



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

106 年第四次會議資料(一)

106 年 12 月 14 日 (星期四) 下午 2 時
本署 18 樓大禮堂

106 年度第四次「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」會議議程

壹、主席致詞

貳、上次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形，請參閱(不宣
讀)確認.....

第 01 頁

參、報告事項

一、全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs，3.4 版，1,062 項) 107 年適用之相對權重統計結果報告案。.....	第 1 頁
二、增修訂中醫支付標準及計畫報告案。.....	第 35 頁
三、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、全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫 案及全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫。....	第 81 頁
四、論病例計酬與乳癌醫療給付改善方案支付點數調整案。	第 165 頁
五、有關修訂 107 年度「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即 時查詢病患就醫方案」。.....	第 181 頁
六、「107 年全民健康保險高診次者藥事照護計畫」(草案)。	第 267 頁
七、訂定 107 年召開全民健康保險醫療服務給付項目及支付 標準共同擬訂會議時程案。.....	第 269 頁
八、有關醫師公會全聯會協調醫師週日開診事宜，輔導結果 報告案。.....	第 271 頁
九、106 年上半年本保險特約院所執行支付標準未列項目之 申報情形及處理流程。.....	第 273 頁

肆、討論事項

一、106 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準增修「神經外科術中神經功能監測」等 13 項診療項目案。...	第 275 頁
二、有關放寬「全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案」(下稱 COPD 改善方案) 參與院所資格案。.....	第 319 頁
三、全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)4.0 版支付通則及未實施項目實施時程案。.....	第 345 頁

伍、臨時動議

陸、散會

貳、確認本會 106 年度第 3 次臨時會
會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形

-請參閱(不宣讀)確認

「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」

106 年第 3 次臨時會會議紀錄

時間：106 年 9 月 1 日（星期三）下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：宋兆喻

李代表偉強	李偉強	詹代表永兆	詹永兆
黃代表雪玲	黃雪玲	吳代表國治	周慶明(代)
林代表富滿	林富滿	李代表飛鵬	陳瑞瑛(代)
潘代表延健	(請假)	許代表世明	林順華(代)
璩代表大成	王雪月(代)	羅代表界山	吳永隆(代)
陳代表志忠	劉碧珠(代)	林代表綉珠	劉淑芬(代)
徐代表弘正	申斯靜(代)	賴代表振榕	賴振榕
林代表淑霞	(請假)	楊代表政峯	朱世瑋(代)
羅代表永達	羅永達	王代表榮濱	王榮濱
謝代表文輝	謝文輝	郭代表素珍	(請假)
謝代表武吉	謝景祥(代)	廖代表大富	廖大富
朱代表益宏	(請假)	梁代表淑政	梁淑政
李代表紹誠	李紹誠	葉代表宗義	葉宗義
林代表恒立	林恒立	劉代表志棟	何語(代)
王代表宏育	(請假)	王代表雅馨	王雅馨
黃代表振國	黃振國	張代表清田	張清田
張代表金石	張金石	羅代表紀琮	羅紀琮
張代表孟源	張孟源	施代表壽全	(請假)
陳代表俊良	陳俊良		

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司	周雯雯
衛生福利部全民健康保險會	張友珊、馬文娟
中華民國中醫師公會全國聯合會	王逸年
中華民國牙醫師公會全國聯合會	潘佩筠
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	宋佳玲
中華民國醫師公會全國聯合會	陳哲維、林筱庭
中華民國藥師公會全國聯合會	洪鈺婷、秦語謙
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
台灣醫院協會	陳珮涵、林佩荻、吳心華、 吳洵伶
本署臺北業務組	蔡育緯、林勢傑、張志銘
本署北區業務組	陳孟函
本署中區業務組	楊惠真
本署醫務管理組	谷祖棣、張淑雅、王玲玲、 林右鈞、陳依婕、宋兆喻、 廖敏欣、涂奇君、林沁嫻、 吳明純、何承穎、林芝螢

一、主席致詞：略。

二、確認上次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形

三、報告事項

- (一) 106年新增修支付標準18項截至106年6月之執行情形報告案。
決定：洽悉。
- (二) 增修全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第一章第六節調劑支付標準案。
決定：洽悉，同意新增診療項目編號05235B「特殊輸注液處方

藥事服務費（天）」，及修正診療項目編號 05220A「全靜脈營養注射劑處方之藥事服務費（TPN）」支付條件規範（詳附件 1，P5）。

四、討論事項

（一）應用 106 年醫院總額醫療服務成本指數改變率預算(29.67 億元)調整支付標準案。

決議：同意應用 106 年醫院總額醫療服務成本指數改變率預算 29.67 億元調整支付標準，財務推估約增加 22.18 億點，修訂後支付標準（詳附件 2，P6~P11），修訂重點如下：

1. 各項調整及財務影響評估（詳附件 3，P12），摘要如下：
 - (1) 偏鄉醫院住院護理費由原 3.5%調升為 15%，推估增加 1.55 億點。
 - (2) 調升地區醫院病房費點數 15%，病房費如超過區域醫院點數則調至與區域醫院相同，原推估預算之餘額用於調升地區醫院住院護理費點數 3.5%，本項合計增加 5.13 億點。
 - (3) 地區醫院門診診察費加成率再提高 15%，推估增加 14.15 億點。
 - (4) 地區醫院之急診診察費保障每點一元，推估增加 1.35 億點。
2. 與會代表建議偏鄉地區醫院急診診察費點值保障再提高乙案，俟重新估算費用再提會討論。

五、臨時動議

（一）全民健康保險住院診斷關聯群（Tw-DRGs）4.0 版支付通則實施時程案。

決議：

1. 將以 105 年申報資料採 4.0 版重新編審後，試算各醫院之財務影響評估，並置於 VPN 上供各醫院參考。

2. 4.0 版實施時程將視各醫院準備情形另行提案討論。

(二) 中華民國藥師公會全國聯合會代表賴振榕提出有關「藥事服務費」調整案。

決議：請藥師公會全國聯合會提供具體提案內容及財務影響評估，將併同 107 年總額協商確定後辦理。

六、散會：下午 16 時 20 分

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 決議辦理情形追蹤表

序號	編號	會議時間	案由	決議(結論)事項	辦理單位	辦理情形	列管建議	
							解除列管	繼續列管
1	105-2-報 6	105.06.23	現行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目以成本分析方式向醫療院所進行全面成本調查案。	現行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目以成本分析方式向醫療院所進行全面成本調查案，請於下次會議中進行後續調查情形說明，改為繼續列管。	健保署醫管組	<p>1. 本署已於 106 年 4 月 26 日以健保醫字第 1060033091 號函請三層級協會提供所調查之各醫院成本分析資料(含成本參數表、作業流程表及成本分析表)。</p> <p>2. 已回復協會提供之資料摘要如下： (1) 醫學中心協會：將 21 項診療項目拆分送予 18 家醫學中心，爰醫院僅回復部分調查項目之成本分析資料；另，檢送資料未含成本參數表及作業流程表。 (2) 區域醫院協會：將 21 項診療項目拆分送予 37 家區域醫院，醫院回復之成本係用人成本、不計價材料等費用之中位數，且未含明細資料。</p> <p>3. 綜上，考量地區醫院尚未提供資料及已回復之資料未齊全，建議俟資料完備後再提至本會議報告。</p>		V
2	105-3(臨)-討 2	105.11.29	本保險特約院所執行支付標準未列項目之申報方式案。	同意本保險特約院所執行支付標準未列項目之申報方式自費用年月 106 年 1 月起至 107 年 12 月止，由醫療院所選擇逐案或批次申報，並列入本會議追蹤事項列管兩年。	健保署醫管組	106 年 1 月至 6 月本保險特約院所執行支付標準未列項目之提報情形及本署處理情形，將提報本次會議報告，本項建議解除列管。		V
3	105-4(臨)-討 1	105.12.30	有關調整西醫基層第一段合理量內門診診察費案。	洽悉。 1. 同意調高第一段合理量內門診診察費 20 點。 2. 「假日開診率低於 25% 之地區」請醫師公會全聯會參考目前開診之科別分布，協助後續協調醫師週日開診事宜，並回復輔導結果。	健保署醫管組	<p>1. 調高診察費 20 點已自 106 年 3 月 1 日生效。</p> <p>2. 本署已於 106 年 3 月 30 日函請全聯會持續瞭解各地區週日開診需要，及監控基層診所開診率之變化。全聯會將於本次會議報告輔導結果，本項建議解除列管。</p>		V

序號	編號	會議時間	案由	決議(結論)事項	辦理單位	辦理情形	列管
							建議 解除 列管
4	106-3(臨)-報1	106.09.01	106年新增修支付標準18項截至106年6月之執行情形報告案。	洽悉。	健保署醫管組	為落實資訊公開，爾後新增修支付標準執行情形，本署將定期於每年3月及9月公開於本署全球資訊網。	V
5	106-3(臨)-報2	106.09.01	增修全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第一章第六節調劑支付標準案。	洽悉，同意新增診療項目編號05235B「特殊輸注液處方藥事服務費(天)」，及修正診療項目編號05220A「全靜脈營養注射劑處方之藥事服務費(TPN)」支付條件規範。	健保署醫管組	本項業於106年9月30日以衛部保字第1061260461號令發布修正，並自106年10月1日起生效。	V
6	106-3(臨)-討1	106.09.01	應用106年醫院總額醫療服務成本指數改變率預算(29.67億元)調整支付標準案。	同意，財務推估約增加22.18億點，修訂重點如下： 1. 各項調整及財務影響評估，摘要如下： (1) 偏鄉醫院住院護理費由原3.5%調升為15%，推估增加1.55億點。 (2) 調升地區醫院病房費點數15%，病房費如超過區域醫院點數則調至與區域醫院相同，原推估預算之餘額用於調升地區醫院住院護理費點數3.5%，本項合計增加5.13億點。 (3) 地區醫院門診診察費加成率再提高15%，推估增加14.15億點。 (4) 地區醫院之急診診察費保障每點一元，推估增加1.35億點。 2. 與會代表建議偏鄉地區醫院急診診察費點值保障再提高乙案，俟重新估算費用再提會討論。	健保署醫管組	本項業於106年9月30日以衛部保字第1061260461號令發布修正，並自106年10月1日起生效。	V
7	106-3(臨)-臨時動議1	106.09.01	全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)4.0版支付通則實施時程案。	1. 將以105年申報資料採4.0版重新編審後，試算各醫院之財務影響評估，並置於VPN上供各醫院參考。 2. 4.0版實施時程將視各醫院準備情形另行提案討論。	健保署醫管組	1. 本項已於106年10月20日轉請各分區業務組將各醫院各個案件之財務影響評估，放置於VPN供各醫院下載。 2. 4.0版實施時程規劃案，已提本次會議討論，如經決議通過，建議解除列管。	V

序號	編號	會議時間	案由	決議（結論）事項	辦理單位	辦理情形	列管建議
							解除列管
8	106-3(臨)-臨時動議 2	106.09.01	中華民國藥師公會全國聯合會代表賴振榕提出有關「藥事服務費」調整案。	請藥師公會全國聯合會提供具體提案內容及財務影響評估，將併同107年總額協商確定後辦理。	健保署醫管組	本署已於 106 年 12 月 1 日函請藥師公會全國聯合會提供新增「重症加護住院臨床藥事照護」診療項目相關資料，據以辦理後續修訂支付標準事宜。擬俟該會提供相關資料後，依程序辦理後續診療項目增修事宜。本案建議解除列管。	V

參、報告事項

報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs) 107 年適用之相對權重統計結果案。

說明：

一、按 Tw-DRGs 支付通則十三規定：各 Tw-DRGs 相對權重(RW)、幾何平均住院日、醫療服務點數上限臨界點、醫療服務點數下限臨界點及標準給付額 (SPR)，由保險人每年年底依前一年醫療服務點數計算，並於次年適用。

二、107 年適用參數計算結果說明如下(計算說明詳附件 1-1，P3)：

(一) 相對權重 (RW) 計算過程及結果 (附件 1-2，P5)

1. 相對權重 (RW)：權重(RW)=「某 Tw-DRGs 平均每人次點數/全國平均每人次點數」。
2. 全國平均每人次點數 (45,917)=校正後全國總點數 (925 億點)/採計個案 (227 萬)。
3. 某 DRG 平均每人次點數=各 DRG 總點數/各 DRG 去極值後納入計算個案數。
4. 經統計，各 DRG 之權重、上限臨界點、下限臨界點及幾何平均住院天數，詳附表 7.3 權重表 (附件 1-4，P7~P34)。

(二) 標準給付額 (SPR) 計算過程及結果 (附件 1-3，P6)

1. $SPR = \text{全國合計點數} / \text{全國總權重} = 1,017 \text{ 億點} / 238 \text{ 萬} = 42,835$ 。
2. 較適用於 106 年之 SPR 41,763 點，增加 1,072 點。

擬辦：本案如獲經確認同意，將依程序報請衛生福利部核定後公告實施。

107 年各 Tw-DRGs 適用之相對權重 (RW)、幾何平均住院日、醫療服務點數上限臨界點、醫療服務點數下限臨界點及標準給付額 (SPR) 之計算方式重點說明如下：

- 一、採 105 年住院申報資料，校正基本診療項目並將 105 年、106 年新增及修訂支付標準調整及特材價格調整之點數差額串回申報資料後進行統計，住院總點數增加 55.97 億點，DRG 範圍總點數增加 27.21 億點。
- 二、該年度符合 DRG 範圍之醫院住院申報資料經歸戶、排除不完整資料及不適用 DRG 範圍資料，共計 227 萬筆，醫療服務點數 1,127 億點。

107年適用之權重計算過程

依據：Tw-DRGs支付通則一(一)之3規定，權重(RW)之計算公式：「某Tw-DRGs平均每人次點數/全國平均每人次點數」。

一、全國平均每人次點數之計算過程：

適用年度	個案數									計算RW之數據	
	申報資料歸戶	有效資料	不適用DRG	符合DRG範圍資料	排除資料				納入計算RW個案	校正後全國總點數	全國平均每人次點數
					清檔排除案件	異常轉歸案件	自行要求剖婦產案件	極值案件			
	A	B	C	D	a	b	c	d	E=D-a-b-c-d	F	G=F/E
107	3,082,332	2,884,534	610,695	2,273,839	84,824	119,765	2,127	52,611	2,014,512	92,500,953,997	45,917

註1.「全國平均每人次點數」計算步驟：

- (1)1.申報資料歸戶：102年及以前年度，以97年住院申報資料，按醫院代碼、病患ID、住院日期、出生日期歸戶。
- 2.申報資料歸戶：103年以101年住院申報資料(已校正102年支付標準調整後)，按醫院代碼、病患ID、住院日期、出生日期歸戶。
- 3.申報資料歸戶：104年以102年住院申報資料(已校正103年支付標準調整後)，按醫院代碼、病患ID、住院日期、出生日期歸戶。
- (1)申報資料歸戶：107年以105年住院申報資料(已校正105年及106年支付標準調整)，按醫院代碼、病患ID、住院日期、出生日期歸戶；
 新生兒依附案件歸戶，並併入由急診轉住院者之急診費用。
- (2)有效資料：係指上述申報資料歸戶後，排除代辦案件、資料不完整案件及西醫基層住院申報資料。
- (3)同次住院生產及安胎：係指符合支付通則六(六)之2，同次住院期間之安胎費用不併入生產相關DRG，
 俟所屬MDC導入時按其適當DRG申報及支付。故本項之個案數為同次住院期間生產及安胎者，將安胎費用拆開以獨立個案處理。
- (4)清檔排除案件：以影響DRG落點之PROCEDURE CODE對應醫令，對應不到之案件不列入RW計算。
- (5)異常轉歸案件：轉歸為死亡、病危自動出院、一般自動出院、轉院、潛逃之案件，不列入RW計算。
- (5)極值案件處理：排除各DRG兩端極端值資料：
 - A.校正後醫療點數<DRG之2.5百分位值之個案，不納入計算。
 - B.個案校正後醫療點數>97.5百分位值者，其校正後醫療點數以97.5百分位值計算。
 校正後醫療點數：係依據支付通則一(一)之2規定，計算RW資料之基本診療項目支付點數以地區醫院支付標準校正。
 並扣除支付通則六(六)規定之核實申報點數
- (6)符合DRG範圍資料：排除支付通則三，不適用DRG範圍之個案。
- (7)納入計算RW個案：符合DRG範圍資料扣除清檔資料、自行要求剖婦產個案及極值案件後，計算權重之個案。
- (8)校正後全國總點數：上述納入計算個案之校正後醫療點數。
- (9)全國平均每人次點數=校正後全國總點數/納入計算RW個案。

註2.某Tw-DRG平均每人次點數之計算步驟：

重複上述(1)~(6)步驟，可得「各DRG納入計算RW個案」及「校正後各DRG總點數」，2者相除即得「各DRG之平均每人次點數」。

註3.資料來源：105年符合DRG範圍之住院申報資料，其中DRG範圍按適用年度之通則規定辦理。

107適用SPR之計算過程

符合DRG範圍		不納入計算之點數					計算SPR		
個案數	總點數	特定核實項目申報點數	採核實申報個案之點數	非反映支付標準之校正因素	add-on特材加計點數	實際點數高於上限臨界點支付點數	全國合計點數	全國總權重	SPR值(取整數)
A	B	C	D	H	I	E	F=B-C-D-E-H-I	G	H=F/G
2,273,839	112,691,142,340	2,157,746,883	2,456,293,409	604,909,484	16,429,173	5,714,393,735	101,741,369,656	2,375,163	42,835

註1.資料說明：

(1)資料來源：105年符合DRG範圍之住院申報資料(已校正105年及106年支付標準調整)(103年起，權重、上下限臨界點改以前一年度之住院申報資料計算，並依年遞延。

(2).1.特定核實項目申報點數，係指DRG支付通則六之(六)所列雙胞胎以上之新生兒照護費、癌症及性態未明腫瘤之個案核實申報之化療(放療)費用、

呼吸器、洗腎、生物製劑費用等定義之核實申報項目之點數。

2.生物製劑自103.7.1生效，IABP自103.7.1刪除。

雙胞胎以上之新生兒照護	IABP特殊材料費	癌症及性態未明腫瘤之化療(放療)費用	呼吸器	洗腎	生物製劑	縫合釘	小計
8,718,200	-			1,820,784,252	242,315,423	85,929,008	2,157,746,883

(3)採核實申報個案之點數，係指DRG支付通則六之(一)-實際醫療服務點數低於下限臨界點者及DRG落點為核實申報DRG(個案數小於20)之個案申報點數。

低於下限		個案數<20之核實申報		合計	
個案數	點數	個案數	點數	個案數	點數
A ₁	B ₁	C ₁	D ₁	E ₁ =A ₁ +C ₁	F ₁ =B ₁ +D ₁
102,353	2,013,949,279	6,422	442,344,130	108,775	2,456,293,409

(4)非反映支付標準之校正因素：包括減少層級差距、政策鼓勵之兒童加成比率、CMI加成、小於18歲先天性疾病個案超過上限臨界點由8成改為全額支付之差額。

減少層級差距	政策鼓勵之兒童加成比率	CMI加成	小於18歲先天性疾病個案超過上限臨界點(由8成改為全額支付之差額)	合計
309,349,505	79,124,044	210,816,866	5,619,070	604,909,484

(5)各DRG之參數(權重、上/下限臨界點)採用按105年資料，107年適用之DRG分類表進行統計之結果。

註2：SPR=(全國合計點數/全國總權重)=**42,835**，實施前後點數差值，係由於SPR採整數，小數點進位導致點數差值。。

(1)全國合計點數：符合DRG範圍之總點數扣減不納入計算之點數(特定核實項目申報點數、採核實申報個案之點數、非反映支付標準之校正因素

、實際點數高於上限臨界點以9成支付點數)。

(2)全國總權重：

符合DRG範圍	不納入計算項目	實施前後總點數中平原則	計算SPR
個案之總權重	低於下限或核實申報個案之總權重	反映權重	全國總權重
A ₂	B ₂	C ₂	D ₂ =A ₂ -B ₂ +C ₂
2,346,472	119,138	147,830	2,375,163

A.不納入計算項目：本項係低於下限臨界點及核實申報個案。由於上述個案採論量計酬方式申報，不納入權重計算範圍。

B.反應實施前後總點數中平之權重：本項係指反應支付標準之基本診療加成及兒童加成、山地離島加成。

(3)縮小層級差距、政策鼓勵之兒童加成比率、CMI加成、小於18歲先天性疾病個案超過上限臨界點由8成改為全額支付等項，

附表 7.3

107 年 Tw-DRGs 權重表

註：

1. 本表每 1 權重之標準給付額(SPR)為 **42,835** 點，係以 105 年 1-12 月醫院住院符合 DRG 範圍申報資料 (已校正 105 年及 106 年支付標準調整)及支付通則規定辦理。
2. 無權重者(計 77 項)依支付標準通則採核實申報醫療費用。
3. 註記*者(計 200 項)為去極值後個案數<20 件，依支付標準通則暫以核實申報醫療服務點數。
4. 邏輯註記●者(42 項)為該組 DRG 違反單向邏輯已校正後之權重。
5. 下限臨界點採實際醫療點數之 2.5 百分位計算；上限臨界點為醫療點數之各 DRG **89** 百分位。
6. DRG513 支付點數以「標準給付額」x「權重」計算，不得加計各項加成或其他另行加計之醫療點數。
7. 資料期間：105.01-12；製表日期 106.11.13。

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
PRE	1	10301	20.9207	*	●	25	865,020	1,060,515
PRE	2	10302	20.9207	*	●	25	780,175	1,054,352
PRE	3	48301	3.8966			18	29,398	346,784
PRE	4	48302	2.7653			12	21,801	294,942
PRE	5	48001	25.2286			21	713,133	1,786,993
PRE	6	48002	17.5281			18	648,982	943,294
PRE	7	48101	15.4655	*		30	45,770	790,911
PRE	8	48102	13.7754	*		29	608,616	636,408
PRE	9	49501	-	*		-	-	-
PRE	10	49502	-	*		-	-	-
PRE	11	48201	2.9830			14	26,069	272,095
PRE	12	48202	2.8975			12	24,409	306,727
PRE	13	512	14.7262	*		16	555,897	787,130
1	1	00201	4.2909			15	55,710	349,290
1	2	00202	2.5938			9	47,752	233,413
1	3	00101	4.6372			14	47,232	409,524
1	4	00102	3.7967			9	44,771	338,520
1	5	00301	4.9757			13	52,847	416,945

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
1	6	00302	3.4029			9	46,133	253,556
1	7	00401	2.8638			9	27,461	219,369
1	8	00402	2.3863			6	28,446	163,748
1	9	00501	2.8825		●	5	34,428	220,328
1	10	00502	2.8825		●	4	44,481	193,181
1	11	00601	0.5026			2	10,353	35,744
1	12	00602	0.4013			2	9,492	25,811
1	13	00701	-	*		-	-	-
1	14	00702	2.1005	*		8	43,181	124,326
1	15	00703	0.7589			3	17,053	76,280
1	16	00704	1.3992			6	15,469	151,521
1	17	008	0.9157			3	14,826	152,415
1	18	00901	0.8212			7	7,127	74,212
1	19	00902	0.5820			5	6,578	49,921
1	20	00903	1.0299			11	9,152	88,130
1	21	00904	0.6457			6	4,354	66,295
1	22	00905	0.9967			9	4,042	82,875
1	23	01001	0.8058		●	5	4,201	63,520
1	24	01002	0.8362			5	9,851	66,968
1	25	01101	0.8058		●	3	3,942	85,024
1	26	01102	0.6995			4	4,343	53,303
1	27	01201	0.9010			8	6,602	81,467
1	28	01202	0.8639			6	6,789	77,085
1	29	01203	0.6490			5	4,833	52,217
1	30	01301	0.8413			5	9,275	64,028
1	31	01302	0.7419			4	10,264	57,314
1	32	01303	0.9555			6	4,204	96,701
1	33	01304	0.7941			5	5,182	69,558
1	34	01401	1.6854			12	15,928	150,212
1	35	01402	1.0382			8	10,644	86,857
1	36	01403	1.3009			9	9,179	136,226
1	37	01404	0.8532			6	9,958	68,724
1	38	01405	1.2721			9	15,144	121,422
1	39	01406	0.8331			6	13,108	62,717
1	40	01501	0.9084			5	12,815	76,160
1	41	01502	0.6816			3	5,346	46,819
1	42	01503	1.0107			6	11,255	106,456
1	43	01504	0.7448			5	7,800	53,669
1	44	01505	0.6679			5	9,829	49,197
1	45	01506	0.5412			4	8,453	37,465
1	46	01601	1.0528			7	9,494	99,385

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
1	47	01602	0.7811			5	5,527	64,716
1	48	01701	0.6580			4	6,572	59,999
1	49	01702	0.5465			4	6,707	38,937
1	50	018	0.7151			6	8,376	57,266
1	51	019	0.5430			4	4,516	43,517
1	52	02001	1.9562			11	9,901	197,001
1	53	02002	1.0986			7	7,322	111,668
1	54	02003	2.3023			11	14,985	241,778
1	55	02004	1.6474			8	10,456	148,328
1	56	02101	2.1565	*		13	5,389	183,494
1	57	02102	1.4007			8	14,105	100,455
1	58	02103	1.6759			9	12,354	129,609
1	59	02104	0.9300			6	8,221	87,381
1	60	02201	0.7738			6	7,826	71,774
1	61	02202	0.4253			4	4,821	27,908
1	62	02301	0.9358			6	8,125	85,084
1	63	02302	0.5327			4	4,111	38,177
1	64	024	0.9528			6	8,616	90,067
1	65	025	0.5186			4	5,771	41,251
1	66	02601	0.5922			4	7,082	53,834
1	67	02602	0.3777			3	5,896	29,831
1	68	02701	1.2562			8	8,702	133,584
1	69	02702	0.6521			5	4,406	63,383
1	70	02801	0.9196			7	6,720	87,379
1	71	02802	0.9456			7	7,602	95,000
1	72	02803	0.8092	*		7	15,210	79,471
1	73	02901	0.5475			4	4,513	48,243
1	74	02902	0.5555			4	4,541	50,973
1	75	02903	0.3598			3	2,644	18,983
1	76	03001	0.6502	*		6	7,471	49,990
1	77	03002	0.6372			5	4,340	56,489
1	78	03003	0.8727			5	7,969	69,535
1	79	03004	0.4412			3	4,085	39,669
1	80	03005	-	*		-	-	-
1	81	03006	0.4052	*		4	17,312	21,466
1	82	031	0.4472			4	4,663	35,216
1	83	032	0.2913			3	3,738	20,858
1	84	03301	0.3672			3	4,559	32,046
1	85	03302	0.2566			2	3,340	18,596
1	86	034	0.8529			6	5,777	90,202
1	87	035	0.4729			3	2,814	41,894

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
2	1	03701	1.4175			5	24,297	104,764
2	2	03702	1.1418			4	23,988	88,109
2	3	03703	2.2986	*		8	14,059	124,740
2	4	03704	1.2775	*		4	36,739	59,016
2	5	03705	0.8498			4	13,343	56,952
2	6	03706	1.7427			6	31,210	119,535
2	7	03707	1.2001			4	27,742	82,045
2	8	04001	0.6230			2	12,806	45,572
2	9	04002	0.7048			5	8,834	59,448
2	10	04003	0.9619	*		4	17,049	56,643
2	11	04004	1.0407	*		4	24,721	60,868
2	12	04101	0.5243			2	13,351	31,895
2	13	04102	0.5839	*		2	16,575	38,355
2	14	04103	-	*		-	-	-
2	15	04104	-	*		-	-	-
2	16	03601	1.6322			3	30,399	99,914
2	17	03602	0.7494			2	9,427	78,926
2	18	04201	1.0738			5	18,210	72,645
2	19	04202	0.5095			3	5,401	36,202
2	20	03901	1.6956			2	30,916	123,897
2	21	03903	1.1936			2	22,320	60,266
2	22	03902	1.6191			3	28,804	93,620
2	23	03904	1.0999			2	20,711	58,914
2	24	03905	0.5899			1	20,656	28,303
2	25	03906	0.6776	*		4	13,095	43,705
2	26	03801	0.9741	*		6	9,461	47,205
2	27	03802	0.5685			3	6,816	46,444
2	28	04301	-	*		-	-	-
2	29	04302	-	*		-	-	-
2	30	04401	0.6399			7	6,897	57,184
2	31	04402	0.3743			6	5,945	32,206
2	32	04501	0.7166			5	8,064	56,215
2	33	04502	0.5674			4	8,265	41,641
2	34	046	0.5838			5	2,716	51,119
2	35	047	0.3812			3	2,014	36,061
2	36	048	0.3313			3	3,484	26,441
3	1	04901	3.8868			10	24,226	329,213
3	2	04902	1.7773			4	30,332	117,154
3	3	06101	0.5531	*		2	20,634	47,320
3	4	06102	0.5307			2	10,106	36,274
3	5	062	0.5080			1	15,924	27,393

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
3	6	05301	0.9607			3	23,158	67,982
3	7	05302	0.9083			3	23,504	56,441
3	8	05401	1.8191	*		6	33,460	206,792
3	9	05402	0.9363			3	25,210	56,946
3	10	05701	0.9764			4	8,854	54,186
3	11	05702	0.5547			4	8,089	32,745
3	12	058	0.8225			2	20,921	40,265
3	13	052	1.2611			4	32,279	72,232
3	14	168	1.0058			4	14,336	79,330
3	15	169	0.8296			3	16,009	54,029
3	16	05601	1.0140	*		4	19,155	57,561
3	17	05602	0.7338			3	14,879	48,826
3	18	05001	1.1867			4	24,075	77,708
3	19	05002	1.0752			3	21,410	67,715
3	20	05101	1.0016	*		5	28,325	61,593
3	21	05102	0.7096			3	15,337	49,986
3	22	05501	3.6231	*		12	90,908	265,243
3	23	05502	3.1854	*		10	80,642	145,562
3	24	05503	0.8894			2	24,103	41,278
3	25	05504	0.8178			2	23,569	38,560
3	26	05505	0.7694			3	16,624	46,475
3	27	05506	0.6146			2	16,656	29,626
3	28	059	0.5910			3	19,753	28,123
3	29	060	0.6730			2	18,863	33,775
3	30	06301	1.9250			7	24,022	152,022
3	31	06302	1.1185			4	18,776	75,178
3	32	06401	-	*		-	-	-
3	33	06402	0.8300	*		3	16,981	47,903
3	34	065	0.4262			4	4,506	32,824
3	35	06601	0.6529			4	4,900	66,999
3	36	06602	0.3205			3	5,052	29,117
3	37	06701	0.6088			5	7,235	68,783
3	38	06702	0.3502			4	5,402	29,426
3	39	068	0.5357			5	5,617	47,819
3	40	069	0.2960			4	4,065	23,089
3	41	070	0.2921			3	6,290	20,352
3	42	071	0.3450			3	6,658	24,409
3	43	072	0.3935			3	2,981	26,721
3	44	07301	0.7236			6	4,955	67,139
3	45	07302	0.4796			4	6,035	34,863
3	46	07401	0.8385			4	6,613	136,036

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
3	47	07402	0.4252			3	5,515	35,028
3	48	18701	0.5535			5	9,466	45,537
3	49	18702	0.4826			4	9,271	36,979
3	50	18703	0.5549			2	12,073	38,813
3	51	185	0.4794			4	4,330	41,045
3	52	186	0.3353			4	6,067	23,996
4	1	07501	3.8751			14	68,051	285,608
4	2	07502	2.7385			9	49,009	192,676
4	3	07503	3.1052			9	40,563	238,420
4	4	07504	2.6008			6	59,087	170,341
4	5	07601	1.7204			8	21,686	187,128
4	6	07602	4.9858	*		11	179,736	377,638
4	7	07603	2.2084			12	21,710	211,817
4	8	07701	1.1120			4	15,297	98,320
4	9	07702	-	*		-	-	-
4	10	07703	0.9121			3	13,319	85,822
4	11	47501	2.9256			15	38,700	238,061
4	12	47502	2.1713			10	16,689	199,873
4	13	07801	1.3705			9	15,820	116,178
4	14	07802	1.0588			6	10,278	88,968
4	15	07901	1.5590			12	12,666	135,821
4	16	07902	1.1979			10	13,582	106,916
4	17	07903	1.3874			11	16,652	120,156
4	18	07904	1.3950			10	17,037	113,144
4	19	07905	2.3955	*		27	72,429	117,866
4	20	08001	1.2559			10	10,527	100,917
4	21	08002	0.8515			8	9,568	70,597
4	22	08003	0.9448			9	10,995	79,730
4	23	08004	0.7003	*		6	8,159	54,235
4	24	08005	0.4921	*		5	9,506	23,033
4	25	08101	2.4518	*		15	40,786	180,522
4	26	08102	1.1910			8	6,760	105,620
4	27	08103	1.4619			8	10,268	184,887
4	28	08104	0.7953			5	8,149	84,430
4	29	08105	0.8416			6	11,884	99,328
4	30	08106	0.4297			4	8,943	32,362
4	31	08107	-	*		-	-	-
4	32	08108	-	*		-	-	-
4	33	08109	-	*		-	-	-
4	34	082	0.5067			3	3,235	43,083
4	35	08301	0.8934			8	9,884	70,983

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
4	36	08302	0.5324			5	6,176	45,504
4	37	08303	-	*		-	-	-
4	38	08401	0.5481	*		7	7,405	36,448
4	39	08402	0.3277			4	4,372	25,383
4	40	08403	-	*		-	-	-
4	41	085	1.0001			8	9,262	87,261
4	42	086	0.7001			6	6,136	57,989
4	43	08701	1.5610			11	14,367	133,230
4	44	08702	0.7104			5	3,940	63,297
4	45	08703	0.8651			6	6,515	81,817
4	46	08704	0.5915			5	6,772	48,411
4	47	08801	0.8340			8	10,562	70,254
4	48	08802	0.5828			6	8,131	45,548
4	49	089	0.9618			8	11,133	87,011
4	50	090	0.5665			6	7,695	46,755
4	51	09101	0.4639			5	8,816	34,809
4	52	09102	0.3520			4	7,758	24,514
4	53	092	0.9205			7	4,060	88,020
4	54	093	0.6463			5	3,859	58,633
4	55	094	0.6664			6	6,620	58,365
4	56	095	0.3907			4	4,364	31,201
4	57	09601	0.6452			7	8,334	53,583
4	58	09602	0.4916			5	5,776	41,439
4	59	09701	0.4515			5	6,464	34,688
4	60	09702	0.3206			4	4,501	24,076
4	61	09801	0.3709			4	7,021	27,201
4	62	09802	0.3030			3	6,185	21,744
4	63	09803	0.5171			5	8,318	43,523
4	64	09804	0.3889			4	7,170	30,018
4	65	09901	0.5907			5	6,028	63,362
4	66	09902	0.5837			4	7,119	52,768
4	67	09903	0.6838			5	6,949	58,275
4	68	10001	0.3507			3	3,177	31,789
4	69	10002	0.4075			3	4,807	32,025
4	70	10003	0.4326			4	4,268	34,252
4	71	10101	0.6840			4	3,143	70,180
4	72	10102	0.7777			5	5,582	67,525
4	73	10103	0.4717			5	5,648	40,144
4	74	10104	-	*		-	-	-
4	75	10105	-	*		-	-	-
4	76	10106	0.8686			5	6,646	82,386

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
4	77	10201	0.3895			3	2,834	32,757
4	78	10202	0.5755			4	4,485	45,194
4	79	10203	0.3579			3	4,154	32,490
4	80	10204	0.7657	*		4	18,125	39,080
4	81	10205	-	*		-	-	-
4	82	10206	0.4906			3	6,096	40,078
5	1	10401	11.0661			17	307,971	592,574
5	2	10402	11.8078		●	17	416,104	618,763
5	3	10403	11.8078		●	17	339,021	638,786
5	4	10409	10.0998			17	334,425	530,162
5	5	10410	9.2587			15	274,578	509,752
5	6	10404	8.2178			15	201,522	417,462
5	7	10405	-	*		-	-	-
5	8	10406	-	*		-	-	-
5	9	10407	15.4171			9	436,891	739,740
5	10	10408	14.3521			7	403,677	688,146
5	11	10501	10.8848			15	282,783	579,046
5	12	10502	11.4745	*	●	16	403,347	611,149
5	13	10503	11.4745	*	●	16	399,082	637,292
5	14	10509	9.0279			15	308,893	450,593
5	15	10510	8.7732			13	279,069	493,760
5	16	10504	7.2699			13	179,915	371,391
5	17	10505	-	*		-	-	-
5	18	10506	-	*		-	-	-
5	19	10507	12.9810			5	404,357	623,129
5	20	10508	12.5854			5	352,764	633,175
5	21	10801	10.7371			11	157,629	706,468
5	22	10802	7.3492			4	119,916	367,043
5	23	10601	-	*		-	-	-
5	24	10602	-	*		-	-	-
5	25	10603	10.9208			16	323,147	529,134
5	26	10604	-	*		-	-	-
5	27	10701	10.0031			17	294,811	483,468
5	28	10901	9.4308			14	250,453	449,083
5	29	10702	8.6549			15	230,484	449,440
5	30	10902	8.0125			12	171,108	382,293
5	31	11001	11.2015			17	298,404	657,590
5	32	11005	7.0595			9	43,314	370,915
5	33	11002	3.7475		●	7	10,425	272,871
5	34	11006	2.4836	*		2	59,139	117,606
5	35	11003	4.5700		●	10	23,108	265,388

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	36	11004	5.8235	*		8	185,823	412,005
5	37	11101	9.0613			13	142,279	475,140
5	38	11105	5.1808			9	32,382	262,314
5	39	11102	3.7475		●	3	12,902	217,451
5	40	11106	2.4023			2	55,337	118,368
5	41	11103	4.5700		●	7	18,349	295,784
5	42	11104	3.8732	*		3	160,916	208,615
5	43	11301	1.9548			11	33,152	98,425
5	44	11302	1.9511			10	32,396	98,139
5	45	11501	7.3196			6	120,808	389,589
5	46	11502	7.1459			4	121,212	363,297
5	47	11601	2.6965			3	85,028	169,558
5	48	11602	3.6146			3	99,694	229,357
5	49	11603	3.6484			5	123,893	211,889
5	50	11604	2.9259			5	78,586	184,848
5	51	11605	6.4004			5	96,010	456,721
5	52	47801	4.3038			7	65,522	238,432
5	53	47802	1.6014			5	20,969	80,575
5	54	47803	2.0292			4	23,607	99,050
5	55	47804	3.9582			5	35,763	334,594
5	56	47901	3.4638			5	61,093	248,243
5	57	47902	1.4987			4	18,781	72,874
5	58	47903	1.9439			3	29,126	99,411
5	59	47904	2.9304			3	36,153	232,466
5	60	11201	3.4488			3	80,817	185,671
5	61	11202	3.0050			2	70,295	145,144
5	62	11203	3.2922			2	89,101	167,144
5	63	11204	2.0105			3	19,062	101,992
5	64	11401	1.1257			7	16,260	55,247
5	65	11402	0.7679			5	13,214	36,926
5	66	11801	2.9613			3	108,726	137,841
5	67	11802	2.7081			3	107,855	127,744
5	68	11803	2.1483			3	52,782	101,268
5	69	11804	1.9175			3	74,747	91,338
5	70	11701	1.5736			4	13,008	71,017
5	71	11702	1.4632	*		5	17,011	70,531
5	72	11901	0.8227			2	21,115	41,830
5	73	11902	0.6298			2	17,451	30,807
5	74	12001	1.4728			9	16,921	73,245
5	75	12002	1.1229			5	13,937	54,677
5	76	12101	1.6173			6	27,761	88,705

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	77	12102	1.5272			7	12,672	79,619
5	78	12201	1.1848			3	22,866	64,423
5	79	12202	1.7561			5	11,520	157,884
5	80	12301	-	*		-	-	-
5	81	12302	-	*		-	-	-
5	82	124	1.2032			3	21,142	61,015
5	83	125	0.8545			2	20,243	40,946
5	84	126	1.5260			16	13,931	141,400
5	85	12701	-	*		-	-	-
5	86	12702	0.7943			6	9,331	69,574
5	87	12801	1.0803			6	9,915	50,484
5	88	12802	0.8178			5	10,542	40,651
5	89	129	2.4136			8	17,684	114,623
5	90	13001	1.2279			6	7,719	72,352
5	91	13002	1.0441			5	7,566	57,473
5	92	13101	0.9175			5	8,418	55,739
5	93	13102	0.8655			4	4,718	46,195
5	94	132	0.5960			4	5,205	33,365
5	95	133	0.4123			3	3,584	24,570
5	96	13401	0.5682			5	6,291	33,068
5	97	13402	0.4185			3	4,184	24,986
5	98	135	0.7386			5	7,582	43,067
5	99	136	0.4612			3	3,728	25,667
5	100	13701	1.7016			3	4,783	108,770
5	101	13702	1.1496			3	5,344	70,163
5	102	13801	2.0115	*		6	26,427	102,215
5	103	13802	0.7360			4	6,573	43,002
5	104	13803	0.6512			4	7,435	38,442
5	105	13804	1.4711			6	26,928	138,564
5	106	13805	1.2797			7	21,519	71,847
5	107	13901	0.5693	*		3	12,118	40,906
5	108	13902	0.5843			3	4,347	32,769
5	109	13903	0.4285			3	5,046	25,562
5	110	13904	1.2643			5	11,156	63,337
5	111	13905	0.8846			4	20,629	58,389
5	112	14001	0.5976			4	7,471	34,035
5	113	14002	0.4319			3	4,807	25,438
5	114	141	0.6271			4	7,610	37,115
5	115	142	0.5025			3	5,303	29,300
5	116	143	0.4516			3	5,128	26,488
5	117	14401	0.8874			5	6,306	49,657

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	118	14402	0.8866			5	8,528	50,861
5	119	14403	0.6084			4	7,069	37,294
5	120	14501	0.7719			4	5,811	42,817
5	121	14502	0.6722			4	5,691	39,073
5	122	14503	0.4437			3	4,826	26,195
6	1	15401	8.5658	*		22	152,415	513,051
6	2	15402	3.7676			14	39,249	330,098
6	3	15403	3.0876			12	14,806	291,520
6	4	15404	2.7873			12	39,042	226,787
6	5	15501	6.9857	*		19	164,327	489,488
6	6	15502	1.5337			5	26,818	110,788
6	7	15503	1.9282			7	22,429	137,669
6	8	15504	2.1040			9	33,308	136,643
6	9	15601	-	*		-	-	-
6	10	15602	-	*		-	-	-
6	11	15603	5.0652	*		15	50,742	377,766
6	12	15604	3.1977	*		7	16,493	357,782
6	13	15605	7.1157	*		19	89,474	508,216
6	14	15606	5.0357	*		14	43,128	469,544
6	15	15607	2.2742			10	48,608	208,896
6	16	15608	1.5363			7	36,466	117,924
6	17	14801	3.4687			13	60,291	270,585
6	18	14802	3.4331			15	44,227	327,275
6	19	14803	-	*		-	-	-
6	20	14804	0.8858	*	●	5	19,817	135,760
6	21	14805	2.1481			11	33,121	202,145
6	22	14901	2.5785			10	57,012	157,784
6	23	14902	2.6353			11	42,348	210,422
6	24	14903	-	*		-	-	-
6	25	14904	0.8858		●	5	17,883	74,505
6	26	14905	1.7234			7	11,746	142,989
6	27	14601	2.7063			9	21,729	236,743
6	28	14602	2.8279			7	18,451	254,483
6	29	14701	1.1743			3	19,417	128,124
6	30	14702	1.3681			3	18,877	190,454
6	31	150	2.3946			10	49,657	195,738
6	32	151	1.7161			7	44,737	115,401
6	33	16401	1.5033			5	39,852	78,219
6	34	16501	1.1834			4	34,511	62,200
6	35	16402	1.5088			7	34,695	78,685
6	36	16502	1.0294			5	28,521	54,360

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
6	37	16601	1.2189			4	35,494	63,965
6	38	16701	1.0204			3	32,874	54,284
6	39	16602	1.1013			5	28,670	58,753
6	40	16702	0.8960			3	26,421	46,660
6	41	152	1.7128			7	11,854	134,525
6	42	153	1.3768			5	13,112	83,794
6	43	15701	0.7717			4	11,503	40,933
6	44	15702	0.6361			2	15,220	31,328
6	45	15801	0.5163			3	9,437	23,405
6	46	15802	0.5348			2	14,739	25,673
6	47	16101	1.1767			3	35,527	63,083
6	48	16201	0.9768			2	33,277	49,685
6	49	16102	0.8576			2	26,479	43,026
6	50	16202	0.7033			2	22,041	33,608
6	51	159	1.3502			4	33,884	67,459
6	52	160	0.9668			3	29,762	47,360
6	53	16301	7.9639	*	●	23	161,359	522,318
6	54	16302	7.9639	*	●	23	72,674	453,708
6	55	16303	3.7962			2	38,993	207,975
6	56	16304	2.6308			1	35,246	147,714
6	57	16305	2.5012			2	26,241	139,037
6	58	16306	1.3360			1	26,712	85,310
6	59	170	1.7154			7	17,545	155,652
6	60	171	0.9870			2	21,443	62,010
6	61	17201	0.9520	*		5	9,231	105,455
6	62	17202	0.6274			4	10,398	47,738
6	63	17203	0.7478			4	4,427	69,537
6	64	17301	0.7613			5	8,211	57,493
6	65	17302	0.4810			3	8,946	36,617
6	66	17303	0.4917			2	2,812	37,875
6	67	17401	1.1897			6	13,783	91,950
6	68	17402	-	*		-	-	-
6	69	17403	0.7744			6	7,973	71,279
6	70	17404	0.7442			5	8,852	67,319
6	71	17501	0.7969			4	10,267	57,093
6	72	17502	-	*		-	-	-
6	73	17503	0.4699			4	5,586	37,810
6	74	17504	0.4905			4	6,762	36,678
6	75	17601	1.2533			9	11,033	103,249
6	76	17602	0.7284			6	6,634	61,687
6	77	17603	0.7568			6	8,451	65,044

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
6	78	17604	0.4462			4	6,334	33,428
6	79	177	0.5927			5	7,438	49,361
6	80	178	0.4169			4	6,038	30,987
6	81	17901	0.6315			4	3,539	63,999
6	82	17902	0.8123			6	7,239	75,224
6	83	17903	0.5686			5	2,114	51,727
6	84	180	0.6235			6	6,773	54,422
6	85	181	0.4009			4	4,855	30,742
6	86	182	0.5437			5	5,611	46,324
6	87	183	0.3679			4	4,501	28,971
6	88	18401	0.3772			4	6,434	29,447
6	89	18402	0.2753			3	5,249	20,161
6	90	18801	1.5853			13	9,745	136,640
6	91	18802	0.6065			5	4,202	56,084
6	92	18803	1.7066	*		9	17,390	133,216
6	93	18804	0.8155			6	6,666	80,750
6	94	18805	0.7564			5	7,325	70,379
6	95	18901	0.9919	*		9	14,592	87,352
6	96	18902	0.3616			3	3,073	28,890
6	97	18903	0.4639	*		4	15,304	25,166
6	98	18904	0.6380			5	9,016	56,042
6	99	18905	0.5033			3	3,937	35,138
6	100	19001	-	*		-	-	-
6	101	19002	-	*		-	-	-
6	102	19003	0.5129			3	4,895	45,803
6	103	19004	0.4116			3	4,077	31,830
6	104	19005	-	*		-	-	-
6	105	19006	-	*		-	-	-
6	106	19007	1.1795	*	●	8	20,128	68,902
6	107	19008	1.1795	*	●	8	14,176	87,286
6	108	19009	0.6573			4	5,547	64,442
6	109	19010	0.4133			3	3,717	37,393
7	1	191	3.6422			13	41,602	241,023
7	2	192	3.0694			10	51,648	192,642
7	3	195	3.1318			13	76,720	212,744
7	4	196	2.5833			10	63,623	173,413
7	5	197	2.1222			10	41,610	163,891
7	6	198	1.5043			7	39,981	104,465
7	7	49301	2.6104			8	73,669	142,529
7	8	49401	2.3142			7	72,971	125,462
7	9	49302	1.6052			4	39,932	82,506

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
7	10	49402	1.3527			3	38,529	64,963
7	11	193	2.0456			9	18,563	155,199
7	12	194	1.8547			7	17,708	108,630
7	13	199	-	*		-	-	-
7	14	20001	2.1215			9	29,832	161,036
7	15	20002	1.1561			4	17,291	79,373
7	16	20101	2.3354			9	40,588	176,878
7	17	20102	1.4869			4	43,603	89,114
7	18	20201	0.8635			6	7,804	79,540
7	19	20202	0.4948			5	5,826	43,078
7	20	20301	1.6960	*		9	53,798	80,559
7	21	20302	0.9963	*		2	41,070	45,947
7	22	20401	0.6011			5	6,788	51,763
7	23	20402	2.2513	*		7	4,744	137,244
7	24	20403	1.1585	*		4	11,840	106,859
7	25	205	0.8535			7	7,631	83,425
7	26	206	0.5695			5	5,190	53,368
7	27	207	1.1591			6	10,552	91,304
7	28	208	0.7780			4	5,670	65,014
8	1	47101	4.1823			10	94,472	269,542
8	2	47102	3.9418			8	87,289	207,730
8	3	47103	4.9166			7	103,929	232,850
8	4	21701	2.1589			9	26,195	106,833
8	5	21702	1.4411			5	21,226	73,663
8	6	21703	2.2571			11	18,711	118,755
8	7	21704	1.5150			6	13,243	84,931
8	8	20901	3.5594			8	73,432	169,315
8	9	20907	4.7290			8	96,136	219,659
8	10	20902	3.0775			6	59,404	145,557
8	11	20908	4.3286			7	82,817	201,049
8	12	20903	2.7159			6	87,883	129,801
8	13	20904	2.0639			7	70,092	100,202
8	14	20905	2.8911			6	91,991	137,424
8	15	20906	1.0558			6	33,956	59,216
8	16	21601	1.1997			6	12,940	71,449
8	17	21602	0.7802			3	11,081	38,241
8	18	21001	2.8209			10	47,520	142,016
8	19	21101	2.1224			8	39,213	104,966
8	20	21002	1.9174			8	36,855	95,100
8	21	21102	1.5211			7	25,833	77,704
8	22	21003	1.7163			7	42,379	86,858

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	23	21103	1.4279			6	33,579	70,207
8	24	21201	2.0755			9	44,062	134,900
8	25	21202	1.7148	*		7	48,188	82,236
8	26	21203	1.6563			8	37,411	97,367
8	27	21204	1.2268			5	19,653	55,909
8	28	21205	1.6984			6	39,543	87,398
8	29	21206	1.3051			4	24,843	69,306
8	30	21301	1.0673	*		8	40,290	197,087
8	31	21302	-	*		-	-	-
8	32	21303	2.7654			13	32,081	135,208
8	33	21304	1.7671			10	21,584	89,915
8	34	21305	-	*		-	-	-
8	35	21306	-	*		-	-	-
8	36	49101	2.2778			6	42,621	111,974
8	37	49102	1.8609			5	35,892	92,243
8	38	49201	2.8432			6	38,571	132,851
8	39	49202	2.2576			5	37,400	107,595
8	40	496	4.1340			9	88,926	306,067
8	41	49701	3.7546			9	73,239	260,165
8	42	49702	3.0987			7	64,232	214,289
8	43	49801	3.3598			7	80,526	222,570
8	44	49802	2.8231			5	77,818	178,902
8	45	499	1.6603			6	30,988	124,697
8	46	500	1.2562			5	27,958	81,325
8	47	501	2.0801			15	36,048	101,177
8	48	502	1.5707			12	26,634	81,655
8	49	50301	1.2688			5	26,657	72,503
8	50	50302	1.1022			4	28,357	54,056
8	51	50303	0.8776			3	21,767	41,398
8	52	50304	0.6672			2	16,878	31,952
8	53	21801	1.8777			9	47,621	93,271
8	54	21802	1.7703			8	35,440	94,028
8	55	21901	1.7732			8	39,212	91,322
8	56	21902	1.3327			7	27,287	67,189
8	57	21803	1.4758			6	35,205	75,290
8	58	21804	1.2985			6	25,338	68,239
8	59	21903	1.2007			5	27,373	59,424
8	60	21904	0.9416			4	21,090	46,992
8	61	22001	-	*		-	-	-
8	62	22002	1.4712	*		8	43,624	73,101
8	63	22003	1.5812			9	32,878	151,260

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	64	22004	1.1851			6	27,436	62,205
8	65	22005	-	*		-	-	-
8	66	22006	0.9741			3	22,266	52,170
8	67	22007	1.2256			4	23,484	61,367
8	68	22008	0.7849			3	21,898	40,601
8	69	23101	1.4029			6	19,780	87,789
8	70	23102	0.7001			2	14,633	33,358
8	71	23103	0.5583			3	13,525	28,517
8	72	23104	0.4001			2	12,455	19,545
8	73	23001	0.9828	*		3	23,404	46,182
8	74	23002	0.7206			3	19,503	35,118
8	75	23003	0.5534			3	13,327	29,277
8	76	23004	0.4558			2	14,332	22,587
8	77	22601	1.2391			5	16,224	64,941
8	78	22602	1.0701			6	10,500	54,922
8	79	22701	0.6022			3	11,693	31,218
8	80	22702	0.7112			3	14,536	41,761
8	81	22501	1.0770			5	16,842	55,298
8	82	22502	0.7134			4	12,221	40,559
8	83	22503	0.9616			4	16,895	50,162
8	84	22504	0.7180			3	13,484	35,722
8	85	228	0.7451			3	15,396	39,630
8	86	22301	-	*		-	-	-
8	87	22302	0.8646			3	23,544	42,655
8	88	23201	0.7383			3	13,253	37,320
8	89	23202	0.5754			2	11,907	27,187
8	90	22401	1.1885			5	26,157	67,531
8	91	22402	0.9604			4	23,700	48,663
8	92	22403	0.8431			4	20,276	44,125
8	93	22404	0.6789			3	18,870	33,940
8	94	22901	0.5916			3	11,343	29,868
8	95	22902	0.5587			2	10,753	27,467
8	96	23301	2.2534			9	49,705	112,863
8	97	23302	1.6848			7	45,159	81,883
8	98	23401	1.0089			4	21,427	53,003
8	99	23402	0.7211			3	18,632	36,341
8	100	23501	0.6990			4	5,541	35,646
8	101	23502	0.5557			3	4,302	29,982
8	102	23503	0.9963	*		14	37,628	49,814
8	103	23504	-	*		-	-	-
8	104	23601	0.6156			5	5,248	35,924

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	105	23602	0.3485			3	4,187	20,016
8	106	23701	0.6248	*		3	6,086	36,984
8	107	23702	0.3736			2	5,680	19,363
8	108	23801	1.2863			11	11,456	66,534
8	109	23802	0.9919			10	7,224	62,022
8	110	23803	1.1739			10	11,177	62,235
8	111	23804	1.0280			9	6,267	59,367
8	112	23805	1.2159	*		10	10,822	84,614
8	113	23806	0.6894	*		7	15,328	32,254
8	114	23901	0.6622			4	4,656	36,912
8	115	23902	0.4315			3	3,644	23,132
8	116	24001	0.7211			3	3,692	40,455
8	117	24002	0.8146			3	3,549	46,674
8	118	24003	0.3698			2	2,098	18,641
8	119	24101	0.4162			2	2,938	23,707
8	120	24102	0.6566			3	3,549	37,047
8	121	24103	0.1869			1	1,923	9,476
8	122	24201	1.0666			9	9,427	57,363
8	123	24202	0.7748			8	9,218	48,178
8	124	24203	1.3476	*		11	21,188	120,113
8	125	24204	0.9514	*		11	3,602	63,347
8	126	24205	1.0246			8	11,607	60,704
8	127	24206	0.6784			7	7,778	44,125
8	128	24301	0.8499			5	3,537	44,018
8	129	24302	0.4141			3	2,180	22,892
8	130	244	0.4677			3	3,874	25,599
8	131	245	0.3073			2	2,432	17,220
8	132	24601	0.6559			5	6,203	37,758
8	133	24602	0.4156			4	4,194	23,655
8	134	24701	0.6104			4	5,788	34,851
8	135	24702	0.4253			3	4,291	24,310
8	136	24801	0.8250			6	6,408	47,629
8	137	24802	0.4023			2	3,216	22,368
8	138	24901	0.9385			8	6,535	50,434
8	139	24902	0.8234			9	5,705	49,042
8	140	24903	0.5400			4	3,639	27,152
8	141	24904	0.3910			2	2,773	20,264
8	142	250	0.4316			3	4,555	23,973
8	143	251	0.2956			2	3,328	16,538
8	144	252	0.3674			1	6,344	19,905
8	145	253	0.4370			3	4,604	25,459

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	146	254	0.2858			2	2,411	16,243
8	147	255	0.3602			2	3,643	20,989
8	148	25601	0.7934			7	7,912	45,495
8	149	25602	0.6363	*		4	9,599	31,963
8	150	25603	0.6438			4	3,920	41,974
8	151	25604	0.4478			2	3,005	27,388
9	1	263	1.5302			12	15,232	132,015
9	2	264	1.0031			8	11,773	82,441
9	3	265	1.1983			8	11,884	106,516
9	4	266	0.6964			3	10,629	52,099
9	5	26801	1.4134	*	●	5	16,322	56,241
9	6	26802	1.4134		●	5	18,717	117,426
9	7	26701	0.9908	*		6	10,556	45,916
9	8	26702	0.2907			2	7,493	17,231
9	9	25701	2.7236	*		4	67,199	126,301
9	10	25801	1.6919	*		5	37,210	111,033
9	11	25702	1.7930			4	42,614	99,042
9	12	25802	1.6166			4	40,621	92,554
9	13	259	0.9726		●	3	13,082	57,755
9	14	260	0.9726		●	2	21,946	52,481
9	15	261	0.6364			2	15,072	39,099
9	16	26201	0.5837	*		3	24,667	57,960
9	17	26202	0.5812			3	14,423	36,937
9	18	269	1.4544			7	14,023	133,151
9	19	270	0.7176			4	10,087	56,511
9	20	271	0.9059			9	7,694	80,548
9	21	27201	0.9256			9	8,149	88,989
9	22	27202	0.7030			6	9,596	58,596
9	23	27203	0.6153	*	●	7	7,727	67,799
9	24	27301	0.5099			5	1,923	51,249
9	25	27302	0.5265			5	6,754	41,111
9	26	27303	0.6153	*	●	7	4,315	47,453
9	27	274	0.5415	*		4	13,993	38,830
9	28	275	0.2461			1	1,864	30,528
9	29	27601	0.5818			5	6,093	54,065
9	30	27602	0.4066			3	2,750	32,893
9	31	277	0.6722			8	7,815	59,989
9	32	278	0.4261			6	6,269	33,883
9	33	27901	0.4661			5	7,591	36,494
9	34	27902	0.3516			4	6,918	26,794
9	35	280	0.4480			5	5,322	36,767

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
9	36	281	0.3173			3	3,909	24,055
9	37	282	0.3341			3	4,543	26,334
9	38	28301	0.4732			5	5,964	38,242
9	39	28302	0.5923			6	4,265	55,408
9	40	28401	0.3462			4	3,457	28,664
9	41	28402	0.3199			3	2,557	29,309
10	1	28601	2.3720			7	51,442	234,090
10	2	28602	1.8246			5	49,918	157,103
10	3	28801	2.8611			7	56,514	204,349
10	4	28802	1.9586			3	49,194	137,877
10	5	28501	1.8408			14	22,116	146,687
10	6	28502	-	*		-	-	-
10	7	28701	1.4440			11	16,523	118,100
10	8	28702	1.1193			8	12,855	91,804
10	9	28901	1.2158			4	31,689	87,955
10	10	28902	0.9716			3	30,670	63,652
10	11	290	0.9887			3	30,099	47,670
10	12	29101	-	*		-	-	-
10	13	29102	-	*		-	-	-
10	14	292	2.3159			14	23,204	186,281
10	15	293	1.3590			5	19,551	118,012
10	16	29401	0.7394			7	7,683	69,218
10	17	29402	0.4157			5	5,640	32,895
10	18	29501	0.7595			6	9,814	64,686
10	19	29502	0.5137			4	7,625	46,806
10	20	29601	0.6785			6	6,394	64,647
10	21	29602	0.6647			6	6,558	58,881
10	22	29701	0.3811			4	4,425	31,003
10	23	29702	0.4787			5	5,043	42,724
10	24	29801	0.5550			4	4,904	46,026
10	25	29802	0.3386			3	3,936	26,402
10	26	29803	0.3513			3	6,573	26,072
10	27	29804	0.2507			2	3,361	18,438
10	28	29901	1.7031			4	4,708	211,101
10	29	29902	0.6651			3	4,417	68,984
10	30	29903	0.5082			5	9,825	39,834
10	31	29904	0.4225	*		4	5,250	40,457
10	32	30001	0.6770			5	4,407	60,802
10	33	30002	0.6243			4	3,756	64,088
10	34	30101	0.5447			3	3,465	45,652
10	35	30102	0.2890			2	3,221	26,340

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
11	1	30201	10.6044		●	14	251,705	526,774
11	2	30202	10.6044		●	14	267,827	521,286
11	3	30301	1.7816		●	6	20,813	127,107
11	4	30302	1.7816		●	6	12,510	119,234
11	5	304	1.4623			6	17,555	106,974
11	6	305	1.0637			3	16,480	74,752
11	7	308	0.9472			5	10,844	87,934
11	8	309	0.6725			3	10,668	62,290
11	9	306	1.5624			6	29,909	92,102
11	10	307	1.2394			4	22,220	62,402
11	11	310	0.8161			3	21,236	60,335
11	12	311	0.6290			2	20,549	37,123
11	13	312	0.6950			4	13,822	59,720
11	14	313	0.5459			3	13,397	44,464
11	15	314	0.8319	*		3	17,748	73,645
11	16	31501	1.4862			8	16,724	124,496
11	17	31502	1.0787			4	15,916	86,752
11	18	31601	1.1675			8	9,177	112,218
11	19	31602	0.7832			6	5,206	63,884
11	20	31603	0.7104			6	6,834	66,883
11	21	31604	0.5073			4	4,912	44,119
11	22	317	0.3496	*		2	3,687	25,241
11	23	318	0.4921			3	4,152	41,535
11	24	319	0.3180			2	3,425	26,299
11	25	320	0.7694			7	9,570	66,983
11	26	321	0.4637			5	6,874	36,803
11	27	32201	0.5986			5	9,342	48,840
11	28	32202	0.4453			4	8,618	34,904
11	29	32301	0.8720			2	29,274	52,644
11	30	32302	0.4968			3	3,841	39,227
11	31	32401	0.7764			2	29,149	43,275
11	32	32402	0.3963			2	3,389	27,554
11	33	325	0.6359			4	5,622	57,202
11	34	326	0.4913			3	4,435	42,889
11	35	32701	0.7813	*		3	4,466	83,052
11	36	32702	0.3415			3	4,440	26,992
11	37	328	0.5139			3	5,405	38,782
11	38	329	0.4174			2	7,059	26,447
11	39	33001	-	*		-	-	-
11	40	33002	0.5002	*		4	13,718	41,449
11	41	331	0.8082			6	6,765	74,291

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
11	42	332	0.6625			4	5,413	57,689
11	43	33301	0.5416			3	4,210	54,088
11	44	33302	0.5404			3	4,103	53,681
12	1	334	2.3895	*		8	58,028	112,514
12	2	335	1.2802	*		4	35,052	85,433
12	3	34101	1.1443			4	12,030	63,565
12	4	34102	1.0614			2	10,672	57,583
12	5	34103	2.4118		●	4	17,549	135,346
12	6	34104	2.4118		●	2	30,653	121,824
12	7	338	-	*		-	-	-
12	8	33901	1.0051			4	16,317	50,565
12	9	33902	0.4923			2	15,319	24,019
12	10	34001	1.0559			2	21,348	58,889
12	11	34002	0.7871			2	17,428	42,274
12	12	34201	-	*		-	-	-
12	13	34202	0.3582	*		3	13,134	17,224
12	14	34301	-	*		-	-	-
12	15	34302	-	*		-	-	-
12	16	336	1.2732			5	30,284	67,094
12	17	337	1.1080			4	29,398	61,526
12	18	344	-	*		-	-	-
12	19	34501	1.0369			5	13,151	50,709
12	20	34502	0.6879			3	12,839	39,513
12	21	346	-	*		-	-	-
12	22	347	0.5122	*		1	14,445	30,905
12	23	348	0.4345			3	3,728	23,134
12	24	349	0.3476			2	3,636	17,549
12	25	35001	0.6963			5	7,878	38,549
12	26	35002	0.4800			4	6,208	27,693
12	27	35201	0.4468	*		2	10,446	23,816
12	28	35202	0.6883	*		4	10,317	38,978
12	29	35203	0.5619			2	3,500	28,938
12	30	35204	0.6827			4	3,970	48,605
12	31	35205	0.3644			2	3,340	19,184
13	1	35301	4.2075	*		14	116,255	216,990
13	2	35302	2.9175	*		10	82,073	147,179
13	3	35801	2.5378	*		5	91,320	135,581
13	4	35802	2.0926			4	67,072	97,775
13	5	35803	1.8396	*	●	5	56,760	99,733
13	6	35804	1.4485			5	43,460	68,087
13	7	35805	1.6393			3	45,266	82,598

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
13	8	35806	1.2120			4	30,409	60,709
13	9	35901	2.3426			4	80,375	111,887
13	10	35902	2.0230			4	64,859	95,071
13	11	35903	1.8396		●	5	55,058	87,608
13	12	35904	1.3504			5	40,681	64,314
13	13	35905	1.5281			3	37,877	72,950
13	14	35906	1.0989			3	24,049	53,804
13	15	36101	1.4212	*		3	43,210	125,917
13	16	36102	0.9201	*		3	36,944	52,918
13	17	36001	0.6513			2	7,766	36,619
13	18	36002	0.4933			2	10,453	26,438
13	19	35601	1.2495			3	26,163	58,560
13	20	35602	1.0865			3	22,332	51,208
13	21	363	-	*		-	-	-
13	22	364	0.5106			2	10,660	31,135
13	23	36501	1.7706			5	41,362	89,777
13	24	36502	0.9768			4	15,648	54,141
13	25	36604	0.2574	*	●	2	2,182	17,935
13	26	36704	0.2574	*	●	1	1,918	42,632
13	27	36801	0.6475			5	7,428	39,024
13	28	36802	0.4099			4	5,929	26,999
13	29	369	0.2994			2	2,462	17,403
14	1	469	0.3439	*		4	6,027	55,857
14	2	370	1.0312			5	34,799	52,306
14	3	371	0.8524			5	31,066	42,063
14	4	37401	0.7708	*		3	8,482	47,930
14	5	37402	0.4371			2	7,204	29,295
14	6	37501	1.8793	*		5	36,782	88,237
14	7	37502	0.8879			3	23,477	46,329
14	8	372	0.9400			3	22,243	47,878
14	9	37301	0.8746			3	21,989	43,652
14	10	37302	0.8123			3	21,196	38,951
14	11	37701	-	*		-	-	-
14	12	37702	4.5704	*		21	105,283	217,804
14	13	37703	2.0127	*		8	39,230	108,481
14	14	37704	2.1191			5	9,351	109,058
14	15	37705	0.8333			3	8,099	43,817
14	16	37601	2.7257	*		13	27,135	231,206
14	17	37602	-	*		-	-	-
14	18	37603	-	*		-	-	-
14	19	37604	0.5474			5	6,215	42,714

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
14	20	37605	0.3840			4	4,343	23,142
14	21	37801	1.3767			2	38,297	66,804
14	22	37802	1.0042			4	29,140	51,052
14	23	37803	0.4464			2	2,572	23,755
14	24	37901	0.3526			4	4,300	32,059
14	25	37902	0.5358			5	4,733	52,889
14	26	37903	0.4292			4	3,746	43,779
14	27	38101	0.7712			2	11,367	39,238
14	28	38102	0.5186			2	9,128	25,244
14	29	38001	0.4438			2	7,110	23,011
14	30	38002	0.3481			2	6,888	17,658
14	31	382	0.2501			1	2,185	12,384
14	32	38301	0.4103			4	4,608	36,483
14	33	38302	0.2816			3	3,483	24,288
14	34	384	0.4107			4	3,561	40,447
14	35	513	0.3658			5	-	-
15	1	N01	0.6887			4	8,916	61,602
15	2	N02	-	*		-	-	-
15	3	N03	-	*		-	-	-
15	4	N04	-	*		-	-	-
15	5	N05	4.3952			23	36,033	354,819
15	6	N06	3.2328	*		22	10,706	226,409
15	7	N07	3.8229			22	76,260	303,202
15	8	N08	2.3102			17	34,560	179,046
15	9	N09	1.9324			15	26,179	148,595
15	10	N10	1.5623			14	15,900	118,182
15	11	N11	2.4623			12	33,689	228,563
15	12	N12	1.3077			8	14,449	112,948
15	13	N13	0.7843			6	9,045	69,069
15	14	N14	7.7189			20	73,469	614,621
15	15	N15	3.3340			9	10,069	275,158
15	16	N16	1.6923			8	21,120	166,670
15	17	N17	0.7730			5	9,742	66,340
15	18	N18	0.4187		●	3	5,543	36,524
15	19	N19	0.4187		●	3	7,874	33,585
16	1	39201	3.2005			11	65,609	234,910
16	2	39202	2.0486			8	55,455	127,981
16	3	39301	2.6617	*		10	82,967	171,464
16	4	39302	1.7577	*		6	45,692	122,984
16	5	39401	1.5214			7	13,539	133,553
16	6	39402	0.9097			3	13,307	82,148

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
16	7	39501	1.0487			5	4,668	99,126
16	8	39502	0.6156			5	6,833	52,070
16	9	39503	0.4359			3	4,368	36,947
16	10	39601	0.9040			3	3,944	105,348
16	11	39602	0.5141			3	5,281	42,629
16	12	39603	0.3456			2	4,835	31,607
16	13	39701	-	*		-	-	-
16	14	39702	2.8956	*		5	10,472	342,264
16	15	39703	1.3057	*		9	17,390	199,922
16	16	39704	0.6261	*		3	4,835	32,131
16	17	39705	0.9455			5	4,817	103,830
16	18	39706	0.4474			3	3,392	40,108
16	19	39802	0.8646			5	5,539	83,578
16	20	39803	0.8508			5	4,075	83,928
16	21	39804	0.4459			4	4,112	40,943
16	22	39902	0.4920			3	4,174	43,889
16	23	39903	0.3952			2	2,805	44,941
16	24	39904	0.3567			3	3,400	33,546
17	1	40001	-	*		-	-	-
17	2	40002	-	*		-	-	-
17	3	401	6.9957	*		26	43,123	328,751
17	4	402	-	*		-	-	-
17	5	40301	0.9251	*		7	3,888	91,121
17	6	40401	0.2750	*		2	3,828	26,068
17	7	406	3.0698			9	11,296	287,051
17	8	407	1.7722			5	23,690	130,027
17	9	40801	1.1296			5	11,703	101,091
17	10	40802	0.6721			2	10,958	48,863
17	11	412	0.2931	*		2	5,189	17,274
17	12	41101	0.7637			4	7,547	69,379
17	13	41102	0.4553			2	2,022	35,604
17	14	413	0.7112			5	5,886	70,616
17	15	414	0.5242			3	3,245	42,612
18	1	41501	2.3068			13	24,919	213,068
18	2	41502	1.2072			8	14,016	106,881
18	3	41601	1.1283			9	11,107	109,427
18	4	41602	0.6496			6	7,288	55,781
18	5	41701	0.8303			6	4,341	77,572
18	6	41702	0.6333			5	5,890	58,677
18	7	41803	0.8172			8	6,674	77,426
18	8	41804	0.5937			7	6,120	50,998

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
18	9	419	0.7017			6	7,564	62,899
18	10	420	0.4828			4	5,070	39,639
18	11	42101	0.6482			6	6,561	65,465
18	12	42102	0.4001			4	4,202	35,128
18	13	42201	0.4587			4	7,483	37,591
18	14	42202	0.3128			3	6,317	23,225
18	15	42301	1.9586			13	8,561	179,396
18	16	42302	1.5546			10	17,375	115,036
18	17	42303	0.8267			7	8,318	92,350
18	18	42304	0.4430			4	6,989	36,484
21	1	44001	0.8403			6	8,154	77,203
21	2	44002	0.5963			4	6,560	58,061
21	3	43901	1.1217			8	17,131	91,279
21	4	43902	0.8780			7	15,289	67,398
21	5	44101	1.1808		●	5	11,892	118,141
21	6	44102	1.1808		●	4	12,632	121,449
21	7	442	1.6314			8	15,376	149,083
21	8	443	0.9501			4	11,890	81,948
21	9	444	0.5453			5	5,058	45,987
21	10	445	0.3312			3	3,819	25,164
21	11	44601	0.4793			4	3,407	34,638
21	12	44602	0.3157			3	3,756	24,513
21	13	44701	0.6065			4	5,920	55,544
21	14	44702	0.3148			3	3,170	27,043
21	15	44801	0.3471	*		3	4,192	29,193
21	16	44802	0.2365			2	3,556	16,939
21	17	44901	1.0159			6	6,483	112,796
21	18	44902	0.7862			5	6,006	78,735
21	19	45001	0.5167			3	4,751	47,633
21	20	45002	0.3637			3	3,253	30,288
21	21	45101	0.5240			4	6,807	58,412
21	22	45102	0.3589			2	4,944	31,021
21	23	45103	0.4697			3	6,591	39,618
21	24	45104	0.2919			2	4,496	26,205
21	25	452	0.6850			6	4,919	65,886
21	26	453	0.3570			3	3,365	32,273
21	27	454	0.7585			5	5,340	86,657
21	28	455	0.4403			3	4,580	47,323
21	29	41801	-	*		-	-	-
21	30	41802	0.3788			5	6,522	40,648
22	1	50401	12.0352	*		25	81,642	742,378

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
22	2	50402	-	*		-	-	-
22	3	50403	21.3840	*		29	393,594	985,622
22	4	50404	-	*		-	-	-
22	5	50405	-	*		-	-	-
22	6	50501	4.8951	*		11	13,935	370,418
22	7	50502	-	*		-	-	-
22	8	50503	-	*		-	-	-
22	9	50504	-	*		-	-	-
22	10	50505	-	*		-	-	-
22	11	50601	4.3357			15	29,604	597,677
22	12	50602	4.0969			14	17,785	509,882
22	13	50603	3.4201			14	26,414	303,967
22	14	50604	1.9874			11	20,738	169,731
22	15	50605	3.9713			16	48,875	413,040
22	16	50606	2.9167			14	26,722	235,498
22	17	50701	2.4610	*		9	19,162	199,006
22	18	50702	1.3651			10	24,309	108,108
22	19	50703	1.3667			9	22,538	115,682
22	20	50704	5.4567	*		13	33,431	463,540
22	21	50705	1.4175			9	20,897	131,831
22	22	50801	1.4216			8	13,086	115,494
22	23	50802	0.9094	*		6	10,656	86,089
22	24	50803	2.5876		●	9	8,517	243,798
22	25	50804	1.5722			8	8,289	142,676
22	26	50901	1.2140			8	10,799	136,041
22	27	50902	0.7831	*		6	4,106	67,722
22	28	50903	2.5876	*	●	9	5,293	301,472
22	29	50904	0.6570	*		5	3,028	67,274
22	30	510	1.5486			7	8,399	174,296
22	31	511	0.9556			6	6,788	87,875
23	1	46101	0.9328			4	10,123	112,916
23	2	46102	1.2899	*		5	12,223	92,133
23	3	46103	0.7571			3	11,999	64,860
23	4	46201	1.5092			21	16,194	104,440
23	5	46202	1.3499			20	12,327	90,953
23	6	46203	1.3458			20	15,042	104,411
23	7	46204	1.2021			17	5,082	82,187
23	8	463	0.7456			6	5,945	68,682
23	9	464	0.4916			3	5,011	38,095
23	10	465	0.4058			2	2,852	27,973
23	11	466	0.5047			3	2,358	46,189

MDC	流水號	DRG	RW	個案數 <20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
23	12	467	0.8798			2	1,918	79,490
24	1	48401	6.3475			19	92,846	416,934
24	2	48402	-	*		-	-	-
24	3	48501	2.2177			10	47,016	161,888
24	4	48502	-	*		-	-	-
24	5	48601	3.2151			13	41,627	277,386
24	6	48602	1.8129			7	11,144	165,269
24	7	48701	1.1367			8	9,012	113,993
24	8	48702	0.6161			5	5,230	47,621
UN	1	46801	2.1797			9	20,473	211,440
UN	2	46802	1.2981			4	14,110	109,893
UN	3	46803	2.2748			7	17,333	270,736
UN	4	46804	0.8557			3	15,665	57,767
UN	5	47601	1.6794			9	19,647	149,903
UN	6	47602	0.7471			3	20,437	43,536
UN	7	47701	1.5534			9	16,459	142,837
UN	8	47702	0.8302			3	12,069	63,744
UN	9	47703	1.7258			6	11,799	113,144
UN	10	47704	0.8792			3	14,483	66,008
全國平均點數		45,917						

報告事項

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：增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 16 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、修訂中醫支付標準事宜，重點摘要如下，修訂支付標準如附件 2-1 (P39~P47)：
 - (一)調升每日藥費支付點數：由 31 點提升至 33 點，推估一年約增加 522.6 百萬點。
 - (二)調升針傷科治療處置費支付點數：各項調升 5 點，推估一年約增加 107.4 百萬點。
 - (三)增列複雜性傷科 ICD-10-CM 適應症範圍：
 1. 原尾碼為 A 之 ICD-10-CM 代碼，擴大納入其他尾碼(S、D、G、K 等)，計 3,990 項。
 2. 增列原複雜性傷科遺漏之 ICD-10-CM 碼(如骨折、脫臼等)，計 1,313 項。
 3. 財務影響：推估一年約增加 3.8 百萬點。
 - (四)修訂第九章「特殊疾病照護處置費-腦血管及顱腦損傷」申報方式及擴大適應症：
 1. 由每二週改為每月申報一次，並配合新增 C07 及 C08 兩項醫令代碼。
 2. 增加「脊髓損傷」乙項適應症。
 3. 財務影響：推估一年約增加 2.4 百萬點。

(五) 上述各項支付標準修訂，一年共增加 636.2 百萬點，由 107 年中醫總額預算「其他醫療服務利用及密集度之改變」(167 百萬點)、「鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康」(150 百萬點)及「醫療服務成本指數改變率」(266.4 百萬)支應。

三、增修訂中醫試辦計畫事宜，重點摘要如下：

(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：

(修訂後條文如附件 2-2，P48~P53)

1. 原計畫項下「腫瘤患者手術、化療、放射線療法」整併至 107 年新增之「中醫癌症患者加強照護整合方案」持續辦理，並刪除相關文字。
2. 修訂退場機制，訂定前測及後測量表完成率閾值。
3. 由 107 年度編列預算 130 百萬支應。

(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：
(修訂後條文如附件 2-3，P54~P61)

1. 新增退場機制，訂定前測及後測量表完成率閾值。
2. 結案條件第一點「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」，調整為「未連續照護【「後次就醫給藥首日」減「前次就醫給藥末日」大於 21(不含)天】者，視為中斷照護」。
3. 取消包裹支付，回歸支付標準核實申報，並於支付通則增列針灸與傷科處置費得同時申報之文字說明。
4. 「管理照護費」納入原包裹支付中之「經穴按摩指導費」，調高點數為 200 點。另考量管理照護費已提供照護誘因，評估量表不另行計費，且評估量表之執行規範於計畫條文「九、執行方式」已有規範，故刪除評估量表相關文字。
5. 由 107 年度編列預算 20 百萬支應。

(三)全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫(修訂後條文如附件 2-4, P62~P66):

1. 新增退場機制,訂定量表未符合規定之後續處理程序。
2. 由 107 年度編列預算 60 百萬支應。

(四)全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案(修訂後條文如附件 2-5, P67~P80):

1. 本計畫係整併原「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」項下「腫瘤患者手術、化療、放射線療法」、「癌症患者中醫門診延長照護計畫」及「乳肝癌患者中醫門診加強照護計畫」,其中「乳肝癌患者中醫門診加強照護計畫」因新增肺癌及大腸癌兩項適應症,更名為「特定癌症患者中醫門診加強照護計畫」。
2. 修訂退場機制,訂定前測及後測量表完成率閾值。
3. 結案條件第二點患者中斷治療超過 3 天者,由「以同次收案期間內申報『門診延長照護費』案件之就醫日期相減,大於等於 4 天為結案)」,調整為「以同次收案期間內申報『門診延長照護費』案件之『後次就醫給藥首日』減『前次就醫給藥末日』,大於等於 4 天為結案」。
4. 由 107 年度編列預算 103 百萬支應。

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

第二章 藥費

編號	診療項目	支付點數
A21	每日藥費 註：1.同一疾病或症狀之診治需連續門診者，不得每次只給一日份用藥否則將累計其給藥日數，僅支付第一次就醫之診察費。 2.除指定之慢性病得最高給予三十日內之用藥量外，一般案件給藥天數不得超過七日。	<u>3334</u>

第四章 針灸治療

編號	診療項目	支付點數
B41	針灸治療處置費(含材料費) —另開內服藥	<u>215210</u>
B42	—未開內服藥	<u>215210</u>
B43	電針治療 —另開內服藥	<u>215210</u>
B44	—未開內服藥	<u>215210</u>
B45	複雜性針灸治療 --另開內服藥	<u>295290</u>
B46	--未開內服藥	<u>295290</u>
	註 1：申報與審查方式依附表 4.4.1 規定辦理。 註 2：本項申報適應症請詳附表 4.4.2。	

第五章 傷科治療

通則：限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。

編號	診療項目	支付點數
B53	傷科治療處置費(含材料費) —另開內服藥	<u>215210</u>
B54	—未開內服藥	<u>215210</u>
	註： 1.標準作業程序 (1) 四診八綱辨證。 (2) 診斷。 (3) 理筋手法。 2.適應症 (1) 急慢性扭、挫、瘀傷：踝扭傷、腰扭傷、頸部扭傷等。 (2) 肌腱炎：網球肘、棒球肩、腕部橈側腱鞘炎等。 (3) 關節病變：類風濕性關節炎、退化性關節炎、僵直性關節炎、痛風、冰凍肩（凝肩）等。	
B55	複雜性傷科治療 —另開內服藥	<u>295290</u>
B56	—未開內服藥	<u>295290</u>
B57	—骨折、脫臼整復第一線復位處置治療	<u>465460</u>
	註： 1、申報與審查方式依附表4.5.1規定辦理。 2、本項申報適應症請詳附表4.5.2。 3、B57「骨折、脫臼整復第一線復位處置治療」係指該患者受傷部位初次到醫療院所做接骨、復位之處理治療，且不得與B61併同申報。	

第六章 脫臼整復費治療處置

通則：限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。

編號	診療項目	支付點數
B61	脫臼整復費(含材料費) —同療程第一次就醫	<u>315310</u>
B62	—同療程複診，另開內服藥	<u>215210</u>
B63	—同療程複診，未開內服藥	<u>215210</u>

第八章 針灸(合併傷科)治療

通則：1.限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。

2.以下各診療項目適用其內含單項診療項目之各項規範

編號	診療項目	支付點數
	針灸(合併傷科)治療(含材料費)	
B80	--另開內服藥	<u>215210</u>
B81	--未開內服藥	<u>215210</u>
	針灸(合併複雜性傷科)治療(含材料費)	
B82	--另開內服藥	<u>295290</u>
B83	--未開內服藥	<u>295290</u>
B84	--骨折、脫臼整復第一線復位處置治療	<u>465460</u>
	電針(合併傷科)治療(含材料費)	
B85	--另開內服藥	<u>215210</u>
B86	--未開內服藥	<u>215210</u>
	電針(合併複雜性傷科)治療(含材料費)	
B87	--另開內服藥	<u>295290</u>
B88	--未開內服藥	<u>295290</u>
B89	--骨折、脫臼整復第一線復位處置治療	<u>465460</u>
	複雜性針灸(合併傷科)治療(含材料費)	
B90	--另開內服藥	<u>295290</u>
B91	--未開內服藥	<u>295290</u>
	複雜性針灸(合併複雜性傷科)治療(含材料費)	
B92	--另開內服藥	<u>295290</u>
B93	--未開內服藥	<u>295290</u>
B94	--骨折、脫臼整復第一線復位處置治療	<u>465460</u>
	註：B84、B89、B94 係指該患者受傷部位初次到醫療院所做針灸合併接骨、復位之處理治療，且不得與 B57、B61 併同申報。	

第九章 特定疾病門診加強照護

通則：

一、個案適用範圍：

(一)小兒氣喘疾病門診加強照護：年齡未滿十三歲之氣喘疾病(ICD-10：J45)患者，並於病歷中檢附西醫診斷證明或肺功能檢查報告。

(二)小兒腦性麻痺疾病門診加強照護：年齡未滿十三歲之腦性麻痺疾病(ICD-10-CM：G80)患者。

(三)腦血管疾病(ICD-10-CM：G45.0-G46.8 及 I60-I68)及、顱腦損傷(ICD-10-CM：S02.1-S02.4、S02.6-S02.9、S06.0-S06.9)及脊髓損傷(ICD-10-CM：S14.0-S14.1、S24.0-S24.1、S34.0-S34.1)疾病門診加強照護：自診斷日起二年內之患者。

二、醫事服務機構及醫事人員均須符合下列條件始得申報本章費用：

(一)中醫師需接受中醫全聯會辦理之「小兒氣喘疾病門診加強照護」、「小兒腦性麻痺疾病門診加強照護」及「腦血管疾病及、顱腦損傷及脊髓損傷門診加強照護」課程各八小時，並由中醫全聯會於每季季底函送符合教育時數之中醫師新增名單給保險人登錄備查。

(二)申報本章之中醫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，自保險人第一次發函處分停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

三、每位醫師每月本章節各項疾病照護申報上限為三百人次(合計上限為 650 人次)，超出上限者費用點數支付為零，另小兒氣喘疾病及小兒腦性麻痺疾病每位患者每週限申報一次、腦血管疾病及、顱腦損傷及脊髓損傷門診加強照護每位患者每二週月限申報一次。

四、看診醫師應對當次看診患者提供完整的診療，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。(詳附表 4.9.1)

五、特定疾病門診加強照護不列入診察費及處置費合理量計算。

六、為避免病患重複收案，醫事人員收治病後應於保險人健保資訊網服務系統(VPN)登錄個案之基本資料，已被其他院所收案照護、不符適應症或已達結案條件者，不得收案。另腦血管疾病及、顱腦損傷及脊髓損傷每季至少需於 VPN 填報巴氏量表分數乙次。

七、病患經加強照護病程穩定後，應教育病患自我照護，改按一般服務提供醫療照護；(1)小兒氣喘疾病門診加強照護穩定之指標詳附表 4.9.2 說明。(2) 腦血管疾病及、顱腦損傷及脊髓損傷門診以巴氏量表測量連續二季未改善之患者應改按一般服務提供服務。

八、申報本章節之案件，當次不得同時另行申報本標準第四部中醫其他章節之診療項目。(B71 脈診儀檢查費及 B72 舌診費儀檢查費及 C05、C06、C07、C08、C09 之藥費及藥品調劑費除外)

編號	診療項目	支付點數
C05	<p>特定疾病門診加強照護處置費--<u>腦血管疾病及、顱腦損傷及脊髓損傷</u> (治療處置一至三次)</p> <p>註1：<u>每二週月限申報一次</u>，照護處置費包括中醫醫療診察費、同時執行針灸治療及傷科治療。首次收案即需進行衛教及巴氏量表，之後每三個月至少施行衛教及評估巴氏量表一次。</p> <p>註2：<u>藥費及藥品調劑費依本部第二、三章規定辦理。</u></p>	2000
C06	<p>特定疾病門診加強照護處置費--<u>腦血管疾病及、顱腦損傷及脊髓損傷</u> (治療處置四至六次)</p> <p>註1：<u>每二週月限申報一次</u>，照護處置費包括中醫醫療診察費、同時執行針灸治療及傷科治療。首次收案即需進行衛教及巴氏量表，之後每三個月至少施行衛教及評估巴氏量表一次。</p> <p>註2：<u>藥費及藥品調劑費依本部第二、三章規定辦理。</u></p>	3500 3000
C07	<p>特定疾病門診加強照護處置費--<u>腦血管疾病及、顱腦損傷及脊髓損傷</u> (治療處置七次以上至九次)</p> <p>註1：<u>每二週月限申報一次</u>，照護處置費包括中醫醫療診察費、同時執行針灸治療及傷科治療。首次收案即需進行衛教及巴氏量表，之後每三個月至少施行衛教及評估巴氏量表一次。</p> <p>註2：<u>藥費及藥品調劑費依本部第二、三章規定辦理。</u></p>	5500 4000
C08	<p>特定疾病門診加強照護處置費--<u>腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷</u>(治療處置十至十二次)</p> <p>註1：<u>每月限申報一次</u>，照護處置費包括中醫醫療診察費、同時執行針灸治療及傷科治療。首次收案即需進行衛教及巴氏量表，之後每三個月至少施行衛教及評估巴氏量表一次。</p> <p>註2：<u>藥費及藥品調劑費依本部第二、三章規定辦理。</u></p>	7500
C09	<p>特定疾病門診加強照護處置費--<u>腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷</u>(治療處置十三次以上)</p> <p>註1：<u>每月限申報一次</u>，照護處置費包括中醫醫療診察費、同時執行針灸治療及傷科治療。首次收案即需進行衛教及巴氏量表，之後每三個月至少施行衛教及評估巴氏量表一次。</p> <p>註2：<u>藥費及藥品調劑費依本部第二、三章規定辦理。</u></p>	9500

附表 4.5.2 複雜性傷科適應症

ICD-9-CM	ICD-10-CM	中文病名
71119	M02.39	雷特病之關節病變及有關病態，多處部位
71129	M35.2	畢賽徵候群之關節病變，多處部位
71639	M13.89	更年期關節炎，多處部位
71659	M13.0	未明示之多發性關節病變或多發性關節炎，多處部位
71689	M12.89	其他明示之關節病變，多處部位
71699	M12.9	未明示之關節病變，多處部位
71809	M24.10	關節軟骨疾患，多處部位
71849	M24.50	關節緊縮，多處部位
71859	M24.60	關節粘連，多處部位
71889	M24.80	其他關節障礙，他處未歸類，多處部位
71899	M24.9	未明示之關節障礙，多處部位
71939	M12.39	復發性風濕，多處部位
71949	M25.50	關節痛，多處部位
71959	M25.60	關節僵直，他處未歸類者，多處部位
71979	R26.2	行走障礙，多處部位
71999	M25.9	未明示之關節疾患，多處部位
7338	(S42、 S49 、S52、 S59 、S62、S72、S82、S92)+ 第7位碼P、Q、R	癒合不良及不癒合之骨折
73381	(S42、 S49 、S52、 S59 、S62、S72、S82、S92)+ 第7位碼P、Q、R	癒合不良之骨折
73382	(S42、 S49 、S52、 S59 、S62、S72、S82、S92)+ 第7位碼P、Q、R	不癒合之骨折
8000-8004	S02.0+ S06	顱骨穹窿骨折
80100-80149	S02.1+ S06	顱骨底部骨折
802.0 及 802.2	S02.2、S02.6	臉骨骨折
8024	S02.4	顴骨及上頷骨骨折，閉鎖性
8026	S02.3	眶底閉鎖性骨折
8028	S02.8-S02.9	其他顏面骨閉鎖性骨折
8030-8034	S02.8-S02.9+ S06	其他及性質不明之顱骨骨折
8040-8044	S02.9+ S06	多處骨折，侵及顱骨或顏面骨者
80500-80508	S12.0-S12.9	脊柱骨折，閉鎖性
8060 及 8062	S14.1 +S12.0-S12.6、 S24.1 +S22.0	頸椎骨折，閉鎖性，
8064	S34.1 +S32.0	腰椎骨折，閉鎖性
8066	S34.1 +S32.1-S32.2、 S34.3 +S32.1-S32.2	骶骨及尾骨骨折，閉鎖性

ICD-9-CM	ICD-10-CM	中文病名
8068	S14.1 +S12.9、 S24.1 +S22.0、 S34.1 +S32.0-S32.1	未明示之脊柱骨折，閉鎖性
8070	S22.3-S22.4	肋骨閉鎖性骨折
8072	S22.2	胸骨閉鎖性骨折
8074	S22.5	連枷胸（多條肋骨塌陷性骨折）
8075	S12.9	喉部及氣管閉鎖性骨折
808.0	S32.3-S32.9	骨盆骨折
8080	S32.4	髌白閉鎖性骨折
8082	S32.5	恥骨閉鎖性骨折
8084-80843	S32.3、S32.6、 S32.810 A -S32.811 A	骨盆其他明示部位之閉鎖性骨折
80849	S32.89 XA	骨盆之其他骨折，閉鎖性
809.0	S22.9	診斷欠明之軀幹骨骨折
8090	S22.9 XXA	軀幹骨骨折，閉鎖性
81000-81003	S42.001 A -S42.036 A	鎖骨閉鎖性骨折
81100-81103	S42.101 A -S42.199 A	肩胛骨骨折
81109	S42.113 A 、S42.116 A	其他之肩胛骨骨折，閉鎖性
81200-81209	S42.201 A -S42.296 A	肱骨上端閉鎖性骨折
8122	S42.301 A -S42.399 A	肱骨骨幹或未明示部位之閉鎖性骨折
8124	S42.1-S42.4	肱骨下端骨折，閉鎖性
81241-81249	S42.101 A -S42.496 A	肱骨踝上骨折，閉鎖性
81300-81308	S52.101 A -S52.189 A	橈骨及尺骨上端閉鎖性骨折
8132-81323	S52.201 A -S52.399 A	橈骨及尺骨骨幹閉鎖性骨折
8134-81344	S52.501 A -S52.699 A	橈骨及尺骨下端閉鎖性骨折
8138-81383	S52.90 XA -S52.92 XA	橈骨及尺骨之閉鎖性骨折
81400-81409	S62.001 A -S62.186 A	腕骨骨折
81500-81509	S62.201 A -S62.399 A	掌骨骨折
81600-81603	S62.501 A -S62.669 A	一個或多個手指骨骨折
8170	S62.90 XA -S62.92 XA	手骨之多處閉鎖性骨折
8190	S42.90 XA -S42.92 XA 、 S52.90 XA -S52.92 XA 、 S22.20 XA 、S22.39 XA 、 S22.49 XA	多發性骨折，侵及兩側上肢及上肢與肋骨和胸骨者，閉鎖性
82000-82009	S72.001 A -S72.099 A	股骨頸骨折
8202-82022	S72.101 A -S72.26 XA	經由粗隆之骨折，閉鎖性
8208	S72.001 A -S72.009 A	未明示部位之股骨頸骨折，閉鎖性
8210-82129	S72.301 A -S72.499 A	股骨骨折，閉鎖性
8220	S82.001 A -S82.099 A	閉鎖性髌骨之骨折
8230-82302	S82.101 A -S82.199 A	脛骨與腓骨之上端閉鎖性骨折

ICD-9-CM	ICD-10-CM	中文病名
8232	S82.201 A -S82.299 A 、 S82.401 A -S82.499 A	脛骨與腓骨幹之閉鎖性骨折
82320	S82.201 A -S82.299 A	僅脛骨幹閉鎖性骨折
82321	S82.401 A -S82.499 A	僅腓骨幹閉鎖性骨折
82322	S82.201 A -S82.299 A 、 +S82.401 A -S82.499 A	脛骨與腓骨幹之閉鎖性骨折
8238	S82.201 A -S82.209 A 、 S82.401 A -S82.409 A	脛骨與腓骨未明示部位之閉鎖性骨折
82380	S82.201 A -S82.209 A	僅脛骨未明示部位之閉鎖性骨折
82381	S82.401 A -S82.409 A	僅腓骨未明示部位之閉鎖性骨折
82382	S82.201 A -S82.209 A +S82.401 A -S82.409 A	脛骨與腓骨未明示部位之閉鎖性骨折
8240-8248	S82.51 XA -S82.66 XA	閉鎖性踝骨折
8250	S92.001 A S92.066 A	閉鎖性跟骨骨折
8252-82529	S92.101 A -S92.56 XA	其他跗骨及蹠骨之骨折，閉鎖性
8260	S92.401 A -S92.919 A	閉鎖性一個或多個腳趾骨骨折
8270	S82.90 XA -S82.92 XA	閉鎖性下肢之其他多處及診斷欠明之骨折
8280	T07	閉鎖性多處骨折，侵及兩側下肢，下與上肢及 下肢與肋骨和胸骨者
8290	T14.8	閉鎖性未明示部位之骨折
8310、8320、 8330、8340、 8350、8360、 8363、8365、 8370、8380、 8390、8392、 8394、8396	S43.0-S43.3、 S53.0-S53.1、S63.0、 S63.1-S63.2、S73.0、 S83.21-S83.24、 S83.001 A -S83.096 A 、 S83.101 A -S83.196 A 、 S93.0、S93.3、 S13.1-S13.2、 S33.1-S33.3、 S23.1-S23.2、S43.2、 S33.30 XA -S33.39 XA	脫臼
9228	T14.8	軀幹多處挫傷
9238	S40.019 A	上肢多處挫傷
9244	S70.10 XA S70.12 XA 、 S80.10 XA S80.12 XA	下肢多處挫傷
9248	T14.8	下肢挫傷及其他與未明示位置之挫傷，多處位 置挫傷，他處未歸類者
92709	S47	肩及上臂多處位置壓砸傷
9278	S47	上肢多處位置壓砸傷
9288	S77.0、S77.1、S87.0、 S87.8、S97.0、S97.1、 S97.8	下肢多處壓砸傷

ICD-9-CM	ICD-10-CM	中文病名
929.0	S77.2	多處及未明示位置之壓砸傷
9290	S77.20 XA	多處位置壓砸傷，他處未歸類者
9050	S02 +第7位碼S	顱骨及面骨骨折之後期影響
9051	(S12.9、S22.0、S22.9、S32.9) +第7位碼S	脊柱及軀幹骨折之後期影響，未提及脊髓病灶者
9052	S42.2-S42.9、S52.9、S62.9	上肢骨折後期影響
9053	S72.0-S72.2 +第7位碼S 、 <u>S72.8-S72.9</u> 、 <u>S79.0-S79.1</u>	股骨頸骨折後期影響
9054	(S72.3-S72.4、S82.0-S82.6、 <u>S82.8-S82.9</u> 、 <u>S89.0-S89.3</u> 、S92.0-S92.9) +第7位碼S	下肢骨折後期影響
9055	T07	多處及未明示骨折之後期影響
9056	S03.0-S03.1、S13.0-S13.2、S23.0-S23.2、S33.0-S33.3、S43.0-S43.3、S53.0-S53.1、S63.0-S63.2、S73.0、S83.0、S83.1、S93.0、S93.1、S93.3	脫臼之後期影響
9598	T07	其他明示位置之損傷，包括多處

全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫(草案)

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。

三、施行期間：自公告日起至107年12月31日止。

四、適用範圍：

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。

五、預算來源：107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計畫」專款項目下支應，全年經費130百萬元依當年度健保會協定結果辦理。

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：當前一年度收案且結案患者前測量表完成率低於 90%且後測量表完成率低於 50%者，於保險人通知函到達日之次月一日起，12個月內當年度不得承作本計畫。

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)及其他檢附資料，以掛號郵寄、傳真、E-MAIL等方式向中醫全聯會提出申請，並經向中醫全聯會確認後，方完成申請流程。

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。

九七、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。

九八、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於當月費用申報前，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。

九九、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。

十三一、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。

十四二、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。

十五三、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。

十六四、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)。

十七五、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

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"/> 未違反 <input type="checkbox"/> 違反			
	醫師是否二年內未違反健保相關法規			<input type="checkbox"/> 未違反 <input type="checkbox"/> 違反			
	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)每二週不得申報超過七次(加護病房患者除外)。

支付標準表
-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。

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。

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(草案)

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：自公告日起至106年12月31日止。~~

~~四~~三、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「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」專款項目下支應，全年經費依當年度健保會協商結果辦理。
- (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~~四、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~~五、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~~105日)。
- (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「後次就醫給藥首日」減「前次就醫給藥末日」大於~~142~~21(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~~35日內未完成後測並登錄VPN者。

七六、申請資格及退場機制

- (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）。
- (三)退場機制：前一年度結案患者前測量表完成率低於 90%且後測量表完成率低於 50%者，於保險人通知函到達日之次月一日起，當年度不得承作本計畫。

六七、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。

七八、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，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)個案收案並進行第一次 RCAT 評估量表（前測）後，後續每四週 28 天應執行一次 RCAT 評估量表，每次評估應間隔四週 28 天（必要時可延後一週 7 天，即「前次後測日+28 天」至「前次後測日+35 天」內）。
- (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。

十三二、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。

十四三、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。

十五四、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。

十六五、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)。

十七六、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。

十六七、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

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
□5	□4	□3	□2	□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
□5	□4	□3	□2	□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
□5	□4	□3	□2	□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		
本	E-mail :					
	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"/> 未違反 <input type="checkbox"/> 違反			
	醫師是否二年內未違反健保相關法規		<input type="checkbox"/> 未違反 <input type="checkbox"/> 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)。診察費、處置費、藥費及藥品調劑費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規定辦理(以 A01、A02、A82、A84、B41、B42、B53、B54 為申報代碼)。
- 二、本計畫申報時不併入該院所原門診合理量計算。
- 三、針灸及傷科診療項目得同時申報。
- 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、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
<p>P58001</p> <p>P58002</p> <p>P58003</p> <p>P58004</p>	<p>治療費</p> <p>—照護滿四週</p> <p>—照護滿三週</p> <p>—照護滿二週</p> <p>—照護滿一週</p> <p>註：</p> <p>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)</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>2,318</p> <p>1,791</p> <p>1,264</p> <p>—737</p>
<p>P58005</p>	<p>管理照護費</p> <p>註：</p> <p>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、營養飲食指導及經穴按摩指導費，各項目皆須執行並於病歷詳細記載，方可申報費用。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>150200</p>

全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫(草案)

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107年12月31日止。~~

四三、適用範圍：

(一)助孕：已婚超過一年有正常性生活而無法受孕男性及女性患者，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)。

六四、預算來源：107年全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「中醫提升孕產照護品質計畫」專款項目下支應，全年經費60.0百萬元依當年度健保會協商結果辦理。

五五、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。

七六、申請資格：

(一)申請參與本計畫之醫師須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)。

六七、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)，向中醫全聯會提出申請。

九八、申請資格審查：

中醫全聯會於每年3月、6月、9月中旬(以郵戳為憑)收齊申請案件後，5個工作日內將審查完成結果造冊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。

十九、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:

A.分子:分母個案中當年度至隔年六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	生日	初診日期	濾泡期平均溫度	排卵期(加註排卵日期)	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	其他
										0.沒有 1.西醫藥物治療 2.人工受孕 3.試管嬰兒	

B.助孕診療紀錄表(每半年提供予中醫全聯會)-男性

姓名	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(請填不孕症之其他病名)	其他

2.保胎

(1)保胎成功率(=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六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	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

十四三、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。

十五四、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，或繳交之量表未符合規定經全聯會要求改善而未改善者，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。

十六五、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。		

全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案

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：

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106年12月31日止。~~

四、適用範圍：

(一)癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫：需中醫輔助醫療之癌症住院患者。

(二)癌症患者中醫門診延長照護計畫

1.術後或接受化學治療、放射線治療過程中副作用明顯之癌症患者，依據放化療副作用評估表(Common Terminology Criteria for Adverse Events，以下稱CTCAE評估表，詳附件一)，至少兩項症狀程度為grade 2以上者。

2.正在接受其他抗癌治療且出現嚴重副作用或後遺症，經醫師評估須延長照護之癌症患者，依據CTCAE評估表，至少兩項症狀程度為 grade 2以上者。

(三)特定癌症患者中醫門診加強照護計畫

1.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)。

2.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、Z94.4)+(次診斷碼C22、C23、C24、Z85.05)。

3.西醫確診為肺癌ICD-10-CM：

(1)主診斷碼：C33、C34。

(2)(主診斷碼：C77、C78.0-C78.2、C78.7、C79.3、C79.5、Z94.2)+(次診斷碼C33、C34、Z85.1)。

4.西醫確診為大腸癌ICD-10-CM：

(1)主診斷碼：C18、C19、C20、C21。

(2)(主診斷碼：C77、C78.0-C78.2、C78.4-C78.8、C79.0、C79.3、C79.5-C79.7)+(次診斷碼C18、C19、C20、C21、Z85.04)。

5.符合上述第1點至第4點之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)或其它抗癌治療期間之患者。

註1：「癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫」、「特定癌症患者中醫門診加強照護計畫」及「癌症患者中醫門診延長照護計畫」同一患者不得於三項計畫併行收案。

註2：癌症患者中醫門診延長照護計畫：同一個案，每月限收案兩次(含跨院)。

五、預算來源：107年全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」專款項目下支應，全年經費依當年度健保會協商結果辦理。

六、申請資格及退場機制：

(一)「癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫」、「癌症患者中醫門診延長照護計畫」：限設有中醫門診之醫院方可提出申請。

(二)申請參與本方案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。

(三)申請參與本方案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)。

(四)退場機制：當前一年度收案且結案患者前測量表完成率低於 90%且後測量表完成率低於 50%者，於保險人通知函到達日之次月一日起，12個月內當年度不得承作本計畫。

(五)「癌症患者中醫門診延長照護計畫」之結案條件

1.所有症狀程度改善至CTCAE評估表 grade 1。

2.患者中斷治療超過3天者。(以同次收案期間內申報「門診延長照護費」案件之「就醫日期相減後次就醫給藥首日」減「前次就醫給藥末日」，大於等於4天為結案)。

七、申請程序：

(一)中醫門診特約保險醫事服務機構應檢送申請表(如附表)及其他檢附資料，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。

(二)其他檢附資料：

1.癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫：簡單說明中醫與西醫間人力資源配置及收案診治流程。

2.癌症患者中醫門診延長照護計畫：獨立照護空間之規劃配置圖。

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。

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)，西醫住院及門診延長照護於個案收案期間限申請一次；門診加強照護限三個月申報一次。
- (四)填寫生理評估量表，西醫住院及門診延長照護於個案收案期間限申請一次；門診加強照護限三個月申報一次，各計畫量表評估如下：
 - 1.癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫、癌症患者中醫門診加強照護計畫：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)。
 - 2.癌症患者中醫門診延長照護計畫：CTCAE評估表(完整版本請至健保署官網下載)、台灣版簡明疲憊量表(The Taiwanese Version of the Brief Fatigue Inventory，以下稱BFI-T，詳附件二)及台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷(The World Health Organization Quality of Life-BREF，以下稱WHOQOL-BREF，詳附件三)。
- (五)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)。「癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫」、「癌症患者中醫門診延長照護計畫」須於收案3日內及結案(出院)前各執行一次評估量表；「特定癌症患者中醫門診加強照護計畫」則為於收案3日內完成前測，90日內完成後測，之後每滿三個月(「前次測量日+90天」至「前次測量日+150天」內)執行一次。每次須完成各項支付標準所列之量表並於當月費用申報前登錄於VPN。
- (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四。
- (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「J7(癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫)」、「JE(乳癌中醫門診加強照護計畫)」、「JF(肝癌中醫門診加強照護計畫)」、「JH(癌症患者中醫門診延長照護計畫)」、「JI(肺癌中醫門診加強照護計畫)」及「JJ(大腸癌中醫門診加強照護計畫)」。

(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、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。

附表

全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案

癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫

癌症患者中醫門診延長照護計畫

特定癌症患者中醫門診加強照護計畫

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"/> 未違反 <input type="checkbox"/> 違反		
	醫師是否二年內未違反健保相關法規			<input type="checkbox"/> 未違反 <input type="checkbox"/> 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)	<p>1<input type="checkbox"/> 審核通過。</p> <p>2<input type="checkbox"/> 不符合規定。</p> <p>3<input type="checkbox"/> 資料不全，請於 月 日內補齊。</p> <p>4<input type="checkbox"/> 其他。</p> <p>審核委員： _____ 審核日期： 年 月 日</p>
-----------------------------	---

附件一(樣張，檔案請至健保署全球資訊網下載)
放化療副作用評估表(CTCAE)

Common Terminology Criteria for Adverse Events v4.0 (CTCAE)

Publish Date: May 28, 2009

Quick Reference

The NCI Common Terminology Criteria for Adverse Events is a descriptive terminology which can be utilized for Adverse Event (AE) reporting. A grading (severity) scale is provided for each AE term.

Components and Organization

SOC

System Organ Class, the highest level of the MedDRA hierarchy, is identified by anatomical or physiological system, etiology, or purpose (e.g., SOC Investigations for laboratory test results). CTCAE terms are grouped by MedDRA Primary SOCs. Within each SOC, AEs are listed and accompanied by descriptions of severity (Grade).

CTCAE Terms

An Adverse Event (AE) is any unfavorable and unintended sign (including an abnormal laboratory finding), symptom, or disease temporally associated with the use of a medical treatment or procedure that may or may *not* be considered related to the medical treatment or procedure. An AE is a term that is a unique representation of a specific event used for medical documentation and scientific analyses. Each CTCAE v4.0 term is a MedDRA LLT (Lowest Level Term).

Definitions

A brief definition is provided to clarify the meaning of each AE term.

Grades

Grade refers to the severity of the AE. The CTCAE displays Grades 1 through 5 with unique clinical descriptions of severity for each AE based on this general guideline:

- Grade 1 Mild; asymptomatic or mild symptoms; clinical or diagnostic observations only; intervention not indicated.
- Grade 2 Moderate; minimal, local or noninvasive intervention indicated; limiting age-appropriate instrumental ADL*.
- Grade 3 Severe or medically significant but not immediately life-threatening; hospitalization or prolongation of hospitalization indicated; disabling; limiting self care ADL**.
- Grade 4 Life-threatening consequences; urgent intervention indicated.
- Grade 5 Death related to AE.

A Semi-colon indicates 'or' within the description of the grade.

A single dash (-) indicates a grade is not available.

Not all Grades are appropriate for all AEs. Therefore, some AEs are listed with fewer than five options for Grade selection.

Grade 5

Grade 5 (Death) is not appropriate for some AEs and therefore is not an option.

Activities of Daily Living (ADL)

*Instrumental ADL refer to preparing meals, shopping for groceries or clothes, using the telephone, managing money, etc.

**Self care ADL refer to bathing, dressing and undressing, feeding self, using the toilet, taking medications, and not bedridden.

* CTCAE v4.0 incorporates certain elements of the MedDRA terminology. For further details on MedDRA refer to the MedDRA MSSO Web site (<http://www.meddramssso.com>).

附件二

台灣版簡明疲憊量表(BFI-T)

在我們生活中，大多數我們有時會感到疲倦或疲憊。在過去一週中，您是否曾感到不尋常的疲倦或疲憊？是 否

1.請在下面數字中圈選一個，以表示現在的疲憊(疲倦、疲勞)程度

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

2.請在下面數字中圈選一個，以表示過去24小時中一般疲憊(疲倦、疲勞)的程度

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

3.請在下面數字中圈選一個，以表示過去24小時中疲憊(疲倦、疲勞)最劇烈時的程度

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

4.請在下面數字中圈選一個，以表示過去24小時中，疲憊(疲倦、疲勞)影響您的程度

(1)一般活動

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

(2)情緒

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

(3)行走能力

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

(4)日常工作(包括外出工作及家事)

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

(5)與人交往

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

(6)生活樂趣

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

附件三

台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷(WHOQOL-BREF)

1. 整體來說，您如何評價您的生活品質？
極不好 不好 中等程度好 好 極好
2. 整體來說，您滿意自己的健康嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
3. 您覺得身體疼痛會妨礙您處理需要做的事情嗎？
完全沒有妨礙 有一點妨礙 中等程度妨礙 很妨礙 極妨礙
4. 您需要靠醫療的幫助應付日常生活嗎？
完全沒有需要 有一點需要 中等程度需要 很需要 極需要
5. 您享受生活嗎？
完全沒有享受 有一點享受 中等程度享受 很享受 極享受
6. 您覺得自己的生命有意義嗎？
完全沒有 有一點有 中等程度有 很有 極有
7. 您集中精神（含思考、學習、記憶）的能力有多好？
完全不好 有一點好 中等程度好 很好 極好
8. 在日常生活中，您感到安全嗎？
完全不安全 有一點安全 中等程度安全 很安全 極安全
9. 您所處的環境健康嗎？(如污染、噪音、氣候、景觀等)
完全不健康 有一點健康 中等程度健康 很健康 極健康
10. 您每天的生活有足夠的精力嗎？
完全不足夠 少許足夠 中等程度足夠 很足夠 完全足夠
11. 您能接受自己的外表嗎？
完全不能夠 少許能夠 中等程度能夠 很能夠 完全能夠
12. 您有足夠的金錢應付所需嗎？
完全不足夠 少許足夠 中等程度足夠 很足夠 完全足夠
13. 您能方便得到每日生活所需的資訊嗎？
完全不方便 少許方便 中等程度方便 很方便 完全方便

14. 您有機會從事休閒活動嗎？

完全沒有機會 少許機會 中等程度機會 很有機會 完全有機會

15. 您四處行動的能力好嗎？

完全不好 有一點好 中等程度好 很好 極好

16. 您滿意自己的睡眠狀況嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

17. 您對自己從事日常活動的能力滿意嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

18. 您滿意自己的工作能力嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

19. 您對自己滿意嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

20. 您滿意自己的人際關係嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

21. 您滿意自己的性生活嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

22. 您滿意朋友給您的支持嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

23. 您滿意自己住所的狀況嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

24. 您對醫療保健服務的方便程度滿意嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

25. 您滿意所使用的交通運輸方式嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

26. 您常有負面的感受嗎？（如擔心、傷心、緊張、焦慮、憂鬱等）

從來沒有 不常有 一半有一半沒有 很常有 一直都有

27. 您覺得自己有面子或被尊重嗎？

完全沒有 有一點有 中等程度有 很有 極有

28. 您想吃的食物通常都能吃到嗎？

從來沒有 不常有 一半有一半沒有 很常有 一直都有

附件四

全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案給付項目
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，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、「癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫」之案件(同一個案)每二週不得申報超過七次(加護病房患者除外)。

支付標準表(一)
-癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫

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)
-癌症患者中醫門診延長照護計畫

第一章 中醫門診延長照護費

編號	診療項目	支付點數
P59011	中醫門診延長照護費(全日照護時間大於六小時，包含醫師早晚診察至少兩次)	1,380/日

第二章 藥費

編號	診療項目	支付點數
P59021	每日藥費	100
註：收案期間結束之患者必要時得加開七日藥費。		

第三章 藥品調劑費

編號	診療項目	支付點數
P59031	藥品調劑費	50

第四章 治療處置費

編號	診療項目	支付點數
P59041	針灸(或電針)治療處置費	500/日
P59042	傷科(含推拿治療或外敷換藥處置)治療處置費	500/日

第五章 中醫輔助醫療檢查費

編號	診療項目	支付點數
P59051	中醫輔助醫療檢查費(舌診儀)	500/次
P59052	中醫輔助醫療檢查費(脈診儀)	500/次
註：每一個案收案期間限申請一次。		

第六章 疾病管理照護費

編號	診療項目	支付點數
P59061	生理評估費(含前後測) 1.放化療副作用評估表(CTCAE) 2.台灣版簡明疲憊量表(BFI-T) 3.台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷(WHOQOL-BREF)	1,000
P59062	營養飲食指導費	250
P59063	護理衛教指導費	300
註 1.P59061： (1)須以個案為單位，每一個案收案期間限申請一次。 (2)須完成 BFI-T、WHOQOL-BREF 及 CTCAE 評估表之前測及後測並登錄於 VPN，方可申請費用。 註 2.P59062、P59063：每一個案收案期間限申請一次。		

支付標準表(三)

-特定癌症患者中醫門診加強照護計畫

編號	診療項目	支付點數
P56001	特定癌症門診加強照護費(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	特定癌症門診加強照護費(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	特定癌症門診加強照護費(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	特定癌症門診加強照護費(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	特定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。 2.限三個月申報一次，申報此項目者，須參考衛教表單(如附件五)提供照護指導，並應併入病患之病歷紀錄備查。	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

附件五

全民健康保險特定癌症患者中醫門診加強照護計畫 疾病管理照護衛教表單

接受放射線治療、化學治療時，大多數之副作用是暫時發生的，以下列出您應知道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(Eicosa Pentaenoic Acid, 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：

報告事項

提案單位：本署醫務管理組

第三案

案由：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、全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫及全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫案。

說明：

- 一、依 105 年 12 月 5 日全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額研商議事會議 106 年第 1 次臨時會議結論辦理。
- 二、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(附件 3-1, P83~P88)：
 - (一) 預算：107 年度牙醫醫療給付費用於非協商因素項匡列 463.4 百萬元。
 - (二) 經前揭會議決議如下：
 1. 同意調升「符合加強感染管制之牙科門診診察費」編號 00129C、00130C、00133C 及 00134C 計 4 項診察費。
 2. 同意調升 90008C「去除釘柱」、92015C「單純齒切除術」、92016C「複雜齒切除術」計 3 項手術及處置費點數。
 3. 同意修訂 34004C「齒顎全景 X 光片攝影」等 6 項診療項目支付規範文字，及修訂第四章牙科麻醉費通則文字。
 4. 前揭增修訂項目之費用推估約 453.45 百萬元。
- 三、修訂 107 年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫(附件 3-2, P89~P103)：
 - (一) 預算：107 年度牙醫醫療給付費用於專款牙周病統合照護計畫第 1、2 階段匡列 1,564 百萬元，第 3 階段匡列 588.8 百萬元；及由一般服務預算移撥 345 百萬元優先用於「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」等方案，若有剩餘款移撥支應第 3 階段。

(二) 計畫修訂重點：

1. 第 2 階段執行目標照護人次增加 53%，調高後為 230,000 人次，第 3 階段執行目標照護人次增加 67%，調高後 184,000 人次；併同修訂各季執行案件數。
2. 修訂 X 光檢查於計畫治療期間僅能申報一次。
3. 新增不得收取自費規定文字。

四、修訂 107 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫（**附件 3-3，P104~P164**）：

(一) 預算：107 年度牙醫醫療給付費用於專款牙醫特殊醫療服務計畫匡列 484 百萬元及由一般服務預算移撥支應 50 百萬元。

(二) 計畫修訂重點：

1. 依 107 年度其他預算協定結果「請整合牙醫、中醫及藥師居家醫療照護服務」，故 107 年度牙醫特殊計畫之到宅牙醫醫療服務費用由其他預算「居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務」項下支應。
2. 醫療團服務地點增加「社區醫療站」服務，其論次費用由全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案專款支應，並按該計畫規定申報，論量支付點數則依牙醫特殊計畫規定申報。
3. 特定需求者牙醫服務屬醫療團服務項目之一，爰整併計畫文字及相關附件。
4. 修訂計畫照護院所施行全身麻醉規範。

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

擬辦：

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
00129C	一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) 一處方交付特約藥局調劑	v	v	v	v	<u>320</u> 313
00130C	一未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	v	<u>320</u> 313
00133C	2.山地離島地區 一處方交付特約藥局調劑	v	v	v	v	<u>350</u> 343
00134C	一未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	v	<u>350</u> 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」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。					

第二章 牙科放射線診療Dental Radiography(34001-34006)

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
34004C	齒顎全景 X光片攝影 Panoramic radiography 註： <u>1.每人限支付一張(含跨院所)，病歷應詳載特殊情況傷病狀 況不在此限。</u> <u>2.病歷應詳載符合特殊狀況之拍攝理由。</u>	v	v	v	v	600

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

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
90008C	去除釘柱 Removal of post 註：申報費用時，需附治療前與治療後X光片以為審核（X光片費用已內含）。	v	v	v	v	1000 <u>1235</u>

第四節 口腔顎面外科 Oral Surgery (92001~92073, 92088-92095)

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
92003C	口內切開排膿 Intraoral incision & drainage 註： 1.腫脹區切開，引流，清創放置引流管裝置並以縫線固定，傷口縫合及局部麻醉費用已內含。 2.限蜂窩性組織炎及組織間隙膿瘍申報。	v	v	v	v	510
92004C	口外切開排膿 Extraoral incision & drainage 註： 1.腫脹區切開，引流，清創放置引流管裝置並以縫線固定，傷口縫合及局部麻醉費用已內含。 2.限蜂窩性組織炎及組織間隙膿瘍申報。	v	v	v	v	2000
92015C	單純齒切除術 Odontectomy, simple case 註： 1.依牙醫門診總額支付制度臨床指引申報。 2.包括牙瓣修整術，需檢附X光片(flap repair) 3.本項目X光片及局部麻醉費用已內含。 4.適用於軟組織阻生齒或阻生齒骨頭覆蓋牙冠未及三分之二者。 5.阻生齒含智齒、白齒、小白齒、犬齒、門齒、側門齒及贅生齒等。	v	v	v	v	2100 2730
92016C	複雜齒切除術 Odontectomy, complicated case 註： 1.依臨床治療指引相關條文申報。 2.包括牙瓣修整術，需檢附X光片(flap repair)。 3.本項目X光片及局部麻醉費用已內含。	v	v	v	v	3600 4300
92073C	口腔黏膜難症特別處置 Management of difficult oral mucosal disease 註： 1.限經臨床特徵或病理報告確診為特殊口腔黏膜難症疾病患者申報。 2.每七天申報一次，診斷確立起三百六十天內不得申報超過二十四次。 3.病歷應詳實記載並檢附(1)病理切片報告(二年內)或(2)相關血液檢驗報告(二年內)或(3)詳細臨床病歷及當次照片(照片費用已內含)以為審核。 4.不得同時申報92001C、92066C處置。	v	v	v	v	600

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
92093B	牙醫急症處置 Oral and maxillofacial <u>maxillofacial</u> 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, K04.1-K04.99, K05.0, K05.2)。 (2)外傷導致之牙齒脫落或斷裂(S03.2, S02.5, L02.01, L03.211, L03.212)。 (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(Glaseow <u>Glasgow</u> coma score)等護理紀錄。 4.不得同時申報34001C、34002C、90004C、91001C、92001C、92012C、92043C、92066C、92071C、 <u>92094C</u> 。		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(<u>排除當天僅執行院所外醫療服務之天數</u>)。 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, K04.1-K04.99, K05.0, K05.2)。 (2)外傷導致之牙齒脫落或斷裂(S03.2, S02.5, L02.01, L03.211, L03.212)。 (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、 <u>92093C</u> 。	v	v	v	v	800

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含~~在~~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。

107~~106~~年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫

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：

本計畫之實施，係藉增加牙周病照護之內容，建立治療照護架構，期提升牙周病照護品質，增進就醫公平性，以減少後續口腔疾病醫療費用之負擔。

三、執行目標：

本計畫照護人次以達成第二階段 230,000~~150,000~~人次及第三階段 184,000~~110,000~~人次為執行目標。

四、預算來源及支付範圍：

(一) 本計畫所列診療項目之預算來源

1. 「P4001C」及「P4002C」診療項目：全年經費為 15.64~~10.880~~億元，其中~~10.424~~億元由 107~~106~~年度全民健康保險牙醫醫療給付費用總額中「牙周病統合照護計畫(第 1、2 階段)」專款項目下支應，~~另 0.456 億元由一般服務預算移撥支應~~。其預算按季均分及結算，每點支付金額以 1 元計算；當季預算若有結餘則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算；全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。~~全年預算若有結餘，則回歸一般服務費用總額，以 0.456 億元為上限並依 104 年第 4 季各區人口風險因子(R 值)分配至各區。~~
2. 「P4003C」診療項目：全年經費為 5.888~~4.156~~億元，其中~~3.506~~億元由 107~~106~~年度全民健康保險牙醫醫療給付費用總額中「牙周病統合照護計畫(第 3 階段)」專款項目下支應，另一般預算 3.45 億元優先用於「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」、「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」、「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵方案」、「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」，若有剩餘款移撥支應第 3 階段。~~另 0.650 億元由一般服務預算移撥支應~~。其預算按季均分及結算，每點支付金額以 1 元計算；當季預算若

有結餘，則流用至下季；若當季預算不足，則由一般服務預算支付；~~全年預算若有結餘，則回歸一般服務費用總額，以0.650億元為上限並依104年第4季各區人口風險因子(R值)分配至各區。~~

(二) 適用治療對象(給付對象)

治療對象為全口牙周炎患者，總齒數至少 16 齒(專業認定需拔除者不列入總齒數計算)，6(含)顆牙齒以上牙周囊袋深度 $\geq 5\text{mm}$ 。

(三) 給付項目及支付標準：

1. 本計畫支付標準限經全民健康保險保險人分區業務組 ~~99至106年度牙醫門診醫療給付費用總額牙周病統合照護計畫~~核定之醫師申報。
2. 若病人曾於最近一年內，在同一特約醫療院所施行並申報 91006C、91007C*3 者，不得申報本計畫中所列診療項目。
3. 特約醫療院所擬執行牙周病檢查與治療前，應先詢問病人是否已持有牙周病照護手冊或接受過治療，並請至全民健康保險資訊網服務系統(Virtual Private Network, VPN)進行牙周病統合照護計畫登錄及查詢該病患是否曾接受牙周病統合性治療，如未曾接受統合性治療或曾接受統合性治療超過一年以上(以執行 P4001C 起算)，始得收案執行。
4. 確認病人符合收案資格後，特約醫療院所始得申報本計畫支付項目，並自第二階段支付牙周病治療日起，一年內不得申報 91006C 至 91008C 之診療項目服務費用，且不得拒絕提供有病情需要，須補充施行齒齦下刮除之治療。
5. 每一個案每年僅能執行一次牙周病統合照護治療。
6. 本計畫分三階段支付，其療程最長為 180 天，療程中 P4001C 至 P4003C 各項目僅能申報一次，另施行第二階段 P4002C 治療日起 90 天內，依病情需要施行之牙結石清除治療(91003C、91004C)，不得申報。

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
P4001C	<p>牙周病統合性治療第一階段支付(comprehensive periodontal treatment)</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本項主要施行治療前全口 X 光檢查，並進行牙周病檢查(紀錄表如附件 1)。 2.應提供「牙周病統合照護計畫照護手冊或電子檔」及口腔保健衛教指導。 3.X 光片費用另計，<u>第一階段至第三階段治療期間內限申報一次</u> (限申報 34001C 及 34002C)。 4.≤30 歲患者須附全口根尖片或咬翼片。 5.同院所於二年內再執行本計畫之患者須附全口根尖片或咬翼片。 	v	v	v	v	1800
P4002C	<p>牙周病統合性治療第二階段支付(comprehensive periodontal treatment)</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本項主要施行全口齒齦下刮除或牙根整平之治療，並提供牙菌斑進階去除指導及控制紀錄(紀錄表如附件 2)。 2.須檢附牙菌斑控制紀錄及病歷供審查。 3.依病情需要施行 X 光檢查，得另外申報費用(限申報 34001C 及 34002C)。 	v	v	v	v	5000
P4003C	<p>牙周病統合性治療第三階段支付(comprehensive periodontal treatment)</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本項主要進行治療後牙周病檢查及牙菌斑控制紀錄及評估治療情形。 2.完成牙周病統合性治療第二階段治療日起4週(≥28天)後，經牙周病檢查原本牙周囊袋深度≥5mm之牙齒，至少1個部位深度降低2mm者達7成以上，且無非適應症之拔牙時，方得核付。 3.須附治療前與治療後之牙菌斑控制紀錄與牙周病檢查紀錄表、病歷供審查。 	v	v	v	v	3200

五、牙醫師申請資格：

- (一) 一般醫師須接受4學分以上牙周病統合計畫相關之教育訓練(1學分行政課程；3學分專業課程)。
- (二) 台灣牙周病醫學會與台灣牙周補綴醫學會專科醫師、一般會員均須接受1學分以上牙周病統合計畫相關之行政部分教育訓練。
- (三) 醫師3年內不得有視同保險醫事服務機構違約記點(屬全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第36條第2款者不在此限)或扣減費用、6年內不得有視同保險醫事服務機構停止特約以上之處分。
- (四) 醫師 ~~107~~~~106~~年合計提供治療個案數，排除個案數5件以下者，於 ~~108~~~~107~~年8月依病患歸戶統計，若完成第三階段服務個案數比率<33.33%者(限同院所不限同醫師完成)，~~109~~~~108~~年3月起兩年內不得參加計畫，屆滿須再接受相關教育訓練後，始得提出申請。

六、申請程序及申報規定：

- (一) 特約醫療院所應檢附教育訓練學分證明等相關資料，送中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)申請初核，並由牙醫全聯會報送所轄全民健康保險保險人(以下稱保險人)分區業務組核定，申請書格式如【附件3】。
- (二) 如病患病情需要，由上述參與計畫之醫師實施並申報本計畫之治療項目。
- (三) 個案申報案件分類為15，如單獨施行本計畫項目，於治療期間僅申報「牙周病統合性治療第一階段支付(P4001C)」項目時，得申報診察費。另如與其他案件類別治療併行時，應分開申報，由其他類別案件申報一次診察費。另相關治療之X光片檢查費、藥費及麻醉費應併同本計畫項目申報。

七、審查方式：

- (一) 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。
- (二) 申報「牙周病統合性治療第一階段支付(P4001C)」項目，隨一般案件抽審。審查案件須檢送以下審查資料：
 1. 病人基本資料暨接受牙周病統合性治療確認書(詳附件4)。
 2. 治療前全口X光片(足以辨識骨頭高度 bone level 之X光片)。

3. 治療前牙周病檢查紀錄表。

4. 半年內之病歷影本(初診日為半年之內者，自初診日起算；初診日為半年以上者，須附足夠回推半年以上之最後一筆病歷)。

(三) 申報「牙周病統合性治療第二階段支付 (P4002C)」項目，隨一般案件抽審。查案件除檢附第一階段審查資料外，另須檢送治療前牙菌斑控制紀錄表及病歷。(上月抽審，資料未回者，可檢附上個月抽審清單，並得免附 X 光片)

(四) 申報「牙周病統合性治療第三階段支付 (P4003C)」項目，隨一般案件抽審。審查案件除檢附第一及第二階段審查資料外，另須檢送治療後牙周病檢查記錄表、牙菌斑控制紀錄表及病歷。(上月抽審，資料未回者，可檢附上個月抽審清單，並得免附 X 光片)

(五) 專業審查時，若所附資料經兩位審查醫師判定無法佐證治療適切性時，之後執行個案得要求院所檢附個案治療前、治療後之臨床相片。(例如牙齦增生無骨下破壞患者...等)。

八、臨床治療指引

P4001C	牙周病統合性治療第一階段支付項目
P4002C	牙周病統合性治療第二階段支付項目
P4003C	牙周病統合性治療第三階段支付項目
適應症 Indications	全口牙周炎〔總齒數至少 16 齒(專業認定需拔除者不列入總齒數計算),6(含)顆牙齒以上牙周囊袋深度 $\geq 5\text{mm}$ 〕
診斷 Diagnostic Study	病史、理學檢查 X 光檢查 完整牙周病檢查 <u>紀錄表</u> (Periodontal charting) 咬合檢查(選)、牙髓活性試驗(選)、模型分析(選)
處置 Management	進階牙菌斑控制(治療前、牙根整平術施行後 4-8 週後) 牙根整平術 治療前、後完整牙周病檢查記錄
完成狀態 Finishing Status	牙菌斑、牙結石清除，牙根整平、原本牙周囊袋深度 $\geq 5\text{mm}$ 之牙齒，至少 1 個部位深度降低 2mm 者達 7 成以上、牙齦發炎狀態改善。

九、相關規範：

(一) 醫療服務管控實務如下：

1. 案件數分配：由牙醫全聯會依總額分區 105~~104~~年度 R 值比例分配，按季管理。

2. 醫管措施

(1) 執行本計畫之醫師每月申報件數以不超過 20 件為原則（以 P4002C 列計），醫師支援不同院所應合併計算。申報件數超過時，應以立意審查，以確保醫療品質。

(2) 符合下列條件者，得提出申請增加每月申報件數，經保險人核定後，始得增加申報件數。

⊕ 專科醫師（臺灣牙周病醫學會或台灣牙周補綴醫學會），或有教學計畫（教學醫院、PGY 院所），得提出申請，經保險人核定後，每月 P4002C 申報件數不限，隨一般案件抽審。

⊙ 有醫療需求者，於最近兩個月內每月完成 P4003C 申報件數達 10 件以上，得提出申請，經保險人核定後得增加為 P4002C 每月 30 件。（如於 102 年 3 月提出申請，則以 102 年 1、2 月申報 P4003C 之件數核定）申報件數超過核定數時，將採立意審查。

(3) 專科醫師、有教學計畫或另有醫療需求者，申請表格式如【附件 5】，請於每月 5 日前將申請表及相關資料以掛號郵寄牙醫全聯會，牙醫全聯會初審後，於每月 20 日前將名單函送所轄保險人分區業務組核定，並由保險人分區業務組函復申請醫師，並副知牙醫師全聯會。

3. 服務量的調節：一季約執行 57,500~~37,500~~件，按月統計完成第二階段（P4002C）項目之案件數。

(二) 相關配套：牙周病檢查紀錄完整且有治療前後改善情形對照比較。

1. 對於牙周破壞情形(包括軟、硬組織)須完整記載，提供疾病病因、判斷充分資訊，加重患者自我重視程度，提高接受治療意願。

2. 第三階段中治療改善情形，甚至長期牙周健康追蹤情形可據以提供。

(三) 參加本計畫之院所，應提供院所及機構之電話、地址等資訊，置放於保險人全球資訊網網站(<http://www.nhi.gov.tw>)及牙醫全聯會網站(<http://www.cda.org.tw>)，俾利民眾查詢就醫。

十、醫師資格審查程序：

請每月 5 日前將申請書及有關資料以掛號郵寄至牙醫全聯會，牙醫全聯會審查後，於每月 20 日前將名單函送所轄保險人分區業務組核定，並由所轄保險人分區業務組行文通知相關院所，並副知牙醫全聯會；申請者得於核定之起迄期間執行本計畫服務。

十一、收取自費規範：

(一)~~十一~~本計畫治療過程中，醫師可依病人特殊需要，向其詳述理由並獲同意自付費用後，方得提供下列項目：

- 1.(一)~~(一)~~牙周抗生素凝膠、牙周消炎凝膠（激進型牙周病患者及頑固型牙周病患者適用）
- 2.(二)~~(二)~~因美容目的而作的牙周整形手術
- 3.(三)~~(三)~~牙周組織引導再生手術(含骨粉、再生膜)
- 4.(四)~~(四)~~牙周去敏感治療(排除頭頸部腫瘤電療後病患)

(二)除健保不給付項目外，不得再向牙周炎患者收取自費。

十二、成效評估指標：由牙醫全聯會依下列指標評估。

- (一) 服務量
- (二) 完成率：若醫師申報第一階段，申報第二階段未達一定比例或申報第三階段未達一定比例，則需進行再教育或限制其執行本計畫。
- (三) 申報第三階段件數核減率
- (四) 計畫治療對象跨院所接受 91006C 至 91007C 比率
- (五) 參與計畫之民眾抽樣調查治療之滿意度

十三、施行本計畫之個案，如被醫師不當收取屬健保給付範圍之自費項目，該醫師除依全民健康保險相關法規辦理外，且自保險人分區業務組通知日之次月起，不得申報本計畫相關費用。

- 十四、本年度計畫在次年度計畫未於次年初公告前，得延續辦理，符合次年度計畫規定者，實施日期追溯至次年之1月1日，不符合次年度計畫規定者，得執行至次年度計畫公告實施日之次月止。
- 十五、本計畫由保險人與牙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 1】牙周病檢查紀錄表版本 A（前測、後測合併填寫）

牙周病檢查紀錄表（版本A）

Periodontal Chart（術前、術後合併填寫）

患者姓名 Name		身分證字號 ID		術前日期		術前 醫師姓名	
性別 Sex		年齡 Age		術後日期		術後 醫師姓名	

Mobility	術前																						
	術後																						
Furcation		D	B	M	D	B	M	D	B	M	D	M	M	D	M	B	D	M	B	D	M	B	D
	術前																						
	術後																						
Buccal	Probing Depth																						
	術前																						
	術後																						
Tooth		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28						
Palatal	Probing Depth																						
	術前																						
	術後																						
Note																							

Lingual	Probing Depth																
	術前																
	術後																
Tooth		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Buccal	Probing Depth																
	術前																
	術後																
Furcation	術前																
	術後																
		L	B	L	B	L	B	B	L	B	L	B	L				
Mobility	術前																
	術後																
Note																	

Note : 治療前總齒數 _____ ; 治療前囊袋 ≥ 5mm 齒數 _____

治療後至少一個部位改善 2mm 齒數 _____ ; 改善率 _____ %

牙周病檢查紀錄表 (版本B)

Periodontal Chart (術前、術後分開填寫)

患者姓名 Name		身分證字號 ID		術前日期		術前 醫師姓名												
性別 Sex		年齡 Age		術後日期		術後 醫師姓名												
術前																		
Mobility																		
Furcation	D	B	M	D	B	M	D	B	M	D	B	M	D	B	M	D	B	M
Buccal	Probing Depth																	
Tooth	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
Palatal	Probing Depth																	
Linqual	Probing Depth																	
Tooth	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
Buccal	Probing Depth																	
Furcation	L	B	L	B	L	B	L	B	L	B	L	B	L	B	L	B	L	B
Mobility																		
術後																		
Mobility																		
Furcation	D	B	M	D	B	M	D	B	M	D	B	M	D	B	M	D	B	M
Buccal	Probing Depth																	
Tooth	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
Palatal	Probing Depth																	
Linqual	Probing Depth																	
Tooth	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
Buccal	Probing Depth																	
Furcation	L	B	L	B	L	B	L	B	L	B	L	B	L	B	L	B	L	B
Mobility																		
Note :	治療前總齒數				；治療前囊袋≥5mm齒數													
	治療後至少一個部位改善2mm齒數				；改善率												%	

【附件 2】牙菌斑控制紀錄表

牙菌斑控制紀錄表

Plaque Control Record (至少術前、術後各執行一次)

患者姓名 Name		身分證字號 ID		性別 Sex		年齡 Age										
醫師姓名		執行日期		Plaque Score (牙菌斑指數) =				%								
Buccal																
Tooth	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Palatal																
Lingual																
Tooth	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Buccal																
醫師姓名		執行日期		Plaque Score (牙菌斑指數) =				%								
Buccal																
Tooth	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Palatal																
Lingual																
Tooth	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Buccal																
醫師姓名		執行日期		Plaque Score (牙菌斑指數) =				%								
Buccal																
Tooth	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Palatal																
Lingual																
Tooth	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Buccal																

牙周病檢查紀錄表填寫法(Codes of periodontal chart)

1. 牙周病檢查紀錄表須註明為術前或術後

2. 病人基本資料欄:

Name: 姓名

ID: 身分證號碼

Sex: 性別 M: 男 F: 女

Age: 年齡(足歲)

Date: 檢查日期

3. 檢查資料欄

(依牙齒 #18 為例，此表上、下、左、右對稱):

Mobility (搖動度):

1: 已會搖。

2: 頰舌側水平方向搖動 < 1 mm。

3: 頰舌側水平方向搖動 \geq 1 mm。

D: 垂直方向可下壓。

Furcation (根岔病變): 水平根岔病變，以 mm 計。

Probing depth (探測深度): 以 mm 計。

註記說明：

牙位(tooth)，頰測(B / buccal)，顎側(P / palatal)，舌側(L / lingual)

近心(M / mesial)，遠心(D / distal)，

X (缺牙): 以英文大寫“X”取代牙齒編號，代表缺牙。

牙菌斑控制紀錄表填寫法：

有牙菌斑位置註記為 1，缺牙部位以英文大寫“X”取代牙齒編號。

【附件 3】

**107~~106~~年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫
加入計畫申請書(以醫師為單位)**

一、申請醫師：_____ 身分證字號：_____

二、分區別：台北 北區 中區 南區 高屏 東區

三、執業登記院所名稱：_____ 醫事機構代號：_____

四、聯絡人：_____ 電話：_____ 傳真：_____

地址：_____

五、申請資格：

- 1.台灣牙周病醫學會專科醫師 2.台灣牙周病醫學會一般會員、
3.台灣牙周補綴醫學會專科醫師 4.台灣牙周補綴醫學會一般會員、
5.一般醫師

六、檢附教育訓練證明

註：專科醫師或專科學會會員需檢附教育訓練證明 1 學分（行政課程 1 學分）

一般醫師需檢附教育訓練證明 4 學分（行政課程 1 學分、專業課程 3 學分）

牙醫師簽章

備註：

1. 申請程序：每月 5 日前郵寄申請書+教育訓練證明至牙醫全聯會（104 台北市中山區復興北路 420 號 10 樓，牙醫全聯會收），由全聯會彙整名單送所轄保險人分區業務組核定，核定後將由保險人於隔月發核定函予院所。
2. 查詢繼續教育積分，請登入衛生福利部公共衛生資訊入口網站（<https://this-portal.mohw.gov.tw/index.do>）查詢及列印，查詢路徑：查詢/上課紀錄。

【附件 4】

病人基本資料暨接受牙周病統合性治療確認書

姓名：

病歷號碼：

一、醫學病史：

- 糖尿病 心血管疾病 高血壓 呼吸道感染 (感冒、肺炎)
 癌症 懷孕 其他()
 服用骨質疏鬆藥物 無

二、個人習慣：

- 抽 菸： 無 有 (包/天， 年)
喝 酒： 無 有
嚼檳榔： 無 有 (顆/天， 年)
過 敏： 無 藥物 () 食物 ()

三、家族病史：

- 糖尿病 心血管疾病 高血壓 癌症 (種類：)
 其他疾病 () 無

醫師之聲明

1. 我已經為病人完成治療前評估之工作。
2. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋治療之相關資訊，特別是下列事項：
 治療的原因和方式 建議麻醉方式為局部麻醉 牙周病治療之健保支付項目
 治療的預期結果及治療後可能出現的不適症狀以及其處理方式。
 相關說明資料 (牙周病照護手冊或電子檔)，我已交付病人。
3. 我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次治療與涉及之局部麻醉問題，並給予答覆：

病人之聲明

1. 以下的事項，牙醫師已向我解釋，並且我已完全了解。
(1) 施行治療的原因和方式。
(2) 為順利進行治療，我可能同時接受局部麻醉，以解除治療所造成之痛苦及恐懼。
(3) 治療的預期結果及治療後可能出現的不適症狀以及其處理方式。
(4) 牙周病治療之健保支付項目。
 2. 我已獲得並且閱讀相關說明資料 (牙周病照護手冊或電子檔)。
 3. 針對要接受的治療與麻醉之進行，我能向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。
 4. 本人一年內未曾接受齒齦下刮除術或牙周翻瓣手術。
- 基於上述聲明，我同意接受牙周病統合性治療。

牙醫師簽名：

立同意書人簽名：

與病患之關係：

中華民國 年 月 日

註：立同意書人非病人本人者，「與病人之關係欄」應予填載與病人之關係。

【附件 5】

107~~106~~年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫
每月增加申報件數申請表(以醫師為單位)

一、醫師姓名：_____ 身分證字號：_____

二、聯絡人：_____ 電話：_____ 傳真：_____

地址：_____

三、申請分區別：台北 北區 中區 南區 高屏 東區

四、申請類別：

專科醫師（臺灣牙周病醫學會或台灣牙周補綴醫學會）。（須檢附專科醫師證書影本）

有教學計畫-教學醫院。

有教學計畫者-PGY 院所。（須檢附二年內衛生福利部核定證明影本）

有醫療需求者（須檢附最近兩個月內每月完成 P4003C 申報件數達 10 件以上之病患清單或醫令清單）

備註：

1. 執行本計畫之醫師每月申請件數以不超過 20 件為原則(以 P4002C 列計)，醫師支援不同院所應合併計算，申報件數超過時，應以立意審查，以確保醫療品質。
2. 若符合以下條件，得提出申請，經保險人核定後可增加每月申報件數。
 - (1) 專科醫師（臺灣牙周病醫學會或台灣牙周補綴醫學會），或有教學計畫（教學醫院、PGY 院所），得提出申請，經保險人核定後，每月申報件數不限。
 - (2) 有醫療需求者，於最近兩個月內每月完成 P4003C 申報件數達 10 件以上，得提出申請，經保險人核定後得增加為每月 30 件。（如於 102 年 3 月提出申報，則以 102 年 1、2 月申報 P4003C 之件數核定）申報件數超過核定數時，將採立意審查。
3. 專科醫師、有教學計畫或另有醫療需求者，請於每月 5 日將申請表及相關資料以掛號郵寄牙醫全聯會，牙醫全聯會初審後，於每月 20 日前將名單函送所轄保險人分區業務組核定，並由保險人分區業務組函復申請醫師，並副知牙醫師全聯會。

核定結果（由初審單位填寫）：不符合 符合-每月 30 件 符合-不限件數

初審單位

核 章

107~~106~~年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

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

旨在提升牙醫醫療服務品質，加強提供先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務及特定身心障礙者牙醫醫療服務。

三、實施期間

107~~106~~年 1 月 1 日至 107~~106~~年 12 月 31 日止。

四、年度執行目標

本計畫以至少達成 117,000 ~~106,350~~ 服務人次為執行目標。

五、預算來源

(一) 107~~106~~年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「牙醫特殊服務計畫」專款項目下支應，其經費為 4.84 ~~4.73~~ 億元。

(二) 自牙醫門診總額一般服務預算項下移撥 0.5 億元，該預算按季均分及結算，以當區前一季浮動點值不低於 1 元支付。當季預算若有結餘，則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算；全年預算若有結餘，則回歸一般服務費用總額，以 0.5 億元為限，並依 105 年第 4 季各區人口風險因子(R 值)分配至各區。

(三) 本計畫之到宅牙醫醫療服務費用由其他預算之「居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務」項下支應。

六、先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：

(一) 適用範圍及支付標準詳如【附件 1】。

(二) 申請條件：

1. 醫院資格：必須設置有整形外科（或口腔外科）、牙科、耳鼻喉科、精神科、神經外科、眼科及語言治療、社會工作、臨床心理等相關人員之醫院。
2. 醫師資格：口腔顎面外科專科醫師 2 位以上（至少 1 位專任醫師）會同牙科矯正醫師實施。
3. 設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備、心電圖裝置（Monitor，包括血壓、脈搏、呼吸數之監測、血氧濃度 oximeter）。

(三) 每點支付金額 1 元。

(四) 申報及審查規定：

1. 申報醫療費用時，案件分類請填 16，牙醫醫療服務特定治療項目代號(一) 填報 F4。
2. 服務量不列入門診合理量計算。
3. 服務量不列入分區管控項目，惟仍納入專業審查範圍。

(五) 申請程序：

1. 保險對象因先天性唇顎裂及顱顏畸形需要齒顎矯正裝置及牙醫醫療服務，應由上述申請醫院向全民健康保險保險人（以下稱保險人）提出事前審查申請，且該個案經保險人分區業務組核定後方可實施本項服務。惟乳牙期及混合牙期僅施行空間維持器者，不須事前審查。
2. 前項事前審查應檢附下列文件或電子檔案：事前審查申請書、病歷影印本、X 光片、治療計畫（包括整個療程費用及時間），如變更就醫醫院時，則另檢送前就醫醫院無法繼續完成理由、估計仍需繼續治療月份數字資料及申報未完成時程之費用。
3. 唇顎裂嬰兒術前鼻型齒槽骨矯正：免事前審查，治療成果(術前術後照片) 以抽驗方式審核。

七、特定身心障礙者牙醫醫療服務：

(一) 適用對象須符合下列條件之一：

屬肢體障礙（限腦性麻痺及重度以上肢體障礙）、植物人、智能障礙、自閉症、中度以上精神障礙、失智症、多重障礙（或同時具備二種及二種以上障礙類別者）、頑固性(難治型)癲癇、因罕見疾病而致身心功能障礙者、重度以上視覺障礙者、重度以上重要器官失去功能者、染色體異常或其他經主管機關認定之障礙(須為新制評鑑為第 1、4、5、6、7 類者)、發展遲緩兒童、失能老人（非屬上述身心障礙者）等身心障礙者。其中：

1. 腦性麻痺係以重大傷病卡診斷疾病碼前 3 碼為 343 加以認定，餘以主管機關公告之身障類別認定(詳附件 2)，符合資格者會於全民健康保險憑證（以下稱健保卡）中重大傷病欄中牙醫特定身心障礙者註記，極重度註記 1，重度者 2，中度者 3，輕度者 4，醫師可據以獲知身障別，如無

法查知者，可依病患提供之身心障礙手冊或證明【腦性麻痺可提供重大傷病卡、發展遲緩兒童應檢附由衛生福利部國民健康署(以下稱健康署)委辦之兒童發展聯合評估中心開具之綜合報告書(診斷頁)或辦理聯合評估之醫院開具發展遲緩診斷證明書】提供服務。

2. 失能老人:係指居住於衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)者(須檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本)，或屬衛生福利部社會及家庭署所訂「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」(以下稱失能老人長照補助辦法)之補助對象且為各縣市長期照顧管理中心個案。

(二) 提供牙醫醫療服務類型及申請條件：

**院所牙醫醫療服務，得就以下擇一申請：

1. 初級照護院所

(1) 院所資格：

- A. 設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備。
- B. 院所 3 年內不得有因牙科違約記點【屬全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十六條第二款者不在此限】或扣減費用、6 年內不得有停止特約以上之處分。前述違規期間之認定，以保險人第一次發函處分之停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

(2) 醫師資格：

- A. 自執業執照取得後滿 1 年以上臨床經驗之醫師。
- B. 每位醫師首次加入本計畫，須接受 6 學分以上身心障礙口腔醫療業務等相關之基礎教育訓練。加入計畫後，每年須再接受 4 學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關之再進修教育課程(每年再進修課程不得重複，執行到宅牙醫醫療之醫師須修習與到宅牙醫醫療之相關學分)；本計畫之醫師須累積七年以上且超過 30 (含) 學分後，得繼續執行計畫，惟課程皆須由中華牙醫學會或中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)認證通過。

- C. 醫師 3 年內不得有視同保險醫事服務機構違約記點(屬特管辦法第三十六條第二款者不在此限)或扣減費用、6 年內不得有視同保險醫事服務機構停止特約以上之處分。

2. 進階照護院所

(1) 院所資格：

- A. 可施行鎮靜麻醉之醫療院所及提供完備醫療之醫護人員。
- B. 設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備、麻醉機、心電圖裝置(Monitor, 包括血壓、脈搏、呼吸數之監測、血氧濃度 oximeter)、無障礙空間及設施。
- C. 需 2 位以上具有從事相關工作經驗之醫師。
- D. 院所 3 年內不得有因牙科違約記點【屬全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十六條第二款者不在此限】或扣減費用、6 年內不得有停止特約以上之處分。前述違規期間之認定,以保險人第一次發函處分之停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

(2) 醫師資格：

- A. 2 位以上具有從事相關工作經驗之醫師,負責醫師自執業執照取得後滿 5 年以上之臨床經驗,其他醫師自執業執照取得後滿 1 年以上之臨床經驗。
- B. 每位醫師首次加入本計畫,須接受 6 學分以上身心障礙口腔醫療業務之基礎教育訓練。加入計畫後,每年須再接受 4 學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關之再進修教育課程(每年再進修課程不得重複,執行到宅牙醫醫療之醫師須修習與到宅牙醫醫療之相關學分);本計畫之醫師須累積七年以上且超過 30(含)學分後,得繼續執行計畫,惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。
- C. 醫師 3 年內不得有視同保險醫事服務機構違約記點(屬特管辦法第三十六條第二款者不在此限)或扣減費用、6 年內不得有視同保險醫事服務機構停止特約以上之處分。

**醫療團牙醫醫療服務

1. 由各縣市牙醫師公會協調或協助至少 2 位以上符合計畫資格之醫師組成醫療團，定期至身心障礙福利機構（不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心）、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校或政府立案收容發展遲緩兒童之機構以及衛生福利部所屬老人福利機構（或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構）等單位，其內部須設置固定牙科診間和醫療設備器材（含可正常操作且堪用的診療椅和相關設備、氧氣、急救藥品等），方得提供牙醫醫療服務。另上述照護機構、學校等單位內之保險對象名冊，醫療團之主責院所應依特管辦法規定辦理。

2. 社區醫療站牙醫醫療服務：本計畫之照護院所於全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案（以下稱牙醫不足改善方案）之社區醫療站提供符合本計畫適用對象牙醫醫療服務，且承作醫師須參與本計畫及該醫療站須經牙醫全聯會審核通過（應有急救設備、氧氣設備）。

~~3.~~ 醫事人員前往提供服務前須事先向當地衛生主管機關完成支援報備及報保險人分區業務組備查，醫療費用須帶回執業登記院所申報。

~~4.~~ 醫師資格：

- (1) 醫療團之醫師，執業登記院所若為已加入本計畫執行者，得優先申請加入醫療團。
- (2) 自執業執照取得後滿 1 年以上之臨床經驗，並接受 6 學分以上身心障礙等相關之教育訓練且 3 年內不得有視同保險醫事服務機構違約記點（屬特管辦法第三十六條第二款者不在此限）或扣減費用、6 年內不得有視同保險醫事服務機構停止特約以上之處分。前述違規期間之認定，以保險人第一次發函處分之停約日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者）。

~~5.~~ 提供「特定需求者」牙醫醫療服務：

- (1) 服務對象：係指居住於身心障礙福利機構（不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心）或衛生福利部所屬老人福利機構（或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構）內，且長期臥床，無法移動至固定診療椅之牙醫醫療服務需求者。

(2)院所參與資格及服務方式：由各縣市牙醫師公會組成醫療團、醫學中心或參與衛生福利部「特殊需求者牙科醫療服務示範中心獎勵計畫」之醫院、參與本計畫之進階照護院所且符合進階照護院所資格之醫師組成醫療團，至身心障礙福利機構（不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心）、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)，為長期臥床且無法移動至固定診療椅之患者，在患者床邊提供牙醫醫療服務。

(3)牙醫服務內容及設備：

- A.基於安全考量，以提供牙周病緊急處理、牙周敷料、牙結石清除、牙周暨齲齒控制基本處置、塗氟、非特定局部治療、特定局部治療、簡單性拔牙及單面蛀牙填補等服務為限，其他治療應轉介到後送之醫療院所進行。
- B.提供特定需求者牙醫醫療服務之牙科設備，經申請單位評估病患實際情形後攜帶【如：攜帶式洗牙機、攜帶式吸唾機、攜帶式牙科治療設備、有效的急救設備、氧氣設備（含氧氣幫浦、氧氣筒須有節流裝置、氧氣面罩等）、急救藥品、開口器及攜帶式強力抽吸設備、健保卡讀寫卡設備等相關物品】。

**到宅牙醫醫療服務

1. 服務對象須符合下列條件之一：

(1)符合本計畫之特定身心障礙類別(且同時符合下列條件)：

- A.病人只能維持有限之自我照顧能力，即清醒時，百分之五十以上活動限制在床上或椅子上。
- B.有明確之醫療與護理服務項目需要服務者。

(2)屬「失能老人長照補助辦法」之補助對象，並為各縣市長期照顧管理中心之個案，且因疾病、傷病長期臥床的狀態，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上，行動困難無法自行至醫療院所就醫之患者。

(3)屬全民健康保險居家醫療照護整合計畫照護對象且符合上列(1)或(2)者。

2. 符合本計畫到宅牙醫醫療服務之適用對象首次接受訪視或醫療服務時，由醫師提出申請，經牙醫全聯會核可者，始得至服務對象所在之居所提供牙醫醫療服務，醫療費用須帶回執業登記院所申報。
 3. 院所及醫師資格：由各縣市牙醫公會、醫學中心、參與衛生福利部「特殊需求者牙科醫療服務示範中心獎勵計畫」之醫院或參與本計畫之照護院所，且須為修習到宅牙醫醫療相關課程之醫師，至服務對象所在之居所（家中）提供牙醫醫療服務。
 4. 牙醫服務內容及設備：
 - (1) 基於安全考量，以提供牙周病緊急處理、牙周敷料、牙結石清除、牙周暨齲齒控制基本處置、塗氟、非特定局部治療、特定局部治療、簡單性拔牙及單面蛀牙填補等服務為限，其他治療應轉介到後送之醫療院所進行。
 - (2) 提供到宅牙醫醫療服務之牙科設備，經申請單位評估病患實際情形後攜帶【建議如：攜帶式洗牙機、攜帶式吸唾機、攜帶式牙科治療設備、有效的急救設備、氧氣設備（含氧氣幫浦、氧氣筒須有節流裝置、氧氣面罩等）、急救藥品、開口器及攜帶式強力抽吸設備、健保卡讀寫卡設備等相關物品】。
- (三) 費用支付及申報規定：
1. 給付項目及支付標準：
 - (1) 加成支付：除麻醉項目外，屬論量計酬之項目得加成申報，即：極重度身障患者得加 9 成、重度患者得加 7 成、中度患者（含發展遲緩兒童）及中度以上精神疾病患者得加 3 成、輕度患者（含失能老人）得加 1 成。
 - (2) 氟化物防齲處理(支付標準編號為 P30002)：執行特定身心障礙者牙醫醫療服務時，得依病情適時給予氟化物防齲處理。每次支付 500 點，每 90 天限申報 1 次。
 - (3) 醫療團牙醫服務：
 - A. 得採論次加論量支付方式，由各醫師帶回執業院所申報論量及論次支付點數。社區醫療站之論量支付點數依本計畫規定申報；論次費用由牙醫不足改善方案專款支應，並按該計畫規定申報，不得再申報本計畫之論次費用。

B.論次項目（支付代碼為 P30001）：每小時 2400 點（內含護理費），每位醫師每診次以 3 小時為限（不含休息、用餐時間），平均每小時至少服務 1 人次，服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者均不得申報該小時費用。

C.特定需求者牙醫服務：得採論次加論量支付方式，論次項目（支付代碼為 P30003），每小時 1900 點（內含護理費，且不得收取其它自費項目），每位醫師每診次以 3 小時為限（不含休息、用餐時間），平均每小時至少服務 1 人次，服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者均不得申報該小時費用。

D.醫師執行到宅牙醫醫療服務(含訪視)及特定需求者牙醫醫療服務每日達 5 人以上，第 5 人起按 6 折支付，每日最多 8 人為限，且每月不超過 80 人；每位醫師支援每週不超過 2 日。另每一個案以 2 個月執行 1 次為原則，並依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定施行。

(4)到宅及特定需求者牙醫服務：

A.到宅牙醫服務：採論次支付方式，每一案 5700 點，支付標號為 P30005（內含護理費、口腔預防保健，且健保給付項目不得收取其宅自費項目），不得再依身障等級別計算加成費用，由各醫師帶回執業院所申報，抽審時須檢附 3 年內之「口腔醫療需求評估及治療計畫」【附件 15】。

~~B.特定需求者牙醫服務：得採論次加論量支付方式，論次項目（支付代碼為 P30003），每小時 1900 點（內含護理費，且不得收取其它自費項目），每位醫師每診次以 3 小時為限（不含休息、用餐時間），平均每小時至少服務 1 人次，服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者均不得申報該小時費用。~~

B.訪視費項目（支付標準編號為 P30006）：醫師為評估患者是否符合到宅牙醫醫療條件，於本計畫收案前訪視該患者得申報本項費用，惟須經牙醫全聯會核可，方可執行；每一個案訪視費用 1553 點，每年限申報一次，並不得再依身障等級別計算加成費用。申報本項費用時，應檢附「口腔醫療需求評估及治療計畫」【附件 15】，並詳述理由，訪視醫師以本保險特約醫事服務機構之醫師為限。

C. 醫師執行到宅牙醫醫療服務(含訪視)及特定需求者牙醫醫療服務每日達5人以上，第5人起按6折支付，每日最多8人為限，且每月不超過80人；每位醫師支援每週不超過2日。另每一個案以2個月執行1次為原則，並依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定施行。

~~D. 訪視費項目(支付標準編號為P30006)：醫師為評估患者是否符合到宅牙醫醫療條件，於本計畫收案前訪視該患者得申報本項費用，惟須經牙醫全聯會核可，方可執行；每一個案訪視費用1553點，每年限申報一次，並不得再依身障等級別計算加成費用。申報本項費用時，應檢附「口腔醫療需求評估及治療計畫」，並詳述理由，訪視醫師以本保險特約醫事服務機構之醫師為限。~~

(5) 每點支付金額：本預算係按季均分及結算。當季預算若有結餘，則流用至下季；當季預算若有不足，則先天性唇顎裂及顛顏畸形症患者牙醫醫療服務、麻醉項目及重度以上身心障礙者牙醫醫療服務之點數，以每點1元計算，其餘項目採浮動點值，但每點支付金額不低於0.95元，若預算仍有不足，則由一般服務預算支應。

2. 費用申報之規定：

(1) 申報醫療費用時，案件分類請填16，牙醫醫療服務特定治療項目代號

(一) 填報如下：

A. 院所內服務：

非精神疾病者：極重度-FG、重度-FH、中度-FI、輕度-FJ

精神疾病者：重度以上-FC、中度-FD

發展遲緩兒童：FV

B. 醫療團服務：

非精神疾病者：極重度-FK、重度-FL、中度-FM、輕度-FN

精神疾病者：重度以上-FE、中度-FF

發展遲緩兒童：FX

失能老人：L1

C. 到宅醫療服務：

極重度 FS、重度 FY、中度：L4

失能老人：L2

D. 特定需求者服務：

極重度 FU、重度 FZ

失能老人：L3

E. 社區醫療站服務：

非精神疾病者：極重度-L5、重度-L6、中度-L7、輕度-L8

精神疾病者：重度以上-L9、中度-LA

發展遲緩兒童：LB

(2) 執行特定身心障礙者牙醫醫療服務之院所，請影印下列證明文件，並黏貼於病歷首頁，以備查驗：

A. 有效之身心障礙手冊（證明）正反面，若為發展遲緩兒童應檢附由健康署委辦之兒童發展聯合評估中心開具之綜合報告書（診斷頁）或辦理聯合評估之醫院開具發展遲緩診斷證明書影本。

B. 到宅牙醫醫療服務對象符合失能老人長照補助辦法補助者，應檢附各縣市長期照顧管理中心之核定函證明文件或評估量表相關證明文件（或診斷證明）影本。

C. 屬衛生福利部所屬老人福利機構（或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構）內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本。

(3) 執行特定身心障礙者牙醫醫療服務時，須登錄全民健康保險憑證（以下稱健保卡），就醫序號請依健保卡相關作業規定辦理，另若患者醫療需求需麻醉科醫師支援時，須依相關規定向當地衛生主管機關辦理支援報備，並將相關資料函送保險人分區業務組核定。

(4) 醫療團牙醫醫療服務之限制如下：（不適用於特定需求者牙醫醫療服務）

A. 每位醫師支援同一機構每週不超過 2 診次。如有支援不同機構，每週合計不超過 4 診次，每月不超過 16 診次。

B. 每診次申報點數不超過 3 萬點（以加成後論量支付點數計算），若超過 3 萬點以上者，超過的部分不予支付。

C. 至身心障礙福利機構、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校或政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)等單位，提供牙醫醫療服務之規定：未超過 150 人的單位，每週牙醫排診合計不得超過 3 診次，150 人以上 300 人以下的單位，每週牙醫排診合計不得超過 4 診次，300 人以上的單位，視醫療需求每週合計牙醫排診 5 診次；醫療團因前述各單位人數異動需增加平日排診或特殊例假日排診之診次時，須向牙醫全聯會提出申請，經審核通過後，由保險人各分區業務組另行文通知院所，異動時亦同。(離島地區及特殊醫療需求機構，經全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議討論通過者除外。)

(5) 本計畫服務量不列入分區管控項目，但仍納入專業審查範圍。

(6) 本計畫服務量不納入門診合理量計算。

(四) 申請程序：

參與本計畫提供特定身心障礙者牙醫醫療服務之院所、醫療團、到宅牙醫醫療服務等各項申請應檢附相關資料紙本和電子檔，送牙醫全聯會審查，異動時亦同。

1. 申請為初級照護院所，應檢附下列資料：

- (1) 申請書格式如【附件 3】。
- (2) 身心障礙教育訓練之學分證明影本。
- (3) 牙醫師證書正反面影本一份。

2. 申請為進階照護院所，應檢附下列資料：

- (1) 申請書格式如【附件 3】。
- (2) 2 位以上(含負責醫師)醫師個人學經歷等相關資料紙本(身分證字號、學經歷、專長背景及從事相關工作訓練或經驗說明)。
- (3) 身心障礙者口腔醫療及保健推廣計畫書書面紙本及電子檔各一份，一併提供牙醫全聯會(包括目前執行及未來推廣身心障礙者口腔醫療及保健推廣計畫之執行要點，書寫格式請以 A4 版面，由左而右，由上而下，(標)楷書 14 號字型，橫式書寫)。

- (4)身心障礙教育訓練之學分證明影本。
- (5)牙醫師證書正反面影本一份。
3. 以醫療團為單位，申請時應檢附下列資料：(含特定需求者醫療服務)
- (1)申請書格式如【附件 5】，並應檢附下列資料，書面紙本和電子檔各一份，一併提供牙醫全聯會：
- A.縣市牙醫師公會評估表【附件 6】
- B.身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)等單位之立案證明、同意函、簡介、身障者名冊、口腔狀況、牙科設備、醫師服務排班表、牙科治療計畫、維護計畫、口腔衛生計畫、經費評估牙醫師證書正反面影本乙份等內容書面紙本和電子檔各乙份。若屬衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本。
- (2)每年度結束後 20 日內須繳交醫療團期末報告【附件 8】及醫師個人期末報告【附件 8-1】兩份報告書面紙本資料和電子檔(由醫療團所屬縣市公會彙整後)，一併函送牙醫全聯會審核，審核不通過或有違規或異常者，經牙醫全聯會及保險人分區業務組確認，得停止延續執行本計畫。
4. 首次執行到宅牙醫醫療服務之個案訪視或醫療服務前，醫師須檢送到宅醫療訪視或醫療服務申請表【附件 17 ~~21~~】至牙醫全聯會核可後，由牙醫全聯會於每月 20 日前將名單函送保險人分區業務組備查。
- ~~5.申請提供特定需求者牙醫醫療服務，應檢附下列資料，一併提供牙醫全聯會：~~
- ~~(1)申請書格式如【附件 13】、日報表【附件 16】，預定前往提供牙醫醫療服務之機構簡介、立案證明、同意函等，另須檢附完成報備支援證明等書面。~~

~~(2)衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人,公立或公設民營之老人福利機構)內之個案,應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本。~~

~~(3)每位患者須填妥一份個案口腔醫療需求評估表及治療計畫【附件 17】、個案健康狀況評估表【附件 20】等書面紙本。~~

~~(4)牙醫師證書正反面影本一份。~~

(五) 相關規範

1. 每月 5 日前將申請書及學分證明等資料以掛號郵寄至牙醫全聯會。牙醫全聯會審查後,於每月 20 日前將院所及醫療團(含特定需求者)通過名單函送保險人,由保險人分區業務組審理核定後,以公告或行文通知相關院所;申請者得於核定之起迄期間執行本項服務,申請流程圖說明詳如【附件 7】、【附件 13 14】。~~特定需求者醫療服務個案申請以掛號郵寄至牙醫全聯會,經牙醫全聯會審查後,通過名單函送保險人,由保險人分區業務組審理核定後,函復院所及牙醫全聯會。首次執行到宅牙醫醫療服務之個案訪視及醫療服務,醫師須檢送到宅醫療訪視或醫療服務申請表【附件 21】至牙醫全聯會核可後,由牙醫全聯會於每月 20 日前將名單函送保險人分區業務組備查。~~
2. 醫師名單若有異動,應於每月 5 日前分別以【附件 4】~~及~~【附件 5】~~及~~【附件 16】格式函報牙醫全聯會,再由該會於每月 20 日前彙整送保險人分區業務組,待完成核定程序後,得於核定之起迄期間執行本項服務,另醫事機構代碼、院所名稱、執業登記等如有變更,應函報牙醫全聯會及保險人分區業務組辦理本計畫起迄日期變更作業。
3. 院所或醫療團對患有智能障礙、自閉症及重度以上身心障礙病患提供未經事前審查之全身麻醉案件,應於次月 20 日前將施行之麻醉方式、麻醉時間、麻醉前及術前評估、治療計畫併病歷資料送保險人分區業務組審查。其餘案件仍須依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定申請事前審查。
4. 醫療團執行特定身心障礙牙醫醫療服務時,應注意事項:(不適用於到宅~~與特定需求者~~牙醫醫療服務)

- (1) 醫療團每月 20 日前應檢送次月排班表供牙醫全聯會及保險人分區業務組備查，異動時亦同，並確實完成報備支援程序。
- (2) 醫療團醫師須依排班表執行服務，服務流程圖詳【附件 9】。
- (3) 費用申報作業：醫療團醫師每月 20 日前須先至健保資訊網服務系統（VPN）登錄醫療團服務費用明細，傳送資料後列印論次申請表【附件 10】蓋上院所印信，並檢附日報表【附件 11】併同門診醫療服務點數申報總表正本寄所屬保險人分區業務組，副本送牙醫全聯會備查。未繳交者，經催繳三個月內仍未改善者，得暫停計畫執行。
- (4) 醫療團至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構或衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)等單位提供牙醫醫療服務時，得放寬提供該區區域外身心障礙者前往求醫之服務，符合特定身分者以案件類別 16 填報，不符合者以其他案件類別填報，以擴大服務範圍。
- (5) 每一醫療團必須選定一後送醫療院所，後送醫療院所應為本計畫之進階照護院所，該後送院所應於支援看診時段提供所有必要的諮詢及相關協助。
- (6) 若支援之機構無法配合支援醫師或醫療相關之看診業務，應先向牙醫全聯會反映。
- (7) 就診紀錄【附件 12】應詳實記錄並填寫留存於身障機構等內，另於院所製作實體病歷留存，並依患者身份影印本計畫所須之證明文件，黏貼於病歷首頁，以備查驗。
- (8) 一位醫師須搭配至少一位助理或護理人員，特定需求者醫療服務一位醫師需搭配至少一位醫護人員。
- (9) 至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構或衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)等單位時，必須有老師或熟悉該患者狀況的人陪同就診。
- (10) 所有侵入性治療應取得院生家屬或監護人之書面同意書，並附在個

人病歷及醫療記錄備查，並謹慎為之。

- (11) 若患者無法於機構中順利完成治療應轉介到後送之醫療院所進行後續治療。
 - (12) 耗材應由看診醫師自備。
 - (13) 治療台之維護、清潔保養及醫療廢棄物由機構妥善處理。
 - (14) 患者所需之牙科治療應由具資格之專業醫師予以判斷，協調院方之輔助人員善盡安撫患者情緒之責任，並依個人能力給予醫師所需之協助。
 - (15) 若遇臨時緊急狀況或危急情形，應立刻和負責的後送醫療院所聯絡，並立即進行緊急醫療及後送程序。
 - (16) 執行全身麻醉時，醫師及場~~所~~所設備應符合相關法令規定及全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準內容，除醫療資源不足地區、山地離島地區之初級照護院所外，其餘地區應於進階照護院所內方得執行。
 - (17) 執行全身麻醉時，應以患者安全為優先考量。每位麻醉醫師每次僅能執行一位患者之麻醉，並搭配至少一位牙醫師執行牙科治療。
 - (18) 配合保險人政策執行健保卡登錄業務，依規定上傳就醫資料入健保卡。若遇特殊狀況無法登錄時，以就醫序號特定代碼「C001」申報；並以例外就醫名冊【附件 ~~16~~ **14**】代替並詳實記載，刷卡設備由醫療院所自行準備。
 - (19) 未遵守本計畫相關規定，且經牙醫全聯會或保險人分區業務組要求改善，第一次通知二個月內未改善或第二次通知一個月內未改善者，得由保險人之分區業務組核定暫停計畫執行。
 - (20) 牙醫全聯會會同保險人分區業務組得於年度計畫執行期間依醫療團之設備、病歷書寫、醫師出席情形、環境等進行實地訪視。
5. 到宅牙醫醫療及~~特定需求者牙醫醫療~~服務應注意事項：
- (1) 到宅牙醫醫療服務之~~醫師須依排班表執行服務~~，服務流程圖詳【附件 ~~14~~ **14**】。

- ~~(2) 費用申報作業：執行特定需求者牙醫醫療服務之醫師，每月 20 日前須先至健保資訊網服務系統 (VPN) 登錄醫療團服務費用明細，傳送資料後列印論次申請表【附件 10】蓋上院所印信，並檢附日報表【附件 11】併同門診醫療服務點數申報總表正本寄送所屬本保險分區業務組，副本送牙醫全聯會備查。未繳交者，經催繳三個月內仍未改善者，經牙醫全聯會及保險人分區業務組確認，得暫停計畫執行。~~
- ~~(3) 服務個案之申請及審核作業：每月申請特定需求者牙醫服務時，院所須檢送相關資料至牙醫全聯會先行初審，再由牙醫全聯會彙整後送本保險人之分區業務組核定：~~
- ~~A. 執行院所應提供申請書【附件 13】、日報表【附件 16】、口腔醫療需求評估及治療計畫【附件 17】、個案健康狀況評估表【附件 20】及完成報備支援證明、牙醫師證書正反面、身心障礙醫療業務相關學分證明等。~~
- ~~B. 前述服務，若有醫師異動，應具函敘明原因及檢附報備支援證明，通知牙醫全聯會及保險人分區業務組。~~
- (2)(4) 首次執行到宅牙醫醫療服務之個案訪視或醫療服務前，醫師須檢送到宅醫療服務訪視或醫療服務申請表【附件 ~~17~~ 21】至牙醫全聯會，由牙醫全聯會於每月 20 日前將名單函送保險人分區業務組備查；另醫師於 107 年起首次執行到宅牙醫醫療服務之個案訪視或醫療服務後次月 20 日前須檢附個案 3 年內之口腔醫療需求評估及治療計畫【附件 15】正本寄送所屬本保險分區業務組，副本送牙醫全聯會備查。經催繳三個月內仍未改善者，經牙醫全聯會及保險人分區業務組確認，得暫停計畫執行。
- ~~(3)(5) 執行醫師應詳實填寫就診紀錄【附件 18】留存於病患，並於院所製作實體病歷留存，且須依患者身份影印本計畫所須之證明文件，黏貼於病歷首頁，以備查驗。~~
- (4)(6) 一位醫師需搭配至少一位醫護人員。
- (5)(7) 醫師應於診療期間隨時注意病患之生理及心理狀況。

- ~~(6)~~~~(8)~~ 所有侵入性治療應取得病患家屬或監護人之書面同意書，並附在個人病歷及醫療記錄備查。
- ~~(7)~~~~(9)~~ 本項服務若無法順利完成治療，應將患者轉介到後送之醫療院所進行後續治療。
- ~~(8)~~~~(10)~~ 醫師應教導家屬為患者清潔口腔之衛教知識。
- ~~(9)~~~~(11)~~ 耗材應由醫療團隊自備。
- ~~(10)~~~~(12)~~ 設備之維護、清潔保養及醫療廢棄物由醫療團隊依相關法規妥善處理。
- ~~(11)~~~~(13)~~ 提供本項服務時，若遇臨時緊急狀況或危急情形，應立刻和負責的後送醫療院所聯絡，並立即進行緊急醫療及後送程序。
- ~~(12)~~~~(14)~~ 依保險人規定執行健保卡讀、寫卡作業。
- ~~(13)~~~~(15)~~ 未遵守本計畫相關規定，經牙醫全聯會或保險人分區業務組要求改善，第一次通知二個月內未改善或第二次通知一個月內未改善者，得由本保險之分區業務組核定暫停計畫執行。
6. 牙醫全聯會應將審核之相關院所及醫師名單函送保險人，由保險人各分區業務組審理核定後，另行文相關院所。惟被停止參加計畫之醫師可向所屬保險人分區業務組提出申復，經保險人分區業務組確認取消處分後，始得繼續執行本計畫。
7. 首次申請本計畫提供特定身心障礙者牙醫服務之醫師，須接受 6 學分以上身心障礙口腔醫療業務基礎課程。加入計畫後，每年仍須再接受 4 學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關再進修教育課程（每年再進修課程不得重複，執行到宅牙醫醫療之醫師須修習與到宅牙醫醫療之相關學分），並檢附積分證明後，得於下一年度繼續執行此計畫。本計畫之醫師須累積七年以上且超過 30（含）學分後，得繼續執行此計畫；惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。
8. 參加本計畫之院所及醫療團支援看診之服務單位（如：機構、學校或未設牙科之精神科醫院等），應提供院所及服務單位的電話、地址、看診時間等資訊，置放於保險人全球資訊網網站(<http://www.nhi.gov.tw>)及牙醫全聯會網站(<http://www.cda.org.tw>)，俾利民眾查詢就醫。

9. 醫療團服務院所應將「全民健保牙醫特殊醫療服務」之海報、立牌、直立旗、布條或其他(如看板等)標示物，標示看診地點與時間等，揭示於明顯處。標示製作作業說明請依【附件 [19](#) ~~23~~】規定辦理。
- 八、保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條規定計收；若屬全民健康保險法第四十三條第四項所訂醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，保險對象應自行負擔費用得予減免 20%。
- 九、本年度計畫在次年度計畫未於次年初公告前，得延續辦理，符合次年度計畫規定者，實施日期追溯至次年之 1 月 1 日，不符合次年度計畫規定者，得執行至次年度計畫公告實施日之次月止；[到宅牙醫醫療服務於全民健康保險居家醫療照護整合計畫未修訂公告前得適用本年度計畫內容](#)。
- 十、本計畫由保險人與牙醫全聯會共同研訂，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，得由保險人逕行修正公告。

【附件 1】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

-先天性唇顎裂疾病及顱顏畸形症醫療服務(齒顎矯正) 給付項目及支付標準
通則：

- 一、本計畫所訂支付點數均包括人員（醫事、技工及相關人員）、矯正過程中使用之材料（含特殊材料）及儀器折舊等費用在內。
- 二、先天性唇顎裂及顱顏畸形症疾病適用範圍如下：
 - (一)唇裂(Cleft lip)、顎裂(Cleft palate)、唇顎裂(Cleft lip and palate)、顏面裂(Facial Cleft)、小臉症、顏面不對稱者。
 - (二)呼吸終止症候群，須領有身心障礙手冊者。(限導因於先天性唇顎裂及顱顏畸形患者所導致之個案)
 - (三)骨性咬合不正及齒列咬合不正需配合進行唇顎裂植骨手術或顏面整形或重建手術者。
 - (四)其他經事前審查核准之先天性唇顎裂疾病及顱顏畸形者。
- 三、因病情需要施行本計畫之齒顎矯正裝置，須個案事先報經保險人同意後方可實施。惟乳牙期及混合牙期僅施行空間維持器者及唇顎裂嬰兒術前鼻型齒槽骨矯正者，不須事前審查。
- 四、牙齒矯正裝置於嬰兒期、乳牙期、混合牙期及恆牙期等期限各施行一次，其中恆牙期應按編號 92115B-92124B 按分次方式申報醫療費用。
- 五、恆牙期矯正病患於未完成矯正治療而變更就醫醫院時，現行治療特約醫療院所於申請事前審查時應檢附病歷影印本、治療計畫書、X光片、前就醫醫院無法繼續完成理由，估計仍需繼續治療月份數字資料以申報未完成時程之費用。
- 六、因外傷造成需實施治療性齒列矯正者，得個案事先報經保險人同意後，比照本支付標準支付點數，並以案件分類「19：牙醫其他專案」申報費用。

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
92101B	矯正檢查，部分（口腔檢查、石膏模型、照相）、(次) Orthodontic Examination,Partial(dental check-up,dental cast,intraoral and extraoral photography) 註：施行本項檢查不須要事前審查，惟限一至三歲病童有治療需要者，最多申報五次（建議施行期間為初次門診、三個月、六個月、一歲及三歲）。		✓	✓	✓	1690

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
92102B	矯正檢查(口腔檢查、石膏模型、照相、測顱X光、全景X光)(次) Orthodontic Examination, Total 【dental check-up,dental cast,intraoral and extraoral photography, panoramic radiography, cephalometric radiography (lateral and posteroanterior views)】 註：施行本項檢查不須事前審查，惟限三歲以上有治療須要者，每一年六個月限施行一次。		✓	✓	✓	3000
92103B	活動牙齒矯正裝置(單顎) Removable orthodontic appliance(one jaw)		✓	✓	✓	4806
92104B	活動牙齒矯正裝置(雙顎) Removable orthodontic appliance(two jaws)		✓	✓	✓	7209
92105B	空間維持器(單側)，固定或活動式 Space maintainer,unilateral 註：限上下顎各施行一次為原則。		✓	✓	✓	1500
92106B	空間維持器(雙側)，固定或活動式 Space maintainer,bilateral 註：限上下顎各施行一次為原則。		✓	✓	✓	2500
92107B	單齒矯正裝置及直接粘著裝置 Orthodontic band or direct bonding bracket, single tooth		✓	✓	✓	800
92108B	環鈎，彈力線或唇面弧線，每件 Clasp, Finger spring or labial arch, per piece		✓	✓	✓	348
92109B	亞克力基板Acrylic plate		✓	✓	✓	2000
92110B	咬合板或斜面板Bite plate or inclined plate		✓	✓	✓	1867
92111B	矯正調整及矯正追蹤檢查(次) Orthodontic adjustment 註：1.以每三個月實施一次為限。 2.不得與92115B~92124B項目合併申報		✓	✓	✓	1000
92112B	面罩A Facial mask A 註：面罩A指混合牙期或恆牙期病情需要使用於顎骨延長術(Distracted Osteogenesis)之裝置。		✓	✓	✓	12476
92113B	面罩B Facial mask B 註：面罩B指混合牙期或恆牙期病情需要使用於上顎及上顎齒列前移之面罩。		✓	✓	✓	3748
92114B	顎弓擴大器Palatal expansion appliance		✓	✓	✓	6259
92115B	恆牙期牙齒矯正(單顎)第一次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(one jaw)		✓	✓	✓	6631

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
92116B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第一次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(two jaws) 註：1.恆牙期牙齒矯正各次支付中，不得另行申報基本及選擇性診療項目。 2.第一次支付申報時間及基本、選擇性診療項目如下： (1)申報時間：事前審查經保險人同意後，至完成裝置矯正器。 (2)基本診療項目：單顎或雙顎固定帶環裝置。 (3)選擇性診療項目：面罩B、顎弓擴大器、因診療必須之拔牙。 (4)申報醫療費用時應檢附病歷影本作為審查依據。 3.內含92111B矯正調整及追蹤檢查費用。		✓	✓	✓	12000
92117B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第二次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(one jaw)		✓	✓	✓	4973
92118B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第二次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(two jaws) 註：1.恆牙期牙齒矯正各次支付中，不得另行申報基本及選擇性診療項目。 2.申報時間、基本診療項目如下： (1)申報時間：第一次支付後160天。 (2)基本診療項目：6次以上矯正調整。 (3)申報醫療費用時應檢附病歷影本，並標示第一次支付申報日期作為審查依據。 (4)內含92111B矯正調整及追蹤檢查費用。		✓	✓	✓	7236
92119B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第三次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(one jaw)		✓	✓	✓	4973
92120B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第三次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(two jaws) 註：1.恆牙期牙齒矯正各次支付中，不得另行申報基本及選擇性診療項目。 2.申報時間、基本診療項目如下： (1)申報時間：第二次支付後160天。 (2)基本診療項目：6次以上矯正調整。 (3)申報醫療費用時應檢附病歷影本，並標示第2次支付申報日期作為審查依據。 (4)內含92111B矯正調整及追蹤檢查費用。		✓	✓	✓	7236

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
92121B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第四次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(one jaw)		✓	✓	✓	6631
92122B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第四次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(two jaws) 註：1.恆牙期牙齒矯正各次支付中，不得另行申報基本及選擇性診療項目。 2.申報時間、基本診療項目如下： (1)申報時間：第三次支付後 160 天。 (2)基本診療項目：6 次以上矯正調整。 (3)申報醫療費用時應檢附病歷影本，並標示第 3 次支付申報日期作為審查依據。 (4)內含 92111B 矯正調整及追蹤檢查費用。		✓	✓	✓	9648
92123B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第五次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(one jaw)		✓	✓	✓	9946
92124B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第五次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(two jaws) 註：申報時間、基本診療項目及完成治療之臨床表徵如下： 1.申報時間：前一次支付至(本療程)完成治療。 2.基本診療項目： (1)矯正調整至完成治療。 (2)完成治療配戴維持器。 3.完成治療之臨床表徵： (1)齒列排列整齊，穩定咬合。 (2)前牙無倒咬或開咬情形。 (3)唇顎裂牙床裂縫旁牙齒之間隙關閉或改善。 4.申報第五次醫療費用時應檢附 X 光片或照片作為審查依據。 5.內含92111B矯正調整及追蹤檢查費用。		✓	✓	✓	15000
92125B	正顎手術術前牙板 Surgical stent for orthognathic surgery 註：適應症範圍唇腭裂及其他顱顏畸形和外傷所造成的骨性咬合不正需正顎手術者，而外傷所造成的骨性咬合不正須合併手術申報。		✓	✓	✓	5000

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
92126B	唇顎裂嬰兒鼻型齒槽骨矯正治療前印模單側鼻型齒槽骨矯正牙板 Nasoalveolar molding, impression & nasoalveolar molding plate, unilateral 註：1.適應症範圍：限出生後四個月內之嬰兒且單側唇顎裂鼻翼歪斜併齒槽骨裂隙。 2.須檢附治療前後照片與病歷記錄。 3.不得與92125B併報。		✓	✓	✓	12000
92127B	唇顎裂嬰兒鼻型齒槽骨矯正治療前印模雙側鼻型齒槽骨矯正牙板 nasoalveolar molding, impression & nasoalveolar molding plate, bilateral 註：1.適應症範圍：限出生後四個月內之嬰兒且雙側唇顎裂鼻柱塌陷、前顎前突併齒槽骨裂隙。 2.須檢附治療前後照片與病歷記錄。 3.不得與92125B併報。		✓	✓	✓	15000
92128B	鼻型齒槽骨矯正定期調整 Nasoalveolar molding, adjustment 註：1.適應症範圍單側唇顎裂鼻翼歪斜併齒槽骨裂隙，及雙側唇顎裂鼻柱塌陷、前顎前突併齒槽骨裂隙。 2.須檢附治療前後照片與病歷記錄。 3.7日內不得重覆申報。 4.同一病例申報次數以8次為上限。		✓	✓	✓	1000

【附件 2】

國際健康功能與身心障礙分類系統(International Classification of Functioning, Disability and Health,以下稱 ICF)新制發給身心障礙證明

與舊制身障類別之區分與辨識

101 年 7 月 11 日起施行 ICF 新制身心障礙鑑定與需求評估制度， ICF 新制 8 類與舊制 16 類身心障礙類別及代碼對應表如下：

新制身心障礙類別	舊制身心障礙類別代碼	
	代碼	類別
第 1 類 神經系統構造及精神、心智功能	06	智能障礙者
	09	植物人
	10	失智症者
	11	自閉症者
	12	慢性精神病患者
	14	頑性（難治型）癲癇症者
第 2 類 眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛	01	視覺障礙者
	02	聽覺機能障礙者
	03	平衡機能障礙者
第 3 類 涉及聲音與言語構造及其功能	04	聲音機能或語言機能障礙者
第 4 類 循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能	07	重要器官失去功能者-心臟
	07	重要器官失去功能者-造血機能
	07	重要器官失去功能者-呼吸器官
第 5 類 消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能	07	重要器官失去功能-吞嚥機能
	07	重要器官失去功能-胃
	07	重要器官失去功能-腸道
	07	重要器官失去功能-肝臟
第 6 類 泌尿與生殖系統相關構造及其功能	07	重要器官失去功能-腎臟
	07	重要器官失去功能-膀胱
第 7 類 神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能	05	肢體障礙者
第 8 類 皮膚與相關構造及其功能	08	顏面損傷者
備註： 依身心障礙者狀況對應第 1 至 8 類	13	多重障礙者
	15	經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙者
	16	其他經中央衛生主管機關認定之障礙者(染色體異常、先天代謝異常、先天缺陷)

本計畫適用代碼：01、05、06、07、09、10、11、12、13、14、15、16

備註說明：

一、 101年7月11日起至108年7月10日全面換證前，原「身心障礙手冊」及新制「身心障礙證明」將同時並行，惟身心障礙者僅會持有兩者之一。

二、 新制身心障礙證明樣張如下

中華民國身心障礙證明		照片黏貼處	
身分證統一編號		【有效期限】 年 月 日	
姓名			
出生日期	年 月 日		
戶籍地址			
聯絡人		關係	
鑑定日期	年 月 日	重新鑑定日期	年 月 日
障礙等級	輕度、中度、重度、極重度		

戶籍遷移註記	鄉鎮市區	村里	鄰	街路門牌	遷入日期	承辦人核章
障礙類別	第2類【B230】 → ICF對應碼					
ICD診斷	3899【02】 → 舊制身障類別代碼					
必要陪伴者優惠措施						

- (一) 障礙等級：共分輕度、中度、重度、極重度等4級。
- (二) 障礙類別：揭露該民眾依新制鑑定後之障礙類別(第1類~第8類)，並以括弧註記其對應之ICF編碼。
- (三) ICD診斷：除帶入該位民眾經鑑定後之「疾病分類代碼」，並於括弧【】中註記民眾舊制身心障礙類別代碼，以利證明使用人及各相關專業人員對應辨識。

【附件 3】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
牙醫醫療服務加入申請書（院所內服務）

醫師姓名		身分證字號		出生年月	
聯絡方式	電話：() 、手機：				

【申請院所基本資料】

一、「執業登記」院所名稱（全銜）：

- (1) 醫事機構代號：
 (2) 院所所屬層級別：醫學中心 區域醫院 地區醫院 基層診所
 (3) 院所申請類別：初級 進階
 (4) 院所基本資料：
 1. 負責醫師姓名： 身分證字號：
 2. 聯絡方式：
 3. 聯絡地址：-
 (5) 目前院所能提供身心障礙使用之設備名稱及數量：
 甲. 有專用椅子 無專用椅子
 乙. 牙科門診—急救、氧氣設備（簡述設備內容）：_____

- (6) 是否曾申請過加入計畫：有 無

二、「支援服務」院所名稱（全銜）：

- (1) 醫事機構代號：
 (2) 院所所屬層級別：醫學中心 區域醫院 地區醫院 基層診所（或同上）
 (3) 院所申請類別：初級 進階（或同上）
 (4) 院所基本資料：
 1. 負責醫師姓名： 身分證字號：
 2. 聯絡方式：
 3. 聯絡地址：-
 (5) 目前院所能提供身心障礙使用之設備名稱及數量：
 甲. 有專用椅子 無專用椅子
 乙. 牙科門診—急救、氧氣設備（簡述設備內容）：_____

- (6) 是否曾申請過加入計畫：有（年度：_____） 無

**備註：寄送地址：104-76 台北市復興北路 420 號 10 樓 牙醫全聯會收

- (1) 「初級院所」應檢附申請書格式如【附件 3】、身心障礙教育訓練之學分證明影本、牙醫師證書正反面影本一份。
 (2) 「進階院所」須事前檢附申請書格式如【附件 3】、身心障礙教育訓練之學分證明影本、牙醫師證書正反面影本一份、2 位以上（含負責醫師）醫師個人學經歷相關資料紙本、設備需求照片或圖片、身心障礙者口腔醫療及保健推廣計畫書書面紙本及電子檔各一份等資料後，待牙全會初審後再請申請院所親自面試。

【附件 4】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
牙醫醫療服務變更申請書（院所內服務）

申請 醫師姓名		身分證字號		出生年月	
變更後 聯絡方式	電話：() 、手機：				
【申請變更院所基本資料】					
<p>一、原申請加入院所名稱（全銜）：</p> <p>(1) 原醫事機構代號：</p> <p>(2) 原申請院所類別：<input type="checkbox"/>執業登記院所 <input type="checkbox"/>支援服務院所</p> <p>(3) 原申請變更原因，如下：(請勾選)</p> <p><input type="checkbox"/>執業登記異動（日期：_____）</p> <p><input type="checkbox"/>院所名稱變更、醫師姓名變更</p> <p><input type="checkbox"/>醫事機構代號變更</p> <p><input type="checkbox"/>醫師已離職不在診所服務（醫師姓名：_____或身分證字號_____）</p> <p><input type="checkbox"/>醫師不再繼續執行計畫，要取消資格</p>					
<p>二、申請變更後內容：</p> <p>(1) 變更後院所名稱：</p> <p>(2) 變更後院所類別：<input type="checkbox"/>執業登記院所 <input type="checkbox"/>支援服務院所</p> <p>(3) 變更後院所醫事機構代號：</p> <p>(4) 變更後院所負責人：_____身分證字號：_____</p>					

【附件5】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
牙醫醫療服務申請書（醫療團）

- 一、公會別：
二、申請服務單位（全銜）：
三、醫療團負責或代表醫師：_____

- 四、申請檢附資料：
- 縣市公會評估表
 - 服務單位同意函，如：身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構（或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構）等
 - 服務單位介紹：服務單位簡介暨立案證明、身障人員名冊及身心障礙類別輕重程度別等
 - 牙科治療計畫書：口腔現況、治療計畫、維護計畫、口腔衛生計畫、預估每年醫療服務點數量、服務人次等預估成效、預估達成率
 - 牙科診間設備表—說明須有可以正常操作且堪用的診療椅和經申請單位評估病患實際情形所需之相關設備、氧氣、急救藥品等
 - 醫師服務排班表、後送醫療院所、感染管制 SOP 作業自評表【附件 18 ~~22~~】

五、醫療團醫師名單：(表格列數不夠可請自行增加)

本保險分區別	姓名	身分證字號	醫事機構代號	醫事機構名稱	郵遞區號	院所地址	電話	相關教育訓練 (檢附學分證明)	備註
									<input type="checkbox"/> 取消 <input type="checkbox"/> 新增

六、變更醫療團醫師名單：(表格列數不夠可請自行增加)

本保險分區別	原申請資料					變更後申請資料				
	姓名	身分證字號	醫事機構代號	醫事機構名稱	院所地址及電話	姓名	身分證字號	醫事機構代號	醫事機構名稱	院所地址及電話

*備註：申請變更醫療團醫師名單時，請各縣市公會或申請單位函文向本會提出變更，待保險人分區業務組核定變更作業程序完成後得執行之。

【附件6】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫-縣市牙醫師公會評估表
(醫療團)

牙醫師公會 縣市別：

申請服務單位：

關於本會所屬會員申請成立醫療團至

_____ (執行服務單位名稱)，

提供身心障礙者或失能老人牙醫醫療服務，本會評估後意見如下：

同意

不同意，原因：_____

其他意見：

立書人

公會別(簽章)：

代表人(簽章)：

地址：

*簽章需簽署用印(大小章)

中 華 民 國 年 月 日

【附件 7】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
院所申請流程圖

階段	流程	說明
申請前段		<p>1-1 院所有醫師希望能申請本計畫之經費時。</p> <p>1-2 請至牙醫全聯會網站 (www.cda.org.tw) 的下載專區，下載本計畫全文且詳讀。</p> <p>2-1 若醫師無身心障礙相關課程基礎六學分請執行 2-2 的步驟。若醫師已有身心障礙相關課程六學分請直接執行 3-1 之步驟。</p> <p>2-2 請電洽各縣市公會詢問是否於近期內有舉辦身心障礙相關課程，若無可請所屬縣市公會協助詢問鄰近公會，或請所屬縣市公會籌畫身心障礙課程。</p> <p>3-1 填寫好院所之申請表 (以院所為單位)，且於申請表後須附上：</p> <p>a. 醫師個人學經歷等相關資料 (身份證字號、學經歷、專長背景及從事相關工作訓練或經驗說明)</p> <p>b. 身心障礙教育訓練之學分證明影本。</p>
申請中段		<p>4-1 每月 5 日前將資料備齊寄至牙醫全聯會。</p> <p>4-2 確定資料是否備齊，若無備齊請申請院所將資料補齊，並依補齊資料日期為主 (每月 5 日前將申請資料寄至牙醫全聯會)。其未齊之資料僅保存半年。</p> <p>5-1 將由醫師審核初級院所資格，進階院所負責人或醫師須至牙醫全聯會進行口頭報告審核其資格。</p> <p>5-2 未通過者依照其未通過之原因，若因學分不符請該院所待有學分後再次來申請。若因遭違規處分，行文給該院所告知目前尚不能申請此計畫。</p> <p>6-1 通過者名單以公文方式提送全民健康保險保險人。</p>
申請後		<p>7-1 申請院所收到保險人回復函文後，院所可執行此計畫。(此計畫為年度計畫)</p> <p>7-2 執行計畫期間若遭違規處分，將停止執行計畫之資格。</p> <p>7-3 若院所有意願規劃友善醫療環境，附表「牙科醫療院所友善醫療環境評量表」可供設置參考。</p>

附表

牙科醫療院所友善醫療環境評量表

評量日期			
醫療院所名稱			
醫療院所地址			
聯絡人姓名		聯絡電話	
聯絡人電子信箱			

【必要項目】

項目	內容	檢核情形 (請打 V)
院所位置	(一)設置在 1 樓者	
	1	出入口地面平順(高度在 0.5 公分以下), 門口淨寬至少 75 公分以上, 可方便輪椅、手持柺杖或助行器進出。
	2	出入口若有門檻或台階, 高度在 0.5 公分以上, 有作斜角處理、斜坡或提供斜坡板。
	(二)設置在地下室或 2 樓以上者	
	1	設置電梯者電梯機廂深度至少需有 110 公分以上, 電梯門寬度至少 80 公分以上。
大門	2	設有電梯、昇降設施或坡道可通達。
	1	若有設置自動門專用無線觸摸開關, 設置高度距離地面介於 80~90 公分, 自動門前方保留一處輪椅可靠近操作按鍵的空間。
	2	大門加裝服務鈴, 供行動不便者使用。
室內通路	3	大門無法加裝服務鈴, 設有協助聯絡電話, 以協助行動不便者。
	1	淨寬至少 90 公分以上, 方便行動不便之民眾通行。
	2	淨寬至少 75 公分以上, 方便行動不便之民眾通行。
診療室	3	以自備行動工具協助民眾通行。
	1	備有移位設施, 協助無法自行移位之民眾, 移動到診療椅。
治療椅	2	門淨寬至少 75 公分以上, 內部空間方便行動不便者進出。
	1	至少有一台治療椅可調整座椅高度, 離地面至 40-45 公分, 且椅背可傾立, 治療椅有一側保留至少 74 公分空間, 方便輪椅、手持柺杖或助行器之民眾靠近使用。
	2	至少有一台治療椅可調整座椅高低, 另該治療椅有一側保留空間, 方便輪椅、手持柺杖或助行器之民眾靠近使用。
	3	至少有一台治療椅可調整座椅高低椅背可傾立。

【其他項目】

項目	內容		檢核情形 (請打 V)
掛號/批價櫃檯	1	高度 65-80 公分以下，方便行動不便者靠近使用。	
	2	有協助掛號/批價機制。	
櫃台及進出動線	1	有明顯之引導標示。	
	2	有協助引導之人員。	
廁所	1	室內有設置廁所並符合無障礙標準，需留有通路、走廊淨寬至少 90 公分以上，可方便通往廁所。	
	2	室內有設置廁所並符合無障礙標準，需留有通路、走廊淨寬至少 75 公分以上，可方便通往廁所。	
	3	室內有設置廁所，診所有協助如廁機制。	
X 光檢查室	1	門淨寬至少 75 公分以上，迴轉空間至少 120 公分，方便輪椅使用者進出。	
	2	X 光機設備方便輪椅使用者使用。	

備註：

1. 名詞說明

- 「行動不便者」是指輪椅使用者、視覺障礙者、手持柺杖或助行器之民眾。
- 「廁所」的無障礙標準請參考「建築物無障礙設施設計規範 第五章」
- 「室內通路」是指通往各室內空間之路徑。

2. 本評量表主要以醫療院所內部空間設備為主，區分為「必要項目」、「其他項目」如下說明：

- 「必要項目」行動不便者能夠進入醫療院所且可接受診療。
- 「其他項目」符合必要項目之外，再增加其他無障礙空間。

3. 若醫療院所有願意規劃更完善的無障礙環境設施，建議參考「建築物無障礙設施設計規範」、「建築技術規則建築設計施工編 第十章無障礙建築物」、「既有公共建築物無障礙設施替代改善計畫作業程序及認定原則」。

4. 評量說明：不評分，以勾選項目內容，顯示院所醫療環境之提供情況。

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

醫療團申請流程圖

階段	流程	說明
申請前段		<p>1-1 醫師想加入醫療團或成立新的醫療團。</p> <p>1-2 至保險人網站 (www.nhi.gov.tw) 的檔案下載專區其他項，下載本計畫全文且詳讀。</p> <p>2-1 無身心障礙相關課程六學分請執行 2-2 的步驟。若醫師已有身心障礙相關課程六學分請直接執行 3-1 之步驟。</p> <p>2-2 向所屬牙醫師公會詢問是否於近期內有舉辦身心障礙相關課程，若無可請所屬公會協助詢問鄰近公會，或請公會辦理課程。</p> <p>3-1 向所屬公會洽詢，加入現有醫療團或者提出成立新的醫療團，將資料交由所屬公會彙整後行文至牙醫全聯會申請。(申請書及檢附資料詳本計畫內容)</p>
申請中段		<p>4-1 各縣市公會於每月 5 日前將申請資料寄至牙醫全聯會</p> <p>4-2 確定資料是否備齊，若缺件請縣市公會將資料補齊，並依補齊資料日期為申請日。</p> <p>5-1 醫療團負責人或各縣市公會代表須至牙醫全聯會進行口頭報告審核其資格。</p> <p>5-2 若通過，牙醫全聯會將名單送至保險人。若未通過依照其未通過之原因，若因學分不符請該公會通知該醫師待有學分後再次申請。若因遭違規處分或者執行醫療團地點未符合本計畫者，通知該公會告知審核結果。</p> <p>6-1 彙整通過者名單以公文方式提送保險人，經審核通過之名單，保險人分區業務組須主動提供副本給牙醫全聯會存查。</p>
申請完成		<p>7-1 申請醫療團之院所收到保險人回復函後其醫療團(醫師)可執行此計畫。(此計畫為年度計畫)</p> <p>7-2 執行計畫期間醫療團之醫師若遭違規處分，將停止該醫師執行計畫之資格。</p>

☆ 報備支援：各縣市牙醫師公會務必提醒執行醫療團之醫師，應事前完成向當地衛生主管機關報備支援至服務單位執行醫療之事宜。

【附件 8】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
牙醫醫療服務期末報告（醫療團）

____年____月____日至____年____月____（計畫執行期間）

一、醫療團/執行醫療服務地點名稱：

身心障礙福利機構/未設牙科之精神科醫院/特殊教育學校/發展遲緩兒童之機構/衛生福利部所屬老人福利機構（或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構），報備支援代號：

*執行機構/特教學校/精神科醫院，人數：_____人

（*務必填寫現行機構/學校/醫院最新人數）

二、醫師人力

序號	醫師姓名	身分證字號	院所名稱	醫事機構代號

（表格不敷使用可自行增加欄位）

三、年度排班及執行成果

月份	排班醫師數	總診次	總時數	總服務人次	論次費用	論量費用	論次論量費用小計
1月							
2月							
3月							
4月							
5月							
6月							
7月							
8月							
9月							
10月							
11月							
12月							
總計							

備註：資料統計來源-醫療團月報表。

四、本年度執行計畫之困難：

五、下年度延續執行計畫申請

(一)醫師人力

序號	醫師姓名	身分證字號	院所名稱	醫事機構代號	備註
					<input type="checkbox"/> 延續 <input type="checkbox"/> 不延續
					<input type="checkbox"/> 延續 <input type="checkbox"/> 不延續
					<input type="checkbox"/> 延續 <input type="checkbox"/> 不延續
					<input type="checkbox"/> 延續 <input type="checkbox"/> 不延續
					<input type="checkbox"/> 延續 <input type="checkbox"/> 不延續
					<input type="checkbox"/> 延續 <input type="checkbox"/> 不延續

(表格不敷使用可自行增加欄位，醫療團新增醫師時，須由申請單位另外向牙醫全聯會函文提出申請。)

(二)下年度預定執行方式

1. 全年執行人次目標
2. 全年申報金額估算
3. 治療計畫 (如：執行醫療服務單位身心障礙者的口腔狀況改善情形)
4. 維護計畫
5. 口腔衛生計畫
6. 經費評估
7. 成效預估
8. 機構醫療服務地點執行醫療服務單位的人數及服務診次
9. 後送醫院 (須為本計畫之進階照護院所)

(* 每年度結束後 20 日內繳交期末報告，並由醫療團所屬縣市公會彙整後，函送牙醫全聯會審核，審核通過後始得延續執行下年度之計畫資格。)

【附件 8-1】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
牙醫醫療服務期末報告（醫師個人）

____年____月 ~ ____月（計畫執行期間）

一、醫療團/執行醫療服務地點名稱：

二、醫師姓名：

三、年度每月執行情形

月份	總服務 診次	總服務 時數	總服務 人次	論次費用	論量費用	論次論量 費用小計
範例	2	6	10	14400	10550	24950
1月						
2月						
3月						
4月						
5月						
6月						
7月						
8月						
9月						
10月						
11月						
12月						
總計						

備註：資料統計來源-醫療團月報表；**請確實填寫，經查不實者，牙醫全聯會將移請
保險人暫停院所或醫師執行該計畫。

（填寫方式：以醫師為單位，1個支援服務單位填寫1張，2個支援服務單位
填寫2張，以此類推。）

【附件 9】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

醫療團執行牙科服務流程圖

階段	流程	A、醫療團負責部份	B、醫療服務單位負責部份
執行醫療服務前		<p>A-1 每次至執行醫療服務單位前先準備妥善執行服務時所需之相關醫療器材及健保 IC 過卡相關之設備，屆時帶至機構、醫院或特殊教育學校。</p> <p>A-2 至提供醫療服務單位時，將相關醫療器材及健保 IC 過卡之相關設備於治療前皆先擺設及設定完成。</p>	<p>B-1 事前須匯集前往提供醫療服務單位中有醫療需求或必須回診之身障人員名單。</p> <p>B-2 完成就診前準備工作，擬定看診名單。</p> <p>B-3 製作名冊、IC 卡、身心障礙手冊（證明）影本或若為發展遲緩兒童應檢附由衛生福利部國民健康署委辦之兒童發展聯合評估中心開具之綜合報告書（診斷頁）或辦理聯合評估之醫院開具發展遲緩診斷證明書、屬衛生福利部所屬老人福利機構（或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構）內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本或其他事前文書準備工作。</p>
執行醫療服務中		<p>A-3 核視醫療需求病紀錄醫療紀錄單（檢查部分）。</p> <p>A-4 助手應協助醫師及負責人員安撫患者情緒，並完成治療。</p> <p>A-5 告知保育人員術後之注意事項及回診日期。</p> <p>A-6 完成醫療紀錄單之記載。</p> <p>A-7 健保 IC 卡寫入及開立收據。</p>	<p>B-4 機構、醫院、學校等單位責任：由熟悉看護或保育人員或教師等陪同就診並協助安撫病患情緒並告知醫師是否有特殊需求或特殊狀況及醫病史。</p> <p>B-5 協助醫師完成治療。</p> <p>B-6 接受醫師完成診療後之照護及術後之注意事項。</p>
執行醫療服務後		<p>A-8 醫療器械相關設備及健保 IC 過卡相關設備的整理。</p>	<p>B-7 護送身障者返回教室或看護場所。（不含特定需求者）</p> <p>B-8 場地整理及器械消毒。</p> <p>B-9 醫療廢棄物之處理。</p>

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
牙醫醫療服務報酬論次申請表

一式三聯 第一聯保險人之分區、第二聯送中華民國牙醫師公會全國聯合會、第三聯醫療院所自行留存

受理日期		受理編號								
醫事服務機構名稱		醫事服務機構代號								
序號	診治醫師	身分證字號	支付別	日期	地點	服務時數	診療人次	申請金額		
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
11.										
12.										
13.										
14.										
15.										
本頁小計										
總表	項目	申請次數	服務時數	診療人次	每時申請金額	申請金額總數				
	支付別									
	P30001									
	P30003									
	總計									
負責醫師姓名：				一、編號：每月填送均自 1 號起編。總表欄：於最後一頁填寫。						
醫事服務機構地址：				二、支付別：						
電話：				1. 特定身心障礙者（含失能老人）P30001，每診次服務以 3 小時為限（不含休息、用餐時間）每小時 2400 點（內含護理費，平均每小時至少服務 1 人次，服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者，不得申請該小時費用）。						
印信：				2. 特定需求者 P30003：每診次服務以 3 小時為限（不含休息、用餐時間）每小時 1900 點（內含護理費，平均每小時至少服務 1 人次，服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者，不得申請該小時費用）；每日達 5 人以上第 5 人起按 6 折支付，每日最多 8 人為限，且每月不超過 80 人，每位醫師支援每週不超過 2 日，另每一個案以 2 個月執行 1 次為原則。						
				三、診療人次：填寫當次診療之人次。						
				四、填寫時請依同一支付別集中申報，同一診治醫師亦應集中申報。本申請表應於次月二十日前連同門診醫療服務點數申報總表正本寄本保險之分區業務組，惟請另置於信封內，並於信封上註明「申請牙醫門診總額專款專用醫療報酬」。						
				填表日期 年 月 日						

【附件 11】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫 - 牙醫醫療服務日報表

服務日期：

序號	障別代號	病患姓名	身分證字號	卡號	診察費	處置費	診治醫師
合計							

備註：障礙類別代號如下：

- A. 腦性麻痺、B. 智能障礙、C. 自閉症、D. 染色體異常、E. 中度以上精神障礙、F. 失智症、G. 多重障、H. 頑固性(難治型)癲癇、J. 植物人、
- K. 因罕見疾病而致身心功能障礙者、L. 重度以上肢體障礙、M. 重度以上視覺障礙者、N. 發展遲緩兒、O. 失能老人、P. 重度以上重要器官失去功能者、
- I. 其他(非特殊計畫 16 案件適用對象之身心障礙患者)。

【附件 12】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

(醫療服務單位) 就診紀錄

基本資料																	
姓名：				出生年月日：								監護人：					
地址：																	
醫病史 (Medical History)																	
父母：				相關證明影本黏貼處													
親屬：				備註：若為發展遲緩兒童應檢附由衛生福利部國民健康署委辦之兒童發展聯合評估中心開具之綜合報告書(診斷頁)或辦理聯合評估之醫院開具發展遲緩診斷證明書影本、屬衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人,公立或公設民營之老人福利機構)內之個案,應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本。													
本人：																	
特別注意事項：																	
牙醫病史																	
口腔發現 (oral finding)																	
上顎：					55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
乳牙牙冠																	乳牙牙冠
恆牙牙冠																	恆牙牙冠
醫療需求																	醫療需求
下顎：					85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
乳牙牙冠																	乳牙牙冠
恆牙牙冠																	恆牙牙冠
醫療需求																	醫療需求
填表說明：D=Decayed、X=Missing、M=Mobility、RR=ResidualRoot、F=Filled																	

身心障礙福利機構（日間及住宿機構）口腔健康篩檢表

(一) 基本資料：

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日
障礙程度	<input type="checkbox"/> 輕度	<input type="checkbox"/> 中度	<input type="checkbox"/> 重度	<input type="checkbox"/> 極重度	

(二) 洗牙記錄：第一次： 月 日，第二次： 月 日，第三次： 月 日
 註： 口腔照護支持服務評鑑標準需每年洗牙 2 次以上。

(三) 檢查方式說明：

1: 牙菌斑平均值計算方式：全口分為 6 區，目視各區牙菌斑堆積狀況以「0」，代表無或微量；「1」表示目視可見牙菌斑。

牙菌斑平均值=牙菌斑統計總數/總區數(無牙區須扣除)。

2: 牙齦炎平均值計算方式：全口分為 6 區，目視各區牙齦炎狀況以「0」，代表無牙齦炎；「1」表示有牙齦發炎。

牙齦炎平均值=牙齦炎統計總數/總區數(無牙區須扣除)。

註： 口腔照護支持服務評鑑標準須牙菌斑平均值(Plaque Index Average) 及牙齦炎平均值(Gingival Index Average) 皆在 0.5(含)以下。

(四) 檢查結果：(全口分為 6 區)

1. 牙菌斑平均值=牙菌斑統計總數()/總區數(無牙區須扣除)()=()

18 - 14	13 - 23	24 - 28
48 - 44	43 - 33	34 - 38

2. 牙齦炎平均值=牙齦炎統計總數()/總區數:無牙區須扣除()=()

18 - 14	13 - 23	24 - 28
48 - 44	43 - 33	34 - 38

檢查醫師：

檢查日期： 年 月 日

~~【附件 13】~~

~~全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫~~

~~—特定需求者牙醫醫療服務申請書~~

~~一、醫療院所名稱(全銜)：_____ 醫事機構代號：_____~~

~~二、所屬層級別：~~

~~各縣市牙醫師公會組成醫療團~~

~~醫學中心~~

~~參與衛生福利部「特殊需求牙科醫療服務示範中心獎勵計畫」之醫院~~

~~參與本計畫之「進階照護院所」~~

~~三、院所負責醫師姓名：~~

~~身分證字號：_____~~

~~四、參與醫師(醫師如符合申報資格條件，併請填報，欄位不夠可自行增加)~~

序號	醫師姓名	身分證字號	申請項目	備註
			<input type="checkbox"/>新增 <input type="checkbox"/>異動	
			<input type="checkbox"/>新增 <input type="checkbox"/>異動	

~~五、執行區域或服務機構：~~

~~六、院所電話：() _____ 傳真：() _____~~

~~七、聯絡人姓名：電話：_____~~

~~八、e-mail address：_____~~

~~九、地址：-~~

~~十、執行醫療服務時可提供身心障礙使用之設備名稱、數量、規格：(詳述)~~

~~甲、~~

~~乙、~~

~~丙、~~

~~丁、~~

~~十一、有無違規紀錄：無 記點 扣減 停止特約 終止特約~~

~~十二、是否曾申請加入計畫過：有(年度：_____)，執行日期：無~~

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
到宅醫療服務申請流程圖

階段	流程	說明
申請前段	<p>1 申請到宅醫療服務</p> <p>無學分 有學分</p> <p>2-2 參加身心障礙教育訓練之課程</p> <p>3 由符合資格之醫療院所提出到宅醫療訪視之申請</p>	<p>1-1 由各縣市牙醫師公會組成醫療團、醫學中心、參與衛生福利部「特殊需求者牙科醫療服務示範中心獎勵計畫」之醫院或參與本計畫之照護院所經提出至特定身心障礙或失能老人行動不便患者住家提供牙醫醫療服務。</p> <p>1-2 請於保險人網站 (www.nhi.gov.tw) 的檔案下載區下載本計畫全文且詳讀。</p> <p>2-1 無身心障礙醫療業務相關課程學分請執行 2-2 的步驟。若醫師已有身心障礙醫療業務相關課程學分者請直接執行 3-1 之步驟。</p> <p>2-2 向所屬縣市牙醫師公會詢問是否於近期內有舉辦身心障礙相關課程，若無可請所屬公會協助詢問鄰近公會，或請公會辦理課程。</p> <p>3 填寫好申請表【附件 17 21】</p>
申請中段	<p>4 查資料是否有備齊</p> <p>齊全 缺件</p> <p>5 牙醫全聯會通知審核結果</p> <p>核可 未通過</p> <p>6 名單提送保險人及分區業務組並副知院所</p>	<p>4-1 將申請資料寄至牙醫全聯會。</p> <p>4-2 確定資料是否備齊，若缺件請申請單位將資料補齊。</p> <p>5 牙醫全聯會通知院所審核結果。</p> <p>6 彙整通過者名單以公文方式提送保險人分區業務組備查並副知院所。</p>
申請完成	<p>7 符合執行計畫資格</p>	<p>7 執行計畫期間醫療團隊之醫師若遭違規處分，將停止該醫師執行計畫之資格。</p>

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

特定需求者醫療服務申請流程圖

階段	流程	說明
申請前段		<p>1-1 由各縣市牙醫師公會醫療團組成、醫學中心、參與衛生福利部「特殊需求者牙科醫療服務示範中心獎勵計畫」之醫院或參與本計畫之進階照護院所組成團隊經提出特定身心障礙或失能老人行動不便患者提供牙醫醫療服務。</p> <p>1-2 請於保險人網站 (www.nhi.gov.tw) 的檔案下載區下載本計畫全文且詳讀。</p> <p>2-1 無身心障礙醫療業務相關課程學分請執行2-2的步驟。若醫師已有身心障礙醫療業務相關課程學分者請直接執行3-1之步驟。</p> <p>2-2 向所屬縣市牙醫師公會詢問是否於近期內有舉辦身心障礙相關課程。若無可請所屬公會協助詢問鄰近公會，或請公會辦理課程。</p> <p>3-1 填寫好申請書（以特定需求者醫療團隊為單位），並於申請書【附件13】後附上：</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 日報表【附件16】，每位患者須填妥一份個案口腔醫療需求評估表及治療計畫【附件17】。 b. 個案健康狀況評估表【附件20】等書面紙本。 c. 預定前往提供醫療服務之身心障礙福利機構簡介及立案證明、衛生福利部所屬老人福利機構（或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構）機構同意函等，另須檢附當地衛生主管機關報備支援證明等書面。 d. 牙醫師證書正反面影本（含開（執）業登記動態章）、醫師接受身心障礙教育訓練之學分證明影本，屬衛生福利部所屬老人福利機構（或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構）內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本等書面文件各一份。
申請中段		<p>4-1 每月將申請資料寄至牙醫全聯會。</p> <p>4-2 確定資料是否備齊，若缺件請申請單位將資料補齊，並依補齊資料日期為申請日。</p> <p>5-1 若有需要醫療團隊須至牙醫全聯會進行口頭報告。</p> <p>5-2 若通過，牙醫全聯會將名單送至保險人分區業務組。若未通過依照其未通過之原因，若因學分不符請該公會通知該醫師待有學分後再次申請。若因違違規處分或者執行地點未符合本計畫者，會依保險人相關通知或核定文，行文給申請院所告知審核結果。</p> <p>6-1 彙整通過者名單以公文方式提送保險人。</p>
申請完成		<p>7-1 收到保險人回覆函後其醫療團隊（醫師）符合執行計畫資格。（此計畫為年度計畫）</p> <p>7-2 執行計畫期間醫療團隊之醫師若遭違規處分，將停止該醫師執行計畫之資格。</p>

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

執行到宅醫療服務流程圖

階段	流程	A、醫師負責部份	B、病患家屬負責部份
執行醫療服務——前	<p>受理身心障礙患者或失能老人居家照護之醫療需求</p> <p>↓</p> <p>醫師至臥床患者居所執行醫療服務訪視或醫療</p> <p>↓</p> <p>每次出診前置作業</p> <p>↓</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;">醫師事前準備 A-1 及 A-4 之各項事前執行工作</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;">患者家屬於事前須準備 B-1、B-2 及 B-3 事前準備工作</div> </div>	<p>A-1 受理身心障礙患者或失能老人居家照護之醫療需求個案。</p> <p>A-2 提出到宅個案訪視或醫療之申請。</p> <p>A-3 到宅醫療訪視服務經牙醫全聯會核可後執行。</p> <p>A-4 事前聯繫病患家屬確實了解患者就醫前的身體狀況。</p> <p>A-5 至個案住宅時，應事前備妥執行相關醫療設備器材架設擺放。</p>	<p>B-1 因病患身體狀況無法配合進行治療，應事前聯繫告知到宅醫療團隊之服務醫師。</p> <p>B-2 若醫師有執行侵入性治療行為，請病患家屬或監護人，務必於治療前簽署書面同意書，俾利醫師為患者進行醫療服務。</p> <p>B-3 家屬責任：由熟悉之看護或家屬陪同就診並協助安撫病患情緒，事前告知醫師病患是否有特殊需求或特殊狀況及醫病史等。</p>
執行醫療服務——中	<p>每一到宅個案申請皆須符合 A-1 至 A-10 之步驟。若無執行 A-9 之步驟將無法申請健保費用。</p> <p>↓</p> <p>診療期間務必由家屬、熟悉看護、陪同患者就診(B-4 至 B-5)。</p>	<p>A-6 視醫療需求詳實記載。</p> <p>A-7 陪同醫護人員協助醫師安撫患者情緒，完成治療。</p> <p>A-8 醫療服務應事前明確告知家屬治療內容或術後注意事項及下次回診日期。</p> <p>A-9 依保險人規定執行健保卡讀、寫卡作業。</p> <p>A-10 醫師應於診療期間注意病生理及心理狀況；若遇臨時緊急狀況或危急情形應立刻由後送醫院所接手辦理。</p> <p>註：若有侵入性治療時，務必於事前取得病患家屬或監護人書面同意書。</p>	<p>B-4 協助醫師完成治療</p> <p>B-5 接受醫師完成診療後之照護及術後說明應注意事項。</p>
執行醫療服務——後	<p>醫療器械設備及健保 IC 卡等作業</p> <p>↓</p> <p>依照 B-6 至 B-7 步驟行事後工作</p> <p>↓</p> <p>結束此次到宅醫療服務</p>	<p>A-11 醫療相關設備維護、清潔保養及廢棄物清除等，由醫療團隊自行妥善處理。</p> <p>A-12 教導家屬為患者清潔口腔衛教知識。</p>	<p>B-6 家屬應學習如何為病患做清潔口腔的知識。</p> <p>B-7 家屬應於平時固定為病患做口腔清潔，以維持口腔衛生。</p>

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

執行特定需求者醫療服務流程圖

階段	流程	A→醫師負責部份	B→病患家屬負責部份
執行醫療服務 —前	<p>受理身心障礙福利機構或衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">醫師至臥床患者居所執行醫療服務審核</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">每次出診前置作業</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> <p>醫師事前準備 A-1及A-6之各項事前執行工作</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> <p>患者家屬於事前須準備 B-1、B-2及B-3事前準備工作</p> </div> </div>	<p>A-1 受理身心障礙福利機構或衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)。</p> <p>A-2 機構提出醫療服務之申請。</p> <p>A-3 評估患者之生理狀況後,填妥病患口腔醫療需求評估及治療計畫資料,於每月提送特定需求者醫療服務至牙醫全聯會初審,待保險人及分區業務組相關通知或核定文後,方可提供該醫療服務。</p> <p>A-4 特定需求者醫療服務經保險人核定得執行醫療服務後,並確實完成報備支援程序。</p> <p>A-5 醫療團隊執行時間確定後,由保險人核定每案之申請日。</p> <p>A-6 事前聯繫病患家屬確實了解患者就醫前的身體狀況,能否讓醫療團隊前往執行到宅醫療服務。</p> <p>A-7 至身心障礙福利機構或衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)時,應事前備妥相關醫療設備器材架設擺放。</p>	<p>B-1 因病患身體狀況無法配合進行治療,應事前聯繫告知醫療團隊之服務醫師。</p> <p>B-2 若醫師有執行侵入性治療行為,請病患家屬或監護人,務必於治療前簽署書面同意書,俾利醫師為患者進行醫療服務。</p> <p>B-3 家屬責任:由熟悉之看護或家屬陪同就診並協助安撫病患情緒,事前告知醫師病患是否有特殊需求或特殊狀況及醫病史等。</p>
執行醫療服務 —中	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> <p>每一個案申請皆須符合A-1至A-12之步驟。若無執行A-11之步驟將無法申請健保費用。</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> <p>診療期間務必由家屬、熟悉看護、保育人員或教師陪同患者就診(B-4至B-5)。</p> </div> </div>	<p>A-8 核視醫療需求記錄醫療紀錄單及就診醫療記錄詳實記載。</p> <p>A-9 陪同護士協助醫師安撫患者情緒,完成治療。</p> <p>A-10 醫療服務應事前明確告知家屬治療內容或術後注意事項及下次回診日期。</p> <p>A-11 依保險人規定執行健保卡讀、寫卡作業。</p> <p>A-12 醫師應於診療期間注意病生理及心理狀況;若遇臨時緊急狀況或危急情形應立刻由後送醫院所接手辦理。</p> <p>註:若有侵入性治療時,務必於事前取得病患家屬或監護人書面同意書。</p>	<p>B-4 協助醫師完成治療</p> <p>B-5 接受醫師完成診療後之照護及術後說明應注意事項。</p>
執行醫療服務 —後	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> <p>醫療器械設備及健保IC卡等作業</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> <p>依照B-6至B-7步驟行事後工作</p> </div> </div> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">結束此次身心障礙福利機構或衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)醫療服務</p>	<p>A-13 醫療器械相關設備及健保卡讀、寫卡等作業。</p> <p>A-14 醫療相關設備維護、清潔保養及廢棄物清除等,由醫療團隊自行妥善處理。</p> <p>A-15 教導家屬為患者清潔口腔衛教知識。</p>	<p>B-6 家屬應學習如何為病患做清潔口腔的知識。</p> <p>B-7 家屬應於平時固定為病患做口腔清潔,以維持口腔衛生。</p>

~~【附件 16】~~

~~_____年_____月份全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫特定需求者醫療服務日報表~~

~~執行單位(全銜): _____~~

序號	障別代號	診治醫師	日期	病患姓名	身分證字號	聯絡電話	服務地址	護理人員	簡述施行治療內容

~~備註：1. 障礙類別或失能老人代號如下：~~

- ~~A. 腦性麻痺、B. 智能障礙、C. 自閉症、D. 染色體異常、E. 中度以上精神障礙、F. 失智症、G. 多重障、H. 頑固性(難治型)癲癇、J. 植物人、K. 因罕見疾病而致身心障礙功能障礙者、L. 重度以上肢體障礙、M. 重度以上視覺障礙者、N. 失能老人、P. 重度以上重要器官失去功能者~~

~~2. 施行治療項目，請敘述提供之處置內容。如下：~~

- ~~(1) 牙周病緊急處理、(2) 牙周敷料、(3) 牙結石清除(全口或局部)、(4) 牙周暨齶齒控制基本處置、(5) 塗氟、(6) 非特定局部治療、(7) 特定局部治療、(8) 簡單性拔牙、(9) 單面蛀牙填補。~~

【附件 15 17】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
口腔醫療需求評估及治療計畫—年 月 日、序號：—

基本資料																	
姓名：				出生年月日：				監護人：									
提供服務方式： <input type="checkbox"/> 到宅牙醫醫療服務 特定需求者醫療服務																	
到宅個案來源： <input type="checkbox"/> 全民健康保險居家醫療照護整合計畫 <input type="checkbox"/> 自行申請 <input type="checkbox"/> 醫院協助申請 <input type="checkbox"/> 其他																	
地址：																	
醫病史 (MedialHistory)																	
父母：				相關證明影本黏貼處													
親屬：				備註：(1)特定身心障礙者：應檢附身心障礙手冊正反面影本、(2)到宅失能老人：須符合「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」補助，且出具各縣市長期照顧管理中心之核定函證明文件或評估量表相關證明文件（或診斷證明）影本、 (3)屬衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)內之個案：應檢附診斷證明書或評估量表相關證明文件影本、 (4)(3)全民健康保險居家醫療照護整合計畫照護對象須符合本計畫之適用條件。													
本人：																	
特別注意事項：																	
牙醫病史																	
以往治療內容簡述																	
上次施行治療項目：(1) <input type="checkbox"/> 牙周病緊急處理、(2) <input type="checkbox"/> 牙周敷料、(3)牙結石清除(<input type="checkbox"/> 全口或 <input type="checkbox"/> 局部)、(4) <input type="checkbox"/> 牙周暨齶齒控制基本處置、(5) <input type="checkbox"/> 塗氟、(6) <input type="checkbox"/> 非特定局部治療、(7) <input type="checkbox"/> 特定局部治療、(8) <input type="checkbox"/> 簡單性拔牙、(9) <input type="checkbox"/> 單面蛀牙填補																	
治療時間： 年 月 日																	
口腔現況																	
上顎：				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65				
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
乳牙牙冠																	乳牙牙冠
恆牙牙冠																	恆牙牙冠
醫療需求																	醫療需求
下顎：				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75				
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
乳牙牙冠																	乳牙牙冠
恆牙牙冠																	恆牙牙冠
醫療需求																	醫療需求
填表說明：D=Decayed X=Missing M=Mobility RR=Residual Root F=Filled																	

一式三聯 第一聯保險人之分區、第二聯送中華民國牙醫師公會全國聯合會、第三聯醫療院所自行留存

治療計畫

一、患者口腔醫療需求之現況及身體狀況為何？

二、擬訂口腔治療項目（請敘述處置內容✓勾選）

- (一) 牙周病緊急處理
- (二) 牙周敷料
- (三) 牙結石清除 (全口或 局部)
- (四) 牙周暨齶齒控制基本處置
- (五) 塗氟
- (六) 非特定局部治療
- (七) 特定局部治療
- (八) 簡單性拔牙
- (九) 單面蛀牙填補

三、到宅服務之醫師及醫護人員聯絡資料：

醫師姓名： _____ 聯絡電話： _____

醫護人員姓名： _____ 聯絡電話： _____

四、此次到宅醫療個案，提供的醫療設備內容：

【建議請詳述攜帶式洗牙機、攜帶式吸唾機、攜帶式牙科治療設備、有效的急救設備、氧氣設備（含氧氣幫浦、氧氣筒須有節流裝置、氧氣面罩等）、急救藥品、開口器、生理監視器及攜帶式強力抽吸設備等，相關設備物品的名稱、數量、規格】

五、若遇臨時緊急狀況或危急情形的後送醫療院所？到宅牙醫醫療與後送醫療院所兩者之間的距離及所需時間：

~~(檢附到宅醫療與後送醫療院所地圖，並請說明兩者之間的距離及所需時間)~~

六、其他治療建議及口腔衛教的目標內容：

~~中華民國牙醫師公會全國聯合會初審意見~~

~~同意 不同意 原因： _____~~

~~全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
身心障礙到宅服務或特定需求者服務醫療團就診紀錄(首頁)~~

基本資料		
姓名：	出生年月日：	監護人：
地址：		
醫病史 (Medical History)		
父母：	相關證明影本黏貼處	
親屬：	備註：(1) 特定身心障礙者：應檢附身心障礙手冊正反面影本、(2) 到宅失能老人：須符合「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」補助，且出具各縣市長期照顧管理中心之核定函證明文件或評估量表相關證明文件（或診斷證明）影本、(3) 屬衛生福利部所屬老人福利機構（或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構）內之個案：應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本、(4) 全民健康保險居家醫療照護整合計畫照護對象須符合本計畫之適用條件。	
本人：		
特別注意事項：		
牙醫病史		
<input type="checkbox"/> 到宅服務或 <input type="checkbox"/> 特定需求者服務 服務日期： 年 月 日 到達時間： 時 分 離開時間： 時 分		
		續頁

1. 口腔狀況 (oral finding)																	
上顎:				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65				
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
乳牙牙冠																	乳牙牙冠
恆牙牙冠																	恆牙牙冠
醫療需求																	醫療需求
下顎:				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75				
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
乳牙牙冠																	乳牙牙冠
恆牙牙冠																	恆牙牙冠
醫療需求																	醫療需求
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 填表說明: D-Decayed X-Missing M-Mobility RR-Residual Root F-Filled </div>																	

~~2. 施行治療內容項目 (請敘述處置內容):~~

- ~~(一) 牙周病緊急處理~~
- ~~(二) 牙周敷料~~
- ~~(三) 牙結石清除 (全口或 局部)~~
- ~~(四) 牙周暨齶齒控制基本處置~~
- ~~(五) 塗氟~~
- ~~(六) 非特定局部治療~~
- ~~(七) 特定局部治療~~
- ~~(八) 簡單性拔牙~~
- ~~(九) 單面蛀牙填補~~

~~3. 本次治療後注意事項:~~

~~醫師簽名 (簽章): _____ 聯絡電話: _____~~

~~護士或助理簽名 (簽章): _____~~

【附件 16 ~~19~~】

全民健康保險 健保 IC 卡例外就醫名冊

院所名稱及代號：

看診醫師姓名：_____（簽章）

醫療團提供服務單位名稱：

日期： 年 月 日

就醫日期	姓名	身分證號	出生日期	地 址	聯絡電話	原因別	備註
						<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 牙醫特殊醫療	
						<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 牙醫特殊醫療	
						<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 牙醫特殊醫療	
						<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 牙醫特殊醫療	
						<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 牙醫特殊醫療	
						<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 牙醫特殊醫療	

*上述表格的「備註」欄位，務必詳細敘明無法過卡原因。

~~【附件 20】~~

~~全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
特定需求者醫療服務個案健康狀況評估表~~

~~第一部分：個案基本資料~~

1. 醫療需求申請單位名稱 (全銜)：
— 個案所在地址：
— 個案申請人姓名：
主要聯絡人：_____ 與個案關係：_____ 聯絡電話/手機：_____
主要照顧者：_____ 與個案關係：_____ 聯絡電話/手機：_____
2. 個案姓名：_____、年齡：_____歲
3. 性別：1. <input type="checkbox"/>男 2. <input type="checkbox"/>女
4. 出生年月日：民國 (1. 前 2. 國) _____年 _____月 _____日
5. 身份證字號：
6. 照護情形：<input type="checkbox"/>照護期內 <input type="checkbox"/>已超過照護期
7. 是否有身心障礙手冊：(請 <input checked="" type="checkbox"/>勾選下列問題)
(1) 0. <input type="checkbox"/>沒有 1. <input type="checkbox"/>申請中 2. <input type="checkbox"/>有
(2) a. 障礙類別：1. <input type="checkbox"/>視覺障礙 2. <input type="checkbox"/>聽覺機能障礙 3. <input type="checkbox"/>平衡機能障礙 4. <input type="checkbox"/>慢性精神病患 5. <input type="checkbox"/>聲音機能或語言機能障礙 6. <input type="checkbox"/>肢體障礙 7. <input type="checkbox"/>智能障礙 8. <input type="checkbox"/>重要器官失去功能 9. <input type="checkbox"/>顏面損傷 10. <input type="checkbox"/>植物人 11. <input type="checkbox"/>失智症 12. <input type="checkbox"/>自閉症 13. <input type="checkbox"/>頑型 (難治型) 癲癇症 14. <input type="checkbox"/>多重障礙 15. <input type="checkbox"/>經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙者 16. <input type="checkbox"/>其他經中央衛生主管機關認定之障礙者 (染色體異常、先天代謝異常、先天缺陷)
b. 障礙等級 1. <input type="checkbox"/>輕度 2. <input type="checkbox"/>中度 3. <input type="checkbox"/>重度 4. <input type="checkbox"/>極重度
c. 重新鑑定日期：_____ / _____ / _____
7-1. 是否有失能老人證明文件：(請 <input checked="" type="checkbox"/>勾選下列問題)
(1) 0. <input type="checkbox"/>沒有 1. <input type="checkbox"/>申請中 2. <input type="checkbox"/>有
(2) 失能程度別：<input type="checkbox"/>輕度 <input type="checkbox"/>中度 <input type="checkbox"/>重度 <input type="checkbox"/>極重度
備註：屬衛生福利部所屬老人福利機構 (或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構) 內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本
8. 提供牙醫醫療服務前，機構有無告知醫師個案身體狀況與其它特殊情形：
<input type="checkbox"/>1. 是，機構已事前告知個案身體狀況 <input type="checkbox"/>2. 未告知，機構未告知個案身體狀況

第二部分：健康狀況 (請勾選下列問題)

*個案身體健康狀況調查情形：

(1)意識狀態：1. 清醒 2. 嗜睡 3. 混亂 4. 昏迷 5. 其他：_____

(2)皮膚狀況：1. 正常
2. 異常；皮膚異常狀況
過度乾燥有皮屑 淤青 有疹子 傷口 (部位：_____
 大小：_____；等級：_____ 類別：擦傷、割傷 術後傷口 燒
 燙傷 壓瘡 其他慢性傷口：_____) 其他_____

(3)目前是否接受其他特殊照護
0. 否
1. 是 (鼻胃管 氣切管 導尿管 呼吸器 傷口引流管
造瘻部位 氧氣治療 其他_____)

(4)目前飲食型態：1. 一般飲食 2. 軟質 3. 流質 4. 特殊治療飲食：_____ 5. 其他_____

(5)進食方式：1. 由口進食 2. 管灌 3. 其他_____

(6)營養狀況評估：
1. 身高：_____公分 2. 體重：_____公斤 3. BMI：_____ 4. 無法評估

(7)疾病史

疾病名稱	發病時間 (年、月)	目前是否接 受治療	疾病名稱	發病時間 (年、月)	目前是否接 受治療
1. <input type="checkbox"/> 中風		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是	10. <input type="checkbox"/> 泌尿道疾病		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
2. <input type="checkbox"/> 高血壓		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是	11. <input type="checkbox"/> 巴金森氏症		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
3. <input type="checkbox"/> 心臟病		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是	12. <input type="checkbox"/> 免疫疾病		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
4. <input type="checkbox"/> 糖尿病		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是	13. <input type="checkbox"/> 失智症		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
5. <input type="checkbox"/> 消化系統 (肝、膽、 腸、胃)		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是	14. <input type="checkbox"/> 傳染性疾病 (肺結核、愛滋 病、梅毒、B型肝炎)		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是 治療階段：_____
6. <input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺疾病		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是	15. <input type="checkbox"/> 其他呼吸系 統疾病		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
7. <input type="checkbox"/> 腎臟疾病		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是	16. <input type="checkbox"/> 腦性麻痺		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
8. <input type="checkbox"/> 脊髓損傷		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是	17. <input type="checkbox"/> 癌症：_____癌		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
			18. <input type="checkbox"/> 其他：_____		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
9. <input type="checkbox"/> 骨骼系統 (關節炎、骨 折)		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是	19. <input type="checkbox"/> 以上皆無		

(8)身體狀況有無特殊情形：(請與照護者或申請單位確認)
 1. 個案身體狀況可承受治療
 2. 個案身體狀況無法承受治療 (請說明原因：_____)

(9)主要照護者知道個案有口腔醫療需求嗎?
 1. 知道 2. 不知道

(10)醫療提供單位施行治療項目：
 1. 牙周病緊急處理 2. 牙周敷料 3. 牙結石清除 (全口或局部)
 4. 牙周暨齦齒控制基本處置 5. 塗氟 6. 非特定局部治療 7. 特定局部治療。

(11)評估日期：_____年 _____月 _____日，時間：_____

協助評估者姓名：_____ (親簽) 與個案關係：_____

評估者姓名：_____ 醫師 (親簽)

【附件 17 ~~24~~】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
到宅醫療訪視或醫療服務申請表

申請日期____年____月____日、序號：____

患者基本資料	
申請項目： <input type="checkbox"/> 訪視 <input type="checkbox"/> 醫療服務	
姓名：	出生年月日： 監護人：
身分證字號：	連絡電話：
住所地址：	
障礙類別：	3個月內是否有自行外出的能力： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
到宅個案來源： <input type="checkbox"/> 全民健康保險居家醫療照護整合計畫 <input type="checkbox"/> 自行申請 <input type="checkbox"/> 醫院協助申請 <input type="checkbox"/> 其他	
個案申請資格：(請打勾)	
<input type="checkbox"/> 1.符合居家照護條件之特定障礙類別(需且同時符合下列條件)：	
A.病人只能維持有限之自我照顧能力，即清醒時，百分之五十以上活動限制在床上或椅子上	
B.有明確之醫療與護理服務項目需要服務者。	
<input type="checkbox"/> 2.屬「失能老人長照補助辦法」之補助對象，並為各縣市長期照顧管理中心之個案，且因疾病、傷病長期臥床的狀態，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上，行動困難無法自行至醫療院所就醫之患者。	
<input type="checkbox"/> 3.屬全民健康保險居家醫療照護整合計畫照護對象且符合上列(1)或(2)者。	
醫病史 (Medial History)	
父母：	相關證明影本黏貼處
親屬：	備註：(1) 特定身心障礙者：應檢附身心障礙手冊正反面或評估量表相關證明文件 (或診斷證明) 影本、(2) 到宅失能老人：須符合「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」補助，且出具各縣市長期照顧管理中心證明文件影本、(3) 全民健康保險居家醫療照護整合計畫照護對象須符合本計畫之適用條件。
本人：	
患者主訴或其他注意事項：	
申請院所基本資料	
醫療院所名稱(全銜)：	
醫事機構代號：	
一、到宅服務之醫師及醫護人員聯絡資料：	
醫師姓名：	聯絡電話：
醫護人員姓名：	聯絡電話：
二、此次到宅醫療個案，提供的醫療設備內容：	
【建議請詳述攜帶式洗牙機、攜帶式吸唾機、攜帶式牙科治療設備、有效的急救設備、氧氣設備 (含氧氣幫浦、氧氣筒須有節流裝置、氧氣面罩等)、急救藥品、開口器、生理監視器及攜帶式強力抽吸設備等，相關設備物品的名稱、數量、規格】	
三、若遇臨時緊急狀況或危急情形的後送醫療院所？	
(檢附到宅醫療與後送醫療院所地圖，並請說明兩者之間的距離及所需時間)	

【附件 18 22】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
感染管制 SOP 作業自評表

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

服務單位：

A. 硬體設備方面

項目	評分標準	自評	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. 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	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，管路出水二分鐘，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. 門診結束後治療台消毒措施	C. 治療台擦拭清潔，管道消毒放水放氣，清洗濾網。		
	B. 符合C，定期全員宣導及遵循。		
	A. 符合B，完備紀錄存檔。		

項目	評分標準	自評	備註
5.完善廢棄物處置 (註一)	C.有合格清運機構清理廢棄物及冷藏設施。		
	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，備有廢棄物詳細清運紀錄。		
6.意外尖銳物扎傷處理 流程制訂	C.制訂防範尖銳物扎傷計畫及處理流程。		
	B.符合C，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，進鍋滅菌並標示消毒日期。		
	B.符合C，化學指示劑監測，並完整紀錄。		
	A.符合B，每週至少一次生物監測劑監測及消毒鍋檢測，並完整紀錄。		
9.感染管制流程製訂	C.須依牙科感染管制SOP，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：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管制SOP作業細則步驟三貯存容器與規定，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：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院所，循一般消毒流程進行消毒並記錄。

註三：此自評表為本計畫醫療團使用，若欲申報加強感染管制之牙科門診診察費，須符合牙醫院所感染管制SOP作業考評表。

【附件 19 23】

全民健保牙醫門診總額特殊醫療服務計畫醫療團院所之標示製作作業說明

一、適用對象

承作健保署牙醫門診總額特殊醫療服務計畫之醫療團院所。

二、預算來源

~~107~~106年總額其他預算項目「提升保險服務成效」項下支應。

三、標示應包含下列內容

1. 全民健保牙醫特殊醫療服務
2. 全民健保標誌
3. 醫療團地點及時間
4. 主辦單位衛生福利部中央健康保險署
5. 承作醫療院所名稱

四、標示製作內容及規格

(一) 下列標示物類型至少擇一標示，各類標示物規格及字體大小不得小於下列規範：

標示物類型	規格	標示內容及字體大小				
		全民健保標誌	全民健保牙醫特殊醫療服務	醫療團地點及時間	主辦單位：衛生福利部中央健康保險署	承作醫療院所名稱
海報	A2 (59.4x42cm)	高度:7公分 寬度:7.05公分	130 pt	80 pt	80 pt	80 pt
立牌	60x160cm	高度:20公分 寬度:20.3公分	300 pt	160 pt	160 pt	160 pt
直立旗	60x150cm	高度:17公分 寬度:17.2公分	290 pt	160 pt	160 pt	160 pt
布條	60x300cm	高度:30公分 寬度:30.4公分	550 pt	180 pt	180 pt	180 pt
其他 (如看板等)	A2 (59.4x42cm)	高度:7公分 寬度:7.05公分	130 pt	80 pt	80 pt	80 pt

(二) 各總額標示物(不含布條)之底色及字體顏色

1. 西醫：底色為淡黃色，字體為深藍色
2. 中醫：底色為深紅色，字體為白色
3. 牙醫：底色為淡藍色，字體為深藍色

五、支付原則及核銷方式

1. 同一醫療院所同一計畫限申請一次本項費用，申請費用採實報實銷，上限為 5,000 元。
2. 核銷文件：申請表(如附表)、原始支出憑證、標示物之照片及規格明細。原始支出憑證依政府支出憑證處理要點規定辦理(支付機關名稱或買受機關名稱請註明衛生福利部中央健康保險署、統一編號請註明 08628407)。
3. 標示製作費用請由醫療院所先行墊付，並於承作計畫起 1 個月內檢具核銷文件，向所轄保險人分區業務組申請核付(如係當年 12 月始承作計畫者，申請核銷期限為當年 12 月 10 日前)；經審查不符上述標示內容及規格者，不予支付。

全民健保牙醫門診總額特殊醫療服務計畫醫療團院所
之標示製作費用申請表

承作醫療院所代號：

承作醫療院所名稱：

申請日期： 年 月 日

承作計畫名稱：

標示內容物：

- 海報 立牌 直立旗 布條 其他

核銷金額： 元



-----原始支出憑證黏貼處-----

報告事項

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：論病例計酬與乳癌醫療給付改善方案支付點數調整案。

說明：

- 一、依衛生福利部 106 年 9 月 30 日衛部保字第 1061260461 號令，有關增修訂西醫診療項目 16 項，以及醫院總額醫療服務成本指數改變率預算用於調整急重症、偏鄉與地區醫院等項目支付標準，並自 106 年 10 月 1 日生效辦理。
- 二、論病例計酬與乳癌醫療給付改善方案，均採定額方式支付，為配合上開支付標準調整，進行支付點數校正。調整結果如下：
 - (一)修訂本保險醫療服務給付項目及支付標準第六部「論病例計酬」支付點數，明細如附件 4-1 (P167~P169)：
 1. 校正範圍：105 年醫院之門診論病例計酬案件。
 2. 調整內容：
 - (1) 地區醫院門診診察費均再提升 15%。
 - (2) 手術項目由「兒童加成」調整為「提升兒童加成」。
 3. 點數：由原 15,569 點-51,331 點，調整為 15,608 點-51,368 點，調幅介於 0.1%-17%。
 - (二)修訂「乳癌醫療給付改善方案」支付點數，明細如附件 4-2 (P170~P171)：
 1. 校正範圍：105 年住院醫療給付改善方案案件。
 2. 調整內容：
 - (1) 增修乳房部分切除手術併前哨淋巴結摘除手術等 8 項診療項目。
 - (2) 調整急重症、偏鄉與地區醫院中，與住院相關之支付標準。

3. 點數：各項治療組合由 3,776 點-218,941 點，調整為 3,777 點-231,423 點，調幅介於 0.02%-115%。

三、增修後支付標準如附件 4-3 (P173~P175) 及附件 4-4 (P176~P180) ，後續依程序陳報衛生福利部公告實施。

序號	項目名稱	醫令代碼	105 年 申報 件數 (A)	105 年 申報 醫令 編號	申報醫令名稱	調整前 點數 (B)	調整後 點數 (C)	調升點數或 地區醫院門診診察費加成率調整					手術項目兒童加成調整 (成數調升)					調升 點數 加總 (K=H+J)	調整前 支付 點數 (L)	調整後 支付 點數 (M=L+K)	調幅 (M-L)/L	
								類別 1 調點數 2 地區醫 院加成 15%	點數差 (D= C-B)	醫令量 (E)	平均 成數 (F)	影響點 數小計 (G= D*E*F)	平均調 整點數 (H= ΣG/A)	<6 個月 醫令量 (+40%)	6 個月至未 滿 2 歲醫令 量 (+50%)	2 歲至 6 歲 醫令量 (+40%)	調整點數* 醫令量 ^{**3} (I)					平均調 整點數 (J= ΣI/A)
1		97220K	1,672	62001C	顏面皮膚及皮下腫瘤切除術-直徑小於 1 公分	1,300	1,300	未調整點數	0	0	0	1	520	4,245	4,245	28,478	32,723	14.9%				
				62003C	顏面皮膚及皮下腫瘤切除術-直徑超過 2 公分	5,514	5,514			0	0	1	2,206									
				62010C	臉部以外皮膚及皮下腫瘤摘除術-小於 2 公分	1,623	1,623			0	1	1	1,461									
				62018C	Z-形皮瓣	4,352	4,352			0	1	2	5,658									
				75602C	腹壁腫瘤切除術-良性	5,719	5,719			0	0	1	2,288									
				75605C	腹壁疝氣修補術-無腸切除	14,011	14,011			0	0	2	11,209									
				75607C	鼠蹊疝氣修補術-無腸切除	11,292	11,292			1	303	1,088	6,629,533									
				75613C	鼠蹊疝氣修補術，嵌頓性-無腸切除	11,935	11,935			0	0	5	23,870									
				75614C	鼠蹊疝氣修補術，復發性-無腸切除	12,565	12,565			0	3	9	64,082									
				78407C	陰囊水腫切除術	5,425	5,425			0	36	75	260,400									
				78605C	睪丸固定術-單側	5,874	5,874			0	0	1	2,350									
				78607C	隱睪單側睪丸固定術	12,520	12,520			0	7	10	93,900									
				79203C	精索靜脈高位結紮術	5,522	5,522			0	0	0	0									
				87407C	淚管切開術	1,063	1,063			0	0	2	850									
2	股及腹股溝疝氣手術 (AGE>1，單側)(門診)	97221A	700	62010C	臉部以外皮膚及皮下腫瘤摘除術-小於 2 公分	1,623	1,623	未調整點數	86	0	2	0	1,623	4,142	4,228	27,948	32,176	15.1%				
				62018C	Z-形皮瓣	4,352	4,352			0	0	1	1,741									
				75607C	鼠蹊疝氣修補術-無腸切除	11,292	11,292			2	137	440	2,769,928									
				75613C	鼠蹊疝氣修補術，嵌頓性-無腸切除	11,935	11,935			0	0	0	0									
				75614C	鼠蹊疝氣修補術，復發性-無腸切除	12,565	12,565			0	0	1	5,026									
				78047B	(後)腹腔鏡膀胱頸懸吊術	14,332	14,332			0	0	1	5,733									
				78407C	陰囊水腫切除術	5,425	5,425			0	9	20	67,813									
				78605C	睪丸固定術-單側	5,874	5,874			0	0	1	2,350									
				78607C	隱睪單側睪丸固定術	9,631	12,520			1	2,889	11	1.04						33,050			
				88029C	嬰兒鼠蹊疝氣	8,292	10,780			1	2,488	2	5.43						27,020			
3		97222B	387	00102B	一般門診診察費-醫院門診診察費(不含牙科門診) 2.地區醫院(3)未開處方或處方由本院所自行調劑	260	260	2	39	342	1.00	13,338	46	非手術項目				4,673	4,719	27,725	32,444	17.0%
				75607C	鼠蹊疝氣修補術-無腸切除	11,292	11,292	未調整點數	5	49	315	1,722,030										
				75613C	鼠蹊疝氣修補術，嵌頓性-無腸切除	11,935	11,935		0	0	1	4,774										
				75614C	鼠蹊疝氣修補術，復發性-無腸切除	12,565	12,565		0	0	15	75,390										
				75615C	股疝氣修補術-無腸切除	9,915	12,890	1	2,975	1	1.53	4,552		0	0	1	3,966					
				78407C	陰囊水腫切除術	5,425	5,425	未調整點數	1	0	0	2,170										
4		97223C	554	無調整項目											27,078	27,078	0.0%					

序號	項目名稱	醫令代碼	105年 申報 件數 (A)	105年 申報 醫令 編號	申報醫令名稱	調整前 點數 (B)	調整後 點數 (C)	調升點數或 地區醫院門診診察費加成率調整					手術項目兒童加成調整 (成數調升)					調升 點數 加總 (K=H+J)	調整前 支付 點數 (L)	調整後 支付 點數 (M=L+K)	調幅 (M-L)/L	
								類別 1 調點數 2 地區醫 院加成 15%	點數差 (D= C-B)	醫令量 (E)	平均 成數 (F)	影響點 數小計 (G= D*E*F)	平均調 整點數 (H= ΣG/A)	<6個月 醫令量 (+40%)	6個月至未 滿2歲醫令 量 (+50%)	2歲至6歲 醫令量 (+40%)	調整點數* 醫令量 ^{註3} (I)					平均調 整點數 (J= ΣI/A)
5	股及腹股溝 疝氣手術 (AGE<1,單 側)(門診)	97224P	3	無調整項目													23,908	23,908	0.0%			
6	尿管結石體 外震波碎石 術(單側)(門 診)	97405K	16,288	47079B	癌症治療計畫諮詢規劃費	2,536	2,800	1	264	1	1.00	264	0	非手術項目			0	0	29,070	29,070	0.0%	
				96007C	脊髓麻醉	1,500	2,250	1	750	1	1.50	1,125										
7			97406A	55,577	19007B	超音波導引(為組織切片, 抽吸、注射等)	1,302	1,500	1	198	1	1.00	198	0	非手術項目			0	0	29,070	29,070	0.0%
8	尿管結石體 外震波碎石 術(單側)(門 診)	97420B	28,186	00102B	一般門診診察費-醫院門 診診察費(不含牙科門診) 2.地區醫院(3)未開處方 或處方由本院所自行調劑	260	260	2	39	24,044	1.00	937,716	34	非手術項目			0	34	29,069	29,103	0.1%	
				00106B	一般門診診察費-醫院門 診診察費(不含牙科門診) 4.金門馬祖以外之山地離 島地區(3)未開處方或處 方由本院所自行調劑	260	260	2	39	208	1.00	8,112		非手術項目								
				00108B	一般門診診察費-醫院門 診診察費(不含牙科門診) 5.金門馬祖地區(3)未開 處方或處方由本院所自行 調劑	262	262	2	39	16	1.00	629		非手術項目								
				00173B	一般門診診察費-醫院門 診診察費(不含牙科門診) 2.地區醫院(6)開具連續 二次以上調劑,而且每次 給藥二十八天以上之慢性 病連續處方並由本院所自 行調劑	483	483	2	72	22	1.00	1,594		非手術項目								
9		97407K	97	無調整項目													51,332	51,332	0.0%			
10	尿管結石體 外震波碎石 術(雙側)(門 診)	97408A	414	無調整項目													51,332	51,332	0.0%			
11		97421B	369	00102B	一般門診診察費-醫院門 診診察費(不含牙科門診) 2.地區醫院(3)未開處方 或處方由本院所自行調劑	260	260	2	39	348	1.00	13,572	37	非手術項目			0	37	51,331	51,368	0.1%	
12	尿管結石體 外震波碎石 術(三十日內 施行第二 次,單側)(門 診)	97409K	346	無調整項目													23,020	23,020	0.0%			
13		97410A	1,622	無調整項目													23,020	23,020	0.0%			
14		97422B	511	00102B	一般門診診察費-醫院門 診診察費(不含牙科門診) 2.地區醫院〔3〕未開 處方或處方由本院所自行 調劑	260	260	2	39	488	1.00	19,032	37	非手術項目			0	37	23,019	23,056	0.2%	

序號	項目名稱	醫令代碼	105年 申報 件數 (A)	105年 申報 醫令 編號	申報醫令名稱	調整前 點數 (B)	調整後 點數 (C)	調升點數或 地區醫院門診診察費加成率調整					手術項目兒童加成調整 (成數調升)					調升 點數 加總 (K=H+J)	調整前 支付 點數 (L)	調整後 支付 點數 (M=L+K)	調幅 (M-L)/L
								類別 1 調點數 2 地區醫 院加成 15%	點數差 (D= C-B)	醫令量 (E)	平均 成數 (F)	影響點 數小計 (G= D*E*F)	平均調 整點數 (H= ΣG/A)	<6個月 醫令量 (+40%)	6個月至未 滿2歲醫令 量 (+50%)	2歲至6歲 醫令量 (+40%)	調整點數* 醫令量 ^{註3} (I)				
15	尿路結石體 外震波碎石 術(三十日內 施行第二 次,雙側)(門 診)	97411K	4	無調整項目													45,282	45,282	0.0%		
16		97412A	25	無調整項目													45,282	45,282	0.0%		
17		97423B	2	00102B	一般門診診察費-醫院門 診診察費(不含牙科門診) 2.地區醫院〔3〕未開 處方或處方由本院所自行 調劑	260	260	2	39	2	1.00	78	39	非手術項目		0	37	45,281	45,318	0.1%	
18		97605K	37,827	無調整項目													20,706	20,706	0.0%		
19		97606A	34,812	無調整項目													20,706	20,706	0.0%		
20	水晶體囊內 (外)摘除術 及人工水晶 體置入術(單 側)(門診)	97607B	10,981	00102B	一般門診診察費-醫院門 診診察費(不含牙科門診) 2.地區醫院(3)未開處方 或處方由本院所自行調劑	260	260	2	39	9,947	1.00	387,933	36	非手術項目		0	36	20,703	20,739	0.2%	
00106B				一般門診診察費-醫院門 診診察費(不含牙科門診) 4.金門馬祖以外之山地離 島地區(3)未開處方或處 方由本院所自行調劑	260	260	2	39	21	1.00	819	非手術項目									
00108B				一般門診診察費-醫院門 診診察費(不含牙科門診) 5.金門馬祖地區(3)未開 處方或處方由本院所自行 調劑	262	262	2	39	165	1.00	6,485	非手術項目									
21		97608C	119,483	無調整項目													20,674	20,674	0.0%		
22	喉直達鏡並 做聲帶或會 厭軟骨腫瘤 切除或剝 去,無主要合 併症或併發 症(門診)	97716K	790	無調整項目													15,581	15,581	0.0%		
23		97717A	273	無調整項目													15,448	15,448	0.0%		
24		97718B	128	00102B	一般門診診察費-醫院門 診診察費(不含牙科門診) 2.地區醫院(3)未開處方 或處方由本院所自行調劑	260	260	2	39	128	1.00	4,992	39	非手術項目		0	39	15,569	15,608	0.3%	

註：

1. 資料來源：105年本署三代倉儲門診清單醫令明細檔。
2. 資料條件：費用年月為105年1月至105年12月，案件分類門診C1。
3. 兒童加成調整點數=各年齡層之調整前點數(B)*加成差異合計。
4. 灰底為該論病例計酬之基本診療項目。

因應 106 年非協商因應調整支付標準後調整全民健康保險乳癌醫療給付改善方案包裹支付點數

	申報 件數 (A)	住院診察費(含會診費)			手術費			檢驗、診療、麻醉費			癌症治療計畫諮詢規劃費			調整後增加點數		支付點數		
		原申報	調整後	增加	原申報	調整後	增加	原申報	調整後	增加	原申報	調整後	增加	總增加 (F)=B+...+E	平均每件 (G=F/A)	原點數 (H)	調升後 (H+G)	調升比率 (G/H)
乳癌診斷檢查																		
P1502 檢查1	213				927,699	2,692,796	1,765,097	59,892	69,000	9,108				1,774,205	8,330	7,235	15,565	115.1%
P1503 檢查2	99				139,072	402,768	263,696	50,778	58,500	7,722				271,418	2,742	11,818	14,560	23.2%
乳癌治療組合1-1:施行乳房全切除手術及化學治療及放射治療																		
P1511 治療滿一個月	45				601,667	1,088,592	486,925							486,925	10,821	60,749	71,570	17.8%
P1512 治療滿三個月	36				490,379	912,358	421,979				2,536	2,800	264	422,243	11,729	64,624	76,353	18.1%
P1513 治療滿五個月	50				575,869	1,021,497	445,628				10,144	11,200	1,056	446,684	8,934	98,802	107,736	9.0%
P1514 治療結束	75				110,223	204,057	93,834				121,728	134,400	12,672	106,506	1,420	98,517	99,937	1.4%
乳癌治療組合1-2:施行乳房全切除手術及化學治療																		
P1515 治療滿一個月	87				1,260,999	2,353,616	1,092,617				2,536	2,800	264	1,092,881	12,562	58,958	71,520	21.3%
P1516 治療滿三個月	65				696,134	1,287,361	591,227							591,227	9,096	63,193	72,289	14.4%
P1517 治療結束	66	7,003	12,756	5,753	684,408	1,300,408	616,000				5,072	5,600	528	622,281	9,429	42,074	51,503	22.4%
乳癌治療組合1-3:施行乳房全切除手術及放射治療																		
P1518 治療滿一個月	8				107,290	195,977	88,687							88,687	11,086	56,922	68,008	19.5%
P1519 治療結束	1													0	0	153,498	153,498	0.0%
乳癌治療組合1-4:施行乳房全切除手術																		
P1520 施行乳房全切除手術	126	2,345	4,517	2,172	1,664,025	3,238,108	1,574,083							1,576,255	12,510	59,784	72,294	20.9%
乳癌治療組合2-1:施行乳房保留手術及化學治療及放射治療																		
P1521 治療滿一個月	94				1,056,759	1,789,945	733,186							733,186	7,800	74,942	82,742	10.4%
P1522 治療滿三個月	52				541,936	924,956	383,020				5,072	5,600	528	383,548	7,376	52,451	59,827	14.1%
P1523 治療滿五個月	81				478,174	824,734	346,560				63,400	70,000	6,600	353,160	4,360	71,000	75,360	6.1%
P1524 治療結束	112				198,402	337,041	138,639	2,604	3,000	396	185,128	204,400	19,272	158,307	1,413	71,845	73,258	2.0%
乳癌治療組合2-2:施行乳房保留手術及化學治療																		
P1525 治療滿一個月	4				29,092	47,394	18,302							18,302	4,576	76,037	80,613	6.0%
P1526 治療滿三個月	12				58,184	117,822	59,638							59,638	4,970	52,051	57,021	9.5%
P1527 治療結束	6													0	0	35,471	35,471	0.0%
乳癌治療組合2-3:施行乳房保留手術及放射治療																		
P1528 治療滿一個月	62				686,394	1,169,057	482,663				2,536	2,800	264	482,927	7,789	76,363	84,152	10.2%
P1529 治療結束	50				16,872	30,942	14,070				96,368	106,400	10,032	24,102	482	106,555	107,037	0.5%
乳癌治療組合2-4:施行乳房保留手術																		
P1530 施行乳房保留手術	7				37,528	62,865	25,337							25,337	3,620	75,481	79,101	4.8%
乳癌治療組合3-1:施行化學治療及放射治療																		
P1531 治療滿一個月	2													0	0	67,121	67,121	0.0%
P1532 治療滿三個月	2										2,536	2,800	264	264	132	68,029	68,161	0.2%
P1533 治療滿五個月	6										7,608	8,400	792	792	132	100,864	100,996	0.1%
P1534 治療結束	7							1,302	1,500	198	10,144	11,200	1,056	1,254	179	101,756	101,935	0.2%
乳癌治療組合3-2:施行化學治療或放射治療																		
P1535 治療滿一個月	45				67,210	217,173	149,963	24,738	28,500	3,762				153,725	3,416	64,897	68,313	5.3%
P1536 治療結束	47							3,906	4,500	594	2,536	2,800	264	858	18	104,333	104,351	0.02%
乳癌治療組合4-1:施行乳房全切除或保留手術及化學治療化及放射治療																		
P1537 治療滿一個月	45				781,200	1,337,356	556,156							556,156	12,359	60,234	72,593	20.5%
P1538 治療滿三個月	30				525,030	883,768	358,738				10,144	11,200	1,056	359,794	11,993	129,955	141,948	9.2%
P1539 治療滿五個月	41				700,213	1,210,800	510,587	2,604	3,000	396	7,608	8,400	792	511,775	12,482	218,941	231,423	5.7%
P1540 治療結束	99	805	1,615	810	494,294	846,286	351,992	3,906	4,500	594	187,664	207,200	19,536	372,932	3,767	147,561	151,328	2.6%
乳癌治療組合4-2:施行乳房全切除或保留手術及化學治療																		
P1541 治療滿一個月	7				69,708	152,034	82,326							82,326	11,761	61,055	72,816	19.3%
P1542 治療滿三個月	10				100,418	166,533	66,115							66,115	6,612	129,390	136,002	5.1%
P1543 治療滿五個月	26				344,688	564,904	220,216							220,216	8,470	144,461	152,931	5.9%
P1544 治療結束	14				126,542	217,037	90,495							90,495	6,464	97,339	103,803	6.6%
乳癌治療組合4-3:施行乳房全切除或保留手術及放射治療																		
P1545 治療滿一個月	8				84,638	150,333	65,695				2,536	2,800	264	65,959	8,245	63,477	71,722	13.0%
P1546 治療結束	4										7,608	8,400	792	792	198	127,697	127,895	0.2%

	申報 件數 (A)	住院診察費(含會診費)			手術費			檢驗、診療、麻醉費			癌症治療計畫諮詢規劃費			調整後增加點數		支付點數				
		原申報	調整後	增加	原申報	調整後	增加	原申報	調整後	增加	原申報	調整後	增加	總增加	平均每件	原點數	調升後	調升比率		
				(B)			(C)			(D)			(E)	(F)=B+...+E	(G=F/A)	(H)	(H+G)	(G/H)		
乳癌治療組合4-4:施行乳房全切除或保留手術																				
P1547	施行乳房全切除或保留手術	6					59,862	96,750	36,888						36,888	6,148	60,385	66,533	10.2%	
乳癌治療組合4-5:僅施行化學治療及放射治療																				
P1548	治療滿一個月	20	6,440	12,920	6,480					7,812	9,000	1,188	17,752	19,600	1,848	9,516	476	119,645	120,121	0.4%
P1549	治療滿三個月	29	6,440	12,920	6,480					9,114	10,500	1,386	12,680	14,000	1,320	9,186	317	120,784	121,101	0.3%
P1550	治療滿五個月	28	7,888	15,822	7,934					5,208	6,000	792	10,144	11,200	1,056	9,782	349	180,396	180,745	0.2%
P1551	治療結束	44	6,440	12,920	6,480					5,208	6,000	792	55,792	61,600	5,808	13,080	297	179,652	179,949	0.2%
乳癌治療組合4-6:僅施行化學治療																				
P1552	治療滿一個月	42	8,073	14,535	6,462					18,228	21,000	2,772				9,234	220	129,143	129,363	0.2%
P1553	治療滿三個月	49	6,516	13,059	6,543					9,114	10,500	1,386	2,536	2,800	264	8,193	167	129,188	129,355	0.1%
P1554	治療結束	69								15,624	18,000	2,376	2,536	2,800	264	2,640	38	171,491	171,529	0.02%
乳癌治療組合4-7:僅施行放射治療																				
P1555	治療滿一個月	25								2,802	3,750	948	53,256	58,800	5,544	6,492	260	118,280	118,540	0.2%
P1556	治療結束	14											2,536	2,800	264	264	19	51,598	51,617	0.04%
治療組合6-化學藥物治療專案																				
P1557	化學藥物治療專案	55	7,003	12,756	5,753		326,660	626,136	299,476	2,604	3,000	396	40,576	44,800	4,224	309,849	5,634	217,268	222,902	2.6%
乳癌追蹤檢查1																				
P1560	追蹤滿三個月	1,187								10,971	13,050	2,079				2,079	2	4,071	4,073	0.04%
P1561	追蹤滿六個月	1,257								6,510	7,500	990				990	1	3,936	3,937	0.02%
P1562	追蹤滿九個月	1,308								7,812	9,000	1,188				1,188	1	3,879	3,880	0.02%
P1563	追蹤滿十二個月	1,319								5,208	6,000	792				792	1	3,776	3,777	0.02%
乳癌追蹤檢查2																				
P1564	追蹤滿三個月	29														0	0	9,449	9,449	0.0%
P1565	追蹤滿六個月	29														0	0	9,891	9,891	0.0%
P1566	追蹤滿九個月	25														0	0	9,256	9,256	0.0%
P1567	追蹤滿十二個月	34														0	0	9,427	9,427	0.0%
註：													共增加	12,621,445						
1.本表以105年「全民健康保險乳癌醫療給付改善方案」住院申報案件(醫令碼前3碼為P15)為基礎，進行支付標準調整。																				
2.調整方式以該包裹案件中申報不計價醫令且於106年10月份調整支付點數之項目進行點數重新調整。																				
3.手術費大幅調升，係因106年10月調升點數同時原為組合式申報改為單項申報。																				
如：原申報63001B(部分乳房切除-單側)+29034C(前哨淋巴腺切片術)改申報63012B(乳房部分切除手術併前哨淋巴結摘除手術)，點數由5,514+6,110=11,624調升為 15,798;																				
原申報29034(前哨淋巴腺切片術)改申報63017B(前哨淋巴腺切片術)，點數由6,110調升為12,656。																				

第六部 論病例計酬

第三章 一般外科

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
97220K	股及腹股溝疝氣手術(AGE>1, 單側)(門診)				v	28,478
97221A				v		32,723
97222B			v			27,948
97222B			v			32,176
97222B			v			27,725
97223C		v				32,444
	註：1.診療項目要求表(詳附表 6.3.5) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)：0YQ50ZZ、 0YQ60ZZ、0YQ70ZZ、0YQ80ZZ					27,078
97224P	股及腹股溝疝氣手術(AGE<1, 單側)(門診)	v				23,908
	註：1.診療項目要求表(詳附表 6.3.5) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)：0YQ50ZZ、 0YQ60ZZ、0YQ70ZZ、0YQ80ZZ 3.限由向衛生局登記為診所(不含中醫診所及牙醫診所) 之特約醫事服務機構申報。					

第四章 泌尿科

編號	診療項目	基層醫院	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
97405K	尿路結石體外震波碎石術(單側)(門診)				v	29,070
97406A				v		29,070
97420B		v				29,069 <u>29,103</u>
97407K	尿路結石體外震波碎石術(雙側)(門診)				v	51,332
97408A				v		51,332
97421B		v				51,331 <u>51,368</u>
97409K	尿路結石體外震波碎石術(三十日內施行第二次,單側)(門診)				v	23,020
97410A				v		23,020
97422B		v				23,019 <u>23,056</u>
97411K	尿路結石體外震波碎石術(三十日內施行第二次,雙側)(門診)				v	45,282
97412A				v		45,282
97423B		v				45,281 <u>45,318</u>
	註：1.診療項目要求表(詳附表 6.4.2) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.主診斷碼及主手術(或處置)碼： 主診斷碼(ICD-10-CM)：N20.0、N20.0-N20.9 主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)：0TF3XZZ、 0TF4XZZ、0TF6XZZ、0TF7XZZ、0TFBXZZ、 0TFCXZZ、0WFRXZZ					

第六章 眼科

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
97605K	水晶體囊內(外)摘除術及人工水晶體置入術(單側)(門診) 註：1.診療項目要求表(詳附表 6.6.2) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)：08RJ3JZ、 08RK3JZ				v	20,706
97606A				v		20,706
97607B			v			20,703
						<u>20,739</u>
97608C		v				20,674

第七章 耳鼻喉科

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
97716K	喉直達鏡並做聲帶或會厭軟骨腫瘤切除或剝去，無主要 合併症或併發症（門診） 註：1.診療項目要求表（詳附表 6.7.4） (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.主診斷碼及主手術(或處置)碼： 詳附表 6.7.0 3.主要合併症或併發症診斷碼(詳附表 6.7.5、 6.7.5.1、6.7.5.2)				v	15,581
97717A				v		15,448
97718B			v			15,569
						<u>15,608</u>

乳癌醫療給付改善方案支付標準

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	僅到院尋求再諮詢無任何檢查		623 (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	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。	7,235 <u>15,565</u>	
P1503	診斷檢查 2	臨床分期為 3,4,X 期之診斷檢查	分期者為 X 期		11,818 <u>14,560</u>	
P1511	治療組合 1-1 治療滿一個月	病理分期為 0,1,2 期或局部復發(原部位復發或淋巴引流區復發)： 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。	60,749 <u>71,570</u>	
P1512	治療滿三個月				64,624 <u>76,353</u>	
P1513	治療滿五個月				98,802 <u>107,736</u>	
P1514	治療結束				98,517 <u>99,937</u>	
P1515	治療組合 1-2 治療滿一個月				施行乳房全切除手術及化學治療	58,958 <u>71,520</u>
P1516	治療滿三個月		63,193 <u>72,289</u>			
P1517	治療結束		42,074 <u>51,503</u>			
P1518	治療組合 1-3 治療滿一個月	施行乳房全切除術及放射治療			56,922 <u>68,008</u>	
P1519	治療結束				153,498	
P1520	治療組合 1-4	僅施行乳房全切除手術			59,784 <u>72,294</u>	

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 治療滿一個月	施行乳房保留 手術、化學治療 及放射治療			74,942	
P1522	治療滿三個月				82,742	
P1523	治療滿五個月				52,451	
P1524	治療結束				59,827	
					71,000	
					75,360	
P1524	治療結束				71,845	
					73,258	
P1525	治療組合 2-2 治療滿一個月	施行乳房保留 手術及化學治 療			76,037	
P1526	治療滿三個月				80,613	
P1527	治療結束				52,051	
					57,021	
					35,471	
P1528	治療組合 2-3 治療滿一個月	施行乳房保留 手術及放射治 療			76,363	
P1529	治療結束				84,152	
					106,555	
					107,037	
P1530	治療組合 2-4 治療滿一個月	僅施行乳房保 留手術			75,481	
					79,101	
P1531	治療組合 3-1 治療滿一個月	施行化學治療 及放射治療			67,121	
P1532	治療滿三個月				68,029	
P1533	治療滿五個月				68,161	
P1534	治療結束				100,864	
					100,996	
					101,756	
					101,935	
P1535	治療組合 3-2 治療滿一個月	僅施行化學治 療或放射治療			64,897	
P1536	治療結束				68,313	
					104,333	
					104,351	

編號	診療組合	診療項目	定義	起迄期間	支付點數	備註
P1537	治療組合 4-1 治療滿一個月	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 及化學治療及 放射治療			<u>60,234</u>	
P1538	治療滿三個月				<u>72,593</u>	
P1539	治療滿五個月				<u>129,955</u>	
P1540	治療結束				<u>141,948</u>	
					<u>218,941</u>	
		<u>231,423</u>				
P1541	治療組合 4-2 治療滿一個月	施行乳房全切 除或保留手術 及化學治療			<u>147,561</u>	
P1542	治療滿三個月				<u>151,328</u>	
P1543	治療滿五個月				<u>61,055</u>	
P1544	治療結束				<u>72,816</u>	
					<u>129,390</u>	
		<u>136,002</u>				
P1545	治療組合 4-3 治療滿一個月	施行乳房全切 除或保留手術 及放射治療			<u>144,461</u>	
P1546	治療結束				<u>152,931</u>	
					<u>97,339</u>	
P1547	治療組合 4-4	僅施行乳房全 切除或保留手 術			<u>103,803</u>	
P1548	治療組合 4-5 治療滿一個月	僅施行化學治 療及放射治療			<u>63,477</u>	
P1549	治療滿三個月				<u>71,722</u>	
P1550	治療滿五個月				<u>127,697</u>	
P1551	治療結束				<u>127,895</u>	
					<u>60,385</u>	
		<u>66,533</u>				
P1552	治療組合 4-6 治療滿一個月	僅施行化學治 療			<u>119,645</u>	
P1553	治療滿三個月				<u>120,121</u>	
P1554	治療結束				<u>120,784</u>	
					<u>121,101</u>	
		<u>180,396</u>				
		<u>180,745</u>				
		<u>179,652</u>				
		<u>179,949</u>				
P1552	治療組合 4-6 治療滿一個月	僅施行化學治 療			<u>129,143</u>	
P1553	治療滿三個月				<u>129,363</u>	
P1554	治療結束				<u>129,188</u>	
					<u>129,355</u>	
		<u>171,941</u>				
		<u>171,529</u>				

編號	診療組合	診療項目	定義	起迄期間	支付點數	備註
P1555	治療組合 4-7 治療滿一個月	僅施行放射治療			<u>118,280</u> <u>118,540</u>	
P1556	治療結束				<u>51,598</u> <u>51,617</u>	
	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	
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	<u>217,268</u> <u>222,902</u>	

編號	診療組合	診療項目	定義	起迄期間	支付點數	備註
P1560	追蹤檢查 1 追蹤滿三個月	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參與醫院之就診當日為起點。 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。	4,071	(本項支付點數以年為單位,最多給付五年)
P1561	追蹤滿六個月				4,073	
P1562	追蹤滿九個月				3,936	
P1563	追蹤滿十二個月				3,937	
P1564	追蹤檢查 2 追蹤滿三個月	病理分期為 4期或曾於他院治療者之追蹤檢查			9,449	(本項支付點數以年為單位,最多給付五年)
P1565	追蹤滿六個月				9,891	
P1566	追蹤滿九個月				9,256	
P1567	追蹤滿十二個月				9,427	

報告事項

第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關修訂 107 年度「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫方案」(修正草案對照表如附件 5-1，P185~P210)。

說明：

- 一、依據衛生福利部全民健康保險會 106 年 9 月 22 日第 3 屆 106 年第 8 次委員會議協定 107 年其他預算項目及其分配案辦理，本方案 107 年全年經費為 11 億元。
- 二、鑑於近年「醫療影像檢查」費用的成長幅度驚人，為避免民眾重複受檢，既浪費醫療資源，也可能對民眾身體帶來不必要的傷害，依本署 106 年 11 月 16 日召開之「醫療檢查影像 CT 及 MRI 即時上傳及分享作業討論會」會議紀錄(附件 5-2，P211~P215)，本方案 107 年修訂重點獲致共識為獎勵醫療院所即時上傳電腦斷層造影及磁振造影之影像及報告資料，又本署考量「34004C-齒顎全景 X 光片攝影」項目，除特殊傷病狀況跨院所僅能申報 1 次，為供醫療院所有充足資訊提供醫療服務，故亦併入本方案獎勵，上開作業為讓醫療院所有充足準備時間，獎勵規定實施後之前半年為緩衝期(107 年 1 月至 107 年 6 月)，摘錄修訂重點如下：
 - (一) 固接網路增訂「醫療檢查影像上傳類申請者」，供醫院層級得選擇企業型光纖 20M 或 30M 或 40M 或 50M，另為鼓勵醫院充分利用上述網路頻寬進行影像上傳，合理支付固接網路月租費，增訂此類申請者如 CT 及 MRI 影像上傳率未達一定比率，將改依原申請頻寬月租費上限辦理結算，一定比率值訂定如下：

1. 107Q1 及 107Q2：不訂定，各需有任一傳送 CT 及 MRI 影像即符合標準。
2. 107Q3：50%。
3. 107Q4：80%。

(二) 增修訂 2 類資料上傳獎勵金：

1. 新增「上傳醫療檢查影像獎勵金」：
 - (1) 獎勵項目：「電腦斷層造影」(醫令代碼 33070B、33071B 及 33072B)、「磁振造影」(醫令代碼 33084B 及 33085B) 及「齒顎全景 X 光片攝影」(醫令代碼 34004C)。
 - (2) 獎勵條件：緩衝期間，醫療院所於費用年月次月底前上傳影像即符合標準；緩衝期後，醫療院所需於實際檢查日期後之 24 小時內，將醫療檢查影像傳送至本署，方符合獎勵條件。
 - (3) 支付方式：「電腦斷層造影」(醫令代碼 33070B、33071B 及 33072B)及「磁振造影」(醫令代碼 33084B 及 33085B)，每筆醫令獎勵 10 元；「齒顎全景 X 光片攝影」(醫令代碼 34004C)，每筆醫令獎勵 5 元。
2. 「上傳檢驗(查)結果獎勵金—即時上傳檢驗(查)結果額外獎勵金」增訂「報告型資料」之「電腦斷層造影」、「磁振造影」及「齒顎全景 X 光片攝影」：
 - (1) 獎勵項目：原為門診及急診之「非報告型資料」(維持不變)，本次增訂「報告型資料」之「電腦斷層造影」(醫令代碼 33070B、33071B 及 33072B)、「磁振造影」(醫令代碼 33084B 及 33085B)及「齒顎全景 X 光片攝影」(醫令代碼 34004C)項目。

(2) 支付方式：「非報告型資料」，每筆即時上傳醫令加計 1 點(維持不變)；「報告型資料」，每筆即時上傳醫令加計 5 點(本次新增)。

(3) 結算方式：為讓醫療院所能更即時獲本項獎勵金，由「按年結算」提升為按季結算。

(三) 另修訂「固接網路」網路月租費核付指標(診所及交付機構適用)之「門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率」計算方式及閾值：

1. 依本署 106 年 9 月 30 日召開之「研商 106 年 10 月起增列申報醫令執行起迄時間及醫事人員代號事宜會議」臨時動議決議(附件 5-3, P216~P219)，略以：流感疫苗接種案件不納入「門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率」計算，但同時應提高本項查詢率閾值，以提升用藥安全與醫療品質。

2. 相關修訂如下：

(1) 指標達成率：經參考 106 年第 2 季本指標實績值(下表)，達成率擬由 20%調整為 45%(20 百分位值)。

百分位	P10	P20	P30	P40	P50	P60	P70	P80	P90	P100	平均值
統計值	17%	45%	66%	78%	86%	91%	94%	96%	98%	100%	79%

(2) 指標定義：

A. 分子：門診病人(交付機構提供醫藥服務病人)查詢健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷人數。(無修訂)

B. 分母：門診病人數(交付機構提供醫藥服務病人)，排除預防保健、四癌篩檢、轉檢、代檢、新特約二個月內案件及健保卡作業異常無法使用健保卡及流感疫苗接種案件。(註：方案雖原無上開底線文字(除流感疫苗接種案件)，惟 105 年起指標計算時已排除預防保健、四癌篩檢、轉檢、代檢、新特約二個月內案件及健保卡作業異常無法使用健保卡案件)

三、本案為本署 107 年重點推展工作之一，考量相關作業涉醫療院所之資訊系統及網路頻寬調整等，且於本署 106 年 11 月 16 日召開之「醫療檢查影像 CT 及 MRI 即時上傳及分享作業討論會」已獲致共識，故本署業於 106 年 11 月 30 日將本方案併同「特約醫事服務機構上傳醫療檢查影像格式說明」(附件 5-4，P220~P225)及「特約醫事服務機構上傳檢驗(查)結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明」(附件 5-5，P226~P266)函報衛生福利部核定，後續將依程序辦理公告作業。

「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」修正
草案對照表

修正方案(107 年)	現行方案(106 年)	說明
一、依據：全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額辦理。	一、依據：全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額辦理。	未修正。
二、目的：為鼓勵特約醫事服務機構提升網路頻寬，以利即時、迅速查詢病患於不同醫事機構間之醫療資訊，供處方參考，以確保保險對象就醫安全，以及提升醫療服務效率。	二、目的：為鼓勵特約醫事服務機構提升網路頻寬，以利即時、迅速查詢病患於不同醫事機構間之醫療資訊，供處方參考，以確保保險對象就醫安全，以及提升醫療服務效率。	未修正。
三、預算來源：全民健康保險醫療給付費用總額之其他預算「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施」項目。	三、預算來源：全民健康保險醫療給付費用總額之其他預算「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施」項目。	未修正。
<p>四、適用對象：</p> <p>(一) 固接網路：</p> <p>1. 保險人特約醫事服務機構包含醫院、診所及交付機構。</p> <p>2. 特約醫事服務機構應依特約層級別選擇申請裝設所需速率頻寬，醫院層級別得選擇企業型光纖 4M 或 6M 或 10M，<u>如醫院層級有傳送醫療檢查影像，得選擇企業型光纖 20M 或 30M 或 40M 或 50M</u>，另保險人分區業務組得視地區醫院之服務規模，專案核准其申請企業型或專業型光纖 2M 或 1M 之網路頻寬；基層診所及交付機構得選擇企業型或專業型光纖 1M 或 2M 以上之網路。</p>	<p>四、適用對象：</p> <p>(一) 固接網路：</p> <p>1. 保險人特約醫事服務機構包含醫院、診所及交付機構。</p> <p>2. 特約醫事服務機構應依特約層級別選擇申請裝設所需速率頻寬，醫院層級別得選擇企業型光纖 4M 或 6M 或 10M，但保險人分區業務組得視地區醫院之服務規模，專案核准其申請企業型或專業型光纖 2M 或 1M 之網路頻寬；基層診所及交付機構得選擇企業型或專業型光纖 1M 或 2M 以上之網路。</p>	為讓特約醫事服務機構即時上傳「醫療影像檢查」之影像及報告資料，本方案 107 年擴增補助醫院層級如有傳送醫療檢查影像，得選擇企業型光纖 20M 或 30M 或 40M 或 50M。

修正方案(107年)	現行方案(106年)	說明
<p>3. 特約醫事服務機構需檢送申請表(附件1),由保險人分區業務組核定後辦理。</p> <p>(二) 行動網路(Mobile Data Virtual Private Network, MDVPN):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 適用對象為事先經保險人同意提供居家醫療照護、或至醫療資源缺乏地區、山地離島地區等於非院所內提供醫療服務之特約醫事服務機構。 2. 申請數量以1組為原則,惟經分區業務組瞭解特約醫事服務機構實際業務需要,最多可申請2組。 3. 特約醫事服務機構需檢送申請表(附件2),由保險人分區業務組核定後辦理。 	<p>3. 特約醫事服務機構需檢送申請表(附件1),由保險人分區業務組核定後辦理。</p> <p>(二) 行動網路(Mobile Data Virtual Private Network, MDVPN):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 適用對象為事先經保險人同意提供居家醫療照護、或至醫療資源缺乏地區、山地離島地區等於非院所內提供醫療服務之特約醫事服務機構。 2. 申請數量以1組為原則,惟經分區業務組瞭解特約醫事服務機構實際業務需要,最多可申請2組。 3. 特約醫事服務機構需檢送申請表(附件2),由保險人分區業務組核定後辦理。 	
<p>五、支付項目及標準:</p> <p>(一) 特約醫事服務機構之「固接網路」網路月租費,按季核算並支付,但特約醫事服務機構未於本方案各季結算時點前申報醫療費用資料者,不予支付。</p> <p>1. 支付方式:<u>計算方式如下,惟屬「醫療檢查影像上傳類」申請者,如醫療檢查CT及MRI影像上傳率未達一定比率,將改依原申請頻寬月租費上限辦理結算。(註:</u></p>	<p>五、支付項目及標準:</p> <p>(一) 特約醫事服務機構之「固接網路」網路月租費,按季核算並支付,但特約醫事服務機構未於本方案各季結算時點前申報醫療費用資料者,不予支付。</p> <p>1. 支付方式:</p>	<p>為鼓勵醫院充分利用上述網路頻寬進行影像上傳,合理支付固接網路月租費,增訂此類申請者如CT及MRI影像上傳率未達一定比率,將改依原申請頻寬月租費上限辦理結算。</p>

修正方案(107年)	現行方案(106年)	說明												
<p data-bbox="304 203 608 477"><u>「一定比率 於 107Q1 及 107Q2 不訂定，各需有任一傳送 CT 及 MRI 影像即符合標準；107Q3 為 50%；107Q4 為 80%」</u></p> <table border="1" data-bbox="225 483 608 920"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>計算方式</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>基本費</td> <td>$F \times 50\%$</td> </tr> <tr> <td>指標獎勵</td> <td>$F \times 50\% \times \Sigma$ 獎勵指標達成之支付權重</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="225 927 608 1010">(1) 醫院適用獎勵指標(七項)：</p> <p data-bbox="225 1016 608 1581">i. 指標內容：住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率、門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率、門診或住診抽審案件數位審查、特定檢查項目（CT、MRI、PET）資源共享率、檢驗（查）結果上傳率、急診案件健保卡上傳正確率及人工關節植入物上傳率。</p> <p data-bbox="225 1588 608 1720">ii. 各項指標達成率、評核方式及支付權重，詳附件 3。</p> <p data-bbox="225 1727 608 1816">(2) 診所及交付機構適用獎勵指標(五項)：</p> <p data-bbox="225 1823 608 2056">i. 指標內容：門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率、特定醫療資訊查詢關懷名單網頁開啟率、門診抽審案件數位</p>	項目	計算方式	基本費	$F \times 50\%$	指標獎勵	$F \times 50\% \times \Sigma$ 獎勵指標達成之支付權重	<table border="1" data-bbox="697 483 1080 920"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>計算方式</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>基本費</td> <td>$F \times 50\%$</td> </tr> <tr> <td>指標獎勵</td> <td>$F \times 50\% \times \Sigma$ 獎勵指標達成之支付權重</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="697 927 1080 1010">(1) 醫院適用獎勵指標(七項)：</p> <p data-bbox="697 1016 1080 1581">i. 指標內容：住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率、門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率、門診或住診抽審案件數位審查、特定檢查項目（CT、MRI、PET）資源共享率、檢驗（查）結果上傳率、急診案件健保卡上傳正確率及人工關節植入物上傳率。</p> <p data-bbox="697 1588 1080 1720">ii. 各項指標達成率、評核方式及支付權重，詳附件 3。</p> <p data-bbox="697 1727 1080 1816">(2) 診所及交付機構適用獎勵指標(五項)：</p> <p data-bbox="697 1823 1080 2056">i. 指標內容：門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率、特定醫療資訊查詢關懷名單網頁開啟率、門診抽審案件數位</p>	項目	計算方式	基本費	$F \times 50\%$	指標獎勵	$F \times 50\% \times \Sigma$ 獎勵指標達成之支付權重	
項目	計算方式													
基本費	$F \times 50\%$													
指標獎勵	$F \times 50\% \times \Sigma$ 獎勵指標達成之支付權重													
項目	計算方式													
基本費	$F \times 50\%$													
指標獎勵	$F \times 50\% \times \Sigma$ 獎勵指標達成之支付權重													

修正方案(107年)	現行方案(106年)	說明
<p>審查、健保卡上傳作業正確率及檢驗(查)結果上傳率。</p> <p>ii.各項指標支付權重為50%，由保險人依指標達成項目最高二項計算，支付權重最高為100%。各項指標達成率、評核方式，詳附件4。</p> <p>2. 支付上限：</p> <p>(1)依保險人與電信公司合約折扣率計算之頻寬月租費為上限(以107年為例，頻寬月租費介於新台幣1,980元至5萬4,561元，詳附件5)。</p> <p>(2)特約醫事服務機構之頻寬月租費低於支付上限者，以其支付電信公司之費用及目標值達成情形核實支付。</p>	<p>審查、健保卡上傳作業正確率及檢驗(查)結果上傳率。</p> <p>ii.各項指標支付權重為50%，由保險人依指標達成項目最高二項計算，支付權重最高為100%。各項指標達成率、評核方式，詳附件4。</p> <p>2. 支付上限：</p> <p>(1)依保險人與電信公司合約折扣率計算之頻寬月租費為上限(以107年為例，頻寬月租費介於新台幣1,980元至5萬4,561元，詳附件5)。</p> <p>(2)特約醫事服務機構之頻寬月租費低於支付上限者，以其支付電信公司之費用及目標值達成情形核實支付。</p>	
<p>(二) 特約醫事服務機構之行動網路月租費，按季核算並支付：</p> <p>1. 依電信公司提供特約醫事服務機構該季繳交網路頻寬之月租費證明書據(繳款人需為該特約醫事服務機構含機構代號)金額核實支付。</p> <p>2. 支付上限：依保險人與電信公司合約之無線網路-MDVPN 3G/4G 優惠月租費率計算之，並依優惠方案所訂之最高收費金額為上限(以107年為例，3G/4G 優惠方案最</p>	<p>(二) 特約醫事服務機構之行動網路月租費，按季核算並支付：</p> <p>1. 依電信公司提供特約醫事服務機構該季繳交網路頻寬之月租費證明書據(繳款人需為該特約醫事服務機構含機構代號)金額核實支付。</p> <p>2. 支付上限：依保險人與電信公司合約之無線網路-MDVPN 3G/4G 優惠月租費率計算之，並依優惠方案所訂之最高收費金額為上限(以107年為例，3G/4G 優惠方案最</p>	未修正。

修正方案(107年)	現行方案(106年)	說明
<p>高收費金額介於新台幣 700 元至 2,500 元，詳附件 6)。</p>	<p>高收費金額介於新台幣 700 元至 2,500 元，詳附件 6)。</p>	
<p>(三) 資料上傳獎勵：特約醫事服務機構須於「費用年月」之次月底前上傳下列資料，否則不予列計。上傳格式公布於保險人全球資訊網之醫事機構專區之醫療費用支付項下。</p> <p>1. 上傳檢驗(查)結果：</p> <p>(1) 上傳基本費：上傳率 > 50%，且上傳醫令數 > 0 者，始得支付。</p> <p>① 每季為醫院 2,500 元、基層診所及交付機構 750 元。</p> <p>② 上傳率 = 已上傳應上傳檢驗(查)結果醫令數 / 申報應上傳檢驗(查)結果醫令數。</p> <p>(2) 上傳檢驗(查)結果基本獎勵金：符合領取上傳基本費者，始得支付。</p> <p>① 非報告型資料者每筆醫令獎勵 1 點。</p> <p>② 報告型資料者每筆醫令獎勵 5 點。</p> <p>③ 本項獎勵金按季核算，以每點 1 元暫付；全年結算，採浮動點值支付，惟每點金額不高於 1 元。</p> <p>④ 應上傳項目及報告類別，如附件 7。非規定應上傳之檢驗(查)項目，仍可依規定格式上傳，惟不列入</p>	<p>(三) 資料上傳獎勵：特約醫事服務機構須於「費用年月」之次月底前上傳下列資料，否則不予列計。上傳格式公布於保險人全球資訊網之醫事機構專區之醫療費用支付項下。</p> <p>1. 上傳檢驗(查)結果：</p> <p>(1) 上傳基本費：上傳率 > 50%，且上傳醫令數 > 0 者，始得支付。</p> <p>① 每季為醫院 2,500 元、基層診所及交付機構 750 元。</p> <p>② 上傳率 = 已上傳應上傳檢驗(查)結果醫令數 / 申報應上傳檢驗(查)結果醫令數。</p> <p>(2) 上傳檢驗(查)結果基本獎勵金：符合領取上傳基本費者，始得支付。</p> <p>① 非報告型資料者每筆醫令獎勵 1 點。</p> <p>② 報告型資料者每筆醫令獎勵 5 點。</p> <p>③ 本項獎勵金按季核算，以每點 1 元暫付；全年結算，採浮動點值支付，惟每點金額不高於 1 元。</p> <p>④ 應上傳項目及報告類別，詳附件 7。非規定應上傳之檢驗(查)項目，仍可依規定格式上傳，惟不列入</p>	<p>一、增修訂 2 類資料上傳獎勵金：</p> <p>(一) 「上傳檢驗(查)結果獎勵金—即時上傳檢驗(查)結果額外獎勵金」增訂「報告型資料」之「電腦斷層造影」、「磁振造影」及「齒顎全景 X 光片攝影」之項目及獎勵方式。</p> <p>(二) 新增「上傳醫療檢查影像獎勵金」：針對「電腦斷層造影」、「磁振造影」及「齒顎全景 X 光片攝影」，如醫療院所將醫療檢查影像於一定期限內傳送至本署，「電腦斷層造影」及「磁振造影」，每筆醫令獎勵 10 元；「齒顎全景 X 光片攝影」，每筆醫令獎勵 5 元。</p> <p>二、附件 4「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方</p>

修正方案(107年)	現行方案(106年)	說明
<p>上傳基本費用及上傳檢驗(查)結果獎勵金之計算。</p> <p>(3) 即時上傳檢驗(查)結果額外獎勵金：</p> <p>①獎勵項目：門診及急診之「非報告型資料」(即附件7中報告類別為1之項目)，<u>與「報告型資料」之「電腦斷層造影檢查」(醫令代碼33070B、33071B及33072B)、「磁振造影」(醫令代碼33084B及33085B)及「齒顎全景X光片攝影」(醫令代碼34004C)項目。</u></p> <p>②獎勵條件：於報告日期時間24小時內將其檢驗(查)結果上傳；如屬健保卡補卡案件，且健保卡刷卡日期時間大於報告日期時間，如於補卡後24小時內上傳，亦得獲本項額外獎勵金。</p> <p>③支付方式：「非報告型資料」者，每筆即時上傳醫令加計1點；<u>「報告型資料」者，每筆即時上傳醫令加計5點。</u></p> <p>④本項預算係以年度預算扣除實際結算金額後之結餘款作為本項獎勵金，並以年度預算之20%為上限。<u>按季核算，以每點1元暫付；全年結算，採浮動點值支付</u>，惟每點金額不高於1元。</p> <p>2. <u>上傳醫療檢查影像：</u></p> <p>(1) 獎勵項目：<u>「電腦斷層造影檢查」(醫</u></p>	<p>上傳基本費用及上傳檢驗(查)結果獎勵金之計算。</p> <p>(3) 即時上傳檢驗(查)結果額外獎勵金：</p> <p>①獎勵項目：門診及急診之「非報告型資料」(即附件7中報告類別為1之項目)。</p> <p>②獎勵條件：於報告日期時間24小時內將其檢驗(查)結果上傳；如屬健保卡補卡案件，且健保卡刷卡日期時間大於報告日期時間，如於補卡後24小時內上傳，亦得獲本項額外獎勵金。</p> <p>③支付方式：「非報告型資料」者，每筆即時上傳醫令加計1點。</p> <p>④本項預算係以年度預算扣除實際結算金額後之結餘款作為本項獎勵金，並以年度預算之20%為上限。按年核算，採浮動點值支付，惟每點金額不高於1元。</p>	<p>案-「固接網路」網路月租費核付指標(診所及交付機構適用)」，修訂指標「門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率」之指標達成率及評核方式。</p> <p>三、附件5「特約醫事服務機構之「固接網路」網路月租費上限」，增訂醫院層級得申請為「醫療檢查影像上傳類申請者」。</p> <p>四、附件7「獎勵醫事服務機構上傳檢驗(查)結果之項目」，增訂項目「齒顎全景X光片攝影」1項。</p>

修正方案(107 年)	現行方案(106 年)	說明
<p><u>令代碼 33070B、33071B 及 33072B)、「磁振造影」(醫令代碼 33084B 及 33085B) 及「齒顎全景 X 光片攝影」(醫令代碼 34004C)。</u></p> <p><u>(2) 獎勵條件：107 年 1 月至 6 月，醫療院所於費用年月底之前上傳影像即符合標準；107 年 7 月起，醫療院所需於實際檢查日期後之 24 小時內，將醫療檢查影像傳送至本署，方符合獎勵條件。</u></p> <p><u>(3) 支付方式：「電腦斷層造影」(醫令代碼 33070B、33071B 及 33072B) 及「磁振造影」(醫令代碼 33084B 及 33085B)，每筆醫令獎勵 10 元；「齒顎全景 X 光片攝影」(醫令代碼 34004C)，每筆醫令獎勵 5 元。</u></p> <p>3. 上傳出院病歷摘要： 每筆獎勵 5 元</p> <p>4. 上傳人工關節植入物資料：每筆獎勵 5 元。</p> <p>(1) 醫令項目：如附件 6。</p>	<p>2. 上傳出院病歷摘要： 每筆獎勵 5 元。</p> <p>3. 上傳人工關節植入物資料：每筆獎勵 5 元。</p> <p>(1) 醫令項目：如附</p>	

修正方案(107 年)	現行方案(106 年)	說明
<p>(2) 每筆上傳內容： 包括 body height、body weight、ASA(麻 醉危險分級)、 Surgical Approach (側別/術別/入路 途徑)、特材條碼 等。</p> <p>5. 醫事人員溝通平台之 轉診資訊交換系統登 錄轉診資料：</p> <p>(1) 轉入院所：每筆 獎勵 10 元。</p> <p>(2) 轉出院所：每筆 獎勵 10 元。</p> <p>6. 居家訪視醫令健保卡 登錄暨上傳資料：每 筆獎勵 5 元。</p> <p>(1) 醫令項目詳附件 9。</p> <p>(2) 保險醫事服務機 構將提供保險對 象之居家訪視服 務登錄於健保卡 後，於二十四小 時內，經由健保 資訊網線路上傳 予本署，每筆居 家訪視醫令獎勵 5 元。</p> <p>7. 特定醫令申報執行起 迄時間資料：每筆獎 勵 1 元。</p> <p>(1) 醫令項目詳附件 10。</p> <p>(2) 保險醫事服務機 構向保險人申報 之門住診醫療費</p>	<p>件 8。</p> <p>(2) 每筆上傳內容： 包括 body height、body weight、ASA(麻 醉危險分級)、 Surgical Approach (側別/術別/入路 途徑)、特材條碼 等。</p> <p>4. 醫事人員溝通平台之 轉診資訊交換系統登 錄轉診資料：</p> <p>(1) 轉入院所：每筆 獎勵 10 元。</p> <p>(2) 轉出院所：每筆 獎勵 10 元。</p> <p>5. 居家訪視醫令健保卡 登錄暨上傳資料：每 筆獎勵 5 元。</p> <p>(1) 醫令項目詳附件 9。</p> <p>(2) 保險醫事服務機 構將提供保險對 象之居家訪視服 務登錄於健保卡 後，於二十四小 時內，經由健保 資訊網線路上傳 予本署，每筆居 家訪視醫令獎勵 5 元。</p> <p>6. 特定醫令申報執行起 迄時間資料：每筆獎 勵 1 元。</p> <p>(1) 醫令項目詳附件 10。</p> <p>(2) 保險醫事服務機 構向保險人申報</p>	

修正方案(107 年)	現行方案(106 年)	說明
<p>用中，於醫令清單段申報特定醫令之「執行時間-起」及「執行時間-迄」，每筆獎勵 1 元。</p> <p>(3) 資料如經本署查屬不實，核發之獎勵金將予以追扣。</p>	<p>之門住診醫療費用中，於醫令清單段申報特定醫令之「執行時間-起」及「執行時間-迄」，每筆獎勵 1 元。</p> <p>(3) 資料如經本署查屬不實，核發之獎勵金將予以追扣。</p>	
<p>(四) 保險人為利特約醫事服務機構查詢及傳送資料，相對應需增加之網路頻寬費用：依政府採購法及相關規定，辦理採購、簽約及核銷程序後覈實支付。</p>	<p>(四) 保險人為利特約醫事服務機構查詢及傳送資料，相對應需增加之網路頻寬費用：依政府採購法及相關規定，辦理採購、簽約及核銷程序後覈實支付。</p>	未修正。
<p>六、本方案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。</p>	<p>六、本方案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。</p>	未修正。

方案之附件 3

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案-「固接網路」網路月租費核付指標（醫院適用）

指標名稱	指標達成率	評核方式	支付權重
1.住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率	>60%	<p>1.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)</p> <p>2.分子：住院病人查詢健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷人數 分母：住院病人數</p> <p>3.當季住院病人數 10 人以下之醫院，本項指標之支付權重調整為 0%，本項權重 10%調移至第 2 項指標「門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率」加 10%之支付權重。</p>	10%
2.門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率	>50%	<p>1.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)</p> <p>2.分子：門診病人查詢健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷人數 分母：門診病人數</p> <p>3.病人數係以下列各類就診病人 ID 合併歸戶計算人數： (1) ≥75 歲者 (2) ≥65 歲且屬高血壓、糖尿病、高血脂(主診斷碼 I10-I15、E08-E13、E78 任一) 且開立慢性病連續處方箋者 (3) 當年健保卡取號，就醫序號 ≥90 次者 (4) 醫院整合門診計畫之照護病人(申報欄位 d13 為 A、B、D、E、F、G、K、L、M 之照護對象者) (5) 其他自選病人(醫院自行決定是否增列其他病人群，惟須經保險人分區業務組同意) (另鼓勵醫院查詢急診病人，故不列入分母人數計算，有查詢者列入分子人數計算)</p>	20%
3.門診或住診抽審案件數位審查	門診或住診至少一個西醫科別達評核標準，建置檢索快查功能並完成保險人分區業務組認可之試傳作業後，並正式單軌運作者	<p>保險人分區業務組依下列評核標準，進行認定：</p> <p>1.經認可之試傳作業後並正式單軌運作條件如下： 醫療費用抽審案件之病歷資料，以符合紙本替代方案規定之數位化方式以數位全面單軌送審。</p> <p>2.送審檔案檢索快查功能定義(需同時符合下列 2 項條件)： (1) 每一送審案件流水號所附病歷數位檔具方便查詢開啟之目錄索引功能(例如：可方便查詢開啟病人基本資料、S.O.A.病情摘要、診斷、門診紀錄單、門診用藥紀錄單、檢驗、檢查、門診護理紀錄單、手術紀錄單、急診紀錄單、手術報告、急診護理紀錄、麻醉紀錄、會診單、病人同意書等其他書類)。 (2) 同類型資料按醫療日期排序整合為 1 個檔案。</p>	10%

指標名稱	指標達成率	評核方式	支付權重
4. 特定檢查項目 (CT、MRI、PET) 資源共享率	$\geq 2.1\%$	<p>1. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第三位(四捨五入)</p> <p>2. 分子：第二次處方醫院申請特殊造影檢查影像及報告費 (P2103C、P2104C、P2107C、P2108C) 之醫令數。 分母：申報 CT、MRI、PET (33070B-33072B、33084B-33085B、26072B-26073B) 之醫令數。</p> <p>3. 當季未曾申報 CT、MRI、PET 之任一項醫令之醫院，本項指標之支付權重調整為 0%，本項權重 10% 調移至第 1 項指標「住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率」及第 2 項指標「門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率」各加 5% 之支付權重。</p>	10%
5. 檢驗(查)結果上傳率	$\geq 70\%$	<p>1. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)</p> <p>2. 分子：已上傳「應上傳檢驗(查)結果項目」醫令數 分母：申報「應上傳檢驗(查)結果項目」醫令數</p> <p>3. 無分母者，本項指標之支付權重調整為 0%，本項權重 20% 調移至第 2 項指標「門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率」加 20% 之支付權重。</p>	20%
6. 急診案件健保卡上傳正確率	$\geq 90\%$	<p>1. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)</p> <p>2. 分子：急診案件健保卡 24 小時內上傳急診診察費件數 分母：急診案件申報件數</p> <p>3. 當季申報急診案件 10 件以下(含)之醫院，本項指標之支付權重調整為 0%，本項權重 20% 調移至第 1 項指標「住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率」及第 2 項指標「門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率」各加 10% 之支付權重。</p>	20%
7. 人工關節植入物上傳率	$\geq 80\%$	<p>1. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)</p> <p>2. 分子：已上傳「應上傳人工關節植入物資料」醫令數 分母：申報「應上傳人工關節植入物資料」醫令數</p> <p>3. 無分母者，本項指標之支付權重調整為 0%，本項權重 10% 調移至第 1 項指標「住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率」加 10% 之支付權重。</p>	10%

方案之附件 4

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案-「固接網路」網路月租費核付指標（診所及交付機構適用）

指標名稱	指標達成率	評核方式	支付權重
1.門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率	<u>>45%</u>	1.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入) 2.分子：門診病人(交付機構提供醫藥服務病人)查詢健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷人數 分母：門診病人數(交付機構提供醫藥服務病人)， <u>排除預防保健、四癌篩檢、轉檢、代檢、新特約二個月內案件及健保卡作業異常無法使用健保卡及流感疫苗接種案件</u> 註：分子及分母之人數以各季中同一家院所、同一個身分證號歸戶後計算一筆。	50%
2.特定醫療資訊查詢關懷名單網頁開啟率	≥90%	1.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入) 2.分子：關懷名單病患網頁被開啟病人次數 分母：關懷名單就醫人次數 (排除因系統異常等不可歸責於院所之原因者)	50%
3.門診抽審案件數位審查	完成保險人分區業務組認可之試傳作業後，並正式單軌運作者	保險人分區業務組依下列方式評核： 1.經認可試傳作業後並正式單軌運作條件如下： 門診醫療費用抽審案件之病歷資料，以符合紙本替代方案規定之數位化方式以數位全面單軌送審。 2.經保險人分區業務組認可之試傳作業後，除特殊狀況已向業務組報備外，皆需以病歷電子檔送審。	50%
4.健保卡上傳作業正確率	≥90%	符合健保卡上傳作業實施標準： (1)健保卡登錄後 24 小時內上傳之件數比率 (2)健保卡上傳件數/申報件數之比率 (3)上傳與申報資料比對「醫事人員 ID、醫療費用、部分負擔、醫令、主診斷（藥局及交付機構除外）」每項上傳比率	50%
5.檢驗（查）結果上傳率	≥70%	1. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位（四捨五入） 2.分子：已上傳「應上傳檢驗（查）結果項目」醫令數 分母：申報「應上傳檢驗（查）結果項目」醫令數	50%

方案之附件 5

特約醫事服務機構之「固接網路」網路月租費上限：依保險人與電信公司合約折扣率計算之頻寬月租費為上限(以 107 年為例)

特約層級別	一般申請者		<u>醫療檢查影像上傳類申請者</u>	
	網路頻寬	各頻寬月租費上限(新台幣元)	<u>網路頻寬</u>	<u>各頻寬月租費上限(新台幣元)</u>
醫學中心 區域醫院 地區醫院	企業型 FTTB 10M	25,857	<u>企業型 FTTB 50M</u>	<u>54,561</u>
	企業型 FTTB 6M	21,177	<u>企業型 FTTB 40M</u>	<u>51,441</u>
	企業型 FTTB 4M	11,895	<u>企業型 FTTB 30M</u>	<u>48,321</u>
			<u>企業型 FTTB 20M</u>	<u>45,201</u>
診所及交付 機構	企業型 FTTB 2M	6,591	=	=
	企業型 FTTB 1M	5,031	=	=
	專業型 FTTB 2M	3,760	=	=
	專業型 FTTB 1M	1,980	=	=

方案之附件 6

特約醫事服務機構之行動網路網路月租費：依保險人與電信公司合約之無線網路-MDVPN 3G/4G 優惠月租費率計算之，並依優惠方案所訂之最高收費金額為上限(以 107 年為例)

方案類型	優惠月租費率 (元/月)	最高收費金額 (單位：新台幣元)	方案內容
3G	175	700 元	方案數據服務通信費以「封包」計費，月租費可抵扣 80,000 封包。 超過部分之資料通信費以每月實際傳送封包數量另計，每封包 0.00109 元。
	90	1,000 元	方案數據服務通信費以「封包」計費，月租費可抵扣 30,000 封包。 超過部分之資料通信費以每月實際傳送封包數量另計，每封包 0.00109 元。
4G	175	2,500 元	方案數據服務通信費以「KB」計費，月租費可抵扣 1GB。 超過部分之資料通信費以每月實際傳送 KB 數量另計，每 KB 0.00023 元。

獎勵醫事服務機構上傳檢驗（查）結果之項目

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
1	06012C	尿一般檢查（包括蛋白、糖、尿膽元、膽紅素、尿沈渣、比重、顏色、混濁度、白血球酯酶、潛血、酸鹼度及酮體）	1
2	06013C	尿生化檢查（包括蛋白、糖、尿膽元、膽紅素、比重、顏色、混濁度、酸鹼度、白血球酯酶及酮體）	1
3	06505C	懷孕試驗－酵素免疫法	1
4	07009C	糞便一般檢查（包括外觀、蟲卵、潛血反應、硬度、顏色、消化能力、紅、白血球、粘液等）	1
5	08002C	白血球計數	1
6	08003C	血色素檢查	1
7	08004C	血球比容值測定	1
8	08005C	紅血球沈降速度測定	1
9	08006C	血小板計數	1
10	08011C	全套血液檢查 I（八項）	1
11	08013C	白血球分類計數	1
12	08026C	凝血酶原時間 Prothrombin time(一段式)	1
13	08036B	部份凝血活酶時間	1
14	09001C	總膽固醇	1
15	09002C	血中尿素氮	1
16	09004C	三酸甘油脂	1
17	09005C	血液及體液葡萄糖	1
18	09006C	醣化血紅素	1
19	09011C	鈣	1
20	09012C	磷	1
21	09013C	尿酸	1
22	09015C	肌酸酐、血	1
23	09016C	肌酐、尿	1
24	09017C	澱粉酶、血	1
25	09021C	鈉	1
26	09022C	鉀	1
27	09023C	氯	1
28	09025C	血清麩胺酸苯醋酸轉氨基酶	1
29	09026C	血清麩胺酸丙酮酸轉氨基酶	1
30	09027C	鹼性磷酸酶	1
31	09029C	膽紅素總量	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
32	09030C	直接膽紅素	1
33	09031C	麩胺轉酸酶	1
34	09032C	肌酸磷化酶	1
35	09033C	乳酸脫氫酶	1
36	09038C	白蛋白	1
37	09040C	全蛋白	1
38	09041B	血液氣體分析	1
39	09043C	高密度脂蛋白－膽固醇	1
40	09044C	低密度脂蛋白－膽固醇	1
41	09046B	鎂	1
42	09064C	解脂酶	1
43	09071C	肌酸磷酸酶(MB 同功酶)	1
44	09099B	心肌旋轉蛋白 I	1
45	09106C	游離甲狀腺素免疫分析	1
46	09112C	甲狀腺刺激素免疫分析	1
47	11001C	ABO 血型測定檢驗	1
48	11002C	交叉配合試驗	1
49	11003C	RH (D) 型檢驗	1
50	11004C	不規則抗體篩檢	1
51	12007C	α -胎兒蛋白檢驗	1
52	12015C	C 反應性蛋白試驗－免疫比濁法	1
53	12021C	癌胚胎抗原檢驗	1
54	12081C	攝護腺特異抗原 (EIA/LIA 法)	1
55	12111C	微白蛋白 (免疫比濁法)	1
56	12184C	去氧核糖核酸類定量擴增試驗	1
57	12185C	核糖核酸類定量擴增試驗	1
58	12193B	B 型利納利尿胜肽原(B 型利納利尿胜肽)	1
59	12202B	C 型肝炎病毒核酸基因檢測－即時聚合酶連鎖反應法	1
60	13006C	排泄物，滲出物及分泌物之細菌顯微鏡檢查	1
61	13007C	細菌培養鑑定檢查 (包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定，抗酸菌除外)	1
62	13008B	細菌培養鑑定檢查 (包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定，抗酸菌除外)，對同一檢體合併實施一般培養及厭氧性培養時加算	1
63	13009B	細菌藥物敏感性試驗－1 菌種	1
64	13016B	血液培養	1
65	13023C	細菌最低抑制濃度快速試驗	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
66	13025C	抗酸性濃縮抹片染色檢查	1
67	13026C	抗酸菌培養(限同時使用固態培養基及具自動化偵測功能之液態培養系統)	1
68	14032C	B型肝炎表面抗原	1
69	14033C	B型肝炎表面抗體	1
70	14035C	B型肝炎e抗原檢查 HBeAg	1
71	14051C	C型肝炎病毒抗體檢查	1
72	15001C	體液細胞檢查	3
73	17008B	睡眠多項生理檢查	2
74	18001C	心電圖	2
75	18005B	超音波心臟圖(包括單面、雙面)	2
76	18007B	杜卜勒氏彩色心臟血流圖	2
77	18010B	頸動脈聲圖檢查	2
78	18015B	極度踏車運動試驗	2
79	18019B	攜帶式心電圖記錄檢查	2
80	18020B	心導管—一側	2
81	18022B	冠狀動脈攝影	2
82	19001C	腹部超音波(包括肝 liver,膽囊 gallbladder,胰 pancreas,脾 spleen,下腔靜脈 inferiorvenacava,腹主動脈 abdominalaorta,腎 kidney 及其他腹部超音波 abdominalothers 在內)	2
83	19003C	婦科超音波	2
84	19005C	其他超音波	2
85	19007B	超音波導引(為組織切片,抽吸、注射等)	2
86	19009C	腹部超音波,追蹤性	2
87	19010C	產科超音波	2
88	19012C	頭頸部軟組織超音波(如甲狀腺 thyroid、副甲狀腺 parathyroid、腮腺 parotid)	2
89	19014C	乳房超音波	2
90	20001C	腦波檢查睡眠或清醒	2
91	20013B	頸動脈超音波檢查	2
92	20019B	感覺神經傳導速度測定	2
93	20023B	F波	2
94	20026B	穿顱都卜勒超音波檢查(顱內血管超音波檢查)	2
95	22001C	純音聽力檢查	2
96	23305C	氣壓式眼壓測定	2
97	23401C	細隙燈顯微鏡檢查	2
98	23501C	眼底檢查	2

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
99	23502C	眼底彩色攝影每張	2
100	23506C	微細超音波檢查	2
101	23702C	間接式眼底鏡檢查	2
102	25003C	第三級外科病理	3
103	25004C	第四級外科病理	3
104	25006B	冰凍切片檢查	3
105	25012B	免疫組織化學染色(每一抗體)	3
106	25024C	第五級外科病理	3
107	25025C	第六級外科病理	3
108	26025B	壓力與重分佈心肌斷層灌注掃描	2
109	26029B	全身骨骼掃描	2
110	26072B	正子造影-全身	2
111	28002C	鼻咽喉內視鏡檢查	2
112	28016C	上消化道泛內視鏡檢查	2
113	28017C	大腸鏡檢查	2
114	28023C	肛門鏡檢查	2
115	30022C	特異過敏原免疫檢驗	1
116	32001C	胸腔檢查(包括各種角度部位之胸腔檢查)	2
117	32002C	胸腔檢查(包括各種角度部位之胸腔檢查)	2
118	32006C	腎臟、輸尿管、膀胱檢查	2
119	32007C	腹部檢查(包括各種姿勢之腹部檢查)	2
120	32009C	頭顱檢查(包括各種角度部位之頭顱檢查)	2
121	32011C	脊椎檢查(包括各種角度部位之頸椎、胸椎、腰椎、薦椎、尾骨及薦髂關節等之檢查)	2
122	32012C	脊椎檢查(包括各種角度部位之頸椎、胸椎、腰椎、薦椎、尾骨及薦髂關節等之檢查)	2
123	32013C	肩部骨頭及關節檢查(包括各種角度與部位之檢查)	2
124	32014C	肩部骨頭及關節檢查(包括各種角度與部位之檢查)	2
125	32015C	上肢骨各處骨頭及關節檢查(包括各種角度與部位之檢查)	2
126	32016C	上肢骨各處骨頭及關節檢查(包括各種角度與部位之檢查)	2
127	32017C	下肢骨各處骨頭及關節檢查(包括各種角度與部位之檢查)	2
128	32018C	下肢骨各處骨頭及關節檢查(包括各種角度與部位之檢查)	2
129	32022C	骨盆及髖關節檢查(包括各種角度與部位之檢查)	2
130	33005B	乳房造影術	2
131	33012B	靜脈注射泌尿系統造影術(點滴注射)	2
132	33070B	電腦斷層造影-無造影劑	2

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
133	33071B	電腦斷層造影—有造影劑	2
134	33072B	電腦斷層造影—有/無造影劑	2
135	33074B	單純性血管整形術	2
136	33075B	血管阻塞術	2
137	33076B	經皮冠狀動脈擴張術—一條血管	2
138	33077B	經皮冠狀動脈擴張術—二條血管	2
139	33084B	磁共振造影—無造影劑	2
140	33085B	磁共振造影—有造影劑	2
141	08010C	嗜酸性白血球計算	1
142	12031C	免疫球蛋白 E	1
143	17003C	流量容積圖形檢查	2
144	17004C	標準肺量測定 (包括 FRC 測定)	2
145	17006C	支氣管擴張劑試驗	2
146	17019C	支氣管激發試驗	2
147	14065C	流行性感冒 A 型病毒抗原	1
148	14066C	流行性感冒 B 型病毒抗原	1
<u>149</u>	<u>34004C</u>	<u>齒顎全景 X 光片攝影</u>	<u>2</u>

註 1：報告類別代碼說明：1：檢體檢驗報告；2：影像報告；3：病理報告。

註 2：報告類別代碼「1」屬於「非報告型資料」；報告類別代碼「2」及「3」屬於「報告型資料」。

獎勵醫事服務機構上傳人工關節植入物之項目

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
1	64164B	全膝關節置換術	4
2	64169B	部份關節置換術併整形術只置換股骨髁或脛骨高丘或半膝關節或只換髁骨	4
3	64202B	人工全膝關節再置換	4
4	64162B	全股關節置換術	4
5	64170B	部份關節置換術併整型術一只置換髁白或股骨或半股關節或半肩關節 (半肩關節不納入收載)	4
6	64258B	人工半髁關節再置換術	4
7	64201B	人工全髁關節再置換	4

方案之附件 9

獎勵居家訪視醫令健保卡登錄暨上傳資料之醫令項目

項次	醫令代碼	中文名稱
1	05301C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第一類(在合理量內)1.在宅
2	05302C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群第一類(在合理量內)1.在宅
3	05303C	護理訪視費(次)-資源耗用群島為第二類(在合理量內)1.在宅
4	05304C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第二類(在合理量內)1.在宅
5	05305C	護理訪視費(次)-資源耗用群第三類(在合理量內)1.在宅
6	05306C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第三類(在合理量內)1.在宅
7	05307C	醫師訪視費(次)1.在宅
8	05308C	山地離島地區醫師訪視費(次)1.在宅
9	05309C	醫師訪視費(次)1.在宅—醫師應同一承辦居家照護業務機構之請，當日訪視個案數在五個以上者，自第五個個案起其訪視費依本項申報
10	05310C	山地離島地區醫師訪視費(次)1.在宅—醫師應同一承辦居家照護業務機構之請當日個案在五個以上者，自第五個個案起其訪視費依本項申報
11	05321C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(在合理量內)1.在宅
12	05322C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(在合理量內)1.在宅
13	05328C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第一類(超出合理量)1.在宅
14	05329C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群第一類(超出合理量)1.在宅
15	05330C	護理訪視費(次)-資源耗用群島為第二類(超出合理量)1.在宅
16	05331C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第二類(超出合理量)1.在宅
17	05332C	護理訪視費(次)-資源耗用群第三類(超出合理量)1.在宅
18	05333C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第三類(超出合理量)1.在宅
19	05334C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(超出合理量)1.在宅
20	05335C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(超出合理量)1.在宅
21	05342C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第一類(在合理量內)2.機構
22	05343C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群第一類(在合理量內)2.機構
23	05344C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第一類(超出合理量)2.機構
24	05345C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群第一類(超出合理量)2.機構
25	05346C	護理訪視費(次)-資源耗用群島為第二類(在合理量內)2.機構
26	05347C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第二類(在合理量內)2.機構
27	05348C	護理訪視費(次)-資源耗用群島為第二類(超出合理量)2.機構
28	05349C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第二類(超出合理量)2.機構
29	05350C	護理訪視費(次)-資源耗用群第三類(在合理量內)2.機構
30	05351C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第三類(在合理量內)2.機構
31	05352C	護理訪視費(次)-資源耗用群第三類(超出合理量)2.機構
32	05353C	護理訪視費(次)-資源耗用群第三類(超出合理量)2.機構
33	05354C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(在合理量內)2.機構
34	05355C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(在合理量內)2.機構
35	05356C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(超出合理量)2.機構
36	05357C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(超出合理量)2.機構
37	05358C	醫師訪視費(次)2.機構
38	05359C	山地離島地區醫師訪視費(次)2.機構

項次	醫令代碼	中文名稱
39	05360C	醫師訪視費(次)2.機構—醫師應同一承辦居家照護業務機構之請，當日訪視個案數在五個以上者，自第五個個案起其訪視費依本項申報
40	05361C	山地離島地區醫師訪視費(次)2.機構—醫師應同一承辦居家照護業務機構之請當日個案在五個以上者，自第五個個案起其訪視費依本項申報
41	05404C	居家治療醫師診治費(次)
42	05405C	居家治療醫師診治費-同一醫師，應同一承辦居家治療業務之醫療機構之請，當日診治個案數在五個以上者，自第五個個案起其診治費依本項申報。
43	05406C	居家治療其他專業人員處置費(次)
44	05312C	甲類醫師訪視費用(次)-在宅
45	05362C	甲類醫師訪視費用(次)-機構
46	05323C	甲類醫師訪視費用-山地離島地區(次)-在宅
47	05363C	甲類醫師訪視費用-山地離島地區(次)-機構
48	05336C	乙類醫師訪視費用(次)-在宅
49	05364C	乙類醫師訪視費用(次)-機構
50	05337C	乙類醫師訪視費用山地離島地區(次)-在宅
51	05365C	乙類醫師訪視費用山地離島地區(次)-機構
52	05313C	甲類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間1小時以內(≤1小時)
53	05366C	甲類護理訪視費(次)-機構:訪視時間1小時以內(≤1小時)
54	05324C	甲類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間1小時以內(≤1小時)-山地離島地區
55	05367C	甲類護理訪視費(次)-機構:訪視時間1小時以內(≤1小時)-山地離島地區
56	05338C	乙類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間1小時以內(≤1小時)
57	05368C	乙類護理訪視費(次)-機構:訪視時間1小時以內(≤1小時)
58	05339C	乙類護理訪視費山地離島地區(次)-在宅:訪視時間1小時以內(≤1小時)
59	05369C	乙類護理訪視費山地離島地區(次)-機構:訪視時間1小時以內(≤1小時)
60	05314C	甲類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間1小時以上(>1小時)
61	05370C	甲類護理訪視費(次)-機構:訪視時間1小時以上(>1小時)
62	05325C	甲類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間1小時以上(>1小時)-山地離島地區
63	05371C	甲類護理訪視費(次)-機構:訪視時間1小時以上(>1小時)-山地離島地區
64	05340C	乙類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間1小時以上(>1小時)
65	05372C	乙類護理訪視費(次)-機構:訪視時間1小時以上(>1小時)
66	05341C	乙類護理訪視費山地離島地區(次)-在宅:訪視時間1小時以上(>1小時)
67	05373C	乙類護理訪視費山地離島地區(次)-機構:訪視時間1小時以上(>1小時)
68	05326C	臨終病患訪視費
69	05327C	臨終病患訪視費山地離島地區
70	05315C	其他專業人員處置費(次)-在宅:目前僅限於社會工作人員或心理師
71	05374C	其他專業人員處置費(次)-機構:目前僅限於社會工作人員或心理師
72	P5401C	呼吸治療人員訪視費—非侵襲性呼吸器依賴患者-使用鼻導管(nasal prong)或面罩等 呼吸治療人員訪視費(次)
73	P5402C	呼吸治療人員訪視費—非侵襲性呼吸器依賴患者-使用鼻導管(nasal prong)或面罩等 山地離島地區呼吸治療人員訪視費(次)

項次	醫令代碼	中文名稱
74	P5403C	呼吸治療人員訪視費－侵襲性呼吸器依賴患者-使用氣切管或氣管內管插管等 呼吸治療人員訪視費(次)
75	P5404C	呼吸治療人員訪視費－侵襲性呼吸器依賴患者-使用氣切管或氣管內管插管等 山地離島地區呼吸治療人員訪視費(次)
76	P5405C	山地離島地區其他專業人員處置費(次)：限社會工作人員或心理師
77	05303CA	呼吸治療人員訪視費
78	P4101C	藥事居家照護費
79	P4102C	偏遠地區藥事居家照護費
80	P30005	到宅牙醫服務(每乙案)論次費用
81	P30006	牙醫特殊醫療服務計畫到宅訪視費

獎勵醫事服務機構申報特定醫令執行起迄時間資料之項目

項次	醫令代碼	中文名稱
1	18005B	超音波心臟圖(包括單面、雙面)
2	18006B	杜卜勒氏超音波心臟圖
3	18033B	經食道超音波心圖
4	18037B	胎兒、臍帶、或孕期子宮動脈杜卜勒超音波
5	18038B	骨盆腔杜卜勒超音波
6	18041B	周邊動靜脈血管超音波檢查
7	18043B	冠狀動脈血管內超音波
8	18044B	負荷式心臟超音波心臟圖
9	19001C	腹部超音波
10	19002B	術中超音波
11	19003C	婦科超音波
12	19004C	鼻竇超音波檢查
13	19005C	其他超音波
14	19007B	超音波導引(為組織切片，抽吸、注射等)
15	19008B	超音波導引下肝內藥物注入治療
16	19009C	腹部超音波，追蹤性
17	19010C	產科超音波
18	19011C	高危險妊娠胎兒生理評估
19	19012C	頭頸部軟組織超音波(如甲狀腺 thyroid、副甲狀腺 parathyroid、腮腺 parotid)
20	19014C	乳房超音波
21	19015C	男性外生殖器官超音波
22	19016C	四肢超音波
23	19017C	經尿道(直腸)超音波檢查
24	19018C	嬰兒腦部超音波
25	20013B	頸動脈超音波檢查
26	20026B	穿顱都卜勒超音波檢查(顱內血管超音波檢查)
27	21010C	膀胱超音波尿量測量
28	23503C	超音波檢查(A 掃瞄)
29	23504C	超音波檢查(B 掃瞄)
30	23506C	微細超音波檢查
31	28029C	內視鏡超音波
32	28040B	支氣管內視鏡超音波
33	28041B	支氣管內視鏡超音波導引縱膈淋巴節定位切片術
34	28042B	支氣管內視鏡超音波導引週邊肺組織採檢切片術
35	28043B	電子式內視鏡超音波
36	28044B	細徑(迷你)探頭式內視鏡超音波
37	28016C	上消化道泛內視鏡檢查

衛生福利部中央健康保險署 函

機關地址：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27026324

受文者：

發文日期：中華民國106年11月23日
發文字號：健保醫字第1060034208號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨

主旨：檢送本署106年11月16日「醫療檢查影像CT及MRI即時上傳及分享作業討論會」會議紀錄如附件，請查照。

正本：台灣醫院協會、臺灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、台北市電腦商業同業公會
副本：本署資訊組、本署醫審及藥材組、本署企劃組、本署醫務管理組（均含附件）

「醫療檢查影像 CT 及 MRI 即時上傳及分享作業討論會」會議紀錄

會議時間：106 年 11 月 16 日（週四）上午 9 時 30 分

會議地點：本署 18 樓禮堂

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：潘尹婷

出席人員：詳如簽到單

壹、主席致詞：(略)

貳、報告事項：

案由一：「CT 及 MRI 影像上傳獎勵及上傳作業規劃」說明。

結論：

- 一、基層診所之檢驗(查)結果上傳率較低，顯示仍有許多基層診所執行之檢驗(查)結果尚未分享出來，請中華民國醫師公會全國聯合會協助輔導會員將檢驗(查)結果上傳。
- 二、現行醫療院所上傳檢驗(查)結果之時程，與報告日約有 40 天時間落差，為提升資料即時性，請與會單位協助宣導會員善用檢驗(查)結果每日上傳方式，將檢驗(查)結果於報告日後 24 小時內，傳送至本署。
- 三、為推展分級醫療，基層診所雖無需上傳 CT 及 MRI 影像，惟仍應讓基層診所所有足夠頻寬查詢 CT 及 MRI 影像，本署將評估基層診所現行獎勵頻寬是否充足。
- 四、提供本署與成大醫院、長庚醫院 CT 及 MRI 影像即時上傳對測作業之測試報告，供醫療院所參考。

案由二：「健保醫療資訊雲端查詢系統查詢 CT 及 MRI 影像作業規劃」說明。

結論：

- 一、考量臨床實務，文字報告資料後續可能有修正情形，為降低衍生糾紛，本署錄案研議透過健保醫療資訊雲端查詢系統，通知曾查詢修正前報告醫師之機制。
- 二、為瞭解各院所上傳 CT 及 MRI 之影像品質，請健保醫療資訊雲端查詢系統研議規劃醫師回饋影像品質意見之管道。
- 三、與會代表建議健保醫療資訊雲端查詢系統應將報告與影像脫勾，及提供影像檔案下載，以利醫院與相關資料結合運用並減少線上下載之負荷，本署將錄案研議。
- 四、本署雲端查詢系統之批次下載作業，民眾簽署同意書有效年限為 7 年，本署將瞭解電子病歷交換中心(EEC)同意書有效期限，持續研議較寬期限或無期限同意書之可行性。
- 五、為與電子病歷交換中心(EEC)有所區隔，除「健保醫療資訊雲端查詢系統」外，可考量研議名稱以利區隔。
- 六、針對 CT、MRI 檢查執行重複情形，本署初期將於健保資訊網服務系統(VPN)提供同儕值供院所參考，俟一段時間後，再研議重複率閾值之訂定。

參、 討論事項：

案由一：有關本署規劃 CT 及 MRI 影像上傳獎勵作業，提請討論。

決議：

- 一、 為讓醫療院所有充足準備時間，獎勵規定實施後之前半年為緩衝期，配套方式如下：
 - (一) 「固接網路」增訂「醫療檢查影像上傳類申請者」：原訂此類申請者 CT 及 MRI 影像上傳率如未達一定比率，將改依原申請頻寬月租費上限辦理結算；緩衝期將不訂規定值，僅需有任一傳送 CT 及 MRI 影像即符合標準；緩衝期後訂定一定比率值初步擬訂由 50% 逐步提升至 80%。
 - (二) 新增「上傳醫療檢查影像獎勵金」：緩衝期間，醫療院所於費用年月次月底前上傳影像即符合標準；緩衝期後，醫療院所需於實際完成檢查後 24 小時內傳送，方符合獎勵條件。
 - (三) 本署將依上開決議修訂 107 年「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」草案，並依程序提報 106 年第 4 次「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，如醫界代表對上線時程仍有疑慮，請於共同擬訂會議表示意見。
- 二、 考量本項作業與電子病歷交換中心(EEC)部分作業重複，為避免加重醫療院所行政作業負擔，本署將與衛福部資訊處協調溝通。
- 三、 為獎勵實際查詢醫療檢查影像之院所，本署將研議修訂現行 CT 及 MRI 資源共享支付標準以提高誘因。
- 四、 為提升醫療院所上傳文字報告之可參考性，本署將持續收集意見及研議改進方式。

案由二：為減少重複執行檢驗(查)，本署規劃自 107 年起將所有健保給付檢驗(查)項目之結果納入上傳獎勵範圍，提請討論。

決議：

- 一、 先請台灣醫院協會為主責單位，協助收集各層級醫院意見，於 3 個月內提供本署除現行上傳項目外，其他檢驗(查)項目納入之可行性等相關建議，以供本署逐步導入。
- 二、 本署提供未來預計納入項目資料供協會參考。

肆、 臨時動議：

案由：考量 CT 及 MRI 造影衍生之輻射問題，建議可收集輻射劑量數據，提請討論。

決議：

- 一、 為避免民眾暴露過多輻射劑量，收集輻射劑量資訊確有助提升醫療品質之意義。
- 二、 本署規劃於醫療檢查影像上傳之文字檔內，增加欄位收集輻射劑量數據，惟考量非所有 CT 及 MRI 設備均有此資訊，故此欄為「非必填」欄位。
- 三、 上開上傳格式，將併同「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」草案，提報 106 年第 4 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」共同擬訂會議報告後，再函報衛生福利部核定後公告實施。

伍、 散會：上午 12 點 00 分

**醫療檢查影像CT及MRI即時上傳及分享作業討論會
會議簽到單**

時間：106年11月16日上午9時30分

地點：本署9樓第二會議室

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：潘尹婷

出席單位：

序號	單位	簽名處
1	台灣醫院協會	許瑞升 林佩英 吳心華 洪維鈞
2	臺灣醫學中心協會	陳翹代 郭萬法代 侯心沙 吳世霖 謝一諒
3	中華民國區域醫院協會	張豐賢 劉碧鴻 李登於 李如明 鄭耀奇
4	台灣社區醫院協會	陳佩仙 周麗娟 洪碧鈞
5	中華民國醫師公會全國聯合會	劉建良 張吉厚 林敏庭
6	台北市電腦商業同業公會	-

陽明登拍 施柏宇

**醫療檢查影像CT及MRI即時上傳及分享作業討論會
會議簽到單**

時間：106年11月16日上午9時30分

地點：本署9樓第二會議室

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：潘尹婷

出席單位：

序號	單位	簽名處
7	本署醫審及藥材組	陳真慧 岑政言 林進鴻 李仔弟 賴淑華 陳淑華
8	本署資訊組	吳淑慧 孫浩彥 張麗芝 詹明水
9	本署企劃組	黃頌瑤 李偉峰
10	本署醫務管理組	張耀煌 黃中揚 曾美結 林煜翔 潘尹婷 徐水芳

張嘉輝
許明慈

詹建偉
林敏志 吳明純

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

機關地址：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27026324

受文者：本組醫務管理組

發文日期：中華民國106年9月30日
發文字號：健保醫字第1060012528A號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨

主旨：檢送本署106年9月28日「研商106年10月起增列申報醫令執行起迄時間及醫事人員代號事宜會議」會議紀錄乙份，如附件，請查照。

正本：中華民國醫師公會全國聯合會

副本：本署醫審及藥材組、本組醫務管理組、本署各分區業務組(均含附件)

衛生福利部中央
健康保險署投封章(3)

署長李伯璋

研商106年10月起增列申報醫令執行起迄時間及醫事人員代號事宜會議
會議紀錄

會議時間：106年9月28日（星期四）下午2時30分

會議地點：本署9樓第2會議室

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：曾美嘉

出席人員：詳如簽到單

壹、主席致詞：(略)

貳、討論事項：

案由一：為檢視醫療院所施行診療服務項目之合理性與適當性，瞭解實際施行診療項目之日期及醫事人員，確保醫療給付之公平性，請特約西醫診所自106年10月起申報費用填報相關醫令之執行起迄日期及醫事人員代號，提請討論。

決議：

- 一、依本署檢視建議增列 23 項診療項目(如附件)為範圍，其「執行時間-起」、「執行時間-迄」、「執行醫事人員代號」依下列情形辦理：
 - (一) 就醫日期與執行日期不同者，應填報實際執行之日期(年月日)。
 - (二) 執行醫事人員非原醫囑(開單)醫師時，應填報實際執行之醫師身分證統一編號。
- 二、上述「執行時間-起」、「執行時間-迄」欄位未填列者，該診療項目視為係就醫當日執行；「執行醫事人員代號」欄位未填列者，該診療項目即為申報清單之「診治醫事人員代號」。

三、因應診所作業系統調整及周知，本項作業自 106 年 12 月
(費用年月)起實施。

臨時動議：醫師公會全國聯合會建議流感疫苗接種排除納入雲端藥
歷查詢計算，提請討論。

決議：有關建議流感疫苗接種案件不納入「全民健康保險家庭醫師
整合性照護計畫」、「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查
詢病患就醫資訊方案」及「西醫基層品質保證保留款實施方
案」之雲端藥歷查詢率計算，同意修訂 107 年相關計畫時不
列入，但同時應調高本項查詢率閾值，以提升用藥安全與醫
療品質。

參、散會(下午 3 時 45 分)。

自106年12月(費用年月)起填報之全民健保支付標準診療項目表

項次	支付標準代碼	中文名稱
1	18037B	胎兒、臍帶、或孕期子宮動脈杜卜勒超音波
2	18041B	周邊動靜脈血管超音波檢查
3	19001C	腹部超音波
4	19002B	術中超音波
5	19003C	婦科超音波
6	19004C	鼻竇超音波檢查
7	19005C	其他超音波
8	19007B	超音波導引(為組織切片，抽吸、注射等)
9	19009C	腹部超音波，追蹤性
10	19010C	產科超音波
11	19011C	高危險妊娠胎兒生理評估
12	19012C	頭頸部軟組織超音波(如甲狀腺thyroid、副甲狀腺parathyroid、腮腺parotid)
13	19014C	乳房超音波
14	19015C	男性外生殖器官超音波
15	19016C	四肢超音波
16	19017C	經尿道(直腸)超音波檢查
17	19018C	嬰兒腦部超音波
18	20013B	頸動脈超音波檢查
19	21010C	膀胱超音波尿量測量
20	23503C	超音波檢查 (A掃瞄)
21	23504C	超音波檢查 (B掃瞄)
22	28016C	上消化道泛內視鏡檢查
23	28022C	子宮鏡檢查

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案--- 特約醫事服務機構上傳醫療檢查影像格式說明(草案)

實施日期：107 年 1 月 1 日

一、獎勵上傳項目：

- (一) 電腦斷層造影(Computed Tomography, CT)：項目如表一
- (二) 磁振造影(Magnetic resonance imaging, MRI)：項目如表二。
- (三)「齒顎全景 X 光片攝影」：醫令代碼 34004C。

二、安裝共通傳輸平台：需安裝「醫療資料傳輸共通介面 API 元件」5.0 版或較新版本。

三、上傳路徑：

- (一) API 批次上傳作業。
- (二) 網頁批次/單筆案件上傳作業：健保資訊網服務系統 (VPN) 平台>我的首頁>醫療影像
每日上傳作業。

四、上傳規定：

- (一) 依「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」，107 年 1 月至 6 月，醫療院所於費用年月次月底前上傳影像即符合標準；107 年 7 月起，醫療院所需於實際檢查日期後之 24 小時內，將醫療檢查影像傳送至本署，方符合獎勵條件。

(二) 上傳檔案：

1. API 批次上傳及網頁批次上傳作業：每次上傳檔案應包含文字檔及影像壓縮檔：

(1) 文字檔：

- A. 檔案類型格式為 CSV 檔(副檔名為.csv)。
- B. 可多筆資料，每筆資料應可指向單一影像壓縮檔。
- C. 檔案名稱不支援中文、不可包含特殊符號，英文字母、數字、底線皆為半型，檔案命名規則為『醫事機構代碼(10 碼)_系統日期(8 碼)_序號(3 碼).csv』，例如：
3501200000_20171101_001.csv。
- D. 檔案欄位如表三。

(2) 影像壓縮檔：

- A. DICOM 影像需要符合 DICOM V3.0 規範，檔案打包需符合 DICOMDIR 格式。
- B. 每筆影像壓縮檔應以「單一醫令代碼」為單位，每個檔案大小不可超過 4.5GB。

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案--- 特約醫事服務機構上傳醫療檢查影像格式說明(草案)

實施日期：107年1月1日

C.檔案名稱不支援中文、不可包含特殊符號，英文字母、數字、底線皆為半型，檔案命名規則為『檔案類別(3碼)醫事機構代號(10碼)_案件編號(12碼).副檔名』，說明如下：

(a)檔案類別：DCF，DCF=DICOMDIR，以 MSCAB 或 7zip 壓縮成一個檔案。

(b)醫事機構代號：衛生福利部編定之代碼 10 碼。

(c)案件編號：系統日期(YYYYMMDD)+流水號(4碼)，共 12 碼。

(d)副檔名：.CAB(壓縮檔)或.7z(壓縮檔)，其中.CAB請採用 Microsoft Cabinet Software(MSCAB)進行壓縮包檔；.7z請以 7zip 進行壓縮包檔。

2.單筆案件上傳作業：以「單一醫令代碼」為單位，經登錄該筆醫令相關資料後，上傳該筆醫令之 DICOM 影像，DICOM 影像需符合 DICOM v3.0 規範，必須以「DICOMDIR」檔案為引導及上傳，DICOM 檔案上傳無須提供檔案命名。

(三)上傳資料檢核說明：

1.文字檔 CSV 檔案格式檢核。

2.文字檔 CSV 檔案與醫療影像 DICOM 檔案交叉檢核。

3.醫療影像 DICOM 檔案格式檢核。

(四)上傳資料整份退件及部分案件檢核錯誤說明：

1.整份退件原則：文字檔 CSV 檔案格式錯誤。

2.部分案件檢核錯誤：如文字檔 CSV 檔案與醫療影像 DICOM 檔案交叉檢核有誤、或醫療影像 DICOM 檔案格式檢核錯誤，採逐醫令正確收檔，不正確資料不收檔原則。

(五)檢核結果查詢：提供 API 下載「檢核結果檔」及網頁之「醫療影像上傳結果查詢」功能，查詢結果可下載。

五、資料錯誤處理方式：醫療院所上傳之資料，如已成功上傳卻發生錯誤者，請醫療院所重新傳送，同 1 筆資料將以最後 1 筆上傳資料為準，重送時比照上傳檔案方式，且文字檔內容需與原資料完全相同。

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案--- 特約醫事服務機構上傳醫療檢查影像格式說明(草案)

實施日期：107 年 1 月 1 日

表一、獎勵上傳項目之電腦斷層造影檢查項目表：

項次	醫令代碼	中文名稱
1	33070B	電腦斷層造影—無造影劑
2	33071B	電腦斷層造影—有造影劑
3	33072B	電腦斷層造影—有/無造影劑

表二、獎勵上傳項目之磁振造影項目表：

項次	醫令代碼	中文名稱
1	33084B	磁振造影—無造影劑
2	33085B	磁振造影—有造影劑

表三、上傳檔案「文字檔」之檔案欄位說明：

序號	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
1	醫事機構代碼	10	X	一、本欄為必填欄位。 二、衛生福利部編定之代碼，必為 10 碼。
2	醫事類別	2	X	一、本欄為必填欄位。 二、醫事類別代碼： 11：門診西醫診所 12：門診西醫醫院 13：門診牙醫 14：門診中醫 15：門診洗腎 19：門診其他醫事機構 21：住診西醫診所 22：住診西醫醫院 29：住診其他醫事機構 50：特約檢驗所
3	執行年月	5	X	一、本欄為必填欄位。 二、依實際執行醫療影像檢查之年月填報。 三、第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0。例如民國 99 年，為 099。第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0。例如 5 月，為 05。
4	健保卡刷卡日期時間	13	X	一、本欄為必填欄位。 二、因 CT 及 MRI 屬本署公告「健保卡存放內容」需登載之重要醫令(含門住診)，故本欄請填入保險對象持健保卡就醫當日刷卡由讀卡機自動產生就診日期時間。 三、若為補卡時，此欄表示補卡之日期時間，並於序號 7「補卡註記」填 2。 四、第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0，例如民國 99 年，為 099，民國前的年份為負數，例如：-05 表示為民國前 5 年。第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0，例如 5 月，為 05。第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0，例如 9 日，為 09。第 8、9 碼為小時，不足位者前補 0，例如上午 9 時，為 09，下午 3 時，為 15。第 10、11 碼為分，不足位者前補 0，例如 9 分，為 09。第 12、13 碼為秒，不足位者前補 0，例如 9 秒，為 09。

**全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳醫療檢查影像格式說明(草案)**

實施日期：107年1月1日

序號	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
5	就醫類別	2	X	<p>一、本欄為必填欄位。</p> <p>二、依保險對象持健保卡就醫登錄之就醫類別。</p> <p>三、就醫類別代碼如下：</p> <p>(一) 須累計就醫序號及扣除就醫可用次數之註記：00 門診高利用保險對象指定就醫作業、01 西醫門診、02 牙醫門診、03 中醫門診、04 急診、05 住院、06 門診轉診就醫、07 門診手術後之回診、08 住院患者出院之回診。</p> <p>(二) 不須累計就醫序號及不扣除就醫可用次數之註記：AA 同一療程之項目以六次以內治療為限者、AB 以同一療程之項目屬"非"六次以內治療為限者、AC 預防保健、AD 職業傷害或職業病門(急)診、AE 慢性病連續處方箋領藥、AF 藥局調劑、AG 排程檢查、AH 居家照護(第二次以後)、AI：同日同醫師看診(第二次以後)、BA 門(急)診當次轉住院之入院、BB 出院、BC 急診中、住院中執行項目、BD 急診第二日〔含〕以後之離院、BE 職業傷害或職業病之住院、CA：其他規定不須累計就醫序號即不扣除就醫次數者、DA 門診轉出、DB 門診手術後需於7日內之一次回診、DC 住院患者出院後需於7日內之一次回診者。</p> <p>(三) BF:繼續住院依規定分段結清者，切帳申報時(如長期住院60天以上切帳)需登錄一筆BF不須累計就醫序號及不扣除就醫可用次數之註記，並連線即時查保。</p>
6	就醫序號	4	X	<p>一、本欄為必填欄位。</p> <p>二、填健保IC卡規定之就醫序號，四碼流水號例如：0001。</p> <p>三、預防保健填「IC+預防保健之服務時程代碼」。</p> <p>四、慢性病連續處方第二次(含)以後調劑者，請依慢性病連續處方箋上調劑記錄欄之序號填IC02(第2次)或IC03(第3次)或IC04(第4次)。</p> <p>五、接受他院所委託代(轉)檢醫療服務案件，本欄請填原處方之就醫序號。</p> <p>六、異常代碼：如健保卡取得就依序號前或後發生異常，請比照健保卡上傳作業及醫療費用申報作業之「就醫序號之異常代碼對照表」作上傳。</p> <p>七、急(門)診當次轉住院：比照醫療費用申報作業，將急(門)診取得之就醫序號作上傳。</p> <p>八、住院期間：比照醫療費用申報作業，將住院入院取得之就醫序號作上傳。</p> <p>九、住院出院後14日內再住院：依各次住院入院取得之就醫序號作上傳。</p> <p>十、排檢案件：比照醫療費用申報作業，依就醫時取得之就醫序號作上傳。</p>
7	補卡註記	1	9	<p>一、本欄為必填欄位。</p> <p>二、代碼如下：1：正常；2：補卡。</p>

**全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳醫療檢查影像格式說明(草案)**

實施日期：107年1月1日

序號	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明												
8	身分證統一編號	10	X	一、本欄為必填欄位。 二、國民身分證統一編號或外籍居留證號(如無居留證號碼請填護照號碼)。												
9	出生日期	7	X	一、本欄為必填欄位。 二、第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0，例如民國99年，為099，民國前的年份為負數，例如：-05表示為民國前5年。第4、5碼為月份，不足位者前補0，例如5月，為05。第6、7碼為日期，不足位者前補0，例如9日，為09。												
10	醫令代碼	12	X	一、本欄為必填欄位，請填入醫療影像檢查之醫令代碼。 二、同健保門診或交付機構醫療費用點數申報之「藥品(項目)代號」；或住院醫療費用點數申報之「醫令代碼」。												
11	報告序號	6	9	一、本欄為必填欄位。 二、如同次診療有多筆醫療檢查影像時，則連續編號，最小值為1，例如1、2、3...												
12	實際檢查日期時間	11	X	一、本欄為必填欄位。 二、第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0，例如民國99年，為099，民國前的年份為負數，例如：-05表示為民國前5年。第4、5碼為月份，不足位者前補0，例如5月，為05。第6、7碼為日期，不足位者前補0，例如9日，為09。第8、9碼為小時，不足位者前補0，例如上午9時，為09，下午3時，為15。第10、11碼為分，不足位者前補0，例如9分，為09。 三、如處方為交付、轉檢或代檢，且無採檢/實際檢查之時、分紀錄者，第8-11碼得填寫0。												
13	診療部位	6	X	<p>一、本欄為必填欄位。 二、比照門住診申報格式診療部位代碼： (一)醫令為牙科「齒顎全景 X 光片攝影」(醫令代碼34004C)時，牙齒部位編碼請依FDI牙位表示法及下表填列，每筆醫令最多填三個編碼。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">全口以"FM"表示</td> <td style="width:33%;">上半口以"UB"表示</td> <td style="width:33%;">下半口以"LB"表示</td> </tr> <tr> <td>上半右口以"UR"表示</td> <td>上半左口以"UL"表示</td> <td>上顎前齒部位以"UA"表示</td> </tr> <tr> <td>下半右口以"LR"表示</td> <td>下半左口以"LL"表示</td> <td>下顎前齒部位以"LA"表示</td> </tr> <tr> <td>無法表示之部位請以"99"表示</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	全口以"FM"表示	上半口以"UB"表示	下半口以"LB"表示	上半右口以"UR"表示	上半左口以"UL"表示	上顎前齒部位以"UA"表示	下半右口以"LR"表示	下半左口以"LL"表示	下顎前齒部位以"LA"表示	無法表示之部位請以"99"表示		
全口以"FM"表示	上半口以"UB"表示	下半口以"LB"表示														
上半右口以"UR"表示	上半左口以"UL"表示	上顎前齒部位以"UA"表示														
下半右口以"LR"表示	下半左口以"LL"表示	下顎前齒部位以"LA"表示														
無法表示之部位請以"99"表示																

**全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳醫療檢查影像格式說明(草案)**

實施日期：107年1月1日

序號	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
				<p>(二) 醫令為「電腦斷層造影」(醫令代碼如表一)及磁振造影(醫令代碼如表二)，診療部位填寫代碼如下：</p> <p>H：頭部 A：頸部 F：頭頸部 U：胸部 N：頸椎 J：胸椎 K：腰椎 G：胸部及上腹部 C：上腹部 I：腹部(含骨盆腔) P：骨盆腔 E：肢部 Q：臂神經血管叢 M：骨骼肌肉系統 V：心血管系統 S：MRS(磁振頻譜) T：MRA(磁振血管攝影) O：其他</p> <p>三、依實施部位填寫左靠，例如頸椎及胸椎則填 NJ，最多申報六個部位。</p>
14	影像壓縮檔名稱	29 或 30	X	<p>一、本欄為必填欄位。</p> <p>二、本欄請對應「醫療檢查影像檔案」之檔名，命名規則為『檔案類別(3 碼)醫事機構代號(10 碼)_案件編號(12 碼).副檔名』(需包含底線、點及附檔名)。</p> <p>三、壓縮檔案為 CAB、7z 格式，當格式為 CAB 時，長度為 30；當格式為 7z 時，長度為 29。</p>

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要
格式說明

實施日期：107年1月1日

一、上傳格式暨說明如下：

（一）檢驗（查）結果及人工關節植入物資料上傳格式：

- 1.每日上傳格式：如表一。
- 2.每月上傳格式：如表二。
- 3.需上傳檢驗（查）結果項目如表三。
- 4.需上傳人工關節植入物資料項目如表四。

（二）出院病歷摘要上傳格式如表五。

（三）人工關節植入物資料填寫範例如表六。

（四）DM、CKD 個案照護資料，需上傳項目及填寫方式如表七，且表七之醫令代碼如未含括於表三者，不列入本方案上傳基本費用及獎勵金計算。

二、上傳路徑：

（一）上傳檢驗（查）結果及人工關節植入物資料：

- 1.每日上傳路徑：健保資訊網服務系統（VPN）平台>我的首頁>檢驗（查）結果每日上傳作業。
- 2.每月上傳路徑：健保資訊網服務系統（VPN）平台>我的首頁>醫療費用申報>檢驗（查）結果每月上傳作業。

（二）上傳出院病歷摘要：健保資訊網服務系統（VPN）平台>我的首頁>醫療費用申報>出院病歷摘要資料上傳及查詢。

三、上傳規定：

（一）依「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」，醫事服務機構於「費用年月」之「次月底前」上傳資料方能獲資料上傳獎勵，另自 106 年 7 月 1 日起新增「即時上傳檢驗(查)結果額外獎勵金」，獎勵項目及條件如下：

- 1.獎勵項目：門診及急診之「非報告型資料」(表中報告類別為 1 之項目)，與「報告型資料」之「電腦斷層造影檢查」(醫令代碼 33070B、33071B 及 33072B)、「磁振造影」(醫令代碼 33084B 及 33085B)及「齒顎全景 X 光片攝影」(醫令代碼 34004C)項目。
- 2.獎勵條件：需於報告日期時間 24 小時內將其檢驗（查）結果上傳；如屬健保卡補卡案件，且健保卡刷卡日期時間大於報告日期時間，如於補卡後 24 小時內上傳，亦得獲本項額外獎勵金。
- 3.支付方式：每筆即時上傳醫令加計 1 點。
- 4.另上傳醫療檢查影像之方式及規定，請參閱「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---特約醫事服務機構上傳醫療檢查影像格式說明」。

（二）檢驗（查）結果及人工關節植入物資料可由上開「檢驗（查）結果每日上傳作業」或「檢驗（查）結果每月上傳作業」路徑擇一上傳，相關說明如下：

1. 檢驗（查）結果每日上傳作業：

- (1)每日上傳作業自 106 年 6 月 15 日至 106 年 6 月 30 日供外界測試，惟測試資料不納入結算作業。
- (2) 每日上傳作業自 106 年 7 月起正式上線。

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗(查)結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要
格式說明

實施日期：107年1月1日

2. 檢驗(查)結果每月上傳作業：自費用年月 106 年 7 月起，基本資料段新增「h26 就醫序號」。

(三) 上傳檢驗(查)結果以「醫令代碼」為單位作結果上傳，如有一筆醫令多項檢驗(查)項目，可先予傳送部分資料，後續再依補正上傳方式以「醫令代碼」為單位作結果補正(補正主鍵值如表八)，獎勵金之核算係以第一次上傳該筆醫令之時間為準；另單次就診/住院有多項檢驗(查)醫令，或有其他非一次可上傳之情形，亦請參考表八主鍵值分次傳送。

(四) 檢驗(查)結果及人工關節植入物資料補正方式：

1. 如醫事服務機構上傳資料有缺漏或錯誤之情形，需以「醫令代碼」為單位補正上傳。

2. 補正上傳主鍵值如表八。

四、上傳資料注意事項：

(一) 上傳檔案壓縮方式及上傳限制：

1. 上傳檢驗(查)結果及人工關節植入物資料：1 個 zip 壓縮檔只能含有 1 個 xml 檔案，且不可包含其他格式檔案。

2. 上傳出院病歷摘要：1 個 zip 壓縮檔可含 1 個以上之 xml 檔案，但不可包含其他格式檔案，1 個 xml 檔案只能有一筆個案之資料，且單次上傳以 1000 筆資料為限。

(二) 檔案之主檔名與副檔名命名規則：

1. 上傳檢驗(查)結果及人工關節植入物資料：

(1) 健保資訊網服務系統(VPN)網頁上傳：檔案之主檔名與副檔名命名方式只允許英數字，例如：壓縮檔為「TOTFA.zip」，XML 檔為「TOTFA.xml」。

(2) 另檢驗(查)結果每日上傳資料亦可經由「醫療資料傳輸共通介面 API」上傳，檔名格式為：(醫事機構代碼)(上傳日期)(流水號).zip。

(3) 上傳下列醫令代碼之檢驗(查)結果時，請下列規定方式填寫：

A. 醫令代碼「09004C、09005C、09006C、09015C、09044C、Y00005」填至小數點第 2 位。

B. 醫令代碼「Y00001、Y00002、Y00004」填至小數點第 1 位。

C. 醫令代碼「Y00006」填至整數位。

2. 上傳出院病歷摘要：檔案之主檔名與副檔名命名方式只允許英數字，另為區分依附就醫新生兒與被依附就醫者之出院病歷摘要資料，非依附就醫者之 XML 檔主檔名第一碼為「0」，依附就醫之新生兒，XML 檔主檔名第一碼依出生順序以阿拉伯數字 1~9 表示，即單胞胎或多胞胎的第一胎新生兒，XML 檔主檔名第一碼為「1」，多胞胎的第二胎新生兒，XML 檔主檔名第一碼為「2」，依此類推。

(三) 上傳資料長度計算：中文字或全形字/符號 1 字之長度為 4 bytes，英數字 1 字之長度為 1 byte，故欄位長度為 4000 bytes，請勿上傳超過 3000 個英數字，如為中文字或同時包含中文字、全形字/符號及英數字等字元，則請勿上傳超過 1000 個字，避免資料經編碼轉換後長度超過 4000 bytes。另報告類別「2：影像報告」之報告結果如超過欄位 ID「r7」之長度，可接續於欄位 ID「r8-2」及「r8-3」填寫。

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要
格式說明

實施日期：107年1月1日

表一、檢驗（查）結果及人工關節植入物資料每日上傳格式上傳格式（XML 格式）

一、基本資料段

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
h1	報告類別	1	X	一、報告類別代碼：1：檢體檢驗報告；2：影像報告；3：病理報告；4：人工關節植入物資料。 二、報告類別代碼「1」屬於「非報告型資料」；報告類別代碼「2」及「3」屬於「報告型資料」。 三、本欄為必填欄位。
h2	醫事機構代碼	10	X	一、衛生福利部編定之代碼，必為 10 碼。 二、本欄為必填欄位。
h3	醫事類別	2	X	一、醫事類別代碼： 11：門診西醫診所 12：門診西醫醫院 13：門診牙醫 14：門診中醫 15：門診洗腎 19：門診其他醫事機構 21：住診西醫診所 22：住診西醫醫院 29：住診其他醫事機構 50：特約檢驗所 二、本欄為必填欄位。
h4	執行年月	5	X	一、依實際執行檢驗(查)項目之年月填報。 二、第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0。例如民國 99 年，為 099。第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0。例如 5 月，為 05。 三、本欄為必填欄位。
h5	健保卡刷卡日期時間	13	X	一、本欄為必填欄位。 二、依保險對象持健保卡就醫當日刷卡由讀卡機自動產生就診日期時間，如為代檢驗案件請填入收到檢體日期時間。 三、若為補卡時，此欄表示補卡之日期時間，並於「h8 補卡註記」填 2。 四、住院病人，此欄請為入院日期時間。如為住院補卡案件，此欄請為入院補卡之日期時間，並於「h8 補卡註記」填 2。 五、第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0，例如民國 99 年，為 099，民國前的年份為負數，例如：-05 表示為民國前 5 年。第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0，例如 5 月，為 05。第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0，例如 9 日，為 09。第 8、9 碼為小時，不足位者前補 0，例如上午 9 時，為 09，下午 3 時，為 15。第 10、11 碼為分，不足位者前補 0，例如 9 分，為 09。第 12、13 碼為秒，不足位者前補 0，例如 9 秒，為 09。

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要
格式說明

實施日期：107年1月1日

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
h6	就醫類別	2	X	<p>一、本欄為必填欄位。</p> <p>二、依保險對象持健保卡就醫登錄之就醫類別。</p> <p>三、就醫類別代碼如下：</p> <p>（一）須累計就醫序號及扣除就醫可用次數之註記：00 門診高利用保險對象指定就醫作業、01 西醫門診、02 牙醫門診、03 中醫門診、04 急診、05 住院、06 門診轉診就醫、07 門診手術後之回診、08 住院患者出院之回診。</p> <p>（二）不須累計就醫序號及不扣除就醫可用次數之註記：AA 同一療程之項目以六次以內治療為限者、AB 以同一療程之項目屬"非"六次以內治療為限者、AC 預防保健、AD 職業傷害或職業病門（急）診、AE 慢性病連續處方箋領藥、AF 藥局調劑、AG 排程檢查、AH 居家照護（第二次以後）、AI： 同日同醫師看診（第二次以後）、BA 門（急）診當次轉住院之入院、BB 出院、BC 急診中、住院中執行項目、BD 急診第二日〔含〕以後之離院、BE 職業傷害或職業病之住院、CA：其他規定不須累計就醫序號即不扣除就醫次數者、DA 門診轉出、DB 門診手術後需於7日內之一次回診、DC 住院患者出院後需於7日內之一次回診者。</p> <p>（三）BF:繼續住院依規定分段結清者，切帳申報時(如長期住院60天以上切帳)需登錄一筆BF不須累計就醫序號及不扣除就醫可用次數之註記，並連線即時查保。</p>
h7	就醫序號	4	X	<p>一、本欄為必填欄位。</p> <p>二、填健保IC卡規定之就醫序號，四碼流水號例如：0001。</p> <p>三、預防保健填「IC+預防保健之服務時程代碼」。</p> <p>四、慢性病連續處方第二次（含）以後調劑者，請依慢性病連續處方箋上調劑記錄欄之序號填IC02（第2次）或IC03（第3次）或IC04（第4次）。</p> <p>五、接受他院所委託代（轉）檢醫療服務案件，本欄請填原處方之就醫序號，如無法即時取得或填報者，每日上傳作業先以「Z000」填報，惟後續需於「檢驗(查)結果每月上傳作業」上傳正確就醫序號之完整資料。</p> <p>六、異常代碼：如健保卡取得就依序號前或後發生異常，請比照健保卡上傳作業及醫療費用申報作業之「就醫序號之異常代碼對照表」作上傳。</p> <p>七、急(門)診當次轉住院：比照醫療費用申報作業，將急(門)診取得之就醫序號作上傳。</p>

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要
格式說明

實施日期：107年1月1日

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
				八、住院期間：比照醫療費用申報作業，將住院入院取得之就醫序號作上傳。 九、住院出院後 14 日內再住院：依各次住院入院取得之就醫序號作上傳。 十、排檢案件：比照醫療費用申報作業，依就醫時取得之就醫序號作上傳。
h8	補卡註記	1	9	1：正常；2：補卡。
h9	身分證統一編號	10	X	一、同健保醫療費用點數申報「身分證統一編號」。 二、國民身分證統一編號或外籍居留證號(如無居留證號碼請填護照號碼)。 三、本欄為必填欄位。
h10	出生日期	7	X	一、同健保醫療費用點數申報「出生年月日」。 二、第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0，例如民國 99 年，為 099，民國前的年份為負數，例如：-05 表示為民國前 5 年。第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0，例如 5 月，為 05。第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0，例如 9 日，為 09。 三、本欄為必填欄位。
h11	就醫日期	7	X	一、醫事類別代碼為「11」、「12」、「13」、「14」、「15」、「19」及「50」，本欄為必填欄位。 二、同健保醫療費用點數申報之「就醫日期」，填保險對象實際就醫日期。 三、第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0，例如民國 99 年，為 099，民國前的年份為負數，例如：-05 表示為民國前 5 年。第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0，例如 5 月，為 05。第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0，例如 9 日，為 09。
h12	治療結束日期	7	X	一、醫事類別代碼為「11」、「12」、「13」、「14」、「15」及「19」，且為「排程檢查案件」或「接受他院所委託代（轉）檢醫療服務案件」，本欄為必填欄位，如未能於上傳時確定治療結束日期，本欄可免填。 二、同健保醫療費用點數申報之「治療結束日期」。 三、第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0。例如民國 99 年，為 099。第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0。例如 5 月，為 05。第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0。例如 9 日，為 09。 四、排程檢查案件：填「檢查當天日期」。 五、接受他院所委託代（轉）檢醫療服務案件，本欄請填代（轉）案件之檢驗日期。
h13	入院年月日	7	X	一、醫事類別代碼為「21」、「22」及「29」，本欄為必填欄位。 二、同健保醫療費用點數申報之「入院年月日」。 三、第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0，例如民

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要
格式說明

實施日期：107年1月1日

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
				國 99 年，為 099，民國前的年份為負數，例如：-05 表示為民國前 5 年。第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0，例如 5 月，為 05。第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0，例如 9 日，為 09。
h14	出院年月日	7	X	<p>一、醫事類別代碼為「21」、「22」及「29」，本欄為必填欄位，如上傳時尚未出院者，本欄可免填。</p> <p>二、同健保醫療費用點數申報之「出院年月日」。</p> <p>三、第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0，例如民國 99 年，為 099，民國前的年份為負數，例如：-05 表示為民國前 5 年。第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0，例如 5 月，為 05。第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0，例如 9 日，為 09。</p>
h15	醫令代碼	12	X	<p>一、同健保門診或交付機構醫療費用點數申報之「藥品(項目)代號」；或住院醫療費用點數申報之「醫令代碼」。</p> <p>二、本欄為必填欄位。</p> <p>三、報告類別代碼「4」，限填下列醫令： 64164B、64169B、64202B、64162B、64170B、64258B、64201B。</p> <p>四、檢驗（查）結果應上傳醫令以外之 DM、CKD 個案照護醫令代碼： (一) Y00000：論質追蹤 (二) Y00001：eGFR (三) Y00002：U PCR/UACR (四) Y00003：足底檢查 (五) Y00004：身高 (六) Y00005：體重 (七) Y00006：血壓 (八) Y00007：抽菸/戒菸服務 (九) Y00008：CKD 階段 (十) Y00009：伴隨疾病/家族病史 (十一) Y00010：結案資料</p>
h16	檢驗（查）結果上傳日期時間	13	X	<p>一、醫事服務機構上傳檢驗（查）結果資料之日期。</p> <p>二、第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0，例如民國 99 年，為 099，民國前的年份為負數，例如：-05 表示為民國前 5 年。第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0，例如 5 月，為 05。第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0，例如 9 日，為 09。第 8、9 碼為小時，不足位者前補 0，例如上午 9 時，為 09，下午 3 時，為 15。第 10、11 碼為分，不足位者前補 0，例如 9 分，為 09。第 12、13 碼為秒，不足位者前補 0，例如 9</p>

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要
格式說明

實施日期：107年1月1日

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
				秒，為 09。 三、本欄為必填欄位。
h17	醫囑醫師身分證號	10	X	一、開立檢驗（查）處方醫師之國民身分證統一編號，或外籍居留證號碼。 二、如處方為交付、轉檢或代檢，且無原處方開立醫師之國民身分證統一編號或外籍居留證號碼者，得以該醫師之醫事服務機構代號替代。 三、本欄為必填欄位。
h18	報告/病理醫師身分證號	10	X	一、判讀影像或病理報告醫師之國民身分證統一編號，或外籍居留證號碼。 二、如處方為交付、轉檢或代檢，且無判讀影像或病理報告醫師之國民身分證統一編號或外籍居留證號碼者，得以該醫師之醫事服務機構代號替代。 三、報告類別代碼為「2」或「3」，請填寫本欄。
h19	醫囑日期時間	11	X	一、醫師開立檢驗（查）處方之日期時間。 二、第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0，例如民國 99 年，為 099，民國前的年份為負數，例如：-05 表示為民國前 5 年。第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0，例如 5 月，為 05。第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0，例如 9 日，為 09。第 8、9 碼為小時，不足位者前補 0，例如上午 9 時，為 09，下午 3 時，為 15。第 10、11 碼為分，不足位者前補 0，例如 9 分，為 09。 三、如處方為交付、轉檢或代檢，且無開立處方之時、分紀錄者，第 8-11 碼得填寫 0。 四、本欄為必填欄位。
h20	採檢/實際檢查/手術日期時間	11	X	一、第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0，例如民國 99 年，為 099，民國前的年份為負數，例如：-05 表示為民國前 5 年。第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0，例如 5 月，為 05。第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0，例如 9 日，為 09。第 8、9 碼為小時，不足位者前補 0，例如上午 9 時，為 09，下午 3 時，為 15。第 10、11 碼為分，不足位者前補 0，例如 9 分，為 09。 二、如處方為交付、轉檢或代檢，且無採檢/實際檢查之時、分紀錄者，第 8-11 碼得填寫 0。 三、報告類別代碼為「4」，本欄請填手術日期時間，同健保醫療費用點數申報之「執行時間-起」。 四、本欄為必填欄位。
h21	醫師確認報	11	X	一、第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0，例如民

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要
格式說明

實施日期：107年1月1日

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
	告時間			<p>國 99 年，為 099，民國前的年份為負數，例如：-05 表示為民國前 5 年。第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0，例如 5 月，為 05。第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0，例如 9 日，為 09。第 8、9 碼為小時，不足位者前補 0，例如上午 9 時，為 09，下午 3 時，為 15。第 10、11 碼為分，不足位者前補 0，例如 9 分，為 09。</p> <p>二、如處方為交付、轉檢或代檢，且無醫師確認報告之時、分紀錄者，第 8-11 碼得填寫 0。</p> <p>三、本欄為非必填欄位。</p>
h22	檢體採檢方法/來源/類別	200	X	<p>一、檢體或病理檢驗之採檢方法，如切片、穿刺...等；檢體來源，如肝，靜脈...；檢體類別，如尿液、血液...。</p> <p>二、報告類別代碼為「1」或「3」，請填寫本欄。</p> <p>三、XML 格式設計有 5 種特殊字元（如：<、>、&、'、"），需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。</p>

二、報告資料段

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
r1	報告序號	6	9	<p>一、如同一醫令具有多個檢驗（查）結果時，則連續編號，最小值為 1，例如 1、2、3...。</p> <p>二、本欄為必填欄位。</p> <p>三、報告類別代碼為「4」，填寫方式請參考表六。</p> <p>四、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼（09006C、09005C、09044C、09004C、09015C、06013C、23501C、23502C、23702C、Y00000-Y00010），本欄填寫方式請參考表七。</p>
r2	檢驗項目名稱	100	X	<p>一、檢體或病理檢驗項目名稱。</p> <p>二、報告類別代碼為「1」或「3」或「4」，本欄為必填欄位。</p> <p>三、XML 格式設計有 5 種特殊字元（如：<、>、&、'、"），需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。</p> <p>四、報告類別代碼為「4」，填寫方式如下： （一）欄位「r1 報告序號」為「1」，本欄請填「BH」； （二）欄位「r1 報告序號」為「2」，本欄請填「BW」； （三）欄位「r1 報告序號」為「3」，本欄請填「ASA」； （四）欄位「r1 報告序號」為「4」、「5」，本欄請填「Surgical</p>

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要
格式說明

實施日期：107年1月1日

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
				Approach」。 五、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼 (09006C、09005C、09044C、09004C、09015C、06013C、23501C、23502C、23702C、Y00000-Y00010)，本欄填寫方式請參考表七。
r3	檢驗方法	100	X	<p>一、如酵素免疫分析法(EIA)、細胞染色...等。</p> <p>二、報告類別代碼為「1」或「3」或「4」，請填寫本欄。</p> <p>三、XML 格式設計有 5 種特殊字元 (如：<、>、&、'、")，需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。</p> <p>四、報告類別代碼為「4」且欄位「r1 報告序號」為「4」、「5」，填寫方式如下：</p> <p>(一) 第 1 碼，請填側別，代碼如下： L:左側；R 右側。</p> <p>(二) 第 2 碼，請填術別，代碼如下： 1：全膝人工關節術 TKR 2：半膝人工關節術 UKA 3：髌骨關節人工關節術 PFJA 4：全膝人工關節再置換/翻修術 RTKA 5：全髌人工關節術 THR 6：半髌人工關節術 Hemiarthroplasty 7：全髌人工關節術再置換/翻修 RTHR</p> <p>(三) 第 3 碼，請填入路途徑。</p> <p>1.人工膝關節，代碼如下： 1：內髌骨側入路 Medial para-patellar； 2：外髌骨側入路 Lateral para-patellar； 3：股內肌中入路 Midvastus； 4：股內肌下入路 Subvastus； 5：其他 others；</p> <p>2.人工髌關節代碼如下： A：後外側 Posterolateral (Mo32 e, Southern) B：前外側 Anterolateral (Watson-Jones) C：正外側 Direct lateral (Hardinge， transgluteal) D：正前方 Direct anterior (DAA, Smith-Peterson) E：經大轉子 Transtrochanteric F：經上後方 Supra articular path 5：其他 Others</p>

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要
格式說明

實施日期：107年1月1日

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
r4	檢驗報告結果值	4000	X	<p>一、檢驗報告結果，如 Positive、25...等。</p> <p>二、報告類別代碼為「1」或「4」，本欄為必填欄位。</p> <p>三、XML 格式設計有 5 種特殊字元（如：<、>、&、'、"），需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。</p> <p>四、報告類別代碼為「4」，填寫方式如下：</p> <p>（一）「r1 報告序號」為「1」（身高），以四捨五入填至小數點第 1 位，如身高為 167.53cm，請填 167.5； 「r1 報告序號」為「2」（體重），以四捨五入填至小數點第 2 位，如體重為 43.536kg，請填 43.54。</p> <p>（二）「r1 報告序號」為「3」，ASA 分級代碼如下： 1：分級 I 2：分級 II 3：分級 III 4：分級 IV 5：分級 V</p> <p>（三）「r1 報告序號」為「4」、「5」，本欄請填特材條碼，按執行術別使用之特材全數填報，每品項特材資料以半形分號間隔，間隔符號不可以其他特殊符號或空白鍵替代，特材規格需以 GS1 (Global Standard One)、HIBCC (Health Industry Business Communications Council) (此 2 類為 UDI 條碼規格)及廠商產品編碼等 3 類規格上傳，填寫方式請參考表六。</p> <p>五、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼(09006C、09005C、09044C、09004C、09015C、06013C、Y00000-Y00010)，本欄填寫方式請參考表七。</p>
r5	單位	50	X	<p>一、如 mg/ml，莫耳濃度...等。</p> <p>二、報告類別代碼為「1」或「4」，本欄為必填欄位。</p> <p>三、XML 格式設計有 5 種特殊字元（如：<、>、&、'、"），需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。</p> <p>四、報告類別代碼為「4」且欄位「r1 報告序號」為「1」、「2」，填寫方式如下：</p> <p>（一）BH 請填「cm」。</p> <p>（二）BW 請填「kg」。</p> <p>五、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼(09006C、09005C、09044C、09004C、09015C、06013C、Y00000-Y00010)，本欄填寫方式請參考表七。</p>
r6	參考值	4000	X	<p>一、Positive，0~25...等。</p> <p>二、報告類別代碼為「1」，本欄為必填欄位。</p> <p>三、XML 格式設計有 5 種特殊字元（如：<、>、&、'、"），</p>

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要
格式說明

實施日期：107年1月1日

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
				<p>需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、”。</p> <p>四、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼(09006C、09005C、09044C、09004C、09015C、06013C、Y00001、Y00002、Y00006)，本欄填寫方式請參考表七。</p>
r7	報告結果	4000	X	<p>一、影像報告結果，含影像發現、臆斷及註記(如過敏反應、顯影劑種類)等內容。</p> <p>二、報告類別代碼為「2」，本欄為必填欄位。</p> <p>三、XML 格式設計有 5 種特殊字元(如：<、>、&、'、”)，需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、”。</p> <p>四、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼(23501C、23502C、23702C)，本欄填寫方式請參考表七。</p>
r8-1	病理發現及診斷	4000	X	<p>一、病理發現(如大體發現、顯微發現)及病理診斷結果。</p> <p>二、報告類別代碼為「3」，本欄為必填欄位。</p> <p>三、XML 格式設計有 5 種特殊字元(如：<、>、&、'、”)，需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、”。</p>
r8-2	報告結果或病理發現及診斷(一)	4000	X	<p>一、可接續欄位「r7 報告結果」或「r8-1 病理發現及診斷」之內容填寫。</p> <p>二、XML 格式設計有 5 種特殊字元(如：<、>、&、'、”)，需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、”。</p> <p>三、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼(23501C、23502C、23702C)，且報告序號為「2」，本欄填寫方式請參考表七。</p>
r8-3	報告結果或病理發現及診斷(二)	4000	X	<p>一、可接續欄位「r8-2 報告結果或病理發現及診斷(一)」之內容填寫。</p> <p>二、XML 格式設計有 5 種特殊字元(如：<、>、&、'、”)，需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、”。</p> <p>三、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼(23501C、23502C、23702C)，且報告序號為「2」，本欄填寫方式請參考表七。</p>
r9	醫事人員	10	X	<p>一、實際執行醫令之醫事人員國民身分證統一編號，或外</p>

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要
格式說明

實施日期：107年1月1日

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
	身分證號			籍居留證號碼。 二、如處方為交付、轉檢或代檢，且無醫令實際執行醫事人員之國民身分證統一編號，或外籍居留證號碼者，得以該醫事人員之醫事服務機構代號替代。 三、報告類別代碼為「1」，請填寫本欄。
r10	報告日期時間	11	X	一、第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0，例如民國99年，為099，民國前的年份為負數，例如：-05表示為民國前5年。第4、5碼為月份，不足位者前補0，例如5月，為05。第6、7碼為日期，不足位者前補0，例如9日，為09。第8、9碼為小時，不足位者前補0，例如上午9時，為09，下午3時，為15。第10、11碼為分，不足位者前補0，例如9分，為09。 二、報告類別代碼為「1」或「3」，請填寫本欄。
r11	備註	4000	X	一、其他備註事項。 二、XML格式設計有5種特殊字元（如：<、>、&、'、"），需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此5種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。
r12	檢驗（查）結果值註記	1	9	一、檢驗（查）評估或判讀結果，代碼如下： 0：未發現異於參考值。 1：異於參考值。 二、本欄為非必填欄位。
<u>r13</u>	<u>輻射劑量</u>	<u>4000</u>	<u>X</u>	<u>一、本欄為非必填欄位。</u> <u>二、請以「毫西弗」為單位填寫輻射劑量。</u>

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要
格式說明

實施日期：107年1月1日

表二、檢驗（查）結果每月上傳格式上傳格式（XML 格式）

一、基本資料段

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
h1	報告類別	1	X	一、報告類別代碼：1：檢體檢驗報告；2：影像報告；3：病理報告；4：人工關節植入物資料。 二、報告類別代碼「1」屬於「非報告型資料」；報告類別代碼「2」及「3」屬於「報告型資料」。 三、本欄為必填欄位。
h2	醫事機構代碼	10	X	一、衛生福利部編定之代碼，必為 10 碼。 二、本欄為必填欄位。
h3	醫事類別	2	X	一、醫事類別代碼： 11：門診西醫診所 12：門診西醫醫院 13：門診牙醫 14：門診中醫 15：門診洗腎 19：門診其他醫事機構 21：住診西醫診所 22：住診西醫醫院 29：住診其他醫事機構 50：特約檢驗所 二、本欄為必填欄位。
h4	費用年月	5	X	一、同健保醫療費用點數申報「費用年月」。 二、第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0。例如民國 99 年，為 099。第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0。例如 5 月，為 05。 三、本欄為必填欄位。
h5	申報類別	1	X	一、同健保醫療費用點數「申報類別」。 二、申報類別代碼：1:送核 2:補報。 三、本欄為必填欄位。
h6	申報日期	7	X	一、同健保醫療費用點數「申報日期」。 二、第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0。例如民國 99 年，為 099。第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0。例如 5 月，為 05。第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0。例如 9 日，為 09。 三、本欄為必填欄位。
h7	案件分類	2	X	一、同健保醫療費用點數申報「案件分類」。 二、本欄為必填欄位。
h8	流水編號	6	9	一、同健保醫療費用點數申報「流水編號」。 二、本欄為必填欄位。
h9	身分證統一編號	10	X	一、同健保醫療費用點數申報「身分證統一編號」。 二、國民身分證統一編號或外籍居留證號(如無居留證號碼請填護照號碼)。 三、本欄為必填欄位。
h10	出生日期	7	X	一、同健保醫療費用點數申報「出生年月日」。

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要
格式說明

實施日期：107年1月1日

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
				<p>二、第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0，例如民國 99 年，為 099，民國前的年份為負數，例如：-05 表示為民國前 5 年。第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0，例如 5 月，為 05。第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0，例如 9 日，為 09。</p> <p>三、本欄為必填欄位。</p>
h11	就醫日期	7	X	<p>一、醫事類別代碼為「11」、「12」、「13」、「14」、「15」、「19」及「50」，本欄為必填欄位。</p> <p>二、同健保醫療費用點數申報之「就醫日期」，填保險對象實際就醫日期。</p> <p>三、第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0，例如民國 99 年，為 099，民國前的年份為負數，例如：-05 表示為民國前 5 年。第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0，例如 5 月，為 05。第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0，例如 9 日，為 09。</p>
h12	治療結束日期	7	X	<p>一、醫事類別代碼為「11」、「12」、「13」、「14」、「15」及「19」，且為「排程檢查案件」或「接受他院所委託代（轉）檢醫療服務案件」，本欄為必填欄位。</p> <p>二、同健保醫療費用點數申報之「治療結束日期」。</p> <p>三、第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0。例如民國 99 年，為 099。第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0。例如 5 月，為 05。第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0。例如 9 日，為 09。</p> <p>四、排程檢查案件：填「檢查當天日期」。</p> <p>五、接受他院所委託代（轉）檢醫療服務案件，本欄請填代（轉）案件之檢驗日期。</p>
h13	入院年月日	7	X	<p>一、醫事類別代碼為「21」、「22」及「29」，本欄為必填欄位。</p> <p>二、同健保醫療費用點數申報之「入院年月日」。</p> <p>三、第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0，例如民國 99 年，為 099，民國前的年份為負數，例如：-05 表示為民國前 5 年。第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0，例如 5 月，為 05。第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0，例如 9 日，為 09。</p>
h14	出院年月日	7	X	<p>一、醫事類別代碼為「21」、「22」及「29」，本欄為必填欄位，如尚未出院者免填。</p> <p>二、同健保醫療費用點數申報之「出院年月日」。</p> <p>三、第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0，例如民國 99 年，為 099，民國前的年份為負數，例如：-05 表示為民國前 5 年。第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0，例如 5 月，為 05。第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0，例如 9 日，為 09。</p>

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要
格式說明

實施日期：107年1月1日

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
				者前補 0，例如 9 日，為 09。
h15	申報期間-起	7	X	一、醫事類別代碼為「21」、「22」及「29」，本欄為必填欄位。 二、同健保醫療費用點數申報之「申報期間-起」。 三、第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0，例如民國 99 年，為 099，民國前的年份為負數，例如：-05 表示為民國前 5 年。第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0，例如 5 月，為 05。第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0，例如 9 日，為 09。
h16	申報期間-迄	7	X	一、醫事類別代碼為「21」、「22」及「29」，本欄為必填欄位。 二、同健保醫療費用點數申報之「申報期間-迄」。 三、第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0，例如民國 99 年，為 099，民國前的年份為負數，例如：-05 表示為民國前 5 年。第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0，例如 5 月，為 05。第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0，例如 9 日，為 09。
h17	醫令序	5	9	一、同健保醫療費用點數申報之「醫令序」。 二、本欄為必填欄位。 三、醫令代碼為 DM、CKD 個案照護醫令代碼 Y00000-Y00010 者，醫令序應填報 0。
h18	醫令代碼	12	X	一、同健保門診或交付機構醫療費用點數申報之「藥品(項目)代號」；或住院醫療費用點數申報之「醫令代碼」。 二、本欄為必填欄位。 三、報告類別代碼「4」，限填下列醫令： 64164B、64169B、64202B、64162B、64170B、64258B、64201B。 四、檢驗（查）結果應上傳醫令以外之 DM、CKD 個案照護醫令代碼： (一) Y00000：論質追蹤 (二) Y00001：eGFR (三) Y00002：U PCR/UACR (四) Y00003：足底檢查 (五) Y00004：身高 (六) Y00005：體重 (七) Y00006：血壓 (八) Y00007：抽菸/戒菸服務 (九) Y00008：CKD 階段 (十) Y00009：伴隨疾病/家族病史 (十一) Y00010：結案資料

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要
格式說明

實施日期：107年1月1日

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
h19	檢驗（查） 結果上傳 日期時間	13	X	<p>一、醫事服務機構上傳檢驗（查）結果資料之日期。</p> <p>二、第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0，例如民國99年，為099，民國前的年份為負數，例如：-05表示為民國前5年。第4、5碼為月份，不足位者前補0，例如5月，為05。第6、7碼為日期，不足位者前補0，例如9日，為09。第8、9碼為小時，不足位者前補0，例如上午9時，為09，下午3時，為15。第10、11碼為分，不足位者前補0，例如9分，為09。第12、13碼為秒，不足位者前補0，例如9秒，為09。</p> <p>三、本欄為必填欄位。</p>
h20	醫囑醫師 身分證號	10	X	<p>一、開立檢驗（查）處方醫師之國民身分證統一編號，或外籍居留證號碼。</p> <p>二、如處方為交付、轉檢或代檢，且無原處方開立醫師之國民身分證統一編號或外籍居留證號碼者，得以該醫師之醫事服務機構代號替代。</p> <p>三、本欄為必填欄位。</p>
h21	報告/病理 醫師身分證號	10	X	<p>一、判讀影像或病理報告醫師之國民身分證統一編號，或外籍居留證號碼。</p> <p>二、如處方為交付、轉檢或代檢，且無判讀影像或病理報告醫師之國民身分證統一編號或外籍居留證號碼者，得以該醫師之醫事服務機構代號替代。</p> <p>三、報告類別代碼為「2」或「3」，請填寫本欄。</p>
h22	醫囑日期 時間	11	X	<p>一、醫師開立檢驗（查）處方之日期時間。</p> <p>二、第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0，例如民國99年，為099，民國前的年份為負數，例如：-05表示為民國前5年。第4、5碼為月份，不足位者前補0，例如5月，為05。第6、7碼為日期，不足位者前補0，例如9日，為09。第8、9碼為小時，不足位者前補0，例如上午9時，為09，下午3時，為15。第10、11碼為分，不足位者前補0，例如9分，為09。</p> <p>三、如處方為交付、轉檢或代檢，且無開立處方之時、分紀錄者，第8-11碼得填寫0。</p> <p>四、本欄為必填欄位。</p>
h23	採檢/實際 檢查/手術 日期時間	11	X	<p>一、第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0，例如民國99年，為099，民國前的年份為負數，例如：-05表示為民國前5年。第4、5碼為月份，不足位者前補0，例如5月，為05。第6、7碼為日期，不足位者前補0，例如9日，為09。第8、9碼為小時，不足位者前補0，例如上午9時，為09，下午3時，為</p>

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要
格式說明

實施日期：107年1月1日

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
				<p>15。第 10、11 碼為分，不足位者前補 0，例如 9 分，為 09。</p> <p>二、如處方為交付、轉檢或代檢，且無採檢/實際檢查之時、分紀錄者，第 8-11 碼得填寫 0。</p> <p>三、報告類別代碼為「4」，本欄請填手術日期時間，同健保醫療費用點數申報之「執行時間-起」。</p> <p>四、本欄為必填欄位。</p>
h24	醫師確認報告時間	11	X	<p>一、第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0，例如民國 99 年，為 099，民國前的年份為負數，例如：-05 表示為民國前 5 年。第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0，例如 5 月，為 05。第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0，例如 9 日，為 09。第 8、9 碼為小時，不足位者前補 0，例如上午 9 時，為 09，下午 3 時，為 15。第 10、11 碼為分，不足位者前補 0，例如 9 分，為 09。</p> <p>二、如處方為交付、轉檢或代檢，且無醫師確認報告之時、分紀錄者，第 8-11 碼得填寫 0。</p> <p>三、報告類別代碼為「2」，請填寫本欄。</p>
h25	檢體採檢方法/來源/類別	200	X	<p>一、檢體或病理檢驗之採檢方法，如切片、穿刺...等；檢體來源，如肝，靜脈...；檢體類別，如尿液、血液...。</p> <p>二、報告類別代碼為「1」或「3」，請填寫本欄。</p> <p>三、XML 格式設計有 5 種特殊字元（如：<、>、&、'、"），需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。</p>
h26	就醫序號	4	X	<p>一、本欄為自費用年月 106 年 7 月起為必填欄位。</p> <p>二、填健保 IC 卡規定之就醫序號，四碼流水號例如：0001。</p> <p>三、預防保健填「IC+預防保健之服務時程代碼」。</p> <p>四、慢性病連續處方第二次（含）以後調劑者，請依慢性病連續處方箋上調劑記錄欄之序號填 IC02（第 2 次）或 IC03（第 3 次）或 IC04（第 4 次）。</p> <p>五、接受他院所委託代（轉）檢醫療服務案件，本欄請填原處方之就醫序號。</p> <p>六、異常代碼：如健保卡取得就依序號前或後發生異常，請比照健保卡上傳作業及醫療費用申報作業之「就醫序號之異常代碼對照表」作上傳。</p> <p>七、急（門）診當次轉住院：比照醫療費用申報作業，將急（門）診取得之就醫序號作上傳。</p> <p>八、住院期間：比照醫療費用申報作業，將住院入院取得</p>

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要
格式說明

實施日期：107年1月1日

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
				<p>之就醫序號作上傳。</p> <p>九、住院出院後 14 日內再住院：依各次住院入院取得之就醫序號作上傳。</p> <p>十、排檢案件：比照醫療費用申報作業，依就醫時取得之就醫序號作上傳。</p>

二、報告資料段

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
r1	報告序號	6	9	<p>一、如同一醫令具有多個檢驗（查）結果時，則連續編號，最小值為 1，例如 1、2、3...</p> <p>二、本欄為必填欄位。</p> <p>三、報告類別代碼為「4」，填寫方式請參考表六。</p> <p>四、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼(09006C、09005C、09044C、09004C、09015C、06013C、23501C、23502C、23702C、Y00000-Y00010)，本欄填寫方式請參考表七。</p>
r2	檢驗項目名稱	100	X	<p>一、檢體或病理檢驗項目名稱。</p> <p>二、報告類別代碼為「1」或「3」或「4」，本欄為必填欄位。</p> <p>三、XML 格式設計有 5 種特殊字元(如：<、>、&、'、")，需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。</p> <p>四、報告類別代碼為「4」，填寫方式如下： (一) 欄位「r1 報告序號」為「1」，本欄請填「BH」； (二) 欄位「r1 報告序號」為「2」，本欄請填「BW」； (三) 欄位「r1 報告序號」為「3」，本欄請填「ASA」； (四) 欄位「r1 報告序號」為「4」、「5」，本欄請填「Surgical Approach」。</p> <p>五、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼(09006C、09005C、09044C、09004C、09015C、06013C、23501C、23502C、23702C、Y00000-Y00010)，本欄填寫方式請參考表七。</p>
r3	檢驗方法	100	X	<p>一、如酵素免疫分析法(EIA)、細胞染色...等。</p> <p>二、報告類別代碼為「1」或「3」或「4」，請填寫本欄。</p> <p>三、XML 格式設計有 5 種特殊字元(如：<、>、&、'、")，需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。</p>

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要
格式說明

實施日期：107年1月1日

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
				<p>四、報告類別代碼為「4」且欄位「r1 報告序號」為「4」、「5」，填寫方式如下：</p> <p>（一）第 1 碼，請填側別，代碼如下： L:左側；R 右側。</p> <p>（二）第 2 碼，請填術別，代碼如下： 1：全膝人工關節術 TKR 2：半膝人工關節術 UKA 3：髌骨關節人工關節術 PFJA 4：全膝人工關節再置換/翻修術 RTKA 5：全髌人工關節術 THR 6：半髌人工關節術 Hemiarthroplasty 7：全髌人工關節術再置換/翻修 RTHR</p> <p>（三）第 3 碼，請填入路途徑。</p> <p>1.人工膝關節，代碼如下： 1：內髌骨側入路 Medial para-patellar； 2：外髌骨側入路 Lateral para-patellar； 3：股內肌中入路 Midvastus； 4：股內肌下入路 Subvastus； 5：其他 others；</p> <p>2.人工髌關節代碼如下： A：後外側 Posterolateral (Moore, Southern) B：前外側 Anterolateral (Watson-Jones) C：正外側 Direct lateral (Hardinge, transgluteal) D：正前方 Direct anterior (DAA, Smith-Peterson) E：經大轉子 Transtrochanteric F：經上後方 Supra articular path 5：其他 Others</p>
r4	檢驗報告結果值	4000	X	<p>一、檢驗報告結果，如 Positive、25...等。</p> <p>二、報告類別代碼為「1」或「4」，本欄為必填欄位。</p> <p>三、XML 格式設計有 5 種特殊字元（如：<、>、&、'、"），需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。</p> <p>四、報告類別代碼為「4」，填寫方式如下：</p> <p>（一）「r1 報告序號」為「1」（身高），以四捨五入填至小數點第 1 位，如身高為 167.53cm，請填 167.5； 「r1 報告序號」為「2」（體重），以四捨五入填至小數點第 2 位，如體重為 43.536kg，請填 43.54。</p> <p>（二）「r1 報告序號」為「3」，ASA 分級代碼如下：</p>

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要
格式說明

實施日期：107年1月1日

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
				<p>1：分級 I 2：分級 II 3：分級 III 4：分級 IV 5：分級 V</p> <p>(三)「r1 報告序號」為「4」、「5」，本欄請填特材條碼，按執行術別使用之特材全數填報，每品項特材資料以半形分號間隔，間隔符號不可以其他特殊符號或空白鍵替代，特材規格需以 GS1 (Global Standard One)、HIBCC (Health Industry Business Communications Council) (此 2 類為 UDI 條碼規格)及廠商產品編碼等 3 類規格上傳，填寫方式請參考表六。</p> <p>五、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼(09006C、09005C、09044C、09004C、09015C、06013C、Y00000-Y00010)，本欄填寫方式請參考表七。</p>
r5	單位	50	X	<p>一、如 mg/ml，莫耳濃度...等。</p> <p>二、報告類別代碼為「1」或「4」，本欄為必填欄位。</p> <p>三、XML 格式設計有 5 種特殊字元(如：<、>、&、'、")，需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。</p> <p>四、報告類別代碼為「4」且欄位「r1 報告序號」為「1」、「2」，填寫方式如下： (一) BH 請填「cm」。 (二) BW 請填「kg」。</p> <p>五、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼(09006C、09005C、09044C、09004C、09015C、06013C、Y00000-Y00010)，本欄填寫方式請參考表七。</p>
r6	參考值	4000	X	<p>一、Positive，0~25...等。</p> <p>二、報告類別代碼為「1」，本欄為必填欄位。</p> <p>三、XML 格式設計有 5 種特殊字元(如：<、>、&、'、")，需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。</p> <p>四、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼(09006C、09005C、09044C、09004C、09015C、06013C、Y00001、Y00002、Y00006)，本欄填寫方式請參考表七。</p>
r7	報告結果	4000	X	<p>一、影像報告結果，含影像發現、臆斷及註記(如過敏反應、顯影劑種類)等內容。</p> <p>二、報告類別代碼為「2」，本欄為必填欄位。</p> <p>三、XML 格式設計有 5 種特殊字元(如：<、>、&、'、")，需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。</p>

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要
格式說明

實施日期：107年1月1日

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
				”。
				四、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼(23501C、23502C、23702C)，本欄填寫方式請參考表七。
r8-1	病理發現及診斷	4000	X	一、病理發現(如大體發現、顯微發現)及病理診斷結果。 二、報告類別代碼為「3」，本欄為必填欄位。 三、XML 格式設計有 5 種特殊字元(如：<、>、&、'、")，需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。
r8-2	報告結果或病理發現及診斷(一)	4000	X	一、可接續欄位「r7 報告結果」或「r8-1 病理發現及診斷」之內容填寫。 二、XML 格式設計有 5 種特殊字元(如：<、>、&、'、")，需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。 三、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼(23501C、23502C、23702C)，且報告序號為「2」，本欄填寫方式請參考表七。
r8-3	報告結果或病理發現及診斷(二)	4000	X	一、可接續欄位「r8-2 報告結果或病理發現及診斷(一)」之內容填寫。 二、XML 格式設計有 5 種特殊字元(如：<、>、&、'、")，需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。 三、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼(23501C、23502C、23702C)，且報告序號為「2」，本欄填寫方式請參考表七。
r9	醫事人員身分證號	10	X	一、實際執行醫令之醫事人員國民身分證統一編號，或外籍居留證號碼。 二、如處方為交付、轉檢或代檢，且無醫令實際執行醫事人員之國民身分證統一編號，或外籍居留證號碼者，得以該醫事人員之醫事服務機構代號替代。 三、報告類別代碼為「1」，請填寫本欄。
r10	報告日期時間	11	X	一、第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0，例如民國 99 年，為 099，民國前的年份為負數，例如：-05 表示為民國前 5 年。第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0，例如 5 月，為 05。第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0，例如 9 日，為 09。第 8、9 碼為小時，不足位者前補 0，例如上午 9 時，為 09，下午 3 時，為 15。第 10、11 碼為分，不足位者前補 0，例如 9 分，為 09。 二、報告類別代碼為「1」或「3」，請填寫本欄。

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要
格式說明

實施日期：107年1月1日

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
r11	備註	4000	X	一、其他備註事項。 二、XML 格式設計有 5 種特殊字元（如：<、>、&、'、"），需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。
r12	檢驗（查） 結果值註 記	1	9	一、檢驗（查）評估或判讀結果，代碼如下： 0：未發現異於參考值。 1：異於參考值。 二、本欄為非必填欄位。
<u>r13</u>	<u>輻射劑量</u>	<u>4000</u>	<u>X</u>	<u>一、本欄為非必填欄位。</u> <u>二、請以「毫西弗」為單位填寫輻射劑量。</u>

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要
格式說明

實施日期：107年1月1日

表三、檢驗（查）結果上傳項目

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
1	06012C	尿一般檢查（包括蛋白、糖、尿膽元、膽紅素、尿沈渣、比重、顏色、混濁度、白血球酯酶、潛血、酸鹼度及酮體）	1
2	06013C	尿生化檢查（包括蛋白、糖、尿膽元、膽紅素、比重、顏色、混濁度、酸鹼度、白血球酯酶及酮體）	1
3	06505C	懷孕試驗－酵素免疫法	1
4	07009C	糞便一般檢查（包括外觀、蟲卵、潛血反應、硬度、顏色、消化能力、紅、白血球、粘液等）	1
5	08002C	白血球計數	1
6	08003C	血色素檢查	1
7	08004C	血球比容值測定	1
8	08005C	紅血球沈降速度測定	1
9	08006C	血小板計數	1
10	08011C	全套血液檢查 I（八項）	1
11	08013C	白血球分類計數	1
12	08026C	凝血酶原時間 Prothrombin time(一段式)	1
13	08036B	部份凝血活酶時間	1
14	09001C	總膽固醇	1
15	09002C	血中尿素氮	1
16	09004C	三酸甘油脂	1
17	09005C	血液及體液葡萄糖	1
18	09006C	醣化血紅素	1
19	09011C	鈣	1
20	09012C	磷	1
21	09013C	尿酸	1
22	09015C	肌酸酐、血	1
23	09016C	肌酐、尿	1
24	09017C	澱粉酶、血	1
25	09021C	鈉	1
26	09022C	鉀	1
27	09023C	氯	1
28	09025C	血清麩胺酸苯醋酸轉氨基酶	1
29	09026C	血清麩胺酸丙酮酸轉氨基酶	1
30	09027C	鹼性磷酸酶	1

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要
格式說明

實施日期：107年1月1日

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
31	09029C	膽紅素總量	1
32	09030C	直接膽紅素	1
33	09031C	麩胺轉酸酶	1
34	09032C	肌酸磷化酶	1
35	09033C	乳酸脫氫酶	1
36	09038C	白蛋白	1
37	09040C	全蛋白	1
38	09041B	血液氣體分析	1
39	09043C	高密度脂蛋白－膽固醇	1
40	09044C	低密度脂蛋白－膽固醇	1
41	09046B	鎂	1
42	09064C	解脂酶	1
43	09071C	肌酸磷酸酶(MB 同功酶)	1
44	09099B	心肌旋轉蛋白 I	1
45	09106C	游離甲狀腺素免疫分析	1
46	09112C	甲狀腺刺激素免疫分析	1
47	11001C	ABO 血型測定檢驗	1
48	11002C	交叉配合試驗	1
49	11003C	RH (D) 型檢驗	1
50	11004C	不規則抗體篩檢	1
51	12007C	α-胎兒蛋白檢驗	1
52	12015C	C 反應性蛋白試驗－免疫比濁法	1
53	12021C	癌胚胎抗原檢驗	1
54	12081C	攝護腺特異抗原 (EIA/LIA 法)	1
55	12111C	微白蛋白 (免疫比濁法)	1
56	12184C	去氧核糖核酸類定量擴增試驗	1
57	12185C	核糖核酸類定量擴增試驗	1
58	12193B	B 型利納利尿胜肽原(B 型利納利尿胜肽)	1
59	12202B	C 型肝炎病毒核酸基因檢測－即時聚合酶連鎖反應法	1
60	13006C	排泄物，滲出物及分泌物之細菌顯微鏡檢查	1
61	13007C	細菌培養鑑定檢查 (包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定，抗酸菌除外)	1
62	13008B 13008C	細菌培養鑑定檢查 (包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定，抗酸菌除外)，對同一檢體合併實施一般培養及厭氧性培養時加算	1

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要
格式說明

實施日期：107年1月1日

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
63	13009B 13009C	細菌藥物敏感性試驗－1 菌種	1
64	13016B	血液培養	1
65	13023C	細菌最低抑制濃度快速試驗	1
66	13025C	抗酸性濃縮抹片染色檢查	1
67	13026C	抗酸菌培養(限同時使用固態培養基及具自動化偵測功能之液態培養系統)	1
68	14032C	B 型肝炎表面抗原	1
69	14033C	B 型肝炎表面抗體	1
70	14035C	B 型肝炎 e 抗原檢查 HBeAg	1
71	14051C	C 型肝炎病毒抗體檢查	1
72	15001C	體液細胞檢查	3
73	17008B	睡眠多項生理檢查	2
74	18001C	心電圖	2
75	18005B 18005C	超音波心臟圖(包括單面、雙面)	2
76	18007B	杜卜勒氏彩色心臟血流圖	2
77	18010B	頸動脈聲圖檢查	2
78	18015B	極度踏車運動試驗	2
79	18019B	攜帶式心電圖記錄檢查	2
80	18020B	心導管——側	2
81	18022B	冠狀動脈攝影	2
82	19001C	腹部超音波（包括肝 liver,膽囊 gallbladder,胰 pancreas,脾 spleen,下腔靜脈 inferiorvenacava,腹主動脈 abdominalaorta,腎 kidney 及其他腹部超音波 abdominalothers 在內）	2
83	19003C	婦科超音波	2
84	19005C	其他超音波	2
85	19007B	超音波導引(為組織切片，抽吸、注射等)	2
86	19009C	腹部超音波，追蹤性	2
87	19010C	產科超音波	2
88	19012C	頭頸部軟組織超音波(如甲狀腺 thyroid、副甲狀腺 parathyroid、腮腺 parotid)	2
89	19014C	乳房超音波	2
90	20001C	腦波檢查睡眠或清醒	2

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要
格式說明

實施日期：107年1月1日

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
91	20013B	頸動脈超音波檢查	2
92	20019B	感覺神經傳導速度測定	2
93	20023B	F波	2
94	20026B	穿顱都卜勒超音波檢查（顱內血管超音波檢查）	2
95	22001C	純音聽力檢查	2
96	23305C	氣壓式眼壓測定	2
97	23401C	細隙燈顯微鏡檢查	2
98	23501C	眼底檢查	2
99	23502C	眼底彩色攝影每張	2
100	23506C	微細超音波檢查	2
101	23702C	間接式眼底鏡檢查	2
102	25003C	第三級外科病理	3
103	25004C	第四級外科病理	3
104	25006B	冰凍切片檢查	3
105	25012B	免疫組織化學染色(每一抗體)	3
106	25024C	第五級外科病理	3
107	25025C	第六級外科病理	3
108	26025B	壓力與重分佈心肌斷層灌注掃描	2
109	26029B	全身骨骼掃描	2
110	26072B	正子造影-全身	2
111	28002C	鼻咽喉內視鏡檢查	2
112	28016C	上消化道泛內視鏡檢查	2
113	28017C	大腸鏡檢查	2
114	28023C	肛門鏡檢查	2
115	30022C	特異過敏原免疫檢驗	1
116	32001C	胸腔檢查（包括各種角度部位之胸腔檢查）	2
117	32002C	胸腔檢查（包括各種角度部位之胸腔檢查）	2
118	32006C	腎臟、輸尿管、膀胱檢查	2
119	32007C	腹部檢查（包括各種姿勢之腹部檢查）	2
120	32009C	頭顱檢查（包括各種角度部位之頭顱檢查）	2
121	32011C	脊椎檢查（包括各種角度部位之頸椎、胸椎、腰椎、薦椎、尾骨及薦髂關節等之檢查）	2
122	32012C	脊椎檢查（包括各種角度部位之頸椎、胸椎、腰椎、薦椎、尾骨及薦髂關節等之檢查）	2

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要
格式說明

實施日期：107年1月1日

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
123	32013C	肩部骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2
124	32014C	肩部骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2
125	32015C	上肢骨各處骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2
126	32016C	上肢骨各處骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2
127	32017C	下肢骨各處骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2
128	32018C	下肢骨各處骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2
129	32022C	骨盆及髖關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2
130	33005B	乳房造影術	2
131	33012B	靜脈注射泌尿系統造影術（點滴注射）	2
132	33070B	電腦斷層造影－無造影劑	2
133	33071B	電腦斷層造影－有造影劑	2
134	33072B	電腦斷層造影－有/無造影劑	2
135	33074B	單純性血管整形術	2
136	33075B	血管阻塞術	2
137	33076B	經皮冠狀動脈擴張術－一條血管	2
138	33077B	經皮冠狀動脈擴張術－二條血管	2
139	33084B	磁振造影－無造影劑	2
140	33085B	磁振造影－有造影劑	2
141	08010C	嗜酸性白血球計算	1
142	12031C	免疫球蛋白 E	1
143	17003C	流量容積圖形檢查	2
144	17004C	標準肺量測定（包括 FRC 測定）	2
145	17006C	支氣管擴張劑試驗	2
146	17019C	支氣管激發試驗	2
147	14065C	流行性感 A 型病毒抗原	1
148	14066C	流行性感 B 型病毒抗原	1
149	34004C	齒顎全景 X 光片攝影	2

註 1：報告類別代碼說明：1：檢體檢驗報告；2：影像報告；3：病理報告。

註 2：報告類別代碼「1」屬於「非報告型資料」；報告類別代碼「2」及「3」屬於「報告型資料」。

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
 特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要
 格式說明

實施日期：107年1月1日

表四、獎勵醫事機構上傳人工關節植入物資料之項目

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
1	64164B	全膝關節置換術	4
2	64169B	部份關節置換術併整形術只置換股骨髁或脛骨高丘或半膝關節或只換髌骨	4
3	64202B	人工全膝關節再置換	4
4	64162B	全股關節置換術	4
5	64170B	部份關節置換術併整型術一只置換髌白或股骨或半股關節或半肩關節（半肩關節不納入收載）	4
6	64258B	人工半髌關節再置換	4
7	64201B	人工全髌關節再置換	4

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要
格式說明

實施日期：107年1月1日

表五、出院病歷摘要上傳格式（XML 格式）：本格式係採用衛生福利部「出院病摘交換欄位與格式之標準規範（2.7版）」，如需參考 XML 範例，請至衛生福利部電子病歷推動專區下載「出院病摘交換欄位與格式之標準規範」（網址：<http://emr.mohw.gov.tw>）或洽衛生福利部委託辦理電子病歷專案辦公室（電話：02-27272318）。

項次	區塊描述	欄位名稱	LOINC 對應名稱	欄位說明
1	醫事機構代碼	醫事機構代碼 Hospital Id		[1..1]
2	醫事機構名稱	醫事機構名稱 Hospital Name		[1..1]
3	病人基本資料	身分證號 ID Number		[1..1]
4		病歷號碼 Chart No.		[1..1]
5		姓名 Name		[1..1]
6		性別 Gender		[1..1]
7		出生日期 Birth Date		[1..1] 格式為西元 YYYYMMDD
8	住院基本資料	出院科別 Department		[1..1]
9		出院床號 Bed No.		[1..1]
10		住院日期 Date of Hospitalization		[1..1] 格式為西元 YYYYMMDD
11		出院日期 Discharge Date		[1..1] 格式為西元 YYYYMMDD
12	轉入醫事機構基本資料	轉入醫事機構代碼 Referring Hospital Id		[0..1]，由何醫院或 診所轉入
13		轉入醫事機構名稱 Referring Hospital Name		[0..1]
14	住院臆斷	住院臆斷 Impression	Hospital admission Dx	[1..*]
15	出院診斷	出院診斷 Discharge Diagnosis	Hospital discharge Dx	[1..*]

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要
格式說明

實施日期：107年1月1日

項次	區塊描述	欄位名稱	LOINC 對應名稱	欄位說明
16	癌症期別	癌症期別 Cancer Staging	Staging	[0..1]
17	主訴	主訴 Chief Complaint	Chief complaint	[1..1]
18	病史	病史 Present Illness	History of present illness	[1..1]
19	理學檢查發現	理學檢查發現 Physical Examination	Physical findings	[0..*]
20	檢驗	檢驗 Laboratory Data	Relevant diagnostic tests and/or laboratory data	[0..*]，包含採檢日期、檢驗項目、檢體、檢驗結果等項目
21	特殊檢查	特殊檢查 Specific Examination	Reference lab test results	[0..*]，包含檢查日期、檢查項目、結果臆斷等項目
22	醫療影像檢查	醫療影像檢查 Imaging Study	Imaging study	[0..*]，包含檢查項目、檢查部位、檢查日期、影像、結果臆斷等項目
23	病理報告	病理報告 Pathology Report	Pathology report.total	[0..*]
24	手術日期及方法	手術日期及方法 Surgical Method and finding	Surgical operation note description	[0..*]
25	住院治療經過	住院治療經過 Hospital Course	Hospital course	[1..1]
26	合併症與併發症	合併症與併發症 Comorbidites and/or Complications	Complications Document	[0..*]
27	出院指示	出院指示 Instructions on Discharge	Hospital Discharge Instructions	[1..1]，包含用藥、復健、營養衛教、追蹤衛教、預約、回診之醫師與日期、出院帶藥等項目
28	出院狀況	出院狀況 Discharge Status	Discharge functional status	[1..1]，包含治癒出院、繼續住院、改門診治療、轉院及死亡等項目

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要
格式說明

實施日期：107年1月1日

項次	區塊描述	欄位名稱	LOINC 對應名稱	欄位說明
29	轉出醫事機構基本資料	轉出醫事機構代碼 Receiving Hospital Id		[0..1]，轉至何醫事機構
30		轉出醫事機構名稱 Receiving Hospital Name		[0..1]
31	醫師姓名	醫師姓名 Physician Name		[1..*]，主治醫師姓名
附註說明： <ol style="list-style-type: none"> (1) [0..*]：此欄位為可選，可重複出現。 (2) [1..*]：此欄位為必要，可重複出現。 (3) [0..1]：此欄位為可選，且只有一次。 (4) [1..1]：此欄位為必要，且只有一次。 				

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要
格式說明

實施日期：107年1月1日

表六、人工關節植入物資料「報告資料段」填寫範例：

◇單側(左或右)手術

欄位 ID	r1	r2	r3	r4	r5
資料名稱	報告序號	檢驗項目名稱	檢驗方法	檢驗報告結果值	單位
填寫內容 (範例)	1	BH	X	170.3	cm
	2	BW	X	76.76	kg
	3	ASA	X	2	X
	4	surgical approach	L11	01076133270294201720091 210HH7AJA91HH7AJA00 02000;01076133270338781 72009151000531721915317 210010016000;7115-00052 0077T7W78;82-3-05082005 51762801	X

◇雙側手術

欄位 ID	r1	r2	r3	r4	r5
資料名稱	報告序號	檢驗項目名稱	檢驗方法	檢驗報告結果值	單位
填寫內容 (範例)	1	BH	X	170.3	cm
	2	BW	X	76.76	kg
	3	ASA	X	2	X
	4	surgical approach	R21	+H124005842013021/2518 163097677F15%;+H124005 842002021/2430562823531 J14P;010088902419392517 2307311063112824	X
	5	surgical approach	L21	01008890241937411725063 01063097675;01008890241 9360417250930106318034 2;010088902419391817230 8311063161903	X

註 1：「X」表示該欄位不需填寫。

註 2：BH 表示「身高」；BW 表示「體重」；ASA 表示「麻醉危險分級」；surgical approach 表示「手術入路途徑」。

註 3：各醫令代碼對應之術別、入路途徑如下表。

醫令代碼	中文/英文名稱	術別	入路途徑
64164B	全膝關節置換術 Total knee replacement	1：全膝人工關節術 TKR	1：內髌骨側入路 Medial para-patellar 2：外髌骨側入路 Lateral para-patellar 3：股內肌中入路 Midvastus 4：股內肌下入路 Subvastus 5：其他 others

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要
格式說明

實施日期：107年1月1日

醫令代碼	中文/英文名稱	術別	入路途徑
64169B	部份關節置換術併整形術只置換股骨髁或脛骨高丘或半膝關節或只換髁骨 Partial joint replacement - femoral condylar or tibial plateau or unicompartment	2：半膝人工關節術 UKA	1：內髁骨側入路 Medial para-patellar 2：外髁骨側入路 Lateral para-patellar 3：股內肌中入路 Midvastus 4：股內肌下入路 Subvastus 5：其他 others
64169B	部份關節置換術併整形術只置換股骨髁或脛骨高丘或半膝關節或只換髁骨 Partial joint replacement - femoral condylar or tibial plateau or unicompartment	3：髁骨關節人工關節術 PFJA	1：內髁骨側入路 Medial para-patellar 2：外髁骨側入路 Lateral para-patellar 3：股內肌中入路 Midvastus 4：股內肌下入路 Subvastus 5：其他 others
64202B	人工全膝關節再置換 Revision total knee replacement	4：全膝人工關節再置換/翻修術 RTKA	1：內髁骨側入路 Medial para-patellar 2：外髁骨側入路 Lateral para-patellar 3：股內肌中入路 Midvastus 4：股內肌下入路 Subvastus 5：其他 others
64162B	全股關節置換術 Total hip replacement	5：全髁人工關節術 THR	A：後外側 Posterolateral (Moore, Southern) B：前外側 Anterolateral (Watson-Jones) C：正外側 Direct lateral (Hardinge, transgluteal) D：正前方 Direct anterior (DAA, Smith-Peterson) E：經大轉子 Transtrochanteric F：經上後方 Supra articular path 5：其他 Others
64170B	部份關節置換術併整型術一只置換髁白或股骨或半股關節或半肩關節 Partial joint replacement - cup or hip prosthesis or unicompartment (半肩關節不納入收載)	6：半髁人工關節術 Hemiarthroplasty	A：後外側 Posterolateral (Moore, Southern) B：前外側 Anterolateral (Watson-Jones) C：正外側 Direct lateral (Hardinge, transgluteal) D：正前方 Direct anterior (DAA, Smith-Peterson) E：經大轉子 Transtrochanteric F：經上後方 Supra articular path 5：其他 Others

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要
格式說明

實施日期：107年1月1日

醫令代碼	中文/英文名稱	術別	入路途徑
64258B	人工半髖關節再置換術 Revision of bipolar prosthesis	6：半髖人工關節術 Hemiarthroplasty	A：後外側 Posterolateral (Moore, Southern) B：前外側 Anterolateral (Watson-Jones) C：正外側 Direct lateral (Hardinge, transgluteal) D：正前方 Direct anterior (DAA, Smith-Peterson) E：經大轉子 Transtrochanteric F：經上後方 Supra articular path 5：其他 Others
64201B	人工全髖關節再置換 Revision total hip replacement	7：全髖人工關節術再置換/翻修 RTHR Approach	A：後外側 Posterolateral (Moore, Southern) B：前外側 Anterolateral (Watson-Jones) C：正外側 Direct lateral (Hardinge, transgluteal) D：正前方 Direct anterior (DAA, Smith-Peterson) E：經大轉子 Transtrochanteric F：經上後方 Supra articular path 5：其他 Others

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要
格式說明

實施日期：107年1月1日

表七、DM、CKD 個案照護資料填寫規範：

項次	報告類別	醫令序	醫令代碼	報告序號	檢驗項目名稱	檢驗報告結果值	單位	參考值
每日	(h1)		(h15)	(r1)	(r2)	(r4)	(r5)	(r6)
每月	(h1)	(h17)	(h18)	(r1)	(r2)	(r4)	(r5)	(r6)
1	1	(同健保醫療費用點數申報之醫令序)	09006C	1	糖化血色素 HbA1c	<u>(填寫檢驗結果， 數值填至小數點 第2位)</u>	%	(填寫檢驗項目對應參考值)
2	1		09005C	1	飯前血糖 Glucose	<u>(填寫檢驗結果， 數值填至小數點 第2位)</u>	mg/dl	
				2	飯後血糖 Glucose	<u>(填寫檢驗結果， 數值填至小數點 第2位)</u>		
3	1		09044C	1	低密度脂蛋白 LDL	<u>(填寫檢驗結果， 數值填至小數點 第2位)</u>	mg/dl	
4	1		09004C	1	三酸甘油脂 TG	<u>(填寫檢驗結果， 數值填至小數點 第2位)</u>	mg/dl	
5	1		09015C	1	血清肌酐酸 Serum creatinine	<u>(填寫檢驗結果， 數值填至小數點 第2位)</u>	mg/dl	
6	1		06013C	1	尿液常規檢查 (與 U _{ACR} 可視情形擇一填報)	1：正常 2：異常	無	
		2		例如：蛋白	(填寫檢驗結果)	(填寫檢查項目對應單位)	(填寫檢驗項目對應參考值)	
		3		例如：顏色				
		4		例如：混濁度				
		...		(接續填寫各項檢查名稱)				
7	1	0	Y00000	1	診療階段	0：初診 1：複診	無	無

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要
格式說明

實施日期：107年1月1日

項次	報告類別	醫令序	醫令代碼	報告序號	檢驗項目名稱	檢驗報告結果值	單位	參考值
每日	(h1)		(h15)	(r1)	(r2)	(r4)	(r5)	(r6)
每月	(h1)	(h17)	(h18)	(r1)	(r2)	(r4)	(r5)	(r6)
				2	年度檢查註記	Y：是		
				3	論質疾病	1：DM 2：Early-CKD		
8	1	0	Y00001	1	eGFR	(填寫檢驗結果， 數值填至小數點 第1位)	ml/min/1.73 m ²	(填寫檢驗 項目對應 參考值)
9	1	0	Y00002	1	U _{PCR}	(填寫檢驗結果， 數值填至小數點 第1位)	mg/g	
				2	U _{ACR}	(填寫檢驗結果， 數值填至小數點 第1位)		
10	1	0	Y00003	1	左腳足底檢查	0：正常	無	無
				2	右腳足底檢查	1：異常		
11	1	0	Y00004	1	身高	(填寫檢驗結果， 數值填至小數點 第1位)	cm	無
12	1	0	Y00005	1	體重	(填寫檢驗結果， 數值填至小數點 第2位)	kg	無
13	1	0	Y00006	1	收縮壓	(填寫檢驗結果， 數值填至整數位)	mmHg	(填寫檢驗 項目對應 參考值)
				2	舒張壓		g	
14	1	0	Y00007	1	抽菸	1：無	無	無
				2	戒菸服務	2：有		
15	1	0	Y00008	1	CKD 階段	00：Stage0(正常) 10：Stage1 20：Stage2	無	無

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要
格式說明

實施日期：107年1月1日

項次	報告類別	醫令序	醫令代碼	報告序號	檢驗項目名稱	檢驗報告結果值	單位	參考值
每日	(h1)		(h15)	(r1)	(r2)	(r4)	(r5)	(r6)
每月	(h1)	(h17)	(h18)	(r1)	(r2)	(r4)	(r5)	(r6)
						3a：Stage3a 3b：Stage3b 40：Stage4 50：Stage5 新收案只能填 10、20、3a		
16	1	0	Y00009	1	伴隨疾病	0：無 1：腎臟病 2：糖尿病 3：高血壓 4：心臟血管疾病 5：高血脂症 6：慢性肝病 7：癌症 8：其他 ex.如個案伴隨糖 尿病、高血壓、 高血脂，則填復 235	無	無
				2	伴隨疾病_其他 說明	當伴隨疾病為 「8」時必填		
				3	家族病史	0：無 1：有 X：不詳		

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要
格式說明

實施日期：107年1月1日

項次	報告類別	醫令序	醫令代碼	報告序號	檢驗項目名稱	檢驗報告結果值	單位	參考值
每日	(h1)		(h15)	(r1)	(r2)	(r4)	(r5)	(r6)
每月	(h1)	(h17)	(h18)	(r1)	(r2)	(r4)	(r5)	(r6)
17	1	0	Y00010	1	DM 論質照護結案	*結案日期：填寫方式如就醫日期 *結案原因 1：失聯超過 90 天以上 2：病人拒絕接受治療 3：經評估可自行照護 4：病人遷移 5：死亡 6：其他 *填寫順序：按結案日期、結案原因 ex.10501011	無	無
				2	DM 論質照護結案原因(其他)	當結案原因為「6」時必填		
				3	CKD 論質照護結案	*結案日期：填寫方式如就醫日期 *結案原因 1：恢復正常 2：長期失聯(≥ 180 天) 3：拒絕再接受治療		

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要
格式說明

實施日期：107年1月1日

項次	報告類別	醫令序	醫令代碼	報告序號	檢驗項目名稱	檢驗報告結果值	單位	參考值
每日	(h1)		(h15)	(r1)	(r2)	(r4)	(r5)	(r6)
每月	(h1)	(h17)	(h18)	(r1)	(r2)	(r4)	(r5)	(r6)
						4：死亡 5：轉診進入「Pre-ESR D計畫」照護 6：病人未執行本方案管理照護超過1年者 7：其他 *轉診原因 10：U _{PCR} ≥ 1000 mg/gm 3b：Stage3b 40：Stage4 50：Stage5 *接受轉診院所代碼：填寫方式如醫事機構代碼 *填寫順序：按結案日期、結案原因、轉診原因、接受轉診院所代碼 ex.10501011 ex.105010153b 0401180014		

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要
格式說明

實施日期：107年1月1日

項次	報告類別	醫令序	醫令代碼	報告序號	檢驗項目名稱	檢驗報告結果值	單位	參考值
每日	(h1)	/	(h15)	(r1)	(r2)	(r4)	(r5)	(r6)
每月	(h1)	(h17)	(h18)	(r1)	(r2)	(r4)	(r5)	(r6)
				4	CKD 論質照護結 案原因(其他)	當結案原因為 「7」時必填		

項次	報告類別	醫令序	醫令代碼	報告序號	報告結果	報告結果或病理發現及診斷（一）	報告結果或病理發現及診斷（二）
每日	(h1)	/	(h15)	(r1)	(r7)	(r8-2)	(r8-3)
每月	(h1)	(h17)	(h18)	(r1)	(r7)	(r8-2)	(r8-3)
18	2	同健保醫療費用點數申報之醫令序	23501C 23502C 23702C (擇一)	1	1：正常 2：異常	(不需填寫)	(不需填寫)
				2	(填寫影像報告結果)	(可接續r7之內容填寫)	(可接續r8-2之內容填寫)

註 1：醫令代碼 Y00000-Y00010 之資料填寫方式，除 h1、h17、r1、r2、r4、r5 等欄位具特定規範外，餘欄位同 09006C 等項之填寫方式。

註 2：醫令代碼 Y00010 之資料，h1、h2、h9、h10、h17、h18、h20、r1、r2、r4 等欄位必填。

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要
格式說明

實施日期：107年1月1日

表八、檢驗（查）結果及人工關節植入物資料補正上傳主鍵值：

作業別	檢驗（查）結果每日上傳作業	檢驗（查）結果每月上傳作業
主鍵值	「h2 醫事機構代碼」 「h3 醫事類別」 「h4 執行年月」 「h5 健保卡刷卡日期時間」 「h6 就醫類別」 「h7 就醫序號」 「h8 補卡註記」 「h9 身分證統一編號」 「h10 出生日期」 「h15 醫令代碼」 「h1 報告類別」 「h20 採檢/實際檢查/手術日期時間」需相同	「h2 醫事機構代碼」 「h3 醫事類別」 「h4 費用年月」 「h5 申報類別」 「h6 申報日期」 「h7 案件分類」 「h8 流水編號」 「h9 身分證統一編號」 「h10 出生日期」 「h17 醫令序號」 「h18 醫令代碼」 「h1 報告類別」 「h23 採檢/實際檢查/手術日期時間」需相同
	以「h16 檢驗(查)結果上傳日期時間」為最新一筆之判別	以「h19 檢驗(查)結果上傳日期時間」為最新一筆之判別

報告事項

第六案

報告單位：本署醫務管理組

案由：「107 年全民健康保險高診次者藥事照護計畫」(草案)。

說明：資料後補。

報告事項

第七案

報告單位：本署醫務管理組

案由：訂定 107 年召開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時程案。

說明：

- 一、依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂辦法第 2 條規定，「保險人為辦理醫療服務給付項目及支付標準之擬訂事項，至少每六個月召開乙次共同擬訂會議，並於必要時召開臨時會」。
- 二、為順利辦理各項支付標準擬訂事宜並使本會議各項議案能充分討論，107 年先行暫訂每季召開共同擬訂會議乙次，會議時間如下表：

會議名稱	第 1 次 臨時會	第 1 次	第 2 次	第 3 次	第 4 次	第 2 次 臨時會
會議日期	視必要	107.3.22	107.6.14	107.9.13	107.12.13	視必要
	再預約日期	(星期四)	(星期四)	(星期四)	(星期四)	再預約日期

- 三、原則上於每季最後一個月之第二個星期四下午 2 時於本署 18 樓大禮堂召開。
- 四、請各代表預留前述 107 年會議時間，以利會議順利召開；如遇特殊情事須變更會議日期，本署將儘速通知各代表。

報告事項

第八案

報告單位：中華民國醫師公會全國聯合會

提案單位：

案由：有關醫師公會全聯會協調醫師週日開診事宜，輔導結果報告案。

說明：

- 一、依據 106 年 3 月 9 日「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 106 年第 1 次會議」決議辦理。
- 二、依據 105 年 12 月 30 日前開會議 105 年第 4 次臨時會會議決議略以：「請醫師公會全聯會參考目前開診之科別分布，協助後續協調醫師週日開診事宜，並回復輔導結果。」爰此，全聯會於 106 年 1 月 23 日轉知健保署提供之數據，函請各縣市醫師公會協調基層診所醫師週日開診需求；並於 106 年 2 月 22 日函復，經徵詢各縣市醫師公會依所屬轄區之實際醫療情況，回報結果顯示：「各縣市所屬轄區週日基層診所開診率尚屬正常，統計需協調鄉(鎮市區)共計兩處，分別為南投縣水里鄉與竹山鎮，將再進一步了解實際狀況後，研究協調。」。本會業於 106 年 4 月 14 日函請南投縣醫師公會協調西醫基層院所假日開診事宜，南投縣醫師公會於 106 年 4 月 20 日函復：「查竹山、水里兩鄉鎮各有二家診所於假日開診，已符合民眾之需求，爰此不需再協調假日開診事宜。」
- 三、全聯會依據健保署 106 年 5 月 10 日提供之數據轉知各縣市醫師公會，並於 106 年 8 月 16 日函復健保署如下：「請各縣市醫師公會參考(一)平均週日開診率低於 20%。(二)105 年 10 月至 106 年 3 月開診率下降次數達 4 個月(含)以上者，評估是否需協調西醫基層院所假日開診，統計結果 24 個縣市醫師公會均回覆不需協助且未接獲民眾抱怨反映。」。此外，本會亦表示若需繼續協助協調，請健保署提供醫院週日急診 4-5 級人次等相關資料。

四、查全國 106 年 1-9 月週六開診率維持約 83%、週日開診率維持約 20%；並經過兩度大規模全台各縣市的調查，均顯示無需公會協調週日開診且未接獲民眾抱怨反映。

五、健保署意見：

(一)經瞭解各界對西醫基層診所假日開診之抱怨或意見，重點摘要如下：

1. 除高屏業務組有民眾反應假日看診不便事宜外，其餘分區未接獲民眾相關抱怨或意見。
2. 醫界多反應因應勞基法一例一休上路，開診成本增加，基層院所假日開診有其困難之處。
3. 醫界建議增加開診誘因，例如診察費加成、調整門診合理量天數上限、減少審查、協調藥師配合看診、放寬掛號費上限等。

(二)配合 106 年度西基總額編列 20.7 億元預算，用於合理調整診察費支付標準，本署研擬診所假日診察費加成給付方案，後經 105 年 11 月 24 日及 105 年 12 月 20 日兩次西醫基層總額研商議事會議提案討論，惟均未獲共識，同案再提至 105 年 12 月 30 日支付標準共同擬訂會議討論，並決議由全聯會以協助週日開診率較低地區協調醫師開診之方向辦理。

報告事項

第九案

報告單位：本署醫務管理組

案由：106 年上半年本保險特約院所執行支付標準未列項目之申報情形及處理流程。

說明：資料後補。

肆、討論事項

討論事項

提案單位：本署醫務管理組

第一案

案由：107 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準增修「神經外科術中神經功能監測 (IONM)」等 13 項診療項目乙案，提請討論。

說明：

一、新增「神經外科術中神經功能監測 (IONM)」等 8 項診療項目，推估增加預算約 3.16 億點。重點說明如下：

(一) 新增「神經外科術中神經功能監測 (IONM)」等 3 項，詳表一序號 1~3(P279)：依 106 年第 4 次專家諮詢會議結論(附件 1-1, P281~P283)，申報本項費用時應檢附監測報告及簽名(附件 1-2, P284~P285)，按台灣神經外科醫學會建議適應症範圍(附件 1-3, P286~P288)，及本署校正成本參數後之建議支付點數 14,544 點(附件 1-4, P289)，推估預算增加約 0.68 億點。

(二) 新增「麻醉深度監測(BIS)」等 2 項，詳表一序號 4~5 (P279)：

1. 依 106 年第 6 次專家諮詢會議結論，本項拆為成人(>12 歲)及兒童(≤ 12 歲)支付，其中傳感器成本，依訪價後之均價校正，而技術費以 500 點計(附件 1-5, P290~P291)。
2. 本署調查 21 家醫學中心本項所需耗材(傳感器)之採購價，排除未購買 7 家，計 14 家醫院納入計算，其中成人傳感器之採購均價為 816 元(14 家醫院採購均價)，兒童傳感器之採購均價為 1,633 元(3 家醫院採購均價)。

3. 為利醫療資源有效運用，本署函請台灣麻醉醫學會朝嚴謹明確方向修正適應症範圍（附件 1-6，P292~P293），該會函復五項建議適應症（附件 1-7，P294~P295），考量適應症 5「病患特殊條件」之定義廣泛，恐有財務衝擊之虞，建議不列入適應症範圍。
 4. 綜上，本 2 項建議支付點數分別為 1,316 點(>12 歲)及 2,133 點(≤12 歲)，推估預算增加約 2.27 億點。
- (三) 新增「類胰蛋白酶」乙項，詳表一序號 6 (P280)：依 106 年第 8 次專家諮詢會議結論（附件 1-8，P296），及本署校正成本參數後之建議支付點數 1,147 點（附件 1-9，P297），推估預算增加約 0.07 億點。
- (四) 新增「導管式膽胰管內視鏡術」乙項，詳表一序號 7(P280)：依 106 年第 8 次專家諮詢會議結論（附件 1-8，P296），本項限經台灣消化系內視鏡醫學會 ERCP 認證，並有接受輻射防護訓練之醫師施行，經與會專家共識及成本參數校正後之建議支付點數 19,123 點（附件 1-10，P298），因執行本項為困難膽管或胰管結石之病患，於未新增支付標準前，可能會接受 33024B「逆行性膽道及胰管造影」、56031B「經內視鏡括約肌切開術」或 56032B「經內視鏡十二指腸括約肌氣球成形術」或手術等治療方式，故不增加健保財務支出。
- (五) 新增「急性缺血性腦中風機械取栓術」乙項，詳表一序號 8 (P280)：依 106 年第 8 次專家諮詢會議結論（附件 1-8，P296），本項限接受並通過台灣腦中風學會等 6 個學會之相關腦神經血管內介入治療專長訓練與認證之醫師施行，經與會專家共識及成本參數校正後之建議支付點數 45,059 點（附件 1-11，P299），推估預算增加約 0.14 億點。

二、增修編號 11007B「血小板抗體」等 5 項，推估增加預算約 0.12 億點。重點說明如下：

(一) 增修編號 11007B「血小板抗體」之支付點數及適應症，詳表二序號 1(P301)：依 106 年第 5 次專家諮詢會議結論(附件 1-12, P303~P306)，基於反映醫院成本及減少血品浪費，建議調升支付點數，惟為避免誘發不適當執行量，建議由血液病學會訂定嚴謹且明確之適應症範圍(附件 1-13, P307~P308)，按本署校正成本參數後之建議支付點數 2,323 點(附件 1-14, P309)，推估預算增加約 0.12 億點。

(二) 增修編號 12162B「組織壞死因子(TNF)」之適應症，詳表二序號 2 (P301)：依 106 年第 5 次專家諮詢會議結論(附件 1-12, P303~P306)，基於臨床需要，不建議刪除本項，惟為避免研究使用，建議由風濕病醫學會訂定嚴謹且明確之適應症範圍(附件 1-15, P310)，因本項僅增列支付規範，故不增加支出。

(三) 增修編號 47101B「急性缺血性中風靜脈血栓溶解治療處置費」之中文名稱及適應症，詳表二序號 3 (P301)：

1. 依 106 年第 8 次專家諮詢會議結論(附件 1-8, P296)，因急性缺血性腦中風機械取栓術之緊急啟動評估、術中及術後監測費用，支付精神與目的同本項，爰建議本項併同修訂名稱為「急性缺血性腦中風處置費」，並增列「急性缺血性腦中風機械取栓術」亦可申報。
2. 查編號 47101B 於 105 年新增時，即以急性缺血性腦中風 4,000 人次推估費用，按目前 105 年 rt-PA 處置費申報 1,287 件及特材品項「顱內血管重建裝置」申報 293 組，本次併同修正 47101B 之中文名稱及適應症，不增加健保支出。

(四) 增修編號 81034C「有妊娠併發症之陰道產」及 81011C「有

妊娠併發症之剖腹產術 Cesarean section」之附註適應症，詳表二序號 4~5 (P301)：編號所列適應症係指「妊娠併發症」，為避免醫師執行臨床業務及醫院申報費用時產生疑義，爰修訂前開文字，另併同修訂編號 81011C 之附註。

三、預算來源：由 107 年醫院總額部門編列新增診療項目預算 4 億元(草案)支應本次增修「神經外科術中神經功能監測 (IONM)」等 13 項診療項目(推估預算約 3.28 億點)。

擬辦：本案經討論後如獲同意，擬增訂支付標準表(附件 1-16, P311~P318)，並依程序報請衛生福利部核定後公佈實施。

表一、107 年建議新增醫療服務給付項目及財務影響評估彙整表(計 8 項)

序號	中文名稱	申請單位	主要臨床功能及目的	106 年第 4 次、第 6 次及第 8 次專家諮詢會議		建議支付點數	建議支付點數(含一般材料費) A	預估一年執行總次數 B	被替代項目及替代率						預算推估				
				表列支付點數	表列材料費%				被替代診療項目	中文名稱	支付點數(含手術處置項目加計材料費用) C1	申報成數 C2	支付點數合計(含手術處置項目加計材料費用) C=C1*C2	醫令申報量 D	替代率 E	預估替代醫令量 F=D*E	預估全國執行量 G=B	新增診療項目與現行診療項目支付點數點數差 H=A-C	預估年增點數(百萬點) I=
1~3	神經外科術中神經功能監測 (IONM) - Brain (含 supratentorial glioma, epilepsy surgery, brain tumor involved cranial nerve, brain stem lesion) - Intradural spinal surgery (含 intradural tumor, intradural vascular lesion, spinal bifida, lipomyelomeningocele, dorsal rhizotomy) - Scoliosis	臺北榮民總醫院	於困難度較高之顱底手術、腦實質腫瘤或病灶切除手術、脊椎腫瘤手術中使用 IONM，有助確保手術切除範圍、手術安全進行、預後評估及風險管理。	支付規範： 1.限神經外科醫師、神經內科醫師、復健科醫師執行，主刀醫師自行監測則不予支付。 2.不得同時申報 56018B。 3.申報費用時應檢附監測報告及簽名。 適應症： 1.腦部病灶必須位於 eloquent area (定義為 brainstem, thalamus, insula cortex, basal ganglia, paracentral region, language area, cranial nerve 2-12 involvement)。 2.限施行 83017B、83018B、83019B、83056B、83066B、83068B、83070B、83071B、83088B 申報。 適應症： 1.脊椎病灶限 intradural lesion。 2.限施行 83042B、83072B、83073B 申報。 適應症：限施行 83097B、83096B、83046B、83044B、67044B、64241B、67043B、67036B 申報。	14,544	14,544	4,937	56018B	腦神經及脊椎手術中特殊儀器使用費-誘發手術電位監視機 (evoke potential)	4,000	1	4,000	917	100%	917	4,937	10,544	68.14	①
4~5	麻醉深度監測(BIS) - >12 歲 - ≤12 歲	台灣麻醉醫學會	為監控病患術中意識狀況，降低病患於手術中甦醒，及麻醉使用過量。	適應症：在半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉下進行之下列手術： 1.重大手術：移植手術、心臟手術、胸腔及氣道手術。 2.創傷手術：ISS score ≥ 15。 3.重症手術：APACHE II score ≥ 16。 4.全靜脈全身麻醉(Total Intravenous Anesthesia, TIVA)，且需在麻醉記錄單上全程載明 TIVA 劑量變化。 支付規範：不得申報本章節相關加成。	1,316	1,316	168,234								168,234		221.40	②	
					2,133	2,133	2,690								2,690		5.74	②	
6	類胰蛋白酶	臺中榮民總醫院	大多數全身性過敏反應中，Tryptase 量會瞬間上升，本項可幫助後續正確診斷避免再發生休克。	適應症：疑過敏性休克，臨床上出現以下任一狀況： 1.急性出現病徵累及皮膚/黏膜組織(如：全身性蕁麻疹、發癢或潮紅、嘴唇-舌-懸雍垂水腫)，且合併血壓下降或終器官失能(如：暈倒、昏厥、大小便失禁)。 2.於接觸可能過敏原後，快速(幾秒至幾小時內)出現(1)及(2)至(4)一項以上病徵： (1)血壓下降或終器官失能(如：暈倒、昏厥、大小便失禁)。 (2)累及皮膚/黏膜組織(如：全身性蕁麻疹、發癢或潮紅、嘴唇-舌-懸雍垂水腫)。 (3)危及呼吸(如：喘、哮喘-支氣管攣縮)、喘鳴、尖峰流速下降、低血氧。 (4)持續腸胃道症狀(如：腹部絞痛、嘔吐)。 3.接觸可能過敏原後血壓快速下降(數分鐘至數小時內)： (1)成人血壓下降之定義：收縮壓小於 90 mmHg 或下降大於其人血壓基礎值 30% 以上。 (2)嬰幼兒或兒童血壓下降之定義 A.1 個月至 1 歲：低於 70 mmHg。 B.1-10 歲：低於[70 mmHg + (2 x age)]。 C.11-17 歲：低於 90 mmHg 或收縮壓下降大於其人血壓基礎值 30%以上。 支付規範：執行時點為症狀發生後 6 小時內及 24~48 小時。	1,147	1,147	6,000								6,000		6.88	②	

序號	中文名稱	申請單位	主要臨床功能及目的	106年第4次、第6次及第8次專家諮詢會議		建議支付點數 (含一般材料費) A	預估一年執行總次數 B	被替代項目及替代率							預算推估				
				表列支付點數	表列材料費%			被替代診療項目	中文名稱	支付點數(含手術處置項目加計材料費用) C1	申報成數 C2	支付點數合計(含手術處置項目加計材料費用) C=C1*C2	醫令申報量 D 105年	替代率 E	預估替代醫令量 F=D*E	預估全國執行量 G=B	新增診療項目與現行診療項目支付點數點數差 H=A-C	預估年增點數 (百萬點) I= ①A*(G-F)+F*H ②G*A ③G*H	
7	導管式膽胰管內視鏡術	台灣消化系內視鏡醫學會	膽管或胰管困難取石之病人可以免除開刀之風險以及痛苦，亦可提升膽道病灶診斷之敏感性至70%以上及提升惡性腫瘤之診斷有相當幫助。	適應症： 1.不明原因之膽管或胰管病灶，無法藉由逆行性內視鏡膽胰管攝影術細胞刷檢或切片取得確切細胞病理診斷者。 2.困難膽管或胰管結石，使用機械碎石術仍無法將結石取出，經內外科醫師討論評估施行本項優於外科手術者。 3.經肝臟移植術或肝膽管手術後，困難膽管狹窄，使用導絲線技術15分鐘，仍無法通過狹窄者。 支付規範： 1.施行本項適應症1及2，需事前審查。 2.限經台灣消化系內視鏡醫學會ERCP認證，並接受輻射防護訓練之醫師施行。 3.不得同時申報28007B、28008B、28034B、28035B、33024B、56031B、56032B。	19,123	19,123	200	考量執行本項為困難膽管或胰管結石之病患，於未新增支付標準前，可能會接受33024B、56031B及56032B或手術等治療方式，故不增加健保財務支出。							不增加支出				
8	急性缺血性腦中風機械取栓術	台灣腦中風醫學會	針對急性缺血性腦中風病患，採用導管技術，經由微創傷口置入導管，再由動脈網路導引至阻塞之腦血管前端，用機械方式將動脈內之血栓移除，使血管暢通，讓腦部重新獲得供血，改善預後，減少腦中風病人殘障失能與長照需求之風險。	適應症：急性腦血管缺血性中風病患符合「顱內血管支架取栓裝置使用條件」，並使用該裝置進行機械性血管內血栓移除術治療，且同時符合下列條件： 1.前循環在發作內8小時內、後循環在發作後24小時內。 2.影像診斷為顱內大動脈阻塞，包括內頸動脈、大腦中動脈的第1及第2段、大腦前動脈、基底動脈和脊椎動脈。 3.美國國衛院腦中風評估表(NIH Stroke Scale)評分 ≥ 8 and ≤ 30 。 禁忌症： 1.蜘蛛網膜下腔出血 2.腦內出血 3.硬腦膜下出血/顱內出血 支付規範： 1.限接受並通過下列任一學會之相關腦神經血管內介入治療專長訓練與認證之醫師施行。 (1)台灣腦中風學會 (2)中華民國放射線醫學會/中華民國神經放射線醫學會 (3)台灣神經外科醫學會/台灣神經血管外科與介入治療醫學會 (4)台灣神經學會 2.不得同時申報69001B、69002B、69003B。	45,059	45,059	500	「33041B+33043B+33074B」等19種使用顱內血管重建裝置施行取栓之醫療服務申報組合	「頸動脈造影-單側+椎動脈造影+單純血管整形術」等19種使用顱內血管重建裝置施行取栓之醫療服務申報組合	17,688	1	17,688				500	27,371	13.69	③
(1) 8項新增項目 小計															315.84				

106 年度第 4 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」

會議紀錄

時間：106 年 5 月 10 日(星期三)上午 9 時 30 分

二、臺北榮民總醫院新增「神經外科術中神經功能監測 (IONM)」
等 5 項診療項目乙案，提請討論。

討論重點：

- (一) 本項新增診療項目針對腦瘤手術及兒童脊椎側彎手術監測確有其必要，目的為保留中樞神經最大功能，且對於有些 brain 開刀確實不足，本項新增診療項目可防止手術後遺症，醫療上確實有必要，故與會專家一致建議新增本項診療項目。
- (二) 支付規範
 1. 適應症：
 - (1) 提案單位已按 105 年第 3 次本會議討論，限縮適應症為 eloquent area 及 intra-dural lesion，對應現行手術診療項目 83001B 等計 27 項。
 - (2) 另與會專家表示 other spinal disease，其中 revised spinal surgery 包括第 2 次手術，建議應刪除，先天性兒童脊椎側彎手術應列入其適應症範圍。
 2. 全年執行量：提案單位及神經外科與會專家表示前述 27 項手術項目，非每個個案皆需接受 IONM 監測，故提案單位原推估全年執行量僅約 1,724 件。
 3. 不建議限醫學中心且住院使用，建議修正為限醫院層級使用。

4. 特殊人員限制：

- (1) 執行醫師：可執行之醫師有神經外科醫師、神經內科醫師、復健科醫師，惟執行 IONM 醫師必須具執行事實，主刀醫師自行監測則不予支付。
 - (2) 教育訓練：目前臺灣立體定位功能性神經外科及放射手術學會已進行醫師認證，認證取得醫師應經一定訓練時數及實務操作經驗，且台灣立體定位功能性神經外科及放射手術學會於 105 年已辦理第 1 次教育訓練，預計每年辦理 1 次，另，也將 IONM 已列入神經外科住院醫師第三年之訓練課程。
5. 費用申報必要附件：為確保監測品質，建議應有監測報告及簽名。
6. 不得同時申報：支付標準編號 56018B。

(三) 現行 56018B 「誘發電位手術監視機 (evoked potential)」，主要是監測上下肢之 sensory 及 motor EP，功能與目的均與 IONM 不同，用於腦瘤手術及兒童脊椎側彎手術確實不足。為避免浮濫申報，建議納入健保後監控 1 年，並可採取「事前審查及學會會員之同儕制約機制等多方管控。

(四) 建議支付點數：14,544 點。

1. 執行時間：提案單位表示執行本項診療項目耗用之用人成本，應為主治醫師 240 分鐘及醫事人員 600 分鐘，惟審查專家建議應以平均手術時間（主治醫師 180 分鐘及醫師人員 480 分鐘）計算，且提案單位建議之 27 項手術項目之每個個案手術時間均有差異，故與會專家一致表示此項新增診療項目為術中監測非執行手術，且非每個個案監測時間均需主治醫師 240 分鐘及醫事人員 600 分鐘，應以平均監測時間為主。

2. 過程面特材費用，建議另以論量核價申報。

結論：

- (一) 與會專家一致認為腦瘤手術及先天性兒童脊椎側彎手術執行 IONM 確有其必要，建議納入健保支付。
- (二) 建議支付點數：14,544 點，所需使用之過程面特材，考量每個個案接受之手術項目不同其需使用之特材品項及數量亦有不同，建議按本保險收載特殊材料品項辦理後續事宜。
- (三) 適應症：請神經外科醫學會陳理事長敏雄及與會神經外科專家鍾主任文裕、馬主任辛一共同研議後送本署。
- (四) 全年執行量：目前暫以提案單位及會上神經外科專家建議一年 2,000 件推估，為避免納入健保支付後導致費用申報及審查疑義等，建議俟上開專家提供之適應症範圍再行精算。
- (五) 支付規範：
 1. 限醫院層級使用。
 2. 不得同時申報 56018B
 3. 特殊人員限制：限神經外科醫師、神經內科醫師、復健科醫師執行，主刀醫師自行監測則不予支付。
 4. 費用申報必要附件：監測報告及簽名（詳附件），前報告請提案單位加入監測時間（包含開始及結束）等後送本署辦理後續事宜。

檔 號：
保存年限：
總頁數：

臺北榮民總醫院 函

106
臺北市大安區信義路三段140號
受文者：衛生福利部中央健康保險署

地址：11217 臺北市北投區石牌路二段201號
承辦人：陶屏
電話：02-55681213
傳真：02-28757609
電子信箱：ptao@vghtpe.gov.tw

發文日期：中華民國106年6月19日
發文字號：北總企字第1060301059號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明三

主旨：本院建議新增診療項目「神經外科術中神經功能監測」
納入健保給付案，提供修訂資料，復請查照。

說明：

- 一、依貴署106年05月23日健保醫字第1060033295B號函辦理。
- 二、有關106年5月10日貴署召開「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」106年第4次會議第二案討論事項結論(五)4，本院須配合提供修訂費用申報必要文件（監測報告及簽名）加入監測時間（包含執行起迄時間）。
- 三、檢附修訂監測報告表單，如附件。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：本院神經醫學中心(功能性神經外科)、醫務企管部(醫療費用組)

院長張德明



Intra-operative neuromonitoring (IONM) report, ver. 20170609

姓名: _____ 病歷號: _____
 主刀醫師: _____ 手術開始時間 _____ 手術結束時間 _____
 監測醫師: _____ Register No _____ 監測開始時間 _____ 監測結束時間 _____
 醫技人員: _____ Register No _____ 監測開始時間 _____ 監測結束時間 _____
 術前診斷: _____
 神經監測之適應症: _____
 手術名稱: _____

Setting:

Spinal SEP/MEP/D-wave AEP Cranial nerve MEP Reflex Mapping

OP condition:

Bleeding amount _____ ml, Monitor time _____ min, Transfusion _____ U
 CVP maintain >8 _____, Mean BP maintain >90 _____, BT maintain >36 _____

SEP / MEP / D-wave result:

SEP _____ % decrease during OP
 MEP _____ % decrease during OP D-wave _____ % decrease during OP

AEP result:

AEP _____ % decrease in amplitude in V wave
 AEP _____ % prolong in latency in V wave

Cranial Nerve MEP result:

CN5 _____ % decrease during OP, CN7 _____ % decrease during OP
 CN9 _____ % decrease during OP, CN10 _____ % decrease during OP
 CN11 _____ % decrease during OP, CN12 _____ % decrease during OP

Reflexes result:

Blink reflex _____ % decrease during OP
 BCR reflex _____ % decrease during OP
 Lateral spread response (LSR) for MVD:
 Pre-decompression: positive negative
 Post-decompression: disappear not disappear

Mapping result:

Cranial nerve mapping for
 3 4 5 6 7 9 10 11 12
 Cortical mapping Subcortical mapping
 Phase reversal Root / Rootlet mapping

Summary:

Signature



社團法人台灣神經外科醫學會 Taiwan Neurosurgical Society

社團法人台灣神經外科醫學會 (函)

立案證書字號:台(82)內社字第 8224377 號
地址:112 台北市北投區石牌路 2 段 201 號中正樓 17 樓 611 室
傳真:(02)2873-6670 e-mail:nss.med@msa.hinet.net
聯絡人及電話:陳紫蘭 02-28712121 ext.7589

受文者: 衛生福利部中央健康保險署

日期:中華民國 106 年 6 月 22 日
發文字號:(106) 神外醫雄字第 134 號
速別:普通件
密等及解密條件或保密期限:普通
附件:說明三

主旨:有關建議新增診療項目「神經外科術中神經功能監測」乙案,依說明段提供資料,復請查照。

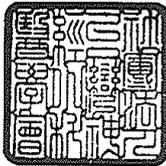
說明:

- 一、依 106 年 5 月 23 日健保醫字第 106003295A 號函辦理。
- 二、依 貴署 106 年 5 月 10 日 106 年度「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」第 4 次會議紀錄辦理。
- 三、開會討論事項第二案結論(三)有關「適應症」之研議。本案於民國 106 年 5 月 27 日台灣神經外科醫學會第 12 屆第 7 次理監事聯席會暨第 83 次甄審委員會會議中,由本會陳理事長敏雄、神經外科專家鍾主任文裕、馬主任辛一於理監事會提出討論,會中理監事會一致決議,通過神經外科「術中神經功能監測」之適應症及相關手術碼,詳如附件。

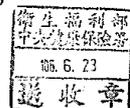
正本:衛生福利部中央健康保險署
副本:本會秘書處(存查)

社團法人台灣神經外科醫學會 理事長

陳敏雄



頁 1/3



附表二之一：原支付標準第二部第二章第七節第十項神經外科診療項目中，可能須要作術中神經功能監測項目：

83001B	腦微血管減壓術
83017B	腦瘤切除在 3CM
83018B	腦瘤切除在 3-6CM
83019B	腦瘤切除>6CM
83020B	脊髓切斷術(脊索切斷術)
83024B	後根切斷術
83040B	良性脊髓腫瘤切除術
83041B	惡性脊髓腫瘤切除術
83042B	脊椎內脊髓腫瘤切除術
83056B	癲癇症腦葉切除術
83057B	經由蝶竇之腦下垂體瘤切除
83058B	頸動脈栓塞術
83059B	頸動脈結紮術-急性結紮
83060B	頸動脈結紮術-漸性結紮(血流遮斷器置入)
83061B	頸動脈結紮術-漸性結紮(血流遮斷器取出)
83063B	顱內外血管吻合術
83064B	開顱手術摘除血管病變-腦血管瘤(無病徵的)
83065B	開顱手術摘除血管病變-腦血管瘤(有病徵的)
83066B	開顱手術摘除血管病變-腦血管瘤(巨大的)
83067B	開顱手術摘除血管病變-動靜脈畸形(小型表淺)
83068B	開顱手術摘除血管病變-動靜脈畸形(小型深部)
83069B	開顱手術摘除血管病變-動靜脈畸形(中型表淺)
83070B	開顱手術摘除血管病變-動靜脈畸形(中型深部)
83071B	開顱手術摘除血管病變-動靜脈畸形(大型 >5cm)
83072B	脊椎腔內動靜脈畸形切除術-二節以內≤ 2
83073B	脊椎腔內動靜脈畸形切除術-超過二節> 2
83088B	顱底瘤手術

附表二之二 預估「新增術中神經功能監測5項」*與「原支付標準手術代碼」**對應表

*	(1)Brain surgery (含 supratentorial glioma, or other supratentorial tumors, epilepsy surgery、及 brain tumor involved cranial nerve, MVD: facial spasm, brain stem lesion)		(2) intradural spinal surgery (含 spinal tumor, degenerative spinal diseases, traumatic spinal injury intradural tumor, intradural vascular lesion, spinal bifida, lipomyelomeningocele, dorsal rhizotomy)		(3)Scoliosis (含 scoliosis, revised spinal surgery)
**	83004B- 83057B 83058B 83059B 83060B 83061B 83063B 83064B 83065B 83067B 83069B	83017B 83018B 83019B 83056B 83066B 83068B 83070B 83071B 83088B	83020B 83021B 83040B 83041B	83042B 83072B 83073B	83097B 83096B 83046B 83044B 67044B 64241B 67043B 67036B
備註	腦部病灶必須位於 eloquent area (定義為 brainstem, thalamus, insula cortex, basal ganglia, paracentral region, language area, cranial nerve 2-12 involvement)		脊椎病灶限縮為 intra-dural lesion		需同時有診斷碼 ICD-9 :754.2/737.43/737.33/737.34/737.30/737.32 或 ICD-10 目前尚未使用 無 scoliosis, revised spinal surgery 對應碼

003-1 診療項目成本分析表(校正 2)

項目名稱：神經外科術中神經功能監測-low cranial nerve
(含low CN 7-12 lesion, MVD:facial spasm, brain stem lesion)

提案單位：台北榮民總醫院

錄案編號：104-1007-1

單位：元

	人員別		人數	每人每分鐘成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計	
	用人成本	1.主治醫師以上		1	38.1	180	6,858.0	10,698
2.住院醫師								
3.護理人員								
4.醫事人員			1	8.0	480	3,840.0		
5.行政人員								
6.工友、技工								
不計價材料或藥品成本	品名		單位	單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計	
	Alcohol pad		片	0.3	20.0	5.4	447	
	Surgical Tape		捲	6.3	1.0	6.3		
	Gauze(2x2)		包	6.0	2.0	12.0		
	Rubber Gloves		付	9.5	2.0	19.0		
	Tegaderm(6x7)		片	3.1	1.0	3.1		
	無切布膠(3寸)		卷	38.0	0.5	19.0		
	AEP專用耳塞		對	50.0	1.0	50.0		
	AEP專用送音管(3個月換,一個月6個病人)		對	725.0	0.1	40.3		
	Bipolar electrode (one end) (3個月換,一個月14個病人)		個	4,000.0	0.0	96.0		
	Bipolar electrode (two end) (3個月換,一個月12個病人)		個	4,000.0	0.0	112.0		
	Unipolar electrode (mapping用) (3個月換,一個月12個病人)		個	3,000.0	0.0	84.0		
設備費用	名稱		取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間(分)		成本小計
	術中神經功能監測儀		2,840,000	7	3.9	480	1,878.3	2,524
	小計						1,878.3	
非醫療設備=醫療設備 × 7.53 %						141.0		
房屋折舊	平方公尺或坪數		取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間	成本小計	2,524
	8		90,298	50	0.02	0	-	
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)×25%						505		
直接成本合計							13,669	
作業及管理費用(直接成本×6.4%)							875	
成本總計							14,544	

106 年度第 6 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」
會議紀錄

時間：106 年 8 月 2 日(星期三)上午 9 時 30 分

一、台灣麻醉醫學會建議新增診療項目「麻醉深度監測(BIS)」乙案。

討論重點：

(一) 適應症範圍

1. 基於病人安全，建議以高風險術中甦醒病患訂定適應症，非以麻醉時間。
2. 除編號 67012C「氣管、支氣管、細支氣管異物除去術—氣管鏡」，臨床上需病患穩定睡著，建議執行本項監測外，餘平均手術執行時間少於 2 小時者(含編號 65054B、68008B、68030B、83054B、87209C、87217B、92008B 等項)，不建議執行本項監測。

(二) 支付點數

1. 支付標準宜為支付技術費用，惟考量本項為時代趨勢，建議可調整麻醉材料費加成，若採新增診療項目，基於精準麻醉用藥之支付目的，且已含傳感器成本，建議不得再行麻醉費章節相關加成。
2. 考量 BIS 已將 EEG 訊號數字化，讓麻醉醫師易判斷病患是否在 stage 3 sleep 狀態，且病患出現不合適麻醉深度之處理，本就麻醉醫師責任，爰同意提案單位表示技術費採市價 500 點計算。

3. 成人及兒童傳感器成本差異大，且兒童無法使用成人傳感器進行監測，為避免自費產生，建議傳感器分成人及兒童進行訪價，並確認有無嬰兒用傳感器。

結論：

- (一) 本項財務衝擊大，但基於病人安全及精準麻醉用藥，仍建議新增。
- (二) 提案單位依適應症範圍，建議適用本項監測之手術項目，應排除前開編號 65054B 等項。
- (三) 建議支付點數
 1. 拆為成人及兒童(12 歲以下)支付，其中傳感器成本，依訪價後之均價校正，而技術費以 500 點計。
 2. 若傳感器型態多元(成人、兒童、嬰兒等)且成本差異大，再提本會研議支付方式。
 3. 本項不得再行麻醉費章節相關加成。
- (四) 俟完成訪價後，重新評估財務衝擊。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

機關地址：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27026324

受文者：

發文日期：中華民國106年8月14日
發文字號：健保醫字第1060033699B號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明

裝

主旨：為利醫療資源有效運用，請貴會重新檢視新增診療項目「麻醉深度監測」之建議適應症範圍，於文到1個月內回復，請查照。

說明：

- 一、旨揭項目經本署106年8月2日「106年度第6次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」討論，會議紀錄詳附件。
- 二、查貴會建議適應症範圍如下：
 - (一)重大手術：移植手術、心臟手術、胸腔及氣道手術，且在氣管內插管全身麻醉下進行相關手術。
 - (二)創傷手術：ISS score ≥ 15 ，且在氣管內插管全身麻醉下進行相關手術。
 - (三)重症手術：APACHE II score ≥ 16 ，且在氣管內插管全身麻醉下進行相關手術。
 - (四)長時間手術：大於二小時的手術，且在氣管內插管全身麻醉下進行相關手術。
 - (五)全靜脈全身麻醉 (Total Intravenous Anesthesia, TIVA)：在氣管內插管全身麻醉下進行相關手術，且需在麻醉記錄單上全程載明TIVA劑量變化。
- 三、按貴會依適應症範圍建議適用本項監測之手術項目，及成人監測成本，推估財務支出達3.2億點，考量適應症含括

訂

線

之手術項目廣泛，造成財務衝擊，爰請貴會併同前開會議
結論，朝嚴謹明確方向修正適應症範圍。

正本：台灣麻醉醫學會
副本：本署醫務管理組



台灣麻醉醫學會
Taiwan Society of Anesthesiologists

106台北市大安區羅斯福路三段271號4樓之3
Fl. 4-3, No. 271, Sec.3, Roosevelt Rd., Da'an District, Taipei 106, Taiwan (R.O.C.)

TEL: +886-2-23678180
Fax: +886-2-23673817
Mobile: +886-912-469595
Email: tsanesth@gmail.com

聯絡人：吳昫禎

台灣麻醉醫學會 函

受文者：中央健保署

發文日期：106年9月14日

發文字號：麻醫誠字第1060113號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：謹覆 貴署健保醫字第1060033699B號函，請 查照。

說明：

一、覆健保醫字第1060033699B號函。

二、依據貴署來函建議及說明，台灣麻醉醫學會再次匯集相關意見，回覆貴署下列結論：

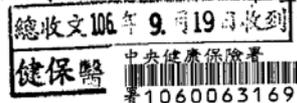
1 麻醉深度監測的適應症範圍：

1.1 重大手術：移植手術、心臟手術、胸腔及氣道手術，”且”在全身麻醉(96020C)下進行相關手術

1.2 創傷手術：ISS score 大於等於15，”且”在全身麻醉(96020C)下進行相關手術

1.3 重症手術：APACHE II score 大於等於16，”且”在全身麻醉(96020C)下進行相關手術

1.4 全靜脈全身麻醉(Total Intravenous Anesthesia, TIVA)：在





台灣麻醉醫學會

Taiwan Society of Anesthesiologists

全身麻醉(96020C)下進行相關手術，”且”需在麻醉記錄單

106台北市大安區羅斯福路三段271號4樓之3
Fl. 4-3, No. 271, Sec.3, Roosevelt Rd., Da'an District, Taipei 106, Taiwan (R.O.C.)

TEL: +886-2-23678180
Fax: +886-2-23673817
Mobile: +886-912-469595
Email: tsanesth@gmail.com

上全程載明 TIVA 劑量變化

- 1.5 病患特殊條件:若病患有酒癮(Alcoholism)、藥癮(Drug abuse)或是曾經有術中醒覺(Intraoperative awakesness),”且”在全身麻醉(96020C)下進行相關手術,需在麻醉記錄單上載明病患狀況
- 2 此次更動原因在於「長時間手術」和「麻醉風險分級」關聯性未被100%確立,所以專家建議先刪除此項。
- 3 建議更客觀且證據相關強的條件納入給付,如1.5項

理事長 簡志誠

106 年度第 8 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」

會議紀錄 (詳補充資料)

時間：106 年 11 月 22 日(星期三)上午 9 時 30 分

- 一、 臺中榮民總醫院新增診療項目「類胰蛋白酶」乙案
- 二、 台灣消化系內視鏡醫學會新增診療項目「導管式膽胰管內視鏡術」案
- 三、 台灣腦中風醫學會新增診療項目「急性缺血性腦中風機械取栓手術費」案

003-1 診療項目成本分析表(校正)

項目名稱：類胰蛋白酶

提案單位：臺中榮民總醫院

錄案編號：1061002

單位：元

直 接 成 本	用人 成本	人員別	人數	每人每分鐘成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計	
		1.主治醫師以上						
		2.住院醫師						
		3.護理人員						
		4.醫事人員	1	8	21	168		
		5.行政人員						
		6.工友、技工					168	
	不計 價 材 料 或 藥 品 成 本	品名	單位	單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計	
		英尤凱Tryptase檢 測試劑	1	1	708	708		
							710	
	設 備 費 用	名稱	取得成本	年限	每分鐘折舊金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本
		離心機	0	7	-	15	-	
		法迪亞自動化儀器	0	7	-	100	-	
		小計					-	
		非醫療設備=醫療設備 × 7.53 %						-
	房 屋 折 舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊金額	佔用時間	成本小計	
				50	0.00	121	-	
		維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)×25%						-
直接成本合計							1,078	
作業及管理費用(直接成本×6.4%)							69	
成本總計							1,147	

003-1 診療項目成本分析表(校正)

項目名稱：導管式膽胰管內視鏡術
 提案單位：台灣消化系內視鏡醫學會
 錄案序號：103-1019

單位：元

直接成本	用人成本	人員別	人數	每人每分鐘成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計	
		1. 主治醫師以上	1	46.9	60	2,814	4,710	主治醫師加計20%
2. 住院醫師	1	16.5	60	990				
3. 護理人員	1	7.1	60	426				
4. 醫事人員	1	8	60	480				
5. 行政人員								
6. 工友、技工								
不計價材料或藥品成本	品名	單位	單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計		
	guidewire	1	調查醫院採購成本	1	7,694	10,298		
	cannula	1		1				
	一般材料費				604			
	Irrigation Tube Set (sterile)	1	2,000	1	2,000			
設備費用	名稱	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	估用時間(分)	成本小計	合計成本	
	x光透視機	19,000,000	7	26.2	60	1,571	2,965	
	導管式內視鏡主機一台 包括下列產品及許可証： "波士頓科技"史拜葛雷斯顯像系統控制器 "Boston Scientific" SpyGlass DS Digital controller (衛署醫器輸字第028029號)	4,500,000	7	6.2	60	372.0		
	內視鏡主機	1,200,000	7	1.7	60	99.2		
	內視鏡鏡子	800,000	7	1.1	60	66.1		
	小計					2,108		
	非醫療設備=醫療設備 × 7.53 %							159
	平方公尺或坪數	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	估用時間	成本小計		
8	10,000,000	50	1.74	60	104.5			
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用) × 25%						593		
直接成本合計							17,973	
作業及管理費用(直接成本 × 6.4 %)							1,150	
成本總計							19,123	

003-1 診療項目成本分析表(校正)

項目名稱：急性缺血性腦中風腦神經血管機械性血管內血栓移除手術費

提案單位：台灣腦中風學會

錄案編號：105-1010

單位：元

人員別	人數	每人每分鐘		耗用時間(分)		成本小計	成本合計
		成本					
1.主治醫師以上	2	49.1		180	1.依專家建議，修訂用人數及耗用時間 2.主治醫師之每人每分鐘成本，依106年第7次本會議結論修訂	17,676	23,364
2.住院醫師	1	16.5		180		2,970	
3.護理人員	1	7.1		180		1,278	
4.醫事人員	1	8.0		180		1,440.0	
5.行政人員							
6.工友、技工							
品名	單位	單位成本		消耗數量		成本小計	成本合計
不另申報耗材	(詳如附件一)					650.0	2,847
不計價耗材	(詳如附件二)					2,197.0	
名稱	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間(分)		成本小計	合計成本
血管攝影機	46,979,286	7	64.7	180	按機械取栓耗用時間修訂	11,651.6	16,138
高壓注射器	840,000	7	1.2	180		208.3	
血管攝影機保養成本	29,596,950	7	40.8	-	設備保養已列計於作業及管理費用	-	
小計						11,859.9	
非醫療設備=醫療設備 × 7.53 %						893.0	
平方公尺或坪數	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間		成本小計	
血管攝影室21.7坪(含檢查室，控制室，機房)	5,020,714	50	0.9	180	按機械取栓耗用時間修訂	157.4	
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)×25%						3228.0	
直接成本合計							42,349
作業及管理費用(直接成本 × 6.4 %)							2,710
成本總計							45,059

表二、107 年建議增訂醫療服務給付項目及財務影響評估彙整表(計 6 項)

序號	診療編號	中文名稱	106 年第 5 次及第 8 次專家諮詢會議說明	適應症/相關規範	現行支付點數 (含手術處置 項目加計材料 費用) A	修訂後建議支付點 數		修訂後支付 點數(手術處 置項目加計 材料費用) B= B1*(1+B2)	調整點數 差值 C=B-A	醫令申 報量 D 105 年	預估全國執行量 E	預估年增點數 (百萬點) F= C*D+B*(E-D)
						表列 支付點數 B1	表列 材料費% B2					
1	11007B	血小板 抗體	與會專家基於反映醫院成本及減少血品浪費，建議調升支付點數，惟為避免誘發不適當執行量，另建議訂定嚴謹且明確之適應症範圍。	<u>適應症：</u> 1.兩次以上輸血仍無法提昇血小板數目(輸血小板無療效)，懷疑免疫因素引起。 2.血小板低下症鑑別診斷，如 NAITP、AITP、TTP、DITP、PTP、ITP 等。	500	2,323		2,323	1,823	1,393	5,367 以 105 年輸注血小板相關血品病患 53,665 人，其中 10% 執行本項，每人執行 1 次估算	11.77
2	12162B	組織壞 死因子 (TNF)	與會專家基於臨床需要，不建議刪除本項，惟為避免研究使用，另建議訂定嚴謹且明確之適應症範圍。	<u>適應症：</u> 1.類風濕性關節炎、僵直性關節炎、乾癬、乾癬性關節炎、發炎性腸炎、血管炎之特定表現鑑別診斷。 2.使用抗腫瘤壞死因子生物製劑藥物者，依臨床狀況監控其疾病狀態及藥物反應。 3.特定感染症如結核成染之特定表現及免疫缺損之監控。	僅增列支付規範，故不增加支出							不增加支出
3	47101B	<u>急性缺血性腦中風處 置費</u>	與會專家表示「急性缺血性腦中風機械取栓術」之緊急啟動評估、術中及術後監測費用，支付精神與目的同編號 47101B「急性缺血性中風靜脈血栓溶解治療處置費」，爰建議修訂名稱，並增列「急性缺血性腦中風機械取栓術」亦可申報。	<u>註適應症：</u> 1.急性缺血性中風病患符合「靜脈血栓溶解治療收案條件」並於三小時內開始靜脈注射。 2.執行「急性缺血性腦中風機械取栓術」者。	查現行編號 47101B 於 105 年新增時，即以急性缺血性腦中風 4,000 人次推估費用，按目前 105 年 rt-PA 處置費申報 1,287 件及特材品項「顱內血管重建裝置」申報 293 組，本次併同修正 47101B 之中文名稱及適應症，不增加健保支出。							不增加支出
4	81034C	有妊娠 併發症 之陰道 產	編號 81034C「有妊娠併發症陰道產」所列適應症，係指「妊娠併發症」，為避免醫師執行臨床業務及醫院申報費用時產生疑義，爰修訂前開文字，另併同修訂編號 81011C「有妊娠併發症剖腹產」之附註。	<u>註：</u> 1.適應症妊娠併發症係指：「子癩前症、子癩症、妊娠糖尿病、胎位不正、和有病歷記載之內外科併發症者」等 14 項(略以)。 2.包括會陰切開術，縫合術及胎盤剝離等。	僅文字修訂，故不增加支出							不增加支出
5	81011C	有妊娠 併發症 之剖腹 產術 Cesarean section	編號 81011C「有妊娠併發症剖腹產」所列適應症，係指「妊娠併發症」，為避免醫師執行臨床業務及醫院申報費用時產生疑義，爰修訂前開文字，另併同修訂編號 81034C「有妊娠併發症陰道產」之附註。	<u>註：</u> 1.合併非治療性闌尾切除不另給付。 2.妊娠併發症係指： (1)子癩前症、子癩症、妊娠糖尿病、胎位不正、和有病歷記載之內外科併發症者。 (2)妊娠二十二周至三十二周早產病患。(排除胎死腹中，及符合優生保健法之中止妊娠) (3)四十歲(含)以上初產婦。 (4)BMI≥35 之初產婦。 (5)嚴重妊娠高血壓。 (6)胎兒生長遲緩或胎兒發育異常者(IUGR)或胎盤功能異常者。 (7)妊娠合併內科疾病：心臟病、糖尿病、甲狀腺疾病、腎臟疾病(NS,IgA,ESRD)、免疫性疾病(SLE)、血小板低下症。 (8)白血病。 (9)血友病(Coagulopathy)。 (10)愛滋病。 (11)產後大出血者。 (12)胎盤早期剝離。 (13)合併接受外科手術者。 (14)雙胞胎輸血症候群。 2.3 屬西醫基層院所西醫基層總額部門院所，本項以原 81004C 支付點數 8902 點申報。	僅增列支付規範，故不增加支出							不增加支出
6	25012B	免疫組 織化學 染色(每 一抗體)	原附註 2.(3)「前述兩項之臨床診斷代碼為淋巴、造血和有關組織的惡性腫瘤(C81-C97)、軟組織腫瘤(C47-C49)」係為輔助附註 2.(1)及(2)之認定，惟所列診斷碼範圍大於附註 2.(1)及(2)，為避免臨床混淆，爰回歸原專家建議，刪除附註 2.(3)，後續則依臨床專業認定執行及申報。	<u>註：</u> 1.每例以申報五種抗體為限。 2.若屬下列特殊診斷種類，則申報以十種抗體為限。 (1)T or NK cell lymphoma。 (2)aggressive B cell lymphoma。 (3)前述兩項之臨床診斷代碼為淋巴、造血和有關組織的惡性腫瘤(C81-C97)、軟組織腫瘤(C47-C49)。	僅修訂附註，故不增加支出							不增加支出
(2) 6 項修訂項目 小計												11.77

106 年度第 5 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」
會議紀錄

時間：106 年 7 月 12 日(星期三)上午 9 時 30 分

一、刪除支付標準編號 12162B「組織壞死因子(TNF)」案。

討論重點：

- (一) 是否刪除本項：本項雖非常規檢查，但臨床上仍有需要，如自體免疫疾病監測、TNF- α blocker 或生物製劑使用監測，及預測疾病感染等，且審查醫師已加強把關，又申報量逐年下降，不建議刪除。
- (二) 建議適應症
 1. 為使臨床合理使用，建議訂定適應症，且嚴禁研究使用。
 2. 宜針對疾病訂定適應症，非以專科別訂定，爰建議刪除「適應症 1：免疫風溼科患者」。
 3. 考量給付合理性，建議刪除「適應症 4：免疫疾病之特定表現鑑別，如免疫相關不孕症」。
 4. 與會專家表示除愛滋病併有不明感染之鑑別診斷外，愛滋病少用本項檢驗。
 5. 避免訂定不明確或範圍過大之適應症，如「其他發炎性疾病」、「特定感染症監控，如疾病 A」或「特定表現鑑別，如表現 A」等。

結論：

- (一) 基於臨床需要，不建議刪除本項。
- (二) 為避免研究使用，請風濕病醫學會重新檢視，朝嚴謹且明確訂定適應症範圍後，送本署再行研議支付標準修訂。

二、中華民國血液病學會建議修訂編號 11007B「血小板抗體」支付點數案。

討論重點：

(一) 臨床效益

1. 本項可提供病患體內存在血小板抗體之訊息，使臨床醫師得以改變處置方式或設法減少抗體，亦可減少血小板血品之浪費。
2. 若知病患體內存在血小板抗體，臨床可執行交叉檢驗，改用 HLA 較符合之血品，若無，仍需繼續輸注，但可不用較昂貴之滅除白血球分離術血小板，用一般的即可。

(二) 建議支付點數

1. 醫院普遍使用之試劑(Sanquin MASPAT kit)早於94年取得許可證，爰非因試劑改變而建議調升支付點數，惟該試劑市價高，為反映成本，及減少血品浪費，爰建議調升支付點數。
2. 前開試劑廠商表示一組試劑得檢驗 6-10 支檢體，提案單位表示得檢驗 6 支檢體，經討論試劑使用方法及臨床用量，暫以 6 支檢體攤提試劑成本，校正後建議支付點數為 2,323 點。

(三) 建議適應症

1. 提案單位表示非每個血小板輸注病患均需執行本項檢驗，僅輸注後血小板數值無上升，懷疑血小板輸注無效者，始執行檢驗，其人數占率估計甚至小於 5%。
2. 有必要執行本項檢驗之病患雖有限，惟支付點數由 500 點調升至 2,323 點(調升 3.6 倍)，恐誘發不適當臨床行為，爰

建議訂定嚴謹適應症，並應將減少血品浪費因素納入財務影響評估。

3. 提案單位表示血小板輸注後 1 小時內，若血小板數量未增加 20,000/ μ l，可能為 Refractory，需執行本項檢驗確認有無抗體存在。

結論：

- (一) 基於反映醫院成本及減少血品浪費，建議調升支付點數為 2,323 點。
- (二) 為避免誘發不適當執行量，請血液病學會訂定嚴謹且明確之適應症範圍後，送本署再行研議支付標準修訂。
- (三) 本項修訂雖會增加健保支出，但相對減少血小板血品之浪費，應扣除血品用量減少之費用，爰請血液病學會提供血計算品減少情形及方法，俾利推估健保財務衝擊。

四、中華民國風濕病醫學會建議放寬編號 23701C「淚液分泌機能檢查」之專科別限制，暨台灣家庭醫學醫學會建議放寬 45010C「支持性心理治療」之專科別限制案。

討論重點：

- (一) 雖然 Schirmer test 操作容易，且為乾燥症診斷及請領重大傷卡所必須，又開放風濕科醫師執行可減少將病患轉診給眼科之不便利及費用，惟基於下列考量，不建議放寬風濕科醫師亦得執行 Schirmer test。
 1. 針對該類病患，眼科醫師會尚會觀察眼表面病灶，執行眼角膜相關檢查(如 stain)，若僅執行 Schirmer test，恐有誤判及產生併發症之虞。

2. 基於病人安全考量，檢查結果仍需由眼科醫師判讀，爰建議維持現行採照會眼科。
3. 乾燥症出現乾眼症之比率低，若為此開放風濕科醫師得執行 Schirmer test，恐影響眼科專業，並影響病人眼科醫療權益，建議仍由眼科醫師執行檢查，把關乾燥症重大傷病卡申請。

(二) 雖然家醫專科醫師養成及每年學術研討會，均含全人照護、精神科臨床處置及行為科學治療等訓練，且開放家醫科醫師執行心理治療可減少輕重病患均轉往精神科就診，惟基於下列考量，不建議放寬家醫科醫師執行心理治療。

1. 舉凡心理治療、心理諮商等，均受心理師法之規範，若要放寬執行人員，宜回歸母法研議修訂。
2. 本項目的係為協助精神科病患瞭解疾病及相關治療，宜尊重精神科醫師養成過程之專業及本項治療之專業。
3. 各科醫師診療中，本應基於專業與病患進行心理溝通，而非為此放寬本項專科限制，若放寬，恐造成財務衝擊。

結論：基於病人安全性及醫療專業性等考量，不建議放寬本案兩項診療項目之專科別限制。

中華民國血液病學會 函



機關地址：台北市常德街一號台大景福會館二樓 203D 室
 立案字號：內政部（台）內社字第 464871 號
 承辦人：鄭淑萍
 電話：02-23751091
 傳真：02-23751092

受文者：衛生福利部中央健康保險署

逕別：

密等及解密條件：

發文日期：106 年 7 月 17 日

發文字號：(106) 中血會字第 043 號

附件：

主旨：有關建議修訂編號 11007B「血小板抗體」支付點數乙案，敬請提交「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」確認，請查照惠復。

說明：

一、依據 貴署 106 年 7 月 12 日「106 年第 5 次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」會中討論事項辦理。

二、有關檢附血小板抗體檢測適應症及估算節省浪費的血小板輸入量乙節，本會答覆如下：

(一) 血小板抗體檢測，不僅用於輸血小板無療效的異體免疫因素確認，尚包括血小板低下相關疾病之診斷。援此，建議血小板抗體檢測之適應症為：

1、兩次以上輸血仍無法提昇血小板數目（輸血小板無療效），懷疑免疫因素引起。

2、血小板低下症鑑別診斷：例如 NAITP、AITP、TTP、DITP、PTP、ITP 等。

補充說明：

1、以輸入單一捐者血小板（single donor apheresis）在輸入後一小時無法提升 10,000/microL 的血小板，雖然為目前被認為最有效的推測有「異體免疫因素」的「間接」方法，但實務執行有難度，例如病人抗拒輸血後 1 小時再抽血、門診





病人輸血後即返家、血球計數檢驗的健保給付頻次限制、臨床人力不足、病人病況複雜、甚至血小板血品品質及細胞量的變異等等。

- 2、根據 UpToDate 及 2016 年德國學者 Andreas Greinacher 等人在 BLOOD 發表的文獻，若是免疫因素造成輸血小板無療效，通常病人經過兩次以上輸血仍無法有效提升血小板數目。因此，建議以「兩次以上輸血仍無法提昇血小板數目」作為評估標準。

(二) 血小板抗體檢測的效益：

- 1、若未參考血小板抗體篩檢陽性結果，僅憑輸注無效症狀而就申請 HLA 分型檢測，以向捐血中心預訂 HLA-matched 分離術血小板輸注，將耗用更多檢驗費用（HLA-A,B,C 分型編號 12087B，點值 5053）與找尋血品的人力與時間。
- 2、血小板血品昂貴，且因效期短而時有供應不足狀況。分離術血小板每單位即需 4300 元，儲存前減除白血球分離術血小板每單位更高達 7300 元。若藉由相關檢驗來釐清輸血小板無療效原因，可間接降低血小板血品支出，以（7/12 專家諮詢會議議程資料）年度 3974 件新增案例估計，每件只要減少 1 單位分離術血小板輸注，即可減少 1709 萬血品費用。而減少血小板輸注所降低和減少輸血不良反應的風險，對病人而言更是無價。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：

理事長 **唐季祿**

003-1 診療項目成本分析表(校正)

項目名稱：血小板抗體

項目編號：11007B

提案單位：中華民國血液病學會

成本分析資料醫事機構名稱：臺北榮民總醫院 內科部 輸血醫學科

錄案編號：104-2006

單位：元

人員別	人數		每人每分鐘 成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計
	1.主治醫師以上					
2.住院醫師						
3.護理人員						
4.醫事人員	1	8.0	20	160.0		
5.行政人員						
6.工友、技工						
品名	單位		單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計
	PBS緩衝液	單件檢體	26.37	1	26.4	
Sanquin MASPAT kit	單件檢體	1848	1	1,848.0	按試劑採購價及檢驗檢體數修訂	
MASPAT Indicator RBCs 0.3%懸浮液	單件檢體	136.5	1	136.5		
CAP血小板抗體能力試驗	單件檢體	116	0	-	品管成本已含於作業及管理費用	
名稱	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本
	血清離心機	84,500	7	0.1	11	
微量盤專用離心機	65,000	7	0.1	12	1.1	12
血庫專用離心機	84,000	7	0.1	10	1.2	
37°C恆溫精密溫箱	36,000	7	0.0	30	1.5	
小計					5.0	
非醫療設備=醫療設備× 7.53 %					-	
平方公尺或坪數	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間	成本小計	合計成本
	2坪		50	0.00	120	
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)×25%					2.0	
直接成本合計						2,183
作業及管理費用(直接成本×6.4%)						140
成本總計						2,323

保存年限：

分類號：

社團法人中華民國風濕病醫學會 函

機關地址：80756 高雄市三民區自由一路 100 號
聯絡人：葉妍菁
電話：(07)322-9721/0975-763193
傳真：(07)322-9836
電子聯絡信箱：rheum@ms22.hinet.net

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 106 年 07 月 17 日
發文字號：中僑字第 106064 號
速別：
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：針對支付標準編號 12162B「組織壞死因子 (TNF) 檢驗適應症」本學會建議如下。

說明：

- 一、本學會建議支付標準編號 12162B「組織壞死因子 (TNF) 檢驗適應症」如下：
1. 類風濕性關節炎、僵直性關節炎、乾癬、乾癬性關節炎、發炎性腸炎、血管炎之特定表現鑑別診斷
 2. 使用抗腫瘤壞死因子生物製劑藥物者，依臨床狀況監控其疾病狀態及藥物反應。
 3. 特定感染症如結核感染之特定表現及免疫缺損的監控。

理事長

蔡文展

總收文 106 年 7 月 21 日收到

健保醫 中央健康保險署
署 1060060804

第一頁，共一頁

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

第五項 輸血前檢查 Pre-transfusion Examination (11001~11012)

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
11007B	血小板抗體 Platelet antibody <u>註：適應症：</u> <u>(1)兩次以上輸血仍無法提昇血小板數目(輸血小板無療效)，懷疑免疫因素引起。</u> <u>(2)血小板低下症鑑別診斷，如NAITP、AITP、TTP、DITP、PTP、ITP等。</u>		V	V	V	<u>2323</u> 500

第六項 免疫學檢查 Immunology Examination (12001-122089)

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
12209B	<p>類胰蛋白酶 Tryptase</p> <p>註： 1.適應症：疑過敏性休克，臨床上出現以下任一狀況： (1)急性出現病徵累及皮膚/黏膜組織(如：全身性蕁麻疹、發癢或潮紅、嘴唇-舌-懸雍垂水腫)，且合併血壓下降或終器官失能(如：暈倒、昏厥、大小便失禁)。 (2)於接觸可能過敏原後，快速(幾秒至幾小時內)出現A及B至D一項以上病徵： A.血壓下降或終器官失能(如：暈倒、昏厥、大小便失禁)。 B.累及皮膚/黏膜組織(如：全身性蕁麻疹、發癢或潮紅、嘴唇-舌-懸雍垂水腫)。 C.危及呼吸(如：喘、哮喘-支氣管攣縮)、喘鳴、尖峰流速下降、低血氧)。 D.持續腸胃道症狀(如：腹部絞痛、嘔吐)。 (3)接觸可能過敏原後血壓快速下降(數分鐘至數小時內)： A.成人血壓下降之定義：收縮壓小於90 mmHg或下降大於其人血壓基礎值30% 以上。 B.嬰幼兒或兒童血壓下降之定義 a.1個月至1歲：低於70 mmHg。 b.1-10歲：低於[70 mmHg + (2 x age)]。 c.11-17歲：低於90 mmHg或收縮壓下降大於其人血壓基礎值30%以上。 2.支付規範：執行時點為症狀發生後6小時內及24~48小時。</p>		Y	Y	Y	1147
12162B	<p>組織壞死因子 TNF</p> <p>註：適應症： (1)類風濕性關節炎、僵直性關節炎、乾癬、乾癬性關節炎、發炎性腸炎、血管炎之特定表現鑑別診斷。 (2)使用抗腫瘤壞死因子生物製劑藥物者，依臨床狀況監控其疾病狀態及藥物反應。 (3)特定感染症如結核成染之特定表現及免疫缺損之監控。</p>		V	V	V	405

第十九項 病理組織檢查 Specimen Examination (25001-25026)

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
25012B	<p>免疫組織化學染色(每一抗體)</p> <p>Immunohistochemical stains, each antibody</p> <p>註： 1.每例以申報五種抗體為限。 2.若屬下列特殊診斷種類，則申報以十種抗體為限。 (1)T or NK cell lymphoma (2)aggressive B cell lymphoma (3)前述兩項之臨床診斷代碼為淋巴、造血和有關組織的惡性腫瘤(C81-C97)、軟組織腫瘤(C47-C49)。</p>		V	V	V	1354

第二節 放射線診療 X-RAY

第一項 X光檢查費 X-Ray Examination

二、特殊造影檢查 Scanning (33001-3314243、P2101-P2104)

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
33143B	<p><u>急性缺血性腦中風機械取栓術</u> <u>Fee for neurovascular mechanical endovascular thrombectomy in acute ischemic stroke</u> 註： 1.適應症：<u>急性腦血管缺血性中風病患符合「顱內血管支架取栓裝置使用條件」，並使用該裝置進行機械性血管內血栓移除術治療，且同時符合下列條件：</u> <u>(1)前循環在發作內8小時內、後循環在發作後24小時內。</u> <u>(2)影像診斷為顱內大動脈阻塞，包括內頸動脈、大腦中動脈的第1及第2段、大腦前動脈、基底動脈和脊椎動脈。</u> <u>(3)美國國衛院腦中風評估表(NIH Stroke Scale)評分≥ 8 and ≤ 30。</u> 2.禁忌症： <u>(1)蜘蛛網膜下腔出血</u> <u>(2)腦內出血</u> <u>(3)硬腦膜下出血/顱內出血</u> 3.支付規範： <u>(1)限接受並通過下列任一學會之相關腦神經血管內介入治療專長訓練與認證之醫師施行。</u> <u>A.台灣腦中風學會</u> <u>B.中華民國放射線醫學會/中華民國神經放射線醫學會</u> <u>C.台灣神經外科醫學會/台灣神經血管外科與介入治療醫學會</u> <u>D.台灣神經學會</u> <u>(2)不得同時申報69001B、69002B、69003B。</u></p>		Y	Y	Y	45059

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

第一項 處置費 Treatment

一、一般處置 General Treatment (47001~47102)

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
47101B	急性缺血性腦中風 靜脈血栓溶解治療 處置費 註： <u>適應症：</u> <u>(1)急性缺血性中風病患符合「靜脈血栓溶解治療收案條件」並於三小時內開始靜脈注射。</u> <u>(2)執行33143B者。</u>		v	v	v	13866

十、外科處置 General Surgery Treatment (56001-560~~3842~~)

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
56039B	<u>神經外科術中神經功能監測 (IONM)</u> <u>Intra-operative neuromonitoring (IONM)</u> 註： <u>支付規範：</u> <u>(1)限神經外科醫師、神經內科醫師、復健科醫師執行，主刀醫師自行監測則不予支付。</u> <u>(2)不得同時申報56018B。</u> <u>(3)申報費用時應檢附監測報告及簽名。</u> — <u>Brain (含supratentorial glioma, epilepsy surgery, brain tumor involved cranial nerve, brain stem lesion)</u>		v	v	v	14544
56040B	— <u>Intradural spinal surgery (含intradural tumor, intradural vascular lesion, spinal bifida, lipomyelomeningocele, dorsal rhizotomy)</u> 註： <u>適應症：</u> <u>(1)脊椎病灶限intradural lesion。</u> <u>(2)限施行83017B、83018B、83019B、83056B、83066B、83068B、83070B、83071B、83088B申報</u>		v	v	v	14544
56041B	— <u>Scoliosis</u> 註： <u>適應症：限施行83097B、83096B、83046B、83044B、67044B、64241B、67043B、67036B申報。</u>		v	v	v	14544

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
56042B	<u>導管式膽胰管內視鏡術</u> <u>Catheter Based Cholangiopancreaticoscopy</u> <u>註：</u> <u>1.適應症：</u> <u>(1)不明原因之膽管或胰管病灶，無法藉由逆行性內視鏡膽胰管攝影術細胞刷檢或切片取得確切細胞病理診斷者。</u> <u>(2)困難膽管或胰管結石，使用機械碎石術仍無法將結石取出，經內外科醫師討論評估施行本項優於外科手術者。</u> <u>(3)經肝臟移植術或肝膽管手術後，困難膽管狹窄，使用導絲線技術15分鐘，仍無法通過狹窄者。</u> <u>2.支付規範：</u> <u>(1)施行本項適應症(1)及(2)，需事前審查。</u> <u>(2)限經台灣消化系內視鏡醫學會ERCP認證，並接受輻射防護訓練之醫師施行。</u> <u>(3)不得同時申報28007B、28008B、28034B、28035B、33024B、56031B、56032B。</u>		√	√	√	19123

第七節 手術

第八項 尿、性器 Uninary & Genital System

十八、自然生產、剖腹產及流產 Deliverysection、Cesarean & Abortion (81001-81036)

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
81011C	<p>有妊娠併發症之剖腹產術 Cesarean section</p> <p>註：</p> <p>1.合併非治療性闌尾切除不另給付。</p> <p>2.妊娠併發症係指：</p> <p><u>(1)子癩前症、子癩症、妊娠糖尿病、胎位不正、和有病歷記載之內外科併發症者。</u></p> <p><u>(2)妊娠二十二周至三十二周早產病患。(排除胎死腹中，及符合優生保健法之中止妊娠)</u></p> <p><u>(3)四十歲(含)以上初產婦。</u></p> <p><u>(4) BMI\geq35之初產婦。</u></p> <p><u>(5)嚴重妊娠高血壓。</u></p> <p><u>(6)胎兒生長遲緩或胎兒發育異常者(IUGR)或胎盤功能異常者。</u></p> <p><u>(7)妊娠合併內科疾病：心臟病、糖尿病、甲狀腺疾病、腎臟疾病 (NS,IgA,ESRD)、免疫性疾病(SLE)、血小板低下症。</u></p> <p><u>(8)白血病。</u></p> <p><u>(9)血友病(Coagulopathy)。</u></p> <p><u>(10)愛滋病。</u></p> <p><u>(11)產後大出血者。</u></p> <p><u>(12)胎盤早期剝離。</u></p> <p><u>(13)合併接受外科手術者。</u></p> <p><u>(14)雙胞胎輸血症候群。</u></p> <p>2.3屬西醫基層院所西醫基層總額部門院所，本項以原81004C支付點數8902點申報。</p>	v	v	v	v	19999

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
81034C	<p>有妊娠併發症之陰道產 Vaginal delivery in complicated pregnancy (defined as cases with preeclampsia, eclampsia, GDM, malpresentation, and documented major medical or surgical complications)</p> <p>註：</p> <p>1. 適應症 <u>妊娠併發症</u>係指：</p> <p>(1)子癩前症、子癩症、妊娠糖尿病、胎位不正、和有病歷記載之內外科併發症者。</p> <p>(2)妊娠二十二周至三十二周早產病患。(排除胎死腹中，及符合優生保健法之中止妊娠)</p> <p>(3)四十歲(含)以上初產婦。</p> <p>(4) BMI ≥ 35之初產婦。</p> <p>(5)嚴重妊娠高血壓。</p> <p>(6)胎兒生長遲緩或胎兒發育異常者(IUGR)或胎盤功能異常者。</p> <p>(7)妊娠合併內科疾病：心臟病、糖尿病、甲狀腺疾病、腎臟疾病 (NS,IgA,ESRD)、免疫性疾病(SLE)、血小板低下症。</p> <p>(8)白血病。</p> <p>(9)血友病(Coagulopathy)。</p> <p>(10)愛滋病。</p> <p>(11)產後大出血者。</p> <p>(12)胎盤早期剝離。</p> <p>(13)合併接受外科手術者。</p> <p>(14)雙胞胎輸血症候群。</p> <p>2.包括會陰切開術，縫合術及胎盤剝離等。</p>	v	v	v	v	19999

第十節 麻醉費 (96000~960~~26~~28)

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
	<u>麻醉深度監測(BIS)</u>					
<u>96027B</u>	<u>Depth of Anesthesia monitoring</u> <u>— >12歲</u>		Y	Y	Y	<u>1316</u>
<u>96028B</u>	<u>— ≤12歲</u>		Y	Y	Y	<u>2133</u>
	<u>註：</u> <u>1.適應症：在半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉下進行之下列手術：</u> <u>(1)重大手術：移植手術、心臟手術、胸腔及氣道手術。</u> <u>(2)創傷手術：ISS score ≥ 15。</u> <u>(3)重症手術：APACHE II score ≥ 16。</u> <u>(4)全靜脈全身麻醉(Total Intravenous Anesthesia, TIVA)，且需在麻醉記錄單上全程載明TIVA劑量變化。</u> <u>2.支付規範：不得申報本章節相關加成。</u>					

討論事項

第二案

提案單位：台灣胸腔暨重症加護醫學會

案由：有關放寬「全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案」（下稱本方案）參與院所資格、有條件放寬山地離島地區第二類院所申報肺部復原及呼吸訓練評估費，並修訂個案診療參考表之理學檢查項目案。

說明：

- 一、本案係依台灣胸腔暨重症加護醫學會 106 年 7 月 5 日台胸學會仁字第 1060368 號、同年 8 月 24 日台胸學會仁字第 1060470 號及同年 11 月 9 日台胸學會仁字第 1060687 號函辦理。
- 二、有關上開案由相關事項，現行本方案規定如下：
 - (一) 參與院所資格
 1. 第一類院所：需具有三位以上(含)胸腔暨重症專科專任醫師，且需配置呼吸治療師及個案管理師各一名。
 2. 第二類院所：需具有一位以上(含)家庭醫學科或胸腔暨重症專科或內科或小兒科或耳鼻喉科專任醫師。
 - (一) 肺部復原及呼吸訓練評估費（P6015C）僅限第一類院所申報。
 - (二) 附表 1 及附表 2 診療參考表之理學檢查項目包括：身高、體重、血壓、心臟、脈搏、皮膚、神經、口腔等。
- 三、提案單位為推動本方案，增進院所參與意願、提升山地離島地區病人之就醫可近性，並考量臨床實際情形(COPD 症狀不易由皮膚、神經、口腔等理學檢查判定)，提出以下建議：
 - (一) 參與院所資格
 1. 第一類院所：三位胸腔暨重症專科專任醫師，放寬為專(兼)任醫師，且需配置呼吸治療師及個案管理師各一名。

2. 第二類院所：家庭醫學科或胸腔暨重症專科或內科或小兒科或耳鼻喉科專任醫師，放寬為專(兼)任醫師，另新增神經科專(兼)任醫師。
- (二) 肺部復原及呼吸訓練評估費 (P6015C)，放寬配有呼吸治療師之山地離島地區第二類院所申報。
- (三) 附表 1 及附表 2 診療參考表之理學檢查項目：刪除皮膚、神經、口腔等項目。

四、財務影響

(一) 放寬參與院所資格

現行符合參與資格院所計 1,029 家，參與院所計 400 家(參與 38.9%)，依現行院所人力配置情形計算放寬後符合參與資格院所計 3,777 家，依現行參與率推估，參與院所可達 1,441 家。以現行參與院所平均收案數推估，放寬後收案人數約為 20,380 人，扣除已收案人數 6,307 人，預估增加 14,073 人，推估約需增加支出 27.3 百萬點(如附件 2-1, P323)。

(二) 放寬配有呼吸治療師之山地離島地區第二類院所申報肺部復原及呼吸訓練評估費 (P6015C)

依 105 年醫事人員檔，山地離島地區配有呼吸治療師之院所共三家：衛生福利部金門醫院、衛生福利部澎湖醫院及三軍澎湖醫院，符合收案之人數約 803 人，如全數收案，依方案規定肺部復原及呼吸訓練評估費 (P6015C) 申報一年至多兩次，每次支付 600 點，推估放寬後每年增加約 0.96 百萬點 (803 人*600 點*2 次)。

五、考量提案單位所提修正建議，可增加院所加入本方案之意願，且提升 COPD 個案就醫可近性，離島地區個案亦能得到較完整照護，擬同意醫學會所提建議，（修訂後方案如附件 2-2，P325～P344）。

擬辦：

COPD醫療給付改善方案放寬參與院所資格之財務影響評估

醫院類別	放寬前							放寬後					
	符合參與資格院所數 (A)	已參與院所數 (B)	參與率 (C)=(B)/(A)	參與院所中符合收案條件人數 (D)	已收案人數 (E)	收案率 (F)=(E)/(D)	院所平均收案數 (G)=(E)/(B)	符合參與資格院所數 (H)	推估參加院所數 (I)=(H)*(C)	推估收案人數 (J)=(I)*(G)	推估增加收案人數 (L)=(J)-(E)	估算管理照護費用/年/人 (M)	推估每年增加費用 (N)=(K)*(M)
第一類院所	104	77	74.0%	158,441	5,150	3%	67	314	232	15,544	10,394	2,200	22,866,800
第二類院所	925	323	34.9%	37,774	1,157	3%	4	3,463	1,209	4,836	3,679	1,200	4,414,800
合計	1,029	400	38.9%	196,215	6,307	3%	16	3,777	1,441	20,380	14,073		27,281,600

註：

- 1.資料來源：本署二代倉儲醫令明細檔、醫事人員執業檔。
- 2.符合方案收案條件：最近90天曾在同院所診斷為COPD(主診斷ICD10:J41-J44)。
- 3.人數以身份證字號歸戶。
- 4.第一類院所：105年度有申報COPD主診斷 (ICD10:J41-J44) 且聘有專任呼吸治療師院所。
第二類院所：105年度有申報COPD主診斷 (ICD10:J41-J44) 無專任呼吸治療師之院所。
- 5.費用估算：第一類：2,200點/人/年 (1次新收案管理、2次追蹤管理、1次年度評估及1次肺部復原評估)。
第二類：1,200點/人/年 (1次新收案管理、2次追蹤管理、1次年度評估)
- 6.收案人數為截至106年10月31日申報醫令碼前三碼P60之人數。

全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案

106.04.01 第一版公告實施

壹、前言

慢性阻塞性肺病(Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 以下稱COPD)是一種慢性發炎所造成的呼吸道阻塞疾病，是可預防也可治療的常見疾病，且為全球重要的致病及致死原因，亦為肺癌主要危險因子之一，造成的社會經濟負擔十分龐大且與日俱增。

然而一般社會大眾對於COPD認知甚少，即使症狀產生也以為只是正常的老化現象，且由於COPD的早期症狀並不明顯，很容易被誤診為其他疾病，如氣喘或感冒，故COPD的診斷率普遍低落，約47.5%。和氣喘不同，COPD的呼吸道阻塞及肺部傷害皆屬於不可逆反應，再加上病程進展緩慢，等到病人無法忍耐而就醫時往往已發展至中後期，延誤了早期治療的先機。

有鑑於此，在COPD病人疾病惡化前，加強此疾病之管理方式，使病人早期診斷並獲得適當治療，減少急症及併發症的發生，不僅能改善病人生活品質，長期而言，亦應能有助整體醫療費用的降低。

本方案藉由醫療資源整合制度之設計，導入提升COPD照護品質之誘因，鼓勵醫療院所設計以病人為中心之完整照護，加強COPD病人之追蹤管理及衛教服務，提供完整且連續性的照護模式，以創造病人、醫療院所及保險人三贏之局面。

貳、目標

- 一、建立以病人為中心之共同照護模式。
- 二、提升 COPD 臨床治療品質。
- 三、降低 COPD 急性及加護病房入住率。
- 四、建立以品質為導向之支付制度。

參、計畫內容

一、參與醫療院所資格

1. 第一類院所：需具有三位以上(含)胸腔暨重症專科專(兼)任醫師，且需配置呼吸治療師及個案管理師各一名。
2. 第二類院所：需具有一位以上(含)家庭醫學科或胸腔暨重症專科或內科或小兒科或耳鼻喉科或神經科之專(兼)任醫師。

二、執行人員資格

(一)教育訓練資格

1. 新加入本方案之醫師、個案管理師及呼吸治療師，應至少取得 6 小時課程時數，並取得證明(胸腔暨重症專科醫師除外)。
2. 已加入本方案之照護人員，每3年須取得至少6小時課程時數(胸腔暨重症專科醫師除外)。
3. 教育訓練課程由台灣胸腔暨重症加護醫學會負責提供。

(二)退場機制：參與本方案之院所，其「年度病人追蹤率」小於 12% 者，若經保險

人輔導後，6 個月內仍未改善，自保險人文到日之次月起取消參與方案資格，且半年後始得再申請參與方案，個案數小於 10 人者除外。

「年度病人追蹤率」操作型定義如下：

- 1.分母：當年度申報新收案(P6011C)或舊個案追蹤(P6012C)之人數。
- 2.分子：分母條件之病人當中，申報上述 2 項醫令後，當年度內有申報另一次追蹤管理(P6012C)之人數。

三、收案對象(給付對象)

- (一)最近 90 天曾在同院所診斷為 COPD(主診斷 ICD10: J41-J44)，且要有肺功能的紀錄，符合衛生福利部國民健康署(以下稱國健署)慢性阻塞性肺病臨床治療指引定義，至少就醫達 2 次(含)以上者，才可收案，當次收案亦須以主診斷收案。
- (二)收案前需與病人解釋本方案之目的及需病人配合定期回診等事項，經病人同意配合後，方得收案並將病人或親屬簽章黏貼於病歷表上或電子病歷內，始得支付疾病管理照護費。
- (三)符合方案收案條件之個案，若已被本方案其他院所或氣喘醫療給付改善方案收案照護者，不得重複收案，俟其結案後，方可收案。

四、結案條件：

- (一)病人因其他重大疾病或死亡因素無法繼續接受本方案管理照護。
- (二)經醫師判斷病情惡化應上轉或穩定應下轉，惟病人不願於本方案參與院所內接受照護，三個月內亦未繼續至原院所接受照護。
- (三)病人失聯超過三個月、拒絕再接受治療、或不願再遵醫囑或聽從衛教。
- (四)院所超過一年未提供病人本方案管理照護。(以本條件結案之病人，一年內不得再由同一院所收案，但院所仍可依現行支付標準申報相關醫療費用。)

五、收案後個案管理及治療流程

(一)照護內容：

- 1.院所須確保收案病人受到適當治療，提供以病人為中心之全功能性照護，除完成優質醫療照顧，亦能延伸至病人返家後的居家疾病諮詢協調與長期追蹤照護。第一類院所及第二類院所詳細之照護內容可參考附件 1。
- 2.第二類院所收案之病人，經醫師評估病情符合下列情況者，可轉診至本方案有治療能力之院所進行診治。
 - (1)初始治療反應不佳。
 - (2)有其他重大的共病，如心衰竭或心律不整等。
 - (3)家庭支持系統不足，需其他專業人員(如社工、關懷師...等)介入。
 - (4)病情惡化經初步處置未改善者。
 - (5)生命跡象變化，如發燒超過 38 度半合併呼吸次數>25 次/分鐘或心跳速率大於 130/分鐘。
- 3.前項經轉診之原第二類院所病人，經評估病情符合下述條件者，可回診至原院所進行後續照護。
 - (1)病人六個月未發生 COPD 急性惡化。
 - (2)病人已接受過完整肺復原療程。
 - (3)病人具自我照護能力。

- (二) 詳細之疾病診斷及治療可參照國健署「慢性阻塞性肺病臨床治療指引」(完整檔案可於台灣胸腔暨重症加護醫學會「自在呼吸健康網」網站下載，網址為 www.asthma-copd.tw)。
- (三) 參與本方案院所將使用由台灣胸腔暨重症加護醫學會公益提供之 COPD 病人自我照護教材及輔助工具。
- (四) 台灣胸腔暨重症加護醫學會將監測轉診/轉檢流程並提供必要之協助。
- 六、申請程序及受理資格審查：申請本方案之醫事服務機構應檢附下列資料向保險人分區業務組提出申請，並經保險人審核通過後，始得執行，變更時亦同。
- (一) 申請表(如附件 3)
- (二) 專業團隊名冊(請條列各執行人員之姓名、身分證字號、專業類別、證書字號、教育訓練時數及證明影本)
- 七、給付項目及支付標準：符合本方案之 COPD 病人，接受以醫師為主導之醫療團隊提供常規性 COPD 之完整性照護，醫療院所得定期申報管理照護費，給付項目及支付標準如附件 4。
- 八、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 5)，於健保資訊網服務系統(VPN)登錄個案基本資料及檢驗、檢查結果資訊。
- (二) 參與本方案之醫療院所每年需定期依「提升院所 COPD 慢性照護能力與病人生活品質的量化評量表」(如附件 6) 自我評量後，於每年年底前上傳保險人之分區業務組備查。
- 九、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(以下稱審查辦法)規定辦理。
 2. 門診醫療服務點數清單及醫令清單填表說明：
 - (1) 屬本方案收案之保險對象，其就診當次符合申報者，於申報費用時，案件分類填報「E1(支付制度試辦計畫)」，特定治療項目代號(一)填報「HF(慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案)」；未符合申報上述醫令者，依一般費用申報原則辦理。
 - (2) 申報方式：併當月份送核費用申報。
- (二) 審查原則
1. 未依保險人規定內容登錄相關品質資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付該筆管理照護費並依相關規定辦理；另該筆疾病管理費被核刪後不得再申報。
 2. 其餘未規定事項，依審查辦法規定辦理。
- 十、獎勵措施：獎勵點數之計算，自參與院所有完整曆年(第一年為 4 月至 12 月)資料後，再予核算。自本方案執行第二年起，當年度新參與方案之院所，須於次年方得參與品質獎勵評比。
- (一) 品質獎勵指標：
1. 病人完整追蹤率

操作型定義如下：

- (1) 分母：當年度該院所照護(含收案及轉入)本方案之所有病人數。
 - (2) 分子：上述分母條件之病人中，於當年度該院所完成下列條件者之人數。
 - A. 舊病人且當年度未有轉入、轉出紀錄者：當年度有申報年度評估(P6013C 或 P6014C)，且追蹤管理(P6012C)達 3 次者。
 - B. 當年度新收案或有轉入、轉出紀錄者：視當年實際照護季數(結案或轉出日-收案日)，完成下列追蹤管理次數者，視為達成追蹤。
 - a. 實際照護滿 3 季者，其當年度「追蹤管理(P6012C) + 年度評估(P6013C 或 P6014C)」次數達 3 次。
 - b. 實際照護滿 2 季者，其當年度「追蹤管理(P6012C)」次數達 2 次。
 - c. 實際照護滿 1 季者，其當年度「追蹤管理(P6012C)」次數達 1 次。
2. 收案病人 COPD 出院後 14 日內再入院率
 - (1) 分母：當年度該院所照護(含收案及轉入)本方案之所有因主診斷 COPD 住院後出院之病人人次。
 - (2) 分子：分母條件之病人當中，出院後 14 日內因主診斷 COPD 再入院之總人次。
 3. 收案病人因 COPD 急診就醫比率
 - (1) 分母：當年度該院所照護(含收案及轉入)本方案之所有病人數。
 - (2) 分子：分母條件之病人當中，因 COPD 急診就醫之總人數。
 4. 收案病人因 COPD 急性住院比率
 - (1) 分母：當年度該院所照護(含收案及轉入)本方案之所有病人。
 - (2) 分子：分母條件之病人當中，當年度曾因主診斷 COPD 入住急性病房或加護病房之總人數。
 5. 收案病人因 COPD 入住加護病房比率
 - (1) 分母：當年度該院所照護(含收案及轉入)本方案之所有病人數。
 - (2) 分子：分母條件之病人當中，當年度曾因主診斷 COPD 入住加護病房之總人數。
 6. 收案病人 6 個月戒菸成功率
 - (1) 分母：該年度該院所照護(含收案及轉入)本方案之所有仍有抽菸習慣的病人數。
 - (2) 分子：分母條件之病人當中，自追蹤日向前推算 6 個月內未吸菸之總個案數。
 7. 收案病人接受肺部復原評估比率
肺部復原及呼吸訓練治療項目參照附表 3。
 - (1) 分母：當年度該院所照護(含收案及轉入)本方案之所有病人數。
 - (2) 分子：分母條件之病人當中，當年度有執行肺部復原評估(P6015C)之總人數。
 8. 收案病人接受正確藥物治療比率
藥物治療項目參照國健署慢性阻塞性肺病臨床治療指引。

(1)分母：當年度該院所照護(含收案及轉入)本方案之所有病人數。

(2)分子：分母條件之病人當中，當年度治療藥物符合國健署慢性阻塞性肺病臨床治療指引之總人數。

(二)獎勵評比方式：

1.區分第一類院所、第二類醫院、第二類基層診所，共3組。

2.各組院所依上述8項「品質獎勵指標」比率分別排序(「病人完整追蹤率」、「收案病人6個月戒菸成功率」及「收案病人接受肺部復原比率」、「收案病人接受正確藥物治療比率」由高排至低；「收案病人COPD出院後14日內再入院率」、「收案病人因COPD急診就醫比率」、「收案病人因COPD急性住院比率」及「收案病人因COPD入住加護病房比率」由低排至高)，計算個別院所8項排序序號之平均值，再重新進行總排序。

3.各組總排序前25%之院所，依該院所所收個案中達成完整追蹤之個案數，每一個案支付500點獎勵；當年度新收個案，則依完整追蹤季數，按比例支付，惟第4季新收案個案不納入獎勵。

(三)符合下述條件之病人，不列入本方案品質獎勵指標及個案獎勵費用之計算：

1. 因非慢性阻塞性肺病相關疾病而導致預期存活期小於六個月者。

2. 長期臥床大於三個月且無進步潛能者。

3. 因神經或肌肉骨骼系統功能下降，而無復健潛能者。

4. 嚴重意識或認知障礙，嚴重精神疾病。

5. 長期呼吸器依賴者。

6. 重度慢性阻塞性肺病之末期階段，經醫師評估短期內無法復原者

7. 若病人或家屬中途無法參予配合意願，即中止治療。

8. 過去一年曾因COPD住院2次以上者。

9. 同時具有其他重大傷病之患者。

10. 第4季新收案個案。

十一、品質監測指標

(一)第二類院所應上轉病人比率

1.分母：第二類院所當年度該院所所有照護(含收案及轉入)本方案病人人數。

2.分子：分母條件之病人當中，經醫師評估病人「發生急性惡化或其他重大病情」且「該院所無法診治」應上轉之病人人數。

(二)第一類院所應下轉病人比率

1.分母：第一類院所當年度該院所所有照護(含收案及轉入)本方案病人人數。

2.分子：分母條件之病人當中，經醫師評估病情穩定應下轉之病人人數。

(三)第二類院所應上轉未上轉病人比率

1.分母：第二類院所當年度該院所，經醫師評估病人「發生急性惡化或其他重大病情」且「該院所無法診治」應上轉之病人人數。

2.分子：分母條件之病人當中，未上轉病人人數。

(四)第一類院所應下轉未下轉病人比率

1.分母：第一類院所當年度該院所，經醫師評估病情穩定應下轉之病人人數。

2.分子：分母條件之病人當中，未下轉病人人數。

(五)第二類院所應上轉病人因病患意願未上轉比率

1.分母：第二類院所當年度該院所，經醫師評估病人「發生急性惡化或其他重大病情」且「該院所無法診治」應上轉未上轉病人人數。

2.分子：分母條件之病人當中，因病患意願於原院繼續治療之病人人數。

(六)第一類院所應下轉病人因病患意願未下轉比率

1.分母：第一類院所當年度該院所，經醫師評估病情穩定應下轉未下轉病人人數。

2.分子：分母條件之病人當中，因病患意願於原院繼續治療之病人人數。

十二、費用之支付

(一)本方案之疾病管理費用(P6011C、P6012C、P6013C、P6014C、P6015C)及相關品質獎勵措施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。

(二)疾病管理費用按季暫以每點一元支付；年度結束後，疾病管理費用與品質獎勵費用，併上開專款項下其他方案費用，進行全年結算，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

(三)保險人得視實際執行及費用支付情形，召開會議與醫界研議修改本方案之相關內容。

十三、資訊公開：保險人得公開參與本方案之名單及相關品質資訊供民眾參考，其品質獎勵措施，將於本保險人全球資訊網公開獲得品質獎勵金之院所名單，供參與醫師自行查詢。

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。

慢性阻塞性肺病照護內容

第一類醫療院所：

由胸腔專科醫師主導醫療照護，以隨時依病人的病情變化需要，追蹤胸部X光、肺功能及主客觀呼吸狀況以評估呼吸功能的進步或惡化。慢性阻塞性肺病個案管理師依據醫師的醫療指示，負責協調COPD照護之跨專科醫療團隊中的資源整合，目標為提供以病人為中心之全功能性照護，達成除了完成優質醫療照顧，亦能延伸至病人返家後的疾病諮詢協調與長期追蹤照護。

1. 應完成照護內容細則：

- (1) 完成慢性阻塞性肺病相關知識及自我照護執行的個人化教育。
- (2) 應完成疾病預防之衛教，如戒菸與疫苗注射相關衛教。
- (3) 訓練完成自我照護的能力及工具使用紀錄 (如監測體重、吸入型藥物使用知識、熟悉記錄主客觀呼吸狀況評估)。
- (4) 依診治指引之標準用藥使用順從性與正確性評估。
- (5) 肺部復原運動及分泌物處理之衛教與執行，依病人需要訓練強度，分高強度及低強度復原訓練。
- (6) 參與本方案院所將使用由台灣胸腔暨重症加護醫學會公益提供之COPD病患自我照護教材及輔助工具。
- (7) 台灣胸腔暨重症加護醫學會將監測轉診/轉檢流程並提供必要之協助。

2. 門診照護及疾病照護追蹤

- (1) 門診照護條件：專業照護成員包含有負責慢性阻塞性肺病之胸腔專科醫師一名與專責慢性阻塞性肺病個案管理師，追蹤慢性阻塞性肺病病人的疾病知識維持與照顧行為的執行，視需要強化病人及家屬的知識教育，安排後續檢驗及治療計畫：承作醫院定期回診，若個案有突發性或不預期性疾病病情變化，依狀況個管師協助安排提前看診，或依據慢性阻塞性肺病之胸腔專科醫師指令協助安排相關醫療照護資源。
- (2) 個案管理師：提供看診前電話諮詢與疾病照護追蹤。
- (3) 呼吸治療師：協助執行肺部復原相關醫療處置。
- (4) 回診時，個管師協助檢視個案居家自我照護紀錄，含心跳、血壓、體重，強化教育慢性阻塞性肺病藥物使用之目的。
- (5) 門診時，有藥物劑量調整或變更時，強化教育慢性阻塞性肺病藥物使用之目的，並確保個案在沒有無法使用的情況下，有使用到慢性阻塞性肺病標準用藥。
- (6) 經醫師評估病情符合下述條件者，可轉診至第二類院所進行後續照護。
 - A. 病人六個月未發生COPD急性惡化。
 - B. 病人已接受過完整肺復原療程。
 - C. 病人具自我照護能力。

第二類醫療院所：

由主責醫師主導醫療照護，以隨時依病人的病情變化需要，追蹤胸部X光、肺功能及主客觀呼吸狀況以評估呼吸功能的進步或惡化。目標為提供以病人為中心之全功能性照護，達成除了完成優質醫療照顧，亦能延伸至病人返家後的疾病諮詢協調與長期追蹤照護。

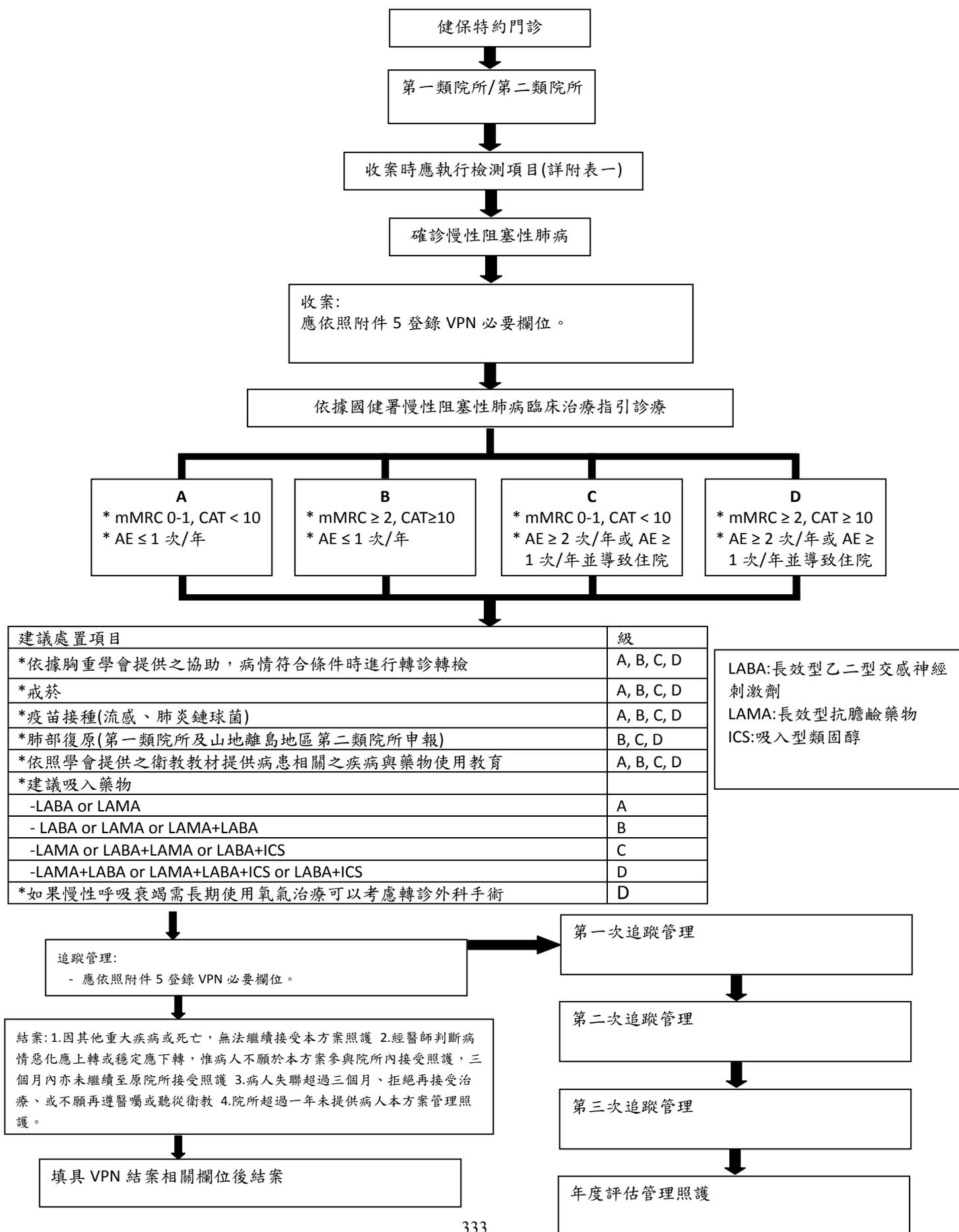
1. 應完成照護內容細則：

- (1) 完成COPD相關知識及自我照護執行的個人化教育。
- (2) 應完成疾病預防之衛教，如戒菸與疫苗注射相關衛教。
- (3) 訓練完成自我照護的能力及工具使用紀錄（如監測體重、吸入型藥物使用知識、熟悉記錄主客觀呼吸狀況評估）。
- (4) 依診治指引之標準用藥使用順從性與正確性評估。
- (5) 參與本方案院所將使用由台灣胸腔暨重症加護醫學會公益提供之COPD病患自我照護教材及輔助工具。
- (6) 台灣胸腔暨重症加護醫學會將監測轉診/轉檢流程並提供必要之協助。

2. 門診照護及疾病照護追蹤

- (1) 門診照護條件：專業照護成員包含有負責COPD之醫師一名，追蹤COPD病人的疾病知識維持與照顧行為的執行，視需要強化病人及家屬的知識教育，安排後續檢驗及治療計畫：定期回診，若個案有突發性或不預期性疾病病情變化，依狀況安排提前看診，或醫師協助安排相關轉診。
- (2) 回診時檢視個案居家自我照護紀錄，含心跳、血壓、體重，強化教育COPD藥物使用之目的。
- (3) 門診時，有藥物劑量調整或變更時，強化教育COPD藥物使用之目的，並確保個案在沒有無法使用的情況下，有使用到COPD標準用藥。
- (4) 經醫師評估病情符合下列情況者，可轉診至有治療能力之本方案參與院所進行診治。
 - 初始治療反應不佳。
 - 有其他重大的共病，如心衰竭或心律不整...等。
 - 家庭支持系統不足，需醫護人員(如社工、關懷師...等)介入。
 - 病情惡化需使用注射型類固醇或抗生素者。
 - 生命跡象變化，如發燒超過38度半合併呼吸次數>25次/分鐘或心跳速率大於130/分鐘。
- (5) 必要之檢查無法執行時，應轉代檢。

收案後個案管理流程表



全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案申請表

院所申請類別：新增 變更(變更者另檢附變更事項前後對照表)

基本資料	院所名稱		院所代碼	
	計畫聯絡人姓名		計畫聯絡人電話：	
	計畫聯絡人 e-mail			
申請類型		<input type="checkbox"/> 第一類院所。 <input type="checkbox"/> 第二類院所。		
檢送項目	項 目		審 查 結 果	備 註
	團隊人員組成		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他	
	各類執行人員教育訓練資格		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他	
保險醫事服務機構	機構章戳		保險人審核意見欄 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，請補齊 4 <input type="checkbox"/> 其他 日期章戳：	本欄由審查單位填寫
	申請日期： 年 月 日			

全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案

給付項目及支付標準

- 一、本方案給付項目及支付標準按表訂項目及點數辦理，診察費、相關檢驗檢查及未訂項目按現行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準辦理。
- 二、符合本方案之 COPD 病人，若合併其它疾病且分屬保險人辦理之不同方案收案對象時(例如：糖尿病、高血壓....等，不包括氣喘)，除依本方案支付標準申報外，得再依相關試辦計畫或方案申報費用。

編號	診療項目	支付點數
P6011C	COPD新收案管理照護費 註：照護項目詳附表一，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。轉入病人亦得申報。	400 點/次
P6012C	COPD追蹤管理照護費 註1：照護項目詳附表二，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 註2：申報新收案後至少須間隔56天才能申報本項，本項每年最多申報3次，每次至少間隔80天為宜。	200 點/次
P6013C	COPD年度評估管理照護費（第一類院所） 註1：照護項目詳附表二，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 註2：追蹤管理後至少須間隔80天才能申報本項，本項限申報 COPD新收案(P6011C)或COPD追蹤管理照護費(P6012C)合計達3次(含)以上之第一類院所始得申報。本項每年限申報一次。	800 點/次
P6014C	COPD年度評估管理照護費（第二類院所） 註1：照護項目詳附表二，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 註2：追蹤管理後至少須間隔80天才能申報本項，本項限申報 COPD新收案(P6011C)或COPD追蹤管理照護費(P6012C)合計達3次(含)以上之第二類院所始得申報。本項每年限申報一次。	400 點/次
P6015C	COPD 病人肺部復原及呼吸訓練評估費 註1：含肺復原治療評估、戒菸衛教，經專業人員親自實施始可申報。並須將評估項目、現有問題、短及長程治療目標及治療計畫記錄於病歷內。 註2：第一類院所或山地離島地區之第二類院所且配有專任呼吸治療人員始得申報，限每半年申報一次，一年至多兩次。 註3：肺部復原及呼吸訓練項目建議參考附表三執行。	600點/次

附表一 COPD 病人新收案診療項目參考表

	病史(必要項目)	理學檢查 (必要項目)	實驗室檢驗及檢查(建議項目)	疾病管理照護(必要項目)
完整性初診診察及照護	<p>1. 家族史</p> <p>2. 抽菸史</p> <p>3. 職業史</p> <p>4. COPD 狀況評估： (1) 病人過去一年急性發作* _____次</p> <p>*急性發作定義: 1)因呼吸症狀改變造成用藥改變或 2) 因呼吸狀況而導致住院或急診。</p> <p>(2) Spirometry Data (17006C 支氣管擴張劑試驗)</p> <p>a. FEV₁_____L;</p> <p>b. FEV₁_____ % 預估值</p> <p>c. FEV₁/FVC:_____ % 預估值 (pre and post-bronchodilator data)</p> <p>(3)慢性阻塞性肺病評估測試 CAT score:_____</p> <p>mMRC score_____</p> <p>5.過去病史</p> <p>(1) 氣喘疾病</p> <p>(2) 肺結核</p> <p>(3) 職業性肺病</p> <p>(4) 胸腔手術</p> <p>(5) 糖尿病</p> <p>(6) 心臟血管疾病史</p> <p>(7) 慢性肝病</p> <p>(8) 感染病史</p> <p>(9) 其它(註明病因)</p> <p>6.過去和目前處置：藥劑、自我處理與監測</p> <p>7. 家庭狀況(獨居或有同居者) 主要照護者(註明姓名、關係及聯絡方式)</p>	<p>1. 身高體重</p> <p>2. 血壓</p> <p>3. 心臟、脈搏</p> <p>4. 皮膚、神經</p> <p>5. 口腔</p>	<p>1. 08011C 全套血液檢查 (WBC、RBC、Hb、Hct、Platelet count、MCV、MCH、MCHC 八項)</p> <p>2. 08013C 白血球分類計數 (WBC differential count)</p> <p>3. 08010C 嗜酸性白血球計算 (Eosinophil Count)</p> <p>4. 09005C 血液葡萄糖(Glucose)</p> <p>5. 18001C 心電圖(E.K.G)</p> <p>6. 32001C 胸部 X 光 (包括各種角度部位之胸腔檢查)(Chest view)</p> <p>7. 17019C 支氣管激發試驗 (Bronchial provocation test)</p> <p>8. 33072B 電腦斷層造影</p> <p>註：以上所列項目非每位 COPD 病人必要之檢驗檢查，請依病情需要核實申報。</p>	<p>1. 治療計畫</p> <p>2. 教導病人自我處理治療計畫</p> <p>(1) 瞭解症狀、嚴重度及自我處理方法</p> <p>(2) 瞭解治療目標</p> <p>(3) 瞭解每日使用的治療藥物劑量</p> <p>(4) COPD 惡化時如何治療或如何尋求諮詢及更進一步的醫療</p> <p>3. 肺部復原管理諮詢</p> <p>4. 安排下次門診時間</p>

附表二 COPD 病人追蹤暨年度管理管理診療項目參考表

	病史(必要項目)	理學檢查(必要項目)	檢驗及檢查(建議項目)	疾病管理照護(必要項目)
完整性複診診察及年度評估照護	1. 治療計畫的調整 2. 生活品質狀態評估 3. 戒菸狀況 4. 完成個案照護結果年度評估 5. COPD 狀況評估： (1) 病患過去一年急性發作* _____次 * 急性發作定義: 1) 因呼吸症狀改變造成用藥增加 或 2) 因呼吸狀況而導致住院或急診的急性發作。 (2) Spirometry Data (17003C 流量容積圖形檢查或 17004B 標準肺量測定) (每年至少執行一次) a. FEV ₁ _____ L; b. FEV ₁ _____ % 預估值 c. FEV ₁ /FVC: _____ % 預估值 (3) 慢性阻塞性肺病評估測試 (每年至少執行一次) CAT score: _____ mMRC score _____	1. 呼吸頻率 2. 喘鳴聲 3. 心跳頻率 4. 口腔	其他依病情需要	1. 治療計畫短期及長期目標之訂定 2. 測試並加強病人執行自我處理治療計畫之能力 3. 併發症之預防 4. 轉介追蹤 5. 精神社會調適 6. 安排下次門診時間

附表三 肺部復原及呼吸訓練項目建議參考表

肺復原處置 A

醫令代碼	項目
57010B	呼吸運動（次）
57021C	蒸氣或噴霧吸入治療（每次）
57017B	脈動式或耳垂式血氧飽和監視器（每次）
47045C	體位引流
57003C	氧氣吸入使用費(每小時)
57012B	復原運動（次）

肺復原處置 B

醫令代碼	項目
57010B	呼吸運動（次）
57021C	蒸氣或噴霧吸入治療（每次）
57017B	脈動式或耳垂式血氧飽和監視器（每次）
47090B	高頻胸壁振盪模式呼吸道清潔
57003C	氧氣吸入使用費(每小時)
57012B	復原運動（次）

全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案
VPN個案登錄系統必要欄位簡化表

一、新收案(病人姓名、醫師姓名等欄位會自動帶出)

必填欄位：

1. 病人身分證號
2. 新收案日期、門住診別
3. 主治醫師身分證號
4. 基本檢查數據：身高、體重
5. 基本理學檢查：呼吸頻率、有無喘鳴聲、脈搏
6. 家族病史：親屬是否確診亦具COPD
7. 目前使用藥物(無/短效支氣管擴張劑/口服支氣管擴張劑/口服減敏藥物/單方長效支氣管擴張劑/複方長效支氣管擴張劑/複方含吸入性類固醇支氣管擴張劑)
8. 抽菸史：從未抽菸/已戒菸/未戒菸
目前抽菸包數：
(1)已戒菸:過去包/天/年，戒菸幾年。
(2)未戒菸:包/天/年
9. 急性惡化發作頻率：次/過去一年。(包含病情突然惡化時的額外住院或門診/急診就醫、須使用口服抗生素或控制藥物的改變)
10. 肺功能(FEV1、FEV1%預估值、FEV1/FVC%預估值、pre and post-bronchodilator test)
11. CAT分數
12. mMRC分數
13. 是否屬可收案但不列入獎勵或監控指標之個案
(1)是/否(填「是」者，第(2)題原因需擇一項填覆)
(2)排除原因：
 - A. 因非慢性阻塞性肺病相關疾病而導預期存活期小於六個月者。
 - B. 長期臥床大於三個月且無進步潛能者。
 - C. 因神經或肌肉骨骼系統功能下降，而無復健潛能者。
 - D. 嚴重意識或認知障礙，嚴重精神疾病。
 - E. 長期呼吸器依賴者。
 - F. 重度慢性阻塞性肺病之末期階段，經醫師評估短期內無法復原者
 - G. 若病人或家屬中途無法參予配合意願，即中止治療。
 - H. 過去一年曾因COPD住院 2 次以上者。
 - I. 癌症或同時具有其他重大傷病之患者。

二、追蹤管理(病人身分證號、病人姓名、醫師ID、醫師姓名、追蹤管理次數等欄位會自動帶出)

必填欄位：

1. 追蹤管理日期
2. 基本理學檢查：呼吸頻率、有無喘鳴聲、脈搏
3. 急性惡化發作頻率：次/過去一年。(包含病情突然惡化時的額外門診/急診就醫、須使用口服抗生素或控制藥物的改變)
4. 肺功能(FEV1、FEV1%預估值、FEV1/FVC%預估值)
5. mMRC分數
6. 治療計畫調整：
 - (1) 是否戒菸成功(戒菸成功指自追蹤日向前推算 6個月內未吸菸)：戒菸成功/未戒菸成功
 - (2) 是否需調整藥物及劑量：是/否
7. 病情變化狀況-第二類院所必填
 - (1) 是否發生急性惡化原院所無法診治或其他必須至有治療能力之本方案參與院所治療之重大病情：是/否(填「是」者，第(2)題惡化處理方式需擇一項填覆)
 - (2) 惡化處理方式：
 - A.上轉至本方案第一類參與院所
 - B.上轉至非本方案之參與院所
 - C.轉診至本方案有治療能力之第二類參與院所
 - D.病人意願，於原院所繼續照護
 - E.非病人意願因素，於原院所繼續照護
 - F.個案失聯或拒絕接受治療
8. 病情變化狀況-第一類院所必填
 - (1) 是否COPD及他項重大病情皆已穩定：是/否(填「是」者，第(2)題穩定處理方式需擇一項填覆)
 - (2) 穩定處理方式：
 - A.下轉至本方案第二類參與院所
 - B.下轉至非本方案參與院所預計結案
 - C.病人意願，於原院所繼續照護
 - D.非病人意願因素，於原院所繼續照護
 - E.個案失聯或拒絕接受治療
9. 目前使用藥物(無/短效支氣管擴張劑/口服支氣管擴張劑/口服減敏藥物/單方長效支氣管擴張劑/複方長效支氣管擴張劑/複方含吸入性類固醇支氣管擴張劑)

三、年度評估(身分證號、病人姓名、醫師ID、醫師姓名、追蹤管理次數等欄位會自動帶出)

必填欄位：

1. 年度評估日期

2. 基本理學檢查：呼吸頻率、有無喘鳴聲、脈搏
3. 急性惡化發作頻率：次/過去一年。(包含病情突然惡化時的額外門診/急診就醫、須使用口服抗生素或控制藥物的改變)
4. 肺功能(FEV1、FEV1%預估值、FEV1/FVC%預估值)
5. CAT分數
6. mMRC分數
7. 治療計畫調整：
 - (1) 是否戒菸成功(戒菸成功指自追蹤日向前推算 6個月內未吸菸)：戒菸成功/未戒菸成功
 - (2) 是否需調整藥物及劑量：是/否
8. 病情變化狀況-第二類院所必填
 - (1) 是否發生急性惡化原院所無法診治或其他必須至有治療能力之本方案參與院所治療之重大病情：是/否(填「是」者需填覆第(2)題處理方式)
 - (2) 惡化處理方式：
 - A. 上轉至本方案第一類參與院所
 - B. 上轉至非本方案之參與院所
 - C. 轉診至本方案有治療能力之第二類參與院所
 - D. 病人意願，於原院所繼續照護
 - E. 非病人意願因素，於原院所繼續照護
 - F. 個案失聯或拒絕接受治療
9. 病情變化狀況-第一類院所必填
 - (1) 是否COPD及他項重大病情皆已穩定：是/否(填「是」者需填覆第(2)題處理方式)
 - (2) 穩定處理方式：
 - A. 下轉至本方案第二類參與院所
 - B. 下轉至非本方案參與院所預計結案
 - C. 病人意願，於原院所繼續照護
 - D. 非病人意願因素，於原院所繼續照護
 - E. 個案失聯或拒絕接受治療
10. 目前使用藥物(無/短效支氣管擴張劑/口服支氣管擴張劑/口服減敏藥物/單方長效支氣管擴張劑/複方長效支氣管擴張劑/複方含吸入性類固醇支氣管擴張劑)

四、結案登錄(結案原因)

1. 因其他重大疾病或死亡，無法繼續接受本方案照護
2. 經醫師判斷病情惡化應上轉或穩定應下轉，惟病人不願於本方案參與院所內接受照護，三個月內亦未繼續至原院所接受照護
3. 病人失聯超過三個月、拒絕再接受治療、或不願再遵醫囑或聽從衛教
4. 院所超過一年未提供病人本方案管理照護。

提升院所 COPD 慢性照護能力與病人生活品質的量化評量表

機構名稱： 自評日期： 年 月 日

評量面向	評量項目	符合打勾	配分	總分	備註	
結構面 16%	1. 照護人員資格(4%) (1) 第一類院所：具有三位以上(含)胸腔暨重症專科專(兼)任醫師，且配置呼吸治療師及個案管理師各一名。 第二類院所：具有一位以上(含)家庭醫學科或胸腔暨重症專科或內科或小兒科或耳鼻喉科專任醫師或神經科之專(兼)任醫師。 (2) 參與方案之家醫科、內科、小兒科、耳鼻喉科醫師、神經科醫師、呼吸治療師及個案管理師需接受保險人認可之 COPD 照護教育訓練，新加入方案之醫事人員至少取得 6 小時課程時數，已加入方案之醫事人員自取得資格日起，每 3 年須取得 6 小時課程時數，並取得由台灣胸腔暨重症加護醫學會協調公益提供之教育訓練課程證明。	<input type="checkbox"/>	2			
	2. 收案資格(4%) (1) 最近 90 天內曾在同一醫療院所診斷為 COPD (ICD10: J41-J44) 至少就醫達 2 次(含)以上者 (2) 診斷 COPD 者，且有肺功能的紀錄	<input type="checkbox"/>	2			
	3. 登錄及後續追蹤(4%) (1) 有專責人員負責登錄及追蹤 (2) 負責登錄及追蹤之專責人員需有 COPD 照護相關訓練學分，三年至少 6 小時	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 2			
	4. 相關設備(4%) (1) 備有肺功能檢測相關設備可供使用(第二類院所為選填項目) (2) 備有 COPD 藥物衛教相關教具	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 2			
	1. 資訊告知(4%) 收案前有向病人解釋參與本方案之目的及需病人配合定期回診等事項，並取得病人或親屬簽章同意書，可供查閱	<input type="checkbox"/>	4			
	2. 個案資料管理(4%) (1) 收案病人初診及複診資料 (2) 收案病人資料或電腦建檔	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 2			
	3. 收案個案之病歷或收案紀錄單完整記載病人相關資料，需包含：(12%) (1) 相關病史(家族史,過去病史,處置狀況,抽菸史) (2) 治療計畫的調整 (3) 過去和目前處置	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4 4 4			
	4. 個案資料完整性(22%) (1) 基本資料(ID、姓名、地址、電話等)。 (2) 照護方案新收案時填報下列資料： A. 新收案日期 B. AE 發作頻率 D. 肺功能 E. COPD 控制狀況(CAT 及 mMRC 問卷) (3) 照護方案(追蹤及年度回診時)填報下列資料： A. 追蹤管理日期 B. AE 發作頻率 C. 住院頻率 D. FEV ₁ 預估值(%) E. COPD 控制狀況(CAT or mMRC 問卷，年度回診時 CAT 必填) ※ (A~E 皆符合)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2			
	過程面 62%					

評量 面向	評量項目	符合 打勾	配分	總分	備註
	5 病人之追蹤(4%) (1) 告知返診日期 (2) 具有告知返診日期之記錄	<input type="checkbox"/>	2		
		<input type="checkbox"/>	2		
	6.落實推動病人衛教(16%) 建立病人 COPD 衛教紀錄，其內容應包含： (1) 認識 COPD (2) 治療計畫 (3) COPD 藥物的認識 (4) COPD 藥物的使用 (5) COPD 嚴重度的評估 (6) 發作時自我處理 ※ (1)~(6)全部符合時	<input type="checkbox"/>	2		
		<input type="checkbox"/>	2		
結 果 面 22%	1.病人追蹤率(6%) (1) 具備病人追蹤率的統計資料可供檢閱 (2) 一年病人追蹤率大於 12%(收案的個案，收案或追蹤後一年內至少完成 1 次追蹤) (3) 失聯超過 3 個月(≥90 天)的個案數評量	<input type="checkbox"/>	2		
		<input type="checkbox"/>	2		
	2.品質資料紀錄：有下列資料可供查閱(16%) (1) 病人急性發作次數紀錄 (2) 病人因 COPD 急診就醫次數紀錄 (3) 病人因 COPD 住院次數紀錄 (4) 病人出院 14 日內因 COPD 再入院之比率	<input type="checkbox"/>	4		
	優點：				

醫療機構負責人簽章：

討論事項

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)4.0 版支付通則及未實施項目實施時程案。

說明：資料後補。



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

106 年第四次會議資料

補充資料

106 年 12 月 14 日（星期四）下午 2 時
本署 18 樓大禮堂

106 年度第四次「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」會議議程

壹、報告事項

九、106 年上半年本保險特約院所執行支付標準未列項目之申報情形及處理流程。.....	第 1 頁
---	-------

貳、討論事項

一、106 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準增修「神經外科術中神經功能監測」等 13 項診療項目案。 (附件 1-8).....	第 45 頁
三、全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)4.0 版支付通則及未實施項目實施時程案。.....	第 51 頁

報告事項

第九案

報告單位：本署醫務管理組

案由：106 年上半年本保險特約院所執行支付標準未列項目之提報情形及本署處理情形報告案。

說明：

- 一、依本會議 105 年 11 月 29 日 105 年第 3 次臨時會討論案決議，「同意本保險特約院所執行支付標準未列項目之申報方式自費用年月 106 年 1 月起至 107 年 12 月止，由醫療院所選擇逐案或批次提報，並列入本會議追蹤事項列管兩年」。
- 二、本署擷取 106 年 1-6 月院所提報未列項資料，說明如下：
 - (一) 提報家數：計 74 家，其中醫學中心 18 家、區域醫院 37 家及地區醫院 19 家。
 - (二) 提報量：
 1. 計 368,242 筆醫令〔含技術困難度比照 357,568 筆醫令(占 97.1%)、支付點數比照 10,674 筆醫令(占 2.9%)〕，各層級及各分區統計詳附件 9-1 (P3)。
 2. 另經未列項名稱歸戶後，共計 687 項，依層級別分類，醫學中心計 470 項，區域醫院計 281 項，地區醫院計 57 項。
 3. 提報科別：依各項目各就醫科別提報量高低排序，取累計提報量占率達 60%之就醫科別後，按就醫科別歸戶未列項目數及其相關醫學會列表附件 9-2 (P4)。
 - (三) 前述 687 項目經初步判斷分類如下：
 1. 非屬健保給付範圍：計 8 項 (附件 9-3, P5)。
 2. 屬已列項：計 298 項 (附件 9-4, P6~P22)。
 3. 屬未列項：計 381 項 (附件 9-5, P23~P39)。
- 三、本署擬辦如下：作業流程草案如附件 9-6 (P41、P43)。
 - (一) 依初步判斷分類及附件 2 提報科別，函請相關專科醫學會協助於文到日起 1 個月內提供意見。

(二) 俟相關專業團體回復結果後，辦理下列事項：

1. 依項目屬性列表：

(1)非屬健保給付範圍：列項目名稱表。

(2)屬已列項：將項目名稱及應屬已列項目支付標準代碼列表。

(3)屬未列項：將各未列項目統一比照之支付標準代碼列表。

2. 週知院所：上開列表函知各院所並公開於本署全球資訊網站，其中非屬健保給付範圍項目應不得申報。

3. 其中屬未列項部分：

(1)經建議新增者，請原提報量最多之院所提供成本分析及文獻等資料，依新增程序提專家諮詢會議及共擬會議討論。

(2)於未完成新增修支付標準診療項目前或建議仍暫採未列項申報者，各未列項目依統一比照之支付標準代碼列表申報。

4. 尚有爭議無法確認之項目，請院所提供進一步說明後再行研議。

(三) 本案未列項目之調查提報期間為 2 年，本次彙整係針對 106 年 1-6 月之提報項目，未來將每半年彙整一次，若有新未列項目，將比照本案作業方式及流程辦理。

106年1-6月未列項提報情形統計_各分區

	醫令總量 (A)	未列項						
		合計			技術困難度比照		支付點數比照	
		院所 家數	未列項 提報量 (B=D+E)	占率 (C=B/A)	院所 家數	未列項 提報量 (D)	院所 家數	未列項 提報量 (E)
合計	195,465,249	74	368,242	0.2%	64	357,568	35	10,674
台北	70,808,095	16	129,867	0.2%	15	121,377	8	8,490
北區	25,531,525	8	127,252	0.5%	8	127,021	4	231
中區	34,357,242	10	1,967	0.0%	10	1,965	1	2
南區	30,143,496	21	2,315	0.0%	14	909	11	1,406
高屏	29,471,349	16	2,372	0.0%	14	1,847	10	525
東區	5,153,542	3	104,469	2.0%	3	104,449	1	20
醫學中心 小計	92,828,493	18	134,103	0.1%	18	126,486	8	7,617
台北	39,237,662	7	127,609	0.3%	7	120,935	4	6,674
北區	10,532,479	1	1,677	0.0%	1	1,677	-	-
中區	17,941,488	4	1,632	0.0%	4	1,630	1	2
南區	8,397,403	2	976	0.0%	2	531	1	445
高屏	14,174,757	3	2,111	0.0%	3	1,615	2	496
東區	2,544,704	1	98	0.0%	1	98	-	-
區域醫院 小計	102,636,756	37	233,888	0.2%	30	230,899	19	2,989
台北	31,570,433	7	2,244	0.0%	6	432	3	1,812
北區	14,999,046	7	125,575	0.8%	7	125,344	4	231
中區	16,415,754	2	295	0.0%	2	295	-	-
南區	21,746,093	13	1,286	0.0%	8	366	7	920
高屏	15,296,592	6	117	0.0%	5	111	4	6
東區	2,608,838	2	104,371	4.0%	2	104,351	1	20
地區醫院 小計	52,892,699	19	251	0.0%	16	183	8	68
台北	10,466,100	2	14	0.0%	2	10	1	4
北區	10,193,980			0.0%				
中區	13,625,213	4	40	0.0%	4	40	-	-
南區	6,051,909	6	53	0.0%	4	12	3	41
高屏	10,227,624	7	144	0.0%	6	121	4	23
東區	2,327,872			0.0%				

註1：資料來源為本署二代倉儲系統門診、住診明細檔、醫令明細檔及健保資訊網服務系統(VPN)(2017/8/16擷取)。

註2：醫令總量為第二部第二章特定診療章之106年1-6月申報醫令總量

106年1-6月未列項目提報情形_各科別統計

就醫科別	就醫科別對應之專科醫學會		未列項數
	部定專科醫學會	次專科醫學會	
內科	台灣內科醫學會		32
外科	台灣外科醫學會		68
小兒科	台灣兒科醫學會		25
婦產科	台灣婦產科醫學會		24
骨科	中華民國骨科醫學會		35
神經外科	社團法人台灣神經外科醫學會		22
泌尿科	台灣泌尿科醫學會		77
耳鼻喉科	台灣耳鼻喉科醫學會		28
眼科	中華民國眼科醫學會		11
皮膚科	臺灣皮膚科醫學會		6
神經科	台灣神經學學會		25
精神科	台灣精神醫學會		7
復健科	臺灣復健醫學會		19
整型外科	台灣整形外科醫學會		10
急診醫學科	台灣急診醫學會		28
牙科	牙醫師公會全國聯合會		6
麻醉科	台灣麻醉醫學會		2
消化內科	台灣內科醫學會	台灣消化系醫學會	38
心臟血管內科	台灣內科醫學會	中華民國心臟學會	7
胸腔內科	台灣內科醫學會		25
腎臟內科	台灣內科醫學會	台灣腎臟醫學會	6
風濕免疫科	台灣內科醫學會	中華民國風濕病醫學會	3
		中華民國免疫學會	
血液腫瘤科	台灣內科醫學會	中華民國血液病學會	42
內分泌科	台灣內科醫學會	中華民國內分泌學會	16
感染科	台灣內科醫學會	台灣感染症醫學會	39
胸腔暨重症加護	台灣內科醫學會	台灣胸腔暨重症加護醫學會	1
直腸外科	台灣外科醫學會	中華民國大腸直腸外科醫學會	13
心臟血管外科	台灣外科醫學會	台灣胸腔及心臟血管外科學會	11
胸腔外科	台灣外科醫學會	台灣胸腔及心臟血管外科學會	9
消化外科	台灣外科醫學會	台灣消化系外科醫學會	15
小兒外科	台灣外科醫學會	台灣小兒外科醫學會	2
新生兒科	台灣兒科醫學會	台灣新生兒科醫學會	5
疼痛科	台灣內科醫學會	台灣疼痛醫學會	3
放射診斷科	中華民國放射線醫學會		4
放射腫瘤科	台灣放射腫瘤學會		2
口腔顏面外科	中華民國口腔顎面外科學會		1
檢驗科		台灣醫事檢驗學會	153

註1：資料來源為本署二代倉儲系統門診、住診明細檔、醫令明細檔及健保資訊網服務系統(VPN)(2017/8/16擷取)。

註2：就醫科別係依各項目累計就醫科別提報量高低排序，取累計提報量占率達60%之就醫科別歸類，惟VPN上傳資料無法連結申報資料之就醫科別，故部分項目以人工判斷歸類。

註3：未列項有跨科別提報之情形，本署擷取就醫科別提報量，故各科別未列項數總計820項大於實際687項。

106年1-6月未列項目提報情形_非屬健保給付範圍(共計8項)

項次	未列項名稱	比照支付標準			未列項提報量	
		醫令代碼	中文名稱	英文名稱		支付點數
1	PED Health Education 1st	11	1.身體檢查：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、瞳孔、對聲音之反應、唇顎裂、心雜音、疝氣、隱睪、外生殖器、髖關節運動。 2.問診項目：餵食方法 3.發展診察：驚嚇反應、注視物體		250	328
2	PED Health Education 2nd	12	1.身體檢查：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、瞳孔及固視能力、心雜音、肝脾腫大、髖關節運動。 2.問診項目：餵食方法 3.發展診察：抬頭、手掌張開、對人微笑		250	269
3	PED Health Education 3rd	13	1.身體檢查：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、眼位瞳孔及固視能力、對聲音之反應、心雜音、口腔檢查。 2.問診項目：餵食方法、副食品添加 3.發展診察：翻身、伸手拿東西、對聲音敏銳、蓋臉試驗。		250	266
4	PED Health Education 4th	15	1.身體檢查：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、眼位、瞳孔、對聲音反應、心雜音、口腔檢查。 2.問診項目：固體食物 3.發展診察：站穩、扶走、手指拿物、聽懂句子		250	167
5	PED Health Education 5th	16	1.身體檢查：身長、體重、頭圍、營養狀態、一般檢查、眼位、角膜、瞳孔、對聲音反應、口腔檢查。 2.問診項目：固體食物 3.發展診察：會走、手拿杯、模仿動作、說單字		320	75
6	PED Health Education 6th	17	1.身體檢查：身長、體重、營養狀態、一般檢查、眼睛檢查、心雜音。 2.發展診察：會跑、脫鞋、拿筆亂畫、說出身體部位名稱。		250	172
7	PED Health Education 7th	19	1.身體檢查：身長、體重、營養狀態、一般檢查、視力暨眼睛檢查、心雜音。 2.發展診察：單腳跳、走直線、畫出人體三部分、辨認顏色、空間概念、清楚說話 ※ 預防接種是否完整 日常活動是否需要限制，有心臟病、氣喘病患者，體育課須限制劇烈運動，此可供入學後之參考。		320	97
8	Fluoride application underprivil	87	氟化防齲處理(包括牙醫師專業塗氟處理、一般性口腔檢查、衛生教育)		500	34

106 年 1-6 月未列項目提報情形_屬已列項(共計 298 項)

項次	未列項名稱	比照支付標準				未列項 提報量
		醫令 代碼	中文名稱	英文名稱	支付點數	
1	blood sugar test	09005C	血液及體液葡萄糖	Glucose	50	5,865
2	glucose ac	09005C	血液及體液葡萄糖	Glucose	50	112,737
3	glucose for a s	09005C	血液及體液葡萄糖	Glucose	50	113
4	glucose for csf	09005C	血液及體液葡萄糖	Glucose	50	264
5	glucose for p f	09005C	血液及體液葡萄糖	Glucose	50	277
6	glucose for urine	09005C	血液及體液葡萄糖	Glucose	50	4
7	glucose pc	09005C	血液及體液葡萄糖	Glucose	50	7,985
8	glucose poct	09005C	血液及體液葡萄糖	Glucose	50	90,256
9	glucose random	09005C	血液及體液葡萄糖	Glucose	50	5,656
10	"hpvhigh risk:type 45,52pcr"	12182C	去氧核糖核酸類定 性擴增試驗	DNA qualitative amplification test	1,000	5,000
11	BRAF V600E mutation sense	12182C	去氧核糖核酸類定 性擴增試驗	DNA qualitative amplification test	1,000	13
12	braf v600e mutation test	12182C	去氧核糖核酸類定 性擴增試驗	DNA qualitative amplification test	1,000	1
13	C difficile DNA amplification	12182C	去氧核糖核酸類定 性擴增試驗	DNA qualitative amplification test	1,000	1,066
14	chlamydia trachomatis pcr	12182C	去氧核糖核酸類定 性擴增試驗	DNA qualitative amplification test	1,000	14
15	cmv pcr	12182C	去氧核糖核酸類定 性擴增試驗	DNA qualitative amplification test	1,000	7
16	CMV Real time PCR	12184C	去氧核糖核酸類定 量擴增試驗	DNA quantitative amplification test	2,000	1,160
17	cmv viral load	12184C	去氧核糖核酸類定 量擴增試驗	DNA quantitative amplification test	2,000	101
18	hpv low risk type 11 pcr	12182C	去氧核糖核酸類定 性擴增試驗	DNA qualitative amplification test	1,000	1
19	hpv low risk type 6 pcr	12182C	去氧核糖核酸類定 性擴增試驗	DNA qualitative amplification test	1,000	1
20	hpv pcr	12182C	去氧核糖核酸類定 性擴增試驗	DNA qualitative amplification test	1,000	9
21	hpvhigh risk:type 16	12182C	去氧核糖核酸類定 性擴增試驗	DNA qualitative amplification test	1,000	6,000
22	hpvhigh risk:type 45、 52pcr	12182C	去氧核糖核酸類定 性擴增試驗	DNA qualitative amplification test	1,000	5,000
23	jak2 v617f mutation test	12182C	去氧核糖核酸類定 性擴增試驗	DNA qualitative amplification test	1,000	24
24	leprosy pcr	12182C	去氧核糖核酸類定 性擴增試驗	DNA qualitative amplification test	1,000	1
25	mycoplasma pneumoniae-pcr	12182C	去氧核糖核酸類定 性擴增試驗	DNA qualitative amplification test	1,000	1

項次	未列項名稱	比照支付標準				未列項 提報量
		醫令 代碼	中文名稱	英文名稱	支付點數	
26	polyomavirus bk & jc pcr	12182C	去氧核糖核酸類定性擴增試驗	DNA qualitative amplification test	1,000	59
27	tb pcr test	12182C	去氧核糖核酸類定性擴增試驗	DNA qualitative amplification test	1,000	111
28	EBV realtime PCR	12184C	去氧核糖核酸類定量擴增試驗	DNA quantitative amplification test	2,000	838
29	HBV viral load test	12184C	去氧核糖核酸類定量擴增試驗	DNA quantitative amplification test	2,000	2,272
30	Influenza A RT PCR	12183C	核糖核酸類定性擴增試驗	RNA qualitative amplification test	1,200	333
31	Influenza B RT PCR	12183C	核糖核酸類定性擴增試驗	RNA qualitative amplification test	1,200	333
32	hcv viral load c	12185C	核糖核酸類定量擴增試驗	RNA quantitative amplification test	2,200	781
33	HCV viral load test	12185C	核糖核酸類定量擴增試驗	RNA quantitative amplification test	2,200	630
34	Nasopharyngoscopy nose	28002C	鼻咽喉內視鏡檢查	Nasopharyngolaryngoscopy	800	2,446
35	Nasopharyngoscopy throat	28002C	鼻咽喉內視鏡檢查	Nasopharyngolaryngoscopy	800	5,578
36	bladder echo trans abdominal	19005C	其他超音波	Echo for others	600	107
37	Bladder and prostate	19005C	其他超音波	Echo for others	600	2
38	chest echo	19005C	其他超音波	Echo for others	600	457
39	echo for joint	19005C	其他超音波	Echo for others	600	638
40	kidney echo	19005C	其他超音波	Echo for others	600	6,180
41	Renal Echo	19005C	其他超音波	Echo for others	600	18
42	Sonogram of joint	19005C	其他超音波	Echo for others	600	22
43	Sonogram of soft tissue	19005C	其他超音波	Echo for others	600	76
44	Sonogram of testis	19005C	其他超音波	Echo for others	600	6
45	Sonogram of thyroid	19005C	其他超音波	Echo for others	600	26
46	spinal echo	19005C	其他超音波	Echo for others	600	2
47	Echo guided nerve block	19005C	其他超音波	Echo for others	600	17
48	Swallowing Disorder Treatment	54032C	吞嚥治療	Simple swallowing therapy	700	2,099
49	Swallowing disorder exam	22010C	吞嚥檢查	Swallowing evaluation	350	575
50	awake eeg	20001C	腦波檢查 睡眠或清醒	EEG	990	2,339
51	sleep e e g	20001C	腦波檢查 睡眠或清醒	EEG	990	228
52	EMG lower limb	20014B	針極肌電圖檢查	Needle electromyogram	1,000	373
53	EMG upper limb	20014B	針極肌電圖檢查	Needle electromyogram	1,000	606
54	MNCV-UPPER	20015B	運動神經傳導測定— 上肢	Mortor nerve conduction velocity-upper	560	10

項次	未列項名稱	比照支付標準				未列項 提報量
		醫令 代碼	中文名稱	英文名稱	支付點數	
55	MNCV	20015B	運動神經傳導測定 － 上肢	Mortor nerve conduction velocity-upper	560	251
56	MNCV	20016B	運動神經傳導測定 － 下肢	Mortor nerve conduction velocity-lower	560	168
57	MNCV-LOWER	20016B	運動神經傳導測定 － 下肢	Mortor nerve conduction velocity-lower	560	30
58	SNCV lower	20019B	感覺神經傳導速度 測定	Sensory nerve conductive velocity, SNCV	720	373
59	SNCV upper	20019B	感覺神經傳導速度 測定	Sensory nerve conductive velocity, SNCV	720	606
60	Complex communication evaluat	22006C	複雜語言檢查	Complex speech evaluation	357	595
61	Speech recording analysis	22007C	語言錄音檢查	Sound record testing	280	764
62	m pneumonia igm ab	12020C	肺炎黴漿菌抗體試 驗	Mycoplasma pneumonia Ab test	225	554
63	m pneumoniae igg ab	12020C	肺炎黴漿菌抗體試 驗	Mycoplasma pneumonia Ab test	225	466
64	n meningitis ag for csf	12166B	腦膜炎雙球菌抗原	Meningococcal Ag	200	12
65	Strep pneumoniae Ag serum CSF	12166B	腦膜炎雙球菌抗原	Meningococcal Ag	200	159
66	abscess - gram stain	13006C	排泄物，滲出物及分 泌物之細菌顯微鏡 檢查		45	8
67	abscess - koh mount	13006C	排泄物，滲出物及分 泌物之細菌顯微鏡 檢查		45	2
68	ascites - gram stain	13006C	排泄物，滲出物及分 泌物之細菌顯微鏡 檢查		45	18
69	ascites -koh mount	13006C	排泄物，滲出物及分 泌物之細菌顯微鏡 檢查		45	1
70	bal- koh mount	13006C	排泄物，滲出物及分 泌物之細菌顯微鏡 檢查		45	3
71	bal- gram stain	13006C	排泄物，滲出物及分 泌物之細菌顯微鏡 檢查		45	18
72	bal- india ink stain	13006C	排泄物，滲出物及分 泌物之細菌顯微鏡 檢查		45	13
73	bile - gram stain	13006C	排泄物，滲出物及分 泌物之細菌顯微鏡 檢查		45	1
74	body fluid - koh mount	13006C	排泄物，滲出物及分 泌物之細菌顯微鏡 檢查		45	1

項次	未列項名稱	比照支付標準				未列項 提報量
		醫令 代碼	中文名稱	英文名稱	支付點數	
75	body fluid - gram stain	13006C	排泄物，滲出物及分泌物之細菌顯微鏡檢查		45	2
76	csf - gram stain	13006C	排泄物，滲出物及分泌物之細菌顯微鏡檢查		45	160
77	csf - india ink stain	13006C	排泄物，滲出物及分泌物之細菌顯微鏡檢查		45	10
78	drain discharge - afb stain	13006C	排泄物，滲出物及分泌物之細菌顯微鏡檢查		45	1
79	drain discharge - gram stain	13006C	排泄物，滲出物及分泌物之細菌顯微鏡檢查		45	2
80	eye - gram stain	13006C	排泄物，滲出物及分泌物之細菌顯微鏡檢查		45	5
81	joint fluid - gram stain	13006C	排泄物，滲出物及分泌物之細菌顯微鏡檢查		45	2
82	joint fluid- koh mount	13006C	排泄物，滲出物及分泌物之細菌顯微鏡檢查		45	1
83	other - koh mount	13006C	排泄物，滲出物及分泌物之細菌顯微鏡檢查		45	4
84	pleural effusion - gram stain	13006C	排泄物，滲出物及分泌物之細菌顯微鏡檢查		45	39
85	pleural effusion - india ink stain	13006C	排泄物，滲出物及分泌物之細菌顯微鏡檢查		45	1
86	pleural effusion - koh mount	13006C	排泄物，滲出物及分泌物之細菌顯微鏡檢查		45	13
87	pus / wound - afb stain	13006C	排泄物，滲出物及分泌物之細菌顯微鏡檢查		45	11
88	sputum - koh mount	13006C	排泄物，滲出物及分泌物之細菌顯微鏡檢查		45	2
89	tissue - gram stain	13006C	排泄物，滲出物及分泌物之細菌顯微鏡檢查		45	10
90	tissue - koh mount	13006C	排泄物，滲出物及分泌物之細菌顯微鏡檢查		45	1

項次	未列項名稱	比照支付標準				未列項 提報量
		醫令 代碼	中文名稱	英文名稱	支付點數	
91	abscess - afb stain	13006C	排泄物，滲出物及分泌物之細菌顯微鏡檢查		45	28
92	abscess - afb stain	13025C	抗酸性濃縮抹片染色檢查		74	1
93	ascites - afb stain	13006C	排泄物，滲出物及分泌物之細菌顯微鏡檢查		45	21
94	ascites - afb stain	13025C	抗酸性濃縮抹片染色檢查		74	1
95	bal - afb stain	13006C	排泄物，滲出物及分泌物之細菌顯微鏡檢查		45	19
96	bal - afb stain	13025C	抗酸性濃縮抹片染色檢查		74	2
97	csf - afb stain	13006C	排泄物，滲出物及分泌物之細菌顯微鏡檢查		45	6
98	csf - afb stain	13025C	抗酸性濃縮抹片染色檢查		74	1
99	joint fluid - afb stain	13006C	排泄物，滲出物及分泌物之細菌顯微鏡檢查		45	2
100	joint fluid - afb stain	13025C	抗酸性濃縮抹片染色檢查		74	4
101	pleural effusion - afb stain	13006C	排泄物，滲出物及分泌物之細菌顯微鏡檢查		45	132
102	pleural effusion - afb stain	13025C	抗酸性濃縮抹片染色檢查		74	1
103	tissue - afb stain	13006C	排泄物，滲出物及分泌物之細菌顯微鏡檢查		45	32
104	tissue - afb stain	13025C	抗酸性濃縮抹片染色檢查		74	1
105	body fluid - afb stain	13025C	抗酸性濃縮抹片染色檢查		74	1
106	dialysate - gram stain	13025C	抗酸性濃縮抹片染色檢查		74	1
107	gastric juice - afb stain	13025C	抗酸性濃縮抹片染色檢查		74	2
108	abscess - fungus culture	13007C	細菌培養鑑定檢查 (包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定，抗酸菌除外)		200	1

項次	未列項名稱	比照支付標準				未列項 提報量
		醫令 代碼	中文名稱	英文名稱	支付點數	
109	ascites - fungus culture	13007C	細菌培養鑑定檢查 (包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定，抗酸菌除外)		200	3
110	bal - fungus culture	13007C	細菌培養鑑定檢查 (包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定，抗酸菌除外)		200	11
111	body fluid - fungus culture	13007C	細菌培養鑑定檢查 (包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定，抗酸菌除外)		200	1
112	b-strep group b for csf	13007C	細菌培養鑑定檢查 (包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定，抗酸菌除外)		200	7
113	b-strep group b for urine	13007C	細菌培養鑑定檢查 (包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定，抗酸菌除外)		200	298
114	csf - fungus culture	13007C	細菌培養鑑定檢查 (包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定，抗酸菌除外)		200	8
115	dialysate - fungus culture	13007C	細菌培養鑑定檢查 (包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定，抗酸菌除外)		200	2
116	drain discharge - fungus culture	13007C	細菌培養鑑定檢查 (包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定，抗酸菌除外)		200	1
117	eye - fungus culture	13007C	細菌培養鑑定檢查 (包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定，抗酸菌除外)		200	6
118	hair - fungus culture	13007C	細菌培養鑑定檢查 (包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定，抗酸菌除外)		200	1

項次	未列項名稱	比照支付標準				未列項 提報量
		醫令 代碼	中文名稱	英文名稱	支付點數	
119	joint fluid - fungus culture	13007C	細菌培養鑑定檢查 (包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定，抗酸菌除外)		200	1
120	other - fungus culture	13007C	細菌培養鑑定檢查 (包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定，抗酸菌除外)		200	1
121	pleural effusion - fungus culture	13007C	細菌培養鑑定檢查 (包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定，抗酸菌除外)		200	2
122	pus / wound - fungus culture	13007C	細菌培養鑑定檢查 (包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定，抗酸菌除外)		200	1
123	skin scraping - fungus culture	13007C	細菌培養鑑定檢查 (包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定，抗酸菌除外)		200	2
124	tissue - fungus culture	13007C	細菌培養鑑定檢查 (包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定，抗酸菌除外)		200	8
125	abscess - tb culture	13012C	抗酸菌培養	Acid-fast culture	180	28
126	abscess - tb culture	13026C	抗酸菌培養(限同時使用固態培養基及具自動化偵測功能之液態培養系統)		304	1
127	ascites - tb culture	13012C	抗酸菌培養	Acid-fast culture	180	21
128	ascites - tb culture	13026C	抗酸菌培養(限同時使用固態培養基及具自動化偵測功能之液態培養系統)		304	1
129	bal - tb culture	13012C	抗酸菌培養	Acid-fast culture	180	18
130	bal - tb culture	13026C	抗酸菌培養(限同時使用固態培養基及具自動化偵測功能之液態培養系統)		304	2
131	body fluid - tb culture	13012C	抗酸菌培養	Acid-fast culture	180	1
132	body fluid - tb culture	13026C	抗酸菌培養(限同時使用固態培養基及具自動化偵測功能之液態培養系統)		304	1

項次	未列項名稱	比照支付標準				未列項 提報量
		醫令 代碼	中文名稱	英文名稱	支付點數	
133	gastric juice - tb culture	13012C	抗酸菌培養	Acid-fast culture	180	1
134	gastric juice - tb culture	13026C	抗酸菌培養(限同時使用固態培養基及具自動化偵測功能之液態培養系統)		304	2
135	joint fluid - tb culture	13012C	抗酸菌培養	Acid-fast culture	180	2
136	joint fluid - tb culture	13026C	抗酸菌培養(限同時使用固態培養基及具自動化偵測功能之液態培養系統)		304	4
137	tissue - tb culture	13012C	抗酸菌培養	Acid-fast culture	180	32
138	tissue - tb culture	13026C	抗酸菌培養(限同時使用固態培養基及具自動化偵測功能之液態培養系統)		304	1
139	csf - tb culture	13012C	抗酸菌培養	Acid-fast culture	180	6
140	csf - tb culture	13026C	抗酸菌培養(限同時使用固態培養基及具自動化偵測功能之液態培養系統)		304	1
141	drain discharge - tb culture	13012C	抗酸菌培養	Acid-fast culture	180	1
142	pus / wound - tb culture	13012C	抗酸菌培養	Acid-fast culture	180	11
143	dialysate -tb culture	13026C	抗酸菌培養(限同時使用固態培養基及具自動化偵測功能之液態培養系統)		304	1
144	ENT local Tx wound CD unilateral	54027C	耳鼻喉局部治療-傷口處置及換藥	ENT local treatment-Wound treatment and change dressing	120	50
145	ENT local Tx wound Tx and CD	54027C	耳鼻喉局部治療-傷口處置及換藥	ENT local treatment-Wound treatment and change dressing	120	1,001
146	PED larynx local treatment	54027C	耳鼻喉局部治療-傷口處置及換藥	ENT local treatment-Wound treatment and change dressing	120	1
147	Intelligence assessment CDR	45052C	智能評鑑 (每次)	Intelligence assessment	687	802
148	echo-guide aspiration	19007B	超音波導引(為組織切片, 抽吸、注射等)	Ultrasonic guidance for needle placement(eg, biopsy, aspiration, injection)	1,500	533
149	echo-guide biopsy	19007B	超音波導引(為組織切片, 抽吸、注射等)	Ultrasonic guidance for needle placement(eg, biopsy, aspiration, injection)	1,500	151

項次	未列項名稱	比照支付標準				未列項 提報量
		醫令 代碼	中文名稱	英文名稱	支付點數	
150	da vinci laparoscopy	28014C	腹腔鏡檢查	Laparoscopy	3,274	53
151	Da Vinci Si	28014C	腹腔鏡檢查	Laparoscopy	3,274	1
152	RA Radical Prostatectomy Laparos	28014C	腹腔鏡檢查	Laparoscopy	3,274	49
153	Robot assisted radical prostatectomy Bil NVB Preserving	28014C	腹腔鏡檢查	Laparoscopy	3,274	2
154	da vinci radical prostatectomy- radical prostatectomy without pelvic lymph node dissection	28014C	腹腔鏡檢查	Laparoscopy	3,274	2
155	da vinci radical prostatectomy- radical prostatectomy without pelvic lymph node dissection	79403B	攝護腺癌根治性攝 護腺切除術	Radical prostatectomy without pelvic lymph node dissection	26,050	2
156	da vinci radical prostatectomy- radical prostatectomy with bilateral pelvic lymph node dissection	28014C	腹腔鏡檢查	Laparoscopy	3,274	8
157	da vinci radical prostatectomy- radical prostatectomy with bilateral pelvic lymph node dissection	79410B	攝護腺癌根治性攝 護腺切除術併雙側 骨盆腔淋巴切除術	Radical prostatectomy with bilateral pelvic lymph node dissection	31,171	8
158	radical prostatectomy with bilateral pelvic lymph node dissec	28014C	腹腔鏡檢查	Laparoscopy	3,274	9
159	radical prostatectomy with bilateral pelvic lymph node dissec	79410B	攝護腺癌根治性攝 護腺切除術併雙側 骨盆腔淋巴切除術	Radical prostatectomy with bilateral pelvic lymph node dissection	31,171	9
160	radical prostatectomy with bilateral pelvic lymph node dissect	28014C	腹腔鏡檢查	Laparoscopy	3,274	5
161	radical prostatectomy with bilateral pelvic lymph node dissect	79410B	攝護腺癌根治性攝 護腺切除術併雙側 骨盆腔淋巴切除術	Radical prostatectomy with bilateral pelvic lymph node dissection	31,171	5
162	RALP left nerve preserving bilateral hernioplasty	28014C	腹腔鏡檢查	Laparoscopy	3,274	1
163	RALP left nerve preserving bilateral hernioplasty	79410B	攝護腺癌根治性攝 護腺切除術併雙側 骨盆腔淋巴切除術	Radical prostatectomy with bilateral pelvic lymph node dissection	31,171	1
164	RaLRP with Bil NVB preserving	28014C	腹腔鏡檢查	Laparoscopy	3,274	1

項次	未列項名稱	比照支付標準				未列項 提報量
		醫令 代碼	中文名稱	英文名稱	支付點數	
165	RaLRP with Bil NVB preserving	79410B	攝護腺癌根治性攝護腺切除術併雙側骨盆腔淋巴切除術	Radical prostatectomy with bilateral pelvic lymph node dissection	31,171	1
166	RARPBPLND	28014C	腹腔鏡檢查	Laparoscopy	3,274	10
167	RARPBPLND	79410B	攝護腺癌根治性攝護腺切除術併雙側骨盆腔淋巴切除術	Radical prostatectomy with bilateral pelvic lymph node dissection	31,171	11
168	Robot assisted laparoscopic radical prosbilateral pelvis lymph nodes dissection	28014C	腹腔鏡檢查	Laparoscopy	3,274	1
169	Robot assisted laparoscopic radical prosbilateral pelvis lymph nodes dissection	79410B	攝護腺癌根治性攝護腺切除術併雙側骨盆腔淋巴切除術	Radical prostatectomy with bilateral pelvic lymph node dissection	31,171	1
170	Robot assisted prostatectomy with LND Bil NVB Preserving	28014C	腹腔鏡檢查	Laparoscopy	3,274	1
171	Robot assisted prostatectomy with LND Bil NVB Preserving	79410B	攝護腺癌根治性攝護腺切除術併雙側骨盆腔淋巴切除術	Radical prostatectomy with bilateral pelvic lymph node dissection	31,171	1
172	Robot assisted radical prostatectomy	28014C	腹腔鏡檢查	Laparoscopy	3,274	1
173	Robot assisted radical prostatectomy	79410B	攝護腺癌根治性攝護腺切除術併雙側骨盆腔淋巴切除術	Radical prostatectomy with bilateral pelvic lymph node dissection	31,171	1
174	Robot assisted radical prostatectomy with LND bilateral hernioplasty	28014C	腹腔鏡檢查	Laparoscopy	3,274	1
175	Robot assisted radical prostatectomy with LND bilateral hernioplasty	79410B	攝護腺癌根治性攝護腺切除術併雙側骨盆腔淋巴切除術	Radical prostatectomy with bilateral pelvic lymph node dissection	31,171	1
176	Robot assisted radical prostatectomy witBil NVB Preserving	28014C	腹腔鏡檢查	Laparoscopy	3,274	1
177	Robot assisted radical prostatectomy witBil NVB Preserving	79410B	攝護腺癌根治性攝護腺切除術併雙側骨盆腔淋巴切除術	Radical prostatectomy with bilateral pelvic lymph node dissection	31,171	1
178	Robot assisted radical prostatectomy witbilateral pelvic lymph node dissection	28014C	腹腔鏡檢查	Laparoscopy	3,274	1
179	Robot assisted radical prostatectomy witbilateral pelvic lymph node dissection	79410B	攝護腺癌根治性攝護腺切除術併雙側骨盆腔淋巴切除術	Radical prostatectomy with bilateral pelvic lymph node dissection	31,171	1

項次	未列項名稱	比照支付標準				未列項 提報量
		醫令 代碼	中文名稱	英文名稱	支付點數	
180	Robot assisted radical prostatectomy witLND Bil NVB Preserving	28014C	腹腔鏡檢查	Laparoscopy	3,274	1
181	Robot assisted radical prostatectomy witLND Bil NVB Preserving	79410B	攝護腺癌根治性攝護腺切除術併雙側骨盆腔淋巴切除術	Radical prostatectomy with bilateral pelvic lymph node dissection	31,171	1
182	Robot assisted radical prostatectomy witno Bil NVB Preserving	28014C	腹腔鏡檢查	Laparoscopy	3,274	1
183	Robot assisted radical prostatectomy witno Bil NVB Preserving	79410B	攝護腺癌根治性攝護腺切除術併雙側骨盆腔淋巴切除術	Radical prostatectomy with bilateral pelvic lymph node dissection	31,171	1
184	robotic assisted laparoscopic radical prostatectomy bilateral pelvic lymph node dissection	28014C	腹腔鏡檢查	Laparoscopy	3,274	3
185	robotic assisted laparoscopic radical prostatectomy bilateral pelvic lymph node dissection	79410B	攝護腺癌根治性攝護腺切除術併雙側骨盆腔淋巴切除術	Radical prostatectomy with bilateral pelvic lymph node dissection	31,171	3
186	robotic radical prostatectomy bilateral pelvic LN dissection	28014C	腹腔鏡檢查	Laparoscopy	3,274	1
187	robotic radical prostatectomy bilateral pelvic LN dissection	79410B	攝護腺癌根治性攝護腺切除術併雙側骨盆腔淋巴切除術	Radical prostatectomy with bilateral pelvic lymph node dissection	31,171	1
188	Robotic radical prostatectomy with Bil NVB preserving	28014C	腹腔鏡檢查	Laparoscopy	3,274	4
189	Robotic radical prostatectomy with Bil NVB preserving	79410B	攝護腺癌根治性攝護腺切除術併雙側骨盆腔淋巴切除術	Radical prostatectomy with bilateral pelvic lymph node dissection	31,171	4
190	Robotic radical prostatectomy without Bil NVB preserving	28014C	腹腔鏡檢查	Laparoscopy	3,274	1
191	Robotic radical prostatectomy without Bil NVB preserving	79410B	攝護腺癌根治性攝護腺切除術併雙側骨盆腔淋巴切除術	Radical prostatectomy with bilateral pelvic lymph node dissection	31,171	1
192	Robot assisted radical prostatectomy Bil NVB Preserving	79410B	攝護腺癌根治性攝護腺切除術併雙側骨盆腔淋巴切除術	Radical prostatectomy with bilateral pelvic lymph node dissection	31,171	1
193	Robot-assited radical prostatectomy withbilateral pelvic lymph node dissection	28014C	腹腔鏡檢查	Laparoscopy	3,274	1

項次	未列項名稱	比照支付標準				未列項 提報量
		醫令 代碼	中文名稱	英文名稱	支付點數	
194	Robotic prostatectomy with Bil NVB preserving	28014C	腹腔鏡檢查	Laparoscopy	3,274	5
195	Robotic prostatectomy with Bil NVB preserving	79410B	攝護腺癌根治性攝 護腺切除術併雙側 骨盆腔淋巴切除術	Radical prostatectomy with bilateral pelvic lymph node dissection	31,171	5
196	達文西根治性前列腺切 除術 da vinci radical prostatectomy	28014C	腹腔鏡檢查	Laparoscopy	3,274	19
197	da vinci radical prostatectomy with bilateral pelvic lymph node dissection	79410B	攝護腺癌根治性攝 護腺切除術併雙側 骨盆腔淋巴切除術	Radical prostatectomy with bilateral pelvic lymph node dissection	31,171	53
198	Da Vinci Si Radical prostatectomy with bilateral pelvic lymph node dissection	79410B	攝護腺癌根治性攝 護腺切除術併雙側 骨盆腔淋巴切除術	Radical prostatectomy with bilateral pelvic lymph node dissection	31,171	1
199	davinciradical prostatectomy	28014C	腹腔鏡檢查	Laparoscopy	3,274	79
200	davinciradical prostatectomy	79410B	攝護腺癌根治性攝 護腺切除術併雙側 骨盆腔淋巴切除術	Radical prostatectomy with bilateral pelvic lymph node dissection	31,171	160
201	RA Radical prostatectomy with bi	79410B	攝護腺癌根治性攝 護腺切除術併雙側 骨盆腔淋巴切除術	Radical prostatectomy with bilateral pelvic lymph node dissection	31,171	49
202	radical-prostatectomy pelvic lymphadenectomy bil	79410B	攝護腺癌根治性攝 護腺切除術併雙側 骨盆腔淋巴切除術	Radical prostatectomy with bilateral pelvic lymph node dissection	31,171	26
203	robotic assisted laparoscopic radical prostatectomy	79410B	攝護腺癌根治性攝 護腺切除術併雙側 骨盆腔淋巴切除術	Radical prostatectomy with bilateral pelvic lymph node dissection	31,171	28
204	Robot assisted radical prostatectomy withbilateral pelvic lymph node dissection	79410B	攝護腺癌根治性攝 護腺切除術併雙側 骨盆腔淋巴切除術	Radical prostatectomy with bilateral pelvic lymph node dissection	31,171	1
205	Robot-assisted radical prostatectomy Bil NVB Preserving	79410B	攝護腺癌根治性攝 護腺切除術併雙側 骨盆腔淋巴切除術	Radical prostatectomy with bilateral pelvic lymph node dissection	31,171	1
206	robotic assisted radical prostatectomy	79410B	攝護腺癌根治性攝 護腺切除術併雙側 骨盆腔淋巴切除術	Radical prostatectomy with bilateral pelvic lymph node dissection	31,171	23
207	Laryngeal phonation fuknction Ex	22024B	喉部發聲機能檢查	Phonatory ability test	2,218	553
208	Laryngeal phonation function Ex	22024B	喉部發聲機能檢查	Phonatory ability test	2,218	2
209	halicobacter pylori igg	13018C	幽門桿菌檢驗	Helicobacter pyroli test (Clo test)	200	447

項次	未列項名稱	比照支付標準				未列項 提報量
		醫令 代碼	中文名稱	英文名稱	支付點數	
210	erythropoietinepo	27077B	紅血球生成因子檢驗	Erythropoietin	300	415
211	TAE	33075B	血管阻塞術	T.A.E.(trans-arterial embolization)	22,000	48
212	TAE DC BEAD	33075B	血管阻塞術	T.A.E.(trans-arterial embolization)	22,000	13
213	TAE for bleeding	33075B	血管阻塞術	T.A.E.(trans-arterial embolization)	22,000	31
214	TAE for liver tumor	33075B	血管阻塞術	T.A.E.(trans-arterial embolization)	22,000	313
215	25 OH Vit D	27043B	普卡因醯胺放射免疫分析	Procainamide (RIA)	520	378
216	anti ebv vca-iga ab	14046B	E B病毒囊鞘免疫球蛋白 G · M · A · (I F A 法)	EB VCA IgG, IgM, IgA, IFA METHOD, EACH	540	168
217	anti-ebv vca-igg ab	14046B	E B病毒囊鞘免疫球蛋白 G · M · A · (I F A 法)	EB VCA IgG, IgM, IgA, IFA METHOD, EACH	540	81
218	anti-ebv vca-igm ab	14046B	E B病毒囊鞘免疫球蛋白 G · M · A · (I F A 法)	EB VCA IgG, IgM, IgA, IFA METHOD, EACH	540	94
219	indirect coombs polyspecific test	12098B	庫姆氏血中多項抗體檢驗 (間接法)	Indirect Coombs' polyspecific test	100	309
220	Weak D test indirect Coombs tes	12098B	庫姆氏血中多項抗體檢驗 (間接法)	Indirect Coombs' polyspecific test	100	23
221	Laser for iris glaucoma first	60011C	虹膜雷射術 (青光眼) — 初診	Laser for iris (glaucoma) - first visit	3,900	266
222	Laser for iris glaucoma retrun	60012C	虹膜雷射術 (青光眼) — 複診	Laser for iris (glaucoma) -return visit	1,950	17
223	b lymphocyte crossmatch	12117B	T 淋巴球交叉配合試驗	T lymphocyte crossmatch test	1,000	266
224	IVP	33012B	靜脈注射泌尿系統造影術 (點滴注射)	Intravenous urography (I.V.P.)(or infusion IVP)	1,445	263
225	testis and scrotum echo	19015C	男性外生殖器官超音波		697	257
226	co2 laser operation	62020B	二氧化碳雷射手術	CO2 laser operation	3,213	236
227	laser capsulotomy -first visit	60013C	雷射後囊切開術 — 初診	Laser capsulotomy -first visit	3,900	178
228	Laser capsulotomy return	60014C	雷射後囊切開術 — 複診	Laser capsulotomy - return visit	1,950	36
229	laser capsulotomy - return visit	60014C	雷射後囊切開術 — 複診	Laser capsulotomy - return visit	1,950	5
230	parasite ova	07012C	寄生蟲卵—濃縮法	Parasite ova-conc. method of ova	50	209
231	"bloodleukocyte surface marker-myeloma cell markercd5,7,19,38,45,13 8,kappa,lambda"	12075B	白血球表面標記	Leukocyte surface marker	2,000	3

項次	未列項名稱	比照支付標準				未列項 提報量
		醫令 代碼	中文名稱	英文名稱	支付點數	
232	"bmleukemia cytoplasmic marker -2cd19,33,45,cyto mpo,cytp cd79a "	12075B	白血球表面標記	Leukocyte surface marker	2,000	1
233	b m leukemia cytoplasmic marker-2 cd19 33 45 cyto mpo cytp cd79a	12075B	白血球表面標記	Leukocyte surface marker	2,000	4
234	b m leukocyte surface marker-m6 cd45 56 71 235a	12075B	白血球表面標記	Leukocyte surface marker	2,000	1
235	b m leukocyte surface marker-myeloma cell marker cd5 7 19 38 45 138 kappa lambda	12075B	白血球表面標記	Leukocyte surface marker	2,000	4
236	blood leukemia cytoplasmic marker-1 cd5 7 45 cyto cd3 cyto tdt	12075B	白血球表面標記	Leukocyte surface marker	2,000	4
237	blood leukocyte surface marker-myeloma cell marker cd5 7 19 38 45 138 kappa lambda	12075B	白血球表面標記	Leukocyte surface marker	2,000	1
238	Acute leukocyte surface marker	12204B	白血球表面標記	Leukocyte surface marker	4,000	176
239	flexible sigmoidoscopy	28013C	S 狀結腸鏡檢查	Sigmoidoscopy	1,018	144
240	I 131 Whole Body Scan	26012B	碘-131 癌症追蹤檢 查	I-131 cancer work-up	2,693	125
241	needle aspiration cytology	15007B	穿刺細胞檢查	Needle aspiration cytology	667	122
242	chest intubation	56010B	胸管插管	Chestintubation	2,400	36
243	chest tube insertion	56010B	胸管插管	Chestintubation	2,400	81
244	Her2 neu in situ hybridization	12195B	Her-2/neu 原位雜交	Her-2/neu in situ hybridization(ISH)	10,400	81
245	laparoscopy	28014C	腹腔鏡檢查	Laparoscopy	3,274	72
246	reconditioning exercise	57012B	復原運動	Reconditioning exercise (time)	140	71
247	Bone densitometry	33064B	X 光骨骼密度測定	X-ray bone densitometry	600	70
248	insertion cannula for hemodialysis or other purpose ray	69006C	血液透析用之血管 插管 (自靜脈到靜 脈)	Insertion cannula for hemodialysis or other purpose, vein to vein	1,360	46
249	Mammography lesion stereotactic	33125C	乳房攝影立體定位 組織切片術	Mammography sterotactic biopsy	3,000	1
250	Mammography sterotactic biopsy	33125C	乳房攝影立體定位 組織切片術	Mammography sterotactic biopsy	3,000	31
251	Mammography sterotactic aspiration	33125C	乳房攝影立體定位 組織切片術	Mammography sterotactic biopsy	3,000	13

項次	未列項名稱	比照支付標準				未列項 提報量
		醫令 代碼	中文名稱	英文名稱	支付點數	
252	PTCD revision	33027B	經皮穿肝膽管引流 修正術	P.T.C.D. revision	1,200	23
253	Percutaneous transhepatic cholangiography and drainage	33026B	經皮穿肝膽管引流 術	P.T.C.D. (Percutaneous transhepatic cholangiography-drainag e)	9,600	2
254	PTCD	33026B	經皮穿肝膽管引流 術	P.T.C.D. (Percutaneous transhepatic cholangiography-drainag e)	9,600	3
255	PTCD percutaneous transhepatic cholangiography and drainag	33026B	經皮穿肝膽管引流 術	P.T.C.D. (Percutaneous transhepatic cholangiography-drainag e)	9,600	10
256	PTCD - percutaneous transhepatic cholangiography and drainag	33026B	經皮穿肝膽管引流 術	P.T.C.D. (Percutaneous transhepatic cholangiography-drainag e)	9,600	1
257	Insulin Ab	27015C	胰島素放射免疫分 析	Insulin	181	34
258	gentamicin	10518B	健大黴素	Gentamicin	320	18
259	gentamicin peak	10518B	健大黴素	Gentamicin	320	16
260	Ascites Closed Drainage	67006C	密閉式引流術	Closed drainage	3,544	27
261	Closed drainage	67006C	密閉式引流術	Closed drainage	3,544	3
262	amylase for urine	09017C	澱粉酶、血	Amylase (B)	50	28
263	bun for urine	09003C	尿素氮、尿	Urea-N (urine)	40	26
264	Arthrography	33063B	關節造影術	Arthrography	1,800	11
265	Arthrography MRI MR Arthrography	33063B	關節造影術	Arthrography	1,800	8
266	tc-99m maa lung/liver spect scan for hepatic arterial infusion chemotherapy	26049B	核子斷層檢查術	SPECT	1,200	14
267	amikacin	10512B	Amikacin		320	3
268	amikacin amikacin trough	10512B	Amikacin		320	4
269	removal of epidural hematoma or abscess	83036C	硬腦膜外血腫清除 術	Removal of epidural hematoma	19,371	6
270	urine osmolarity	06503B	尿滲透壓檢驗	Urine-osmolarity test	70	5
271	long-latency auditory evoked potentials a e p l l	20009B	長程聽覺誘發電位 檢查	Long-latency auditory evoked potentials(A.E.P. L.L)	720	5
272	filaria	08007C	血中寄生蟲檢查	Parasite (malaria or filaria)	50	1
273	malaria	08007C	血中寄生蟲檢查	Parasite (malaria or filaria)	50	3

項次	未列項名稱	比照支付標準				未列項 提報量
		醫令 代碼	中文名稱	英文名稱	支付點數	
274	parathyroid echo	19012C	頭頸部軟組織超音波(如甲狀腺、副甲狀腺、腮腺)	Head and neck soft tissue echo(thyroid,parathyroid, parotid gland)	610	4
275	laparoscopic vertical sleeve gastrectomy	72048B	腹腔鏡胃亞全切除術	Laparoscopic subtotal gastrectomy	30,886	4
276	ph urine	06001C	酸鹼度反應	pH	15	3
277	Pneumonolysis intrapleural-extrapleural-	67020B	胸膜內(外)肺鬆解術(剝離術)	Pneumonolysis ,intrapleural(extrapleura)	21,514	3
278	Laparoscopic adhesionolysis	73043B	腹腔鏡腸粘連剝離術	Laparoscopic adhesionolysis	17,403	2
279	laparoscopic lysis of adhesion	73043B	腹腔鏡腸粘連剝離術	Laparoscopic adhesionolysis	17,403	1
280	facial nerve ncv	20003C	面神經刺激檢查		110	3
281	Replacemet of percutaneous endoscopic gastrostomy	33107B	經皮內視鏡胃造瘻管替換術	Replacementofpercutaneousendoscopicgastrostomy	2,094	3
282	smt - unilateral	65023C	粘膜下鼻甲切除術－單側	(SMT) - unilateral	4,050	3
283	laryngoscopy extumor	66002B	單純性喉直達鏡並做聲帶或會厭軟骨腫瘤切除或剝去	Simple laryngoscopy	3,976	3
284	24 hours esophageal impedance and PH monitoring	30506B	食道機能檢查	Manometry	1,577	1
285	24 hours esophageal impedance and PH monitoring	30507B	二十四小時食道酸鹼度測定	24 hours PH esophageal monitoring	3,848	1
286	Bronchial Angiograph	33073B	肺動脈造影	Pulmonary angiography	4,800	2
287	CT Guide biopsy	33103B	電腦斷層導引下組織切片,取樣剛針	CT Guide biopsy	3,800	2
288	tur for bladder neck	78025B	經尿道膀胱頸切開術	TUR FOR BLADDER NECK	3,900	2
289	Gastroenterostomy	72015B	胃小腸造口吻合術	Gastroenterostomy	10,152	1
290	Abdominal Aortography	33086B	主動靜脈造影－腹腔主動靜脈	Aortography-Abdominal aortography	4,830	1
291	TUR-coagulation with toomy evacuation	78006B	單純膀胱頸切開術	Bladder neck incision	5,170	1
292	fibercystoscopy	28019C	膀胱鏡檢查	Cystoscopy	1,800	1
293	complicated epistaxis	54011C	鼻後部鼻流血處理	Complicated epistaxis (Post.)	1,130	1
294	fistulectomy, subcutaneous ,axilla	74401C	皮下瘻管切開術或切除術	Fistulotomy or fistulectomy,simple, subcutaneous	2,795	1
295	Perirenal or renal abscess drainage revision	76001B	腎周圍或腎臟腫瘤之引流術	Drainage abscess perirenal or renal	5,946	1

項次	未列項名稱	比照支付標準				未列項 提報量
		醫令 代碼	中文名稱	英文名稱	支付點數	
296	excision for labia minora polyp	79803C	巴氏腺囊切除術	Excision of Bartholin's gland	1,815	1
297	complicated TAH	80421B	複雜性全子宮切除術	Complicated total hysterectomy	21,165	1
298	excision of aural pseudocyst	84005C	耳前瘻管或囊腫切除術	Excision of preauricular fistula or cyst	3,405	1

106 年 1-6 月未列項目提報情形_屬未列項(共計 381 項)

項次	未列項名稱	比照支付標準				未列項 提報量
		醫令 代碼	中文名稱	英文名稱	支付 點數	
1	Immunohistochemical stains each	25012B	免疫組織化學染色(每一抗體)	Immunohistochemical stains, each antibody	1,354	15,882
2	Re eduindividual PT adult Dr	45087C	特殊心理治療-成人	Re-educative individual psychotherapy-adult	344	11,935
3	Cognitive multiphasic test	45058C	心理測驗(全套)	Multiphasic psychological test	1,375	314
4	comprehensive psychological assessment	45058C	心理測驗(全套)	Multiphasic psychological test	1,375	2,027
5	Developmental test R	45058C	心理測驗(全套)	Multiphasic psychological test	1,375	428
6	Multi Psycho test	45058C	心理測驗(全套)	Multiphasic psychological test	1,375	90
7	Multpsycho test	45058C	心理測驗(全套)	Multiphasic psychological test	1,375	325
8	comprehensive geriatric assessment	45046C	生理心理功能檢查-成人	Psychophysiological function examination- adult	344	232
9	Neuropsy assessment simple	45046C	生理心理功能檢查-成人	Psychophysiological function examination- adult	344	2,727
10	cognitive function assessment	45052C	智能評鑑(每次)	Intelligence assessment	687	660
11	ck-mb poct	09071C	肌酸磷酸?(MB 同功?)	CK-MB (Creatine phosphokinase-MB)	150	4,173
12	mvv	17003C	流量容積圖形檢查	Flow-volume curve	305	4,002
13	abi ankle brachial index	18011B	四肢血流探測,壓力測量並記錄	Doppler extremity and pressure recording	540	2,875
14	ankle brachial index	18011B	四肢血流探測,壓力測量並記錄	Doppler extremity and pressure recording	540	15
15	peripheral artery atherosclerotic and stenosis evaluation	18011B	四肢血流探測,壓力測量並記錄	Doppler extremity and pressure recording	540	935
16	Fructosamine	09006C	糖化血紅素	HbA1c (Hemoglobin A1c)	200	2,403
17	intravenous target therapy	39004C	大量液體點滴注射(林格兒氏液, Rock 液, 生理食鹽水, 葡萄糖液, 果糖液或血液代用劑等)注射。	IV drip	75	2,177
18	Urine basic drug screen analgesi	10801B	毒物試驗(定性)	Drug test (qualitative)	250	299
19	Urine basic drug screen analgesi	28029C	內視鏡超音波	Endoscopic ultrasonography	750	135
20	Urine basic drugs screen circula	10801B	毒物試驗(定性)	Drug test (qualitative)	250	299
21	Urine basic drugs screen circula	28029C	內視鏡超音波	Endoscopic ultrasonography	750	135
22	Urine basic drugs screen nervous	10801B	毒物試驗(定性)	Drug test (qualitative)	250	296
23	Urine basic drugs screen nervous	28029C	內視鏡超音波	Endoscopic ultrasonography	750	135

項次	未列項名稱	比照支付標準			未列項 提報量	
		醫令 代碼	中文名稱	英文名稱		支付 點數
24	Urine basic drugs screen respira	10801B	毒物試驗 (定性)	Drug test (qualitative)	250	433
25	Urine basic drugs screen respira	28029C	內視鏡超音波	Endoscopic ultrasonography	750	1
26	c difficile toxin gdh ag	12102B	免疫擴滲分析	Immunodiffusion	652	338
27	c difficile toxin gdh ag	13028B	困難梭狀桿菌抗原快 速檢驗 (GDH)	Clostridium Difficile GDH Ag rapid test	402	405
28	cl difficile toxin a and b stool	12102B	免疫擴滲分析	Immunodiffusion	652	18
29	cl difficile toxin a and b stool	13029B	困難梭狀桿菌毒素 A、B 快速檢驗 (Toxin A/B)	Clostridium Difficile Toxin A/B rapid test	402	405
30	urine rbc morphology	08009C	紅血球形態	RBC morphology	30	203
31	WBC morphology PLS consult HEMA	08009C	紅血球形態	RBC morphology	30	953
32	CYFRA 21 1	27053C	CA-125 腫瘤標記	CA-125	400	870
33	dehydroepiandrosterone sulfate dhe-so4	27080B	硫酸-DHEA	DHEA-SO4	421	736
34	Brain stem response site of les	22018B	腦幹反應檢查	B.S.R. (brain stem response)	1,792	539
35	Brain stem response threshold	22018B	腦幹反應檢查	B.S.R. (brain stem response)	1,792	148
36	feeding jejunostomy	33027B	經皮穿肝膽管引流修 正術	P.T.C.D. revision	1,200	1
37	P A D revision	33027B	經皮穿肝膽管引流修 正術	P.T.C.D. revision	1,200	347
38	placement of N J tub	33027B	經皮穿肝膽管引流修 正術	P.T.C.D. revision	1,200	86
39	ptad revision	33027B	經皮穿肝膽管引流修 正術	P.T.C.D. revision	1,200	5
40	Percutaneous Abscess	33026B	經皮穿肝膽管引流術	P.T.C.D. (Percutaneous transhepatic cholangiography-drainage)	9,600	172
41	Percutaneous Abscess Drainage	33026B	經皮穿肝膽管引流術	P.T.C.D. (Percutaneous transhepatic cholangiography-drainage)	9,600	4
42	drainage tube re-inserion-abdominal	75006B	肝囊腫或肝膿瘍引流 或造袋術	Drainage or marsupialization of cyst or abscess of liver	11,031	1
43	Liver abscess drainage	75006B	肝囊腫或肝膿瘍引流 或造袋術	Drainage or marsupialization of cyst or abscess of liver	11,031	5
44	Liver abscess drainage -PTAD-	75006B	肝囊腫或肝膿瘍引流 或造袋術	Drainage or marsupialization of cyst or abscess of liver	11,031	2
45	Liver abscess drainage-PTAD	75006B	肝囊腫或肝膿瘍引流 或造袋術	Drainage or marsupialization of cyst or abscess of liver	11,031	3
46	gastric juice o b	07001C	糞便潛血化學法	Occult blood(chemical method)	20	589
47	occult blood urine o b	07001C	糞便潛血化學法	Occult blood(chemical method)	20	2
48	donor lymphocyte infusion	11002C	交叉配合試驗	Crossmatching test	200	3
49	peripheral blood stem cells	11002C	交叉配合試驗	Crossmatching test	200	469

項次	未列項名稱	比照支付標準			未列項 提報量	
		醫令 代碼	中文名稱	英文名稱		支付 點數
50	Monitor emboli tilt table CO	20026B	穿顱都卜勒超音波檢查(顱內血管超音波檢查)	(TRANSCRANIAL DOPPLER SONOGRAPHY)	2,000	407
51	TCD monitor emboli tilt table CO	20026B	穿顱都卜勒超音波檢查(顱內血管超音波檢查)	(TRANSCRANIAL DOPPLER SONOGRAPHY)	2,000	51
52	CR for fr of femoral neck	64029B	股骨頸骨折開放性復位術	Open reduction for fracture of femoral neck	12,000	186
53	close reduction with internal fixation for fracture of humerus	64239B	開放性或閉鎖性肱骨粗隆或骨幹或踝部骨折, 開放性復位術	Open reduction for closed or open humeral fracture; tuberosity, shaft or coudyles	8,000	1
54	CR for CO humeral Fr tuberosi	64239B	開放性或閉鎖性肱骨粗隆或骨幹或踝部骨折, 開放性復位術	Open reduction for closed or open humeral fracture; tuberosity, shaft or coudyles	8,000	110
55	CR for Fr of femoral shaft	64028C	股骨幹骨折開放性復位術	Open reduction for fracture of femoral shaft	11,000	63
56	CR for synclesmotic injury	64273C	足踝關節內、外或後踝之雙踝或三踝骨折開放性復位術	Open reduction for bimalleolar or trimalleolar fracture of ankle	6,376	29
57	open reduction and internal fixation	64273C	足踝關節內、外或後踝之雙踝或三踝骨折開放性復位術	Open reduction for bimalleolar or trimalleolar fracture of ankle	6,376	1
58	calcaneal fracture	64035C	腕、跗、掌、蹠骨骨折開放性復位術	Open reduction for fracture of carpal,tarsal,meta-carpal,meta-tarsal	5,600	4
59	close reduction with internal fixation for fracture of calcaneus	64035C	腕、跗、掌、蹠骨骨折開放性復位術	Open reduction for fracture of carpal,tarsal,meta-carpal,meta-tarsal	5,600	2
60	close reduction with internal fixation for fracture of metatarsal	64035C	腕、跗、掌、蹠骨骨折開放性復位術	Open reduction for fracture of carpal,tarsal,meta-carpal,meta-tarsal	5,600	6
61	close reduction with internal fixation for fracture of finger	64036C	指、趾骨骨折開放性復位術	Open reduction for fracture of fingers and toes	2,647	1
62	close reduction with internal fixation for fracture of toe	64036C	指、趾骨骨折開放性復位術	Open reduction for fracture of fingers and toes	2,647	2
63	closed reduction and internal fixation	64036C	指、趾骨骨折開放性復位術	Open reduction for fracture of fingers and toes	2,647	1
64	Percutaneous close pin fixation	64036C	指、趾骨骨折開放性復位術	Open reduction for fracture of fingers and toes	2,647	1
65	tibia fracture close reduction and internal fixation	64031C	脛骨骨折開放性復位術	Open reduction for fracture of tibia	10,000	1
66	open reduction and change head	64064B	股關節脫位開放性復位術	Open reduction for dislocation of hip joint	7,212	1
67	open carpal joint reduction	64068C	腕關節脫位開放性復位術	Open reduction for dislocation of wrist joint	4,090	1
68	radial head replacement	64170B	部份關節置換術併整	Partial joint replacement - cup or hip	11,500	1

項次	未列項名稱	比照支付標準				未列項 提報量
		醫令 代碼	中文名稱	英文名稱	支付 點數	
			型術 — 只置換髌白 或股骨或半股關節或 半肩關節	prosthesis or unicompartament		
69	CAGE REDUCTION	64279B	重行椎間盤切除術： 頸椎、胸椎、腰椎	Revisional disectomy：cervical、 thoracic、lumbar	14,379	1
70	Readjustment of cage	83024C	椎間盤切除術 — 腰 椎	Disectomy-lumbar	13,000	1
71	NSE Neuron Specific enolase	27056B	抗-SCC 腫瘤標記	Anti-SCC	400	370
72	hdnb hemolytic disease of newborn	12097B	庫姆氏血中多項抗體 檢驗（直接法）	Direct Coombs' polyspecific test	70	363
73	t antigen test	12097B	庫姆氏血中多項抗體 檢驗（直接法）	Direct Coombs' polyspecific test	70	1
74	epidural injection	47052B	三叉神經阻斷術	Nerveblock,trigeminal	1,320	167
75	facet joint injection	47052B	三叉神經阻斷術	Nerveblock,trigeminal	1,320	167
76	screening of cryoprotein	12062B	冷凝球蛋白	Cryoglobubin	163	277
77	stool transferrin	12047B	運鐵蛋白 — 單向 免疫擴散法	Transferrin-Single radial immunodiffusion	160	240
78	TF Rapid Test	12047B	運鐵蛋白 — 單向 免疫擴散法	Transferrin-Single radial immunodiffusion	160	26
79	benzodiazepine urine screen	10527B	苯重氮基鹽類濃度 (定量)	Benzodiazepine(quantitative)	320	249
80	opiate urine screen	10811B	嗎啡檢測(免疫分析)	Morphine (EIA)	250	249
81	Loosening Of Prosthesis	26031B	全身炎症掃描	Whole body inflammation scan	5,070	14
82	STD For Osteomyelitis	26031B	全身炎症掃描	Whole body inflammation scan	5,070	212
83	Echo guided nerve block	47051C	末梢神經阻斷術	Nerveblock,peripheral	380	17
84	Caudal block	47051C	末梢神經阻斷術	Nerveblock,peripheral	380	1
85	nerveblock peripheral	19005C	其他超音波	Echo for others	600	4
86	nerveblock peripheral	47051C	末梢神經阻斷術	Nerveblock,peripheral	380	171
87	stool sucrose	07015C	還原物質測定	Reducing substances	35	180
88	Nasopharyngoscopy ear	28002C	鼻咽喉內視鏡檢查	Nasopharyngolaryngoscopy	800	150
89	Endotracheal tube insertion	28002C	鼻咽喉內視鏡檢查	Nasopharyngolaryngoscopy	800	1
90	Endotracheal tube insertion	47031C	氣管內管插管	Endotrachealtubeinsertion	464	1
91	Fiberoptic endotracheal tube intubation	28002C	鼻咽喉內視鏡檢查	Nasopharyngolaryngoscopy	800	10
92	Fiberoptic endotracheal tube intubation	47031C	氣管內管插管	Endotrachealtubeinsertion	464	9
93	Diuretic Renogram	26050B	動態腎/泌尿功能測 定	Dynamic renal/urinary function study	2,370	39
94	Glomerular Filtration Rate Study	26050B	動態腎/泌尿功能測 定	Dynamic renal/urinary function study	2,370	125
95	24 hours ambulatory eeg	20027B	數位影像腦波監測	Digital video EEG long term monitoring	4,000	81
96	pediatric portable continuous eeg monitoring	20027B	數位影像腦波監測	Digital video EEG long term monitoring	4,000	1

項次	未列項名稱	比照支付標準			未列項 提報量	
		醫令 代碼	中文名稱	英文名稱		支付 點數
97	portable continuous eeg monitoring	20027B	數位影像腦波監測	Digital video EEG long term monitoring	4,000	72
98	Solid Phase PLT Antibody	12090B	淋巴球毒殺試驗	Lymphocytotoxic test	1,228	153
99	MDR Bact AST	13020C	抗生素敏感性試驗 (MIC 法) 一菌種【抗微生物藥劑最低抑菌濃度 MIC】	Bacteria MIC test (1 species) [(minimum inhibitory concentration MIC)]	150	138
100	meningitis ag for urine	12166B	腦膜炎雙球菌抗原	Meningococcal Ag	200	4
101	streptococcus pneumonia ag for p f	12172B	尿液肺炎球菌抗原	Pneumococcus Ag (urine)	320	1
102	streptococcus pneumonia ag for p f	12172C	尿液肺炎球菌抗原	Pneumococcus Ag (urine)	320	1
103	streptococcus pneumonia ag	12172C	尿液肺炎球菌抗原	Pneumococcus Ag (urine)	320	8
104	Streptococcus agalactiae Ag serum CSF	13003B	新型隱球菌抗原	Cryptococcus neoformans antigen test	320	82
105	cryptococcus for csf	12069B	隱球菌抗原	Cryptococcus antigen	360	19
106	vdrl for csf	12001C	梅毒試驗	RPR/VDRL test	70	3
107	igg for csf	12025B	免疫球蛋白 G—免疫比濁法	IgG - Nephelometry	275	1
108	peripheral blood stem cell	93008C	分離術白血球(一次, 相當於從 3000 c.c.血液分離出白血球濃厚液) 向捐血中心、家屬或親友取血		6,300	84
109	white blood cell removal	93008C	分離術白血球(一次, 相當於從 3000 c.c.血液分離出白血球濃厚液) 向捐血中心、家屬或親友取血		6,300	18
110	C Laryngoscopy OP surgery	66032B	複雜性喉直達鏡並做聲帶或會厭軟骨腫瘤切除或剝去	Complicated laryngoscopy,operative including excision of tumor and/or stripping or vocal cords or epiglottis	6,151	98
111	urethral botox injution	78210C	直視下尿道切開術	Optic uretrotomy	4,062	98
112	punctal occlusion	87410C	淚小管縫補	Suture of canaliculus	1,892	91
113	argon plasma coagulation	47043B	上消化道內視鏡止血法(任何方法)	Endoscopic treatment in upper GI bleeding	7,818	88
114	Brain PET CT	26073B	正子造影-局部		26,500	75
115	Aliquot and storage of blood	94003B	自體貯血(手術前)	Autologus transfusion (pre-deposit)	350	74
116	cystoscopic blood clot evacuation	78026C	碎石取出術、簡單(在膀胱內壓碎並除去)	Endoscopic cystolitholapaxy, simple crushing of calculus in bladder and remove	4,675	15
117	remove blood clot with transurethral resection	78026C	碎石取出術、簡單(在膀胱內壓碎並除去)	Endoscopic cystolitholapaxy, simple crushing of calculus in bladder and remove	4,675	46
118	check bleeding and remove blood clot	78027C	碎石洗出術複雜性 or 大結石	Endoscopic cystolitholapaxy, complicated	5,437	5
119	Resting upper spasticity reduct	43010C	塑膠製短腿固定副木治療費	RESTING SPLINT, SHORT LEG	420	65

項次	未列項名稱	比照支付標準			未列項 提報量	
		醫令 代碼	中文名稱	英文名稱		支付 點數
120	focal pc	60006C	週邊(局部)網膜雷射術-複診	Focal laser for peripheral retina -return visit	2,180	65
121	RBC minor antigen 1 sykstem	11008B	特殊血型 -Lewis antigen	Special blood group studies- Lewis antigen	315	56
122	ph of body fluid	06001C	酸鹼度反應	pH	15	55
123	Pleural effusion drainage	67006C	密閉式引流術	Closed drainage	3,544	40
124	Pleural effusion drainage revision	67006C	密閉式引流術	Closed drainage	3,544	14
125	study for painful prosthesis	26057B	三相骨骼掃描	Three-phase bone scan	2,260	47
126	hct for ascites	08004C	血球比容值測定	Hematocrite (Hct)	20	5
127	hct for pleural fluid	08004C	血球比容值測定	Hematocrite (Hct)	20	20
128	hb for ascites	08003C	血色素檢查	Hemoglobin (Hb)	20	6
129	hb for pleural fluid	08003C	血色素檢查	Hemoglobin (Hb)	20	15
130	stool α 1-antitrypsin	12041B	α 1- 抗胰蛋白酶 - 免疫比濁法	α 1-antitrypsin-Nephelometry	275	45
131	ct guide epidural injection	33072B	電腦斷層造影 - 有/無造影劑	computered tomography (C. T.)- with/without contrast	5,035	43
132	Mumps virus IgG EIA	14004B	巨大細胞病毒抗體 酵素免疫法	Cytomegalovirus CMV EIA	240	36
133	mumps igg	14009C	腮腺炎病毒補體結合 抗體	Mumps CF virus Ab	200	7
134	ife for urine	12103B	免疫電泳分析	Immunoelectrophoresis	900	39
135	iife for csf	12103B	免疫電泳分析	Immunoelectrophoresis	900	3
136	soft tissue biopsy deep	62062C	腫瘤組織檢查切片 術,部位未明示	Tumor unspecified site biosy	1,180	12
137	soft tissue biopsy superficial	62062C	腫瘤組織檢查切片 術,部位未明示	Tumor unspecified site biosy	1,180	29
138	Atopic dermatitis wound care -hydrotherapy using RO water- a	48014C	皮面創傷處理(火、 燙、電、凍、藥品燒 灼傷及燒膿瘍之處理 及換藥)-體表面積 \leq 10BSA(相當半肢 面積)		2,417	5
139	Other types of generalized dermatitis wound care -hydrothera	48014C	皮面創傷處理(火、 燙、電、凍、藥品燒 灼傷及燒膿瘍之處理 及換藥)-體表面積 \leq 10BSA(相當半肢 面積)		2,417	4
140	Psoriasis wound care -hydrotherapy using RO water- and dress	48014C	皮面創傷處理(火、 燙、電、凍、藥品燒 灼傷及燒膿瘍之處理 及換藥)-體表面積 \leq 10BSA(相當半肢 面積)		2,417	2
141	Wound care for skin bullous disease and drug	48014C	皮面創傷處理(火、 燙、電、凍、藥品燒		2,417	1

項次	未列項名稱	比照支付標準			未列項 提報量	
		醫令 代碼	中文名稱	英文名稱		支付 點數
	eruption 10 BSA		灼傷及燒膿瘍之處理及換藥)一體表面積≤10BSA(相當半肢面積)			
142	Wound care for skin bullous disease and drug eruption -body	48014C	皮面創傷處理(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒膿瘍之處理及換藥)一體表面積≤10BSA(相當半肢面積)		2,417	3
143	Wound care for skin bullous disease and drug eruption -body	48015B	皮面創傷處理(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒膿瘍之處理及換藥)一體表面積11-35BSA(相當一肢面積)		4,431	20
144	Wound care for skin bullous disease and drug eruption -body	48016B	皮面創傷處理(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒膿瘍之處理及換藥)一體表面積36-50BSA(相當二肢面積)		6,663	1
145	Wound care for skin bullous disease and drug eruption 11-35 BSA	48015B	皮面創傷處理(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒膿瘍之處理及換藥)一體表面積11-35BSA(相當一肢面積)		4,431	4
146	Surgical stent or obturator	92052B	閉塞器裝置或手術導引板	surgical stent(splint)	5,000	39
147	endoscopic sialolithotomy in gland	92202B	涎石切除術，在腺體內	Sialolithotomy, in gland	1,900	1
148	T E N S	39009C	Peyronie's 病灶內注射	Peyronie's intral-lesional injection	100	36
149	nt-probnp	12193B	B 型利納肽(B 型利納利尿胜肽)	Pro-BNP/(BNP)	800	35
150	CA 72 4	27050C	胚胎致癌抗原	CEA	400	32
151	colon metal stent placement	47058B	食道內金屬支架置放術	Esophageal metal stent placement	4,439	7
152	colonic self expandable metallic stent placement	47058B	食道內金屬支架置放術	Esophageal metal stent placement	4,439	1
153	duodenum metal stent placement	47058B	食道內金屬支架置放術	Esophageal metal stent placement	4,439	13
154	Duodenal stent placement Colonic stent placement	47058B	食道內金屬支架置放術	Esophageal metal stent placement	4,439	3
155	colonic stenting	28017C	大腸鏡檢查	Colonoscopy	2,250	1
156	Colonoscopy tattooing	28017C	大腸鏡檢查	Colonoscopy	2,250	4
157	placement of colonic stent	28017C	大腸鏡檢查	Colonoscopy	2,250	2

項次	未列項名稱	比照支付標準				未列項 提報量
		醫令 代碼	中文名稱	英文名稱	支付 點數	
158	endovascular aortic repair	69037B	胸（腹）部動靜脈管之切除移植及直接修補手術 — 降主動脈	Excision and graft bypass or direct repair A-V fistula of chest or abdomen	30,971	10
159	thoracic endovascular aortic repair	69037B	胸（腹）部動靜脈管之切除移植及直接修補手術 — 降主動脈	Excision and graft bypass or direct repair A-V fistula of chest or abdomen	30,971	17
160	resection of partial eyelid for trichiasis	87010C	簡單眼瞼內翻手術	Operation for entropion, simple	3,324	27
161	endoscopic radiofrequency ablation	28016C	上消化道泛內視鏡檢查	Upper GI panendoscopy	1,500	6
162	Panendoscopy tattooing	28016C	上消化道泛內視鏡檢查	Upper GI panendoscopy	1,500	2
163	Pernasal upper GI panendoscopy	28016C	上消化道泛內視鏡檢查	Upper GI panendoscopy	1,500	18
164	Eus-guided fine-needle placement -biopsy aspiration inject	19007B	超音波導引（為組織切片，抽吸、注射等）	Ultrasonic guidance for needle placement(eg, biopsy, aspiration, injection)	1,500	13
165	Eus-guided fine-needle placement -biopsy aspiration inject	28043B	電子式內視鏡超音波	Electronic Endoscopic Ultrasonography, EUS	5,953	12
166	cytoSpin	08013C	白血球分類計數	WBC differential count	70	21
167	cytoSpin for bal	08013C	白血球分類計數	WBC differential count	70	2
168	urethral bougie filiform	50013C	尿道擴張	Urethral sounding	630	23
169	endoscopic submucosal dissection	72050B	內視鏡黏膜切除術		8,199	23
170	Hysteroscopic metroplasty	80422C	子宮鏡移除異物或息肉	Hysteroscopic removal of foreign body or polyp	10,080	1
171	TCR E	80422C	子宮鏡移除異物或息肉	Hysteroscopic removal of foreign body or polyp	10,080	22
172	rd or tear pc	60005C	週邊（局部）網膜雷射術—初診	Focal laser for peripheral retina - first visit	4,330	15
173	rd or tear pc	60006C	週邊（局部）網膜雷射術—複診	Focal laser for peripheral retina -return visit	2,180	1
174	crvo pc	60003C	全網膜雷射術 — 初診	PRP-first visit	4,940	3
175	crvo pc	60004C	全網膜雷射術 — 複診	PRP-return visit	2,470	1
176	adenovirus 40/41 ag	14026B	輪狀病毒抗原	ROTA VIRUS Ag	280	19
177	peripheral artery stent grafting	69023B	頸（肢體）動靜脈管之切除移植及直接修補，右繞道手術	Excision and graft bypass or direct repair of A-V fistula, neck or extremity	13,113	18
178	platelet crossmatch test	11007B	血小板抗體	Platelet antibody	500	17
179	breath hydrogen test BHT	30512C	碳-13 尿素呼氣檢查 幽門螺旋桿菌感染	13C-urea breath test for Helicobacter pylori infection	1,160	3
180	C13 Urea Breath Test	30512C	碳-13 尿素呼氣檢查 幽門螺旋桿菌感染	13C-urea breath test for Helicobacter pylori infection	1,160	13
181	mixing aptt	08092B	混合性部份凝血活酶時間	Mixed APTT	180	14

項次	未列項名稱	比照支付標準			未列項 提報量	
		醫令 代碼	中文名稱	英文名稱		支付 點數
182	insertion of feeding jejunostomy tube	47017C	胃管插入	INSERTIONOFNASOGASTRICTUBE	195	3
183	insertion of orogastric tube	47017C	胃管插入	INSERTIONOFNASOGASTRICTUBE	195	10
184	saturated o2 sao2stat	09041B	血液氣體分析	Blood gas analysis	200	12
185	LDNA quantitative amplification test	12152B	In vitro IgG, A, M synthesis		4,500	1
186	LDNA quantitative amplification test	12156B	Ribosomal-P 抗體	Ribosomal-P Ab	600	1
187	Luminex multiplex pathogen PCR	12152B	In vitro IgG, A, M synthesis		4,500	5
188	Luminex multiplex pathogen PCR	12156B	Ribosomal-P 抗體	Ribosomal-P Ab	600	5
189	island flap large	62029B	交腳皮瓣移植術	Cross leg skin flap	10,926	12
190	retroperitoneal drainage tube-revision	75802B	膈下膿瘍引流術	Drainage of subphrenic abscess	11,495	1
191	Subphrenic abscess drainage revision	75802B	膈下膿瘍引流術	Drainage of subphrenic abscess	11,495	10
192	transurethral of bladder biopsies	79407C	經尿道切片術	Transurethral biopsies	4,242	5
193	transurethral resection of the prostate	79407C	經尿道切片術	Transurethral biopsies	4,242	4
194	transurethral resection of the prostate<5gm	79407C	經尿道切片術	Transurethral biopsies	4,242	2
195	Urine paraquat	10809B	血中農藥中毒濃度測定		270	6
196	Urine paraquat	11007B	血小板抗體	Platelet antibody	500	4
197	L1 3 VB	64160B	脊椎骨折開放性復位術	Open reduction for fractrue of spine	13,190	1
198	kyphoplasty	64160B	脊椎骨折開放性復位術	Open reduction for fractrue of spine	13,190	6
199	kyphoplasty	83044B	脊椎融合術－前融合 2.有固定物(1)≤四節	Spinal fusion-anterior spinal fusion with spinal instrumentation ≤ 4 motion segments	18,992	2
200	sputum for pcp	25010B	組織化學染色第一類	Histochemical stain group I	450	6
201	Toluidine blue O stain	25011B	組織化學染色第二類	Histochemical stain group II	1,200	2
202	vesicoureteral reflux	26020B	腎臟掃描	Renal scan	1,899	8
203	wbc apheresis	93009C	白血球＋分離術血小板：一次,相當於從3000 c.c.血液分離出白血球及血小板濃厚液向捐血中心、家屬或親友取血		6,200	8
204	Intra-abdominal abscess drainage revision	75801C	腹腔內膿瘍引流術治療急性穿孔性腹膜炎	Drainage of intraabdominal abscess for acute perforation peritonitis	12,107	7
205	Laparoscopic subtotal hysterectomy	80416B	腹腔鏡全子宮切除術	Laparoscopy hysterectomy	29,753	7
206	HAIC	33075B	血管阻塞術	T.A.E.(trans-arterial embolization)	22,000	6

項次	未列項名稱	比照支付標準			未列項 提報量	
		醫令 代碼	中文名稱	英文名稱		支付 點數
207	Bronchoscopic removal of FB	67012C	氣管、支氣管、細支氣管異物除去術－氣管鏡	Removal of tracheal,bronchial or bronchioral foreign body - by bronchoscopy	4,618	1
208	Removal of FB by bronchoscopy	67012C	氣管、支氣管、細支氣管異物除去術－氣管鏡	Removal of tracheal,bronchial or bronchioral foreign body - by bronchoscopy	4,618	5
209	UGI-Endoscopic mucosal resection	72006B	胃潰瘍或腫瘤的局部切除	Local excision, ulcer or tumor	15,301	6
210	cesarean section	81004C	剖腹產術	Cesarean section	10,237	6
211	scrotal exploration	78605C	睪丸固定術－單側	Orchiopexy-- unilateral	5,874	3
212	epididymal cyst excision,unilateral	78801C	副睪丸切除術－單側	Epididymectomy--unilateral	4,919	2
213	excision of epididymal cyst	78801C	副睪丸切除術－單側	Epididymectomy--unilateral	4,919	1
214	fragility test incubation	08031B	紅血球脆性試驗	RBC fragility	400	1
215	fragility test overnight incubation	08031B	紅血球脆性試驗	RBC fragility	400	2
216	fragility testno incubation	08031B	紅血球脆性試驗	RBC fragility	400	2
217	PTA Thrombectomy	33074B	單純性血管整形術	P.T.A. (percutaneous transluminal angioplasty): simple	10,800	4
218	PTA1	33074B	單純性血管整形術	P.T.A. (percutaneous transluminal angioplasty): simple	10,800	1
219	maxillofacial communicated frac	65039B	上頷骨切除術－全部	Maxillectomy - total	26,628	5
220	Intraoral removal of stones in the proximal submandibular duct	71003C	蝦蟆腫切除術	Excision of ranula	4,508	2
221	Minor salivary gland biopsy	71003C	蝦蟆腫切除術	Excision of ranula	4,508	3
222	amputaion of right 4th toe	64025C	四肢切斷術－指、趾	Amputation of limbs - finger,toe	3,701	4
223	endovenous laser treatment unilateral	69016B	長及短隱靜脈的結紮，分離和完全剝出－單側	Ligation and division and complete stripping of long and short saphenous vein - unilateral	7,109	1
224	endovenous laser treatment bilateral	69017B	長及短隱靜脈的結紮，分離和完全剝出－雙側	Ligation and division and complete stripping of long and short saphenous vein - bilateral	8,295	2
225	endovenous radiofrequency therapy bilateral	69017B	長及短隱靜脈的結紮，分離和完全剝出－雙側	Ligation and division and complete stripping of long and short saphenous vein - bilateral	8,295	1
226	subfascial endoscopic perforator surgery	69019B	根除性筋膜炎剝出(如Linton法)有或無皮膚移植	Stripping, subfascial, radical as Linton type with or without skin graft	8,238	4
227	laparoscopic myomectomy with lysis of adhesion	80425C	腹腔鏡子宮肌瘤切除術	Laparoscopic myomectomy	25,907	3
228	LSC	80425C	腹腔鏡子宮肌瘤切除	Laparoscopic myomectomy	25,907	1

項次	未列項名稱	比照支付標準				未列項 提報量
		醫令 代碼	中文名稱	英文名稱	支付 點數	
	RETROPERITONEAL MASS EXCISION		術			
229	zn for urine	09048B	鋅	Zn (Zinc)	225	3
230	fee for neurovascular mechanical endovascular thrombectomy in acute ischemic stroke	33041B	頸動脈造影－單側	Common carotid artery- one side	7,500	3
231	complicated fb removal earnose	54004C	複雜異物取出	Complicated F.B. Removal, (larynx hypopharynx)	919	3
232	mc or mt synovectomy	64057B	滑膜切除術或關節囊 切除術－指趾	Synovectomy or/and capsulectomy - phalanges	4,473	3
233	excision of soft tissue tumor malignant	64208C	軟組織良性腫瘤切除 術,大或深	Excision of soft tissue tumor, benign, large or deep	9,080	1
234	tophi excision	64208C	軟組織良性腫瘤切除 術,大或深	Excision of soft tissue tumor, benign, large or deep	9,080	2
235	drainage and debridement of abdominal wall abscess	75601C	腹壁膿瘍引流術	Drainage of abdominal wall abscess	3,721	3
236	cystoscopy and laser vesical lithotripsy	77028B	輸尿管鏡取石術及碎 石術－併用雷射治 療方式	Ureteroscopy & removal of ureteral stone	7,446	3
237	endoscopic ureteral tumor ablation	77034B	經內視鏡輸尿管切開 術	Endoscopic ureterotomy	7,922	2
238	URS Laser ablation	77034B	經內視鏡輸尿管切開 術	Endoscopic ureterotomy	7,922	1
239	TCR METROPLASTY	80410B	子宮整形術	Metroplastic surgery	13,711	3
240	anterior blepharotomy	87030B	苗勒氏肌切除及提 肌放鬆	Mullerectomy	5,820	3
241	laparoscopic assisted mini-laparotomy adenomyomectomy	80425C	腹腔鏡子宮肌瘤切除 術	Laparoscopic myomectomy	25,907	2
242	laparoscopic assisted mini-laparotomy adenomyomectomy	80420C	複雜性子宮肌瘤切除 術	Complicated myomectomy	18,748	1
243	Laparoscopic pelvic adhesiolysis	73043B	腹腔鏡腸粘連剝離術	Laparoscopic adhesiolysis	17,403	2
244	Endoscopic biliary stent placement	33024B	逆行性膽道及胰管造 影	E.R.C.P. (Endoscopic retrograde cholangiopancreatography)	15,043	1
245	Endoscopic biliary stent placement	56020B	內視鏡逆行性膽管引 流術	Endoscopic retrograde biliary drainage(ERBD)	7,552	1
246	ct guidespine for radiofrequency	33070B	電腦斷層造影－ 無造影劑	computered tomography (C. T.)-without contrast	3,800	2
247	venous stentgrafting	33133B	腸骨動脈血管支架置 放術	Stenting for Iliac vessel	12,948	2
248	Large bore	47015B	中央靜脈導管置入術	C.V.P. catheter intubation	1,400	2
249	caesarean section wound opening with stitch	48001C	淺部創傷處理－傷 口長 5 公分以下者	Wound treatment--<5cm	350	1
250	PA	48001C	淺部創傷處理－傷 口長 5 公分以下者	Wound treatment--<5cm	350	1

項次	未列項名稱	比照支付標準				未列項 提報量
		醫令 代碼	中文名稱	英文名稱	支付 點數	
251	harvested from right thigh	48006C	深部複雜創傷處理 － 傷口長 10 公分 以上者	Debridement- >10cm	3,993	1
252	implantation of bone flap into thigh	48006C	深部複雜創傷處理 － 傷口長 10 公分 以上者	Debridement- >10cm	3,993	1
253	Head and neck cancer	64207B	軟組織惡性腫瘤廣泛 切除	Wide excision - soft tissue,tumor,malignant	17,183	2
254	pleurectomy	67034B	胸膜固定(黏合)術	Pleurodesis	9,199	2
255	removal of nuss bar	67045B	成人凹凸胸矯正術	Correction of adult chest wall deformity	22,494	2
256	balloon aortic valvuloplasty	68029B	二尖瓣擴張術	Closed mitral or open mitral commissurotomy	26,505	2
257	Pelvic abscess drainage revision	75803C	骨盆腔膿瘍引流術 － 經腹	Drainage of pelvic abscess -transabdominal	9,594	2
258	excision penis of tumors	78401C	陰莖切片	Biopsy penis	2,034	2
259	subcutaneous pocket	83055B	腦脊髓液分流管重置	Revision of CSF shunt	10,560	1
260	vp shunt exposure	83055B	腦脊髓液分流管重置	Revision of CSF shunt	10,560	1
261	IVC	33086B	主動靜脈造影 － 腹 腔主動靜脈	Aortography-Abdominal aortography	4,830	1
262	the detection of fetal hemoglobin in maternal blood	12076B	淋巴球表面標記－ 其他疾病	Lymphocyte surface marker-Others	1,000	1
263	DOR	32012C	脊椎檢查(包括各種 角度部位之頸椎、胸 椎、腰椎、薦椎、尾 骨及薦髂關節等之檢 查)	Spine view (including each view of cervical spine, thoracic spine, lumbar spine, sacrum, coccyx and sacroiliac joint test)	200	1
264	watersoluble contrast ugi series	33006B	上消化道攝影(食 道、胃、十二指腸)	Upper G-I series	1,445	1
265	watersoluble contrast small intes	33008B	小腸系統	Small bowel series (intestine)	1,470	1
266	percutaneous placeme	33081B	食道狹窄氣球擴張術	Esophagealballoondilatation	1,445	1
267	rt perihepatic	33095B	經皮腎造瘻引流管重 置術(重置經皮腎造 瘻引流管)	Revision of percutaneous nephrostomy tube(Pigtail)	1,200	1
268	aspiration of hydrocele	47044C	皮下腫瘍、囊腫抽吸	Aspiration of abscess, cyst etc.	192	1
269	Endoscopic duodenal dilatation	47057B	經內視鏡施行食道擴 張術	Endoscopic esophageal dilation	4,530	1
270	Manual reduction	50021C	徒手睪丸扭轉整復	Manual reduction of testicular torsion	143	1
271	removal of ear packing	54023C	鼻填塞物取出	Remove of nasal packing	170	1
272	penis excision epidermal cyst	62010C	臉部以外皮膚及皮下 腫瘤摘除術－小 小於 2 公分	Excision of skin or subcutaneous tumor (Except face)－ within 2cm	1,623	1
273	excision of apocrine glandbilat	62021C	腋下汗腺切除術 二 邊	Skoog operation	3,100	1
274	Dermal graft transferring	64191B	肌腱轉移或移位	Tendon transposition or tendon	6,000	1

項次	未列項名稱	比照支付標準			未列項 提報量	
		醫令 代碼	中文名稱	英文名稱		支付 點數
	and lifting of left mouth angle			transfer		
275	elbows collateral ligament reconstruction	64213B	膝內外側韌帶重建術	MCL, LCL reconstruction	9,100	1
276	laryngeal laser surgery	65072B	鼻雷射手術	Nasal laser surgery	2,590	1
277	Transoral laser microsurgery of hypopharyngeal cancer	66015B	水平式喉部份切除術	Horizontal partial laryngectomy	16,630	1
278	tracheoplasty	66028B	氣管造口整形術	Stomoplasty	9,830	1
279	Redo open hart surgery	68003B	心包膜切除術	Pericardiectomy	26,188	1
280	CERVICAL ARTERIES LIGATION	69040B	子宮動脈結紮與分離	uterine artery ligation	8,804	1
281	peroral endoscopic myotomy	71225B	胸腔鏡或腹腔鏡食道 肌肉切開術	Thoracoscopic or Laparoscopic Esophagomyotomy(Heller myotomy)	14,966	1
282	radical total gastrectomy	72032B	全胃切除及淋巴清除 及腸胃重建	Total gastrectomy, with LN dissection, with reconstruction (any type)	39,856	1
283	incarceration inguinal hernia with bowel resection	75606B	鼠蹊疝氣修補術 — 併腸切除	Repair of inguinal hernia- with bowel resection	12,949	1
284	broncholavage	75609B	腹腔膿瘍灌洗	Peritoneal lavage	1,100	1
285	Trans vaginal approach Excision of retroperitoneal tumor mal	75811B	後腹腔惡性腫瘤切除 術併後腹腔淋巴腺摘 除術	Excision of retroperitoneal tumor, malignant with retroperitoneal lymphadenectomy	19,271	1
286	Ureteroscopic coagulation	77026B	輸尿管鏡取石術及碎 石術— 單純內視鏡 操作方式	Ureteroscopy & removal of ureteral stone--simple endoscopic	5,537	1
287	removal of foreign body, penis	78408C	陰囊異物移除	Removal of foreign body, scrotum	3,623	1
288	plication of tunica albuginea	78410B	芮斯比式治療陰莖彎 曲術	Nesbit procedure for curvature of penis	5,540	1
289	epididymitis	78412C	陰囊膿瘍切開引流術	I&D for scrotal abscess	2,201	1
290	multiple complex myometrial abscess	80031C	腹腔鏡式骨盆腔子宮 內膜異位症電燒及切 除 — 重度：子宮內 膜異位症分級指數大 於 40 分。	Laparoscopic fulguration or excision of pelvic endometriosis — Severe	18,507	1
291	laparoscopic lysis of pelvic adhesion	80405C	骨盆腔粘連分離術	Lysis of pelvic (abdominal) adhesion	3,410	1
292	spinal abscess resection	83040B	良性脊髓腫瘤切除術	Bemign intraspinal tumor, excision	30,186	1
293	myringotomy with ventilation tube removal	84015B	顯微鏡下鼓膜切開 術，併鼓室通氣管插 入	Myringotomy with ventilation tube insertion Under microscope	3,881	1
294	hepac lock flush	48010C	手術、創傷處置及換 藥—傷口處置	Change dressing- wound care	97	7,662
295	dopple and 2 dimensional echocardiography	18006C	杜卜勒氏超音波心臟 圖	Doppler echocardiography	600	2,373

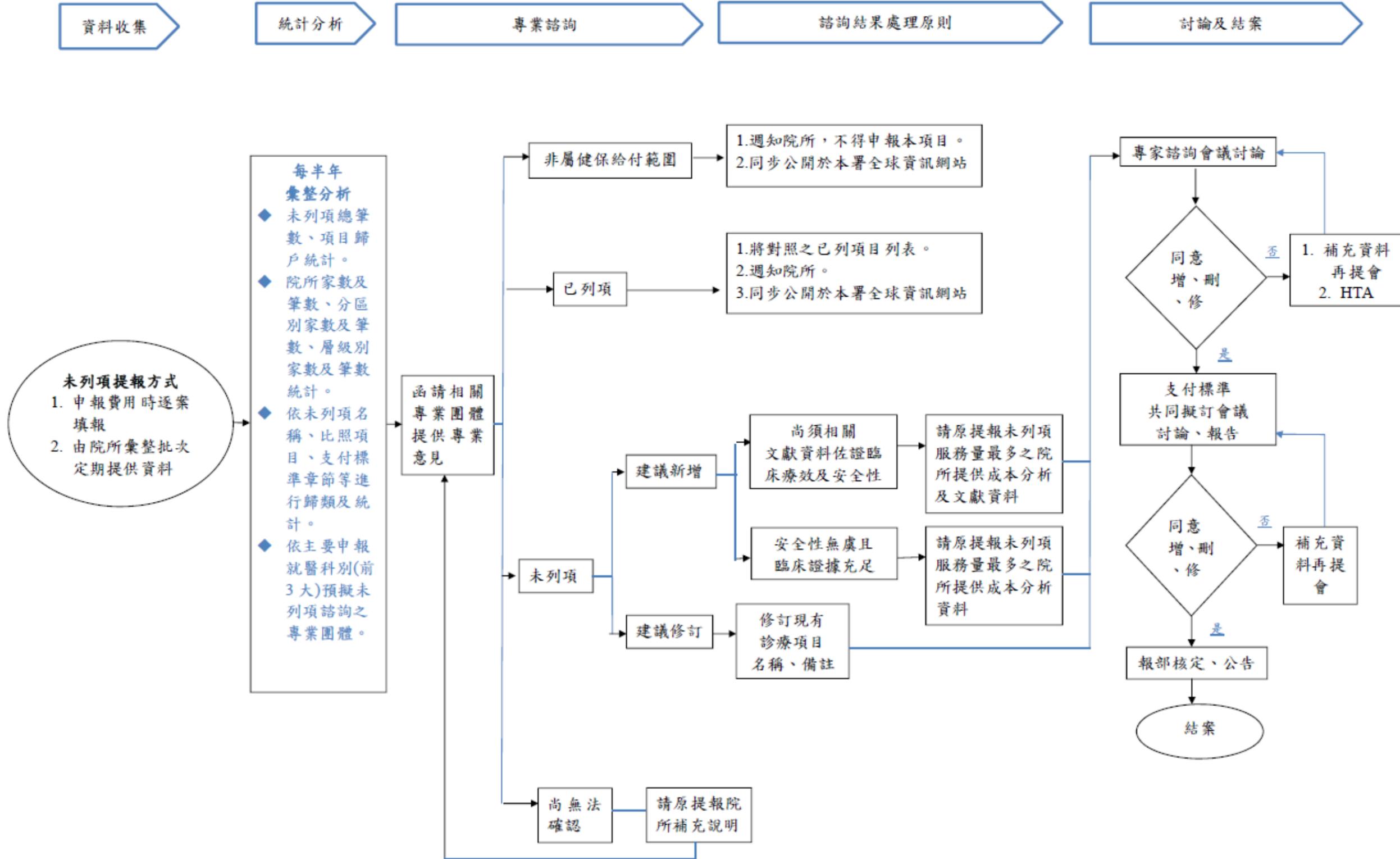
項次	未列項名稱	比照支付標準			未列項 提報量	
		醫令 代碼	中文名稱	英文名稱		支付 點數
296	prostate echo trans rectal	19017C	經尿道(直腸)超音波 檢查	Transurethral (transrectal) ultrasonography	800	1,091
297	hla-class I sequencing-based typing	12087B	人類白血球抗原 – HLA-ABC(多種抗原)	HLA-ABC multiple antige	5,053	448
298	hla-class II sequencing-based typing	12088B	人類白血球抗原 – HLA-DR(多種抗原)	HLA-DR multiple antige	4,383	593
299	behavioral/social/emotion al/ personality assessment	45055C	人格特質評鑑	Personality assessment	859	2,018
300	on pig tail	56010B	胸管插管	Chestintubation	2,400	95
301	on pigtail drainage	56010B	胸管插管	Chestintubation	2,400	7
302	Pig tails drainage	56010B	胸管插管	Chestintubation	2,400	326
303	pig-tail	56010B	胸管插管	Chestintubation	2,400	230
304	pigtail	56010B	胸管插管	Chestintubation	2,400	140
305	pig-tail drainage	56010B	胸管插管	Chestintubation	2,400	4
306	pig-tail intubation	56010B	胸管插管	Chestintubation	2,400	3
307	thoracostomy pigtail placement	56010B	胸管插管	Chestintubation	2,400	18
308	on pig-tail	56010B	胸管插管	Chestintubation	2,400	3
309	on pig-tail	67006C	密閉式引流術	Closed drainage	3,544	1
310	sono-guided pigtail insertion procedures	67006C	密閉式引流術	Closed drainage	3,544	22
311	pleural effusion on pig tail drainage	05201A	門診藥事服務費—一 般處方給藥(7天以 內)		55	1
312	pleural effusion on pig tail drainage	13025C	抗酸性濃縮抹片染色 檢查		74	1
313	pleural effusion on pig tail drainage	13026C	抗酸菌培養(限同時 使用固態培養基及具 自動化偵測功能之液 態培養系統)		304	1
314	pleural effusion on pig tail drainage	15001C	體液細胞檢查	Body fluid cytology	480	1
315	pleural effusion on pig tail drainage	32001C	胸腔檢查(包括各種 角度部位之胸腔檢 查)	Chest view (including each view of chest film)	200	1
316	pleural effusion on pig tail drainage	32002C	胸腔檢查(包括各種 角度部位之胸腔檢 查)	Chest view (including each view of chest film)	160	1
317	pleural effusion on pig tail drainage	39004C	大量液體點滴注射 (林格兒氏液, Rock 液, 生理食鹽水, 葡 萄糖液, 果糖液或血 液代用劑等)注射。	IV drip	75	2
318	pleural effusion on pig tail drainage	47021C	胸腔引流一天	chestdrainage	120	3
319	pleural effusion on pig tail drainage	47032B	心電圖監視器 一天	E.K.G. MONITOR	400	1
320	pleural effusion on pig tail	56010B	胸管插管	Chestintubation	2,400	4

項次	未列項名稱	比照支付標準			未列項 提報量	
		醫令 代碼	中文名稱	英文名稱		支付 點數
	drainage					
321	pleural effusion on pig tail drainage	57017B	脈動式或耳垂式血氧 飽和監視器 (每次)	Pulse or ear oximetry-time	30	1
322	hs-crp	12015C	C 反應性蛋白試驗 — 免疫比濁法	C.R.P (C-reactive protein) - Nephelometry	275	585
323	HLA ABC single Ag HLA B5801	12176B	人類白血球抗原 — HLA-ABC(單一抗原)	HLA-ABC single antigen	3,285	54
324	hla-c sequencing-based typing	12176B	人類白血球抗原 — HLA-ABC(單一抗原)	HLA-ABC single antigen	3,285	431
325	"blood cell markers for pnhcd14,15,24,33,45,flaer "	12075B	白血球表面標記	Leukocyte surface marker	2,000	8
326	blood cell markers for pnh cd14 15 24 33 45 flaer	12075B	白血球表面標記	Leukocyte surface marker	2,000	3
327	Stem cell marker	12075B	白血球表面標記	Leukocyte surface marker	2,000	157
328	Lymphocyte surface marker tumor	12075B	白血球表面標記	Leukocyte surface marker	2,000	211
329	Lymphoproliferation disease mark	12204B	白血球表面標記	Leukocyte surface marker	4,000	96
330	Pediatric physical therapy evalu	42016C	物理治療評估		240	430
331	Ped occupational therapy evalua	43026C	職能治療評估		240	298
332	anti-a,anti-b titer	11005B	不規則抗體鑑定	Antibody identification	400	69
333	Antibody specificity and titer	11005B	不規則抗體鑑定	Antibody identification	400	62
334	Antibody specificity d titer	11005B	不規則抗體鑑定	Antibody identification	400	54
335	remove hickman catheter	62009C	肌肉或深部組織腫瘤 切除術及異物取出術	Excision of muscle or deep tissue tumor,deep foreign body	2,290	7
336	remove port-a	62009C	肌肉或深部組織腫瘤 切除術及異物取出術	Excision of muscle or deep tissue tumor,deep foreign body	2,290	48
337	remove prem cath	62009C	肌肉或深部組織腫瘤 切除術及異物取出術	Excision of muscle or deep tissue tumor,deep foreign body	2,290	1
338	remove perm cath	05201A	門診藥事服務費— 一般處方給藥 (7 天以 內)		55	2
339	remove perm cath	48025C	拆線(次)— 傷口在 10 公分以下	Remove Stiches --<10cm	97	8
340	remove perm cath	62009C	肌肉或深部組織腫瘤 切除術及異物取出術	Excision of muscle or deep tissue tumor,deep foreign body	2,290	15
341	remove port a	25003C	第三級外科病理	Surgical pathology Level III	1,014	1
342	remove port a	62009C	肌肉或深部組織腫瘤 切除術及異物取出術	Excision of muscle or deep tissue tumor,deep foreign body	2,290	7
343	remove port a	62010C	臉部以外皮膚及皮下 腫瘤摘除術 — 小 小於 2 公分	Excision of skin or subcutaneous tumor (Except face) — within 2cm	1,623	1
344	Remove doubleJ ureteral	05226B	門診藥事服務費—		49	1

項次	未列項名稱	比照支付標準			未列項 提報量	
		醫令 代碼	中文名稱	英文名稱		支付 點數
	cath		般處方給藥(7天以內)			
345	Remove doubleJ ureteral cath	50010C	經膀胱鏡逆行尿管導管	Cystoscopy + retrograded ureteral catheterization	2,100	6
346	ct-guided retroperitoneal abscess drainage	33032B	皮下穿刺腎造瘻術	P.C.N. (Percutaneous nephrostomy)	7,500	4
347	ultrasound-guided retroperitoneal abscess drainage	33032B	皮下穿刺腎造瘻術	P.C.N. (Percutaneous nephrostomy)	7,500	2
348	double_lumen_catheter	69006C	血液透析用之血管插管(自靜脈到靜脈)	Insertion cannula for hemodialysis or other purpose, vein to vein	1,360	31
349	On double lumen	69006C	血液透析用之血管插管(自靜脈到靜脈)	Insertion cannula for hemodialysis or other purpose, vein to vein	1,360	53
350	Sono of orbital small vessel	23506C	微細超音波檢查	Microsonography	600	75
351	Acoustic reflex	22003C	聽音電阻檢查	Impedance audiometry	452	66
352	ct guide pancreas biopsy	33026B	經皮穿肝膽管引流術	P.T.C.D. (Percutaneous transhepatic cholangiography-drainage)	9,600	33
353	ct-guided intraperitoneal abscess drainage	33026B	經皮穿肝膽管引流術	P.T.C.D. (Percutaneous transhepatic cholangiography-drainage)	9,600	9
354	ct-guided pelvis abscess drainage	33026B	經皮穿肝膽管引流術	P.T.C.D. (Percutaneous transhepatic cholangiography-drainage)	9,600	4
355	ultrasound-guided intraperitoneal abscess drainage	33026B	經皮穿肝膽管引流術	P.T.C.D. (Percutaneous transhepatic cholangiography-drainage)	9,600	5
356	ultrasound-guided pelvis abscess drainage	33026B	經皮穿肝膽管引流術	P.T.C.D. (Percutaneous transhepatic cholangiography-drainage)	9,600	4
357	Percutaneous Fluoroscopic Gastros	33108B	經皮內視鏡胃造瘻術	P.E.G(percutaneousendoscopicgastrostomy)	2,750	39
358	Study For Osteonecrosis	26029B	全身骨骼掃描	Whole body bone scan	2,352	29
359	Strep pneumoniae Ag serum CSF	12172B	尿液肺炎球菌抗原	Pneumococcus Ag (urine)	320	28
360	esoph mercury dilatation	71207B	逆行食道擴張術	Retrograde esophageal dilatation (esophagectasia, retrograde)	1,420	3
361	Esophageal dilation	71207B	逆行食道擴張術	Retrograde esophageal dilatation (esophagectasia, retrograde)	1,420	12
362	mixing study test	08088B	混合性凝血酶原時間	Mixing PT	150	14
363	s pneumonia ag for csf	12172C	尿液肺炎球菌抗原	Pneumococcus Ag (urine)	320	8
364	Cyanide quantification	08069B	血小板凝集試驗	Platelet aggregation test	800	1
365	Cyanide quantification	10805B	氰化物	Cyanide	150	3
366	oral tumor excision	71004B	舌部份/楔狀切除術	Partial/wedge glossectomy	7,624	4
367	laparoscopic radical subtotal gastrectomy	72047B	次全胃切除及淋巴清除及腸胃重建	Radical subtotal gastrectomy, with reconstruction	33,990	4
368	Pneumonolysis intrapleural-extrapleural-	28009B	肋膜腔鏡檢查合併切片	Thoracoscopy with biopsy	8,956	3
369	pleural effusion-tb culture	13016B	血液培養		380	2
370	laparoscopic gastric tube esophageal reconstruction	71213B	食道再造術--以胃管重建	Esophageal reconstruction-with gastric tube	49,521	2

項次	未列項名稱	比照支付標準				未列項 提報量
		醫令 代碼	中文名稱	英文名稱	支付 點數	
371	RFHI	75613C	鼠蹊疝氣修補術，嵌頓性－無腸切除	Repair of inguinal hernia incarceration -without bowel resection	11,935	2
372	Right PCN-D insertion	76001B	腎周圍或腎臟腫瘤之引流術	Drainage abscess perirenal or renal	5,946	2
373	LSC Y MESH	80033B	經腹腔之骨盆底重建手術		20,164	2
374	interspinous process device	83046B	脊椎融合術－後融合 2.有固定物(1)≤六節	Spinal fusion-posterior spinal fusion with spinal instrumentation ≤ 6 motion segments	19,406	1
375	spinal operation fusion tlif	83046B	脊椎融合術－後融合 2.有固定物(1)≤六節	Spinal fusion-posterior spinal fusion with spinal instrumentation ≤ 6 motion segments	19,406	1
376	Gastroenterostomy	28014C	腹腔鏡檢查	Laparoscopy	3,274	1
377	percutaneous lung needle aspiration biopsy	29030B	經皮穿胸肺組織穿刺	Lung aspiration	1,000	1
378	right knee TKR with Zimmer prolong prosthesis	64164B	全膝關節置換術	Total knee replacement	19,608	1
379	open rhinoplasty	65034B	鼻成形術	Rhinoplasty	8,450	1
380	Endoscopic gastrostomy	72017C	胃造口術	Gastrostomy	11,560	1
381	Laparoscopic ovary biopsy	80805C	卵巢部份切片術	Biopsy ovary, incisional	4,079	1

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準 未列項目研訂納入支付標準作業流程(草案)



106年1-6月未列項目請相關醫學會表示意見樣張

未列項名稱	106年1-6月提報量	請各專科醫學會就下列內容審慎勾選回答，供健保署研議參考					
Fructosamine	2,403	是否為健保給付範圍	<input type="checkbox"/> 否，理由：				
			<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 為已列項，醫令代碼應為：			
				<input type="checkbox"/> 為未列項	<input type="checkbox"/> 建議新增診療項目	<input type="checkbox"/> 尚須相關文獻資料佐證臨床療效及安全性(可複選)	<input type="checkbox"/> 須提供臨床實證基礎資料
						<input type="checkbox"/> 須提供國內外相關疾病之治療指引	
<input type="checkbox"/> 建議修訂現行診療項目，即可納入此未列項(請敘明)		<input type="checkbox"/> 安全性無虞且臨床證據充足 修訂之醫令代碼： <input type="checkbox"/> 修訂中英文名稱(請敘明)： <input type="checkbox"/> 修訂備註(請敘明)： <input type="checkbox"/> 其他(請敘明)：					

106 年度第 8 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」

會議紀錄

時間：106 年 11 月 22 日上午 9 點 30 分

一、臺中榮民總醫院新增診療項目「類胰蛋白酶」乙案

討論重點：

- (一) 新增必要性：兩次會議均認同本項可幫助後續正確診斷避免再發生休克，雖不影響當次緊急處置，惟為病人長期醫療安全考量，建議新增。
- (二) 適用層級：
 1. 手術麻醉最容易發生過敏性休克，故易發生過敏性休克情況多在醫院。
 2. 有專家建議區域醫院以上層級或急診後送醫院適用，亦有專家表示病患可能於開刀房發生過敏性休克，建議地區醫院應適用。
 3. 診所中可能發生過敏性休克僅為施打退燒針，且採檢時點正確，診所亦可採代檢方式為之。
- (三) 執行時點：應在事件發生後 1~3 小時執行，超過 6 小時採血，參考價值下降，同時於 24 小時後，再採血 1 次作為對照，故建議執行時點為症狀發生後 6 小時「內」及 24~48 小時。
- (四) 預估年執行量：
 1. 健保資料庫無法區分是否為麻醉引起之過敏性休克，故以健保申報資料推估年執行量應屬高估。
 2. 提案單位以單一家且為醫學中心之醫院過敏性休克發生率推估年執行量，應屬高估。
 3. 年執行量應介於免疫學會建議人數及健保資料庫統計人數

間，建議暫以 3,000 人估算年執行量，計 6,000 人次。

結論：與會專家一致同意新增本項，建議支付標準如下：

- (一) 適應症：同意中榮本次修訂為「疑過敏性休克」併特定臨床症狀。
- (二) 支付規範：
 1. 執行時點為症狀發生後 6 小時「內」及 24~48 小時。
 2. 適用醫院以上層級。
- (三) 支付點數：1,147 點。
- (四) 預估年執行量：6,000 人次。
- (五) 財務評估：688 萬點(=1,147*6,000)。

二、台灣消化系內視鏡醫學會新增診療項目「導管式膽胰管內視鏡術」案

討論重點：

- (一) 新增必要性：兩次會議均認同本項有助於困難診斷之膽管或胰管內腫瘤具提高診斷率及治療，建議新增。
- (二) 建議適應症：
 1. 適應症 2 規範「經外科醫師認定」不適合外科手術者，恐限制病患接受本項處置，爰建議修訂為「經內外科醫師討論評估施行本項優於外科手術者」。
 2. 肝臟移植病患之困難膽管狹窄若未妥善處理，病患後續需放置引流管或再次換肝；另肝空腸吻合移植等肝膽管手術病患之困難膽管狹窄，亦需本項處置。
- (三) 建議支付規範：
 1. 為避免濫用，建議適應症 1 及 2 需事前審查，惟手術當次即可施行本項，若需事前審查，反而病患須重做同樣治療處置過程，爰建議適應症 3 不需先事審。

2. 本項與 33024B 「逆行性膽道及胰管造影(ERCP)」、56031B 「經內視鏡括約肌切開術」或 56032B 「經內視鏡 12 指腸括約肌氣球成形術」，屬同次治療處置過程，故不得併同申報。
3. 基於本項之醫療風險及執行困難度，建議執行醫師須接受 ERCP 訓練。

(四) 成本分析：考量醫療風險及執行困難度，建議主治醫師每分鐘成本加計 20%，建議支付點數 19,123 點。

結論：與會專家一致同意新增本項，建議支付標準如下：

(一) 適應症：

1. 不明原因之膽管或胰管病灶，無法藉由逆行性內視鏡膽胰管攝影術細胞刷檢或切片取得確切細胞病理診斷者。
2. 困難膽管或胰管結石，使用機械碎石術仍無法將結石取出，經內外科醫師討論評估施行本項優於外科手術者。
3. 經肝臟移植術或肝膽管手術後，困難膽管狹窄，使用導線線技術 15 分鐘，仍無法通過狹窄者。

(二) 支付規範：

1. 施行本項適應症 1 及 2，需事前審查。
2. 限經台灣消化系內視鏡醫學會 ERCP 認證，並接受輻射防護訓練之醫師施行。
3. 不得同時申報 28007B、28008B、28034B、28035B、33024B、56031B、56032B。

(三) 支付點數：19,123 點。

(四) 預估年執行量：200 人次。

(五) 財務評估：新增本項前，病患可能接受現行健保處置或手術

等治療，爰不增加健保支出。

三、台灣腦中風醫學會新增診療項目「急性缺血性腦中風機械取栓手術費」案

討論重點：

(一) 增修必要性：兩次會議均同意

1. 現行醫院已採比照現行診療項目方式，申報急性缺血性腦中風機械取栓(IA)費用，惟各院比照項目不一，又現行已給付 rt-PA 治療處置費(編號 47101B)，爰建議就機械性取栓之技術成本，新增診療項目。
2. IA 之緊急啟動評估、術中及術後監測費用，支付精神與目的同編號 47101B「急性缺血性中風靜脈血栓溶解治療處置費」，爰建議修訂名稱，並增列 IA 亦可申報。

(二) 建議項目名稱：考量本項係於血管攝影室內執行，又現行給付之血管造影及血管栓塞術列屬處置章節，爰本項名稱 IA 手術費有所不妥，建議刪除手術文字，且列處置章節。

(三) 建議支付規範：

1. 基於本項之醫療風險及執行困難度，建議執行醫師須腦神經血管內介入治療專長訓練，前開訓練可由腦中風學會、放射線醫學會、神經放射線醫學會、神經外科醫學會、神經血管外科及介入治療醫學會、神經學會辦理及認證。
2. 提案單位表示臨床實務上執行機械取栓前後，尚須執行 CT 或 MRI 或血管攝影等診療項目，以觀察腦血管阻塞情形或確認血管暢通，爰原建議「不得同時申報雙側頸動脈攝影及選擇性血管造影」之文字刪除。

(四) 成本分析：

1. 提案單位表示 IA 前期與家屬做病情解釋，需耗用 30 分鐘，

中期執行 IA 需耗用 120 分鐘，IA 後期與家屬做病情解釋及以 CT 確認血管暢通情形，需耗用 30 分鐘，故本項之人員耗用時間、設備及房屋之占用時間應以 180 分鐘計。

2. 基於醫療風險及執行困難度，建議主治醫師每分鐘成本加計以 49.1 元計算。
3. 台灣神經放射線醫學會表示提案單位所提血管攝影室之取得成本 3,255,000 元過低，應改以 5,020,714 元計算。
4. 台灣神經外科醫學會建議執行廠域應為 Hybrid-OR，惟國內多數醫院血管攝影室規格未達 Hybrid-OR，爰建議整體醫院房屋規格提升後，再提案修訂本項房屋折舊成本。

結論：與會專家一致同意新增本項，併同修訂編號 47101B，建議支付標準如下：

(一) 新增診療項目「急性缺血性腦中風機械取栓術」

1. 適應症、禁忌症：同意腦中風學會之建議。
2. 支付規範：
 - (1) 人員資格要求：接受並通過台灣腦中風學會、中華民國放射線醫學會、中華民國神經放射線醫學會、台灣神經外科醫學會、台灣神經血管外科與介入治療醫學會、台灣神經學會等六個醫學會之相關腦神經血管內介入治療專長訓練與認證之醫師施行。
 - (2) 不得同時申報：動脈或靜脈栓塞物切除術 (69001B~69003B)。
3. 支付點數：45,059 點。
4. 預估年執行量：500 人次
5. 財務評估：1,369 萬 $=[(45,059-17,688)*500]$ 。

(二) 修訂 47101B「急性缺血性中風靜脈血栓溶解治療處置費」之

名稱及適應症

1. 名稱：急性缺血性腦中風處置費
2. 適應症：
 - (1) 急性缺血性中風病患符合「靜脈血栓溶解治療收案條件」並於三小時內開始靜脈注射。
 - (2) 執行「急性缺血性腦中風機械取栓術」者。
3. 財務評估：查現行編號 47101B 於 105 年新增時，即以急性缺血性腦中風 4,000 人次推估費用，按目前 105 年 rt-PA 處置費申報 1,287 件及特材品項「顱內血管重建裝置」申報 293 組，本次併同修正 47101B，不增加健保支出。

討論事項

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)4.0 版支付通則及未實施項目實施時程案，提請討論。

說明：

一、依據 106 年 8 月 9 日及 106 年 9 月 1 日「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」（以下稱共擬會議）106 年第 2 次及第 3 次臨時會會議決議及 107 年總額協商結果辦理。

二、Tw-DRGs 實施現況

（一）全民健康保險自 99 年起實施住院診斷關聯群(Tw-DRGs)，總計 1,062 項 DRG(3.4 版)占住院總點數 58%，住院總件數 79%。目前已實施第 1、2 階段 401 項 DRGs，占醫院住院總點數 20%，占住院總件數 25%。其餘未導入之 661 項 DRG，占醫院住院總點數 38%，占住院總件數 54%。

（二）經統計，屬 DRG 範圍案件之實際醫療費用點數自 97 年的 1,383 億點至 105 年已達 1,777 億點。申請費用加上部分負擔點數則由 97 年之 1,420 億點至 105 年之 1,839 億點。申請費用與部分負擔合計點數每年與實際醫療費用點數差值為 37 至 62 億點（**附件 3-1，P54**）。

三、為規劃 4.0 版 Tw-DRGs 實施時程，本署分別於 106 年 8 月 9 日及同年 9 月 1 日提報共擬會議討論，會議決議如下：

（一）由本署將 105 年申報資料，予「106 年支付標準調整校正」及「4.0 版 DRGs 分類結果」，透過 VPN 供各醫院準備及評估參考。

（二）4.0 版 Tw-DRGs 實施時程，視各醫院準備情形再議。

四、配合上述決議內容，本署辦理情形如下：

(一) 已完成事項

1. 公開新版草案：106 年 9 月 13 日新 4.0 版支付通則及分類表、QA 輯置於全球資訊網。截至目前為止，上述訊息已由本署各分區業務組通知全部 475 家醫院。
2. 財務影響評估：106 年 10 月 20 日以 105 年申報資料(經支付標準校正)並採新 4.0 版 DRG 分類結果之各醫院各案件財務影響評估結果，已請分區置於 VPN 供醫院參考。截至目前為止，上述資料除呼吸照護、精神疾病及部分慢性醫院外，已由本署各分區業務組提供 433 家醫院。

(二) 待完成事項

1. 預計 106 年 12 月底公開編審程式，提供網路版及單機版供醫院使用。
2. 持續依專科醫學會或醫院建議，檢討分類表之合理性。
3. 截至目前為止，已有 100 家醫院回復已展開新 4.0 版準備工作，將持續請本署各分區業務組了解轄區醫院準備情形。

五、為配合 107 年總額協商結果並使醫院及早進行準備，4.0 版支付通則及未實施項目實施時程建議如下：

(一) 甲案: 107 年 7 月 1 日同步實施 4.0 版支付通則及全面導入第 3-5 階 Tw-DRGs。

1. 優點：醫院可一次調整申報作業，減輕行政及資訊負擔。
2. 缺點：4.0 版及 3-5 階項目同步實施，醫院管理壓力較大。

(二) 乙案：107 年 4 月 1 日實施 4.0 版支付通則、107 年 7 月 1 日實施第 3-5 階 Tw-DRGs。

1. 優點：醫院可以有更多一季期間另行適應 4.0 分類表及通則，作為 3-5 階之導入參考。

2. 缺點：醫院分段調整申報作業，增加行政及資訊負擔。

六、107年10.88億專款依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。

擬辦：本案經確認同意，將依程序報請衛生福利部核定後公告實施。

附表

申報資料年度 (單位：億點)	申請費用+部分負擔 點數	實際醫療費用 點數	申請費用+部分負擔與實 際醫療費用點數之差異
97	1,420	1,383	37
98	1,683	1,646	37
99	1,478	1,432	46
100	1,536	1,499	37
101	1,569	1,533	36
102	1,597	1,566	32
103	1,720	1,670	49
104	1,834	1,774	60
105	1,839	1,777	62

資料來源：97-105當年度住院範圍資料

製表日期：106年11月20日



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

106 年第四次會議資料

補充資料(二)

106 年 12 月 14 日 (星期四) 下午 2 時
本署 18 樓大禮堂

106 年度第四次「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」會議議程

壹、報告事項

五、有關修訂 107 年度「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫方案」。	第 1 頁 (原會議資料 P181-266)
六、107 年全民健康保險高診次者藥事照護計畫(草案)。	第 85 頁

貳、討論事項

一、106 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準增修「神經外科術中神經功能監測」等 13 項診療項目案。	第 123 頁 (原會議資料 P301，表二)
三、全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)4.0 版支付通則及未實施項目實施時程案。	第 125 頁 (原補充資料 P51-54)

參、臨時報告事項

一、107 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準案。	第 131 頁
-----------------------------	---------

報告事項

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：有關修訂107年度「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫方案」(修正草案對照表如附件5-1，P5~P30)。

說明：

- 一、依據衛生福利部全民健康保險會106年9月22日第3屆106年第8次委員會議協定107年其他預算項目及其分配案辦理，本方案107年全年經費為11億元。
- 二、鑑於近年「醫療影像檢查」費用的成長幅度驚人，為避免民眾重複受檢，既浪費醫療資源，也可能對民眾身體帶來不必要的傷害，依本署106年11月16日召開之「醫療檢查影像 CT 及 MRI 即時上傳及分享作業討論會」會議紀錄(附件5-2，P31~P35)，本方案107年修訂重點獲致共識為獎勵醫療院所即時上傳電腦斷層造影及磁振造影之影像及報告資料，又本署為供醫療院所有充足資訊提供醫療服務，亦將齒顎全景 X 光片、超音波、胃鏡及大腸鏡檢查併入本方案獎勵，上開作業為讓醫療院所有充足準備時間，獎勵規定實施後之前半年為緩衝期(107年1月至107年6月)，摘錄修訂重點如下：
 - (一) 固接網路增訂「醫療檢查影像上傳類申請者」，供醫院層級得選擇企業型光纖20M 或30M 或40M 或50M，另為鼓勵醫院充分利用上述網路頻寬進行影像上傳，合理支付固接網路月租費，增訂此類申請者如 CT 及 MRI 影像上傳率未達一定比率，將改依原申請頻寬月租費上限辦理結算，一定比率值訂定如下：
 1. 107Q1及107Q2：不訂定，各需有任一傳送 CT 及 MRI 影像即符合標準。

2. 107Q3：50%。

3. 107Q4：80%。

(二) 增修訂2類資料上傳獎勵金：

1. 新增「上傳醫療檢查影像獎勵金」：

(1) 獎勵項目：「電腦斷層造影」(醫令代碼33070B、33071B及33072B)、「磁振造影」(醫令代碼33084B及33085B)、「齒顎全景 X 光片攝影」(醫令代碼34004C)、「上消化道泛內視鏡檢查」(醫令代碼28016C)、「大腸鏡檢查」(醫令代碼28017C)及「超音波檢查」(醫令代碼18005C、18006C、18007B、18008C、18033B、18041B、19001C、19002B、19003C、19005B、19007B、19009C、19010C、19012C、19014C、19015C、19016C、19017C、19018C、20013B、20026B、21008C、21010C、23504C、23506C)。

(2) 獎勵條件：緩衝期間，醫療院所於費用年月次月底前上傳影像即符合標準；緩衝期後，醫療院所需於實際檢查日期後之24小時內，將醫療檢查影像傳送至本署，方符合獎勵條件。

(3) 支付方式：「電腦斷層造影」(醫令代碼33070B、33071B及33072B)及「磁振造影」(醫令代碼33084B及33085B)，每筆醫令獎勵10元；「齒顎全景 X 光片攝影」(醫令代碼34004C)、「上消化道泛內視鏡檢查」(醫令代碼28016C)、「大腸鏡檢查」(醫令代碼28017C)及「超音波檢查」(醫令代碼18005C、18006C、18007B、18008C、18033B、18041B、19001C、19002B、19003C、19005B、19007B、19009C、19010C、19012C、19014C、19015C、19016C、19017C、19018C、20013B、20026B、21008C、21010C、23504C、23506C)，每筆醫令獎勵2元。

2. 「上傳檢驗(查)結果獎勵金—即時上傳檢驗(查)結果額外獎勵金」增訂「報告型資料」之「電腦斷層造影」、「磁共振造影」、「齒顎全景 X 光片攝影」、「上消化道泛內視鏡檢查」、「大腸鏡檢查」及「超音波檢查」：

(1) 獎勵項目：原為門診及急診之「非報告型資料」(維持不變)，本次增訂「報告型資料」之「電腦斷層造影」(醫令代碼33070B、33071B及33072B)、「磁共振造影」(醫令代碼33084B及33085B)、「齒顎全景 X 光片攝影」(醫令代碼34004C)、「上消化道泛內視鏡檢查」(醫令代碼28016C)、「大腸鏡檢查」(醫令代碼28017C)及「超音波檢查」(醫令代碼18005C、18006C、18007B、18008C、18033B、18041B、19001C、19002B、19003C、19005B、19007B、19009C、19010C、19012C、19014C、19015C、19016C、19017C、19018C、20013B、20026B、21008C、21010C、23504C、23506C)項目。

(2) 支付方式：「非報告型資料」，每筆即時上傳醫令加計1點(維持不變)；「報告型資料」，每筆即時上傳醫令加計5點(本次新增)。

(3) 結算方式：為讓醫療院所能更即時獲本項獎勵金，由「按年結算」提升為按季結算。

(三) 另修訂「固接網路」網路月租費核付指標(診所及交付機構適用)之「門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率」計算方式及閾值：

1. 依本署106年9月30日召開之「研商106年10月起增列申報醫令執行起迄時間及醫事人員代號事宜會議」臨時動議決議詳(附件5-3, P36~P39)，略以：流感疫苗接種案件不納入「門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率」計

算，但同時應提高本項查詢率閾值，以提升用藥安全與醫療品質。

2. 相關修訂如下：

(1) 指標達成率：經參考106年第2季本指標實績值(下表)，達成率擬由20%調整為45%(20百分位值)。

百分位	P10	P20	P30	P40	P50	P60	P70	P80	P90	P100	平均值
統計值	17%	45%	66%	78%	86%	91%	94%	96%	98%	100%	79%

(2) 指標定義：

A. 分子：門診病人(交付機構提供醫藥服務病人)查詢健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷人數。(無修訂)

B. 分母：門診病人數(交付機構提供醫藥服務病人)，排除預防保健、四癌篩檢、轉檢、代檢、新特約二個月內案件及健保卡作業異常無法使用健保卡及流感疫苗接種案件。(註：方案雖原無上開底線文字(除流感疫苗接種案件)，惟105年起指標計算時已排除預防保健、四癌篩檢、轉檢、代檢、新特約二個月內案件及健保卡作業異常無法使用健保卡案件)

三、 本案為本署107年重點推展工作之一，考量相關作業涉醫療院所之資訊系統及網路頻寬調整等，且於本署106年11月16日召開之「醫療檢查影像CT及MRI即時上傳及分享作業討論會」已獲致共識，故本署業106年11月30日將本方案併同「特約醫事服務機構上傳醫療檢查影像格式說明」(附件5-4，P40~P46)及「特約醫事服務機構上傳檢驗(查)結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明」(附件5-5，P47~P84)函報衛生福利部核定，後續將依程序辦理公告作業。

「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」

修正草案對照表

修正方案(107年)	現行方案(106年)	說明
一、依據：全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額辦理。	一、依據：全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額辦理。	未修正。
二、目的：為鼓勵特約醫事服務機構提升網路頻寬，以利即時、迅速查詢病患於不同醫事機構間之醫療資訊，供處方參考，以確保保險對象就醫安全，以及提升醫療服務效率。	二、目的：為鼓勵特約醫事服務機構提升網路頻寬，以利即時、迅速查詢病患於不同醫事機構間之醫療資訊，供處方參考，以確保保險對象就醫安全，以及提升醫療服務效率。	未修正。
三、預算來源：全民健康保險醫療給付費用總額之其他預算「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施」項目。	三、預算來源：全民健康保險醫療給付費用總額之其他預算「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施」項目。	未修正。
四、適用對象： (一)固接網路： 1. 保險人特約醫事服務機構包含醫院、診所及交付機構。 2. 特約醫事服務機構應依特約層級別選擇申請裝設所需速率頻寬，醫院層級別得選擇企業型光纖4M或6M或10M， <u>如醫院層級有傳送醫療檢查影像，得選擇企業型光纖20M或30M或40M或50M</u> ，另保險人分區業務組得視地區醫院之服務規模，專案核准其申請企業型或專業型光纖2M或1M之網路頻寬；基層診所及交付機構得選擇企業型或專業型光纖1M或2M以上之網路。 3. 特約醫事服務機構需檢送申請表(附件1)，由保險人分區業務組核定後辦理。 (二)行動網路(Mobile Data Virtual Private Network, MDVPN)：	四、適用對象： (一)固接網路： 1. 保險人特約醫事服務機構包含醫院、診所及交付機構。 2. 特約醫事服務機構應依特約層級別選擇申請裝設所需速率頻寬，醫院層級別得選擇企業型光纖4M或6M或10M，但保險人分區業務組得視地區醫院之服務規模，專案核准其申請企業型或專業型光纖2M或1M之網路頻寬；基層診所及交付機構得選擇企業型或專業型光纖1M或2M以上之網路。 3. 特約醫事服務機構需檢送申請表(附件1)，由保險人分區業務組核定後辦理。 (二)行動網路(Mobile Data Virtual Private Network, MDVPN)：	為讓特約醫事服務機構即時上傳「醫療影像檢查」之影像及報告資料，本方案107年擴增補助醫院層級如有傳送醫療檢查影像，得選擇企業型光纖20M或30M或40M或50M。

修正方案(107年)	現行方案(106年)	說明												
<p>1. 適用對象為事先經保險人同意提供居家醫療照護、或至醫療資源缺乏地區、山地離島地區等非院所內提供醫療服務之特約醫事服務機構。</p> <p>2. 申請數量以1組為原則，惟經分區業務組瞭解特約醫事服務機構實際業務需要，最多可申請2組。</p> <p>3. 特約醫事服務機構需檢送申請表(附件2)，由保險人分區業務組核定後辦理。</p>	<p>1. 適用對象為事先經保險人同意提供居家醫療照護、或至醫療資源缺乏地區、山地離島地區等非院所內提供醫療服務之特約醫事服務機構。</p> <p>2. 申請數量以1組為原則，惟經分區業務組瞭解特約醫事服務機構實際業務需要，最多可申請2組。</p> <p>3. 特約醫事服務機構需檢送申請表(附件2)，由保險人分區業務組核定後辦理。</p>													
<p>五、支付項目及標準：</p> <p>(一)特約醫事服務機構之「固接網路」網路月租費，按季核算並支付，但特約醫事服務機構未於本方案各季結算時點前申報醫療費用資料者，不予支付。</p> <p>1. 支付方式：<u>計算方式如下，惟屬「醫療檢查影像上傳類」申請者，如醫療檢查CT及MRI影像上傳率未達一定比率，將改依原申請頻寬月租費上限辦理結算。(註：「一定比率」於107Q1及107Q2不訂定，各需有任一傳送CT及MRI影像即符合標準；107Q3為50%；107Q4為80%)</u></p> <table border="1" data-bbox="209 1585 588 1921"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>計算方式</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>基本費</td> <td>$F \times 50\%$</td> </tr> <tr> <td>指標獎勵</td> <td>$F \times 50\% \times \Sigma$ 獎勵指標達成之支付權重</td> </tr> </tbody> </table> <p>(1)醫院適用獎勵指標(七項)： i.指標內容：住院病人健</p>	項目	計算方式	基本費	$F \times 50\%$	指標獎勵	$F \times 50\% \times \Sigma$ 獎勵指標達成之支付權重	<p>五、支付項目及標準：</p> <p>(一)特約醫事服務機構之「固接網路」網路月租費，按季核算並支付，但特約醫事服務機構未於本方案各季結算時點前申報醫療費用資料者，不予支付。</p> <p>1. 支付方式：</p> <table border="1" data-bbox="681 1585 1061 1921"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>計算方式</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>基本費</td> <td>$F \times 50\%$</td> </tr> <tr> <td>指標獎勵</td> <td>$F \times 50\% \times \Sigma$ 獎勵指標達成之支付權重</td> </tr> </tbody> </table> <p>(1)醫院適用獎勵指標(七項)： i.指標內容：住院病人健</p>	項目	計算方式	基本費	$F \times 50\%$	指標獎勵	$F \times 50\% \times \Sigma$ 獎勵指標達成之支付權重	<p>為鼓勵醫院充分利用上述網路頻寬進行影像上傳，合理支付固接網路月租費，增訂此類申請者如CT及MRI影像上傳率未達一定比率，將改依原申請頻寬月租費上限辦理結算。</p>
項目	計算方式													
基本費	$F \times 50\%$													
指標獎勵	$F \times 50\% \times \Sigma$ 獎勵指標達成之支付權重													
項目	計算方式													
基本費	$F \times 50\%$													
指標獎勵	$F \times 50\% \times \Sigma$ 獎勵指標達成之支付權重													

修正方案(107年)	現行方案(106年)	說明
<p>保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率、門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率、門診或住診抽審案件數位審查、特定檢查項目(CT、MRI、PET)資源共享率、檢驗(查)結果上傳率、急診案件健保卡上傳正確率及人工關節植入物上傳率。</p> <p>ii. 各項指標達成率、評核方式及支付權重，詳附件3。</p> <p>(2) 診所及交付機構適用獎勵指標(五項)：</p> <p>i. 指標內容：門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率、特定醫療資訊查詢關懷名單網頁開啟率、門診抽審案件數位審查、健保卡上傳作業正確率及檢驗(查)結果上傳率。</p> <p>ii. 各項指標支付權重為50%，由保險人依指標達成項目最高二項計算，支付權重最高為100%。各項指標達成率、評核方式，詳附件4。</p> <p>2. 支付上限：</p> <p>(1) 依保險人與電信公司合約折扣率計算之頻寬月租費為上限(以107年為例，頻寬月租費介於新台幣1,980元至5萬4,561元，詳附件5)。</p> <p>(2) 特約醫事服務機構之頻寬月租費低於支付上限者，以其支付電信公司之費用及目標值達成情形核實支付。</p>	<p>保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率、門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率、門診或住診抽審案件數位審查、特定檢查項目(CT、MRI、PET)資源共享率、檢驗(查)結果上傳率、急診案件健保卡上傳正確率及人工關節植入物上傳率。</p> <p>ii. 各項指標達成率、評核方式及支付權重，詳附件3。</p> <p>(2) 診所及交付機構適用獎勵指標(五項)：</p> <p>i. 指標內容：門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率、特定醫療資訊查詢關懷名單網頁開啟率、門診抽審案件數位審查、健保卡上傳作業正確率及檢驗(查)結果上傳率。</p> <p>ii. 各項指標支付權重為50%，由保險人依指標達成項目最高二項計算，支付權重最高為100%。各項指標達成率、評核方式，詳附件4。</p> <p>2. 支付上限：</p> <p>(1) 依保險人與電信公司合約折扣率計算之頻寬月租費為上限(以107年為例，頻寬月租費介於新台幣1,980元至5萬4,561元，詳附件5)。</p> <p>(2) 特約醫事服務機構之頻寬月租費低於支付上限者，以其支付電信公司之費用及目標值達成情形核實支付。</p>	
<p>(二) 特約醫事服務機構之行動網路月租費，按季核算並支付：</p> <p>1. 依電信公司提供特約醫事服務機構該季繳交網路頻寬之月租費證明書據(繳款人需為該特約醫事服務機</p>	<p>(二) 特約醫事服務機構之行動網路月租費，按季核算並支付：</p> <p>1. 依電信公司提供特約醫事服務機構該季繳交網路頻寬之月租費證明書據(繳款人需為該特約醫事服務機</p>	未修正。

修正方案(107年)	現行方案(106年)	說明
<p>構含機構代號)金額核實支付。</p> <p>2. 支付上限：依保險人與電信公司合約之無線網路-MDVPN 3G/4G 優惠月租費率計算之，並依優惠方案所訂之最高收費金額為上限(以107年為例，3G/4G 優惠方案最高收費金額介於新台幣700元至2,500元，詳附件6)。</p>	<p>構含機構代號)金額核實支付。</p> <p>2. 支付上限：依保險人與電信公司合約之無線網路-MDVPN 3G/4G 優惠月租費率計算之，並依優惠方案所訂之最高收費金額為上限(以107年為例，3G/4G 優惠方案最高收費金額介於新台幣700元至2,500元，詳附件6)。</p>	
<p>(三)資料上傳獎勵：特約醫事服務機構須於「費用年月」之次月底前上傳下列資料，否則不予列計。上傳格式公布於保險人全球資訊網之醫事機構專區之醫療費用支付項下。</p> <p>1. 上傳檢驗(查)結果：</p> <p>(1)上傳基本費：上傳率>50%，且上傳醫令數>0者，始得支付。</p> <p>①每季為醫院2,500元、基層診所及交付機構750元。</p> <p>②上傳率=已上傳應上傳檢驗(查)結果醫令數/申報應上傳檢驗(查)結果醫令數。</p> <p>(2)上傳檢驗(查)結果基本獎勵金：符合領取上傳基本費者，始得支付。</p> <p>①非報告型資料者每筆醫令獎勵1點。</p> <p>②報告型資料者每筆醫令獎勵5點。</p> <p>③本項獎勵金按季核算，以每點1元暫付；全年結算，採浮動點值支付，惟每點金額不高於1元。</p> <p>④應上傳項目及報告類別，如附件7。非規定應</p>	<p>(三)資料上傳獎勵：特約醫事服務機構須於「費用年月」之次月底前上傳下列資料，否則不予列計。上傳格式公布於保險人全球資訊網之醫事機構專區之醫療費用支付項下。</p> <p>1. 上傳檢驗(查)結果：</p> <p>(1)上傳基本費：上傳率>50%，且上傳醫令數>0者，始得支付。</p> <p>①每季為醫院2,500元、基層診所及交付機構750元。</p> <p>②上傳率=已上傳應上傳檢驗(查)結果醫令數/申報應上傳檢驗(查)結果醫令數。</p> <p>(2)上傳檢驗(查)結果基本獎勵金：符合領取上傳基本費者，始得支付。</p> <p>①非報告型資料者每筆醫令獎勵1點。</p> <p>②報告型資料者每筆醫令獎勵5點。</p> <p>③本項獎勵金按季核算，以每點1元暫付；全年結算，採浮動點值支付，惟每點金額不高於1元。</p> <p>④應上傳項目及報告類別，詳附件7。非規定應</p>	<p>一、增修訂2類資料上傳獎勵金：</p> <p>(一)「上傳檢驗(查)結果獎勵金—即時上傳檢驗(查)結果額外獎勵金」增訂「報告型資料」之「電腦斷層造影」、「磁振造影」、「齒顎全景X光片攝影」、「上消化道泛內視鏡檢查」、「大腸鏡檢查」及「超音波檢查」之項目及獎勵方式。</p> <p>(二)新增「上傳醫療檢查影像獎勵金」：針對「電腦斷層造影」、「磁振造影」、「齒顎全景X光片攝影」、「上消化道泛內視鏡檢查」、「大腸鏡檢查」及「超音波檢查」，如醫療院所將醫療檢查影像於一定期限內傳送至本署，「電腦斷層造影」及「磁振造影」，每筆醫令獎勵10元；「齒顎全景X光片攝影」、「上消化道泛內視鏡檢查」、「大腸鏡檢查」及「超音波檢查」，每筆醫令獎勵2</p>

修正方案(107年)	現行方案(106年)	說明
<p>上傳之檢驗(查)項目，仍可依規定格式上傳，惟不列入上傳基本費用及上傳檢驗(查)結果獎勵金之計算。</p> <p>(3) 即時上傳檢驗(查)結果額外獎勵金：</p> <p>① 獎勵項目：門診及急診之「非報告型資料」(即附件7中報告類別為1之項目)，與「報告型資料」之「<u>電腦斷層造影檢查</u>」(醫令代碼 33070B、33071B 及 33072B)、「<u>磁共振造影</u>」(醫令代碼 33084B 及 33085B)、「<u>齒顎全景 X 光片攝影</u>」(醫令代碼 34004C)、「<u>上消化道泛內視鏡檢查</u>」(醫令代碼 28016C)、「<u>大腸鏡檢查</u>」(醫令代碼 28017C)及「<u>超音波檢查</u>」(醫令代碼 18005C、18006C、18007B、18008C、18033B、18041B、19001C、19002B、19003C、19005B、19007B、19009C、19010C、19012C、19014C、19015C、19016C、19017C、19018C、20013B、20026B、21008C、21010C、23504C、23506C)。</p> <p>② 獎勵條件：於報告日期時間 24 小時內將其檢驗(查)結果上傳；如屬健保卡補卡案件，且健保卡刷卡日期時間大於報告日期時間，如於補卡後 24 小時內上傳，亦得獲本項額外獎勵金。</p> <p>③ 支付方式：「非報告型資料」者，每筆即時上傳醫令加計 1 點；「<u>報告型資料</u>」者，每筆即時上傳醫令加計 5 點。</p>	<p>上傳之檢驗(查)項目，仍可依規定格式上傳，惟不列入上傳基本費用及上傳檢驗(查)結果獎勵金之計算。</p> <p>(3) 即時上傳檢驗(查)結果額外獎勵金：</p> <p>① 獎勵項目：門診及急診之「非報告型資料」(即附件7中報告類別為1之項目)。</p> <p>② 獎勵條件：於報告日期時間 24 小時內將其檢驗(查)結果上傳；如屬健保卡補卡案件，且健保卡刷卡日期時間大於報告日期時間，如於補卡後 24 小時內上傳，亦得獲本項額外獎勵金。</p> <p>③ 支付方式：「非報告型資料」者，每筆即時上傳醫令加計 1 點。</p>	<p>元。</p> <p>二、附件 4「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案-「固接網路」網路月租費核付指標(診所及交付機構適用)」，修訂指標「門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率」之指標達成率及評核方式。</p> <p>三、附件 5「特約醫事服務機構之「固接網路」網路月租費上限」，增訂醫院層級得申請為「醫療檢查影像上傳類申請者」。</p> <p>四、附件 7「獎勵醫事服務機構上傳檢驗(查)結果之項目」，增訂項目「齒顎全景 X 光片攝影」等 12 項。</p>

修正方案(107年)	現行方案(106年)	說明
<p>④本項預算係以年度預算扣除實際結算金額後之結餘款作為本項獎金，並以年度預算之20%為上限。<u>按季核算，以每點1元暫付；全年結算，採浮動點值支付</u>，惟每點金額不高於1元。</p> <p>2. <u>上傳醫療檢查影像：</u> <u>(1) 獎勵項目：「電腦斷層造影檢查」</u> <u>(醫令代碼 33070B、33071B 及 33072B)、「磁共振造影」(醫令代碼 33084B 及 33085B)、「齒顎全景 X 光片攝影」(醫令代碼 34004C)、「上消化道泛內視鏡檢查」(醫令代碼 28016C)、「大腸鏡檢查」(醫令代碼 28017C)及「超音波檢查」(醫令代碼 18005C、18006C、18007B、18008C、18033B、18041B、19001C、19002B、19003C、19005B、19007B、19009C、19010C、19012C、19014C、19015C、19016C、19017C、19018C、20013B、20026B、21008C、21010C、23504C、</u></p>	<p>④本項預算係以年度預算扣除實際結算金額後之結餘款作為本項獎金，並以年度預算之20%為上限。按年核算，採浮動點值支付，惟每點金額不高於1元。</p> <p>2. 上傳出院病歷摘要：每筆獎勵5元。</p>	

修正方案(107 年)	現行方案(106 年)	說明
<p><u>23506C)。</u></p> <p><u>(2) 獎勵條件：107 年 1 月至 6 月，醫療院所於費用年月次月底前上傳影像即符合標準；107 年 7 月起，醫療院所需於實際檢查日期後之 24 小時內，將醫療檢查影像傳送至本署，方符合獎勵條件。</u></p> <p><u>(3) 支付方式：「電腦斷層造影」(醫令代碼 33070B、33071B 及 33072B)及「磁共振造影」(醫令代碼 33084B 及 33085B)，每筆醫令獎勵 10 元；「齒顎全景 X 光片攝影」(醫令代碼 34004C)、「上消化道泛內視鏡檢查」(醫令代碼 28016C)、「大腸鏡檢查」(醫令代碼 28017C)及「超音波檢查」(醫令代碼 18005C、18006C、18007B、18008C、18033B、18041B、19001C、19002B、19003C、19005B、19007B、19009C、19010C、19012C、19014C、19015C、19016C、19017C、19018C、</u></p>		

修正方案(107 年)	現行方案(106 年)	說明
<p><u>20013B、</u> <u>20026B、</u> <u>21008C、</u> <u>21010C、</u> <u>23504C、</u> <u>23506C), 每筆醫</u> <u>令獎勵 2 元。</u></p> <p>3. 上傳出院病歷摘要：每筆獎勵 5 元</p> <p>4. 上傳人工關節植入物資料：每筆獎勵 5 元。</p> <p>(1) 醫令項目：如附件 6。</p> <p>(2) 每筆上傳內容：包括 body height、body weight、ASA(麻醉危險分級)、Surgical Approach (側別/術別/入路途徑)、特材條碼等。</p> <p>5. 醫事人員溝通平台之轉診資訊交換系統登錄轉診資料：</p> <p>(1) 轉入院所：每筆獎勵 10 元。</p> <p>(2) 轉出院所：每筆獎勵 10 元。</p> <p>6. 居家訪視醫令健保卡登錄暨上傳資料：每筆獎勵 5 元。</p> <p>(1) 醫令項目詳附件 9。</p> <p>(2) 保險醫事服務機構將提供保險對象之居家訪視服務登錄於健保卡後，於二十四小時內，經由健保資訊網線路上傳予本署，每筆居家訪視醫令獎勵 5 元。</p> <p>7. 特定醫令申報執行起迄時間資料：每筆獎勵 1 元。</p> <p>(1) 醫令項目詳附件</p>	<p>3. 上傳人工關節植入物資料：每筆獎勵 5 元。</p> <p>(1) 醫令項目：如附件 8。</p> <p>(2) 每筆上傳內容：包括 body height、body weight、ASA(麻醉危險分級)、Surgical Approach (側別/術別/入路途徑)、特材條碼等。</p> <p>4. 醫事人員溝通平台之轉診資訊交換系統登錄轉診資料：</p> <p>(1) 轉入院所：每筆獎勵 10 元。</p> <p>(2) 轉出院所：每筆獎勵 10 元。</p> <p>5. 居家訪視醫令健保卡登錄暨上傳資料：每筆獎勵 5 元。</p> <p>(1) 醫令項目詳附件 9。</p> <p>(2) 保險醫事服務機構將提供保險對象之居家訪視服務登錄於健保卡後，於二十四小時內，經由健保資訊網線路上傳予本署，每筆居家訪視醫令獎勵 5 元。</p> <p>6. 特定醫令申報執行起迄時間資料：每筆獎勵 1 元。</p> <p>(1) 醫令項目詳附件 10。</p> <p>(2) 保險醫事服務機</p>	

修正方案(107 年)	現行方案(106 年)	說明
<p>10。</p> <p>(2) 保險醫事服務機構向保險人申報之門住診醫療費用中，於醫令清單段申報特定醫令之「執行時間-起」及「執行時間-迄」，每筆獎勵 1 元。</p> <p>(3) 資料如經本署查屬不實，核發之獎勵金將予以追扣。</p>	<p>構向保險人申報之門住診醫療費用中，於醫令清單段申報特定醫令之「執行時間-起」及「執行時間-迄」，每筆獎勵 1 元。</p> <p>(3) 資料如經本署查屬不實，核發之獎勵金將予以追扣。</p>	
<p>(四) 保險人為利特約醫事服務機構查詢及傳送資料，相對應需增加之網路頻寬費用：依政府採購法及相關規定，辦理採購、簽約及核銷程序後覈實支付。</p>	<p>(四) 保險人為利特約醫事服務機構查詢及傳送資料，相對應需增加之網路頻寬費用：依政府採購法及相關規定，辦理採購、簽約及核銷程序後覈實支付。</p>	未修正。
<p>六、本方案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。</p>	<p>六、本方案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。</p>	未修正。

方案之附件 2

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案行動網路申請表

- 一、特約醫事服務機構名稱：_____ 代號：_____
- 二、特約層級別：醫學中心 區域醫院 地區醫院
基層診所 其他 (_____)
- 三、參加本方案申裝之行動網路類型3G 4G、月租費 _____ 元。
- 四、參加起始日期：_____ 年 _____ 月。
- 五、因應何類業務需申請行動網路：
居家醫療照護服務
西醫醫療資源不足地區改善方案
中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫
其他(請敘明業務需求_____)
- 六、申請數量：1 組 2 組(如申請 2 組，請敘明原因及檢附相關佐證資料：_____)
-
- 七、是否承接其他醫事服務機構之行動網路：是 否，如承接者，請填寫下列資料：
- (一) 原特約醫事服務機構名稱_____。
- (二) 原特約醫事服務機構代號_____。
- (三) 承接日期_____年_____月_____日。(註：承接日期應於參與起始日期當月或以後)
- (四) 原特約醫事服務機構是否參加本方案是 否；如填寫「是」者，請填寫下列資料：
以承接上月份最後一日作固接網路網路月租費計算分界之日期。
以承接當月份最後一日作固接網路網路月租費計算分界之日期。
- 八、聯絡人姓名：_____ 電話：_____ 傳真：_____
E-MAIL：_____
- 九、特約醫事服務機構及負責人印章：

(請注意下列事項：請勿變更帳單週期，以免影響貴院(所)方案結算權益。)

方案之附件 3

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案-「固接網路」網路月租費核付指標（醫院適用）

指標名稱	指標達成率	評核方式	支付權重
1.住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率	>60%	1.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入) 2.分子：住院病人查詢健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷人數 分母：住院病人數 3.當季住院病人數 10 人以下之醫院，本項指標之支付權重調整為 0%，本項權重 10%調移至第 2 項指標「門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率」加 10%之支付權重。	10%
2.門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率	>50%	1.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入) 2.分子：門診病人查詢健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷人數 分母：門診病人數 3.病人數係以下列各類就診病人 ID 合併歸戶計算人數： (1)≥75 歲者 (2)≥65 歲且屬高血壓、糖尿病、高血脂(主診斷碼 I10-I15、E08-E13、E78 任一)且開立慢性病連續處方箋者 (3)當年健保卡取號，就醫序號≥90 次者 (4)醫院整合門診計畫之照護病人(申報欄位 d13 為 A、B、D、E、F、G、K、L、M 之照護對象者) (5)其他自選病人(醫院自行決定是否增列其他病人群，惟須經保險人分區業務組同意) (另鼓勵醫院查詢急診病人，故不列入分母人數計算，有查詢者列入分子人數計算)	20%
3.門診或住診抽審案件數位審查	門診或住診至少一個西醫科別達評核標準，建置檢索快查功能並完成保險人分區業務組認可之試傳作業後，並正式單軌運作	保險人分區業務組依下列評核標準，進行認定： 1.經認可之試傳作業後並正式單軌運作條件如下： 醫療費用抽審案件之病歷資料，以符合紙本替代方案規定之數位化方式以數位全面單軌送審。 2.送審檔案檢索快查功能定義(需同時符合下列 2 項條件)： (1)每一送審案件流水號所附病歷數位檔具方便查詢開啟之目錄索引功能(例如：可方便查詢開啟病人基本資料、S.O.A.病情摘要、診斷、門診紀錄單、門診用藥紀錄單、檢驗、檢查、門診護理紀錄單、手術紀錄單、急診紀錄單、手術報告、急診護理紀錄、麻醉紀錄、會診單、病人同意書等其他書類)。 (2)同類型資料按醫療日期排序整合為 1 個檔案。	10%

指標名稱	指標達成率	評核方式	支付權重
4. 特定檢查項目 (CT、MRI、PET) 資源共享率	≥2.1%	<p>1. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第三位(四捨五入)</p> <p>2. 分子：第二次處方醫院申請特殊造影檢查影像及報告費 (P2103C、P2104C、P2107C、P2108C) 之醫令數。 分母：申報 CT、MRI、PET (33070B-33072B、33084B-33085B、26072B-26073B) 之醫令數。</p> <p>3. 當季未曾申報 CT、MRI、PET 之任一項醫令之醫院，本項指標之支付權重調整為 0%，本項權重 10% 調移至第 1 項指標「住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率」及第 2 項指標「門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率」各加 5% 之支付權重。</p>	10%
5. 檢驗(查)結果上傳率	≥70%	<p>1. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)</p> <p>2. 分子：已上傳「應上傳檢驗(查)結果項目」醫令數 分母：申報「應上傳檢驗(查)結果項目」醫令數</p> <p>3. 無分母者，本項指標之支付權重調整為 0%，本項權重 20% 調移至第 2 項指標「門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率」加 20% 之支付權重。</p>	20%
6. 急診案件健保卡上傳正確率	≥90%	<p>1. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)</p> <p>2. 分子：急診案件健保卡 24 小時內上傳急診診察費件數 分母：急診案件申報件數</p> <p>3. 當季申報急診案件 10 件以下(含)之醫院，本項指標之支付權重調整為 0%，本項權重 20% 調移至第 1 項指標「住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率」及第 2 項指標「門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率」各加 10% 之支付權重。</p>	20%
7. 人工關節植入物上傳率	≥80%	<p>1. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)</p> <p>2. 分子：已上傳「應上傳人工關節植入物資料」醫令數 分母：申報「應上傳人工關節植入物資料」醫令數</p> <p>3. 無分母者，本項指標之支付權重調整為 0%，本項權重 10% 調移至第 1 項指標「住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率」加 10% 之支付權重。</p>	10%

方案之附件 4

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案-「固接網路」網路月租費核付指標（診所及交付機構適用）

指標名稱	指標達成率	評核方式	支付權重
1.門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率	<u>>45%</u>	1.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入) 2.分子：門診病人(交付機構提供醫藥服務病人)查詢健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷人數 分母：門診病人數(交付機構提供醫藥服務病人)， <u>排除預防保健、四癌篩檢、轉檢、代檢、新特約二個月內案件及健保卡作業異常無法使用健保卡及流感疫苗接種案件</u> 註：分子及分母之人數以各季中同一家院所、同一個身分證號歸戶後計算一筆。	50%
2.特定醫療資訊查詢關懷名單網頁開啟率	≥90%	1.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入) 2.分子：關懷名單病患網頁被開啟病人次數 分母：關懷名單就醫人次數 (排除因系統異常等不可歸責於院所之原因者)	50%
3.門診抽審案件數位審查	完成保險人分區業務組認可之試傳作業後，並正式單軌運作	保險人分區業務組依下列方式評核： 1.經認可試傳作業後並正式單軌運作條件如下：門診醫療費用抽審案件之病歷資料，以符合紙本替代方案規定之數位化方式以數位全面單軌送審。 2.經保險人分區業務組認可之試傳作業後，除特殊狀況已向業務組報備外，皆需以病歷電子檔送審。	50%
4.健保卡上傳作業正確率	≥90%	符合健保卡上傳作業實施標準： (1)健保卡登錄後 24 小時內上傳之件數比率 (2)健保卡上傳件數/申報件數之比率 (3)上傳與申報資料比對「醫事人員 ID、醫療費用、部分負擔、醫令、主診斷(藥局及交付機構除外)」每項上傳比率	50%
5.檢驗(查)結果上傳率	≥70%	1. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入) 2.分子：已上傳「應上傳檢驗(查)結果項目」醫令數 分母：申報「應上傳檢驗(查)結果項目」醫令數	50%

方案之附件 5

特約醫事服務機構之「固接網路」網路月租費上限：依保險人與電信公司合約折扣率計算之頻寬月租費為上限(以 107 年為例)

特約層級別	一般申請者		<u>醫療檢查影像上傳類申請者</u>	
	網路頻寬	各頻寬月租費上限(新台幣元)	<u>網路頻寬</u>	<u>各頻寬月租費上限(新台幣元)</u>
醫學中心 區域醫院 地區醫院	企業型 FTTB 10M	25,857	<u>企業型 FTTB 50M</u>	<u>54,561</u>
	企業型 FTTB 6M	21,177	<u>企業型 FTTB 40M</u>	<u>51,441</u>
	企業型 FTTB 4M	11,895	<u>企業型 FTTB 30M</u>	<u>48,321</u>
			<u>企業型 FTTB 20M</u>	<u>45,201</u>
診所及交付機構	企業型 FTTB 2M	6,591	=	=
	企業型 FTTB 1M	5,031	=	=
	專業型 FTTB 2M	3,760	=	=
	專業型 FTTB 1M	1,980	=	=

方案之附件 6

特約醫事服務機構之行動網路網路月租費：依保險人與電信公司合約之無線網路-MDVPN 3G/4G 優惠月租費率計算之，並依優惠方案所訂之最高收費金額為上限(以 107 年為例)

方案類型	優惠月租費率 (元/月)	最高收費金額 (單位：新台幣元)	方案內容
3G	175	700 元	方案數據服務通信費以「封包」計費，月租費可抵扣 80,000 封包。 超過部分之資料通信費以每月實際傳送封包數量另計，每封包 0.00109 元。
	90	1,000 元	方案數據服務通信費以「封包」計費，月租費可抵扣 30,000 封包。 超過部分之資料通信費以每月實際傳送封包數量另計，每封包 0.00109 元。
4G	175	2,500 元	方案數據服務通信費以「KB」計費，月租費可抵扣 1GB。 超過部分之資料通信費以每月實際傳送 KB 數量另計，每 KB 0.00023 元。

方案之附件 7

獎勵醫事服務機構上傳檢驗（查）結果之項目

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
1	06012C	尿一般檢查（包括蛋白、糖、尿膽元、膽紅素、尿沈渣、比重、顏色、混濁度、白血球酯酶、潛血、酸鹼度及酮體）	1
2	06013C	尿生化檢查（包括蛋白、糖、尿膽元、膽紅素、比重、顏色、混濁度、酸鹼度、白血球酯酶及酮體）	1
3	06505C	懷孕試驗－酵素免疫法	1
4	07009C	糞便一般檢查（包括外觀、蟲卵、潛血反應、硬度、顏色、消化能力、紅、白血球、粘液等）	1
5	08002C	白血球計數	1
6	08003C	血色素檢查	1
7	08004C	血球比容值測定	1
8	08005C	紅血球沈降速度測定	1
9	08006C	血小板計數	1
10	08011C	全套血液檢查 I（八項）	1
11	08013C	白血球分類計數	1
12	08026C	凝血酶原時間 Prothrombin time(一段式)	1
13	08036B	部份凝血活酶時間	1
14	09001C	總膽固醇	1
15	09002C	血中尿素氮	1
16	09004C	三酸甘油脂	1
17	09005C	血液及體液葡萄糖	1
18	09006C	醣化血紅素	1
19	09011C	鈣	1
20	09012C	磷	1
21	09013C	尿酸	1
22	09015C	肌酸酐、血	1
23	09016C	肌酐、尿	1
24	09017C	澱粉酶、血	1
25	09021C	鈉	1
26	09022C	鉀	1
27	09023C	氯	1
28	09025C	血清麩胺酸苯醋酸轉氨基酶	1
29	09026C	血清麩胺酸丙酮酸轉氨基酶	1
30	09027C	鹼性磷酸酶	1
31	09029C	膽紅素總量	1
32	09030C	直接膽紅素	1
33	09031C	麩胺轉酸酶	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
34	09032C	肌酸磷化酶	1
35	09033C	乳酸脫氫酶	1
36	09038C	白蛋白	1
37	09040C	全蛋白	1
38	09041B	血液氣體分析	1
39	09043C	高密度脂蛋白－膽固醇	1
40	09044C	低密度脂蛋白－膽固醇	1
41	09046B	鎂	1
42	09064C	解脂酶	1
43	09071C	肌酸磷酸酶(MB 同功酶)	1
44	09099B	心肌旋轉蛋白 I	1
45	09106C	游離甲狀腺素免疫分析	1
46	09112C	甲狀腺刺激素免疫分析	1
47	11001C	ABO 血型測定檢驗	1
48	11002C	交叉配合試驗	1
49	11003C	RH (D) 型檢驗	1
50	11004C	不規則抗體篩檢	1
51	12007C	α -胎兒蛋白檢驗	1
52	12015C	C 反應性蛋白試驗－免疫比濁法	1
53	12021C	癌胚胎抗原檢驗	1
54	12081C	攝護腺特異抗原 (EIA/LIA 法)	1
55	12111C	微白蛋白 (免疫比濁法)	1
56	12184C	去氧核糖核酸類定量擴增試驗	1
57	12185C	核糖核酸類定量擴增試驗	1
58	12193B	B 型利納利尿胜肽原(B 型利納利尿胜肽)	1
59	12202B	C 型肝炎病毒核酸基因檢測－即時聚合酶連鎖反應法	1
60	13006C	排泄物，滲出物及分泌物之細菌顯微鏡檢查	1
61	13007C	細菌培養鑑定檢查 (包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定，抗酸菌除外)	1
62	13008B	細菌培養鑑定檢查 (包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定，抗酸菌除外)，對同一檢體合併實施一般培養及厭氧性培養時加算	1
63	13009B	細菌藥物敏感性試驗－1 菌種	1
64	13016B	血液培養	1
65	13023C	細菌最低抑制濃度快速試驗	1
66	13025C	抗酸性濃縮抹片染色檢查	1
67	13026C	抗酸菌培養(限同時使用固態培養基及具自動化偵測功能之液態培養系統)	1
68	14032C	B 型肝炎表面抗原	1
69	14033C	B 型肝炎表面抗體	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
70	14035C	B 型肝炎 e 抗原檢查 HBeAg	1
71	14051C	C 型肝炎病毒抗體檢查	1
72	15001C	體液細胞檢查	3
73	17008B	睡眠多項生理檢查	2
74	18001C	心電圖	2
75	18005B	超音波心臟圖(包括單面、雙面)	2
76	18007B	杜卜勒氏彩色心臟血流圖	2
77	18010B	頸動脈聲圖檢查	2
78	18015B	極度踏車運動試驗	2
79	18019B	攜帶式心電圖記錄檢查	2
80	18020B	心導管——側	2
81	18022B	冠狀動脈攝影	2
82	19001C	腹部超音波 (包括肝 liver, 膽囊 gallbladder, 胰 pancreas, 脾 spleen, 下腔靜脈 inferiorvenacava, 腹主動脈 abdominalaorta, 腎 kidney 及其他腹部超音波 abdominalothers 在內)	2
83	19003C	婦科超音波	2
84	19005C	其他超音波	2
85	19007B	超音波導引(為組織切片, 抽吸、注射等)	2
86	19009C	腹部超音波, 追蹤性	2
87	19010C	產科超音波	2
88	19012C	頭頸部軟組織超音波(如甲狀腺 thyroid、副甲狀腺 parathyroid、腮腺 parotid)	2
89	19014C	乳房超音波	2
90	20001C	腦波檢查睡眠或清醒	2
91	20013B	頸動脈超音波檢查	2
92	20019B	感覺神經傳導速度測定	2
93	20023B	F 波	2
94	20026B	穿顱都卜勒超音波檢查 (顱內血管超音波檢查)	2
95	22001C	純音聽力檢查	2
96	23305C	氣壓式眼壓測定	2
97	23401C	細隙燈顯微鏡檢查	2
98	23501C	眼底檢查	2
99	23502C	眼底彩色攝影每張	2
100	23506C	微細超音波檢查	2
101	23702C	間接式眼底鏡檢查	2
102	25003C	第三級外科病理	3
103	25004C	第四級外科病理	3
104	25006B	冰凍切片檢查	3
105	25012B	免疫組織化學染色(每一抗體)	3
106	25024C	第五級外科病理	3

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
107	25025C	第六級外科病理	3
108	26025B	壓力與重分佈心肌斷層灌注掃描	2
109	26029B	全身骨骼掃描	2
110	26072B	正子造影-全身	2
111	28002C	鼻咽喉內視鏡檢查	2
112	28016C	上消化道泛內視鏡檢查	2
113	28017C	大腸鏡檢查	2
114	28023C	肛門鏡檢查	2
115	30022C	特異過敏原免疫檢驗	1
116	32001C	胸腔檢查（包括各種角度部位之胸腔檢查）	2
117	32002C	胸腔檢查（包括各種角度部位之胸腔檢查）	2
118	32006C	腎臟、輸尿管、膀胱檢查	2
119	32007C	腹部檢查（包括各種姿勢之腹部檢查）	2
120	32009C	頭顱檢查（包括各種角度部位之頭顱檢查）	2
121	32011C	脊椎檢查（包括各種角度部位之頸椎、胸椎、腰椎、薦椎、尾骨及薦髂關節等之檢查）	2
122	32012C	脊椎檢查（包括各種角度部位之頸椎、胸椎、腰椎、薦椎、尾骨及薦髂關節等之檢查）	2
123	32013C	肩部骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2
124	32014C	肩部骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2
125	32015C	上肢骨各處骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2
126	32016C	上肢骨各處骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2
127	32017C	下肢骨各處骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2
128	32018C	下肢骨各處骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2
129	32022C	骨盆及髖關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2
130	33005B	乳房造影術	2
131	33012B	靜脈注射泌尿系統造影術（點滴注射）	2
132	33070B	電腦斷層造影－無造影劑	2
133	33071B	電腦斷層造影－有造影劑	2
134	33072B	電腦斷層造影－有/無造影劑	2
135	33074B	單純性血管整形術	2
136	33075B	血管阻塞術	2
137	33076B	經皮冠狀動脈擴張術－一條血管	2
138	33077B	經皮冠狀動脈擴張術－二條血管	2
139	33084B	磁振造影－無造影劑	2
140	33085B	磁振造影－有造影劑	2
141	08010C	嗜酸性白血球計算	1
142	12031C	免疫球蛋白E	1
143	17003C	流量容積圖形檢查	2

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
144	17004C	標準肺量測定 (包括 FRC 測定)	2
145	17006C	支氣管擴張劑試驗	2
146	17019C	支氣管激發試驗	2
147	14065C	流行性感冒 A 型病毒抗原	1
148	14066C	流行性感冒 B 型病毒抗原	1
<u>149</u>	<u>34004C</u>	<u>齒顎全景 X 光片攝影</u>	<u>2</u>
<u>150</u>	<u>19018C</u>	<u>嬰幼兒腦部超音波</u>	<u>2</u>
<u>151</u>	<u>18033B</u>	<u>經食道超音波心圖</u>	<u>2</u>
<u>152</u>	<u>18041B</u>	<u>周邊動靜脈血管超音波檢查</u>	<u>2</u>
<u>153</u>	<u>19016C</u>	<u>四肢超音波</u>	<u>2</u>
<u>154</u>	<u>18006C</u>	<u>杜卜勒氏超音波心臟圖</u>	<u>2</u>
<u>155</u>	<u>18008C</u>	<u>杜卜勒氏血流測定(週邊血管)</u>	<u>2</u>
<u>156</u>	<u>19015C</u>	<u>男性外生殖器官超音波</u>	<u>2</u>
<u>157</u>	<u>19017C</u>	<u>經尿道(直腸)超音波檢查</u>	<u>2</u>
<u>158</u>	<u>21008C</u>	<u>膀胱掃描</u>	<u>2</u>
<u>159</u>	<u>21010C</u>	<u>膀胱超音波尿量測量</u>	<u>2</u>
<u>160</u>	<u>19002B</u>	<u>術中超音波</u>	<u>2</u>
<u>161</u>	<u>23504C</u>	<u>超音波檢查(B 掃瞄)</u>	<u>2</u>

註 1：報告類別代碼說明：1：檢體檢驗報告；2：影像報告；3：病理報告。

註 2：報告類別代碼「1」屬於「非報告型資料」；報告類別代碼「2」及「3」屬於「報告型資料」。

方案之附件 8

獎勵醫事服務機構上傳人工關節植入物之項目

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
1	64164B	全膝關節置換術	4
2	64169B	部份關節置換術併整形術只置換股骨髁或脛骨高丘或半膝關節或只換髁骨	4
3	64202B	人工全膝關節再置換	4
4	64162B	全股關節置換術	4
5	64170B	部份關節置換術併整型術一只置換髁白或股骨或半股關節或半肩關節（半肩關節不納入收載）	4
6	64258B	人工半髖關節再置換術	4
7	64201B	人工全髖關節再置換	4

方案之附件 9

獎勵居家訪視醫令健保卡登錄暨上傳資料之醫令項目

項次	醫令代碼	中文名稱
1	05301C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第一類(在合理量內)1.在宅
2	05302C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群第一類(在合理量內)1.在宅
3	05303C	護理訪視費(次)-資源耗用群島為第二類(在合理量內)1.在宅
4	05304C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第二類(在合理量內)1.在宅
5	05305C	護理訪視費(次)-資源耗用群第三類(在合理量內)1.在宅
6	05306C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第三類(在合理量內)1.在宅
7	05307C	醫師訪視費(次)1.在宅
8	05308C	山地離島地區醫師訪視費(次)1.在宅
9	05309C	醫師訪視費(次)1.在宅—醫師應同一承辦居家照護業務機構之請，當日訪視個案數在五個以上者，自第五個個案起其訪視費依本項申報
10	05310C	山地離島地區醫師訪視費(次)1.在宅—醫師應同一承辦居家照護業務機構之請當日個案在五個以上者，自第五個個案起其訪視費依本項申報
11	05321C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(在合理量內)1.在宅
12	05322C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(在合理量內)1.在宅
13	05328C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第一類(超出合理量)1.在宅
14	05329C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群第一類(超出合理量)1.在宅
15	05330C	護理訪視費(次)-資源耗用群島為第二類(超出合理量)1.在宅
16	05331C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第二類(超出合理量)1.在宅
17	05332C	護理訪視費(次)-資源耗用群第三類(超出合理量)1.在宅
18	05333C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第三類(超出合理量)1.在宅
19	05334C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(超出合理量)1.在宅
20	05335C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(超出合理量)1.在宅
21	05342C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第一類(在合理量內)2.機構
22	05343C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群第一類(在合理量內)2.機構
23	05344C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第一類(超出合理量)2.機構
24	05345C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群第一類(超出合理量)2.機構
25	05346C	護理訪視費(次)-資源耗用群島為第二類(在合理量內)2.機構
26	05347C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第二類(在合理量內)2.機構
27	05348C	護理訪視費(次)-資源耗用群島為第二類(超出合理量)2.機構
28	05349C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第二類(超出合理量)2.機構
29	05350C	護理訪視費(次)-資源耗用群第三類(在合理量內)2.機構
30	05351C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第三類(在合理量內)2.機構
31	05352C	護理訪視費(次)-資源耗用群第三類(超出合理量)2.機構
32	05353C	護理訪視費(次)-資源耗用群第三類(超出合理量)2.機構
33	05354C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(在合理量內)2.機構
34	05355C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(在合理量內)2.機構
35	05356C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(超出合理量)2.機構
36	05357C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(超出合理量)2.機構
37	05358C	醫師訪視費(次)2.機構
38	05359C	山地離島地區醫師訪視費(次)2.機構
39	05360C	醫師訪視費(次)2.機構—醫師應同一承辦居家照護業務機構之請，當日訪視個案數在五個以上者，自第五個個案起其訪視費依本項申報

40	05361C	山地離島地區醫師訪視費(次)2.機構—醫師應同一承辦居家照護業務機構之請當日個案在五個以上者，自第五個個案起其訪視費依本項申報
41	05404C	居家治療醫師診治費(次)
42	05405C	居家治療醫師診治費-同一醫師，應同一承辦居家治療業務之醫療機構之請，當日診治個案數在五個以上者，自第五個個案起其診治費依本項申報。
43	05406C	居家治療其他專業人員處置費(次)
44	05312C	甲類醫師訪視費用(次)-在宅
45	05362C	甲類醫師訪視費用(次)-機構
46	05323C	甲類醫師訪視費用-山地離島地區(次)-在宅
47	05363C	甲類醫師訪視費用-山地離島地區(次)-機構
48	05336C	乙類醫師訪視費用(次)-在宅
49	05364C	乙類醫師訪視費用(次)-機構
50	05337C	乙類醫師訪視費用山地離島地區(次)-在宅
51	05365C	乙類醫師訪視費用山地離島地區(次)-機構
52	05313C	甲類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間1小時以內(≤1小時)
53	05366C	甲類護理訪視費(次)-機構:訪視時間1小時以內(≤1小時)
54	05324C	甲類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間1小時以內(≤1小時)-山地離島地區
55	05367C	甲類護理訪視費(次)-機構:訪視時間1小時以內(≤1小時)-山地離島地區
56	05338C	乙類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間1小時以內(≤1小時)
57	05368C	乙類護理訪視費(次)-機構:訪視時間1小時以內(≤1小時)
58	05339C	乙類護理訪視費山地離島地區(次)-在宅:訪視時間1小時以內(≤1小時)
59	05369C	乙類護理訪視費山地離島地區(次)-機構:訪視時間1小時以內(≤1小時)
60	05314C	甲類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間1小時以上(>1小時)
61	05370C	甲類護理訪視費(次)-機構:訪視時間1小時以上(>1小時)
62	05325C	甲類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間1小時以上(>1小時)-山地離島地區
63	05371C	甲類護理訪視費(次)-機構:訪視時間1小時以上(>1小時)-山地離島地區
64	05340C	乙類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間1小時以上(>1小時)
65	05372C	乙類護理訪視費(次)-機構:訪視時間1小時以上(>1小時)
66	05341C	乙類護理訪視費山地離島地區(次)-在宅:訪視時間1小時以上(>1小時)
67	05373C	乙類護理訪視費山地離島地區(次)-機構:訪視時間1小時以上(>1小時)
68	05326C	臨終病患訪視費
69	05327C	臨終病患訪視費山地離島地區
70	05315C	其他專業人員處置費(次)-在宅:目前僅限於社會工作人員或心理師
71	05374C	其他專業人員處置費(次)-機構:目前僅限於社會工作人員或心理師
72	P5401C	呼吸治療人員訪視費—非侵襲性呼吸器依賴患者-使用鼻導管(nasal prong)或面罩等 呼吸治療人員訪視費(次)
73	P5402C	呼吸治療人員訪視費—非侵襲性呼吸器依賴患者-使用鼻導管(nasal prong)或面罩等 山地離島地區呼吸治療人員訪視費(次)
74	P5403C	呼吸治療人員訪視費—侵襲性呼吸器依賴患者-使用氣切管或氣管內管插管等 呼吸治療人員訪視費(次)
75	P5404C	呼吸治療人員訪視費—侵襲性呼吸器依賴患者-使用氣切管或氣管內管插管等 山地離島地區呼吸治療人員訪視費(次)
76	P5405C	山地離島地區其他專業人員處置費(次):限社會工作人員或心理師

77	05303CA	呼吸治療人員訪視費
78	P4101C	藥事居家照護費
79	P4102C	偏遠地區藥事居家照護費
80	P30005	到宅牙醫服務(每乙案)論次費用
81	P30006	牙醫特殊醫療服務計畫到宅訪視費

獎勵醫事服務機構申報特定醫令執行起迄時間資料之項目

項次	醫令代碼	中文名稱
1	18005B	超音波心臟圖(包括單面、雙面)
2	18006B	杜卜勒氏超音波心臟圖
3	18033B	經食道超音波心圖
4	18037B	胎兒、臍帶、或孕期子宮動脈杜卜勒超音波
5	18038B	骨盆腔杜卜勒超音波
6	18041B	周邊動靜脈血管超音波檢查
7	18043B	冠狀動脈血管內超音波
8	18044B	負荷式心臟超音波心臟圖
9	19001C	腹部超音波
10	19002B	術中超音波
11	19003C	婦科超音波
12	19004C	鼻竇超音波檢查
13	19005C	其他超音波
14	19007B	超音波導引(為組織切片, 抽吸、注射等)
15	19008B	超音波導引下肝內藥物注入治療
16	19009C	腹部超音波, 追蹤性
17	19010C	產科超音波
18	19011C	高危險妊娠胎兒生理評估
19	19012C	頭頸部軟組織超音波(如甲狀腺 thyroid、副甲狀腺 parathyroid、腮腺 parotid)
20	19014C	乳房超音波
21	19015C	男性外生殖器官超音波
22	19016C	四肢超音波
23	19017C	經尿道(直腸)超音波檢查
24	19018C	嬰兒腦部超音波
25	20013B	頸動脈超音波檢查
26	20026B	穿顱都卜勒超音波檢查(顱內血管超音波檢查)
27	21010C	膀胱超音波尿量測量
28	23503C	超音波檢查(A 掃瞄)
29	23504C	超音波檢查(B 掃瞄)
30	23506C	微細超音波檢查
31	28029C	內視鏡超音波
32	28040B	支氣管內視鏡超音波
33	28041B	支氣管內視鏡超音波導引縱膈淋巴節定位切片術
34	28042B	支氣管內視鏡超音波導引週邊肺組織採檢切片術
35	28043B	電子式內視鏡超音波
36	28044B	細徑(迷你)探頭式內視鏡超音波
37	28016C	上消化道泛內視鏡檢查

衛生福利部中央健康保險署 函

機關地址：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27026324

受文者：

發文日期：中華民國106年11月23日
發文字號：健保醫字第1060034208號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨

主旨：檢送本署106年11月16日「醫療檢查影像CT及MRI即時上傳及分享作業討論會」會議紀錄如附件，請查照。

正本：台灣醫院協會、臺灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、台北市電腦商業同業公會
副本：本署資訊組、本署醫審及藥材組、本署企劃組、本署醫務管理組（均含附件）

「醫療檢查影像 CT 及 MRI 即時上傳及分享作業討論會」會議紀錄

會議時間：106 年 11 月 16 日（週四）上午 9 時 30 分

會議地點：本署 18 樓禮堂

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：潘尹婷

出席人員：詳如簽到單

壹、主席致詞：(略)

貳、報告事項：

案由一：「CT 及 MRI 影像上傳獎勵及上傳作業規劃」說明。

結論：

- 一、基層診所之檢驗(查)結果上傳率較低，顯示仍有許多基層診所執行之檢驗(查)結果尚未分享出來，請中華民國醫師公會全國聯合會協助輔導會員將檢驗(查)結果上傳。
- 二、現行醫療院所上傳檢驗(查)結果之時程，與報告日約有 40 天時間落差，為提升資料即時性，請與會單位協助宣導會員善用檢驗(查)結果每日上傳方式，將檢驗(查)結果於報告日後 24 小時內，傳送至本署。
- 三、為推展分級醫療，基層診所雖無需上傳 CT 及 MRI 影像，惟仍應讓基層診所有足夠頻寬查詢 CT 及 MRI 影像，本署將評估基層診所現行獎勵頻寬是否充足。
- 四、提供本署與成大醫院、長庚醫院 CT 及 MRI 影像即時上傳對測作業之測試報告，供醫療院所參考。

案由二：「健保醫療資訊雲端查詢系統查詢 CT 及 MRI 影像作業規劃」說明。

結論：

- 一、考量臨床實務，文字報告資料後續可能有修正情形，為降低衍生糾紛，本署錄案研議透過健保醫療資訊雲端查詢系統，通知曾查詢修正前報告醫師之機制。
- 二、為瞭解各院所上傳 CT 及 MRI 之影像品質，請健保醫療資訊雲端查詢系統研議規劃醫師回饋影像品質意見之管道。
- 三、與會代表建議健保醫療資訊雲端查詢系統應將報告與影像脫勾，及提供影像檔案下載，以利醫院與相關資料結合運用並減少線上下載之負荷，本署將錄案研議。
- 四、本署雲端查詢系統之批次下載作業，民眾簽署同意書有效年限為 7 年，本署將瞭解電子病歷交換中心(EEC)同意書有效期限，持續研議較寬期限或無期限同意書之可行性。
- 五、為與電子病歷交換中心(EEC)有所區隔，除「健保醫療資訊雲端查詢系統」外，可考量研議名稱以利區隔。
- 六、針對 CT、MRI 檢查執行重複情形，本署初期將於健保資訊網服務系統(VPN)提供同儕值供院所參考，俟一段時間後，再研議重複率閾值之訂定。

參、 討論事項：

案由一：有關本署規劃 CT 及 MRI 影像上傳獎勵作業，提請討論。

決議：

- 一、 為讓醫療院所有充足準備時間，獎勵規定實施後之前半年為緩衝期，配套方式如下：
 - (一) 「固接網路」增訂「醫療檢查影像上傳類申請者」：原訂此類申請者 CT 及 MRI 影像上傳率如未達一定比率，將改依原申請頻寬月租費上限辦理結算；緩衝期將不訂規定值，僅需有任一傳送 CT 及 MRI 影像即符合標準；緩衝期後訂定一定比率值初步擬訂由 50% 逐步提升至 80%。
 - (二) 新增「上傳醫療檢查影像獎勵金」：緩衝期間，醫療院所於費用年月次月底前上傳影像即符合標準；緩衝期後，醫療院所需於實際完成檢查後 24 小時內傳送，方符合獎勵條件。
 - (三) 本署將依上開決議修訂 107 年「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」草案，並依程序提報 106 年第 4 次「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，如醫界代表對上線時程仍有疑慮，請於共同擬訂會議表示意見。
- 二、 考量本項作業與電子病歷交換中心(EEC)部分作業重複，為避免加重醫療院所行政作業負擔，本署將與衛福部資訊處協調溝通。
- 三、 為獎勵實際查詢醫療檢查影像之院所，本署將研議修訂現行 CT 及 MRI 資源共享支付標準以提高誘因。
- 四、 為提升醫療院所上傳文字報告之可參考性，本署將持續收集意見及研議改進方式。

案由二：為減少重複執行檢驗(查)，本署規劃自 107 年起將所有健保給付檢驗(查)項目之結果納入上傳獎勵範圍，提請討論。

決議：

- 一、 先請台灣醫院協會為主責單位，協助收集各層級醫院意見，於 3 個月內提供本署除現行上傳項目外，其他檢驗(查)項目納入之可行性等相關建議，以供本署逐步導入。
- 二、 本署提供未來預計納入項目資料供協會參考。

肆、 臨時動議：

案由：考量 CT 及 MRI 造影衍生之輻射問題，建議可收集輻射劑量數據，提請討論。

決議：

- 一、 為避免民眾暴露過多輻射劑量，收集輻射劑量資訊確有助提升醫療品質之意義。
- 二、 本署規劃於醫療檢查影像上傳之文字檔內，增加欄位收集輻射劑量數據，惟考量非所有 CT 及 MRI 設備均有此資訊，故此欄為「非必填」欄位。
- 三、 上開上傳格式，將併同「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」草案，提報 106 年第 4 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」共同擬訂會議報告後，再函報衛生福利部核定後公告實施。

伍、 散會：上午 12 點 00 分

**醫療檢查影像CT及MRI即時上傳及分享作業討論會
會議簽到單**

時間：106年11月16日上午9時30分

地點：本署9樓第二會議室

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：潘尹婷

出席單位：

序號	單位	簽名處
1	台灣醫院協會	許瑞升 林佩英 吳心華 洪敏輝
2	臺灣醫學中心協會	陳淑代 郭萬法代 侯心沙 吳世霖 謝一諒
3	中華民國區域醫院協會	張豐賢 劉碧鴻 李學玲 黃如明 鄭禮育
4	台灣社區醫院協會	陳佩仙 洪麗娟 洪麗娟
5	中華民國醫師公會全國聯合會	劉建良 張吉厚 林敏文
6	台北市電腦商業同業公會	-

陽明登拍 施柏宇

**醫療檢查影像CT及MRI即時上傳及分享作業討論會
會議簽到單**

時間：106年11月16日上午9時30分

地點：本署9樓第二會議室

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：潘尹婷

出席單位：

序號	單位	簽名處
7	本署醫審及藥材組	陳真慧 曾政宏 林進鴻 李偉宗 賴淑華 陳淑華
8	本署資訊組	吳淑慧 孫治彥 張麗芝 詹明忠
9	本署企劃組	黃弘遠 李偉峰
10	本署醫務管理組	張耀煌 黃中揚 曾美茹 林煜翔 潘尹婷 詹明忠

張亞娟
許明慧

詹建偉
林淑心 吳明忠

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

機關地址：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27026324

受文者：本組醫務管理組

發文日期：中華民國106年9月30日
發文字號：健保醫字第1060012528A號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨

主旨：檢送本署106年9月28日「研商106年10月起增列申報醫令執行起迄時間及醫事人員代號事宜會議」會議紀錄乙份，如附件，請查照。

正本：中華民國醫師公會全國聯合會

副本：本署醫審及藥材組、本組醫務管理組、本署各分區業務組(均含附件)

衛生福利部中央
健康保險署投封章(3)

署長李伯璋

研商106年10月起增列申報醫令執行起迄時間及醫事人員代號事宜會議
會議紀錄

會議時間：106年9月28日（星期四）下午2時30分

會議地點：本署9樓第2會議室

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：曾美嘉

出席人員：詳如簽到單

壹、主席致詞：(略)

貳、討論事項：

案由一：為檢視醫療院所施行診療服務項目之合理性與適當性，瞭解實際施行診療項目之日期及醫事人員，確保醫療給付之公平性，請特約西醫診所自106年10月起申報費用填報相關醫令之執行起迄日期及醫事人員代號，提請討論。

決議：

一、依本署檢視建議增列 23 項診療項目(如附件)為範圍，其「執行時間-起」、「執行時間-迄」、「執行醫事人員代號」依下列情形辦理：

(一) 就醫日期與執行日期不同者，應填報實際執行之日期(年月日)。

(二) 執行醫事人員非原醫囑(開單)醫師時，應填報實際執行之醫師身分證統一編號。

二、上述「執行時間-起」、「執行時間-迄」欄位未填列者，該診療項目視為係就醫當日執行；「執行醫事人員代號」欄位未填列者，該診療項目即為申報清單之「診治醫事人員代號」。

三、因應診所作業系統調整及周知，本項作業自 106 年 12 月
(費用年月)起實施。

臨時動議：醫師公會全國聯合會建議流感疫苗接種排除納入雲端藥
歷查詢計算，提請討論。

決議：有關建議流感疫苗接種案件不納入「全民健康保險家庭醫師
整合性照護計畫」、「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查
詢病患就醫資訊方案」及「西醫基層品質保證保留款實施方
案」之雲端藥歷查詢率計算，同意修訂 107 年相關計畫時不
列入，但同時應調高本項查詢率閾值，以提升用藥安全與醫
療品質。

參、散會(下午 3 時 45 分)。

自106年12月(費用年月)起填報之全民健保支付標準診療項目表

項次	支付標準代碼	中文名稱
1	18037B	胎兒、臍帶、或孕期子宮動脈杜卜勒超音波
2	18041B	周邊動靜脈血管超音波檢查
3	19001C	腹部超音波
4	19002B	術中超音波
5	19003C	婦科超音波
6	19004C	鼻竇超音波檢查
7	19005C	其他超音波
8	19007B	超音波導引(為組織切片，抽吸、注射等)
9	19009C	腹部超音波，追蹤性
10	19010C	產科超音波
11	19011C	高危險妊娠胎兒生理評估
12	19012C	頭頸部軟組織超音波(如甲狀腺thyroid、副甲狀腺parathyroid、腮腺parotid)
13	19014C	乳房超音波
14	19015C	男性外生殖器官超音波
15	19016C	四肢超音波
16	19017C	經尿道(直腸)超音波檢查
17	19018C	嬰兒腦部超音波
18	20013B	頸動脈超音波檢查
19	21010C	膀胱超音波尿量測量
20	23503C	超音波檢查 (A掃瞄)
21	23504C	超音波檢查 (B掃瞄)
22	28016C	上消化道泛內視鏡檢查
23	28022C	子宮鏡檢查

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案--- 特約醫事服務機構上傳醫療檢查影像格式說明(草案)

實施日期：107 年 1 月 1 日

一、獎勵上傳項目：

- (一) 電腦斷層造影(Computed Tomography, CT)：項目如表一
- (二) 磁振造影(Magnetic resonance imaging, MRI)：項目如表二。
- (三)「齒顎全景 X 光片攝影」：醫令代碼 34004C。
- (四)「上消化道泛內視鏡檢查」：醫令代碼 28016C。
- (五)「大腸鏡檢查」：醫令代碼 28017C。
- (六)「超音波檢查」：項目如表三。

二、安裝共通傳輸平台：需安裝「醫療資料傳輸共通介面 API 元件」5.0 版或較新版本。

三、上傳路徑：

- (一) API 批次上傳作業。
- (二) 網頁批次/單筆案件上傳作業：健保資訊網服務系統 (VPN) 平台>我的首頁>醫療影像每日上傳作業。

四、上傳規定：

- (一) 依「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」，107 年 1 月至 6 月，醫療院所於費用年月次月底前上傳影像即符合標準；107 年 7 月起，醫療院所需於實際檢查日期後之 24 小時內，將醫療檢查影像傳送至本署，方符合獎勵條件。

(二) 上傳檔案：

1. API 批次上傳及網頁批次上傳作業：每次上傳檔案應包含文字檔及影像壓縮檔：

(1) 文字檔：

- A. 檔案類型格式為 CSV 檔(副檔名為.csv)。
- B. 可多筆資料，每筆資料應可指向單一影像壓縮檔。
- C. 檔案名稱不支援中文、不可包含特殊符號，英文字母、數字、底線皆為半型，檔案命名規則為『醫事機構代碼(10 碼)_系統日期(8 碼)_序號(3 碼).csv』，例如：
3501200000_20171101_001.csv。
- D. 檔案欄位如 [表四](#)。

(2) 影像壓縮檔：

- A. DICOM 影像需要符合 DICOM V3.0 規範，檔案打包需符合 DICOMDIR 格式。
- B. 每筆影像壓縮檔應以「單一醫令代碼」為單位，每個檔案大小不可超過 4.5GB。
- C. 檔案名稱不支援中文、不可包含特殊符號，英文字母、數字、底線皆為半型，檔案命名規則為『檔案類別(3 碼)醫事機構代號(10 碼)_案件編號(12 碼).副檔名』，說明如下：
 - (a) 檔案類別：DCF，DCF=DICOMDIR，以 MSCAB 或 7zip 壓縮成一個檔案。
 - (b) 醫事機構代號：衛生福利部編定之代碼 10 碼。
 - (c) 案件編號：系統日期(YYYYMMDD)+流水號(4 碼)，共 12 碼。
 - (d) 副檔名：.CAB(壓縮檔)或.7z(壓縮檔)，其中.CAB 請採用 Microsoft Cabinet Software(MSCAB)進行壓縮包檔；.7z 請以 7zip 進行壓縮包檔。

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案--- 特約醫事服務機構上傳醫療檢查影像格式說明(草案)

實施日期：107 年 1 月 1 日

2.單筆案件上傳作業：以「單一醫令代碼」為單位，經登錄該筆醫令相關資料後，上傳該筆醫令之 DICOM 影像，DICOM 影像需符合 DICOM v3.0 規範，必須以「DICOMDIR」檔案為引導及上傳，DICOM 檔案上傳無須提供檔案命名。

(三) 上傳資料檢核說明：

- 1.文字檔 CSV 檔案格式檢核。
2. 文字檔 CSV 檔案與醫療影像 DICOM 檔案交叉檢核。
3. 醫療影像 DICOM 檔案格式檢核。

(四) 上傳資料整份退件及部分案件檢核錯誤說明：

1. 整份退件原則：文字檔 CSV 檔案格式錯誤。
2. 部分案件檢核錯誤：如文字檔 CSV 檔案與醫療影像 DICOM 檔案交叉檢核有誤、或醫療影像 DICOM 檔案格式檢核錯誤，採逐醫令正確收檔，不正確資料不收檔原則。

(五) 檢核結果查詢：提供 API 下載「檢核結果檔」及網頁之「醫療影像上傳結果查詢」功能，查詢結果可下載。

五、資料錯誤處理方式：醫療院所上傳之資料，如已成功上傳卻發生錯誤者，請醫療院所重新傳送，同 1 筆資料將以最後 1 筆上傳資料為準，重送時比照上傳檔案方式，且文字檔內容需與原資料完全相同。

表一、獎勵上傳項目之電腦斷層造影檢查項目表：

項次	醫令代碼	中文名稱
1	33070B	電腦斷層造影－無造影劑
2	33071B	電腦斷層造影－有造影劑
3	33072B	電腦斷層造影－有/無造影劑

表二、獎勵上傳項目之磁振造影項目表：

項次	醫令代碼	中文名稱
1	33084B	磁振造影－無造影劑
2	33085B	磁振造影－有造影劑

表三、獎勵上傳項目之超音波檢查項目表：

項次	醫令代碼	中文名稱
<u>1</u>	<u>18005C</u>	<u>超音波心臟圖</u>
<u>2</u>	<u>18006C</u>	<u>杜卜勒氏超音波心臟圖</u>
<u>3</u>	<u>18007B</u>	<u>杜卜勒氏彩色心臟血流圖</u>
<u>4</u>	<u>18008C</u>	<u>杜卜勒氏血流測定(週邊血管)</u>
<u>5</u>	<u>18033B</u>	<u>經食道超音波心圖</u>

**全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳醫療檢查影像格式說明(草案)**

實施日期：107年1月1日

序號	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
				前補0。例如5月，為05。
4	健保卡刷卡日期時間	13	X	<p>一、本欄為必填欄位。</p> <p>二、因CT及MRI屬本署公告「健保卡存放內容」需登載之重要醫令(含門住診)，故本欄請填入保險對象持健保卡就醫當日刷卡由讀卡機自動產生就診日期時間。</p> <p>三、若為補卡時，此欄表示補卡之日期時間，並於序號7「補卡註記」填2。</p> <p>四、第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0，例如民國99年，為099，民國前的年份為負數，例如：-05表示為民國前5年。第4、5碼為月份，不足位者前補0，例如5月，為05。第6、7碼為日期，不足位者前補0，例如9日，為09。第8、9碼為小時，不足位者前補0，例如上午9時，為09，下午3時，為15。第10、11碼為分，不足位者前補0，例如9分，為09。第12、13碼為秒，不足位者前補0，例如9秒，為09。</p>
5	就醫類別	2	X	<p>一、本欄為必填欄位。</p> <p>二、依保險對象持健保卡就醫登錄之就醫類別。</p> <p>三、就醫類別代碼如下：</p> <p>(一) 須累計就醫序號及扣除就醫可用次數之註記：00 門診高利用保險對象指定就醫作業、01 西醫門診、02 牙醫門診、03 中醫門診、04 急診、05 住院、06 門診轉診就醫、07 門診手術後之回診、08 住院患者出院之回診。</p> <p>(二) 不須累計就醫序號及不扣除就醫可用次數之註記：AA 同一療程之項目以六次以內治療為限者、AB 以同一療程之項目屬"非"六次以內治療為限者、AC 預防保健、AD 職業傷害或職業病門(急)診、AE 慢性病連續處方箋領藥、AF 藥局調劑、AG 排程檢查、AH 居家照護(第二次以後)、AI： 同日同醫師看診(第二次以後)、BA 門(急)診當次轉住院之入院、BB 出院、BC 急診中、住院中執行項目、BD 急診第二日〔含〕以後之離院、BE 職業傷害或職業病之住院、CA：其他規定不須累計就醫序號即不扣除就醫次數者、DA 門診轉出、DB 門診手術後需於7日內之一次回診、DC 住院患者出院</p>

**全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳醫療檢查影像格式說明(草案)**

實施日期：107 年 1 月 1 日

序號	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
				後需於 7 日內之一次回診者。 (三) BF:繼續住院依規定分段結清者，切帳申報時(如長期住院 60 天以上切帳)需登錄一筆 BF 不須累計就醫序號及不扣除就醫可用次數之註記，並連線即時查保。
6	就醫序號	4	X	<p>一、本欄為必填欄位。</p> <p>二、填健保 IC 卡規定之就醫序號，四碼流水號例如：0001。</p> <p>三、預防保健填「IC+預防保健之服務時程代碼」。</p> <p>四、慢性病連續處方第二次(含)以後調劑者，請依慢性病連續處方箋上調劑記錄欄之序號填 IC02(第 2 次)或 IC03(第 3 次)或 IC04(第 4 次)。</p> <p>五、接受他院所委託代(轉)檢醫療服務案件，本欄請填原處方之就醫序號。</p> <p>六、異常代碼：如健保卡取得就依序號前或後發生異常，請比照健保卡上傳作業及醫療費用申報作業之「就醫序號之異常代碼對照表」作上傳。</p> <p>七、急(門)診當次轉住院：比照醫療費用申報作業，將急(門)診取得之就醫序號作上傳。</p> <p>八、住院期間：比照醫療費用申報作業，將住院入院取得之就醫序號作上傳。</p> <p>九、住院出院後 14 日內再住院：依各次住院入院取得之就醫序號作上傳。</p> <p>十、排檢案件：比照醫療費用申報作業，依就醫時取得之就醫序號作上傳。</p>
7	補卡註記	1	9	<p>一、本欄為必填欄位。</p> <p>二、代碼如下：1：正常；2：補卡。</p>
8	身分證統一編號	10	X	<p>一、本欄為必填欄位。</p> <p>二、國民身分證統一編號或外籍居留證號(如無居留證號碼請填護照號碼)。</p>
9	出生日期	7	X	<p>一、本欄為必填欄位。</p> <p>二、第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0，例如民國 99 年，為 099，民國前的年份為負數，例如：-05 表示為民國前 5 年。第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0，例如 5 月，為 05。第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0，例如 9 日，為 09。</p>
10	醫令代碼	12	X	<p>一、本欄為必填欄位，請填入醫療影像檢查之醫令代碼。</p> <p>二、同健保門診或交付機構醫療費用點數申報之「藥</p>

**全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳醫療檢查影像格式說明(草案)**

實施日期：107年1月1日

序號	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明												
				品(項目)代號」；或住院醫療費用點數申報之「醫令代碼」。												
11	報告序號	6	9	一、本欄為必填欄位。 二、如同次診療有多筆醫療檢查影像時，則連續編號，最小值為1，例如1、2、3...												
12	實際檢查日期時間	11	X	一、本欄為必填欄位。 二、第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0，例如民國99年，為099，民國前的年份為負數，例如：-05表示為民國前5年。第4、5碼為月份，不足位者前補0，例如5月，為05。第6、7碼為日期，不足位者前補0，例如9日，為09。第8、9碼為小時，不足位者前補0，例如上午9時，為09，下午3時，為15。第10、11碼為分，不足位者前補0，例如9分，為09。 三、如處方為交付、轉檢或代檢，且無採檢/實際檢查之時、分紀錄者，第8-11碼得填寫0。												
13	診療部位	6	X	一、本欄為必填欄位。 二、比照門住診申報格式診療部位代碼： (一) 醫令為牙科「齒顎全景 X光片攝影」(醫令代碼34004C)時，牙齒部位編碼請依FDI牙位表示法及下表填列，每筆醫令最多填三個編碼。 <table border="1" data-bbox="837 1344 1444 1881"> <tr> <td>全口以"FM"表示</td> <td>上半口以"UB"表示</td> <td>下半口以"LB"表示</td> </tr> <tr> <td>上半右口以"UR"表示</td> <td>上半左口以"UL"表示</td> <td>上顎前齒部位以"UA"表示</td> </tr> <tr> <td>下半右口以"LR"表示</td> <td>下半左口以"LL"表示</td> <td>下顎前齒部位以"LA"表示</td> </tr> <tr> <td>無法表示之部位請以"99"表示</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> (二) 醫令為「電腦斷層造影」(醫令代碼如表一)及磁振造影(醫令代碼如表二)，診療部位填寫代碼如下： H：頭部 A：頸部	全口以"FM"表示	上半口以"UB"表示	下半口以"LB"表示	上半右口以"UR"表示	上半左口以"UL"表示	上顎前齒部位以"UA"表示	下半右口以"LR"表示	下半左口以"LL"表示	下顎前齒部位以"LA"表示	無法表示之部位請以"99"表示		
全口以"FM"表示	上半口以"UB"表示	下半口以"LB"表示														
上半右口以"UR"表示	上半左口以"UL"表示	上顎前齒部位以"UA"表示														
下半右口以"LR"表示	下半左口以"LL"表示	下顎前齒部位以"LA"表示														
無法表示之部位請以"99"表示																

**全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳醫療檢查影像格式說明(草案)**

實施日期：107年1月1日

序號	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
				F：頭頸部 U：胸部 N：頸椎 J：胸椎 K：腰椎 G：胸部及上腹部 C：上腹部 I：腹部(含骨盆腔) P：骨盆腔 E：肢部 Q：臂神經血管叢 M：骨骼肌肉系統 V：心血管系統 S：MRS(磁振頻譜) T：MRA(磁振血管攝影) O：其他 三、依實施部位填寫左靠，例如頸椎及胸椎則填 NJ，最多申報六個部位。
14	影像壓縮檔名稱	29 或 30	X	一、本欄為必填欄位。 二、本欄請對應「醫療檢查影像檔案」之檔名，命名規則為『檔案類別(3碼)醫事機構代號(10碼)_案件編號(12碼).副檔名』(需包含底線、點及附檔名)。 三、壓縮檔案為 CAB、7z 格式，當格式為 CAB 時，長度為 30；當格式為 7z 時，長度為 29。

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗(查)結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

一、上傳格式暨說明如下：

(一) 檢驗(查)結果及人工關節植入物資料上傳格式：

1. 每日上傳格式：如表一。
2. 每月上傳格式：如表二。
3. 需上傳檢驗(查)結果項目如表三。
4. 需上傳人工關節植入物資料項目如表四。

(二) 出院病歷摘要上傳格式如表五。

(三) 人工關節植入物資料填寫範例如表六。

(四) DM、CKD 個案照護資料，需上傳項目及填寫方式如表七，且表七之醫令代碼如未含括於表三者，不列入本方案上傳基本費用及獎勵金計算。

二、上傳路徑：

(一) 上傳檢驗(查)結果及人工關節植入物資料：

1. 每日上傳路徑：健保資訊網服務系統(VPN)平台>我的首頁>檢驗(查)結果每日上傳作業。
2. 每月上傳路徑：健保資訊網服務系統(VPN)平台>我的首頁>醫療費用申報>檢驗(查)結果每月上傳作業。

(二) 上傳出院病歷摘要：健保資訊網服務系統(VPN)平台>我的首頁>醫療費用申報>出院病歷摘要資料上傳及查詢。

三、上傳規定：

(一) 依「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」，醫事服務機構於「費用年月」之「次月底前」上傳資料方能獲資料上傳獎勵，另自 106 年 7 月 1 日起新增「即時上傳檢驗(查)結果額外獎勵金」，獎勵項目及條件如下：

1. 獎勵項目：門診及急診之「非報告型資料」(表三中報告類別為 1 之項目)，與「報告型資料」之「電腦斷層造影檢查(醫令代碼 33070B、33071B 及 33072B)、「磁振造影(醫令代碼 33084B 及 33085B)、「齒顎全景 X 光片攝影(醫令代碼 34004C)、「上消化道泛內視鏡檢查(醫令代碼 28016C)、「大腸鏡檢查(醫令代碼 28017C)及「超音波檢查(醫令代碼 18005C、18006C、18007B、18008C、18033B、18041B、19001C、19002B、19003C、19005B、19007B、19009C、19010C、19012C、19014C、19015C、19016C、19017C、19018C、20013B、20026B、21008C、21010C、23504C、23506C)項目。
2. 獎勵條件：需於報告日期時間 24 小時內將其檢驗(查)結果上傳；如屬健保卡補卡案件，且健保卡刷卡日期時間大於報告日期時間，如於補卡後 24 小時內上傳，亦得獲本項額外獎勵金。
3. 支付方式：每筆即時上傳醫令加計 1 點。
4. 另上傳醫療檢查影像之方式及規定，請參閱「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---特約醫事服務機構上傳醫療檢查影像格式說明」。

(二) 檢驗(查)結果及人工關節植入物資料可由上開「檢驗(查)結果每日上傳作業」或「檢驗(查)結果每月上傳作業」路徑擇一上傳，相關說明如下：

1. 檢驗(查)結果每日上傳作業：
 - (1) 每日上傳作業自 106 年 6 月 15 日至 106 年 6 月 30 日供外界測試，惟測試資料不納入結算作業。
 - (2) 每日上傳作業自 106 年 7 月起正式上線。

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗(查)結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

2. 檢驗(查)結果每月上傳作業：自費用年月106年7月起，基本資料段新增「h26就醫序號」。
- (三) 上傳檢驗(查)結果以「醫令代碼」為單位作結果上傳，如有一筆醫令多項檢驗(查)項目，可先予傳送部分資料，後續再依補正上傳方式以「醫令代碼」為單位作結果補正(補正主鍵值如表八)，獎勵金之核算係以第一次上傳該筆醫令之時間為準；另單次就診/住院有多項檢驗(查)醫令，或有其他非一次可上傳之情形，亦請參考表八主鍵值分次傳送。

(四) 檢驗(查)結果及人工關節植入物資料補正方式：

1. 如醫事服務機構上傳資料有缺漏或錯誤之情形，需以「醫令代碼」為單位補正上傳。
2. 補正上傳主鍵值如表八。

四、上傳資料注意事項：。

(一) 上傳檔案壓縮方式及上傳限制：

1. 上傳檢驗(查)結果及人工關節植入物資料：1個zip壓縮檔只能含有1個xml檔案，且不可包含其他格式檔案。
2. 上傳出院病歷摘要：1個zip壓縮檔可含1個以上之xml檔案，但不可包含其他格式檔案，1個xml檔案只能有一筆個案之資料，且單次上傳以1000筆資料為限。

(二) 檔案之主檔名與副檔名命名規則：

1. 上傳檢驗(查)結果及人工關節植入物資料：

- (1) 健保資訊網服務系統(VPN)網頁上傳：檔案之主檔名與副檔名命名方式只允許英數字，例如：壓縮檔為「TOTFA.zip」，XML檔為「TOTFA.xml」。
- (2) 另檢驗(查)結果每日上傳資料亦可經由「醫療資料傳輸共通介面 API」上傳，檔名格式為：(醫事機構代碼)(上傳日期)(流水號).zip。
- (3) 上傳下列醫令代碼之檢驗(查)結果時，請下列規定方式填寫：
 - A. 醫令代碼「09004C、09005C、09006C、09015C、09044C、Y00005」填至小數點第2位。
 - B. 醫令代碼「Y00001、Y00002、Y00004」填至小數點第1位。
 - C. 醫令代碼「Y00006」填至整數位。

2. 上傳出院病歷摘要：檔案之主檔名與副檔名命名方式只允許英數字，另為區分依附就醫新生兒與被依附就醫者之出院病歷摘要資料，非依附就醫者之XML檔主檔名第一碼為「0」，依附就醫之新生兒，XML檔主檔名第一碼依出生順序以阿拉伯數字1~9表示，即單胞胎或多胞胎的第一胎新生兒，XML檔主檔名第一碼為「1」，多胞胎的第二胎新生兒，XML檔主檔名第一碼為「2」，依此類推。

- (三) 上傳資料長度計算：中文字或全形字/符號1字之長度為4 bytes，英數字1字之長度為1 byte，故欄位長度為4000 bytes，請勿上傳超過3000個英數字，如為中文字或同時包含中文字、全形字/符號及英數字等字元，則請勿上傳超過1000個字，避免資料經編碼轉換後長度超過4000 bytes。另報告類別「2：影像報告」之報告結果如超過欄位ID「r7」之長度，可接續於欄位ID「r8-2」及「r8-3」填寫。

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗(查)結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

表一、檢驗(查)結果及人工關節植入物資料每日上傳格式上傳格式(XML格式)

一、基本資料段

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
h1	報告類別	1	X	一、報告類別代碼：1：檢體檢驗報告；2：影像報告；3：病理報告；4：人工關節植入物資料。 二、報告類別代碼「1」屬於「非報告型資料」；報告類別代碼「2」及「3」屬於「報告型資料」。 三、本欄為必填欄位。
h2	醫事機構代碼	10	X	一、衛生福利部編定之代碼，必為10碼。 二、本欄為必填欄位。
h3	醫事類別	2	X	一、醫事類別代碼： 11：門診西醫診所 12：門診西醫醫院 13：門診牙醫 14：門診中醫 15：門診洗腎 19：門診其他醫事機構 21：住診西醫診所 22：住診西醫醫院 29：住診其他醫事機構 50：特約檢驗所 二、本欄為必填欄位。
h4	執行年月	5	X	一、依實際執行檢驗(查)項目之年月填報。 二、第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0。例如民國99年，為099。第4、5碼為月份，不足位者前補0。例如5月，為05。 三、本欄為必填欄位。
h5	健保卡刷卡日期時間	13	X	一、本欄為必填欄位。 二、依保險對象持健保卡就醫當日刷卡由讀卡機自動產生就診日期時間，如為代檢驗案件請填入收到檢體日期時間。 三、若為補卡時，此欄表示補卡之日期時間，並於「h8補卡註記」填2。 四、住院病人，此欄請為入院日期時間。如為住院補卡案件，此欄請為入院補卡之日期時間，並於「h8補卡註記」填2。 五、第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0，例如民國99年，為099，民國前的年份為負數，例如：-05表示為民國前5年。第4、5碼為月份，不足位者前補0，例如5月，為05。第6、7碼為日期，不足位者前補0，例如9日，為09。第8、9碼為小時，不足位者前補0，例如上午9時，為09，下午3時，為15。第10、11碼為分，不足位者前補0，例如9分，為09。第12、13碼為秒，不足位者前補0，例如9秒，為09。
h6	就醫類別	2	X	一、本欄為必填欄位。 二、依保險對象持健保卡就醫登錄之就醫類別。 三、就醫類別代碼如下： (四)須累計就醫序號及扣除就醫可用次數之註

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---

特約醫事服務機構上傳檢驗(查)結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
				<p>記 :00 門診高利用保險對象指定就醫作業、01 西醫門診、02 牙醫門診、03 中醫門診、04 急診、05 住院、06 門診轉診就醫、07 門診手術後之回診、08 住院患者出院之回診。</p> <p>(五) 不須累計就醫序號及不扣除就醫可用次數之註記：AA 同一療程之項目以六次以內治療為限者、AB 以同一療程之項目屬"非"六次以內治療為限者、AC 預防保健、AD 職業傷害或職業病門(急)診、AE 慢性病連續處方箋領藥、AF 藥局調劑、AG 排程檢查、AH 居家照護(第二次以後)、AI： 同日同醫師看診(第二次以後)、BA 門(急)診當次轉住院之入院、BB 出院、BC 急診中、住院中執行項目、BD 急診第二日〔含〕以後之離院、BE 職業傷害或職業病之住院、CA：其他規定不須累計就醫序號即不扣除就醫次數者、DA 門診轉出、DB 門診手術後需於 7 日內之一次回診、DC 住院患者出院後需於 7 日內之一次回診者。</p> <p>(六) BF:繼續住院依規定分段結清者，切帳申報時(如長期住院 60 天以上切帳)需登錄一筆 BF 不須累計就醫序號及不扣除就醫可用次數之註記，並連線即時查保。</p>
h7	就醫序號	4	X	<p>一、本欄為必填欄位。</p> <p>二、填健保 IC 卡規定之就醫序號，四碼流水號例如：0001。</p> <p>三、預防保健填「IC+預防保健之服務時程代碼」。</p> <p>四、慢性病連續處方第二次(含)以後調劑者，請依慢性病連續處方箋上調劑記錄欄之序號填 IC02(第二次)或 IC03(第3次)或 IC04(第4次)。</p> <p>五、接受他院所委託代(轉)檢醫療服務案件，本欄請填原處方之就醫序號，如無法即時取得或填報者，每日上傳作業先以「Z000」填報，惟後續需於「檢驗(查)結果每月上傳作業」上傳正確就醫序號之完整資料。</p> <p>六、異常代碼：如健保卡取得就依序號前或後發生異常，請比照健保卡上傳作業及醫療費用申報作業之「就醫序號之異常代碼對照表」作上傳。</p> <p>七、急(門)診當次轉住院：比照醫療費用申報作業，將急(門)診取得之就醫序號作上傳。</p> <p>八、住院期間：比照醫療費用申報作業，將住院入院取得之就醫序號作上傳。</p> <p>九、住院出院後 14 日內再住院：依各次住院入院取得之</p>

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗(查)結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
				就醫序號作上傳。 十、排檢案件：比照醫療費用申報作業，依就醫時取得之就醫序號作上傳。
h8	補卡註記	1	9	1：正常；2：補卡。
h9	身分證統一編號	10	X	一、同健保醫療費用點數申報「身分證統一編號」。 二、國民身分證統一編號或外籍居留證號(如無居留證號碼請填護照號碼)。 三、本欄為必填欄位。
h10	出生日期	7	X	一、同健保醫療費用點數申報「出生年月日」。 二、第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0，例如民國99年，為099，民國前的年份為負數，例如：-05表示為民國前5年。第4、5碼為月份，不足位者前補0，例如5月，為05。第6、7碼為日期，不足位者前補0，例如9日，為09。 三、本欄為必填欄位。
h11	就醫日期	7	X	一、醫事類別代碼為「11」、「12」、「13」、「14」、「15」、「19」及「50」，本欄為必填欄位。 二、同健保醫療費用點數申報之「就醫日期」，填保險對象實際就醫日期。 三、第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0，例如民國99年，為099，民國前的年份為負數，例如：-05表示為民國前5年。第4、5碼為月份，不足位者前補0，例如5月，為05。第6、7碼為日期，不足位者前補0，例如9日，為09。
h12	治療結束日期	7	X	一、醫事類別代碼為「11」、「12」、「13」、「14」、「15」及「19」，且為「排程檢查案件」或「接受他院所委託代(轉)檢醫療服務案件」，本欄為必填欄位，如未能於上傳時確定治療結束日期，本欄可免填。 二、同健保醫療費用點數申報之「治療結束日期」。 三、第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0。例如民國99年，為099。第4、5碼為月份，不足位者前補0。例如5月，為05。第6、7碼為日期，不足位者前補0。例如9日，為09。 四、排程檢查案件：填「檢查當天日期」。 五、接受他院所委託代(轉)檢醫療服務案件，本欄請填代(轉)案件之檢驗日期。
h13	入院年月日	7	X	一、醫事類別代碼為「21」、「22」及「29」，本欄為必填欄位。 二、同健保醫療費用點數申報之「入院年月日」。 三、第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0，例如民國99年，為099，民國前的年份為負數，例如：-05表示為民國前5年。第4、5碼為月份，不足位者前補0，

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---

特約醫事服務機構上傳檢驗(查)結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
				例如 5 月，為 05。第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0，例如 9 日，為 09。
h14	出院年月日	7	X	<p>一、醫事類別代碼為「21」、「22」及「29」，本欄為必填欄位，如上傳時尚未出院者，本欄可免填。</p> <p>二、同健保醫療費用點數申報之「出院年月日」。</p> <p>三、第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0，例如民國 99 年，為 099，民國前的年份為負數，例如：-05 表示為民國前 5 年。第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0，例如 5 月，為 05。第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0，例如 9 日，為 09。</p>
h15	醫令代碼	12	X	<p>一、同健保門診或交付機構醫療費用點數申報之「藥品(項目)代號」；或住院醫療費用點數申報之「醫令代碼」。</p> <p>二、本欄為必填欄位。</p> <p>三、報告類別代碼「4」，限填下列醫令： 64164B、64169B、64202B、64162B、64170B、64258B、64201B。</p> <p>四、檢驗(查)結果應上傳醫令以外之 DM、CKD 個案照護醫令代碼： (一) Y00000：論質追蹤 (二) Y00001：eGFR (三) Y00002：U PCR/UACR (四) Y00003：足底檢查 (五) Y00004：身高 (六) Y00005：體重 (七) Y00006：血壓 (八) Y00007：抽菸/戒菸服務 (九) Y00008：CKD 階段 (十) Y00009：伴隨疾病/家族病史 (十一) Y00010：結案資料</p>
h16	檢驗(查)結果上傳日期時間	13	X	<p>一、醫事服務機構上傳檢驗(查)結果資料之日期。</p> <p>二、第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0，例如民國 99 年，為 099，民國前的年份為負數，例如：-05 表示為民國前 5 年。第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0，例如 5 月，為 05。第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0，例如 9 日，為 09。第 8、9 碼為小時，不足位者前補 0，例如上午 9 時，為 09，下午 3 時，為 15。第 10、11 碼為分，不足位者前補 0，例如 9 分，為 09。第 12、13 碼為秒，不足位者前補 0，例如 9 秒，為 09。</p> <p>三、本欄為必填欄位。</p>
h17	醫囑醫師身分證號	10	X	<p>一、開立檢驗(查)處方醫師之國民身分證統一編號，或外籍居留證號碼。</p>

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
				<p>二、如處方為交付、轉檢或代檢，且無原處方開立醫師之國民身分證統一編號或外籍居留證號碼者，得以該醫師之醫事服務機構代號替代。</p> <p>三、本欄為必填欄位。</p>
h18	報告/病理 醫師身分證號	10	X	<p>一、判讀影像或病理報告醫師之國民身分證統一編號，或外籍居留證號碼。</p> <p>二、如處方為交付、轉檢或代檢，且無判讀影像或病理報告醫師之國民身分證統一編號或外籍居留證號碼者，得以該醫師之醫事服務機構代號替代。</p> <p>二、報告類別代碼為「2」或「3」，請填寫本欄。</p>
h19	醫囑日期時間	11	X	<p>一、醫師開立檢驗（查）處方之日期時間。</p> <p>二、第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0，例如民國 99 年，為 099，民國前的年份為負數，例如：-05 表示為民國前 5 年。第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0，例如 5 月，為 05。第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0，例如 9 日，為 09。第 8、9 碼為小時，不足位者前補 0，例如上午 9 時，為 09，下午 3 時，為 15。第 10、11 碼為分，不足位者前補 0，例如 9 分，為 09。</p> <p>三、如處方為交付、轉檢或代檢，且無開立處方之時、分紀錄者，第 8-11 碼得填寫 0。</p> <p>四、本欄為必填欄位。</p>
h20	採檢/實際 檢查/手術 日期時間	11	X	<p>一、第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0，例如民國 99 年，為 099，民國前的年份為負數，例如：-05 表示為民國前 5 年。第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0，例如 5 月，為 05。第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0，例如 9 日，為 09。第 8、9 碼為小時，不足位者前補 0，例如上午 9 時，為 09，下午 3 時，為 15。第 10、11 碼為分，不足位者前補 0，例如 9 分，為 09。</p> <p>二、如處方為交付、轉檢或代檢，且無採檢/實際檢查之時、分紀錄者，第 8-11 碼得填寫 0。</p> <p>三、報告類別代碼為「4」，本欄請填手術日期時間，同健保醫療費用點數申報之「執行時間-起」。</p> <p>四、本欄為必填欄位。</p>
h21	醫師確認報 告時間	11	X	<p>一、第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0，例如民國 99 年，為 099，民國前的年份為負數，例如：-05 表示為民國前 5 年。第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0，例如 5 月，為 05。第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0，例如 9 日，為 09。第 8、9 碼為小時，不足位者前補 0，例如上午 9 時，為 09，下午 3 時，為 15。第 10、11 碼為分，不足位者前補 0，例如 9 分，為 09。</p> <p>二、如處方為交付、轉檢或代檢，且無醫師確認報告之時、分紀錄者，第 8-11 碼得填寫 0。</p>

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗(查)結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
				三、本欄為非必填欄位。
h22	檢體採檢方法/來源/類別	200	X	一、檢體或病理檢驗之採檢方法，如切片、穿刺...等；檢體來源，如肝，靜脈...；檢體類別，如尿液、血液...。 二、報告類別代碼為「1」或「3」，請填寫本欄。 三、XML 格式設計有 5 種特殊字元（如：<、>、&、'、"），需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。

二、報告資料段

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
r1	報告序號	6	9	一、如同一醫令具有多個檢驗(查)結果時，則連續編號，最小值為 1，例如 1、2、3...。 二、本欄為必填欄位。 三、報告類別代碼為「4」，填寫方式請參考表六。 四、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼（09006C、09005C、09044C、09004C、09015C、06013C、23501C、23502C、23702C、Y00000-Y00010），本欄填寫方式請參考表七。
r2	檢驗項目名稱	100	X	一、檢體或病理檢驗項目名稱。 二、報告類別代碼為「1」或「3」或「4」，本欄為必填欄位。 三、XML 格式設計有 5 種特殊字元（如：<、>、&、'、"），需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。 四、報告類別代碼為「4」，填寫方式如下： （一）欄位「r1 報告序號」為「1」，本欄請填「BH」； （二）欄位「r1 報告序號」為「2」，本欄請填「BW」； （三）欄位「r1 報告序號」為「3」，本欄請填「ASA」； （四）欄位「r1 報告序號」為「4」、「5」，本欄請填「Surgical Approach」。 五、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼（09006C、09005C、09044C、09004C、09015C、06013C、23501C、23502C、23702C、Y00000-Y00010），本欄填寫方式請參考表七。
r3	檢驗方法	100	X	一、如酵素免疫分析法(EIA)、細胞染色...等。 二、報告類別代碼為「1」或「3」或「4」，請填寫本欄。 三、XML 格式設計有 5 種特殊字元（如：<、>、&、'、"），需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗(查)結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
				<p>四、報告類別代碼為「4」且欄位「r1 報告序號」為「4」、「5」，填寫方式如下：</p> <p>(一) 第 1 碼，請填側別，代碼如下： L:左側；R 右側。</p> <p>(二) 第 2 碼，請填術別，代碼如下： 1：全膝人工關節術 TKR 2：半膝人工關節術 UKA 3：髌骨關節人工關節術 PFJA 4：全膝人工關節再置換/翻修術 RTKA 5：全髌人工關節術 THR 6：半髌人工關節術 Hemiarthroplasty 7：全髌人工關節術再置換/翻修 RTHR</p> <p>(三) 第 3 碼，請填入路途徑。</p> <p>1.人工膝關節，代碼如下： 1：內髌骨側入路 Medial para-patellar； 2：外髌骨側入路 Lateral para-patellar； 3：股內肌中入路 Midvastus； 4：股內肌下入路 Subvastus； 5：其他 others；</p> <p>2.人工髌關節代碼如下： A：後外側 Posterolateral (Moore, Southern) B：前外側 Anterolateral (Watson-Jones) C：正外側 Direct lateral (Hardinge，transgluteal) D：正前方 Direct anterior (DAA, Smith-Peterson) E：經大轉子 Transtrochanteric F：經上後方 Supra articular path 5：其他 Others</p>
r4	檢驗報告結果值	4000	X	<p>一、檢驗報告結果，如 Positive、25...等。</p> <p>二、報告類別代碼為「1」或「4」，本欄為必填欄位。</p> <p>三、XML 格式設計有 5 種特殊字元(如：<、>、&、'、")，需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。</p> <p>四、報告類別代碼為「4」，填寫方式如下：</p> <p>(一) 「r1 報告序號」為「1」(身高)，以四捨五入填至小數點第 1 位，如身高為 167.53cm，請填 167.5；「r1 報告序號」為「2」(體重)，以四捨五入填至小數點第 2 位，如體重為 43.536kg，請填 43.54。</p> <p>(二) 「r1 報告序號」為「3」，ASA 分級代碼如下：</p>

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---

特約醫事服務機構上傳檢驗(查)結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
				<p>1：分級 I 2：分級 II 3：分級 III 4：分級 IV 5：分級 V</p> <p>(三)「r1 報告序號」為「4」、「5」，本欄請填特材條碼，按執行術別使用之特材全數填報，每品項特材資料以半形分號間隔，間隔符號不可以其他特殊符號或空白鍵替代，特材規格需以 GS1 (Global Standard One)、HIBCC (Health Industry Business Communications Council) (此 2 類為 UDI 條碼規格)及廠商產品編碼等 3 類規格上傳，填寫方式請參考表六。</p> <p>五、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼 (09006C、09005C、09044C、09004C、09015C、06013C、Y00000-Y00010)，本欄填寫方式請參考表七。</p>
r5	單位	50	X	<p>一、如 mg/ml，莫耳濃度...等。</p> <p>二、報告類別代碼為「1」或「4」，本欄為必填欄位。</p> <p>三、XML 格式設計有 5 種特殊字元 (如：<、>、&、'、")，需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。</p> <p>四、報告類別代碼為「4」且欄位「r1 報告序號」為「1」、「2」，填寫方式如下： (一) BH 請填「cm」。 (二) BW 請填「kg」。</p> <p>五、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼 (09006C、09005C、09044C、09004C、09015C、06013C、Y00000-Y00010)，本欄填寫方式請參考表七。</p>
r6	參考值	4000	X	<p>一、Positive，0~25...等。</p> <p>二、報告類別代碼為「1」，本欄為必填欄位。</p> <p>三、XML 格式設計有 5 種特殊字元 (如：<、>、&、'、")，需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。</p> <p>四、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼 (09006C、09005C、09044C、09004C、09015C、06013C、Y00001、Y00002、Y00006)，本欄填寫方式請參考表七。</p>
r7	報告結果	4000	X	<p>一、影像報告結果，含影像發現、臆斷及註記(如過敏反應、顯影劑種類)等內容。</p> <p>二、報告類別代碼為「2」，本欄為必填欄位。</p> <p>三、XML 格式設計有 5 種特殊字元 (如：<、>、&、'、")，需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。</p>

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---

特約醫事服務機構上傳檢驗(查)結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
				四、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼 (23501C、23502C、23702C)，本欄填寫方式請參考表七。
r8-1	病理發現及診斷	4000	X	一、病理發現(如大體發現、顯微發現)及病理診斷結果。 二、報告類別代碼為「3」，本欄為必填欄位。 三、XML 格式設計有 5 種特殊字元(如：<、>、&、'、")，需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。
r8-2	報告結果或病理發現及診斷(一)	4000	X	一、可接續欄位「r7 報告結果」或「r8-1 病理發現及診斷」之內容填寫。 二、XML 格式設計有 5 種特殊字元(如：<、>、&、'、")，需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。 三、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼 (23501C、23502C、23702C)，且報告序號為「2」，本欄填寫方式請參考表七。
r8-3	報告結果或病理發現及診斷(二)	4000	X	一、可接續欄位「r8-2 報告結果或病理發現及診斷(一)」之內容填寫。 二、XML 格式設計有 5 種特殊字元(如：<、>、&、'、")，需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。 三、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼 (23501C、23502C、23702C)，且報告序號為「2」，本欄填寫方式請參考表七。
r9	醫事人員身分證號	10	X	一、實際執行醫令之醫事人員國民身分證統一編號，或外籍居留證號碼。 二、如處方為交付、轉檢或代檢，且無醫令實際執行醫事人員之國民身分證統一編號，或外籍居留證號碼者，得以該醫事人員之醫事服務機構代號替代。 二、報告類別代碼為「1」，請填寫本欄。
r10	報告日期時間	11	X	一、第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0，例如民國 99 年，為 099，民國前的年份為負數，例如：-05 表示為民國前 5 年。第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0，例如 5 月，為 05。第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0，例如 9 日，為 09。第 8、9 碼為小時，不足位者前補 0，例如上午 9 時，為 09，下午 3 時，為 15。第 10、11 碼為分，不足位者前補 0，例如 9 分，為 09。 二、報告類別代碼為「1」或「3」，請填寫本欄。
r11	備註	4000	X	一、其他備註事項。

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗(查)結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
				二、XML 格式設計有 5 種特殊字元 (如：<、>、&、'、")，需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。
r12	檢驗(查)結果值註記	1	9	一、檢驗(查)評估或判讀結果，代碼如下： 0：未發現異於參考值。 1：異於參考值。 二、本欄為非必填欄位。
r13	輻射劑量	4000	X	<u>一、本欄為非必填欄位。</u> <u>二、請以「毫西弗」為單位填寫輻射劑量。</u>

表二、檢驗(查)結果每月上傳格式上傳格式 (XML 格式)

一、基本資料段

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
h1	報告類別	1	X	一、報告類別代碼：1：檢體檢驗報告；2：影像報告；3：病理報告；4：人工關節植入物資料。 二、報告類別代碼「1」屬於「非報告型資料」；報告類別代碼「2」及「3」屬於「報告型資料」。 三、本欄為必填欄位。
h2	醫事機構代碼	10	X	一、衛生福利部編定之代碼，必為 10 碼。 二、本欄為必填欄位。
h3	醫事類別	2	X	一、醫事類別代碼： 11：門診西醫診所 12：門診西醫醫院 13：門診牙醫 14：門診中醫 15：門診洗腎 19：門診其他醫事機構 21：住診西醫診所 22：住診西醫醫院 29：住診其他醫事機構 50：特約檢驗所 二、本欄為必填欄位。
h4	費用年月	5	X	一、同健保醫療費用點數申報「費用年月」。 二、第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0。例如民國 99 年，為 099。第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0。例如 5 月，為 05。 三、本欄為必填欄位。
h5	申報類別	1	X	一、同健保醫療費用點數「申報類別」。 二、申報類別代碼：1:送核 2:補報。 三、本欄為必填欄位。
h6	申報日期	7	X	一、同健保醫療費用點數「申報日期」。 二、第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0。例如民國 99 年，為 099。第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0。例如 5 月，為 05。第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0。例如 9 日，為 09。 三、本欄為必填欄位。

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---

特約醫事服務機構上傳檢驗(查)結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
h7	案件分類	2	X	一、同健保醫療費用點數申報「案件分類」。 二、本欄為必填欄位。
h8	流水編號	6	9	一、同健保醫療費用點數申報「流水編號」。 二、本欄為必填欄位。
h9	身分證統一編號	10	X	一、同健保醫療費用點數申報「身分證統一編號」。 二、國民身分證統一編號或外籍居留證號(如無居留證號碼請填護照號碼)。 三、本欄為必填欄位。
h10	出生日期	7	X	一、同健保醫療費用點數申報「出生年月日」。 二、第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0，例如民國99年，為099，民國前的年份為負數，例如：-05表示為民國前5年。第4、5碼為月份，不足位者前補0，例如5月，為05。第6、7碼為日期，不足位者前補0，例如9日，為09。 三、本欄為必填欄位。
h11	就醫日期	7	X	一、醫事類別代碼為「11」、「12」、「13」、「14」、「15」、「19」及「50」，本欄為必填欄位。 二、同健保醫療費用點數申報之「就醫日期」，填保險對象實際就醫日期。 三、第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0，例如民國99年，為099，民國前的年份為負數，例如：-05表示為民國前5年。第4、5碼為月份，不足位者前補0，例如5月，為05。第6、7碼為日期，不足位者前補0，例如9日，為09。
h12	治療結束日期	7	X	一、醫事類別代碼為「11」、「12」、「13」、「14」、「15」及「19」，且為「排程檢查案件」或「接受他院所委託代(轉)檢醫療服務案件」，本欄為必填欄位。 二、同健保醫療費用點數申報之「治療結束日期」。 三、第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0。例如民國99年，為099。第4、5碼為月份，不足位者前補0。例如5月，為05。第6、7碼為日期，不足位者前補0。例如9日，為09。 四、排程檢查案件：填「檢查當天日期」。 五、接受他院所委託代(轉)檢醫療服務案件，本欄請填代(轉)案件之檢驗日期。
h13	入院年月日	7	X	一、醫事類別代碼為「21」、「22」及「29」，本欄為必填欄位。 二、同健保醫療費用點數申報之「入院年月日」。 三、第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0，例如民國99年，為099，民國前的年份為負數，例如：-05表示為民國前5年。第4、5碼為月份，不足位者

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
				前補 0，例如 5 月，為 05。第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0，例如 9 日，為 09。
h14	出院年月日	7	X	一、醫事類別代碼為「21」、「22」及「29」，本欄為必填欄位，如尚未出院者免填。 二、同健保醫療費用點數申報之「出院年月日」。 三、第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0，例如民國 99 年，為 099，民國前的年份為負數，例如：-05 表示為民國前 5 年。第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0，例如 5 月，為 05。第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0，例如 9 日，為 09。
h15	申報期間-起	7	X	一、醫事類別代碼為「21」、「22」及「29」，本欄為必填欄位。 二、同健保醫療費用點數申報之「申報期間-起」。 三、第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0，例如民國 99 年，為 099，民國前的年份為負數，例如：-05 表示為民國前 5 年。第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0，例如 5 月，為 05。第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0，例如 9 日，為 09。
h16	申報期間-迄	7	X	一、醫事類別代碼為「21」、「22」及「29」，本欄為必填欄位。 二、同健保醫療費用點數申報之「申報期間-迄」。 三、第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0，例如民國 99 年，為 099，民國前的年份為負數，例如：-05 表示為民國前 5 年。第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0，例如 5 月，為 05。第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0，例如 9 日，為 09。
h17	醫令序	5	9	一、同健保醫療費用點數申報之「醫令序」。 二、本欄為必填欄位。 三、醫令代碼為 DM、CKD 個案照護醫令代碼 Y00000-Y00010 者，醫令序應填報 0。
h18	醫令代碼	12	X	一、同健保門診或交付機構醫療費用點數申報之「藥品（項目）代號」；或住院醫療費用點數申報之「醫令代碼」。 二、本欄為必填欄位。 三、報告類別代碼「4」，限填下列醫令： 64164B、64169B、64202B、64162B、64170B、64258B、64201B。 四、檢驗（查）結果應上傳醫令以外之 DM、CKD 個案照護醫令代碼： （一）Y00000：論質追蹤 （二）Y00001：eGFR （三）Y00002：U PCR/UACR

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---

特約醫事服務機構上傳檢驗(查)結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
				(四) Y00003：足底檢查 (五) Y00004：身高 (六) Y00005：體重 (七) Y00006：血壓 (八) Y00007：抽菸/戒菸服務 (九) Y00008：CKD 階段 (十) Y00009：伴隨疾病/家族病史 (十一) Y00010：結案資料
h19	檢驗(查)結果上傳日期時間	13	X	一、醫事服務機構上傳檢驗(查)結果資料之日期。 二、第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0，例如民國99年，為099，民國前的年份為負數，例如：-05表示為民國前5年。第4、5碼為月份，不足位者前補0，例如5月，為05。第6、7碼為日期，不足位者前補0，例如9日，為09。第8、9碼為小時，不足位者前補0，例如上午9時，為09，下午3時，為15。第10、11碼為分，不足位者前補0，例如9分，為09。第12、13碼為秒，不足位者前補0，例如9秒，為09。 三、本欄為必填欄位。
h20	醫囑醫師身分證號	10	X	一、開立檢驗(查)處方醫師之國民身分證統一編號，或外籍居留證號碼。 二、如處方為交付、轉檢或代檢，且無原處方開立醫師之國民身分證統一編號或外籍居留證號碼者，得以該醫師之醫事服務機構代號替代。 三、本欄為必填欄位。
h21	報告/病理醫師身分證號	10	X	一、判讀影像或病理報告醫師之國民身分證統一編號，或外籍居留證號碼。 二、如處方為交付、轉檢或代檢，且無判讀影像或病理報告醫師之國民身分證統一編號或外籍居留證號碼者，得以該醫師之醫事服務機構代號替代。 二、報告類別代碼為「2」或「3」，請填寫本欄。
h22	醫囑日期時間	11	X	一、醫師開立檢驗(查)處方之日期時間。 二、第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0，例如民國99年，為099，民國前的年份為負數，例如：-05表示為民國前5年。第4、5碼為月份，不足位者前補0，例如5月，為05。第6、7碼為日期，不足位者前補0，例如9日，為09。第8、9碼為小時，不足位者前補0，例如上午9時，為09，下午3時，為15。第10、11碼為分，不足位者前補0，例如9分，為09。 三、如處方為交付、轉檢或代檢，且無開立處方之時、分紀錄者，第8-11碼得填寫0。 四、本欄為必填欄位。
h23	採檢/實際	11	X	一、第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0，例

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---

特約醫事服務機構上傳檢驗(查)結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
	檢查/手術日期時間			<p>如民國 99 年，為 099，民國前的年份為負數，例如：-05 表示為民國前 5 年。第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0，例如 5 月，為 05。第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0，例如 9 日，為 09。第 8、9 碼為小時，不足位者前補 0，例如上午 9 時，為 09，下午 3 時，為 15。第 10、11 碼為分，不足位者前補 0，例如 9 分，為 09。</p> <p>二、如處方為交付、轉檢或代檢，且無採檢/實際檢查之時、分紀錄者，第 8-11 碼得填寫 0。</p> <p>三、報告類別代碼為「4」，本欄請填手術日期時間，同健保醫療費用點數申報之「執行時間-起」。</p> <p>四、本欄為必填欄位。</p>
h24	醫師確認報告時間	11	X	<p>一、第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0，例如民國 99 年，為 099，民國前的年份為負數，例如：-05 表示為民國前 5 年。第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0，例如 5 月，為 05。第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0，例如 9 日，為 09。第 8、9 碼為小時，不足位者前補 0，例如上午 9 時，為 09，下午 3 時，為 15。第 10、11 碼為分，不足位者前補 0，例如 9 分，為 09。</p> <p>二、如處方為交付、轉檢或代檢，且無醫師確認報告之時、分紀錄者，第 8-11 碼得填寫 0。</p> <p>三、報告類別代碼為「2」，請填寫本欄。</p>
h25	檢體採檢方法/來源/類別	200	X	<p>一、檢體或病理檢驗之採檢方法，如切片、穿刺...等；檢體來源，如肝、靜脈...；檢體類別，如尿液、血液...。</p> <p>二、報告類別代碼為「1」或「3」，請填寫本欄。</p> <p>三、XML 格式設計有 5 種特殊字元（如：<、>、&、'、"），需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。</p>
h26	就醫序號	4	X	<p>一、本欄為自費用年月 106 年 7 月起為必填欄位。</p> <p>二、填健保 IC 卡規定之就醫序號，四碼流水號例如：0001。</p> <p>三、預防保健填「IC+預防保健之服務時程代碼」。</p> <p>四、慢性病連續處方第二次（含）以後調劑者，請依慢性病連續處方箋上調劑記錄欄之序號填 IC02（第 2 次）或 IC03（第 3 次）或 IC04（第 4 次）。</p> <p>五、接受他院所委託代（轉）檢醫療服務案件，本欄請填原處方之就醫序號。</p> <p>六、異常代碼：如健保卡取得就依序號前或後發生異常，請比照健保卡上傳作業及醫療費用申報作業之「就醫序號之異常代碼對照表」作上傳。</p>

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
				<p>七、急(門)診當次轉住院：比照醫療費用申報作業，將急(門)診取得之就醫序號作上傳。</p> <p>八、住院期間：比照醫療費用申報作業，將住院入院取得之就醫序號作上傳。</p> <p>九、住院出院後 14 日內再住院：依各次住院入院取得之就醫序號作上傳。</p> <p>十、排檢案件：比照醫療費用申報作業，依就醫時取得之就醫序號作上傳。</p>

二、報告資料段

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
r1	報告序號	6	9	<p>一、如同一醫令具有多個檢驗（查）結果時，則連續編號，最小值為 1，例如 1、2、3...。</p> <p>二、本欄為必填欄位。</p> <p>三、報告類別代碼為「4」，填寫方式請參考表六。</p> <p>四、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼（09006C、09005C、09044C、09004C、09015C、06013C、23501C、23502C、23702C、Y00000-Y00010），本欄填寫方式請參考表七。</p>
r2	檢驗項目名稱	100	X	<p>一、檢體或病理檢驗項目名稱。</p> <p>二、報告類別代碼為「1」或「3」或「4」，本欄為必填欄位。</p> <p>三、XML 格式設計有 5 種特殊字元（如：<、>、&、'、"），需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。</p> <p>四、報告類別代碼為「4」，填寫方式如下： （一）欄位「r1 報告序號」為「1」，本欄請填「BH」； （二）欄位「r1 報告序號」為「2」，本欄請填「BW」； （三）欄位「r1 報告序號」為「3」，本欄請填「ASA」； （四）欄位「r1 報告序號」為「4」、「5」，本欄請填「Surgical Approach」。</p> <p>五、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼（09006C、09005C、09044C、09004C、09015C、06013C、23501C、23502C、23702C、Y00000-Y00010），本欄填寫方式請參考表七。</p>
r3	檢驗方法	100	X	<p>一、如酵素免疫分析法(EIA)、細胞染色...等。</p> <p>二、報告類別代碼為「1」或「3」或「4」，請填寫本欄。</p> <p>三、XML 格式設計有 5 種特殊字元（如：<、>、&、'、"），需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現</p>

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗(查)結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
				<p>此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。</p> <p>四、報告類別代碼為「4」且欄位「r1 報告序號」為「4」、「5」，填寫方式如下：</p> <p>(一) 第 1 碼，請填側別，代碼如下： L:左側；R 右側。</p> <p>(二) 第 2 碼，請填術別，代碼如下： 1：全膝人工關節術 TKR 2：半膝人工關節術 UKA 3：髌骨關節人工關節術 PFJA 4：全膝人工關節再置換/翻修術 RTKA 5：全髌人工關節術 THR 6：半髌人工關節術 Hemiarthroplasty 7：全髌人工關節術再置換/翻修 RTHR</p> <p>(三) 第 3 碼，請填入路途徑。 1.人工膝關節，代碼如下： 1：內髌骨側入路 Medial para-patellar； 2：外髌骨側入路 Lateral para-patellar； 3：股內肌中入路 Midvastus； 4：股內肌下入路 Subvastus； 5：其他 others； 2.人工髌關節代碼如下： A：後外側 Posterolateral (Moore, Southern) B：前外側 Anterolateral (Watson-Jones) C：正外側 Direct lateral (Hardinge，transgluteal) D：正前方 Direct anterior (DAA, Smith-Peterson) E：經大轉子 Transtrochanteric F：經上後方 Supra articular path 5：其他 Others</p>
r4	檢驗報告結果值	4000	X	<p>一、檢驗報告結果，如 Positive、25...等。</p> <p>二、報告類別代碼為「1」或「4」，本欄為必填欄位。</p> <p>三、XML 格式設計有 5 種特殊字元（如：<、>、&、'、"），需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。</p> <p>四、報告類別代碼為「4」，填寫方式如下： (一) 「r1 報告序號」為「1」(身高)，以四捨五入填至小數點第 1 位，如身高為 167.53cm，請填 167.5；「r1 報告序號」為「2」(體重)，以四捨五入填至小數點第 2 位，如體重為</p>

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗(查)結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
				<p>43.536kg，請填 43.54。</p> <p>(二)「r1 報告序號」為「3」，ASA 分級代碼如下： 1：分級 I 2：分級 II 3：分級 III 4：分級 IV 5：分級 V</p> <p>(三)「r1 報告序號」為「4」、「5」，本欄請填特材條碼，按執行術別使用之特材全數填報，每品項特材資料以半形分號間隔，間隔符號不可以其他特殊符號或空白鍵替代，特材規格需以 GS1 (Global Standard One)、HIBCC (Health Industry Business Communications Council) (此 2 類為 UDI 條碼規格)及廠商產品編碼等 3 類規格上傳，填寫方式請參考表六。</p> <p>五、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼 (09006C、09005C、09044C、09004C、09015C、06013C、Y00000-Y00010)，本欄填寫方式請參考表七。</p>
r5	單位	50	X	<p>一、如 mg/ml，莫耳濃度...等。</p> <p>二、報告類別代碼為「1」或「4」，本欄為必填欄位。</p> <p>三、XML 格式設計有 5 種特殊字元 (如：<、>、&、'、")，需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。</p> <p>四、報告類別代碼為「4」且欄位「r1 報告序號」為「1」、「2」，填寫方式如下： (一) BH 請填「cm」。 (二) BW 請填「kg」。</p> <p>五、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼 (09006C、09005C、09044C、09004C、09015C、06013C、Y00000-Y00010)，本欄填寫方式請參考表七。</p>
r6	參考值	4000	X	<p>一、Positive，0~25...等。</p> <p>二、報告類別代碼為「1」，本欄為必填欄位。三、XML 格式設計有 5 種特殊字元 (如：<、>、&、'、")，需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。</p> <p>四、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼 (09006C、09005C、09044C、09004C、09015C、06013C、Y00001、Y00002、Y00006)，本欄填寫方式請參考表七。</p>
r7	報告結果	4000	X	<p>一、影像報告結果，含影像發現、臆斷及註記(如過敏反應、顯影劑種類)等內容。</p> <p>二、報告類別代碼為「2」，本欄為必填欄位。</p>

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
				<p>三、XML 格式設計有 5 種特殊字元（如：<、>、&、'、"），需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。</p> <p>四、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼（23501C、23502C、23702C），本欄填寫方式請參考表七。</p>
r8-1	病理發現及診斷	4000	X	<p>一、病理發現（如大體發現、顯微發現）及病理診斷結果。</p> <p>二、報告類別代碼為「3」，本欄為必填欄位。</p> <p>三、XML 格式設計有 5 種特殊字元（如：<、>、&、'、"），需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。</p>
r8-2	報告結果或病理發現及診斷（一）	4000	X	<p>一、可接續欄位「r7 報告結果」或「r8-1 病理發現及診斷」之內容填寫。</p> <p>二、XML 格式設計有 5 種特殊字元（如：<、>、&、'、"），需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。</p> <p>三、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼（23501C、23502C、23702C），且報告序號為「2」，本欄填寫方式請參考表七。</p>
r8-3	報告結果或病理發現及診斷（二）	4000	X	<p>一、可接續欄位「r8-2 報告結果或病理發現及診斷（一）」之內容填寫。</p> <p>二、XML 格式設計有 5 種特殊字元（如：<、>、&、'、"），需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。</p> <p>三、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼（23501C、23502C、23702C），且報告序號為「2」，本欄填寫方式請參考表七。</p>
r9	醫事人員身分證號	10	X	<p>一、實際執行醫令之醫事人員國民身分證統一編號，或外籍居留證號碼。</p> <p>二、如處方為交付、轉檢或代檢，且無醫令實際執行醫事人員之國民身分證統一編號，或外籍居留證號碼者，得以該醫事人員之醫事服務機構代號替代。</p> <p>二、報告類別代碼為「1」，請填寫本欄。</p>
r10	報告日期時間	11	X	<p>一、第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0，例如民國 99 年，為 099，民國前的年份為負數，例如：-05 表示為民國前 5 年。第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0，例如 5 月，為 05。第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0，例如 9 日，為 09。第 8、9 碼為小時，不足</p>

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---

特約醫事服務機構上傳檢驗(查)結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
				位者前補 0，例如上午 9 時，為 09，下午 3 時，為 15。 第 10、11 碼為分，不足位者前補 0，例如 9 分，為 09。 二、報告類別代碼為「1」或「3」，請填寫本欄。
r11	備註	4000	X	一、其他備註事項。 二、XML 格式設計有 5 種特殊字元（如：<、>、&、'、"），需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。
r12	檢驗(查)結果值註記	1	9	一、檢驗(查)評估或判讀結果，代碼如下： 0：未發現異於參考值。 1：異於參考值。 二、本欄為非必填欄位。
<u>r13</u>	<u>輻射劑量</u>	<u>4000</u>	<u>X</u>	<u>一、本欄為非必填欄位。</u> <u>二、請以「毫西弗」為單位填寫輻射劑量。</u>

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗(查)結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

表三、檢驗(查)結果上傳項目

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
1	06012C	尿一般檢查(包括蛋白、糖、尿膽元、膽紅素、尿沈渣、比重、顏色、混濁度、白血球酯酶、潛血、酸鹼度及酮體)	1
2	06013C	尿生化檢查(包括蛋白、糖、尿膽元、膽紅素、比重、顏色、混濁度、酸鹼度、白血球酯酶及酮體)	1
3	06505C	懷孕試驗-酵素免疫法	1
4	07009C	糞便一般檢查(包括外觀、蟲卵、潛血反應、硬度、顏色、消化能力、紅、白血球、粘液等)	1
5	08002C	白血球計數	1
6	08003C	血色素檢查	1
7	08004C	血球比容值測定	1
8	08005C	紅血球沈降速度測定	1
9	08006C	血小板計數	1
10	08011C	全套血液檢查 I (八項)	1
11	08013C	白血球分類計數	1
12	08026C	凝血酶原時間 Prothrombin time(一段式)	1
13	08036B	部份凝血活酶時間	1
14	09001C	總膽固醇	1
15	09002C	血中尿素氮	1
16	09004C	三酸甘油脂	1
17	09005C	血液及體液葡萄糖	1
18	09006C	醣化血紅素	1
19	09011C	鈣	1
20	09012C	磷	1
21	09013C	尿酸	1
22	09015C	肌酸酐、血	1
23	09016C	肌酐、尿	1
24	09017C	澱粉酶、血	1
25	09021C	鈉	1
26	09022C	鉀	1
27	09023C	氯	1
28	09025C	血清麩胺酸苯醋酸轉氨基酶	1
29	09026C	血清麩胺酸丙酮酸轉氨基酶	1
30	09027C	鹼性磷酸酶	1

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗(查)結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
31	09029C	膽紅素總量	1
32	09030C	直接膽紅素	1
33	09031C	麩胺轉酸酶	1
34	09032C	肌酸磷化酶	1
35	09033C	乳酸脫氫酶	1
36	09038C	白蛋白	1
37	09040C	全蛋白	1
38	09041B	血液氣體分析	1
39	09043C	高密度脂蛋白－膽固醇	1
40	09044C	低密度脂蛋白－膽固醇	1
41	09046B	鎂	1
42	09064C	解脂酶	1
43	09071C	肌酸磷酸酶(MB 同功酶)	1
44	09099B	心肌旋轉蛋白 I	1
45	09106C	游離甲狀腺素免疫分析	1
46	09112C	甲狀腺刺激素免疫分析	1
47	11001C	ABO 血型測定檢驗	1
48	11002C	交叉配合試驗	1
49	11003C	RH (D) 型檢驗	1
50	11004C	不規則抗體篩檢	1
51	12007C	α-胎兒蛋白檢驗	1
52	12015C	C 反應性蛋白試驗－免疫比濁法	1
53	12021C	癌胚胎抗原檢驗	1
54	12081C	攝護腺特異抗原 (EIA/LIA 法)	1
55	12111C	微白蛋白 (免疫比濁法)	1
56	12184C	去氧核糖核酸類定量擴增試驗	1
57	12185C	核糖核酸類定量擴增試驗	1
58	12193B	B 型利納利尿肽原(B 型利納利尿肽)	1
59	12202B	C 型肝炎病毒核酸基因檢測－即時聚合酶連鎖反應法	1
60	13006C	排泄物，滲出物及分泌物之細菌顯微鏡檢查	1
61	13007C	細菌培養鑑定檢查(包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定，抗酸菌除外)	1
62	13008B 13008C	細菌培養鑑定檢查(包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定，抗酸菌除外)，對同一檢體合併實施一般培養及厭氧性培養時加算	1

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗(查)結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
63	13009B 13009C	細菌藥物敏感性試驗—1 菌種	1
64	13016B	血液培養	1
65	13023C	細菌最低抑制濃度快速試驗	1
66	13025C	抗酸性濃縮抹片染色檢查	1
67	13026C	抗酸菌培養(限同時使用固態培養基及具自動化偵測功能之液態培養系統)	1
68	14032C	B 型肝炎表面抗原	1
69	14033C	B 型肝炎表面抗體	1
70	14035C	B 型肝炎 e 抗原檢查 HBeAg	1
71	14051C	C 型肝炎病毒抗體檢查	1
72	15001C	體液細胞檢查	3
73	17008B	睡眠多項生理檢查	2
74	18001C	心電圖	2
75	18005B 18005C	超音波心臟圖(包括單面、雙面)	2
76	18007B	杜卜勒氏彩色心臟血流圖	2
77	18010B	頸動脈聲圖檢查	2
78	18015B	極度踏車運動試驗	2
79	18019B	攜帶式心電圖記錄檢查	2
80	18020B	心導管——側	2
81	18022B	冠狀動脈攝影	2
82	19001C	腹部超音波(包括肝 liver,膽囊 gallbladder,胰 pancreas,脾 spleen,下腔靜脈 inferiorvenacava,腹主動脈 abdominalaorta,腎 kidney 及其他腹部超音波 abdominalothers 在內)	2
83	19003C	婦科超音波	2
84	19005C	其他超音波	2
85	19007B	超音波導引(為組織切片,抽吸、注射等)	2
86	19009C	腹部超音波,追蹤性	2
87	19010C	產科超音波	2
88	19012C	頭頸部軟組織超音波(如甲狀腺 thyroid、副甲狀腺 parathyroid、腮腺 parotid)	2
89	19014C	乳房超音波	2
90	20001C	腦波檢查睡眠或清醒	2

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗(查)結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
91	20013B	頸動脈超音波檢查	2
92	20019B	感覺神經傳導速度測定	2
93	20023B	F波	2
94	20026B	穿顱都卜勒超音波檢查(顱內血管超音波檢查)	2
95	22001C	純音聽力檢查	2
96	23305C	氣壓式眼壓測定	2
97	23401C	細隙燈顯微鏡檢查	2
98	23501C	眼底檢查	2
99	23502C	眼底彩色攝影每張	2
100	23506C	微細超音波檢查	2
101	23702C	間接式眼底鏡檢查	2
102	25003C	第三級外科病理	3
103	25004C	第四級外科病理	3
104	25006B	冰凍切片檢查	3
105	25012B	免疫組織化學染色(每一抗體)	3
106	25024C	第五級外科病理	3
107	25025C	第六級外科病理	3
108	26025B	壓力與重分佈心肌斷層灌注掃描	2
109	26029B	全身骨骼掃描	2
110	26072B	正子造影-全身	2
111	28002C	鼻咽喉內視鏡檢查	2
112	28016C	上消化道泛內視鏡檢查	2
113	28017C	大腸鏡檢查	2
114	28023C	肛門鏡檢查	2
115	30022C	特異過敏原免疫檢驗	1
116	32001C	胸腔檢查(包括各種角度部位之胸腔檢查)	2
117	32002C	胸腔檢查(包括各種角度部位之胸腔檢查)	2
118	32006C	腎臟、輸尿管、膀胱檢查	2
119	32007C	腹部檢查(包括各種姿勢之腹部檢查)	2
120	32009C	頭顱檢查(包括各種角度部位之頭顱檢查)	2
121	32011C	脊椎檢查(包括各種角度部位之頸椎、胸椎、腰椎、薦椎、尾骨及薦髂關節等之檢查)	2
122	32012C	脊椎檢查(包括各種角度部位之頸椎、胸椎、腰椎、薦椎、尾骨及薦髂關節等之檢查)	2

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗(查)結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
123	32013C	肩部骨頭及關節檢查(包括各種角度與部位之檢查)	2
124	32014C	肩部骨頭及關節檢查(包括各種角度與部位之檢查)	2
125	32015C	上肢骨各處骨頭及關節檢查(包括各種角度與部位之檢查)	2
126	32016C	上肢骨各處骨頭及關節檢查(包括各種角度與部位之檢查)	2
127	32017C	下肢骨各處骨頭及關節檢查(包括各種角度與部位之檢查)	2
128	32018C	下肢骨各處骨頭及關節檢查(包括各種角度與部位之檢查)	2
129	32022C	骨盆及髖關節檢查(包括各種角度與部位之檢查)	2
130	33005B	乳房造影術	2
131	33012B	靜脈注射泌尿系統造影術(點滴注射)	2
132	33070B	電腦斷層造影—無造影劑	2
133	33071B	電腦斷層造影—有造影劑	2
134	33072B	電腦斷層造影—有/無造影劑	2
135	33074B	單純性血管整形術	2
136	33075B	血管阻塞術	2
137	33076B	經皮冠狀動脈擴張術—一條血管	2
138	33077B	經皮冠狀動脈擴張術—二條血管	2
139	33084B	磁振造影—無造影劑	2
140	33085B	磁振造影—有造影劑	2
141	08010C	嗜酸性白血球計算	1
142	12031C	免疫球蛋白E	1
143	17003C	流量容積圖形檢查	2
144	17004C	標準肺量測定(包括FRC測定)	2
145	17006C	支氣管擴張劑試驗	2
146	17019C	支氣管激發試驗	2
147	14065C	流行性感冒A型病毒抗原	1
148	14066C	流行性感冒B型病毒抗原	1
<u>149</u>	<u>34004C</u>	<u>齒顎全景X光片攝影</u>	<u>2</u>
<u>150</u>	<u>19018C</u>	<u>嬰幼兒腦部超音波</u>	<u>2</u>
<u>151</u>	<u>18033B</u>	<u>經食道超音波心圖</u>	<u>2</u>
<u>152</u>	<u>18041B</u>	<u>周邊動靜脈血管超音波檢查</u>	<u>2</u>
<u>153</u>	<u>19016C</u>	<u>四肢超音波</u>	<u>2</u>
<u>154</u>	<u>18006C</u>	<u>杜卜勒氏超音波心臟圖</u>	<u>2</u>
<u>155</u>	<u>18008C</u>	<u>杜卜勒氏血流測定(週邊血管)</u>	<u>2</u>
<u>156</u>	<u>19015C</u>	<u>男性外生殖器官超音波</u>	<u>2</u>

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---
特約醫事服務機構上傳檢驗(查)結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
<u>157</u>	<u>19017C</u>	<u>經尿道(直腸)超音波檢查</u>	<u>2</u>
<u>158</u>	<u>21008C</u>	<u>膀胱掃描</u>	<u>2</u>
<u>159</u>	<u>21010C</u>	<u>膀胱超音波尿量測量</u>	<u>2</u>
<u>160</u>	<u>19002B</u>	<u>術中超音波</u>	<u>2</u>
<u>161</u>	<u>23504C</u>	<u>超音波檢查(B掃瞄)</u>	<u>2</u>

註1：報告類別代碼說明：1：檢體檢驗報告；2：影像報告；3：病理報告。

註2：報告類別代碼「1」屬於「非報告型資料」；報告類別代碼「2」及「3」屬於「報告型資料」。

表四、獎勵醫事機構上傳人工關節植入物資料之項目

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
1	64164B	全膝關節置換術	4
2	64169B	部份關節置換術併整形術只置換股骨髁或脛骨高丘或半膝關節或只換髌骨	4
3	64202B	人工全膝關節再置換	4
4	64162B	全股關節置換術	4
5	64170B	部份關節置換術併整型術一只置換髌白或股骨或半股關節或半肩關節(半肩關節不納入收載)	4
6	64258B	人工半髌關節再置換	4
7	64201B	人工全髌關節再置換	4

表五、出院病歷摘要上傳格式 (XML 格式)：本格式係採用衛生福利部「出院病摘交換欄位與格式之標準規範 (2.7 版)」，如需參考 XML 範例，請至衛生福利部電子病歷推動專區下載「出院病摘交換欄位與格式之標準規範」(網址：<http://emr.mohw.gov.tw>) 或洽衛生福利部委託辦理電子病歷專案辦公室 (電話：02-27272318)。

項次	區塊描述	欄位名稱	LOINC 對應名稱	欄位說明
1	醫事機構代碼	醫事機構代碼 Hospital Id		[1..1]
2	醫事機構名稱	醫事機構名稱 Hospital Name		[1..1]
3	病人基本資料	身分證號 ID Number		[1..1]
4		病歷號碼 Chart No.		[1..1]
5		姓名 Name		[1..1]
6		性別 Gender		[1..1]
7		出生日期 Birth Date		[1..1] 格式為西元 YYYYMMDD
8	住院基本資料	出院科別 Department		[1..1]
9		出院床號 Bed No.		[1..1]
10		住院日期 Date of Hospitalization		[1..1] 格式為西元 YYYYMMDD
11		出院日期 Discharge Date		[1..1] 格式為西元 YYYYMMDD
12	轉入醫事機構基本資料	轉入醫事機構代碼 Referring Hospital Id		[0..1]，由何醫院或診所轉入
13		轉入醫事機構名稱 Referring Hospital Name		[0..1]
14	住院臆斷	住院臆斷 Impression	Hospital admission Dx	[1..*]
15	出院診斷	出院診斷 Discharge Diagnosis	Hospital discharge Dx	[1..*]
16	癌症期別	癌症期別 Cancer Staging	Staging	[0..1]
17	主訴	主訴 Chief Complaint	Chief complaint	[1..1]
18	病史	病史 Present Illness	History of present illness	[1..1]
19	理學檢查發現	理學檢查發現 Physical Examination	Physical findings	[0..*]

項次	區塊描述	欄位名稱	LOINC 對應名稱	欄位說明
20	檢驗	檢驗 Laboratory Data	Relevant diagnostic tests and/or laboratory data	[0..*]，包含採檢日期、檢驗項目、檢體、檢驗結果等項目
21	特殊檢查	特殊檢查 Specific Examination	Reference lab test results	[0..*]，包含檢查日期、檢查項目、結果臆斷等項目
22	醫療影像檢查	醫療影像檢查 Imaging Study	Imaging study	[0..*]，包含檢查項目、檢查部位、檢查日期、影像、結果臆斷等項目
23	病理報告	病理報告 Pathology Report	Pathology report.total	[0..*]
24	手術日期及方法	手術日期及方法 Surgical Method and finding	Surgical operation note description	[0..*]
25	住院治療經過	住院治療經過 Hospital Course	Hospital course	[1..1]
26	合併症與併發症	合併症與併發症 Comorbidites and/or Complications	Complications Document	[0..*]
27	出院指示	出院指示 Instructions on Discharge	Hospital Discharge Instructions	[1..1]，包含用藥、復健、營養衛教、追蹤衛教、預約、回診之醫師與日期、出院帶藥等項目
28	出院狀況	出院狀況 Discharge Status	Discharge functional status	[1..1]，包含治癒出院、繼續住院、改門診治療、轉院及死亡等項目
29	轉出醫事機構基本資料	轉出醫事機構代碼 Receiving Hospital Id		[0..1]，轉至何醫事機構
30		轉出醫事機構名稱 Receiving Hospital Name		[0..1]
31	醫師姓名	醫師姓名 Physician Name		[1..*]，主治醫師姓名

附註說明：

(1) [0..*]：此欄位為可選，可重複出現。

項次	區塊描述	欄位名稱	LOINC 對應名稱	欄位說明
	(2) [1..*]: 此欄位為必要，可重複出現。			
	(3) [0..1]: 此欄位為可選，且只有一次。			
	(4) [1..1]: 此欄位為必要，且只有一次。			

表六、人工關節植入物資料「報告資料段」填寫範例：

◇ 單側(左或右)手術

欄位 ID	r1	r2	r3	r4	r5
資料名稱	報告序號	檢驗項目名稱	檢驗方法	檢驗報告結果值	單位
填寫內容(範例)	1	BH	X	170.3	cm
	2	BW	X	76.76	kg
	3	ASA	X	2	X
	4	surgical approach	L11	01076133270294201720091210H H7AJA91HH7AJA0002000;0107 6133270338781720091510005317 21915317210010016000;7115-00 0520077T7W78;82-3-0508200551 762801	X

◇ 雙側手術

欄位 ID	r1	r2	r3	r4	r5
資料名稱	報告序號	檢驗項目名稱	檢驗方法	檢驗報告結果值	單位
填寫內容(範例)	1	BH	X	170.3	cm
	2	BW	X	76.76	kg
	3	ASA	X	2	X
	4	surgical approach	R21	+H124005842013021/251816309 7677F15%;+H124005842002021/ 2430562823531J14P;0100889024 193925172307311063112824	X
	5	surgical approach	L21	0100889024193741172506301063 097675;010088902419360417250 9301063180342;01008890241939 18172308311063161903	X

註 1:「X」表示該欄位不需填寫。

註 2: BH 表示「身高」; BW 表示「體重」; ASA 表示「麻醉危險分級」; surgical approach 表示「手術入路途徑」。

註 3：各醫令代碼對應之術別、入路途徑如下表。

醫令代碼	中文/英文名稱	術別	入路途徑
64164B	全膝關節置換術 Total knee replacement	1：全膝人工關節術 TKR	1：內髌骨側入路 Medial para-patellar 2：外髌骨側入路 Lateral para-patellar 3：股內肌中入路 Midvastus 4：股內肌下入路 Subvastus 5：其他 others
64169B	部份關節置換術 併整形術只置換 股骨髁或脛骨高 丘或半膝關節或 只換髌骨 Partial joint replacement - femoral condylar or tibial plateau or unicompartment	2：半膝人工關節術 UKA	1：內髌骨側入路 Medial para-patellar 2：外髌骨側入路 Lateral para-patellar 3：股內肌中入路 Midvastus 4：股內肌下入路 Subvastus 5：其他 others
64169B	部份關節置換術 併整形術只置換 股骨髁或脛骨高 丘或半膝關節或 只換髌骨 Partial joint replacement - femoral condylar or tibial plateau or unicompartment	3：髌骨關節人工關節 術 PFJA	1：內髌骨側入路 Medial para-patellar 2：外髌骨側入路 Lateral para-patellar 3：股內肌中入路 Midvastus 4：股內肌下入路 Subvastus 5：其他 others
64202B	人工全膝關節再 置換 Revision total knee replacement	4：全膝人工關節再置 換/翻修術 RTKA	1：內髌骨側入路 Medial para-patellar 2：外髌骨側入路 Lateral para-patellar 3：股內肌中入路 Midvastus 4：股內肌下入路 Subvastus 5：其他 others

醫令代碼	中文/英文名稱	術別	入路途徑
64162B	全股關節置換術 Total hip replacement	5：全髖人工關節術 THR	A：後外側 Posterolateral (Moore, Southern) B：前外側 Anterolateral (Watson-Jones) C：正外側 Direct lateral (Hardinge, transgluteal) D：正前方 Direct anterior (DAA, Smith-Peterson) E：經大轉子 Transtrochanteric F：經上後方 Supra articular path 5：其他 Others
64170B	部份關節置換術 併整型術—只置換髖臼或股骨或半股關節或半肩關節 Partial joint replacement - cup or hip prosthesis or unicompartment (半肩關節不納入收載)	6：半髖人工關節術 Hemiarthroplasty	A：後外側 Posterolateral (Moore, Southern) B：前外側 Anterolateral (Watson-Jones) C：正外側 Direct lateral (Hardinge, transgluteal) D：正前方 Direct anterior (DAA, Smith-Peterson) E：經大轉子 Transtrochanteric F：經上後方 Supra articular path 5：其他 Others
64258B	人工半髖關節再置換術 Revision of bipolar prosthesis	6：半髖人工關節術 Hemiarthroplasty	A：後外側 Posterolateral (Moore, Southern) B：前外側 Anterolateral (Watson-Jones) C：正外側 Direct lateral (Hardinge, transgluteal) D：正前方 Direct anterior (DAA, Smith-Peterson) E：經大轉子 Transtrochanteric F：經上後方 Supra articular path 5：其他 Others
64201B	人工全髖關節再置換 Revision total hip replacement	7：全髖人工關節術再置換/翻修 RTHR Approach	A：後外側 Posterolateral (Moore, Southern) B：前外側 Anterolateral (Watson-Jones) C：正外側 Direct lateral (Hardinge, transgluteal)

醫令代碼	中文/英文名稱	術別	入路途徑
			D：正前方 Direct anterior (DAA, Smith-Peterson) E：經大轉子 Transtrochanteric F：經上後方 Supra articular path 5：其他 Others

表七、DM、CKD 個案照護資料填寫規範：

項次	報告類別	醫令序	醫令代碼	報告序號	檢驗項目名稱	檢驗報告結果值	單位	參考值
每日	(h1)		(h15)	(r1)	(r2)	(r4)	(r5)	(r6)
每月	(h1)	(h17)	(h18)	(r1)	(r2)	(r4)	(r5)	(r6)
1	1	(同健保醫療費用點數申報之醫令序)	09006C	1	糖化血色素 HbA1c	<u>(填寫檢驗結果，數值填至小數點第2位)</u>	%	(填寫檢驗項目對應參考值)
2	1		09005C	1	飯前血糖 Glucose	<u>(填寫檢驗結果，數值填至小數點第2位)</u>	mg/dl	
				2	飯後血糖 Glucose	<u>(填寫檢驗結果，數值填至小數點第2位)</u>		
3	1		09044C	1	低密度脂蛋白 LDL	<u>(填寫檢驗結果，數值填至小數點第2位)</u>	mg/dl	
4	1		09004C	1	三酸甘油脂 TG	<u>(填寫檢驗結果，數值填至小數點第2位)</u>	mg/dl	
5	1		09015C	1	血清肌酐酸 Serum creatinine	<u>(填寫檢驗結果，數值填至小數點第2位)</u>	mg/dl	
6	1	06013C	1	尿液常規檢查 (與 U _{ACR} 可視情形擇一填報)	1：正常 2：異常	無	無	
				2	例如：蛋白	(填寫檢驗結果)	(填寫檢查項目對應	(填寫檢驗項目對應
				3	例如：顏色			
				4	例如：混濁度			
				...	(接續填寫各項			

項次	報告類別	醫令序	醫令代碼	報告序號	檢驗項目名稱	檢驗報告結果值	單位	參考值
每日	(h1)		(h15)	(r1)	(r2)	(r4)	(r5)	(r6)
每月	(h1)	(h17)	(h18)	(r1)	(r2)	(r4)	(r5)	(r6)
					檢查名稱)		單位)	參考值)
7	1	0	Y00000	1	診療階段	0：初診 1：複診	無	無
				2	年度檢查註記	Y：是		
				3	論質疾病	1：DM 2：Early-CKD		
8	1	0	Y00001	1	eGFR	(填寫檢驗結果， 數值填至小數點 第1位)	ml/min/1.73 m ²	(填寫 檢驗 項目 對應 參考 值)
9	1	0	Y00002	1	U _{PCR}	(填寫檢驗結果， 數值填至小數點 第1位)	mg/g	(填寫 檢驗 項目 對應 參考 值)
				2	U _{ACR}			
10	1	0	Y00003	1	左腳足底檢查	0：正常	無	無
				2	右腳足底檢查	1：異常		
11	1	0	Y00004	1	身高	(填寫檢驗結果， 數值填至小數點 第1位)	cm	無
12	1	0	Y00005	1	體重	(填寫檢驗結果， 數值填至小數點 第2位)	kg	無
13	1	0	Y00006	1	收縮壓	(填寫檢驗結果， 數值填至整數位)	mmHg	(填寫 檢驗 項目 對應 參考 值)
				2	舒張壓			
14	1	0	Y00007	1	抽菸	1：無	無	無
				2	戒菸服務	2：有		
1	1	0	Y00008	1	CKD 階段	00：Stage0(正常)	無	無

項次	報告類別	醫令序	醫令代碼	報告序號	檢驗項目名稱	檢驗報告結果值	單位	參考值
每日	(h1)	/	(h15)	(r1)	(r2)	(r4)	(r5)	(r6)
每月	(h1)	(h17)	(h18)	(r1)	(r2)	(r4)	(r5)	(r6)
5						10：Stage1 20：Stage2 3a：Stage3a 3b：Stage3b 40：Stage4 50：Stage5 新收案只能填 10、20、3a		
1 6	1	0	Y00009	1	伴隨疾病	0：無 1：腎臟病 2：糖尿病 3：高血壓 4：心臟血管疾病 5：高血脂症 6：慢性肝病 7：癌症 8：其他 ex.如個案伴隨糖尿病、高血壓、高血脂，則填復 235	無	無
				2	伴隨疾病_其他 說明	當伴隨疾病為 「8」時必填		
				3	家族病史	0：無 1：有 X：不詳		

項次	報告類別	醫令序	醫令代碼	報告序號	檢驗項目名稱	檢驗報告結果值	單位	參考值
每日	(h1)	/	(h15)	(r1)	(r2)	(r4)	(r5)	(r6)
每月	(h1)	(h17)	(h18)	(r1)	(r2)	(r4)	(r5)	(r6)
1 7	1	0	Y00010	1	DM 論質照護結案	*結案日期：填寫方式如就醫日期 *結案原因 1：失聯超過 90 天以上 2：病人拒絕接受治療 3：經評估可自行照護 4：病人遷移 5：死亡 6：其他 *填寫順序：按結案日期、結案原因 ex.10501011	無	無
				2	DM 論質照護結案原因(其他)	當結案原因為「6」時必填		
				3	CKD 論質照護結案	*結案日期：填寫方式如就醫日期 *結案原因 1：恢復正常 2：長期失聯(≥ 180 天) 3：拒絕再接受治療 4：死亡 5：轉診進入		

項次	報告類別	醫令序	醫令代碼	報告序號	檢驗項目名稱	檢驗報告結果值	單位	參考值
每日	(h1)		(h15)	(r1)	(r2)	(r4)	(r5)	(r6)
每月	(h1)	(h17)	(h18)	(r1)	(r2)	(r4)	(r5)	(r6)
						「Pre-ESR D計畫」照 護 6：病人未執行 本方案管 理照護超 過1年者 7：其他 *轉診原因 10：U _{PCR} ≥ 1000 mg/gm 3b：Stage3b 40：Stage4 50：Stage5 *接受轉診院所 代碼：填寫方式 如醫事機構代 碼 *填寫順序：按結 案日期、結案原 因、轉診原因、 接受轉診院所 代碼 ex.10501011 ex.105010153b 0401180014		
				4	CKD 論質照護結 案原因(其他)	當結案原因為 「7」時必填		

項次	報告類別	醫令序	醫令代碼	報告序號	報告結果	報告結果或病理發現及診斷(一)	報告結果或病理發現及診斷(二)
每日	(h1)		(h15)	(r1)	(r7)	(r8-2)	(r8-3)
每月	(h1)	(h17)	(h18)	(r1)	(r7)	(r8-2)	(r8-3)
18	2	同健保醫療費用點數申報之醫令序	23501C 23502C 23702C (擇一)	1	1: 正常 2: 異常	(不需填寫)	(不需填寫)
				2	(填寫影像報告結果)	(可接續r7之內容填寫)	(可接續r8-2之內容填寫)

註1：醫令代碼 Y00000-Y00010 之資料填寫方式，除 h1、h17、r1、r2、r4、r5 等欄位具特定規範外，餘欄位同 09006C 等項之填寫方式。

註2：醫令代碼 Y00010 之資料，h1、h2、h9、h10、h17、h18、h20、r1、r2、r4 等欄位必填。

表八、檢驗(查)結果及人工關節植入物資料補正上傳主鍵值：

作業別 主鍵值	檢驗(查)結果每日上傳作業	檢驗(查)結果每月上傳作業
	「h2 醫事機構代碼」 「h3 醫事類別」 「h4 執行年月」 「h5 健保卡刷卡日期時間」 「h6 就醫類別」 「h7 就醫序號」 「h8 補卡註記」 「h9 身分證統一編號」 「h10 出生日期」 「h15 醫令代碼」 「h1 報告類別」 「h20 採檢/實際檢查/手術日期時間」 需相同	「h2 醫事機構代碼」 「h3 醫事類別」 「h4 費用年月」 「h5 申報類別」 「h6 申報日期」 「h7 案件分類」 「h8 流水編號」 「h9 身分證統一編號」 「h10 出生日期」 「h17 醫令序號」 「h18 醫令代碼」 「h1 報告類別」 「h23 採檢/實際檢查/手術日期時間」 需相同
	以「h16 檢驗(查)結果上傳日期時間」為最新一筆之判別	以「h19 檢驗(查)結果上傳日期時間」為最新一筆之判別

報告事項

第六案

報告單位：本署醫務管理組

案由：有關 107 年「全民健康保險高診次者藥事照護計畫」(草案)報告案。

說明：

- 一、依據106年9月22日衛生福利部全民健康保險會第3屆106年第8次委員會議決議暨相關會議決議辦理(107年度全民健康保險其他預算及其分配，全民健康保險高診次者藥事照護計畫全年經費4千萬元)。
- 二、107年「全民健康保險高診次者藥事照護計畫」(草案)詳如(附件6-1, P89~P122)業經本署與中華民國藥師公會全國聯合會於106年12月7日召開會議共同研商在案，執行時間自107年1月1日至107年12月31日止，提報本會備查並辦理陳報衛生福利部核定後公告實施。
- 三、上開計畫(草案)相較於106年度計畫內容，修訂重點摘要如下：
 - (一) 項次計十六項，其中項次三、九、十六等3項，無修訂。計畫名稱及項次四、五、十三等3項，僅修訂年度。
 - (二) 項次一依據：修訂年度及辦理依據會議名稱。
 - (三) 項次二目的：條文增加「經醫師認定之複雜用藥」等字。
 - (四) 項次六預算來源：修訂年度及預算分配來源文字。
 - (五) 項次七預期目標及成效：修訂年度並新增下述3項監測指標及「餘藥品項」定義。
 1. 第2點門診就醫次數下降達15%
 2. 第3點藥品品項數下降15%
 3. 第6點降低個案餘藥品項數：以加總「首次餘藥品項數-最後一次餘藥品項數」/輔導人數(分析餘藥原因並輔導，以減少個案餘藥品項數)。
 - (六) 項次八本保險特約藥局及藥事人員申請資格：修訂年度及括

弧(一)之條文增加「新設立未滿一年藥局藥師或本保險山地離島或西醫醫療資源不足地區除外」等字。

(七) 項次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：修訂年度、括弧(一)第2點條文增加「於107年3月15日前」等字，另第4,5點收案作業各時程均提前1個月；又為落實分級醫療，新增第9點「藥師輔導個案期間，個案屬於慢性病且病情穩定且於區域醫院層級(含)以上就醫者，藥師得評估個案狀況後轉介至社區醫療群接受診療服務(就診轉介單如附表3)規定。

(八) 項次十一支付與申報方式：修訂年度及下列支付點數與日期。

1. 考量訪視增加藥物浪費稽核與輔導內容，故「至照護個案家中或指定之公開場所訪視」費用，每次支付「1,000點」提升至「1,100點」(P4101C)。藥事人員之訪視地點屬「全民健康保險山地離島地區」、107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」提升至「1,300點」(P4102C)。
2. 藥事人員將上個月所有照護個案的「藥事照護報告書」資料輸入藥師全聯會設置的照護管理系統日期，由「每月15日前」改為「每月10日前」。

(九) 項次十二獎勵措施：修訂年度並新增下述3項獎勵資格，另總獎勵金額由5%上限改為「10%」上限。

1. 經醫師轉介收案輔導之個案，平均門診醫療費用下降與前一年同期比較，下降率排序前10%者。
2. 依本計畫第七項監測指標6.餘藥品項數下降排序前10%者(由藥師全聯會提供名單)。
3. 訪視紀錄中AABBCC碼填報完整者(由藥師全聯會提供名單)。由全聯會審查藥師訪視紀錄，針對藥物治療問題紀錄

品質進行評分，於計畫年度結束時統計每位藥師之平均分數，取分數最高前 10%之藥師，列為建議獎勵名單。

- (十) 項次十四其它事項：新增(三)特約藥局參與計畫期間，如有全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法 38 條、39 條、40 條各款情形之一並經保險人處分者，以保險人第一次處分函所載停約日起，該藥局及其藥事人員終止參與計畫之規定。
- (十一) 項次十五執行報告：修正年度及提交期中報告日期由 8 月 30 日改為 9 月 1 日。
- (十二) 計畫書附件 1、附件 3 附件 6 文字修訂，附件 4 及附件 5 參考藥師全聯會徵詢提供意見，整合申請服務報告書，增加用藥分裝及餘藥檢核服務之紀錄等進行版更，附表 1 配合項次八新增「107 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案實施鄉鎮(市/區)一覽表」；另配合項次十一支付點數調整，修正附表 2 之「藥事服務費點數」欄位申報填寫內容。

10~~76~~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 ~~32~~ 屆 10~~65~~ 年第 ~~89~~ 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 或經醫師認定之複雜用藥 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該區初選名單人數之 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(10~~54~~年 10 月~10~~65~~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)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. 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：10~~76~~年1月1日至10~~76~~年12月31日。

六、預算來源：10~~76~~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10~~76~~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：醫師及照護個案回應藥師建議事項(CC碼)之項數總計／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. 門診就醫次數下降達15%。

3. 藥品品項數下降15%。

4. 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。

5. 提升個案配合度之比率達20%以上：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。

6. 降低個案餘藥品項數：以加總「首次餘藥品項數-最後一次餘藥品項數」/輔導人數，分析餘藥原因並輔導(以減少個案餘藥品項數)。

餘藥品項定義：

- (1)慢性病用藥超過 30 日用量的剩藥，始計算品項。
- (2)非慢性病用藥超過 14 日用量藥的剩藥，始計算品項。
- (3)除上開外，處方與非處方藥、中草藥、健康食品品項之計算：症狀解除後無需再使用，或開封已超過半年，且已過期或不知藥品保存有效期限者

74. 藥師協助照護個案將藥品整理成七日藥盒之比率達 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，或前一年度(申報資料須滿 12 個月)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(新設立未滿一年藥局藥師或本保險山地離島或西醫醫療資源不足地區除外)，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. 保險人應於107年3月15日前發送關懷函（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. 考量保險對象應有足夠時間接受藥事照護，故最後收案截止時間為1076年67月301日，除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外，均不得延長。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)，若低於20%，該分區停止辦理本計畫。
5. 1076年34月30日前未完成第1次聯繫之保險對象，應於1076年45月301日前進行重新配對派案，但派案日期仍不得晚於1076年56月310日。藥師全聯會應於1076年78月315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。
6. 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）。
7. 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。

8. 屬本計畫第四項收案條件(三)醫師主動轉介之個案，須由醫師填寫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，納入本計畫之收案人數(個案轉介單如附件3)。
9. 藥師輔導個案期間，個案屬於慢性病且病情穩定且於區域醫院層級(含)以上就醫者，藥師得評估個案狀況後轉介至社區醫療群接受診療服務(就診轉介單如附表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。
2. 若屬本計畫第四項收案條件(三)，由醫師主動轉介之個案，藥師應於訪視後，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。
3. 藥事人員於訪視輔導時，應出示藥師全聯會所製備之證件。
4. 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。
5. 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。

6. 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「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。
 7. 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。
 8. 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該區初選名單人數之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, ~~1000~~點（支付標準代碼為「P4101C」）
 - (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) 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, ~~3200~~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。
 2. 前開支付點數，最高以每點1元支付，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1~~05~~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 日止，符合下列條件之一者。

1. 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。

2. 經醫師轉介收案輔導之個案，平均門診醫療費用下降與前一年同期比較，下降率排序前 10%者。

3. 依本計畫第七項監測指標 6. 餘藥品項數下降排序前 10%者 (由藥師全聯會提供名單)。

4. 訪視紀錄中 AABCC 碼填報完整者(由藥師全聯會提供名單)。由全聯會審查藥師訪視紀錄，針對藥物治療問題紀錄品質進行評分，於計畫年度結束時統計每位藥師之平均分數，取分數最高前 10%之藥師，列為建議獎勵名單。

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 105%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10~~87~~年1月20日前未申報10~~76~~年度本計畫之費用者，不予支付，另年度補報案件則以10~~87~~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。

(三)特約藥局參與計畫期間，如有全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法38條、39條、40條各款情形之一並經保險人處分者，以保險人第一次處分函所載停約日起，該藥局及其藥事人員終止參與計畫。

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（10~~76~~年 ~~98~~月 ~~130~~日前）及期末（10~~78~~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藥事服務之正確性，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 128，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 128）。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	<p>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</p> <p>2. <input type="checkbox"/>同時使用五種藥品以上，需進行藥物交互作用、治療禁忌等評估</p> <p>23. <input type="checkbox"/>有多位醫師在開處方藥給病人，多科看診，須整合用藥，確認適當性</p> <p>4. <input type="checkbox"/>請協助追蹤病人用藥反應，必要時與原轉介單位溝通</p> <p>5. <input type="checkbox"/>有三高或其他慢性疾病，需指導自我照護與用藥正確性</p> <p>8. 需評估藥品改變情形，以對病人提供新用藥品的諮詢</p> <p>3. 16. <input type="checkbox"/>最近一個月才剛出院甫出院未達三十天，須做藥物諮詢並做療效追蹤</p> <p>3. 27. <input type="checkbox"/>最近三個月用藥有重要改變，須做藥物諮詢並做療效追蹤</p> <p>48. <input type="checkbox"/>有配合度困難問題 <input type="checkbox"/>請做配合度諮詢服務</p> <p>4. 1 <input type="checkbox"/>使用特殊用藥器具或療效監測儀器使用</p> <p>4. 2 <input type="checkbox"/>認知有困難，不識字、語言困難、昏暈、失憶</p> <p>4. 3 <input type="checkbox"/>肢體有困難，手不方便取藥、視力不好</p> <p>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</p> <p>6. <input type="checkbox"/>有藥師後續持續追蹤的疑似藥物治療問題</p> <p>9. <input type="checkbox"/>病人對特殊劑型或使用技巧之藥物，請執行諮詢指導</p> <p>10. <input type="checkbox"/>病人有不識字、語言困難、昏暈、失憶等認知狀況，請協助或確認病人可適當用藥</p> <p>11. <input type="checkbox"/>病人有不方便取藥、視力不好、聽力障礙等狀況，請協助或確認病人可適當用藥</p> <p>712. <input type="checkbox"/>其他需求：描述</p>			
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：		
與所勾選個案特質有關的疾病/症狀及用藥之簡述：		(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 | 藥師姓名： | 執業<br>藥局 | 藥局名稱 |  |
|            | 聯絡電話： |          | 藥局地址 |  |

|                                                                                                                                                                 |         |    |      |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----|------|----|
| 資料                                                                                                                                                              | E-mail： | 資料 | 藥局電話 | 傳真 |
| <p>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。</p> <p style="text-align: right;">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</p> |         |    |      |    |

## 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 | 地址：— |       |  | 身高___公分                                                   |
|      |      |       |  | 體重___公斤                                                   |
|      |      |       |  | 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：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 本次訪視發現/解決之問題                       | <input type="checkbox"/> 個案目前 $\geq 14$ 天給藥目的慢箋有___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"/> 個案須長期使用的處方藥有___種，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"/> 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 |
| 本次訪視提供之其他服務項目<br>(沒有就不要勾選)         | <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"/> 評估個案是否有協助將用藥整理成七日藥盒之需求<br><input type="checkbox"/> 轉介就醫<br><input type="checkbox"/> 陪同就醫<br><input type="checkbox"/> 提供社會資源的資訊<br><input type="checkbox"/> 其他:_____                                                                                                                                                                           |



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)

|          |   |   |   |   |   |   |   |   |
|----------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 日期<br>指標 | + | + | + | + | + | + | + | + |
|          |   |   |   |   |   |   |   |   |
|          |   |   |   |   |   |   |   |   |
|          |   |   |   |   |   |   |   |   |

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

## 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 |       |                                                           |
| 住址 |  |       | 身高/體重 | 公分 公斤 BMI:                                                |

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： |  |      |           |

藥師在\_\_月\_\_日對個案(病人)進行第\_\_次居家訪視，以下為本次藥事照護與服務紀錄：

|                    |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 影響病人<br>居家用藥<br>因素 | 自我服藥<br>生理功能                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 可自行服藥<br><input type="checkbox"/> 經他人協助服藥<br><input type="checkbox"/> 無法吞服整顆藥粒( <input type="checkbox"/> 1.磨粉 <input type="checkbox"/> 2.管灌)                                                                                                                                                            |
|                    | 協助服藥者                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 家人(稱謂： ) <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 其他<br>是否每次服藥時間都可協助病人：<br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 部分時候可以,說明：_____                                                                                                                   |
|                    | 生理因素                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 重聽/聽障 <input type="checkbox"/> 說話障礙 <input type="checkbox"/> 視力不足/視障<br><input type="checkbox"/> 上肢無力/障礙<br><input type="checkbox"/> 記憶力退化 <input type="checkbox"/> 認知障礙 <input type="checkbox"/> 憂鬱<br><input type="checkbox"/> 肝功能不足 <input type="checkbox"/> 腎功能不足 <input type="checkbox"/> 其他：_____ |
|                    | 心理及行為因素                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 多處就醫 <input type="checkbox"/> 1.長期疾病無法緩解<br><input type="checkbox"/> 2.不同疾病分別不同醫師看診領藥<br><input type="checkbox"/> 害怕(或曾發生)副作用<br><input type="checkbox"/> 缺乏病識感/自覺病況好轉<br><input type="checkbox"/> 自我照顧及用藥知識不足<br><input type="checkbox"/> 其他：_____                                                     |
|                    | 藥品因素                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 品項過多<br><input type="checkbox"/> 用藥時間/方法(regimen)複雜<br><input type="checkbox"/> 給藥或監測器具操作困難<br><input type="checkbox"/> (潛在)ADR/ADE <input type="checkbox"/> (潛在)療效不佳                                                                                                                                   |
| 病人目前用藥摘要           | 1.開立處方醫療院所/科別:___/___個<br>2.目前 ≥14 天給藥日的慢箋有___張，最近一次的就醫序號?___<br>3.須長期使用的處方藥有___種，短期使用的處方藥有___種<br>3.目前使用的藥品/保健品共___項(含中西藥處方、非處方等) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

整合後之居家目前用藥檔案 (醫師的處方藥、指示用藥、中藥、保健食品)：

| 醫療院所/科別/醫師 | 治療之疾病/使用目的 | 商品名<br>含量/劑型 | 學名 | 劑量/用法/<br>起始日期 | 服用不<br>正確註<br>記 (註) | 還有餘藥<br>品項註記<br>(註) |
|------------|------------|--------------|----|----------------|---------------------|---------------------|
|            |            |              |    |                |                     |                     |
|            |            |              |    |                |                     |                     |
|            |            |              |    |                |                     |                     |
|            |            |              |    |                |                     |                     |
| 自備         |            |              |    |                |                     |                     |
| 自備         |            |              |    |                |                     |                     |
| 自備         |            |              |    |                |                     |                     |

備註:只在使用不正確(含用法不明)及有過剩藥品之品項做註記

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)

| 日期 |   |   |   |   |   |   |   |   |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 比述 | / | / | / | / | / | / | / | / |
|    |   |   |   |   |   |   |   |   |
|    |   |   |   |   |   |   |   |   |
|    |   |   |   |   |   |   |   |   |

病人整體疾病控制與用藥問題簡述

|  |
|--|
|  |
|--|

藥師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<br>方用藥 | ( )                       | ( )                      |
|            | ( )                       | ( )                      |
|            | ( )                       | ( )                      |
| 其他醫<br>療人員 | ( )                       | ( )                      |
|            | ( )                       | ( )                      |
|            | ( )                       | ( )                      |
| 病人         | ( )                       | ( )                      |
|            | ( )                       | ( )                      |
|            | ( )                       | ( )                      |
| 照顧者        | ( )                       | ( )                      |

|  |     |     |
|--|-----|-----|
|  | ( ) | ( ) |
|  | ( ) | ( ) |

**本次評值病人的疾病治療效果：**

| 醫療問題<br>(疾病) | 目前療<br>效代碼 | 目前療效結果之描述<br>(最好能呈現療效指標的數據) |
|--------------|------------|-----------------------------|
| 1.           |            |                             |
| 2.           |            |                             |
| 3.           |            |                             |

**追蹤上次處置或建議事項的結果**

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

**本次訪視所提供之其他服務項目：**

1. 是否提供用藥分裝服務？

否

是，個案條件： 多科醫師開處方  用藥用法複雜  配合度有疑義

2. 是否提供餘藥檢核服務？

否

是，個案條件： 有超過 30 日用量的慢性病剩藥  有非慢性病用藥超過 14 日用量藥的剩藥  有症狀解除後無需再使用，或開封已超過半年，且已過期或不知藥品保存有效期限之處方、非處方藥、中草藥或健康食品

3.  陪同就醫

4.  提供社會資源的資訊

5.  轉介就醫

6.  轉介不同職類醫事人員  牙醫  護理師  營養師  社工師  其他：\_\_\_\_\_

7.  其他：\_\_\_\_\_

書寫報告藥師簽名：

### ~~附件 5-用藥配合度測量表~~

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

~~總分 0 分=高配合度；1-2 分=中配合度；3-6 分=低配合度~~

## 附件 5- 用藥配合度測量表

這測量表是想瞭解您最近吃的所有藥品在最近兩週內，您有沒有下列用藥行為的問題存在。

| 用藥行為 問題                                        | 病人回答<br>(是=0, 否=1)                                    |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 1. 您是否因為用藥時間太複雜或種類多而忘記服藥?                      | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 2. 您是否曾因為吃藥覺得更不舒服，而減少服藥劑量或停止吃藥，但沒有告訴醫師?        | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 3. 當您覺得症狀都控制很好，您是否有時會停止吃藥?                     | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 4. 您這兩天是否有忘記吃某餐該吃的藥品?                          | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 5. 當您出外旅遊或上班，是否有時會忘記帶藥出去?                      | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 6. 您有多經常忘記吃全部的藥品?<br>(1) 從不/很少 (2) 偶爾會 (3) 經常會 | (1) = 1<br>(2)~(3)= 0                                 |
| 總 分                                            |                                                       |

總分 0~3 = 低服藥配合度， 4~5 = 中等服藥配合度， 6 = 高服藥配合度

## 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，**此張建議書本溝通單**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(Assessment) | 藥師 <b>意見欄</b> 建議(Care Plan) |
|-------------------------|-----------------------------|
|                         |                             |

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 |                                | 最後一次照顧看到病結果 | 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) |             |                   | 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) |            |  |  |
|                | 1                    |     | ( )      |                                |             | 1                 |                          | ( )   |                                |            |  |  |
|                | 2                    |     | ( )      |                                |             | 2                 |                          | ( )   |                                |            |  |  |
|                | 3                    |     | ( )      |                                |             | 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)              |

107 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案實施鄉鎮(市/區)一覽表

| 業務組   | 縣市  | 鄉鎮<br>(市/區)        | 業務組   | 縣市  | 鄉鎮<br>(市/區)      |
|-------|-----|--------------------|-------|-----|------------------|
| 臺北業務組 | 新北市 | 坪林區 <sup>3</sup>   | 中區業務組 | 彰化縣 | (田尾鄉)            |
|       |     | 萬里區                |       |     | 大村鄉 <sup>1</sup> |
|       |     | *三峽區               |       |     | 社頭鄉 <sup>1</sup> |
|       |     | (雙溪區) <sup>3</sup> |       |     | (線西鄉)            |
|       |     | 石門區                |       |     | (芳苑鄉)            |
|       |     | 石碇區 <sup>3</sup>   |       |     | (福興鄉)            |
|       |     | 三芝區                |       |     | 伸港鄉 <sup>1</sup> |
|       |     | *平溪區 <sup>3</sup>  |       |     | 芬園鄉              |
|       |     | 貢寮區                |       |     | 永靖鄉 <sup>1</sup> |
|       | 基隆市 | *七堵區 <sup>1</sup>  |       |     | 大城鄉              |
|       | 宜蘭縣 | 壯圍鄉                |       |     | 竹塘鄉              |
|       |     | (三星鄉)              |       |     | 溪州鄉              |
|       |     | (五結鄉)              |       |     | 集集鎮              |
|       |     | 頭城鎮                |       |     | 魚池鄉              |
| 北區業務組 | 桃園市 | 觀音區                | 南區業務組 | 南投縣 | 冬山鄉              |
|       |     | 芎林鄉                |       |     | 名間鄉              |
|       | 新竹縣 | (峨眉鄉)              |       |     | (國姓鄉)            |
|       |     | (橫山鄉)              |       |     | 中寮鄉              |
|       |     | 寶山鄉                |       |     | 鹿谷鄉              |
|       |     | 北埔鄉                |       |     | (古坑鄉)            |
|       |     | 造橋鄉                |       |     | (二崙鄉)            |
|       |     | (獅潭鄉) <sup>3</sup> |       |     | (東勢鄉)            |
|       | 苗栗縣 | 三灣鄉                |       |     | 水林鄉              |
|       |     | 西湖鄉                |       |     | *崙背鄉             |
|       |     | 公館鄉                |       |     | 褒忠鄉              |
|       |     | 銅鑼鄉                |       |     | *(四湖鄉)           |
|       |     | 南庄鄉 <sup>3</sup>   |       |     | *口湖鄉             |
|       |     | (大安區)              |       |     | (大埤鄉)            |
| *新社區  |     | (元長鄉)              |       |     |                  |
| *石岡區  | 林內鄉 |                    |       |     |                  |
| 中區業務組 | 臺中市 | 外埔區                | 雲林縣   | 嘉義縣 | 臺西鄉              |
|       |     | *埤頭鄉               |       |     | (布袋鎮)            |
|       |     | 二水鄉                |       |     | *溪口鄉             |
|       |     | (埔鹽鄉)              |       |     | 鹿草鄉              |
|       | 彰化縣 | 二水鄉                |       |     | (番路鄉)            |
|       |     | (埔鹽鄉)              |       |     | *新港鄉             |

|       |       |                     |                    |     |                  |                    |        |
|-------|-------|---------------------|--------------------|-----|------------------|--------------------|--------|
| 南區業務組 | 嘉義縣   | 水上鄉                 | 高屏業務組              | 高雄市 | (永安區)            |                    |        |
|       |       | (義竹鄉)               |                    |     | 六龜區              |                    |        |
|       |       | 中埔鄉                 |                    |     | 杉林區              |                    |        |
|       |       | (六腳鄉)               |                    |     | 甲仙區 <sup>3</sup> |                    |        |
|       |       | (東石鄉)               |                    |     | (新園鄉)            |                    |        |
|       |       | 梅山鄉                 |                    |     | 車城鄉              |                    |        |
|       | 臺南市   | 東山區                 |                    | 屏東縣 | 九如鄉              |                    |        |
|       |       | 後壁區                 |                    |     | 鹽埔鄉              |                    |        |
|       |       | 西港區                 |                    |     | 竹田鄉              |                    |        |
|       |       | 關廟區                 |                    |     | 南州鄉              |                    |        |
|       |       | 下營區                 |                    |     | 枋山鄉              |                    |        |
|       |       | *學甲區                |                    |     | 滿州鄉 <sup>3</sup> |                    |        |
|       |       | *(左鎮區) <sup>3</sup> |                    |     | 花蓮縣              | 光復鄉                |        |
|       |       | (龍崎區) <sup>3</sup>  |                    |     |                  | *(壽豐鄉)             |        |
|       |       | *楠西區                |                    |     |                  | (富里鄉) <sup>3</sup> |        |
|       |       | (南化區) <sup>3</sup>  |                    |     |                  | *(瑞穗鄉)             |        |
|       |       | 官田區                 |                    |     |                  | *玉里鎮               |        |
|       |       | (七股區)               |                    |     |                  | 臺東縣                | (大武鄉)  |
|       |       | 北門區                 |                    |     |                  |                    | (太麻里鄉) |
|       |       | 大內區                 | (東河鄉) <sup>3</sup> |     |                  |                    |        |
| 將軍區   | 鹿野鄉   |                     |                    |     |                  |                    |        |
| 高雄市   | (田寮區) | 卑南鄉                 |                    |     |                  |                    |        |
|       | (內門區) |                     |                    |     |                  |                    |        |
| 高屏業務組 |       | 東區業務組               |                    |     |                  |                    |        |

註：

1. 經修正公告107年度施行鄉鎮(市/區)，共計115個(基層診所：85個；醫院：30個)。
2. 加括弧部分為兒科加強區。
3. 申請巡迴地點僅限當地衛生主管機關或轄區分區業務組認定屬醫療資源不足之地點，加註\*。
4. X<sup>1</sup>表示為第一級鄉鎮、X<sup>3</sup>表示為第三級鄉鎮、其他未註明者為第二級鄉鎮。

## 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)，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, <del>1000</del> , P4102C填1, <del>3200</del> , 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                                                                         |

全民健康保險高診次者藥事照護計畫  
社區藥局轉介病人到社區醫療群診所就診轉介

|            |            |                                                                                                                                   |                                                           |        |      |   |  |
|------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------|------|---|--|
| 社區藥局填寫資料欄  | 病人基本資料     | 姓名                                                                                                                                | 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |        | 年齡：  | 歲 |  |
|            |            | 身份證號                                                                                                                              | 聯絡人                                                       | 關係：    |      |   |  |
|            |            | 聯絡電話                                                                                                                              | 住址                                                        |        |      |   |  |
|            | 藥師建議就診原因說明 | <input type="checkbox"/> 病人屬於慢性病且病情穩定且區域醫院層級(含)以上就醫者。<br>慢性疾病名稱：_____，_____，_____                                                 |                                                           |        |      |   |  |
|            |            | <input type="checkbox"/> 病人因購買保健食品，藥師發現可能有需要醫師診斷的醫療問題。<br><input type="checkbox"/> 病人希望就近就醫。<br><input type="checkbox"/> 其他：_____ |                                                           |        |      |   |  |
|            | 藥局基本資料     | 病人概況(Subjective、Objective)，藥師如何發現問題：                                                                                              |                                                           |        |      |   |  |
|            |            | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 檢附目前用藥及過敏藥品記錄 建議日期：_____年____月____日                                         |                                                           |        |      |   |  |
|            |            | 藥局名稱                                                                                                                              |                                                           |        | 藥局地址 |   |  |
|            |            | 藥師姓名                                                                                                                              | 聯絡電話                                                      | E-MAIL | 傳真   |   |  |
|            | 就診診所回覆欄    | 處理情形                                                                                                                              |                                                           |        |      |   |  |
| 建議事項       |            |                                                                                                                                   |                                                           |        |      |   |  |
| 社區醫療群/診所名稱 |            | 聯絡電話                                                                                                                              |                                                           |        |      |   |  |
| 醫師姓名       | 科別         | 醫師簽章                                                                                                                              | 回覆日期                                                      |        |      |   |  |



表二、107 年建議增訂醫療服務給付項目及財務影響評估彙整表(計 6 項)

| 序號             | 診療編號   | 中文名稱                            | 106 年第 5 次及第 8 次專家諮詢會議說明                                                                                                                              | 適應症/相關規範                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 現行支付點數<br>(含手術處置<br>項目加計材料<br>費用)<br>A                                                                                                | 修訂後建議支付點<br>數    |  | 修訂後支付<br>點數(手術處<br>置項目加計<br>材料費用)<br>B=<br>B1*(1+B2) | 調整點數<br>差值<br>C=B-A | 醫令申<br>報量<br>D<br>105 年 | 預估全國執行量<br>E                                                | 預估年增點數<br>(百萬點)<br>F=<br>C*D+B*(E-D) |
|----------------|--------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--|------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
|                |        |                                 |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 表列<br>支付點數<br>B1                                                                                                                      | 表列<br>材料費%<br>B2 |  |                                                      |                     |                         |                                                             |                                      |
| 1              | 11007B | 血小板<br>抗體                       | 與會專家基於反映醫院成本及減少血品浪費，建議調升支付點數，惟為避免誘發不適當執行量，另建議訂定嚴謹且明確之適應症範圍。                                                                                           | <u>適應症：</u><br><u>1.兩次以上輸血仍無法提昇血小板數目(輸血小板無療效)，懷疑免疫因素引起。</u><br><u>2.血小板低下症鑑別診斷，如 NAITP、AITP、TTP、DITP、PTP、ITP 等。</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 500                                                                                                                                   | 2,323            |  | 2,323                                                | 1,823               | 1,393                   | 5,367<br>以 105 年輸注血小板相關血品病患 53,665 人，其中 10% 執行本項，每人執行 1 次估算 | 11.77                                |
| 2              | 12162B | 組織壞<br>死因子<br>(TNF)             | 與會專家基於臨床需要，不建議刪除本項，惟為避免研究使用，另建議訂定嚴謹且明確之適應症範圍。                                                                                                         | <u>適應症：</u><br><u>1.類風濕性關節炎、僵直性關節炎、乾癬、乾癬性關節炎、發炎性腸炎、血管炎之特定表現鑑別診斷。</u><br><u>2.使用抗腫瘤壞死因子生物製劑藥物者，依臨床狀況監控其疾病狀態及藥物反應。</u><br><u>3.特定感染症如結核成染之特定表現及免疫缺損之監控。</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 僅增列支付規範，故不增加支出                                                                                                                        |                  |  |                                                      |                     |                         | 不增加支出                                                       |                                      |
| 3              | 47101B | <u>急性缺血性腦中風處置費</u>              | 與會專家表示「急性缺血性腦中風機械取栓術」之緊急啟動評估、術中及術後監測費用，支付精神與目的同編號 47101B「急性缺血性中風靜脈血栓溶解治療處置費」，爰建議修訂名稱，並增列「急性缺血性腦中風機械取栓術」亦可申報。                                          | <u>註適應症：</u><br><u>1.急性缺血性中風病患符合「靜脈血栓溶解治療收案條件」並於三小時內開始靜脈注射。</u><br><u>2.執行「急性缺血性腦中風機械取栓術」者。</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 查現行編號 47101B 於 105 年新增時，即以急性缺血性腦中風 4,000 人次推估費用，按目前 105 年 rt-PA 處置費申報 1,287 件及特材品項「顱內血管重建裝置」申報 293 組，本次併同修正 47101B 之中文名稱及適應症，不增加健保支出。 |                  |  |                                                      |                     |                         | 不增加支出                                                       |                                      |
| 4              | 81034C | 有妊娠併發症之陰道產                      | 編號 81034C「有妊娠併發症陰道產」所列適應症，係指「妊娠併發症」，為避免醫師執行臨床業務及醫院申報費用時產生疑義，爰修訂前開文字，另併同修訂編號 81011C「有妊娠併發症剖腹產」之附註。                                                     | <u>註：</u><br><u>1.適應症妊娠併發症係指：「子癩前症、子癩症、妊娠糖尿病、胎位不正、和有病歷記載之內外科併發症者」等 14 項(略以)。</u><br><u>2.包括會陰切開術，縫合術及胎盤剝離等。</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 僅文字修訂，故不增加支出                                                                                                                          |                  |  |                                                      |                     |                         | 不增加支出                                                       |                                      |
| 5              | 81011C | 有妊娠併發症之剖腹產術<br>Cesarean section |                                                                                                                                                       | <u>註：</u><br><u>1.合併非治療性闌尾切除不另給付。</u><br><u>2.妊娠併發症係指：</u><br><u>(1)子癩前症、子癩症、妊娠糖尿病、胎位不正、和有病歷記載之內外科併發症者。</u><br><u>(2)妊娠二十二周至三十二周早產病患。(排除胎死腹中，及符合優生保健法之中止妊娠)</u><br><u>(3)四十歲(含)以上初產婦。</u><br><u>(4)BMI≥35 之初產婦。</u><br><u>(5)嚴重妊娠高血壓。</u><br><u>(6)胎兒生長遲緩或胎兒發育異常者(IUGR)或胎盤功能異常者。</u><br><u>(7)妊娠合併內科疾病：心臟病、糖尿病、甲狀腺疾病、腎臟疾病(NS,IgA,ESRD)、免疫性疾病(SLE)、血小板低下症。</u><br><u>(8)白血病。</u><br><u>(9)血友病(Coagulopathy)。</u><br><u>(10)愛滋病。</u><br><u>(11)產後大出血者。</u><br><u>(12)胎盤早期剝離。</u><br><u>(13)合併接受外科手術者。</u><br><u>(14)雙胞胎輸血症候群。</u><br><u>2.3 屬西醫基層院所西醫基層總額部門院所，本項以原 81004C 支付點數 8902 點申報。</u> | 僅增列支付規範，故不增加支出                                                                                                                        |                  |  |                                                      |                     |                         | 不增加支出                                                       |                                      |
| 6              | 25012B | 免疫組織化學染色(每一抗體)                  | 原附註 2.(3)「前述兩項之臨床診斷代碼為淋巴、造血和有關組織的惡性腫瘤(C81-C97)、軟組織腫瘤(C47-C49)」係為輔助附註 2.(1)及(2)之認定，惟所列診斷碼範圍大於附註 2.(1)及(2)，為避免臨床混淆，爰回歸原專家建議，刪除附註 2.(3)，後續則依臨床專業認定執行及申報。 | <u>註：</u><br><u>1. 每例以申報五種抗體為限。</u><br><u>2. 若屬下列特殊診斷種類，則申報以十種抗體為限。</u><br><u>(1)T or NK cell lymphoma。</u><br><u>(2)aggressive B cell lymphoma。</u><br><u>(3)前述兩項之臨床診斷代碼為淋巴、造血和有關組織的惡性腫瘤(C81-C97)、軟組織腫瘤(C47-C49)。</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 僅修訂附註，故不增加支出                                                                                                                          |                  |  |                                                      |                     |                         | 不增加支出                                                       |                                      |
| (2) 6 項修訂項目 小計 |        |                                 |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                       |                  |  |                                                      |                     |                         | 11.77                                                       |                                      |



## 討論事項

### 第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)4.0 版支付通則及未實施項目實施時程案，提請討論。

說明：

一、依據 106 年 8 月 9 日及 106 年 9 月 1 日「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」(以下稱共擬會議)106 年第 2 次及第 3 次臨時會會議決議及 107 年總額協商結果辦理。

### 二、Tw-DRGs 實施現況

(一) 全民健康保險自 99 年起實施住院診斷關聯群(Tw-DRGs)，總計 1,062 項 DRG(3.4 版)占住院總點數 58%，住院總件數 79%。目前已實施第 1、2 階段 401 項 DRGs，占醫院住院總點數 20%，占住院總件數 25%。其餘未導入之 661 項 DRG，占醫院住院總點數 38%，占住院總件數 54%。

(二) 經統計，屬 DRG 範圍案件之實際醫療費用點數自 99 年的 851 億點至 105 年已達 1,066 億點。申請費用加上部分負擔點數則由 99 年之 896 億點至 105 年之 1,127 億點。申請費用與部分負擔合計點數每年與實際醫療費用點數差值為 45 至 61 億點 (附件 3-1, P129)。

三、為規劃 4.0 版 Tw-DRGs 實施時程，本署分別於 106 年 8 月 9 日及同年 9 月 1 日提報共擬會議討論，會議決議如下：

(一) 由本署將 105 年申報資料，予「106 年支付標準調整校正」及「4.0 版 DRGs 分類結果」，透過 VPN 供各醫院準備及評估參考。

(二) 4.0 版 Tw-DRGs 實施時程，視各醫院準備情形再議。

四、配合上述決議內容，本署辦理情形如下：

(一) 已完成事項

1. 公開新版草案:106年9月13日新4.0版支付通則及分類表、QA輯置於全球資訊網。截至目前為止，上述訊息已由本署各分區業務組通知全部475家醫院。
2. 財務影響評估:106年10月20日以105年申報資料(經支付標準校正)並採新4.0版DRG分類結果之各醫院各案件財務影響評估結果，已請分區置於VPN供醫院參考。截至目前為止，上述資料除呼吸照護、精神疾病及部分慢性醫院外，已由本署各分區業務組提供433家醫院。

(二) 待完成事項

1. 預計106年12月底公開編審程式，提供網路版及單機版供醫院使用。
2. 持續依專科醫學會或醫院建議，檢討分類表之合理性。
3. 截至目前為止，已有100家醫院回復已展開新4.0版準備工作，將持續請本署各分區業務組了解轄區醫院準備情形。

五、為配合107年總額協商結果並使醫院及早進行準備，4.0版支付通則及未實施項目實施時程建議如下：

(一) 甲案:107年7月1日同步實施4.0版支付通則及全面導入第3-5階Tw-DRGs。

1. 優點：醫院可一次調整申報作業，減輕行政及資訊負擔。
2. 缺點：4.0版及3-5階項目同步實施，醫院管理壓力較大。

(二) 乙案：107年4月1日實施4.0版支付通則、107年7月1日實施第3-5階 Tw-DRGs。

1. 優點：醫院可以有更多一季期間另行適應4.0分類表及通則，作為3-5階之導入參考。
2. 缺點：醫院分段調整申報作業，增加行政及資訊負擔。

六、107年10.88億專款依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。

擬辦：本案經確認同意，將依程序報請衛生福利部核定後公告實施。



## 附表

單位：億點

| 申報資料年度 | 申請點數+部分負擔點數 | 實際醫療費用點數 | 申請點數+部分負擔與實際醫療費用點數之差異 |
|--------|-------------|----------|-----------------------|
| 99     | 896         | 851      | 45                    |
| 100    | 923         | 880      | 43                    |
| 101    | 948         | 906      | 42                    |
| 102    | 968         | 928      | 40                    |
| 103    | 1,053       | 1,003    | 49                    |
| 104    | 1,083       | 1,028    | 55                    |
| 105    | 1,127       | 1,066    | 61                    |

資料來源：99-105當年度DRG範圍資料

製表日期：106年12月12日



## 臨時報告案

### 第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：「107 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準」案。

說明：

一、依據 106 年 12 月 13 日「西醫基層總額研商議事會議」會議決議事項辦理。

二、本案業經提報上述會議討論通過，決議摘要如下：

(一) 同意 107 年新增開放支付標準編號 09113B「皮質素免疫分析」、12086B「人類白血球抗原-HLA-B27」、12121B「甲促素結合體抗體」、57017B「脈動式或耳垂式血氧飽和監視器(每次)」、62046B「局部皮瓣(1-2 公分)」及 62047B「局部皮瓣(2 公分以上)」等 6 項診療項目至基層適用。

(二) 請中華民國醫師公會全國聯合會於 107 年第一次西醫基層總額研商議事會議前，提出 107 年再新增之開放表別項目。

三、財務影響：

(一) 原 106 年 25 項開放表別項目，預估 107 年申報醫療點數約 2.2 億點；107 年新增之 6 項開放表別項目，預估申報醫療點數約 0.2 億點。107 年開放表別項目(共 31 項)預估執行數合計約 2.4 億點。

(二) 107 年度西醫基層醫療給付費用中，強化基層照護能力「開放表別」專款項目，全年預算為 4.5 億元，尚餘 2.1 億點。

四、本案修訂後支付標準如附件 1 (P133~P134)，如經確認同意，將依程序報請衛生福利部核定後發布實施。



## 第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

## 第一節 檢查 Laboratory Examination

## 第四項 生化學檢查 Biochemistry Examination

## 一、一般生化學檢查 (09001-09138)

| 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 |
|---------|-----------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|
| 09113BC | 皮質素免疫分析 Cortisol (EIA/LIA)<br>註：游離皮質素(Free cortisol)比照申報。 | y    | v    | v    | v    | 240  |

## 第六項 免疫學檢查 Immunology Examination (12001-12208)

| 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 |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|
| 12086BC | 人類白血球抗原<br>－ HLA-B27                                                                                                         | y    | v    | v    | v    | 1351 |
| 12087B  | － HLA-ABC (多種抗原) multiple antigen                                                                                            |      | v    | v    | v    | 5053 |
| 12176B  | － HLA-ABC(單一抗原) single antigen                                                                                               |      | v    | v    | v    | 3285 |
| 12088B  | － HLA-DR (多種抗原) multiple antigen                                                                                             |      | v    | v    | v    | 4383 |
| 12177B  | － HLA-DR (單一抗原) single antigen                                                                                               |      | v    | v    | v    | 2849 |
|         | 註：1.保險對象接受器官移植申報12087B及12176B時，除父母、兄弟姐妹等各給付一次外，另確定為捐贈者最高可申報給付共3次。<br>2.12088B 及 12177B 需俟 12087B 及 12176B 檢查後配合相合者，如有需要另行檢查。 |      |      |      |      |      |
| 12121BC | 甲促素結合體抗體<br>TSH receptor Ab(EIA/LIA)                                                                                         | y    | v    | v    | v    | 360  |

## 第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

### 十一、呼吸治療處置 (57001~57029)

| 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 |
|---------|------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|
| 57017BC | 脈動式或耳垂式血氧飽和監視器<br>Pulse or ear oximetry<br>— 每次 time | y    | v    | v    | v    | 30   |
| 57018B  | — 一天 day                                             |      | v    | v    | v    | 360  |

## 第七節 手術

### 第一項 皮膚 Integumentary System (62001-62072)

| 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 |
|---------|------------------------------------|------|------|------|------|------|
| 62046BC | 局部皮瓣(1-2 公分)<br>Local flap (1-2cm) | y    | v    | v    | v    | 3350 |
| 62047BC | 局部皮瓣(2 公分以上)<br>Local flap (>2cm)  | y    | v    | v    | v    | 7310 |