



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

109 年第四次
會議資料

109 年 12 月 11 日（星期五）下午 2 時
本署 18 樓大禮堂

109 年度第四次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」會議議程

壹、主席致詞

貳、上次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形，請參閱(不宣讀)確認

第 01 頁

參、報告事項

一、修訂「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」。	報 1-1
二、修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫支付標準。	報 2-1
三、應用 109 年醫院總額之醫療服務成本指數改變率預算調整支付標準案。	報 3-1

肆、討論事項

一、全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增「高解析度食道壓力檢查」等 4 項診療項目案。	討 1-1
二、全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之「腹膜透析追蹤處置費」及「全自動腹膜透析機相關費用」修訂案。	討 2-1
三、應用 109 年西醫基層及牙醫總額之醫療服務成本指數改變率預算調整支付標準案。	討 3-1

伍、臨時提案

陸、臨時動議

柒、散會

貳、確認本會 109 年度第 1 次臨時會

會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形

-請參閱(不宣讀)確認

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」

109 年第 1 次臨時會會議紀錄

時間：109 年 11 月 12 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：蕭晟儀

李代表偉強	廖秋鐳(代)	洪代表啟超	(請假)
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
游代表進邦	游進邦	徐代表邦賢	徐邦賢
李代表佳珂	李佳珂	謝代表偉明	黃克忠(代)
郭代表咏臻	郭咏臻	林代表綉珠	林綉珠
劉代表碧珠	劉碧珠	李代表懿軒	李懿軒
嚴代表玉華	嚴玉華	朱代表世瑋	朱世瑋
羅代表永達	羅永達	林代表鳳珠	吳明訓(代)
謝代表景祥	周國旭(代)	郭代表素珍	許美月(代)
林代表茂隆	林茂隆	杜代表俊元	(請假)
朱代表益宏	朱益宏	梁代表淑政	梁淑政
李代表紹誠	李紹誠	何代表語	何語
林代表恒立	林恒立	葉代表宗義	葉宗義
王代表宏育	林誓揚(代)	馬代表海霞	(請假)
黃代表振國	黃振國	蔡代表麗娟	蔡麗娟
賴代表俊良	賴俊良	紀代表志賢	紀志賢
張代表孟源	張孟源	施代表壽全	施壽全
吳代表清源	吳清源		

列席單位及人員：

衛生福利部全民健康保險會

衛生福利部醫事司

衛生福利部社會保險司

中華民國中醫師公會全國聯合會

中華民國牙醫師公會全國聯合會

中華民國醫師公會全國聯合會

中華民國藥師公會全國聯合會

中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會

中華民國護理師護士公會全國聯合會

台灣醫院協會

台灣小兒外科醫學會

台灣消化系醫學會

台灣內科醫學會

台灣血管外科學會

台灣泌尿科醫學會

台灣婦產科醫學會

中華民國心律醫學會

本署臺北業務組

本署北區業務組

本署中區業務組

本署企劃組

本署資訊組

本署醫審及藥材組

本署醫務管理組

馬文娟、盛培珠

洪國豐、卓珣萍

周雯雯、白其怡

王逸年

潘佩筠

陳哲維、吳春樺、黃佩宜、

黃幼薰

洪鈺婷

宋佳玲

梁淑媛

魏秀美、賴淑芬、曹祐豪、

吳心華、顏正婷、吳亞筑、

王秀貞、許雅淇

謝明諭、周佳滿

李癸洵

李癸洵

林佳勳

梁景堯

謝卿宏

林亮宇、張世霖

林勢傑、莊茹婷、陳雅惠、

廖敏欣、馬賢悅

廖智強

石貴珊

趙偉翔、陳泰諭

廖志峯

黃育文

吳科屏、蔡翠珍、韓佩軒、

陳依婕、楊秀文、呂姿曄、

許博淇、宋兆喻、楊瑜真、

林美惠、簡詩蓉、鄧家佩、
沈瑞玲、宋宛蓁、鄭碧恩、
陳孜孜、林毓芬

一、主席致詞：略。

二、討論事項：

(一) 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準修訂編號 33074B「單純性血管整形術」等 8 項診療項目暨修正病房費章節「符合全日平均護病比之加成」之指標名稱案。

決議：修訂重點如下，詳附件 1，P5~11。

1. 修訂編號 33074B「單純性血管整形術」、33115B「複雜性血管整形術」及 02025B「出院準備及追蹤管理費」之支付規範。另修訂編號 28017C「大腸鏡檢查」、49014C「大腸鏡息肉切除術」、49025C「大腸鏡異物取出術」及 49027C「大腸息肉切除術」等 4 項大腸鏡診療項目之執行專科醫師資格。
2. 修訂編號 56040B「導管式膽胰管內視鏡術」之執行醫師資格，刪除「限經台灣內科醫學會授權之 ERCP 認證」，並增加「限消化內科、消化外科、兒科消化學及小兒外科專科」之文字。
3. 修正支付標準第二部第一章第三節病房費通則九(二)指標名稱由「年資未滿二年之護理人員離職率」，修訂為「年資達三個月但未滿二年護理人員離職率」，分子修改為「年資達三個月但未滿二年護理人員離職人數」。

(二) 修訂全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs) 3.4 版支付通則不適用範圍及分類表，暨 110 年 1 月-6 月適用之相對權重統計結果案。

決議：修訂重點如下，詳附件 2，P12~56。

1. 支付標準第七部第一章通則三 Tw-DRGs 不適用範圍第五項「試辦計畫」修訂為「計畫型案件」，及第十二項「複雜性多重骨盆腔器官脫垂，須同時施行骨盆腔多器官重建手術個案」增列各疾病組合合併條件對應之 ICD-10-PCS 代碼。

2. 同意 MDC5「循環系統之疾病與疾患」之原 DRG11206 主診斷「非典型心房撲動」(ICD-10-CM 代碼 I48.4) 個案改列至 DRG11205，及 MDC12「男性生殖系統之疾病與疾患」之 DRG336、337「經尿道攝護腺切除術，有/無合併症或併發症」依是否為「雙極前列腺刮除術/汽化術」再分類，經拆分後 3.4 版 DRG 項目由 1,066 項增為 1,068 項。
3. 同意 110 年 1 月-6 月適用之相對權重統計結果，標準給付額 (SPR) 為 44,998 點。

(三) 有關「全民健康保險遠距醫療給付計畫(草案)」案。

決議：同意「全民健康保險遠距醫療給付計畫」(詳附件 3, P57~66)，並於計畫書「九、醫療費用申報、支付及審查原則」之「(四) 審查原則」新增「3. 申請本計畫所訂之各項給付，如以同一事實，受有性質相同給付者，不得重複請領。經查證有重複請領之情事，不予受理申請或追回已核發之款項」。另彙整衛生福利部遠距醫療試辦計畫之相關設備做為本計畫之參考資料。

(四) 修訂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議事規範第二點代理規定案。

決議：修訂重點如下，詳附件 4，P67~68。

1. 代理規定：共同擬訂會議代表應於指(推)派代表時一併提報順位代理人 2 名，代表因故不能出席會議時得依代理人順位由 1 人代理出席。惟保險人遴選之專家學者代表 2 人、被保險人代表 1 人及雇主代表 1 人，應親自出席，不得代理。
2. 機關名稱：原「中央健康保險局」修正為「中央健康保險署」。

(五) 修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第一章第三節病房費支付通則案。

決議：依提案單位建議，將出院當日列入護理費支付範圍，多數與會代表表示支持，惟推估 110 年增加健保財務支出約 2,975.9 百萬點，因對健保財務有所衝擊，建議爭取預算支應，本案將列入本會議之追蹤事項。

三、臨時提案

四、散會：下午 5 時 10 分

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議 決議辦理情形追蹤表

序號	編號	會議時間	案由	決議(結論)事項	辦理單位	辦理情形	列管	
							建議 解除列管	繼續列管
1	107-1- 討 4	107.3.20	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。	<ol style="list-style-type: none"> 同意基本診療加成醫學中心為 5.1%、區域醫院 2.2%、地區醫院 2%(區域醫院代表於會議要求該層級之基本診療加成需增加 2%，為 4.2%)。 Tw-DRGs 實施時程 <ol style="list-style-type: none"> 同意自 107 年 7 月 1 日起實施 4.0 版支付通則，扣除 80 項暫緩實施項目，分 3 階段實施第 3 至 5 階計 1,089 項 DRG，會中台灣醫院協會提出 45 項待討論之項目(第 3 階段 20 項、第 4 階段 17 項、第 5 階段 8 項)，待醫院協會討論後分別於第 4 至 5 階段實施。 各階段實施期程如下： <ol style="list-style-type: none"> 第 3 階段 DRG：107 年 7 月 1 日實施，計 443 項。 第 4 階段 DRG：107 年 9 月 1 日實施，計 259 項(含原第 3 階段之 20 項)。 第 5 階段 DRG：107 年 11 月 1 日實施，計 387 項。 DRG 支付制度下得另行加計項目(如新增全新功能類別 add on 特材品項、生物製劑、另行核實申報特材項目等品項)，應正面表列於支付通則且公布於全球資訊網，並請各分區業務組發布大量電子公告周知院所(異動時亦同)。 於 4.0 版 Tw-DRGs 支付通則規範中增列「論日支付案例」。 配合上述決議，後續將啟動申報、審查、資訊等配套措施，請各分區業務組持續收集醫院意見，並展開相關說明會，適時了解醫院準備狀況。 	健保署醫管組	<ol style="list-style-type: none"> 截至 108 年 1 月 14 日止，本署共接獲 47 家醫學會所提 832 項建議，涉及 916 項 DRG。考量臨床專業與總額委託共管精神，經本會議 108 年第三次(7 月 25 日)會議同意，與醫學會溝通討論前，由本署與台灣醫院協會共組工作小組，就醫學會所提意見先行討論後，再依規劃期程與醫學會逐一溝通。 本署與台灣醫院協會共組之 Tw-DRGs 研修工作小組，已於 108 年 11 月 5 日召開第 1 次會議，訂定研議流程，並於 108 年 12 月 28 日召開第 2 次會議、109 年 5 月 23 日召開第 3 次會議。原訂於 109 年 7 月 3 日召開第 4 次會議，後因考量本署刻正研議 109 年醫療服務成本指數改變率預算用於調整支付標準案，暫緩召開。 後續 Tw-DRGs 研修工作小組將針對各醫學會所提涉再分類之 301 項建議，依各 MDC 別逐一擬訂資料分析之操作型定義，本署試算後研議修訂方向，再提案討論 4.0 版支付通則及未實施項目實施時程，故本項建議繼續列管。 		V
2	109-2- 報 5	109.06.11	107 年下半年本保險特約院所提報支付標準未列項目之處理情形報告案。	<p>洽悉。</p> <ol style="list-style-type: none"> 同意 107 年下半年本保險特約院所提報支付標準未列項目之辦理方式。 107 年下半年本保險特約院所提報支付標準未列項目總計 198 項，屬已列項計 138 項，辦理新增項目計 35 項，修訂診療項目計 10 	健保署醫管組	<ol style="list-style-type: none"> 本署已於 109 年 8 月 7 日函知各分區業務組及提報院所已列項目之名稱及對應支付標準代碼，並公開於本署全球資訊網，請院所依規範申報。 未列項新增項目計 35 項，已於 109 年 8 月 20 日函請提報量最大之院所(共計 		V

序號	編號	會議時間	案由	決議(結論)事項	辦理單位	辦理情形	列管建議
							解除列管
				項，另有 15 項尚待徵詢專家意見，後續將依未列項作業流程辦理。		16 家) 提供成本資料。截至 109 年 11 月 20 日，計有 6 家院所函復增修建議共 8 項，後續將辦理新增診療項目作業。 3. 另修訂診療項目計 10 項尚待徵詢學會及專家意見，另有 15 項尚需請院所補充說明。	
3	109-2-討 1	109.06.11	全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱支付標準)新增修訂「All-RAS 基因突變分析」等 10 項暨更新編號 30103B「PD-L1 免疫組織化學染色」估算財務支出案。	同意新增修訂重點如下： 1. 新增「All-RAS 基因突變分析」(支付點數 8,872 點)、「異常凝血酶原檢驗(PIVKA-II)」(支付點數 967 點)、「膀胱內注射術」(支付點數 6,220 點)、「經導管肺動脈瓣膜置換術(TPVI)」(支付點數 109,842 點)、「內視鏡修正式 Lothrop 手術」(支付點數 25,194 點) 共五項診療項目。 2. 上述「All-RAS 基因突變分析」因涉藥品還款降價等事宜，將待與藥商簽訂協議後與藥品生效日同步生效。 3. 新增「微創青光眼手術」一項請提案單位參酌與會代表之意見，重新評估手術名稱及支付點數後再提至專家諮詢會議討論。 4. 同意修訂編號 25012B「免疫組織化學染色(每一抗體)」及 19011C「高危險妊娠胎兒生理評估」之支付規範；併刪除編號 33144B「血管阻塞術-Lipiodol」適應症之 ICD-10-CM 代碼，及第二部第二章第八節第三項骨髓移植技術費刪除通則一「本項限經保險人同意施行之醫院申報」之文字。	健保署醫管組	1. 本案已於 109 年 8 月 7 日經衛部保字第 1091260294 號令公告自 109 年 9 月 1 日起生效。 2. 「All-RAS 基因突變分析」一項，待與藥商協定藥品支付事宜，再依程序辦理報部等相關行政作業，本項建議繼續列管。	V
4	109-3-討 3	109.9.10	有關新增轉診同體系統所名單案。	1. 修正後之同體系統所名單共 54 個體系，281 家醫院(增加 1 個體系，13 個醫院)。 2. 有關中華民國醫師公會全國聯合會提出北區業務組所轄之聯新、陽明醫院、中壢長榮醫院、東元醫院、仁慈醫院之同體系統所名單，因尚未獲得共識，俟與財團法人	健保署醫管組	1. 考量本署依法無法調查醫療院所之財務金流，且僅以健保資料恐難明確定義同體系統所，故仍維持現行同體系統名單認定方式，並參考院所回復說明及轉診費用核付情形輔以判斷。 2. 經查中華民國醫師公會全國聯合會所提本署北區業	V

序號	編號	會議時間	案由	決議(結論)事項	辦理單位	辦理情形	列管建議
							解除列管
				醫院評鑑暨醫療品質策進會釐清同體系之認定方式後再討論。		務組轄區內疑似同體系院所，統計108年上開各院所整體核付轉診獎勵費用中，僅1家診所之轉診對象為疑似同體系院所之比率>50%，且該診所並未提出具體非同體系之證明。故109年11月20日已請本署北區業務組協助請該診所及其疑似同體系院所提出非同體系之具體證明後再行研議。	
5	109-1 臨-討1	109.11.12	全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱支付標準)修訂編號33074B「單純性血管整形術」等8項診療項目暨修正病房費章節「符合全日平均護病比之加成」之指標名稱案。	修訂重點如下： 1. 修訂編號33074B「單純性血管整形術」、33115B「複雜性血管整形術」及02025B「出院準備及追蹤管理費」之支付規範。另修訂編號28017C「大腸鏡檢查」、49014C「大腸鏡息肉切除術」、49025C「大腸鏡異物取出術」及49027C「大腸息肉切除術」等4項大腸鏡診療項目之執行專科醫師資格。 2. 修訂編號56040B「導管式膽胰管內視鏡術」之執行醫師資格，刪除「限經台灣內科醫學會授權之ERCP認證」，並增加「限消化內科、消化外科、兒科消化學及小兒外科專科」之文字。 3. 修正支付標準第二部第一章第三節病房費通則九(二)指標名稱由「年資未滿二年之護理人員離職率」，修訂為「年資達三個月但未滿二年護理人員離職率」，分子修改為「年資達三個月但未滿二年護理人員離職人數」。	健保署醫管組	本案已於109年11月25日辦理預告，預告期間為109年11月28日至109年12月4日，後續將依程序辦理報部等行政作業。	V
6	109-1 臨-討2	109.11.12	修訂全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs) 3.4版支付通則不適用範圍及分類表，暨110年1月-6月適用之相對權重統計結果案。	修訂重點如下： 1. 支付標準第七部第一章通則三Tw-DRGs不適用範圍第五項「試辦計畫」修訂為「計畫型案件」，及第十二項「複雜性多重骨盆腔器官脫垂，須同時施行骨盆腔多器官重建手術個案」增列各疾病組合合併條件對應之ICD-10-PCS代碼。 2. 同意MDC5「循環系統之疾病與疾患」之原DRG11206主診斷「非典型心房撲動」(ICD-10-CM代碼I48.4)個	健保署醫管組	本案已於109年11月25日辦理預告，預告期間為109年11月28日至109年12月4日，後續將依程序辦理報部等行政作業。	V

序號	編號	會議時間	案由	決議(結論)事項	辦理單位	辦理情形	列管建議	
							解除列管	繼續列管
				案改列至 DRG11205，及 MDC12「男性生殖系統之疾病與疾患」之 DRG336、337「經尿道攝護腺切除術，有/無合併症或併發症」依是否為「雙極前列腺刮除術/汽化術」再分類，經拆分後 3.4 版 DRG 項目由 1,066 項增為 1,068 項。 3. 同意 110 年 1 月-6 月適用之相對權重統計結果，標準給付額(SCR)為 44,998 點。同意 110 年 1-6 月適用之相對權重統計結果，標準給付額(SCR)為 44,998 點。				
7	109-1 臨-討 3	109.11.12	有關「全民健康保險遠距醫療給付計畫(草案)」。	同意「全民健康保險遠距醫療給付計畫(詳附件 3,P57~66)，並於計畫書「九、醫療費用申報、支付及審查原則」之「(四)審查原則」新增「3.申請本計畫所訂之各項給付，如以同一事實，受有性質相同給付者，不得重複請領。經查證有重複請領之情事，不予受理申請或追回已核發之款項」。另彙整衛生福利部遠距醫療試辦計畫之相關設備做為本計畫之參考資料。	健保署醫管組	本案已於 109 年 11 月 27 日陳報衛生福利部核定，俟衛生福利部核定後辦理公告作業。		V
8	109-1 臨-討 5	109.11.12	修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準擬訂會議第二點規定案。	修訂重點如下： 1. 代理規定：共同擬訂會議代表應於指(推)派代表時一併提報順位代理人 2 名，代表因故不能出席會議時得依代理人順位由 1 人代理出席。惟保險人遴選之專家學者代表 2 人、被保險人代表 1 人及雇主代表 1 人，應親自出席，不得代理。 2. 機關名稱：原「中央健康保險局」修正為「中央健康保險署」。	健保署醫管組	修訂之共同擬訂會議議事規範業經會議同意，本項建議解除列管。		V
9	109-1 臨-討 5	109.11.12	修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二章第一節病房費則案。	依提案單位建議，將出院當日列入護理費支付範圍，多數與會代表表示支持，惟推估 110 年增加健保財務支出約 2,975.9 百萬點，因對健保財務有所衝擊，建議爭取預算支應，本案將列入本會議之追蹤事項。	健保署醫管組	建議醫院部門未來於醫院總額協商爭取預算支應，下次追蹤時間為 110 年第 4 次會議。		V
10	109-2 臨-報 1	109.12.3	修訂支付標準第四部中醫案。	會議決議陳核中	健保署醫管組	於下次「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」說明辦理情形。		

序號	編號	會議時間	案由	決議(結論)事項	辦理單位	辦理情形	列管	建議
							解除	繼續
					管組			
11	109-2 臨-報2	109.12.3	修訂中醫五項專款照護計畫案。	會議決議陳核中	健保署醫管組	於下次「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」說明辦理情形。		
12	109-2 臨-報3	109.12.3	訂定110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。	會議決議陳核中	健保署醫管組	於下次「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」說明辦理情形。		
13	109-2 臨-討1	109.12.3	應用109年醫院、西醫基層及牙醫總額之醫療服務成本指數調整支付標準案。	會議決議陳核中	健保署醫管組	於下次「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」說明辦理情形。		

參、報告事項

報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」(以下稱用藥安全方案)。

說明：

一、依本署 109 年 11 月 25 日召開「全民健康保險醫療給付費用醫院總額 109 年第 4 次研商議事會議」決議辦理。

二、「用藥安全方案」經前揭會議討論，修正重點如下(修正方案附件 1，頁次報 1-3~1-11；修正問答輯附件 2，頁次報 1-12~1-17)：

(一) 醫療服務提供者資格：

1. 醫學中心及區域醫院之執行藥師資格：由原規定「過去 1 年中，實際參與加護病房團隊照顧至少連續 6 個月：須提出連續 6 個月，每個月至少 10 筆的加護病房病人實際照顧的病歷或相當之臨床藥學服務相關紀錄為佐證」，考量醫院有不同人力安排及為利實際已執行臨床藥師照護服務之藥師多參與本方案，故刪除「連續」2 字。

2. 醫院資格申請表新增「新申請」及「報備支援」勾選欄位，並由實際提供服務之醫院提出申請。

(二) 為提升地區醫院執行率及鼓勵地區醫院參與本方案，調升地區醫院之「門診臨床藥事照護費 (P6303B)」，從每件 100 點調升至每件 150 點，以 108 年申報資料推估約增加 143,450 點 (2,869 件*50 點) 支出，本方案預算尚足以支應。

(三) 地區醫院之藥師照護對象為 2 種以上慢性病且用藥品項達 5 項以上之門診病人，其 5 項藥品由原「限同一張處方開立」，調整為「不限同一張處方開立」，並可經由雲端藥

歷、兩科以上門診處方箋查詢不同張處方，並於健保資訊網服務系統 VPN 登錄個案臨床藥事照護介入類別。為配合本次調整，後續本署將與中華民國藥師公會全國聯合會討論 VPN 新增非同張處方之相關欄位註記事宜。

三、本修正案經報告後，將依程序報請衛生福利部核定後公告日實施。

全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案

107 年 12 月 20 日健保醫字第 1070017171 號公告自 108 年 1 月 1 日起生效

108 年 3 月 12 日健保醫字第 1080032861 號公告自 108 年 1 月 1 日起生效

○年○月○日健保醫字第○號公告自 110 年○月○日生效

壹、方案依據

依據全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、預算來源

本方案由醫院醫療給付費用總額專款「醫療給付改善方案」項下支應。

參、方案內容

一、方案目的

建立醫院端完整的藥事照護模式，加強藥師執行調劑以外的臨床藥事照護，其內容包含輔導個案正確服用藥品觀念外，同時協助醫師達到合理用藥，並強化民眾的用藥安全，間接減少醫療資源的浪費。

二、實施方法及進行步驟

(一)醫療服務提供者資格與申請程序：

1. 醫院資格：

- (1) 醫學中心及區域醫院：具有加護病床，配置持續參與該加護病房臨床藥事照護之藥師。
- (2) 地區醫院：具有可執行臨床藥事照護之藥師。

2. 執行藥師資格：需同時符合下列條件：

(1) 醫學中心及區域醫院：

- A. 具藥師資格並於醫院執業年資累計滿2年，或臨床藥學士/碩士班臨床藥學所/醫院藥學組畢業。
- B. 過去1年中，實際參與加護病房團隊照護至少連續6個月：須提出連續6個月，每個月至少10筆的加護病房病人實際照護的病歷或相當之臨床藥學服務相關紀錄為佐證。

(2) 地區醫院：

- A. 具藥師資格並於醫院執業年資累計滿2年，或臨床藥學士/

碩士班臨床藥學所/醫院藥學組畢業。

B. 實際提供藥事照護：須提出過去1年中至少20筆門診或住院病人實際照護的病歷或相當之臨床藥事照護相關紀錄為佐證。

(3) 符合上述資格之藥師，需由醫院藥事主管推薦後，由執行醫院函文將資料送至中華民國藥師公會全國聯合會（以下稱藥師全聯會），再由藥師全聯會負責召集審查會議，邀請藥師全聯會、社團法人臺灣臨床藥學會及台灣醫院協會（需有各層級）推薦代表進行審查，並由藥師全聯會將審核通過名單函送保險人核備後，始得申報本方案之臨床藥事照護費。

(4) 執行醫院及藥師資格申請表如附件1、2。

(二) 照護(給付)對象

1. 醫學中心及區域醫院：加護病房病人。
2. 地區醫院：有2種以上慢性病且用藥品項達5項以上之門診病人，並經發現有不適當的處方及用藥者，且藥師可經由個案雲端藥歷、兩科以上門診處方箋查詢進行照護，並於VPN登錄個案臨床藥事照護介入類別。

(三) 藥師執行臨床藥事照護內容（每次均須有藥師簽核之書面或電子紀錄備查）

1. 提供用藥連貫性照護（medication reconciliation），確保病人在轉換不同照護單位時，有連貫性的照護。
2. 評估病人用藥，找出藥品治療問題（如：是否符合適應症、療效、安全性、疏於監測、遵醫囑性問題等）。
3. 新增或替代性藥品或停藥建議。
4. 病人用藥後之療效監測、藥物不良反應預防、偵測、評估與通報。
5. 執行藥品血中濃度監測。
6. 評估病人抗生素及其他藥品使用、劑量及頻次的適當性。
7. 辨識藥品交互作用。
8. 提供藥品諮詢。
9. 加護病房病人因疼痛、躁動和譫妄等症狀使用相關鎮靜止痛藥物

之評估。

肆、醫療費用支付

一、預算分配：

- (一) 醫學中心及區域醫院：每年3,500萬元。
- (二) 地區醫院：每年1,500萬元。

二、給付項目及支付標準(詳附件3)：

(一) 醫學中心及區域醫院：

1. 對入住加護病房病人提供符合實施方法及進行步驟之臨床藥事照護，醫院得申報「重症加護臨床藥事照護費(每日)(P6301B)」，每人日支付 220 點。
2. 每位病人每次臨床藥事照護介入紀錄至多申報 3 日之臨床藥事照護費，且申報總日數不得超過病人該次入住加護病房實際總日數。範例如下：

以藥師介入次數 計算申報日數	加護病房 住院總日數	可申報日數
3 次*3 日/次=9 日	12	9
3 次*3 日/次=9 日	5	5

3. 藥事照護介入紀錄須以 SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan) 撰寫型式書寫於病歷，始得申報重症加護臨床藥事照護費用。

(二) 地區醫院：

對於有 2 種以上慢性病且用藥品項達 5 項以上之門診病人，經發現有不適當的處方及用藥者，提供臨床藥事照護，並須於病歷記載相關照護內容，始得申報「門診臨床藥事照護費 (P6302B)」，每件支付 ~~100~~150 點。

三、醫療服務點數清單及醫令清單填表說明：

- (一) 執行醫事人員代號：填報執行之藥師 ID。
- (二) 醫令類別：填報「G-專案支付參考數值」。

- (三) 醫令單價、點數：填報「0」。
- (四) 醫令執行時間起及迄需填報至年月日。
- (五) 其餘未規定事項，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。

四、結算方式：

- (一) 本方案之「臨床藥事照護費」(P6301B 及 P6302B)，於全民健康保險醫院醫療給付費用總額「醫療給付改善方案」專款項下支應。
- (二) 預算按季均分，以浮動點值計算，且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。於年度結束後進行全年結算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於1元。

伍、觀察指標

申報本方案臨床藥事照護費之院所，應按月至健保資訊網服務系統(VPN)登錄觀察指標相關資料，填報內容如附件4。

- 觀察指標：介入類別的分析以及醫師或其他醫事人員接受率。

分子：醫師或其他醫事人員接受之臨床藥事介入件數。

分母：臨床藥事介入件數。

陸、資訊公開

保險人得於全球資訊網公開參與本方案之醫院名單、獲得本方案臨床藥事照護費用及相關品質資訊供民眾參考。

柒、方案修訂程序

本方案之修訂，屬給付項目及支付標準者，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理；餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」資格審查申請總表
(醫學中心/區域醫院適用)

新申請報備支援

申請醫院名稱：

醫院代碼：

評鑑類別：

聯絡人：

電子信箱：

聯絡電話：

傳真電話：

地址：()

序號	姓名	聯絡電話	電子郵件信箱	備註
1				
2				

(表格請依需求自行增減列)

共 _____ 位藥師

檢附本院加護病房代號對照表：

病房代號	病房描述	病房代號	病房描述
(例)MICU	內科加護病房		

(表格請依需求自行增減列)

本案所附資料業經單位主管初審確認內容屬實

主任簽章：

請將已填妥簽章之申請表單，掃描上傳至網站，為申請資料之佐證。

「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」資格審查申請總表

(地區醫院適用)

新申請

報備支援

申請醫院名稱：

醫院代碼：

評鑑類別：

聯絡人：

電子信箱：

聯絡電話：

傳真電話：

地址：()

序號	姓名	聯絡電話	電子郵件信箱	備註
1				
2				

(表格請依需求自行增減列)

共 _____ 位藥師

本案所附資料業經單位主管初審確認內容屬實

主任簽章：

請將已填妥簽章之申請表單，掃描上傳至網站，為申請資料之佐證。

「提升醫院用藥安全與品質方案」資格審查申請表

基本資料

藥師姓名	
身分證字號	
藥師證書號碼	
服務單位全銜	

申請類別： 醫學中心及區域醫院； 地區醫院

檢附資料檢核表

項 目	備齊請打勾
1.藥師證書	
2.請勾選提供之文件(擇一即可): 醫院執業 2 年之證明文件; 臨床藥學士畢業證書; 臨床藥學研究所/醫院藥學組研究所畢業證書	
3.請依申請之類別提供下述資料:	
3-1.醫學中心及區域醫院請提供: 過去一年中連續 6 個月, 每個月至少 10 筆加護病房病人實際照護的病歷或相當之臨床藥學服務相關紀錄	
3-2.地區醫院請提供: 過去一年中至少 20 筆病人實際照護的病歷或相當之臨床藥事照護相關紀錄	
4.醫院主管之推薦函	

本人保證檢附之佐證資料內容屬實，未經變造

申請藥師簽章：

申請日期：

請將已填妥簽章之申請表單，掃描上傳至網站，為申請資料之佐證。

全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案

給付項目及支付標準

通則

- 一、「重症加護臨床藥事照護費」以每日為申報單位，惟仍應視病人病情需要，由符合執行資格之藥師提供服務，始得申報，並非入住加護病房或住院案件每日固定支付此一費用。
- 二、「門診臨床藥事照護費」以個案每次門診就醫為申報單位，惟仍應符合本方案之照護(給付)對象，且視病人病情需要，由符合執行資格之藥師提供服務，始得申報，並非每次門診就醫固定支付此一費用。

編號	診療項目	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
P6301B	重症加護臨床藥事照護費（每日） 註： 1. 須由本方案核備通過之藥師提供藥事評估始得申報。 2. 每位病人每次臨床藥事照護介入紀錄至多申報3日之臨床藥事照護費，且申報總日數不得超過病人該次入住加護病房實際總日數。 3. 申報本項費用，應至健保資訊網服務系統（VPN）登錄臨床藥事照護介入種類。 4. 藥事照護介入紀錄須以SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan)撰寫型式書寫於病歷，始得申報。		v	v	220
P6302B	門診臨床藥事照護費（每件） 註： 1. 須由本方案核備通過之藥師，對於有二種以上慢性病且用藥品項達五項以上之門診病人，經發現有不適當的處方及用藥者，提供臨床藥事照護，始得申報。 2. 申報本項費用，應至健保資訊網服務系統（VPN）登錄臨床藥事照護介入種類。 3. 須於病歷記載相關照護內容，始得申報。	v			100 <u>150</u>

健保資訊網服務系統 VPN—應登錄之資料

一、個案及執行藥師資訊：個案 ID、入住加護病房且申報臨床藥事照護之起迄日期(醫學中心及區域醫院)、就醫日期(地區醫院)、提供臨床藥事照護之藥師 ID。

二、臨床藥事照護介入種類，以及醫師或醫事人員接受情形：

登錄該次臨床藥事照護藥師之介入種類與次數，以及醫師或其他醫事人員是否接受該項介入。

■ 臨床藥事照護介入類別（4大類及23小項）以及醫師或其他醫事人員是否接受
(以下打 V 部分為填寫範例)

項目	分類	建議處方	主動建議	建議監測	用藥連貫性	醫師或其他醫事人員是否接受
給藥問題(速率、輸注方式、濃度或稀釋液)		V				
適應症問題		V				
用藥禁忌問題(包括過敏史)		V				
藥品併用問題		V				
藥品交互作用		V				
疑似藥品不良反應		V				
藥品相容性問題		V				
其他		V				
不符健保給付規定		V				
用藥劑量/頻次問題		V	V			
用藥期間/數量問題(包含停藥)		V	V			
用藥途徑或劑型問題		V	V			
建議更適當用藥/配方組成		V	V			
藥品不良反應評估			V			
建議用藥/建議增加用藥			V			
建議藥物治療療程			V			
建議靜脈營養配方			V			
建議藥品療效監測				V		
建議藥品不良反應監測				V		
建議藥品血中濃度監測				V		
藥歷審核與整合					V	
藥品辨識/自備藥辨識					V	
病人用藥遵從性問題					V	

全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案-問答輯

1080423 第一版

1080618 第二版

1XXXXXX 第三版

申報方式		
1	符合方案執行資格之藥師，經何程序始得申報本方案之臨床藥事照護費？	符合方案執行資格之藥師，需由醫院藥事主管推薦後，由執行醫院函文將資料送至中華民國藥師公會全國聯合會(以下稱藥師全聯會)，再由藥師全聯會負責召集審查會議，邀請藥師全聯會、社團法人臺灣臨床藥學會及台灣醫院協會(需有各層級)推薦代表進行審查，並由藥師全聯會將審核通過名單函送保險人核備後，始得申報本方案之臨床藥事照護費。
2	已審核通過之藥師更換執業地點，是否該重新審核？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 藥師若更換執業地點，新執業地點之醫院應檢具相關證明向藥師公會全國聯合會提出更改執業地點之報備。並由藥師公會全國聯合會提供保險人審查參考。 2. 因提供門診臨床藥事照護，照護內容異於重症加護臨床藥事照護，故若屬前述照護內容之更換，須再重新向藥師公會全國聯合會提出藥師資格審核。
3	本方案 P6301B 及 P6302B 屬哪種費用類別？	本方案 P6301B 及 P6302B 皆屬於治療處置費
4	含本方案 P 碼之案件，案件分類應如何申報案件分類？	皆按原案件分類申報。
5	醫令類別與單價該如何申報？	1. 申報醫令編號「P6301B、P6302B」時，其醫令類別請填報「G-專案支付參考數值」。

		<p>2. 因本署將按季辦理本方案 P 碼之費用結算作業，故 P 碼申報方式如下：</p> <p>(1) 醫令單價、點數：請填報 0。</p> <p>(2) 總量及成數：按申報邏輯規範，若醫令代碼為 G，醫令總量及成數也必需填報 0。</p> <p>(3) 醫令執行醫事人員代號：執行臨床藥師 ID(需與 VPN 登錄的執行臨床藥師 ID 相同)。</p> <p>(4) 醫令執行時間-起及執行時間-迄，需填報至年月日。</p>
6	若原案件為 DRG 案件，是否可以單筆補報本方案醫令	可以
7	病人入住加護病房期間，若藥師照護介入 3 日，應如何申報	若 1 次介入欲申報 3 人日，請報 3 筆「P6301B」，為清楚是哪一天介入，3 筆「P6301B」的執行起日及執行迄日都一樣，才能視為同一次介入。例如：3/1 介入照護，欲申報 3 人日，即報 3 個「P6301B」，執行起日皆為 3/1、執行迄日皆為 3/3。
8	加護病床住院病人若同日接受兩次臨床藥事照護介入應如何申報？	<p>1. 同病人同日多次之臨床藥事照護介入僅得認定為 1 次介入，如：A 病患 1/5 上午、下午各有一次臨床藥事照護介入，以 1 次介入認定。</p> <p>2. 1 次介入至多可申報 3 人日之臨床藥事照護費。若不同天介入照護後的申報人日有重疊，1 天仍僅給付 1 人日之臨床藥事照護費 (ex: 若 3/1 介入，申報 3 人日(即為 3/1、3/2、3/3); 藥師另於 3/3 介入，申報 3 人日(3/3、3/4、3/5)，因 3/3 重疊，故僅給付 5 人日: 3/1、3/2、3/3、3/4、3/5)</p>

9	轉出 ICU 當日可否算一天	<p>1. 比照「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫」規定：凡轉入各階段之日，不論何時，均作一天論，轉出該階段或出院之日，不論何時，其當日不予計算支付點數。舉例如下： 病患 3/1 轉入 ICU、3/7 轉出 ICU，總介入照護天數最多可申報 6 日(3/7 轉出 ICU 當天不能算)。</p> <p>2. 延續上題範例，若藥師係於 3/6 介入照護，則僅可申報 1 天。</p> <p>3. 若同一天進出 ICU，則以 1 天計之。</p>
10	若病人於不同 ICU 轉移，該如何申報？	<p>若為同院同天轉入轉出不同類型 ICU，分兩筆登錄 VPN，舉例如下： 病患於 3/1 入住燒傷加護病床、3/5 轉入一般加護病床，並於 3/10 轉出，則於 VPN 登錄兩筆資料： 第 1 筆 ICU 起日為 3/1、ICU 迄日為 3/4，藥事介入照護可申報 4 日。第 2 筆 ICU 起日為 3/5、迄日為 3/10，藥事介入照護可申報 5 日。(3/10 轉出 ICU 當天不能算)。</p>
11	每次臨床藥事照護於申報日數上有何規範？	<p>1. 每位病人每次臨床藥事照護介入紀錄至多申報 3 日之臨床藥事照護費，且須為連續 3 日。</p> <p>2. 每位病人的臨床藥事照護費申報總日數不得超過病人該次入住加護病房實際總日數。</p>
12	「重症加護臨床藥事照護費」是否於病人入住加護病房或住院期間，每日固定支付之費用？	<p>「重症加護臨床藥事照護費」以每日為申報單位，惟仍應視病人病情需要，由符合執行資格之藥師提供服務，始得申報，並非入住加護病房或住院案件每日固定支付此一費用。</p>

13	本方案費用與藥事服務費是否僅能擇一申報	本方案是提供病人用藥連續性的臨床藥事照護，包含提供病人藥品諮詢、評估病人用藥的適當性、監測病人用藥後之療效及藥物不良反應預防及評估等，有別於「藥事服務費」所著重之處方的確認、調劑及交付，故兩者可同時申報，互不影響。
VPN 資料登錄		
14	如何進行 VPN 登錄？	VPN 登錄方式分為「單筆登錄」與「批次上傳」，批次上傳請以 CSV 檔案格式匯入，第一列為標題名稱，第二列起為臨床藥事照護介入資料。
15	為何顯示「此醫療院所代號無此試辦計畫特約核可醫事人員！」之訊息？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本計畫需依方案規範之醫療服務提供者資格及申請程序向藥師全聯會申請，並由藥師全聯會函送審核通過名單予保險人，經保險人分區業務組完成院所及參與人員之系統維護後，始得於 VPN 登錄。 2. 若出現此訊息： <ol style="list-style-type: none"> (1) 可向藥師全聯會確認院所或參與人員是否通過審核。 (2) 若確認已通過審核，可向保險人分區業務組洽詢系統是否已完成維護。
16	「醫師或其他醫事人員是否接受」在批次上傳的代碼	接受為「1」； 不接受為「0」
17	ICU 入住起日及 ICU 入住迄日填報方式	<ol style="list-style-type: none"> 1. 「ICU 入住起日」必須 \geq 該名照護藥師於 HMA 註記計畫生效起日(ex:若病人入住日為 1/25，藥師計畫生效 4/1 入住起日最早只能從 4/1 開始) 2. 「ICU 入住迄日」必須是實際轉出 ICU 的日期

18	批次上傳是否要上傳流水號？	不用，流水號會由系統自動帶出
19	ICU 臨床照護及門診臨床照護分別能登入幾筆藥事照護資料	(1) ICU 臨床照護:可登錄多筆介入之藥事照護資料 (2) 門診臨床照護：只能登入一筆，故請以最主要之照護內容登錄
20	院所須按月至VPN 登錄資料，門診的部分有規定期限嗎？	門診部分請配合該月費用申報時程，VPN 登錄資料之完整性，會影響後續費用補付作業，若於該季補付作業時，申報資料無 VPN 資料可對應者，將不予補付。 惟若係 ICU 入住期間為跨季者，會等 VPN 登入完整資料後，於轉出 ICU 該季併同補付 如:ICU 入住起日為 3/5、迄日為 5/20，因 VPN 資料將到 5/20 才能登錄完整，故整個期間內的臨床藥事服務費會於 108Q2 補付
21	若於同院所、藥師、照護個案及同 ICU 入住起迄時間，資料如何入檔?會隨提供方式不同而異嗎？	若以批次上傳方式，會完全取代原 VPN 已上傳資料 若以單筆登打方式，會於原 VPN 已入檔資料項下增列新上傳項目。
22	VPN 上傳資料若有錯誤，院所可否自行修正或刪除	院所可搜尋單筆資料後，予以修正或刪除。
費用結算方式		
23	「臨床藥事照護	本方案「臨床藥事照護費」(P6301B 及 P6302B)

	費」(P6301B 及 P6302B) 費用結算方式?	係於全民健康保險醫院醫療給付費用總額「醫療給付改善方案」專款項下支應。預算按季均分，以浮動點值計算，且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。於年度結束後進行全年結算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於 1 元。
24	門診臨床藥事照護給付對象是否包含居家醫療整合照護病人?	門診臨床藥事照護給付對象為門診病人，並未包含居家醫療整合照護病人。
25	門診臨床藥事照護之照護對象為 2 種以上慢性病且用藥品項達 5 項以上之門診病人，如何界定用藥品項達 5 項?(1090000 修)	5 項藥品須不限為同一張處方開立，且可經由雲端藥歷、兩科以上門診處方箋查詢不同張處方，並於 VPN 登錄個案臨床藥事照護介入類別。

報告事項

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（下稱支付標準）第三部牙醫及 110 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫案。

說明：

一、依本署109年11月24日109年第4次全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額研商議事會議（下稱牙醫研商議事會議）結論，及109年12月8日牙醫研商議事會議109年第1次臨時會議結論辦理。

二、修訂支付標準第三部牙醫：

(一) 依 110 年牙醫門診醫療給付費用總額協定結果，可增修診療項目之預算來源包括：

1. 醫療服務成本及人口因素成長率-醫療服務成本指數改變率所增加之預算 747 百萬元。
2. 協商因素成長率：糖尿病患者口腔加強照護 225 百萬元、高齡患者根管治療難症處理 100 百萬元，及新醫療科技 12 百萬元。

(二) 增修項目（詳附件 1，詳頁次報 2-4~2-19）：

1. 新增診療項目「糖尿病患者牙結石清除-全口」（支付點數 700 點），預估增加 225 百萬點，及「唾液腺摘取術（每部位）」（支付點數 2,000 點），預估增加 12 百萬點。
2. 調升 90001C「恆牙根管治療(單根)」等 11 項診療項目支付點數，及修訂 91014C「牙周暨齲齒控制基本處置」支付規範，預估約增加 675.8 百萬點。
3. 新增通則五「高齡患者根管治療難症處理」：70 歲以上病人申報 90001C 等 14 項根管治療診療項目得加成 30%，預

估約增加 152.7 百萬點。

4. 修訂 90008C「去除釘柱」等 3 項診療項目名稱、修訂 91003C「牙結石清除—局部」等 19 項診療項目支付規範、第五章「牙周病統合治療方案」通則三增列方案治療期間內不得申報第三節牙周病學部分診療項目之規範，及修正附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則之「感染管制診察費差額」文字。上述均為文字修訂，不增加支出。

5. 上述增修項目預估增加約 1,065.5 百萬點。

(三) 另放寬 90021C「特殊狀況—保護性肢體制約」適用對象由「牙醫特殊醫療服務計畫」之「重度以上」身障患者放寬至「中度以上」身障患者。預估費用約 2.3 百萬點，由「牙醫特殊醫療服務計畫」專款項下支應。

三、修訂 110 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫(附件 2，詳頁次報 2-20~2-73)：

(一) 110 年度牙醫門診醫療給付費用於專款項目「牙醫特殊醫療服務計畫」匡列 672.1 百萬元，及由一般服務預算移撥支應 50 百萬元。

(二) 計畫修訂重點：

1. 計畫適用對象新增「腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者」，並配合新增四項特定治療項目代碼 LF、LG、LH、LJ。
2. 服務人次增加 6%，由 160,000 人次增加至 170,000 人次，其中含腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者服務 2,000 人次。
3. P30003「特殊需求者牙醫服務論次費用」點數由每小時 1,900 點，調升至 2,400 點，預估增加約 20 萬點。
4. 修訂醫療團異動班表相關規範，及感染管制 SOP 作業細則已回歸「牙醫門診加強感染管制實施方案」執行，刪除附

件 14。

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

第三部 牙醫

通則：

一、醫事服務機構實施牙科診療項目，除本部所表列外，得適用本標準其他章節之項目。

二、牙科治療項目應依循「牙醫門診總額支付制度臨床治療指引」施行。

三、牙科門診分科醫師親自執行轉診個案醫療服務，應依「全民健康保險轉診實施辦法」規定辦理，符合下列規定者，得申報百分之三十加成費用。

(一)醫師資格：符合下列任一資格者得檢附相關資料，提供牙醫總額受託單位彙整後，送保險人分區業務組核定，已核定者次年如繼續符合資格，得繼續沿用：

1.具主管機關發給之專科證書或牙髓病科、牙周病科、兒童牙科及牙體復形各分科學會相關專科證明之醫師。

2.全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫執行院所之醫師，其轉診範圍限(二)之第7項範圍。

3.以醫師為單位，前一年度申報轉診範圍各科別醫令費用在十五百分位數(含)以上者，其科別點數或件數占總申報點數或件數百分之六十(含)以上者(牙體復形除外)。本項名單每年依附表3.3.4產製。

(二)轉診範圍，限於下列之科別與診療項目：

1.牙髓病科：本標準第三章第二節根管治療(除90004C、90006C、90007C、90088C外)，及91009B、92030C~92033C。

2.牙周病科：本標準第三章第三節牙周病學(除91001C、91003C、91004C、91088C外)，及92030C~92033C、91021C~91023C。

3.口腔顎面外科：本標準第三章第四節口腔顎面外科(除92001C、92013C、92088C外)。

4.牙體復形科：本標準第三章第一節牙體復形(除89006C、89088C外)。

5.口腔病理科：92049B、92065B、92073C、92090C、92091C、92095C。

6.兒童牙科：十二歲以下執行上述醫令項。

7.符合全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫之適用對象，計畫醫師於院所執行轉診醫療則不限科別得轉診加成。

(三)轉診單開立後三個月內應至接受轉診之醫療院所就診，否則無效。

四、「四歲以下嬰幼兒齲齒防治服務」(就醫年月減出生年月等於或小於四十八個月)之處置費(第一章門診診察費除外)加成百分之三十，若同時符合轉診加成者，合計加成百分之六十。

五、「高齡患者根管治療難症處理」：七十歲以上病人申報第三章第二節根管治療90001C-90003C、90019C、90020C、90015C、90091C-90098C處置治療，加成百分之三十，若同時符合轉診加成者，合計加成百分之六十。

五六、醫事服務機構實施牙醫門診診療項目，其申報點數依「相對合理門診點數給付原則」(附表3.3.3)辦理核付。

六七、牙周炎病人收取自費規範：

(一)牙周炎病人治療過程中，醫師若因病人病情特殊需要，應向其詳述理由，經病人同意並簽署自費同意書後，除下列項目及本法第五十一條所定不列入本保險給付範圍項目外，不得再自立名目向病人收取自費；本項自費項目之收費標準，應報請地方主管機關核定：

- 1.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.因美容目的而作的牙周整形手術。
- 3.牙周組織引導再生手術(含骨粉、再生膜)。
- 4.牙周去敏感治療(排除頭頸部腫瘤電療後病人)。

(二)違反前項規定者，依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第十三條規定辦理外，並自保險人分區業務組通知日之次月起一年內，不得再申報本部第五章「牙周病統合治療方案」相關費用。

七八、地區醫院、區域醫院、醫學中心於夜間(晚上九時至隔日早上九時)限牙醫師申報牙醫急診案件(案件分類為12)之本部第三章第四節口腔顎面外科(92004C、92007B、92008B、92010B、92011B、92014C、92015C、92016C、92020B、92025B、92026B、92037B、92038B、92039B、92040B、92044B、92059C、92064C、92065B、92093B、92096C)及第二部第二章第六節治療處置臉部創傷處理(48022C、48023C、48024C)之處置費，加計百分之五十。若經西醫急診照會牙科，由牙醫師申報上述醫令項目亦加計百分之五十，費用由牙醫門診總額支應。

八九、離島地區牙醫基層診所週六、週日及國定假日之牙醫門診案件，申報本部第一章之山地離島地區門診診察費，得加計百分之二十。

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

通則：

- 一、本章各診療項目所訂點數，包括所需之X光底片，顯影、定影、速洗、造影技術費，造影藥劑費、機器耗損、電費、X光片整理、判讀及手術等之費用。
- 二、X光底片與紀錄之保留按醫療法規定辦理。
- 三、X光片照射病歷需記載診斷及發現。

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
34002C	咬翼式 X光攝影 Bite-Wing radiography 註： 1.同一月份費用已內含X光片的支付項目，不得另外重覆申報。 2.咬翼式 X光片須含小白齒部分。	v	v	v	v	100

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

通則：

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

第二節 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
90001C	恆牙根管治療（單根） Endodontic treatment of a permanent tooth with single root canal	v	v	v	v	4010 1210
90002C	恆牙根管治療（雙根） Endodontic treatment of a permanent tooth with two root canals	v	v	v	v	2010 2410
90003C	恆牙根管治療（三根） Endodontic treatment of a permanent tooth with three root canals	v	v	v	v	3010 3610
90019C	恆牙根管治療（四根） Endodontic treatment of a permanent tooth with four root canals	v	v	v	v	4010 4810
90020C	恆牙根管治療（五根(含)以上） Endodontic treatment of a permanent tooth with five(and above) root canals 註： 1.本項費用包括X光費用、局部麻醉、斷髓治療、根管沖洗、換藥、擴大及根管充填等各有關治療項目費用在內。 2.本項目於全部治療過程完畢併加90015C專案申報；如未完成，改以90015C申報。(期間限申報一次診療費) 3.申報費用時，需附治療前與治療後X光片以為審核；「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象無法配合照射X光片不在此限。 4.六十天之同一牙位重新治療為同一療程。 5.如同牙位九十天內重覆申報90001C、90002C、90003C、90019C、90020C者，則以支付點數最高者支付。	v	v	v	v	5010 6010
90008C	去除釘柱- <u>每釘柱數</u> 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	1235
90018C	乳牙多根管治療 Endodontic treatment of a primary tooth with multiple canal	v	v	v	v	1410 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
	<p>註：</p> <p>1.本項費用包括X光費用、局部麻醉、拔髓治療、根管沖洗、換藥、擴大及根管充填等各有關治療項目費用在內。</p> <p>2.本項目於全部治療過程完畢併加 90015C專案申報 (如已申報90005C，六十天內不得再併加90015C 申報)；如未完成，改以 90015C申報。(期間限申報一次診療費)</p> <p>3.申報費用時，需附治療前與治療後X光片以為審核。「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象，如情況特殊無法配合，不得在此限，但應於病歷詳細記錄原因。</p> <p>4.九十天內不得重複申報。</p>					
90021C	<p>特殊狀況—保護性肢體制約</p> <p>Protective physical restraint for patients with special needs</p> <p>註：</p> <p>1.治療需使用束縛帶於身心障礙者的四肢以防止躁動。</p> <p>2.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」垂中度以上適用對象之牙醫醫療服務申報。</p> <p>3.須檢附病患或監護人同意書及接受治療患者使用束縛帶的診療照片乙張。</p>	v	v	v	v	300

第三節 牙周病學 Periodontics (91001~91020, 91088, 91104, 91114, [91089C](#))

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
91001C	牙周病緊急處置 Management of periodontal disease emergencies 註： 1.每月限申報二次，同一象限不得重複申報。 2.申報費用以次為單位。 3.不得與91003C、91004C、91005C、91017C、91103C、91104C 或 、91019C或 91089C 同時申報。 4.此項不得申請轉診加成。	v	v	v	v	150
91003C 91004C	牙結石清除 Scaling — 局部 Localized — 全口 Full mouth 註： 1.限有治療需要之病人每半年最多申報一次。 2.半年內全口分次執行之局部結石清除，均視為同一療程，其診察費僅給付一次。同療程時間內若另申報全口牙結石清除術，則刪除同療程內已申報之局部牙結石清除費用。 (同象限不得重覆申報) 3.牙結石清除須作潔牙說明，其後作刷牙復習。 4.91003C需依四象限申報。 5.未滿十二歲兒童(「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象除外)非全口性牙周病者不得申報全口牙結石清除，病歷上應詳實記載備查;申報91003C或91004C需附相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)或X光片以為審核。 6.本項不得申請轉診加成。 <u>7.申報本項後九十天內不得再申報91005C、91017C、 91089C、91103C及91104C。</u>	v v	v v	v v	v v	150 600
91103C 91104C	特殊狀況牙結石清除 Scaling for patients with special needs -局部 Localized -全口 Full mouth 註： 1.適用於「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、放射線治療病人之牙醫醫療服務申報。 2.限有治療需要之病人每九十天最多申報一次。 3.重度以上病人每六十天得申報一次。 4.九十天內(重度以上六十天內)全口分次執行之局部結石清除，均視為同一療程，其診察費僅給付一次。同療程時間內若另申報全口牙結石清除術，則刪除同療程內已申報之局部牙結石清除費用 (同象限不得重覆申報)。	v v	v v	v v	v v	150 600

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
	5.申報本項後九十天內(重度以上六十天內)不得再申報 <u>91003C及、91004C、91005C、91017C及91089C。</u>					
91005C	口乾症牙結石清除-全口 Full mouth scaling for xerostomia patients 註： 1.適用口乾症病人之牙醫醫療服務申報。 2.限有治療需要之病人每九十天最多申報一次。 3.申報本項後九十天內不得再申報 <u>91003C及、91004C、91017C、91089C、91103C及91104C。</u>	v	v	v	v	600
91014C	牙周暨齲齒控制基本處置 Plaque control 註： 1.牙菌斑偵測及去除維護教導。 2.需併同 <u>91003C(應詳載如部分象限缺牙等之特殊狀況)、91004C、91005C</u> 實施，每三百六十天限申報一次；併同91020C實施，每一百八十天限申報一次。	v	v	v	v	100
91015C	特定牙周保存治療 Comprehensive periodontal treatment for patients with special needs -全口總齒數九~十五顆 9<= no. of teeth<=15	v	v	v	v	2000
91016C	-全口總齒數四~八顆 4<= no. of teeth<=8 註： 1.限總齒數至少四顆且未達十六顆之患者申報。 2.申報費用時，需附一年內牙菌斑控制紀錄及囊袋深度紀錄（其中全口總齒數九~十五顆者，至少四顆牙齒有測量部位囊袋深度超過5mm(含)以上；全口總齒數四~八顆者，至少二顆牙齒有測量部位囊袋深度超過5mm(含)以上。）及治療前全口X光片（須符合患者口腔現況，X光片費用另計，環口全景X光片費用不另計）以為審核。 3.本項主要執行牙周檢查、牙菌斑控制紀錄及去除指導，並視患者病情提供全口牙結石清除、齒齦下刮除或牙根整平之治療。 4.每九十天限申報一次。 5.申報91006C~91008C半年內不得申報本項目 + 。另申報此項九十天內不得再申報91003C~91004C、 <u>91005C、91006C~91008C、91017C、91089C、91103C、91104C。</u>	v	v	v	v	1000

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
91017C	懷孕婦女牙結石清除-全口 Full mouth scaling for pregnant women 註： 1.適用懷孕婦女牙醫醫療服務並於當次病歷記載，懷孕期間每九十天限申報一次。 2.費用包括牙結石清除、牙菌斑偵測、去除維護教導及新生兒口腔照護及衛教指導。 3.申報本項後九十天內不得再申報91003C~91004C、 91005C 、 91089C 、 91103C 、 91104C 。 4.不得同時申報91001C、91003C、91004C、91005C、91014C、91103C、91104C或91019C同時申報。	v	v	v	v	800
91018C	牙周病支持性治療 Supportive periodontal treatment 註： 1.限經「牙周病統合治療方案」核備之醫師，執行院所內已完成第三階段91023C患者之牙醫醫療服務，且需與第二階段91022C間隔九十天。 2.申報費用時，需附一年內牙菌斑控制紀錄及囊袋深度紀錄以為審核（其中至少一顆牙齒有測量部位囊袋深度超過5mm(含)以上）。 3.本項主要執行牙結石清除、牙菌斑偵測及去除維護教導，並視患者病情提供齒齦下刮除或牙根整平之治療。 4.每九十天限申報一次。 5.申報91006C~91008C半年內不得申報本項目 ± 。另申報此項九十天內不得再申報91003C~91004C、 91005C 、91006C~91008C、91015C~91016C、 91017C 、 91089C 、 91103C 、 91104C 。	v	v	v	v	1000
91019C	懷孕婦女牙周緊急處置 Management of periodontal disease emergencies for pregnant women 註： 1.限懷孕婦女之患者申報。 2.本項主要施行懷孕期間口腔照顧及牙周病緊急處置，視患者實際需求提供局部沖洗、塗藥、口腔衛教、孕期急性牙周緊急處理等醫療服務，申報費用以次為單位。 3.不得與91001C、91003C、91004C、 91005C 、 91089C 、91017C、91103C或91104C同時申報。	v	v	v	v	500

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
91089C	<p>糖尿病患者牙結石清除-全口</p> <p><u>Full mouth scaling for patients with diabetes mellitus</u></p> <p>註：</p> <p><u>1.適用糖尿病患者之牙醫醫療服務申報，每九十天限申報一次。</u></p> <p><u>2.費用包含牙菌斑偵測及去除維護教導。申報本項後九十天內不得再申報91003C~91005C、91017C、91103C及91104C。</u></p>	√	√	√	√	700

第四節 口腔顎面外科 Oral Surgery (92001~92073，92088-92100，92129-92130，[92161](#))

第一項 處置

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
92006C	固定鋼線移除 Removal of splinting wire	v	v	v	v	160 500
92021B	軟組織切片 Biopsy, soft tissue 註： 1.本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。 2.應附病理報告。		v	v	v	610 1000
92022B	硬組織切片 Biopsy, hard tissue 註： 1.本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。 2.應附病理報告。		v	v	v	1210 2000
92023B	囊腫造袋術 Marsupialization 註：本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。		v	v	v	1510 3020
92024B	瘻管切除術 Fistulectomy 註： 病歷上應載明清楚瘻管位置、病因及處置方式。		v	v	v	800
92045B	自體牙齒移植 Tooth autotransplantation 註： 1.需檢附術前X光片以為審核（局部麻醉費用已內含）。 2.含拔牙至固定為止。		v	v	v	2010 4020
92090C	定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療 Periodic care for oral cancer or oral potentially malignant disorder (PMD) 註： 1.須附二年內病理切片報告或病歷載明詳細病史(照片)，且經確診為頭頸口腔癌或癌前病變(PMD)患者， 癌前病變 臨床診斷類別(ICD-10-CM)：紅斑(D10.3 K13.29)、白斑(K13.21、K13.3)、疣狀增生(D10.3 K13.29)、口腔黏膜纖維化(K13.5)、扁平苔癬(L43.0-L43.9、L66.1)。 2.不得與「非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92091C)」同時申報。 3.病歷應詳實記載追蹤治療紀錄。 4.應含口腔清潔維護治療(包括視情況移除口腔內尖銳牙齒結構填補物、不良補綴物、癌前病變清除維護等)。 5.應含嚼檳榔、抽菸、喝酒等不良習慣(致癌因子)之戒除	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
	輔導。 6.滿六十天得申報一次；若距前次追蹤治療(92090C 或 92091C)時間已超過一百八十天者，則以「非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92091C)」申報。					
92091C	非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療 Occasional care for oral cancer or oral potentially malignant disorder (PMD) 註： 1.不得與「定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92090C)」同時申報。 2.須附二年內病理切片報告或病歷載明詳細病史(照片)，且經確診為頭頸口腔癌或癌前病變(PMD)患者， 癌前病變 臨床診斷類別(ICD-10-CM)：紅斑(D40.3 K13.29)、白斑(K13.21、K13.3)、疣狀增生(D40.3 K13.29)、口腔黏膜纖維化(K13.5)、扁平苔癬(L43.0-L43.9、L66.1)。 3.病歷應詳實記載追蹤治療紀錄。 4.應含口腔清潔維護治療(包括視情況移除口腔內尖銳牙齒結構填補物、不良補綴物、癌前病變清除維護等)。 5.應含嚼檳榔、抽菸、喝酒等不良習慣(致癌因子)之戒除輔導。 6.本項適用距前次追蹤治療(92090C 或 92091C)時間超過一百八十天者申報。	v	v	v	v	400
92093B	牙醫急症處置- 每次門診限申報一次 Management of dental emergencies 註： 1.適應症： (1)顏面及牙齒疼痛，經藥物控制不佳者(K03.81,K04.0, K04.1-K04.99, K05.0, K05.2)。 (2)外傷導致之牙齒斷裂(S02.5)。 (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, L02.01,L03.211, L03.212)。 (6)口腔及顏面撕裂傷(S01.4, S01.5)。 2.進行緩解之相關處置：如止痛、局部非特定處理、齒內治療緊急處理、牙周緊急處理、止血。 3.需檢附檢傷分類等級、生命徵象(血壓、心跳速率、呼吸速率)與意識狀況(Glasgow coma score)等護理紀錄。 4.不得同時申報34001C、34002C、90004C、91001C、92001C、92012C、92043C、92066C、92071C、92094C、92096C。		v	v	v	1000

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
92094C	<p>週六、日及國定假日牙醫門診急症處置-<u>每次門診限申報一次</u></p> <p>Management of dental emergencies on Saturdays, Sundays or in the national holidays</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 限週六、日及國定假日申報，<u>國定假日</u>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。 當月看診天數需≤二十六日，超過二十六日則本項不予支付(排除當天僅執行院所外醫療服務之天數)。 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。) 適應症： <ol style="list-style-type: none"> (1)顏面及牙齒疼痛，經藥物控制不佳者(K03.81,K04.0, K04.1-K04.99, K05.0, K05.2)。 (2)外傷導致之牙齒斷裂(S02.5)。 (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, L02.01,L03.211, L03.212)。 (6)口腔及顏面撕裂傷(S01.4, S01.5)。 進行緩解之相關處置：如止痛、局部非特定處理、齒內治療緊急處理、牙周緊急處理、止血。 不得同時申報34001C、34002C、90004C、91001C、92001C、92012C、92043C、92066C、92071C、92093B、92096C+，<u>且同象限、同牙位不得同時與其他非緊急處置醫令合併申報(96001C除外)。</u> 	v	v	v	v	800
92096C	<p>牙齒外傷急症處理</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 限恆牙<u>完成牙齒復位與固定後申報(齒槽骨復位、傷口清創、軟組織止血與縫合費用已內含)。</u> 適應症：外傷導致之牙齒脫落或脫位(S03.2, S02.42, S02.67)。 應檢附術前術後 X 光片或照片。 不得同時申報 89006C、90004C、92002C、92093B、92094C。 限經中華民國牙醫師公會全國聯合會審查後，報經保險人分區業務組核定之院所申報。 	v	v	v	v	4976

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
92098C	顱顎關節障礙特殊檢查費-複診 Special evaluation for craniomandibular disorders-return visit 註： 1.申報費用時，須附顱顎關節障礙複診特殊檢查表。 2.每三十天限申報一次。 3. 病歷抽審應附六個月內檢查表備查。	v	v	v	v	500

第二項 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
92063C	<p>手術拔除深部阻生齒 Surgical removal of a deeply impacted tooth in jaw bone</p> <p>註：</p> <p>1.符合以下四者狀況之一者，得申報此項。</p> <p>(1)上、下顎<u>完全骨性</u>阻生齒牙冠最低處低於鄰牙之根尖。</p> <p>(2)上、下顎骨<u>完全骨性</u>阻生齒牙冠最深處低於齒槽骨脊下1.5公分者，或下顎骨<u>完全骨性</u>阻生齒牙冠最深處距下顎骨邊緣垂直高度小於二分之一者。</p> <p>(3)下顎骨<u>完全骨性</u>阻生齒<u>第三大白齒</u>處之<u>上升枝前緣距離第二大白齒後緣後白齒空間retromolar space</u>(臨近下顎白齒，其臨床牙冠最近心點至最遠心點為參考寬度及寬度參考點，以兩點為一直線，直線碰至下顎骨上升枝前緣為距離參考線)小於<u>阻生齒牙冠</u>第二大白齒近遠心寬度三分之一，且阻生齒牙冠最上緣低於鄰牙<u>距離參考線咬合平面</u>者。</p> <p>(4)下顎骨<u>完全骨性</u>阻生齒<u>第三大白齒</u>處之<u>後白齒空間retromolar space</u>(臨近下顎白齒，其臨床牙冠最近心點至最遠心點為參考寬度及寬度參考點，以兩點為一直線，直線碰至下顎骨上升枝前緣為距離參考線)<u>上升枝前緣距離第二大白齒後緣</u>小於阻生齒牙冠<u>寬度</u>三分之一，且阻生齒牙冠三分之二位居上升枝內者。</p> <p>2.須檢附X光片及手術<u>記</u>紀錄於病歷上以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。</p>	v	v	v	v	8010
92161B	<p><u>唾液腺摘取術(每部位)</u> Salivary gland biopsy</p> <p>註：</p> <p>1.應檢附手術紀錄及病理報告。</p> <p>2.每月限申報二不同部位。</p>		v	v	v	2000

附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則

一、實施範圍定義：

(一)醫療費用

1. 申報之總醫療費用點數(含部分負擔)。
2. 下列項目費用，不列入計算：
 - (1)週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。
 - (2)支付標準適用地區以上醫院之表別(A、B表)項目。
 - (3)案件分類為14、16等專款專用之試辦計畫項目。
 - (4)案件分類為19—牙周病統合治療第一階段支付(91021C)、牙周病統合治療第二階段支付(91022C)、牙周病統合治療第三階段支付(91023C)。
 - (5)案件分類為19—特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。
 - (6)案件分類為19—特殊治療項目代號為「JA」或「JB」全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫。
 - (7)案件分類為A3—牙齒預防保健案件。
 - (8)案件分類為B6—職災代辦案件。
 - (9)案件分類為19—定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92090C)、非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92091C)。
 - (10)案件分類為19—口腔黏膜難症特別處置(92073C)。
 - (11)案件分類為B7—行政協助門診戒菸部份。
 - (12)加成之點數。
 - (13)初診診察費差額。
 - (14)加強感染管制實施方案診察費差額。
 - (15)山地離島診察費差額。
 - (16)牙醫急診診察費差額。
 - (17)特定牙周保存治療(91015C、91016C)、牙周病支持性治療(91018C)。

第五章 牙周病統合治療方案

通則：

一、適用治療對象：為全口牙周炎患者，總齒數至少十六齒（專業認定需拔除者不列入總齒數計算），六(含)顆牙齒以上牙周囊袋深度 $\geq 5\text{mm}$ 。

二、牙醫師申請資格、申請程序及審查程序：

(一) 一般醫師須接受四學分以上牙周病統合治療方案相關之教育訓練（一學分行政課程；三學分專業課程）。

(二) 臺灣牙周病醫學會與臺灣牙周補綴醫學會專科醫師、一般會員均須接受一學分以上牙周病統合治療方案相關之行政部分教育訓練。

(三) 醫師三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三十六條第二款者不在此限）或扣減費用、六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，屬違約記點或扣減費用者以保險人第一次發函日起算，屬停止特約者以保險人第一次發函所載停約日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者）。

(四) 醫師當年合計治療個案數，由保險人於次年八月依病人歸戶統計，經歸戶並排除治療個案數五件以下者，若當年申報 91023C 個案數比率 $< 33.33\%$ 者（限同院所，不限同醫師完成），自保險人文到日次年一月起，兩年內不得申報本章診療項目，屆滿須再接受相關教育訓練後，始得提出申請。

(五) 特約醫療院所應檢附教育訓練學分證明等相關資料，於每月五日前將申請書及有關資料以掛號郵寄至中華民國牙醫師公會全國聯合會（以下稱牙醫全聯會），牙醫全聯會審查後，於每月二十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方案服務。

三、支付規範：

(一) 本方案診療項目限經保險人分區業務組核定之醫師申報。

(二) 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 或 91007C 三次者，不得申報本方案中所列診療項目。

(三) 執行本方案須至健保資訊網服務系統(VPN)進行牙周病統合治療方案登錄及查詢該病人是否曾接受牙周病統合治療，如一年內未曾收案（以執行 91021C 起算），始得收案執行，未登錄不得申報本方案所列診療項目。VPN 登錄後於次月二十日(含)前，未申報牙周病統合治療第一階支付(91021C)者，系統將自動刪除VPN登錄資料，如欲執行須重新登錄收案。

(四) 91021C~91023C 治療期間內或自申報 91021C 起 180 天內(方案未完成者)，不得申報本部第三章第三節牙周病學診療項目(除 91001C、91013C、91019C、91088C 外)。

~~(四)~~ (五) 院所申報 91022C 起，一年內不得申報 91006C 至 91008C 之診療項目服務費用。

~~(五)~~ (六) 每一個案一年內僅能執行一次牙周病統合治療（以執行 91021C 起算）。

~~(六)~~ (七) 本方案屬同一療程分三階段支付，其療程最長為一百八十天，療程中 91021C 至 91023C 各項目僅能申報一次，另申報 91022C 治療日起九十天內，依病情需要施行之牙結石清除治療，不得另行申報 91003C、91004C。

~~(七)~~ (八) X光片費用另計，治療期間內限申報一次全口X光檢查（限申報 34001C 及 34002C）。

10910 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

10910 年 1 月 1 日至 10910 年 12 月 31 日止。

四、年度執行目標

本計畫以至少達成 ~~160,000~~170,000 服務人次(含腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者服務 2,000 人次)為執行目標。

五、預算來源

本計畫全年經費為 ~~6.4713~~7.221 億元，由~~109 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「牙醫特殊醫療服務計畫」專款項目下支應。~~其中：

- (一) 6.721 億元由 110 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「牙醫特殊醫療服務計畫」專款項目下支應；另 0.50 億元由自牙醫門診總額一般服務預算項下移撥支應。
- (二) 本預算按季均分及結算，當季預算若有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，優先用於全民健保牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，以 0.5 億元為限，並依 108 年第 4 季各區人口風險因子(R 值)分配至各區。

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】，除【附件 1】所列項目外，其餘項目按全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準辦理。

(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、腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙、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心障礙類別認定【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，醫師可據以獲知身心障礙類別，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)，其日常生活活動量表(Activities of Daily Living, ADL) < 60 分，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,執行居家牙醫醫療之醫師須修習與居家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，執行居家牙醫醫療之醫師須修習與居家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 位以上符合本項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、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），或一般護理之家（由衛生福利部護理及健康照護司擇定，含 109 年增設 2 家為限）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. 於社區醫療站提供本項計畫之牙醫醫療服務：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，提供符合本項計畫適用對象之牙醫醫療服務。執行本項計畫之社區醫療站應備有急救設備及氧氣設備，並須經牙醫全聯會審核通過。

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

4.醫師資格：

(1)醫療團之醫師，執業登記院所若為已加入本計畫執行者，得優先申請加入醫療團。

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

5.提供「特定需求者」牙醫醫療服務：

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

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

移動至固定診療椅之患者，在患者床邊提供牙醫醫療服務。

(3) 牙醫服務內容及設備：

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

(三) 費用支付及申報規定：

1. 給付項目及支付標準：屬論量支付部分，依全民健康保險醫療給付項目及支付標準規定申報。

(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：極重度身心障礙患者得加 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；另申報牙周病統合治療第一階段、第二階段、第三階段支付（支付標準編號 91021C、91022C、91023C），不得再依病人身心障礙等級別計算加成費用，其費用由一般服務預算項下支應。

(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，重度以上患者每 60 天得申報 1 次。

(3) 醫療團牙醫服務：

A. 得採論次加論量支付方式，由各醫師帶回執業院所申報論量及論次支付點數。

B. 論次項目(支付代碼為 P30001):每小時 2,400 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. 社區醫療站牙醫醫療服務: 論量部分依本計畫規定申報, 並由本計畫預算支應; 論次支付標準依牙醫不足改善方案規定申報, 並由該方案之專款費用支應, 不得重複申報。

D. 特定需求者牙醫醫療服務:

a. 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~~2,400 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. 每位醫師執行特定需求者牙醫醫療服務及居家牙醫醫療服務(含訪視), 合計每日達 5 人以上, 第 5 人起屬本項服務之論量點數按 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。

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

腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙: LF

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

腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LG

C. 特定需求者服務：

極重度 FU、重度 FZ

D. 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

腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LH

(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. 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、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)，或一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)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：(含特定需求者牙醫醫療服務)
- (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)，或一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)等單位之立案證明、同意函、簡介、收容對象名冊、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。

(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】。
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】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：
 - (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(包含新增或取消)亦同應於次月 15 日前檢送，並確實完成報備支援程序~~→~~，當年度累積達 3 次仍未改善者，得暫停當年度計畫執行。
 - (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、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),或一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)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,提供特定需求者牙醫醫療服務時,一位醫師須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、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),或一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)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

個人病歷及醫療紀錄備查，並謹慎為之。

- (11) 若患者無法於機構中順利完成治療應轉介到後送之醫療院所進行後續治療。
- (12) 耗材應由看診醫師自備。
- (13) 治療台之維護、清潔保養及醫療廢棄物由機構妥善處理。
- (14) 患者所需之牙科治療應由具資格之專業醫師予以判斷，協調院方之輔助人員善盡安撫患者情緒之責任，並依個人能力給予醫師所需之協助。
- (15) 若遇臨時緊急狀況或危急情形，應立刻和負責的後送醫療院所聯絡，並立即進行緊急醫療及後送程序。
- (16) 執行全身麻醉時，醫師及場所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，除牙醫不足改善方案施行地區、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 13】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。
- (21) 提供醫療團牙醫醫療服務應符合「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業細則」~~【附件 14】~~。

5. 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。
6. 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，執行居家牙醫醫療之醫師須修習與居家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。
7. 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。
8. 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 15】規定辦理。

八、居家牙醫醫療服務：

(一) 醫療服務提供者資格：

1. 醫師資格：須為參加本計畫照護院所之醫師，且已修習居家牙醫醫療相關課程。
2. 特約醫事服務機構所屬牙醫師至病人住家提供牙醫醫療服務，得視為符合醫師法所稱應邀出診，不需經事先報准；其他訪視人員至病人住家提供醫療服務，須依法令規定事前報經當地衛生主管機關核准。

(二) 收案條件：限居住於住家（不含照護機構）且符合下列條件之一者。

1. 全民健康保險居家醫療照護整合計畫之居家醫療、重度居家醫療及安

寧療護階段之病人，且有明確之牙醫醫療需求。

2. 出院準備及追蹤管理費(02025B)申報病人，且有明確之牙醫醫療需求。
3. 特定身心障礙者，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上，且有明確之醫療需求。前述特定身心障礙者之障礙類別包含：肢體障礙（限腦性麻痺及、腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙、及重度以上肢體障礙）、重度以上視覺障礙、重度以上重要器官失去功能，以及中度以上之植物人、智能障礙、自閉症、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）、頑固性（難治型）癲癇、因罕見疾病而致身心功能障礙、染色體異常、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）或發展遲緩兒童等。
4. 「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」之補助對象(以下稱失能老人)，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病人。

(三) 收案及審核程序：

1. 牙醫師對符合條件之病人首次訪視或提供醫療服務前，應先向牙醫全聯會提出申請【附件 4615】，經牙醫全聯會核可後，始得至案家提供牙醫醫療服務。為增進牙醫全聯會審核作業，診所及地區醫院之牙醫師得由各縣市牙醫師公會彙整及安排後，向牙醫全聯會提出申請。
2. 牙醫全聯會於每月 20 日前將核可名單函送保險人分區業務組備查。

(四) 照護內容：

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、牙周暨齶齒控制基本處置、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原則，其他治療建議轉介到後送之醫療院所進行。
2. 提供居家牙醫醫療服務時，應評估病人實際情形後攜帶適當牙科設備。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等相關物品。

(五) 醫療費用申報、支付及審查原則：

1. 為確保醫療服務合理性，對於收案人數及訪視次數高於同儕之特約醫事服務機構，必要時得啟動專案審查。
2. 居家牙醫醫療服務抽審時須檢附三年內之「口腔醫療需求評估及治療計畫」【附件 [4716](#)】。
3. 醫療費用申報：
 - (1) 特約醫事服務機構執行本計畫之醫療費用應按月申報，並於門診醫療服務點數清單依下列規定填報「案件分類」及「特定治療項目代號」欄位，案件分類 16，特定治療項目代號(一)請依病人類別填報【極重度 FS、重度 FY、中度 L4、發展遲緩兒童 LE、失能老人 L2、居整病人 LC、出院準備 LD、[腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LJ](#)】。
 - (2) 申報居家牙醫醫療服務費時，應依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準，以醫令類別「4 不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料」填報醫療服務之編號、數量與點數。
 - (3) 醫療服務費用須帶回執業登記院所申報。
4. 本計畫服務量不列入門診合理量計算。
5. 本計畫服務量不列入分區管控項目，惟仍納入專業審查範圍。

(六) 給付項目及支付標準：

1. 居家牙醫醫療服務給付項目及支付標準詳【附件 [4817](#)】。
2. 每位醫師執行特定需求者牙醫醫療服務及居家牙醫醫療服務(含評估訪視)合計每日達 5 人次以上，自第 5 人次起按 6 折支付，每日最多 8 人次為限，且每月以 80 人次為限；每位醫師支援每週不超過 2 日。

(七) 相關規範：

1. 居家牙醫醫療服務流程圖詳【附件 [4918](#)】。

2. 個案首次執行接受評估訪視或居家牙醫醫療服務（含訪視）前，牙醫師須檢送申請表【附件 4615】至牙醫全聯會，由牙醫全聯會於每月 20 日前將核可名單函送保險人分區業務組備查。牙醫師個案於首次執行接受評估訪視或居家牙醫醫療服務（含訪視）後，須於次月 20 日前檢送病人之「口腔醫療需求評估及治療計畫」【附件 4716】，正本送所屬保險人分區業務組、副本送牙醫全聯會備查。經催繳三個月內仍未改善者，經保險人分區業務組及牙醫全聯會確認，得暫停執行居家牙醫醫療服務。
3. 每次訪視應詳實製作病歷或紀錄，且須記錄每次訪視時間（自到達案家起算，至離開案家為止），並請病人或其家屬簽章；另應製作病人之居家牙醫醫療照護紀錄留存於案家。
4. 牙醫師應於院所製作實體病歷留存，且須將病人身份影印本及計畫所須之證明文件，黏貼於病歷首頁，以備查驗。
5. 一位牙醫師需搭配至少一位醫護人員。
6. 牙醫師應於診療期間隨時注意病人之生理及心理狀況。
7. 所有侵入性治療應取得病人家屬或監護人之書面同意書，並附在病人病歷及醫療紀錄備查。
8. 提供牙醫服務時若無法順利完成治療，應將病人轉介到後送醫療院所進行後續治療。
9. 牙醫師應教導家屬為病人清潔口腔之衛教知識。
10. 耗材應由醫療院所自備。
11. 設備之維護、清潔保養及醫療廢棄物由醫療院所依相關法規妥善處理。
12. 提供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。
13. 依保險人規定執行健保卡讀、寫卡作業。
14. 未遵守本計畫相關規定，經保險人分區業務組或牙醫全聯會要求改善，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，保險人

分區業務組得核定暫停執行居家牙醫醫療服務。

- 九、點值結算方式：本計畫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。
- 十、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。屬本計畫第八項「居家牙醫醫療服務」之第(二)款「收案條件」第 3 目「特定身心障礙者」或第 4 目「失能老人」者之居家牙醫醫療服務部分負擔，依牙醫門診基本部分負擔計收。
- 十一、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。
- 十二、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(Distraction 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)		✓	✓	✓	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)		✓	✓	✓	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 地 區 醫 院 所	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數
92126B	<p>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</p> <p>Nasoalveolar molding, impression & nasoalveolar molding plate, unilateral</p> <p>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。</p>		✓	✓	12000
92127B	<p>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</p> <p>nasoalveolar molding, impression & nasoalveolar molding plate, bilateral</p> <p>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。</p>		✓	✓	15000
92128B	<p>鼻型齒槽骨矯正定期調整</p> <p>Nasoalveolar molding, adjustment</p> <p>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。</p>		✓	✓	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
與舊制身心障礙類別之區分與辨識

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

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

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

【附件 3】

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

醫師姓名		身分證字號		出生年月	
聯絡方式	電話：() 、手機：				
【申請院所基本資料】					
<p>一、「執業登記」院所名稱（全銜）：</p> <p>(1) 醫事機構代號：</p> <p>(2) 院所所屬層級別：<input type="checkbox"/>醫學中心 <input type="checkbox"/>區域醫院 <input type="checkbox"/>地區醫院 <input type="checkbox"/>基層診所</p> <p>(3) 院所申請類別：<input type="checkbox"/>初級 <input type="checkbox"/>進階</p> <p>(4) 院所基本資料：</p> <p>1. 負責醫師姓名： 身分證字號：</p> <p>2. 聯絡方式：</p> <p>3. 聯絡地址：□□□-□□</p> <p>(5) 目前院所能提供身心障礙使用之設備名稱及數量：</p> <p>甲. <input type="checkbox"/>有專用椅子 <input type="checkbox"/>無專用椅子</p> <p>乙. 牙科門診—急救、氧氣設備（簡述設備內容）：_____</p> <p>_____</p> <p>(6) 是否曾申請過加入計畫：<input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p>					
<p>二、「支援服務」院所名稱（全銜）：</p> <p>(1) 醫事機構代號：</p> <p>(2) 院所所屬層級別：<input type="checkbox"/>醫學中心 <input type="checkbox"/>區域醫院 <input type="checkbox"/>地區醫院 <input type="checkbox"/>基層診所（或<input type="checkbox"/>同上）</p> <p>(3) 院所申請類別：<input type="checkbox"/>初級 <input type="checkbox"/>進階（或<input type="checkbox"/>同上）</p> <p>(4) 院所基本資料：</p> <p>1. 負責醫師姓名： 身分證字號：</p> <p>2. 聯絡方式：</p> <p>3. 聯絡地址：□□□-□□</p> <p>(5) 目前院所能提供身心障礙使用之設備名稱及數量：</p> <p>甲. <input type="checkbox"/>有專用椅子 <input type="checkbox"/>無專用椅子</p> <p>乙. 牙科門診—急救、氧氣設備（簡述設備內容）：_____</p> <p>_____</p> <p>(6) 是否曾申請過加入計畫：<input type="checkbox"/>有（年度：_____） <input type="checkbox"/>無</p>					

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

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

【附件 4】

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

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

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：（申請社區醫療站服務僅需檢送縣市公會評估表、牙科診間設備表、後送醫療院所）
- 縣市公會評估表
- 服務單位同意函
- 服務單位介紹：服務單位簡介暨立案證明、收容對象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
- 牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業細則 ~~【附件14】~~
- 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 欲申請於院所中執行特殊病患照護服務者</p> <p>無學分</p> <p>參加身心障礙教育訓練之課程</p> <p>有學分</p> <p>3 填妥申請書並附上醫師個人學經歷等相關資料及身心障礙教育訓練之學分影本</p> <p>寄至牙醫全聯會審核</p>	<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.eda.org.tw)保險人網站 (www.nhi.gov.tw) 的<u>下載專區</u>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 檢查資料是否有備齊</p> <p>不齊</p> <p>有齊</p> <p>5 審核院所資格</p> <p>不通過</p> <p>通過</p> <p>6 名單提送保險人及分區業務組</p>	<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持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 執行計畫</p>	<p>7-1 申請院所收到保險人回復函文後，院所可執行此計畫。（此計畫為年度計畫）</p> <p>7-2 執行計畫期間若遭違規處分，將停止執行計畫之資格。</p> <p>7-3 若院所有意願規劃友善醫療環境，附表「牙科醫療院所友善醫療環境評量表」可供設置參考。</p>

附表

牙科醫療院所友善醫療環境評量表

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

【必要項目】

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

執行醫療服務地點報備支援代號：_____

*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心障礙人員名單。</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 護送身心障礙者返回教室或看護診所。（不含特定需求者）</p> <p>B-8 場地整理及器械消毒。</p> <p>B-9 醫療廢棄物之處理。</p>

【附件 10】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

牙醫醫療服務報酬論次申請表

受理日期		受理編號								
醫事服務機構名稱		醫事服務機構代號								
序號	診治醫師	身分證字號	支付別	日期	地點	服務時數	診療人次	申請金額		
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
11.										
12.										
13.										
14.										
15.										
本頁小計										
總表	項目	申請次數	服務時數	診療人次	每時申請金額	申請金額總數				
	支付別									
	P30001									
	P30003									
	總計									
負責醫師姓名：				一、編號：每月填送均自 1 號起編。總表欄：於最後一頁填寫。						
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 2,400 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 1,900 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						

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

【附件 11】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫-牙醫醫療服務日報表

服務日期：

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

備註：障礙類別代號如下：

- A.腦性麻痺、B.智能障礙、C.自閉症、D.染色體異常、E.中度以上精神障礙、F.失智症、G.多重障、H.頑固性(難治型)癲癇、J.植物人、
 K.因罕見疾病而致身心功能障礙者、L.重度以上肢體障礙、M.重度以上視覺障礙者、N.發展遲緩兒、O.失能老人、P.重度以上重要器官失去功能者、
Q.腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙、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																
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=ResidualRoot、F=Filled																

身心障礙福利機構（日間及住宿機構）口腔健康篩檢表

(一) 基本資料：					
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日
障礙程度	<input type="checkbox"/> 輕度	<input type="checkbox"/> 中度	<input type="checkbox"/> 重度	<input type="checkbox"/> 極重度	
(二) 洗牙記錄： 第一次： 月 日，第二次： 月 日，第三次： 月 日 註： 口腔照護支持服務評鑑標準需每年洗牙 2 次以上。					
(三) 檢查方式說明： 1: 牙菌斑平均值計算方式：全口分為 6 區，目視各區牙菌斑堆積狀況以「0」,代表無或微量;「1」表示目視可見牙菌斑。 牙菌斑平均值=牙菌斑統計總數/總區數(無牙區須扣除)。 2: 牙齦炎平均值計算方式：全口分為 6 區，目視各區牙齦炎狀況以「0」,代表無牙齦炎;「1」表示有牙齦發炎。 牙齦炎平均值=牙齦炎統計總數/總區數(無牙區須扣除)。 註： 口腔照護支持服務評鑑標準須牙菌斑平均值(Plaque Index Average) 及牙齦炎平均值(Gingival Index Average)皆在 0.5(含) 以下。					
(四) 檢查結果： (全口分為 6 區)					
1. 牙菌斑平均值=牙菌斑統計總數()/總區數(無牙區須扣除)()=()					
18 - 14		13 - 23		24 - 28	
48 - 44		43 - 33		34 - 38	
2. 牙齦炎平均值=牙齦炎統計總數()/總區數:無牙區須扣除()=()					
18 - 14		13 - 23		24 - 28	
48 - 44		43 - 33		34 - 38	
醫師：					
日期：					
月 日					
	檢 查 年 檢 查				

【附件 13】

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 14】~~

~~牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業細則~~

~~一、診療前~~

- ~~1. 攜帶型箱式設備，開診前後需用酒精消毒。~~
- ~~2. 固定治療椅比照一般牙醫院所治療椅開診前感染管制標準。~~
- ~~3. 開診前治療台擦拭清潔，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% 沖洗用戊二醇溶液(glutaraldehyde)或稀釋之碘仿溶液 10%(iodophors)沖洗管路三分鐘。~~
- ~~4. 診療區域應有洗手設備，並維持功能良好及周圍清潔。~~
- ~~5. 當天使用之手機(handpiece)、鑽針、洗牙機頭(sealing tip)、拔牙挺(elevator)等侵入性外科用具，須高壓滅菌後裝入無菌器械盒或個別包消並標示滅菌日期。~~
- ~~6. 診療環境應有空調系統或通風良好，空調出風口須保持乾淨。~~
- ~~7. 診療區環境清潔。~~
- ~~8. 治療檯盡量保持清潔淨空，非使用需要之器具勿擺上，未使用之藥品器具要有外蓋蓋上或包布罩上，避免飛沫噴濺。~~
- ~~9. 牙醫師、護理人員及牙醫助理人員需穿戴個人防護裝備，至少包括口罩、手套與清潔工作服，並視需要穿戴隔離衣、髮帽、面罩或護目鏡。~~
- ~~10. 對應診患者依「全面性預警防範措施」原則(universal precaution)提供照護，並詳細問診(可詢問院方人員)，包括詢問有無全身性疾病，各種傳染性疾病，如 B 型肝炎或其帶原者等病史。~~
- ~~11. 遵守手部衛生五時機(即：接觸病人前、執行清潔/無菌操作技術前、暴觸病人體液風險後、接觸病人後、接觸病人環境後)，以及洗手六(七)步驟(內、外、夾、弓、大、立、完(腕，手術時適用))；不可使用同一雙手套照護不同病人。~~

~~二、診療中~~

- ~~1. 治療過程依感染管制之各項原則，如「公筷母匙」、「單一劑量」、「單一流程」、「減少飛沫氣霧」等執行看診。
註：「公筷母匙」、「單一劑量」、「單一流程」、「減少飛沫氣霧」等定義詳附件 1「牙醫院所感染管制 SOP 作業細則」之「診察中」。~~
- ~~2. 牙醫師看完每一位患者後需更換手套，手套脫除後應執行手部衛生；若口罩遇濕或污染需更換。~~
- ~~3. 牙醫相關人員脫掉手套後，應先執行手部衛生再寫病歷、接電話...等，避免造成「交互污染」。~~
- ~~4. 若無清潔消毒滅菌設施時，使用後之手術器械應先以清潔溶液或酵素清洗溶液等「維持溶液」(holding solution)處理，再放置於固定容器中攜回診所進行常規之清潔、或滅菌作業並記錄。~~

~~三、垃圾分類~~

- ~~1. 當患者看完後，在治療椅之檯面上先作初級分類，再分別放入相對應之有蓋容器內。~~
- ~~2. 若無法在當地委託清運公司處理醫療廢棄物時，應將醫療廢棄物依據「牙醫院所感染控制 SOP 作業細則」中「牙科醫療廢棄物處理」之步驟三之規定貯存，並將醫療廢棄物置於冷藏箱自行運送至原來醫療院所，委由環保署認定之合格清運公司處理。~~

~~四、尖銳物扎傷處理流程：制訂防範尖銳物扎傷計畫及處理流程。~~

~~註：參照附件 1 之「牙醫院所感染管制 SOP 作業細則」之「尖銳物扎傷處理流程」。~~

牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業考評表

※考評標準：評分分為符合(○)、不符合(X)，任一項目不符合(X)則不合格。

醫事服務機構名稱：	醫事服務機構代號：
醫師姓名：	醫師身分證號：
提供醫療服務地點：	

A. 硬體設備方面

項目	評分標準	自評	訪評	備註
1.適當洗手設備	診療區域應有洗手設備，並維持功能良好及周圍清潔。			
2.良好通風空調系統	診療區域有空調系統或通風良好，空調出風口需保持乾淨。			
3.適當滅菌消毒設施 (註一)	診療區域具有滅菌器及在效期內的消毒劑。			
4.診間環境清潔	診療區域環境清潔。			

B. 軟體方面

項目	評分標準	自評	訪評	備註
1.完備病人預警防範措施	看診前詢問病人病史。			
2.適當個人防護措施	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。			
3.開診前治療台消毒措施	開診前治療台擦拭清潔，管路出水三分鐘，痰盂水槽流水三分鐘，抽吸管以新鮮泡製 0.005~0.02% 漂白水(NaOCl)或 2.0% 沖洗用戊二醛溶液(glutaraldehyde)或稀釋之碘仿溶液 10%(iodophors) 沖洗管路三分鐘。			
4.門診結束後治療台消毒措施	診療結束後，治療台擦拭清潔，管道消毒放水放氣，清洗濾網。			
5.完善廢棄物處置 (註二)	看診醫師院所內有合格清運機構清理廢棄物及冷藏設施。			
6.意外尖銳物扎傷處理流程制訂	制訂診療區域防範尖銳物扎傷計畫及處理流程。			
7.器械浸泡消毒及滅菌	診療當日使用之器械必須經過打包滅菌並標示消毒日期。			

註一：在巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關內，若無清潔消毒滅菌設施時，使用後之手術器械應先以清潔溶液或酵素清洗溶液等「維持溶液」(holding solution)處理，再放置於固定容器中攜回診所進行常規之清潔、或滅菌作業並記錄。

註二：在巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關內，若無法在當地委託清運公司處理醫療廢棄物時，應將醫療廢棄物依據「牙醫院所感染管制 SOP 作業細則」中「牙科醫療廢棄物處理」之步驟三規定貯存，並將醫療廢棄物置於冷藏箱自行運送至原來醫療院所，委由環保署認定之合格清運公司處理。

註三：攜帶型箱式設備，開診前後需用酒精消毒。

醫事服務機構陪檢醫師簽名：_____ 審查醫藥專家簽名：_____

全民健康保險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

10910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。

全民健康保險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

【附件 165】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
首次訪視或首次提供居家牙醫醫療服務申請表

申請日期____年____月____日、序號：____

病人基本資料	
姓名：	出生日期： 年 月 日 監護人：
申請項目： <input type="checkbox"/> 訪視 <input type="checkbox"/> 醫療服務	
身分證號：	連絡電話：
居住地址：	
障礙類別：	3個月內是否有自行外出的能力： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
居家病人來源： <input type="checkbox"/> 居家西醫主治醫師評估連結 <input type="checkbox"/> 自行申請 <input type="checkbox"/> 醫院協助申請 <input type="checkbox"/> 其他	
病人申請資格：(請打勾)	
<input type="checkbox"/> 1.居家醫療照護整合計畫之病人。 <input type="checkbox"/> 2.出院準備及追蹤管理費(02025B)申報病人。 <input type="checkbox"/> 3.特定身心障礙病人，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上。 <input type="checkbox"/> 4.「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」之補助對象，並為各縣市長期照顧管理中心之個案，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上。	
醫病史 (Medical History)	
父母：	相關證明影本(請附於後)
親屬：	備註：(1)居家醫療照護整合計畫之病人，應檢附 VPN 登錄收案資料、(2)出院準備及追蹤管理費(02025B)申報病人，應檢附住院相關證明文件、(3)特定身心障礙者：應檢附身心障礙證明正反面影本、(4)失能老人：須符合「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」補助對象，且出具各縣市長期照顧管理中心證明文件影本、(5)發展遲緩兒，應檢附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。
本人：	
病人主訴或其他注意事項：	
申請院所基本資料	
醫事機構名稱(全銜)：	
醫事機構代號：	
一、居家醫療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、此次居家醫療病人，提供的醫療設備內容：【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【檢附居家牙醫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
 口腔醫療需求評估及治療計畫- 年 月 日、序號： 。

一式三聯 第一聯送保險人分區業務組、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

基本資料																	
姓名：				出生日期： 年 月 日										監護人：			
居家病人來源： <input type="checkbox"/> 居家西醫主治醫師評估連結 <input type="checkbox"/> 自行申請 <input type="checkbox"/> 醫院協助申請 <input type="checkbox"/> 其他																	
居住地址：																	
醫病史 (Medical History)																	
父母：									相關證明影本(請附於後)								
親屬：									(1)居家醫療照護整合計畫之病人，應檢附 VPN 登錄收案資料、(2)出院準備及追蹤管理費(02025B)申報病人，應檢附住院相關證明文件、(3)特定身心障礙者：應檢附身心障礙證明正反面影本、(4)失能老人：須符合「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」補助對象，且出具各縣市長期照顧管理中心證明文件影本、(5)發展遲緩兒，應檢附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。								
本人：																	
特別注意事項：																	
牙醫病史																	
以往治療內容簡述 上次施行治療項目：(1) <input type="checkbox"/> 牙周病緊急處理、(2) <input type="checkbox"/> 牙周敷料、(3)牙結石清除(<input type="checkbox"/> 全口或 <input type="checkbox"/> 局部)、(4) <input type="checkbox"/> 牙周暨齶齒控制基本處置、(5) <input type="checkbox"/> 塗氟、(6) <input type="checkbox"/> 非特定局部治療、(7) <input type="checkbox"/> 特定局部治療、(8) <input type="checkbox"/> 簡單性拔牙、(9) <input type="checkbox"/> 單面蛀牙填補 治療時間： 年 月 日																	
口腔現況																	
上顎：					55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
乳牙牙冠																	乳牙牙冠
恆牙牙冠																	恆牙牙冠
醫療需求																	醫療需求
下顎：					85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
乳牙牙冠																	乳牙牙冠
恆牙牙冠																	恆牙牙冠
醫療需求																	醫療需求
填表說明：D=Decayed X=Missing M=Mobility RR=Residual Root F=Filled																	

治療計畫

一、病人口腔醫療需求之現況及身體狀況為何？

二、擬訂口腔治療項目（請敘述處置內容✓勾選）

（一） 牙周病緊急處理

（二） 牙周敷料

（三） 牙結石清除（全口或局部）

（四） 牙周暨齶齒控制基本處置(需併同牙結石清除執行)

（五） 塗氟(需併同牙結石清除執行)

（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

（十） 其他：

（請填寫）

三、居家醫療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、此次居家醫療病人，提供的醫療設備內容：

【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，居家牙醫醫療與後送醫療院所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：

居家牙醫醫療服務給付項目及支付標準

編號	診療項目	支付點數
P30006	牙醫師訪視費(次) 註： 1. 於收案前訪視病人評估是否符合居家牙醫醫療服務收案條件，得申報本項費用，同一牙醫師同一病人每年限申報一次。 2. 出院病人住院期間已接受同一牙醫師到院評估居家醫療照護需求(項目代碼P5410C)，當次收案不得再申報此項費用。 3. 申報時應檢附「口腔醫療需求評估及治療計畫」，並詳述理由。	1553
P30005	居家牙醫醫療服務費(次) —病人清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上	5700
P30007	—其他病人 註： 1. 居家牙醫醫療服務費所訂點數含口腔預防保健、護理、診療、處方、藥品、治療處置、治療材料、電子資料處理及行政作業成本等；本保險給付項目不得收取其他自費。 2. 每一病人以二個月執行一次為限，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。 3. 同一病人之牙醫師訪視費與居家牙醫醫療服務費，不得同日申報。	3800
P5410C	評估出院病人居家醫療照護需求(次) 註： 1. 限醫院院外醫師、牙醫師或中醫師配合出院準備服務到院評估申報。 2. 同一病人每次住院之醫師、牙醫師、中醫師到院評估至多各申報1次。 3. 除牙醫師可自行評估收案之病人外，牙醫師、中醫師到院評估應經居家西醫主治醫師邀請，始得申報。	1553

階段	流程	A、牙醫師負責部分	B、病人家屬負責部分
執行醫療服務——前	<p>受理居家牙醫醫療服務需求</p> <p>↓</p> <p>牙醫師至病人住家執行評估訪視或醫療服務</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%;"> <p>牙醫師事前準備 A-1 至 A-4 之各項事前執行工作</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> <p>病人家屬於事前須準備 B-1 至 B-3 事前準備工作</p> </div> </div>	<p>A-1 受理符合收案條件之居家牙醫醫療服務需求。</p> <p>A-2 提出居家評估訪視或醫療服務之申請。</p> <p>A-3 居家牙醫醫療訪視服務經牙醫全聯會核可後執行。</p> <p>A-4 事前聯繫病人家屬確實了解病人就醫前的身體狀況。</p> <p>A-5 至病人住家時，應事前備妥執行相關醫療設備器材架設擺放。</p>	<p>B-1 因病人身體狀況無法配合進行治療，應事前聯繫告知排定訪視之牙醫師。</p> <p>B-2 若牙醫師有執行侵入性治療行為，請病人家屬或監護人，務必於治療前簽署書面同意書，以利牙醫師為病人進行醫療服務。</p> <p>B-3 家屬責任：由家屬陪同就診並協助安撫病人情緒，事前告知牙醫師病人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>每一居家病人之牙醫醫療服務皆須符合 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> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> <p>診療期間務必由家屬、熟悉看護、陪同病人就診(B-4 至 B-5)。</p> </div> </div>	<p>A-6 視醫療需求詳實記載。</p> <p>A-7 陪同醫護人員協助牙醫師安撫病人情緒，完成治療。</p> <p>A-8 醫療服務應事前明確告知家屬治療過程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 牙醫師應於診療期間注意病人生理及心理狀況；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，務必於事前取得病人家屬或監護人書面同意書。</p>	<p>B-4 協助牙醫師完成治療</p> <p>B-5 接受牙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>結束居家牙醫醫療服務</p>	<p>A-11 醫療相關設備維護、清潔保養及廢棄物清除等，由牙醫師自行妥善處理。</p> <p>A-12 教導家屬為病人清潔口腔衛教知識。</p>	<p>B-6 家屬應學習如何為病人做清潔口腔的知識。</p> <p>B-7 家屬應於平時固定為病人做口腔清潔，以維持口腔衛生。</p>

報告事項

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：應用 109 年醫院總額之醫療服務成本指數改變率預算調整支付標準案。

說明：

- 一、依 109 年 12 月 3 日本會議決議辦理。
- 二、衛生福利部公告 109 年度醫院總額之醫療服務成本指數改變率預算 103.846 億元，協定事項為優先用於急重難症、藥事服務費、急重症護理費、因應住院醫師納入勞動基準法以及門診減量配套措施等支付標準之調整。
- 三、109 年醫院總額上述預算用於調整基本診療項目支付標準方案，經前次本會議決議，調整內容及財務影響如下（財務影響係以 108 年申報資料試算）：

(一) 門診診察費：

1. 調整方式：

- (1) 調升一般及精神科合理量內之門診診察費支付點數：
「連續調劑 2 次以上且每次給藥日數 28 天以上慢連箋」調升 3%，其餘門診診察費調升 10%。
 - (2) 各層級內科門診診察費加成率均再調升 7%，且內科加成範圍新增「老人醫學科」。
2. 財務影響：支付點數調升約增加 21.80 億點，再將各層級內科加成率（含老人醫學科）調升 7% 約增加 9.13 億點，合計醫院總額約增加 30.93 億點。

(二) 住院診察費：

1. 調整方式：除慢性病床外，其餘病床診察費點數調升 5%。
2. 財務影響：醫院總額約增加 9.03 億點。

(三) 住院護理費：

1. 調整方式：

- (1) 隔離病床護理費調升 25%。
- (2) 除慢性病床外，其餘病床護理費點數調升 5%。
- (3) 調升經濟病床（含精神）其與急性一般病床護理費點數差值之 50%。

2. 財務影響：隔離病床點數調升 25% 約增加 0.94 億點，其餘病床（不含慢性病床、經濟病床）點數調升 5% 約增加 13.76 億點，經濟病床調升 5% 後再將其與急性一般病床點數差值減半約增加 1.34 億點，合計約增加 16.04 億點。

(四) 藥事服務費：

1. 調整方式：藥局調升 6 點，其餘除特殊處方外之藥事服務費調升 10%。

2. 財務影響：約增加 10.13 億點（含藥局 1.29 億點）。

(五) 一般慢性精神病床住院照護費：

1. 調整方式：04001A（醫中、區域醫院適用）由 816 點調升至 922 點，04002B（地區醫院適用）由 714 點調升至 806 點。

2. 財務影響：約增加 4.38 億點。

(六) 急診診察費：

1. 調整方式：00203B「檢傷分類第三級」由 606 點調升為 776 點、01015C「急診診察費」由 521 點調升為 667 點。

2. 財務影響：約增加 11.64 億點。

四、上述各項調整約增加 82.156 億點（附件 1，詳頁次報 3-3），研擬以 109 年醫院總額之醫療服務成本指數改變率預算支應，修正後支付標準如附件 2（詳頁次報 3-4~3-25）。

五、本案如經確認同意，將依程序報請衛生福利部核定後公布實施。

以108年申報資料試算醫院總額各層級財務影響(預算103.846億元)

單位：百萬點

項目	調整內容	醫院總額					醫院各層級占率		
		小計	增加點數 醫中	區域	地區	藥局	醫中	區域	地區
●門診診察費	小計	3,093.4	831.2	1,180.6	1,081.6	27%	38%	35%	
調升點數	連續調劑2次以上且每次給藥日數28天以上慢連箋調升3%，其餘調升10%(不含精神科合理量外診察費)	2,180.1	548.1	793.8	838.2	25%	36%	38%	
內科加成	調升7%	913.3	283.1	386.7	243.4	31%	42%	27%	
●住院診察費	除慢性病床外，其餘病床點數調升5%	903.0	352.2	387.2	163.6	39%	43%	18%	
●住院護理費	小計	1,604.2	634.5	675.6	294.1	40%	42%	18%	
	隔離病床調升25%	93.8	54.8	31.9	7.2	58%	34%	8%	
	除慢性病床、經濟病床外，其餘病床點數調升5%	1,376.3	564.8	582.4	229.1	41%	42%	17%	
	經濟病床(含精神)調升5%後再調升其與急性一般病床點數差值之50%	134.1	15.0	61.2	57.9	11%	46%	43%	
●藥事服務費	藥局調升6點，其餘調升10%	1,013.2	282.4	379.4	222.9	128.5	32%	43%	25%
●慢性精神住院	一般慢性精神病床住院照護費								
	04001A(醫中、區域)調升106點	437.7	3.8	153.1	280.8		1%	35%	64%
	04002B(地區醫院)調升92點								
●急診診察費	00203B(檢傷分類第三級)及00105C(不分檢傷)調升28%	1,164.2	306.6	574.0	283.5		26%	49%	24%
合計		8,215.6	2,410.7	3,349.9	2,326.5	128.5	30%	41%	29%

第二部 西醫

附件 2

第一章 基本診療

第一節 門診診察費

通則：

一、本節所定點數包括醫師診療、處方、護理人員服務、電子資料處理、污水及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)。

註：醫院一般門診診察費支付點數內含百分之十護理費。

二、本節所稱醫院每日門診合理量暫不實施：

(一)醫學中心

$$\left[\frac{\text{前一年門診量} \times 0.85 \div 270 \times 2}{3} + \frac{\text{急、慢性病床數} \times 3.55}{6} + \frac{\text{專任醫師數} \times 10.71}{6} \right] \times 0.9$$

(二)區域醫院

$$\left[\frac{\text{前一年門診量} \times 0.85 \div 270 \times 2}{3} + \frac{\text{急、慢性病床數} \times 2.60}{6} + \frac{\text{專任醫師數} \times 15.24}{6} \right] \times 0.9$$

註 1.前一年門診量以前二年七月至前一年六月之門診量扣除急診、洗腎、慢性病連續處方箋、居家照護、精神疾病社區復健、預防保健、安寧居家照護、門診論病例計酬、職業傷病、六十五歲以上接種流行性感疫苗等醫療案件計算。

2.急、慢性病床應符合全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之規定，並扣除洗腎及急診暫留床；專任醫師應符合醫師法之規定，並扣除牙醫師及中醫師。

3.急、慢性病床數及專任醫師數以保險人特約醫事機構管理子系統(MA 檔)、特約醫事人員管理子系統(MB 檔)中每月第一日之登錄資料為計算基礎。

三、合併申報醫療費用之醫院，其醫院門診合理量應合併計算。

四、經衛生局登記為醫院但未經評鑑且未同意辦理住診者或評鑑不合格者，門診診察費適用地區醫院類別申報。

五、門診當日開立之檢查醫囑，另排定其他日期實施或轉檢者，檢查當日不得申報診察費，但檢查過程中因病情需要併實施其他診療處置，視為另次診療，申報診察費一次。

六、預防保健服務視病情需要，由同一診治醫師併行其他一般診療，不得另外申報診察費。

七、門診或急診當次轉住院，如仍由同科醫師診治，門診診察費或住院診察費應擇一申報。

八、由同一醫師診療之同日兩次以上之門診相同病情案件，限申報門診診察費一次。

九、全民健康保險醫療辦法第八條規定之同一療程疾病，各療程之診察費限申報一次。

十、本節之各項診察項目中，註有「兒童加成項目」者，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之二十。其他未註有兒童加成之診察費項目，三歲(含)以下兒童之門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

十一、西醫醫院門診診察費加成方式：

- (一)四歲(含)以下兒童不限科別各項門診診察費得依表定點數加計百分之二十。
- (二)醫學中心及區域醫院之婦產科、小兒科及新生兒科、外科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之十七，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之三十七。內科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之七，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之二十七。

(三)地區醫院加成方式：

- 1.婦產科、小兒科及新生兒科、外科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之四十，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之六十。
- 2.內科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之~~二十三~~三十，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之~~四十三~~五十。
- 3.其餘科別及精神科之門診診察費項目，得依表定點數加計百分之十五，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之三十五。
- 4.地區醫院申報夜間門診診察費項目（夜間門診係指晚上六時至十時之開診），得依表定點數加計百分之十：包括編號00101B、00131B、00102B、00132B、00172B、00173B、00105B、00135B、00106B、00136B、00174B、00175B、00107B、00137B、00108B、00138B、00176B、00177B。

(四)加成科別及門診診察費項目定義說明：

- 1.外科：包括就醫科別為外科、骨科、神經外科、泌尿科、整形外科、直腸外科、心血管外科、胸腔外科、消化外科、小兒外科及脊椎骨科等科。
- 2.內科：包括就醫科別為內科、神經科、消化內科、心臟血管內科、胸腔內科、腎臟內科、風濕免疫科、血液腫瘤科、內分泌科、感染科及、胸腔暨重症加護及老人醫學科等科。
- 3.門診診察費項目：包括編號00154A、00155A、00156A、00157A、00170A、00171A、00101B、00131B、00102B、00132B、00172B、00173B、00105B、00135B、00106B、00136B、00174B、00175B、00107B、00137B、00108B、00138B、00176B、00177B及01023C。

(五)醫院申報門診診察費四歲以下兒童加成及科別加成支付點數之計算結果詳附表2.1.2.1及附表2.1.2.2。

十二、西醫基層院所門診診察費加成方式：

(一)兒童加成方式(詳附表2.1.3)：

- 1.三歲以下兒童：不限科別各項門診診察費依表定點數加計百分之二十。
- 2.四到六歲兒童：兒科專科醫師各項門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

(二)七十五歲以上者加成方式(詳附表2.1.3)：不限科別各項門診診察費依表訂點數加計百分之七點五。

(三)婦產科、外科、兒科及內科專科醫師加成方式(詳附表2.1.4~附表2.1.6)：

- 1.婦產科、外科、兒科及內科專科醫師申報第一段門診量內之門診診察費得按表定點數加計，其中婦產科及外科專科醫師加計百分之九、兒科專科醫師加計百分之三。若同時符合兒童加成或七十五歲以上者加成，依加成率合計後一併加計。

2.加成專科別及門診診察費項目定義說明：

- (1)外科：包括外科、整形外科、骨科、泌尿科、神經外科。
- (2)第一段門診量內之門診診察費項目：包括編號00109C、00110C、00197C、

00198C、00199C、00200C、00158C、00159C、00230C、00231C、00232C、
00233C、00234C、00235C、00236C、00237C、00168C、00169C及01023C。

(四)離島地區西醫基層診所週六、週日及國定假日之西醫基層門診案件，申報本部第一章之山地離島地區門診診察費，得加計百分之二十。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	一般門診診察費					
	—醫院門診診察費(不含牙科門診)					
	1.醫學中心及區域醫院					
00154A	1)處方交付特約藥局調劑			v	v	260 286
00155A	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑			v	v	287 316
00156A	3)未開處方或處方由本院所自行調劑			v	v	260 286
00157A	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑			v	v	265 292
00170A	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑			v	v	505 520
00171A	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑			v	v	483 497
	2.地區醫院					
00101B	1)處方交付特約藥局調劑		v			260 286
00131B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v			287 316
00102B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		v			260 286
00132B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v			265 292
00172B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v			505 520
00173B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v			483 497
	3.金門馬祖以外之山地離島地區					
00105B	1)處方交付特約藥局調劑		v	v	v	260 286
00135B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	287 316
00106B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		v	v	v	260 286
00136B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	265 292
00174B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	505 520
00175B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	483 497

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
00107B	4.金門馬祖地區 1)處方交付特約藥局調劑		v	v	v	262 288
00137B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	308 339
00108B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		v	v	v	262 288
00138B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	287 316
00176B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	526 542
00177B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	505 520
00226B	5.地區醫院假日加計 地區醫院週六門診診察費加計		v			100
00227B	地區醫院週日及國定假日門診診察費加計 註： 1.00226B 及 00227B 限地區醫院申報。 2.開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方之案件不得申報上述加計點數。 3.應於開診前至保險人健保資訊網服務系統 VPN 登錄開診資訊。 4.住院值班醫師不得為假日之門診看診醫師。		v			150
01015C	急診診察費 註： 1.急診定義及適用範圍如附表2.1.1。 2.本項支付點數含護理費46—73點。 3.夜間(晚上十時至隔日早上六時)加計百分之五十、例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之二十，同時符合夜間及例假日者，則僅加計百分之五十；屬西醫基層總額部門院所，例假日加成維持原週六之中午十二時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時加計百分之二十規定。 4.山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加計百分之三十，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加計百分之八十。 5.地區醫院得依表定點數加計百分之十九。 6.本項年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之一百，其餘年齡為兒童加成項目，依本節通則十規定辦理。 7.地區醫院之兒科專科醫師申報得加計百分之五十，其餘專科醫師申報六歲以下兒童者，得加計百分之五十。	v	v			521 667

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
	急診診察費(按檢傷分類)					
00201B	檢傷分類第一級		√	√	√	1800
00202B	檢傷分類第二級		√	√	√	1000
00203B	檢傷分類第三級		√	√	√	606 <u>776</u>
00204B	檢傷分類第四級		√	√	√	449
00225B	檢傷分類第五級		√	√	√	390
	註： 1.檢傷分類依衛生福利部規定。 2.地區醫院得就本項費用與01015C急診診察費擇一申報，惟採行後一年始得變更。 3.夜間(晚上十時至隔日早上六時) 加計百分之五十、例假日(週六零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之二十，同時符合夜間及例假日者，則僅加計百分之五十。 4.山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加計百分之三十，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加計百分之八十。 5.地區醫院申報檢傷分類第四、五級之急診診察費得依表定點數加計百分之十九。 6.內含護理費比率為百分之三十二點零四。 7.本項年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之一百，其餘年齡為兒童加成項目，依本節通則十規定辦理。 8.兒科專科醫師申報得加計百分之五十，其餘專科醫師申報六歲以下兒童者，得加計百分之五十。					
	精神科門診診察費 —每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)					
	1.醫院					
01018B	1)處方交付特約藥局調劑		√	√	√	280 <u>308</u>
00178B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		√	√	√	332 <u>365</u>
01019B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		√	√	√	280 <u>308</u>
00179B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		√	√	√	310 <u>341</u>
00180B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		√	√	√	550 <u>567</u>
00181B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑		√	√	√	528 <u>544</u>

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
01023C	高危險早產兒特別門診診察費 註： 1.限出生時2000公克以下的早產兒於二歲前之特別門診追蹤治療，並限由小兒科專科醫師親自執行。 2.本支付點數含護理費49-65點。	V	V	V	V	425 <u>468</u>

第二節 住院診察費

通則：

- 一、嬰幼兒病床得按主管機關登記之病床別，適用本節各項費用。
- 二、正常新生兒費用，以 57114C、57115C「新生兒費」項目併母親分娩費用申報，不得重複申報本節各項費用。
- 三、本節各診察項目皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之二十。
- 四、門診或急診當次轉住院，如仍由同科醫師診治，門診診察費或住院診察費應擇一申報。
- 五、醫師應每日按規定巡房，未巡房者，不予支付住院診察費。
- 六、兒科專科醫師申報部分住院診察費得加成，說明如下：
 - (一) 加護病房診察費及住院會診費(包括編號 02005B、02011K、02012A、02013B)，兒科專科醫師得加計百分之一百二十，若同時符合兒童加成者，依加成率合計後一併加成，最高加成上限為百分之一百二十。
 - (二) 一般住院診察費及隔離病床住院診察費(包括編號 02006K、02007A、02008B、02014K、02015A、02016B)，兒科專科醫師得加計百分之一百五十，若同時符合兒童加成者，依加成率合計後一併加成，最高加成上限為百分之一百五十。
- 七、七十五歲以上病人之住院診察費得依表定點數加計百分之二十，其項目為：一般病床住院診察費(02006K、02007A、02008B)、燒傷病床住院診察費(02010B)、加護病床住院診察費(02011K、02012A、02013B)、隔離病床住院診察費(02014K、02015A、02016B)。

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
02005B	住院會診費 註： 1.本項會診費，除急診期間外，每一保險對象每次住院最多限申報五次。 2.急診處暫留床病患，以申報一次為限。		v	v	v	409 <u>429</u>
02006K	一般病床住院診察費(天) 註： 1.經濟病床及急性精神病床比照申報。 2.留置急診處暫留床二日以上者，自第二天起比照申報。				v	446 <u>468</u>
02007A				v		421 <u>442</u>
02008B			v			379 <u>398</u>
02010B	燒傷病床住院診察費(天) 註：本項兒童加成方式：病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之一百二十；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計百分之九十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之八十。		v	v	v	764 <u>802</u>

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
02011K	加護病床住院診察費(天)				v	1833 <u>1925</u>
02012A				v		1647 <u>1729</u>
02013B			v			1463 <u>1536</u>
	註：精神科加護病床、燒傷中心及骨髓移植隔離病床比照申報。					
02014K	隔離病床住院診察費(天)				v	471 <u>495</u>
02015A				v		440 <u>462</u>
02016B			v			388 <u>407</u>
	註：核醫病床得比照申報。					
02017K	新生兒中重度住院診察費(天)				v	780 <u>819</u>
02018A				v		740 <u>777</u>
02019B			v			676 <u>710</u>
	註：本項非兒童加成項目。					
02024B	高危險妊娠住院診察費 註： 適應症： 1. 妊娠二十二週至三十二週早產病患。 2. 四十歲(含)以上初產婦。 3. BMI ≥ 35 之初產婦。 4. 嚴重妊娠高血壓。 5. 前置胎盤患者。 6. 多胞胎。 7. 胎兒生長遲緩或胎兒發育異常者(IUGR)或胎盤功能異常者。 8. 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。 9. 白血病。 10. 血友病(Coagulopathy)。 11. 愛滋病。 12. 產後大出血者。 13. 胎盤早期剝離。 14. 合併接受外科手術者。 15. 雙胞胎輸血症候群。		v	v	v	1422 <u>1493</u>

第三節 病房費

通則：

- 一、病房費及護理費之計算，凡住院之日，不論何時進院，均作一天論，出院之日，不論何時出院，其出院當日之病房費及護理費不予計算；住院日期僅一天者，以當日最後入住之病房種類計算一次病房費及護理費，住院日期二天(含)以上者，其出院當日之病房費及護理費不予計算，另住院期間於非出院日轉床者，其轉床當日之病房費及護理費，以當日最後入住之病房種類計算。
- 二、保險對象住院，以入住一般病床為原則，如一般病床不敷供應，而願入住其他經濟病床者，應按經濟病床標準申報費用；超等住院者，由保險對象自付其差額。
- 三、各類病床應符合醫療機構設置標準之規定。
- 四、本節各項病房費所訂點數均已包括病床費及其他雜項成本，如不計價藥材成本、建築與設備成本、水電費支出、廢棄物處理、電子資料處理及行政作業成本等。
- 五、一般病床支付點數不包括非保險病床自付差額費用及可另行計價之特定診療項目費用，但有特殊規定者除外。
- 六、正常新生兒費用，以57114C「新生兒費」項目，併母親分娩費用中申報，不得重複申報本章各項費用。
- 七、加護病床支付標準，原則依衛生福利部八十七年「加護病房評定」等級認定；惟新設立、增床者及自八十九年起醫院評鑑層級異動者，加護病床支付標準，依其當時醫院評鑑之特約層級，按醫學中心-甲級、區域醫院-乙級、地區醫院-丙級方式認定。
- 八、本節各項病床之護理費皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之二十。
- 九、本節註有「護理費加成」項目者，其加成之方式及申報規定：

(一)偏鄉醫院之加成：以下醫院依表定點數加計百分之十五。

- 1.列於衛生福利部「偏鄉護理菁英計畫公費生管理要點」所定偏鄉地區範圍之醫院，排除僅屬於「衛生福利部公費醫師訓練後服務醫療機構及開業地區」之指定支援山地或離島地區之醫院。
- 2.符合「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」申請資格第一項、第二項之醫院。
- 3.符合條件之醫院名單可參閱保險人全球資訊網，網址：www.nhi.gov.tw，資料路徑如下：[首頁](#) > [健保表單下載](#) > [其他](#) > [提升住院護理照護品質方案](#)。

(二)符合全日平均護病比之加成：

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

全日平均護病比範圍			加成率
醫學中心	區域醫院	地區醫院	
8.5-8.9	11.5-11.9	14.5-14.9	2%
8.0-8.4	11.0-11.4	14.0-14.4	5%
7.5-7.9	10.5-10.9	13.5-13.9	14%
7.0-7.4	10.0-10.4	13.0-13.4	17%
< 7.0	< 10.0	< 13.0	20%

註：(1)各醫院之「全日平均護病比」採四捨五入至小數位第一位計算。

(2)精神科教學醫院比照區域醫院層級加成，精神科醫院比照地區醫院層級加成。

- 2.醫院應依下列時程至健保資訊網服務系統(VPN)填報「品質報告」，未填報者，本項不予加成：
- (1)於費用年月次月二十日前，填報急性一般病房住院跌倒人數比率、急性一般病房感染人數比率、急性一般病房新發生之壓瘡人數比率等三項指標。
 - (2)於每季結束次月二十日前，填報年資三個月以上護理人員離職率、年資二年以上護理人員比率、年資未滿二年之護理人員離職率等三項指標。
- (三)醫院應於費用年月次月二十日前，至健保資訊網服務系統(VPN)填報「結構性資料」，包含：急性一般及經濟病床（皆含精神病床）全日平均三班護理人員數、占床率、急性病床數、實際提供照護之護理人員數等資料；醫院並應保存每月「全日平均護病比」資料備查（參考格式請至保險人全球資訊網下載，網址：www.nhi.gov.tw，資料路徑如下：首頁 > 健保資料站 > 健保統計資料 > 重要統計資料）。

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
	急性一般病床 (床/天)					
03001K	--病房費				v	598
03002A				v		532
03004B			v			532
03026K	--護理費				v	752 790
03027A				v		663 696
03029B			v			623 654
	註：護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。					
	經濟病床 (床/天)					
03005K	--病房費				v	336
03006A				v		302
03008B			v			302
03030K	--護理費				v	316 561
03031A				v		279 495
03033B			v			217 441
	註：1.指每一病室設四床(不含四床)以上之病床。 2.護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。					
	嬰兒病床 (床/天)					
03009K	--病房費				v	1187
03023A				v		1083
03024B			v			1083
03034K	--護理費				v	2084 2188
03035A				v		1900 1995
03036B			v			1777 1866

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
	<p>註：1. 指足月出生四個月內或早於三十五週出生之早產兒出生後矯正年齡五個月內之嬰兒(正常新生兒除外)因疾病而需特別觀察治療者，或因早產需要特別養育者，以入住時之年齡判定。</p> <p>2. 限無家屬照顧，二十四小時由醫護人員照顧者。</p> <p>3. 本項非兒童加成項目。</p> <p>4. 非註1之嬰兒住院者，以急性一般病床申報費用。</p>					
03055K	精神急性一般病床(床/天) --病房費				v	598
03056A				v		532
03057B			v			532
03058K	--護理費				v	752 790
03059A				v		663 696
03060B			v			623 654
	註：護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。					
03061K	精神急性經濟病床(床/天) --病房費				v	336
03062A				v		302
03063B			v			302
03064K	--護理費				v	316 561
03065A				v		279 495
03066B			v			217 441
	註：1.指每一病室設四床(不含四床)以上之病床。 2.護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。					
03014A	精神科加護病床(床/天) --病房費			v	v	1305
03025B			v			1305
03037A	--護理費			v	v	1958 2056

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
03039B			v			1812 1903
03016B	燒傷病房(床/天) --病房費		v	v	v	1246
03040B	--護理費		v	v	v	1246 1308
03017A	燒傷加護病床(床/天) --病房費			v	v	6495
03041A	--護理費			v	v	9742 10229
	註：1. C.V.P.處理費、矽砂床、監視器等費用已包括在所訂點數內，不得另計。 2. 呼吸器、電擊、氧氣及C.V.P.置入等另按實際使用申報。 3. 適應症：二度燒傷，燒傷面積成人大於全身20%，兒童大於10%；或三度燒傷，燒傷面積成人大於全身10%，兒童大於5%。 4. 申報費用時應檢附病歷摘要，並保存病人入出院時皮表處理之彩色照片，以備審核。					
03073A	急診觀察床(床/天) --病房費(第一天)			v	v	367
03074B			v			306
03075A	--護理費(第一天)			v	v	418 439
03076B			v			348 365
03018A	--病房費(第二天起)			v	v	167
03019B			v			167
03042A	--護理費(第二天起)			v	v	167 175
03043B			v			144 151
	註：1. 急診留觀或待床病人，入住滿六小時始得申報。 2. 留置超過一日(二十四小時)者，比照住院病房費申報方式，依算進不算出原則計算。 3. 僅作注射點滴、輸血或休息者，不予支付。 4. 山地離島地區病患因故無法後送而須於衛生所(室)留觀者，依03019B及03074B「病床費」、03043B及03076B「護理費」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
03020B	隔離病床(床/天) 1. 普通隔離病床 --病房費		v	v	v	960
03044B	--護理費		v	v	v	960 <u>1200</u>
03021B	2. 正壓隔離病床 --病房費		v	v	v	1989
03045B	--護理費		v	v	v	1989 <u>2486</u>
	註：指對免疫缺乏之重症患者，具有保護免於受外界感染源侵犯之特殊設計之病床。					
03051B	3. 負壓隔離病床 --病房費		v	v	v	1989
03052B	--護理費		v	v	v	1989 <u>2486</u>
	註：指對患有具傳染性疾病之病人，能夠不讓其病源體散布於社區或醫院內之特殊設計之病床。					
03053B	核醫病床 --病房費		v	v	v	2236
03054B	--護理費		v	v	v	1989 <u>2088</u>
	註：限行政院原子能委員會安全檢查及游離幅射測量合格之核醫病床申報					
03022K	骨髓移植隔離病床(床/天) --病房費				v	5337
03046K	--護理費				v	8004 <u>8404</u>

編號	診療項目	丁	丙	乙	甲	支付點數
		級	級	級	級	
03010E	加護病床 ICU (床/天)					2852
	--病房費				v	
03011F				v		2406
03012G			v			2406
03047E	--護理費				v	4491
03048F				v		4716
03049G			v			3789
						3978
						2833
						2975
	<p>註：1.監視器、C.V.P.處理費等已包括在所訂點數內，不得另計。</p> <p>2.呼吸器、電擊、氧氣、C.V.P.置入及顱內壓監視置入等另按實際使用申報。</p> <p>3.使用加護病床患者以下列為限：</p> <p>1)急性心肌梗塞患者，不穩定型心絞痛或狹心症患者。</p> <p>2)急性心臟衰竭、急性腎臟衰竭、急性肝臟衰竭患者。</p> <p>3)急性呼吸衰竭、呼吸窘迫、間歇性呼吸暫停或重度窒息需積極呼吸治療患者。</p> <p>4)手術後仍需輔助性治療或生命徵象不穩定者。</p> <p>5)危命性不整脈（含心搏暫停後）患者。</p> <p>6)休克患者。</p> <p>7)嚴重新陳代謝及電解質、水分不平衡患者或內分泌異常需加強監視患者。</p> <p>8)急性中毒性昏迷患者。</p> <p>9)肝硬化性肝昏迷患者。</p> <p>10)胸腔外科、心臟外科及神經外科術後患者需加強醫療者。</p> <p>11)腦中風、腦膜炎、腦炎等腦病變急性期，合併意識障礙或昏迷者。</p> <p>12)癲癇重積症患者。</p> <p>13)急性顱內壓增高危及生命者。</p> <p>14)急性腦幹病變者。</p> <p>15)敗血症或疑敗血症且生命徵象不穩定者。</p> <p>16)新生兒黃膽過高需換血者。</p> <p>17)出生體重低於一千五百公克之極度早產兒。</p>					
	18)其他危篤重症危及生命者。					

編號	診療項目	丁 級	丙 級	乙 級	甲 級	支 付 點 數
	4. 入住加護病房之患者如符合下列條件，應予轉出： 1) 血液動力學值穩定者(生命徵象、中心靜脈壓、肺動脈楔壓、心輸出量··)。 2) 脫離呼吸器。 3) 病情穩定已不需使用特殊生理監測器者。 4) 合併症已穩定控制者。 5) 已脫離急性期不需加護醫療照護者。 6) 家屬要求自動出院者。					

第四節 精神科慢性病房住院照護費與日間住院治療費

通則：

- 一、精神科慢性病房應符合醫療機構設置標準之規定。
- 二、保險對象住精神科慢性病房，以入住一般慢性精神病床為原則，如一般慢性病床不敷供應，而願超等住院者，由保險對象自付其差額。
- 三、被保險人病房費之計算，凡住院之日，不論何時進院，均作一天論，出院之日，不論何時出院，其出院當日之病房費不予計算。
- 四、本節住院照護費、日間住院治療費所訂點數均已包括醫師診察費、病床費、護理費、精神醫療治療費及其他雜項成本，如不計價藥材成本、建築與設備成本、水電費支出、廢棄物處理、電子資料處理及行政作業成本等，不得另外申報第二部第二章第五節之精神醫療治療費。
- 五、申報治療性院外適應治療者（04010A、04011B），每三個月不得超過二十天，並限由主治醫師評估開立醫囑後執行，且不得申報本節之其他項目。
- 六、精神科日間住院照護病患，因精神科相關疾病至同一院所就醫，其費用已包含在日間住院治療費內，不得另外申報其他費用；若因其他非精神科相關疾病至同一院所就醫之處置治療費，除通則四規定內含項目（如診察費、病床費、護理費等費用）外，得另核實申報。惟若醫療院所當日未申報精神科日間住院治療費（含日間全天及日間半天），仍得核實申報診察費、病床費、護理費等相關費用。

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
04001A	一般慢性精神病床住院照護費（床/天）			v	v	816
04002B			v			922 714 806

第六節 調劑

通則：

- 一、藥品費依「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」有關規定辦理。
- 二、藥事服務費之成本，包含處方確認、處方查核、藥品調配、核對及交付藥品、用藥指導、藥歷管理及藥品耗損、包裝、倉儲、管理等費用。
- 三、醫院牙科門診申報本節門診藥事服務費用，應按調劑人員及處方類別，限申報 05203C、05204D、05224C、05225D、05207C、05208D、05211C 及 05212D 等項，惟 05219B、05220A 及 05221A 如符合相關規定，亦得申報。
- 四、本節各項目，皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之二十。（除基層院所外）
- 五、交付調劑醫療服務案件，診療之保險醫事服務機構，不得申報藥事服務費用。
- 六、依全民健康保險醫療辦法規定一次領取二個月或三個月用藥量之慢性病連續處方箋案件，其藥事服務費得相對申報二次或三次。
- 七、特約醫院藥事人員合理調劑量之計算，按月計算醫院各藥事人員合理調劑量，超過下列件數規定部分，其藥事服務費按支付點數之百分之五十支付。

(一)綜合醫院藥事人員合理調劑量：經參考財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會公告醫院評鑑基準及評量項目之藥事人員 C 級設置標準，各層級醫院合理調劑量如下：

1.醫學中心

- (1)住院處方每人每日四十件。
- (2)門、急診處方每人每日七十件。
- (3)特殊藥品處方每人每日十五件。

2.區域醫院

- (1)住院處方每人每日五十件；如採單一劑量每人每日四十件。
- (2)門、急診處方每人每日八十件。
- (3)特殊藥品處方每人每日十五件。

3.地區醫院

- (1)住院處方每人每日五十件；如採單一劑量每人每日四十件。
- (2)門、急診處方每人每日一百件。
- (3)特殊藥品處方每人每日十五件。

4.上述綜合醫院所提供之精神科住院處方調劑藥事服務，比照本項(二)之 1.「精神科醫院」計算合理調劑量。

(二)精神科醫院藥事人員合理調劑量：經參考財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會公告精神科醫院評鑑基準及評量項目之 C 級設置標準，各類精神科醫院合理調劑量如下：

1.精神科醫院

(1)住院處方

- A.急性精神病床及精神科加護病床合計，每人每日五十件。
- B.慢性精神病床每人每日二百件。
- C.精神科日間病房每人每日二百件。

(2)門、急診處方比照其對應之綜合醫院評鑑等級標準。

2.精神科教學醫院

(1)住院處方

- A.急性精神病床及精神科加護病床合計，每人每日四十件。
- B.慢性精神病床每人每日一百六十件。
- C.精神科日間病房每人每日一百六十件。

(2)門、急診處方比照其對應之綜合醫院評鑑等級標準。

(三)各醫院應於次月十五日前至保險人健保資訊服務系統(VPN)登錄藥師人數及藥師總工作人日數，若該月十五日適逢國定假日或例假日，則順延至下一個工作日。一百零四年一月起，醫院若無特殊理由未依規定於VPN登錄，則該院該月藥師總工作人日數以零計算。

八、前項醫院藥事人員合理調劑量計算原則：

(一)門、急診處方：係指本節各項門診藥事服務費診療項目。

(二)住院處方：係指本節各項住院藥事服務費診療項目。

(三)特殊藥品處方：係指本節放射性藥品處方之藥事服務費、全靜脈營養注射劑處方之藥事服務費、化學腫瘤藥品處方之藥事服務費等診療項目。

(四)藥事人員合理調劑量計算次序為特殊藥品、住院處方、門急診處方，超過合理調劑量依支付點數之百分之五十支付。

九、特約藥局如不符主管機關公告之「藥局設置作業注意事項」，其藥事服務費比照基層院所藥事人員調劑標準支付。

十、特約藥局及基層院所藥事人員合理調劑量(以每日實際調劑量計算)每人每日一百件，山地離島地區每人每日一百二十件，超過不予給付藥事服務費，特約藥局調劑件數不分處方來源一併計算。

十一、基層診所醫師兼具藥師資格者，於執登處所，依自開處方親自為藥品調劑者，以醫師親自調劑支付標準核給藥事服務費，且每日親自調劑處方以五十件為限，超過五十件不予給付藥費及藥事服務費。

十二、特約醫院、診所及藥局執業藥事人員依法提供報備支援之調劑服務，併入接受支援特約醫院、診所及藥局之合理調劑量計算，採遞補專任藥師剩餘之合理量。

十三、特約醫院、診所及藥局執業藥事人員產假期間，支援藥事人員得以該專任藥事人員數，依合理調劑量規定申報藥事服務費，其餘支援藥事人員則遞補剩餘之合理量。

編號	診療項目	特約藥局	基層院所		地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
			醫自 師調 親劑	藥員 事調 人劑				
05201A	門診藥事服務費（醫院部分） —一般處方給藥(7天以內)					v	v	55 61
05226B					v			49 54
05222A	—慢性病處方給藥13天以內					v	v	55 61
05227B					v			49 54
05205A	—慢性病處方給藥14-27天					v	v	64 70
05228B					v			57 63
05209A	—慢性病處方給藥28天以上					v	v	75 83
05229B					v			70 77
05202B	門診藥事服務費（診所及藥局部分） 每人每日80件內 (山地離島地區每人每日100件內) —一般處方給付(7天以內)	v						48 54
05203C				v				33
05204D			v					14
05223B	—慢性病處方給藥13天以內	v						48 54
05224C				v				33
05225D			v					14
05206B	—慢性病處方給藥14-27天	v						59 65

編號	診療項目	特約藥局	基層院所		地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
			醫自 師調 親劑	藥員 事調 人劑				
05207C				v				35
05208D			v					24
05210B	—慢性病處方給藥28天以上	v						69 <u>75</u>
05211C				v				45
05212D			v					35
05234D	門診藥事服務費（診所及藥局部分） 每人每日81-100件內 (山地離島地區每人每日101-120件內)	v		v				18 <u>20</u>
05213K	住院藥事服務費(天) —非單一劑量處方						v	51 <u>56</u>
05214A						v		39 <u>43</u>
05215B					v			35 <u>39</u>
05216K	—單一劑量處方						v	104 <u>114</u>
05217A						v		90 <u>99</u>
05218B					v			79 <u>87</u>
	註： 1.精神科日間住院病患申報藥事服務費，應以該病患實際日間住院治療之日數為限；至院外適應治療期間，不得再申報本項費用。 2.留置急診處暫留床二日以上者，自第二天起比照申報。 3.精神科日間住院病患及留置急診處暫留床病患不得申報單一劑量藥事服務費。							

肆、討論事項

討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱支付標準)

新增「高解析度食道壓力檢查」等4項診療項目案，提請討論。

說明：

一、依據本署109年第7次、9次支付標準專家諮詢會議決議辦理(附件1-1~1-2，頁次討1-4~1-10)。

二、新增「高解析度食道壓力檢查」等4項診療項目，推估增加支出約116.34百萬點。重點說明如下：

(一) 新增「高解析度食道壓力檢查」診療項目，詳表一序號1(附件2，頁次討1-11)：

1. 依109年第7、9次專家諮詢會議結論(同附件1-1~1-2，頁次討1-4~1-10)，本項目係目前國際食道功能檢測指引之必要檢查，可完全取代編號30506B「食道機能檢查」，同意新增本項目；惟考量健保財務預算，故明訂適應症範圍及執行頻率。

2. 財務評估：建議支付點數11,663點，按108年「食道機能檢查」醫令數成長率36.5%，推估109年執行次數約1,597次，並扣除替代項目點數後，推估增加支出16.11百萬點。

(二) 新增「耳內視鏡檢查」診療項目，詳表一序號2(附件2，頁次討1-11)：

1. 依109年第9次專家諮詢會議結論(同附件1-2，頁次討1-5~1-10)，本項目用於評估外耳道、骨膜及中耳情形，非傳統一般耳鏡檢查，可避免外耳道彎曲狹窄造成之觀察死角，提供清晰影像做為臨床治療之依據，爰同意新增本項目，並訂定適應症範圍及執行頻率。

2. 財務評估：建議支付點數645點，依適應症範圍預估手術

前、後須檢查約 48,019 人次，推估增加支出 30.97 百萬點。

(三) 新增「間變性淋巴瘤激酶(ALK)突變體外診斷醫療器材檢測 (IVD)-IHC 法」診療項目，詳表一序號 3 (附件 2，頁次討 1-12)：

1. 依 109 年第 9 次專家諮詢會議結論 (同附件 1-2，頁次討 1-5~1-10)，本項目為肺癌標靶藥物 ALK 抑制劑(crizotinib、ceritinib、alectinib)前，應執行之伴隨式檢測，並考量臨床作業常規及本保險財務，同意新增給付於 EGFR 基因檢測為陰性時，以 IHC 方法執行之 ALK 檢測。
2. 財務評估：建議支付點數 7,294 點，依健保肺癌 EGFR 基因突變標靶藥物使用情形，推估 EGFR 陰性得接受 ALK 檢測之人數約 6,436 人，推估增加支出 46.94 百萬點。

(四) 新增「多次入睡睡眠檢查」診療項目，詳表一序號 4 (附件 2，頁次討 1-12)：

1. 依 109 年第 9 次專家諮詢會議結論 (同附件 1-2，頁次討 1-5~1-10)，因本項目與編號 17008B「睡眠多項生理檢查」之檢查方式不同，但均為診斷猝睡症之國際標準方式，且現行藥品給付規定猝睡症病人初次及每年延展使用 Modafinil，須檢附「多次入睡睡眠檢查」報告，爰同意新增本項目，以符合臨床所需。
2. 財務評估：建議支付點數 7,623 點，依每年接受猝睡症診斷之人數約 3,000 人，再扣除 108 年診斷為猝睡症或原發性嗜睡症者，連續申報第 2 次「睡眠多項生理檢查」之醫令件數，推估增加支出 22.32 百萬點。

三、預算來源：本次新增「高解析度食道壓力檢查」等 4 項診療項目案，推估增加支出約 116.34 百萬點，由 109 年醫院總額新醫療科技項下預算 450 百萬元支應。

擬辦：本案經討論後如獲同意，增修支付標準表（詳附件 3，頁次討
1-17~1-19），並依程序報請衛生福利部核定後公布實施。

109 年度第 7 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」

會議紀錄

壹、時間：109 年 08 月 12 日上午 9 點 30 分

貳、地點：台北市信義路 3 段 140 號 18 樓禮堂

參、主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：簡詩蓉

肆、出席專家：略。

伍、請假專家：略。

陸、列席單位及人員：略。

柒、主席致詞：略。

捌、確認上次會議紀錄：確認。

玖、報告事項：

一、專家諮詢會議決議辦理情形。

決定：洽悉。

壹拾、討論事項：

二、台灣胃腸神經與蠕動學會建議新增「高解析度蠕動壓力測量」診療項目案。

討論重點：

- (一) 與會專家建議本項適應症及禁忌症須再限縮，並提供明確定義，且請提案單位釐清及說明本項對於病人屬 must have 或 nice to have。對病人後續治療及照護之影響，並審酌新增本項後，是否完全取代既有項目。
- (二) 提案單位表示所提適應症範圍係參考美國胃腸病學會 (AGA) 指引，惟因配合健保署新增診療項目申請表中，適應症需填列 ICD-10-CM 代碼之要求，列出較廣泛之適應症建議；同意本項適應症範圍可比照 30523B「多管腔食道內阻抗及酸鹼度檢測」之規範，並做後續文字修正。另現行本項於亞洲國家中，多屬自費市場，未納入保險給付範圍，且導管採購價格至今仍呈上升趨勢。

結論：本案暫保留，因原提案單位建議適應症過於廣泛，考量本項單價高恐造成健保財務衝擊，爰請提案單位及消化系醫學會修正適應症及支付規範後，再提會討論。

壹拾壹、臨時動議：無。

壹拾貳、散會：12 時 40 分。

109 年度第 9 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」

會議紀錄

壹、時間：109 年 11 月 11 日上午 9 點 30 分

貳、地點：台北市信義路 3 段 140 號 18 樓禮堂

參、主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：許博淇

肆、出席專家：略。

伍、請假專家：略。

陸、列席單位及人員：略。

柒、主席致詞：略。

捌、確認上次會議紀錄：確認。

玖、報告事項：

一、專家諮詢會議決議辦理情形。

決定：洽悉。

二、110 年專家諮詢會議召開時程。

決定：洽悉。

壹拾、討論事項：

一、台灣睡眠醫學學會及台灣胸腔暨重症加護醫學會建議新增「日間多次入睡檢查(MSLT)」診療項目案。

討論重點：

- (一) 提案單位表示因現行臨床實務，若為鑑別診斷及治療「猝睡症」之患者，需於執行「PSG 睡眠多項生理檢查」後，隔日再執行「MSLT 日間多次入睡檢查」，惟目前僅前者列為健保醫療服務給付項目(編號 17008B「PSG 睡眠多項生理檢查」)，故建議新增本項。
- (二) 與會專家同意列入全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱支付標準)予以正名，以供臨床執行申報。惟提案單位原建議新增診療項目名稱為「日間多次入睡檢查」，與會專家建議應比照猝睡症相關用藥 Modafinil 之藥品給付規定(最新版本於 109 年 12 月 1 日修訂生效)，修訂為「多次入睡睡眠檢查(MSLT)」。
- (三) 專科別限制：與會專家建議除比照猝睡症之藥品給付規定訂定外，考量兒童亦有本項檢查執行需求，故建議新增兒童神經科及兒童胸腔科。

- (四) 人員資格及設備要求：現行睡眠機構、技師、睡眠專科醫師係由睡眠醫學學會認證，考量該學會非部定專科別，不宜列入支付規範規定，建議醫院之執行人員或設備仍應符合睡眠認證相關規定，惟由醫院自我管理，以維護該項目之醫療品質及安全。
- (五) 考量本項檢查項目包含腦波圖、眼動圖、心電圖、下顎肌電圖，故與會專家同意本項檢查列於支付標準-神經系統檢查章節，另原 17008B 「睡眠多項生理檢查」因主要係為呼吸功能檢查，故仍維持列於支付標準-呼吸機能檢查章節。

結論：

- (一) 本案經專家充分討論後同意新增，說明如下：
1. 診療項目名稱：多次入睡睡眠檢查(Multiple Sleep Latency Test, MSLT)。
 2. 適應症：
 - (1) 疑似猝睡症之診斷與追蹤。
 - (2) 疑似原發性嗜睡症之診斷。
 3. 以下 2 項情況不適用：
 - (1) 不得做為阻塞性睡眠呼吸中止症起初評估或診斷的工具，或接受治療後的療效評估。
 - (2) 不得做為例行性內科或神經系統疾病(除猝睡症外)、失眠症、晝夜節律失調的嗜睡度評估。
 4. 支付點數：7,623 點。
 5. 支付規範內容如下：
 - (1) 適用類別：限地區醫院以上，門住診均可使用。
 - (2) 限胸腔內科、神經內科、精神科、耳鼻喉科、兒童神經科及兒童胸腔科醫師執行。
 - (3) 執行頻率：每人每年執行一次。
 - (4) 申報時須檢附本項檢查報告。
- (二) 本項檢查列於支付標準-神經系統檢查章節。

二、台灣胃腸神經與蠕動學會建議新增「高解析度蠕動壓力測量」診療項目案。

討論重點：

- (一) 提案單位表示美國胃腸病學院 (ACG) 最新的食道功能檢測指引，明確建議針對阻塞性食道症狀病人、難治型胃食道逆流病人與將進行侵入性治療胃食道逆流病人，應使用本項目評估，而不建議使用傳統食道機能檢查，故本項目為必要之檢查。
- (二) 與會專家同意列入支付標準，以供臨床執行申報。惟提案單位原建議新增診療項目名稱為「高解析度蠕動壓力測量」，為明確定義本項目適用範圍，與會專家建議應參考傳統項目及現行醫療院所之檢查同意書，修訂為「高解析度食道壓力檢查」。
- (三) 提案單位依 109 年第 7 次本會議決議，經與台灣消化系醫學會討論後，已參照「多管腔食道內阻抗及酸鹼度測定(30523B)」限縮適應症，並修訂禁忌症之規範。其中與會專家建議 18 歲以下兒童及嬰兒食道逆流症狀，應同時符合「治療至少四週以上反應不佳者」之條件。
- (四) 與會專家建議執行人員僅需訂定醫師之專科別限制，而執行醫師之資格認證（如實務操作、軟體訓練等認證）由醫療院所自行規範，以維護醫療品質及安全。

結論：本案經專家充分討論後同意新增，說明如下：

- (一) 診療項目名稱：高解析度食道壓力檢查。
- (二) 適應症：
 1. 吞嚥困難，經上消化道內視鏡檢查或食道攝影檢查評估後，疑似食道蠕動功能異常疾病（如食道弛緩不能症者）。
 2. 難治性之胃食道逆流症狀（持續的火燒心、胃酸逆流、不明原因胸痛、慢性咳嗽、氣喘、喉嚨異物感或聲音沙啞），經相關專科醫師診查後，經上消化道內視鏡或 24 小時食道酸鹼度測定檢查後，且經藥物（如質子幫浦抑制劑，PPI）治療至少八週以上反應不佳者。
 3. 18 歲以下兒童及嬰兒胃食道逆流症狀（如持續性嘔吐、火燒心、胃酸逆流、不明原因胸痛、慢性咳嗽、難治性兒童氣喘、喉嚨異物感、聲音沙啞、嬰幼兒呼吸中止或心搏過慢），經相關專科醫師診治至少四週以上反應不佳者。
 4. 18 歲以下兒童及嬰兒因吞嚥困難，進行胃造瘻術（gastrostomy）之術前評估。
 5. 食道蠕動功能異常疾病（如食道弛緩不能症）接受內視鏡治療或手術治療後之評估。

6. 胃食道逆流症患者接受外科逆流手術治療前之評估，及術後仍有符合前述症狀之追蹤。

(三) 禁忌症：

1. 造成食道管腔狹窄或阻塞之良性食道疾病或惡性食道腫瘤。
2. 食道破裂。
3. 食道出血。
4. 急性上呼吸道感染。

(四) 支付點數：11,663 點。

(五) 支付規範如下：

1. 適用類別：限地區醫院以上，門住診均可使用。
2. 限內科、外科、兒科、耳鼻喉科及復健科醫師執行。
3. 執行頻率：每人每年最多執行 1 次；如有接受內視鏡或手術治療，則最多可執行 2 次。
4. 不得同時申報 30506B 食道機能檢查。
5. 本項目支付點數已含微晶片導管費用。

四、台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會建議新增「耳內視鏡檢查」診療項目案。

討論重點：

- (一) 適應症：與會專家同意除原提案單位所列適應症範圍外，另納入「外耳道腫瘤」，並為避免誘發需求，建議慢性中耳炎及積液性中耳炎皆應同時符合「需評估耳科手術」之條件。
- (二) 提案單位雖表示本項目除用於治療前後之比較外，亦可用於檢查，考量實務需要及避免誘發需求，與會專家建議執行頻率訂為「手術前後各執行一次」，並不以時間範圍限制可執行次數。
- (三) 專科別限制：經釐清本項目不含傳統耳鏡檢查，且涉相關專業，與會專家及台灣兒科醫學會皆同意本項目限耳鼻喉科執行。
- (四) 與會專家同意以「主次診斷符合適應症者」統計手術前須檢查人數，並以「主次診斷符合適應症，且合併有執行耳科手術者」統計手術後須檢查人數，做為本項之財務影響評估。

結論：本案經專家充分討論後同意新增，說明如下：

- (一) 診療項目名稱：耳內視鏡檢查。
- (二) 適應症：
 1. 外耳道狹窄或異物。

2. 外耳道或中耳腫瘤。
 3. 膽脂瘤。
 4. 慢性中耳炎或積液性中耳炎且需評估耳科手術者
- (三) 禁忌症：外耳道閉鎖。
- (四) 支付點數：645 點。
- (五) 支付規範如下：
1. 適用類別：地區醫院以上，門、住診均可使用。
 2. 限耳鼻喉專科醫師執行。
 3. 限手術前後各執行一次。
 4. 申請費用時檢附之醫療病歷紀錄須包含鼓膜、耳道、中耳腔影像。

五、臺灣病理學會建議新增「ALK 體外診斷醫療器材檢測」案。

討論重點：

- (一) 考量本項為藥物之伴隨式檢測，為落實精準醫療，以確保藥物治療有效性，與會專家同意新增本項，惟考量現行多數院所無常規、或於第一線即採用 FISH 方法，故建議本項僅新增 IHC 方法，不建議新增 FISH 方法。
- (二) 本項提案單位建議支付點數為 6,237 點，低於本署校正後支付點數 7,294 點，主因係提案單位以 100 年調查成本參數計算，而非使用最新 108 年調查成本參數計算，考量一致性，與會專家同意採用本署校正後點數。
- (三) 與會專家同意本署所提建議「EGFR 基因檢測為陰性時，才可執行 ALK 基因檢驗」，以有效運用健保資源，並配合修訂本項適應症。
- (四) 文獻資料顯示台灣非小細胞肺腺癌之 EGFR 突變陽性盛行率為 57%，本署依健保申報資料之 EGFR 突變檢測與後續使用 EGFR 標靶藥物之人數計算，陽性率則為 45%，與會專家同意以本署申報資料所得統計值進行財務影響評估。

結論：本案經專家充分討論後同意新增，說明如下：

- (一) 診療項目名稱：間變性淋巴瘤激酶(ALK)突變體外診斷醫療器材(IVD) 檢測。
- (二) 適應症：
 1. 限復發或轉移性(第IV期)之非小細胞且非鱗狀上皮肺癌，於 EGFR 基因檢測為陰性時得申請檢測。

2. 第ⅢB期及第ⅢC期，經肺癌多專科團隊討論，無法以外科手術完全切除、且不適合放射化學治療，於EGFR基因檢測為陰性時得申請檢測。

(三) 支付點數：7,294點。

(四) 支付規範如下：

1. 限以IHC方法學執行。
2. 適用類別：限地區醫院以上，門住診均可使用。
3. 限使用食品藥物管理署核准之第三等級醫療器材檢測試劑操作，並於檢測報告上註明方法學與檢測平台。
4. 限解剖病理專科醫師簽發報告，並於檢測報告上加註專科醫師證書字號。
5. 限符合適應症規範者用藥前之伴隨式檢測，每人終生限給付一次。

壹拾壹、臨時動議：無。

壹拾貳、散會：12時50分。

表一、109 年建議新增醫療服務給付項目及財務影響評估彙整表(計 4 項目)

序號	中文名稱	主要臨床功能及目的	適應症/支付規範	建議支付點數(含一般材料費) A	被替代項目及替代率				預估年執行量 F	預估年增點數(百萬點) G= ①A*F ②E*D*F ③A*F-B*C*D ④A*F-F*D*B		
					被替代診療項目	中文名稱	支付點數 B	醫令申報量 C (108 年)			替代率 D	點數差值 E=A-B
1	高解析度食道壓力檢查	以高解析度蠕動壓力測量導管放入食道及胃中，測量病人靜止與吞嚥時食道蠕動功能、食道括約肌壓力及位置，測量資訊完整、容易判讀，且與目前國際食道蠕動檢查診斷名稱(芝加哥分類)接軌，取代現行之食道機能檢查。	<p><u>1.適應症：</u></p> <p>(1)吞嚥困難，經上消化道內視鏡檢查或食道攝影檢查評估後，疑似食道蠕動功能異常疾病(如食道弛緩不能症)。</p> <p>(2)難治性之胃食道逆流症狀(持續的火燒心、胃酸逆流、不明原因胸痛、慢性咳嗽、氣喘、喉嚨異物感或聲音沙啞)，經相關專科醫師診查後，經上消化道內視鏡或 24 小時食道酸鹼度測定檢查後，且經藥物(如質子幫浦抑制劑，PPI)治療至少八週以上反應不佳者。</p> <p>(3)18 歲以下兒童及嬰兒胃食道逆流症狀(如持續性嘔吐、火燒心或胃酸逆流、不明原因胸痛、慢性咳嗽、難治性兒童氣喘、喉嚨異物感、聲音沙啞、嬰幼兒呼吸中止或心搏過慢)，經相關專科醫師診治至少四週以上反應不佳者。</p> <p>(4)18 歲以下兒童及嬰兒因吞嚥困難，進行胃造瘻術(gastrostomy)之術前評估。</p> <p>(5)食道蠕動功能異常疾病(如食道弛緩不能症)接受內視鏡治療或手術治療後之評估。</p> <p>(6)胃食道逆流症患者接受外科逆流手術治療前之評估，及術後仍有符合前述症狀之追蹤。</p> <p><u>2.禁忌症：</u></p> <p>(1)造成食道管腔狹窄或阻塞之良性食道疾病或惡性食道腫瘤。</p> <p>(2)食道破裂。</p> <p>(3)食道出血。</p> <p>(4)急性上呼吸道感染。</p> <p><u>3.支付規範：</u></p> <p>(1)執行頻率：每人每年限執行 1 次，如有接受內視鏡或手術治療者，則最多可執行 2 次。</p> <p>(2)限內科、外科、兒科及耳鼻喉科及復健科醫師執行。</p> <p>(3)不得同時申報 30506B 食道機能檢查。</p> <p>(4)內含一般材料費及「微晶片導管」材料費。</p>	11,663	30506B	食道機能檢查	1,577		100%	10,086	1,597 (註 1)	16.11 ②
2	耳內視鏡檢查	用於評估外耳道、骨膜及中耳情形，非傳統一般耳鏡檢查，可避免外耳道彎曲狹窄造成之觀察死角，並提供清晰的影像，達到醫病共享決策。	<p><u>1.適應症：</u></p> <p>(1)外耳道狹窄或異物。</p> <p>(2)中耳或外耳道腫瘤。</p> <p>(3)膽脂瘤。</p> <p>(4)慢性中耳炎或積液性中耳炎，且需評估耳科手術者。</p> <p><u>2.禁忌症：</u>外耳道閉鎖。</p> <p><u>3.支付規範：</u></p> <p>(1)限耳鼻喉科專科醫師執行。</p> <p>(2)限手術前後各執行 1 次。</p> <p>(3)申報時檢附之病歷紀錄須包含鼓膜、耳道、中耳腔影像。</p>	645							48,019 (註 2)	30.97 ①
3	間變性淋巴瘤激酶(ALK)突變體外診	ALK 檢測係伴隨式診斷，於使用健保給付藥物 ALK 抑制劑	<p><u>1.適應症：</u></p> <p>(1)限復發或轉移性(第IV期)之非小細胞且非鱗狀上皮肺癌，於</p>	7,294							6,436 (註 3)	46.94 ①

序號	中文名稱	主要臨床功能及目的	適應症/支付規範	建議支付點數(含一般材料費) A	被替代項目及替代率					預估年執行量 F	預估年增點數 (百萬點) G= ①A*F ②E*D*F ③A*F-B*C*D ④A*F-F*D*B	
					被替代診療項目	中文名稱	支付點數 B	醫令申報量 C (108年)	替代率 D			點數差值 E=A-B
	斷醫療器材檢測(IVD)-IHC法	(crizotinib、ceritinib、alectinib)前應執行之檢測。	<u>EGFR 基因檢測為陰性時得申請檢測。</u> <u>(2)第ⅢB 期及第ⅢC 期，經肺癌多專科團隊討論，無法以外科手術完全切除、且不適合放射化學治療，於 EGFR 基因檢測為陰性時得申請檢測。</u> 2.支付規範： <u>(1)限使用食品藥物管理署核准之第三等級醫療器材檢測試劑操作，並於檢測報告上註明方法學與檢測平台。</u> <u>(2)限解剖病理專科醫師簽發報告，並於檢測報告上加註專科醫師證書字號。</u> <u>(3)限符合適應症規範者用藥前之伴隨式檢測，每人終生限給付 1 次。</u>									
4	多次入睡睡眠檢查(Multiple Sleep Latency Test,MSLT)	為診斷猝睡症及原發性嗜睡症之檢查，且現行「藥品給付規定」猝睡症病人初次及每年延展使用 Modafinil 須檢附 MSLT 之報告，爰新增本項檢查，以符合臨床所需。	1.適應症： <u>(1)疑似猝睡症之診斷與追蹤。</u> <u>(2)疑似原發性嗜睡症之診斷。</u> <u>(3)以下 2 項情況不適用：</u> <u>A.不得作為阻塞性睡眠呼吸中止症起初評估或診斷的工具，或接受治療後的療效評估。</u> <u>B.不得作為例行性內科或神經系統疾病(除猝睡症外)、失眠症、晝夜節律失調的嗜睡度評估。</u> 2.支付規範： <u>(1)每人每年限執行 1 次。</u> <u>(2)限胸腔內科、神經內科、精神科、耳鼻喉科、兒童神經科及兒童胸腔科醫師執行。</u> <u>(3)申報時須檢附本項檢查報告。</u>	7,623	17008B	睡眠多項生理檢查	4,535	1,436	8.5%	3,088	3,000 (註 4)	22.32 ③
4 項新增項目 小計											116.34	

註 1：統計編號 30506B「食道機能檢查」件數，107 年計 857 件，108 年計 1,170 件，按其成長率 36.5%推估 109 年約 1,597 次。

註 2：

(1)統計主次診斷符合適應症之人數，107 年計 702,827 人，108 年計 713,578 人，按其成長率 1.53%推估 110 年約 735,581 人，並以耳鼻喉頭頸外科醫學會建議 5%做為「手術前須檢查」人數計算(735,581*5%=36,779)。

(2)統計上述診斷且合併執行耳科手術者，107 年計 10,712 人，108 年計 10,885 人，按其成長率 1.62%推估 110 年約 11,240 人，做為「手術後須檢查」人數。

(3)合計上述「手術前須檢查」及「手術後須檢查」之人數約 48,019 人次。

註 3：依健保肺癌 EGFR 基因突變標靶藥物使用情形，推估 110 年用藥人數約 5,266 人，按本署藥物申報資料庫統計 EGFR 突變陽性率 45%，回推估計 110 年 EGFR 受測人數(陽性+陰性)約 11,702 人，再以 EGFR 突變陰性率 55%計算，ALK 受測人數約 6,436 人。

註 4：以猝睡症之盛行率(25 人/十萬人)及發生率(0.74 人/十萬人)預估，每年猝睡症者約 6,000 人，其中 50%接受診斷約計 3,000 人；扣除 108 年診斷為猝睡症或原發性嗜睡症者，連續申報第 2 次「睡眠多項生理檢查(17008B)」之件數計 122 件(1436*8.5%)。

003-1診療項目成本分析表(108年新參數校正)

現有項目新增項目

項目名稱：高解析度食道壓力檢查
 提案單位：台灣胃腸神經及蠕動學會
 錄案編號：107-1022

單位：元

		人員別	人數	每人每分鐘成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計	說明	
用人成本	1.主治醫師以上		1	39.1	90	3,519	3,999		
	2.住院醫師								
	3.護理人員								
	4.醫事人員		1	8	60	480			
	5.行政人員								
	6.工友、技工		1		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			
	紙杯	個		1.0	-	5,541	非醫療器材，屬作業及管理費用		
	鼻棉籤	支	0.40	1.00	0.4				
	紗布	包	9.50	0.50	4.8				
	2% Lido Jelly	條	43.00	0.05	2.2				
	10% Xylocaine	瓶	531.30	0.05	26.6				
	10cc空針	支		1.0	-				
	3M紙膠	個	8.00	0.1	0.4				
	檢驗手套	雙	1.57	2.00	3.1				
	酵素清潔劑	瓶	1,850.00	0.00	1.9				
	消毒液	瓶	1000.00	0.07	70.0				
	紙巾	包		0.1	-				
	衛生紙	包		0.1	-				
微晶片導管	1條1,500,000，可用300人次(每次5,000元)		1,500,000	0.003	5,429			屬已核價特材，得另核實申報	
感染垃圾帶	包	31.00	0.10	3.1					
設備費用	名稱	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本		
	腸胃蠕動壓測量儀	3,000,000	7	4.4	80	353	772		
	內視鏡清洗消毒機	660,000	7	1.0	30	29			
	血壓計	75,500	7	0.1	5	1			
	檢查床	66,000	7	0.1	55	5			
	小計					388			
非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %					110				
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(分)	成本小計			
	114坪	4,838,360	50	0.93	110	102.7			
	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)×28.7%					172			
直接成本合計							10,312		
作業及管理費用(直接成本×13.1%)							1,351		
成本總計							11,663		

003-1 診療項目成本分析表(108年新參數校正)

 現有項目
 新增項目

項目名稱：耳內視鏡檢查

提案單位：台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會

錄案編號：106-1017

單位：元

直 接 成 本	人 員 別		人 數		每人每分鐘 成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計	
	用 人 成 本	1.主治醫師以上		1		39.1	9	352	443
		2.住院醫師		1		16.5	9	-	
		3.護理人員		1		7.6	12	91	
		4.醫事人員							
		5.行政人員		1		5.9	3	-	
		6.工友、技工		1		5.4	3	-	
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	
	沖洗棉籤		包		2.00	2.00	4	68	
	無菌紗布塊4*4吋		片		4.00	2.00	8		
	無菌手套		付		12.0	2.00	24		
	xylocaine 4%		瓶		55.0	0.10	6		
	消毒液		桶		1,200.0	0.02	24		
	耳用鑷子		次		2.5	1.00	3		
設 備 費 用	名 稱		取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計		合計成本
	耳內視鏡		100,000	7	0.1	6	1	59	
	內視鏡影像監視系統		2,300,000	7	3.4	6	20.3		
	ENT治療椅		1,300,000	7	1.9	6	11.5		
	小計						33		
非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %						9			
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(分)	成本小計	59	
	20		3,584,000	50	0.69	6	4.1		
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)×28.7%							13		
直接成本合計								570	
作業及管理費用(直接成本×13.1%)								75	
成本總計								645	

003-1 診療項目成本分析表(108年新參數校正)

現有項目 新增項目

項目名稱：ALK免疫組織化學染色 (ALK IHC)

提案單位：台灣病理學會

錄案編號：109-1030-2

單位：元

人員別	人數	每人每分鐘 成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計	備註
用人成本	1.主治醫師以上	1	39.1	15	587	1,067
	2.住院醫師					
	3.護理人員					
	4.醫事人員	1	8	60	480	
	5.行政人員					
	6.工友、技工					
品名	單位	單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計	除以近4季醫院總額部門浮動點值之平均值(108Q3-109Q2為0.9464)
VENTANA ALK (D5F3)	Kit (50 Test/Kit)	100,000	0.02	2,113	3,271	
VENTANA OptiView DAB Detection Kit	Kit (250 Test/Kit)	60,000	0.008	480		
VENTANA OptiView Amplification Kit	Kit (50 Test/Kit)	10,000	0.040	400		
Ventana Rabbit Negative Control	Kit (250 Test/Kit)	10,000	0.004	40		
Ventana Hematoxylin II Counterstain	Kit (250 Test/Kit)	2,500	0.008	20		
Ventana Bluing Reagent	Kit (250 Test/Kit)	2,500	0.008	20		
Ventana EZ Prep Reagent	Bottle	12,000	0.004	48		
Ventana Liquid Coverslip Reagent	Bottle	2,500	0.01	25		
Ventana SSC (10X)	Bottle	4,000	0.001	4		
Ventana Reaction Buffer (10X)	Bottle	2,500	0.01	25		
Ventana Cell Conditioning 1	Bottle	15,000	0.004	60		
Barcode labels	PC	25,000	0.0008	20		
Coating slides	PC	800	0.02	16		
名稱	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	估用時間(分)		成本小計
切片機	190,000	7	0.3	5	1	2,111
烘箱	16,000	7	0.0	50	1	
BenchMark XT免疫及原位雜交自動 染色儀	2,730,000	7	4.0	300	1,204	
封片機	300,000	7	0.4	10	4.4	
亮視野顯微鏡	200,000	7	0.3	15	4.4	
小計					1,215	
非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %					344	
平方公尺或坪數	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	估用時間(分)	成本小計	2,111
15	1,090,843	50	0.21	385	81.0	
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)×28.7%					471	
直接成本合計					6,449	
作業及管理費用(直接成本×13.1%)					845	
成本總計					7,294	

003-1 診療項目成本分析表(108年新參數校正)

 現有項目
 新增項目

項目名稱：日間入睡睡眠檢查 (MSLT)

提案單位：台灣胸腔暨重症加護醫學會、台灣睡眠醫學學會

錄案編號：1091031

單位：元

	人員別		人數	每人每分鐘成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計	備註	
	用人成本	1.主治醫師以上		1	39.1	20	782	4,622	
2.住院醫師									
3.護理人員									
4.醫事人員		1	8	480	3,840				
5.行政人員									
6.工友、技工		1	5.4	30	-		已列入作業及管理費用		
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		
	腦波電極線			16000.00	0.02	320	398		
	T-20腦波土		盒	450.00	0.05	23			
	磨砂膏		條	415.0	0.05	21			
	3 X3 紗布		塊	68.5	0.10	7			
	75%酒精棉片		片	40.0	0.50	20			
	3M紙膠		捲	80	0.10	8			
	衛生紙		包	10	0.5	-			非屬醫療材料
	衛生紙		張	2	5	-			非屬醫療材料
	設備費用	名稱		取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額		佔用時間(分)	成本小計
睡眠檢查儀與維護		900,000	7	1.3	480	635		1,720	
電動病床耗損		49,000	7	0.1	480	35			
硬碟儲存伺服器		400,000	7	0.6	480	282.2			
病床隔音板		100,000	7	0.1	480	70.5			
小計						1,022			
非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %						289			
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(分)	成本小計		
	3		270,894	50	0.05	480	25.1		
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) × 28.7%						384			
直接成本合計							6,740		
作業及管理費用(直接成本 × 13.1 %)							883		
成本總計							7,623		

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

第十四項 神經系統檢查 Neurological Test (20001-2004~~3~~4)

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
20044B	<u>多次入睡睡眠檢查</u> <u>Multiple Sleep Latency Test(MSLT)</u> 註： <u>1.適應症：</u> <u>(1)疑似猝睡症之診斷與追蹤。</u> <u>(2)疑似原發性嗜睡症之診斷。</u> <u>(3)以下二項情況不適用：</u> <u>A.不得作為阻塞性睡眠呼吸中止症起初評估或診斷的工具，或接受治療後的療效評估。</u> <u>B.不得作為例行性內科或神經系統疾病(除猝睡症)、失眠症、晝夜節律失調的嗜睡度評估。</u> <u>2.支付規範：</u> <u>(1)每人每年限執行一次。</u> <u>(2)限胸腔內科、神經內科、精神科、耳鼻喉科、兒童神經科及兒童胸腔科醫師執行。</u> <u>(3)申報時須檢附本項檢查報告。</u>		Y	Y	Y	7623

第二十一項 內視鏡檢查 Endoscopy Examination (28001-280445)

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>28045B</u>	<u>耳內視鏡檢查</u> <u>Otoendoscopy</u> 註： <u>1.適應症：</u> <u>(1)外耳道狹窄或異物。</u> <u>(2)中耳或外耳道腫瘤。</u> <u>(3)膽脂瘤。</u> <u>(4)慢性中耳炎或積液性中耳炎，且需評估耳科手術者。</u> <u>2.禁忌症：外耳道閉鎖。</u> <u>3.支付規範：</u> <u>(1)限耳鼻喉科專科醫師執行。</u> <u>(2)限手術前後各執行一次。</u> <u>(3)申報時檢附之病歷紀錄須包含鼓膜、耳道、中耳腔影像。</u>		<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>645</u>

第二十四項 伴隨式診斷 Companion Diagnostics (30101-301035)

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>30105B</u>	<u>間變性淋巴瘤激酶(ALK)突變體外診斷醫療器材檢測</u> <u>(IVD)-IHC法</u> <u>(ALK in vitro diagnostics testing-IHC method)</u> 註： <u>1.適應症：</u> <u>(1)限復發或轉移性(第IV期)之非小細胞且非鱗狀上皮肺癌，於EGFR基因檢測為陰性時得申請檢測。</u> <u>(2)第III B期及第III C期，經肺癌多專科團隊討論，無法以外科手術完全切除、且不適合放射化學治療，於EGFR基因檢測為陰性時得申請檢測。</u> <u>2.支付規範：</u> <u>(1)限使用食品藥物管理署核准之第三等級醫療器材檢測試劑操作，並於檢測報告上註明方法學與檢測平台。</u> <u>(2)限解剖病理專科醫師簽發報告，並於檢測報告上加註專科醫師證書字號。</u> <u>(3)限符合適應症規範者用藥前之伴隨式檢測，每人終生限給付一次。</u>		<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>7294</u>

第二十五項 其他檢查 Other Test (30501-30525)6

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
30526B	<p><u>高解析度食道壓力檢查</u> <u>High Resolution Esophageal Manometry</u> <u>註：</u> <u>1.適應症：</u> <u>(1)吞嚥困難，經上消化道內視鏡檢查或食道攝影檢查評估後，疑似食道蠕動功能異常疾病（如食道弛緩不能症者）。</u> <u>(2)難治性之胃食道逆流症狀（持續的火燒心、胃酸逆流、不明原因胸痛、慢性咳嗽、氣喘、喉嚨異物感或聲音沙啞），經相關專科醫師診查後，經上消化道內視鏡或二十四小時食道酸鹼度測定檢查後，且經藥物（如質子幫浦抑制劑，PPI）治療至少八週以上反應不佳者。</u> <u>(3)十八歲以下兒童及嬰兒胃食道逆流症狀（如持續性嘔吐、火燒心或胃酸逆流、不明原因胸痛、慢性咳嗽、難治性兒童氣喘、喉嚨異物感、聲音沙啞、嬰幼兒呼吸中止或心搏過慢），經相關專科醫師診治至少四週以上反應不佳者。</u> <u>(4)十八歲以下兒童及嬰兒因吞嚥困難，進行胃造瘻術（gastrostomy）之術前評估。</u> <u>(5)食道蠕動功能異常疾病（如食道弛緩不能症）接受內視鏡治療或手術治療後之評估。</u> <u>(6)胃食道逆流症患者接受外科逆流手術治療前之評估，及術後仍有符合前述症狀之追蹤。</u> <u>2.禁忌症：</u> <u>(1)造成食道管腔狹窄或阻塞之良性食道疾病或惡性食道腫瘤。</u> <u>(2)食道破裂。</u> <u>(3)食道出血。</u> <u>(4)急性上呼吸道感染。</u> <u>3.支付規範：</u> <u>(1)執行頻率：每人每年限執行一次，如有接受內視鏡或手術治療者，則最多可執行二次。</u> <u>(2)限內科、外科、兒科及耳鼻喉科及復健科醫師執行。</u> <u>(3)不得同時申報30506B食道機能檢查。</u> <u>(4)內含一般材料費及「微晶片導管」材料費。</u></p>		Y	Y	Y	11663

討論事項

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之「腹膜透析追蹤處置費」及「全自動腹膜透析機相關費用」修訂案。

說明：

- 一、依 109 年 12 月 2 日全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議決議辦理。
- 二、現行支付規範(與本案相關部分)如下：
 - (一) 腹膜透析追蹤處置費(58011C、58017C)：每月申報一次，病人因故中途停止治療或入院後未使用者，則按比例扣除未治療天數費用。
 - (二) 全自動腹膜透析機相關費用(58028C)：
 1. 限居家長期使用全自動腹膜透析治療病人申報。
 2. 每月每一病人限申報一次。包含租金、保養、維修及管理費用。
 3. 病人因故中途停止治療或入院後未使用自動腹膜透析者，則按比例扣除未治療天數費用。
- 三、依考量上述支付標準對醫療實務運作存有疑義，台灣腎臟醫學會建議修訂旨揭項目支付規範內容，本案業經 109 年 12 月 2 日門診透析預算研商議事會議 109 年第 1 次臨時會討論通過，修訂重點如下：
 - (一) 腹膜透析追蹤處置費(58011C、58017C)：
 1. 修訂支付規範註 3 文字為「病人改變治療模式或停止透析治療，則按比例扣除未治療天數費用」。
 2. 增列「病人因故住院仍持續接受腹膜透析治療，費用由住院之院所申報」之規定。
 3. 為能確實掌握腹膜透析病人治療情形，並正確申報，建議新增支付規範「申報腹膜透析追蹤處置費應確實追蹤病人治療情形，病人由門診轉住院治療，住院醫院應聯

繫原腹膜透析診治院所，告知病人住院期間、透析治療方式及儀器使用情形等，並於病歷記載」。

(二) 全自動腹膜透析機相關費用(58028C)

1. 由按「月」申報改按「日」申報，支付點數 67 點(2,000 點/30 天)，並配合修正註 2 文字及刪除「病人因故中途停止治療或入院後未使用自動腹膜透析者，則按比例扣除未治療天數費用」之規定。
2. 因實際上亦有住院腹膜透析病人使用全自動腹膜透析機之需求，刪除「限居家長期使用全自動腹膜透析治療病人申報」之「居家」2 字。

四、財務影響：

(一) 108 年門診腹膜透析病人就醫後 30 日住院案件中，持續使用腹膜透析計 5,020 件 (附件 1，詳頁次討 2-4)：

1. 支付成數<1 之案件：假設個案住院未申報，故以支付成數差額進行費用影響估算，全年住院約增加 9.1 百萬點：
 - (1) 58011C：住院件數 1,720 件，門診申報平均支付成數 0.7255，推估增加 4.1 百萬點【 $8,675 \text{ 點} * 1,720 \text{ 件} * (1 - 0.7255)$ 】。
 - (2) 58017C+58028C：住院件數 1,607 件，門診申報平均支付成數 0.7076，推估增加 5.0 百萬點【 $(8,675 \text{ 點} + 2,000 \text{ 點}) * 1,607 \text{ 件} * (1 - 0.7076)$ 】。
2. 支付成數為 1 之案件：假設病人由門診改住院治療，門診申報未依比例扣除且住院醫院未申報腹膜透析追蹤處置費相關費用，以平均住院天數估算住院醫院申報費用，全年費用約 4 百萬點由門診改至住院申報。
 - (1) 58011C：住院件數 961 件，平均住院天數 7.7 天，推估費用約 2.1 百萬點【 $8,675 \text{ 點} * 961 \text{ 件} * 7.7 \text{ 天} / 30 \text{ 天}$ 】。

(2) 58017C+58028C：住院件數 732 件，平均住院天數 7.3 天，推估費用約 1.9 百萬點【 $(8,675+2,000)$ 點*732 件*7.3 天/30 天】。

3. 以本署前辦理「腹膜透析未依規定申報清查」專案之核扣結果，門診腹膜透析期間有住院，但未依比例扣除成數，107 年 5 月至 108 年 6 月期間案件核減點數計 594,482 點，推估 12 個月門診核減點數約 509,556 點。

(二) 58028C 改以按日申報：以 108 年醫令量 36,324 件推估平均每月申報件數，並考量本項多於門診申報且支付標準每月係指 30 天，本項改為按日支付將有 6 個月份增加 1 日之費用，預計門診增加 1.2 百萬點 $(36,324$ 件/12 月*6 月*67 點[其中 7 個月份為 31 天，考量 2 月為 28 天或 29 天，故以 6 個月份計])。

五、總額認定：以住院案件(醫事類別 22)申報，係以醫院總額一般服務支應；以門診透析案件(醫事類別 15)申報，則以透析預算支應。以上述說明推估醫院總額約增加 13.1 百萬點，門診透析支出減少 3.3 百萬點。

擬辦：本案經討論後如獲共識，修正後支付標準如附件 2 (詳頁次討 2-5)，將依程序報衛生福利部核定後公告實施。

附表 1、108 年申報腹膜透析追蹤處置費病人之住院情形分析

住院 申報類別	住院件數	門診腹膜透析案件就醫後 30 日內住院件數		
		同院	跨院	小計
血液透析	2533	853	150	1003
腹膜透析	384	308	23	331
血液透析+ 腹膜透析	112	69	4	73
無透析醫令	6351	3902	714	4616
合計	9380	5132	891	6023

註 1：資料來源：本署三代倉儲系統門診明細檔(資料擷取時間 109.10.19)。

註 2：申報類別係以該次住院期間是否有申報血液或腹膜透析相關醫令認定之。

附表 2、108 年醫院申報住院腹膜透析追蹤處置費及機器之財務評估

門診申報 腹膜透析類別	件數			財務推估		
	成數<1	成數=1	小計	住院申報成 數不足 1 之 費用	由門診改住 院申報	小計
58011C	1,720	961	2,681	4,095,815	2,139,747	6,235,561
58017C+58028C	1,607	732	2,339	5,016,042	1,901,431	6,917,473
合計	3,327	1,693	5,020	9,111,856	4,041,178	13,153,034

註 1：58011C 案件之平均住院天數為 7.7 天，58017C+58028C 平均住院天數為 7.3 天

註 2：支付成數<1 案件之平均支付成數：58011C 案件平均支付成數為 0.7255，
58017C+58028C 平均支付成數為 0.7076

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
	3.腹膜透析追蹤處置費					
58011C	Peritoneal Dialysis Follow up therapy					
	(1)連續性可攜帶式腹膜透析 CAPD	v	v	v	v	8675
58017C	(2)全自動腹膜透析 Automated peritoneal dialysis	v	v	v	v	8675
	<p>註：1.包括：</p> <p>(1)醫護人員費 (nursing care) 5235點。</p> <p>(2)特殊材料費 (CAPD special material) 440點。</p> <p>(3)每月醫材消耗品 (monthly consumption) 1500點。</p> <p>(4)每月檢查費 (monthly laboratory fee) 1500點。</p> <p>2.每月申報一次。</p> <p>3.病人因故中途改變治療模式或停止透析治療或入院後未用者，則按比例扣除未治療天數費用。</p> <p>4.病人因故住院仍持續接受腹膜透析治療，費用由住院之院所申報。</p> <p>5.申報腹膜透析追蹤處置費應確實追蹤病人治療情形，病人由門診轉住院治療，住院醫院應聯繫原腹膜透析診治院所，告知病人住院期間、透析治療方式及儀器使用情形等，並於病歷記載。</p>					
58028C	(3)全自動腹膜透析機相關費用(APD monthly fee)	v	v	v	v	2000
	<p>註：1.限居家長期使用全自動腹膜透析治療病人申報。</p> <p>2.每月日每一病人限申報一次。包含租金、保養、維修及管理費等費用。</p> <p>3.病人因故中途停止治療或入院後未使用自動腹膜透析者，則按比例扣除未治療天數費用。</p>					67

討論事項

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：應用 109 年西醫基層及牙醫總額之醫療服務成本指數改變率預算調整支付標準案，提請討論。

說明：

- 一、依 109 年 12 月 3 日本會議暨本署 109 年 12 月 9 日、同年月 10 日「109 年西醫基層總額之醫療服務成本指數改變率預算調整支付標準案諮詢會議」（以下稱西醫基層諮詢會議）決議辦理。
- 二、衛生福利部公告 109 年度西醫基層及牙醫總額之醫療服務成本指數改變率預算（以下稱 MCPI）及協定事項如下：
 - （一）西醫基層總額預算 20.244 億元，協定事項為優先用於急重難症、內科門診診察費加成、藥事服務費、基層診所設立無障礙設施、離島假日開診之相關獎勵措施等支付標準之調整。
 - （二）牙醫總額預算 7.475 億元，協定事項為優先併入「全面提升感染管制品質」項目使用，其餘預算用於藥事服務費、牙醫診所設立無障礙設施、離島假日開診之相關獎勵措施等支付標準之調整。
- 三、為凝聚共識，本署於 109 年 12 月 9 日邀集中華民國醫師公會全國聯合會（以下稱醫師全聯會）召開西醫基層諮詢會議（會議紀錄詳附件 1，頁次討 3-5~3-6），會議決議摘述如下（財務影響以 108 年申報資料試算）：
 - （一）預算來源：為充分回應西醫基層各界之訴求，建議本次調整支付標準所需之預算，以 104 年至 108 年西醫基層總額未用於調整支付標準之 MCPI 計 12.431 億元，併同 109、110 年 MCPI（分別為 20.244 億元、13.924 億元），總計 46.599 億元支應。104 年至 108 年 MCPI 預算及用於支付標

準調整情形如下：

1. 104年預算 3.92億元，已使用 3.855億點，餘0.065億元。
2. 105年預算 22.93億元，已使用 16.162億點，餘 6.768億元。
3. 106年預算 21.71億元，已使用 22.875億點，餘-1.165億元。
4. 107年預算 4.296億元，皆未使用，餘 4.296億元。
5. 108年預算 9.957億元，已使用 7.49億點，餘 2.467億元。

(二) 藥事服務費：

1. 醫師全聯會同意本次先調升基層診所及藥局藥事服務費單價，並考量醫院總額已決議藥局調升 6 點、其餘項目調升 10%，爰建議基層診所與藥局「每人每日 80 件內」項目點數均調升 6 點，「每人每日 81-100 件內」項目比照醫院總額點數調升 10%，約增加 10.98 億點。
2. 有關基層診所藥師調劑之藥事服務費，調升至與藥局相同支付點數一節，約增加 17.81 億點，因財務衝擊過大，於來年另爭取預算再予調整。

(三) 門診診察費：

1. 醫師全聯會建議支付標準應以「病人為中心」之概念設計，取消專科醫師加成，改以病人特質、服務內容等予以加成。
2. 醫師全聯會同意一般及精神科第一階段（1-30 人次）門診診察費（不含高危險早產兒特別門診診察費），均調升 5 點，約增加 6.05 億點，並將各專科醫師加成率均調升至 9%，約增加 26.55 億點。

(四) 急診診察費：西醫基層總額之不分檢傷急診診察費支付點數維持原 521 點。

四、惟會後部分西醫基層代表就「各專科醫師門診診察費加成率均調升至 9%」一節表示異議，爰於 109 年 12 月 10 日召開第 2 次西醫基層諮詢會議（會議紀錄詳附件 2，頁次討 3-7~3-8），會議決議摘述如下（財務影響以 108 年申報資料試算）：

- (一) 前於 100、101 年新增內、外、婦、兒專科醫師加成率，係於西醫基層總額之協商因素另爭取預算予以調整，惟本次調整支付標準係運用 MCPI 預算，應兼顧專科間之公平性。
- (二) 又西醫基層外科及婦產科醫師之收入仍較其他專科低，為免基層專科醫師人力失衡，建議外科及婦產科應較其他專科醫師有較高之門診診察費加成率。
- (三) 經意見交換，門診診察費調整方式修正如下：
 1. 一般及精神科第一階段（1-30 人次）門診診察費調升 5 點（不含高危險早產兒特別門診診察費），且各專科醫師加成率均調升至 9%，約增加 32.61 億點，前述調整將以調升第一階段門診診察費支付點數作呈現。
 2. 新增外科及婦產科申報第一段門診診察費，得按表定點數加計 5%，約增加 2.79 億點。
 3. 另修訂通則外科定義即為部定專科為外科者，刪除整形外科、骨科、泌尿科、神經外科。

五、綜上，109 年西醫基層及牙醫總額之醫療服務成本指數改變率預算調整基本診療項目支付標準方案如下（財務影響以 108 年申報資料試算）：

(一) 藥事服務費：

1. 調整方式：

- (1) 西醫基層總額：「每人每日 80 件內」項目點數調升 6 點，「每人每日 81-100 件內」項目點數調升 10%。
- (2) 牙醫總額：醫院項目點數調升 10%，基層診所及藥局

「每人每日 80 件內」項目點數調升 6 點，「每人每日 81-100 件內」項目點數調升 10%。

2. 財務影響：西醫基層總額約增加 10.98 億點（含藥局 4.42 億點），牙醫總額約增加 0.39 億點（含藥局 0.31 億點）。

(二) 門診診察費：

1. 調整方式：

- (1) 一般及精神科第一階段（1-30 人次）門診診察費調升 5 點（不含高危險早產兒特別門診診察費）。另第一階段原可獲特定專科加成之項目，調整為各專科均可加成 9%，予以換算為表定點數。

- (2) 外科、婦產科專科醫師加成率再調升 5%。

- (3) 調整外科專科之定義，即為部定專科為外科者。

2. 財務影響：調升 5 點約增加 6.05 億點，將外科、婦產科專科醫師加成率再調升 5%，約增加 2.79 億點、其餘專科醫師加成率均調升至 9% 並換算為表定點數，約增加 26.55 億點，合計約增加 35.40 億點。

六、上述各項調整，西醫基層約增加 46.38 億點，牙醫總額約增加 0.39 億點（[附件 3](#)，[詳頁次討 3-9](#)），研擬以西醫基層及牙醫總額之醫療服務成本指數改變率預算支應。

擬辦：本案經討論後如獲同意，修正後支付標準如[附件 4](#)（[詳頁次討 3-10~3-22](#)），將依程序報請衛生福利部核定後公布實施。

「109 年西醫基層總額之醫療服務成本指數改變率預算調整支付標準
案諮詢會議」會議紀錄

會議時間：109 年 12 月 9 日 13 時 00 分

地點：衛生福利部中央健康保險署署本部 902 會議室、東區業務組 3 樓多功能會議室（視訊會議）

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：鄧家佩

出席單位及代表：

中華民國醫師公會全國聯合會	黃啟嘉（視訊會議）、黃振國、顏鴻順、王宏育、林恒立
衛生福利部社會保險司	梁淑政
本署醫務管理組	吳科屏、陳依婕、許博淇、林毓芬、鄭碧恩

壹、主席致詞：略。

貳、討論事項：

一、預算來源：

- (一) 中華民國醫師公會全國聯合會（以下稱醫師全聯會）表示，僅以 109 年西醫基層總額之醫療服務成本指數改變率預算（以下稱 MCPI）20.244 億元調整支付標準，無法充分回應西醫基層各界之訴求。
- (二) 建議本次調整支付標準所需之預算，以 104 年至 108 年西醫基層總額未用於調整支付標準之 MCPI（合計 12.431 億元），以及 109、110 年之 MCPI（20.244 億元、13.924 億元），總計 46.599 億元支應。

二、藥事服務費：

- (一) 考量將基層診所藥師調劑之藥事服務費，調升至與藥局相同支付點數需 17.81 億點，因財務衝擊過大，醫師全聯會同意本次先

調升基層診所及藥局藥事服務費單價，並考量醫院總額已決議藥局調升 6 點、其餘項目調升 10%，爰建議基層診所與藥局「每人每日 80 件內」項目均調升 6 點，「每人每日 81-100 件內」項目調升 10%，約增加 10.98 億點。

(二) 惟為避免藥師因執業場所而有不同支付點數之不公現象，醫師全聯會建議應於來年另爭取預算再予調整。

三、門診診察費：

(一) 醫師全聯會建議支付標準應以「病人為中心」之概念設計，取消專科醫師加成，改以病人特質、服務內容等，予以加成。

(二) 醫師全聯會同意一般及精神科第一階段（1-30 人次）門診診察費（不含高危險早產兒特別門診診察費），均調升 5 點，約增加 6.05 億點。

(三) 專科醫師加成部分，除王宏育代表以外，其餘代表均同意將各專科醫師加成率同步調升至 9%，約增加 26.55 億點。

四、急診診察費：有關醫院總額調升不分檢傷急診診察費支付點數，由現行 521 點調升至 667 點一節，醫師全聯會建議西醫基層總額維持原支付點數。

五、綜上，本次會議共識之西醫基層總額基本診療項目調整方案，合計約增加 43.58 億點，將依程序提至 109 年 12 月 11 日「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論。

參、臨時動議：無。

肆、散會：14 時 30 分。

「109 年西醫基層總額之醫療服務成本指數改變率預算調整支付標準
案第 2 次諮詢會議」會議紀錄

會議時間：109 年 12 月 10 日 17 時 15 分

地點：衛生福利部中央健康保險署 18 樓禮堂

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：鄧家佩

出席單位及代表：

中華民國醫師公會全國聯合會 陳相國、黃振國、李紹誠、顏鴻順、
吳國治、藍毅生、徐超群、鄭英傑、
盧榮福

衛生福利部社會保險司 梁淑政

本署醫務管理組 吳科屏、蔡翠珍、陳依婕、林毓芬

伍、主席致詞：略。

陸、討論事項：

- 一、前於 100、101 年新增內、外、婦、兒專科醫師門診診察費加成率，係於西醫基層總額之協商因素另爭取預算予以調整，惟本次調整支付標準係運用 MCPI 預算，應兼顧專科間之公平性。
- 二、又西醫基層外科及婦產科醫師之收入仍較其他專科低，為免基層專科醫師人力失衡，建議外科及婦產科應較其他專科醫師有較高之門診診察費加成率。
- 三、經意見交換，門診診察費調整方式修正如下：

(一) 維持原 109 年 12 月 9 日西醫基層諮詢會議決議，一般及精神科第一階段（1-30 人次）門診診察費調升 5 點（不含高危險早產兒特別門診診察費），且各專科醫師加成率均調升至 9%，約增加 32.61 億點，前述調整將以調升第一階段門診診察費支付點數作呈現。

(二) 新增外科及婦產科申報第一段門診診察費，得按表定點數加

計 5%，約增加 2.79 億點。

(三) 另修訂通則外科專科定義即為部定專科為外科者，刪除整形外科、骨科、泌尿科、神經外科。

四、綜上，本次會議共識之門診診察費調整方式，併同前次會議決議之藥事服務費，西醫基層總額門診療項目調整方案合計約增加 46.38 億點，將依程序提至 109 年 12 月 11 日「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論。

柒、臨時動議：無。

捌、散會：18 時 00 分。

以108年申報資料試算西醫基層總額之財務影響(預算20.244億元)

單位：百萬點

項目	調整內容	西醫基層總額		
		小計	診所	藥局
●藥事服務費	基層診所及藥局每人每日80件內調升6點，每人每日81-100件內調升10%	1,097.7	655.6	442.1
●門診診察費	小計	3,539.9	3,539.9	0.0
調升點數	一般及精神科第一階段(1-30人次)門診診察費調升5點 (不含高危險早產兒特別門診診察費)	605.2	605.2	0.0
專科加成	調升外科、婦產科專科醫師加成，由9%調至14%	279.3	279.3	0.0
	調升內科專科醫師加成，由3.8%調至9%	320.2	320.2	0.0
	調升兒科專科醫師加成，由3%調至9%	386.4	386.4	0.0
	調升其餘專科醫師加成，由0%調至9%	1,948.7	1,948.7	0.0
合計		4,637.6	4,195.5	442.1

以108年申報資料試算牙醫門診總額調整藥事服務費之財務影響(預算7.475億元)

單位：百萬點

項目	調整內容	牙醫門診總額					
		小計	各層級財務影響				
			醫中	區域	地區	診所	藥局
●藥事服務費	醫院調升10%	39.2	1.1	1.2	0.4	5.7	30.8
	基層診所及藥局每人每日80件內調升6點，每人每日81-100件內調升10%						

第二部 西醫

第一章 基本診療

第一節 門診診察費

通則：

一、本節所定點數包括醫師診療、處方、護理人員服務、電子資料處理、污水及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）。

註：醫院一般門診診察費支付點數內含百分之十護理費。

二、本節所稱醫院每日門診合理量暫不實施：

(一)醫學中心

$$\left[\frac{\text{前一年門診量} \times 0.85 \div 270 \times 2}{3} + \frac{\text{急、慢性病床數} \times 3.55}{6} + \frac{\text{專任醫師數} \times 10.71}{6} \right] \times 0.9$$

(二)區域醫院

$$\left[\frac{\text{前一年門診量} \times 0.85 \div 270 \times 2}{3} + \frac{\text{急、慢性病床數} \times 2.60}{6} + \frac{\text{專任醫師數} \times 15.24}{6} \right] \times 0.9$$

註1.前一年門診量以前二年七月至前一年六月之門診量扣除急診、洗腎、慢性病連續處方箋、居家照護、精神疾病社區復健、預防保健、安寧居家照護、門診論病例計酬、職業傷病、六十五歲以上接種流行性感疫苗等醫療案件計算。

2.急、慢性病床應符合全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之規定，並扣除洗腎及急診暫留床；專任醫師應符合醫師法之規定，並扣除牙醫師及中醫師。

3.急、慢性病床數及專任醫師數以保險人特約醫事機構管理子系統(MA 檔)、特約醫事人員管理子系統(MB 檔)中每月第一日之登錄資料為計算基礎。

三、合併申報醫療費用之醫院，其醫院門診合理量應合併計算。

四、經衛生局登記為醫院但未經評鑑且未同意辦理住診者或評鑑不合格者，門診診察費適用地區醫院類別申報。

五、門診當日開立之檢查醫囑，另排定其他日期實施或轉檢者，檢查當日不得申報診察費，但檢查過程中因病情需要併實施其他診療處置，視為另次診療，申報診察費一次。

六、預防保健服務視病情需要，由同一診治醫師併行其他一般診療，不得另外申報診察費。

七、門診或急診當次轉住院，如仍由同科醫師診治，門診診察費或住院診察費應擇一申報。

八、由同一醫師診療之同日兩次以上之門診相同病情案件，限申報門診診察費一次。

九、全民健康保險醫療辦法第八條規定之同一療程疾病，各療程之診察費限申報一次。

十、本節之各項診察項目中，註有「兒童加成項目」者，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之二十。其他未註有兒童加成之診察費項目，三歲(含)以下兒童之門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

十一、西醫醫院門診診察費加成方式：

- (一)四歲(含)以下兒童不限科別各項門診診察費得依表定點數加計百分之二十。
- (二)醫學中心及區域醫院之婦產科、小兒科及新生兒科、外科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之十七，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之三十七。
- (三)地區醫院加成方式：
- 1.婦產科、小兒科及新生兒科、外科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之四十，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之六十。
 - 2.內科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之二十三，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之四十三。
 - 3.其餘科別及精神科之門診診察費項目，得依表定點數加計百分之十五，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之三十五。
 - 4.地區醫院申報夜間門診診察費項目（夜間門診係指晚上六時至十時之開診），得依表定點數加計百分之十：包括編號00101B、00131B、00102B、00132B、00172B、00173B、00105B、00135B、00106B、00136B、00174B、00175B、00107B、00137B、00108B、00138B、00176B、00177B。
- (四)加成科別及門診診察費項目定義說明：
- 1.外科：包括就醫科別為外科、骨科、神經外科、泌尿科、整形外科、直腸外科、心血管外科、胸腔外科、消化外科、小兒外科及脊椎骨科等科。
 - 2.內科：包括就醫科別為內科、神經科、消化內科、心臟血管內科、胸腔內科、腎臟內科、風濕免疫科、血液腫瘤科、內分泌科、感染科及胸腔暨重症加護等科。
 - 3.門診診察費項目：包括編號00154A、00155A、00156A、00157A、00170A、00171A、00101B、00131B、00102B、00132B、00172B、00173B、00105B、00135B、00106B、00136B、00174B、00175B、00107B、00137B、00108B、00138B、00176B、00177B及01023C。
- (五)醫院申報門診診察費四歲以下兒童加成及科別加成支付點數之計算結果詳附表2.1.2.1及附表2.1.2.2。

十二、西醫基層院所門診診察費加成方式：

- (一)兒童加成方式(詳附表2.1.3)：
- 1.三歲以下兒童：不限科別各項門診診察費依表定點數加計百分之二十。
 - 2.四到六歲兒童：兒科專科醫師各項門診診察費得依表定點數加計百分之二十。
- (二)七十五歲以上者加成方式(詳附表2.1.3)：不限科別各項門診診察費依表訂點數加計百分之七點五。
- (三)婦產科~~及~~外科~~及~~兒科及內科專科醫師加成方式(詳附表2.1.4~附表2.1.6)：
- 1.婦產科~~及~~外科~~及~~兒科及內科專科醫師申報第一段門診量內之門診診察費得按表定點數加計，其中婦產科及外科專科醫師加計百分之九五、兒科專科醫師加計百分之三、內科專科醫師加計百分之三點八。
 - 2.加成專科別及門診診察費項目定義說明：
 - (1)外科：包括外科、整形外科、骨科、泌尿科、神經外科。
 - (2)第一段門診量內之門診診察費項目：包括編號00109C、00110C、00197C、00198C、00199C、00200C、00158C、00159C、00230C、00231C、00232C、00233C、00234C、00235C、00236C、00237C、00168C、00169C及01023C。

(四)離島地區西醫基層診所週六、週日及國定假日之西醫基層門診案件，申報本部第一章之山地離島地區門診診察費，得加計百分之二十。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	— 基層院所門診診察費					
	1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分(≤40)					
00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人次)	v				358 396
00223C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-40人次)	v				250
00197C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	v				384 421
00198C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-40人)	v				375 409
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人次)	v				358 396
00224C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-40人次)	v				250
00199C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	v				356 393
00200C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-40人)	v				350 382
00158C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				555 610
00159C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				530 583
	2.每位醫師每日門診量超過四十人次，但在六十人次以下部分(41-60)					
00111C	1)處方交付特約藥局調劑	v				220
00141C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				275
00112C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				220
00142C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				250
00160C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				475
00161C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				450
	3.每位醫師每日門診量超過六十人次，但在八十人次以下部分(61-80)					
00113C	1)處方交付特約藥局調劑	v				160
00143C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				215
00114C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				160
00144C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				190
00162C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				415
00163C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交由本院所自行調劑	v				390
	4.每位醫師每日門診量超過八十人次，但在一百五十人次以下部分(81-150)					
00115C	1)處方交付特約藥局調劑	v				70

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
00145C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				125
00116C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				70
00146C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				100
00164C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				325
00165C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				300
	5.每位醫師每日門診量超過在一百五十人次部分(>150)					
00117C	1)處方交付特約藥局調劑	v				50
00147C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				105
00118C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				50
00148C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				80
00166C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				305
00167C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				280
	6.山地離島地區					
	(1)每位醫師每日門診量在五十人次以下部分(≤50)					
00230C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	v				358 <u>396</u>
00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50人)	v				352 <u>384</u>
00232C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	v				384 <u>421</u>
00233C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-50人)	v				375 <u>409</u>
00234C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	v				358 <u>396</u>
00235C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50人)	v				352 <u>384</u>
00236C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	v				356 <u>393</u>
00237C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-50人)	v				350 <u>382</u>
00168C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				555 <u>610</u>
00169C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				530 <u>583</u>
	(2)每位醫師每日門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分(51-70)					
00205C	1)處方交付特約藥局調劑	v				220
00206C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				275
00207C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				220

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
00208C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				250
00209C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				475
00210C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑 (3)每位醫師每日門診量超過七十人次，但在在一百五十人次以下部分(71-150)	v				450
00211C	1)處方交付特約藥局調劑	v				160
00212C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				215
00213C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				160
00214C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				190
00215C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				415
00216C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交由本院所自行調劑 (4)每位醫師每日門診量超過在一百五十人次部分(>150)	v				390
00217C	1)處方交付特約藥局調劑	v				90
00218C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				145
00219C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				90
00220C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				120
00221C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				345
00222C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				320
	<p>註：1.以上第1至5點每月看診日數計算方式： 每月實際看診日數不足二十五日(不含二十五日)，應以實際看診日數計；每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日)，以二十五日計算合理量。</p> <p>2.第6點山地離島地區每月看診日數計算方式： 每月實際看診日數不足二十五日(不含二十五日)，應以實際看診日數計；每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日)，得以當月全月日數計。</p> <p>3.以上第1至6點限向衛生局登記為診所(不含中醫診所及牙醫診所)之特約醫事服務機構申報。</p> <p>4.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。</p> <p>5.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。</p> <p>6.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申報。</p> <p>7.本項支付點數含護理費29-39點。</p> <p>8.山地離島地區經總額受託單位與保險人共同協議認定</p>					

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p>之特殊地區院所得除外，以山地離島地區三十人次以下部分之支付點數申報。</p> <p>9.基層診所醫師診治病人後，應交付處方箋給病人，由病人自行選擇調劑之場所。</p>					
01015C	<p>急診診察費</p> <p>註：</p> <p>1.急診定義及適用範圍如附表2.1.1。</p> <p>2.本項支付點數含護理費46—73點。</p> <p>3.夜間(晚上十時至隔日早上六時)加計百分之五十、例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之二十，同時符合夜間及例假日者，則僅加計百分之五十；屬西醫基層總額部門院所，例假日加成維持原週六之中午十二時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時加計百分之二十規定。</p> <p>4.山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加計百分之三十，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加計百分之八十。</p> <p>5.地區醫院得依表定點數加計百分之十九。</p> <p>6.本項年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之一百，其餘年齡為兒童加成項目，依本節通則十規定辦理。</p> <p>7.地區醫院之兒科專科醫師申報得加計百分之五十，其餘專科醫師申報六歲以下兒童者，得加計百分之五十。</p> <p><u>8.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數521點申報。</u></p>	V	V			521 667
	<p>精神科門診診察費</p> <p>—每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)</p> <p>2.基層診所</p>					
00238C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	V				344 349
00239C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-45人)	V				338
00240C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	V				395 400
00241C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-45人)	V				389
00242C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	V				344 349
00243C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-45人)	V				338
00244C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	V				374 379
00245C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-45人)	V				368
00184C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	V				569 574

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
00185C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑 —每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45)	v				548 553
00186C	1)處方交付特約藥局調劑	v	v	v	v	164
00187C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v	v	v	v	218
00188C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	v	164
00189C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v	v	v	v	196
00190C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v	v	v	v	436
00191C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v	v	v	v	414
	註： 1.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。 2.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。 3.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申報。 4.本項支付點數含護理費31-41點。 5.基層院所精神科門診診察費限向衛生局登記為診所(不含中醫診所及牙醫診所)之特約醫事服務機構申報。 6.基層院所精神科每月看診日數計算方式： 每月實際看診日數不足二十五日(不含二十五日)，應以日計；每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日)，得以當月全月日數計。 —地區醫院假日加計					
00228B	地區醫院週六精神科門診診察費加計		v			100
00229B	地區醫院週日及國定假日精神科門診診察費加計		v			150
	註： 1.00228B及00229B限地區醫院者申報。 2.開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方之案件不得申報上述加計點數。 3.應於開診前至保險人健保資訊網服務系統VPN登錄開診資訊。 4.住院值班醫師不得為假日之門診看診醫師。					

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
01023C	高危險早產兒特別門診診察費 註： 1.限出生時2000公克以下的早產兒於二歲前之特別門診追蹤治療，並限由小兒科專科醫師親自執行。 2.本支付點數含護理費49-65點。 <u>3.屬西醫基層總額部門院所，本項以支付點數463點申報。</u>	V	V	V	V	425 <u>468</u>

第六節 調劑

通則：

- 一、藥品費依「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」有關規定辦理。
- 二、藥事服務費之成本，包含處方確認、處方查核、藥品調配、核對及交付藥品、用藥指導、藥歷管理及藥品耗損、包裝、倉儲、管理等費用。
- 三、醫院牙科門診申報本節門診藥事服務費用，應按調劑人員及處方類別，限申報 05203C、05204D、05224C、05225D、05207C、05208D、05211C 及 05212D 等項，惟 05219B、05220A 及 05221A 如符合相關規定，亦得申報。
- 四、本節各項目，皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之二十。（除基層院所外）
- 五、交付調劑醫療服務案件，診療之保險醫事服務機構，不得申報藥事服務費用。
- 六、依全民健康保險醫療辦法規定一次領取二個月或三個月用藥量之慢性病連續處方箋案件，其藥事服務費得相對申報二次或三次。
- 七、特約醫院藥事人員合理調劑量之計算，按月計算醫院各藥事人員合理調劑量，超過下列件數規定部分，其藥事服務費按支付點數之百分之五十支付。

(一)綜合醫院藥事人員合理調劑量：經參考財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會公告醫院評鑑基準及評量項目之藥事人員 C 級設置標準，各層級醫院合理調劑量如下：

1.醫學中心

- (1)住院處方每人每日四十件。
- (2)門、急診處方每人每日七十件。
- (3)特殊藥品處方每人每日十五件。

2.區域醫院

- (1)住院處方每人每日五十件；如採單一劑量每人每日四十件。
- (2)門、急診處方每人每日八十件。
- (3)特殊藥品處方每人每日十五件。

3.地區醫院

- (1)住院處方每人每日五十件；如採單一劑量每人每日四十件。
- (2)門、急診處方每人每日一百件。
- (3)特殊藥品處方每人每日十五件。

4.上述綜合醫院所提供之精神科住院處方調劑藥事服務，比照本項(二)之 1.「精神科醫院」計算合理調劑量。

(二)精神科醫院藥事人員合理調劑量：經參考財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會公告精神科醫院評鑑基準及評量項目之 C 級設置標準，各類精神科醫院合理調劑量如下：

1.精神科醫院

(1)住院處方

- A.急性精神病床及精神科加護病床合計，每人每日五十件。
- B.慢性精神病床每人每日二百件。
- C.精神科日間病房每人每日二百件。

(2)門、急診處方比照其對應之綜合醫院評鑑等級標準。

2.精神科教學醫院

(1)住院處方

- A.急性精神病床及精神科加護病床合計，每人每日四十件。
- B.慢性精神病床每人每日一百六十件。
- C.精神科日間病房每人每日一百六十件。

(2)門、急診處方比照其對應之綜合醫院評鑑等級標準。

(三)各醫院應於次月十五日前至保險人健保資訊服務系統(VPN)登錄藥師人數及藥師總工作人日數，若該月十五日適逢國定假日或例假日，則順延至下一個工作日。一百零四年一月起，醫院若無特殊理由未依規定於VPN登錄，則該院該月藥師總工作人日數以零計算。

八、前項醫院藥事人員合理調劑量計算原則：

(一)門、急診處方：係指本節各項門診藥事服務費診療項目。

(二)住院處方：係指本節各項住院藥事服務費診療項目。

(三)特殊藥品處方：係指本節放射性藥品處方之藥事服務費、全靜脈營養注射劑處方之藥事服務費、化學腫瘤藥品處方之藥事服務費等診療項目。

(四)藥事人員合理調劑量計算次序為特殊藥品、住院處方、門急診處方，超過合理調劑量依支付點數之百分之五十支付。

九、特約藥局如不符主管機關公告之「藥局設置作業注意事項」，其藥事服務費比照基層院所藥事人員調劑標準支付。

十、特約藥局及基層院所藥事人員合理調劑量(以每日實際調劑量計算)每人每日一百件，山地離島地區每人每日一百二十件，超過不予給付藥事服務費，特約藥局調劑件數不分處方來源一併計算。

十一、基層診所醫師兼具藥師資格者，於執登處所，依自開處方親自為藥品調劑者，以醫師親自調劑支付標準核給藥事服務費，且每日親自調劑處方以五十件為限，超過五十件不予給付藥費及藥事服務費。

十二、特約醫院、診所及藥局執業藥事人員依法提供報備支援之調劑服務，併入接受支援特約醫院、診所及藥局之合理調劑量計算，採遞補專任藥師剩餘之合理量。

十三、特約醫院、診所及藥局執業藥事人員產假期間，支援藥事人員得以該專任藥事人員數，依合理調劑量規定申報藥事服務費，其餘支援藥事人員則遞補剩餘之合理量。

編號	診療項目	特約藥局	基層院所		地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
			醫師調劑	藥事調劑				
05201A	門診藥事服務費（醫院部分） —一般處方給藥(7天以內)					v	v	55
05226B					v			49
05222A	—慢性病處方給藥13天以內					v	v	55
05227B					v			49
05205A	—慢性病處方給藥14-27天					v	v	64
05228B					v			57
05209A	—慢性病處方給藥28天以上					v	v	75
05229B					v			70
05202B	門診藥事服務費（診所及藥局部分） 每人每日80件內 (山地離島地區每人每日100件內) —一般處方給付(7天以內)	v						48 54
05203C				v				33 39
05204D			v					14 20
05223B	—慢性病處方給藥13天以內	v						48 54
05224C				v				33 39
05225D			v					14 20
05206B	—慢性病處方給藥14-27天	v						59 65
05207C				v				35 41
05208D			v					24 30
05210B	—慢性病處方給藥28天以上	v						69 75

編號	診療項目	特約藥局	基層院所		地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
			醫師調劑	藥事調劑				
05211C				v				45
05212D			v					35
05234D	門診藥事服務費（診所及藥局部分） 每人每日81-100件內 (山地離島地區每人每日101-120件內)	v		v				41 18 <u>20</u>

以108年申報情形推估西醫基層總額門診診察費調整後之影響_調升點數含慢連箋

1.調升點數 單位：百萬點

調整項目	所需預算
一般及精神科第一階段(1-30人次) 門診診察費調升0點 (含慢連箋，不含高危險早產兒)	0.0

2.專科加成

(1)現行無加成之專科別

單位：百萬點

專科醫師別	現行 加成率	+1%	+2%	+3%	+4%	+5%	+6%	+7%	+8%	+9%
家醫科	0%	88.7	177.4	266.2	354.9	443.6	532.3	621.1	709.8	798.5
神經科	0%	4.9	9.8	14.7	19.6	24.5	29.4	34.3	39.2	44.1
耳鼻喉科	0%	44.8	89.6	134.3	179.1	223.9	268.7	313.4	358.2	403.0
眼科	0%	29.2	58.5	87.7	117.0	146.2	175.4	204.7	233.9	263.1
皮膚科	0%	16.0	32.1	48.1	64.1	80.2	96.2	112.2	128.2	144.3
精神科	0%	12.6	25.1	37.7	50.2	62.8	75.3	87.9	100.4	113.0
復健科	0%	11.7	23.4	35.2	46.9	58.6	70.3	82.1	93.8	105.5
麻醉科	0%	1.5	3.1	4.6	6.2	7.7	9.3	10.8	12.3	13.9
放射線科	0%	0.6	1.3	1.9	2.5	3.2	3.8	4.4	5.1	5.7
病理科	0%	0.1	0.2	0.3	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0
核醫科	0%	0.1	0.3	0.4	0.6	0.7	0.9	1.0	1.1	1.3
急診醫學科	0%	3.1	6.2	9.3	12.4	15.5	18.7	21.8	24.9	28.0
職業醫學科	0%	0.1	0.3	0.4	0.6	0.7	0.9	1.0	1.2	1.3
總計		213.6	427.3	640.9	854.5	1068.1	1281.8	1495.4	1709.0	1922.7

(2)現行已加成之專科別

單位：百萬點

專科醫師別	現行 加成率	+1%	+2%	+3%	+4%	+5%	+6%	+7%	+8%
小兒科	3%	63.5	127.1	190.6	254.2	317.7	381.2	444.8	508.3

專科醫師別	現行 加成率	+0.2%	+1.2%	+2.2%	+3.2%	+4.2%	+5.2%	+6.2%	+7.2%	+8.2%
內科	3.8%	12.2	72.9	133.7	194.5	255.3	316.1	376.9	437.7	498.5

專科醫師別	現行 加成率	+1%	+2%	+3%	+4%	+5%
外科	9%	33.7	67.4	101.2	134.9	168.6
婦產科	9%	21.4	42.8	64.2	85.6	107.0
小計		55.1	110.2	165.3	220.5	275.6

專科醫師別	現行 加成率	+1%	+2%	+3%	+4%	+5%
泌尿科	9%	1.3	2.5	3.8	5.1	6.3
骨科	9%	7.2	14.4	21.5	28.7	35.9
小計		8.4	16.9	25.3	33.8	42.2

以108年申報情形推估西醫基層總額門診診察費調整後之影響_調升點數含慢連箋

1.調升點數 單位：百萬點

調整項目	所需預算
一般及精神科第一階段(1-30人次) 門診診察費調升5點 (含慢連箋，不含高危險早產兒)	605.2

2.專科加成

(1)現行無加成之專科別

單位：百萬點

專科醫師別	現行 加成率	+1%	+2%	+3%	+4%	+5%	+6%	+7%	+8%	+9%
家醫科	0%	89.9	179.8	269.7	359.6	449.5	539.4	629.3	719.1	809.0
神經科	0%	5.0	9.9	14.9	19.9	24.8	29.8	34.8	39.8	44.7
耳鼻喉科	0%	45.4	90.8	136.2	181.6	227.0	272.3	317.7	363.1	408.5
眼科	0%	29.6	59.3	88.9	118.6	148.2	177.9	207.5	237.1	266.8
皮膚科	0%	16.3	32.5	48.8	65.0	81.3	97.5	113.8	130.0	146.3
精神科	0%	12.7	25.5	38.2	50.9	63.6	76.4	89.1	101.8	114.5
復健科	0%	11.9	23.8	35.7	47.5	59.4	71.3	83.2	95.1	107.0
麻醉科	0%	1.6	3.1	4.7	6.2	7.8	9.4	10.9	12.5	14.1
放射線科	0%	0.6	1.3	1.9	2.6	3.2	3.8	4.5	5.1	5.8
病理科	0%	0.1	0.2	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.1
核醫科	0%	0.1	0.3	0.4	0.6	0.7	0.9	1.0	1.2	1.3
急診醫學科	0%	3.2	6.3	9.5	12.6	15.8	18.9	22.1	25.2	28.4
職業醫學科	0%	0.1	0.3	0.4	0.6	0.7	0.9	1.0	1.2	1.3
總計		216.5	433.1	649.6	866.1	1082.6	1299.2	1515.7	1732.2	1948.7

(2)現行已加成之專科別

單位：百萬點

專科醫師別	現行 加成率	+1%	+2%	+3%	+4%	+5%	+6%	+7%	+8%
小兒科	3%	64.4	128.8	193.2	257.6	322.0	386.4	450.9	515.3

專科醫師別	現行 加成率	+0.2%	+1.2%	+2.2%	+3.2%	+4.2%	+5.2%	+6.2%	+7.2%	+8.2%
內科	3.8%	12.3	73.9	135.5	197.0	258.6	320.2	381.8	443.3	504.9

專科醫師別	現行 加成率	+1%	+2%	+3%	+4%	+5%
外科	9%	34.2	68.4	102.5	136.7	170.9
婦產科	9%	21.7	43.4	65.1	86.7	108.4
小計		55.9	111.7	167.6	223.5	279.3

專科醫師別	現行 加成率	+1%	+2%	+3%	+4%	+5%
泌尿科	9%	7.3	14.6	21.8	29.1	36.4
骨科	9%	1.3	2.6	3.8	5.1	6.4
小計		8.6	17.1	25.7	34.2	42.8