一、依據中華民國牙醫師公會全國聯合會 109 年 11 月 19 日電子郵件檢送之資料辦理。

二、1~~09~~10 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫修訂對照表

牙全會 11/19 修訂條文	原條文	牙全會修訂說明	健保署意見
九、重度、極重度特定身心障礙者社區醫療照護網~~試辦計畫~~ (一)收案對象：~~全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務~~本計畫之重度、極重度特定身心障礙者~~牙醫醫療服務適用對象~~。	-	依據 110 年總額協定結果新增社區醫療網試辦計畫，同意健保署意見修訂文字。	1. 請說明照護網提供之服務與現行牙特計畫照護內容之差異。 2. 請說明本項適用之照護對象與現行牙特計畫照護對象之差異。 3. 請於計畫敘明社區醫療照護網之目的，以明確區隔社區醫療照護網與現行牙特計畫照護內容之差異，及如何提升牙醫照護品質。 4. 按全聯會 109/11/17 會前會說明，醫療照護網係為提供病人更完善之照護。故建議醫療照護網之醫療服務內容，應與現行牙特計畫給付之醫療服務方式有所區隔。又健保資源有限，參與醫療照護網之個案，不宜與原牙特計畫收案對象

牙全會 11/19 修訂條文	原條文	牙全會修訂說明	健保署意見
			重複，以更完善特殊族群之照護，達全人照護之目的。
(二) 醫療服務提供者資格： 1. 由「特殊需求者牙科醫療服務示範中心獎勵計畫」之醫院-衛生福利部雙和醫院〈委託臺北醫學大學興建經營〉及國立陽明大學附設醫院，分別結合該縣市鄰近 6-10 家基層院所組成照護網，並由新北市、宜蘭縣牙醫師公會協請基層院所加入照護網，照護網內之院所及醫師均須為已參加特殊醫療服務計畫之照護院所及醫師。 2. 每月 5 日由前述示範中心向牙醫全聯會提出參與計畫申請書【附件 19】，須檢附照護網內轉診服務計畫與後送機制。牙醫全聯會審查後，於每月 20 日前將通過名單函送保險人，由保險人分區業務組審理核定後，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。 3. 醫師名單若有異動，應於每月 5 日前函報牙醫全聯會，再由該會於每月 20 日前彙整送保險人分區業務			1. 查現行計畫已按院所可提供之醫療服務，區分為初級及進階照護兩類院所。請說明示範中心醫院結合鄰近之基層院所組成之醫療網，與現行計畫院所提供牙醫服務之差異。 2. 請說明醫療網之後送機制與現行計畫醫療團服務、居家牙醫服務之後送機制差異。 3. 依全聯會 109/11/17 說明，照護網之轉診含診所上(下)轉至示範中心，及診所間之平轉。請說明照護網內之轉診，接受轉診之院所是否可再依支付標準第三部牙醫通則三，申報轉診加成費用？ 4. 請說明附件 19 申請書之「個案健康管理措施」、「病人轉銜合作機制」之欄位目的。 5. 請說明左列(二)2.是否為社區醫療照護網之申請程序？如

牙全會 11/19 修訂條文	原條文	牙全會修訂說明	健保署意見
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。			為申請程序，請確認是否是「每月 5 日由前述示範中心向牙全會提出參與計畫申請書，略以。」
(三)收案程序 病人經照護網內院所評估符合收案對象，方可收案，院所須至健保資訊網服務系統(VPN)進行登錄個案資料，未登錄者不得申報本試辦計畫之支付項目。		VPN 欄位需求：醫事機構代碼、身分證字號、出生日期、姓名、收案日期、示範中心名稱	1. 請說明院所如何評估病人是否符合收案對象。 2. 照護網內容如獲同意，將再與全聯會討論左列所提之 VPN 欄位需求，建置 VPN 系統。
(四) 費用支付及申報規定： 1. 給付項目及支付標準： (1) 重度~~以上~~特定身心障礙者統合照護費 - 診所 (支付標準編號為 PXXXXX)：每次支付 ~~500~~850 點。 (2) 極重度特定身心障礙者統合照護費 - 診所 (支付標準編號為 PXXXXX)：每次支付 950 點。 (3) ~~(2)~~重度~~以上~~特定身心障礙者統合照護費-示範中心(支付標準編號為 PXXXXX)：每次支付 ~~600~~1020 點。 (4) 極重度特定身心障礙者統合照護		修訂支付項目與支付點數，同意健保署建議本項不另加成，另檢附成本分析表及作業流程。	1. 查 00128C「重度以上特定身心障礙(非精神疾病)者診察費」支付點數 520 點、00311C「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之重度以上特定身心障礙(非精神疾病)者診察費」支付點數 555 點。 2. 依全聯會於 109/11/17 會前會議表示申報「統合照護費」得再申報特定身障之診察費。另查所提「統合照護費」作業

牙全會 11/19 修訂條文	原條文	牙全會修訂說明	健保署意見
費-示範中心(支付標準編號為PXXXXX)：每次支付 1140 點。 上述~~再~~四項照護費為病人於照護網內院所就診時得申報~~本~~該項(內含患者資料建檔上傳至 VPN 系統、轉診、個案衛教宣導)」，同病人每 60 天得申報 1 次，並不得再依身心障礙等級計算加成費用；個案首次申報須填寫治療計畫表【附件 20】。			流程表(詳附表)，包含「患者行為管理」、「口腔檢查」、「擬定治療計畫」等流程。請說明「統合照護費」與診察費之差異。 3. 所提作業流程表，中期作業含「填寫治療計畫表」。查附件 20 之治療計畫表包含基本資料、病史、潔牙習慣、口腔現況等。請說明病人每次回診皆須「填寫治療計畫表」？ 4. 左列所提「統合照護費」之行政作業費用(如資料建檔上傳、轉診、個案衛教宣導)，依成本分析表之費用架構，前述行政作業費用，已含括於「作業及管理費用」。又「統合照護費」不宜僅用於支應組成醫療照護網絡而增加之行政經費。 5. 請說本項之預估增加費用。
2. 費用申報之規定： 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)請依特定身心障礙者牙醫醫療-院所內服務之規定填寫。			
(五)相關規範 1. 示範中心需建置雲端資料平台，供醫			

牙全會 11/19 修訂條文	原條文	牙全會修訂說明	健保署意見
療網內院所建置個案資料、回診追蹤。 2. 照護網內院所須進行案例研討(如居家牙醫醫療服務個案討論或轉診的個案討論等)。 3. 照護網內之院所須接受示範中心辦理之教育訓練課程。 4. 抽審時須檢附治療計畫表。			

【附件 19】

參與「重度、極重度特定身心障礙者社區醫療照護網試辦計畫」申請書

	示範中心名稱		機構代碼	
	負責人		聯絡人	
	聯絡電話		e-mail	
	個案健康管理措施			
	病人轉銜合作機制			
	轉診後送機制			

本院(所)及團隊內醫事服務機構同意於執行計畫期間，依照本計畫及全民健康保險法等相關規定，提供保險對象醫療照護。

醫事服務機構印信　　負責人印章

中華民國　　年　　月　　日

重度、極重度特定身心障礙者社區醫療照護網組成清單

序號	醫事服務機構名稱	機構代號	申請醫師姓名	申請醫師 ID
1				

備註：示範中心請列序號1，其餘團隊組成之醫事服務機構則依序編號。

編號收案:　　【附件 20】

重度以上特定身心障礙者治療計畫表

示範中心：＿＿＿＿＿＿＿＿收案醫療院所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

姓名:＿＿＿＿＿＿病歷號:＿＿＿＿＿＿主治醫師:＿＿＿＿＿＿ 收案日期:＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

<table>
<tr><td>基本資料</td><td colspan="3">性別: □男 □女　　身分證字號:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
年 齡 :＿＿＿＿　　出生年月日:＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日
職業:＿＿＿＿＿＿＿＿
身心障礙手冊：□重度 □極重度 障別：＿＿＿＿ 到期日期 ：＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日
主要照顧者 :＿＿＿＿＿＿＿＿
經濟來源：＿＿＿＿＿＿＿＿
連絡電話：＿＿＿＿＿＿＿＿手機：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
地址:＿＿＿＿縣＿＿＿＿市（鎮）＿＿＿＿路＿＿＿＿段＿＿＿＿ 號＿＿＿＿樓</td></tr>
<tr><td>過去病史</td><td>□糖尿病 □高血壓 □心臟病□肝病□癲癇
□結核病 □氣喘 □惡性腫瘤 □腎臟病
□自體免疫疾病
□其他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿</td><td rowspan="2">用藥及限制</td><td rowspan="2">□長期使用藥物：＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
□藥物過敏：＿＿＿＿＿＿＿＿
□食物過敏:＿＿＿＿＿＿＿＿
□其他：＿＿＿＿＿＿＿＿</td></tr>
<tr><td>家族病史</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="6">營養評估</td><td colspan="3">身高:＿＿＿＿公分
體重:＿＿＿＿公斤</td></tr>
<tr><td>攝食方式</td><td colspan="2">□經口 □NG Tube □胃瘻 □腸瘻 □TPN □PPN □其他</td></tr>
<tr><td>食物型態</td><td colspan="2">□正常食物 □軟食 □半固形食物 □泥狀 □其他</td></tr>
<tr><td>製作方式</td><td colspan="2">□細絲 □果汁機 □糊狀(濃度＿＿%)</td></tr>
<tr><td>食物攝取量</td><td colspan="2">□正常 □少量</td></tr>
<tr><td>攝食能力</td><td colspan="2">□自行進食 □需輔助 □需餵食</td></tr>
<tr><td rowspan="3">潔牙習慣</td><td colspan="3">□自行潔牙□照顧者＿＿＿＿＿＿＿＿協助</td></tr>
<tr><td colspan="3">潔牙時間 □睡前 □晨間 □飯後 □甜食後</td></tr>
<tr><td colspan="3">潔牙工具 □牙刷 □牙膏 □牙線 □牙線棒 □海綿棒 □電動牙刷 □沖牙機
□其他＿＿＿＿＿＿</td></tr>
<tr><td>意識</td><td colspan="3">□清醒 □不清醒 □其他</td></tr>
<tr><td>理解</td><td colspan="3">□良好 □不良 □無法理解 □其他</td></tr>
<tr><td>氣切</td><td colspan="3">□有 □無</td></tr>
<tr><td>說話清晰度</td><td colspan="3">□清楚 □不清楚 □無法配合</td></tr>
<tr><td>運動程度</td><td colspan="3">□步行（自行移動、需輔助）
□輪椅（自行移動、需輔助）
□臥床（可下床、不可下床、無法移動）</td></tr>
<tr><td colspan="4">牙科病史</td></tr>
</table>

1. 您目前口腔內是否疼痛？ □是 □否 □無法表達
2. 您的牙齦是否腫大或流血？ □是 □否
3. 您的牙齒是否鬆動？ □是 □否
4. 您過往接受牙科治療的頻率，請選擇一項
   □不曾看牙 □1年1－2次□1年2次以上□只有牙痛時才看
5. 您是否曾接受過牙周病治療？ □是 □否
6. 您是否帶過矯正器？ □是 □否
7. 您是否使用活動假牙？ □是 □否
8. 當您張口閉口或咀嚼時關節是否會響？ □是 □否
9. 您是否曾有拔牙後流血過久的現象？ □是 □否
10. 您過去拔牙的原因是 □蛀牙 □牙齒鬆動 □外傷 □其他
11. 您是否患過口潰瘍？ □是 □否
12. 您有夜間磨牙習慣嗎？ □是 □否
13. 您有抽菸的習慣嗎？
14. 抽了多久？ □1－5年 □5－10年 □10年以上
15. 每日抽幾包菸？ □1包內 □1－2包 □2包以上
16. 若您曾抽菸，但已經戒掉了，請填寫戒了多久：
17. 您有喝酒的習慣嗎？ □是 □否
18. 您有嚼檳榔的習慣嗎？ □是 □否
19. 請談談您以前接受牙科治療的經驗：_____

*同意資料供照護網內院所使用；資料提供者關係：_____簽名：_____

口腔現況

上顎：				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65				
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
乳牙牙冠																	乳牙牙冠
恆牙牙冠																	
醫療需求																	醫療需求
下顎：				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75				
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
乳牙牙冠																	乳牙牙冠
恆牙牙冠																	恆牙牙冠
醫療需求																	醫療需求

填表說明:D=Decayed X=Missing M=Mobility RR=Residual Root F=Filled

重度以上特定身心障礙者牙醫治療紀錄

日期	治療項目/牙位	備註
年　月　日		
年　月　日		
年　月　日		
年　月　日		
年　月　日		
年　月　日		
年　月　日		
年　月　日		
年　月　日		
年　月　日		
年　月　日		
年　月　日		
年　月　日		
年　月　日		
年　月　日		
年　月　日		
年　月　日		
年　月　日		
年　月　日		
年　月　日		
年　月　日		
年　月　日		
年　月　日		
年　月　日		
年　月　日		
年　月　日		

附表

003-1診療項目成本分析表

項目名稱：極重度特定身心障礙者統合照護費-示範中心

項目編號：PXXXXX　　單位：元

直接成本	用人成本	人員別	人數	本	(分)	計	成本合計
		1.主治醫師以上	1	39	40	1560	1884.5
		2.住院醫師					
		3.護理人員					
		4.醫事人員					
		5.行政人員(牙醫助理)	1	5.9	40	236	
		5.行政人員(牙醫助理)	1	5.9	15	88.5	
	不計價材料或藥品成本	品名	單位	單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計
							0
	設備費用	名稱	本	限	額	(分)	計	合計成本
		牙科器械(口鏡,探針,鑷子,治療盤,注射器,等基本配備,依各院所配備)	150000	7	0.22	10	2.2	445
		牙科治療椅	700000	7	1.04	25	26	
		非醫療設備=醫療設備 ×		Y	%			
	房屋折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間	成本小計	
		20坪房屋及土地	7,000,000/7		10.42	40	416.8	
		維修費用＝(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用) ×Z %						
直接成本合計								2329.5
作業及管理費用(直接成本 × X %)								
成本總計								2329.5

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目成本分析調查表

表二、作業流程表

診療項目名稱：極重度特定身心障礙者統合照護費-示範中心

支付標準編號：PXXXXX

	一.前期	→	二.中期	→	三.後期:
作業流程	1 極重度身心障礙患者行為管理		1 填寫治療計畫表 2 口腔檢查 3 填寫口檢表		1 擬定治療計畫 2 患者口腔狀況及照護建檔追蹤 3 衛教指導
設備	治療椅		治療椅		
人力	一位醫師(15分)		一位醫師(10分)		一位醫師(15分)
	二位助理(15分)		一位助理(10分)		一位助理(15分)
檢體數					

填表說明：

一、作業流程包括在服務前、服務中及服務後之內容，例如：手術項之期間係病人自進入開刀開刀房起計算至病人離開開刀房止(不包括麻醉部分，麻醉另有單獨代表項)。

二、手術、檢查及處置項目，以單一案例進行分析，例如：手術以單一刀口案例進行分析，非以同時施行多項手術案例。

三、檢驗項目則以實際作業項批次作業進行分析， 惟表三成本分析的耗用時間應分攤至每人次。

四、院內如有2個以上專科同時執行代表項，請按實際主要執行科別之成本進行分析。

五、前期、中期、後期各階段之設備及人力使用之器材、人員請於後面以(　)註明時間，例如保溫箱(25分鐘)、小兒外科主治醫師一名(20分) 。

六、作業流程各步驟後請加註執行人員別及執行時間。

003-1診療項目成本分析表

項目名稱：重度特定身心障礙者統合照護費-示範中心

項目編號：PXXXXX　　單位：元

直接成本	用人成本	人員別	人數	本	(分)	計	成本合計
		1.主治醫師以上	1	39	30	1170	1406
		2.住院醫師					
		3.護理人員					
		4.醫事人員					
		5.行政人員(牙醫助理)	1	5.9	30	177	
		5.行政人員(牙醫助理)	1	5.9	10	59	
	不計價材料或藥品成本	品名	單位	單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計
							0
	設備費用	名稱	本	限	額	(分)	計	合計成本
		牙科器械(口鏡,探針,鑷子,治療盤,注射器,等基本配備,依各院所配備)	150000	7	0.22	10	2.2	335.6
		牙科治療椅	700000	7	1.04	20	20.8	
		非醫療設備=醫療設備 ×		Y	%			
	房屋折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間	成本小計	
		20坪房屋及土地	7,000,000/7		10.42	30	312.6	
	維修費用＝(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用) ×Z %							
直接成本合計								1741.6
作業及管理費用(直接成本 × X %)								
成本總計								1741.6

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目成本分析調查表

表二、作業流程表

診療項目名稱：重度特定身心障礙者統合照護費-示範中心

支付標準編號：PXXXXX

	一.前期	→	二.中期	→	三.後期:
作業流程	1 重度身心障礙患者行為管理		1 填寫治療計畫表 2 口腔檢查 3 填寫口檢表		1 擬定治療計畫 2 患者口腔狀況及照護建檔追蹤 3 衛教指導
設備	治療椅		治療椅		
人力	一位醫師(10分)		一位醫師(10分)		一位醫師(10分)
	二位助理(10分)		一位助理(10分)		一位助理(10分)
檢體數					

填表說明：

一、作業流程包括在服務前、服務中及服務後之內容，例如：手術項之期間係病人自進入開刀開刀房起計算至病人離開開刀房止(不包括麻醉部分，麻醉另有單獨代表項)。

二、手術、檢查及處置項目，以單一案例進行分析，例如：手術以單一刀口案例進行分析，非以同時施行多項手術案例。

三、檢驗項目則以實際作業項批次作業進行分析， 惟表三成本分析的耗用時間應分攤至每人次。

四、院內如有2個以上專科同時執行代表項，請按實際主要執行科別之成本進行分析。

五、前期、中期、後期各階段之設備及人力使用之器材、人員請於後面以(　)註明時間，例如保溫箱(25分鐘)、小兒外科主治醫師一名(20分) 。

六、作業流程各步驟後請加註執行人員別及執行時間。

003-1診療項目成本分析表

項目名稱：極重度特定身心障礙者統合照護費-診所

項目編號：PXXXXX　　單位：元

直接成本	用人成本	人員別	人數	本	(分)	計	成本合計
		1.主治醫師以上	1	39	40	1560	1884.5
		2.住院醫師					
		3.護理人員					
		4.醫事人員					
		5.行政人員(牙醫助理)	1	5.9	40	236	
		5.行政人員(牙醫助理)	1	5.9	15	88.5	
	不計價材料或藥品成本	品名	單位	單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計
							0
	設備費用	名稱	本	限	額	(分)	計	合計成本
		牙科器械(口鏡,探針,鑷子,治療盤,注射器,等基本配備,依各院所配備)	150000	7	0.22	10	2.2	445
		牙科治療椅	700000	7	1.04	25	26	
		非醫療設備=醫療設備 ×		Y	%			
	房屋折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間	成本小計	
		20坪房屋及土地	7,000,000/7		10.42	40	416.8	
	維修費用＝(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用) ×Z %							
直接成本合計								2329.5
作業及管理費用(直接成本 × X %)								
成本總計								2329.5

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目成本分析調查表

表二、作業流程表

診療項目名稱：極重度特定身心障礙者統合照護費-診所

支付標準編號：PXXXXX

	一.前期	→	二.中期	→	三.後期:
作業流程	1 極重度身心障礙患者行為管理		1 填寫治療計畫表 2 口腔檢查 3 填寫口檢表		1 擬定治療計畫 2 患者口腔狀況及照護建檔追蹤 3 衛教指導
設備	治療椅		治療椅		
人力	一位醫師(15分)		一位醫師(10分)		一位醫師(15分)
	二位助理(15分)		一位助理(10分)		一位助理(15分)
檢體數					

填表說明：

一、作業流程包括在服務前、服務中及服務後之內容，例如：手術項之期間係病人自進入開刀房起計算至病人離開開刀房止(不包括麻醉部分，麻醉另有單獨代表項)。

二、手術、檢查及處置項目，以單一案例進行分析，例如：手術以單一刀口案例進行分析，非以同時施行多項手術案例。

三、檢驗項目則以實際作業項批次作業進行分析， 惟表三成本分析的耗用時間應分攤至每人次。

四、院內如有2個以上專科同時執行代表項，請按實際主要執行科別之成本進行分析。

五、前期、中期、後期各階段之設備及人力使用之器材、人員請於後面以(　)註明時間，例如保溫箱(25分鐘)、小兒外科主治醫師一名(20分) 。

六、作業流程各步驟後請加註執行人員別及執行時間。

003-1診療項目成本分析表

項目名稱：重度特定身心障礙者統合照護費-診所

項目編號：PXXXXX　　單位：元

直接成本	用人成本	人員別	人數	本	(分)	計	成本合計
		1.主治醫師以上	1	39	30	1170	1406
		2.住院醫師					
		3.護理人員					
		4.醫事人員					
		5.行政人員(牙醫助理)	1	5.9	30	177	
		5.行政人員(牙醫助理)	1	5.9	10	59	
	不計價材料或藥品成本	品名	單位	單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計
							0
	設備費用	名稱	本	限	額	(分)	計	合計成本
		牙科器械(口鏡,探針,鑷子,治療盤,注射器,等基本配備,依各院所配備)	150000	7	0.22	10	2.2	335.6
		牙科治療椅	700000	7	1.04	20	20.8	
		非醫療設備=醫療設備 ×		Y	%			
	房屋折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間	成本小計	
		20坪房屋及土地	7,000,000/7		10.42	30	312.6	
	維修費用＝(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用) ×Z %							
直接成本合計								1741.6
作業及管理費用(直接成本 × X %)								
成本總計								1741.6

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目成本分析調查表

表二、作業流程表

診療項目名稱：重度特定身心障礙者統合照護費-診所

支付標準編號：PXXXXX

作業流程	一.前期 1 重度身心障礙患者行為管理		→	二.中期 1 填寫治療計畫表 2 口腔檢查 3 填寫口檢表		→	三.後期: 1 擬定治療計畫 2 患者口腔狀況及照護建檔追蹤 3 衛教指導	
設備		治療椅			治療椅			
人力		一位醫師(10分)			一位醫師(10分)			一位醫師(10分)
		二位助理(10分)			一位助理(10分)			一位助理(10分)
檢體數								

填表說明：

一、作業流程包括在服務前、服務中及服務後之內容，例如：手術項之期間係病人自進入開刀開刀房起計算至病人離開開刀房止(不包括麻醉部分，麻醉另有單獨代表項)。

二、手術、檢查及處置項目，以單一案例進行分析，例如：手術以單一刀口案例進行分析，非以同時施行多項手術案例。

三、檢驗項目則以實際作業項批次作業進行分析， 惟表三成本分析的耗用時間應分攤至每人次。

四、院內如有2個以上專科同時執行代表項，請按實際主要執行科別之成本進行分析。

五、前期、中期、後期各階段之設備及人力使用之器材、人員請於後面以( )註明時間，例如保溫箱(25分鐘)、小兒外科主治醫師一名(20分) 。

六、作業流程各步驟後請加註執行人員別及執行時間。