

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：劉俊宏
電話：(02)2752-7286分機131
傳真：(02)2771-8392
電子信箱：jhliu@tma.tw

受文者：各縣市醫師公會

發文日期：中華民國99年8月30日

發文字號：全醫聯字第0990001870號

速別：普通件

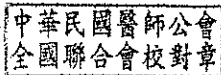
密等及解密條件或保密期限：普通

附件：如主旨

主旨：行政院衛生署中央健康保險局公告新增「99年提升住院護理照護品質方案」及修正「全民健康保險醫療費用支付標準特定檢查資源共享試辦計畫」、「全民健康保險乳癌醫療給付改善方案試辦計畫」，如附件，除「99年提升住院護理照護品質方案」追溯自99年1月1日起實施外，其餘項目自99年9月1日起生效，請 查照。

說明：依據行政院衛生署中央健康保險局99年8月19日健保醫字第0990073227號公告之副本辦理。

正本：各縣市醫師公會
副本：



理事長 李明濱

第 1 章 緒 論

第 1 章 緒 論

第 1 章 緒 論

副本

收文編號	收文日期	歸檔編號
2187	99.8.25	12-~

行政院衛生署中央健康保險局 公告

10688

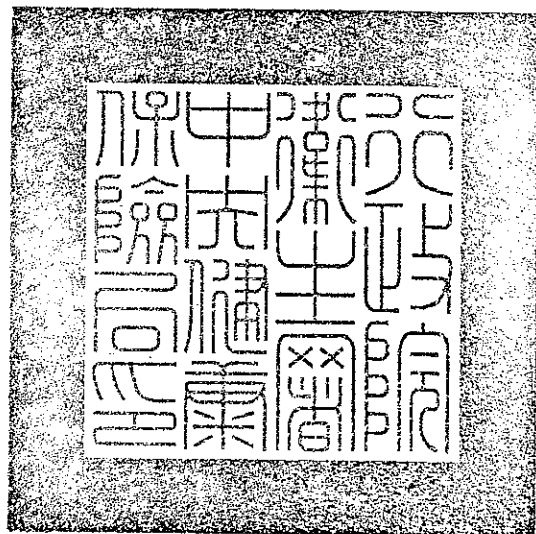
台北市安和路1段29號9樓

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國99年8月19日

發文字號：健保醫字第0990073227號

附件：如主旨



主旨：公告新增「99年提升住院護理照護品質方案」（如附件1）及修正〔全民健康保險醫療費用支付標準特定檢查資源共享試辦計畫〕（如附件2）、「全民健康保險乳癌醫療給付改善方案試辦計畫」（如附件3）、「99年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額特殊服務項目醫療服務試辦計畫」（如附件4）、「腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫」（如附件5），除「99年提升住院護理照護品質方案」追溯自99年1月1日起實施外，其餘項目自99年9月1日起生效。

依據：行政院衛生署99年8月11日衛署健保字第0990018698號函。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國牙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、中華民國助產學會、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、台灣醫院協會、中華民國公立醫院協會、台灣私立醫療院所協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、中華民國私立地區醫院協會、台灣教會醫療院所協會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、中華民國開業醫師協會、行政院主計處、臺北市政府、高雄市政府、行政院國軍退除役官兵輔導委員會、國防部軍醫局、福建省連江縣政府、福建省金門縣政府、台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、勞工保險局、行政院衛

生署、行政院衛生署疾病管制局、行政院衛生署國民健康局、全民健康保險監
理委員會、全民健康保險爭議審議委員會、全民健康保險醫療費用協定委員會
、本局臺北業務組、本局北區業務組、本局中區業務組、本局南區業務組、本
局高屏業務組、本局東區業務組、本局台北聯合門診中心、本局高雄聯合門診
中心、本局局長室、本局黃副局長室、本局主任秘書室、本局財務組、本局會
計室、本局企劃組（請刊登全球資訊網）、本局資訊組、本局醫審及藥材組、
本局醫務管理組（發布令修正支付標準之附件請至本局全球資訊網站即時公告
欄擷取）

行政院衛生署中央
健康保險局核對章(2)

局長戴桂英



99 年提升住院護理照護品質方案

壹、依據：

全民健康保險醫療費用協定委員會98年12月31日費協字第0985901649號公告。

貳、預算：99年度醫院醫療給付費用總額及其分配，專款編列8.325億元。

參、目的：鼓勵醫院重視護理照護，提高住院病人醫療照護品質。

肆、對象：屬醫院總額範圍內有申報住院護理費之特約醫療院所。

伍、給付方式：依是否提報品質指標數據及登錄護理人力，與計算公式所需護理人力比值之多少，予以獎勵如下。

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、壓瘡發生人數及出院病人數，並於每年2月20日及8月20日前填報1次護理服務滿意度，每半年結算1次，每次支給3萬元。

二、護理人力：

係以院所每月實際申報門急診人次及住院病床日數，按本計畫依醫院評鑑相關護理人力設置標準議定每位護理人員每月服務量，計算每月實際所需相關護理人力後，以全院登錄之護理人員數/前開計算之護理人數之比值結果，並按月依各層級醫院數納入獎勵之比率由多到少排序前70%者（換算院所家數時，小數點無條件進入），以每月申報住院護理費(全民健康保險醫療費用支付標準第二部第一章第三節各類病床護理費)支付標準加成6%獎勵。符合獎勵者每月先以1點1元給付。

註：以上每月比值之排序，係於次月底已受理並完成該月轉檔資料後啟動；各院所每月實際申報門急診人次及住院病床日數係以次月申報該月發生數及補送該月以前之補報數之加計數列計；登錄護理人員數，係以執業登記在當月有效之護理師、護士及助產士合計數計算。

三、本項專款預算按季均分及結算，當季預算若有結餘則流用至下季，當季預算先扣除前項品質指標報告之定額費用後，採浮動點值計算暫結，且每點不高於1元。年底時進行結算，以全年預算扣除前述品質指標報告之定額

費用後，其餘給付項目皆採浮動點值計算，且每點金額不高於1元。

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，由健保分局衡酌處理，且同院所一年不得超過1次。

五、健保局得不定期進行稽核，經查有登錄不實或有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第六十四條第五、第七、第八款(與住院有關)所列違規情事，經本局處以違約記點或有同辦法第六十六條、六十七條所列違規情事，經本局處以停止特約者(含行政救濟進行中尚未執行處分者)，以違規發生日期認定，並停止處分期間本方案之給付，並依相關規定追扣費用。

陸、各類品質指標值之登錄

一、參與本方案之特約醫療院所提報品質指標資料(如附件一)，應依規定於中央健康保險局(<http://10.253.253.242/idcportal>)登錄，未定期登錄或登錄不完全者，結算時不予支付品質指標報告費用。

二、健保局得公開參與本方案之名單及相關品質資訊供民眾參考。

柒、護理人力之計算：

一、各層級醫院列計護理人力之申報項目

(一)列計護理人力之項目包括「急性一般床」、「RCC呼吸照護病房」、「RCW呼吸照護病房」、「新生兒中重度病房」、「燒傷中心」、「加護病床」、「急診」與「門診」，先參照新制醫院評鑑護理人力及格標準(C)及中華民國護士及護理師公會全國聯合會專案小組意見，分別確定其平均每位護理人員每月服務之床日數及門診與急診人次數標準。

(二)急性一般病床內含經濟病床、隔離病床及核醫病床；加護病房含骨髓移植隔離病房；門診申報人次不包含診察費為0之件數；精神專科醫院與其他各層級醫院按不同之標準計算。

(三)每位護士每月平均服務一般急性病床日數之計算，舉例如下：

醫學中心急性一般病房白班8床/人、小夜10床/人、大夜13床/人以每人每月上班22日計算：

平均每位護理人員每月服務之床日之計算公式為：

$$\left[\frac{(8+10+13)}{3} \right] \times 22 \text{ 日} \div 3 \text{ 班} = 75.7 \text{ 床日/人/月}$$

醫學中心急性一般病房合理護理人員數之計算公式為：

醫院申報之每月床日數÷75.7 床日/人/月

二、各層級醫院每月所需相關之護理人力計算公式

醫學中心

(急性一般病房申報床日數÷76 床日/每人)+(RCC 呼吸照護病房申報床日數÷38 床日/每人)+(RCW 呼吸照護病房申報床日數÷53 床日/每人) +(新生兒中重度病房申報床日數÷18 床日/每人)+(燒傷中心申報床日數÷15 床日/每人)+(加護病房申報床日數÷15 床日/每人)+ (急診來診人次÷264 次/每人)+(門診來診人次÷2640 次/每人)= 前開住院病床日數及門、急診人次應有合理的護理人員數

區域醫院

(急性一般病房申報床日數÷95 床日/每人)+(RCC 呼吸照護病房申報床日數÷48 床日/每人)+ (RCW 呼吸照護病房申報床日數÷53 床日/每人) +(新生兒中重度病房申報床日數÷23 床日/每人)+(加護病房申報床日數÷19 床日/每人)+(急診來診人次÷264 次/每人) + (門診來診人次÷2640 次/每人) = 前開住院病床日數及門、急診人次應有合理的護理人員數

地區醫院

(急性一般病房申報床日數÷105 床日/每人)+(RCW 呼吸照護病房申報床日數÷53 床日/每人) +(加護病房申報床日數÷21 床日/每人)+(急診來診人次÷264 次)+(門診來診人次÷2640 次/每人) = 前開住院病床日數及門、急診人次應有合理的護理人員數

精神科專科醫院

(急性一般病房申報床日數÷76 床日/每人) + (門診來診人次÷2200 次/每人) = 前開住院病床日數及門診人次應有合理的護理人員數

*以上各層級計算公式所列各類病床之住院護理費申報代碼、急診申報代碼及門診人次定義及每位護理人員每月服務床日數及門急診人次數計算方式如附件二、三。

附件一

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、原醫院代號(如醫院代號修正)
- 二、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
- 三、每半年填報1次護理服務滿意度：填報時間，每年2月20日及8月20日

附件二 各類病床之住院護理費申報代碼、急診申報代碼及門診人次定義

一般 病床 (含精神 急性)	經濟 病床 (含精神 急性及 慢性 病床)	核醫 (比照 一般)	隔離 病床 (比照 一般)	RCC 及 RCW 病 床	新生兒 中重度 病床	燒傷 中心 及病 房	加護 病床	骨髓 (比照 ICU)	急診暫 留床	急診 人次	門診 人次
03026K	03030K	03054B	03044B	03049GA	03034K	03041A	03047E	03046K	03042A	01015C	急診 人次， 其他科 門診察 費不為 0 申 件數
03027A	03031A		03045B	03050HA	03035A	03040B	03048F	03043B	00201A		
03028B	03032B		03052B	03028BA	03036B		03049G		00202A		
03029B	03033B						03050H		00203A		
							03037A		00204A		
							03038B		01021C		
							03039B		01045C		
									01047A		
									01048A		
									01049A		
									01050A		
									01101C		
									01102C		
									01103C		
									01104A		
									01105A		
									01106A		
									01107A		
									01108A		
									01109A		
									01110A		
									01111A		
									01112A		
									01113A		
									01114A		
									01115A		

附件三 位護理人員每月服務床日數及門急診人次 (每月 22 日)

病床別	醫院等級	病人床日/ 每護理人月	符合標準
急性一般病房、急性經濟病房(非屬精神科專科醫院之精神科急性病床, 比照本項標準計算。)	醫學中心	76	依新制醫院評鑑標準 6.1.3.4 申請醫學中心評鑑者以白班 8 床/人、小夜 10 床/人、大夜 13 床/人, 上班 22 日計算: 平均每護理人力每月服務床日為 【(8+10+13) 床÷3】= 10.3 床日/人× 22 日 ÷ 3 班 = 75.7(76) 床日/人月
	區域醫院	95	依據醫學中心係數 × 1.25 76 × 1.25 = 95
	地區醫院	105	依據區域醫院係數 × 1.1 95 × 1.1 = 104.5 (105)
RCC 呼吸 照護病床	醫學中心	38	以白班、小夜班、大夜班平均每班照顧 5.2 床/人日 5.2 床日 × 22 日 ÷ 3 班 = 38 床日/人月
	區域醫院	48	依據醫學中心係數 × 1.25 38 床日/人月 × 1.25 = 47.5 (48) 床日/人月
RCW	醫學中心	53	依據區域醫院係數 × 1.1 48 × 1.1 = 52.8 (53) 床日/人月
	區域醫院	53	
	地區醫院	53	
新生兒 中重度病床	醫學中心	18	醫學中心評鑑者：每床 0.4 人(每人每班照顧 2.5 床), 以上班 22 日計 2.5 床日 × 22 日 ÷ 3 班 = 18.3(18) 床日/人月
	區域醫院	23	依據醫學中心係數 × 1.25 18 床日/人月 × 1.25 = 22.5(23) 床日/人月
加護病房、 燒傷中心	醫學中心	15	以白班、小夜班、大夜班平均每班照顧 2 床/人日 2 床日/人月 × 22 日 ÷ 3 班 = 14.6 (15) 床日/人月
	區域醫院	19	依據醫學中心係數 × 1.25 15 床日/人月 × 1.25 = 18.75(19) 床日/人月
	地區醫院	21	依據區域醫院係數 × 1.1 19 床日/人月 × 1.1 = 20.9 (21) 床日/人月

病床別	醫院等級	病人人次 / 每護理人月	符合標準
急診 人次	醫學中心	264	依據醫院評鑑標準，以每班每護理人力負擔 12 人次 計算 $12 \text{ 人次/每班} \times 22 \text{ 日} = 264 \text{ 人次/人月}$
	區域醫院	264	
	地區醫院	264	
非精神科 門診人次	醫學中心	2640	依據醫院評鑑標準，以每班每診療室 0.5 名計算 $30 \text{ 人/診} \times 2 \text{ 診/天} \times 22 \text{ 日} \times 2 = 2640 \text{ 人次/人月}$
	區域醫院	2640	
	地區醫院	2640	
精神科 急性一般床	精神教學 醫院、精神 科醫院	76	依據照護每班平均照顧 10.3 床計 $10.3 \text{ 人日} \times 22 \text{ 日} \div 3 \text{ 班} = 75.6(76) \text{ 床日/人月}$
精神科 門診人次	精神教學 醫院、精神 科醫院	2200	依據醫院評鑑標準，以每班每診療室 0.5 名計算 $25 \text{ 人/診} \times 2 \text{ 診/天} \times 22 \text{ 日} \times 2 = 2200 \text{ 人次/人月}$

全民健康保險醫療費用支付標準特定檢查資源共享試辦計畫

壹、目的：總額支付制度下，為鼓勵醫療資源共享，避免患者重複受檢之困擾，爰選定部分特定檢查項目，試行特約醫院間之資源共享，以減少醫療資源浪費，並藉由試辦方式，建立資源共享模式，為以後推廣實施奠定基礎。

貳、試辦項目：

- 一、電腦斷層造影檢查 Computered Tomography (支付標準診療項目編號 33070B-33072B)。
- 二、磁共振造影 Magnetic resonance imaging (支付標準診療項目編號 33084B-33085B)。
- 三、正子造影 Positron emission tomography, PET (支付標準診療項目編號 26072C-26073C)。

參、辦理方式：

一、申請程序：

(一)由第二次處方醫院申請為原則，申請程序如下：

1. 保險對象經醫師診治因病情需要，得由第二次處方醫院，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及報告，以供診斷疾病之參考。
2. 原檢查醫院應於受理後 2 日內（以郵戳為憑）提供特殊造影檢查影像及報告以供第二次處方醫院診治醫師參考，病人情況緊急者應當日立即提供。

(二)特殊情況得由保險對象或親友提出申請，申請程序如下：

1. 保險對象或其親友持由第二次處方醫院醫師開具之全民健康保險特殊造影檢查影像及報告申請同意書、身分證明文件及保險憑證，向原檢查醫院提出申請，保險憑證僅供驗明具被保險人身分，不須蓋卡。
2. 原檢查醫院應於受理申請之當天提供特殊造影檢查影像及報告。

(三)藉由影像檔案儲存與通信傳輸系統（PACS Picture Archiving and Communications System）申請：第二處方醫院及原檢查醫院若具有 PACS，則第二處方醫院得以 PACS 向原檢查醫院申請，其餘比照書面申

請方式。

- (四) 第二次處方醫院之醫師，應於病歷中記載已取得病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人之同意，或將其所簽立同意書，夾存於病歷中備查。
- 二、全民健康保險特殊造影檢查影像及報告申請同意書格式（如附件一）一式二聯，第一聯送原檢查醫院申請，第二聯由第二次處方醫院留存。
- 三、受理與回饋：原檢查醫院應設立單一窗口，處理相關行政作業，包括申請書受理、提供影像及報告，第二次處方醫院應依醫療法規定於門診完成診治後三日內，病患住院者出院後二星期內，將處理情形回復原檢查醫院。
- 四、作業流程如附件二。

伍、支付標準

通則：

- 一、原檢查醫院提供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；第二次處方醫院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。
- 二、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醫院間之提供與申請，以乙次為限；病患自行攜帶複製片，經第二次處方醫院使用並作成診斷報告，則得申請本試辦計畫，給予第二次處方醫院申請特殊造影檢查影像及報告費。
- 三、第二次處方醫院如於申請保險對象特殊造影檢查影像及報告時，因資料不足參考，並依病患病情需要及臨床治療指引再次檢查者，則不得申報本試辦計畫之診療項目。
- 四、行政院衛生署醫院評鑑特約醫事服務機構申請併同評鑑者，視為同一醫事服務機構，應主動提供同一醫院之醫師診治疾病之參考，不得申請本試辦計畫支付標準項目費用。
- 五、影像之提供得以 PACS、行政院衛生署全國醫療影像交換中心及複製片等方式提供。

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
P2101C	原檢查醫院提供特殊造影檢查影像及報告費					
P2102C	1. 電腦斷層檢查		√	√	√	1340
P2105C	2. 磁振造影		√	√	√	2445
P2106C	3. 正子造影-全身		√	√	√	2445
	4. 正子造影-局部		√	√	√	1340
	註：以PACS方式提供比照申報。					
P2103C	第二次處方醫院申請特殊造影檢查影像及報告費					
	1. 電腦斷層檢查		√	√	√	1340

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
P2104C	2. 磁振造影檢查		√	√	√	2445
P2107C	3. 正子造影-全身		√	√	√	2445
P2108C	4. 正子造影-局部 註：以PACS方式提供比照申報。		√	√	√	1340

陸、品質監測

一、指標項目：

- (一) 同一保險對象在同一醫院（原檢查或第二次處方醫院）六個月內重複檢查之比率。
- (二) 同一保險對象在不同醫院（原檢查及第二次處方醫院）六個月內重複檢查之比率。
- (三) 同一保險對象在參與及未參與試辦醫院六個月內重複檢查之比率。

（※以上”六個月內”指在原處方醫院檢查日起算）

二、監測處理

採事後每季檔案分析，自試辦後第二季分析結果超常（暫以超出平均值二個標準差）之醫院，應提出書面說明報告，自試辦後第二季起，連續二季或一年內二次以上分析結果超常者，應於醫院總額支付委員會提出說明報告。

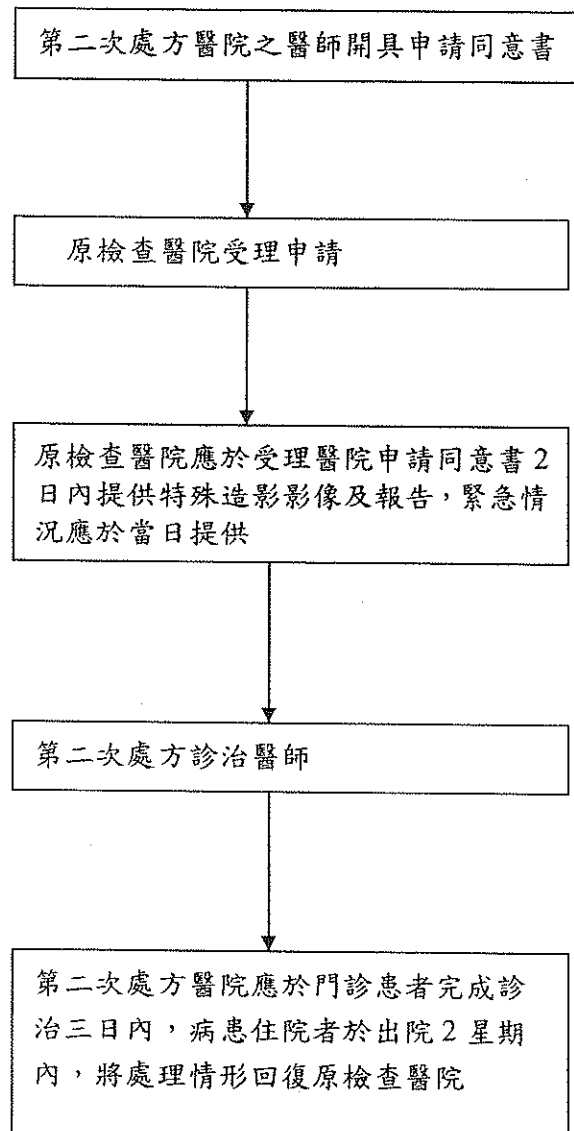
附件一

全民健康保險特殊造影檢查影像及報告申請同意書

保險對象基本資料	姓名		性別		出生日期			
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		民國(前) 年 月 日			
	身分證字號/居留證字號		聯絡電話		聯絡地址			
			住家： 公：					
申請特殊造影檢查名稱		日期：						
原檢查醫院名稱及代號		原檢查醫院 病歷號碼						
第二次處方醫院	診治醫師姓名：		醫院名稱：					
			醫院代號：					
		戳章：		戳章：				
病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人申請	申請人姓名		身分證字號/ 居留證字號					
	與申請人關係		<input type="checkbox"/> 病人本人 <input type="checkbox"/> 申請人與病人之關係：		簽章： _____			

備註:上述各欄均需填寫完整

附件二 申請特殊造影檢查影像及報告作業流程圖：



全民健康保險乳癌醫療給付改善方案試辦計畫

壹、前言

癌症「早期發現，早期治療」，其療效佳且治癒機會大；否則，不僅療效不佳且耗費更多的醫療資源。某醫院以該院乳癌病人為例進行五年存活率與醫療費用分析，研究結果發現第 0 期五年存活率為 95.7%，第 4 期五年存活率則為 18.5%。醫療費用分析結果發現乳癌病人經治療後，再復發者之醫療費用是無病狀態者的 6.7 倍，而第 4 期乳癌病人的醫療費用是第 0 期病人的 5 倍多，是第 1 期病人的 3 倍多。

但如果只做到「早期發現，早期治療」，癌症仍不足以獲得最佳療效，需要「早期正確診斷，早期正確治療」，癌症方可獲得最佳療效。早期正確診斷有賴於足夠且有效的檢查，才可以提供正確癌症分期，進而使癌症醫療團隊得以決定最好的醫療策略。早期正確治療不但需給予足夠的醫療服務，且依照臨床實驗認可的診療準則完整、徹底的執行治療。在目前論量計酬支付制度下，並無確保醫療品質機制的醫療服務，醫療服務提供者沒有誘因提供有效的檢查與正確且足夠的醫療服務，另保險人為控制醫療費用，常會刪減到必要的醫療服務項目，在此制度的窘境下，無法分辨刪減的醫療服務是否真的是浪費；醫療服務提供者的窘境為有意盡全力提供病人醫療服務，但同時必需考慮保險人支付的不足引起財務虧損。在論量計酬支付制度且無確保醫療品質機制的環境下，因為無有效為病人規劃治療，而使得病人持續回來接受醫療服務，反而使醫療服務提供者獲利。

「癌症治療只有一次機會」這句話道出癌症治療的重要特

性。三種癌症常用的治療方式為手術、化學治療與放射治療。如果第一次手術沒有將腫瘤完全切除乾淨，癌細胞可能很容易擴散。第一次化學治療如果沒有使用有效化學治療藥物與足夠的劑量，則不僅無法達到治療效果，也會增加癌症抗藥性導致復發與轉移機率。有效治療癌症放射治療劑量僅 7000 雷得(cGY)，心臟最多能承受放射治療的劑量為 5000 雷得(cGY)，肺部則約只能承受 2000 雷得(cGY)。在第一次放射治療時，如果沒有做詳細的治療計畫，正確針對腫瘤部位給予足夠劑量，不僅無法殺死癌細胞，而且同部位再給予第二次放射治療時，正常組織累積劑量將產生更大的副作用。在論量計酬支付制度且無確保醫療品質機制的環境下，保險人往往面臨無法分辨醫事服務機構放射治療的劑量是否正確或是被濫用的窘境。

提供醫療服務的目的不外是治療好疾病與照顧好病人，但其預後評估比較困難，而存活率是評估癌症病人預後最常用的指標，因此癌症治療的預後較一般疾病容易測量。如果癌症病人沒有接受有效、正確的診斷與治療，癌症容易復發與轉移，會影響病人存活年數，甚至短時間內致死；雖然醫學上無法保證每次治療成功率為百分之百，但正確的診療獲得好的預後機率一定比較高。

先進國家診療癌症病人往往可以依循診療準則(practice guidelines 或 protocols)，因此保險人與醫療服務提供者皆有可依循的規範，癌症病人亦可獲得妥善的醫療照顧服務。國內短時間內對於癌症病人診療與照顧服務準則尚無法達成共識，但我們可以發展具有確保醫療品質機轉的癌症支付制度，創造合理的醫療環境，讓醫療服務提供者可以有效的幫助癌症病人，同時又可

達到控制醫療費用與確保醫療品質的目的。

本試辦計畫即根據癌症疾病屬性與其相關診療特性，嘗試以資料申報與專業審查監控癌症診斷正確性，以定期醫療品質報告(report)與癌症資料庫建立，確保癌症診療與照護品質。

貳、計畫目的

- 一、提升乳癌病人照護之醫療品質。
- 二、建立以醫療品質導向之支付方式。

參、試辦期間

- 一、本試辦計畫在試辦開始滿一年後，逐年由保險人與參加本計畫之醫院就試辦情況提出檢討，在保險人與試辦醫院雙方均同意下，訂定修正方案，若有一方無法同意修正方案，得停止試辦。
- 二、試辦醫院於試辦期間或年度檢討時經查醫療品質有重大缺失者，應停止其試辦醫院資格。

肆、計畫內容

一、參與試辦醫院資格

- (一)每年執行乳癌手術人數達 100 人(註)以上，且已發展乳癌之 clinical practice guidelines 或 protocols，並建立何時修訂、如何修訂與監控乳癌診療準則實施結果之流程與機制。
- (二)已成立乳癌共同診療團隊，包括以下科別：
 1. 具有外科、內科(含腫瘤內科)等各科別專任專科醫師至少二名。

2. 具有放射線(腫瘤)科、放射線(診斷)科、病理科、整型外科、精神科、復健科等各科別專任專科醫師至少各一名。
3. 以上相關醫事人員。

(三)上述人員應定期開會討論，以整合各科意見，確定乳癌病人之診斷並提出最適之治療計畫，再由主治醫師根據討論結果或乳癌診療準則與患者討論，共同決定治療計畫。

(四)已定期追蹤、收集不同期別乳癌病人之復發與存活資料，並建立可提供不同期別乳癌病人五年以上整體存活率與無病存活率統計之相關資料庫。

註：1. 參與試辦醫院應準備上述資料向本保險之分區申請及備查（備查資料明細及說明詳附件一）。

2. 每年執行乳癌人數未達 100 人以上時，若其他條件皆符合本試辦計畫規定，由本保險之分區審酌以專案辦理。

二、試辦對象範圍

(一)收案範圍：

試辦醫院於試辦期間收治之女性新病人，其 ICD-9-CM 主診斷碼應符合 174.0~174.9、198.2、198.81、233.0、238.3、V58.0、V58.1 之範圍(安寧療護個案除外)。

(二)結案條件

1. 死亡。
2. 追蹤滿五年且無復發。
3. 中斷治療(歸責於病患因素)。

三、費用支付

(一)支付標準涵蓋範圍

1. 符合收案範圍主診斷碼條件者至結案期間，試辦醫院所提供之門、住診診療服務及居家照護。
2. 已收案之乳癌病人當次就診原因非收案範圍之主診斷，若併行乳癌相關治療，因相關治療費用已含於乳癌診療組合定額費用內，故乳癌相關治療費用不得再重複併行申報。

(二)試辦醫院於試辦期間除全民健康保險法等相關規定本保險不給付項目外，不得另行向保險對象收取自費項目。

(三)支付標準：詳附件二

(四)計畫期間所需經費

預估積極治療五年之醫療費用將增加二億六千萬餘元，惟本計畫實施五年正面可估算效益若可減少現行乳癌患者之復發率5%，且再復發者之醫療費用為無病狀態之七倍左右，估計五年節省復發者之醫療費用二億。

四、醫療費用申報、暫付、審查及結算方式

(一)申報：

1. 該診療組合(分期)定額費用如含括門、住(含多次)診療時，請依現行方式逐次申報，惟處方治療明細(門診)、醫令點數清單(住院)之醫令類別請以「4(不計價)」申報，俟可申報診療組合(分期)定額費用時，再以醫令類別「2」申報診療組合(分期)定額費用。定額費用可併同該個案當月診療費用申報，亦可獨立申報於門診或住院費用，若採獨立申報時，健保卡號請填「99」(若健保IC卡單軌實施後就醫序號請填「IC99」)。

2. 病人中斷診療(含治療或追蹤)，其完成診療組合之申報，應依已施行之診療內容，改按最相近之組合申報，且未完成之分期定額支付項目，請於中斷後一次併同申報。
3. 為監控醫療品質，申報組合費用時須另申報個案醫療明細檔(申報格式詳附件三)，如未申報或內容有品質之虞者，則暫不支付該項費用，俟補正後再予支付。
4. 總表：併入現行送核費用申報辦理。
5. 門診醫療服務點數清單之申報：
 - (1) 案件分類欄位：應申報「E1(支付制度試辦計畫)」。
 - (2) 特定治療項目代號(一)欄位：應依個案申報「N(新發個案)」、「R(復發個案)」或「C(完成個案)」。
 - A. 未完成個案，每次申報費用時均應填寫「N」或「R」。
 - B. 完成診療組合(包括中斷治療)之個案，申報費用時均應填寫「C」。
 - C. 本欄位為2 BYTES，故登打時請左靠，不足之1 BYTE，請補空白。
 - (3) 門診「就醫日期」及「治療迄日」欄位：

依現行方式申報(如實施化學、放射治療時，同現行同一療程方式申報)，惟當次診療需填報醫令類別「2」之診療組合(分期)定額費用時，「就醫日期」應填該診療組合之開始治療日期(即該診療組合開始治療的第一天)，「治療迄日」填該(期)定額費用之診療截止日期。
 - (4) 申請金額欄位：將處方治療明細醫令類別「1」、「2」、「3」之費用扣除部分負擔申報。如申請金額為負數時，請依實際負數金額填寫。(例如：當次診療尚不能申報診療

組合(分期)定額費用時，如果病患未領重大傷病卡或零期癌需部分負擔時，則申請金額為負數)

6. 住診醫療服務點數清單之申報：

(1) 案件分類欄位：應申報「4(支付制度試辦計畫)」

(2) 入出院日期欄位：請依現行方式以實際入出院日期填寫。

(3) 住診「申報期間一起」及「申報期間一迄」欄位：

依現行方式申報，惟當次診療需填報醫令類別「2」之診療組合(分期)定額費用時，「申報期間一起」請填該診療組合之開始治療日期(即該診療組合開始治療的第一天)，及「申報期間一迄」請填該(期)定額費用之治療截止日期。

(4) 病患來源欄位：應依個案申報「N(新發個案)」、「R(復發個案)」或「C(完成個案)」。

A. 未完成個案，每次申報費用時均應填寫「N」或「R」。

B. 完成診療組合(包括中斷治療)之個案，申報費用時均應填寫「C」。

(5) 申請金額欄位：將醫令清單醫令類別屬「1」、「2」、「3」之費用扣除部分負擔申報。如申請金額為負數時，請依實際負數金額填寫。(例如：當次診療尚不能申報診療組合(分期)定額費用時，又病患未領重大傷病卡或者屬零期癌需部分負擔時，則申請金額為負數)

7. 醫令申報：

(1) 診療組合定額費用

A. 診療組合定額項目：醫令類別請填「2」，其中住院申報

之執行日期起迄欄，請填實際執行該(期)定額費用之起迄日期。

- B. 實際醫療費用醫令項目：醫令類別請填「4」，其中住院申報之執行日期起迄欄，請填執行該醫令項目之起迄時間。
- C. 醫令類別「4」之費用，請加總於門診處方治療明細之「合計金額」或住診點數清單之、「醫療費用合計」欄位。

(2) 乳癌荷爾蒙治療費用

- A. 以現行論量計酬方式申報，並可與任一診療組合併同申報。
- B. 申報之醫令項目，須另申報一筆醫令類別為「4」之費用。

(二) 暫付：依現行暫付作業規定辦理。

(三) 審查：

1. 參加本試辦計畫之案件，依全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法規定辦理。
2. 對於試辦醫院申報資料進行相關之檔案分析，經分析發現醫療品質有疑慮部分，得擇定不同之審查方式：
 - (1) 實地審查
 - (2) 重點抽審
 - (3) 其他專業醫療品質評量
3. 申復、爭議審議依全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法之規定。

(四) 結算：

1. 針對完成診療組合之個案(即門診點數清單特定治療項目代號(一)欄位或住診點數清單病患來源欄位申報「C」者),按季執行結算作業。
2. 對於變更治療組合之個案將依該個案完成治療時當次申報之治療組合,與先前申報之治療組合,結算其差額費用。
3. 中斷治療之個案,將依改按最相近之治療組合,與先前申報之治療組合,結算其差額費用。

五、品質監控

(一)試辦醫院定期向本保險之分區申報品質資訊,包括:

1. 診療程序準則、診療計畫之訂定原則及修正重點(每年)。
2. 乳癌共同診療團隊定期開會之會議紀錄及名單(每季抽調會議紀錄或實地審查)。
3. 提供品質監控項目(詳附件四)之年中及年度報表。
4. 提升乳癌病人及家屬衛生教育之具體措施(每年)。
5. 其他與本試辦計畫相關之品質資訊,得由試辦醫院與本保險之分區討論後提交。

(二)對於品質資訊有疑義部分,本保險之分區得請試辦醫院說明,或依試辦醫院所提供之診療程序準則等文件,進行實地審查或重點抽審,以瞭解該院所之個案管理情形。

(三)試辦醫院除上述品質指標報告外,如另有攸關本計畫之品質指標亦可提供。

六、獎勵措施

保險人應於試辦後每年年終(試辦第一年於次年年終),就試辦期間乳癌病人第零期至第三期之無病存活率及第四期之整體存

活率均大於以下條件之試辦醫院，核撥獎勵金。存活率及獎勵金之計算說明詳附件五。

病理期別\年	第一年	第二年	第三年	第四年	第五年
第零期(無病存活率)	97%	94%	93%	93%	93%
第一期(無病存活率)	97%	93%	89%	88%	86%
第二期(無病存活率)	95%	86%	80%	78%	75%
第三期(無病存活率)	85%	70%	50%	45%	40%
第四期(整體存活率)	64%	33%	23%	18%	10%
加計百分比	2%	3%	4%	6%	7%

七、計畫施行評估：

(一)本保險之分區定期監控試辦醫院實施成效，並作為其試辦醫院資格之參考：

1. 監控試辦醫院收治之乳癌病患是否符合本計畫之收案範圍，是否有符合試辦計畫收案範圍但未進入本試辦計畫之情形。
2. 監控試辦醫院對於個案之管理情形，並瞭解更改治療組合或中斷治療個案比率是否異常。
3. 監控試辦醫院對於診療程序之執行狀況。
4. 分析乳癌病人癌症分期之分布情形，以監控醫療機構有無刻意選擇病人。
5. 比較乳癌病人實際醫療利用情形與診療組合之總支付項目，以瞭解醫療機構有無刻意減少醫療服務，及遵循乳癌診療程序準則之狀況。
6. 歸戶分析乳癌病人之所有醫療費用，以瞭解醫療機構有無將

乳癌相關之診療費用，切割另外以論量計酬申報。

7. 必要時保險人得回饋分析資料給試辦醫院參考。

(二) 本試辦計畫施行情形應每年年終定期檢討(試辦第一年於次年年終)：

1. 試辦醫院應就整體試辦成果(含照護之品質)向本保險之分區報告及檢討。
2. 新科技之使用應於年度檢討時提報討論。

附件一 參與試辦醫院備查資料明細

- 一、乳癌手術患者名單(過去一年達100人以上)
- 二、乳癌診療準則(含診斷、治療及追蹤三階段)
- 三、乳癌共同診療團隊名單
- 四、定期開會之會議紀錄(至少三個月之會議紀錄)
- 五、乳癌資料庫資料收集內容(或資料收集表格)
- 六、乳癌病人不同癌症期別參與試辦前二至五年以上(含)之無病存活率(Disease free survival rate)與整體存活率(Overall survival rate)

參與試辦醫院備查資料說明

壹、乳癌手術患者名單

需列出過去一年執行乳癌手術患者名單，格式如下：

費用年月	患者姓名	身份證號碼	手術醫令碼	DRG參考碼

貳、乳癌診療準則(clinical practice guidelines)

- 一、本試辦計畫各診療組合支付點數乃參考國內外乳癌診療準則，依診斷、治療與追蹤三階段各診療處置項目計算得之。
- 二、各試辦醫院提出之乳癌診療準則，本保險之分區將據以瞭解實際提供之醫療服務與該試辦醫院乳癌診療準則間之差異情形，其差異情形之分析結果將作為修正乳癌論診療組合支付制度之依據及監控試辦醫院醫療品質之參考。

說明：乳癌診療準則可參考NCCN發展之準則。

參、共同診療團隊(Multidisciplinary Team)名單

- 一、執行診療服務之醫師需為共同診療團隊成員，並定期出席共同診療團隊會議之討論。
- 二、報備團隊名單格式如下：

乳癌共同診療團隊名單

專科別	醫師姓名	身份證號碼	專科證號

肆、乳癌共同診療團隊定期會議紀錄(至少三個月紀錄)

內容應包括時間、地點、與會人員簽名、病人名稱與其相關資料，以及會議討論重點與結論。

伍、乳癌資料庫

資料庫之內容須可供不同期別乳癌病人各年存活率及復發率之計算，以作為確保醫療品質獎勵金核發之依據，並作為參與試辦醫院資格的門檻參考。

提供資料收集內容(或資料收集表格)：需詳細說明收集乳癌病人相關資料的項目，以瞭解是否會因為資料收集項目陳述不清而影響資料收集品質。

陸、乳癌病人不同期別參與試辦前二至五年以上(含)之無病存活率(Disease free survival rate)與整體存活率(Overall survival rate)統計資料

需說明計算存活率之統計方法、時間起迄點、事件與 censored 個案的定義(因為各項定義不同會影響存活率的高低)。

附件二

乳癌醫療給付改善方案試辦計畫支付標準

通則：

- 一、乳癌病人使用之特殊材料、藥品、診療或檢查項目，得免事前審查，惟治療組合5請依規定辦理事前審查，另CT及MRI即時報備系統仍依規定辦理。
- 二、試辦醫院申報符合起迄期間之診療組合，若實際醫療費用大於下列定額費用時，以定額費用支付。
- 三、因實際醫療需要致更換治療計畫及組合者，以最後施行並完成之治療組合為支付點數。
- 四、病人中斷診療(非歸責於試辦醫院因素)者，其組合之申報應依已施行之診療內容，改按最相近之組合申報。(例如：原申報治療組合1-1，惟病人僅施行乳房全切手術及1/2療程之化學治療後即拒絕後續治療，試辦醫院應改以治療組合1-2申報完成治療。)
- 五、診斷檢查、治療組合(除5荷爾蒙治療、6化學藥物治療專案外)、追蹤檢查等同類別診療組合限各擇一組申報，各階段項目不得拆帳申報。
- 六、申報診療組合時應於編號後加填分期區別碼，說明如下：
 - 臨床分期或病理分期為0者，其區別碼為0。
 - 臨床分期或病理分期為1者，其區別碼為1。
 - 臨床分期或病理分期為2者，其區別碼為2。
 - 臨床分期或病理分期為3者，其區別碼為3。
 - 臨床分期或病理分期為4者，其區別碼為4。
 - 臨床分期或病理分期為X者，其區別碼為5。

編號	診療組合	診療項目	定義	起迄期間	支付點數	備註
P1501	再諮詢	門診診察	僅到試辦醫院尋求再諮詢無任何檢查		591 (同一醫院以申報一次為原則)	
P1502	診斷檢查1	臨床分期為0, 1, 2期之診斷檢查	1. 新發病個案 2. 已復發個案 註：無法確定臨床分期者為X期	乳房腫瘤病人依臨床分期進入不同診斷組合起至完成病理分期止，期間應於一個月內完成，特殊個案無法於期限內完成申報時，於病歷上註明備查。	6,737	
P1503	診斷檢查2	臨床分期為3, 4, X期之診斷檢查			11,575	

編號	診療組合	診療項目	定義	起迄期間	支付點數	備註
P1511	治療組合 1-1	施行乳房全切除手術及化學治療及放射治療	1. 新發病個案 2. 已復發個案	1. 新發病病患經診斷依病理分期決定治療計畫並進入治療組合起至治療結束、疾病復發、拒絕治療或死亡止。 2. 經診斷已確定為復發病患依其治療計畫進入治療組合起至治療每滿一年止。	59,858	
P1512	治療滿一個月		63,629			
P1513	治療滿三個月		97,477			
P1514	治療滿五個月 治療結束		97,485			
P1515	治療組合 1-2	施行乳房全切除手術及化學治療			58,308	
P1516	治療滿一個月				62,549	
P1517	治療滿三個月 治療結束				41,622	
P1518	治療組合 1-3	施行乳房全切除術及放射治療			56,340	
P1519	治療滿一個月 治療結束				152,991	
P1520	治療組合 1-4	僅施行乳房全切除手術			59,242	

編號	診療組合	診療項目	定義	起迄期間	支付點數	備註
P1521	治療組合 2-1	施行乳房保留手術、化學治療及放射			74,428	
P1522	治療滿一	治療			51,765	
P1523	個月				69,965	
P1524	治療滿三 個月 治療滿五 個月 治療結束				70,925	
P1525	治療組合 2-2	施行乳房保留手術及化學治療			75,818	
P1526	治療滿一				51,498	
P1527	個月 治療滿三 個月 治療結束				34,759	
P1528	治療組合 2-3	施行乳房保留手術及放射治療			76,030	
P1529	治療滿一 個月 治療結束				106,258	
P1530	治療組合 2-4	僅施行乳房保留手術			75,115	
P1531	治療組合 3-1	施行化學治療及放射治療			66,975	
P1532	治療滿一				67,687	
P1533	個月				100,588	
P1534	治療滿三 個月 治療滿五 個月 治療結束				101,461	

編號	診療組合	診療項目	定義	起迄期間	支付點數	備註
P1535	治療組合 3-2	僅施行化學治療或 放射治療			64,659	
P1536	治療滿一 個月 治療結束				104,001	
P1537	治療組合 4-1	病理分期為3,4,X期 或遠端復發： 施行乳房全切除或 保留手術及化學治			59,555	
P1538	治療滿一 個月	療及放射治療			129,187	
P1539	治療滿三 個月				218,003	
P1540	治療滿五 個月 治療結束				147,131	
P1541	治療組合 4-2	施行乳房全切除或 保留手術及化學治			60,742	
P1542	治療滿一 個月	療			128,677	
P1543	治療滿三 個月				143,440	
P1544	治療滿五 個月 治療結束				96,464	
P1545	治療組合 4-3	施行乳房全切除或 保留手術及放射治			62,511	
P1546	治療滿一 個月 治療結束	療			127,361	
P1547	治療組合 4-4	僅施行乳房全切除 或保留手術			59,936	

編號	診療組合	診療項目	定義	起迄期間	支付點數	備註
P1548	治療組合 4-5	僅施行化學治療及 放射治療			118,969	
P1549	治療滿一				119,556	
P1550	個月				179,170	
P1551	治療滿三				178,721	
	治療滿五 個月 治療結束					
P1552	治療組合 4-6	僅施行化學治療			128,672	
P1553	治療滿一				128,495	
P1554	個月				171,396	
	治療滿三 個月 治療結束					
P1555	治療組合 4-7	僅施行放射治療			117,462	
P1556	治療滿一				50,880	
	個月					
	治療結束					
	治療組合5	乳癌荷爾蒙治療	須荷爾蒙受體檢查 陽性患者。		費用採論量 計酬申報	

編號	診療組合	診療項目	定義	起迄期間	支付點數	備註
P1557	治療組合 6	化學藥物治療專案 註：含 doxorubicin、 cyclophosphamide、 docetaxel、 paclitaxel(或併用 gemcitabine)等。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 限病理分期為 1, 2 期已使用合併療法且腋下淋巴轉移，動情素受體陰性下，做為接續含 doxorubicin 在內之輔助性化學治療。 2. 須俟化學治療(排除診療項目第 4 項)療程完成後，與治療組合 1-1 或 1-2 或 2-1 或 2-2 或 3-1 或 3-2 等組合時程併同本項目一次申報。 3. Gemcitabine 與 paclitaxel 併用，適用於曾使用過 Anthracycline 之局部復發且無法手術或轉移性之乳癌併用療法。須俟化學治療整體療程完成後，與治療組合 4-1 或 4-2 或 4-5 或 4-6，等組合時程併同本項目一次申報。 4. 化學療程中斷者，不得另行申報。 5. 本項目不計入獎勵措施之計算。 	化學治療之 療程內使用	217,000	

編號	診療組合	診療項目	定義	起迄期間	支付點數	備註
P1560 P1561 P1562 P1563	追蹤檢查1 追蹤滿三 個月 追蹤滿六 個月 追蹤滿九 個月 追蹤滿十 二個月	病理分期為 0, 1, 2, 3, X期之追蹤 檢查	1. 新發病病患 2. 在他院已完成治 療病患 3. 復發病患	1. 期間起 點： 新/復發 病患以治 療結束 日、續追 蹤者以前 一年追蹤 結束日、 他院完成 治療病患 以進入試 辦醫院之 就診當日 為起點。	3,656 3,647 3,643 3,648 (本項支付點 數以年為單 位,最多給付 五年)	
P1564 P1565 P1566 P1567	追蹤檢查2 追蹤滿三 個月 追蹤滿六 個月 追蹤滿九 個月 追蹤滿十 二個月	病理分期為4期或曾 於他院治療者之追 蹤檢查		2. 期間迄 點： 以申報追 蹤開始日 期滿一 年、病人死 亡、疾病復 發或拒絕 追蹤為迄 點。	9,105 9,232 9,118 9,115 (本項支付點 數以年為單 位,最多給付 五年)	

附件三 乳癌醫療給付改善方案試辦計畫個案醫療明細檔說明

分三種格式，請併該月送核費用一起申報，申報時程如下：

A 治療新個案醫療明細檔：申報治療滿一個月費用時申報，惟僅實施手術(1-4、2-4、4-4組合)之個案免申報。

B 治療完成個案醫療明細檔：整組診療組合治療結束時申報。

C 追蹤檢查個案醫療明細檔：申報每期追蹤檢查費用時均須申報一次。

A表：乳癌醫療給付改善方案試辦計畫治療新個案醫療明細檔							長度：74
序號	中文欄位	資料型態	長度	起始位置	迄末位置	資料說明	資料意義
一、基本資料							
1	申報費用年月	C	5	1	5	前三碼為年份，後二碼為月份	
2	醫事機構代號	C	10	6	15	衛生署編定之代碼，前2碼為權屬別	計算該醫院每年診斷與治療的乳癌新個案數
3	個案姓名	C	20	16	35	五個中文字，左靠不足補中文空白(BIG-5碼請補滿20個BYTES)，如為外籍人士無中文姓名者，請輸入英文半形，不足補英文空白(姓名欄為檔案最後之欄位)	
4	身份證字號	C	10	36	45	國民身份證統一編號，或外籍居留證號碼，左靠不足補空白	
5	出生日期	C	7	46	52	前三碼為年份(右靠不足補0)，中二碼為月份，後二碼為日數(如：0830630表示83年6月30日)，民國前為負數(如：-05表示民國前5年)	
6	初步病理分期	C	1	53	53	0：0期 1：1期 2：2期 3：3期 4：4期	初步病理期別分布(分子：各病理期別人數，分母：進入診療組合所有新個案數) 無初步病理分期比率(分

						X: 不詳 [依據AJCC/IUAC(UICC) 第六版本], 若病理分期確定, 則初步病理分期即指病理分期)	子: 初步病理分期不詳之個案, 分母: 進入診療組合所有新個案數)
7	本院第一次診察日期	C	7	54	60	前三碼為年份, 中二碼為月份, 後二碼為日數 病人第一次至本院門診日期	
8	本院第一次治療日期	C	7	61	67	前三碼為年份, 中二碼為月份, 後二碼為日數 第一次手術、化療、放療、荷蒙治療或復發開始治療日期	藉此判斷申報治療組合之結案日期 據此作為存活率計算時間的起點
9	經病理確認之病人復發狀況	C	1	68	68	0: 無病狀態(disease free) 1: 原部位復發 2: 淋巴引流區復發 3: 遠端復發 4: 1+2 5: 1+3 6: 2+3 7: 1+2+3 8: 從未存在無病狀態 X: 不詳	據此以Kaplan-Meier方法估計整體存活率與無病存活率 復發率(分子: 完成追蹤之原部位、淋巴引流區或遠端復發個案, 分母: 完成追蹤個案數) 追蹤期間因乳癌相關治療之死亡率(分子: 追蹤期間因乳癌相關治療死亡個案數, 分母: 追蹤組合新個案數)
10	規劃組合代號	C	6	69	74	支付標準「診療組合」編號後加填分期區別碼	

B表: 乳癌醫療給付改善方案試辦計畫治療完成個案醫療明細檔 長度: 111

序號	中文欄位	資料型態	長度	起始位置	迄末位置	資料說明	資料意義
一、基本資料							
1	申報費用年月	C	5	1	5	前三碼為年份, 後二碼為月份	
2	醫事機構代號	C	10	6	15	衛生署編定之代碼, 前2碼為權屬別	
3	個案姓名	C	20	16	35	五個中文字, 左靠不足補中文空白(BIG-5碼請補滿20個BYTES), 如為外籍人士無中文姓名者, 請輸入英文半形, 不足補英文空白(姓名欄為	

						檔案最後之欄位)	
4	身份證字號	C	10	36	45	國民身份證統一編號，或外籍居留證號碼，左靠不足補空白	
5	出生日期	C	7	46	52	前三碼為年份(右靠不足補0)，中二碼為月份，後二碼為日數(如：0830630表示83年6月30日)，民國前為負數(如：-05表示民國前5年)	
二、病理分期							
6	經病理確認之病人復發狀況	C	1	53	53	0：無病狀態(disease free) 1：原部位復發 2：淋巴引流區復發 3：遠端復發 4：1+2 5：1+3 6：2+3 7：1+2+3 8：從未存在無病狀態 X：不詳	據此以Kaplan-Meier方法估計整體存活率與無病存活率復發率
7	病人存活狀況	C	1	54	54	1：存活 2：死亡 X：不詳	據此計算存活率
8	病人治療狀況	C	1	55	55	1：病人轉他院治療 2：病人無法繼續治療 3：繼續在本院治療 X：不詳	
9	復發日期	C	7	56	62	前三碼為年份，中二碼為月份，後二碼為日數 未治療者空白	據此計算復發率
10	死亡日期	C	7	63	69	前三碼為年份，中二碼為月份，後二碼為日數 未治療者空白	據此計算存活率
11	病理分期	C	1	70	70	0：0期 1：1期 2：2期 3：3期 4：4期 X：不詳 [依據AJCC/IUAC(UICC)第六版本]	病理期別分布
12	診斷腫瘤大小	N	4	71	74	前兩位數為公分，第三位為小數點，最後一位數為公釐	

						(如:12.3表12.3公分) 9999為不詳	
13	分期定義:T (C 腫瘤大小)		2	75	76	0:無 is:CIS 1:≤2cm 2:>2cm且≤5cm 3:>5cm 4:擴散至胸壁或皮膚 X:不詳	
14	分期定義:N (C 侵犯淋巴結)		1	77	77	0:無淋巴結侵犯 1:1-3顆 2:4-9顆 3:10顆以上 X:不詳	
15	分期定義:N (C 侵犯淋巴結)		1	78	78	0:無淋巴結侵犯(N0) 1:無沾黏性淋巴結轉移(N1) 2:有沾黏性淋巴結轉移(N2) 3:同側內乳淋巴轉移(N3) X:不詳	
16	分期定義:M (C 遠端轉移)		1	79	79	0:無轉移 1:轉移 X:不詳	
三、治療紀錄							
17	在本院診斷	C	1	80	80	0:否 1:是	在本院是否有申報診斷組合,據此列為存活率計算之母體
18	手術治療死亡日期	C	7	81	87	前三碼為年份,中二碼為月份,後二碼為日數 未治療者空白	據此計算存活率
19	化學治療執行狀況	N	1	88	88	1:完成化學治療 2:病人本身中止治療 3:醫師判斷病人狀況不適合進行治療 4:轉院治療 5:於治療中死亡	
20	化學治療死亡日期	C	7	89	95	前三碼為年份,中二碼為月份,後二碼為日數 未治療者空白	據此計算存活率
21	放射治療執行狀況	N	1	96	96	1:完成治療 2:病人本身中止治療 3:醫師判斷病人狀況不適合進行治療 4:轉院治療 5:治療中死亡	

乳癌醫療給付改善方案(93年修訂版)
 96年08月17日修訂第1版
 99年01月01日文字修正
 99年09月01日文字修正

22	放射治療死亡日期	C	7	97	103	前三碼為年份，中二碼為月份，後二碼為日數 未治療者空白	據此計算存活率
23	在本院完成整個治療療程	N	1	104	104	0：否 1：是	
24	完成治療組合代號	C	7	105	111	支付標準「診療組合」編號 後加填分期區別碼	

C表：乳癌醫療給付改善方案試辦計畫追蹤檢查個案醫療明細檔 長度：92

序號	中文欄位	資料型態	長度	起始位置	迄末位置	資料說明	資料意義
一、基本資料							
1	申報費用年月	C	5	1	5	前三碼為年份，後二碼為月份	
2	醫事機構代號	C	10	6	15	衛生署編定之代碼，前2碼為權屬別	
3	個案姓名	C	20	16	35	五個中文字，左靠不足補中文空白(BIG-5碼請補滿20個BYTES)，如為外籍人士無中文姓名者，請輸入英文半形，不足補英文空白(姓名欄為檔案最後之欄位)	
4	身份證字號	C	10	36	45	國民身份證統一編號，或外籍居留證號碼，左靠不足補空白	
5	出生日期	C	7	46	52	前三碼為年份(右靠不足補0)，中二碼為月份，後二碼為日數(如：0830630表示83年6月30日)，民國前為負數(如：-05表示民國前5年)	
6	病理分期	C	1	53	53	0：0期 1：1期 2：2期 3：3期 4：4期 X：不詳 [依據AJCC/IUAC(UICC)第六版本]	
二、收案標準與日期							
7	本院第一次追	C	7	54	60	前三碼為年份，中二碼為月	藉此判斷追蹤組合之結

	蹤起日					份，後二碼為日數	案日期
8	治療狀況	C	1	61	61	1：本院治療，於本院追蹤 2：他院治療，於本院追蹤 X：不詳	
三、追蹤紀錄							
9	本季第一次追蹤日期	C	7	62	68	前三碼為年份，中二碼為月份，後二碼為日數 未追蹤者空白	
10	經病理確認之病人復發狀況	C	1	69	69	0：無病狀態(disease free) 1：原部位復發 2：淋巴引流區復發 3：遠端復發 4：1+2 5：1+3 6：2+3 7：1+2+3 8：從未存在無病狀態 X：不詳	據此以Kaplan-Meier方法估計整體存活率與無病存活率復發率
11	病人存活狀況	C	1	70	70	1：存活 2：死亡 X：不詳	據此計算存活率
12	病人追蹤狀況	C	1	71	71	1：病人轉他院追蹤 2：病人無法繼續追蹤 3：在本院繼續追蹤 X：不詳	
13	死亡日期	C	7	72	78	前三碼為年份，中二碼為月份，後二碼為日數 未追蹤者空白	據此計算存活率
14	確定復發日期	C	7	79	85	前三碼為年份，中二碼為月份，後二碼為日數 未追蹤者空白	據此計算存活率
15	追蹤檢查組合代號	C	7	86	92	支付標準「診療組合」編號 後加填分期區別碼	

附件四

醫療品質監控項目報告表

資料擷取期間：

填表日期：

	定 義	參考值	數據	百分率
結 構 面				
1. 該醫院每年診斷與治療的乳癌新個案數	新個案數指第一次至該醫院之新個案數	50人以上		
過 程 面				
1. 手術前三個月內乳房攝影或乳房超音波檢查百分率	分子：手術前三個月內實施乳房攝影或乳房超音波檢查任一種之個案數（含院外檢查） 分母：乳房手術個案總數	85% 以上		
2. 50歲以上個案手術前三個月內乳房攝影檢查百分率	分子：50歲以上個案手術前三個月內實施乳房攝影之個案數（含院外檢查） 分母：50歲以上乳房手術個案總數	90% 以上		
3. 手術個案病理期別分佈百分率	分子：該院執行手術之病理期別0, 1, 2, 3, 4 各期別人數 分母：乳房手術個案總數			
4. 手術病人記錄腫瘤大小百分率	分子：病理報告呈現腫瘤大小的總人數 分母：乳房手術總人數	85% 以上		
5. 淋巴結檢查10顆以上百分率	分子：改良型根除性乳房切除術、根除性乳房切除術、乳房保留手術合併清除腋下淋巴結後，病理檢查腋下淋巴結10個或以上的病人數。 分母：改良型根除性乳房切除術、根除性乳房切除術、乳房保留手術合併清除腋下淋巴結的病人數 排除：接受 sentinel node biopsy、手術前做化學/放射線治療、或轉移性乳癌病人除	85% 以上		

	定 義	參考值	數據	百分率
	外。			
6. ER 或 PR 測量百分率	分子：在病理分期為第一期及以上的乳癌病人其診斷性或切除後的組織切片檢查報告，呈現動情激素接受器分析結果的病人數。 分母：在病理分期為第一期及以上的乳癌病人，有診斷性或切除後的組織切片檢查報告的病人數。	80% 以上		
7. 第一期病人執行進行乳房保留手術百分率	分子：第一期乳癌接受乳房保留手術的人數。 分母：第一期乳癌手術的人數	20% 以上		
8. 腋下淋巴結檢驗為陽性者接受化學治療百分率	分子：腋下淋巴結陽性者，三個月內接受化學治療個案數 分母：腋下淋巴結檢驗為陽性個案數	90% 以上		
9. 接受化學治療多於四個療程數百分率	分子：接受化學治療多於四個療程個案數 分母：接受化學治療個案總數			
10. 侵犯性乳癌乳房保留手術後接受放射線治療百分率	分子：侵犯性乳癌乳房保留手術後接受放射線治療的個案數 分母：侵犯性乳癌乳房保留手術的人數 排除：轉移性乳癌病人除外	80% 以上		
11. 乳房保留手術病人放射治療 7 週內完成率	分子：乳房保留手術病人放射治療 7 週內完成之個案數 分母：廣範圍組織切除術及部分乳房組織切除術後的放射線治療個案數 排除：放射線治療未達四周	80% 以上		
12. 乳房全切除手術病人放射治療 6 週內完成率	分子：改良型根除性乳房切除術及根除性乳房切除術後的放射治療 6 週內完成之個案數 分母：改良型根除性乳房切除術	80% 以上		

	定 義	參考值	數據	百分率
	及根除性乳房切除術後的 放射治療個案數 排除：放射線治療未達四周			
13. 50歲以上侵犯性乳 癌輔助性荷爾蒙治療 百分率	分子：>50歲侵犯性乳癌乳房手 術後接受輔助性荷爾蒙治 療的人數 分母：>50歲侵犯性乳癌乳房手 術的人數	35% 與 75% 之間		
結 果 面				
1. 五年整體存活率與無 病存活率	以Kaplan-Meier或Life table計算 存活率	0期90%以上 1期80%以上 2期60%以上 3期40%以上 4期10%以上		
2. 乳癌手術後局部復發 率	分子：部分乳房及全乳房切除術 後局部復發(含鎖骨上淋 巴結)人數 分母：部分乳房及全乳房切除術 的總人數 排除：乳癌病人接受手術前化學 治療、放射治療或轉移性 乳癌病人	每年局部復 發率低於2 %，五年局部 復發率低於 10%		
3. 乳癌手術後再度治療 率	分子：部分乳房及全乳房切除術 後因乳癌再度接受化學 或放射治療人數 分母：部分乳房及全乳房切除術 的總人數 排除：乳癌病人接受手術前化學 治療、放射治療或轉移性 乳癌病人，雙側乳癌的病 人。	18個月後再 度治療率 \leq 10%，24個月 後再度治療 率 \leq 15%，30 個月後再度 治療率 \leq 20 %。		

附件五

存活率及獎勵金計算方式

一、存活率計算：採 Kaplan-Meier estimate of the survivor 方式。

(一) 存活率計算之母體為同時申報診斷與治療組合且已完成治療之乳癌病人。

(二) 無病存活率(Disease free survival rate)之計算：

1. 事件(event)：病人死亡或乳癌復發即表示事件(event)的發生。
2. 計算時間之起點：乳癌病人自進入治療組合之第一次治療日期開始。
3. 計算時間之迄點：
 - (1) 死亡日期。
 - (2) 病人未死亡但復發者，其時間迄點為首次確定乳癌復發日期。
 - (3) 病人未死亡且未復發者，其時間迄點為最後一次追蹤日期。

(三) 整體存活率(Overall survival rate) 之計算：

1. 事件(event)：指病人死亡即表示事件(event)的發生。
2. 計算時間之起點：乳癌病人自進入治療組合之第一次治療日期開始。
3. 計算時間之迄點：
 - (1) 死亡日期。
 - (2) 病人未死亡，其時間迄點為最後一次追蹤日期。

(四) 復發定義：

包括原部位復發(local recurrence)、淋巴引流區復發(regional recurrence)與遠端復發(distant recurrence)，病人產生任何一種復發狀況即定義為復發個案。

1. 原部位復發(local recurrence)：

係指同側乳房之皮膚、皮下組織(subcutaneoustissue)、或胸壁肌肉(the muscles of the chest wall)產生與原發癌症相似細胞型態之惡性腫瘤。

2. 淋巴引流區復發(regional recurrence)：

係指同側乳房之腋下淋巴區(axillary apex)、上鎖骨淋巴區(supraclavicular fossa)、內乳淋巴區(internal mammary chain)產生與原發癌症相似細胞型態之惡性腫瘤。

3. 遠端復發(distant recurrence)：

係指產生與原發癌症相似細胞型態之惡性腫瘤但不在原部位復發與淋巴引流區復發定義之部位。

(五) Censored case 之定義：指病人中斷治療或失去追蹤或離開試辦計畫或

試辦計畫結束之個案。

❖ 存活率計算範例：(Censored case 個案數應予扣除後，方為下個時間點之病人數)

時間(月) (t)	病人數 (Nj)	事件發生數 (Dj)	Censored cases	(Nj-Dj)/Nj	S(t)	
0-10	18	0	0	1.0000	1.0000	
10-19	18	1	3	0.9444	0.9444	0.9444x1.000
19-30	15	1	2	0.9333	0.8815	0.9333x0.9444
30-36	13	1	1	0.9231	0.8137	0.9231x0.8815
36-59	12	1	4	0.9167	0.7459	
59-75	8	1	1	0.8750	0.6526	
75-93	7	1	1	0.8571	0.5594	
93-97	6	1	1	0.8333	0.4662	
97-107	5	1	2	0.8000	0.3729	
107+	3	1	2	0.6667	0.2486	

說明：1. 只要有事件發生即記錄發生在第幾個月，以及發生事件病人數。

2. 第10-19個月有3個案censors，因此第19-30個月病人數為15(18-3=15)。

3. S(tj)(累積存活率)=此時間點機率x上個時間點的累積存活率

由上表得知3年(36個月)之存活率為74.59%，1年(12個月)存活率介於10個月與19個月之間，所以其存活率為94.44%。

二、獎勵金核付

(一) 獎勵金之計算方式：

1. 獎勵金給付對象為已治療結束且治療滿一、二、三、四、五年之未死亡、未復發、非censored個案。
2. 獎勵金以完成治療組合之支付點數，加計各年之百分比計算。

(二) 獎勵金之核付：

試辦醫院提報該院存活率及獎勵金計算表，經本保險之分區審核後再行撥付作業。

