

「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」

105 年第 3 次臨時會會議紀錄

時 間：105 年 11 月 29 日（星期二）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：鄭碧恩

干代表文男	干文男	陳代表志忠	陳志忠
王代表榮濱	王榮濱	陳代表彥廷	陳彥廷
朱代表益宏	朱益宏	陳代表福展	(請假)
何代表語	何語	黃代表振國	黃振國
吳代表美環	(請假)	黃代表雪玲	黃雪玲
吳代表國治	吳國治	黃代表棟國	(請假)
李代表飛鵬	吳明彥(代)	楊代表秀儀	(請假)
李代表偉強	廖秋鐳(代)	楊代表政峯	朱世瑋(代)
李代表紹誠	李紹誠	葉代表宗義	葉宗義
林代表恆立	林恆立	滕代表西華	滕西華
林代表淑霞	林淑霞	潘代表延健	潘延健
林代表富滿	林富滿	盧代表榮福	(請假)
林代表敬修	林敬修	賴代表振榕	賴振榕
林代表綉珠	林綉珠	璩代表大成	(請假)
徐代表弘正	徐弘正	謝代表文輝	王秀貞(代)
張代表孟源	張孟源	謝代表武吉	謝武吉
張代表金石	張金石	顏代表良達	顏良達
梁代表淑政	張孟源	羅代表永達	周志建(代)
郭代表素珍	顏良達		

(依代表姓氏筆劃排序)

列席單位及人員：

彰化基督教醫院	林正修、林世鐸
國立臺灣大學醫學院附設醫院	林茂欣
社團法人台灣兒童心臟學會	王主科、花玉娟
臺灣兒科醫學會	吳嘉峯
台灣胸腔及心臟血管外科學會	張效煌
中華民國心臟學會	張忠毅
衛生福利部疾病管制署	楊靖慧、詹珮君、謝宛庭
衛生福利部社會保險司	周雯雯
衛生福利部全民健康保險會	張友珊、馬文娟
中華民國中醫師公會全國聯合會	王逸年
中華民國物理治療師公會全國聯合會	朱世瑋
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	宋佳玲
中華民國醫師公會全國聯合會	陳哲維、洪郁涵
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
台灣醫院協會	林佩荻、何佳倫、吳心華
本署臺北業務組	李如芳、王文君、吳秀惠、 廖子涵、柯玲晶
本署北區業務組	陳孟函
本署企劃組	何恭政
本署醫審及藥材組	方淑雲、蔡佳倫
本署醫務管理組	龐一鳴、陳玉敏、林寶鳳、 陳真慧、谷祖棣、張淑雅、 林右鈞、王玲玲、涂奇君、 陳依婕、宋兆喻、陳逸嫻、 廖敏欣、吳明純、鄭碧恩

一、主席致詞：略。

二、確認上次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形

(一) 105 年第三次共擬報告案第二案(序號 5)：106 年 Tw-DRGs 適用之相對權重統計結果及支付通則修訂案，將併同醫院醫療給付費用總額中，一般服務醫療服務成本指數改變率所增加之預算，60 億調整重症項目決議辦理，故本案暫保留，並繼續列管中。

(二) 其餘確認

三、報告事項：

(一) 修訂牙醫支付標準

決定：洽悉，修訂摘要如下：

1. 增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案，**詳附件 1，P6~P21**：

- (1) 同意新增診療項目「懷孕婦女牙周緊急處置」等 3 項。
- (2) 同意調高「複合體充填」等 10 項診療項目。
- (3) 同意修訂「符合加強感染管制之牙科門診診察費」等 29 項診療項目文字。
- (4) 同意修訂「附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則」之文字。
- (5) 同意刪除「附表 3.1.1 牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」、同意新增「特殊狀況之前(後)牙雙鄰接面複合樹脂充填」等 2 項診療項目。

2. 將「全民健康保險牙醫門診總額支付制度專科轉診加成作業要點」導入支付通則案：修訂醫師資格及轉診範圍內容，**詳附件 2，P22~P28**。

(二) 修訂中醫支付標準及計畫報告案。

決定：洽悉，修訂摘要如下：**詳附件 3，P29-62**。

1. 修訂第四部中醫支付標準：

- (1) 通則六：專任醫師每月申報另開內服藥之針傷治療處置費，每月上限由「60 人次」提高至「120 人次」。
- (2) 第一章門診診察費第一階段每月看診日平均門診量在 30 人次以下部分(≤ 30)及山地離島地區診察費，每項點數增加 15 點。
- (3) 第一章門診診察費註 1.有護理人員在場服務者之定義，由「每位中醫師至少聘護理人員一名以上」改為「每位中醫師看診時須有護理人員在場服務」，並配合看診時段之 VPN 上傳作業。

2. 修訂 106 年「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」(草案)：新增退場機制及修訂計畫支付標準通則七。
3. 修訂 106 年「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」(草案)：新增結案條件及訂定助孕成功率及保胎成功率之操作型定義。
4. 修訂 106 年「全民健康保險中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫」(草案)：修訂乳癌及肝癌之診斷碼、調升「疾病管理照護費」支付點數。
5. 修訂 106 年「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」(草案)：本次僅作年度修正。

(三) 放寬全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部第三章「初期慢性腎臟病」通則三品質資訊登錄及監測期間案。

決定：洽悉，修訂支付標準第八部第三章通則三品質資訊之登錄及監測，報告日期放寬為就醫日期前後三個月內，**詳附件 4，P63-P66**。

(四) 其它報告案。

決定：洽悉。

1. 新增修訂 106 年「全民健康保險高診次者藥事照護計畫」(草案)，**詳附件 5，P67-P92**：
 - (1) 修訂計畫名稱、最後收案時間、經費、輔導人數。
 - (2) 刪除參與計畫對象。
 - (3) 訂定分區收案率目標值。
 - (4) 新增「健保高診次者藥事照護計畫個案轉介單(醫師轉介給藥師)」，建立醫師與藥師合作機制。
2. 修訂 106 年度「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」，**詳附件 6，P93-P117**：
 - (1) 增列補助「行動網路」網路月租費。
 - (2) 修訂「固接網路」網路月租費核付指標(醫院適用)。
 - (3) 增訂「醫事人員溝通平台之轉診資訊交換系統登錄轉診

資料獎勵金」等 3 類獎勵金。

3. 104 年特材價量調查之價格調整作業報告。

四、討論事項：

(一) 有關山地離島地區病患因故無法後送需於衛生所(室)留觀者，其留觀費用之支付標準案。

決議：洽悉。執行細節由健保署洽醫事司和照護司再辦理後續事宜，詳附件 7，P118。

(二) 本保險特約院所執行支付標準未列項目之申報方式案。

決議：洽悉，自費用年月 106 年 1 月起至 107 年 12 月止，由醫療院所選擇逐案或批次申報，並列入本會議追蹤事項列管兩年。

(三) 106 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準增修刪「心室輔助器置放後，第二天起之每日照護費」等 19 項診療項目案。

決議：同意新增診療項目 7 項(序號 1-5 及 7-8)，預算推估共計 0.94 億點，詳附件 8，P119-124；序號 6 暫保留:重新評估符合條件、支付規範、成本分析表後再議；另其餘 11 項(序號 9-19)以後之新增修診療項目，因時間因素未及討論，將於下次會議另行討論。

五、臨時動議：

(一) 「全民健康保險跨層級醫院合作計畫」修訂案。

決議：因時間因素未及討論，將於下次會議另行討論。

六、散會：下午 18 時 40 分

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第三部 牙醫

第一章 門診診察費

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	—符合加強感染管制之牙科門診診察費					
	1. 每位醫師每日門診量在二十人次以下部份 (<=20)					
00129C	—處方交付特約藥局調劑	√	√	√	√	313
00130C	—未開處方或處方由本院所自行調劑	√	√	√	√	313
	2. 山地離島地區					
00133C	—處方交付特約藥局調劑	√	√	√	√	343
00134C	—未開處方或處方由本院所自行調劑	√	√	√	√	343
	註：1. 牙醫特約醫事服務機構須依「 牙醫門診加強感染管制實施方案 」 「牙醫院所感染管制SOP作業細則」 執行， 並依附表3.1.1「牙醫院所感染管制SOP作業考評表」自行評分，自評合格者應將考評表函送至保險人所轄分區業務組，並於次月開始申報之。惟經抽查不合格者自文到次月起不得申報，二個月後得申請複查，通過者於文到次月起得再行申報。					
	2. 初次申報此項時，附上「牙醫院所感染管制SOP作業考評表」以為核備。					
	3. 處方交付特約藥局調劑或未開處方者，不得申報藥事服務費。					
	4. 處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。					
	5. 偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑。					
	6. 本項支付點數含護理費29-39點。					

附表 3.1.1 牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表

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

院所：_____

代號：_____

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	C. 診療區域應設洗手台及洗手設備，並維持功能良好及周圍清潔。			
	B. 符合 C，水龍頭避免手觸式設計。			
2. 良好通風空調系統	C. 診間有空調系統或通風良好，空調出風口須保持乾淨。			
	B. 符合 C 定期清潔維護，有清潔紀錄本可供查詢。			
3. 適當滅菌消毒設施	C. 診所具有滅菌器及消毒劑，有適當空間進行器械清洗、打包、滅菌及儲存。			
	B. 符合 C，滅菌器定期檢測功能正常；消毒劑定期更換，並有紀錄。			
4. 診間環境清潔	C. 診間環境清潔			
	B. 符合 C，定期清潔並有紀錄。			
	A. 符合 B，物品依序置於櫃中，並保持清潔。			

B. 軟體方面

項目	評分標準	自評	訪評	備註
1. 完備病人預警防範措施	C. 看診前詢問病人病史。			
	B. 符合 C，詢問病人詳細全身病史，並完整登載病歷首頁。			
	A. 符合 B，並依感染管制原則如「公筷母匙」、「單一劑量」、「單一流程」等執行看診。			
2. 適當個人防護措施	C. 牙醫師看診及牙醫助理人員跟診時穿戴口罩、手套及清潔之工作服。			
	B. 符合 C，視狀況穿戴面罩或眼罩。			
	A. 符合 B，並依感染管制原則「減少飛沫氣霧」執行看診。			
3. 開診前治療台消毒措施	C. 治療台擦拭清潔，管路出水三分鐘，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。			
	B. 符合 C，不易消毒擦拭處(如把手、頭枕、開關按鈕...等)，以覆蓋物覆蓋之。			
	A. 符合 B，完備紀錄存檔。			
4. 門診結束後	C. 治療台擦拭清潔，管道消毒放水放氣，清洗濾網。			

項目	評分標準	自評	訪評	備註
治療台消毒措施	B.符合C,診所定期全員宣導及遵循。			
	A.符合B,完備紀錄存檔。			
5.完善廢棄物處置 (註一)	C.有合格清運機構清理廢棄物。			
	B.符合C,醫療廢棄物與毒性廢棄物依法分類、貯存與處理。			
	A.符合B,備有廢棄物冷藏設施及詳細清運紀錄。			
6.意外針扎處理流程制訂	C.制訂診所防範針扎計畫及處理流程。			
	B.符合C,診所定期全員宣導。			
	A.符合B,完備紀錄存檔。			
7.器械浸泡消毒 (註二)	C.選擇適當消毒劑及記錄有效期限。			
	B.符合C,消毒劑置固定容器及加蓋,並覆蓋器械。			
	A.符合B,記錄器械浸泡時間。			
8.器械滅菌消毒 (註二)	C.器械清洗打包後,進鍋滅菌。			
	B.符合C,並標示消毒日期。			
	A.符合B,化學指示劑監測,並完整紀錄;每週至少一次生物監測劑監測,並完整紀錄。			
9.滅菌後器械貯存	C.滅菌後器械應放置乾淨乾燥處。			
	B.符合C,依先消毒先使用,後消毒後使用原則。			
	A.符合B,打包袋器械貯存不超過一個月,其餘一週為限。			
10.感染管制流程製訂	C.診所須依牙科感染管制SOP,針對自家診所狀況,制訂看診前後感染控制流程、器械滅菌消毒流程及紀錄表。			
	B.符合C,診所定期全員宣導及遵循。			
	A.符合B,完備紀錄存檔。			

註一：在巡迴醫療、特殊醫療照顧、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控制SOP作業細則步驟二貯存容器與規定，並將醫療廢棄物置於密閉5°C以下之冷藏箱自行運送至原來醫療院所，委由清運公司處理。

註二：在巡迴醫療、特殊醫療照顧、矯正機關內，若無消毒設施時，應以清水去除器械表面口水或血液後，包裝完善放置於固定容器後攜至診所，循一般消毒流程進行消毒並記錄。

院所陪檢醫師簽名：_____ 審查醫藥專家簽名：_____

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。

第一節 牙體復形 Operative Dentistry (89001-89015, 89088, 89101-89115)

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
89001C	銀粉充填 Amalgam restoration					
	— 單面 single surface	v	v	v	v	450
89002C	— 雙面 two surfaces	v	v	v	v	600
89003C	— 三面 three surfaces	v	v	v	v	750
	註：1.同類牙申報銀粉充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填（89001C~89005C，89008C~89012C， 89014C~89015C ）費用。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。					
89004C	前牙複合樹脂充填 Anterior teeth composite resin restoration					
	— 單面 single surface	v	v	v	v	500
89005C	— 雙面 two surfaces	v	v	v	v	650
	註：1.同類牙申報前牙複合樹脂充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，89008C~89012C， 89014C~89015C) 費用。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以二面為限。					
89008C	後牙複合樹脂充填 Posterior teeth composite resin restoration					
	— 單面 single surface	v	v	v	v	600
89009C	— 雙面 two surfaces	v	v	v	v	800
89010C	— 三面 three surfaces	v	v	v	v	1000
	註：1.同類牙申報複合樹脂充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，89008C~89012C， 89014C~89015C) 費用。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。					

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
89011C	玻璃離子體充填 Glass Ionomer Cement 註：1.同類牙申報玻璃離子體充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，89008C~89012C， 89014C~89015C)費用。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。	v	v	v	v	400
89012C	前牙三面複合樹脂充填 Anterior teeth composite resin restoration 註：1.同類牙申報複合樹脂充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，89008C~89012C， 89014C~89015C)費用。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。	v	v	v	v	1050
89013C	複合體充填 Compomer restoration 註：1.限恆牙牙根齲齒申報。 2.每顆牙一年半內不得重複申報。 3.應於病歷詳列充填牙面部位。	v	v	v	v	800 1000
89014C	前牙雙鄰接面複合樹脂充填 Composite resin restoration for mesio and disto proximal caries 註： 1.同類牙申報前牙雙鄰接面複合樹脂充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，89008C~89012C， 89014C~89015C)費用。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。	v	v	v	v	1200
89015C	後牙雙鄰接面複合樹脂充填 Composite resin restoration for mesio and disto proximal caries 註： 1.同類牙申報後牙雙鄰接面複合樹脂充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，89008C~89012C， 89014C~89015C)費用。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3. 充填牙面部位應包含雙鄰接面(Mesial, M; Distal, D)及咬合面(Occlusal, O)。	v	v	v	v	1450

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
89114C	<u>特殊狀況之前牙雙鄰接面複合樹脂充填</u> <u>Composite resin restoration for mesio and disto proximal caries</u> <u>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、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。</u> <u>2.應於病歷詳列充填牙面部位。</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>1200</u>
89115C	<u>特殊狀況之後牙雙鄰接面複合樹脂充填</u> <u>Composite resin restoration for mesio and disto proximal caries</u> <u>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、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。</u> <u>2.應於病歷詳列充填牙面部位。</u> <u>3.充填牙面部位應包含雙鄰接面(Mesial, M; Distal, D)及咬合面(Occlusal, O)。</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>1450</u>

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
90004C	齒內治療緊急處理 Endodontic emergency treatment 註：需記載具體處置內容。	v	v	v	v	100 150
90005C	乳牙斷髓處理 Primary tooth pulpotomy 註：1.需附治療前X光片以為審核（X光片費用已內含）。 2.六十天內，不得再申報90015C。 3.麻醉費用內含。	v	v	v	v	610 800
	難症特別處理Difficult case special treatment，範圍如下所列各項：					
90091C	—大白齒(C-Shaped)根管	v	v	v	v	1000
90092C	—有額外根管者 (1)前牙及下顎小白齒有超過一根管者。 (2)上顎小白齒有超過二根管者。 (3)大白齒有超過三根管者。 (4)以實際超過根管數計算。	v	v	v	v	1000
90093C	—根管特別彎曲、根管鈣化，器械斷折（非同一醫療院所），以根管數計算。	v	v	v	v	1000
90094C	—根管重新治療在X光片上root canal內顯現出radioopaque等有obstruction之根管等個案，以根管數計算。	v	v	v	v	1000 1500
90095C	—符合附表3.3.1標準之多根管根管治療。(雙根管)	v	v	v	v	1000 1600
90096C	—符合附表3.3.1標準之多根管根管治療。(三根管)	v	v	v	v	1500 2400
90097C	—符合附表3.3.1標準之多根管根管治療。(四根管)	v	v	v	v	2000 3200
90098C	—符合附表3.3.1標準之多根管根管治療。(五根及五根以上根管) 上列支付項目90091C-90098C申報說明如下列： 註：1. 90091C-90094C須檢附術前或術後舉證之X光片，其餘需附診斷、測量長度及充填完成之X光片（X光片費用已內含）。 2.GP過度充填(over filling)不得申報90095C~ 90098C。	v	v	v	v	2500 4000

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
90012C	橡皮障防濕裝置 Rubber dam appliance 註：1.銀粉、複合樹脂、玻璃離子體及複合體充填時，橡皮障防濕裝置視病情需要使用。 2.使用橡皮障防濕裝置時，需檢附X光片或相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)佐證。(X光片或相片費用已內含)。	v	v	v	v	100 150
90015C	根管開擴及清創 Canal enlarge & debridement 註：1.單獨申報此費用時，需檢附未完成充填前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」之適用對象不在此限。 2.已申報斷髓處理，六十天內不得再申報此項費用。 3.六十天內不得重覆申報。 4.本項目X光片費用已內含。 5.麻醉費用內含。	v	v	v	v	410 600

第三節 牙周病學 Periodontics (91001~91044~~20~~，91088，91104，91114)

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 Periodontal emergency treatment 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、 <u>91005C、91017C、91103C、</u> 或91104C <u>或91019C</u> 同時申報。	v	v	v	v	150
91003C 91004C	牙結石清除 Scaling — 局部localized — 全口full mouth 註：1.限有治療需要之患者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。(同限象不得重覆申報) 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. 十二歲以下 <u>未滿十二歲</u> 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。	v v	v v	v v	v v	150 600
91014C	牙周 <u>暨齲齒</u> 疾病 控制基本處置 註：1.牙菌斑偵測及去除維護教導。 2.需併同91004C、 <u>91005C</u> 實施， <u>每360天限申報一次；</u> <u>併同91020C實施，每180天限申報一次。</u> 3.每360天限申報一次。	v	v	v	v	100
91114C	特殊牙周 <u>暨齲齒</u> 疾病 控制基本處置 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、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。 2.牙菌斑偵測及去除維護教導。 3.九十天可申報一次。	v	v	v	v	250

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
91015C	特定牙周保存治療 -全口總齒數 9-15 顆	v	v	v	v	2000
91016C	-全口總齒數 4-8 顆	v	v	v	v	1000
	<p>註：1.限總齒數至少 4 顆且未達 16 顆之患者申報。</p> <p>2.申報費用時，需附 <u>一年內</u> 當次 牙菌斑控制紀錄及 一年 內 囊袋深度紀錄（其中全口總齒數 9-15 顆者，至少 4 顆牙齒有測量部位囊袋深度超過 5mm(含)以上；全口總齒數 4-8 顆者，至少 2 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（環咬翼片或根尖片須符合患者口腔現況，X 光片費用另計，<u>環口全景 X 光片費用不另計</u>）以為審核。</p> <p>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。</p> <p>4.每九十天限申報一次。</p> <p>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、91006C~91008C。</p>					
91017C	懷孕婦女牙結石清除-全口	v	v	v	v	800
	<p>註：</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>3.申報本項後九十天內不得再申報91003C~91004C。</p> <p>4.不得同時申報<u>91001C、91003C、91004C、91005C、91014C、91103C、91104C 或91019C</u>同時申報。</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
91018C	<p>牙周病支持性治療</p> <p>註：1.限經「全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」核備之醫師，執行院所內已完成第三階段(P4003C)患者之牙醫醫療服務，且需與第二階段(P4002C)間隔九十天。</p> <p>2.申報費用時，需附<u>一年內</u>半年內牙菌斑控制紀錄及<u>一年</u>半年內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）。</p> <p>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。</p> <p>4.每九十天限申報一次。</p> <p>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、91006C~91008C、91015C~91016C。</p>	v	v	v	v	1000
91019C	<p><u>懷孕婦女牙周緊急處置</u></p> <p>註：</p> <p><u>1.限懷孕婦女之患者申報。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>3.不得與91001C、91003C、91004C、91017C、91103C或91104C同時申報。</u></p>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>500</u>
91020C	<p><u>牙菌斑去除照護</u></p> <p>註：1.<u>牙菌斑清除。</u></p> <p><u>2.每180天限申報一次。</u></p> <p><u>3.限未滿12歲兒童申報。</u></p>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>200</u>

第四節 口腔顎面外科 Oral Surgery (92001~92073, 92088-92094⁵)

第一項 處置及門診手術

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92027C	齦蓋切除術 Operculectomy 註：需附術前 X 光片 <u>或相片</u> 以為審核 (X 光片 <u>或相片</u> 及局部麻醉費用已內含)。	v	v	v	v	510
92093B	牙醫急症處置 Oral and maxillofaical emergent treatment 註： 1.適應症： (1)顏面及牙齒疼痛，經藥物控制不佳者(K04.0, <u>K04.1-K04.99, K05.0, K05.2</u>)。 (2)外傷導致之牙齒脫落或斷裂(S03.2, S02.5, <u>L02.01, L03.211, L03.212</u>)。 (3)拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血(K91.840)。 (4)下顎關節脫臼(S03.0)。 (5)顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎(K12.2, L03.221)。 (6)口腔及顏面撕裂傷(S01.5)。 2.進行緩解之相關處置：如止痛、局部非特定處理、牙髓緊急處理、牙周緊急處理、止血。 3.需檢附檢傷分類等級、生命徵象(血壓、心跳速率、呼吸速率)與意識狀況(Glasgow coma score)等護理紀錄。 4.不得同時申報 34001C、34002C、90004C、91001C、92001C、92012C、92043C、92066C、92071C。		v	v	v	1000
92094C	週日及國定假日牙醫門診急症處置 註： 1.限週日及國定假日申報，其日期認定同附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則。 2.當月看診天數需≤二十五日，超過二十五日則本項不予支付。 3.院所需於前一個月於健保資訊網服務系統(VPN)完成當月門診時間登錄，始得申報本項目。(前一個月完成次月看診時段之登錄，若有異動者須修訂看診起日及時段並儲存，無異動者僅須點選「儲存」後，會自動完成登錄註記。) 4.適應症： (1)顏面及牙齒疼痛，經藥物控制不佳者(K04.0, <u>K04.1-K04.99, K05.0, K05.2</u>)。 (2)外傷導致之牙齒脫落或斷裂(S03.2, S02.5, <u>L02.01, L03.211, L03.212</u>)。 (3)拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血(K91.840)。 (4)下顎關節脫臼(S03.0)。 (5)顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎(K12.2, L03.221)。 (6)口腔及顏面撕裂傷(S01.5)。 5.進行緩解之相關處置：如止痛、局部非特定處理、牙髓緊急處理、牙周緊急處理、止血。 6.不得同時申報 34001C、34002C、90004C、91001C、92001C、92012C、92043C、92066C、92071C。	v	v	v	v	800

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
92095C	顎顏面骨壞死術後傷口照護 <u>註：</u> 1.需有病理學報告或相關影像佐證。 2.三日內之同一處置視為同一療程。	√	√	√	√	600

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15—牙周病統合照護計畫申報點數(P4001C、P4002C、P4003C)。
 - (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)感染管制診察費差額。
 - (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)。

(二)適用鄉鎮：

1. 台北市、原臺灣省轄內之臺中市、原直轄市之高雄市(不含旗津區)。
2. 該鄉鎮市區(縣轄市)戶籍人口數大於 10 萬且人口密度大於 4000。
3. 依上開條件所列適用鄉鎮名單詳附件。

註：

1. 台北市【松山區、信義區、大安區、中山區、中正區、大同區、萬華區、文山區、南港區、內湖區、士林區、北投區】
2. 台中市【中區、東區、南區、西區、北區、西屯區、南屯區、北屯區】
3. 高雄市【楠梓區、左營區、鼓山區、三民區、苓雅區、新興區、前金區、鹽埕區、前鎮區、小港區】
4. 鄉鎮市區人口數以內政部統計為準。

~~(二)~~ (三) 前述適用鄉鎮牙科醫師如有以下情形，不適用本原則之折付方式：

1. 該分區已結算之最近四季浮動點值之平均值超過 1.05 元，則該年度該分區專任牙醫師不適用本原則之折付。
2. 專科醫師。
3. ~~該鄉鎮市區每位牙醫師平均服務人口在 4500 人以上之專任牙醫師。~~

43.該鄉鎮市區只有一位之專任牙醫師。

54.除 1、2、3、4 點所列以外之山地離島地區牙醫師如有特殊情況，得向總額受託單位提出申請，並經牙醫門診總額研商議事會議同意者。

註：以上第 2 項專科醫師，係中華民國牙醫師公會全國聯合會按季提供之轉診加~~成~~專科醫師名單之醫師；第 3 項鄉鎮市區人口數以內政部統計為準；牙醫師以同期保險人醫院及基層院所牙醫師數統計為準；第 1、3、4 項每半年公告一次名單。

二、折付方式：以醫師為單位計算各院所各醫師合計折付點數上限，並與院所審查核付點數比較，計算實際核付點數

(一) 先計算每位醫師每月申報醫療費用(=申報總醫療點數(含部分負擔)-排除項目費用點數)，點數在 5055 (含)萬點以下時維持原費用點數，超過 5055 萬點時，則按下列分級予以折付：在 5055-6065(含)萬點部分乘以 0.78，在 6065-7075(含)萬點部分乘以 0.39，在 7075 萬點以上部分乘以 0.10 之方式，計算當月該醫師折付上限總點數。

註 1：各醫師每月申報費用之計算，係於每月底針對已受理並完成轉檔之資料，啟動全國醫師別總費用歸戶，將各院所申報上月費用及當月補送上月以前之補報費用中該醫師申報之點數加計。因故上月執業費用於次次月以後申報者(限發生年月費用未曾申報者)，追溯計算費用發生年月該醫師於其他院所執業費用之點數，並按規定加計折算費用，原已完成歸戶計算費用之院所則不予追扣或補付費用。

註 2：全國醫師別總費用歸戶後，申報醫師 ID 檢核錯誤及醫師以 A 報 B 者均不予支付，且不得申復，但重大行政或系統問題所致者，由保險人衡酌處理，且同院所一年不得超過 1 次。

(二) 前開醫師折付上限總點數，按該醫師在多處院所申報醫療費用比例，計算該醫師在某院所之折付上限點數。

(三) 計算各院所各醫師合計折付點數上限(=所有醫師折付上限點數合計+排除項目費用點數)。嗣後，該院所審查核付點數如大於折付點數上限，按折付點數上限核給費用；如小於折付點數上限，則按核付點數核給費用。

三、核付院所費用後，若有申復，致使審查補付點數加原核定點數大於折付點數上限時，以折付點數上限為給付限額。

第四章 牙科麻醉費

通則：

- 一、表面麻醉、浸潤麻醉或簡單之傳導麻醉之費用均已包今在手術費用內，不另給付；另麻醉材料費已包括蘇打石灰 Soda lime，笑氣 Nitrous oxide，氧氣 Oxygen 及麻醉藥膏 Anesthetic jelly 及麻醉用氣體等在內，不另給付。
- 二、凡對六歲以下兒童施行麻醉者予以加成支付，病人年齡未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲至六歲者，則依表定點數加計百分之二十。

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
96001C	牙科局部麻醉 Dental localized anesthesia 註： <u>1.應就牙齒六區域（UR、UA、UL、LR、LA、LL）</u> 併同主處置申報，惟須於病歷上詳實記載。 <u>2.表面麻醉不得申報。</u>	v	v	v	v	90

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30%加成費用。

(一)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，送健保署分區業務組核定，已核定者次年如繼續符合資格，得繼續沿用：

1.具中央衛生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6項範圍。

3.以醫師為單位申報轉診範圍各科別醫令費用在15百分位數(含)以上者，其科別點數或件數占總申報點數或件數60百分位(含)以上者(牙體復形除外)，其名單產製依「通則三符合轉診醫師資格之產製名單處理方式」(附表3.3.4)辦理，本項由牙醫總額受託單位每年產製名單通知。

(二)轉診範圍，限於下列之科別與項目：

1.牙髓病科：依支付標準表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：依支付標準表第三章第三節牙周病學申報(除91001C、91003C、91004C、91088C外)，及92030C~92033C、P4001C~P4003C。

3.口腔顎面外科：依支付標準表第三章第四節口腔顎面外科申報(除92001C、92013C、92088C)。

4.牙體復形科：依支付標準表第三章第一節牙體復形申報(排除89006C、89088C)。

5.兒童牙科：12歲以下執行上述醫令項。

6.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受轉診加成之醫療院所就診，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30%給付，若同時符合轉診加成者，合計加成60%。

五、診療項目備註中有關期間天數之定義方式：三個月係指九十天，半年係指一百八十天，一年係指三百六十五天，一年半係指五百四十五天，兩年係指七百三十天。每年係以日曆年計。

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。

附表 3.3.4 牙醫醫療院所轉診單

原 診 療 醫 療 院 所	院所名稱：		電話：		醫師 簽 章	
	醫事機構代碼：		傳真：			
	院所地址：					
保 險 對 象 基 本 資 料	姓名：		性別：<input type="checkbox"/>男 <input type="checkbox"/>女			
	身分證字號：		出生日期：民國(前) 年 月 日			
	聯絡電話：		聯絡人： 關係：			
	聯絡地址：					
轉 診 科 別 項 目	 <input type="checkbox"/>1. 牙髓病科 <input type="checkbox"/>2. 口腔顎面外科/口腔診斷/口腔病理/顫顎關節障礙：簡單拔牙以外之所有項目 <input type="checkbox"/>3. 牙周病科：洗牙以外之所有項目 <input type="checkbox"/>4. 兒童牙科(行為管理困難、全身性疾病)： <input type="checkbox"/>a. 牙髓病科轉診項目 <input type="checkbox"/>b. 口腔外科轉診項目 <input type="checkbox"/>c. 牙體復形轉診項目 <input type="checkbox"/>5. 牙體復形科：後牙樹脂填補 <input type="checkbox"/>6. 身心障礙者轉出醫療院所至特殊醫療服務計畫院所 					
病 歷 摘 要	病情摘要：(主訴及簡短病史)					
	診斷：					
	轉診目的：					
建 議 轉 診 院 所	院所名稱：			電話：		
	科別：		醫師：		傳真：	
	地址：					
接 受 轉 診 醫 療 院 所	治療摘要與建議：					
	治療日期： 年 月 日 至 年 月 日					
	處理結果：					
	 <input type="checkbox"/>a. 轉回原轉診單位繼續雙向追蹤診察、治療 <input type="checkbox"/>b. 繼續門診追蹤治療待完成治療後再轉回原轉診單位 <input type="checkbox"/>c. 其他 					
	院所名稱：		科別：		醫師 簽 章	
	醫師：		電話：			
回覆日期：		傳真：				

備註：~~1. 轉診單開立三十日內至受轉診加成一醫療院所就診方能申報轉診加成一~~
~~2. 本轉診單限使用一次。~~
~~3. 以上欄位均屬必填，如無則填無。~~

附表3.3.4 通則三之(一)第3項 符合轉診醫師資格之產製名單處理方式

一、邏輯定義：

1. 以醫師為單位申報轉診範圍各分科別醫令費用在 15 百分位數(含)以上者。
2. 其分科點數或醫令數占總申報點數或醫令數 60 百分位(含)以上者。

二、分區：六分區及全國

三、各分科定義：

1. 牙髓病科：依支付標準表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：依支付標準表第三章第三節牙周病學申報(除 91001C、91003C、91004C、91088C 外)，及 92030C~92033C、P4001C~P4003C。
3. 口腔顎面外科：依支付標準表第三章第四節口腔顎面外科申報(除 92001C、92013C、92088C)。
4. 牙體復形科：依支付標準表第三章第一節牙體復形申報(排除 89006C、89088C)。
5. 兒童牙科：12 歲以下執行上述醫令項。

四、計算式：

(一) 邏輯 2：

1. 分子：

- (1) 牙髓病科、牙周病科、口腔顎面外科：以醫師歸戶，計算上述各分科定義之醫令項(醫令數或點數)。
- (2) 兒童牙科：以醫師歸戶，計算有執行病患年齡 ≤ 12 歲，上述牙髓病科、牙周病科、口腔顎面外科及牙體復形科之醫令項(醫令數或點數)。

- ##### 2. 分母：
- 以醫師歸戶，計算申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫>第三章 牙科處置及手術項下醫令項 (醫令數或點數)排除 89006C、89088C、90004C、90006C、90007C、90088C、91001C、91003C、91004C、91088C、92001C、92013C、92088C。

第三部 牙醫

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

第一節 牙體復形 Operative Dentistry (89001-89015, 89088, 89101-89113)

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
89006C	<p>覆髓 Pulp capping</p> <p>註：1.包括暫時填充。 2.每顆牙、每半年限申請一次。 3.再做永久充填時需間隔30天（若經根管治療後不在此限）。 4.僅限恆牙。 <u>5.此項不得申請轉診加成。</u></p>	v	v	v	v	140
89088C	<p>牙體復形轉出醫療院所之轉診費用</p> <p>註： 1.交付病人牙醫醫療院所轉診單(附表3.3.4)，且病歷應記載。 2.提供病人或家屬相關諮詢及轉出病歷摘要(不包含X光片)。 <u>3.此項不得申請轉診加成。</u></p>	v	v	v	v	200

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
90004C	齒內治療緊急處理 Endodontic emergency treatment 註： <u>1.需記載具體處置內容。</u> <u>2.此項不得申請轉診加成。</u>	v	v	v	v	100
90006C	去除縫成牙冠 Removal of s-p crown 註： <u>1.申報費用時，需附治療前X光片及治療後X光片或相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)以為審核(X光片或相片費用已內含)，合併拔牙的切除牙橋處置，可免附術後X光片。</u> <u>2.此項不得申請轉診加成。</u>	v	v	v	v	240
90007C	去除鑄造牙冠 Removal of casting crown 註：1.需附治療前X光片及治療後X光片或相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)以為審核(X光片或相片費用已內含)，合併拔牙的切除牙橋處置，可免附術後X光片或相片。 2.申報 90007C 後不得另行申報OD。(覆髓除外)。 <u>3.此項不得申請轉診加成。</u>	v	v	v	v	500
90088C	根管治療轉出醫療院所之轉診費用 1.交付病人牙醫醫療院所轉診單(附表3.3.4)，且病歷應記載。 2.提供病人或家屬相關諮詢及轉出病歷摘要(不包含X光片)。 <u>3.此項不得申請轉診加成。</u>	v	v	v	v	200

第三節 牙周病學 Periodontics (91001~91014, 91088, 91104, 91114)

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 Periodontal emergency treatment 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或91104C同時申報。 <u>4. 此項不得申請轉診加成。</u>	v	v	v	v	150
91003C 91004C	— 局部localized — 全口full mouth 註：1.限有治療需要之患者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。(同限象不得重覆申報) 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。 5.十三歲以下兒童（「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。 <u>6. 此項不得申請轉診加成。</u>	v v	v v	v v	v v	150 600
91088C	牙周病轉出醫療院所之轉診費用 註： 1.交付病人牙醫醫療院所轉診單(附表3.3.4)，且病歷應記載。 2.提供病人或家屬相關諮詢及轉出病歷摘要(不包含X光片)。 <u>3. 此項不得申請轉診加成。</u>	v	v	v	v	200

第四節 口腔顎面外科 Oral Surgery (92001~92073，92088-92094)

第一項 處置及門診手術

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92001C	非特定局部治療 Nonspecific local treatment 註：1.包括局部藥物治療或燒灼或簡易脫白及其他相關必要措施。 2.三天內視為同一療程，三十天內限申報二次。 <u>3. 此項不得申請轉診加成。</u>	v	v	v	v	50
92013C	簡單性拔牙 Simple extraction 註：1.本項支付點數已包含局部麻醉費用在內。 <u>2.此項不得申請轉診加成。</u>	v	v	v	v	510
92088C	口腔顎面外科轉出醫療院所之轉診費用 註： 1.交付病人牙醫醫療院所轉診單(附表 3.3.4)，且病歷應記載。 2.提供病人或家屬相關諮詢及轉出病歷摘要(不包含X光片)。 <u>3. 此項不得申請轉診加成。</u>	v	v	v	v	200

通則：

一、中醫門診診察費所定點數包括中醫師診療、處方、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本（如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出）。

二、中醫每日門診合理量依下列計算方式分別設定：

（一）經中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格（可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新進中醫師）醫院，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者，得按下列計算方式申報門診診察費：

1. 專任醫師每月平均每日門診量＝【當月中醫門診診察費總人次／（當月專任中醫師數×23日）】
2. 中醫醫療院所專任醫師每月平均每日門診量為 50 人(含)以下，申報編號 A82、A83、A84、A85。
3. 中醫醫療院所專任醫師每月平均每日門診量超出 50 人以上，申報編號 A86、A87、A88、A89。

（二）未符合（一）項之中醫醫療院所，其門診診察費依各中醫醫療院所費用申報當月每位中醫師每日門診量不同分訂不同支付點數。

三、針灸、傷科、脫臼整復及針灸合併傷科治療不得同時申報，針灸、傷科及脫臼整復如同時治療處置，應申報針灸合併傷科治療（編號：B80、B81、B82、B83、B84、B85、B86、B87、B88、B89、B90、B91、B92、B93、B94）。

四、針灸、傷科及脫臼整復需連續治療者，同一療程以六次為限，實施六次限申報一次診察費，並應於病歷載明治療計畫。

五、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療合計申報量限四十五人次以內，其中內含複雜性傷科處置(編號：B55、B56、B57、B82、B83、B84、B87、B88、B89、B92、B93、B94)每位專任醫師每月上限為三十人次，超過三十人次部分改以通則七範圍醫令計算(每月申報日數計算方式：每月申報日數超過二十六日者以二十六日計；另屬中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案認定之地區、山地離島地區、花蓮縣(市)及臺東縣(市)，每月以實際看診日數計)。

六、中醫醫療院所平均每位專任醫師每月申報另開內服藥之針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置費(編號：B41、B43、B45、B53、B62、B80、B85、B90)每位專任醫師每月上限為六十一百二十人次，超出六十一百二十人次部分者五折支付。

七、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療合計申報量在三十人次以下者，按表訂點數支付，在三十一至四十五人次之部分，編號：B42、B44、B46、B54、B61、B63、B81、B86、B91者，九折支付，四十六人次以上，編號：B41、B42、B43、B44、B45、B46、B53、B54、B55、B56、B57、B61、B62、B63、B80、B81、B82、B83、B84、B85、B86、B87、B88、B89、B90、B91、B92、B93、B94者，支付點數以

零計。

- 八、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療合計申報量 = (當月針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置總人次 / 當月專任中醫師總看診日數)。
- 九、中醫醫療院所該月份所有專任醫師因產假期間均未看診，支援醫師得以該未看診之專任醫師數，依合理量規定申報門診診察費及針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置費，其餘支援醫師依每段合理量之餘額總數，依序補入看診人次。
- 十、三歲(含)以下兒童之門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

第一章 門診診察費

編號	診療項目	支付點數
	一般門診診察費	
	(一) 中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格(可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新進中醫師)醫院，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者。	
	1.每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十人次以下部分(≤50)	
A82	-- 看診時聘有護理人員在場服務者	280
A83	-- 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	310
A84	-- 看診時未聘有護理人員在場服務者	270
A85	-- 看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	300
	2.每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十人次以上部分(>50)	
A86	-- 看診時聘有護理人員在場服務者	215
A87	-- 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	240
A88	-- 看診時未聘有護理人員在場服務者	200
A89	-- 看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	230
	(二) 不符(一)項之中醫醫療院所	
	1.每位專任中醫師每月看診日平均門診量在三十人次以下部分(≤30)	
A01	— 看診時聘有護理人員在場服務者	320 335
A11	— 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	350 365
A02	— 看診時未聘有護理人員在場服務者	340 325
A12	— 看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	340 355
	2.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過三十人次，但在五十人次以下部分 (31-50)	
A03	— 看診時聘有護理人員在場服務者	230
A13	— 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	260
A04	— 看診時未聘有護理人員在場服務者	220
A14	— 看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	250
	3.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分 (51-70)	
A05	— 看診時聘有護理人員在場服務者	160
A15	— 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	190
A06	— 看診時未聘有護理人員在場服務者	150
A16	— 看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	180
	4.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過七十人次，但在一五0人次以下部分(71-150)	
A07	— 未開具慢性病連續處方	90
A17	— 開具慢性病連續處方	120

編號	診療項目	支付點數
A08	5.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過一五0人次部分(>150) — 未開具慢性病連續處方	50
A18	— 開具慢性病連續處方	80
	6.山地離島地區	
A09	— 看診時聘有護理人員在場服務者	320335
A19	— 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	350365
A10	— 看診時未聘有護理人員在場服務者	310325
A20	— 看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	340355
	註：1.所稱「看診時聘有護理人員在場服務者」，指每位中醫師至少聘護理人員一名以上看診時須有護理人員在場服務。申報費用須先報備護理人員執照及執業登記地點。院所應於費用年月次月二十日前，至健保資訊網服務系統(VPN)填報『護理人員跟診時段』，包含：護理人員姓名、身份證字號、跟診日期、跟診時間(應有明確時間點)、搭配之中醫師姓名及身分證字號暨中醫師排班時段等項，未填報者，本項不予支付。 2.支援中醫師看診人次之計算：依各段各專任中醫師每段看診合理量之餘額總數，依序補入支援中醫之看診人次。若專任中醫師該月份均未看診，除通則九規定外，支援中醫師以看診合理量之最後一段支付點數申報。 3.開具慢性病連續處方者，應列入每位專任中醫師每月看診日平均門診量優先計算。 4.支援醫師診察費一律按未聘有護理人員在場服務者之支付標準代碼計算。 5.每月申報日數計算方式：一般門診診察費申報第(一)項者，每月申報日數超過二十三日者以二十三日計；一般門診診察費申報第(二)項者，每月申報日數超過二十六日者以二十六日計；中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案認定之地區、山地離島地區、花蓮縣(市)及臺東縣(市)，每月以實際看診日數計。	
A90	— 初診門診診察費加計 註：1.限特約中醫醫事服務機構需符合設立健保特約院所滿二年以上（東區及山地離島地區以簽約滿一年以上）申報。 2.限患者需為二年內(費用年月相減)未到該全民健康保險中醫醫事服務機構看診方可提出。 3.院所申報初診案件數以每月申報診察費不為0之就醫病人ID歸戶人數之10%為最高申請件數。	50

全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫

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：

- (一)針對住院中之腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷患者，藉由具文獻依據之中醫輔助醫療介入措施，期使達到病患神經學功能進步、日常生活能力改善、生活品質提昇，併縮短住院天數，降低醫療費用支出的目的。
- (二)希望透過中西醫結合的治療方式，將腫瘤患者經手術、放化療後常出現的腸胃不適、眩暈、落髮，以及療程中常出現的口乾、口腔潰瘍、便秘、腹瀉、張口困難等症狀減輕到最低，讓患者能順利完成整個西醫療程，發揮最大療效；尤其對末期患者所出現的惡病質，諸如體重減輕，食慾不振，精神萎靡等不適，以及癌性疼痛問題，透過中醫的體質調理，提升患者的生活品質。

三、施行期間：自公告日起至1056年12月31日止。

四、適用範圍：

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

五、預算來源：1056年全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫」專款項目下支應，全年經費143133百萬元。

六、申請資格及退場機制：

- (一)設有中醫門診之醫院，申請參與本計畫之醫師須執業滿三年以上，並參加中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)所辦理繼續教育受訓課程之中醫師。
- (二)申請參與本計畫之保險醫事服務機構及醫師須二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以全民健康保險保險人(以下稱保險人)第一次處分函所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)。

(三)退場機制：當年度收案且結案患者前後測量表完成率低於 50%者，於保險人通知文到日次月一日起 12 個月內不得承作本計畫。

七、申請程序：

中醫門診特約醫事服務機構應檢送申請表(附件一)及計畫書，以掛號郵寄方式向中醫全聯會提出申請。

八、計畫書之規範：

- (一)書寫格式：以WORD形式建檔，A4版面，由左而右，由上而下，(標)楷書14號字型，橫式書寫。
- (二)封面：包括計畫名稱、執行單位、執行期間。

(三)內容至少應包括下列項目：

1.前言：請敘述申請本計畫動機，包括：加強中醫醫療照護門診的種類、醫療資源提供情況及需求狀況等。

2.目的：分點具體列述所要達成之目標。

3.實施方法與步驟：請依計畫內容分別具體列述，並應包括下列項目：

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

(2)標準作業程序。

(3)適應症。

(4)治療及追蹤計畫。

(5)療效評估標準：

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

B、顱腦損傷，以巴氏量表(Barthel Index)、改良式創傷嚴重度指標(Revised Trauma Score, RTS：包含呼吸次數，收縮血壓及 Glasgow 昏迷指數等三項生理指標)做為評估標準。

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

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

(6)不良反應紀錄及通報。

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

(四)評估預期效益：請詳述計畫實施後預期達成之效益指標。

九、申請資格審查：

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

十、執行方式：

(一)醫師應對當次看診病人提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，並以標準作業流程與處置完成診療。

(二)本計畫收案後應將個案之基本資料登錄於健保資訊網服務系統(VPN)。各項評估量表須於收案後三日內及出院前各執行一次，每次須完成各項支付標準所列之量表並登錄於VPN。

(三)本計畫執行期間，保險醫事服務機構欲變更計畫者，須先函送中醫全聯會進行評估，並檢具中醫全聯會所發予之評估結果，向保險人之分區業務組申請計畫之變更，經保險人分區業務組核定後，始得變更。

十一、支付方式：

(一)本計畫之給付項目及支付標準表如附件二。

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

十二、醫療費用申報與審查：

(一)醫療費用申報

1.門診醫療費用點數申報格式之總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。

2.門診醫療費用點數申報格式點數清單段：

(1)案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。

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

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

十三、執行報告：

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

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

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

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

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

附件一

全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫申請表

腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷 腫瘤患者手術、化療、放射線療法後

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

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

附件二

西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫給付項目
及支付標準表

通則：

- 一、本標準所訂支付點數包括中醫師診療、處置、處方、藥費、調劑費、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本(如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出)。
- 二、針灸、傷科及脫臼整復每次診療得合併申報本計畫之診察費項目(P33001及P34001)，不受同一療程規定之限制。
- 三、本計畫之中醫輔助醫療服務量、針灸、傷科及脫臼整復合計申報量，應獨立計算且申報時不併入該院所原門診合理量、針灸、傷科及脫臼整復原合計申報量計算。
- 四、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。
- 五、申報中醫護理衛教費及營養飲食指導費，應於該次診療服務合併實施治療評估，並於病歷詳細載明評估結果及治療方式。
- 六、本計畫之案件當次不得另行申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫各章節之診療項目。
- 七、本計畫之案件(同一個案)~~每週限申報三次~~每週不得申報超過七次(加護病房患者除外)。

支付標準表(一)
-腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷

第一章 中醫輔助醫療診察費

編號	診療項目	支付點數
P33001	中醫輔助醫療診察費	350

第二章 藥費

編號	診療項目	支付點數
P33021	每日藥費	100

第三章 針灸治療

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

註：P33031、P33032 每次治療擇一申報。

第四章 傷外科治療

編號	診療項目	支付點數
P33041	一般治療	300

第五章 疾病管理照護費

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

註：1.每一個案住院期間限申報一次費用。

2.P33053、P33054、P33055 生理評估：

(1)須以個案為單位。

(2)須於收案後三日內及出院前各執行一次。

(3)每次須同時完成各項所列之量表並登錄於 VPN。

支付標準表(一)
-腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷

第六章 藥品調劑費

編號	診療項目	支付點數
P33061	藥品調劑費	50/次

第七章 中醫輔助醫療檢查費

編號	診療項目	支付點數
P33071	中醫輔助醫療檢查費(舌診儀)	500/次
P33072	中醫輔助醫療檢查費(脈診儀)	500/次
P33073	中醫輔助醫療檢查費(微循環儀輔助)	500/次
P33074	中醫輔助醫療檢查費(紅外線熱象儀輔助)	500/次
註：每個月每項限申請一次，未檢查者不得申報。		

支付標準表(二)
-腫瘤患者手術、化療、放線射療法

第一章 中醫輔助醫療診察費

編號	診療項目	支付點數
P34001	中醫輔助醫療診察費	350

第二章 藥費

編號	診療項目	支付點數
P34021	每日藥費	100

註：出院患者必要時得開給7天藥品

第三章 針灸治療

編號	診療項目	支付點數
P34031	針灸治療處置費	400
P34032	電針治療	500

註：P34031、P34032每次治療擇一申報。

第四章 傷外科治療

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

第五章 疾病管理照護費

編號	診療項目	支付點數
P34051	中醫護理衛教費	300
P34052	營養飲食指導費	250
P34053	癌症治療功能性評估： (1)一般性量表(FACT-G) (第四版) (2)生活品質評估(ECOG)	1,000

註：1.P34051、P34052 每一個案住院期間限申報一次費用。
2.P34053 癌症治療功能性評估：
(1)以個案為單位。
(2)須於收案後三日內及出院前各執行一次，前後測量表可各申報一次費用。
(3)每次須同時完成該項所列之量表並登錄於 VPN。

第六章 藥品調劑費

編號	診療項目	支付點數
P34061	藥品調劑費	50/次

第七章 中醫輔助醫療檢查費

編號	診療項目	支付點數
P34071	中醫輔助醫療檢查費(舌診儀)	500/次
P34072	中醫輔助醫療檢查費(脈診儀)	500/次

註：每個月每項限申請一次，未檢查者不得申報。

支付標準表(二)

-腫瘤患者手術、化療、放線射療法

第六章 藥品調劑費

編號	診療項目	支付點數
P34061	藥品調劑費	50/次

第七章 中醫輔助醫療檢查費

編號	診療項目	支付點數
P34071	中醫輔助醫療檢查費(舌診儀)	500/次
P34072	中醫輔助醫療檢查費(脈診儀)	500/次

註：每個月每項限申請一次，未檢查者不得申報。

全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫

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：

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

三、施行期間：自公告日起至1056年12月31日止。

四、適用範圍：

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

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

五、結案條件：符合結案條件之患者當年度該院所不能再收案。

(一)助孕：

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

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

(二)保胎：妊娠滿20週即應結案。

五六、預算來源：1056年全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「提升孕產照護品質計畫」專款項目下支應，全年經費3247.7百萬元。

六七、申請資格：

(一)中醫門診特約醫事服務機構之中醫師，並參加中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)辦理之「中醫提升孕產照護」課程4小時(講習會不定期召開)，且領有繼續教育證明者。

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

七八、申請程序：

中醫門診特約醫事服務機構應檢送申請表(附件一)，向中醫全聯會提出申請。

八九、申請資格審查：

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

九上、執行方式：

(一)助孕

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

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

十二、支付方式：

(一)本計畫之給付項目及支付標準表如附件二。

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

十一二、醫療費用申報與審查

(一)醫療費用申報

1.門診醫療費用點數申報格式之總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。

2.門診醫療費用點數申報格式點數清單段：

(1). 案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。

(2). 特定治療項目(一)：請填報「J9」(全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫)。

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

十二三、執行報告

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

(二)實施效益須包含如下：

1.助孕：

(1)助孕成功率(=成功受孕個案數/助孕看診個案數)

註:夫妻同時就醫者成功數及看診數皆計數為2

A.分子:分母個案中當年度至隔年6月間有申報第二次產檢之人數(無第二次者以第三次計)。

B.分母:當年度申報助孕照護處置費(P39001、P39002)女性人數。

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

A.助孕診療紀錄表(每季提供予中醫全聯會)-女性

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

B.助孕診療紀錄表(每半年提供予中醫全聯會)-男性

姓名	性別	生日	初診日期	精蟲數	形態良率	液化	雜質	活動力	是否受孕	次診斷	其他

2.保胎

(1)保胎成功率(=孕期超過20週以上個案數成功保胎個案數/保胎看診個案數)

A.分子:分母個案中當年度至隔年6月間有申報第三次以上產檢之人數。

B.分母:當年度申報保胎照護處置費(P39003、P39004)之人數。

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

懷孕初期症狀及心理評估量表(每季提供予中醫全聯會)

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

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

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

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

附件一

全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫申請表

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

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

附件二

全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫 給付項目及支付標準表

通則：

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

全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫
支付標準表

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

全民健康保險中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫

一、依據：

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的：

針對乳癌、肝癌患者，藉由具文獻依據之中醫輔助醫療積極主動介入，降低治療期間產生之不適感，以改善患者日常生活能力、提升生活品質，使患者能順利完成整個腫瘤治療療程為目的。

三、施行期間：自公告日起至1056年12月31日止。

四、適用範圍：

(一)西醫確診為乳癌(ICD-10：C50、C79.2、C79.81、D05.00、D05.92、D48.60、D48.62、Z51.0、Z51.11)、肝癌(ICD-10：C22、C78.7、D01.5、D37.6)併領有重大傷病證明，經手術後一年內或放化療(含標靶治療)治療期間之患者。

(一)西醫確診為乳癌ICD-10-CM：

1.主診斷碼：C50、C79.81。

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

(二)西醫確診為肝癌ICD-10-CM：

1.主診斷碼：C22、C23、C24。

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

(三)符合上述(一)或(二)診斷併領有重大傷病證明，經手術後一年內或放化療(含標靶治療)治療期間之患者。

(四)住院接受手術或放化療患者，若於住院期間，經「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」收案，出院改採門診繼續接受放化療(含標靶治療)者，應另於健保資訊網服務系統(以下稱VPN)登錄，並改以本計畫照護。若患者再次住院，則由住院計畫申請加強照護，其得於兩計畫併行收案，惟申報照護費用不得重複。

五、預算來源：

1056年全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「乳癌、肝癌門診加強照護計畫」專款項目下支應，全年經費14.925百萬元。

六、申請資格：

(一)申請參與本計畫之醫師須執業滿三年以上，並參加中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)所辦理繼續教育受訓課程之中醫師。

(二)申請參與本計畫之保險醫事服務機構及醫師，須最近二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以全民健康保險保險人(以下稱保險人)第一次處分函所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

七、申請程序：

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

八、申請資格審查：

中醫全聯會於每季季底(以郵戳為憑)收齊申請案件後，十五日內將審查結果送保險人核定及公告新增承辦之保險醫事服務機構名單，執行日以公告院所名單日當月一日起計。

九、執行方式：

- (一)醫師應對當次看診病人提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，並以標準作業流程與處置完成診療。
- (二)開立中藥、針灸(或傷科)治療。
- (三)疾病管理照護費(含中醫護理衛教及營養飲食指導)，限三個月申報一次。
- (四)填寫生理評估，包含癌症治療功能性評估：一般性量表(Functional Assessment of Cancer Therapy-General Scale；FACT-G)(第四版)、生活品質評估Eastern Cooperative Oncology Group(ECOG)，限三個月申報一次。
- (五)承辦本計畫之保險醫事服務機構需於收案後，將個案之基本資料登錄於VPN，並每三個月於VPN上登錄各項生理評估量表。
- (六)本計畫執行期間，保險醫事服務機構欲變更計畫申請表內容者，須先函送中醫全聯會進行評估，經保險人分區業務組核定後，始得變更。

十、支付方式：

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

十一、醫療費用申報與審查：

(一)醫療費用申報

1.門診醫療費用點數申報格式之總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。

2.門診醫療費用點數申報格式點數清單段：

(1)案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。

(2)特定治療項目(一)：請填報「JE(乳癌患者中醫門診加強照護醫療)」或「JF(肝癌患者中醫門診加強照護醫療)」。

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

十二、執行報告：

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

十三、辦理本計畫之保險醫事服務機構，如於執行期間，因有特約管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)，且經保險人予以

停止特約或終止特約者，本計畫執行資格將同步自處分停約或終止特約日起終止。

- 十四、執行本計畫之保險醫事服務機構，未依本計畫規定事項執行者，由中醫全聯會重新評估後，函請保險人分區業務組予以停止執行本計畫。
- 十五、本計畫實施成效由中醫全聯會進行評估，並於實施半年後進行期中檢討，於年終向健保會提送年度執行報告，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況及病患療效評估等資料(含登錄於VPN之生理評估量表資料分析)。
- 十六、本計畫由保險人與中醫全聯會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附件一

全民健康保險中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫申請表

申請日期： 年 月 日

基	院所名稱			院所代碼		
	本計畫負責醫師姓名			身分證字號		
	本計畫負責醫師學經歷			聯絡電話		
E-mail :						
本	醫師姓名	身分證字號	中醫師證書字號	中醫執業年資	受訓課程日期	
			台中字第 號			
			台中字第 號			
			台中字第 號			
			台中字第 號			
			台中字第 號			
資	保險醫事服務機構自評項目			請 V 選		備註
	院所是否二年內未違反健保相關法規			<input type="checkbox"/> 是未違反 <input type="checkbox"/> 否違反		
	醫師是否二年內未違反健保相關法規			<input type="checkbox"/> 是未違反 <input type="checkbox"/> 否違反		
	機構章戳					
料						
中醫全聯會審核意見欄 (本欄位由中醫全聯會填寫)	1 <input type="checkbox"/> 審核通過。 2 <input type="checkbox"/> 不符合規定。 3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請於 月 日內補齊。 4 <input type="checkbox"/> 其他， _____。					
	審核委員：			審核日期： 年 月 日		

附件二

全民健康保險中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫支付標準表

通則：

- 一、本標準所訂支付點數包括中醫師診療、處置、處方、藥費、調劑費、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本(如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出)。
- 二、本計畫之中醫輔助醫療服務量、針灸、傷科及脫臼整復合計申報量，應獨立計算且申報時不併入該院所原門診合理量、針灸、傷科及脫臼整復原合計申報量計算。
- 三、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。
- 四、申報疾病管理照護費，應於該次診療服務合併實施治療評估，並於病歷詳細載明評估結果及治療方式。
- 五、本計畫之案件當次不得另行申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫各章節之診療項目。

全民健康保險中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫支付標準表

編號	診療項目	支付點數
P56001	乳癌、肝癌門診加強照護費(給藥日數 7 天以下) 註：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥	700
P56002	乳癌、肝癌門診加強照護費(給藥日數 8-14 天) 註：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥	1,050
P56003	乳癌、肝癌門診加強照護費(給藥日數 15-21 天) 註：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥	1,400
P56004	乳癌、肝癌門診加強照護費(給藥日數 22-28 天) 註：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥	1,750
P56005	癌症針灸或傷科治療處置費 註：本項處置費每月申報上限為 12 次，超出部分支付點數以零計。	400
P56006	疾病管理照護費 註： 1.包含中醫護理衛教及營養飲食指導。 <u>2.申報此項目，須參考衛教表單(如附件三)提供指導，並應併入病患之病歷紀錄備查。</u> 23.限三個月申報一次，並於病歷詳細載明評估結果。	300 550
P56007	生理評估費 1.癌症治療功能性評估：一般性量表(Functional Assessment of Cancer Therapy-General Scale；FACT-G)(第四版) 2.生活品質評估(Eastern Cooperative Oncology Group；ECOG) 註：1.前測(收案三日內)及後測(收案三個月內)量表皆完成，方可申請給付。 2.限三個月申報一次，並於病歷詳細載明評估結果。	1,000

附件三

全民健康保險中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫 疾病管理照護衛教表單

接受放射線治療、化學治療時您應知道的事項：

大多數之副作用是暫時發生的，以下列出可能出現的副作用及建議處理方式：

(一) 血球下降：

照護方式：

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

(二) 噁心、嘔吐：

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

照護方式：

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

(三) 謹慎選擇健康食品：

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

(四) 生活作息：

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

(五) 其他事項補充：

全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫

一、依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的

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

三、施行期間：~~105年9月1日起~~106年1月1日起至106年12月31日止。

四、預算來源

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

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

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

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

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

七、申請資格

- (一)申請參與本計畫之醫師須執業滿三年以上，並參加中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)所辦理繼續教育受訓課程之中醫師。
- (二)申請參與本計畫之保險醫事服務機構及醫事人員，須最近二年內未曾涉及全民健康

保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以全民健康保險保險人(以下稱保險人)第一次處分函所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

八、申請程序

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

九、申請資格審查

中醫全聯會於收到申請案件後，十五日內將審查完成結果送保險人核定及公告新增承辦之保險醫事服務機構名單，執行日以公告院所名單日次月 1 日起計。

十、執行方式

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

十一、支付方式

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

十二、醫療費用申報與審查

(一)醫療費用申報

- 1.門診醫療費用點數申報格式之總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。
- 2.門診醫療費用點數申報格式點數清單段：
 - (1)案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。
 - (2)特定治療項目(一)：請填報「JG(兒童過敏性鼻炎照護計畫)」代碼。
 - (3)同一診療項目內各次就醫需各取就醫序號，惟應申報為同一案件，就醫序號及就醫日期按第一次治療就醫序號及就醫日期填報。
- 3.申報診療項目定額費用時，於同一流水號需填下列欄位：
 - (1)診療項目定額項目
 - A.醫令代碼：請填本計畫醫令代碼「P58001-P58005」。

B.醫令類別：請填2「診療明細」。

C.就醫日期：為該診療項目之開始治療日期（即該診療項目開始治療的第一天）。

D.治療結束日期：該定額費用之最後一次日期。

(2)實際執行醫令項目：按實際執行次數(N)申報N次診療項目醫令代碼。

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

B.醫令類別：請填4「不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料」。

C.醫令單價及點數：請填‘0’。

D.執行時間-起、迄(治療日期)：依各醫令代碼逐一填報。

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

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

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

十五、執行報告

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

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

十七、品質監控指標

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

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

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

附件一

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

1. 過去一週，你鼻塞發作的情形？

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

定義：5分(過去一週，未曾有鼻塞症狀)

4分(過去一週，少於三天會有鼻塞症狀)

3分(過去一週，每天偶爾會有鼻塞症狀)

2分(過去一週，每天有半天以上會有鼻塞症狀)

1分(過去一週，每天整天會有鼻塞症狀)

2. 過去一週，你打噴嚏的情形？

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

定義：5分(過去一週，未曾有打噴嚏症狀)

4分(過去一週，少於三天會有打噴嚏症狀)

3分(過去一週，每天偶爾會有打噴嚏症狀)

2分(過去一週，每天有半天以上會有打噴嚏症狀)

1分(過去一週，每天整天會有打噴嚏症狀)

3. 過去一週，你流眼淚(流目油)的情形？

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

定義：5分(過去一週，未曾有流眼淚(流目油)症狀)

4分(過去一週，少於三天會有流眼淚(流目油)症狀)

3分(過去一週，每天偶爾會有流眼淚(流目油)症狀)

2分(過去一週，每天有半天以上會有流眼淚(流目油)症狀)

1分(過去一週，每天整天會有流眼淚(流目油)症狀)

4. 過去一週，你因鼻過敏或其他過敏症狀而影響睡眠的情形？

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

定義：5分(過去一週，未曾因鼻過敏或其他過敏症狀影響睡眠)

4分(過去一週，有1-2天因鼻過敏或其他過敏症狀影響睡眠)

3分(過去一週，有3-4天因鼻過敏或其他過敏症狀影響睡眠)

2分(過去一週，有5-6天因鼻過敏或其他過敏症狀影響睡眠)

1分(過去一週，有7天因鼻過敏或其他過敏症狀影響睡眠)

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

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

定義：5分(過去一週，未曾因鼻過敏或其他過敏症狀取消活動)

4分(過去一週，有1-2天因鼻過敏或其他過敏症狀取消活動)

3分(過去一週，有3-4天因鼻過敏或其他過敏症狀取消活動)

2分(過去一週，有5-6天因鼻過敏或其他過敏症狀取消活動)

1分(過去一週，有7天因鼻過敏或其他過敏症狀取消活動)

6. 過去一週，你鼻過敏或其他過敏症狀控制的情形？

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

定義：5分(過去一週，未曾有鼻過敏或其他過敏症狀)

4分(過去一週，少於三天會有鼻過敏或其他過敏症狀)

3分(過去一週，每天偶爾會有鼻過敏或其他過敏症狀)

2分(過去一週，每天有半天以上會有鼻過敏或其他過敏症狀)

1分(過去一週，每天整天會有鼻過敏或其他過敏症狀)

註：幼兒可由父母協助回答。

附件二

全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫申請表

申請日期： 年 月 日

基	院 所 名 稱		院 所 代 碼		
	本計畫負責醫師姓名		身 分 證 字 號		
	本計畫負責醫師學經歷		聯 絡 電 話		
E-mail :					
本	醫師姓名	身分證字號	中醫師證書字號	中醫執業年資	受訓課程日期
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
資	保險醫事服務機構自評項目		請 V 選		備註
	院所是否符合二年內未違反健保相關法規		<input type="checkbox"/> 是未違反 <input type="checkbox"/> 否違反		
	醫師是否符合二年內未違反健保相關法規		<input type="checkbox"/> 是未違反 <input type="checkbox"/> 否違反		
	機 構 章 戳				
料	<p>中醫全聯會審核意見欄 (本欄位由中醫全聯會填寫)</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 審核通過。 2 <input type="checkbox"/> 不符合規定。 3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請於 月 日內補齊。 4 <input type="checkbox"/> 其他， 。</p> <p>審核委員： 審核日期： 年 月 日</p>				

附件三

全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 給付項目及支付標準表

通則：

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

**全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫
支付標準表**

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

第三章 初期慢性腎臟病

通則：

- 一、申報本章費用之醫事人員及醫事機構，須向保險人之分區業務組申請同意，申請資格如下：
 - (一) 健保特約院所，除腎臟、心臟、新陳代謝專科醫師外，其他專科醫師需接受保險人認可之慢性腎臟病照護訓練，上課時數至少六小時(四小時上課及二小時 e-learning 課程)，並取得證明。
 - (二) 設立於山地離島地區之特約院所，具醫師資格且接受保險人認可慢性腎臟病照護訓練，上課時數至少六小時(四小時上課及二小時 e-learning 課程)，並取得證明。
 - (三) 參與之院所與醫師，必須依照本章規定，提供初期慢性腎臟病患者完整之治療模式與適當的轉診服務。
 - (四) 參與之醫師，年度追蹤率小於 20%者(指前一年度已收案之個案中，於本年度完成追蹤者)，經輔導未改善，自保險人文到日之次月起，一年內不得再申報本章之相關費用。
- 二、收案對象：慢性腎臟疾病(Chronic Kidney Disease, CKD) Stage 1、2、3a 期病患
 - (一) 收案條件：經尿液及血液檢查後，已達下列條件之慢性腎臟病患者。
 1. CKD stage 1：腎功能正常但有蛋白尿、血尿等腎臟損傷狀況，腎絲球過濾率估算值(estimated Glomerular filtration rate, 以下稱 eGFR) ≥ 90 ml/min/1.73 m² 且尿蛋白與尿液肌酸酐比值(Urine Protein and Creatinine Ratio, 以下稱 U_{PCR}) ≥ 150 mg/gm (或糖尿病患者 U_{ACR} ≥ 30 mg/gm)之病患。
 2. CKD stage 2：輕度慢性腎衰竭，併有蛋白尿、血尿等 eGFR 60~89.9 ml/min/1.73 m² 且 U_{PCR} ≥ 150 mg/gm (或糖尿病患者 U_{ACR} ≥ 30 mg/gm)之病患。
 3. CKD stage 3a：中度慢性腎衰竭，eGFR 45~59.9 ml/min/1.73 m²之病患。
 - (二) 收案要求：
 1. 收案前九十天內曾在該院所就醫，新收案當次需以「慢性腎臟疾病」為主診斷申報。
 2. 收案時，需向病人解釋本章之目的及需病人配合定期回診等事項，並發給相關衛教文宣資料。
 3. 同一個案不能同時被二家院所收案，但實際照護院所仍可依本標準其他章節申報相關醫療費用。
 - (三) 定期追蹤：依患者慢性腎臟疾病期別執行慢性腎臟病患定期身體檢查、必要尿液檢查與血液檢查及衛教指導項目，並將結果記錄於「初期慢性腎臟疾病個案追蹤管理照護紀錄參考表」(附表 8.3.4)。
 - (四) 結案條件：
 1. 腎功能持續惡化，其 Urine protein/creatinine ratio (UPCR) ≥ 1000 mg/gm，或 eGFR < 45 ml/min/1.73 m²，應建議轉診至「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫」院所。(Stage 3b 或以上)
 2. 腎功能改善恢復正常，連續追蹤二次腎功能及蛋白尿並未達慢性腎臟病標準。
 3. 可歸因於病人者，如長期失聯(≥ 180 天)、拒絕再接受治療、死亡或病人未

執行本章管理照護超過一年者等。

(五) 照護標準

1. 醫療：阻緩腎功能的惡化、蛋白尿的緩解、避免不當藥物的傷害、預防併發症發生。
 - (1) 依照 K-DOQI(Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) Guideline(網址：<http://www.kidney.org/PROFESSIONALS/kdoqi/guidelines.cfm>) 給予病患最適切之醫療。
 - (2) 參考衛生福利部國民健康署(以下稱國健署)與台灣腎臟醫學會出版之「慢性腎臟病防治手冊」(國健署網站/搜尋)，或附表 8.3.1 之初期慢性腎臟疾病個案管理。
2. 衛教諮詢：除必須提供與教導適切的腎病衛教知識與資料外，必須能掌握病患狀況，追蹤病況與檢驗結果，提供醫師與家屬在醫療上與照護上的必要訊息與溝通機會。
3. 對於已收案照護至少三個月之初期慢性腎臟病患，因腎功能持續惡化，符合初期慢性腎臟病照護服務轉診條件者，經轉診(請填寫全民健康保險轉診單，如附表 8.3.6)至參加「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫」院所，並確認收案於該計畫。

(六) 病患照護目標：

1. 必要指標：
 - (1) CKD 分期較新收案時改善(例如：由 stage 2 改善為 stage 1)。
 - (2) eGFR 較新收案時改善(eGFR > 新收案時)，且下列良好指標至少需有二項指標由異常改善為正常。
2. 良好指標：
 - (1) 血壓控制：<130/80 mmHg。
 - (2) 糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)控制：<7.0%。
 - (3) 低密度脂蛋白(LDL)控制：<130 mg/dl。
 - (4) 戒菸：持續六個月以上無抽菸行為。

三、品質資訊之登錄及監測

- (一) 特約院所應於個案登錄系統(VPN)上傳必要欄位(如附表 8.3.2)。照護個案資料及檢驗資料，請登載於初期慢性腎臟病個案管理照護紀錄(如附表 8.3.3、8.3.4 及 8.3.5)，留存院所備查(報告日期於就醫日期前後三個月內，必要項目有一項未執行，則整筆費用不得申報)。
- (二) 特約院所如依「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」規定，上傳收案個案之檢驗(查)結果，其值將自動轉入個案登錄系統。

四、醫療費用申報及審查原則

(一) 申報原則：

1. 醫療費用申報、暫付、審查及核付，依本保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。
2. 門診醫療費用點數申報格式及填表說明：
 - (1) 屬本章收案之保險對象，其就診當次符合申報 P4301C、P4302C、

P4303C 者，於申報費用時，門診醫療費用點數清單段之案件分類應填『E1』、特定治療項目代號(一)應填『EB』；未符合申報上述醫令者，依一般費用申報原則辦理。

(2)申報方式：併當月份送核費用申報。

(二)審查原則：未依保險人規定內容登錄相關品質資訊，或經保險人審查發現登載不實者，將不予支付該筆管理照護費並依相關規定辦理；另該筆疾病管理費被核刪後不得再申報。

五、品質獎勵措施

(一)獎勵單位：以參與醫師為計算獎勵單位，該醫師照護之病人當年度內完成二次追蹤管理方得列入。

(二)門檻指標：該醫師完整追蹤率 $\geq 50\%$ 。

➤ 定義：

1. 分母：當年度該院所該醫師收案之所有病人當中，排除第四季新收案之人數。

2. 分子：符合上述分母條件之病人當中，於當年度該院所完成下列條件者，視為達成追蹤。

(1)當年度未申報新收案者(P4301C)，其申報當年度追蹤管理(P4302C)次數達二次者。

(2)已申報新收案者(P4301C)，視申報新收案之季別，完成下列追蹤管理次數者，視為達成追蹤。

a. 如為第一季申報新收案，其當年度追蹤管理(P4302C)次數應達二次。

b. 如為第二、三季申報新收案，其當年度追蹤管理(P4302C)次數應達一次。

(三)獎勵指標：病人當年度連續二次追蹤資料皆需達成以下二者之一。

1. CKD 分期較新收案時改善（如由 stage 2 改善為 stage 1）。

2. eGFR 較新收案時改善(eGFR > 新收案時)，且下列良好指標至少需有 2 項指標由異常改善為正常。

(1)血壓控制：由新收案 $\geq 140/90$ mmHg 改善為 $< 130/80$ mmHg。

(2)糖尿病病患 HbA1c 控制：由新收案 $\geq 7.0\%$ 改善為 $< 7.0\%$ 。

(3)低密度脂蛋白(LDL)：由新收案 ≥ 130 mg/dl 改善為 < 130 mg/dl。

(4)戒菸(持續六個月以上無抽菸行為)：由新收案抽菸改善為戒菸。

(四)獎勵費用：符合「門檻指標」之醫師，所照護病人符合上述「獎勵指標」1 或 2 者，每個個案數給予 400 點獎勵。

六、本章之疾病管理費用 (P4301C、P4302C、P4303C) 及品質獎勵措施費用，由各年度全民健康保險總額其他部門預算「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」專款項目支應。該預算先扣除預估之獎勵費用額度後，按季均分，以浮動點值計算疾病管理費用，且每點金額不高於 1 元；當季預算若有結餘，則流用至下季；第四季併同獎勵費用進行每點支付金額計算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，但每點支付金額不高於 1 元。

七、資訊公開：保險人得公開參與本章之特約院所名單及相關醫療品質資訊供民眾參考。

八、符合本章之個案，若合併其它疾病且分屬本保險其他方案或計畫收案對象時(例如：糖尿病等)，除依本章支付標準申報外，得再依相關方案或計畫申報費用。

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
P4301C	初期慢性腎臟病新收案管理照護費 註：應記錄「新收案個案管理基本資料參考表」(詳附表8.3.3)及 檢查、檢驗與衛教情形等資料(詳附表8.3.4)。除檢驗檢查項 目外，其費用已內含於本項所訂點數內。	v	v	v	v	200
P4302C	初期慢性腎臟病追蹤管理照護費 註：1.應記錄追蹤檢查、檢驗與衛教情形等資料(詳附表8.3.4)。除 檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.申報新收案管理照護費至少需間隔三個月才能申報本項， 本項每年度最多申報二次，每次至少間隔六個月。	v	v	v	v	200
P4303C	初期慢性腎臟病轉診照護獎勵費 註：1.限個案符合轉診條件，並經轉診至參與「全民健康保險末 期腎臟病前期(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫」院所，確 認經該計畫收案後方可申報，每人限申報一次。 2.跨院需填寫「全民健康保險轉診單」(如附表8.3.6，一份留 存院所)，並提供患者腎臟功能相關資料(如：初期慢性腎臟 病患者追蹤管理紀錄參考表及初期慢性腎臟病患者結案參 考表等)予被轉診機構參考。若為院內跨科轉診，則須保留 院內轉診單於病歷內，且於腎臟科收案追蹤後方予支付。 (鼓勵跨院或跨科轉診，但排除已參加Pre-ESRD計畫同一院 所的腎臟科互轉) 3.結案原因為恢復正常、長期失聯(≥180天)、拒絕再接受治 療或死亡者，不可申報本項。	v	v	v	v	200

106 年「全民健康保險高診次者藥事照護」計畫
(草案，修正如劃底線處)

- 一、依據：全民健康保險會(以下稱健保會)106 年度全民健康保險醫療費用總額協商暨第 2 屆 105 年第 9 次委員會議紀錄。
- 二、目的：為使醫療資源合理使用，針對門診高利用之保險對象進行藥事照護，輔導建立正確服用藥品觀念，避免藥品重複使用，強化用藥安全，間接減少醫療資源之浪費。
- 三、施行區域：全民健康保險保險人(以下稱保險人)六分區業務組所轄範圍，以最後收案截止日計算，若分區業務組收案率未達 20%，則該分區業務組終止執行本計畫。
- 四、照護個案收案條件：
 - (一)前一年(104 年 10 月~105 年 09 月)申報門診就醫次數 \geq 90 次(排除牙醫、中醫及復健就醫次數)且經保險人分區業務組認定需輔導者，依序篩選：
 1. 具有 2 種以上慢性疾病者，其在 \geq 2 家院所領取 \geq 13 張慢性病連續處方箋者，列入第一優先輔導對象。
 2. 藥費在前 50 百分位且就醫院所家數 \geq 6 家者，列入第二優先輔導對象。
 3. 半數以上處方箋之藥品品項 \geq 6 種者，列入第三優先輔導對象。
 4. 針對已連續 2 年收案輔導者，第 3 年起不得繼續輔導，但有特殊情況且經中華民國藥師公會全國聯合會(以下稱藥師全聯會)及保險人分區業務組同意者，不在此限。
 - (二)~~居住於向保險人報備同意指派醫事人員提供醫療服務之照護機構住民，前一年(103 年 10 月~104 年 09 月)領有慢性病處方箋且平均每日服用藥品超過 10 個品項，且經保險人分區業務組認定需輔導者。~~

(二) 為避免資源重置，前開收案保險對象須排除下列情況：

1. 參加「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」者。
2. 居家護理收案者。
3. 領有重大傷病證明卡者。
4. ~~受禁治產宣告或失去意識或無法以言語及行動表達及溝通且不能填寫同意書者。前開若屬（無法以言語及行動表達及溝通）照護機構收案輔導者則不受此限，惟該類保險對象訪視次數以2次為上限，藥師並須另行提供個案相關書面輔導資料供保險人分區業務組作為支付費用之依據。~~
4. 參加其他藥事居家照護相關計畫或方案，或已接受其他單位（如食品藥物管理署、護理及健康照護司等）提供之藥事照護（諮詢）者。

(三) 醫師主動轉介或保險人分區業務組認定需要藥師專業輔導轉介之保險對象。

五、實施期間：106年1月1日至106年12月31日。

六、預算來源：106年度全民健康保險其他預算及其分配「全民健保高診次民眾就醫行為改善方案-藥事居家照護」，全年經費4,000萬元。

七、預期目標及成效：

- (一) 106年預期收案人數至少為5,000人。
- (二) 預期輔導成效：以照護個案開始接受輔導至106年12月31日，與前一年同期比較，門診醫療費用降低15%以上。
- (三) 監測指標：

1. 醫師及照護個案對藥師建議事項之回應比率達50%。

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

BB：藥事照護報告書中所填寫「對醫師或照護個案建議事項」代碼。

CC：藥事照護報告書中所填寫「醫師或照護個案對藥師建議回應結果」代碼。

2. 照護個案對藥師照護的滿意度達 80%以上：由藥師全聯會隨機挑選 25%之收案人數進行問卷滿意度調查個案對照護藥師的滿意度，病人回答滿意人數達 80%以上。
3. 提升個案配合度之比率至少 20%：以「個案用藥配合度測量表」(附件 5)評估藥師照護介入，改善個案配合度由低提升為中、高或由中提升為高之比率。
4. 藥師協助照護個案將藥品整理成七日藥盒或餐包之比率達 30%。

八、本保險特約藥局及藥事人員申請資格：

- (一) 須為具藥事人員2人(含)以上或前1年度平均每日調劑處方箋40張(含)以下之1人藥事人員執業之本保險特約藥局，且104年及105年兩年內未受保險人處分致停止、終止特約或不予特約，且其藥事人員未有依本計畫第十四項第二款之規定，被動退出本計畫之紀錄者。
- (二) 各藥事人員前一年度參與本計畫，其輔導之照護個案，門診醫療費用與前一年同期比較，成長超過10%者，不得申請，但經藥師全聯會及保險人分區業務組評估不可歸責於該藥事人員者，不在此限。
- (三) 參與計畫之藥事人員須通過藥師全聯會培訓且認證審核資格(依據藥師全聯會訂定之輔導計畫標準作業程序據以執行，訪視前之準備、禮儀、證件及電話預約；訪視時之自我介紹、輔導內容；訪視後之記錄)及接受疾病治療導向之藥事照護訓練。為增加培訓課程與醫師交流溝通之多面性，得邀請醫師共同參與課程或研討會等，以增加雙方之正面交流。
- (四) 保險人各分區業務組應辦理訓練課程，課程應包含個人資

料保護法、訪視注意事項及適時宣導方案。經藥師全聯會認證審核通過之藥事人員並應全程參與課程。

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

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

十、屬本計畫第四項收案條件（一）及（三）者派收案、輔導與結案之程序：

（一）派收案條件及程序：

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

之負責藥局代號、藥事人員及其照護個案名單，由藥師全聯會函送所轄保險人分區業務組。

2. 保險人應發送關懷函（樣張如附件1）予本計畫收案之照護個案並副知輔導之藥事人員。關懷函中敘明負責該對象之藥事人員姓名、聯絡電話、特約藥局名稱及地址等聯絡方式等相關事項及說明藥事人員來拜訪時需出示健保卡，以提供藥事服務。保險人分區業務組可協助洽請各相關特約醫療院所或特約藥局，配合提供保險對象之相關聯絡資料如電話、地址等，並同時知會該院所該位保險對象已為本計畫之照護個案。
3. 藥事人員不得拒絕指定收案名單或中斷輔導。
4. 最後收案截止時間為106年7月31日，並考量保險對象應有足夠時間接受藥事照護，故不得延長，以最後收案截止日計算分區收案率(收案人數/分區業務組提供初選名單)，若 < 20%，該分區停止辦理本計畫。但屬醫師或保險人分區業務組認為需要藥事人員專業輔導轉介之保險對象，不在此限。另106年4月30日前未完成第1次聯繫之保險對象，於106年5月31日前進行重新配對派案，但派案日期仍不得晚於106年6月30日。藥師全聯會應於106年8月15日前將藥事人員及照護個案之最終收案名單送保險人及各分區業務組。另藥事人員屬被動退出計畫者，應即停止輔導其所照護個案，並應由藥師全聯會轉介其他藥事人員繼續照護。
5. 藥事人員於收案時，應注意特殊保險對象之排除程序及為保障保險對象隱私，須完整說明輔導目的，確實徵得受訪者之同意，並簽立同意藥事人員輔導同意書（樣張如附件2）。
6. 保險人分區業務組提供已配對之保險對象最近2個月門診申報資料(包括對象姓名、電話、地址、就醫日期，中英文

藥品名稱、藥品總量、就醫之醫事機構名稱及主、次診斷等)，供參與本計畫之藥事人員輔導參考。

7. 屬本計畫第四項收案條件 (三) 者之醫師 主動轉介個案輔導者，須經藥師全聯會及保險人分區業務組同意始得納入本計畫之收案人數 (個案轉介單如附件3)。

(二) 輔導程序：

1. 進行輔導前，藥事人員應將照護個案用藥情形彙整完整藥歷及照護個案相關資料，預作準備，以建立完整資料，提供更適當之藥品專業輔導。若屬本計畫第四項收案條件(三)者，凡醫師主動轉介藥師輔導之個案，由醫師將填寫之轉介單提供給藥師全聯會，由藥師全聯會向轉介醫事機構所屬之分區業務組書面申請，並經分區業務組同意後藥師始得收案輔導。藥師並應於訪視後，將訪視結果與轉介醫師討論，並將書面結果回復保險人分區業務組及藥師全聯會。
2. 藥事人員於訪視輔導時，應出示藥師全聯會所製備之證件。
3. 藥事人員須將訪視紀錄表上的資訊彙整，並上傳至藥師全聯會設置的電腦化照護管理系統。若遇有照護個案申訴或疑義時，保險人得向藥師全聯會調閱上開資料查核。另依據全民健康保險憑證製發及存取資料管理辦法第9條及第10條規定辦理，藥事人員須於提供藥事居家照護時，將健保卡過卡，並應於登錄後24小時內，將之上傳予保險人備查。
4. 輔導次數上限：每位照護個案以每個月輔導不超過1次(含)為原則，但經藥事人員評估個案需密集輔導者，須另提報訪視報告書且說明原因，經藥師全聯會或保險人分區業務組評估核可者，不在此限；藥事人員輔導每一照護個案，全年以申請8次藥事服務費用為上限，但經保險人分區業務組專案同意者，不在此限。若屬失去意識或無法以言語及行動表達及溝通者之照護機構個案，該類保險對象訪視次數以2次為

上限，藥師並須另行提供個案相關書面輔導資料供保險人分區業務組作為支付費用之依據。

5. 藥事人員遇有醫師重複開立同一成份或同一類別之藥品，應填具「居家照護藥師對醫師用藥建議書 (Dear Doctor Letter)」「藥事照護溝通聯繫單」，如附件6，回饋處方醫師參考，並請處方醫師依所附回執聯填寫回復；必要時，藥事人員可與處方醫師討論用藥事宜，保險人分區業務組得協助藥事人員與處方醫師之溝通，並由藥師全聯會蒐集及統計資料，作為未來推動醫師轉介之具體溝通之參考資料。
 6. 藥師全聯會應自3月份起，定期於每個月20日固定以電子郵件提供最新收案人數、區域別及藥事人員人數或相關輔導數據予保險人。
 7. 屬本計畫第四項收案條件（一）、（三）者，藥事人員輔導訪視之地點，應以照護個案之要求地點為優先考量，訪視地點得為照護個案家中、指定之公開場所或藥事人員執業之藥局。
- （三）結案程序：年度結束即予結案，輔導期間照護個案如有死亡、昏迷、失蹤、遷移（指照護個案遷移至其他分區）及其它不可抗力因素（如病人拒絕輔導者），經保險人同意後，或經保險人評估成效不佳者或其它不可抗因素（如藥事人員評估照護個案無需後續輔導）並經保險人分區業務組同意者，得予提前結案，以最後收案截止日計算，若分區業務組收案率未達20%，則該分區業務組終止執行本計畫，已收案對象應予以結案。
- （四）藥師全聯會得不定時以電話或實地訪視照護個案、藥事人員及藥局負責人，以了解藥事人員執行藥事照護所遭遇之障礙與問題，並適時提供適當之協助。

十一、支付與申報方式：

(一) 支付方式：採論次計酬，每次至少30分鐘，並應完成書面報告及註明輔導起訖時間，每位藥事人員每日輔導10位照護個案為上限，超過則不予支付。各項支付點數如下：

1. 屬本計畫第四項收案條件(一)及(三)之照護個案：

(1) 至照護個案家中或指定之公開場所訪視：每次支付1,000點(支付標準代碼為「P4101C」)，~~惟若發現個案已移至照護機構者，則改以下列第2項支付(每次支付700點，支付標準代碼為「P4103C」)。~~

(2) 由照護個案自行前往藥事人員執業之特約藥局接受照護；每次支付600點(支付標準代碼為「P4104C」)。

(3) 屬計畫第四項收案條件(三)之照護個案，由醫師主動或分區業務組轉介者，則以訪視地點為支付費用之標準。

(4) 藥事人員之訪視地點屬「全民健康保險山地離島地區」(詳附表1)、106年「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」者，每次支付1,200點(支付標準代碼為「P4102C」)，惟藥事人員執業地區屬前述地區而至該地區提供本服務者，不適用之。

~~十二、2. 屬本計畫第四項收案條件(二)之照護個案，每次支付700點(支付標準代碼為「P4103C」)，若個案已返家休養者，則依訪視地點不同，以前項(1)-(3)支付。~~

1. 前開支付點數(含藥師獎勵金)，最高以每點1元支付，但若有超支，則以浮動點值支付。

2. 每位藥事人員收案人數以140位照護個案為上限，超過則不予支付。

(二) 申報方式：藥事人員於每月15日前，須將上個月所有照護個案的「藥事照護報告書」資料(如附件4)輸入藥師全聯會設置的照護管理系統，並由藥師全聯會每月20日統一將藥

事人員上傳的訪視資料內容彙整成Excel電子檔，函送至所轄保險人分區業務組。藥事人員申報費用時，應依「特約藥局醫療費用點數申報格式及填表說明」(參見附表2)，向所轄保險人分區業務組申請費用，保險人分區業務組審查訪視紀錄報告資料後，始支付該次訪視服務費用。另若資料有訪視時間重疊或其他涉虛浮報之疑義，保險人分區業務組將依全民健保之相關規定辦理。

- (三) 對於僅接受第一次訪視，拒絕後續輔導或死亡之保險對象，藥事人員提出具病人簽名之首次訪視紀錄表首頁書面資料及拒訪原因並送保險人分區業務組備查，可申報1次訪視服務費，惟此類保險對象將不列為收案名單，但應納入成效評估，分析僅提供1次服務之原因。

十三、獎勵措施：

- (一) 獎勵資格：以藥事人員輔導之所有照護個案開始輔導至 106 年 12 月 31 日之門診醫療費用與前一年同期比較，其門診醫療費用下降達 17% 以上者。但藥事人員如中途退出本計畫者或收案人數少於 5 位(含)，則不予採計。
- (二) 總獎勵金額：以計畫之預算扣除論次計酬費用後之餘額為總獎勵金額，惟以預算之 5% 為上限。另若計畫總節省點數之 70% 低於前述上限值，則以該節省點數之 70% 為總獎勵金額之上限。
- (三) 個別藥事人員獎勵金計算公式：總獎勵金額*(符合資格之個別藥事人員節省點數*70%/所有符合資格之藥事人員總節省點數*70%)。

十四、醫療費用審查及查核辦法：

- (一) 藥事人員於輔導期間有下列情形之一者，保險人除不予支付費用外，並依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法辦理。

1. 經保險人查有虛報、浮報之情事者。
2. 藥事人員於訪視期間由非具資格人員代為服務，經保險人查證屬實者。
3. 特約藥局於107年1月20日前未申報106年度本計畫之費用者，不予支付，另年度補報案件則以107年2月20日前為限。
4. 以電話或網路或其他非實地訪視方式或因照護個案未遇而改為訪視其家屬親友等且申報費用者，不予支付。

(二) 上開未盡事宜，則依全民健康保險法及相關法規辦理。

十五、其它事項：

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

(二) 符合下列事項之一者，藥事人員應被動退出本計畫，且次

十六、 年度亦不得參與本計畫：

1. 該藥事人員經照護個案申訴（如服務態度不佳、額外收費、藉機推銷、未約定時間即直接拜訪、未佩戴證件或未依本計畫規定事項辦理）且經保險人查證屬實者。
2. 藥事人員因照護個案未遇而改為訪視其親屬或僅以電話提供藥事服務或未實際訪視且申報費用者。

十七、執行報告：

(一) 藥師全聯會應於期中（106年8月30日前）及期末（107年4月1日前）提交執行成果報告予保險人，並於健保會提報執行情形。

(二) 執行成果報告應包含基本架構與實施方式、輔導資料、照護個案性別年齡分布及輔導後影響分析、效益評估（包括結構面、過程面、成果面，其成果包含經濟層面、臨床層面、滿意度層面）、輔導困難及解決對策、檢討與建議、結論及未來改善計畫等 10 項內容（另須就計畫預期目標之項目實施結果，以

單獨章節詳述執行成果)，並針對輔導照護個案重複用藥之問題及輔導結果，於期末報告以獨立章節提供 1/100 照護個案詳細輔導過程及用藥情形暨輔導結果與成效之「藥師持續藥事照護成果表」(樣張如附件 7)。

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

附件 1-全民健康保險用藥安全關懷函（樣張）

○○○先生（女士）您好：

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

祝您 身體健康、萬事如意

衛生福利部中央健康保險署敬上

106年○月○日

※若有任何問題可電洽 中華民國藥師公會全國聯合會 藥事照護發展中心 02-25953856 轉分機 1298，將會有專人為您服務。

○○業務組服務專線：請各分區業務組自行填寫

○○業務組傳真專線：請各分區業務組自行填寫

附件 2-全民健保保險對象參與藥事照護 同意書（樣張）

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

藥師表示會教導我用藥知識，我願意提供相關就醫資料（包括由健保署提供之相關就醫資料）供藥師參考，藥師依相關法規維護及保障我的個人隱私。在我需要時能協助與我的醫師溝通用藥問題。我若有任何問題可向中華民國藥師公會全國聯合會_藥事照護發展中心詢問（電話：02-25953856 轉 1298）。因此，我同意參與此計畫，並同意藥師教導及協助我的用藥安全。

此致 中華民國藥師公會全國聯合會

立同意書人：_____。

民國 106 年 月 日

**附件 3-健保高診次者藥事照護計畫
個案轉介單(醫師轉介給藥師)**

轉介機構基本資料	機構名稱：		聯絡電話：		
	機構地址：		傳真號碼：		
	轉介醫師姓名：		E-mail：		
個案基本資料	姓名：		年齡：__歲	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否同意轉介
	身分證號：		聯絡人：		關係：
	聯絡電話：		住址：		
個案需藥師專業照護原因	1. <input type="checkbox"/> 年度就診次數異常(≥8次/月),須瞭解高就診原因,適需要予以輔導 2. <input type="checkbox"/> 有多位醫師在開處方藥給病人,須整合用藥,確認適當性 3. 需評估藥品改變情形,以對病人提供新用藥品的諮詢 3.1 <input type="checkbox"/> 最近一個月才剛出院 3.2 <input type="checkbox"/> 最近三個月用藥有重要改變 4. 有配合度困難問題 4.1 <input type="checkbox"/> 使用特殊用藥器具或療效監測儀器使用 4.2 <input type="checkbox"/> 認知有困難,不識字、語言困難、昏暈、失憶 4.3 <input type="checkbox"/> 肢體有困難,手不方便取藥、視力不好 5. <input type="checkbox"/> 使用安全性狹窄的藥品,需輔導病人對副作用認知及確定用藥之正確性 6. <input type="checkbox"/> 有藥師後續持續追蹤的疑似藥物治療問題 7. <input type="checkbox"/> 其他:描述_____				
簡述與個案特質有關的疾病、症狀、用藥或希望藥師協助之重點			轉介人員簽章: (請加蓋機構章)		
			轉介日期:____年__月__日		
備註	*本轉介單請 E-mail(pharmacist@hinet.net.tw)或傳真(FAX:02-25991052)至藥師公會全國聯合會,代為轉交健保分區業務組。若經健保分區業務組核可,被指派照護藥師將會與您聯絡,以瞭解個案情形。				
(本欄位由保險分區業務組填寫審查結果回覆藥師全聯會,由藥師全聯會派案或轉知醫師不予列案原因) 審查單位:_____分區業務組 回覆日期:____年__月__日 審查結果: <input type="checkbox"/> 核可列案,請進行派案 <input type="checkbox"/> 不予列案,原因說明:_____ 聯絡人:_____,電話:_____,傳真:_____					

~~~~~以下由接受派案的藥師填寫回覆所屬健保分區業務組~~~~~

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

附件 4-藥事照護報告書

保險對象基本資料：

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

照護藥師與執業藥局資料：

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

| 項目                                     | 原因/內容/發現之問題                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 第 次訪視個案       | <input type="checkbox"/> 於 年 月 日 時開始第一次做居家訪視。<br><input type="checkbox"/> 個案不願接受照護，原因：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> 第 次訪視發現/解決之問題 | <input type="checkbox"/> 個案最近一個月共看幾次開慢箋的醫師門診：__次，共看幾次開短期用藥的醫師門診：__次(給藥日份 $\geq 14$ 為慢箋， $< 14$ 天為短期用藥)目前 $\geq 14$ 天給藥日的慢箋有__張，最近一次的就醫序號?____。<br><input type="checkbox"/> 共有多少項醫療問題/疾病? __項<br><input type="checkbox"/> 個案因慢性病須長期使用的處方藥有__種，因急性病短期使用的處方藥有__種<br><input type="checkbox"/> 共使用非醫師處方的藥 __種<br><input type="checkbox"/> 共使用中藥__種<br><input type="checkbox"/> 共使用保健食品 __種<br><input type="checkbox"/> 藥事人員給予用藥教育__項<br><input type="checkbox"/> 協助處理/清理醫師處方的藥 __種及中藥、非醫師處方的藥、保健食品共__種<br><input type="checkbox"/> 將藥品整理成七日藥盒(沒有就不要勾選)<br><input type="checkbox"/> 填寫與醫師溝通之用藥問題 __張<br><input type="checkbox"/> 發現有藥物治療相關問題__項<br><input type="checkbox"/> 填寫與醫師溝通之用藥問題__張 |

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>本次訪視提供之其他服務項目</b><br>(沒有就不要勾選) | <input type="checkbox"/> 協助處理/清理醫師處方的藥 種及中藥、非醫師處方的藥、保健食品共 種<br><input type="checkbox"/> 評估個案是否有協助將用藥整理成七日藥盒或餐包之需求<br><input type="checkbox"/> 轉介就醫<br><input type="checkbox"/> 陪同就醫<br><input type="checkbox"/> 提供社會資源的資訊<br><input type="checkbox"/> 其他: _____ |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|          |                      |
|----------|----------------------|
| 醫師診斷出的疾病 | 藥師訪視後發現之醫療問題與家庭/環境狀況 |
|          |                      |

|                                      |
|--------------------------------------|
| 病人高(主要)就診原因，對用藥的瞭解/期望/擔心/害怕/顧慮/喜好之議題 |
|                                      |

目前在家用藥檔案 (醫師處方的藥、中藥、非醫師處方的藥、保健食品):

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

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

療效、副作用監測指標與數值(血壓、脈搏、血糖、生化檢驗、尖端呼氣流量等)

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

藥師照顧時發現的疑似藥物治療問題與改善建議：

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

本次評值病人的疾病控制情形/治療效果：

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

追蹤上次處置或建議事項的結果

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

書寫報告藥師簽名：\_\_\_\_\_

藥品治療問題之代碼：(AA 碼)

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

◇編碼 00 其他/沒有藥品治療問題，但有教育病人正確就醫或自我照護做法。

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

**\*藥事人員對醫師用藥之建議事項 (BB 碼)**

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

**\*醫師之回應結果 (CC 碼)**

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

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

**\*藥事人員對照護個案之建議內容 (BB 碼)**

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

**\*照護個案回應結果 (CC 碼)**

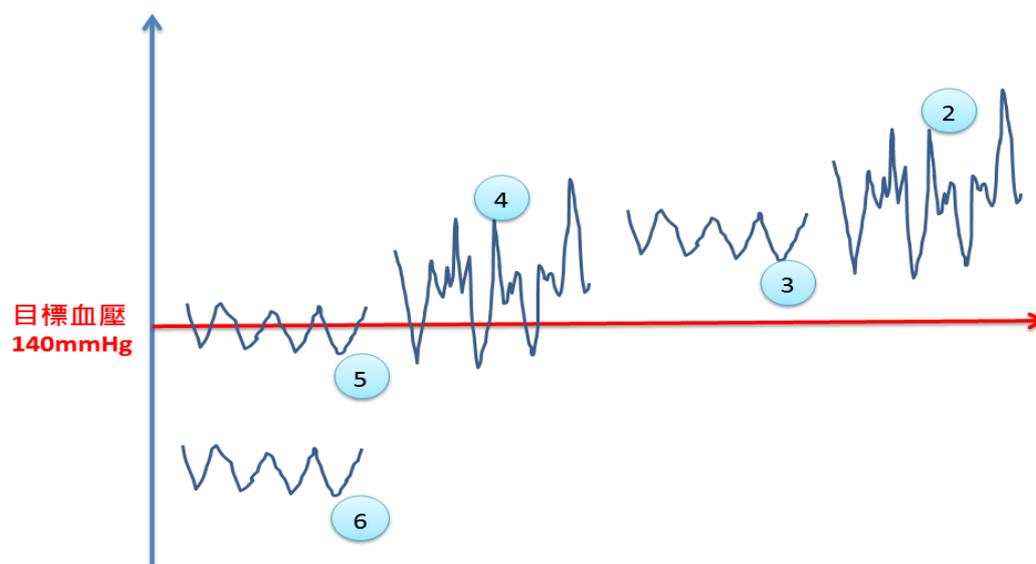
|                     |                      |
|---------------------|----------------------|
| 51 減少門診就診次數         | 61 仍經常去門診，沒減少就診次數    |
| 52 較依指示時間服用藥品       | 62 仍不按指示時間服用藥品       |
| 53 給藥技巧更正確          | 63 給藥技巧仍不正確          |
| 54 較不會忘記服藥          | 64 仍較會忘記服藥           |
| 55 較正確使用 OTC 藥/保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

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

目前疾病治療控制情形（目前療效代碼）

| 代碼 | 目前病況             | 描 述                                                                    |
|----|------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 7  | 完全治癒             | 病人所期望的治療目標已完全達成，且不再需要藥品治療。                                             |
| 6  | 治療已達目標，且病情穩定     | 病人所期望的治療目標已完全達成，且病情穩定，起伏不明顯，但仍需藥品治療，以維持穩定的病情。                          |
| 5  | 最近治療曾多次達目標，且病情穩定 | 病人曾多次達到所期望的治療目標，病情雖穩定，起伏不明顯，但仍在「達標」與「未達標」之間來回擺盪。此時，須強化藥品治療的品質，以期穩定達標。  |
| 4  | 治療偶爾達標，但病情不穩定    | 病人僅偶爾達到所期望的治療目標，且病情不穩定，偶有不適症狀。須強化疾病的控制，以穩定病情。                          |
| 3  | 治療未達標，但病情穩定      | 病人未曾達到所期望的治療目標，且療效指標一直穩定過高，有不適症狀。此時，應再強化藥品治療的品質，以期穩定達到治療目標。            |
| 2  | 治療未達標，且病情不穩定     | 病人不但未曾達到所期望的治療目標，病情還很不穩定，常有不適症狀，起伏明顯。此時應積極強化藥品治療與疾病控制的品質，使病況朝正面發展。     |
| 1  | 病情糟糕，且有併發症狀      | 病人不但未曾達到所期望的治療目標，病情還很不穩定，起伏明顯，常有不適症狀，甚至出現疾病衍生的併發症，需其他醫療處置，以控制衍生出的併發症狀。 |

※前述疾病治療控制情形代碼示意圖



各種疾病/醫療問題治療效果追蹤改善情形(與之前比較,第一次訪視不寫)之類別與代碼

| 代碼 | 類別   | 描—述                                                                                        |
|----|------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4  | 已解決  | 此時,病患所期望的治療目標已成功地達到,藥品治療可以停止了。此狀態可代表最理想的療效結果,通常在急性病或急性醫療問題上可見到此結果。此時的行為是停止用藥。慢性病很難達此目標而停藥。 |
| 3  | 穩定   | 此時,病患所期望的治療目標已達到,繼續使用相同的治療藥品。這通常是慢性病的狀況,病患檢查結果或病情穩定,但還需要使用藥品來控制住病情。仍須安排下一次追蹤時間。            |
| 2  | 已改善  | 此時,已看到正面的疾病進展,目前不需要改變藥品治療。這通常是慢性病的狀況,病患檢查結果或病情有進步,繼續使用相同藥品與劑量來控制病情。仍須安排下一次追蹤時間。            |
| 1  | 部份改善 | 此時,病患狀況有進展,但照顧計畫需要稍微調整一下,讓療效在下次追蹤時能發揮到最高點。譬如說:增加用藥劑量或改變給藥頻率。安排下次追蹤時間來觀察療效,並注意有無不良反應的出現     |
| -1 | 未改善  | 此時,療效還沒看到明顯進展,但預期會有進展,因此繼續相同的治療。通常追蹤時間過短容易得到此結果。                                           |
| -2 | 更糟   | 此時,儘管病患接受到好的照顧計畫,病患的狀況仍變壞。由於沒有達到治療目標,病患藥品治療需要改變。安排追蹤時間。                                    |
| -3 | 失敗   | 此時,照顧計畫沒達到治療目標,停止現在療法,開始新治療法。安排追蹤時間。                                                       |
| -4 | 病患死亡 | 此時,病患在用藥期間死亡。藥師需注意是否有與藥品有關的因素與病患死亡有關,需記錄下來。                                                |

附件 5-用藥配合度測量表

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

總分 0 分=高配合度；1-2 分=中配合度；3-6 分=低配合度

## 附件 6-藥事照護溝通聯繫單

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

尊敬的\_\_\_\_\_醫師，您好：

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

病情概況：

| 疑似藥物治療問題之描述 | 藥師意見欄 |
|-------------|-------|
|             |       |

參考資料來源：

藥師：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_  
年 月 日

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

-----  
醫師回覆內容：

回覆醫師簽名：\_\_\_\_\_年 月 日

藥師書寫疑似藥物治療問題與回應編碼(AABBCC)：

附件 7-藥師持續藥事照護成果表

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

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

全民健康保險山地離島地區一覽表

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

附表 2

## 特約藥局醫療費用點數申報格式及填表說明

| 欄位ID    | 資料名稱                | 申報填寫內容<br>(中文名稱及資料說明欄位)                                                                                    |
|---------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| *t1     | 資料格式                | 30                                                                                                         |
| *d21    | 原處方服務機構代號           | 請填N                                                                                                        |
| *t2     | 服務機構代號              | 請填寫藥局代碼(衛生福利部編定之代碼)                                                                                        |
| *t3     | 費用年月                | 前3碼為年份，後2碼為月份                                                                                              |
| *t5     | 申報類別                | 1或2 (1：送核，2：補報)                                                                                            |
| *d1     | 案件分類                | 請填D，D：藥事照護試辦計畫。                                                                                            |
| *d2     | 流水編號                | 藥局自行編號，最小值為1。                                                                                              |
| △d22    | 原處方服務機構之案件分類        | 免填                                                                                                         |
| △d26-29 | 原處方服務機構之特定治療項目代號    | 免填                                                                                                         |
| △d13    | 就醫科別                | 免填                                                                                                         |
| △d14    | 就醫(處方)日期            | 免填                                                                                                         |
| *d23    | 調劑/檢驗(查)/物理(職能)治療日期 | 請填寫訪視日期，前3碼為年份，中2碼為月份，後2碼為日數。<br>註：會與本署特約藥局檔勾稽                                                             |
| *d6     | 出生年月日               | 前3碼為年份，中2碼為月份，後2碼為日數                                                                                       |
| *d3     | 身分證統一編號             | 請填寫輔導對象身分證統一編號                                                                                             |
| △d8-12  | 國際疾病分類碼             | 免填                                                                                                         |
| △d4     | 補報原因註記              | 補報者本欄為必填，送核案件免填                                                                                            |
| *d15    | 部分負擔代碼              | 請填009                                                                                                      |
| △d31    | 特殊材料明細點數小計          | 請填0                                                                                                        |
| △d35    | 連續處方箋調劑序號           | 免填                                                                                                         |
| △d36    | 連續處方可調劑次數           | 免填                                                                                                         |
| △p11    | 藥品給藥日份              | 請填0                                                                                                        |
| △d24    | 診治醫師代號              | 免填                                                                                                         |
| * d25   | 醫事人員代號              | 輔導藥師之身分證統一編號                                                                                               |
| △d33    | 用藥明細點數小計            | 請填0                                                                                                        |
| △d37    | 藥事服務費項目代號           | P4101C (一般地區訪視)，P4102C (屬山地離島、資源不足地區且藥事人員執業非屬前開地區而至該區之訪視者)， <u>P4103C (照護機構住民)</u> ，P4104C (保險對象至特約藥局接受輔導) |
| △d38    | 藥事服務費點數             | P4101C填1,000，P4102C填1,200， <u>P4103C填700</u> ，P4104C填600。                                                  |
| * d16   | 申請點數                | 不必填寫，電腦自動帶入                                                                                                |
| * d17   | 部分負擔點數              | 請填0                                                                                                        |
| * d18   | 合計點數                | 不必填寫，電腦自動帶入                                                                                                |
| △d20    | 姓名                  | 請填寫輔導對象姓名                                                                                                  |

「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」修正草案對照表

| 修正方案(106年)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 現行方案(105年)                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 說明                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 一、依據：全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額辦理。                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 一、依據：全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額辦理。                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 未修正。                                                                                                                                                                                                                                   |
| 二、目的：為鼓勵特約醫事服務機構提升網路頻寬，以利即時、迅速查詢病患於不同醫事機構間之醫療資訊，供處方參考，以確保保險對象就醫安全，以及提升醫療服務效率。                                                                                                                                                                                                                                                  | 二、目的：為鼓勵特約醫事服務機構提升網路頻寬，以利即時、迅速查詢病患於不同醫事機構間之醫療資訊，供處方參考，以確保保險對象就醫安全，以及提升醫療服務效率。                                                                                                                                                                                                                                 | 未修正。                                                                                                                                                                                                                                   |
| 三、預算來源：全民健康保險醫療給付費用總額之其他預算「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施」項目。                                                                                                                                                                                                                                                                              | 三、預算來源：全民健康保險醫療給付費用總額之其他預算「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施」項目。                                                                                                                                                                                                                                                             | 未修正。                                                                                                                                                                                                                                   |
| <p>四、適用對象：</p> <p>(一) <u>固接網路</u>：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 保險人特約醫事服務機構包含醫院、診所及交付機構。</li> <li>2. 特約醫事服務機構應依特約層級別選擇申請裝設所需速率頻寬，醫院層級別得選擇企業型光纖 4M 或 6M 或 10M，但保險人分區業務組得視地區醫院之服務規模，專案核准其申請企業型或專業型光纖 2M 或 1M 之網路頻寬；基層診所及交付機構得選擇企業型或專業型光纖 1M 或 2M 以上之網路。</li> <li>3. 特約醫事服務機構需檢送申請表（附件 1），由保險人分區業務組核定</li> </ol> | <p>四、適用對象：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(一) 保險人特約醫事服務機構包含醫院、診所及交付機構。</li> <li>(二) 特約醫事服務機構應依特約層級別選擇申請裝設所需速率頻寬，醫院層級別得選擇企業型光纖 4M 或 6M 或 10M，但保險人分區業務組得視地區醫院之服務規模，專案核准其申請企業型或專業型光纖 2M 或 1M 之網路頻寬；基層診所及交付機構得選擇企業型或專業型光纖 1M 或 2M 以上之網路。</li> <li>(三) 特約醫事服務機構需檢送申請表（附件 1），由保險人分區業務組核定後辦理。</li> </ol> | <p>一、為提升特約醫事服務機構於非院所內提供之醫療服務網路連線品質，如居家醫療照護、或至醫療資源缺乏地區、山地離島地區等，106 年本方案增列補助特約醫事服務機構「行動網路」(Mobile Data Virtual Private Network, MDVPN)網路月租費，故將適用對象區分為固接網路及行動網路 2 類。</p> <p>二、附件 1「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案固接網路申請表」，因承接固接網路院所之結算需求，</p> |

| 修正方案(106 年)                                                                                                                                                                                                                                                                           | 現行方案(105 年)                                                                                                                                                                      | 說明                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>後辦理。</p> <p>(二) <u>行動網路(Mobile Data Virtual Private Network, MDVPN)</u>：</p> <p>1. <u>適用對象為事先經保險人同意提供居家醫療照護、或至醫療資源缺乏地區、山地離島地區等於非院所內提供醫療服務之特約醫事服務機構。</u></p> <p>2. <u>申請數量以 1 組為原則，惟經分區業務組瞭解特約醫事服務機構實際業務需要，最多可申請 2 組。</u></p> <p>3. <u>特約醫事服務機構需檢送申請表（附件 2），由保險人分區業務組核定後辦理。</u></p> |                                                                                                                                                                                  | <p>故申請表增訂相關內容。</p> <p>三、新增行動網路適用對象，為事先經保險人同意提供居家醫療照護、或至醫療資源缺乏地區、山地離島地區等於非院所內提供醫療服務之特約醫事服務機構。</p> <p>四、新增附件 2「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案行動網路申請表」。</p>                                                |
| <p>五、支付項目及標準：</p> <p>(一) <u>特約醫事服務機構之固接網路網路月租費，按季核算並支付，但特約醫事服務機構未於方案各季結算時點前申報醫療費用資料者，不予支付：</u></p> <p>1. 基本費：50%。</p> <p>2. 指標獎勵：扣除基本費 50%之補助後，依下列指標計算支付。</p> <p>(1)醫院指標<u>七</u>項：住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率、門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢</p>                                                  | <p>五、支付項目及標準：</p> <p>(一) 特約醫事服務機構之網路月租費，按季核算並支付：</p> <p>1. 基本費：50%。</p> <p>2. 指標獎勵：扣除基本費 50%之補助後，依下列指標計算支付。</p> <p>(1) 醫院指標六項：住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率、門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢</p> | <p>一、考量本方案精神係為鼓勵醫事服務機構即時辦理健保相關業務，故增訂但院所如未於結算時點前申報醫療費用資料者，不予支付固接網路網路月租費。</p> <p>二、固接網路月租費-醫院指標修訂：</p> <p>(一) 增訂 2 項指標及刪除 1 項指標：</p> <p>1. 增訂「急診案件健保卡上傳正確率」：</p> <p>(1) 操作型定義：(急診案件健保卡 24 小時內上傳急診</p> |

| 修正方案(106 年)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 現行方案(105 年)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 說明                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>率、<del>特定醫療資訊查詢關懷名單網頁開啟率</del>、門診或住診抽審案件數位審查、特定檢查項目(CT、MRI、PET)資源共享率、檢驗(查)結果上傳率、<del>急診案件健保卡上傳正確率及人工關節植入物上傳率</del>。</p> <p>各項指標項目達成率、評核方式及支付權重，如附件 3。</p> <p>(2) 診所及交付機構指標五項：門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率、特定醫療資訊查詢關懷名單網頁開啟率、門診抽審案件數位審查、健保卡上傳作業正確率及檢驗(查)結果上傳率。各項指標支付權重為 50%，由保險人依指標達成項目最高二項計算，支付權重最高為 100%。各項指標項目達成率、評核方式，如附件 4。</p> <p>3. 支付公式如下：<br/>基本費=F×50%<br/>指標獎勵=F×50%×Σ指標獎勵達成之支付權重<br/>【F：依電信公司提供特約醫事服務機構該季繳交網路頻寬之月租費證明書據(繳款人需為該特約醫事服務機構含機構代號)金額。】</p> <p>4. 支付上限：<br/>(1)依保險人與電信公司合</p> | <p>率、特定醫療資訊查詢關懷名單網頁開啟率、門診或住診抽審案件數位審查、特定檢查項目(CT、MRI、PET)資源共享率及檢驗(查)結果上傳率。各項指標項目達成率、評核方式及支付權重，如附件 2。</p> <p>(2) 診所及交付機構指標五項：門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率、特定醫療資訊查詢關懷名單網頁開啟率、門診抽審案件數位審查、健保卡上傳作業正確率及檢驗(查)結果上傳率。各項指標支付權重為 50%，由保險人依指標達成項目最高二項計算，支付權重最高為 100%。各項指標項目達成率、評核方式，如附件 3。</p> <p>3. 支付公式如下：<br/>基本費=F×50%<br/>指標獎勵=F×50%×Σ指標獎勵達成之支付權重<br/>【F：依電信公司提供特約醫事服務機構該季繳交網路頻寬之月租費證明書據(繳款人需為該特約醫事服務機構含機構代號)金額。】</p> <p>4. 支付上限：<br/>(1)依保險人與電信公司合</p> | <p>診察費件數)/(急診案件申報件數)。</p> <p>(2) 指標達成率：≥<br/><b>90%</b>。</p> <p>(3) 支付權重：20%。</p> <p>2. 增訂「人工關節植入物上傳率」：<br/>(1) 操作型定義：(已上傳「應上傳人工關節植入物資料」醫令數)/(申報「應上傳人工關節植入物資料」醫令數)</p> <p>(2) 指標達成率：≥<br/><b>80%</b></p> <p>(3) 支付權重：10%。</p> <p>3. 刪除「特定醫療資訊查詢關懷名單網頁開啟率」：因指標達成院所已高達九成，故刪除。</p> <p>(二) 修訂 2 項指標內容：<br/>1. 住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率：支付權重由 20%調整為 10%；另考量部分地區醫院無收治住院病患，爰增訂支付權重調移之規定，當季住院病人數 10 人以下之醫</p> |

| 修正方案(106 年)                                                                                                                                            | 現行方案(105 年)                                                                                                            | 說明                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>約折扣率計算之頻寬月租費為上限(以 <u>106</u> 年為例，頻寬月租費介於新台幣 <u>1,980</u> 元至 <u>2 萬 5,857</u> 元，詳附件 5)。</p> <p>(2)特約醫事服務機構之頻寬月租費低於支付上限者，以其支付電信公司之費用及目標值達成情形核實支付。</p> | <p>費為上限(以 104 年為例，頻寬月租費介於新台幣 2,178 元至 2 萬 9,172 元，詳附件 4)。</p> <p>(2)特約醫事服務機構之頻寬月租費低於支付上限者，以其支付電信公司之費用及目標值達成情形核實支付。</p> | <p>院，本項指標之支付權重調移至第 2 項指標「門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率」。</p> <p>2. 門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率：支付權重由 30% 調整為 20%。</p> <p>三、附件 3 為原附件 2「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案-核付指標(醫院適用)」，內容依說明一修訂。</p> <p>四、附件 4 為原附件 3「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案-核付指標(診所及交付機構適用)」，內容無修訂。</p> <p>五、附件 5 為原附件 4「特約醫事服務機構之網路月租費上限」，內容依「106 年度健保資訊網路建置採購案」價格修訂。</p> |
| <p>(二) <u>特約醫事服務機構之行動網路月租費，按季核算並支付：</u></p> <p>1. <u>依電信公司提供特約醫事服務機構該季繳交網路頻寬之月租費證明書據(繳款人需為</u></p>                                                     |                                                                                                                        | <p>一、新增行動網路月租費之支付方式及支付上限。</p> <p>二、新增附件 6「特約醫事服務機構之行動網路網路月租費」，內容依「106 年度健保資訊</p>                                                                                                                                                                                                                                             |

| 修正方案(106 年)                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 現行方案(105 年)                                                                                                                                                                                                                | 說明                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><u>該特約醫事服務機構(含機構代號)金額核實支付。</u></p> <p>2. <u>支付方式及支付上限：依保險人與電信公司合約之無線網路-MDVPN 3G/4G 優惠月租費率計算之，並依優惠方案所訂之最高收費金額為上限(以106 年為例，3G/4G 優惠方案最高收費金額介於新台幣 700 元至 2,500 元，詳附件 6)。</u></p>                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                            | <p>網路建置採購案」價格訂定。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <p>(三) 特約醫事服務機構上傳檢驗(查)結果、出院病歷摘要、人工關節植入物資料、<u>醫事人員溝通平台之轉診資訊交換系統登錄轉診資料、居家訪視健保卡登錄暨上傳資料及特定醫令申報執行起迄時間資料</u>獎勵金：須於「費用年月」之次月底前上傳。</p> <p>1. 上傳檢驗(查)結果：</p> <p>(1) 上傳基本費：上傳率&gt;50%，且上傳醫令數&gt;0者，始得支付。</p> <p>⊕每季為醫院 2,500 元、基層診所及交付機構 750 元。</p> <p>⊗上傳率=已上傳應上傳檢驗(查)結果醫令數/申報應上傳檢驗(查)結果醫令數。</p> <p>(2) 上傳檢驗(查)結</p> | <p>(二) 特約醫事服務機構上傳檢驗(查)結果、出院病歷摘要及人工關節植入物資料獎勵金：須於「費用年月」之次月底前上傳。</p> <p>1. 上傳檢驗(查)結果：</p> <p>(1) 上傳基本費：上傳率&gt;50%，且上傳醫令數&gt;0者，始得支付。</p> <p>⊕每季為醫院 2,500 元、基層診所及交付機構 750 元。</p> <p>⊗上傳率=已上傳應上傳檢驗(查)結果醫令數/申報應上傳檢驗(查)結果醫令數。</p> | <p>一、新增 <b>3</b> 項上傳獎勵金：</p> <p>(一) 醫事人員溝通平台之轉診資訊交換系統登錄轉診資料獎勵金：包括轉入院所及轉出院所，均為每筆獎勵 <b>5</b> 元。</p> <p>(二) 居家訪視<del>醫令</del>健保卡登錄暨上傳資料獎勵金：每<b>次</b>獎勵 <b>5</b> 元。</p> <p>(三) 特定醫令申報執行起迄時間資料獎勵金：每筆獎勵 <b>1</b> 元。</p> <p>二、附件 7 為原附件 5「獎勵醫事服務機構上傳檢驗(查)結果之項目」，內容無修訂。</p> <p>三、附件 8 為原附件 6「獎勵醫事服務機構上傳人工關節植入物之項</p> |

| 修正方案(106年)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 現行方案(105年)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 說明                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>果獎勵金：符合領取上傳基本費者，始得支付。</p> <p>1 非報告型資料者每筆醫令獎勵 1 點。</p> <p>2 報告型資料者每筆醫令獎勵 5 點。</p> <p>3 本項獎勵金按季核算，以每點 1 元暫付；全年結算，採浮動點值支付，惟每點金額不高於 1 元。</p> <p>(3) 應上傳項目及報告類別，如附件 7。非規定應上傳之檢驗(查)項目，仍可依規定格式上傳，惟不列入上傳基本費用及上傳檢驗(查)結果獎勵金之計算。</p> <p>2. 上傳出院病歷摘要：每筆獎勵 5 元。</p> <p>3. 上傳人工關節植入物資料：每筆獎勵 5 元。</p> <p>(1) 醫令項目：如附件 8。</p> <p>(2) 每筆上傳內容：包括 body height、body weight、ASA(麻醉危險分級)、Surgical Approach (側別/術別/入路途徑)、特材條碼等。</p> | <p>(2) 上傳檢驗(查)結果獎勵金：符合領取上傳基本費者，始得支付。</p> <p>1 非報告型資料者每筆醫令獎勵 1 點。</p> <p>2 報告型資料者每筆醫令獎勵 5 點。</p> <p>3 本項獎勵金按季核算，以每點 1 元暫付；全年結算，採浮動點值支付，惟每點金額不高於 1 元。</p> <p>(3) 應上傳項目及報告類別，如附件 5。非規定應上傳之檢驗(查)項目，仍可依規定格式上傳，惟不列入上傳基本費用及上傳檢驗(查)結果獎勵金之計算。</p> <p>2. 上傳出院病歷摘要：每筆獎勵 5 元。</p> <p>3. 上傳人工關節植入物資料：每筆獎勵 5 元。</p> <p>(1) 醫令項目：如附件 6。</p> <p>(2) 每筆上傳內容：包括 body height、body weight、ASA(麻醉危險分級)、Surgical Approach (側別/術別/入路途徑)、特材條碼</p> | <p>目」，內容無修訂。</p> <p>四、新增附件 9「獎勵居家訪視健保卡登錄暨上傳資料之醫令項目」。</p> <p>五、新增附件 10「獎勵醫事服務機構申報特定醫令執行起迄時間獎勵金之項目」。</p> <p>六、上傳格式公布於保險人全球資訊網之醫事機構專區之醫療費用支付項下。</p> |

| 修正方案(106 年)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 現行方案(105 年) | 說明 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----|
| <p>4. <u>醫事人員溝通平台之轉診資訊交換系統登錄轉診資料：</u></p> <p>(1) <u>轉入院所：每筆獎勵 5 元。</u></p> <p>(2) <u>轉出院所：每筆獎勵 5 元。</u></p> <p>5. <u>居家訪視健保卡登錄暨上傳資料：每次獎勵 5 元。</u></p> <p>(1) <u>醫令項目詳附件 9。</u></p> <p>(2) <u>保險醫事服務機構將提供保險對象之居家訪視服務登錄於健保卡後，於二十四小時內，經由健保資訊網線路上傳予本署，每筆居家訪視醫令獎勵 5 元。</u></p> <p>6. <u>特定醫令申報執行起迄時間資料：每筆獎勵 1 元。</u></p> <p>(1) <u>醫令項目詳附件 10。</u></p> <p>(2) <u>保險醫事服務機構向保險人申報之門住診醫療費用中，於醫令清單段申報特定醫令之「執行時間-起」及「執行時間-迄」，每筆獎勵 1 元。</u></p> <p>(3) <u>資料如經本署查</u></p> | <p>等。</p>   |    |

| 修正方案(106 年)                                                                  | 現行方案(105 年)                                                                  | 說明   |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------|
| <p><u>屬不實，核發之獎勵金將予以追扣。</u></p> <p>7. 上傳格式公布於保險人全球資訊網之醫事機構專區之醫療費用支付項下。</p>    | <p>4. 上傳格式公布於保險人全球資訊網之醫事機構專區之醫療費用支付項下。</p>                                   |      |
| <p>(四) 保險人為利特約醫事服務機構查詢及傳送資料，相對應需增加之網路頻寬費用：依政府採購法及相關規定，辦理採購、簽約及核銷程序後覈實支付。</p> | <p>(三) 保險人為利特約醫事服務機構查詢及傳送資料，相對應需增加之網路頻寬費用：依政府採購法及相關規定，辦理採購、簽約及核銷程序後覈實支付。</p> | 未修正。 |
| <p>六、本方案由保險人報請主管機關核定後公告實施，並送全民健康保險會備查。屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。</p>                | <p>六、本方案由保險人報請主管機關核定後公告實施，並送全民健康保險會備查。屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。</p>                | 未修正。 |



## 方案之附件 2

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案行動網路申請表

- 一、特約醫事服務機構名稱： \_\_\_\_\_ 代號： \_\_\_\_\_
- 二、特約層級別：醫學中心 區域醫院 地區醫院  
基層診所 其他 ( \_\_\_\_\_ )
- 三、參加本方案申裝之行動網路類型3G 4G、月租費 \_\_\_\_\_ 元。
- 四、參加起始日期： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月。
- 五、因應何類業務需申請行動網路：
- 居家醫療照護服務
  - 西醫醫療資源不足地區改善方案
  - 中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
  - 牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
  - 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫
  - 其他(請敘明業務需求 \_\_\_\_\_ )
- 六、申請數量：1 組 2 組(如申請 2 組，請敘明原因及檢附相關佐證資料： \_\_\_\_\_ )
- 七、聯絡人姓名： \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_ 傳真： \_\_\_\_\_
- E-MAIL： \_\_\_\_\_
- 八、特約醫事服務機構及負責人印章： \_\_\_\_\_

## 方案之附件 3

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

| 指標名稱                      | 指標達成率       | 評核方式                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 支付權重                         |
|---------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| 1.住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率 | >60%        | <p>1.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)</p> <p>2.分子：住院病人查詢健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷人數<br/>分母：住院病人數</p> <p><u>3.當季住院病人數 10 人以下之醫院，本項指標之支付權重調整為 0%，本項權重 10%調移至第 2 項指標「門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率」加 10%之支付權重。</u></p>                                                                                                                                                                                        | <del>20%</del><br><u>10%</u> |
| 2.門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率 | >50%        | <p>1.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)</p> <p>2.分子：門診病人查詢健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷人數<br/>分母：門診病人數</p> <p>3.病人數係以下列各類就診病人 ID 合併歸戶計算人數：<br/>(1)≥75 歲者<br/>(2)≥65 歲且屬高血壓、糖尿病、高血脂(主診斷碼 I10-I15、E08-E13、E78 任一)且開立慢性病連續處方箋者<br/>(3)當年健保卡取號，就醫序號≥90 次者<br/>(4)醫院整合門診計畫之照護病人(申報欄位 d13 為 A、B、D、E、F、G、K、L、M 之照護對象者)<br/>(5)其他自選病人(醫院自行決定是否增列其他病人群，惟須經保險人分區業務組同意)<br/>(另鼓勵醫院查詢急診病人，故不列入分母人數計算，有查詢者列入分子人數計算)</p> | <del>30%</del><br><u>20%</u> |
| 3.特定醫療資訊查詢關懷名單網頁開啟率       | <u>≥90%</u> | <p><del>1.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)</del></p> <p><del>2.分子：關懷名單病患網頁被開啟病人次數<br/>—分母：關懷名單就醫人次數<br/>(排除系統異常等不可歸責於院所之原因者)</del></p> <p><del>3.當季關懷名單就醫 10 人次以下之醫院，本項指標之支付權重調整為 0%，本項權重 10%調移至第 2 項指標「門</del></p>                                                                                                                                                                         | <del>10%</del>               |

| 指標名稱                               | 指標達成率                                                   | 評核方式                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 支付<br>權重   |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                    |                                                         | <b>診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率」加10%之支付權重。</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |
| <b>3.門診或住診抽審案件數位審查</b>             | 門診或住診至少一個西醫科別達評核標準，建置檢索快查功能並完成保險人分區業務組認可之試傳作業後，並正式單軌運作者 | <p>保險人分區業務組依下列評核標準，進行認定：</p> <p>1.經認可之試傳作業後並正式單軌運作條件如下：<br/>醫療費用抽審案件之病歷資料，以符合紙本替代方案規定之數位化方式以數位全面單軌送審。</p> <p>2.送審檔案檢索快查功能定義(需同時符合下列2項條件)：<br/>(1) 每一送審案件流水號所附病歷數位檔具方便查詢開啟之目錄索引功能(例如：可方便查詢開啟病人基本資料、S.O.A.病情摘要、診斷、門診紀錄單、門診用藥紀錄單、檢驗、檢查、門診護理紀錄單、手術紀錄單、急診紀錄單、手術報告、急診護理紀錄、麻醉紀錄、會診單、病人同意書等其他書類)。<br/>(2) 同類型資料按醫療日期排序整合為1個檔案。</p>           | 10%        |
| <b>4.特定檢查項目 (CT、MRI、PET) 資源共享率</b> | ≥2.1%                                                   | <p>1.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第三位(四捨五入)</p> <p>2.分子：第二次處方醫院申請特殊造影檢查影像及報告費 (P2103C、P2104C、P2107C、P2108C) 之醫令數。<br/>分母：申報 CT、MRI、PET (33070B-33072B、33084B-33085B、26072B-26073B) 之醫令數。</p> <p>3.當季未曾申報 CT、MRI、PET 之任一項醫令之醫院，本項指標之支付權重調整為 0%，本項權重 10% 調移至第 1 項指標「住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率」及第 2 項指標「門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率」各加 5% 之支付權重。</p> | 10%        |
| <b>5.檢驗 (查) 結果上傳率</b>              | ≥70%                                                    | <p>1. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位 (四捨五入)</p> <p>2. 分子：已上傳「應上傳檢驗 (查) 結果項目」醫令數<br/>分母：申報「應上傳檢驗 (查) 結果項目」醫令數</p> <p>3.無分母者，本項指標之支付權重調整為 0%，本項權重 20% 調移至第 2 項指標「門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率」加 20% 之支付權重。</p>                                                                                                                                   | 20%        |
| <b>6.急診案件健保卡上傳正確率</b>              | <u>≥90%</u>                                             | <p><u>1. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位 (四捨五入)</u></p> <p><u>2. 分子：急診案件健保卡 24 小時內上傳急診診察費件數</u></p>                                                                                                                                                                                                                                        | <u>20%</u> |

| 指標名稱                | 指標達成率       | 評核方式                                                                                                                                                                                                                                     | 支付<br>權重   |
|---------------------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                     |             | <p><u>分母：急診案件申報件數</u></p> <p><u>3.當季申報急診案件 10 件以下(含)之醫院，本項指標之支付權重調整為 0%，本項權重 10%調移至第 1 項指標「住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率」及第 2 項指標「門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率」各加 5%之支付權重。</u></p>                                                                  |            |
| <u>7.人工關節植入物上傳率</u> | <u>≥80%</u> | <p><u>1. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位（四捨五入）</u></p> <p><u>2. 分子：已上傳「應上傳人工關節植入物資料」醫令數</u><br/><u>分母：申報「應上傳人工關節植入物資料」醫令數</u></p> <p><u>3. 無分母者，本項指標之支付權重調整為 0%，本項指標之支付權重調整為 0%，本項權重 10%調移至第 1 項指標「住院病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率」加 10%之支付權重。</u></p> | <u>10%</u> |

## 方案之附件 4

### 全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案-固接網路網路月租

#### 費核付指標（診所及交付機構適用）

| 指標名稱                      | 指標達成率                       | 評核方式                                                                                                                                              | 支付<br>權重 |
|---------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1.門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率 | >20%                        | 1.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)<br>2.分子：門診病人（交付機構提供醫藥服務病人）查詢健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷人數<br>分母：門診病人數（交付機構提供醫藥服務病人）<br>註：分子及分母之人數以各季中同一家院所、同一個身分證號歸戶後計算一筆。 | 50%      |
| 2.特定醫療資訊查詢關懷名單網頁開啟率       | ≥90%                        | 1.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入)<br>2.分子：關懷名單病患網頁被開啟病人次數<br>分母：關懷名單就醫人次數<br>(排除因系統異常等不可歸責於院所之原因者)                                                | 50%      |
| 3.門診抽審案件數位審查              | 完成保險人分區業務組認可之試傳作業後，並正式單軌運作者 | 保險人分區業務組依下列方式評核：<br>1.經認可試傳作業後並正式單軌運作條件如下：<br>門診醫療費用抽審案件之病歷資料，以符合紙本替代方案規定之數位化方式以數位全面單軌送審。<br>2.經保險人分區業務組認可之試傳作業後，除特殊狀況已向業務組報備外，皆需以病歷電子檔送審。        | 50%      |
| 4.健保卡上傳作業正確率              | ≥90%                        | 符合健保卡上傳作業實施標準：<br>(1)健保卡登錄後 24 小時內上傳之件數比率<br>(2)健保卡上傳件數/申報件數之比率<br>(3)上傳與申報資料比對「醫事人員 ID、醫療費用、部分負擔、醫令、主診斷（藥局及交付機構除外）」每項上傳比率                        | 50%      |
| 5.檢驗（查）結果上傳率              | ≥70%                        | 1. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位（四捨五入）<br>2.分子：已上傳「應上傳檢驗（查）結果項目」醫令數<br>分母：申報「應上傳檢驗（查）結果項目」醫令數                                                         | 50%      |

## 方案之附件 5

特約醫事服務機構之固接網路網路月租費上限：依保險人與電信公司合約折扣率計算之頻寬月租費為上限(以 105 年為例)

| 特約層級別                | 網路頻寬         | <u>各頻寬月租費上限</u><br><u>(單位：新台幣元)</u> | 各頻寬月租費上限<br>(單位：新台幣元)<br>105 年 |
|----------------------|--------------|-------------------------------------|--------------------------------|
|                      |              | <u>106 年</u>                        |                                |
| 醫學中心<br>區域醫院<br>地區醫院 | 企業型 FTTB 10M | <u>25,857</u>                       | 29,172                         |
|                      | 企業型 FTTB 6M  | <u>21,177</u>                       | 23,892                         |
|                      | 企業型 FTTB 4M  | <u>11,895</u>                       | 13,420                         |
| 診所及交付機構              | 企業型 FTTB 2M  | <u>6,591</u>                        | 7,436                          |
|                      | 企業型 FTTB 1M  | <u>5,031</u>                        | 5,676                          |
|                      | 專業型 FTTB 2M  | <u>3,760</u>                        | 4,136                          |
|                      | 專業型 FTTB 1M  | <u>1,980</u>                        | 2,178                          |

## 方案之附件 6

特約醫事服務機構之行動網路網路月租費：依保險人與電信公司合約之無線網路-MDVPN 3G/4G 優惠月租費率計算之，並依優惠方案所訂之最高收費金額為上限(以 105 年為例)

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

獎勵醫事服務機構上傳檢驗（查）結果之項目

| 項次 | 醫令代碼   | 中文名稱                                                | 報告類別 |
|----|--------|-----------------------------------------------------|------|
| 1  | 06012C | 尿一般檢查（包括蛋白、糖、尿膽元、膽紅素、尿沈渣、比重、顏色、混濁度、白血球酯酶、潛血、酸鹼度及酮體） | 1    |
| 2  | 06013C | 尿生化檢查（包括蛋白、糖、尿膽元、膽紅素、比重、顏色、混濁度、酸鹼度、白血球酯酶及酮體）        | 1    |
| 3  | 06505C | 懷孕試驗－酵素免疫法                                          | 1    |
| 4  | 07009C | 糞便一般檢查（包括外觀、蟲卵、潛血反應、硬度、顏色、消化能力、紅、白血球、粘液等）           | 1    |
| 5  | 08002C | 白血球計數                                               | 1    |
| 6  | 08003C | 血色素檢查                                               | 1    |
| 7  | 08004C | 血球比容值測定                                             | 1    |
| 8  | 08005C | 紅血球沈降速度測定                                           | 1    |
| 9  | 08006C | 血小板計數                                               | 1    |
| 10 | 08011C | 全套血液檢查 I（八項）                                        | 1    |
| 11 | 08013C | 白血球分類計數                                             | 1    |
| 12 | 08026C | 凝血酶原時間 Prothrombin time(一段式)                        | 1    |
| 13 | 08036B | 部份凝血活酶時間                                            | 1    |
| 14 | 09001C | 總膽固醇                                                | 1    |
| 15 | 09002C | 血中尿素氮                                               | 1    |
| 16 | 09004C | 三酸甘油脂                                               | 1    |
| 17 | 09005C | 血液及體液葡萄糖                                            | 1    |
| 18 | 09006C | 醣化血紅素                                               | 1    |
| 19 | 09011C | 鈣                                                   | 1    |
| 20 | 09012C | 磷                                                   | 1    |
| 21 | 09013C | 尿酸                                                  | 1    |
| 22 | 09015C | 肌酸酐、血                                               | 1    |
| 23 | 09016C | 肌酐、尿                                                | 1    |
| 24 | 09017C | 澱粉酶、血                                               | 1    |
| 25 | 09021C | 鈉                                                   | 1    |
| 26 | 09022C | 鉀                                                   | 1    |
| 27 | 09023C | 氯                                                   | 1    |
| 28 | 09025C | 血清麩胺酸苯醋酸轉氨基酶                                        | 1    |
| 29 | 09026C | 血清麩胺酸丙酮酸轉氨基酶                                        | 1    |
| 30 | 09027C | 鹼性磷酸酶                                               | 1    |
| 31 | 09029C | 膽紅素總量                                               | 1    |
| 32 | 09030C | 直接膽紅素                                               | 1    |
| 33 | 09031C | 麩胺轉酸酶                                               | 1    |
| 34 | 09032C | 肌酸磷化酶                                               | 1    |

| 項次 | 醫令代碼   | 中文名稱                                                          | 報告類別 |
|----|--------|---------------------------------------------------------------|------|
| 35 | 09033C | 乳酸脫氫酶                                                         | 1    |
| 36 | 09038C | 白蛋白                                                           | 1    |
| 37 | 09040C | 全蛋白                                                           | 1    |
| 38 | 09041B | 血液氣體分析                                                        | 1    |
| 39 | 09043C | 高密度脂蛋白－膽固醇                                                    | 1    |
| 40 | 09044C | 低密度脂蛋白－膽固醇                                                    | 1    |
| 41 | 09046B | 鎂                                                             | 1    |
| 42 | 09064C | 解脂酶                                                           | 1    |
| 43 | 09071C | 肌酸磷酸酶(MB 同功酶)                                                 | 1    |
| 44 | 09099B | 心肌旋轉蛋白 I                                                      | 1    |
| 45 | 09106C | 游離甲狀腺素免疫分析                                                    | 1    |
| 46 | 09112C | 甲狀腺刺激素免疫分析                                                    | 1    |
| 47 | 11001C | ABO 血型測定檢驗                                                    | 1    |
| 48 | 11002C | 交叉配合試驗                                                        | 1    |
| 49 | 11003C | RH (D) 型檢驗                                                    | 1    |
| 50 | 11004C | 不規則抗體篩檢                                                       | 1    |
| 51 | 12007C | $\alpha$ -胎兒蛋白檢驗                                              | 1    |
| 52 | 12015C | C 反應性蛋白試驗－免疫比濁法                                               | 1    |
| 53 | 12021C | 癌胚胎抗原檢驗                                                       | 1    |
| 54 | 12081C | 攝護腺特異抗原 (EIA/LIA 法)                                           | 1    |
| 55 | 12111C | 微白蛋白 (免疫比濁法)                                                  | 1    |
| 56 | 12184C | 去氧核糖核酸類定量擴增試驗                                                 | 1    |
| 57 | 12185C | 核糖核酸類定量擴增試驗                                                   | 1    |
| 58 | 12193B | B 型利納利尿胜肽原(B 型利納利尿胜肽)                                         | 1    |
| 59 | 12202B | C 型肝炎病毒核酸基因檢測－即時聚合酶連鎖反應法                                      | 1    |
| 60 | 13006C | 排泄物，滲出物及分泌物之細菌顯微鏡檢查                                           | 1    |
| 61 | 13007C | 細菌培養鑑定檢查 (包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定，抗酸菌除外)                        | 1    |
| 62 | 13008B | 細菌培養鑑定檢查 (包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定，抗酸菌除外)，對同一檢體合併實施一般培養及厭氧性培養時加算 | 1    |
| 63 | 13009B | 細菌藥物敏感性試驗－1 菌種                                                | 1    |
| 64 | 13016B | 血液培養                                                          | 1    |
| 65 | 13023C | 細菌最低抑制濃度快速試驗                                                  | 1    |
| 66 | 13025C | 抗酸性濃縮抹片染色檢查                                                   | 1    |
| 67 | 13026C | 抗酸菌培養(限同時使用固態培養基及具自動化偵測功能之液態培養系統)                             | 1    |
| 68 | 14032C | B 型肝炎表面抗原                                                     | 1    |
| 69 | 14033C | B 型肝炎表面抗體                                                     | 1    |
| 70 | 14035C | B 型肝炎 e 抗原檢查 HBeAg                                            | 1    |
| 71 | 14051C | C 型肝炎病毒抗體檢查                                                   | 1    |

| 項次  | 醫令代碼   | 中文名稱                                                                                                                                     | 報告類別 |
|-----|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 72  | 15001C | 體液細胞檢查                                                                                                                                   | 3    |
| 73  | 17008B | 睡眠多項生理檢查                                                                                                                                 | 2    |
| 74  | 18001C | 心電圖                                                                                                                                      | 2    |
| 75  | 18005B | 超音波心臟圖(包括單面、雙面)                                                                                                                          | 2    |
| 76  | 18007B | 杜卜勒氏彩色心臟血流圖                                                                                                                              | 2    |
| 77  | 18010B | 頸動脈聲圖檢查                                                                                                                                  | 2    |
| 78  | 18015B | 極度踏車運動試驗                                                                                                                                 | 2    |
| 79  | 18019B | 攜帶式心電圖記錄檢查                                                                                                                               | 2    |
| 80  | 18020B | 心導管——側                                                                                                                                   | 2    |
| 81  | 18022B | 冠狀動脈攝影                                                                                                                                   | 2    |
| 82  | 19001C | 腹部超音波(包括肝 liver, 膽囊 gallbladder, 胰 pancreas, 脾 spleen, 下腔靜脈 inferiorvenacava, 腹主動脈 abdominalaorta, 腎 kidney 及其他腹部超音波 abdominalothers 在內) | 2    |
| 83  | 19003C | 婦科超音波                                                                                                                                    | 2    |
| 84  | 19005C | 其他超音波                                                                                                                                    | 2    |
| 85  | 19007B | 超音波導引(為組織切片, 抽吸、注射等)                                                                                                                     | 2    |
| 86  | 19009C | 腹部超音波, 追蹤性                                                                                                                               | 2    |
| 87  | 19010C | 產科超音波                                                                                                                                    | 2    |
| 88  | 19012C | 頭頸部軟組織超音波(如甲狀腺 thyroid、副甲狀腺 parathyroid、腮腺 parotid)                                                                                      | 2    |
| 89  | 19014C | 乳房超音波                                                                                                                                    | 2    |
| 90  | 20001C | 腦波檢查睡眠或清醒                                                                                                                                | 2    |
| 91  | 20013B | 頸動脈超音波檢查                                                                                                                                 | 2    |
| 92  | 20019B | 感覺神經傳導速度測定                                                                                                                               | 2    |
| 93  | 20023B | F 波                                                                                                                                      | 2    |
| 94  | 20026B | 穿顱都卜勒超音波檢查(顱內血管超音波檢查)                                                                                                                    | 2    |
| 95  | 22001C | 純音聽力檢查                                                                                                                                   | 2    |
| 96  | 23305C | 氣壓式眼壓測定                                                                                                                                  | 2    |
| 97  | 23401C | 細隙燈顯微鏡檢查                                                                                                                                 | 2    |
| 98  | 23501C | 眼底檢查                                                                                                                                     | 2    |
| 99  | 23502C | 眼底彩色攝影每張                                                                                                                                 | 2    |
| 100 | 23506C | 微細超音波檢查                                                                                                                                  | 2    |
| 101 | 23702C | 間接式眼底鏡檢查                                                                                                                                 | 2    |
| 102 | 25003C | 第三級外科病理                                                                                                                                  | 3    |
| 103 | 25004C | 第四級外科病理                                                                                                                                  | 3    |
| 104 | 25006B | 冰凍切片檢查                                                                                                                                   | 3    |
| 105 | 25012B | 免疫組織化學染色(每一抗體)                                                                                                                           | 3    |
| 106 | 25024C | 第五級外科病理                                                                                                                                  | 3    |
| 107 | 25025C | 第六級外科病理                                                                                                                                  | 3    |
| 108 | 26025B | 壓力與重分佈心肌斷層灌注掃描                                                                                                                           | 2    |

| 項次  | 醫令代碼   | 中文名稱                                   | 報告類別 |
|-----|--------|----------------------------------------|------|
| 109 | 26029B | 全身骨骼掃描                                 | 2    |
| 110 | 26072B | 正子造影-全身                                | 2    |
| 111 | 28002C | 鼻咽喉內視鏡檢查                               | 2    |
| 112 | 28016C | 上消化道泛內視鏡檢查                             | 2    |
| 113 | 28017C | 大腸鏡檢查                                  | 2    |
| 114 | 28023C | 肛門鏡檢查                                  | 2    |
| 115 | 30022C | 特異過敏原免疫檢驗                              | 1    |
| 116 | 32001C | 胸腔檢查（包括各種角度部位之胸腔檢查）                    | 2    |
| 117 | 32002C | 胸腔檢查（包括各種角度部位之胸腔檢查）                    | 2    |
| 118 | 32006C | 腎臟、輸尿管、膀胱檢查                            | 2    |
| 119 | 32007C | 腹部檢查（包括各種姿勢之腹部檢查）                      | 2    |
| 120 | 32009C | 頭顱檢查（包括各種角度部位之頭顱檢查）                    | 2    |
| 121 | 32011C | 脊椎檢查（包括各種角度部位之頸椎、胸椎、腰椎、薦椎、尾骨及薦髂關節等之檢查） | 2    |
| 122 | 32012C | 脊椎檢查（包括各種角度部位之頸椎、胸椎、腰椎、薦椎、尾骨及薦髂關節等之檢查） | 2    |
| 123 | 32013C | 肩部骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）                | 2    |
| 124 | 32014C | 肩部骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）                | 2    |
| 125 | 32015C | 上肢骨各處骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）             | 2    |
| 126 | 32016C | 上肢骨各處骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）             | 2    |
| 127 | 32017C | 下肢骨各處骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）             | 2    |
| 128 | 32018C | 下肢骨各處骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）             | 2    |
| 129 | 32022C | 骨盆及髖關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）                 | 2    |
| 130 | 33005B | 乳房造影術                                  | 2    |
| 131 | 33012B | 靜脈注射泌尿系統造影術（點滴注射）                      | 2    |
| 132 | 33070B | 電腦斷層造影－無造影劑                            | 2    |
| 133 | 33071B | 電腦斷層造影－有造影劑                            | 2    |
| 134 | 33072B | 電腦斷層造影－有/無造影劑                          | 2    |
| 135 | 33074B | 單純性血管整形術                               | 2    |
| 136 | 33075B | 血管阻塞術                                  | 2    |
| 137 | 33076B | 經皮冠狀動脈擴張術－一條血管                         | 2    |
| 138 | 33077B | 經皮冠狀動脈擴張術－二條血管                         | 2    |
| 139 | 33084B | 磁振造影－無造影劑                              | 2    |
| 140 | 33085B | 磁振造影－有造影劑                              | 2    |

註 1：報告類別代碼說明：1：檢體檢驗報告；2：影像報告；3：病理報告。

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

## 方案之附件 8

### 獎勵醫事服務機構上傳人工關節植入物之項目

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

## 方案之附件 9

### 獎勵居家訪視醫令健保卡登錄暨上傳資料之醫令項目

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

| 項次 | 醫令代碼   | 中文名稱                                                              |
|----|--------|-------------------------------------------------------------------|
| 32 | 05353C | 護理訪視費(次)-資源耗用群第三類(超出合理量)2.機構                                      |
| 33 | 05354C | 護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(在合理量內)2.機構                                     |
| 34 | 05355C | 山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(在合理量內)2.機構                               |
| 35 | 05356C | 護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(超出合理量)2.機構                                     |
| 36 | 05357C | 山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(超出合理量)2.機構                               |
| 37 | 05358C | 醫師訪視費(次)2.機構                                                      |
| 38 | 05359C | 山地離島地區醫師訪視費(次)2.機構                                                |
| 39 | 05360C | 醫師訪視費(次)2.機構—醫師應同一承辦居家照護業務機構之請，當日訪視個案數在五個以上者，自第五個個案起其訪視費依本項申報     |
| 40 | 05361C | 山地離島地區醫師訪視費(次)2.機構—醫師應同一承辦居家照護業務機構之請當日個案在五個以上者，自第五個個案起其訪視費依本項申報   |
| 41 | 05404C | 居家治療醫師診治費(次)                                                      |
| 42 | 05405C | 居家治療醫師診治費-同一醫師，應同一承辦居家治療業務之醫療機構之請，當日診治個案數在五個以上者，自第五個個案起其診治費依本項申報。 |
| 43 | 05406C | 居家治療其他專業人員處置費(次)                                                  |
| 44 | 05312C | 甲類醫師訪視費用(次)-在宅                                                    |
| 45 | 05362C | 甲類醫師訪視費用(次)-機構                                                    |
| 46 | 05323C | 甲類醫師訪視費用-山地離島地區(次)-在宅                                             |
| 47 | 05363C | 甲類醫師訪視費用-山地離島地區(次)-機構                                             |
| 48 | 05336C | 乙類醫師訪視費用(次)-在宅                                                    |
| 49 | 05364C | 乙類醫師訪視費用(次)-機構                                                    |
| 50 | 05337C | 乙類醫師訪視費用山地離島地區(次)-在宅                                              |
| 51 | 05365C | 乙類醫師訪視費用山地離島地區(次)-機構                                              |
| 52 | 05313C | 甲類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間 1 小時以內(≤1 小時)                                  |
| 53 | 05366C | 甲類護理訪視費(次)-機構:訪視時間 1 小時以內(≤1 小時)                                  |
| 54 | 05324C | 甲類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間 1 小時以內(≤1 小時)-山地離島地區                           |
| 55 | 05367C | 甲類護理訪視費(次)-機構:訪視時間 1 小時以內(≤1 小時)-山地離島地區                           |
| 56 | 05338C | 乙類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間 1 小時以內(≤1 小時)                                  |
| 57 | 05368C | 乙類護理訪視費(次)-機構:訪視時間 1 小時以內(≤1 小時)                                  |
| 58 | 05339C | 乙類護理訪視費山地離島地區(次)-在宅:訪視時間 1 小時以內(≤1 小時)                            |
| 59 | 05369C | 乙類護理訪視費山地離島地區(次)-機構:訪視時間 1 小時以內(≤1 小時)                            |
| 60 | 05314C | 甲類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間 1 小時以上(>1 小時)                                  |
| 61 | 05370C | 甲類護理訪視費(次)-機構:訪視時間 1 小時以上(>1 小時)                                  |
| 62 | 05325C | 甲類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間 1 小時以上(>1 小時)-山地離島地區                           |
| 63 | 05371C | 甲類護理訪視費(次)-機構:訪視時間 1 小時以上(>1 小時)-山地離島地區                           |
| 64 | 05340C | 乙類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間 1 小時以上(>1 小時)                                  |

| 項次        | 醫令代碼           | 中文名稱                                                                             |
|-----------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <u>65</u> | <u>05372C</u>  | <u>乙類護理訪視費(次)-機構:訪視時間 1 小時以上(&gt;1 小時)</u>                                       |
| <u>66</u> | <u>05341C</u>  | <u>乙類護理訪視費山地離島地區(次)-在宅:訪視時間 1 小時以上(&gt;1 小時)</u>                                 |
| <u>67</u> | <u>05373C</u>  | <u>乙類護理訪視費山地離島地區(次)-機構:訪視時間 1 小時以上(&gt;1 小時)</u>                                 |
| <u>68</u> | <u>05326C</u>  | <u>臨終病患訪視費</u>                                                                   |
| <u>69</u> | <u>05327C</u>  | <u>臨終病患訪視費山地離島地區</u>                                                             |
| <u>70</u> | <u>05315C</u>  | <u>其他專業人員處置費(次)-在宅:目前僅限於社會工作人員或心理師</u>                                           |
| <u>71</u> | <u>05374C</u>  | <u>其他專業人員處置費(次)-機構:目前僅限於社會工作人員或心理師</u>                                           |
| <u>72</u> | <u>P5401C</u>  | <u>呼吸治療人員訪視費—非侵襲性呼吸器依賴患者-使用鼻導管(nasal prong)或面罩等</u><br><u>呼吸治療人員訪視費(次)</u>       |
| <u>73</u> | <u>P5402C</u>  | <u>呼吸治療人員訪視費—非侵襲性呼吸器依賴患者-使用鼻導管(nasal prong)或面罩等</u><br><u>山地離島地區呼吸治療人員訪視費(次)</u> |
| <u>74</u> | <u>P5403C</u>  | <u>呼吸治療人員訪視費—侵襲性呼吸器依賴患者-使用氣切管或氣管內管插管等</u><br><u>呼吸治療人員訪視費(次)</u>                 |
| <u>75</u> | <u>P5404C</u>  | <u>呼吸治療人員訪視費—侵襲性呼吸器依賴患者-使用氣切管或氣管內管插管等</u><br><u>山地離島地區呼吸治療人員訪視費(次)</u>           |
| <u>76</u> | <u>P5405C</u>  | <u>山地離島地區其他專業人員處置費(次):限社會工作人員或心理師</u>                                            |
| <u>77</u> | <u>05303CA</u> | <u>呼吸治療人員訪視費</u>                                                                 |
| <u>78</u> | <u>P4101C</u>  | <u>藥事居家照護費</u>                                                                   |
| <u>79</u> | <u>P4102C</u>  | <u>偏遠地區藥事居家照護費</u>                                                               |
| <u>80</u> | <u>P30005</u>  | <u>到宅牙醫服務(每乙案)論次費用</u>                                                           |
| <u>81</u> | <u>P30006</u>  | <u>牙醫特殊醫療服務計畫到宅訪視費</u>                                                           |

## 方案之附件 10

### 獎勵醫事服務機構申報特定醫令執行起迄時間資料之項目

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

## 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

## 第二部 西醫

## 第一章 基本診療

## 第三節 病房費

| 編號     | 診療項目                                                                                                                                                             | 基層院所 | 地區醫院 | 區域醫院 | 醫學中心 | 支付點數 |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|
| 03018A | 急診觀察床(床/天)<br>--病房費                                                                                                                                              |      |      | v    | v    | 167  |
| 03019B |                                                                                                                                                                  |      | v    |      |      | 139  |
| 03042A | --護理費                                                                                                                                                            |      |      | v    | v    | 167  |
| 03043B |                                                                                                                                                                  |      | v    |      |      | 139  |
|        | 註：1.急診留觀或待床病人，入住滿六小時始得申報。<br>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。<br>3.僅作注射點滴、輸血或休息者，不予支付。<br><u>4.山地離島地區病患因故無法後送需於衛生所(室)留觀者，依03019B「病床費」、03043B「護理費」申報。</u> |      |      |      |      |      |

# 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

## 第二部 西醫

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

#### 第一節 檢查 Laboratory Examination

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

| 編號                     | 診療項目                                                                                                                                                                                       | 基層院所 | 地區醫院     | 區域醫院     | 醫學中心     | 支付點數       |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------|----------|----------|------------|
| <a href="#">13028B</a> | <u>困難梭狀桿菌抗原快速檢驗 (GDH)</u><br><u>Clostridium Difficile GDH Ag rapid test</u><br>註：<br><u>1.結腸炎、偽膜性結腸炎、中毒性巨結腸及結腸穿孔。</u><br><u>2.抗生素治療後發生腹瀉症狀。</u><br><u>3.懷疑C.difficile群聚感染。</u>             |      | <u>v</u> | <u>v</u> | <u>v</u> | <u>402</u> |
| <a href="#">13029B</a> | <u>困難梭狀桿菌毒素A、B快速檢驗 (Toxin A/B)</u><br><u>Clostridium Difficile Toxin A/B rapid test</u><br>註：<br><u>1.結腸炎、偽膜性結腸炎、中毒性巨結腸及結腸穿孔。</u><br><u>2.抗生素治療後發生腹瀉症狀。</u><br><u>3.懷疑C.difficile群聚感染。</u> |      | <u>v</u> | <u>v</u> | <u>v</u> | <u>402</u> |

第二十四項 其他檢查 Other Test (30501-30522~~3~~)

| 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  |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|-------|
| 30523B | <p><u>多管腔食道內阻抗及酸鹼度測定</u><br/> <u>Multi-channel Intraluminal Impedance and pH monitor, MII-pH</u><br/>           註：<br/>           1.適應症：<br/> <u>(1)難治之胃食道逆流症典型症狀（如持續的火燒心或胃酸逆流），經上消化道內視鏡或 24 小時食道酸鹼度測定檢查後，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><br/> <u>(2)胃食道逆流症非典型症狀（如不明原因胸痛、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，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><br/> <u>(3)18歲以下兒童及嬰兒胃食道逆流症典型症狀（如持續性嘔吐、火燒心或胃酸逆流），及胃食道逆流症之非典型症狀（如不明原因胸痛、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）。</u><br/> <u>(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。</u><br/> <u>(5)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><br/> <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><br/>           2.支付規範：<br/> <u>(1)內含24小時食道阻抗酸鹼度單次用測量管。</u><br/> <u>(2)限由消化內、消化外科、消化兒科及胸腔外科專科醫師執行。</u></p> |      | Y    | Y    | Y    | 13848 |

## 第二節 放射線診療 X-Ray

### 第二十四項 X光檢查費 X-Ray Examination

#### 二、特殊造影檢查 Scanning(33001-33142、P2101-P2104)

| 編號     | 診療項目                                                                                                                 | 基層院所 | 地區醫院 | 區域醫院 | 醫學中心 | 支付點數  |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|-------|
| 33116B | <u>經導管心室中膈缺損修補</u><br><u>Transcatheter Closure of Ventricular Septal Defect</u><br>註：<br><u>適應症：心室中膈缺損病人（含心肌梗塞後）</u> |      | v    | v    | v    | 48011 |

## 第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

### 第一項 處置費 Treatment

#### 一、一般處置 General Treatment (47001~4710~~4~~2)

| 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                 |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|-------------------|-------------------|----------------------|
| <a href="#">47102B</a> | <a href="#">心室輔助器置放後，第二天起之每日照護費</a><br><a href="#">Daily care post LVAD implantation</a><br>註：<br><a href="#">1.本項限申報三十次。</a><br><a href="#">2.不得同時申報編號47056B。</a> |      | <a href="#">Y</a> | <a href="#">Y</a> | <a href="#">Y</a> | <a href="#">3486</a> |

第七節 手術 Therapeutic Treatment  
 第五項 循環器 Cardiovascular System  
 一、心臟及心包膜 (68001-68052)

| 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  |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|-------|
| 68040B | <p><u>經導管主動脈瓣膜置換術</u><br/> <u>Transcatheter Aortic Valve Implantation(TAVI)</u><br/>                     註：<br/>                     1.適應症：適用於嚴重主動脈狹窄病人，須具備以下二項條件。<br/>                     (1)必要條件：(此四項條件須全部具備)<br/> <u>A.有New York Heart Association Function Class II-IV 之心衰竭症狀。</u><br/> <u>B.以心臟超音波測量主動脈開口面積&lt;0.8cm<sup>2</sup>、&lt;0.6cm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup>、經主動脈瓣壓力差≥ 40mmHg或主動脈瓣血流流速≥4.0m/sec。</u><br/> <u>C.必須至少二位心臟外科專科醫師判定無法以傳統開心手術進行主動脈瓣膜置換或開刀危險性過高。</u><br/> <u>D.臨床判定病人至少有一年以上之存活機率。</u><br/>                     (2)同時具備以下條件之一：<br/> <u>A.無法接受開刀進行主動脈瓣膜置換或開刀危險性過高，STS Score&gt;10%，或 Logistic EuroSCORE I&gt;20%。</u><br/> <u>B.年齡為 80 歲或更大。</u><br/> <u>C.有以下情形之一者：先前接受過心臟手術(冠狀動脈燒道、心臟瓣膜手術)、嚴重主動脈鈣化( porcelain aorta)、胸腔燒灼後遺症，不可進行開心手術、曾接受過縱膈放射療法、嚴重結締組織疾病，導致不可進行手術、肝硬化( Child分級A或 B)，以及肺功能不全： FEV&lt;1公升。</u><br/>                     2.支付規範：<br/>                     (1)醫院條件<br/> <u>A.專任之心臟內科、心臟外科醫師。</u><br/> <u>B.醫院每年需具500例以上之心導管(含200例以上介入性心臟導管手術)及25例以上主動脈瓣膜置換之手術案例。</u><br/> <u>C.需具有心導管X光攝影機等級及高效率空氣過濾器至少 HEPA-10000等級之複合式(hybrid)手術室。</u><br/>                     (2)醫師資格<br/> <u>A.須符合下述操作資格之心臟內科專科醫師及心臟外科專科醫師在場共同操作，隨時提供必要之緊急措施。</u><br/> <u>B.具有專科醫師五年以上資格。</u><br/> <u>C.具25例以上主動脈瓣膜置換手術(編號68016B)，或300例以上心臟介入治療之經歷(編號33076B~33078B 經皮冠狀動脈擴張術)。</u><br/>                     (3)不得同時申報診療項目：暫時性人工心律調節器、心臟超音波掃描、體外循環心肺支持系統(編號68052B)、血氧EKG監測等支付項目。<br/>                     4.一般材料費，得加計11%。<br/>                     5.需事前審查。</p> | Y    | Y    | Y    | Y    | 96975 |

| 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  |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|-------|
| 68043B | <u>A型急性主動脈剝離術</u><br><u>Surgery for A type aortic dissection</u><br>註：<br><u>1.一般材料費，得加計11%。</u><br><u>2.不得同時申報編號68015B(係指主動脈瓣膜)、69024B、69036B。</u> |      | √    | √    | √    | 86451 |

105 年度全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂第 3 次臨時會  
與會人員發言實錄

前言

主席

現在時間過了 10 分鐘，現在人數過半可以開始。請各位代表看一下上次會議記錄，從第一頁到第四頁，各位代表對於第一頁到第四頁有沒有問題？好，沒有問題，我們會議記錄就確認！那接下來進行決議事項辦理情形的追蹤！

鄭辦事員碧恩

各位代表長官好，先跟各位補充說明，此次會議有三份資料，第一份就是之前開會通知單有發出去的會議資料，第二份資料就是第二次的補充資料，這是我之前已經有寄電子檔給大家，第三份就是今天在會上補充抽換資料總共有三個，一個是追蹤表，第二個是成本分析第 75 頁，第三個是報告事項 4-2 的部分，以上是抽換資料。

現在開始報告這次會議決議辦理情形追蹤表，請各位代表看抽換追蹤表這一張，此張只有修正序號 2 辦理情形的部分，此次追蹤表共 8 案，有關序號 1 及 3，未列項目之申報方式案及新增快速結核病分子診斷案於此次會議中進行討論，故建議解除列管。序號 2，支付標準診療項目以成本分析方式向醫療院所進行全面成本調查，已於 105 年 10 月 14 日函請醫師公會全聯會及台灣醫院協會並副知共同擬訂會議專家學者及消費者代表提供意見。醫師公會全聯會建議以委託研究方式；台灣醫院協會建議由各層級醫院協會進行調查分析。另上述學會及部分代表針對成本分析調查表填表提出部分疑義及建議，本署將參考並修訂調查表及製作問答集；目前後續辦理方向正在簽辦中，故繼續列管中。

序號 4 及 8，修訂中醫通則及文字，新增支付標準診療項目「角膜處理費」案，已依程序於 105 年 11 月 2 日辦理預告作業，待預告截止後即報部核定公告，故解除列管。序號 5，106 年 Tw-DRGs 適用之相對

權重統計結果及支付通則修訂將於 105 年 12 月 22 日第四次共擬會議提案討論，故繼續列管中。104 年特材價量調查結果，於此次會議中進行報告，故建議解除列管。

序號 6，105 年新增修支付標準報告案，爾後定期進行追蹤報告，故建議解除列管。序號 7，未列項目申報之審查配套措施，將配合申報方式之規範再擬訂相關審查作業，故繼續列管中。以上，謝謝。

**主席**

謝謝同仁的報告，這一次的追蹤辦理情形，請問各位代表有沒有意見？請滕代表！

**滕代表西華**

資料第六頁序號 5 的部份，主席因為剛剛在確認上次會議記錄沒有發言是因為這邊有個案子是一樣的，明年 106 年總額的時候，因為初級照護率下降了，不管是 10%或 20%，提撥 60 億到重症的部分可能跟 DRG 有關聯，如果 DRG 裡面有涉及到重症一定要考慮要調整，如果下次會議的時候來得及，可以也一併提上來，那這個案子也不用再討論兩次，謝謝！

**主席**

好，謝謝！不過 60 億調整急重症議題還沒有討論，如果急重症的討論有結果，因此做調整之後，DRG 的部份會相對反映，請谷科長再補充說明一下程序好嗎？

**谷科長祖棣**

我們這一次重症的調整，不管用什麼方式調都是會調到我們醫療院所申報的項目、申報的點數，我們會在算未來 106 年的 DRG 時候，做支付點數的校正，皆會反應到 DRG 各項的權重，以上說明！

**主席**

好，謝謝！所以，是要先有調整才有更正權重，那是兩階段的。

**滕代表西華**

因為我們下一次就要討論權重的問題，可是你又涉及到重症，你這樣要嘛就是分兩次，不然就是那邊決定後再一併討論這個案子。如果下一次出不來，那不是要跑兩次，我的意思是這樣！

**主席**

是，沒錯！12月22日是不是這個議題會有結果，現在不知道，不過我們儘量照滕代表的意見，既然要討論权重，106年的权重，如果60億的調整，可以在12月22日就定案，那當然就一併把权重做更新，如果沒有，這個案子會要分兩次討論，謝謝！我們會一併納入考慮，其他代表有沒有什麼意見？好，如果沒有意見的話，我們決議事項辦理情形就確認！那繼續列管的項目就繼續辦理，下次開會的時候，就大家一起來檢視，謝謝！接下來報告事項第一案！

## **報告事項**

### **第一案：修訂牙醫支付標準及計畫報告案**

**(一)：增修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部  
牙醫案。**

**(二)：將「全民健康保險牙醫門診總額支付制度專科轉診加成作  
業要點」導入支付通則案。**

**主席**

好，謝謝！這個提案有兩本都有用到，第一點是在新補的這一本，第二點是在原來的這邊，就請大家看一下。請問這個大家有沒有意見？這是牙科用106年非協商的7億4仟5佰萬與協商的6仟9佰萬，一共8億1仟5佰萬用來調整支付標準的內容，以及他們的轉診加成作業要點導入支付標準，大家有沒有意見？如果大家都沒有意見的話，那我們的報告案第一案就算通過了！接下來第二案！

### **第二案：修訂中醫支付標準及計畫報告案**

**(一)：修訂「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療**

計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「全民健康保險中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫」、「全民健康保險中醫兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」等四項中醫總額醫療照護試辦計畫。

(二): 修訂「支付標準第四部中醫」通則六及第一章門診診察費。

主席

好~謝謝！這個是中醫的支付標準調整案是用明年的非協商4億1千4百萬的範圍內來支應，請問各位代表對這個案子有沒有意見？請滕代表！

滕代表西華

在會議資料第19頁，補充資料第19頁的部份其中第3小點對於護理人員在場的服務定義，因為這樣看起來是…，原來是1比1的比例，那現在把1比1拿掉，只有說每位中醫師看診時需有護理人員在場。所以，他有可能一家診所如果是聯合執業同時看診的，就會看到多位醫師只有一位護理人員的情況。我想知道為什麼做這樣的改變，謝謝！

主席

好，謝謝！這個部份中醫師的代表有沒有在？請顏醫師！

顏代表良達

請我們全聯會的王先生講一下！

主席

來，請！

中醫全聯會王先生

我們現在是每位中醫師需要一位護理人員，不是數個中醫師共用一個護理人員，是要一個搭配一個。

滕代表西華

但是修改文字看起來不是這麼一回事！如果是這樣你就不用改文字了！就是他的要件是每位中醫師至少聘一個，那他聘了一定會用嘛！不會聘了不用，除非挪做它用那就當然沒有辦法稽核，這裡每位中醫師看診時需有護理人員在場服務，所以我同一個時段如果技術上，對不起！應該要這樣問，技術上並沒有辦法去要求他要有護理人員的比例，比如說同一個時間要有兩個中醫師看診，可能一個護理人員在場中間跑來跑去，講這樣好了！就像麻醉科醫師一樣，我們都知道他應該待在那裡，但他為什麼沒有待在那裡？他就是跑到好幾個房間，共用一個麻醉科醫師，這樣的情況。所以，我的意思是說，我好奇為什麼要做這樣的改變？這樣的改變跟原本的差異是什麼？我的意思並不知道好？或者不好？做這樣的改變我自己的疑慮看起來，是有這樣的疑慮，就是說他再也不用有1比1這樣子的，或至少要一個聘一個，這樣子的規定，因為看起來健保署也同意，我的意思是說是不是只是文字的修改，但是它還是1比1，那我也沒有意見，但是我的理解是可以不必這樣，。我是疑問，不是質疑你為什麼這樣做！謝謝！

## 主席

醫管組也協助說明一下！谷科長！

## 谷科長祖棟

原來全聯會的意思是說，因為可能文字問題是出在那個「聘」的那個字！因為他們認為假如今天一個診所有兩個中醫師，但是一個人看早上、一個人看下午，其實他只要聘一個護理人員，早上跟一個醫師，下午跟一個醫師。全聯會表示，就字面認定會被要求聘2個護理人員。當時我們也是建議他文字是不是可以不用修，但他們是堅持文字要修，我們的搭配，如果要根據護理人員上班的班表及跟診醫師的看診的診次去辨識，是否確實是每一個診次的醫師有一個護理人員跟診的話，我們需要有相關的班表的上傳。所以，我們才會在文字裡頭去加，以後要上傳看診時段的資料，從VPN上傳，我們在勾稽的時候也是會去勾同一個時段需要有一個護理人員跟

診。以上說明！

**主席**

好，謝謝！這樣可以嗎？好，謝謝！潘代表！

**潘代表延健**

主席、各位代表大家好！我是針對第三點「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」這個計畫本身它的經費是獨立的。

**主席**

專款！

**潘代表延健**

專款！他的點值是自己獨立計算的，那我記得在過去這些西醫住院的中醫的照護試辦計畫裡面，它的點值曾經低到 0.5，在那樣的水平，所以，這樣的費用、預算支應底下，還是不是有那樣的情況出現？

**主席**

好，這個哪一位同仁可以幫忙回答一下？曾經點值有這麼低過嗎？哪一位知道？總額科嗎？先去找一下總額科來看一下，現在西醫住院的醫療輔助金計畫，這個計畫在我們 25-33 頁，大家看一下！這裡針對最主要就是癌症的治療，特別是腦血管、顱腦損傷、脊髓損傷，還有腫瘤治療期間，早期蠻多癌症住院的病人，現在腫瘤的患者都用門診化療，所以住院就變少，所以今年他們又提出來是一個門診的化療病人的治療計畫，其實這個計畫原來的顱腦損傷或脊髓損傷個案比較少，主要是以癌症為主。我們會再查一下點值，應該沒有你想得這麼壞。

**潘代表延健**

在我的印象裡面應該是兩年前，因為我沒有再 follow update，以前也是試辦計畫專款專用的，那因為申報得非常多，原來的框列的預算非常少，所以那時候點值低到 0.5 以下，也是顱腦神經方面

的，還有剛剛主席提到的化療，那門診化療其實最後，他如果希望透過中醫來做輔助減輕疼痛或者是做後面的併發症或副作用的話，他還是會跑到中醫這邊來做輔助療法。所以，假設說待會兒查正之後，如果說點值真的有那樣的疑慮的話，後面我們還有一些輔助的配套，避免它點值降這麼低，是不是這麼再做個限制？或者在其他的預算的預用上面還可以有一些配套，我是提出這樣的看法。

**主席**

好！

**干代表文男**

主席！

**主席**

來，請。

**干代表文男**

我記得是去年的專款還沒用完。

**主席**

對啊！我記得後來都還沒用完。

**干代表文男**

對啊！都還沒用完！好像用到七成左右，我印象中裡面是這樣，而且那個錢還是被扣，再前幾年我就沒有印象了！

**主席**

好！我們等會兒查好後再報告。好，請！

**林代表綉珠**

主席！剛剛報告到補充資料二、(三)就是滕代表幫護理人員講的，此次修改門診診察費，由每位中醫師至少聘護理人員一名以上，改為每位中醫師在看診時須有護理人員在場服務，這樣的字眼修正，雖然在診療項目的說明當中，提到需配合看診時段之 VPN 資料上傳

時段，可是在中醫的護理人力設置標準當中，是得視業務需要，聘請護理人員，那如果這樣講的話，看起來並不是有強制的說他們在看診時，每一診都要有有一名護理人員在場。我覺得這個文字上是不是可以回歸到至少每一位中醫師看診時，至少聘護理人員一名以上，我不曉得它是不是能跟西醫一樣，西醫是每一個診次都要有護理人員在，我也是呼應剛剛滕代表提到的，有可能護理人員登錄在哪家醫院，但她可到處去遊走，事實上，不見得有服務到病患。不曉得中醫為什麼要這樣子改，或者它改成每位中醫師看診時，需至少有一名護理人員在場，那這也是可以的啊，以上。

**主席**

好，需有護理人員在場當然就是 1 人以上，請谷科長說明！

**谷科長祖棣**

我稍為說明一下，這個地方要區隔的是，大家請看補充資料第 23 頁，我們中醫的門診診療費是有分護理人員在場及未聘有護理人員在場，因為他有兩種不同的支付項目，你今天報的是有護理人員在場，因此我們才要去做一個護理人員確認的勾稽。

**林代表綉珠**

有聘護理人員跟沒有聘護理人員只差？

**谷科長祖棣**

10 點

**主席**

對啊！好少喔！

**林代表綉珠**

對啊！所以事實上我想這個…

**主席**

所以，大部份的中醫診所都沒有護理人員。

## 林代表綉珠

這樣的誘因當中，他根本覺得是不需要有護理人員，如果我們再把它換回每位醫師在看診的時候要有護理人員在場，每一個都說有啊！一個護理人員到每一個場次去，那大家都說有護理人員在啊！所以，我覺得這個部份不曉得中醫不能比照西醫的這些門診的設置標準來看？

## 主席

那個顏醫師有要回覆嗎？

## 顏代表良達

我們家有護理人員，可是這個還是要回歸到法規的層面，因為他現在沒有強制中醫診所一定要聘請有執照的護理師，所以，才会有像現在給付的…

## 林代表綉珠

怎麼會叫護理師呢？連護士都不能叫的啊！

## 顏代表良達

對啊！對啊！有執照的護理師或者護理士。

## 林代表綉珠

只要是護理師都是有執照的，護理師是一個專有名詞。

## 顏代表良達

就是有執照的護理師。

## 滕代表西華

他的意思是說，有沒有請護理人員沒有強制。

## 顏代表良達

對！對！就是有執照的護理師或是護士。

## 林代表淑霞

主席！我也補充一下！的確，我們現在的評鑑、設置標準。第一個，針對診所是完全沒有評鑑，在醫院的部份呢？中醫的評鑑現在才開始叫試辦，今年才開始試辦，它也沒有強制性。所以，的確！代表講說要從法規面去規範，那你法規面沒去規範就不能要求診所要怎麼樣來配合啊！

**主席**

現在很多的中醫診所是沒有聘有合格的護理人員，因為法規沒有強制！所以，健保有兩個支付標準，現在多數是沒有聘護理人員的，正式的護理人員。應該都是中醫助理之類的。

**滕代表西華**

跟牙科助理一樣。

**主席**

對啦！我們要請醫事司去訂定的話，就是法規的部份去規範。

**林代表綉珠**

不過，主席！

**主席**

來，請。

**林代表綉珠**

是！雖然中醫的評鑑還在試評的階段，不過，我們這是支付標準，而且是診療費的部份，跟評鑑標準應該是沒辦法一起看的。評鑑規評鑑嘛！可是我們要付這個錢的時候，應該是有這樣的規範才適合我們給付這個錢的部份。

**主席**

是啊！所以我們有區分兩個不同的支付標準。

## 林代表綉珠

對！對！對！對不起！所以，我們是想說至少聘請一位護理人員，這一部份是不是能夠維持原來的規範？

## 主席

好！謝謝！將來如果他們都去聘請合格的護理人員，恐怕就會開始覺得那 10 塊錢太少！真的是不夠！那其他大家還有沒有意見？來，請。

## 賴代表振榕

主席，中醫的支付標準我有很大的疑問，因為處方應該是屬病人所有嘛，就是醫師開立出來的處方，病人可以選擇調劑處所，但是中醫的處方就好像他沒得選擇啦，因為他到基層的社區藥局，有些是執行中西藥局的藥局是沒辦法接受處方調劑的，因為在我們的支付標準裡面，沒有藥局的中藥藥事服務費項目可以申請，那我不知道這個邏輯是在哪裡？以前有發生過藥師自己的家屬去中醫診所，看過之後，他的藥沒辦法拿到自己的藥局去調劑。因為我們健保署裡面，並沒有這一項的支付項目可以申請，那我覺得這個很奇怪啦！為什麼西醫都可以申報，中醫這一段就是沒有，當然沒有錯，中醫沒有強制一定要醫藥分業，我也知道沒有要強制醫藥分業，沒有醫藥分業但是處方權利是在病人身上，它可以自由選擇調劑處所啊，你這樣子讓在健保署裡面的支付標準裡面社區藥局並沒有辦法去申請，那好像就是強制你病人不得選擇，你只能在那個中醫診所或中醫院拿藥，這個是不合理的！因為西醫基層也沒有這樣的規定啊！所以，我覺得這當然跟中醫師公會有沒有關係，但我是不知道啦！我覺得在健保署裡面的思考邏輯上，對我們藥師來講是怪怪的啦！好像用藥安全是重西醫不重中醫的感覺啦！以上！

## 主席

謝謝！等一下在請行政科或者是副組長或組長看要怎麼回應！其他大家有沒有什麼意見？來，顏醫師，請。

### 顏代表良達

關於代表講的那個藥師的問題，我們現在全聯會還在努力中醫藥師這個制度，而且法規面也沒有強制我們一定要把藥方釋出去啦！

### 賴代表振榕

我覺得代表講的是有問題，因為處方調劑不是醫師在決定的，處方是醫師開的沒有錯，你交給病人就是他的。西醫都是病人可以選擇調劑處所，看要到原來的處所拿藥還是帶到社醫藥局調劑，沒有人可以強迫他，但是你現在沒有支付標準，感覺是強迫他不得出去，就是要在原來的醫療院所拿藥，所以這個制度不是中醫師公會在規劃，這個應該是健保署在制度面上，應該是要去平衡的，因為這是民眾的選擇權，不然自己的家屬去看了中醫，看西醫處方可以拿回到藥局調劑，看了中醫就不行，這是很奇怪的邏輯。所以，我的質疑、我們藥界的質疑是這樣子！那當然我也知道中醫沒有強制醫藥分業，那有沒有強制醫藥分業是兩回事啦！跟處方權和民眾他選擇調劑處所這個是兩回事。謝謝！

### 主席

來，請滕代表！

### 滕代表西華

顯然這個議題不是本案的討論範圍，這是第一個；那第二個，覺得這個東西也不是健保署可以去決定，西醫也沒有強制要醫藥分業啊！那中醫的調劑裡面，顏醫師沒有講，我講一下好了！中醫的裡面到底西藥師跟中藥、中草藥調劑的爭議、能不能調劑，要受過多少訓練才能夠調劑？究竟中醫師能不能自行調劑？這個都是法

規面的爭議回到藥事法或是其他相關法規去解決。那現在釋出你是要他釋出去哪裡？現在多處的社區藥局裡面，絕大多數我看也沒有中藥，對啊！只有西藥，它也沒有中藥局的特約，所以，我覺得這個沒關係啦！藥師公會爭這個很久我知道，那是不是另闢會議再行討論，這樣子！謝謝！

### 賴代表振榕

謝謝滕代表，我簡單說明一下！實際上中西藥局是有，我知道跟議題無關，但是我還是要講一下。剛好是談到這個案所以講一下。如果健保署同意我們另闢專案會議我們來討論，我覺得我們也可以接受，只是藥師本來就有調劑權是包括中藥都有啦！謝謝！

### 主席

來，請。

### 于代表文男

我想藥師的爭取是你們的權責，但是中醫一天只有 30 塊的藥連調劑費，那 30 塊都給你，夠不夠？這個是很大的問題，如果要談到這裡，就要重新調整他們的藥費跟調劑費。如果你們一張單子填好有 40 塊，一張單子拿去連藥物和錢一共 30 塊，差這麼多你還跟他爭，這樣是叫他去跳海，是做好吃麵的人出錢，還是讓消費者來付。但是你這個西醫西藥的調劑現在都是拿一顆一顆的，不是像他們用幾兩、用幾錢、這個...多重，用磅秤。所以，若要法規改這是一個願景，你也不用跟他爭，跟他爭也沒意義、沒意思，如果你要改，叫衛福部去改，他們也沒有權限，修法以後，他們才有權去執行，我想這個不在範圍內，這個案子可以結束了！謝謝！

### 主席

好！謝謝！有人說這個案子可以結束了！好，那醫管組這邊有沒有要回應代表的？

## 龐組長一鳴

謝謝！我想大家都很清楚了，剛剛干代表的意見，這個案子應該到這裡。那賴代表的意見，我們有實錄都會記錄下來，而且剛剛講得很好，這個不只是一個權利，也是一個責任，藥界想盡這個責任，我們也是敬表佩服，謝謝！

## 主席

來，陳代表！

## 陳代表志忠

我這個是疑問，請教對於中醫提升孕產照護計劃，有助孕、有成功率、有保胎這些，它有個計算的公式。我試問，假設我們有一個保險對象，不孕的人是否可以尋求看西醫及中醫？能不能同時接受雙方面的治療？那他成功，怎麼知道是西醫成功？還是中醫成功？

## 滕代表西華

我們總額已經問過了，他們說明年要證明給我們看。你知道女人為國家生小孩是冒著生命危險，那我們當然希望你想辦法讓她懷孕啊！懷了孕讓想辦法讓她安全保下來，那她保胎的助孕，我們其實是都覺得國家應該要來支持，但是他要證明給我們看是西醫保的好？還是中醫保得住？不然就請國健署出一個 package 不管是中醫還是西醫來付。健保的支付標準裡面講求效益，所以我們有在今年總額協商裡面，明年在提出這樣的計畫之後，應該要明確地排除一些，究竟是西醫占了大多數？還是中醫？

## 陳代表志忠

我也許在健保會有提過，第二個是保胎的問題假設一個「迫切性流產」。那通常這些人已經住到醫院去了，她可以同時接受中醫

嗎？假如這個醫院沒有中醫。很多西醫院沒有住院，她可以外出…

**滕代表西華**

她用不到這個專案的錢。

**陳代表志忠**

就用不到這個專案的錢。

**滕代表西華**

會用到總額的錢，或是西醫基層的錢啊！

**陳代表志忠**

好啦！

**主席**

好，可以了嗎？

**干代表文男**

我再補充一下，一般的看中醫就是多方面的求子，沒有辦法的結果最後的方法就是去找中醫啦！中醫我們台灣話講不著床，誠如你講的子宮寒冷，然後叫他們回去熬，這個實證很多啦！就是都沒辦法著床、都沒辦法著胎，最後去找他們，然後他們幫她助孕主要是這裡啦！明年的評核也有嚴格地請他們做出一個實證對照組。這個你們要記得啊！如果忘記的話，評核會我也會釘一下。大家對你們好奇你要表現給人家看，都別人擔去就好你只要照一照過去就好！以上，謝謝！

**主席**

好，有嚴格監督，陳代表不用擔心，我們付費者代表很認真，來，請谷科長。

**谷科長祖棣**

報告一下，剛剛那個潘代表提到，中醫專款計畫點值的問題。我們去查潘代表提到的應該是當時在 103 年以前「腦血管疾病後遺症照護計畫」那個計畫，確實是每年的執行率其實都有超過 100% 以上，所以它的點值有低於 1 點 1 元，但是那個計畫已經在 103 年的時候已經納入一般部門了，現在已經沒有那個專款計畫了，以上。

主席

好，謝謝！那就按這樣補充了！好，大家還有沒有其他意見？好，如果沒有意見這個案子就通過，再來下一案！

### 第三案：修訂西醫支付標準報告案

(一)：有關放寬全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部第三章「初期慢性腎臟病」通則三品質資訊登錄及監測期間案。

(二)：有關調整全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準 00119C 及 00120C 兩項山地離島地區第一段合理量門診診察費支付點數案。(撤案)

主席

說明二的地方今天不討論，就討論說明一的部份，第 20-23 頁的部份，請問各位代表有沒有意見？如果沒有意見，我們報告事項第三案就通過。接下來第四案。

### 第四案：

(一)：有關 106 年「全民健康保險高診次者藥事照護計畫」(草案)。

黃代表雪玲

可不可以一案一案，因為這樣子一個案子夾很多案子，實在沒有辦法……。

主席

沒關係我們先照這個高診次的藥事服務計畫，剛剛宣讀的這個部份大家先表示意見，這個部份比較容易是附在後面，這個計畫就附在後面，來，請干代表。

### 干代表文男

我要請藥師，去年五千萬你們作了四千萬是打八折，是你們自己打折沒有作完，那今年能夠執行到什麼程度，要不要打折？第二個就是現在雲端藥歷的高控制力已經達到一個很高的境界，他們轉介給你的件數是不是夠？如果不夠你也沒有來源，如果有來源的話你們為什麼會把這個去年的已經是雲端藥歷已經上去那麼久了還沒有辦法達標，達到五千位以上？這兩個問題，謝謝。

### 主席

好，賴代表。

### 賴代表振榕

我回應一下干代表的問題，第一個你要問我打幾折我現在可能沒辦法先講出要打幾折，我們希望是不打折啦，當然我們執行單位是應該要有這樣的決心來做，那翻我在之前讀發言紀錄，去年好像在這個時間我就有講雲端藥歷，沒有錯他可以控管民眾他提早領藥或重覆看診這是可以控制的，但是他的用藥是不是就真的雲端藥歷看到的那個資料呢？這個是必須存疑的，所以為什麼今年我們的計畫裡面我們新增了一項叫作用藥配合度的測量表，實際上我想基層醫師包括醫院醫師也很清楚有些病人拿藥回去他吃藥是自己…有時是忘記，是真的忘了吃，有的是自己會去篩選，他今天量了自己血壓覺得還不錯就把藥拿掉一顆或半顆，這種情形我相信在雲端藥歷是看不到的，但是門診病人領藥的時候我相信90%的病人不敢跟醫師講，但是他到社區藥局來領藥的時候，他會跟藥師講，我哪些藥還很多不要拿，這個我之前都講過這是實際上的情形，但是在雲端藥歷是看不出來這些資料，所以我覺得藥事照護要作得好，是要讓病人他服藥的正確性，藥師要能夠掌控到，掌控到之後我們藥師

應該要回饋給原來的看診醫師，讓看診醫師瞭解民眾實際上藥是怎麼吃的，我相信基層醫師也可以看得到，你可以看到病人領藥，如果照他慢箋要領藥的日期，他可以延半個月甚至延一個月來領藥，為什麼他可以延那麼久？這雲端藥歷你看到都是他都有領藥紀錄，所以那個資料我是覺得僅供參考，我個人覺得用藥情形這是要注意的地方，所以我們的計畫為什麼我們這一次加了這個所謂的用藥配合度，就是能夠讓我們藥師來瞭解這些需要照護的病患他的用藥遵醫囑性如何、用藥的正確性如何，這只是我們要做的個案，那我們沒有包括含概在裡面的個案呢我相信會比這個更多，我想我就以簡單這樣的方式回應干代表，謝謝。

### **主席**

有關這個計畫的執行情形醫管組這邊可不可以協助說明，寶鳳專委。

### **林專門委員寶鳳**

104年本計畫的預算是5,400萬元，104年預算執行4,397萬元，預算執行率是81%，執行率較歷年低主要可能是因為藥師到居家提供藥事服務需要事先向衛生主管機關報備，這樣的行政作業改變讓藥師在參與計畫及收案人數下降，造成執行率有往下掉的情形，以上。

### **主席**

今年的狀況還好嗎？

### **林專門委員寶鳳**

105年計畫預算，是5,000萬元，到目前為止我們延長了兩個月的收案時間，收案人數是5,270位，5,270位依照我們105年計畫目標至少6,500位，其收案率是81%，所以預估105年計畫之預算執行率也會往下降，尤其105年參與的藥師只有114位，104年參與的藥師還有160位，惟105年的實際預算執行率需至106年2月底才有實績值，以上。

## 主席

好，謝謝，這個是目前的狀況，所以 106 年的預算就往下下修變 4,000 萬了，所以有這樣的結果，再來滕代表、干代表。

## 滕代表西華

我是對於收案的這個補充資料第 58 頁附件 3-1 的部份，在收案對象排除情況有一些請教，我覺得健保署對於修訂在免除這個照護機構註明並且刪掉原受禁治產宣告我覺得是肯定，但是有幾種情況我覺得應該也要考慮修正。

第一個是領有重大傷病證明卡者則直接排除我覺得是不恰當的，有很多領有重大傷病證明卡的人跟他是不是有重覆使用藥品或重覆有醫療利用的情況並不直接產生關連，可能有部份重大傷病的患者也有這種情況是不是要直接排除請健保署再行考量。

第二個部份是我覺得應該要排除的對象應該要包含家醫群收案的對象，我們原先讓病人納入家醫群的概念就是希望他能夠好好照顧病人的健康，如果我們排除了醫院以病人為中心的整合性的照護試辦計畫對象你應當邏輯上應該也要排除家醫群的收案對象。

第三個部份我覺得應該要納入的對象裡面，因為這邊只有提到說藥品的處方箋是兩種以上慢性病或是在兩家院所大於 3 張慢性病裡面列為第一優先的這個輔導對象，但是我好像知道是說這個東西社區藥局他收案之後會不會知道，比如說：如果他領多張慢性病處方箋的部份我們署裡面可能會知道，你用 ID 歸戶後可能派給他，那這個派到社區藥局之後，社區藥局會不會知道或者是說社區藥局是能不能夠強制就收這個高診次，是可以把他所有的慢箋全部都是集中過來一家藥局去，然後他有那樣的權利可以跟不同的醫療院所協調，因為之前參訪的時候就是在出現不同的處方箋不同的藥品協調哪一些人應該少開的時候，臨床的藥師發現有非常多的困難，那在這裡其實這幾年來一直都沒有提到這個部份有沒有解決所以在照護收案對象裡面雖然有，可是我想知道這種多張處方箋的部份

就是目前執行上面是不是都沒有問題，謝謝。

## 主席

好，這一輪有比較多人有意見，相關單位等下再一起回答，接下來是千代表、黃代表。

## 千代表文男

我剛才問的意思是…不是你 4,000 萬，5,000 萬沒有執行完所以會刪到 4,000 萬，我現在問的意思是說現在的雲端藥歷，如果說這個健保署沒有給你們的自信你們有沒有辦法知道那個訊息，你要去輔導你要找誰，這個是一個很大的問題。如果沒有來源，歡迎你自己能夠找到對象嗎？我想是有困難的，這個主要要有來源不是醫師給你，是健保署轉介給你們，那意思是他們本身照顧的很好，都不會想到說我來轉給你們藥師，他開了藥多少的時間開多少藥這個不固定啊，你講的這困難也是有，但是主要是說健保署沒有轉介給你們，你們來源要去哪裡拿？這也要提醒健保署這方面要足夠的自信給你們，足夠的數量，謝謝。

## 黃代表振國

在此肯定藥師公會的藥師有心一起來照顧全民的健康，在此呼應不該排除重大傷病證明卡，以精神病為例都領有重大傷病卡，精神病的患者經常在多院所就診，我在雲端藥歷看到他們都到處領藥，尤其是安眠藥，這個族群是個非常需要加強力度來照顧的一群，因為像史蒂諾斯濫用的 case，幾乎是 doctor shopping，甚至有病人每次到診所就跪著哭求開藥，像這種個案就需要更多的幫忙，藥師公會有心一起來幫這個忙很好。

第二點，滕代表要排除家醫計畫的照顧者，我的想法是，如果遇到多重慢箋的個案，能讓照顧他的家庭醫師知道一起來合作，減少重覆用藥的效果應該會更好。當發現病人有多處領藥，應該通知家庭醫師，每個醫生都有責任減少病患的重覆用藥，目前的方式是最後總結到藥師公會，但如果發生重複用藥時醫師要寫報告向藥師

公會說明，那醫師的意願可能不會太高。建議先給病患的家庭醫師知道，讓家庭醫師先幫到主要的忙，這樣效果會更好，謝謝。

## 主席

謝謝，有三位代表發言，還有沒有哪一位對這個案子有意見的？好，龐組長要說明。

## 龐組長一鳴

我綜合回答，其實大家意見都很好，不過現在的問題是回應比較基本的問題，就是先前干代表提到執行率的問題，剛剛聽寶鳳專委報告後知道執行率有衰退的現象，這第一個。

第二個是衰退現象，有些確實執行率很低，所以剛講今年為什麼延長兩個月收案，就是因為台北區收案率非常差，所以我們讓他延，那這樣就表示各區執行方式很不一致，你不能用城鄉差距一句話就解釋，這個問題要先解決。其它剛剛講是不是要重大傷病要怎麼跟家醫群合作等等，先確定好大家各區執行方式、模式都穩定之後，我們再來作後續的擴充。接著請各位看補充資料第 56 頁資料，第 6 點新增內容：(2)另為提升分區收案率，訂定分區收案率目標值，意思是說今年有加入分區強制要達到作到多少收案率的指標，就是假如分區作得不好就要退場。我們先把執行基本面讓大家能把這些病人都先收好，先把這個關鍵作好，再過來跟家醫或是跟相關醫師合作。這邊看下面一樣，「(四)為建立醫師與藥師合作機制…等等」後面有轉介單，可是轉介單有轉介流程，但其實並不表示病人一定會轉，可是基本上這是一定要有，所以在我們另外的家醫計畫裡面也有，今年的家醫計畫裡面有擴大參與，所以今年的家醫計畫我們會鼓勵你們那個群，傳統除了醫師群之外我們鼓勵能夠有社區藥師、居家所…等等這些進來，至於未來的病人怎麼留…等等，可能等我們先把剛講過基本的模式先作好之後，未來繼續做擴充的時候我們再一併檢討，以上說明，謝謝。

## 主席

謝謝，請賴代表。

## 賴代表振榕

我回應一下干代表提出來的，其實我們藥師公會也很希望我們能夠主動收案，實際上我們基層的社區藥局，民眾確實會有兩張甚至有到三張的慢性連續處方箋到藥局來調劑，他可能是在不同院所，可能有的會到台大來看診，到長庚來看診，那他在中部回去的時候，拿到中部的社區藥局，那他可能在中部又有另外的醫療院所去就醫，當然有可能是類似的科別或不同科別，但是這種病人他是屬於處方有不同疾病的處方，在計畫裡面我們這個主動收案的部份，可能應該是要能鼓勵社區藥局收案。其實剛有講以病人為中心的整合照護，過去我在中部的醫學中心服務，實際上我們醫院裡面當時那時候的健保署的這樣子的一個計畫，在醫院裡面要去整合都有很大的困難度，因為你去跟這一位甲醫師講的時候，他說藥是我先開的啊！後面那個乙醫師他怎麼可以開呢？你就會造成醫師之間在開處方上的一個問題存在嘛，當然在醫學中心我那時候在服務的醫院很簡單我們就直接把他鎖控，反正醫師要開同樣類似的藥理分類的碼，我們就鎖掉了讓你後面的醫師開不出來，這是可以從資訊上來做控管的，但是在基層上面，如果民眾他是從不同醫院的處方這確實有他的困難，那藥師來幫忙做這個整合我想我們的能力不敢講很大啦，那我們希望可以透過轉介就是讓原處方醫師能夠瞭解，但是這個就是剛滕代表講的啦，我們轉介回饋給醫師到底誰要來改這個處方，因為只有醫師才有處方權才可以改，這是一個問題必須要解決的。那我們的執行率當然我剛有講在我們執行單位我們希望是能夠 100%，那因為個案數我覺得是受到侷限的，所以我相信萎縮這個是應該是可以看到的情形，因為個案數就是像剛干代表講的雲端藥歷控管下去有很多都是帳面好像看起來是管到了，但是實際上他的用藥上是有一些問題的啦，這是我可以先回應的地方，所以我是覺得如果說我們真的要站在民眾的角度來關心他的醫療用藥，相關的問題應該是能夠加重我們社區藥局藥師能夠主動發現個案，然後主動看是要提

報到分區的健保署，還是怎麼樣再轉介給他原來的處方醫師，這樣的目的我想才是我們是應該做這樣子的計畫的精神，以上。

**主席**

好，剛干代表提到說社區藥局的藥師可不可以看到雲端藥歷的資料，專委這邊要回答嗎。

**林專門委員寶鳳**

雲端藥歷是由醫審及藥材組主政，現在建議請醫審及藥材組回答。

**主席**

醫審要回答嗎？

**賴代表振榕**

可以。

**主席**

來，請。

**賴代表振榕**

我幫忙回答啦，是可以看到啦，但是他是這樣一長串一直下去啦，其實在民眾到社區藥局來領藥的時候，你藥師跟醫師在反應的一樣，我這樣一長串要看哦，實在時間上是有很多的侷限啦，是可以看得到沒有錯啦。

**主席**

好，謝謝。請何代表。

**何代表語**

因為每次總額協商的時候，以前的李委員會一直拜託希望給你們一筆經費來做藥事的照護工作，但這幾年以來變成你們是節節下降整個經費。另外一點他這一次有提到B肝的用藥也可以交給你們藥師來追蹤，因為明年開始的話，B肝每個醫事的流程…每個人的

藥事治療流程要 26 萬左右，對不起喔，C 肝 26 萬左右，那能不能由你們來做我不知道，因為如果說他這個人這次 C 肝的療程治療，假使藥師能夠來關心、追蹤，他有沒有正常服藥？那因為現在民間很多人怕說這個 C 肝的藥有些人領完以後沒吃會轉到外面出去，甚至轉到大陸去，因為大陸很多人想來這裡收購，所以這些都是很麻煩的問題，假使如果有人來收購，他寧願缺錢、寧願賣藥不治療 C 肝，假使如果藥師能夠在輔助這塊把它做得非常健全，當然就對整個 C 肝治療非常有幫助，這是第一點。

第二點依我的瞭解，這個處方箋每次三個月開出去嘛，縱然說這個服藥要降低的話，藥師也都無法改變。原來我在 10 月 8 號的時候，我去檢查我的膽固醇只有 136，低膽固醇只有 59，高膽固醇只有 56，我馬上把這個資料傳給我的醫師，我的醫師在電話裡、在我的 line 群組裡面，因為醫師一直跟我 line 來 line 去的嘛，他就馬上 line 回來的時候馬上說這顆減半，可是當我要去領藥的時候，我跟他講說我的醫師這個已經減半了，他說不行~你的處方箋已經整顆了，我不能給你減少，事實上他也不能減少，因為那在處方箋上面就是 28 顆，他不可能拿 14 顆給我。那我就在想 14 顆要怎麼辦，就讓我傷腦筋啦！所以這些都是一個事實問題，事實存在，我想不吃也不行，那我當然回來減半吃啊。那要等到三個月，每個月就會多 14 顆出來，當然沒有全三個月都多出來，因為檢驗不是一開始就檢驗了嘛！所以大概一個月後就會多出來。等到下一次我去看診的時候，醫師才會來決定減半不減半，所以我的意思就是說，今天整個患者最重要的藥開給病患有沒有效？還是要患者自己要不要跟醫師密切配合？藥師實際上很難才中途插進去說你這個減半，那有些人也不敢吃減半，因為沒有檢驗出來怎麼敢吃減半。但是重複用藥的部分，可能會說你這個重複用藥，不要吃到這麼多，但是他已經領了，他的處方箋已經都打出來了，那怎麼去做？我當時在想說這個部分有沒有一個回歸系統？我們健保署能不能規劃一個回歸系統？就是我認為我不要吃這麼多的時候，照健保署規定是要回去給那個醫師改處方箋嘛~可是那個醫生認為你已經還不

到回診阿，你要等到一個半月、兩個月以後才回來回診，為什麼現在就要跑回來回診？跑回來回診不是要多一筆錢嗎？這些都是…我也想了很久說這些要怎麼去管控這個藥品，當然不要浪費最好。實際上我們要瞭解你的藥事照護能夠幫助到醫療的體系裡面的貢獻度多少？那是我們付費者在總額協商比較關注的一件事情，如果你認為4千萬、5千萬投下去根本都沒有改善到降低到醫療的費用，那等於沒有用。能夠降低那是最好的方式，那這個能夠降低的回歸系統要怎麼做得很完善，我想健保署跟藥師公會應該擬定一個好的、跟醫界擬定一個好的方案出來，要不然實際上很難回歸回去啦，我自己都想不吃但是都沒辦法不吃，這個很難。

## 主席

謝謝何代表，請，賴代表。

## 賴代表振榕

謝謝何代表的發言，我想何代表就講到我剛剛講的重點，因為雲端藥歷確實沒有錯，我講說我之前是在中區的一個醫學中心服務，現在是退休出來，我跟基層一個醫師在合作，這位醫師找我去他附近開藥局然後來服務他的病患，實際上很多病人像何代表所講，可能病情變化他會想說我最近血壓多少、什麼多少，那像我如果有合作的醫師，我當然就回饋給原來的醫師，告訴他說某某客人有這樣的問題，醫師當然就會告訴我們，或是醫師主動自己打電話跟病患講說這個藥你吃半顆就可以了。當然醫生也會讓我們知道，我們知道之後我們就會…申報剛才會講說雲端藥歷你看到還是1顆，但實際上病人吃是半顆阿。那如果說何代表剛講的，在健保署有一個機制、可以有一個資訊系統，讓我們藥局在做藥物給藥的時候，我們可以去記錄病人的病情怎麼樣，某某醫師他同意藥給半顆就好，我們申報就可以少14顆，這樣藥費不就節省下來了嗎？但是現在沒有這個機制嘛！所以可能就會造成很多藥照領，但是病患是沒有吃這麼多。當然另外一個我有講到的就是他用藥的配合度問題，就是他也沒有告訴醫師，但是他主動自己就把藥省掉不吃了，他來拿藥

的時候再來領第二次、第三次的藥，他會跟藥師講，說我什麼藥還剩很多，但他沒有告訴醫師喔，他是沒有告訴醫師下他自己主動減藥掉的。那如果像這樣子的病人他配合度有問題，是說我們也可以在類似這樣一個平台系統，我們藥師幫忙做一些紀錄，讓原來的看診醫師也可以知道，這樣子的話就在剛剛何代表所講的，我們在整個醫療費用上面的幫助，或許這就是我們藥師能夠貢獻出來的一個成績，以上。

**主席**

好，謝謝！大家發言都列入紀錄，這邊潘代表。

**潘代表延健**

我是對57頁最後那句，我想提醒健保署是不是要再確認一下，書面結果回覆保險人分區業務組這絕對沒有問題，主管機關。那給藥師全聯會，如果這書面的結果，他裡面是有病人相關的用藥或者他的個資的話，可能有個資上的問題？因為所有的醫院大家都非常清楚，我們要雲端下載，我們要逐張簽同意書。所以在這個個資的管控上面，是不是還要再去研議？以上。

**林專門委員寶鳳**

謝謝代表的提醒，本計畫由中華民國藥師公會全國聯合會行政協助，做輔導個案與輔導藥師之選案與派案，所以全聯會需要個案資料，他們有簽署安全聲明書，如對個資外洩也承諾他應該承擔的責任，謝謝。

**潘代表延健**

如果是這樣的話，這個切結跟聲明書聽起來是滿好用的嘛，所以說醫院在做下載的時候，是不是也能夠尋求同樣的方式？醫院在逐筆跟病人在簽同意書的時候真的是勞師動眾啦！而且病人也覺得很麻煩啦，所以這個部分是不是也麻煩研議一下？

**主席**

好，謝謝！那我們就請記錄下來，那這個部分我們另外再研究。

### 林代表淑霞

主席，潘代表這個建議我呼應一下，真的，我是覺得可以評估考慮用機構的聲明來代表這個機構對病人所有個資保護之可行性，不要每一個個案每個個案都來簽，相信可以提昇成效。

### 主席

好，請滕代表。

### 滕代表西華

我覺得這個是一個很好的議題，因為這涉及到法律的效力及於哪裡，就是個資法的主體是個資個人不是機構，但是健保署是一個法人，就是說他對他的被保險人是有一個公法契約的這種精神在。如果說我今天加入健保成為被保險人的時候，健保署作為一個法人當然可以對他的自然人被保險人做一些個人資料應用的授權管理，那這種效率當然會高於各個特約機構對各個被保險人做的這種個資的保護。所以我的意思我不是說…，我自己在健保會也有提過，像這種如果是固定的項目要做一些應用，譬如說我有承保資料是要做一些分析管理的，那你要授權給我去應用你的承保資料，或者是說你要授權給我上傳到什麼樣的加值中心，這種東西已經是固定的東西，而且沒有新增業務，他當然我在加入健保、更新健保資料的時候，我可以透過法律跟跟被保險人，是不是去研議採納一體適用？不是由個別醫療院所去簽，可是個別醫療院所他去下載跟他去查詢，在個資法的效力也不同，我查詢是跟有合約關係跟你要做應用，下載、儲存跟其他事後做的…我們講的這種是不是要去識別化處理、應用、研究的這個問題，他是完全不一樣。那如果是這個，我個人是沒有很支持個別醫療機構做整體的授權，我覺得會有很大的風險。對不起啦，也不是在這個案子討論，所以我就也不再多說，只是我覺得這個是很好的議題，還是要再次強調，我們應該要有一個好的

會議或機制，來好好研議究竟被保險人的個資在其他醫療資訊、藥品資訊上面跟特約機構這三角關係，應該要怎麼樣去處理比較合理？謝謝！那這是很嚴肅的議題啦。

**主席**

好，謝謝！龐組長這邊說明。

**龐組長一鳴**

剛剛潘代表的問題 57 頁最下面，他們前面是帶 56 頁那個(四)合作轉診機制轉介單，請看後面 67 頁那個內容，跟現在潘代表講內容不一樣，現在是不是先按照現在方法做，以上，謝謝！

**主席**

好，那個 66 頁，請潘代表看一下 66 頁，他這裡也是有保險對象的同意書，所以跟醫院的狀況也都是雷同。好，這個案子大家還有沒有其他的意見？如果沒有意見的話，這個案子這個段落就先通過，接下來第二部分。

**(二)：有關修訂 106 年度「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」。**

**主席**

謝謝，這個修訂健保鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案的內容，請問各位代表有沒有意見？好，請。

**廖代表秋錫**

因為已經把復健評估拿掉了，沒有了，對不對？那這裡一個居家訪視的這個部分其實我有問過我們醫院，這個部分因為裡面有增加申請最多兩組的網路？可是因為有時候出去都是護理人員一次出去好幾個人，身上已經揹了居護包非常重了，很重還要加上你要帶 notebook 跟讀卡機出去的話可能都超過 10 公斤，所以對他們來講，他們通常都是分批出去，回到醫院就用異常代碼處理這件事情，所以這個可能在居家這個部分，在執行上還是有些困難，那除非是

到機構，網路比較穩定也能服務很多人。

## 主席

好，謝謝，不過這裡當然已經沒有強迫你一定要刷卡，這個是你有真正去登錄健保卡的鼓勵措施，那你假定說沒有走這條路的話，現在還是可以回去用異常代碼來上傳及申報，雙軌並行，用異常代碼那就沒有這個獎勵，重點就沒有這個獎勵，這個 5 塊錢就沒有，當然是這樣。來，黃代表。

## 黃代表振國

我想瞭解，第一，明年二代 IC 卡到底會不會發行？我想現在討論的制度可能要更宏觀一點。第二，我們醫療機構在設置硬體的部分，包括這個讀卡機、網路都是長期的，像現在遇到的問題，我們跟衛福部、健保署爭取因為雲端藥歷查詢，讀卡、寫卡次數過於頻繁而爭取補助所謂的健保讀卡機，但衛福部也以明年將要推行二代健保卡為由，叫我們忍耐一下。

查詢率關係到補助費用，查詢率不足有幾個問題，醫療院所的讀卡機端問題，或者是網路端的問題，但最近常發現的是健保署本身端的問題，但我在雲端藥歷所看到的訊息卻是醫療院所端的問題。譬如醫療 IC 卡不對、網路不通等，回傳這種錯誤訊息給我。至於主機掛的問題，為什麼我們再 VPN 查詢的時候，不第一時間通知醫療院所？故障修復也沒通知，要一直試才發現又通了。我覺得現在資訊發達，沒有說電腦不故障的，但在故障的同時，能第一時間用 VPN 通知院所，不要讓醫療院所做白工。還有就是我們最近最多的是到點流感疫苗注射，流感注射不太可能所有醫療院所都把電腦跟讀卡機帶到現場查，事實上我們現在流感這麼大量都是 F000 異常代碼來代替，而且現在都是 CDC 的錢，我不知道 CDC 的錢有沒有算在我們的雲端查詢統計裡，這是不是要公告？包括若成健項目若不算也請跟我們講清楚。所以我建議例外的排除等等都能明確化，甚至資訊給回饋給醫療院所不要等到當季已經涉及到補助才跟你講你是否及格，譬如現在第一季第一個月可能在 borderline，在第二

個月就要回饋資訊給醫療院所，這樣雙向的溝通讓醫療院所更有意願配合這麼良好的政策，希望健保署好好參考一下，謝謝！

## 主席

謝謝，非常好，那有沒有要說明？那接著黃代表、吳明彥。

## 黃代表雪玲

主席我先確認一下，106 年的預算是 11 億嘛？其實我去看 105 年也是 11 億，那我不知道 105 年執行的情況是怎樣？因為看起來這次又要我們新增上傳很多品項，包括居家照護還有超音波的起迄時間，那署裡這邊有預估說如果這些新增的包括雙向轉診，然後還有居家訪視，因為這裡都含基層的，那這樣子會增加多少費用進來？我們 11 億到底夠不夠付？而且新增的這些反而都是保障，1 點 1 元看你這裡寫的都是元，而不是點，那等於我們現在現行上傳的人是不是會有被點值稀釋，那其實在上傳這些 data，對院所來不是很簡單一個工作，包括上傳這個超音波，我知道署裡規定超音波的起迄時間，上次發的版本就是說探頭接觸到身體的時候要記下那個時間，離開的時候再記下這時間，那操作的時候到底醫師還要去紀錄這些時間，之後還要再把他 key 到電腦來，除非是有自動就會紀錄的超音波。可是我剛剛問起來好像沒有這樣子這麼好的功能的超音波機器，如果有的話，購置可能還要花一筆經費，那超音波這項東西在院所這邊量是很大，署裡把他進來對院所來講壓力是很大，包括不是說要放棄這 1 點 1 元就好，因為所有的分區業務組都會把這個你的上傳率列入你們各家醫院的品質指標，在我們台北業務組已經要求到 90% 的上傳率，這個再下去指標達成率可能又被拖下來，那這 1 點 1 元可能每家院所可能是幾千點而已，可是在那邊品質指標給付都是上萬以上的一個標準。而且這個超音波在支付標準裡面並沒有規定一定要去留下這個時間，那署裡到底為什麼有這麼迫切一定要上這個超音波？再來就是前面那個第 1 頁這邊急診的上傳的正確率，我們看到方案第一版給我們的時候是寫 70%，在這裡已經變成要求要 90%，包括人工關節上傳到 80%，你才能夠拿到你的基

本獎勵金的 50 部分。那這個急診上傳率我們就想問一下，在這個比對上傳率都是跟我的申報資料去比對，那其實急診當下的診斷是會剛來的入院者可能是檢傷分類出來的診斷，可是等他離部的時候診斷是不一樣，那我們申報出來的時候其實是離部的診斷，那在兩個比對率就是會有落差，直接壓到 90，這個 range 實在是太大，是不是署裡這裡考量這個部分比率是一定要壓到 90 這麼高嗎？包括人工關節，其實醫院要克服這個好像要買條碼機還要買什麼東西，其實一筆 5 塊錢院所為什麼不願意？因為條碼機，包括輸入條碼，然後每一個要去對哪一個，這其實是費時費力，是不是在這個比率上能夠有做一些調整？

**主席**

好，謝謝，林代表。

**林代表富滿**

目前人工關節很多廠商的條碼還沒有規格化，所以上傳有一點困難，建議若要上傳，就把百分比下降。另外黃代表講的超音波，目前申報只有日期，所以若要上傳，建議考慮只要到日期就好，不要到時、分、秒。

**主席**

好謝謝，謝代表。

**謝代表武吉**

我對於這次健保署的作法是從善如流，而且是很落實的在執行。但是我感覺上，可能你是經費的問題，住院的雲端系統的藥歷查詢率也由 20%調降到 10%，還有門診率從 30%調到 20%，也有差異性，還有對於剛剛講的起迄時間的部分，這個是醫師在登打執行的起迄時間的獎勵是一個良善的改善，要使醫療品質的提升，我認為健保署這方面是正確的方向在處理，謝謝。

**主席**

好，其他各位代表還有沒有不同意見的，那請醫管組先說明回應一下。

### **林專門委員寶鳳**

有關指標操作型定義會後整理，供大家參考。剛也提到我們主機當機的問題，既然是當機就是網路不通，我們要通知也很困難，所以如果我們可以通知的，我們會請資訊部門本於服務醫療院所的精神，盡量提供這樣的服務。另外，有關提供指標執行率供參部分分區業務組目前有引用 DA 系統之指標執行率每個月提供院所參考，但因為操作型定義，與我們結算的定義有些微不同，所以很擔心院所拿到這樣的指標以為可以得到這樣的費用，最後不一樣，會有些爭議，因此我們目前正在協調 DA 系統是不是可以跟我們方案的指標可以調整一樣的操作型定義，避免這樣的誤差，盡量能夠每月提供院所知道他們的執行情形。對於我們今天修正的方案有些指標目標值往上調，是因為急診案件的上傳率已經是七成，我們原來訂七成實在是太低估，所以才會做這樣的修訂。人工關節植入物的上傳率部分，也是相同的原因。超音波及胃鏡上傳執行起迄時間獎勵每筆 1 元的部分，是 105 年 10 月 11 日與醫界討論的共識，就是願意上傳的院所我們應該予以獎勵，所以我們把這樣的建議納入今天的計畫來做處理。時間若只上傳到日是沒意義，因為本案是回應謝武吉代表的建議，就超音波跟胃鏡執行合理量評估需要收載，所以既然要獎勵，那應該要達到我們希望的目的，希望能夠報到時分，以上。

### **主席**

預算夠不夠？

### **林專門委員寶鳳**

106 年預算皆為 11 億元，105 年執行推估，可分網路月租費及上傳獎勵金兩部分，月租費這部分我們預估執行三億三千一百萬元，上傳獎勵金的部分，預估執行大概三億九千四百萬，105 年預計會

執行七億兩千五百萬，以上。

### 廖代表秋燭

我想要建議人工關節植入物這部分，說真的件數其實沒有很多，一筆五元，我買兩台條碼機都是2維、3維可以用，拿到的獎勵金十幾年都沒辦法回收。為了配合政策，還不包括資訊化的成本，我建議這一筆原本5元，可不可以提升到10元，這件數真的很少。

### 主席

今天同仁也給我看人工關節植入物的上傳率，現在有些醫院是一筆都沒有傳，有傳的醫院比例都很高都到八成以上，所以現在對於已經認真在傳的院所要給他獎勵。好，要不要增加每筆的金額請醫管組再研議，今年的預算大概是足夠。好，其他各位代表還有沒有別的意見？

### 黃代表雪玲

我可以問一下超音波的部分，剛剛謝理事長說這樣可以估算一個醫師可以執行多少件數，可是我們是不是一定要用計時來計算這個？其實可以請專科學會來估算一個醫師一天的服務量會有多少件，然後我們從申報健保署的資料庫去分析就可以知道那些醫師是申報過量，從那些醫師來做稽核就好，不要搞得人仰馬翻，這本來就不是支付標準要求要填報的欄位，事情是很好，但不應該是勞師動眾，那一筆一塊錢我想效益不會很大沒有人會做，這樣反而沒有辦法分析到底是誰在過度使用超音波的使用量。

### 龐組長一鳴

做做看啊，做一段時間有問題就再說。

### 主席

好，如果做一段時間都有困難，那就再回來檢討。

### 謝代表武吉

那我們就再做一段時間再來檢討。我收到這本會議的通知書就

是第三案 104 年特材價量調查案，怎沒討論？

**主席**

它還沒討論到。徐代表請。

**徐代表弘正**

我看到這案子我只是要提醒一下，當一個方案推出來，如果極大的困難，很多醫院就開始放棄不要那個錢，你必須要拿捏到大家都可以做且都想做，這樣才可以。當然立意良善，可是如果你要那麼細，就好像大家長管到你們家買衛生紙要多少錢要買多少都要管，我實在覺得為各位的辛苦感到敬佩。對啦~我要講的是超音波，現在整體的案子看起來就是我拿這一筆錢我就是要控制所有的一切，這不是不好，只是你控制到太細微，你就反而~我說實在我本來就不關心，那麼難我就不做了，所以為什麼剛剛主席講有做得都 8、90%，因為他們已經花了錢在那邊，不做的就一個都沒有，不是我們沒有，是因為有實際的困難在，所以我建議這指標的控管，總要做一些合理的拿捏。其實小醫院搞不好都做不到，都是醫學中心去做這些東西也不一定，所以我建議主席以後這個案子也要考量到整體醫院的生態。

**主席**

這一項大家都很關心，起迄時間這部分我們一段時間就檢討，若到時無法適應我們再一起來改善。滕代表請

**滕代表西華**

不好意思，因為我本來不知道起迄時間的用意，不過聽了，如果這個還要涉及到之後跨表、C 表的東西，醫師診斷是綜合診斷，有些醫院超音波的部分不是由醫師親自執行，而是由其他醫事人員執行的話，他根本實務上也不會每一筆紀錄起迄時間，我來十個人就除以一小時，我每一個都算一個假的時間給你，老實講這也不是太困難的事，但是沒有意義，因為他自己會申報。如果是在基層，通常都是一個醫師綜合診斷，他可能邊照超音波邊進行診斷的判別

邊跟病人做衛教，所以他整個診斷時間就包含照超音波這個儀器，你要他記錄照超音波起迄時間，技術上他也是捏造給你，不能講捏造，就是在他完成病人時間裡面填出一個時間點，健保署其實也沒有辦法稽核。其實你要他提供一個不是如實的資料，我們也沒有辦法稽核，我覺得這種行政成本應該非常浪費，應該可以考慮不要，謝謝。

## 主席

好，謝謝，大家都有意見，這在一段時間之後再尋找問題，為什麼沒有達成。

## 黃代表雪玲

我補充一下，事實上是不要一段時間，因為一段時間沒有達成，分區業務組就會來拜訪院長說這些人都沒有上傳之類的話，就會變成是一種壓力。

## 林專門委員寶鳳

朱代表要不要回應一下，10月11日您建議是說這37項是不是用鼓勵的部分納入我們獎勵的方案，是不是請您協助來回應一下。

## 朱代表益宏

這怎麼會是換到我回應呢？那天不是我個人建議，那天其實是署裡召開一個會議，大家對於某些項目有不同意見，但最後會議有結論，大家的共識，這裡面當然包括醫院協會、西醫基層，我現在不太記得會議參加的人。但絕對不是我一個人去跟健保署私底下去談的意見，所以我覺得既然是大家共同的意見，包括醫院協會等等，而且當初健保署列出來是全部，那我們中間也做了一些篩選，所以是大家的共識，既然是共識，大家先試辦一下。如果真的問到每個機構，每個機構都會有不同聲音呀，今天你如果問到我醫院，對於內容也許有些東西我不想做我覺得有困難，但既然是會議的共識，我覺得還是尊重，以上。

**主席**

好謝謝，何代表。

**何代表語**

我的感覺就是說在這執行時間，我認為應該只打一個開始執行的時間幾點幾分就可以，至於結束就不必去打，因為不可能執行三、四個小時，我的意思是說若下午兩點三十分起，就可以，或者是日期跟時間。

**主席**

只有日期就沒有辦法達到目的，來請陳代表。

**陳代表志忠**

我不知道在座有誰真在診間，除了臨床醫師在診間方便做這些檢查。我們看診的時候是在診間做超音波，有部分是排程到超音波室。說實在，很多教學醫院是技術人員先做，醫師作判別，但是我們地方上的醫院是醫生自己在做。我們一般比如說腎臟、攝護腺、膀胱等超音波，我不可能一個診間配一個技術員，我一定是跟護士說要收件，收件以後做了上傳，我們超音波的機器不會幫我們紀錄時分秒。他不能 Link 到 HIS 系統做申報，我們只是把照片上傳到 PACS。只有畫面上面有時間，是照片子的時間，不是起迄的時間。

**主席**

好謝謝。

**徐代表弘正**

我想問這個目的到底在那裡，目的是抓浪費，看醫生一天用幾個就可以抓出來。

**黃代表雪玲**

我想問一下，復健可以拿除，為何這個不能拿除？

**龐組長一鳴**

第一個，當天開會付費者代表滕代表沒有參加，所以滕代表有質疑我們敬表尊敬，醫界很多代表都參加了，今天在這裡再翻案，這對前次的會議很不尊重，那這樣的話行政效率只會浪費而已。第二個，醫令起迄時間，各位付費者代表應該聽了很多，應該是醫師做的，為何有的是技術員做的，而且是醫院的人自己講的。第二點，骨材要貼有條碼已經是國際標準，為什麼每年開這麼多手術，有的醫院連條碼機都沒有，這都是事關重要品質問題，今天就是因為發生品質問題了，健保署在這邊卡關，在卡關之後當然造成有些醫院的不便，可是對於有些願意配合且做很好的醫院我們當然給予適當的鼓勵，今天這個方式是給鼓勵的方案，並不是懲罰不適當品質的方案。所以我們今天做法上已經跟過去的做法不太一樣。假如醫療院所認為不應該鼓勵，而是健保署應該發動帶檢調去醫院查核，這是今天有史以來聽到醫院有這樣的要求。個人也是有點驚訝，從前健保署要去訪查，醫院都很痛恨馬上去找立委關說，為何現在是歡迎健保署去查核，這是很奇怪的說法。因為這案子之前已經討論過了，所以今天才會用報告案的方式說明，以上補充謝謝。

### 黃代表雪玲

主席，容我再說明一下，那個會我也沒有出席，就是已經通過的案子再翻案，一樣那天討論醫療辦法的時候，一樣通過了會議，包括住院要不要留健保卡的事情，是不是也是原本通過又被翻案，所以今天在這裡為何不能翻案，也一樣要有翻案的機會呀。

### 主席

好謝謝，是不是每個人都要翻案，還是多數的人認為還是先試試看，也不能說只有一個人就決定，其他代表的看法呢，是不是先試試看？好不好？

### 黃代表雪玲

可不可以要求各分區業務組不要把這個綁入分區的指標，特別是這項，其他我不管。

主席

好，我們會來溝通，但是基本上這一項大家還是試試看，好謝謝，我們這個報告案就先通過，最後一個報告案請宣讀。

### (三) 104 年特材價量調查之價格調整作業報告。

主席

好謝謝，這項報告大家有沒有意見？謝代表再來潘代表。

謝代表武吉

很感謝特材組這個報告案，為何上次我一定要有這個結果，因為在市面上有聽到很多聲音，我對於第 55 頁，104 年度的特材價量調查項目總共申報比率為 25.7%，這是上升還是下降這也沒有報告，對於塗藥的支架是有下降。但是在這裡，價量調查我是不反對，但是我在這裡要講一些實際的話，價量調查的結果有時候會產生非常不好的作用。像有些特材有的公司就不做了，你降得太低他就不做了，還有呢，像藥品乾脆取消健保碼，拿自費價格來處理，尤其我對一些藥材非常非常的關心，就是有些藥品在健保碼取消後，他在別的地區藥局買得到，這種實在難以說服老百姓。所以為何我上次口氣比較重一點，這次有做出來，但我覺得價量調查也要有適當性，不能降到完全都沒有利潤可言，會讓那些公司無法生存，這我們健保署不可能做這樣的事情，我在這裡是再三呼籲這一點。

主席

好，謝謝，潘代表。

潘代表延健

我這邊有兩點想請教，第一個是在第 56 頁第 7 張投影片包裹給付的狀況，我想請教什麼樣情況下會納入包裹給付來，也就是變成不計價。因為如果是手術的項目都含有加成 53%，可能會把一些共通性的材料納進來，但是有些材料是用在處置這是沒有這些加成，所以到底是那些費用以下或者占率多少以下、占這個支付標準多少以下才會把它納進來。比如像安全空針，安全針具裡面就有很多被

納入包裹給付裡面來，這因為量也很大，這個對醫院成本影響也很大。另外我請醫院同仁稍微歸納一下，目前在包裹給付裡面，稍微跑了一下，發現有很多都被納入包裹給付。我隨便舉例來講，比如這裡面有呼吸噴霧治療用的面罩，這它的配件，這部分它在市場價，我們淨價大概是 98 元，但是光這蒸氣或噴霧的吸入治療一次的給付是 40 元，所以光這面罩就超過支付價的兩倍多，所以我覺得這一類情形我是覺得應該要避免。我們所有的價格在做調整的時候都會有經過一定的程序，但是把一個它實質上是有成本的要納到類似處置的包裹給付來，是不是要經過一定的程序，那個原則也必須確定，這是第一點。

第二點就是最後一張投影片提到塗藥支架，因為我剛好也要問這個問題，就是我們健保支付的特材有調整，這塗藥支架是屬於差額給付的特材，這裡面所寫的是就健保給付的部分調降 13.5%，但是又有定差額給付的上限，這對很多醫院來講差額給付的價格又被拉下來，所以這邊所呈現的調幅比例是只有健保給付，但在上限那塊所被拉下來的是沒有呈現的，所以這兩部份如果加起來後的百分比已經超過醫院所能負荷的，甚至有些醫院是沒有利潤。所以就差額給付的特材調整部分，是否能將這上限部分，當然我的辦法裡面有說甚麼情況下可以調整上限，包括看同儕的狀況或是包裹給付的價格超過國際的價格。我們希望這塊可否明確，若調整上限，是否說明原因讓醫療機構能夠知道，才能做比較自己是站在哪一個位置。這也延伸另外的問題，因為這會參考到同儕的價格，我們現在看到的同材價格比較快的方式是看比價網，我們發現比價網有很多特案，就是醫院把價格訂上去後，它沒有出現任何一筆交易，去問醫院時，回說當初上傳錯誤，所以它的價格完全偏離市場上的價格，如果用這樣的資料去做就會把平均值拉下來，所以我建議這比價網上面能夠有一定的可信度，比如說它實質上有發生過的，如在一年內有發生過的，有個印證，這樣在我們後端調價的部分才有可信度。

主席

好謝謝，我們請醫審藥材組來回復。

## 方視察淑雲

謝謝各位代表的意見。

## 滕代表西華

在你回答之前，我有個類似的問題，不好意思。有關第 56 頁第八張投影片的部分，因為我們做這個調查的項目裡面其中有包括支付差額的品項，這裡只有提到塗藥支架有調降 13.5%，我的看法是這邊有調降，你沒有同步去調降上限價，其實對市場的價格是沒有抑制的效果，因為反正你這邊少收另一邊就多收就好。所以我想知道這中間跟調整上限價格關聯是什麼，是說這裡調幅降 13.5%，上限價就同步調降？還是這中間沒有一定的邏輯？還是如潘代表所講，是分兩波調，健保的給付價跟上限價是兩個不同的機制？這是第一個問題。

第二個問題，我們在健保法對其他品項只有調降或調升，但是在支付差額的品項裡面是有訂定上限價，但目前只有一兩個產品有訂定上限價的比例，我想知道我們做這東西，到什麼程度才會決定那些支付差額的品項是要訂定上限價，這中間應該有關聯，不然做半天這麼多調查，其實我們只知道這結果而已，卻不知道是什麼標準去訂定上限價。

第三個問題，假如這麼多年以塗藥支架來看，我們其實調降價格不是第一次，我們有足夠臨床療效證明塗藥支架跟裸金屬支架在整體的平均餘命或者是病人的 outcome、生活品質，假如沒有出現差異，我想要知道這調查會不會也能提供我們整體落入健保給付，也就是能拿到，不是再開放差額給付的依據，謝謝。

## 主席

謝謝，一系列的問題，淑雲你可以回答嗎？

## 方視察淑雲

謝謝各位代表的意見。有關謝代表的部分，他有提到一個問題是說在我們這次的價量調查是上升還是下降，我剛才有報告的部分是說我們調整之後結果是降低四億點，但是這四億點在我們總額預算裡面是不會被扣掉，不會影響到整個總額的部分。第二個也有提到，因為我們多次價量調查的結果，讓公司可能會有一個問題就是不太意願納入健保，這在我們特材在近幾年也發生類似狀況。所以這次 104 年價量調查的時候，在議程第 56 頁，有 GWAP 加算 20% 調整，在往年我們都是調整 15%，今年特別調整為 20%，其目的就是希望不要把廠商成本壓得太低以致廠商不願加入我們健保給付。再來有關包裹給付不計價的部分，在第 56 頁有提到支付點數低於 10 點以下，我們有在規劃，目前還沒有整個具體成型的方案，我們希望在未來像這種低於 10 點的部分能不列入特材品項，這只是徒增人工作業與成本。有關代表提到是什麼狀況才朝向包裹給付，這部分我可能沒辦法完全回答，可能要請支付標準科做一個說明。

另外有關蒸氣，目前來講我們面罩是內含噴霧器，噴霧器治療是屬療程的一部分，雖然面罩成本是 40 元，但整個療程來看，整個成本加計起來可能不會有低於成本的狀況。有關塗藥血管支架，我們在差額上限的訂定，這次我們調降 13.5%、有實施支付差額上限，我們也有拉低支付差額，我們有同步去做調整。有關比價網的可信度，目前我們來講我們核價是有把比價網的申報做為參考，在整個行政作業上我們會去評估如果與醫療院所申報的價格有很大的極端值的話，我們會再進一步去詢問醫療院所的申報是否有問題，若真的差異非常大，我們也會要求醫療院所更正；或是若目前沒有在使用的話，我們會要求刪除。有關自費醫材比價網的可信度，這意見非常好，因為我們也是非常的關心，也在考量如何提高可信度，這容為我們做為未來資料的評估，我們會把它納入參考。我們目前是有兩項去做支付差額的調整，一個是人工水晶體，另一個是塗藥血管支架。為何我們要選擇這兩個特材做為這次支付差額上限的調整，人工水晶體主要考量是使用的人口群是非常高，塗藥血管支架也是。所以我們在 103 年就優先把水晶體列為支付差額的首項，在

今年度我們又把塗藥血管支架列入。塗藥血管支架因為在臨床上有非常好的療效，且平均餘命也有提升，是否在不影響情況下開放納入健保給付，這我們也有在考量，我們會去參考價量調查後再做納入健保給付，以上報告謝謝。

**主席**

謝謝，包裹支付由支付科回答。

**陳專門委員真慧**

有關特材包裹支付部分，因為我們現在是在過程面使用的特材，若每個病人都能使用到的部分，我們才會把它包裹進來，這是我們過程面特材包裹給付的設計。

**主席**

好，有沒有回答到大家的問題？

**潘代表延健**

就包裹給付的部分，剛是過程面有用到就進來，但有考量到成本嗎？我剛舉的例子，面罩就 98 元，且一個病人用一次，但是這整個包裹的處置是給 40 元，我這邊還有其他的資料，我們會再提供給健保署，看是否能再重新研議。

**龐組長一鳴**

這是成本問題，你填支付標準修正建議表。

**潘代表延健**

但現在我要提的是制度面的問題，我現在逐項這樣提，但我們都是事後才知道那些又被包裹進來，所以我希望是不是有一個機制，當他被包裹進來前是否都會先經過討論？

**主席**

這投影片第 56 頁第 7 張是說「朝以醫療服務項目包裹給付」，這表示還在研議中，如果真的要納進來一定會先做一個說明，不會讓你事後知道。

## 潘代表延健

我希望這段過程相關代表都可以有參與的機會，這原則上只寫說低於 10 點這太粗糙，應該是參考到這本身的成本跟實際給付之間的比例。第二個塗藥之支付差額的特材，要調上限當然無可厚非，因為我們也擔心會跟著水漲船高，雖然它有市場機制你訂的太高病人其實也會抱怨，但是在呈現這資料，這裡只呈現健保支付調降 13.5%，但是如果就上限所壓下來的，上限並沒有維持原來的，上限又往下壓一兩千塊，這部分它還是有比率，我希望在呈現上面，這部分能夠完整。上限的部份，到底我們是參考整個同材的還是國際間的價格，在辦法裡面都有寫這兩因素，這部分是不是也能呈現？

主席

好，淑雲，上限價調降多少？

方視察淑雲

這支付差額上限的部分，我們目前是參考自費醫材比價網的醫療院所他們申報的資料來做為訂定。

主席

詳細資料如果需要再進一步取得，再麻煩跟醫審藥材組洽商。好謝謝，以上是今天報告案，還有嗎？干代表。

干代表文男

這投影片第 7 張這個市場平均價 20% 是差不多有多少錢？不一定？舉例一下好嗎？塗藥血管支架用的人數有多少？人工水晶體用的人數有多少？是否已達到進入健保給付的規定？以上謝謝。

主席

這相關數據會後提供給干代表，好不好？這些塗藥支架或是比較特殊功能的人工水晶體何時能納入健保都會有一定的程序，就是不在差額負擔，全額由健保支付要有預算、要有程序。干代表是否同意會後再提供資料給你好嗎？

干代表文男

也有個時程，如三年、五年、十年，請講一下沒關係。

主席

醫審組這邊有什麼規劃嗎？

方視察淑雲

今年度來講是沒有，明年的話在預算訂定的部分也還沒有把這兩項的支付差額納入健保給付，因為我們目前還在評估階段。

主席

好，至少到明年還沒有，後年以後再看看、再評估。

干代表文男

你要有一個時程，你有時程後才会有總額。

主席

如果後年需要納入，就請醫審組要提出預算需求納入總額協商，好謝謝，我們報告案到這裡，我們先告一個段落，進入討論事項第一案。

### 討論事項

第一案：有關山地離島地區病患因故無法後送需於衛生所(室)留觀者，其留觀費用之支付標準案。

主席

山地離島嚴重的病患本來應該要後送，如果因為交通、天候的因素，當天沒辦法後送的時後，會在衛生所留觀，這時候是不是讓他比照急診留觀的病床費和護理費支付，那請廖代表。

廖代表秋燭

附件 5-1 這一個支付標準，因為 4 月 1 日已有調支付標準，像 03018A 這一個是 167，下面是 139、167、139。我不懂的是支付標

準是不一樣的。這跟這桌上這一本支付標準是不一樣的。

**張技正淑雅**

不好意思，是誤植。我們回去會重新更正。

**主席**

請朱代表。

**朱代表益宏**

這一部分我想要請教一下，我知道一般的診所可以有九張的觀察床，不然婦產科診所怎麼生小孩，所以你們是有去比照生產的包裹給付，所以我覺得是說這裡面講說衛生所沒有健保不給付、病床不給付，這個是我存疑的。因為一般的診所可以設九張觀察床，所以我不曉得這裡講說的衛生所在醫事司的定義是不是屬於診所，如果是診所，他本來就有九張的觀察床，那觀察床到底怎麼給付？是原來診所有的九張觀察床就沒給付嗎？所以是現在你要給付嗎？如果是衛生所的話，他是算基層總額的費用，那我沒意見。

**主席**

請黃代表，然後干代表。

**黃代表振國**

我想這本來利益良善，但我們在支付所謂的觀察費用、病床費，本來有一定的照護品質，我自己在衛生所待了七年群醫中心，假日的同仁上班的寥寥可數，所以我擔心的是開放他申請，但他們有沒有人力來申請，這是第一。第二這麼低廉的價能請到人嗎？所以我剛剛看是不是誤植了 150 塊一天，167...，那個還是過低喔，如果今天不是常態人力的話，假日颱風、山地離島、最可能發生颱風在綠島，被關在那邊，那裏的醫護人力不夠。我會覺得這種屬於天災人禍應該是行政單位公務預算該去編列的，緊急救治的，類似 119

設置，那本來的是救災救難的費用，怎麼現在要全民健保包山包海的把它吃下，那把它吃下的時候，他就必須符合我們醫療機構設立標準，醫師人力配置，包括服務的品質，我們健保署才能核付。例外應該從寬，但我是覺得方向搞錯了，應該從急難救助這一塊去爭取補助，從健保這麼有制度規範的這端給他，這個就困難啦。所以朱代表點到西醫基層我不講話又不太行，但我建議是說是不是從這樣方向跟我們立委講一下，因為就現今的衛生所依人力不足不是床的問題，有常態性的設觀察床的不多，只有離島，到底有多少人力擔任這項業務，如果有這需求我們當然要支付，但如果是人力不足的問題，修正這個就沒什麼用了，謝謝！

**主席**

好，謝謝，然後干代表。

**干代表文男**

我要請問一下這裡也有支付標準，不管對不對齣，但是我想經費是在哪一項裡面支付，在哪個地方來的？西醫基層？

**主席**

對，因為發生在衛生所。

**干代表文男**

發生在衛生所，我們有編這個預算嗎？

**主席**

這個個案很少。一年不知道有沒有一次，那是飛機沒有飛的時候才會這樣。

**黃代表振國**

救人是應該支持的，以綠島颱風那天為例，我們該付的就該付，但這是屬於急難救助的範圍。我覺得急難救助的範圍需不需要用全

民健保費用來支出是我們的爭執點，如果該付出，這種支付標準覺得又給的太少。所以我會覺得急難救助應由我們行政單位，緊急救難金來編列人力、物力來支援這項業務，謝謝。

### 龐組長一鳴

我們簡單講一下背景，方便大家容易思考這件事情。第一個他是山地離島地區，我們現在所有山地離島地區都有 IDS，所以不能用傳統衛生所的觀念去想現在山地離島的衛生，山地離島有 IDS，所以有其他的醫院的人支援。可是目前確實健保的制度是支援門診，可是去山地離島支援，有些人是過夜，這個是事實。人會留在那，還有原來編制的人，所以人員的配置大概是這樣。那第二個他的狀況是什麼，現在山地離島有緊急後送機制，應該是我們照護師的業務，他有緊急後送的機制，現在這問題是說，緊急後送沒辦法實施的時候，病人狀況不容許他回家等，需要在衛生所(室)留觀，這個部分其實重點成本是這個問題，更重要關係的其實是會留下來觀察，黃醫師講到重點，醫護人員其實壓力也很大，這一點錢要補那個壓力其實也是有困難。可是基本上現在跟剛剛的問題一樣，我們預估這個案例不會多，因為剛剛講緊急後送照護體系可以 call 直升機大隊，他們整個協調機制通通都是有的，計費的方法、補助等等那套制度都很完備，那個不是在健保裡面。可是整個架構裡面，確實對於留在那裏需要過夜的這個人確實是缺的，所以現在把這段缺口補足啦。是不是跟剛剛一樣建議做一段時間再來看看，如果真的是會讓西醫基層總額有大的影響，我們在健保會再爭取申請比較多的費用，以上。

### 主席

第一個不會對財務有太大影響，但是同意就是說金額還是太低。確實是如此，那我們現在先暫用這個項目，還有嗎？來，滕代表。

## 滕代表西華

就是因為他的費用，剛才查支付標準沒看到，因為他費用發生在基層，你現在準用 B 表的方式去申報，我想知道為什麼不是要直接訂增加 C 表的支付標準，你都要改了，我相信基層留觀的成本會跟醫院體系很不一樣，其實是 IDS 的，我也覺得即使發生在醫院這樣的錢真的實在是太少，我的意思其實是相同的留觀的標準裡面，在西醫基層我們都不要講山地離島，他這個留觀的成本相對於人事來說，不管人事的負荷或者是風險，大概都遠遠高於醫院體系，所以如果我們同樣要留觀，你又不在 C 表另列一個支付標準，準用 B 表的方式，我覺得是有點便宜行事。我也相信錢不是問題，因為人真的很少啦。沒有人要在那邊值班，怎麼可能是醫生顧在那裏，一定是護理師顧在那裏嘛。我想說護理師公會怎麼會沒有意見，那護士都不用回去都在那裏顧整天、顧半夜就好了啊，因為剛講到他不能後送，就是因為他有些天候或有些天災的部分影響，否則大部分的人都後送，你問那個病人他也不想留在那裡留觀啦，所以我覺得是不是單純直接用急診觀察床的部分去比照在衛生所、衛生室。因為急診的設置標準在醫事司裡面有不一樣的設置標準，衛生所、衛生室也不符合這個設置標準，簡單來說這全部都是例外的情況，那例外的情況當然立法委員可以一句話讓你訂啦，可是例外的情況是怎麼樣例外的方式處置應該要考慮，是要包由 IDS 的人去負責，還是 IDS 跑掉之後，他的系統…，因為我覺得直接比照可能有一點太快了。我覺得應該要給付，不管是不是要從照護師，費用是要切開，至少我們看到他有需求就是要付。可是要付這筆錢就像我們以前討論支付標準，我有非常多成本的計算是一樣的道理，既然你要付了，好好從設置標準裡面至少醫事司那邊要對衛生所、衛生室在急診留觀的設置標準裡面要有規範跟例外，他如果也沒有，我們這邊就付錢了，付的錢又不夠，你給他算 6 小時，他 1 小時的收入都低於金

額工資是要顧什麼人？我有誤會是不是？龐組長等會再糾正我一下！可能我理解有錯誤，沒關係，我只剩一句話，我的意思是說要付很好，但是要不要有一個比較好的、對的機制來計算這個費用，否則他其實會造成只有形式上有付，沒有實質上的意義啦。

### 龐組長一鳴

我們先講他是可以加報這個，不是其他費用，還有該急診診察費、該治療處置、該檢驗檢查都有，原來該有的通通有，逾越時間的他還給急診加成，不會因這筆錢有設備配置人力的問題，因為急診觀察床對他的設置的標準沒有那麼高，不像病床設置標準。

### 主席

好，請朱代表。

### 朱代表益宏

我建議這個 58 頁修正表，其實也是回應剛剛滕委員講的，這個 58 頁修正表把基層診所那邊給他勾起來，然後在附註那邊講說西醫基層申報的僅限於山地離島的這些東西，這樣可能就會比較完備。不然剛剛滕委員講的為什麼比照 B 表去申報，不是用 C 表，那你現在勾起來就等於他有個 C 表。但是如果又不希望所有診所的都設留觀床以後都去收病人，在註記那邊加註。

### 主席

不會啦，這個不會都去收病人。這樣就相反。

### 朱代表益宏

主席，你誤會我的意見，我的意思是說如果你在基層這邊勾起來，你又怕其他不是山地離島的也去給他用這東西申報。

### 主席

這邊不是寫山地離島？

**朱代表益宏**

那你就西醫基層這邊打兩個勾就好，這樣可以嗎？

**谷科長祖棣**

西醫基層的地方如果打勾的話，其實就變成C表。

**朱代表益宏**

所以主席，我的意思是說如果不要所有診所都弄，你這邊可以附註加設限

**龐組長一鳴**

好，大家意見這麼多，那我們就收回來，收回來之後我們各業務組主動發一個跨表的同意書給各衛生所，一樣按這個案子做，就是一樣的意思。只是因為還是透過支付標準比較正規的場合談這機制。

**主席**

好，這個這樣子，今天這案子我們就是保留，那有一些代表提到說要去問一下醫事司有沒有什麼緊急醫療的救助，我們就請辦醫事司，這個程序走一遍，回來如果還是要用我們這邊支付，我們就用跨表申請的方式來進行，好不好？

**滕代表西華**

我的意思是我知道主席的意思，我們問這個問題不是不讓你付錢，這樣會誤以為我們不同意這個支付標準，我們的前提是同意這個支付標準，不管你是要用跨表還是說你要另列C表，我剛的意思是說你要弄為什麼不弄C表，龐組長的解釋是可以同意。但我的意思是說你是以支付為前提，但是因為涉及到可能跟設置標準有關，或者是剛剛提到這個金額到底足不足夠？應該最後再檢討這些標準的時候一併考慮。主席剛剛那樣結論誤以為我們這委員會不同意，

保留這個案子以為我們不同意這個支付標準，所以要澄清一下。

**主席**

委員們可能認為這個東西大家都是同意的，但是，現在這樣方式好像不夠周延，可能再問一下衛生主管機關的意見，所以今天這個案子就不要照案通過，等到把所有的問題解決，來，那個何代表有意見。

**何代表語**

我提議，這個案子照案通過，執行細節由健保署衡量情況決定之，這樣就好了。

**龐組長一鳴**

我講一下何語代表的意思，本案照案通過，執行細節由健保署洽醫事司和照護司再執行。

**何代表語**

因為執行細節你們比較清楚，你們就決定了嘛，就照案通過。

**主席**

大家都同意嗎？好啦，利益良善，那就照大家的意見，反正我們工作還是照做，然後這個前提還是先確定。好，那我們就進入第二案。

**第二案：本保險特約院所執行支付標準未列項目之申報方式案。**

**主席**

好，這裡有兩個方式供大家討論一下，大家有沒有什麼意見？好，請廖代表。

**廖代表秋燭**

因為這個未列項的部分，其實我們現在都已經有進行調查嘛，那原則上如果我能做大概就是方式一，方式二可能…

主席

方式一嗎？

廖代表秋燭

對，就是逐月去申報。

主席

跟申報資料逐案提報。

廖代表秋燭

對，逐案，那現在其實我遇到一個問題，我發覺像我們醫師填給我的，包括像等一下下一案有支付標準調整有同個項目，比如說：經導管主動脈瓣膜置換術，這個台大等一下有提出來要納入支付標準，這個在 HTA 裡面是 N20008 這個項目，結果我們醫師又告訴我說他是屬於未列項，那我在申報上不知如何類歸？

主席

好，妳先不要談個案，我們先談這兩個方式，如果你要談個案就會後再去釐清，但是現在從方案一、方案二大家先選，看看怎麼做比較好，是不是從這個大方向先去講。來，吳代表。

吳代表國治

要看署裡的效率如何啦，多久你要檢討一次？你是隨時檢討、每次會都提出來嗎？不會嘛，所以你要看多久、你的效率如何？那我在這邊只有看到說只有對院所去申報，之前會議當中一直提到，你沒有主動去收集，跟各專科醫學會去收集、跟醫院收集，有的主動就報上來你們就可以處理了嘛，那這邊都要院所報上來你們才要去動，我不曉得、應該要，現在是希望把所有未列項趕快把它通通搞到原來應該要申報的項目去嘛，所以應該主動要收集然後看你們多久要整理一次，如果說你每一次會議都要提出新的出來的話，那我們隨時報，如果說你一年才要整理一次，我們每次報、報了半天，收集起來，有必要這樣做嗎？以上，謝謝。

主席

好、來，黃代表。

黃代表雪玲

可以考慮就是，我們其實有調查，可不可以回說有回、告訴我們說他們目前對照哪些支付標準，是不是可以個案還沒產生前，我們就先把這些品項告訴你們，就可以先做檢討，不一定每個月都會碰到這個個案，所以是、有沒有可能是先不要要求申報端來執行，就是各院或是專科學會目前有在對照，我們就先回饋給署裡，那署裡就可以針對這些項目去做檢討，一定要走申報端嗎？那剛才這兩個方案是可以選擇性的嗎？因為也許我們這邊代表認為單月…

主席

可以啊！

黃代表雪玲

那別的院所可能要六個月，是不是讓他可以自由選擇？還是可以、我們就是通報給署裡，不要走申報，我是個人是比較建議我們先給署裡，那署裡能處理的我們就配合未來看該報哪個就報哪個，現在是模糊階段，我們是不是可以先這樣子。

主席

好，朱代表。

朱代表益宏

其實這個案子我記得上次開會就有討論嘛，那那時候大家就希望、其實希望先徵詢大家意見、其實有些資料過來，你就、這個案子跟上一次提出來只是上一次要處罰，這一次沒有、我記得是把處罰拿掉，但是還是叫每一家醫院你申報的時候，去填未列項而已嘛，只是在這樣嘛對不對，那但是上一次開會的時候，大家去質疑到底這個醫院申報出來他勾、他真正勾未列項是不是真的是未列項，剛剛有講到搞不好是有其他項目只是醫師不知道，那或是說他沒有勾

未列項是不是真的表示它不是未列項，也不一定嘛，所以我覺得說就算你蒐集到這個資料，到底它真的假的，你還是要回到專家那邊去做一個 REVIEW，那與其這樣你為什麼不現在就先請醫審那邊花一個月、兩個月的時間就蒐集資料，然後在醫管這邊也請醫學中心、因為大部分可能在醫學中心比較多，先請醫學中心協會或是醫院協會這邊協助、請大醫院先把資料填過來嘛！先做一個初步的 REVIEW，然後在申報的時候再請大家填，如果是已經 REVIEW 完了，填出來的結果也差不多，那其實可以減少很多工啦。

### 主席

好，這個方案一、方案二請那個醫管組這邊再跟大家說明一下差別好不好？

### 谷科長祖棣

方案一是我們原來之前上一次報告的，就是每個個案申報費用的時候就逐項報，如果他有使用到未列項的話，就會出現在醫令裡。方案二，是我們這一次新增的，因為上次大家認為是說隨著費用申報大家的壓力比較大，怕有時效的問題，所以大家認為是不是說可以用批次的方式去提供，而我們之所以會希望院所能夠提供是因為其實我們需要的不是只有項目跟他比照的項目，我們還需要執行量，而我們從院所端應該才能夠得到執行量，假如是透過專科醫學會的話，可能會沒有辦法提供執行量，因為我們在評估的時候，執行量也是一個很重要的數據。

### 黃代表雪玲

那後面那些今天提出來要新增的品項，這些專科學會不是都有預估未來的量給署裡這邊，不然後面這邊新增品項的預估的預算是怎麼估出來，所以事實上應該還是有辦法估出它的執行量啊。

### 朱代表益宏

我是不是建議、確實專科醫學會沒有辦法提供正確的量啦，所以我建議是不是併行啦，第一個就是先請專科醫學會提供哪些對照

項，然後對照哪些、它會對照哪一個診療項目，然後第二個就是請醫療機構在申報的時候，用方案一或方案二我個人都不反對，但方案二因為你半年收集資料完了以後，你可能要7、8、9個月以後才能做評估，我覺得太長了，那是不是以每一季作為一個單位，這樣子可能可以縮短檢討的時間，然後拿專科醫學會的那個對照的項目然後跟這個申報做一個比對，其實我覺得這樣效率會不會更快啦。

## 主席

我說明一下，新增項目當然會有一個預估量，我們也跟專科醫學會會去討論，但是這個基本上就是比照項部分的 survey 嘛，所以這個部分才會希望大家能夠填報，因為現在的比照有的比照高、有的比照低，其實也有某種程度的不公平，大家討論這個案子已經不是第一次了，而我們原來提的是方式一，大家意見很多，那方式二是參採大家的意見再提出來一個 option，總不能每次開會大家就再提另外一個 option，那就是沒完沒了，我們的建議是說現在提出一個你跟申報資料一起報，另外一個如果感覺這樣不好，你要事後一段時間內批次、半年彙報一次也可以，這樣就是給大家一個選擇。而我們這個蒐集的時間大概是兩年，兩年後就整個來檢討，檢討之後，我相信就可以把很多的未列項做一個釐清，請大家先配合申報兩年，兩年之後就不用再申報了，因為不會變化很大，所以希望大家能夠配合，醫管組有說方式一、方式二如果大家可以有個共識選擇當然很好，但是假定每個醫院有不同主張，有人用方式一、有人用方式二也 ok，這樣可以嗎？這樣有沒有比較清楚，這個我們會請分區業務組去 survey 一下，各醫院你要採方式一或方式二，譬如說，廖代表認為他方式一很 ok，那你就方式一，有些醫院方式一不 ok，你半年彙報一次我們也 ok，這樣可以嗎？大家先配合兩年嘛，因為這個案子我看上上下下好幾次，我們總是做個決定，好不好？

## 吳代表國治

所以主席的意思是說所以至少有兩年後…

## 主席

兩年後就核付及處理。

### 吳代表國治

這個會再來檢討，是這個意思齣，所以中間都不動…

### 主席

對，兩年我們先蒐集資料。

### 朱代表益宏

是不是中間這兩年時間還是請醫學會、剛剛講的如果有資料可以先…

### 龐組長一鳴

我講一下，醫學會認為要新增，現在就有流程。什麼叫支付標準未列項，他是專業上沒有認為是需要新的項目，可是，大家知道每個醫師他都有自己的習慣，他就覺得說支付標準沒有這個項目，可是他又覺得某個項目很像我這個項目，那一樣一樣變成一個正式項目，學會進行討論也要花很多時間，未列項就是說支付標準通則裡面有一個你可以自己就技術和點數，你自己可以去比照，那過去，我們就讓醫院比照，比照之後審查發現你的病例怎麼跟你申報的不一樣，就是因為沒有交代他是比照那一個項目，現在只是讓你可以交代清楚說這是比照的，那以後要去做相關檢討的時候，才會有資料的基礎。但目前沒有辦法檢討，沒有資料的基礎可以做這個事情。所以今天如果大家同意用，看你醫院的方便，用方式一或方式二，我們都可以穩定的蒐集資料，穩定的蒐集一些術式已經很普遍，但我們卻沒有納入新項目，那這些當然是一定要納入新項目，有些是自己就獨創、想要依他們自己的申報項目，那我們是不是可能再容許這種方式。如臨床上沒有太大的差異的話，就朝這個方式來處理。

### 吳代表國治

其實我覺得如果要用方案一、方案二我們都不反對啦，反正你

兩年後才來檢討嘛對不對，那其實剛剛朱代表提到其實確實是這樣啦，像我們眼科好了，我明明做手術白內障以後的一個什麼拆解，我們已經在共識上面寫比照角膜義務處理，已經比照 20 年了，這個東西就很成熟了，而且這個東西絕對不是少量，少量、大量、很 RARE 這個專科醫學會難道會不知道？不可能的事情嘛對不對，所以有的、既然已經有的就趕快把它注入正軌，不是以後省得麻煩嘛，那你接下來要蒐集新的東西，那個你說怕價錢大家報的不一樣的東西，你再來蒐集就可以了啦，我是這樣覺得。

**主席**

好，謝謝。那我們是不是今天這個案子還是通過，那一方面我們也接受大家的建議，我們專科醫學會部分也同步去徵詢這樣好不好，那如果有比較成熟、確定的案子可以逐步檢討就先檢討，這樣大家可以同意嗎？

**黃代表雪玲**

主席我可不可以請教一下一個小小的問題，就是 61 頁這個地方，那個-既然大家說要配合來做那是不是可以請教這個小細節，這邊的未列項的名稱這裡有寫到說要以英文小寫來填寫，所以不接受中文的名稱是嗎？

**主席**

好。

**黃代表雪玲**

就是現行的支付標準也有很多是用中文啦，所以一定要強制一定要用英文。

**主席**

好，這個支付標準科這邊…

**龐組長一鳴**

其實我們會建議中英文啦，我們中英文都有，最好有英文啦，

因為才可以做。除了中醫以外，在牙醫和西醫中，英文基本上是國際相通的學問。

**主席**

因為同一個項目有可能英文是一樣，但是翻成中文的時候大家會翻成不一樣，那到底他是一樣還是不一樣，這個會產生爭議。所以盡量用英文好不好？好。

**朱代表益宏**

小小建議，這個項目因為是兩年以後檢討啦，所以時間蠻長的，是不是下次就開始列追蹤事項，雖然追蹤他不會有結果，但是至少列在那邊兩年的時間，因為中間可能委員也會換人、說不定主席也高升、然後我們組長也高升，說不定啦！那，所以我建議…

**主席**

此案列入追蹤。

**朱代表益宏**

對，列入追蹤但是我們上面註明是在什麼時候，比如說 108 年的年初追蹤啦類似。

**主席**

好，謝謝。

**龐組長一鳴**

好啦，請大家配合，一追蹤之後各區業務組就會盯醫院有沒有來報，請大家多包涵。

**主席**

好，我們今天列入第三項，來，討論事項第三項。

**第三案：106 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準增修刪「心室輔助器置放後，第二天起之每日照護費」等 19 項診療項目案。**

**主席**

好，謝謝，我們這一項的項目蠻多的，後面折頁是詳細的資料，我們先從說明一、(一)開始，一項一項來討論通過，那(一)這個部份一共有八項新增診療項目，在第 67-74 頁序號 1 到 8，我們可以從第 67 頁開始看。

**朱代表益宏**

開始討論之前先請教一下，就是說這個雖然放在新增的診療項目，但是因為前幾天我們才立法院主席也出席。

**主席**

是。

**朱代表益宏**

去講到分級醫療這件事，那分級醫療很重要的一個原因，就是包括署裡面跟部裡面發現說醫院，特別是醫學中心跟區域醫院他的點值佔率逐年增加，然後地區醫院跟基層醫院的點值佔率逐年降低，所以希望透過分級醫療這個制度去矯正，所以部裡面用了 60 億加急重症然後希望輕症要轉下來，那這裡還沒討論到 60 億之前那這裡看起來光這個(一)看起來都是屬於重症的項目，所以我覺得說這裡如果加上去 3 點多億，醫院這邊快要到 4 億的金額，當然有一部份不會在醫學中心發生，但是我覺得說，既然這裡調整的時候是不是那個大的政策必須要去做考量，大的政策是要做我剛剛講的那個，其實是在立法院我們蔡副親自講出來的，所以我覺得這一部份 3.9 億如果加到變成重症，他是屬於重症的一部份，那你在作分級醫療在調整的時候，包括又要再加上 60 幾億的話，那我看所有的健保資源大部份都加在重症跟所謂的新科技，新科技跟新藥其實都在大醫院都是重症，我覺得這一段…當然今天討論的時候我個人是沒有特別意見，就是如果有需要也應該加啦，但是在整體資源分配上面，我覺得要提醒主席那一部份，那你是不是對於社區醫院這一塊或是基層這一塊，基層因為有總額框住，那在社區醫院這一塊在

診療的調整，支付標準的調整可能要找個時間要主席好好想一下，不然你這個今天 3.9 億加上去，我看至少有 3 億是加在所謂的急重症又是重症加上去了，那你又 60 億去加重症那所有的資源看起來三分之二都在加重症，政府口口聲聲說我們要壯大基層要分級醫療，到底要怎麼壯大，支付標準都往那邊調整，所以我這個…因為沒有結論，所以我只是提醒主席這一部份，應該是要把他算在重症的項目裡面，在 106 年支付標準調整的時候，這個帳是要算清楚的，謝謝。

## 主席

謝謝，在總額協商的時候，我們新藥、新科技、新特材是有另外一個協商項目，今天所用的預算是那個協商項目的預算。今天所提的項目，都是在今年透過醫學會或醫院所提出來的新增項目，透過我們專家諮詢會議很仔細很認真的討論過，就安全療效、適應症、支付規範都訂好了之後，才提到共擬會議，希望通過之後來利用新藥、新科技的預算。也希望今天通過之後，馬上能夠行政程序生效，讓明年元月一日可以如期的來調整或者是新增。至於 60 億的部份，是非協商因素裡面的 60%是用來搭配分級醫療調整，那部份還沒有開始討論，那所以我想我們是…

## 朱代表益宏

對，主席講的這個我都瞭解，我只是提醒主席不要這邊 3 億又加上去然後那邊又加上去了，最後所以在整個預算重新分配不管是新的預算或內部預算重新分配，整個分配下去又…哇！又往大醫院去了，我只是提醒事先，因為在今天等於是開始分配 106 年的預算，那今天是第一步，我只是在一開始的時候希望提醒一下，在分配的過程中間不要等到年底檢討的時候發現，怎麼所有的預算又往大醫院去了，總共如果今年有新增 100 多億可以調整，結果發現 60%、70%都到大醫院去了，這樣我覺得是跟部裡面跟署裡面講的政策是不一樣，所以這邊先還沒有發生的時候就先提醒主席。

## 主席

好，謝謝，這個是額外的預算。來，何代表。

### 何代表語

主席，我想我們今天是要同意不同意這些新增的項目，至於未來錢要怎麼從哪裡支付，還是從總額支付還是從重症 60 億支付，另外在討論。

### 主席

是，沒有錯，60 億本來就要另外討論。

### 何代表語

那我今天要提出來，就是說今天提案的單位有沒有代表來？

### 主席

有。

### 何代表語

OK。

### 主席

好，我們要有效率一點。因為每一項都很專業，都有不同的專家在場，所以大家如果有意見，可以在每一個項目提出來，那我們是不是就第 67 頁的第 1 項開始。

第 1 項是「心室輔助器置放後，第二天起之每日照護費」，這是「胸腔及心臟血管外科學會」提出來的，大家有沒有意見？

### 滕代表西華

主席抱歉，我想請問一個原則的問題，不是對這一個單項，因為後面的幾項裡面只有這一項，對不起，因為翻了幾個裡面，他有一部份的項目包括後面也有被替代的診療項目，那被替代的診療項目是把原先，比如說這個第 1 項為例子，我就不往後說，因為後面也是類似的，他有寫一個不得同時申報原本的 coding 就是 47056B，以這個案子來說，他被替代掉了，是原本的 47056B 同時還存在，

還是他直接取代了?也就是說 47056B，我是說如果是加上去的，他是另外一個錢是 3,486，不應該給他扣下來，他才能屬於新增的支付標準，如果是在原有支付標準，再疊一個費用上去，還能不能用新藥、新科技的預算，我的意思是這樣，如果他是 pure 的當然全部新增，比如說第 2 項來說他是沒有的，就是完全是全新的項目，那你用新科技的錢沒有問題，但是在第 1 項裡面他是有被替代的診療項目，那看起來金額是差一倍，原本是 1,700，現在你再增加 1,786，那同時適應症寫著不得申報 47056B，我就不太知道說那這樣 47056B 是要不要存在，如果他是不存在那就是全新的一個申報，那如果兩個他是疊上去的不是…，我可不可以請教一下，因為我有點不太理解這樣。

### 主席

先說明一下，我們請支付標準科說明。

### 張技正淑雅

主席、各位代表我先說明一下，這個案子 LVAD 照護費，是一個新增項目，是放置單側或雙側心室輔助器後的照護費。原本健保沒有正式心室輔助器照護費的時候，院所是沒有辦法申報，有些院所會比照 47056B，就是我們前一案的所謂比照申報的問題。學會提出一年大概有 100 人使用，以 103 年為例特材申報案例數是 72 例，平均每一案件的照護天數是 30 日來計算，人次是 3,000 人次，經由檔案分析後發現有 20 個人的確有比照申報 480 人次，扣除後為 fresh 的個案人次，經過計算，健保大概會增加 1,000 萬點，不能同時申報 47056B 的條件下，以上。

### 主席

請，何代表。

### 何代表語

我請教一下，以前第 2 天起的每日照護費是健保有支付還是自付？

**龐組長一鳴**

用 ECMO 的來報。

**主席**

用體外循環來報，就是 47056B 的 1,700 點。

**何代表語**

那第 2 點，我要請教一般會有多少天？平均會多少天？

**張技正淑雅**

學會報進來的資料大概個案是 30 天。

**何代表語**

限報 30 天。

**張技正淑雅**

對。

**主席**

這個我們是不是有專家在這裡，就是張醫師是不是？

**林代表淑霞**

主席，我想專家在後面真的坐很久了，醫生時間很寶貴，我們請他們作說明好不好？

**主席**

請張醫師作一個說明。

**張效煌醫師(台灣胸腔及心臟血管外科學會)**

謝謝，那國內目前從 100 年起有開始給付短期的人工心臟，我們暫時把這個心室輔助器名稱通俗化一點，就是人工心臟，那過去從這這個人工心臟開始給付以後，每一年植入的人數大概在 60 至 70 多，但是這兩年以來也是都沒有減少，那我的印象是今年到現在，大概有 50 多例，所以署裡面在這個地方，的確是盡到責任就是最

高估啦，大概不會超過 100 個，那每個病人平均置放的數目，按照 HTA 前年所作的調查，那平均來講應該是總共是 32 天，就所有的病人平均起來是 32 天，所以這邊本項限申報 30 天，對於我們現有給付的這種短期的人工心臟來講，其實是蠻接近現況的一個數字，那現在國內最長的置放紀錄，是高雄長庚他們放的天數應該是 280 天，所以這個是比較特殊的，當然也有一些病人情況不好，然後可能放也許一週不到就死掉，所以總平均天數是 32 天，這是 HTA 他們正式的一個調查報告，謝謝。

**主席**

好，謝謝。

**何代表語**

我提議通過，明年的 12 月底給我們作一個報告好嗎？

**主席**

是誰跟你作報告？

**何代表語**

健保署。

**主席**

當然，這個我們半年就要報一次。

**滕代表西華**

我剛問那個問題就是說，如果是這樣是不是能夠用新科技的預算？但顯然沒有回答。好，沒關係我們就是說假設這樣是要用的話有幾個問題請教。

第一個是因為我們被替代的項目裡面原本是限申報 24 日，所以可能他其實也不是…，24 日 20 人啊，你們最高是 24 日，原本舊的是 24 日嘛。

**何代表語**

等於 480 次。

### 滕代表西華

嘿啊，你替代率原本舊的是 47056B 是 24 日，那新增項是 30 日我想知道中間有什麼差別？以前都是比照嘛對不對，這是第一個。

第二個，剛剛「胸腔及心臟血管外科學會」張醫師提到現在平均是 32 日，那限申報 30 日，那我就要問了如果有人用到 80 日，要平均數都有 outlier，平均數給付其實是很大的風險，如果是少於的當然沒有問題，多的這個比例裡面就會涉及到病人自費，對，我想知道如果超過 30 日之後，他是可以再申報 47056B 嗎？還是不行？因為你是寫不得同時，大家沒有同時啊，他先用完你的新增項目再去申報 47056B，這個是很重要的事情，因為如果是這樣，其實他替代的效果並不明顯，我要問這個，謝謝。

### 主席

張醫師可不可以回答？

### 張效煌醫師(台灣胸腔及心臟血管外科學會)

我們各個作人工心臟的醫院大概都是醫學中心，那醫學中心來講，按照統計數字，等於說過去每一年大概以 60 個病人作計算的話，真正報出來的 20 人，也就是說三分之二的醫院他是沒有報的，他當然這些病人都是快死的病人，就我們醫院來講，也沒有跟病人額外收任何的照護費用，等於就是醫院自行吸收就是作白工，目前現況是這樣。

### 滕代表西華

我們也不希望你們作白工，而且有些病人你用了也不知道他會不會醒，你不是因為他會死才用，你是希望他會醒才用他嘛，我的意思是這樣子，那當然第一個不希望作白工，該給的還是要給，那我們也不希望說，如果我們該給，然後讓病人去自費或是讓醫院去吸收，所以我剛才會請教說，就專業體系上來說，為什麼之前是 24

日的差別現在是 30 日的差別，假如是因為以前短報其實 30 日才合理那我就接受這個說明，這個部份你們只是寫不得同時申報，那我想可不可以前後，你剛講的就是我不要你虧本那你也用了，長庚用到 280 日是這個的幾倍啊！那是極端的例子那如果他醒了怎麼辦，他最後死掉了，那我意思是說如果是不能的話支付科這邊是怎麼看待他，假設我 30 日滿了那第 31 日開始我就申報 47056B 可不可以？

### 張技正淑雅

支付標準科解釋一下，47056B 體外循環也就是所謂 ECMO 的照護，原則上要裝置 ECMO，如果裝置後續有用 ECMO，當然可以申報，如果一旦新增了這個項目，原則上他不可以同時申報 47056B，而 30 日之後我們可以檢討這個使用天數，是不是符合現在醫院的人力照護成本，以目前跟學會、專家溝通討論，30 日應該是可行的，以上報告。

### 滕代表西華

那醫院超過 30 日能不能向病人收自費？

### 主席

不可以。

### 張技正淑雅

病患是住在加護病房。

### 龐組長一鳴

請專業講一下，因為這個是很多病人都在等待心臟，非常複雜的問題，可能要先讓大家瞭解一下。

### 張效煌醫師(台灣胸腔及心臟血管外科學會)

這些病人其實會等那麼久的，絕大多數都已經轉到病房，而不會是在加護病房裡面，當然少數在加護病房裡面，那在我所知道的各個醫院也是包括在振興醫院、我們榮總自己，也是大概都是病房等待，這個照護費用我們過去來講是自己吸收，然後在我們現況來

講，是覺得說以前過去其實是都沒有收費，或者是有些醫院大概三分之一的病人是比照 ECMO 來收費，可是如果說能夠把這個增加一點我們護理照護的費用，其實學會的立場是覺得說不無小補，謝謝。

**主席**

好，謝謝，請林代表。

**林代表淑霞**

主席我補充說明一下，因為我們有付費者代表在場可以更理解。我們現在心臟的供應是越來越少，因為我們現在死刑犯不能用，判腦死的現在因為騎摩托車立法都戴安全帽，個案也越來越少，但是由於科技的進步，讓這些病人有一線的希望裝置所謂的心室的輔助系統來進行心臟移植等待，而且它屬於較永久的植入，可以等到有供應再作心臟移植，因為目前無適當的支付標準，所以的確包括在我們醫院幾乎都是醫院自行吸收成本，對服務重症只能當做作公益啦，我相信醫學中心也是這個心態，因此如果今天署本部能夠重視到這一點，有新增這一項的給付我相信有提供此醫療的醫院一定會覺得對病人好同時對醫院成本不無小補，以上。

**主席**

好，那這一項大家有沒有其它意見，來，潘代表。

**潘代表延健**

因為 30 日是一個平均數所以他就會面臨超過，那超過的時候其實大家可能可以想一下，因為他就變成一個道德的議題，到底要不要等下去因為他不給付，尤其大醫院不會說不給付了所以我就放棄你了，因為這是一個倫理道德的問題，所以這個壓力現在是醫院全部都承受了，我的建議是說在這裡要不要留一個但書，就是說因為 30 日是一個很剛性的議題，所以是不是有一個審查的機制，可以讓他針對在特殊的個案，再做額外的處理就這個天數的部份。

**主席**

這個部份是當時我們專家諮詢會議的結論，尊重專家的意見，這是我們專家群的共識，共識就是 30 日，所以張醫師這裡還要不要再補充？

#### 張效煌醫師(台灣胸腔及心臟血管外科學會)

在台灣來講能夠超過 30 日的病人，那按照過去資料庫的統計大概是佔 23%左右，也就說應該是說 20%的人會超過這個範圍，然後 80%是在這個範圍以內，那就當時參與討論的各大醫院或者是學會大概意見，是說以前其實我們根本是就拿不到這個錢，這錢也很少，那現在有一點可以吃的那怎麼我們就先接受再說，所以當時也怕各項反對反彈啦，所以在台灣調查出來的平均移植天數是 32 日，那說坦白話超過 30 日以上的病人，絕大多數都是已經能夠轉到病房了，然後在病房活動跟等待，他所需要照護的這個人力來講，其實也是相對上稍微輕鬆一點，所以光是收一般病房的住院費用我們也可以接受，那所以說在這兩個考量之下，那當時大家的共識就是先參考台灣平均數接受這樣的條件。

#### 主席

好，來，另外還有一位專家要補充。

#### 張忠毅醫師(中華民國心臟學會)

我可不可以補充發言一下，各位看議程資料第 77 頁第 12 項「主動脈氣球輔助器使用照護費(天)」，民國 83 年轉健保的時候，健保人員就把 Intra aortic balloon pump 跟這個 infusion pump 歸類成同一類的 pump，所以使用的費用是 150 點，我們吵了 22 年今年好不容易到了這個會上來希望能夠給我們公平的費用，所以為什麼我們心胸外科認為說我們能夠吵到 30 日我已經阿彌陀佛了，我們吵了 22 年。

#### 主席

等下這個再討論，我們現在還在第一案。

#### 張忠毅醫師(中華民國心臟學會)

對呀，我只是要說一下我們為什麼認為 30 日就已經是阿彌陀佛了。

### 何代表語

我還是提議通過，這麼優秀的醫生不會得到金馬獎的啦。

### 主席

今天在座的醫師都是非常優秀的。

### 何代表語

我們先同意通過前面這 10 項。

### 主席

我們現在還是一項一項來，第一項我們謝謝張醫師，張醫師是北榮非常優秀的醫師，謝謝張醫師的說明，大家還有沒有其它意見。

### 滕代表西華

主席對不起，我剛提到因為剛張醫師提到 23%的超過 30 日，我剛講的我們不希望他虧本作的的意思，但是病人有需要，今天不是醫院你要不要作公益，我覺得你作事就是作事，不是作公益的意思啦，我覺得潘代表提的東西是可以接受，因為我們當然是擔心病人的權益會在費用當中的天平裡面受到不一樣的結果，這包括他能不能付得起，即使醫院要跟他收或是不收的問題，他醫院要虧本，我是說如果他是有一個事前審查機制類似以 30 日為原則，但是有些個案因為看起來張醫師講的也不多只有幾十個人，假設他有超過 outlier，我覺得我們應該是要考慮一些必要的個案應該是有一些機制，這就是為什麼我剛會問說他可不可以超過 30 日之後比照用「47056B 體外循環，第二天起之每日照護費 1,700 點」，那你們說不行只有裝 ECMO 才行，那早期不行的時候你是用比照來申報，那現在新增了一項支付標準，我不知道這 23%的病人會不會有用到超過 30 日的例外？還是他其實根本用不到，但是如果在專科醫學會的

評估下會有 23% 會有病人確實在臨床上有需要，我覺得為了避免浪費，你要嘛還是開比照或者是有事前審查的機制讓他提出來可以延長申請，我覺得這樣才是對的，因為你既然已經新增支付標準，我覺得爭 22 年當然很委屈，可是你一個新支付標準我們就應該開始作對的事情，而不是說好啦好啦那我既然已經拿到 30 日我就虧 10 日沒有關係，我覺得我們既然已經這樣作事我覺得不太適合朝那個方向討論，以上建議。

**主席**

好，來，李代表。

**李代表紹誠**

我 echo 滕代表的說法，因為 30 日是他們已經覺得是能夠拿到 30 日為原則，但是很多還有 23% 的這些病人，這些病人怎麼辦？不應該讓他們繼續承擔這樣子的結果，應該是超過 30 日是不是可以提出說明他的需要，那只要事後補說明，我想這誰也沒辦法事先預期這個病人會 28 日或 35 日，那我覺得還是用實作實消的觀念，放膽的去救病人，讓作的人放膽的去救病人，然後該給人家就給人家這我的建議，那因為剛剛潘代表提到又牽扯到醫學倫理道德的問題，所以我覺得這個東西真的在拿捏的時候很困難，但是說實在這個 case 也就那麼多人那誰將來會用到誰也不知道，所以我覺得這應該回歸到公平正義的機制，該給人家就給人家，以上。

**主席**

這個問題我覺得還是要張醫師回答，因為事實上會用那麼多天的很多目的都在等待移植，那捐贈器官什麼時候出現也不知道，所以這個還是要請專業說明。

**張效煌醫師(台灣胸腔及心臟血管外科學會)**

剛剛代表心臟學會振興醫院張主任，他有提到一個想法那謝謝我們滕代表、李醫師還有諸位醫師的支持，我們在第一個月的時候雖然是 77% 的病人可以得到比較高的給付，但是謝謝大家對於臨床

護理人員或者是醫師照護的辛苦，是不是超過 30 日後能不能比照 47056B 就是他的照護費用降為 1,700 點，那就是按照照護的天數然後實支實付這樣，就是按照這個來施報這是振興醫院張主任提出來的一個想法。

### 何代表語

我認為你們這個外科學會自己提出來就是希望不要濫用，所以本項限申報 30 日為基準那我認為現在先作，等一年後我們檢討，認為這個項目 107 年可以在前進一下，那我就支持，但是我今天還是支持你自己提出來這個案先通過，不要再節外生枝好不好，我發現很奇怪如果像你們這個作生意作事情效率太低了啦，我們坐在這裡已經五點半了，我們的生命就少一天掉了，所以我建議這項先通過，未來再可進步的地方你們學會再提出來再來研討好不好？

### 主席

那我們先徵詢學會這邊的意見，可以嗎？

### 張效煌醫師(台灣胸腔及心臟血管外科學會)

學會可以。

### 主席

學會可以，那大家的意見怎麼樣？可以哦，那我們就優先這樣進行，好，這個案子先通過，接下來第 2 項，第 2 項是「多管腔食道內阻抗及酸鹼度測定」。

### 何代表語

兒科醫學會請跟我們說明一下。

### 主席

這一位應該是請我們的兒科醫學會吳嘉峯醫師，來，請說明。

### 吳嘉峯醫師(臺灣兒科醫學會)

主席、各位代表，大家晚安，我是兒科醫學會吳嘉峯醫師，那

今天來這邊作說明，「多管腔食道內阻抗及酸鹼度測定」這樣的檢測在國外2000年就上市，台灣開始有醫院作這樣的檢測是2010年，當然過去都沒有相關的檢測可以去做這樣的評估，本檢測他的用意在於他可以在食道內同時去監測各種型態包括酸性、非酸性、氣體以及氣體與液體混合的各型態的逆流，那對於一個胃酸酸不酸的嬰幼兒，心肺功能不適合作內視鏡的小朋友，或者是對於一些使用典型的胃食道逆流藥物治療而沒有臨床反應的成人病人，都可以很精確的去偵測病人的臨床症狀與各種型態的胃食道逆流的關連，因此由兒科醫學會提出的新科技申請，當這樣子的申請案在多次的專家會議已經也會過一些包括成人的消化系內視鏡醫學會、消化系醫學會、胸腔外科醫學會以及耳鼻喉科醫學會共同作的一個給付規範討論，該資料如附件所示，謝謝。

**主席**

好，謝謝吳醫師的說明，請問大家有沒有意見？

**滕代表西華**

這個項目基層有跨表嗎？還是只有醫院的？

**主席**

這個只有醫院。

**滕代表西華**

那基層跨表不納入？就是基層消化系的醫師有沒有辦法執行這個檢驗？有沒有能力？

**主席**

因為跨表是我們另案再討論，不在今天討論，今天討論是醫院的部份，因為今天通過的都是用醫院總額。

**滕代表西華**

基層的 0.22 億嗎？今天的案子裡面也有一個醫院總額項目

3.94 億，西醫基層 0.22 億啊！

**主席**

那個項目應該不是這兩個項目。

**龐組長一鳴**

那個還是有點難，基層做還是有點難！

**主席**

它是其他項目不是用在這一項！

**滕代表西華**

新增跟跨表是兩件事，那這是新增嘛！我的意思就是說，如果基層有能力做，你新增那基層同樣要新增，那如果是涉及能力的問題那當然完全沒問題是醫院在做。那他原本跨表是舊的支付標準在做跨表的預算，應該不是用跨表的預算在做新增，這是新科技嘛！不是新增全新！我的意思是這樣！我是不知道基層能不能做，我只是問基層能不能做？

**主席**

好~專家可以回答嗎？吳醫師，來~請~

**吳代表嘉峯(臺灣兒科醫學會)**

就目前我們在台灣接觸的各種廠商的相關設備與儀器，這個儀器本身是非常昂貴！購置這個機器。基本上，不太容易回本，購買這個儀器大概 100 多萬左右，耗材也是非常昂貴。基本上，在多次的與各大醫學會代表的討論中會覺得基層會去做這樣的檢測的意願不高！

**主席**

好~謝謝！來~請~

## 何代表語

提議通過啦！等到基層醫療有購置這個儀器以後，他們來申請再談啦！

## 主席

這個大家可以參考 100 頁，100 頁它有兩個儀器，包括一個是測量的儀器，一個是檢查的主機。這個設備都有一定的金額以上。好~這一項大家有沒有意見？好~如果沒有意見，我們這一項就通過。接下來，第三項，困難的梭狀桿菌跟抗原快速檢驗，這有兩項是嗎？這是第三項跟第四項，那這個部份是說明的…林醫師~是嗎？張醫師、或者張醫師及林醫師兩位醫師，在嗎？來~請！沒關係！那就請另外這一位林醫師說明一下！

## 林世鐸醫師(彰化基督教醫院)

我沒有授權

## 主席

你沒有被授權。那請支付標準科說明一下！

## 張技正淑雅

這個案子是彰化基督教醫院提出來的，主要是為了及時有效去診斷困難梭狀桿菌的感染，有效投與抗生素的使用，以縮短住院天數。適應症裡頭列了三項，經過多次在 105 年專家諮詢會議上面去討論的，建議支付點數為 402 點，預估一年的執行數量是按照 104 年我們申報資料的困難梭狀桿菌導致的腸炎住院人次來計算，大概有 11,274 人次，其中的 35%，可能需要用到 toxin A/B 檢測，算出來大概是 3,946 人次，以上我們去推估一個預算，在第三項的困難梭狀桿菌抗原檢驗部份，大概是 475 萬點；在 toxin A/B 檢測大概 166 萬點以上。

## 主席

好~請問大家對這一項有沒有意見？好~請~何代表！

**何代表語**

謝謝各位代表，以前我有提議，申請單位沒有派人來說明，就暫時擱置於下次會議再提出來。那今天彰化基督教醫院沒有派人來說明。

**主席**

有啦！有兩位！來一位！

**何代表語**

但是剛才干代表拜託我讓它通過，那我就提議讓它通過！但是還是要說明，希望未來你們接受提案時，要跟他講，他們要來說明，要不然真的搞不清楚，什麼內容都沒有，或許我們有好奇心要問一下啦！

**主席**

好~

**黃代表雪玲**

主席，可不可以建議以後專科醫學會的案子排前面，不然他們都等到最後，有時候還不討論。

**主席**

一定要討論完啦！好~以後我們往前面。來~謝代表！

**謝代表武吉**

我們這裡有一個預估一年執行總數，是怎麼樣來預估，因為只是一家醫院。

**主席**

不是！這是全國的量！

**謝代表武吉**

是不是我們健保署幫他們拿到最後的量？

**主席**

好~這個支付標準科說明一下！

**張技正淑雅**

謝代表！不好意思！這個數量是按照104年的申報報資料來算，所以在這裡頭又怕納入健保支付之後，它會有成長的情形。所以，採用加計5%的成長率去估算它的執行量。以上說明！

**謝代表武吉**

它本來的代碼是幾號？

**張技正淑雅**

它是一個新增的項目。

**謝代表武吉**

不是！初步的項目代碼。

**張技正淑雅**

它的診斷代碼是用困難梭菌所導致的腸炎，如果有需要 ICD9 的碼會後再告訴代表。

**主席**

好~謝謝！那其他大家有沒有意見？好~沒有意見我們第三、第四項就通過，接下來第五項，經導管主動脈瓣膜置換術，這個是我們臺大醫院的林醫師，在嗎？來~請，林醫師！

**林茂欣醫師(國立臺灣大學醫學院附設醫院)**

主席、各位代表，主動脈外瓣膜狹窄在過去50年當中，唯一的治療方式就是開心的主動脈瓣膜置換。不過，臨床上的問題是很多

病人當他得到這個病需要開刀治療的時候，都已經年過 80，因內科毛病太多而無法開刀，或開刀風險太高。所以，10 年前在國外才發展出這種經導管主動脈瓣膜狹窄的一個置換的手術。好處就是在治療的過程當中，可以傷口小，可以在心跳還在持續當中下進行瓣膜置換。目前在臺灣其實已經從過去 5 年前開始，各個醫院開始慢慢地發展，這樣的治療過去 5 年當中，臺灣已經有 600 多例的這個經驗。過去的處理方式都是……，因為瓣膜的醫材相當昂貴 100 以左右，手術的治療費用其實也因為健保署認為有，手術有另外一個替代方式，所以都是由病人自費手術的部份，所以目前健保署立下的規範是，目前如果要治療這樣的病人就是要接受健保署的給付費用的話，我們有立一個規範，規範就是，臨床上沒辦法開刀經過開心手術或者手術高風險的病人，我們才有個規範的一個項目這樣子。

**主席**

謝謝我們林醫師的說明，臺大醫院。那大家有沒有什麼醫院？請~廖代表！

**廖代表秋燭**

我想請教一下這個項目的英文簡稱是 TAVI 嘛？跟 HTA 裡面的中文項目名稱都是一樣「經導管主動脈瓣膜置換術」跟 TAVR 是一樣的嗎？英文名稱一個單字不一樣啊！

**張技正淑雅**

對不起！在那邊有誤植

**廖代表秋燭**

如果這個通過，HTA N20008 就會拿掉？

**張技正淑雅**

會拿掉！

## 廖代表秋燭

英文差一個字！

## 張技正淑雅

OK！

## 主席

這個要留意一下！那支付標準科記下來！好~那謝代表！

## 謝代表武吉

我們剛才聽秘書的說明，如果是在 70 歲到 80 歲，80 歲之前的開刀的存活率多少？現在用心導管主動脈置換術的存活率是在 80 歲或者是更大，他的存活率是可以多久？還可以再活 5 年？10 年？20 年？1 年？或是半年？

## 主席

好~謝謝！臺大醫院的林醫師！

## 滕代表西華

不好意思！因為我們是外行，所以想請教一下技術上的問題，就是在必要條件裡面的第三小點，「必須至少兩位心臟外科醫師判定沒有辦法用傳統手術開刀」，那我對技術上的請教是，因為看起來實務不太可能醫師是外院的醫師，除非病人要去尋求第二意見嘛！所以，理論上應該是同一個院內的醫師，那如果同一個院內的兩個心外的醫師要判定，我想知道有沒有判定期間的差異，也就是說，他今天診斷完，當天就可以診斷？還是，他必須有間隔性的時間再進行診斷跟判別，謝謝！

## 主席

好~謝謝！林醫師！請~

林茂欣醫師(國立臺灣大學醫學院附設醫院)

應該是一併的診斷吧！不過，當然病人的病情隨時在改變當中，尤其這種主動脈的病人的病情其實是有時候變化非常快的。所以，一般來講，我們都是包括心內、心外的醫師一起判定這樣的病人，尤其是外科醫師，他覺得沒辦法，開刀高風險沒辦法開刀，理論上應該是一起判斷。

**主席**

那存活率呢？

**林茂欣醫師(國立臺灣大學醫學院附設醫院)**

目前從國外來看，如果開刀高風險的病人存活率，5年的目前存活率，不論是做這個手術或是做一般的開心的手術，其實到5年的存活率只有20~30%左右。

**主席**

那用這個瓣膜置換術之後的存活率，也是30%？

**林茂欣醫師(國立臺灣大學醫學院附設醫院)**

就跟目前開刀起來，它的存活率，以開刀高危險的病人來講的話，是20~30%左右。

**主席**

5年的存活率？

**林茂欣醫師(國立臺灣大學醫學院附設醫院)**

對！目前的大規模研究看起來，在最大型的研究看起來是這樣子！

**主席**

好~謝謝！那大家還有沒有意見？因為不能開刀的人也只能靠這個。來~還有~

## 滕代表西華

一個問題請教！就是剛剛林醫師的補充跟 HTA 的報告裡面，它其實是在剛剛講的是死亡率有下降的趨勢。剛剛提到存活率是差不多的，這兩個是相對的概念，所以，它到底是有降？還是沒降？這是第一個。第二個是說，我覺得即使存活率沒有改變，那他如果降低感染，剛剛醫師提到的病人的負荷改變，他變得品質比較好或是感染率比較低，改變了住院天數，我覺得還是值得去推，但是 HTA 報告裡或是署裡面我們去評估說，因為我們這裡只說花多少錢，總是如果他有一些相對的效應，應該也要跟代表們說，其實新增這個支付標準，它不是只有花這個錢，它也替我們省錢，剛剛講的，如果住院天數有下降、感染率有下降，其實，存活率在沒變之下，我覺得這是一個很強而有力的支持的理由，不曉得有沒有這樣的評估，謝謝！

## 林代表淑霞

我可不可以請求讓我們醫院的張主任來對這項作說明？因為本院在這部份大概已經執行超過 190 例，成功率是 99.9%，最高的年齡有 101 歲，平均的年齡是 83 歲，是否容許這部份我請我們醫院的張主任作說明？

## 主席

呵呵呵，林代表請專家說明，張主任拜託。

## 張忠毅醫師(中華民國心臟學會)

怎麼點名我呢，其實在作這個包括台大的醫師、北榮的張效煌醫師那他們都是有在作這一類的手術，那一般來講就是說年紀大的假如你要開傳統心臟手術你最怕的是肺部的問題，因為當你胸骨被鋸開以後，再綁起來走過體外循環後，你肺部的感染還有這些照護會比較困難，所以一般假如說年紀大的病人你開傳統手術你可能在醫院裡面要待個十四天到二十一天，可是假如你用這種方法可能三

到五天就能出院了，那國際統計起來這類的手術用這種簡單的支架瓣膜他的成果不低於外科手術，所以對病人的復原及住院時間相對都是有明顯的縮短有助益的。

**主席**

來，請，干代表。

**干代表文男**

我想如果有這個效益也有這個人數我建議是通過，因為 2,000 多萬對整個醫生來講是不多啦，但是減少病人住院時間，社會的需要讓他通過吧。

**主席**

好，謝謝，請，王代表。

**王副秘書長秀貞(謝代表文輝代理人)**

剛好多代表都說支持通過，但對於適應症的「1. 必要條件：(4) 臨床判定病人至少有一年以上之存活機率。」這要怎麼知道?為了讓民眾知道健保花的有沒有價值，未來檢討提報時，請將此項目適應症納入監測，特別提出來，謝謝。

**主席**

好，謝謝，會列入紀錄，大家還有沒有意見。

**謝代表武吉**

主席，我是不會去反對這種的，但是這支付規範「1. 醫院條件：(2) 醫院每年需具 500 例以上之心導管（含 200 例以上介入性心臟導管手術）及 25 例以上主動脈瓣膜置換之手術案例。」那請問台灣到目前為止每年有 500 例以上的有幾家？

**主席**

很多很多，連區域醫院都有可能。

**謝代表武吉**

500 例耶？

主席

有！一年耶。

謝代表武吉

一年 500 例耶？

主席

對啊，1 天 2 例啦。

謝代表武吉

我們高雄榮總以前心臟外科很強也沒有 500 例。

張忠毅醫師(中華民國心臟學會)

是心導管術，不是開心手術。

謝代表武吉

我講的意思是這規範是不是可以稍微下降一點。

主席

但是有這種能力能作這種手術的醫生也要有啊，來，請張醫師。

張效煌醫師(台灣胸腔及心臟血管外科學會)

是，代表學會發言，有關適應症及支付規範，當時是參考國外包括美國跟歐盟的標準，也就是說你要作這樣的手術，你醫院應該要有多少心臟內科或心臟外科的病例數，如果你低於這個病例數的話可能，你對於這樣子的手術要進一步推廣的話會，因為經驗不足而造成病人的結果不好，所以當初有這個規定是國內自己定的，其實已經有參考國外歐盟跟美國心臟學會的標準，而且歐盟跟美國心臟學會的標準比我們更嚴格，那在每年執行主動脈瓣膜的手術來講在美國是要有 50 例以上的醫院才能作，所以我們已經是依照國際已經是下修一部份了，所以這個跟各位代表報告。

另外有一個是在學會這邊有一點意見，就是在適應症的「1. 必要條件：(3)必須至少二位心臟外科專科醫師判定無法以傳統開心手術進行主動脈瓣膜置換或開刀危險性過高。」才能夠執行這項手術，但是目前國內來講似乎在這邊來講都沒有落實，那是不是說我們在其它的包括他的心衰竭現象、超音波的結果這些都在病歷上查得到，但是到底有沒有經過心臟外科兩位的判定，然後適不適合作手術的是不是能夠落實，希望能夠正式的在手術同意書或者是彙整在上面由心臟外科的醫生在病歷上作記載，這樣子才能夠確實落實學會所建議的適應症標準，謝謝。

### 主席

謝謝張醫師的這部份，因為這個案子是需要事前審查的，所以這些都要納入事前審查的注意事項裡面。

### 何代表語

我建議還是通過啦，因為最近有一個要作三條繞道，以前都是把胸腔打開才去作繞道，最近已經進步到達文西手術作繞道，所以胸腔就不必打開，至少他不必復健六個月而且他的住院時間也縮短，感染率也很低很低而且作得非常順利，我想這些都是新技術的進步我們應該支持，好不好。

### 主席

好，大家同不同意？我們就通過好嗎？好，謝謝，第6項「連續血糖監測」，血糖監測是我們彰化基督教醫院林世鐸醫師說明，來，請。

### 林世鐸醫師(彰化基督教醫院)

主席、各位代表晚安，連續血糖監測他是一個儀器是裝在患者的皮下脂肪，他可以測24小時的血糖值他可以即時的看到血糖值多少，那第一型糖尿病病人他常常低血糖而住院，那低血糖住院就會耗費很多醫療資源，那有國外的研究發現如果裝了這個機器的話它可以減少32%的因為低血糖住院的機會，所以我們覺得這個東西

可以讓病患裝置的話可以減少病患因為低血糖住院的風險。

## 主席

好，謝謝林醫師的說明，請問各位代表有沒有什麼意見？後面如果大家有想進一步的瞭解，後面都有專家諮詢會議紀錄還有成本分析可以參考。

## 黃代表雪玲

想請教一下，就是我們醫院臨床醫師針對第 72 頁下面就是「任一個條件要符合」，我們醫院臨床醫師擔心寫得太籠統，比如說：「1. 血糖過度起伏。」那什麼叫作血糖過度起伏？我們醫院比較擔心是說這項會被浮濫使用，是不是可以針對這個起伏比如說可能是要多久裡面的血糖值那大於多少個標準差是不是可以把他定義明確一點？

像「3. 常有嚴重低血糖，需他人協助治療。」那糖尿病的人常有家屬陪伴，那怎麼樣去認定他真的有嚴重低血糖，比如說：是不是一年內至少有一次的急診或者是住院這樣子的病人來定義。

## 黃代表雪玲

對，是門診，所以我們是說過去曾經有一次，就是在一年內一次這樣子的，才能夠判定他是嚴重低血糖，不然你在臨床怎麼定義他是嚴重低血糖？可能這個定義要比較明確在臨床上也比較好執行。

還有下面的支付規範「2. 一年至多執行兩次，且間隔三個月以上。若一年執行超過 2 次者，需事前審查。」這個我們醫師建議說如果第一次治療他的血糖沒有控制下來，是不是第 2 次還要讓他繼續使用，是不是有考慮去監測前一次是無效的，那是不是還有第二次繼續的必要性。

那最後支付規範「3. 限糖尿病共同照護網醫療機構申報。」我們看過過去的支付標準比較少說限什麼共照網來申報，是不是改成專科醫師來申報？是不是比較恰當，以上。

**主席**

好，這一連串的問題等下請林醫師再說明，那其它代表還有沒有意見，來，李代表。

**李代表紹誠**

請問這一部份是看上面的支付規範「1. 限門診使用，若為住院使用應事前審查。」那表示診所一定… 狀大基層一定是很重要的塊。

**主席**

來，請千代表。

**千代表文男**

我請問一下，這個適應症是第一型的是天生的嗎？

**主席**

對。

**千代表文男**

第二型可以不可以？

**主席**

這個是限第一型。

**千代表文男**

從嬰幼兒到幾歲都可以？

**主席**

沒有限年齡，請林醫師跟大家說明一下。

**林世鐸醫師(彰化基督教醫院)**

我們台灣健保第一型的話一定會幫病人申請重大傷病卡，那都會有一個審核把關應該是很嚴格，所以應該是第一型的診斷應該是沒有問題，那我回覆一下剛幾個問題從後面支付規範開始說，為什

麼要門診然後跟共照網那個是有一些連帶關係的，因為這個檢查不是裝上去就解決問題，他還需要知道患者的飲食、衛教的問題，所以需要衛教人員及營養師介入，所以說你如果一個門診一般的OPD的話基層的話，他因為如果沒有加入共照網的話，可能沒有營養師沒有衛教師它可能就沒有辦法作這樣的事情，那這樣可能就失去它的原意了，所以那個剛提到說會不會沒有效，可能就是這樣子的關係就會沒有效果，他需要多重人員的介入才有辦法達到它最大的效益，所以這就是為什麼要限制門診跟糖尿病共照網，那為什麼住院不用，因為住院的病人就讓護理人員去看，而且住院病人有住院的營養師在所以不需這樣子一個裝置，所以當初就沒有設定住院而是設在門診，這是關於支付規範的討論。

那關於適應症「3. 常有嚴重低血糖，需他人協助治療。」這個有時候第一型糖尿病病人嚴重低血糖，有時候在家屬處理得宜的情況下也可以恢復的過來也不一定要送急診去，如果衛教得宜就可以，可是這樣的病人會處在一個危險狀態，所以我們會希望如果有在病歷上有特殊的記載，已經有家屬發現他意識不清楚經過得宜的處置後恢復過意識的話，這樣就可以當作嚴重的低血糖需他人協助的條件。

至於說適應症「1. 血糖過度起伏。」因為這個確實在定義上有一些很難定義的地方，那當初我們有討論過，但是因為國外也沒有一個明確的研究答覆說到底血糖起伏到多大才叫作起伏過大，所以變成需要由臨床醫師去判定是不是真的是血糖，那可能就是變成你需要用健保給付方案的時候就要在病歷上註明到底多大，再去判斷是不是真的起伏過大。

**主席**

謝謝，來，何代表。

**何代表語**

我請教一下你這個血糖監測是裝在皮下脂肪下面嘛，那可以裝

多久？

**林世鐸醫師(彰化基督教醫院)**

一般是裝 3 天到 7 天，一次裝 3 天到 7 天，

**何代表語**

3 天到 7 天，要拿掉嗎？

**林世鐸醫師(彰化基督教醫院)**

要拿掉，裝要有專人裝，再專人拿掉。

**何代表語**

可是他 7 天以後，如果血糖再有變化要怎麼辦？

**林世鐸醫師(彰化基督教醫院)**

是，所以變成我們用 3 天到 7 天去監測去找說他的問題所在，然後教育之後再用自己自我血糖監測方式去調整。

**滕代表西華**

對，因為剛剛那個雪玲提到的疑問，也是我看資料的疑問，血糖過度起伏的問題，剛剛林醫師也提到所有定義，但是這可能跟期間也有關係，我覺得還是要說清楚比較好，是一天內血糖起伏過高還是一周內血糖起伏過高，還是像譬如一些突然之間的高血糖到 1,500 多都測不出來的，他有可能持續使用胰島素，他在 6 小時之內也可以降到正常值，那這樣其實起伏也很大，可是他可能不需要這樣監測。因為我自己就碰到這樣一個例子，突然到 1,600 左右測不到，他每隔兩小時就測一次就可以降到 200 多，所以我的意思說…可能還是在專業的地方，不管是醫學會或者是醫院還是要給我們些建議會比較妥當，這第一點。

第二點，我對頻率的問題沒有信心，也就是說適應症「3. 常有…」，什麼叫常有？需他人協助可能還比較容易舉證跟定義，協助的程度我們在做這個長照評估時候就常常面臨到這種程度判別，或

個人主觀產生差異，就專業人員對於這個頻率其實是有很大差異的，可是支付標準可能沒有辦法這樣子訂，也就是說什麼叫常有？常有是說一個禮拜常常有，多少叫常有？我覺得可能要幫我們這個忙，不然這樣其實這個適應症老實講只有第二點跟第四點懷孕不能騙人嘛，低血糖無感症比較容易診斷，其他都過度授權主觀，我覺得有點風險。那支付規範的部分，我雖然也滿同意林醫師剛剛提到，現在糖尿病共照網有他的必要性，我覺得糖尿病共照加不加入有很多其他的因素，有很多不加入的人他可能也不代表做不好，這是醫界教我們的，我們沒有加入不是我們不會做，是我們…很多原因。所以我的意思是說，如果糖尿病共照網的那些要求，是我們認為裝置這個血糖監測會成功的一個重要因素，我們應該列入適應症說你要申報這個必須同時要有譬如衛教多少、營養師的什麼樣的支付，用這個方式去取代加入糖尿病共照網，因為糖尿病病人不一定都加入糖尿病共照網，他收案的對象有限制，結果我們只把一些新增的支付標準，又放在原本已經有共照網體系的人，我覺得對其他病人是不公平。因為 200 萬的糖尿病病人可能不一定加入共照網，我不知道第一型有多少人，新的糖尿病又有多少人，可能不是那麼的多。所以我的建議是說，那些要件我都同意應該要有，因為那樣效果才會好，但是能不能把它放回申報的必要條件，而不是用糖尿病共照網，就把那些要件變成說…你申報本項的時候一定要有營養師的衛教那些項目，共照網裡面剛剛林醫師提到那個很棒的那些東西來配合，以取代用共照網這樣的名稱啦，這是我的建議，謝謝！

## 主席

好，謝謝，還有潘代表，然後謝代表。

## 潘代表延健

我想請教在 106 頁那個成本分析裡面，它大概、它的價格是 4,800，大概占最高的就是那個 Sensor 2,700，所以這個 Sensor 這樣看起來就是一次一個病人用一個，那但是從它的時間上面來看，因為它下面還有一個電腦的監測系統是 2,400 分鐘，大概就差不多

是 40 小時。所以這樣大概連續是五天左右。

第一個我要確認的是這個 Sensor 的價格，第二個就是說如果是連續性的五天這樣監測，因為是門診的病人他是帶回去的、勢必是讓病人帶回去，那這樣的連續的監測，是不是只有這個方法？因為現在、其實現在血糖其實很多個，很多種血糖機、多樣化，而且它可以連線的，是不是一定要用這個方法？第二個就是說如果是連續監測其實不是只有血糖而已，包括心電圖或者是、因為有些特定的病人他也要帶著儀器回去啊！所以在這一塊裡面支付其實也不是這個樣子算的，所以我想這一段是不是也能夠再釐清？那如果沒辦法再釐清，那是不是能夠完整以後我們也可以移到下一次再來討論？我是覺得這個還有一些疑點。

**主席**

好，請，謝代表。

**謝代表武吉**

我和潘代表兩個人看法是一樣，但是我是比較果斷一點。因為他這個下面的條件裡面大家是想說出很多的重點出來，還有一點大家沒有提到，需要他人協助治療，是誰來協助他們治療？這個條件應該要重新 MODIFY 一次，這樣才能夠符合我們的需求。

那還有另外一點，剛才我們那個復健科的我們兄弟、李醫師是要輔助壯大基層，基層的醫師能不能夠做呢？那到底這個要做連續血糖的監測的實際人數全國到目前為止有多少人呢？

那第二點就是在基層醫師能不能夠做到？第三個大家都很有注重偏鄉地區，偏鄉地區的意思就是，如果我們把這個支付範圍第三拿掉，還有支付範圍第二重新再整理過，這一個偏鄉地區的醫師是不是在偏鄉地區也就能夠做了、給他們更方便的醫療呢？我認為連續血糖監測的問題，它的條件和它的支付範圍再重新修正過才對，謝謝。

**主席**

謝謝，然後最後一位，林代表。

## 林代表淑霞

本人附議那個潘代表。我們看 106 頁，這整個成本分析，個人亦覺得可能還要再更審慎一點。譬如請問 Sensor 可不可以 reuse？假如可以 reuse，那是不是在這計算上要重新做調整，這是第一點。

第二點就是其實現在針對糖尿病的血糖監測，包括血壓、甚至 ASTHMA 等等現在已經有很多多元的工具可以運用、統稱 Telemedicine，就是遠距的醫療照護，是不是這些工具可以替代目前這個所謂的連續血糖的一個監測？同時建議在實證上以及成本運算可以再做一些評估。畢竟我們希望把總額的資源真的用在刀口上，另外如果從這個評估看下來要花掉的錢也不少，而且我覺得量可能還有低估，總之我個人建議這個案子我們稍微先 hold 住，那今天那個彰基的提案人、就像剛剛我們的何代表講也沒來，喔，有 ok！好，那是不是、我們看看是不是這個成本再重新再來好好算一下，另外還有那個條件、INDICATION 我覺得定義不夠清楚。

## 主席

好，林醫師，麻煩你。

## 林世鐸醫師(彰化基督教醫院)

我想先說明一下連續血糖監測就是持續測血糖，他一天可以測 288 個點的血糖值，那如果說要請病人自己測血糖也可以，那可能一天要測好幾百個點，或許可以抓得到因為第一型糖尿病病人他用胰島素治療的時候常常你沒辦法預測什麼時候會低血糖，所以你勢必要用一個連續性的東西才能夠預測到，所以他抓得到的原因是因為這樣子，那過去國外的研究告訴我們說你用連續血糖監測跟 SMBG 就是自我血糖監測比起來確實是連續血糖監測比 SMBG 好很多，這是有醫學證據的，所以他是沒辦法 SMBG 取代的，因為你要測很多次才能抓到，所以這是不可能的事情，那至於剛有些代表提到說糖尿病共照網才可以，共照網是指機構，跟糖尿病病人有沒有加入共

照網沒有關係的，因為這個機構有加入共照網他才有那個人力，所以說醫院能夠證明他那個人力有營養師有衛教師那這樣子是沒有問題的，如果診所所有辦法證明也可以，可是據我所知應該沒有加入共照網應該沒有人會去請一個營養師跟一個衛教師在那裡，所以當初才討論說用最簡單的篩選方式所以才列在那個地方。

那至於說剛提到上面的適應症「3. 常有嚴重低血糖，需他人協助治療」，我贊成說不要寫「常有」這樣 frequency 會有問題，應該寫「曾有」就可以，不過這樣又放寬了，就是「曾有嚴重低血糖」這樣就可以，那至於說他人是什麼人，他人很難講，有時候是家人、有時候是鄰居、有時候是什麼人都可以，醫護人員也可以，所以這樣子變成你要寫的定義就變得很廣泛，我們就用他人，這樣帶過比較簡單，就是不是他本身就可以處理來的，表示是相對嚴重。

至於說適應症「1. 血糖過度起伏。」我贊成應該是用一天要定義清楚，血糖一天內過度起伏，這樣就可以了。

## 主席

好，到這裡大家還有沒有意見？李代表，請。

## 李代表紹誠

因為剛才提到共同照護網，在我們基層來說就像剛才有的人提到他不見得要加入共同照護網才可以做好照顧，因為這邊也限於第一型糖尿病，我請問台灣現在符合這個收案條件的有多少？如果說今天你在醫學中心你可以做這個，但你出來開業變成不可以做或不能做，所以我覺得加入共同照護網是否真的一定要加入進去？我們基層現在在做糖尿病共同照計畫，營養師不用全職，他兼任也可以，所以我覺得只要有醫師願意去做，承擔這樣的責任或風險，我覺得都應該是鼓勵，以上。

## 林世鐸醫師(彰化基督教醫院)

台灣第一型糖尿病患者估計大概一萬人左右。有一些基層的診所也有加入照護網的方案，所以他人力是沒有問題的。但現在考量

說如果自己去外面開業，若有配合的營養師跟衛教師是沒有問題。但通常據我所知，會這樣做表示他有加入照護網才需要這樣的人力進來，不一定是 FULL-TIME 沒錯，也有 PART-TIME 沒錯。

**主席**

好，討論到這裡，何代表。

**何代表語**

請問一下，第 72 頁適應症有關下列任一條件者裡，我就寫每天血糖過度起伏、每天有嚴重低血糖，另外一個我不知道低血糖無感症跟有感症差別在那裡？

**林世鐸醫師(彰化基督教醫院)**

低血糖有感症會有症狀，如冒汗、手抖、全身無力這些。

**何代表語**

那我贊成這個案子通過，因為我認為這是新的技術，我們可以看它在對整個糖尿病患的幫助是否有很多的貢獻，我的感覺是這樣。

**主席**

好，其他代表？

**黃代表雪玲**

我有個問題沒有回答，我們醫師認為說執行一次以後，之後他血糖沒有改善還需要再做第二次嗎？我們是對這個有懷疑。

**林世鐸醫師(彰化基督教醫院)**

通常病人的問題不會這麼簡單，尤其他身體已經沒有胰島素，跟飲食運動還有藥物都會交錯影響，所以執行一次不成功當然得做第二次才能找出更詳細的問題，所以勢必是要做一兩次以上，所以我們這邊有限制說不能無限制的做，萬一要做兩次以上就必須要有原因。

**主席**

好，大家有沒有意見？

**王副秘書長秀貞(謝代表文輝代理人)**

主席，剛剛醫界好幾位代表，不論是那一層級的代表都有對於這樣的適應症跟使用提出很多問題，因為現況裡面對於血糖監測這件事其實工具有很多，它或許還有更先進，例如：振興醫院林代表有特別提出還有遠程監測的東西，那我們是不是一定要用這樣的方式才能有辦法做監測？我覺得這是我們值得考慮的。當然適應症剛剛申請單位的林醫師已有做說明，可是具體的文字我們還是希望要落入。但是我覺得從醫界代表的觀點看起來都會覺得現行在治療上面，這樣子的連續性血糖監測它並不是沒有其他更好的方式來處理，為何我們要花這樣子的費用去處理。而且從第一項到第六項為止，這項是費用最高的，雖然謝謝林醫師說明很多，但我們會覺得在必要性上面來看，它的取代性似乎有很多樣了，我個人比較建議再保留，謝謝。

**主席**

好謝謝，其他的代表，謝代表。

**謝代表武吉**

主席，剛才我們也請教過人數有多少，林醫師回覆全台灣有一萬人，健保署沒有回答是多少人，他反而比健保署清楚喔。

第二點，這裡面的支付規範問題有很多，我認為這案先暫時保留再處理。

**主席**

好，現在代表們對這項有疑義的也不少位，何代表是贊成通過，我們看看我們的共識是什麼，何代表，請。

**何代表語**

我跟醫界看法比較不一樣，醫界或許你們是內行的，可是我站

在工會界的立場我認為這連續血糖測試的技術，可以跟我們工會技術結合，因為我們現在都在開發在服裝上做科技的植入，我們已經做兩千多件交出來，包括量血壓、量血糖以及整個體溫，未來整個科技技術能夠導引。我不知道這血糖監測假使推動的話能否跟我們服裝技術連結，未來可能會變成醫療科技的產出。坦白講如果我是提案人，我發現他寫得太老實就被抓出很多毛病出來，所以我支持的理由是在這裡，因為一個新的技術進來，我們沒有做，怎知道這技術是先進的。若做一年後發現這技術並沒有對醫療進步貢獻，我們可以從 107 年開始停止掉，我的立場是這樣。

**主席**

謝謝。

**謝代表武吉**

為什麼我會提出，剛剛我在樓下開審查會議，因為支付規範如果不把它寫好，在以後就會發生審查、申復、爭議的事項，到底遇到爭議時衛福部又要怎處理？所以只有這個案子我提不同的意見，我是建議說暫保留，等支付標準適應症跟支付規範寫得更完整後再重新審查，才不會產生嚴重的誤差，這樣才是我們的重點。

**主席**

好，謝謝各位代表對這項表達非常多的意見，也針對不管是適應症或支付規範都有一些模糊空間需要大改善，我們本案就暫時先不通過，我們麻煩醫管組再洽提案單位，就適應症跟支付規範再詳細的寫，避免以後的爭議，必要時就提到臨時會再討論。提案單位是醫院，我們專家諮詢會議也有請學會一起來討論，可以請學會中立的協助看如何修改。

**主席**

下一案是「經導管心室中膈缺損修補」，這個大家有沒有意見？這個是我們張醫師要說明嗎？是王醫師。

## 王主科理事長(社團法人台灣兒童心臟學會)

因為這個心室中膈缺損是一種先天性心臟病，那少部分是心肌梗塞，那有這個洞對小孩來說影響很大，所以有的甚至會心衰、心臟擴大或是瓣膜逆流，那現在剛好就在幾年前有這種技術，而且有這種醫材來可以治療這種病，所以我們就提出這個建議，那事實上這個方面在國外已經很多報告是相當安全的，可以取代開刀，以上簡單報告。

### 主席

謝謝，那這個是我們王醫師、王理事長的說明，請問各位代表有沒有意見？

### 黃代表雪玲

我想要問一下這個 DRG 之後會歸在同一群嗎？那…

### 主席

現在是論量的項目，先不用談 DRG。第 7 項是不是大家沒有意見，沒有我們就通過。謝謝王理事長。第八項，A 型急性主動脈剝離術，這一項是我們張醫師吧是不是？還是張主任？兩位，張醫師，好。

## 張效煌醫師(台灣胸腔及心臟血管外科學會)

A 型主動脈急性剝離原本都是算一個緊急手術，也比較大，那過去來講，其實並沒有一個比較適合的給付申報的這個項目，所以因應我們現在國內平均開一個這個手術的時間，大概是平均 12 個小時，所以希望能夠提高有關於急性的所謂的 A 型主動脈剝離的手術給付，那後來經過計算以後，然後大概我們現在希望說能夠提高的支付列表是 86,451 點，那過去來講我們大概都是用所謂的比照的方法來申報，那這個比照的方法來申報，我們平均的申報的、我們講的項目大概可能就是也許在 6 萬多塊，甚至於說更低的話只有差不多 2 萬多塊、24,000 左右，所以的確是跟我們付出的心血跟勞

力都不成正比，所以這一次是利用署裡面的資料庫調出平均手術的這個時間，然後來做手術服務點值的這個修訂的建議，謝謝。

**主席**

好，謝謝。那張主任有沒有要再補充？

**張忠毅醫師(中華民國心臟學會)**

這個手術是心臟外科最不喜歡開的刀，那這個在高雄地區就曾經發生過這個病人轉好幾家醫院，因為這個都是急診手術，然後這個醫生不太愛開，所以這個就有時候會變成人球，所以在高雄這個…好像是高雄市衛生局也有向這個健保署提出，就是說希望這個方面要有所更改這個手術的費用的編排，那才配合到學會議題來提出來做這個建議修正案。

**主席**

好，謝謝。謝謝兩位張醫師，大家有沒有意見？好，兩位。

**干代表文男**

那個、請問一下這一型還有幾型？

**張忠毅醫師(中華民國心臟學會)**

因為這個 A 型主要就是侵犯到升主動脈跟主動脈弓，那根據國外的統計，從你發生以後每增加一小時的延緩開刀，手術死亡率就增加 1%。

**干代表文男**

有幾個型？

**張忠毅醫師(中華民國心臟學會)**

兩型。一般分成 A 型、B 型。B 型的話可以先採取這個所謂的內科治療，控制血壓。但是 A 型的，就建議一定要緊急手術。

**干代表文男**

就是在急診加成是 30%，那一般呢？11 是吧？

**張忠毅醫師(中華民國心臟學會)**

它在一般都是急診手術，那現在目前所有急診手術都是有 30% 的加成。

**干代表文男**

我是建議啦，這個也是差幾分鐘沒救就死了，過了，繼續。

**主席**

好，謝謝。好、來。

**滕代表西華**

因為、我對支付標準沒有意見，但是我是對適用其他方案再做請教。就是這邊有急診加成 30%，那我們的專款裡面有一個急診住院品質那個、專案加成，他可不可以同步使用？還是它是不行的？還是這兩個案子沒有關聯？指標上面他有沒有辦法再去申報我們那個急診的方案？

**主席**

這個是品質啊，怎麼會有關連？

**龐組長一鳴**

我簡單講一下，剛剛張醫師講那個高雄的事情，衛生局為了這個事情、高屏用醫療網，因為他要找到對的醫生去開這個刀，所以他為了這個手術，做了一個電腦系統要去管理，所以這個確實是成本很高，做起來很辛苦，然後致命性又很高的手術。

**主席**

好，謝謝。請何代表。

**何代表語**

因為他這裡總共列了 8 個被替代的支付代碼。我現在要請教的

就是說，你現在這一個手術是變成把這 8 個支付代碼全部整合在一起嗎？還是全部替代這些代碼？還是…那跟這些有什麼連結關係？為什麼有什麼被替代項目？

**主席**

好，我們請支付科說明。

**張技正淑雅**

支付科說明一下，現在的申報方式，就是用替代項①、②、③、④這 4 種類型在申報，那未來我們新增 A 型的主動脈剝離手術的話，那表列支付點數為 86,451 點，那一般材料費加計 11% 之後就完全取代掉這些、這 4 種的申報方式，以上說明。

**主席**

那那個財務評估的時候，已經扣掉這些了嗎？

**張技正淑雅**

已經完全取代掉了。

**主席**

好，謝謝。大家還有沒有其他問題？好、請張主任。

**張忠毅醫師(中華民國心臟學會)**

那個有關適應症的相關規範，因為這個不得同時申報 68015B，但是這個 68015 B 是所謂的主瓣膜修復，這個瓣膜修復，也可以在主動脈瓣、也可以在二尖瓣、也可以在三尖瓣，但是在這個手術裡面，他主要是規範你主動脈瓣，假如你用的時候就不得再申報了，所以我建議後面應該要在括弧一個主動脈瓣，因為這個、有時候這個手術，你可能除了做這個 A 型的…

**主席**

在哪裡括弧？

**張技正淑雅**

因為我們支付標準 68015B 沒有特別註明是哪一個瓣膜，所以張主任的意思是說我們括弧主動脈的那一個不得同時申報。

**張忠毅醫師(中華民國心臟學會)**

對，因為假如有時候手術你譬如說進去你也做了主動脈剝離、又做了二尖瓣、又做了三尖瓣，你就不能申報。那我是建議後面把他括弧主動脈瓣，就是說你假如手術去做那個主動脈瓣的修復你就不要申報。

**主席**

好，謝謝。那就這個照張主任的建議就做修正好不好，其他大家有沒有意見？如果沒有意見這個救人的就讓他過吧。沒意見嗎？

**謝代表武吉**

我有這個問題，現在已經六點半了。

**主席**

我們的代表、我們的代表代表不超過半數，開會可能無效論。第九案跟第十案，有啦 CDC 有來！還有醫檢學會、結核病的，是否第九跟第十把它處理完，另外跟張主任個剛剛提到的項目。

**謝代表武吉**

主席、主席，我還是建議清點人數。

**主席**

清點人數，好！現在應該是人數已經沒有過半了吧，但專家學會都來了，我們是否討論完他們的案子，他們的時間也很寶貴。

**林代表淑霞**

我們懇求一下，因為他們醫生真的時間很寶貴，來了我們就給他幫忙一下好不好。

**主席**

好、等一下。大家的時間都很寶貴，一樣啦！我們也很累了啦，說實在我們已經從兩點到現在也很累了，對啦！真的很辛苦、大家都很辛苦。

### 李代表紹誠

第十二案、如果讓他們十八案可以趕快先說明，我們大家可以決定就讓他先過了。

### 主席

大家都同意是不是，程序變更大家都同意是不是？

### 王代表榮濱

那個主席我有意見，那既然程序問題是這樣，那我們第九案為什麼不能討論？對不對。有列席，我自己本身提案的、我是全聯會的，那已經坐了四個半小時了，那你不討論你要給我個理由啊，對不對。

### 何代表語

一樣、文案裡面的一裡面寫到十項，那我建議這十項把它處理完，因為第十二項另外處理，那這樣才是完整的結束。

### 主席

好，那我們為了把握時間，就進到第九項，第九項是 TB 的分子診斷，這個醫檢學會來說明。

### 王代表榮濱

各位好，那個大家都很辛苦，等到現在。那個、現在科技日新月異，現在目前 TB 的那個 PCR、那個 12182C 這個，是在 1996 年的時候所建立的，那現在已經 2016 年了，現在有最新的那個 TB 的快速分身的檢驗方法，這個檢驗方法的話，最主要是快速、而且它需要的設備不用太多，然後對於那個模稜兩可或是那個、懷疑但是沒辦法立刻診斷的 TB 的患者，可以立刻當天就可以處理完了。那比照過去那一種方法，它是比較慢、準確度也夠，但是問題是說，

它要不好做的時候，大概要一個禮拜、蒐集一個禮拜才會有報告，上次我也解釋過了，所以今天這個就是說如果可以提早診斷出是 TB 的患者的話，至少你後面觀察期、那個住院各種的話，甚至不會產生就是說因為你放他出去造成群聚感染，所以這個問題的話我是覺得說，我們只是提供一個新的檢驗方法，那舊的方法我們並沒有把它取代掉，所以但是問題是說如果用你這個新的方法，我們在適應症上面有提到說，你如果用這個方法的話，你就不可以再申報另外那個 12182C 這些項目，所以說今天我們是提供、就是說最新的建議的方法，讓後面的預防跟治療能夠提早進行，那省下來的錢、以現在支出的錢會省下非常的多，謝謝。

**主席**

好，謝謝。那這項大家有沒有意見？來、請。

**謝代表武吉**

我這是百分之一萬的反對啦！為什麼反對，這是肺結核，肺結核是 CDC 的責任，為什麼什麼東西都是要由我們健保署來負擔呢？負擔這些費用，如果你這些錢是從肺結、CDC 那邊撥錢過來，我們贊成。都是由他們來撥錢過來，但是由我們健保署這邊來負擔，抱歉，我們辦不到。

**主席**

CDC 的同仁有在嗎？

**詹珮君簡任技正(疾病管制署)**

我是 CDC 詹醫師，疾管署其實已經行文回答了這個部分，不過病人的適用其實是在他還是 Community-acquired Pneumonia 的時候，也就是他是一般社區型肺炎的時候，其實沒有辦法在那個當下知道是不是 TB，所以疾管署沒有辦法用公務預算支應，謝謝。

**謝代表武吉**

所以這樣很明確嘛，不能夠、還是不能夠納入。

## 主席

好，我想這個、這個問題可能還要溝通蠻久，我建議我們是不是到這裡結束好了？張醫師。可是依照我們的順序，我們其實這個案子排在前面，還有我們 NS1，對。這個我覺得也是對不起，他們也都坐很久，而且大家也蠻累的啦，那我們今年還會有一個臨時會，基於公平起見，兩位張醫師、張主任，真抱歉你們坐這麼久，可以嗎？

## 何代表語

我同意這個案子暫時擱置於下一次臨時會討論，但是我希望這個結核病弄清楚，因為我 20 歲左右被一家醫院診斷是結核病，而且拿了一個月的藥，那我吃了一個禮拜，發現怎麼不是這樣子，我再跑去結核病防治中心，那結核病防治中心幫我檢驗以後，後來才說沒有啊！你沒有結核病，所以我被那家醫院坑了，我 20 幾歲的時候，錢賺得不多，就被他坑了一大筆錢走，那我對於這個結核病我要弄清楚這些，那希望你提供更多的資料，下一次臨時會再來討論，我贊成這個暫時擱置。

## 主席

基於公平起見，只好在這裡先結束，那我們真的對張主任跟張醫師非常的抱歉，那下一次臨時會你們還是得再來一次，下一次一定要排在前面。

## 李代表紹誠

下一次排的時候建議同一個科系的擺在一起，像前面有的又跑到後面，然後這樣。

## 主席

好，不過今天真的太晚了，而且代表也變少了，所以我想這個文就到這裡告一個段落。謝謝 CDC 的同仁、謝謝兩位張醫師還有我們所有的代表的參加，大家都撐到這裡，非常感謝，謝謝大家。