

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 函

地址：10341台北市大同區塔城街36號
傳 真：(02)85906032
聯絡人及電話：周小姐(6377)
電子郵件信箱：hpwwchou@mohw.gov.tw

受文者：中華民國藥師公會全國聯合會

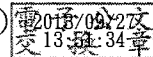
發文日期：中華民國102年9月27日
發文字號：衛部保字第1021280141C號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：

附件：發布令影本(含法規條文)1份(1021280141C-1.pdf、1021280141C-2.doc)

主旨：「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，業經本部於中華民國102年9月27日以衛部保字第1021280141號令修正發布，並定自中華民國一百零二年十月一日施行，茲檢送發布令影本(含法規條文)1份，請查照。

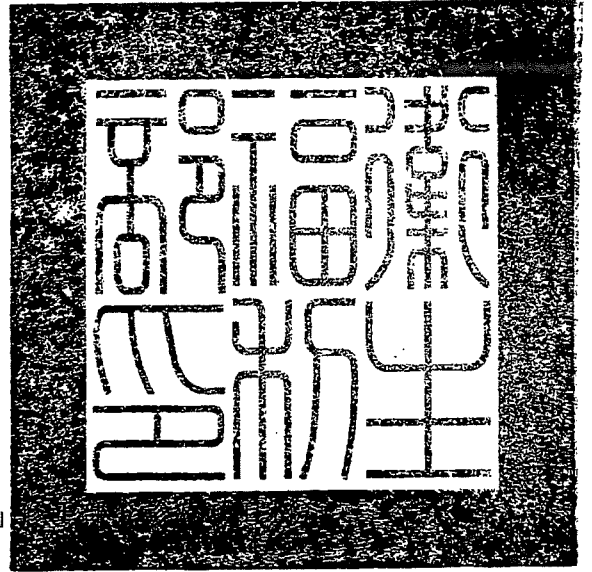
正本：衛生福利部中央健康保險署、台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、中華民國助產師助產士公會全國聯合會、中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、中華民國物理治療師公會全國聯合會

副本：本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會(均含附件)



部長 邱文達

衛生福利部 令



發文日期：中華民國102年9月27日
發文字號：衛部保字第1021280141號
附件：「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」

修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，
並定自中華民國一百零二年十月一日施行。

附修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療
項目

部長 邱文達

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項目

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 |
|--------|--|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| 02024B | 高危險妊娠住院診察費 註：適應症： 1. 妊娠 22 周至 32 周早產病患。 2. 40 歲(含)以上初產婦。 3. BMI ≥ 35 之初產婦。 4. 嚴重妊娠高血壓。 5. 前置胎盤患者。 6. 多胞胎。 7. 胎兒生長遲緩或胎兒發育異常者(IUGR)或胎盤功能異常者。 8. 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。 9. 白血病。 10. 血友病(Coagulopathy)。 11. 愛滋病。 12. 產後大出血者。 13. 胎盤早期剝離。 14. 合併接受外科手術者。 15. 雙胞胎輸血症候群。 | | v | v | v | 450 |

第二章 特定診療

第一節 檢查 Laboratory Examination

第十三項 超音波檢查 Sonography

通則：須將診斷結果附於病歷，申報費用應檢附報告。(19001-19018)

| 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 |
|--------|--|------|------|------|------|------|
| 19005C | 其他超音波 Echo for others 註：1.本節未列之超音波檢查，得以本項申報。 2.兒童加成項目。 | v | v | v | v | 600 |

第二十一項 內視鏡檢查 Endoscopy Examination (28001-28039)

| 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 |
|--------|--|------|------|------|------|------|
| 28039B | 支氣管鏡螢光透視檢查 (含支氣管鏡檢查費用) Bronchofluoroscopy 註： 1.適應症：支氣管鏡直接目視下不可見之肺週邊病灶， 並經螢光導引定位進行之切片 (biopsy)、刷拭 (brushing)、沖洗 (washing, lavage)。 2.不得與 28006C 支氣管鏡檢查合併申報。 | | v | v | v | 4872 |

第二節 放射線診療 X-RAY

二、特殊造影檢查 Scanning (33001-33133)

| 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 |
|--------|--|------|------|------|------|-------|
| 33074B | 單純性血管整形術 | | v | v | v | 10800 |
| 33115B | <p>P.T.A. (percutaneous transluminal angioplasty): simple</p> <p>複雜性血管整形術</p> <p>P.T.A. (percutaneous transluminal angioplasty): complex</p> <p>註：1.應有血管造影設備並報經保險人同意後實施。</p> <p>2.包括選擇性血管造影 (Including selective angiography)。</p> <p>3.施行「血管整形術」原則上應已含括「四肢動靜脈造影 33048B」，惟如因病情需要屬不同側時，得分別申報，其他特殊案例，則由專業審查認定。</p> <p>4.單純性血管整形術係指一條血管之治療，複雜性血管整形術則包含2條血管(含)以上之治療。血管數計算方式：</p> <p>(1)上肢，以實際執行之血管數計算。</p> <p>(2)下肢，分為五部份(腸動脈、股膝膕動脈、前脛動脈、後脛動脈及腓腸骨動脈)，每部份算同一條血管。</p> <p>(3)同一條血管內多處病灶仍算同一條血管。</p> | | v | v | v | 17327 |

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

第一項 處置費 Treatment

十、外科處置 General Surgery Treatment (56001-56038)

| 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 |
|--------|---|------|------|------|------|------|
| 56038B | 內視鏡冷凍治療(含內視鏡檢查費用) Endoscopic Cryotherapy 註： 適應症： 1.氣管、支氣管內病灶之切片 (biopsy)。 2.氣管、支氣管內異物之移除。 3.氣管、支氣管狹窄、肉芽之處置。 | | v | v | v | 3655 |

第二項 透析治療 Dialysis Therapy (58001~58030)

通則：血液透析採定額支付，惟如有下列特殊病例得核實申報：

- 一、如每人每月使用EPO劑量連續三個月均達20,000單位，但Hb值小於8.5g/dl時，應尋找抗性原因，若其URR \geq 65%、血清ferritin \geq 300ng/ml，而且無引起貧血之非腎臟因素時，得以檢附病人臨床相關資料及說明使用理由專案申請增加每月注射劑量，經同意後始能提高EPO注射劑量。

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。

附表 4.4.1 複雜性針灸申請給付及支付原則

- 一、複雜性針灸適應症之定義需為附表 4.4.2 所列之重大傷病及癲癇病名。
- 二、費用申報與審查相關規定：
 - 1.按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執行審查。
 - 2.病歷記載應依規定書寫，重大傷病應詳述記載重大傷病史及健保 IC 卡序號(十二碼)。
 - 3.抽審病歷視醫療院所與前一年申報附表 4.4.2 所列疾病與去年同期相較之成長率，必要時得予全審。

附表 4.5.1 複雜性傷科申請給付及支付原則

- 一、複雜性傷科適應症之定義需為附表 4.5.2 所列之傷病病名。
- 二、費用申報與審查相關規定：
 - 1.院所每月專任中醫師平均申報上限為三十人次，超出部分依現行支付標準支付。
 - 2.按全民健康保險醫療費用申報與核付及服務審查辦法辦理執行審查。
 - 3.病歷記載應依規定書寫。
 - 4.申報診療項目時，主診斷碼需符合附表 4.5.2 所列之適應症 ICD-9 代碼。
 - 5.抽審病歷視醫療院所與前一年申報附表 4.5.2 所列疾病與去年同期相較之成長率，必要時得予全審。

第八部 品質支付服務

第二章 糖尿病

通則：

一、參與資格：

申報本章費用之醫事機構須組成照護團隊，醫事人員並經縣市共同照護網認證後向保險人之分區業務組申請同意。

(一) 第一階段照護：

1. 團隊醫事人員資格如下：醫師、護理衛教及營養衛教之專業人員須經各縣市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。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**)，惟團隊仍需取得各縣市糖尿病共同照護網醫師、護理衛教及營養衛教認證合格。

2. 上述參與資格如衛生主管機關有最新規定，從其規定。

(二) 第二階段照護

個案完整申報新收案(P1407C) 1次、追蹤(P1408C)至少5次、年度評估(P1409C)至少2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，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8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，醫事機構須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。

(三) 申報本章費用之醫師，第一階段其當季個案追蹤率小於20%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(P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C)。

二、收案對象：

(一) 最近90天曾在該院所診斷為糖尿病(ICD-9-CM前三碼為250)至少同院所就醫達2次(含)以上者，才可收案，惟當次收案須以主診斷【門診醫療服務點數清單媒體申報格式及填表說明之第18欄位國際疾病分類號(一)】收案。

(二) 同一院所經結案對象1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。

(三) 參與方案院所新收案對象，經保險人健保資訊網服務系統(VPN)查詢，若已被其他院所收案照護中(1年內仍有追蹤紀錄)，不得收案。

(四) 收案前需與病人解釋本方案之目的及需病人配合定期回診等事項，並發給相關文宣資料。

(五) 結案條件：

1. 可歸因於個案者，如失聯超過三個月、拒絕再接受治療等。

2. 經醫師評估已可自行照護者。

3. 個案未執行本方案管理照護超過1年者。

三、品質資訊之登錄及監測：特約醫療院所應依保險人規定內容(如附表四)，登錄相關品質資訊。

四、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. 門診及住院醫療服務點數清單及醫令清單填表說明

(1)屬本方案收案之保險對象，其就診當次符合申報 P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C 者，於申報費用時，門診醫療服務點數清單之案件分類應填『E1』、特定治療項目代號(一)應填『E4』；住院案件之醫療服務點數清單之給付類別則填寫「C」。未符合申報上述醫令者，依一般費用申報原則辦理。

(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資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付該筆管理照護費並依相關規定辦理；另該筆疾病管理費被核刪後不得再申報。

2. 醣化血色素(HBA1C)及低密度脂蛋白(LDL)之任一病患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。

五、品質獎勵措施：

(一)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，方可進入品質獎勵之評比對象。

1. 新收案率：

➢ 定義：指當年度符合收案條件(最近 90 天曾在該院所診斷為糖尿病 (ICD-9-CM 前三碼為 250) 同院所就醫達 2 次(含)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。

➢ 門檻目標值：醫師新收案率須 $\geq 30\%$ 以上，限第一階段照護醫師有申報新收案 P1407C 者。

2. 收案人數 ≥ 50 人。

(二)品質加成指標

1. 個案完整追蹤率：

➢ 定義：

(1)分母：當年度該院所由該醫師收案之所有個案當中，排除第 4 季新收案之人數。

(2)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)次數達 3 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 1 季申報新收案，其當年度追蹤管理+年度評估次數達 3 次者。

b. 如為第 2 季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達 2 次者。

c. 如為第 3 季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達 1 次者。

(3)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(2)項之 B 原則辦理。

2. HbA1C<7.0%比率(HbA1C 控制良好率)

➤ 定義：

- (1)分母：當年度該院所由該醫師收案之所有個案當中之完成當年度追蹤管理及年度評估次數，排除第4季新收案個案。
- (2)分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之收案當中，其 HbA1C<7.0%之次數比率。

3. HbA1C>9.0%比率(HbA1C 不良率)

➤ 定義：

- (1)分母：當年度該院所由該醫師收案之所有收案當中之完成當年度追蹤管理及年度評估次數，排除第4季新收案個案。
- (2)分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之收案當中，其 HbA1C>9.0%之次數比率。

4. LDL>130mg/dl 比率(LDL 不良率)

➤ 定義：(註：LDL 值係指年度評估之登錄值)

- (1)分母：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人次。
- (2)分子：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人次中，其 LDL>130mg/dl 之次數比率。

5. LDL<100mg/dl 比率(LDL 良率)

➤ 定義：(註：LDL 值係指年度評估之登錄值)

- (1)分母：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人次。
- (2)分子：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人次中，其 LDL<100mg/dl 之次數比率。

註：配合第二階段照護，年度評估者計算包含 P1409C 或 P1411C，追蹤管理計算包含 P1408C 或 P1410C。

(三) 品質卓越獎

1. 依各醫師新收案率分為 2 組(以新收案率≤55%及>55%予區分，合計共分為 2 組)。

2. 各組依上述收案完整追蹤率、HbA1C 控制良好率、HbA1C 不良率、LDL 不良率、LDL 良率等五項指標比率分別排序(收案完整追蹤率、HbA1C 控制良好率及 LDL 良率為由高排至低；HbA1C 不良率及 LDL 不良率為由低排至高)，再將各指標之序別各乘上 1/5 後相加重新排序，取排序總和前 25%之醫師，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，依該醫師所收個案中達成完整追蹤之個案數，每個個案數給予 1,000 點獎勵，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)。

(四) 品質進步獎

1. 依前一年度之各組個案完整追蹤率、HbA1C 不良率、HbA1C 控制良好率、LDL 不良率及 LDL 良率等五項指標為基準年，計算品質獎勵進步獎，惟醫師需有全曆年之指標為基準年，當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 2 個完整全曆年申報本章費用)。

2. 門檻指標及品質加成指標計算方式同本通則五之(一)(二)規定。

3. 各組依兩年度之 5 項品質指標比率相減，5 項品質指標中均需進步或持平，依該醫師所收個案中達成完整追蹤之個案數，每個個案數給予 500 點獎勵，當年度新收個案則依完整追蹤季數等比例支付，並排除該年度品質卓越獎之得獎醫師。

- (五) 品質進步獎與品質卓越獎，合計整體獎勵金額不得超過當年度糖尿病照護管理費用的30%。
- 六、本方案之疾病管理照護費用(P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C)及相關品質獎勵措施費用來源，由各總額別專款項目支應，保險人並得視費用支付情形，隨時召開會議研議修改本方案之相關內容。
- 七、資訊公開：保險人得公開申報本章之名單及相關品質資訊供民眾參考，其品質獎勵措施，將於保險人全球資訊網公開獲得品質獎勵金前25%之院所醫師人數，並於VPN系統中公開各組別每項品質指標之百分位25、50、75及100之指標值與各院所參與醫師門檻指標新收案率 $\geq 30\%$ 及收案人數 ≥ 50 人之醫師各品質指標值，供參與醫師自行查詢與比較。
- 八、符合本章節之個案，若合併其它疾病且分屬保險人辦理之不同方案收案對象時，除依本章節支付標準申報外，得再依相關方案申報費用。
- 九、進入第二階段管理照護一年內不得再申報第一階段管理照護費P1408C、P1409C。

| 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 |
|--------|---|------|------|------|------|------|
| P1407C | 糖尿病第一階段新收案管理照護費 註：1.照護項目詳附表一，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.地區醫院及基層院所之團隊醫事人員可為醫師加另一專業人員執行。 | √ | √ | √ | √ | 650 |
| P1408C | 糖尿病第一階段追蹤管理照護費 註：1.照護項目詳附表二，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.申報新收案後至少須間隔7週才能申報本項，本項每年度最多申報三次，每次間隔至少10週。 3.地區醫院及基層院所之團隊醫事人員如為醫師加另一專業人員執行，則申報點數為本項點數之80%。 | √ | √ | √ | √ | 200 |
| P1409C | 糖尿病第一階段年度評估管理照護費 註：1.照護項目詳附表三，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.申報追蹤管理後至少間隔10週才能申報本項，本項限執行P1407C及P1408C合計達三次(含)以上者始得申報，本項每年度最多申報一次。 3.地區醫院及基層院所之團隊醫事人員如為醫師加另一專業人員執行，則申報點數為本項點數之80%。 | √ | √ | √ | √ | 800 |
| P1410C | 糖尿病第二階段追蹤管理照護費 註：1.照護項目參考附表二之檢驗項目，另得視病情需要進行衛教服務。除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.本項每年度最多申報三次，每次間隔至少10週。 | √ | √ | √ | √ | 100 |

| 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 |
|--------|--|----------|----------|----------|----------|----------|
| P1411C | 糖尿病第二階段年度評估管理照護費 註：1.照護項目參考附表三之檢驗項目，另得視病情需要進行衛教服務。除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.申報追蹤管理後至少間隔10週才能申報本項，本項限執行P1408C及P1410C追蹤合計達三次(含)以上者始得申報，本項每年度最多申報一次。 | v | v | v | v | 300 |