

「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 4 次會議紀錄

時間：106 年 12 月 14 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	李偉強	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	許代表世明	吳迪(代)
璩代表大成	王雪月(代)	羅代表界山	羅界山
陳代表志忠	嚴玉華(代)	林代表綉珠	林綉珠
劉代表碧珠	劉碧珠	賴代表振榕	賴振榕
林代表淑霞	林淑霞	朱代表世瑋	朱世瑋
羅代表永達	羅永達	王代表榮濱	王榮濱
謝代表文輝	謝文輝	郭代表素珍	(請假)
謝代表武吉	謝武吉	廖代表大富	黃美蘭(代)
朱代表益宏	朱益宏	梁代表淑政	梁淑政
李代表紹誠	(請假)	葉代表宗義	葉宗義
林代表恒立	林恒立	劉代表志棟	何語(代)
王代表宏育	(請假)	王代表雅馨	王雅馨
黃代表振國	顏鴻順(代)	張代表清田	張清田
張代表金石	張金石	羅代表紀琮	羅紀琮
張代表孟源	張孟源	施代表壽全	(請假)
陳代表俊良	陳俊良		

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司	周雯雯
衛生福利部全民健康保險會	黃尚阡、馬文娟
中華民國中醫師公會全國聯合會	王逸年
中華民國牙醫師公會全國聯合會	潘佩筠
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	宋佳玲
中華民國醫師公會全國聯合會	陳哲維、林筱庭
中華民國藥師公會全國聯合會	洪鈺婷、賴香螢
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
台灣醫院協會	林佩荻、吳心華、吳洵伶、 洪毓婷、王秀貞
中華民國血液病學會	陳澄如、劉學玫
台灣消化系內視鏡醫學會	朱正心
台灣神經外科醫學會	曾仁河
台灣胸腔暨重症加護醫學會	簡榮彥
台灣麻醉醫學會	劉書麟
台灣腦中風學會	陳啟仁
社團法人中華民國風濕病醫學會	陳一銘
臺中榮民總醫院	陳怡行
臺北榮民總醫院	鍾文裕
本署臺北業務組	莫翠蘭、余千子、王文君、 黃艾青、林雨亭、黃昭瑤、 儲鳳英
本署北區業務組	陳孟函
本署醫審及藥材組	曾玟富
本署資訊組	張齡芝
本署企劃組	余侑婕

本署醫務管理組

李純馥、劉玉娟、谷祖棣、  
王玲玲、林右鈞、陳依婕、  
宋兆喻、涂奇君、吳明純、  
簡詩蓉、陳逸嫻、張艾琪、  
蔡孟妤、宋思嫻、林煜翔、  
林芝螢、江雯珊

一、主席致詞：略。

二、確認上次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形

三、報告事項

(一) 全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs，3.4 版，1,062 項) 107 年適用之相對權重統計結果報告案。

決定：洽悉。修正後 107 年標準給付額(SPR)為 42,835 點，其餘適用參數詳附件 1，P9~P35。

(二) 增修訂中醫支付標準及計畫報告案。

決定：洽悉。修訂摘要如下，詳附件 2，P36~P76。

1. 同意修定第四部中醫支付標準：

(1) 同意調升每日藥費支付點數，由 31 點調升至 33 點，及調升各項針傷科治療處置費支付點數，各項均調升 5 點。

(2) 同意增列複雜性傷科 ICD-10-CM 適應症範圍。

(3) 同意「特殊疾病照護處置費-腦血管及顱腦損傷」由每二週改為每月申報一次、新增 C08 及 C09 兩項醫令代碼，並增列「脊髓損傷」乙項適應症。

2. 全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫：原計畫項下「腫瘤患者手術、化療、放射線療法」整併至 107 年新增之「中醫癌症患者加強照護整合方案」持續辦理、修訂退場機制、訂定前測及後測量表完成率閾值。

3. 全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫：新增退場機制、取消包裹支付，回歸支付標準核實申報、「管理照

護費」納入原包裹支付中之「經穴按摩指導費」並調高點數為200點。

4. 全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫：新增退場機制，訂定量表未符合規定之後續處理程序。

5. 全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案：

(1) 整併原「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」項下「腫瘤患者手術、化療、放射線療法」、「癌症患者中醫門診延長照護計畫」及「乳肝癌患者中醫門診加強照護計畫」，其中「乳肝癌患者中醫門診加強照護計畫」因新增肺癌及大腸癌兩項適應症，更名為「特定癌症患者中醫門診加強照護計畫」。

(2) 修訂退場機制，訂定前測及後測量表完成率閾值。

(三) 修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫、全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫及全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫案。

決定：洽悉。修訂摘要如下，詳附件3，P77~P154。

1. 增修訂支付標準第三部牙醫案：

(1) 同意調升「符合加強感染管制之牙科門診診察費」編號00129C、00130C、00133C及00134C計4項診察費。

(2) 同意調升90008C「去除釘柱」、92015C「單純齒切除術」、92016C「複雜齒切除術」，共3項手術及處置費點數。

(3) 同意修訂34004C齒顎全景X光片攝影等6項診療項目支付規範文字，及修訂第四章牙科麻醉費通則文字。

2. 牙醫門診總額牙周病統合照護計畫：

(1) 修訂目標服務人次及經費來源、修訂X光檢查於計畫治療期間僅能申報一次規定，及新增不得收取自費規定文字等。

(2) 請牙醫師公會全國聯合會研議牙周病統合照護計畫第十一點有關「牙周組織引導再生手術(含骨粉、再生膜)」及「牙周去敏感治療(排除頭頸部腫瘤電療後病患)」納入健保給付之可行性，及如何保障消費者的權益，並提至牙醫總額研商

會議討論。

3. 牙醫門診總額特殊醫療服務計畫：修訂目標服務人次及經費來源、到宅牙醫醫療服務費用改由其他預算「居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務」項下支應、新增醫療團服務地點增加「社區醫療站」服務、整併特定需求者牙醫服務與醫療團服務之文字、修訂計畫照護院所施行全身麻醉規範等。

(四) 論病例計酬與乳癌醫療給付改善方案支付點數調整案。

決定：洽悉，摘要如下。

1. 論病例計酬案考量與會代表建議應審酌支付合理性，再行試算後提案報告。
2. 配合 106 年 10 月 1 日支付標準調整案，同意調升乳癌醫療給付改善方案治療組合支付點數，詳附件 4，P155~P160。

(五) 有關修訂 107 年度「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫方案」。

決定：洽悉。修訂摘要如下，詳附件 5，P161~P229。

1. 為鼓勵院所即時上傳醫療檢查影像，固接網路擴增補助醫院層級如有傳送醫療檢查影像，得選擇企業型光纖頻寬 20M、30M、40M 或 50M。
2. 新增「上傳醫療檢查影像獎勵金」，獎勵項目包括 CT、MRI、齒顎全景 X 光片攝影、胃鏡、大腸鏡、超音波。
3. 修訂「即時上傳檢驗(查)結果額外獎勵金」，增訂報告型資料即時上傳獎勵。

(六) 「107 年全民健康保險高診次者藥事照護計畫」(草案)。

決定：洽悉。修訂摘要如下，詳附件 6，P230~P263。

1. 至照護個案家中或指定之公開場所訪視(支付標準代碼為「P4101C」)及藥事人員之訪視地點屬「全民健康保險山地離島地區」、107 年「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」(支付標準代碼為「P4102C」)等 2 項、支付點數各調升 100 點。
2. 新增藥師輔導個案期間，個案屬於慢性病且病情穩定且於區域

醫院層級(含)以上就醫者，藥師得評估個案狀況後轉介至地區醫院或社區醫療群接受診療服務，併前開調整附表文字。

3. 成效監測指標及 3 項獎勵資格，總獎勵金額上限調整為 10%。
4. 請藥師公會全國聯合會邀請社區醫院協會，雙方共同建立轉介的管道。

(七) 訂定 107 年召開全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議時程案。

決定：洽悉。

(八) 有關醫師公會全聯會協調醫師週日開診事宜，輔導結果報告案。

決定：因時間因素未及討論，將於臨時會議另行討論。

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

決定：因時間因素未及討論，將於下次會議另行討論。

#### 四、討論事項

(一) 106 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準增修「神經外科術中神經功能監測」等 14 項診療項目案。

決議：同意增修訂 14 項診療項目如下，詳附件 7 (P264~P271)。

1. 同意新增診療項目 8 項：「神經外科術中神經功能監測 (IONM) (序號 1 至 3)」、「麻醉深度監測(BIS) (序號 4 至 5)」、「類胰蛋白酶(序號 6)」、「導管式膽胰管內視鏡術(序號 7)」、「急性缺血性腦中風機械取栓術(序號 8)」，推估增加預算約 3.16 億點。
2. 同意修訂 6 項診療項目：11007B 血小板抗體、12162B 組織壞死因子(TNF)、47101B 急性缺血性中風靜脈血栓溶解治療處置費、81034C 有妊娠併發症之陰道產、81011C 有妊娠併發症之剖腹產術 Cesarean section、25015B 免疫組織化學染色(每一抗體)，推估增加預算約 0.12 億點。

(二) 有關放寬「全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案」(下稱 COPD 改善方案) 參與院所資格案。

決議：因時間因素未及討論，將於臨時會議另行討論。

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

決議：因時間因素未及討論，將於臨時會議另行討論。

## 五、臨時動議

(一) 「107 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準」案。

決議：因時間因素未及討論，將於臨時會議另行討論。

六、散會：下午 17 時 30 分





## 第七部 全民健康保險住院診斷關聯群 (Taiwan Diagnosis Related Groups, Tw-DRGs) 第二章 Tw-DRGs 分類架構及原則

### 附表 7.3 107 年 Tw-DRGs 權重表

註:

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

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
PRE	1	10301	20.9207	*	●	25	865,020	1,060,515
PRE	2	10302	20.9207	*	●	25	780,175	1,054,352
PRE	3	48301	3.8966			18	29,398	346,784
PRE	4	48302	2.7653			12	21,801	294,942
PRE	5	48001	25.2286			21	713,133	1,786,993
PRE	6	48002	17.5281			18	648,982	943,294
PRE	7	48101	15.4655	*		30	45,770	790,911
PRE	8	48102	13.7754	*		29	608,616	636,408
PRE	9	49501	-	*		-	-	-
PRE	10	49502	-	*		-	-	-
PRE	11	48201	2.9830			14	26,069	272,095
PRE	12	48202	2.8975			12	24,409	306,727
PRE	13	512	14.7262	*		16	555,897	787,130
1	1	00201	4.2909			15	55,710	349,290
1	2	00202	2.5938			9	47,752	233,413
1	3	00101	4.6372			14	47,232	409,524
1	4	00102	3.7967			9	44,771	338,520
1	5	00301	4.9757			13	52,847	416,945
1	6	00302	3.4029			9	46,133	253,556
1	7	00401	2.8638			9	27,461	219,369
1	8	00402	2.3863			6	28,446	163,748

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
1	9	00501	2.8825		●	5	34,428	220,328
1	10	00502	2.8825		●	4	44,481	193,181
1	11	00601	0.5026			2	10,353	35,744
1	12	00602	0.4013			2	9,492	25,811
1	13	00701	-	*		-	-	-
1	14	00702	2.1005	*		8	43,181	124,326
1	15	00703	0.7589			3	17,053	76,280
1	16	00704	1.3992			6	15,469	151,521
1	17	008	0.9157			3	14,826	152,415
1	18	00901	0.8212			7	7,127	74,212
1	19	00902	0.5820			5	6,578	49,921
1	20	00903	1.0299			11	9,152	88,130
1	21	00904	0.6457			6	4,354	66,295
1	22	00905	0.9967			9	4,042	82,875
1	23	01001	0.8058		●	5	4,201	63,520
1	24	01002	0.8362			5	9,851	66,968
1	25	01101	0.8058		●	3	3,942	85,024
1	26	01102	0.6995			4	4,343	53,303
1	27	01201	0.9010			8	6,602	81,467
1	28	01202	0.8639			6	6,789	77,085
1	29	01203	0.6490			5	4,833	52,217
1	30	01301	0.8413			5	9,275	64,028
1	31	01302	0.7419			4	10,264	57,314
1	32	01303	0.9555			6	4,204	96,701
1	33	01304	0.7941			5	5,182	69,558
1	34	01401	1.6854			12	15,928	150,212
1	35	01402	1.0382			8	10,644	86,857
1	36	01403	1.3009			9	9,179	136,226
1	37	01404	0.8532			6	9,958	68,724
1	38	01405	1.2721			9	15,144	121,422
1	39	01406	0.8331			6	13,108	62,717
1	40	01501	0.9084			5	12,815	76,160
1	41	01502	0.6816			3	5,346	46,819
1	42	01503	1.0107			6	11,255	106,456
1	43	01504	0.7448			5	7,800	53,669
1	44	01505	0.6679			5	9,829	49,197
1	45	01506	0.5412			4	8,453	37,465
1	46	01601	1.0528			7	9,494	99,385
1	47	01602	0.7811			5	5,527	64,716
1	48	01701	0.6580			4	6,572	59,999
1	49	01702	0.5465			4	6,707	38,937

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
1	50	018	0.7151			6	8,376	57,266
1	51	019	0.5430			4	4,516	43,517
1	52	02001	1.9562			11	9,901	197,001
1	53	02002	1.0986			7	7,322	111,668
1	54	02003	2.3023			11	14,985	241,778
1	55	02004	1.6474			8	10,456	148,328
1	56	02101	2.1565	*		13	5,389	183,494
1	57	02102	1.4007			8	14,105	100,455
1	58	02103	1.6759			9	12,354	129,609
1	59	02104	0.9300			6	8,221	87,381
1	60	02201	0.7738			6	7,826	71,774
1	61	02202	0.4253			4	4,821	27,908
1	62	02301	0.9358			6	8,125	85,084
1	63	02302	0.5327			4	4,111	38,177
1	64	024	0.9528			6	8,616	90,067
1	65	025	0.5186			4	5,771	41,251
1	66	02601	0.5922			4	7,082	53,834
1	67	02602	0.3777			3	5,896	29,831
1	68	02701	1.2562			8	8,702	133,584
1	69	02702	0.6521			5	4,406	63,383
1	70	02801	0.9196			7	6,720	87,379
1	71	02802	0.9456			7	7,602	95,000
1	72	02803	0.8092	*		7	15,210	79,471
1	73	02901	0.5475			4	4,513	48,243
1	74	02902	0.5555			4	4,541	50,973
1	75	02903	0.3598			3	2,644	18,983
1	76	03001	0.6502	*		6	7,471	49,990
1	77	03002	0.6372			5	4,340	56,489
1	78	03003	0.8727			5	7,969	69,535
1	79	03004	0.4412			3	4,085	39,669
1	80	03005	-	*		-	-	-
1	81	03006	0.4052	*		4	17,312	21,466
1	82	031	0.4472			4	4,663	35,216
1	83	032	0.2913			3	3,738	20,858
1	84	03301	0.3672			3	4,559	32,046
1	85	03302	0.2566			2	3,340	18,596
1	86	034	0.8529			6	5,777	90,202
1	87	035	0.4729			3	2,814	41,894
2	1	03701	1.4175			5	24,297	104,764
2	2	03702	1.1418			4	23,988	88,109
2	3	03703	2.2986	*		8	14,059	124,740

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
2	4	03704	1.2775	*		4	36,739	59,016
2	5	03705	0.8498			4	13,343	56,952
2	6	03706	1.7427			6	31,210	119,535
2	7	03707	1.2001			4	27,742	82,045
2	8	04001	0.6230			2	12,806	45,572
2	9	04002	0.7048			5	8,834	59,448
2	10	04003	0.9619	*		4	17,049	56,643
2	11	04004	1.0407	*		4	24,721	60,868
2	12	04101	0.5243			2	13,351	31,895
2	13	04102	0.5839	*		2	16,575	38,355
2	14	04103	-	*		-	-	-
2	15	04104	-	*		-	-	-
2	16	03601	1.6322			3	30,399	99,914
2	17	03602	0.7494			2	9,427	78,926
2	18	04201	1.0738			5	18,210	72,645
2	19	04202	0.5095			3	5,401	36,202
2	20	03901	1.6956			2	30,916	123,897
2	21	03903	1.1936			2	22,320	60,266
2	22	03902	1.6191			3	28,804	93,620
2	23	03904	1.0999			2	20,711	58,914
2	24	03905	0.5899			1	20,656	28,303
2	25	03906	0.6776	*		4	13,095	43,705
2	26	03801	0.9741	*		6	9,461	47,205
2	27	03802	0.5685			3	6,816	46,444
2	28	04301	-	*		-	-	-
2	29	04302	-	*		-	-	-
2	30	04401	0.6399			7	6,897	57,184
2	31	04402	0.3743			6	5,945	32,206
2	32	04501	0.7166			5	8,064	56,215
2	33	04502	0.5674			4	8,265	41,641
2	34	046	0.5838			5	2,716	51,119
2	35	047	0.3812			3	2,014	36,061
2	36	048	0.3313			3	3,484	26,441
3	1	04901	3.8868			10	24,226	329,213
3	2	04902	1.7773			4	30,332	117,154
3	3	06101	0.5531	*		2	20,634	47,320
3	4	06102	0.5307			2	10,106	36,274
3	5	062	0.5080			1	15,924	27,393
3	6	05301	0.9607			3	23,158	67,982
3	7	05302	0.9083			3	23,504	56,441
3	8	05401	1.8191	*		6	33,460	206,792

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
3	9	05402	0.9363			3	25,210	56,946
3	10	05701	0.9764			4	8,854	54,186
3	11	05702	0.5547			4	8,089	32,745
3	12	058	0.8225			2	20,921	40,265
3	13	052	1.2611			4	32,279	72,232
3	14	168	1.0058			4	14,336	79,330
3	15	169	0.8296			3	16,009	54,029
3	16	05601	1.0140	*		4	19,155	57,561
3	17	05602	0.7338			3	14,879	48,826
3	18	05001	1.1867			4	24,075	77,708
3	19	05002	1.0752			3	21,410	67,715
3	20	05101	1.0016	*		5	28,325	61,593
3	21	05102	0.7096			3	15,337	49,986
3	22	05501	3.6231	*		12	90,908	265,243
3	23	05502	3.1854	*		10	80,642	145,562
3	24	05503	0.8894			2	24,103	41,278
3	25	05504	0.8178			2	23,569	38,560
3	26	05505	0.7694			3	16,624	46,475
3	27	05506	0.6146			2	16,656	29,626
3	28	059	0.5910			3	19,753	28,123
3	29	060	0.6730			2	18,863	33,775
3	30	06301	1.9250			7	24,022	152,022
3	31	06302	1.1185			4	18,776	75,178
3	32	06401	-	*		-	-	-
3	33	06402	0.8300	*		3	16,981	47,903
3	34	065	0.4262			4	4,506	32,824
3	35	06601	0.6529			4	4,900	66,999
3	36	06602	0.3205			3	5,052	29,117
3	37	06701	0.6088			5	7,235	68,783
3	38	06702	0.3502			4	5,402	29,426
3	39	068	0.5357			5	5,617	47,819
3	40	069	0.2960			4	4,065	23,089
3	41	070	0.2921			3	6,290	20,352
3	42	071	0.3450			3	6,658	24,409
3	43	072	0.3935			3	2,981	26,721
3	44	07301	0.7236			6	4,955	67,139
3	45	07302	0.4796			4	6,035	34,863
3	46	07401	0.8385			4	6,613	136,036
3	47	07402	0.4252			3	5,515	35,028
3	48	18701	0.5535			5	9,466	45,537
3	49	18702	0.4826			4	9,271	36,979

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
3	50	18703	0.5549			2	12,073	38,813
3	51	185	0.4794			4	4,330	41,045
3	52	186	0.3353			4	6,067	23,996
4	1	07501	3.8751			14	68,051	285,608
4	2	07502	2.7385			9	49,009	192,676
4	3	07503	3.1052			9	40,563	238,420
4	4	07504	2.6008			6	59,087	170,341
4	5	07601	1.7204			8	21,686	187,128
4	6	07602	4.9858	*		11	179,736	377,638
4	7	07603	2.2084			12	21,710	211,817
4	8	07701	1.1120			4	15,297	98,320
4	9	07702	-	*		-	-	-
4	10	07703	0.9121			3	13,319	85,822
4	11	47501	2.9256			15	38,700	238,061
4	12	47502	2.1713			10	16,689	199,873
4	13	07801	1.3705			9	15,820	116,178
4	14	07802	1.0588			6	10,278	88,968
4	15	07901	1.5590			12	12,666	135,821
4	16	07902	1.1979			10	13,582	106,916
4	17	07903	1.3874			11	16,652	120,156
4	18	07904	1.3950			10	17,037	113,144
4	19	07905	2.3955	*		27	72,429	117,866
4	20	08001	1.2559			10	10,527	100,917
4	21	08002	0.8515			8	9,568	70,597
4	22	08003	0.9448			9	10,995	79,730
4	23	08004	0.7003	*		6	8,159	54,235
4	24	08005	0.4921	*		5	9,506	23,033
4	25	08101	2.4518	*		15	40,786	180,522
4	26	08102	1.1910			8	6,760	105,620
4	27	08103	1.4619			8	10,268	184,887
4	28	08104	0.7953			5	8,149	84,430
4	29	08105	0.8416			6	11,884	99,328
4	30	08106	0.4297			4	8,943	32,362
4	31	08107	-	*		-	-	-
4	32	08108	-	*		-	-	-
4	33	08109	-	*		-	-	-
4	34	082	0.5067			3	3,235	43,083
4	35	08301	0.8934			8	9,884	70,983
4	36	08302	0.5324			5	6,176	45,504
4	37	08303	-	*		-	-	-
4	38	08401	0.5481	*		7	7,405	36,448

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
4	39	08402	0.3277			4	4,372	25,383
4	40	08403	-	*		-	-	-
4	41	085	1.0001			8	9,262	87,261
4	42	086	0.7001			6	6,136	57,989
4	43	08701	1.5610			11	14,367	133,230
4	44	08702	0.7104			5	3,940	63,297
4	45	08703	0.8651			6	6,515	81,817
4	46	08704	0.5915			5	6,772	48,411
4	47	08801	0.8340			8	10,562	70,254
4	48	08802	0.5828			6	8,131	45,548
4	49	089	0.9618			8	11,133	87,011
4	50	090	0.5665			6	7,695	46,755
4	51	09101	0.4639			5	8,816	34,809
4	52	09102	0.3520			4	7,758	24,514
4	53	092	0.9205			7	4,060	88,020
4	54	093	0.6463			5	3,859	58,633
4	55	094	0.6664			6	6,620	58,365
4	56	095	0.3907			4	4,364	31,201
4	57	09601	0.6452			7	8,334	53,583
4	58	09602	0.4916			5	5,776	41,439
4	59	09701	0.4515			5	6,464	34,688
4	60	09702	0.3206			4	4,501	24,076
4	61	09801	0.3709			4	7,021	27,201
4	62	09802	0.3030			3	6,185	21,744
4	63	09803	0.5171			5	8,318	43,523
4	64	09804	0.3889			4	7,170	30,018
4	65	09901	0.5907			5	6,028	63,362
4	66	09902	0.5837			4	7,119	52,768
4	67	09903	0.6838			5	6,949	58,275
4	68	10001	0.3507			3	3,177	31,789
4	69	10002	0.4075			3	4,807	32,025
4	70	10003	0.4326			4	4,268	34,252
4	71	10101	0.6840			4	3,143	70,180
4	72	10102	0.7777			5	5,582	67,525
4	73	10103	0.4717			5	5,648	40,144
4	74	10104	-	*		-	-	-
4	75	10105	-	*		-	-	-
4	76	10106	0.8686			5	6,646	82,386
4	77	10201	0.3895			3	2,834	32,757
4	78	10202	0.5755			4	4,485	45,194
4	79	10203	0.3579			3	4,154	32,490

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
4	80	10204	0.7657	*		4	18,125	39,080
4	81	10205	-	*		-	-	-
4	82	10206	0.4906			3	6,096	40,078
5	1	10401	11.0661			17	307,971	592,574
5	2	10402	11.8078		●	17	416,104	618,763
5	3	10403	11.8078		●	17	339,021	638,786
5	4	10409	10.0998			17	334,425	530,162
5	5	10410	9.2587			15	274,578	509,752
5	6	10404	8.2178			15	201,522	417,462
5	7	10405	-	*		-	-	-
5	8	10406	-	*		-	-	-
5	9	10407	15.4171			9	436,891	739,740
5	10	10408	14.3521			7	403,677	688,146
5	11	10501	10.8848			15	282,783	579,046
5	12	10502	11.4745	*	●	16	403,347	611,149
5	13	10503	11.4745	*	●	16	399,082	637,292
5	14	10509	9.0279			15	308,893	450,593
5	15	10510	8.7732			13	279,069	493,760
5	16	10504	7.2699			13	179,915	371,391
5	17	10505	-	*		-	-	-
5	18	10506	-	*		-	-	-
5	19	10507	12.9810			5	404,357	623,129
5	20	10508	12.5854			5	352,764	633,175
5	21	10801	10.7371			11	157,629	706,468
5	22	10802	7.3492			4	119,916	367,043
5	23	10601	-	*		-	-	-
5	24	10602	-	*		-	-	-
5	25	10603	10.9208			16	323,147	529,134
5	26	10604	-	*		-	-	-
5	27	10701	10.0031			17	294,811	483,468
5	28	10901	9.4308			14	250,453	449,083
5	29	10702	8.6549			15	230,484	449,440
5	30	10902	8.0125			12	171,108	382,293
5	31	11001	11.2015			17	298,404	657,590
5	32	11005	7.0595			9	43,314	370,915
5	33	11002	3.7475		●	7	10,425	272,871
5	34	11006	2.4836	*		2	59,139	117,606
5	35	11003	4.5700		●	10	23,108	265,388
5	36	11004	5.8235	*		8	185,823	412,005
5	37	11101	9.0613			13	142,279	475,140
5	38	11105	5.1808			9	32,382	262,314



MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	39	11102	3.7475		●	3	12,902	217,451
5	40	11106	2.4023			2	55,337	118,368
5	41	11103	4.5700		●	7	18,349	295,784
5	42	11104	3.8732	*		3	160,916	208,615
5	43	11301	1.9548			11	33,152	98,425
5	44	11302	1.9511			10	32,396	98,139
5	45	11501	7.3196			6	120,808	389,589
5	46	11502	7.1459			4	121,212	363,297
5	47	11601	2.6965			3	85,028	169,558
5	48	11602	3.6146			3	99,694	229,357
5	49	11603	3.6484			5	123,893	211,889
5	50	11604	2.9259			5	78,586	184,848
5	51	11605	6.4004			5	96,010	456,721
5	52	47801	4.3038			7	65,522	238,432
5	53	47802	1.6014			5	20,969	80,575
5	54	47803	2.0292			4	23,607	99,050
5	55	47804	3.9582			5	35,763	334,594
5	56	47901	3.4638			5	61,093	248,243
5	57	47902	1.4987			4	18,781	72,874
5	58	47903	1.9439			3	29,126	99,411
5	59	47904	2.9304			3	36,153	232,466
5	60	11201	3.4488			3	80,817	185,671
5	61	11202	3.0050			2	70,295	145,144
5	62	11203	3.2922			2	89,101	167,144
5	63	11204	2.0105			3	19,062	101,992
5	64	11401	1.1257			7	16,260	55,247
5	65	11402	0.7679			5	13,214	36,926
5	66	11801	2.9613			3	108,726	137,841
5	67	11802	2.7081			3	107,855	127,744
5	68	11803	2.1483			3	52,782	101,268
5	69	11804	1.9175			3	74,747	91,338
5	70	11701	1.5736			4	13,008	71,017
5	71	11702	1.4632	*		5	17,011	70,531
5	72	11901	0.8227			2	21,115	41,830
5	73	11902	0.6298			2	17,451	30,807
5	74	12001	1.4728			9	16,921	73,245
5	75	12002	1.1229			5	13,937	54,677
5	76	12101	1.6173			6	27,761	88,705
5	77	12102	1.5272			7	12,672	79,619
5	78	12201	1.1848			3	22,866	64,423
5	79	12202	1.7561			5	11,520	157,884

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	80	12301	-	*		-	-	-
5	81	12302	-	*		-	-	-
5	82	124	1.2032			3	21,142	61,015
5	83	125	0.8545			2	20,243	40,946
5	84	126	1.5260			16	13,931	141,400
5	85	12701	-	*		-	-	-
5	86	12702	0.7943			6	9,331	69,574
5	87	12801	1.0803			6	9,915	50,484
5	88	12802	0.8178			5	10,542	40,651
5	89	129	2.4136			8	17,684	114,623
5	90	13001	1.2279			6	7,719	72,352
5	91	13002	1.0441			5	7,566	57,473
5	92	13101	0.9175			5	8,418	55,739
5	93	13102	0.8655			4	4,718	46,195
5	94	132	0.5960			4	5,205	33,365
5	95	133	0.4123			3	3,584	24,570
5	96	13401	0.5682			5	6,291	33,068
5	97	13402	0.4185			3	4,184	24,986
5	98	135	0.7386			5	7,582	43,067
5	99	136	0.4612			3	3,728	25,667
5	100	13701	1.7016			3	4,783	108,770
5	101	13702	1.1496			3	5,344	70,163
5	102	13801	2.0115	*		6	26,427	102,215
5	103	13802	0.7360			4	6,573	43,002
5	104	13803	0.6512			4	7,435	38,442
5	105	13804	1.4711			6	26,928	138,564
5	106	13805	1.2797			7	21,519	71,847
5	107	13901	0.5693	*		3	12,118	40,906
5	108	13902	0.5843			3	4,347	32,769
5	109	13903	0.4285			3	5,046	25,562
5	110	13904	1.2643			5	11,156	63,337
5	111	13905	0.8846			4	20,629	58,389
5	112	14001	0.5976			4	7,471	34,035
5	113	14002	0.4319			3	4,807	25,438
5	114	141	0.6271			4	7,610	37,115
5	115	142	0.5025			3	5,303	29,300
5	116	143	0.4516			3	5,128	26,488
5	117	14401	0.8874			5	6,306	49,657
5	118	14402	0.8866			5	8,528	50,861
5	119	14403	0.6084			4	7,069	37,294
5	120	14501	0.7719			4	5,811	42,817

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
5	121	14502	0.6722			4	5,691	39,073
5	122	14503	0.4437			3	4,826	26,195
6	1	15401	8.5658	*		22	152,415	513,051
6	2	15402	3.7676			14	39,249	330,098
6	3	15403	3.0876			12	14,806	291,520
6	4	15404	2.7873			12	39,042	226,787
6	5	15501	6.9857	*		19	164,327	489,488
6	6	15502	1.5337			5	26,818	110,788
6	7	15503	1.9282			7	22,429	137,669
6	8	15504	2.1040			9	33,308	136,643
6	9	15601	-	*		-	-	-
6	10	15602	-	*		-	-	-
6	11	15603	5.0652	*		15	50,742	377,766
6	12	15604	3.1977	*		7	16,493	357,782
6	13	15605	7.1157	*		19	89,474	508,216
6	14	15606	5.0357	*		14	43,128	469,544
6	15	15607	2.2742			10	48,608	208,896
6	16	15608	1.5363			7	36,466	117,924
6	17	14801	3.4687			13	60,291	270,585
6	18	14802	3.4331			15	44,227	327,275
6	19	14803	-	*		-	-	-
6	20	14804	0.8858	*	●	5	19,817	135,760
6	21	14805	2.1481			11	33,121	202,145
6	22	14901	2.5785			10	57,012	157,784
6	23	14902	2.6353			11	42,348	210,422
6	24	14903	-	*		-	-	-
6	25	14904	0.8858		●	5	17,883	74,505
6	26	14905	1.7234			7	11,746	142,989
6	27	14601	2.7063			9	21,729	236,743
6	28	14602	2.8279			7	18,451	254,483
6	29	14701	1.1743			3	19,417	128,124
6	30	14702	1.3681			3	18,877	190,454
6	31	150	2.3946			10	49,657	195,738
6	32	151	1.7161			7	44,737	115,401
6	33	16401	1.5033			5	39,852	78,219
6	34	16501	1.1834			4	34,511	62,200
6	35	16402	1.5088			7	34,695	78,685
6	36	16502	1.0294			5	28,521	54,360
6	37	16601	1.2189			4	35,494	63,965
6	38	16701	1.0204			3	32,874	54,284
6	39	16602	1.1013			5	28,670	58,753

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
6	40	16702	0.8960			3	26,421	46,660
6	41	152	1.7128			7	11,854	134,525
6	42	153	1.3768			5	13,112	83,794
6	43	15701	0.7717			4	11,503	40,933
6	44	15702	0.6361			2	15,220	31,328
6	45	15801	0.5163			3	9,437	23,405
6	46	15802	0.5348			2	14,739	25,673
6	47	16101	1.1767			3	35,527	63,083
6	48	16201	0.9768			2	33,277	49,685
6	49	16102	0.8576			2	26,479	43,026
6	50	16202	0.7033			2	22,041	33,608
6	51	159	1.3502			4	33,884	67,459
6	52	160	0.9668			3	29,762	47,360
6	53	16301	7.9639	*	●	23	161,359	522,318
6	54	16302	7.9639	*	●	23	72,674	453,708
6	55	16303	3.7962			2	38,993	207,975
6	56	16304	2.6308			1	35,246	147,714
6	57	16305	2.5012			2	26,241	139,037
6	58	16306	1.3360			1	26,712	85,310
6	59	170	1.7154			7	17,545	155,652
6	60	171	0.9870			2	21,443	62,010
6	61	17201	0.9520	*		5	9,231	105,455
6	62	17202	0.6274			4	10,398	47,738
6	63	17203	0.7478			4	4,427	69,537
6	64	17301	0.7613			5	8,211	57,493
6	65	17302	0.4810			3	8,946	36,617
6	66	17303	0.4917			2	2,812	37,875
6	67	17401	1.1897			6	13,783	91,950
6	68	17402	-	*		-	-	-
6	69	17403	0.7744			6	7,973	71,279
6	70	17404	0.7442			5	8,852	67,319
6	71	17501	0.7969			4	10,267	57,093
6	72	17502	-	*		-	-	-
6	73	17503	0.4699			4	5,586	37,810
6	74	17504	0.4905			4	6,762	36,678
6	75	17601	1.2533			9	11,033	103,249
6	76	17602	0.7284			6	6,634	61,687
6	77	17603	0.7568			6	8,451	65,044
6	78	17604	0.4462			4	6,334	33,428
6	79	177	0.5927			5	7,438	49,361
6	80	178	0.4169			4	6,038	30,987

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
6	81	17901	0.6315			4	3,539	63,999
6	82	17902	0.8123			6	7,239	75,224
6	83	17903	0.5686			5	2,114	51,727
6	84	180	0.6235			6	6,773	54,422
6	85	181	0.4009			4	4,855	30,742
6	86	182	0.5437			5	5,611	46,324
6	87	183	0.3679			4	4,501	28,971
6	88	18401	0.3772			4	6,434	29,447
6	89	18402	0.2753			3	5,249	20,161
6	90	18801	1.5853			13	9,745	136,640
6	91	18802	0.6065			5	4,202	56,084
6	92	18803	1.7066	*		9	17,390	133,216
6	93	18804	0.8155			6	6,666	80,750
6	94	18805	0.7564			5	7,325	70,379
6	95	18901	0.9919	*		9	14,592	87,352
6	96	18902	0.3616			3	3,073	28,890
6	97	18903	0.4639	*		4	15,304	25,166
6	98	18904	0.6380			5	9,016	56,042
6	99	18905	0.5033			3	3,937	35,138
6	100	19001	-	*		-	-	-
6	101	19002	-	*		-	-	-
6	102	19003	0.5129			3	4,895	45,803
6	103	19004	0.4116			3	4,077	31,830
6	104	19005	-	*		-	-	-
6	105	19006	-	*		-	-	-
6	106	19007	1.1795	*	●	8	20,128	68,902
6	107	19008	1.1795	*	●	8	14,176	87,286
6	108	19009	0.6573			4	5,547	64,442
6	109	19010	0.4133			3	3,717	37,393
7	1	191	3.6422			13	41,602	241,023
7	2	192	3.0694			10	51,648	192,642
7	3	195	3.1318			13	76,720	212,744
7	4	196	2.5833			10	63,623	173,413
7	5	197	2.1222			10	41,610	163,891
7	6	198	1.5043			7	39,981	104,465
7	7	49301	2.6104			8	73,669	142,529
7	8	49401	2.3142			7	72,971	125,462
7	9	49302	1.6052			4	39,932	82,506
7	10	49402	1.3527			3	38,529	64,963
7	11	193	2.0456			9	18,563	155,199
7	12	194	1.8547			7	17,708	108,630

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
7	13	199	-	*		-	-	-
7	14	20001	2.1215			9	29,832	161,036
7	15	20002	1.1561			4	17,291	79,373
7	16	20101	2.3354			9	40,588	176,878
7	17	20102	1.4869			4	43,603	89,114
7	18	20201	0.8635			6	7,804	79,540
7	19	20202	0.4948			5	5,826	43,078
7	20	20301	1.6960	*		9	53,798	80,559
7	21	20302	0.9963	*		2	41,070	45,947
7	22	20401	0.6011			5	6,788	51,763
7	23	20402	2.2513	*		7	4,744	137,244
7	24	20403	1.1585	*		4	11,840	106,859
7	25	205	0.8535			7	7,631	83,425
7	26	206	0.5695			5	5,190	53,368
7	27	207	1.1591			6	10,552	91,304
7	28	208	0.7780			4	5,670	65,014
8	1	47101	4.1823			10	94,472	269,542
8	2	47102	3.9418			8	87,289	207,730
8	3	47103	4.9166			7	103,929	232,850
8	4	21701	2.1589			9	26,195	106,833
8	5	21702	1.4411			5	21,226	73,663
8	6	21703	2.2571			11	18,711	118,755
8	7	21704	1.5150			6	13,243	84,931
8	8	20901	3.5594			8	73,432	169,315
8	9	20907	4.7290			8	96,136	219,659
8	10	20902	3.0775			6	59,404	145,557
8	11	20908	4.3286			7	82,817	201,049
8	12	20903	2.7159			6	87,883	129,801
8	13	20904	2.0639			7	70,092	100,202
8	14	20905	2.8911			6	91,991	137,424
8	15	20906	1.0558			6	33,956	59,216
8	16	21601	1.1997			6	12,940	71,449
8	17	21602	0.7802			3	11,081	38,241
8	18	21001	2.8209			10	47,520	142,016
8	19	21101	2.1224			8	39,213	104,966
8	20	21002	1.9174			8	36,855	95,100
8	21	21102	1.5211			7	25,833	77,704
8	22	21003	1.7163			7	42,379	86,858
8	23	21103	1.4279			6	33,579	70,207
8	24	21201	2.0755			9	44,062	134,900
8	25	21202	1.7148	*		7	48,188	82,236

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	26	21203	1.6563			8	37,411	97,367
8	27	21204	1.2268			5	19,653	55,909
8	28	21205	1.6984			6	39,543	87,398
8	29	21206	1.3051			4	24,843	69,306
8	30	21301	1.0673	*		8	40,290	197,087
8	31	21302	-	*		-	-	-
8	32	21303	2.7654			13	32,081	135,208
8	33	21304	1.7671			10	21,584	89,915
8	34	21305	-	*		-	-	-
8	35	21306	-	*		-	-	-
8	36	49101	2.2778			6	42,621	111,974
8	37	49102	1.8609			5	35,892	92,243
8	38	49201	2.8432			6	38,571	132,851
8	39	49202	2.2576			5	37,400	107,595
8	40	496	4.1340			9	88,926	306,067
8	41	49701	3.7546			9	73,239	260,165
8	42	49702	3.0987			7	64,232	214,289
8	43	49801	3.3598			7	80,526	222,570
8	44	49802	2.8231			5	77,818	178,902
8	45	499	1.6603			6	30,988	124,697
8	46	500	1.2562			5	27,958	81,325
8	47	501	2.0801			15	36,048	101,177
8	48	502	1.5707			12	26,634	81,655
8	49	50301	1.2688			5	26,657	72,503
8	50	50302	1.1022			4	28,357	54,056
8	51	50303	0.8776			3	21,767	41,398
8	52	50304	0.6672			2	16,878	31,952
8	53	21801	1.8777			9	47,621	93,271
8	54	21802	1.7703			8	35,440	94,028
8	55	21901	1.7732			8	39,212	91,322
8	56	21902	1.3327			7	27,287	67,189
8	57	21803	1.4758			6	35,205	75,290
8	58	21804	1.2985			6	25,338	68,239
8	59	21903	1.2007			5	27,373	59,424
8	60	21904	0.9416			4	21,090	46,992
8	61	22001	-	*		-	-	-
8	62	22002	1.4712	*		8	43,624	73,101
8	63	22003	1.5812			9	32,878	151,260
8	64	22004	1.1851			6	27,436	62,205
8	65	22005	-	*		-	-	-
8	66	22006	0.9741			3	22,266	52,170

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	67	22007	1.2256			4	23,484	61,367
8	68	22008	0.7849			3	21,898	40,601
8	69	23101	1.4029			6	19,780	87,789
8	70	23102	0.7001			2	14,633	33,358
8	71	23103	0.5583			3	13,525	28,517
8	72	23104	0.4001			2	12,455	19,545
8	73	23001	0.9828	*		3	23,404	46,182
8	74	23002	0.7206			3	19,503	35,118
8	75	23003	0.5534			3	13,327	29,277
8	76	23004	0.4558			2	14,332	22,587
8	77	22601	1.2391			5	16,224	64,941
8	78	22602	1.0701			6	10,500	54,922
8	79	22701	0.6022			3	11,693	31,218
8	80	22702	0.7112			3	14,536	41,761
8	81	22501	1.0770			5	16,842	55,298
8	82	22502	0.7134			4	12,221	40,559
8	83	22503	0.9616			4	16,895	50,162
8	84	22504	0.7180			3	13,484	35,722
8	85	228	0.7451			3	15,396	39,630
8	86	22301	-	*		-	-	-
8	87	22302	0.8646			3	23,544	42,655
8	88	23201	0.7383			3	13,253	37,320
8	89	23202	0.5754			2	11,907	27,187
8	90	22401	1.1885			5	26,157	67,531
8	91	22402	0.9604			4	23,700	48,663
8	92	22403	0.8431			4	20,276	44,125
8	93	22404	0.6789			3	18,870	33,940
8	94	22901	0.5916			3	11,343	29,868
8	95	22902	0.5587			2	10,753	27,467
8	96	23301	2.2534			9	49,705	112,863
8	97	23302	1.6848			7	45,159	81,883
8	98	23401	1.0089			4	21,427	53,003
8	99	23402	0.7211			3	18,632	36,341
8	100	23501	0.6990			4	5,541	35,646
8	101	23502	0.5557			3	4,302	29,982
8	102	23503	0.9963	*		14	37,628	49,814
8	103	23504	-	*		-	-	-
8	104	23601	0.6156			5	5,248	35,924
8	105	23602	0.3485			3	4,187	20,016
8	106	23701	0.6248	*		3	6,086	36,984
8	107	23702	0.3736			2	5,680	19,363



MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	108	23801	1.2863			11	11,456	66,534
8	109	23802	0.9919			10	7,224	62,022
8	110	23803	1.1739			10	11,177	62,235
8	111	23804	1.0280			9	6,267	59,367
8	112	23805	1.2159	*		10	10,822	84,614
8	113	23806	0.6894	*		7	15,328	32,254
8	114	23901	0.6622			4	4,656	36,912
8	115	23902	0.4315			3	3,644	23,132
8	116	24001	0.7211			3	3,692	40,455
8	117	24002	0.8146			3	3,549	46,674
8	118	24003	0.3698			2	2,098	18,641
8	119	24101	0.4162			2	2,938	23,707
8	120	24102	0.6566			3	3,549	37,047
8	121	24103	0.1869			1	1,923	9,476
8	122	24201	1.0666			9	9,427	57,363
8	123	24202	0.7748			8	9,218	48,178
8	124	24203	1.3476	*		11	21,188	120,113
8	125	24204	0.9514	*		11	3,602	63,347
8	126	24205	1.0246			8	11,607	60,704
8	127	24206	0.6784			7	7,778	44,125
8	128	24301	0.8499			5	3,537	44,018
8	129	24302	0.4141			3	2,180	22,892
8	130	244	0.4677			3	3,874	25,599
8	131	245	0.3073			2	2,432	17,220
8	132	24601	0.6559			5	6,203	37,758
8	133	24602	0.4156			4	4,194	23,655
8	134	24701	0.6104			4	5,788	34,851
8	135	24702	0.4253			3	4,291	24,310
8	136	24801	0.8250			6	6,408	47,629
8	137	24802	0.4023			2	3,216	22,368
8	138	24901	0.9385			8	6,535	50,434
8	139	24902	0.8234			9	5,705	49,042
8	140	24903	0.5400			4	3,639	27,152
8	141	24904	0.3910			2	2,773	20,264
8	142	250	0.4316			3	4,555	23,973
8	143	251	0.2956			2	3,328	16,538
8	144	252	0.3674			1	6,344	19,905
8	145	253	0.4370			3	4,604	25,459
8	146	254	0.2858			2	2,411	16,243
8	147	255	0.3602			2	3,643	20,989
8	148	25601	0.7934			7	7,912	45,495

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
8	149	25602	0.6363	*		4	9,599	31,963
8	150	25603	0.6438			4	3,920	41,974
8	151	25604	0.4478			2	3,005	27,388
9	1	263	1.5302			12	15,232	132,015
9	2	264	1.0031			8	11,773	82,441
9	3	265	1.1983			8	11,884	106,516
9	4	266	0.6964			3	10,629	52,099
9	5	26801	1.4134	*	●	5	16,322	56,241
9	6	26802	1.4134		●	5	18,717	117,426
9	7	26701	0.9908	*		6	10,556	45,916
9	8	26702	0.2907			2	7,493	17,231
9	9	25701	2.7236	*		4	67,199	126,301
9	10	25801	1.6919	*		5	37,210	111,033
9	11	25702	1.7930			4	42,614	99,042
9	12	25802	1.6166			4	40,621	92,554
9	13	259	0.9726		●	3	13,082	57,755
9	14	260	0.9726		●	2	21,946	52,481
9	15	261	0.6364			2	15,072	39,099
9	16	26201	0.5837	*		3	24,667	57,960
9	17	26202	0.5812			3	14,423	36,937
9	18	269	1.4544			7	14,023	133,151
9	19	270	0.7176			4	10,087	56,511
9	20	271	0.9059			9	7,694	80,548
9	21	27201	0.9256			9	8,149	88,989
9	22	27202	0.7030			6	9,596	58,596
9	23	27203	0.6153	*	●	7	7,727	67,799
9	24	27301	0.5099			5	1,923	51,249
9	25	27302	0.5265			5	6,754	41,111
9	26	27303	0.6153	*	●	7	4,315	47,453
9	27	274	0.5415	*		4	13,993	38,830
9	28	275	0.2461			1	1,864	30,528
9	29	27601	0.5818			5	6,093	54,065
9	30	27602	0.4066			3	2,750	32,893
9	31	277	0.6722			8	7,815	59,989
9	32	278	0.4261			6	6,269	33,883
9	33	27901	0.4661			5	7,591	36,494
9	34	27902	0.3516			4	6,918	26,794
9	35	280	0.4480			5	5,322	36,767
9	36	281	0.3173			3	3,909	24,055
9	37	282	0.3341			3	4,543	26,334
9	38	28301	0.4732			5	5,964	38,242

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
9	39	28302	0.5923			6	4,265	55,408
9	40	28401	0.3462			4	3,457	28,664
9	41	28402	0.3199			3	2,557	29,309
10	1	28601	2.3720			7	51,442	234,090
10	2	28602	1.8246			5	49,918	157,103
10	3	28801	2.8611			7	56,514	204,349
10	4	28802	1.9586			3	49,194	137,877
10	5	28501	1.8408			14	22,116	146,687
10	6	28502	-	*		-	-	-
10	7	28701	1.4440			11	16,523	118,100
10	8	28702	1.1193			8	12,855	91,804
10	9	28901	1.2158			4	31,689	87,955
10	10	28902	0.9716			3	30,670	63,652
10	11	290	0.9887			3	30,099	47,670
10	12	29101	-	*		-	-	-
10	13	29102	-	*		-	-	-
10	14	292	2.3159			14	23,204	186,281
10	15	293	1.3590			5	19,551	118,012
10	16	29401	0.7394			7	7,683	69,218
10	17	29402	0.4157			5	5,640	32,895
10	18	29501	0.7595			6	9,814	64,686
10	19	29502	0.5137			4	7,625	46,806
10	20	29601	0.6785			6	6,394	64,647
10	21	29602	0.6647			6	6,558	58,881
10	22	29701	0.3811			4	4,425	31,003
10	23	29702	0.4787			5	5,043	42,724
10	24	29801	0.5550			4	4,904	46,026
10	25	29802	0.3386			3	3,936	26,402
10	26	29803	0.3513			3	6,573	26,072
10	27	29804	0.2507			2	3,361	18,438
10	28	29901	1.7031			4	4,708	211,101
10	29	29902	0.6651			3	4,417	68,984
10	30	29903	0.5082			5	9,825	39,834
10	31	29904	0.4225	*		4	5,250	40,457
10	32	30001	0.6770			5	4,407	60,802
10	33	30002	0.6243			4	3,756	64,088
10	34	30101	0.5447			3	3,465	45,652
10	35	30102	0.2890			2	3,221	26,340
11	1	30201	10.6044		●	14	251,705	526,774
11	2	30202	10.6044		●	14	267,827	521,286
11	3	30301	1.7816		●	6	20,813	127,107

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
11	4	30302	1.7816		●	6	12,510	119,234
11	5	304	1.4623			6	17,555	106,974
11	6	305	1.0637			3	16,480	74,752
11	7	308	0.9472			5	10,844	87,934
11	8	309	0.6725			3	10,668	62,290
11	9	306	1.5624			6	29,909	92,102
11	10	307	1.2394			4	22,220	62,402
11	11	310	0.8161			3	21,236	60,335
11	12	311	0.6290			2	20,549	37,123
11	13	312	0.6950			4	13,822	59,720
11	14	313	0.5459			3	13,397	44,464
11	15	314	0.8319	*		3	17,748	73,645
11	16	31501	1.4862			8	16,724	124,496
11	17	31502	1.0787			4	15,916	86,752
11	18	31601	1.1675			8	9,177	112,218
11	19	31602	0.7832			6	5,206	63,884
11	20	31603	0.7104			6	6,834	66,883
11	21	31604	0.5073			4	4,912	44,119
11	22	317	0.3496	*		2	3,687	25,241
11	23	318	0.4921			3	4,152	41,535
11	24	319	0.3180			2	3,425	26,299
11	25	320	0.7694			7	9,570	66,983
11	26	321	0.4637			5	6,874	36,803
11	27	32201	0.5986			5	9,342	48,840
11	28	32202	0.4453			4	8,618	34,904
11	29	32301	0.8720			2	29,274	52,644
11	30	32302	0.4968			3	3,841	39,227
11	31	32401	0.7764			2	29,149	43,275
11	32	32402	0.3963			2	3,389	27,554
11	33	325	0.6359			4	5,622	57,202
11	34	326	0.4913			3	4,435	42,889
11	35	32701	0.7813	*		3	4,466	83,052
11	36	32702	0.3415			3	4,440	26,992
11	37	328	0.5139			3	5,405	38,782
11	38	329	0.4174			2	7,059	26,447
11	39	33001	-	*		-	-	-
11	40	33002	0.5002	*		4	13,718	41,449
11	41	331	0.8082			6	6,765	74,291
11	42	332	0.6625			4	5,413	57,689
11	43	33301	0.5416			3	4,210	54,088
11	44	33302	0.5404			3	4,103	53,681

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
12	1	334	2.3895	*		8	58,028	112,514
12	2	335	1.2802	*		4	35,052	85,433
12	3	34101	1.1443			4	12,030	63,565
12	4	34102	1.0614			2	10,672	57,583
12	5	34103	2.4118		●	4	17,549	135,346
12	6	34104	2.4118		●	2	30,653	121,824
12	7	338	-	*		-	-	-
12	8	33901	1.0051			4	16,317	50,565
12	9	33902	0.4923			2	15,319	24,019
12	10	34001	1.0559			2	21,348	58,889
12	11	34002	0.7871			2	17,428	42,274
12	12	34201	-	*		-	-	-
12	13	34202	0.3582	*		3	13,134	17,224
12	14	34301	-	*		-	-	-
12	15	34302	-	*		-	-	-
12	16	336	1.2732			5	30,284	67,094
12	17	337	1.1080			4	29,398	61,526
12	18	344	-	*		-	-	-
12	19	34501	1.0369			5	13,151	50,709
12	20	34502	0.6879			3	12,839	39,513
12	21	346	-	*		-	-	-
12	22	347	0.5122	*		1	14,445	30,905
12	23	348	0.4345			3	3,728	23,134
12	24	349	0.3476			2	3,636	17,549
12	25	35001	0.6963			5	7,878	38,549
12	26	35002	0.4800			4	6,208	27,693
12	27	35201	0.4468	*		2	10,446	23,816
12	28	35202	0.6883	*		4	10,317	38,978
12	29	35203	0.5619			2	3,500	28,938
12	30	35204	0.6827			4	3,970	48,605
12	31	35205	0.3644			2	3,340	19,184
13	1	35301	4.2075	*		14	116,255	216,990
13	2	35302	2.9175	*		10	82,073	147,179
13	3	35801	2.5378	*		5	91,320	135,581
13	4	35802	2.0926			4	67,072	97,775
13	5	35803	1.8396	*	●	5	56,760	99,733
13	6	35804	1.4485			5	43,460	68,087
13	7	35805	1.6393			3	45,266	82,598
13	8	35806	1.2120			4	30,409	60,709
13	9	35901	2.3426			4	80,375	111,887
13	10	35902	2.0230			4	64,859	95,071

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
13	11	35903	1.8396		●	5	55,058	87,608
13	12	35904	1.3504			5	40,681	64,314
13	13	35905	1.5281			3	37,877	72,950
13	14	35906	1.0989			3	24,049	53,804
13	15	36101	1.4212	*		3	43,210	125,917
13	16	36102	0.9201	*		3	36,944	52,918
13	17	36001	0.6513			2	7,766	36,619
13	18	36002	0.4933			2	10,453	26,438
13	19	35601	1.2495			3	26,163	58,560
13	20	35602	1.0865			3	22,332	51,208
13	21	363	-	*		-	-	-
13	22	364	0.5106			2	10,660	31,135
13	23	36501	1.7706			5	41,362	89,777
13	24	36502	0.9768			4	15,648	54,141
13	25	36604	0.2574	*	●	2	2,182	17,935
13	26	36704	0.2574	*	●	1	1,918	42,632
13	27	36801	0.6475			5	7,428	39,024
13	28	36802	0.4099			4	5,929	26,999
13	29	369	0.2994			2	2,462	17,403
14	1	469	0.3439	*		4	6,027	55,857
14	2	370	1.0312			5	34,799	52,306
14	3	371	0.8524			5	31,066	42,063
14	4	37401	0.7708	*		3	8,482	47,930
14	5	37402	0.4371			2	7,204	29,295
14	6	37501	1.8793	*		5	36,782	88,237
14	7	37502	0.8879			3	23,477	46,329
14	8	372	0.9400			3	22,243	47,878
14	9	37301	0.8746			3	21,989	43,652
14	10	37302	0.8123			3	21,196	38,951
14	11	37701	-	*		-	-	-
14	12	37702	4.5704	*		21	105,283	217,804
14	13	37703	2.0127	*		8	39,230	108,481
14	14	37704	2.1191			5	9,351	109,058
14	15	37705	0.8333			3	8,099	43,817
14	16	37601	2.7257	*		13	27,135	231,206
14	17	37602	-	*		-	-	-
14	18	37603	-	*		-	-	-
14	19	37604	0.5474			5	6,215	42,714
14	20	37605	0.3840			4	4,343	23,142
14	21	37801	1.3767			2	38,297	66,804
14	22	37802	1.0042			4	29,140	51,052

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
14	23	37803	0.4464			2	2,572	23,755
14	24	37901	0.3526			4	4,300	32,059
14	25	37902	0.5358			5	4,733	52,889
14	26	37903	0.4292			4	3,746	43,779
14	27	38101	0.7712			2	11,367	39,238
14	28	38102	0.5186			2	9,128	25,244
14	29	38001	0.4438			2	7,110	23,011
14	30	38002	0.3481			2	6,888	17,658
14	31	382	0.2501			1	2,185	12,384
14	32	38301	0.4103			4	4,608	36,483
14	33	38302	0.2816			3	3,483	24,288
14	34	384	0.4107			4	3,561	40,447
14	35	513	0.3658			5	-	-
15	1	N01	0.6887			4	8,916	61,602
15	2	N02	-	*		-	-	-
15	3	N03	-	*		-	-	-
15	4	N04	-	*		-	-	-
15	5	N05	4.3952			23	36,033	354,819
15	6	N06	3.2328	*		22	10,706	226,409
15	7	N07	3.8229			22	76,260	303,202
15	8	N08	2.3102			17	34,560	179,046
15	9	N09	1.9324			15	26,179	148,595
15	10	N10	1.5623			14	15,900	118,182
15	11	N11	2.4623			12	33,689	228,563
15	12	N12	1.3077			8	14,449	112,948
15	13	N13	0.7843			6	9,045	69,069
15	14	N14	7.7189			20	73,469	614,621
15	15	N15	3.3340			9	10,069	275,158
15	16	N16	1.6923			8	21,120	166,670
15	17	N17	0.7730			5	9,742	66,340
15	18	N18	0.4187		●	3	5,543	36,524
15	19	N19	0.4187		●	3	7,874	33,585
16	1	39201	3.2005			11	65,609	234,910
16	2	39202	2.0486			8	55,455	127,981
16	3	39301	2.6617	*		10	82,967	171,464
16	4	39302	1.7577	*		6	45,692	122,984
16	5	39401	1.5214			7	13,539	133,553
16	6	39402	0.9097			3	13,307	82,148
16	7	39501	1.0487			5	4,668	99,126
16	8	39502	0.6156			5	6,833	52,070
16	9	39503	0.4359			3	4,368	36,947

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
16	10	39601	0.9040			3	3,944	105,348
16	11	39602	0.5141			3	5,281	42,629
16	12	39603	0.3456			2	4,835	31,607
16	13	39701	-	*		-	-	-
16	14	39702	2.8956	*		5	10,472	342,264
16	15	39703	1.3057	*		9	17,390	199,922
16	16	39704	0.6261	*		3	4,835	32,131
16	17	39705	0.9455			5	4,817	103,830
16	18	39706	0.4474			3	3,392	40,108
16	19	39802	0.8646			5	5,539	83,578
16	20	39803	0.8508			5	4,075	83,928
16	21	39804	0.4459			4	4,112	40,943
16	22	39902	0.4920			3	4,174	43,889
16	23	39903	0.3952			2	2,805	44,941
16	24	39904	0.3567			3	3,400	33,546
17	1	40001	-	*		-	-	-
17	2	40002	-	*		-	-	-
17	3	401	6.9957	*		26	43,123	328,751
17	4	402	-	*		-	-	-
17	5	40301	0.9251	*		7	3,888	91,121
17	6	40401	0.2750	*		2	3,828	26,068
17	7	406	3.0698			9	11,296	287,051
17	8	407	1.7722			5	23,690	130,027
17	9	40801	1.1296			5	11,703	101,091
17	10	40802	0.6721			2	10,958	48,863
17	11	412	0.2931	*		2	5,189	17,274
17	12	41101	0.7637			4	7,547	69,379
17	13	41102	0.4553			2	2,022	35,604
17	14	413	0.7112			5	5,886	70,616
17	15	414	0.5242			3	3,245	42,612
18	1	41501	2.3068			13	24,919	213,068
18	2	41502	1.2072			8	14,016	106,881
18	3	41601	1.1283			9	11,107	109,427
18	4	41602	0.6496			6	7,288	55,781
18	5	41701	0.8303			6	4,341	77,572
18	6	41702	0.6333			5	5,890	58,677
18	7	41803	0.8172			8	6,674	77,426
18	8	41804	0.5937			7	6,120	50,998
18	9	419	0.7017			6	7,564	62,899
18	10	420	0.4828			4	5,070	39,639
18	11	42101	0.6482			6	6,561	65,465



MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
18	12	42102	0.4001			4	4,202	35,128
18	13	42201	0.4587			4	7,483	37,591
18	14	42202	0.3128			3	6,317	23,225
18	15	42301	1.9586			13	8,561	179,396
18	16	42302	1.5546			10	17,375	115,036
18	17	42303	0.8267			7	8,318	92,350
18	18	42304	0.4430			4	6,989	36,484
21	1	44001	0.8403			6	8,154	77,203
21	2	44002	0.5963			4	6,560	58,061
21	3	43901	1.1217			8	17,131	91,279
21	4	43902	0.8780			7	15,289	67,398
21	5	44101	1.1808		●	5	11,892	118,141
21	6	44102	1.1808		●	4	12,632	121,449
21	7	442	1.6314			8	15,376	149,083
21	8	443	0.9501			4	11,890	81,948
21	9	444	0.5453			5	5,058	45,987
21	10	445	0.3312			3	3,819	25,164
21	11	44601	0.4793			4	3,407	34,638
21	12	44602	0.3157			3	3,756	24,513
21	13	44701	0.6065			4	5,920	55,544
21	14	44702	0.3148			3	3,170	27,043
21	15	44801	0.3471	*		3	4,192	29,193
21	16	44802	0.2365			2	3,556	16,939
21	17	44901	1.0159			6	6,483	112,796
21	18	44902	0.7862			5	6,006	78,735
21	19	45001	0.5167			3	4,751	47,633
21	20	45002	0.3637			3	3,253	30,288
21	21	45101	0.5240			4	6,807	58,412
21	22	45102	0.3589			2	4,944	31,021
21	23	45103	0.4697			3	6,591	39,618
21	24	45104	0.2919			2	4,496	26,205
21	25	452	0.6850			6	4,919	65,886
21	26	453	0.3570			3	3,365	32,273
21	27	454	0.7585			5	5,340	86,657
21	28	455	0.4403			3	4,580	47,323
21	29	41801	-	*		-	-	-
21	30	41802	0.3788			5	6,522	40,648
22	1	50401	12.0352	*		25	81,642	742,378
22	2	50402	-	*		-	-	-
22	3	50403	21.3840	*		29	393,594	985,622
22	4	50404	-	*		-	-	-

MDC	流水號	DRG	RW	個案數<20 註記	邏輯 註記	幾何平均 住院日	下限臨界點	上限臨界點
22	5	50405	-	*		-	-	-
22	6	50501	4.8951	*		11	13,935	370,418
22	7	50502	-	*		-	-	-
22	8	50503	-	*		-	-	-
22	9	50504	-	*		-	-	-
22	10	50505	-	*		-	-	-
22	11	50601	4.3357			15	29,604	597,677
22	12	50602	4.0969			14	17,785	509,882
22	13	50603	3.4201			14	26,414	303,967
22	14	50604	1.9874			11	20,738	169,731
22	15	50605	3.9713			16	48,875	413,040
22	16	50606	2.9167			14	26,722	235,498
22	17	50701	2.4610	*		9	19,162	199,006
22	18	50702	1.3651			10	24,309	108,108
22	19	50703	1.3667			9	22,538	115,682
22	20	50704	5.4567	*		13	33,431	463,540
22	21	50705	1.4175			9	20,897	131,831
22	22	50801	1.4216			8	13,086	115,494
22	23	50802	0.9094	*		6	10,656	86,089
22	24	50803	2.5876		●	9	8,517	243,798
22	25	50804	1.5722			8	8,289	142,676
22	26	50901	1.2140			8	10,799	136,041
22	27	50902	0.7831	*		6	4,106	67,722
22	28	50903	2.5876	*	●	9	5,293	301,472
22	29	50904	0.6570	*		5	3,028	67,274
22	30	510	1.5486			7	8,399	174,296
22	31	511	0.9556			6	6,788	87,875
23	1	46101	0.9328			4	10,123	112,916
23	2	46102	1.2899	*		5	12,223	92,133
23	3	46103	0.7571			3	11,999	64,860
23	4	46201	1.5092			21	16,194	104,440
23	5	46202	1.3499			20	12,327	90,953
23	6	46203	1.3458			20	15,042	104,411
23	7	46204	1.2021			17	5,082	82,187
23	8	463	0.7456			6	5,945	68,682
23	9	464	0.4916			3	5,011	38,095
23	10	465	0.4058			2	2,852	27,973
23	11	466	0.5047			3	2,358	46,189
23	12	467	0.8798			2	1,918	79,490
24	1	48401	6.3475			19	92,846	416,934
24	2	48402	-	*		-	-	-

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

## 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

## 第四部 中 醫

## 第二章 藥費

編號	診療項目	支付點數
A21	每日藥費 註：1.同一疾病或症狀之診治需連續門診者，不得每次只給一日份用藥否則將累計其給藥日數，僅支付第一次就醫之診察費。 2.除指定之慢性病得最高給予三十日內之用藥量外，一般案件給藥天數不得超過七日。	<u>33</u> <del>34</del>

## 第四章 針灸治療

編號	診療項目	支付點數
B41	針灸治療處置費(含材料費) —另開內服藥	<u>215</u> <del>210</del>
B42	—未開內服藥	<u>215</u> <del>210</del>
B43	電針治療 —另開內服藥	<u>215</u> <del>210</del>
B44	—未開內服藥	<u>215</u> <del>210</del>
B45	複雜性針灸治療 --另開內服藥	<u>295</u> <del>290</del>
B46	--未開內服藥	<u>295</u> <del>290</del>
	註 1：申報與審查方式依附表 4.4.1 規定辦理。 註 2：本項申報適應症請詳附表 4.4.2。	

## 第五章 傷科治療

通則：限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。

編號	診療項目	支付點數
B53	傷科治療處置費(含材料費) —另開內服藥	<u>215</u> <del>210</del>
B54	—未開內服藥	<u>215</u> <del>210</del>
	註： 1.標準作業程序 (1)四診八綱辨證。 (2)診斷。 (3)理筋手法。 2.適應症 (1)急性扭、挫、瘀傷：踝扭傷、腰扭傷、頸部扭傷等。 (2)肌腱炎：網球肘、棒球肩、腕部橈側韌鞘炎等。 (3)關節病變：類風濕性關節炎、退化性關節炎、僵直性關節炎、痛風、冰凍肩（凝肩）等。	
B55	複雜性傷科治療 —另開內服藥	<u>295</u> <del>290</del>
B56	—未開內服藥	<u>295</u> <del>290</del>
B57	—骨折、脫臼整復第一線復位處置治療	<u>465</u> <del>460</del>
	註： 1、申報與審查方式依附表4.5.1規定辦理。 2、本項申報適應症請詳附表4.5.2。 3、B57「骨折、脫臼整復第一線復位處置治療」係指該患者受傷部位初次到醫療院所做接骨、復位之處理治療，且不得與B61併同申報。	

## 第六章 脫臼整復費治療處置

通則：限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。

編號	診療項目	支付點數
B61	脫臼整復費(含材料費) —同療程第一次就醫	<u>315</u> <del>310</del>
B62	—同療程複診，另開內服藥	<u>215</u> <del>210</del>
B63	—同療程複診，未開內服藥	<u>215</u> <del>210</del>

第八章 針灸(合併傷科)治療

通則：1.限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。

2.以下各診療項目適用其內含單項診療項目之各項規範

編號	診療項目	支付點數
B80	針灸(合併傷科)治療(含材料費)	
	--另開內服藥	<u>215</u> <del>210</del>
B81	--未開內服藥	<u>215</u> <del>210</del>
	針灸(合併複雜性傷科)治療(含材料費)	
B82	--另開內服藥	<u>295</u> <del>290</del>
	--未開內服藥	<u>295</u> <del>290</del>
B84	--骨折、脫臼整復第一線復位處置治療	<u>465</u> <del>460</del>
	電針(合併傷科)治療(含材料費)	
B85	--另開內服藥	<u>215</u> <del>210</del>
	--未開內服藥	<u>215</u> <del>210</del>
B87	電針(合併複雜性傷科)治療(含材料費)	
	--另開內服藥	<u>295</u> <del>290</del>
B88	--未開內服藥	<u>295</u> <del>290</del>
	--骨折、脫臼整復第一線復位處置治療	<u>465</u> <del>460</del>
B90	複雜性針灸(合併傷科)治療(含材料費)	
	--另開內服藥	<u>295</u> <del>290</del>
B91	--未開內服藥	<u>295</u> <del>290</del>
	複雜性針灸(合併複雜性傷科)治療(含材料費)	
B92	--另開內服藥	<u>295</u> <del>290</del>
	--未開內服藥	<u>295</u> <del>290</del>
B94	--骨折、脫臼整復第一線復位處置治療	<u>465</u> <del>460</del>
	註：B84、B89、B94 係指該患者受傷部位初次到醫療院所做針灸 合并按骨、復位之處理治療，且不得與 B57、B61 併同申報。	

## 第九章 特定疾病門診加強照護

通則：

### 一、個案適用範圍：

- (一)小兒氣喘疾病門診加強照護：年齡未滿十三歲之氣喘疾病(ICD-10：J45)患者，並於病歷中檢附西醫診斷證明或肺功能檢查報告。
- (二)小兒腦性麻痺疾病門診加強照護：年齡未滿十三歲之腦性麻痺疾病(ICD-10-CM：G80)患者。
- (三)腦血管疾病(ICD-10-CM：G45.0-G46.8 及 I60-I68)~~癱瘓~~、顱腦損傷(ICD-10-CM：S02.1-S02.4、S02.6-S02.9、S06.0-S06.9)及脊髓損傷(ICD-10-CM：S14.0-S14.1、S24.0-S24.1、S34.0-S34.1)疾病門診加強照護：自診斷日起二年內之患者。

### 二、醫事服務機構及醫事人員均須符合下列條件始得申報本章費用：

- (一)中醫師需接受中醫全聯會辦理之「小兒氣喘疾病門診加強照護」、「小兒腦性麻痺疾病門診加強照護」及「腦血管疾病~~癱瘓~~、顱腦損傷及脊髓損傷門診加強照護」課程各八小時，並由中醫全聯會於每季季底函送符合教育時數之中醫師新增名單給保險人登錄備查。
- (二)申報本章之中醫醫事服務機構及醫事人員，須最近二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一者，前述違規期間之認定，自保險人第一次發函處分停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

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

四、看診醫師應對當次看診患者提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，並以標準作業流程與處置完成診療。(詳附表 4.9.1)

五、特定疾病門診加強照護不列入診察費及處置費合理量計算。

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

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

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

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



附表 4.5.2 複雜性傷科適應症

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

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

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

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

## 全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫(草案)

### 一、依據：

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

### 二、目的：

針對住院中之腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷患者，藉由具文獻依據之中醫輔助醫療介入措施，期使達到病患神經學功能進步、日常生活能力改善、生活品質提昇，併縮短住院天數，降低醫療費用支出的目的。

~~三、施行期間：自公告日起至107年12月31日止。~~

### ~~四~~三、適用範圍：

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

~~五~~四、預算來源：~~107年~~全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」專款項目下支應，全年經費~~130百萬元~~依當年度健保會協定結果辦理。

### ~~六~~五、申請資格及退場機制：

- (一)設有中醫門診之醫院，申請參與本計畫之醫師須執業滿三年以上，並參加中華民國中醫醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)所辦理繼續教育受訓課程之中醫師。
- (二)申請參與本計畫之保險醫事服務機構及醫師須二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以全民健康保險保險人(以下稱保險人)第一次處分函所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)。
- (三)退場機制：~~審前~~前一年度~~收案且~~結案患者前測量表完成率低於90%且後測量表完成率低於50%者，於保險人通知函到達日之次月一日起，~~12個月內~~當年度不得承作本計畫。

### ~~七~~六、申請程序：

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

### ~~八、計畫書之規範：~~

- ~~(一)書寫格式：以WORD形式建檔，A4版面，由左而右，由上而下，(標)楷書14號字型，橫式書寫。~~
- ~~(二)封面：包括計畫名稱、執行單位、執行期間。~~
- ~~(三)內容至少應包括下列項目：~~
  - ~~1.前言：請敘述申請本計畫動機，包括：加強中醫醫療照護門診的種類、醫療資源提供情況及需求狀況等。~~

~~2.目的：分點具體列述所要達成之目標。~~

~~3.實施方法與步驟：請依計畫內容分別具體列述，並應包括下列項目：~~

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

~~(2)標準作業程序。~~

~~(3)適應症。~~

~~(4)治療及追蹤計畫。~~

~~(5)療效評估標準：~~

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

~~B、顱腦損傷，以巴氏量表(Barthel Index)、改良式創傷嚴重度指標(Revised Trauma Score, RTS；包含呼吸次數、收縮血壓及 Glasgow 昏迷指數等二項生理指標)做為評估標準。~~

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

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

~~(6)不良反應紀錄及通報。~~

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

~~(四)評估預期效益：請詳述計畫實施後預期達成之效益指標。~~

#### ~~九~~七、申請資格審查：

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

#### ~~十~~八、執行方式：

- (一)醫師應對當次看診病人提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，並以標準作業流程與處置完成診療。
- (二)本計畫收案後應將個案之基本資料登錄於健保資訊網服務系統(VPN)。各項評估量表須於收案後三日內及出院前各執行一次，每次須完成各項支付標準所列之量表並於當月費用申報前，登錄於VPN。
- (三)本計畫執行期間，保險醫事服務機構欲變更計畫者，須先函送中醫全聯會進行評估，並檢具中醫全聯會所發予之評估結果，向保險人之分區業務組申請計畫之變更，經保險人分區業務組核定後，始得變更。

#### ~~十一~~九、支付方式：

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

付金額不高於1元。

### 十三、醫療費用申報與審查：

#### (一)醫療費用申報

1.門診醫療費用點數申報格式之總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。

2.門診醫療費用點數申報格式點數清單段：

(1)案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。

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

(二)有關醫療費用申報及支付、程序審查、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，按全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法辦理。

### 十三一、執行報告：

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

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

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

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

十七五、本計畫由保險人與中醫全聯會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附件一

全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫申請表

□腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷

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

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



附件二

西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫給付項目  
及支付標準表

通則：

- 一、本標準所訂支付點數包括中醫師診療、處置、處方、藥費、調劑費、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本(如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出)。
- 二、針灸、傷科及脫臼整復每次診療得合併申報本計畫之診察費項目(P33001及~~P34001~~)，不受同一療程規定之限制。
- 三、本計畫之中醫輔助醫療服務量、針灸、傷科及脫臼整復合計申報量，應獨立計算且申報時不併入該院所原門診合理量、針灸、傷科及脫臼整復原合計申報量計算。
- 四、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。
- 五、申報中醫護理衛教費及營養飲食指導費，應於該次診療服務合併實施治療評估，並於病歷詳細載明評估結果及治療方式。
- 六、本計畫之案件當次不得另行申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫各章節之診療項目。
- 七、本計畫之案件(同一個案)每二週不得申報超過七次(加護病房患者除外)。

支付標準表  
-腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷

第一章 中醫輔助醫療診察費

編號	診療項目	支付點數
P33001	中醫輔助醫療診察費	350

第二章 藥費

編號	診療項目	支付點數
P33021	每日藥費	100

第三章 針灸治療

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

註：P33031、P33032每次治療擇一申報。

第四章 傷外科治療

編號	診療項目	支付點數
P33041	一般治療	300

第五章 疾病管理照護費

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

註：1.每一個案住院期間限申報一次費用。

2.P33053、P33054、P33055生理評估：

(1)須以個案為單位。

(2)須於收案後三日內及出院前各執行一次。

(3)每次須同時完成各項所列之量表並登錄於VPN。

第六章 藥品調劑費

編號	診療項目	支付點數
P33061	藥品調劑費	50/次

第七章 中醫輔助醫療檢查費

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

註：每個月每項限申請一次，未檢查者不得申報。

## 全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫(草案)

### 一、依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

### 二、目的

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

### ~~三、施行期間：自公告日起至106年12月31日止。~~

### ~~四~~三、預算來源

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

### ~~五~~四、收案條件：須同時符合下列條件者，且同一個案同一期間不得重複收案(含同院所及跨院所)。

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

### ~~六~~五、結案條件：符合下列條件之一者，應予結案。結案後同一個案於一年內不得再被收案(含同院所及跨院所)。

- (一)個案照護滿三個月(以收案日起算滿 ~~13週~~105日)。
- (二)前述照護期間，若有下列情事之一，須結案：
  - 1、未連續照護【~~前後就醫日期相減~~「後次就醫給藥首日」減「前次就醫給藥末日」大於~~14~~21(不含)天】者，視為中斷照護。
  - 2、第二次或第三次RCAT評估量表分數較前次分數增加未達3分且總分小於21(不含)分者。
  - 3、~~五週~~35日內未完成後測並登錄VPN者。

## 七六、申請資格及退場機制

- (一)申請參與本計畫之醫師須~~執業滿二年以上~~，並參加中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)所辦理繼續教育受訓課程之中醫師。
- (二)申請參與本計畫之保險醫事服務機構及醫事人員，須最近二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以全民健康保險保險人(以下稱保險人)第一次處分函所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。
- (三)退場機制：前一年度結案患者前測量表完成率低於 90%且後測量表完成率低於 50%者，於保險人通知函到達日之次月一日起，當年度不得承作本計畫。

## 七、申請程序

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

## 七八、申請資格審查

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

## 七九、執行方式

- (一)醫師應對當次看診病人提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，其中治療療程包括開立內服藥、經穴按摩指導、過敏性鼻炎生活衛教與飲食指導。
- (二)個案收案並進行第一次 RCAT 評估量表(前測)後，後續每四週 28 天應執行一次 RCAT 評估量表，每次評估應間隔四週 28 天(必要時可延後一週 7 天，即「前次後測日+28 天」至「前次後測日+35 天」內)。
- (三)保險醫事服務機構於收案後，應將個案之基本資料登錄於 VPN，並於費用申報前將 RCAT 評估量表資料登錄 VPN。
- (四)第二次或第三次 RCAT 評估量表分數，若不符合照護效益者【即量表分數較前次分數增加未達 3 分且總分小於 21(不含)分者】，應依本計畫第六點予以結案，且不得繼續申報本計畫支付標準。

## 八〇、支付方式

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

## 八一、醫療費用申報與審查

### (一)醫療費用申報

- 1.門診醫療費用點數申報格式之總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。
- 2.門診醫療費用點數申報格式點數清單段：
  - (1)案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。

(2)特定治療項目(一)：請填報「JG(兒童過敏性鼻炎照護計畫)」代碼。

~~(3)同一診療項目內各次就醫需各取就醫序號，惟應申報為同一案件，就醫序號及就醫日期按第一次治療就醫序號及就醫日期填報。~~

~~3.申報診療項目定額費用時，於同一流水號需填下列欄位：~~

~~(1)診療項目定額項目~~

~~A.醫令代碼：請填本計畫醫令代碼「P58001-P58005」。~~

~~B.醫令類別：請填2「診療明細」。~~

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

~~D.治療結束日期：該定額費用之最後一次日期。~~

~~(2)實際執行醫令項目：按實際執行次數(N)申報N次診療項目醫令代碼。~~

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

~~B.醫令類別：請填4「不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料」。~~

~~C.醫令單價及點數：請填「0」。~~

~~D.執行時間起、迄(治療日期)：依各醫令代碼逐一填報。~~

(二)有關醫療費用申報及支付、程序審查、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，按全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法辦理。

~~十~~三~~二~~、辦理本計畫之保險醫事服務機構，如於執行期間，因有特約管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)，且經保險人予以停止特約或終止特約者，本計畫執行資格將同步自處分停約或終止特約日起終止。

~~十~~四~~三~~、執行本計畫之保險醫事服務機構，未依本計畫規定事項執行者，由中醫全聯會重新評估後，函請保險人分區業務組予以停止執行本計畫。

~~十~~五~~四~~、執行報告

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

~~十~~六~~五~~、本計畫實施成效由中醫全聯會進行評估，於年終向健保會提送年度執行報告，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況及病患療效評估等資料(含登錄於VPN之量表資料分析)。

~~十~~七~~六~~、品質監控指標

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

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

~~十~~八~~七~~、本計畫由保險人與中醫全聯會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附件一

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

1.過去一週，你鼻塞發作的情形？

未曾	極少	偶爾	經常	非常頻繁
□5	□4	□3	□2	□1

定義：5分(過去一週，未曾有鼻塞症狀)

4分(過去一週，少於三天會有鼻塞症狀)

3分(過去一週，每天偶爾會有鼻塞症狀)

2分(過去一週，每天有半天以上會有鼻塞症狀)

1分(過去一週，每天整天會有鼻塞症狀)

2.過去一週，你打噴嚏的情形？

未曾	極少	偶爾	經常	非常頻繁
□5	□4	□3	□2	□1

定義：5分(過去一週，未曾有打噴嚏症狀)

4分(過去一週，少於三天會有打噴嚏症狀)

3分(過去一週，每天偶爾會有打噴嚏症狀)

2分(過去一週，每天有半天以上會有打噴嚏症狀)

1分(過去一週，每天整天會有打噴嚏症狀)

3.過去一週，你流眼淚(流目油)的情形？

未曾	極少	偶爾	經常	非常頻繁
□5	□4	□3	□2	□1

定義：5分(過去一週，未曾有流眼淚(流目油)症狀)

4分(過去一週，少於三天會有流眼淚(流目油)症狀)

3分(過去一週，每天偶爾會有流眼淚(流目油)症狀)

2分(過去一週，每天有半天以上會有流眼淚(流目油)症狀)

1分(過去一週，每天整天會有流眼淚(流目油)症狀)

4.過去一週，你因鼻過敏或其他過敏症狀而影響睡眠的情形？

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

定義：5分(過去一週，未曾因鼻過敏或其他過敏症狀影響睡眠)

4分(過去一週，有 1-2 天因鼻過敏或其他過敏症狀影響睡眠)

3分(過去一週，有 3-4 天因鼻過敏或其他過敏症狀影響睡眠)

2分(過去一週，有 5-6 天因鼻過敏或其他過敏症狀影響睡眠)

1分(過去一週，有 7 天因鼻過敏或其他過敏症狀影響睡眠)

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

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

定義：5分(過去一週，未曾因鼻過敏或其他過敏症狀取消活動)

4分(過去一週，有 1-2 天因鼻過敏或其他過敏症狀取消活動)

3分(過去一週，有 3-4 天因鼻過敏或其他過敏症狀取消活動)

2分(過去一週，有 5-6 天因鼻過敏或其他過敏症狀取消活動)

1分(過去一週，有 7 天因鼻過敏或其他過敏症狀取消活動)

6.過去一週，你鼻過敏或其他過敏症狀控制的情形？

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

定義：5分(過去一週，未曾有鼻過敏或其他過敏症狀)

4分(過去一週，少於三天會有鼻過敏或其他過敏症狀)

3分(過去一週，每天偶爾會有鼻過敏或其他過敏症狀)

2分(過去一週，每天有半天以上會有鼻過敏或其他過敏症狀)

1分(過去一週，每天整天會有鼻過敏或其他過敏症狀)

註：幼兒可由父母協助回答。

附件二

全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫申請表

申請日期： 年 月 日

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

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



### 附件三

## 全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 給付項目及支付標準表

通則：

- 一、~~本標準所訂支付點數包括中醫師診療、處置、處方、藥費、調劑費、護理人員服務費、電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本(如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出)~~。診察費、處置費、藥費及藥品調劑費依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫規定辦理(以 A01、A02、A82、A84、B41、B42、B53、B54 為申報代碼)。
- 二、本計畫申報時不併入該院所原門診合理量計算。
- 三、針灸及傷科診療項目得同時申報。
- 四、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。
- 五、同院所同個案於本計畫收案期間，屬本計畫收案條件之主診斷不得申報本支付標準以外項目。

全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫

支付標準表

編號	診療項目	支付點數
<p><del>P58001</del></p> <p><del>P58002</del></p> <p><del>P58003</del></p> <p><del>P58004</del></p>	<p><del>治療費</del></p> <p><del>—照護滿四週</del></p> <p><del>—照護滿三週</del></p> <p><del>—照護滿二週</del></p> <p><del>—照護滿一週</del></p> <p><del>註：</del></p> <p><del>1.P58001至P58004含每週一次診察費、七天科學中藥、經穴按摩指導費(含針灸或推拿或穴位按壓或穴位按壓教導等)</del></p> <p><del>2.P58001至P58004,自收案日起以四週為一個月,每月限申報一次,每次按實際照護週數合計申報一項。</del></p> <p><del>3.各項目所含內容皆須執行並於病歷詳細記載,方可申報費用。</del></p>	<p><del>2,318</del></p> <p><del>1,791</del></p> <p><del>1,264</del></p> <p><del>737</del></p>
<p>P58005</p>	<p>管理照護費</p> <p>註：</p> <p>1. 本項費用包含評估過敏性鼻炎控制評估測試量表【<del>The Rhinitis Control Assessment Test(以下稱RCAT評估量表)</del>】、中醫護理衛教及、營養飲食指導及經穴按摩指導費，各項目皆須執行並於病歷詳細記載，方可申報費用。</p> <p><del>2. 本項費用除第一次(前測)外,每四週限申報一次,必要時可延後一週。</del></p> <p><del>3. 第一次RCAT評估量表(前測)及第二次(後測)RCAT評估量表併同申報。</del></p>	<p><u>200</u><del>150</del></p>

## 全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫(草案)

### 一、依據：

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

### 二、目的：

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

~~三、施行期間：自公告日起至107年12月31日止。~~

### ~~四~~三、適用範圍：

(一)助孕：已婚超過一年有正常性生活而無法受孕男性及女性患者，主診斷須填報女(男)性不孕病名，如有特定病理之不孕因素，須另立次診斷且須載明相關的診斷依據。

(二)保胎：先兆流產、非自然受孕、經助孕受孕及易流產之女性(病歷應記載詳實)，受孕後0-20週之保胎照護(應註明孕期週數)。

~~六~~四、預算來源：~~107年~~全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「中醫提升孕產照護品質計畫」專款項目下支應，全年經費~~60.0百萬元~~依當年度健保會協商結果辦理。

~~五~~五、結案條件：符合結案條件之患者當年度該院所不能再收案。

### (一)助孕：

1.女性患者，自初次收案日起算六個月，基礎體溫未見高低溫雙相曲線、或雖有雙相曲線但高溫期短於10天者。(病歷應登載基礎體溫均溫、高溫期天數)。

2.男性患者，自初次收案日起算六個月，精液檢查報告異常項目無進步者。(病歷應登載各次檢驗報告，未登載驗報告即應結案)

(二)保胎：妊娠滿20週即應結案。

### ~~七~~六、申請資格：

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

(二)申請參與本計畫之醫師及保險醫事服務機構須二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以全民健康保險保險人(以下稱保險人)第一次處分函所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者或申請暫緩處分者)。

### ~~八~~七、申請程序：

中醫門診特約醫事服務機構應檢送申請表(附件一)，向中醫全聯會提出申請。

### ~~九~~八、申請資格審查：

中醫全聯會於每年3月、6月、9月中旬(以郵戳為憑)收齊申請案件後，5個工作日內將審查完成結果造冊送保險人核定及公告新增承辦之保險醫事服務機構名單，執行日以公告院所名單日當月1日起計。

### ~~十~~九、執行方式：

#### (一)助孕

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

2.男性患者：須包含望聞問切四診診療、排卵日指導、內服藥、針灸治療、營養指導、運動指導、生活作息指導。

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

### 十一、支付方式：

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

### 十二、醫療費用申報與審查

#### (一) 醫療費用申報

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

### 十三、執行報告

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

#### (二) 實施效益須包含如下：

##### 1. 助孕：

- (1) 助孕成功率(=成功受孕個案數/助孕看診個案數)

註：

A. 分子：分母個案中當年度至隔年六月間有申報第二次產檢之人數(無第二次者以第三次計)。

B. 分母：當年度申報助孕照護處置費(P39001、P39002)女性人數。

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

#### A. 助孕診療紀錄表(每季提供予中醫全聯會)-女性

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

#### B. 助孕診療紀錄表(每半年提供予中醫全聯會)-男性

姓名	生日	初診日期	精蟲數	形態良率	液化	雜質	活動力	是否受孕	次診斷(請填不孕症之其他病名)	其他

##### 2. 保胎

- (1) 保胎成功率(=成功保胎個案數/保胎看診個案數)

A. 分子：分母個案中當年度至隔年六月間有申報第三次以上產檢之人數。

B. 分母：當年度申報保胎照護處置費(P39003、P39004)之人數。

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

懷孕初期症狀及心理評估量表(每季提供予中醫全聯會)

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

- 十~~四~~三、辦理本計畫之保險醫事服務機構，如於執行期間，因有特約管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一（含行政救濟程序進行中尚未執行處分者），且經保險人予以停止特約或終止特約者，本計畫執行資格將同步自處分停約或終止特約日起終止。
- 十~~五~~四、執行本計畫之保險醫事服務機構，未依本計畫規定事項執行者，或繳交之量表未符合規定經全聯會要求改善而未改善者，由中醫全聯會重新評估後，函請保險人分區業務組予以停止執行本計畫。
- 十~~六~~五、本計畫由保險人與中醫全聯會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫申請表

基	院所名稱		院所代碼		
	本計畫醫師姓名		身分證字號		
	本計畫負責醫師 學 經 歷		聯 絡 電 話		
E-mail :					
本	醫 師 姓 名	身 分 證 字 號	中醫師證書字號	中醫執業 年資	受訓課程 日期
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
資	保險醫事服務機構自評項目		請V選		備註
	院所是否二年內未違反健保相關法規		<input type="checkbox"/> 未違反 <input type="checkbox"/> 違反		
	醫師是否二年內未違反健保相關法規		<input type="checkbox"/> 未違反 <input type="checkbox"/> 違反		
料	機 構				

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

附件二

全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫  
給付項目及支付標準表

通則：

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

全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫  
支付標準表

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

## 全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案

### 一、依據：

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

### 二、目的：

希望透過中西醫結合的治療方式，將腫瘤患者經手術、放化療後常出現的腸胃不適、眩暈、落髮，以及療程中常出現的口乾、口腔潰瘍、便秘、腹瀉、張口困難等症狀減輕到最低，讓患者能順利完成整個西醫療程，發揮最大療效；尤其對末期患者所出現的惡病質，諸如體重減輕，食慾不振，精神萎靡等不適，以及癌性疼痛問題，透過中醫的體質調理，提升患者的生活品質。

~~三、施行期間：自公告日起至106年12月31日止。~~

### 四、適用範圍：

(一)癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫：需中醫輔助醫療之癌症住院患者。

(二)癌症患者中醫門診延長照護計畫

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

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

(三)特定癌症患者中醫門診加強照護計畫

1.西醫確診為乳癌ICD-10-CM：

(1)主診斷碼：C50、C79.81。

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

2.西醫確診為肝癌ICD-10-CM：

(1)主診斷碼：C22、C23、C24。

(2)(主診斷碼：C77、C78.0-C78.2、C78.4-C78.8、C79.3、C79.5、C79.7、Z94.4)+(次診斷碼C22、C23、C24、Z85.05)。

3.西醫確診為肺癌ICD-10-CM：

(1)主診斷碼：C33、C34。

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

4.西醫確診為大腸癌ICD-10-CM：

(1)主診斷碼：C18、C19、C20、C21。

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

5.符合上述第1點至第4點之診斷併領有重大傷病證明，經手術後一年內或放化療(含標靶治療)或其它抗癌治療期間之患者。

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

註2：癌症患者中醫門診延長照護計畫：同一個案，每月限收案兩次(含跨院)。

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



## 六、申請資格及退場機制：

- (一)「癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫」、「癌症患者中醫門診延長照護計畫」：限設有中醫門診之醫院方可提出申請。
- (二)申請參與本方案之醫師須執業滿三年以上，並參加中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)所辦理繼續教育受訓課程之中醫師。
- (三)申請參與本方案之保險醫事服務機構及醫師須二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以全民健康保險保險人(以下稱保險人)第一次處分函所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)。
- (四)退場機制：~~審前~~前一年度~~收案且~~結案患者前測量表完成率低於90%且後測量表完成率低於50%者，於保險人通知函到達日之次月一日起，~~12個月內~~當年度不得承作本計畫。
- (五)「癌症患者中醫門診延長照護計畫」之結案條件
  - 1.所有症狀程度改善至CTCAE評估表 grade 1。
  - 2.患者中斷治療超過3天者。(以同次收案期間內申報「門診延長照護費」案件之「~~就醫日期相減~~後次就醫給藥首日」減「前次就醫給藥末日」，大於等於4天為結案)。

## 七、申請程序：

- (一)中醫門診特約保險醫事服務機構應檢送申請表(如附表)及其他檢附資料，以掛號郵寄、傳真、E-MAIL 等方式向中醫全聯會提出申請，並經電話向中醫全聯會確認後，方完成申請流程。
- (二)其他檢附資料：
  - 1.[癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫：簡單說明中醫與西醫間人力資源配置及收案診治流程。](#)
  - 2.[癌症患者中醫門診延長照護計畫：獨立照護空間之規劃配置圖。](#)

## 八、申請資格審查：

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

## 九、執行方式：

- (一)醫師應對當次看診病人提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，並以標準作業流程與處置完成診療。
- (二)開立中藥、針灸(或傷科)治療。
- (三)疾病管理照護費(含中醫護理衛教及營養飲食指導)，[西醫住院及門診延長照護於個案收案期間限申請一次；門診加強照護限三個月申報一次。](#)
- (四)填寫生理評估量表，[西醫住院及門診延長照護於個案收案期間限申請一次；門診加強照護限三個月申報一次](#)，各計畫量表評估如下：
  - 1.[癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫、癌症患者中醫門診加強照護計畫：一般性量表\(Functional Assessment of Cancer Therapy-General Scale；FACT-G\)\(第四版\)、生活品質評估Eastern Cooperative Oncology Group\(ECOG\)。](#)
  - 2.[癌症患者中醫門診延長照護計畫：CTCAE評估表\(完整版本請至健保署官網下載\)、台灣版簡明疲憊量表\(The Taiwanese Version of the Brief Fatigue Inventory，以下稱BFI-T，詳附件二\)及台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷\(The World Health Organization Quality of Life-BREF，以下稱WHOQOL-BREF，詳附件三\)。](#)

(五)本計畫收案後應將個案之基本資料登錄於健保資訊網服務系統(VPN)。「癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫」、「癌症患者中醫門診延長照護計畫」須於收案3日內及結案(出院)前各執行一次評估量表；「特定癌症患者中醫門診加強照護計畫」則為於收案3日內完成前測，90日內完成後測，之後每滿三個月(「前次測量日+90天」至「前次測量日+150天」內)執行一次。每次須完成各項支付標準所列之量表並於當月費用申報前登錄於VPN。

(六)本計畫執行期間，保險醫事服務機構欲變更計畫申請表內容者，須先函送中醫全聯會進行評估，經保險人分區業務組核定後，始得變更。

#### 十、支付方式：

(一)本計畫之給付項目及支付標準表如附件四。

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

#### 十一、醫療費用申報與審查：

##### (一)醫療費用申報

1.門診醫療費用點數申報格式之總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。

2.門診醫療費用點數申報格式點數清單段：

(1)案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。

(2)特定治療項目(一)：請填報「J7(癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫)」、「JE(乳癌中醫門診加強照護計畫)」、「JF(肝癌中醫門診加強照護計畫)」、「JH(癌症患者中醫門診延長照護計畫)」、「JI(肺癌中醫門診加強照護計畫)」及「JJ(大腸癌中醫門診加強照護計畫)」。

(二)有關醫療費用申報及支付、程序審查、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，除另有規定外，按全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法辦理。

#### 十二、執行報告：

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

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

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

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

十六、本計畫由保險人與中醫全聯會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附表

## 全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案

- 癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫
- 癌症患者中醫門診延長照護計畫
- 特定癌症患者中醫門診加強照護計畫

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

中醫全聯會審核意見欄 (本欄位由中醫全聯會填寫)	<p>1<input type="checkbox"/>審核通過。</p> <p>2<input type="checkbox"/>不符合規定。</p> <p>3<input type="checkbox"/>資料不全，請於 月 日內補齊。</p> <p>4<input type="checkbox"/>其他。</p> <p style="margin-top: 20px;">審核委員： _____ 審核日期： 年 月 日</p>
-----------------------------	---

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

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

Publish Date: May 28, 2009

### Quick Reference

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

### Components and Organization

#### SOC

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

#### CTCAE Terms

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

### Definitions

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

### Grades

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

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

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

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

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

### Grade 5

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

### Activities of Daily Living (ADL)

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

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

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

附件二

台灣版簡明疲憊量表(BFI-T)

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

1.請在下面數字中圈選一個，以表示現在的疲憊(疲倦、疲勞)程度

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

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

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

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

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

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

(1)一般活動

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

(2)情緒

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

(3)行走能力

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

(4)日常工作(包括外出工作及家事)

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

(5)與人交往

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

(6)生活樂趣

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

附件三

台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷(WHOQOL-BREF)

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

14. 您有機會從事休閒活動嗎？

完全沒有機會 少許機會 中等程度機會 很有機會 完全有機會

15. 您四處行動的能力好嗎？

完全不好 有一點好 中等程度好 很好 極好

16. 您滿意自己的睡眠狀況嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

17. 您對自己從事日常活動的能力滿意嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

18. 您滿意自己的工作能力嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

19. 您對自己滿意嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

20. 您滿意自己的人際關係嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

21. 您滿意自己的性生活嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

22. 您滿意朋友給您的支持嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

23. 您滿意自己住所的狀況嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

24. 您對醫療保健服務的方便程度滿意嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

25. 您滿意所使用的交通運輸方式嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

26. 您常有負面的感受嗎？（如擔心、傷心、緊張、焦慮、憂鬱等）

從來沒有 不常有 一半有一半沒有 很常有 一直都有

27. 您覺得自己有面子或被尊重嗎？

完全沒有 有一點有 中等程度有 很有 極有

28. 您想吃的食物通常都能吃到嗎？

從來沒有 不常有 一半有一半沒有 很常有 一直都有

附件四

全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案給付項目  
及支付標準表

通則：

- 一、本標準所訂支付點數包括中醫師診療、處置、處方、藥費、調劑費、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本(如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出)。
- 二、針灸、傷科及脫臼整復每次診療得合併申報本計畫之診察費項目，不受同一療程規定之限制。
- 三、本計畫之中醫輔助醫療服務量、針灸、傷科及脫臼整復合計申報量，應獨立計算且申報時不併入該院所原門診合理量、針灸、傷科及脫臼整復原合計申報量計算。
- 四、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。
- 五、申報中醫護理衛教費及營養飲食指導費，應於該次診療服務合併實施治療評估，並於病歷詳細載明評估結果及治療方式。
- 六、本計畫之案件當次不得另行申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫各章節之診療項目。
- 七、「癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫」之案件(同一個案)每二週不得申報超過七次(加護病房患者除外)。



支付標準表(一)  
-癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫

第一章 中醫輔助醫療診察費

編號	診療項目	支付點數
P34001	中醫輔助醫療診察費	350

第二章 藥費

編號	診療項目	支付點數
P34021	每日藥費	100
註：出院患者必要時得開給7天藥品		

第三章 針灸治療

編號	診療項目	支付點數
P34031	針灸治療處置費	400
P34032	電針治療	500
註：P34031、P34032 每次治療擇一申報。		

第四章 傷外科治療

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

第五章 疾病管理照護費

編號	診療項目	支付點數
P34051	中醫護理衛教費	300
P34052	營養飲食指導費	250
P34053	癌症治療功能性評估： (1)一般性量表(FACT-G) (第四版) (2)生活品質評估(ECOG)	1,000
註：1.P34051、P34052 每一個案住院期間限申報一次費用。 2.P34053 癌症治療功能性評估： (1)以個案為單位。 (2)須於收案後三日內及出院前各執行一次，前後測量表可各申報一次費用。 (3)每次須同時完成該項所列之量表並登錄於 VPN。		

第六章 藥品調劑費

編號	診療項目	支付點數
P34061	藥品調劑費	50/次

第七章 中醫輔助醫療檢查費

編號	診療項目	支付點數
P34071	中醫輔助醫療檢查費(舌診儀)	500/次
P34072	中醫輔助醫療檢查費(脈診儀)	500/次
註：每個月每項限申請一次，未檢查者不得申報。		

支付標準表(二)  
-癌症患者中醫門診延長照護計畫

第一章 中醫門診延長照護費

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

第二章 藥費

編號	診療項目	支付點數
P59021	每日藥費	100

註：收案期間結束之患者必要時得加開七日藥費。

第三章 藥品調劑費

編號	診療項目	支付點數
P59031	藥品調劑費	50

第四章 治療處置費

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

第五章 中醫輔助醫療檢查費

編號	診療項目	支付點數
P59051	中醫輔助醫療檢查費(舌診儀)	500/次
P59052	中醫輔助醫療檢查費(脈診儀)	500/次

註：每一個案收案期間限申請一次。

第六章 疾病管理照護費

編號	診療項目	支付點數
P59061	生理評估費(含前後測) 1.放化療副作用評估表(CTCAE) 2.台灣版簡明疲憊量表(BFI-T) 3.台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷(WHOQOL-BREF)	1,000
P59062	營養飲食指導費	250
P59063	護理衛教指導費	300

註 1.P59061：

(1)須以個案為單位，每一個案收案期間限申請一次。

(2)須完成 BFI-T、WHOQOL-BREF 及 CTCAE 評估表之前測及後測並登錄於 VPN，方可申請費用。

註 2.P59062、P59063：每一個案收案期間限申請一次。

支付標準表(三)

-特定癌症患者中醫門診加強照護計畫

編號	診療項目	支付點數
P56001	<u>特定癌症</u> 門診加強照護費(給藥日數 7 天以下) 註：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥	700
P56002	<u>特定癌症</u> 門診加強照護費(給藥日數 8-14 天) 註：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥	1,050
P56003	<u>特定癌症</u> 門診加強照護費(給藥日數 15-21 天) 註：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥	1,400
P56004	<u>特定癌症</u> 門診加強照護費(給藥日數 22-28 天) 註：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥	1,750
P56005	<u>特定癌症</u> 針灸或傷科治療處置費 註：本項處置費每月申報上限為 12 次，超出部分支付點數以零計。	400
P56006	疾病管理照護費 註： 1.包含中醫護理衛教及營養飲食指導。 2.限三個月申報一次，申報此項目者，須參考衛教表單(如附件五)提供照護指導，並應併入病患之病歷紀錄備查。	550
P56007	生理評估費 1.癌症治療功能性評估：一般性量表(Functional Assessment of Cancer Therapy-General Scale；FACT-G)(第四版) 2.生活品質評估(Eastern Cooperative Oncology Group；ECOG) 註：1.前測(收案三日內)及後測(收案三個月內)量表皆完成，方可申請給付。 2.限三個月申報一次，並於病歷詳細載明評估結果。	1,000

## 附件五

### 全民健康保險特定癌症患者中醫門診加強照護計畫 疾病管理照護衛教表單

接受放射線治療、化學治療時，大多數之副作用是暫時發生的，以下列出您應知道可能出現的副作用及建議處理方式：

#### (一) 血球下降：

照護方式：

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

#### (二) 噁心、嘔吐：

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

照護方式：

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

#### (三) 謹慎選擇健康食品：

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

#### (四) 生活作息：

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

#### (五) 其他事項補充：

## 第三部 牙醫

## 第一章 門診診察費

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	—符合加強感染管制之牙科門診診察費					
	1.每位醫師每日門診量在二十人次以下部份 ( $\leq 20$ )					
00129C	—處方交付特約藥局調劑	v	v	v	v	<u>320</u> <del>313</del>
00130C	—未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	v	<u>320</u> <del>313</del>
	2.山地離島地區					
00133C	—處方交付特約藥局調劑	v	v	v	v	<u>350</u> <del>343</del>
00134C	—未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	v	<u>350</u> <del>343</del>
	註：					
	1.牙醫特約醫事服務機構須依「牙醫門診加強感染管制實施方案」申報。					
	2.初次申報此項時，附上「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」以為核備。					
	3.處方交付特約藥局調劑或未開處方者，不得申報藥事服務費。					
	4.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。					
	5.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑。					
	6.本項支付點數含護理費 29-39 點。					

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
34004C	齒顎全景 X光片攝影 Panoramic radiography 註： <u>1.每人限支付一張(含跨院所)，<del>病歷應詳載</del>特殊<del>情況</del>傷病狀況不在此限。</u> <u>2.病歷應詳載符合特殊狀況之拍攝理由。</u>	v	v	v	v	600

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

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
90008C	去除釘柱 Removal of post 註：申報費用時，需附治療前與治療後 X 光片以為審核（X 光片費用已內含）。	v	v	v	v	<u>1235</u> <del>1000</del>

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

### 第一項 處置及門診手術

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

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



## 第四章 牙科麻醉費

通則：

- 一、表面麻醉、浸潤麻醉或簡單之傳導麻醉之費用均已包含~~今~~在手術費用內，不另給付；另麻醉材料費已包括蘇打石灰 Soda lime，笑氣 Nitrous oxide，氧氣 Oxygen 及麻醉藥膏 Anesthetic jelly 及麻醉用氣體等在內，不另給付。

## 107~~106~~年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫

### 一、依據：

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

### 二、目的：

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

### 三、執行目標：

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

### 四、預算來源及支付範圍：

#### (一) 本計畫所列診療項目之預算來源

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

## (二) 適用治療對象(給付對象)

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

## (三) 給付項目及支付標準：

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

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

## 五、牙醫師申請資格：

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

## 六、申請程序及申報規定：

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

## 七、審查方式：

- (一) 醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。
- (二) 申報「牙周病統合性治療第一階段支付(P4001C)」項目，隨一般案件抽審。審查案件須檢送以下審查資料：
  1. 病人基本資料暨接受牙周病統合性治療確認書(詳附件4)。
  2. 治療前全口X光片(足以辨識骨頭高度 bone level 之X光片)。
  3. 治療前牙周病檢查紀錄表。

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

- (三) 申報「牙周病統合性治療第二階段支付 (P4002C)」項目，隨一般案件抽審。查案件除檢附第一階段審查資料外，另須檢送治療前牙菌斑控制紀錄表及病歷。(上月抽審，資料未回者，可檢附上個月抽審清單，並得免附 X 光片)
- (四) 申報「牙周病統合性治療第三階段支付 (P4003C)」項目，隨一般案件抽審。審查案件除檢附第一及第二階段審查資料外，另須檢送治療後牙周病檢查記錄表、牙菌斑控制紀錄表及病歷。(上月抽審，資料未回者，可檢附上個月抽審清單，並得免附 X 光片)
- (五) 專業審查時，若所附資料經兩位審查醫師判定無法佐證治療適切性時，之後執行個案得要求院所檢附個案治療前、治療後之臨床相片。(例如牙齦增生無骨下破壞患者...等)。

#### 八、臨床治療指引

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

## 九、相關規範：

### (一) 醫療服務管控實務如下：

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

### 2. 醫管措施

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

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

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

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

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

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

### (二) 相關配套：牙周病檢查紀錄完整且有治療前後改善情形對照比較。

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

2. 第三階段中治療改善情形，甚至長期牙周健康追蹤情形可據以提供。

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

#### 十、醫師資格審查程序：

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

#### 十一、收取自費規範：

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

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

(二)除健保不給付項目外，不得再向牙周炎患者收取自費。

#### 十二、成效評估指標：由牙醫全聯會依下列指標評估。

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

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

十四、本年度計畫在次年度計畫未於次年初公告前，得延續辦理，符合次年度計畫規定者，實施日期追溯至次年之 1 月 1 日，不符合次年度計畫規定者，得執行至次年度計畫公告實施日之次月止。

十五、本計畫由保險人與牙醫全聯會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。



## 牙周病檢查紀錄表（版本A）

### Periodontal Chart（術前、術後合併填寫）

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

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

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

Note :	治療前總齒數		；治療前囊袋≥5mm齒數	
	治療後至少一個部位改善2mm齒數		；改善率	%

## 牙周病檢查紀錄表（版本B）

### Periodontal Chart（術前、術後分開填寫）

患者姓名 Name		身分證字號 ID		術前日期		術前 醫師姓名	
性別 Sex		年齡 Age		術後日期		術後 醫師姓名	
術前							
Mobility							
Furcation	D	B	M	D	B	M	D
Buccal	Probing Depth						
Tooth		18	17	16	15	14	13
Palatal	Probing Depth						
Linqual	Probing Depth						
Tooth		48	47	46	45	44	43
Buccal	Probing Depth						
Furcation							
	L	B	L	B	L	B	L
Mobility							
術後							
Mobility							
Furcation	D	B	M	D	B	M	D
Buccal	Probing Depth						
Tooth		18	17	16	15	14	13
Palatal	Probing Depth						
Linqual	Probing Depth						
Tooth		48	47	46	45	44	43
Buccal	Probing Depth						
Furcation							
	L	B	L	B	L	B	L
Mobility							
Note :	治療前總齒數		；	治療前囊袋≥5mm齒數			
	治療後至少一個部位改善2mm齒數		；	改善率		%	

## 牙菌斑控制紀錄表

Plaque Control Record (至少術前、術後各執行一次)

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

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

1. 牙周病檢查紀錄表須註明為術前或術後

2. 病人基本資料欄:

Name: 姓名

ID: 身分證號碼

Sex: 性別 M: 男 F: 女

Age: 年齡(足歲)

Date: 檢查日期

3. 檢查資料欄

(依牙齒 #18 為例，此表上、下、左、右對稱):

Mobility (搖動度):

1: 已會搖。

2: 頰舌側水平方向搖動 < 1 mm。

3: 頰舌側水平方向搖動  $\geq$  1 mm。

D: 垂直方向可下壓。

Furcation (根岔病變): 水平根岔病變，以 mm 計。

Probing depth (探測深度): 以 mm 計。

註記說明：

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

近心(M / mesial)，遠心(D / distal)，

X (缺牙): 以英文大寫“X”取代牙齒編號，代表缺牙。

牙菌斑控制紀錄表填寫法：

有牙菌斑位置註記為 1，缺牙部位以英文大寫“X”取代牙齒編號。

【附件 3】

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

一、申請醫師：\_\_\_\_\_ 身分證字號：\_\_\_\_\_

二、分區別：台北 北區 中區 南區 高屏 東區

三、執業登記院所名稱：\_\_\_\_\_ 醫事機構代號：\_\_\_\_\_

四、聯絡人：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_ 傳真：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

五、申請資格：

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

六、檢附教育訓練證明

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

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

牙醫師簽章

備註：

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



【附件 5】

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

一、醫師姓名：\_\_\_\_\_ 身分證字號：\_\_\_\_\_

二、聯絡人：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_ 傳真：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

三、申請分區別：台北 北區 中區 南區 高屏 東區

四、申請類別：

- 專科醫師（臺灣牙周病醫學會或台灣牙周補綴醫學會）。（須檢附專科醫師證書影本）
- 有教學計畫-教學醫院。
- 有教學計畫者-PGY 院所。（須檢附二年內衛生福利部核定證明影本）
- 有醫療需求者（須檢附最近兩個月內每月完成 P4003C 申報件數達 10 件以上之病患清單或醫令清單）

備註：

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

核定結果（由初審單位填寫）：不符合 符合-每月 30 件 符合-不限件數

初審單位

核 章

## 107~~106~~年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

### 一、依據

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

### 二、目的

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

### 三、實施期間

107~~106~~年1月1日至107~~106~~年12月31日止。

### 四、年度執行目標

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

### 五、預算來源

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

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

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

### 六、先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：

(一) 適用範圍及支付標準詳如【附件 1】。

(二) 申請條件：

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

(三) 每點支付金額 1 元。



#### (四)申報及審查規定：

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

#### (五)申請程序：

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

#### 七、特定身心障礙者牙醫醫療服務：

##### (一)適用對象須符合下列條件之一：

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

1. 腦性麻痺係以重大傷病卡診斷疾病碼前 3 碼為 343 加以認定，餘以主管機關公告之身障類別認定(詳附件 2)，符合資格者會於全民健康保險憑證（以下稱健保卡）中重大傷病欄中牙醫特定身心障礙者註記，極重度註記 1，重度者 2，中度者 3，輕度者 4，醫師可據以獲知身障別，如無法查知者，可依病患提供之身心障礙手冊或證明【腦性麻痺可提供重大傷病卡、發展遲緩兒童應檢附由衛生福利部國民健康署(以下稱健康署)委辦之兒童發展聯合評估中心開具之綜合報告書(診斷頁)或辦理聯合評估之醫院開具發展遲緩診斷證明書】提供服務。

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

(二) 提供牙醫醫療服務類型及申請條件：

\*\*院所牙醫醫療服務，得就以下擇一申請：

1. 初級照護院所

(1) 院所資格：

A. 設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備。

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

(2) 醫師資格：

A. 自執業執照取得後滿 1 年以上臨床經驗之醫師。

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

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

2. 進階照護院所

(1) 院所資格：

A. 可施行鎮靜麻醉之醫療院所及提供完備醫療之醫護人員。

B. 設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備、麻醉機、心電圖裝置(Monitor，包括血壓、脈搏、呼吸數之監測、血氧濃度 oximeter)、無障礙空間及設施。

C.需 2 位以上具有從事相關工作經驗之醫師。

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

(2)醫師資格：

A.2 位以上具有從事相關工作經驗之醫師，負責醫師自執業執照取得後滿 5 年以上之臨床經驗，其他醫師自執業執照取得後滿 1 年以上之臨床經驗。

B.每位醫師首次加入本計畫，須接受 6 學分以上身心障礙口腔醫療業務之基礎教育訓練。加入計畫後，每年須再接受 4 學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關之再進修教育課程（每年再進修課程不得重複，執行到宅牙醫醫療之醫師須修習與到宅牙醫醫療之相關學分）；本計畫之醫師須累積七年以上且超過 30（含）學分後，得繼續執行計畫，惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。

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

\*\*醫療團牙醫醫療服務

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

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

3.2 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。

4.3 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。前述違規期間之認定，以保險人第一次發函處分之停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

5.4. 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或椅子上，行動困難無法自行至醫療院所就醫之患者。

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

2. 符合本計畫到宅牙醫醫療服務之適用對象首次接受訪視或醫療服務時，由醫師提出申請，經牙醫全聯會核可者，始得至服務對象所在之居所提供牙醫醫療服務，醫療費用須帶回執業登記院所申報。

3. 院所及醫師資格：由各縣市牙醫公會、醫學中心、參與衛生福利部「特殊需求者牙科醫療服務示範中心獎勵計畫」之醫院或參與本計畫之照護院所，且須為修習到宅牙醫醫療相關課程之醫師，至服務對象所在之居所（家中）提供牙醫醫療服務。

4. 牙醫服務內容及設備：

(1) 基於安全考量，以提供牙周病緊急處理、牙周敷料、牙結石清除、牙周暨齲齒控制基本處置、塗氟、非特定局部治療、特定局部治療、簡單性拔牙及單面蛀牙填補等服務為限，其他治療應轉介到後送之醫療院所進行。

(2) 提供到宅牙醫醫療服務之牙科設備，經申請單位評估病患實際情形後攜帶【建議如：攜帶式洗牙機、攜帶式吸唾機、攜帶式牙科治療設備、有效的急救設備、氧氣設備（含氧氣幫浦、氧氣筒須有節流裝置、氧氣面罩等）、急救藥品、開口器及攜帶式強力抽吸設備、健保卡讀寫卡設備等相關物品】。

(三) 費用支付及申報規定：

1. 給付項目及支付標準：

- (1) 加成支付：除麻醉項目外，屬論量計酬之項目得加成申報，即：極重度身障患者得加 9 成、重度患者得加 7 成、中度患者（含發展遲緩兒童）及中度以上精神疾病患者得加 3 成、輕度患者（含失能老人）得加 1 成。
- (2) 氟化物防齲處理(支付標準編號為 P30002)：執行特定身心障礙者牙醫醫療服務時，得依病情適時給予氟化物防齲處理。每次支付 500 點，每 90 天限申報 1 次。
- (3) 醫療團牙醫服務：
  - A. 得採論次加論量支付方式，由各醫師帶回執業院所申報論量及論次支付點數。社區醫療站之論量支付點數依本計畫規定申報；論次費用由牙醫不足改善方案專款支應，並按該計畫規定申報，不得再申報本計畫之論次費用。
  - B. 論次項目（支付代碼為 P30001）：每小時 2400 點（內含護理費），每位醫師每診次以 3 小時為限（不含休息、用餐時間），平均每小時至少服務 1 人次，服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者均不得申報該小時費用。
  - C. 特定需求者牙醫服務：得採論次加論量支付方式，論次項目（支付代碼為 P30003），每小時 1900 點（內含護理費，且不得收取其它自費項目），每位醫師每診次以 3 小時為限（不含休息、用餐時間），平均每小時至少服務 1 人次，服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者均不得申報該小時費用。
  - D. 醫師執行到宅牙醫醫療服務(含訪視)及特定需求者牙醫醫療服務每日達 5 人以上，第 5 人起按 6 折支付，每日最多 8 人為限，且每月不超過 80 人；每位醫師支援每週不超過 2 日。另每一個案以 2 個月執行 1 次為原則，並依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定施行。
- (4) 到宅及特定需求者牙醫服務：
  - A. 到宅牙醫服務：採論次支付方式，每一案 5700 點，支付標號為 P30005（內含護理費、口腔預防保健，且健保給付項目不得收取其它自費項目），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，抽審時須檢附 3 年內之「口腔醫療需求評估及治療計畫」【附件 15】。

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

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

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

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

(5)每點支付金額：本預算係按季均分及結算。當季預算若有結餘，則流用至下季；當季預算若有不足，則先天性唇顎裂及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

E. 社區醫療站服務：

非精神疾病者：極重度-L5、重度-L6、中度-L7、輕度-L8

精神疾病者：重度以上-L9、中度-LA

發展遲緩兒童：LB

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

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

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

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

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

(4) 醫療團牙醫醫療服務之限制如下：(不適用於特定需求者牙醫醫療服



務)

- A. 每位醫師支援同一機構每週不超過 2 診次。如有支援不同機構，每週合計不超過 4 診次，每月不超過 16 診次。
- B. 每診次申報點數不超過 3 萬點(以加成後論量支付點數計算)，若超過 3 萬點以上者，超過的部分不予支付。
- C. 至身心障礙福利機構、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校或政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)等單位，提供牙醫醫療服務之規定：未超過 150 人的單位，每週牙醫排診合計不得超過 3 診次，150 人以上 300 人以下的單位，每週牙醫排診合計不得超過 4 診次，300 人以上的單位，視醫療需求每週合計牙醫排診 5 診次；醫療團因前述各單位人數異動需增加平日排診或特殊例假日排診之診次時，須向牙醫全聯會提出申請，經審核通過後，由保險人各分區業務組另行文通知院所，異動時亦同。(離島地區及特殊醫療需求機構，經全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議討論通過者除外。)

(5) 本計畫服務量不列入分區管控項目，但仍納入專業審查範圍。

(6) 本計畫服務量不納入門診合理量計算。

#### (四) 申請程序：

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

1. 申請為初級照護院所，應檢附下列資料：

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

2. 申請為進階照護院所，應檢附下列資料：

- (1) 申請書格式如【附件 3】。
- (2) 2 位以上(含負責醫師)醫師個人學經歷等相關資料紙本(身分證字號、學經歷、專長背景及從事相關工作訓練或經驗說明)。

- (3)身心障礙者口腔醫療及保健推廣計畫書書面紙本及電子檔各一份，一併提供牙醫全聯會（包括目前執行及未來推廣身心障礙者口腔醫療及保健推廣計畫之執行要點，書寫格式請以A4版面，由左而右，由上而下，（標）楷書14號字型，橫式書寫）。
- (4)身心障礙教育訓練之學分證明影本。
- (5)牙醫師證書正反面影本一份。
3. 以醫療團為單位，申請時應檢附下列資料：（含特定需求者醫療服務）
- (1)申請書格式如【附件5】，並應檢附下列資料，書面紙本和電子檔各一份，一併提供牙醫全聯會：
- A.縣市牙醫師公會評估表【附件6】
- B.身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)等單位之立案證明、同意函、簡介、身障者名冊、口腔狀況、牙科設備、醫師服務排班表、牙科治療計畫、維護計畫、口腔衛生計畫、經費評估牙醫師證書正反面影本乙份等內容書面紙本和電子檔各乙份。若屬衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本。
- (2)每年度結束後20日內須繳交醫療團期末報告【附件8】及醫師個人期末報告【附件8-1】兩份報告書面紙本資料和電子檔(由醫療團所屬縣市公會彙整後)，一併函送牙醫全聯會審核，審核不通過或有違規或異常者，經牙醫全聯會及保險人分區業務組確認，得停止延續執行本計畫。
4. 首次執行到宅牙醫醫療服務之個案訪視或醫療服務前，醫師須檢送到宅醫療訪視或醫療服務申請表【附件17 21】至牙醫全聯會核可後，由牙醫全聯會於每月20日前將名單函送保險人分區業務組備查。
- ~~5.申請提供特定需求者牙醫醫療服務，應檢附下列資料，一併提供牙醫全聯會：~~
- ~~(1)申請書格式如【附件13】、日報表【附件16】，預定前往提供牙醫醫療服務之機構簡介、立案證明、同意函等，另須檢附完成報備支援證明等書面。~~

- ~~(2)衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本。~~
- ~~(3)每位患者須填妥一份個案口腔醫療需求評估表及治療計畫【附件17】、個案健康狀況評估表【附件20】等書面紙本。~~
- ~~(4)牙醫師證書正反面影本一份。~~

(五) 相關規範

1. 每月5日前將申請書及學分證明等資料以掛號郵寄至牙醫全聯會。牙醫全聯會審查後，於每月20日前將院所及醫療團(含特定需求者)通過名單函送保險人，由保險人分區業務組審理核定後，以公告或行文通知相關院所；申請者得於核定之起迄期間執行本項服務，申請流程圖說明詳如【附件7】、【附件13-14】。~~特定需求者醫療服務個案申請以掛號郵寄至牙醫全聯會，經牙醫全聯會審查後，通過名單函送保險人，由保險人分區業務組審理核定後，函復院所及牙醫全聯會。首次執行到宅牙醫醫療服務之個案訪視及醫療服務，醫師須檢送到宅醫療訪視或醫療服務申請表【附件21】至牙醫全聯會核可後，由牙醫全聯會於每月20日前將名單函送保險人分區業務組備查。~~
2. 醫師名單若有異動，應於每月5日前分別以【附件4】~~及~~【附件5】~~及~~【附件16】格式函報牙醫全聯會，再由該會於每月20日前彙整送保險人分區業務組，待完成核定程序後，得於核定之起迄期間執行本項服務，另醫事機構代碼、院所名稱、執業登記等如有變更，應函報牙醫全聯會及保險人分區業務組辦理本計畫起迄日期變更作業。
3. 院所或醫療團對患有智能障礙、自閉症及重度以上身心障礙病患提供未經事前審查之全身麻醉案件，應於次月20日前將施行之麻醉方式、麻醉時間、麻醉前及術前評估、治療計畫併病歷資料送保險人分區業務組審查。其餘案件仍須依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定申請事前審查。
4. 醫療團執行特定身心障礙牙醫醫療服務時，應注意事項：(不適用於到宅~~與特定需求者~~牙醫醫療服務)
  - (1) 醫療團每月20日前應檢送次月排班表供牙醫全聯會及保險人分區業務組備查，異動時亦同，並確實完成報備支援程序。
  - (2) 醫療團醫師須依排班表執行服務，服務流程圖詳【附件9】。

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

- (14) 患者所需之牙科治療應由具資格之專業醫師予以判斷，協調院方之輔助人員善盡安撫患者情緒之責任，並依個人能力給予醫師所需之協助。
  - (15) 若遇臨時緊急狀況或危急情形，應立刻和負責的後送醫療院所聯絡，並立即進行緊急醫療及後送程序。
  - (16) 執行全身麻醉時，醫師及場~~次~~所設備應符合相關法令規定及全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準內容，除醫療資源不足地區、山地離島地區之初級照護院所外，其餘地區應於進階照護院所內方得執行。
  - (17) 執行全身麻醉時，應以患者安全為優先考量。每位麻醉醫師每次僅能執行一位患者之麻醉，並搭配至少一位牙醫師執行牙科治療。
  - (18) 配合保險人政策執行健保卡登錄業務，依規定上傳就醫資料入健保卡。若遇特殊狀況無法登錄時，以就醫序號特定代碼「C001」申報；並以例外就醫名冊【附件 ~~16~~ **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~~牙醫~~牙醫醫療及~~特定需求者牙醫~~牙醫醫療服務應注意事項：
- (1) ~~到宅牙醫醫療服務之醫師須依排班表執行服務~~，服務流程圖詳【附件 ~~14~~ **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。~~

(2)(4) 首次執行到宅牙醫醫療服務之個案訪視或醫療服務前，醫師須檢送到宅醫療服務訪視或醫療服務申請表【附件 17 ~~21~~】至牙醫全聯會，由牙醫全聯會於每月 20 日前將名單函送保險人分區業務組備查；另醫師於 107 年起首次執行到宅牙醫醫療服務之個案訪視或醫療服務後次月 20 日前須檢附個案 3 年內之口腔醫療需求評估及治療計畫【附件 15】正本寄送所屬本保險分區業務組，副本送牙醫全聯會備查。經催繳三個月內仍未改善者，經牙醫全聯會及保險人分區業務組確認，得暫停計畫執行。

(3)(5) 執行醫師應詳實填寫就診紀錄【附件 18】留存於病患，並於院所製作實體病歷留存，且須依患者身份影印本計畫所須之證明文件，黏貼於病歷首頁，以備查驗。

(4)(6) 一位醫師需搭配至少一位醫護人員。

(5)(7) 醫師應於診療期間隨時注意病患之生理及心理狀況。

(6)(8) 所有侵入性治療應取得病患家屬或監護人之書面同意書，並附在個人病歷及醫療記錄備查。

(7)(9) 本項服務若無法順利完成治療，應將患者轉介到後送之醫療院所進行後續治療。

(8)(10) 醫師應教導家屬為患者清潔口腔之衛教知識。

(9)(11) 耗材應由醫療團隊自備。

(10)(12) 設備之維護、清潔保養及醫療廢棄物由醫療團隊依相關法規妥善處理。

(11)(13) 提供本項服務時，若遇臨時緊急狀況或危急情形，應立刻和負責的後送醫療院所聯絡，並立即進行緊急醫療及後送程序。

(12)(14) 依保險人規定執行健保卡讀、寫卡作業。

- ~~(13)~~(15) 未遵守本計畫相關規定，經牙醫全聯會或保險人分區業務組要求改善，第一次通知二個月內未改善或第二次通知一個月內未改善者，得由本保險之分區業務組核定暫停計畫執行。
6. 牙醫全聯會應將審核之相關院所及醫師名單函送保險人，由保險人各分區業務組審理核定後，另行文相關院所。惟被停止參加計畫之醫師可向所屬保險人分區業務組提出申復，經保險人分區業務組確認取消處分後，始得繼續執行本計畫。
  7. 首次申請本計畫提供特定身心障礙者牙醫服務之醫師，須接受 6 學分以上身心障礙口腔醫療業務基礎課程。加入計畫後，每年仍須再接受 4 學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關再進修教育課程（每年再進修課程不得重複，執行到宅牙醫醫療之醫師須修習與到宅牙醫醫療之相關學分），並檢附積分證明後，得於下一年度繼續執行此計畫。本計畫之醫師須累積七年以上且超過 30（含）學分後，得繼續執行此計畫；惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。
  8. 參加本計畫之院所及醫療團支援看診之服務單位（如：機構、學校或未設牙科之精神科醫院等），應提供院所及服務單位的電話、地址、看診時間等資訊，置放於保險人全球資訊網網站(<http://www.nhi.gov.tw>)及牙醫全聯會網站(<http://www.cda.org.tw>)，俾利民眾查詢就醫。
  9. 醫療團服務院所應將「全民健保牙醫特殊醫療服務」之海報、立牌、直立旗、布條或其他(如看板等)標示物，標示看診地點與時間等，揭示於明顯處。標示製作作業說明請依【~~附件 19~~23】規定辦理。
- 八、保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條規定計收；若屬全民健康保險法第四十三條第四項所訂醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，保險對象應自行負擔費用得予減免 20%。
- 九、本年度計畫在次年度計畫未於次年初公告前，得延續辦理，符合次年度計畫規定者，實施日期追溯至次年之 1 月 1 日，不符合次年度計畫規定者，得執行至次年度計畫公告實施日之次月止；到宅牙醫醫療服務於全民健康保險居家醫療照護整合計畫未修訂公告前得適用本年度計畫內容。
- 十、本計畫由保險人與牙醫全聯會共同研訂，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，得由保險人逕行修正公告。

【附件 1】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

-先天性唇顎裂疾病及顱顏畸形症醫療服務(齒顎矯正) 給付項目及支付標準

通則：

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

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



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

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

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

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

【附件 2】

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

與舊制身障類別之區分與辨識

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

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

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

備註說明：

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

二、 新制身心障礙證明樣張如下

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

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

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

【附件 3】

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

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

【申請院所基本資料】

一、「執業登記」院所名稱（全銜）：

(1) 醫事機構代號：

(2) 院所所屬層級別：醫學中心 區域醫院 地區醫院 基層診所

(3) 院所申請類別：初級 進階

(4) 院所基本資料：

1. 負責醫師姓名： 身分證字號：

2. 聯絡方式：

3. 聯絡地址：□□□-□□

(5) 目前院所能提供身心障礙使用之設備名稱及數量：

甲. 有專用椅子 無專用椅子

乙. 牙科門診—急救、氧氣設備（簡述設備內容）：\_\_\_\_\_

(6) 是否曾申請過加入計畫：有 無

二、「支援服務」院所名稱（全銜）：

(1) 醫事機構代號：

(2) 院所所屬層級別：醫學中心 區域醫院 地區醫院 基層診所（或同上）

(3) 院所申請類別：初級 進階（或同上）

(4) 院所基本資料：

1. 負責醫師姓名： 身分證字號：

2. 聯絡方式：

3. 聯絡地址：□□□-□□

(5) 目前院所能提供身心障礙使用之設備名稱及數量：

甲. 有專用椅子 無專用椅子

乙. 牙科門診—急救、氧氣設備（簡述設備內容）：\_\_\_\_\_

(6) 是否曾申請過加入計畫：有（年度：\_\_\_\_\_） 無

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

(1)「初級院所」應檢附申請書格式如【附件 3】、身心障礙教育訓練之學分證明影本、牙醫師證書正反面影本一份。

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

【附件 4】

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

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



【附件5】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫  
牙醫醫療服務申請書（醫療團）

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

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

- 六、變更醫療團醫師名單：（表格列數不夠可請自行增加）

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

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

【附件6】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫-縣市牙醫師公會評估表  
(醫療團)

牙醫師公會縣市別：

申請服務單位：

關於本會所屬會員申請成立醫療團至

\_\_\_\_\_ (執行服務單位名稱)，

提供身心障礙者或失能老人牙醫醫療服務，本會評估後意見如下：

同意

不同意，原因：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

其他意見：

立書人

公會別(簽章)：

代表人(簽章)：

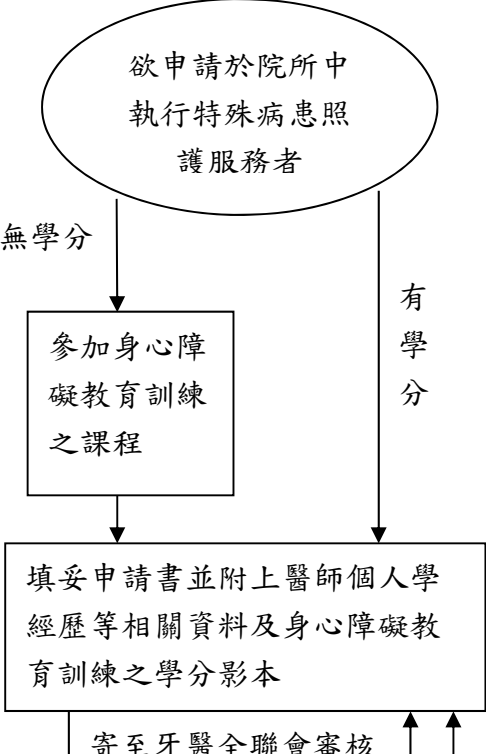
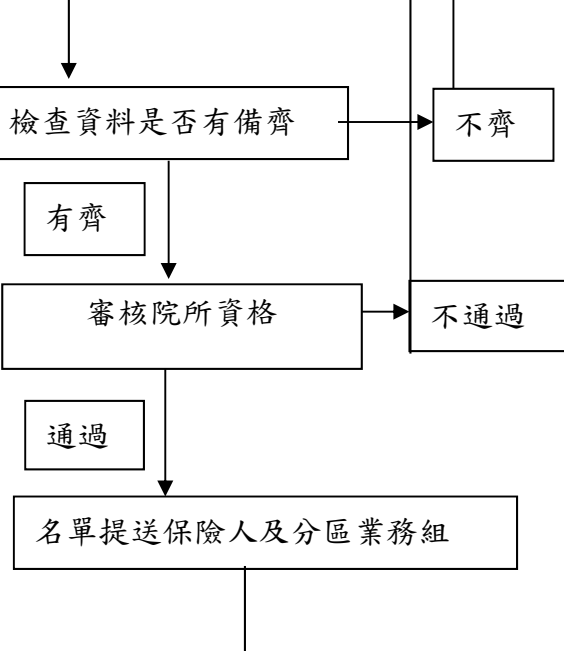
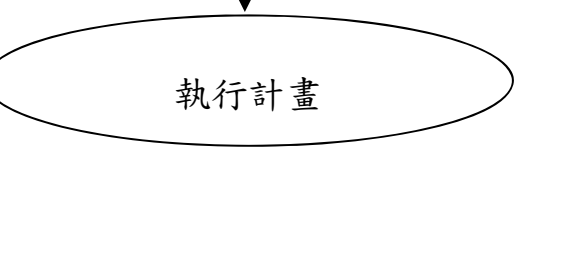
地址：

\*簽章需簽署用印(大小章)

中 華 民 國 年 月 日

【附件 7】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫  
院所申請流程圖

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

附表

## 牙科醫療院所友善醫療環境評量表

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

### 【必要項目】

項目	內容	檢核情形 (請打 V)
院所位置	<b>(一)設置在 1 樓者</b>	
	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。
	<b>(二)設置在地下室或 2 樓以上者</b>	
	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。<b>（不含特定需求者）</b></p> <p>B-8 場地整理及器械消毒。</p> <p>B-9 醫療廢棄物之處理。</p>

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫  
牙醫醫療服務報酬論次申請表

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

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

【附件 11】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫-牙醫醫療服務日報表

服務日期：

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

備註：障礙類別代號如下：

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

【附件 12】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

(醫療服務單位) 就診紀錄

基本資料																	
姓名：				出生年月日：								監護人：					
地址：																	
醫病史 (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
填表說明：D=Decayed、X=Missing、M=Mobility、RR=ResidualRoot、F=Filled																	



## 身心障礙福利機構（日間及住宿機構）口腔健康篩檢表

<b>(一) 基本資料：</b>					
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	
<b>(二) 洗牙記錄：</b> 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。					
<b>(三) 檢查方式說明：</b> 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。					
<b>(四) 檢查結果： (全口分為 6 區)</b>					
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)~~

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

~~五、執行區域或服務機構：~~

~~\_\_\_\_\_~~

~~六、院所電話：( ) \_\_\_\_\_ 傳真：( ) \_\_\_\_\_~~

~~七、聯絡人姓名：電話：\_\_\_\_\_~~

~~八、e-mail address：\_\_\_\_\_~~

~~九、地址：~~

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

~~甲、~~

~~乙、~~

~~丙、~~

~~丁、~~

~~十一、有無違規紀錄：無 記點 扣減 停止特約 終止特約~~

~~十二、是否曾申請加入計畫過：有(年度：\_\_\_\_\_)，執行日期：無~~



全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫  
到宅醫療服務申請流程圖

階段	流程	說明
申請前段	<pre> graph TD     1([1 申請到宅醫療服務]) -- 無學分 --&gt; 2[2-2 參加身心障礙教育訓練之課程]     1 -- 有學分 --&gt; 3[3 由符合資格之醫療院所提出到宅醫療訪視之申請]     2 --&gt; 3     </pre>	<p>1-1 由各縣市牙醫師公會組成醫療團、醫學中心、參與衛生福利部「特殊需求者牙科醫療服務示範中心獎勵計畫」之醫院或參與本計畫之照護院所經提出至特定身心障礙或失能老人行動不便患者住家提供牙醫醫療服務。</p> <p>1-2 請於保險人網站 (www.nhi.gov.tw) 的檔案下載區下載本計畫全文且詳讀。</p> <p>2-1 無身心障礙醫療業務相關課程學分請執行 2-2 的步驟。若醫師已有身心障礙醫療業務相關課程學分者請直接執行 3-1 之步驟。</p> <p>2-2 向所屬縣市牙醫師公會詢問是否於近期內有舉辦身心障礙相關課程，若無可請所屬公會協助詢問鄰近公會，或請公會辦理課程。</p> <p>3 填寫好申請表【附件 17 14】</p>
申請中段	<pre> graph TD     4[4 查資料是否有備齊] -- 齊全 --&gt; 5[5 牙醫全聯會通知審核結果]     4 -- 缺件 --&gt; 4     5 -- 未通過 --&gt; 4     5 -- 核可 --&gt; 6[6 名單提送保險人及分區業務組並副知院所]     </pre>	<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	<pre> graph TD     7([7 符合執行計畫資])     </pre>	<p>7 執行計畫期間醫療團隊之醫師若遭違規處分，將停止該醫師執行計畫之資格。</p>

# 全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

## 特定需求者醫療服務申請流程圖

階段	流程	說明
申請前段		<p><del>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。</del></p> <p><del>1-2 請於保險人網站 (<a href="http://www.nhi.gov.tw">www.nhi.gov.tw</a>) 的檔案下載區下載本計畫全文且詳讀。</del></p> <p><del>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。</del></p> <p><del>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。</del></p> <p><del>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：</del></p> <p><del>a. 日報表【附件 16】，每位患者須填妥一份個案口腔醫療需求評估表及治療計畫【附件 17】。</del></p> <p><del>b. 個案健康狀況評估表【附件 20】等書面紙本。</del></p> <p><del>c. 預定前往提供醫療服務之身心障礙福利機構簡介及立案證明、衛生福利部所屬老人福利機構（或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構）機構同意函等，另須檢附當地衛生主管機關報備支援證明等書面。</del></p> <p><del>d. 牙醫師證書正反面影本（含開（執）業登記動態章）、醫師接受身心障礙教育訓練之學分證明影本，屬衛生福利部所屬老人福利機構（或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構）內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本等書面文件各一份。</del></p>
申請中段		<p><del>4-1 每月將申請資料寄至牙醫全聯會。</del></p> <p><del>4-2 確定資料是否齊齊，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。</del></p> <p><del>5-1 若有需要醫療團隊須至牙醫全聯會進行口頭報告。</del></p> <p><del>5-2 若通過，牙醫全聯會將名單送至保險人分區業務組。若未通過依照其未通過之原因，若因學分不符請該公會通知該醫師待有學分後再次申請。若因違違規處分或者執行地點未符合本計畫者，會依保險人相關通知或核定文，行文給申請院所告知審核結果。</del></p> <p><del>6-1 彙整通過者名單以公文方式提送保險人。</del></p>
申請完成		<p><del>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）</del></p> <p><del>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。</del></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<del>熟悉之看護</del>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>↓</p> <p>醫師至臥床患者居所執行醫療服務審核</p> <p>↓</p> <p>每次出診前置作業</p> <p>↓</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> <p>醫師事前準備 A-1及A-6之各項事前執行工作</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> <p>患者家屬於事前須準備 B-1、B-2及B-3事前準備工作</p> </div> </div>	<p><del>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)。</del></p> <p><del>A-2 機構提出醫療服務之申請。</del></p> <p><del>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。</del></p> <p><del>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。</del></p> <p><del>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。</del></p> <p><del>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。</del></p> <p><del>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。</del></p>	<p><del>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。</del></p> <p><del>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。</del></p> <p><del>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。</del></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>↓</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><del>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。</del></p> <p><del>A-9 陪同護士協助醫師安撫患者情緒,完成治療。</del></p> <p><del>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。</del></p> <p><del>A-11 依保險人規定執行健保卡讀、寫卡作業。</del></p> <p><del>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。</del></p> <p><del>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。</del></p>	<p><del>B-4 協助醫師完成治療</del></p> <p><del>B-5 接受醫師完成診療後之照護及術後說明應注意事項。</del></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>結束此次身心障礙福利機構或衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)醫療服務</p>	<p><del>A-13 醫療器械相關設備及健保卡讀、寫卡等作業。</del></p> <p><del>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。</del></p> <p><del>A-15 教導家屬為患者清潔口腔衛教知識。</del></p>	<p><del>B-6 家屬應學習如何為病患做清潔口腔的知識。</del></p> <p><del>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。</del></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): \_\_\_\_\_~~

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

~~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。~~

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"/> <u>到宅牙醫醫療服務</u> <del>特定需求者醫療服務</del>																	
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、 <del>(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、</del> (4) <u>(3)</u> 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																	
恆牙牙冠																	
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																	
恆牙牙冠																	
醫療需求																	
填表說明:D=Decayed X=Missing M=Mobility RR=Residual Root F=Filled																	

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

## 治療計畫

一、患者口腔醫療需求之現況及身體狀況為何？

二、擬訂口腔治療項目（請敘述處置內容✓勾選）

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

三、到宅服務之醫師及醫護人員聯絡資料：

醫師姓名： \_\_\_\_\_ 聯絡電話： \_\_\_\_\_

醫護人員姓名： \_\_\_\_\_ 聯絡電話： \_\_\_\_\_

四、此次到宅醫療個案，提供的醫療設備內容：

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

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

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

六、其他治療建議及口腔衛教的目標內容：

~~中華民國牙醫師公會全國聯合會初審意見~~

~~同意不同意原因：~~

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

<del>基本資料</del>	
<del>姓名：</del>	<del>出生年月日：</del>
<del>監護人：</del>	
<del>地址：</del>	
<del>醫病史 (Medial History)</del>	
<del>父母：</del>	<del>相關證明影本黏貼處</del>
<del>親屬：</del>	<del>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。</del>
<del>本人：</del>	
<del>特別注意事項：</del>	
<del>牙醫病史</del>	
<input type="checkbox"/> <del>到宅服務或</del> <input type="checkbox"/> <del>特定需求者服務</del> 服務日期： 年 月 日 到達時間： 時 分                      離開時間： 時 分	

續頁



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

~~2. 施行治療內容項目 (請敘述處置內容):~~

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

~~3. 本次治療後注意事項:~~

~~醫師簽名 (簽章): \_\_\_\_\_ 聯絡電話: \_\_\_\_\_~~

~~護士或助理簽名 (簽章): \_\_\_\_\_~~

【附件 ~~16~~ 19】

### 全民健康保險 健保 IC 卡例外就醫名冊

院所名稱及代號：

看診醫師姓名：\_\_\_\_\_（簽章）

醫療團提供服務單位名稱：

日期： 年 月 日

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

\*上述表格的「備註」欄位，務必詳細敘明無法過卡原因。

~~【附件 20】~~

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

~~第一部分：個案基本資料~~

<del>1.醫療需求申請單位名稱(全銜)：</del>
<del>—個案所在地址：</del>
<del>—個案申請人姓名：</del>
<del>主要聯絡人：_____ 與個案關係：_____ 聯絡電話/手機：_____</del>
<del>主要照顧者：_____ 與個案關係：_____ 聯絡電話/手機：_____</del>
<del>2.個案姓名：_____、年齡：_____歲</del>
<del>3.性別：1. <input type="checkbox"/>男 2. <input type="checkbox"/>女</del>
<del>4.出生年月日：民國(1.前 2.國) _____年 _____月 _____日</del>
<del>5.身份證字號：</del>
<del>6.照護情形：<input type="checkbox"/>照護期內 <input type="checkbox"/>已超過照護期</del>
<del>7.是否有身心障礙手冊：(請 <input checked="" type="checkbox"/>勾選下列問題)</del>
<del>(1) 0. <input type="checkbox"/>沒有 1. <input type="checkbox"/>申請中 2. <input type="checkbox"/>有</del>
<del>(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)</del>
<del>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</del>
<del>c.重新鑑定日期：_____ / _____ / _____</del>
<del>7-1.是否有失能老人證明文件：(請 <input checked="" type="checkbox"/>勾選下列問題)</del>
<del>(1) 0. <input type="checkbox"/>沒有 1. <input type="checkbox"/>申請中 2. <input type="checkbox"/>有</del>
<del>(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</del>
<del>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</del>
<del>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：</del>
<del>—<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</del>

**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

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

協助評估者姓名：\_\_\_\_\_ (親簽) 與個案關係：\_\_\_\_\_

【附件 17 21】

評估者姓名：\_\_\_\_\_醫師（親簽）\_\_\_\_\_

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：	<u>3個月內是否有自行外出的能力：<input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是</u>
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	
<b>個案申請資格：(請打勾)</b>	
<b><u>01.符合居家照護條件之特定障礙類別(需且同時符合下列條件)：</u></b>	
<u>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</u>	
<u>B.有明確之醫療與護理服務項目需要服務者。</u>	
<b><u>02.屬「失能老人長照補助辦法」之補助對象，並為各縣市長期照顧管理中心之個案，且因疾病、傷病長期臥床的狀態，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上，行動困難無法自行至醫療院所就醫之患者。</u></b>	
<b><u>03.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。</u></b>	
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)	

## 全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫 感染管制 SOP 作業自評表

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

服務單位：

### A. 硬體設備方面

項目	評分標準	自評	備註
1. 適當洗手設備	C. 診療區域應設洗手台及洗手設備，並維持功能良好及周圍清潔。		
	B. 符合C，水龍頭避免手觸式設計。		
2. 良好通風空調系統	C. 診間有空調系統或通風良好，空調出風口須保持乾淨。		
	B. 符合C定期清潔維護，有清潔紀錄本可供查詢。。		
3. 診間環境清潔	C. 診間環境清潔		
	B. 符合C，定期清潔並有紀錄。		
	A. 符合B，物品依序置於櫃中，並保持清潔。		

### B. 軟體方面

項目	評分標準	自評	備註
1. 完備病人預警防範措施	C. 看診前詢問病人病史。		
	B. 符合C，詢問病人詳細全身病史，並完整登載病歷首頁。		
	A. 符合B，並依感染管制原則如「公筷母匙」、「單一劑量」、「單一流程」等執行看診。		
2. 適當個人防護措施	C. 牙醫師看診及牙醫助理人員跟診時穿戴口罩、手套及清潔之工作服。		
	B. 符合C，視狀況穿戴面罩或眼罩。		
	A. 符合B，並依感染管制原則「減少飛沫氣霧」執行看診。		
3. 開診前治療台消毒措施	C. 治療台擦拭清潔，管路出水二分鐘，痰盂水槽流水三分鐘，抽吸管以新鮮泡製 0.005~0.02% 漂白水 (NaOCl) 或 2.0% 沖洗用戊二醛溶液 (glutaraldehyde) 或稀釋之碘仿溶液 10% (iodophors) 沖洗管路三分鐘。		
	B. 符合C，不易消毒擦拭處(如把手、頭枕、開關按鈕...等)，以覆蓋物覆蓋之。		
	A. 符合B，完備紀錄存檔。		
4. 門診結束後治療台消毒措施	C. 治療台擦拭清潔，管道消毒放水放氣，清洗濾網。		
	B. 符合C，定期全員宣導及遵循。		
	A. 符合B，完備紀錄存檔。		

項目	評分標準	自評	備註
5.完善廢棄物處置 (註一)	C.有合格清運機構清理廢棄物及冷藏設施。		
	B.符合C，醫療廢棄物與毒性廢棄物依法分類、貯存與處理。		
	A.符合B，備有廢棄物詳細清運紀錄。		
6.意外尖銳物扎傷處理 流程制訂	C.制訂防範尖銳物扎傷計畫及處理流程。		
	B.符合C，定期全員宣導。		
	A.符合B，完備紀錄存檔。		
7.器械浸泡消毒 (註二)	C.選擇適當消毒劑及記錄有效期限。		
	B.符合C，消毒劑置固定容器及加蓋，並覆蓋器械。		
	A.符合B，記錄器械浸泡時間。		
8.器械滅菌消毒 (註二)	C.器械清洗打包後，進鍋滅菌並標示消毒日期。		
	B.符合C，化學指示劑監測，並完整紀錄。		
	A.符合B，每週至少一次生物監測劑監測及消毒鍋檢測，並完整紀錄。		
9.感染管制流程製訂	C.須依牙科感染管制SOP，制訂看診前後感染控制流程、器械滅菌消毒流程及紀錄表。		
	B.符合C，診所定期全員宣導及遵循。		
	A.符合B，完備紀錄存檔。		

註一：若無法在當地委託清運公司處理醫療廢棄物時，應將醫療廢棄物依據牙醫院所感染管制SOP作業細則步驟三貯存容器與規定，並將醫療廢棄物置於密閉5°C以下之冷藏箱自行運送至原來醫療院所，委由清運公司處理。

註二：若無消毒設施時，應以清水去除器械表面口水或血液後，包裝完善放置於固定容器後攜至院所，循一般消毒流程進行消毒並記錄。

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

## 【附件 19 ~~23~~】

### 全民健保牙醫門診總額特殊醫療服務計畫醫療團院所之標示製作作業說明

#### 一、適用對象

承作健保署牙醫門診總額特殊醫療服務計畫之醫療團院所。

#### 二、預算來源

107~~106~~年總額其他預算項目「提升保險服務成效」項下支應。

#### 三、標示應包含下列內容

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

#### 四、標示製作內容及規格

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

標示物類型	規格	標示內容及字體大小				
		全民健保標誌	全民健保牙醫特殊醫療服務	醫療團地點及時間	主辦單位：衛生福利部中央健康保險署	承作醫療院所名稱
海報	A2 (59.4×42cm)	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。

全民健保牙醫門診總額特殊醫療服務計畫醫療團院所  
之標示製作費用申請表

承作醫療院所代號：

承作醫療院所名稱：

申請日期： 年 月 日

承作計畫名稱：

標示內容物：

海報

立牌

直立旗

布條

其他

核銷金額： 元

承作醫療院所印信

-----原始支出憑證黏貼處-----

## 乳癌醫療給付改善方案支付標準

編號	診療組合	診療項目	定義	起迄期間	支付點數	備註
P1501	再諮詢	門診診察	僅到院尋求再諮詢無任何檢查		623 (同一醫院以申報一次為原則)	
P1502	診斷檢查 1	臨床分期為 0,1,2 期之診斷檢查	1.新發病個案 2.已復發個案 註：無法確定臨床	乳房腫瘤病人依臨床分期進入不同診斷組合起至完成病理分期止，期間應於一個月內完成，特殊個案無法於期限內完成申報時，於病歷上註明備查。	<del>7,235</del> <u>15,565</u>	
P1503	診斷檢查 2	臨床分期為 3,4,X 期之診斷檢查	分期者為 X 期		<del>11,818</del> <u>14,560</u>	
P1511	治療組合 1-1 治療滿一個月	病理分期為 0,1,2 期或局部復發(原部位復發或淋巴引流區復發)： 施行乳房全切除手術及化學治療	1.新發病個案 2.已復發個案	1.新發病病患經診斷依病理分期決定治療計畫並進入治療組合起至治療結束、疾病復發、拒絕治療或死亡止。 2.經診斷已確定為復發病患依其治療計畫進入治療組合起至治療每滿一年止。	<del>60,749</del> <u>71,570</u>	
P1512	治療滿三個月				<del>64,624</del> <u>76,353</u>	
P1513	治療滿五個月				<del>98,802</del> <u>107,736</u>	
P1514	治療結束				<del>98,517</del> <u>99,937</u>	
P1515	治療組合 1-2 治療滿一個月	施行乳房全切除手術及化學治療			<del>58,958</del> <u>71,520</u>	
P1516	治療滿三個月				<del>63,193</del> <u>72,289</u>	
P1517	治療結束				<del>42,074</del> <u>51,503</u>	
P1518	治療組合 1-3 治療滿一個月	施行乳房全切除術及放射治療			<del>56,922</del> <u>68,008</u>	
P1519	治療結束				153,498	
P1520	治療組合 1-4	僅施行乳房全切除手術			<del>59,784</del> <u>72,294</u>	

編號	診療組合	診療項目	定義	起迄期間	支付點數	備註
P1521	治療組合 2-1 治療滿一個月	施行乳房保留 手術、化學治療 及放射治療			<del>74,942</del>	
P1522	治療滿三個月				<u>82,742</u>	
P1523	治療滿五個月				<del>52,451</del>	
P1524	治療結束				<u>59,827</u>	
P1525	治療組合 2-2 治療滿一個月	施行乳房保留 手術及化學治 療			<del>71,000</del>	
P1526	治療滿三個月				<u>75,360</u>	
P1527	治療結束				<del>71,845</del>	
P1528	治療組合 2-3 治療滿一個月	施行乳房保留 手術及放射治 療			<u>73,258</u>	
P1529	治療結束				<del>76,037</del>	
P1530	治療組合 2-4	僅施行乳房保 留手術			<u>80,613</u>	
P1531	治療組合 3-1 治療滿一個月	施行化學治療 及放射治療			<del>52,051</del>	
P1532	治療滿三個月				<u>57,021</u>	
P1533	治療滿五個月				35,471	
P1534	治療結束				<del>76,363</del>	
P1535	治療組合 3-2 治療滿一個月	僅施行化學治 療或放射治療			<u>84,152</u>	
P1536	治療結束				<del>106,555</del>	
P1531	治療組合 3-1 治療滿一個月	施行化學治療 及放射治療			<u>107,037</u>	
P1532	治療滿三個月				<del>75,481</del>	
P1533	治療滿五個月				<u>79,101</u>	
P1534	治療結束				67,121	
P1535	治療組合 3-2 治療滿一個月	僅施行化學治 療或放射治療			<del>68,029</del>	
P1536	治療結束				<u>68,161</u>	
P1531	治療組合 3-1 治療滿一個月	施行化學治療 及放射治療			<del>100,864</del>	
P1532	治療滿三個月				<u>100,996</u>	
P1533	治療滿五個月				<del>101,756</del>	
P1534	治療結束				<u>101,935</u>	
P1535	治療組合 3-2 治療滿一個月	僅施行化學治 療或放射治療			<del>64,897</del>	
P1536	治療結束				<u>68,313</u>	
P1531	治療組合 3-1 治療滿一個月	施行化學治療 及放射治療			<del>104,333</del>	
P1532	治療滿三個月				<u>104,351</u>	
P1533	治療滿五個月					
P1534	治療結束					

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

編號	診療組合	診療項目	定義	起迄期間	支付點數	備註
P1552	治療組合 4-6 治療滿一個月	僅施行化學治療			<del>129,143</del> <u>129,363</u>	
P1553	治療滿三個月				<del>129,188</del> <u>129,355</u>	
P1554	治療結束				<del>171,941</del> <u>171,529</u>	
P1555	治療組合 4-7 治療滿一個月	僅施行放射治療			<del>118,280</del> <u>118,540</u>	
P1556	治療結束				<del>51,598</del> <u>51,617</u>	
	治療組合 5	乳癌荷爾蒙治療	須荷爾蒙受體檢查陽性患者。		費用採論 量計酬申 報	

編號	診療組合	診療項目	定義	起迄期間	支付點數	備註
P1557	治療組合 6	化學藥物治療 專案 註：含 doxorubicin、 cyclophosphamide 、docetaxel、 paclitaxel (或併用 gemcitabine)等。	<p>1.限病理分期為1,2期已使用合併療法且腋下淋巴轉移,動情素受體陰性下,做為接續含doxorubicin在內之輔助性化學治療。</p> <p>2.須俟化學治療(排除診療項目第4項)療程完成後,與治療組合1-1或1-2或2-1或2-2或3-1或3-2等組合時程併同本項目一次申報。</p> <p>3.Gemcitabine與paclitaxel併用,適用於曾使用過Anthracycline之局部復發且無法手術或轉移性之乳癌併用療法。須俟化學治療整體療程完成後,與治療組合4-1或4-2或4-5或4-6,等組合時程併同本項目一次申報。</p> <p>4.化學療程中斷者,不得另行申報。</p> <p>5.本項目不計入獎勵措施之計算。</p>	化學治療之療程內使用	<del>217,268</del> <u>222,902</u>	

編號	診療組合	診療項目	定義	起迄期間	支付點數	備註
P1560	追蹤檢查 1 追蹤滿三個月	病理分期為 0,1,2,3,X期之追蹤檢查	1.新發病病患 2.在他院已完成治療病患 3.復發病患	1.期間起點： 新/復發病患以治療結束日、續追蹤者以前一年追蹤結束日、他院完成治療病患以進入參與醫院之就診當日為起點。 2.期間迄點： 以申報追蹤開始日期滿一年、病人死亡、疾病復發或拒絕追蹤為迄點。	<del>4,071</del>	
P1561	追蹤滿六個月				<u>4,073</u>	
P1562	追蹤滿九個月				<del>3,936</del>	
P1563	追蹤滿十二個月				<u>3,937</u>	
P1564	追蹤檢查 2 追蹤滿三個月	病理分期為 4 期或曾於他院治療者之追蹤檢查			(本項支付點數以年為單位,最多給付五年)	9,449
P1565	追蹤滿六個月				9,891	
P1566	追蹤滿九個月				9,256	
P1567	追蹤滿十二個月				9,427	
					(本項支付點數以年為單位,最多給付五年)	



## 全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案(草案)

- 一、 依據：全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額辦理。
- 二、 目的：為鼓勵特約醫事服務機構提升網路頻寬，以利即時、迅速查詢病患於不同醫事機構間之醫療資訊，供處方參考，以確保保險對象就醫安全，以及提升醫療服務效率。
- 三、 預算來源：全民健康保險醫療給付費用總額之其他預算「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施」項目。
- 四、 適用對象及其條件：
  - (一) 固接網路：
    1. 保險人特約醫事服務機構包含醫院、診所及交付機構。
    2. 特約醫事服務機構應依特約層級別選擇申請裝設所需速率頻寬，醫院層級別得選擇企業型光纖4M或6M或10M，如醫院層級有傳送醫療檢查影像，得選擇企業型光纖20M或30M或40M或50M，另保險人分區業務組得視地區醫院之服務規模，專案核准其申請企業型或專業型光纖2M或1M之網路頻寬；基層診所及交付機構得選擇企業型或專業型光纖1M或2M以上之網路。
    3. 特約醫事服務機構需檢送申請表（附件1），由保險人分區業務組核定後辦理。
  - (二) 行動網路(Mobile Data Virtual Private Network, MDVPN)：
    1. 適用對象為事先經保險人同意提供居家醫療照護、或至醫療資源缺乏地區、山地離島地區等於非院所內提供醫療服務之特約醫事服務機構。
    2. 申請數量以1組為原則，惟經分區業務組瞭解特約醫事服務機構實際業務需要，最多可申請2組。
    3. 特約醫事服務機構需檢送申請表（附件2），由保險人分區業務組核定後辦理。
- 五、 支付項目及標準：
  - (一) 特約醫事服務機構之「固接網路」網路月租費，按季核算並支付，但特約醫事服務機構未於本方案各季結算時點前申報醫療費用資料者，不予支付。
    1. 支付方式：計算方式如下，惟屬「醫療檢查影像上傳類」申請者，如醫療檢查CT及MRI影像上傳率未達一定比率，將改依原申請頻寬月租費上限辦理結算。(註：「一定比率」於107Q1及107Q2不訂定，各需有任一傳送CT及MRI影像即符合標準；107Q3為50%；107Q4為80%)。

項目	計算方式
基本費	$F^1 \times 50\%$
指標獎勵	$F \times 50\% \times \Sigma$ 獎勵指標達成之支付權重

(1) 醫院適用獎勵指標(七項)：

i. 指標內容：住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率、門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率、門診或住診抽審案件數位審查、特定檢查項目（CT、MRI、PET）資源共享率、檢驗（查）結果上傳率、急診案件健保卡上傳正確率及人工關節植入物上傳率。

ii. 各項指標達成率、評核方式及支付權重，詳附件 3。

(2) 診所及交付機構適用獎勵指標(五項)：

i. 指標內容：門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率、特定醫療資訊查詢關懷名單網頁開啟率、門診抽審案件數位審查、健保卡上傳作業正確率及檢驗（查）結果上傳率。

ii. 各項指標支付權重為 50%，由保險人依指標達成項目最高二項計算，支付權重最高為 100%。各項指標達成率、評核方式，詳附件 4。

2. 支付上限：

(1) 依保險人與電信公司合約折扣率計算之頻寬月租費為上限(以107年為例，頻寬月租費介於新台幣1,980元至5萬4,561元，詳附件5)。

(2) 特約醫事服務機構之頻寬月租費低於支付上限者，以其支付電信公司之費用及目標值達成情形核實支付。

(二) 特約醫事服務機構之「行動網路」網路月租費，按季核付：

1. 依電信公司提供特約醫事服務機構該季繳交網路頻寬之月租費證明書據(繳款人需為該特約醫事服務機構含機構代號)金額核實支付。

2. 支付上限：依保險人與電信公司合約之無線網路-MDVPN 3G/4G優惠月租費率計算之，並依優惠方案所訂之最高收費金額為上限(以107年為例，3G/4G優惠方案最高收費金額介於新台幣700元至2,500元，詳附件6)。

<sup>1</sup>F 係指依電信公司提供特約醫事服務機構該季繳交網路頻寬之月租費證明書據（繳款人需為該特約醫事服務機構含機構代號）金額。

(三) 資料上傳獎勵：特約醫事服務機構須於「費用年月」之次月底前上傳下列資料，否則不予列計。上傳格式公布於保險人全球資訊網之醫事機構專區之醫療費用支付項下。

1. 上傳檢驗（查）結果：

(1) 上傳基本費：上傳率 > 50%，且上傳醫令數 > 0 者，始得支付。

① 每季為醫院 2,500 元、基層診所及交付機構 750 元。

② 上傳率 = 已上傳應上傳檢驗（查）結果醫令數 / 申報應上傳檢

驗（查）結果醫令數。

(2) 上傳檢驗（查）結果基本獎勵金：符合領取上傳基本費者，始得支付。

① 非報告型資料者，每筆醫令獎勵 1 點。

② 報告型資料者，每筆醫令獎勵 5 點。

③ 本項獎勵金按季核算，以每點 1 元暫付；全年結算，採浮動點值支付，惟每點金額不高於 1 元。

④ 應上傳項目及報告類別，詳附件 7。非規定應上傳之檢驗(查)項目，仍可依規定格式上傳，惟不列入上傳基本費用及上傳檢驗（查）結果獎勵金之計算。

(3) 即時上傳檢驗（查）結果額外獎勵金：

① 獎勵項目：門診及急診之「非報告型資料」與「報告型資料」(即附件 7 中報告類別為 1 及 2 之項目)。

② 獎勵條件：於報告日期時間 24 小時內將其檢驗（查）結果上傳；如屬健保卡補卡案件，且健保卡刷卡日期時間大於報告日期時間，如於補卡後 24 小時內上傳，亦得獲本項額外獎勵金。

③ 支付方式：「非報告型資料」者，每筆即時上傳醫令加計 1 點；「報告型資料」者，每筆即時上傳醫令加計 5 點。

④ 本項預算係以年度預算扣除實際結算金額後之結餘款作為本項獎勵金，並以年度預算之 20% 為上限；按季核算，以每點 1 元暫付；全年結算，採浮動點值支付，惟每點金額不高於 1 元。

2. 醫療檢查影像上傳類：

(1) 獎勵項目及支付方式：如附件 7-1。

(2) 獎勵條件：107 年 1 月至 6 月，醫療院所於費用年月次月底

前上傳影像即符合標準；107年7月起，醫療院所需於實際檢查日期後之後24小時內，將醫療檢查影像傳送至本署，方符合獎勵條件。

3. 上傳出院病歷摘要：每筆獎勵5元。
  4. 上傳人工關節植入物資料：每筆獎勵5元。
    - (1) 醫令項目：詳附件8。
    - (2) 每筆上傳內容：包括 body height、body weight、ASA(麻醉危險分級)、Surgical Approach (側別/術別/入路途徑)、特材條碼等。
  5. 醫事人員溝通平台之轉診資訊交換系統登錄轉診資料：
    - (1) 轉入院所：每筆獎勵5元。
    - (2) 轉出院所：每筆獎勵5元。
  6. 居家訪視健保卡登錄暨上傳資料：每次獎勵5元。
    - (1) 醫令項目詳附件9。
    - (2) 保險醫事服務機構將提供保險對象之居家訪視服務登錄於健保卡後，於二十四小時內，經由健保資訊網線路上傳予保險人，每次居家訪視獎勵5元。
  7. 特定醫令申報執行起迄時間資料：每筆獎勵1元。
    - (1) 醫令項目詳附件10。
    - (2) 保險醫事服務機構向保險人申報之門住診醫療費用中，於醫令清單段申報特定醫令之「執行時間-起」及「執行時間-迄」，每筆獎勵1元。
    - (3) 資料如經保險人查屬不實，核發之獎勵金將予以追扣。
- (四) 保險人為利特約醫事服務機構查詢及傳送資料，相對應需增加之網路頻寬費用：依政府採購法及相關規定，辦理採購、簽約及核銷程序後覈實支付。
- 六、本方案由保險人報請主管機關核定後公告實施，並送全民健康保險會備查。屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。





### 方案之附件 3

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

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

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



## 方案之附件 4

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

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

指標名稱	指標達成率	評核方式	支付 權重
		分母：申報「應上傳檢驗（查）結果項目」 醫令數	

方案之附件 5

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

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

## 方案之附件 6

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

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

獎勵醫事服務機構上傳檢驗（查）結果之項目

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
1	06012C	尿一般檢查（包括蛋白、糖、尿膽元、膽紅素、尿沈渣、比重、顏色、混濁度、白血球酯酶、潛血、酸鹼度及酮體）	1
2	06013C	尿生化檢查（包括蛋白、糖、尿膽元、膽紅素、比重、顏色、混濁度、酸鹼度、白血球酯酶及酮體）	1
3	06505C	懷孕試驗－酵素免疫法	1
4	07009C	糞便一般檢查（包括外觀、蟲卵、潛血反應、硬度、顏色、消化能力、紅、白血球、粘液等）	1
5	08002C	白血球計數	1
6	08003C	血色素檢查	1
7	08004C	血球比容值測定	1
8	08005C	紅血球沈降速度測定	1
9	08006C	血小板計數	1
10	08011C	全套血液檢查 I（八項）	1
11	08013C	白血球分類計數	1
12	08026C	凝血酶原時間 Prothrombin time(一段式)	1
13	08036B	部份凝血活酶時間	1
14	09001C	總膽固醇	1
15	09002C	血中尿素氮	1
16	09004C	三酸甘油脂	1
17	09005C	血液及體液葡萄糖	1
18	09006C	醣化血紅素	1
19	09011C	鈣	1
20	09012C	磷	1
21	09013C	尿酸	1
22	09015C	肌酸酐、血	1
23	09016C	肌酐、尿	1
24	09017C	澱粉酶、血	1
25	09021C	鈉	1
26	09022C	鉀	1
27	09023C	氯	1
28	09025C	血清麩胺酸苯醋酸轉氨基酶	1
29	09026C	血清麩胺酸丙酮酸轉氨基酶	1
30	09027C	鹼性磷酸酶	1
31	09029C	膽紅素總量	1
32	09030C	直接膽紅素	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
33	09031C	麩胺轉酸酶	1
34	09032C	肌酸磷化酶	1
35	09033C	乳酸脫氫酶	1
36	09038C	白蛋白	1
37	09040C	全蛋白	1
38	09041B	血液氣體分析	1
39	09043C	高密度脂蛋白－膽固醇	1
40	09044C	低密度脂蛋白－膽固醇	1
41	09046B	鎂	1
42	09064C	解脂酶	1
43	09071C	肌酸磷酸酶(MB 同功酶)	1
44	09099B	心肌旋轉蛋白 I	1
45	09106C	游離甲狀腺素免疫分析	1
46	09112C	甲狀腺刺激素免疫分析	1
47	11001C	ABO 血型測定檢驗	1
48	11002C	交叉配合試驗	1
49	11003C	RH (D) 型檢驗	1
50	11004C	不規則抗體篩檢	1
51	12007C	$\alpha$ -胎兒蛋白檢驗	1
52	12015C	C 反應性蛋白試驗－免疫比濁法	1
53	12021C	癌胚胎抗原檢驗	1
54	12081C	攝護腺特異抗原 (EIA/LIA 法)	1
55	12111C	微白蛋白 (免疫比濁法)	1
56	12184C	去氧核糖核酸類定量擴增試驗	1
57	12185C	核糖核酸類定量擴增試驗	1
58	12193B	B 型利納利尿胜肽原(B 型利納利尿胜肽)	1
59	12202B	C 型肝炎病毒核酸基因檢測－即時聚合酶連鎖反應法	1
60	13006C	排泄物，滲出物及分泌物之細菌顯微鏡檢查	1
61	13007C	細菌培養鑑定檢查 (包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定，抗酸菌除外)	1
62	13008B 13008C	細菌培養鑑定檢查 (包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定，抗酸菌除外)，對同一檢體合併實施一般培養及厭氧性培養時加算	1
63	13009B 13009C	細菌藥物敏感性試驗－1 菌種	1
64	13016B	血液培養	1
65	13023C	細菌最低抑制濃度快速試驗	1
66	13025C	抗酸性濃縮抹片染色檢查	1
67	13026C	抗酸菌培養(限同時使用固態培養基及具自動化偵測功能之	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
		液態培養系統)	
68	14032C	B 型肝炎表面抗原	1
69	14033C	B 型肝炎表面抗體	1
70	14035C	B 型肝炎 e 抗原檢查 HBeAg	1
71	14051C	C 型肝炎病毒抗體檢查	1
72	15001C	體液細胞檢查	3
73	17008B	睡眠多項生理檢查	2
74	18001C	心電圖	2
75	18005B 18005C	超音波心臟圖(包括單面、雙面)	2
76	18007B	杜卜勒氏彩色心臟血流圖	2
77	18010B	頸動脈聲圖檢查	2
78	18015B	極度踏車運動試驗	2
79	18019B	攜帶式心電圖記錄檢查	2
80	18020B	心導管——側	2
81	18022B	冠狀動脈攝影	2
82	19001C	腹部超音波 (包括肝 liver, 膽囊 gallbladder, 胰 pancreas, 脾 spleen, 下腔靜脈 inferiorvenacava, 腹主動脈 abdominalaorta, 腎 kidney 及其他腹部超音波 abdominalothers 在內)	2
83	19003C	婦科超音波	2
84	19005C	其他超音波	2
85	19007B	超音波導引(為組織切片, 抽吸、注射等)	2
86	19009C	腹部超音波, 追蹤性	2
87	19010C	產科超音波	2
88	19012C	頭頸部軟組織超音波(如甲狀腺 thyroid、副甲狀腺 parathyroid、腮腺 parotid)	2
89	19014C	乳房超音波	2
90	20001C	腦波檢查睡眠或清醒	2
91	20013B	頸動脈超音波檢查	2
92	20019B	感覺神經傳導速度測定	2
93	20023B	F 波	2
94	20026B	穿顱都卜勒超音波檢查 (顱內血管超音波檢查)	2
95	22001C	純音聽力檢查	2
96	23305C	氣壓式眼壓測定	2
97	23401C	細隙燈顯微鏡檢查	2
98	23501C	眼底檢查	2
99	23502C	眼底彩色攝影每張	2
100	23506C	微細超音波檢查	2
101	23702C	間接式眼底鏡檢查	2

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
102	25003C	第三級外科病理	3
103	25004C	第四級外科病理	3
104	25006B	冰凍切片檢查	3
105	25012B	免疫組織化學染色(每一抗體)	3
106	25024C	第五級外科病理	3
107	25025C	第六級外科病理	3
108	26025B	壓力與重分佈心肌斷層灌注掃描	2
109	26029B	全身骨骼掃描	2
110	26072B	正子造影-全身	2
111	28002C	鼻咽喉內視鏡檢查	2
112	28016C	上消化道泛內視鏡檢查	2
113	28017C	大腸鏡檢查	2
114	28023C	肛門鏡檢查	2
115	30022C	特異過敏原免疫檢驗	1
116	32001C	胸腔檢查(包括各種角度部位之胸腔檢查)	2
117	32002C	胸腔檢查(包括各種角度部位之胸腔檢查)	2
118	32006C	腎臟、輸尿管、膀胱檢查	2
119	32007C	腹部檢查(包括各種姿勢之腹部檢查)	2
120	32009C	頭顱檢查(包括各種角度部位之頭顱檢查)	2
121	32011C	脊椎檢查(包括各種角度部位之頸椎、胸椎、腰椎、薦椎、尾骨及薦髂關節等之檢查)	2
122	32012C	脊椎檢查(包括各種角度部位之頸椎、胸椎、腰椎、薦椎、尾骨及薦髂關節等之檢查)	2
123	32013C	肩部骨頭及關節檢查(包括各種角度與部位之檢查)	2
124	32014C	肩部骨頭及關節檢查(包括各種角度與部位之檢查)	2
125	32015C	上肢骨各處骨頭及關節檢查(包括各種角度與部位之檢查)	2
126	32016C	上肢骨各處骨頭及關節檢查(包括各種角度與部位之檢查)	2
127	32017C	下肢骨各處骨頭及關節檢查(包括各種角度與部位之檢查)	2
128	32018C	下肢骨各處骨頭及關節檢查(包括各種角度與部位之檢查)	2
129	32022C	骨盆及髖關節檢查(包括各種角度與部位之檢查)	2
130	33005B	乳房造影術	2
131	33012B	靜脈注射泌尿系統造影術(點滴注射)	2
132	33070B	電腦斷層造影—無造影劑	2
133	33071B	電腦斷層造影—有造影劑	2
134	33072B	電腦斷層造影—有/無造影劑	2
135	33074B	單純性血管整形術	2
136	33075B	血管阻塞術	2
137	33076B	經皮冠狀動脈擴張術—一條血管	2



項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
138	33077B	經皮冠狀動脈擴張術—二條血管	2
139	33084B	磁共振造影—無造影劑	2
140	33085B	磁共振造影—有造影劑	2
141	08010C	嗜酸性白血球計算	1
142	12031C	免疫球蛋白 E	1
143	17003C	流量容積圖形檢查	2
144	17004C	標準肺量測定 (包括 FRC 測定)	2
145	17006C	支氣管擴張劑試驗	2
146	17019C	支氣管激發試驗	2
147	14065C	流行性感冒 A 型病毒抗原	1
148	14066C	流行性感冒 B 型病毒抗原	1
<u>149</u>	<u>19018C</u>	<u>嬰幼兒腦部超音波</u>	<u>2</u>
<u>150</u>	<u>18033B</u>	<u>經食道超音波心圖</u>	<u>2</u>
<u>151</u>	<u>18041B</u>	<u>周邊動靜脈血管超音波檢查</u>	<u>2</u>
<u>152</u>	<u>19016C</u>	<u>四肢超音波</u>	<u>2</u>
<u>153</u>	<u>18006C</u>	<u>杜卜勒氏超音波心臟圖</u>	<u>2</u>
<u>154</u>	<u>18008C</u>	<u>杜卜勒氏血流測定(週邊血管)</u>	<u>2</u>
<u>155</u>	<u>19015C</u>	<u>男性外生殖器官超音波</u>	<u>2</u>
<u>156</u>	<u>19017C</u>	<u>經尿道(直腸)超音波檢查</u>	<u>2</u>
<u>157</u>	<u>21008C</u>	<u>膀胱掃描</u>	<u>2</u>
<u>158</u>	<u>21010C</u>	<u>膀胱超音波尿量測量</u>	<u>2</u>
<u>159</u>	<u>19002B</u>	<u>術中超音波</u>	<u>2</u>
<u>160</u>	<u>23504C</u>	<u>超音波檢查(B 掃瞄)</u>	<u>2</u>

註 1：報告類別代碼說明：1：檢體檢驗報告；2：影像報告；3：病理報告。

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

## 方案之附件 7-1

### 獎勵醫事服務機構上傳醫療檢查影像之項目

項次	醫令代碼	中文名稱	每筆醫令獎勵金額(元)
1	33070B	電腦斷層造影－無造影劑	10
2	33071B	電腦斷層造影－有造影劑	10
3	33072B	電腦斷層造影－有/無造影劑	10
4	33084B	磁振造影－無造影劑	10
5	33085B	磁振造影－有造影劑	10
6	34004C	齒顎全景 X 光片攝影	2
7	28016C	上消化道泛內視鏡檢查	2
8	28017C	大腸鏡檢查	2
9	18005C	超音波心臟圖	2
10	18006C	杜卜勒氏超音波心臟圖	2
11	18007B	杜卜勒氏彩色心臟血流圖	2
12	18008C	杜卜勒氏血流測定(週邊血管)	2
13	18033B	經食道超音波心圖	2
14	18041B	周邊動靜脈血管超音波檢查	2
15	19001C	腹部超音波	2
16	19002B	術中超音波	2
17	19003C	婦科超音波	2
18	19005B	其他超音波	2
19	19007B	超音波導引	2
20	19009C	腹部超音波，追蹤性	2
21	19010C	產科超音波	2
22	19012C	頭頸部軟組織超音波	2
23	19014C	乳房超音波	2
24	19015C	男性外生殖器官超音波	2
25	19016C	四肢超音波	2
26	19017C	經尿道(直腸)超音波檢查	2
27	19018C	嬰幼兒腦部超音波	2
28	20013B	頸動脈超音波檢查	2
29	20026B	穿顱都卜勒超音波檢查	2
30	21008C	膀胱掃描	2
31	21010C	膀胱超音波尿量測量	2
32	23504C	超音波檢查(B 掃描)	2
33	23506C	微細超音波檢查	2

獎勵醫事服務機構上傳人工關節植入物之項目

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

## 方案之附件 9

### 獎勵居家訪視健保卡登錄暨上傳資料之醫令項目

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

項次	醫令代碼	中文名稱
34	05355C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(在合理量內)2.機構
35	05356C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(超出合理量)2.機構
36	05357C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(超出合理量)2.機構
37	05358C	醫師訪視費(次)2.機構
38	05359C	山地離島地區醫師訪視費(次)2.機構
39	05360C	醫師訪視費(次)2.機構—醫師應同一承辦居家照護業務機構之請，當日訪視個案數在五個以上者，自第五個個案起其訪視費依本項申報
40	05361C	山地離島地區醫師訪視費(次)2.機構—醫師應同一承辦居家照護業務機構之請當日個案在五個以上者，自第五個個案起其訪視費依本項申報
41	05404C	居家治療醫師診治費(次)
42	05405C	居家治療醫師診治費-同一醫師，應同一承辦居家治療業務之醫療機構之請，當日診治個案數在五個以上者，自第五個個案起其診治費依本項申報。
43	05406C	居家治療其他專業人員處置費(次)
44	05312C	甲類醫師訪視費用(次)-在宅
45	05362C	甲類醫師訪視費用(次)-機構
46	05323C	甲類醫師訪視費用-山地離島地區(次)-在宅
47	05363C	甲類醫師訪視費用-山地離島地區(次)-機構
48	05336C	乙類醫師訪視費用(次)-在宅
49	05364C	乙類醫師訪視費用(次)-機構
50	05337C	乙類醫師訪視費用山地離島地區(次)-在宅
51	05365C	乙類醫師訪視費用山地離島地區(次)-機構
52	05313C	甲類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間1小時以內( $\leq 1$ 小時)
53	05366C	甲類護理訪視費(次)-機構:訪視時間1小時以內( $\leq 1$ 小時)
54	05324C	甲類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間1小時以內( $\leq 1$ 小時)-山地離島地區
55	05367C	甲類護理訪視費(次)-機構:訪視時間1小時以內( $\leq 1$ 小時)-山地離島地區
56	05338C	乙類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間1小時以內( $\leq 1$ 小時)
57	05368C	乙類護理訪視費(次)-機構:訪視時間1小時以內( $\leq 1$ 小時)
58	05339C	乙類護理訪視費山地離島地區(次)-在宅:訪視時間1小時以內( $\leq 1$ 小時)
59	05369C	乙類護理訪視費山地離島地區(次)-機構:訪視時間1小時以內( $\leq 1$ 小時)
60	05314C	甲類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間1小時以上( $> 1$ 小時)
61	05370C	甲類護理訪視費(次)-機構:訪視時間1小時以上( $> 1$ 小時)
62	05325C	甲類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間1小時以上( $> 1$ 小時)-山地離島地區
63	05371C	甲類護理訪視費(次)-機構:訪視時間1小時以上( $> 1$ 小時)-山地離島地區
64	05340C	乙類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間1小時以上( $> 1$ 小時)
65	05372C	乙類護理訪視費(次)-機構:訪視時間1小時以上( $> 1$ 小時)
66	05341C	乙類護理訪視費山地離島地區(次)-在宅:訪視時間1小時以上( $> 1$ 小時)
67	05373C	乙類護理訪視費山地離島地區(次)-機構:訪視時間1小時以上( $> 1$ 小時)

項次	醫令代碼	中文名稱
68	05326C	臨終病患訪視費
69	05327C	臨終病患訪視費山地離島地區
70	05315C	其他專業人員處置費(次)-在宅:目前僅限於社會工作人員或心理師
71	05374C	其他專業人員處置費(次)-機構:目前僅限於社會工作人員或心理師
72	P5401C	呼吸治療人員訪視費—非侵襲性呼吸器依賴患者-使用鼻導管(nasal prong)或面罩等 呼吸治療人員訪視費(次)
73	P5402C	呼吸治療人員訪視費—非侵襲性呼吸器依賴患者-使用鼻導管(nasal prong)或面罩等 山地離島地區呼吸治療人員訪視費(次)
74	P5403C	呼吸治療人員訪視費—侵襲性呼吸器依賴患者-使用氣切管或氣管內管插管等 呼吸治療人員訪視費(次)
75	P5404C	呼吸治療人員訪視費—侵襲性呼吸器依賴患者-使用氣切管或氣管內管插管等 山地離島地區呼吸治療人員訪視費(次)
76	P5405C	山地離島地區其他專業人員處置費(次):限社會工作人員或心理師
77	05303CA	呼吸治療人員訪視費
78	P4101C	藥事居家照護費
79	P4102C	偏遠地區藥事居家照護費
80	P30005	到宅牙醫服務(每乙案)論次費用
81	P30006	牙醫特殊醫療服務計畫到宅訪視費

獎勵醫事服務機構申報特定醫令執行起迄時間資料之項目

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

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

實施日期：107 年 1 月 1 日

一、獎勵上傳項目：

- (一) 電腦斷層造影(Computed Tomography, CT)：項目如表一
- (二) 磁振造影(Magnetic resonance imaging, MRI)：項目如表二。
- (三)「齒顎全景 X 光片攝影」：醫令代碼 34004C。
- (四)「上消化道泛內視鏡檢查」：醫令代碼 28016C。
- (五)「大腸鏡檢查」：醫令代碼 28017C。
- (六)「超音波檢查」：項目如表三。

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

三、上傳路徑：

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

四、上傳規定：

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

(二) 上傳檔案：

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

(1)文字檔：

- A. 檔案類型格式為 CSV 檔(副檔名為.csv)。
- B. 可多筆資料，每筆資料應可指向單一影像壓縮檔。
- C. 檔案名稱不支援中文、不可包含特殊符號，英文字母、數字、底線皆為半型，檔案命名規則為『醫事機構代碼(10 碼)\_系統日期(8 碼)\_序號(3 碼).csv』，例如：  
3501200000\_20171101\_001.csv。
- D. 檔案欄位如表四。

(2)影像壓縮檔：

- A. DICOM 影像需要符合 DICOM V3.0 規範，檔案打包需符合 DICOMDIR 格式。
- B. 每筆影像壓縮檔應以「單一醫令代碼」為單位，每個檔案大小不可超過 4.5GB。
- C. 檔案名稱不支援中文、不可包含特殊符號，英文字母、數字、底線皆為半型，檔案命名規則為『檔案類別(3 碼)醫事機構代號(10 碼)\_案件編號(12 碼).副檔名』，說明如下：
  - (a) 檔案類別：DCF，DCF=DICOMDIR，以 MSCAB 或 7zip 壓縮成一個檔案。
  - (b) 醫事機構代號：衛生福利部編定之代碼 10 碼。
  - (c) 案件編號：系統日期(YYYYMMDD)+流水號(4 碼)，共 12 碼。
  - (d) 副檔名：.CAB(壓縮檔)或.7z(壓縮檔)，其中.CAB 請採用 Microsoft Cabinet Software(MSCAB)進行壓縮包檔；.7z 請以 7zip 進行壓縮包檔。

2. 單筆案件上傳作業：以「單一醫令代碼」為單位，經登錄該筆醫令相關資料後，上傳該筆醫令之 DICOM 影像，DICOM 影像需符合 DICOM v3.0 規範，必須以「DICOMDIR」



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

實施日期：107 年 1 月 1 日

檔案為引導及上傳，DICOM 檔案上傳無須提供檔案命名。

(三) 上傳資料檢核說明：

1. 文字檔 CSV 檔案格式檢核。
2. 文字檔 CSV 檔案與醫療影像 DICOM 檔案交叉檢核。
3. 醫療影像 DICOM 檔案格式檢核。

(四) 上傳資料整份退件及部分案件檢核錯誤說明：

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

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

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

表一、獎勵上傳項目之電腦斷層造影檢查項目表：

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

表二、獎勵上傳項目之磁振造影項目表：

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

表三、獎勵上傳項目之超音波檢查項目表：

項次	醫令代碼	中文名稱
<u>1</u>	<u>18005C</u>	<u>超音波心臟圖</u>
<u>2</u>	<u>18006C</u>	<u>杜卜勒氏超音波心臟圖</u>
<u>3</u>	<u>18007B</u>	<u>杜卜勒氏彩色心臟血流圖</u>
<u>4</u>	<u>18008C</u>	<u>杜卜勒氏血流測定(週邊血管)</u>
<u>5</u>	<u>18033B</u>	<u>經食道超音波心圖</u>
<u>6</u>	<u>18041B</u>	<u>周邊動靜脈血管超音波檢查</u>
<u>7</u>	<u>19001C</u>	<u>腹部超音波</u>
<u>8</u>	<u>19002B</u>	<u>術中超音波</u>
<u>9</u>	<u>19003C</u>	<u>婦科超音波</u>

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---

特約醫事服務機構上傳醫療檢查影像格式說明(草案)

實施日期：107 年 1 月 1 日

項次	醫令代碼	中文名稱
<u>10</u>	<u>19005B</u>	<u>其他超音波</u>
<u>11</u>	<u>19007B</u>	<u>超音波導引</u>
<u>12</u>	<u>19009C</u>	<u>腹部超音波，追蹤性</u>
<u>13</u>	<u>19010C</u>	<u>產科超音波</u>
<u>14</u>	<u>19012C</u>	<u>頭頸部軟組織超音波</u>
<u>15</u>	<u>19014C</u>	<u>乳房超音波</u>
<u>16</u>	<u>19015C</u>	<u>男性外生殖器官超音波</u>
<u>17</u>	<u>19016C</u>	<u>四肢超音波</u>
<u>18</u>	<u>19017C</u>	<u>經尿道(直腸)超音波檢查</u>
<u>19</u>	<u>19018C</u>	<u>嬰幼兒腦部超音波</u>
<u>20</u>	<u>20013B</u>	<u>頸動脈超音波檢查</u>
<u>21</u>	<u>20026B</u>	<u>穿顱都卜勒超音波檢查</u>
<u>22</u>	<u>21008C</u>	<u>膀胱掃描</u>
<u>23</u>	<u>21010C</u>	<u>膀胱超音波尿量測量</u>
<u>24</u>	<u>23504C</u>	<u>超音波檢查(B 掃瞄)</u>
<u>25</u>	<u>23506C</u>	<u>微細超音波檢查</u>

表四、上傳檔案「文字檔」之檔案欄位說明：

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

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

實施日期：107 年 1 月 1 日

序號	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
				<p>序號 7「補卡註記」填 2。</p> <p>四、第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0，例如民國 99 年，為 099，民國前的年份為負數，例如：-05 表示為民國前 5 年。第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0，例如 5 月，為 05。第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0，例如 9 日，為 09。第 8、9 碼為小時，不足位者前補 0，例如上午 9 時，為 09，下午 3 時，為 15。第 10、11 碼為分，不足位者前補 0，例如 9 分，為 09。第 12、13 碼為秒，不足位者前補 0，例如 9 秒，為 09。</p>
5	就醫類別	2	X	<p>一、本欄為必填欄位。</p> <p>二、依保險對象持健保卡就醫登錄之就醫類別。</p> <p>三、就醫類別代碼如下：</p> <p>(一) 須累計就醫序號及扣除就醫可用次數之註記：00 門診高利用保險對象指定就醫作業、01 西醫門診、02 牙醫門診、03 中醫門診、04 急診、05 住院、06 門診轉診就醫、07 門診手術後之回診、08 住院患者出院之回診。</p> <p>(二) 不須累計就醫序號及不扣除就醫可用次數之註記：AA 同一療程之項目以六次以內治療為限者、AB 以同一療程之項目屬"非"六次以內治療為限者、AC 預防保健、AD 職業傷害或職業病門(急)診、AE 慢性病連續處方箋領藥、AF 藥局調劑、AG 排程檢查、AH 居家照護(第二次以後)、AI：同日同醫師看診(第二次以後)、BA 門(急)診當次轉住院之入院、BB 出院、BC 急診中、住院中執行項目、BD 急診第二日〔含〕以後之離院、BE 職業傷害或職業病之住院、CA：其他規定不須累計就醫序號即不扣除就醫次數者、DA 門診轉出、DB 門診手術後需於 7 日內之一次回診、DC 住院患者出院後需於 7 日內之一次回診者。</p> <p>(三) BF:繼續住院依規定分段結清者，切帳申報時(如長期住院 60 天以上切帳)需登錄一筆 BF 不須累計就醫序號及不扣除就醫可用次數之註記，並連線即時查保。</p>
6	就醫序號	4	X	<p>一、本欄為必填欄位。</p> <p>二、填健保 IC 卡規定之就醫序號，四碼流水號例如：0001。</p>

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---

特約醫事服務機構上傳醫療檢查影像格式說明(草案)

實施日期：107年1月1日

序號	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
				<p>三、預防保健填「IC+預防保健之服務時程代碼」。</p> <p>四、慢性病連續處方第二次(含)以後調劑者,請依慢性病連續處方箋上調劑記錄欄之序號填IC02(第2次)或IC03(第3次)或IC04(第4次)。</p> <p>五、接受他院所委託代(轉)檢醫療服務案件,本欄請填原處方之就醫序號。</p> <p>六、異常代碼:如健保卡取得就依序號前或後發生異常,請比照健保卡上傳作業及醫療費用申報作業之「就醫序號之異常代碼對照表」作上傳。</p> <p>七、急(門)診當次轉住院:比照醫療費用申報作業,將急(門)診取得之就醫序號作上傳。</p> <p>八、住院期間:比照醫療費用申報作業,將住院入院取得之就醫序號作上傳。</p> <p>九、住院出院後14日內再住院:依各次住院入院取得之就醫序號作上傳。</p> <p>十、排檢案件:比照醫療費用申報作業,依就醫時取得之就醫序號作上傳。</p>
7	補卡註記	1	9	<p>一、本欄為必填欄位。</p> <p>二、代碼如下:1:正常;2:補卡。</p>
8	身分證統一編號	10	X	<p>一、本欄為必填欄位。</p> <p>二、國民身分證統一編號或外籍居留證號(如無居留證號碼請填護照號碼)。</p>
9	出生日期	7	X	<p>一、本欄為必填欄位。</p> <p>二、第1、2、3碼為民國年份,不足位者前補0,例如民國99年,為099,民國前的年份為負數,例如:-05表示為民國前5年。第4、5碼為月份,不足位者前補0,例如5月,為05。第6、7碼為日期,不足位者前補0,例如9日,為09。</p>
10	醫令代碼	12	X	<p>一、本欄為必填欄位,請填入醫療影像檢查之醫令代碼。</p> <p>二、同健保門診或交付機構醫療費用點數申報之「藥品(項目)代號」;或住院醫療費用點數申報之「醫令代碼」。</p>
11	報告序號	6	9	<p>一、本欄為必填欄位。</p> <p>二、如同次診療有多筆醫療檢查影像時,則連續編號,最小值為1,例如1、2、3...</p>
12	實際檢查日期時間	11	X	<p>一、本欄為必填欄位。</p> <p>二、第1、2、3碼為民國年份,不足位者前補0,例如民國99年,為099,民國前的年份為負數,例如:-05表示為民國前5年。第4、5碼為月份,不足位者前補0,例如5月,為05。第6、</p>

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

實施日期：107年1月1日

序號	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明												
				7碼為日期，不足位者前補0，例如9日，為09。第8、9碼為小時，不足位者前補0，例如上午9時，為09，下午3時，為15。第10、11碼為分，不足位者前補0，例如9分，為09。 三、如處方為交付、轉檢或代檢，且無採檢/實際檢查之時、分紀錄者，第8-11碼得填寫0。												
13	診療部位	6	X	<p><u>一、醫令為「電腦斷層造影」、「磁振造影」、「齒顎全景 X 光片攝影」，本欄為必填欄位。</u></p> <p>二、比照門住診申報格式診療部位代碼：</p> <p>(一) 醫令為牙科「齒顎全景 X 光片攝影」(醫令代碼 34004C)時，牙齒部位編碼請依 FDI 牙位表示法及下表填列，每筆醫令最多填三個編碼。</p> <table border="1"> <tr> <td>全口以"FM"表示</td> <td>上半口以"UB"表示</td> <td>下半口以"LB"表示</td> </tr> <tr> <td>上半右口以"UR"表示</td> <td>上半左口以"UL"表示</td> <td>上顎前齒部位以"UA"表示</td> </tr> <tr> <td>下半右口以"LR"表示</td> <td>下半左口以"LL"表示</td> <td>下顎前齒部位以"LA"表示</td> </tr> <tr> <td>無法表示之部位請以"99"表示</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(二) 醫令為「電腦斷層造影」(醫令代碼如表一)及磁振造影(醫令代碼如表二)，診療部位填寫代碼如下：</p> <p>H：頭部 A：頸部 F：頭頸部 U：胸部 N：頸椎 J：胸椎 K：腰椎 G：胸部及上腹部 C：上腹部 I：腹部(含骨盆腔) P：骨盆腔 E：肢部 Q：臂神經血管叢</p>	全口以"FM"表示	上半口以"UB"表示	下半口以"LB"表示	上半右口以"UR"表示	上半左口以"UL"表示	上顎前齒部位以"UA"表示	下半右口以"LR"表示	下半左口以"LL"表示	下顎前齒部位以"LA"表示	無法表示之部位請以"99"表示		
全口以"FM"表示	上半口以"UB"表示	下半口以"LB"表示														
上半右口以"UR"表示	上半左口以"UL"表示	上顎前齒部位以"UA"表示														
下半右口以"LR"表示	下半左口以"LL"表示	下顎前齒部位以"LA"表示														
無法表示之部位請以"99"表示																

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

實施日期：107年1月1日

序號	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
				<p>M：骨骼肌肉系統 V：心血管系統 S：MRS(磁振頻譜) T：MRA(磁振血管攝影) O：其他</p> <p>三、依實施部位填寫左靠，例如頸椎及胸椎則填NJ，最多申報六個部位。</p>
14	影像壓縮檔名稱	29 或 30	X	<p>一、本欄為必填欄位。</p> <p>二、本欄請對應「醫療檢查影像檔案」之檔名，命名規則為『檔案類別(3碼)醫事機構代號(10碼)_案件編號(12碼).副檔名』(需包含底線、點及附檔名)。</p> <p>三、壓縮檔案為CAB、7z格式，當格式為CAB時，長度為30；當格式為7z時，長度為29。</p>

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---

特約醫事服務機構上傳檢驗(查)結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

一、上傳格式暨說明如下：

(一) 檢驗(查)結果及人工關節植入物資料上傳格式：

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

(二) 出院病歷摘要上傳格式如表五。

(三) 人工關節植入物資料填寫範例如表六。

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

二、上傳路徑：

(一) 上傳檢驗(查)結果及人工關節植入物資料：

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

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

三、上傳規定：

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

- 1.獎勵項目：門診及急診之「非報告型資料」與「報告型資料」(表三中報告類別為 1 及 2 之項目)。
- 2.獎勵條件：需於報告日期時間 24 小時內將其檢驗(查)結果上傳；如屬健保卡補卡案件，且健保卡刷卡日期時間大於報告日期時間，如於補卡後 24 小時內上傳，亦得獲本項額外獎勵金。
- 3.支付方式：每筆即時上傳醫令加計 1 點。
- 4.另上傳醫療檢查影像之方式及規定，請參閱「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---特約醫事服務機構上傳醫療檢查影像格式說明」。

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

1. 檢驗(查)結果每日上傳作業：

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

(2) 每日上傳作業自 106 年 7 月起正式上線。

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

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---

特約醫事服務機構上傳檢驗(查)結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

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

(四) 檢驗(查)結果及人工關節植入物資料補正方式：

1. 如醫事服務機構上傳資料有缺漏或錯誤之情形，需以「醫令代碼」為單位補正上傳。
2. 補正上傳主鍵值如表八。

四、上傳資料注意事項：

(一) 上傳檔案壓縮方式及上傳限制：

1. 上傳檢驗(查)結果及人工關節植入物資料：1個zip壓縮檔只能含有1個xml檔案，且不可包含其他格式檔案。
2. 上傳出院病歷摘要：1個zip壓縮檔可含1個以上之xml檔案，但不可包含其他格式檔案，1個xml檔案只能有一筆個案之資料，且單次上傳以1000筆資料為限。

(二) 檔案之主檔名與副檔名命名規則：

1. 上傳檢驗(查)結果及人工關節植入物資料：

- (1) 健保資訊網服務系統(VPN)網頁上傳：檔案之主檔名與副檔名命名方式只允許英數字，例如：壓縮檔為「TOTFA.zip」，XML檔為「TOTFA.xml」。
- (2) 另檢驗(查)結果每日上傳資料亦可經由「醫療資料傳輸共通介面 API」上傳，檔名格式為：(醫事機構代碼)(上傳日期)(流水號).zip。
- (3) 上傳下列醫令代碼之檢驗(查)結果時，請下列規定方式填寫：
  - A. 醫令代碼「09004C、09005C、09006C、09015C、09044C、Y00005」填至小數點第2位。
  - B. 醫令代碼「Y00001、Y00002、Y00004」填至小數點第1位。
  - C. 醫令代碼「Y00006」填至整數位。

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

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



全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---

特約醫事服務機構上傳檢驗(查)結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

表一、檢驗(查)結果及人工關節植入物資料每日上傳格式上傳格式(XML格式)

一、基本資料段

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
h1	報告類別	1	X	一、報告類別代碼：1：檢體檢驗報告；2：影像報告；3：病理報告；4：人工關節植入物資料。 二、報告類別代碼「1」屬於「非報告型資料」；報告類別代碼「2」及「3」屬於「報告型資料」。 三、本欄為必填欄位。
h2	醫事機構代碼	10	X	一、衛生福利部編定之代碼，必為10碼。 二、本欄為必填欄位。
h3	醫事類別	2	X	一、醫事類別代碼： 11：門診西醫診所                      12：門診西醫醫院 13：門診牙醫                              14：門診中醫 15：門診洗腎                              19：門診其他醫事機構 21：住診西醫診所                      22：住診西醫醫院 29：住診其他醫事機構    50：特約檢驗所 二、本欄為必填欄位。
h4	執行年月	5	X	一、依實際執行檢驗(查)項目之年月填報。 二、第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0。例如民國99年，為099。第4、5碼為月份，不足位者前補0。例如5月，為05。 三、本欄為必填欄位。
h5	健保卡刷卡日期時間	13	X	一、本欄為必填欄位。 二、依保險對象持健保卡就醫當日刷卡由讀卡機自動產生就診日期時間，如為代檢驗案件請填入收到檢體日期時間。 三、若為補卡時，此欄表示補卡之日期時間，並於「h8補卡註記」填2。 四、住院病人，此欄請為入院日期時間。如為住院補卡案件，此欄請為入院補卡之日期時間，並於「h8補卡註記」填2。 五、第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0，例如民國99年，為099，民國前的年份為負數，例如：-05表示為民國前5年。第4、5碼為月份，不足位者前補0，例如5月，為05。第6、7碼為日期，不足位者前補0，例如9日，為09。第8、9碼為小時，不足位者前補0，例如上午9時，為09，下午3時，為15。第10、11碼為分，不足位者前補0，例如9分，為09。第12、13碼為秒，不足位者前補0，例如9秒，為09。
h6	就醫類別	2	X	一、本欄為必填欄位。 二、依保險對象持健保卡就醫登錄之就醫類別。

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---

特約醫事服務機構上傳檢驗(查)結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

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

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---

特約醫事服務機構上傳檢驗(查)結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期: 107年1月1日

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

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---

特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

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

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---

特約醫事服務機構上傳檢驗(查)結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期: 107年1月1日

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
				為 15。第 10、11 碼為分，不足位者前補 0，例如 9 分，為 09。第 12、13 碼為秒，不足位者前補 0，例如 9 秒，為 09。 三、本欄為必填欄位。
h17	醫囑醫師身分證號	10	X	一、開立檢驗(查)處方醫師之國民身分證統一編號，或外籍居留證號碼。 二、如處方為交付、轉檢或代檢，且無原處方開立醫師之國民身分證統一編號或外籍居留證號碼者，得以該醫師之醫事服務機構代號替代。 三、本欄為必填欄位。
h18	報告/病理醫師身分證號	10	X	一、判讀影像或病理報告醫師之國民身分證統一編號，或外籍居留證號碼。 二、如處方為交付、轉檢或代檢，且無判讀影像或病理報告醫師之國民身分證統一編號或外籍居留證號碼者，得以該醫師之醫事服務機構代號替代。 二、報告類別代碼為「2」或「3」，請填寫本欄。
h19	醫囑日期時間	11	X	一、醫師開立檢驗(查)處方之日期時間。 二、第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0，例如民國 99 年，為 099，民國前的年份為負數，例如：-05 表示為民國前 5 年。第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0，例如 5 月，為 05。第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0，例如 9 日，為 09。第 8、9 碼為小時，不足位者前補 0，例如上午 9 時，為 09，下午 3 時，為 15。第 10、11 碼為分，不足位者前補 0，例如 9 分，為 09。 三、如處方為交付、轉檢或代檢，且無開立處方之時、分紀錄者，第 8-11 碼得填寫 0。 四、本欄為必填欄位。
h20	採檢/實際檢查/手術日期時間	11	X	一、第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0，例如民國 99 年，為 099，民國前的年份為負數，例如：-05 表示為民國前 5 年。第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0，例如 5 月，為 05。第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0，例如 9 日，為 09。第 8、9 碼為小時，不足位者前補 0，例如上午 9 時，為 09，下午 3 時，為 15。第 10、11 碼為分，不足位者前補 0，例如 9 分，為 09。 二、如處方為交付、轉檢或代檢，且無採檢/實際檢查之時、分紀錄者，第 8-11 碼得填寫 0。 三、報告類別代碼為「4」，本欄請填手術日期時間，同健保醫療費用點數申報之「執行時間-起」。 四、本欄為必填欄位。
h21	醫師確認報	11	X	一、第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0，例

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---

特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

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

二、報告資料段

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

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---

特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

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

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---

特約醫事服務機構上傳檢驗(查)結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期: 107年1月1日

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



全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---

特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
				Y00000-Y00010)，本欄填寫方式請參考表七。
r6	參考值	4000	X	<p>一、Positive，0~25...等。</p> <p>二、報告類別代碼為「1」，本欄為必填欄位。三、XML 格式設計有 5 種特殊字元（如：&lt;、&gt;、&amp;、'、"），需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：&lt;、&gt;、&amp;、'、"。</p> <p>四、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼（09006C、09005C、09044C、09004C、09015C、06013C、Y00001、Y00002、Y00006），本欄填寫方式請參考表七。</p>
r7	報告結果	4000	X	<p>一、影像報告結果，含影像發現、臆斷及註記(如過敏反應、顯影劑種類)等內容。</p> <p>二、報告類別代碼為「2」，本欄為必填欄位。</p> <p>三、XML 格式設計有 5 種特殊字元（如：&lt;、&gt;、&amp;、'、"），需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：&lt;、&gt;、&amp;、'、"。</p> <p>四、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼（23501C、23502C、23702C），本欄填寫方式請參考表七。</p>
r8-1	病理發現及診斷	4000	X	<p>一、病理發現（如大體發現、顯微發現）及病理診斷結果。</p> <p>二、報告類別代碼為「3」，本欄為必填欄位。</p> <p>三、XML 格式設計有 5 種特殊字元（如：&lt;、&gt;、&amp;、'、"），需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：&lt;、&gt;、&amp;、'、"。</p>
r8-2	報告結果或病理發現及診斷（一）	4000	X	<p>一、可接續欄位「r7 報告結果」或「r8-1 病理發現及診斷」之內容填寫。</p> <p>二、XML 格式設計有 5 種特殊字元（如：&lt;、&gt;、&amp;、'、"），需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：&lt;、&gt;、&amp;、'、"。</p> <p>三、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼（23501C、23502C、23702C），且報告序號為「2」，本欄填寫方式請參考表七。</p>
r8-3	報告結果或病理發現及診斷（二）	4000	X	<p>一、可接續欄位「r8-2 報告結果或病理發現及診斷（一）」之內容填寫。</p> <p>二、XML 格式設計有 5 種特殊字元（如：&lt;、&gt;、&amp;、'、"），需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：&lt;、&gt;、&amp;、'、"。</p>

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---

特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
				三、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼（23501C、23502C、23702C），且報告序號為「2」，本欄填寫方式請參考表七。
r9	醫事人員身分證號	10	X	一、實際執行醫令之醫事人員國民身分證統一編號，或外籍居留證號碼。 二、如處方為交付、轉檢或代檢，且無醫令實際執行醫事人員之國民身分證統一編號，或外籍居留證號碼者，得以該醫事人員之醫事服務機構代號替代。 二、報告類別代碼為「1」，請填寫本欄。
r10	報告日期時間	11	X	一、第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0，例如民國 99 年，為 099，民國前的年份為負數，例如：-05 表示為民國前 5 年。第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0，例如 5 月，為 05。第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0，例如 9 日，為 09。第 8、9 碼為小時，不足位者前補 0，例如上午 9 時，為 09，下午 3 時，為 15。第 10、11 碼為分，不足位者前補 0，例如 9 分，為 09。 二、報告類別代碼為「1」或「3」，請填寫本欄。
r11	備註	4000	X	一、其他備註事項。 二、XML 格式設計有 5 種特殊字元（如：<、>、&、'、"），需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。
r12	檢驗（查）結果值註記	1	9	一、檢驗（查）評估或判讀結果，代碼如下： 0：未發現異於參考值。 1：異於參考值。 二、本欄為非必填欄位。
<u>r13</u>	<u>輻射劑量</u>	<u>4000</u>	<u>X</u>	<u>一、本欄為非必填欄位。</u> <u>二、請以「毫西弗」為單位填寫輻射劑量。</u>

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---

特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

表二、檢驗（查）結果每月上傳格式上傳格式（XML 格式）

一、基本資料段

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

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---

特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

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

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---

特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

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

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---

特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

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

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---

特約醫事服務機構上傳檢驗(查)結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
				<p>時、分紀錄者，第 8-11 碼得填寫 0。</p> <p>三、報告類別代碼為「4」，本欄請填手術日期時間，同健保醫療費用點數申報之「執行時間-起」。</p> <p>四、本欄為必填欄位。</p>
h24	醫師確認報告時間	11	X	<p>一、第 1、2、3 碼為民國年份，不足位者前補 0，例如民國 99 年，為 099，民國前的年份為負數，例如：-05 表示為民國前 5 年。第 4、5 碼為月份，不足位者前補 0，例如 5 月，為 05。第 6、7 碼為日期，不足位者前補 0，例如 9 日，為 09。第 8、9 碼為小時，不足位者前補 0，例如上午 9 時，為 09，下午 3 時，為 15。第 10、11 碼為分，不足位者前補 0，例如 9 分，為 09。</p> <p>二、如處方為交付、轉檢或代檢，且無醫師確認報告之時、分紀錄者，第 8-11 碼得填寫 0。</p> <p>三、報告類別代碼為「2」，請填寫本欄。</p>
h25	檢體採檢方法/來源/類別	200	X	<p>一、檢體或病理檢驗之採檢方法，如切片、穿刺...等；檢體來源，如肝，靜脈...；檢體類別，如尿液、血液...。</p> <p>二、報告類別代碼為「1」或「3」，請填寫本欄。</p> <p>三、XML 格式設計有 5 種特殊字元(如：&lt;、&gt;、&amp;、'、")，需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：&lt;、&gt;、&amp;、'、"。</p>
h26	就醫序號	4	X	<p>一、本欄為自費用年月 106 年 7 月起為必填欄位。</p> <p>二、填健保 IC 卡規定之就醫序號，四碼流水號例如：0001。</p> <p>三、預防保健填「IC+預防保健之服務時程代碼」。</p> <p>四、慢性病連續處方第二次(含)以後調劑者，請依慢性病連續處方箋上調劑記錄欄之序號填 IC02(第 2 次)或 IC03(第 3 次)或 IC04(第 4 次)。</p> <p>五、接受他院所委託代(轉)檢醫療服務案件，本欄請填原處方之就醫序號。</p> <p>六、異常代碼：如健保卡取得就依序號前或後發生異常，請比照健保卡上傳作業及醫療費用申報作業之「就醫序號之異常代碼對照表」作上傳。</p> <p>七、急(門)診當次轉住院：比照醫療費用申報作業，將急(門)診取得之就醫序號作上傳。</p> <p>八、住院期間：比照醫療費用申報作業，將住院入院取得之就醫序號作上傳。</p> <p>九、住院出院後 14 日內再住院：依各次住院入院取得之就醫序號作上傳。</p> <p>十、排檢案件：比照醫療費用申報作業，依就醫時取得之就醫序號作上傳。</p>

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---

特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

二、報告資料段

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



全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---

特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

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

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---

特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

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

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---

特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

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

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---

特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
				為 15。第 10、11 碼為分，不足位者前補 0，例如 9 分，為 09。 二、報告類別代碼為「1」或「3」，請填寫本欄。
r11	備註	4000	X	一、其他備註事項。 二、XML 格式設計有 5 種特殊字元（如：<、>、&、'、"），需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此 5 種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。
r12	檢驗（查）結果值註記	1	9	一、檢驗（查）評估或判讀結果，代碼如下： 0：未發現異於參考值。 1：異於參考值。 二、本欄為非必填欄位。
<u>r13</u>	<u>輻射劑量</u>	<u>4000</u>	<u>X</u>	<u>一、本欄為非必填欄位。</u> <u>二、請以「毫西弗」為單位填寫輻射劑量。</u>

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---

特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

表三、檢驗（查）結果上傳項目

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

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---

特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
30	09027C	鹼性磷酸酶	1
31	09029C	膽紅素總量	1
32	09030C	直接膽紅素	1
33	09031C	麩胺轉酸酶	1
34	09032C	肌酸磷化酶	1
35	09033C	乳酸脫氫酶	1
36	09038C	白蛋白	1
37	09040C	全蛋白	1
38	09041B	血液氣體分析	1
39	09043C	高密度脂蛋白－膽固醇	1
40	09044C	低密度脂蛋白－膽固醇	1
41	09046B	鎂	1
42	09064C	解脂酶	1
43	09071C	肌酸磷酸酶(MB 同功酶)	1
44	09099B	心肌旋轉蛋白 I	1
45	09106C	游離甲狀腺素免疫分析	1
46	09112C	甲狀腺刺激素免疫分析	1
47	11001C	ABO 血型測定檢驗	1
48	11002C	交叉配合試驗	1
49	11003C	RH (D) 型檢驗	1
50	11004C	不規則抗體篩檢	1
51	12007C	α-胎兒蛋白檢驗	1
52	12015C	C 反應性蛋白試驗－免疫比濁法	1
53	12021C	癌胚胎抗原檢驗	1
54	12081C	攝護腺特異抗原 (EIA/LIA 法)	1
55	12111C	微白蛋白 (免疫比濁法)	1
56	12184C	去氧核糖核酸類定量擴增試驗	1
57	12185C	核糖核酸類定量擴增試驗	1
58	12193B	B 型利納利尿胜肽原(B 型利納利尿胜肽)	1
59	12202B	C 型肝炎病毒核酸基因檢測－即時聚合酶連鎖反應法	1
60	13006C	排泄物，滲出物及分泌物之細菌顯微鏡檢查	1
61	13007C	細菌培養鑑定檢查 (包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定，抗酸菌除外)	1

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---

特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
62	13008B 13008C	細菌培養鑑定檢查（包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定，抗酸菌除外），對同一檢體合併實施一般培養及厭氧性培養時加算	1
63	13009B 13009C	細菌藥物敏感性試驗—1 菌種	1
64	13016B	血液培養	1
65	13023C	細菌最低抑制濃度快速試驗	1
66	13025C	抗酸性濃縮抹片染色檢查	1
67	13026C	抗酸菌培養(限同時使用固態培養基及具自動化偵測功能之液態培養系統)	1
68	14032C	B 型肝炎表面抗原	1
69	14033C	B 型肝炎表面抗體	1
70	14035C	B 型肝炎 e 抗原檢查 HBeAg	1
71	14051C	C 型肝炎病毒抗體檢查	1
72	15001C	體液細胞檢查	3
73	17008B	睡眠多項生理檢查	2
74	18001C	心電圖	2
75	18005B 18005C	超音波心臟圖(包括單面、雙面)	2
76	18007B	杜卜勒氏彩色心臟血流圖	2
77	18010B	頸動脈聲圖檢查	2
78	18015B	極度踏車運動試驗	2
79	18019B	攜帶式心電圖記錄檢查	2
80	18020B	心導管—一側	2
81	18022B	冠狀動脈攝影	2
82	19001C	腹部超音波（包括肝 liver,膽囊 gallbladder,胰 pancreas,脾 spleen,下腔靜脈 inferiorvenacava,腹主動脈 abdominalaorta,腎 kidney 及其他腹部超音波 abdominalothers 在內）	2
83	19003C	婦科超音波	2
84	19005C	其他超音波	2
85	19007B	超音波導引(為組織切片，抽吸、注射等)	2
86	19009C	腹部超音波，追蹤性	2
87	19010C	產科超音波	2

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---

特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
88	19012C	頭頸部軟組織超音波(如甲狀腺 thyroid、副甲狀腺 parathyroid、腮腺 parotid)	2
89	19014C	乳房超音波	2
90	20001C	腦波檢查睡眠或清醒	2
91	20013B	頸動脈超音波檢查	2
92	20019B	感覺神經傳導速度測定	2
93	20023B	F 波	2
94	20026B	穿顱都卜勒超音波檢查（顱內血管超音波檢查）	2
95	22001C	純音聽力檢查	2
96	23305C	氣壓式眼壓測定	2
97	23401C	細隙燈顯微鏡檢查	2
98	23501C	眼底檢查	2
99	23502C	眼底彩色攝影每張	2
100	23506C	微細超音波檢查	2
101	23702C	間接式眼底鏡檢查	2
102	25003C	第三級外科病理	3
103	25004C	第四級外科病理	3
104	25006B	冰凍切片檢查	3
105	25012B	免疫組織化學染色(每一抗體)	3
106	25024C	第五級外科病理	3
107	25025C	第六級外科病理	3
108	26025B	壓力與重分佈心肌斷層灌注掃描	2
109	26029B	全身骨骼掃描	2
110	26072B	正子造影-全身	2
111	28002C	鼻咽喉內視鏡檢查	2
112	28016C	上消化道泛內視鏡檢查	2
113	28017C	大腸鏡檢查	2
114	28023C	肛門鏡檢查	2
115	30022C	特異過敏原免疫檢驗	1
116	32001C	胸腔檢查（包括各種角度部位之胸腔檢查）	2
117	32002C	胸腔檢查（包括各種角度部位之胸腔檢查）	2
118	32006C	腎臟、輸尿管、膀胱檢查	2
119	32007C	腹部檢查（包括各種姿勢之腹部檢查）	2



全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---

特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
120	32009C	頭顱檢查（包括各種角度部位之頭顱檢查）	2
121	32011C	脊椎檢查（包括各種角度部位之頸椎、胸椎、腰椎、薦椎、尾骨及薦髂關節等之檢查）	2
122	32012C	脊椎檢查（包括各種角度部位之頸椎、胸椎、腰椎、薦椎、尾骨及薦髂關節等之檢查）	2
123	32013C	肩部骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2
124	32014C	肩部骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2
125	32015C	上肢骨各處骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2
126	32016C	上肢骨各處骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2
127	32017C	下肢骨各處骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2
128	32018C	下肢骨各處骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2
129	32022C	骨盆及髖關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2
130	33005B	乳房造影術	2
131	33012B	靜脈注射泌尿系統造影術（點滴注射）	2
132	33070B	電腦斷層造影—無造影劑	2
133	33071B	電腦斷層造影—有造影劑	2
134	33072B	電腦斷層造影—有/無造影劑	2
135	33074B	單純性血管整形術	2
136	33075B	血管阻塞術	2
137	33076B	經皮冠狀動脈擴張術—一條血管	2
138	33077B	經皮冠狀動脈擴張術—二條血管	2
139	33084B	磁振造影—無造影劑	2
140	33085B	磁振造影—有造影劑	2
141	08010C	嗜酸性白血球計算	1
142	12031C	免疫球蛋白E	1
143	17003C	流量容積圖形檢查	2
144	17004C	標準肺量測定（包括FRC測定）	2
145	17006C	支氣管擴張劑試驗	2
146	17019C	支氣管激發試驗	2
147	14065C	流行性感冒A型病毒抗原	1
148	14066C	流行性感冒B型病毒抗原	1
<u>149</u>	<u>19018C</u>	<u>嬰幼兒腦部超音波</u>	<u>2</u>
<u>150</u>	<u>18033B</u>	<u>經食道超音波心圖</u>	<u>2</u>

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---

特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
<u>151</u>	<u>18041B</u>	<u>周邊動靜脈血管超音波檢查</u>	<u>2</u>
<u>152</u>	<u>19016C</u>	<u>四肢超音波</u>	<u>2</u>
<u>153</u>	<u>18006C</u>	<u>杜卜勒氏超音波心臟圖</u>	<u>2</u>
<u>154</u>	<u>18008C</u>	<u>杜卜勒氏血流測定(週邊血管)</u>	<u>2</u>
<u>155</u>	<u>19015C</u>	<u>男性外生殖器官超音波</u>	<u>2</u>
<u>156</u>	<u>19017C</u>	<u>經尿道(直腸)超音波檢查</u>	<u>2</u>
<u>157</u>	<u>21008C</u>	<u>膀胱掃描</u>	<u>2</u>
<u>158</u>	<u>21010C</u>	<u>膀胱超音波尿量測量</u>	<u>2</u>
<u>159</u>	<u>19002B</u>	<u>術中超音波</u>	<u>2</u>
<u>160</u>	<u>23504C</u>	<u>超音波檢查(B掃描)</u>	<u>2</u>

註 1：報告類別代碼說明：1：檢體檢驗報告；2：影像報告；3：病理報告。

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

表四、獎勵醫事機構上傳人工關節植入物資料之項目

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

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---

特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明

實施日期：107年1月1日

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

項次	區塊描述	欄位名稱	LOINC 對應名稱	欄位說明
1	醫事機構代碼	醫事機構代碼 Hospital Id		[1..1]
2	醫事機構名稱	醫事機構名稱 Hospital Name		[1..1]
3	病人基本資料	身分證號 ID Number		[1..1]
4		病歷號碼 Chart No.		[1..1]
5		姓名 Name		[1..1]
6		性別 Gender		[1..1]
7		出生日期 Birth Date		[1..1] 格式為西元 YYYYMMDD
8	住院基本資料	出院科別 Department		[1..1]
9		出院床號 Bed No.		[1..1]
10		住院日期 Date of Hospitalization		[1..1] 格式為西元 YYYYMMDD
11		出院日期 Discharge Date		[1..1] 格式為西元 YYYYMMDD
12	轉入醫事機構基本資料	轉入醫事機構代碼 Referring Hospital Id		[0..1]，由何醫院或診所轉入
13		轉入醫事機構名稱 Referring Hospital Name		[0..1]
14	住院臆斷	住院臆斷 Impression	Hospital admission Dx	[1..*]
15	出院診斷	出院診斷 Discharge Diagnosis	Hospital discharge Dx	[1..*]
16	癌症期別	癌症期別 Cancer Staging	Staging	[0..1]
17	主訴	主訴 Chief Complaint	Chief complaint	[1..1]
18	病史	病史 Present Illness	History of present illness	[1..1]
19	理學檢查發現	理學檢查發現 Physical Examination	Physical findings	[0..*]

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---  
特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明  
實施日期：107年1月1日

項次	區塊描述	欄位名稱	LOINC 對應名稱	欄位說明
20	檢驗	檢驗 Laboratory Data	Relevant diagnostic tests and/or laboratory data	[0..*]，包含採檢日期、檢驗項目、檢體、檢驗結果等項目
21	特殊檢查	特殊檢查 Specific Examination	Reference lab test results	[0..*]，包含檢查日期、檢查項目、結果臆斷等項目
22	醫療影像檢查	醫療影像檢查 Imaging Study	Imaging study	[0..*]，包含檢查項目、檢查部位、檢查日期、影像、結果臆斷等項目
23	病理報告	病理報告 Pathology Report	Pathology report.total	[0..*]
24	手術日期及方法	手術日期及方法 Surgical Method and finding	Surgical operation note description	[0..*]
25	住院治療經過	住院治療經過 Hospital Course	Hospital course	[1..1]
26	合併症與併發症	合併症與併發症 Comorbidites and/or Complications	Complications Document	[0..*]
27	出院指示	出院指示 Instructions on Discharge	Hospital Discharge Instructions	[1..1]，包含用藥、復健、營養衛教、追蹤衛教、預約、回診之醫師與日期、出院帶藥等項目
28	出院狀況	出院狀況 Discharge Status	Discharge functional status	[1..1]，包含治癒出院、繼續住院、改門診治療、轉院及死亡等項目
29	轉出醫事機構基本資料	轉出醫事機構代碼 Receiving Hospital Id		[0..1]，轉至何醫事機構
30		轉出醫事機構名稱 Receiving Hospital Name		[0..1]
31	醫師姓名	醫師姓名 Physician Name		[1..*]，主治醫師姓名

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---  
特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明  
實施日期：107年1月1日

項次	區塊描述	欄位名稱	LOINC 對應名稱	欄位說明
附註說明：				
(1) [0..*]：此欄位為可選，可重複出現。				
(2) [1..*]：此欄位為必要，可重複出現。				
(3) [0..1]：此欄位為可選，且只有一次。				
(4) [1..1]：此欄位為必要，且只有一次。				

表六、人工關節植入物資料「報告資料段」填寫範例：

◇單側(左或右)手術

欄位 ID	r1	r2	r3	r4	r5
資料名稱	報告序號	檢驗項目名稱	檢驗方法	檢驗報告結果值	單位
填寫內容 (範例)	1	BH	X	170.3	cm
	2	BW	X	76.76	kg
	3	ASA	X	2	X
	4	surgical approach	L11	01076133270294201720091210HH 7AJA91HH7AJA0002000;0107613 32703387817200915100053172191 5317210010016000;7115-00052007 7T7W78;82-3-0508200551762801	X

◇雙側手術

欄位 ID	r1	r2	r3	r4	r5
資料名稱	報告序號	檢驗項目名稱	檢驗方法	檢驗報告結果值	單位
填寫內容 (範例)	1	BH	X	170.3	cm
	2	BW	X	76.76	kg
	3	ASA	X	2	X
	4	surgical approach	R21	+H124005842013021/25181630976 77F15%;+H124005842002021/2430 562823531J14P;0100889024193925 172307311063112824	X
	5	surgical approach	L21	01008890241937411725063010630 97675;01008890241936041725093 01063180342;01008890241939181 72308311063161903	X

註 1：「X」表示該欄位不需填寫。

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

註 3：各醫令代碼對應之術別、入路途徑如下表。

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

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---  
 特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明  
 實施日期：107年1月1日

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

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---  
 特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明  
 實施日期：107年1月1日

醫令代碼	中文/英文名稱	術別	入路途徑
64170B	部份關節置換術 併整型術—只置 換髌白或股骨或 半股關節或半肩 關節 Partial joint replacement - cup or hip prosthesis or unicompartment (半肩關節不納入 收載)	6：半髌人工關節術 Hemiarthroplasty	A：後外側 Posterolateral (Moore, Southern) B：前外側 Anterolateral (Watson-Jones) C：正外側 Direct lateral (Hardinge , transgluteal ) D：正前方 Direct anterior (DAA, Smith-Peterson) E：經大轉子 Transtrochanteric F：經上後方 Supra articular path 5：其他 Others
64258B	人工半髌關節再 置換術 Revision of bipolar prosthesis	6：半髌人工關節術 Hemiarthroplasty	A：後外側 Posterolateral (Moore, Southern) B：前外側 Anterolateral (Watson-Jones) C：正外側 Direct lateral (Hardinge , transgluteal ) D：正前方 Direct anterior (DAA, Smith-Peterson) E：經大轉子 Transtrochanteric F：經上後方 Supra articular path 5：其他 Others
64201B	人工全髌關節再 置換 Revision total hip replacement	7：全髌人工關節術再 置換/翻修 RTHR Approach	A：後外側 Posterolateral (Moore, Southern) B：前外側 Anterolateral (Watson-Jones) C：正外側 Direct lateral (Hardinge , transgluteal ) D：正前方 Direct anterior (DAA, Smith-Peterson) E：經大轉子 Transtrochanteric F：經上後方 Supra articular path 5：其他 Others

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---  
特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明  
實施日期：107年1月1日

表七、DM、CKD 個案照護資料填寫規範：

項次	報告類別	醫令序	醫令代碼	報告序號	檢驗項目名稱	檢驗報告結果值	單位	參考值
每日	(h1)		(h15)	(r1)	(r2)	(r4)	(r5)	(r6)
每月	(h1)	(h17)	(h18)	(r1)	(r2)	(r4)	(r5)	(r6)
1	1	(同健保醫療費用點數申報之醫令序)	09006C	1	糖化血色素 HbA1c	(填寫檢驗結果,數值 填至小數點第2位)	%	(填寫檢驗項目 對應參考值)
2	1		09005C	1	飯前血糖 Glucose	(填寫檢驗結果,數值 填至小數點第2位)	mg/dl	
				2	飯後血糖 Glucose			
3	1		09044C	1	低密度脂蛋白 LDL	(填寫檢驗結果,數值 填至小數點第2位)	mg/dl	
4	1		09004C	1	三酸甘油酯 TG	(填寫檢驗結果,數值 填至小數點第2位)	mg/dl	
5	1		09015C	1	血清肌酐酸 Serum creatinine	(填寫檢驗結果,數值 填至小數點第2位)	mg/dl	
6	1	06013C	06013C	1	尿液常規檢查 (與 U <sub>ACR</sub> 可視情形擇一填報)	1：正常 2：異常	無	無
				2	例如：蛋白	(填寫檢驗結果)	(填寫	(填寫檢驗項目 對應參考值)
				3	例如：顏色		檢查	
				4	例如：混濁度		項目	
				...	(接續填寫各項檢查名稱)		項目 對應 單位)	
7	1	0	Y00000	1	診療階段	0：初診 1：複診	無	無
				2	年度檢查註記	Y：是		
				3	論質疾病	1：DM 2：Early-CKD		
8	1	0	Y00001	1	eGFR	(填寫檢驗結果,數值 填至小數點第1位)	ml/min/1.73	(填寫檢驗項目)



全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---  
特約醫事服務機構上傳檢驗(查)結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明  
實施日期：107年1月1日

項次	報告類別	醫令序	醫令代碼	報告序號	檢驗項目名稱	檢驗報告結果值	單位	參考值
每日	(h1)		(h15)	(r1)	(r2)	(r4)	(r5)	(r6)
每月	(h1)	(h17)	(h18)	(r1)	(r2)	(r4)	(r5)	(r6)
							m <sup>2</sup>	對應參考值)
9	1	0	Y00002	1	U <sub>PCR</sub>	(填寫檢驗結果,數值填至小數點第1位)	mg/g	
				2	U <sub>ACR</sub>			
10	1	0	Y00003	1	左腳足底檢查	0: 正常	無	無
				2	右腳足底檢查	1: 異常		
11	1	0	Y00004	1	身高	(填寫檢驗結果,數值填至小數點第1位)	cm	無
12	1	0	Y00005	1	體重	(填寫檢驗結果,數值填至小數點第2位)	kg	無
13	1	0	Y00006	1	收縮壓	(填寫檢驗結果,數值填至整數位)	mmHg	(填寫檢驗項目對應參考值)
				2	舒張壓			
14	1	0	Y00007	1	抽菸	1: 無	無	無
				2	戒菸服務	2: 有		
15	1	0	Y00008	1	CKD 階段	00: Stage0(正常) 10: Stage1 20: Stage2 3a: Stage3a 3b: Stage3b 40: Stage4 50: Stage5 新收案只能填 10、20、3a	無	無
16	1	0	Y00009	1	伴隨疾病	0: 無 1: 腎臟病 2: 糖尿病 3: 高血壓 4: 心臟血管疾病	無	無

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---  
 特約醫事服務機構上傳檢驗(查)結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明  
 實施日期：107年1月1日

項次	報告類別	醫令序	醫令代碼	報告序號	檢驗項目名稱	檢驗報告結果值	單位	參考值
每日	(h1)	(h15)		(r1)	(r2)	(r4)	(r5)	(r6)
每月	(h1)	(h17)	(h18)	(r1)	(r2)	(r4)	(r5)	(r6)
						5：高血脂症 6：慢性肝病 7：癌症 8：其他 ex.如個案伴隨糖尿病、高血壓、高血脂，則填復 235		
				2	伴隨疾病_其他說明	當伴隨疾病為「8」時必填		
				3	家族病史	0：無 1：有 X：不詳		
17	1	0	Y00010	1	DM 論質照護結案	*結案日期：填寫方式如就醫日期 *結案原因 1：失聯超過 90 天以上 2：病人拒絕接受治療 3：經評估可自行照護 4：病人遷移 5：死亡 6：其他 *填寫順序：按結案日期、結案原因 ex.10501011	無	無

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---  
 特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明  
 實施日期：107年1月1日

項次	報告類別	醫令序	醫令代碼	報告序號	檢驗項目名稱	檢驗報告結果值	單位	參考值
每日	(h1)		(h15)	(r1)	(r2)	(r4)	(r5)	(r6)
每月	(h1)	(h17)	(h18)	(r1)	(r2)	(r4)	(r5)	(r6)
				2	DM 論質照護 結案原因(其他)	當結案原因為「6」 時必填		
				3	CKD 論質照 護結案	*結案日期：填寫方式如就醫日期 *結案原因 1：恢復正常 2：長期失聯(≥180天) 3：拒絕再接受治療 4：死亡 5：轉診進入「Pre-ESRD計畫」照護 6：病人未執行本方案管理照護超過1年者 7：其他 *轉診原因 10：U <sub>PCR</sub> ≥ 1000 mg/gm 3b：Stage3b 40：Stage4 50：Stage5 *接受轉診院所代碼：填寫方式如醫事機構代碼 *填寫順序：按結案		

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---  
特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明  
實施日期：107年1月1日

項次	報告類別	醫令序	醫令代碼	報告序號	檢驗項目名稱	檢驗報告結果值	單位	參考值
每日	(h1)	(h15)		(r1)	(r2)	(r4)	(r5)	(r6)
每月	(h1)	(h17)	(h18)	(r1)	(r2)	(r4)	(r5)	(r6)
						日期、結案原因、轉診原因、接受轉診院所代碼 ex.10501011 ex.105010153b040 1180014		
				4	CKD 論質照護 結案原因(其他)	當結案原因為「7」 時必填		

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

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

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

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案---  
 特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明  
 實施日期：107年1月1日

表八、檢驗（查）結果及人工關節植入物資料補正上傳主鍵值：

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

## 10~~76~~年「全民健康保險高診次者藥事照護」計畫 (草案，修正如劃底線處)

- 一、依據：全民健康保險會(以下稱健保會)106 年度全民健康保險醫療費用總額協商暨第 ~~32~~ 屆 10~~65~~ 年第 ~~89~~ 次委員會議紀錄。
- 二、目的：為使醫療資源合理使用，針對門診高利用 或經醫師認定之複雜用藥 之保險對象進行藥事照護，輔導建立正確服用藥品觀念，避免藥品重複使用，強化用藥安全，間接減少醫療資源之浪費。
- 三、施行區域：全民健康保險保險人(以下稱保險人)六分區業務組所轄範圍；以最後收案截止日計算，若分區業務組收案率未達該區初選名單人數之 20%，則該分區業務組終止執行本計畫。
- 四、照護個案收案條件：
  - (一)前一年(10~~54~~年 10 月~10~~65~~年 09 月)申報門診就醫次數  $\geq 90$  次(排除牙醫、中醫及復健就醫次數)且經保險人分區業務組認定需輔導者，依序篩選：
    1. 具有 2 種以上慢性疾病者，其在  $\geq 2$  家院所領取  $\geq 13$  張慢性病連續處方箋者，列入第一優先輔導對象。
    2. 藥費在前 50 百分位且就醫院所家數  $\geq 6$  家者，列入第二優先輔導對象。
    3. 半數以上處方箋之藥品品項  $\geq 6$  種者，列入第三優先輔導對象。
    4. 針對已連續 2 年收案輔導者，第 3 年起不得繼續輔導，但有特殊情況且經中華民國藥師公會全國聯合會(以下稱藥師全聯會)及保險人分區業務組同意者，不在此限。
  - (二)為避免資源重置，前開收案保險對象須排除下列情況：
    1. 參加「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」者。
    2. 居家護理收案者。
    3. 領有重大傷病證明卡者。
    4. 參加其他藥事居家照護相關計畫或方案，或已接受其他單位(如食品藥物管理署、護理及健康照護司等)提供之藥事

照護（諮詢）者。

(三)醫師主動轉介或保險人分區業務組認定需要藥師專業輔導轉介之保險對象。

五、實施期間：10~~76~~年1月1日至10~~76~~年12月31日。

六、預算來源：10~~76~~年度全民健康保險其他預算及其分配「全民健保高診次民眾就醫行為改善方案-藥事居家照護」，全年經費4,000萬元。

七、預期目標及成效：

(一)10~~76~~年預期收案人數至少為5,000人。

(二)預期輔導成效：以照護個案開始接受輔導至10~~76~~年12月31日，與前一年同期比較，門診醫療費用降低15%以上。

(三)監測指標：

1. 醫師及照護個案對藥師建議事項之回應比率達50%。

公式：醫師及照護個案回應藥師建議事項(CC碼)之項數總計／藥師建議事項(BB碼)之項數總計

BB：藥事照護報告書中所填寫「對醫師或照護個案建議事項」代碼。

CC：藥事照護報告書中所填寫「醫師或照護個案對藥師建議回應結果」代碼。

2. 門診就醫次數下降達15%。

3. 藥品品項數下降15%。

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

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

6. 降低個案餘藥品項數：以加總「首次餘藥品項數-最後一次

餘藥品項數 / 輔導人數 (分析餘藥原因並輔導以減少個案餘藥品項數)。

餘藥品項定義：

(1)慢性病用藥超過 30 日用量的剩藥，始計算品項。

(2)非慢性病用藥超過 14 日用量藥的剩藥，始計算品項。

(3)除上開外，處方與非處方藥、中草藥、健康食品品項之計算：症狀解除後無需再使用，或開封已超過半年，且已過期或不知藥品保存有效期限者

74. 藥師協助照護個案將藥品整理成七日藥盒之比率達 30 %。

八、本保險特約藥局及藥事人員申請資格：

- (一)須為具藥事人員 2 人(含)以上，或前一年度(申報資料須滿 12 個月)平均每日調劑處方箋 40 張(含)以下之 1 人藥事人員執業之本保險特約藥局(新設立未滿一年藥局藥師或本保險山地離島或西醫醫療資源不足地區除外)，且 1054 年及 1065 年兩年內未受保險人處分致停止、終止特約或不予特約，且其藥事人員未有依本計畫第十四項第二款之規定，被動退出本計畫之紀錄者。
- (二)各藥事人員前一年度參與本計畫，其輔導之照護個案，門診醫療費用與前一年同期比較，成長超過 10% 者，不得申請，但經藥師全聯會及保險人分區業務組評估不可歸責於該藥事人員者，不在此限。
- (三)參與計畫之藥事人員須通過藥師全聯會培訓且認證審核資格(依據藥師全聯會訂定之輔導計畫標準作業程序據以執行，訪視前之準備、禮儀、證件及電話預約；訪視時之自我介紹、輔導內容；訪視後之記錄)及接受疾病治療導向之藥事照護訓練。為增加培訓課程與醫師交流溝通之多面性，得邀請醫師共同參與課程或研討會等，以增加雙方之正面交



流。

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

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

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

十、屬本計畫第四項收案條件(一)及(三)者派收案、輔導與結案之程序：

(一)派收案條件及程序：

1. 藥師全聯會將保險人分區業務組派案之保險對象資料(包括姓名、性別、出生年月日、年齡、優先順序、通訊地址、戶籍地址、聯絡電話、去年輔導藥師姓名)派案予參與本計畫之藥事人員，並轉請各縣市藥師公會協調保險對象及對應之藥事人員(所轄保險人分區業務組亦參與協調)。可考量依地緣關係配對照護之保險對象，但不能排除偏遠地區需要藥事照護之保險對象。各縣市藥師公會需彙整負責藥局代號、藥事人員及其保險對象名單後，送至藥師全聯會，由藥師全聯會函送所轄保險人分區業務組。若剩餘無藥師圈選之保險對象屬於偏遠地區之保險對象 $\geq 50\%$ ，則由藥師全聯會平均分配給各該分區內參與本計畫之所有藥事人員。藥師全聯會得協助派案之進行及指定該分區內所有參與本計畫藥

事人員之偏遠地區輔導保險對象名單。藥師全聯會並得請各縣市藥師公會協助派案並應彙整選案後之負責藥局代號、藥事人員及其照護個案名單，由藥師全聯會函送所轄保險人分區業務組。

2. 保險人應於107年3月15日前發送關懷函（樣張如附件1）予本計畫收案之照護個案並副知輔導之藥事人員。關懷函中敘明負責該對象之藥事人員姓名、聯絡電話、特約藥局名稱及地址等聯絡方式等相關事項及說明藥事人員來拜訪時需出示健保卡，以提供藥事服務。保險人分區業務組可協助洽請各相關特約醫療院所或特約藥局，配合提供保險對象之相關聯絡資料如電話、地址等，並同時知會該院所該位保險對象已為本計畫之照護個案。
3. 藥事人員不得拒絕指定收案名單或中斷輔導。
4. 考量保險對象應有足夠時間接受藥事照護，故最後收案截止時間為1076年67月301日，除屬醫師或保險人分區業務組認為需要藥事人員專業輔導轉介之保險對象外，均不得延長。以最後收案截止日計算分區收案率（收案人數/分區業務組提供初選名單），若低於20%，該分區停止辦理本計畫。
5. 1076年34月310日前未完成第1次聯繫之保險對象，應於1076年45月301日前進行重新配對派案，但派案日期仍不得晚於1076年56月310日。藥師全聯會應於1076年78月315日前將藥事人員及照護個案之最終收案名單送保險人及各分區業務組。另藥事人員屬被動退出計畫者，應即停止輔導其所照護個案，並應由藥師全聯會轉介其他藥事人員繼續照護。
6. 藥事人員於收案時，應注意特殊保險對象之排除程序及為保障保險對象隱私，須完整說明輔導目的，確實徵得受訪者之同意，並簽立同意藥事人員輔導同意書（樣張如附件2）。
7. 保險人分區業務組提供已配對之保險對象最近2個月門診申

報資料(包括對象姓名、電話、地址、就醫日期，中英文藥品名稱、藥品總量、就醫之醫事機構名稱及主、次診斷等)，供參與本計畫之藥事人員輔導參考。

8. 屬本計畫第四項收案條件(三)醫師主動轉介之個案，須由醫師填寫轉介單提供給藥師全聯會，由藥師全聯會向轉介醫事機構所屬之分區業務組書面申請，並經分區業務組同意後，納入本計畫之收案人數(個案轉介單如附件3)。

9. 藥師輔導個案期間，個案屬於慢性病且病情穩定且於區域醫院層級(含)以上就醫者，藥師得評估個案狀況後轉介至地區醫院或社區醫療群接受診療服務(個案轉介單如附表3)。

## (二)輔導程序：

1. 進行輔導前，藥事人員應將照護個案用藥情形彙整完整藥歷及照護個案相關資料，預作準備，以建立完整資料，提供更適當之藥品專業輔導。
2. 若屬本計畫第四項收案條件(三)，由醫師主動轉介之個案，藥師應於訪視後，將訪視結果與轉介醫師討論，並將書面結果回復保險人分區業務組及藥師全聯會。
3. 藥事人員於訪視輔導時，應出示藥師全聯會所製備之證件。
4. 藥事人員須將訪視紀錄表上的資訊彙整，並上傳至藥師全聯會設置的電腦化照護管理系統。若遇有照護個案申訴或疑義時，保險人得向藥師全聯會調閱上開資料查核。另依據全民健康保險憑證製發及存取資料管理辦法第9條及第10條規定辦理，藥事人員須於提供藥事居家照護時，將健保卡過卡，並應於登錄後24小時內，將之上傳予保險人備查。
5. 輔導次數上限：每位照護個案以每個月輔導不超過1次(含)為原則，但經藥事人員評估個案需密集輔導者，須另提報訪視報告書且說明原因，經藥師全聯會或保險人分區業務組評估核可者，不在此限；藥事人員輔導每一照護個案，

全年以申請8次藥事服務費用為上限，但經保險人分區業務組專案同意者，不在此限。

6. 藥事人員遇有醫師重複開立同一成份或同一類別之藥品，應填具「藥事照護溝通聯繫單」(如附件6)回饋處方醫師參考，並請處方醫師依所附回執聯填寫回復；必要時，藥事人員可與處方醫師討論用藥事宜，保險人分區業務組得協助藥事人員與處方醫師之溝通，並由藥師全聯會蒐集及統計資料，作為未來推動醫師轉介之具體溝通之參考資料。
7. 藥師全聯會應自3月份起，定期於每個月20日固定以電子郵件提供最新收案人數、區域別及藥事人員人數或相關輔導數據予保險人。
8. 屬本計畫第四項收案條件(一)、(三)者，藥事人員輔導訪視之地點，應以照護個案之要求地點為優先考量，訪視地點得為照護個案家中、指定之公開場所或藥事人員執業之藥局。

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

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

#### 十一、支付與申報方式：

(一)支付方式：採論次計酬，每次至少30分鐘，並應完成書面

報告及註明輔導起訖時間，每位藥事人員每日輔導10位照護個案為上限，超過則不予支付。  
各項支付點數如下：

1. 屬本計畫第四項收案條件(一)及(三)之照護個案：
    - (1) 至照護個案家中或指定之公開場所訪視：每次支付1, ~~1000~~點（支付標準代碼為「P4101C」）
    - (2) 由照護個案自行前往藥事人員執業之特約藥局接受照護；每次支付600點（支付標準代碼為「P4104C」）。
    - (3) 藥事人員之訪視地點屬「全民健康保險山地離島地區」（詳附表1）、10~~76~~年「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」者，每次支付1, ~~3200~~點（支付標準代碼為「P4102C」），惟藥事人員執業地區屬前述地區而至該地區提供本服務者，不適用之。
  2. 前開支付點數，最高以每點1元支付，若有超支，則以浮動點值支付。
  3. 每位藥事人員收案人數以140位照護個案為上限，超過則不予支付。
- (二) 申報方式：藥事人員於每月1~~05~~日前，須將上個月所有照護個案的「藥事照護報告書」資料(如附件4)輸入藥師全聯會設置的照護管理系統，並由藥師全聯會每月20日統一將藥事人員上傳的訪視資料內容彙整成Excel電子檔，函送至所轄保險人分區業務組。藥事人員申報費用時，應依「特約藥局醫療費用點數申報格式及填表說明」（參見附表2），向所轄保險人分區業務組申請費用，保險人分區業務組審查訪視紀錄報告資料後，始支付該次訪視服務費用。另若資料有訪視時間重疊或其他涉虛浮報之疑義，保險人分區業務組將依全民健保之相關規定辦理。
- (三) 對於僅接受第一次訪視，拒絕後續輔導或死亡之保險對

象，藥事人員提出具病人簽名之首次訪視紀錄表首頁書面資料及拒訪原因並送保險人分區業務組備查，可申報1次訪視服務費，惟此類保險對象將不列為收案名單，但應納入成效評估，分析僅提供1次服務之原因。

## 十二、獎勵措施：

(一)獎勵資格：以藥事人員輔導之所有照護個案開始輔導至1076年12月31日止，符合下列條件之一者。

1.門診醫療費用與前一年同期比較，其門診醫療費用下降達17%以上者。

2.經醫師轉介收案輔導之個案，平均門診醫療費用下降與前一年同期比較，下降率排序前10%者。

3.依本計畫第七項監測指標 6.餘藥品項數下降排序前10%者(由藥師全聯會提供名單)。

4.訪視紀錄中 AABCC 碼填報完整者(由藥師全聯會提供名單)。藥師全聯會審查藥師訪視紀錄，針對藥物治療問題紀錄品質進行評分，於計畫年度結束時統計每位藥師之平均分數，取分數最高前10%之藥師，列為建議獎勵名單。

但藥事人員如中途退出本計畫者或收案人數少於5位(含)，則不予採計。

(二)總獎勵金額：以計畫之預算扣除論次計酬費用後之餘額為總獎勵金額，惟以預算之105%為上限。另若計畫總節省點數之70%低於前述上限值，則以該節省點數之70%為總獎勵金額之上限。

(三)個別藥事人員獎勵金計算公式：總獎勵金額\*(符合資格之個別藥事人員節省點數\*70%/所有符合資格之藥事人員總節省點數\*70%)。

## 十三、醫療費用審查及查核辦法：

(一)藥事人員於輔導期間有下列情形之一者，保險人除不予支

付費用外，並依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法辦理。

1. 經保險人查有虛報、浮報之情事者。
2. 藥事人員於訪視期間由非具資格人員代為服務，經保險人查證屬實者。
3. 特約藥局於1087年1月20日前未申報1076年度本計畫之費用者，不予支付，另年度補報案件則以1087年2月20日前為限。
4. 以電話或網路或其他非實地訪視方式或因照護個案未遇而改為訪視其家屬親友等且申報費用者，不予支付。

(二)上開未盡事宜，則依全民健康保險法及相關法規辦理。

#### 十四、其它事項：

(一)保險對象資料受個人資料保護法保障，藥師全聯會暨相關藥事人員，皆應依相關規定辦理，以確保照護個案之隱私。

(二)符合下列事項之一者，藥事人員應被動退出本計畫，且次年度亦不得參與本計畫：

1. 該藥事人員經照護個案申訴（如服務態度不佳、額外收費、藉機推銷、未約定時間即直接拜訪、未佩戴證件或未依本計畫規定事項辦理）且經保險人查證屬實者。
2. 藥事人員因照護個案未遇而改為訪視其親屬或僅以電話提供藥事服務或未實際訪視且申報費用者。
3. 特約藥局參與計畫期間，如有全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法38條、39條、40條各款情形之一並經保險人處分者，以保險人第一次處分函所載停約日起，該藥局及其藥事人員終止參與計畫。

#### 十五、執行報告：

(一)藥師全聯會應於期中（1076年98月130日前）及期末（1078年4月1日前）提交執行成果報告予保險人，並於健保會提報

執行情形。

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

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



## 附件 1-全民健康保險用藥安全關懷函（樣張）

○○○先生（女士）您好：

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

祝您 身體健康、萬事如意

衛生福利部中央健康保險署敬上

1076年○月○日

※若有任何問題可電洽 中華民國藥師公會全國聯合會 藥事照護發展中心 02-25953856 轉分機 128，將會有專人為您服務。

○○業務組服務專線：請各分區業務組自行填寫

○○業務組傳真專線：請各分區業務組自行填寫

## 附件 2-全民健保保險對象參與藥事照護 同意書（樣張）

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

藥師表示會教導我用藥知識，我願意提供相關就醫資料（包括由健保署提供之相關就醫資料）供藥師參考，藥師依相關法規維護及保障我的個人隱私。在我需要時能協助與我的醫師溝通用藥問題。我若有任何問題可向中華民國藥師公會全國聯合會\_藥事照護發展中心詢問（電話：02-25953856 轉 128）。因此，我同意參與此計畫，並同意藥師教導及協助我的用藥安全。

此致 中華民國藥師公會全國聯合會

立同意書人：\_\_\_\_\_

民國 1076 年 月 日

附件 3-健保高診次者藥事照護計畫  
個案轉介單(醫師轉介給藥師)

轉介機構基本資料	機構名稱：		聯絡電話：		
	機構地址：		傳真號碼：		
	轉介醫師姓名：		E-mail：		
個案基本資料	姓名：	年齡：__歲	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否同意轉介	
	身分證號：	聯絡人：		關係：	
	聯絡電話：	住址：			
個案需藥師專業照護原因	<p>1. <input type="checkbox"/>年度就診次數異常(≥8次/月)，須瞭解高就診原因，適需要予以輔導</p> <p>2. <input type="checkbox"/>同時使用五種藥品以上，需進行藥物交互作用、治療禁忌等評估</p> <p>23. <input type="checkbox"/>有多位醫師在開處方藥給病人，多科看診，須整合用藥，確認適當性</p> <p>4. <input type="checkbox"/>請協助追蹤病人用藥反應，必要時與原轉介單位溝通</p> <p>5. <input type="checkbox"/>有三高或其他慢性疾病，需指導自我照護與用藥正確性</p> <p>3. 需評估藥品改變情形，以對病人提供新用藥品的諮詢</p> <p>3.16. <input type="checkbox"/>最近一個月才剛出院甫出院未達三十天，須做藥物諮詢並做療效追蹤</p> <p>3.27. <input type="checkbox"/>最近三個月用藥有重要改變，須做藥物諮詢並做療效追蹤</p> <p>48. 有配合度困難問題 <input type="checkbox"/>請做配合度諮詢服務</p> <p>4.1 <input type="checkbox"/>使用特殊用藥器具或療效監測儀器使用</p> <p>4.2 <input type="checkbox"/>認知有困難，不識字、語言困難、昏暈、失憶</p> <p>4.3 <input type="checkbox"/>肢體有困難，手不方便取藥、視力不好</p> <p>5. <input type="checkbox"/>使用安全性狹窄的藥品，需輔導病人對副作用認知及確定用藥之正確性</p> <p>6. <input type="checkbox"/>有藥師後續持續追蹤的疑似藥物治療問題</p> <p>9. <input type="checkbox"/>病人有特殊劑型或使用技巧之藥物，請執行諮詢指導</p> <p>10. <input type="checkbox"/>病人有不識字、語言困難、昏暈、失憶等認知狀況，請協助或確認病人可適當用藥</p> <p>11. <input type="checkbox"/>病人有不方便取藥、視力不好、聽力障礙等狀況，請協助或確認病人可適當用藥</p> <p>712. <input type="checkbox"/>其他需求：描述</p>				
簡述與個案特質有關的疾病、症狀、用藥或希望藥師協助之重點			轉介人員簽章：		
與所勾選個案特質有關的疾病/症狀及用藥之簡述：			(請加蓋機構章)		
			轉介日期：__年__月__日		
備註	<p>*本轉介單請 E-mail(<a href="mailto:100pharmacist@gmail.com">100pharmacist@gmail.com</a><del>hinet.net.tw</del>)或傳真(FAX:02-25991052)至藥師公會全國聯合會，代為轉交健保分區業務組。若經健保分區業務組核可，被指派照護藥師將會與您聯絡，以瞭解個案情形。</p>				
<p>(本欄位由保險分區業務組填寫審查結果回覆藥師全聯會，由藥師全聯會派案或轉知醫師不予列案原因)</p> <p>審查單位：_____分區業務組 回覆日期：__年__月__日</p> <p>審查結果：<input type="checkbox"/>核可列案，請進行派案 <input type="checkbox"/>不予列案，原因說明：_____</p> <p>聯絡人：_____，電話：_____，傳真：_____</p>					

~~~~~以下由接受派案的藥師填寫回覆所屬健保分區業務組~~~~~

|     |       |    |      |
|-----|-------|----|------|
| 接受派 | 藥師姓名： | 執業 | 藥局名稱 |
|-----|-------|----|------|

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

## 附件 4-藥事照護報告書

保險對象基本資料：

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

照護藥師與執業藥局資料：

|           |  |             |  |
|-----------|--|-------------|--|
| 藥師姓名      |  | 執業藥局        |  |
| 電——話      |  | 地——址        |  |
| E-mail    |  | 藥師提出報告日期：—— |  |
| 訪視起迄時間/地點 |  |             |  |

| 項——目                              | 原因/內容/發現之問題                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 第——次訪視個案 | <input type="checkbox"/> 於——年——月——日——時開始第一次做居家訪視。<br><input type="checkbox"/> 個案不願接受照護，原因：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 本次訪視發現/解決之問題                      | <input type="checkbox"/> 個案目前 $\geq 14$ 天給藥日的慢箋有___張，最近一次的就醫序號?_____。<br><input type="checkbox"/> 共有多少項醫療問題/疾病?___項<br><input type="checkbox"/> 個案須長期使用的處方藥有___種，短期使用的處方藥有___種<br><input type="checkbox"/> 共使用非醫師處方的藥___種<br><input type="checkbox"/> 共使用中藥___種<br><input type="checkbox"/> 共使用保健食品___種<br><input type="checkbox"/> 藥事人員給予用藥教育___項<br><input type="checkbox"/> 填寫與醫師溝通之用藥問題___張<br><input type="checkbox"/> 發現有藥物治療相關問題___項 |

本次訪視提供之其他服務項目  
(沒有就不要勾選)

- 協助處理/清理醫師處方的藥一種及中藥、非醫師處方的藥、保健食品共一種
- 評估個案是否有協助將用藥整理成七日藥盒之需求
- 轉介就醫
- 陪同就醫
- 提供社會資源的資訊
- 其他: \_\_\_\_\_

醫師診斷出的疾病

藥師訪視後發現之醫療問題與家庭/環境狀況

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

病人高(主要)就診原因，對用藥的瞭解/期望/擔心/害怕/顧慮/喜好之議題

|  |
|--|
|  |
|--|

目前在家用藥檔案(醫師處方的藥、中藥、非醫師處方的藥、保健食品):

| 醫療院所/<br>科別/醫師 | 治療之疾病/<br>醫療問題 | 商品名<br>含量/劑型 | 學名 | 劑量/用法/<br>起迄日期 | 實際<br>用法 |
|----------------|----------------|--------------|----|----------------|----------|
|                |                |              |    |                |          |
|                |                |              |    |                |          |
|                |                |              |    |                |          |
|                |                |              |    |                |          |
|                |                |              |    |                |          |
|                |                |              |    |                |          |
|                |                |              |    |                |          |
|                |                |              |    |                |          |
|                |                |              |    |                |          |
|                |                |              |    |                |          |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

療效、副作用監測指標與數值(血壓、脈搏、血糖、生化檢驗、尖端呼氣流量等)

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

藥師照顧時發現的疑似藥物治療問題與改善建議：

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

本次評值病人的疾病控制情形/治療效果：

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

追蹤上次處置或建議事項的結果

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

書寫報告藥師簽名：\_\_\_\_\_



藥品治療問題之代碼：(AA 碼)

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

◇編碼 00 其他/沒有藥品治療問題，但有教育病人正確就醫或自我照護做法。

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

~~\*藥事人員對醫師用藥之建議事項 (BB 碼)~~

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

~~\*醫師之回應結果 (CC 碼)~~

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

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

~~\*藥事人員對照護個案之建議內容 (BB 碼)~~

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

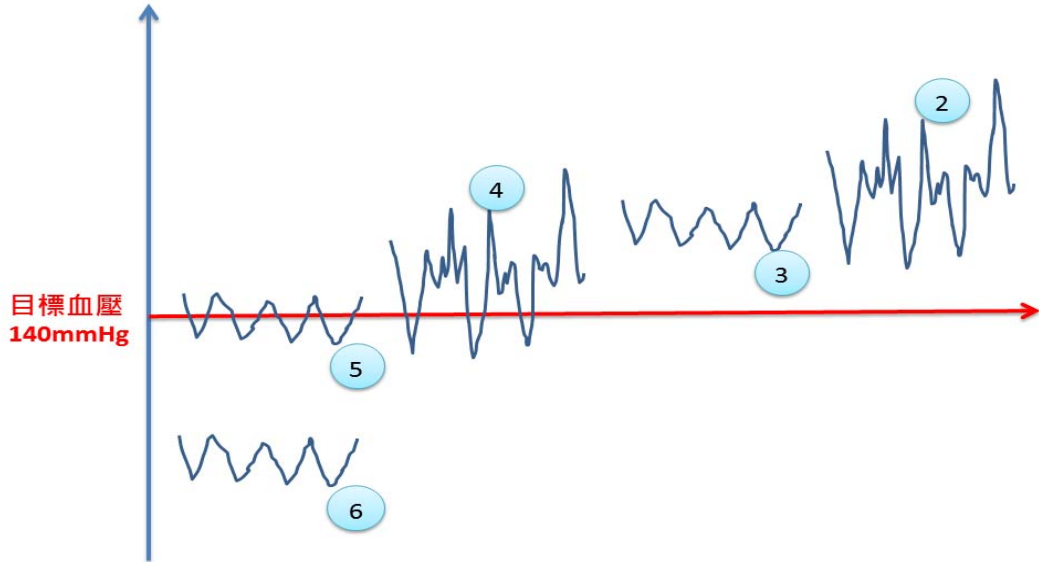
~~\*照護個案回應結果 (CC 碼)~~

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

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

目前疾病治療控制情形(目前療效代碼)

| 代碼 | 目前病況         | 描——述                       |
|----|--------------|----------------------------|
| 7  | 完全治癒         | 病人所期望的治療目標已完全達成，且不再需要藥品治療。 |
| 6  | 治療已達目標，且病情穩定 | 病人所期望的治療目標已完全達成，且病情穩定，起伏   |
| 5  | 最目標          |                            |
| 4  | 治療不穩         |                            |
| 3  | 治療穩定         |                            |
| 2  | 治療穩定         |                            |
| 1  | 病狀           |                            |



※前述疾病

## 附件 4-藥事照護報告書

保險對象基本資料：

|    |  |       |       |                                                           |
|----|--|-------|-------|-----------------------------------------------------------|
| 姓名 |  | 出生日期  |       | 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 電話 |  | 身分證字號 |       |                                                           |
| 住址 |  |       | 身高/體重 | 公分 公斤 BMI:                                                |

照護藥師與執業藥局資料：

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

藥師在\_\_月\_\_日對個案(病人)進行第\_\_次居家訪視，以下為本次藥事照護與服務紀錄：

|                    |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 影響病人<br>居家用藥<br>因素 | 自我服藥<br>生理功能                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 可自行服藥<br><input type="checkbox"/> 經他人協助服藥<br><input type="checkbox"/> 無法吞服整顆藥粒( <input type="checkbox"/> 1.磨粉 <input type="checkbox"/> 2.管灌)                                                                                                                                                            |
|                    | 協助服藥<br>者                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 家人(稱謂： ) <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 其他<br>是否每次服藥時間都可協助病人：<br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 部分時候可以,說明：_____                                                                                                                   |
|                    | 生理因素                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 重聽/聽障 <input type="checkbox"/> 說話障礙 <input type="checkbox"/> 視力不足/視障<br><input type="checkbox"/> 上肢無力/障礙<br><input type="checkbox"/> 記憶力退化 <input type="checkbox"/> 認知障礙 <input type="checkbox"/> 憂鬱<br><input type="checkbox"/> 肝功能不足 <input type="checkbox"/> 腎功能不足 <input type="checkbox"/> 其他：_____ |
|                    | 心理及行<br>為因素                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 多處就醫 <input type="checkbox"/> 1.長期疾病無法緩解<br><input type="checkbox"/> 2.不同疾病分別不同醫師看診領藥<br><input type="checkbox"/> 害怕(或曾發生)副作用<br><input type="checkbox"/> 缺乏病識感/自覺病況好轉<br><input type="checkbox"/> 自我照顧及用藥知識不足<br><input type="checkbox"/> 其他：_____                                                     |
|                    | 藥品因素                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 品項過多<br><input type="checkbox"/> 用藥時間/方法(regimen)複雜<br><input type="checkbox"/> 給藥或監測器具操作困難<br><input type="checkbox"/> (潛在)ADR/ADE <input type="checkbox"/> (潛在)療效不佳                                                                                                                                   |
| 病人目前<br>用藥摘要       | 1.開立處方醫療院所/科別:___/___個<br>2.目前 ≥14 天給藥日的慢箋有___張，最近一次的就醫序號?___<br>3.須長期使用的處方藥有___種，短期使用的處方藥有___種<br>3.目前使用的藥品/保健品共___項(含中西藥處方、非處方等) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

整合後之居家目前用藥檔案 (醫師的處方藥、指示用藥、中藥、保健食品)：

| 醫療院所/科別/<br>醫師 | 治療之疾病/<br>使用目的 | 商品名<br>含量/劑型 | 學名 | 劑量/用法/<br>起始日期 | 服用不<br>正確註<br>記(註) | 還有餘藥<br>品項註記<br>(註) |
|----------------|----------------|--------------|----|----------------|--------------------|---------------------|
|                |                |              |    |                |                    |                     |
|                |                |              |    |                |                    |                     |
|                |                |              |    |                |                    |                     |
| 自備             |                |              |    |                |                    |                     |
| 自備             |                |              |    |                |                    |                     |
| 自備             |                |              |    |                |                    |                     |

備註:只在使用不正確(含用法不明)及有過剩藥品之品項做註記

療效、副作用監測指標與數值(血壓、脈搏、血糖、生化檢驗、尖端呼氣流量等)

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

病人整體疾病控制與用藥問題簡述

|                 |
|-----------------|
| 病人整體疾病控制與用藥問題簡述 |
|-----------------|

藥師發現的疑似藥物治療問題與改善建議

|            | (AA 碼)<br>描述牽涉藥品/用法與問題是什麼 | (BB 碼)<br>描述如何解決，寫出藥物之變化 |
|------------|---------------------------|--------------------------|
| 醫師處<br>方用藥 | ( )                       | ( )                      |
|            | ( )                       | ( )                      |
|            | ( )                       | ( )                      |
| 其他醫<br>療人員 | ( )                       | ( )                      |
|            | ( )                       | ( )                      |
|            | ( )                       | ( )                      |
| 病人         | ( )                       | ( )                      |
|            | ( )                       | ( )                      |
|            | ( )                       | ( )                      |
| 照顧者        | ( )                       | ( )                      |
|            | ( )                       | ( )                      |
|            | ( )                       | ( )                      |

**本次評值病人的疾病治療效果：**

| 醫療問題<br>(疾病) | 目前療<br>效代碼 | 目前療效結果之描述<br>(最好能呈現療效指標的數據) |
|--------------|------------|-----------------------------|
| 1.           |            |                             |
| 2.           |            |                             |
| 3.           |            |                             |

**追蹤上次處置或建議事項的結果**

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

**本次訪視所提供之其他服務項目：**

1. 是否提供用藥分裝服務?

否

是，個案條件： 多科醫師開處方  用藥用法複雜  配合度有疑義

2. 是否提供餘藥檢核服務?

否

是，個案條件： 有超過 30 日用量的慢性病剩藥  有非慢性病用藥超過 14 日用量藥的剩藥  有症狀解除後無需再使用，或開封已超過半年，且已過期或不知藥品保存有效期限之處方、非處方藥、中草藥或健康食品

3.  陪同就醫

4.  提供社會資源的資訊

5.  轉介就醫

6.  轉介不同職類醫事人員  牙醫  護理師  營養師  社工師  其他：\_\_

7.  其他：\_\_\_\_\_

書寫報告藥師簽名：

### ~~附件 5-用藥配合度測量表~~

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

~~總分 0 分=高配合度；1-2 分=中配合度；3-6 分=低配合度~~

## 附件 5- 用藥配合度測量表

這測量表是想瞭解您最近吃的所有藥品在最近兩週內，您有沒有下列用藥行為的問題存在。

| 用藥行為 問題                                        | 病人回答<br>(是=0, 否=1)                                    |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 1. 您是否因為用藥時間太複雜或種類多而忘記服藥?                      | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 2. 您是否曾因為吃藥覺得更不舒服，而減少服藥劑量或停止吃藥，但沒有告訴醫師?        | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 3. 當您覺得症狀都控制很好，您是否有時會停止吃藥?                     | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 4. 您這兩天是否有忘記吃某餐該吃的藥品?                          | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 5. 當您出外旅遊或上班，是否有時會忘記帶藥出去?                      | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 6. 您有多經常忘記吃全部的藥品?<br>(1) 從不/很少 (2) 偶爾會 (3) 經常會 | (1) = 1<br>(2)~(3)= 0                                 |
| 總 分                                            |                                                       |

總分 0~3 = 低服藥配合度， 4~5 = 中等服藥配合度， 6 = 高服藥配合度



## 附件 6-藥事照護溝通聯繫單

個案姓名：\_\_\_\_\_ 性別：男女 出生年月日：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_  
 醫師姓名：\_\_\_\_\_ 服務單位：\_\_\_\_\_醫院/診所；科別：\_\_\_\_\_科

尊敬的\_\_\_\_\_醫師，您好：

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

病情概況：

| 疑似藥物治療問題之描述(Assessment) | 藥師意見欄建議(Care Plan) |
|-------------------------|--------------------|
|                         |                    |

參考資料來源：

藥師：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

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

-----  
 醫師回覆內容：

回覆醫師簽名：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

藥師書寫疑似藥物治療問題與回應編碼(AABBCC)：

### 附件 7-藥師持續藥事照護成果表

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

|                |                      |    |          |                            |                 |                   |      |       |                            |            |  |  |
|----------------|----------------------|----|----------|----------------------------|-----------------|-------------------|------|-------|----------------------------|------------|--|--|
| 保險對象剛開始狀況      | 第一次照顧日期              |    | 共吃多少品項藥品 |                            | 最後一次照顧看到病結果     | 最後一次照顧日期          |      | 共照顧幾次 |                            | 目前使用多少品項藥品 |  |  |
|                | 民國    年    月    日    |    | 項        |                            |                 | 民國    年    月    日 |      | 次     |                            | 項          |  |  |
|                | 有哪些疾病(視需要增加下列行數)     |    |          | 疾病控制情形(請使用後面目前療效的代碼，並描述細節) |                 |                   | 目前疾病 |       | 疾病控制情形(請使用後面目前療效的代碼，並描述細節) |            |  |  |
|                | 1                    |    |          |                            |                 | 1                 |      |       |                            |            |  |  |
|                | 2                    |    |          |                            |                 | 2                 |      |       |                            |            |  |  |
|                | 3                    |    |          |                            |                 | 3                 |      |       |                            |            |  |  |
|                | 疾病控制狀況               |    |          | / =                        |                 | 疾病控制狀況            |      | / =   |                            |            |  |  |
| 形成高診次原因        |                      |    |          |                            | 保險對象對藥師的態度      |                   |      |       |                            |            |  |  |
| 藥師照顧期間發現與解決的問題 | (AA 碼) 藥師發現到哪些藥品治療問題 |    |          |                            | (BB 碼) 藥師建議如何解決 |                   |      |       | (CC 碼) 醫師處方修正/保險對象行為改變情形   |            |  |  |
|                | 醫師處方用藥               | 1  | ()       |                            |                 | ()                |      |       | ()                         |            |  |  |
|                |                      | 2  | ()       |                            |                 | ()                |      |       | ()                         |            |  |  |
|                |                      | 3  | ()       |                            |                 | ()                |      |       | ()                         |            |  |  |
|                | 保險對象用藥行為             | 1  | ()       |                            |                 | ()                |      |       | ()                         |            |  |  |
|                |                      | 2  | ()       |                            |                 | ()                |      |       | ()                         |            |  |  |
| 3              |                      | () |          |                            | ()              |                   |      | ()    |                            |            |  |  |

全民健康保險山地離島地區一覽表

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

107 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案實施鄉鎮(市/區)一覽表

| 業務組   | 縣市  | 鄉鎮<br>(市/區)        | 業務組   | 縣市      | 鄉鎮<br>(市/區)      |
|-------|-----|--------------------|-------|---------|------------------|
| 臺北業務組 | 新北市 | 坪林區 <sup>3</sup>   | 中區業務組 | 彰化縣     | (田尾鄉)            |
|       |     | 萬里區                |       |         | 大村鄉 <sup>1</sup> |
|       |     | *三峽區               |       |         | 社頭鄉 <sup>1</sup> |
|       |     | (雙溪區) <sup>3</sup> |       |         | (線西鄉)            |
|       |     | 石門區                |       |         | (芳苑鄉)            |
|       |     | 石碇區 <sup>3</sup>   |       |         | (福興鄉)            |
|       |     | 三芝區                |       |         | 伸港鄉 <sup>1</sup> |
|       |     | *平溪區 <sup>3</sup>  |       |         | 芬園鄉              |
|       |     | 貢寮區                |       |         | 永靖鄉 <sup>1</sup> |
|       | 基隆市 | *七堵區 <sup>1</sup>  |       |         | 大城鄉              |
|       | 宜蘭縣 | 壯圍鄉                |       |         | 竹塘鄉              |
|       |     | (三星鄉)              |       |         | 溪州鄉              |
|       |     | (五結鄉)              |       |         | 集集鎮              |
| 頭城鎮   |     | 魚池鄉                |       |         |                  |
| 北區業務組 | 桃園市 | 觀音區                | 南區業務組 | 南投縣     | 冬山鄉              |
|       |     | 芎林鄉                |       |         | 名間鄉              |
|       | 新竹縣 | (峨眉鄉)              |       |         | (國姓鄉)            |
|       |     | (橫山鄉)              |       |         | 中寮鄉              |
|       |     | 寶山鄉                |       |         | 鹿谷鄉              |
|       |     | 北埔鄉                |       |         | (古坑鄉)            |
|       | 苗栗縣 | 造橋鄉                |       | (二崙鄉)   |                  |
|       |     | (獅潭鄉) <sup>3</sup> |       | (東勢鄉)   |                  |
|       |     | 三灣鄉                |       | 水林鄉     |                  |
|       |     | 西湖鄉                |       | *崙背鄉    |                  |
|       |     | 公館鄉                |       | 褒忠鄉     |                  |
|       |     | 銅鑼鄉                |       | * (四湖鄉) |                  |
|       |     | 南庄鄉 <sup>3</sup>   |       | *口湖鄉    |                  |
| 中區業務組 | 臺中市 | (大安區)              | 雲林縣   | (大埤鄉)   |                  |
|       |     | *(新社區)             |       | (元長鄉)   |                  |
|       |     | * (石岡區)            |       | 林內鄉     |                  |
|       |     | 外埔區                |       | 臺西鄉     |                  |
|       | 彰化縣 | *埤頭鄉               |       | (布袋鎮)   |                  |
|       |     | 二水鄉                |       | *溪口鄉    |                  |
|       |     | (埔鹽鄉)              |       | 鹿草鄉     |                  |
|       |     |                    |       | (番路鄉)   |                  |
|       |     |                    |       | *新港鄉    |                  |
|       |     | 嘉義縣                |       |         |                  |

|       |                    |                      |       |     |                  |                      |        |
|-------|--------------------|----------------------|-------|-----|------------------|----------------------|--------|
| 南區業務組 | 嘉義縣                | 水上鄉                  | 高屏業務組 | 高雄市 | (永安區)            |                      |        |
|       |                    | (義竹鄉)                |       |     | 六龜區              |                      |        |
|       |                    | 中埔鄉                  |       |     | 杉林區              |                      |        |
|       |                    | (六腳鄉)                |       |     | 甲仙區 <sup>3</sup> |                      |        |
|       |                    | (東石鄉)                |       |     | (新園鄉)            |                      |        |
|       |                    | 梅山鄉                  |       |     | 車城鄉              |                      |        |
|       | 臺南市                | 東山區                  |       | 屏東縣 | 九如鄉              |                      |        |
|       |                    | 後壁區                  |       |     | 鹽埔鄉              |                      |        |
|       |                    | 西港區                  |       |     | 竹田鄉              |                      |        |
|       |                    | 關廟區                  |       |     | 南州鄉              |                      |        |
|       |                    | 下營區                  |       |     | 枋山鄉              |                      |        |
|       |                    | *學甲區                 |       |     | 滿州鄉 <sup>3</sup> |                      |        |
|       |                    | * <sup>3</sup> (左鎮區) |       |     | 花蓮縣              | 光復鄉                  |        |
|       |                    | (龍崎區) <sup>3</sup>   |       |     |                  | * <sup>3</sup> (壽豐鄉) |        |
|       |                    | *楠西區                 |       |     |                  | (富里鄉) <sup>3</sup>   |        |
|       |                    | (南化區) <sup>3</sup>   |       |     |                  | * <sup>3</sup> (瑞穗鄉) |        |
|       |                    | 官田區                  |       |     |                  | *玉里鎮                 |        |
|       |                    | (七股區)                |       |     |                  | 臺東縣                  | (大武鄉)  |
|       |                    | 北門區                  |       |     |                  |                      | (太麻里鄉) |
| 大內區   | (東河鄉) <sup>3</sup> |                      |       |     |                  |                      |        |
| 將軍區   | 鹿野鄉                |                      |       |     |                  |                      |        |
| 高屏業務組 | 高雄市                | (田寮區)                | 卑南鄉   |     |                  |                      |        |
|       |                    | (內門區)                |       |     |                  |                      |        |

註：

1. 經修正公告107年度施行鄉鎮(市/區)，共計115個(基層診所：85個；醫院：30個)。
2. 加括弧部分為兒科加強區。
3. 申請巡迴地點僅限當地衛生主管機關或轄區分區業務組認定屬醫療資源不足之地點，加註\*。
4. X<sup>1</sup>表示為第一級鄉鎮、X<sup>3</sup>表示為第三級鄉鎮、其他未註明者為第二級鄉鎮。

## 特約藥局醫療費用點數申報格式及填表說明

| 欄位ID    | 資料名稱                | 申報填寫內容<br>(中文名稱及資料說明欄位)                                                           |
|---------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| *t1     | 資料格式                | 30                                                                                |
| *d21    | 原處方服務機構代號           | 請填N                                                                               |
| *t2     | 服務機構代號              | 請填寫藥局代碼(衛生福利部編定之代碼)                                                               |
| *t3     | 費用年月                | 前3碼為年份，後2碼為月份                                                                     |
| *t5     | 申報類別                | 1或2 (1：送核，2：補報)                                                                   |
| *d1     | 案件分類                | 請填D，D：藥事照護試辦計畫。                                                                   |
| *d2     | 流水編號                | 藥局自行編號，最小值為1。                                                                     |
| △d22    | 原處方服務機構之案件分類        | 免填                                                                                |
| △d26-29 | 原處方服務機構之特定治療項目代號    | 免填                                                                                |
| △d13    | 就醫科別                | 免填                                                                                |
| △d14    | 就醫(處方)日期            | 免填                                                                                |
| *d23    | 調劑/檢驗(查)/物理(職能)治療日期 | 請填寫訪視日期，前3碼為年份，中2碼為月份，後2碼為日數。<br>註：會與本署特約藥局檔勾稽                                    |
| *d6     | 出生年月日               | 前3碼為年份，中2碼為月份，後2碼為日數                                                              |
| *d3     | 身分證統一編號             | 請填寫輔導對象身分證統一編號                                                                    |
| △d8-12  | 國際疾病分類碼             | 免填                                                                                |
| △d4     | 補報原因註記              | 補報者本欄為必填，送核案件免填                                                                   |
| *d15    | 部分負擔代碼              | 請填009                                                                             |
| △d31    | 特殊材料明細點數小計          | 請填0                                                                               |
| △d35    | 連續處方箋調劑序號           | 免填                                                                                |
| △d36    | 連續處方可調劑次數           | 免填                                                                                |
| △p11    | 藥品給藥日份              | 請填0                                                                               |
| △d24    | 診治醫師代號              | 免填                                                                                |
| * d25   | 醫事人員代號              | 輔導藥師之身分證統一編號                                                                      |
| △d33    | 用藥明細點數小計            | 請填0                                                                               |
| △d37    | 藥事服務費項目代號           | P4101C (一般地區訪視)，P4102C (屬山地離島、資源不足地區且藥事人員執業非屬前開地區而至該區之訪視者)，P4104C (保險對象至特約藥局接受輔導) |
| △d38    | 藥事服務費點數             | P4101C填1, <del>1000</del> ，P4102C填1, <del>3200</del> ，P4104C填600。                 |
| * d16   | 申請點數                | 不必填寫，電腦自動帶入                                                                       |
| * d17   | 部分負擔點數              | 請填0                                                                               |
| * d18   | 合計點數                | 不必填寫，電腦自動帶入                                                                       |
| △d20    | 姓名                  | 請填寫輔導對象姓名                                                                         |

**全民健康保險高診次者藥事照護計畫**  
**社區藥局轉介病人到地區醫院或社區醫療群診所就診轉介單**

|                                                                                                                                          |                                                |                                                                                   |                                                            |      |      |            |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------|------|------------|--|
| 病人<br>基本<br>資料                                                                                                                           | 姓名                                             |                                                                                   | 性 別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |      | 年 齡： | 歲          |  |
|                                                                                                                                          | 身份證號                                           |                                                                                   | 聯 絡 人                                                      |      | 關 係： |            |  |
|                                                                                                                                          | 聯絡電話                                           |                                                                                   | 住 址                                                        |      |      |            |  |
| 社<br>區<br>藥<br>局<br>填<br>寫<br>資<br>料<br>欄                                                                                                | 藥<br>師<br>建<br>議<br>就<br>診<br>原<br>因<br>說<br>明 | <input type="checkbox"/> 病人屬於慢性病且病情穩定且區域醫院層級(含)以上就醫者。<br>慢性疾病名稱：_____，_____，_____ |                                                            |      |      |            |  |
|                                                                                                                                          |                                                | <input type="checkbox"/> 病人因購買保健食品，藥師發現可能有需要醫師診斷的醫療問題。                            |                                                            |      |      |            |  |
|                                                                                                                                          |                                                | <input type="checkbox"/> 病人希望就近就醫。                                                |                                                            |      |      |            |  |
|                                                                                                                                          |                                                | <input type="checkbox"/> 其他：_____                                                 |                                                            |      |      |            |  |
| 病人概況(Subjective、Objective)，藥師如何發現問題：<br><br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 檢附目前用藥及過敏藥品記錄    建議日期：_____年____月____日 |                                                |                                                                                   |                                                            |      |      |            |  |
| 藥<br>局<br>基<br>本<br>資<br>料                                                                                                               | 藥局名稱                                           |                                                                                   |                                                            | 藥局地址 |      |            |  |
|                                                                                                                                          |                                                |                                                                                   |                                                            |      |      |            |  |
|                                                                                                                                          | 藥師姓名                                           | 聯絡電話                                                                              | E-MAIL                                                     | 傳真   |      |            |  |
|                                                                                                                                          |                                                |                                                                                   |                                                            |      |      |            |  |
| 建議就診醫療院所/科別                                                                                                                              |                                                | 醫師姓名                                                                              | 醫療院所地址                                                     |      |      |            |  |
|                                                                                                                                          |                                                |                                                                                   |                                                            |      |      |            |  |
| 就<br>診<br>醫<br>療<br>院<br>所<br>回<br>覆<br>欄                                                                                                | 處理情形                                           |                                                                                   |                                                            |      |      |            |  |
|                                                                                                                                          | 建議事項                                           |                                                                                   |                                                            |      |      |            |  |
|                                                                                                                                          | 院所名稱                                           |                                                                                   |                                                            |      | 聯絡電話 |            |  |
|                                                                                                                                          | 醫師姓名                                           | 科別                                                                                |                                                            |      | 醫師簽章 | 回 覆<br>日 期 |  |

## 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

### 第二部 西醫

#### 第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

#### 第一節 檢查 Laboratory Examination

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

| 編號     | 診療項目                                                                                                                                                                   | 基層<br>院所 | 地<br>區<br>醫<br>院 | 區<br>域<br>醫<br>院 | 醫<br>學<br>中<br>心 | 支<br>付<br>點<br>數              |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------|------------------|------------------|-------------------------------|
| 11007B | 血小板抗體 Platelet antibody<br><u>註：適應症：</u><br><u>(1)兩次以上輸血仍無法提昇血小板數目(輸血小板無療</u><br><u>效)，懷疑免疫因素引起。</u><br><u>(2)血小板低下症鑑別診斷，如NAITP、AITP、TTP、DITP、</u><br><u>PTP、ITP等。</u> |          | v                | v                | v                | <u>2323</u><br><del>500</del> |



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

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

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

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

## 第二節 放射線診療 X-RAY

第一項 X光檢查費 X-Ray Examination

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

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

## 第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

### 第一項 處置費 Treatment

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

| 編號     | 診療項目                                                                                                                     | 基層院所 | 地區醫院 | 區域醫院 | 醫學中心 | 支付點數  |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|-------|
| 47101B | 急性缺血性腦中風 <del>靜脈血栓溶解治療</del> 處置費<br>註： <u>適應症：</u><br>(1)急性缺血性中風病患符合「靜脈血栓溶解治療收案條件」並於三小時內開始靜脈注射。<br>(2) <u>執行33143B者。</u> |      | v    | v    | v    | 13866 |

#### 十、外科處置 General Surgery Treatment (56001-560~~38~~42)

| 編號     | 診療項目                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 基層院所 | 地區醫院 | 區域醫院 | 醫學中心 | 支付點數  |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|-------|
| 56039B | <u>神經外科術中神經功能監測 (IONM)</u><br><u>Intra-operative neuromonitoring (IONM)</u><br>註： <u>支付規範：</u><br>(1) <u>限神經外科專科醫師、神經內科專科醫師、復健科專科醫師、骨科專科醫師、麻醉科專科醫師執行，主刀醫師、手術團隊其它成員及執行麻醉醫師自行監測則不予支付。</u><br>(2) <u>不得同時申報56018B。</u><br>(3) <u>申報費用時應檢附監測報告及簽名。</u><br>— <u>Brain surgery (含supratentorial glioma, epilepsy surgery, brain tumor involved cranial nerve, brain stem lesion)</u>                               |      | v    | v    | v    | 14544 |
| 56040B | 註： <u>適應症：</u><br>(1) <u>腦部病灶必須位於eloquent area (定義為brainstem, thalamus, insula cortex, basal ganglia, paracentral region, language area, cranial nerve 2-12 involvement)。</u><br>(2) <u>限施行83017B、83018B、83019B、83056B、83066B、83068B、83070B、83071B、83088B申報</u><br>— <u>Intradural spinal surgery (含intradural tumor, intradural vascular lesion, spinal bifida, lipomyelomeningocele, dorsal rhizotomy)</u> |      | v    | v    | v    | 14544 |
| 56041B | 註： <u>適應症：</u><br>(1) <u>脊椎病灶限intradural lesion。</u><br>(2) <u>限施行83042B、83072B、83073B申報。</u><br>— <u>Scoliosis</u><br>註： <u>適應症：限施行83097B、83096B、83046B、83044B、67044B、64241B、67043B、67036B申報。</u>                                                                                                                                                                                                           |      | v    | v    | v    | 14544 |

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

## 第七節 手術

### 第八項 尿、性器 Uninary & Genital System

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

| 編號     | 診療項目                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 基<br>層<br>院<br>所 | 地<br>區<br>醫<br>院 | 區<br>域<br>醫<br>院 | 醫<br>學<br>中<br>心 | 支<br>付<br>點<br>數 |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| 81011C | <p>有妊娠併發症之剖腹產術<br/>Cesarean section</p> <p>註：</p> <p>1.合併非治療性闌尾切除不另給付。</p> <p>2.妊娠併發症係指：</p> <p><u>(1)子癩前症、子癩症、妊娠糖尿病、胎位不正、和有病歷記載之內外科併發症者。</u></p> <p><u>(2)妊娠二十二周至三十二周早產病患。(排除胎死腹中，及符合優生保健法之中止妊娠)</u></p> <p><u>(3)四十歲(含)以上初產婦。</u></p> <p><u>(4) BMI ≥ 35之初產婦。</u></p> <p><u>(5)嚴重妊娠高血壓。</u></p> <p><u>(6)胎兒生長遲緩或胎兒發育異常者(IUGR)或胎盤功能異常者。</u></p> <p><u>(7)妊娠合併內科疾病：心臟病、糖尿病、甲狀腺疾病、腎臟疾病 (NS,IgA,ESRD)、免疫性疾病(SLE)、血小板低下症。</u></p> <p><u>(8)白血病。</u></p> <p><u>(9)血友病(Coagulopathy)。</u></p> <p><u>(10)愛滋病。</u></p> <p><u>(11)產後大出血者。</u></p> <p><u>(12)胎盤早期剝離。</u></p> <p><u>(13)合併接受外科手術者。</u></p> <p><u>(14)雙胞胎輸血症候群。</u></p> <p><del>2.3</del>屬西醫基層院所西醫基層總額部門院所，本項以原81004C支付點數8902點申報。</p> | v                | v                | v                | v                | 19999            |

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

第十節 麻醉費 (96000~96026~~28~~28)

| 編號            | 診療項目                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 基層院所 | 地區醫院     | 區域醫院     | 醫學中心     | 支付點數        |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------|----------|----------|-------------|
|               | <u>麻醉深度監測(BIS)</u><br><u>Depth of Anesthesia monitoring</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                            |      |          |          |          |             |
| <u>96027B</u> | <u>— &gt;12歲</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      | <u>√</u> | <u>√</u> | <u>√</u> | <u>1316</u> |
| <u>96028B</u> | <u>— ≤12歲</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      | <u>√</u> | <u>√</u> | <u>√</u> | <u>2133</u> |
|               | <u>註：</u><br><u>1.適應症：在半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉下進行之下列手術：</u><br><u>(1)重大手術：移植手術、心臟手術、胸腔及氣道手術。</u><br><u>(2)創傷手術：ISS score ≥ 15。</u><br><u>(3)重症手術：APACHE II score ≥ 16。</u><br><u>(4)全靜脈全身麻醉(Total Intravenous Anesthesia, TIVA)，且需在麻醉記錄單上全程載明TIVA劑量變化。</u><br><u>2.支付規範：</u><br><u>(1)不得申報本章節相關加成。</u><br><u>(2)96027B已內含一般材料費占62%；96028B已內含一般材料費占77%。</u> |      |          |          |          |             |

# 106 年度第 4 次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議

## 與會人員發言實錄

### 前言

#### 主席

各位代表、醫管組的李組長、同仁、還有分區業務組的同仁大家午安，今天召開醫療服務給付項目及支付標準的共同擬訂會議，是今年第四次會議，現在會議開始，先確認上次的會議紀錄，請各位代表翻開第 1 頁到第 4 頁，請各位代表看上次的會議紀錄有沒有問題？好，大家都沒有問題，我們會議記錄就確認了，請進行會議決議辦理情形追蹤，請開始。

#### 宋科員兆喻

各位代表長官好，本次會議共有 4 本資料，今天發放的資料封面為補充資料(二)，已放置在代表的桌上，請各位代表是否都有拿到。

這次會議決議辦理情形追蹤表共 8 案。序號 1 支付標準成本分析調查案」，依 106 年第一次共擬會議決議：請醫學中心、區域及地區醫院三個層級協會，提供醫院名單及其二十一項成本資料。本署已於 106 年 4 月 26 日函請三層級協會提供所調查之各醫院成本分析資料，台灣醫學中心協會、區域醫院協會已回復，惟回復資料未齊全，且考量台灣社區醫院協會尚未提供資料，本案俟資料完備後再提至會議報告，建議繼續列管。序號 2 未列項申報方式案，有關 106 年 1 月至 6 月收載之資料及本署處理情形，將於本次會議報告，建議解除列管。序號 3 有關「假日開診率低於 25%之地區」一案，醫師公會全國聯合會將於本次會議報告輔導結果，建議解除列管。序號 4 106 年新增修支付標準 18 項截至 106 年 6 月之執行情形報告案，經前次會議決議，日後新增修支付標準之執行情形，本署將定期於每年 3 月及 9 月公開於本署全球資訊網。106 年 1 月至 6 日之執行情形已於 106 年 10 月 3 日公開於本署全球資訊網，建議解除列管。序號 5 增修支付標準第二部第一章



第六節調劑支付標準案，經衛生福利部發布修正自 106 年 10 月 1 日生效，建議解除列管。

序號 6 應用 106 年醫院總額醫療服務成本指數改變率預算（29.67 億元）調整支付標準案，支付標準調整項目經衛生福利部發布修正自 106 年 10 月 1 日生效；另外，與會代表建議偏鄉地區醫院急診診察費點值保障再提高一案，俟重新估算費用後再提會討論，本項會議資料誤植為繼續列管，更正為繼續列管。序號 7 Tw-DRGs 4.0 版支付通則實施時程案，本署已於 106 年 10 月 20 日轉請各分區業務組將各醫院各個案件之財務影響評估，放置於 VPN 供各醫院下載，另外 4.0 版實施時程規劃案，將提本次會議討論，如經決議通過，建議解除列管。序號 8 藥師公會提出藥事服務費調整案，本署已於 106 年 12 月 1 日函請藥師公會全聯會提供新增「重症加護住院臨床藥事照護」診療項目相關資料，據以辦理後續修訂支付標準事宜。俟該會提供相關資料後，依程序辦理後續診療項目增修事宜，本案建議解除列管，以上，謝謝。

**主席**

好，謝謝，有關追蹤事項有問題的部分，請第 6 項跟第 8 項都還是繼續列管，有關第 8 項臨床藥師的部分，這次的總額協商結果部長已經核定下來，這部分有新增一個預算，我們會持續跟藥師公會全聯會商量細節。請賴代表。

**賴代表振榕**

我想提一下，這個書面的案由上面的請稍後做文字上稍微修正，我們所提的不是藥事服務費，而是新增臨床藥事照護費，是新增喔！所以這不能混著來看的，所以是新增臨床藥事照護費用，所以不是調整。

**主席**

好，謝謝，這個確實是醫院的臨床藥師服務費部分，這個案子今年總額協商也有納入一個專款，我們將利用專款來推動。

另外第 6 項的說明第 2 點有關偏鄉醫院的急診診療診察費的點值保障再提高的部分還沒有結論，所以這個部分持續列管。另外第 2 項、第 3 項都是列為今天的討論事項，先行解除，但並不代表這事情結束，是依今天提案討論的結果再決定是否繼續列管。以上追蹤情形大家有沒有意見？請劉代表。

### 劉代表碧珠

主席，這個追蹤案的第 7 項，有關 Tw-DRG 實施時程 4.0 版的資料，其實醫院部門是希望說這個 4.0 版這個單機版測試版本能夠先提供給醫院來做測試。現在署裡面是用統計資料提供，署裡面幫忙 run 出來的結果給各個醫院參考，那事實上這個有很大的一個不同，我想其實醫院部門還是希望說盡早把這個可以釋放 100% 趕快公告，因為這個講了很多次，也講了很久了。現在署裡面是好意 10 月 20 日先把這個資料跑完，你們幫醫院跑完，然後放在 VPN 給醫院參考。我們接到很多醫院的回饋，就是說這資料看起來很奇怪，但是也不知道到底我們怎麼去驗證這個東西，就是說我們雙方都沒有一個共同的東西來討論，所以事實上你用這個就是當作有提供資料就要解除，其實我覺得這可能還不適合，是不是等到你的單機版什麼時候真的可以放在網站上，讓各個部門、各個醫院可以去試 run 之後再來討論後續的事情，以上。

### 主席

好，請醫管組回應。

### 李組長純馥

有關劉委員提到單機版部分，因為涉及我們資訊程式的更修，所以資訊給我們的期程是預計這個月的月底會放到全球資訊網供各醫院下載使用，這是第一個說明。

第二個是我們今天的提案裡面也有一個案子在討論 DRG，我們建議針對 DRG 4.0 通則，已經在今天的會議上要去討論，所以這個追蹤案部分建議是解除列管，在今天討論案的地方再去看會議的結論，

列為下次的追蹤辦理情形，以上，謝謝。

主席

好，謝謝，那其他大家有沒有意見？如果沒有意見，我們追蹤辦理情形就是現在持續列管的第 1 項、第 6 項、還有第 8 項，謝謝大家。

接下來有關報告事項，今天開會資料是 5 本對不對？好，是 4 本，非常謝謝大家很用功，一起讀這些資料。我們今天的題目很多，一共有 9 個報告案、3 個討論案及 1 個臨時報告案。今天也不曉得會到幾點，萬一討論不完，大家也覺得時間太晚，就再加開臨時會，那我們就一起加油，首先進入報告事項的第 1 案。

## 報告事項

### 第一案

案由：全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs，3.4 版，1,062 項) 107 年適用之相對權重統計結果報告案。

主席

好，謝謝，107 年 DRG 的相對權重已經計算出來了，這個案子大家有沒有意見？附件有點多，對這個事情懂的人應該都看過了，請朱代表。

朱代表益宏

請問一下，這裡面那個對於因為去年支付標準調整在 10 月，所以在這部分是有算進去嗎？是不是？只有從 10 月開始的資料進去算，還是回算到全年的資料？

主席

是 105 年全年的資料嗎？好，請醫管組說明。

## 李組長純馥

這個資料我們當然依照慣例，因為是要適用明年，所以我們要以明年的、我們現在所掌握及適用的支付標準價格去調校之後才計算的，所以這部分是大家已經很久的默契了，應該都是用這種邏輯，當然如果明年又有因為其他原因調整支付標準，那就是另外去做調校。

## 主席

朱代表講的是 10 月 1 日生效的那一批，是不是都放進來了？好，請祖棣專委回應。

## 谷專門委員祖棣

對，我們就是把所有資料，按照 10 月 1 日新的支付標準點數全部校正。

## 朱代表益宏

就是從 1 月開始校正嗎？

## 谷專門委員祖棣

對。

## 主席

好，謝謝，那大家還有沒有問題？好，如果沒有問題的話呢，潘代表請。

## 潘代表延健

不是有意見，是有一些問題要請教，因為比較晚一點到。現在討論這個 DRG 的這個部分，因為現在我看到就是新的這個權重的分配，他還是用 3.4 版的。那 3.4 版跟 4.0 版，因為 4.0 版馬上就要開始了，

這中間又少了 700 多支，那這段是不是有可能那個一起把他補回來？就是再去做一個校正，要不然的話，你 4.0 版下去的時候，你還是用 3.4 版，這中間的那個支數差這麼多，這是第一個問題。

第二個就是說，這個有一些虛擬碼沒有辦法編，因為實務作業的人員有反應。譬如說現在中風的 MRS 他是可以編，他的分數是可以編，但是有一些再分類的虛擬碼，在編的時候他就會直接被剔退。譬如說像這個 0800003 眼科微創手術這個部分，這是舉其中的一個例子，就是還是有很多是會被踢退是沒辦法編的。

第三個就是說，因為這次在公告這個項目跟費用的時候，那調整，就是說我們把那個急診轉住院費用有一部份放進來了，那是做一個調整，我們在那個整個 DRG 的支付費用裡面有兩段，一個是下限的這個金額，還有一個是定額，那我們發現有很多就是你放進去以後，下限提高的幅度比定額提高的幅度還要大，所以這相對的就是說，這個中間的那塊，那個 A 段的那塊就被壓縮了，這個部分我是覺得也是應該要再做一個細算、再做確認跟調整，以上。

**主席**

好，醫管組來回應，請祖棣專委。

**谷專門委員祖棣**

先說明一下 4.0 版，我們今天報告的這個版本是 3.4 版，所以如果 4.0 版要上線的時候，我們就會再新公告一個 4.0 版的權重，因為版本跟權重本來就是要搭著看的。

第二個問題是剛剛提到的虛擬碼的部分，理論上來說我們當初的虛擬碼其實應該都有給申報端，就是讓它能夠申報進來。如果目前有發現被剔退的話，可能是什麼地方有漏掉。因為目前大部分的虛擬碼其實是在 4.0 版才有，現在理論上來說在申報上應該還沒有申報到，是不是有誤會？也就是說，如果 4.0 版上的時候，那些虛擬碼在申報的時候，在申報端都會讓它可以進來，在申報的勾稽檔中，都會讓它可以進得來，以上說明。

另外提到急診轉住院這件事情，因為當初有代表認為有些醫院他急診的費用是報分開報的，他沒有報在住院裡面，所以會導致同一支

DRG 的費用，有人急診的費用在裡面，有人急診的費用在外面，所以導致它的落差比較大。有些 DRG 也因此它的下限臨界點太低，就是因為有些費用在外面，所以才會說把急診的費用併進來看。但因為併進來看的時候勢必有些費用，因為費用補上來了，所以有些下限臨界點就自然會往上提，這是必然的現象，以上說明。

主席

好。

潘代表延健

其實下限往上提，因為急診的費用部分納進來，所以下限往上提這可以理解，但是相對的定額也應該要往上提，而且提的是用定量還是定率來看，這應該要有一個相互的連動。

我們現在發現是說，下限提高的幅度大於定額提高的幅度這樣的現象。如果說你們需要一些比較細部的哪幾支有這種情形，我想我們可以提供給你們，我們不希望有這種情況出現。另外就是說實際上我們在調整所有的這個權重、SPR 值的時候，我們大概在新的申報結果裡面，看醫學中心的結果，就是說在醫中裡面同樣的行為都不做任何改變的情況下，那它平均的價差率會下降，下降的幅度大概 1 個百分點到 4 個百分點左右。也就是說我們在調整 SPR 值的時候，因為你們都是用平均數去算，所以在整個重症跟輕症這兩端的權重上面是沒有拉出來的，所以當每次調整的時候，就會把重症的這個部分慢慢往平均值這邊去拉，所以的確就會產生這樣一個現象。那當然因為現在是 3.4 版，所以疾病的支數還是不夠，或者是說在整體的這個整個同樣的疾病碼裡面，它重症跟輕症之間假設它落差太大是不是有一個可以微調的機制，否則每年的支付標準調整跟 SPR 值一進來，它一調整，然後用平均值去算的時候，我們最重的跟最輕的這兩端就會慢慢的被拉近，以上。

## 李組長純馥

確實因為我們 DRG 推行以後，我們去觀察費用會往中間靠攏，也就是說它可能過去在平均值以上也會往平均值靠攏。那通常在平均值以下不一定會再往上拉，因為你原來的效率已經在了。它拿到的那部分確實會往中間靠攏，所以我們在做 DRG 試算的時候，如果針對已經做 DRG 的部分，我們是以它那一年原來的權重進去做平均，不會用大家已經再調整過的那個衝擊。

我意思就是說，對於已經導入 DRG 的，因為它效率提升、費用集中之後，我們就盡量不要讓它去影響到，因為其他還沒有導入 DRG 的確實在申報上或許沒有像導入 DRG 的費用出現集中的一個狀況。所以我們那時有承諾說，在算每一年算 DRG 的時候，是用原來 DRG 的價格，所以我想會有委員所提之現象，那個是因為大家都盡量往中間靠攏的關係。我們後面那個討論提案，如果大家願意一次把三到五階放進去，或許這中間的差異就比較不會像現在看到的，就是已經導入的它的影響會比較大。

## 主席

好，當時 DRG 要上路時就分五階段，本來就是大家的共識，但是逐步推動的結果就會有先提升效率的人，會不會因此而被把那個效率提升之後，反而本來要給它的誘因變少，這樣子的一個錯覺。所以才會有說要把它固定用原來的權重計算的道理，這個也是我們大家要共同負擔的，因為我們選擇了逐步推動，而且逐步的時程還拉這麼長。今天如果我們是一次全部導入，然後分權重去進行的話，結果也就不一樣了，所以我們應該都是知道會有這樣的結果，所以我們才會用這樣的計算方式。大家還有沒有其他意見？

## 潘代表延健

是不是讓我再表達一下我自己不一樣的想法。就是說當然 SPR 值這樣已經算完了，所以它也沒辦法再去調整什麼，但是我們現在要注意的一件事情就是說，其實在我們 DRG 的疾病分支裡面，它的分支的

這個原則是非常重要的。如果沒有把比較重症的那一塊，它可能是屬於相同類似的 coding，但是它沒有被分出來的時候，就會呈現這樣的一個現象。所以我們也期待，因為三、四、五階段它是屬於另外一個範圍的疾病，那我們現在講的是一、二階跟三階的前半段這塊的分支，所以我是希望在未來討論這個費用時候，能就那個原則性的東西在 review 一下，我想希望未來在討論這一塊的時候，能夠再 review 那些原則，重視這樣未來的趨勢，以上。

## 主席

好，那要解決這個 grouping，它是沒有辦法永遠解決的。原因很簡單，就是現在是一群 group 的診斷成為一組，但永遠沒辦法把特別的拆出來，它有一定程度的困難。原因是 DRG 現在臺灣已經 1700 多支，是全球數一了，別的國家沒有這麼多支，而我們分這麼細，結果可能會因 sample size 很小，最後會發現 variation 很大，所以這些都是沒有辦法解決的問題，它不是 DRG 想要看到的結果。但是我們永遠相信有 outlier，所以我們等一下會有通則的修正，對 outlier 進行處理，而不是為了 outlier 把 DGR 再細分。潘代表可以嗎？林代表這邊有意見。

## 林代表富滿

我要請教本案是指 3.4 版的權重，如果等一下討論同意採 4.0 版的支付通則，那權重就要重算了。另外就是 Tw-DRGs 三、四、五階段要不要實施，跟 3.4 版或 4.0 版的支付權重其實是沒有絕對關係。

## 主席

因為我們永遠不知道下一個提案會講到什麼地步，但是這案 1 月 1 號馬上就要生效，所以一定要把無縫這件事情先做到，所以這個案子當然要第一個確認。

## 林代表富滿

我再確認一下，如果等一下採 4.0 版的支付通則及權重，也是 107 年 1 月 1 號開始嗎？



主席

我們等一下討論那個案子再說，好不好。那案是開放討論，到時候大家再踴躍的發言。好，請劉代表。

劉代表碧珠

我兩個問題請教一下，那如果這個是我們目前 3.4 版是明年要用的 SPR 值嘛，那我們支付標準去年調整的，但是今年我們 DRG 並沒有去調嗎？DRG 該給我們的支付標準調整後的 SPR 嘛？

主席

這個已經算了，權重都算了。

劉代表碧珠

現在這個是明年實施的嘛！中間還有兩個月耶，兩個月對很多醫院來講也有很大的影響。

谷專門委員祖棣

我們 10 月份調整支付標準的時候，已經有跟著調過一次了，已經有同步調一個版，是 for 10 月份調支付標準的時候搭配這個 DRG 權重，這個是 for 明年開始的。

主席

好，現在要延續無縫接軌的這一塊，已經把今年 10 月份的大調整支付標準的部分已經校正了，但是 4.0 版的因為不知道等會兒討論的結果是怎麼樣，等到 4.0 版要上的時候，當然我們還會再重算一次權重，那到時候是不是要把今天也有好幾個案是新增項目，到時候一併把它再重新算進去，我們到那個案子的時候再來討論，好不好。

劉代表碧珠

因為在原先附件第七頁這裡的這個權重表，原來的上限跟下限臨界點的部分，上限臨界點的百分位本來是 89.5 百分位，那現在這個版本調整後變 89 百分位的差異是？

## 李組長純馥

我們那時候協商第一版的時候就有說，我們是以 outlier 占整體費用的 5.1%，所以我們是用統計的方式去切那個點，所以每一年都會有點調動。

## 主席

其實會這樣就是 outlier 的部分變少，這個是正常的，就是極端值變少了，往中間集中那所以有百分位稍微往下修的一個效果，大家還有沒有別的意見？

## 朱代表益宏

我想請教一下 DRG 的加成，有四個加成，到底 CMI 加成取消了沒有？因為我剛剛看了資料，之前在舊的資料還沒有取消嘛。

## 谷專門委員祖棟

那是 4.0 版，在 3.4 版還沒有取消，4.0 版才取消。

## 朱代表益宏

但那個我記得不是在 1 年多前開會就通過，因為上次我記得主席裁示是說 60 億那時候一併處理，那現在 60 億也處理了，還是又要拖到 4.0？

## 主席

等一下那個提案就一併討論，支付通則要先上還是要併 4.0 上，那個都是可以討論的。

## 朱代表益宏

主席，那個案子不是討論案，因為那個案子是已經決議的案子，說 CMI 要拿掉，那只是說什麼時候執行？

主席

等一下會一起討論嘛，而且是今天在討論，今天是還沒上明年版本之前要討論，等會那個討論大家也可以提一個對案說，是不是通則先上，4.0 的程序等一下一起討論，可以嗎？不然這案子就 pending 了。

這個案子我們原則上就確認了，但是潘代表剛剛有提到說，有少數的 DRG 下限提高的幅度大於定額提高的幅度，假定有這種特別的情形，麻煩會後提供給我們。

各位代表如果我們有一些特殊情形，確實像剛剛潘代表講的是有道理，我們就進行修正，那如果沒有，就照這個版本公告。大家有沒有意見，沒有意見這個報告案就通過了，接下來第二案。

## 第二案

案由：增修訂中醫支付標準及計畫報告案。

主席

好，謝謝，這個是明年中醫支付標準及相關中醫計畫的修正內容，大家有沒有意見？好，請賴藥師。

## 賴代表振榕

主席我是一個建議啦，因為上次開那個品質指標要公開的項目的時候，我有提到說，在中醫的品質指標裡面就是用藥的項目是看不到的，那我們藥師現在，署裡面是要求要看雲端藥歷的，現在也看到中醫的，但是他如果用類似西醫的簡表方式申報，裡面的內容不完整的話，實際上藥師要幫忙來做病患的中西藥的交互作用，幫他做這些關注是有困難的，所以我是建議說，當然跟這個案子沒有絕對關係啦，但我是希望能不能說，未來在中醫的申報的時候，中藥的品項明細還是要上傳上來啦，西醫的基層好像都有，但是中醫這一部分好像上次會議裡面，署裡面的回覆是說好像因為他是簡表，所以都不完整，那不完整我們在藥師方面要來幫忙做這個事情就有他的困難，以上建議。

## 主席

好，謝謝，詹代表這邊代表中醫有沒有意見？請詹代表。

## 詹代表永兆

在目前其實我們中醫藥歷裡面，其實都可以看到完整的我們上傳的東西，所以目前雖然是簡表，我想看署裡面執行狀況啦，其實實際上目前我們中醫藥歷已經很清楚有這些用藥的資訊，包括用哪些藥都很清楚，所以那個中藥藥歷已經很清楚記載，以上。

## 主席

好，謝謝，為了健全我們雲端藥歷系統，現在中醫大家認為也有病歷資料不全問題，西醫基層的簡表也有人認為它未完全申報，但是為了減少用藥，提升用藥安全，減少重複浪費，資訊的完整也很重要，所以我們雲端藥歷當然是希望收載得更完整，這兩個部分我們就持續的跟兩個總額再來做要求及強調。

因為中醫雖採用日劑藥費，但是資訊的完整對病人是有幫忙的，這一部分我們就持續的要求跟努力，好不好？謝謝賴藥師，那也麻煩

詹代表在中醫的相關會議來轉達大家的期待。好，這個案子大家還有沒有其他意見？如果沒有，報告案第二案就通過了，好，接下來下一案。

## 報告事項

### 第三案

案由：修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫、全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫案及全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫。

#### 主席

謝謝依婕。這個案子是牙醫 107 年非協商因素應用 4 億元調整支付標準案，以及牙周病統合照護計畫還有牙科特殊醫療服務計畫的修正，內容都跟支付標準有關，請問各位代表有沒有意見？請黃代表。

#### 黃代表雪玲

我想請問一下就是 82 頁這個地方，就是這個牙周病的目標數一下拉這麼高，我想問一下目標有達成跟沒有達成有什麼差別？還有我想請教一下，就是以 91 頁這個地方來看，就是牙周病第 1 階段是 1,800，第 2 階段是 5,000 點，那合起來就是差不多是 6,800 點，那再回到 89 頁這邊來看一下，就是我們可以對照畫線的那個地方，以 106 年來看，我們的編列的目標人次是 150,000 人次，然後編列的預算是 10 億左右，那我給他相除大概就是一個人頭差不多 7,000 點，那對照我們剛才 6,800 點，兩個階段合起來 6,800 點感覺就是說還有多一點，可是事實上我們在結算的時候其實都已經點值都到 0.84 去了，那其實我們幾乎牙周病都是做出超目標數，那以這一次提的目標數這麼大，那其實你把 230,000 人再除以我們的預算編列 15.64 億，其實這次就變更少，剛好就是 6,800 點，那我會覺得，如果以這樣子的編法，我們的那個點值只有會更慘，不知道為什麼牙醫會把人次定這麼高，那如果沒達成或是達成又超我

們的點值不是又會更難看，想問一下這個部分是什麼問題？

主席

好，請祖棣專委來回答。

谷專門委員祖棣

這是專款的項目，是按照實際上服務的人次申報點數，如果目標人次沒有達到的時候，專款就不會全部用完。

黃代表雪玲

所以這個計畫感覺是我們不要達到目標反而是1點可以拿到1元，我們做更多反而是更慘。

主席

好，全聯會要補充嗎？

羅代表界山

本會會很努力去達成。本會提出這個服務量則表示實際上會有這種需求，才會提出這個服務量。

主席

好，這個案子剛剛幾個問題，第1個是去算單價，其實你只算到第2階段，還有第3階段，還有第4階，是一個保固方案，普遍來講是到第3階，但第3階不是每個人都能夠做到，但是它是一起的喔。

第二個問題是明年的牙周病多了7億多，所以目標人數一定要往上提高，牙周病這個計畫我們到明年結束，到108年時要納入一般服務，所以這代表牙周病計畫到108年的時候全部都滾入基期，而且是全額給付，沒有自費，從試辦一直到全額給付，所以最後一里路是希望能夠全部納入給付。所以在這裡頭，我們希望它的目標可以盡量地讓有牙周病需求的人都能夠納入健保給付，所以目標人數也是希望它能夠做到，而且不要陷於預算不足，能夠盡量照顧患者，因為這已經是計畫倒數第二年了，所以有這樣子的一個要求，那牙全會這邊也是

全力支持，希望能夠真正把台灣的牙周病的病人能夠真正的照顧好。

大家有沒有其他意見？如果沒有意見，請謝代表。

**謝代表武吉**

那我們是不是可以請牙醫告訴我們，他的牙周病已經這麼多年了，復發率有多少？復發率。

**主席**

好，那請吳迪醫師還是羅醫師？哪一位要說明？

**羅代表界山**

跟各位報告，目前本會沒有復發率的數據，現在在治療牙周病最重要就是看牙齒的保存率，所以比較難用復發率的概念來涵蓋。因為牙周病的成因是非常複雜的，包含口腔清潔、病人本身的身體狀況都是有可能引起牙周病，所以比較不適合用復發率。

**主席**

好，來請朱代表。

**朱代表益宏**

沒有，我是另外一個問題，不知道羅醫師您說明完了嗎？

**主席**

說明完了。

**謝代表武吉**

聽到這樣的回答，好像比較不能夠接受一點。

**主席**

因為剛剛羅醫師的意思是說牙周病治療結果有很多責任，不完全是牙周病治療完了就不會再發生，不過是可以來做檔案分析看看，經過牙周病療程之後多久才會再來做牙周病的治療，這個長期我們是可以做檔案分析的，不曉得羅醫師跟吳迪醫師有沒有意見？

羅代表界山

這我們同意，但其實學理上是沒有在討論牙周病的復發。

主席

對。

羅代表界山

但如果是從治療端來看，可以討論一下。

主席

是，我們可以從檔案分析來追蹤，再來請朱代表。

朱代表益宏

那個針對牙周病計畫，他們這次特別修正說不能收自費。但是在95頁修正說除健保不給付項目外，不得再向牙周炎患者收取自費。所以到底哪些是健保不給付項目？

主席

只有這幾項，這邊列舉的1、2、3、4項。而且1、2、3、4我們在討論的時候，我們有要求牙醫師公會全聯會對於3跟4這兩件事情，我們希望他們能夠再給我們進一步的資料，究竟這些東西是屬於有效的治療還是無效的治療，所以他們下一次要提出來。

朱代表益宏

那這一部分就是說我們怎麼樣，是不是在牙醫總額那邊有一個follow的機制，還是說，因為一般老百姓不會知道啦。

主席

對。

朱代表益宏

然後牙醫師可能會跟他說：「這個健保不給付，這個健保不給付。」但是到底是不是屬於這些大家不會知道，所以怎麼樣去follow，實際上



在執行面他確實，每個牙醫師或是全聯會這邊怎麼樣去保證說每一個牙醫師他不會去做自費這一件事情，或是說如果真的收了自費，怎麼樣去評斷他到底是不是在適應這個規定的範圍之內，這個我覺得可能要有一個作為，不然只是由牙醫師去跟病人說這個不給付，所以你要自費，那個問題，這個其實就會蠻奇怪的。就是說不給付的明確是明確，但是，我自己看起來其實是很多 borderline，醫師的解釋不同，就會落入，謝謝。

## 主席

好，兩位代表有沒有要回應？

## 羅代表界山

跟委員報告，在治療牙周統合照護計畫的時候，規定要給病人一本牙周照護手冊，在牙周照護手冊裡面寫的很清楚哪些是自費項目，除了這些自費項目之外，是絕對不允許醫生去收其他牙周病相關的自費項目。

## 朱代表益宏

我建議一點，就是說既然現在要全部慢慢逐漸納入給付的支付標準，所以他們在進入這個計畫，而且已經講說明年度開始解除自費，所以是不是他們在所有的治療，看看有什麼自費的項目他要報出來，哪些項目要報，或是說要經過審查，類似像這樣子，當然這個過程，我剛剛講只是很粗淺的想法，但是我覺得說用一個小冊子去告訴病人，那病人其實不會知道，病人其實他不會瞭解，牙醫師跟他講這個健保不給付，他還是會乖乖地付錢。所以我覺得說，是不是好比說，比如說他自費項目要報給全聯會，還是說，我有一個什麼樣的機制去抽查，類似像這樣，或是說比如我一年每一季抽查全聯會這邊去抽查多少個案例，用這種方式去做一個保障，那當然如果是用抽查的或是後發現的話，那這個處分就要非常的嚴厲。

**主席**

好，朱代表所講的每一件事情跟西醫也都要一起適用，這是態度的問題，因為現在朱代表所講的每一件事都是站在民眾的觀點，認為自費不一定有保障，現在雖然是正面表列自費項目，但是依然有很多資訊不對等，民眾搞不清楚的自費項目。朱代表所提建議當然不涉及到本案的修正，但是確實有更好的處理方式，是不是請兩位牙醫的代表把朱代表的意見帶回去研議好嗎？如何能夠確實保障民眾在自費這一端的權益，當然該付的要付，但也要付的合理，不要因為不知而又付了很多的自費，這就喪失了我們長期編這麼多預算把牙周病納入給付的一個初衷，可以嗎？

**羅代表界山**

其實現在民智已開，現在民眾收到任何自費項目，都會很審慎去審視，所以這大家共同努力，本會也是盡量去宣導，絕對不可以收取不應該收自費的項目。

**主席**

好，謝謝，那這一項我們也列入紀錄，下一次跟牙醫師公會開會的時候，也要追蹤這兩項。如果全聯會這邊確實認為這兩項還不具實證應該納入給付，還有很多爭議存在，就是療效不明時，在如何保障消費者的權益這一部分，我們納為牙醫下一次相關會議討論的重點，。在座也有一些代表會參加牙醫的會議，那我們再一起來追蹤，這樣可以嗎？好。

**朱代表益宏**

結果是不是可以公開？

**主席**

可以，有結果的話我們在相關的資訊都會透明公開，謝謝。有關牙醫明年的修正大家有沒有意見？請謝代表。

謝代表武吉

剛才我們的牙醫界的醫師說盡量，盡量他們避免、一定跟我們意義完全不一樣喔，要求我們西醫是一定喔，我們牙醫師盡量。

主席

是一定。

謝代表武吉

他們是剛才講盡量。

主席

羅醫師，是一定還盡量？

羅代表界山

本會是盡量，但實際上執行是一定。病人檢舉不應該收自費是一定要處理，對會員是盡量宣導。

主席

就是一定要執行的，那羅醫師跟吳醫師今天講的話都是實錄，那大家都會看的到，那朱代表所講的話也是全都錄，朱代表要求牙醫的部分一樣也要要求西醫。

朱代表益宏

我只針對牙醫。

主席

這一句話我們也會列入紀錄。有關這個案子大家有沒有意見？好，如果沒有意見，謝謝大家，這個案子就通過。接下來下一案。

## 報告事項

### 第四案

**案由：論病例計酬與乳癌醫療給付改善方案支付點數調整案。**

主席

好，謝謝宣讀，這個案子是因為 10 月 1 日調了急重症連帶乳癌的計畫要一起來修正相關論病例計酬的點數，有沒有意見？好，請！

**嚴高級專員玉華(陳代表志忠代理人)**

主席，不好意思，麻煩各位翻開到附件 4-3，173 頁開始，從整個支付標準的調整，很容易地去發現地區醫院層級的支付點數居然高於區域醫院跟醫學中心，這是一個很奇怪的支付標準。就是因為校正的結果導致了整個支付標準在地區醫院高於區域醫院，也有部分的支付標準地區醫院高於醫學中心……

主席

論病例計酬嗎？在門診部分，來，祖棣這邊說明一下。

**谷專門委員祖棣**

第 173 頁，這些是門診的 case payment，我們門診的 case payment 這一次配合 10 月份 22 億支付標準調整的部分，因為地區醫院有調門診診察費，所以校正完之後才會有這些結果。

**黃代表雪玲**

主席，請問一下論病例計酬基礎不是同病同酬嘛？這樣有點奇怪。

主席

好，又有點奇怪。好，羅代表。

## 羅代表永達

我想這個就重提這件事情，當時為什麼會調地區醫院當然有很多基本原因。就是主席曾經提到的，就是規模的問題。我們同樣的設備、同樣的人員在同一個機構裡面，我們能做的東西相對比較少，所以一個心臟超音波或者一個一般的超音波，在我們那邊一個月就可以做 30 次，可能在區域做 50 次到 100 次，但是給付如果一樣的話，事實上地區醫院相對成本是變高的，基於規模問題，所以上次才有調我們部分地區醫院裡面的支付標準這樣的一個背景。那現在就是因為談分級醫療，因為這麼多年來，我們所有的醫療生態裡面，這麼多年累積的最後結果是讓成本更低了，拿更多的錢，所謂的成本是指在規模校正以後的成本，在上次已經討論過了，基於這樣的調整後才來調 DRG，很多東西若要重新講又要話說從頭了。因為很多東西是逐步一步一步這樣累積過來，要再重新講又要講到原來的邏輯，所以我說實在話，現在包括比如以診察費來講，基層比地區醫院高，為什麼？大家都說是因為是總額的關係，事實上不是，在現在目前的情況之下，他本來就是有很多的偏頗，這是大哉問的問題。現在開始談說基層為什麼逐漸萎縮？地區醫院為什麼逐漸倒閉？醫學中心為什麼逐漸變大？到最後造成整個醫療生態變成現行這個樣子，非過正不足以矯枉，現在目前連矯枉過正四個字都談不上。所以我覺得很多事情要談又得重新談起，我們又要開始談分級醫療、談規模、談為什麼現在醫療制度、醫學中心有這麼多家？醫學中心的單價為什麼這麼高？哇又傷害了很多醫療界當時所被建立一個和諧的制度。所以我們在想這件事情是整個邏輯慢慢演進這個結果，似乎不應該在這個點，這是一個報告案，我覺得就不再重新再去提出了，以上。

## 謝代表武吉

我覺得地區醫院久沒發聲感覺髒髒髒，我請問一下設置標準 50 床以上，設置標準是什麼人數？護理工作同仁跟我講一下就好，你們要挑，我也要挑阿。今天對地區醫院這麼痛苦的單位好一點點，不到 100 元你們就哇哇叫，如果是我，我會覺得不好意思。

## 羅代表永達

其實當時會來調整這些東西還有加成 7%、6%、5.1%的這些部分，事實上這是一個很完整的體系概念，我們希望能夠達到一個平衡，我想在座的各位委員都歷經過這樣一個討論過程，現在重新再來談這件事情，恐怕有很多東西又重新再談起，我覺得這是一個報告案，是不是就這樣子過去，以上。

## 朱代表益宏

DRG 那個 765 的加成是不是也可以調整。

## 主席

好，到時候再說好不好？大家對這個案子還有沒有意見？來，請何代表。

## 何常務理事語(劉代表志棟代理人)

主席，我記得上一次在調整地區醫院 22 億那個部分，那時候最後有一個決議，就是說重新回去換算，經區域醫院同一個金額的標準來作業，上一次好像有這一個決定。既然上一次有做這個決定，這一次為什麼提出來又會超過，我不知道？因為上一次我記得上半年在開，在第三次開會的時候也有討論到這些事情，也有發現到調整下來的時候，地區醫院超過區域醫院的金額很多，如果把上一次的資料再拿出來看的話就發現，只有包括住院病房的調整、護理的調整、還有其他調整的項目，我記得後來那個時候是有做成這樣的決定。既然那個時候已經做成這樣決定，為什麼今天提出來又會超過，我想請教到底怎麼處理比較適宜？

## 主席

好，請謝代表。

## 謝代表文輝

剛剛所提的是上次的住院費，住院調整的時候因為本來決定是15%調整地區醫院，調了以後比區域醫院的住院費用高，所以那時候用一個...原則上住院費在我們的標準表裡頭，我們就把地區醫院調的調到區域醫院為準，剩下的15%把它拿到地區醫院住院的護理費，原則上要壯大社區加的資源不讓它減少，這個大概是上次針對病房費沒有錯。那但是現在我們講這個給付，其實他都有高低，其實我們講所謂同病同酬其實從來沒有過，我們只是同項目同酬，像開個盲腸大家都一樣的手術，但是同一個病合起來，從來都是地區醫院很低，包括像生產費用、剖腹產這個很適合在基層社區做的，還是以前醫學中心高，區域醫院其次地區醫院，所以一直地區醫院都對這個抗議。所以說同樣一個婦產科醫師、或是同樣一個什麼科醫師、骨科醫師，在地區醫院薪水更高走的量更少，因為他有他在一個社區的侷限性，總共就是顧那些患者。所以我們一直在講社區能夠做的 case 應該社區的給付比較高，不需要醫學中心、區域醫院、地區醫院來做嘛！這是我們一直長期在講的，所以從來沒有所謂同病同酬，好不好。同項目同酬，每個支付項目同酬，同病從來沒有同酬，同病若同酬，地區醫院就不需要計較這些，從來沒有同酬。這個其實也是因應各種...整個制度沒有辦法改，那麼就要針對特殊的差異性去做彌補，現在終於我們大家慢慢聽得懂了，也才瞭解為什麼社區醫院會一直萎縮。

所以今天我是覺得我很同意剛剛羅代表講的，這個要談要重新談，制度要改要重新改，其實目前都無能為力，我們顯然只能針對說哪一些真的合理的，地區醫院能做的當然要優先給地區醫院做，為什麼要讓他到醫學中心來做呢？即使地區醫院貴個幾成，老實說對民眾來說，在這中間要去長途跋涉的就醫、照顧，那個整體社會資源來講還是應該要給地區醫院高一點，讓他們能夠維持。地區醫院的要求其實現在大家長官或是各界，包括消費代表比較聽得進去是說，其實是有規模的差異性嘛！同樣一個醫師，在大間醫院一天做十個，在這做一個，那你如果覺得社區應該有的服務，那你就需要支撐他這種規模，所以我

是覺得這真的是很大的問題。我是覺得區域醫院代表提出來，很直覺的一個提出來也是理所當然。以前不是這樣，地區醫院就在最下面，現在我們觀念可能要調整一下，適合在社區做的應該社區最高、更高，讓他有辦法做。適合在大醫院的重症，我們也調 60 億，今年是調最多，比例的資源是 60 億，慢慢地大家有這觀念，可以讓各個層級比較健康的發展，今天我很同意這個報告案前面的這種主題沒有辦法討論，這個其實是因應已經公告的調整來做一個適度的調整，謝謝。

## 主席

好，有關何代表剛剛所提，何代表記性很好，上次我們確實有討論住院的部分不超過區域，但是診察費的部分確實跑到規模經濟有不一樣的調整，以致於造成一個包裹的時候會有差別，這部分祖棣專委要不要再詳細說明一下。

## 谷專門委員祖棣

因為我們校正的時候就是按照這些 case payment 下面的醫令點數去做校正，按照支付標準調整之後，原來申報的內容裡面的點數去做校正，這跟在 DRG 案件校正是一樣的方式。就是說這個裡面都是門診項目，因為不受限於剛剛講的住院費用的調整，因為門診的診察費在這次調整當中就有地區醫院加成，加成成數就往上調 15%，調完之後可能就會比區域醫院還要高，因為這是包裹的點數。

## 主席

好，謝謝！何代表這樣子可以瞭解了。接下來就是確實有點差異，來，劉代表。

## 劉代表碧珠

對不起，如果說是因為診察費調整的緣故...其實剛剛沒有提問是我有想到說可能是調整門診診察費導致這個 case payment 點數的調整，但問題是如果沒有記錯的話，醫學中心跟區域醫院的門診診察費事實



上是一樣的，但我們來看一下 175 頁耳鼻喉科門診手術項目，在整個三個層級算下來，會變成區域醫院這個包裹給付是拿最低的，如果只是這樣調整的話...如果只是調整診察費，不應該這麼弔詭的情況，因為整個支付標準變成失衡讓人覺得太難以接受...我不知道回去要怎麼跟我們會員醫院交代這種事情，會變成說在三個層級裡面，是區域醫院拿的給付是最低的，這個我真的不知道回去要怎麼跟我們會員交代，我們只能說因為健保署算出來就是這樣子。剛剛講說因為地區醫院調整門診診察費，所以他的 case payment 的點數會逐一調升，這個我多少可以理解。為什麼區域醫院會變這麼低？這個可不可以讓我們解釋一下，讓我們回去跟會員有所交代阿。

## 主席

能不能請專委再解釋一下。

## 谷專門委員祖棣

這邊要先說明一下，這些 case payment 都是很久以前就實施的項目，當初在訂定的時候，其實並不是依照各層級的診察費差異去看，當時訂定的時候是用全部的醫療費用平均值的概念去訂的，所以訂完之後，現在出現的地區醫院反而比較其他層級高，是因為在最近幾次地區醫院的診察費的調整，因為後來有加成的關係，所以診察費的加成提升。因為當初訂完之後，後續陸陸續續是按照特定醫令有調整的時候，我們再做配合的去做校正，所以跟當初訂的時候的基礎並不是按照某一個支付點數的三個層級之間的關係去訂定出來，已經是用整包的醫療費用概念去算出來的，才会有今天這樣子的結果，以上。

## 李組長純馥

我解釋一下一般外科 hernia 那塊，因為我們這次也有兒童加成率的改變，所以我們一併校正，所以才會造成這樣的情形。照理講我們如果只有校正地區醫院，應該不會調動到區域跟醫中，可是因為這次是連上次那個加成再加成的概念，在兒童的這部分，所以有一點調動，這個是按照試算的結果。

## 劉代表碧珠

這個案子應該不是兒童加成的關係，因為理論上講起來整個包裹給付的支付方式應該是也要適度做個檢討。因為我覺得說...我想整個各個層級醫院都很困難，但是也不能夠因為這樣子區域醫院又要被犧牲，我覺得這個論點不太...其實真的很不合理。那今天如果說解釋兒童加成，那請問他那個叫做大於 1 歲，那個 hernia 是大於 1 歲以上的 case payment 的 hernia。耳鼻喉科也是一般門診的 package，所以整個三個層級在區域醫院最低阿，這個又要怎麼解釋？

## 主席

好，這樣子，因為這個案子大家發表蠻多意見，顯然對我們這個整體算的數據，用結果論來看的話是還有一些質疑，是不是我們有考慮不周的地方，或者是計算有什麼樣的誤差？來，請何代表。

## 何常務理事語(劉代表志棟代理人)

主席，我再補充說明一下，我們來開這個會很累，因為你們都製造紛爭，我想你們當官者、承辦者應該腦筋動一下，今天如果你把它地區醫院調為...包括區域醫院或者醫學中心的金額都一樣，我們就很容易大力支持，一下子就沒事了。但是你故意把他調的幾十塊，實際上幾十塊在我的感覺來講其實沒有差什麼，但是問題這樣子公平性在哪裡？我的看法在醫療主管單位你的公平性在哪裡？我講究的是公平性，那既然你要追求公平性，那你為什麼不全部把它列同金額就好？這樣子的話我們在開會就一下子通過，像以前大家沒有什麼爭議，前幾個案就通過就好了嘛！但是每次你們都會製造紛爭的事故出來讓我們苦惱，你知道嗎？我們來開會很苦惱耶！所以我希望你們腦筋轉一下，如果是我，我一定把它列為都同樣的金額再送出來，地區醫院高興增加了，區域醫院及醫學中心也沒話講了。

## 主席

好，謝謝，請謝代表！

## 謝代表武吉

我非常呼應何代表剛剛所講的那些話，要就大家公平。第二項，我要求的也是一樣，我們的加成 765 都廢掉，不要，都不要去加成，都全部廢掉，這樣最公平嘛，我們已經吃虧這麼久了，你們有意見我們也沒關係，我們有風度，你們也要現在有風度，讓我們要求公平，DRG765 加成刪掉，都不要，加成全部刪掉。

## 主席

好，那個我們因為今天案子蠻多的，如果有爭議就不勉強，該保留的就保留，反正要開臨時會，且臨時會也是在年底之前，所以本案我這樣建議：有關乳癌的改善方案的如果沒有爭議，是不是就先通過乳癌的部分，至於論病例計酬大家有不同的聲音，也有不同的建議，稍微複雜，我們先收錄大家的意見，請業務單位再重新審視一下。至於說地區醫院他們的診察費部分已經修正過的，就還是照舊，好不好？

## 朱代表益宏

因為剛剛其實地區醫院代表強調的是，既然大家觀念是同病同酬，所以影響同病同酬的概念嘛，所以 DRG 裡面有 765 的概念，如果是這樣的話，那事實上這一部分要同步處理，就是你的標準要一致啦，不要到時候處理到 DRG 的時候是另外一個標準。

## 主席

好，一併納入考慮。

## 朱代表益宏

對，我的意思是說這個要一併處理。

## 主席

會，會一併納入考慮，好嗎？那既然我們要保留，就不要在這個案子花太多時間，好不好？謝謝大家，第四案就通過乳癌改善方案，論病例計酬暫保留，好，下一案。

## 報告事項

### 第五案

案由：有關修訂 107 年度「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫方案」。

#### 李組長純馥

因為時間的關係，就由我稍微跟大家說明，就不要唸提案內容了。這個提案是上次我們 11 月 16 號有請醫界來討論，就是我們針對現在有個即時上傳的方案，我們希望能夠做 CT、MRI 或相關影像的分享。所以我們在那個方案裡面去修訂，提供一些誘因，希望院所能夠來上傳，包括頻寬的放寬以及相關項目的格式上傳的一個格式的公告。所以這個案子其實是針對那個部分，藉由提供部分的誘因。它的預算是來自其他部門總額有 11 億的經費，沒有用到醫院的總額或是西醫基層的總額。可是我們都鼓勵院所有檢驗檢查值都要上傳，所以是各層級都有鼓勵，包括頻寬的補助，中、牙、西醫基層跟醫院的部分都有。

所以簡單地說明如下：第一個是第一頁裡面的頻寬的補助、放寬、加大頻寬；第二個是加了上傳項目。那很抱歉是，我們原先給各位委員的資料裡面並沒有含胃鏡、大腸鏡以及超音波，這是這一次我們又新發的一版，這個版本裡面又多了這三類影像的上傳。那原來我們胃鏡、大腸鏡、超音波本來就是一個鼓勵填送報告，就是文字檔的部分，這次是加入影像檔，以上說明。

#### 主席

好，這個案子大家有沒有意見？最主要這個案子希望明年一月開始影像可以上傳，那為了讓這個資料能夠順利在 12 月份施行，11、12 月份跟幾家醫學中心都做了壓力測試，那基本上目前狀況還好。但是，署長希望 CT、MRI 影像分享是因為可減少這些影像的重複檢查，資訊分享之後，對分級醫療有幫忙。

大家都可以看到這些資料，能夠增加對疾病診斷的正確，減少浪費。這個部份大家有沒有意見？

**黃代表雪玲**

我們那個超音波、胃鏡跟大腸鏡是今天才看到，這個部分，我不知道因為我們的有些影像儲存系統不是同一地方，所以我們這個部分可不可以不要那麼快上。那因為先前有給我們牙科，那至少這還算是影像的，那牙科這個部分，好像是說報告也希望 24 小時來做上傳，那牙科的這個部分我們，我們請教我們牙科醫師，他是說這個全景 X 光片的報告，其實沒有另外打，是寫在他的病歷裡，如果這樣子要去做上傳的動作，X 光片有啊。可是你後面還有加一個是報告也要傳。對不對？我看你們的內文。

**主席**

最主要是那張 X 光片，而且那個牙科的全景的 X 光片，是每人限照一張。所以我們是希望有照的全部都要上傳，不是只限以後照的才上傳，是過去有照的都要上傳，因為每個人都會有照過一張。

**黃代表雪玲**

有關牙齒的 X 光，我們是請教過我們大概是可以來做配合。但是報告的部分要上傳，那個是寫在他的病歷裡面的一部分，我們沒有辦法把報告上傳。

**主席**

這個部分是不是要報告，應該是只要影像就好。

**黃代表雪玲**

我在你們那邊的，好像另外一本，在~。

**主席**

好，請寶鳳專委來說明。

**林專門委員寶鳳**

在今天議程資料的第 25 頁。

主席

議程資料的第 25 頁，哪一本啊？

林專門委員寶鳳

就是補充資料括弧 2 的這一本。

主席

這裡從 180 多頁開始。

林專門委員寶鳳

今天下午發的。

主席

是今天下午發的第 25 頁。

林專門委員寶鳳

第 25 頁的 149 項，齒顎全景的 X 光片攝影，這個上傳資料報告類型是 2，確實是影像報告。我們是認為一般 X 光會有報告，若牙科部分 X 光，無另外影像報告，這個部份可以取消，影像的部分就請配合上傳。

主席

所以這邊的第 149 項要變成 148 項嗎？

林專門委員寶鳳

後面有影像的項目，這邊就不用它的報告。

主席

報告的類別是 1 還是 2？

林專門委員寶鳳

是，整項取消，變成 148 項。

**主席**

整項取消，好。那所以是 25 項嗎？一共是 148 項，那它的影像在哪裡？牙科的影像寫在哪裡？149 項是拿掉了，但是影像的在哪裡？查一下，不要漏掉了。

**李組長純馥**

在資料的第十頁，就是我們直接是寫到它是屬於影像類。

**主席**

影像的牙科在哪裡？在第 11 頁，每筆五元的這個。齒顎全景 X 光片攝影，有影像的，但是它沒有報告。謝謝黃代表提醒，我們就把第 25 頁的第 149 項刪除。大家還有沒有其他意見？先請潘代表，再請朱代表。

**潘代表延健**

好，謝謝。我們看那個資料後面，有那個是~在新的資料。

**主席**

新的。

**潘代表延健**

新的舊的都有，就是說在之前 11 月 16 號開的那個討論會的決議事項裡面，因為那個時候我們有提出了一些問題，那也有一些答案。但是我們不知道甚麼時候會實現？就是第二個案由，就是提到那個批次下載的作業這個功能，因為這會又牽動到我醫院最痛苦的記憶。我們在那個雲端藥歷的時候我們就是，同意書就是每個病人通通都簽嘛。當時簽的時候就只針對藥，那要批次下載，如果說這些後段的運用上要讓他能夠在醫院裡面比較不干擾到醫師的運行，不會讓它耽誤到他太多時間的話，這個同意書簽署的部分，應該還是要有一個比較合理的方式解決啦。那我記得在之前，在衛福部好像也有召開類似的會議。在與會有些法務的那個代表也有提到，其實這樣的同意書不應該由醫

院來簽，各別跟病人簽。而是說，因為這是國家的整個政策，應該由衛福部還是健保署這邊來整個跟民眾做一個協議，把醫院在這端簽同意書的這個部份的業務繁雜的業務能夠省略。因為現在再把這些項目再納進來，那個病人又會質疑，到底要他們簽幾份同意書，尤其不同的醫療機構代碼，又要簽不同的同意書，這個部份真的對醫院造成極大的困擾。第二個是在那一次的會議的案由一裡面，那時候有討論到，我們這部分的雲端跟衛福部的 EEC 其實是很多地方是重疊的。那在這一塊的整合的部分，我們的時程到底是怎麼樣？我們不希望一開始作業的時候兩邊都要忙，那這一部分是不是能夠有一個比較明確的時程或者是處理的方案，能夠這個提供出來，以上。

**主席**

謝謝潘代表，再來朱代表。

**朱代表益宏**

主席。這個案子大概看起來就是，一個是頻寬的補助把他放大放寬，第二個就是筆數上傳每一筆補助金額，但是我覺得這裡面其實還有一部分要去處理。第一個你上傳的目的是什麼？希望要分享，希望別人也能夠看到這個東西，那你如果說今天地區醫院如果要看醫學中心上傳的影像它需不需要頻寬？

**主席**

要啊。

**朱代表益宏**

也需要頻寬啊。對不對？所以我的意思是說對於頻寬的補助，應該是去考慮地區醫院它如果要去看的時候，它的頻寬是不是也要給他放寬，這是第一個。第二個，你今天鼓勵他上傳，那是不是要鼓勵地區醫院或是基層診所它要看，所以它要看的時候，是不是也要給予相同的補助。所以在這個案子裡，我不知道，我不知道副座講的有補助是在另外的案子裡面還是在這裡面會提到，如果你看一筆同樣都五塊



就是費用都是一樣的，不管你上傳或使用來看，都是同樣的補助是嗎？

主席

使用的頻寬都可以申請，但是上傳的人有上傳的補助。

朱代表益宏

那看的人呢？

主席

看的人就是看啊。

朱代表益宏

我覺得是這樣，就是說，第一個當然初期啦，初期你是希望鼓勵大家看，因為你今天看要比做便宜嘛。今天你一筆上傳給他補助五塊錢，如果說他看的時候也給他一點獎勵，比如說五塊錢，比他重新做一個三千塊、六千塊要便宜，所以我覺得說他看的話，你應該要鼓勵他去看，不然你上傳事實上等於沒有用，這是第一個。第二個就是頻寬這一部分，因為你現在是分 20、30、40、50，然後依據層級去做不同的補助。所以這個部分是不是把層級拿掉，如果醫院他自己認為有需求，而且他的不管上傳或是下載的量，達到一定的數量時候，他就可以去申請不同的頻寬，謝謝。

主席

好，謝謝。李代表。

李代表偉強

第一個就是說，將來健保署會變成全國最大的病歷管理中心，全國所有的醫院我相信總有一天而且很快，以前只是部份的項目，現在藥在裡面，檢查的原始資料也在裡面，甚至連影像都上去了，所以這個病例管理其實有相關的法令，所以我也建議說，健保署看看相關法令，中間，如果中間有需要先確保他適法性的，可能要先確認，因為將來~我知道各個醫院為了確保病歷管理其實花了好多心思，而且動輒

會被民眾來檢舉，所以將來衛福部，講錯了，健保署有全國最大的健保資料庫，原始資料庫，當然做的好是很好，中間有任何的閃失，其實是對於健保都是一個風險。所以我建議健保署在做這個事情之前，要先確認適法性。

第二個就是說，其實真的我們現在要求 24 小時上傳，上傳問題不大，我們內部討論過，都利用午夜十二點的時候影像上傳，那時候相對頻寬不太用，真正的問題在下載，在讀這個事情。因為我不可能無限制的去把其他病人全部把他下載到我的電腦裡面來，我也不可能無限制容量，我一定是下載需要的病人到我這邊來，而且今天病人是不是簽同意書允許上傳，可是我全國有其他將近 499 家的醫院，他的所有影像是否都有機會下載下來。所以說剛剛潘代表提到說，整體而言，這整個事情的同意權應該是，當民眾要納入健保的時候，他應該是整體。

這邊還不提診所，我們有超過一萬家的診所，他將來也要下載或是來讀這個資料，其實這個的授權一定是很重要的事情，其實在之前討論這個事情的時候，付費者代表或民意代表針對他相關的權利是有討論過的，包含些敏感性資料在裡面。以前我們一個 IC 卡上面，一點點的東西要加註在上面大家討論好多，現在是所有資料都上去了，而且是原始資料。這東西其實我還是提到，跟相關現在的一些法令適法性，建議健保署可能稍微多花一些時間可以看一下。

下載的時候我們討論過，我跟各位報告，我們一個電腦斷層片子，差不多至少有 100 格，100 格通通掃上去，按照現在試辦醫院的經驗，每下載一格影像高解析度的，可不像我們手機照的，一格大概要 20 秒，這是很快的。如果是電腦斷層片子下載 100 格，那時間你看要多少時間。一般看門診的時候，那在讀這 100 格和下載 100 格的時間不是那麼容易的事情。

真正困難不是上傳，上傳都可以，而是下載。其實真正的臨床上面會有機會看到的大多是文字報告，而不是像說去真的下載 CT、MRI

來重新解讀。不過對病人有個好處，以往病人要出院的時候要去 copy 光碟每個人準備個幾百塊，以後可能未必需要了，因為已經上傳了，請你自己去下載，給你一個授權了，對不對，這是對病人的好處。可是這東西我要提到說，下載，哪些要下載，怎麼下載從哪邊，其實這個相關的規範，不要變成現在是一家烤肉萬家香。一家做的東西全國都有機會分享，包括醫院包括診所。

再講一個例子，現在網路上討論某位醫師或現在的法官，他以往覺得我在這邊我在別家醫院做的東西我不知道，現在你變成說你要假設你都知道，因為你有權力去下載的時候，你不下載，那是你醫生自己的事情，等於變成是說，某種程度對將來的醫療糾紛還有醫病關係，其實是另外一種新的變數。我不敢說好或不好，不過我是提到說適法性的問題，還有這個真的實務上面在真正醫生看診的時候下載的問題，還有看診時間的問題，可能要让各醫院有點時間去慢慢適應下來，還好現在看起來是鼓勵階段，鼓勵階段的事情，我們還可以慢慢反應問題，所以我還是建議健保署採用試辦的方法，一邊做一邊了解他那些地方的可行性，還有它可能產生的一些衝擊，或是包括我們目前還沒想像到的一些衝擊，都可以一起納在裡面，因為這風險最大其實不是醫院，搞不好還是在健保署這邊。好謝謝。

**主席**

好，大家還有沒有其他意見。好，請寶鳳專委先初步回應朱代表的部分。

**林專門委員寶鳳**

請大家看到今天下午發的補充資料括弧2的第19頁，19頁的部分，就影像上傳的部分。方案之附件5，右手邊這裡有新增一些影像上傳的頻寬申請的部分，這是醫學中心、區域、地區都可以去選擇，並未限制地區醫院選擇頻寬。

中華電信提供的頻寬補助月租費資料是在我們現在的右手邊所列的部分。提升頻寬後我們可以很快去讀取這些影像資料。剛剛也有提

到有關同意書的部分還有讀取時間的部分，我知道有 8 家還是 10 家醫院已經有對測過讀取時間，好像台大有對測？中榮和成大也有，但因為今天不在這裡，成大也不在，還有長庚有對測，那是不是可以分享一下？

### 潘代表延健

長庚有試傳過，那我們規模比較小的院區叫桃園長庚。它的頻寬是 20M，我們每次要傳 7 個小時，傳 7 個小時 20M，其實它的量也不是那麼大，跟其他的大醫院比起來它的量是相對少，所以用那個用這個 50M、40M 這樣的傳輸通道，來傳影像，尤其這種高解析度大量的影像，的確是要花很長的時間。但是上傳因為它可以批次嘛，半夜慢慢傳，但是真正的問題是在於查詢，查詢這一段真的會造成醫師在作業上的干擾，以上補充給大家知道。

### 主席

好，謝謝，醫審及藥材組曾玫富專委這邊要回應。

### 曾專門委員玫富

剛有代表詢問如果是影像要批次下載，要不要重簽同意書？本署之前曾經有二版的書面同意書參考格式，一開始僅是雲端藥歷，所以同意書的內容是同意藥歷資料下載，因為沒有預期發展速度這麼快，沒多久就擴增了很多頁籤，後來有訂定第二版的書面同意書參考格式，為避免醫院因系統資料內容擴增而須請病人重簽同意書之情形再發生，在第二版的書面同意書參考格式中，我們已經把文字修成可含括該系統後續擴充頁籤內容，包括影像資料部分當初也寫進去了。所以醫院如果是用第二版同意書內容請病人簽的話，未來在線上查詢系統開發完成運作穩定後，如果有開發影像資料批次下載的系統時，應該可以不用重簽；當時已有特別說明，第二版的書面同意書已經保留了這個查詢系統未來擴增的彈性，後續就不用再重簽了。以上先這樣說明，至於醫院對測時的上傳速度，讀取的速度，據瞭解桃園長庚，是用 10M 比較低速上傳對測，才會需要 10 幾小時，等一下如果我們資訊組有人

來，可以講一下實際的情形，如果升速到 30M 以上，好像都已經縮短到只剩下個位數的小時，以上說明。

## 主席

資訊組會來嗎？已經請了。好，等一下資訊組來再分享一下經驗，另外還有幾個問題，就是跟 EEC 的部分，我們會來跟部裡商量，這是第一個。

第二個，李代表提到很多法令的部分，那其實我們現在準備要修法，修母法，把所有跟雲端服務的這部分納入母法來做處理，當然如果能夠更明確，說不定能夠~因為個資法跟健保法都是法令嘛，所以我們嘗試的想要在母法裡頭做規範，但是在母法還沒有能夠修法通過，沒有法源之前，這些同意書都還是要照做。那就是會有一些狀況，我們正努力在母法裡頭給予法令授權，這個部分大概就是這樣子。這個案子到目前為止大家還有沒有其他意見？請黃代表。

## 朱代表益宏

主席剛剛那個問題，你給他五塊錢，總比他做個三千塊、六千塊還划得來。

## 主席

哪一個？讀的資料嗎？現在還沒有啦。這個意見我們納入來參考，眼前這個案子現在還沒有，納入參考，謝謝，請謝代表。

## 謝代表武吉

聽到的話，都是很久以前就已經說過的，對於這個方案我是非常的贊成，第一個資源可以共享，資源共享尤其是地區醫院或者是診所，牙科診所、中醫診所都一樣，他的報告都可以使這些比較小型的醫療院所能夠制定他的協助功能，這一點我是非常的贊成。而且我們在這裡是先有這個上傳的獎勵金，剛才主席也說對於要下載獎勵的辦法，那就拜託主席盡力幫忙來處理一下，沒有的話就先上傳也是應該必要做的工作。我在這裡要請教一下，我們第 19 頁，50M 的新台幣是 54,561

塊錢，這是元喔，不是點喔，元啦～現在要瞭解的就是說，我們現在和電信局說完，我們健保署跟他講完，我們若用這個東西，他是不是用這個金額跟我們收錢？還是我們還要貼？拜託這些稍微說明一下。

**主席**

好，請寶鳳專委來說明。

**林專門委員寶鳳**

我們跟中華電信是有一個合約，就是應該要就我們健保署的特約醫事服務機構給予優惠的月租費，目前談的價格就是 50M 的話是 54,561 元的月租費，那可以加大頻寬到 70M，而且保證 70M 的頻寬，那這個收據的金額就是最多只能到 54,561 元，那假如不是這個金額可以來跟我們講，我們來問中華電信發生什麼事，因為最後我們是要依據你們所檢附的收據來做費用的核算，以上。

**謝代表武吉**

你剛才說了阿，增加到 70M 的時候一樣是這個價錢啦。

**主席**

對。

**謝代表武吉**

那這樣就比較好處理了。

**主席**

加送 20M。

**謝代表武吉**

所以大家應該要支持健保署啦。

**主席**

就是加送 20M，然後價格不變這樣。

謝代表武吉

那 40M 呢？

主席

40M 變 60M 是嗎？寶鳳，40M 的變 60M 嗎？30M 的變 50M 嗎？再補充說明一下。

林專門委員寶鳳

40M 的我查一下。

主席

40M 的還要查一下，好，總之有奉送啦，等一下查一下再跟大家報告，其他大家有沒有意見？好，還有潘代表跟黃代表。

潘代表延健

我還是同樣的一些問題，因為剛剛的回答實在是不太能夠接受，因為這已經是事實了，就是讓醫院自己去做，所以剛剛的意思好像是同意說你給我們的參考版本，就是說把那個影像幾個字眼加上去，那醫院有沒有真的去做那就是醫院的事情啊。但是醫院在面對這個的時候，我必須要長官知道，醫院在處理這個事情的時候是非常的痛苦，因為你要面對同樣的病人，你要去跟他解釋說你為什麼還要再簽一次，像我們有很多家不同的分院，他明明上個月在另外一家簽過了，下個月到另外一家又要再簽一次，那這樣就簽了 4 次，就是你從病人的角度跟從醫院的角度，這兩邊都沒有辦法接受。所以我是覺得，不是用這樣的方式就回答過去啦，我是建議說，盡量能夠站在同理心的角度。那我剛剛要提出這個問題是說，有沒有辦法在時效上給比較明確的答案，我們現在這個方案是在明年的 1 月到 6 月是緩衝期。

剛剛有兩件事情，一個就是同意書能不能夠解套，一個是 EEC 這雙重的部分，那就是說，在這兩件事情沒有解套的時候，是不是在緩衝期要結束的時候應該再檢討一下，在對各個醫院在執行面上面還有什麼問題，那我還是比較期待有一個明確的期限能夠告訴我們說，這

個部分能夠解決多少，尤其是同意書如果現在開始做，1 月份做到 6 月份又半年了，到時候說不定，大家就說「阿你已經做了阿，你已經做一部分了。」，頭都洗了，不然全身也都洗一洗比較乾脆，但是我想可能在整個我們面對病人的時候，應該不是這樣的一個心態，是不是說能夠給我們一個比較明確的日期。另外還有一個問題，就是其實我們希望達到的目的是下載，就是他在查詢的時候去看有沒有可以參考的，就不要再重複去製造影像，那這部分就是關係到下載，那除了剛剛那個速度以外，如果要克服下載的時候參考的影響醫師看診的行為的話，那最重要就是先事先批次下載之後，透過系統去幫他做一些提醒或是比較，那我們現在的格式是用 DICOM 的壓縮檔，那我們之前也有建議過說，是不是直接用標準的 DICOM，因為所有的醫院的系統裡面就是用標準的 DICOM 的格式，那當然這個會牽涉到說你沒有壓縮的話，你的檔案會變很大，所以必須要壓縮，但是如果在下載的時候呢？那是不是有一個標準的壓縮檔轉換的，也就是說我們在下來的時候提供給各醫療院所，他不要再去處理這一類的事情，就直接能夠把他做一個展開，能夠跟各醫療院所的系統能夠做一個銜接，我想在格式上面是不是在做一些配套，以上。

## 主席

好，還有，黃代表。

## 黃代表雪玲

我要先講一下這個影像的部分，我們醫師有提醒說，因為你們現在要求是 24 小時，就是照的當天 24 小時當天就傳上去，但是就是一張一張的照片，但是醫師其實在看影像的時候，他們其實會做一個影像重整，譬如說把他做成 3D 的或是做~譬如說我是要看血管，他會把照出來的影像，把骨頭的影像去掉，他們會做這樣一個影像重組的，但是這絕對不是在 24 小時內可以完成，那如果現在傳上去的這個東西，如果其他醫療院所要看，他可能需要自己再去做一個重組，那這樣子我不知道是不是大家能夠看啦，就是我們要提醒給健保署的參考，因



為 24 小時我們就是把一張一張的照片傳給健保署，那能不能運用就可能大家要考量。另外我還要講的就是剛才講的那個超音波跟內視鏡並沒有回答，這個大題可不可以大家先有一個事前討論以後，再來執行？

主席

好，還有沒有其他的？

黃代表雪玲

我還可不可以繼續？

主席

再一次好了。

黃代表雪玲

剛才我講的是說我們去瀏覽，譬如說剛才牙科的那個，那個全景的影像，那我今天去瀏覽這個牙科的影像以後，我發現他的怎樣，我做了一個處置，可是之後抽審的時候我要~如果這個影像我不能下載，因為你們現在就是瀏覽以後就是關起來，不能下載，那這種影像如果未來不讓我們下載，如果被抽審要舉證的時候，我們是沒有辦法去舉證說我是因為看了這張影像，不知道說我根本在網路上也找不到這張影像的時候，我們要怎麼去做我們申復、爭議舉證。另外要提的就是我們剛才講的是說全景這個是沒有報告對不對？其實你們現在的這 148 項裡面，有一些其實像眼科，他的報告也不是另外打，他也是在病歷裡面的，是不是現行的 148 項也能夠有一些檢討？其實像有一個純聽力檢查，那根本就是一個圖檔，我們根本就不能變成報告的文字來傳給健保署，所以這個方案有一些格式，可能要請署裡這邊再來考量一下，那最後一個就是，剛才講的那個頻寬，其實那個頻寬補助費還要綁 7 支指標，那個 7 支指標，其實健保署付費都是，譬如說第二季，其實在今年的 11 月才回饋我們資料，那我們 7 支指標沒有達成的時候，其實就已經很晚，那我們想要跟健保署說，那到底我沒有達成的，譬如說我現在就是急診上傳，要求醫院要 90 分，急診的 IC 卡寫入要上

傳要 90%，我們醫院就是 89%，我第一季跟第二季都是這樣，可是我們一直都覺得我們上傳沒有問題，可是署裡這邊一直沒有辦法回饋給我們說，不給我個案比對，我永遠都沒有辦法改善這樣子的一個 7 支指標，所以我希望署裡這邊對院所如果有提出指標，希望能夠提早回饋結果，也能夠回饋詳細資料給我們比對。

**主席**

好，那請玫富跟寶鳳分別回應。

**謝代表武吉**

主席，我先講一下好不好？

**主席**

還有嗎？好。

**謝代表武吉**

我發覺現在大家都意見，好像我們在雲端藥例檔要上線的時候，我好像又重複再聽一次了，所以我聽到會覺得更累了。

**主席**

好，謝謝，請兩位。

**曾專門委員玫富**

線上查詢是不用簽同意書的，簽同意書是因要批次下載，但是剛剛有講我們現在是全力開發線上查詢系統，等系統運作穩定之後，我們再請資訊單位評估開發批次下載，因為批次下載還有很多 concern，另剛有提到未來抽審的需要，醫院上傳的影像檔將來會規畫跟抽審案件勾稽，供審查醫師審查使用，這是一個額外的可減少院所在抽審端的作業流程，可說一個正向的附加價值。至於剛講同意書那一段，是未來有批次下載作業後才需要，現行的批次下載作業原則中已提供書面同意書的參考格式，如果是照著那個文字的話，已經把影像資料寫進去了，所以可以不用再重簽了。

## 黃代表雪玲

我講到的不是同意書的問題，我講的是我今天瀏覽的這個影像，我也看到這個影像，我沒有辦法存起來，因為你們說當天就全部要清乾淨啊，這即便是現場看或是批次下載都要清乾淨。

## 曾專門委員玫富

本來線上查詢就不允許讓院所把影像檔案存起來，那就是下載了啊。

## 主席

寶鳳這邊還有沒有補充說明？

## 林專門委員寶鳳

剛剛講到頻寬優規速率，是 19 頁右手邊那個部分，20M、30M、40M、50M 都可各優規升速 20M，就是可以增加到 40M、50 M、60 M 跟 70 M 的頻寬，這個補充說明。

剛剛有提到的部分是有關於有一些我們現在 148 項的項目，在上傳的格式部分，有些不是報告型的，上傳有困難的部分，我們管道都很暢通，就是說有問題的話，隨時跟我們反映都是沒有問題的，我們來做處理。所以剛剛提到的是耳朵部份的檢查，那會後這部分是不是給我們你的檔案格式，我們來做處理，這是第一個。

另外未來有關這些影像在讀取的部分，影像是用 DICOM 壓縮檔還是不壓縮的部分，我們資訊部門也來了。還有剛提到桃園長庚的對測部分，他們以 20M 的頻寬到底傳了多久才把影像上傳完，也可以請我們資訊部門來做補充說明。這邊還有什麼其他沒有回答到的嗎？

## 主席

好，那請齡芝科長快速的說一下，現在測試的狀況。

## 張科長齡芝

大家好，我先分兩個部分，一個是上傳、一個是調閱的部分。上傳部分以桃園長庚來算的話，桃園長庚是 10M 的頻寬，那它傳了大概 19.2G 的資料，用了 19.5 個小時，所以大家先記著一個，只是在成大醫院就不一樣，成大醫院他的頻寬就是 30M，他跟台大應該是一樣的，他傳了比他更多 26.3G，只傳了 4.8 個小時，這兩個基礎大家就有概念，在傳送的時候會花多少時間。

調閱的部分，因為各大醫院其實都已經簽了鼓勵方案的那個方案，所以那個部份我們反而比較不擔心。我們這次故意到了診所那邊去做了調閱的這個動作。因為我們的想法是說，假設診所的調閱其實是可以感受到是 OK 的，那大醫院我們就比較不擔心。

這次去了兩家診所，一家診所所有參加鼓勵方案，一家沒有參加鼓勵方案，那參加鼓勵方案簽的是 1M 的頻寬，那去調閱的時候，這邊跟各位長官報告一下，我們這次調閱採用的那個技術是所謂的串流技術，就是說你的檔案再大，我會讓你在最快的時間先看到第一張，你在觀看的時候，背景會不斷地把資料 download 下來，所以你會無感的說這個這麼大的檔案，我還要等 10 分鐘嗎，是不需要的。所以 1M 的診所我們是花了 7 秒鐘，花了 7 秒鐘就看到了第一張的影像，從你按下去到他顯示第一張出來的時候，他只花了 7 秒鐘。很高興的是沒有參加鼓勵方案的，他用的頻寬上下行是 4M 跟 128K，居然花了 6 秒鐘，那家診所的硬體設備是比較高檔的，所以我們覺得兩個方面這樣看起來沒有太大差異，所謂沒有差異就是說在第一眼沒有差異，後面就不知道了，後面你要等到說大家 1G 的檔案都下來後，可能剛剛說的 1M 的那診所，很快地就等到他下來了，那沒有鼓勵方案的他會比較需要慢慢等才會等到 1G 的檔案下來，但是在第一眼的時候比較沒有感覺，以上報告。

## 主席

這個都要慢慢累積經驗，我們也是元月才開始，我想可能還有很多技術的問題、細節的問題。我們是不是就不要在這邊占太多的時間。如果還有未盡事宜，我們分區業務組也會馬上對轄區的醫院開說明會，那時候我們各家的細節可以在那裏再做細部的討論。

這個案子還有沒有其他的意見，除了剛剛雪玲代表這邊講的一些報告的資料，一些沒有報告的，麻煩會後提供給我們，這次先通過，然後再一起開說明會。大家有沒有意見？是相關問題嗎？

## 朱代表益宏

相關問題，那我建議比如說在明年開始，在明年三月還是要有一個檢討會，因為今天大家提這些問題，其實沒有解答啦，那實際上真正那個醫院開始做的時候，說不定你在二月份的時候，二月份過年，所以我建議是不是三月時在署裡面，不是在分區業務組，是在署裡面就彙整各醫院意見，然後大家再去做一個調整，不然你各業務組自己處理自己的，大家也不知道結果怎麼樣。

## 主席

好，我想也不一定要到三月，如果說問題很大，我們很快就再開檢討會，好不好，總是會有一些目前未知的問題，但是我們永遠都希望能夠隨時的掌握，我們先不要定時間，視需要該開就開，這樣好不好？

非常謝謝大家，這個案子就通過了，那有一些小細節，麻煩黃代表，會後再提供給寶鳳專委，就理解之後我們就進行修正，大家還有沒有其他意見？沒有的話我們這個案子就通過了，下一案。

## 報告事項

### 第六案

案由：「107 年全民健康保險高診次者藥事照護計畫」(草案)。

#### 主席

好，這個是 107 年高診次的藥師照護計畫的修正草案，大家有沒有意見？請朱代表。

#### 朱代表益宏

主席，在第 94 頁有新增第 9 條嘛，就是藥師訪視的時候如果是慢性病，那訪視的藥師要轉介，可以轉介到社區醫療群，那我不知道這邊為什麼地區醫院不是被轉介的對象，因為社區醫療群是診所啦，基層它加醫療群的計畫裡面嘛，所以這裡面我不知道，這個我個人覺得是不對啦，你應該就近轉，包括地區醫院也是它轉的對象之一嘛，對不對，而且這個部分不是只有文字的修正，應該要去跟藥師公會全聯會去說明，不然它只有往社區醫療群轉的時候，它這個案子我覺得對分級醫療有很大的影響，所以這一部分我建議也希望就是如果他真的轉介個案，轉介下來的個案成果看看多久我們要追蹤，在這邊做一個回報、做一個說明，比如說它轉介什麼樣的病人從區域醫院以上轉到社區醫療群，或是轉到地區醫院，到底有多少個案轉介下來，以上。

#### 主席

好，謝謝，那還有沒有其他意見，請劉代表。

#### 劉代表碧珠

基本上這個，就是這項給付對重大手術的病人的確是有需要，但是看起來這個好像是設備的成本遠高於他的醫師技術費，但是現在完全是用麻醉技術費在給付，這個會產生問題，前後的資源錯置的，就是在整個資源配置上會不會有產生什麼問題？因為如果是這樣的話，看起來好像是說麻醉技術這部分的技術費用 4、500 元，那你放在麻醉技術費當然沒問題，那其他的這個設備的部分，理論上他不應該是用

所謂的麻醉技術費去給付啊！他事實上是一個 monitor 的一個設備嘛！

主席

好。那還有沒有其他意見？

朱代表益宏

參與的藥師是不是只有特約，就是社區藥局的藥師才可以參與嗎？

主席

是。

朱代表益宏

所以你看它轉的時候轉到診所，參與的藥師又只有特約藥局，那地區醫院到底在這裡面扮演什麼樣的腳色。

主席

好，大家還有沒有其他意見？好，這兩個意見，一個是朱代表講的第 94 頁這個部分，藥師的評估個案狀況後轉介至地區醫院或社區醫療群，就直接加進去了，藥師公會這邊應該沒有意見吧？好，賴藥師沒有意見，OK 直接改。

另外一個是劉代表這邊提的就是平均門診費用下降的概念，這個指標不是新指標，這個計畫已經好幾年了，那都用這個指標，原因是因為是高診次，其實藥師去，除了看藥也看病人的就醫行為，有改善病人的就醫行為，所以造成整個門診費用的下降。意思就是說頻繁的就醫行為，也透過藥師去做行為的輔導，不僅僅是用藥的檢視而已。所以這個也不是新指標，已經使用很久，而且這個指標過去在幾年都有達到標準，所以謝謝劉代表的關切，那其他大家有沒有意見？

朱代表益宏

對於輔導後下轉至社區醫療，或地區醫院的，那個數字是不是能夠...

**主席**

會追蹤。這個是新加的嘛對不對？

**朱代表益宏**

對對對，新加~比如追蹤多久時間，比如半年或是多久，一季他就有一個報告出來讓我們知道一下。

**主席**

OK,如果有資料出來我們會分享,會分享說藥師將病人轉到哪裡。半年好嗎?半年,如果有資料當然就可以,好嗎?我們會定期追蹤,謝謝,那這個案子還有沒有意見?

**林專門委員寶鳳**

121 頁轉介的表單會依照剛剛主席的指示一併修正,因為這邊表單適用對象是診所,所以會一併修訂。

**主席**

好,再加上會直接修訂,會直接修附表三的病人到地區醫院或社區醫療群就診轉介,如果沒有意見,請賴藥師。

**賴代表振榕**

這個我要稍微提起一下,如果計畫修改新增轉介到地區醫院,醫院應該要有一個窗口讓我們轉介,因為社區醫療很簡單,就是這個診所,他就是這位醫師,但是醫院就是有這樣的困難,我到底轉到哪裡去,所以應該醫院要開一個窗口,我們轉到哪裡去這樣的方式。

**朱代表益宏**

是不是能夠藥師公會全聯會找一天跟社區醫院協會,我們來協調看社區醫院協會把有意願的醫院,願意接受的醫院我們也能有個窗口去跟做對接嘛。不然到時候你們只知道,你們接到資訊只知道社區藥局,雖然文字修正了地區醫院,你也不會轉過來對不對,所以我們也



希望說到底哪一些社區醫院，他可以去接受這樣子的處理，我們也跟你們講，你們在你們的名單裡面，就近就可以轉到這些診所或醫院，謝謝。

主席

好，很好，那後續就是把他接軌起來。

賴代表振榕

那由我們來邀請社區醫院參加。

主席

那麻煩藥師公會邀請社區醫院協會，地區醫院協會這邊能夠雙方建立轉介的管道。好，謝謝，那這個案子是不是就通過，大家沒有意見我們就通過，謝謝，下一案。

## 報告事項

### 第七案

案由：訂定 107 年召開全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議時程案。

主席

這是明年的開會時程，大家有沒有意見？如果沒有意見就通過好嗎？

接下來跟大家商量一下，還有兩個報告案未討論，但是討論事項第一案是新增支付標準項目，今天邀請將近十位的專家，每次這案都會討論比較久，我們是不是可以不要讓專家等那麼久，讓這案先進行討論，不曉得各位代表可以嗎？

各位代表

好。

主席

謝謝，那後面兩個報告案稍微延後一點，我們就先進入討論事項第一案。

## 討論事項

### 第一案

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「神經外科術中神經功能監測」等 13 項診療項目案。

主席

我們一項一項來，新增「神經外科術中神經功能監測 (IONM)」一項，我們邀請到的專家是神經外科醫學會的曾醫師跟臺北榮總的鍾主任，請大家看表一，我們先請鍾主任說明。

#### 鍾文裕主任(臺北榮民總醫院)

我節省大家的時間，跟主席、各位代表報告，這項「神經外科術中神經功能監測 (IONM)」，當然是時代醫療科技一直在進步，我們現在顯微手術可以做很多以前做不到的地方的手術，但是要做得安全又對病患不會有傷害，用這種很好又高品質的術中監測可以達到三贏的局面，對病人更安全，而且對醫生有保護，可以減少醫療糾紛，另外因為病人比較少產生 complication 的話，對健保長期為了要治療這些併發症的支出會有很好的節省。

這個項目我們在專家諮詢會議裡面已經討論過，其中有兩個部份是大家比較在意的，第一個部分是避免浮濫的問題，這個我們有兩個方式，第一個是把關的機制，我們是由署裡面或是由衛生福利部指示神經外科醫學會來辦理教育訓練，另外還有辦理這個做 monitor 的資格認證，這是我們一系列有跟署裡還有衛生福利部做報備，當然這個術中監測執行者是歸類不能由自己執行手術的醫師來做，是要另外一個專門的監測醫師來做，並且要有適當的技術人員才能操作，另外第二

個把關機制是一定要有很詳細的報告，不能隨便報，不能隨便一個碼就報上去，我們審查者一定要看到這有詳細的報告，而且有包含執行監測者他做的時間跟報告的結果，不然的話是可以把這個刪除的。另外第二項是適應症的限縮，因為那次在專家會議裡面一直覺得我們適應症相當廣泛，後來我們依照署裡的建議做了一些限縮，請大家看一下表一(議程 279 頁)，因為我們只能用診療項目來做一些限制，其實臨床實務上是不會有那麼多病患一定需要做的，因為我們有加上所謂的 eloquent area，不是說說一個 brain tumor 在腦子裡面，作開顱手術就都可以報，一定是要在 eloquent area，譬如說在 motor、sensory、thalamus 或者是 brainstem，那這些地方做手術切除才需要做監測，才可以申報此項目，所以如果加上這個限縮，事實上已經是用在最必要的病患，不會增加健保很多經費或資源的浪費，以上跟各位代表簡單報告，謝謝。

## 主席

好，謝謝鍾主任，這是一個新項目，目的為手術安全、預後評估及風險管理，特別是困難度高的顱底手術，在專家諮詢會議討論中，此項建議支付點數為 14,544 點，一年預估量為 4,937 例，一共會用掉 6,814 萬，本案各位代表有沒有意見？好，請羅代表跟黃代表。

## 羅代表永達

剛剛鍾主任有提到主刀醫師不能做。

## 主席

對，主刀醫師不能做。

## 羅代表永達

大家看 P282，那訓練誰？因為這些人員需要去受訓，受訓的是主刀醫師，因為他是神經外科醫師，到時候在操作的人是誰？在這邊沒有看到，那有點像開 CVS 那個 bypass，那需要技術員，那我們將來要做 IONM 的時候，它是誰來受訓？然後如何去監測它的品質，這是我第一個問題；第二個是其實這件事情是給設備的錢，而不是給技術的

錢，這個是不一樣的，我們現在目前一直希望給技術的錢比較多，但是給設備的錢比較少，那這項顯然是設備的錢，有點像 monitor 一樣，他就是看那些的部份，以上兩個問題請教，謝謝。

**主席**

好，本項的成本分析請看 P289，接下來請黃代表。

**黃代表雪玲**

我想請教一下 P279 這裡寫到限神經外科、神經內科、復健科，那有沒有考慮骨科？因為骨科可能在脊椎這個部份。

**主席**

好，請鍾主任回答這兩個問題。

**鍾文裕主任(臺北榮民總醫院)**

有關於教育訓練資格認證的話，我們在專家諮詢會議上很注重這件事情，我們的成本分析也都是以監測的技術為準，並不是給付設備的費用，設備不是說裝一個 monitor 就什麼都可以看到，一定是有一個監測小組一直在那裡，然後他對中間發生所有的事情都要立即記錄並回報。

**羅代表永達**

這個人不是主刀醫師，因為主刀醫師沒有做。

**鍾文裕主任(臺北榮民總醫院)**

應該有另外一個符合資格做監測的醫師執行。

**羅代表永達**

所以這個刀一定是有兩個醫師同時在，是不是這個意思？

**鍾文裕主任(臺北榮民總醫院)**

對，那第二個問題剛剛問能不能考慮骨科醫師，剛開始我們開會

的時候，其實骨科醫師都有參加(骨科醫學會，脊椎外科醫學會的代表)，尤其是小兒骨科醫師做 scoliosis，當時專家會議時都有來參加，但是我想有些骨科醫師，未來他如果有興趣，也可以來參加這個教育訓練及認證，但是在起初的時候，專家會議裡面決定，是先由神經外科、神經內科、復健科醫師來參與，那未來如果真的有需要，有那麼多人對這個監測有興趣，歡迎大家一起來參加促成高品質的教育訓練及認證。

主席

好，初步是先開放這些。有關羅代表的問題，看 P289 成本分析，建議支付點數 14,544 點，主要是給付用人成本，占 10,698 點，就是付給經受訓的第二個醫師的錢，也呼應羅代表剛剛說的，希望把錢能夠落到專業的人員身上，大家有沒有其它意見？

朱代表益宏

既然付那麼多是主要是第二個醫師。

主席

第二個醫師。

朱代表益宏

那所以第二個醫師要申報對不對？申報的時候他必須要呈報，除了主刀醫師，第二個醫師要申報。

主席

要，這個項目就要報了。

朱代表益宏

對，那你怎麼去確定？比如說他是不是，會不會有可能比如他是總醫師，他在上頭做第一助手，但申報的時候是報他是做這個呢？有沒有這種可能性？我不知道啦，那這一部分，如果有這樣的情形，那署裡面怎麼樣去做這樣子的查核跟 control，就是說我們希望這個人他

是不上刀嘛，專門來看這個 monitor 嘛，對不對？但是如果他是比如說是一個很困難的手術，兩個資深的主治醫師在做，但是我另外一個資深的主治醫師，另外一個主治醫師可能比較資淺一點，他做第一助手，但是我申報的時候有沒有可能申報他來做這個 monitor，如果發生這樣的情形，那署裡面怎麼樣來處理？謝謝。

**主席**

好，北榮鍾主任或台灣神經外科醫學會曾醫師都可以回答，請。

**鍾文裕主任(臺北榮民總醫院)**

謝謝，謝謝大家的指教，當然在神經外科的手術裡面，他一般來講是比較少見兩個主治醫師一併在一起做那個手術，但是通常是 one man show，所以我們才會規定另一個主治醫師，而且是要經過這個教育訓練，他也是要經過資格認證的，這種人才能夠來做這個監測，監測不是隨隨便便把 monitor 貼片貼上去然後就結束了。所以為什麼，剛開始我們還爭取執行人員花費時間更長，但是後來經過各位專家認為你可能不會花那麼多時間在裡面，所以把那個整個時間事實上刪減了很多，所以這個成本，如果是在我們台北榮總的話，我們是覺得好像還是不太夠，不過是看整個署裡或整個社會的情況，所以我目前是遵從這個專家會議裡面的決議，這樣，謝謝。

**主席**

好，謝謝。

**朱代表益宏**

抱歉，你還沒會回答我的問題。

**鍾文裕主任(臺北榮民總醫院)**

對不起，這個沒講到，我們還是要有一個報告，有一個監測的報告，這個報告我想大家可以翻開 285 頁，這個是目前我們神經外科醫學會還有功能性神經外科醫學會一起設計的監測報告，而且這種教育訓練及認證的辦法還有這些附件都有呈報衛生福利部、醫事司，我想

署裡面大概也知道這個。對，所以，當然你說要怎麼樣防止人家怎麼樣子胡亂申報，那太多事情沒有辦法預期，ok，謝謝。

主席

好，本項支付規範訂有「主刀醫師自行監測不予支付」，所以主刀醫師報這項費用當然不行，本項需要申報執行醫事人員 ID，我們先從相信開始。而您剛剛提到的醫師是助手，然後又兼做 IONM，這個部分就是他做這件事情的人他就是要報出來，他到底是不是助手我們也不知道。

朱代表益宏

那我是不是建議就是說，這一個部分，因為剛開始啦，應該在審查那一部分，因為審查會調手術紀錄啦，手術紀錄一定有第一助手和助手名字嘛。

主席

他也有報告。

朱代表益宏

也有報告會在那邊。

主席

好。

朱代表益宏

這一部分是不是列入在，看轉到醫審那邊在審查的時候去稍微注意一下這個狀況。

主席

好。

朱代表益宏

那這是第一個，第二個其實我建議啦，你既然是神經外科醫師、

神經內科跟復健科，那你為什麼不加麻醉科？麻醉科其實就在旁邊，一般你進手術室，我不相信復健科會換一個手術衣服然後去幫你 monitor 這個東西，神經內科他有神經內科的治療跟檢查要做，我不知道神經外科的考慮為什麼沒有把麻醉科醫師考慮進去啦。

#### **鍾文裕主任(臺北榮民總醫院)**

沒錯，這個問題,其實，當初在專家會議事實上有討論過了，對，我們也相信，麻醉科醫師有這一方面的專才非常的多，但就是說，如果他是當台這次手術，負責執行麻醉 2k7 醫師的話，我們不覺得他是適合來做這個監測，不是說一定要把麻醉醫師排除不可以做監測，就像剛剛提到骨科醫師的同樣的理由，剛開始，因為現在在臺北榮總，我們主要在這三個科在合作，這是以我們的範例，所以如此建議，如果各位有其他好的建議未來可以慢慢納入，支持，謝謝。

#### **主席**

好，謝謝，那我們是不是這一版。

#### **黃代表雪玲**

可是，這是北榮是這樣做，可是我們台大醫師就會覺得他骨科應該也可以執行這樣的，因為他也是要透過一個教育訓練才能去取得資格，不是一般人可以進來，那是不是骨科可以考量讓他放在這個範圍裡面，因為本來脊椎他們就有在做。

#### **主席**

來，請鍾主任或曾醫師。

#### **鍾文裕主任(臺北榮民總醫院)**

對，我想當初開會的時候，脊椎外科醫學會都有參加表示意見，他們的意見是贊成當時結論，其實大家如果詳細看這個適應症，目前很多脊椎手術沒有被擺在裡面，因為這是考量到整個署裡面還有這個



經費的分配。所以，你如果好好看這個適應症，只有 scoliosis 有，然後另外就是只有 intradural 裡面的 spinal tumor 有，因為這是專家會議大家的考量，原先署裡面預估說有 8,000 多件了，所以現在我們一直把他限縮到差不多 5,000 件，但事實上我們認為未來真正符合給付的個案可能不會那麼多。我們當然很希望各個科、相關的專科醫師，只要你有興趣都可以來參與教育訓練及認證，大家都可以做，我知道現在有些骨科醫師在做，但他們都是做比較初階的，申報 SSEP。那到底怎麼做，其實那是比較簡略式的做法，我知道骨科很多手術都申報，全台灣大小醫院到處都在申報 SSEP，但是它們所做的和我們現在所做的這個 Intra-operative neuro-monitoring 是不太一樣的，如果您能夠好好地看裡面的內容的話，謝謝。

主席

好。

朱代表益宏

我倒是覺得其實，因為你這個在支付規範裡面就限縮他只有這三個科來執行嘛，那我剛剛講麻醉科，他剛剛也說麻醉科其實很適合阿，好，那但是剛剛講骨科，骨科其實是 scoliosis 很多骨科在做的，有一部分是骨科在做的。所以我建議就是說，這個在支付標準規範「限神經外科、內科跟復健科」，反而我覺得神經內科跟復健科不見得會做，因為他都在手術室外面的，他不見得會換那衣服進到手術室來幫你做這件事情，所以我建議其實在這個支付規範這邊可能要重新考慮啦，當然你可以去限縮他的適應症，比如說是這個 spinal tumor 這一類的，就是說，真正開刀的可能是神經外科醫師，但是做 monitor 這件事情是不是一定要神經外科、神經內科、復健科，我個人覺得這個應該是有待商榷啦。

主席

好，學會這邊有沒有意見？

## 曾仁河醫師(台灣神經外科醫學會)

我想因為這個經過神經外科專家會議討論過，基本上適應症跟整個做法大概應該是比較沒有問題，現在就是說誰來做，當然你說跟神經內科醫師合作那絕對沒有問題，他們這一方面的專長、認知絕對是ok的，就像帕金森氏手術一樣，Parkinson在做DBS的時候一定是神經內科醫師在裡面跟我們一起做monitor，所以神經內科醫師穿著開刀房衣服進來這是絕對沒問題的，所以復健科醫師當然也一樣，這是看每個醫院在做手術的時候跟誰合作可以比較有默契，自己來決定，所以非外科系醫師換個手術服進來這絕對是ok的。

至於骨科、其他科，我是覺得規範上當然是，對象上是可以去開放是沒有關係的，但就是說，要一定的教育訓練啦，因為畢竟他是要發出一個報告，他是要發出一個報告，所以這一個定要經過一個教育訓練，所以變成就是說要怎麼去教育訓練要這一方面再去做一個監控，品質的監控，可能在這一方面。

### 主席

現在有代表建議經過訓練的骨科醫師跟麻醉科醫師也可執行本項，學會還有鍾主任覺得可以嗎？

## 鍾文裕主任(臺北榮民總醫院)

我想如果像麻醉科或是骨科醫師願意加入，我們是覺得可以。

### 主席

可以。

## 鍾文裕主任(臺北榮民總醫院)

對嘛，只要署裡面覺得這樣子直接就全部開放，我也是沒有什麼反對。

### 主席

最主要是專業要把關，要訓練，要確實，如果一台刀是同一個麻

醉科醫師執行麻醉，又做 IONM，就不行。

**鍾文裕主任(臺北榮民總醫院)**

不行，不能同一個。

**主席**

那就不行，同一個人太多任務就是難做好，這個是專職的。

**鍾文裕主任(臺北榮民總醫院)**

對、對、對。

**主席**

訓練是一定要確實去落實，但由誰可以去受訓來做 IONM，現在有兩個意見，一個是台大系統建議的骨科醫師，另外一個麻醉系統建議的麻醉科，如果學會和鍾主任現在可以同意，那就加進去，但這項的訓練就要學會和鍾主任這邊來把關，醫師要訓練合格，要有證書，將來要打報告，而且不可以跟其他的任務重疊，這些學會是不是同意嗎？鍾主任這邊代表。

**鍾文裕主任(臺北榮民總醫院)**

我想完全照署裡面的建議，可以啊。

**主席**

可以，好，如果可以的話，就採納台大系統跟麻醉系統的意見，執行醫師增列骨科醫師跟麻醉科醫師，另外麻煩學會要嚴格把關醫師訓練，將來申報費用也要確實，一個人不可以同時做兩件任務，譬如說主刀醫師就不可以同時做 IONM，一台刀的麻醉科醫師就不可以同時做 IONM，一定要由另外一位醫師執行，因為本項付的是一位醫師的費用，主治醫師一個人的成本就占 10,000 點左右，三分之二的費用都在用人成本，所以麻煩學會要幫忙把關一下，好嗎？我們會隨時監控本項目的申報情形，如果有異常，我們就列入專審。

朱代表益宏

我建議這邊，文字不光是主刀醫師啦，因為開刀其實還有第一助手、第二助手、第三助手，一般是4個。

主席

把他一併寫入支付規範。

朱代表益宏

對，所以我建議這個要把他寫進去，不然你說只有主刀不列入支付，那我第一助手呢？第一助手沒有規定他。

主席

好，我們會後請學會協助實務上的文字修正，好嗎？

鍾文裕主任(臺北榮民總醫院)

好，沒問題。

主席

好，我們就照修正後的內容來通過，大家有沒有意見？沒有意見，這一項目就謝謝鍾主任跟曾醫師，讓你們等這麼久不好意思，非常感謝，本項通過，接下來第二項。

## 第二項

主席

本項是屬於麻醉科，我們邀請麻醉醫學會的郭副秘書長，國泰醫院麻醉科，郭醫師請。

郭書麟副秘書長(台灣麻醉醫學會)

那這個就是其實最重要的目的是在偵測術中的麻醉深度，那這個其實在對麻醉科醫師來講是一個非常大的任務，我要讓病人在麻醉過

程之中，可以有足夠的深入，不會在術中醒過來，那我想這個是很多病人非常在意的問題，尤其是在術前門診，當病人知道他要做全身麻醉的時候，他第一個會問的問題就是說，醫師我在術中會不會醒過來，那我想這個對大家來講都是一個非常不想面對的問題，所以這樣的一個監視器，的確可以幫助麻醉科醫師在麻醉之中，我們在控制的一個精準的麻醉，讓病人不會有這樣的一個疑慮，而且在用藥上也可以很精準，不會去影響到病人在術中，血壓跟心跳或甚至其他一些 vital sign 的問題。也經過署裡面非常多次的溝通，針對於術中的一些適應症，然後一些就是疾病的嚴重度去做一些溝通，其實這樣的一個監視器在國外是每一個麻醉、全身麻醉病人都在使用的，那我們在國內因為受制於經濟的考量，那學會也跟署裡面有很多的討論，那希望各位專家在這個給付項目中可以提供一些意見，謝謝。

**主席**

好，謝謝，麻醉深度監測針對時間長，且比較重大的手術先開始，本項大家有沒有意見？好，來請。

**黃代表雪玲**

請教一下，這一項是算麻醉費嗎？是算在麻醉費嗎？這所以是算保障 1 點 1 元嗎？

**主席**

這算麻醉費。

**黃代表雪玲**

那再請教一下，就是這裡寫的，就是在 279 頁這裡只有寫說是要插管的那種全身麻醉，那有沒有考慮面罩式的這種麻醉也可以考量嗎？那剛才講說特殊條件就把他刪除，那不知道有沒有考慮過，有些病人他就是可能之前就有術中覺醒的這種經驗的病人，是不是可以納入這個適應症，還有就是安眠藥使用中的這種病人可不可以納入適應症？

**主席**

好，謝謝，那還有嗎？來，朱代表。

### 朱代表益宏

主席，第一個因為你現在是技術費是 5,000 元，材料費平均是 816 元，不是，喔！對，500 元跟 816 元，但是因為你是用平均讓它包裹給付，像我們醫院買一個 sensor 就是 900 元，所以我建議就是有沒有可能比如說，我這邊只是給付技術費，然後材料費那邊、到特材那邊，因為我為什麼要這樣，因為你把他訂出來以後，在特材那邊就會規定健保給付價不得高於健保給付價，就會有這個問題啊！那因為你現在是用均價，你現在調查，所以有些這十幾家醫院調查一定有高有低，更何況他是大醫院調查出來都有高於 816 的，那地區醫院或一些小型的區域醫院，他的採購價會更高，所以這一部份我覺得是可能是要做一些必要的處理，所以我建議就是說，這邊給付技術費，然後材料費放到另外一邊，再不然就是說，如果說一定要放這邊，那就明訂你的特材費，特材費用不得高於就是 816 元，那不然的話今天廠商，因為高的可能賣到 1,000 元，事實上有可能賣到 1,000 元，如果他採購量沒有那麼大的話，這部分我覺得要做一些處理。第二個就是對於適應症，我是不是請署裡面考慮一些比較長時間的麻醉，因為其實這個會需要的是，當然像比如說是像創傷或是重症，因為他的那個麻醉深度很難控制，你稍微用深一點，他就走了、不會醒了、就死了，所以那個很重要，那另外對於其實這個重大手術這一部分，我建議對於一些比較長時間的手術要做考慮，以上，比如說你規定超過 3 個小時、4 個小時以上的手術，或是多久超過多少時間的手術，那個量我們可能也不會很多，但是我覺得適應症，因為原來你刪除麻醉醫學會的第五項，那第五項其實主要就是時間比較長的這一部份要去做考慮，謝謝。

### 主席

好，謝謝，事實上適應症部分是有跟麻醉醫學會充分討論過，學會這邊要不要回應？

### 郭書麟副秘書長(台灣麻醉醫學會)

我想這個就是在我剛剛說明裡面有提到的，因為這個在國外基本上是全身麻醉是全部都有的，那署裡面是希望我們盡量限縮 indication，所以我們就不得不把一些範圍比較大的這個部分做一些刪除，不過基於學術或者是臨床專業的考量上，我們會列上去的這些 indication 其實真的有需要，就是要看署裡面對於這樣的一個監測器，他願意付出多少的一個預算來支付，那我們當然是希望所有的全身麻醉病人都用上，這是對病人最佳的保障，所以這個是醫學會的一個立場，謝謝。

## 主席

好，謝謝，我們也是考慮每年新增診療項目的預算有限，有非常多新增項目要來爭取，針對每一新增診療項目，我們要有逐步推進的概念，包括第一項 IONM 也一樣，本項 BIS 算是跨出一步，沒有辦法包山包海，就目前建議適應症範圍的預估金額，就已經達 2.27 億，是非常高的一個項目，大家要將心比心，還有其他項目需要用到這個經費，所以我們先跨出一步比較重要，大家還有沒有其他問題？來，請，劉代表。

## 劉代表碧珠

基本上這個，就是這項給付對重大手術的病人的確是有需要，但是看起來這個好像是你的設備的金額遠高於他的技術費，那是完全用麻醉技術費在給付，這個有點，是不是這個有點前後的這個配置的，就是在整個資源配置上會不會有產生什麼問題？因為如果是這樣的話，看起來好像是說麻醉技術這部分的技術費用 4、500 元，那你放在麻醉技術費當然沒問題，那其他的這個設備的部分，理論上他不應該是用所謂的麻醉技術費去給付啊！他事實上是一個 monitor 的一個設備嘛！

## 主席

開刀過程中用多少設備，麻醉過程中也有很多 monitor，不能再用那種觀點再去把他片斷化啦，如果要這樣拆分的話，就很麻煩了，當然是要一項，而且麻醉醫學會已經在這裡了。

## 朱代表益宏

我知道啊！我也是麻醉醫學會，我是麻醉醫學會健保委員會的主任委員。

## 主席

他是代表耶！

## 朱代表益宏

我是麻醉醫學會健保委員會的主任委員，他是我的秘書長，其實剛剛講的就是說確實，因為這裡你占掉你的新增支付標準 2.26 億，但是如果特材那邊放在材料費那邊去處理的話，我覺得會比較適當，就是這個剛剛其實碧珠剛剛提到這點。

## 主席

我們不希望每一件事情都把材料拿出來。

## 劉代表碧珠

如果是這樣子的話，會變成說，今天把設備投入的成本全部放到麻醉技術費去給附，就表示說我醫院買了這個設備，我的設備成本 2,000 塊錢，但是我的技術費算來是 500 塊錢，但是醫院要付給醫生的醫師的技術費，就是這個麻醉費用 3,000 塊錢，最後會變成醫院要把整個內含特材設備成本的給付，當作技術費支付給醫師，這個邏輯上不太對啊！

## 主席

我們不能介入醫院怎麼付錢給醫師。

## 劉代表碧珠

當然你不能介入，但是對醫院而言，今天麻醉科醫師跟醫院要求的就是說，因為健保給付給的就是叫麻醉技術費，所以醫院就是要付 3,000 點技術費，可是這 3,000 點裡面只有 500 點是技術費，其他是設備的錢，現在他是要求我們付給醫生的這個薪資，就是麻醉技術費的



薪資喔，這是不一樣，那如果是要這樣付，你的這個支付標準要標明說這裡含了多少百分比的所謂的設備的費用，不然其實會造成說，設備是醫院要買的，但是健保付給醫院的叫做麻醉技術費，麻醉醫師來跟我要的是麻醉技術費的這個技術費，這個署裡面不能說這是你醫院的事情啊！這對醫院來講也是一個成本。

**主席**

好，我們寫出材料比率好不好？這樣可以嗎？好，謝謝，那還有沒有其他問題？好，如果沒有問題，我們第二項就按修正後內容通過。好，第三項。

### **第三項**

**主席**

好，謝謝，本項邀請臺中榮總的陳怡行主任說明。

#### **陳怡行主任(臺中榮民總醫院)**

各位專家午安，臺中榮民總醫院過敏免疫醫師科陳怡行報告。類胰蛋白酶這個東西是用來檢測，就是過敏性休克的一個檢驗的項目。我們知道過敏性休克是所有過敏反應裡面最嚴重的一種，如果沒有及時施救的話，第一個病人可能死亡，第二個就是如果施救的醫生或者醫療人員沒有察覺這是一個過敏的反應，那在事後去鑑定找出他過敏的藥物或者是醫材的話，這個病人下一次再接觸到他的東西，他可能再一次發生同樣嚴重的過敏反應。這個對於病人的安全來講，事實上是一個相當嚴重的事情，那尤其是跟麻醉科的同仁比較有關係。

我們在臺中榮總過去大概七年來，有很多是在麻醉當中病人發生不明原因休克，在這個時候因為手術中的過敏性休克他會用比較不典型的症狀來表現，所以往往不容易發現，這時候這個實驗室的檢查就非常的重要。我們最初提出來的時候，在英國 NICE GUIDELINE 是建議所有的全身性過敏反應都應該檢測，有懷疑的話，不過因為這樣

子量太大了，所以我們已經把他修正成要有休克的症狀。各位委員可以參閱我們上面的一些要件，要符合這個要件，當我們懷疑的時候可以做這個檢測，因為其實整體的量並不會太多，那我們會根據過去文獻的報告還有採購的量去推估大概，如果增加這個給付，一年大概只會增加 700 萬左右的台幣，所以其實是很少的金額，比起其他的給付項目，但是對病人的安全是相當的重要，以上報告。

主席

謝謝陳主任，本項是針對全身性過敏性休克原因的探討，大家有沒有意見？好，沒有意見，我們沒有修正就通過，好，下一案，謝謝陳主任。

#### 第四項

主席

好，本項邀請消化系內視鏡醫學會的朱主任，請說明。

朱正心主任(台灣消化系內視鏡醫學會)

副署長，還有各位同事、前輩大家午安，對於這個我們叫做導管式膽胰管內視鏡術，其實這個在適應症裡面其實規定得相當的明顯，那我們知道隨著病人年齡的增加，膽胰管的疾病，還有困難性的一個結石，其實比例是有一點增加沒有錯。但是在操作這方面，因為考慮到病人在執行一些傳統性的手術的時候，常常會造成很多很厲害的併發症，那如果有這個新的技術是可以改善病人的 survival，然後也可以改善病人的生活的 suffering 的一些事情，不過在這裡面，我們可以看到適應症裡面寫了非常的清楚，在這類病人目前施行一般的膽道鏡還有普通的結石的取出的時候，幾乎都可以達到 90%的成功率，那在這幾個適應症之下，已經留下很少數的病人需要做這個內視鏡的這個，我們叫做導管式膽胰管內視鏡術，導胰管內視鏡，所以那裡面有一個說，有一個支付規範裡面第一項說要施行本適應症這第一、第二項要

事前給付，我們自己馬偕醫院剛好這種導管式的，其實從 7 月份我們開始試著做到現在，也才只不過做了 4 例，這個嚴選病人能夠選出來，也才做了 4 例，所以我個人認為說，在貴署已經~還有科內的專家都已經討論過這件事情的時候，那這個規定得非常嚴格了，所以我在想說這事先審查有兩個 concern，第一個就是時間的效益是怎麼樣，會不會 delay 到病人？第二個，因為規定得非常嚴格了，其實這個病人已經被 excluded 很多了，所以我是不是說希望說在這個有些科內的醫生有一個提到說，這個事先審查這個東西只要符合上面貴署的一些規定還有科內專家的討論就可以了，因為這病人其實真的不多啦，我想就不要再，因為事先審查真的會增加貴署的煩惱，還有一些病人也會時間會被 delay 到，我想這個大家如果情同此心，心同此理的話，應該可以同意這樣的一個事情，因為這已經規定相當的嚴格，我做了 ERCP 做了 29 年到現在，其實我現在目前這樣看這病人真的不多，這病人幾乎都老人家很 suffering 的事情，我是希望貴署、你們的醫生、幕僚同仁的良心，你看這些病人事實上可以不需要這樣審的啦，因為條件已經訂得很嚴格了。

**主席**

好，謝謝馬偕醫院的朱主任，這項大家有沒有意見？本項是針對膽管跟胰管困難取石的病人，可以免除開刀的風險，大家有沒有意見？來，請。

**朱代表益宏**

那個 280 頁支付規範這邊講說「限經台灣消化系內視鏡醫學會 ERCP 認證」，我們還是希望就是說這些相關的證照還是要由署定專科，固定專科會比較適合，不然為什麼變成只有他能夠去做認證，然後才能做這樣子的一個這個，他認證過的醫師才能做這樣的 procedure。

**主席**

好。

## 朱正心主任(台灣消化系內視鏡醫學會)

回答前輩的問題，在現在我們內視鏡醫學會裡面，因為 ERCP 是屬於 high-risk，會產生很大的 complication，包括 bleeding、敗血症還有一些胰臟發炎，所以在這方面我們限制，在目前在已經在貴署的一個同意之下，已經有 5 個 ERCP advanced course 的，專門去那才可以給他頒這個證書給他，所以說我們如果已經是在這個醫生訓練之下，我們希望他這個執行上，主要是考慮到這種著重 advanced 的 ERCP，他有很高的 risk，所以說我們才有說要計劃要特別認證，那我們內視鏡醫學會去做 qualify，所以這個人並不多，希望說也是希望說盡量把這些人集中在醫學中心做，這樣子病人如果等到做完之後如果得到，萬一得到 complication 我們也比較好的照顧，現在目前理事長他們的想法，大家的想法都是盡量這樣子做，希望都是以病人的安全為最後的考量，而且這個裡面都是每一個都經過 ERCP 的 qualify 過，希望說不要做得太浮濫，其實以日本還有其他國家的內，目前的規範也都是類似，偏向專家來做專家的事這樣子。

## 主席

好，謝謝說明，大家有沒有意見？好，請羅院長。

## 羅代表永達

這個剛剛講的東西，做比較危險一點的手術需要認證，這個我非常同意，只是說我們一直有一些原則的基本，比如假設又有幾個醫師開了一個另外一個內視鏡的醫學會，那又名稱稍微不一樣，那我們到底要不要同不同意？可是我們現在目前那個國家裡面所認同的這個專科醫學會就是內科醫學會，內科醫學會裡面現在目前也同意叫做消化系內科醫學會，目前全國只有一個，那現在如果再分更次的話，今天不是針對這個個案而已，你是算在我們通則裡面，我們通則在寫的時候，不希望因為某些人，比如講超音波醫學會，現在又好多超音波醫學會跑出來，婦產科超音波醫學會、什麼超音波醫學會，如果說假設他沒有經過這樣的國家的這樣一個認證的時候，我們盡量不要在寫在

文字上這樣的描述，所以我如果建議支付規範，假設消化系那個內視鏡醫學會是經過那個什麼消化系內科的醫學會所授權，或是大家所有人都同意有這樣醫學會的認證的時候，那我覺得這樣才合理，所以我倒是覺得應該是由消化系內科醫學會，然後他們至於他們要委託是誰，那也是一定要經過 ERCP 的認證，我覺得這樣子才不會，有時候標準不一，這樣每一個場合裡面談同一件事情有不同的標準，好，以上。

**主席**

好，請學會朱主任回應。

**朱正心主任(台灣消化系內視鏡醫學會)**

因為現在我們所有的 ERCP 現在都已經有認證，而且要學的過程中做初步學習，還有一個 advanced course 要接受這個一年半的訓練之後才有認證、發給它證書，所以目前是有在執行的。至於說將來國家是怎麼樣規定跟學會這邊怎麼樣的，因為我本身不是理事長，所以我不好，不知道怎麼回答這個問題，不過我想這個建議是很好，但是由國家來規範。

**主席**

健保署不是做這個的，是不是由醫事司？醫事司是不是要說明？

**李代表偉強**

我是要講說，我本身是消化系內視鏡醫學會，可是我沒有經過 ERCP 的認證，所以以我來說我也不敢做這樣子的手術，這樣子的一個 procedure，因為這個做不好會造成很多的併發症，所以我認為一開始這東西應該是從嚴，然後慢慢放寬，剛剛我也蠻同意剛剛羅院長提到的，所以等於說，其實我們很多的學會，現在衛福部正式承認的其實就 23 個專科醫學會，我們現在是次專科的，次專科再加上認證，這是很細的、很細的，所以說以長期而言，其實是應該要檢討這事情，不過這個手術一開始我建議至少我們可以加上但書，就是說，一開始我們知道前一年或是，我們可以訂，一個但書，落日條款，就是說這個

一開始我們第一年，一年後我們再評估它的這個不管量也好，它的併發症等等，這權責要不要放寬，我建議一開始是從嚴，也避免浮濫，好，以上。

主席

好，謝謝，學會覺得這個建議可以嗎？

謝代表文輝

我想。

主席

好，謝院長也有意見。

謝代表文輝

我是覺得因為現在學會很多啦，如果未來兩個同類型的，不同學會說我比較厲害還是你比較厲害其實也沒有人能判定啦，所以我是覺得這應該要交由專業，尤其我們要認定委託人，這應該是法定的，就現在法定的如果是消化系內科是法定的，那我們就委託他，那消化系內科他認為他應該委託，他要有 ERCP 的專業訓練，那他如果認定說 ERCP 這個學會 quality 夠，他們就說就委託他做，但是我們應該對的是一個法定的專科醫學會，我是覺得這樣比較慎重，那因為 ERCP 已經行之有年，而且水準很好，我想消化系內科醫學會不會去否定他啦，他們當然要訓練 ERCP 就是交由他們來辦，我是覺得這樣比較好，比較不會有爭議。

主席

好。

李代表偉強

我是覺得說，因為這是正式文字，健保的正式文字上面或許說，第二點，支付規範的第二點可以改成說要經，就是意思說這些不要出現消化系內視鏡醫學會，而是由我們經內科醫學會，就是~

謝代表文輝

法定的。

李代表偉強

對，內科專科醫學會來委託或者授權內科專業醫學會，委託內科專業醫學會來指定限定他的適應症以及 privilege 條件，這樣子的話，你文字上出現都是法定的專科醫學會，那至於他怎麼訂定，他可以請內科醫學會、可以請台灣消化系內視鏡醫學會訂定相關規範，或是訂定的東西，那就是後續的東西了，至少在文字上面不會出現很多不是新的法定的學會，不然這樣子的話，或許將來會產生不必要的困擾，效果是一樣的啦，如果只是文字的嚴謹度而已。

主席

好，消化系內視鏡醫學會有沒有什麼意見？你認為怎麼改會比較好？

朱正心主任(台灣消化系內視鏡醫學會)

其實我們消化系內視鏡醫學會裡面已經有 ERCP 小組，已經有組成委員會，但是現在是付託在內視鏡醫學會裡面，所以目前開會是由內視鏡醫學會主導，所以早就在這裡面了。

主席

與會代表們希望文字改成「經內科專科醫學會指定的認證單位」之類的文字，你覺得改可以嗎？

朱正心主任(台灣消化系內視鏡醫學會)

可以。

主席

可以的話，請李代表再念一次建議的文字，我們記一下，也請內視鏡學會再確認一下。

李代表偉強

好，支付規範第二點，操作人員的資格由台灣內科醫學會擬定或委託相關~

朱正心主任(台灣消化系內視鏡醫學會)

我先說一下，消化系內視鏡醫學會其實是消化系醫學會的一個會~消化系醫學會是母會。我們母會其實就是消化系醫學會了。

李代表偉強

我想解釋一下，我們有內科醫學會、外科醫學會等是法定的醫學會，可是其他的消化系內科、消化外科、消化內視鏡等醫學會都是民間的社團組織，不是現在衛福部法定的專科醫學會，雖然我們自己都要考很多證照，可是其實真正的規範，像是美容醫學會每個上面貼十幾個學會，可是其實沒有一個政府真正認定的，意思是說這是法令的規範，我也蠻同意目前是最嚴謹的是這 ERCP 的認證，可是在法令文字上不宜出現目前沒有法定的。

主席

可以請代表再把文字說一下嗎？

羅代表永達

我覺得「限經台灣內科醫學會認定之 ERCP 認證通過」這樣就可以了，授權給他們處理就好。

主席

學會這邊可以嗎？

朱正心主任(台灣消化系內視鏡醫學會)

應該可以啦。

主席

李代表可以嗎？



**李代表偉強**

我們前提是要確認內科醫學會願意再委託消化系內視鏡醫學會做這件事，我覺得這是後續的問題，我覺得應該是可以接受。

**朱正心主任(台灣消化系內視鏡醫學會)**

因為現在內科醫學會並沒有直屬管轄到，所以如果說由大內科來授權，可能會有判格的問題。

**李代表偉強**

請內科醫學會招集相關的專科、專家與學會一同來訂定相關授權規範。

**主席**

寫台灣內科醫學會，學會可以接受嗎？因為原建議是消化系醫學會。

**朱正心主任(台灣消化系內視鏡醫學會)**

因為他們之間其實真的沒有從屬關係~應該沒有從屬關係。

**主席**

學會是擔心內科醫學會不會幫他們發函，這樣的話，這案子就白通過了。

**朱正心主任(台灣消化系內視鏡醫學會)**

我個人是覺得這文字應該是可以，可是我是想爭取因為這部分已經很嚴格了，可否不要再事前審查。

**主席**

好，先確認兩件事。第一個，剛提到修改為「限經台灣內科醫學會指定 ERCP 認證合格」這樣的文字，朱主任可以接受嗎？

## 朱正心主任(台灣消化系內視鏡醫學會)

現在問題就是剛才講的因為內科本身都沒有直屬我們這裡，我認為不可行耶。

## 謝代表文輝

我們說外科啦，外科醫學會裡面的總會集會的時候，所有的包括神經外科包括泌尿外科，他們都會與會，他們都是外科醫學會的一員，不曉得為什麼內科醫學會裡面，消化系內科也是內科醫學會當中的一員，他們組成本來就是這樣，然後 ERCP 是屬於消化系內科的一員，那它也是內科醫學會，我覺得這件事情的可行性應該很高才對。

## 主席

內科醫學會的人認為可行性不高，外科醫學會的人說可行性很高，文化不同，各位代表要聽誰的建議？

## 朱代表益宏

我覺得是這樣，這個是不是請內視鏡醫學會先跟內科醫學會協調一下，不然你今天如果不是一個法定的專科醫師寫在上面，這是會有問題。那我請問一下，下一次社區醫院協會去跟主席申請也來發 ERCP 證照，你要不要同意，當然不會同意嘛，但是我也會說你為什麼不同意，我也會請它有 qualify 的醫師來教，其實這一部分就是之前安寧產生的問題一再的重演，那我們還是希望說，因為這是有法律效力，這是有限制、限縮人家的，那當然在條文上文字上還是要符合相關的法律的依據規定，所以還是用固定專科為文字啦，那至於他實際上不可行，我覺得既然他覺得不可行，那是不是可以請他們協調一下，不然你就不要寫不然要怎麼弄，用事前審查去卡，那就不要寫用事前審查去卡，還是要怎樣我是不曉得啦。

## 謝代表文輝

不然就不要過啦，這會有瑕疵，因為我們現在成立的學會多到不得了，有的同質性的三、四個，以後要說哪一個說他是代表，這會有

困擾。我是覺得這個 ERCP 如果這個你們學會，我是覺得要去溝通啦，去跟內科溝通。

### 朱正心主任(台灣消化系內視鏡醫學會)

我個人是代表醫學會是認為說，目前現行的制度其實已經都很 smooth 在 run 了，這只不過是在這個項目上，應該讓現有的病人先得到治療，至於將來是不是想有更好的修飾，是不是今天先還是讓案子過，那畢竟病人還是需要治療，至於 wording 的東西就是事後我們可以再討論看看，我個人認為現在事情現有的制度已經做了，並沒有扞格到與署裡的規定是 against，目前是 run 的很 smooth，我想是不是在這個 wording 上可以先重新考慮，我們先讓這個案子先過，那病人是在等。

### 朱代表益宏

現行的 ERCP 是 33024B，我剛剛翻了一下他裡面是沒有限，他是沒有限啦，所以今天為什麼會有這個問題，是因為你去限制嘛，你如果不要限制每個醫師都可以做，那就不會有這些問題，那相對他們會有浮濫的問題，那你現行的 33024B 這個就是，現在規定沒有限嘛，所以當然這個問題不會出來，所以我建議如果真的這個消化系內視鏡醫學會，給他們一點時間去跟內科醫學會協調一下，或是固定的專科醫師，如果內科醫學會不能讓他靠航，他就找另一個醫學會去靠一下，靠外科啦，靠消化系外科。

### 朱正心主任(台灣消化系內視鏡醫學會)

我想這種病人當時就是健保署在給付這個，因為他就是希望病人可以得到最好的安全，然後因為給付這個病人花費比較高，所以希望我們要好好檢討這裡面的病人治療的需要性，所以我們才自己限制了我們就專門去做 ERCP 這裡面的人再去 qualify 一次，希望符合貴署的一個要求，所以才有限定這個問題，所以才會為什麼我們舉辦了 4 次 ERCP 的 advanced course，而且每次報名要花掉 8 萬塊，在確定他們一次，那些醫師都再 training 過，從現有的 ERCP 再 training 過，所以這

也是符合署裡面的要求，所以我想這件事再做一下說明。

**主席**

這個取石非常困難，需要專業訓練的人來做，否則恐怕越做越有風險，一定要認證，現在技術性卡條件，但現況就是學會對協調沒把握。

**朱代表益宏**

主席，這個我覺得你不能說覺得我們用技術去卡。

**主席**

消化系內視鏡醫學會的母親就不是內科醫學會，是消化系醫學會，他們已經隔好幾代，已經很久沒有聯繫，有沒有替代方案？

**李代表偉強**

我的意思是說，其實下一題也是類似的問題，我是想說洗腎已經 8 萬人在洗，洗腎不是每個內科，我腸胃科也不會來洗腎阿，因為洗腎醫學會不是個法定專科醫學會一樣的道理，心導管心臟科醫學也不是法定專科醫學會，所以我是說同樣的問題存在於現行的問題當中。

**主席**

是不是衛福部應該檢討一下，現代醫學已經進步到這種地步了。

**李代表偉強**

所以不好意思，現在是健保署在面臨這個問題，下次請副署長跟衛福部反映一下。

**主席**

因為沒有趕上醫學的進步，弄得現在曾孫要去找祖父去談話，找不到人了怎麼辦，硬要這樣弄的話，我覺得不可行，請付費者代表來講一下。

## 張代表清田

各位跟大家報告一下，我是覺得他不增加健保財務支出，那既然是這樣子，對病人是比較好的，我是覺得就先做，做個一年半，如果說我們健保署有發現什麼弊端，那再來要求才有辦法限制，可是你沒有限制的話，我怕到時候可能會更亂，我覺得從付費者代表做對病患最大幫助，而且不增加健保財務負擔，拜託先給他過，過了之後看半年後一年後我們再來檢討好不好，不然現在卡在這邊，可能病人一條命就沒了，我是覺得不增加健保財務，這樣好不好？

## 主席

所以呢，先讓它過？

## 朱代表益宏

如果要讓它過，就先把限制拿掉，因為你 ERCP 也沒有限制嘛，ERCP 事實上也沒有限制嘛對不對，那做 ERCP 人的 qualify 跟做這個的 qualify 是一樣的嘛，如果要讓它過，我同意阿，把限制先拿掉。主席那 ERCP 要不要增列，不是，33024B 這個要不要增列？

## 主席

為什麼我們要新增本項，原來是申報 ERCP，但針對特別困難的項目要獨立出來，讓他們能夠有一個認同，也是保障品質，因為原來是混在裡面，比照 ERCP 申報，請醫學會說明。

## 謝代表文輝

我先補充一句在給他來，我不認為是這樣，誰認定你們這個 ERCP 的學會，醫生會員水準就是比較好的，你沒有法定的基礎阿，我坦白講為什麼拿你的會員就比較高明，我沒有拿你的會員 ERCP 我也做很多，我就比較不高明，所以這個是很有爭議性的東西，那今天剛好知道這比較困難，普通的人不敢做啦，既然說不增加支付成本，我們就先開放，限制先把它拿掉，等到他跟內科醫學會溝通，內科大家討論，各科系認同 ERCP 學會做 ERCP 訓練最好，訂出來，那我們就訂了。

### 朱正心主任(台灣消化系內視鏡醫學會)

我們這是在治療病人為優先，所以這個案子用在幫助病人應該是大家共同一致的願望，至於 wording 上，我想回去轉告給我們消化系內視鏡還有消化系醫學會，請他們說是不是跟我們內科醫學會做一個授權，我想這是可以做一個行政上的處理這樣子。

### 主席

好，所以朱主任代表消化系內視鏡醫學會同意文字改成限台灣內科醫學會授權之 ERCP 認證，並接受輻射防護訓練之醫師執行，好不好？另外，相關學會要去找直系關係學會，麻煩立刻進行，不要耽誤病人的權益，好不好？朱主任你身負重任喔，你已經點頭了喔。

### 朱正心主任(台灣消化系內視鏡醫學會)

好，謝謝各位。

### 主席

好，謝謝，這項按修正後內容通過，接下來下一項。

## 第五項

### 主席

本項請台灣腦中風醫學會陳院長，請。

### 陳啟仁院長(台灣腦中風學會)

主席，各位長官還有各位代表，我就代表腦中風醫學會來報告一下，因為過去在大血管的阻塞都是用靜脈的血酸溶解，那效果大概有3成可以打通，不過須在3個小時內進行，那在2015年的時候，國際上有很多臨床試驗，發現在用動脈的取栓的話，它不但時間可以延長更久，可以延長到8個小時，而且它的效果，它的打通率大概可以到8、9成，那病人能夠獲得中風後不需要人家照顧的比例提高到5成多，所以說這是很有效的治療，那腦中風醫學會就過去兩年所做的220例的

案例來分析的話，得到的結果跟國外大型的臨床試驗得到的結果是相當的，所以我們覺得這個是一個很好的治療方式，不過就是說，因為這一項的治療，是需要 24 小時，一個禮拜 7 天要 on call 的事情，所以過去的一些，用一些周邊取栓的點值是 7,500 點，所以跟實際上的跟作業上所耗的人力和物力事實上是不太對等，所以提出一個治療的這個碼，那這個碼其實跟我們預期還是有一點差別，不過我覺得在目前這個情況下是可以接受的。

另外就是說，委員有問到就是說要找那個母親學會的事，我看了一下部定專科裡面，大概就是神經內科學會、神經外科學會還有放射性醫學會，正好是這幾個學會大部分都是委託我們這幾個在做，我想我們應該是可以，剛才的 wording 我們應該是可以回去溝通，由媽媽來授權，就是叫我們來處理啦。

**謝代表文輝**

把腦中風醫學會拿掉。

**陳啟仁院長(台灣腦中風學會)**

能不能由這個神經內科醫學會指派腦中風醫學會，因為腦中風醫學會是附屬在神經內科醫學會，那神經外科醫學會事實上是附屬在那個，台灣腦血管外科介入治療學會是附屬在神經外科，然後我們這個放射醫學會事實上是放射醫學會，這樣都把它寫出清楚是比較好，一個人認一個啦，都寫好。

**主席**

對，一個人認一個，不同直系。

**陳啟仁院長(台灣腦中風學會)**

事實上就這個樣子沒有錯。

主席

好，把授權訓練與認證的學會寫入，各位代表都 OK 嗎？好，除了次專科醫學會外，這案大家還有沒有其他意見？

朱代表益宏

主席我想請教一下，之前對於這樣的病人，是怎麼處理？是報什麼碼？

陳啟仁院長(台灣腦中風學會)

這個當時就是 7,500 點，那有的會因為它有做一些血管攝影，它會再報血管攝影。

主席

單獨新增一項，扣掉替代後的預估財務是 1,300 萬，好，請謝院長。

謝代表文輝

因為這個其實是蠻困難的一件事情，而且風險性很高，而且真的要 24 小時要 stand by，我是覺得應該要過。

主席

對阿，應該要過，直系學會都寫進去了。

李代表偉強

這個對病人的意義是把過去的黃金 3 小時延長了，所以這對病人來說風險都是減少，減少後面的長照、復健。

朱代表益宏

主席這個序號 7 跟序號 8 都限專科醫師，所以是不是到時候申報的時候也要報出來，會要求他們報？

主席

都要，好，大家還有沒有其他意見？如果沒有意見，我們就謝謝腦中風醫學會的陳院長。下一案。



## 第六項

主席

請血液病學會。

朱代表益宏

程序問題，因為五點半了，這個討論下去後面還有 5 個案子。

主席

沒有，這些不是新增項目，全是修訂項目。我們討論完修訂項目，就結束。請陳組長~

陳滢如組長(中華民國血液病學會)

血小板抗體這項其實是長期不符檢驗的成本，在國內做的單位也太少。對輸血管理整體而言，因為血小板是非常昂貴的血品，對血小板輸注無效的人，如果能建立適當的檢驗去釐清的話，對輸血安全是有幫助且可以擷節醫療成本。

學會這邊建議這項檢驗可以訂定兩項適應症，第一，兩次以上輸血仍無法提昇血小板數目，也就是 Refractory 輸血小板無療效的狀況，懷疑是免疫因素引起。第二個，用在某些特定疾病，血小板低下症鑑別診斷，如 NAITP 等。這是學會的建議。

主席

好，謝謝，這項大家有意見嗎？

朱代表益宏

你原來有設定嗎？適應症。

谷專門委員祖棟

原來診療項目支付點數是 500 點，現在是要修訂點數再加適應症。

主席

所以成本上升。

朱代表益宏

那剛主席不是說只有修訂嗎？

主席

沒錯，是原來項目修訂，只有這項有金額，其他的沒有。請大家表示意見。

朱代表益宏

這樣錢增加很多，這原來有多少量？預估會有多少量？

涂專員奇君

編號 11007B 在 105 年執行量是 1,393 件，但在專家諮詢會議上有專家表示，因為現在點數不敷成本，有些醫院乾脆不做，所以調整點數後可能誘發執行量，所以會議討論結論，財務評估以 105 年有輸血小板血品人數的 10%，每人執行 1 次估算。

朱代表益宏

所以調整適應症以後，執行量會上升？

涂專員奇君

對，會議討論預估執行量是 5,367 人次。

朱代表益宏

怎麼會這樣？

主席

這個估計是尊重學會跟專家意見的預估，之後我們還是會統計實際執行量，大家的意見是覺得執行量估太高嗎？

朱代表益宏

因為如果照剛剛主席講的，是限縮，原來沒有適應症，現在加了適應症，而且支付點數~

主席

但是單價提高了。

朱代表益宏

所以限縮適應症，結果申報量反而更高，我不懂。

主席

這項請學會或奇君說明，請學會先做說明。

陳滢如組長(中華民國血液病學會)

其實在醫院端這項檢驗量我們認為低估的問題是因為給的點數太低，這個試劑我們做起來，光試劑成本一個 test 可以看成本列表就要一兩千塊，所以醫院端真的是本著服務病人做一個賠一個。

朱代表益宏

所以原來是都不申報是不是？

陳滢如組長(中華民國血液病學會)

沒有。有申報，但是就不敷成本。

主席

有些該做沒有做。

陳滢如組長(中華民國血液病學會)

對，然後事實上也有一些頗具規模的醫院因為不敷成本，他也沒開這一項，但是我們覺得就台灣地區的血小板輸血來講，這個方面是一個值得努力的地方，所以我們很希望能開放這個項目，然後其實血小板輸血的檢驗量相較於紅血球輸血少太多，其實這個量也不可能暴增。

主席

好，大家有沒有意見？

朱代表益宏

那個 kit 台灣是有幾家供應商？

陳滢如組長(中華民國血液病學會)

目前是主要一家代理商而已。

朱代表益宏

因為你這個主要的錢一萬八千多塊就是 kit 的錢。

陳滢如組長(中華民國血液病學會)

占最大的部分。

朱代表益宏

但是又只有一家嘛，那這個費用會不會太高了呢？有沒有評估過實際上那個代理商的成本有沒有高估？還是因為他是獨家供應，所以把價錢拉高了。

陳滢如組長(中華民國血液病學會)

目前主要的 kit 是用所謂 solid phase 的方法，市面上有兩家廠商，然後算起來成本都差不多都這麼高。

朱代表益宏

兩家成本多少錢？

陳滢如組長(中華民國血液病學會)

算起來都是將近兩千塊，然後這個試劑由於每次試驗的時候都要帶 control 組，blank 組，老實說一個 kit 一次最多也是做到 10 個人而已，但是常常有時候一個 kit 只能做 6 個人，因為分批做有好幾個反應會被 control 組耗掉，所以檢測的成本真的非常高。

朱代表益宏

主席，如果這樣，那你們這樣有去了解成本大概多少？

主席

這個我們有去訪過吧？奇君來說明一下。

## 涂專員奇君

在專家諮詢會議討論上，是說目前國內有三家試劑廠商，目前這三家廠商的試劑成本約是兩千塊左右。

## 朱代表益宏

兩千塊左右！那他們估的是一千八，到底是？

## 陳滢如組長(中華民國血液病學會)

報告，我們這個一千八是有考慮每批次兩至三個 tests，會把每次檢驗的平均成本拉低一點，那兩千左右是以一次只做一個檢體來看。

## 主席

謝謝，其實這項如果嚴肅去看，減少血品的浪費會抵掉本項調升點數的支出，這個試驗沒有做會讓血品一直輸，不當輸血的成本浪費更嚴重，但是減少血品浪費沒有量化的數據，無法納入估算，如果抵掉，理論上應該淨支出會下降，但是眼前我們還沒有辦法去做估計，暫時用淨支出來看，這是能力不足而且數據也不準，好，還有意見嗎？

## 劉代表碧珠

那請問剛剛提到那個，一個 kit 可以做幾個檢體？

## 主席

來，請血液病學會。

## 陳滢如組長(中華民國血液病學會)

在之前專家會議的資料裡面有寫到，一個 kit 可以做 6 到 10 個檢體。

## 主席

那是臨床執行的經驗。

## 陳滢如組長(中華民國血液病學會)

它其實就是一個個反應，我們每次做的時候都必須要有病人血清在那個 8 個 well，然後那個每個血小板要做 blank 會再 8 個 well，再加

上陽性對照陰性對照，所以我一次要是抽到好幾支檢體一起做，平均成本就可以降低一點，那要是我每次只做一個病人的話，每一個病人佔耗掉一整排的 blank。

**朱代表益宏**

請問一下你們大概一次做幾個。

**陳滢如組長(中華民國血液病學會)**

這個有時候會視醫院規模而異，以我們來講的話，我們一次大概可以做到 5、6 個。然後這個檢驗呢，大概一個禮拜才做一次，因為老實說我要是每天做，完全不敷成本，應該是說會虧損更多。

**朱代表益宏**

所以照剛剛講的，他一個禮拜做一次，然後一次做 5、6 個病人，一個病人給他 2,300，一萬多塊，但實際上他 kit 的成本才 2,000 多塊。

**陳滢如組長(中華民國血液病學會)**

不是啦，一個 kit 是一萬多塊。

**主席**

請醫檢師公會王代表說明一下。

**王代表榮濱**

其實那個檢驗方面，你不要看他試藥寫幾個就幾個，要扣掉他損耗，一般一組藥的損耗大概差不多損耗掉 3 到 4 成，那你一般如果像他們一個禮拜集中量做的話，可能成本會降低，但是這要考慮到，這個會不會算急診？

**陳滢如組長(中華民國血液病學會)**

其實不瞞大家說，以前我們是兩個禮拜才做一次，可是真的臨床有需求，所以我們只好再勉為縮成一個禮拜做一次，那當然在臨床的觀點，它可能希望我們 2、3 天就做一次。

## 王代表榮濱

所以這個做越多次，損耗越大，所以他每次要帶那個陽性啊，positive-negative control，這樣損耗下來的話，反正他成本真的很，我記得馬偕有做，也關掉了嘛，對阿，因為成本太高是不爭的事實。

## 主席

好，大家有沒有其他意見？如果沒有意見，改天我們有能力估算減少多少血品浪費時，就把它抵掉好嗎？好，那下一項。

## 第七項

## 主席

好，本項請風濕病醫學會的陳秘書長，請說明。

## 陳一銘秘書長(社團法人中華民國風濕病醫學會)

腫瘤壞死因子，這個主要是臨床運用，大家可以看到，風濕病醫學會建議的 3 個適應症，第一個是用於各種自體免疫疾病的一個鑑別診斷，第二個是用於使用腫瘤壞死因子生物製劑之後的監控疾病反應跟治療反應，第三個是用在感染科專家，比如說像 TBA 感染之後，看他免疫缺損的監控，那主要是為了避免做研究使用，就把適應症限縮為這幾個臨床的運用，以上。

## 主席

好，大家有沒有意見？好，如果沒有意見，我們適應症就修正通過。非常謝謝陳秘書長，等很久了，謝謝你，接下來下一案。

## 第八項

## 主席

這一項大家有沒有意見？

## 朱代表益宏

主席那個，這一項，所以剛剛我們通過的 4 萬多塊，它也可以報這一項的意思嗎？

主席

對，謝謝，那我們就通過了，下一案。

## 第九項

主席

本項大家有沒有意見？好，如果沒有意見，我們就修正通過了，好，今天開到這裡。

涂專員奇君

主席不好意思，還有一項，是修訂免疫組織化學染色的附註，資料在今天發的補充資料(二)，第 123 頁序號 6，是修訂項目的最後一項。

主席

好，謝謝，這一項大家有沒有意見？好，沒有意見我們就修正通過。討論到現在已經 5 點 40 分，我們一定會再開臨時會，今天有兩個報告案，一個臨時報告案，兩個討論案，以及今天保留一案，這些都列為下一次討論的內容。好，謝謝，我們另外再發開會通知，謝謝大家。