

檔 號：

保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市安和路一段29號9樓

承辦人：洪郁涵

電話：(02)2752-7286#152

傳真：(02)2771-8392

電子信箱：yuhan327@tma.tw

受文者：臺中市大臺中醫師公會

發文日期：中華民國104年5月7日

發文字號：全醫聯字第1040000673號

速別：普通件

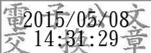
密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨(0000673A00_ATTCH1.pdf、0000673A00_ATTCH2.pdf、0000673A00_ATTCH3.pdf、0000673A00_ATTCH4.pdf)

主旨：轉知衛生福利部中央健康保險署104年4月23日健保醫字第1040033073號函「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之新增診療項目建議」及「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之現有診療項目修訂建議」各乙份，即日起支付標準增修訂建議，請依附件表格填寫後函送該署辦理，請查照。

說明：旨揭附件表格亦可上【衛生福利部中央健康保險署全球資訊網>資料下載>表單下載>醫療服務表單>新增診療項目及現有診療項目修訂申請】網站下載(網址：http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=17&menu_id=879&WD_ID=993&webdata_id=2210)。

正本：各縣市醫師公會、西醫基層醫療服務審查執行會各分會

副本：

理事長 蘇 清 泉

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準 之新增診療項目建議

檢附文件(請勾選)

- 建議單位與其他相關單位專家、團體之連繫資訊(表 001)
- 新增診療項目建議表(表 002)
- 診療項目成本分析表(表 003-1)
- 作業流程(表 003-2)
- 須搭配使用之藥品、特殊材料或診療項目(表 003-3)
- 執行診療項目相關醫事人員資格暨設備資料
(醫療院所申請必備文件)(表 003-4)
- 其他

表格填寫相關疑義請洽：
醫務管理組支付標準科
(02)2706-5866 分機 2654、2632、2637

001 建議單位與其他相關單位專家、團體之連繫資訊

1. 建議單位資訊

建議單位名稱及代號： _____

建議日期： _____

聯絡人及職稱： _____

聯絡電話： _____

聯絡地址： _____

e-mail： _____

2. 其他相關單位專家參考名單（可協助說明建議案臨床背景者）：

專家 1

姓名： _____

服務單位及職稱： _____

聯絡電話： _____

e-mail： _____

專家 2

姓名： _____

服務單位及職稱： _____

聯絡電話： _____

e-mail： _____

3. 相關專業團體（如學會、協會）：

(1) _____

(2) _____

002 新增診療項目建議表

一、 建議診療項目基本資料

1. 診療項目中文名稱		
2. 診療項目英文名稱		
3. 診療項目概要說明	<ul style="list-style-type: none"> ● 簡要說明診療項目執行之部位、器官、路徑或執行方式，文字以 100 字內為限。 	
4. 建議適應症範圍 (ICD-9-CM 及 ICD-10-CM)	<ul style="list-style-type: none"> ● 請以條列方式填寫 	
5. 禁忌症 (ICD-9-CM 及 ICD-10-CM)	<ul style="list-style-type: none"> ● 請以條列方式填寫 	
6. 相對應之處置碼及其中文名稱	ICD-9-PCS	
	ICD-10-PCS	
7. 主要臨床功能及目的 (納入健保給付之必要性說明)	<input type="checkbox"/> 目前無傳統診療方式：_____ <input type="checkbox"/> 檢驗/療效明顯優於傳統診療方式：_____ <input type="checkbox"/> 副作用明顯低於傳統診療方式：_____ <input type="checkbox"/> 提升生活品質：_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____	
8. 建議支付點數及其理由		
9. DRG 類別	MDC：_____ DRG 碼：_____	
10. 建議適用類別	A. 層級： <input type="checkbox"/> 醫學中心 <input type="checkbox"/> 限區域醫院以上 <input type="checkbox"/> 限地區醫院以上 <input type="checkbox"/> 基層院所以上 B. 門住診使用： <input type="checkbox"/> 住院使用 <input type="checkbox"/> 門診使用 <input type="checkbox"/> 門、住均可使用	

11. 類別屬性	<input type="checkbox"/> A. 治療 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 處置 <input type="checkbox"/> B. 診斷 <input type="checkbox"/> 檢驗 <input type="checkbox"/> 病理檢查 <input type="checkbox"/> 影像診斷 <input type="checkbox"/> 檢查(如內視鏡、穿刺、超音波)
12. 與藥品或醫療器材或診療項目的關係	是否須配合新增目前未納入健保支付之藥品、特殊材料、檢驗、檢查？ ^註 <input type="checkbox"/> 藥品（若是，請續答 13） <input type="checkbox"/> 特殊材料（若是，請續答 14） <input type="checkbox"/> 診療項目（若是，請續答 15）
13. 相關藥品資訊(欄位不足請自行增列使用，1 項 1 欄)	名稱(成份)：_____ 是否取得我國許可證？ <input type="checkbox"/> 是，許可證字號：_____ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 申請中 健保是否已給付？ <input type="checkbox"/> 是，給付代碼：_____ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 申請中 在本項目中使用方式或原因：_____
14. 相關特材資訊(欄位不足請自行增列使用，1 項 1 欄)	名稱：_____ 是否取得我國許可證？ <input type="checkbox"/> 是，許可證字號：_____ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 申請中 是否為健保已給付之特殊材料？ <input type="checkbox"/> 是，給付代碼：_____ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 申請中 在本項目中使用方式或原因：_____
15. 相關診療項目資訊(欄位不足請自行增列使用，1 項 1 欄)	是否為健保已給付之診療項目？ <input type="checkbox"/> 是，給付代碼：_____ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 申請中 在本項目中使用方式或原因：_____

三、 預估建議新增診療項目使用量與健保財務衝擊

1. 納入健保支付 前三年每年執 行人數及總次 數	年	年	年	年		
	人數					
	總次數					
	<ul style="list-style-type: none"> ● 請說明推估依據 ● 對相關數據請清楚提供來源出處 					
2. 預估納入健保 支付後五年預 估逐年執行人 數及總次數	年	年	年	年	年	年
	人數					
	總次數					
	<ul style="list-style-type: none"> ● 請說明推估依據 ● 對相關數據請清楚提供來源出處 					
3. 本項目每人是 否僅須執行 1 次？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，請詳填 4 至 6 項					
4. 執行頻率	每 (日、週、月、年) 次					
5. 治療期程	每 (日、週、月、年)，為一療程，約須 療 程。					
6. 其他特殊療程	● 請說明					
7. 目前(納入前)費 用來源	<input type="checkbox"/> 未申報健保，自費價格約為_____元 <input type="checkbox"/> 比照現有項目申報： 現行診療項目代碼為_____ 支付點數為_____點 <input type="checkbox"/> 政府其他部門支應： <input type="checkbox"/> 其他民間團體補助： <input type="checkbox"/> 其他：_____					

四、 建議使用規範

1. 技術的成熟度	<ul style="list-style-type: none">● 請說明國內引進時間● 國內執行醫院數● 學習曲限 (learning curve)
2. 專科別限制	<ul style="list-style-type: none">● 請依照衛生福利部專科醫師之專科別填寫
3. 人員資格要求	
4. 設備要求使用	
5. 費用申報時必要之附件(如記錄或報告)	
6. 不得同時申報之診療項目及編號(可填多項)	
7. 其他	

五、 檢附相關資料

醫療器材產品之衛生福利部查驗資料

醫療器材名稱	檢附證件 (請填代號)
<p>備註：檢附證件代號如下：</p> <p>A：衛生福利部核發之醫療器材許可證。</p> <p>B：衛生福利部列管查核判定屬無須辦理查驗登記之簡便行文表。</p> <p>C：未獲衛生福利部之醫療器材許可證，檢附臨床試驗資料。</p>	

六、 文獻資料 (請填寫文獻資料彙整表)

1.按醫療法第七十九條應進行人體試驗之新醫療技術

- (1) 請檢附該項技術專業教科書內容或發表於國外知名期刊或外國政府核准證明文件 (必須提供，如附件__)。
- (2) 檢具完成人體試驗或相關臨床實證證明 (必須提供，如附件__)。

2. 文獻資料彙整表

序號	發表年份	篇名	中文摘要	文獻等級 (可複選)
				<input type="checkbox"/> 評論性文章(review article) <input type="checkbox"/> 隨機分派試驗(RCT) <input type="checkbox"/> 統合分析(meta-analysis) <input type="checkbox"/> 原創文章(original article) <input type="checkbox"/> 病例報告(Case Report) <input type="checkbox"/> 其他(others)
				<input type="checkbox"/> 評論性文章(review article) <input type="checkbox"/> 隨機分派試驗(RCT) <input type="checkbox"/> 統合分析(meta-analysis) <input type="checkbox"/> 原創文章(original article) <input type="checkbox"/> 病例報告(Case Report) <input type="checkbox"/> 其他(others)

4. 其他：

七、 國際價格資料（至少包括美國、日本及韓國之給付資料供參）

國名	英文名稱	中文名稱	價格 (單位)	資料 來源

003-1 診療項目成本分析表

項目名稱：

項目編號：

提案單位：

成本分析資料醫事機構名稱：

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						
		2. 住院醫師						
		3. 護理人員						
		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	品名	單位	單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計	
	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
非醫療設備=醫療設備 × Y %								
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	成本小計		
	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) × Z %							
直接成本合計								
作業及管理費用(直接成本 × X %)								
成本總計								

003-2作業流程

診療項目名稱：

提案單位：

作業流程提供醫事機構名稱：

作業流程	一、前置期	二、初期	三、中期	四、後期
設備				
人力				
藥品				
醫療器材				
診療項目				

註：各階段之設備及人力使用之器材、人員請於後面以()註明時間，例如保溫箱(25分鐘)、主治醫師一名(20分)

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準 之現有診療項目修訂建議

檢附文件(請勾選)

- 建議單位與其他相關單位專家、團體之連繫資訊(表 001)
- 現有診療項目修訂建議表(表 002)
- 診療項目成本分析表(表 003-1)
- 作業流程(表 003-2)

(以上為建議修訂支付點數必備文件)

- 其他

表格填寫相關疑義請洽：
醫務管理組支付標準科
(02)2706-5866 分機 2654、2632、2637

健保署受理日期：

受理編號：

受理編號：_____

001 建議單位與其他相關單位專家、團體之連繫資訊

1. 建議單位資訊

建議單位名稱及代號：_____

建議日期：_____

聯絡人及職稱：_____

聯絡電話：_____

聯絡地址：_____

e-mail：_____

2. 其他相關單位專家參考名單（可協助說明申請案臨床背景者）：

專家 1

姓名：_____

服務單位及職稱：_____

聯絡電話：_____

e-mail：_____

專家 2

姓名：_____

服務單位及職稱：_____

聯絡電話：_____

e-mail：_____

3. 相關專業團體（如學會、協會）：

(1) _____

(2) _____

002 現有診療項目修訂建議表

一、修訂建議：

診療項目	現有診療項目	修訂建議	修訂理由
編號			
中文名稱			
英文名稱			
支付點數			<ul style="list-style-type: none"> ● 請填寫修訂前後之經費差異說明。 ● 填寫國際價格資料表。
增訂支付規範、適應症或禁忌症			<ul style="list-style-type: none"> ● 請附上文獻。 ● 填寫文獻資料彙整表。
修訂兒童加成率			<ul style="list-style-type: none"> ● 請說明兒童及成人之耗用成本差異。
其他			

二、文獻資料彙整表

序號	發表年份	篇名	中文摘要	文獻等級 (可複選)
				<input type="checkbox"/> 評論性文章(review article) <input type="checkbox"/> 隨機分派試驗(RCT) <input type="checkbox"/> 統合分析(meta-analysis) <input type="checkbox"/> 原創文章(original article) <input type="checkbox"/> 病例報告(Case Report) <input type="checkbox"/> 其他(others)
				<input type="checkbox"/> 評論性文章(review article) <input type="checkbox"/> 隨機分派試驗(RCT) <input type="checkbox"/> 統合分析(meta-analysis) <input type="checkbox"/> 原創文章(original article) <input type="checkbox"/> 病例報告(Case Report) <input type="checkbox"/> 其他(others)

三、國際價格資料（至少包括美國、日本及韓國之給付資料供參）

國名	英文名稱	中文名稱	價格(單位)	資料來源

003-1 診療項目成本分析表

項目名稱：

項目編號：

提案單位：

成本分析資料醫事機構名稱：

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						
		2. 住院醫師						
		3. 護理人員						
		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	品名	單位	單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計	
	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
非醫療設備=醫療設備 × Y %								
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	成本小計		
	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) × Z %							
直接成本合計								
作業及管理費用(直接成本 × X %)								
成本總計								

003-2作業流程

診療項目名稱：

提案單位：

作業流程提供醫事機構名稱：

作業流程	一、前置期	二、初期	三、中期	四、後期
設備				
人力				
藥品				
醫療器材				
診療項目				

註：各階段之設備及人力使用之器材、人員請於後面以()註明時間，例如保溫箱(25分鐘)、主治醫師一名(20分)

003-3須搭配使用之藥品或特殊材料或診療項目

診療項目名稱：

序號	項目(中/英文名稱)	單位	單價	用量	成本小計	必要性	生產國	製造許可證、衛生福利部許可証字號	健保給付代碼
						<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 選用			
						<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 選用			
						<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 選用			
						<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 選用			
						<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 選用			
						<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 選用			
						<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 選用			
						<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 選用			
						<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 選用			
						<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 選用			
						<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 選用			
						<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 選用			
						<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 選用			
						<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 選用			
						<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 選用			
						<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 選用			
						<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 選用			
						<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 選用			
						<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 選用			
費用合計									

註：如已納入健保給付，請填入健保給付代碼。

