



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

103 年第 2 次會議資料

103 年 6 月 12 日 (星期四)
本署 18 樓大禮堂

103 年度第 2 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」 會議議程

壹、主席致詞

貳、上次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形，請參閱(不
宣讀)確認.....

第 01 頁

參、報告事項

一、放寬全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部 中醫通則六另開內服藥之針傷科治療處置每月申報量上 限案。.....	第 1-1 頁
二、精神分裂症醫療給付改善方案更名為「思覺失調症醫療 給付改善」案。.....	第 2-1 頁
三、有關「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」擬導入支 付標準案。.....	第 3-1 頁
四、有關「全民健康保險特定檢查資源共享試辦計畫」擬導 入支付標準案。.....	第 4-1 頁
五、全民健康保險醫療費用總額其他預算項目－鼓勵醫療院 所即時查詢病患就醫資訊方案」，103 年下半年診所及藥 局納入實施及其核付指標另行協商議訂案。.....	第 5-1 頁

肆、討論事項

一、修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號 05404C-05406C「精神疾病患者居家治療」等 3 項診療項 目案。.....	第 6-1 頁
二、103 年全民健康保險提升住院護理照護品質方案。.....	第 7-1 頁
三、有關支付標準以包裹給付過程面必須使用之「單次使用拋 棄式研磨鑽頭」等 3 項特材之支付標準調整案。.....	第 8-1 頁

四、「納式胸廓異常矯正術（Nuss Procedure for chest wall deformity）」等 11 項全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增診療項目及建議案。.....

第 9-1 頁

伍、臨時動議

陸、散會

貳、確認本會 103 年度臨時會會議紀錄及

歷次會議決議事項辦理情形

-請參閱(不宣讀)確認

103 年「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準
共同擬訂會議臨時會」會議紀錄

時間：103 年 5 月 6 日(星期二)下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：蔡副署長魯

紀錄：許怡琳

出席人員：

陳代表雪芬	陳雪芬	陳代表福展	翁瑞文(代)
黃代表雪玲	黃雪玲	蘇代表清泉	蔣世中(代)
林代表富滿	林富滿	吳代表志雄	(請假)
郭代表正全	郭正全	劉代表俊言	謝偉明(代)
廖代表學志	(請假)	陳代表彥廷	陳彥廷
陳代表志忠	徐迺維(代)	高代表靖秋	高靖秋
徐代表弘正	徐弘正	曾代表中龍	曾中龍
林代表淑霞	林淑霞	曹代表昭懿	曹昭懿
羅代表永達	羅永達	吳代表進興	吳進興
謝代表文輝	王秀貞(代)	黃代表鶴珠	黃鶴珠
謝代表武吉	謝武吉	黃代表棟國	黃棟國
朱代表益宏	朱益宏	梁代表淑政	周雯雯(代)
李代表紹誠	李紹誠	葉代表宗義	葉宗義
陳代表宗獻	陳宗獻	李代表永振	陳炳宏(代)

盧代表榮福 (請假)

陳代表川青 陳川青

張代表嘉訓 張嘉訓

侯代表彩鳳 (請假)

王代表正坤 (請假)

李代表玉春 (請假)

黃代表啟嘉 (請假)

吳代表肖琪 (請假)

陳代表憲法 蕭峻科(代)

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司

周雯雯

衛生福利部全民健康保險會

葉肖梅

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

朱智華

中華民國醫師公會全國聯合會

陳哲維、陳思琦

中華民國藥師公會全國聯合會

王韻婷

中華民國護理師護士公會全國聯合會

梁淑媛

台灣醫院協會

林佩荻

台灣精神醫學會

陳俊鶯、郭錫卿

台灣聽力語言學會

王雅慧、陳美慧、張綺芬

蘇心怡、王麗美、楊政謙

財團法人醫藥品查驗中心

許雅蓉、黃伊寧、林郁婷、

朱素貞

本署台北業務組

丁香豔、陳佳紋、陳秋雪

林慧慈

本署北區業務組

郭佩萱

本署企劃組

詹孟樵、江政謙

本署醫審及藥材組

詹素珠、李芝蘭

本署醫務管理組

林阿明、李純馥、林淑範

王玲玲、陳依婕、許怡琳

涂奇君、吳明純、張淑雅

一、主席致詞：略。

二、確認上次會議紀錄（議事錄）：請參閱(不宣讀)確認。

三、討論事項

（一）修訂「全民健康保險急診品質提升方案」。

本案先行撤案，本署前於 103 年 4 月 28 日邀集台灣醫院協會、台灣急診醫學會、台灣急診管理學會及衛生福利部醫事司等單位，召開會前會溝通討論，因未獲共識，本署將另行召開會議討論，有關地區醫院代表所提修訂意見，將列入修訂參考。

（二）有關新增全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準「胸腔鏡胸管結紮術」等 6 項診療項目案。

決議：

1. 有關新增「胸腔鏡胸管結紮術」、「胸腔鏡肺分葉切除術」、「胸腔鏡肺葉袖形切除術」、「右心室至肺動脈心導管連接術(萊斯特利術式)」、「鉬雅銘雷射手術 (Erb-YAG laser operation)」等 5 項診療項目乙項暫保留，先提供各項新增項目之成本分析資料予各層級代表檢視一般材料加成比率之適當性後，提會討論。
2. 不同意新增「即時定性聚合酶連鎖反應KRAS基因突變檢測」診療項目。

（三）修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號 12197B「血中藥物濃度測定-Everolimus」等 9 項診療項目案。

決議：

1. 部分與會代表表示 56016B~56019B「腦神經外科術中特殊儀器使

用費」，因骨科脊椎手術亦普遍使用，放寬使用科別，財務評估可能低估，請本署醫務管理組重新評估，並於下次會議報告調整後之財務影響。

2. 請本署醫務管理組提供西醫基層申報79407C「經尿道前列腺切片術」申報量，供基層代表參考。

3. 餘照案通過，增修訂支付標準表詳附件1。

(四) 增修「視網膜手術」及「角膜移植手術」等13項全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目案。

決議：微創視網膜手術之財務影響未包含未納入健保給付之過程面特材，應予以修正外，餘照案通過，增修訂支付標準表詳附件2。

(五) 再辦理「全民健康保險週產期論人支付制度試辦計畫」案。

決議：同意通過，計畫草案如附件3。

(六) 修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準，安寧住院療護通則七癌症骨轉移病人得另行核實申報「RANK Ligand」抑制劑類藥物（如 denosumab）案。

決議：

1. 請本署醫審及藥材組於下次會議決議辦理情形追蹤表，提報目前雙磷酸鹽類(zoledronic acid)藥物的申報情形。本案修訂後6個月再提報藥物使用量變化。

2. 同意修訂支付標準第二部西醫第一章第八節住院安寧療護詳附件4。

(七) 修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號

05404C-05406C「精神疾病患者居家治療」等3項診療項目案。

決議：與會人數不足，暫停討論，提報下次會議討論。

(八) 增修訂支付標準第二部第二章第四節復健治療「語言治療」相關診療項目案。

決議：本案醫院總額代表、西醫基層總額代表及相關專科學會對於

經費來源、層級分類及支付點數提出不同意見，故由本署邀請台灣醫院協會、各層級、專科學會討論取得共識及尋求經費來源後，再提會討論。

四、散會：下午 6 時 05 分

全民健康保險醫療給付協議會議決議辦理情形追蹤表

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
103-1-5 討	103.3.13	有關修訂「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」案。	由本署釐清藥師支援地區醫院及基層院所之適法性；以及糖尿病共照網是否可同一醫事人員取得2張不同專業證照等問題後，再提案討論。	健保署醫管組	本署彙整醫事司、國健署意見後再提案討論。		V
103-臨 -2 討	103.5.6	有關新增全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準「胸腔鏡胸管結紮術」等6項診療項目案。	1. 有關新增「胸腔鏡胸管結紮術」、「胸腔鏡肺分葉切除術」、「胸腔鏡肺葉袖形切除術」、「右心室至肺動脈心導管連接術(萊斯特利術式)」、「鉚雅銘雷射手術(Erb-YAG laser operation)」等5項診療項目乙項暫保留，先提供各項新增項目之成本分析資料予各層級代表檢視一般材料加成比率之適當性後，提會討論。 2. 不同意新增「即時定性聚合酶連鎖反應KRAS基因突變檢測」診療項目。	健保署醫管組	1.本署已於103年5月15日檢附「胸腔鏡胸管結紮術」等5項診療項目之成本分析表，函請各層級醫院協會協助檢視及確認一般材料成本之適當性，並於103年5月30日前回復。 2.社區醫院協會已於103年5月21日回復，其他協會皆電知未及於期限內回復。本署將俟其他層級協會回復後再提案討論。		V
103-臨 -3 討	103.5.6	修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號12197B「血中藥物濃度測定-Everolimus」等9項診療項目案。	1. 部分與會代表表示56016B~56019B「腦神經外科術中特殊儀器使用費」，因骨科脊椎手術亦普遍使用，放寬使用科別，財務評估可能低估，請本署醫務管理組重新評估，並於下次會議報告調整後之財務影響。 2. 請本署醫務管理組提供西醫基層申報79407C「經尿道前列腺切片術」申報量，供基層	健保署醫管組	1.本署於103年5月29日辦理預告，預告期間103年5月30日至6月5日。 2.有關56016B~56019B「腦神經外科術中特殊儀器使用費」修訂中英文名稱案，本	V	

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
			代表參考。 3. 餘照案通過。		署經再次徵詢相關專業意見，參酌『超音波吸除機』及『誘發電位手術監視機』適用範圍，及102年已申報前述2項醫令且為骨科脊椎手術之申報量，推估修訂後「超音波吸除機」一年將增加申報5,696件，「誘發電位手術監視機」一年將增加申報5,326件，故一年增加之預算由0.1億調整為0.55億。 3.79407C「經尿道前列腺切片術」102年基層院所共申報86件(經查分屬2家泌尿科診所所申報)。		
103-臨-4 討	103.5.6	增修「視網膜手術」及「角膜移植手術」等13項全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目案。	微創視網膜手術之財務影響未包含未納入健保給付之過程面特材，應予以修正外，餘照案通過。	健保署醫管組	1.本署於103年5月29日辦理預告，預告期間103年5月30日至6月5日。 2.微創視網膜手術之財務影響評估經修正後由1.263億調整為1.77億。	V	
103-臨-5 討	103.5.6	再辦理「全民健康保險週產期論人支付制度試辦計畫」案。	同意通過。	健保署醫管	業於103年5月29日以健保醫字第1030033341A號函請衛福部核	V	

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
				組	定。		
103-臨-6 討	103.5.6	修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準,安寧住院療護通則七癌症骨轉移病人得另行核實申報「RANK Ligand」抑制劑類藥物(如 denosumab)案。	1. 請本署醫審及藥材組於下次會議決議辦理情形追蹤表,提報目前雙磷酸鹽類(zoledronic acid)藥物的申報情形。本案修訂後6個月再提報藥物使用量變化。 2. 同意修訂支付標準第二部西醫第一章第八節住院安寧療護。	健保署醫管組	1.本署於103年5月29日辦理預告,預告期間103年5月30日至6月5日。 2.本署刻正統計雙磷酸鹽類(zoledronic acid)藥物的申報情形。	V	
103-臨-7 討	103.5.6	修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號05404C-05406C「精神疾病患者居家治療」等3項診療項目案。	與會人數不足,暫停討論,提報下次會議討論。	健保署醫管組	列為103年6月12日支付標準共同擬訂會議討論事項第一案討論。	V	
103-臨-8 討	103.5.6	增修訂支付標準第二部第二章第四節復健治療「語言治療」相關診療項目案。	本案醫院總額代表、西醫基層總額代表及相關專科學會對經費來源、層級分類及支付點數提出不同意見,故由本署邀請台灣醫院協會、各層級、專科學會討論取得共識及尋求經費來源後,再提會討論。	健保署醫管組	本署刻正研議復健支付標準調整層級別及支付點數第二次討論會事宜,增修訂語言治療支付標準案將併入該會研議。	V	

參、報告事項

報告事項

第一案

報告單位：健保署醫務管理組

案由：放寬全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫通則六另開內服藥之針傷科治療處置每月申報量上限案。

說明：

- 一、依據 103 年 5 月 22 日「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議」會議結論辦理。
- 二、上述會議結論通過中醫支付標準通則六另開內服藥之針傷科治療處置每月申報量上限由 45 人次放寬至 60 人次。
- 三、本署依特約醫療院所之另開內服藥針傷科治療處置每月申報量及專任醫師人數，推估放寬後增加 0.21 億預算，由中醫門診總額醫療給付費用非協商因素成長率內支應。
- 四、本案修訂後支付標準(詳附件 1, P1-2)，將依程序陳報衛生福利部核定發佈。

決定：

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第四部 中 醫

通則：

- 六、中醫醫療院所平均每位專任醫師每月申報另開內服藥之針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置費(編號：B41、B43、B45、B53、B55、B62、B80、B82、B85、B87、B90、B92)上限為四十五人次，超出四十五人次部分者五折支付。

報告事項

第二案

報告單位：健保署醫務管理組

案由：精神分裂症醫療給付改善方案更名為「思覺失調症醫療給付改善」案。

說明：

- 一、依據衛生福利部 103 年 5 月 7 日「精神分裂症更名討論會」會議決議辦理。
- 二、有關精神分裂症（schizophrenia）更換譯名為世界所趨，為減少病人標籤化，提升病患就診率，上述會議決議精神分裂症更名為思覺失調症。
- 三、本案僅修訂計畫名稱，修訂計畫(詳附件 2，P2-2~P2-8)，不影響費用，將依程序陳報衛生福利部核定發佈。

決定：

全民健康保險精神分裂症思覺失調症醫療給付改善方案(草案)

99.01.01 第一版實施
100.07.01 第二版修訂
103.06.12 第三版修訂

壹、計畫目的:

- 一、鼓勵醫療院所將財務誘因由量之競爭，逐步轉化為醫療品質之提升。
- 二、鼓勵醫師主動積極介入治療，使精神分裂症思覺失調症患者能固定規則接受治療，提高病患治療之依從性。
- 三、促使醫療院所提高精神分裂症思覺失調症疾病之醫療照護品質，以提昇病患之生活功能與品質、降低社會成本。

貳、計畫目標:醫療照護品質指標項目三年進步率總體達 10%。

參、收案對象:

- 一、領有重大傷病卡之精神分裂症思覺失調症(ICD-9-CM 295)患者。
- 二、排除條件：
 - (一)精神科慢性病房住院中病患。
 - (二)同時領有 2(含)張以上不同疾病之重大傷病卡者。

肆、收案標準:

一、固定就醫病人:

- (一)定義:病患前一年於精神科拿藥 ≥ 8 次，且於特定醫療院所之精神科就醫次數，大於其全年精神科就醫次數 60%。
- (二)收案方式:由全民健康保險保險人(以下稱保險人)分區業務組定期產製名單交給該特定醫療院所收案。

二、未固定就醫病人:

- (一)定義:病患前一年於精神科就醫次數(含門住診)未明顯集中於某特定醫療院所(即固定就醫以外及久未就醫以外之病人)。
- (二)收案方式:由保險人分區業務組定期產製名單交參與本方案醫療院所收案。

三、久未就醫病人:

- (一)定義:病患前一年連續六個月以上無精神科就醫(含門住診)資料者。

(二) 收案方式：由保險人分區業務組定期產製名單交參與本方案醫療院所收案。

伍、結案條件：收案對象有下列情事之一者，於發生日起終止收案。

- 一、死亡。
- 二、入監服刑。
- 三、失聯 2 個月以上(連續 2 個月未於收案醫療院所就診者)。
- 四、因轉診結案。

陸、費用支付方式：

一、確認收案人數

(一) 固定就醫病人:由參與本方案院所於年度開始前，與保險人分區業務組確認應收案名單；除有正當理由外，需全數收案，不得選擇病患，收案率需 $\geq 80\%$ 。收案院所應按月上傳新收案名單。

(二) 未固定就醫病人、久未就醫病人:收案院所應按月上傳新收案名單。

(三) 個案收案月數之計算，收、結案當月均納入計算。

二、病人群組風險校正：

(一) 高風險病人(high risk patient, HRP):

1. 定義:病患前 1 年曾因下列情形，門、住診就醫次數合計大於 3 次（不含切帳）者。

(1) 以主診斷 295 入住急性病房者。

(2) 或以損傷(含自殺)及中毒(ICD-9-CM 800-999,E_CODE)於門、住診就醫者。

2. 支付相對風險權值(relative risk):1.5。

(二) 一般病人(general patient, GP):

1. 定義:非屬高風險病人。

2. 支付相對風險權值(relative risk):1。

三、費用核付：

(一) 個案管理照護費:一般病人以每人每年 1000 點為個案管理照護費支付基準，高風險病人依病人群組相對風險權值加權計算， $1000 \text{ 點} * 1.5 = 1500 \text{ 點}$ 。

1. 基本承作費：以「個案管理照護費」之 40% 計算，固定就醫病人收案率未達 80% 者，本項不予支付。

(1) 自個案收案當月起計算至年底，按一年所占月份數比例支付基本承作費；醫療院所上傳收案名單，由保險人分區業務組依實際情形辦理核付。

(2) 計算公式=

一般病人收案總人月數/12*個案管理照護費(1000 點)*40%+
高風險病人收案總人月數/12*個案管理照護費(1500 點)*40%

2. 品質獎勵費：以「個案管理照護費」之 60% 計算。

(1) 由保險人分區業務組辦理照護品質指標評量，依照醫療院所年度達成情形，於年度結束後核付。

(2) 醫療院所以上年度自身基礎值為比較基礎，各項品質指標依一般病人組及高風險病人組分別計算及獎勵。

(3) 目標權值達成度 $\geq 60\%$ 始可獎勵，獎勵金額依照目標權值達成度，給予品質獎勵費之 60%、80%、100% 獎勵。計算公式=一般病人數*個案管理照護費(1000 點)*60% *一般病人目標權值達成度 +高風險病人數*個案管理照護費(1500 點)*60% *高風險病人目標權值達成度
照護品質評量之指標項目、目標值及權值如附表 1。

(二) 發現費:為鼓勵早期介入，早期治療，以避免發病或減緩發病之嚴重度，且能輔導未規則就醫者積極尋求醫療協助，收案對象屬未固定就醫或久未就醫者，每一個案增加支付發現費 500 點，每一個案每一院所支付以一次為限，且跨院所不得重複收案。

(三) 上開費用核付作業，不併醫療費用申報，由保險人分區業務組依計畫執行結果核定金額後，於追扣補付系統辦理帳務處理。

柒、計畫申請方式:

參與本方案之醫療院所應檢附計畫書向保險人分區業務組提出申請，經保險人分區業務組同意後實施。

捌、經費來源:

於醫院總額及西醫基層總額之專款項目「醫療給付改善方案」項下支應，如施行結果超過該專款預算數時，採點值浮動方式處理。

玖、參與本方案之醫療院所應成立專責窗口，負責接收收案名單及連繫等相關事宜，院方應依個人資料保護法之規定，負保險對象資料保密之責。

拾、績效評估:

參與本方案之醫療院所全年醫療照護品質指標執行結果，於次年2月份時進行總評，各參與院所全年品質指標權值達成度需 $\geq 40\%$ 。未達成之院所應提改善計畫，由所屬保險人分區業務組據以評量其是否得以續辦之資格。

附表 1 全民健康保險精神分裂症思覺失調症醫療給付改善方案品質評量指標

指標項目	操作型定義		正負向	目標值 ^{註1}	指標權值
	分子	分母			
1.平均每月精神科門診就診次數	精神科門診就醫人次	收案總人數*12	正	較上年度增加或 ≥ 1 ^{註2}	20%
2.精神科不規則門診比例	精神科門診間隔 30 天以上人次	收案總人次	負	較上年度減少	20%
3.六個月內精神科急性病房再住院率	半年住院二次以上人數(含跨院)	收案總住院人數	負	較上年度減少	20%
4.急診使用人次比率	急診(含非精神科急診)人次(含跨院)	收案總人數	負	較上年度減少	20%
5.失聯結案率	因失聯結案人數	總收案人數	負	較上年度減少	20%
6.強制住院發生人次比率	強制就醫人次	收案總人數	負	較上年度減少	參考
7.固定就醫病人精神科急性病房平均住院天數	固定就醫病人精神科急性病房總住院天數(含跨院)	固定就醫病人總收案人數	負	較上年度減少	參考
8.固定就醫病人精神科急性病房住院人次比率	固定就醫病人精神科急性病房住院人次(含跨院)	固定就醫病人總收案人數	負	較上年度減少	參考
9.固定就醫且一般病人佔率之年度增加率	固定就醫且屬一般病人人數	精神分裂症思覺失調症門住診歸戶病人數	正	較上年度增加	參考

備註:

1. 指標項目年度自身比，以各醫療院所上年度全年值為比較基礎。
2. 第 1 項指標若平均每月精神科門診就診次數 ≥ 1 ，即達目標值。分子需包含處方箋釋出個案、分母排除轉診結案個案。

附表 2 病人評估表(參考)

*以下評估多項皆有者綜合考量，採較嚴重者

基本資料:			
年齡:	性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	住所: <input type="checkbox"/> 家人 <input type="checkbox"/> 朋友,宿舍,康家 <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 機構	
患病時間:	年 月	精神科就醫: <input type="checkbox"/> 曾 <input type="checkbox"/> 否	住院次數:
收案:	<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 復健機構	診斷亞型:	ICD:
臨床病況(近一週)	出現頻率	生活影響	合計
1.精神病症狀 <input type="checkbox"/> 幻聽 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 邏輯障礙 <input type="checkbox"/> 聯結障礙	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.偶而 <input type="checkbox"/> 3.隔1-2天 <input type="checkbox"/> 4.每天數小時 <input type="checkbox"/> 5.幾乎持續	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.僅一些想法意念 <input type="checkbox"/> 3.僅態度或心情改變 <input type="checkbox"/> 4.影響其多數決定,判斷 <input type="checkbox"/> 5.致行為改變	
2.情緒症狀: <input type="checkbox"/> 激躁 <input type="checkbox"/> 憂鬱 <input type="checkbox"/> 混亂	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.偶而 <input type="checkbox"/> 3.隔1-2天 <input type="checkbox"/> 4.每天數小時 <input type="checkbox"/> 5.幾乎持續	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.僅稍微波動 <input type="checkbox"/> 3.態度改變,表情明顯 <input type="checkbox"/> 4.影響其多數決定,判斷 <input type="checkbox"/> 5.致行為改變	
3.負性症狀: <input type="checkbox"/> 社交退縮 <input type="checkbox"/> 情感遲滯 <input type="checkbox"/> 思考遲頓	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.偶而 <input type="checkbox"/> 3.隔1-2天 <input type="checkbox"/> 4.每天數小時 <input type="checkbox"/> 5.幾乎持續	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.僅稍微障礙 <input type="checkbox"/> 3.僅態度或心情改變 <input type="checkbox"/> 4.影響多數決定判斷 <input type="checkbox"/> 5.致行為或日常功能改變	
4.功能退化:	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.發生六個月以內 <input type="checkbox"/> 3.已一年以內 <input type="checkbox"/> 4.已一至三年 <input type="checkbox"/> 5.已三年以上	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.少數IADL差 <input type="checkbox"/> 3. ADL可,半數IADL差 <input type="checkbox"/> 4. ADL部份差,多數IADL差 <input type="checkbox"/> 5.個人衛生ADL皆差	
危險評估	出現頻率	生活影響(近一個月)	
5.干擾行為: <input type="checkbox"/> 怪異,儀式 <input type="checkbox"/> 破壞,污染 <input type="checkbox"/> 吵鬧,噪音 <input type="checkbox"/> 其他: _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.偶而 <input type="checkbox"/> 3.隔1-2天 <input type="checkbox"/> 4.每天數小時 <input type="checkbox"/> 5.幾乎持續	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.沒什麼影響 <input type="checkbox"/> 3.輕微影響周圍 <input type="checkbox"/> 4.顯著影響周圍 <input type="checkbox"/> 5.極嚴重影響周圍	
6.自傷 <input type="checkbox"/> 直接受精神症狀影響(如命令式幻聽) <input type="checkbox"/> 非上述 共發生: _ _ _ 次(全算)	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.以前有,兩年內無 <input type="checkbox"/> 3.兩年內有,六個月內無 <input type="checkbox"/> 4.六個月內有 <input type="checkbox"/> 5.一個月內有	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.僅有一些想法意念 <input type="checkbox"/> 3.有計畫或準備性動作 <input type="checkbox"/> 4.有危險行為(如開快車) <input type="checkbox"/> 5.有具體自傷行為	
7.他傷: <input type="checkbox"/> 直接受精神症狀影響 <input type="checkbox"/> 非上述 共發生: _ _ _ 次(全算)	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.以前有,兩年內無 <input type="checkbox"/> 3.兩年內有,六個月內無 <input type="checkbox"/> 4.六個月內有 <input type="checkbox"/> 5.一個月內有	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.僅有一些想法意念 <input type="checkbox"/> 3.有計畫或口頭威脅 <input type="checkbox"/> 4.有破壞物品或粗暴行為 <input type="checkbox"/> 5.有傷人行為	
8.物質濫用: <input type="checkbox"/> 酒 <input type="checkbox"/> 安眠鎮定 <input type="checkbox"/> 幻覺劑	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.以前有,半年內無 <input type="checkbox"/> 3.近一個月,約每週1-2天 <input type="checkbox"/> 4.近一個月,約每週4-5日	<input type="checkbox"/> 1.功能毫無影響 <input type="checkbox"/> 2.精神或注意力有影響,一般工作尚可 <input type="checkbox"/> 3.損及工作能力,身體健康無	

□其他	□5.近一個月，幾乎每天有	礙 □4.損及身體健康(如:肝功能，嚴重戒斷，胃出血等) □5.損及日常生活功能	
就醫型態與支持	態度觀念	行為(最近三個月)	
9.病人治療態度	<input type="checkbox"/> 1.病識感良好 <input type="checkbox"/> 2.承認有某種精神病，但不完全正確 <input type="checkbox"/> 3.承認有某些情緒或精神問題(症狀)，但不是病 <input type="checkbox"/> 4.承認有某些非精神疾病 <input type="checkbox"/> 5.不承認有任何毛病	<input type="checkbox"/> 1.主動配合，門診及服藥規則 <input type="checkbox"/> 2.大致配合，偶有中斷或自行減藥 <input type="checkbox"/> 3.被動接受，常需提醒 <input type="checkbox"/> 4.要密切督導始接受治療 <input type="checkbox"/> 5.拒絕任何形式之治療	
10.家人支持度 關鍵支持者：	<input type="checkbox"/> 1.治療及疾病知識良好 <input type="checkbox"/> 2.認為病人有精神病，但治療觀念不足 <input type="checkbox"/> 3.雖認為病人精神疾，但明顯低估其嚴重度或治療之必要性 <input type="checkbox"/> 4.雖認為病人有精神疾病，但不想處理 <input type="checkbox"/> 5.不認為病人任何毛病	<input type="checkbox"/> 1.主動積極協助病人就醫 <input type="checkbox"/> 2.大致配合，偶有中斷或自行減藥 <input type="checkbox"/> 3.大致配合，但客觀能力上有困難，有心無力 <input type="checkbox"/> 4.很被動，常無法提供協助 <input type="checkbox"/> 5.無親屬或幾乎拒絕任形式之合作支持	
以上總分			
GAF：	CGI-S： <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.不確定 <input type="checkbox"/> 3.輕 <input type="checkbox"/> 4.中度 <input type="checkbox"/> 5.顯著 <input type="checkbox"/> 6.嚴重 <input type="checkbox"/> 7.極重		

六個月內治療計畫與意願：

治療／個管目標	治療方案／計畫	病人意見	家人意見
醫師：	個管師：	評估日期： / /	

報告事項

第三案

報告單位：健保署醫務管理組

案由：有關「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」擬導入支付標準案。。

說明：

- 一、本署考量現行各特約醫院設置安寧病房有限，造成有意願接受安寧療護之病人因無法入住安寧病床（仍住在一般急性病床），無法得到安寧照護之健保給付，自 100 年 4 月 1 日起，於醫院總額部門公告實施「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」，使得末期臨終病人無論於安寧病房或一般病房，只要有安寧療護之需求，均可獲得適當之安寧療護理念與初步的服務。
- 二、分析 100 年 4 月至 102 年參與方案院所數、收案人數及費用醫療服務提供情形(詳附件 3，P3-3~P3-4)：
 - (一) 院所數：101 年總計 86 家，102 年已達 104 家，成長率 21%。
 - (二) 收案人數：101 年總計 13,476 人，102 年照護人數總計 18,589 人，成長率 38%。
 - (三) 醫療費用：101 年執行 2,850 萬點、102 年執行 3,956 萬點，成長率 39%。
 - (四) 疾病別：102 年照護人數 18,585 人，其中以癌症末期 17,657 人最多；八大非癌症數共計 1,051 人，以「肺部其他疾病」572 人最多，其次為「慢性肝病及肝硬化」239 人。
- 三、安寧照護評估指標：資料期間為 100 年 4 月實施至 102 年底(詳附件 4，P3-5~P3-10)。
 - (一) 「安寧共照後，簽署 DNR 比率」：分析共照前未簽署 DNR 人數 22,747 人，共照後簽署 DNR 人數 3,146 人，整體占率為 13.83%。

- (二) 「家屬病情認知及病人診斷認知」：對診斷認知程度，均以「知道」認知之人數比率較高。
- (三) 『因「死亡」原因結案個案，其安寧共照介入天數大於 30 天之比率』：本項指標為正向指標，整體為 3.49%。
- (四) 「轉入 ICU 病房人次比率」，本項指標為負向指標愈低愈好，各層級比率皆低，整體為 0.16%。
- (五) 結案原因：以「死亡」10,227 人次最高，占 23.88%，其次是「穩定出院」9,392 人次，占 21.93%，另「轉安寧病房」占 18.17%、「轉安寧居家」占 9.16%。

四、安寧共同照護服務，除獲得原照護團隊、病人及家屬之肯定外，對於擷節健保資源（如：降低末期病人轉入 ICU 病房比率），以及提升醫院內一般科別之醫療人員對安寧緩和醫療之認知，均有很大的助益，整體而言，安寧共同照護的推廣政策已邁出了成功的一步。

五、本方案試辦成效良好，納入支付標準全面實施以提高照護人數，整體住院醫療費用將呈現下降趨勢，值得鼓勵擴大實施。

決定：本案如經討論同意，擬將原方案相關內容及支付方式改列支付標準第 2 部西醫第 1 章基本診療第 9 節安寧共同照護章節辦理（修訂草案詳附件 5，P3-11~P3-16），並依程序陳報衛生福利部核定公布。

單位：家、人、
件、萬點

100 年至 102 年醫療院所申報安寧共同照護方案費用統計表

	家數		人數		醫令量		醫令點數	
	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
100 年								
醫學中心	15	-	3,355	-	6,235	-	710	-
區域醫院	38	-	1,861	-	3,110	-	367	-
地區醫院	6	-	102	-	182	-	22	-
小計	59	-	5,290	-	9,527	-	1,100	-
101 年								
醫學中心	19	27%	7,349	119%	13,496	116%	1,550	118%
區域醫院	51	34%	5,999	222%	10,678	243%	1,244	238%
地區醫院	16	167%	254	149%	479	163%	57	156%
小計	86	46%	13,476	155%	24,653	159%	2,850	159%
102 年								
醫學中心	19	0%	10,127	38%	18,093	34%	2,095	35%
區域醫院	56	10%	8,126	35%	14,558	36%	1,707	37%
地區醫院	29	81%	593	133%	1,338	179%	154	171%
小計	104	21%	18,589	38%	33,989	38%	3,956	39%

備註：

1. 資料來源：健保署二代倉儲住院明細醫令檔(擷取日期：103 年 5 月 12 日)。

2. 資料範圍為支付代碼：

P4401B 「安寧首次共同照護費」1350 點

P4402B 「後續安寧照護團隊照護費(含醫師)(每週)(次)」1050 點

P4403B 「後續安寧照護團隊照護費(不含醫師)(每週)(次)」850 點

3. 100 年資料係為 100 年 4 月(本計畫實施日)至 12 月資料。

102 年安寧共照方案申報情形—依疾病別

單位：家、人、
件、點

疾病別	家數	人數	醫令量	醫令點數
各項癌症末期	101	17,657	32,247	37,497,150
運動神經元疾病(漸凍人)	5	6	9	11,050
小計	101	17,663	32,256	37,508,200
心臟衰竭	43	98	150	180,400
老年期及初老期器質性精神病態	4	6	9	10,350
其他大腦變質	19	21	32	38,300
肺部其他疾病	76	572	1,026	1,203,600
急性腎衰竭，未明示者	36	81	120	142,300
慢性肝病及肝硬化	60	239	339	407,250
慢性氣道阻塞，他處未歸類者	10	11	19	22,150
慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者	16	26	38	45,900
小計	86	1,051	1,733	2,050,250
總計	104	18,589	33,989	39,558,450

備註：

- 資料來源：健保署二代倉儲住院明細醫令檔(擷取日期：103 年 5 月 12 日)。
- 資料範圍為支付代碼：
 - P4401B 「安寧首次共同照護費」1350 點
 - P4402B 「後續安寧照護團隊照護費(含醫師)(每週)(次)」1050 點
 - P4403B 「後續安寧照護團隊照護費(不含醫師)(每週)(次)」850 點
- 疾病別係以 ICD-9-CM 區分。

安寧共同照護 100 年至 102 年 VPN 登錄資料分析

表1 安寧共照個案前簽署DNR比率比較

單位：人、%

特約類別	共照前已簽署 DNR人數(A)	共照前未簽署 DNR人數(B)	合計照護數 (C)=(A)+(B)	共照前簽署DNR 比率(A)/(C)
100年				
醫學中心	1,271	2,320	3,591	35.39%
區域醫院	542	1,416	1,958	27.68%
地區醫院	35	56	91	38.46%
小計	1,842	3,776	5,618	32.79%
101年				
醫學中心	3,081	4,456	7,537	40.88%
區域醫院	1,916	3,999	5,915	32.39%
地區醫院	168	91	259	64.86%
小計	5,148	8,497	13,645	37.73%
102年				
醫學中心	4,254	6,029	10,283	41.37%
區域醫院	2,790	4,954	7,744	36.03%
地區醫院	347	226	573	60.56%
小計	7,346	11,108	18,454	39.81%
100-102年總計	14,207	22,747	36,954	38.45%

備註：

1. 資料來源為本署VPN系統收載資料。
2. 100年資料期間為100年04月01日至100年12月31日，其餘年度皆為整年資料。
3. 因個案可能跨特約類別就醫，故總人數不等於各特約類別人數加總；
另個案可能於不同年度接受安寧共照，故總人數不等於各年度人數加總。

表2 安寧共照個案後簽署DNR比率比較

單位：人、%

特約類別	共照後簽署 DNR人數(A)	共照前未簽署 DNR人數(B)	共照後簽署DNR比率 (C)=(A)/(B)
100年			
醫學中心	283	2,320	12.20%
區域醫院	156	1,416	11.02%
地區醫院	8	56	14.29%
小計	446	3,776	11.81%
101年			
醫學中心	590	4,456	13.24%
區域醫院	476	3,999	11.90%
地區醫院	26	91	28.57%
小計	1,092	8,497	12.85%
102年			
醫學中心	893	6,029	14.81%
區域醫院	638	4,954	12.88%
地區醫院	81	226	35.84%
小計	1,611	11,108	14.50%
100-102年總計	3,146	22,747	13.83%

備註：

1. 資料來源為本署VPN系統收載資料。
2. 100年資料期間為100年04月01日至100年12月31日，其餘年度皆為整年資料。
3. 因個案可能跨特約類別就醫，故總人數不等於各特約類別人數加總；
另個案可能於不同年度接受安寧共照，故總人數不等於各年度人數加總。

表3 安寧共照個案後收案至結案期間家屬及病人本身認知比較

單位：人、%

特約類別	知道家屬病情之人數				病人知道自己診斷之人數			
	收案時 人數	百分比	結案時 人數	百分比	收案時 人數	百分比	結案時 人數	百分比
100年								
醫學中心	2,995	85.96%	3,395	97.45%	2,776	79.68%	2,876	82.55%
區域醫院	1,232	65.15%	1,794	94.87%	1,245	65.84%	1,503	79.48%
地區醫院	77	96.25%	79	98.75%	47	58.75%	45	56.25%
101年								
醫學中心	6,228	84.69%	7,149	97.21%	5,632	76.58%	5,863	79.73%
區域醫院	4,161	72.49%	5,557	96.81%	3,617	63.01%	4,131	71.97%
地區醫院	233	93.57%	245	98.39%	139	55.82%	128	51.41%
102年								
醫學中心	8,622	85.66%	9,803	97.40%	7,358	73.10%	7,707	76.57%
區域醫院	5,523	75.36%	7,054	96.25%	4,552	62.11%	5,024	68.55%
地區醫院	435	81.92%	496	93.41%	240	45.20%	249	46.89%

備註：

1. 資料來源為本署VPN系統收載資料。
2. 100年資料期間為100年04月01日至100年12月31日，其餘年度皆為整年資料。

表4 因死亡結案之個案，其安寧共照介入天數大於30天之比率

單位：人、%

特約類別	收案至死亡日數 大於30天人數	所有死亡人數	收案至死亡日數 大於30天比率
100年			
醫學中心	59	1,510	3.91%
區域醫院	38	742	5.12%
地區醫院	2	30	6.67%
小計	99	2,281	4.34%
101年			
醫學中心	102	3,120	3.27%
區域醫院	74	2,421	3.06%
地區醫院	13	150	8.67%
小計	189	5,689	3.32%
102年			
醫學中心	171	4,562	3.75%
區域醫院	80	3,148	2.54%
地區醫院	19	333	5.71%
小計	270	8,039	3.36%
100-102年總計	558	16,008	3.49%

備註：

1. 本表統計死亡人數定義為結案原因「死亡」或「瀕死」出院人數。
2. 100年資料期間為100年04月01日至100年12月31日，其餘年度皆為整年資料。
3. 本項指標為正向指標，表示院所安寧共照介入時間較早。
4. 因瀕死個案可能於不同年度接受安寧共照，故總人數不等於各年度人數加總。

表5 轉入ICU病房人次比率

單位：人、人次、%

特約類別	轉入ICU人次	結案人次	轉入ICU比率
100年			
醫學中心	7	3,823	0.18%
區域醫院	3	2,025	0.15%
地區醫院	3	102	2.94%
小計	13	5,950	0.22%
101年			
醫學中心	18	8,254	0.22%
區域醫院	12	6,475	0.19%
地區醫院	5	295	1.69%
小計	35	15,024	0.23%
102年			
醫學中心	9	11,419	0.08%
區域醫院	9	8,621	0.10%
地區醫院	2	593	0.34%
小計	20	20,633	0.10%
100-102年總計	68	41,607	0.16%

備註：

1. 資料範圍為所有結案人次。
2. 100年資料期間為100年04月01日至100年12月31日，其餘年度皆為整年資料

表6 安寧共照個案照護_結案原因分析

單位：人、%

結案原因	100年		101年		102年		100-102年總計	
	人次	百分比	人次	百分比	人次	百分比	人次	百分比
01-問題改善	400	6.51%	882	5.73%	1,318	6.19%	2,600	6.07%
02-轉安寧病房	1,212	19.72%	2,854	18.53%	3,718	17.46%	7,784	18.17%
03-轉安寧居家	558	9.08%	1,454	9.44%	1,913	8.99%	3,925	9.16%
04-轉一般居家	22	0.36%	48	0.31%	112	0.53%	182	0.42%
05-穩定出院	1,218	19.81%	3,439	22.33%	4,735	22.24%	9,392	21.93%
06-瀕死出院	823	13.39%	2,174	14.12%	2,825	13.27%	5,822	13.59%
07-死亡	1,460	23.75%	3,524	22.89%	5,243	24.63%	10,227	23.88%
08-病人拒絕	6	0.10%	13	0.08%	19	0.09%	38	0.09%
09-家屬拒絕	29	0.47%	47	0.31%	48	0.23%	124	0.29%
10-轉入ICU病房	13	0.21%	35	0.23%	20	0.09%	68	0.16%
11-其他	406	6.60%	928	6.03%	1,338	6.28%	2,672	6.24%
合計	6,147	100.00%	15,398	100.00%	21,289	100.00%	42,834	100.00%

第二部 西醫

第一章 基本診療

第九節 安寧共同照護

通則：

一、參與資格：

申報本章費用之醫事機構須成立「安寧共同照護小組」，向保險人之分區業務組申請同意始可申報。小組成員與資格：

1. 小組成員需包括安寧共照負責醫師及專任護理人員至少各乙名，視必要得增設社工人員、心理師、宗教師或志工等。
2. 小組成員皆需接受過安寧緩和醫療之相關教育訓練 80 小時以上，每年繼續教育時數醫師及護理人員為 20 小時(含院際案例討論、遠距視訊討論、e-learning 課程等)，並提出相關教育訓練證明，成員更改時，亦須通知本保險之分區業務組，否則不予支付相關費用。
3. 參與之地區醫院過去 3 個月(每季季末計算)平均照護人數達 30 人以上，應設置專任護理人員 1 人，並應依個案增加比率酌增專任護理人員人數；惟照護人數 30 人以下者得以兼任人員任之。

二、收案對象：

經原照護團隊成員照會「安寧共同照護小組」後，共同評估符合下列末期病人條件，且病人或家屬同意接受安寧共同照護服務並簽署同意書(必要條件)。

(一) 癌症末期病患：

1. 確定病患對各種治癒性治療效果不佳(必要條件)。
2. 病人有身心靈症狀亟需安寧共同照護小組介入。

(二) 末期運動神經元病患：

1. 末期運動神經元病患，主要症狀有直接相關或間接相關症狀者。
 - (1)直接相關症狀：虛弱及萎縮、肌肉痙攣、吞嚥困難、呼吸困難。
 - (2)間接相關症狀：睡眠障礙、便秘、流口水、心理或靈性困擾、分泌物及黏稠物、低效型通氣不足、疼痛。
2. 末期運動神經元患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者。

(三) 主要診斷為下列疾病，且已進入末期狀態者(相關收案症狀等條件詳附件)：

1. 老年期及初老期器質性精神病態
2. 其他大腦變質
3. 心臟衰竭
4. 慢性氣道阻塞，他處未歸類者
5. 肺部其他疾病
6. 慢性肝病及肝硬化
7. 急性腎衰竭，未明示者
8. 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

三、收案流程：

(一) 照會申請：

1. 原則上照會之申請，由原照護團隊醫師開立照會單，且需有原照護醫師簽章。
2. 由原照護團隊針對末期病人病況照會「安寧共同照護小組」，「安寧共同照護小組」經實際評估病人之病況，研擬符合該病人需求之安寧療護照護計畫，並據以提供照護服務。

(二) 紀錄及登錄安寧共同照護服務內容：

1. 專業人員於訪視及結案時應填寫「安寧共同照護個案收案申請書」及照護記錄(安寧共同照護護理人員訪視表及其他專業人員訪視表)。
2. 參與本方案之特約醫事服務機構應於新收案、延長照護、結案時於 VPN 資訊系統登錄個案資料、評估照護指標、醫療品質指標及結案原因等。

四、 服務項目：安寧共同照護服務內容及紀錄，各項表單得視病人及家屬需要填寫，包括初步疼痛評估表、持續疼痛評估表、心理社會需要評估及照顧紀錄、靈性需要評估及輔導計畫以及善終準備紀錄單等表單內容。

五、 照護期限：照護期限之計算，以每一個案自接受首次安寧共同照護之日起，於該院所接受安寧共同照護以 1 個月為限，超過 1 個月者，若病情需要申請延長照護，應經「安寧共同照護小組」診斷並填具安寧共同照護延長照護申請書提出專案申請，送本保險人核備。

六、 病患照護評估指標：

- (一) 安寧共照後簽署 DNR 前後比率(比較)。
- (二) 收案至結案家屬病情認知(比較)。
- (三) 收案至結案病人診斷認知(比較)。
- (四) 因死亡結案病人，安寧共照介入天數大於 30 天之比率。
- (五) 轉入 ICU 病房比率。

七、 結案條件：收案對象有下列情事之一者，於發生日起終止收案。

- (一) 問題改善。
- (二) 轉安寧療護病房。
- (三) 轉安寧居家療護。
- (四) 轉一般居家。
- (五) 穩定出院。
- (六) 瀕死出院。
- (七) 死亡。
- (八) 病人拒絕
- (九) 家屬拒絕。
- (十) 其他。

八、 支付標準：

- (一) 本章節支付標準已包括安寧共同照護團隊之醫師診察及護理費，各項安寧相關之診療、處置費不得再予申報(不得再申報項目係指「安寧共同照護服務內容及紀錄」各項服務項目及內容)，亦不得以其他名目向保險對象收取費用。
- (二) 以本章節支付標準申報之個案不適用支付標準第 9 部全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)。
- (三) 後續安寧照護團隊照護費以週為申報單位，惟仍視病患病情需要提供服務才得申報，並非住院期間每週固定申報此一費用。
- (四) 首次訪視後 3 日內入住安寧病房者，不得申報本章節各項支付標準。

九、 本章節相關表單請至本署全球資訊網下載，資料路徑如下：首頁 > 醫事機構 > 網路申辦及查詢 > 安寧療護(住院、居家及共照)網路查詢服務

編 號	診 療 項 目	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數
一、首次照護：原照護團隊醫師開立照會單，「安寧共同照護小組」進行訪視，且病患已簽署安寧共同照護服務同意書。					
05631B	安寧首次共同照護費 註： 1. 安寧共同照護團隊(至少含醫師及護理人員)皆需進行訪視。 2. 每位專任護理人員每月合理訪視首次個案數為30人(含)，超過合理量部分，健保不予支付。 3. 每一個案訪視時間至少1小時，訪視時間起迄於交班時紀錄並簽名。 4. 申報本項費用時，應完成醫師診療計畫、原團隊照會單及護理評估與照護計畫紀錄。 5. 每人每院限申報乙次。	v	v	v	1350
二、後續照護：指申報首次照護費後，依病人病情施行之後續安寧共照服務，需與首次共照服務隔1週(≥7日)。					
05632B	後續安寧照護團隊照護費(含醫師)(每週)(次) 註： 1. 每週醫師及護理人員基本訪視次數至少各乙次。 2. 團隊相關照護人員視病人病情需要，應予提供，申報費用時應檢附評估與照護紀錄。 3. 未滿1週，惟團隊基本訪視次數已達到者，得予申報。 4. 每次訪視時間至少30分鐘。	v	v	v	1050
05633B	後續安寧照護團隊照護費(不含醫師)(每週)(次) 註： 1. 每週護理人員基本訪視次數至少乙次。 2. 團隊相關照護人員視病人病情需要，應予提供，申報費用時應檢附評估與照護紀錄。 3. 未滿1週，惟團隊基本訪視次數已達到者，得予申報。 4. 每次訪視時間至少30分鐘。	v	v	v	850

附件

一、老年期及初老期器質性精神病態

1. 必要條件：CDR 臨床失智評分量表為一末期(CDR=5)者：病人沒有反應或毫無理解力。認不出人。需旁人餵食，可能需用鼻胃管。吞食困難。大小便完全失禁。長期躺在床上，不能坐也不能站，全身關節攣縮。
2. 病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：
 - (1) 電解值不平衡(Electrolyte imbalance)
 - (2) 急性疼痛(Acute pain)
 - (3) 嚴重呼吸困難(Severe dyspnea)
 - (4) 惡性腸阻塞(Malignant bowel obstruction)
 - (5) 嚴重嘔吐(Severe vomiting)
 - (6) 發燒，疑似感染(Fever, suspect infection)
 - (7) 癲癇發作(Seizure)
 - (8) 急性瞻妄(Acute delirium)
 - (9) 瀕死狀態(Predying state)

二、其他大腦變質

嚴重神經疾病如：嚴重中風、嚴重腦傷, Multiple sclerosis, Parkinson's disease, Huntington's disease 等退化性疾病末期，合併以下狀況：

1. 末期大腦變質病患，不需使用呼吸器維生者，病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：
 - (1) 電解值不平衡(Electrolyte imbalance)
 - (2) 急性疼痛(Acute pain)
 - (3) 嚴重呼吸困難(Severe dyspnea)
 - (4) 惡性腸阻塞(Malignant bowel obstruction)
 - (5) 嚴重嘔吐(Severe vomiting)
 - (6) 發燒，疑似感染(Fever, suspect infection)
 - (7) 癲癇發作(Seizure)
 - (8) 急性瞻妄(Acute delirium)
 - (9) 瀕死狀態(Predying state)
2. 末期大腦變質患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者。

三、心臟衰竭

心衰竭末期應最少符合下列二個指標：

1. CHF NYHA stage III 或 IV – 休息或輕度活動時會喘。
2. 原心臟照顧團隊認為病人很可能在近期內死亡。
3. 經常因嚴重心臟衰竭症狀住院。
4. 雖經最大的醫療處置但仍有極不容易控制的生理或心理症狀如下：
 - (1) 因心律不整而造成的昏厥等嚴重症狀者
 - (2) 曾有心臟停止或心肺復甦術病史
 - (3) 常有不明原因的昏厥
 - (4) 心因性腦栓塞
 - (5) 左心室射出分率(LV ejection fraction) $\leq 20\%$

四、慢性氣道阻塞疾病，他處未歸類者

慢性阻塞性肺病 Chronic Obstructive Pulmonary Disease – COPD

休息時就會喘，且病況持續惡化（如：反覆因肺炎或呼吸衰竭需送至醫院急診或住院），合併以下任一狀況：

- 1.即使使用氧氣，然而 $\text{PaO}_2 \leq 55\text{mmHg}$ 、 $\text{PaCO}_2 \geq 50\text{mmHg}$ 或 O_2 saturation $\leq 88\%$ 。
- 2.FEV1 $\leq 30\%$ of predicted。
- 3.FEV1 持續下降且速度每年大於 40 mL。
- 4.六個月內體重減少 10% 以上。
- 5.休息時心跳超過 100/min。
- 6.肺心症或肺病造成之右心衰竭。
- 7.合併有其他症狀（如：惡質病、反覆感染、重度憂鬱）或多重合併症。

五、肺部其他疾病

Cystic fibrosis, severe fibrotic lung disease 等末期肺病，休息時就會喘，且病況持續惡化（如：反覆因肺炎或呼吸衰竭需送至醫院急診或住院），合併以下任一狀況：

- 1.即使使用氧氣，然而 $\text{PaO}_2 \leq 55\text{mmHg}$ 、 $\text{PaCO}_2 \geq 50\text{mmHg}$ 或 O_2 saturation $\leq 88\%$ 。
- 2.FEV1 $\leq 30\%$ of predicted。
- 3.FEV1 持續下降且速度每年大於 40 mL。
- 4.六個月內體重減少 10% 以上。
- 5.休息時心跳超過 100/min。
- 6.肺心症或肺病造成之右心衰竭。
- 7.合併有其他症狀（如：惡質病、反覆感染、重度憂鬱）或多重合併症。

六、慢性肝病及肝硬化

必要條件：肝病或肝硬化末期，不適合肝臟移植，且：

- (1) $\text{PT} > 5 \text{ sec above control}$ 或 $\text{INR} > 1.5$
- (2) Serum albumin $< 2.5 \text{ g/dl}$

合併下列任一項症狀：

- 1.困難處理之腹水 (Refractory ascites)。
- 2.自發性細菌性腹膜炎 (Spontaneous bacterial peritonitis)。
- 3.肝腎症候群 (Hepatorenal syndrome)。
- 4.肝腦病變合併坐立不安、昏睡和昏迷 (Encephalopathy with asterixis, somnolence, coma)。
- 5.復發性食道靜脈瘤出血 (Recurrent variceal bleeding)。
- 6.多重器官衰竭 (Multiple organ failure)。
- 7.惡病質與消瘦 (Cachexia and asthenia)。

七、急性腎衰竭，未明示者

acute renal failure, unspecified

- 1.已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病患。
- 2.病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病患可能在近期內死亡。
- 3.病人在自由意識的選擇與自主的決定下不願意，或因合併下列疾病狀況之一，不適合繼續接受長期透析治療或接受腎臟移植者：
 - (1)其他重要器官衰竭及危及生命之合併症
 - (2)長期使用呼吸器

- (3) 嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症
- (4) 惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者
- (5) 惡性腫瘤末期患者
- (6) 因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者

八、慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

本項適用主診斷 585 (慢性腎衰竭; chronic renal failure)及 586 (腎衰竭，未明示者; renal failure, unspecified)兩項疾病末期定義

1. 慢性腎臟病至末期腎臟病階段，尚未接受腎臟替代療法病患，屬慢性腎臟病(CKD)第4，5期病患(GFR < 30 ml/min/1.73m²)，或已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病患。
2. 病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病患可能在近期內死亡。
3. 病人在自由意識的選擇與自主的決定下不願意，或因合併下列疾病狀況之一，不適合新接受或繼續接受長期透析治療或腎臟移植者：
 - (1) 其他重要器官衰竭及危及生命之合併症
 - (2) 長期使用呼吸器
 - (3) 嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症
 - (4) 惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者
 - (5) 惡性腫瘤末期患者
 - (6) 因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者

報告事項

第四案

報告單位：健保署醫務管理組

案由：有關「全民健康保險特定檢查資源共享試辦計畫」擬導入支付標準案。

說明：

- 一、為鼓勵醫療資源共享，本署針對 CT、MRI 及 PET，自 93 年 7 月 1 日起推動特約醫院間之資源共享計畫，鼓勵醫院在病患同意下，可向原檢查醫院、透過衛生福利部影像交換中心或病患自行攜帶複製片等方式取得病人在其他醫院之檢查影像資料，以利資源共享，減少醫療浪費。
- 二、分析 93 年實施至 102 年參與方案院所數、收案人數及費用醫療服務提供情形(詳附件 6，P4-3)：
 - (一) 參與院所數：101 年 227 家，102 年 226 家。
 - (二) 收案人數：101 年 36,160 人，102 年 40,118 人
 - (三) 醫療費用：101 年 1 億 1,319 萬點，102 年 1 億 3,087 萬點，不論是人數或件數，皆逐年成長。
- 三、按 102 年院所施行資源共享申報醫令數 (40,911 件) 及參照 CT、MRI、PET 有無照影申報件數及支付點數的加權平均數推論，院所如未施行資源共享時，將申報 2.55 億點，實施資源共享則申報 1.31 億點，因此預估節省費用 1.24 億點(詳附件 7，P4-4)。
- 四、整體而言，考量本方案已試辦 10 年，照護人數及件數均呈穩定成長，資源共享之推廣已達預期目標，且本署針對 CT 及 MRI 申報費用均已明訂審查原則。綜上，本方案推動已成熟穩定，建議本方案納入支付標準全面實施，以落實資源共享，節約醫療資源。

決定：本案如經討論同意，擬將原方案內容及支付方式改列支付標準
第二部西醫第二章特定診療第一節檢查及第二節放射線診療
辦理(修訂草案詳附件 8，P4-5～P4-8)，並依程序陳報衛生福利
部核定公布。

93 年至 102 年「全民健康保險特定檢查資源共享試辦計畫」執行統計

單位：家、人、件、萬點

年度	家數	人數		件數		醫令點數	
		值	成長率	值	成長率	值	成長率
93 年	68	495		716		118.2	
94 年	121	2,539	412.9%	4,199	486.5%	679.1	474.7%
95 年	170	6,186	143.6%	9,944	136.8%	1,643.5	142.0%
96 年	186	10,785	74.3%	18,553	86.6%	3,062.4	86.3%
97 年	206	14,180	31.5%	27,253	46.9%	4,507.3	47.2%
98 年	202	21,357	50.6%	36,114	32.5%	6,058.6	34.4%
99 年	219	26,680	24.9%	44,372	22.9%	7,427.3	22.6%
100 年	217	31,867	19.4%	57,622	29.9%	9,818.1	32.2%
101 年	227	36,160	13.5%	65,047	12.9%	11,319.9	15.3%
102 年	226	40,118	10.9%	74,379	14.3%	13,087.0	15.6%

備註：

- 1.資料來源：健保署二代倉儲門診住院明細醫令檔(擷取日期：103.05.23)。
- 2.統計範圍：本計畫申報醫令代碼 CT(P2101C、P2103C)、MRI(P2102C、P2104C)、PET(P2105C、P2106C、P2107C、P2108C)。
- 3.本計畫自 93 年 7 月 1 日起實施，PET 正子造影自 99 年 9 月 1 日起施行。

100 年至 102 年全民健康保險特定檢查資源共享試辦計畫推估節省費用統計

單位：家、件、點

院所 家數	第二次處方醫院 申報資源共享醫 令件數(A)	原處方及第二次 處方醫院資源共 享申報點數(B)	加權平 均點數 (C)	假設未施行資源 共享之費用 (D=A*C)	預估節省費用 (E=D-B)	
100 年						
CT	113	20,987	50,954,840	4,376	91,830,717	40,875,877
MRI	91	10,660	46,060,377	8,485	90,451,166	44,390,789
PET	14	319	1,165,935	36,363	11,599,829	10,433,894
小計		31,966	98,181,152		193,881,712	95,700,560
101 年						
CT	101	22,569	55,064,084	4,372	98,680,696	43,616,612
MRI	89	13,498	56,662,875	8,475	114,394,200	57,731,325
PET	18	375	1,472,030	36,369	13,638,338	12,166,308
小計		36,442	113,198,989		226,713,233	113,514,244
102 年						
CT	113	24,856	61,571,124	4,377	108,784,770	47,213,646
MRI	106	15,641	67,506,450	8,405	131,457,913	63,951,463
PET	19	414	1,792,725	36,357	15,051,964	13,259,239
小計		40,911	130,870,299		255,294,646	124,424,347

備註：

- 1.資料來源：健保署二代倉儲門診住院醫令檔(擷取日期：103 年 5 月 2 日)。
- 2.統計範圍：CT 係醫令代碼為 P2103C，MRI 係醫令代碼為 P2104C，PET 係醫令代碼為 P2107C、P2108C。
- 3.加權平均點數係前一年 CT、MRI 及 PET 申報件數及支付點數之加權平均數。

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

第二十項 核子醫學檢查 Radioisotope Scanning (草案)

一、造影 Scanning (26001-26081)

通則：

1. 本項所定點數包括放射性藥物、注射、技術費、底片費及診斷費在內。
2. 本項各檢查項目 (除編號26078C、26079C、26080C及26081C外) 皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之二十；但所有特材一律不加計。
3. 編號 26078C 至 26081C 適用下列規定：
 - (1) 保險對象經醫師診治因病情需要，得由第二次處方院所檢具「全民健康保險特殊造影檢查影像及報告申請同意書」向原檢查醫院申請特殊造影檢查影像報告，以供診斷疾病之參考。本項申請程序、同意書格式、受理與回饋及作業流程圖等全民健康保險特殊造影檢查影像及報告作業說明，請至本署全球資訊網下載，資料路徑如下：首頁 > 資料下載 > 表單下載 > 醫療服務表單。
 - (2) 原檢查醫院提供特殊造影檢查影像及報告費，所訂點數包含檢查報告、製作影像、傳輸影像、造影複製片、X光底片、行政管理及郵寄等費用在內；第二次處方院所申請特殊造影檢查影像及報告費，所訂點數除鼓勵資源共享外，並包含影像下載、診斷判定費、底片整理及相關行政等費用在內。
 - (3) 保險對象特殊造影檢查影像及報告於原檢查醫院及第二次處方院所間之提供與申請，以乙次為限；病患自行攜帶複製片，經第二次處方院所使用並作成診斷報告，給予第二次處方院所申請特殊造影檢查影像及報告費。
 - (4) 影像之提供得以 PACS、衛生福利部全國醫療影像交換中心及複製片等方式提供。

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
26072B	正子造影 Positron emission tomography (PET)					
	－全身		√	√	√	36500
26073B	－局部		√	√	√	26500
	<u>正子造影原檢查醫院提供特殊造影檢查影像及報告費</u>					
<u>26078C</u>	－全身		√	√	√	<u>2445</u>
<u>26079C</u>	－局部		√	√	√	<u>1340</u>
	<u>正子造影第二次處方院所申請特殊造影檢查影像及報告費</u>					
<u>26080C</u>	－全身	√	√	√	√	<u>2445</u>
<u>26081C</u>	－局部	√	√	√	√	<u>1340</u>
	註：實施本項目須符合					
	1. 腫瘤部分之適應症：					
	(1) 乳癌、淋巴癌之分期、治療及懷疑復發或再					

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p>分期。</p> <p>(2)大腸癌、直腸癌、食道癌、頭頸部癌(不包含腦瘤)、原發性肺癌、黑色素癌、甲狀腺癌及子宮頸癌之分期及懷疑復發或再分期。</p> <p>(3)上述(1)(2)之分期，治療及懷疑復發或再分期及相關規範如下：</p> <p>A.分期：評估腫瘤之期別。</p> <p>B.治療：評估腫瘤對治療之反應，擬改變治療方式時。</p> <p>C.懷疑復發或再分期：使用於患者已接受一階段之正統治療後，偵測疑似有復發或轉移及評估復發之程度(不得用於例行之追蹤檢查)。</p> <p>D.以上各階段須符合：經電腦斷層、核磁共振、核子醫學掃瞄等檢查仍無法分期者，或認定電腦斷層、核磁共振等檢查不足以提供足夠資訊以供治療所需者，且須於病歷中說明施行正子造影之必要性理由。</p> <p>E.配合腫瘤治療計畫者方得以正子造影作為療效評估項目，未有後續積極處置之計畫者，不得施行。</p> <p>2. 非腫瘤部分之適應症：</p> <p>(1)存活心肌偵測：限LVEF\leq40%以下且以(或認定)傳統心肌斷層灌注掃描無法做確切心肌存活者適用。</p> <p>(2)癲癇病灶術前評估：持續且規則性服用三種(含)以上抗癲癇藥物治療\geq一年，且近一年內平均每月有一次以上發作合併意識喪失者之術前評估。</p>					

第二節 放射線診療 X-RAY (草案)

二、特殊造影檢查 Scanning (33001-33138)

通則：

編號 26035C 至 26038C 適用下列規定：

- (1) 保險對象經醫師診治因病情需要，得由第二次處方院所檢具「全民健康保險特殊造影檢查影像及報告申請同意書」向原檢查醫院申請特殊造影檢查影像報告，以供診斷疾病之參考。本項申請程序、同意書格式、受理與回饋及作業流程圖等全民健康保險特殊造影檢查影像及報告申請作業說明，請至本署全球資訊網下載，資料路徑如下：首頁 > 資料下載 > 表單下載 > 醫療服務表單。
- (2) 原檢查醫院提供特殊造影檢查影像及報告費，所訂點數包含檢查報告、製作影像、傳輸影像、造影複製片、X光底片、行政管理及郵寄等費用在內；第二次處方院所申請特殊造影檢查影像及報告費，所訂點數除鼓勵資源共享外，並包含影像下載、診斷判定費、底片整理及相關行政等費用在內。
- (3) 保險對象特殊造影檢查影像及報告於原檢查醫院及第二次處方院所間之提供與申請，以乙次為限；病患自行攜帶複製片，經第二次處方院所使用並作成診斷報告，給予第二次處方院所申請特殊造影檢查影像及報告費。
- (4) 影像之提供得以 PACS、衛生福利部全國醫療影像交換中心及複製片等方式提供。

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
33070B	電腦斷層造影 Computed tomography (C. T.) — 無造影劑 without contrast		√	√	√	3800
33071B	— 有造影劑 with contrast		√	√	√	4560
33072B	— 有/無造影劑 with/without contrast 註：申報費用時應檢附報告。		√	√	√	5035
<u>33135C</u>	<u>電腦斷層造影原檢查醫院提供特殊造影檢查影像及報告費</u>		√	√	√	<u>1340</u>
<u>33136C</u>	<u>電腦斷層造影第二次處方院所申請特殊造影檢查影像及報告費</u>	√	√	√	√	<u>1340</u>
33084B	磁共振造影 Magnetic resonance imaging — 無造影劑 without contrast		√	√	√	6500
33085B	— 有造影劑 with contrast 註：1. 本項須限經保險人同意之醫療院所實施。 2. 申報費用時必須附上報告結果。		√	√	√	11500
<u>33137C</u>	<u>磁共振造影原檢查醫院提供特殊造影檢查影像及報告費</u>		√	√	√	<u>2445</u>
<u>33138C</u>	<u>磁共振造影第二次處方院所申請特殊造影檢查影像及報告費</u>	√	√	√	√	<u>2445</u>

報告事項

第五案

報告單位：健保署醫務管理組

案由：全民健康保險醫療費用總額其他預算項目－鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案」，103年下半年診所及藥局納入實施及其核付指標另行協商議訂案。

說明：資料後補

決定：

肆、討論事項

討論事項

第一案

報告單位：健保署醫務管理組

案由：修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號

05404C-05406C「精神疾病患者居家治療」等3項診療項目案，
提請討論。

說明：

- 一、衛生福利部於102-103年間多次召開精神醫療資源檢討研商會議，會議決議建議本署應調高精神疾病患者居家治療支付點數，期能藉由提高支付誘因，鼓勵醫療機構多投入資源至社區。103年其他部門醫療給付費用成長率中，「非屬各部門總額支付制度範圍之服務」項下已編列預算調整該等診療項目支付點數。
- 二、本案經彙集相關專家及台灣精神醫學會意見，建議修訂如下
 - (一) 調升支付點數：參採100年RBRVS調查成本參數，考量病患照護時間、交通因素及行政人員作業費用等項目，建議醫師訪視費(第1-4個個案)由1,035點調整為1,656點，醫師訪視費(第5個個案後)由600點調整為960點，其他醫事人員處置費由700點調整為775點。
 - (二) 放寬每位醫師每日及每月看診量上限：由「每日以六個為限；每月以一百八十個為限」放寬為「每日以八個為限；每月以二百四十個為限」，以鼓勵醫師積極從事居家治療業務。

三、財務影響：以 102 年申報量及歷年成長率作推估，將增加 0.422 億點，由其他預算「非屬各部門總額支付制度範圍」項下匡列之「精神疾病社區復健居家訪視費」0.36 億點支應。考量超出金額不大(0.062 億點)，且其他部門近年支出皆未超出預算金額，應尚足以支應。

擬辦：本案如經討論同意，擬修訂支付標準(詳附件 9，P6-3)，並依程序陳報衛生福利部核定公布。

第五部 居家照護及精神病患者社區復健

第二章 精神疾病患者社區復健

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	備註
05404C	居家治療醫師診治費(次)					4035 <u>1656</u>	調升點數及放寬醫師看診量上限
05405C	同一醫師，應同一承辦居家治療業務之醫療機構之請，當日診治個案數在五個以上者，自第五個個案起，其診治費依本項申報。 註：1.診治費每一個案每人每月以二次為原則，申報費用時應檢附訪視紀錄，並詳述理由。 2.每位醫師診治個案數，每日以 <u>八</u> 六個為限；每月以 <u>二百四十個</u> 一百八十個為限。				600 <u>960</u>		
05406C	居家治療其他專業人員處置費(次) 註：處置費每一個案每月以二次為限，申報費用時應檢附訪視紀錄。					700 <u>775</u>	

討論事項

第二案

報告單位：健保署醫務管理組

案由：103年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」，
提請討論。

說明：

- 一、依據衛生福利部103年1月21日衛部健字第1033360005號公告及健保會第1屆103年第4次委員會議決議(定)事項辦理。
- 二、查103年醫院總額協商結果，「提升住院護理照護品質方案」共編列預算20億元，較102年減少5億元。
- 三、本案經護理師護士公會全國聯合會、護理學會、專家學者、醫院協會、三層級醫院代表、本部相關單位(照護司、醫事司、健保署)組成之「護病比與健保給付連動研議小組」2次會議及工作小組3次會議討論後，本署依上述會議決議提出「103年全民健康保險提升住院護理照護品質方案」(草案)並經衛生福利部核可，重點如下：
 - (一)品質指標報告，預算0.5億元：依102年方案內容辦理，採定額款項支付。
 - (二)通過醫院評鑑人力標準，預算12億元：比照102年採層級預算分配方式，以醫學中心、區域醫院及地區醫院102年全年門、住診醫療費用(一般部門+專款項目核定費用點數)占率分配總預算(精神專科醫院依本署特約類別計入該層級)，各層級再依所分配預算數平均分配12個月，採浮動點值結算，每點不高於一元。

(三) 補助新增護理人員數，預算3.5億元：本專款係以103年各特約醫院之每月平均執業登記護理人員數，相較於102年特約醫院每月平均執業登記護理人員數增加人數，並考量特約醫院規模之變動情況為計算依據。增加人員每位補助金額：1.地區醫院及各層級離島醫院增加人員每位保障點值補助16萬8千元。2.其餘每人每年補助金額上限為11萬7千點，採浮動點值計算（每點不高於一元）。

(四) 偏鄉醫院住院護理費點數加成，預算0.5億元：

1. 偏鄉醫院以每月申報病床護理費(全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第一章第三節各類病床護理費)支付點數加成獎勵，符合獎勵者每月先以每點1元給付，全年結算一次，採浮動點值結算，每點不高於一元。
2. 偏鄉醫院之範圍：係依據本署公告之103年「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」及103年3月6日本署召開之「103年『護病比與健保給付連動研議』工作小組會議」第3次會議決議之偏鄉醫院名單認定，其認定結果共計109家。
3. 上述醫院凡為區域級以上醫院，當年度該月於通過醫院評鑑人力標準評定B級及A級時，該月即不補助偏鄉醫院住院護理費點數加成補助。
4. 費用影響：以上述醫院101年住院護理費點數推估，如109家醫院全部補助，住院護理費可加成2.2%，排除102年上述名單中區域級以上醫院，當年度該月於通過醫院評鑑人力標準評定B級及A級者，住院護理費可加成

3.5%，考量發揮本項預算之效益，本項擬訂偏鄉醫院以每月申報病床護理費支付點數加成3.5%獎勵，符合獎勵者每月先以每點1元給付，全年結算一次，採浮動點值結算，每點不高於一元。

(五) 一般急性病房每月三班平均照護人數，全年預算3.5億元：

1. 本預算款項3.5億元，採層級預算分配方式，以醫學中心、區域醫院及地區醫院102年全年門、住診醫療費用（一般部門+專款項目核定費用點數）占率分配總預算（精神專科醫院依本署特約類別計入該層級），各層級再依所分配預算數平均分配12個月，採浮動點值結算，每點不高於一元。
2. 醫院須每月至健保資訊網服務系統（VPN），登錄一般急性病房每月每日三班平均上班護理人員數，分為含專科護理師者及不含專科護理師兩種表格填復。
3. 護理人員數包含護理長、專科護理師、護理人員（滿8小時計1人，未滿4小時不計，滿4小時計0.5人），不含實習護士。
4. 獎勵標準將俟收集本項登錄資料3個月後，開會訂定獎勵標準。

(六) 配合103年立法院預算通過審查決議事項，本方案增列獎勵金核付醫院，103年經勞動檢查發現違反護理人員相關勞動法令者，以違規發生日期認定，於停止處分期間或停約之月份數不予給付本方案，獎勵金已給付者則予以追扣給付之費用等相關規定。

(七) 鑑於領有獎勵款項之醫院，其獎勵款項之應用項目仍有部分疑義，為符合本方案專款專用之精神，領有獎勵款之醫院除將該款項應用於提升護理人力之配置、護理人員薪資、提高護理人員大、小夜班費、超時加班費、加發獎勵金外，不得用於其他用途，並增加「非屬本專案之獎勵金額請勿填入」之規定。

(八) 其餘內容依102年方案修訂辦理。

四、 依據 103 年 5 月 8 日第 8 屆第 5 會期社會福利及衛生環境委員會召開第 23 次全體委員會議，委員臨時提案，針對 103 年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」提出部分建議，並請本署於 2 週內研議見復(詳附件 10，P7-6~P7-7)，建議如下：

(一) 要求衛生福利部將健保補助款用於三班護病比連動給付的金額提高，或者醫院的護理人力有淨增加才能領相關項目之補助款。

(二) 健保署應將醫療院所增聘護理人力列為給付優先項目，並將違反勞動法令納入「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」給付指標。

五、 本署意見：綜上，在衝擊最小的情況下，建議由「護病比與健保給付連動研議小組」研議之方案內容中，將品質指標報告預算 0.5 億元移至「一般急性病房每月三班平均照護人數」預算中，本項預算增加至 4 億元，品質指標報告未列預算，但列入必要登錄指標，未登錄即不核發獎勵金(詳細內容詳附件 11，P7-8~P7-24)。

擬辦：本署將依會議決議，於「全民健康保險會」報告後，陳報衛生福利部核定及辦理公告事宜。

臨時提案

根據日本成功經驗，提升護理人力最有效的方法，就是把健保補助款與三班護病比連動(護病比成績越好則獎勵金越高)，護理師護士公會全聯會亦建議衛福部比照日本，將護病比與給付連動。然 103 年高達 20 億元的護理獎勵金中，健保署只規劃 3.5 億元來推動三班護病比連動，其餘 16.5 億元則以其他方式分給醫院。爰此，要求衛福部於兩週內研議將健保補助款用於三班護病比連動給付的金額提高，或者醫院的護理人力有淨增加才能領相關項目之補助款，並將研議結果送立法院社福及衛環委員會。

提案人：田秋蓮

連署人：李建國 謝茹玟

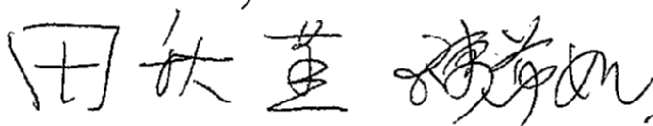
0508 臨時提案

鑑於 103 年 3 月最新護理人員領照人數共有 245,926 人，然執業率卻只有 58.9%，衛福部及健保署無視目前高達 10 萬名有照護士未投入醫院職場；醫改會分析 101 年健保提升護理方案醫院，高達 42.8% 醫院(205 家)減少護理人力仍獲得健保專款補助；以補助款項目，又以 70.5% 提高護理人員所得，包含夜班費、超時費、薪資、獎勵金等。顯然，護理照護提升方案未能改善血汗長工時的工作；衛福部甚至同意醫院聘任未具證照之護理畢業生也可取得獎勵，實不符合該方案獎勵金應積極用於淨增加醫院的護理人力(包含強化留任及積極新聘兩方面)，減輕護理人員血汗勞動之目的，爰要求健保署應將醫療院所增聘護理人力列為給付優先項目，並將違反勞動法令納入「全民健康保險提升住院護照顧品質方案」給付指標。

提案人：



連署人：



103 年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」

壹、依據：

依據衛生福利部102年12月13日衛部保字第1021280275號核定函及衛生福利部103年1月21日衛部健字第1033360005號公告辦理。

貳、預算：103年度醫院醫療給付費用總額及其分配，專款編列20億元。

參、目的：鼓勵醫院重視護理照護，增加護理人力配置，提高住院病人醫療照護品質。

肆、對象：屬醫院總額範圍內之特約醫療院所。

伍、支付方式：

一、醫院資料登錄

(一) 品質指標報告

醫院於每季次月20日前填報前季出院病人數中曾發生跌倒意外人數、院內感染、壓瘡發生人數、出院病人數、該院年資3個月以上護理人員離職率與該院2年以上年資護理人員比率，並於每年2月20日及8月20日前填報1次住院護理服務滿意度，未填報上述品質指標報告者，不核發本方案之各項獎勵金。

(二) 通過醫院評鑑人力標準，全年預算12億元

以醫院評鑑人力基準1.3.7之C1~C9的護理人力作標準(精神專科醫院採用精神科醫院評鑑6.1.2.2護理人力作標準、慢性醫院依設置標準)，達到C、B、A標準之醫院以每月申報病床護理費(全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第一章第三節各類病床護理費)支付點數加成獎勵。

1. 評鑑人力標準計算公式如附表1。
2. 標準評定：
 - (1) 醫學中心、區域醫院及地區醫院：院所每月登錄C1~C9之護理人員數總和/評鑑人力標準計算公式計算之護理人員數，C級： >1 ，B級： >1.05 ，A級： >1.10 （四捨五入取至小數點第3位）。
 - (2) 精神專科醫院：依評鑑人力標準計算公式評定（四捨五入取至小數點第3位）。
 - (3) 慢性醫院：以登錄慢性病房之護理人員數總和÷慢性醫院設置標準計算之護理人員數，C級： >1 ，B級： >1.05 ，A級： >1.10 （四捨五入取至小數點第3位）。
3. 獎勵金計算方式如下：

(1) 支付標準

層級別	標準	獎勵金
各層級醫院	C	住院護理費加成6%
	B	住院護理費加成7%
	A	住院護理費加成9%

(2) 獎勵金計算方式：

- A. 本預算款項12億元，採層級預算分配方式，以醫學中心、區域醫院及地區醫院102年全年門、住診醫療費用（一般部門+專款項目核定費用點數）占率分配總預算（精神專科醫院及慢性醫院依本署特約類別計入該層級），各層級再依所分配預算數平均分配12個月，採浮動點值結算，每點不高於一元。
- B. 每月預算/達獎勵標準之醫院申報住院護理費加成後點數之總和＝該月獎勵金點值。
- C. 個別醫院之獎勵金＝該院當月申報之住院護理費點數 ×該院

獎勵加成數×該月獎勵金點值。

- D. 考量辦理本方案核發作業後，若有未列入本方案核發名單之醫院提出資料修正或申復等行政事宜，案經各分區審核同意列入核發者，其核發金額將自分區審核同意時之當月預算中支應。

二、 補助新增護理人力及偏鄉醫院住院護理費加成

- (一) 補助新增護理人員數（不含實習護士），全年預算3.5億元

為鼓勵全國特約醫院增聘護理人力，本專款係以103年各特約醫院之每月平均執業登記護理人員數，相較於102年特約醫院每月平均執業登記護理人員數增加人數，並考量特約醫院規模之變動情況為計算依據。以本項專款3.5億元及各特約醫院增加之護理人員數總合，計算增加人員每位補助金額，補助方式採差別給付方式：1.地區醫院及各層級離島醫院增加人員每位保障點值補助16萬8千元。2.其餘每人每年補助金額上限為11萬7千點，採浮動點值計算（每點不高於一元）。差別給付醫院層級之認定以103年1月1日之醫院評鑑等級為全年計算基礎。

註：增聘護理人員數之計算：

1. 執業登錄護理人員數：

各特約醫院103年每月平均執業登記護理人員數(103年每月10日的有效執業登記護理人員數總和÷12個月)與102年每月平均執業登記護理人員數(102年每月10日的有效執業登記護理人員數總和÷12個月)相比較。

2. 特約醫院規模擴增

若年度間醫院床位有增加時，應先依床位數與人力比作調整

後，再行計算。新增床位所需之護理人力以該層級醫院評鑑C標準作計算基準。

(二) 偏鄉醫院住院護理費點數加成，全年預算0.5億元

1. 偏鄉醫院以每月申報病床護理費(全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第一章第三節各類病床護理費)支付點數加成3.5%獎勵，符合獎勵者每月先以每點1元給付，全年結算一次，採浮動點值結算，每點不高於一元。
2. 偏鄉醫院範圍認定：係依據本署103年「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」及本部護理及健康照護司偏鄉護理公費生分配醫院為原則，共計109家，名單如附表2。
3. 附表2之醫院凡為區域級以上醫院(名單如附表3)，當年度該月於通過醫院評鑑人力標準評定B級及A級時，該月即不補助偏鄉醫院住院護理費點數加成。

三、一般急性病房每月三班平均照護人數，全年預算4億元

(一) 以醫院一般急性病房(含精神專科醫院)之護理人力計算為主，凡達到一般急性病房每月三班平均照護人數獎勵標準之醫院，以每月申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第一章第三節一般病床(精神專科醫院為急性精神一般病床)護理費支付點數加成獎勵。

(二) 獎勵金計算方式如下：

1. 本預算款項4億元，採層級預算分配方式，以醫學中心、區域醫院及地區醫院102年全年門、住診醫療費用(一般部門+專款項目核定費用點數)占率分配總預算(精神專科醫院依本署特約類別計入該層級)，各層級再依所分配預算數平均分配12個月，採浮動點值結算，每點不高於一元。

2. 醫院須每月至健保資訊網服務系統 (VPN)，登錄一般急性病房每月每日三班平均上班護理人員數。
3. 護理人員數包含護理長、專科護理師、護理人員 (滿8小時計1人，未滿4小時不計，滿4小時計0.5人)，不含實習護士。
4. 獎勵標準將俟本署VPN系統蒐集本項登錄資料3個月後，開會訂定獎勵標準後，獎勵金之計算追溯至103年1月1日。

陸、有關資料登錄作業，因本署行政或系統問題導致延誤或錯誤者，由醫院舉證，提報保險人分區業務組衡酌處理。

柒、保險人得不定期進行稽核，經查有下列情形，追扣獎勵款項：

登錄資料經查有登錄不實者；經勞動檢查發現違反護理人員相關勞動法令者；或有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八條、第三十九條或四十條所列違規情事者，經保險人處以停止特約者(含行政救濟進行中尚未執行處分者)，以違規發生日期認定，並停止處分期間或停約之月份數不給予給付本方案，獎勵金已給付者則追扣給付之費用，追扣費用併入獎勵金計算當月預算。如：103年9月查獲院所於103年2月違規，處分停約3個月，則追扣103年2-4月護理人力配置獎勵金及補助新增護理人員數獎勵金 (追扣費用併入103年9月預算)、103年上半年品質指標登錄獎勵金 (追扣費用併入103年下半年預算)。

捌、各類品質指標值及評鑑人力標準數據之登錄

一、參與本方案之特約醫療院所提報品質指標資料、評鑑人力標準數據及一般急性病房每月每日三班平均上班護理人員數，應依規定於健保資訊網服務系統 (VPN)

(<https://10.253.253.243/iwpe0000/iwpe0000s01.aspx>) 登錄，未定期登錄或登錄不完全者(排除因重大行政或系統問題導致延誤或錯誤

並由保險人分區業務組同意處理者)，結算時不予支付該獎勵金款項。

二、保險人得公開領有獎勵款醫院之領取獎勵總金額、淨增加護理人員數、醫院應用款項總金額及醫院應用款項於增聘護理人力、提高夜班費、加班費、提高護理人員薪資、加發獎勵金之比例等資訊供民眾參考，公開網址：[首頁](#)>[資訊公開](#)>[健保資訊公開](#)>[健保統計資訊](#)>[醫務管理](#)>[全民健康保險提升住院護理照護品質方案](#)

(http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=17&menu_id=1023&WD_ID=1043&webdata_id=3974)。

玖、款項之運用

一、領有獎勵款之醫院應將該款項應用於提升護理人力之配置、提高護理人員薪資、提高護理人員大、小夜班費、加班費及獎勵金，不得用於其他用途。

二、領有獎勵款之醫院應依獎勵金核付進度，每半年將款項之運用情形提報保險人備查，並於獎勵金核付結束後3個月內完成全年獎勵款項應用情形報告(非屬本專案之獎勵金額請勿填入)，保險人應依獎勵金核付進度，每半年稽核款項之運用情形1次，醫院如未落實前述規定，保險人將予以追扣是項款項。

全民健康保險提升住院護理照護品質方案

資料登錄系統

一、基本資料：醫院代號、醫院名稱

二、品質指標部份：

(一)每季次月20日前填報前季出院人數曾發生以下各項之人數：

病人跌倒意外、院內感染、壓瘡等人數、出院人數、該院年資3個月以上護理人員離職率（該院年資超過3個月護理人員離職人數/該院該季護理人員平均人數）、該院2年以上年資護理人員比率（該院年資超過2年護理人員數/該院該季護理人員平均人數）

(二)每半年填報1次住院護理服務滿意度：填報時間，每年2月20日及8月20日

三、通過醫院評鑑人力標準數據：

(一) 各層級醫院於次月20日前登錄當月1日服務於下列單位之護理人員數（含部分工時）：

1. 醫學中心、區域醫院及地區醫院：①急性病房（含急性精神病床）②手術室③手術恢復室、觀察室④產房及待產室⑤嬰兒室⑥門診⑦血液透析室⑧燒傷病房及嬰兒病房⑨精神科日間照護單位。
2. 精神專科醫院：①急性病房②慢性病房③門診④精神科日間病房。
3. 慢性醫院：慢性病房。

註：部分工時護理人力以每月工作時數達160小時，核以1人計（每人最多核計160小時），以上計算未滿1人者，四捨五入至整位數，醫院須於次月20日前登錄當月部分工時人員名單及工作時數。

(二) 各層級醫院於次月20日前登錄當月各單位病床數或服務量：

1. 醫學中心、區域醫院：①急性一般病床床數、佔床率②急性精神病床數、佔床率③手術室、觀察室當月每日各班實際開台數加總及當月實際工作日④手術恢復室當月每日各班實際恢復床數加總及當月實際工作日⑤產房及待產室床數⑥嬰兒室床數⑦當月每日各班門診開診診次加總及當月實際開診日⑧血液透析室當月透析總人次及當月實際工作日⑨燒傷病房及嬰兒病房床數⑩精神科日間照護單位服務量。

註：

※每月佔床率=(該類病床該月總住院人日數)÷(該類病床數×該月之日數)×100(%)，四捨五入取至小數點下1位。

◎住院人日：即以當月內每日有辦理住院手續之住院病人人數累計。計算方式為算進不算出，惟當日住出院者算1日住院人日。

2. 地區醫院：①急性一般病床床數②急性精神病床數③手術室總台數④手術恢復室、觀察室床數⑤產房及待產室床數⑥嬰兒室床數⑦門診診療間數⑧血液透析室床數⑨燒傷病房及嬰兒病房床數⑩精神科日間照護單位服務量。
3. 精神專科醫院：①急性病房病床床數②慢性病房病床床數③精神科日間病房服務量。
4. 慢性醫院登錄慢性病床數。

四、各層級醫院於次月20日前登錄一般急性病房每月每日三班平均上班護理人員數（四捨五入取至小數點下1位），登錄資料如下表：

表 1：

病房單位	科別	配置護理人員數	床位數 (A)	月平均佔床率 (B)	每月每日平均上班護理人員數				護病比 (A×B×3/C)
					白班	小夜	大夜	小計 C	
W13	CV	20	40	90% (四捨五入取至小數點下1位)	6	3	3	※由系統自行計算產出	※由系統自行計算產出 (小數點無條件進位至整數位)
總計									※由系統自行計算產出(小數點無條件進位至整數位)

表 2：(含專科護理師)

病房單位	科別	配置護理人員數(含專科護理師)	床位數 (A)	月平均佔床率 (B)	每日平均上班護理人員數(含專科護理師)				護病比 (A×B×3/C)
					白班	小夜	大夜	小計 C	
W13	CV	20	40	90% (四捨五入取至小數點下1位)	6	3	3	※由系統自行計算產出	※由系統自行計算產出 (小數點無條件進位至整數位)
總計									※由系統自行計算產出(小數點無條件進位至整數位)

註：

1. 本表格係依據醫院評鑑人力標準2.3.7護理時數合理之護理時數統計表製訂。
2. 床位數(A):以向地方衛生局申請登記開放病床數計。
3. 佔床率(B):以當月佔床率為計算基準：
 - (1) 計算公式:每月佔床率=(該類病床該月總住院人日數)÷(該類病床數×該月之日數)×100(%)。四捨五入取至小數點下1位。
 - (2) 住院人日：即以當月內每日有辦理住院手續之住院病人人數累計。計算方式為算進不算出，惟當日住出院者算1日住院人日。
4. 護理人員數:包含護理長、專科護理師、護理人員(滿8小時計1人，未滿4小時不計，滿4小時計0.5人)，不含實習護士。

五、各項登錄資料確認登錄資料時間如下：

- (一) 每季品質指標，於每季次月30日前（2月為28日）。
- (二) 半年1次填報之住院護理服務滿意度，請於每年8月30日及次年2月28日前。
- (三) 通過醫院評鑑人力標準及一般急性病房每月三班平均照護人數每月數據，於次月30日前（2月為28日）。
- (四) 上述資料請於「全年填報資料查核作業」頁面進行登錄資料確認，確認時發現登錄資料錯誤，請於上述規定時間內，自行於登錄系統更正資料，並再次於「全年填報資料查核作業」頁面進行登錄資料確認，未於規定時間內確認者，視同確認資料，各分區業務組不再受理登錄資料更正事宜。

六、款項運用情形填報時間為獎勵金核付結束後3個月內（104年6月30日前）。

附表 1：評鑑人力標準計算公式

評鑑層級	條文評量項目「C」	計算公式「C」
醫學中心	申請醫學中心評鑑者： (1)應有專任護產人員每2床至少1名。 (2)下列單位人員：(依單位實際使用數計) ①手術室：每班每台2.5名。 ②手術恢復室、觀察室：每班每床0.5名。 ③產房及待產室：每床2名。 ④嬰兒室：每床0.4名。 ⑤門診：每班每診療室0.5名。 ⑥血液透析室：每4人次1名。 ⑦燒傷病房及嬰兒病房：每床應有1.5人以上。 ⑧精神科日間照護單位，每15名服務量應有1人以上。 備註： a. 護產人員包括護理師、護士、助產師及助產士，並應辦理執業登記；護佐、照顧服	護產人員： ◆ $C1'=(\text{急性一般病床} \times \text{急性一般病床佔床率})+(\text{急性精神病床} \times \text{急性精神病床佔床率})$ ▲ $C1=C1' \div 2$ $C2(\text{手術室})=\text{每班每台} \times 2.5$ $C3(\text{手術恢復室、觀察室})=\text{每班每床} \times 0.5$ $C4(\text{產房及待產室})=\text{每床} \times 2$ $C5(\text{嬰兒室})=\text{每床} \times 0.4$ $C6(\text{門診})=\text{每班每診療室} \times 0.5$ $C7(\text{血液透析室})=\text{人次} \div 4$ $C8(\text{燒傷病房及嬰兒病房})=\text{每床} \times 1.5$ $C9(\text{精神科日間照護單位})=\text{服務量} \div 15$ ▲ $C' = C2 + C3 + C4 + C5 + C6 + C7 + C8 + C9$

評鑑層級	條文評量項目「C」	計算公式「C」
	務員、書記等不列計。 b. 病床數以急性病床數計：指急性一般病床及急性精神病床，並依實際登記病床數計。 c. 人力計算時應考量年平均佔床率，且四捨五入取至整位數，但不得低於醫療機構設置標準之規定。	$C=C1+C'$ ※數值運算取至小數點第一位 ▲表：小數點無條件進位至整數位 ■表：小數點無條件捨去至整數位 ◆表：小數點四捨五入取至整數
區域醫院	申請區域醫院評鑑者： (1)應有專任護產人員每 2.5 床至少 1 名。 (2)下列單位人員：(依單位實際使用數計) ①手術室：每班每台 2 名。 ②手術恢復室、觀察室：每班每床 0.5 名。 ③產房及待產室：每床 1.2 名。 ④嬰兒室：每床 0.4 名。 ⑤門診：每班每診療室 0.5 名。 ⑥血液透析室：每 4 人次 1 名。 ⑦燒傷病房及嬰兒病房：每床應有 1.5 人以上。 ⑧精神科日間照護單位，每 16 名服務量應有 1 人以上。 備註： a.護產人員包括護理師、護士、助產師及助產士，並應辦理執業登記；護佐、照顧服務員、書記等不列計。 b.病床數以急性病床數計：指急性一般病床及急性精神病床，並依實際登記病床數計。 c.人力計算時應考量年平均佔床率，且四捨五入取至整位數，但不得低於醫療機構設置標準之規定。	護產人員： ◆ $C1'=(急性一般病床 \times 急性一般病床佔床率) + (急性精神病床 \times 急性精神病床佔床率)$ ▲ $C1=C1' \div 2.5$ $C2(手術室)=每班每台 \times 2$ $C3(手術恢復室、觀察室)=每班每床 \times 0.5$ $C4(產房及待產室)=每床 \times 1.2$ $C5(嬰兒室)=每床 \times 0.4$ $C6(門診)=每班每診療室 \times 0.5$ $C7(血液透析室)=人次 \div 4$ $C8(燒傷病房及嬰兒病房)=每床 \times 1.5$ $C9(精神科日間照護單位)=服務量 \div 16$ ▲ $C'=C2 + C3 + C4 + C5 + C6 + C7 + C8 + C9$ $C=C1+C'$ ※數值運算取至小數點第一位 ▲表：小數點無條件進位至整數位 ■表：小數點無條件捨去至整數位 ◆表：小數點四捨五入取至整數
地區醫院	申請地區醫院評鑑者： (1)應有專任護產人員每 4 床至少 1 名。 (2)設下列部門者，其人員應依其規定計數： ①手術室：手術台應有 2 人以上。 ②手術恢復室、觀察室：每床應有 1 人以上。 ③產房：每產台應有 2 人以上。 ④嬰兒室：每床應有 0.4 人以上。 ⑤門診：每診療室應有 0.5 人以上。 ⑥血液透析室：每床應有 0.25 人以上。	護產人員： ▲ $C1=急性病床 \div 4$ $C2 \geq 2$ 人(手術室：手術台) $C3(手術恢復室、觀察室)=每床 \times 1$ $C4(產房)=每產台 \times 2$ $C5(嬰兒室)=每床 \times 0.4$ $C6(門診)=每診療室 \times 0.5$ $C7(血液透析室)=每床 \times 0.25$

評鑑層級	條文評量項目「C」	計算公式「C」
	<p>⑦燒傷病房及嬰兒病房：每床應有 1.5 人以上。</p> <p>⑧精神科日間照護單位，每 20 名服務量應有 1 人以上。</p> <p>備註：</p> <p>a.護產人員包括護理師、護士、助產師及助產士，並應辦理執業登記；護佐、照顧服務員、書記等不列計。</p> <p>b.病床數以急性病床數計：指急性一般病床及急性精神病床，並依實際登記病床數計。</p> <p>c.人力計算時應考量年平均佔床率，且四捨五入取至整位數，但不得低於醫療機構設置標準之規定。</p>	<p>C8(燒傷病房及嬰兒病房)=每床×1.5</p> <p>C9(精神科日間照護單位)=服務量÷20</p> <p>▲C'=C2+C3+C4+C5+C6+C7+C8+C9</p> <p>C=C1+C'</p> <p>※數值運算取至小數點第一位</p> <p>▲表：小數點無條件進位至整數位</p> <p>■表：小數點無條件捨去至整數位</p> <p>◆表：小數點四捨五入取至整數</p>
精神專科醫院	<p>C：護理人力符合下列各項，並依病房特性配置人力：</p> <p>1.精神科醫院：</p> <p>(1)急性精神病床，每3.5床應有1人以上。</p> <p>(2)慢性精神病床，每15床應有1人以上。</p> <p>(3)精神科日間病房，每20名服務量應有1人以上。</p> <p>(4)應有5人以上，且其中應有護理師1人以上。</p> <p>2.精神科教學醫院：</p> <p>(1)急性精神病床，每2.8床應有1人以上。</p> <p>(2)慢性精神病床，每12床應有1人以上。</p> <p>(3)精神科日間病房，每16名服務量應有1人以上。</p> <p>(4)其他未規定者，同精神科醫院標準。</p> <p>3.急性病房每病房每班要有 1 位輔助人員。</p> <p>B：符合C項，且</p> <p>1.門診專任護理人員應有 1 人以上。</p> <p>2.急性精神病床每 2.8 床應有 1 人以上。</p> <p>3.慢性精神病床每 10 床應有 1 人以上，</p>	<p>精神科醫院</p> <p>C 級：</p> <p>▲C1(急性病床)=每床×0.29</p> <p>▲C2(慢性病床)=每床×0.07</p> <p>▲C3(精神科日間病房)=服務量÷20</p> <p>C=C1+C2+C3(應>5)</p> <p>B 級：</p> <p>▲B1(急性病床)=每床×0.36</p> <p>▲B2(慢性病床)=每床×0.1</p> <p>▲B3(精神科日間病房)=服務量÷16</p> <p>▲B4(門診)=專任人員>1</p> <p>B=B1+B2+B3+B4(應>5)</p> <p>A 級：</p> <p>▲A1(急性病床)=每床×0.4</p> <p>▲A2(慢性病床)=每床×0.1</p> <p>▲A3(精神科日間病房)=服務量÷15</p> <p>▲A4(門診)=專任人員>2</p> <p>A=A1+A2+A3+A4(應>5)</p> <p>精神科教學醫院：</p> <p>C 級：</p> <p>C1(急性病床)=每床×0.36</p> <p>C2(慢性病床)=每床×0.08</p> <p>C3(精神科日間病房)=服務量÷16</p>

評鑑層級	條文評量項目「C」	計算公式「C」
	<p>每病房應至少 6 人以上。</p> <p>4.精神科日間病房每 16 名服務量應有 1 人以上。</p> <p>A：符合B項，且</p> <p>1.門診專任護理人員應有 2 人以上。</p> <p>2.急性精神病床每 2.5 床應有 1 人以上。</p> <p>3.精神科日間病房每 15 名服務量應有 1 人以上。</p> <p>[註]</p> <p>1.本項為必要項目。</p> <p>2.護理人員包括護理師及護士。</p> <p>3.護理人員若未從事護理業務，則不計入護理人力。</p> <p>4.輔助人力之對象，如：照顧服務員、佐理員、駐衛警、保全人員、病房服務員及國台語能溝通良好的外籍勞工。</p>	<p>$C=C1+C2+C3$(應>5)</p> <p>B 級：</p> <p>B1(急性病床)=每床×0.36</p> <p>B2(慢性病床)=每床×0.1</p> <p>B3(精神科日間病房)=服務量÷16</p> <p>B4(門診)=專任人員>1</p> <p>$B=B1+B2+B3+B4$(應>5)</p> <p>A 級：</p> <p>A1(急性病床)=每床×0.4</p> <p>A2(慢性病床)=每床×0.1</p> <p>A3(精神科日間病房)=服務量÷15</p> <p>A4(門診)=專任人員>2</p> <p>$A=A1+A2+A3+A4$(應>5)</p> <p>※數值運算取至小數點第一位</p> <p>▲表：小數點無條件進位至整數位</p> <p>■表：小數點無條件捨去至整數位</p> <p>◆表：小數點四捨五入取至整數</p>
慢性醫院	<p>1.應有五人以上。</p> <p>2.五○床以上者，每一○床應增置一人。</p>	產護人員

附表 2：偏鄉醫院名單

序號	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	醫院名稱
1	1 台北	新北市	瑞芳區	1531120038	瑞芳礦工醫院
2	1 台北	新北市	三芝區	1531210019	台北縣私立台安醫院
3	1 台北	新北市	金山區	431270012	國立臺灣大學醫學院附設醫院金山分院
4	1 台北	宜蘭縣	蘇澳鎮	634030014	臺北榮民總醫院蘇澳分院
5	1 台北	宜蘭縣	蘇澳鎮	1534030031	建生醫院
6	1 台北	宜蘭縣	礁溪鄉	1534050024	杏和醫院
7	1 台北	宜蘭縣	員山鄉	634070018	臺北榮民總醫院員山分院
8	1 台北	宜蘭縣	員山鄉	1134070019	宜蘭普門醫療財團法人普門醫院
9	1 台北	金門縣	金湖鎮	190030516	衛生福利部金門醫院
10	1 台北	連江縣	南竿鄉	291010010	連江縣立醫院
11	2 北區	桃園縣	龍潭鄉	532090029	國軍桃園總醫院附設民眾診療服務處
12	2 北區	桃園縣	龍潭鄉	1532091081	龍潭敏盛醫院

序號	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	醫院名稱
13	2 北區	新竹縣	關西鎮	1533010017	培靈關西醫院
14	2 北區	新竹縣	竹東鎮	433030016	國立臺灣大學醫學院附設醫院竹東分院
15	2 北區	新竹縣	竹東鎮	633030010	臺北榮民總醫院新竹分院
16	2 北區	新竹縣	竹東鎮	1533030028	林醫院
17	2 北區	新竹縣	竹東鎮	1533030046	竹信醫院
18	2 北區	新竹縣	湖口鄉	1133060019	天主教仁慈醫療財團法人仁慈醫院
19	2 北區	苗栗縣	通霄鎮	1535031041	通霄光田醫院
20	2 北區	苗栗縣	竹南鎮	1535040068	慈祐醫院
21	2 北區	苗栗縣	竹南鎮	1535040086	大眾醫院
22	2 北區	苗栗縣	大湖鄉	1535081078	大順醫院
23	3 中區	臺中市	東勢區	1436020013	東勢鎮農會附設農民醫院
24	3 中區	臺中市	東勢區	1536020015	東勢協和醫院
25	3 中區	臺中市	石岡區	1536120010	清海醫院
26	3 中區	彰化縣	北斗鎮	1537040057	南星醫院
27	3 中區	彰化縣	北斗鎮	1537040066	卓醫院
28	3 中區	南投縣	南投市	138010027	衛生福利部南投醫院
29	3 中區	南投縣	南投市	1538010026	南基醫院
30	3 中區	南投縣	埔里鎮	638020014	臺中榮民總醫院埔里分院
31	3 中區	南投縣	埔里鎮	1138020015	埔基醫療財團法人埔里基督教醫院
32	3 中區	南投縣	竹山鎮	1538041101	竹山秀傳醫院
33	3 中區	南投縣	竹山鎮	1538041156	東華醫院
34	3 中區	南投縣	名間鄉	1538061023	新泰宜婦幼醫院
35	4 南區	雲林縣	斗南鎮	1239020011	天主教福安醫院
36	4 南區	雲林縣	土庫鎮	1539050015	蔡醫院
37	4 南區	雲林縣	麥寮鄉	1139130010	長庚醫療財團法人雲林長庚紀念醫院
38	4 南區	臺南市	新營區	141010013	衛生福利部新營醫院
39	4 南區	臺南市	新營區	941010019	新興醫療社團法人新興醫院
40	4 南區	臺南市	新營區	1541011126	營新醫院
41	4 南區	臺南市	新營區	1541011162	信一骨科醫院
42	4 南區	臺南市	白河區	1541031048	佑昇醫院
43	4 南區	臺南市	佳里區	1105050012	奇美醫療財團法人佳里奇美醫院
44	4 南區	臺南市	佳里區	1541050016	新生醫院
45	4 南區	臺南市	新化區	141060513	衛生福利部台南醫院新化分院
46	4 南區	臺南市	新化區	1441060010	財團法人台灣省私立台南仁愛之家附設精神療養院
47	4 南區	臺南市	善化區	1541070045	宏科醫院
48	4 南區	臺南市	善化區	1541070063	謝醫院

序號	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	醫院名稱
49	5 高屏	高雄市	岡山區	542020011	國軍岡山醫院附設民眾診療服務處
50	5 高屏	高雄市	岡山區	942020019	高雄市立岡山醫院
51	5 高屏	高雄市	岡山區	1542020058	劉嘉修醫院
52	5 高屏	高雄市	岡山區	1542020067	劉光雄醫院
53	5 高屏	高雄市	岡山區	1542020129	樂安醫院
54	5 高屏	高雄市	岡山區	1542021171	惠川醫院
55	5 高屏	高雄市	旗山區	142030019	衛生福利部旗山醫院
56	5 高屏	高雄市	旗山區	1542030018	重安醫院
57	5 高屏	高雄市	旗山區	1542030063	博愛醫院
58	5 高屏	高雄市	旗山區	1542030116	溪洲醫院
59	5 高屏	高雄市	旗山區	907030013	廣聖醫療社團法人廣聖醫院
60	5 高屏	高雄市	美濃區	1542040050	三聖醫院
61	5 高屏	高雄市	阿蓮區	1542140046	長佑醫院
62	5 高屏	高雄市	路竹區	1542150033	溫有諒醫院
63	5 高屏	高雄市	路竹區	1542150042	高新醫院
64	5 高屏	屏東縣	潮州鎮	943020013	安泰醫療社團法人潮州安泰醫院
65	5 高屏	屏東縣	潮州鎮	1543020105	茂隆骨科醫院
66	5 高屏	屏東縣	東港鎮	943030019	安泰醫療社團法人安泰醫院
67	5 高屏	屏東縣	東港鎮	1343030018	輔英科技大學附設醫院
68	5 高屏	屏東縣	恆春鎮	143040019	衛生福利部恆春旅遊醫院
69	5 高屏	屏東縣	恆春鎮	1143040010	財團法人恆春基督教醫院
70	5 高屏	屏東縣	恆春鎮	1543040036	南門綜合醫院
71	5 高屏	屏東縣	麟洛鄉	1543070016	屏安醫院
72	5 高屏	屏東縣	高樹鄉	1543110015	同慶醫院
73	5 高屏	屏東縣	高樹鄉	1543110024	聖恩內科醫院
74	5 高屏	屏東縣	內埔鄉	643130018	高雄榮民總醫院屏東分院
75	5 高屏	屏東縣	內埔鄉	1143130019	佑青醫療財團法人佑青醫院
76	5 高屏	屏東縣	新埤鄉	943150016	皇安醫療社團法人小康醫院
77	5 高屏	屏東縣	新埤鄉	1143150011	迦樂醫療財團法人迦樂醫院
78	5 高屏	屏東縣	枋寮鄉	943160012	枋寮醫療社團法人枋寮醫院
79	5 高屏	澎湖縣	馬公市	144010015	衛生福利部澎湖醫院
80	5 高屏	澎湖縣	馬公市	544010031	三軍總醫院澎湖分院附設民眾診療服務處
81	5 高屏	澎湖縣	馬公市	1244010018	財團法人天主教靈醫會惠民醫院
82	6 東區	花蓮縣	鳳林鎮	645020015	臺北榮民總醫院鳳林分院
83	6 東區	花蓮縣	玉里鎮	145030020	衛生福利部玉里醫院
84	6 東區	花蓮縣	玉里鎮	645030011	臺北榮民總醫院玉里分院

序號	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	醫院名稱
85	6 東區	花蓮縣	玉里鎮	1145030012	佛教慈濟醫療財團法人玉里慈濟醫院
86	6 東區	花蓮縣	壽豐鄉	1145060029	臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院壽豐分院
87	6 東區	花蓮縣	豐濱鄉	145080011	衛生福利部花蓮醫院豐濱原住民分院
88	6 東區	臺東縣	臺東市	146010013	衛生福利部台東醫院
89	6 東區	臺東縣	臺東市	646010013	臺北榮民總醫院臺東分院
90	6 東區	臺東縣	臺東市	1146010014	馬偕紀念醫院台東分院
91	6 東區	臺東縣	臺東市	1146010032	財團法人台東基督教醫院
92	6 東區	臺東縣	臺東市	1146010041	天主教花蓮教區醫療財團法人台東聖母醫院
93	6 東區	臺東縣	成功鎮	146020519	衛生福利部臺東醫院成功分院門診部
94	6 東區	臺東縣	關山鎮	1146030516	佛教慈濟醫療財團法人關山慈濟醫院
95	3 中區	南投縣	草屯鎮	938030016	佑民醫院
96	3 中區	彰化縣	田中鎮	1537070028	仁和醫院
97	2 北區	苗栗縣	苑裡鎮	935020027	李綜合醫療社團法人苑裡李綜合醫院
98	4 南區	嘉義縣	朴子市	140010028	衛生福利部朴子醫院
99	4 南區	嘉義縣	竹崎鄉	640140012	臺中榮民總醫院灣橋分院
100	1 台北	新北市	三重區	131020016	新北市立聯合醫院(三重)
101	2 北區	新竹縣	竹北市	1533050039	東元綜合醫院
102	2 北區	苗栗縣	頭份鎮	1135050020	財團法人為恭紀念醫院
103	3 中區	彰化縣	二林鎮	1137080017	彰化基督教醫療財團法人二林基督教醫院
104	4 南區	雲林縣	北港鎮	1339060017	中國醫藥大學北港附設醫院
105	4 南區	雲林縣	西螺鎮	1139040011	彰化基督教醫療財團法人雲林基督教醫院
106	4 南區	雲林縣	虎尾鎮	1139030015	財團法人天主教若瑟醫院
107	4 南區	雲林縣	斗六市	0439010518	國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院
108	4 南區	嘉義縣	大林鎮	1240030514	佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院
109	6 東區	花蓮縣	花蓮市	145010019	衛生福利部花蓮醫院

附表 3：區域級以上偏鄉醫院名單

序號	分區	縣市	鄉鎮	醫院代號	醫院名稱
1	1 台北	新北市	三重區	131020016	新北市立聯合醫院(三重)
2	2 北區	桃園縣	龍潭鄉	532090029	國軍桃園總醫院附設民眾診療服務處
3	2 北區	新竹縣	竹北市	1533050039	東元綜合醫院
4	2 北區	苗栗縣	頭份鎮	1135050020	財團法人為恭紀念醫院
5	3 中區	南投縣	埔里鎮	1138020015	埔基醫療財團法人埔里基督教醫院
6	3 中區	彰化縣	二林鎮	1137080017	彰化基督教醫療財團法人二林基督教醫院
7	4 南區	雲林縣	北港鎮	1339060017	中國醫藥大學北港附設醫院
8	4 南區	雲林縣	西螺鎮	1139040011	彰化基督教醫療財團法人雲林基督教醫院
9	4 南區	雲林縣	虎尾鎮	1139030015	財團法人天主教若瑟醫院
10	4 南區	雲林縣	斗六市	0439010518	國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院
11	4 南區	嘉義縣	大林鎮	1240030514	佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院
12	5 高屏	屏東縣	東港鎮	943030019	安泰醫療社團法人安泰醫院
13	5 高屏	屏東縣	東港鎮	1343030018	輔英科技大學附設醫院
14	6 東區	臺東縣	臺東市	1146010014	馬偕紀念醫院台東分院

討論事項

第三案

報告單位：健保署醫務管理組

案由：有關支付標準以包裹給付過程面必須使用之「單次使用拋棄式研磨鑽頭」等 3 項特材之支付標準調整案，提請討論。

說明：

- 一、依本署 101 年 12 月 1 日實施「全民健康保險醫事服務機構收取自費特材費用規範」中第四點（五）規定，各項手術項目之「手術一般材料費及執行各項治療處置之一般材料費」，費用已包含於手術、治療處置、檢驗檢查及注射等支付標準，不可再向保險對象收取該等一般材料費用辦理，另本署對於過程面使用之特殊材料已規劃包裹於診療項目支付點數中，不另行核價。
- 二、旨揭「單次使用拋棄式研磨鑽頭」等 4 項特材與相關專科醫學會討論溝通，建議以包裹給付方式內含過程面使用特材之支付標準調整案，並依程序提案至 103 年第 1 次及 103 年第 2 次支付標準專家諮詢會議，按會議結論建議如下：
 - （一）單次使用拋棄式研磨鑽頭乙項：
 1. 用於調整支付標準診療項目編號 65016B、87405B、87406B、87415B 及 87416B 等 5 項

診療項目支付點數。

2. 特材價格按本署訪價後之平均價格 2,686 元 *1.05 (特材管理作業費用 5%) 為 2,820 點計算。
3. 以編號 65016B 為例，建議包裹支付點數 (表列材料費之%，採無條件進位後) 為 12,909 點，其餘詳附件 12，P8-5，推估調整 5 項診療項目健保增加支出約 0.02 億元。

(二) 單次使用拋棄式高速切割系統 (鑽頭) 乙項：

1. 用於調整支付標準診療項目編號 83001B 等 25 項診療項目支付點數。
2. 特材價格按本署訪價後之平均價格 3,753 元 *1.05 (特材管理作業費用 5%) 為 3,941 點。
3. 使用量按台灣神經外科醫學會 102 年 5 月 11 日 (103) 神外醫丞字第 032 號函建議平均使用量 2.5 計算(詳附件 13，P8-7)。
4. 以編號 83001B 為例，建議包裹支付點數 (表列材料費之%，採無條件進位後) 為 39,906 點，其餘詳附件 14，P8-9~P8-13)，推估調整 25 項診療項目健保增加支出 2.38 億元。

(三) 單次使用拋棄式高頻熱凝儀探針或穿刺導管乙項

(詳附件 15，P8-14)：

1. 用於調整支付標準診療項目編號 83079B 「高頻熱凝療法」。
2. 特材價格按本署訪價後之平均價格 2,294 元 *1.05 (特材管理作業費用 5%) 為 2,409 點。
3. 建議包裹支付點數 (表列材料費之比率，採無條件進位後) 為 10,613 點，推估健保增加支出 0.32 億元。
4. 增列註記「須事前審查」。

三、依 103 年醫療給付費用總額及其分配之醫院總額新增支付標準編列預算 12.31 億元辦理，本案增修旨揭 31 項診療項目，全年預估支出 2.72 億元。

擬辦：本案經討論後如獲同意，擬增訂支付標準表(詳附件 16，P8-15~P8-21)，並依程序報請衛生福利部核定後公佈實施。

附表、增修支付標準耳鼻喉科手術手術費用及研議採包裹給付、單一支付點數之健保財務衝擊分析表

單位：元

項次	支付標準						特殊材料						建議包裹支付，內含過程面特材之建議支付點數	採包裹給付之支付標準調整建議支付點數				現行支付點數與建議包裹支付差額																							
	編號	中英文名稱	表列支付點數	一般材料費	健保申報方式	現行健保支付點數	健保給付		過程面需使用之特材					表列支付點數	表列材料費(點) (無條件進位)	表列材料費(%) (無條件進位)	每一個案包裹支付點數		102年申報件數	申報件數成長率以5%推估之件數	平均支付成數	預估增加支出預算																			
			a	b	c	d=(a+b)*c	特材品項	支付點數	項目	數量	訪價後之平均價格	訪價後之平均價格(加計特材管理作業費用5%)											e	f	g=f*1.05	h=d+g	i=Σ(a*c)	j=Σ((b*c)+(g*e))	%=j/i*100	k=i*(1+%)	l=k-d	m	n	o=l*m*n							
1	65016B	淚囊鼻腔造瘻術	6,586	3,491	1	10,077			單次使用拋棄式研磨鑽頭	1	2,686	2,820	12,897	6,586	6,311	96%	12,909	2,832	18	19	1.00	53,525																			
2	87405B	淚囊鼻腔造孔術	7,161	3,795	1	10,956			單次使用拋棄式研磨鑽頭	1	2,686	2,820	13,776	7,161	6,615	93%	13,821	2,865	141	148	1.00	424,163																			
3	87406B	結膜淚囊鼻腔造孔術	8,240	4,367	1	12,607			單次使用拋棄式研磨鑽頭	1	2,686	2,820	15,427	8,240	7,187	88%	15,491	2,884	18	19	1.01	55,101																			
4	87415B	鼻淚管造口術—簡單	7,760	4,113	1	11,873			單次使用拋棄式研磨鑽頭	1	2,686	2,820	14,693	7,760	6,933	90%	14,744	2,871	109	114	1.00	328,586																			
5	87416B	鼻淚管造口術—複雜	9,700	5,141	1	14,841			單次使用拋棄式研磨鑽頭	1	2,686	2,820	17,661	9,700	7,961	83%	17,751	2,910	222	233	1.00	678,321																			
總 計																																									1,539,696

台灣神經外科醫學會 (函)

立券証書字號:台內社字第 0920003720 號
聯絡地址:100 台北市中正區中山南路 7 號 8 樓 811 室
傳真:(02)2395-6934 e-mail:nss.med@msa.hinet.net
聯絡人及電話:陳紫蘭 02- 2395-8821 23123456 ext.65086

受文者: 衛生福利部中央健康保險署

日期:中華民國 103 年 5 月 11 日
發文字號:(103) 神外醫丞字第 032 號
類別:普通件
密等及解密條件或保密期限:普通
附件:

主旨:有關「神經外科相關手術處置過程面內含特材之包裹給付支付標準調整」本會意見,詳如說明二。

說明:

- 一. 依貴署來函發文字號:健保醫字第 1030032912 號文辦理。
- 二. 1. 專業考量平均使用量為 2.5(序號 247 美敦力雷頭氣壓式高速切割系統-單次使用拋棄式研磨工具)。
2. 可納入 83079B 之 53%,但仍應以事前審查始可執行(序號 600「紐生無線電波切口探針」及 766「戴諾斯高頻熱凝儀及附件-穿刺導管」。
3. 以微創新術式另提成本另提成本效益(序號 369 號)。

正本: 衛生福利部中央健康保險署
副本: 本會秘書處(存查)

台灣神經外科醫學會 理事長

張並立

附件、研議採包裹給付、單一支付點數之健保財務衝擊分析表

項次	支付標準					特殊材料						建議支付點數 採包裹支付	採包裹給付之支付標準調整建議支付點數				現行支付點數 與建議 包裹支 付差額	健保財務影響												
	編號	中英文名稱	表列支 付點數	表列支 付標準 一般材 料費	健保申 報成數	健保支付點數	過程面需使用之特材						表列支付點 數	表列材料費 (點) (無條件進位)	表列材料費 (%) (無條件進位)	每一個案包裹 支付點數		102年 申報件 數	申報件 數成長 率以5% 推估之 件數	平均 支付 成數	預估增加支出預算									
							特材 品項 名稱	支付 點數	品項 名稱 (附 件3)	數量	訪價後之 平均價格											訪價後之平均 價格(加計特 材管理作業費 用5%)	i=Σ(a*c)	j=Σ((b*c)+(g*e))	% = j/i*100	k=i*(1+%)	l=k-d	m	n	o=l*m*n
a	b	c	d=(a+b)*c	e	f	g=f*1.05	h=d+(g*e)																							
1	83001B	腦微血管減壓術 (Microvascular decompression)	19,562	10,368	1	29,930			高速 切割 系統	2.5	3,753	3,941	39,781	19,562	20,219	104%	39,906	9,976	290	305	1.00	3,037,735								
2	83013C	頭顱穿洞術(止血引 流、穿刺檢查)Burr hole(trephination) for hemostasis, drainage or ventricular puncture	3,786	2,007	1	5,793			高速 切割 系統	2.5	3,753	3,941	15,644	3,786	11,858	314%	15,674	9,881	109	114	1.00	1,130,929								
3	83015C	顱骨切除術 Craniectomy	12,650	6,705	1	19,355			高速 切割 系統	2.5	3,753	3,941	29,206	12,650	16,556	131%	29,222	9,868	1,553	1,631	1.00	16,090,439								
4	83016B	頭顱成形術 Cranioplasty	10,380	5,501	1	15,881			高速 切割 系統	2.5	3,753	3,941	25,733	10,380	15,353	148%	25,742	9,861	2,350	2,468	1.00	24,331,031								
5	83017B	腦瘤切除 Brain Timor(I.C.T/cephalocel e)-腦瘤大小 3 公分以 內	23,106	12,246	1	35,352			高速 切割 系統	2.5	3,753	3,941	45,204	23,106	22,098	96%	45,288	9,936	817	858	1.01	8,613,555								

項次	支付標準					特殊材料						建議支付點數 採包裹支付	採包裹給付之支付標準調整建議支付點數				現行支付點數 與建議 包裹支 付差額	健保財務影響			
	編號	中英文名稱	表列支 付點數	表列支 付標準 一般材 料費	健保申 報成數	健保支付點數	過程面需使用之特材						表列支付點 數	表列材料費 (點) (無條件進位)	表列材料費 (%) (無條件進位)	每一個案包裹 支付點數		102年 申報件 數	申報件 數成長 率以5% 推估之 件數	平均 支付 成數	預估增加支出預算
							特材 品項 名稱	支付 點數	品項 名稱 (附 件3)	數量	訪價後之 平均價格	訪價後之平均 價格(加計特 材管理作業費 用5%)					i=Σ(a*c)				
	a	b	c	d=(a+b)*c	e	f	g=f*1.05	h=d+(g*e)	i=Σ(a*c)	j=Σ((b*c)+(g*e))	%=j/i*100	k=i*(1+%)	l=k-d	m	n	o=l*m*n					
6	83018B	-腦瘤大小介於3~6公分	37,399	19,821	1	57,220		高速 切割 系統	2.5	3,753	3,941	67,072	37,399	29,673	80%	67,318	10,098	1,686	1,770	1.01	18,068,769
7	83019B	-腦瘤大小6公分以上	40,869	21,661	1	62,530		高速 切割 系統	2.5	3,753	3,941	72,381	40,869	31,512	78%	72,747	10,217	368	386	1.01	4,001,721
8	83036C	硬腦膜外血腫清除術 Removal of epidural hematoma	19,371	10,267	1	29,638		高速 切割 系統	2.5	3,753	3,941	39,489	19,371	20,118	104%	39,517	9,879	968	1,016	1.08	10,869,623
9	83037C	急性硬腦膜下血腫清 除術 Removal of acute subdural hematoma	18,729	9,926	1	28,655		高速 切割 系統	2.5	3,753	3,941	38,507	18,729	19,778	106%	38,582	9,927	1,429	1,500	1.00	14,894,412
10	83038C	慢性硬腦膜下血腫清 除術 Removal of chronic subdural hematoma	12,530	6,641	1	19,171		高速 切割 系統	2.5	3,753	3,941	29,023	12,530	16,493	132%	29,070	9,899	3,664	3,847	1.02	38,908,005

項次	支付標準					特殊材料						建議支付點數 採包裹支付	採包裹給付之支付標準調整建議支付點數				現行支付點數 與建議 包裹支 付差額	健保財務影響												
	編號	中英文名稱	表列支 付點數	表列支 付標準 一般材 料費	健保申 報成數	健保支付點數	過程面需使用之特材						表列支付點 數	表列材料費 (點) (無條件進位)	表列材料費 (%) (無條件進位)	每一個案包裹 支付點數		102年 申報件 數	申報件 數成長 率以5% 推估之 件數	平均 支付 成數	預估增加支出預算									
							健保已給付	特材 品項 名稱	支付 點數	品項 名稱 (附 件3)	數量	訪價後之 平均價格					訪價後之平均 價格(加計特 材管理作業費 用5%)					h=d+(g*e)	i=Σ(a*c)	j=Σ((b*c)+(g*e))	%=j/i*100	k=i*(1+%)	l=k-d	m	n	o=l*m*n
							a	b	c	d=(a+b)*c	e	f					g=f*1.05					h=d+(g*e)	i=Σ(a*c)	j=Σ((b*c)+(g*e))	%=j/i*100	k=i*(1+%)	l=k-d	m	n	o=l*m*n
11	83039B	腦內血腫清除術 Removal of intracerebral hematoma	21,207	11,240	1	32,447			高速 切割 系統	2.5	3,753	3,941	42,298	21,207	21,091	100%	42,414	9,967	4,764	5,002	1.13	56,570,481								
12	83047B	腦膜或脊髓膜突出修 補術 Repair of meningocele or encephalocele	17,315	9,177	1	26,492			高速 切割 系統	2.5	3,753	3,941	36,344	17,315	19,029	110%	36,362	9,870	229	240	1.00	2,373,254								
13	83056B	癲癇症腦葉切除術 Brain lobectomy for epilepsy	41,175	21,823	1	62,998			高速 切割 系統	2.5	,753	3,941	72,849	41,175	31,674	77%	72,880	9,882	135	142	1.00	1,400,809								
14	83057B	經由蝶竇之腦下垂體 瘤切除 Transsphenoidal removal of pituitary adenoma	30,571	16,203	1	46,774			高速 切割 系統	2.5	3,753	3,941	56,625	30,571	26,054	86%	56,862	10,088	855	898	1.00	9,056,834								
15	83063B	顱內外血管吻合術 EC-IC by-pass	21,751	11,528	1	33,279			高速 切割 系統	2.5	3,753	3,941	43,131	21,751	21,380	99%	43,284	10,005	247	259	1.00	2,594,789								

項次	支付標準					特殊材料						建議支付點數 採包裹支付	採包裹給付之支付標準調整建議支付點數				現行支付點數 與建議 包裹支 付差額	健保財務影響				
	編號	中英文名稱	表列支 付點數	表列支 付標準 一般材 料費	健保申 報成數	健保支付點數	過程面需使用之特材						表列支付點 數	表列材料費 (點) (無條件進位)	表列材料費 (%) (無條件進位)	每一個案包裹 支付點數		102年 申報件 數	申報件 數成長 率以5% 推估之 件數	平均 支付 成數	預估增加支出預算	
							健保已給付	特材 品項 名稱	支付 點數	品項 名稱 (附 件3)	數量	訪價後之 平均價格					訪價後之平均 價格(加計特 材管理作業費 用5%)					
							a	b	c	d=(a+b)*c	e	f					g=f*1.05					h=d+(g*e)
16	83064B	開顱術摘除血管病變 Craniotomy for vascular lesions-腦血 管瘤 aneurysms 1.無病徵的 asymptomatic	48,388	25,646	1	74,034			高速 切割 系統	2.5	3,753	3,941	83,885	48,388	35,497	74%	84,195	10,161	127	133	1.00	1,355,017
17	83065B	2.有病徵的 symptomatic	50,389	26,706	1	77,095			高速 切割 系統	2.5	3,753	3,941	86,947	50,389	36,558	73%	87,173	10,078	956	1,004	1.12	11,359,502
18	83066B	3.巨大的 giant	50,000	26,500	1	76,500			高速 切割 系統	2.5	3,753	3,941	86,352	50,000	36,352	73%	86,500	10,000	62	65	1.11	721,915
19	83067B	開顱術摘除血管病變 — 動靜脈畸型 1.小 型 small (D≤ 2.5cm)-(1)表淺 superficial	36,000	19,080	1	55,080			高速 切割 系統	2.5	3,753	3,941	64,932	36,000	28,932	81%	65,160	10,080	82	86	1.08	935,404
20	83068B	1.小型 small (D≤ 2.5cm)-(2)深部 deep	42,000	22,260	1	64,260			高速 切割 系統	2.5	3,753	3,941	74,112	42,000	32,112	77%	74,340	10,080	77	81	1.12	915,896

項次	支付標準					特殊材料						建議支付點數 採包裹支付	採包裹給付之支付標準調整建議支付點數				現行支付點數 與建議 包裹支 付差額	健保財務影響				
	編號	中英文名稱	表列支 付點數	表列支 付標準 一般材 料費	健保申 報成數	健保支付點數	過程面需使用之特材						表列支付點 數	表列材料費 (點) (無條件進位)	表列材料費 (%) (無條件進位)	每一個案包裹 支付點數		102年 申報件 數	申報件 數成長 率以5% 推估之 件數	平均 支付 成數	預估增加支出預算	
							特材 品項 名稱	支付 點數	品項 名稱 (附 件3)	數量	訪價後之 平均價格											訪價後之平均 價格(加計特 材管理作業費 用5%)
							a	b	c	d=(a+b)*c	e											f
21	83069B	2.中型 medium (2.5cm <D≤5cm)-(1)表淺 superficial	48,000	25,440	1	73,440		高速切割系統	2.5	3,753	3,941	83,292	48,000	35,292	74%	83,520	10,080	49	51	1.08	562,197	
22	83070B	2.中型 medium (2.5cm <D≤5cm)-(2)深部 deep	54,000	28,620	1	82,620		高速切割系統	2.5	3,753	3,941	92,472	54,000	38,472	72%	92,880	10,260	54	57	1.06	617,652	
23	83071B	3.大型 large (D>5cm)	60,000	31,800	1	91,800		高速切割系統	2.5	3,753	3,941	101,652	60,000	41,652	70%	102,000	10,200	21	22	1.12	252,210	
24	83087B	顏面神經減壓術 Facial nerve decompression	10,900	5,777	1	16,677		高速切割系統	2.5	3,753	3,941	26,529	10,900	15,629	144%	26,596	9,919	20	21	1.00	208,299	
25	83088B	顱底瘤手術 Skull Base Tumor Surgery	84,082	44,563	1	128,645		高速切割系統	2.5	3,753	3,941	138,497	84,082	54,415	65%	138,735	10,090	858	901	1.01	9,142,147	
總 計																238,012,623						

附表、增修支付標準耳鼻喉科手術手術費用及研議採包裹給付、單一支付點數之健保財務衝擊分析表

單位：元

項次	支付標準					特殊材料						建議包裹支付，內含過程面特材之建議支付點數	採包裹給付之支付標準調整建議支付點數				現行支付點數與建議包裹支付差額	健保財務影響																					
	編號	中英文名稱	表列支付點數	一般材料費	健保申報方式	現行健保支付點數	健保給付		過程面需使用之特材				表列支付點數	表列材料費(點) (無條件進位)	表列材料費(%) (無條件進位)	每一個案包裹支付點數		102年申報件數	申報件數成長率以5%推估之件數	平均支付成數	預估增加支出預算																		
				0.53			特材品項	支付點數	項目	數量	訪價後之平均價格	訪價後之平均價格 (加計特材管理作業費用5%)					g=f*1.05					h=d+g	i=Σ(a*c)	j=Σ((b*c)+(g*e))	%=j/i*100	k=i*(1+%)	l=k-d	m	n	o=l*m*n									
a	b	c	d=(a+b)*c			e	f	g=f*1.05	h=d+g	i=Σ(a*c)	j=Σ((b*c)+(g*e))	%=j/i*100	k=i*(1+%)	l=k-d	m	n	o=l*m*n																						
1	83079B	高頻熱凝療法 Radiofrequency coagulation	5360	2,841	1	8,201			單次使用拋棄式高頻熱凝儀探針或穿刺導管	1	2294	2,409	10,610	5,360	5,250	98%	10,613	2,412	12,645	13,277	1.00	32,024,727																	
總計																																							32,024,727

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第七節 手術

第四項 呼吸器 Respiratory System

一、鼻 Nose (65001-65077)

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
65016B	淚囊鼻腔造瘻術 Dacryocystorhinostomy <u>註：</u> <u>1. 一般材料費及特殊材料費，得另加計96%。</u> <u>2. 上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		v	v	v	6586

第十項 神經外科 Neurosurgery (83001-83100)

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
83001B	腦微血管減壓術 Microvascular decompression 註： 1.限神經外科專科醫師施行。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計104%。 3.上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	19562
83013C	頭顱穿洞術（止血引流、穿刺檢查） Burr hole (trephination) for hemostasis, drainage or ventricular puncture 註： 1.如以顱骨穿孔術實施其他神經外科手術，按各該手術項目所訂點數申報。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計314%。 3.上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v	v	3786
83014C	—每加一孔 one hole added	v	v	v	v	2571
83015C	顱骨切除術 Craniectomy 註： 1.包括異物移除(remove F.B) 或減壓(decompression) 或神經切斷(neurotomy)。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計131%。 3.上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v	v	12650
83016B	頭顱成形術 Cranioplasty 註： 1.限神經外科專科醫師施行。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計148%。 3.上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	10380
83017B	腦瘤切除 Brain tumor (I.C.T. / cephalocele) —腦瘤大小3公分以內 ≤3cm 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計96%。 2.上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	23106
83018B	—腦瘤大小介於3~6公分 3~6cm 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計80%。 2.上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	37399
83019B	—腦瘤大小6公分以上 >6cm 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計78%。 2.上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。 註：限神經外科專科醫師施行。		v	v	v	40869

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
83036C	硬腦膜外血腫清除術 Removal of epidural hematoma 註： <u>1. 一般材料費及特殊材料費，得另加計104%。</u> <u>2. 上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>	v	v	v	v	19371
83037C	急性硬腦膜下血腫清除術 Removal of acute subdural hematoma 註： <u>1. 限急診患者申報並不得加算急診加成。</u> <u>2. 一般材料費及特殊材料費，得另加計106%。</u> <u>3. 上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>	v	v	v	v	18729
83038C	慢性硬腦膜下血腫清除術 Removal of chronic subdural hematoma 註： <u>1. 一般材料費及特殊材料費，得另加計132%。</u> <u>2. 上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>	v	v	v	v	12530
83039B	腦內血腫清除術 Removal of intracerebral hematoma 註： <u>1. 限神經外科專科醫師施行。</u> <u>2. 一般材料費及特殊材料費，得另加計100%。</u> <u>3. 上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		v	v	v	21207
83047B	腦膜或脊髓膜突出修補術 Repair of meningocele or encephalocele 註： <u>1. 限神經外科及骨科專科醫師施行。</u> <u>2. 一般材料費及特殊材料費，得另加計110%。</u> <u>3. 上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		v	v	v	17315
83056B	癲癇症腦葉切除術 Brain lobectomy for epilepsy 註：1. 包括腦皮質及深部腦波圖(EEG) 在內。 2. 腦葉切斷術(lobotomy)、胼胝體 (corpus callasum)切斷術，焦點切除或破壞(focal excision or destruction)，腦下垂體切除術(pituitectomy)及大腦半球切除術比照申報。 3. 限神經外科專科醫師施行。 <u>4. 一般材料費及特殊材料費，得另加計77%。</u> <u>5. 上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		v	v	v	41175

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
83057B	經由蝶竇之腦下垂體瘤切除 Transsphenoidal removal of pituitary adenoma 註： <u>1.限神經外科專科醫師施行。</u> <u>2.一般材料費及特殊材料費，得另加計86%。</u> <u>3.上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		v	v	v	30571
83063B	顱內外血管吻合術 EC-IC by-pass 註： <u>1.限神經外科專科醫師施行。</u> <u>2.一般材料費及特殊材料費，得另加計99%。</u> <u>3.上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		v	v	v	21751
83064B	開顱術摘除血管病變 Craniotomy for vascular lesions — 腦血管瘤 aneurysms 1.無病徵的 asymptomatic 註： <u>1.一般材料費及特殊材料費，得另加計74%。</u> <u>2.上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		v	v	v	48388
83065B	2.有病徵的 symptomatic 註： <u>1.一般材料費及特殊材料費，得另加計73%。</u> <u>2.上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		v	v	v	50389
83066B	3.巨大的 giant 註： <u>1.一般材料費及特殊材料費，得另加計73%。</u> <u>2.上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		v	v	v	50000
83067B	— 動靜脈畸型 Arteriovenous malformations 1.小型 small ($D \leq 2.5\text{cm}$) (1)表淺 superficial 註： <u>1.一般材料費及特殊材料費，得另加計81%。</u> <u>2.上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		v	v	v	36000
83068B	(2)深部 deep 註： <u>1.一般材料費及特殊材料費，得另加計77%。</u> <u>2.上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		v	v	v	42000

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
83069B	2. 中型 medium ($2.5\text{cm} < D \leq 5\text{cm}$) (1) 表淺 superficial <u>註：</u> <u>1. 一般材料費及特殊材料費，得另加計74%。</u> <u>2. 上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		v	v	v	48000
83070B	(2) 深部 deep <u>註：</u> <u>1. 一般材料費及特殊材料費，得另加計72%。</u> <u>2. 上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		v	v	v	54000
83071B	3. 大型 large ($D > 5\text{cm}$) <u>註：</u> <u>1. 一般材料費及特殊材料費，得另加計70%。</u> <u>2. 上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u> 註：限神經外科專科醫師施行。		v	v	v	60000

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
83079B	<p>高頻熱凝療法 Radiofrequency coagulation</p> <p>1.申請人檢附資料應符合之要件：</p> <p>(1)病歷應記載清楚、詳實及病史完整。須有理學檢查、術前術後 Image-guided、OP note、疼痛量表等相關資料，以佐證實施之必要性。</p> <p>(2)需為中重度、慢性疼痛且經藥物、復健治療等保守療法3個月後未改善。</p> <p>(3)單一部位首次實施前需至少施行一次影像輔助診斷性阻斷(image-guided diagnostic block),2週後倘症狀未緩解，才可施行 RF，需檢附影像副本以資佐證。</p> <p>2.施行本項之適應症如下，並應由醫院申請事前審查：</p> <p>(1)需為脊椎小關節症候群(Facet Joint Syndrome)引起的疼痛者。</p> <p>(2)三叉神經痛、惡性腫瘤引起神經疼痛者。</p> <p>(3)Neuropathic pain，如 postherpetic neuropathic pain 等。</p> <p>(4)脊椎手術後疼痛症候群 (Failed Back Surgery Syndrome,FBSS)、慢性脊椎疼痛(Chronic spinal pain)、後背根神經節、其他周邊神經痛等。</p> <p>3.治療次數與限制：</p> <p>(1)同區域重複治療以間隔6個月以上為原則，並應附施予高頻熱凝療法後之衛教紀錄與疼痛量表，個案病情如需於3-6個月內同區域重複施行者，應另檢附精神科醫師或心理治療師或疼痛科醫師之治療評估紀錄。</p> <p>(2)一次施行一個區域，共分五個區域：腰薦椎、胸椎、頸椎、頭部、周邊神經等五大部位。同一手術野內同時施行多點處置，視為單一處置申報。</p> <p><u>4.一般材料費及特殊材料費，得另加計98%。</u></p> <p><u>5.上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u></p>		v	v	v	5360
83087B	<p>顏面神經減壓術 Facial nerve decompression</p> <p><u>註：</u></p> <p><u>1. 一般材料費及特殊材料費，得另加計144%。</u></p> <p><u>2.上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u></p>		v	v	v	10900
83088B	<p>顱底瘤手術 Skull Base Tumor Surgery</p> <p><u>註：</u>1.適應症：腫瘤必須大於3公分以上，或是位於 C-P angle 部位之腫瘤大於4公分以上。</p> <p>2.申報時請附上術前以及術後之X光片。</p> <p><u>3. 一般材料費及特殊材料費，得另加計65%。</u></p> <p><u>4.上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u></p>		v	v	v	84082

十三、淚腺道 lacrimal (87401-87417)

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
87405B	淚囊鼻腔造孔術 Dacryocystorhinostomy 註： <u>1.若使用矽質管留置，則加報53019C。</u> <u>2.一般材料費及特殊材料費，得另加計93%。</u> <u>3.上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		v	v	v	7161
87406B	結膜淚囊鼻腔造孔術 Conjunctivodacryocystorhinostomy 註： <u>1.一般材料費及特殊材料費，得另加計88%。</u> <u>2.上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		v	v	v	8240
87415B	鼻淚管造口術 Dacrocysto-hinostomy — 簡單 simple 註： <u>1.一般材料費及特殊材料費，得另加計90%。</u> <u>2.上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		v	v	v	7760
87416B	— 複雜 complicated 註： <u>1.一般材料費及特殊材料費，得另加計83%。</u> <u>2.上開特殊材料需屬單一使用之拋棄式特殊材料。</u>		v	v	v	9700

討論事項

第四案

報告單位：健保署醫務管理組

案由：「納氏胸廓異常矯正術（Nuss Procedure for chest wall deformity）」等 11 項全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增診療項目及建議案，提請討論。

說明：

一、本次各項新增診療項目，依程序提案至 102 年第 3 次、103 年第 1 次及 103 年第 4 次專家諮詢會議，按會議結論建議，如下：

（一）同意新增 3 項診療項目，為「納氏胸廓異常矯正術（Nuss Procedure for chest wall deformity）」、「不整脈經導管燒灼術-複雜 3-D 立體定位（單腔）」及「不整脈經導管燒灼術-複雜 3-D 立體定位（雙腔）」（詳附件 17，P9-3）。

（二）不同意新增 8 項診療項目，為「無線電波射頻血管內閉合治療靜脈功能不全術（單側）」、「無線電波射頻血管內閉合治療靜脈功能不全術（雙側）」、「內視鏡食道腫瘤無線頻率電熱療法(點狀)」、「內視鏡食道腫瘤無線頻率電熱療法-≤5 公分(線形)」、「內視鏡食道腫瘤無線頻率電熱療法->5 公分(線形)」、「動脈內插管手術及動脈 PORT

植入術」、「高敏感度表皮生長因子受體突變分析 (High sensitivity EGFR mutation test) 或即時定性聚合酶連鎖反應 EGFR 基因突變檢測 (Real Time Qualitative PCR EGFR Mutation test)」, 以及「ALK 基因螢光原位雜交分析 (ALK FISH)」(詳附件 18, P9-4)。

二、依 103 年醫療給付費用總額及其分配之醫院總額新增支付標準編列預算 12.31 億元辦理, 本次新增「納氏胸廓異常矯正術 (Nuss Procedure for chest wall deformity)」等 3 項診療項目, 全年預估增加健保支出 0.12 億元。

擬辦: 本案經討論後如獲同意, 擬增訂支付標準表(詳附件 19, P9-5), 並依程序報請衛生福利部核定後公佈實施。

103 年第 2 次支付標準共同擬訂會議-新增診療項目意見及財務影響評估彙整表--同意給付項目

項次	中文項目名稱	主要之臨床功能及目的	建議事項		健保署建議											
			申請單位	預估一年執行總次數 (A)	102 年第 3 次及 103 年第 1 次支付標準專家諮詢會議結論				替代現行診療項目						預估年增加點數 (單位：千元/年)	
					適應症	支付點數 (B)	表列支付點數	表列材料費%	編號	中英文名稱	支付點數(C) (含 53%一般材料費)	替代現行診療項目後之點數差 (D) = (B) - (C)	102 年醫令申報量 (E)	申報量替代率 (F)		平均支付成數 (G)
1	納氏胸廓異常矯正術 Nuss Procedure for chest wall deformity	矯正胸廓，避免臟器受壓迫。	臺大醫院	經洽提案單位表示，提供之年執行人數 350 人，係由原右列現行支付標準編號 100% 替代。	需大於 4 歲，且符合以下條件之一： 1. 凹胸且伴隨心理發展受影響(經照會精神科醫師評估確有手術需求) 2. 凹胸(Haller's index > 3.25)且心肺功能受影響(心臟超音波測量心輸出量低於標準值或肺功能測試異常)	29,562	14,930	98%	67036B	先天性凹凸胸矯正術	35,833	-6,271	175	100%	1.01	-1,876
									67043B	簡單凹凸胸矯正術	25,265	4,297	16	100%		
									67044B	複雜凹凸胸矯正術	34,194	-4,632	17	100%		
									67045B	成人凹凸胸矯正術	34,416	-4,854	153	100%		
2	不整脈經導管燒灼術-複雜 3-D 立體定位 (單腔)	利用電腦儀器將心臟單一腔室以定位導管建構出 3 度空間立體圖，進一步標定心律過速之來源與路徑，了解心臟腔室之電氣活性，可縮短手術時間、提高電燒成功率、減少復發及增加手術安全性。	中華民國心臟學會	1. 經洽學會表示，原提供之年執行人數 (單腔 400 人、雙腔 400 人)，係由原接受 33091B 之執行數計算而來。 2. 建議以替代率 20% 計算，一年執行總次數。	複雜性不整脈包括心房頻脈、「非」典型性心房撲動、心房顫動、心室不整脈等	45,109	同左		33091B	不整脈經導管燒灼術	36,900	8,209	3,385	20%	1.00	5,557
										修訂為不整脈經導管燒灼術 (2-D 定位)		12,277	3,385	20%		
3	不整脈經導管燒灼術-複雜 3-D 立體定位 (雙腔)				同上	49,177	同左									
同意新增小計															11,993	
<p>註 1. 平均支付成數，係以 102 年門住診醫療費用申報各項手術診療項目之申報點數 / (申報醫令量 * 表列支付點數) 為計算基礎。註 2. 如新增診療項目，無對應之替代現行診療項目，即以支付標準所有手術項目之平均支付成數進行計算。註 3. 上開新增納式胸廓異常矯正術所需之矯正板，係屬植入物，按健保給付特材收載品項辦理。註 4. 上開新增不整脈經導管燒灼術-複雜 3-D 立體定位，所需之 3-D 立體電極貼片，按不符比例原則，特材暫編 Y 碼，俟本署納入健保給付特材品項收載前，於本署納入健保給付特材品項收載前，暫同意保險醫事服務機構，因臨床業務需要，經向本保險對象解說並取得同意後向保險對象收取特材全額自費，俟納入健保給付特材品項收載後，不得向保險對象收費。</p>																

103 年第 2 次支付標準共同擬訂會議-新增支付標準之意見彙整表--不同意給付項目。

建議項次	中文項目名稱	主要之臨床功能及目的	申請單位	健保署說明
1	無線電波射頻血管內閉合治療靜脈功能不全術(單側)	治療下肢靜脈曲張。	國立台灣大學醫學院附設醫院	依 103 年第 4 次支付標準專家諮詢會議之結論：此 2 項新增診療項目需使用之特材品項為健保內含序號 38「多尼爾雷射用光導管」、749「維納斯電燒快速閉合導管」、765「戴爾美德靜脈內雷射療法操作工具配件」等 3 項，為治療靜脈曲張之雷射治療，治療效果與標準靜脈曲張手術治療方式相同，且此種治療方式與醫美使用治療靜脈曲張之方式相同，屬醫美用途較高，爰不建議新增診療項目。
2	無線電波射頻血管內閉合治療靜脈功能不全術(雙側)			
3	內視鏡食道腫瘤無線頻率電熱療法(點狀)	治療食道癌前期病變之巴瑞特氏食道症(Barrett esophagus)。	國立台灣大學醫學院附設醫院	依 103 年第 4 次支付標準專家諮詢會議之結論：此 3 項新增診療項目需使用之特材品項為健保內含序號 819「巴瑞克斯歐拉電燒系統」及 820「巴瑞克斯哈囉燒灼導管及測量氣球」等 2 項之新醫療技術合併新式醫材治療方式，國內執行個案數尚少、尚無國內實證論文，目前僅有少數幾家醫院執行，爰不建議新增診療項目。
4	內視鏡食道腫瘤無線頻率電熱療法-≤5 公分(線形)			
5	內視鏡食道腫瘤無線頻率電熱療法->5 公分(線形)			
6	動脈內插管手術及動脈 PORT 植入術	(1) 晚期、進行、不能治癒癌：延長生命，減輕痛苦。 (2) 特殊器官：如外陰生殖器、手指、足趾外觀及機能保存特佳。 (3) 術前動脈化療：減少切除範圍，保存外觀及功能。	高雄醫學大學附設中和紀念醫院	依 103 年第 4 次支付標準專家諮詢會議之結論：以植入動脈 PORT 執行化學治療，屬少數醫院及少數醫師執行，非主流臨床治療指引，目前 99%仍以靜脈植入 PORT 為主，不建議新增本項診療項目，建議執行院所比照支付標準編號 47080B「治療性導管植入術—Port-A 導管植入術」支付 5,444 點申報。
7	1.高敏感度表皮生長因子受體突變分析(High sensitivity EGFR mutation test) 2.即時定性聚合酶連鎖反應 EGFR 基因突變檢測 (Real Time Qualitative PCR EGFR Mutation test)	1.檢測為臨床上評估病患使用 EGFR-TKI 治療的重要分子病理檢測。 2.確認人類非小細胞肺癌患者其腫瘤是否帶有 EGFR 基因 Exon 18、19、20 和 21 突變。或選擇出適合小分子酪胺激酶抑制劑 (tyrosin kinase inhibitor (TKIs)治療的肺癌病人。	1.臺灣病理學會 2.台中榮民總醫院	依 103 年第 4 次支付標準專家諮詢會議之結論：申請健保給付預計申請健保給付 gefitinb 或 erlotinb 成分藥品治療之肺腺癌病患，羅氏大藥廠股份有限公司及台灣阿斯特捷利股份有限公司願意贊助 EGFR 基因檢測費用予醫療院所，病患無需自行負擔，爰健保以不重複付費原則，不建議新增本項診療項目。
8	ALK 基因螢光原位雜交分析(ALK FISH)	利用螢光原位雜交檢驗技術(FISH)偵測非小細胞肺癌患者之檢體是否發生 ALK 基因重組現象。可以幫助確認適合臨床標靶治療處方藥物治療。	1.彰化基督教醫院 2.台北榮民總醫院	依 103 年第 4 次支付標準專家諮詢會議之結論：檢查目的係篩選出適合使用 Crizotinib 的病患，查 102 年 12 月藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議藥品部分第 6 次會議決議，已決議含 crizotinib 用於治療非小細胞肺癌之新成分新藥「截克瘤(Xalkori)200mg 及 250mg 膠囊」暫不納入健保給付，爰健保亦不建議新增本項診療項目。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第二節 放射線診療 X-RAY

第一項 X光檢查費 X-Ray Examination

二、特殊造影檢查 Scanning (33001-33134)

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
33091B	不整脈經導管燒灼術- (2-D立體定位)		v	v	v	36900
33139B	不整脈經導管燒灼術-複雜3-D立體定位 — (單腔)		v	v	v	45109
33140B	— (雙腔)		v	v	v	49177
	註：複雜性不整脈適應症包括心房頻脈、典型性心房撲動、心房顫動、心室不整脈等。					

第七節 手術

第四項 呼吸器 Respiratory System

三、胸腔 Thoracic (67001-67054)

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
67055B	納氏胸廓異常矯正術 Nuss Procedure for chest wall deformity 註： 適應症：需大於 4 歲，且符合以下條件之一 1.凹胸且伴隨心理發展受影響(經照會精神科醫師評估確有手術需求) 2.凹胸(Haller's index > 3.25)且心肺功能受影響(心臟超音波測量心輸出量低於標準值或肺功能測試異常) 3.一般材料費及特殊材料費 (係屬單次拋棄式特殊材料) 等，得加計 98%。		v	v	v	14930

