

「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 次會議紀錄

時間：106 年 3 月 9 日（星期四）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	廖秋鐳(代)	詹代表永兆	詹永兆
黃代表雪玲	黃雪玲	吳代表國治	吳國治
林代表富滿	林富滿	李代表飛鵬	李飛鵬
潘代表延健	潘延健	陳代表彥廷	李明憲(代)
璩代表大成	璩大成	林代表敬修	(請假)
陳代表志忠	陳志忠	林代表綉珠	林綉珠
徐代表弘正	陳信水(代)	賴代表振榕	曾中龍(代)
林代表淑霞	林淑霞	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	王秀貞(代)	郭代表素珍	許美月(代)
謝代表武吉	謝武吉	廖代表大富	廖大富
朱代表益宏	朱益宏	梁代表淑政	梁淑政
李代表紹誠	李紹誠	葉代表宗義	陳銘琛(代)
林代表恒立	林恒立	王代表雅馨	王雅馨
王代表宏育	王宏育	張代表清田	張清田
黃代表振國	(請假)	羅代表紀琮	羅紀琮
張代表金石	張金石	施代表壽全	施壽全
張代表孟源	(請假)	陳代表俊良	陳俊良

列席單位及人員：

中華民國內分泌學會
中華民國糖尿病學會
台灣乳房醫學會
台灣乳房醫學會
台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會
台灣護理產業工會
台灣護理學會
國立台灣大學醫學院附設醫院
衛生福利部護理及健康照護司
台灣復健醫學會
衛生福利部社會保險司
衛生福利部全民健康保險會
中華民國中醫師公會全國聯合會
中華民國牙醫師公會全國聯合會
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會
中華民國醫師公會全國聯合會

中華民國藥師公會全國聯合會
中華民國護理師護士公會全國聯合會
台灣醫院協會
本署臺北業務組

本署北區業務組
本署企劃組
本署醫審及藥材組
本署醫務管理組

蔡世澤主任
蔡世澤主任
曾令民秘書長
張振祥主任
楊曜旭醫師
盧孳艷理事長
陳淑芬秘書長
李弘元醫師
林杰穎技士
韓德生
周雯雯
馬文娟
王逸年
潘佩筠
宋佳玲
黃佩宜、林筱庭、洪郁涵、
陳哲維
洪鈺婷
梁淑媛
林佩荻、吳心華、吳洵伶、
蔡育緯、張念賓、李袖瑜、
賴香蓮、呂婉瑜、林勢傑
陳孟函
李碩展
蔡佳倫
龐一鳴、陳真慧、林淑範、
谷祖棣、張淑雅、林右鈞、
王玲玲、陳依婕、涂奇君、
吳明純、廖敏欣、宋兆喻、
林沁嫻、張益誠

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

- (一) 105 年第二次共擬報告案第六案(序號 1)：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，將由醫學中心、區域醫院及地區醫院三個層級協會，蒐集各醫院之二十一項成本資料。本案繼續列管，並提報 106 年度最後一次共同擬訂會議報告。
- (二) 105 年第三次共擬報告案第二案(序號 2)：106 年 Tw-DRGs 適用之相對權重統計結果及支付通則修訂案，考量通則之適用可能影響費用之增減，本案與近期將討論之 106 年醫院醫療給付費用總額中，一般服務醫療服務成本指數改變率所增加之預算 60 億調整重症項目併同討論，本案繼續列管。
- (三) 105 年第四次共擬報告案第三案(序號 6)：新增「全民健康保險癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫」，繼續列管至計畫公告生效。
- (四) 105 年第四次共擬臨時會討論案第一案(序號 9)：調整西醫基層第一段合理量內門診診察費案，請業務單位監測診察費調整前後之開診率、急診之三至五級變化等，並請中華民國醫師公會全國聯合會俟輔導結果資料齊備後提案報告，本案繼續列管。
- (五) 其餘確認。

三、報告事項：

- (一) 104 年及 105 年新增修支付標準執行情形乙案。
決定：洽悉。有關診療項目新增後第二年預算成長率，改以該年度非協商因素成長率計算。
- (二) 修訂中醫支付標準報告案。

決定：洽悉。修訂摘要如下：詳附件 1，P7-P10。

1. 放寬醫師產假期間兼任醫師合理量計算規定。
2. 第一章門診診察費：中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格醫院第一階段一般門診診察費(支付標準醫令代碼 A82、A83、A84、A85)，每項點數增加 10 點。

(三) 「106 年西醫基層總額支付標準開放表別項目」案。

決定：洽悉。修訂摘要如下：詳附件 2，P11-P17。

1. 同意開放支付標準編號 12078B 「CA-153 腫瘤標記(EIA/LIA 法)」等 25 項診療項目至基層適用，並規範除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。本署按月監控前述項目於醫院及西醫基層之執行情況，視需要訂定適應症。
2. 有關代表反映 12047B 「運鐵蛋白一單向免疫擴散法」目前臨床已未執行，及 12079B 「CA-199 腫瘤標記 (EIA/LIA 法)」等相關腫瘤標記檢驗項目，俟本署進行檔案分析及追蹤後視需要加強審查管理，必要時將再提會討論。

(四) 修訂 106 年「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」。

決定：洽悉，於計畫增列「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」規定，詳附件 3，P18-P72。

(五) 住院診斷關聯群(Tw-DRGs)106 年適用權重誤植更新案。

決定：洽悉，修正 23 項 DRG 之權重數值，並回溯至 106 年 1 月 1 日起生效，本署將辦理權重誤植期間之追扣補付作業，詳附件 4，P73~P74。

四、討論事項：

(一) 修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」護理費加成本案。

決議：

1. 符合全日平均護病比加成：採台灣醫院協會建議之方案 2，其加成率如下，詳附件 5，P75~P76。

全日平均護病比範圍			加成率
醫學中心	區域醫院	地區醫院	
8.5-8.9	11.5-11.9	14.5-14.9	3%
8.0-8.4	11.0-11.4	14.0-14.4	6%
7.5-7.9	10.5-10.9	13.5-13.9	9%
7.0-7.4	10.0-10.4	13.0-13.4	12%
< 7.0	< 10.0	< 13.0	14%

2. 修訂可申報偏鄉醫院護理費加成之醫院範圍，詳附件 6，P77~P79。
3. 行政配合事項：

(1) 結構性資料：增列「實際於急性一般（精神）病床照護之護理人員數」欄位，按月填報。

(2) 品質報告：增列「年資 3 個月以上護理人員離職率」及「2 年以上年資護理人員比率」指標，按季填報。

(二) 106 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準增修「乳房部分切除手術併前哨淋巴手術」等 10 項診療項目案。

決議：

1. 同意新增序號 6「糖化白蛋白(GA)」乙項，並修訂支付點數為 200 點。因本項支付點數同 09006C「糖化血色素」，爰不增加健保支出，詳附件 7，P80。
2. 序號 1 至 4、序號 7 至 9 新增修「乳房部分切除手術併前哨淋巴手術」等 7 項診療項目，原則同意新增診療項目，惟成本需重新計算，本案暫保留。序號 5 新增「呼氣一氧化氮監測(FeNO)」乙項，須再釐清成本及專科別限制，暫保留於下次會議討論。序號 10 不同意新增診療項目「鐳 223 治療」。

(三) 有關修訂「全民健康保險急性後期整合照護試辦計畫」案。

決議：因時間因素未及討論，將於下次會議另行討論。

五、臨時動議：無。

六、散會：下午 17 時 50 分

第四部 中 醫

通則：

- 一、中醫門診診察費所定點數包括中醫師診療、處方、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本(如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出)。
- 二、中醫每日門診合理量依下列計算方式分別設定：
 - (一)經中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格(可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新進中醫師)醫院，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者，得按下列計算方式申報門診診察費：
 - 1.專任醫師每月平均每日門診量＝【當月中醫門診診察費總人次/(當月專任中醫師數*23日)】
 - 2.中醫醫療院所專任醫師每月平均每日門診量為50人(含)以下，申報編號A82、A83、A84、A85。
 - 3.中醫醫療院所專任醫師每月平均每日門診量超出50人以上，申報編號A86、A87、A88、A89。
 - (二)未符合(一)項之中醫醫療院所，其門診診察費依各中醫醫療院所費用申報當月每位中醫師每日門診量不同分訂不同支付點數。
- 三、針灸、傷科、脫臼整復及針灸合併傷科治療不得同時申報，針灸、傷科及脫臼整復如同時治療處置，應申報針灸合併傷科治療(編號：B80、B81、B82、B83、B84、B85、B86、B87、B88、B89、B90、B91、B92、B93、B94)。
- 四、針灸、傷科及脫臼整復需連續治療者，同一療程以六次為限，實施六次限申報一次診察費，並應於病歷載明治療計畫。
- 五、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療合計申報量限四十五人次以內，其中內含複雜性傷科處置(編號：B55、B56、B57、B82、B83、B84、B87、B88、B89、B92、B93、B94)每位專任醫師每月上限為三十人次，超過三十人次部分改以通則七範圍醫令計算(每月看診日數計算方式：每月實際看診日數超過二十六日者，以二十六日計；位於「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」施行區域、山地離島地區、花蓮縣及臺東縣之院所，每月以實際看診日數計)。
- 六、中醫醫療院所平均每位專任醫師每月申報另開內服藥之針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置費(編號：B41、B43、B45、B53、B62、B80、B85、B90)每位專任醫師每月上限為一百二十人次，超出一百二十人次部分者五折支付。
- 七、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療合計申報量在三十人次以下者，按表訂點數支付，在三十一至四十五人次之部分，編號：B42、B44、B46、B54、B61、B63、B81、B86、B91者，九折支付，四十六人次以上，編號：B41、B42、B43、B44、B45、B46、B53、B54、B55、B56、B57、B61、B62、B63、B80、B81、B82、

B83、B84、B85、B86、B87、B88、B89、B90、B91、B92、B93、B94者，
支付點數以零計。

八、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療合計申報量＝(當月針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置總人次／當月專任中醫師總看診日數)。

九、中醫醫療院所該月份**所有**專任醫師因產假期間**均**未看診，支援醫師得以該未看診之專任醫師數，依合理量規定申報門診診察費及針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置費，其餘支援醫師依每段合理量之餘額總數，依序補入看診人次。

十、三歲(含)以下兒童之門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

第一章 門診診察費

編號	診療項目	支付點數
	一般門診診察費	
	(一) 中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格(可收訓中醫職類中醫實習醫學 生、新進中醫師)醫院,經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者。	
	1.每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十人次以下部分(≤50)	
A82	—看診時聘有護理人員在場服務者	<u>290280</u>
A83	—看診時聘有護理人員在場服務者,且開具慢性病連續處方	<u>320310</u>
A84	—看診時未聘有護理人員在場服務者	<u>280270</u>
A85	—看診時未聘有護理人員在場服務者,但開具慢性病連續處方	<u>310300</u>
	2.每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十人次以上部分(>50)	
A86	—看診時聘有護理人員在場服務者	215
A87	—看診時聘有護理人員在場服務者,且開具慢性病連續處方	240
A88	—看診時未聘有護理人員在場服務者	200
A89	—看診時未聘有護理人員在場服務者,但開具慢性病連續處方	230
	(二) 不符(一)項之中醫醫療院所	
	1.每位專任中醫師每月看診日平均門診量在三十人次以下部分(≤30)	
A01	—看診時聘有護理人員在場服務者	335
A11	—看診時聘有護理人員在場服務者,且開具慢性病連續處方	365
A02	—看診時未聘有護理人員在場服務者	325
A12	—看診時未聘有護理人員在場服務者,但開具慢性病連續處方	355
	2.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過三十人次,但在五十人次以下部 分(31-50)	
A03	—看診時聘有護理人員在場服務者	230
A13	—看診時聘有護理人員在場服務者,且開具慢性病連續處方	260
A04	—看診時未聘有護理人員在場服務者	220
A14	—看診時未聘有護理人員在場服務者,但開具慢性病連續處方	250
	3.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過五十人次,但在七十人次以下部 分(51-70)	
A05	—看診時聘有護理人員在場服務者	160
A15	—看診時聘有護理人員在場服務者,且開具慢性病連續處方	190
A06	—看診時未聘有護理人員在場服務者	150
A16	—看診時未聘有護理人員在場服務者,但開具慢性病連續處方	180
	4.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過七十人次,但在一五〇人次以下 部分(71-150)	
A07	—未開具慢性病連續處方	90
A17	—開具慢性病連續處方	120
	5.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過一五〇人次部分(>150)	
A08	—未開具慢性病連續處方	50
A18	—開具慢性病連續處方	80

編號	診療項目	支付點數
	6.山地離島地區	
A09	—看診時聘有護理人員在場服務者	335
A19	—看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	365
A10	—看診時未聘有護理人員在場服務者	325
A20	—看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	355
	<p>註：1.所稱「看診時聘有護理人員在場服務者」，指看診時須有護理人員在場服務。申報費用須先報備護理人員執照及執業登記地點。院所應於費用年月次月二十日前，至健保資訊網服務系統(VPN)填報『護理人員跟診時段』，包含：護理人員姓名、身分證字號、跟診日期、跟診時間(應有明確時間點)、搭配之中醫師姓名及身分證字號暨中醫師排班時段等項，未填報者，不予支付該類診察費。</p> <p>2.支援中醫師看診人次之計算：依各段各專任中醫師每段看診合理量之餘額總數，依序補入支援中醫之看診人次。若專任中醫師該月份均未看診，除通則九規定外，支援中醫師以看診合理量之最後一段支付點數申報。</p> <p>3.開具慢性病連續處方者，應列入每位專任中醫師每月看診日平均門診量優先計算。</p> <p>4.支援醫師診察費一律按未聘有護理人員在場服務者之支付標準代碼計算。</p> <p>5.每月看診日數計算方式：一般門診診察費申報第(一)項者，每月實際看診日數超過二十三日者，以二十三日計；一般門診診察費申報第(二)項者，每月實際看診日數超過二十六日者，以二十六日計；位於「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」施行區域、山地離島地區、花蓮縣及臺東縣之院所，每月以實際看診日數計。</p>	
A90	<p>—初診門診診察費加計</p> <p>註：1.限特約中醫醫事服務機構需符合設立健保特約院所滿二年以上（東區及山地離島地區以簽約滿一年以上）申報。</p> <p>2.限患者需為二年內(費用年月相減)未到該全民健康保險中醫醫事服務機構看診方可提出。</p> <p>3.院所申報初診案件數以每月申報診察費不為0之就醫病人ID歸戶人數之10%為最高申請件數。</p>	50

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
09122BC	Intact副甲狀腺素免疫分析 Intact parathyrin (EIA/LIA) <u>註：除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。</u>	√	v	v	v	360
09128BC	C-胜鏈胰島素免疫分析 C-peptide (EIA/LIA) <u>註：除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。</u>	√	v	v	v	180

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
12020BC	肺炎黴漿菌抗體試驗 Mycoplasma pneumonia Ab test <u>註：除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。</u>	√	v	v	v	225
12047B	運鐵蛋白 Transferrin — 單向免疫擴散法 Single radial immunodiffusion		v	v	v	160
12048BC	— 免疫比濁法 Nephelometry <u>註：12048C除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。</u>	√	v	v	v	275
12078BC	CA-153腫瘤標記 (EIA/LIA法) CA-153 (EIA/LIA) <u>註：除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。</u>	√	v	v	v	400
12079BC	CA-199腫瘤標記 (EIA/LIA法) CA-199 (EIA/LIA) <u>註：除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。</u>	√	v	v	v	400
12151BC	同半胱胺酸 Homocysteine <u>註：除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。</u>	√	v	v	v	400

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
12172BC	尿液肺炎球菌抗原 Pneumococcus Ag (urine) <u>註：除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。</u>	<u>v</u>	v	v	v	320

第七項 細菌學與黴菌檢查 Bacteriology & Fungus Test (13001-13029)

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
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)	v	v	v	v	200
13008BC	<u>註：1.一般厭氧性的培養比照申報。</u> 2.對同一檢體合併實施一般培養及厭氧性培養時加算二分之一。 <u>此項加計除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。</u>	<u>v</u>	v	v	v	100
13009BC	細菌藥物敏感性試驗	<u>v</u>	v	v	v	150
13010BC	— 1 菌種	<u>v</u>	v	v	v	230
13011BC	— 2 菌種	<u>v</u>	v	v	v	300
	— 3 菌種以上	<u>v</u>	v	v	v	300
	<u>註：1.細菌藥物感受性檢查結果，若無法檢測出細菌時，不可申報此項。</u> 2.此項之申報是以細菌培養鑑定所鑑定的菌種中實際實施細菌藥物感受性試驗的菌種數來申報 3.試驗的藥物須至少有三分之一以上是第一代之抗生素。 4. <u>除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。</u>					
13016B	血液培養 <u>註：1.限對同一血液檢體合併實施厭氧及需氧檢查且使用血液培養瓶者申報。</u> 2.申報本項者，不得另行申報13007C、13008BC。		v	v	v	380
13017BC	KOH顯微鏡檢查 KOH preparation <u>註：除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。</u>	<u>v</u>	v	v	v	45
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(minimum inhibitory concentration MIC)】 Bacteria MIC test (1 <u>species speciec</u>) <u>註：不得同時申報13009BC -13011BC。</u>	v	v	v	v	150

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
13021B	抗生素敏感性試驗(MIC法) 二菌種【抗微生物藥劑最低抑菌濃度(minimum inhibitory concentration MIC)】 Bacteria MIC test (2 <u>species speciec</u>) 註：不得同時申報13009BC -13011BC。		v	v	v	230
13022B	抗生素敏感性試驗(MIC法) 三菌種以上【抗微生物藥劑最低抑菌濃度(minimum inhibitory concentration MIC)】 Bacteria MIC test (3- <u>species speciec</u>) 註：不得同時申報13009BC -13011BC。		v	v	v	300

第八項 病毒學檢查 Virology Examination (14001-14082)

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
14065BC	流行性感冒A型病毒抗原 Influenza A Ag 註： <u>除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。</u>	v	v	v	v	150
14066BC	流行性感冒B型病毒抗原 Influenza B Ag 註： <u>除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。</u>	v	v	v	v	150

第十一項 呼吸機能檢查 Respiratory Function Examination (17001-17021)

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
17004BC	標準肺量測定 (包括FRC測定) Lung volume with functional residual capacity 註： 1.包含流速－容積測定 (flow-volume test)、肺通氣試驗(ventilation test)、肺餘量試驗(residual volume test)。 2. 內含一般材料費及單一使用拋棄式之過濾器。 3. <u>除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。</u>	v	v	v	v	485
17006BC	支氣管擴張劑試驗 Bronchodilator test 註： 1.內含一般材料費及單一使用拋棄式之過濾器。 2. <u>除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。</u>	v	v	v	v	485

第十二項 循環機能檢查 Circulative Function Examination (18001-18046)

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
18005BC	超音波心臟圖(包括單面、雙面) Echocardiography (-M-mode and -sector- scan) 註： 1.限由心臟專科醫師施行後申報。 2.除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。	<u>√</u>	v	v	v	1200
18006BC	杜卜勒氏超音波心臟圖 Doppler echocardiography 註： 1.限由心臟專科醫師施行後申報。 2.除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。	<u>√</u>	v	v	v	600
18007B	杜卜勒氏彩色心臟血流圖 Doppler color flow mapping 註：1.已含超音波心臟圖，不得同時申報18006BC。 2.適應症： (1)心臟手術或介入性治療前後之評估。 (2)瓣膜性心臟疾病。 (3)先天性心臟病。 (4)心肌病變或缺血性心臟病。 (5)主動脈病變。 (6)心臟衰竭。		v	v	v	2000

第二十項 核子醫學檢查 Radioisotope Scanning

二、試管 Tube Method (27001-27083)

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
27059BC	甲狀腺球蛋白 Thyroglobulin 註：除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。	<u>√</u>	v	v	v	264

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
47043BC	上消化道內視鏡止血法（任何方法） Endoscopic treatment in upper GI bleeding 1.含內視鏡費及藥費。 2.非屬硬化劑注射及結紮之止血法皆以本項申報。 3.限上消化道有流血或潰瘍之徵兆者。 4.提升兒童加成項目。 <u>5.除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。</u>	<u>v</u>	v	v	v	7818

八、耳鼻喉處置 E.N.T. Treatment (54001-54044)

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
54044BC	耳石復位術 Canalith repositioning procedure 註： 1.適應症：良性陣發性姿勢性眩暈(Benign paroxysmal positional vertigo)。 2.費用申報須附治療紀錄。 3.限由耳鼻喉科或神經內科醫師執行。 <u>4.除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。</u>	<u>v</u>	v	v	v	432

第七節 手術

第三項 筋骨 Musculoskeletal System (64001~64281)

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
64089BC	腱、韌帶皮下切斷手術 Subcutaneous tenectomy <u>註：除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。</u>	<u>v</u>	v	v	v	2727

第十二項、視器 Visual System

八、網膜 Retina (86401-86415)

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
86402BC	網膜透熱或冷凍法再附著術 Reattachment retina with diathermy or cryopexy <u>註：除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。</u>	<u>v</u>	v	v	v	6260
86411B	複雜眼坦部玻璃體切除術合併鞏膜切除併植入或扣壓 Complication Pars plana vitrectomy (vitrector) with Reattachment retina with diathermy or cryopex 註：1.一般材料費、20Ga玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計168%。 2.不得同時申報項目：86207B、86402BC、85608B。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	20550
86413B	微創複雜性玻璃體切除合併鞏膜扣環手術 Microincision vitreoretinal surgery combined with scleral buckle 註：1.一般材料費、23Ga（含）以上玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計194%。 2.不得同時申報項目：86207B、86402BC、85608B、86411B。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	24181

十一、眼瞼 Eyelid (87001-87031)

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
87031 BC	下眼瞼攣縮併角膜暴露矯正術 Correction of lower lid retraction corneal exposure 註： 1.適應症為甲狀腺疾病。 2.除山地離島地區外， <u>基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。</u>	√	v	v	v	5820

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

106 年 1 月 1 日至 106 年 12 月 31 日止。

四、年度執行目標

本計畫以至少達成 106,350 服務人次為執行目標。

五、預算來源

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 4.73 億元。

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. 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。

3. 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。

4. 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，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。
 - 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。
 - (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，支付標準編號為 P30005（內含護理費、口腔預防保健，且不得收取其它自費項目），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。
 - 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。

C. 醫師執行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,則先天性唇顎裂及顱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

(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：
 - (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，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。
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 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】、【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。
 - (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，醫師及場次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，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 19】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. 到宅醫療及特定需求者牙醫醫療服務應注意事項：

- (1) 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 15】。
 - (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。
 - (4) 首次執行到宅牙醫醫療服務之個案訪視或醫療服務，醫師須檢送到宅醫療服務訪視或醫療服務申請表【附件 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。
 - (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。
 - (6) 一位醫師需搭配至少一位醫護人員。
 - (7) 醫師應於診療期間隨時注意病患之生理及心理狀況。
 - (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。
 - (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。
 - (10) 醫師應教導家屬為患者清潔口腔之衛教知識。
 - (11) 耗材應由醫療團隊自備。
 - (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。
 - (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。
 - (14) 依保險人規定執行健保卡讀、寫卡作業。
 - (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 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。
- 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

【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 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复函後，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。	
	2	設有電梯、昇降設施或坡道可通達。	
大門	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。	
	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。	
室內通路	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。	
	3	以自備行動工具協助民眾通行。	
診療室	1	備有移位設施，協助無法自行移位之民眾，移動到診療椅。	
	2	門淨寬至少 75 公分以上，內部空間方便行動不便者進出。	
治療椅	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診所。</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

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。 二、支付別：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）。 三、特定需者 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。 四、診療人次：填寫當次診療之人次。 五、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」。						
醫事服務機構地址：										
電話：										
印信：										
				填表日期 年 月 日						

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

【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 (MedialHistory)																
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 (oralfinding)																
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; margin: 10px auto; width: 80%;"> 填表說明：D=Decayed、X=Missing、M=Mobility、RR=ResidualRoot、F=Filled </div>																

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

【附件 14】

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 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</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	<pre> graph TD 1([1 申請特定需求者醫療服務]) -- 無學分 --> 2_2[2-2 參加身心障礙教育訓練之課程] 1 -- 有學分 --> 3_1[3-1 由符合資格之醫療院所提出醫療團隊之申請] 2_2 --> 3_1 3_1 --> 4[4 查資料是否有備齊] 4 -- 缺件 --> 3_1 4 -- 齊全 --> 5[5 若有需要至牙醫全聯會口頭報告] 5 -- 未通過 --> 3_1 5 -- 齊全 --> 6[6 名單提送保險人及分區業務組] 6 --> 7([7 符合執行計畫資格]) </pre>	<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> <ol style="list-style-type: none"> 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】。 個案健康狀況評估表【附件 20】等書面紙本。 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。 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。若因遭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</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%;">醫師事前準備A-1及A-6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	<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> <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>	<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	<p>醫療器械設備及健保IC卡等</p> <p>依照B-6至B-7步驟行事後工作</p> <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)</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 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"/> 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) 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 <u>暨</u> 齲齒控制基本處置、(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																	

【附件 18】

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 (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; margin: 10px auto; width: 80%;"> 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 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
 ①過度乾燥有皮屑 ②淤青 ③有疹子 ④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：) ⑤其他

(3)目前是否接受其他特殊照護
0. 否
1. 是（①鼻胃管 ②氣切管 ③導尿管 ④呼吸器 ⑤傷口引流管
 ⑥造瘻部位 ⑦氧氣治療 ⑧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. 牙周暨齲齒控制基本處置 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：_____

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：	
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	
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 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 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

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 (59.4×42cm)	高度:7 公分 寬度:7.05 公分	130 pt	80 pt	80 pt	80 pt
立牌	60×160cm	高度:20 公分 寬度:20.3 公分	300 pt	160 pt	160 pt	160 pt
直立旗	60×150cm	高度:17 公分 寬度:17.2 公分	290 pt	160 pt	160 pt	160 pt
布條	60×300cm	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 (59.4×42cm)	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。

附表、誤植 DRG 權重對照表 (RW: 權重、GLOS: 幾何平均住院天數、CC: 合併症或併發症)

DRG 編號	中文名稱	導入與否	105 年 Q1 件數	誤植數據				修正後數據			
				RW	GLOS	下限	上限	RW	GLOS	下限	上限
48301	除臉、口腔及頸部以外疾患之氣管造口術，有 CC	否	1,697	3.7305	19	38,305	339,749	<u>3.7306</u>	19	38,305	339,749
48001	肝移植，有 CC	否	65	23.5770	20	742,019	1,607,400	<u>21.9284</u>	20	<u>669,765</u>	<u>1,535,146</u>
48002	肝移植，無 CC	否	18	20.3736	22	774,929	953,924	<u>18.6945</u>	22	<u>702,675</u>	<u>867,502</u>
512	胰臟移植	否	4	18.1979	20	585,426	1,236,275	<u>16.3347</u>	20	<u>533,498</u>	<u>1,049,366</u>
00201	顱骨切開術，含有創傷，年齡大於等於 18 歲，有 CC	否	775	3.9038	14	54,307	329,377	3.9038	14	54,307	<u>329,521</u>
00102	顱骨切開術，創傷除外，年齡大於等於 18 歲，無 CC	否	1,157	3.9276	9	41,198	322,348	3.9276	9	41,198	<u>322,455</u>
00302	顱骨切開術，年齡 0~17 歲，無 CC	否	57	3.3895	9	48,677	269,014	<u>3.3896</u>	9	48,677	269,014
00501	顱外血管手術，有 CC	否	215	3.3411	7	48,678	236,792	3.3411	7	48,678	<u>237,471</u>
00704	末梢神經、腦神經及其他神經系統手術(4)，有 CC	否	274	2.1040	7	26,255	183,393	<u>2.1041</u>	7	26,255	<u>183,597</u>
008	末梢神經、腦神經及其他神經系統手術，無 CC	否	1,126	1.2822	3	20,635	152,103	1.2822	3	20,635	<u>152,167</u>
01403	特定性腦血管疾患，暫時性腦部缺氧除外(2)，有 CC	否	448	1.3444	9	13,726	137,936	1.3444	9	13,726	<u>139,541</u>
191	胰、肝及其吻合性手術，有 CC	否	276	3.2243	12	34,865	230,133	<u>3.2244</u>	12	34,865	230,133
30201	腎移植，有 CC	是	32	13.8538	14	404,159	645,605	<u>11.0638</u>	14	<u>291,306</u>	<u>510,624</u>
30202	腎移植，無 CC	是	13	13.8308	12	401,143	640,425	<u>11.0448</u>	12	<u>288,290</u>	<u>507,531</u>
304	腎、輸尿管及膀胱非惡性腫瘤手術，有 CC	否	1,408	1.3834	5	21,323	100,027	1.3834	5	21,323	<u>100,096</u>
305	腎、輸尿管及膀胱非惡性腫瘤手術，無 CC	否	2,210	1.2842	5	20,764	85,650	<u>1.2940</u>	5	20,764	<u>87,875</u>
31501	其他腎及尿道手術，有 CC	否	1,790	1.5972	8	17,894	124,202	<u>1.5974</u>	8	17,894	<u>124,225</u>

DRG 編號	中文名稱	導入 與否	105 年 Q1 件數	誤植數據				修正後數據			
				RW	GLOS	下限	上限	RW	GLOS	下限	上限
50602	全層皮膚燒傷伴有皮膚移植或吸入性傷害(1)，有 CC，年齡 5-64 歲	否	27	3.8541	16	33,738	560,597	<u>3.8542</u>	16	33,738	560,597
46101	診斷需要其他醫療服務之手術，年齡大於等於 18 歲	否	756	1.7641	7	11,322	155,185	<u>1.7647</u>	7	11,322	155,185
48401	多發性外傷之顱骨切除術，有合併症與併發症	否	169	6.0016	18	90,625	416,739	<u>6.0017</u>	18	90,625	416,739
48601	其他多發性外傷手術，有合併症與併發症	否	735	3.4018	13	39,909	281,199	<u>3.4019</u>	13	39,909	<u>281,249</u>
46801	手術與主要診斷不相關者，年齡大於等於 18 歲，有 CC	否	4,386	2.3996	11	22,125	217,749	2.3996	11	22,125	<u>218,682</u>
46802	手術與主要診斷不相關者，年齡大於等於 18 歲，無 CC	否	1,744	1.3080	5	15,199	97,308	1.3080	5	15,199	<u>97,405</u>

第三節 病房費

通則：

- 一、病房費及護理費之計算，凡住院之日，不論何時進院，均作一天論，出院之日，不論何時出院，其出院當日之病房費及護理費不予計算；住院日期僅一天者，以當日最後入住之病房種類計算一次病房費及護理費，住院日期二天(含)以上者，其出院當日之病房費及護理費不予計算，另住院期間於非出院日轉床者，其轉床當日之病房費及護理費，以當日最後入住之病房種類計算。
- 二、保險對象住院，以入住一般病床為原則，如一般病床不敷供應，而願入住其他經濟病床者，應按經濟病床標準申報費用；超等住院者，由保險對象自付其差額。
- 三、各類病床應符合醫療機構設置標準之規定。
- 四、本節各項病房費所訂點數均已包括病床費及其他雜項成本，如不計價藥材成本、建築與設備成本、水電費支出、廢棄物處理、電子資料處理及行政作業成本等。
- 五、一般病床支付點數不包括非保險病床自付差額費用及可另行計價之特定診療項目費用，但有特殊規定者除外。
- 六、正常新生兒費用，以57114C「新生兒費」項目，併母親分娩費用中申報，不得重複申報本章各項費用。
- 七、加護病床支付標準，原則依行政院衛生署87年「加護病房評定」等級認定；惟新設立、增床者及自89年起醫院評鑑層級異動者，加護病床支付標準，依其當時醫院評鑑之特約層級，按醫學中心-甲級、區域醫院-乙級、地區醫院-丙級方式認定。
- 八、本節各項病床之護理費皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之二十。
- 九、本節註有「護理費加成」項目者，其加成之方式及申報規定：
 - (一)偏鄉醫院之加成：列於衛生福利部「偏鄉護理菁英計畫公費生管理要點」所定偏鄉地區範圍之醫院，排除僅屬於「衛生福利部公費醫師訓練後服務醫療機構及開業地區」之指定支援山地或離島地區之醫院；或符合「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」申請資格第一、二項之醫院，依表定點數加成百分之三·五。符合之醫院名單可參閱保險人全球資訊網，網址：www.nhi.gov.tw，資料路徑如下：首頁>資料下載>檔案下載>《其他》。

(二)符合全日平均護病比之加成：

- 1.各醫院之急性一般及經濟病床（皆含精神病床）「全日平均護病比」，符合下表所列各該層級「全日平均護病比」之範圍者，其加成率如下：

全日平均護病比範圍			加成率
醫學中心	區域醫院	地區醫院	
8.5-8.9	11.5-11.9	14.5-14.9	<u>3%</u>
8.0-8.4	11.0-11.4	14.0-14.4	<u>6%</u>
7.5-7.9	10.5-10.9	13.5-13.9	<u>9%</u>
<u>7.0-7.4</u>	<u>10.0-10.4</u>	<u>13.0-13.4</u>	<u>12%</u>
<u><7.0</u>	<u><10.0</u>	<u><13.0</u>	<u>14%</u>

註：(1)各醫院之「全日平均護病比」採四捨五入至小數位第一位計算。

(2)精神科教學醫院比照區域醫院層級加成，精神科醫院比照地區醫院層級加成。

- 2.醫院應於費用年月次月二十日前，至健保資訊網服務系統(VPN)填報「品質報告」，包含：急性一般病房住院跌倒人數比率、急性一般病房感染人數比率、急性一般病房新發生之壓瘡人數比率等三項，以及於每季結束次次月二十日前，填報年資三個月以上護理人員離職率、二年以上年資護理人員比率等二項指標，未填報者，本項不予加成。
- (三)醫院應於費用年月次月二十日前，至健保資訊網服務系統(VPN)填報「結構性資料」，包含：急性一般及經濟病床（皆含精神病床）全日平均三班護理人員數、占床率、急性病床數、實際照護之護理人員數等資料；醫院並應保存每月「全日平均護病比」資料備查(參考格式請至保險人全球資訊網下載，網址：www.nhi.gov.tw，資料路徑如下：首頁>資料下載>檔案下載>《其他》)。

調整定義後，106年符合住院護理費偏鄉加成醫院名單

流水號	分區	醫事機構代碼	醫院簡稱	鄉鎮市區	總床數	急性一般床數	偏鄉護理菁英計畫公費生管理要點 ^{**}	醫療服務提升計畫第一、二項
1	臺北	0190030516	衛福部金門	金門縣金湖鎮	345	180	V	V
2	臺北	0291010010	連江醫院	連江縣南竿鄉	43	26	V	V
3	臺北	0931090014	文化醫院	新北市三峽區	30	30	V	
4	臺北	0934060027	海天醫院	宜蘭縣壯圍鄉	99	40	V	
5	臺北	1131090019	恩主公醫院	新北市三峽區	494	309	V	
6	臺北	1531091130	清福醫院	新北市三峽區	35	20	V	
7	北區	0933010014	培靈醫療社	新竹縣關西鎮	240	60	V	V
8	中區	1536120010	清海醫院	臺中市石岡區	248	40	V	V
9	中區	1537150512	員林郭大村	彰化縣大村鄉	62	19	V	
10	中區	1538061023	新泰宜婦幼	南投縣名間鄉	40	20	V	V
11	高屏	0144010015	澎湖醫院	澎湖縣馬公市	231	115	V	V
12	高屏	0544010031	三軍澎湖	澎湖縣馬公市	213	138	V	V
13	高屏	0943040015	南門醫療社	屏東縣恆春鎮	65	40	V	V
14	高屏	0943160012	枋寮醫療社	屏東縣枋寮鄉	198	148	V	V
15	高屏	1143040010	恆春基督教	屏東縣恆春鎮	45	26	V	V
16	高屏	1244010018	惠民醫院	澎湖縣馬公市	20	20	V	V
17	東區	0145010019	花蓮醫院	花蓮縣花蓮市	221	151	V	
18	東區	0145030020	玉里醫院	花蓮縣玉里鎮	532	116	V	V
19	東區	0145080011	豐濱原住民	花蓮縣豐濱鄉	23	20	V	V
20	東區	0146010013	台東醫院	臺東縣臺東市	151	92	V	V
21	東區	0146020537	成功分院	臺東縣成功鎮	30	20	V	V
22	東區	0545040515	國軍花蓮	花蓮縣新城鄉	363	252	V	
23	東區	0645020015	北榮鳳林	花蓮縣鳳林鎮	206	84	V	V
24	東區	0645030011	北榮玉里	花蓮縣玉里鎮	1021	193	V	V
25	東區	0646010013	北榮台東	臺東縣臺東市	265	68	V	V
26	東區	1145010010	慈濟醫院	花蓮縣花蓮市	959	540	V	
27	東區	1145010038	門諾醫院	花蓮縣花蓮市	471	296	V	
28	東區	1145030012	玉里慈濟醫	花蓮縣玉里鎮	35	24	V	V
29	東區	1145060029	門諾壽豐分	花蓮縣壽豐鄉	215	40	V	V
30	東區	1146010014	馬偕台東	臺東縣臺東市	497	364	V	V
31	東區	1146010032	台東基督教	臺東縣臺東市	184	110	V	V
32	東區	1146010041	台東聖母醫	臺東縣臺東市	29	20	V	V
33	東區	1146030516	關山慈濟醫	臺東縣關山鎮	40	32	V	V
34	臺北	0431270012	台大金山	新北市金山區	67	48		V
35	臺北	0634030014	蘇澳榮民醫	宜蘭縣蘇澳鎮	301	98		V
36	臺北	0634070018	員山榮民醫	宜蘭縣員山鄉	469	192		V
37	臺北	1134070019	普門醫院	宜蘭縣員山鄉	335	20		V
38	臺北	1531120038	瑞芳礦工醫	新北市瑞芳區	27	24		V
39	臺北	1531210019	台安醫院	新北市三芝區	85	0		V
40	臺北	1534050024	杏和醫院	宜蘭縣礁溪鄉	39	20		V

流水號	分區	醫事機構代碼	醫院簡稱	鄉鎮市區	總床數	急性一般床數	偏鄉護理菁英計畫公費生管理要點 ^註	醫療服務提升計畫第一、二項
41	北區	0433030016	臺大竹東	新竹縣竹東鎮	360	190		V
42	北區	0532090029	國軍桃園總	桃園市龍潭區	673	423		V
43	北區	0633030010	北榮新竹	新竹縣竹東鎮	429	181		V
44	北區	1133060019	湖口仁慈	新竹縣湖口鄉	419	178		V
45	北區	1532091081	龍潭敏盛醫	桃園市龍潭區	105	28		V
46	北區	1533030028	林醫院	新竹縣竹東鎮	35	20		V
47	北區	1533030046	竹信醫院	新竹縣竹東鎮	24	24		V
48	北區	1535031041	通霄光田	苗栗縣通霄鎮	52	30		V
49	北區	1535040068	慈祐醫院	苗栗縣竹南鎮	52	41		V
50	北區	1535040086	大眾醫院	苗栗縣竹南鎮	42	20		V
51	北區	1535081078	大順醫院	苗栗縣大湖鄉	34	17		V
52	中區	0138010027	衛部南投醫	南投縣南投市	413	257		V
53	中區	0638020014	榮總埔里分	南投縣埔里鎮	340	163		V
54	中區	1138020015	埔里基督教	南投縣埔里鎮	375	249		V
55	中區	1436020013	東勢農民醫	臺中市東勢區	92	54		V
56	中區	1537040057	南星醫院	彰化縣北斗鎮	20	20		V
57	中區	1537040066	卓醫院	彰化縣北斗鎮	38	20		V
58	中區	1538010026	南基醫院	南投縣南投市	123	78		V
59	中區	1538041101	竹山秀傳醫	南投縣竹山鎮	290	185		V
60	中區	1538041165	東華醫院	南投縣竹山鎮	50	49		V
61	南區	0141010013	新營醫院	臺南市新營區	243	78		V
62	南區	0141060513	台南新化分	臺南市新化區	74	47		V
63	南區	0941010019	新興醫院	臺南市新營區	78	49		V
64	南區	1105050012	奇美佳里	臺南市佳里區	261	166		V
65	南區	1139130010	長庚雲林	雲林縣麥寮鄉	132	96		V
66	南區	1239020011	天主福安	雲林縣斗南鎮	73	21		V
67	南區	1441060010	仁愛之家	臺南市新化區	200	0		V
68	南區	1539050015	蔡醫院	雲林縣土庫鎮	42	20		V
69	南區	1541011126	營新醫院	臺南市新營區	112	37		V
70	南區	1541011162	信一骨科	臺南市新營區	20	20		V
71	南區	1541031048	佑昇醫院	臺南市白河區	50	20		V
72	南區	1541050016	新生醫院	臺南市佳里區	80	20		V
73	南區	1541070045	宏科醫院	臺南市善化區	22	20		V
74	高屏	0142030019	旗山醫院	高雄市旗山區	393	197		V
75	高屏	0143040019	恆春旅遊醫	屏東縣恆春鎮	61	35		V
76	高屏	0542020011	國軍岡山醫	高雄市岡山區	214	145		V
77	高屏	0643130018	高榮屏東分	屏東縣內埔鄉	341	156		V
78	高屏	0907030013	廣聖醫療社	高雄市旗山區	74	20		V
79	高屏	0942020019	岡山醫院	高雄市岡山區	97	40		V
80	高屏	0943020013	潮州安泰醫	屏東縣潮州鎮	59	48		V
81	高屏	0943030019	安泰醫療社	屏東縣東港鎮	605	433		V

流水號	分區	醫事機構代碼	醫院簡稱	鄉鎮市區	總床數	急性一般床數	偏鄉護理菁英計畫公費生管理要點 ^註	醫療服務提升計畫第一、二項
82	高屏	1143130019	佑青醫院	屏東縣內埔鄉	200	50		V
83	高屏	1143150011	迦樂醫院	屏東縣新埤鄉	156	104		V
84	高屏	1343030018	輔英附設醫	屏東縣東港鎮	417	290		V
85	高屏	1542020058	劉嘉修醫院	高雄市岡山區	25	25		V
86	高屏	1542020067	劉光雄醫院	高雄市岡山區	57	49		V
87	高屏	1542020129	樂安醫院	高雄市岡山區	83	30		V
88	高屏	1542021171	惠川醫院	高雄市岡山區	66	20		V
89	高屏	1542030018	重安醫院	高雄市旗山區	20	20		V
90	高屏	1542030063	博愛醫院	高雄市旗山區	21	20		V
91	高屏	1542030116	溪洲醫院	高雄市旗山區	69	20		V
92	高屏	1542040050	三聖醫院	高雄市美濃區	20	20		V
93	高屏	1542140046	長佑醫院	高雄市阿蓮區	20	20		V
94	高屏	1542150033	溫有諒醫院	高雄市路竹區	20	20		V
95	高屏	1542150042	高新醫院	高雄市路竹區	52	20		V
96	高屏	1543020105	茂隆骨科醫	屏東縣潮州鎮	68	66		V
97	高屏	1543060010	屏安醫院	屏東縣麟洛鄉	333	60		V
98	高屏	1543110024	聖恩內科醫	屏東縣高樹鄉	20	20		V
99	高屏	1543110033	大新醫院	屏東縣高樹鄉	20	20		V

備註：

本表僅包含「偏鄉護理菁英計畫公費生管理要點」中，所訂偏鄉範圍為：

1.原住民族及離島地區。

2.衛生福利部當年度公費醫師訓練後服務醫療機構及開業地區之本部指定偏遠、離島地區之醫院。

3.106年度全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案施行區域。

不包含衛生福利部指定支援山地或離島地區之醫院。

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

第四項 生化學檢查 Biochemistry Examination

一、一般生化學檢查 (09001-091389)

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
09139C	<p><u>醣化白蛋白(GA)</u></p> <p>註：</p> <p><u>1.適應症：</u></p> <p>(1)<u>糖尿病合併慢性腎病變。</u></p> <p>(2)<u>因血液疾病導致HbA1c無法反映血糖控制者。</u></p> <p>(3)<u>懷孕糖尿病患及妊娠糖尿病患。</u></p> <p>(4)<u>血糖數值顯示控制不良，但HbA1c數值仍於良好範圍者。</u></p> <p>(5)<u>禁忌症：血中白蛋白濃度<3g/dL。</u></p> <p><u>2.支付規範：</u></p> <p>(1)<u>不得同時申報編號09006C。</u></p> <p>(2)<u>一年限申報4次，若為懷孕糖尿病患及妊娠糖尿病患，一年限申報6次。</u></p>	Y	Y	Y	Y	200

106 年度全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議

第 1 次與會人員發言實錄

前言

主席

大家午安。謝謝大家今天來參加我們共擬會議、今年的第一次會議，有些代表還陸續還沒有到，但是我們現在人數過半，今天會議就正式開始。

今天是今年第一次的共擬會議，首先介紹我們新的委員，從我左手邊開始有兩位專家學者，一位是羅紀琮教授、一位是施壽全院長。健保會的代表有三位，一位是張清田代表，一位是葉宗義代表今天由陳銘琛藥師代理，另外一位代表還沒有推派出來，健保會還有一位是王雅馨代表。醫界的新代表為西醫基層代表王宏育院長、放射師公會廖大富代表、中醫的代表是詹永兆代表跟陳俊良代表，以上是我們今年新的代表。原代表我們就不再一一介紹。

今天會議就正式開始，首先請各位代表們確認會議紀錄，請看第一頁到第三頁的部分，是上一次會議 12 月 30 號的會議紀錄。好、各位代表對上一次的會議有沒有問題？如果沒有問題，我們會議紀錄就確認，謝謝。接下來進行我們的報告，第一項是會議的決議辦理情形追蹤，這個部分請看第四頁，請同仁來做一下說明。

宋科員兆喻

各位代表長官好，這次會議有 2 份資料，第一份為之前開會通知單的議程資料，第二份為今日會上發放需抽換的資料。抽換資料修正部分為報告案一、討論案二及討論案三。

追蹤事項以下說明。序號 1 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，本保險支付標準適用於各層級醫療院所，

須由各層級醫療院所協助提供成本分析資料，惟本署分區業務組已於105年5月辦理填表說明會後，因各縣市醫師公會代表反對，無法執行，故本案建議暫緩，未來俟必要時重啟，建議解除列管。序號2，106年Tw-DRGs適用之相對權重統計結果及支付通則修訂案，因4.0版的Tw-DRGs支付通則項目於106年實施的可行性跟適用參數的計算，將併同醫院總額的醫療服務成本指數改變率中增加的60億調整重症項目預算決議辦理，故暫保留繼續列管。序號3未列項目之申報方式，106年1月至6月收載之資料，預計提報106年第三次(9月)共同擬訂會議報告，建議繼續列管。

序號4、5為新增全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案，及修訂106年牙醫特殊醫療服務計畫、106年牙周病統合照護計畫皆於106年1月26日公告，其中COPD方案自106年4月1日生效，其中牙醫特殊醫療服務計畫及牙周病統合照護計畫誤植為106年4月1日生效，更正自106年1月1日生效，建議解除列管。序號6新增全民健康保險癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫，已於106年2月17日提報健保會報告，依程序辦理報部作業，建議解除列管。

序號7調整全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準00119C及00120C兩項山地離島地區第一段合理量門診診察費支付點數，及序號9調整西醫基層第一段合理量內門診診察費案，106年2月23日經衛生福利部發布修正並自中華民國106年3月1日生效，建議解除列管。

序號8全民健康保險跨層級醫院合作計畫修訂案，於106年1月17日公告自106年1月1日生效，建議解除列管。序號10，106年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增連續血糖監測等4項診療項目案其中新增修訂3項診療項目於106年2月23日發布修正並自中華民國106年3月1日生效。新增醣化白蛋白(GA)乙項提至本次會議討論，建議解除列管，以上。

主席

好、謝謝。那請問各位代表對於所有前次、前幾次會議決議的追蹤、

列管的情形，大家有沒有意見？來、請。

謝代表武吉

我建議第一項的序號一，是健保署善意的處理，據報告現各縣市公會反對，過段時間可能回心轉意，不該解決列管。序號 6 程序尚待報部，是否等公告再解除，本項由主席裁示即可。

主席

好、謝謝，謝院長。那還有沒有代表還有意見？好、請羅院長。

羅代表永達

各位那個代表大家好，那個第九項上次通過的西醫通過的診察費，西醫基層曾經有提到說假日看診的地方假日看診率低於 25% 的地區，那上次的那個基層的代表其實有很多的意見，那今天有換了新代表，因為上次是要回顧我們所在這段時間得到很多訊息，所以我們現在就解除列管是不是不夠嚴謹，是不是請代表重新表達一次？

主席

好、謝謝羅院長。其他大家有沒有意見？請朱副院長。

朱代表益宏

序號二 TW-DRGs 的修訂，那我記得在開會的時候，之前對於加成的項目，事實上有通過，而且部分也有共識了，但是署裡面一直沒有報部，我記得上次開會的時候，主席也有裁示說有共識的就先做，但這一部份在這裡面並沒有列出來，現在又說到~我不知道是要併同六十億那個一起解決，還是說依照上次主席裁示的有共識的就先做，就是加成項目，不是其他的項目、就是加成的四個加成，裡面其中有兩個該刪的、該調整的事實上已經有共識了。

主席

好、謝謝。大家還有沒有其他意見？有關這個第一項，謝代表的意見是說繼續列管對不對？第一項繼續列管，因為現在是大家都反對嘛，

暫時無法執行，所以我們是建議先解除列管，如果將來大家覺得需要的時候再重新提案，不然本項不曉得列管誰？且我們的代表每一個人都可以提案，如果將來時機又成熟了再重新提案，這樣會比較有意義，不曉得這樣可以嗎？謝院長？

謝代表武吉

提案恐怕又要再吵一次，目前才半年多，建議繼續列管。

主席

可是現在列管也不曉得列管誰，不曉得要請誰說明，就會一直列在那裡，因為這一項已經很久了嘛，已經列一年以上了。

謝代表武吉

該案是 105 年 6 月討論。

主席

6 月嘛~6 月到現在了，半年再多一些，大家覺得怎麼樣這一項？來，請朱副院長。

朱代表益宏

之前因為各縣市醫師公會其實大部分師基層診所，那事實上我們現在支付標準本來就有分區域醫院、地區醫院，我是建議是不是...至少這個案子醫院協會這邊提的，所以醫院總額如果可以我覺得可以先來做。那至於各縣市公會、基層那邊覺得說暫緩，那就到時候出來就先調整醫院協會所代表的醫學中心、區域醫院跟地區醫院。

主席

這個我們主辦科的有沒有要回應上次辦說明會的時候，大家的意見跟所有代表說明一下。

羅代表永達

主席，今天有很多的新人代表，包括新增加的代表或者健保會，我是不是先把這個背景跟大家說一下，先用點小小時間，就是我們現在

目前每次要調整所有支付標準，每一個協會針對他們某些支付標準，他們提出他們意見，可是每次來的時候，只要有提的，他就優先被討論，事實上有很多人的部分裡面，我們真的不知道他的優先順序對不對，因為我們的資源是有限的。所以我們當時醫院協會就提出了一個概念，就是說，我們是不是能把我們現在的支付標準，某些的部分先看看，如果說成本是 100 塊，那如果說現在目前給付 80 點，那有些的話 1,000 塊是 900 多點，我們根據差的百分比，我們來訂誰將來如果有支援的時候，誰先優先調誰，這是我們的概念，否則的話變成誰透過政治關係、透過什麼東西拿出來討論的優先被調整，這樣子會沒完沒了。所以我們認為這件事情對醫院的整個支付有很大的影響，所以我們才會一而再再而三的希望說這個部分裡面能夠保留，希望這個部分假使能夠落實的話...。另外一點就是我們現在目前的支付標準的標準表，是根據以前勞保的甲、乙、丙表的時候，直接先抄過來的，抄過來又經過多次的修正，其實已經體無完膚，那現在目前拿出來的東西，成本的分析跟現在的有很大的差距，所以我們才會這樣要求，但是那個工程非常非常的浩大，所以我們希望逐步來做，所以利用這個時間跟所有新的代表作一個報告，以上。

主席

謝謝，那主辦科這邊要不要說明一下？

谷科長祖棟

我們這個案子最後跟醫院協會調查的意見醫院協會建議由各層級協會來統一調查，提供資料給我們，因為我們考量到是說各層級的協會跟我們並沒有直接權力義務關係，如果各層級的協會願意的話，那是不是才考量醫院的部分先實施。另外，也有跟我們消費者調查...，他們建議應該各層級都做，因為有些支付標準項目是所有層級一體適用，理論上要調查這種項目的時候，應該要各層級意見都要進來是比較恰當的。

主席

好，謝謝。成本資料一定要醫療服務提供者提供，那是誰要來提供？

我們最早的一個建議是我們先選了幾項？30 幾項是不是？22 項！那是雙方選的嘛~醫院協會這邊也有建議，我們這邊也有建議，就是由 22 項優先來提供成本資料再與現在的點數有沒有差距？那是希望每個醫院的成本分析，因為每個醫院的成本不一樣。但是後來呢，大家都沒有辦法提供，特別是有些項目事實上連基層都可以提供這個服務，但是基層也沒有辦法提供成本資料。所以當大家都沒有辦法提供成本資料的時候，健保署也沒有辦法瞭解大家的成本到哪裡。所以這件事情就會變成擱置在那裡；還有我們縣市的醫師公會也反對，因為他們沒有能力提供等等。

剛剛有代表是說從醫院開始，但是醫院也必須要能提供才可以啊~可是現在看起來醫院是不是願意提供？來，請朱副院長。

朱代表益宏

其實到底怎麼樣提供這個資料？在前面幾次會議也有提供建議，我可以由醫院協會或是三個層級協會來做彙整，那彙整的結果，但是署裡面是希望每一家醫院都一定要提供，就會變成說協會那當然比較沒有能力說取得每一家醫院資料。但是就他會員醫院內部去做一些調查內部的一些所謂同儕的一些共識，這是有辦法的啦，事實上就可以有一些共識的資料，或是部分的醫院願意提供出來，那我覺得是有參考性。雖然不是百分之百，但至少百分之五十、百分之六十是有參考性，總比現在是零，什麼都沒有，然後大家都慢慢喊價，每次調整的時候就找立法委員、找關係，然後來...，所以又衍生出來。我們從健保開辦 84 年到現在，有些支付項目一調再調已經調了七、八次，超過十次都有，那有些支付項目連一次都沒有調整過，從 84 年開辦到現在一次都沒有調過都有。所以我們覺得說這樣沒有合理，所以我們是建議說，是不是先就先有的資料不管他，他雖然不是 100 分不是每家提供的，但是至少經過醫院協會跟各層級的代表，大部分的代表也看過，認為是合理，先就這一部分提到會前然後大家再做一個 review，review 的結果我覺得當會中有其他的意見進來，認為可以再多修正，但是總比

說擱置什麼都沒有。像今年有健保會決議有大概 80 幾億、90 億要調整，到時候怎麼調？又再喊價，要不然就是有幾個大老決定，我們覺得這樣不好，以上。

主席

好，謝謝。各位還有沒有其他意見？來，請，吳代表吳醫師。

吳代表國治

醫院的層級要做我們是沒有意見，剛剛也有委員提到，如果每家醫院都要做的話其實工程浩大，所以這個東西困難度在基層，我想是有他的困難性，所以這之前前幾次的會議都有討論。剛剛提到說，如果真的能夠分析得出來的話，其實也可以當作基層調整的參考，因為我們那個表有做 C 表，所以可以把他列入參考，以上。

主席

好，謝謝，那我現在要請教，三個層級協會都願意去幫大家蒐集？如果願意就可以再追蹤一次！

朱代表益宏

地區醫院可以。

主席

地區醫院，現在我們要知道是地區醫院協會你蒐集幾家醫院？因為三個協會本身不是醫院，你一定是真正醫院的成本才可以嘛~不可以說湊五家把他湊起來，這樣子不是真正的成本，我們一定要原始成本，我們可以同意就是說，是不是三個層級的醫院，必須蒐集一定的樣本數，然後提供出來，這也是可以的阿。可是你必須是一家一家醫院完整的給我們，這樣子才可以；不能說我們來湊一個共識，然後提出來，這不是真正醫院之成本。

羅代表永達

因為像剛剛所提到，現在除了醫師公會規定醫師執業一定要登記以外，並沒有強制規定其他的醫院一定要加入該協會，目前的法律是這

樣。所以協會裡面應該就我們就有的會員，我們有 300 多家，但是我們有 200 多家，將近 280 幾家的會員裡面，所以這個東西是我們能承諾的，但是你說全國啊，說實在話。

主席

我沒有講全部，我的意思是你們可以蒐集一定樣本數之醫院...，但是，是一家一家的資料。

羅代表永達

是是，這是第一個。第二個就是說，事實上協會要拿出來的時候，必須要對自己的會員負責，我們拿出來的這些數字，不管是對、多還是少，我們總是要對我們所有的醫學會，就像我們地區醫院，我們的 VARIATION 那麼高，所以有很多東西他每一家成本一開始是不一樣，但是我們要去彙整，要去做宣導這個工作的時候，也希望署裡面能夠把門檻跟標準可能要稍微放寬一點，否則要求每一家，每一個東西都要非常的精確，事實上的確是有困難。若如果剛才講說，並不是代表說這次調出來馬上就要這樣子，我們拿來做一個參考，將來是所有東西能不能比照這樣的方式來做，所以我覺得這是第一步跨步的工作裡面應該盡快來做，而且應該是放寬來做，以上。

主席

來，請，朱代表。

朱代表益宏

我覺得是這樣子，就是說其實健保署作過兩次的 RBRVS，RBRVS 的調查也是請專科醫學會提供資料，也不是每一家醫院提供他的成本相關資料，那 RBRVS 調查他也是...。

主席

有啊。

朱代表益宏

對，我的意思是說他事實上是請專科醫學會來作資料。

主席

專科醫學會作的部份是醫師投入的相對值，不是成本，是這樣子的。

朱代表益宏

所以我們其實是強調是說事實上，如果這邊沒有要求每一家醫院提供資料是有點可惜...，所以我才講說如果今天能夠作到五十分六十分那總是一個參考，但是總比你擱置...現在因為沒有辦法都提供所以我們就暫時都不作了，總比現在暫停要好，以上。

主席

我剛已經有提到說，如果每家醫院是有困難的，那學會願意去幫大家去作這個彙整的工作，就是去收集，但是不一定要全部，有一定比例的樣本我們也同意。如果大家承諾可以這樣，那我們就繼續列管，是不是下次會議提供？

但是提供資料時，譬如說社區醫院協會蒐集了一百家，我們非常感謝你這一百家的二十一項，就把一百家都拿出來，而不是說我們社區醫院協會就這一百家再重製，然後再提出一份。不是的，我們要把一百家都送出來，大家可以攤出來看，因為每一家確實成本不一定會一樣。如果地方醫院可以的話，是不是醫學中心也願意？來～請區域醫院協會陳院長。

陳代表志忠

本來很多的言論，單純處理聽到說你願意嗎會嚇一跳。

主席

噢，好吧，那這句話有語病嗎？

陳代表志忠

沒有語病，那個精神為之一振，我現在確定一個事情，現在講的就是那二十一項嗎？

主席

先作那二十一項。

陳代表志忠

因為剛剛講的是，今天講得是很多沒有調整的項目。

朱代表益宏

先作那二十一項然後再來看看可以再往下推。

陳代表志忠

那我們可以閱讀嗎？

朱代表益宏

你願意嗎？

主席

好，如果大家願意提供成本資料，本項暫時不要解除列管，繼續列管到下一次會議大家提出來。

謝代表武吉

我看如果要到下一次提出來，可能時間比較快一點。

主席

太快了，那應該多久？

謝代表武吉

問題發生在一系列一休，這一定大家真的是被血汗到不行，患者也要罵，誰都要罵，我們醫院都沒辦法用，又要給我們罰錢，罰 30 萬 50 萬跟 120 萬，這我們是不能承受的事實，所以說如果是下次就要準備提出人力的計算方面，包括以後中醫、牙醫、西醫，基層，這都一樣問題很大，所以我是說這個應該在我們今年最後一次開會再來檢討。

主席

那就是一直今年最後一次會議，我們最後一次是幾月份？

醫管組

十二月。

主席

那我們就列管到十二月，那希望大家都能夠提出來，然後大家再來對這件事情再來研議看看。好，謝謝，那這項就繼續列管。

第二項的部份剛提到 4.0 版的 DRG 的一些通則要不要先適用的問題，那這個部份我們事實上是考慮這裡建議說 60 億馬上要討論了，那一併討論，因為通則的適用有時候跟費用的增減也有關係，所以我們是不是一併也是最近一起討論，這一項就繼續列管。

再來的話是第六項，第六項剛剛的建議是繼續列管到公告生效，這個我們就同意繼續列管到生效。

再來第九項，第九項這部份是不是請醫師公會全國聯合會表示一下意見，第九項有關假日開診率低的部分。

吳代表國治

我們上次決議後有帶回全聯會，我們已經把所有的資料給各公會，請他們就各區就各鄉去做檢討，那真正的...，全聯會還沒有回函嘛，那個真正的檢討起來，我了解到只有幾個地方真的是有需要的，其實大部份的還是認為是宣導問題，那另外一個就是說也有幾個地區建議尤其在比較偏遠的地區，希望從衛生所那邊來處理，我知道署裡也有各業務組，也有給他們去跟當地的各縣市作溝通也有加強，我們也知道署裡作的非常積極，剛幕僚給我們，也就是說，真的回文認為有需要的是南投的水里跟竹山，不過這個中間我有參與北區業務組的討論，不過我覺這個中間跟上次討論好像有點落差，上次提出來是要主要的目的是要疏解三到五級的急診，可是好像各業務組去講出來的東西都是要提高開診率，這個中間其實是不一樣的事情，不一樣的事情，所以我是想說，因為署裡面對於各業務組的績效 monitor，我希望不要用開診率來處理，應該是看反應出來的三到五級急診量有沒有真的減少，尤其是四到五級，這才能夠真的反應出來是不是民眾有受到干擾，受

到看病不方便，尤其是在現在一例一休的狀況下，真的要各地區都能夠開診開到 25% 以上，其實全世界沒有人在這樣弄的啦。

那另外一個也很遺憾的是說，其實署裡的苦心我們都能夠體會到就是有提到健保會去的鼓勵的費用，那事實上在健保會，那這樣我想健保會有健保委員在，我們還是再三呼籲，其實這個我們沒有辦法約束叫我們院所什麼時候一定要開，假日一定要開，那我希望是用鼓勵的措施，那署裡面提到，可是在健保會健保委員連發表說明的機會都沒有，這是非常遺憾的，我們還是呼籲說，我們需要的鼓勵的措施應該要出來，第二個一些軟體的措施，比如說藥師的部份還是要想辦法解決，這是以上的報告，謝謝。

主席

謝謝，那這一項大家同不同意解除列管？請朱副院長。

朱代表益宏

依上次會議結論就是請全聯會要輔導，而且要回覆輔導的結果，我建議在下次開會的時候...。第一個，當然可能全聯會是不是還是說一下，除了這二個地區真的有需要那要作哪些輔導，怎麼樣狀況稍微說明一下，那是不是健保署到這裡可以統計一下，實施之前，因為 3 月 1 日開始實施，實施之前的開診率跟實施之後的開診率，作一個簡單的...如果覺得下次開會六月份太趕，挪到九月份也可以，可能三月效果還不明顯，所以是不是到九月份到年底再針對這個事情再作 review，謝謝。

主席

好，請吳代表。

吳代表國治

我還是建議就是 monitor 是用四到五級的急診量，因為這樣才是反映真正事實，當然你說真的要開到 25%，這個困難度是有，那尤其是署裡跟部裡這邊都非常重視分級醫療，都一直有在宣傳，我想宣傳的

力道一出來，因為我們分析的結果很多的地方確實只是宣傳而已，民眾不知道哪邊有院所有開，那現在 APP 也出來了，那分級醫療的概念一直在宣導，我想這個東西應該會反應出來，所以如果下次在跑資料不應該只是跑開診率，連急診的四到五級的減少的比率應該也要秀出來，大家才能夠作對照。

主席

好，那我們還是觀察，這項我們就不要解除好了，繼續列管。那下次相關的，不管是開診率或者是急診的三至五級變化，或是他相關的資訊我們都一併提出來，那全聯會這邊也把你們的輔導結果也回復過來，那我們就下一次有機會資料比較齊備的時候，就正式提案當報告案，大家再來了解一下，好不好？這項就是繼續列管。

好，那其它大家有沒有意見，沒有意見我們就進到報告案一。

報告事項

第一案

案由：104 年及 105 年新增修支付標準執行情形乙案。

主席

好，謝謝宣讀。剛剛宣讀的文字要看新的這一本，但是宣讀裡面的所有附件請看原來的這一本。大家找不到附件多少？在第幾頁？那是舊的那一本，只有文字的部份抽換。還有表 1-1 的是補上去的。就是除了新的這一本的第 1 到 3 頁以外，其他都參考舊表。

這一項其實是跟大家做一個去年跟前年，兩年新增支付標準項目跟預算的比較，到底用了多少錢？大家可以看一下新的這一本的第三頁。

104 年我們一共增加、新增或修正有 27 項，當時編列了 3 億。104 年因為各項目討論比較久的時間，所以生效日都是從 8 月以後才陸續生效，所以 104 年用的金額是遠遠低於預算數，生效日也比較慢。

同樣的 105 年共 27 項，因為 3 億已經滾入基期了，所以它隨同一般費用的成長率 5.022 成長，就變成 3 億 1 仟 5 佰多萬，這一項在 105 年的這 27 項扣掉替代之後一共執行 2 億 6 仟 9 佰萬，所以還是有剩餘。去年新增的 39 項，我們的預算 total 是 3 億 6 仟萬，是元月就生效，第一年的實際使用是 1 億 2 仟多萬，所以也是有剩餘。

這一項是各位代表無時無刻都在擔心，我們的預算編列是否會不夠？會不會有超支影響大家的點值？所以我們有承諾要追蹤 5 年，現在就是第 2 年的結果。各位代表有沒有意見？這次報告案，來~朱代表。

朱代表益宏

抽換資料第 3 頁，104 年的 27 項滾入基期到 105 年，我們是用一般服務的成長率，我個人認為不應該用一般服務，應該用非協商因素做增加，因為一般服務裡面包括，第一個它有包括品質保證保留款的加成在一般服務預算裡面，包括新藥新科技在一般服務裡面，還有其他比如說一些，一些大部份都是有目的性的其他項目，那裡面還有減項，這個都是加總變成一個一般服務的減項，所以我建議是用非協商因素會比較合理解釋，不然很多項目，例如新藥新科技，你把它放在 105 年裡面，事實上 105 年本來就沒有這個東西啊！所以，我建議是用非協商因素成長率去做，以後如果這樣邏輯確定後，因為要追蹤 5 年，所以在明年報告的時候就 104、105、106 加總，然後 107 年，就累積下來較能看到比較完整的全貌。

主席

好~謝謝！那其他代表有沒有意見？

廖代表秋燭(李代表偉強代理人)

我記得我們去年還有新增一個叫出院準備費及追蹤管理費(02025B)，那個是沒有編列預算的，可不可以統計一下這個的申報情況？

主席

出院準備？

廖代表秋錫(李代表偉強代理人)

對對對！去年新增的！完全沒有編預算！

主席

既然是新增就會用這個！請說明！

谷科長祖棟

當時是認為出院準備之後，後續的占床率會下降，所以當時是沒有另外編預算。

主席

好！就是補充資料就好了！跟本案無關！好~其他大家還有沒有意見？好~請謝院長！

謝代表武吉

我請教一下，說明二的第一項執行期限至 105 年 12 月 31 日，這是從 104 年 8 月 1 日到後面第三頁。

主席

第二年。

謝代表武吉

第三頁下面這個。

主席

對！

謝代表武吉

照這樣算 27 項到目前為止，4,500 萬，我們預估...

主席

105 年剩 4,500 萬。

謝代表武吉

這 27 項到 106 年，今年再預估下去這 27 項夠嗎？

主席

再繼續追蹤啊！我們要繼續追蹤、共同關心追蹤，未來的事情誰知道？

謝代表武吉

我的意思是，我們有沒有什麼預估值？

主席

沒有啊！因為這些都是新的項目，新的項目理論上我們沒有歷史資料可以預估。

謝代表武吉

我們用實際資料增加的歷史來建置來預估它看能不能做？

主席

因為這個我們當時的預算都有做每一項預估，今日下一個提案也有新項目的討論，每一項都有做財務衝擊評估，財務衝擊評估都是專家告訴我們可能執行的量，我們去做財務衝擊評估。那專業的建議是不是會有誤差，當然要執行之後才會知道，因為這些有的真的都是新項目，會有多少人來用這個新項目？我們就是要持續觀察，好不好？半年觀察一次，好不好？好~來~潘代表！

潘代表延健

謝謝主席！我試著回應謝院長的提問！因為這個是第二年的追蹤，第三年、第四年就更有意思了！我這邊有個問題要請教，在第9頁的資料裡，我們在算替代項目的申報起、迄，它前面有三個項目我們是寫未減少，事實上它就是負數，也就是說它不但沒有替代反而是用比較多。那後面這三項是有減少，所以被解讀成是有替代。但是我看這個合計，小計就是把這個正向加起來，負向就沒有做處理，假設我們把它定義是替代，但事實上會不會也有一些是輔助的相輔相成，感覺是替代但是新的項目出來以後它反而會多做，所以在這個計算上面應該，假設它是一個替代項目那應該一併加起來算。

主席

這個業務單位說明一下！

谷科長祖棟

未減少是因為它如果有被替代的話，它理論上被替代項目量要減少，才是真的有被替代，我們在算成長的時候才把它扣掉。但實際上它並沒有減少，表示實際上沒有被替代！所以，沒有東西可以扣！

潘代表延健

那就是我們一開始猜錯了！它是不會被替代的，但是它是有可能被誘發出來的，因為在醫療這種競合之間的關係我們其實沒辦法完全100%，就好像我們一開始講 C 肝的藥，原來的干擾素它應該完全被替代，其實它最後應該是用完然後再用 C 肝的藥。所以，我原來的猜測假設這個跟我們原來的項目是有關聯的，那當然就應該一起來計算，不管它結果是增加或是減少。

主席

好！細節的部份，我們會後再商量！大家還有沒有意見？來~請！

朱代表益宏

在那個資料第 5 頁，那個大表。我剛剛看到一個項目覺得很奇怪的是，序號 7，序號 7 的電子式內視鏡超音波，原來的申報項目是內視鏡超音波，然後在 103 年總共 15,442 件，到 105 年的時候是 15,724 億，但是 104 年是申報 15,724 件，但是到 105 年只剩下 2,197 件，所以這個減少的非常大，然後新增的項目在 105 年，這個新增項目在 105 年也只做了 3,605 件。所以，就算替代的跟新增的項目加一加，還不到原來的一半，這個中間是不是資料有問題還是？因為看起來 103 年、104 年的資料是還蠻穩定的，就是被替代項目申報情形 3，但是到 105 年全年驟減大概幾乎只剩快到十分之一的量，那理論上它減少應該是到新的項目我們這邊會大幅增加，但是新的項目也沒有增加這麼多。我講這個數字是確實這個樣子？還是說在撈資料的時候哪邊有錯？

主席

好，這個業務單位有要說明嗎？

張技正淑雅

醫管組這邊說明，統計資料應該是沒有問題，而是申報或臨床狀況的問題，至於說替代量有變化，這部份我們會後再跟當初提供資料的學會，做進一步的確認！

朱代表益宏

不是申報資料嗎？

張技正淑雅

不是！就是它替代的項目

朱代表益宏

不是！不是！因為現在替代的項目已經確定了嘛！現在只是在追蹤 104 年跟 105 年新增的項目跟被替代的申報情形。那我現在是說，因為 103 年被替代的項目大概有 15,000 例，104 年被替代的項目大概也有 15,000 例。

張技正淑雅

聽懂了！不好意思，朱代表，104 年只有一個月的申報資料量，如果我們統計跨年度的時候，資料會非常難解讀。

朱代表益宏

105 年只有一個月的資料？

張技正淑雅

對！對！對！這部份只統計一個月，讓它的檔案比較好閱讀！

朱代表益宏

你 104 年用全年然後 105 年只有一個月？

張技正淑雅

不是！105 年是全年-104 年是一個月，然 103 年申報量是用來推估 104 年全年度執行量。本項公告實施日是 104 年 12 月 1 日，如果我要做全年度就要跨年度，所以在這張表就難以解釋！

朱代表益宏

這個問題報告主席是不是會後再請教！

主席

對！會後再請教！

朱代表益宏

會後再請教！因為數字的問題不要耽誤大家的時間。

主席

好！好！非常謝謝！可以釐清的我們盡量釐清！各位代表有沒有其他意見？好，如果沒有其他意見的話，剛剛朱代表有提到表 1-1，105 年成長率應該用非協商因素的成長率，這 okay！我們就改成用非協商因素的成長率，以後就照這個規則來做，好不好？那其他代表還有沒有別的意見？那我們報告事項第一案就通過了！接下來第二案。

第二案

案由：修訂中醫支付標準報告案。

主席

非常謝謝第二案的報告！請問各位代表對這個案子的報告有沒有意見？這是中醫的支付標準修訂，大家有沒有意見？好~如果沒有意見，報告就通過，接下來第三案。

第三案

案由：「106 年西醫基層總額支付標準開放表別項目」案。

主席

好，謝謝。有關基層開放表別的一共二十三項，而且除山地離島地區外，並限基層專任醫師來開立，這個大家有沒有意見？

龐組長一鳴

這個要更正一下，字打錯了。第一項的括弧一：「並規範除山地離島地區外，限由基層院所...」。是「基層診所限由專任醫師」。不然這樣連醫院也不能開了。

主席

前面是限由基層。好，再修正。那其他大家有沒有意見？一共二十三項，表有沒有問題？「基層診所限由專任醫師開立處方始可申報。」來、請林代表。

林代表富滿

請問第 23 頁 13009B-13011C 這組，為什麼 13011C 三種菌種以上有開放基層適用，13009B-13010B 一、二菌種反而沒有開放？

主席

這個有漏掉嗎？請說明。

谷科長祖棣

這個當時西醫基層應該有討論過，要請醫師公會...

吳代表國治

根本沒有討論到為什麼剔除，當時我們是就健保署提供給我們的五十八種裡面去 pick up 出來的，那裡面有嗎？有列出這三樣分列嗎？

主席

就合理性而言，應該都要開，我看就開了吧。

吳代表國治

你這個有沒有再重新估一下費用？

主席

對呀！費用還是很低。

吳代表國治

不過因為還是要尊重基層總額研商議事會議的決議，所以當時不知道在裡面沒有，是不是有漏掉？

主席

不過就合理來講，三菌種以上都開放了，一、二菌種...。刊誤一下，只是刊誤。那其他大家有沒有意見？

主席

大概是漏掉了、可能是漏掉了，如果大家從專業上覺得合理的話，這個會議就是一個 final 的會議，可以修正。

李代表紹誠

當時只有討論要不要做這一項，沒有討論到三項。

吳代表國治

可能當時你劃掉就沒有前面兩項。

主席

可是現在覺得不合理吧！

吳代表國治

同意列入。

主席

好，謝謝，列入。那我們就直接修正。謝謝大家把它提出來，再加兩項就對了。好、謝謝。那其他大家有沒有意見？

廖代表秋燭(李代表偉強代理人)

12047B 跟 12048B。

主席

哪一個？好，12047B 跟 12048B，這有沒有特殊意義呢？這是兩個不同的方法。等一下，再查一下 12047B 有沒有在裡面？現在 48 有、47 沒有，兩個方法不一樣而已，理論上應該是？來、請我們醫檢師公會王代表。

王代表榮濱

因為那個第一個單向免疫擴散法這個幾乎都已經停產了，現在應該都是用免疫比濁法，是定量的。那個不用。

主席

好，謝謝。那我們的單向免疫擴散法如果未來確實都沒有再執行，請同仁去查一下我們的檔案。如果都沒有執行，有時候是可以把它刪除的。那這一項麻煩做紀錄，就是那個 12047B，那剛檢驗學會的王代表提到說，這一項現在幾乎都沒有在做了，那我們申報資料去 recheck 一下，是不是都沒有人申報，如果都沒有人申報一段時間，那事實上可以把它刪除了，不然我們之後提會來刪除，好不好？那這個也做會議紀錄。

好，其他大家還有沒有意見？如果沒有意見，我們本項就是原則通過，要做修正的是 13009 跟 13010 這兩項新增。然後 12047B 追蹤，看一下申報量，然後必要的時候再提會來做修正。好，大家有沒有意見？好，請謝院長。

謝代表武吉

13020C，前面的 13009 跟 13010B 變成 C，是不是要修正 13020 到 13022 的備註？

主席

13020C 到 13022 的備註要不要修正?? 如果要修正的話就是要補進去。就是備註的那一句話，應該也是要補進去。主辦科有沒有漏掉？

谷科長祖楝

剛剛 13009 要調成 C 表，所以在 13020 到 13022 的註記裡面，除了 13009 的 B 要改成 C，13011 的 B 也會改成 C。

主席

好，那就比照更正。

黃代表雪玲

13009 那個註 4 前面那個 13011C 是否亦應刪除...

主席

對，那個碼拿掉，謝謝。13011C 的註 4 的前面的 13011C 拿掉。好，其他還有沒有要更正的？請，施院長。

施代表壽全

22 頁的 12079 CA-199，我們實際的臨床經驗，這個項目用途不大卻太常檢查，變成很浪費，但這個是題外話啦！這個項目應該可以考慮降低給付.....。

主席

你講的是 CA-199，那 CA-153 呢？

施代表壽全

那個有用。

吳代表國治

施院長的意思是，應該是檢討這個項目跟剛剛那個項目是不是應該要廢除掉。

施代表壽全

因為這個項目用得太浮濫，沒病的人也會升高，浪費許多資源去做

進一步檢查，不是一個好的指標。

吳代表國治

這個 issue 是不是專家會議再討論一下吧。

谷科長祖棣

剛剛講的 12079B 這一個項目，在 104 年的時候...

主席

你在講 12079？

谷科長祖棣

12079B，104 年的醫院的醫令量有 29 萬件。

主席

還有 29 萬件。如果照施院長的說法，這 29 萬件都是不必要的。是這樣嗎？

施代表壽全

許多人是去做健檢發現升高了，醫師就不得不進一步檢查，結果其實都沒什麼事，這個項目要怎樣使用，可以再討論一下。

龐組長一鳴

我來報告一下，我記得沒錯的話，有一些 mark 是 for follow up，就是有人在臨床上用在 screening，可是健保的審查要求是後面的 follow up，不是用在前端的 screening。所以意義上有點不太一樣，我現在不確定審查注意事項怎麼寫。

主席

請王代表。

王代表榮濱

站在檢驗的立場上，開不開對我們都沒...，我還希望自費，價格比較高，所以你要健保的話，但是問題說 tumor mark 在癌症指標方面，

不管你 CA-153 還是 CA-199，剛龐組長講得很對，是作預後追蹤，作 screening 不好，因為如果你作 CA-199 在作胰臟癌各種的大腸，那個老實說跟 CA-153 一樣，那個 CA-153 是預後非常好，所以說癌症指標，那一般健康檢查大部份都不會用到健保的，那健康檢查的目的地是 screening，不是作 diagnosis，不是作診斷，所以說在一般我是覺得說你要自費，如果是說不是用健保的我們都管不著，但是如果是你要用健保的，就是剛龐組長講的作預後追蹤，以上。

主席

因這項是施代表有提出來，我們把他記錄下來，那這項去作一下檔案分析，看看目前的量是用在什麼樣狀況，然後再進一步研議後續之處理方式。

羅代表永達

我想施院長的意思，因為我們這邊是支付委員會，支付委員會不會決定這東西要不要，但是怎麼樣去使用應該是醫審的問題，我們目前醫院協會接那個審查的時候，如果你用在什麼樣的地方你是不合理的，但是支付委員會裡面不會去討論這個問題，因為他還是有他的用處。我想可以在醫審會裡面作討論。

主席

我們沒有要在這裡討論。我們先做檔案分析，必要的時候如果是屬於專業意見，看提醫審或專家會議，如果有什麼樣的結果需要修正支付標準的時候，再提到這個會上來修正。

李代表紹誠

針對這個因為現在已經開放在基層，那如果剛才有那樣的一個疑慮，那是不是在基層開放的時候就應該在註記欄規定用在 screening，那這樣才開放的有意義。

主席

好，那施院長我們文字應該要怎麼寫會比較恰當，請院長給我們建

議。

施代表壽全

許多腫瘤標記往往都是用在篩檢，比較合理應是用於追蹤。

主席

那本項限追蹤使用？

朱代表益宏

我是建議說這個先不要決定，但是照主席剛講的錄案起來以後...

主席

不是，這個今天是基層開放表別。

朱代表益宏

但是因為你現在寫到這邊就會變成限基層不得作 screen，那醫院可以作 screen，這個其實在邏輯上是不一致的，但是醫院是不是拿來作 screen 事實上我覺得是需要檔案分析，那或許很多醫院是在作追蹤，所以到底怎麼使用，大家都看不到，也沒有在基層總額也沒有經過討論，所以我建議還是把他錄案下來，那這麼多的 tumor marker 也不光只有這兩項，那是不是這些 tumor marker 既然要 review 就作一次性的 review，把他作 review 以後看支付標準要寫在支付標準裡面，那當然是我們這邊的權責，如果認為說不要在支付標準明訂，要在審查注意事項去尋求專科醫師的共識，那就是移到醫審裡面去作主。

主席

請，王醫師。

王代表宏育

我覺得施院長跟檢驗師代表的意思不一樣，施代表是說有的人拿 CA199 異常的報告，去(馬偕)醫院再做一堆後續的檢查，CA199 可能是體檢或自費檢驗，不見得是健保做，後續卻浪費很多健保資源。醫檢師代表的看法是他們希望 CA199 的檢查是維持自費。那我現在覺得

CA199 在醫院就是 B 表，醫院可以作，那診所應該也可以作，就是抽血而已呀。理論上我們當然承認 CA199 follow up 是很好，不應該 ROUNTINE 做，但是當你超音波作起來怪怪的，也可以抽個血啊，為什麼超音波作起來怪怪的我不能抽個血來檢查？所以這個是我們管理的問題，那已經開過會決定要開放，我們可以學醫院怎麼管理，或是醫院管的不好，我們要怎麼管得更好，這是今天我們覺得說這是後端管理的問題，因為已經都開放了。那談我一個經驗，我十年前去高雄長庚的時候，他們都一個單張表格，可以抽個血，檢查癌症指數六種 2500 元，現在都沒有這樣作了，因為大家都知道那樣 ROUNTINE 體檢是不好的，所以我是覺得是管理的問題，是後端的管理的問題，我們還是可以作啦，只是管理的問題，謝謝。

主席

好，那大家還有沒有意見？如果是這樣子的話，這一項今天是基層醫師還是這樣認為嘛，還是讓他過。但是這一項我們依然作一下會議紀錄，再進行檔案分析，看看現有的利用是否合理，如果真的有不合理，該提哪個會議判斷之後就逕提，這樣好不好？施代表，這樣可以嗎？

施代表壽全

可以。

主席

謝謝施代表，好，那本項大家還有沒有意見？如果沒有我們這項就通過了，接下來下一案。

第四案

案由：修訂 106 年「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」。

主席

這個案子大家有沒有意見？這個案子比較單純，因為只修正牙科特

殊醫療服務的標示，牙醫總額研商會議討論過後提到共擬會議報告，程序上要經過共擬會議，請問大家有沒有意見？沒有意見就通過。

第五案

案由：住院診斷關聯群(Tw-DRGs)106年適用權重誤植更新案。

主席

我們權重弄錯了，整個 DRG 的上、下限數據偏移了，所以應該給付的金額有一些誤差，所以我們提出來修正，大家有沒有意見？來，請潘代表。

潘代表延健

我想請教一下這是誤植，那原來的數值是多少？因為幾項移植的手術去年應該是權重較低，那我現在看這幾項 RW 值都下滑，那原來的值是多少？

谷科長祖棣

您是說調整誤植之前嗎？修正後的在第 89 頁，89 頁的誤植是目前公告的，我們要修正為表列的修正後數值。

潘代表延健

這修正後的數據是原來還沒調整前的數據嗎？我想先確定一下，調整前的數據。

主席

我們會後再補給潘代表看，其他代表沒有意見？如果沒有意見這項就通過，進行討論案。

討論事項：

第一案

案由：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」護理費加

成案。

主席

好，謝謝。這個案子是我們護病比跟給付連動的案子。我們護理費 20 億裡面有 12 億是跟給付連動的。再看 91 頁下面這張表，有一個現行的，所謂的現行就是去年，到去年為止的給付連動方案是 9% 到 11% 只有三段，今年的連動在說明一的時候我們有兩個共識，第一個就是級距由三段加大到至少五段，然後第一段護病比至多從 3% 開始加成為原則，在這兩個原則之下來做這個護病比跟給付連動今年的修正。

本會以前本署已與相關協會召開前後有三次會議訂出原則，再請醫院協會幫忙協調。後來他們彙整之後是方案一跟方案二兩案。看起來只有方案二符合原來的原則，所以我們建議是採方案二。至於後面有關偏鄉的加成以及提報的資料指標這一部分就沒有變動太大。

後面有附三次的會議紀錄以及醫院協會的公文，以及偏鄉 33 家的醫院名單。還有就是最後一次 106 頁、107 頁是如果照擬辦通過的話，我們支付標準的修正版本就是看 106 頁到 107 頁。請問各位代表有沒有意見？好，請護理師護士公會的林代表。

林代表綉珠

主席、各位委員午安。非常感謝健保署為了這個案子開了好幾次的會議，也邀請了我們護理全聯會及台灣護理學會等一起參加。這個案子，大家都很關注，它已經進行了這麼多次，護理團體已經提供了蠻多的方案，在這邊我們感到比較遺憾的就是，雖然我們開過了三次的會議，會議的紀錄也都在後面大家都有看得到。在 12 月 21 日的時候就是第 100 頁的地方大家可以看，結論當中的第一點是不額外增加預算之下，採「A 額 3」或「C 定率」二案。那這兩案我們全聯會都有參與整個的討論過程，我們不知道為什麼到最後出來的方案只有台灣醫院協會另外的提案，至於我們提出的「C 定率」案，卻沒有被納入。現在如果是要討論護理費的話，這個部分是不是應該把在當初在結論當中有列進去的一併放進來討論？雖然二個案子看起來差異不大，大

家可以看一下方案二的部分，醫院協會建議的方案二它的加成比率是 3、6、9、12、14，而在 100 頁的「C 定率」的部分，我們提的加成是 2、8、10、12、14，看起來差異不多，可是，本會提的「C 定率」理由是以醫中、區域醫院跟地區醫院的部份來看，原來加成 9 的部份，我們覺得這樣的護病比並不足以讓我們的護理人員的工作 loading 下降，所以獎勵的部份我們希望它不要到 3，而是維持在 2 的部分；反而應該獎勵到這一些護病比真的是比較優的單位。所以這個部分我們是希望健保署能夠跟我們這個解釋，為什麼整個提出來討論的方案當中把原來在 12 月 21 日所提的這個「C 定率」直接就把它刪除掉，這個部份是我們覺得比較可惜的。雖然差異很小，那我們也還是希望說我們提的護理費案能夠獲得與會的這些委員的協助，謝謝。

主席

好謝謝林代表。本案今天也有列席單位有台灣護理學會還有台灣護理產業工會，還有我們部裡照護司同仁，今天都有代表在會場。雖然是列席，但是這三個單位都是在我們這三次會議都有出席。

非常謝謝林代表他指出來的一個事情是，在剛剛念的第 100 頁的「C 定率」那個方案，就是那個表格的右邊算來第二行的「C 定率」2、8、10、12、14，當時也有這樣的一個案子。那我們當時是因為有好幾個案子，「A 額 3」、「C 定率」、「B 率 7」，所以那時候拜託醫院協會回去再做一個協商。後來醫院協會協商出來，確實是方案一、方案二。那沒關係因為今天是 final 的會議，那林代表如果再一次的提出來說 C 方案的 2、8、10、12、14 也是應該考慮，那我們就併同大家一起來在這邊再討論。因為事實上差異已經非常的小了，那就是我們的建議是採醫院協會建議的方案二，那現在護理界建議採第 100 頁的 C 方案，請今天與會的代表意見。好請羅院長。

羅代表永達

謝謝，上次會議我也有參加，我想主席可以跟大家澄清一下，一開始的時候基本的原則是說這個錢沒有額外加，就是說沒有錢。沒有錢的情況之下，要調什麼東西？在醫院的經營裡面，沒錢你要叫我重新

分配，那大家都知道現行的那個部分，不管是剛剛提到一例一休也罷，事實上現在目前醫院的經營裡面，要達到這樣的標準，事實上要比以前更困難。那在這樣的情況之下你把它剝奪了，現在目前你把他變成零，就是說他一直達到了你一毛錢也不給他，那事實上這些錢是哪裡來？這些錢是我們現在，因為我們現在目前沒辦法調護理費、沒辦法調病房費，我們本來意思是說我們調那邊就好啦！可是沒有，在沒有錢的情況之下要我們重新分配，我們當然要注意到醫院經營的一個穩定性，所以我們才會就說剛剛這個護理師公會的代表有提到，為什麼達到那個標準的時候我們就給3%，其實是基於這個目的。第二個，其實社區醫院協會當時提到的是定額，可是醫院協會裡面自己要做協商，我們就不堅持我們層級的意見。否則的話一開始的時候我們要求要定額，才不會造成每一個層級裡面，病房費或護理費隨著他的基本值不一樣，他用那個加成百分比的情況之下，它的那個差別會越來越大。那是我們社區醫院協會一開始的主張，但是為了整個那個層級的和諧，為了我們能夠再往上一步，我們自己願意這樣退縮，否則我們當時的要求是這樣：既然沒有錢就不要調，沒有錢要我們去調這些東西，事實上是從我們左邊的口袋裡面拿起來讓我們重新去分配，然後沒有考慮到醫院本身的這個能不能生存。所以在這樣的條件之下，醫院協會才去做這個是非常非常難的事，尤其協調的最後結果，才送出方案一跟方案二。事實上在開始的時候，我們還是主張方案一，但是後來因為我想我們也尊重那個署裡面的方案二就方案二，事實上是一而再、再而三的退讓，而不是說這一次的會議裡面就直接採用我們醫院協會，根本沒有這一回事，以上。

主席

謝謝。大家還有沒有其他意見？好，請。

廖代表秋錫(李代表偉強代理人)

92 頁有提到說結構性資料要增列「配置於急性一般或精神病床護理人員數」，第二個品質報告那部份是以前有提過嘛。那我比較不懂的是說像現在在填的時候就是，實際上在那個病房的護理人員數，然後

要再乘上占床率去換算。那這所謂配置的部份，我對於那個定義，你說這個病房他現在的可能占床率不是那麼高，你可能會把這個病房人力切到占床率比較高的地方，可能會做這樣的彈性運用，我們所謂的配置跟實際的是不一樣的，所以我不太清楚這個配置的意思。

主席

好，請業務單位來說明。

陳科員依婕

跟代表報告，目前填報的結構指標是三班平均護理人員數，那因為三班的平均會有排班或是休假的關係，所以算出來的、我們得到的數值不是確實配置在急性一般病床或是精神急性一般病床的護理人員數。

主席

好，我們來說明一下，請龐組長。

龐組長一鳴

我講不對的話，公會這邊再麻煩幫我補充。我們的精神是要講實際照顧的人數，所以不是編制人數。編制人數不重要，實際照顧人數才重要。假如現在醫院報的你是編制人數，實際沒有足夠用的人，被查出來了，就是現在醫勞盟呼籲健保署要去對醫院做處分的部份，這點我們都了解。

正好廖代表有提這問題，讓我們有這機會在這裡再呼籲，因為現在各醫院填報資料基本上都是尊重、按照醫院填報的資料來做資訊公開，那按照這精神是「實際照護人數」。

林代表綉珠

對，我想這個部分應該不是所謂的配置人數，剛剛講到沒有錯。你配置的人數可能會有些調整，可是理論上要提報一般急性病床的護理人員數，是按他每天上班的人數去填報的，而不是說要它的配置人數之後再去做平均的，這個我想健保署應該要堅持這個立場。

主席

配置這兩個字用的不是很好，那應該用什麼樣的文字？

林代表綉珠

實際照顧人數啊！

主席

實際，好，那我們就照改！那剛剛龐組長也跟大家說明，我們要的就是實際的人數，不是只是虛的在那裡、沒有人的。我們要知道說實際上在一般病床的護理人員數。好，那就更釐清了，那就直接改成實際。

那回到本案大家有沒有其他意見？好，那如果沒有特別的意見，其實剛剛林代表在爭議的是，可不可以有 C 方案也拿出來討論？那現在呢？

林代表綉珠

是，是不是可以幫我們看一下 2、8、10、12、14，也就是在第 100 頁當中，我們之前在 12 月 21 號所討論的內容，是不是也可以併進來一起、大家可以一起幫我們看，尊重護理公會這邊所提的這個方案。

主席

好，謝謝。那現在就是變成 C 方案跟方案二兩個並列，我們護理師護士公會這邊願不願意跟所有的代表來說明一下，其實方案二跟 C 方案比較大的差別在於前面三段，護理師護士公會這邊是第一段、也是第一段是減的比較多，那把它拉到第二段跟第三段，是這樣子的差別。那林代表要不要跟大家說明說這個效果會怎麼樣？

林代表綉珠

好，謝謝主席。這個部分我們都一直在強調，我相信大家都可以了解到護理人員照顧更多病人的時候，事實上整個的品質是下降、病人的安全是下降的。基於病人安全的考量，我們希望逐步調整護理費加成，我們並沒有取消掉第一段的加成數，如果說是以醫中、區域跟地

區醫院來看，地區是 14.5、一個人照顧 14.5 到 14.9 的部分，他還是可以拿到 2%。可是事實上，以目前來看的話，大部分的地區醫院跟區域醫院他們的護病比都還算是滿優的，反而是醫中會有困難。我們覺得我們要全面地去考量，當然以公會的立場來看他並沒有去區分醫中或者是地區或區域，各層級當中所得的占率有沒有什麼樣的差異。我們單純的來看這些護病比的部分，希望說如果護病比更好的、就是更優的，他照顧的病人更少的時候、病人更安全的時候，護理的加成就可以得到更多。所以事實上差異只在前面的部份，我們不希望說他還是維持在 3 或 5 的部分，而是他可以再降下來一些照護的人數，所以獎勵的部分變成 2，不是歸零。

主席

好，謝謝。那社區醫院協會羅院長這邊要再補充一下堅持 3 的理由，給與會代表了解。

羅代表永達

其實還是剛剛我們講的，這個沒有額外加的錢，額外加了錢我們再做區隔是合理的；但是在沒有另外加給的情況之下，3% 在我們地區醫院代表定義就是 15 點、差不多 15 點左右。以現在目前各醫院所形成成本的增加遠大於這個東西，那如果在這樣的情況下，我們覺得他能夠達到一定的標準的話，盡量不要去影響。尤其是今天當然偏鄉的醫院那個部分也是有加，可是這樣的機率不多。我們還是要認為說這個層級裡面的分段當中，希望能夠維持他的經營的穩定性，所以我們覺得 2% 或 3%，其實他只差 5 點，差 5 點到底意義大不大，我覺得應該是遵照醫院協會三個層級好不容易協商出來的東西，是不是可以請大家能夠支持？

林代表綉珠

不過這個部分、對不起，今天所討論的是護理費加成的部分，事實上我們有 15 萬的護理人員在整個的照護體系當中，為了照護病人的品質能夠更好，所以是不是能夠把照顧病人數稍微下降一點點，這樣子

的話醫院得到更好獎勵。

主席

好，這個最大的影響其實把那個 3 改到 2。其實我們現況是 9，第一級是 9，9 降到 3 或者是降到 2，現在的選項是這樣，其實差距是非常的小的。好啦這樣大，從 9 降到 3 是大的，從 3 到 2 是小的，這樣可以嗎？

陳代表志忠

也很大呀，那 3 到 2 是 50%。

主席

好，因為大家現在的共識已經是趨近於 3 跟 2 的選項了，不再去考慮 9 了。所以呢，大家再想一想，在這裡為什麼第一級要下降？是因為第一級跟設標就是非常接近，那幾乎沒有讓這個護病比有比較提升的鼓勵。來，請李代表。

李代表飛鵬

就像剛剛講的，我第一次發言，雙和醫院李飛鵬。我們這個是沒有增加錢，是在內部要重新，那我尊重那個護理同仁，希望逐步地把這個護理人員照護的數目降低。現在其實醫院的經營很困難，他人少了所以醫院就是因為招不到人所以每個醫院都在硬撐，所以 9% 降到 3% 已經降了 60%，所以我是覺得醫院的層級如果已經很努力的協調，差一點點啦，我們已經有努力了，從 9 已經降到 3；那 2 到 8 跟 3 到 6 差太遠了啦，差一點點，你看一層級就差 6 個 percent，是不是能夠維持這個方案二我是建議這個樣子，因為 9 降到 3 已經降了 6%，那 10 降到 6 已經 4%。所以這第一級、第二級差異的級距到了 6%。所以我覺得本來經營已經很困難了，所以是不是逐步，也許未來我們再往這邊先移，那這一階段是不是到這裡這樣，大家弄弄看這樣。

主席

好，謝謝，來羅院長。

羅代表永達

不好意思，我想在座有很多位健保會新的代表，我們今年是有替她們爭取有額外的錢，我們爭取了 15 億，但是健保會不願意給。不願意給但要我們自己調整，我覺得這話要說回頭，如果假設健保會給了 15 億要我們從現在的金額往上加很多事情都好談；可是如果不是的話，要我們重新調整的情況下，我們當然要顧慮到我們現行的那個經營的一些基礎，所以我們也期待護理師公會跟我們一樣，我們一起來爭取健保會的支持。還包括未來護理費要不要調整、病房費要不要調整，我想這是一個很基本的概念，不能讓我們感覺用東牆補西牆，這個是不合理的，這在這個地方我們健保會報告。

主席

但是健保會已經協商，今年的總額已經協商完了，所以剛剛羅院長的發言應該是針對明年，現在本案大家還是回來吧！來看一下我們應該要做什麼樣的選擇。在這裡頭，剛剛我們李代表代表醫學中心，他是代表區域。好，那其他的代表的意見呢？好，謝院長。

謝代表武吉

護理師公會全聯會跟醫院協會和我們三個層級，談出來最後的結果，我這裡先說，第一級是 2% 到 3% 差 1%，第二級醫院協會我們也考慮到，你們 8% 我們就降到 6%，我們都有考量到，第三級你們 10% 我們 9%，我們是比較友善的處理，第四級 12%，再來 14% 大家都一樣。所以說我是覺得說事實上去健保會說的時候，你們想要說話也有人不讓你們說話，這我有參加我也知道。所以我是覺得說你們是有你們的堅持，但我們也是考慮到你們的因素，不然我們也可以提案，要用定額。我在醫院協會這邊已經退一步做了，為了三個層級的和諧，醫院協會的和諧，在整個醫院協會大家共同領導下，我希望全聯會能夠支持醫協方案是合情、合理、公平、公正的，否則社協也可強烈主張堅持採用定額！

林代表綉珠

謝謝謝代表對護理的支持。誠如謝代表的說法當中，我相信大家都可以感受的到護理的弱勢，剛剛提到一講話護理都不敢講，就是在健保會都不敢講，我也很感謝大家給我說話的機會。既然今天討論的是護理費的部分，剛剛我一再強調就是說，護病比的改善事實上對整個醫療體系、照顧的病人數減少，對病人的品質、對病人的存活，這個太多太多的文獻都在講了，如果大家可以去看 104 年的資料，如果以醫中來看的話，大部分的都是會落在 8.0 或 7.5-7.9 之間，是比較多的這一個族群，所以我們反而是覺得如果說 8.0 到 7.9 這個族群事實上是蠻多的話，那是不是這個部分，以我們公會的立場，大概就是希望護理費加成能在 8 或 10，然後把前面的 8.5 到 8.9 這個接近設標的部分再少一點點，我們大概只有這樣的說明而已，以上，謝謝。

主席

好謝謝，請朱代表。

朱代表益宏

這樣子講下去會沒完沒了，第一個如果是照工會的講法，因為醫學中心的資料都是落在 8.0 到 7.9，所以他們的方案對醫學中心影響比較小，意思是這樣，衝擊性比較小。我覺得這樣的邏輯是不對的啊！因為今天是大家一起來討論的，但如果護理師公會堅持自己的意見的話，那社區醫院我們也要堅持自己的意見，所以原來的協商就歸零，包括健保署當初開了這麼多會議也都歸零，就重頭大家再來談，如果是這樣差了五點。在醫院協會內部我們也經過幾次折衷得出共識，現在也同意健保署用一個案子去處理。如果這樣子主席還沒辦法做出結論，護理師公會如果堅持用他們的案子去處理，那我覺得就都歸零，就全部的案子都拿出來，包括社區醫院協會的定額也拿出來討論，就整個再從頭開一次，沒有關係，現在還不到四點。

主席

我想林代表最後一次發言。

林代表綉珠

對不起我要先澄清一下，我剛剛只是醫中的例子來講。可是事實上，朱代表一定很清楚去換算過後，我們的方案對醫中反而會比較差了一點，我們不獨厚那一層級的醫院，這部分我要澄清，我剛只是舉例而已。事實上整個占率的部分我們的方案還是對區域醫院跟地區醫院比較有利，以上。

主席

既然兩邊很堅持，我們問一下列席的護理產業工會、護理學會的意見。

盧華艷理事長(台灣護理產業工會)

護理工會我認為這兩個方案其實非常相近，我都支持這兩個方案，我沒有覺得這兩個方案比較堅持哪個。其實大家在看這個比率的時候，都忘記說其實我們對應的是護病比，護病比的多少才是決定我們要給percentage的部分。如果大家看護病比的話，其實區域醫院跟地區醫院本身差距就比較小，所以這邏輯上就會知道，其實區域醫院跟地區醫院本身如果讓比率是8和10的話，鼓勵效果會比較大的。所以可以看到區域醫院跟地區醫院獲益其實也不少，也不是太糟糕，我只是大概要提出這一點。尤其區域醫院跟地區醫院過去在評鑑的時候，他們達到這數字也都還算可以，當時在協商的時候也都覺得是可以達到的程度，所以我認為不是對哪一層級比較有利，只是區域醫院跟地區醫院差距很小，每一層級其實差距都不大，對他們來講其實非常容易做到。

主席

好，理事長也是沒有鬆口，差距很小了。

盧華艷理事長(台灣護理產業工會)

我覺得都還好，我都可以接受。

主席

好，請護理學會。

陳秘書長淑芬(台灣護理學會)

我想護理學會的態度就是說，「加成」最主要就是鼓勵，就是激勵那些護病比做得好的醫院。所以當初我們護理團體為何會有個共識，就是目前第一層的部分大家都達到了，我們希望鼓勵護病比優良的醫院，因此我們才會把級距拉大。不過如果說今天有這兩個案子，我們跟護理產業工會一樣，其實我們都支持，只是我們很希望能夠真正鼓勵護病比做得好的醫院，以上。

主席

好，請許代表。

許常務理事美月(郭代表素珍代理人)

我看到這個討論案其實也蠻感動的，也看到之前這麼多次會議，雖然我們助產全聯會沒有參與，但是我自己本身也是護理主管出身，我非常感謝這麼多層級的醫院，針對這件事情這麼慎重地討論。那我非常感謝剛剛護理產業工會盧理事長也提到其實這兩個案子沒有很大差距沒有特別堅持。但是就我個人的發言，我還是希望大家能夠支持，因為我今天看到的是一個非常和諧跟支持整個護病比提升的，各位要知道這護病比的提升不是為了加成，自然而然他會使醫院裡的護理部門，在派班分配會變得更好，這會是很好的護理管理，所以我希望大家能夠支持護理師全聯會提出來的版本，讓我們全聯會透過這麼多護理主管的專家所討論出來的東西，你們再次給他們呼應的話，我相信會有非常好的效果，而不會造成醫院的負擔，這是我以上的附議。

主席

好，我們重複發言，我們現在要請教專家學者好不好。再講的話要講不一樣喔！

朱代表益宏

現行的支付標準護理費，醫學中心 730、區域醫院 644、地區醫院 585，我想請問一下，地區醫院就算今天我的護病比是最高的，你加成 14% 才變成 664，為什麼地區醫院護理費拿得比人家少？如果真要這樣講的話，因為地區醫院占床率很低，他的護病比有可能 1 比 4、1 比 5，

1 比 6 都有可能，如果在這樣的狀況下，為何拿的會比醫學中心或是設置標準還要低？如果真要講的話，這也要請署裡面要給地區醫院一個交代呀！既然談護病比越高，quality 越好的話。

主席

我們今天的焦點是討論護病比跟給付連動的加成，我們等會兒要就教專家學者給我們建議。在請專家學者說明之前，基本上這兩個方案都已經朝著護病比跟給付連動往前進，而且是前進非常大一步，差別只在於那一步跟往一大大步的差別。方向上已經形成很大的共識，我覺得護理界這邊應該也要認同的，我們開了三次會前會得到這個結果，基本上是支持護理界的，這是大家要認同的。其實這些小的差異，最大的問題在於說如果在第一級，第一級是接近設標的人，究竟他要得到 3% 或 2%，護理界的建議是他要拿的少一點；醫院協會的意見是說已經從 9 往下降了，也不要一下子降到這麼多，最多就接受 3%。醫院協會的意見是稍微漸進一點，護理界是更理想性，差別是這樣，我稍微描述一下。我們先請專家學者看要不要給大家一些建議，施代表請。

施代表壽全

我傾向於說認同經過好幾次會議之後所採行的醫院協會的這個方案，就是 3、6、9 這個。我個人對於這個議題有個觀察，就是醫院經營與各職系對自己權益的爭取，長久來存在著相互矛盾的兩種邏輯。護病比差的醫院，是因為沒有護理人員，所以護病比差，但為什麼會有這樣的現象？是因為醫院的經營者不願意多把錢付給護理人員，所以聘不到護理人員，是這樣嗎？還是說他們就是因為資源有限？所以我們是不是對於經營不善的醫院，換個邏輯思考應該多給他獎勵，他才會聘得到人啊！現在若一直想說，這醫院護病比差，對病人品質照護不好，原因是老闆唯利是圖不願意多給員工薪水，這樣的思考下，問題不會解決。護病比不好的醫院要爭取到護病比好，就會關閉部分病房，這也會影響病人的權益。我覺得本來 9% 已經降到 3% 了，這對於醫院的資源分配絕對會有嚴重的影響。是不是就先這樣子，能不能先不要這麼嚴厲？我的想法是大家心知肚明，有的職系就是會認為說

我們該爭取該有的，但是醫院經營有醫院經營的思考，往往並不是資源不拿出來，而是有限的資源只能做有限的分配，現在又弄得更低，就更困難找到人，不得已只好把床位關了，這對大家都不好。

主席

好，謝謝院長，羅教授請。

羅代表紀琮

對這個問題今天的看法可以分為當家的跟底下的人，也就是勞雇之間。在我看來這是一步到位還是漸進式改變的差異。這個問題和大水庫理論相關。健保署給錢是給醫院，雖然就名目看來錢是給了醫院，但對醫院來講，他拿了錢是要重分配，所以中間有好幾層關係。我覺得每個人說的都有道理，然而我其實比較受健保署感動，署長領頭召開了數次相關會議。

是不是大家可以相忍為國，相忍為健保？其實民眾也可以看到說，護病比不足的話醫院就須關床，這對醫院是傷害，對民眾也是傷害。所以今天若有人稍微讓一步，下一次這會變成談判的有利籌碼。如果我們把時間拉長來看的話，可能就不需要那麼堅決，一定要一個怎樣的結果。

主席

好，是不是我們採稍微漸進一點，然後逐步達成，可以嗎？我們兩位列席的護理界的團體是還可以接受，林代表可以嗎？

林代表綉珠

含淚呀！不過我還是要強調一下，容我再說一下，剛提到了醫院經營者花很多心血卻招不到人，可是我相信還是有些醫院他是招的到人，且是有儲備人員。我期望在座不論是醫中、地區、區域醫院的經營者，都應該去想為什麼會招不到人。我們一年有多少應屆畢業生，26萬人有畢業證書、有證照，可是他不愿意來做，不愿意來做一定有很多很多的理由，所以這部分是要請大家共同來經營所謂更優質的環境，讓

我們護理人員願意回到職場來，以上。

主席

好，謝謝林代表，您的發言都會列入實錄，大家之後都可以來參閱。我們這項就採用方案二，後面偏鄉加成的部分就照擬辦，我們要reporting 的資料中，結構性資料就增列「實際於急性一般病床護理人員數」，做這樣的修正，大家有沒有意見，沒有就通過。接下來第二案。

第二案

案由：106 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準增修「乳房部分切除手術併前哨淋巴手術」等 10 項診療項目案。

主席

這個有十項新增診療項目，我們在說明三的地方，今年醫院部門新醫療總共編了 3.93 億，那我們去年已經通過而且生效的有 15 項，推估預算約 2.63 億點，大概需要 7 千萬，如果今天通過的 10 項預算約 0.69 億點，如果全部通過也都還在預算範圍內，我們就逐項來討論，請翻開第 111 頁。

首先是屬於乳房外科手術，今天有請乳房醫學會原提案單位曾秘書長來跟大家作說明。

曾令民秘書長(台灣乳房醫學會)

主席、代表，很高興在上次的專家諮詢會議能夠獲得到本會討論，目前我們乳癌手術項目普遍來講手術費非常少，舉例來說，整個全乳房手術才 6,752 點，長期以來都非常不合理，所以在經過學會討論以後，將某些手術新增手術項目，這裡面最主要的精神是強調乳癌手術的專業性，包含開刀必需仔細評估病灶的位置及手術切除要考量到切除的完整性，所以總共新增九項，那繼上次的專家諮詢討論會議，那基本上試算同意有六項，另外三項就是保持原議，所以我們這邊最主

要是報告補充現行乳癌手術費用是相形過低，希望能夠增加手術的給付標準，提升給付的標準。

主席

謝謝，那我們另外還有一位張主任，有沒有要補充？

張振祥主任(台灣乳房醫學會)

今天要補充的，這裡有一個點數的算法，在序號 1 「乳房部分切除手術併前哨淋巴手術」，我看健保署給我們算的是用同類刀口不同類手術的算法。但是原則上這是不同刀不同類手術，在健保署原來的規定裡面是屬於 D 項手術，是 1 加 1 的手術給付才對，不是 $1 * (1 + 0.5)$ ，本來就是分開不一樣東西的合併，所以這個算法裡面似乎把它當作同刀口不同類手術，其實是完全不一樣的手術，所以這個算法可能可以再看一下，因為按照目前規定的話，那個算法絕對不是 9,700，應該是至少 17,000 多，最後健保署給多少錢按給付的規定給就好了。

第二個我們在一開始申報的時候，其實因為現在大家都不想作外科，尤其做乳房外科的更少。我們國內其實乳癌到 104 年死亡率一直都往上跑，居高不下，全世界先進的國家乳癌死亡率都是下降的，在 1996 年美國乳癌死亡率就已經大幅下降，我們自己來檢討其中一個原因是因為乳房專科醫師太少，大家都不願進來，連一般外科醫師要做乳房外科都不願意過來，因為他一個刀要三、四小時，結果才 1 萬多，你用 laparoscopic cholecystectomy，有的刀順利半個多小時就開完，健保署整個 package 給付就 4-5 萬，就是說 total 啦，手術給付也遠高於乳房手術。所以懇請大家，我們是希望能夠給我們多一點點機會請新的人過來，然後有機會把乳癌手術給做好，這是我們的期望。

第三個就是說因為以前手術給付設定完全沒有把良性、惡性區分，其實良性跟惡性開刀的專業性是完全不一樣的，我相信一個 breast surgeon 開刀跟一般外科醫師在開刀，在開一個 cancer，我相信是有一點不樣的啦，考量複雜度也非常高，以前的給付設定根本是一般手術的，不是癌症手術的考量，癌症手術必須事先評估病人 clinical、image

和 pathological 情況，考量開刀 free margin，手術複雜度比良性腫瘤手術困難。所以希望大家給我們一些鼓勵，這是我們的期望。

至於我們一開始在報這個給付申請也不知道怎麼寫，所以在寫的時候漏掉了住院醫師，其實我們開刀，一個人主刀至少要兩個人在上面幫忙，一個要拉勾，一個要作 assistant，因為保留手術傷口要小，所以我們申請的成本，人員裡其實漏掉住院醫師，不曉得大家能不能幫忙增加這樣子，謝謝大家。

主席

謝謝乳房醫學會兩位專家的說明，那各位代表再來看會議議程這一本，後面有所有的成本分析表，請大家參閱，以及我們專家諮詢會議的會議紀錄都列在後面，請各位代表參考。

這個應該是序號 1 到序號 4 這四項，大家有沒有意見？來～請林代表，再來是黃代表，再來是黃代表。

林代表富滿

對於這些新增項目沒有意見，但成本分析部分，如第 111 頁表列材料費百分比不甚瞭解，就後面的成本分析表這四項的成本類別及邏輯應該相近，但建議支付的材料費加乘百分比差異很大，請問有什麼特殊考量嗎？以上。

主席

好，那我們等下一起回答，再來是黃代表。

黃代表雪玲

想請教乳房醫學會，第二項「乳房部分切除手術併腋下淋巴廓清術」，這是兩個主刀還是？還是一主刀一副刀？剛才前面講說序號 1「乳房部分切除手術併前哨淋巴手術」是兩個主刀；因為這影響到健保署預算的估計。然後再請教一下健保署這邊所有品項都是寫 100% 替代，我想問一下那 100% 替代以後是否舊碼均應廢除？下面第四項，這邊替代的是「單純乳房切除術－單側」，那請問雙側，本來這個品項是有

「63004B 單純乳房切術—雙側」，那 63004B 是會併同申報嗎？如果是的話，那是不是「63004B 單純乳房切術—雙側」是不是漏了，因為新增項目第 4 項「乳房全切除手術」並沒有寫單側或雙側，舊品項是有分單側跟雙側，那既然都是 100% 替代，那是不是舊品項應該要廢除，否則不應該叫作 100% 替代。

主席

好，謝謝，請朱副院長。

朱代表益宏

在第 111 頁，我想請問一下序號 1「乳房部分切除手術併前哨淋巴手術」，建議支付點數的材料費是 53%，表列點數是 9,507 點，兩者相加是 14,546 點。但是序號 2、3、4 材料費都只有 5%，為什麼差別那麼大？是不是能夠說明一下。

因為其實看起來原來這些項目都有在做，只是 A+B，那 A+B 給付太低，所以現在包裹成另一個項目給你高一點的錢，現在是這樣子，看起來是這樣等於是用另一種方式調整支付標準，其實第一個我個人很不 favor 用這種方式，那我覺得支付標準偏低其實是大家都偏低，那應該是像我們剛報告案追蹤事項，應該是做一個全盤的規劃，而不是說專科醫學會去做另外一個包裹以後，另外這個叫作新增診療項目，然後把原來 A+B 的項目包在一起變 C，那這樣子的話變成很多專科醫學會都會學，那最早為什麼會這樣子呢，其實也就是健保署同意這個腸胃科，用電子式胃鏡加超音波，然後原來申報 2,000 多點，變成一次加到 4,000 多點，加一倍咧，但是他原來其實就是兩項，原來申報兩項變成申報 1 項，那你既然同意了人家，當然現在這個乳房外科要求這樣，我個人沒有意見，既然人家同一個邏輯之下，那所有的專科醫學會都可以比照，我只是不了解為什麼序號 1 特材費是 53%，其它是 5%。

主席

好，謝謝，那其他代表有沒有意見好。暫時沒有意見，我們請業務

單位來說明。

張技正淑雅

謝謝主席跟各位代表，醫管組在這邊說明，第一點就是原本大家認為現有的診療項目之後的拆分新增，在討論的時候，就學會提出來的邏輯而言，目前乳房惡性跟良性腫瘤在臨床上都是申報同項診療項目，無法有效反映對於醫師的投入心力以及癌症手術項目的困難度，所以就教於臨床專業討論之後，同意新增，所以這裡的適應症都限定為惡性乳癌，再依 ICD-9 為惡性乳癌進行計算執行量，替代率為 100%。在序號 1「乳房部分切除手術併前哨淋巴手術」現行是「63001B 部份乳房切除術—單側」及「前哨淋巴腺手術」，63001B 是手術項目，「前哨淋巴腺手術」目前是我們檢驗檢查項目，這個在申報上是 1+1 沒錯。再依學會提出新增乳癌成本再重新計算成本後與現行支付差不多，所以不建議新增「乳房部分切除術併前哨腋下淋巴術」，考量新增項目是要反映它是一個乳癌惡性腫瘤切除故同意增列新診療項目，經重新計算之後，支付點數 14,546 點按現行的 53% 去拆列表列支付點數及一般材料費。

序號 2「乳房部分切除術併標準腋下淋巴廓清術」是原支付 63001B+70205B，按手術通則申報成數為 1+0.5。另序號 4「前哨淋巴腺手術」，學會的立場認為是一個手術項目應將現行 29034C「前哨淋巴切片術」移列到手術章節。

序號 2、3、4 為什麼是 5%、5%、6%，是依照學會提供的成本分析表，請看 116 頁到 120 頁的部份去進行校正計算，以上是初步的說明。

主席

好，謝謝，那學會這邊有沒有要補充？

曾令民秘書長(台灣乳房醫學會)

好，謝謝，首先回答代表的問題，事實上這兩個不同的手術它是不同的刀口，一個是處理乳房部份，一個是處理淋巴結部份，所以其實

現在假設同意是把...，事實上淋巴結不是一個檢查，是一個實際手術，他必需在全身麻醉下情況下去做這個步驟，所以他是手術，以往一直被認定是檢查，如果被認定是手術，在臨床實際上做以這個第 1 項「乳房部分切除手術併前哨淋巴手術」或第 2 項「乳房部分切除手術併標準腋下淋巴廓清術」，他實際是兩個不同的刀口，不同的手術，所以其實是剛剛我們學會張代表也提醒應該是 1 + 1，而不是 1 + 0.5。

張振祥主任(台灣乳房醫學會)

我可不可以補充說明，因為我們所述的第 1 項就是不同刀口不同手術，是 1 + 1 的。這個完全是不同刀口不同的手術。

曾令民秘書長(台灣乳房醫學會)

第 2 項也是不同的手術。

張振祥主任(台灣乳房醫學會)

只有 mastectomy 才會同一刀口。對，本來就是算不同手術。

黃代表雪玲

現在健保署算的是不同刀口。

張振祥主任(台灣乳房醫學會)

對，本來就是不同刀口。

黃代表雪玲

那現在是算半刀。

曾令民秘書長(台灣乳房醫學會)

對，現在是算半刀。

主席

好，業務單位還有沒有要補充說明的？

張技正淑雅

我們是依照手術通則，但是這個是同一個 procedure 所以是 1 +

0.5。

曾令民秘書長(台灣乳房醫學會)

這不是同一個 procedure，一個從乳房，一個腋下，手術的範圍跟手術的位置、跟手術的刀口都不一樣。

主席

谷科長這邊有沒有要補充？

谷科長祖棣

這是我們當初在專家諮詢會議討論的資料，當時大家並沒有表示不同意見。

主席

好，這是專家諮詢會議當初通過的，目前是把惡性乳癌，單純手術把它拆出來，過去沒有作這樣處理的時候，不管良性、惡性，都是報一個切除，由於惡性乳癌之手術複雜度比較高所以把他拆出來，拆出來之後序號 1 其實我們也不建議新增，原因是他提供的成本分析跟我們現在支付點數相加其實沒有差距，所以我們就沒更動，只有更動序號 2、3、4 有略微增加，那這個部份在專家諮詢會議的時候，與會的今天列席單位乳房醫學會的代表也都在場，大家有共識是用這樣子的計算方式提到共擬會議。

那大家有沒有其它意見？

黃代表雪玲

剛才序號 4，到底單、雙側是不是都涵蓋了？雙側的預算是否有算進來？

主席

好，單、雙側的部份還沒有說明。

張技正淑雅

在這個部份的話，因為這次是以單側為主，之後如果新增，雙側部

分就回歸支付標準通則，原來支付標準並沒有刪除，是因為針對乳房良性腫瘤。

黃代表雪玲

我看 63003B...

張技正淑雅

是單側。

黃代表雪玲

對啊，是單側。

張技正淑雅

對啊，所以這個新增一個單側，不是雙側的乳房切除。

曾令民秘書長(台灣乳房醫學會)

我再補充一下，臨床上有一些良性疾病，譬如說她早期在注射矽膠，造成病患乳房變形疼痛，這時候雖然是良性的，在某些情形下也會把乳房整個拿掉，這時候拿掉的時候，醫生的考量跟拿惡性的不太一樣，惡性的要儘可能把乳房組織全部拿除乾淨，所以皮瓣會翻的很薄，那良性的主要是把病人原先注射矽膠造成不舒服給他移除，所以原來舊的「63003B 單純乳房切除術—單側」或「63004B 單純乳房切術—雙側」應該是要維持。

黃代表雪玲

再請教一下第 130 頁，63015B 寫不得同時申報 63003B、63004B，那 63004B 就是雙側啊。

張技正淑雅

這個部份是指在報序號 4「乳房全切除手術」他不得同時申報良性的手術項目，這個部份要請教臨床的專業醫師，他們是不是同時可能有良性跟惡性存在。

曾令民秘書長(台灣乳房醫學會)

微結點就像剛剛講的，原來所有的部份乳房切除或乳房全部切除都只有良性的碼，沒有惡性的碼，但是臨床醫師在執行部份乳房切除，對惡性跟良性所花的精力跟專業性是完全不同的，那全切除也是一樣的意思，所以這邊要解釋原來部份乳房切除跟乳房全部切除的碼都建議保持不動，因為有些良性切除必需報它，那現在新增的是因為考量惡性腫瘤專業性不一樣，所以是在處理惡性乳癌手術...

黃代表雪玲

所以惡性的都不會用到雙側是這樣子？

曾令民秘書長(台灣乳房醫學會)

也會。

主席

第 130 頁。

谷科長祖棣

我說明一下，我們新增的項目是針對惡性的，並沒有特別針對單側或雙側，沒有列單側或雙側的就是單側，指的就是一側。如果未來有作到雙側，我們有手術通則，依手術通則申報。

主席

通則可以解釋雙側的申報方式，那羅院長。

羅代表永達

第 130 頁裡面，一般材料費得另加計 7% 或者是另加計幾%，那個意思是目前手術通則乘 1.53，其中 53% 是材料費或者是其它的費用對不對，那所謂的得另加計 7% 的意思是什麼？是說這個 1.53 再加 7%；還是 53% 那個是沒有的？

主席

53% 就沒有了。

羅代表永達

那這個對醫院來說，剩下的那些包括護理人員，包括其它費用，53%到底跑到哪裡去？

主席

你看成本分析。

羅代表永達

我知道，這個醫院裡面就沒有辦法去做那個...譬如說，醫師要開的話比方說他的 PF 我全部都給他，醫院要拿什麼成本支付？

主席

因為每一個項目，過去我們會用...

羅代表永達

我的意思是說學會在想這件事情不能只想到你自己...

曾令民秘書長(台灣乳房醫學會)

對不起，委員我稍微補充一下，這個您提出來的 7%、5%，其實我們也不太了解，其實後來我們再仔細看一下，這總額稍微跟原來是增加點，只是他重新再分配，就像您提的...

羅代表永達

如果將來有 case payment 的話我們先不談 case payment，現在的通則是直接加 53% 對不對？

曾令民秘書長(台灣乳房醫學會)

對。

羅代表永達

那現在目前按照那個署裡面所解釋的，就是沒有加 53%，那如果你開那個刀的話，因為沒有護理費了，什麼東西都沒有，包括電燒那些全部都沒有算，那如果說這樣的話醫院用什麼東西來補助你們開刀。

曾令民秘書長(台灣乳房醫學會)

所以，對，沒有錯，所以比較合理的還是維持原來 1.53。

羅代表永達

我們想幫你加錢，如果你覺得這個不合理你要自己講。

曾令民秘書長(台灣乳房醫學會)

對對對。

主席

請科長說明後面成本分析的列舉一項跟大家說明，比如說第 119 頁。

張技正淑雅

跟代表說明，現行檢視成本的時候，表列支付點數與一般材料費加計之計算，是在表列支付點數中含了用人成本、房屋設備跟作業及管理費用部分，一般材料費為不計價成本占整體成本 percentage。

主席

好，謝院長。

謝代表武吉

我對於乳房醫學會這些成本分析表，而且有校正版，我感到懷疑的一點就是表列材料費 5%、10% 這些羅院長剛也質疑的。還有用人成本，你們只有主治醫師費跟護理費，沒有醫事人員的費用嗎？如果需要輸血的時候怎麼辦？行政人員的費用不用嗎？你們開刀完後都不用清潔善後嗎？你們主治醫師當人，其他都沒算，這樣太不公平了。

主席

請。

陳代表志忠

能不能先釐清一件事，在第 111 頁上面有個表列材料費，跟我們綠

色這本支付標準的第七節手術通則第三項來看，房子應該是減低支付，但我不能加 53%。因為通則寫，得依本節所定點數及表列加計比率計算；未表列者，其「手術一般材料費」，均依本節所定點數之 53% 計算之。

主席

沒有減低，是有增加。我們之所以有 53%，我記得之前有跟大家解釋過，因為之前沒有每一項都去計算成本，所以手術費可以加 53%。但現在新增項目每一項都有逐項依成本分析，所以每項都能算出其特材占率，就按照每項新增的占率去估列。這是回到第一案大家在追蹤的每項成本，所以現在在支付標準裡，新項目都會單獨去備註這項的特材占率是多少。這些成本來自於提案單位給我們的成本，我們不可能自己生出來。他們的成本我們會提到專家會議，請專家再過目，也請臨床醫師、提案單位去專家會議說明他們怎麼做，他們也有工作的 SOP 都列出來給專家看。我記得這個會議過去沒有附成本分析表，後來也都附了，讓大家看，不然怎會理解這數字的由來。今天這幾項也是一樣的邏輯，這已經不是第一次了，新增項目一直以來都是這樣，舊代表應該都有印象吧。請潘代表。

潘代表延健

可是我覺得今天的案例真的很有關鍵性的影響。可能主席剛有提到過去有附成本資料，但是就手術，他要用所有的成本分析最後的結果的收費來取代 53%，這是一個非常關鍵性。所以這個案子我覺得要非常仔細地來討論。

第二個就是剛剛是專家會議，我尊重這些專家，但他們是醫療的專家，但若要算到整個手術的成本項目絕對不只這些。我剛腦筋隨便轉了一下，我們在手術時器械包盤的成本多少，每一個器械包盤都有折舊，跟消毒這整個過程都沒有算到，其實還有很多後線的支援的成本都沒在這裡面。若真要用這方式算，我覺得在這個案子裡面應該要全盤逐項表列出來。

第三個就是在解釋 53% 的時候，因為後面也有 5%，所以這數字剛有解釋說這成本算出來跟最終的結果接近，所以放寬是 53%，這樣感覺的是湊出來的，倒回來算的，那其他 5% 跟 7% 是？這邏輯就不通了，所以我們事後再看這收費項目的話，假如把它拆出來，按照第 111 頁單向去拆出來，他有支付點數羅馬數字 1 的，還有表列材料費，這結構整個就通通去掉了，所以在整體不管是材料費定義百分比還是收費裡面，我覺得這一塊必須要再重新釐清、計算。如果要用這成本的概念去算，也要從醫院的角度去算完整成本。

主席

請謝院長。

謝代表武吉

建議乳房醫學會對成本分析資料重新整理完整後再提出，我建議用人成本再去調整，要有固定成本、變動成本，如房屋、水電...等。另還有活動成本就如剛潘特助說的那些，還有手術包的折舊問題跟手術台、無影燈這都需要算折舊呀，這算法不對啦。

林代表淑霞

主席，我想今天在看乳房手術的整個資料，打破我們以往看資料的思維，所以我想再跟主席確認一下，請看第 130 頁，63008B 的備註的第二點：一般材料費，得另加計 7%。也就是說 53% 還是存在？沒有是不是？我只是確定，所以 53% 不存在，因此一般材料費只是加乘 7% 對不對？這樣就很麻煩，不管是署本部幫他們做結構上的拆開，還是專科醫學會自行成本上計算拆開，這會影響到我們整個實際上申報的系統作業。手術費的申報，除了技術費之外就是自動加乘 53% (詳如手術篇通則說明)，如果為了這幾項，可能將來我們程式得改喔。目前乳房部分切除手術併前哨淋巴手術的確手術費太低，個人並不反對調高，但為了整個費用的申報結構勿大幅改變，幾乎都是 Add on 往上加成之調整不是嗎？

主席

好，朱副院長。

朱代表益宏

我建議因為成本分析也是醫學會提出來的，我剛試算一下，如果護理費也算必要成本，大概差不多 50%、50%左右，所以我建議這個案子總金額增加，也應該尊重乳房醫學會，因為確實他們的給付也偏低，但還是用 53% 回拆回去算他的技術費，這樣在醫院的作業上也會比較簡單。因為以序號 1 的案子還是用 53%，所以我剛剛詢問說特材為何序號 1 用 53%，可是序號 2、3、4 都不是 53%，所以我建議既然署裡面序號 1 是 53%，序號 2、3、4 也都用 53% 的概念再回算，雖然支付標準降低但還是增加 53% 的特材及必要成本，這樣可能會比較好，因為人事費、護理費都算必要成本，且我剛算過也差不多這些必要成本為 53%。

主席

廖代表請。

廖代表秋燭(李代表偉強代理人)

因為在手術裡面提到就是手術一般材料費包含敷料、縫線、刀片、外用消毒劑及生理鹽水、開刀巾還有器械折舊成本。這明顯看起來，不計價藥品衛材成本感覺上是不是漏了？第二個是成本分析這是一個標準表格，可以看一下設備費用其實大於非醫療設備是醫療設備乘 7.53%，我不知道你這家如何，因為你是算在裡面。另外底下一個就是作業及管理費用，其實我們當初在做 RBRVS 的時候，我們自己在歸類，我可能會把某些歸類在作業及管理費用等等，因為我不知道他們在算的時候如果沒有歸類在這邊，就要在不計價材料或藥品成本裡面呈現出來。這就要看專科醫學會在提供這份資料時要講清楚他的歸類，因為你放在直接成本或間接成本，計算出來的加成是不一樣的，所以這部分可能要再重新商量。

主席

好，謝謝。其實我不曉得為什麼今天這些項目會讓大家都這麼多問

題，其實我們這樣子的新項目已經討論有兩年，架構是一樣的，也有討論過手術。

第二點，這個成本分析表，基本上當然有直接成本、不計價材料或藥品成本，設備跟房屋我們都有算折舊，維修也有一定的百分比，甚至作業及管理費用都有 6.4%，這些東西有時候學會送來他都沒有算，我們都直接把他加進去，直接用定率的方式加進去，所以才有這張完整的成本分析表，當沒辦法一一列很多的時候，就是用一個比例把它攤細，當然金額越大，他的定率~所以附帶的作業及管理費用也會相對多。這部分當初在做 RBRVS 的時候有共識用這樣的邏輯，所以我們也都沒有去改這個邏輯。所以特殊的用人成本、耗用時間等等，我們都尊重專科醫學會的專業，才會出現今天這樣子的結果。不論如何，我們把惡性乳房乳癌拆出來，顯然當時在專家會議時是認為合理，因為他的複雜度比較高，所以變成一個新增項目，且整個費用都提高了。

第三點說明，今天材料費的比例不是第一次出現，大家去翻支付標準表，這兩三年增加項目都有備註，當時大家並沒有任何問題，因為我們就是要回歸每一項，若都是 53%，有的又太高，也有醫師說技術費用太低。所以我們就回歸真實的成本結構，每一項都有他不同的成本結構，我們要互相尊重，包括勞力投入的成本也很重要，包括相關的特材、配合的成本也很重要，這不是第一次出現，我不知道為什麼今天大家突然醒過來，突然這麼多問題。

我要請教大家，這些規則不是第一次出現，而是不斷的出現。大家今天意見比較多，請問這幾項是要讓它通過還是不通過？

黃代表雪玲

大家是會很懷疑怎麼加乘 5% 太少？所以可以再細算一下，好不好？

主席

等一下，不是看 5% 多或少，而是看其他的投入，如果這手術時間是很長，他光用人成本就會非常的貴，但是他用的材料還是一樣，但花的時間很長是勞力的部分，所以不能看比例，是整個手術費用是增

加的，健保付的手術費是增加的，不是結構裡面有那一些是攤到哪裡，如果主刀的醫師花的時間非常長，成本當然跑到那裡去。所以不能用比例來決定，事實上總金額就是高的。陳副院長請。

陳代表志忠

我有一點不同的看法，時間長、比例當然相對的長、空間的使用像手術台跟無影燈的成本、耗用的材料成本也會比較多啊。

主席

會算進去，所以為何會有作業及管理費用，就是用所有的直接成本去乘上一個定率，只要你的直接成本高，那算出來的金額也會高，所以是相對等同有考慮到的。朱副院長。

朱代表益宏

這個關鍵就是在其他的人事費用那邊，如果把它列在變成支付標準項目，然後只有加成特材，就是另外再加成 5%、6%、7% 的特材，那醫院在 PF 的時候，那事實上會……，所以我剛剛才建議嘛，就是說總金額我們依照他成本分析的結果去算，這個不變，但是回過頭來我們去把它的支付標準降低，但是我把它加成的比例增加嘛，那這樣子的話就解決了大家所疑慮的問題，這個就得到解決，那這個也回復到乳房外科醫學會他們認為說，成本算出來，主治醫師的這個勞務費用，那我們也能就照付得到嘛，所以我覺得說，我個人是建議用這種，不然的話變成說，我舉個例子，比如說序號 2，我們這邊的支付標準，如果說你表列支付標準 19,178 的話，實際上算出成本的醫師成本才 11,272，對不對？所以這樣子醫院在抽給醫師做 PF，在算醫師績效的時候，就產生很大的問題嘛，問題關鍵點在這裡，所以我建議，如果這個案子我覺得今天是可以處理，因為總金額大家沒有意見，增加的金額我覺得大家不會有意見啦，但這個增加的金額怎麼去拆分醫院材料費跟必要的成本，什麼叫做醫師的勞務費，這一部分，拆分的比例大家有意見嘛，所以我建議是用這種方式去處理，就是我剛剛講的，材料費還是 53% 這個原則不變，但是你回算他的技術費，那這是第一點。

第二點，我不太同意剛剛主席講的，專家會議就算同意同樣的手術，惡性要比良性高，這樣的原則，如果大家都同意的話，那所有的支付標準手術的項目都有良性和惡性，那所有的惡性都要調整，我舉個例子，比如說胃切除，他胃潰瘍他有切除呀，胃癌也要切除阿，胃潰瘍是良性的，那胃癌是不是就依照這個原則，他是不是就要來加成，就要來另外再立一個項目，說我支付標準要調。這樣子的邏輯，如果主席同意說，這樣子大家都同意這種邏輯，那我覺得支付標準要做通盤的考量，不能只有考慮乳房外科他提出這樣子的邏輯，然後就依照這個邏輯，那下次其他科如果又比照同樣的邏輯那怎麼辦，有提就有給，沒有提就不給嗎？所以這樣子我覺得是不適當，所有的手術在目前在開刀的時候，所有的支付標準管理手術項目都沒有去區分良性跟惡性。但是一旦開了這個例子，惡性的我們就要多給，那所有手術的支付標準我們都要重新檢討。

曾令民秘書長(台灣乳房醫學會)

對不起我這邊補充一下，剛剛舉的例子，良性的潰瘍跟惡性的胃癌是不同的手術嘛，它是有區隔的，也就是良性是良性，惡性是惡性，所以絕大部分的外科手術，良性跟惡性全部都有區隔，那現在唯獨在乳癌裡面它是沒有區隔的，我做一個部分乳房切除術，我也只能報良性的部分乳房切除術，它這裡面跟惡性的部分乳房切除術，它的專業性、它費的一個心思考量是真的是有差異的，所以這是一個存在比較不合理的現象，所以我們才提出來，希望能夠修正。那利用這個機會，我稍微再補充一下，關於人力的部分，其實我們也覺得，我們剛剛張代表也提出來說這邊是想有機會能夠做修正，事實上開刀，大家都同意這是一個 team work，這裡面包含住院醫師的人力沒有算進去，在最早的話，我們是醫事人力這樣一個總成本估算，但是健保署回來的時候是設限在主治醫師，所以剛剛在報告的時候我們也提出這一點，所以說我們沒有否認，其實站在醫院的觀點，住院醫師人力沒有算進去，我們覺得這也是我們想要能夠做修正的機會，至於那 53%，其實那真的很複雜啦，其實剛剛提了很多大概沒有估列的成本，所以是不是就

是因為用 53% 來去涵蓋，這部分就是要尊重大家的認定了。

主席

如果原來的成本分析有提的，我們不會把你刪掉，是原來就沒有提，這點要先澄清。

張技正淑雅

先澄清一下，原本學會提過來的成本是 1 位主治醫師加 5 位護理人員，因為考量到它沒有住院醫師，所以護理人員排除麻醉科護理人員的部分之外，全部列入計算，以上說明。

主席

好，大家還有沒有其他意見？我想今天會有一點點爭議的是在於 1.53% 的部分，那 1.53% 的部分呢，其實過去以來我們也一直聽到非常多臨床的專家告訴我們說，每一個給付裡頭呢，真正用人的費用，沒有真實地去呈現，所以我們對於新增項目，就希望回到真實的成本，那當然我們回到，這也都付到醫院，醫院跟醫師之間 PF 怎麼拆列，我們沒有再去介入，但是我們當然希望說，對於辛苦的勞力的這一部分能夠真正回到辛苦的醫師的身上，所以我們願意來個別表列，而不是最後整個的重分配，沒有辦法反映真正的成本，這是第一點。第二點當用人成本變多的時候呢，事實上我們作業及管理的費用就是直接成本的 6.4%，所以直接成本是包括用人費用還有不計價的材料、藥品、設備跟房屋折舊，還有設備的維修，這些全部都算進去當成直接成本，再去乘上一個 6.4% 的作業及管理成本，而且每一項都如此計算，那個呢，也對這些就是行政資源的這一塊呢，事實上都有列計進來，而且每一項都這樣計的話，那個也是非常可觀，所以我們是希望忠實的呈現每一個成本，好，那大家還有沒有什麼意見？好，來，謝院長。

謝代表武吉

請問現行用人成本的計算是有考慮一例一休嗎？本案用人事成本喔，現在就是工友、技工、技術人員，這些都沒有算，我們現在有算一例一休，卻還是以以前的想法下去算？現在一例一休是例假日加班

未滿 4 小時以 4 小時計，而且加班費是乘以 1.33 耶。

主席

這個我們沒有吧，我不曉得，這部分好像還沒有去，因為這些手術應該沒有吧，那個我們也不知道，因為一例一休會發生在周六跟周日，不曉得怎麼去呈現，沒辦法。

龐組長一鳴

這個我說明一下，因為各醫療院所都很關心一例一休的問題啦，一例一休已經是部裡面的重大政策，這個我們一定會配合部來檢討。至於一例一休對基層、對醫院，各種醫院的影響其實是都不一樣的。譬如說，我們有的醫院是公立醫院，現在公立醫院也跟我們抱怨，因為他公務人員不適用一例一休，那結果呢，因為那家醫院有部份的員工是適用一例一休，所以變成不用一例一休的同仁呢，非常血汗。所以各地方的問題是不一樣，在部裡面統合條件，這個就個別項目沒有辦法逐一來做啦，在這裡跟大家說明。

主席

好，這一項大家最後我們是不是經過詳細的溝通之後，是不是大家可以理解了？沒有沒意見？好，潘代表，簡短喔。

潘代表延健

好，那個剛剛主席一直提到那個有忽略掉這 6.4 嘛，就是其他沒有考慮的成本，是不是這個 6.4 喔，應該再回過頭，有機會再來 review 一下，那這個案子裡面，過去我們都是這樣算，也沒有任何意見，但是就這個 6.4 喔，是不是還有一些。

主席

6.4%的來源是來自我們上一次 RBRVS，大家提供的成本。

龐組長一鳴

主席我回應一下好不好？當時有講回到第一案的關係，這也是我們

同仁為什麼認為第一案那麼難處理的關係，光為了剛剛講 53% 的觀念，因為後來支付標準就不是用 53% 的觀念，就是用成本實支的觀念。過去勞保時代用 53% 的觀念，所以要把整個全部換過來，確實是認真做的話，是一個很大的工程，要來跟大家講，那這個百分比的認定已經有一段時間了，那剛剛主席也有裁示說，我們就回歸第一案，我們要回歸各層級，你願意去檢討醫院的成本的時候，那個地方，我們對於標準要放多少，或是怎麼樣來處理，那要有個 standard form 是第一個。

第二個也因為是成本檢討關係，在這裡跟各位報告一個事情，成本檢討為什麼會那麼難？因為成本不是在那裡想我作業成本是多少，要回歸醫院實際的成本，還原成本，所以你最後的成本項目乘上你的執業項目，最後會等於你營業的總收入或是總支出，所以那個部分是要平衡的，而不是最後要做出一個表不會平衡的，所以對於這種成本會計的技術，要相當有成本會計的制度，我們現在大部分醫學中心、區域醫院確實是比較有能力來做，確實會比較辛苦，所以這個是我們在考量第一案的時候，因為剛好這個機會再讓我們對於第一案為什麼會有那個疑慮，在這裡做個澄清和說明。

主席

所以其實要提供一個成本，不是那麼的容易。特別我們當時 RBRVS 就是所有的項目都要提供，那就是真正能夠做到全院有成本會計的醫院才有辦法提供，我們現在所用的這些百分比，就是當時願意我們提供全院成本資料的醫院，我們把它做一個平均，所以才會有 6.4% 的一個比率出來，這是有依據的，不是說我們就是憑空創造的，但是呢，當然如果說我們就重新來過會有改變的話，那當然就是改變，必須大家還是要再提供資料來做，才有辦法去做修正。好，那我們這一項大家看法怎麼樣？今天我們會議時間會超過兩個小時。

謝代表武吉

主席，剛才我們龐組長也講了就是說公務人員這個問題，那我在 3 月 3 日曾經在水果日報投一個稿，叫公務人員也是人，然後依法修法

造成公立醫院一國兩制的現象，但是我的文章最後，我有講一句話，主持正義，在此呼籲政府，不要再虧待公務人員，也包括你們在裡面，我都講了啦，應多加以保護，我最後是寫這樣。

主席

好，謝謝，那跟本案也無關啦，那我們這個案子乳房部份切除手術的項目大家是不是就同意，好嗎？

眾人

不行。

羅代表永達

我來講一下，可能學會裡面一直認為這個東西是增加，如果說假設我們今天那個資料公諸給各醫院的話，我們會怎麼樣認為醫師的價值是什麼，就會根據你的成本，我舉第一個例子來講，第 117 頁，我就會認為說主治醫師，他的手術技術費就是 11,272 點，這件事情一定要讓醫院知道，那我就知道怎麼去算他的錢，而不是他全部叫作技術費，你知道嗎？如果你按照這樣算的話，各位主治醫師你們現在幫會員爭取的錢又比現在更少，而不是你現在看到的 19,178 點，因為雖然他到 19,178 點，事實上你回歸到第 117 頁所看到的，醫師真正的貢獻是 11,272 點，對不對，也就是說這個數字將來要給醫師，那我們就用這個數字來算醫師的 PF，我再重新問學會，你們的意思是這樣子對不對？你們不要以為你們真的就是拿到 19,178 點，我們會拿最後的成本分析你們實際上的貢獻如果這個真的是對的，你們是在降低你們的收入。

朱代表益宏

我剛把那四個項目稍微用計算機算了一下，扣掉主治醫師以外，其它我們假設他叫特材及必要成本這樣子的話，特材及必要成本大概佔 40~45%，這四項都一樣，都很平均，主治醫師大概佔 55% 左右，所以我覺得說，其實他並沒有很大的 variation，我建議是不是，如果主席說還是要回歸到這個成本表，就是用比如說，這個舉例來講第一項，他的支付標準叫 C352，另外再加 44% 或是 45% 的特材及必要成本，然

後以此類推，用這種方式，我覺得這樣比較不會有爭議啦，爭議比較小，而且這個也會回歸到實際上你算出來的實際成本是多少，那以後的項目都用這種，所以他的特材及必要成本就每個項目都會不一樣，那當然對於醫院的程式上要去修正，但是這個就會回歸到實際上醫師的勞務是多少就會顯現出來，所以我建議用這種方式來處理，以上。

主席

有關朱副院長對於我們這個比例的呈現有意見的這部份，請同仁再去了解一下，看是不是我們有什麼樣的地方可以呈現的更好，那本案我們就暫保留，把這些相關技術的呈現數字弄清楚之後，我們再繼續來做決定，好，我們進到第二項。

王代表宏育

報告主席我們能不能先討論 GA，因為我五點半的高鐵。

主席

好，大家同不同意？就這兩個 change 一下可以嗎？可以的話我們就從第六案 GA 開始。

醣化白蛋白的部份我們今天邀請的是原提案單位台大醫院的李弘元醫師以及糖尿病學會、內分泌學會的蔡世澤主任，我們先請李醫師說明。

李醫師弘元（國立台灣大學醫學院附設醫院）

主席、各位代表大家好，我先說明，請大家參考附件 2-5，第一個是說這個項目是什麼，目前血糖監測大概是以醣化血色素 HbA1c 代表兩三個月血糖的平均值，但是 HbA1c 在洗腎或是懷孕婦女等不容易反應血糖值的變化。所以這新的項目就是醣化白蛋白，這就不會受到貧血或是血液的紅血球的變化影響。這個必要性，其實在 12 月底的支付標準會議及上次的專家會議，大家都認為有這必要性。

第二個，為何又要回去專家會議再討論，主要是因為上次提的支付點數覺得太低，因為第一次的專家諮詢會議我剛好那天有事沒有參加，

但是後來發現提出來的點數太低，所以再回去重新討論。因為這支付點數經過討論後有增加，所以我們提案單位有縮減適應症，原本其實估計會有一百二十幾萬人次，下修到三十二萬人次，這樣估計起來，請看第 122 頁，一年估計大概 0.24 億。

第三個為大家說明一下目前的適應症，請看第 122 頁，其中第一點跟第三點就是針對剛剛講的，如果他是有糖尿病合併慢性腎病變，或是懷孕期，就可以使用這一項。第二點跟第四點是說少部分的人，我們會看到他的血糖值跟 HbA1c 差很多的時候也可以使用。禁忌症說明是因為這項是看被醣化的白蛋白占所有白蛋白的比例，所以當血中白蛋白不正常太低的時候就不建議使用。第三個支付規範，因為使用這項的前題是覺得 HbA1c 不準，所以不得同時申報 HbA1c。支付規範的第二點，因為上次專家會議提出原則一年申報四次，但若懷孕的這些糖尿病患因為需要比較好的控制，加上這樣的人估計一年大概是六千人，所以建議在懷孕期放寬一年到六次，大概增加一萬兩千人次，以上說明。

主席

GA 檢驗這項，上次有提出來討論，當時是比照 HbA1c 支付 200 點，因提案單位表示支付不足，所以退回專家諮詢會議重新評估成本資料，成本資料請看大本的第 123 頁，大家可以參閱。這一項大家有沒有意見？

王代表宏育

這個醫院跟基層可能條件不一樣，因為這件事情我昨天先打電話給高雄長庚陳榮福教授，他說高雄長庚目前還不能做 GA 此項檢查。看議程第 122 頁，建議支付點數說明：現在的試劑只有一家廠商提供。接著我詢問高屏區內科審查共識的吳三江醫師，他也不知道要去那裡做 GA 檢查。我再問高屏區最大的慈惠檢驗也不能做，我再問黃振國代表，他說北區也不能做。我覺得這東西很好，但是基層目前沒有辦法做，所以如果醫院要通過我沒有意見，但是基層可能目前沒有辦法做。

第二點，因為我們也沒有今年度預算支應，所以西醫基層認為可以先觀察醫院做得如何，以後再做。這個東西我當然覺得很好，我題外話講一下，現場有兩位糖尿病的專家，我們在基層碰到的困難是，糖尿病的病人不嚴重，血糖 200、醣化血紅素 7.3，我要開連續處方簽，METFORMINE 一顆 BID，囑咐病人先吃半顆 BID，再半顆 TID，再一顆 BID，這樣很好可以省錢。但現行規定卻必須先開一個禮拜至兩個禮拜藥，這樣病人得多跑了好幾趟，也浪費健保資源。再來，若病人很嚴重，血糖 400、醣化血紅素 11、12，new patient，我們很需要這個 GA，因為他可以一兩個禮拜就知道治療效果，不像醣化血色素代表兩個月的治療效果，所以 GA 這對新病人很好，在第 112 頁的說明寫得很好(適合初診的糖尿病病人)，再看今天發的補充資料第 129 頁的支付標準，沒提到 new patient 可以做，尤其是初診嚴重糖尿病的病人需要做，這裡沒有包括進去。總而言之，基層沒有辦法做啊!因為我不知道找誰做啊，所以我希望基層能夠保留這項，謝謝。

主席

好，謝謝，其他有沒有意見？請蔡主任。

蔡主任世澤（中華民國糖尿病學會與中華民國內分泌學會）

新診斷糖尿病患適用醣化白蛋白嗎？糖尿病是一種慢性病，觀察治療成效不急於數周內完成。所以除非符合適應症的新病人，不然使用醣化白蛋白的機會應該不多，所以不需要特別再增加新病人的 indication。HbA1c 照現行規範，也沒有辦法反映短期的變化，為了瞭解血糖的瞬間變化，只得測血糖，特別是指尖採血檢驗，至於短期趨勢可以看 1,5AG，中期靠醣化白蛋白，中長期則以 HbA1c 為準。醣化白蛋白呈現兩個禮拜至一個月的血糖大勢，正好介於中間。目前醣化白蛋白檢驗不普遍，但因為臨床上的確是有這樣的需要，如果我們把它列入給付項目，自然就會有人引進來執行。開放基層我是有另外一個看法，現在糖尿病的照護分佈大概 1/3 在醫中、1/3 在區域跟地區醫院，1/3 在基層，現在很多資深的新陳代謝科醫師都到基層開業，他們也可能會使用到。如果有適當的檢驗場所，他們就可以開列這個項目，

我想不止南部，所有的病友很快地都可以得到這樣的照護。

主席

好，謝謝，其他代表還有沒有意見？

朱代表益宏

如果照王醫師講的，事實上根本沒有辦法做，只有少數的機構能做，我覺得要不要納入支付標準可能要慎重考慮。不好意思，因為是台大醫院提的，或許台大醫院能做，或許少數醫院也有做，如果他真的比糖化血色素敏感，那也是值得鼓勵。但是也不能只有在少數機構才能做能夠申請健保，所以我建議是不是先 pending 一下，所以我建議先了解是不是大部分機構都能做，因為照王醫師講的，高雄長庚不能握、高雄最大的檢驗所也不能做，連北區都不能做，不知道馬偕能不能做，馬偕院長也搖頭所以馬偕也不能做，所以我建議先了解一下，如果只有少數的機構能做的話，應該先考慮一下，謝謝。

主席

好，謝謝，我們請李醫師說明。

李醫師弘元 (國立台灣大學醫學院附設醫院)

跟各位代表說明，其實不是不能做，他基本上用的機台跟醫院的生化的機台是一樣，你只要進試劑就可以做。目前我知道的，就是台大跟新光可以做，台大雲林分院不是太大的規模，但是進了kit就可以做，所以不是不能做，是因為這個 kit 在去年年底才拿到台灣兩個證件，他是一個新項目，如果你買了 kit，在各個層級包括診所其實都可以做。我昨天、前天有問我幾位開業的同學，他們送到檢驗所他們有問，如果用那個機器去買 kit，在診所的層級也是可以執行。

主席

蔡主任也有提到 GA 檢驗需要推廣，很多人不知道這項檢驗，請蔡主任再補充。

蔡主任世澤 (中華民國糖尿病學會與中華民國內分泌學會)

我自己個人的臨床經驗，在北榮的時候，注意到臨床有這個需要，可能有四分之一到五分之一的病人出現血糖數據跟 HbA1c 之間的歧異 discrepancy，病人單單看一個 HbA1c 很高興，事實上並沒有控制的這麼好，所以請檢驗部做一個跟這個 GA 類似的 fructosamine 檢驗。對於懷孕的糖尿病患、不管是 Gestational Diabetes 或是已有糖尿病現在懷孕的，我們都希望提供孕程最好的照顧，來保障母嬰安全，所以我們格外需要這個檢查。現在已經有試劑可以進來了，只要跟大家廣為宣導有這樣一個工具，我相信很快就可以推廣開來。

主席

好，謝謝。請吳醫師。

吳代表國治

其實並不反對這個東西，可是剛剛我們王代表提到的，就是基層要求快的部分並沒有太好的一面，這個就是說在 109 頁這邊、醫院這邊有他的一個預算來源，基層沒有。那我記得在上一次討論的時候根本沒有討論到 C 表去，怎麼在這一次就討論到 C 表來，不曉得這中間的緣由何在？為什麼突然會、那這個、在沒有預算來源之下，就要跨到 C 表來，那這個是不是應該要回到上一次會討論，所以我建議基層這邊是不是如果是這麼有價值的話、要廣為推廣的話，是不是醫院那邊先做、做到一定的量了，做到一定的量了，甚至不是只有一家廠商可以弄、大部分的推廣之後，那個價錢跟 HbA1c 根本沒有價差的時候，這是完全之後，完全很 popular，你要做什麼都沒關係了，根本也不會有費用成長，所以我是建議在基層這邊是不是先 hold 著，那如果真的要通過的話，這個等要推廣過後以後，之後再討論，至少 2 年後再討論比較妥當。

主席

好、來，朱副院長。

朱代表益宏

如果這個 kit 只有一家廠商，我個人覺得、因為當它納入健保時候

它的使用量就很大，那依照藥物的經驗來看，當然藥物對健保署可以去跟廠商議價嘛，但是這個 kit 健保署不可能去議價嘛！所以如果就會變成廠商他要多少錢就是多少錢，所以我建議就是說這一段、這一部分在醫院這邊還是先觀察一下，那如果真的醫師覺得有必要、因為你也去限一年只有做四次，不是所有的病人都需要做，所以我建議我們先 hold、先不納入，那等到一年、等到有一定的量以後，我們回過頭來再檢討，那透過其他專科醫學會，大家有個共識這個我們一定要納進來，那個時候再檢討會比較好，不然就是說現在只有一家，然後說大家都要跟這家買，那哪天給你漲一倍的時候怎麼辦。

主席

好，謝謝。施院長有沒有什麼指導？

施代表壽全

這個就醫療上來講，的確應該去推廣，不過我覺得要不要納入健保給付，的確像諸位講的那樣，如同上次安全針具做推廣的時候，廠商很少、效果當然就不好；如果這東西的認證本身是可靠沒有問題的，這樣的 kit 有更多出來，有所選擇之後，才來納入是比較妥當的。

主席

好、謝謝。請羅代表。

羅代表紀琮

我對後面可能產生的問題不了解，但是我可以猜測。可是呢，我的猜測就是跟大家說的一樣：因為當廠商數太少，供應量可能就不足；或者是廠商數很少的時候，這個決定可能就有圖利廠商的嫌疑。是不是再謹慎考慮後再做決定？

主席

好，謝謝。李醫師，最後再發言。

李醫師弘元（國立台灣大學醫學院附設醫院）

各位委員，我強調一下他的必要性。就是說、比如說我們的洗腎病人常常是血糖自己測的都是 2、300，可是 HbA1c 其實是五點多，那其實醫生也不相信、病人也不相信，我問檢驗科，他們自己也不相信這樣的 data，與其這樣，那我們是不是該讓數值是準確的。

那第二個就是說，其實 GA 這個項目在日本已經行之多年，他們除了 HbA1c 之外，然後 GA、然後另外一個更短期的，他三個可以擇一使用。那再來亞洲國家另外有使用就是韓國跟這個中國大陸，那中國大陸他的這個支付的點數是 350 塊。所以我覺得是說台灣在醫療這方面其實是希望能夠提供更好的照顧啦。那就我知道廠商方面、剛剛是講說一家，但是實際上不是啦，台灣的幾家廠商他們也都知道這個項目，所以我在想說如果說這個通過、這個是目前的狀況啦，未來的話廠商看到說有這個新項目他們都會去發展相對應的 kit，以上。

主席

請朱副院長。

朱代表益宏

如果是這樣，那我建議不要用，原來是同意用 200 塊，結果認為不敷成本然後希望再增加，造成剛剛講的，對不對？所以我覺得如果是這樣，那我們就用 HbA1c 的價錢，你要去選用 HbA1c 或 GA，因為對健保來講都一樣，沒有增加次數，因為你不可能做 HbA1c 又做這個，他就只能擇一個來做，這樣子我覺得就不會有疑慮，不會有剛剛講的，羅老師講的字我不太敢講。所以，我建議如果說真的認為有必要納進來，那就是用 200 塊去做支付，對不對？

吳代表國治

我覆議朱代表的想法，事實上你這個量，HbA1c 全國一年的量有多少？你如果說全面價差沒有開放出來的話，這個廠商我告訴你不只一家，可能十家都進來了，那不是也降低成本了，不是也很好嗎？所以我是贊成這個朱代表的意見。

主席

好，李醫師。

李醫師弘元（國立台灣大學醫學院附設醫院）

先說明一下，其實我同意剛剛這位委員的意見，就是說如果說大家真的對這個項目有疑慮，或許就是基層先不要納入，由醫院試行看看，然後看一下醫院試行的情況再來做討論。那第二點就是說，GA 他這是一個新技術新項目，那 HbA1c 事實上已經實行好幾十年了，就像剛剛前面一案乳癌的討論一樣。在那一案裡面，大家會覺得說，你這個各種成本都要算，什麼布巾之類都要算，那你新項目算成跟舊項目一樣的給付，這在道理上其實是說不通，所以請大家可以思考一下，事實上糖尿病合併腎臟病的這些人，他們事實上更需要好的血糖控制，可是現有的 HbA1c 沒有辦法反映，以上。

朱代表益宏

新項目和舊項目，搞不好新項目更便宜，因為科技的進步他成本會降低，今天重點其實不是在勞務的費用，重點在 kit 的費用，160 幾塊他事實上在檢驗的試劑占很大的費用，如果他又只有少數的廠商，一個就是說你不納入給付，你就收自費，醫院還是可以給病人做，因為暫不納入給付，有需要的病人自費做，這是一個選項。第二個就是剛剛台大醫院認為說還是要納入，那就是 200 塊納入，那廠商要不要做就看廠商，我相信廠商還是會考慮，因為 270 跟 220，但是你後面換成的量是非常大。

主席

好，這項目也討論滿久了，蔡主任還要不要再說明？

蔡主任世澤（中華民國糖尿病學會與中華民國內分泌學會）

我們在第二次專家諮詢會議的時候，就已經考慮到這個，因為原來提議價格遠比這個高，未來使用量多 quantity price 或是有競爭者進來的話，價格就有可能下修，所以我們建議調低給付。站在有使用必要的廣大病人立場，叫他們自費是不公平的。

主席

要民眾自費來釐清他的血糖值，當然對病人是不公平，因血糖控制在慢性病照護非常重要的，但討論中，大家都不否認臨床上 GA 檢測的需要性，但大家仍在意檢驗 kit 是單一廠商生產，使用尚未普及，覺得檢測使用人數不多，尚需時間來推廣，來提升 GA 檢測的認知、瞭解跟使用。既然有這麼的衝突，但若用原案 200 點，好像提案單位不能接受，是嗎？如果李醫師跟蔡主任可以同意回到上次會議的原案 200 點，今天就通過了，是不是？我再請教一下原提案單位，是不是先以 200 點新增？因為納入給付之後廠商可能會改變價格。因你們比較清楚價格部分，若普及使用後，廠商是否可能會改變試劑的價格？若以原提案的 200 點支付，你們能不能接受？如果還需要考慮，我們就又保留了。

李醫師弘元（國立台灣大學醫學院附設醫院）

我的看法其實是這樣，其實這個對台灣來講是新項目，可是在日本、韓國跟中國大陸他們是舊項目，尤其我自己不能接受的是說我們比中國大陸還要晚啦~中國大陸他們提的是 350 元，那上次 200 點的時候，我回去算的時候會不符成本，會不符成本的結果就是變成說沒有人會開這個項目，那等於通過這個項目就等於沒有人受益，所以才會第二次專家會議又建議。一開始我們自己算出來其實是 322 點，那但是專家會議也是有提到說之後量大，或是有其他競爭廠商，那個 kit 可以再降價，所以最後才降低到 272 點。所以 272 點其實是已經經過討論，然後降價之後的結論，這樣子~

主席

好，謝謝，這樣子好不好，我們建議一下。

龐組長一鳴

我們比照日本支付標準，換成台幣 150 點支付。

主席

這一項我建議一下，大家都沒有否定這個項目的必要性跟重要性，特別是對這類型的病人，只是考量時間的問題，如果要成為新增項目，

又要維持提案單位建議的點數，時間就要往後。

好，提案單位經過大家的說服，同意上次的會議原提案以 200 點支付，是不是各位代表也接受又回到 200 點支付？好，都同意以 200 點新增項目，那本項使用就回歸臨床專業。

謝代表武吉

他這裡面有那個檢驗的試劑是那家廠商？

主席

現在是只有一家生產，代表有興趣會後再去瞭解，好不好？

李醫師弘元（國立台灣大學醫學院附設醫院）

他是日本的廠商，台灣是代理商，就我知道工研院他們也有在發展，他們之後會技轉，150 日本他們是生產國，他沒有運送等等的問題。

主席

好，日本支付價格供參考，試劑賣到台灣當然要有一點差距，再討論下去，我們提案單位會昏死。好，提案單位李醫師也同意，我們今天就通過以 200 點支付，謝謝！

再回到第五案，第五案是呼氣一氧化氮監測，這個部分我們邀請兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會的楊醫師，是台大的醫師，來，請。

楊主任曜旭(台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會)

主席、各位委員大家好，這是一個比較新的檢測，呼氣一氧化氮（FeNO）的監測，主要呈現呼吸道的發炎，特別是過敏性的發炎。

主席

我現在再問一下，GA 這項要不要加 C 表？如果價錢跟 HbA1c 一樣的話，你們同意？

李代表紹誠

如果 GA 是跟 HbA1c 互為取代的話，我們同意，因為他的適應症是一樣的。

主席

贊成，好，GA 檢驗也是加 C 表，謝謝。我們再歡迎楊醫師。

楊主任曜旭(台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會)

臨床上的用途主要是在氣喘治療上面的一個監控。我們知道氣喘是一種慢性呼吸道發炎疾病需要長期用藥控制，什麼時候該減藥什麼時候該加藥，需要一些方法監控，但對小朋友來講，很多的方法像肺功能偵測，執行上有困難。而呼氣一氧化氮 (FeNO) 可以監測呼吸道的發炎，且對小朋友來講操作並不困難，臨床上對於氣喘的控制提供一個很好的指標。此項檢查在國外已經實施有好幾年了，目前國內有很多的醫院也都自費進行此項檢驗。基於臨床的重要性及需求，我們特別提出來，希望能夠爭取到健保的給付，也因為價格考量，所以我們希望說這項檢查用在嚴重的氣喘小朋友，讓他們在治療上面得到良好的監控。另外也建議限醫院層級及特別專科醫師來申請使用，執行上須由受過訓練的人員來執行，結果由醫師來跟病人解釋，並根據此結果來做一些藥物調整，以上。

主席

好，謝謝。各位代表有沒有意見。來，朱代表。

朱代表益宏

第一個他寫 6 歲兒童過敏免疫專科，那是指定專科，那你現在又限非署定專科，那下次如果我也成立一個專科醫學會，這樣可以嗎？所以我覺得說這樣限定可能不是很適當，而且你還有一個兒童胸腔專科、成人胸腔，成人胸腔他有專科醫學會，他有一個正式的胸腔疾重症加護醫學會。那另外還有一個執行的限制還有限受操作訓練之醫療人員，這個操作訓練誰提供，是醫院開班還是廠商開班？還是怎麼樣？所謂醫療人員是怎麼叫醫療人員？因為醫療法裡面只有叫醫事人員沒有叫醫療人員，所以誰能操作？這個我覺得都應該要先釐清。

主席

好，楊醫師請～

楊主任曜旭(台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會)

雖然這些次專科非署定專科，不過我們會提出這樣的限制是因為慢性期喘的病童主要都在這些次專科醫師手上長期照顧，尤其是一些嚴重的個案。所以希望由這些專科醫師來開立檢查，也比較不會變成是一項浮濫性的檢測。至於所謂受過訓練人員，指的是醫事人員。

主席

好，謝謝！其他代表有沒有意見？好，請潘代表。

潘代表延健

剛提到兒童次專科醫師，因為其實兒童次專不會分到這麼細，大部分醫院都是兒童內科，頂多再拆兩科，所以在這邊限專科，是要看醫師有無次專科執照還是看醫院有這個次專科，這難度非常大，可否再說明一下？

朱代表益宏

兒童過敏免疫專科有幾位專科醫師？

主席

請楊醫師就專科別限制再思考一下，其他代表還有沒有意見？

朱代表益宏

主席，受訓的部分也還沒講清楚，是該由誰提供訓練？是怎樣的訓練？跟誰來認證？

主席

來，請說明。

楊主任曜旭(台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會)

我先回答第二個問題，由儀器廠商提供訓練，主要是機器操作訓練。此項訓練並無正式認證。我們學會目前的會員大概有五百五十多位，專科醫師三百五十位左右。分布在全國的各大醫院跟基層。不過我們認為這樣子的設備，在醫院端來講比較能夠負擔，所以我們建議暫時

先以醫院層級做這樣的檢測。

廖代表秋燭(李代表偉強代理人)

申報檢核如何檢核專科別，怎麼附資料，如何做？

主席

等一下醫管組的同仁再回應申報專科別檢核。其他代表有沒有意見？
謝代表請。

謝代表武吉

執行限制部分限受過操作訓練之醫療人員，他剛有講到由廠商來訓練，廠商他們是醫事人員嗎？我們現在有 14 類，到底是那幾類可以受訓？

主席

請楊醫師思考一下，要受過訓練才會操作對不對？不是醫事人員也沒關係嗎？

楊主任曜旭(台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會)

它就是一台機器就像偵測肺功能的儀器，還是要經過訓練的醫事人員較能提供正確操作。

主席

FeNO 檢測所用儀器是很 general 的操作，所以書面就不用特別註明限受過操作訓練醫事人員執行，倒是專科別的部分，你有沒有什麼建議？請朱副院長。

朱代表益宏

這個儀器是不是只有一家，如果只有一家會落入剛剛講的、比喻的事情...

楊主任曜旭(台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會)

就我所知目前國內是，國外應該還有其他廠牌。

朱代表益宏

是，目前是只有一家這個儀器然後又要經過他的訓練，所以你要申報這個東西，就要買他整台儀器，意思是這樣子嗎？

主席

好，這個設備現在台灣也只有一家進口，楊醫師你這邊還有沒有其他想法？

楊主任曜旭(台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會)

這是目前現況，但是就我們知道在全世界還有其他的廠牌。

主席

好，那還有沒有？黃代表。

黃代表雪玲

主席，我們今天討論這個就是新增的品項，在新增的過程本來它就是新醫療技術，要進來的時候本來就是非常稀少，那當你有支付標準後，才會有誘因引導廠商進來，那你不能因為目前只有一家，那我們就不納入健保給付，這樣其實是、民眾的福祉都被我們攔掉了。不能因為只有有一家獨賣，就不納入，我們可以納入並來監視這獨賣的廠商，在這麼大的市場它是不是有一些降價、也許我們可以當它有降價的時候我們再把支付標準再來調降也是可以啊！不一定是獨賣就是要反對到底，因為我覺得獨賣這件事情在剛開始的時候是一定會有的情況。

主席

我們現在已經給付的項目，就有很多診療所需儀器就是獨賣的，不是只有這項新增項目，大家要多元考慮。好，那還有沒有其他意見？

謝代表武吉

主席，支付點數 808，怎麼算？

主席

支付點數部分，大家可以參考一下 120 頁的成本分析表。我們還要討論科別規範的部分。

楊主任曜旭(台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會)

氣喘的小朋友很多，若全面開放之後我們認為健保支出會大幅增加。我們是希望這樣的檢測能夠提供給真正需要的病童，而這些病況嚴重的氣喘病童主要是由上述之次專科醫師在治療與追蹤。

主席

好，謝謝。請朱副院長。

朱代表益宏

其實這個支付標準、120 頁這個支付標準，其實可以看到，建議的發展 808 點裡面，675 是儀器設備，最主要就是儀器設備。那儀器設備我覺得是他是獨家，那到底他的成本、如果是這樣，那我覺得他應該要提供廠商的成本出來。剛剛講的、剛剛前一個日本才 150 塊，對不對。表示中間事實上廠商有利潤嘛!對、我是說、我的意思是說如果他是獨賣，他現在賣給醫院是 675 塊，因為只有他這一家。所以他一定有他的利潤在裡面。如果這裡面利潤，我覺得是不是要他提供他所謂的到岸價格、如果是進口，他到岸價格是多少錢，或是相關的資料要...因為在特材或是藥品的時候，事實上在進來的時候都會考慮這些問題，然後後面還要考慮其他這個、比如說十國中位價或是有一些核價的基準，那這裡完全沒有，完全就是廠商說多少就多少，我們就給他成本分析就報多少，我覺得這個是不對啦!所以如果只有單一這個廠商，那我建議就是說先 pending，請廠商提供他的相關成本資料，包括他的成本分析、包括他的到岸價格，然後相關的資料提供，我覺得這樣才能討論嘛。不然今天你六百多塊，搞不好他的成本只有兩百多塊、三百多塊，說不定啦，我不知道。謝謝。

主席

請楊醫師。

楊主任曜旭(台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會)

這項檢查在很多醫院，包括地區、區域醫院和醫學中心都有提供，只是目前都是病人自費。因為是自費所以限縮了其使用，很多真正需要的病童因無法支付而得不到該有的檢測。就我知道，不管是台大、長庚、馬偕，或者是亞東收費標準大概都是 1,000 元，所以那時候學會一開始是提 1,000 點，經過折算，最後是落在 808。

主席

我們同仁有沒有了解過試劑的成本？是學會提出來的醫院計價。大家還有沒有其他意見？我們請教一下施院長。

施代表壽全

我個人意見是覺得醫療上的確是有新增的需要，只是價格，就像我們要進新藥納入健保給付時的動作....，我想成本上應該還可以有調整的空間。

主席

院長你的意思是覺得這項臨床有需要，但支付 808 點太貴？還是？好，請謝院長。

謝代表武吉

第一點剛才有代表提問本項申報的專科別的問題，提案單位的回答，不大能接受，第二點對於執行限制的問題，回答的也是含含糊糊，沒有很明確。第三點我還要請教為什麼申報次數一年三次？於怎麼不是 1 年 2 次或 1 次？再來剛剛朱副院長有講，在第 120 頁裡面，一般藥材跟特材是採取國際的中位價，那你這個項目的儀器跟耗材有沒有採取中位價？

主席

我們沒有辦法查到檢驗試劑的國際價，國際上也沒有提供，除非醫檢師學會可以提供給我們。

王代表榮濱

這個問題還是要去訪價，如果一家的話就比較困難。

主席

您知道這一項的價錢嗎？

王代表榮濱

不知道。

主席

好，今天也蠻晚了，現在已經 5 點 40 分，我是不是建議一下，今天這 10 項裡面，增修訂乳房手術相關診療項目，已經保留，只通過 GA 檢測，而且是 200 點。另外剛剛討論的 FeNO 檢測，大家也還有一點質疑，特別是耗材及儀器的價錢，大家還希望多了解一點，但時間關係，也沒有辦法今天完全的順利通過。

另外我們還有一個案子是 PAC，還沒有討論到，很顯然也沒時間再討論了，因為太晚了，所以請問一下各位代表，因為 PAC 也是我們要趕快辦理的案子，有沒有可能再來開一個臨時會，討論今天尚未完成的部分，還有 PAC 的部分，大家同不同意？好，如果大家都同意的話，就辛苦大家再多跑一趟，那如果沒有其他的案子，我們就...

曾代表中龍(賴代表振榕理人)

主席，不好意思打斷。就是說對於第三案、對於剛剛主席講的我們沒有意見，那只是說第三案因為裡面看到了很多就是說 PAC 這個案子，當初邀請了、我看到裡面很多醫事人員，那幾乎所有的公、學會我看到的全到齊了，就差一個藥師公會全聯會，那是不是以後有這樣的，麻煩請記得邀請一下，謝謝。

林代表綉珠

我也補充一下，我剛要提的也是一樣，護理公會完全沒有被邀請，這麼重大的一個案子署裡邀請了 20 幾個團體，卻沒有護理團體參與...

主席

臨時會的時候通通都邀。好，謝謝大家，今天就開到這裡，臨時會的部分會另外再發開會通知給大家，謝謝。