透析病人。

註：前述「共同照護」係指院所間簽訂共同照護合作備忘錄（如附件 2~~3~~），醫療相互支應。

2.本項所定點數包括醫師、護理人員訓練費及專家諮詢協助費用。

3.輔導醫院可輔導一家以上之院所；被輔導院所僅限接受一家輔導醫院輔導。

4.前述輔導醫院由台灣腎臟醫學會指定，名單由台灣腎臟醫學會另行提供，並須與被輔導院所共同填具本計畫之醫事服務機構成立腹膜透析輔導申請書（如附件 3~~4~~），一式三份，分別由輔導醫院、被輔導院所及台灣腎臟醫學會各執正本一份為憑。

- 5.本獎勵點數按被輔導院所家數計算，每一被輔導機構代號限計算一次，機構更換負責醫師、遷址視為同一機構；被輔導醫院負責醫師換機構代號前，已納入計算者，不重複計算。

(四)支持腹膜透析院所持續運作費：

1.獎勵條件，以下獎勵不重複計算：

(1)診所、地區醫院及區域醫院：113 年 12 月主責病人數為 1 人以下，且於 114 年 1 月至 12 月期間申報腹膜透析追蹤處置費(58011C、58017C)的病人數為 1-2 人之機構：每家院所獎勵 200,000 點。

(2)診所、地區醫院及區域醫院：於 114 年 1 月至 12 月期間申報腹膜透析追蹤處置費(58011C、58017C)的病人數達 3 人(含)以上之機構：每家院所獎勵 300,000 點。

(3)醫學中心：於 114 年 1 月至 12 月期間申報腹膜透析追蹤處置費(58011C、58017C)的病人數為 30 人以下，不予獎勵;病人數為 30(含)-49 人，每家院所獎勵 200,000 點;病人數為 50(含)人以上，每家院所獎勵 300,000 點。

2.當年度已領取本計畫「新設立腹膜透析室/中心：每家院所獎勵 600,000 點」或「院所重新收治腹膜透析病人：每家院所獎勵 400,000 點」之機構，不再獎勵。

3.腹膜透析追蹤處置費(58011C、58017C)由病人的主責院所負責申報；若院所僅進行共同照護而非主責院所，則不適用本項目。

二、腹膜透析新發個案照護團隊獎勵費

獎勵條件	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
1.首次接受腹膜透析治療之新病人，同一院所 持續接受腹膜透析照護達 6 個月（含）者	V	V	V	V	36,000 72,000

獎勵條件	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
<u>註:山地離島地區加計 30%。</u>					
2.首次接受腹膜透析治療之新病人,持續接受腹膜透析照護達 7 個月以上者(第 7 個月至 12 <u>24</u> 個月)(按月計算)	V	V	V	V	10,000 20,000
<u>註:山地離島地區加計 30%。</u>					

註：1.「首次接受腹膜透析治療之新病人」係指該病人最近三年首次申報腹膜透析追蹤處置費。

2.「持續」係指每月皆有申報腹膜透析追蹤處置費。

3.同月若有兩家以上院所申報，以「執行時間-起」最早者計算。

4.每月申報腹膜透析追蹤處理費之院所，每月係指院所申報前開醫令「執行時間-起」之年月。

三、腹膜透析院所推廣獎勵費

(一)獎勵條件：區域醫院(含)以上醫院須申報腹膜透析病人數達 5 人(含)以上者；地區醫院及基層診所，不在此限。

(二)總獎勵點數計算：依年成長率所列獎勵點數及 ~~113~~114 年 12 月腹膜透析病人數計算總獎勵點數。【獎勵點數×~~113~~114 年 12 月腹膜透析病人數】

年成長率=【(~~113~~114年12月腹膜透析病人數-~~112~~113年12月腹膜透析病人數)÷~~112~~113年12月腹膜透析病人數】×100%

年成長率	獎勵點數
1.介於 3 <u>1</u> %至 5 <u>2</u> % (不含)	1,000 <u>4,000</u>
2.介於 5 <u>2</u> %至 10 <u>3</u> % (不含)	2,000 <u>6,000</u>
3.介於 10 <u>3</u> %至 15 <u>4</u> % (不含)	3,000 <u>8,000</u>
4. 介於 4 <u>4</u> %至 5 <u>5</u> % (不含)	<u>10,000</u>
5. 大於等於 15 <u>5</u> %以上	4,000 <u>12,000</u>

註：1.~~113~~114年12月若無數值，則以該院所當年度最後一個月申報人數計算。

2.同一保險對象同月多家申報，以「執行時間-起」最早者計算；

下轉個案不在此限。

四、提升腹膜透析院所照護品質獎勵費：每個案獎勵~~5,000~~4,000 至 8,000點。

(一) 獎勵條件：

- 1.須收案滿三個月(含)以上之個案，始列入本獎勵點數計算。
- 2.當年度該院所腹膜透析照護品質指標項目總分全年須達70分(含)以上者。

(二) 介於70分至90分(不含)：院所獎勵總點數=該院所依當年度符合本獎勵條件之病人數×~~5,000~~4,000點

大於等於90分以上：院所獎勵總點數=該院所依當年度符合本獎勵條件之病人數×8,000點。

(三) 腹膜透析照護品質指標項目及計算：

項目	各透析院所病人監測值達成率	得分	說明
1. 高濃度葡萄糖腹膜透析液(2.3%、2.5%、及4.25%)的使用量	使用量占全部透析液≤55%	4分(季)	以院所為單位進行計算

項目	各透析院所病人 監測值達成率	得分	說明
2. 血鈉 ≥ 130 mmol/L	受檢率 $\geq 90\%$ 且 合格率 $\geq 60\%$	8 分（半年）	
3. 血鉀 ≥ 3.2 mmol/L	受檢率 $\geq 90\%$ 且 合格率 $\geq 80\%$	8 分（半年）	
4. 心胸比（Cardiothoracic Ratio） ≤ 0.55	受檢率 $\geq 90\%$ 且 合格率 $\geq 70\%$	14 分（年）	
5. 殘餘腎功能之保留 新病人啟動腹膜透析的一年內， renal Kt/V 下降 ≤ 0.4 /半年	受檢率 $\geq 90\%$ 且 合格率 $\geq 60\%$	10 分（年）	
6. 腹膜炎發生率	每 100 人月腹膜炎 ≤ 2.0 次	14 分（年）	
7. 住院率	每千透析人口 \leq 435.28 人次	14 分（年）	

五、院所腹膜透析新收個案占比提升獎勵費:獎勵 30,000 點。

獎勵條件:地區醫院或基層診所，首次接受腹膜透析治療之新病人

占首次接受透析新病人之比率 $\geq 10\%$ 者。

註:當年度首次接受透析新病人係指最近 3 年首次申報透析相關支

付標準編號（58001C、58002C、58011C、58017C、58019C、

58026C、58028C、58029C）者。

捌、給付項目及支付標準

通則：病人訪視及轉診等相關規範，除本標準所定外，其餘比照全民健保

醫療服務給付項目及支付標準(以下稱醫療服務支付標準)辦理。

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
P8101C	執行末期腎臟病治療方式醫病共享決策 (SDM)	V	V	V	V	600
P8102C	-慢性腎臟病(Chronic Kidney Disease, CKD) Stage 5 之病人 (每次)	V	V	V	V	600
	-血液透析治療二年內之病人 (每次)					
	註： 1.P8101C 限每半年申報一次，惟如屬「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」(以下稱 Pre-ESRD 計畫)之照護對象，當年度已申報「P3405C 結案資料處理費」者，自申報該醫令之日起，半年內不得再申報 P8101C。 2.血液透析治療二年內之病人係指保險對象「當次就醫年—第 1 次申報門診透析案件 (案件分類為 05) 之費用年」≤2 者。 3.P8102C 限每年申報一次。 4.SDM 及說明內容如附件 45「末期腎衰竭治療模式衛教表」。					
P8103A	執行末期腎臟病治療方式醫病共享決策 (SDM) 後，成功轉腹膜透析之加算			V	V	600
P8104Q	-CKD Stage 5 之病人	V	V			1,400
P8105A	-血液透析治療二年內之病人			V	V	600
P8106Q		V	V			1,400
	註： 3.本項由執行醫病共享決策 (SDM)，且該病人成功接受腹膜透析治療之院所申報。 4.每人限申報一次。					

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
P8107C	腹膜透析病人訪視費(次)	V	V	V	V	1,200
P8108C	1.實地訪視 2.視訊訪視 註： 1.院所自行或由簽訂共同照護備忘錄之院所(如附件 23)，執行腹膜透析病人居家訪視，並由實際訪視院所申報。 2.每次訪視須至少間隔 90 天。如屬視訊訪視須至少間隔 180 天，並依「通訊診察治療辦法」辦理。 3.不得與下列項目，同時申報： (1)醫療服務支付標準第二部第二章第六節「58026C 居家訪視-居家透析治療」及第五部第一章居家照護所定「護理訪視費」。 (2)全民健康保險居家醫療照護整合計畫(以下稱居整計畫)所定「醫師訪視費用」及「護理人員訪視費用」。 (3) <u>當月申報本項目者，不得同月再申報 P8117C 輔助型腹膜透析治療處置費(每次)。</u> 4.訪視個案如同時為居整計畫之收案個案，本計畫參與院所應與該個案之居整計畫照護團隊聯繫，共同提供醫療照護。 5.醫事人員完成居家訪視後，須於訪視診療紀錄內，詳實記錄實施日期、時間、診療項目內容及醫事人員簽名或蓋章(附件 6)。	V	V	V	V	1,200

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
P8109B	<p>腹膜透析下轉及回轉獎勵費</p> <p>註：</p> <p>1.適用對象：醫院完成導管植入手術後之首次腹膜透析新病人，轉介回原診療特約院所或轉診至特約類別較低層級適當院所繼續腹膜透析照護。</p> <p>2.支付規範：</p> <p>(1)每人限申報一次。</p> <p>(2)下列情形不得申報本項費用：</p> <p>A.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件。</p> <p>B.已申報下列費用者：</p> <p>a.「全民健康保險急診品質提升方案」轉診品質獎勵費用者。</p> <p>b.「全民健康保險急性後期整合照護計畫」轉出醫院轉銜作業獎勵費者。</p> <p>c.「全民健康保險末期腎臟病前期（Pre-ESRD）之病人照護與衛教計畫」之轉診獎勵費。</p> <p>d.醫療服務支付標準第二部第一章第一節「辦理轉診費_回轉及下轉」（編號 01034B 及 01035B），以及第八部第二章「初期慢性腎臟病轉診照護獎勵費」（編號 P4303C）。</p> <p><u>e.「113 年全民健康保險主動脈剝離手術及腦中風經動脈取栓術病人跨院合作照護計畫」跨院合作執行費獎勵。</u></p>		V	V	V	10,000

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
P8110B	<p>腹膜透析平轉獎勵費</p> <p>註：</p> <p>1.適用對象：醫院尿毒症病人轉介至其他特約類別同層級醫院完成腹膜透析導管植入手術者。</p> <p>2.支付規範：</p> <p>(1)每人限申報一次。</p> <p>(2)下列情形不得申報本項費用：</p> <p>A.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件。</p> <p>B.已申報下列費用者：</p> <p>a.「全民健康保險急診品質提升方案」轉診品質獎勵費用者。</p> <p>b.「全民健康保險急性後期整合照護計畫」轉出醫院轉銜作業獎勵費者。</p> <p>c.「全民健康保險末期腎臟病前期（Pre-ESRD）之病人照護與衛教計畫」之轉診獎勵費。</p> <p>d.醫療服務支付標準第二部第一章第一節「辦理轉診費_上轉」（編號 01036C、01037C）、「辦理轉診費_回轉及下轉」（編號 01034B 及 01035B），以及第八部第二章「初期慢性腎臟病轉診照護獎勵費」（編號 P4303C）。</p> <p><u>e.「113 年全民健康保險主動脈剝離手術及腦中風經動脈取栓術病人跨院合作照護計畫」跨院合作執行費獎勵。</u></p>		V	V	V	5,000

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
P8111Q	<p>腹膜透析上轉獎勵費</p> <p>註：</p> <p>5. 適用對象：醫療機構轉介尿毒症病人至特約類別較高層級醫院完成腹膜透析導管植入手術者。</p> <p>6. 執行規範：</p> <p>(1)每人限申報一次。</p> <p>(2)下列情形不得申報本項費用：</p> <p>A.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件。</p> <p>B.已申報下列費用者：</p> <p>a.「全民健康保險急診品質提升方案」轉診品質獎勵費用者。</p> <p>b.「全民健康保險急性後期整合照護計畫」轉出醫院轉銜作業獎勵費者。</p> <p>c.「全民健康保險末期腎臟病前期（Pre-ESRD）之病人照護與衛教計畫」之轉診獎勵費。</p> <p>d.醫療服務支付標準第二部第一章第一節「辦理轉診費_上轉」（編號 01036C 及 01037C），以及第八部第二章「初期慢性腎臟病轉診照護獎勵費」（編號 P4303C）。</p> <p><u>e.「113 年全民健康保險主動脈剝離手術及腦中風經動脈取栓術病人跨院合作照護計畫」跨院合作執行費獎勵。</u></p>	V	V	V		10,000

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
P8112C	加強病人自我照護品質處置費 --連續性可攜帶式腹膜透析(Continuous Automated Peritoneal Dialysis, CAPD)	V	V	V	V	868
P8113C	--全自動腹膜透析(Automated peritoneal dialysis, APD)	V	V	V	V	868
P8114C	--全自動腹膜透析機相關費用-每日(APD daily fee) 註： 1.至少完成下列任一項，並於病歷中記載處置過程與結果。 (1)執行腹膜透析病人之透析技術再訓練。 (2)解決腹膜透析病人突發之狀況。 (3)處理腹膜透析病人營養問題。 2.本項支付點數為醫療服務支付標準(編號 58011C、58017C 及 58028C)加成 10%之費用。	V	V	V	V	7

<u>編號</u>	<u>診療項目</u>	<u>基層院所</u>	<u>地區醫院</u>	<u>區域醫院</u>	<u>醫學中心</u>	<u>支付點數</u>
<u>P8115C</u>	<u>--全自動腹膜透析機搭配『病人遠距管理』相關費用</u> <u>-每月(Remote Patient Management, RPM)</u> <u>註：</u> <u>1.本項支付點數內含腹膜透析雲端資料庫及個案管理介面平台、無線傳輸數據設備、數據加密傳輸等相關費用。</u> <u>2.適用接受全自動腹膜透析治療者。</u> <u>3.醫事人員應將自動腹膜透析機設備之透析連續性治療紀錄記載於病歷並保留照片備查，且機構須每月於 VPN 系統登載個案每日之脫水數據。</u> <u>4.醫師遠端更改設定內容，應於病歷記載相關數據。</u> <u>5.病人改變治療模式(如腹膜透析改為血液透析)或停止腹膜透析治療者，則按比率扣除腹膜透析未治療天數費用。</u> <u>6.病人因故住院仍持續接受腹膜透析治療，費用由住院之院所申報。</u> <u>7.申報全自動腹膜透析機搭配『病人遠距管理』相關費用，應確實追蹤病人治療情形，病人由門診轉住院治療，住院醫院應聯繫原腹膜透析診治院所，告知病人住院期間、透析治療方式及儀器使用情形等，並於病歷記載。</u> <u>8.執行本項診療項目應依「通訊診察治療辦法」辦理。</u>	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>2,499</u>
<u>P8116B</u>	<u>連續性可攜帶式腹膜透析導管植入術--未經血液透析治療。</u> <u>註：</u> <u>1.首次接受透析治療之新病人，未經由血液透析治療，直接啟動腹膜透析治療。</u> <u>2.本項支付點數為醫療服務支付標準編號 58012B 加成 50%之費用</u>		<u>V</u>	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>2,142</u>

<u>編號</u>	<u>診療項目</u>	<u>基層 院所</u>	<u>地區 醫院</u>	<u>區域 醫院</u>	<u>醫學 中心</u>	<u>支付 點數</u>
<u>P8117C</u>	<p><u>輔助型腹膜透析治療處置費(每次)</u></p> <p><u>註：</u></p> <p><u>1.本項僅適用接受輔助型腹膜透析治療的病人。</u></p> <p><u>2.適用對象：</u></p> <p><u>(1)視力障礙（身心障礙證明輕度以上）。</u></p> <p><u>(2)上肢障礙（身心障礙證明輕度以上）。</u></p> <p><u>(3)65歲以上。</u></p> <p><u>(4)失能（巴氏量表小於60分）。</u></p> <p><u>(5)智能障礙（身心障礙證明輕度以上）。</u></p> <p><u>(6)失智症（身心障礙證明輕度以上）。</u></p> <p><u>(7)植物人。</u></p> <p><u>(8)因疾病特性致外出就醫不便：指所患疾病雖不影響運動功能，但外出就醫確有困難者，如遺傳性表皮分解性水皰症（泡泡龍）病人等。</u></p> <p><u>3.協助腹膜透析之人員須符合本計畫第陸點所示醫護人員的資格。</u></p> <p><u>4.針對接受輔助型腹膜透析治療的病人，院所醫護人員須至居家或機構確認或加強輔助型腹膜透析治療執行者的透析技術。</u></p> <p><u>5.醫事人員每次訪視後，須於處置紀錄單內，詳實記錄實施日期、時間、診療項目等內容(附件7)。</u></p> <p><u>6.主責院所或共同照護診所皆可申報。</u></p> <p><u>7.不得與下列項目，同時申報：</u></p> <p><u>(1)醫療服務支付標準第二部第二章第六節「58026C 居家訪視-居家透析治療」及第五部第一章居家照護所定「護理訪視費」。</u></p> <p><u>(2)全民健康保險居家醫療照護整合計畫(以下稱居整計畫)所定「醫師訪視費用」及「護理人員訪視費用」。</u></p> <p><u>(3)當月申報本項目者，不得同月再申報 P8107C 或 P8108C 腹膜透析病人訪視費。</u></p> <p><u>8.訪視個案如同時為居整計畫之收案個案，本計畫參與院所應與該個案之居整計畫照護團隊聯繫，</u></p>	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>1,200</u>

	<u>共同提供醫療照護。</u> <u>9.申請頻次：</u> <u>每位輔助型腹膜透析病人，每月申請次數上限為</u> <u>4次。</u>					
--	--	--	--	--	--	--

玖、醫療費用申報、審查及核付原則

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、全民健康保險藥物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、醫療費用申報

(一)特約醫事服務機構門診醫療服務點數之清單段欄位填報：

1.案件分類：填報「05 洗腎」。

2.任一特定治療項目代號：填報「K3」。

(二)特約醫事服務機構門診醫療服務點數之醫令段欄位填報：

1.申報腹膜透析病人訪視費（P8107C-P8108C）者：

(1)醫令段「執行時間-起(p14)」、「執行時間-迄(p15)」、「執行醫事人員代號(p16)」為必填欄位。

(2)如為基層診所與醫院簽訂共同照護備忘錄者，則基層診所申報之醫令清單段「醫令調劑方式(p2)」須填列「3：接受其他院所委託轉檢」及「委託或受託執行轉（代）檢醫事機構代號(p24)」需填列該醫院之醫事服務機構代碼。

2.申報轉診獎勵費（P8109B、P8110B 及 P8111Q）者：「醫令類別」填「G(專案支付參考數值)」，「總量」、「單價」、「點數」填 0。其他申報規範同轉診支付標準(編號 01034B-01038C)之規定。

三、醫療費用核付：除本計畫第捌項支付標準外，其餘由台灣腎臟醫學會依下列資料及時程提供本保險人作為核付依據：

(一)簽訂共同照護之院所名單：由台灣腎臟醫學會認定，並於次月 10 日前將名單提報保險人分區業務組。

(二)下列資料請於次年 1 月底前提供本保險人：

1.符合本計畫第柒項「院所獎勵費用」之「一、院所開辦獎勵費」之院所名單。

2.符合本計畫第柒項「院所獎勵費用」之「四、提升腹膜透析院所照護品質獎勵費」，有關品質指標項目如屬現行慢性腎衰竭病人門診

透析服務品質上傳健保資訊網服務系統(VPN 系統)資料尚未收載者。

四、當年之費用及相關資料請於次年 1 月 20 日前申報受理完成(3 月底核定)，未依期限申報者，不予核發本計畫相關費用。

拾、退場機制：

未依保險人規定至健保資訊網服務系統(VPN)登錄品質資訊或登錄不完整，經輔導仍未改善之院所，保險人各分區業務組得終止其參加本計畫之資格。

拾壹、預期效益

- 一、提升全國腹膜透析病人占率，降低國家總體透析醫療費用支出，體現透析醫療永續概念。
- 二、延長腹膜透析病人存活率，降低住院率，增進病人自我照護能力。
- 三、改善腹膜透析醫療品質，提升病人健康生活滿意度。
- 四、讓末期腎臟病病人更客觀自由選擇疾病治療模式與規劃未來健康人生，也讓健保資源之使用與分配更臻有效與合理化。

拾貳、資訊公開及計畫修正程序

- 一、資訊公開：保險人得公開參與本計畫之院所名單及相關品質資訊，供民眾參考。
- 二、保險人得視費用支付情形，隨時召開會議研議修訂本計畫之相關內容。
- 三、新年度計畫公告前，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。
- 四、計畫修正程序：本計畫由保險人與台灣腎臟醫學會及醫事服務機構相關團體代表共同修訂後，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者，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，由保險人逕行修正公告。

「(醫療機構名稱)」通訊診察治療實施計畫書

一、計畫目的/宗旨

二、計畫依據

(醫療機構名稱)依據通訊診察治療辦法規定，針對符合通訊診察治療辦法(下稱本辦法)第3條所定下列「特殊情形」(勾選如下，可複選)之病人執行通訊診察治療，茲依據本辦法第18條規定，擬具本實施計畫，報請主管機關核准。

☐ (第1款)急性後期照護

☐ (第6款)疾病末期照護

☐ (第2款)慢性病照護計畫收案病人

☐ (第7款)矯正機關收容照護

☐ (第3款)長期照顧服務

☐ (第8款)行動不便照護

☐ (第4款)家庭醫師收治照護

☐ (第9款)災害、傳染病或其他重大變故
照護

☐ (第5款)居家醫療照護

☐ (第10款)國際醫療照護

【填寫說明】

1. 擬執行特殊情形通訊診療之醫療機構，如欲同時執行2種以上之特殊情形之通訊診療服務時，可合併於1份計畫書填寫後，陳報衛生局核准；惟本計畫書中「實施計畫」項下特別標註之子項，應依本頁所勾選之特殊情形款次，依序分別撰寫。
2. 依本辦法第18條第3項規定，醫療機構所執行之通訊診療，係經中央主管機關或所屬機關(如中央健康保險署等)核定者，得以核定文件替代本實施計畫，陳報地方衛生局備查，無須填寫本實施計畫陳報衛生局核准。另「核定文件」形式不拘，中央主管機關核定公文、契約書或資訊系統核准畫面均可。

三、實施計畫

(一)實施之主責醫師、其他主責醫事人員：

【如勾選多款特殊情形，請複製下列表格、分款填寫】

<u>(請下拉選單擇定)</u>	
<u>1、主責醫師(即本計畫主持人)</u>	
<u>部門、執業科別</u>	<u>姓名</u>
<u>2、其他醫事人員之主責人員</u>	
<u>醫事人員類別</u>	<u>姓名(如為其他合作機構人員，請併予敘明機構名稱)</u>
<u>(例如：護理師)</u>	<u>○○○</u>
<u>(例如：物理治療師)</u>	<u>○○○ (A 物理治療所)</u>

<u>(請下拉選單擇定)</u>	
<u>1、主責醫師(即本計畫主持人)</u>	
<u>部門、執業科別</u>	<u>姓名</u>
<u>2、其他醫事人員之主責人員</u>	
<u>醫事人員類別</u>	<u>姓名(如為其他合作機構人員，請併予敘明機構名稱)</u>
<u>(例如：護理師)</u>	<u>○○○</u>
<u>(例如：物理治療師)</u>	<u>○○○ (A 物理治療所)</u>

【填寫說明】

- 1、主責醫師請敘明執業科別，其他類醫事人員各指定1名主責人員即可。
- 2、本辦法第18條第4項規定，主責醫事人員如有異動，應自事實發生之日起30日內報直轄市、縣（市）主管機關備查。

(二)醫療項目：

【如勾選多款特殊情形，請複製下列表格、分款填寫】

(請下拉選單擇定)			
<u>勾選欄</u>	<u>醫療項目(可複選)</u>	<u>勾選欄</u>	<u>醫療項目(可複選)</u>
<input type="checkbox"/>	<u>詢問病情</u>	<input type="checkbox"/>	<u>精神科心理治療</u>
<input type="checkbox"/>	<u>提供醫療諮詢</u>	<input type="checkbox"/>	<u>開立處方(應符合本辦法第16條規定始得開立)</u>
<input type="checkbox"/>	<u>診察、診斷、醫囑</u>		
<input type="checkbox"/>	<u>開立檢查、檢驗單</u>	<input type="checkbox"/>	<u>原有處方之調整或指導</u>
<input type="checkbox"/>	<u>會診</u>	<input type="checkbox"/>	<u>衛生教育</u>

(請下拉選單擇定)			
<u>勾選欄</u>	<u>醫療項目(可複選)</u>	<u>勾選欄</u>	<u>醫療項目(可複選)</u>
<input type="checkbox"/>	<u>詢問病情</u>	<input type="checkbox"/>	<u>精神科心理治療</u>
<input type="checkbox"/>	<u>提供醫療諮詢</u>	<input type="checkbox"/>	<u>開立處方(應符合本辦法第16條規定始得開立)</u>
<input type="checkbox"/>	<u>診察、診斷、醫囑</u>		
<input type="checkbox"/>	<u>開立檢查、檢驗單</u>	<input type="checkbox"/>	<u>原有處方之調整或指導</u>
<input type="checkbox"/>	<u>會診</u>	<input type="checkbox"/>	<u>衛生教育</u>

- 使用通訊方式提供醫療項目之服務流程：_____。

【填寫說明】

- 1、醫療項目，限於本辦法第15條第1項第1款至第9款內容。
- 2、請敘明醫療項目、服務流程(例如：何時、確認病人身分、收費、使用通訊診療之流程或提供處方箋等方式等)。
- 3、如有合作機構，亦請敘述合作機構如何參與醫療服務。

(三)實施對象：

勾選欄 符合本辦法第3條特殊情形(未勾選之欄位得刪除)

☐

第1款：急性後期照護(不得為初診病人)

- 為☐緊急外傷病人、☐急性冠心症病人、☐精神疾病急性病人、☐急性腦中風病人、☐慢性阻塞性肺病病人、☐慢性心衰竭病人、☐手術後病人或☐其他需急性後期照護之病人，於離開醫院、診所後三個月內施行之追蹤診療及照護。
- 勾選其他者，請敘明病人情形及理由：_____。

☐

第2款：慢性病照護計畫收案病人(不得為初診病人)

- 指為主管機關或其所屬機關有關慢性病照護計畫收案之病人，因病情需要，施行之診療及照護。
- 註：如為「中央」主管機關或其所屬機關之照護計畫，則毋須填寫本實施計畫報地方衛生局核准。

☐

第3款：長期照顧服務(不得為初診病人)

- 指為與醫療機構訂有醫療服務契約之☐長期照顧服務機構、☐老人福利機構、☐身心障礙福利機構、☐護理機構或☐其他相類機構，就失智、失能或行動不便之機構住民，施行之診療及照護。
- 註：勾選本欄位者，以下「(五)合作之醫事機構、第六條所定機構或矯正機關」，為必填項目。

☐

第6款：疾病末期照護(不得為初診病人)

- 本款實施對象應符合為減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦，施行之緩解性、支持性診療及照護。

☐

第7款：矯正機關收容照護

- 本款實施對象應符合為矯正機關收容人，施行之診療及照護。
 - 依本辦法第18條第1項後段規定，執行本款者，應先徵得矯正機關同意。
- 註：勾選本欄位者，以下「(五)合作之醫事機構、第六條所定機構或矯正機關」，為必填項目。

☐

第8款：行動不便照護(不得為初診病人)

- 本款實施對象應符合下列條件，致外出就醫不便之病人，施行之診療及照護：
 - ☐失能(長期照顧服務法第3條第2款)
 - ☐身心障礙(身心障礙者權益保障法第5條)
 - ☐重大傷病(全民健康保險法第48條第1項第1款)

- ☐ **第9款：災害、傳染病或其他重大變故照護**
- 本款所稱災害、傳染病或其他重大變故照護，指為居住地區發生災害防救法第二條第一款所定災害、傳染病防治法第三條第一項所定傳染病，或其他重大變故，未能或不便至醫療機構就診之病人，施行之診療及照護。
- ☐ **第10款：國際醫療照護**
- 本款實施對象應符合為境外之我國或非我國籍病人，施行之諮詢、診療及照護。

【填寫說明】

- 3、本辦法第20條第1項第2款規定，醫師實施通訊診療時，應確認病人身分；第三條第一款至第六款及第八款情形，不得為初診病人。
- 4、請勾選符合本辦法第3條之款次，並敘明實施對象來源。

(四)實施期間：

【填寫說明】

申請實施期間，建議至多為4年。

(五)合作之醫事機構、第六條所定機構或矯正機關：

1、合作之醫事機構

【如勾選多款特殊情形，請複製下列表格、分款填寫】

(請下拉選單擇定)			
<u>機構名稱</u>	<u>機構類別</u>	<u>地址</u>	<u>聯絡人姓名、電話</u>

(請下拉選單擇定)			
<u>機構名稱</u>	<u>機構類別</u>	<u>地址</u>	<u>聯絡人姓名、電話</u>

2、服務機構（本辦法第6條所定機構或矯正機關）

<u>機構名稱</u>	<u>機構類別</u>	<u>地址</u>	<u>聯絡人姓名、電話</u>
	<u>（請下拉選單擇定）</u>		
	<u>（請下拉選單擇定）</u>		

(六)通訊診療告知同意書

本計畫收案對象將以（書面/電子）方式簽署「（醫療機構名稱）

通訊診療告知同意書」，內容如附件。

【填寫說明】

- 1、病患得以書面、電子方式簽署告知同意書。
- 2、上開電子方式，得以電子簽章法所定電子文件、電子簽章或數位簽章方式為之，且須具不可否認性。

(七)個人資料保護及資料檔案安全維護措施

- 1、本實施計畫申請機構是否為「醫院個人資料檔案安全維護計畫實施辦法」第4條第1項第1款所稱之醫院？

- ☐ 是，安全維護計畫業以○年○月○日○○字第○○○號函送貴局備查。
- ☐ 否，惟仍應依個人資料保護法第18條辦理安全維護事項，或依同法第27條採取採行適當之安全措施。

- 2、本案通訊診療使用之資訊系統，是否涉及病歷資料之傳輸、交換、儲存，或開立處方、檢查、檢驗單：

☐ 是；☐ 否（勾「否」者，免填以下第3點）

- 3、承2，本案通訊診療所使用涉及「病歷資料之傳輸、交換、儲存，或開立處方、檢查、檢驗單」之資訊系統（名稱：○○○），已具備個人身分驗證、符合國際標準組織通用之資料傳輸加密機制，並符合醫療機構電子病歷製作及管理辦法之相關規定：

- （1）已實施電子病歷，並函報貴局備查。函報貴局日期文號：○年○月○日○○字第○○○號。

(未曾備查者，請依醫療機構電子病歷製作及管理辦法第9條規定，於
實施之日起15日內，報衛生局備查)

(2) 上述通訊診療之資訊系統，係：

- ☐ 本實施計畫申請機構自行建置；
☐ 委託(機構、法人、團體或大學名稱)建置及管理；受託機構已通過中
央主管機關認可之資訊安全標準驗證，並訂有書面契約。【請檢附
「委託契約」及「受託機構通過中央主管機關認可之資訊安全標準
驗證證明」】

4、其他個資及資安保護措施：

【填寫說明】

- 4、非屬醫院個人資料檔案安全維護計畫實施辦法第4條第1項第1款所稱之醫院
者，免填第3點。
5、通訊診療資訊系統如係委託機構、法人、團體或大學建置及管理，應敘明受託
機構名稱，以及符合本部113年3月12日衛部資字第1132660106號公告之資訊安
全標準驗證規定。
6、醫療機構於擬具本計畫書時，應注意通訊診察治療之相關程序，並符合我國個
人資料保護法等相關規範。

(八)其他事項

自費醫療項目資訊：

<u>自費醫療項目名稱</u>	<u>收費費額或標準</u>	<u>地方衛生主管機關 核定情形</u>
		<input type="checkbox"/> 已核定 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 尚未申請
		<input type="checkbox"/> 已核定 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 尚未申請

【填寫說明】

- 3、申請機構得視計畫實際內容需要，於本項撰寫內容。
4、如有新增醫療費用項目時，醫療機構應另依醫療法第21條規定，送地方政府衛
生局核定。

醫療機構用印：

負責醫師用印：

中華民國 年 月 日

附件：(醫療機構名稱)通訊診療告知同意書

<u>病人基本資料</u>	
<u>姓名：</u>	<u>出生日期：</u>
<u>病歷號碼：</u>	<u>地址：</u>
<u>擬實施之服務項目：</u>	

1. (醫療機構名稱)將以通訊提供醫療服務，其通訊使用之軟體/硬體為_____，
我已知悉如何使用，並且貴院(診所)已向我解釋以通訊方式提供醫療服務
之步驟、限制、風險等相關資訊，我同意使用此通訊方式接受診察、治療。
2. 我已知悉通訊方式與醫師親自診察治療不同，如經醫師評估病情，不適宜以
通訊方式診療時，得建議我改以其他方式接受診察、治療。
3. 如果遇到技術性問題、危急情況，能與我聯絡的電話是_____
(或緊急聯絡人_____，電話_____)。

立同意書人姓名：_____ 簽名：_____

關係：病人之_____ 身分證統一編號/居留證或護照號碼：_____

日期：_____

腹膜透析設備應具下列設備：

(1)腹膜透析床。

(2)醫用氣體設備及抽吸設備。

(3)其他周邊設備：

包括污水槽、換藥車、點滴架、冰箱、X光看片設備或醫療影像系統設備、衛教視訊設備、加溫設備(電毯或微波爐)。

(4)手部衛生設備。

(5)紫外線消毒燈。

附件 23 「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」
醫療院所腹膜透析病人共同照護合作備忘錄

立備忘錄人

新設立腹膜透析室/中心之醫療院所(以下簡稱甲方)

已設立腹膜透析室/中心之醫療院所(以下簡稱乙方)

為執行乙方「全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」，並確保雙方合作順利進行，特簽署本合作備忘錄(以下簡稱備忘錄)以規範雙方各自之權利義務，其內容如下：

第一條、甲方執行全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫，應遵照醫師法、醫事法、全民健康保險法及其他相關法規之規定執行其業務。

第二條、甲方為參加全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫，於執行本計畫前，應先具備合格條件；於照護個案後，並恪遵個人資料保護法，不得將個案資料外洩或移作他用。

第三條、乙方邀請甲方執行全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫，應遵守各項有關法令，並尊重醫師之職權，不得妨害其職權之行使。

第四條、本備忘錄有效期間自民國○年○月○日起至民國○年○月○日止。屆期如雙方均願繼續合作時，仍須另簽署新備忘錄。若此計畫終止，則備忘錄自動失效。

第五條、甲、乙任一方擬終止本備忘錄時，應於預定終止日前三十天以書面通知對方，本備忘錄之終止始生效力。

第六條、任何一方違反本備忘錄或相關法令而受主管機關處罰確定，致影響他方權益時，受影響之一方得要求終止備忘錄，並由可歸責方負損害賠償責任。

第七條、雙方均應遵守相關之法律，如有任何糾紛，應先行協調解決，以期減少訴訟。

第八條、本備忘錄如有未盡事宜，得由甲乙雙方同意，以附約或換文補充之，其效力與本備忘錄同。

本備忘錄壹式三份，甲、乙方各執正本壹份為憑，另一份正本郵寄至台灣腎臟醫學會備查。

立備忘錄人

甲 方：

醫事機構代號：

負 責 醫 師：

身分證字號：

地 址：

電 話：

乙 方：

醫事機構代號：

負 責 醫 師：

身分證字號：

地 址：

電 話：

中華民國 年 月 日

附件 34 全民健康保險鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫

醫事服務機構成立腹膜透析室/中心輔導申請書

被輔導機構：

特約醫事服務機構名稱：_____ 代號：_____

輔導機構：

特約醫事服務機構名稱：_____ 代號：_____

本院(所)申請自 年 月 日起接受

_____ (輔導機構名稱) _____ (輔導機構代號)

輔導設立腹膜透析室/中心，為保險對象提供醫療服務。

前述機構備有符合醫療機構設置標準之診療空間(設施)或治療空間、設備及診療紀錄，以上如有不實，同意保險人不予支付相關診療費用。

本申請書壹式三份，被輔導機構、輔導機構、及台灣腎臟醫學會各執正本壹份為憑。

被輔導機構及 負責醫師大、小印章	輔導機構印章及負責人印章

(請加蓋與合約相符之印信及印鑑)

中華民國 年 月 日

末期腎衰竭治療模式衛教表

病人透析治療模式選擇之充分告知機制

病人編號：_____

姓 名：_____ 性別：☐男 ☐女 電話號碼：_____

病歷號碼：_____ 出生日期：____年__月__日 身份證字號：_____

收案日期：____年__月__日 結案日期：____年__月__日 原發疾病：_____

病人教育程度：☐不識字☐小學☐初中☐高中☐大專☐研究所病人家庭狀態：☐未成年受扶養☐有職業獨立工作☐因病修養半工作狀態☐因病無法工作☐退休獨立生活☐年邁或因病受照顧陪同家屬：☐配偶 ☐子女 ☐兄弟姊妹 ☐家長 ☐其他：_____

衛教內容(確實執行項目請打勾)：

腹膜透析	血液透析	腎臟移植
<input type="checkbox"/> 透析通路和原理	<input type="checkbox"/> 透析通路和原理	<input type="checkbox"/> 移植的術前評估
<input type="checkbox"/> 透析場所/時間/執行者	<input type="checkbox"/> 透析場所/時間/執行者	<input type="checkbox"/> 移植的優點和缺點
<input type="checkbox"/> 透析可能產生的症狀	<input type="checkbox"/> 透析可能產生的症狀	<input type="checkbox"/> 移植的併發症
<input type="checkbox"/> 適應症及禁忌症	<input type="checkbox"/> 適應症及禁忌症	<input type="checkbox"/> 適應症及禁忌症
<input type="checkbox"/> 飲食/血壓/貧血控制	<input type="checkbox"/> 飲食/血壓/貧血控制	<input type="checkbox"/> 移植後抗排斥藥物和門診追蹤簡介
<input type="checkbox"/> 其它(居家照護、社會福利等)	<input type="checkbox"/> 其它(居家照護、社會福利等)	<input type="checkbox"/> 其它(居家照護、社會福利等)

* 醫病共享決策輔助表如附

『末期腎衰竭治療模式衛教』病人滿意度調查表

5. 您覺得衛教的時間足夠嗎？

☐1.非常足夠 ☐2.足夠☐3.普通 ☐4.不足夠 ☐5.非常不足夠

6. 您對衛教的方式滿意嗎？

☐1.非常滿意 ☐2.滿意☐3.普通 ☐4.不滿意 ☐5.非常不滿意

7. 您對衛教內容瞭解嗎？

☐1.非常瞭解 ☐2.瞭解☐3.稍微瞭解 ☐4.不瞭解 ☐5.非常不瞭解

8. 整體而言，您覺得衛教對您選擇末期腎衰竭治療模式是否有幫助？

☐1.非常有幫助☐2.有幫助 ☐3.普通 ☐4.沒有幫助☐5.完全沒有幫助

病人或病人家屬簽名：

衛教者簽名：

面對末期腎臟病， 我應該選擇哪一種治療方式？

前言

當醫師診斷您的腎臟功能進入到末期，無法利用藥物及飲食有效控制病情。這時候您需要選擇一種適合自己的治療模式來取代腎臟功能，以維持生活品質甚至延續生命。

這份資料主要是可以幫助您了解末期腎臟病有哪些的治療模式，醫療團隊會陪著您，了解您的想法及最在意的事情，幫助您找出適合自己的選擇。

適用對象 / 適用狀況

有意願接受腎臟替代療法的慢性腎臟病第 5 期病人。

疾病或健康議題簡介

所謂「慢性腎臟病」是指腎功能異常持續三個月以上，當慢性腎臟病惡化到第五期，也就是腎絲球過濾率在 15ml/min/1.73m^2 以下且出現尿毒症狀時，就必須考慮接受腎臟替代療法。常見的尿毒症狀與併發症有噁心、嘔吐、疲倦、呼吸急促、電解質失衡、貧血、營養不良、水腫、意識不清、昏迷等。

若無接受腎臟替代療法意願，則可考慮安寧緩和醫療，治療目的以減輕身體疼痛與不舒服為主，接受此類治療的末期腎病變患者不再接受腎臟移植、血液透析或腹膜透析。由於無法像腎臟替代療法可以延續生命，安寧緩和醫療通常會在合併下列三種情況下被考慮：

- (1) 病人意識不清
- (2) 病人年齡大於 80 歲
- (3) 罹患其他符合安寧療護的疾病如癌症、其他器官衰竭如心臟衰竭、呼吸衰竭長期依賴呼吸器等。

若您與家人經過考量後，選擇接受安寧緩和醫療，可以進一步與您的腎臟醫療照護團隊洽詢。

醫療選項簡介

腎臟替代療法包括腎臟移植、腹膜透析、血液透析。

● 第一種：

腎臟移植，俗稱「換腎」

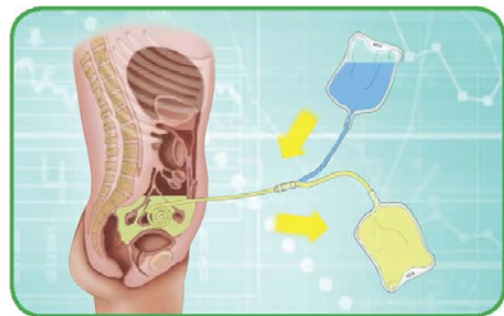
需要開刀將捐贈者的健康腎臟植入到病人肚子，來代替原本損壞的腎臟功能，而原本的腎臟大部分情形下不會被摘除。換腎的來源可以是活體親屬捐贈，但必須是在五等親以內之血親或配偶，或者是等待腦死患者大愛捐贈的器官。一般而言，腎臟移植有較佳的存活率和生活品質。



● 第二種：

腹膜透析，俗稱「洗肚子」

就是利用肚子內的腹膜進行尿毒素的交換，只要按時將藥水灌到肚子內，每日換透析藥水 3 至 5 次，就可以完成腹膜透析。在進行腹膜透析前要先開刀植入一根導管讓藥水能進出腹腔。腹膜透析有兩種選擇，一種是連續性可攜帶式腹膜透析，另一種是有機器幫忙的全自動腹膜透析，全自動腹膜透析通常是在夜間執行。

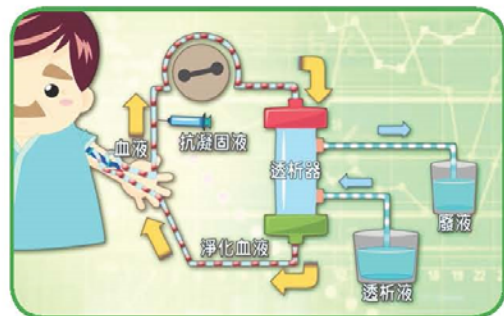


● 第三種：

血液透析，俗稱「洗血」

在進行血液透析之前要先開刀，在您手臂上做好動靜脈瘻管，俗稱「手筋」。

血液透析每次大約 4 小時，通常每星期得跑 3 次洗腎院所，透析時需要在瘻管上打上兩支針，一支針將血液引流到洗腎機，讓機器清除血中毒素後，另一支針會將洗乾淨的血送回體內。



您目前比較想要選擇的方式是：

請您勾選 ☒

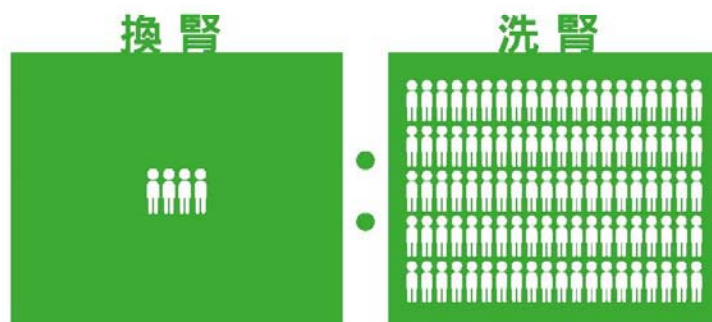
- ☐ 腎臟移植「換腎」
- ☐ 腹膜透析「洗肚子」
- ☐ 血液透析「洗血」
- ☐ 我現在還無法做決定

請透過以下四個步驟來幫助您做決定：

步驟一、選項的比較

● 台灣腎臟移植情形^[1,2]

目前等待腎臟移植有效人數約 7000 多人，其中每年接受腦死屍體器官捐贈接近 200 人，接受活體腎臟移植約 100 人，活體在腦死大愛器官捐贈來源不足，親屬的活體器官捐贈相對提供另一種選擇。截至 2014 年，腎臟移植人數和透析人數的比例大約 4：100



● 腎臟移植及透析病人的存活率^[2,3]

- ① 腎臟移植病人存活率，主要是受移植腎來源、年齡、原本共存疾病，例如心血管疾病、糖尿病的嚴重度所影響。
- ② 洗腎前就接受腎移植比洗腎後才接受腎移植存活率更好。
- ③ 台灣腦死捐贈的腎臟（大愛捐贈的腎臟）平均使用超過 10-15 年以上，而活體移植（活體腎）更可達 15-20 年以上。
- ④ 接受移植的病人 5 年存活率達 90% 以上。
- ⑤ 原本是血液透析或腹膜透析患者接受腎臟移植，兩者的存活率是類似的。
- ⑥ 腹膜透析和血液透析病人長期的存活率及生活品質相近，若是經由事先的準備與規劃才進入透析，兩者的短期存活率也沒有差異。

● 腎臟移植？腹膜透析？血液透析？該怎麼選？

目前腎臟替代療法：腎臟移植、腹膜透析、血液透析都各有優缺點，您可以仔細想想各個治療模式對您生活的影響，選擇一種治療盡量能符合您想要過的生活。

	比較	腎臟移植	腹膜透析	血液透析
存活	存活率 ^[2]	有較佳的存活率	與血液透析的存活率相似	與腹膜透析的存活率相似
生理影響	手術	較大的手術： 腎臟移植手術	腹膜透析導管 植入手術	手臂瘻管建立手術
	治療方式	終身服用抗排斥藥物	按時將藥水藉著導管灌到肚子內，每日換透析藥水 3 至 5 次，或接機器在夜間執行	在瘻管上打上兩支針，一支針將血液引流到洗腎機清除毒素，另一支針將洗乾淨的血送回體內
	常見副作用 (併發症)	<ul style="list-style-type: none"> ■換腎後長期抗排斥藥物服用，會增加感染與腫瘤風險^[4,5] ■移植後癌症發生率為一般人的 3.75 倍^[5] ■移植後，前三年內的感染率為平均觀察一年每一百人有 45 人發生感染^[4] 	<ul style="list-style-type: none"> ■腹膜透析病人容易因腹腔導管及藥水留置肚子增加腹內壓力，產生腹膜炎及疝氣的合併症^[6] ■腹膜炎：國內報告發生率約為每年每一百人有 18.5 人會發生^[7] ■疝氣：追蹤 3 ~ 12 年研究發現，發生率約為每一百人有 6~7 人會發生^[8,9] 	<ul style="list-style-type: none"> ■快速移除毒素及水分，可能發生透析時低血壓、噁心 / 嘔吐、抽筋、頭痛等，以透析治療中發生低血壓最常見，約每 100 人有 25 人會發生^[10] ■洗腎血管栓塞或感染^[6] ■血液透析病人容易因洗腎血管感染導致菌血症：國內報告發生率約為每一百人有 15 人發生^[11]
		透析病人癌症發生率為一般人的 3.43 倍 ^[12]		

	比較	腎臟移植	腹膜透析	血液透析
生活影響	治療時間	無	依作息可自行調整，每日 3-5 次換液時間，每次約 30 分鐘 全自動腹膜透析夜間由機器自動換液時間約 8-10 小時	照透析院所安排，每週三次，每次 4 小時
	治療場所	無	家中或任何乾淨適合換液場所	透析醫療院所
	執行治療者	無	自己或照顧者	醫護人員
	飲食	飲食限制少	飲食限制中等	飲食限制較多
	活動	無	腹膜透析管路影響 不建議游泳及泡澡	洗腎用動靜脈瘻管 手臂不建議提重物
	生活品質 ^[3]	生活品質較好	與血液透析比較 整體生活品質相似	與腹膜透析比較 整體生活品質相似
	費用 ^[2]	健保給付		
優缺點比較	優點	<ul style="list-style-type: none"> ■ 存活率高 ■ 不需要再透析而提高生活品質 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 居家操作，自主性高 ■ 保留殘餘腎功能佳 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 由醫護人員操作 ■ 短時間高效率的清除毒素及水分
	缺點	<ul style="list-style-type: none"> ■ 無器官來源 ■ 終身服用抗排斥藥物 ■ 抗排斥藥物增加感染與腫瘤風險 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 腹部植入管子且外露，無法游泳泡澡 ■ 每日更換藥水數次 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 手臂要建立瘻管 ■ 一星期至透析院所 3 次，每次 4 小時 ■ 每次透析要接受 2 次扎針

步驟二、您選擇醫療方式會在意的項目有什麼？以及在意的程度為何？

請依照下列各項考量，逐一圈選一個比較偏向您的情況。

接受換腎 的理由	<div>比較接近 ← 一樣 → 比較接近</div>							接受洗腎 (腹膜透析或血液透析) 的理由
有五等親的家屬或配偶 願意捐腎給我	<	<	<	<>	>	>	>	沒有適合的 家屬捐腎給我
我願意接受 家屬捐腎給我	<	<	<	<>	>	>	>	我不願意接受 家屬捐腎給我
我知道換腎手術的風險 及副作用，但為了不用 洗腎，承擔風險是值得 的	<	<	<	<>	>	>	>	擔心換腎手術失敗
我可以接受終身服用抗 排斥藥物及其風險	<	<	<	<>	>	>	>	我不能接受終身服用抗 排斥藥物及其風險
我不願意長期洗腎	<	<	<	<>	>	>	>	我可以接受洗腎
其他：	<	<	<	<>	>	>	>	其他：

接受腹膜透析的理由	比較接近 ← 一樣 → 比較接近							接受血液透析的理由
我很害怕打針	<	<	<	<>	>	>	>	我可以忍受打針
換藥水的時間 對我而言比較有彈性	<	<	<	<>	>	>	>	我可以配合 到醫院洗腎的時間
我可以找到 適合的換藥水地點	<	<	<	<>	>	>	>	我沒有適合的 換藥水地點
我很在意血液透析 併發症	<	<	<	<>	>	>	>	我很在意腹膜透析 併發症
我可以學習換液技術及 如何自我照顧, 或我的 家人可以協助	<	<	<	<>	>	>	>	我想要由醫護人員幫我 執行洗腎就好
我不能接受 手臂開刀做瘻管	<	<	<	<>	>	>	>	我不能接受 腹部開刀植管子
其他：	<	<	<	<>	>	>	>	其他：

步驟三、您對治療方式的認知有多少？請試著回答下列問題：

- 接受腎臟替代療法，是為了延續生命，改善尿毒症狀及生活品質？
☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不確定
- 三種腎臟替代療法中，腎臟移植有最好的存活率及生活品質？
☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不確定
- 腹膜透析與血液透析兩者長期的存活率及生活品質相近？
☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不確定
- 選擇腹膜透析治療，要學換藥水技術，但自主性較高，時間較彈性，可以依照自己的生活作息調整換藥水時間？
☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不確定

5. 選擇血液透析治療，需要先接受手臂瘻管手術，洗腎時要到醫療院所，治療過程均由醫療人員操作，每次洗腎要打兩支針，每週三次、每次 4~5 小時？

☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不確定

6. 接受腎臟移植後，需要一輩子服用抗排斥藥？

☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不確定

步驟四、您現在確認好醫療方式了嗎？

☐ 我已經確認好想要選擇的治療模式，我決定選擇：(下列擇一勾選)

☐ 腎臟移植

☐ 等待腎臟移植時，選擇腹膜透析治療

☐ 等待腎臟移植時，選擇血液透析治療

☐ 腹膜透析

☐ 血液透析

☐ 我想要與家人朋友討論後再作決定

☐ 我想要與我的主治醫師及照護團隊討論後再作決定

☐ 對於上述的治療模式，我想要再了解更多，我的問題是：

完成以上評估後，您可以列印及攜帶此份結果與您的醫師討論。

本文件於 106 年完成，製作文件內容僅供參考，各醫院提供之治療方案及程序不盡相同，詳情請與您的主治醫師及醫療團隊討論。

瞭解更多資訊及資源

1. 醫病共享決策平台：<http://sdm.patientsafety.mohw.gov.tw/>
2. 健康 99 網站：<http://health99.hpa.gov.tw/default.aspx>
3. 財團法人中華民國腎臟基金會：<http://www.kidney.org.tw/know/know.aspx>
4. 財團法人腎臟病防治基金會：<http://www.tckdf.org.tw>
5. 健康好腎活：<http://www.ckdlife.com.tw/index>
6. 財團法人器官捐贈移植登錄中心：<https://www.torsc.org.tw>

參考資料

- [1] 財團法人器官捐贈移植登錄中心。引自 <http://www.torsc.org.tw>。
- [2] 國家衛生研究院、台灣腎臟醫學會：2016 台灣腎病年報。苗栗縣：國家衛生研究院，2016。
- [3] 國家衛生研究院：2015 台灣慢性腎臟病臨床診療指引。苗栗縣：國家衛生研究院電子報，2015；628。取自 http://enews.nhri.org.tw/enews_css_list_new2.php?volume_index=628&showx=showarticle&article_index=10815&enews_dt=2015-11-19。
- [4] Snyder JJ, Israni AK, Peng Y, Zhang L, Simon TA, Kasiske BL. Rates of first infection following kidney transplant in the United States. *Kidney international* 2009; 75(3): 317-26. doi: 10.1038/ki.2008.580.
- [5] Li WH, Chen YJ, Tseng WC, et. al. Malignancies after renal transplantation in Taiwan: a nationwide population-based study. *Nephrology Dialysis Transplantation* 2012; 27(2): 833-839. doi: 10.1093/ndt/gfr277.
- [6] Kidney Research UK. Dialysis: making the right choices for you- The Dialysis Decision Aid Booklet. Available from <https://www.kidneyresearchuk.org/file/health-information/kr-decision-aid-colour.pdf>.
- [7] 2016 年健保倉儲醫療給付檔案分析系統

- [8] Lee YC, Hung SY. Different Risk of Common Gastrointestinal Disease Between Groups Undergoing Hemodialysis or Peritoneal Dialysis or With Non-End Stage Renal Disease: A Nationwide Population-Based Cohort Study. *Medicine (Baltimore)* 2015; 94(36): e1482. (健保資料庫)
- [9] Yang SF, Liu CJ, Yang WC, et al. The risk factors and the impact of hernia development on technique survival in peritoneal dialysis patients: a population-based cohort study. *Peritoneal Dialysis International* 2015; 35(3): 351-359. (健保資料庫)
- [10] NKF KDOQI Guidelines. Available from https://www2.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines_cvd/intradialytic.htm
- [11] Wang IK , Chang YC, Liang, CC, et al. Bacteremia in Hemodialysis and Peritoneal Dialysis Patients. *Internal Medicine* 2012; 51(9): 1015-1021.
- [12] Lin MY, Kuo MC, Hung CC, et al. Association of dialysis with the risks of cancers. *PLoS One* 2015;10(4):e0122856. doi: 10.1371/journal.pone.0122856.



財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

本文宣品經費由國民健康署運用菸品健康福利捐支應 廣告

腹膜透析病人居家訪視紀錄單(留存院所備查)

一、病人基本資料：

姓名： 性別：☐男 ☐女 主治醫師：

身分證號碼： 病歷號碼：

透析開始日期(YYYY/MM/DD)：

訪視日期： 訪視醫師/護理師：

目前透析方式：☐ CAPD ☐ APD ☐ CCPD

曾發生腹膜炎：☐ 是 ☐ 否

二、居家環境：

- 1.屋內環境：☐整齊清潔 ☐尚可 ☐雜亂 ☐灰塵 ☐其他
- 2.換液環境：☐特別設置換液間 ☐在臥房內 ☐沒有固定環境
密閉空間-☐有 ☐無 窗簾-☐有 ☐無
- 3.換液設備：☐有裝設紫外線滅菌燈 ☐有室內空調
☐電風扇 ☐微波爐 ☐電毯 ☐75%酒精噴槍
☐有透析專用桌子 ☐磅秤 ☐點滴架
☐口罩 ☐S掛鉤 ☐臉盆 ☐乾洗手液
- 4.換液桌面：☐木頭 ☐不銹鋼 ☐玻璃墊 ☐塑膠墊 ☐其他
- 5.換液位置：☐靠窗 ☐靠牆壁 ☐面對門 ☐背對光源 ☐其他
- 6.洗手用物：☐肥皂 ☐洗手乳 ☐無
- 7.洗手台：☐清潔 ☐髒污 流動的水-☐有 ☐無
- 8.擦手方式：☐擦手紙 ☐毛巾 ☐其他
- 9.透析液存放空間：☐整齊 ☐雜亂 ☐墊高 ☐陽光照射
☐潮濕 ☐陰暗 ☐灰塵
- 10.透析液擺放：濃度分類-☐有 ☐無 過期-☐有 ☐無 依日期存放-☐有 ☐無
堆放雜物-☐有 ☐無 過量-☐有 ☐無 其他
- 11.導管出口換藥用物：保存方法正確-☐有 ☐無
消毒溶液過期-☐有 ☐無
紗布過期- ☐有 ☐無
棉籤過期- ☐有 ☐無
☐生理食鹽水(☐20cc/☐500cc)
☐其他
- 12.換液後的處理：正確的善後處理(倒入馬桶)☐有 ☐無
APD水桶 ☐清潔 ☐汙垢
- 13.每日透析記錄本的記錄：☐有 ☐無 ☐偶爾

三、居家生活評估：

2.換液技術操作者：☐自己 ☐父母 ☐配偶 ☐子女 ☐外傭

☐多人輪流照顧 ☐其他

3.三餐飲食內容：☐家人或自己烹調食物 ☐外食 ☐素食

4.行動能力：☐正常 ☐需輔助器材 ☐臥床

5.日常生活狀況：☐能自行完成 ☐協助下完成 ☐需家人的協助

四、遵從性：

2.口服藥物：過期-☐有 ☐無 正確存放-☐有 ☐無 過量-☐有 ☐無

3.EPO 藥物：過期-☐有 ☐無 正確存放-☐有 ☐無 過量-☐有 ☐無

五、建議：

優點-

缺點-

六、照片：

1. 換液環境

2. 換液設備

3. 換液桌面

4. 換液位置

5. 洗手用物

6. 透析液存放空間

7. 藥水擺放

8. 導管出口換藥用物

9. 藥物(口服藥/EPO)

輔助型腹膜透析病人

醫護人員至居家(機構)處置紀錄單

【適用 P8117C】(留存院所備查)

一、病人基本資料：

姓名：_____ 性別：☐男 ☐女 主治醫師：_____

身分證號碼：_____ 病歷號碼：_____

透析開始日期(YYYY/MM/DD)：_____

訪視日期(YYYY/MM/DD)：_____ 訪視地點：☐住家 ☐機構

機構名稱/地址：_____

訪視院所：☐主責 ☐共同照護 訪視醫師/護理師：_____

目前透析方式：☐CAPD ☐APD ☐CCPD

曾發生腹膜炎：☐是 ☐否

二、輔助型腹膜透析適應症：

☐視力障礙（具身心障礙證明）。

☐上肢障礙（具身心障礙證明）。

☐65歲以上。

☐失能（巴氏量表小於60分）。

☐智能障礙（具身心障礙證明）。

☐失智症（具身心障礙證明）。

☐植物人。

☐因疾病特性致外出就醫不便：指所患疾病雖不影響運動功能，但外出就醫確有困難者，如遺傳性表皮分解性水皰症（泡泡龍）病人等。

三、輔助型腹膜透析的執行者：

姓名：_____ 性別：☐男 ☐女

身分證字號/外來人口統一證號：_____ 與病人的關係：_____

首次執行輔助型腹膜透析的日期(YYYY/MM/DD)：_____

四、請說明本次處置內容（確認或加強輔助型腹膜透析治療執行者的透析技術）：

報告事項

第 八 案

報告單位：本署醫務管理組

案由：新增「全民健康保險居家血液透析試辦計畫」案。

說明：

一、依據本署 114 年 3 月 5 日全民健康保險醫療給付費用門診透析預算 114 年第 1 次研商議事會議決議暨同年月 19 日全民健康保險門診透析相關計畫修訂案討論會議決議辦理（**附件 1，頁次報 8-4**）。

二、預算來源：

(一)114 年度門診透析預算，其中 433.5 百萬元專款預算「用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質費用」，其中 300 百萬元不得流用於一般服務。

(二)協定事項略以：考量居家血液透析為新的照護模式，請健保署會同門診透析服務相關團體審慎研議，於 114 年度總額公告後，完成擬訂專款「居家血液透析與提升其照護品質」之具體實施方式(包含：參與院所及醫師之資格條件與認定、適用對象、支付方式及結果面為導向之品質監測指標)，並提全民健康保險會報告。

三、旨案經前揭會議討論，規劃以試辦計畫方式實施，重點內容說明如下（**附件 2，頁次報 8-5～8-20**）：

(一)114 年度執行目標：

- 1.訓練 50 至 70 名居家血液透析病人進行在宅醫療。
- 2.預期 8 年內逐年增加至 800 名。

(二)參與院所及人員資格：

1.院所資格：

- (1)血液透析治療累積至少達 2,000 人次(含)以上。
- (2)具有至少一名專任腎臟專科醫師。

(3) 執行視訊訪視者，應具備視訊設備及資安管理機制。

2. 醫師資格：須具備以下各項條件

(1) 腎臟專科醫師。

(2) 完成 2 小時居家血液透析教育訓練課程，包括「居家血液透析概要」、「居家血液透析醫師訓練細則」。

3. 護理人員：須具備以下各項條件

(1) 領有台灣腎臟醫學會核發之血液透析護理人員資格核定證書，並有至少一年(含)以上血液透析護理經驗。

(2) 完成 2 小時居家血液透析教育訓練課程(實體)，包括「認識居家血液透析及病人常規照護」、「居家血液透析操作技術及異常處理」，並通過考試合格。

(3) 完成居家血液透析護理師一個月之訓練。

(三)適用對象：經醫師評估適合在宅執行血液透析之病人，且須經事前審查同意。

(四)支付方式：支付標準詳附件 2

1. 居家血液透析(次)：比照門診血液透析(次)採包裹給付，建議支付 3,912 點，於計畫書明訂醫療院所必須執行項目，包含病人技術訓練、遠端透析數據監控、透析紀錄及血液報告上傳等。

2. 居家訪視費：實地訪視支付 1,200 點、視訊訪視支付 420 點。

(五)結案條件：

1. 若發現病人未遵從醫囑治療，照護團隊應主動聯絡病人並進行實地家訪，若仍未改善，透析院所可終止病人居家血液透析治療。

2. 病人或家屬因故不願意繼續進行居家血液透析治療，得經醫師同意後，改為至透析院所接受血液透析治療。

3. 病人退場機制列入居家血液透析治療同意書內容中。

(六)品質監測指標：

- 1.居家血液透析訂定 4 項年度觀察指標，每年需至少 3 項以上達標。
- 2.若未達標者，送台灣腎臟醫學會進行審查，依審查結果辦理是否暫停其參與資格。

四、財務評估：

- (一)預估使用人數：統計 110 年至 112 年門診申報居家照護(案件分類 A1)且為在宅照護之病人，同年度申報 58029C「血液透析（一次）－門診－一般透析」人數為 917 人、976 人、945 人（年平均成長率為 1.52%）。以 112 年人數及成長率推估 114 年人數約 974 人；參考專家意見表示，約 1~5%會改用居家血液透析，以 114 年人數估算，以 5%計執行人數約 50 人。
- (二)居家血液透析：比照門診居家血液透析支付 3,912 點，爰不增加財務支出。
- (三)居家訪視費：以提案單位建議，訓練期間居家訪視至少 2 次、常規訪視一年 1 次，爰以第一年訪視 2 次估算，每次訪視支付 1,200 點，增加財務支出 12 萬點。

五、另民眾自行負擔透析機及水處理設備費用上限提案單位參考現行自費市場建議訂為 120,000 元/年。

六、本案將依程序報請衛生福利部核定後公告實施。

決定：

全民健康保險醫療給付費用門診透析預算 114 年第 1 次研商議事會議紀錄

時間：114 年 3 月 5 日下午 2 時 00 分

地點：本署 18 樓大禮堂

主席：石署長崇良

紀錄：張美鳳

出席代表（以下略）

列席單位及人員（以下略）

壹、主席致詞(略)

貳、門診透析預算研商議事會議前次會議紀錄，請參閱（不宣讀）確認（略）

參、報告事項（略）

肆、討論事項

第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：新增「居家血液透析」診療項目案，提請討論。

決議：研議以居家血液透析試辦計畫模式執行，後續提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議討論。

散會：下午 5 時 15 分

全民健康保險居家血液透析試辦計畫(草案)

中華民國 114 年○月○日健保醫字第 1140000000 號公告

壹、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、計畫目的

- (一)提升血液透析整體醫療品質(5 年存活率及生活品質)。
- (二)推動在宅醫療及ESG節能減碳政策。

參、計畫期間：

自 114 年 1 月 1 日至 114 年 12 月 31 日。

肆、預算來源：

114 年度全民健康保險醫療給付費用門診透析服務總費用中之用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質費用 433.5 百萬元，屬專款專用性質，其中 300 百萬元不得流用於一般服務。

伍、114 年度執行目標

- (一)114 年訓練 50 至 70 名居家血液透析病人。
- (二)預期 8 年內逐年增加至 800 名(約血液透析總人數之 1%)

陸、參與院所資格與申請程序

由具有下列資格之全民健康保險(下稱本保險)特約醫療院所，向本保險分區業務組提出申請(執行院所及人員資格請學會協助初審)：

一、院所資格：

- (一)血液透析治療累積至少達 2,000 人次(含)以上。
- (二)具有至少一名專任腎臟專科醫師。
- (三)執行居家視訊訪視者，應具備視訊設備及資安管理機制〔應完成填具通訊診察治療實施計畫書(附件)〕

二、醫師資格：須具備以下各項條件

(一)腎臟專科醫師。

(二)完成 2 小時居家血液透析教育訓練課程(實體)，課程內容須包括「居家血液透析概要」、「居家血液透析醫師訓練細則」。

三、護理人員：須具備以下各項條件

(一)領有台灣腎臟醫學會核發之血液透析護理人員資格核定證書，並有至少一年(含)以上血液透析護理經驗。

(二)完成 2 小時居家血液透析教育訓練課程(實體)，課程內容須包括「認識居家血液透析及病人常規照護」、「居家血液透析操作技術及異常處理」，並通過考試合格。

(三)完成居家血液透析護理師一個月之訓練。

柒、收案對象

一、經醫師評估適合在宅執行血液透析之病人，且須經事前審查同意。

二、下列病人不得執行本項目：

(一)有精神相關疾病者。

(二)無同居之家人或友人。

(三)無固定居所者。

(四)個人衛生或遵從性有問題者。

捌、照護內容

主治醫師應整體評估病人之醫療需求，開立居家血液透析照護醫囑，並由醫療團隊提供醫療服務。照護內容如下：

一、病人技術訓練：執行居家血液透析之病人，需先接受 8 至 12 週的完整訓練，訓練內容包括血管通路穿刺、血液透析機的操作與故障排除、血壓及脈搏的監測、紀錄透析的過程與結果、緊急狀況的處置、醫療廢棄物之處裡、透析 RO 水質監控等，並確認病人可自行操作透析及排除儀器故障。

二、居家血液透析：

(一)提供居家透析病人所需之檢驗、藥劑、一般材料、特殊材料；特殊藥劑費用(含 EPO)及腎性貧血之輸血費。

(二)遠端監測及透析品質管理：至案家完成遠端生命徵象及透析設備數據等監測設備之架設及設定、教導病人及照顧者使用設備、電子資料處理、醫事人員監測判讀；照護團隊應將遠端監測設備之廠牌、型號及使用頻率記載於病歷並保留照片備查。

三、居家訪視：

(一)訓練期間：居家訪視至少 2 次，初次訪視至案家完成居家環境評估及水電裝修建議；第二次訪視為病人結訓後首次回家透析之訪視。

(二)常規訪視及緊急訪視：居家訪視一年至少 1 次，初次訪視須以實地家訪；第二次之後之訪視可採實體或視訊家訪。

玖、支付標準

符合本計畫之收案病人，接受以醫師為主導之醫療團隊提供居家血液透析照護，醫療院所得依下列支付標準核實申報。

編號	診療項目	支付點數
P8701C	居家血液透析(次) 註： 1. 所訂點數包含技術費、檢驗費、藥劑費、一般材料費、特殊材料費、特殊藥劑費用(含 EPO)，遠端生命徵象及透析設備數據等監測設備成本(如血壓、血氧、呼吸、鉀、鈉、脫水、透析起迄時間等)、至案家完成設備架設及設定、教導病人及照顧者使用設備、電子資料處理、醫事人員監測判讀及行政成本等。 2. 照護團隊應將遠端監測設備之廠牌、型號及使用頻率記載於病歷並保留照片備查。	3912

編號	診療項目	支付點數
	<p>3. 不得同時申報項目：58001C、58027C、58029C、58002C、58007C、58009C~58012C、58017C、58028C、47073B、58014C、58018C、58030B。</p> <p>4. 申報時必要檢附文件：居家血液透析紀錄、血液檢查報告〔BUN、Cr、Albumin、Ca、P、Na、K、Hb(或 Hct)〕。</p>	
P8702C P8703C	<p>居家訪視費(次)</p> <p>—實地訪視</p> <p>—視訊訪視</p> <p>註：</p> <p>1. 訓練期間：限申報至多 2 次，初次訪視至案家完成居家環境評估及水電裝修建議；第二次訪視為病人結訓後首次回家透析之訪視。</p> <p>2. 常規訪視：限一年申報 1 次，初次訪視須以實地家訪；第二次之後之訪視可採實體或視訊家訪。</p> <p>3. 不得同時申報項目：全民健康保險居家醫療照護整合計畫所訂「醫師訪視費用」、「護理人員訪視費用」、全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第六節 58026C「居家訪視—居家透析治療」及第五部第一章居家照護「護理訪視費」、「醫師訪視費」。</p>	<p>1,200</p> <p>420</p>

玖、醫療費用申報、審查及核付原則

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、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險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、醫療費用申報與核付(後補)

三、當年之費用及相關資料請於次年 1 月 20 日前申報受理完成(3 月底核定)，未依期限申報者，不予核發本計畫相關費用。

四、民眾自行負擔透析機及水處理設備費用每年上限 12 萬元。

拾、結案條件：

- 一、若發現病人未遵從醫囑治療，照護團隊應主動聯絡病人並進行實地家訪，若仍未改善，透析院所可終止病人居家血液透析治療。
- 二、病人或家屬因故不願意繼續進行居家血液透析治療，得經醫師同意後，改為至透析院所接受血液透析治療。
- 三、病人退場機制列入居家血液透析治療同意書內容中。

拾壹、觀察指標(列為次年度是否繼續辦理之參考)

- 一、居家血液透析訂定下列 4 項年度觀察指標，每年需至少 3 項以上達標。
- 二、未達標者，送台灣腎臟醫學會進行審查，依審查結果辦理是否暫停其參與資格。

三、居家血液透析年度觀察指標	
年度照護品質指標項目	各透析院所病人監測值達成率
1.血清白蛋白(Albumin ≥ 3.8 gm/dl (BCG)或 3.3gm/dl(BCP))	受檢率 $\geq 95\%$ ，且合格率 $\geq 80\%$
2. URR $\geq 70\%$	受檢率 $\geq 95\%$ ，且合格率 $\geq 95\%$
3. Hb ≥ 9.0 g/dL	受檢率 $\geq 95\%$ 且合格率 $\geq 90\%$
4. 鈣磷乘積 ≤ 60 mg ² /dL ²	受檢率 $\geq 95\%$ ，且合格率 $\geq 80\%$

說明:1.參考現行門診透析服務品質指標制定。

2.居家血液透析季度觀察指標較現行門診透析服務品質指標嚴謹。

現行門診透析服務品質指標	
年度照護品質指標項目	各透析院所病人監測值達成率
1.血清白蛋白(Albumin ≥ 3.5 gm/dl (BCG)或 3.0gm/dl(BCP))	受檢率 $\geq 95\%$ 且合格率 $\geq 75\%$

現行門診透析服務品質指標	
2. URR \geq 65%	受檢率 \geq 95%且合格率 \geq 95%
3. Hb $>$ 8.5 g/dL	受檢率 \geq 95%且合格率 \geq 90%
4. 鈣磷乘積小於 60 mg ² /dL ²	受檢率 \geq 95%且合格率 \geq 80%

拾貳、計畫管理機制

- 一、保險人負責本計畫之研訂與修正。
- 二、保險人分區業務組負責審核特約醫事服務機構之參與資格、核定及輔導轄區特約醫事服務機構執行計畫、核發費用。

拾參、退場機制

- 一、參與本計畫之特約醫事服務機構，未依排定時間進行實地訪視且未事先通知病人、無故拒絕轉介單位轉介之病人、或參與本計畫有待改善事項，經保險人通知限期改善而未改善者，應自保險人通知終止執行本計畫日起退出本計畫。經保險人終止計畫參與資格者，一年內不得再申請參與本計畫。
- 二、參與本計畫之特約醫事服務機構如涉及特管辦法第三十八至 四十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者），應自保險人第一次核定違規函所載核定停約或終止特約日起退出執行本計畫，惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫事服務機構提供本計畫服務之成效，另予考量。
- 三、特約醫事服務機構如經保險人分區業務組審查不符合參與資格或應終止參與資格，得於通知送達日起 30 日內，以書面向保險人分區業務組申請複核，但以一次為限。

拾肆、資訊公開及計畫修正程序

- 一、資訊公開：保險人得公開參與本計畫之院所名單及相關品質資訊，供民眾參考。

- 二、 保險人得視費用支付情形，隨時召開會議研議修訂本計畫之相關內容。
- 三、 新年度計畫公告前，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。
- 四、 計畫修正程序：本計畫由保險人與台灣腎臟醫學會及醫事服務機構相關團體代表共同修訂後，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者，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，由保險人逕行修正公告。

「(醫療機構名稱)」通訊診察治療實施計畫書(範本)草案

一、計畫目的/宗旨

二、計畫依據

(醫療機構名稱)依據通訊診察治療辦法規定，針對符合通訊診察治療辦法(下稱本辦法)第3條所定下列「特殊情形」(勾選如下，可複選)之病人執行通訊診察治療，茲依據本辦法第18條規定，擬具本實施計畫，報請主管機關核准。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> (第1款)急性後期照護 | <input type="checkbox"/> (第6款)疾病末期照護 |
| <input type="checkbox"/> (第2款)慢性病照護計畫收案病人 | <input type="checkbox"/> (第7款)矯正機關收容照護 |
| <input type="checkbox"/> (第3款)長期照顧服務 | <input type="checkbox"/> (第8款)行動不便照護 |
| <input type="checkbox"/> (第4款)家庭醫師收治照護 | <input type="checkbox"/> (第9款)災害、傳染病或其他重大變故照護 |
| <input type="checkbox"/> (第5款)居家醫療照護 | <input type="checkbox"/> (第10款)國際醫療照護 |

【填寫說明】

- 擬執行特殊情形通訊診療之醫療機構，如欲同時執行2種以上之特殊情形之通訊診療服務時，可合併於1份計畫書填寫後，陳報衛生局核准；惟本計畫書中「實施計畫」項下特別標註之子項，應依本頁所勾選之特殊情形款次，依序分別撰寫。
- 依本辦法第18條第3項規定，醫療機構所執行之通訊診療，係經中央主管機關或所屬機關(如中央健康保險署等)核定者，得以核定文件替代本實施計畫，陳報地方衛生局備查，無須填寫本實施計畫陳報衛生局核准。另「核定文件」形式不拘，中央主管機關核定公文、契約書或資訊系統核准畫面均可。

三、實施計畫

(一)實施之主責醫師、其他主責醫事人員：

【如勾選多款特殊情形，請複製下列表格、分款填寫】

(請下拉選單擇定)

1、主責醫師(即本計畫主持人)	
部門、執業科別	姓名
2、其他醫事人員之 <u>主責</u> 人員	
醫事人員類別	姓名(如為其他合作機構人員，請併予敘明機構名稱)
(例如：護理師)	○○○
(例如：物理治療師)	○○○ (A 物理治療所)

(請下拉選單擇定)	
1、主責醫師(即本計畫主持人)	
部門、執業科別	姓名
2、其他醫事人員之 <u>主責</u> 人員	
醫事人員類別	姓名(如為其他合作機構人員，請併予敘明機構名稱)
(例如：護理師)	○○○
(例如：物理治療師)	○○○ (A 物理治療所)

【填寫說明】

- 1、主責醫師請敘明執業科別，其他類醫事人員各指定1名主責人員即可。
- 2、本辦法第18條第4項規定，主責醫事人員如有異動，應自事實發生之日起30日內報直轄市、縣（市）主管機關備查。

(二)醫療項目：

【如勾選多款特殊情形，請複製下列表格、分款填寫】

(請下拉選單擇定)			
勾選欄	醫療項目(可複選)	勾選欄	醫療項目(可複選)

<input type="checkbox"/>	詢問病情	<input type="checkbox"/>	精神科心理治療
<input type="checkbox"/>	提供醫療諮詢	<input type="checkbox"/>	開立處方(應符合本辦法第 16 條規定始得開立)
<input type="checkbox"/>	診察、診斷、醫囑		
<input type="checkbox"/>	開立檢查、檢驗單	<input type="checkbox"/>	原有處方之調整或指導
<input type="checkbox"/>	會診	<input type="checkbox"/>	衛生教育

(請下拉選單擇定)			
勾選欄	醫療項目(可複選)	勾選欄	醫療項目(可複選)
<input type="checkbox"/>	詢問病情	<input type="checkbox"/>	精神科心理治療
<input type="checkbox"/>	提供醫療諮詢	<input type="checkbox"/>	開立處方(應符合本辦法第 16 條規定始得開立)
<input type="checkbox"/>	診察、診斷、醫囑		
<input type="checkbox"/>	開立檢查、檢驗單	<input type="checkbox"/>	原有處方之調整或指導
<input type="checkbox"/>	會診	<input type="checkbox"/>	衛生教育

- 使用通訊方式提供醫療項目之服務流程：_____。

【填寫說明】

- 1、**醫療項目**，限於本辦法第15條第1項第1款至第9款內容。
- 2、請敘明醫療項目、服務流程(例如：何時、確認病人身分、收費、使用通訊診療之流程或提供處方箋等方式等)。
- 3、如有合作機構，亦請敘述合作機構如何參與醫療服務。

(三)實施對象：

勾選欄

符合本辦法第 3 條特殊情形(未勾選之欄位得刪除)

☐

第 1 款：急性後期照護(不得為初診病人)

●為☐緊急外傷病人、☐急性冠心症病人、☐精神疾病急性病人、☐急性腦中風病人、☐慢性阻塞性肺病病人、☐慢性心衰竭病人、☐手術後病人或☐其他需急性後期照護之病人，於離開醫院、診所後三個月內施行之追蹤診療及照護。

●勾選其他者，請敘明病人情形及理由：
_____。

☐

第 2 款：慢性病照護計畫收案病人(不得為初診病人)

●指為主管機關或其所屬機關有關慢性病照護計畫收案之病人，因病情需要，施行之診療及照護。

註：如為「中央」主管機關或其所屬機關之照護計畫，則毋須填寫本實施計畫報地方衛生局核准。

☐

第 3 款：長期照顧服務(不得為初診病人)

●指為與醫療機構訂有醫療服務契約之☐長期照顧服務機構、☐老人福利機構、☐身心障礙福利機構、☐護理機構或☐其他相類機構，就失智、失能或行動不便之機構住民，施行之診療及照護。

註：勾選本欄位者，以下「(五)合作之醫事機構、第六條所定機構或矯正機關」，為必填項目。

☐

第 6 款：疾病末期照護(不得為初診病人)

●本款實施對象應符合為減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦，施行之緩解性、支持性診療及照護。

☐

第 7 款：矯正機關收容照護

●本款實施對象應符合為矯正機關收容人，施行之診療及照護。

●依本辦法第18條第1項後段規定，執行本款者，應先徵得矯正機關同意。

註：勾選本欄位者，以下「(五)合作之醫事機構、第六條所定機構或矯正機關」，為必填項目。

☐

第 8 款：行動不便照護(不得為初診病人)

●本款實施對象應符合下列條件，致外出就醫不便之病人，施行之診療及照護：

☐失能(長期照顧服務法第 3 條第 2 款)

☐身心障礙(身心障礙者權益保障法第 5 條)

☐重大傷病(全民健康保險法第 48 條第 1 項第 1 款)

- **第 9 款：災害、傳染病或其他重大變故照護**
- 本款所稱災害、傳染病或其他重大變故照護，指為居住地區發生災害防救法第二條第一款所定災害、傳染病防治法第三條第一項所定傳染病，或其他重大變故，未能或不便至醫療機構就診之病人，施行之診療及照護。
- **第 10 款：國際醫療照護**
- 本款實施對象應符合為境外之我國或非我國籍病人，施行之諮詢、診療及照護。

【填寫說明】

- 1、本辦法第20條第1項第2款規定，醫師實施通訊診療時，應確認病人身分；**第三條第一款至第六款及第八款情形**，**不得為初診病人**。
- 2、請勾選符合本辦法第3條之款次，並敘明實施對象來源。

(四)實施期間：

【填寫說明】

申請實施期間，**建議至多為 4 年**。

(五)合作之醫事機構、第六條所定機構或矯正機關：

1、合作之醫事機構

【如勾選多款特殊情形，請複製下列表格、分款填寫】

(請下拉選單擇定)			
機構名稱	機構類別	地址	聯絡人姓名、電話

(請下拉選單擇定)			
機構名稱	機構類別	地址	聯絡人姓名、電話

2、服務機構（本辦法第6條所定機構或矯正機關）

機構名稱	機構類別	地址	聯絡人姓名、電話
	（請下拉選單擇定）		
	（請下拉選單擇定）		

(六)通訊診療告知同意書

本計畫收案對象將以____(書面/電子)方式簽署「(醫療機構名稱)

通訊診療告知同意書」，內容如附件。

【填寫說明】

- 1、病患得以書面、電子方式簽署告知同意書。
- 2、上開電子方式，得以電子簽章法所定電子文件、電子簽章或數位簽章方式為之，且須具不可否認性。

(七)個人資料保護及資料檔案安全維護措施

- 1、本實施計畫申請機構是否為「醫院個人資料檔案安全維護計畫實施辦法」第4條第1項第1款所稱之醫院？
☐ 是，安全維護計畫業以○年○月○日○○字第○○○號函送貴局備查。
☐ 否，惟仍應依個人資料保護法第18條辦理安全維護事項，或依同法第27條採取採行適當之安全措施。
- 2、本案通訊診療使用之資訊系統，是否涉及病歷資料之傳輸、交換、儲存，或開立處方、檢查、檢驗單：
☐ 是；☐ 否（勾「否」者，免填以下第3點）
- 3、承2，本案通訊診療所使用涉及「病歷資料之傳輸、交換、儲存，或開立處方、檢查、檢驗單」之資訊系統(名稱：○○○)，已具備個人身分驗證、符合國際標準組織通用之資料傳輸加密機制，並符合醫療機構電子病歷製作及管理辦法之相關規定：
(1) 已實施電子病歷，並函報貴局備查。函報貴局日期文號：○年○月○日○○字第○○○號。

(未曾備查者，請依醫療機構電子病歷製作及管理辦法第9條規定，於實施之日起15日內，報衛生局備查)

(2) 上述通訊診療之資訊系統，係：

- ☐ 本實施計畫申請機構自行建置；
- ☐ 委託(機構、法人、團體或大學名稱)建置及管理；受託機構已通過中央主管機關認可之資訊安全標準驗證，並訂有書面契約。【請檢附「委託契約」及「受託機構通過中央主管機關認可之資訊安全標準驗證證明」】

4、其他個資及資安保護措施：_____

【填寫說明】

- 1、非屬醫院個人資料檔案安全維護計畫實施辦法第4條第1項第1款所稱之醫院者，免填第3點。
- 2、通訊診療資訊系統如係委託機構、法人、團體或大學建置及管理，應敘明受託機構名稱，以及符合本部113年3月12日衛部資字第1132660106號公告之資訊安全標準驗證規定。
- 3、醫療機構於擬具本計畫書時，應注意通訊診察治療之相關程序，並符合我國個人資料保護法等相關規範。

(八)其他事項

自費醫療項目資訊：

自費醫療項目 名稱	收費費額或 標準	地方衛生主管機關 核定情形
		<input type="checkbox"/> 已核定 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 尚未申請
		<input type="checkbox"/> 已核定 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 尚未申請

【填寫說明】

- 5、申請機構得視計畫實際內容需要，於本項撰寫內容。
- 6、如有新增醫療費用項目時，醫療機構應另依醫療法第21條規定，送地方政府衛生局核定。

醫療機構用印：

負責醫師用印：

中華民國

年

月

日

附件：(醫療機構名稱)通訊診療告知同意書

病人基本資料	
姓名：	出生日期：
病歷號碼：	地址：
擬實施之服務項目：	

1. (醫療機構名稱)將以通訊提供醫療服務，其通訊使用之軟體/硬體為_____，
我已知悉如何使用，並且貴院(診所)已向我解釋以通訊方式提供醫療服務
之步驟、限制、風險等相關資訊，我同意使用此通訊方式接受診察、治療。
2. 我已知悉通訊方式與醫師親自診察治療不同，如經醫師評估病情，不適宜以
通訊方式診療時，得建議我改以其他方式接受診察、治療。
3. 如果遇到技術性問題、危急情況，能與我聯絡的電話是_____ (或緊急
聯絡人_____，電話_____)。

立同意書人姓名：

簽名：

關係：病人之

身分證統一編號/居留證或護照號碼：

日期：_____

報告事項

第九案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」案。

說明：

一、依據本署 114 年 3 月 12 日全民健康保險醫療給付費用醫院總額 114 年第 1 次研商議事會議決議辦理。

二、家庭醫學醫學會(下稱家醫學會)針對本案提出以下建議：

(一)比照家庭醫師整合性照護計畫(下稱家醫計畫)訂定專科醫師參與人數占比，或僅限內科、家庭醫學科、兒科專科醫師參與。

(二)調整開辦建置費支付條件。

(三)社區衛教宣導納入三高防治內容。

(四)回饋一定比率獎勵予績優人員。

三、針對上述建議，本署說明如下：

(一)有關訂定專科醫師別及占比部分：

- 1.考量全人計畫組織運作方式與家醫計畫不同，且因地區醫院規模大小不一，部分為專科醫院，難以比照家醫計畫訂定參與計畫專科醫師人數占比。
- 2.考量部分三高病人於神經科、泌尿科及精神科就診，且部分地區醫院無內科、家庭醫學科、兒科專科醫師，及醫療資源缺乏地區之地區醫院缺乏專科醫師情形，爰放寬地區醫院無家庭醫學科、內科及兒科專科醫師，得由其他專科醫師參與，並應接受家庭醫師教育訓練課程。

(二)為鼓勵地區醫院參與及使用家醫大平台，調整開辦建置費僅支付至 114 年止，自 115 年起不支付。

(三)社區衛教宣導內容配合健康台灣三高防治 888 政策目標，納入三高防治內容，其中高血壓防治須包含 722 原則。

(四)為鼓勵本計畫績優參與人員，新增給付項目應回饋一定比率

予參與計畫之績優人員規定。

- 四、其餘修訂事項同醫院研商會議提案內容，與上述說明綜整如 114 年全人計畫研擬修訂事項(附件 1，頁次報 9-3~9-5)、條文對照表如附件 2(頁次報 9-6~9-41)。
- 五、財務評估：綜整各項修訂事項，推估 114 年所需預算約為 4.05 億點(附件 3，頁次報 9-42~9-43)(年度預算為 5 億元)。
- 六、本案如獲共識，將依程序陳報衛生福利部核定。

決定：

114 年地區醫院全人全社區照護計畫研擬修訂事項

- (一)組織運作：考量部分三高病人於神經科、泌尿科及精神科就診，且部分地區醫院無內科、家庭醫學科、兒科專科醫師，及醫療資源缺乏地區之地區醫院缺乏專科醫師情形，爰放寬地區醫院無家庭醫學科、內科及兒科專科醫師，得由其他專科醫師參與，並應接受家庭醫師教育訓練課程。
- (二)新增收案對象：為強化心血管防治，114 年起收案對象納入動脈粥狀硬化心血管疾病(下稱 ASCVD)病人之風險等級達非常高或極高之保險對象，透過交付較需照護名單，增加該類病人有其專責照護醫師，及早介入。
- (三)管理登錄個案及計畫申請方式：為利本計畫推展，計畫申請及收案程序期限修訂為 2 個月；若前一年度已為全人計畫會員，無須於隔年度重新派案及收案；並簡化延續參與醫院申請方式。
- (四)教育訓練：配合參與醫師新增專科醫師，新增應接受家庭醫師及其他專科醫師專業教育訓練課程規定。
- (五)開辦建置費：
1. 為落實健康台灣 888 防治目標，鼓勵地區醫院參與及使用家醫大平台，調整開辦建置費僅支付至 114 年止，自 115 年起不支付。
 2. 為鼓勵本計畫參與醫院善用家醫大平台，掌握病人健康狀況，調整支付條件為使用家醫大平台。
- (六)績效獎勵費用：自 114 年起支付績效獎勵費。
- (七)修訂「三高疾病整合照護提升費」為「血糖、血脂管理提升費」：
1. 現行計畫僅針對三高病人，新增 ASCVD 之風險等級達非常高或極高，並依據收案個案的疾病類型(含風險等級)、控制良好之檢驗項目數，給予相對應之整合照護提升費：150 點/250 點/550 點。
 2. 獎勵對象僅限於控制良好個案(不含進步)，又控制良好定義為

「當年度最後一次檢驗結果，或當年半數以上檢驗結果達控制良好範圍」。

3. 為鼓勵地區醫院上傳血壓檢查結果，自選指標增列血壓上傳率，俟醫院規律上傳後再列入控制良好提升費項目中，爰檢驗(查)項目排除血壓。

(八) 新增「糖尿病病人胰島素注射獎勵費」：

1. 適用對象：糖尿病收案會員。
2. 給付條件：持續施打胰島素(前一年胰島素注射天數 ≥ 28 天，當年度胰島素注射天數 ≥ 168 天)。
3. 支付方式：每一個案，每年度支付獎勵 300 點。另因新施打個案已於 P4P-DM 獎勵，爰不重複支付。

(九) 為鼓勵本計畫績優參與人員，新增給付項目應回饋一定比率與參與計畫之績優人員規定。

(十) 修訂部分評核指標得分閾值及內容：

1. 結構面指標：

- (1) 調整內容：個案研討、社區衛教宣導納入三高防治內容，其中高血壓防治須包含 722 原則(10 分)。
- (2) 調整配分及內容：接受生活習慣諮商或衛教率(5 分)。
- (3) 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」服務或全民健康保險在宅急症照護試辦計畫，移列至自選指標。

2. 過程面指標：

- (1) 「成人預防保健檢查率」及癌症篩檢相關指標，分子調整為收案會員於基層診所或醫院執行各項檢查人數。
- (2) 配合國民健康署修正「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」，修訂 3 項指標之計算年齡區間，另「成人預防保健檢查

率」排除 P4P-DM/CKD/DKD 或代謝計畫收案個案。

3. 結果面指標：

- (1) 「三高疾病監測數據控制良率」調整為「血糖、血脂監測數據控制良(或進步)率」；並參考家醫計畫修訂閾值。
- (2) 「糖尿病會員胰島素注射率」及「糖尿病人眼底檢查執行率」合併成「糖尿病會員照護」，任一項達標得 5 分。
- (3) 「收案會員重複用藥情形」移列至自選指標。

4. 新增自選指標 5 項：擇最優 2 項參加評分

- (1) 提升社區照護品質及健康(5 分)。
- (2) 配合政策推動指標(皆為 5 分，僅能擇一計分)：

甲、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」服務或全民健康保險在宅急症照護試辦計畫。

乙、提供預立醫療照護諮商。

丙、提升全民健康保險急性後期整合照護計畫收案人數。

- (3) 假日開診並公開開診資訊(5 分)。
- (4) 收案會員重複用藥情形(5 分)。
- (5) 血壓上傳率(5 分)。

(十一)修訂退場機制：為維護家醫計畫及全人計畫照護品質，參與計畫之醫師所屬醫療群/醫院若當年度評核指標達退場規定，需退出計畫，一年內不得參加家醫計畫及全人計畫。

健康保險地區醫院全人全社區照護計畫(下稱全人計畫)」修正對照表

114年修訂條文	現行條文	說明
(同現行條文)	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。	
(同現行條文)	貳、預算來源 全民健康保險醫院醫療給付費用總額中之「地區醫院全人全社區照護計畫」專款項目。	
(同現行條文)	參、計畫目的 一、由保險人分階段提供最適收案名單予地區醫院收案照護，藉由整合醫院的醫療及人力資源，使保險對象於其最常就醫之主要照護醫院中，獲得完善且整合性之醫療照護。 二、針對高血糖、高血脂及高血壓(下稱三高)疾病高風險族群納入照護管理，達到三高防治888(80%三高病人加入照護網、80%收案病人接受生活習慣諮商、80%收案病人達到三高控制)政策目標。	
肆、計畫期間 公告實施日至 <u>114年12月31日</u> 。	肆、計畫期間 公告實施日至 <u>113年12月31日</u> 。	配合調整為新一年度
伍、組織運作	伍、組織運作	1. 家庭醫學醫學會建議：全

114年修訂條文	現行條文	說明
<p>一、參與醫事機構資格：本保險特約之地區醫院。</p> <p>二、參與計畫團隊組成：</p> <p>(一)參與醫師應具有家庭醫學科、內科或兒科專科醫師資格。<u>如地區醫院無前述三科專科醫師，得由其他專科醫師參與。</u></p> <p>(二)專任或兼任營養師1名、專任個案管理人員1名。</p> <p>(三)地區醫院應與社區民眾共同生活圈之1~2家區域級以上醫院及5家以上診所建立轉診及合作機制。如為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之醫院，得與1~2家區域級以上醫院及1家以上診所建立轉診及合作機制。</p>	<p>一、參與醫事機構資格：本保險特約之地區醫院。</p> <p>二、參與計畫團隊組成：</p> <p>(一) 參與醫師應具有家庭醫學科、內科或兒科專科醫師資格。</p> <p>(二) 專任或兼任營養師1名、專任個案管理人員1名。</p> <p>(三) 地區醫院應與社區民眾共同生活圈之1~2家區域級以上醫院及5家以上診所建立轉診及合作機制。如為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之醫院，得與1~2家區域級以上醫院及1家以上診所建立轉診及合作機制。</p>	<p>人計畫參與醫師專科別比照家醫計畫1/2以上診所專任醫師需具有內科、外科、婦產科、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規定，或僅限內科、家庭醫學科、兒科專科醫師參與。</p> <p>2. 健保署說明：</p> <p>(1)家醫計畫係以社區醫療群之組織運作型式，由同一地區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。</p> <p>(2)全人計畫為同一地區醫院之家庭醫學科或內科或兒科專科醫師、營養師及個案管理人員組成照護團隊，因地區醫院規模大小不一，部分為專科醫院，難以比照家醫計畫訂定參與計畫專科醫師人數占</p>

114年修訂條文	現行條文	說明
		<p>比。</p> <p>(3)經分析113年全人計畫派案醫院335家地區醫院中，派案對象之三高就醫科別為神經科、泌尿科及精神科計有220家，其中無內科、家庭醫學科、兒科任一科專科醫師計24家(20家為精神科醫院、1家為泌尿科醫院、1家為脊椎外科醫院、1家為耳鼻喉科醫院、1家位於醫療資源缺乏地區施行區域，僅2位急診醫學科專科醫師)。</p> <p>(4)考量部分三高病人於神經科、泌尿科及精神科就診，且部分地區醫院無內科、家庭醫學科、兒科專科醫師，及醫療資源缺乏地區之地區醫院缺乏專科醫師情形，爰放寬地區醫院無家庭醫學科、內科及兒科專科醫師，得由其他專科醫師參與，並應接受</p>

114年修訂條文	現行條文	說明
		家庭醫師教育訓練課程。
(同現行條文)	<p>陸、執行內容：</p> <ol style="list-style-type: none"> 一、會員之個人健康資料建檔(含家族史、生活型態)，並按健康狀況及疾病樣態，訂定治療計畫書。 二、提供及提醒相關預防保健、癌篩、疫苗注射等。 三、提供疾病治療及相關檢驗(查)，定期檢視個案健康數據(血糖/血壓/體重/檢驗檢查)，並給予疾病相關照護資訊、飲食與生活相關衛教。 四、定期評估會員健康狀況是否需轉介居家或長照服務。 五、定期辦理健康促進或疾病衛教宣導等活動，院內召集照護團隊舉辦個案研討，確保全人照護品質。 六、設立會員24小時諮詢專線： <ol style="list-style-type: none"> (一) 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： <ol style="list-style-type: none"> 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。 	

114年修訂條文	現行條文	說明
	<p>(二) 應由執業登記於該醫院之醫事人員接聽，醫院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。</p> <p>七、建立醫療照護品質提升及轉診機制：訂定團隊內合作照護機制及相關流程，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建立雙向轉診流程、共同照護機制、醫療品質提升計畫。</p> <p>八、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，提升慢性病會員照護品質。</p> <p>九、醫院（含合作醫院）應提供收案會員加值服務，如就醫、檢查快速通道、掛號優先等。</p> <p>十、鼓勵所屬會員下載個人健康存摺做好健康管理，並鼓勵會員利用健康存摺填寫會員滿意度調查。</p> <p>十一、醫院應設置專任個案管理人員至少1名，應由執業登記於該醫院之醫事人員、具醫務管理或公共衛生背景之非醫事人員擔任，辦理下列事</p>	

114年修訂條文	現行條文	說明
	<p>項：</p> <p>(一) 協助調查個案健康狀況、聯繫及協調照護計畫。</p> <p>(二) 協助處理安排會員轉診及追蹤轉診會員治療結果。</p> <p>(三) 協助會員之個案管理與衛教宣導。</p> <p>(四) 對於穩定之慢性病會員提供持續性的追蹤關懷。</p> <p>十二、應製作本計畫收案會員權利義務說明書或計畫會員通知(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，並提供收案對象確認回饋機制，並留存備查。</p> <p>十三、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。</p>	
<p>柒、收案對象(會員)</p> <p>一、保險人依全民健康保險申報門診醫療費用資料，擷取前一年西醫醫院門診明細清單資料(排除外傷及代辦案件如：產檢、小兒健檢、流感注射等)後，針對三高就醫(以高血糖、高血脂及高血壓就醫並用藥)及動脈粥狀硬化心血管疾病(下稱 ASCVD)風險等級達非常高</p>	<p>柒、收案對象(會員)</p> <p>一、保險人依全民健康保險申報門診醫療費用資料，擷取前一年西醫醫院門診明細清單資料(排除外傷及代辦案件如：產檢、小兒健檢、流感注射等)後，針對三高就醫之保險對象(以高血糖、高血脂及高血壓就醫並用藥)做為較需照護名</p>	<p>為強化心血管防治，收案對象納入 ASCVD 之風險等級達非常高或極高之保險對象。</p>

114年修訂條文	現行條文	說明
<p><u>或極高</u>之保險對象做為較需照護名單，交付參與計畫之地區醫院提供健康管理。</p> <p>二、前述名單排除家庭醫師整合性照護計畫、代謝症候群防治計畫、醫院以病人為中心門診整合照護計畫、全民健康保險醫療給付項目及支付標準第八部第二章糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案(以下稱 P4P-DM/CKD/DKD)收案者。</p> <p>三、交付原則： 以三高、<u>ASCVD</u>就醫件數最高的地區醫院收案照顧；若就醫件數相同時，則由藥費最高的地區醫院收案。</p> <p>四、每名醫師之收案人數以1,000人列計，並以參與計畫之醫師數計算醫院收案人數上限。</p>	<p>單，交付參與計畫之地區醫院提供健康管理。</p> <p>二、前述名單排除家庭醫師整合性照護計畫、代謝症候群防治計畫、醫院以病人為中心門診整合照護計畫、全民健康保險醫療給付項目及支付標準第八部第二章糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案(以下稱 P4P-DM/CKD/DKD)收案者。</p> <p>三、交付原則： 以三高就醫件數最高的地區醫院收案照顧；若就醫件數相同時，則由藥費最高的地區醫院收案。</p> <p>四、每名醫師之收案人數以1,000人列計，並以參與計畫之醫師數計算醫院收案人數上限。</p>	
<p>捌、管理登錄個案</p> <p>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。</p> <p>二、醫院需於計畫公告2個月內將會員資料批次上傳至健保資訊網服務系統 VPN(詳附件一)，並於收案後3個月內通知收案會員已被本計畫收案及取得收案會員同意，另於年底前完成會員健康資料建檔。<u>前一年</u></p>	<p>捌、管理登錄個案</p> <p>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。</p> <p>二、醫院需於計畫公告1個月內將會員資料批次上傳至健保資訊網服務系統 VPN(詳附件一)，並於收案後3個月內通知收案會員已被本計畫收案及取得收案會員同意，另於年底前完成會員</p>	<p>1. 考量113年度本計畫於113年8月27日公告，為利參與醫院有足夠時間提供個案管理服務，規定醫院需於計畫公告後1個月內完成本計畫收案程序。</p> <p>2. 為利本計畫推展，使參與醫院有足夠時間上傳收案收案會員資料，爰建議比照家醫計畫，醫院完成收</p>

114年修訂條文	現行條文	說明
<p><u>度已為會員之應照護族群，收案名單由保險人自動轉入健保資訊網服務系統VPN。</u></p> <p>三、參與本計畫之醫院應依個人資料保護法之規定，保險對象個人資料應予保密。</p>	<p>健康資料建檔。</p> <p>三、參與本計畫之醫院應依個人資料保護法之規定，保險對象個人資料應予保密。</p>	<p>案程序由1個月內調整為2個月內。</p> <p>3. 為能提供全人計畫會員連續性照護，前一年度已為全人計畫會員，且派案醫院與前一年度相同者，可持續接受前一年度全人計畫收案醫院照護，無須於隔年度重新派案及收案，如有特殊個案，可予以結案。</p>
<p>(同現行條文)</p>	<p>玖、參與計畫醫院、醫師資格及基本要求</p> <p>一、參與計畫之特約醫院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者)。前述未曾涉及違規情事期間之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。</p>	

114年修訂條文	現行條文	說明
	<p>二、因離職而退出醫師之會員，可由原參與醫院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醫院已參加本計畫醫師，則需由醫院主動告知會員，其主要照護醫師更換，如會員不同意更換則不予承接。</p> <p>三、醫院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者)，以保險人第一次核定違規函所載停約或終止特約日起同步終止本計畫。</p>	
<p>四、教育訓練：</p> <p>(一) 照護團隊中至少1名個案管理人員於參與本計畫第一年接受台灣家庭醫學醫學會或其認可之機構或團體所舉辦之4小時之行政管理教育訓練課程並需取得證明；若於年度內未取得訓練證明，保險人將追扣該醫院之開辦建置費。</p> <p>(二) 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</p>	<p>四、教育訓練：</p> <p>(一) 照護團隊中至少1名個案管理人員於參與本計畫第一年接受台灣家庭醫學醫學會或其認可之機構或團體所舉辦之4小時之行政管理教育訓練課程並需取得證明；若於年度內未取得訓練證明，保險人將追扣該醫院之開辦建置費。</p> <p>(二) 醫師參與本計畫第一年應參與台灣</p>	<p>1. 考量本計畫之家庭醫師專業教育訓練課程時數係參考家醫計畫規範辦理，配合參與醫師新增專科醫師，新增應接受家庭醫師及其他專科醫師專業教育訓練課程規定。</p> <p>2. 收案對象納入 ASCVD 之風險等級達非常高或極高之保險對象，三高防治教育訓練</p>

114年修訂條文	現行條文	說明
<p>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、兒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；<u>具家庭醫學科、內科、兒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。</u>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。</p> <p>(三) 參與本計畫之醫師每年應接受8小時三高防治教育訓練課程（包含高血壓、高血糖、<u>高血脂、心血管防治</u>）。</p> <p>(四) 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(含各層級醫院協會)、各縣市衛生局、專科醫學會、中華民國糖尿病衛教學會及台灣基層糖尿病協會等主辦。</p>	<p>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、兒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。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。</p> <p>(三) 參與本計畫之醫師每年應接受8小時三高防治教育訓練課程（包含高血壓、高血糖<u>及</u>高血脂）。</p> <p>(四) 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(含各層級醫院協會)、各縣市衛生局、專科醫學會、中華民國糖尿病衛教學會及台灣基層糖尿病協會等主辦。</p>	<p>課程增加心血管防治課程。</p>
<p>壹拾、費用申報及支付方式</p> <p>一、醫院原有之醫療服務及預防保健服務，依現</p>	<p>壹拾、費用申報及支付方式</p> <p>一、醫院原有之醫療服務及預防保健服務，</p>	<p>配合調整「三高疾病整合照護提升費」、新增「糖尿病病人之胰島</p>

114年修訂條文	現行條文	說明
<p>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，依實際執行情況按月申報。</p> <p>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「2AM」全人全社區計畫-開辦建置費補付」及「1AM」全人全社區計畫-開辦建置費追扣」，「2AN」全人全社區計畫-個案管理費補付」及「1AN」全人全社區計畫-個案管理費追扣」，「2AO」全人全社區計畫-績效獎勵費補付」及「1AO」全人全社區計畫-績效獎勵費追扣」，「1AP」全人全社區計畫-失智症門診照護家庭諮詢費追扣」，「2AP」全人全社區計畫-失智症門診照護家庭諮詢費補付」，「344」全人全社區計畫-失智症門診照護家庭諮詢費全年結算追扣」及「444」全人全社區計畫-失智症門診照護家庭諮詢費全年結算補付」，「2AQ」全人全社區計畫-多重慢性病人門診整合費補付」及「1AQ」全人全社區計畫-多重慢性病人門診整合費追扣」，「2AR」全人全社區計畫-<u>血糖、血脂管理</u>提升費補付」及「1AR」全人全社區計畫-<u>血糖、血脂管理</u>提升費追扣」，「200」全</p>	<p>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，依實際執行情況按月申報。</p> <p>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「2AM」全人全社區計畫-開辦建置費補付」及「1AM」全人全社區計畫-開辦建置費追扣」，「2AN」全人全社區計畫-個案管理費補付」及「1AN」全人全社區計畫-個案管理費追扣」，「2AO」全人全社區計畫-績效獎勵費補付」及「1AO」全人全社區計畫-績效獎勵費追扣」，「1AP」全人全社區計畫-失智症門診照護家庭諮詢費追扣」，「2AP」全人全社區計畫-失智症門診照護家庭諮詢費補付」，「344」全人全社區計畫-失智症門診照護家庭諮詢費全年結算追扣」及「444」全人全社區計畫-失智症門診照護家庭諮詢費全年結算補付」，「2AQ」全人全社區計畫-多重慢性病人門診整合費補付」及「1AQ」全人全社區計畫-多重慢性病人門診整合費追扣」，「2AR」全人全</p>	<p>素注射獎勵費」修訂文字。</p>

114年修訂條文	現行條文	說明
<p><u>人全社區計畫-糖尿病病人之胰島素注射獎勵費補付</u>」，「<u>100 全人全社區計畫-糖尿病病人之胰島素注射獎勵費追扣</u>」。</p> <p>三、參與計畫之醫院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。</p>	<p>社區計畫-<u>三高疾病整合照護提升費補付</u>」及「<u>101 全人全社區計畫-三高疾病整合照護提升費追扣</u>」。</p> <p>三、參與計畫之醫院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。</p>	
<p>四、給付項目：<u>應回饋一定比率予參與計畫之績優人員。</u></p> <p>(一)開辦建置費：每家醫院支付15萬點。</p> <p>1. 未達下列任一條件者，不予支付：</p> <p>(1) 收案會員之個人健康資料建檔率達80%。</p> <p>(2) 評核指標—「設立24小時諮詢專線」得3分(含)以上。</p> <p>(3) <u>家醫大平台每月使用4次。</u></p> <p>(4) 除24小時諮詢專線外，至少提供一種會員諮詢服務方式(如即時通訊軟體)。</p> <p>2. <u>參與本計畫之醫院限支付1次，本項費用自115年起不予支付；如參與期間因故中途退出本計畫，不予支付。</u></p>	<p>四、給付項目：</p> <p>(一)開辦建置費：每家醫院支付15萬點。</p> <p>1. 未達下列任一條件者，不予支付：</p> <p>(1) 收案會員之個人健康資料建檔率達80%。</p> <p>(2) 評核指標—「設立24小時諮詢專線」得3分(含)以上。</p> <p>(3) <u>收案會員之健康存摺下載率達80%。</u></p> <p>(4) 除24小時諮詢專線外，至少提供一種會員諮詢服務方式(如即時通訊軟體)。</p> <p>2. <u>醫院首次參與本計畫之第一年支付，如首次參與當年因故中途退出本計畫，不予支付。</u></p>	<p>1. 為鼓勵本計畫績優參與人員，新增應回饋一定比率予參與計畫之績優人員規定。</p> <p>2. 配合推動本署家醫大平台，支付條件之一由健康存摺下載率調整為家醫大平台使用次數，鼓勵本計畫參與醫院可透過家醫大平台，針對收案病人進行健康管理，以提升健康管理效率及照護品質。</p> <p>3. 考量部分醫院首年未符合開辦建置費支付條件，為鼓勵地區醫院參與，調整為每家醫院限支付1次，自115年起不予支付。即113年參與醫院於114年延續參加，如113年未符合</p>

114年修訂條文	現行條文	說明
		支付條件，惟114年符合條件者，仍予支付。
(同現行條文)	<p>(二)個案管理費，收案首年每人支付500點/年，收案次年起，每人支付250點/年：</p> <p>1. 執行內容包含個人健康資料建檔上傳(含家族史、生活型態，詳附件二)、轉診、個案衛教宣導、24小時諮詢專線、個案研討。</p> <p>2. 支付條件：</p> <p>(1) 本計畫會員如為本保險居家醫療照護整合計畫或為 P4P-DM/CKD/DKD 之收案個案，若與本計畫屬同一收案醫院，自該計畫收案日起不予支付個案管理費；若與本計畫非同一醫院收案，則予以支付個案管理費，惟居家醫療照護整合計畫之收案個案除外。前開個案及死亡個案之個案管理費按收案月份等比例支付。</p> <p>(2) 考量會員照護之完整性，參與計畫之特約醫院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，其餘費用則不予核付。</p>	

114年修訂條文	現行條文	說明
	<p>(3) 未於年底前完成「個人健康資料建檔」者，不予支付個案管理費。</p> <p>(4) 為達全人照護目標，視個案需要撰寫「個案醫療照護計畫書」(詳附件三)。</p>	
<p>(三) 績效獎勵費用，每人支付550點/年：</p> <p>1. 會員若於計畫執行期間於收案醫院無就醫紀錄，則不予核付本項費用。</p> <p>2. 支付方式：</p> <p>(1) 健康管理成效鼓勵：占本項經費之50%：醫院登錄收案會員(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)之間差值回饋醫院：平均每人275點為上限。</p> <p>(2) 品質提升費用：占本項經費之50%，依計畫評核指標達成情形，分五級支付：</p> <p>A. 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。</p> <p>B. 良好級：計畫評核指標分數介於80分$\leq \sim < 90$分，則支付品質提升費用會員每人210點。</p> <p>C. 普通級：計畫評核指標分數介於70分</p>	<p>(三) 績效獎勵費用，每人支付550點/年：</p> <p>1. 會員若於計畫執行期間於收案醫院無就醫紀錄，則不予核付本項費用。</p> <p>2. 支付方式：</p> <p>(1) 健康管理成效鼓勵：占本項經費之50%：醫院登錄收案會員(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)之間差值回饋醫院：平均每人275點為上限。</p> <p>(2) 品質提升費用：占本項經費之50%，依計畫評核指標達成情形，分五級支付：</p> <p>A. 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。</p> <p>B. 良好級：計畫評核指標分數介於80分$\leq \sim < 90$分，則支付品質提</p>	<p>本計畫自113年8月27日公告，114年已為本計畫執行第2年，爰刪除第一年不予支付績效獎勵費規定。</p>

114年修訂條文	現行條文	說明
<p>≤\sim<80分，則支付品質提升費用會員每人175點。</p> <p>D. 輔導級：計畫評核指標分數介於60分≤\sim<70分，則支付品質提升費用會員每人145點。</p> <p>E. 不支付：計畫評核指標分數<60分則不予支付。</p> <p>3.VC-AE 差值為負值且計畫評核指標分數<60分者，則支付個案管理費之50%。</p> <p>4.本計畫參與醫師當年度未於執業登記醫院申報醫療費用者(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」。</p>	<p>升費用會員每人210點。</p> <p>C. 普通級：計畫評核指標分數介於70分≤\sim<80分，則支付品質提升費用會員每人175點。</p> <p>D. 輔導級：計畫評核指標分數介於60分≤\sim<70分，則支付品質提升費用會員每人145點。</p> <p>E. 不支付：計畫評核指標分數<60分則不予支付。</p> <p>3. <u>因本計畫實施未逾半年，無完整年度資料可監測計畫實際成效，爰第一年不予支付績效獎勵費，將於第二年起生效。</u></p> <p>4. VC-AE 差值為負值且計畫評核指標分數<60分者，則支付個案管理費之50%。</p> <p>5. 本計畫參與醫師當年度未於執業登記醫院申報醫療費用者(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」。</p>	
(同現行條文)	<p>(四) 失智症門診照護家庭諮詢費用</p> <p>1. 條件：參與本計畫之失智症會員，經神經科、精神科或老年醫學專科醫師評估有諮詢需要，且會員之失智症評估結果，符合臨床失智症評量表(Clinical Dementia</p>	

114年修訂條文	現行條文	說明
	<p>Rating,CDR)值≥ 1或簡易心智量表≤ 23者。</p> <p>2. 醫院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。</p> <p>3. 每次諮詢須填報諮詢溝通內容及規定(如附件四)，併入會員病歷記錄留存。</p> <p>4. 給付項目及支付標準：</p> <p>(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 P8501B。</p> <p>(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 P8502B。</p> <p>(3) 同院所每位會員每年最多給付2次費用。</p> <p>(4) 同一會員當年度之本項費用不得與醫院以病人為中心門診整合照護計畫之失智症門診照護家庭諮詢費用重複申報。</p>	
(同現行條文)	<p>(五) 多重慢性病人門診整合費用</p> <p>1. 支付條件：須同時符合下列條件</p> <p>(1) 會員有2種(含)以上慢性病並於收案醫院之門診就醫，且當年度每件慢性病連續處方箋需有兩類(含)以上慢性病用藥，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。</p>	

114年修訂條文	現行條文	說明
	<p>本項慢性病係指：高血壓、糖尿病、高血脂、慢性腎臟病。</p> <p>(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」。</p> <p>2. 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550點。</p>	
<p>(六) <u>血糖、血脂管理提升費</u></p> <p>1. <u>適用對象：高血糖、高血脂及 ASCVD 會員，並依所具疾病監控下列檢驗項目：</u></p> <p>(1) <u>高血糖：HbA1c 及 LDL</u></p> <p>(2) <u>高血脂：LDL</u></p> <p>(3) <u>ASCVD 之風險等級達非常高或極高：LDL</u></p> <p>2. <u>支付條件及支付方式：</u></p> <p>(1) <u>各疾病組合對應之檢驗項目及控制良好範</u></p>	<p>(六) <u>三高疾病整合照護提升費</u></p> <p>1. <u>適用對象及支付條件：三高會員所列檢驗(查)項目之檢驗(查)結果有進步或最後一次檢驗(查)結果位於控制良好範圍，若任一項檢驗(查)項目未有進步或不符合控制良好範圍，不予支付。</u></p> <p>2. <u>當年度最後一次檢驗(查)結果應於當年度8月1日後；高血糖、高血脂會員若於當年度8月1日前之 LDL 檢驗結果已達控制良</u></p>	<p>1. 114年新增納入 ASCVD 病人(風險分級為非常高、極高)，並依據 ASCVD 風險，訂定控制良好的標準。</p> <p>2. 調整為依個案之疾病類型(含風險等級)、控制良好之檢驗項目數，給予相對應之整合照護提升費。</p>

114年修訂條文					現行條文			說明
圍如下表，依照個案達到控制良好的檢驗項目數，支付相對應費用：					好，且當年度未再接受 LDL 檢驗者，亦視為控制良好。			3. 查113年收案醫院血壓上傳率約為6%-7%，為鼓勵地區醫院上傳血壓檢查結果，擬先將血壓上傳率先列自選指標，俟醫院規律上傳後再列入控制良好提升費項目中，爰檢驗(查)項目排除血壓。
疾病組合	檢驗項目控制良好範圍		控制良好檢驗項目數對應之提升費(點)		疾病型態	檢驗(查)項目	控制良好範圍	
	HbA1c	LDL	1項	2項	高血壓	血壓	收縮壓<130 mmHg 且舒張壓<80 mmHg	4. 當年度最後一次檢驗(查)結果，調整與家醫計畫一致為當年度7月1日後之檢驗(查)結果。
高血糖	<7%；80歲以上 病人為<8%	100 mg/ dL	150	250	高血糖	HbA1c、 LDL	HbA1c <7%且 LDL<100mg/dL	
高血脂		100 mg/ dL	150		高血脂	LDL	LDL <100mg/dL	5. 資料範圍調整為健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫審核通過廠商之上傳檢驗(查)數據。
ASCVD		非常高：<70 mg/ dL； 極高：<55 mg/ dL	250					
高血糖+ 高血脂	<7%；80歲以上 病人為<8%	100 mg/ dL	150	250				
高血糖 +ASCVD	<7%；80歲以上 病人為<8%	非常高：<70 mg/ dL； 極高：<55 mg/ dL	250	550				
高血脂 +ASCVD		非常高：<70 mg/ dL； 極高：<55 mg/ dL	250					
高血糖+ 高血脂 +ASCVD	<7%；80歲以上 病人為<8%	非常高：<70 mg/ dL； 極高：<55 mg/ dL	250	550				
					3. 進步之定義：			
					(1) 進步定義：檢驗(查)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8月1日之後，且前測及後測日期應間隔84天(含)以上。			
					(2) 資料範圍：限收案醫院之上傳檢驗(查)數據。			
					4. 支付方式：			
					(1) 單一疾病之收案會員每年支付250點；兩種疾病(含)以上之收案會員每年支付750點。			

114年修訂條文	現行條文	說明
<p>(2) 最後一次(或當年度半數以上)檢驗結果位於控制良好範圍。<u>前述最後一次檢驗(查)結果應於當年度7月1日後。僅具有高血糖、高血脂個案，若於當年度7月1日前之LDL 檢驗結果已達控制良好，且當年度未再接受 LDL 檢驗者，亦視為控制良好。</u></p> <p>3. 資料範圍：<u>健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫審核通過廠商之上傳檢驗(查)數據。</u></p> <p>4. 參與醫師未於年度結束前完成三高防治教育訓練課程，不予支付。</p> <p>5. 當年度已獲 P4P-DM/CKD/DKD 品質獎勵金之醫院，同一個案不得重複領取該計畫品質獎勵金或本項費用。</p>	<p>(2) 參與醫師未於年度結束前完成三高防治教育訓練課程，不予支付。</p> <p>(3) 當年度已獲 P4P-DM/CKD/DKD 品質獎勵金之醫院，同一個案不得重複領取該計畫品質獎勵金或本項費用。</p>	
<p>(七) <u>糖尿病病人之胰島素注射獎勵費：</u></p> <p>1. <u>適用對象：糖尿病收案會員。</u></p> <p>2. <u>給付條件：持續施打胰島素，即前一年胰島素注射天數≥ 28天且當年度胰島素注射天數≥ 168天。</u></p> <p>3. <u>支付方式：符合上述條件者，每一個案支付300點/年。</u></p> <p><u>註.新胰島素注射之糖尿病病人以現行「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」之胰島素注射獎勵措施予以獎勵。</u></p>		<p>提升糖尿病病人之胰島素注射率，新增糖尿病病人胰島素注射獎勵。另因現行 P4P-DM 已針對新注射個案予以獎勵(包含所有糖尿病病人，不限於 P4P-DM 收案個案，每一個案獎勵500點/年)，爰比照家醫計畫僅針對延續型個案予以獎勵。</p>

114年修訂條文	現行條文	說明
五、於年度結束後，進行全年結算，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。	五、於年度結束後， <u>扣除在宅急症照護試辦計畫結算金額</u> ，進行全年結算，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。	114年度「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」預算改為由其他預算支出，爰刪除本計畫扣除在宅急症照護試辦計畫結算金額內容。
(同現行條文)	<p>六、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。</p> <p>七、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。</p>	
<p>拾壹、計畫評核指標</p> <p>一、結構面指標(20分)</p> <p>(一)個案研討、社區衛教宣導 (10分)：一年至少辦理12場，即平均每月至少需辦理1場，<u>且當年度至少1場社區衛教宣導包含三高防治(其中高血壓防治須包含「722原則」)</u>，且年度內每位醫師至少應參與本項活動達3次(含)以上〔年底應檢附「參與各項活動次數之每月統計表」(附件五)及「衛教宣導紀錄表」(附件六)予分區業務組備查〕。</p>	<p>拾壹、計畫評核指標</p> <p>一、結構面指標(20分)</p> <p>(一)個案研討、社區衛教宣導 (10分)：一年至少辦理12場，即平均每月至少需辦理1場，且年度內每位醫師至少應參與本項活動達3次(含)以上〔年底應檢附「參與各項活動次數之每月統計表」(附件五)及「衛教宣導紀錄表」(附件六)予分區業務組備查〕。</p>	配合賴總統健康台灣三高防治888政策目標，將三高防治納入「社區衛教宣導」內容。
(同現行條文)	(二)設立24小時諮詢專線(全年至少抽測3次)	

114年修訂條文	現行條文	說明
	<p>(5分)：</p> <p>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〔由台灣社區醫院協會進行抽測，以平均分數計算得分並將分數於當年度12月底前提供保險人計分，並於年底檢附「24小時諮詢專線服務每月統計及紀錄表」(附件七)予分區業務組備查，超過繳交期限以0分計算〕。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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. 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. 醫院人員接聽，無法解決會員問題(如不了解本計畫、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。 	
(移列至自選指標)	(三)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」服務或全民健康保險在宅急症照護試辦計畫(5分)	考量全人計畫與家醫計畫規範一致性，本項指標比照家醫計畫移列至自選指標。

114年修訂條文	現行條文	說明
	1. 提供服務 ≥ 25 人，得5分。 2. 提供服務 ≥ 15 人，得2分。	
<p>(三)接受生活習慣諮商或衛教率(5分)</p> <p>計算公式說明：</p> <p>分子：會員接受生活習慣諮商或衛教人數 (每次諮商或衛教紀錄併入會員病歷留存備查)。</p> <p>分母：會員人數。</p> <p>1. <u>接受比率$\geq 80\%$，得5分。</u></p> <p>2. <u>接受比率$\geq 60\%$，得4分。</u></p> <p>3. <u>接受比率$\geq 40\%$，得3分。</u></p> <p>4. <u>接受比率$\geq 20\%$，得1分。</u></p>	<p>(四)接受生活習慣諮商率(計畫實施第一年不予計分)</p> <p>計算公式說明：</p> <p>分子：會員接受生活習慣諮商人數。</p> <p>分母：會員人數。</p>	<p>依113年12月17日114年全人計畫修訂討論會議決議，於生活習慣諮商之執行模式訂定前，本項指標調整為「接受生活習慣諮商或衛教率」，並依接受比率給分。配合調整指標項次。</p>
<p>二、過程面指標：(25分)</p> <p>(一)成人預防保健檢查率(5分)。</p> <p>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5分。</p> <p>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。</p> <p>3. 計算公式說明：</p> <p>分子：<u>30歲(含)以上會員於院所接受成人健檢人數。</u></p> <p>分母：<u>(30歲至39歲會員數/5+40歲至64歲會員數/3+65歲《含》會員數)。</u></p> <p><u>註.按國民健康署「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」，本項指標排除「已為</u></p>	<p>二、過程面指標(25分)：</p> <p>(一)成人預防保健檢查率(5分)</p> <p>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5分。</p> <p>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。</p> <p>3. 計算公式說明：</p> <p>分子：<u>40歲(含)以上會員於醫院接受成人健檢人數。</u></p> <p>分母：<u>(40歲至64歲會員數/3+65歲《含》會員數)。</u></p>	<p>1. 按113年12月17日114年全人計畫修訂討論會議決議，「成人預防保健檢查率」及「子宮頸抹片檢查率」、「65歲以上老人流感注射率」、「糞便潛血檢查率」，分子調整為收案會員於基層診所或醫院執行各項檢查人數。</p> <p>2. 配合國民健康署修正「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」(114年1月1日生效)，調整「成人預</p>

114年修訂條文	現行條文	說明												
<u>代謝計畫、P4P-DM/CKD/DKD」之收案管 理者。</u>		防保健檢查率」、「子宮頸 抹片檢查率」、「糞便潛血 檢查率」年齡範圍。另配 合該注意事項規定，「成人 預防保健檢查率」排除已 為代謝計畫、P4P- DM/CKD/DKD 等收案管 理之個案。 3. 113年參與醫院成人預防保 健檢查率百分位分布： <table><tr><th>百分位</th><th>%</th></tr><tr><td>40</td><td>23.1</td></tr><tr><td>50</td><td>24.5</td></tr><tr><td>60</td><td>31.1</td></tr><tr><td>70</td><td>36.8</td></tr><tr><td>80</td><td>43.6</td></tr></table> *分子列計收案會員於基層診所 或醫院執行各項檢查人數	百分位	%	40	23.1	50	24.5	60	31.1	70	36.8	80	43.6
百分位	%													
40	23.1													
50	24.5													
60	31.1													
70	36.8													
80	43.6													
(二)子宮頸抹片檢查率(5分) 1. 會員接受子宮頸抹片服務≥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≥較需照護 族群53百分位數，得3分。 3. 計算公式說明：	(二)子宮頸抹片檢查率(5分) 1. 會員接受子宮頸抹片服務≥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≥較 需照護族群53百分位數，得3分。 3. 計算公式說明：	1. 分子、分母調整說明同前 項「成人預防保健檢查 率」說明1、2。 2. 113年參與醫院子宮頸抹 片檢查率百分位分布： <table><tr><th>百分位</th><th>%</th></tr></table>	百分位	%										
百分位	%													

114年修訂條文	現行條文	說明													
分子： <u>25歲(含)以上女性會員於院所接受子宮頸抹片人數。</u> 分母： <u>25歲至29歲會員數/3+30歲(含)以上女性會員數。</u>	分子： <u>30歲(含)以上女性會員於醫院接受子宮頸抹片人數。</u> 分母：30歲(含)以上女性會員數。	40	17.1												
		50	18.3												
		60	20.2												
		70	23.7												
		80	27.2												
		*分子列計收案會員於基層診所或醫院執行各項檢查人數													
(三) 65歲以上老人流感注射率(5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5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 <u>院所</u> 接種流感疫苗人數。 分母：65 歲以上總會員人數。	(三)65歲以上老人流感注射率(5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5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 <u>醫院</u> 接種流感疫苗人數。 分母：65 歲以上總會員人數。	1.分子調整說明同前項「成人預防保健檢查率」說明1。 2.113年參與醫院65歲以上老人流感注射率百分位分布： <table><tr><th>百分位</th><th>%</th></tr><tr><td>40</td><td>46.6</td></tr><tr><td>50</td><td>49.1</td></tr><tr><td>60</td><td>51.2</td></tr><tr><td>70</td><td>55.1</td></tr><tr><td>80</td><td>58.6</td></tr></table> *分子列計收案會員於基層診所或醫院執行各項檢查人數		百分位	%	40	46.6	50	49.1	60	51.2	70	55.1	80	58.6
百分位	%														
40	46.6														
50	49.1														
60	51.2														
70	55.1														
80	58.6														

114年修訂條文	現行條文	說明												
<p>(四) 糞便潛血檢查率(5分)</p> <p>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\geq50歲以上至未滿75歲較需照護族群檢查率之83百分位數，得5分。</p> <p>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3分。</p> <p>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2分。</p> <p>4. 計算公式說明： 分子：<u>45</u>歲以上至未滿75歲會員於<u>院所</u>接受定量免疫糞便潛血檢查人數。 分母：<u>45</u>歲以上至未滿75歲會員人數/2。</p>	<p>(四) 糞便潛血檢查率(5分)</p> <p>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\geq50歲以上至未滿75歲較需照護族群檢查率之83百分位數，得5分。</p> <p>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3分。</p> <p>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2分。</p> <p>4. 計算公式說明： 分子：<u>50</u>歲以上至未滿75歲會員於<u>醫院</u>接受定量免疫糞便潛血檢查人數。 分母：<u>50</u>歲以上至未滿75歲會員人數/2。</p>	<p>1. 分子、分母調整說明同前項「成人預防保健檢查率」說明1、2。</p> <p>2. 113年參與醫院糞便潛血檢查率百分位分布：</p> <table><tr><th>百分位</th><th>%</th></tr><tr><td>40</td><td>31.6</td></tr><tr><td>50</td><td>36.1</td></tr><tr><td>60</td><td>39.5</td></tr><tr><td>70</td><td>42.3</td></tr><tr><td>80</td><td>47.5</td></tr></table> <p>*分子列計收案會員於基層診所或醫院執行各項檢查人數</p>	百分位	%	40	31.6	50	36.1	60	39.5	70	42.3	80	47.5
百分位	%													
40	31.6													
50	36.1													
60	39.5													
70	42.3													
80	47.5													
<p>(五) B、C 肝炎篩檢率(5分)</p> <p>1. <u>符合</u> B、C 肝炎篩檢資格之會員接受 B、C 肝炎篩檢率\geq較需照護族群70百分位數，得5分。</p> <p>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。</p> <p>3. 計算公式說明： 分子：曾做過 B、C 肝炎篩檢之會員人數。</p>	<p>(六) B、C 肝炎篩檢率(5分)</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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：<u>符合</u> B、C 肝炎篩檢資格之會員</p>	<p>酌修文字。</p>												

114年修訂條文	現行條文	說明
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)。	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(45分)	<p>四、結果面指標(55分)</p> <p>(一)潛在可避免急診率(5分)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. \leq收案會員30百分位，得5分。 2. $>$收案會員30百分位，但\leq收案會員45百分位，得3分。 3. $>$收案會員45百分位，但\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歲以上本計畫會員罹患慢性類疾病人數。 <p>(二)會員急診率(排除外傷)(5分)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. \leq收案會員30百分位，得5分。 2. $>$收案會員30百分位，但\leq收案會員45百分位，得3分。 3. $>$收案會員45百分位，但\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。 <p>(三)可避免住院率(5分)</p>	調整結果面指標總配分。

114年修訂條文	現行條文	說明
	<p>1. ≤收案會員30百分位，得5分。</p> <p>2. >收案會員30百分位，但≤收案會員45百分位，得3分。</p> <p>3. >收案會員45百分位，但≤收案會員65百分位，得1分。</p> <p>4. 計算公式說明：</p> <p>分子：可避免住院慢性類疾病之案件。</p> <p>分母：18歲以上本計畫會員因慢性類疾病就醫人數。</p> <p>(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)</p> <p>1. ≥初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率70百分位，得5分。</p> <p>2. <初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率70百分位，但≥初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率50百分位，得3分。</p> <p>3. 計算公式說明：</p> <p>分子：會員於收案醫院執行初期慢性腎臟病之檢驗人數。</p> <p>分母：會員門診主診診斷為初期慢性腎臟病之人數。</p> <p>註：「單次尿液白蛋白／尿液肌酸酐比例(UACR)」或「尿液總蛋白與肌酸酐比值(UPCR)」兩項檢查之一。</p> <p>(五) 會員固定就診率(10分)</p>	

114年修訂條文	現行條文	說明			
	<p>1. 會員在收案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\geq50%，得10分。</p> <p>2. 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\geq50%」，得5分。</p> <p>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。</p> <p>4. 計算公式說明： 分子：會員在收案醫院(含合作醫院)就醫次數。 分母：會員在所有西醫門診就醫次數。</p>				
<p>(六) <u>血糖、血脂監測數據控制良(或進步)率(10分)</u></p> <p>1. <u>HbA1c 控制良好(或進步)占率：</u> (1)<u>\geq收案會員之60百分位數，得5分</u> (2)<u>$<$收案會員之60百分位數，但\geq收案會員之50百分位數，得3分</u> (3)<u>計算公式說明：</u> <u>分子：分母中，檢驗結果達控制良好或進步</u> <u>分母：高血糖收案會員數</u></p> <p>2. <u>LDL 控制良好(或進步)占率：</u> (1)<u>\geq收案會員之60百分位數，得5分</u></p>	<p>(六) <u>三高疾病監測數據控制良率(15分)</u></p> <p>1. <u>三高會員之監測檢驗(查)項目之結果屬控制良好或進步之人數比率達80%，依疾病別各得5分。</u></p> <p>2. <u>三高會員之監測檢驗(查)項目之結果屬控制良好或進步之人數比率達60%，依疾病別各得3分。</u></p> <table border="1"> <tr> <td>疾病型態</td><td>檢驗(查)項目</td><td>控制良好或進步定義：檢驗(查)結果後測-前測<0或位於</td></tr> </table>	疾病型態	檢驗(查)項目	控制良好或進步定義：檢驗(查)結果後測-前測 <0 或位於	<p>1. 比照血糖、血脂管理提升費，監測數據控制良(或進步)率，納入 ASCVD 病人(風險分級為非常高、極高)，並依據風險等級，訂定控制良好的標準。</p> <p>2. 比照家醫計畫修訂： (1)以60百分位數及50百分位數作為5分及3分之得分閾值。 (2)達控制良好範圍：修訂為</p>
疾病型態	檢驗(查)項目	控制良好或進步定義：檢驗(查)結果後測-前測 <0 或位於			

114年修訂條文	現行條文			說明										
<p>(2)<u><收案會員之60百分位數，但\geq收案會員之50百分位數，得3分</u></p> <p>(3)<u>計算公式說明：</u> <u>分子：分母中，檢驗結果達控制良好或進步</u> <u>分母：高血糖、高血脂、ASCVD(風險等級達非常高或極高)收案會員數</u></p> <p>3. <u>控制良好範圍：參照血糖、血脂管理提升費所訂之控制良好範圍。</u></p> <p>4. <u>執行方式：</u> (1) <u>符合下列任一條件，即判斷為控制良好：</u> A. <u>當年度最後一次檢驗結果屬控制良好。最後一次檢驗結果應於當年度7月1日後。僅具高血糖、高血脂個案，若於當年度7月1日前之 LDL 檢驗結果已達控制良好，且當年度未再接受 LDL 檢驗者，亦視為控制良好。</u> B. <u>當年度檢驗結果中，半數以上達控制良好範圍。</u> (2) <u>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。</u></p>	<table><tr><td></td><td></td><td>以下範圍</td></tr><tr><td>高血壓</td><td>血壓</td><td>收縮壓<130 mmHg 且舒張壓<80 mmHg</td></tr><tr><td>高血糖</td><td>HbA1c、 LDL</td><td>HbA1c $<7\%$且 LDL<100mg/dL</td></tr><tr><td>高血脂</td><td>LDL</td><td>LDL <100mg/dL</td></tr></table> <p>註：<u>當年度最後一次檢驗(查)結果應於當年度8月1日後；高血糖、高血脂會員若於當年度8月1日前之 LDL 檢驗結果已達控制良好，且當年度未再接受 LDL 檢驗者，亦視為控制良好。</u></p>			以下範圍	高血壓	血壓	收縮壓 <130 mmHg 且舒張壓 <80 mmHg	高血糖	HbA1c、 LDL	HbA1c $<7\%$ 且 LDL <100 mg/dL	高血脂	LDL	LDL <100 mg/dL	<p>當年度最後一次檢驗結果，或當年度半數以上檢驗結果達控制良好範圍。</p> <p>(3)檢驗資料範圍：不限收案院所。</p> <p>(4)當年度最後一次檢驗(查)結果，調整與家醫計畫一致為當年度7月1日後之檢驗(查)結果</p>
		以下範圍												
高血壓	血壓	收縮壓 <130 mmHg 且舒張壓 <80 mmHg												
高血糖	HbA1c、 LDL	HbA1c $<7\%$ 且 LDL <100 mg/dL												
高血脂	LDL	LDL <100 mg/dL												

114年修訂條文	現行條文	說明																					
(3) <u>資料範圍：健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫審核通過廠商之上傳檢驗(查)數據。</u>																							
<p>(七)糖尿病會員照護(5分)：下列兩項指標擇高分指標納入評分</p> <p>1. 糖尿病會員胰島素注射率(5分) <u>≥糖尿病會員胰島素注射率60百分位，得5分。</u> <u>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。</u> 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。</p> <p>2. 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≥全國平均值，得5分</p>	<p>(七)糖尿病會員胰島素注射率(計畫實施第一年不予計分) 計算公式說明： 分子：糖尿病會員於收案醫院胰島素注射天數≥28天之人數。 分母：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。</p> <p>(八)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≥全國平均值，得5分。</p>	<p>1. 本計畫自113年8月27日公告，114年已為本計畫執行第2年，爰刪除第一年不予計分規定，並參考家醫計畫修訂閾值。</p> <p>2. 113年派案、收案醫院高血糖個案百分位分布：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>百分位</th><th>派案(人)</th><th>收案(人)</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>30</td><td>67</td><td>31</td></tr> <tr><td>40</td><td>117</td><td>66</td></tr> <tr><td>50</td><td>179</td><td>95</td></tr> <tr><td>60</td><td>279</td><td>148</td></tr> <tr><td>70</td><td>398</td><td>293</td></tr> <tr><td>80</td><td>647</td><td>472</td></tr> </tbody> </table> <p>3. 為提升糖尿病會員照護品質，並考量收案醫院高血糖個案人數不一，故「糖尿病會員胰島素注射率」及「糖尿病人眼底檢查執行率」任一項達標得5</p>	百分位	派案(人)	收案(人)	30	67	31	40	117	66	50	179	95	60	279	148	70	398	293	80	647	472
百分位	派案(人)	收案(人)																					
30	67	31																					
40	117	66																					
50	179	95																					
60	279	148																					
70	398	293																					
80	647	472																					

114年修訂條文	現行條文	說明
(移列至自選指標)	<p>(九)收案會員重複用藥情形(5分)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>當年度平均每位會員重複用藥核扣金額或重複用藥率\leq30百分位，得5分。</u> 2. <u>當年度平均每位會員重複用藥核扣金額或重複用藥率$>$30百分位，但當年度平均每位會員重複用藥核扣金額或重複用藥率\leq60百分位，得3分。</u> 3. <u>當年度平均每位會員重複用藥核扣金額或重複用藥率$>$60百分位，但當年度平均每位會員重複用藥核扣金額或重複用藥率\leq70百分位，得1分。</u> 4. <u>計算公式說明：</u> <ol style="list-style-type: none"> (1) <u>當年度平均每位會員重複用藥核扣金額：</u> 分子：<u>收案會員重複用藥核扣金額</u> 分母：<u>收案會員數</u> (2) <u>當年度平均每位會員重複用藥率：</u> 分子：<u>收案會員重複用藥處方件數</u> 分母：<u>收案會員調劑7日以上處方件數</u> 	<p>分。</p> <p>考量全人計畫與家醫計畫規範一致性，本項指標比照家醫計畫移列至自選指標。</p>
<p>五、自選指標(10分)</p> <p><u>醫院可就下列指標，選擇最優2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。</u></p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. 為推展本計畫，增列自選指標，以提高地區醫院參與計畫意願。 2. 增列「提升社區照護品質

114年修訂條文	現行條文	說明														
<p>(一) <u>提升社區照護品質及健康(5分)</u></p> <p>1. <u>與合作機構間，辦理照護或聯繫座談會，一年至少2場。</u></p> <p>2. <u>與社區公、民營機構或團體，辦理健康促進活動。</u></p> <p>3. <u>以上任一項，檢附佐證資料經分區業務組認可後得分。</u></p>		<p>及健康」指標，鼓勵參與計畫醫院透過與合作機構及社區公、民營機構或團體，辦理座談會或活動，以利社區網絡建立及提升社區照護品質。</p>														
<p>(二) <u>配合政策推動指標(5分)：</u></p> <p>1. <u>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」服務或全民健康保險在宅急症照護試辦計畫</u></p> <p>(1) <u>提供服務≥ 25人，得5分。</u></p> <p>(2) <u>提供服務≥ 15人，得2分。</u></p> <p>2. <u>提供預立醫療照護諮商：提供民眾預立醫療照護諮商服務，並留有紀錄，加 5 分。</u></p> <p>3. <u>提升全民健康保險急性後期整合照護計畫收案人數：收案人數較去年成長，得5分。</u></p>		<p>1. 113年收案醫院提供居家醫療、安寧居家療護、在宅急症照護服務人數</p> <table><tr><th>收案醫院服務人數百分位</th><th>人數</th></tr><tr><td>30</td><td>0</td></tr><tr><td>40</td><td>3</td></tr><tr><td>50</td><td>18</td></tr><tr><td>60</td><td>52</td></tr><tr><td>70</td><td>86</td></tr><tr><td>80</td><td>127</td></tr></table> <p>2. 為推動預立醫療決定，自選指標新增「提供預立醫療照護諮商」指標，提高地區醫院提供預立醫療照護諮商服務誘因。</p> <p>3. 為配合本署擴大推動「急</p>	收案醫院服務人數百分位	人數	30	0	40	3	50	18	60	52	70	86	80	127
收案醫院服務人數百分位	人數															
30	0															
40	3															
50	18															
60	52															
70	86															
80	127															

114年修訂條文	現行條文	說明									
		性後期整合照護計畫」與長照專業服務銜接，為鼓勵地區醫院投入人力及資源，新增「提升全民健康保險急性後期整合照護計畫收案人數」指標。									
<p>(三) <u>假日開診並公開開診資訊(5分)。</u></p> <p>1. <u>於週日或國定假日當日開診，並於 VPN 登錄及公開開診資訊。</u></p> <p>2. <u>開診率$\geq 50\%$，得5分。</u></p> <p><u>分子：收案醫院於當年度週日+國定假日開診天數。</u></p> <p><u>分母：當年度週日天數+國定假日天數</u></p> <p><u>註：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。</u></p>		<p>1. 參考113年1-9月地區醫院週日看診率為45.54%遠低於週六85.13%，為緩解大醫院假日急診情形，鼓勵地區醫院假日開診，增列「假日開診並公開開診資訊」指標。</p> <p>2. 113年1-9月看診率</p> <table border="1"> <tr> <th>醫院層級</th><th>週六</th><th>週日</th></tr> <tr> <td></td><td colspan="2">看診率</td></tr> <tr> <td>地區醫院</td><td>85.13%</td><td>45.54%</td></tr> </table>	醫院層級	週六	週日		看診率		地區醫院	85.13%	45.54%
醫院層級	週六	週日									
	看診率										
地區醫院	85.13%	45.54%									
<p>(四) <u>收案會員重複用藥情形(5分)</u></p> <p>1. <u>當年度平均每位會員重複用藥率≤ 30百分位，得5分。</u></p> <p>2. <u>當年度平均每位會員重複用藥率>30百分位，但當年度平均每位會員重複用藥率≤ 60百分位，得3分。</u></p>		<p>1. 考量全人計畫與家醫計畫規範一致性，本項指標比照家醫計畫移列至自選指標。</p> <p>2. 比照家醫計畫考量以「重複用藥率」評量較為客觀，爰刪除「平均每位會員重複用</p>									

114年修訂條文	現行條文	說明
<p>3. <u>當年度平均每位會員重複用藥率>60百分位，但當年度平均每位會員重複用藥率≤70百分位，得1分。</u></p> <p>4. <u>計算公式說明：</u> <u>當年度平均每位會員重複用藥率：</u> <u>分子：收案會員重複用藥處方件數</u> <u>分母：收案會員調劑7日以上處方件數</u></p>		藥核扣金額」條件，僅以「重複用藥率」計算
<p>(五) <u>血壓上傳率(5分)</u></p> <p>1. <u>所有收案會員皆適用。</u></p> <p>2. <u>上傳率</u> (1) <u>≥70%(5分)</u> (2) <u><70%，但≥60%(3分)</u> (3) <u><60%，但≥50%(1分)</u></p> <p>3. <u>計算公式說明：</u> (1) <u>分子：收案會員中，每年至少上傳2筆血壓值(高血壓病人則每年至少上傳3筆)</u> (2) <u>分母：總收案會員人數</u></p> <p>4. <u>資料範圍：健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫審核通過廠商之上傳數據。</u></p>		為鼓勵地區醫院上傳血壓檢查結果，自選指標新增「血壓上傳率」。
(同現行條文)	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審核計畫與協調	

114年修訂條文	現行條文	說明
	<p>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。</p> <p>三、保險人分區業務組得召開觀摩會，邀請執行成效良好之地區醫院分享經驗，推廣優良的管理模式，促進計畫執行品質。</p>	
<p>拾參、計畫申請方式</p> <p>參與計畫之地區醫院應於計畫公告2個月內，檢附申請文件向保險人分區業務組提出申請(附錄)(<u>新增及異動者須檢附申請書；前一年度已經參與本計畫且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</u>)。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。</p>	<p>拾參、計畫申請方式</p> <p>參與計畫之地區醫院應於計畫公告1個月內，檢附申請文件向保險人分區業務組提出申請(附錄)。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。</p>	為利本計畫推展及簡化申請作業時間，爰參考家醫計畫規範修正。
(同現行條文)	<p>拾肆、退場機制</p> <p>一、評核期間以本計畫所訂指標執行之期程為原則。</p>	
<p>二、保險人提供評核指標介於60分至70分(60分\leq評核指標$<$70分)之醫院名單予台灣社區醫院協會協助輔導改善，且須於次年6月底前提具執行改善計畫書經保險人分區業務組備查後，始得加入本計畫；第2年仍未達70分續辦標準者(評核指標$<$70分)，應退出本</p>	<p>二、保險人提供評核指標介於60分至70分(60分\leq評核指標$<$70分)之醫院名單予台灣社區醫院協會協助輔導改善，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(<u>計畫實施第一年無須提具執行改善計畫</u></p>	<p>1. 本計畫自113年8月27日公告，114年已為本計畫執行第2年，爰刪除計畫實施第一年無須提具執行改善計畫書規定。</p> <p>2. 為維護家醫計畫及全人計</p>

114年修訂條文	現行條文	說明
<p>計畫，1年內不得再加入本計畫，<u>計畫參與醫師則於1年內不得再加入本計畫及家庭醫師整合性照護計畫。</u></p> <p>三、如評核指標未達60分者(評核指標<60分)，應退出本計畫，<u>1年內不得再加入本計畫，計畫參與醫師則於1年內不得再加入本計畫及家庭醫師整合性照護計畫。</u></p>	<p>畫)；第2年仍未達70分續辦標準者(評核指標<70分)，應退出本計畫，1年內不得再加入本計畫。</p> <p>三、如評核指標未達60分者(評核指標<60分)，應退出本計畫，1年內不得再加入本計畫。<u>本項規定於計畫實施第二年起適用，計畫實施第一年比照上述評核指標介於60分至70分(60分≤評核指標<70分)之醫院辦理。</u></p>	<p>畫照護品質，參與計畫之醫師所屬醫療群/醫院若當年度評核指標達退場規定，需退出計畫，一年內不得參加家醫計畫及全人計畫。</p>
(同現行條文)	<p>四、本計畫參與醫師當年度未於執業登記醫院申報醫療費用者(不含代辦案件)，1年內不得再加入本計畫。</p>	
(同現行條文)	<p>拾伍、實施期程及評估</p> <p>各醫院應於計畫執行後，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衛教宣導)至保險人分區業務組。</p>	
(同現行條文)	<p>拾陸、訂定與修正程序</p> <p>本計畫由保險人與台灣社區醫院協會共同研訂後，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，餘屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。</p>	

● 114 年全人計畫整體費用推估需 4.05 億元

費用項目		支付費用(B)	預估家數(A)	合計(=A*B)
開辦建置費(註 1)		150,000	279	41,850,000
費用項目		支付費用(B)	預估人數(A)	合計(=A*B)
個案管理費(註 2)	56-168 日	250	292,000	73,000,000
	169 日以上	250	182,000	45,500,000
績效獎勵費(註 3)		420	292,000	122,640,000
多重慢性病人 門診整合費用(註 4)	56-168 日	550	19,000	10,450,000
	169 日以上	1,100	76,000	83,600,000
血糖、血脂管理提升費(註 5)		註 5	註 5	26,101,377
糖尿病病人之胰島素注射獎勵費(註 6)		300	6,840	2,052,000
				405,193,377

註 1：開辦建置費的院所數係以 113 年派案醫院名單(343 家)，排除 113 年參與醫院(127 家以 5 成可拿到開辦建置費估算約 64 家)：**150,000 點*279 家=41,850,000**。

註 2：個案管理費預估人數以 113 年派案名單(46 萬人)及新增 ASCVD 達非常高以上風險個案(46 萬人*3.5%=1.6 萬)的 6 成估算，約 **29.2 萬人(46 萬*0.6+46 萬*3.5%*0.6)**。
【ASCVD 預估人數參考家醫計畫：113 年 627 萬名收案會員中，22 萬人之 ASCVD 達非常高以上風險(3.5%)】

(1)一般管理費(250 點/人)：29.2 萬人*250=73,000,000

(2) 完成個人資料建檔(250 點/人)：

A. 27.6 萬人排除 113 年已收案並完成健康資料建檔者(11 萬)，16.6 萬人
*250=415,000,000

B. ASCVD 達非常高以上風險個案：1.6 萬人*250=40,000,000

註 3：因本計畫實施第一年(113 年)未逾半年，無完整年度資料可監測計畫實際成效。先以家醫計畫績效獎勵費估算(112 年平均每人績效獎勵費為 420 點)：

29.2 萬人*420=122,640,000

註 4：因本計畫實施第一年(113 年)未逾半年，無處方 169 日以上之情形，且 113 年多重慢性病人門診整合費用尚在彙算中。爰先以 113 年派案名單中符合 2 種以上慢性病者(約 17.5 萬)的 6 成估算及參考家醫計畫多重慢性病人門診整合費用估算(112 年符合 2 種以上慢性病，其中約 90%獲獎勵，且獎勵比例(550 點：1,100 點)為 2：8)：

17.5 萬人*60%*90%=9.5 萬人

9.5 萬人*20%*550+9.5 萬人*80%*1,100=10,450,000+83,600,000=**94,050,000**

註 5：

疾病組合	113 年全人計畫 應照護人數(預 估六成會收案)	控制良好對應之 提升費		控制良好比率 (B1+B2=70%)		整合照護提升 費 A1*B1+A2*B
		1 種	2 種	1 種	2 種	
		(A1)	(A2)	(B1)	(B2)	
高血糖	40,439	150	250	20%	50%	6,268,014
高血脂	106,131	150		70%		11,143,755
ASCVD*	9,600	250		70%		1,680,000
高血糖+高血脂	35,479	150	250	20%	50%	5,499,183
高血糖 +ASCVD*	1,407	250	550	20%	50%	457,275
高血脂 +ASCVD*	3,717	250		70%		650,475
高血糖+高血脂 +ASCVD*	1,239	250	550	20%	50%	402,675

*ASCVD 預估人數參考家醫計畫 ASCVD 比率(113 年 627 萬名收案會員中，22 萬人之 ASCVD 達非常高以上風險(3.5%))

1. ASCVD=113 年應照護名單(46 萬人)*3.5%=1.6 萬人，1.6 萬人中預估 6 成會收案=9,600 人。
2. 高血糖+ASCVD=113 年度應照護名單高血糖個案(6.7 萬)*3.5%=2,345 人，2,345 人中預估 6 成會收案=1,407 人。
3. 高血糖+ASCVD=113 年度應照護名單高血糖個案(17.7 萬)*3.5%=6,195 人，6,195 人中預估 6 成會收案=3,717 人。
4. 高血糖+高血脂+ASCVD=113 年度應照護名單高血糖+高血脂個案(5.9 萬)*3.5%=2,065 人，2,065 人中預估 6 成會收案=1,239 人。

註 6：糖尿病病人之胰島素注射獎勵費預估人數，以 113 年符合高血糖派案名單 6 成個案估算(12.6 萬人*0.6=7.6 萬人)，參考家醫計畫 112 年胰島素注射率 7.1%(推估 114 年注射率成長至 9%)，7.6 萬人*9%*300=2,052,000。

報告事項

第十案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」案。

說明：

一、依 114 年 3 月 6 日「西醫基層總額研商議事會議 114 年第 1 次會議」(下稱西醫基層研商會議)決議、中華民國醫師公會全國聯合會(下稱醫師全聯會)114 年 3 月 14 日電子郵件、台灣家庭醫學醫學會(下稱家醫學會)同年 3 月 13 日電子郵件暨 18 日台家醫學會字第 114054 號函辦理。

二、西醫基層研商會議之與會代表針對本案提出以下建議：

(一)家醫計畫與代謝症候群防治計畫(下稱代謝計畫)之同診所收案個案，可支付家醫計畫個案管理費。

(二)所有醫療群之 E1 案件(目前適用範圍為 P4P 案件)皆納入「多重慢性病人門診整合費用」結算(現行僅納入特優級醫療群之 E1 案件)。

(三)請本署說明血壓值應如何上傳及認定。

三、針對上述建議，本署於 114 年 3 月 7 日檢送本署說明予醫師全聯會及家醫學會表示意見，綜整兩單位回復意見，本署後續辦理方式說明如下：

(一)有關醫師全聯會表示因代謝計畫於 114 年起改由公務預算支應，爰建議家醫計畫與代謝計畫之同診所收案個案，仍可支付家醫計畫個案管費一節，秉持資源不重置原則，本署建議維持現行規定。另因 114 年預算有限，請醫師全聯會爭取 115 年預算支應。

(二)按醫師全聯會建議，將「所有醫療群之 E1 案件皆納入多重慢性病人門診整合費用結算」列為 115 年計畫修訂事項，於總額協商爭取預算支應。

(三)採納並調整計畫修訂內容：

- 1.按醫師全聯會建議：調整「生活習慣自評獎勵費」獎勵方式為依診所內完成「生活習慣評估量表」自評之三高病人數，每人獎勵 40 點，每家診所最高獎勵上限為 2 萬點。
- 2.按家醫學會建議：針對「醫師到宅開立居家安寧個案之死亡診斷」指標，增訂「醫師需於當年度曾提供該名個案居家安寧服務」之人數列計條件。

(四)另有關血壓值上傳作業，本署將再與 HIS 廠商溝通於現行檢查(驗)上傳作業中納入虛擬醫令、請數位照護獎勵計畫審核通過之廠商積極與院所合作、同步開發批次上傳功能。另不限制血壓值來源(居家或診間)。

四、其餘修訂事項同西醫基層研商會議提案內容，與上述說明綜整如 114 年家醫計畫研擬修訂事項(附件 1，頁次報 10-3~10-5)、條文對照表如附件 2(頁次報 10-7~10-31)。

五、財務評估：114 年家醫計畫預算(46.48 億元)較前一年度增加 4 億元。綜整各項修訂事項，推估全年所需預算約增加 4.01 億元(附件 3，頁次報 10-32)。

六、本案如獲共識，將依程序陳報衛生福利部核定。

決定：

(一)派案及收案規定：

1. 為強化同院所連續性照護：前一年地區醫院全人全社區照護計畫(下稱全人計畫)收案個案不列入家醫計畫派案名單，家醫計畫派案名單亦不列入全人計畫派案名單。又家醫計畫自收個案以不為全人計畫派案個案為原則。
2. 為讓個案得於慢性病主要就醫診所收案照護，爰現行慢性病個案派案邏輯，限以慢性病就醫案件判斷。
3. 將派案名單中尚未被收案之三高病人進行二次派案，並配合放寬相關收案、個管費支付等人數上限。

(二)個案管理費：

1. 為鼓勵家醫診所定期追蹤特定慢性疾病個案，針對家醫 2.0 收案會員中，具 2 種以上特定慢性疾病個案，達定期追蹤照護者，個案管理費調升為 350 元/年。
 - (1) 特定疾病：DM、CKD、動脈粥狀硬化心血管疾病(下稱 ASCVD)之風險分級達非常高或極高。
 - (2) 定期追蹤定義：HbA1c、LDL 及 UACR 之檢驗次數至少達上、下半年各 1 次、另具高血壓者，則一年需上傳 3 筆血壓值。
 - (3) 循原計畫規定，若收案會員之家醫計畫與 P4P-DM/CKD/DKD、代謝症候群防治計畫收案診所相同者，不予支付。
2. 完成「個人健康資料」(附表)上傳個案予以加成 30 元。

(三)修訂「糖尿病/慢性腎臟病整合照護提升費」為「糖心腎症候群整合照護提升費」：

1. 除現行 DM、CKD 外，新增 ASCVD 之風險等級達非常高或極高，並依個案之疾病類型(含風險等級)、控制良好之檢驗項目數，給予相對應之整合照護提升費：150 元/250 元/550 元/750 元。
2. 獎勵對象僅限於控制良好個案(不含進步)，又控制良好定義為「當年度最後一次檢驗結果，或當年半數以上檢驗結果達控制

良好範圍」。

3. ASCVD 以 LDL 做為管控項目，並依風險等級訂定控制良好範圍，另將 LDL 納入 CKD 之管控項目。

4. 現行計畫規定「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」，新增代謝症候群防治計畫適用前述規定。

(四) 新增「糖尿病病人胰島素注射獎勵費」：

1. 適用對象：家醫 2.0 醫療群之糖尿病收案會員。

2. 支付條件：持續施打胰島素(前一年胰島素注射天數 ≥ 28 天，當年度胰島素注射天數 ≥ 168 天)。

3. 支付方式：每一個案，每年度支付獎勵 300 點。另因新施打個案已於 P4P-DM 獎勵，爰不重複支付。

(五) 新增「生活習慣自評獎勵費」：

1. 適用對象：收案會員中三高病人，排除代謝計畫收案者。

2. 支付條件：按醫師全聯會建議調整為依診所內完成「生活習慣評估量表」自評之三高病人數，每人獎勵 40 點，每家診所最高獎勵上限為 2 萬點。

(六) 多重慢性病人門診整合費用：敘明「特優級(90 分以上)之 E1 案件納入結算」，以利後續結算作業有所依據。

(七) 修訂部分評核指標配分、得分閾值及內容：

1. 結構面指標：「個案研討、共同照護門診、社區衛教宣導、病房巡診」新增「醫療群內至少 1 家診所提供 COVID-19 或肺炎鏈球菌疫苗施打」之條件，另社區衛教宣導需納入三高防治內容(含「722 原則」)。

2. 過程面指標：

(1) 「成人預防保健檢查率」、「65 歲以上老人流感注射率」及「糞便潛血檢查率」皆納入醫院執行量計算。另 5 項預防保健指標之配分各調升 1 分。

(2) 配合國民健康署修正「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」，修訂 3 項指標之計算年齡區間，另「成人預防保健檢查

率」排除 P4P-DM/CKD/DKD 或代謝計畫收案個案。

3. 結果面指標：

- (1) 「糖尿病及慢性腎臟病監測數據控制良率」改以「人數占率」作為得分閾值，並新增 3 分得分，另 UACR 納入 DM 病人，並移列至觀察指標(修訂第一年不計分)。
- (2) 刪除「慢性病個案三高生活型態風險控制率」(1.0 醫療群適用)。

4. 自選指標：

- (1) 「醫療群內收案會員重複用藥情形」刪除「平均每位會員重複用藥核扣金額」條件(僅計算重複用藥率)。
- (2) 新增配合政策推動指標(皆為 5 分，僅能擇一計分)：
 - 甲. 居家失能個案家庭醫師照護方案之照顧個案開立長期照護醫師意見書。
 - 乙. 醫師到宅開立居家安寧個案之死亡診斷(另按家醫學會建議，醫師需於當年度曾提供該名個案居家安寧服務)。
 - 丙. 原「提供居家醫療照護整合計畫服務或安寧居家療護服務」指標移列至本項項下，並將「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」納入計算。

5. 新增「血壓上傳率」做為觀察指標(第一年不計分)。

- (八) 退場機制：為維護家醫計畫及全人計畫照護品質，參與計畫之醫師所屬醫療群/醫院若當年度評核指標達退場規定，需退出計畫，一年內不得參加家醫計畫及全人計畫。
- (九) 社區醫療群業務：為鼓勵醫療群透過家醫大平台追蹤管理收案會員，並與本保險數位照護獎勵計畫審核通過廠商合作，導入數位工具進行個案健康管理，爰新增相關內容。
- (十) 教育訓練：醫師之 DM/CKD 教育訓練須納入「高血壓及心血管防治」內容。
- (十一) 家醫計畫於 113 年起雙軌併行，考量本署規劃以家醫計畫為基礎，整合並提升各項慢性病照護品質，爰於 114 年計畫預告家醫 1.0 將於 115 年起退場。
- (十二) 另配合上開修訂事項，同步修訂項次及相關描述文字。

114 年條文(依 114 年 3 月 6 日共識修正條文)	113 年現行條文	修正說明
(同現行條文)	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。	
(同現行條文)	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。	
(同現行條文)	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。	
(同現行條文)	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。	
(同現行條文)	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。	

114 年條文(依 114 年 3 月 6 日共識修正條文)	113 年現行條文	修正說明
	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。	
(同現行條文)	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，若當年度未參加全民健康保險醫療給付項目及支付標準第八部第二章糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案，(以下稱 P4P-DM/CKD/DKD 方案)，應按本計畫所定接受教育訓練，加強糖尿病及初期慢性腎臟病之疾病管理能力。 <u>(七)115 年起，全面實施家醫 2.0。</u>	(六)家醫 2.0 醫療群：申請成為「家醫 2.0 醫療群」之診所，若當年度未參加全民健康保險醫療給付項目及支付標準第八部第二章糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案，(以下稱 P4P-DM/CKD/DKD 方案)，應按本計畫所定接受教育訓練，加強糖尿病及初期慢性腎臟病之疾病管理能力。	健保署說明： 為達三高防治 888 政策目標，本署規劃以家醫計畫為基礎，整合並提升各項慢性病的醫療照護品質，爰研擬規劃家醫 1.0 於 115 年起退場，並先於 114 年計畫預告，屆時將配合修訂 115 年計畫內容。
(同現行條文)	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。	
(同現行條文)	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	

114 年條文(依 114 年 3 月 6 日共識修正條文)	113 年現行條文	修正說明
	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。	
(同現行條文)	<p>(二)建立醫療照護品質提升及轉診機制</p> <p>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。</p> <p>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：</p> <p>(1)醫師交班表：至少含括下列項目：</p> <p>A. 兩位醫師共同照護結果。</p> <p>B. 明列用藥及檢查結果。</p> <p>C. 醫院及診所醫師連絡方式。</p> <p>(2)轉診單。</p> <p>(3)轉診個案照護討論會：每季由醫院及診所共同召開。</p> <p>(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。</p> <p>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：</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(3)慢性病人用藥一致。</p> <p>(4)醫療品質提升計畫。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	
(同現行條文)	<p>(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)。</p> <p>(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。</p>	
<u>(五)社區醫療群宜運用家醫大平台追蹤家醫會員照護情形及健康狀況，以提升慢性病會員之健康管理效率。並得與本保險數位照護獎勵計畫之審核通過廠商合作，導入數位工具，進行個案健康管理。</u>		<p>健保署說明：</p> <p>本署於 113 年底建置完成家醫大平台，另於同年推行「全民健康保險數位照護獎勵計畫」，爰修訂社區醫療群之業務，以鼓勵醫療群使用家醫大平台追蹤家醫會員照護情形及健康狀況，並與本署審核通過廠商合作，導入數位工具進行個案健康管理，以提升慢性病會員之健康管理效率。</p>

114 年條文(依 114 年 3 月 6 日共識修正條文)	113 年現行條文	修正說明
(同現行條文)	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。	
(同現行條文)	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。	
(同現行條文)	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、門診論病例計酬及前一年地區醫院全人全社區照護計畫(下稱全人計畫)收案者。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。	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、 <u>「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</u> 。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	健保署說明： 本署自 113 年 8 月 23 日實施地區醫院全人全社區照護計畫（下稱全人計畫），由本署將尚未被任一慢性病照護方案收案之三高病人交付其主要就醫之地區醫院收案。為讓前述於 113 年已被地區醫院收案照護之三高病人可獲連續性照護，爰將前一年地區醫院全人計畫收案個案不列入家醫計畫派案名單。

114 年條文(依 114 年 3 月 6 日共識修正條文)	113 年現行條文	修正說明
2.65 歲以上(含)多重慢性病患者。 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。	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)多重慢性病患者。 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 <u>慢性疾病</u> 給藥日份最高診所收案照顧，且於該診所門診 <u>慢性疾病</u> 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。	(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。	健保署說明： 為讓個案得於慢性病主要就醫診所收案照護，爰將現行慢性病個案之就醫次數及給藥日份等判斷條件調整為限 慢性病就醫案件 。
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， <u>另可加收 100 名保險人第二階段交付之三高病人</u> ，以指定收案會員之家庭成員及該醫師之忠誠病人為優先， <u>且以非全人計畫之應照護族群為原則</u> ；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， <u>另保險人第二階段交付之三高病人不得加收超過 600 名</u> 。	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， <u>原則</u> 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。	健保署說明： 1. 為鼓勵醫師將三高病人收案照護，放寬自收個案上限規定：上年度評核指標≥90 分之社區醫療群，每名醫師於原加收人數上限外，至多得自行收案 100 名三高病人，且前述三高病人不受個案管理費上限限制。 2. 考量 114 年起家醫計畫與全人計畫收案時間恐會重疊，爰為避免個案同時被兩項計畫收案，全人計畫產製派案名單時，將排除當年度家醫計畫派案個案。另家醫計畫自收個案，以非全人計畫之派案個案為原則。
	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。	

114 年條文(依 114 年 3 月 6 日共識修正條文)	113 年現行條文	修正說明															
<p>二、社區醫療群需於計畫公告 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)。</p> <p>(一)第一階段：</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>(二)第二階段：</p> <p><u>1. 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。</u></p> <p><u>2. 保險人將未於第一階段收案之較需照護族群之三高病人名單交付該病人曾因三高疾病就醫≥2 次之家醫診所。上開醫師得再加收 100 名三高病人。</u></p> <p>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。</p>	<p>二、社區醫療群需於計畫公告 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)。</p> <p>(一)第一階段：</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>(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。</p> <p>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。</p>	<p>健保署說明：</p> <p>1. 為鼓勵醫師將三高病人收案照護，修訂派案作業，於第二階段收案，將派案名單中尚未被收案之三高病人進行二次派案。</p> <p>2. 經統計 112 年約有 58.5 萬三高病人未被任一慢性病照護計畫收案，且主要於基層診所就醫。其中 45.5 萬人列於 113 年家醫派案名單。經統計 45.5 萬名三高病人中，約 7.8 萬人於 112 年因三高疾病至同一家家醫診所就醫≥2 次，若 9 成個案(約 7.02 萬人)經二次派案被收案，推估增加支出 1.34 億元。</p> <table><tr><th>費用項目</th><th>推估費用 (億點)</th><th>推估說明</th></tr><tr><td>個管費(含加成及個人資料上傳)</td><td>0.26</td><td>1. 基本個管費：7.02 萬*250=1755 萬 2. 特定疾病追蹤管理加成(以 9 成達定期追蹤推估)：7.02 萬*0.9*100=631.8 萬 3. 個人健康資料上傳加成(以 9 成個案上傳推估)：7.02 萬*0.9*30=189.5 萬</td></tr><tr><td>績效獎勵費</td><td>0.3</td><td>=7.02 萬*420 (112 年平均每人績效獎勵費為 420 點)</td></tr><tr><td>多重慢性病人門診整合費用</td><td>0.63</td><td>112 年計 58.5 萬人符合 2 種以上慢性病，其中 52.8 萬人(90%)獲獎勵，且獎勵比例(550 點：1,100 點)為 2：8 7.02 萬*90%=6.3 萬人 6.3 萬*20%*550+6.3 萬*80%*1,100=6254.8 萬</td></tr><tr><td>整合照護提升費</td><td>0.16</td><td>以平均每人 320 點推估（且 7 成個案達控制良好）： 7.02 萬*70%*320=1,572 萬</td></tr></table>	費用項目	推估費用 (億點)	推估說明	個管費(含加成及個人資料上傳)	0.26	1. 基本個管費：7.02 萬* 250 =1755 萬 2. 特定疾病追蹤管理加成(以 9 成達定期追蹤推估)：7.02 萬*0.9* 100 =631.8 萬 3. 個人健康資料上傳加成(以 9 成個案上傳推估)：7.02 萬*0.9* 30 =189.5 萬	績效獎勵費	0.3	=7.02 萬* 420 (112 年平均每人績效獎勵費為 420 點)	多重慢性病人門診整合費用	0.63	112 年計 58.5 萬人符合 2 種以上慢性病，其中 52.8 萬人(90%)獲獎勵，且獎勵比例(550 點：1,100 點)為 2：8 7.02 萬*90%=6.3 萬人 6.3 萬*20%* 550 +6.3 萬*80%* 1,100 =6254.8 萬	整合照護提升費	0.16	以平均每人 320 點推估（且 7 成個案達控制良好）： 7.02 萬*70%*320=1,572 萬
費用項目	推估費用 (億點)	推估說明															
個管費(含加成及個人資料上傳)	0.26	1. 基本個管費：7.02 萬* 250 =1755 萬 2. 特定疾病追蹤管理加成(以 9 成達定期追蹤推估)：7.02 萬*0.9* 100 =631.8 萬 3. 個人健康資料上傳加成(以 9 成個案上傳推估)：7.02 萬*0.9* 30 =189.5 萬															
績效獎勵費	0.3	=7.02 萬* 420 (112 年平均每人績效獎勵費為 420 點)															
多重慢性病人門診整合費用	0.63	112 年計 58.5 萬人符合 2 種以上慢性病，其中 52.8 萬人(90%)獲獎勵，且獎勵比例(550 點：1,100 點)為 2：8 7.02 萬*90%=6.3 萬人 6.3 萬*20%* 550 +6.3 萬*80%* 1,100 =6254.8 萬															
整合照護提升費	0.16	以平均每人 320 點推估（且 7 成個案達控制良好）： 7.02 萬*70%*320=1,572 萬															
(同現行條文)	<p>玖、參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求</p> <p>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者）。前述未曾涉及違規情事期間之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。</p>																
(同現行條文)	<p>二、參與計畫診所一年內沒有下列紀錄者：</p> <p>(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。</p> <p>(二) 經核定終止計畫資格或計畫不予續辦之紀錄。</p> <p>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</p>																

114 年條文(依 114 年 3 月 6 日共識修正條文)	113 年現行條文	修正說明
	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，則需由社區醫療群需主動告知會員，其主要照護醫師更換，如會員不同意更換則不予承接。	
(同現行條文)	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條至第四十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者），以保險人第一次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。	
(同現行條文)	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， <u>且須包含高血壓及心血管防治內容</u> 。 1. 各項疾病之時數要求如下： (1) 第一年： A. 糖尿病(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. 初期慢性腎臟病(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. <u>DM+CKD</u> ：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。 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(含各層級醫院協會)、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、 <u>台灣基層糖尿病協會、中華民國診所協會全國聯合會</u> 、各縣市衛生局及專科醫學會等主辦。	健保署說明： 1. 糖尿病及慢性腎臟病治療指引皆指出，若同時具有高血壓，易引發心血管疾病，爰要求醫師之 DM/CKD 教育訓練須納入 高血壓及心血管防治 內容，以利醫師協助收案病人管控血壓，避免心血管相關疾病的發生。 2. DM/CKD 教育訓練辦理單位納入 QA 補充單位： 台灣基層糖尿病協會、中華民國診所協會全國聯合會 。 3. 統一計畫中疾病樣態描述文字，DKD 改以 DM、CKD 分述(僅 P4P 以 DKD 呈現)，不影響原意涵。	

114 年條文(依 114 年 3 月 6 日共識修正條文)	113 年現行條文	修正說明
(同現行條文)	<p>壹拾、費用申報及支付方式</p> <p>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)。</p>	
<p>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-<u>糖心腎症候群</u>整合照護提升費補付」，「`1AD”家庭醫師整合性照護計畫-<u>糖心腎症候群</u>整合照護提升費追扣」，「`200”家庭醫師整合性照護計畫<u>糖尿病病人之胰島素注射獎勵費補付</u>」，「`1 00”家庭醫師整合性照護計畫<u>糖尿病病人之胰島素注射獎勵費追扣</u>」，「`200”家庭醫師整合性照護計畫生活習慣自評獎勵費補付」及「`1 00”家庭醫師整合性照護計畫生活習慣自評獎勵獎勵費追扣」。</p> <p>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。</p>	<p>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-<u>糖尿病/初期慢性腎臟病整合照護提升費補付</u>」及「`1AD”家庭醫師整合性照護計畫-<u>糖尿病/初期慢性腎臟病整合照護提升費追扣</u>」。</p> <p>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。</p>	<p>健保署說明：</p> <p>配合調整「糖尿病/初期慢性腎臟病整合照護提升費」、新增「糖尿病病人之胰島素注射獎勵費」及「生活習慣自評獎勵獎勵費」修訂文字。</p>
<p>四、社區醫療群收案會員，經費撥付原則如下：</p> <p>(一)個案管理費：</p> <p>1.支付項目：</p> <p><u>(1)基本費用：</u>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，<u>每人支付 250 元/年</u>。</p> <p><u>(2)個人健康資料加成費：</u>完成個人健康資料建檔者(詳附件二)，<u>每人支付 30 元/年</u>。</p> <p><u>(3)特定疾病追蹤管理加成費：</u>具 2 種以上特定疾病者，<u>達定期追蹤照護者，每人支付 100 元/年：</u></p> <p><u>甲、適用範圍：</u>家醫 2.0 收案會員。</p> <p><u>乙、疾病類別：</u>糖尿病、初期慢性腎臟病、動脈粥狀硬化心血管疾病(下稱 ASCVD)風險等級達非常高或極高。</p> <p><u>丙、定期追蹤照護之定義：</u></p> <p><u>(甲) 各類特定疾病對應之檢驗項目之檢查(驗)次數應至少上、下半年各一次；若個案前一年曾診斷為高血壓並開立相關用藥，亦須上傳血壓值(一年至少 3 次)。</u></p>	<p>四、社區醫療群收案會員<u>每人支付費用 800 點/年</u>，經費撥付原則如下：</p> <p>(一)個案管理費，每人支付 250 元/年：</p> <p>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。</p> <p>2.支付條件：</p> <p>(1)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計畫之收案個案，若與本計畫屬同一收案診所，自該計畫收案日起不予支付個案管理費；若與本計畫非屬同一診所收案，則予以支付個案管理費，惟居家醫療照護整合計畫之收案個案除外。</p> <p>(2)前項個案及死亡個案之個案管理費按收案月份等比例支付。</p> <p>(3)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。</p> <p>(4)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</p>	<p>✓ 醫師公會全聯會 114 年 3 月 14 日回復意見：</p> <p>因代謝症候群防治計畫於 114 年起已改由公務預算支應，爰建議家醫計畫與代謝計畫之同診所收案個案，仍可支付家醫計畫個案管理費。</p> <p>✓ 健保署說明：</p> <p>1. 鼓勵家醫診所定期追蹤特定慢性疾病個案：收案會員中具 2 種以上特定疾病個案(DM、CKD、風險等級達非常高/極高之 ASCVD)，達定期追蹤照護者，個案管理費調升為 350 元/年。為提升整體醫療照護品質，本署將持續鼓勵醫療群參與 2.0，且考量預算有限，爰本項修訂限家醫 2.0 收案會員適用。</p> <p>2. 為達三高防治 888 政策目標之 80%照護個案完成生活習慣諮商，爰於計畫新增相關獎勵措施，以收集個案個人健康資料及生活習慣自評結果，其中針對完成「個人健康資料」上傳個案予以個案管理費加成 30 元。</p>

114 年條文(依 114 年 3 月 6 日共識修正條文)	113 年現行條文	修正說明																										
<p>(乙) <u>各疾病組合對應之檢驗項目及應達到檢驗次數如下：</u></p> <table><tr><th rowspan="2">疾病組合</th><th colspan="4">當年度檢驗(查)項目應達到次數</th></tr><tr><th>醣化血紅素(HbA1c)</th><th>低密度脂蛋白(LDL)</th><th>尿液白蛋白與尿液肌酸酐比值(UACR)</th><th>血壓</th></tr><tr><td>DM+CKD</td><td>2 次</td><td>2 次</td><td>2 次</td><td rowspan="4">前一年曾診斷為高血壓並開立相關用藥者：3 次</td></tr><tr><td>DM+ASCVD</td><td>2 次</td><td>2 次</td><td>=</td></tr><tr><td>CKD+ASCVD</td><td>=</td><td>2 次</td><td>2 次</td></tr><tr><td>DM+CKD+ASCVD</td><td>2 次</td><td>2 次</td><td>2 次</td></tr></table> <p>註.按各疾病治療指引建議頻率：DM 病人之 HbA1c 為 1 次/3 個月、LDL 為 1 次/年(若血脂異常或使用降血脂藥物則為 1 次/3~6 月)。CKD 病人之 UACR 為 1 次/半年。ASCVD 風險等級達非常高或極高病人：若經治療達標，則維持治療，並每半年追蹤 LDL；若未達標，應檢視服藥狀況，並於更動治療後 1 至 3 個月內追蹤 LDL。</p> <p>丁、<u>檢驗數值來源：健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫審核通過廠商之上傳檢驗(查)數據。</u></p> <p>2.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，<u>另計第二階段加收之三高病人。</u></p> <p><u>3.上述僅為個案管理費支付人數上限</u>，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。</p> <p><u>4.</u>支付條件：</p> <p>(1)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計畫之收案個案，若與本計畫屬同一收案診所，自該計畫收案日起不予支付個案管理費；若與本計畫非屬同一診所收案，則予以支付個案管理費，惟居家醫療照護整合計畫之收案個案除外。</p> <p>(2)前項個案及死亡個案之個案管理費按收案月份等比例支付。</p> <p>(3)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。</p> <p>(4)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。</p> <p><u>5.</u>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。</p> <p><u>6.</u>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。</p> <p><u>7.</u>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<u>三</u>)。</p>	疾病組合	當年度檢驗(查)項目應達到次數				醣化血紅素(HbA1c)	低密度脂蛋白(LDL)	尿液白蛋白與尿液肌酸酐比值(UACR)	血壓	DM+CKD	2 次	2 次	2 次	前一年曾診斷為高血壓並開立相關用藥者：3 次	DM+ASCVD	2 次	2 次	=	CKD+ASCVD	=	2 次	2 次	DM+CKD+ASCVD	2 次	2 次	2 次	<p>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。</p> <p><u>3.</u>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。</p> <p><u>4.</u>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。</p> <p><u>5.</u>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<u>二</u>)。</p>	<p>3. 另有關醫師公會全聯會建議家醫計畫及代謝計畫之同診所收案個案，可支付家醫個管費一節：</p> <p>(1)雖自 114 年起兩項計畫之預算來源不同，惟秉持資源不重置原則，本署建議維持現行規定（即同診所收案個案，不支付家醫個管費）。</p> <p>(2)另若修訂為家醫計畫與代謝計畫同診所收案個案，得支付家醫個管費，推估約需 0.66 億元支應，恐造成績效獎勵費、多重慢性整合照護提升費等費用需以浮動點值支應。（因 114 年家醫計畫預算較 113 年增加 4 億元，原訂 114 年計畫修訂事項將增加支出 4.01 億元）</p> <p>(3)綜上，建議 114 年維持現行規定，並請醫師公會全聯會向健保會說明家醫計畫及代謝計畫之同診所收案個案得領取家醫計畫個案管理費及代謝計畫追蹤管理費之原因，並爭取 115 年預算支應。</p> <p>4. 財務評估:</p> <p>(1)113 年家醫收案個案中，約 45 萬人具 2 種以上特定疾病，其中約 33.9 萬人(約 75%)係由家醫 2.0 醫療群收案。推估具 2 種以上特定疾病個案中(33.9 萬人)，9 成個案達定期追蹤，將增加支出 0.3 億元(=33.9 萬*0.9*100)</p> <p>(2)若 8 成家醫會員完成個人健康資料上傳，以 113 年收案數(627 萬人)推估，約增加支出 1.5 億元(=627 萬*0.8 *30)</p>
疾病組合		當年度檢驗(查)項目應達到次數																										
	醣化血紅素(HbA1c)	低密度脂蛋白(LDL)	尿液白蛋白與尿液肌酸酐比值(UACR)	血壓																								
DM+CKD	2 次	2 次	2 次	前一年曾診斷為高血壓並開立相關用藥者：3 次																								
DM+ASCVD	2 次	2 次	=																									
CKD+ASCVD	=	2 次	2 次																									
DM+CKD+ASCVD	2 次	2 次	2 次																									

114 年條文(依 114 年 3 月 6 日共識修正條文)	113 年現行條文	修正說明
(同現行條文)	<p>(二) 績效獎勵費用，每人支付 550 點/年(以群為計算單位)：</p> <p>1. 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。</p> <p>2. 參與家醫 2.0 醫療群之醫師皆完成本計畫所定 DM/CKD 相關教育訓練課程(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。</p> <p>3. 支付方式：</p> <p>(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)。</p> <p>(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：</p> <p>A. 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。</p> <p>B. 良好級：計畫評核指標分數介於 80 分≤～<90 分，則支付品質提升費用會員每人 210 點。</p> <p>C. 普通級：計畫評核指標分數介於 75 分≤～<80 分，則支付品質提升費用會員每人 175 點。</p> <p>D. 輔導級：計畫評核指標分數介於 70 分≤～<75 分，則支付品質提升費用會員每人 145 點。</p> <p>E. 不支付：計畫評核指標分數<70 分則不予支付。</p> <p>(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%。</p> <p>(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」、「績效獎勵費用」。</p>	
(同現行條文)	<p>五、偏遠地區參與診所績效獎勵費</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p>	
<p>六、失智症門診照護家庭諮詢費用</p> <p>(一) 病人條件：參與本計畫且經神經科、精神科或老年醫學專科醫師評估之失智症病人(失智症評估表(Clinical Dementia Rating,CDR)值≥1 或簡易心智量表≤23)，而有諮詢需要者。</p> <p>(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。</p> <p>(三) 每次諮詢須填報諮詢溝通內容及規定(如附件<u>四</u>)，併入病人病歷記錄留存。</p>	<p>六、失智症門診照護家庭諮詢費用</p> <p>(一) 病人條件：參與本計畫且經神經科、精神科或老年醫學專科醫師評估之失智症病人(失智症評估表(Clinical Dementia Rating,CDR)值≥1 或簡易心智量表≤23)，而有諮詢需要者。</p> <p>(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。</p> <p>(三) 每次諮詢須填報諮詢溝通內容及規定(如附件<u>三</u>)，併入病人病歷記錄留存。</p>	<p>健保署說明：</p> <p>配合新增個人健康資料表為附件二，調整附件序號。</p>

114 年條文(依 114 年 3 月 6 日共識修正條文)	113 年現行條文	修正說明
(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。	(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慢性病連續處方箋需含兩類(含)以上慢性病用藥，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」。 <u>3.當年度評核指標分數達特優級之醫療群，醫療給付改善方案案件(案件分類 E1)納入計算。</u> (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 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 550 點。	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慢性病連續處方箋需含兩類(含)以上慢性病用藥，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 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 550 點。	✓ 醫師公會全聯會 114 年 3 月 14 日回復意見： 建議所有醫療群之 E1 案件皆納入「多重慢性病人門診整合費用」結算乙節，因 114 年家醫計畫預算不足支應，爰列入 115 年西醫基層總額成長率項目，並於總額協商爭取預算。若預算未獲通過，仍會列入 115 年家醫計畫修訂事項。 ✓ 健保署說明： 1. 按西醫基層總額 111 年第 4 次研商議事會議決議，本項費用應將「特優級(90 分以上)之 E1 案件納入結算」，爰於計畫敘明，以利後續結算作業有所依據。 2. 有關醫師公會全聯會所提建議，本署將納入 115 年計畫修訂事項，於總額協商爭取預算支應。

114 年條文(依 114 年 3 月 6 日共識修正條文)							113 年現行條文							修正說明																																																
八、 <u>糖心腎症候群</u> 整合照護提升費：																					八、 <u>糖尿病/初期慢性腎臟病</u> 整合照護提升費：																					健保署說明：																				
(一) 適用對象：「家醫 2.0 醫療群」收案會員，並依 <u>所具疾病監控</u> 下列檢驗項目：																					(一) 適用對象：「家醫 2.0 醫療群」收案會員，並依下列檢驗結果予以支付：																					1. 納入 ASCVD 之風險等級達非常高或極高，並依個案之疾病類型(含風險等級)、控制良好之檢驗項目數，給予相對應之整合照護提升費，以鼓勵醫療群提升收案會員之醫療照護品質。																				
1. 糖尿病：HbA1c 及 LDL。																					1. <u>糖尿病病人：醣化血紅素(HbA1c)及低密度脂蛋白(LDL)。</u>																					2. 財務評估：																				
2. 初期慢性腎臟病： <u>LDL 及</u> UACR																					2. <u>初期慢性腎臟病人：尿液白蛋白與尿液肌酸酐比值(UACR)</u>																					(1)統計 113 家醫會員中，計 22 萬人之 ASCVD 達非常高以上風險，其中約 15.4 萬人係被家醫 2.0 診所收案。前述 15.4 萬人中，5.7 萬人具 DM/CKD，計算各類疾病組合人數，並以相對應之整合照護提升費，推估 114 年提升費為 1.84 億元(附表 1)，扣除 113 年支付方式試算(2 億元，附表 2)，約 <u>減少支出 0.16 億元。</u>																				
3. <u>ASCVD 之風險等級達非常高或極高：LDL</u>																					3. <u>糖尿病合併初期慢性腎臟病病人：HbA1c 及 LDL 及 UACR。</u>																					(2)114 年較 113 年減少的主要原因：																				
(二) 支付條件 <u>及支付方式</u> ：																					(二) 支付條件： <u>檢驗結果均須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。</u>																					A. 113 年支付條件為控制良好或進步； 114 年僅支付控制良好																				
1. <u>各疾病組合對應之檢驗項目及控制良好範圍如下表，依照個案達到控制良好的檢驗項目數，支付相對應費用：</u>																					1. <u>控制良好範圍及進步之定義：</u>																					B. DM+CKD 於 113 年最高支付點數為 750 點；114 年則為 550 點																				
																					(1) <u>醣化血紅素(HbA1c)：<7%。</u>																					3. 統一計畫中疾病樣態描述文字，DKD 改以 DM、CKD 分述(僅 P4P 以 DKD 呈現)，不影響原意涵。																				
																					(2) <u>低密度脂蛋白(LDL)：<100mg/dL。</u>																																									
																					(3) <u>尿液白蛋白與尿液肌酸酐比值(UACR)：<30mg/gm。</u>																																									
2. 進步定義： <u>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。</u>																																										附表 1-以 114 年支付方式推估所需預算：約 1.84 億元																				
3. 資料範圍： <u>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。</u>																																																														
(三) <u>支付方式</u> ：																					(三) <u>支付方式</u> ：																																									
1. <u>糖尿病（DM）或初期慢性腎臟病（CKD）病人，每一個案每年度支付 250 元；糖尿病合併初期慢性腎臟病（DKD）病人，每一個案每年度支付 750 元。</u>																					1. <u>糖尿病（DM）或初期慢性腎臟病（CKD）病人，每一個案每年度支付 250 元；糖尿病合併初期慢性腎臟病（DKD）病人，每一個案每年度支付 750 元。</u>																																									
2. 「家醫 2.0 醫療群」參與診所之醫師未於年度結束前完成 DM/CKD 相關教育訓練，不予支付。																					2. 「家醫 2.0 醫療群」參與診所之醫師未於年度結束前完成 DM/CKD 相關教育訓練，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。																					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。																																									

114 年條文(依 114 年 3 月 6 日共識修正條文)	113 年現行條文	修正說明
<p><u>九、糖尿病病人之胰島素注射獎勵費：</u></p> <p>(一) <u>適用對象：「家醫 2.0 醫療群」之糖尿病收案會員。</u></p> <p>(二) <u>給付條件：持續施打胰島素，即前一年胰島素注射天數≥28 天且當年度胰島素注射天數≥168 天。</u></p> <p>(三) <u>支付方式：符合上述條件者，每一個案支付 300 點/年。</u></p> <p><u>註.新胰島素注射之糖尿病病人以現行「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」之胰島素注射獎勵措施予以獎勵。</u></p>		<p>健保署說明：</p> <p>1. 為提升糖尿病病人之胰島素注射率，新增糖尿病病人胰島素注射獎勵。另因現行 P4P-DM 已針對新注射個案予以獎勵(包含所有糖尿病病人，不限於 P4P-DM 收案個案，每一個案獎勵 500 點/年)，爰家醫計畫僅針對延續型個案予以獎勵。</p> <p>2. 財務評估：113 年家醫 2.0 收案人數中，71.4 萬人具 DM，112 年胰島素注射率 7.1%(推估 114 年注射率成長至 9%)，推估增加支出 <u>1,928 萬元</u>(=71.4 萬*9%300)</p>
<p><u>十、生活習慣自評獎勵費：</u></p> <p>(一) <u>適用對象:家醫收案會員中，具三高疾病(高血壓、高血脂、高血糖)個案，不含代謝計畫收案個案。</u></p> <p>(二) <u>支付方式：完成生活習慣量表自評之三高疾病會員，醫師透過家醫大平台查閱，提供諮詢及解析者，支付獎勵費用，每人獎勵 40 點：</u></p> <p>1. <u>支付門檻：完成自評之三高疾病會員數≥50 人。</u></p> <p>2. <u>支付上限：每家診所最高獎勵 2 萬點。</u></p>		<p>✓ 醫師公會全聯會 114 年 3 月 14 日回復意見：</p> <p>建議改為「完成自評人數大於 50 人，每人獎勵費用 40 點」，獎勵上限請健保署協助評估再確認，以合乎比例原則。</p> <p>健保署說明：</p> <p>1. 本署規劃由病人自評生活習慣量表，並將資料直接導入家醫大平台，讓醫師透過平台掌握病人生活習慣，並給予相關衛教。爰為鼓勵家醫診所宣導收案會員完成生活習慣自評，新增獎勵費用。</p> <p>2. 為扣合三高防治 888 政策目標，上述獎勵費用限為三高疾病個案，並排除代謝計畫收案者。</p> <p>3. 按全聯會所提建議，調整獎勵方式，並以 113 年家醫診所收案之三高病人(228 萬人，已排除代謝收案個案)，推估 8 成病人完成自評，約增加支出 0.54 億點(共計 4,767 家診所獲獎勵，其中 930 家診所獲最高額度 2 萬點)。</p>
<p>九、 <u>十一、</u>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「<u>糖心腎症候群</u>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」「多重慢性病人門診整合費用」、「<u>糖尿病病人之胰島素注射獎勵費</u>」及「<u>生活習慣自評獎勵費</u>」採浮動點值支付，且每點支付金額不高於 1 元。</p>	<p><u>九、</u>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「<u>糖尿病/初期慢性腎臟病</u>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。</p>	<p>健保署說明：</p> <p>配合 114 年新增「糖尿病病人之胰島素注射獎勵費」及「生活習慣自評獎勵費」，修改相關內容。</p>
<p>(同現行條文)</p>	<p>十、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。</p> <p>十一、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。</p>	
<p>壹拾壹、計畫評核指標</p> <p>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：</p> <p>一、結構面指標(15 分)</p> <p>(一)個案研討、共同照護門診、社區衛教宣導、病房巡診、<u>提供疫苗施打</u>(10 分)：</p> <p>1. <u>社區醫療群每月至少需辦理 1 場，且當年度至少 1 場社區衛教宣導包含三高防治(其中高血壓防治須包含「722 原則」)，且年度內每位醫師至少應參與本項活動達 6 次(含)以上。</u></p> <p>2. <u>醫療群內至少 1 家診所提供 COVID-19 或肺炎鏈球菌疫苗施打。</u></p>	<p>壹拾壹、計畫評核指標</p> <p>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：</p> <p>一、結構面指標(15 分)</p> <p>(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。</p>	<p>健保署說明：</p> <p>1. 配合賴總統健康台灣三高防治 888 政策目標，將三高防治納入「社區衛教宣導」內容。</p> <p>2. 新增「醫療群內至少 1 家診所提供 COVID-19 或肺炎鏈球菌疫苗施打」條件，盼透過醫療群內診所掌握群內疫苗資源分佈情形，協助收案病人轉診（介），接受疫苗施打，進而提升疫苗接種人數。</p>

114 年條文(依 114 年 3 月 6 日共識修正條文)	113 年現行條文	修正說明															
(同現行條文)	(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(28分)：預防保健達成情形 (一) 成人預防保健檢查率(6分) 1. 會員接受成人預防保健服務≥較需照護族群 70 百分位數，得 6分。 2. <較需照護族群 70 百分位數，但≥較需照護族群 60 百分位數，得 3 分。 3. 計算公式說明： 分子： <u>30</u> 歲(含)以上會員於院所接受成人健檢人數 分母： <u>(30 歲至 39 歲會員數/5+40 歲至 64 歲會員數/3+65 歲《含》會員數)</u> <u>註.按國民健康署「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」，本項指標排除「已為代謝計畫、P4P-DM/CKD/DKD」之收案管理者。</u>	二、過程面指標(23分)：預防保健達成情形 (一) 成人預防保健檢查率(5分) 1. 會員接受成人預防保健服務≥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≥較需照護族群 60 百分位數，得 3 分。 3. 計算公式說明： 分子： <u>40</u> 歲(含)以上會員於 <u>基層</u> 院所接受成人健檢人數 分母： <u>(40 歲至 64 歲會員數/3+65 歲《含》會員數)</u>	健保署說明： 1. 考量各項過程面指標設立用意，係盼透過醫療群內衛教宣導，適時轉介，以提升接受預防保健/癌症篩檢之人數，爰修訂「成人預防保健率」及癌症篩檢相關指標： 分子皆納入醫院執行量 。 2. 國民健康署修正「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」(114年1月1日生效)，其中「 成人預防保健檢查 」 擴增補助之年齡範圍：新增「30歲以上，未滿40歲者，每5年1次」 ，爰配合修訂納入計算之年齡區間。另配合該注意事項規定「 已為代謝計畫、P4P-DM/CKD/DKD 等收案管理之個案，不提供服務(係指成人預防保健檢查) 」，爰本項指標計算排除 P4P-DM/CKD/DKD 或代謝計畫收案個案。 3. 配合「糖尿病及慢性腎臟病監測數據控制良率」之 UACR 於修訂後第一年不計分，爰將該項配分(5分)調整至5項預防保健指標，各加1分。 4. 113年1-12月各醫療群得分情形(522群)： <table><tr><th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>5</td><td>417</td><td>79.9%</td></tr><tr><td>3</td><td>74</td><td>14.2%</td></tr><tr><td>0</td><td>31</td><td>5.9%</td></tr><tr><td>總計</td><td>522</td><td>100.0%</td></tr></table> 較需照護族群 P60為24.4%、P70為30.6%	得分	群數	百分比	5	417	79.9%	3	74	14.2%	0	31	5.9%	總計	522	100.0%
得分	群數	百分比															
5	417	79.9%															
3	74	14.2%															
0	31	5.9%															
總計	522	100.0%															
(二) 子宮頸抹片檢查率(6分) 1. 會員接受子宮頸抹片服務≥較需照護族群63百分位數，得6分。 2. <較需照護族群63百分位數，但≥較需照護族群53百分位數，得3分。 3. 計算公式說明： 分子： <u>25</u> 歲(含)以上女性會員於院所接受子宮頸抹片人數。 分母： <u>25歲至29歲會員數/3+30歲(含)以上女性會員數</u> 。	(二) 子宮頸抹片檢查率(5分) 1. 會員接受子宮頸抹片服務≥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≥較需照護族群53百分位數，得3分。 3. 計算公式說明： 分子： <u>30</u> 歲(含)以上女性會員於院所接受子宮頸抹片人數。 分母： <u>30歲(含)以上女性會員數</u> 。	健保署說明： 1. 國民健康署修正「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」(114 年 1 月 1 日生效)，其中「 子宮頸抹片檢查 」 擴增補助之年齡範圍：新增「25 歲至 29 歲婦女，每 3 年 1 次」 ，爰配合修訂納入計算之年齡區間。 2. 配合「糖尿病及慢性腎臟病監測數據控制良率」之 UACR 於修訂後第一年不計分，爰將該項配分(5 分)調整至 5 項預防保健指標，各加 1 分。 3. 113 年 1-12 月各醫療群得分情形(522 群)： <table><tr><th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>5</td><td>310</td><td>59.4%</td></tr><tr><td>3</td><td>100</td><td>19.2%</td></tr><tr><td>0</td><td>112</td><td>21.5%</td></tr><tr><td>總計</td><td>522</td><td>100.0%</td></tr></table> 較需照護族群 P53 為 23.7%、P63 為 25.7%	得分	群數	百分比	5	310	59.4%	3	100	19.2%	0	112	21.5%	總計	522	100.0%
得分	群數	百分比															
5	310	59.4%															
3	100	19.2%															
0	112	21.5%															
總計	522	100.0%															

114 年條文(依 114 年 3 月 6 日共識修正條文)	113 年現行條文	修正說明																		
<p>(三) 65 歲以上老人流感注射率(<u>4</u>分)</p> <p>1. 會員接受流感注射服務≥較需照護族群 65 百分位數，得<u>4</u>分。</p> <p>2. <較需照護族群 65 百分位數，但≥較需照護族群 55 百分位數，得 2 分。</p> <p>3. 計算公式說明： 分子：65 歲以上會員於院所接種流感疫苗人數。 分母：65 歲以上總會員人數。</p>	<p>(三) 65 歲以上老人流感注射率(<u>3</u>分)</p> <p>1. 會員接受流感注射服務≥較需照護族群 65 百分位數，得 <u>3</u> 分。</p> <p>2. <較需照護族群 65 百分位數，但≥較需照護族群 55 百分位數，得 2 分。</p> <p>3. 計算公式說明： 分子：65 歲以上會員於<u>基層</u>院所接種流感疫苗人數。 分母：65 歲以上總會員人數。</p>	<p>健保署說明：</p> <p>1. 考量各項過程面指標設立用意，係盼透過醫療群內衛教宣導，適時轉介，以提升接受預防保健/癌症篩檢之人數，爰修訂「成人預防保健率」及癌症篩檢相關指標：分子皆納入醫院執行量。</p> <p>2. 配合「糖尿病及慢性腎臟病監測數據控制良率」之 UACR 於修訂後第一年不計分，爰將該項配分(5分)調整至5項預防保健指標，各加1分。</p> <p>3. 113年1-12月各醫療群得分情形(522群)：</p> <table><tr><th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>3</td><td>310</td><td>59.4 %</td></tr><tr><td>2</td><td>88</td><td>16.9%</td></tr><tr><td>0</td><td>124</td><td>23.8%</td></tr><tr><td>總計</td><td>522</td><td>100.0%</td></tr></table> <p>較需照護族群 P55為36.8%、P65為40.5%</p>	得分	群數	百分比	3	310	59.4 %	2	88	16.9%	0	124	23.8%	總計	522	100.0%			
得分	群數	百分比																		
3	310	59.4 %																		
2	88	16.9%																		
0	124	23.8%																		
總計	522	100.0%																		
<p>(四) 糞便潛血檢查率(<u>6</u>分)</p> <p>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≥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 <u>6</u>分。</p> <p>2. <較需照護族群檢查率之 83 百分位數，但≥較需照護族群檢查率之 73 百分位數，得 3 分。</p> <p>3. <較需照護族群檢查率之 73 百分位數，但≥較需照護族群檢查率之 63 百分位數，得 2 分。</p> <p>4. 計算公式說明： 分子：<u>45</u>歲以上至未滿 75 歲會員於院所接受定量免疫糞便潛血檢查人數。 分母：<u>45</u>歲以上至未滿 75 歲會員人數/2。</p>	<p>(四) 糞便潛血檢查率(<u>5</u>分)</p> <p>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≥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 <u>5</u>分。</p> <p>2. <較需照護族群檢查率之 83 百分位數，但≥較需照護族群檢查率之 73 百分位數，得 3 分。</p> <p>3. <較需照護族群檢查率之 73 百分位數，但≥較需照護族群檢查率之 63 百分位數，得 2 分。</p> <p>4. 計算公式說明： 分子：<u>50</u>歲以上至未滿 75 歲會員於<u>基層</u>院所接受定量免疫糞便潛血檢查人數。 分母：<u>50</u>歲以上至未滿 75 歲會員人數/2。</p>	<p>健保署說明：</p> <p>1. 考量各項過程面指標設立用意，係盼透過醫療群內衛教宣導，適時轉介，以提升接受預防保健/癌症篩檢之人數，爰修訂「成人預防保健率」及癌症篩檢相關指標：分子皆納入醫院執行量。</p> <p>2. 國民健康署修正「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」(114年1月1日生效)，其中「糞便潛血檢查率」擴增補助之年齡範圍：自原「50 歲至74歲者，每2年1次」下修至「45歲至74歲者，每2年1次」，爰配合修訂納入計算之年齡區間。</p> <p>3. 配合「糖尿病及慢性腎臟病監測數據控制良率」之 UACR 於修訂後第一年不計分，爰將該項配分(5分)調整至5項預防保健指標，各加1分。</p> <p>4. 113年1-12月各醫療群得分情形(522群)：</p> <table><tr><th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>5</td><td>154</td><td>29.5%</td></tr><tr><td>3</td><td>105</td><td>20.1%</td></tr><tr><td>2</td><td>73</td><td>14.0%</td></tr><tr><td>0</td><td>190</td><td>36.4%</td></tr><tr><td>總計</td><td>522</td><td>100.0%</td></tr></table> <p>較需照護族群 P63為14.0%、P73為17.0%、P83為21.7%</p>	得分	群數	百分比	5	154	29.5%	3	105	20.1%	2	73	14.0%	0	190	36.4%	總計	522	100.0%
得分	群數	百分比																		
5	154	29.5%																		
3	105	20.1%																		
2	73	14.0%																		
0	190	36.4%																		
總計	522	100.0%																		
<p>(五) B、C 肝炎篩檢率(<u>6</u>分)</p> <p>1. <u>符合 B、C 肝炎篩檢資格之</u>會員接受 B、C 肝炎篩檢率≥較需照護族群 70 百分位數,得 <u>6</u>分</p> <p>2. <較需照護族群 70 百分位數,但≥較需照護族群 60 百分位數,得 3 分</p> <p>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)</p>	<p>(五) B、C 肝炎篩檢率(<u>5</u>分)</p> <p>1. 會員接受 B、C 肝炎篩檢率≥較需照護族群 70 百分位數,得 <u>5</u> 分</p> <p>2. <較需照護族群 70 百分位數,但≥較需照護族群 60 百分位數,得 3 分</p> <p>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)</p>	<p>健保署說明：</p> <p>1. 配合「糖尿病及慢性腎臟病監測數據控制良率」之 UACR 於修訂後第一年不計分，爰將該項配分(5 分)調整至 5 項預防保健指標，各加 1 分。</p> <p>2. 得分閾值文字比照計算公式敘明，不影響其操作型定義。</p> <p>3. 113 年 1-12 月各醫療群得分情形(522 群)：</p> <table><tr><th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>5</td><td>240</td><td>46.0%</td></tr><tr><td>3</td><td>120</td><td>23.0%</td></tr><tr><td>0</td><td>162</td><td>31.0%</td></tr><tr><td>總計</td><td>522</td><td>100.0%</td></tr></table> <p>較需照護族群 P60為68.1%、P70為73.7%</p>	得分	群數	百分比	5	240	46.0%	3	120	23.0%	0	162	31.0%	總計	522	100.0%			
得分	群數	百分比																		
5	240	46.0%																		
3	120	23.0%																		
0	162	31.0%																		
總計	522	100.0%																		

114 年條文(依 114 年 3 月 6 日共識修正條文)	113 年現行條文	修正說明																		
(同現行條文)	三、結果面指標(37 分) (一)潛在可避免急診率(4 分) 1. ≤收案會員30百分位，或與上年度同期自身比進步率≥10%，得4分。 2. ≤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. ≤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	健保署說明： 113 年 1-12 月各醫療群得分情形(522 群)： <table><tr><th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>4</td><td>65</td><td>12.5%</td></tr><tr><td>3</td><td>76</td><td>14.6%</td></tr><tr><td>1</td><td>189</td><td>36.2%</td></tr><tr><td>0</td><td>192</td><td>36.8%</td></tr><tr><td>總計</td><td>522</td><td>100%</td></tr></table> 收案會員之 P30、P45 及 P65 分別為 0.56%、0.79%、1.18%	得分	群數	百分比	4	65	12.5%	3	76	14.6%	1	189	36.2%	0	192	36.8%	總計	522	100%
得分	群數	百分比																		
4	65	12.5%																		
3	76	14.6%																		
1	189	36.2%																		
0	192	36.8%																		
總計	522	100%																		
(同現行條文)	(二)會員急診率(排除外傷)(4 分) 1. ≤收案會員30百分位，或與上年度同期自身比進步率≥10%，得4分。 2. ≤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. ≤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	健保署說明： 113 年 1-12 月各醫療群得分情形(522 群)： <table><tr><th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>4</td><td>88</td><td>16.9%</td></tr><tr><td>3</td><td>141</td><td>27.0%</td></tr><tr><td>1</td><td>125</td><td>23.9%</td></tr><tr><td>0</td><td>168</td><td>32.2%</td></tr><tr><td>總計</td><td>522</td><td>100%</td></tr></table> 收案會員之 P30、P45及 P65分別為20.4%、23.0%、27.1%	得分	群數	百分比	4	88	16.9%	3	141	27.0%	1	125	23.9%	0	168	32.2%	總計	522	100%
得分	群數	百分比																		
4	88	16.9%																		
3	141	27.0%																		
1	125	23.9%																		
0	168	32.2%																		
總計	522	100%																		
(同現行條文)	(三)可避免住院率(4 分) 1. ≤收案會員30百分位，或與上年度同期自身比進步率≥10%，得4分。 2. ≤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. ≤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	健保署說明： 113 年 1-12 月各醫療群得分情形(522 群)： <table><tr><th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>4</td><td>75</td><td>14.4%</td></tr><tr><td>3</td><td>64</td><td>12.3%</td></tr><tr><td>1</td><td>179</td><td>34.3%</td></tr><tr><td>0</td><td>204</td><td>39.1%</td></tr><tr><td>總計</td><td>522</td><td>100.0%</td></tr></table> 收案會員之 P30、P45 及 P65 分別為 0.25%、0.43%、0.69%	得分	群數	百分比	4	75	14.4%	3	64	12.3%	1	179	34.3%	0	204	39.1%	總計	522	100.0%
得分	群數	百分比																		
4	75	14.4%																		
3	64	12.3%																		
1	179	34.3%																		
0	204	39.1%																		
總計	522	100.0%																		
(同現行條文)	(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. ≥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。	健保署說明： 113 年 1-12 月各醫療群得分情形(522 群)： <table><tr><th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>5</td><td>381</td><td>73.0%</td></tr><tr><td>3</td><td>122</td><td>23.4%</td></tr><tr><td>0</td><td>19</td><td>3.6%</td></tr><tr><td>總計</td><td>522</td><td>100.0%</td></tr></table> 初期慢性腎臟病檢驗檢查值執行率之 P70 為 22.2%	得分	群數	百分比	5	381	73.0%	3	122	23.4%	0	19	3.6%	總計	522	100.0%			
得分	群數	百分比																		
5	381	73.0%																		
3	122	23.4%																		
0	19	3.6%																		
總計	522	100.0%																		

114 年條文(依 114 年 3 月 6 日共識修正條文)	113 年現行條文	修正說明																		
(同現行條文)	<p>(五)會員固定就診率(10 分)</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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</p>	<p>健保署說明：</p> <p>113 年 1-12 月各醫療群得分情形(522 群)：</p> <table><tr><th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>10</td><td>219</td><td>42.0%</td></tr><tr><td>5</td><td>124</td><td>23.8%</td></tr><tr><td>3</td><td>47</td><td>9.0%</td></tr><tr><td>0</td><td>132</td><td>25.3%</td></tr><tr><td>總計</td><td>522</td><td>100.0%</td></tr></table> <p>當年較需照護族群之 P55、P60 及 P65 分別為 44.2%、46.1%、48.1%</p>	得分	群數	百分比	10	219	42.0%	5	124	23.8%	3	47	9.0%	0	132	25.3%	總計	522	100.0%
得分	群數	百分比																		
10	219	42.0%																		
5	124	23.8%																		
3	47	9.0%																		
0	132	25.3%																		
總計	522	100.0%																		
(刪除)	<p>(六) 慢性病管理指標(15 分)</p> <p>1. <u>慢性病個案三高生活型態風險控制率</u></p> <p>(1)<u>非屬「家醫 2.0」之醫療群適用。</u></p> <p>(2)<u>醫療群內 200 名以上慢性病收案會員之監測指標檢驗結果屬得以控制或改善，下列項目各得 5 分。得以控制或改善之定義為檢驗結果後測-前測< 0，或維持以下正常值：</u></p> <table><tr><th><u>監測指標</u></th><th><u>正常值</u></th></tr><tr><td><u>血壓(收縮壓、舒張壓)</u></td><td><u>$100 \leq \text{收縮壓} \leq 150 \text{ mmHg}$ 或 $50 \leq \text{舒張壓} \leq 90 \text{ mmHg}$。</u></td></tr><tr><td><u>HbA1c</u></td><td><u>$4\% \leq \text{HbA1c} \leq 7\%$或原為 10%以上者改善到 $4\% \leq \text{HbA1c} \leq 8\%$之間。</u></td></tr><tr><td><u>LDL</u></td><td><u>$30 \text{ mg/d} \leq \text{糖尿病人} \leq 100 \text{ mg/dl}$、 $30 \text{ mg/dl} \leq \text{非糖尿病人} \leq 130 \text{ mg/dl}$。</u></td></tr></table> <p>(3)<u>為避免個案登載資料錯誤，如有個案非介於下列合理範圍者，收案診所須於 VPN 登載原因，即可上傳：</u></p> <table><tr><th><u>監測指標</u></th><th><u>登載合理範圍</u></th></tr><tr><td><u>血壓</u> (收縮壓、舒張壓)</td><td><u>收縮壓介於 70 至 300mmHg， 舒張壓介於 40 至 200 mmHg。</u></td></tr><tr><td><u>HbA1c</u></td><td><u>介於 4%至 15%。</u></td></tr><tr><td><u>LDL</u></td><td><u>介於 30 mg/dl 至 494 mg/dl。</u></td></tr></table> <p>(4)<u>血壓、HbA1c、LDL、得以控制之收案個案不得重複計分。</u></p> <p>(5)<u>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</u></p>	<u>監測指標</u>	<u>正常值</u>	<u>血壓(收縮壓、舒張壓)</u>	<u>$100 \leq \text{收縮壓} \leq 150 \text{ mmHg}$ 或 $50 \leq \text{舒張壓} \leq 90 \text{ mmHg}$。</u>	<u>HbA1c</u>	<u>$4\% \leq \text{HbA1c} \leq 7\%$或原為 10%以上者改善到 $4\% \leq \text{HbA1c} \leq 8\%$之間。</u>	<u>LDL</u>	<u>$30 \text{ mg/d} \leq \text{糖尿病人} \leq 100 \text{ mg/dl}$、 $30 \text{ mg/dl} \leq \text{非糖尿病人} \leq 130 \text{ mg/dl}$。</u>	<u>監測指標</u>	<u>登載合理範圍</u>	<u>血壓</u> (收縮壓、舒張壓)	<u>收縮壓介於 70 至 300mmHg， 舒張壓介於 40 至 200 mmHg。</u>	<u>HbA1c</u>	<u>介於 4%至 15%。</u>	<u>LDL</u>	<u>介於 30 mg/dl 至 494 mg/dl。</u>	<p>健保署說明：</p> <p>按 114 年 2 月 18 日 114 年家醫計畫修訂事項第二次會議決議，「慢性病個案三高生活型態風險控制率」(家醫 1.0 適用)比照「糖尿病及慢性腎臟病監測數據控制良率」(家醫 2.0 適用)修訂，爰刪除 1.0 指標。</p>		
<u>監測指標</u>	<u>正常值</u>																			
<u>血壓(收縮壓、舒張壓)</u>	<u>$100 \leq \text{收縮壓} \leq 150 \text{ mmHg}$ 或 $50 \leq \text{舒張壓} \leq 90 \text{ mmHg}$。</u>																			
<u>HbA1c</u>	<u>$4\% \leq \text{HbA1c} \leq 7\%$或原為 10%以上者改善到 $4\% \leq \text{HbA1c} \leq 8\%$之間。</u>																			
<u>LDL</u>	<u>$30 \text{ mg/d} \leq \text{糖尿病人} \leq 100 \text{ mg/dl}$、 $30 \text{ mg/dl} \leq \text{非糖尿病人} \leq 130 \text{ mg/dl}$。</u>																			
<u>監測指標</u>	<u>登載合理範圍</u>																			
<u>血壓</u> (收縮壓、舒張壓)	<u>收縮壓介於 70 至 300mmHg， 舒張壓介於 40 至 200 mmHg。</u>																			
<u>HbA1c</u>	<u>介於 4%至 15%。</u>																			
<u>LDL</u>	<u>介於 30 mg/dl 至 494 mg/dl。</u>																			

114 年條文(依 114 年 3 月 6 日共識修正條文)	113 年現行條文	修正說明
	<p><u>分。</u></p> <p>(6)<u>執行方式：</u></p> <p>A. <u>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。</u></p> <p>B. <u>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。</u></p> <p>C. <u>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。</u></p>	

114 年條文(依 114 年 3 月 6 日共識修正條文)	113 年現行條文	修正說明																																														
<p>(六)糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率(10 分)</p> <p>1.HbA1c 控制良好(或進步)占率：</p> <p>(1)≧收案會員之 60 百分位數，得 5 分</p> <p>(2)<收案會員之 60 百分位數，但≧收案會員之 50 百分位數，得 3 分</p> <p>(3)計算公式說明：</p> <p>分子：分母中，檢驗結果達控制良好或進步</p> <p>分母：具 DM 之總收案會員數(排除自收個案)</p> <p>2.LDL 控制良好(或進步)占率：</p> <p>(1)≧收案會員之 60 百分位數，得 5 分</p> <p>(2)<收案會員之 60 百分位數，但≧收案會員之 50 百分位數，得 3 分</p> <p>(3)計算公式說明：</p> <p>分子：分母中，檢驗結果達控制良好或進步</p> <p>分母：具 DM、CKD、ASCVD(風險等級達非常高或極高)之總收案會員數(排除自收個案)</p> <p>3.控制良好範圍：參照糖心腎症候群整合照護提升費所訂之控制良好範圍。</p> <p>4.執行方式：</p> <p>(1)符合下列任一條件，即判斷為控制良好：</p> <p>A. 當年度最後一次檢驗結果屬控制良好。<u>最後一次檢驗結果應於當年度 7 月 1 日後。僅具有糖尿病個案，若於當年度 7 月 1 日前之 LDL 檢驗結果已達控制良好，且當年度未再接受 LDL 檢驗者，亦視為控制良好。</u></p> <p>B. <u>當年度檢驗結果中，半數以上達控制良好範圍。</u></p> <p>(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。</p> <p>(3)資料範圍：<u>健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫審核通過廠商</u>之上傳檢驗(查)數據。</p>	<p>1. 糖尿病及慢性腎臟病監測數據控制良率</p> <p>(1)屬「家醫 2.0 醫療群」適用。</p> <p>(2)醫療群內 DM、CKD 及 DKD 收案會員之監測指標檢驗結果屬控制良好或進步之人數達得分門檻，下列項目各得 5 分。</p> <table><tr><th>監測指標</th><th>列計之疾病樣態</th><th>得分門檻人數</th><th>控制良好或進步定義：檢驗結果後測-前測<0 或位於以下範圍</th></tr><tr><td>HbA1c</td><td>DM、DKD</td><td>200</td><td>HbA1c：< 7%。</td></tr><tr><td>LDL</td><td>DM、DKD</td><td>200</td><td>LDL：< 100mg/dL。</td></tr><tr><td>UACR</td><td>CKD、DKD</td><td>50</td><td>UACR：< 30mg/gm。</td></tr></table> <p>(3)執行方式：</p> <p>A.以當年度最後一次檢驗結果判斷是否屬控制良好。</p> <p>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。</p> <p>C.資料範圍：<u>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。</u></p>	監測指標	列計之疾病樣態	得分門檻人數	控制良好或進步定義：檢驗結果後測-前測<0 或位於以下範圍	HbA1c	DM、DKD	200	HbA1c：< 7%。	LDL	DM、DKD	200	LDL：< 100mg/dL。	UACR	CKD、DKD	50	UACR：< 30mg/gm。	<p>健保署說明：</p> <p>1. 改以控制良好(或進步)之「人數占率」作為得分閾值，為避免診所逆選擇，排擠較難照顧個案，爰以 60 百分位數及 50 百分位數作為 5 分及 3 分之得分閾值；另考量公平性，指標計算將排除自收個案。</p> <p>2. UACR 列計之疾病樣態新增糖尿病，修訂第一年不計分，移列至觀察指標。</p> <p>3. 修訂控制良好範圍：</p> <p>(1) HbA1c：參考 P4P-DM 修訂，針對 80 歲以上病人，調整為<8%。</p> <p>(2) LDL：新增 ASCVD，並依分險等級訂定管控目標(非常高為<70mg/dL、極高為<55mg/dL)；另新增 CKD，參考 P4P-CKD，訂定管控目標為<130mg/dL</p> <p>4. 修訂控制良好定義：比照「糖心腎症候群整合照護提升費」，修訂為當年度最後一次檢驗結果，或當年度半數以上檢驗結果達控制良好範圍。另將問答集說明之最後一次檢驗結果納於計畫敘明。</p> <p>5. 修訂檢驗資料範圍：比照「糖心腎症候群整合照護提升費」，不限收案院所。</p> <p>6. 統一計畫中疾病樣態描述文字，DKD 改以 DM、CKD 分述（僅 P4P 以 DKD 呈現），不影響原意涵。</p> <p>7. 113 年 1-10 月家醫 2.0 醫療群收案會員中具糖尿病個案之 HbA1c 及 LDL 控制良好(或進步)之人數占率分布如下(尚未排除自收個案)：</p> <table><tr><th>檢驗項目</th><th>P40</th><th>P45</th><th>P50</th><th>P55</th><th>P60</th><th>P65</th><th>P70</th><th>P75</th><th>P80</th></tr><tr><td>HbA1c</td><td>53.3</td><td>53.9</td><td>54.5</td><td>55.3</td><td>56.0</td><td>56.4</td><td>57.4</td><td>58.2</td><td>58.9</td></tr><tr><td>LDL</td><td>65.7</td><td>66.5</td><td>67.5</td><td>68.3</td><td>69.1</td><td>69.9</td><td>70.8</td><td>71.4</td><td>72.8</td></tr></table>	檢驗項目	P40	P45	P50	P55	P60	P65	P70	P75	P80	HbA1c	53.3	53.9	54.5	55.3	56.0	56.4	57.4	58.2	58.9	LDL	65.7	66.5	67.5	68.3	69.1	69.9	70.8	71.4	72.8
監測指標	列計之疾病樣態	得分門檻人數	控制良好或進步定義：檢驗結果後測-前測<0 或位於以下範圍																																													
HbA1c	DM、DKD	200	HbA1c：< 7%。																																													
LDL	DM、DKD	200	LDL：< 100mg/dL。																																													
UACR	CKD、DKD	50	UACR：< 30mg/gm。																																													
檢驗項目	P40	P45	P50	P55	P60	P65	P70	P75	P80																																							
HbA1c	53.3	53.9	54.5	55.3	56.0	56.4	57.4	58.2	58.9																																							
LDL	65.7	66.5	67.5	68.3	69.1	69.9	70.8	71.4	72.8																																							
(同現行條文)	<p>(七)糖尿病會員胰島素注射率(5 分)</p> <p>1.≧糖尿病會員胰島素注射率 60 百分位，得 5 分。</p> <p>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。</p> <p>3.計算公式說明：</p> <p>分子：糖尿病會員於西醫基層胰島素注射天數≧28 天之人數</p> <p>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</p>	<p>健保署說明：</p> <p>113 年 1-12 月各醫療群得分情形(522 群)：</p> <table><tr><th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>5</td><td>312</td><td>59.8%</td></tr><tr><td>3</td><td>180</td><td>34.5%</td></tr><tr><td>0</td><td>30</td><td>5.7%</td></tr><tr><td>總計</td><td>522</td><td>100.0%</td></tr></table> <p>註.P60 為 4.6%，P50 百分位為 3.4%</p>	得分	群數	百分比	5	312	59.8%	3	180	34.5%	0	30	5.7%	總計	522	100.0%																															
得分	群數	百分比																																														
5	312	59.8%																																														
3	180	34.5%																																														
0	30	5.7%																																														
總計	522	100.0%																																														

114 年條文(依 114 年 3 月 6 日共識修正條文)	113 年現行條文	修正說明															
(同現行條文)	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) <u>配合政策推動指標(5 分)：</u> 1. 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」 <u>或全民健康保險在宅急症照護試辦計畫</u> 服務 (1)提供服務≥15人，得5分。 (2)提供服務≥10人，得2分。 2. <u>針對居家失能個案家庭醫師照護方案之照顧個案開立長期照護醫師意見書：</u> (1) <u>開立長期照護醫師意見書人數≥15 人，得 5 分。</u> (2) <u>開立長期照護醫師意見書人數≥10 人，得 2 分。</u> 3. <u>醫師到宅開立居家安寧個案之死亡診斷：</u> (1) <u>開立死亡診斷人數≥10 人，得 5 分。</u> (2) <u>開立死亡診斷人數≥5 人，得 2 分。</u> (3) <u>醫師需於當年度曾提供該名個案居家安寧服務，才得列入計算。</u>	(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。	✓ 家醫學會 114 年 3 月 18 日回復意見： 須證明居家安寧醫師實際照顧臨床安寧病人，陪伴病人走完最後一哩路，並依法開立死亡診斷書，確保病人獲得完整醫療服務，唯有實際執行居家安寧照護並親自開立死亡診斷書之醫師，方能符合家醫計畫自選指標項目之要求 ✓ 健保署說明： 1. 為與長照服務銜接，新增「 針對居家失能個案家庭醫師照護方案之照顧個案開立長期照護醫師意見書 」，配分 5 分。 2. 為推動在宅善終，新增「 醫師到宅開立居家安寧個案之死亡診斷 」，配分 5 分。 3. 為推行「 全民健康保險在宅急症照護試辦計畫 」，將該計畫服務人數納入現行自選指標-「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」計算範圍。 4. 有關「醫師到宅開立居家安寧個案之死亡診斷」，參採家醫學會建議「實際執行居家安寧照護並親自開立死亡診斷書之醫師，方能符合家醫計畫自選指標項目之要求」，增列入數列計條件。 5. 因上開指標性質相近，爰僅能擇一列計。 6. 113 年 1-12 月各醫療群得分情形(522 群)： <table><tr><th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>5</td><td>256</td><td>49.0%</td></tr><tr><td>2</td><td>21</td><td>4.0%</td></tr><tr><td>0</td><td>245</td><td>46.9%</td></tr><tr><td>總計</td><td>522</td><td>100.0%</td></tr></table> 註.161 個醫療群之提供服務人數為 0	得分	群數	百分比	5	256	49.0%	2	21	4.0%	0	245	46.9%	總計	522	100.0%
得分	群數	百分比															
5	256	49.0%															
2	21	4.0%															
0	245	46.9%															
總計	522	100.0%															

114 年條文(依 114 年 3 月 6 日共識修正條文)	113 年現行條文	修正說明																																																				
(同現行條文)	(2) 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。	健保署說明： 113年1-12月各醫療群得分情形(522群)： <table><tr><th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>5</td><td>471</td><td>85.3%</td></tr><tr><td>3</td><td>31</td><td>5.6%</td></tr><tr><td>1</td><td>19</td><td>3.4%</td></tr><tr><td>0</td><td>1</td><td>0.2%</td></tr><tr><td>總計</td><td>522</td><td>100.0%</td></tr></table>	得分	群數	百分比	5	471	85.3%	3	31	5.6%	1	19	3.4%	0	1	0.2%	總計	522	100.0%																																		
得分	群數	百分比																																																				
5	471	85.3%																																																				
3	31	5.6%																																																				
1	19	3.4%																																																				
0	1	0.2%																																																				
總計	522	100.0%																																																				
(同現行條文)	(3) 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. ≥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。	健保署說明： 113 年 1-12 月各醫療群得分情形(522 群)： <table><tr><th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>5</td><td>141</td><td>27.0%</td></tr><tr><td>3</td><td>195</td><td>37.4%</td></tr><tr><td>0</td><td>186</td><td>35.6%</td></tr><tr><td>總計</td><td>522</td><td>100.0%</td></tr></table> 註.全國平均值為 48.4%	得分	群數	百分比	5	141	27.0%	3	195	37.4%	0	186	35.6%	總計	522	100.0%																																					
得分	群數	百分比																																																				
5	141	27.0%																																																				
3	195	37.4%																																																				
0	186	35.6%																																																				
總計	522	100.0%																																																				
(五)醫療群內收案會員重複用藥情形(5 分) 1. 社區醫療群內當年度平均每位會員重複用藥率≤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率≤70百分位，得1分。 4. 計算公式說明： 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	(五)醫療群內收案會員重複用藥情形(5分) 1. 社區醫療群內當年度平均每位會員 <u>重複用藥核扣金額或</u> 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 <u>重複用藥核扣金額或</u> 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 <u>重複用藥核扣金額或</u> 重複用藥率≤70百分位，得1分。 4. 計算公式說明： (1) <u>社區醫療群內當年度平均每位會員重複用藥核扣金額：</u> 分子： <u>醫療群內收案會員重複用藥核扣金額</u> 分母： <u>醫療群內收案會員數</u> (2) <u>社區醫療群內當年度平均每位會員重複用藥率：</u> 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	健保署說明： 1. 考量以「重複用藥率」評量較為客觀，爰刪除「平均每位會員重複用藥核扣金額」條件，僅以「重複用藥率」計算 2. 113 年 1-12 月各醫療群得分情形(522 群)(方案僅執行至 113Q3)： <table><tr><th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>5</td><td>66</td><td>12.6%</td></tr><tr><td>3</td><td>274</td><td>52.5%</td></tr><tr><td>1</td><td>94</td><td>18.0%</td></tr><tr><td>0</td><td>88</td><td>16.9%</td></tr><tr><td>總計</td><td>522</td><td>100.0%</td></tr></table> 3. 113 年 1-12 月各醫療群於兩項得分條件之得分情形(522 群)： <table><tr><th rowspan="2">得分範圍</th><th rowspan="2">百分位</th><th colspan="2">醫療群內收案會員平均重複用藥核扣金額</th><th colspan="2">醫療群內收案會員平均重複用藥率</th></tr><tr><th>閾值</th><th>醫療群數</th><th>閾值</th><th>醫療群數</th></tr><tr><td>5 分(≤P30)</td><td>P30</td><td>2.908</td><td>21</td><td>0.46%</td><td>59</td></tr><tr><td>3 分(>P30 且≤P60)</td><td>P60</td><td>6.290</td><td>220</td><td>0.72%</td><td>233</td></tr><tr><td>1 分(>P60 且≤P70)</td><td>P70</td><td>7.863</td><td>99</td><td>0.83%</td><td>92</td></tr><tr><td>0 分(>P70)</td><td></td><td></td><td>182</td><td></td><td>168</td></tr></table>	得分	群數	百分比	5	66	12.6%	3	274	52.5%	1	94	18.0%	0	88	16.9%	總計	522	100.0%	得分範圍	百分位	醫療群內收案會員平均重複用藥核扣金額		醫療群內收案會員平均重複用藥率		閾值	醫療群數	閾值	醫療群數	5 分(≤P30)	P30	2.908	21	0.46%	59	3 分(>P30 且≤P60)	P60	6.290	220	0.72%	233	1 分(>P60 且≤P70)	P70	7.863	99	0.83%	92	0 分(>P70)			182		168
得分	群數	百分比																																																				
5	66	12.6%																																																				
3	274	52.5%																																																				
1	94	18.0%																																																				
0	88	16.9%																																																				
總計	522	100.0%																																																				
得分範圍	百分位	醫療群內收案會員平均重複用藥核扣金額		醫療群內收案會員平均重複用藥率																																																		
		閾值	醫療群數	閾值	醫療群數																																																	
5 分(≤P30)	P30	2.908	21	0.46%	59																																																	
3 分(>P30 且≤P60)	P60	6.290	220	0.72%	233																																																	
1 分(>P60 且≤P70)	P70	7.863	99	0.83%	92																																																	
0 分(>P70)			182		168																																																	

114 年條文(依 114 年 3 月 6 日共識修正條文)	113 年現行條文	修正說明															
(同現行條文)	(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	健保署說明： 113 年 1-12 月各醫療群得分情形(522 群)： <table><tr><th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>5</td><td>278</td><td>53.3%</td></tr><tr><td>3</td><td>0</td><td>0%</td></tr><tr><td>0</td><td>244</td><td>46.7%</td></tr><tr><td>總計</td><td>522</td><td>100.0%</td></tr></table>	得分	群數	百分比	5	278	53.3%	3	0	0%	0	244	46.7%	總計	522	100.0%
得分	群數	百分比															
5	278	53.3%															
3	0	0%															
0	244	46.7%															
總計	522	100.0%															
(同現行條文)	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 \geq 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。																
(同現行條文)	(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	健保署： 113 年 1-12 月各醫療群得分情形(522 群)： <table><tr><th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>5</td><td>190</td><td>36.4%</td></tr><tr><td>0</td><td>332</td><td>63.6%</td></tr><tr><td>總計</td><td>522</td><td>100.0%</td></tr></table>	得分	群數	百分比	5	190	36.4%	0	332	63.6%	總計	522	100.0%			
得分	群數	百分比															
5	190	36.4%															
0	332	63.6%															
總計	522	100.0%															
(五)檢驗(查)結果即時上傳率 $\geq 70\%$ 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」附件六-「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。	(五)檢驗(查)結果即時上傳率 $\geq 70\%$ 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。	健保署： 1.配合新增個人健康資料表為附件二，調整附件序號。 2.113 年 1-12 月各醫療群得分情形(522 群)： <table><tr><th>得分</th><th>群數</th><th>百分比</th></tr><tr><td>5</td><td>404</td><td>77.4%</td></tr><tr><td>0</td><td>118</td><td>22.6%</td></tr><tr><td>總計</td><td>522</td><td>100.0%</td></tr></table>	得分	群數	百分比	5	404	77.4%	0	118	22.6%	總計	522	100.0%			
得分	群數	百分比															
5	404	77.4%															
0	118	22.6%															
總計	522	100.0%															

114 年條文(依 114 年 3 月 6 日共識修正條文)	113 年現行條文	修正說明
<p><u>六、觀察指標(不計分)</u></p> <p><u>(一) 血壓上傳率率</u></p> <p>1. <u>所有醫療群皆適用。</u></p> <p>2. <u>計算公式說明：</u></p> <p><u>分子：收案會員中，每年至少上傳 2 筆血壓值(高血壓病人則每年至少上傳 3 筆)</u></p> <p><u>分母：總收案會員人數</u></p> <p>3. <u>資料範圍：健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫審核通過廠商之上傳數據。</u></p>		<p>✓114 年 3 月 13 日家醫學會回復意見：</p> <p>1. 「全民健康保險數位照護獎勵計畫」在台灣醫療環境下，因要求民眾下載系統，執行成效不佳、使用率低，對診所的推行造成阻礙，建議貴署調整政策措施。</p> <p>2. 台灣兩大 HIS 廠商(展望與耀盛)不支援虛擬醫令代碼 (Y00006)相關系統，請貴署另行研究適當的補助方案。</p> <p>3. 診所上傳血壓值，可以尊重醫師專業判斷，有些醫師診所登記血壓也會採計病人的居家血壓或請病人休息後再量。建議第一年重點擺在如何輔導補助診所上傳血壓值。</p> <p>✓114 年 3 月 14 日醫師公會全聯會回復意見：</p> <p>1. 會再與資訊廠商了解是否有提供 Y00006 上傳欄位。</p> <p>2. 民眾在家有施行「722 原則」，提供診所上傳血壓數值即可。</p> <p>✓健保署說明：</p> <p>1.114 年以收集會員血壓值為主，考量是實施第一年，爰做為觀察指標，不計分。</p> <p>2.收案會員每年至少須上傳 2 筆血壓值(高血壓病人則每年至少需上傳 3 筆)，數據來源除醫療院所(含成人預防保健檢查結果、代謝計畫及 P4P-DM/CKD/DKD 登錄資料)外，並會納入「全民健康保險數位照護獎勵計畫」審核通過廠商上傳之數據。</p> <p>3.有關家醫學會及醫師公會全聯會意見，回應如下：</p> <p>(1)有關血壓值上傳作業：</p> <p>A. 本署將再與 HIS 廠商溝通於現行檢查(驗)上傳作業中納入虛擬醫令。</p> <p>B. 本署甫於 113 年實施數位照護獎勵計畫，將再請審核通過之廠商積極與醫療院所合作，提升使用人數。</p> <p>C. 同步開發批次上傳功能。</p> <p>(2)至於上傳血壓值之來源，不限居家或診間量測。</p>
<p><u>(二) 糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率-UACR 控制良好(或進步)占率：</u></p> <p>1.<u>計算公式說明</u></p> <p><u>分子：分母中，檢驗結果達控制良好或進步</u></p> <p><u>分母：醫療群內具 DM、CKD 之總收案會員數(排除自收個案)</u></p> <p>2.<u>控制良好範圍：UACR：< 30mg/gm。</u></p> <p>3.<u>執行方式：</u></p> <p><u>(1)符合下列任一條件，即判斷為控制良好：</u></p> <p><u>A. 當年度最後一次檢驗結果屬控制良好。最後一次檢驗結果應於當年度 7 月 1 日後。</u></p> <p><u>B. 當年度檢驗結果中，半數以上達控制良好範圍。</u></p> <p><u>(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。</u></p> <p><u>(3)資料範圍：健保特約醫事服務機構、全民健康保險數位照護獎勵計畫審核通過廠商之上傳檢驗(查)數據。</u></p>		<p>健保署說明：</p> <p>1.原「糖尿病及慢性腎臟病監測數據控制良率」之 UACR，因列計疾病樣態新增糖尿病，爰修訂第一年移列至觀察指標(不計分)。</p> <p>2.以下皆比照「糖尿病及慢性腎臟病監測數據控制良率」修訂事項：</p> <p>(1)改以控制良好(或進步)之「人數占率」作為得分閾值，為避免診所逆選擇，排擠較難照顧個案，爰以 60 百分位數及 50 百分位數作為 5 分及 3 分之得分閾值；另考量公平性，指標計算將排除自收個案。</p> <p>(2)修訂控制良好定義：比照「糖心腎症候群整合照護提升費」，修訂為當年度最後一次檢驗結果，或當年度半數以上檢驗結果達控制良好範圍。另將問答集說明之最後一次檢驗結果納於計畫敘明。</p> <p>(3)修訂檢驗資料範圍：比照「糖心腎症候群整合照護提升費」，不限收案院所。</p>

114 年條文(依 114 年 3 月 6 日共識修正條文)	113 年現行條文	修正說明
(同現行條文)	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。	
(同現行條文)	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 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， <u>計畫參與醫師則於 1 年內不得再加入本計畫及全人計畫</u> 。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， <u>計畫參與醫師則於 1 年內不得再加入本計畫及全人計畫</u> 。 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。 <u>又該診所之計畫參與醫師可依其執業場所選擇參與本計畫或全人計畫。</u> (以下同現行條文)	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。	健保署說明： 為維護家醫計畫及全人計畫照護品質，參與計畫之醫師所屬醫療群/醫院若當年度評核指標達退場規定，需退出計畫，一年內不得參加家醫計畫及全人計畫。
(同現行條文)	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。	
(同現行條文)	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。	
(同現行條文)	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。	

家庭醫師整合性照護計畫－收案會員個人健康資料

附表

個人基本資料(必填)			
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生日期	西元 年 月 日	職業別	
主要照顧者		居住地	_____鄉(鎮)
家庭生命週期： <input type="checkbox"/> 新婚夫婦 <input type="checkbox"/> 第一個小孩誕生 <input type="checkbox"/> 有學齡兒童 <input type="checkbox"/> 有青少年子女 <input type="checkbox"/> 子女外出創業 <input type="checkbox"/> 空巢 <input type="checkbox"/> 老化的家庭			
醫療病史及菸酒檳習慣(必填)			
慢性病史 <input type="checkbox"/> 1.高血壓 <input type="checkbox"/> 2.糖尿病 <input type="checkbox"/> 3.腎臟病 <input type="checkbox"/> 4.缺血性心臟病 <input type="checkbox"/> 5.心律不整 <input type="checkbox"/> 6.心臟衰竭 <input type="checkbox"/> 7.腦血管疾病 <input type="checkbox"/> 8.腫瘤 <input type="checkbox"/> 9.貧血 <input type="checkbox"/> 10.關節炎 <input type="checkbox"/> 11.高膽固醇血症 <input type="checkbox"/> 12.痛風或高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 13.過敏性鼻炎 <input type="checkbox"/> 14.氣喘 <input type="checkbox"/> 15.慢性肺疾病 <input type="checkbox"/> 16.消化性潰瘍 <input type="checkbox"/> 17.功能性腸胃問題 <input type="checkbox"/> 其他			
家族病史及相關健康問題 (若有親人有罹患下列疾病，請填入家屬代碼：A.父 B.母 C.兒女 D.兄弟姊妹 E.父系親戚 F.母系親戚 G.其他) <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.糖尿病【 】 <input type="checkbox"/> 3.高血壓【 】 <input type="checkbox"/> 4.心臟病【 】 <input type="checkbox"/> 5.腦血管病變(中風)【 】 <input type="checkbox"/> 6.高血脂【 】 <input type="checkbox"/> 7.腎臟病或尿毒症【 】 <input type="checkbox"/> 8.惡性腫瘤【 】 <input type="checkbox"/> 9.遺傳性腎臟疾病【 】 <input type="checkbox"/> 10.多囊腎【 】 <input type="checkbox"/> 11.痛風【 】 <input type="checkbox"/> 12.自體免疫性疾病【 】 <input type="checkbox"/> 13.其他【 】 <input type="checkbox"/> 14.不知			
長期藥物使用（使用達3個月以上） <input type="checkbox"/> 降血壓藥 <input type="checkbox"/> 胰島素 <input type="checkbox"/> 降血糖藥 <input type="checkbox"/> 降血脂藥 <input type="checkbox"/> 降尿酸藥 <input type="checkbox"/> NSAID <input type="checkbox"/> 中草藥 <input type="checkbox"/> 其他_____			
食物過敏史		藥物過敏史	
食物名稱：		藥物名稱：	
抽菸： 1.無、2.偶爾交際應酬、3.平均一天約吸10支菸以下、4.平均一天約吸10支菸(含)以上			
喝酒： 1.無、2.偶爾交際應酬(每週1-2天)、3.經常喝(每週>2天)			
嚼檳榔： 1.無、2.偶爾交際應酬(每週1-2天)、3.經常嚼或習慣在嚼(每週>2天)			
身體檢查(皆為必填)			
身高(cm)		血壓(收縮壓/舒張壓)(mmHg)	
體重(kg)		腰圍(cm)	
脈搏(次/每分鐘)			

● **114 年家醫計畫修訂事項（含家醫 2.0 醫療群數成長），推估需增加支出 4.01 億元**

附件 3

114 年家醫計畫修訂事項	推估所需 預算 (億元)
<u>特定疾病追蹤管理加成費：</u> 2 種以上特定疾病個案達定期追蹤照護，加成 100 元/年	0.3
<u>糖尿病病人之胰島素注射獎勵費：</u> 持續施打胰島素之糖尿病病人，每人 300 點/年	0.1928
<u>糖心腎症候群整合照護提升費：</u> 新增 ASCVD 之風險等級達非常高或極高，並依個案之疾病類型(含風險等級)、控制良好之檢驗項目數，給予相對應之整合照護提升費：150 元/250 元/550 元/750 元	1.84 億元，較 113 年支付方式減少 0.16 億元
<u>個人健康資料加成費：</u> 完成個人健康資料建檔者，每人支付 30 元/年。	1.50
<u>生活習慣自評獎勵費：</u> 依診所內完成生活習慣量表自評之三高病人數，支付獎勵費用，自評人數達門檻(50 人)之診所，每人支付 40 點，每家診所最高支付 2 萬點。	0.54
<u>放寬自收個案上限規定：第二階段自收個案可加收 100 名三高病人：</u> (將增加支出個案管理費(含加成)、績效獎勵費、多重慢性病人門診整合費用、糖心腎症候群整合照護提升費)	1.34
<u>114 年將持續宣導醫療群參加家醫 2.0，因部分獎勵僅 2.0 醫療群適用，爰推估增加以下費用：</u> (一) 113 年計 357 群為 2.0 醫療群(約整體的 68%)，114 年目標提升至 85%(約 443 群)，即需有 86 個 1.0 醫療群轉型，占 113 年 1.0 醫療群數(165 群)的 52%。 (二) 113 年 1.0 醫療群共計 27.7 萬人具特定疾病(DM/CKD/ASCVD)，其中 12 萬人具兩種以上，以 52%推估轉型至 2.0 的人數，將增加支出以下費用： 1. 特定疾病追蹤管理加成費(8 成達定期追蹤)：12 萬*52%*0.8*100=0.05 億元 2. 胰島素注射獎勵(具 DM):25.2 萬人*52%*9%*300=0.04 億元 3. 糖心腎症候群整合照護提升費(7 成達控制良好)：27.7 萬*0.7*310=0.22 億元	0.3

報告事項

第十一 案

報告單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：修訂「全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案」案。

說明：

- 一、依據本署 114 年 3 月 6 日全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 114 年第 1 次研商議事會議決議（[附件 1](#)，[頁次報 11-3～11-4](#)）辦理。
- 二、本案業經提報前揭會議討論通過，決議修訂重點如下：
 - （一）獎勵條件：113 年 12 月底前開業之基層診所(不含 114 年新開業診所)，診所當月調升聘用半數以上護理人員薪資較 113 年 12 月增加一等級。
 - （二）獎勵方式：依該診所申報 1 至 30 人次門診診察費之案件，每件加計獎勵 24 點，以每點 1 元支付；全年結算後仍有結餘，「提升護理照護品質獎勵金」則依診所調升護理人員薪資人月占率，核發獎勵金，採浮動點值計算。
 - （三）評估指標、年度執行目標及稽核機制：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資之比率達 80%；稽核機制為每月勾稽每家基層診所須升半數以上護理人員薪資達本保險投保金額次一投保等級。
 - （四）有關執行細節，請醫師全聯會與中華民國護理師護士公會全國聯合會會後提供共識建議，本署將依程序提至本會議。
- 三、預算來源：114 年西醫基層總額「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」比照 112 年、113 年於一般服務編列 659.3 百萬元，合計 19.779 億元，用於反映護理人員薪資，提升護理照護品質，決定事項訂有執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等事項（[附件 2](#)，[頁次報 11-5](#)）。

四、中華民國醫師公會全國聯合會(下稱醫師全聯會)提供初步修訂建議如下：

- (一) 調薪認定標準：以 114 年「全民健康保險投保金額分級表」進行認定，投保金額屬 113 年、114 年第 1 投保等級，應調升至 114 年第 2 投保等級以上；其餘增加至少 1 投保等級。
- (二) 提升護理照護品質獎勵金(年度獎勵金)：年度若仍有結餘，診所調薪人數符合本方案 114 年、113 年、112 年標準，依診所調升護理人員薪資人月占率核發獎勵金。
- (三) 診所調升護理人員 114 年薪資後，建議本保險投保金額得回溯調整至 114 年 1 月生效。

五、考量回溯調整投保金額作業程序繁瑣、增加額外人力成本，為簡化行政作業，爰建議調整調薪認定標準為「計畫公告當月前(含當月)完成 114 年投保金額調薪申請，自 114 年 1 月起至公告當月計算加計點數；計畫公告後調薪投保金額以生效年月認定」，爰診所於計畫公告當月前(含當月)符合調薪認定標準，114 年 1 月起至公告當月皆認定為符合獎勵條件。

六、另配合行政院之中央政府基層員工月薪應高於最低工資 1.1 倍政策，113 年投保金額分級表之第 1 投保等級(月投保金額 27,470 元)及 114 年投保金額分級表之第 1 投保等級(月投保金額 28,590 元)，應調升至 114 年投保金額分級表之第 4 投保等級(月投保金額 31,800 元，即相當最低基本工資的 1.1 倍)。其他月投保金額應增加至少 1 投保等級，但不得低於第 4 投保等級。

七、修訂後提升基層護理人員照護品質獎勵方案(附件 3，頁次報 11-6~11-9)，如經確認同意，將依程序提至衛生福利部全民健康保險會確認並報請衛生福利部核定後發布實施。

決定：

全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 114 年第 1 次會議紀錄

時間：114 年 3 月 6 日下午 2 時

地點：本署 18 樓大禮堂

主席：石署長崇良

紀錄：陳怡蓓

出席代表（略）

主席致詞(略)

壹、西醫基層總額研商議事會議前次會議紀錄，請參閱（不宣讀）確認（略）

貳、報告事項（略）

參、討論事項

討論事項第二案 提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：有關114年度西醫基層總額「因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費」項目及決定事項，提請討論。

決議：修訂通過如附件 2，修正重點如下：

- 一、獎勵條件：113 年 12 月底前開業之基層診所(不含 114 年新開業診所)，診所當月調升聘用半數以上護理人員薪資較 113 年 12 月增加一等級。
- 二、獎勵方式：依該診所申報 1 至 30 人次門診診察費之案件，每件加計獎勵 24 點，以每點 1 元支付；全年結算後仍有結餘，「提升護理照護品質獎勵金」則依診所調升護理人員薪資人月占率，核發獎勵金，採浮動點值計算。
- 三、評估指標、年度執行目標及稽核機制：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資之比率達 80%；稽核機制為每月勾稽每家基層診所須升半數以上護理人員薪資達本保險投保金額次一投保等級。另為提升診所達成率，本署將定期回饋執行情形予醫師及護理師護士公會，請相關單位協助輔導。
- 四、有關執行細節，請中華民國醫師公會全國聯合會與中華民國護

理師護士公會全國聯合會於會後提供共識建議，本署將依程序提案至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報告。

項目			成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	決定事項
保險給付項目及支付標準之改變					費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應。於 114 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於 115 年度總額協商前，提出年度給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。 2.請於 114 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。
		3. 因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費	0.492%	659.3	1.本項預算用於反映護理人員薪資，提升護理照護品質。 2.請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項： (1)於 114 年度總額公告後，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議。 (2)建立稽核機制，以確實提升護理照護品質。
	其他議定項目	4. 提升國人視力照護品質	-2.488%	-3,335.7	本項移列至專款項目「提升國人視力照護品質」。
	其他醫療服務利用及密集度之改變	5. 因應預防保健政策改變產生之服務密集度(114 年新增項目)	0.269%	360.0	請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體擬訂預期效益之評估指標，於額度內妥為管理運用。

114 年度全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案

114年○月○日健保醫字第0000000000號公告

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：反映基層護理人員薪資，提升護理照護品質。

參、實施期間：114年1月1日至114年12月31日。

肆、預算來源：114年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額一般服務「因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費」預算6.593億元，以及112年、113年同項預算(基期)。

伍、獎勵條件：聘有護理人員且有調升其薪資之西醫基層診所。

一、診所及護理人員資格：113年12月底前開業之全民健康保險(以下稱本保險)特約西醫基層診所(不含114年新開業診所)，不限公、私立醫療機構，且需至少一名護理人員當月執業登記於該診所；護理人員依護理人員法第2條所稱護理師及護士，且依當月所有執業登記之西醫基層診所為認定。

二、護理人員調薪幅度之認定標準：

(一)薪資認定：

1、依護理人員當月本保險「投保金額」進行認定。各診所調升護理人員薪資後，應於調升薪資當月向本保險保險人(以下稱保險人)各分區業務組辦理投保金額調整事宜。

2、本計畫公告當月前(含當月)完成114年投保金額調薪申請，調薪月份自114年1月起至公告當月計算；計畫公告後調薪投保金額以生效年月認定。

(二)須依衛生福利部公告各年度「全民健康保險投保金額分級表」，護理人員當月投保金額須較113~~111~~年12月薪資調升幅度增加達本保險~~次一~~投保金額至少1投保等級，且診所當月調升聘用半數以上護理人員符合下列標準予以獎勵。÷

- ~~1.當月聘有4位以下護理人員：調升全數護理人員薪資。~~
- ~~2.當月聘有5至10位護理人員：調升90%以上護理人員薪資。~~
- ~~3.當月聘有11位以上護理人員：調升80%以上護理人員薪資。~~

註：113 年投保金額分級表之第 1 投保等級(月投保金額 27,470 元)及 114 年投保金額分級表之第 1 投保等級(月投保金額 28,590 元)，應調升至 114 年投保金額分級表之第 4 投保等級(月投保金額 31,800 元，即相當最低基本工資的 1.1 倍)。其他月投保金額應增加至少 1 投保等級，但不得低於第 4 投保等級。

(三)前項之計算採無條件進位，新聘之護理人員認列為調升薪資之護理人員。

陸、獎勵方式及核發原則

一、反映護理人員薪資調升之門診診察費加計獎勵

(一)獎勵方式：

1. 符合獎勵條件之診所，依該診所申報1至30人次門診診察費之案件，加計獎勵2412點。
2. 前項門診診察費醫令代碼範圍：00109C、00110C、00197C、00199C、00158C、00159C、00230C、00232C、00234C、00236C、00168C、00169C、00238C、00240C、00242C、00244C、00184C、00185C、P57001、P57002。

(二)核發方式：

1. 本項獎勵費用由保險人每季月依各診所每月申報門診診察費案件勾稽實際調薪情形，計算加計點數，以每點1元暫付，~~當月獎勵於申報門診診察費月份之次次月底前核發。~~
- ~~2. 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號00246C「提升基層護理人員照護品質加計」(支付點數6點)未刪除前，診所得依原規定申報，符合本方案調薪幅度標準之診所，「反映護理人員薪資調升之門診診察費加計獎勵」補付每件差額6點。~~
2. 診所於計畫公告當月前(含當月)符合調薪認定標準，114年1月起至公

告當月皆認定為符合本項獎勵條件。

(三)點值結算：1143年預算(含112-113年基期，計19.779~~13.186~~億元)按季均分及結算，每點支付金額不高於1元，當季預算若有結餘，則留用至下季；若預算不足時，採浮動點值計算。~~，惟每點支付金額不高於1元。~~

二、**提升護理照護品質獎勵金**：前項結算後仍有結餘，診所護理人員調薪人數符合本方案114年、113年、112年標準，依診所調升護理人員薪資人月占率核發獎勵金，以每點1元支付，若不足採浮動點值計算，並於1154年3月底前完成撥付。

柒、審查方式

一、依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物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、本方案每月撥付獎勵款項後，診所如有資料修正需求，須於款項撥付日起1個月內，向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。

捌、方案管理機制

一、保險人負責本方案之研訂與修正，及計算獎勵金額度。

二、保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之核發資格、核定及輔導轄區醫事服務機構執行方案。

玖、**年度執行目標**：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率之診所家數達80%~~70%~~。

分子：調升護理人員薪資幅度達標準之診所家數（含新聘護理人員，且每家診所須調升半數以上按聘有護理人員數~~達不同調薪人數~~，不足一名以一名計算）。

分母：聘有護理人員之診所家數。

拾、評估指標及稽核機制

一、評估指標：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率。

二、稽核機制：每月勾稽每家基層診所須~~按聘有護理人員數不同(4位以下調升全數護理人員薪資、5至10位調升90%以上護理人員薪資、11位以上調升80%以上護理人員薪資)~~，調升半數以上護理人員薪資達本保險投保金額次一投保等級。

拾壹、方案修正程序

本方案由保險人與中華民國醫師公會全國聯合會及中華民國護理師護士公會全國聯合會共同研訂後，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。

陸、討論事項

討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：新增「全民健康保險安寧緩和療護品質評核加成獎勵方案」案。

說明：

- 一、依據本署 113 年 9 月 10 日、同年 10 月 29 日、同年 12 月 23 日及 114 年 1 月 21 日安寧專家諮詢會議暨本署 114 年 3 月 11 日安寧品質評核加成獎勵方案溝通會議決議辦理。
- 二、為提升安寧療護服務品質，台灣安寧緩和護理學會(下稱安寧護理學會)前於 112 年 12 月 25 日建議本署建立臨床安寧品質稽核制度，並依品質稽核結果給予給付或獎勵。
- 三、本署自 113 年 9 月 10 日起，陸續邀集安寧專業學會、台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會召開會議討論，並依會議決議研擬「全民健康保險安寧緩和療護品質評核加成獎勵方案」(附件，頁次討 1-3~1-36)，摘要說明如下：
 - (一)預算來源：由其他預算「居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務」項下 93.78 億元支應。
 - (二)申請資格：須為當年度已參與全民健康保險安寧共同照護試辦方案(下稱安寧共照)、全民健康保險醫療服務項目及支付標準第二部第一章第八節「住院安寧療護」(下稱住院安寧)、第五部第三章「安寧居家療護」(下稱安寧居家)或「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」之安寧療護階段之全民健康保險特約醫事服務機構，並填具申請書。
 - (三)評核單位：委由安寧療護相關專業學會辦理實地評核。
 - (四)辦理頻率：安寧療護品質實地訪視評核至少每三年一次，必要時，得增減之。
 - (五)品質評核加成獎勵：

1. 加成項目：院所受評安寧服務模式之醫療服務給付項目及支付標準。
2. 依實地訪視評核情形給予加成獎勵，評核結果分為良、優及特優三個等級，分別加計百分之十、百分之二十及百分之三十。
3. 獎勵費須分配至少六成以上予安寧團隊參與人員。

(六) 獎勵金核付：

1. 於評核次年1月底前公告符合加成獎勵之院所名單(效期3年)，其評核結果對應之加計比率及安寧服務申報費用計算獎勵金。
2. 上開符合獎勵之院所須於次年10月底前，提報本方案獎勵金發放情形予本署備查，如未將本方案款項依規定提撥予安寧團隊參與人員，保險人將予以追扣，並自保險人通知日起退出本方案，且一年內不得再重新申請參與本方案。

四、財務評估：

- (一) 依 113 年安寧住院、安寧共照及安寧居家申報安寧相關醫令計算，執行院所數分別為 76 家、151 家及 203 家，醫療費用分別為 1,242 百萬點、199 百萬點及 133 百萬點，平均每家院所醫療費用分別約為 16.3 百萬點、1.3 百萬點及 0.6 百萬點。
- (二) 考量尚未知醫院參與本計畫意願及品質評核情形，暫依台灣安寧緩和醫學會推估第一年實際參與院所數約 20 家(同時具安寧共照、住院安寧及安寧居家資格)，品質評核結果為「特優」者 4 家、「優」者 4 家、「良」者 8 家及「維持現狀給付」者 4 家計算，推估約增加財務支出 51 百萬點。

擬辦：擬依會議決議辦理，續依程序報衛生福利部核定後，本署公告實施。

決議：

全民健康保險安寧緩和療護品質評核加成獎勵方案(草案)

114 年 0 月 0 日實施

壹、前言

全民健康保險(以下稱本保險)自 85 年及 89 年實施安寧居家療護及住院安寧療護試辦計畫，並於 98 年正式納入支付標準常態性支付。為讓更多有意願接受安寧緩和療護(以下簡稱安寧療護)之末期病人，不須入住安寧病房亦有機會接受健保安寧療護服務，健保自 100 年 4 月起實施安寧共同照護試辦方案。

我國推動安寧療護已有二十餘年之久，為使有安寧療護需求之末期病人得到高品質照護，提升我國臨終照護死亡品質，規劃以安寧療護支付規範為基礎，發展品質評核加成獎勵機制。透過資深安寧醫事人員依據安寧療護模式個別適用之評核工具，**實際訪視院所安寧團隊提供病人及其家屬之照護**，評核照護品質，據以給予院所獎勵，並輔導安寧療護實務作業，以回應醫事人員付出之心力，增加醫事人員參與意願，病人獲得有品質之安寧療護服務。

貳、計畫目標

- 一、提升安寧療護之照護品質。
- 二、提高病人、家屬及照護者對安寧療護的認知。
- 三、增進安寧療護團隊之知識、態度及照護技能。

參、預算來源

本方案由其他預算「居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務」項下支應。

肆、計畫內容

- 一、醫療服務提供者申請資格：須為當年度已參與全民健康保險安寧共同照護試辦方案(下稱安寧共照)、全民健康保險醫療服務項目及支付標準第二部第一章第八節「住院安寧療護」(下稱住院安寧)、第五部第三章「安寧居家療護」(下稱安寧居家)或**「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」之安寧療護階段**之全民健康保險特約醫事服務機構。

二、評核單位：委由安寧療護相關專業學會辦理實地評核。

三、辦理頻率：安寧療護品質實地訪視評核至少每三年一次，必要時，得增減之。

四、評核作業程序：

(一)健保特約醫事機構應填具「全民健康保險安寧緩和療護品質評核加成獎勵方案申請書」(附件1)於當年5月31日前向全民健康保險保險人(以下稱保險人)分區業務組提出申請參與評核，經保險人分區業務組審核同意，送交評核單位。

(二)排程作業確認與通知：評核單位於排程確定後，通知受評醫事機構實地評核之週別。

(三)實地評核作業：

1. 行前通知：評核單位於實地查核日前函知受評醫事機構、保險人分區業務組、列席人員等有關當週評核日期、評核行程、協助配合事項及後續聯絡方式。

2. 實地評核進程序：

(1) 人員介紹及評核流程說明。

(2) 醫事機構簡報安寧執行概況。

(3) 實地跟訪病人(病家)照護評核作業。(受評單位不需準備評核項目相關文書資料)

(4) 評核人員資料整理及討論。

(5) 評核人員與院方意見交流。

五、評核內容：詳如安寧緩和療護實地訪視品質評核表(附件2)。

六、實地評核日期：由評核單位通知，預定於當年11月30日前完成實地評核作業。

七、評核結果：由評核單位於當年度實地評核作業完成後1個月內將評核結果造冊送保險人核定，並由保險人於次年1月底前公告符合加成獎勵之院所名單。

八、品質評核加成獎勵

(一)加成項目：院所受評安寧服務模式之醫療服務給付項目及支付標準。

(二)依據安寧品質實地訪視評核情形，給予加成獎勵，獎勵成數詳如附表：

1. 良：參與安寧品質評核，且受評安寧服務模式執行情形達50%以上未滿70%之院所。
2. 優：參與安寧品質評核，且受評安寧服務模式執行情形達70%以上未滿90%之院所。
3. 特優：參與安寧品質評核，且受評安寧服務模式執行情形達90%以上之院所。

附表 安寧療護品質評核加成獎勵方案獎勵成數對照表

	良	優	特優
加計比率	10%	20%	30%

(三)獎勵計算方式：由評核單位於次年度1月底前提供保險人受評醫院評核結果，以供撥付獎勵費予符合院所。

(四)本獎勵費須提撥**至少六成以上**予安寧團隊參與人員。

伍、評估指標

一、收案期間急診就醫比率

收案期間定義：係指個案於同一年度初次與最後一次申報安寧醫令之區間。

分子：個案安寧收案期間曾至急診就醫之人數。

分母：當年度收案人數。

二、**安寧**善終率

分子：**接受**安寧居家療護服務，且七日內未於醫院**加護病房**住院或於急診**就醫**之個案。

分母：接受安寧居家療護服務死亡個案數。

三、住院安寧或安寧共照轉銜安寧居家比率

分子：接受住院安寧或安寧共照，且於出院後一年內成功轉介至安寧居家之個案數。

分母：接受住院安寧或安寧共照後已出院之個案數。

陸、方案管理機制

- 一、 保險人負責本方案之研訂與修正。
- 二、 保險人分區業務組負責審核特約醫事服務機構之參與資格、獎勵金發放及醫院分配成數調查。

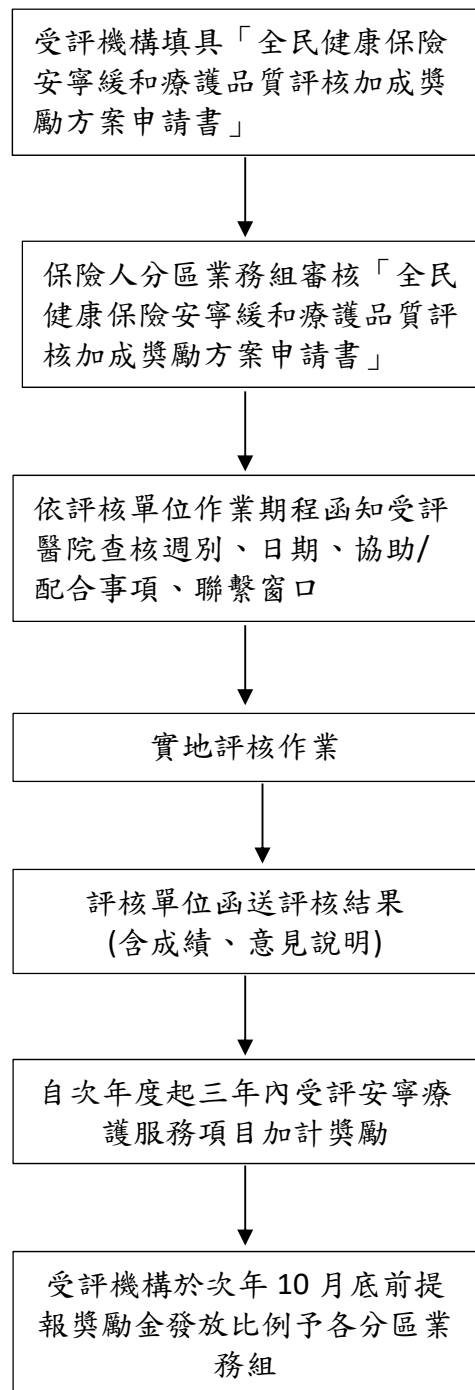
柒、醫療費用申報、審查及核付作業

- 一、 除本方案另有規定外，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、 本方案於次年1月底前公告符合加成獎勵之院所名單，其評核結果對應之加計比率及安寧服務申報費用計算獎勵金，執行區間為公告院所名單年度1月1日起三年內(以 A 醫院於114年度參與品質評核為例，評核結果為特優，則115年至118年參與受評之安寧給付項目，其支付點數加計百分之三十)。
- 三、 本計畫所列之加成獎勵，由保險人於年度結束後計算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於1元。
- 四、 上開符合獎勵之院所須於次年10月底前，提報本方案獎勵金發放情形予保險人分區業務組備查，如未將本方案款項依規定提撥予安寧團隊參與人員，保險人將予以追扣，並自保險人通知日起退出本方案，且一年內不得再重新申請參與本方案。

捌、訂定與修訂程序

本計畫由保險人與醫療專業團體共同擬訂後，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，依全民健康保險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。

玖、評核作業流程



全民健康保險安寧緩和療護品質評核加成獎勵方案申請書

一、機構基本資料

項 目	請 確 實 填 寫		
機構名稱及代碼			
機構類別	<input type="checkbox"/> 醫學中心 <input type="checkbox"/> 區域醫院 <input type="checkbox"/> 地區醫院 <input type="checkbox"/> 診所		
受評安寧服務模式 (可複選)	<input type="checkbox"/> 安寧住院 <input type="checkbox"/> 安寧共照 <input type="checkbox"/> 安寧居家		
機構負責人			
安寧病房/居家 /共照名稱			
安寧病床數	經衛生主管機關核准設立安寧緩和療護病房床數_____床； 實際使用安寧緩和療護病床數_____床		
硬體設備及 舒適護理用物 (具備右列者， 請於 <input type="checkbox"/> 打)	<input type="checkbox"/> 往生室 <input type="checkbox"/> 志工室 <input type="checkbox"/> 會談室 <input type="checkbox"/> 可供家屬休憩之場所 <input type="checkbox"/> 按摩浴缸 <input type="checkbox"/> 蒸氣美膚機 <input type="checkbox"/> 超音波噴霧器 <input type="checkbox"/> 移位板 <input type="checkbox"/> 移位滑布 <input type="checkbox"/> 翻身擺位各式枕頭（至少每床應配備標準枕頭 2 個、L 枕 1 個、糖果枕 1 個，baby 枕 4 個 <input type="checkbox"/> 床上洗頭槽 <input type="checkbox"/> 洗頭機 <input type="checkbox"/> TENS <input type="checkbox"/> 刮痧拔罐用物 <input type="checkbox"/> 遠紅外線儀 <input type="checkbox"/> 熱水袋 <input type="checkbox"/> 小風扇 <input type="checkbox"/> 推拿霜 <input type="checkbox"/> 高背輪椅 <input type="checkbox"/> 遺體護理用物 <input type="checkbox"/> 其他，請說明：_____		
實地訪視聯絡人		電 話	
		手機號碼	
地址	□□□□□	Email	

註：1.本方案以安寧團隊為評核對象，故居家護理所須與合作院所一同參與評核，以主要一家院所申請即可，申請時請一併填寫參與團隊之機構名稱及代碼。

2.相關表格煩請秉持誠信詳實填寫，並於當年 5 月 31 日前傳回保險人分區業務組，俾利實地評核作業。

二、安寧緩和療護服務量

類別	113 年度服務量	113 年度收案對象
安寧住院	全年住院人數及人次：_____ 人數，_____ 人次 平均每次住院天數：_____ 天/次 平均佔床率（全年住院人日數/全年住院床日數）：_____%	癌症病人數 _____ 人（_____%） 非癌症病人數 _____ 人（_____%）
安寧居家	全年新收案人數：_____ 人 全年結案人數：_____ 人 平均每月在案人數：_____ 人 （每月在案人數=每月一日舊案人數+當月新收案人數） 結案病人之平均服務日數：_____ 日	癌症病人數 _____ 人（_____%） 非癌症病人數 _____ 人（_____%）
安寧 共同照護	全年新收案人數：_____ 人 全年結案人數：_____ 人 平均每月在案人數：_____ 人 （每月在案人數=每月一日舊案人數+當月新收案人數） 結案病人之平均服務日數：_____ 日	癌症病人數 _____ 人（_____%） 非癌症病人數 _____ 人（_____%）
整體照顧	全年曾接受過上列任一服務之病人數：_____ 人 至 112 年 12 月 31 日之死亡病人數：_____ 人 全年初次收案服務至死亡之服務日數： 平均 _____ 天、中位數 _____ 天 小於 24 小時之比例：_____%	

三、安寧緩和療護團隊人數表

職類	人數		職類	人數	
	專責	專職		專責	專職
安寧主治醫師			心理師		
安寧病房護理師			靈性關懷人員		
安寧居家護理師			其他成員 _____		
安寧共照護理師			其他成員 _____		
社會工作師/員			其他成員 _____		
志工	—		其他成員 _____		

【說明】

- 專責(Responsible)人員是指定專人負責緩和醫療工作，惟緩和醫療工作可為其兼辦之業務；
專職(Full-time)人員是指全職提供緩和醫療工作之同仁。
- 須符合衛生福利部中央健康保險署公告之安寧療護教育訓練時數。

全民健康保險安寧緩和療護品質評核加成獎勵方案

實地訪視品質評核表

一、病人實地訪視總評結果

評核日期： 年 月 日

基本 資料	機構名稱			
	機構代碼		負責人	
勾選	類別	實地評核結果		
<input type="checkbox"/>	A.安寧住院	(詳附表 1_安寧綜合+住院品質評核表) <input type="checkbox"/> 標竿推薦 <input type="checkbox"/> 特優(執行超過 90%以上) <input type="checkbox"/> 優(執行 70%-90%) <input type="checkbox"/> 良(執行 50%-70%)		
<input type="checkbox"/>	B.安寧共照	(詳附表 2_安寧共照品質評核表) <input type="checkbox"/> 標竿推薦 <input type="checkbox"/> 特優(執行超過 90%以上) <input type="checkbox"/> 優(執行 70%-90%) <input type="checkbox"/> 良(執行 50%-70%)		
<input type="checkbox"/>	C.安寧居家	(詳附表 3_安寧居家品質評核表) <input type="checkbox"/> 標竿推薦 <input type="checkbox"/> 特優(執行超過 90%以上) <input type="checkbox"/> 優(執行 70%-90%) <input type="checkbox"/> 良(執行 50%-70%)		

二、綜合評語(請評核人員摘要受評機構執行安寧療護業務之建議事項)

評核人員簽名：_____ 保險人分區業務組：_____

(續上頁)綜合評語

三、受評核機構回饋意見(請受評機構簡要描述對實地評核過程及結果之意見)

☐無意見

☐意見簡述如下：

受評核機構人員簽名：_____

附表 1：安寧緩和療護(住院/綜合版)實地訪視品質評核 病人訪視表

❖病人性別：☐男 ☐女

❖年齡：____歲 (實歲)

❖照護模式：☐安寧住院 ☐安寧住院+居家 ☐安寧共同照護 ☐安寧住院+共照

❖主要診斷：(請勾選)

☐癌症_____轉移部位：☐無 ☐肝 ☐肺 ☐骨 ☐腦 ☐腹腔 ☐腸道 ☐其他_____

☐非癌症☐失智症、☐其他大腦變質、☐心臟衰竭、☐慢性氣道阻塞、☐肺部其他疾病、

☐慢性肝病及肝硬化、☐急性腎衰竭、☐慢性腎衰竭及腎衰竭、

☐末期骨髓增生不良症候群、☐末期衰弱老人、☐符合病人自主權利法第十四條第一項第

二款至第五款所列臨床條件者、☐罕見疾病或其他預估生命受限者

☐其他_____

(備註：罹患威脅生命疾病(life-threatening illness)或身心靈有需求者，均是安寧緩和療護之照護對象)

❖評量說明：A：接近 100%完整執行 B：70%以上有執行

C：50%以上有執行

D：執行少於 50%

照護品質評量指標		評量 級別	本項 不適用	意見說明
評 核 項 目				
面向 1 病程進展				
1-1	疾病進展確實定期持續記錄於病歷紀錄			
1-2	評估存活預估與餘生期待，彈性調整照護計畫			
1-3	預期疾病進展可能發生的問題並擬定備案計畫，如：敗血性休克、大出血、肝昏迷、難治症狀等			
面向 2 清潔舒適				
2-1	依照個別性(individualize)需求提供舒適照護			
2-2	協助身體清潔，每日徹底執行口腔護理，身體各部分清潔			
面向 3 症狀整體評估				
3-1	整體痛(total suffering)評估			
3-2	辨識導因(包含疾病本身、治療引發、共病或失能等)			
3-3	評估不同症狀或治療間的整體關連性			

照護品質評量指標		評量 級別	本項 不適用	意見說明
評 核 項 目				
3-4	定期檢視醫囑(order renew)現有的藥物及停用非必要的藥物、以及藥物間的交互影響評估			
3-5	適當開立 PRN Order，執行這些醫囑是否能按照病人的需要			
面向 4-1 症狀控制：疼痛				
4-1-1	疼痛評估內容完整並有記錄			
4-1-2	依照止痛藥的藥物動力學，持續評估並記錄疼痛緩解狀況			
4-1-3	依照疼痛評估結果適切開立止痛處方			
4-1-4	能做鑑別診斷，因應不同型態之疼痛開立疼痛輔助藥物(adjuvants)			
4-1-5	當病人疼痛加劇或性質改變時，能及時調整止痛藥物之給予方式、劑量、療效追蹤			
4-1-6	針對症狀提供具個別性照護或輔助療法			
面向 4.2 症狀控制：呼吸道				
4-2-1	症狀(呼吸困難、咳嗽等)評估並確認導因			
4-2-2	緩解可逆性導因(貧血、感染、積液、便秘腹脹等)			
4-2-3	治療之目的是以減輕病人「喘的感覺」為主			
4-2-4	依不同呼吸困難的狀況合併使用輔助藥物，如：鴉片類用藥、抗焦慮、支氣管擴張劑、類固醇、利尿劑等			
4-2-5	針對症狀提供具個別性照護或輔助療法			
面向 4.3 症狀控制：腸胃道				
4-3-1	正確評估症狀，如：便秘、腹瀉、噁心、嘔吐、腹水、吞嚥困難等，評估並確認導因			
4-3-2	依疾病症狀評估，執行適當的相關檢查，如：KUB、腹部聽診、扣診、觸診及肛診等，協助鑑別診斷			
4-3-3	依據腹部評估結果選擇相應作用機轉的緩解藥物			

照護品質評量指標		評量 級別	本項 不適用	意見說明
評 核 項 目				
4-3-4	考量完全性腸阻塞之照護禁忌，如：腸蠕動刺激劑、熱敷按摩等			
4-3-5	針對症狀提供具個別性照護或輔助療法			
面向 4.4 症狀控制：傷口照護				
4-4-1	依據傷口(造口)評估結果，選擇適切換藥方式與敷料等用物			
4-4-2	評估換藥過程導致疼痛給予合適的處置			
4-4-3	腫瘤葷狀傷口換藥考量（止痛、止血、清潔、抗菌、除臭、選擇敷料）			
4-4-4	評估傷口對社心靈衝擊並給予適當的照護措施			
面向 4.5 症狀控制：神經／精神症狀				
4-5-1	症狀(躁動、譫妄、失眠、抽搐/癲癇..等)評估並確認導因			
4-5-2	緩解可逆性導因			
4-5-3	整體考量鎮靜安眠、抗癲癇、抗憂鬱劑、類固醇、及抗生素等藥物之藥物動力學，調整藥物、給藥時間及療效追蹤			
4-5-4	針對症狀提供具個別性照護或輔助療法			
面向 4.6 症狀控制：鴉片類藥物				
4-6-1	依據病人需要與狀況調整鴉片類藥物醫囑開立之適切性(藥物種類、途徑、劑量、劑型、給藥時間)並合併考量肝腎功能並做適當處理			
4-6-2	突發痛備援藥物 PRN order 開立與執行的適切性			
4-6-3	使用鴉片類藥物能考量及監測副作用與中毒症狀，能呈現照護的評估及處置措施			
4-6-4	依藥物滴定(titration)作中長效劑型轉換或調整劑量			
面向 4.7 症狀控制：類固醇				

照護品質評量指標		評量 級別	本項 不適用	意見說明
評 核 項 目				
4-7-1	NSAIDs 和類固醇併用(或類固醇單獨使用)，能合併考量消化道潰瘍預防性用藥，持續監測副作用，如：睡眠、血糖等並做適切調整			
4-7-2	執行口腔護理預防念珠菌感染			
面向 4.8 症狀控制：其他				
4-8-1	依病人症狀有 PRN order 開立，並適切執行			
4-8-2	合併考量存活預估與緩和性治療，如：palliative C/T 或 R/T、神經阻斷、經皮胃造口等，之適切評估緩和治療及其照護			
4-8-3	Palliative R/T 之皮膚照護與副作用評估			
4-8-4	針對難治症狀(refractory symptoms)，與病人及家屬適切溝通，提供緩和鎮靜(palliative sedation)，並做倫理思辨			
4-8-5	針對症狀提供具個別性照護或輔助療法			
面向 5 醫病溝通				
5-1	召開家庭會議並有正式病歷紀錄，可針對結論持續追蹤			
5-2	召開多專科整合團隊會議並有正式會議紀錄，可針對結論持續追蹤			
5-3	召開個案討論會且持續追蹤，可針對結論持續追蹤			
5-4	病人病情說明/溝通記錄，確認照顧方向是否與病人的意願相符			
5-5	家屬病情說明/溝通記錄，確認照顧方向是否與病人的意願相符			
面向 6 社心靈照護				
6-1	透過主客觀資料收集、家庭關係動態、經濟支持與疾病敘事，適切確立需求			
6-2	能提供個別性的照護措施，並持續的評值及追蹤內容			
6-3	能評估高哀傷風險家屬並給予適切的介入措施及追蹤計畫			

照護品質評量指標		評量 級別	本項 不適用	意見說明
評 核 項 目				
6-4	能精簡且有系統的書寫心理/社會/靈性紀錄			
面向 7 倫理				
7-1	運用周全且有系統的方式來進行末期醫療照護倫理思辨			
7-2	限時嘗試治療(Time-limited trials)之持續性評估，並追蹤調整醫療處置			
7-3	依據倫理思辨形成之共識提供適切照護			
面向 8 善終照護				
8-1	病人善終地點之探詢並依病人喜好給予支持			
8-2	依個別性評估善終準備並有紀錄			
8-3	依個別需求引導病人及家屬表達潛藏或顯露的情感，如，感謝、愛意、虧欠、不捨與離別等			
8-4	尊重病人意願及協助家屬理解並取得同意後，盡力達成避免無益的醫療介入			
8-5	瀕死症狀評估與照護並有紀錄			
8-6	調整症狀控制給藥途徑，如：口服改皮下注射，及 PRN 備援藥物持續症狀控制			
8-7	提供符合文化、信仰、宗教需求的臨終照護			
面向 9 專業轉介				
9-1	依病人需要給予跨專業團隊轉介，如：精神科醫師、疼痛科醫師、社會工作師、心理師、營養師、藥師、宗教師、靈性關懷師、音樂治療師等			
9-2	可針對跨專業會診紀錄，建議及持續追蹤			
面向 10 出院準備				
10-1	以病人為中心，整合後續照護資源，與病人、家屬及照顧者討論就地安寧療護、下			

照護品質評量指標		評量 級別	本項 不適用	意見說明
評 核 項 目				
	轉至其他層級醫院、安寧居家或其他安寧資源之需要性。			
10-2	提供主要照顧者病人出院後居家照護適用物準備，衛教示範主要照顧者居家照顧知識與技能，如：翻身擺位、抱病人上下床、身體及口腔清潔、藥物使用、傷口換藥、灌食、預防骨折等			
10-3	指導主要照顧者病人病情變化的處置及諮詢管道			
面向 11 安寧居家療護（是對住院病人準備出院接受居家療護之評值）				
11-1	評估出院狀況、轉介需求、身心靈狀況、家屬照顧負荷、餘生期待與輔具需求等，並指導、示範、及回覆示教照護方式			
11-2	居家環境與安全評估，並依需求提供建議(如：病床位置、擺設動線、無障礙改裝等)			
11-3	建立持續性照護聯繫資源，有備援計劃能迅速回應突發狀況(如：24 小時電話諮詢、PRN 備援藥物、後送住院療護之聯繫等)			
面向 12 安寧共同照護（是對住院共照病人準備轉安寧病房之評值）				
12-1	協助釐清病人及家屬的想法，協調與原診療團隊之間的溝通			
12-2	評估病人需求或潛在問題，與原診療團隊討論病人照護或處置			
12-3	持續追蹤照護處置執行程度並做調整			
其他意見：				

【結果面-品質指標(1)】病人及其家屬接受照護之回饋



palliative care
outcomes collaboration

(請在此填寫或貼上標籤)

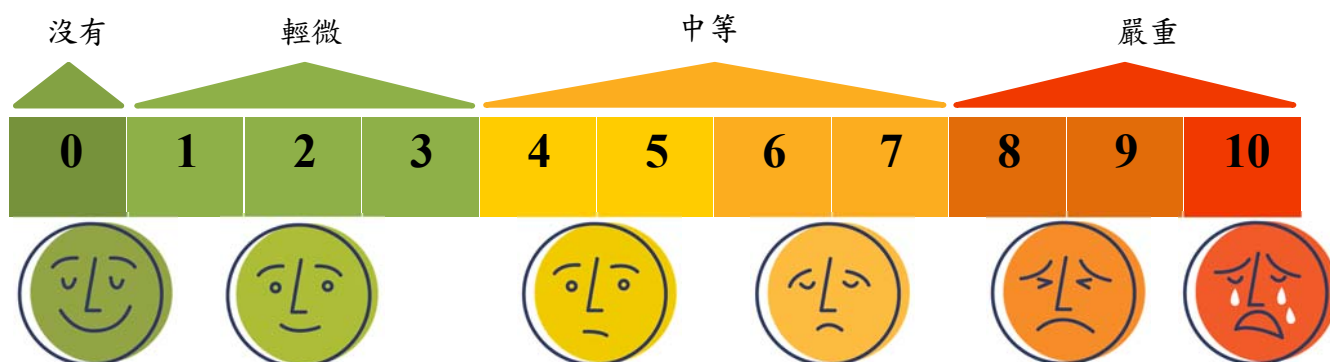
UPI :

姓名 :

出生日期 :

症狀評估表

請使用本表格告訴我們讓你感到困擾、擔憂或不適的症狀。這些資料有助我們迎合你的需要。



1. 在第一行裡寫下星期幾或日期
2. 使用以上量表，在 0-10 之間選一個數字來顯示你有多困擾、擔憂或不適。
3. 你可以在列表底部空白處添加其他症狀。

星期幾或日期									
睡眠問題									
食慾問題									
噁心									
腸道問題									
呼吸問題									
疲憊									
疼痛									
其他/舒適清潔問題									

SAS Form – Traditional Chinese, May 2020

【結果面-品質指標(2)】病人及其家屬接受照護之回饋

- 1.請您分享，被照顧之前/之後生活品質有什麼改變？
- 2.請您分享，醫療團隊能否幫忙解決對您/或家人而言最為關切的問題？
- 3.任何因您的疾病所導致的問題是否已經被適切處理？

病人及家屬對整體照顧品質的信賴回饋

項目	得分	評語
病人回饋 (0-10 分)		
家屬回饋 (0-10 分)		

回饋受評單位品質精進意見：

附表 2：安寧緩和療護(共照)實地訪視品質評核 病人訪視表

❖病人性別：☐男 ☐女

❖年齡：_____歲 (實歲)

❖主要診斷：(請勾選)

☐癌症_____轉移部位：☐無 ☐肝 ☐肺 ☐骨 ☐腦_ ☐腹腔 ☐腸道 ☐其他_____

☐非癌症 ☐失智症、☐其他大腦變質、☐心臟衰竭、☐慢性氣道阻塞、☐肺部其他疾病、

☐慢性肝病及肝硬化、☐急性腎衰竭、☐慢性腎衰竭及腎衰竭、

☐末期骨髓增生不良症候群、☐末期衰弱老人、☐符合病人自主權利法第十四條第一項第

二款至第五款所列臨床條件者、☐罕見疾病或其他預估生命受限者

☐其他_____

(備註：罹患威脅生命疾病(life-threatening illness)或身心靈有需求者，均是安寧緩和療護之照護對象)

❖評量說明：A：接近 100%完整執行 B：70%以上有執行

C：50%以上有執行

D：執行少於 50%

照護品質評量指標		評量 級別	本項 不適用	意見說明
評核項目				
面向 1.訪視安排				
1-1	配合確認照會目的地，訪視前查閱病人就醫過程、疾病史及初步家庭動態。			
1-2	安寧共照團隊於收到照會單後 48 小時內(不含假日)完成訪視			
1-3	能依病人的狀況，準備用物。			
1-4	依病人及家屬的需求，彈性調整訪視頻次，每週至少一次。			
面向 2.醫療溝通聯繫				
2-1	協助釐清病人及家屬的想法，協調與原團隊之間的溝通。			
2-2	與原診療及安寧團隊討論病人照護			
2-3	持續追蹤照護計畫執行情形並做調整			
面向 3.病程進展與預後評估				
3-1	進行存活期預估			
3-2	評估餘生期待，依據不同疾病軌跡彈性調整照護計畫。			

照護品質評量指標		評量 級別	本項 不適用	意見說明
評核項目				
3-3	與病人及家屬討論疾病進展可能發生的問題，與原團隊共同討論照顧方向(如：大出血、肝昏迷、後續長期照顧人力安排及安置、適時討論 DNR...等)。			
3-4	評估疾病進展與病人及家屬需求，調整照護常規。			
面向 4.清潔舒適				
4-1	評估個別性需求，執行、示範、教導照護者舒適護理照護技巧(翻身擺位、上下床移位及防噎餵食、口腔護理、身體清潔、美手美足護理、不抽痰的排痰方法、非藥物輔助療法 etc)。。			
面向 5.症狀整體評估				
5-1	評估病人現存的症狀與目前治療過程，確認導因(可能是疾病本身、治療或藥物引發、共病或失能、心理因素或整體痛)及其因果關係。			
5-2	能依照藥物動力學的時間指導原診療團隊評估用藥後的反應，並按病人需要調整給藥時間，且有持續評估記錄。			
5-3 疼痛				
5-3-1	完整的疼痛評估確認導因			
5-3-2	依照疼痛評估結果和原團隊及會診醫師討論止痛處方的調整。(如：輔助藥物 adjuvants)			
5-3-3	針對不同的疼痛性質，提供具個別性護理措施或輔助療法(如:骨轉移照護、按摩、TENs、舒適擺位和指導注意事項...等)			
5-4 呼吸道				
5-4-1	評估引起病人呼吸系統症狀的導因			
5-4-2	依照評估結果與原團隊討論處置方法			








照護品質評量指標		評量 級別	本項 不適用	意見說明
評核項目				
5-4-3	依不同呼吸困難的症狀建議合併使用輔助藥物(如:鴉片類用藥、抗焦慮、支氣管擴張劑、類固醇、利尿劑等)			
5-4-4	提供具個別性護理措施或輔助療法(擺位、風扇、穴位按壓、芳療、按摩、想像療法、食物質地與餵食姿勢調整防嗆咳等)			
5-4-5	當病人出現 Death rattle，和家屬及原團隊討論適當的用藥及照護			
5-5 腸胃道				
5-5-1	正確評估症狀，如：便秘、腹脹、腹瀉、噁心、嘔吐、腹水、吞嚥困難等，評估並確認導因			
5-5-2	依疾病症狀評估，執行適當的相關檢查，如：KUB、聽診、扣診、觸診、肛診等，協助鑑別診斷			
5-5-3	依據腹部評估結果選擇相應作用機轉的緩瀉藥物			
5-5-4	考量完全性腸阻塞之照護禁忌，如：腸蠕動刺激劑、熱敷按摩等。			
5-5-5	提供具個別性護理措施或輔助療法，如：遠紅外線照射、推拿霜按摩熱敷、黑棗汁、穴位按壓、芳療、按摩、食物質地與姿位調整防嗆咳等。			
5-6 傷口照護				
5-6-1	依據傷口(造口)評估結果，選擇適切換藥方式與用物			
5-6-2	評估換藥過程導致疼痛給予合適的處置			
5-6-3	腫瘤葦狀傷口換藥流程：止痛→止血→清潔→抗菌→除臭→選擇敷料			
5-6-4	評估傷口對社心靈衝擊並給予適當的護理措施			
5-7 精神症狀				

照護品質評量指標		評量 級別	本項 不適用	意見說明
評核項目				
5-7-1	辨識症狀(躁動、譫妄、失眠、抽搐/癲癇等)，並確認導因			
5-7-2	矯正可逆性導因，如：疼痛、大便填塞、小便滯留、電解質、感染、尿滯留、藥物、感染、肝、腎衰竭、及睡眠、衛生習慣不良等。			
5-7-3	整體考量鎮靜安眠、抗癲癇、抗憂鬱劑及類固醇等藥物之藥物動力學，調整藥物、給藥時間及療效追蹤			
5-7-4	漸進式給藥，不以鎮靜為治療目標，因特殊原因需鎮靜時，需與病人、家屬共商，以病人最大利益考量			
5-7-5	提供個別性護理措施或輔助療法，如：放鬆療法、睡眠、衛生指導及穴位按摩療法等，及追蹤成效			
5-7-6	避免約束，減少刺激、盡量維持熟悉之人事物、環境安靜與安全維護、肢體及非肢體語言穩定、陪伴，照顧者的喘息			
5-7-7	若是症狀困難控制照會相關專科			
5-8 鴉片類藥物				
5-8-1	根據病人需要調整鴉片類藥物的劑量與/或劑型			
5-8-2	突發痛備援藥物 PRN order 開立與適切性(如:Morphine q1h prn)			
5-8-3	依據病人狀況調整鴉片類藥物醫囑開立之適切性(途徑、藥物、劑量、給藥時間)並合併考量肝腎功能			
5-8-4	使用鴉片類藥物能合併考量副作用，如:便秘、呼吸抑制、意識狀態等			
5-8-5	依藥物滴定(titration)作中長效劑型轉換或調整劑量			

照護品質評量指標		評量 級別	本項 不適用	意見說明
評核項目				
面向 6.醫病溝通				
6-1	協助討論「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」或「不施行心肺復甦術同意書」			
6-2	協助原診療團隊安排召開的家庭會議達成醫病共識及結論，完成病歷記錄，且針對結論持續追蹤。			
6-3	病人與家屬的病情說明/溝通記錄，確認照顧方向是否與病人及其家屬的意願相符			
面向 7. 社心靈照護				
7-1	透過主客觀資料收集、家庭關係動態、經濟支持與疾病敘事，適切確立問題(不僵化於北美護理診斷術語)			
7-2	有邏輯的運用問題解決方法呈現病人/家屬的照護過程			
7-3	針對病人/家屬的主要照護問題，可呈現團隊成員具一致性的照護目標			
7-4	能提供個別性的照護措施，並持續的評值及追蹤內容			
7-5	能評估高哀傷風險家屬並給予適切的介入措施及追蹤計畫			
7-6	能精簡且有系統的書寫心理/社會/靈性紀錄			
面向 8.倫理				
8-1	鼓勵(協助)原團隊運用 4-boxes 作為醫療抉擇之倫理思辨			
8-2	限時嘗試治療(Time-limited trials)之持續性評估，並追蹤調整醫療處置			
8-3	協助原診療團隊撤除維生醫療之前、中、後之準備及照護，並有記錄			
面向 9.出院準備				

照護品質評量指標		評量 級別	本項 不適用	意見說明
評核項目				
9-1	視病人/家屬身心社靈需求，與原診療團隊討論就地安寧緩和療護、轉安寧病房、安寧居家、他院或其他安寧資源之需要性。			
面向 10.善終準備				
10-1	病人善終地點之探詢			
10-2	依個別性評估善終準備的程度並有記錄			
10-3	依個別需求引導病人及家屬四道人生：道謝、道歉、道愛、道別			
10-4	與病人或家屬及原團隊溝通及討論，停止已無助益的醫療介入(如非必要的生命徵候監測、藥物、水分與人工營養給予、抽血檢查、其他侵襲性檢查或處置)。			
10-5	瀕死症狀評估與護理並有記錄			
10-6	調整症狀控制給藥途徑，如:口服改皮下注射，及備援藥物持續症狀控制。			
10-7	提供符合宗教需求的臨終照護，如:宗教象徵物或音樂、儀式、遺體護理、哀傷撫慰、留一口氣返家事前準備等			
其他意見：				

【結果面-品質指標(1)】病人及其家屬接受照護之回饋

	<p>(請在此填寫或貼上標籤)</p> <p>UPI :</p> <p>姓名 :</p> <p>出生日期 :</p>																																																																																										
<h3>症狀評估表</h3> <p>請使用本表格告訴我們讓你感到困擾、擔憂或不適的症狀。這些資料有助我們迎合你的需要。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; text-align: center;"> 沒有 輕微 中等 嚴重 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> <div style="background-color: #4F81BD; color: white; width: 40px; height: 40px; line-height: 40px; margin: 0 auto;">0</div>  </div> <div style="text-align: center;"> <div style="background-color: #4F81BD; color: white; width: 40px; height: 40px; line-height: 40px; margin: 0 auto;">1</div>  </div> <div style="text-align: center;"> <div style="background-color: #FFD700; color: black; width: 40px; height: 40px; line-height: 40px; margin: 0 auto;">4</div>  </div> <div style="text-align: center;"> <div style="background-color: #FFD700; color: black; width: 40px; height: 40px; line-height: 40px; margin: 0 auto;">5</div>  </div> <div style="text-align: center;"> <div style="background-color: #FF4500; color: white; width: 40px; height: 40px; line-height: 40px; margin: 0 auto;">8</div>  </div> <div style="text-align: center;"> <div style="background-color: #FF0000; color: white; width: 40px; height: 40px; line-height: 40px; margin: 0 auto;">10</div>  </div> </div> <div style="margin-top: 20px;"> <p>4. 在第一行裡寫下星期幾或日期</p> <p>5. 使用以上量表，在 0-10 之間選一個數字來顯示你有多困擾、擔憂或不適。</p> <p>6. 你可以在列表底部空白處添加其他症狀。</p> </div>																																																																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 20%;">星期幾或日期</th> <th></th><th></th><th></th><th></th><th></th><th></th><th></th><th></th><th></th> </tr> <tr><td>睡眠問題</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>食慾問題</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>噁心</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>腸道問題</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>呼吸問題</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>疲憊</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>疼痛</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>其他/舒適清潔問題</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>		星期幾或日期										睡眠問題										食慾問題										噁心										腸道問題										呼吸問題										疲憊										疼痛										其他/舒適清潔問題									
星期幾或日期																																																																																											
睡眠問題																																																																																											
食慾問題																																																																																											
噁心																																																																																											
腸道問題																																																																																											
呼吸問題																																																																																											
疲憊																																																																																											
疼痛																																																																																											
其他/舒適清潔問題																																																																																											

SAS Form – Traditional Chinese, May 2020

【結果面-品質指標(2)】病人及其家屬接受照護之回饋

- 1.請您分享，被照顧之前/之後生活品質有什麼改變？
- 2.請您分享，醫療團隊能否幫忙解決對您/或家人而言最為關切的問題？
- 3.任何因您的疾病所導致的問題是否已經被適切處理？

病人及家屬對整體照顧品質的信賴回饋

項目	得分	評語
病人回饋 (0-10 分)		
家屬回饋 (0-10 分)		

回饋受評單位品質精進意見：

附表 3：安寧緩和療護(居家)實地訪視品質評核 病人訪視表

❖病人性別：☐男 ☐女

❖年齡：_____歲（實歲）

❖主要診斷：（請勾選）

☐癌症_____轉移部位：☐無 ☐肝 ☐肺 ☐骨 ☐腦_ ☐腹腔 ☐腸道 ☐其他_____

☐非癌症 ☐失智症、☐其他大腦變質、☐心臟衰竭、☐慢性氣道阻塞、☐肺部其他疾病、

☐慢性肝病及肝硬化、☐急性腎衰竭、☐慢性腎衰竭及腎衰竭、

☐末期骨髓增生不良症候群、☐末期衰弱老人、☐符合病人自主權利法第十四條第一項第

二款至第五款所列臨床條件者、☐罕見疾病或其他預估生命受限者

☐其他_____

（備註：罹患威脅生命疾病(life-threatening illness)或身心靈有需求者，均是安寧緩和療護之照護對象）

❖評量說明：A：接近 100%完整執行 B：70%以上有執行

C：50%以上有執行

D：執行少於 50%

照護品質評量指標		評量 級別	本項 不適用	意見說明
評核項目				
面向 1.訪視安排				
1-1	於接受轉介/照會後，3 天內回覆評估結果或進行評估訪視，並於 7 天內(含假日)家訪。			
1-2	評估訪視或家訪前應先事前評估，出院狀況、轉介需求、身心靈狀況、家屬負荷、餘生期待及輔具需求等			
1-3	每週定期訪視並可視病人情況彈性調整訪視時間或頻次			
1-4	有主責護理師休假應有職代備援人力	有/無		
面向 2.環境評估準備				
2-1	居家環境評估，並依需求提供建議(如:病床位置、擺設動線、管路吊鉤等)			
2-2	環境安全評估，並依需求提供建議(如:防跌措施、無障礙改裝、呼叫設備等)			
2-3	依需求提供輔具器材租借/購置的照護資源，並指導操作方式(如:助步器、病床、防壓床墊、便盆椅、輪椅、抽痰機、沐浴椅、超音波噴霧器、床上洗頭等設備)			
面向 3.溝通聯繫				

照護品質評量指標		評量 級別	本項 不適用	意見說明
評核項目				
3-1	主動發現病人需求或潛在問題並為其代言			
3-2	視病人問題即時與相關醫療人員溝通聯繫支援並主動召開家庭會議			
3-3	教導照顧者與病人溝通互動方式			
面向 4. 執行、示範、教導照顧者照護技巧				
4-1	執行、示範、教導照顧者舒適護理照護技巧(翻身擺位、省力上下床移位技巧、口腔護理、身體清潔、非藥物輔助療法 等技巧)			
4-2	執行、示範、教導照顧者正確照護技巧(管路與引流袋照護、不抽痰的排痰方法、換點滴瓶、傷口換藥、防噎餵食、皮下注射等技巧)			
面向 5. 病程進展與預後評估				
5-1	能做完整的身體檢查（PE），並發現異常狀況。瞭解病人的生理病理學，仔細辨認照護禁忌避免造成病人的二度傷害，例如：病人有肋骨、脊椎癌症轉移就不可拍背。腹腔有腫瘤者不可按摩腹部。膀胱有腫瘤者避免按壓膀胱。股骨或髖股轉移者必須坐較高椅子，不可坐軟矮沙發，不可坐進低矮浴缸以防骨折等等禁忌，確認照顧者注意。			
5-2	能適當做存活期預估，視情況需要代採檢體，追蹤檢驗數值(縱向-整體的檢驗結果，與橫向-連續數次檢驗結果的判讀)			
5-3	評估餘生期待，依據不同疾病軌跡彈性調整照護計畫			
5-4	預期可能出現的急症與突發症狀擬定居家備案計畫(如：敗血性休克、大出血、肝昏迷、難治症狀等)			
5-5	建立持續性照護聯繫資源能迅速回應突發狀況（如:24 小時電話諮詢服務、住院療護後送聯繫等)	有/無		

照護品質評量指標		評量 級別	本項 不適用	意見說明
評核項目				
面向 6.症狀整體評估				
6-1	確實執行全身身體檢查及評估並能判讀			
6-2	辨識導因(疾病本身、治療引發、共病或失能等)			
6-3	評估不同症狀或治療間的整體關連性			
6-4	檢視醫囑(order renew)並提出調整建議，評估現有藥物的合宜性、藥物間的交互影響即時調整藥物及停用非必要的藥物			
6-5	能依照藥物動力學的時間指導家屬評估用藥後的反應，並按病人需要作出調整			
6-6	有備援計畫因應病況惡化而伴隨的症狀多變性(如：開立 PRN order)，並追蹤執行情況			
面向 7 症狀控制				
7-1 疼痛				
7-1-1	能教導家屬疼痛評估方式並做記錄			
7-1-2	檢視止痛藥物之開立與其藥物動力學之適切性			
7-1-3	依照疼痛評估結果提出建議調整止痛處方			
7-1-4	當病人疼痛加劇或性質改變時，能及時建議調整止痛藥物之給予方式、劑量、療效追蹤			
7-1-5	因應不同型態之疼痛開立疼痛輔助藥物(adjuvants)			
7-1-6	針對不同的疼痛性質，提供具個別性護理措施或輔助療法(如:骨轉移照護、按摩、TENs 等)			
7-2 呼吸道				
7-2-1	症狀(呼吸困難、咳嗽、吞嚥困難等)評估並確認導因			
7-2-2	針對可逆性導因(如:貧血、感染、放液等)協調返院治療或安排到府醫療			

照護品質評量指標		評量 級別	本項 不適用	意見說明
評核項目				
7-2-3	呼吸困難合併使用輔助藥物(抗焦慮、支氣管擴張劑、類固醇、利尿劑等)			
7-2-4	提供具個別性護理措施或輔助療法(擺位、風扇、穴位按壓、芳療、按摩、想像療法、食物質地與餵食姿勢調整防嗆咳、口腔護理、不抽痰的排痰方法、及抽痰等)			
7-3 腸胃道				
7-3-1	症狀(便秘、腸阻塞、噁心、嘔吐、腹水等)評估並確認導因			
7-3-2	依據腹部評估結果選擇相應作用機轉的緩瀉藥物			
7-3-3	考量完全性腸阻塞之照護禁忌(腸蠕動刺激劑、熱敷按摩等)			
7-3-4	提供具個別性護理措施或輔助療法(遠紅外線照射、推拿霜按摩熱敷、穴位按壓、芳療、按摩、美足護理、飲食衛教等)			
7-4 傷口照護				
7-4-1	依據傷口(造口)評估結果，選擇並教導適切換藥方式			
7-4-2	指導照顧者準備換藥用物、敷料及衛材			
7-4-3	依個別性腫瘤葷狀傷口換藥流程：止痛→止血→清潔→抗菌→除臭→選擇敷料			
7-4-4	針對有異味葷狀傷口提出居家照護建議(如:環境通風、空氣濾清器、芳療、除臭敷料等)			
7-4-5	全人觀點傷口護理(評估傷口對社心靈衝擊與照護)			
7-5 精神症狀				
7-5-1	症狀(譫妄、躁動、失眠、抽搐等)評估並確認導因			

照護品質評量指標		評量 級別	本項 不適用	意見說明
評核項目				
7-5-2	針對可逆性導因(電解質、感染、尿滯留、藥物等)協調返院治療或在居家進行治療處置			
7-5-3	整體考量 Haloperidol、Midazolam、鎮靜安眠、抗抽搐等藥物之藥物動力學，調整給藥時間及療效追蹤			
7-5-4	提供具個別性護理措施或輔助療法(家屬喘息服務、病床防跌防撞保護設施等)			
7-6 鴉片類藥物				
7-6-1	根據病人之呼吸困難、疼痛等症狀，調整鴉片類藥物種類與劑量，使病人之神智清醒程度符合病人需要			
7-6-2	突發痛備援藥物 PRN order 開立與適切性(如:Morphine q1h prn)			
7-6-3	鴉片類藥物醫囑開立之適切性(途徑、藥物、劑量、給藥時間)並合併考量肝腎功能			
7-6-4	使用鴉片類藥物能合併考量預防便秘副作用，例如:緩瀉劑使用、便秘護理			
7-6-5	依藥物滴定(titration)作中長效劑型轉換或調整劑量			
7-6-6	教導家屬監測嗎啡中毒症狀(呼吸抑制或針狀瞳孔)及處置措施			
7-7 類固醇				
7-7-1	類固醇使用或與 NSAID 併用，能合併考量消化道潰瘍預防性用藥，持續監測副作用			
7-7-2	監測感染徵象被遮蓋的可能性			
面向 8.社心靈照護				
8-1	透過主客觀資料收集、家系圖、家庭關係動態、疾病敘事、經濟與支持系統評估並適切確立問題			

照護品質評量指標		評量 級別	本項 不適用	意見說明
評核項目				
8-2	評估病人的餘生期待與家屬、醫療人員是否一致?若不一致，能呈現進一步照護處置			
8-3	運用護理過程有邏輯的呈現病人/家屬的照護內容，有具體且具個別性、整體性、連續性的照護措施			
8-4	能精簡且有系統的書寫心理/社會/靈性紀錄並針對病人/家屬問題，能呈現持續的評值及追蹤內容			
面向 9.家庭支持				
9-1	家中其他需要照顧者（如小孩、老人）之安排及轉介			
9-2	協助家屬與醫院、學校（若病人為學生）、工作場所（若病人仍在工作）之間的聯繫及協調			
9-3	評估照護人力、照顧者輪替、照顧者負荷與壓力、家屬身體症狀、情緒問題及關注問題、家人間溝通等問題			
9-4	家屬之「喘息服務」安排，以使身心暫獲休息			
9-5	能評估高哀傷風險家屬並給予適切的介入措施及追蹤計畫			
面向 10.倫理				
10-1	運用 4-boxes 作醫療抉擇之倫理思辨			
面向 11.善終準備				
11-1	確認病人期待之往生地點			
11-2	協助在宅善終準備並紀錄「善終準備記錄單」			
11-3	引導病人及家屬四道人生(需評估個別性需求)			
11-4	於取得家屬理解並同意下，盡可能停止已無助益的醫療介入(例如藥物、水分與人工營養給予等)。			
11-5	教導家屬瀕死症狀評估與照護			
11-6	教導家屬死亡評估與遺體護理			

照護品質評量指標		評量 級別	本項 不適用	意見說明
評核項目				
11-7	調整症狀控制給藥途徑(口服改皮下注射)			
11-8	開立 PRN 備援藥物持續症狀控制			
11-9	提供符合宗教需求的臨終照護(宗教象徵物或音樂、儀式、遺體護理、急性哀傷撫慰)			
11-10	協助疾病診斷書或死亡診斷書取得與提供喪葬事宜諮詢			
11-11	遺族追蹤及高哀傷風險家屬的適度轉介專業人員			
面向 12. 跨專業團隊				
12-1	跨專業團隊(如：社工、心理師、營養師、藥師、宗教師、靈性關懷師、音樂治療師及志工等)轉介與資源連結(如長照資源)			
12-2	跨專業會診紀錄，可針對建議持續追蹤			
其他意見：				

【結果面-品質指標(1)】病人及其家屬接受照護之回饋

	<p>(請在此填寫或貼上標籤)</p> <p>UPI :</p> <p>姓名 :</p> <p>出生日期 :</p>
<h3>症狀評估表</h3> <p>請使用本表格告訴我們讓你感到困擾、擔憂或不適的症狀。這些資料有助我們迎合你的需要。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; text-align: center;"> 沒有 輕微 中等 嚴重 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> <div style="background-color: #4CAF50; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-weight: bold; color: white;">0</div>  </div> <div style="text-align: center;"> <div style="background-color: #4CAF50; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-weight: bold; color: white;">1</div>  </div> <div style="text-align: center;"> <div style="background-color: #FFEB3B; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-weight: bold; color: black;">4</div>  </div> <div style="text-align: center;"> <div style="background-color: #FFEB3B; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-weight: bold; color: black;">5</div>  </div> <div style="text-align: center;"> <div style="background-color: #FF9800; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-weight: bold; color: black;">6</div>  </div> <div style="text-align: center;"> <div style="background-color: #FF9800; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-weight: bold; color: black;">7</div>  </div> <div style="text-align: center;"> <div style="background-color: #FF5722; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-weight: bold; color: white;">8</div> </div> <div style="text-align: center;"> <div style="background-color: #FF5722; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-weight: bold; color: white;">9</div> </div> <div style="text-align: center;"> <div style="background-color: #FF0000; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-weight: bold; color: white;">10</div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> <div style="background-color: #4CAF50; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-weight: bold; color: white;">2</div>  </div> <div style="text-align: center;"> <div style="background-color: #4CAF50; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-weight: bold; color: white;">3</div>  </div> <div style="text-align: center;"> <div style="background-color: #FFEB3B; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-weight: bold; color: black;">6</div>  </div> <div style="text-align: center;"> <div style="background-color: #FF9800; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-weight: bold; color: black;">8</div>  </div> <div style="text-align: center;"> <div style="background-color: #FF9800; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-weight: bold; color: black;">9</div>  </div> </div>	

SAS Form – Traditional Chinese, May 2020

【結果面-品質指標(2)】病人及其家屬接受照護之回饋

- 1.請您分享，被照顧之前/之後生活品質有什麼改變？
- 2.請您分享，醫療團隊能否幫忙解決對您/或家人而言最為關切的問題？
- 3.任何因您的疾病所導致的問題是否已經被適切處理？

病人及家屬對整體照顧品質的信賴回饋

項目	得分	評語
病人回饋 (0-10 分)		
家屬回饋 (0-10 分)		

回饋受評單位品質精進意見：

討論事項

第 二 案

提案單位：本署醫審及藥材組

案由：修訂「全民健康保險推動使用生物相似藥之鼓勵試辦計畫」案。

說明：

- 一、依據本署 113 年 6 月 14 日健保審字第 1130111063 號公告新增「全民健康保險推動使用生物相似藥之鼓勵試辦計畫」辦理。
- 二、根據衛生福利部食品藥物管理署定義，生物相似性藥品為與我國核准之原開發廠商之生物藥品(或參考藥品)高度相似之生物製劑，於品質、安全、療效與參考藥品無臨床上有意義的差異(no clinically meaningful differences)。
- 三、因應人口老化、少子化及醫療資源有限下，如何降低高價藥之藥價及鼓勵使用生物相似性藥，已成為各國衛生主管機關及醫療單位共同的挑戰。隨著各生物製劑專利到期，品質相似而研發製造成本及藥價較低之生物相似性藥紛紛投入市場，各國透過鼓勵使用生物相似性藥，減少舊有或已過專利期生物藥之支出，讓整體藥價降低，同時換取更多新創藥品引進，得以治療更多病人，爰本署為鼓勵健保特約醫療院所處方生物相似藥，於 113 年 7 月起實施 3 年試辦計畫，讓健保醫療資源再分配，期讓更多新治療藥物加速引進，讓全民共享健保推動生物相似性藥品之成果。

四、113 年施行成果：

- (一) 生物相似性藥品占同成分藥品之醫令量占率：113 年 6 個獎勵成分之生物相似性藥品均有成長趨勢，其中 pegfilgrastim 成分藥品占率最高，達 87.6%。
- (二) 生物相似性藥品占整體同成分藥品醫令量占率：113 年為 11.9%，與 112 年(7.38%)相比有成長。

五、考量 113 年實施「全民健康保險推動使用生物相似藥之鼓勵試辦計畫」成果具成效，另推動生物相似性藥品將有助提供病友更多用藥選擇、增進藥品市場競爭及供貨穩定，修訂內容如下：

(一) 第二年(114 年)以生物相似藥與原開發廠藥有價差（以 114 年 4 月支付價為計算基準）之藥品成分進行鼓勵措施，預估計有 adalimumab、etanercept、pegfilgrastim、teriparatide、rituximab、infliximab、bevacizumab 及 filgrastim 等 8 個成分。

(二) 維持處方開立獎勵及藥費差額回饋等鼓勵措施。

(三) 預算來源：

1. 處方開立獎勵：由全民健康保險醫院醫療給付費用總額及西醫基層醫療給付費用總額之「醫療給付改善方案」專款項下支應，其中 114 年醫院總額 4,700 萬元、西醫基層總額 300 萬元供本計畫使用，115 年視年度總額預算支應。

2. 藥費差額回饋：由保險人各區業務組於全民健康保險醫院醫療給付費用總額及西醫基層醫療給付費用總額之「一般服務」項下，依自主管理方案辦理。

(四) 醫療費用核付原則及結算：預算按季均分，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；若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，但每點支付金額不高於 1 元。

六、財務影響評估：以本計畫第二年鼓勵藥品成分之 113 年可調劑處方次數推估。

(一) 低推估：當占率達 30%，財務支出約 1,473 萬 2,955 元(醫院總額 1,469 萬 8,935 元、西醫基層總額 3 萬 4,020 元)。

(二) 高推估：當占率達 60%，財務支出約 2,946 萬 5,910 元(醫院總額 2,939 萬 7,870 元、西醫基層總額 6 萬 8,040 元)。

七、資訊公開：本署將公開本計畫藥品清單，並公開實施後該藥品占率結果於本署官網之生物相似性藥品專區。

擬辦：本計畫修訂草案如附件，頁次討 2-4~2-7，後續將依程序報請衛生福利部核定後公布實施。

決議：

全民健康保險推動使用生物相似藥之鼓勵試辦計畫

113 年 6 月 14 日健保審字第 1130111063 號公告

114 年○月○日健保審字第○○○○○號修訂

壹、計畫依據

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、現況分析

近年全球藥品研發朝向大分子生物藥，據 Nature 報導，111 年最暢銷的處方藥，生物藥幾乎佔領先地位，其中銷售額前 10 名中生物藥即占 6 名(包括 Humira、Keytruda、Elyea、Stelara、Comirnaty、Spikevax)。

因應人口老化、少子化及醫療資源有限下，如何降低高價藥之藥價及鼓勵使用生物相似性藥品為各國衛生主管機關以及醫療單位共同面臨的挑戰。隨著各生物製劑專利到期，品質相似而研發製造成本及藥價較低之生物相似性藥紛紛投入市場，歐美日各國透過鼓勵使用生物相似性藥品，減少已過專利期生物藥之支出，讓整體藥費降低，同時換取更多創新藥品引進，得以治療更多病人。

全民健康保險保險人(下稱保險人)為提升生物相似性藥品之使用，已推動 3 大措施，分別為：於官網建立生物相似性藥品專區、無須提報專家諮詢會議討論以加速收載，及無財務衝擊或可容許之財務衝擊下，得「免除事前審查」、「放寬使用期限」或「擴增給付規定」等給付策略。112 年健保收載之生物相似性藥品計有 11 個成分、41 個品項，其中生物相似性藥品之醫令量占整體同成分藥品之醫令量占率為 7.38%；113 年健保收載之生物相似性藥品計有 10 個成分、36 個品項，其中生物相似性藥品之醫令量占整體同成分藥品之醫令量占率為 7.38%。

考量生物相似性藥品之使用關鍵在於醫療院所，爰為鼓勵健保特約醫療院所處方生物相似性藥品，規劃實施本試辦計畫，讓健保醫療資源再分配，期讓更多新治療藥物加速引進，讓全民共享健保推動生物相似性藥品之成果。

參、實施目標

- 一、提升醫療院所開立生物相似性藥品之處方數。
- 二、提高本計畫藥品醫令量占率達 30%以上。

肆、試辦期程

本計畫試辦 3 年，每年由保險人依前一年度實際值滾動檢討並設定

新年度計畫藥品基準值及品項。

伍、預算來源

- 一、處方開立獎勵費：114 年預算分別由全民健康保險醫院醫療給付費用總額及西醫基層醫療給付費用總額之「醫療給付改善方案」專款項下支應，其中醫院總額部門 4,700 萬元、西醫基層總額部門 300 萬元。
- 二、115 年視年度總額預算支應。

陸、計畫內容

- 一、參與資格：健保特約醫療院所。
- 二、本計畫藥品清單：
 - (一) 第一年(113 年)：擷取生物相似性藥品與原開發廠藥品價差大於 20% 以上者(以 113 年 4 月之支付價為計算基準)，將該藥品成分之生物相似性藥品列入清單。
 - (二) 第二年(114 年)：擷取生物相似性藥品與原開發廠藥品有價差者(以 114 年 4 月之支付價為計算基準)，將該藥品成分之生物相似性藥品列入清單(如附表)。
 - (三) 本計畫藥品成分得每年修正一次，公告後不再增修。但試辦期間，本計畫藥品成分如有新暫予收載或異動之生物相似性藥品品項，保險人得於每月 25 日前修正公告附表。

三、鼓勵措施：

(一) 處方開立獎勵：

1. 開立本計畫藥品處方者，於民眾領取本計畫藥品後，每一處方獎勵 150 點。門診按次計算，住院按日計算，如開立慢性病連續處方箋，得按可調劑次數計算。
2. 本項費用應用於推動生物相似性藥品之相關照護使用。
3. 獎勵費用由保險人按季勾稽撥付予個別院所。資料擷取時間：以前一季之資料為計算標準，於每季末之次月 10 日為擷取日(如 113 年 11 月 10 日統計 113 年第 3 季)。
4. 點值結算方式：
預算按季均分，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；若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，但每點支付金額不高於 1 元。

(二) 藥費差額回饋：

1. 由保險人按季統計個別院所藥費差額回饋點數，交由保險人各分區業

務組回饋各醫療院所，並列入年度自主管理方案之目標管理點數校正，得以 100%方式回饋，回饋方案由各分區因地制宜。

2. 藥費差額回饋點數計算定義：

- (1) 與原廠藥為同分類分組： $(\text{原開發廠藥品之支付價}-\text{病人使用之生物相似藥品支付價}) \times \text{醫令量}$ 。
- (2) 與原廠藥為不同分類分組： $[\text{原開發廠藥品之支付價}-(\text{病人使用之生物相似藥品支付價} \times \text{病人使用之生物相似藥品與原開發廠藥品之藥品成分含量比例})] \times \text{醫令量}$ 。
- (3) 前開醫令量：以院所年度各月份申報醫令金額除以年度各月份支付價計算；藥品成分含量比例：原開發廠藥品之成分含量除以病人使用之生物相似藥品成分含量。
- (4) 試辦期間，如本計畫藥品清單中，有生物相似性藥品支付價高於原開發廠藥品，則不予列入計算。

3. 資料擷取時間：以前一季之資料為計算標準，於每季末之次月 10 日為擷取日(如 113 年 11 月 10 日統計 113 年第 3 季)。

柒、費用申報及審查原則

- (一) 除本計畫另有規定外，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物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) 特約醫療院所未依保險人訂定本計畫藥品之藥品給付規定申報，或經保險人審查發現登載不實者，將不予支付該筆藥品費用，並追扣相關獎勵點數。

捌、預期效益

- (一) 提升醫療院所醫療資源使用效益。
- (二) 提供醫療院所及病人更多治療選擇，增進用藥可近性。

玖、資訊監測與公開

保險人得於中央健康保險署全球資訊網「生物相似性藥品專區」，公開本計畫實施前後之藥品清單申報醫令量情形。

拾、計畫修正程序

本計畫之修訂，屬給付項目及支付標準者，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，由保險人逕行修正公告。

全民健康保險推動使用生物相似藥之鼓勵試辦計畫

附表

鼓勵處方藥品清單

成分項次	藥品成分	分類分組名稱	藥品項次	藥品商品名	藥品健保代碼
1	adalimumab	adalimumab, 注射劑, 40 mg	1	Amgevita	KC01098283
			2	Idacio 玻璃小瓶(瑞士廠)	KC01153283
			3	Idacio 預充填針筒(義大利廠)	KC01154283
			4	Abrilada	KC01157283
			5	Hulio	KC01149283
			6	Hyrimoz	KC01181283
			7	Yuflyma	KC01205271
2	bevacizumab	bevacizumab, 注射劑, 100 mg	1	Mvasi	KC01117219
			2	Zirabev	KC01146219
			3	Abevmy	KC01156219
			4	Alymsys	KC01185219
			5	Vegzelma	KC01193219
3	etanercept	etanercept, 注射劑, 25 mg	1	Erelzi	KC01139206
		etanercept, 注射劑, 50 mg	2	Nepexto	KC01180206
			3	Erelzi	KC01139209
			4	Nepexto	KC01180209
4	filgrastim	filgrastim, 注射劑, 120 mcg	1	Nivestim	KC01099263
		filgrastim, 注射劑, 300 mcg	2	Nivestim	KC01099277
		filgrastim, 注射劑, 480 mcg	3	Nivestim	KC01100277
5	infliximab	infliximab, 注射劑, 100 mg	1	Remsima	KC01035255
			2	Ixifi	KC01132255
6	pegfilgrastim	pegfilgrastim, 注射劑, 6.00 mg	1	Fulphila	KC01108280
			2	Ziextenzo	KC01183280
7	rituximab	rituximab, 注射劑, 100mg	1	Truxima 100 mg	KC01094229
			2	Rixathon 100 mg	KC01118229
			3	Ruxience 100 mg	KC01165229
		rituximab, 注射劑, 500 mg	4	Truxima 500 mg	KC01094248
			5	Rixathon 500 mg	KC01118248
			6	Ruxience 500 mg	KC01165248
8	teriparatide	teriparatide, 注射劑, 600 mcg	1	Alvosteo	KC01151213

註：試辦期間，本表如有新暫予收載或異動之生物相似性藥品品項，保險人得於每月 25 日前修正公告附表品項資訊。

討論事項

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部第二章「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」(下稱 DKD 方案)修訂案，提請討論。

說明：

一、依衛生福利部 114 年 1 月 9 日衛部健字第 1143360008 號公告 114 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式暨 114 年 3 月 19 日全民健康保險門診透析相關計畫修訂案討論會議決議辦理。

二、DKD 方案修訂重點如下：（詳附件劃底線處，頁次討 3-3～3-17）：

(一)初期慢性腎臟病(下稱 Early CKD)之收案條件及追蹤管理必要檢查項目修正為 UACR 及 UPCR 並行。

(二)Early CKD 之結案條件修正為連續追蹤「一年」腎功能及蛋白尿並未達慢性腎臟病標準。

(三)修正初期慢性腎臟疾病照護之衛教內容。

(四)新增收案個案不符合國民健康署成人預防保健服務終身一次 B、C 型肝炎篩檢補助資格者，得執行 C 型肝炎篩檢 1 次。

(五)財務評估：合計約 2.38 億點：

1. Early CKD 追蹤管理採 UACR 及 UPCR 並行：以 113 年收案人數 40.8 萬(不含 DKD)、每人 1 年檢查 2 次，UACR 檢驗項目增加支付 235 點/次，推估約 1.92 億點。

2. 新增 C 型肝炎篩檢：以 114 年預估收案人數及不符合國民健康署補助資格比率推估，約 4,607 萬餘點。

三、有關學協會針對 C 型肝炎篩檢所提建議事項，說明如下：

(一)建議篩檢條件增加「符合 CKD、DKD 方案 45 歲以上之民眾，

且五年內未做過 C 肝篩檢者」部分，考量 114 年度並未估算及編列相關預算，爰倘評估如有增加之需要，建議爭取 115 年預算。

(二)建議回歸由國民健康署編列預防保健預算支應部分，查本項 114 年已爭取並編列健保相關費用(醫院及西醫基層總額共計 8,175 萬元)，本署將建請國民健康署評估編列相關補助費用，倘後續可由公務預算支應，將配合調整相關經費來源。

擬辦：本案如經確認同意，依程序報請衛生福利部核定後本署公告實施。

決議：

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

第八部 品質支付服務

第二章 糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案

通則：

一、參與資格：醫事人員及醫事機構，須向保險人之分區業務組申請同意後，始得申報本章費用，申請資格如下：

(一)糖尿病：醫事機構須組成照護團隊，醫事人員並經地方政府共同照護網認證後向保險人之分區業務組申請同意。

1.第一階段照護：

(1)團隊醫事人員資格如下：

A.醫師、護理衛教及營養衛教之專業人員須經各地方政府糖尿病共同照護網認證合格，地區醫院及基層院所之護理衛教及營養衛教人員，得依相關法規規定以共聘或支援方式辦理。

B.地區醫院及基層院所團隊醫事人員可為醫師加另一專業人員執行（可包括護理師、營養師、藥師），惟團隊仍需取得各地方政府糖尿病共同照護網醫師、護理衛教及營養衛教認證合格。

(2)上述參與資格如主管機關有最新規定，從其規定。

2.第二階段照護：個案完整申報新收案（P1407C）一次、追蹤（P1408C 或 P7001C）至少五次、年度評估（P1409C 或 P7002C）至少二次後，另得視病情需要進行衛教服務，申報第二階段照護項目。

(1)醫事人員資格如下：限內科、兒科、家醫科、新陳代謝、內分泌、心臟、腎臟專科醫師。除新陳代謝、內分泌、心臟、腎臟專科醫師及原第一階段照護醫師外，其他專科醫師需接受中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、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或國民健康署公布之糖尿病健康促進機構所主辦之糖尿病相關課程八小時，並取得證明。

(2)限參與第一階段照護之醫事機構方能提供第二階段照護；第二階段照護醫師名單，須由醫事機構向保險人各分區業務組申請同意。另第一階段照護醫師第一、二階段照護皆可執行。

3.申報本章糖尿病管理照護費用之醫師，第一階段其當季個案追蹤率小於百分之二十者（指前一季已收案之個案中，於本季完成追蹤者），經輔導未改善，自保險人文到日之次月起，一年內不得再申報本章之相關費用。

(二)初期慢性腎臟病(Early Chronic Kidney Disease, Early CKD)：

1.健保特約院所之腎臟、心臟、新陳代謝專科醫師。

2.其他專科醫師需接受保險人認可之慢性腎臟病照護訓練，上課時數至少六小時（包含 Early CKD 核心課程及衛教課程，線上或實體均可），並取得證明，且每年得接受繼續教育課程二小時。

- 3.設立於山地離島地區之特約院所，具醫師資格且接受保險人認可之慢性腎臟病照護訓練，上課時數至少六小時（包含 Early CKD 核心課程及衛教課程，線上或實體均可），並取得證明，且每年得接受繼續教育課程二小時。
- 4.參與之院所與醫師，必須依照本章規定，提供初期慢性腎臟病人完整之治療模式與適當的轉診服務。
- 5.參與之醫師，年度追蹤率小於百分之二十者（指前一年度已收案之個案中，於本年度完成追蹤者），經輔導未改善，自保險人文到日之次月起，一年內不得再申報本章之相關費用。

二、收案條件：

(一)糖尿病：最近九十天曾在該院所診斷為糖尿病（ICD-10-CM 前三碼為 E08-

E13）至少同院所就醫達二次以上者，才可收案，惟當次收案須以主診斷【門診醫療費用點數申報格式點數清單段之國際疾病分類碼（一）】收案。同一院所經結案對象一年內不得再收案，但院所仍可依本支付標準申報相關醫療費用。

(二)初期慢性腎臟病：

1.慢性腎臟疾病（Chronic Kidney Disease, CKD）Stage 1、2、3a 期病人，經尿液及血液檢查後，已達下列條件者：

(1)CKD stage 1：腎功能正常但有蛋白尿、血尿等腎臟損傷狀況，腎絲球過濾率估算值（estimated Glomerular filtration rate, 以下稱 eGFR） ≥ 90 ml/min/1.73 m² 且尿蛋白與尿液肌酸酐比值（Urine Protein and Creatinine Ratio，以下稱 UPCR） ≥ 150 mg/gm 或尿白蛋白與尿液肌酸酐比值(Urine Albumin and Creatinine Ratio，以下稱 UACR) ≥ 30 mg/gm ~~（或糖尿病病人 UACR ≥ 30 mg/gm）~~之病人。

(2)CKD stage 2：輕度慢性腎衰竭，併有蛋白尿、血尿等 eGFR 60~89.9 ml/min/1.73 m² 且 UPCR ≥ 150 mg/gm 或 UACR ≥ 30 mg/gm ~~（或糖尿病病人 UACR ≥ 30 mg/gm）~~之病人。

(3)CKD stage 3a：中度慢性腎衰竭，eGFR 45~59.9 ml/min/1.73 m² 之病人。

2.收案前九十天內曾在該院所就醫，新收案當次需以「慢性腎臟疾病」為主診斷【門診醫療費用點數申報格式點數清單段之國際疾病分類碼（一）】申報。

(三)糖尿病合併初期慢性腎臟病：於同院所同時由前開糖尿病及初期慢性腎臟病收案之病人，應於病人同一次就診中，完成糖尿病及初期慢性腎臟病追蹤管理照護。

三、結案條件：

(一)可歸因於病人者，如長期失聯（糖尿病及糖尿病合併初期慢性腎臟病三個月以上；初期慢性腎臟病一百八十天以上）、拒絕再接受治療、死亡或病人未執行本章管理照護超過一年者等。

(二)經醫師評估已可自行照護者。

(三)初期慢性腎臟病及糖尿病合併初期慢性腎臟病病人，其腎功能持續惡化，~~Urine-protein/creatinine ratio~~ ~~—(UPCR)—~~ ≥ 1000 mg/gm，或 eGFR < 45 ml/min/1.73

m²，應建議轉診至「全民健康保險末期腎臟病前期（Pre-ESRD）病人照護與衛教計畫」院所。（Stage 3b 或以上）

(四)初期慢性腎臟病病人腎功能改善恢復正常，連續追蹤一年二次腎功能及蛋白尿並未達慢性腎臟病標準。

四、品質資訊之登錄及監測：

(一)特約院所應於健保資訊網服務系統系統（VPN）上傳必要欄位（糖尿病個案詳附表 8.2.9、初期慢性腎臟病個案詳附表 8.2.10、糖尿病合併初期慢性腎臟病個案詳附表 8.2.11）。

(二)特約醫療院所如依「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」規定，上傳收案個案之檢驗（查）結果，其值將自動轉入個案登錄系統。

五、醫療費用審查：

(一)申報原則：

1.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。

2.門診醫療費用點數申報格式及填表說明：

(1)屬本章收案之保險對象，符合申報下列醫令者，於申報費用時，應依下列規範申報；未符合申報下列醫令者，依一般費用申報原則辦理。

A.P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C：門診醫療費用點數申報格式點數清單段之案件分類應填『E1』、特定治療項目代號（一）應填『E4』；住院醫療服務點數申報格式點數清單段之給付類別則填寫『C』。

B.P4301C、P4302C、P4303C：門診醫療費用點數清單段之案件分類應填『E1』、特定治療項目代號（一）應填『EB』。

C.P7001C、P7002C、P7003C：門診醫療費用點數清單段之案件分類應填『E1』、特定治療項目代號（一）應填『EK』。

(2)申報方式：併當月份送核費用申報。

(二)審查原則：

1.未依保險人規定內容登錄相關品質資訊，或經保險人審查發現登載不實者，將不予支付該筆管理照護費並依相關規定辦理；另該筆管理照護費被核刪後不得再申報。

2.本章規範應於健保資訊網服務系統系統（VPN）登錄之檢驗（查）之任一病人檢驗值經保險人審查發現登載不實，將取消該年度之品質獎勵措施資格，並追扣該年度已核發之品質獎勵點數。如連續二年經保險人審查發現登載不實，自保險人文到日之次月起，二年內不得再申報本章費用。

六、品質獎勵措施

(一)糖尿病：

1.門檻指標：以申報本章費用之醫師為計算獎勵之單位，符合下列門檻指標目標值之醫師，方可進入品質卓越及品質進步獎勵之評比對象。

(1)新收案率：

A.定義：指當年度符合收案條件（最近九十天曾在該院所診斷為糖尿病（ICD-10-CM 前三碼為 E08-E13）同院所就醫達二次以上之病人）中，排除已被其他醫師收案且未結案或前曾經自己收案的人數後，新被收案的比率。

B.門檻目標值：醫師新收案率須百分之三十以上，限第一階段照護醫師有申報新收案 P1407C 者。

(2)收案人數五十人以上。

2.品質獎勵指標

(1)個案完整追蹤率：

► 定義：

A.分母：當年度該院所由該醫師收案之所有糖尿病個案，排除第四季新收案之人數。

B.分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之個案當中，於當年度該院所完成下列條件者，視為達成追蹤。

(A)已申報年度評估者（P1409C 或 P1411C），其申報當年度追蹤管理（P1408C 或 P1410C 或 P7001C）次數達三次者。

(B)已申報新收案者（P1407C），視申報新收案之季別，完成下列追蹤管理次數者，視為達成追蹤。

a.如為第一季申報新收案，其當年度追蹤管理+年度評估次數達三次者。

b.如為第二季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達二次者。

c.如為第三季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達一次者。

(C)當年度同時申報新收案（P1407C）及年度評估（P1409C 或 P1411C）者，以申報新收案（P1407C）之季別，依第 B 項之（B）原則辦理。

(2)HbA1C 控制良率

► 定義：

A.分母：當年度該院所由該醫師收案之所有糖尿病病人數。

B.分子：分母病人中，其最後一次 HbA1C 檢驗值 $<7.0\%$ （八十歲以上病人 HbA1c $<8.0\%$ ）之人數。

(3)HbA1C 控制不良率

► 定義：

A.分母：當年度該院所由該醫師收案之所有糖尿病病人數。

B.分子：分母病人中，其最後一次 HbA1C 檢驗值 $>9.0\%$ 之人數。

(4)HbA1C 進步率

► 定義：

A.分母：由該院所該醫師收案，且當年度及前一年度均有登錄 HbA1C 檢驗值之糖尿病人數。

B.分子：分母病人中，其當年度最後一次 HbA1C 檢驗值較前一年度最後一次 HbA1C 檢驗值進步達 5% 以上（檢驗值成長率 $\leq -5\%$ ）之人數。

(5)LDL 控制良率

► 定義：

A.分母：當年度該院所由該醫師收案之所有糖尿病病人數。

B.分子：分母病人中，其最後一次 LDL 檢驗值 $<100\text{mg/dL}$ 之人數。

(6)LDL 控制不良率

► 定義：

A.分母：當年度該院所由該醫師收案之所有糖尿病病人數。

B.分子：分母病人中，其最後一次 LDL 檢驗值 $>130\text{mg/dL}$ 之人數。

(7)LDL 進步率

► 定義：

A.分母：由該院所該醫師收案，且當年度及前一年度均有登錄 LDL 檢驗值之糖尿病病人數。

B.分子：分母病人中，其當年度最後一次 LDL 檢驗值較前一年度最後一次 LDL 檢驗值進步達 10%以上（檢驗值成長率 $\leq -10\%$ ）之人數。

3.品質卓越獎

(1)以醫院、診所分組，並再依各醫師新收案率分為二組（以新收案率百分之五十五以下及超過百分之五十五區分），合計共分為四組。

(2)各組依「2.品質獎勵指標」之七項指標比率分別排序（收案完整追蹤率、控制不良率及進步率為由高排至低；控制不良率為由低排至高），再將各指標之序別各乘上七分之一後相加重新排序，取排序總和前百分之二十五之醫師，可獲得品質卓越獎。惟當年度新參與方案之醫師，須於次年方得參與品質獎勵評比。

(3)獎勵費用：依該醫師所收個案中達成完整追蹤之個案數，每個個案數支付 1,000 點，當年度新收個案則依完整追蹤季數等比例支付。

► 收案人數定義：當年度該院所由該醫師申報新收案（P1407C）或年度評估（P1409C）之病人歸戶數（如個案僅申報追蹤管理，則將無法被歸戶為某醫師所收案之個案；如醫師有兼任情形則會依院所分別歸戶）。

4.品質進步獎：

(1)該年度品質卓越獎之得獎醫師以外之醫師，依「2.品質獎勵指標」之七項指標計算品質獎勵進步獎：以前一年度為基準年，當年度之七項品質指標比率與基準年相減，均為進步或持平者，可獲品質進步獎。惟醫師需有全曆年之指標為基準年，始得於基準年後之次年參與品質獎勵進步獎之計算（即醫師需有二個完整全曆年申報本章費用）。

(2)獎勵費用：依該醫師所收個案中達成完整追蹤之個案數，每個個案數支付 500 點，當年度新收個案則依完整追蹤季數等比例支付。

5.品質卓越獎與品質進步獎，合計整體獎勵金額不得超過當年度糖尿病照護管理費用之百分之三十。

(二)初期慢性腎臟病：

1.獎勵單位：以參與醫師為計算獎勵單位，該醫師照護之初期慢性腎臟病病人當年度內完成二次追蹤管理方得列入。

2.門檻指標：該醫師完整追蹤率百分之五十以上。

► 定義：

(1)分母：當年度該院所該醫師收案之所有初期慢性腎臟病病人，排除第四季新收案之人數。

(2)分子：符合上述分母條件之病人當中，於當年度該院所完成下列條件者，視為達成追蹤。

A.當年度未申報新收案者 (P4301C)，其申報當年度追蹤管理 (P4302C) 次數達二次者。

B.已申報新收案者 (P4301C)，視申報新收案之季別，完成下列追蹤管理次數者，視為達成追蹤。

(A)如為第一季申報新收案，其當年度追蹤管理 (P4302C) 次數應達二次。

(B)如為第二、三季申報新收案，其當年度追蹤管理 (P4302C) 次數應達一次。

3.品質獎勵指標：病人當年度連續二次追蹤資料皆需達成以下二者之一。

(1)CKD 分期較前一年度最後一次照護時改善 (如由 stage 2 改善為 stage 1)。

(2)eGFR 較前一年度最後一次照護時改善 (eGFR > 前一年度最後一次檢驗值)，且下列良好指標至少需有二項指標由異常改善為正常。

A.血壓控制：由前一年度最後一次照護 $\geq 140/90$ mmHg 改善為 $< 130/80$ mmHg。

B.糖尿病病人 HbA1c 控制：由前一年度最後一次照護 $\geq 7.0\%$ 改善為 $< 7.0\%$ 。

C.低密度脂蛋白 (LDL)：由前一年度最後一次照護 ≥ 130 mg/dl 改善為 < 130 mg/dl。

D.戒菸 (持續六個月以上無抽菸行為)：由前一年度最後一次照護抽菸改善為戒菸。

4.獎勵費用：符合「門檻指標」之醫師，所照護病人符合上述「品質獎勵指標」(1)或(2)者，每個個案數支付 400 點。

(三)糖尿病合併初期慢性腎臟病：

1.品質獎勵指標：

(1)UACR 控制良率

► 定義：

A.分母：當年度該院所收案之所有糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。

B.分子：分母病人中，其最後一次 UACR 檢驗值 < 30 mg/gm 之人數。

(2)UACR 控制不良率

► 定義：

A.分母：當年度該院所收案之所有糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。

B.分子：分母病人中，其最後一次 UACR 檢驗值 > 300 mg/gm 之人數。

(3)UACR 進步率

► 定義：

A.分母：由該院所收案，且當年度及前一年度均有登錄 UACR 檢驗值之糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。

B.分子：分母病人中，其當年度最後一次 UACR 檢驗值較前一年度最後一次 UACR 檢驗值進步達 5% 以上 (檢驗值成長率 $\leq -5\%$) 之人數。

(4)HbA1C 控制良率

► 定義：

A.分母：當年度該院所收案之所有糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。

B.分子：分母病人中，其最後一次 HbA1C 檢驗值 $<7.0\%$ （八十歲以上病人 HbA1c $<8\%$ ）之人數。

(5)HbA1C 控制不良率

► 定義：

A.分母：當年度該院所收案之所有糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。

B.分子：分母病人中，其最後一次 HbA1C 檢驗值 $>9.0\%$ 之人數。

(6)HbA1C 進步率

► 定義：

A.分母：由該院所收案，且當年度及前一年度均有登錄 HbA1C 檢驗值之糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。

B.分子：分母病人中，其當年度最後一次 HbA1C 檢驗值較前一年度最後一次 HbA1C 檢驗值進步達 5% 以上（檢驗值成長率 $\leq -5\%$ ）之人數。

(7)LDL 控制良率

► 定義：

A.分母：當年度該院所收案之所有糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。

B.分子：分母病人中，其最後一次 LDL 檢驗值 $<100\text{mg/dL}$ 之人數。

(8)LDL 控制不良率

► 定義：

A.分母：當年度該院所收案之所有糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。

B.分子：分母病人中，其最後一次 LDL 檢驗值 $>130\text{mg/dL}$ 之人數。

(9)LDL 進步率

► 定義：

A.分母：由該院所收案，且當年度及前一年度均有登錄 LDL 檢驗值之糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。

B.分子：分母病人中，其當年度最後一次 LDL 檢驗值較前一年度最後一次 LDL 檢驗值進步達 10% 以上（檢驗值成長率 $\leq -10\%$ ）之人數。

2.獎勵方式：

(1)以醫院、診所分組，依上述各項品質獎勵指標結果排序(良率及進步率為由高排至低，不良率為由低排至高)，再將各指標之序別各乘上九分之一後相加重新排序，取排序總和前百分之三十之院所，依該院所收案個案數，每個個案數支付 1,000 點。

(2)前項獎勵費，應有部分分配予參與方案之醫師及個案管理師等照護團隊人員。

3.參考指標：同時具高血壓病人使用血管收縮素轉化酶抑制劑（ACEI）或血管收縮素受體阻斷劑（ARB）藥物之病人比率。

(四)胰島素注射獎勵措施：

1.適用對象：因糖尿病主診斷就醫且使用糖尿病藥品（ATC 前三碼為 A10）者，收案及非收案之糖尿病病人皆適用。

2.獎勵方式：按當年度糖尿病病人中新增胰島素注射個案數計算，每新增加一人，獎勵 500 點。

(1)胰島素注射定義為「胰島素注射天數達二十八天以上」。

(2)新增胰島素注射個案數係指「前一年未注射胰島素或注射未達二十八天者」。

七、糖尿病、腎臟疾病等慢性病患者為感染 C 型肝炎高風險族群，請院所加強推動收案個案接受 C 型肝炎篩檢，執行前須至保險人健保醫療資訊雲端查詢系統確認是否已接受國民健康署成人預防保健 C 型肝炎篩檢：

(一)符合國民健康署成人預防保健服務終身一次補助資格者：請依成人預防保健之 B、C 型肝炎擴大篩檢方案補助規定辦理。(註：可單獨提供 B、C 型肝炎檢查或併同成人預防保健第一階段提供服務)

(二)不符合上開國民健康署補助資格者：院所得依本章規定執行 C 型肝炎篩檢並申報 14051C「C 型肝炎病毒抗體檢查」1 次。

七、八、本章之管理照護費用及品質獎勵措施費用來源：

(一)糖尿病、糖尿病合併初期慢性腎臟病及胰島素注射獎勵措施：由全民健康保險醫院總額及西醫基層總額之「醫療給付改善方案」專款項下支應，採浮動點值支付，即先以每點 1 元暫付，年度結束時併同本專款項下各方案計算浮動點值，且每點支付金額不高於 1 元。

(二)初期慢性腎臟病：由全民健康保險其他預算之「腎臟病照護及病人衛教計畫」專款項下支應。該預算先扣除預估之獎勵費用額度後，按季均分，以浮動點值計算管理照護費用，且每點金額不高於 1 元；當季預算若有結餘，則流用至下季；第四季併同獎勵費用進行每點支付金額計算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，但每點支付金額不高於 1 元。

(三)依本章規定申報 14051C「C 型肝炎病毒抗體檢查」：由全民健康保險醫院總額及西醫基層總額之「一般服務費」項下支應。

八、九、保險人得公開參與本章之特約院所名單及相關醫療品質資訊供民眾參考。糖尿病以及糖尿病合併初期慢性腎臟病並公開各組別每項品質指標第二十五、五十、七十五及一百百分位之指標值。

九、十、符合本章之個案，若合併其它疾病且分屬本保險其他方案或計畫收案對象時，除依本章支付標準申報外，得再依相關方案或計畫申報費用。

附表 8.2.4 初期慢性腎臟疾病個案管理

一、慢性腎臟疾病(CKD)之分期:

分期	描述	估計腎絲球過濾率(eGFR)
Stage 1	腎絲球過濾率正常或增加，但有蛋白尿、血尿等腎臟損傷狀況	$\geq 90 \text{ ml/min/1.73m}^2$
Stage 2	腎絲球過濾率輕微下降，併有蛋白尿、血尿等狀況	60-89.9 ml/min/1.73m ²
Stage 3	腎絲球過濾率中等程度下降 IIIa 期 IIIb 期	30-59.9 ml/min/1.73m ² 45-59.9 ml/min/1.73m ² 30-44.9 ml/min/1.73m ²
Stage 4	腎絲球過濾率嚴重下降	15-29.9 ml/min/1.73m ²
Stage 5	腎臟衰竭	<15 ml/min/1.73m ²

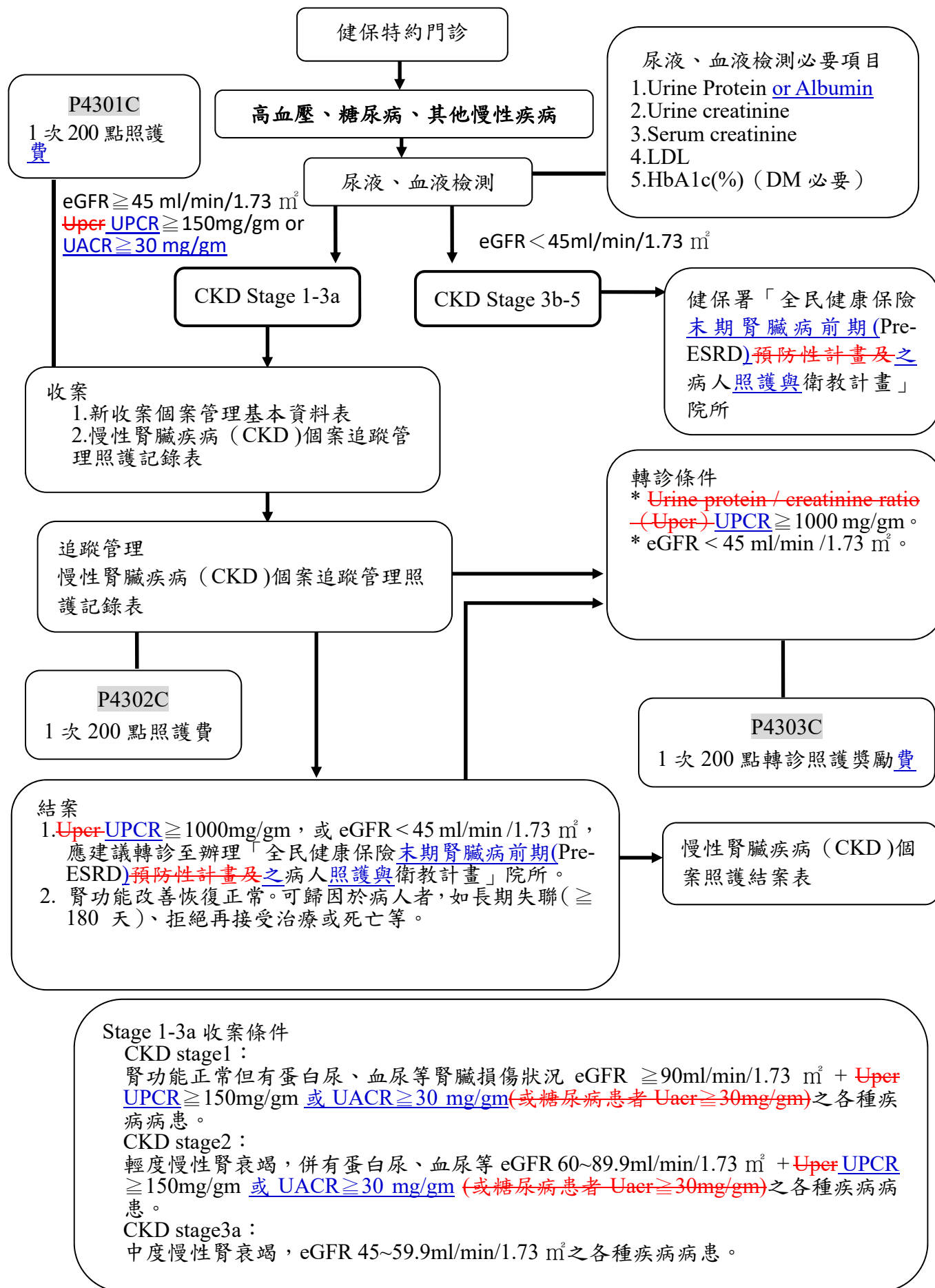
註:1.慢性腎臟疾病(CKD)分類中，腎傷害或腎絲球過濾率下降需持續大於三個月以上

2.腎臟損傷指有影像學變化(如腎萎縮)或傷害指標(如蛋白尿、血尿等)

二、慢性腎臟疾病之篩檢

- 對於高危險群應定期檢查血中肌酸酐值及尿液(U_{PCR} 或 U_{ACR})
- 高危險群:
 - 高血壓、高血糖患者
 - 長期服用藥物者
 - 心血管疾病患者
 - 結構性腎小管異常，腎結石或攝護腺腫大者
 - 洗腎家族史或家族性腎疾病
 - 潛在影響腎功能之系統性疾病(如 SLE)
 - 長期食用中草藥者
 - 隨機性血尿或尿蛋白
 - 年紀六十一歲以上

三、慢性腎臟疾病管理流程



四、初期慢性腎臟疾病照護之衛教內容

<p>Stage 1：腎功能正常但有蛋白尿、血尿等腎臟損傷狀況 eGFR：≥ 90 ml/min/1.73 m²，建議每六個月追蹤一次</p> <p>Stage 2：輕度慢性腎衰竭，併有蛋白尿、血尿等 eGFR：60~89.9 ml/min/1.73 m²，建議每六個月追蹤一次</p> <p>Stage 3a：中度慢性腎衰竭，eGFR：45~59.9ml/min/1.73 m²，建議每六個月追蹤一次</p> <p>Stage 3b：中度慢性腎衰竭，eGFR：30~44.9 ml/min/1.73 m²，建議每三個月追蹤一次</p>	
目標	衛教指導項目
<ul style="list-style-type: none"> ● 認識腎臟的構造與功能 ● 認識腎臟疾病常見的症狀及檢查值 ● 如何預防腎臟疾病及其惡化，請勿擅自服食藥物 ● 願意配合定期門診追蹤 ● 願意接受定期護理指導計劃方案 ● 認識腎臟穿刺之必要性(U_{PCR}>2,000 mg/gm 者)及轉診腎臟專科醫師(例如：<u>明顯蛋白尿</u>) ● 認識高血脂、高血壓、糖尿病與腎臟病之相關性 ● 血壓、血糖、血脂、體種、腰圍與 BMI 之控制 	<ol style="list-style-type: none"> 1.認識腎臟的基本構造與功能 2.簡介腎臟疾病常見症狀及檢查值 3.腎臟病日常生活保健與預防 4.教導定期追蹤之重要性 5.教導服用藥物(包括中草藥及健康食品)前，須先徵詢醫師意見 6.腎臟穿刺切片檢查之介紹(U_{PCR}>2,000 mg/gm 者)及轉診腎臟專科醫師(例如：<u>明顯蛋白尿</u>) 7.簡介高血壓及其併發症 8.簡介高血脂及其併發症 9.簡介糖尿病及其併發症 10.飲食原則之指導(含衛教單張發放)

附表 8.2.6 初期慢性腎臟病及糖尿病合併初期慢性腎臟病個案追蹤管理照護紀錄參考表（適用編號 P4301C、P4302C、P7001C）

說明：本表之功能在於提醒醫護人員，病人已接受或應接受追蹤檢驗與衛教之日期，本頁請置於病人病歷內或病人個案管理檔案中

就診日期	年 月 日 新收案	年 月 日 個月後追蹤	年 月 日 個月後追蹤	年 月 日 個月後追蹤
血壓 (mmHg) 【必要】				
身高 (cm) 【必要】				
體重 (kg) 【必要】				
腰圍 (cm) (參考)				
臀圍 (cm) (參考)				
抽煙【必要】 <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有				
BMI (參考)				
尿液試紙 (參考)				
蛋白質				
潛血				
尿糖				
Urine PCR(mg/gm) 【必要，與 UACR 擇一】				
Urine ACR(mg/gm) (參考) 【必要， 與 UPCR 擇一】				
Uric acid (mg/dl) (參考)				
Serum creatinine (mg/dl) 【必要】				
eGFR(MDRD) 【必要】				
CHOL (mg/dl) (參考)				
LDL (mg/dl) 【必要】				
HbA1c (%) (DM 必要)				
GA(%) (DM 病人且無 HbA1C 檢 驗必填)				
Sugar AC (mg/dl) (DM 參考)				
長期藥物使用(>3M) 降血壓藥 胰島素 降血糖藥 降血脂藥 降尿酸藥 NSAID 中草藥	<input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> DRI <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> DRI <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> DRI <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> DRI <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
護理營養衛教記錄 衛教對象 衛教方式	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 個別衛教 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 團體衛教 <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 個別衛教 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 團體衛教 <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 個別衛教 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 團體衛教 <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 個別衛教 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 團體衛教 <input type="checkbox"/> 其他：
醫護人員簽名				

附表 8.2.7 初期慢性腎臟疾病個案照護結案參考表

姓 名： 性別：□男□女 電話號碼：
病歷號碼： 出生日期： 年 月 日 身份證字號：
收案日期： 年 月 日 結案日期： 年 月 日 原發疾病：
結案原因：

- ☐ 1.轉診 CKD 防治院所照護或進入「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)預防性計畫及之病人照護與衛教計畫」
轉診日期： 年 月 日
轉診院所名稱： 、院所代號 、 科、醫師 ID
轉診原因：☐Urine protein/creatinine ratio (~~U_{PCR}~~UPCR) ≥ 1000 mg/gm。
☐ $30 \text{ ml/min/1.73 m}^2 \leq \text{eGFR} < 45 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ (Stage3b)。
☐ $15 \text{ ml/min/1.73 m}^2 \leq \text{eGFR} < 30 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ 者(Stage 4)。
☐ $\text{eGFR} < 15 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ 者(Stage 5)。
☐ 2.腎功能改善恢復正常
3.長期失聯(≥ 180 天)
☐ 4.拒絕再接受治療
☐ 5.死亡
☐ 6.病人未執行本章管理照護超過一年者。

附表 8.2.9 糖尿病個案登錄系統必要欄位簡化表

一、新收案(P1407C)必填欄位：

- 1.新收案日期
- 2.基本檢查數據：收縮壓、舒張壓
- 3.Blood檢驗：檢查日期、HbA1C、Glucose(AC)、LDL、TG、Creatinine、eGFR、醣化白蛋白(無HbA1C檢驗者必填)
- 4.Urine檢驗：
 - (1)檢查日期、U~~rine~~ ACR (mg/g)、Urine Routine(二者可視情形擇一填報)
 - (2)因洗腎導致無尿液檢驗者，無須填報
- 5.眼睛檢查及病變：正常、異常、未做
- 6.足部檢查：右腳正常(Y、N) 左腳正常(Y、N)

二、追蹤管理(P1408C、P1410C)必填欄位：

- 1.追蹤管理日期
- 2.Blood檢驗：檢查日期、HbA1c、Glucose(AC)、醣化白蛋白(無HbA1C檢驗者必填)

三、年度評估(P1409C、P1411C)必填欄位：

- 1.年度評估日期
- 2.基本檢查數據：收縮壓、舒張壓
- 3.Blood檢驗：檢查日期、HbA1c、Glucose(AC)、LDL、TG、Creatinine、eGFR、醣化白蛋白(無HbA1C檢驗者必填)
- 4.Urine檢驗：
 - (1)檢查日期、U~~rine~~ ACR (mg/g)、Urine Routine(二者可視情形擇一填報)
 - (2)因洗腎導致無尿液檢驗者，無須填報
- 5.眼睛檢查及病變：正常、異常、未做
- 6.足部檢查：右腳正常(Y、N) 左腳正常(Y、N)

註 1.建立病人基本資料後，病人身分證號、病人姓名、醫師 ID、醫師姓名、複診次數等欄位會自動帶出

註 2.系統會自動將醣化白蛋白欄位填入值換算成 HbA1C 後帶入 HbA1C 欄位：

- (1)上述換算公式係參照「2018 糖尿病臨床照護指引」
- (2)換算後的 HbA1C，將作為方案獎勵評比計算；若兩者同時填報，則以填報值為主

註 3.UACR=尿液中白蛋白/肌酸酐 (單位：mg/g)

註 4.eGFR 線上計算：台灣腎臟醫學會「腎利人生網站」<http://kidney.tsn.org.tw> 點選「腎病指標」，輸入性別、年齡、血液 Creatinine 值即可線上計算。

附表 8.2.10 初期慢性腎臟病個案登錄系統必要欄位簡化表

一、新收案(身分證號、病人姓名、醫師 ID、醫師姓名等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位：

- 1.新收案日期、個案性別、出生日期、CKD Stage (1：Stage1；2：Stage2；3a：Stage3a)、伴隨疾病(1.無；2.腎臟病；3.糖尿病；4.高血壓；5.心臟血管疾病；6.高血脂症；7.慢性肝病；8.癌症；9.其他)、抽煙 (1.無 2.有)
- 2.基本檢查數據：檢查日期、身高、體重、收縮壓、舒張壓、eGFR、[UACR](#)或~~Up_{cr}~~[UPCR](#) (mg/gm) (二者視情形擇一填報)
- 3.血液檢驗：Serum creatinine(mg/dl)、LDL (mg/dl)、HbA1c (DM必填、無HbA1C檢驗者須填GA(醣化白蛋白))

二、追蹤管理(身分證號、病人姓名、醫師 ID、醫師姓名、複診次數等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位：

- 1.追蹤管理日期、CKD Stage (1：Stage1；2：Stage2；3a：Stage3a；3b：Stage3b；4：Stage4；5：Stage5、抽煙 (1.無 2.有)
- 2.追蹤必要檢查數據：檢查日期、身高、體重、收縮壓、舒張壓、eGFR、[UACR](#)或~~Up_{cr}~~[UPCR](#) (mg/gm) (二者視情形擇一填報)
- 3.血液檢驗：Serum creatinine(mg/dl)、LDL (mg/dl)、HbA1c (DM必填、無HbA1C檢驗者須填GA(醣化白蛋白))

三、結案 (轉出) (身分證號、病人姓名、醫師 ID、醫師姓名、複診次數等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位：

- 1.結案 (或轉診) 日期
- 2.結案原因：1：轉診進入「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫」照護。2：恢復正常。3：長期失聯(≥ 180 天)。4：拒絕再接受治療。5：死亡。6：病人未執行本章管理照護超過一年者。
- 3.轉診Pre-ESRD計畫院所原因：1：~~Up_{cr}~~[UPCR](#) ≥ 1000 mg/gm。3b：Stage3b。4：Stage 4。5：Stage 5。
- 4.接受轉診院所保險醫事服務機構代號：

註.系統會自動將醣化白蛋白欄位填入值換算成 HbA1C 後帶入 HbA1C 欄位：

- (1)若兩者同時填報，則以填報值為主
- (2)上述換算公式係參照「2018 糖尿病臨床照護指引」
- (3)換算後的 HbA1C，將作為方案獎勵評比計算

討論事項

第 四 案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂轉診支付標準之同體系院所名單案。

說明：有關本署北區業務組建議轉診支付標準之同體系院所名單異動如下：

- 一、慈濟體系新增佛教慈濟醫療財團法人三義慈濟中醫醫院(1135130014)：該院設置科別包含西醫內科、眼科、復健科及中醫一般科（附件 1，頁次討 4-2），其中「中醫」不適用轉診支付標準。
- 二、大千體系新增崇仁診所(3535051947)。
- 三、為恭體系刪除崇仁醫院(1535051196)。
- 四、新增為同體系醫院：秉坤婦幼醫院(1532101117)與桃園秉坤婦幼醫院(1532011172)新增為同體系醫院。

擬辦：修訂同體系院所名單（附件 2，頁次討 4-3～4-8），將依程序公開至本署全球資訊網。

決議：



衛生福利部中央健康保險署
National Health Insurance Administration,
Ministry of Health and Welfare

首頁 > 健保服務 > 健保醫療服務 > 院所查詢 > 健保特約醫事機構查詢

健保特約醫事機構查詢明細

...	<p>佛教慈濟醫療財團法人三義慈濟中醫醫院</p> <p> 基層醫療單位</p> <p>037-37558666</p> <p>苗栗縣三義鄉廣盛村 1 6 鄰八股路 2 4 之 9 號 (地圖)</p>
	<p> 醫事機構代碼</p> <p>1135130014</p>
	<p> 社區醫療諮詢服務</p> <p>-</p>
	<p> 急救責任醫院分級</p> <p>-</p>
	<p> 垂直整合策略聯盟 / 主責醫事機構</p> <p>-</p>
	<p> 無障礙服務</p> <p>-</p> <p>(無相關資料)</p> <p>資料來源：醫事司友善就醫資訊網 (醫院、診所)、食藥署 (藥局)。</p>
	<p> 一般服務項目</p> <p>復健 - 物理治療業務、門診診療</p>
	<p> 預防保健服務項目</p> <p>-</p>
	<p> 診療科別</p> <p>內科、眼科、復健科、中醫一般科</p>

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準
轉診支付項目(01034B-01038C)之同體系院所名單

114年3月27日更新

體系序號	院所序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
1	1	部立醫院體系	0132010014	衛生福利部桃園醫院	
	2		0142030019	衛生福利部旗山醫院	
	3		0138010027	衛生福利部南投醫院	
	4		0122020517	衛生福利部嘉義醫院	
	5		0132110519	衛生福利部桃園醫院新屋分院	
	6		0131060029	衛生福利部臺北醫院	
	7		0143010011	衛生福利部屏東醫院	
	8		0132010023	衛生福利部桃園療養院	
	9		0144010015	衛生福利部澎湖醫院	
	10		0131060010	衛生福利部樂生療養院	
	11		0138030010	衛生福利部草屯療養院	
	12		0137170515	衛生福利部彰化醫院	
	13		0145030020	衛生福利部玉里醫院	
	14		0136010010	衛生福利部豐原醫院	
	15		0141010013	衛生福利部新營醫院	
	16		0117030010	衛生福利部臺中醫院	
	17		0143040019	衛生福利部恆春旅遊醫院	
	18		0135010016	衛生福利部苗栗醫院	
	19		0140010028	衛生福利部朴子醫院	
	20		0141270028	衛生福利部嘉南療養院	
	21		0141270019	衛生福利部胸腔病院	
	22		0131230012	衛生福利部八里療養院	
	23		0111070010	衛生福利部基隆醫院	
	24		0145080011	衛生福利部花蓮醫院豐濱原住民分院	
	25		0146020537	衛生福利部臺東醫院成功分院	
	26		0145010019	衛生福利部花蓮醫院	
	27		0190030516	衛生福利部金門醫院	
	28		0146010013	衛生福利部臺東醫院	
	29		0121050011	衛生福利部臺南醫院	
	30		0141060513	衛生福利部臺南醫院新化分院	
2	31	長庚體系	1111060015	基隆長庚紀念醫院暨情人湖院區	
	32		1101010012	台北長庚紀念醫院	
	33		1132070011	林口長庚紀念醫院	
	34		1132071036	桃園長庚紀念醫院	
	35		1139130010	雲林長庚紀念醫院	
	36		1140010510	嘉義長庚紀念醫院	
	37		1142100017	高雄長庚紀念醫院	
	38		1142010518	高雄市立鳳山醫院	
	39		0107340027	高雄市立大同醫院	113.12.26共擬決議新增
		長庚體系	1132010024	聖保羅醫院	108.3.14共擬會議決議刪除
3	40	慈濟體系	1145010010	花蓮慈濟醫院	
	41		1145030012	玉里慈濟醫院	
	42		1146030516	關山慈濟醫院	
	43		1140030012	大林慈濟醫院	
	44		1131050515	臺北慈濟醫院	
	45		1136090519	臺中慈濟醫院	
	46		1139010013	斗六慈濟醫院	108.6.13共擬會議決議新增
	47		4022020019	嘉義慈濟診所	109.9.10共擬會議決議新增
	48		1135130014	佛教慈濟醫療財團法人三義慈濟中醫醫院	114.3.27共擬會議決議新增
4	49	彰基體系	1137010024	彰基總院	
	50		1137010024	彰基中華路院區	
	51		1137080017	彰基二林醫院	
	52		1137020520	彰基鹿港醫院	
	53		1139040011	雲嘉醫院	
	54		1137050019	彰基員林醫院	
	55		1137010042	彰基兒童醫院	
			0038030016	佛民醫療財團法人佛民醫院	108.3.14共擬會議決議刪除
			1538010026	南基醫院	
			1138010019	彰化基督教醫療財團法人南投基督教醫院	
	56		1537051247	員生醫院	108.10.1變更院所醫事機構代號及名稱
			1537010111	溪銘醫院	108.6.13共擬會議決議新增
	57		1137010051	彰化基督教醫療財團法人溪銘基督教醫院	108.9.1變更院所醫事機構代號及名稱

**全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準
轉診支付項目(01034B-01038C)之同體系院所名單**

114年3月27日更新

體系序號	院所序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
5	58	高醫體系	1302050014	高雄醫學大學附設中和紀念醫院	
	59		1102110011	市立小港醫院	
		高醫體系	0102070020	市立大同醫院	113.12.26共融會議決議刪除
	60		1307370011	市立旗津醫院	
	61		1307020025	財團法人私立高雄醫學大學附設高醫岡山醫院	113.9.26共融會議決議新增
6	62	榮德體系	0601160016	臺北榮總	
	63		0602030026	高雄榮總	
	64		0617060018	台中榮總	
	65		0622020017	中榮嘉義	
	66		0632010014	北榮桃園	
	67		0633030010	北榮新竹	
	68		0634030014	蘇澳榮民醫	
	69		0634070018	員山榮民醫	歸屬送轉會
	70		0638020014	榮總埔里分	
	71		0640140012	中榮潭橋	
	72		0641310018	高榮台南	
	73		0643130018	高榮屏東分	
	74		0645020015	北榮鳳林	
	75		0645030011	北榮玉里	
	76		0646010013	北榮台東	
	77		0701160518	關渡醫院	委託經營
	78		2412010534	清華大學附設診所(委託台北榮民總醫院新竹分院經營)	委託經營
	79		2642120010	國軍退除役官兵輔導委員會岡山榮譽國民之家醫務室	111.06.09共融會議決議新增
	80		0643010011	屏東榮總	111.12.22共融會議決議新增
	81	榮德體系	0102020011	高雄市立聯合醫院	113.12.26共融會議決議新增
7		長榮體系	0037050014	長榮醫院	
			1537051202	長生醫院	歇業
	82	北醫體系	1301170017	台北醫學大	
	83		1301200010	萬芳醫院	委託經營
	84		1331040513	雙和醫院	委託經營
8			0932020034	新國民醫療社團法人新國民醫院	111.06.09共融會議決議新增
			1501021102	台北秀傳	變更醫院代號
	86	秀傳體系	1501021219	秀傳醫院	110.12.09共融會議決議新增
	87		0937010019	彰化秀傳	
	88		1137020511	彰濱秀傳	
			1538041101	竹山秀傳	108.3.14共融會議決議刪除
			0221010010	台南市立醫院	106.7.31歇業
	89		0942020019	高雄市立岡山醫院	
			1537070028	四甲仁和醫院	108.3.14共融會議決議刪除
			1537050071	長林何醫院	108.3.14共融會議決議刪除
9	91	秀傳體系	0905320023	台南市立醫院	106.8.1起委託經營
			0907150029	秀傳醫療社團法人高雄秀傳紀念醫院	113.12.26共融會議決議新增
	92	馬偕體系	1101100011	台北馬偕	
	93		1131100010	淡水馬偕	
	94		1101100020	馬偕兒童醫院	
10	95		1112010519	新竹馬偕	
	96		1146010014	台東馬偕	
	97	國泰體系	1101020018	國泰醫院	
	98		1131110516	汐止國泰	
	99		1112010528	新竹國泰	
	100		4001110018	國泰醫療財團法人內湖國泰診所	108.6.13共融會議決議新增
	101		3512042753	民安診所	108.6.13共融會議決議新增
	102		3501029780	敦平診所	109.9.10共融會議決議新增
	103		3501029771	富霖診所	109.9.10共融會議決議新增
	104		3501113358	瑞成診所	109.9.10共融會議決議新增
11	105		3501113367	瑞健診所	109.9.10共融會議決議新增
	106		3505340342	國泰功醫診所	109.9.10共融會議決議新增
	107	奇美體系	1141310019	奇美醫院	
	108		1141090512	奇美柳營	
			1121020014	奇美分院	108.1.1整併為奇美樹林院區
	109		1105050012	奇美佳里	

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準
轉診支付項目(01034B-01038C)之同體系院所名單

114年3月27日更新

體系序號	院所序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
12	110	台大體系	0401180014	台大醫院	
	111		0401180023	台大兒醫	
	112		0431270012	台大金山	
	113		0439010518	台大雲林	
			0433030016	臺大屏東	歇業
	114		0412040012	臺大新竹	
	115		0401190010	台大北護	
	116		0401020013	國立臺灣大學醫學院附設癌症中心醫院	108.6.13共融會議決議新增
				新竹生醫園區分院	109.6.11共融會議決議新增
	117		0433050018	國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹臺大分院生醫醫院	113.9.26共融會議修訂醫院名稱
13	118	義大體系	1107120017	義大癌症治療醫院	
	119		1107320017	義大耳鼻喉醫院	
	120		1142120001	義大醫院	
14	121	中國醫體系	1317050017	中國醫	
	122		1305370013	台南市立安南醫院	委託經營
	123		1301110511	中國醫台北	
	124		1303260014	中國兒童醫院	
	125		1317020519	中國台中東區分院	
	126		1336010015	中國豐原分院	
			1338030015	中國醫華七分院	變更院所代號及名稱
	127		1538031114	惠和醫院	110.12.09共融會議決議新增
	128		1339060017	中國醫藥大學北港附設醫院	
			1536040535	瑞光精神科醫院	111.06.09共融會議決議刪除
	129		0717070516	法務部矯正署臺中監獄附設培德醫院	
			1303180011	亞洲大學附屬醫院	108.3.14共融會議決議刪除
	130		1333050017	中國醫藥大學新竹附設醫院	108.6.13共融會議決議新增
	131		3503100091	中部科學工業園區員工診所	108.6.13共融會議決議新增
			3338120516	中國醫藥大學附設醫院地利村門診部	108.6.13共融會議決議新增
				地利診所	變更院所代號及名稱
	132		3538121366	地利診所	110.12.09共融會議決議新增
	133		3505070112	安康診所	111.12.22共融會議決議新增
15	134	國軍體系	0501110514	三軍總醫院	
	135		0544010031	三軍總醫院澎湖分院附設民眾診療服務處	
	136		0501010019	三軍總醫院松山分院附設民眾診療服務處	
	137		0501160014	三軍總醫院北投分院附設民眾診療服務處	
	138		0511040010	三軍總醫院附設基隆民眾診療服務處	
	139		0532090029	國軍桃園總醫院附設民眾診療服務處	
	140		0512040014	國軍新竹地區醫院附設民眾診療服務處	
	141		0536190011	國軍台中總醫院附設民眾診療服務處	
	142		0517050010	國軍台中總醫院中清分院	
	143		0502080015	國軍高雄總醫院附設民眾診療服務處	
	144		0502030015	國軍高雄總醫院左營分院	
	145		0542020011	國軍高雄總醫院岡山分院	
	146		0543010019	國軍高雄總醫院附設屏東民眾診療服務處	
	147		0545040515	國軍花蓮總醫院附設民眾診療服務處	
	148		2503150018	成功嶺診所	108.6.13共融會議決議新增
	149		2502090013	國軍高雄門診中心附設民眾診療服務處	108.6.13共融會議決議新增
	150		2501180018	國軍台北門診中心附設民眾診療服務處	110.3.11共融會議決議新增
16	151	敏盛體系	1532011154	敏盛綜合醫院(含三民院區)	
	152		1532061065	大園敏盛醫院(桃園縣大園鄉)	
	153		1532091081	龍潭敏盛醫院(桃園縣龍潭鄉)	
	154		1501201020	景美醫院	
	155		1531060180	新泰綜合醫院	
	156		3512013681	新竹科學工業園區員工診所	108.6.13共融會議決議新增
17	157	澄清體系	1517011112	澄清綜合醫院(台中市西區)	
	158		1517061032	澄清綜合醫院中港分院(台中市西區)	
			1503200016	澄清復健醫院(台中市西區)	變更院所代號及名稱
	159		1503270014	澄清復健醫院	110.12.09共融會議決議新增
	160		1503200012	嘉峰澄清醫院(台中市大里區)	
	161		1536181139	本堂澄清醫院(台中市霧峰區)	
	162		1503190039	新太平澄清醫院(台中市太平區)	
	163		1536151042	烏日澄清醫院(台中市烏日區)	
			2526201405	豐源診所	108.6.13共融會議決議刪除
				豐源診所	

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準
轉診支付項目(01034B-01038C)之同體系院所名單

114年3月27日更新

體系序號	院所序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
18	164	成大體系	0421040011	成大醫院	
	165		0439010527	成大斗六分院	
19	166	北市聯醫體系	0101090517	臺北市立聯合醫院仁愛院區	
	167		0101090517	臺北市立聯合醫院陽明院區	
	168		0101090517	臺北市立聯合醫院和平婦幼院區	
	169		0101090517	臺北市立聯合醫院中興院區	
	170		0101090517	臺北市立聯合醫院忠孝院區	
	171		0101090517	臺北市立聯合醫院松德院區	
	172		0101090517	臺北市立聯合醫院林森中醫昆明院區	
	173		2101010013	臺北市立聯合醫院附設松山門診部	110.7.29共融會議決議新增
	174		2101020019	臺北市立聯合醫院附設大安門診部	110.7.29共融會議決議新增
	175		2101100227	臺北市立聯合醫院附設中山門診部	110.7.29共融會議決議新增
	176		2101110027	臺北市立聯合醫院附設內湖門診部	110.7.29共融會議決議新增
	177		2101120014	臺北市立聯合醫院附設南港門診部	110.7.29共融會議決議新增
	178		2101151037	臺北市立聯合醫院附設士林中醫門診部	110.7.29共融會議決議新增
	179		2101161033	臺北市立聯合醫院附設北投門診部	110.7.29共融會議決議新增
	180		2101180038	臺北市立聯合醫院附設中正門診部	110.7.29共融會議決議新增
	181		2101191068	臺北市立聯合醫院附設萬華門診部	110.7.29共融會議決議新增
			2101101077	臺北市立聯合醫院附設萬華中醫門診部	110.7.29共融會議決議新增 歇業
	182		2101090011	臺北市立聯合醫院附設大同門診部	110.7.29共融會議決議新增
	183		2101170050	臺北市立聯合醫院附設信義門診部	110.7.29共融會議決議新增
	184		2101200017	臺北市立聯合醫院附設政大門診部	110.7.29共融會議決議新增
		高市聯醫體系	0102020011	高雄市中醫醫院	113.12.26共融會議決議刪除
20	185	高市聯醫體系	0802070015	高雄市中醫醫院	
	186		0102080026	高雄市中醫醫院	
	187		0102080017	高雄市中醫醫院	
21	188	中山體系	1317040011	中山醫學大學附設醫院	
	189		1317040011	中山醫學大學附設醫院文心院區	
	190		1317040039	中山醫學大學附設醫院中興分院	
22	191	天主教耕莘體系	1231050017	耕莘醫院(含安康院區)	
			1130030015	慈惠醫院	108.3.14共融會議決議刪除
			1132060010	湖山仁德	111.06.09共融會議決議刪除
	192		1231030015	永和耕莘	
	193		4031050016	天主教耕莘醫療財團法人耕莘診所	111.06.09共融會議決議新增
23	194	門諾體系	1145010038	門諾醫院	
	195		1145060029	門諾專醫分	
24	196	仁愛體系	1117010019	仁愛醫療財團法人台中仁愛醫院	
	197		1136200015	仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院	
25	198	新樓體系	1121010018	台灣基督長老教會新樓醫療財團法人台南新樓醫院	
	199		1105040016	台灣基督長老教會新樓醫療財團法人麻豆新樓醫院	
	200		4005370010	台灣基督長老教會新樓醫療財團法人新樓安南診所	
26	201	中英體系	0931010016	中英醫療財團法人中英醫院	
	202		0931010025	中英醫療財團法人板英醫院	
	203		1531031278	永和復康醫院	
			1531041202	怡和醫院	歇業
	204		1531041390	怡和醫院	
	205		1536200022	達明眼科醫院	
	206		1507320015	新高醫院	
	207		1507010014	新高風醫院	
	208		0901180023	郵政醫院	
	209		1532021365	華揚醫院	
	210		1507360019	瑞祥醫院	
	211		1532011163	德仁醫院	
	212		0941010019	新興醫院	
27	213	李綜合體系	1503030010	順安醫院	
	214		1503030047	真德醫院	
	215		0935020027	李綜合醫療財團法人苑裡李綜合醫院	
	216		0936030018	李綜合醫療財團法人大甲李綜合醫院	
	217		3535031490	仁泰診所	108.6.13共融會議決議新增
28	218	光田體系	0936050029	光田醫療財團法人光田綜合醫院	
	219		0936050029	光田醫療財團法人光田綜合醫院大甲院區	
	220		1535031041	通寶光田醫院	
			1536100001	清康醫院	108.3.14共融會議決議刪除
			1417080517	弘光科技大學附設老人醫院	108.3.14共融會議決議刪除

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準
轉診支付項目(01034B-01038C)之同體系院所名單

114年3月27日更新

體系序號	院所序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
29	221	林新體系	0917070029	林新醫療社團法人林新醫院	
	222		0903150014	林新醫療社團法人烏日林新醫院	
30	223	安泰體系	0943020013	安泰醫療社團法人潮州安泰醫院	
	224		0943030019	安泰醫療社團法人安泰醫院	
31	225	聯新體系	1532100049	堤新醫院聯新國際醫院	變更名稱
	226		1531010082	板新醫院	
	227		1532010120	桃新醫院聯新國際醫院桃新分院	變更名稱
	228		1517020040	台新醫院	
	229		1541011126	榮新醫院	
	230		1542150042	萬新醫院	
	231		1502070118	健新醫院	
			3432060513	堤新醫院桃園國際機場醫療中心	
	232			聯新國際醫院桃園國際機場醫療中心	108.6.13共擬會議決議新增 變更名稱
32	233	天成體系	1532040039	天成醫院	
	234		0932020025	天成醫療社團法人天成醫院	
33	235	大千體系	1535010051	大千綜合醫院	
	236		0935010021	大千醫療社團法人南勢醫院	
	237		1435010013	財團法人臺灣省私立桃園仁愛之家附設苗栗新生醫院	
			1535010122	大川醫院	歇業
	238		1535081078	大順醫院	
	239		3535061434	後龍診所	108.6.13共擬會議決議新增
	240		3535091245	公館診所	108.6.13共擬會議決議新增
	241		3535041745	竹南診所	108.6.13共擬會議決議新增
	242		3535012217	德惠診所	109.9.10共擬會議決議新增
	243		3535012235	舒康診所	109.9.10共擬會議決議新增
	244		3535012164	康平皮膚科診所	109.9.10共擬會議決議新增
	245		3535012468	永旭診所	109.9.10共擬會議決議新增
	246		3535012459	福苗診所	109.9.10共擬會議決議新增
	247		3535012520	大川診所	110.12.09共擬會議決議新增
	248		3535051947	崇仁診所	114.3.27共擬會議決議新增
			1502060041	祥和醫院	113.6.28歇業
			0907120012	燕巢祥和醫療社團法人燕巢祥和醫院	113.12.26共擬會議決議刪除體系
34	249	童綜合體系	0936060016	童綜合醫院	
	250		0936060016	童綜合醫院沙鹿院區	
35	251	宏恩體系	1517040015	宏恩醫院	
	252		1503250012	宏恩醫院龍安分院	
36	253	阮綜合體系	0902080013	阮綜合醫院	
			1507330013	博仁醫院	108.3.14共擬會議決議刪除
			1307370011	高雄私立旗津醫院	108.3.14共擬會議決議刪除
	254		4107350018	阮綜合醫療社團法人上順診所	108.6.13共擬會議決議新增
	255		3507020049	永順診所	108.6.13共擬會議決議新增
	256		3507360173	安順診所	108.6.13共擬會議決議新增
	257		3507350435	保順診所	108.6.13共擬會議決議新增
			1401190039	萬華醫院	
			1501101141	泰安醫院	113.6.20終止合約 113.9.26共擬會議決議刪除
37	258	蕭中正體系	1531010108	蕭中正醫院	108.6.13共擬會議決議新增
	259		1531091149	清福醫院	110.02.01變更醫事機構代號
			3531045408	福星診所	110.03.11共擬會議決議刪除
	260		3531092166	清福診所	110.03.11共擬會議決議新增
	261		3531046020	新福星診所	110.03.11共擬會議決議新增 110.12.09共擬會議決議新增
			2401101583	泰安醫院附設溫馨客運護理所	111.12.22共擬會議決議刪除
	262		0931060016	新仁醫療社團法人新仁醫院	111.06.09共擬會議決議新增
38	263	蘇東聖母體系	1134020028	天主教聖母醫院醫療財團法人蘇東聖母醫院	108.6.13共擬會議決議新增
			1534050024	杏和醫院	108.6.13共擬會議決議新增 變更院所代號及名稱
	264		1134050026	天主教聖母醫院醫療財團法人礁溪杏和醫院	110.12.09共擬會議決議新增
39	265	晉門體系	1134070019	宜蘭晉門醫療財團法人員山馬偕醫院	108.6.13共擬會議決議新增
	266		4034010017	宜蘭晉門醫療財團法人晉門診所	108.6.13共擬會議決議新增
40	267	仁濟體系	1401190011	財團法人台灣省私立台北仁濟院附設仁濟醫院	108.6.13共擬會議決議新增
	268		1431060017	財團法人台灣省私立台北仁濟院附設新莊仁濟醫院	108.6.13共擬會議決議新增
41	269	臺安體系	4001020019	基督復臨安息日會醫療財團法人臺安診所	108.6.13共擬會議決議新增
	270		1101010021	基督復臨安息日會醫療財團法人臺安醫院	108.6.13共擬會議決議新增

**全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準
轉診支付項目(01034B-01038C)之同體系院所名單**

114年3月27日更新

體系序號	院所序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
42	271	亞東體系	1131010011	醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會亞東紀念醫院	108.6.13共擬會議決議新增
	272		4001180010	醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會遠東聯合診所	108.6.13共擬會議決議新增
			1533050030	東元綜合醫院	108.6.13共擬會議決議新增
43	273	東元體系	0933050018	東元醫療社團法人東元綜合醫院	變更院所代號及名稱 110.12.09共擬會議決議新增
			3533052311	艾微笑診所	108.6.13共擬會議決議新增
	274		4133050016	東元醫療社團法人艾微笑診所	變更院所代號及名稱 110.12.09共擬會議決議新增
44	275	長慎醫院體系	1532021374	長慎醫院	108.6.13共擬會議決議新增
	276		3512011276	新竹安慎診所	108.6.13共擬會議決議新增
	277		3533031689	竹東安慎診所	108.6.13共擬會議決議新增
	278		3533052044	竹北惠慎診所	108.6.13共擬會議決議新增
	279		3512013850	安永診所	108.6.13共擬會議決議新增
	280		3512013869	安新診所	108.6.13共擬會議決議新增
	281		1135050020	財團法人為恭紀念醫院	108.6.13共擬會議決議新增
45		為恭體系	1535051106	崇仁醫院	108.6.13共擬會議決議新增 114.3.27共擬會議決議刪除
	282		3535041647	宏仁診所	110.7.29共擬會議決議新增
			1532021382	懷寧醫院	108.6.13共擬會議決議新增
		懷寧體系	3532027047	懷寧內科診所	108.6.13共擬會議決議新增 歇業
			1441060010	財團法人台灣省私立台南仁愛之家附設精神療養院	108.6.13共擬會議決議新增
			3121041024	財團法人台灣省私立台南仁愛之家附設成功診所	108.6.13共擬會議決議新增 歇業
46	283	珠馨體系	1505310011	珠馨婦幼醫院	108.6.13共擬會議決議新增
	284		3521042903	珠馨婦產科診所	108.6.13共擬會議決議新增
47	285	國仁體系	1543010109	國仁醫院	108.6.13共擬會議決議新增
	286		3543111309	國仁醫院附設高樹門診部	108.6.13共擬會議決議新增
			3543014520	國新診所	108.6.13共擬會議決議新增
	287		3543014663	國新診所	變更院所代號 110.12.09共擬會議決議新增
48	288	馨蕙醫院體系	1502031095	馨蕙醫院	108.6.13共擬會議決議新增
	289		1507300022	博愛醫院	108.6.13共擬會議決議新增
		新光體系	1101150011	新光醫院	100.0.10共擬會議決議新增
			3501154573	新新診所	100.0.10共擬會議決議新增 歇業
49	290	礦工體系	1411030013	醫療財團法人臺灣區煤礦業基金會臺灣礦工醫院	110.12.09共擬會議決議新增
	291		3511010480	醫療財團法人臺灣區煤礦業基金會礦工基隆診所	110.12.09共擬會議決議新增
50	292	安和體系	0943010026	安和醫療社團法人安和醫院	111.06.09共擬會議決議新增
	293		3543022147	欣安婦兒科診所	111.06.09共擬會議決議新增
51	294	澄清眼科體系	1507010023	澄清國際眼科醫院	113.12.26共擬會議決議新增
	295		3502112159	澄清眼科診所	113.12.26共擬會議決議新增
	296		3507320348	澄清國際眼科診所	113.12.26共擬會議決議新增
	297		3501186495	台北澄清眼科診所	113.12.26共擬會議決議新增
	298		353101A637	板橋澄清眼科診所	113.12.26共擬會議決議新增
52	299	東坤婦幼醫院體系	1532101117	東坤婦幼醫院	114.3.27共擬會議決議刪除
	300		1532011172	桃園東坤婦幼醫院	114.3.27共擬會議決議刪除

註1：本名單係參考107年醫藥會醫院評鑑使用之醫院同體系名單。

註2：按107年5月10日召開之「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」，會議決議同體系院所之認定，先查採醫事司委託醫藥會辦理醫院評鑑所列之同體系院所名單。

註3：108.3.14共擬會議決議刪除之名單，係自108.4.1起刪除

註4：108.6.13共擬會議決議新增之名單，係自108.10.1起新增

註5：109.6.11共擬會議決議新增之名單，係自109.7.1起新增

註6：109.9.10共擬會議決議新增之名單，係自109.10.1起新增

註7：110.03.11共擬會議決議刪除(刪除)之名單，係自110.04.01起新增(刪除)

註8：110.07.29共擬會議決議新增之名單，係自110.09.01起新增(刪除)

註9：111.06.09共擬會議決議新增名單，係自111.07.01起新增(刪除)

註10：111.12.22共擬會議決議新增名單，係自112.02.01起新增(刪除)

註11：113.09.26共擬會議決議新增名單，係自113.11.01起新增(修訂)

註12：113.12.26共擬會議決議新增名單，係自114.02.01起新增(修訂)

註13：114.03.27共擬會議決議新增名單，係自114.**起新增(修訂)