



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

105 年第三次臨時會
補充資料&臨時動議

105 年 11 月 29 日 (星期二) 下午 2 時
本署 18 樓大禮堂

105 年度「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」第三次臨時會補充資料

壹、報告事項

<p>一、增修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部 牙醫案。.....</p>	<p>第 1 頁</p>
<p>二、修訂中醫支付標準及計畫報告案</p> <p>(一) 修訂「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「全民健康保險中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫」、「全民健康保險中醫兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」等四項中醫總額醫療照護試辦計畫。</p> <p>(二) 修訂「支付標準第四部中醫」通則六及第一章門診診察費。</p>	<p>第 19 頁</p>
<p>三、修訂西醫支付標準報告案</p> <p>(二)有關調整全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準 00119C 及 00120C 兩項山地離島地區第一段合理量門診診察費支付點數案。(本案因在西醫基層研商未討論，故撤案).....</p>	
<p>四、其它報告案</p> <p>(一)有關 106 年「全民健康保險高診次者藥事照護計畫」(草案)。.....</p>	<p>第 55 頁</p>

貳、臨時動議

<p>一、「全民健康保險跨層級醫院合作計畫」修訂案.....</p>	<p>第 81 頁</p>
------------------------------------	---------------

報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：增修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫案。

說明：

- 一、依105年11月22日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議105年第4次會議結論辦理。
- 二、中華民國牙醫師公會全國聯合會依106年度牙醫門診醫療給付費用協定於一般預算之非協商因素項匡列745.6百萬元，及協商因素其他醫療服務利用及密集度之改變項匡列69.5百萬元，合計815.1百萬進行牙醫支付標準調整，並經前揭會議決議如下：
 - (一)同意新增診療項目3項：「懷孕婦女牙周緊急處置」、「牙菌斑去除照護」及「顎顏面骨壞死術後傷口照護」。
 - (二)同意調高「複合體充填」等10項支付點數，調升點數50點~1500點。
 - (三)同意文字修訂「符合加強感染管制之牙科門診診察費」等29項支付標準文字。
 - (四)同意修訂「附表3.3.3牙醫相對合理門診點數給付原則」之適用鄉鎮，並調高各級距折付點值5萬點。
 - (五)同意刪除「附表3.1.1牙醫院所感染管制SOP作業考評表」。
 - (六)前揭增修訂項目之費用推估約805.96百萬元。
- 三、另同意新增「特殊狀況之前(後)牙雙鄰接面複合樹脂充填」2項，預估費用約0.257百萬，由「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」專款項下支應。

四、本案增修訂後支付標準(詳如附件1-1，P3～P18)，將依程序陳報衛生福利部公告實施。

決定：

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第三部 牙醫

第一章 門診診察費

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
	—符合加強感染管制之牙科門診診察費					
	1.每位醫師每日門診量在二十人次以下部份 (<=20)					
00129C	—處方交付特約藥局調劑	√	√	√	√	313
00130C	—未開處方或處方由本院所自行調劑	√	√	√	√	313
	2.山地離島地區					
00133C	—處方交付特約藥局調劑	√	√	√	√	343
00134C	—未開處方或處方由本院所自行調劑	√	√	√	√	343
	註：1.牙醫特約醫事服務機構須依「 牙醫門診加強感染管制實施方案 」 「牙醫院所感染管制 SOP 作業細則」 執行， 並依附表 3.1.1「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」自行評分，自評合格者應將考評表函送至保險人所轄分區業務組，並於次月開始申報之。惟經抽查不合格者自文到次月起不得申報，二個月後得申請複查，通過者於文到次月起得再行申報。					
	2.初次申報此項時，附上「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」以為核備。					
	3.處方交付特約藥局調劑或未開處方者，不得申報藥事服務費。					
	4.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。					
	5.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑。					
	6.本項支付點數含護理費 29-39 點。					

附表 3.1.1 牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表

※考評標準：評分分為 A、B、C，不符合 C 則為 D，任一項目得 D 則不合格。

院所：_____

代號：_____

A. 硬體設備方面

項目	評分標準	自評	訪評	備註
1. 適當洗手設備	C. 診療區域應設洗手台及洗手設備，並維持功能良好及周圍清潔。			
	B. 符合 C，水龍頭避免手觸式設計。			
2. 良好通風空調系統	C. 診間有空調系統或通風良好，空調出風口須保持乾淨。			
	B. 符合 C 定期清潔維護，有清潔紀錄本可供查詢。			
3. 適當滅菌消毒設施	C. 診所具有滅菌器及消毒劑，有適當空間進行器械清洗、打包、滅菌及儲存。			
	B. 符合 C，滅菌器定期檢測功能正常；消毒劑定期更換，並有紀錄。			
4. 診間環境清潔	C. 診間環境清潔			
	B. 符合 C，定期清潔並有紀錄。			
	A. 符合 B，物品依序置於櫃中，並保持清潔。			

B. 軟體方面

項目	評分標準	自評	訪評	備註
1. 完備病人預警防範措施	C. 看診前詢問病人病史。			
	B. 符合 C，詢問病人詳細全身病史，並完整登載病歷首頁。			
	A. 符合 B，並依感染管制原則如「公筷母匙」、「單一劑量」、「單一流程」等執行看診。			
2. 適當個人防護措施	C. 牙醫師看診及牙醫助理人員跟診時穿戴口罩、手套及清潔之工作服。			
	B. 符合 C，視狀況穿戴面罩或眼罩。			
	A. 符合 B，並依感染管制原則「減少飛沫氣霧」執行看診。			
3. 開診前治療台消毒措施	C. 治療台擦拭清潔，管路出水三分鐘，痰盂水槽流水三分鐘，抽吸管以新鮮泡製 0.005-0.02% 漂白水 (NaOCl) 或 2.0% 沖洗用戊二醛溶液 (glutaraldehyde) 或稀釋之碘仿溶液 10% (iodophors) 沖洗管路三分鐘。			
	B. 符合 C，不易消毒擦拭處(如把手、頭枕、開關按鈕...等)，以覆蓋物覆蓋之。			
	A. 符合 B，完備紀錄存檔。			
4. 門診結束後	C. 治療台擦拭清潔，管道消毒放水放氣，清洗濾網。			

項目	評分標準	自評	訪評	備註
治療台消毒措施	B.符合C,診所定期全員宣導及遵循。			
	A.符合B,完備紀錄存檔。			
5.完善廢棄物處置 (註一)	C.有合格清運機構清理廢棄物。			
	B.符合C,醫療廢棄物與毒性廢棄物依法分類、貯存與處理。			
	A.符合B,備有廢棄物冷藏設施及詳細清運紀錄。			
6.意外針扎處理流程制訂	C.制訂診所防範針扎計畫及處理流程。			
	B.符合C,診所定期全員宣導。			
	A.符合B,完備紀錄存檔。			
7.器械浸泡消毒 (註二)	C.選擇適當消毒劑及記錄有效期限。			
	B.符合C,消毒劑置固定容器及加蓋,並覆蓋器械。			
	A.符合B,記錄器械浸泡時間。			
8.器械滅菌消毒 (註二)	C.器械清洗打包後,進鍋滅菌。			
	B.符合C,並標示消毒日期。			
	A.符合B,化學指示劑監測,並完整紀錄;每週至少一次生物監測劑監測,並完整紀錄。			
9.滅菌後器械貯存	C.滅菌後器械應放置乾淨乾燥處。			
	B.符合C,依先消毒先使用,後消毒後使用原則。			
	A.符合B,打包袋器械貯存不超過一個月,其餘一週為限。			
10.感染管制流程製訂	C.診所須依牙科感染管制SOP,針對自家診所狀況,制訂看診前後感染控制流程、器械滅菌消毒流程及紀錄表。			
	B.符合C,診所定期全員宣導及遵循。			
	A.符合B,完備紀錄存檔。			

註一：在巡迴醫療、特殊醫療照顧、矯正機關內，若無法在當地委託清運公司處理醫療廢棄物時，應將醫療廢棄物依據牙醫院所感染控制SOP作業細則步驟二貯存容器與規定，並將醫療廢棄物置於密閉5°C以下之冷藏箱自行運送至原來醫療院所，委由清運公司處理。

註二：在巡迴醫療、特殊醫療照顧、矯正機關內，若無消毒設施時，應以清水去除器械表面口水或血液後，包裝完善放置於固定容器後攜至診所，循一般消毒流程進行消毒並記錄。

院所陪檢醫師簽名：_____ 審查醫藥專家簽名：_____

第三章 牙科處置及手術 Dental Treatment & operation

通則：

- 一、本章除第四節第二項開刀房手術各項目外，餘各項目之點數均包括牙科材料費在內。
- 二、牙體復形各項目之點數均包括牙科局部麻醉費(96001C)在內。

第一節 牙體復形 Operative Dentistry (89001-89015, 89088, 89101-89115)

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
89001C	銀粉充填 Amalgam restoration					
	— 單面 single surface	v	v	v	v	450
89002C	— 雙面 two surfaces	v	v	v	v	600
89003C	— 三面 three surfaces	v	v	v	v	750
	註：1.同類牙申報銀粉充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填（89001C~89005C，89008C~89012C， 89014C~89015C ）費用。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。					
89004C	前牙複合樹脂充填 Anterior teeth composite resin restoration					
	— 單面 single surface	v	v	v	v	500
89005C	— 雙面 two surfaces	v	v	v	v	650
	註：1.同類牙申報前牙複合樹脂充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，89008C~89012C， 89014C~89015C) 費用。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以二面為限。					
89008C	後牙複合樹脂充填 Posterior teeth composite resin restoration					
	— 單面 single surface	v	v	v	v	600
89009C	— 雙面 two surfaces	v	v	v	v	800
89010C	— 三面 three surfaces	v	v	v	v	1000
	註：1.同類牙申報複合樹脂充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，89008C~89012C， 89014C~89015C) 費用。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。					

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
89011C	玻璃離子體充填 Glass Ionomer Cement 註：1.同類牙申報玻璃離子體充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，89008C~89012C， 89014C~89015C)費用。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。	v	v	v	v	400
89012C	前牙三面複合樹脂充填 Anterior teeth composite resin restoration 註：1.同類牙申報複合樹脂充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，89008C~89012C， 89014C~89015C)費用。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。	v	v	v	v	1050
89013C	複合體充填 Compomer restoration 註：1.限恆牙牙根齲齒申報。 2.每顆牙一年半內不得重複申報。 3.應於病歷詳列充填牙面部位。	v	v	v	v	800 1000
89014C	前牙雙鄰接面複合樹脂充填 Composite resin restoration for mesio and disto proximal caries 註： 1.同類牙申報前牙雙鄰接面複合樹脂充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，89008C~89012C， 89014C~89015C)費用。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。	v	v	v	v	1200
89015C	後牙雙鄰接面複合樹脂充填 Composite resin restoration for mesio and disto proximal caries 註： 1.同類牙申報後牙雙鄰接面複合樹脂充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，89008C~89012C， 89014C~89015C)費用。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.充填牙面部位應包含雙鄰接面(Mesial, M; Distal, D)及咬合面(Occlusal, O)。	v	v	v	v	1450

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
89114C	<u>特殊狀況之前牙雙鄰接面複合樹脂充填</u> <u>Composite resin restoration for mesio and disto proximal caries</u> <u>註：1.適用於「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。</u> <u>2.應於病歷詳列充填牙面部位。</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>1200</u>
89115C	<u>特殊狀況之後牙雙鄰接面複合樹脂充填</u> <u>Composite resin restoration for mesio and disto proximal caries</u> <u>註：1.適用於「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。</u> <u>2.應於病歷詳列充填牙面部位。</u> <u>3.充填牙面部位應包含雙鄰接面(Mesial, M; Distal, D)及咬合面(Occlusal, O)。</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>1450</u>

第二節 根管治療 Endodontics (90001-90020，90088，90091-90098，90112)

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
90004C	齒內治療緊急處理 Endodontic emergency treatment 註：需記載具體處置內容。	v	v	v	v	100 <u>150</u>
90005C	乳牙斷髓處理 Primary tooth pulpotomy 註：1.需附治療前X光片以為審核（X光片費用已內含）。 2.六十天內，不得再申報90015C。 3.麻醉費用內含。	v	v	v	v	610 <u>800</u>
90091C	難症特別處理Difficult case special treatment，範圍如下所列各項： —大白齒(C-Shaped)根管	v	v	v	v	1000
90092C	—有額外根管者 (1)前牙及下顎小白齒有超過一根管者。 (2)上顎小白齒有超過二根管者。 (3)大白齒有超過三根管者。 (4)以實際超過根管數計算。	v	v	v	v	1000
90093C	—根管特別彎曲、根管鈣化，器械斷折（非同一醫療院所），以根管數計算。	v	v	v	v	1000
90094C	—根管重新治療在X光片上root canal內顯現出radioopaque等有obstruction之根管等個案，以根管數計算。	v	v	v	v	1000 <u>1500</u>
90095C	—符合附表3.3.1標準之多根管根管治療。(雙根管)	v	v	v	v	1000 <u>1600</u>
90096C	—符合附表3.3.1標準之多根管根管治療。(三根管)	v	v	v	v	1500 <u>2400</u>
90097C	—符合附表3.3.1標準之多根管根管治療。(四根管)	v	v	v	v	2000 <u>3200</u>
90098C	—符合附表3.3.1標準之多根管根管治療。(五根及五根以上根管) 上列支付項目90091C-90098C申報說明如下列： 註：1. 90091C-90094C須檢附術前或術後舉證之X光片，其餘需附診斷、測量長度及充填完成之X光片（X光片費用已內含）。 2.GP過度充填(over filling)不得申報90095C~ 90098C。	v	v	v	v	2500 <u>4000</u>

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
90012C	橡皮障防濕裝置 Rubber dam appliance 註：1.銀粉、複合樹脂、玻璃離子體及複合體充填時，橡皮障防濕裝置視病情需要使用。 2.使用橡皮障防濕裝置時，需檢附X光片或相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)佐證。(X光片或相片費用已內含)。	v	v	v	v	100 150
90015C	根管開擴及清創 Canal enlarge & debridement 註：1.單獨申報此費用時，需檢附未完成充填前X光片以為審核。「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象不在此限。 2.已申報斷髓處理，六十天內不得再申報此項費用。 3.六十天內不得重覆申報。 4.本項目X光片費用已內含。 5.麻醉費用內含。	v	v	v	v	410 600

第三節 牙周病學 Periodontics (91001~91044~~20~~，91088，91104，91114)

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
91001C	牙周病緊急處置 Periodontal emergency treatment 註：1.每月限申報二次，同一象限不得重複申報。 2.申報費用以次為單位。 3.不得與91003C、91004C、 <u>91005C、91017C、91103C、</u> 或91104C或91019C 同時申報。	v	v	v	v	150
91003C 91004C	牙結石清除 Scaling － 局部localized － 全口full mouth 註：1.限有治療需要之患者每半年最多申報一次。 2.半年內全口分次執行之局部結石清除，均視為同一療程，其診察費僅給付一次。同療程時間內若另申報全口牙結石清除術，則刪除同療程內已申報之局部牙結石清除費用。(同限象不得重覆申報) 3.牙結石清除須作潔牙說明，其後作刷牙復習。 4.91003C需依四象限申報。 5. 十二歲以下 <u>未滿十二歲</u> 兒童（「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象除外）非全口性牙周病者不得申報全口牙結石清除，病歷上應詳實記載備查;申報91003C或91004C需附相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)或X光片以為審核。	v v	v v	v v	v v	150 600
91014C	牙周 <u>暨齲齒</u> 疾病 控制基本處置 註：1.牙菌斑偵測及去除維護教導。 2.需併同91004C、 <u>91005C</u> 實施， <u>每360天限申報一次；</u> <u>併同91020C實施，每180天限申報一次。</u> 3.每360天限申報一次。	v	v	v	v	100
91114C	特殊牙周 <u>暨齲齒</u> 疾病 控制基本處置 註：1.適用於「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。 2.牙菌斑偵測及去除維護教導。 3.九十天可申報一次。	v	v	v	v	250

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
91015C	特定牙周保存治療 -全口總齒數 9-15 顆	v	v	v	v	2000
91016C	-全口總齒數 4-8 顆	v	v	v	v	1000
	<p>註：1.限總齒數至少 4 顆且未達 16 顆之患者申報。</p> <p>2.申報費用時，需附 <u>一年內</u> 當次 牙菌斑控制紀錄及 一年 內 囊袋深度紀錄（其中全口總齒數 9-15 顆者，至少 4 顆牙齒有測量部位囊袋深度超過 5mm(含)以上；全口總齒數 4-8 顆者，至少 2 顆牙齒有測量部位囊袋深度超過 5mm(含)以上。）及治療前全口 X 光片（環咬翼片或根尖片須符合患者口腔現況，X 光片費用另計，<u>環口全景 X 光片費用不另計</u>）以為審核。</p> <p>3.本項主要執行牙周檢查、牙菌斑控制紀錄及去除指導，並視患者病情提供全口牙結石清除、齒齦下刮除或牙根整平之治療。</p> <p>4.每九十天限申報一次。</p> <p>5.申報 91006C~91008C 半年內不得申報本項目，另申報此項九十天內不得再申報 91003C~91004C、91006C~91008C。</p>					
91017C	懷孕婦女牙結石清除-全口	v	v	v	v	800
	<p>註：</p> <p>1.適用懷孕婦女牙醫醫療服務並於當次病歷記載，懷孕期間每九十天限申報一次。</p> <p>2.費用包括牙結石清除、牙菌斑偵測、去除維護教導及新生兒口腔照護及衛教指導。</p> <p>3.申報本項後九十天內不得再申報 91003C~91004C。</p> <p>4.不得同時申報 <u>91001C、91003C、91004C、91005C、91014C、91103C、91104C 或 91019C</u> 同時申報。</p>					

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
91018C	<p>牙周病支持性治療</p> <p>註：1.限經「全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」核備之醫師，執行院所內已完成第三階段(P4003C)患者之牙醫醫療服務，且需與第二階段(P4002C)間隔九十天。</p> <p>2.申報費用時，需附<u>一年內</u>半年內牙菌斑控制紀錄及<u>一年</u>半年內囊袋深度紀錄以為審核（其中至少一顆牙齒有測量部位囊袋深度超過5mm(含)以上）。</p> <p>3.本項主要執行牙結石清除、牙菌斑偵測及去除維護教導，並視患者病情提供齒齦下刮除或牙根整平之治療。</p> <p>4.每九十天限申報一次。</p> <p>5.申報91006C~91008C半年內不得申報本項目，另申報此項九十天內不得再申報91003C~91004C、91006C~91008C、91015C~91016C。</p>	v	v	v	v	1000
91019C	<p><u>懷孕婦女牙周緊急處置</u></p> <p>註：</p> <p><u>1.限懷孕婦女之患者申報。</u></p> <p><u>2.本項主要施行懷孕期間口腔照顧及牙周病緊急處置，視患者實際需求提供局部沖洗、塗藥、口腔衛教、孕期急性牙周緊急處理等醫療服務，申報費用以次為單位。</u></p> <p><u>3.不得與91001C、91003C、91004C、91017C、91103C或91104C同時申報。</u></p>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>500</u>
91020C	<p><u>牙菌斑去除照護</u></p> <p>註：1.<u>牙菌斑清除。</u></p> <p><u>2.每180天限申報一次。</u></p> <p><u>3.限未滿12歲兒童申報。</u></p>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>200</u>

第四節 口腔顎面外科 Oral Surgery (92001~92073, 92088-92094⁵)

第一項 處置及門診手術

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
92027C	齦蓋切除術 Operculectomy 註：需附術前 X 光片 <u>或相片</u> 以為審核 (X 光片 <u>或相片</u> 及局部麻醉費用已內含)。	v	v	v	v	510
92093B	牙醫急症處置 Oral and maxillofaical emergent treatment 註： 1.適應症： (1)顏面及牙齒疼痛，經藥物控制不佳者(K04.0, <u>K04.1-K04.99, K05.0, K05.2</u>)。 (2)外傷導致之牙齒脫落或斷裂(S03.2, S02.5, <u>L02.01, L03.211, L03.212</u>)。 (3)拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血(K91.840)。 (4)下顎關節脫臼(S03.0)。 (5)顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎(K12.2, L03.221)。 (6)口腔及顏面撕裂傷(S01.5)。 2.進行緩解之相關處置：如止痛、局部非特定處理、牙髓緊急處理、牙周緊急處理、止血。 3.需檢附檢傷分類等級、生命徵象(血壓、心跳速率、呼吸速率)與意識狀況(Glasgow coma score)等護理紀錄。 4.不得同時申報 34001C、34002C、90004C、91001C、92001C、92012C、92043C、92066C、92071C。		v	v	v	1000
92094C	週日及國定假日牙醫門診急症處置 註： 1.限週日及國定假日申報，其日期認定同附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則。 2.當月看診天數需≤二十五日，超過二十五日則本項不予支付。 3.院所需於前一個月於健保資訊網服務系統(VPN)完成當月門診時間登錄，始得申報本項目。(前一個月完成次月看診時段之登錄，若有異動者須修訂看診起日及時段並儲存，無異動者僅須點選「儲存」後，會自動完成登錄註記。)。 4.適應症： (1)顏面及牙齒疼痛，經藥物控制不佳者(K04.0, <u>K04.1-K04.99, K05.0, K05.2</u>)。 (2)外傷導致之牙齒脫落或斷裂(S03.2, S02.5, <u>L02.01, L03.211, L03.212</u>)。 (3)拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血(K91.840)。 (4)下顎關節脫臼(S03.0)。 (5)顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎(K12.2, L03.221)。 (6)口腔及顏面撕裂傷(S01.5)。 5.進行緩解之相關處置：如止痛、局部非特定處理、牙髓緊急處理、牙周緊急處理、止血。 6.不得同時申報 34001C、34002C、90004C、91001C、92001C、92012C、92043C、92066C、92071C。	v	v	v	v	800

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
92095C	顎顏面骨壞死術後傷口照護 <u>註：</u> 1.需有病理學報告或相關影像佐證。 2.三日內之同一處置視為同一療程。	√	√	√	√	600

附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則

一、實施範圍定義：

(一)醫療費用

1. 申報之總醫療費用點數（含部分負擔）。
2. 下列項目費用，不列入計算：
 - (1)週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。
 - (2)支付標準適用地區以上醫院之表別(A、B表)項目。
 - (3)案件分類為14、16等專款專用之試辦計畫項目。
 - (4)案件分類為15—牙周病統合照護計畫申報點數(P4001C、P4002C、P4003C)。
 - (5)案件分類為19—特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。
 - (6)案件分類為19—特殊治療項目代號為「JA」或「JB」全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫。
 - (7)案件分類為A3—牙齒預防保健案件。
 - (8)案件分類為B6—職災代辦案件。
 - (9)案件分類為19—定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92090C)、非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92091C)。
 - (10)案件分類為19—口腔黏膜難症特別處置(92073C)。
 - (11)案件分類為B7—行政協助門診戒菸部份。
 - (12)加成之點數。
 - (13)初診診察費差額。
 - (14)感染管制診察費差額。
 - (15)山地離島診察費差額。
 - (16)牙醫急診診察費差額。
 - (17)特定牙周保存治療(91015C、91016C)、牙周病支持性治療(91018C)。

(二)適用鄉鎮：

1. 台北市、原臺灣省轄內之臺中市、原直轄市之高雄市(不含旗津區)。
2. 該鄉鎮市區(縣轄市)戶籍人口數大於 10 萬且人口密度大於 4000。
3. 依上開條件所列適用鄉鎮名單詳附件。

註：

1. 台北市【松山區、信義區、大安區、中山區、中正區、大同區、萬華區、文山區、南港區、內湖區、士林區、北投區】
2. 台中市【中區、東區、南區、西區、北區、西屯區、南屯區、北屯區】
3. 高雄市【楠梓區、左營區、鼓山區、三民區、苓雅區、新興區、前金區、鹽埕區、前鎮區、小港區】
4. 鄉鎮市區人口數以內政部統計為準。

~~(二)~~ (三) 前述適用鄉鎮牙科醫師如有以下情形，不適用本原則之折付方式：

1. 該分區已結算之最近四季浮動點值之平均值超過 1.05 元，則該年度該分區專任牙醫師不適用本原則之折付。
2. 專科醫師。
3. ~~該鄉鎮市區每位牙醫師平均服務人口在 4500 人以上之專任牙醫師。~~

43.該鄉鎮市區只有一位之專任牙醫師。

54.除 1、2、3、4 點所列以外之山地離島地區牙醫師如有特殊情況，得向總額受託單位提出申請，並經牙醫門診總額研商議事會議同意者。

註：以上第 2 項專科醫師，係中華民國牙醫師公會全國聯合會按季提供之轉診加~~成~~專科醫師名單之醫師；第 3 項鄉鎮市區人口數以內政部統計為準；牙醫師以同期保險人醫院及基層院所牙醫師數統計為準；第 1、3、4 項每半年公告一次名單。

二、折付方式：以醫師為單位計算各院所各醫師合計折付點數上限，並與院所審查核付點數比較，計算實際核付點數

(一)先計算每位醫師每月申報醫療費用(=申報總醫療點數(含部分負擔)-排除項目費用點數)，點數在 5055 (含)萬點以下時維持原費用點數，超過 5055 萬點時，則按下列分級予以折付：在 5055-6065(含)萬點部分乘以 0.78，在 6065-7075(含)萬點部分乘以 0.39，在 7075 萬點以上部分乘以 0.10 之方式，計算當月該醫師折付上限總點數。

註 1：各醫師每月申報費用之計算，係於每月底針對已受理並完成轉檔之資料，啟動全國醫師別總費用歸戶，將各院所申報上月費用及當月補送上月以前之補報費用中該醫師申報之點數加計。因故上月執業費用於次月以後申報者(限發生年月費用未曾申報者)，追溯計算費用發生年月該醫師於其他院所執業費用之點數，並按規定加計折算費用，原已完成歸戶計算費用之院所則不予追扣或補付費用。

註 2：全國醫師別總費用歸戶後，申報醫師 ID 檢核錯誤及醫師以 A 報 B 者均不予支付，且不得申復，但重大行政或系統問題所致者，由保險人衡酌處理，且同院所一年不得超過 1 次。

(二)前開醫師折付上限總點數，按該醫師在多處院所申報醫療費用比例，計算該醫師在某院所之折付上限點數。

(三)計算各院所各醫師合計折付點數上限(=所有醫師折付上限點數合計+排除項目費用點數)。嗣後，該院所審查核付點數如大於折付點數上限，按折付點數上限核給費用；如小於折付點數上限，則按核付點數核給費用。

三、核付院所費用後，若有申復，致使審查補付點數加原核定點數大於折付點數上限時，以折付點數上限為給付限額。

第四章 牙科麻醉費

通則：

- 一、表面麻醉、浸潤麻醉或簡單之傳導麻醉之費用均已包今在手術費用內，不另給付；另麻醉材料費已包括蘇打石灰 Soda lime，笑氣 Nitrous oxide，氧氣 Oxygen 及麻醉藥膏 Anesthetic jelly 及麻醉用氣體等在內，不另給付。
- 二、凡對六歲以下兒童施行麻醉者予以加成支付，病人年齡未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲至六歲者，則依表定點數加計百分之二十。

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
96001C	牙科局部麻醉 Dental localized anesthesia 註： <u>1.應就牙齒六區域（UR、UA、UL、LR、LA、LL）併同主處置申報，惟須於病歷上詳實記載。</u> <u>2.表面麻醉不得申報。</u>	v	v	v	v	90

報告事項

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂中醫支付標準及計畫報告案。

說明：

- 一、依據本署 105 年 11 月 17 日「中醫門診總額研商議事會議」105 年第 4 次會議結論辦理。
- 二、修訂支付標準第四部中醫，本署推估修訂後總計增加 414.07 百萬，並由 106 年中醫門診總額醫療服務成本指數改變率增加 400 百萬支應。重點摘要如下，修訂支付標準如附件 2-1，P21~P24：
 - (一)通則六：專任醫師每月申報另開內服藥之針傷治療處置費，每月上限由「60 人次」提高至「120 人次」。
 - (二)第一章門診診察費第一階段每月看診日平均門診量在 30 人次以下部分(≤ 30)及山地離島地區診察費，每項點數增加 15 點。
 - (三)第一章門診診察費註 1. 有護理人員在場服務者之定義，由「每位中醫師至少聘護理人員一名以上」改為「每位中醫師看診時須有護理人員在場服務」，並配合看診時段之 VPN 上傳作業。
- 三、106 年度全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫：
 - (一)新增退場機制及修訂計畫支付標準通則七，預估增加增加 25.5 百萬點，修訂後條文如附件 2-2，P25~P33。
 - (二)以 105 年 1-9 月預算執行量，推估 106 年執行 168.7 百萬 (=107.4/9*12+25.5)。
 - (三)由 106 年度編列預算 133 百萬支應。
- 四、106 年度全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫：新增結案條件及訂定助孕成功率及保胎成功率之操作型定義，修訂後條文如

附件 2-3，P34～P39。

五、106 年度全民健康保險中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫：

(一)修訂乳癌及肝癌之診斷碼、調升「疾病管理照護費」支付點數，預估增加 0.4 百萬點，修訂後條文如附件 2-4，P40～P46。

(二)以 105 年 4-9 月預算執行量(因本計畫係 105 年 4 月起執行)，推估 106 年執行 16.2 百萬(=7.9*2+0.4)。

(二)由 106 年度編列預算 25 百萬支應。

六、106 全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫：
僅作年度修正，修訂後條文如附件 2-5，P47～P54。

擬辦：本案如經確認同意，旨揭計畫依程序報請衛生福利部核定後本署公告實施；支付標準部分依程序報請衛生福利部核定公告實施。

第四部 中 醫

通則：

- 一、中醫門診診察費所定點數包括中醫師診療、處方、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本（如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出）。
- 二、中醫每日門診合理量依下列計算方式分別設定：
 - (一)經中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格(可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新進中醫師)醫院，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者，得按下列計算方式申報門診診察費：
 1. 專任醫師每月平均每日門診量＝【當月中醫門診診察費總人次/(當月專任中醫師數*23日)】
 2. 中醫醫療院所專任醫師每月平均每日門診量為 50 人(含)以下，申報編號 A82、A83、A84、A85。
 3. 中醫醫療院所專任醫師每月平均每日門診量超出 50 人以上，申報編號 A86、A87、A88、A89。
 - (二)未符合(一)項之中醫醫療院所，其門診診察費依各中醫醫療院所費用申報當月每位中醫師每日門診量不同分訂不同支付點數。
- 三、針灸、傷科、脫臼整復及針灸合併傷科治療不得同時申報，針灸、傷科及脫臼整復如同時治療處置，應申報針灸合併傷科治療(編號：B80、B81、B82、B83、B84、B85、B86、B87、B88、B89、B90、B91、B92、B93、B94)。
- 四、針灸、傷科及脫臼整復需連續治療者，同一療程以六次為限，實施六次限申報一次診察費，並應於病歷載明治療計畫。
- 五、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療合計申報量限四十五人次以內，其中內含複雜性傷科處置(編號：B55、B56、B57、B82、B83、B84、B87、B88、B89、B92、B93、B94)每位專任醫師每月上限為三十人次，超過三十人次部分改以通則七範圍醫令計算(每月申報日數計算方式：每月申報日數超過二十六日者以二十六日計；另屬中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案認定之地區、山地離島地區、花蓮縣(市)及臺東縣(市)，每月以實際看診日數計)。
- 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、B62、B80、B85、B90)每位專任醫師每月上限為六十一百二十人次，超出六十一百二十人次部分者五折支付。
- 七、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療合計申報量在三十人次以下者，按表訂點數支付，在三十一至四十五人次之部分，編號：B42、B44、B46、B54、B61、B63、B81、B86、B91者，九折支付，四十六人次以上，編號：B41、B42、B43、B44、B45、B46、B53、B54、B55、B56、B57、B61、B62、B63、B80、B81、B82、B83、B84、B85、B86、B87、B88、B89、B90、B91、B92、B93、B94者，支付點數以

零計。

- 八、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療合計申報量 = (當月針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置總人次 / 當月專任中醫師總看診日數)。
- 九、中醫醫療院所該月份所有專任醫師因產假期間均未看診，支援醫師得以該未看診之專任醫師數，依合理量規定申報門診診察費及針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置費，其餘支援醫師依每段合理量之餘額總數，依序補入看診人次。
- 十、三歲(含)以下兒童之門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

第一章 門診診察費

編號	診療項目	支付點數
	一般門診診察費	
	(一) 中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格(可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新進中醫師)醫院，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者。	
	1.每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十人次以下部分(≤50)	
A82	-- 看診時聘有護理人員在場服務者	280
A83	-- 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	310
A84	-- 看診時未聘有護理人員在場服務者	270
A85	-- 看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	300
	2.每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十人次以上部分(>50)	
A86	-- 看診時聘有護理人員在場服務者	215
A87	-- 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	240
A88	-- 看診時未聘有護理人員在場服務者	200
A89	-- 看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	230
	(二) 不符(一)項之中醫醫療院所	
	1.每位專任中醫師每月看診日平均門診量在三十人次以下部分(≤30)	
A01	— 看診時聘有護理人員在場服務者	320 335
A11	— 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	350 365
A02	— 看診時未聘有護理人員在場服務者	340 325
A12	— 看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	340 355
	2.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過三十人次，但在五十人次以下部分 (31-50)	
A03	— 看診時聘有護理人員在場服務者	230
A13	— 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	260
A04	— 看診時未聘有護理人員在場服務者	220
A14	— 看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	250
	3.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分 (51-70)	
A05	— 看診時聘有護理人員在場服務者	160
A15	— 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	190
A06	— 看診時未聘有護理人員在場服務者	150
A16	— 看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	180
	4.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過七十人次，但在一五0人次以下部分(71-150)	
A07	— 未開具慢性病連續處方	90
A17	— 開具慢性病連續處方	120

編號	診療項目	支付點數
A08	5.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過一五0人次部分(>150) — 未開具慢性病連續處方	50
A18	— 開具慢性病連續處方	80
A09	6.山地離島地區 — 看診時聘有護理人員在場服務者	320335
A19	— 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	350365
A10	— 看診時未聘有護理人員在場服務者	310325
A20	— 看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	340355
	<p>註：1.所稱「看診時聘有護理人員在場服務者」，指每位中醫師至少聘護理人員一名以上看診時須有護理人員在場服務。申報費用須先報備護理人員執照及執業登記地點。院所應於費用年月次月二十日前，至健保資訊網服務系統(VPN)填報『護理人員跟診時段』，包含：護理人員姓名、身份證字號、跟診日期、跟診時間(應有明確時間點)、搭配之中醫師姓名及身分證字號暨中醫師排班時段等項，未填報者，本項不予支付。</p> <p>2.支援中醫師看診人次之計算：依各段各專任中醫師每段看診合理量之餘額總數，依序補入支援中醫之看診人次。若專任中醫師該月份均未看診，除通則九規定外，支援中醫師以看診合理量之最後一段支付點數申報。</p> <p>3.開具慢性病連續處方者，應列入每位專任中醫師每月看診日平均門診量優先計算。</p> <p>4.支援醫師診察費一律按未聘有護理人員在場服務者之支付標準代碼計算。</p> <p>5.每月申報日數計算方式：一般門診診察費申報第(一)項者，每月申報日數超過二十三日者以二十三日計；一般門診診察費申報第(二)項者，每月申報日數超過二十六日者以二十六日計；中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案認定之地區、山地離島地區、花蓮縣(市)及臺東縣(市)，每月以實際看診日數計。</p>	
A90	— 初診門診診察費加計	50
	<p>註：1.限特約中醫醫事服務機構需符合設立健保特約院所滿二年以上（東區及山地離島地區以簽約滿一年以上）申報。</p> <p>2.限患者需為二年內(費用年月相減)未到該全民健康保險中醫醫事服務機構看診方可提出。</p> <p>3.院所申報初診案件數以每月申報診察費不為0之就醫病人ID歸戶人數之10%為最高申請件數。</p>	

全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫

一、依據：

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的：

- (一)針對住院中之腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷患者，藉由具文獻依據之中醫輔助醫療介入措施，期使達到病患神經學功能進步、日常生活能力改善、生活品質提昇，併縮短住院天數，降低醫療費用支出的目的。
- (二)希望透過中西醫結合的治療方式，將腫瘤患者經手術、放化療後常出現的腸胃不適、眩暈、落髮，以及療程中常出現的口乾、口腔潰瘍、便秘、腹瀉、張口困難等症狀減輕到最低，讓患者能順利完成整個西醫療程，發揮最大療效；尤其對末期患者所出現的惡病質，諸如體重減輕，食慾不振，精神萎靡等不適，以及癌性疼痛問題，透過中醫的體質調理，提升患者的生活品質。

三、施行期間：自公告日起至1056年12月31日止。

四、適用範圍：

- (一)腦血管疾病(ICD-10：G45.0-G46.8及I60~I68)、顱腦損傷(ICD-10：S02.1-S02.4、S02.6-S02.9、S06.3-S06.6、S06.8-S06.9)及脊髓損傷(ICD-10：S14.0-S14.1、S24.0-S24.1、S34.0-S34.1)自診斷日起六個月內之住院病患，需中醫輔助醫療協助者。
- (二)需中醫輔助醫療之腫瘤住院患者。

五、預算來源：1056年全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫」專款項目下支應，全年經費113133百萬元。

六、申請資格及退場機制：

- (一)設有中醫門診之醫院，申請參與本計畫之醫師須執業滿三年以上，並參加中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)所辦理繼續教育受訓課程之中醫師。
- (二)申請參與本計畫之保險醫事服務機構及醫師須二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以全民健康保險保險人(以下稱保險人)第一次處分函所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)。

(三)退場機制：當年度收案且結案患者前後測量表完成率低於50%者，於保險人通知文到日次月一日起12個月內不得承作本計畫。

七、申請程序：

中醫門診特約醫事服務機構應檢送申請表(附件一)及計畫書，以掛號郵寄方式向中醫全聯會提出申請。

八、計畫書之規範：

- (一)書寫格式：以WORD形式建檔，A4版面，由左而右，由上而下，(標)楷書14號字型，橫式書寫。
- (二)封面：包括計畫名稱、執行單位、執行期間。

(三)內容至少應包括下列項目：

1.前言：請敘述申請本計畫動機，包括：加強中醫醫療照護門診的種類、醫療資源提供情況及需求狀況等。

2.目的：分點具體列述所要達成之目標。

3.實施方法與步驟：請依計畫內容分別具體列述，並應包括下列項目：

(1)醫療人力資源：請詳述執行本計畫之醫事人力名單及其學經歷、身分證字號、中醫師證號及其完整訓練之證明。

(2)標準作業程序。

(3)適應症。

(4)治療及追蹤計畫。

(5)療效評估標準：

A、腦血管疾病，以美國國家衛生研究院中風評量表(National Institutes of Health Stroke Scale, NIHSS)、巴氏量表(Barthel Index)做為評估標準。

B、顱腦損傷，以巴氏量表(Barthel Index)、改良式創傷嚴重度指標(Revised Trauma Score, RTS：包含呼吸次數，收縮血壓及 Glasgow 昏迷指數等三項生理指標)做為評估標準。

C、脊髓損傷，以美國脊髓損傷協會神經和功能評分(American Spinal Injury Association neurologic and functional score, ASIA score)、巴氏量表(Barthel Index)做為評估標準。

D、腫瘤住院患者，以癌症治療功能性評估：一般性量表(Functional Assessment of Cancer Therapy-General Scale; FACT-G)(第四版)、Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)生活品質評估等做為評估標準。

(6)不良反應紀錄及通報。

(7)經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請依本計畫第十一點支付方式預估。

(四)評估預期效益：請詳述計畫實施後預期達成之效益指標。

九、申請資格審查：

中醫全聯會於每季季底(以郵戳為憑)收齊申請案件後，十五日內將審查完成結果送保險人核定及公告新增承辦之保險醫事服務機構名單，執行日以公告院所名單日當月1日起計。

十、執行方式：

(一)醫師應對當次看診病人提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，並以標準作業流程與處置完成診療。

(二)本計畫收案後應將個案之基本資料登錄於健保資訊網服務系統(VPN)。各項評估量表須於收案後三日內及出院前各執行一次，每次須完成各項支付標準所列之量表並登錄於VPN。

(三)本計畫執行期間，保險醫事服務機構欲變更計畫者，須先函送中醫全聯會進行評估，並檢具中醫全聯會所發予之評估結果，向保險人之分區業務組申請計畫之變更，經保險人分區業務組核定後，始得變更。

十一、支付方式：

(一)本計畫之給付項目及支付標準表如附件二。

(二)本計畫之預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

十二、醫療費用申報與審查：

(一)醫療費用申報

1.門診醫療費用點數申報格式之總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。

2.門診醫療費用點數申報格式點數清單段：

(1)案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。

(2)特定治療項目(一)：請填報「C8(腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療)」、「JC(顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療)」、「JD(脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療)」及「J7(腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院中醫輔助醫療)」。

(二)有關醫療費用申報及支付、程序審查、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，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。

十三、執行報告：

執行本計畫之保險醫事服務機構，應於計畫執行結束或年度結束後三十日內，檢送執行報告至中醫全聯會，執行報告之格式及內容，依送審計畫書之內容及要項撰寫執行成果及實施效益，執行報告之內容將做為下年度申請資格審查之依據。

十四、辦理本計畫之保險醫事服務機構，如於執行期間，因有特約管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)，且經保險人予以停止特約或終止特約者，本計畫執行資格將同步自處分停約或終止特約日起終止。

十五、執行本計畫之保險醫事服務機構，未依本計畫規定事項執行者，由中醫全聯會重新評估後，函請保險人分區業務組予以停止執行本計畫。

十六、本計畫實施成效由中醫全聯會進行評估，並於實施半年後進行期中檢討，於年終向健保會提送年度執行報告，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況及病患療效評估等資料(含登錄於VPN之量表資料分析)。

十七、本計畫由保險人與中醫全聯會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準之修正，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。

附件一

全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫申請表

腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷 腫瘤患者手術、化療、放射線療法後

基	院所名稱				院所代碼		
	本計畫負責醫師姓名				身分證字號		
	本計畫負責醫師學經歷				聯絡電話		
E-mail :							
本	醫師姓名	身分證字號	中醫師證書字號	中醫執業年資	受訓課程日期		
			台中字第 號				
			台中字第 號				
			台中字第 號				
			台中字第 號				
			台中字第 號				
資	保險醫事服務機構自評項目			請 V 選		備註	
	院所是否二年內未違反健保相關法規			<input type="checkbox"/> 是未違反 <input type="checkbox"/> 否違反			
	醫師是否二年內未違反健保相關法規			<input type="checkbox"/> 是未違反 <input type="checkbox"/> 否違反			
料	機構章戳						

中醫全聯會審核意見欄 (本欄位由中醫全聯會填寫)	1 <input type="checkbox"/> 審核通過。
	2 <input type="checkbox"/> 不符合規定。
	3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請於 月 日內補齊。
	4 <input type="checkbox"/> 其他。
	審核委員： 審核日期： 年 月 日

附件二

西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫給付項目
及支付標準表

通則：

- 一、本標準所訂支付點數包括中醫師診療、處置、處方、藥費、調劑費、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本(如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出)。
- 二、針灸、傷科及脫臼整復每次診療得合併申報本計畫之診察費項目(P33001及P34001)，不受同一療程規定之限制。
- 三、本計畫之中醫輔助醫療服務量、針灸、傷科及脫臼整復合計申報量，應獨立計算且申報時不併入該院所原門診合理量、針灸、傷科及脫臼整復原合計申報量計算。
- 四、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。
- 五、申報中醫護理衛教費及營養飲食指導費，應於該次診療服務合併實施治療評估，並於病歷詳細載明評估結果及治療方式。
- 六、本計畫之案件當次不得另行申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫各章節之診療項目。
- 七、本計畫之案件(同一個案)~~每週限申報三次~~每週不得申報超過七次(加護病房患者除外)。

支付標準表(一)
-腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷

第一章 中醫輔助醫療診察費

編號	診療項目	支付點數
P33001	中醫輔助醫療診察費	350

第二章 藥費

編號	診療項目	支付點數
P33021	每日藥費	100

第三章 針灸治療

編號	診療項目	支付點數
P33031	針灸治療處置費	400
P33032	電針治療	500

註：P33031、P33032 每次治療擇一申報。

第四章 傷外科治療

編號	診療項目	支付點數
P33041	一般治療	300

第五章 疾病管理照護費

編號	診療項目	支付點數
P33051	中醫護理衛教費	300
P33052	營養飲食指導費	250
P33053	生理評估(限腦中風患者適用) (1)美國國家衛生研究院中風評量表(NIHSS) (2)巴氏量表(Barthel Index)	1,000
P33054	生理評估(限顱腦損傷患者適用) (1)改良式創傷嚴重度指標(RTS) (2)巴氏量表(Barthel Index)	1,000
P33055	生理評估(限脊髓損傷患者適用) (1)美國脊髓損傷協會神經和功能評分(ASIA score) (2)巴氏量表(Barthel Index)	1,000

註：1.每一個案住院期間限申報一次費用。

2.P33053、P33054、P33055 生理評估：

(1)須以個案為單位。

(2)須於收案後三日內及出院前各執行一次。

(3)每次須同時完成各項所列之量表並登錄於 VPN。

支付標準表(一)
-腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷

第六章 藥品調劑費

編號	診療項目	支付點數
P33061	藥品調劑費	50/次

第七章 中醫輔助醫療檢查費

編號	診療項目	支付點數
P33071	中醫輔助醫療檢查費(舌診儀)	500/次
P33072	中醫輔助醫療檢查費(脈診儀)	500/次
P33073	中醫輔助醫療檢查費(微循環儀輔助)	500/次
P33074	中醫輔助醫療檢查費(紅外線熱象儀輔助)	500/次

註：每個月每項限申請一次，未檢查者不得申報。

支付標準表(二)
-腫瘤患者手術、化療、放線射療法

第一章 中醫輔助醫療診察費

編號	診療項目	支付點數
P34001	中醫輔助醫療診察費	350

第二章 藥費

編號	診療項目	支付點數
P34021	每日藥費	100

註：出院患者必要時得開給7天藥品

第三章 針灸治療

編號	診療項目	支付點數
P34031	針灸治療處置費	400
P34032	電針治療	500

註：P34031、P34032每次治療擇一申報。

第四章 傷外科治療

編號	診療項目	支付點數
P34041	一般治療(含推拿治療或外敷藥處置)	300

第五章 疾病管理照護費

編號	診療項目	支付點數
P34051	中醫護理衛教費	300
P34052	營養飲食指導費	250
P34053	癌症治療功能性評估： (1)一般性量表(FACT-G) (第四版) (2)生活品質評估(ECOG)	1,000

註：1.P34051、P34052 每一個案住院期間限申報一次費用。
2.P34053 癌症治療功能性評估：
(1)以個案為單位。
(2)須於收案後三日內及出院前各執行一次，前後測量表可各申報一次費用。
(3)每次須同時完成該項所列之量表並登錄於 VPN。

第六章 藥品調劑費

編號	診療項目	支付點數
P34061	藥品調劑費	50/次

第七章 中醫輔助醫療檢查費

編號	診療項目	支付點數
P34071	中醫輔助醫療檢查費(舌診儀)	500/次
P34072	中醫輔助醫療檢查費(脈診儀)	500/次

註：每個月每項限申請一次，未檢查者不得申報。

支付標準表(二)
-腫瘤患者手術、化療、放線射療法

第六章 藥品調劑費

編號	診療項目	支付點數
P34061	藥品調劑費	50/次

第七章 中醫輔助醫療檢查費

編號	診療項目	支付點數
P34071	中醫輔助醫療檢查費(舌診儀)	500/次
P34072	中醫輔助醫療檢查費(脈診儀)	500/次

註：每個月每項限申請一次，未檢查者不得申報。

全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫

一、依據：

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的：

鼓勵生育為國家當前重要政策，針對特定病理因素所致之原發性或繼發性不孕、有先兆流產傾向及有流產病歷者，由中醫給予適當照護，以提升受孕率及保胎率。

三、施行期間：自公告日起至1056年12月31日止。

四、適用範圍：

- (一)助孕：已婚超過一年有正常性生活而無法受孕的男性及女性患者，主診斷須填報女(男)性不孕病名，如有特定病理之不孕因素，須另立次診斷且須載明相關的診斷依據。
- (二)保胎：先兆流產、非自然受孕、經助孕受孕及易流產之女性(病歷應記載詳實)，受孕後0-20週之保胎照護(應註明孕期週數)。

五、結案條件：符合結案條件之患者當年度該院所不能再收案。

(一)助孕：

- 1.女性患者，自初次收案日起算六個月，基礎體溫未見高低溫雙相曲線、或雖有雙相曲線但高溫期短於10天者。(病歷應登載基礎體溫均溫、高溫期天數)。
- 2.男性患者，自初次收案日起算六個月，精液檢查報告異常項目無進步者。(病歷應登載各次檢驗報告，未登載驗報告即應結案)

(二)保胎：妊娠滿20週即應結案。

五六、預算來源：1056年全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「提升孕產照護品質計畫」專款項目下支應，全年經費3247.7百萬元。

六七、申請資格：

- (一)中醫門診特約醫事服務機構之中醫師，並參加中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)辦理之「中醫提升孕產照護」課程4小時(講習會不定期召開)，且領有繼續教育證明者。
- (二)申請參與本計畫之醫師及保險醫事服務機構須二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以全民健康保險保險人(以下稱保險人)第一次處分函所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者或申請暫緩處分者)。

七八、申請程序：

中醫門診特約醫事服務機構應檢送申請表(附件一)，向中醫全聯會提出申請。

八九、申請資格審查：

中醫全聯會於每季季底(以郵戳為憑)收齊申請案件後，十五日內送保險人核定及公告新增承辦之保險醫事服務機構名單，執行日以公告院所名單日當月1日起計。

九上、執行方式：

(一)助孕

- 1.女性患者：須包含望聞問切四診診療、排卵日指導、判讀基礎體溫(Basal Body Temperature, BBT)、體質證型、濾泡期、排卵期、黃體期之月經週期療法、內服藥、針灸治療、營養指導。
- 2.男性患者：須包含望聞問切四診診療、排卵日指導、內服藥、針灸治療、營養指導、運動指導、生活作息指導。

(二)保胎：須包含望聞問切四診診療、黃體評估、出血狀況評估、內服藥、針灸治療、營養飲食指導、衛教。

十二、支付方式：

(一)本計畫之給付項目及支付標準表如附件二。

(二)本計畫之預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則留用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

十一二、醫療費用申報與審查

(一)醫療費用申報

- 1.門診醫療費用點數申報格式之總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。
 - 2.門診醫療費用點數申報格式點數清單段：
 - (1). 案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。
 - (2). 特定治療項目(一)：請填報「J9」(全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫)。
- (二)有關醫療費用申報及支付、程序審查、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，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。

十二三、執行報告

(一)執行本計畫之保險醫事服務機構，應於計畫執行結束或年度結束後三十日內，檢送執行報告及實施效益至中醫全聯會，其內容將做為下年度申請資格審查之依據。

(二)實施效益須包含如下：

1.助孕：

(1)助孕成功率(=成功受孕個案數/助孕看診個案數)

註:夫妻同時就醫者成功數及看診數皆計數為2

A.分子:分母個案中當年度至隔年6月間有申報第二次產檢之人數(無第二次者以第三次計)。

B.分母:當年度申報助孕照護處置費(P39001、P39002)女性人數。

(2)受孕成功者之完整治療過程、病歷報告(含診斷依據、基礎體溫表、中醫診療評估及記錄表等資訊如下附表)。

A.助孕診療紀錄表(每季提供予中醫全聯會)-女性

姓名	性別	生日	初診日期	濾泡平均溫度(加註排卵日期)	排卵期平均溫度	黃體期平均溫度	濾泡期天數	黃體期天數	是否受孕	次診斷(請填不孕症之其他病名)	是否曾接受西醫不孕治療 0.沒有 1.西醫藥物治療 2.人工受孕 3.試管嬰兒	其他

B.助孕診療紀錄表(每半年提供予中醫全聯會)-男性

姓名	性別	生日	初診日期	精蟲數	形態良率	液化	雜質	活動力	是否受孕	次診斷	其他

2.保胎

(1)保胎成功率(=孕期超過20週以上個案數成功保胎個案數/保胎看診個案數)

A.分子:分母個案中當年度至隔年6月間有申報第三次以上產檢之人數。

B.分母:當年度申報保胎照護處置費(P39003、P39004)之人數。

(2)順利生產者之完整治療過程、病歷報告(含診斷依據、中醫診療評估及記錄表等資訊如下附表)。

懷孕初期症狀及心理評估量表(每季提供予中醫全聯會)

姓名	性別	生日	初診日期	心跳數	血壓	噁心嘔吐	出血	憂鬱	心悸	頭痛	眩暈	微熱	便秘	次診斷	其他

十三四、辦理本計畫之保險醫事服務機構，如於執行期間，因有特約管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)，且經保險人予以停止特約或終止特約者，本計畫執行資格將同步自處分停約或終止特約日起終止。

十四五、執行本計畫之保險醫事服務機構，未依本計畫規定事項執行者，由中醫全聯會重新評估後，函請保險人分區業務組予以停止執行本計畫。

十五六、本計畫由保險人與中醫全聯會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保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。

附件一

全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫申請表

基	院所名稱		院所代碼		
	本計畫負責醫師姓名		身分證字號		
	本計畫負責醫師學經歷		聯絡電話		
	E-mail :				
本	醫師姓名	身分證字號	中醫師證書字號	中醫執業年資	受訓課程日期
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
資	保險醫事服務機構自評項目		請 V 選		備註
	院所是否二年內未違反健保相關法規		<input type="checkbox"/> 是未違反 <input type="checkbox"/> 否違反		
	醫師是否二年內未違反健保相關法規		<input type="checkbox"/> 是未違反 <input type="checkbox"/> 否違反		
	機構章戳				
料					

中醫全聯會審核意見欄 (本欄位由中醫全聯會填寫)	1 <input type="checkbox"/> 審核通過。
	2 <input type="checkbox"/> 不符合規定。
	3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請於 月 日內補齊。
	4 <input type="checkbox"/> 其他， 。
	審核委員： 審核日期： 年 月 日

附件二

全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫 給付項目及支付標準表

通則：

- 一、本標準所訂支付點數包括中醫師診療、處置、處方、藥費、調劑費、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本(如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出)。
- 二、本計畫之醫療服務量、診察費、針灸申報量，應獨立計算且申報時不併入該院所原門診合理量、原針灸申報量計算。
- 三、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。
- 四、本計畫之案件當次不得另行申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫各章節之診療項目。
- 五、本計畫之案件(同一個案)每週限申報一次。

全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫
支付標準表

編號	診療項目	支付點數
P39001	中醫助孕照護處置費(含針灸處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費〔排卵期評估，女性須含基礎體溫(BBT)、體質證型、濾泡期、排卵期、黃體期之月經週期療法之診療〕、口服藥(至少七天)、針灸治療處置費、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	1200
P39002	中醫助孕照護處置費(不含針灸處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費〔排卵期評估，女性須含基礎體溫(BBT)、體質證型、濾泡期、排卵期、黃體期之月經週期療法之診療〕、口服藥(至少七天)、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	900
P39003	中醫保胎照護處置費(含針灸處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費口服藥(至少七天)、針灸治療處置費、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	1200
P39004	中醫保胎照護處置費(不含針灸處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費、口服藥(至少七天)、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	900
註：P39003、P39004 限受孕後 0-20 週之保胎照護患者適用。		

全民健康保險中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫

一、依據：

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的：

針對乳癌、肝癌患者，藉由具文獻依據之中醫輔助醫療積極主動介入，降低治療期間產生之不適感，以改善患者日常生活能力、提升生活品質，使患者能順利完成整個腫瘤治療療程為目的。

三、施行期間：自公告日起至1056年12月31日止。

四、適用範圍：

~~(一)西醫確診為乳癌(ICD-10：C50、C79.2、C79.81、D05.00、D05.92、D48.60、D48.62、Z51.0、Z51.11)、肝癌(ICD-10：C22、C78.7、D01.5、D37.6)併領有重大傷病證明，經手術後一年內或放化療(含標靶治療)治療期間之患者。~~

(一)西醫確診為乳癌ICD-10-CM：

1.主診斷碼：C50、C79.81。

2.(主診斷碼：C78.0、C78.7、C79.2、C79.3、C79.5)+(次診斷碼：C50、Z85.3)。

(二)西醫確診為肝癌ICD-10-CM：

1.主診斷碼：C22、C23、C24。

2.(主診斷碼：C77、C78.0-C78.2、C78.4-C78.8、C79.3、C79.5、C79.7)+(次診斷碼C22、C23、C24、Z85.05)。

(三)符合上述(一)或(二)診斷併領有重大傷病證明，經手術後一年內或放化療(含標靶治療)治療期間之患者。

(四)住院接受手術或放化療患者，若於住院期間，經「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」收案，出院改採門診繼續接受放化療(含標靶治療)者，應另於健保資訊網服務系統(以下稱VPN)登錄，並改以本計畫照護。若患者再次住院，則由住院計畫申請加強照護，其得於兩計畫併行收案，惟申報照護費用不得重複。

五、預算來源：

1056年全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「乳癌、肝癌門診加強照護計畫」專款項目下支應，全年經費14.925百萬元。

六、申請資格：

(一)申請參與本計畫之醫師須執業滿三年以上，並參加中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)所辦理繼續教育受訓課程之中醫師。

(二)申請參與本計畫之保險醫事服務機構及醫師，須最近二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以全民健康保險保險人(以下稱保險人)第一次處分函所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

七、申請程序：

中醫門診特約保險醫事服務機構應檢送申請表(附件一)，以掛號郵寄、傳真、E-MAIL等方式向中醫全聯會提出申請，並經電話向中醫全聯會確認後，方完成申請流程。

八、申請資格審查：

中醫全聯會於每季季底(以郵戳為憑)收齊申請案件後，十五日內將審查結果送保險人核定及公告新增承辦之保險醫事服務機構名單，執行日以公告院所名單日當月一日起計。

九、執行方式：

- (一)醫師應對當次看診病人提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，並以標準作業流程與處置完成診療。
- (二)開立中藥、針灸(或傷科)治療。
- (三)疾病管理照護費(含中醫護理衛教及營養飲食指導)，限三個月申報一次。
- (四)填寫生理評估，包含癌症治療功能性評估：一般性量表(Functional Assessment of Cancer Therapy-General Scale；FACT-G)(第四版)、生活品質評估Eastern Cooperative Oncology Group(ECOG)，限三個月申報一次。
- (五)承辦本計畫之保險醫事服務機構需於收案後，將個案之基本資料登錄於VPN，並每三個月於VPN上登錄各項生理評估量表。
- (六)本計畫執行期間，保險醫事服務機構欲變更計畫申請表內容者，須先函送中醫全聯會進行評估，經保險人分區業務組核定後，始得變更。

十、支付方式：

- (一)本計畫之給付項目及支付標準表如附件二。
- (二)本計畫之預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

十一、醫療費用申報與審查：

(一)醫療費用申報

1.門診醫療費用點數申報格式之總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。

2.門診醫療費用點數申報格式點數清單段：

(1)案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。

(2)特定治療項目(一)：請填報「JE(乳癌患者中醫門診加強照護醫療)」或「JF(肝癌患者中醫門診加強照護醫療)」。

(二)有關醫療費用申報及支付、程序審查、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，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。

十二、執行報告：

執行本計畫之保險醫事服務機構，應於計畫執行結束或年度結束後三十日內，檢送執行報告及實施效益至中醫全聯會，其內容將做為下年度申請資格審查之依據。

十三、辦理本計畫之保險醫事服務機構，如於執行期間，因有特約管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)，且經保險人予以

停止特約或終止特約者，本計畫執行資格將同步自處分停約或終止特約日起終止。

- 十四、執行本計畫之保險醫事服務機構，未依本計畫規定事項執行者，由中醫全聯會重新評估後，函請保險人分區業務組予以停止執行本計畫。
- 十五、本計畫實施成效由中醫全聯會進行評估，並於實施半年後進行期中檢討，於年終向健保會提送年度執行報告，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況及病患療效評估等資料(含登錄於VPN之生理評估量表資料分析)。
- 十六、本計畫由保險人與中醫全聯會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準之修正，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。

附件一

全民健康保險中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫申請表

申請日期： 年 月 日

基	院所名稱			院所代碼		
	本計畫負責醫師姓名			身分證字號		
	本計畫負責醫師學經歷			聯絡電話		
E-mail :						
本	醫師姓名	身分證字號	中醫師證書字號	中醫執業年資	受訓課程日期	
			台中字第 號			
			台中字第 號			
			台中字第 號			
			台中字第 號			
			台中字第 號			
資	保險醫事服務機構自評項目			請 V 選		備註
	院所是否二年內未違反健保相關法規			<input type="checkbox"/> 是未違反 <input type="checkbox"/> 否違反		
	醫師是否二年內未違反健保相關法規			<input type="checkbox"/> 是未違反 <input type="checkbox"/> 否違反		
料	機構章戳					
中醫全聯會審核意見欄 (本欄位由中醫全聯會填寫)		1 <input type="checkbox"/> 審核通過。 2 <input type="checkbox"/> 不符合規定。 3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請於 月 日內補齊。 4 <input type="checkbox"/> 其他，_____。 審核委員： 審核日期： 年 月 日				

附件二

全民健康保險中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫支付標準表

通則：

- 一、本標準所訂支付點數包括中醫師診療、處置、處方、藥費、調劑費、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本(如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出)。
- 二、本計畫之中醫輔助醫療服務量、針灸、傷科及脫臼整復合計申報量，應獨立計算且申報時不併入該院所原門診合理量、針灸、傷科及脫臼整復原合計申報量計算。
- 三、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。
- 四、申報疾病管理照護費，應於該次診療服務合併實施治療評估，並於病歷詳細載明評估結果及治療方式。
- 五、本計畫之案件當次不得另行申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫各章節之診療項目。

全民健康保險中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫支付標準表

編號	診療項目	支付點數
P56001	乳癌、肝癌門診加強照護費(給藥日數 7 天以下) 註：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥	700
P56002	乳癌、肝癌門診加強照護費(給藥日數 8-14 天) 註：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥	1,050
P56003	乳癌、肝癌門診加強照護費(給藥日數 15-21 天) 註：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥	1,400
P56004	乳癌、肝癌門診加強照護費(給藥日數 22-28 天) 註：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥	1,750
P56005	癌症針灸或傷科治療處置費 註：本項處置費每月申報上限為 12 次，超出部分支付點數以零計。	400
P56006	疾病管理照護費 註： 1.包含中醫護理衛教及營養飲食指導。 <u>2.申報此項目，須參考衛教表單(如附件三)提供指導，並應併入病患之病歷紀錄備查。</u> 23.限三個月申報一次，並於病歷詳細載明評估結果。	300 550
P56007	生理評估費 1.癌症治療功能性評估：一般性量表(Functional Assessment of Cancer Therapy-General Scale；FACT-G)(第四版) 2.生活品質評估(Eastern Cooperative Oncology Group；ECOG) 註：1.前測(收案三日內)及後測(收案三個月內)量表皆完成，方可申請給付。 2.限三個月申報一次，並於病歷詳細載明評估結果。	1,000

附件三

全民健康保險中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫 疾病管理照護衛教表單

接受放射線治療、化學治療時您應知道的事項：

大多數之副作用是暫時發生的，以下列出可能出現的副作用及建議處理方式：

(一) 血球下降：

照護方式：

1. 經常使用肥皂或洗手乳洗手並養成良好衛生習慣。
2. 避免接觸有感冒症狀者。
3. 避免到公共場所，出門戴口罩，口罩潮濕後需立即更換。
4. 不可生食，生食及熟食之砧板應分開使用，水果一定要洗乾淨或削(剝)皮食用。
5. 充分的休息，以恢復體力，晚上充足睡眠，白天限制活動量，以減少體力的消耗。
6. 可多攝取補血的食物，例如深綠色的葉菜類(菠菜)、紅豆、番茄(需煮熟)、葡萄(乾)、肉類以及動物的肝臟。
7. 如果白血球不足時可選擇中藥的黃耆、黨參、枸杞、紅棗、雞血藤煮湯服用。
8. 姿勢改變時，如要從坐下或躺下的姿勢站起來時，動作宜放慢一點，以免感到頭暈目眩。
9. 注意步態，小心跌倒。

(二) 噁心、嘔吐：

噁心、嘔吐是接受化學治療的人最擔心的副作用，但通常在化療後就會跟著逐漸消失。

照護方式：

1. 宜攝取易吸收的食物，可吃流質或半流質飲食，少量多餐，避免空腹太久。
2. 攝取清淡飲食，避免油膩、辛辣及含香料食物。
3. 選用有止嘔作用的食物(如，生薑...)，口感微酸的食物(如，酸梅、檸檬、仙楂餅)，以減輕噁心症狀。

(三) 謹慎選擇健康食品：

雞精、蜆精、人參(皂苷)、五味子芝麻錠、牛樟芝、靈芝、桑黃、巴西蘑菇、冬蟲夏草、七葉膽、蜂膠、薑黃、天山雪蓮、褐藻醣膠、諾利果、天仙液、酵素、左旋麩醯胺酸、魚油 EPA、高蛋白素營養品。

(四) 生活作息：

1. 飲食有節，起居有常，不妄作勞。
2. 在中醫的觀念中，保持充分休息，晚上 11 點前就寢，維持精神舒暢，不發怒，避免憂鬱緊張，不過度房事，飲食五～七分飽，如此可以使我們的身體得到良好的復原。

(五) 其他事項補充：

全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫

一、依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的

- (一)本計畫針對兒童患有過敏性鼻炎者，藉由具文獻依據之中醫輔助醫療介入措施，期使病患過敏性鼻炎症狀改善且減少其他上、下呼吸道的併發症、改善日常生活能力、提升生活品質。
- (二)透過中醫治療介入，改善過敏性鼻炎兒童的學習情形與生活品質，進而提升學習能力。

三、施行期間：~~105年9月1日起~~106年1月1日起至106年12月31日止。

四、預算來源

- (一)當年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「~~學齡~~兒童過敏性鼻炎照護計畫」專款項目下支應。
- (二)若本計畫下一年度未續辦，原當年度收案對象產生計畫內照護費用將自下一年度中醫門診總額一般服務預算中優先支應。

五、收案條件：須同時符合下列條件者，且同一個案同一期間不得重複收案(含同院所及跨院所)。

- (一)5歲(含)至14歲(含)兒童於過敏性鼻炎發作期，經中醫師診斷為鼻鼾(即出現鼻塞、鼻癢、噴嚏、鼻流清涕)為診斷基準，中醫辨證分型屬肺陰虛、肺氣虛、脾氣虛、腎氣虛或肝火熱熾型且主診斷碼為ICD-10：J30.1、J30.2、J30.5、J30.81、J30.89、J30.9者。
- (二)過敏性鼻炎控制評估測試量表【The Rhinitis Control Assessment Test(以下稱RCAT評估量表)】(如附件一)分數小於21(不含)分者。
- (三)為避免重複收案，完成第一次RCAT評估量表(前測)者，應將個案之基本資料及RCAT評估量表資料登錄於健保資訊服務網系統(以下稱VPN)，以完成收案。

六、結案條件：符合下列條件之一者，應予結案。結案後同一個案於一年內不得再被收案(含同院所及跨院所)。

- (一)個案照護滿三個月(以收案日起算滿13週)。
- (二)前述照護期間，若有下列情事之一，須結案：
 - 1、未連續照護【前後就醫日期相減大於14(不含)天】者，視為中斷照護。
 - 2、第二次或第三次RCAT評估量表分數較前次分數增加未達3分且總分小於21(不含)分者。
 - 3、五週內未完成後測並登錄VPN者。

七、申請資格

- (一)申請參與本計畫之醫師須執業滿三年以上，並參加中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)所辦理繼續教育受訓課程之中醫師。

(二)申請參與本計畫之保險醫事服務機構及醫事人員，須最近二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以全民健康保險保險人(以下稱保險人)第一次處分函所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

八、申請程序

中醫門診特約醫事服務機構應檢送申請表(如附件二)，以掛號郵寄、傳真、E-MAIL 等方式向中醫全聯會提出申請，並經電話向中醫全聯會確認後，方完成申請流程。

九、申請資格審查

中醫全聯會於收到申請案件後，十五日內將審查完成結果送保險人核定及公告新增承辦之保險醫事服務機構名單，執行日以公告院所名單日次月 1 日起計。

十、執行方式

- (一)醫師應對當次看診病人提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，其中治療療程包括開立內服藥、經穴按摩指導、過敏性鼻炎生活衛教與飲食指導。
- (二)個案收案後，每四週應執行一次 RCAT 評估量表，每次評估應間隔四週(必要時可延後一週)。
- (三)保險醫事服務機構於收案後，應將個案之基本資料登錄於 VPN，並於費用申報前將 RCAT 評估量表資料登錄 VPN。
- (四)第二次或第三次 RCAT 評估量表分數，若不符合照護效益者【即量表分數較前次分數增加未達 3 分且總分小於 21(不含)分者】，應依本計畫第六點予以結案，且不得繼續申報本計畫支付標準。

十一、支付方式

- (一)本計畫之給付項目及支付標準表如附件三。
- (二)本計畫之專案預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於 1 元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。

十二、醫療費用申報與審查

(一)醫療費用申報

- 1.門診醫療費用點數申報格式之總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。
- 2.門診醫療費用點數申報格式點數清單段：
 - (1)案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。
 - (2)特定治療項目(一)：請填報「JG(兒童過敏性鼻炎照護計畫)」代碼。
 - (3)同一診療項目內各次就醫需各取就醫序號，惟應申報為同一案件，就醫序號及就醫日期按第一次治療就醫序號及就醫日期填報。
- 3.申報診療項目定額費用時，於同一流水號需填下列欄位：

(1) 診療項目定額項目

A. 醫令代碼：請填本計畫醫令代碼「P58001-P58005」。

B. 醫令類別：請填2「診療明細」。

C. 就醫日期：為該診療項目之開始治療日期（即該診療項目開始治療的第一天）。

D. 治療結束日期：該定額費用之最後一次日期。

(2) 實際執行醫令項目：按實際執行次數(N)申報N次診療項目醫令代碼。

A. 醫令代碼：請依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫各章節之診療項目」填報醫令代碼。

B. 醫令類別：請填4「不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料」。

C. 醫令單價及點數：請填‘0’。

D. 執行時間-起、迄(治療日期)：依各醫令代碼逐一填報。

(二) 有關醫療費用申報及支付、程序審查、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，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。

十三、辦理本計畫之保險醫事服務機構，如於執行期間，因有特約管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)，且經保險人予以停止特約或終止特約者，本計畫執行資格將同步自處分停約或終止特約日起終止。

十四、執行本計畫之保險醫事服務機構，未依本計畫規定事項執行者，由中醫全聯會重新評估後，函請保險人分區業務組予以停止執行本計畫。

十五、執行報告

執行本計畫之保險醫事服務機構，應於計畫執行結束或年度結束後三十日內，檢送執行報告及實施效益至中醫全聯會，其內容(應含評量表之執行、人數人次之統計及執行檢討建議等)將做為下年度申請資格審查之依據。

十六、本計畫實施成效由中醫全聯會進行評估，於年終向健保會提送年度執行報告，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況及病患療效評估等資料(含登錄於VPN之量表資料分析)。

十七、品質監控指標

(一) 指標一：個案接受完整治療療程，自結案日起一年內，因主診斷為過敏性鼻炎之中、西醫門診就醫次數較治療前一年減少之比例。

(二) 指標二：個案接受完整治療療程，自結案日起一年內，因過敏性鼻炎問題再使用中醫玉屏風散、補中益氣湯、八味地黃丸或西醫抗組織胺藥(Antihistamine)之次數、用藥費用較治療前一年減少之比例。

十八、本計畫由保險人與中醫全聯會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準之修正，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。

附件一

過敏性鼻炎控制評估測試量表(RCAT) (The Rhinitis Control Assessment Test)

1. 過去一週，你鼻塞發作的情形？

未曾	極少	偶爾	經常	非常頻繁
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

定義：5分(過去一週，未曾有鼻塞症狀)

4分(過去一週，少於三天會有鼻塞症狀)

3分(過去一週，每天偶爾會有鼻塞症狀)

2分(過去一週，每天有半天以上會有鼻塞症狀)

1分(過去一週，每天整天會有鼻塞症狀)

2. 過去一週，你打噴嚏的情形？

未曾	極少	偶爾	經常	非常頻繁
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

定義：5分(過去一週，未曾有打噴嚏症狀)

4分(過去一週，少於三天會有打噴嚏症狀)

3分(過去一週，每天偶爾會有打噴嚏症狀)

2分(過去一週，每天有半天以上會有打噴嚏症狀)

1分(過去一週，每天整天會有打噴嚏症狀)

3. 過去一週，你流眼淚(流目油)的情形？

未曾	極少	偶爾	經常	非常頻繁
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

定義：5分(過去一週，未曾有流眼淚(流目油)症狀)

4分(過去一週，少於三天會有流眼淚(流目油)症狀)

3分(過去一週，每天偶爾會有流眼淚(流目油)症狀)

2分(過去一週，每天有半天以上會有流眼淚(流目油)症狀)

1分(過去一週，每天整天會有流眼淚(流目油)症狀)

4. 過去一週，你因鼻過敏或其他過敏症狀而影響睡眠的情形？

未曾	極少	偶爾	經常	非常頻繁
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

定義：5分(過去一週，未曾因鼻過敏或其他過敏症狀影響睡眠)

4分(過去一週，有1-2天因鼻過敏或其他過敏症狀影響睡眠)

3分(過去一週，有3-4天因鼻過敏或其他過敏症狀影響睡眠)

2分(過去一週，有5-6天因鼻過敏或其他過敏症狀影響睡眠)

1分(過去一週，有7天因鼻過敏或其他過敏症狀影響睡眠)

5. 過去一週，你因鼻過敏或其他過敏症狀而取消活動(例如：取消拜訪有貓、狗、花園等過敏原場所)。

未曾	極少	偶爾	經常	非常頻繁
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

定義：5分(過去一週，未曾因鼻過敏或其他過敏症狀取消活動)

4分(過去一週，有1-2天因鼻過敏或其他過敏症狀取消活動)

3分(過去一週，有3-4天因鼻過敏或其他過敏症狀取消活動)

2分(過去一週，有5-6天因鼻過敏或其他過敏症狀取消活動)

1分(過去一週，有7天因鼻過敏或其他過敏症狀取消活動)

6. 過去一週，你鼻過敏或其他過敏症狀控制的情形？

完全控制	控制良好	稍有控制	很少控制	完全沒有控制
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

定義：5分(過去一週，未曾有鼻過敏或其他過敏症狀)

4分(過去一週，少於三天會有鼻過敏或其他過敏症狀)

3分(過去一週，每天偶爾會有鼻過敏或其他過敏症狀)

2分(過去一週，每天有半天以上會有鼻過敏或其他過敏症狀)

1分(過去一週，每天整天會有鼻過敏或其他過敏症狀)

註：幼兒可由父母協助回答。

附件二

全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫申請表

申請日期： 年 月 日

基	院 所 名 稱		院 所 代 碼		
	本計畫負責醫師姓名		身 分 證 字 號		
	本計畫負責醫師學經歷		聯 絡 電 話		
E-mail :					
本	醫師姓名	身分證字號	中醫師證書字號	中醫執業年資	受訓課程日期
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
資	保險醫事服務機構自評項目		請 V 選		備註
	院所是否符合二年內未違反健保相關法規		<input type="checkbox"/> 是未違反 <input type="checkbox"/> 否違反		
	醫師是否符合二年內未違反健保相關法規		<input type="checkbox"/> 是未違反 <input type="checkbox"/> 否違反		
	機 構 章 戳				
料	中醫全聯會審核意見欄 (本欄位由中醫全聯會填寫)		1 <input type="checkbox"/> 審核通過。 2 <input type="checkbox"/> 不符合規定。 3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請於 月 日內補齊。 4 <input type="checkbox"/> 其他，。 審核委員： 審核日期： 年 月 日		

附件三

全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫

給付項目及支付標準表

通則：

- 一、本標準所訂支付點數包括中醫師診療、處置、處方、藥費、調劑費、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本(如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出)。
- 二、本計畫申報時不併入該院所原門診合理量計算。
- 三、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。
- 四、同院所同個案於本計畫收案期間，屬本計畫收案條件之主診斷不得申報本支付標準以外項目。

**全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫
支付標準表**

編號	診療項目	支付點數
	治療費	
P58001	--照護滿四週	2,318
P58002	--照護滿三週	1,791
P58003	--照護滿二週	1,264
P58004	--照護滿一週	737
	<p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. P58001 至 P58004 含每週一次診察費、七天科學中藥、經穴按摩指導費(含針灸或推拿或穴位按壓或穴位按壓教導等)。 2. P58001 至 P58004，自收案日起以四週為一個月，每月限申報一次，每次按實際照護週數合計申報一項。 3. 各項目所含內容皆須執行並於病歷詳細記載，方可申報費用。 	
P58005	<p>管理照護費</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 本項費用包含評估過敏性鼻炎控制評估測試量表【The Rhinitis Control Assessment Test(以下稱RCAT評估量表)】、中醫護理衛教及營養飲食指導，各項目皆須執行並於病歷詳細記載，方可申報費用。 2. 本項費用除第一次(前測)外，每四週限申報一次，必要時可延後一週。 3. 第一次RCAT評估量表(前測)及第二次(後測)RCAT評估量表併同申報。 	150

報告事項

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：其它報告案。

說明：

一、有關106年「全民健康保險高診次者藥事照護計畫」（草案）報告案，請鑒察。

（一）依據 105 年 9 月 23 日衛生福利部全民健康保險會第 2 屆 105 年第 9 次委員會議決議辦理（106 年度全民健康保險其他預算及其分配，全民健保高診次者藥事照護計畫，全年經費 4,000 萬元。）。

（二）106 年「全民健康保險高診次者藥事照護計畫」（草案），詳附件 3-1，P58~P79，業經本署與中華民國藥師公會全國聯合會於 105 年 11 月 9 日召開會議共同研商在案，執行期間自 106 年 1 月 1 日至 12 月 31 日止，提報本會備查並陳報衛生福利部核定後公告實施。

（三）上開計畫(草案)修訂重點摘要如下：

1. 修訂計畫名稱為「全民健康保險高診次者藥事照護計畫」。
2. 修訂最後收案截止時間為 106 年 7 月 31 日，並考量保險對象應有足夠時間接受藥事照護之時間，故不得申請延長。
3. 因經費由 5 千萬下修為 4 千萬，故輔導人數由至少 6,500 人隨之調整為至少 5 千人。
4. 依據衛福部 104 年 6 月 22 日第 1040800499 號公告之老人福利機構評鑑實施計畫及一般護理之家評鑑指標，已明訂每 3 個月需有藥事人員進行藥物評估及諮詢事宜，與本計畫提供

服務性質類同，故刪除「照護機構住民」為本計畫之輔導對象。

5. 為保障受禁治產宣告者或失去意識或無法以言語及行動表達及溝通者之權益，故將原排除條件「受禁治產宣告或失去意識或無法以言語及行動表達及溝通且不能填寫同意書者。」予以刪除。

6. 新增內容：

(1) 105 年計畫原訂須為具藥事人員 2 人（含）以上之特約藥局始得參加，新增前 1 年度平均每日調劑處方箋 40 張（含）以下之 1 人藥事人員執業之特約藥局可參加計畫。

(2) 另為提升分區收案率，訂定分區收案率目標值，若分區收案率(收案人數/分區業務組提供初選名單) $< 20\%$ ，則該分區業務組終止執行本計畫，已收案對象提前結案。

7. 訂定及修正之表單：

(1) 修正「居家照護藥師對醫師用藥建議書 (Dear.Doctor Letter)，為藥事照護溝通聯繫單。

(2) 修正「健保高診次者藥事照護計畫醫師請藥師執行『藥事照護』之轉介單」為「健保高診次者藥事照護計畫個案轉介單(醫師轉介給藥師)」。

(3) 新增「用藥配合度測量表」。

(四) 為建立醫師與藥師合作機制，中華民國藥師公會全國聯合會針對醫師轉介需藥事照護個案之流程，提供「健保高診次者藥事照護計畫個案轉介單(醫師轉介給藥師)」，醫師將所填寫之轉介單提供給藥師全聯會，由藥師全聯會向轉介醫事機

構所屬之分區業務組書面申請，經分區業務組同意後藥師始得收案輔導，藥師並應於訪視後，將訪視結果與轉介醫師討論，並將書面結果回復保險人分區業務組及藥師全聯會。

決定：

106 年「全民健康保險高診次者藥事照護」計畫

(草案，修正如劃底線處)

- 一、 依據：全民健康保險會(以下稱健保會)106 年度全民健康保險醫療費用總額協商暨第 2 屆 105 年第 9 次委員會議紀錄。
- 二、 目的：為使醫療資源合理使用，針對門診高利用之保險對象進行藥事照護，輔導建立正確服用藥品觀念，避免藥品重複使用，強化用藥安全，間接減少醫療資源之浪費。
- 三、 施行區域：全民健康保險保險人(以下稱保險人)六分區業務組所轄範圍，以最後收案截止日計算，若分區業務組收案率未達 20%，則該分區業務組終止執行本計畫。
- 四、 照護個案收案條件：
 - (一) 前一年(104 年 10 月~105 年 09 月)申報門診就醫次數 ≥ 90 次(排除牙醫、中醫及復健就醫次數)且經保險人分區業務組認定需輔導者，依序篩選：
 1. 具有 2 種以上慢性疾病者，其在 ≥ 2 家院所領取 ≥ 13 張慢性病連續處方箋者，列入第一優先輔導對象。
 2. 藥費在前 50 百分位且就醫院所家數 ≥ 6 家者，列入第二優先輔導對象。
 3. 半數以上處方箋之藥品品項 ≥ 6 種者，列入第三優先輔導對象。
 4. 針對已連續 2 年收案輔導者，第 3 年起不得繼續輔導，但有特殊情況且經中華民國藥師公會全國聯合會(以下稱藥師全聯會)及保險人分區業務組同意者，不在此限。
 - (二)居住於向保險人報備同意指派醫事人員提供醫療服務之照護機構住民，前一年(103 年 10 月~104 年 09 月)領有慢性病處方箋且平均每日服用藥品超過 10 個品項，且經保險人分區業務組認定需輔導者。
 - (二) 為避免資源重置，前開收案保險對象須排除下列情況：
 1. 參加「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」者。
 2. 居家護理收案者。
 3. 領有重大傷病證明卡者。
 4. 受禁治產宣告或失去意識或無法以言語及行動表達及溝通且不能填寫同意書者。前開若屬(無法以言語及行動表達及溝通)照護機構收案輔導者則不受此限，惟該類保險對象訪視次數以 2 次為上限，藥師並須另行提供個案相關書面輔導資料供保險人分區業務組作為支付費用之依據。
 4. 參加其他藥事居家照護相關計畫或方案，或已接受其他單位(如食品藥物管理署、護理及健康照護司等)提供之藥事照護(諮詢)者。
 - (三) 醫師主動轉介或保險人分區業務組認定需要藥師專業輔導轉介之保險對象。
- 五、 實施期間：106 年 1 月 1 日至 106 年 12 月 31 日。

六、 預算來源：106 年度全民健康保險其他預算及其分配「全民健保高診次民眾就醫行為改善方案-藥事居家照護」，全年經費 4,000 萬元。

七、 預期目標及成效：

(一) 106 年預期收案人數至少為 5,000 人。

(二) 預期輔導成效：以照護個案開始接受輔導至 106 年 12 月 31 日，與前一年同期比較，門診醫療費用降低 15% 以上。

(三) 監測指標：

1. 醫師及照護個案對藥師建議事項之回應比率達 50 %。

公式：
$$\frac{\text{醫師及照護個案回應藥師建議事項(CC 碼)之項數總計}}{\text{藥師建議事項(BB 碼)之項數總計}}$$

BB：藥事照護報告書中所填寫「對醫師或照護個案建議事項」代碼。

CC：藥事照護報告書中所填寫「醫師或照護個案對藥師建議回應結果」代碼。

2. 照護個案對藥師照護的滿意度達 80% 以上：由藥師全聯會隨機挑選 25% 之收案人數進行問卷滿意度調查個案對照護藥師的滿意度，病人回答滿意人數達 80% 以上。

3. 提升個案配合度之比率至少 20%：以「個案用藥配合度測量表」(附件 5)評估藥師照護介入，改善個案配合度由低提升為中、高或由中提升為高之比率。

4. 藥師協助照護個案將藥品整理成七日藥盒或餐包之比率達 30%。

八、 本保險特約藥局及藥事人員申請資格：

(一) 須為具藥事人員 2 人(含)以上或前 1 年度平均每日調劑處方箋 40 張(含)以下之 1 人藥事人員執業之本保險特約藥局，且 104 年及 105 年 兩年內未受保險人處分致停止、終止特約或不予特約，且其藥事人員未有依本計畫第十四項第二款之規定，被動退出本計畫之紀錄者。

(二) 各藥事人員前一年度參與本計畫，其輔導之照護個案，門診醫療費用與前一年同期比較，成長超過 10% 者，不得申請，但經藥師全聯會及保險人分區業務組評估不可歸責於該藥事人員者，不在此限。

(三) 參與計畫之藥事人員須通過藥師全聯會培訓且認證審核資格(依據藥師全聯會訂定之輔導計畫標準作業程序據以執行，訪視前之準備、禮儀、證件及電話預約；訪視時之自我介紹、輔導內容；訪視後之記錄)及接受疾病治療導向之藥事照護訓練。為增加培訓課程與醫師交流溝通之多面性，得邀請醫師共同參與課程或研討會等，以增加雙方之正面交流。

(四) 保險人各分區業務組應辦理訓練課程，課程應包含個人資料保護法、訪視注意事項及適時宣導方案。經藥師全聯會認證審核通過之藥事人員並應全程參與課程。

(五) 藥師全聯會審核參與計畫之藥事人員資格，對有違反該會所訂定之「藥事照護行為規範」情節重大者，得不推薦參與本計畫。

九、 申請程序：符合申請資格之藥事人員應檢送申請表，向藥師全聯會提出申請。藥師全聯會應將核定推薦之名單，函送所轄保險人分區業務組。經保險人分區業務組確認藥事人員符合相關資格後，與該藥事人員所執業之特約藥局簽訂附約，並將已完成簽訂附約之藥事人員名單送藥師全聯會，由藥師全聯會轉知各縣市藥師公會。

十、 屬本計畫第四項收案條件(一)及(三)者派收案、輔導與結案之程序：

(一) 派收案條件及程序：

1. 藥師全聯會將保險人分區業務組派案之保險對象資料(包括姓名、性別、出生年月日、年齡、優先順序、通訊地址、戶籍地址、聯絡電話、去年輔導藥師姓名)派案予參與本計畫之藥事人員，並轉請各縣市藥師公會協調保險對象及對應之藥事人員(所轄保險人分區業務組亦參與協調)。可考量依地緣關係配對照護之保險對象，但不能排除偏遠地區需要藥事照護之保險對象。各縣市藥師公會需彙整負責藥局代號、藥事人員及其保險對象名單後，送至藥師全聯會，由藥師全聯會函送所轄保險人分區業務組。若剩餘無藥師圈選之保險對象屬於偏遠地區之保險對象 $\geq 50\%$ ，則由藥師全聯會平均分配給各該分區內參與本計畫之所有藥事人員。藥師全聯會得協助派案之進行及指定該分區內所有參與本計畫藥事人員之偏遠地區輔導保險對象名單。藥師全聯會並得請各縣市藥師公會協助派案並應彙整選案後之負責藥局代號、藥事人員及其照護個案名單，由藥師全聯會函送所轄保險人分區業務組。
2. 保險人應發送關懷函(樣張如附件1)予本計畫收案之照護個案並副知輔導之藥事人員。關懷函中敘明負責該對象之藥事人員姓名、聯絡電話、特約藥局名稱及地址等聯絡方式等相關事項及說明藥事人員來拜訪時需出示健保卡，以提供藥事服務。保險人分區業務組可協助洽請各相關特約醫療院所或特約藥局，配合提供保險對象之相關聯絡資料如電話、地址等，並同時知會該院所該位保險對象已為本計畫之照護個案。
3. 藥事人員不得拒絕指定收案名單或中斷輔導。
4. 最後收案截止時間為106年7月31日，並考量保險對象應有足夠時間接受藥事照護，故不得延長，以最後收案截止日計算分區收案率(收案人數/分區業務組提供初選名單)，若 $< 20\%$ ，該分區停止辦理本計畫。但屬醫師或保險人分區業務組認為需要藥事人員專業輔導轉介之保險對象，不在此限。另106年4月30日前未完成第1次聯繫之保險對象，於106年5月31日前進行重新配對派案，但派案日期仍不得晚於106年6月30日。藥師全聯會應於106年8月15日前將藥事人員及照護個案之最終收案名單送保險人及各分區業務組。另藥事人員屬被動退出計畫

者，應即停止輔導其所照護個案，並應由藥師全聯會轉介其他藥事人員繼續照護。

5. 藥事人員於收案時，應注意特殊保險對象之排除程序及為保障保險對象隱私，須完整說明輔導目的，確實徵得受訪者之同意，並簽立同意藥事人員輔導同意書（樣張如附件2）。
6. 保險人分區業務組提供已配對之保險對象最近2個月門診申報資料(包括對象姓名、電話、地址、就醫日期，中英文藥品名稱、藥品總量、就醫之醫事機構名稱及主、次診斷等)，供參與本計畫之藥事人員輔導參考。
7. 屬本計畫第四項收案條件(三)者之醫師主動轉介個案輔導者，須經藥師全聯會及保險人分區業務組同意始得納入本計畫之收案人數(個案轉介單如附件3)。

(二) 輔導程序：

1. 進行輔導前，藥事人員應將照護個案用藥情形彙整完整藥歷及照護個案相關資料，預作準備，以建立完整資料，提供更適當之藥品專業輔導。若屬本計畫第四項收案條件(三)者，凡醫師主動轉介藥師輔導之個案，由醫師將填寫之轉介單提供給藥師全聯會，由藥師全聯會向轉介醫事機構所屬之分區業務組書面申請，並經分區業務組同意後藥師始得收案輔導。藥師並應於訪視後，將訪視結果與轉介醫師討論，並將書面結果回復保險人分區業務組及藥師全聯會。
2. 藥事人員於訪視輔導時，應出示藥師全聯會所製備之證件。
3. 藥事人員須將訪視紀錄表上的資訊彙整，並上傳至藥師全聯會設置的電腦化照護管理系統。若遇有照護個案申訴或疑義時，保險人得向藥師全聯會調閱上開資料查核。另依據全民健康保險憑證製發及存取資料管理辦法第9條及第10條規定辦理，藥事人員須於提供藥事居家照護時，將健保卡過卡，並應於登錄後24小時內，將之上傳予保險人備查。
4. 輔導次數上限：每位照護個案以每個月輔導不超過1次(含)為原則，但經藥事人員評估個案需密集輔導者，須另提報訪視報告書且說明原因，經藥師全聯會或保險人分區業務組評估核可者，不在此限；藥事人員輔導每一照護個案，全年以申請8次藥事服務費用為上限，但經保險人分區業務組專案同意者，不在此限。若屬失去意識或無法以言語及行動表達及溝通者之照護機構個案，該類保險對象訪視次數以2次為上限，藥師並須另行提供個案相關書面輔導資料供保險人分區業務組作為支付費用之依據。
5. 藥事人員遇有醫師重複開立同一成份或同一類別之藥品，應填具「居家照護藥師對醫師用藥建議書(Dear Doctor Letter)」，「藥事照護溝通聯繫單」，如附件6，回饋處方醫師參考，並請處方醫師依所附回執聯填寫回復；必要時，藥事人員可與處方醫師討論用藥事宜，保險人分區業務組得協助藥事人員與處

方醫師之溝通，並由藥師全聯會蒐集及統計資料，作為未來推動醫師轉介之具體溝通之參考資料。

6. 藥師全聯會應自3月份起，定期於每個月20日固定以電子郵件提供最新收案人數、區域別及藥事人員人數或相關輔導數據予保險人。
7. 屬本計畫第四項收案條件(一)、(三)者，藥事人員輔導訪視之地點，應以照護個案之要求地點為優先考量，訪視地點得為照護個案家中、指定之公開場所或藥事人員執業之藥局。

(三) 結案程序：年度結束即予結案，輔導期間照護個案如有死亡、昏迷、失蹤、遷移(指照護個案遷移至其他分區)及其它不可抗力因素(如病人拒絕輔導者)，經保險人同意後，或經保險人評估成效不佳者或其它不可抗因素(如藥事人員評估照護個案無需後續輔導)並經保險人分區業務組同意者，得予提前結案，以最後收案截止日計算，若分區業務組收案率未達20%，則該分區業務組終止執行本計畫，已收案對象應予以結案。

(四) 藥師全聯會得不定時以電話或實地訪視照護個案、藥事人員及藥局負責人，以了解藥事人員執行藥事照護所遭遇之障礙與問題，並適時提供適當之協助。

十一、 支付與申報方式：

(一) 支付方式：採論次計酬，每次至少30分鐘，並應完成書面報告及註明輔導起訖時間，每位藥事人員每日輔導10位照護個案為上限，超過則不予支付。各項支付點數如下：

1. 屬本計畫第四項收案條件(一)及(三)之照護個案：

(1) 至照護個案家中或指定之公開場所訪視：每次支付1,000點(支付標準代碼為「P4101C」)，惟若發現個案已移至照護機構者，則改以下列第2項支付(每次支付700點，支付標準代碼為「P4103C」)。

(2) 由照護個案自行前往藥事人員執業之特約藥局接受照護；每次支付600點(支付標準代碼為「P4104C」)。

(3) 屬計畫第四項收案條件(三)之照護個案，由醫師主動或分區業務組轉介者，則以訪視地點為支付費用之標準。

(4) 藥事人員之訪視地點屬「全民健康保險山地離島地區」(詳附表1)、106年「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」者，每次支付1,200點(支付標準代碼為「P4102C」)，惟藥事人員執業地區屬前述地區而至該地區提供本服務者，不適用之。

~~(一) 2. 屬本計畫第四項收案條件(二)之照護個案，每次支付700點(支付標準代碼為「P410~~

~~(二) 3C」)，若個案已返家休養者，則依訪視地點不同，以前項(1)-(3)支付。~~

2. 前開支付點數（含藥師獎勵金），最高以每點1元支付，但若有超支，則以浮動點值支付。
 3. 每位藥事人員收案人數以140位照護個案為上限，超過則不予支付。
- (二) 申報方式：藥事人員於每月15日前，須將上個月所有照護個案的「藥事照護報告書」資料(如附件4)輸入藥師全聯會設置的照護管理系統，並由藥師全聯會每月20日統一將藥事人員上傳的訪視資料內容彙整成Excel電子檔，函送至所轄保險人分區業務組。藥事人員申報費用時，應依「特約藥局醫療費用點數申報格式及填表說明」(參見附表2)，向所轄保險人分區業務組申請費用，保險人分區業務組審查訪視紀錄報告資料後，始支付該次訪視服務費用。另若資料有訪視時間重疊或其他涉虛浮報之疑義，保險人分區業務組將依全民健保之相關規定辦理。
- (三) 對於僅接受第一次訪視，拒絕後續輔導或死亡之保險對象，藥事人員提出具病人簽名之首次訪視紀錄表首頁書面資料及拒訪原因並送保險人分區業務組備查，可申報1次訪視服務費，惟此類保險對象將不列為收案名單，但應納入成效評估，分析僅提供1次服務之原因。

十二、 獎勵措施：

- (一) 獎勵資格：以藥事人員輔導之所有照護個案開始輔導至 106年12月31日之門診醫療費用與前一年同期比較，其門診醫療費用下降達17%以上者。但藥事人員如中途退出本計畫者或收案人數少於5位(含)，則不予採計。
- (二) 總獎勵金額：以計畫之預算扣除論次計酬費用後之餘額為總獎勵金額，惟以預算之5%為上限。另若計畫總節省點數之70%低於前述上限值，則以該節省點數之70%為總獎勵金額之上限。
- (三) 個別藥事人員獎勵金計算公式：總獎勵金額* (符合資格之個別藥事人員節省點數*70%/所有符合資格之藥事人員總節省點數*70%)。

十三、 醫療費用審查及查核辦法：

- (一) 藥事人員於輔導期間有下列情形之一者，保險人除不予支付費用外，並依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法辦理。
1. 經保險人查有虛報、浮報之情事者。
 2. 藥事人員於訪視期間由非具資格人員代為服務，經保險人查證屬實者。
 3. 特約藥局於107年1月20日前未申報106年度本計畫之費用者，不予支付，另年度補報案件則以107年2月20日前為限。
 4. 以電話或網路或其他非實地訪視方式或因照護個案未遇而改為訪視其家屬親友等且申報費用者，不予支付。
- (二) 上開未盡事宜，則依全民健康保險法及相關法規辦理。

十四、 其它事項：

- (一) 保險對象資料受個人資料保護法保障，藥師全聯會暨相關藥事人員，皆應依相關規定辦理，以確保照護個案之隱私。
- (二) 符合下列事項之一者，藥事人員應被動退出本計畫，且次
- (三) 年度亦不得參與本計畫：
 - 1. 該藥事人員經照護個案申訴(如服務態度不佳、額外收費、藉機推銷、未約定時間即直接拜訪、未佩戴證件或未依本計畫規定事項辦理)且經保險人查證屬實者。
 - 2. 藥事人員因照護個案未遇而改為訪視其親屬或僅以電話提供藥事服務或未實際訪視且申報費用者。

十五、 執行報告：

- (一)藥師全聯會應於期中(106年8月30日前)及期末(107年4月1日前)提交執行成果報告予保險人，並於健保會提報執行情形。
- (二)執行成果報告應包含基本架構與實施方式、輔導資料、照護個案性別年齡分布及輔導後影響分析、效益評估(包括結構面、過程面、成果面，其成果包含經濟層面、臨床層面、滿意度層面)、輔導困難及解決對策、檢討與建議、結論及未來改善計畫等10項內容(另須就計畫預期目標之項目實施結果，以單獨章節詳述執行成果)，並針對輔導照護個案重複用藥之問題及輔導結果，於期末報告以獨立章節提供1/100 照護個案詳細輔導過程及用藥情形暨輔導結果與成效之「藥師持續藥事照護成果表」(樣張如附件7)。

- 十六、 本計畫由保險人與藥師全聯會共同研訂，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬執行面之規定，得由保險人逕行修正公告。

附件 1-全民健康保險用藥安全關懷函（樣張）

○○○先生（女士）您好：

- 一、 感謝您撥冗閱讀這封信，本署非常關心您目前健康的情形，特致函表達問候之意，請依專業醫師診斷及治療用藥，注意身體健康。
- 二、 近期本署將派專業藥師拜訪您，協助您預防因使用多種藥物而引起肝、腎功能障礙、暈眩、跌倒、胃痛等問題，此外還可教育您用藥知識，幫您整理藥品來保障您的用藥安全。此項服務完全免費，同時也有規範訪視藥師不得有推銷販售行為，請您安心接受訪視。
- 三、 藥師拜訪您時，應攜帶有中華民國藥師公會全國聯合會核發識別證件以利您的辨識，他/她的姓名為○○○，聯絡電話為○○○○○○○○○○，執業藥局名稱為：○○○○○，執業藥局地址為：○○○○○○○○○○。
- 四、 該位藥師在訪視前，盡量會先與您聯絡。您也可主動與他/她聯繫，約定在您家中、指定之公開場所或至他/她執業的藥局洽談。另為確保藥師提供醫療服務之正確性，也請您於接受服務時提供您的健保卡讓藥師能確認近期醫師所開給您的藥品資料，這不會增加您就醫刷卡次數。非常謝謝您的配合。
- 五、 若對本服務有任何意見，歡迎您來電至中華民國藥師公會全國聯合會或本署業務組服務專線反映。

祝您 身體健康、萬事如意

衛生福利部中央健康保險署敬上

106年○月○日

※若有任何問題可電洽 中華民國藥師公會全國聯合會 藥事照護發展中心 02-25953856 轉分機 1298，將會有專人為您服務。

○○業務組服務專線：請各分區業務組自行填寫

○○業務組傳真專線：請各分區業務組自行填寫

附件 2-全民健保保險對象參與藥事照護同意書（樣張）

藥師已用宣導單張向我說明藥師進行訪視之目的，我已瞭解參加健保署的「藥事照護」計畫能夠幫助我用藥安全，增進藥物治療的效果。

藥師表示會教導我用藥知識，我願意提供相關就醫資料（包括由健保署提供之相關就醫資料）供藥師參考，藥師依相關法規維護及保障我的個人隱私。在我需要時能協助與我的醫師溝通用藥問題。我若有任何問題可向中華民國藥師公會全國聯合會_藥事照護發展中心詢問（電話：02-25953856 轉 1298）。因此，我同意參與此計畫，並同意藥師教導及協助我的用藥安全。

此致 中華民國藥師公會全國聯合會

立同意書人：_____。

民國 106 年 月 日

附件 3-健保高診次者藥事照護計畫
個案轉介單(醫師轉介給藥師)

轉介 機構 基本 資料	機構名稱：		聯絡電話：		
	機構地址：		傳真號碼：		
	轉介醫師姓名：		E-mail：		
個案 基本 資料	姓 名：	年 齡：__歲	性 別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否同意轉介	
	身分證號：	聯 絡 人：		關 係：	
	聯絡電話：	住 址：			
個案 需藥 師專 業照 護原 因	1. <input type="checkbox"/> 年度就診次數異常(≥8次/月)，須瞭解高就診原因，適需要予以輔導 2. <input type="checkbox"/> 有多位醫師在開處方藥給病人，須整合用藥，確認適當性 3. 需評估藥品改變情形，以對病人提供新用藥品的諮詢 3.1 <input type="checkbox"/> 最近一個月才剛出院 3.2 <input type="checkbox"/> 最近三個月用藥有重要改變 4. 有配合度困難問題 4.1 <input type="checkbox"/> 使用特殊用藥器具或療效監測儀器使用 4.2 <input type="checkbox"/> 認知有困難，不識字、語言困難、昏暈、失憶 4.3 <input type="checkbox"/> 肢體有困難，手不方便取藥、視力不好 5. <input type="checkbox"/> 使用安全性狹窄的藥品，需輔導病人對副作用認知及確定用藥之正確性 6. <input type="checkbox"/> 有藥師後續持續追蹤的疑似藥物治療問題 7. <input type="checkbox"/> 其他：描述				
簡述與個案特質有關的疾病、症狀、用藥或希望藥師協助之重點			轉介人員簽章： (請加蓋機構章)		
			轉介日期：__年__月__日		
備註	*本轉介單請 E-mail(pharmacist@hinet.net.tw)或傳真(FAX:02-25991052)至藥師公會全國聯合會，代為轉交健保分區業務組。若經健保分區業務組核可，被指派照護藥師將會與您聯絡，以瞭解個案情形。				
(本欄位由保險分區業務組填寫審查結果回覆藥師全聯會，由藥師全聯會派案或轉知醫師不予列案原因) 審查單位：_____分區業務組 回覆日期：__年__月__日 審查結果： <input type="checkbox"/> 核可列案，請進行派案 <input type="checkbox"/> 不予列案，原因說明：_____ 聯絡人：_____，電話：_____，傳真：_____					

~~~~~以下由接受派案的藥師填寫回覆所屬健保分區業務組~~~~~

|                                                                    |         |                |      |  |    |  |
|--------------------------------------------------------------------|---------|----------------|------|--|----|--|
| 接受派<br>案藥師<br>資料                                                   | 藥師姓名：   | 執業<br>藥局<br>資料 | 藥局名稱 |  |    |  |
|                                                                    | 聯絡電話：   |                | 藥局地址 |  |    |  |
|                                                                    | E-mail： |                | 藥局電話 |  | 傳真 |  |
| 本人依本計畫輔導程序之相關規定，已於__年__月__日接獲照護通知後7日內與轉介醫師聯繫及了解個案情形，並訂於__月__日訪視個案。 |         |                |      |  |    |  |
| 回覆保險分區業務組及藥師全聯會並副知轉介醫師之日期：__年__月__日                                |         |                |      |  |    |  |

附件 4-藥事照護報告書

保險對象基本資料：

|        |                             |       |  |                                                           |
|--------|-----------------------------|-------|--|-----------------------------------------------------------|
| 姓名     |                             | 出生日期  |  | 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 電話     |                             | 身分證字號 |  | 職業：                                                       |
| 居住地點分類 | <input type="checkbox"/> 居家 | 地址：   |  | 身高___公分                                                   |
|        | <input type="checkbox"/> 機構 | 機構名稱： |  | 體重___公斤                                                   |
|        |                             | 機構地址： |  | BMI ___kg/m <sup>2</sup>                                  |

照護藥師與執業藥局資料：

|           |  |           |  |
|-----------|--|-----------|--|
| 藥師姓名      |  | 執業藥局      |  |
| 電話        |  | 地址        |  |
| E-mail    |  | 藥師提出報告日期： |  |
| 訪視起迄時間/地點 |  |           |  |

| 項目                                     | 原因/內容/發現之問題                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 第 次訪視個案       | <input type="checkbox"/> 於 年 月 日 時開始第一次做居家訪視。<br><input type="checkbox"/> 個案不願接受照護，原因：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> 第 次訪視發現/解決之問題 | <input type="checkbox"/> 個案最近一個月共看幾次開慢箋的醫師門診：__次，共看幾次開短期用藥的醫師門診：__次(給藥日份 ≥14 為慢箋，<14 天為短期用藥)目前 ≥14 天給藥日的慢箋有__張，最近一次的就醫序號?_____。<br><input type="checkbox"/> 共有多少項醫療問題/疾病? __項<br><input type="checkbox"/> 個案因慢性病須長期使用的處方藥有__種，因急性病短期使用的處方藥有__種<br><input type="checkbox"/> 共使用非醫師處方的藥 __種<br><input type="checkbox"/> 共使用中藥__種<br><input type="checkbox"/> 共使用保健食品 __種<br><input type="checkbox"/> 藥事人員給予用藥教育__項<br><input type="checkbox"/> 協助處理/清理醫師處方的藥 __種及中藥、非醫師處方的藥、保健食品共__種<br><input type="checkbox"/> 將藥品整理成七日藥盒(沒有就不要勾選)<br><input type="checkbox"/> 填寫與醫師溝通之用藥問題 __張<br><input type="checkbox"/> 發現有藥物治療相關問題__項<br><input type="checkbox"/> 填寫與醫師溝通之用藥問題__張 |





療效、副作用監測指標與數值(血壓、脈搏、血糖、生化檢驗、尖端呼氣流量等)

|         |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 指標 \ 日期 | / | / | / | / | / | / | / | / |
|         |   |   |   |   |   |   |   |   |
|         |   |   |   |   |   |   |   |   |
|         |   |   |   |   |   |   |   |   |

藥師照顧時發現的疑似藥物治療問題與改善建議：

|        | (AA 碼)<br>描述牽涉藥品/用法與問題是什麼 | (BB 碼)<br>描述如何解決, 寫出藥物之變化 |
|--------|---------------------------|---------------------------|
| 醫師處方用藥 |                           |                           |
|        |                           |                           |
| 個案用藥行為 |                           |                           |
|        |                           |                           |

本次評值病人的疾病控制情形/治療效果：

| 醫療問題<br>(疾病) | 目前療效代碼 | 目前療效結果之描述(最好能呈現療效指標的數據) |
|--------------|--------|-------------------------|
|              |        |                         |
|              |        |                         |
|              |        |                         |

追蹤上次處置或建議事項的結果

| 上次日期 | 事項 (AABB 碼) | 追蹤問題解決情形 (請附 CC 碼) |
|------|-------------|--------------------|
| /    |             |                    |
| /    |             |                    |
| /    |             |                    |
| /    |             |                    |
| /    |             |                    |

書寫報告藥師簽名：\_\_\_\_\_

藥品治療問題之代碼：(AA 碼)

|                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>◇ 有需要增加藥品治療</p> <p>11 有未治療的急性狀況或疾病</p> <p>12 應給予預防性藥品治療</p> <p>13 需合併另一藥來加強療效</p> <p>14 慢性病應服藥而醫師未開藥</p>                                                                                               | <p>◇ 藥品在體內的量可能過高</p> <p>51 劑量過高</p> <p>52 給藥間隔太短</p> <p>53 治療期間過長、藥量累積</p> <p>54 因交互作用造成劑量過高</p> <p>55 病患肝腎功能不佳</p>                                                                              |
| <p>◇ 應刪除的不需要藥</p> <p>21 此藥沒有適應症存在</p> <p>22 重覆用藥(同一種藥或同一藥理分類)</p> <p>23 此症狀不需藥品治療</p> <p>24 用來治療另一藥可避免的副作用</p> <p>25 缺乏可支持的檢驗數據</p> <p>26 採用非藥品處置更恰當</p>                                                  |                                                                                                                                                                                                  |
| <p>◇ 藥品選擇不適當</p> <p>31 藥品劑型不適當</p> <p>32 有治療禁忌</p> <p>33 有配伍禁忌</p> <p>34 病患對藥品有耐受性或抗藥性</p> <p>35 還有更有效、安全、方便的藥</p> <p>36 吃藥時間過於複雜</p> <p>37 可選用單一成分藥，不需用到複方藥</p> <p>38 從前用此處方藥品治療失敗</p> <p>39 不符合此適應症</p> | <p>◇ 藥品不良反應</p> <p>61 藥品-藥品交互作用</p> <p>62 病患對此藥品過敏</p> <p>63 劑量調整速度太快</p> <p>64 對病患不安全(如疾病危險因子、懷孕、哺乳、幼兒、老人)</p> <p>65 在正常劑量下，產生不期望的藥理反應</p> <p>66 使用不安全藥品</p> <p>67 病患特異體質</p> <p>68 不正確給藥方式</p> |
| <p>◇ 藥品在體內的量可能不足</p> <p>41 劑量過低或血中藥品濃度不夠</p> <p>42 給藥間隔太長</p> <p>43 治療期間不足</p> <p>44 因交互作用造成劑量降低</p> <p>45 給藥方式造成藥量進入太少</p> <p>46 藥品儲存方式不適當</p>                                                           | <p>◇ 病人服藥配合度差</p> <p>91 幾種用藥給藥時間太複雜</p> <p>92 服藥觀念不正確</p> <p>93 藥貴、不願意買</p> <p>94 不瞭解正確服藥方法</p> <p>95 常忘記服藥</p> <p>96 無法吞下或給藥</p> <p>97 應做 TDM/療效監測</p>                                          |

◇ 編碼 00 其他/沒有藥品治療問題，但有教育病人正確就醫或自我照護做法。

◇ 編碼 01 其他/對醫師建議：沒藥品治療問題，但針對疾病控制或療效追蹤給醫師建議。

\*藥事人員對醫師用藥之建議事項 (BB 碼)

|              |                    |
|--------------|--------------------|
| 11 建議開始用某藥   | 17 建議改變治療期限        |
| 12 建議停用某藥    | 18 建議改變劑型          |
| 13 建議換用另一種藥品 | 19 建議更改給藥時間/用藥方法   |
| 14 建議改變劑量    | 21 建議以 BA/BE 學名藥替代 |
| 15 建議更改藥品數量  | 22 向原處方醫師確認用藥      |
| 16 建議改變用藥間隔  | 23 建議生化、血液或療效監測    |
|              | 24 請教育病人需要按時用藥     |

\*醫師之回應結果 (CC 碼)

|              |                     |
|--------------|---------------------|
| 11 醫師增加一藥來治療 | 19 更改給藥時間           |
| 12 停用某藥      | 21 經討論維持原處方         |
| 13 換用另一種藥品   | 22 以 BA/BE 學名藥替代    |
| 14 更改劑量      | 23 醫師接受藥師意見做適當檢查/處置 |
| 15 更改藥品數量    | 24 醫師開始新治療法         |
| 16 更改用藥間隔/頻率 | 25 醫師沒接受意見，問題沒有解決   |
| 17 更改治療期限    | 26 健保署不給付           |
| 18 更改劑型      |                     |

\*\*若有未列出之介入事項或醫師回應結果種類，請告知藥師全聯會，以更新版本。

\*藥事人員對照護個案之建議內容 (BB 碼)

|                                          |                    |
|------------------------------------------|--------------------|
| 51 疾病與就醫知識/對就醫看門診之建議                     | 58 自我照顧技巧/對生活形態之建議 |
| 52 用藥知識 (藥名/作用/劑量/用法/用藥時間須知/警語/保存/常見副作用) | 59 認識開始或改變藥品治療的時機  |
| 53 用藥技巧                                  | 61 疾病突發時的處理步驟      |
| 54 對忘記服藥之處理                              | 62 需要去門診/急診室治療的狀況  |
| 55 對同時使用 OTC 藥/食物/保健食品之建議                | 63 認識疾病長期控制不佳的狀況   |
| 56 促進健康/預防疾病措施                           | 64 如何避免過敏原與刺激物     |
| 57 提供用藥教育資料                              |                    |

\*照護個案回應結果 (CC 碼)

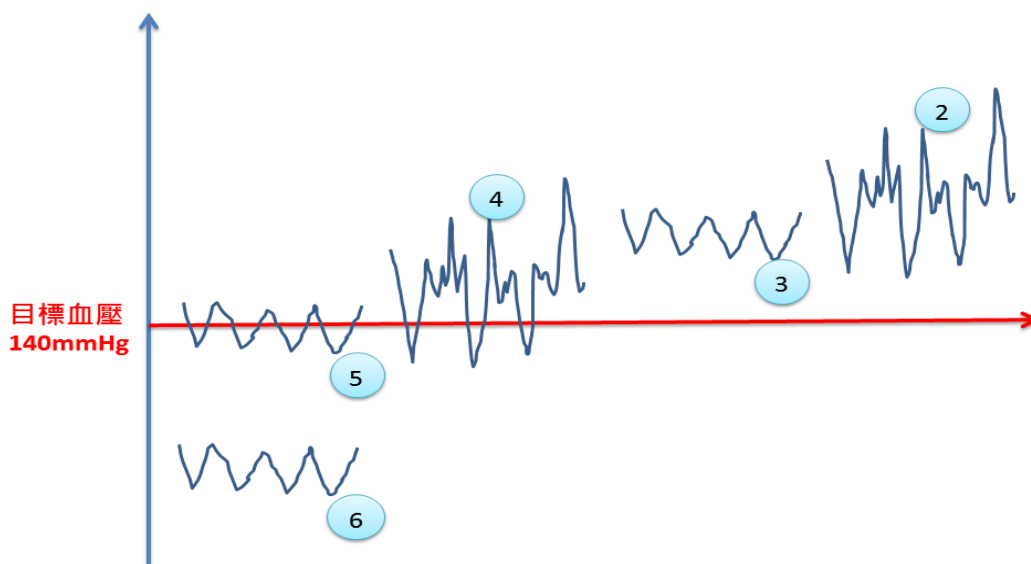
|                     |                      |
|---------------------|----------------------|
| 51 減少門診就診次數         | 61 仍經常去門診，沒減少就診次數    |
| 52 較依指示時間服用藥品       | 62 仍不按指示時間服用藥品       |
| 53 給藥技巧更正確          | 63 給藥技巧仍不正確          |
| 54 較不會忘記服藥          | 64 仍較會忘記服藥           |
| 55 較正確使用 OTC 藥/保健食品 | 65 仍不正確使用 OTC 藥/保健食品 |
| 56 會使用促進健康/預防疾病措施   | 66 仍不會使用促進健康/預防疾病措施  |
| 57 具有較正確用藥知識        | 67 仍沒有正確用藥知識         |
| 58 使用較正確生活形態/自我照顧   | 68 仍未改善生活形態/自我照顧     |
| 59 能依醫囑正確用藥         | 69 仍不能依醫囑正確用藥        |

\*\*若有未列出之介入事項或病人結果種類，請告知藥師全聯會督導，以更新版本。

目前疾病治療控制情形（目前療效代碼）

| 代碼 | 目前病況             | 描 述                                                                    |
|----|------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 7  | 完全治癒             | 病人所期望的治療目標已完全達成，且不再需要藥品治療。                                             |
| 6  | 治療已達目標，且病情穩定     | 病人所期望的治療目標已完全達成，且病情穩定，起伏不明顯，但仍需藥品治療，以維持穩定的病情。                          |
| 5  | 最近治療曾多次達目標，且病情穩定 | 病人曾多次達到所期望的治療目標，病情雖穩定，起伏不明顯，但仍在「達標」與「未達標」之間來回擺盪。此時，須強化藥品治療的品質，以期穩定達標。  |
| 4  | 治療偶爾達標，但病情不穩定    | 病人僅偶爾達到所期望的治療目標，且病情不穩定，偶有不適症狀。須強化疾病的控制，以穩定病情。                          |
| 3  | 治療未達標，但病情穩定      | 病人未曾達到所期望的治療目標，且療效指標一直穩定過高，有不適症狀。此時，應再強化藥品治療的品質，以期穩定達到治療目標。            |
| 2  | 治療未達標，且病情不穩定     | 病人不但未曾達到所期望的治療目標，病情還很不穩定，常有不適症狀，起伏明顯。此時應積極強化藥品治療與疾病控制的品質，使病況朝正面發展。     |
| 1  | 病情糟糕，且有併發症狀      | 病人不但未曾達到所期望的治療目標，病情還很不穩定，起伏明顯，常有不適症狀，甚至出現疾病衍生的併發症，需其他醫療處置，以控制衍生出的併發症狀。 |

※前述疾病治療控制情形代碼示意圖



各種疾病/醫療問題治療效果追蹤改善情形(與之前比較,第一次訪視不寫)之類別與代碼

| 代碼 | 類別   | 描—述                                                                                        |
|----|------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4  | 已解決  | 此時,病患所期望的治療目標已成功地達到,藥品治療可以停止了。此狀態可代表最理想的療效結果,通常在急性病或急性醫療問題上可見到此結果。此時的行為是停止用藥。慢性病很難達此目標而停藥。 |
| 3  | 穩定   | 此時,病患所期望的治療目標已達到,繼續使用相同的治療藥品。這通常是慢性病的狀況,病患檢查結果或病情穩定,但還需要使用藥品來控制住病情。仍須安排下一次追蹤時間。            |
| 2  | 已改善  | 此時,已看到正面的疾病進展,目前不需要改變藥品治療。這通常是慢性病的狀況,病患檢查結果或病情有進步,繼續使用相同藥品與劑量來控制病情。仍須安排下一次追蹤時間。            |
| 1  | 部份改善 | 此時,病患狀況有進展,但照顧計畫需要稍微調整一下,讓療效在下次追蹤時能發揮到最高點。譬如說:增加用藥劑量或改變給藥頻率。安排下次追蹤時間來觀察療效,並注意有無不良反應的出現     |
| -1 | 未改善  | 此時,療效還沒看到明顯進展,但預期會有進展,因此繼續相同的治療。通常追蹤時間過短容易得到此結果。                                           |
| -2 | 更糟   | 此時,儘管病患接受到好的照顧計畫,病患的狀況仍變壞。由於沒有達到治療目標,病患藥品治療需要改變。安排追蹤時間。                                    |
| -3 | 失敗   | 此時,照顧計畫沒達到治療目標,停止現在療法,開始新治療法。安排追蹤時間。                                                       |
| -4 | 病患死亡 | 此時,病患在用藥期間死亡。藥師需注意是否有與藥品有關的因素與病患死亡有關,需記錄下來。                                                |

### 附件 5-用藥配合度測量表

| 用藥配合度 問題                        | 病人回答<br>是(1分)否(0分)                                    |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 1.請您回想過去一週內，有沒有任何原因，未按時服藥？      | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 2.您會因領的藥跟上次不一樣，而影響服藥意願嗎？        | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 3.針對您目前的用藥，是否會自行調整藥品或藥量？        | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 4.請問您的飲食/生活習慣，和用藥時間無法配合嗎？       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 5.您會因為藥物太複雜，而忘記怎麼服用這些藥嗎？        | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 6.請問您會不會因為不知道這個藥是治療什麼的，而影響服藥意願？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 總分                              | 分                                                     |

總分 0 分=高配合度；1-2 分=中配合度；3-6 分=低配合度

## 附件 6-藥事照護溝通聯繫單

個案姓名：\_\_\_\_\_ 性別：男女 出生年月日：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

醫師姓名：\_\_\_\_\_ 服務單位：\_\_\_\_\_醫院/診所；科別：\_\_\_\_\_科

尊敬的\_\_\_\_\_醫師，您好：

我是參與『健保署高診次者藥事照護計畫』之\_\_\_\_\_藥師，此張建議書是在執行藥事照護時，發現到您所照顧之個案有疑似的藥物治療問題，茲提供解決問題之方案給您參考，也歡迎您給予回覆意見或能來電與我討論，共同為個案健康而努力，謝謝您!!

病情概況：

| 疑似藥物治療問題之描述 | 藥師意見欄 |
|-------------|-------|
|             |       |

參考資料來源：

藥師：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_  
年 月 日

回覆藥師 e-mail：\_\_\_\_\_ 傳真電話：\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

-----  
醫師回覆內容：

回覆醫師簽名：\_\_\_\_\_年 月 日

藥師書寫疑似藥物治療問題與回應編碼(AABBCC)：



### 附件 7-藥師持續藥事照護成果表

照護藥師：                      病人姓氏：                      女士/先生                      年齡：                      居住縣市/：\_\_\_\_\_區

|           |                         |  |          |                                |          |                         |            |       |          |                              |  |  |                                |
|-----------|-------------------------|--|----------|--------------------------------|----------|-------------------------|------------|-------|----------|------------------------------|--|--|--------------------------------|
| 保險對象剛開始狀況 | 第一次照顧日期                 |  | 共吃多少品項藥品 |                                | 最後一次照顧日期 | 最後一次照顧日期                |            | 共照顧幾次 |          | 目前使用多少品項藥品                   |  |  |                                |
|           | 民國      年      月      日 |  | 項        |                                |          | 民國      年      月      日 |            | 次     |          | 項                            |  |  |                                |
|           | 有哪些疾病(視需要增加下列行數)        |  |          | 疾病控制情形<br>(請使用後面目前療效的代碼，並描述細節) |          |                         | 最後一次照顧看到病果 |       |          | 目前疾病<br>(請使用後面目前療效的代碼，並描述細節) |  |  |                                |
|           | 1                       |  |          | ( )                            |          |                         |            |       |          |                              |  |  |                                |
|           | 2                       |  |          | ( )                            |          |                         |            |       |          |                              |  |  |                                |
|           | 3                       |  |          | ( )                            |          |                         |            |       |          |                              |  |  |                                |
|           | 疾病控制狀況                  |  |          | /      =                       |          |                         |            |       |          | 目前疾病                         |  |  | 疾病控制情形<br>(請使用後面目前療效的代碼，並描述細節) |
| 形成高診次原因   |                         |  |          |                                |          | 1                       |            |       | ( )      |                              |  |  |                                |
| 疾病控制狀況    |                         |  | /      = |                                |          | 2                       |            |       | ( )      |                              |  |  |                                |
| 形成高診次原因   |                         |  |          |                                |          | 3                       |            |       | ( )      |                              |  |  |                                |
| 疾病控制狀況    |                         |  | /      = |                                |          | 疾病控制狀況                  |            |       | /      = |                              |  |  |                                |
| 形成高診次原因   |                         |  |          |                                |          | 保險對象對藥師的態度              |            |       |          |                              |  |  |                                |

|                |                      |   |  |  |                 |     |  |  |                          |     |  |  |  |
|----------------|----------------------|---|--|--|-----------------|-----|--|--|--------------------------|-----|--|--|--|
| 藥師照顧期間發現與解決的問題 | (AA 碼) 藥師發現到哪些藥品治療問題 |   |  |  | (BB 碼) 藥師建議如何解決 |     |  |  | (CC 碼) 醫師處方修正/保險對象行為改變情形 |     |  |  |  |
|                | 醫師處方用藥               | 1 |  |  |                 | ( ) |  |  |                          | ( ) |  |  |  |
|                |                      | 2 |  |  |                 | ( ) |  |  |                          | ( ) |  |  |  |
|                |                      | 3 |  |  |                 | ( ) |  |  |                          | ( ) |  |  |  |
|                | 保險對象用藥行為             | 1 |  |  |                 | ( ) |  |  |                          | ( ) |  |  |  |
|                |                      | 2 |  |  |                 | ( ) |  |  |                          | ( ) |  |  |  |
|                |                      | 3 |  |  |                 | ( ) |  |  |                          | ( ) |  |  |  |

全民健康保險山地離島地區一覽表

| 分區業務組別 | 縣(市)別 | 山地鄉(區)                           | 離島鄉(島)                  |
|--------|-------|----------------------------------|-------------------------|
| 臺北     | 宜蘭縣   | 大同鄉、南澳鄉                          |                         |
| 臺北     | 新北市   | 烏來區                              |                         |
| 臺北     | 金門縣   |                                  | 金城鎮、金寧鄉、金沙鎮、烈嶼鄉、金湖鎮、烏坵  |
| 臺北     | 連江縣   |                                  | 南竿鄉、北竿鄉、莒光鄉、東引鄉         |
| 北區     | 桃園縣   | 復興鄉                              |                         |
| 北區     | 新竹縣   | 尖石鄉、五峰鄉                          |                         |
| 北區     | 苗栗縣   | 泰安鄉                              |                         |
| 中區     | 臺中市   | 和平區                              |                         |
| 中區     | 南投縣   | 信義鄉、仁愛鄉                          |                         |
| 南區     | 嘉義縣   | 阿里山鄉                             |                         |
| 高屏     | 高雄市   | 茂林區、桃源區、那瑪夏區                     | 東沙島、南沙島                 |
| 高屏     | 屏東縣   | 三地門鄉、霧台鄉、瑪家鄉、泰武鄉、來義鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉 | 琉球鄉                     |
| 高屏     | 澎湖縣   |                                  | 馬公市、湖西鄉、西嶼鄉、白沙鄉、望安鄉、七美鄉 |
| 東區     | 花蓮縣   | 秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉、                     |                         |
| 東區     | 臺東縣   | 海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉                  | 蘭嶼鄉、綠島鄉                 |
|        | 小計    | 29 個山地鄉(區)                       | 21 個離島鄉(島)              |

特約藥局醫療費用點數申報格式及填表說明

| 欄位ID    | 資料名稱                | 申報填寫內容<br>(中文名稱及資料說明欄位)                                                                                    |
|---------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| *t1     | 資料格式                | 30                                                                                                         |
| *d21    | 原處方服務機構代號           | 請填N                                                                                                        |
| *t2     | 服務機構代號              | 請填寫藥局代碼(衛生福利部編定之代碼)                                                                                        |
| *t3     | 費用年月                | 前3碼為年份，後2碼為月份                                                                                              |
| *t5     | 申報類別                | 1或2 (1：送核，2：補報)                                                                                            |
| *d1     | 案件分類                | 請填D，D：藥事照護試辦計畫。                                                                                            |
| *d2     | 流水編號                | 藥局自行編號，最小值為1。                                                                                              |
| △d22    | 原處方服務機構之案件分類        | 免填                                                                                                         |
| △d26-29 | 原處方服務機構之特定治療項目代號    | 免填                                                                                                         |
| △d13    | 就醫科別                | 免填                                                                                                         |
| △d14    | 就醫(處方)日期            | 免填                                                                                                         |
| *d23    | 調劑/檢驗(查)/物理(職能)治療日期 | 請填寫訪視日期，前3碼為年份，中2碼為月份，後2碼為日數。<br>註：會與本署特約藥局檔勾稽                                                             |
| *d6     | 出生年月日               | 前3碼為年份，中2碼為月份，後2碼為日數                                                                                       |
| *d3     | 身分證統一編號             | 請填寫輔導對象身分證統一編號                                                                                             |
| △d8-12  | 國際疾病分類碼             | 免填                                                                                                         |
| △d4     | 補報原因註記              | 補報者本欄為必填，送核案件免填                                                                                            |
| *d15    | 部分負擔代碼              | 請填009                                                                                                      |
| △d31    | 特殊材料明細點數小計          | 請填0                                                                                                        |
| △d35    | 連續處方箋調劑序號           | 免填                                                                                                         |
| △d36    | 連續處方可調劑次數           | 免填                                                                                                         |
| △p11    | 藥品給藥日份              | 請填0                                                                                                        |
| △d24    | 診治醫師代號              | 免填                                                                                                         |
| * d25   | 醫事人員代號              | 輔導藥師之身分證統一編號                                                                                               |
| △d33    | 用藥明細點數小計            | 請填0                                                                                                        |
| △d37    | 藥事服務費項目代號           | P4101C (一般地區訪視)，P4102C (屬山地離島、資源不足地區且藥事人員執業非屬前開地區而至該區之訪視者)， <u>P4103C (照護機構住民)</u> ，P4104C (保險對象至特約藥局接受輔導) |
| △d38    | 藥事服務費點數             | P4101C填1,000，P4102C填1,200， <u>P4103C</u> 填700，P4104C填600。                                                  |
| * d16   | 申請點數                | 不必填寫，電腦自動帶入                                                                                                |
| * d17   | 部分負擔點數              | 請填0                                                                                                        |
| * d18   | 合計點數                | 不必填寫，電腦自動帶入                                                                                                |
| △d20    | 姓名                  | 請填寫輔導對象姓名                                                                                                  |



## 臨時動議報告事項

### 第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：「全民健康保險跨層級醫院合作計畫」修訂案

說明：依據 105 年醫院總額第 4 次研商議事會議決議辦理(草案如附件 4-1，P82～P85)。

## 全民健康保險跨層級醫院合作計畫

104 年 2 月 2 日健保醫字第 1040000991 號公告

○○○年○月○日健保醫字第○○○○○號公告

### 壹、計畫依據

依據全民健康保險醫療給付費用總額協議結果辦理。

### 貳、計畫目標

- 一、鼓勵醫療院所跨層級合作，建置區域性醫療支援系統。
- 二、促進醫學中心、區域醫院及基層診所醫師支援社區醫院，提升社區內醫療服務品質與內容，吸引民眾回歸社區就醫。
- 三、透過醫師支援模式，讓可以在社區醫院提供的醫療服務回歸社區，讓醫學中心、區域醫院醫師能更深入瞭解社區醫療需求，更願意投入社區地區醫院服務的行列，亦使社區醫院醫療團隊提升照護水準。
- 四、建立落實分級醫療及雙向轉診制度之基礎，減少健保、醫療資源重覆不當使用，民眾亦免受舟車勞頓之苦。

### 參、預算來源

全民健康保險醫療給付費用總額其他預算及其分配之「推動促進醫療體系整合計畫」項下「跨層級醫院合作計畫」，全年預算 1 億元。

### 肆、申請條件

- 一、參與院所須為全民健康保險(以下稱本保險)特約院所，且最近二年內不得有違反本保險特約管理辦法第三十八條至第四十條中所列違規情事之一者(含行政救濟程序中尚未執行處分者)。前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約或終止特約日起算。
- 二、醫療院所應採「跨層級合作團隊」模式提出申請，團隊應指派一地區醫院為主責醫院，負責提送計畫書、聯繫管道及經費撥付事宜。
- 三、限於預算或已有其他計畫獎勵，本計畫不適用對象如下：
  - (一) 同體系醫院間(含委託經營)之支援：同法人醫院體系、國軍退除役官兵輔導委員會醫院體系、國軍醫院體系、衛生福利部醫院體系、同醫學院附設醫院體系、同縣市政府所屬醫院體系、同醫院總分院(院區)。若對保險人認定有異議，醫院可舉證非屬同體系醫院，經保險人分區業務組同意後參加。
  - (二) 「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫」之地區醫院。
  - (三) 「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」、「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」之地區醫院。
  - (四) 呼吸照護、精神專科醫院，註：最近 1 年申報就醫科別精神科(科別 13)+呼吸照護(給付類別=9)之門住醫療費用(申請點數+部分負擔)>該院門住醫療費用

50.0 %。

- (五) 參加「全民健康保險急診品質提升方案」醫院之急診支援。
- (六) 衛生福利部醫事司「醫學中心支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」及「緊急醫療資源不足地區改善計畫」之補助醫師或補助開診費用。

## 伍、計畫內容

一、組織運作：提供「以病人為中心」之連續性全人照護。

- (一) 主責醫院負責提出計畫之申請，醫院團隊間之醫療資源協調整合、醫療服務之提供及本計畫經費之分配作業。
- (二) 醫療院所團隊應建立醫療品質提升及雙向轉診機制，提供全人照護。合作內容建議如下：
  1. 對病患就醫程序安排(急診後送及下轉、轉住院或手術)。
  2. 醫師及醫事人員專業訓練(建教合作、支援、醫療團隊訓練)。
  3. 醫療資訊交換(電子病歷互通、醫療影像交換)。
  4. 醫療設備共享。
- (三) 參與醫院團隊需積極參與團隊提升照護品質活動，共同提升照護品質。

二、醫療支援之補助

- (一) 醫學中心、區域醫院之醫師支援地區醫院。
- (二) 基層診所皮膚科、眼科、小兒科、耳鼻喉科專科醫師支援地區醫院急診。
- (三) 接受支援地區醫院，應於支援後，每月將申報資料上傳至健保資訊服務網系統(VPN)及併每月醫療費用申報時一併造冊，包含下列資料：
  1. 派出支援醫療院所之醫師檔資料，包括：醫療院所代號、醫療院所名稱、醫師 ID、醫師姓名、支援科別、接受支援醫院名稱、接受支援醫院代號、支援診次數、實際支援起迄時間。
  2. 接受支援醫院之電子檔資料，包括：醫院代號、醫院名稱、接受支援醫師 ID、接受支援醫師姓名、接受支援科別、支援醫療院所名稱、支援醫療院所代號、接受支援診次數、實際支援起迄時間。
- (四) 支付標準：
  1. 每診日補助 3500 點。同醫師同日之支援均以 1 診日計，不論上午診、下午診、夜間支援診。
  2. 單一地區醫院每月份被支援診日上限 35 診日。
- (五) 由保險人各分區業務組依計畫執行結果核定後核付，於追扣補付系統辦理，相關費用逕撥入接受支援之地區醫院。
- (六) 本計畫預算均分至各季，暫以每點 1 元支付，當季預算若有結餘則流用至下

季，當季預算不足時，以浮動點值計算暫付，並於年度進行結算，惟每點金額不得大於 1 元。

三、配合政策推動：落實「全民健康保險轉診實施辦法」，建立雙向轉診作業機制，醫學中心、區域醫院保留一定名額予地區醫院轉診之病人，地區醫院則協助掛號等就醫安排，並回報成果。

四、民眾滿意度調查，俾做為次年度執行辦法修正及改善依據。

(一) 參與本計畫民眾之就醫滿意度調查

1. 調查工具：採問卷調查。
2. 發放對象：計畫期間，接受過支援醫師診療或治療之社區民眾。
3. 發放時間：計畫期間，不定時於社區醫院發放。
4. 預估回收份數：每一主責醫院至少 100 份。

(二) 參與本計畫支援醫師及醫療院所之調查

1. 調查工具：採問卷調查。
2. 發放對象：計畫期間，參與支援之醫師及醫院。

#### 陸、評核指標

- 一、參與本計畫民眾就醫滿意度 $\geq 85\%$ 。
- 二、分級醫療指標：接受支援地區醫院總門診就醫人次較去年同期增加。
- 三、參加「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就醫資訊方案」：接受支援地區醫院「門診病人健保雲端藥歷系統查詢率」 $\geq$ 當年全部醫院查詢率 60 百分位。
- 四、醫療品質指標：以保險人「醫療品質公開網站」院所別醫療品質資訊之資料分析，受補助地區醫院下列各指標較去年同期下降：
  - (一) 跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓(口服)、降血脂(口服)。
  - (二) 跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-安眠鎮靜、抗憂鬱症。

#### 柒、實施期程及評估

- 一、參加醫院團隊應於計畫執行後，依保險人規定格式每半年提送執行成果報告(內容包含轉診服務統計、專業訓練、醫院跨層級合作具體措施及成效)，全期完成應提出總報告予保險人分區業務組，俾作為未來是否續辦之考量。
- 二、保險人將彙整各醫院團隊所提執行報告，進行整體執行成效之評估，作為繼續實施之依據。

#### 捌、其他事項

- 一、支援規定：支援醫師均應依醫事法規相關規定向當地衛生主管機關辦理報備支援，並請醫師考量負擔能力提供支援服務。
- 二、終止要件：



(一) 醫療院所及醫師如有下列情形之一者，應停止適用本計畫：

1. 經查證申報不實資料者。
2. 未能配合提供本計畫相關內容，經保險人發函兩次催繳未提供者。
3. 轉診個案專案審查結果顯屬異常，或查有重大違規，且屬情節重大者。
4. 執行計畫期間，經保險人各分區業務組評核、稽查，發現申辦醫療院所提供之醫療服務內容有違背本方案目的或規定時，保險人各分區業務組得終止該醫療院所計畫之執行

(二) 醫療院所因故提出終止本計畫者，自停止日起本年內不得再申請加入本計畫。

(三) 計畫終止日期：以保險人發函所載終止日期為準。

- 三、 辦理本計畫核發作業後，若有跨層級醫院團隊提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入補付者，其核發金額將自當年其他預算部門本計畫項下支應。
- 四、 本計畫由保險人報請主管機關核定後公告實施，並送全民健康保險會備查。屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。