

## 全民健康保險B型肝炎帶原者及C型肝炎感染 者醫療給付改善方案

### 壹、前言

肝癌死亡率近10年來一直位居台灣癌症死因之前二位，根據全民健保統計資料，94年以來每年新增肝癌患者約9500人。另根據國民健康署(以下稱國健署)94、95年癌症登記分析肝癌臨床期別，有將近50%屬於較晚發現的第3期及第4期之肝癌。衛生福利部97年的死因統計，約有8千人死於肝癌，標準化死亡率高居各項癌症首位。據調查，死於肝癌的病患中約有80%的人為B型肝炎帶原者，而10%為慢性C型肝炎感染者，可見B、C型肝炎病毒感染是國人肝癌的主因。在感染B、C型肝炎病毒之後，帶原者有可能肝功能維持正常，或是肝功能(GOT及GPT值)持續異常而演變為慢性肝炎，肝臟反覆發炎繼而導致肝硬化或肝癌。許金川教授研究指出全台20歲以上成人中約有300萬人是B型肝炎帶原者，約42萬人是C型肝炎感染者，其中約有25%的B型肝炎帶原者及30%的C型肝炎感染者，因無外顯症狀而不知自己帶原情況。根據2009年8月國衛院肝癌小組專家共識肝癌處理對策指引及台灣消化系醫學會指引，肝炎帶原者等高危險群每6個月需篩檢1次(證據強度等級1)。依據健保申報資料97年約有68.5萬人主診斷為肝炎或肝硬化，其中僅9.1萬人(13%)符合指引每6個月接受1次腹部超音波及肝功能檢查(GOT、GPT)。2004年發表的實證研究指出，對35-59歲的B肝帶原和慢性肝炎者每6個月提供1次腹部超音波檢查，可以降低37%的肝癌死亡率(Journal of Cancer Research and Clinical Oncology(2004)130:417-422)。綜上，對慢性B、C型肝炎患者，尤其是未曾被診斷出肝炎患者，實有加強照護及追蹤管理之必要。

有鑒於民眾通常不瞭解自己是否為B型肝炎帶原者或C型肝炎感染者，如能由全民健保提供個案追蹤管理機制，促使醫療院所持續追蹤B型肝炎帶原者和慢性C型肝炎感染者，使其能定期接受後續追蹤檢查，同時透過醫療團隊，給予完整且正確的照護，不但能讓這些病患充分瞭解自身的病況，長期而言，有助減少國人肝癌的發生，亦能有助於整體醫療費用的降低。

本方案藉由支付制度的設計，導入B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案管理追蹤之誘因，鼓勵醫療院所設計以病人為中心之完整照護，遵守個案管理追蹤指引，加強患者之追蹤及衛教服務，提供完整且連續性的照護模式，以創造被保險人、供給者及保險人三贏之局面。

## 貳、目標

- 一、建立以病患為中心的共同照護模式。
- 二、提升B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案管理追蹤指引遵循率。
- 三、建立品質導向之支付制度。

## 參、計畫內容

- 一、參與本方案之醫事人員及醫事機構，須向所轄全民健康保險保險人(以下稱保險人)之分區業務組申請同意，資格如下：

- (一) 內科、消化系內科、消化系外科、兒科、家醫科醫師。
- (二) 參與本計畫之院所，年度追蹤率小於20%者，經本保險之分區業務組輔導未改善，自文到日之次月起，一年內不得再申報本方案之相關費用。

### 二、收案對象(給付對象)

- (一) 最近6個月內曾在該院所主診斷為B型肝炎帶原者或C型肝炎感染者至少就醫達2次(含)以上者(疾病診斷碼如下所列)，才可收案，惟當次收案須以主診斷【門診醫療費用點數申報格式點數清單段及填表說明之國際疾病分類號(一)】收案。

ICD-10-CM：B16.1、B16.9、B18.0、B18.1、B19.10、B17.10、B19.20、  
B18.2、K73.-、K75.4、K74.60、K74.69、Z22.51、Z22.52

[-ICD-10-CM\(2023年版\)：B16.1、B16.9、B18.0、B18.1、B19.10、  
B17.10、B19.20、B18.2、K73.-、K75.4、  
K74.60、K74.69\(自一百十四年一月一日起  
適用\)。](#)

- (二) 同一院所經結案對象1年內不得再收案，但院所仍可依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準申報相關醫療費用。
- (三) 個案若符合全民健康保險加強慢性B型或C型肝炎治療計畫的用藥條件，可接受B、C型肝炎用藥的療程治療，其支付方式按全民健康保險藥物給付項目及支付標準規定辦理。
- (四) 追蹤個案收案前需與病人解釋本方案實施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詳附件一，經病人同意配合方得收案，並將病人或親屬同意書簽名黏貼於病歷表上，未黏貼者，不予支付管理照護費。

- (五) 本方案建議照護醫師團隊需衛教個案維持正常作息、均衡飲食及遠離菸酒，並對吸菸者提供戒菸資訊。
- (六) 個案在醫師的照護下接受個案管理追蹤，因工作、遷移等因素需做轉診接續管理追蹤時，該個案之院所應先上網辦理轉介（轉出）程序後，即由受理轉診之院所再上網辦理轉介（轉入）程序，接續個案管理追蹤。為免個案中斷管理追蹤超過一年，喪失管理追蹤之權益，原負責管理追蹤與接續管理追蹤之院所應儘速執行轉介程序。

### 三、結案條件：

- (一) 可歸因於病人者，如失聯超過一年（ $\geq 360$ 天）、拒絕再接受管理追蹤。
- (二) 病患罹患肝癌、肝昏迷個案不符收案資格。
- (三) 死亡。

### 四、給付項目及支付標準：

- (一) 新收案及追蹤管理照護費(詳附件二)：符合本計畫之 B 型肝炎帶原者或 C 型肝炎感染者個案管理追蹤，接受以醫師為主導之醫療團隊提供常規性 B、C 型肝炎追蹤檢查之完整性照護，醫療院所得定期申報管理照護費。
- (二) 肝癌早期發現費(詳附件二)：首次被診斷肝癌(C22.-)且肝癌診斷期別為第 1 期或第 2 期，並取得重大傷病卡，醫療院所得申報早期發現費，須將肝癌期別登錄於健保資訊網服務系統(VPN 系統)並記載於病歷備查。
- (三) 品質提升獎勵費：醫療院所達成該院所年度品質指標，所完成追蹤照護個案，得給付照護品質提升獎勵費用，每人次支付 100 點。
- (四) 本方案之疾病管理照護費用及相關品質獎勵費用，於全民健康保險醫院總額及西醫基層總額之「醫療給付改善方案」專款項下支應，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。

### 五、品質資訊之登錄及監測

- (一) 參與本方案之特約醫療院所應依保險人規定內容(如附件三)，登錄檢

驗、檢查結果資訊。

(二) 保險人視情形舉辦本方案執行概況檢討或發表會，藉以進行執行成果檢討及經驗交流。

## 六、醫療費用申報及審查原則

### (一) 申報原則：

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

2. 門診醫療費用點數申報格式點數清單段醫令清單段填表說明。

(1) 屬本方案收案之保險對象，其就診當次符合申報 P 碼者，於申報費用時，門診醫療費用點數申報格式點數清單段之案件分類應填『E1』、特定治療項目代號(一)應填『H7』。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。

3. 醫師視臨床需要依專業判斷提供檢查及診療服務，依一般費用申報規定申報，不以本方案建議檢查項目及次數為限。

### (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，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. 其餘未規定事項，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。

## 七、品質獎勵措施：

以參與本方案之醫療院所為單位，全部達成下列所有品質指標目標值之院所，依所完成追蹤之個案數每個案給予 100 點獎勵，品質指標之計算自本方案公告日起起算，相關進步指標之計算自本方案公告日累計兩年執行率後再予核算。未全部達成者，獎勵費用不予給付。

### (一) 門檻指標：

1. 醫學中心及區域醫院當年度收案人數須 $\geq 50$ 人以上。

2. 地區醫院及基層診所當年度收案人數須 $\geq 20$ 人以上。

### (二) 品質指標：

1. 收案率  $\geq 30\%$ ：

➤ 定義：

(1) 分母：指該院所當年度符合收案條件患者(最近 6 個月曾在該院所主診斷為B型肝炎帶原者或C型肝炎感染者，至少就醫達2次(含)以上者)。

(2) 分子：當年度該院所本方案所收案個案數。

2. 腹部超音波檢查執行進步率

➤ 定義：

(1) 分母：當年度該院所收案之個案數。

(2) 分子：當年度該院所之個案，依本方案建議(半年執行1次)執行腹部超音波檢查個案數。

(3) 基準：當年度腹部超音波檢查執行率  $>$  上年度該院所個案腹部超音波檢查執行率。(當年度執行率 100% 亦屬達成)。

3. 年度完整追蹤率  $\geq 50\%$

➤ 定義：

(1) 分母：當年度該院所收案個案數，排除最後 1 季新收個案。

(2) 分子：當年度該院所之個案，申報追蹤管理照護個案數。

八、資訊公開：保險人得公開參與本方案之醫療院所名單及相關品質資訊供民眾參考。

肆、方案修正程序：本方案之修訂，屬給付項目及支付標準者，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。