

「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」

110 年第 4 次會議紀錄

時間：110 年 12 月 9 日（星期四）下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：李署長伯璋

紀錄：廖韻慈

李代表偉強	李麗娟(代)	蘇代表守毅	蘇守毅
黃代表雪玲	黃雪玲	吳代表國治	吳國治
林代表富滿	林富滿	李代表飛鵬	李飛鵬
游代表進邦	游進邦	徐代表邦賢	徐邦賢
李代表佳珂	李佳珂	謝代表偉明	謝偉明
陳代表志忠	陳志忠	林代表綉珠	林綉珠
劉代表碧珠	劉碧珠	李代表懿軒	李懿軒
嚴代表玉華	嚴玉華	朱代表世瑋	朱世瑋
周代表國旭	周國旭	林代表鳳珠	李承光(代)
謝代表景祥	謝景祥	林代表桂美	林桂美
朱代表文洋	朱文洋	杜代表俊元	(請假)
朱代表益宏	王斯弘(代)	梁代表淑政	梁淑政
李代表紹誠	李紹誠	何代表語	何語
林代表恒立	林恒立	葉代表宗義	葉宗義
王代表宏育	林誓揚(代)	劉代表國隆	劉國隆
黃代表振國	黃振國	陳代表莉茵	陳莉茵
賴代表俊良	賴俊良	江代表銘基	江銘基
洪代表德仁	洪德仁	陳代表志鴻	(請假)
吳代表清源	吳清源		

列席單位及人員：

衛生福利部全民健康保險會	邱臻麗、馬文娟、陳淑美
衛生福利部社會保險司	陳淑華、周雯雯、白其怡
中華民國醫師公會全國聯合會	陳哲維
台灣醫院協會	林佩菽、吳心華、顏正婷、 周貝珊、許雅琪
中華民國中醫師公會全國聯合會	王逸年
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
中華民國牙醫師公會全國聯合會	潘佩筠
台灣周產期醫學會	黃建霈
台灣婦產科醫學會	黃建霈
台灣胸腔暨重症加護醫學會	郭耀文
台灣血管外科學會	許喬博、林佳勳
中華民國放射線醫學會	陳榮邦、姚敏思
臺灣兒科醫學會	陳慧玲
台灣急診醫學會	王斯弘、張玉芬
中華民國眼科醫學會	陳建同、吳孟憲
台灣眼科學教授學術醫學會	王一中
台灣腎臟醫學會	張孟源
社團法人中華民國糖尿病學會	李亭儀、張恬君
社團法人中華民國糖尿病衛教學會	李淳權
衛生福利部長照顧司	余依靜、王銀漣
本署副署長室	蔡淑鈴
本署臺北業務組	葉惠珠、林毓芬、陳瑩、 鄭佩甄、謝京辰、王文君、 李盈蓁、莊淑如、侯佩辰
本署北區業務組	利雅萍
本署中區業務組	林昱
本署企劃組	廖哲慧、林佩萱
本署醫審及藥材組	張淑雅

本署醫務管理組

張禹斌、黃兆杰、游慧真、  
韓佩軒、張作貞、呂姿擘、  
陳依婕、許博淇、王智廣、  
黃奕瑄、蔡金玲、宋宛蓁、  
蔡孟芸、陳玫吟、吳亮穎、  
劉志鴻、阮柏叡、蔡孟臻、  
鄭碧恩、蔡松蒲、周筱妘、  
蔡孟好、張艾琪、宋思嫻

一、主席致詞：略。

二、報告事項：

(一) 訂定 111 年召開全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議時程案。

決定：有關與會代表反映 111 年第 3 次會議適逢中秋節連假前 1 日，建議本署調整該次會議召開時間或提供視訊會議，本署將優先調整召開時間，如無法調整則該次會議另提供視訊會議方式供代表出席。

備註：經會後調整，111 年會議召開時程如下表，請代表預留時間與會。

會議名稱	第 1 次	第 2 次	第 3 次	第 4 次	臨時會
會議日期	111.3.10 (星期四)	111.6.9 (星期四)	111.9.1 (星期四)	111.12.22 (星期四)	視必要 再預約日期

(二) 有關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部分及牙醫門診總額 3 項專款計畫案 (詳附件 1, P10-P50)。

決定：同意修訂重點如下：

1. 支付標準：

- (1) 新增「高風險疾病患者牙結石清除-全口」(700點)及「高齲齒率患者氟化物治療」(500點)2項診療項目，另刪除「高風險疾病患者牙結石清除-全口」支付規範1.(2)血液透析及腹膜透析患者(洗腎)之(洗腎)文字。
- (2) 符合牙醫門診加強感染管制實施方案之「山地離島地區」牙科門診診察費，增列「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」(下稱牙不足方案)巡迴案件可申報。
- (3) 通則八「醫院夜間急診案件」特定處置費增列「職災代辦案件」亦得加計50%。
- (4) 修訂91001C「牙周病緊急處置」中英文名稱及第五章「牙周病統合治療方案」通則二，醫師資格由「違約記點、扣減費用或停約以上處分」改為「醫師非二年內經保險人停、終約之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人」。
- (5) 配合新增「高風險疾病患者牙結石清除-全口」，於「91001C 牙周病緊急處置」等12項支付規範增列九十天內不得再申報前揭項目之規定。

## 2. 修訂111年牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

- (1) 新增「先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務」之醫院及醫師資格申請程序。
- (2) 院所及醫師資格比照牙不足方案修訂為「醫師非二年內經保險人停、終約之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人」。
- (3) 增列「0歲至6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫」及本案之「牙醫門診總額12歲至18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」不得同時併報。

## 3. 修訂111年牙醫門診總額0歲至6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫

(1)牙醫師資格比照牙不足方案修訂為「醫師非二年內經保險人停、終約之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人」。

(2)符合退場條件之醫師，兩年內不得再收新案，已收之個案仍需依計畫內容完成相關診療項目，且醫師於退場後完成之個案不納入品質獎勵費用計算；另退場條件修改為「申報複診治療次數達3次之個案數比率<33.33%」。

4. 新增111年度全民健康保險牙醫門診總額12歲至18歲青少年口腔提升照護試辦計畫。

(三)修訂中醫支付標準通則及中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫案（詳附件 2，P51-P60）。

決定：洽悉，同意修訂重點如下：

1. 中醫支付標準通則五專任醫師申報針灸、傷科及針灸合併傷科合理量文字，由現行「個別專任醫師」或「每位專任醫師」改為「平均每位專任醫師」，並調升平均每位專任醫師每月看診日申報量上限，由45人次調升為60人次。
2. 中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫結案條件之「未連續照護」定義，「後次就醫給藥首日減前次就醫給藥末日」由21天修訂為28天。

(四)新增修訂轉診支付標準之同體系院所名單案（詳附件 3，P61-P71）。

決定：洽悉，同意修訂重點如下：

1. 蕭中正體系新增「泰安醫院附設溫馨居家護理所」、大千體系新增「大川診所」、榮總體系新增「清華大學附設診所(委託台北榮民總醫院新竹分院經營)」，另新增「醫療財團法人臺灣區煤礦業基金會臺灣礦工醫院」及「醫療財團法人臺灣區煤礦業基金會礦工基隆診所」為礦工體系。
2. 刪除臺北市立聯合醫院附設萬華中醫門診部等9家歇業機構；變更壠新醫院等11家機構名稱或代號。

3. 另有關與會代表表示陽光精神科醫院已無委託中國醫經營，是否仍符合中國醫體系院所，將請本署中區業務組確認後再提會報告。

(五) 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準年齡計算方式文字增修案（詳附件 4，P72-P207）。

決定：洽悉，同意修訂重點如下：

1. 第一部總則：增列「有關年齡之認定，除本標準各部章節另有規定外，涉及年齡加成者，門診採就醫年月日、住院採診療項目實際執行年月日，減出生年月日計算；其餘年齡限制，採診療項目實際執行年月日減出生年月日計算，若無填報診療項目實際執行日期，則以就醫日期或入院日期認定」。
2. 第七部第二章Tw-DRGs分類架構及原則：年齡認定回歸第一部總則。
3. 支付標準各章節之年齡限制用詞定義，除原已敘明年齡認定方式者外，其餘統一文字如下，並以文字呈現：
  - (1) ○歲以上（意指包含○歲）。
  - (2) 未滿○歲（意旨不包含○歲）。
4. 按「公文書橫式書寫數字使用原則」調整文字呈現方式。

(六) 修訂「全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案」之全程產檢及早產定義案。

決定：台灣周產期醫學會及台灣婦產科醫學會與會代表表示，本案「全程產檢」修訂內容尚待內部重新討論，爰先撤案。

### 三、討論事項：

(一) 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增修訂「開放性股-股動脈或股-臍動脈或腋-股動脈繞道手術」等診療項目案，提請討論（詳附件 5，P208-P215）。

決議：

1. 同意新增「開放性股-股動脈或股-臍動脈或腋-股動脈繞道手

術」(支付點數34,908點)、「開放性膝下動脈繞道手術-一條血管/兩條血管」(支付點數42,819點、支付點數52,534點)、「高解析直肛壓力測定術」(支付點數10,433點)、「環甲膜穿刺術/切開術」(支付點數4,331點)、「俯臥通氣治療-每療程」(支付點數5,114點)、「診斷性乳房攝影」(支付點數1,374點)等7項診療項目。

2. 同意修訂編號09139C「醣化白蛋白(GA)」等13項診療項目之英文名稱及支付規範文字，其中編號10810B「安非他命檢測(免疫分析)」等5項診療項目，考量現行限制精神科教學醫院申報不符臨床實務，且急診可能有不同科醫師支援，爰刪除本項限制，亦不限定申報醫師之專科別，後續本署將觀察其申報量，如有大幅成長，再重新提會討論。

(二)有關修訂「白內障手術個案須送事前審查相關規定」案，提請討論(詳附件6，P216-P218)。

決議：同意甲案，重點如下：

1. 將執行醫事人員代號列為申報之必填欄位，且由實際負責執行白內障手術醫師申報，訂定白內障手術適應症，並以白內障手術事前登錄作業及事後審查等管理措施取代事前審查，續由眼科相關學會及總額部門受託單位共同研議費用管控及事後審查措施。
2. 調整支付標準規範：
  - (1)同意刪除支付標準第一部總則十「每月門、住診白內障手術加總超過40例之醫師需送事前審查」。
  - (2)修訂「55歲以下」為「未滿55歲」施行白內障手術之個案，需事前審查。
  - (3)第二部第二章第七節第十七項視器六、水晶體通則增列「每月門、住診白內障手術(含86006C、86007C、86008C、86011C、86012C，以及97605K、97606A、97607B、97608C所內含前揭項目)加總超過四十例之醫

師，自事實發生之當月起算，第四十一例以上須於申報費用前，至VPN「白內障個案登錄系統」登錄，取得「登錄完成序號」，並於申報時填列此序號後，方得支付。

(三) 新增「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」案（詳附件7，P219-P243）。

決議：同意新增，重點如下：

1. 糖尿病（DM）合併初期慢性腎臟病（CKD）：

(1) 收案條件：於同院所同時由DM及CKD方案收案之病人，應於病人同一次就診中，完成DM及CKD追蹤管理照護。

(2) 追蹤管理照護費訂為400點、年度評估為800點、轉診照護獎勵費為200點。

(3) 訂有9項品質指標：

A. 良 / 不良率：以病人當年度最後一次檢驗檢查值計算。

a. UACR： $<30\text{mg/gm}$ 為良、 $>300\text{mg/gm}$ 為不良。

b. HbA1c： $<7.0\%$ （80歲以上病人HbA1c $<8.0\%$ ）為良、 $>9.0\%$ 為不良。

c. LDL： $<100\text{mg/dL}$ 為良、 $>130\text{mg/dL}$ 為不良。

B. 進步率：以當年度該院所照護之個案數為分母；另以病人當年度最後一次及前一年度最後一次之檢驗檢查值相比，UACR、HbA1c進步比率達5%以上或LDL進步比率達10%以上者，列為當年度進步率指標之分子。

(4) 品質獎勵費以「院所」為獎勵單位，且獎勵費應有部分分配予參與方案之醫師及個案管理師等照護團隊人員。

2. DM方案：良 / 不良率指標定義由「病人當年度檢驗檢查之『良 / 不良次數比率』」修訂為「病人當年度最後一次檢驗值」計算，並增訂進步率指標。

### 3. CKD 方案：

(1) 評量病人當年度檢驗值是否進步之基準，由「與新收案時之檢驗值比較」修訂為「與前一年度最後一次檢驗值比較」。

(2) 修訂慢性腎臟病照護訓練課程應包含「Early CKD 核心課程及衛教課程，線上或實體均可」；另新增「參與醫師除腎臟、心臟、新陳代謝專科醫師外，其他專科醫師每年『得』接受繼續教育課程2小時」之規範。

(四) 全民健康保險居家醫療照護整合計畫之針灸治療處置費不列合理量計算案（詳附件 8，P244-P274）。

決議：同意於本計畫十一、醫療費用申報、支付及審查原則  
(五) 給付項目及支付標準之各照護階段之給付項目及支付標準原則，增列備註第 2 點：本計畫中醫師針灸治療處置費不列入門診合理量計算。

(五) 有關全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第三章安寧居家療護通則新增「機構」定義再提會案，提請討論（詳附件 9，P275-P280）。

決議：

1. 同意於安寧居家療護通則增列機構定義，包含「護理機構分類設置標準」、「老人福利機構設置標準」及「身心障礙福利機構設施及人員配置標準」等法規命令設置立案之老人安養、養護機構、護理之家、身心障礙福利機構之住宿機構，並納入「長期照顧服務機構設立標準」之住宿式長照機構及「國軍退除役官兵輔導委員會各榮譽國民之家組織準則」之榮譽國民之家。
2. 本署將續請衛生福利部長期照顧司研議完善長照機構之安寧居家療護配套措施，包含修正「減少照護機構住民至醫療機構就醫方案」及落實「住宿式長期照顧機構評鑑基準」相關規範。

四、臨時提案：無。

五、散會：下午 4 時 45 分

## 第三部 牙醫

通則：

- 一、醫事服務機構實施牙科診療項目，除本部所表列外，得適用本標準其他章節之項目。
- 二、牙科治療項目應依循「牙醫門診總額支付制度臨床治療指引」施行。
- 三、牙科門診分科醫師親自執行轉診個案醫療服務，應依「全民健康保險轉診實施辦法」規定辦理，符合下列規定者，得申報百分之三十加成費用。
  - (一)醫師資格：符合下列任一資格者得檢附相關資料，提供牙醫總額受託單位彙整後，送保險人分區業務組核定，已核定者次年如繼續符合資格，得繼續沿用：
    1. 具主管機關發給之專科證書或牙髓病科、牙周病科、兒童牙科及牙體復形各分科學會相關專科證明之醫師。
    2. 全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫執行院所之醫師，其轉診範圍限(二)之第 7 項範圍。
    3. 以醫師為單位，前一年度申報轉診範圍各科別醫令費用在十五百分位數(含)以上者，其科別點數或件數占總申報點數或件數百分之六十(含)以上者(牙體復形除外)。本項名單每年依附表 3.3.4 產製。
  - (二)轉診範圍，限於下列之科別與診療項目：
    1. 牙髓病科：本標準第三章第二節根管治療(除 90004C、90006C、90007C、90088C 外)，及 91009B、92030C~92033C。
    2. 牙周病科：本標準第三章第三節牙周病學(除 91001C、91003C、91004C、91088C 外)，及 92030C~92033C、91021C~91023C。
    3. 口腔顎面外科：本標準第三章第四節口腔顎面外科(除 92001C、92013C、92088C 外)。
    4. 牙體復形科：本標準第三章第一節牙體復形(除 89006C、89088C 外)。
    5. 口腔病理科：92049B、92065B、92073C、92090C、92091C、92095C。
    6. 兒童牙科：十二歲以下執行上述醫令項。
    7. 符合全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫之適用對象，計畫醫師於院所執行轉診醫療則不限科別得轉診加成。
  - (三)轉診單開立後三個月內應至接受轉診之醫療院所就診，否則無效。
- 四、「四歲以下嬰幼兒齲齒防治服務」(就醫年月減出生年月等於或小於四十八個月)之處置費(第一章門診診察費除外)加成百分之三十，若同時符合轉診加成者，合計加成百分之六十。
- 五、「高齡患者根管治療難症處理」：治療七十歲以上(以就醫日期認定)病人申報第三章第二節根管治療之90001C-90003C、90019C、90020C、90015C、90091C-90098C處置治療項目，得加計百分之三十，若同時符合轉診加成者，合計加計百分之六十。

- 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。
- 七、牙周炎病人收取自費規範：
- (一)牙周炎病人治療過程中，醫師若因病人病情特殊需要，應向其詳述理由，經病人同意並簽署自費同意書後，除下列項目及本法第五十一條所定不列入本保險給付範圍項目外，不得再自立名目向病人收取自費；本項自費項目之收費標準，應報請地方主管機關核定：
1. 牙周抗生素凝膠、牙周消炎凝膠(激進型牙周病患者及頑固型牙周病患者適用)。
  2. 因美容目的而作的牙周整形手術。
  3. 牙周組織引導再生手術(含骨粉、再生膜)。
  4. 牙周去敏感治療(排除頭頸部腫瘤電療後病人)。
- (二)違反前項規定者，依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第十三條規定辦理外，並自保險人分區業務組通知日之次月起一年內，不得再申報本部第五章「牙周病統合治療方案」相關費用。
- 八、地區醫院、區域醫院、醫學中心於夜間(晚上九時至隔日早上九時)限牙醫師申報牙醫急診及職災代辦案件(案件分類為12及B6)之本部第三章第四節口腔顎面外科(92004C、92007B、92008B、92010B、92011B、92014C、92015C、92016C、92020B、92025B、92026B、92037B、92038B、92039B、92040B、92044B、92059C、92064C、92065B、92093B、92096C)及第二部第二章第六節治療處置臉部創傷處理(48022C、48023C、48024C)之處置費，加計百分之五十。若經西醫急診照會牙科，由牙醫師申報上述醫令項目亦加計百分之五十，費用由牙醫門診總額支應。
- 九、離島地區牙醫基層診所週六、週日及國定假日之牙醫門診案件，申報本部第一章之山地離島地區門診診察費，得加計百分之二十。

# 第一章 門診診察費

## 第二節 符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費

通則：

- 一、申報本節各項門診診察費者，不得同時申報本章第一節「一般牙科門診診察費」，惟00304C除外。
- 二、牙醫特約醫事服務機構須依「牙醫門診加強感染管制實施方案」申報本節各項目。
- 三、初次申報本節各項目時，須檢附「牙醫院所感染管制SOP作業考評表」備查。

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
	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費					
	1. 每位醫師每日門診量在二十人次以下部份 (≤20)					
00305C	— 處方交付特約藥局調劑	V	V	V	V	355
00306C	— 未開處方或處方由本院所自行調劑	V	V	V	V	355
	2. 每位醫師每日門診量超過二十人次部分 (>20)					
00307C	— 處方交付特約藥局調劑	V	V	V	V	155
00308C	— 未開處方或處方由本院所自行調劑	V	V	V	V	155
	3. 山地離島地區 (包含「 <a href="#">全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案</a> 」 <a href="#">山地離島地區之門診及巡迴案件</a> )					
00309C	— 處方交付特約藥局調劑	V	V	V	V	385
00310C	— 未開處方或處方由本院所自行調劑	V	V	V	V	385
	註：					
	1. 處方交付特約藥局調劑或未開處方者，不得申報藥事服務費。					
	2. 處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。					
	3. 偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑。					
	4. 本項支付點數含護理費 32-43 點。					

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

#### 第三節 牙周病學 Periodontics (91001~91020, 91088-91090, 91104, 91114, ~~91089~~)

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	<p>牙周<del>病</del>緊急處置 Management of periodontal <del>disease</del> emergencies</p> <p>註： 1. 每月限申報二次，同一象限不得重複申報。 2. 申報費用以次為單位。 3. 不得與91003C、91004C、91005C、91017C、91103C、91104C、91019C、91089C或<u>91090C</u>同時申報。 4. 此項不得申請轉診加成。</p>	V	V	V	V	150
<u>91090C</u>	<p><u>高風險疾病患者牙結石清除-全口</u> <u>Full mouth scaling for patients at high risk for dental diseases</u></p> <p>註： <u>1. 適用高風險疾病患者之牙醫醫療服務申報，每九十天限申報一次。</u> <u>高風險疾病患者包含：</u> <u>(1)腦血管疾病患者</u> <u>(2)血液透析及腹膜透析患者</u> <u>(3)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物患者。</u> <u>(4)惡性腫瘤患者。</u> <u>(5)不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之肢體障礙、慢性精神病患者或重要器官失去功能者。</u> <u>2. 費用包含牙菌斑偵測及去除維護教導。申報本項後九十天內不得再申報91003C~91005C、91017C、91089C、91103C及91104C。</u></p>	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>700</u>

配合新增91090C項目，同步修訂相關支付表備註

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
91003C	牙結石清除 Scaling — 局部 Localized	v	v	v	v	150
91004C	— 全口 Full mouth	v	v	v	v	600
	註： 1. 限有治療需要之病人每半年最多申報一次。 2. 半年內全口分次執行之局部結石清除，均視為同一療程，其診察費僅給付一次。同療程時間內若另申報全口牙結石清除術，則刪除同療程內已申報之局部牙結石清除費用。(同象限不得重覆申報) 3. 牙結石清除須作潔牙說明，其後作刷牙復習。 4. 91003C需依四象限申報。 5. 未滿十二歲兒童(「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象除外)非全口性牙周病者不得申報全口牙結石清除，病歷上應詳實記載備查;申報91003C或91004C需附相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)或X光片以為審核。 6. 本項不得申請轉診加成。 7. 申報本項後九十天內不得再申報91005C、91017C、91089C、 <a href="#">91090C</a> 、91103C及91104C。					
91103C	特殊狀況牙結石清除 Scaling for patients with special needs -局部 Localized	v	v	v	v	150
91104C	-全口 Full mouth	v	v	v	v	600
	註： 1. 適用於「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、放射線治療病人之牙醫醫療服務申報。 2. 限有治療需要之病人每九十天最多申報一次。 3. 重度以上病人每六十天得申報一次。 4. 九十天內(重度以上六十天內)全口分次執行之局部結石清除，均視為同一療程，其診察費僅給付一次。同療程時間內若另申報全口牙結石清除術，則刪除同療程內已申報之局部牙結石清除費用(同象限不得重覆申報)。 5. 申報本項後九十天內(重度以上六十天內)不得再申報91003C、91004C、91005C、91017C、 <del>及</del> <a href="#">91089C</a> <a href="#">及</a> <a href="#">91090C</a> 。					

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
91005C	口乾症牙結石清除-全口 Full mouth scaling for xerostomia patients 註： 1. 適用口乾症病人之牙醫醫療服務申報。 2. 限有治療需要之病人每九十天最多申報一次。 3. 申報本項後九十天內不得再申報91003C、91004C、91017C、91089C、 <a href="#">91090C</a> 、91103C及91104C。	V	V	V	V	600
91015C 91016C	特定牙周保存治療 Comprehensive periodontal treatment for patients with special needs -全口總齒數九~十五顆 9<= no. of teeth<=15 -全口總齒數四~八顆 4<= no. of teeth<=8 註： 1. 限總齒數至少四顆且未達十六顆之患者申報。 2. 申報費用時，需附一年內牙菌斑控制紀錄及囊袋深度紀錄（其中全口總齒數九~十五顆者，至少四顆牙齒有測量部位囊袋深度超過5mm(含)以上；全口總齒數四~八顆者，至少二顆牙齒有測量部位囊袋深度超過5mm(含)以上。）及治療前全口X光片（須符合患者口腔現況，X光片費用另計，環口全景X光片費用不另計）以為審核。 3. 本項主要執行牙周檢查、牙菌斑控制紀錄及去除指導，並視患者病情提供全口牙結石清除、齒齦下刮除或牙根整平之治療。 4. 每九十天限申報一次。 5. 申報91006C~91008C半年內不得申報本項目。另申報此項九十天內不得再申報91003C~91004C、91005C、91006C~91008C、91017C、91089C、 <a href="#">91090C</a> 、91103C、91104C。	V V	V V	V V	V V	2000 1000
91017C	懷孕婦女牙結石清除-全口 Full mouth scaling for pregnant women 註： 1. 適用懷孕婦女牙醫醫療服務並於當次病歷記載，懷孕期間每九十天限申報一次。 2. 費用包括牙結石清除、牙菌斑偵測、去除維護教導及新生兒口腔照護及衛教指導。 3. 申報本項後九十天內不得再申報91003C~91004C、91005C、91089C、 <a href="#">91090C</a> 、91103C、91104C。	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
91018C	<p>牙周病支持性治療</p> <p>Supportive periodontal treatment</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 限經「牙周病統合治療方案」核備之醫師，執行院所內已完成第三階段91023C患者之牙醫醫療服務，且需與第二階段91022C間隔九十天。</li> <li>2. 申報費用時，需附一年內牙菌斑控制紀錄及囊袋深度紀錄以為審核（其中至少一顆牙齒有測量部位囊袋深度超過5mm(含)以上）。</li> <li>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。</li> <li>4. 每九十天限申報一次。</li> <li>5. 申報91006C~91008C半年內不得申報本項目。另申報此項九十天內不得再申報91003C~91004C、91005C、91006C~91008C、91015C~91016C、91017C、91089C、<a href="#">91090C</a>、91103C、91104C。</li> </ol>	v	v	v	v	1000
91019C	<p>懷孕婦女牙周緊急處置</p> <p>Management of periodontal disease emergencies for pregnant women</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 限懷孕婦女之患者申報。</li> <li>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。</li> <li>3. 不得與91001C、91003C、91004C、91005C、91089C、<a href="#">91090C</a>、91017C、91103C或91104C同時申報。</li> </ol>	v	v	v	v	500
91089C	<p>糖尿病患者牙結石清除-全口</p> <p>Full mouth scaling for patients with diabetes mellitus</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 適用糖尿病患者之牙醫醫療服務申報，每九十天限申報一次。</li> <li>2. 費用包含牙菌斑偵測及去除維護教導。申報本項後九十天內不得再申報91003C~91005C、91017C、<a href="#">91090C</a>、91103C及91104C。</li> </ol>	v	v	v	v	700

第四節 口腔顎面外科 Oral Surgery (92001~92073, 92088-92100, 92129-92130, 92161, [P7301](#))

[第四項 高齲齒率患者氟化物治療](#)

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="#">P7301C</a>	<p><a href="#">高齲齒率患者氟化物治療</a>  <a href="#">Topical fluoride application for high caries risk patients</a>            註：            1. <a href="#">限同院所已申報過89013C或89113C患者之牙醫醫療服務申報，九十天可申報一次。</a>            2. <a href="#">本項主要實施高齲齒率患者氟化物治療，並提供衛教資訊並簽名確認，且應隨病歷留存，以供審查。</a>            3. <a href="#">含材料費。</a>            4. <a href="#">申報本項後九十天內不得再申報92051B、92072C及P30002。</a></p>	<a href="#">Y</a>	<a href="#">Y</a>	<a href="#">Y</a>	<a href="#">Y</a>	<a href="#">500</a>

## 第五章 牙周病統合治療方案

通則：

- 一、適用治療對象：為全口牙周炎患者，總齒數至少十六齒（專業認定需拔除者不列入總齒數計算），六(含)顆牙齒以上牙周囊袋深度 $\geq 5\text{mm}$ 。
- 二、牙醫師申請資格、申請程序及審查程序：
  - (一)一般醫師須接受四學分以上牙周病統合治療方案相關之教育訓練（一學分行政課程；三學分專業課程）。
  - (二)臺灣牙周病醫學會與台灣牙周補綴醫學會專科醫師、一般會員均須接受一學分以上牙周病統合治療方案相關之行政部分教育訓練。
  - (三)醫師~~二年內不得有視同保險醫事服務機構違約記點（屬全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十六條第二款者不在此限）或扣減費用、六年內不得有視同保險醫事服務機構停止特約以上之處分~~非二年內經保險人停、終約之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述違規期間之認定，~~屬違約記點或扣減費用者以保險人第一次發函日起算，屬停止特約者~~以保險人第一次發函所載停、終約日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者）。
  - (四)醫師當年合計治療個案數，由保險人於次年八月依病人歸戶統計，經歸戶並排除治療個案數五件以下者，若當年申報 91023C 個案數比率 $< 33.33\%$ 者（限同院所，不限同醫師完成），自保險人文到日次年一月起，兩年內不得申報本章診療項目，屆滿須再接受相關教育訓練後，始得提出申請。
  - (五)特約醫療院所應檢附教育訓練學分證明等相關資料，於每月五日前將申請書及有關資料以掛號郵寄至中華民國牙醫師公會全國聯合會（以下稱牙醫全聯會），牙醫全聯會審查後，於每月二十日前將名單函送所轄保險人分區業務組核定，並由所轄保險人分區業務組行文通知相關院所，並副知牙醫全聯會；申請者得於核定之起迄期間執行本方案服務。
- 三、支付規範：
  - (一)本方案診療項目限經保險人分區業務組核定之醫師申報。
  - (二)若病人曾於最近一年內，在同一特約醫療院所施行並申報 91006C 或 91007C 三次者，不得申報本方案中所列診療項目。
  - (三)執行本方案須至健保資訊網服務系統(VPN)進行牙周病統合治療方案登錄及查詢該病人是否曾接受牙周病統合治療，如一年內未曾收案（以執行 91021C 起算），始得收案執行，未登錄不得申報本方案所列診療項目。VPN 登錄後於次月二十日(含)前，未申報牙周病統合治療第一階段支付(91021C)者，系統將自動刪除 VPN 登錄資料，如欲執行須重新登錄收案。
  - (四) 91021C~91023C 治療期間內，或自申報 91021C 起一百八十天內且未完成執行本方案三階段者，不得申報本部第三章第三節牙周病學診療項目(除 91001C、91013C、91019C、91088C 外)。
  - (五)院所申報 91022C 起，一年內不得申報 91006C 至 91008C 之診療項目服務費用。
  - (六)每一個案一年內僅能執行一次牙周病統合治療（以執行 91021C 起算）。
  - (七)本方案屬同一療程分三階段支付，其療程最長為一百八十天，療程中 91021C 至 91023C 各項目僅能申報一次，另申報 91022C 治療日起九十天內，依病情需要施行之牙結石清除治療，不得另行申報 91003C、91004C。
  - (八)X光片費用另計，治療期間內限申報一次全口 X 光檢查（限申報 34001C 及 34002C）。

#### 四、相關規範：

##### (一) 醫療服務管控實務如下：

##### 1. 醫管措施

- (1) 執行本方案之醫師每月申報件數以不超過二十件為原則（以 91022C 列計），醫師支援不同院所應合併計算。申報件數超過時，應以立意審查，以確保醫療品質。
  - (2) 符合下列條件者，得提出申請增加每月申報件數，經保險人核定後，始得增加申報件數。
    - A. 專科醫師（臺灣牙周病醫學會或台灣牙周補綴醫學會），或有教學計畫（教學醫院、畢業後一般醫學訓練《post-graduated year, PGY》院所），得提出申請，經保險人核定後，每月 91022C 申報件數不限，隨一般案件抽審。
    - B. 有醫療需求者，於最近兩個月內每月完成 91023C 申報件數達十件以上，得提出申請，經保險人核定後得增加為 91022C 每月三十件（如當年三月提出申請，則以當年一月、二月申報 91023C 之件數核定）。申報件數超過核定數時，採立意審查。
  - (3) 專科醫師、有教學計畫或另有醫療需求者，請於每月五日前將申請表及相關資料以掛號郵寄牙醫全聯會，牙醫全聯會初審後，於每月二十日前將名單函送所轄保險人分區業務組核定，並由保險人分區業務組函復申請醫師，並副知牙醫師全聯會。
- (二) 參加本方案之院所，應提供院所及機構之電話、地址等資訊，置放於保險人全球資訊網網站 (<http://www.nhi.gov.tw>) 及牙醫全聯會網站 (<http://www.cda.org.tw>)，俾利民眾查詢就醫。

# 1101 全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫（草案）

## 一、依據

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

## 二、目的

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

## 三、實施期間

1101 年 1 月 1 日至 1101 年 12 月 31 日止。

## 四、年度執行目標

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

## 五、預算來源

本計畫全年經費為 7.221 億元，其中：

(一)6.721 億元由 111 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「牙醫特殊醫療服務計畫」專款項目下支應；及當年度該另 0.5 億元由牙醫門診總額地區預算調整方式之移撥款支應。

(二)本預算按季均分及結算，當季預算若有結餘，則流用至下季。全年預算若有結餘，屬前述移撥款費用，依當年度移撥款之處理方式辦理。

## 六、先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：

(一)適用範圍及支付標準詳如【附件 1】，除【附件 1】所列項目外，其餘項目按全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準辦理。

(二)申請條件：

1. 醫院資格：必須設置有整形外科（或口腔外科）、牙科、耳鼻喉科、精神科、神經外科、眼科及語言治療、社會工作、臨床心理等相關人員之醫院。

2. 醫師資格：口腔顎面外科專科醫師 2 位以上（至少 1 位專任醫師）會同牙科矯正醫師實施。
3. 設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備、心電圖裝置（Monitor，包括血壓、脈搏、呼吸數之監測、血氧濃度 oximeter）。

(三)每點支付金額 1 元。

(四)申報及審查規定：

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

(五)申請程序：

1. 參與本計畫提供先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務之院所及醫師，應檢附相關資料向中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下簡稱牙醫全聯會)申請，並由牙醫全聯會報送全民健康保險保險人(以下簡稱保險人)各分區業務組核定，異動時相同，申請書格式如附件 1-1。

~~1.~~2. 因先天性唇顎裂及顱顏畸形需要齒顎矯正裝置及牙醫醫療服務，應由上述申請醫院向保險人提出事前審查申請，且該個案經保險人分區業務組核定後方可實施本項服務。惟乳牙期及混合牙期僅施行空間維持器者，不須事前審查。

~~2.~~3. 審查應檢附下列文件或電子檔案：事前審查申請書、病歷影印本、X 光片、治療計畫（包括整個療程費用及時間），如變更就醫醫院時，則另檢送前就醫醫院無法繼續完成理由、估計仍需繼續治療月份數字資料及申報未完成時程之費用。

~~3.~~4. 兒術前鼻型齒槽骨矯正：免事前審查，治療成果(術前術後照片)以抽驗方式審核。

七、特定身心障礙者牙醫醫療服務：

(一)適用對象須符合下列條件之一：

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

1. 腦性麻痺係以重大傷病卡診斷疾病碼前 3 碼為 343 加以認定，餘以主管機關公告之身心障礙類別認定【詳附件 2】，符合資格者會於全民健康保險憑證（以下稱健保卡）中重大傷病欄中牙醫特定身心障礙者註記，極重度註記 1，重度者 2，中度者 3，輕度者 4，醫師可據以獲知身心障礙類別，如無法查知者，可依病患提供之身心障礙手冊或證明【腦性麻痺可提供重大傷病卡、發展遲緩兒童應檢附由衛生福利部國民健康署（以下稱健康署）委辦之兒童發展聯合評估中心開具之綜合報告書（診斷頁）或辦理聯合評估之醫院開具發展遲緩診斷證明書】提供服務。
2. 失能老人：係指居住於衛生福利部所屬老人福利機構（或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構）者（須檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本），其日常生活活動量表（Activities of Daily Living, ADL）< 60 分，或屬衛生福利部社會及家庭署所訂「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」（以下稱失能老人長照補助辦法）之補助對象且為各縣市長期照顧管理中心個案。

（二）提供牙醫醫療服務類型及申請條件：

\*院所牙醫醫療服務，得就以下擇一申請：

#### 1. 初級照護院所

（1）院所資格：

A. 設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備。

B. 院所 ~~3 年內不得有因牙科違約記點【屬全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法（以下稱特管辦法）第二十六條第二款者不在此限】或扣減費~~

~~用、6年內不得有停止特約以上之處分~~須二年內未曾因牙科涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函處分之停、終約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

(2) 醫師資格：

- A. 自執業執照取得後滿1年以上臨床經驗之醫師。
- B. 每位醫師首次加入本計畫，須接受6學分以上身心障礙口腔醫療業務等相關之基礎教育訓練。加入計畫後，每年須再接受4學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關之再進修教育課程(每年再進修課程不得重複，執行居家牙醫醫療之醫師須修習與居家牙醫醫療之相關學分)；本計畫之醫師須累積七年以上且超過30(含)學分後，得繼續執行計畫，惟課程皆須由中華牙醫學會或中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)認證通過。
- C. 醫師 ~~3年內不得有視同保險醫事服務機構違約記點(屬特管辦法第二十六條第二款者不在此限)或扣減費用、6年內不得有視同保險醫事服務機構停止特約以上之處分~~非二年內經保險人停、終約之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函所載停、終約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

2. 進階照護院所

(1) 院所資格：

- A. 可施行鎮靜麻醉之醫療院所及提供完備醫療之醫護人員。
- B. 設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備、麻醉機、心電圖裝置(Monitor，包括血壓、脈搏、呼吸數之監測、血氧濃度 oximeter)、無障礙空間及設施。
- C. 需2位以上具有從事相關工作經驗之醫師。
- D. 院所 ~~3年內不得有因牙科違約記點(屬特管辦法第二十六條第二款者不在此限)或扣減費用、6年內不得有停止特約以上之處分~~須二年內未曾

因牙科涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函處分之停、終約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

(2)醫師資格：

- A. 2 位以上具有從事相關工作經驗之醫師，負責醫師自執業執照取得後滿 5 年以上之臨床經驗，其他醫師自執業執照取得後滿 1 年以上之臨床經驗。
- B. 每位醫師首次加入本計畫，須接受 6 學分以上身心障礙口腔醫療業務之基礎教育訓練。加入計畫後，每年須再接受 4 學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關之再進修教育課程（每年再進修課程不得重複，執行居家牙醫醫療之醫師須修習與居家牙醫醫療之相關學分）；本計畫之醫師須累積七年以上且超過 30（含）學分後，得繼續執行計畫，惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。
- C. 醫師 ~~3 年內不得有視同保險醫事服務機構違約記點(屬特管辦法第二十六條第二款者不在此限)或扣減費用、6 年內不得有視同保險醫事服務機構停止特約以上之處分。~~非二年內經保險人停、終約之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函所載停、終約日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者）。

\*\*醫療團牙醫醫療服務

1. 由各縣市牙醫師公會協調或協助至少 2 位以上符合本項計畫資格之醫師組成醫療團，定期至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)，或一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定，含

109 年增設 2 家為限)等單位，其內部須設置固定牙科診間和醫療設備器材（含可正常操作且堪用的診療椅和相關設備、氧氣、急救藥品等），方得提供牙醫醫療服務。另上述照護機構、學校等單位內之保險對象名冊，醫療團之主責院所應依特管辦法規定辦理。

2. 於社區醫療站提供本項計畫之牙醫醫療服務：於全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案（以下稱牙醫不足改善方案）之社區醫療站，提供符合本項計畫適用對象之牙醫醫療服務。執行本項計畫之社區醫療站應備有急救設備及氧氣設備，並須經牙醫全聯會審核通過。

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

4. 醫師資格：

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

(2) 自執業執照取得後滿 1 年以上臨床經驗之醫師。

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

(4) 醫師 ~~3 年內不得有視同保險醫事服務機構違約記點(屬特管辦法第二十六條第二款者不在此限)或扣減費用、6 年內不得有視同保險醫事服務機構停止特約以上之處分。~~非二年內經保險人停、終約之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人。前述違規期間之認定，以保險人第一次發函處分之停、終約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

5. 提供「特定需求者」牙醫醫療服務：

(1) 服務對象：係指居住於身心障礙福利機構（不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心）或衛生福利部所屬老人福利機構(或經

衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)內，且長期臥床，無法移動至固定診療椅之牙醫醫療服務需求者。

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

(3) 牙醫服務內容及設備：

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

(三) 費用支付及申報規定：

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

(1) 加成支付：除麻醉項目外，屬論量計酬之項目得加成申報，即：極重度身心障礙患者得加 9 成、重度患者得加 7 成、中度患者（含發展遲緩兒童）及中度以上精神疾病患者得加 3 成、輕度患者（含失能老人）得加 1 成；

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

(2)本計畫不得併報 0 歲至 6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫及 12-18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫支付標準。

~~(2)~~(3) 氟化物防齲處理(支付標準編號為 P30002):執行特定身心障礙者牙醫醫療服務時，得依病情適時給予氟化物防齲處理。每次支付 500 點，每 90 天限申報 1 次，重度以上患者每 60 天得申報 1 次。

~~(3)~~(4) 醫療團牙醫服務：

- A. 得採論次加論量支付方式，由各醫師帶回執業院所申報論量及論次支付點數。
- B. 論次項目（支付代碼為 P30001）：每小時 2,400 點（內含護理費），每位醫師每診次以 3 小時為限（不含休息、用餐時間），平均每小時至少服務 1 人次，服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者均不得申報該小時費用。
- C. 社區醫療站牙醫醫療服務：論量部分依本計畫規定申報，並由本計畫預算支應；論次支付標準依牙醫不足改善方案規定申報，並由該方案之專款費用支應，不得重複申報。
- D. 特定需求者牙醫醫療服務：
  - a. 得採論次加論量支付方式，論次項目（支付代碼為 P30003），每小時 2,400 點（內含護理費，且不得收取其它自費項目），每位醫師每診次以 3 小時為限（不含休息、用餐時間），平均每小時至少服務 1 人次，服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者均不得申報該小時費用。
  - b. 每位醫師執行特定需求者牙醫醫療服務及居家牙醫醫療服務(含訪視)，合計每日達 5 人以上，第 5 人起屬本項服務之論量點數按 6 折支付，每日最多 8 人為限，且每月不超過 80 人；每位醫師支援每週不超過 2 日。另每一個案以 2 個月執行 1 次為原則。

## 2. 費用申報之規定：

(1) 申報醫療費用時，案件分類請填 16，牙醫醫療服務特定治療項目代號(一)

填報如下：

### A. 院所內服務：

非精神疾病者：極重度-FG、重度-FH、中度-FI、輕度-FJ

精神疾病者：重度以上-FC、中度-FD

發展遲緩兒童：FV

腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LF

### B. 醫療團服務：

非精神疾病者：極重度-FK、重度-FL、中度-FM、輕度-FN

精神疾病者：重度以上-FE、中度-FF

發展遲緩兒童：FX

失能老人：L1

腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LG

### C. 特定需求者服務：

極重度 FU、重度 FZ

### D. 社區醫療站服務：

非精神疾病者：極重度-L5、重度-L6、中度-L7、輕度-L8

精神疾病者：重度以上-L9、中度-LA

發展遲緩兒童：LB

腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LH

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

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

B. 屬衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機

構)內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本。

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

(4)醫療團牙醫醫療服務之限制如下：(不適用於特定需求者牙醫醫療服務)

A. 每位醫師支援同一機構每週不超過 2 診次。如有支援不同機構，每週合計不超過 4 診次，每月不超過 16 診次。

B. 每診次申報點數不超過 3 萬點(以加成後論量支付點數計算)，若超過 3 萬點以上者，超過部分不予支付。

C. 至身心障礙福利機構、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)，或一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)等單位，提供牙醫醫療服務之規定：未超過 150 人的單位，每週牙醫排診合計不得超過 3 診次，150 人以上 300 人以下的單位，每週牙醫排診合計不得超過 4 診次，300 人以上的單位，視醫療需求每週合計牙醫排診 5 診次；醫療團因前述各單位人數異動需增加平日排診或特殊例假日排診之診次時，須向牙醫全聯會提出申請，經審核通過後，由保險人各分區業務組另行文通知院所，異動時亦同。(離島地區及特殊醫療需求機構，經全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議討論通過者除外。)

(5)本計畫服務量不列入分區管控項目，但仍納入專業審查範圍。

(6)本計畫服務量不納入門診合理量計算。

(四)申請程序：

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

1. 申請為初級照護院所，應檢附下列資料：
  - (1)申請書格式如【附件 3】。
  - (2)身心障礙教育訓練之學分證明影本。
  - (3)牙醫師證書正反面影本一份。
2. 申請為進階照護院所，應檢附下列資料：
  - (1)申請書格式如【附件 3】。
  - (2)2 位以上（含負責醫師）醫師個人學經歷等相關資料紙本（身分證字號、學經歷、專長背景及從事相關工作訓練或經驗說明）。
  - (3)身心障礙者口腔醫療及保健推廣計畫書書面紙本及電子檔各一份，一併提供牙醫全聯會（包括目前執行及未來推廣身心障礙者口腔醫療及保健推廣計畫之執行要點，書寫格式請以 A4 版面，由左而右，由上而下，(標)楷書 14 號字型，橫式書寫）。
  - (4)身心障礙教育訓練之學分證明影本。
  - (5)牙醫師證書正反面影本一份。
3. 以醫療團為單位，申請時應檢附下列資料：(含特定需求者牙醫醫療服務)
  - (1)申請書格式如【附件 5】，並應檢附下列資料，書面紙本和電子檔各一份，一併提供牙醫全聯會：
    - A. 縣市牙醫師公會評估表【附件 6】
    - B. 身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)，或一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)等單位之立案證明、同意函、簡介、收容對象名冊、口腔狀況、牙科設備、醫師服務排班表、牙科治療計畫、維護計畫、口腔衛生計畫、經費評估牙醫師證書正反面影本乙份等內容書面紙本和電子檔各乙份。若屬衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機

構)內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本。

- (2)每年度結束後 20 日內須繳交醫療團期末報告【附件 8】及醫師個人期末報告【附件 8-1】兩份報告書面紙本資料和電子檔(由醫療團所屬縣市公會彙整後)，一併函送牙醫全聯會審核，審核不通過或有違規或異常者，經牙醫全聯會及保險人分區業務組確認，得停止延續執行本計畫。

#### (五)相關規範

1. 每月 5 日前將申請書及學分證明等資料以掛號郵寄至牙醫全聯會。牙醫全聯會審查後，於每月 20 日前將院所及醫療團(含特定需求者)通過名單函送保險人，由保險人分區業務組審理核定後，以公告或行文通知相關院所，[並副知牙醫全聯會](#)；申請者得於核定之起迄期間執行本項服務，申請流程圖說明詳如【附件 7】。
2. 醫師名單若有異動，應於每月 5 日前分別以【附件 4】及【附件 5】格式函報牙醫全聯會，再由該會於每月 20 日前彙整送保險人分區業務組，待完成核定程序後，得於核定之起迄期間執行本項服務，另醫事機構代碼、院所名稱、執業登記等如有變更，應函報牙醫全聯會及保險人分區業務組辦理本計畫起迄日期變更作業。
3. 院所或醫療團對患有智能障礙、自閉症及重度以上身心障礙病患提供未經事前審查之全身麻醉案件，應於次月 20 日前將施行之麻醉方式、麻醉時間、麻醉前及術前評估、治療計畫併病歷資料送保險人分區業務組審查。其餘案件仍須依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定申請事前審查。
4. 醫療團執行特定身心障礙牙醫醫療服務時，應注意事項：
  - (1)醫療團每月 20 日前應檢送次月排班表供牙醫全聯會及保險人分區業務組備查。異動時(包含新增或取消)應於次月 15 日前檢送，並確實完成報備支援程序，當年度累積達 3 次仍未改善者，得暫停當年度計畫執行。
  - (2)醫療團醫師須依排班表執行服務，服務流程圖詳【附件 9】。
  - (3)費用申報作業：醫療團醫師每月 20 日前須先至健保資訊網服務系統(VPN)登錄醫療團服務費用明細，傳送資料後列印論次申請表【附件 10】蓋上院所印信，並檢附日報表【附件 11】併同門診醫療服務點數申報總表正本寄

所屬保險人分區業務組，副本送牙醫全聯會備查。未繳交者，經催繳三個月內仍未改善者，得暫停計畫執行。

- (4)醫療團至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)，或一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)等單位提供牙醫醫療服務時，得放寬提供該區區域外身心障礙者前往求醫之服務，符合特定身分者以案件類別 16 填報，不符合者以其他案件類別填報，以擴大服務範圍。
- (5)每一醫療團必須選定一後送醫療院所，後送醫療院所應為本計畫之進階照護院所，該後送院所應於支援看診時段提供所有必要的諮詢及相關協助。
- (6)若支援之機構無法配合支援醫師或醫療相關之看診業務，應先向牙醫全聯會反映。
- (7)就診紀錄【附件 12】應詳實記錄並填寫留存於身障機構等內，另於院所製作實體病歷留存，並依患者身份影印本計畫所須之證明文件，黏貼於病歷首頁，以備查驗。
- (8)一位醫師須搭配至少一位助理或護理人員，提供特定需求者牙醫醫療服務時，一位醫師須搭配至少一位醫護人員。
- (9)至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)，或一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)等單位時，必須有老師或熟悉該患者狀況的人陪同就診。
- (10)所有侵入性治療應取得院生家屬或監護人之書面同意書，並附在個人病歷及醫療紀錄備查，並謹慎為之。
- (11)若患者無法於機構中順利完成治療應轉介到後送之醫療院所進行後續治

療。

- (12) 耗材應由看診醫師自備。
  - (13) 治療台之維護、清潔保養及醫療廢棄物由機構妥善處理。
  - (14) 患者所需之牙科治療應由具資格之專業醫師予以判斷，協調院方之輔助人員善盡安撫患者情緒之責任，並依個人能力給予醫師所需之協助。
  - (15) 若遇臨時緊急狀況或危急情形，應立刻和負責的後送醫療院所聯絡，並立即進行緊急醫療及後送程序。
  - (16) 執行全身麻醉時，醫師及場所設備應符合相關法令規定及全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準內容，除牙醫不足改善方案施行地區、山地離島地區之初級照護院所外，其餘地區應於進階照護院所內方得執行。
  - (17) 執行全身麻醉時，應以患者安全為優先考量。每位麻醉醫師每次僅能執行一位患者之麻醉，並搭配至少一位牙醫師執行牙科治療。
  - (18) 配合保險人政策執行健保卡登錄業務，依規定上傳就醫資料入健保卡。若遇特殊狀況無法登錄時，以就醫序號特定代碼「C001」申報；並以例外就醫名冊【附件 13】代替並詳實記載，刷卡設備由醫療院所自行準備。
  - (19) 未遵守本計畫相關規定，且經牙醫全聯會或保險人分區業務組要求改善，第一次通知二個月內未改善或第二次通知一個月內未改善者，得由保險人之分區業務組核定暫停計畫執行。
  - (20) 牙醫全聯會會同保險人分區業務組得於年度計畫執行期間依醫療團之設備、病歷書寫、醫師出席情形、環境等進行實地訪視。
  - (21) 提供醫療團牙醫醫療服務應符合「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業細則」。
5. 牙醫全聯會應將審核之相關院所及醫師名單函送保險人，由保險人各分區業務組審理核定後，另行文相關院所。惟被停止參加計畫之醫師可向所屬保險人分區業務組提出申復，經保險人分區業務組確認取消處分後，始得繼續執行本計畫。
  6. 首次申請本計畫提供特定身心障礙者牙醫服務之醫師，須接受 6 學分以上身心障礙口腔醫療業務基礎課程。加入計畫後，每年仍須再接受 4 學分以上之

身心障礙口腔醫療業務相關再進修教育課程（每年再進修課程不得重複，執行居家牙醫醫療之醫師須修習與居家牙醫醫療之相關學分），並檢附積分證明後，得於下一年度繼續執行此計畫。本計畫之醫師須累積七年以上且超過30（含）學分後，得繼續執行此計畫；惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。

7. 參加本計畫之院所及醫療團支援看診之服務單位（如：機構、學校或未設牙科之精神科醫院等），應提供院所及服務單位的電話、地址、看診時間等資訊，置放於保險人全球資訊網網站(<http://www.nhi.gov.tw>)及牙醫全聯會網站(<http://www.cda.org.tw>)，俾利民眾查詢就醫。
8. 醫療團服務院所應將「全民健保牙醫特殊醫療服務」之海報、立牌、直立旗、布條或其他(如看板等)標示物，標示看診地點與時間等，揭示於明顯處。標示製作作業說明請依【附件 14】規定辦理。

## 八、居家牙醫醫療服務：

### (一)醫療服務提供者資格：

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

### (二)收案條件：限居住於住家（不含照護機構）且符合下列條件之一者。

1. 全民健康保險居家醫療照護整合計畫之居家醫療、重度居家醫療及安寧療護階段之病人，且有明確之牙醫醫療需求。
2. 出院準備及追蹤管理費(02025B)申報病人，且有明確之牙醫醫療需求。
3. 特定身心障礙者，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上，且有明確之醫療需求。前述特定身心障礙者之障礙類別包含：肢體障礙（限腦性麻痺、腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙、及重度以上肢體障礙）、重度以上視覺障礙、重度以上重要器官失去功能，以及中度以上之植物人、智能障礙、

自閉症、精神障礙、失智症、多重障礙（或同時具備二種及二種以上障礙類別）、頑固性（難治型）癲癇、因罕見疾病而致身心功能障礙、染色體異常、其他經主管機關認定之障礙（須為新制評鑑為第 1、4、5、6、7 類者）或發展遲緩兒童等。

4. 「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」之補助對象(以下稱失能老人)，並為各縣市長期照顧管理中心之個案，且因疾病、傷病長期臥床的狀態，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上，行動困難無法自行至醫療院所就醫之病人。

### (三)收案及審核程序：

1. 牙醫師對符合條件之病人首次提供牙醫醫療服務（含訪視）前，應先向牙醫全聯會提出申請【附件 15】，經牙醫全聯會核可後，始得至案家提供牙醫醫療服務。為增進牙醫全聯會審核作業，診所及地區醫院之牙醫師得由各縣市牙醫師公會彙整及安排後，向牙醫全聯會提出申請。
2. 牙醫全聯會於每月 20 日前將核可名單函送保險人分區業務組備查。

### (四)照護內容：

1. 基於安全考量，以提供牙周病緊急處理、牙周敷料、牙結石清除、牙周暨齶齒控制基本處置、塗氟、非特定局部治療、特定局部治療、簡單性拔牙及單面蛀牙填補等服務為原則，其他治療建議轉介到後送之醫療院所進行。
2. 提供居家牙醫醫療服務時，應評估病人實際情形後攜帶適當牙科設備。建議如：攜帶式洗牙機、攜帶式吸唾機、攜帶式牙科治療設備、有效的急救設備、氧氣設備（含氧氣幫浦、氧氣筒須有節流裝置、氧氣面罩等）、急救藥品、開口器及攜帶式強力抽吸設備等相關物品。

### (五)醫療費用申報、支付及審查原則：

1. 為確保醫療服務合理性，對於收案人數及訪視次數高於同儕之特約醫事服務機構，必要時得啟動專案審查。
2. 居家牙醫醫療服務抽審時須檢附三年內之「口腔醫療需求評估及治療計畫」【附件 16】。

### 3. 醫療費用申報：

- (1) 特約醫事服務機構執行本計畫之醫療費用應按月申報，並於門診醫療服務點數清單依下列規定填報「案件分類」及「特定治療項目代號」欄位，案件分類 16，特定治療項目代號(一)請依病人類別填報【極重度 FS、重度 FY、中度 L4、發展遲緩兒童 LE、失能老人 L2、居整病人 LC、出院準備 LD、腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LJ】。
  - (2) 申報居家牙醫醫療服務費時，應依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準，以醫令類別「4 不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料」填報醫療服務之編號、數量與點數。
  - (3) 醫療服務費用須帶回執業登記院所申報。
4. 本計畫服務量不列入門診合理量計算。
  5. 本計畫服務量不列入分區管控項目，惟仍納入專業審查範圍。

### (六)給付項目及支付標準：

1. 居家牙醫醫療服務給付項目及支付標準詳【附件 17】。
2. 每位醫師執行特定需求者牙醫醫療服務及居家牙醫醫療服務(含評估訪視)合計每日達 5 人次以上，自第 5 人次起按 6 折支付，每日最多 8 人次為限，且每月以 80 人次為限；每位醫師支援每週不超過 2 日。

### (七)相關規範：

1. 居家牙醫醫療服務流程圖詳【附件 18】。
2. 個案首次接受居家牙醫醫療服務(含訪視)前，牙醫師須檢送申請表【附件 15】至牙醫全聯會，由牙醫全聯會於每月 20 日前將核可名單函送保險人分區業務組備查。個案於首次接受居家牙醫醫療服務(含訪視)後，須於次月 20 日前檢送病人之「口腔醫療需求評估及治療計畫」【附件 16】，正本送所屬保險人分區業務組、副本送牙醫全聯會備查。經催繳三個月內仍未改善者，經保險人分區業務組及牙醫全聯會確認，得暫停執行居家牙醫醫療服務。
3. 每次訪視應詳實製作病歷或紀錄，且須記錄每次訪視時間(自到達案家起算，至離開案家為止)，並請病人或其家屬簽章；另應製作病人之居家牙醫醫療

照護紀錄留存於案家。

4. 牙醫師應於院所製作實體病歷留存，且須將病人身份影印本及計畫所須之證明文件，黏貼於病歷首頁，以備查驗。
5. 一位牙醫師需搭配至少一位醫護人員。
6. 牙醫師應於診療期間隨時注意病人之生理及心理狀況。
7. 所有侵入性治療應取得病人家屬或監護人之書面同意書，並附在病人病歷及醫療紀錄備查。
8. 提供牙醫服務時若無法順利完成治療，應將病人轉介到後送醫療院所進行後續治療。
9. 牙醫師應教導家屬為病人清潔口腔之衛教知識。
10. 耗材應由醫療院所自備。
11. 設備之維護、清潔保養及醫療廢棄物由醫療院所依相關法規妥善處理。
12. 提供服務時若遇臨時緊急狀況或危急情形，應立刻和負責的後送醫療院所聯絡，並立即進行緊急醫療及後送程序。
13. 依保險人規定執行健保卡讀、寫卡作業。
14. 未遵守本計畫相關規定，經保險人分區業務組或牙醫全聯會要求改善，第一次通知二個月內未改善或第二次通知一個月內未改善者，保險人分區業務組得核定暫停執行居家牙醫醫療服務。

九、點值結算方式：本計畫預算係按季均分及結算。當季預算若有結餘，則流用至下季；當季預算若有不足，則先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務、麻醉項目及重度以上身心障礙者牙醫醫療服務之點數，以每點 1 元計算，其餘項目採浮動點值，但每點支付金額不低於 0.95 元，若預算仍有不足，則由一般服務預算支應。

十、保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條規定計收。屬本計畫第八項「居家牙醫醫療服務」之第(二)款「收案條件」第 3 目「特定身心障礙者」或第 4 目「失能老人」者之居家牙醫醫療服務部分負擔，依牙醫門診基本部分負擔計收。

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

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

**【附件 1-1】**

先天性唇顎裂及顛顏畸形患者牙醫醫療服務申請書（以院所為單位）

- 一、醫療院所名稱：\_\_\_\_\_ 代號：\_\_\_\_\_
- 二、所屬層級別：醫學中心 區域醫院 地區醫院
- 三、院所負責醫師姓名：\_\_\_\_\_ 身分證字號：\_\_\_\_\_
- 四、院所電話：( ) \_\_\_\_\_ 傳真：( ) \_\_\_\_\_
- 五、聯絡人姓名：\_\_\_\_\_ 電話：( ) \_\_\_\_\_
- 六、地址：\_\_\_\_\_
- 七、醫院設置科別及相關人員：整形外科、口腔外科、牙科、耳鼻喉科、  
精神科、神經外科、眼科、語言治療、社會工作、臨床心理、  
其他相關科別及人員：\_\_\_\_\_
- 八、院內醫師資格：口腔顎面外科專科醫師（專任\_\_位、兼任\_\_位）牙科矯正醫師
- 九、牙科門診設備：急救設備、氧氣設備、  
心電圖裝置（Monitor，包括血壓、脈搏、呼吸數之監測、血氧濃度 oximeter）、  
其他設備：\_\_\_\_\_
- 十、申請醫師（負責醫師如符合申報資格條件，併請填報，欄位不夠可自行增加）

序號	醫師姓名	身分證字號	分科別
<u>1</u>			
<u>2</u>			
<u>3</u>			
<u>4</u>			
<u>5</u>			
<u>6</u>			
<u>7</u>			
<u>8</u>			
<u>9</u>			
<u>10</u>			

\*備註：

1. 寄送地址：10476 台北市復興北路 420 號 10 樓 牙醫全聯會收
2. 參與本計畫提供先天性唇顎裂及顛顏畸形症患者牙醫醫療服務之院所及醫師，應檢附相關資料向牙醫全聯會申請，並由牙醫全聯會報送健保署各分區業務組核定，異動時相同。

【附件 3】

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

醫師姓名		身份證字號		出生年月	
聯絡方式	電話：( ) 、手機：				
<b>【申請院所基本資料】</b>					
<p>一、「執業登記」院所 <del>名稱（全銜）</del>：</p> <p><u>1. 院所名稱（全銜）</u>：</p> <p><del>(1) 2. 醫事機構代號：</del></p> <p><del>(4) 院所基本資料：</del></p> <p><u>3. 院所申請類別</u>：<input type="checkbox"/>初級 <input type="checkbox"/>進階</p> <p><u>4. 負責醫師姓名</u>： 身分證字號：</p> <p><del>2. 聯絡方式</del> <u>5. 院所電話</u>：</p> <p><del>3. 聯絡</del> <u>6. 院所地址</u>：<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p><del>(5) 7. 目前院所能提供身心障礙使用之設備名稱及數量</del>：</p> <p><del>甲. (1)</del> <input type="checkbox"/>有專用椅子 <input type="checkbox"/>無專用椅子</p> <p><del>乙. (2)</del>牙科門診—急救、氧氣設備(簡述設備內容)：_____</p> <p><del>(6) 是否曾申請過加入計畫</del>：<input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p>					
<p>二、「支援服務」院所 <del>名稱（全銜）</del>：</p> <p><u>1. 院所名稱（全銜）</u>：</p> <p><del>(1) 2. 醫事機構代號：</del></p> <p><del>(2) 院所所屬層級別</del>：<input type="checkbox"/>醫學中心 <input type="checkbox"/>區域醫院 <input type="checkbox"/>地區醫院 <input type="checkbox"/>基層診所 (或 <input type="checkbox"/>同上)</p> <p><del>(3) 3. 院所申請類別</del>：<input type="checkbox"/>初級 <input type="checkbox"/>進階 <del>(或 <input type="checkbox"/>同上)</del></p> <p><del>(4) 院所基本資料</del>：</p> <p><del>1. 4. 負責醫師姓名</del>： 身分證字號：</p> <p><del>2. 聯絡方式</del> <u>5. 院所電話</u>：</p> <p><del>3. 聯絡</del> <u>6. 院所地址</u>：<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p><del>(5) 7. 目前院所能提供身心障礙使用之設備名稱及數量</del>：</p> <p><del>甲. (1)</del> <input type="checkbox"/>有專用椅子 <input type="checkbox"/>無專用椅子</p> <p><del>乙. (2)</del>牙科門診—急救、氧氣設備(簡述設備內容)：_____</p> <p><del>(6) 是否曾申請過加入計畫</del>：<input type="checkbox"/>有 (年度：<u>      </u>) <input type="checkbox"/>無</p>					

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

(1)「初級院所」應檢附申請書格式如【附件 3】、身心障礙教育訓練之學分證明影本、牙醫師證書正反面影本一份。每月 5 日前將資料郵寄至牙全會，由牙醫全聯會彙整名單送保險人分區業務組審理核定後，保險人以公告或行文通知院所。

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

【附件 4】

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

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

## 1101年度全民健康保險牙醫門診總額0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫(草案)

### 一、依據：

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

### 二、目的：

本計畫之實施，係針對0-6歲嚴重齲齒兒童納入牙醫醫療體系照護，早期介入治療，給予持續性、周全性、協調性、整合性及可近性的照護，以控制齲齒活性發生機率。三、實施期間：~~自公告日起~~111年1月1日至1101年12月31日止。

### 四、年度執行目標：

本計畫照護人次以達成「嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診治療(P6702C)」12,600服務人次為執行目標。

### 五、預算來源：

- (一) 1101年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「0-6歲兒童口腔健康照護試辦計畫」專款項目下支應，全年經費為60.0百萬元。
- (二) 本計畫預算係按季均分及結算，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；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。
- (三) 倘次年度未有預算來源，本年度收案對象跨年度之診療服務及品質獎勵費用，由次年度牙醫門診總額一般服務預算支應。

### 六、收案條件：

- (一) 收案對象：符合下列任一條件之未滿六歲兒童者（年齡以本計畫初診診察費(P6701C)之執行日計算）。
  1. 未滿二歲兒童齲齒顆數大於2顆（含）以上。
  2. 二歲至未滿四歲兒童齲齒顆數大於3顆（含）以上。
  3. 四歲至六歲兒童齲齒顆數大於5顆（含）以上。
- (二) 執行本計畫前，請至健保醫療資訊雲端查詢系統查詢，如病人未曾接受本計畫或6個月內無申報本計畫相關醫令者，始得收案。

## 七、牙醫師申請資格及審查程序：

### (一) 申請資格：

#### 1. 教育訓練：

(1) 一般醫師：須接受本計畫相關之教育訓練至少4學分，其中行政課程1學分；專業課程3學分。

(2) 中華民國兒童牙科醫學會之專科醫師或一般會員：須接受本計畫相關行政課程之教育訓練至少1學分。

2. 醫師~~二年內不得有視同保險醫事服務機構違約記點(屬全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第36條第2款者不在此限)或扣減費用~~  
~~六年內不得有視同保險醫事服務機構停止特約以上之處分~~。非二年內經保險人停、終約之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函所載停、終約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

(二) 申請程序：新加入計畫者，應於每月五日前將申請書(附件一)及相關教育訓練學分證明以掛號郵寄至中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)。經牙醫全聯會審查後，於每月二十日前將名單函送所轄全民健康保險人(以下稱保險人)分區業務組核定，並由所轄保險人分區業務組行文通知申請者，並副知牙醫全聯會及相關院所；申請者得於核定之起迄期間執行本計畫服務。

(三) 退場機制：保險人於113年10月依111年收治個案進行歸戶統計，符合下列條件之一者，自保險人文到日次年一月起，兩年內不得再收新案，已收之個案仍需依計畫內容完成相關診療項目~~申報本計畫診療項目~~；屆滿時，須再接受相關教育訓練後，始得提出申請。

1. 申報複診治療次數~~未~~達3次之個案數比率~~≥~~≤33.33%(限同院所，不限同醫師完成)者。

2. ~~保險人於112年10月依110年收治個案進行歸戶統計~~完成複診治療次數達3次者，其申報本計畫支付標準「嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診治療」至「嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第三次」項目期間，再發

生齲齒填補顆數平均大於2顆(含)以上(自家+他家)者。(計算方式同「九、品質獎勵」。)

八、給付項目及支付標準：

編號	診療項目	支付點數
P6701C	<p>嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診診察費</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 本項主要進行初診診察記錄口腔狀況(包含牙齒萌發顆數、牙齦炎、牙周炎及口腔檢查表詳附件二)、齲齒風險評估及口腔衛教。</li> <li>2. 須檢附基本資料暨接受本計畫口腔健康照護治療確認書(附件三)、齲齒風險評估表(附件四)、幼兒飲食狀況表(附件五)及病歷供審查。</li> <li>3. 不得同時申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱醫療服務支付標準)第三部牙醫第一章門診診察費。</li> <li>4. 申報本項後,一年內不得申報01271C、01272C、01273C、00315C、00316C、00317C。</li> </ol>	635
P6702C	<p>嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診治療</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 限九十天內已申報本計畫初診診察費(P6701C)者。</li> <li>2. 本項須依初診診察「口腔檢查表」紀錄,完成執行全口齲齒填補(得另外申報醫療服務支付標準第三部牙醫之相關費用)後申報。</li> <li>3. 本項主要施行牙周暨齲齒控制基本處置、牙菌斑去除照護、氟化物治療,並提供親子衛教資訊(附件六)。</li> <li>4. 須檢附口腔檢查表(附件二)及病歷供審查。</li> </ol>	1,000

編號	診療項目	支付點數
	5. 不得與91014C、91020C、91114C、92051B、92072C、P30002、81、87同時申報，以及九十天內亦不得申報。	
P6703C	<p>嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第一次</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 本項須於本計畫初診治療（P6702C）後，間隔九十天以上，一百八十天內申報。</li> <li>2. 本項主要施行牙周暨齲齒控制基本處置、牙菌斑去除照護、氟化物治療，並提供親子衛教資訊(附件六)。</li> <li>3. 應併同91014C(91114C)、91020C 實施。</li> <li>4. 須檢附口腔檢查表(附件二)及病歷供審查。</li> <li>5. 九十天內不得申報91014C、91020C、91114C、92051B、92072C、P30002、81、87。</li> </ol>	700
P6704C	<p>嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第二次</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 本項須於本計畫複診治療-第一次（P6703C）後，間隔九十天以上，一百八十天內申報。</li> <li>2. 本項主要施行牙周暨齲齒控制基本處置、牙菌斑去除照護、氟化物治療，並提供親子衛教資訊(附件六)。</li> <li>3. 須檢附口腔檢查表(附件二)及病歷供審查。</li> <li>4. 不得與91014C、91020C、91114C、92051B、92072C、81、87、P30002同時申報，以及九十天內亦不得申報。</li> </ol>	1,000
P6705C	<p>嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第三次</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 本項須於本計畫複診治療-第二次（P6704C）後，間隔九十天以上，一百八十天內申報。</li> <li>2. 本項主要施行牙周暨齲齒控制基本處置、牙菌斑去除照護、氟化物治療，並提供親子衛教資訊(附件六)。</li> </ol>	700

編號	診療項目	支付點數
	3. 應併同91014C(91114C)、91020C 實施。 4. 須檢附口腔檢查表(附件二)及病歷供審查。 5. 九十天內不得申報91014C、91020C、91114C、92051B、92072C、P30002、81、87。	

九、品質獎勵費用：

(一)品質獎勵：以接受完整計畫期間（複診治療次數達3次者），再發生齲齒填補顆數計算品質獎勵費，醫師於退場後完成之個案不納入品質獎勵費用計算。

(二)核發原則：本項費用按季結算。接受完整計畫期間（複診治療次數達3次者），再發生齲齒填補顆數小於1顆（含）以下（自家+他家），每一個案獎勵費用1,500點。

(三)計算方式：

再發生齲齒填補顆數=申報「嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診治療」至「嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第三次」項目期間，再發生齲齒填補顆數（自家+他家）。

十、醫療費用申報及審查：

(一)依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

(二)本計畫醫療費用點數申報格式：

1. 案件分類：請填報「19(牙醫其他專案)」。

2. 特定治療項目代號(一)：請填報「LK(0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫)」。

十一、計畫施行評估：試辦第一年蒐集下列指標數據，試辦滿一年後，該等指標須較前一年改善(以本計畫申報案件計算)：

(一)自評指標：

1. 申報案件數。
2. 申報點數。
3. 就醫人數(以 ID 歸戶)。
4. 完成率(以院所歸戶)

(二)評估指標：兒童接受完整計畫期間，再發生齲齒填補顆數小於1顆(含)以下(自家+他家)。(計算方式同「九、品質獎勵」。)

十二、本計畫由保險人與牙醫全聯會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康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。

# 111年度全民健康保險牙醫門診總額12歲至18歲青少年 口腔提升照護試辦計畫（草案）

## 一、 依據：

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

## 二、 目的：

藉由本項計畫之實施，提升全國12~18歲少年牙醫就醫率以期早期發現、早期治療、早期介入，以前期維護自然牙齒品質，減少齲齒、後期根管治療、拔牙數量增加的觀念，維護青少年口腔健康。

## 三、 實施期間：自公告日起至111年12月31日止。

## 四、 年度執行目標：

本計畫照護人次以達成「青少年齲齒控制照護處置（P7101C）」900,000服務人次為執行目標。

## 五、 預算來源：

- （一）111年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」專款項目下支應，全年經費為271.5百萬元。
- （二）本計畫預算係按季均分及結算，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；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。

## 六、 收案條件：

12歲以上至未滿19歲經診斷為牙齦炎、齲前白斑、初期齲齒、琺瑯缺損、蛀洞、填補、因齲齒之缺牙者（ICD-10-CM代碼為K02、K05、K03.6、K06.1）。

## 七、 退場機制：

醫師非二年內經保險人停、終約之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函所載停、終約日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者），兩年內不得申報本計畫診療項目。

## 八、 給付項目及支付標準：

編號	診療項目	支付點數
P7101C	青少年齲齒控制照護處置 註： 1. 本項主要施行牙菌斑偵測、去除維護教導及牙菌斑清除，且病歷應記載供審查。 2. 可視需要申報診 X 光片(限申報34002C)，費用另計。 3. 每九十天限申報一次。 4. 不得併報91014C。	300
P7102C	青少年齲齒氟化物治療 註： 1. 限診斷為齲前白斑之患者申報。 2. 申報費用時，需附一年內診斷照片(照片費用內含)並病歷記載。 3. 本項主要實施齲前白斑患者氟化物治療。 4. 每九十天限申報一次。 5. 不得併報92072C、92051B、P30002、P7001C。	500

九、申報規定：施行本計畫項目得併同申報診察費，另不得併報全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫費用。

十、醫療費用申報及審查：

(一) 依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

(二) 本計畫醫療費用點數申報格式：

1. 案件分類：請填報「\_\_\_\_\_」。
2. 特定治療項目代號(一)：請填報「\_\_\_\_\_ (12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫)」。

十一、計畫施行評估：第一年蒐集下列指標數據，執行滿一年後，該項指標須較前一年增加(以本計畫申報案件計算)：

(一) 自評指標：

1. 申報案件數。

2. 申報點數。
3. 就醫人數(以 ID 歸戶)。
4. 就醫人次。

(二)評估指標：提升全國12~18歲青少年牙醫就醫率>40%。

十二、本計畫由保險人與牙醫全聯會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康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。

## 第四部 中 醫

通則：

- 一、中醫門診診察費所定點數包括中醫師診療、處方、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本（如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出）。
- 二、中醫每日門診合理量依下列計算方式分別設定：
  - (一)經中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格(可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新進中醫師)醫院，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者，得按下列計算方式申報門診診察費：
    - 1.專任醫師每月平均每日門診量＝【當月中醫門診診察費總人次/(當月專任中醫師數\*二十三日)】
    - 2.中醫醫療院所專任醫師每月平均每日門診量為五十人(含)以下，申報編號 A82、A83、A41、A84、A85、A42。
    - 3.中醫醫療院所專任醫師每月平均每日門診量超出五十人以上，申報編號 A86、A87、A43、A88、A89、A44。
  - (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)合併申報醫療費用之醫院，其醫院門診合理量應合併計算。
- 三、針灸、傷科及針灸合併傷科治療不得同時申報，針灸及傷科如同時治療處置，應申報本部第六章針灸合併傷科治療處置費之診療項目。
- 四、針灸、傷科需連續治療者，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、~~個別~~平均每位專任醫師申報針灸、傷科及針灸合併傷科治療之合理量：
  - (一)中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科及針灸合併傷科治療合計申報量限~~四十五~~六十人次以內：
    - 1.計算方式：
      - (1)公式：專任醫師每月看診日平均針灸、傷科及針灸合併傷科治療合計申報量＝當月針灸、傷科及針灸合併傷科治療處置總人次／當月總看診日數。
      - (2)每月看診日數計算方式：每月實際看診日數超過二十六日者，以二十六日計；位於「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」施行區域、山地離島地區、花蓮縣及臺東縣之院所，每月以實際看診日數計。
    - 2.支付方式：
      - (1)申報量在三十人次以下部分，按表訂點數支付。
      - (2)申報量在三十一至~~四十五~~六十人次之部分，未開內服藥之針灸治療(編號D02、D04、D06、D08)、一般傷科治療(編號E02)、針灸合併一般傷科治療(F02、F36、F53)、電針合併一般傷科治療(F19)以九折支付，其餘項目按表定點數支付。
      - (3)申報量在~~四十六~~六十一人次以上之部分，第四章至第六章各診療項目支付點數以零計。

(二)除前項每看診日平均申報量上限~~四十五~~六十人次以內，另依下列規範第四章針灸治療處置及第六章針灸合併傷科治療處置之每月申報上限：

- 1.其中內含中度複雜性針灸：平均每位專任醫師每月上限為一百人次，包括編號：D05、D06、F35、F36、F37、F38、F39、F40、F41、F42、F43、F44、F45、F46、F47、F48、F49、F50、F51。
- 2.其中內含高度複雜性針灸：平均每位專任醫師每月上限為七十人次，包括編號：D07、D08、F52、F53、F54、F55、F56、F57、F58、F59、F60、F61、F62、F63、F64、F65、F66、F67、F68。
- 3.超過部分改以內含一般針灸醫令計算，包括編號：D01、D02、D03、D04、F01、F02、F04、F05、F07、F08、F10、F11、F13、F14、F16、F17、F18、F19、F21、F22、F24、F25、F27、F28、F30、F31、F33、F34。

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、傷科及針灸合併傷科治療處置費上限為一百五十人次，超出一百五十人次部分以五折支付。包括編號：D01、D03、D05、D07、E01、E03、E05、E07、E09、E11、F01、F04、F07、F10、F13、F16、F18、F21、F24、F27、F30、F33、F35、F38、F41、F44、F47、F50、F52、F55、F58、F61、F64、F67。

七、中醫醫療院所專任醫師於產假期間全月未看診，支援醫師得以該全月未看診之專任醫師數，依合理量規定申報該月份門診診察費及針灸、傷科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。

八、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。

# 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

依 110 年\*\*月\*\*日健保醫字第\*\*\*\*\*號公告自\*\*年\*\*月\*\*日生效

## 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、預算來源

- (一)全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」專款項目下支應。
- (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。

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

- (一)5歲(含)至14歲(含)兒童於過敏性鼻炎發作期，經中醫師診斷為鼻鼾(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。

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

- (一)個案照護滿六個月(以收案日起算滿 195 日)。
- (二)前述照護期間，若有下列情事之一，須結案：
  - 1、未連續照護【「後次就醫給藥首日」減「前次就醫給藥末日」大於~~21~~28(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、收案後35日內未完成後測並登錄健保資訊服務網系統(以下稱VPN)者。

#### 六、申請資格及退場機制

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

#### 七、申請程序

中醫門診特約醫事服務機構應檢送申請表(如附件二)，以掛號郵寄、傳真、E-MAIL 等方式向中醫全聯會提出申請，並經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，十五日內將審查完成結果送保險人核定及公告新增承辦之保險醫事服務機構名單，執行日以公告院所名單日當月1日起計。

#### 九、執行方式

- (一)醫師應對當次看診病人提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，其中治療療程包括開立內服藥、經穴按摩指導、過敏性鼻炎生活衛教與飲食指導。
- (二)個案收案並進行第一次 RCAT 評估量表(前測)後，後續每 28 天應執行一次 RCAT 評估量表，每次評估應間隔 28 天(必要時可延後 7 天，即「前次後測日+28 天」至「前次後測日+35 天」內)。
- (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 VPN，以完成收案。其餘 RCAT 評估量表資料可於費用申報前登錄於 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】，應依本計畫第五點之(二)予以結案，且不得繼續申報本計畫支付標準。

## 十、支付方式

(一)本計畫之給付項目及支付標準如附件三。

(二)本計畫預算按季均分及結算，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「JG(兒童過敏性鼻炎照護計畫)」代碼。

(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、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。

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

## 十四、執行報告

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

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

## 十六、品質監控指標

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

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

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

附件一

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

1.過去一週，你鼻塞發作的情形？

未曾	極少	偶爾	經常	非常頻繁
<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
	院所是否二年內未違反健保相關法規		<input type="checkbox"/> 未違反 <input type="checkbox"/> 違反		
	醫師是否二年內未違反健保相關法規		<input type="checkbox"/> 未違反 <input type="checkbox"/> 違反		
料	機構章戳				

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

### 附件三

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

通則：

- 一、 本計畫除管理照護費(編號：P58005)外，診察費、藥費、藥品調劑費、針灸及傷科處置費依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫所列之下列項目申報：
  - (一) 門診診察費：A82、A84、A01、A02
  - (二) 藥費：A21
  - (三) 藥品調劑費：A31、A32
  - (四) 一般針灸：D01、D02
  - (五) 一般傷科：E01、E02
- 二、 本計畫申報時不併入該院所原門診合理量計算，且針灸及傷科診療項目得同時申報。
- 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另以一般案件申報。

## 全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 支付標準表

編號	診療項目	支付點數
P58005	管理照護費 註： 本項包含中醫護理衛教、營養飲食指導及經穴按摩指導，各項目皆須執行並於病歷詳細記載，方可申報費用。	200

# 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準轉診支付項目(01034B-01038C)之同體系院所名單

110 年 12 月 X 日更新

體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
1	1	部立醫院體系	0132010014	衛生福利部桃園醫院	
	2		0142030019	衛生福利部旗山醫院	
	3		0138010027	衛生福利部南投醫院	
	4		0122020517	衛生福利部嘉義醫院	
	5		0132110519	衛生福利部桃園醫院新屋分院	
	6		0131060029	衛生福利部臺北醫院	
	7		0143010011	衛生福利部屏東醫院	
	8		0132010023	衛生福利部桃園療養院	
	9		0144010015	衛生福利部澎湖醫院	
	10		0131060010	衛生福利部樂生療養院	
	11		0138030010	衛生福利部草屯療養院	
	12		0137170515	衛生福利部彰化醫院	
	13		0145030020	衛生福利部玉里醫院	
	14		0136010010	衛生福利部豐原醫院	
	15		0141010013	衛生福利部新營醫院	
	16		0117030010	衛生福利部臺中醫院	
	17		0143040019	衛生福利部恆春旅遊醫院	
	18		0135010016	衛生福利部苗栗醫院	
	19		0140010028	衛生福利部朴子醫院	
	20		0141270028	衛生福利部嘉南療養院	
	21		0141270019	衛生福利部胸腔病院	
	22		0131230012	衛生福利部八里療養院	
	23		0111070010	衛生福利部基隆醫院	
	24		0145080011	衛生福利部花蓮醫院豐濱原住民 分院	
	25		0146020537	衛生福利部臺東醫院成功分院	
	26		0145010019	衛生福利部花蓮醫院	
	27		0190030516	衛生福利部金門醫院	
	28		0146010013	衛生福利部臺東醫院	
	29		0121050011	衛生福利部臺南醫院	
	30		0141060513	衛生福利部臺南醫院新化分院	
2	31	長庚體系	1111060015	基隆長庚紀念醫院暨情人湖院區	
	32		1101010012	台北長庚紀念醫院	
	33		1132070011	林口長庚紀念醫院	
	34		1132071036	桃園長庚紀念醫院	
	35		1139130010	雲林長庚紀念醫院	
	36		1140010510	嘉義長庚紀念醫院	
	37		1142100017	高雄長庚紀念醫院	
	38		1142010518	高雄市立鳳山醫院	
			4132010024	聖保祿醫院	108.3.14 共擬會議 決議刪除
3	39	慈濟體系	1145010010	花蓮慈濟醫院	
	40		1145030012	玉里慈濟醫院	

體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
	41		1146030516	關山慈濟醫院	
	42		1140030012	大林慈濟醫院	
	43		1131050515	臺北慈濟醫院	
	44		1136090519	臺中慈濟醫院	
	45		1139010013	斗六慈濟醫院	108.6.13 共擬會議 決議新增
	46		4022020019	嘉義慈濟診所	109.9.10 共擬會議 決議新增
4	47	彰基體系	1137010024	彰基總院	
	48		1137010024	彰基中華路院區	
	49		1137080017	彰基二林醫	
	50		1137020520	彰基鹿基醫	
	51		1139040011	雲基醫院	
	52		1137050019	彰基員林基	
	53		1137010042	彰基兒童醫	
			0938030016	佑民醫療社團法人佑民醫院	108.3.14 共擬會議 決議刪除
	54		1538010026	南基醫院	108.10.1 變更院所
			1138010019	彰化基督教醫療財團法人南投基 督教醫院	醫事機構代號及 名稱
			1537051247	員生醫院	歇業
				漢銘醫院	108.6.13 共擬會議 決議新增
	55		1537010111	彰化基督教醫療財團法人漢銘基 督教醫院	108.9.1 變更院所 醫事機構代號及 名稱
5	56	高醫體系	1302050014	高雄醫學大學附設中和紀念醫院	
	57		1102110011	市立小港醫院	
	58		0102070020	市立大同醫院	
	59		1307370011	市立旗津醫院	
6	60	榮總體系	0601160016	臺北榮總	
	61		0602030026	高雄榮總	
	62		0617060018	台中榮總	
	63		0622020017	中榮嘉義	
	64		0632010014	北榮桃園	
	65		0633030010	北榮新竹	
	66		0634030014	蘇澳榮民醫	
	67		0634070018	員山榮民醫	隸屬退輔會
	68		0638020014	榮總埔里分	
	69		0640140012	中榮灣橋	
	70		0641310018	高榮台南	
	71		0643130018	高榮屏東分	
	72		0645020015	北榮鳳林	
	73		0645030011	北榮玉里	
	74		0646010013	北榮台東	
	75		0701160518	關渡醫院	委託經營
	76		<u>2412010534</u>	<u>清華大學附設診所(委託台北榮民 總醫院新竹分院經營)</u>	<u>委託經營</u>

體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
		<del>員榮體系</del>	<del>0937050014</del>	<del>員榮醫院</del>	
			<del>1537051292</del>	<del>員生醫院</del>	<del>歇業</del>
7	77	北醫體系	1301170017	台北醫學大	
	78		1301200010	萬芳醫院	委託經營
	79		1331040513	雙和醫院	委託經營
8		秀傳體系	<del>1501021193</del>	<del>台北秀傳</del>	<del>變更醫院代號</del>
	80		<del>1501021219</del>	<del>秀傳醫院</del>	<del>110.12.09 共擬會議決議新增</del>
	81		0937010019	彰化秀傳	
	82		1137020511	彰濱秀傳	
			1538041101	竹山秀傳	108.3.14 共擬會議決議刪除
			0221010019	台南市立醫院	106.7.31 歇業
	83		0942020019	高雄市立岡山醫院	
			1537070028	田中仁和醫院	108.3.14 共擬會議決議刪除
			1537050071	員林何醫院	108.3.14 共擬會議決議刪除
	84		0905320023	台南市立醫院	106.8.1 起委託經營
9	85	馬偕體系	1101100011	台北馬偕	
	86		1131100010	淡水馬偕	
	87		1101100020	馬偕兒童醫院	
	88		1112010519	新竹馬偕	
	89		1146010014	台東馬偕	
10	90	國泰體系	1101020018	國泰醫院	
	91		1131110516	汐止國泰	
	92		1112010528	新竹國泰	
	93		4001110018	國泰醫療財團法人內湖國泰診所	108.6.13 共擬會議決議新增
	94		3512042753	民安診所	108.6.13 共擬會議決議新增
	95		3501029780	敦平診所	109.9.10 共擬會議決議新增
	96		3501029771	富霖診所	109.9.10 共擬會議決議新增
	97		3501113358	瑞成診所	109.9.10 共擬會議決議新增
	98		3501113367	瑞健診所	109.9.10 共擬會議決議新增
	99		3505340342	國泰功醫診所	109.9.10 共擬會議決議新增
11	100	奇美體系	1141310019	奇美醫院	
	101		1141090512	奇美柳營	
			1121020014	奇美分院	108.1.1 整併為奇美樹林院區
	102		1105050012	奇美佳里	
12	103	台大體系	0401180014	台大醫院	

體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
	104		0401180023	台大兒醫	
	105		0431270012	台大金山	
	106		0439010518	台大雲林	
			<del>0433030016</del>	<del>臺大竹東</del>	<u>歇業</u>
	107		0412040012	臺大新竹	
	108		0401190010	台大北護	
	109		0401020013	國立臺灣大學醫學院附設癌醫中心醫院	108.6.13 共擬會議 決議新增
	110		0433050018	新竹生醫園區分院	109.6.11 共擬會議 決議新增
13	111	義大體系	1107120017	義大癌症治療醫院	
	112		1107320017	義大大昌醫院	
	113		1142120001	義大醫院	
14	114	中國醫體系	1317050017	中國醫	
	115		1305370013	台南市立安南醫院	委託經營
	116		1301110511	中國醫台北	
	117		1303260014	中國兒童醫院	
	118		1317020519	中國台中東區分院	
	119		1336010015	中國豐原分院	
			<del>1338030015</del>	<del>中國醫草屯分院</del>	<u>變更院所代號及 名稱</u>
	120		<del>1538031114</del>	<del>惠和醫院</del>	<u>110.12.09 共擬會 議決議新增</u>
	121		1339060017	中國醫藥大學北港附設醫院	
	122		1536040535	陽光精神科醫院	
	123		0717070516	法務部矯正署臺中監獄附設培德醫院	
			<del>1303180011</del>	<del>亞洲大學附屬醫院</del>	108.3.14 共擬會議 決議刪除
	124		1333050017	中國醫藥大學新竹附設醫院	108.6.13 共擬會議 決議新增
	125		3503100091	中部科學工業園區員工診所	108.6.13 共擬會議 決議新增
			<del>3338120516</del>	<del>中國醫藥大學附設醫院地利村門 診部</del>	<del>108.6.13 共擬會議 決議新增</del> <u>變更院所代號及 名稱</u>
	126		<del>3538121366</del>	<del>地利診所</del>	<u>110.12.09 共擬會 議決議新增</u>
15	127	國軍體系	0501110514	三軍總醫院	
	128		0544010031	三軍總醫院澎湖分院附設民眾診 療服務處	
	129		0501010019	三軍總醫院松山分院附設民眾診 療服務處	
	130		0501160014	三軍總醫院北投分院附設民眾診 療服務處	
	131		0511040010	三軍總醫院附設基隆民眾診療服 務處	

體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
	132		0532090029	國軍桃園總醫院附設民眾診療服務處	
	133		0512040014	國軍新竹地區醫院附設民眾診療服務處	
	134		0536190011	國軍台中總醫院附設民眾診療服務處	
	135		0517050010	國軍台中總醫院中清分院	
	136		0502080015	國軍高雄總醫院附設民眾診療服務處	
	137		0502030015	國軍高雄總醫院左營分院	
	138		0542020011	國軍高雄總醫院岡山分院	
	139		0543010019	國軍高雄總醫院附設屏東民眾診療服務處	
	140		0545040515	國軍花蓮總醫院附設民眾診療服務處	
	141		2503150018	成功嶺診所	108.6.13 共擬會議 決議新增
	142		2502090013	國軍高雄門診中心附設民眾診療服務處	108.6.13 共擬會議 決議新增
	143		2501180018	國軍台北門診中心附設民眾診療服務處	110.3.11 共擬會議 決議新增
16	144	敏盛體系	1532011154	敏盛綜合醫院(含三民院區)	
	145		1532061065	大園敏盛醫院(桃園縣大園鄉)	
	146		1532091081	龍潭敏盛醫院(桃園縣龍潭鄉)	
	147		1501201020	景美醫院	
	148		1531060180	新泰綜合醫院	
	149		3512013681	新竹科學工業園區員工診所	108.6.13 共擬會議 決議新增
17	150	澄清體系	1517011112	澄清綜合醫院(台中市區)	
	151		1517061032	澄清綜合醫院中港分院(台中市西屯區)	
			<del>1503290016</del>	<del>澄清復健醫院(台中市北屯區)</del>	<u>變更院所代號及名稱</u>
	152		<u>1503270014</u>	<u>澄清復健醫院</u>	<u>110.12.09 共擬會議決議新增</u>
	153		1503200012	霧峰澄清醫院(台中市大里區)	
	154		1536181139	本堂澄清醫院(台中市霧峰區)	
	155		1503190039	新太平澄清醫院(台中市太平區)	
	156		1536151042	烏日澄清醫院(台中市烏日區)	
			<del>3536201405</del>	<del>里澄診所</del>	<del>108.6.13 共擬會議決議新增</del> <u>歇業</u>
18	157	成大體系	0421040011	成大醫院	
	158		0439010527	成大斗六分院	
19	159	北市聯醫體系	0101090517	臺北市立聯合醫院仁愛院區	
	160		0101090517	臺北市立聯合醫院陽明院區	
	161		0101090517	臺北市立聯合醫院和平婦幼院區	
	162		0101090517	臺北市立聯合醫院中興院區	
	163		0101090517	臺北市立聯合醫院忠孝院區	

體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
	164		0101090517	臺北市立聯合醫院松德院區	
	165		0101090517	臺北市立聯合醫院林森中醫昆明院區	
	166		2101010013	臺北市立聯合醫院附設松山門診部	110.7.29 共擬會議 決議新增
	167		2101020019	臺北市立聯合醫院附設大安門診部	110.7.29 共擬會議 決議新增
	168		2101100227	臺北市立聯合醫院附設中山門診部	110.7.29 共擬會議 決議新增
	169		2101110027	臺北市立聯合醫院附設內湖門診部	110.7.29 共擬會議 決議新增
	170		2101120014	臺北市立聯合醫院附設南港門診部	110.7.29 共擬會議 決議新增
	171		2101151037	臺北市立聯合醫院附設士林中醫門診部	110.7.29 共擬會議 決議新增
	172		2101161033	臺北市立聯合醫院附設北投門診部	110.7.29 共擬會議 決議新增
	173		2101180038	臺北市立聯合醫院附設中正門診部	110.7.29 共擬會議 決議新增
	174		2101191068	臺北市立聯合醫院附設萬華門診部	110.7.29 共擬會議 決議新增
			<del>2101191077</del>	<del>臺北市立聯合醫院附設萬華中醫門診部</del>	<del>110.7.29 共擬會議 決議新增</del> 歇業
	175		2101090011	臺北市立聯合醫院附設大同門診部	110.7.29 共擬會議 決議新增
	176		2101170050	臺北市立聯合醫院附設信義門診部	110.7.29 共擬會議 決議新增
	177		2101200017	臺北市立聯合醫院附設政大門診部	110.7.29 共擬會議 決議新增
20	178	高市聯醫體系	0102020011	高雄市立聯合醫院	
	179		0802070015	高雄市立中醫醫院	
	180		0102080026	高雄市立凱旋醫院	
	181		0102080017	高雄市立民生醫院	
21	182	中山體系	1317040011	中山醫學大學附設醫院	
	183		1317040011	中山醫學大學附設醫院文心院區	
	184		1317040039	中山醫學大學附設醫院中興分院	
22	185	天主教體系	1231050017	耕莘醫院(含安康院區)	
			<del>1139030015</del>	<del>若瑟醫院</del>	108.3.14 共擬會議 決議刪除
	186		1133060019	湖口仁慈	
	187		1231030015	永和耕莘	
23	188	門諾體系	1145010038	門諾醫院	
	189		1145060029	門諾壽豐分	
24	190	仁愛體系	1117010019	仁愛醫療財團法人台中仁愛醫院	
	191		1136200015	仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院	
25	192	新樓體系	1121010018	台灣基督長老教會新樓醫療財團法人台南新樓醫院	
	193		1105040016	台灣基督長老教會新樓醫療財團法人麻豆新樓醫院	
	194		4005370010	台灣基督長老教會新樓醫療財團法人新樓安南診所	

體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註	
26	195	中英體系	0931010016	中英醫療社團法人中英醫院	<u>歇業</u>	
	196		0931010025	中英醫療社團法人板英醫院		
	197		1531031278	永和復康醫院		
			<del>1531041292</del>	<del>佑林醫院</del>		
	198		1531041390	怡和醫院		
	199		1536200022	達明眼科醫院		
	200		1507320015	新高醫院		
	201		1507010014	新高鳳醫院		
	202		0901180023	郵政醫院		
	203		1532021365	華揚醫院		
	204		1507360019	瑞祥醫院		
205	1532011163	德仁醫院				
206	0941010019	新興醫院				
27	207	李綜合體系	1503030010	順安醫院	108.6.13 共擬會議 決議新增	
	208		1503030047	美德醫院		
	209		0935020027	李綜合醫療社團法人苑裡李綜合醫院		
	210		0936030018	李綜合醫療社團法人大甲李綜合醫院		
	211		3535031490	仁泰診所		
28	212	光田體系	0936050029	光田醫療社團法人光田綜合醫院	108.3.14 共擬會議 決議刪除 108.3.14 共擬會議 決議刪除	
	213		0936050029	光田醫療社團法人光田綜合醫院 大甲院區		
	214		1535031041	通霄光田醫院		
			<del>1536100081</del>	<del>清泉醫院</del>		
			1417080517	弘光科技大學附設老人醫院		
29	215	林新體系	0917070029	林新醫療社團法人林新醫院		
	216		0903150014	林新醫療社團法人烏日林新醫院		
30	217	安泰體系	0943020013	安泰醫療社團法人潮州安泰醫院		
	218		0943030019	安泰醫療社團法人安泰醫院		
31	219	聯新體系	1532100049	<del>壠新醫院</del> <u>聯新國際醫院</u>	<u>變更名稱</u>	
	220		1531010082	板新醫院		
	221		1532010120	<del>桃新醫院</del> <u>聯新國際醫院桃新分院</u>		
	222		1517020040	台新醫院		
	223		1541011126	營新醫院		
	224		1542150042	高新醫院		
	225		1502070118	健新醫院		
						<del>壠新醫院</del> <u>桃園國際機場醫療中心</u>
	226		3432060513	<u>聯新國際醫院桃園國際機場醫療中心</u>		108.6.13 共擬會議 決議新增 <u>變更名稱</u>
	32		227	天成體系		1532040039
228		0932020025	天成醫療社團法人天晟醫院			
33	229	大千體系	1535010051	大千綜合醫院		
	230		0935010021	大千醫療社團法人南勢醫院		

體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
	231		1435010013	財團法人臺灣省私立桃園仁愛之家附設苗栗新生醫院	
			<del>1535010122</del>	<del>大川醫院</del>	<del>歇業</del>
	232		1535081078	大順醫院	
	233		3535061434	後龍診所	108.6.13 共擬會議 決議新增
	234		3535091245	公館診所	108.6.13 共擬會議 決議新增
	235		3535041745	竹南診所	108.6.13 共擬會議 決議新增
	236		3535012217	德恩診所	109.9.10 共擬會議 決議新增
	237		3535012235	舒康診所	109.9.10 共擬會議 決議新增
	238		3535012164	康平皮膚科診所	109.9.10 共擬會議 決議新增
	239		3535012468	永旭診所	109.9.10 共擬會議 決議新增
	240		3535012459	福苗診所	109.9.10 共擬會議 決議新增
	241		<u>3535012520</u>	<u>大川診所</u>	<u>110.12.09 共擬會議 決議新增</u>
34	242	靜和體系	1502060041	靜和醫院	
	243		0907120012	燕巢靜和醫療社團法人燕巢靜和醫院	
35	244	童綜合體系	0936060016	童綜合醫院	
	245		0936060016	童綜合醫院沙鹿院區	
36	246	宏恩體系	1517040015	宏恩醫院	
	247		1503250012	宏恩醫院龍安分院	
37	248	阮綜合體系	0902080013	阮綜合醫院	
			<del>1507300013</del>	<del>博正醫院</del>	108.3.14 共擬會議 決議刪除
			<del>1307370011</del>	<del>高雄市立旗津醫院</del>	108.3.14 共擬會議 決議刪除
	249		4107350018	阮綜合醫療社團法人上順診所	108.6.13 共擬會議 決議新增
	250		3507020049	永順診所	108.6.13 共擬會議 決議新增
	251		3507360173	安順診所	108.6.13 共擬會議 決議新增
	252		3507350435	保順診所	108.6.13 共擬會議 決議新增
38	253	瑞光體系	1401190039	萬華醫院	
	254		1501101141	泰安醫院	
39	255	蕭中正體系	1531010108	蕭中正醫院	108.6.13 共擬會議 決議新增
	256		1531091149	清福醫院	110.02.01 變更醫 事機構代號

體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
			3531045498	福星診所	110.03.11 共擬會議決議刪除
	257		3531092166	清福診所	110.03.11 共擬會議決議新增
	258		3531046020	新福星診所	110.03.11 共擬會議決議新增
	259		<u>7401101583</u>	<u>泰安醫院附設溫馨居家護理所</u>	<u>110.12.09 共擬會議決議新增</u>
40	260	羅東聖母體系	1134020028	天主教靈醫會醫療財團法人羅東聖母醫院	108.6.13 共擬會議決議新增
			<del>1534050024</del>	<del>杏和醫院</del>	<del>108.6.13 共擬會議決議新增</del> <u>變更院所代號及名稱</u>
	261		<u>1134050026</u>	<u>天主教靈醫會醫療財團法人礁溪杏和醫院</u>	<u>110.12.09 共擬會議決議新增</u>
41	262	普門體系	1134070019	宜蘭普門醫療財團法人員山馬偕醫院	108.6.13 共擬會議決議新增
	263		4034010017	宜蘭普門醫療財團法人普門診所	108.6.13 共擬會議決議新增
42	264	仁濟體系	1401190011	財團法人台灣省私立台北仁濟院附設仁濟醫院	108.6.13 共擬會議決議新增
	265		1431060017	財團法人台灣省私立台北仁濟院附設新莊仁濟醫院	108.6.13 共擬會議決議新增
43	266	臺安體系	4001020019	基督復臨安息日會醫療財團法人臺安診所	108.6.13 共擬會議決議新增
	267		1101010021	基督復臨安息日會醫療財團法人臺安醫院	108.6.13 共擬會議決議新增
44	268	亞東體系	1131010011	醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會亞東紀念醫院	108.6.13 共擬會議決議新增
	269		4001180010	醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會遠東聯合診所	108.6.13 共擬會議決議新增
45		東元體系	<del>1533050039</del>	<del>東元綜合醫院</del>	<del>108.6.13 共擬會議決議新增</del> <u>變更院所代號及名稱</u>
	270		<u>0933050018</u>	<u>東元醫療社團法人東元綜合醫院</u>	<u>110.12.09 共擬會議決議新增</u>
			<del>3533052311</del>	<del>艾微笑診所</del>	<del>108.6.13 共擬會議決議新增</del> <u>變更院所代號及名稱</u>
	271		<u>4133050016</u>	<u>東元醫療社團法人艾微笑診所</u>	<u>110.12.09 共擬會議決議新增</u>
46	272	長慎醫院體系	1532021374	長慎醫院	108.6.13 共擬會議決議新增
	273		3512011276	新竹安慎診所	108.6.13 共擬會議決議新增

體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
	274		3533031689	竹東安慎診所	108.6.13 共擬會議 決議新增
	275		3533052044	竹北惠慎診所	108.6.13 共擬會議 決議新增
	276		3512013850	安禾診所	108.6.13 共擬會議 決議新增
	277		3512013869	安新診所	108.6.13 共擬會議 決議新增
47	278	為恭體系	1135050020	財團法人為恭紀念醫院	108.6.13 共擬會議 決議新增
	279		1535051196	崇仁醫院	108.6.13 共擬會議 決議新增
	280		3535041647	宏仁診所	110.7.29 共擬會議 決議新增
		<del>懷寧體系</del>	<del>1532021383</del>	<del>懷寧醫院</del>	<del>108.6.13 共擬會議 決議新增</del>
			<del>3532027047</del>	<del>懷寧內科診所</del>	<del>108.6.13 共擬會議 決議新增 歇業</del>
		<del>台南仁愛之家 體系</del>	<del>1441060010</del>	<del>財團法人台灣省私立台南仁愛之 家附設精神療養院</del>	<del>108.6.13 共擬會議 決議新增</del>
			<del>3121041024</del>	<del>財團法人台灣省私立台南仁愛之 家附設成功診所</del>	<del>108.6.13 共擬會議 決議新增 歇業</del>
48	281	詠馨體系	1505310011	璟馨婦幼醫院	108.6.13 共擬會議 決議新增
	282		3521042903	詠馨婦產科診所	108.6.13 共擬會議 決議新增
49	283	國仁體系	1543010109	國仁醫院	108.6.13 共擬會議 決議新增
	284		3543111309	國仁醫院附設高樹門診部	108.6.13 共擬會議 決議新增
			<del>3543014529</del>	<del>國新診所</del>	<del>108.6.13 共擬會議 決議新增 變更院所代號</del>
	285		<del>3543014663</del>	<del>國新診所</del>	<del>110.12.09 共擬會 議決議新增</del>
50	286	馨蕙馨醫院體 系	1502031095	馨蕙馨醫院	108.6.13 共擬會議 決議新增
	287		1507300022	博愛蕙馨醫院	108.6.13 共擬會議 決議新增
		<del>新光體系</del>	<del>1101150011</del>	<del>新光醫院</del>	<del>109.9.10 共擬會議 決議新增</del>
			<del>3501154573</del>	<del>昕新診所</del>	<del>109.9.10 共擬會議 決議新增 歇業</del>
51	288	<u>礦工體系</u>	<u>1411030013</u>	<u>醫療財團法人臺灣區煤礦業基金 會臺灣礦工醫院</u>	<u>110.12.09 共擬會 議決議新增</u>
	289		<u>3511010480</u>	<u>醫療財團法人臺灣區煤礦業基金 會礦工基隆診所</u>	<u>110.12.09 共擬會 議決議新增</u>

註 1：本名單係參考 107 年醫策會醫院評鑑使用之醫院同體系名單。

- 註 2：按 107 年 5 月 10 日召開之「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」，會議決議同體系院所之認定，先參採醫事司委託醫策會辦理醫院評鑑所列之同體系院所名單。
- 註 3：108.3.14 共擬會議決議刪除之名單，係自 108.4.1 起刪除
- 註 4：108.6.13 共擬會議決議新增之名單，係自 108.10.1 起新增
- 註 4：109.6.11 共擬會議決議新增之名單，係自 109.7.1 起新增
- 註 5：109.9.10 共擬會議決議新增之名單，係自 109.10.1 起新增
- 註 6：110.03.11 共擬會議決議新增(刪除)之名單，係自 110.04.01 起新增(刪除)
- 註 7：110.07.29 共擬會議決議新增之名單，係自 110.09.01 起新增(刪除)
- 註 8：110.12.09 共擬會議決議新增名單，係自 111.01.01 起新增(刪除)

# 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

## 第一部 總則

- 一、本標準依全民健康保險法(以下稱本法)第四十一條第一項規定訂定之。
- 二、各保險醫事服務機構適用本標準所列各診療項目，醫學中心、區域醫院及地區醫院依全民健康保險法施行細則第五十九條規定辦理簽定合約之特約類別及支付適用表別，該條文未明列之類別如下：
  - (一)基層醫療院所：指醫學中心、區域醫院及地區醫院以外之醫療機構（以下稱基層院所）。
  - (二)特約藥局。
- 三、經主管機關評鑑合格之各層級醫院精神科，依該院之支付適用表別點數申報；經評鑑合格之精神科專科教學醫院，依區域醫院點數申報；經評鑑合格之精神科專科醫院，依地區醫院點數申報。
- 四、各保險醫事服務機構，依其專任醫師專長、設備及地區需要性，從事適用類別以外之診療項目時，得定期向保險人申請核可適用。
- 五、各保險醫事服務機構實施本標準未列項目，應就適用之類別已列款目中，按其最近似之各該編號項目所訂點數申報，惟新療法須經保險人報由中央主管機關核定後實施。
- 六、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所訂點數申報後，由保險人按門診每一申報案件扣留十點、住院每一申報案件扣留五十點，作為委託辦理電子資料處理之費用。
- 七、本標準各診療項目支付費用一律以點數計算，每點支付金額依據全民健康保險法第六十二條定之。
- 八、全民健康保險會協定之年度預算所訂之計畫或方案，其給付項目及支付標準依本法第四十一條所定程序辦理，並依各該計畫或方案之規定給付與支付。
- 九、本標準所稱「山地離島地區」，依「全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法」之規定辦理。

## 十、事前審查：

- (一)依本法第四十二條規定，保險醫事服務機構為保險對象施行附表所列項目及各診療項目已規定應事前審查者，保險醫事服務機構應依規定申請事前審查。
- (二)保險醫事服務機構向保險人申報事前審查時，應檢附下列文件：
  - 1.事前審查申報書。
  - 2.足供審查判斷之病歷及相關資料。
  - 3.前項應事前審查項目規定之必備文件資料。
- (三)保險人應於收到保險醫事服務機構送達事前審查申報文件起二週內完成核定，逾期未核定者，視同完成事前審查。但資料不全經保險人通知補件者，不在此限。
- (四)經保險醫事服務機構認定因事出緊急，得以書面說明電傳保險人報備後，先行處理治療，並立即備齊應附文件補件審查。
- (五)依規定應事前審查項目，保險醫事服務機構未於事前提出申請或報備，或未經保險人核定即施予者，得依程序審查不支付費用。事前審查案件，申報或報備後未及經審查回復即因急迫需要而施行者，應依專業審查核定結果辦理。

十一、施行特定治療檢查檢驗項目，除本標準已明定適應症外，應符合衛生福利部公告之「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」。

十二、經主管機關核定公告不給付之醫療服務項目如下：

- (一)近視手術治療。
- (二)非治療需要之人工流產，惟因性侵害受孕之人工流產醫療費用不在此限。非治療需要之人工流產係指以下項目以外之人工流產：
  - 1.本人或其配偶患有礙優生之遺傳性、傳染性疾病或精神疾病者。
  - 2.本人或其配偶之四親等以內之血親患有礙優生之遺傳性、傳染性疾病或精神疾病者。
  - 3.有醫學上理由，足以認定懷孕或分娩有招致生命危險或危害身體或精神健康者。
  - 4.有醫學上理由，足以認定胎兒有畸形發育之虞者。
- (三)酒癮、煙癮之戒斷治療。
- (四)以裝配眼鏡(含隱形眼鏡)為目的之診療項目，包括：眼科驗光檢查、交付配鏡處方及診察費等。(中華民國一百零四年十月二十二日衛部保字第一〇四一二六〇七一五號公告)

十三、地區醫院週六、週日及國定假日之西醫門診（不含急診）案件，申報本標準第二部各診療項目（不含第二部第一章第一節門診診察費），依各該編號項目所訂點數加計百分之三十支付。

十四、本標準第二部、第三部及第六部中有關期間天數之定義如下：每週(每星期)係指七天，一個月係指三十天，三個月(一季)係指九十天，六個月(半年)係指一百八十天，十二個月(一年)係指三百六十五天，十八個月(一年半)係指五百四十五天，二十四個月(兩年)係指七百三十天。每年係以日曆年計。

十五、有關年齡之認定，除本標準各部章節另有規定外，涉及年齡加成者，門診採就醫年月日、住院採診療項目實際執行年月日，減出生年月日計算；其餘年齡限制，採診療項目實際執行年月日減出生年月日計算，若無填報診療項目實際執行日期，則以就醫日期或入院日期認定。

## 第二部 西醫

### 第一章 基本診療

#### 第一節 門診診察費

通則：

一、本節所定點數包括醫師診療、處方、護理人員服務、電子資料處理、污水及廢棄物處理及其他基本執業成本（如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出）。

註：醫院一般門診診察費支付點數內含百分之十護理費。

二、本節所稱醫院每日門診合理量暫不實施：

##### (一)醫學中心

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

##### (二)區域醫院

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

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

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

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

三、合併申報醫療費用之醫院，其醫院門診合理量應合併計算。

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

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

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

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

八、由同一醫師診療之同日兩次以上之門診相同病情案件，限申報門診診察費一次。

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

十、本節之各項診察項目中，註有「兒童加成項目」者，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十。其他未註有兒童加成之診察費項目，~~二歲(含)以下未滿四歲~~兒童之門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

十一、西醫醫院門診診察費加成方式：

(一)~~四歲(含)以下未滿五歲~~兒童不限科別各項門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

(二)醫學中心及區域醫院之婦產科、小兒科及新生兒科、外科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之十七，若同時符合~~四歲以下未滿五歲~~兒童加成者，依表定點數加計百分之三十七。內科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之七，若同時符合~~四歲以下未滿五歲~~兒童加成者，依表定點數加計百分之二十七。

(三)地區醫院加成方式：

1.婦產科、小兒科及新生兒科、外科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之四十，若同時符合~~四歲以下未滿五歲~~兒童加成者，依表定點數加計百分之六十。

2.內科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之三十，若同時符合~~四歲以下未滿五歲~~兒童加成者，依表定點數加計百分之五十。

3.其餘科別及精神科之門診診察費項目，得依表定點數加計百分之十五，若同時符合~~四歲以下未滿五歲~~兒童加成者，依表定點數加計百分之三十五。

4.地區醫院申報夜間門診診察費項目（夜間門診係指晚上六時至十時之開診），得依表定點數加計百分之十：包括編號00101B、00131B、00102B、00132B、00172B、00173B、00105B、00135B、00106B、00136B、00174B、00175B、00107B、00137B、00108B、00138B、00176B、00177B。

(四)加成科別及門診診察費項目定義說明：

1.外科：包括就醫科別為外科、骨科、神經外科、泌尿科、整形外科、直腸外科、心血管外科、胸腔外科、消化外科、小兒外科及脊椎骨科等科。

2.內科：包括就醫科別為內科、神經科、消化內科、心臟血管內科、胸腔內科、腎臟內科、風濕免疫科、血液腫瘤科、內分泌科、感染科、胸腔暨重症加護及老人醫學科等科。

3.門診診察費項目：包括編號00154A、00155A、00156A、00157A、00170A、00171A、00101B、00131B、00102B、00132B、00172B、00173B、00105B、00135B、00106B、00136B、00174B、00175B、00107B、00137B、00108B、00138B、00176B、00177B及01023C。

(五)醫院申報門診診察費~~四歲以下未滿五歲~~兒童加成及科別加成支付點數之計算結果詳附表2.1.2.1及附表2.1.2.2。

十二、西醫基層院所門診診察費加成方式：

(一)兒童加成方式(詳附表2.1.3)：

1. ~~三歲以下~~ 未滿四歲 兒童：不限科別各項門診診察費依表定點數加計百分之二十。
2. 四歲 以上 至 ~~六歲~~ 未滿七歲 兒童：兒科專科醫師各項門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

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

(三)專科醫師加成方式(詳附表2.1.4至附表2.1.7)：

1. 各專科醫師申報第一段門診量內之門診診察費得按表定點數加計，其中婦產科、外科及內科專科醫師加計百分之十三，整形外科、骨科、泌尿科、神經外科專科醫師加計百分之十，其餘專科醫師加計百分之九。若同時符合兒童加成或七十五歲以上者加成，依加成率合計後一併加計。
2. 第一段門診量內之門診診察費項目：包括編號00109C、00110C、00197C、00198C、00199C、00200C、00158C、00159C、00230C、00231C、00232C、00233C、00234C、00235C、00236C、00237C、00168C、00169C、01023C、00238C、00240C、00242C、00244C、00184C、00185C。

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
01015C	<p>急診診察費 註：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 急診定義及適用範圍如附表2.1.1。</li> <li>2. 內含護理費比率為百分之八點八至百分之十四。</li> <li>3. 夜間(晚上十時至隔日早上六時)加計百分之五十、例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之二十，同時符合夜間及例假日者，則僅加計百分之五十；屬西醫基層總額部門院所，例假日加成維持原週六之中午十二時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時加計百分之二十規定。</li> <li>4. 山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加計百分之三十，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加計百分之八十。</li> <li>5. 地區醫院得依表定點數加計百分之十九。</li> <li>6. 本項年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之一百，其餘年齡為兒童加成項目，依本節通則十規定辦理。</li> <li>7. 地區醫院之兒科專科醫師申報得加計百分之五十，其餘專科醫師申報 <del>六歲以下</del> <u>未滿七歲</u> 兒童者，得加計百分之五十。</li> <li>8. 屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數521點申報。</li> </ol>	V	V			667

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
00201B	急診診察費(按檢傷分類) 檢傷分類第一級		v	v	v	1800
00202B	檢傷分類第二級		v	v	v	1000
00203B	檢傷分類第三級		v	v	v	776
00204B	檢傷分類第四級		v	v	v	449
00225B	檢傷分類第五級		v	v	v	390
	註： 1.檢傷分類依衛生福利部規定。 2.地區醫院得就本項費用與01015C急診診察費擇一申報，惟採行後一年始得變更。 3.夜間(晚上十時至隔日早上六時) 加計百分之五十、例假日(週六零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之二十，同時符合夜間及例假日者，則僅加計百分之五十。 4.山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加計百分之三十，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加計百分之八十。 5.地區醫院申報檢傷分類第四、五級之急診診察費得依表定點數加計百分之十九。 6.內含護理費比率為百分之三十二點零四。 7.本項年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之一百，其餘年齡為兒童加成項目，依本節通則十規定辦理。 8.兒科專科醫師申報得加計百分之五十，其餘專科醫師申報 <del>六歲以下</del> 未滿七歲兒童者，得加計百分之五十。					
01023C	高危險早產兒特別門診診察費 註： 1.限出生時二千公克以下的早產兒於未滿二歲前之特別門診追蹤治療，並限由小兒科專科醫師親自執行。 2.內含護理費比率為百分之十一點五至百分之十五點三。 3.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數425點申報。	v	v	v	v	468
01023C	高危險早產兒特別門診診察費 註： 1.限出生時二千公克以下的早產兒於 <del>二歲</del> 未滿三歲前之特別門診追蹤治療，並限由小兒科專科醫師親自執行。 2.內含護理費比率為百分之十一點五至百分之十五點三。 3.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數425點申報。	v	v	v	v	468

附表 2.1.2.1

醫學中心及區域醫院申報門診診察費~~四歲(含)以下~~未滿五歲兒童加成及科別  
加成支付點數之計算

代碼	名稱	支付 點數 A	不分科別 <del>四歲以下</del> 未滿五歲 兒童加成 (20%)支付 =A*1.2	婦兒外科加成		內科加成	
				科別加成 支付點數 =A*1.17	同時符合兒 童加成支付 點數 =A*1.37	科別加成 支付點數 =A*1.07	同時符合兒 童加成支付 點數 =A*1.27
	<b>一般門診診察費</b>						
	—醫院門診診察費(不含牙科門診)						
	<b>1.就診人次在合理量內：</b>						
	<b>醫學中心及區域醫院</b>						
00154A	1)處方交付特約藥局調劑	286	343	335	392	306	363
00155A	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	316	379	370	433	338	401
00156A	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	286	343	335	392	306	363
00157A	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	292	350	342	400	312	371
00170A	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	520	624	608	712	556	660
00171A	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	497	596	581	681	532	631
	<b>3.金門馬祖以外之山地離島地區</b>						
00105B	1)處方交付特約藥局調劑	286	343	335	392	306	363
00135B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	316	379	370	433	338	401
00106B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	286	343	335	392	306	363
00136B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	292	350	342	400	312	371
00174B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	520	624	608	712	556	660
00175B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	497	596	581	681	532	631
	<b>4.金門馬祖地區</b>						
00107B	1)處方交付特約藥局調劑	288	346	337	395	308	366
00137B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	339	407	397	464	363	431
00108B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	288	346	337	395	308	366
00138B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	316	379	370	433	338	401
00176B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	542	650	634	743	580	688
00177B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	520	624	608	712	556	660

代碼	名稱	支付 點數 A	不分科別 <del>四歲以下</del> 未滿五歲 兒童加成 (20%)支付 =A*1.2	婦兒外科加成		內科加成	
				科別加成 支付點數 =A*1.17	同時符合兒 童加成支付 點數 =A*1.37	科別加成 支付點數 =A*1.07	同時符合兒 童加成支付 點數 =A*1.27
	並由本院所自行調劑						
	<b>精神科門診診察費</b>						
	—每位醫師每日門診量在四十五人次 以下部分(≤45)						
	<b>1.醫院</b>						
01018B	1)處方交付特約藥局調劑	308	370				
00178B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥 局調劑	365	438				
01019B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	308	370				
00179B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自 行調劑	341	409				
00180B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給 藥二十八天以上之慢性病連續處方 並交付特約藥局調劑	567	680				
00181B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給 藥二十八天以上之慢性病連續處方 並由本院所自行調劑	544	653				
	—每位醫師每日門診量在超過四十五 人次部分(>45)						
00186C	1)處方交付特約藥局調劑	164	197				
00187C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥 局調劑	218	262				
00188C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	164	197				
00189C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自 行調劑	196	235				
00190C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給 藥二十八天以上之慢性病連續處方 並交付特約藥局調劑	436	523				
00191C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給 藥二十八天以上之慢性病連續處方 並由本院所自行調劑	414	497				
01023C	<b>高危險早產兒特別門診診察費</b>	468	562	548	641	501	594

附表2.1.2.2

地區醫院申報門診診察費~~四歲(含)以下~~未滿五歲兒童加成、科別加成及夜間  
 加成支付點數之計算

代碼	名稱	支付 點數 A	其餘科別加成			婦兒外科加成			內科加成		
			科別加 成支付 點數 = A*1.15	同時符 合兒童 加成支 付點數 = A*1.35	同時符 合兒童 加成及 夜間加 成支付 點數= A*1.45	科別加 成支付 點數= A*1.4	同時符 合兒童 加成支 付點數 = A*1.6	同時符 合兒童 加成及 夜間加 成支付 點數 = A*1.7	科別加 成支付 點數 = A*1.3	同時符 合兒童 加成支 付點數 = A*1.5	同時符 合兒童 加成及 夜間加 成支付 點數 = A*1.6
	<b>一般門診診察費</b> 一醫院門診診察費(不含牙科門診)										
	<b>2.地區醫院</b>										
00101B	1)處方交付特約藥局調劑	286	329	386	415	400	458	486	372	429	458
00131B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	316	363	427	458	442	506	537	411	474	506
00102B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	286	329	386	415	400	458	486	372	429	458
00132B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	292	336	394	423	409	467	496	380	438	467
00172B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	520	598	702	754	728	832	884	676	780	832
00173B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	497	572	671	721	696	795	845	646	746	795
	<b>3.金門馬祖以外之山地離島地區</b>										
00105B	1)處方交付特約藥局調劑	286	329	386	415	400	458	486	372	429	458
00135B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	316	363	427	458	442	506	537	411	474	506
00106B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	286	329	386	415	400	458	486	372	429	458
00136B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	292	336	394	423	409	467	496	380	438	467
00174B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	520	598	702	754	728	832	884	676	780	832
00175B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	497	572	671	721	696	795	845	646	746	795
	<b>4.金門馬祖地區</b>										
00107B	1)處方交付特約藥局調劑	288	331	389	418	403	461	490	374	432	461
00137B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	339	390	458	492	475	542	576	441	509	542
00108B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	288	331	389	418	403	461	490	374	432	461
00138B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	316	363	427	458	442	506	537	411	474	506

代碼	名稱	支付 點數 A	其餘科別加成			婦兒外科加成			內科加成		
			科別加 成支付 點數 = A*1.15	同時符 合兒童 加成支 付點數 = A*1.35	同時符 合兒童 加成及 夜間加 成支付 點數= A*1.45	科別加 成支付 點數= A*1.4	同時符 合兒童 加成支 付點數 = A*1.6	同時符 合兒童 加成及 夜間加 成支付 點數 = A*1.7	科別加 成支付 點數 = A*1.3	同時符 合兒童 加成支 付點數 = A*1.5	同時符 合兒童 加成及 夜間加 成支付 點數 = A*1.6
00176B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	542	623	732	786	759	867	921	705	813	867
00177B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	520	598	702	754	728	832	884	676	780	832
	<b>精神科門診診察費</b>										
	—每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)										
	<b>1.醫院</b>										
01018B	1)處方交付特約藥局調劑	308	354	416							
00178B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	365	420	493							
01019B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	308	354	416							
00179B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	341	392	460							
00180B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	567	652	765							
00181B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	544	626	734							
	—每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45)										
00186C	1)處方交付特約藥局調劑	164	189	221							
00187C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	218	251	294							
00188C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	164	189	221							
00189C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	196	225	265							
00190C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	436	501	589							
00191C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	414	476	559							
01023C	<b>高危險早產兒特別門診診察費</b>	468	538	632		655	749		608	702	

附表 2.1.3

基層院所申報門診診察費「~~三歲以下~~未滿四歲不分科及四歲以上至~~六歲~~未滿七歲兒科專科醫師加計百分之二十」與「七十五歲以上者加計百分之七點五」支付點數之計算

代碼	名稱	支付點數 A	不分科別 <del>三歲以下</del> 未滿四歲及四歲以上至 <del>六歲</del> 未滿七歲兒科專科醫師加計(20%)支付點數 =A*1.2	不分科別七十五歲以上者之加計(7.5%)支付點數 =A*1.075
	<b>一般門診診察費—基層院所門診診察費</b>			
	<b>1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分 (≤40)</b>			
00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人次)	358	430	385
00223C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-40人次)	250	300	269
00197C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	457	410
00198C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-40人)	375	450	403
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人次)	358	430	385
00224C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-40人次)	250	300	269
00199C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	356	427	383
00200C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-40人)	350	420	376
00158C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	555	666	597
00159C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	530	636	570
	<b>2.每位醫師每日門診量超過四十人次，但在六十人次以下部分 (41-60)</b>			
00111C	1)處方交付特約藥局調劑	220	264	237
00141C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	275	330	296
00112C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	220	264	237
00142C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	250	300	269
00160C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	475	570	511
00161C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	450	540	484
	<b>3.每位醫師每日門診量超過六十人次，但在八十人次以下部分 (61-80)</b>			
00113C	1)處方交付特約藥局調劑	160	192	172
00143C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	215	258	231
00114C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	160	192	172
00144C	4)開具慢性病連續處方由本院所自行調劑	190	228	204
00162C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	415	498	446

代碼	名稱	支付點數 A	不分科別 <del>三歲</del> 以 <del>下</del> 未 <del>滿</del> 四歲及四歲 以上至六歲 未滿七歲兒 科專科醫師 加計(20%) 支付點數 =A*1.2	不分科別七 十五歲以上 者之加計 (7.5%)支付 點數 =A*1.075
00163C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	390	468	419
	<b>4.每位醫師每日門診量超過八十人次，但在一五〇人次以下部分(81-150)</b>			
00115C	1)處方交付特約藥局調劑	70	84	75
00145C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	125	150	134
00116C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	70	84	75
00146C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	100	120	108
00164C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	325	390	349
00165C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	300	360	323
	<b>5.每位醫師每日門診量超過一五〇人次部分(&gt;150)</b>			
00117C	1)處方交付特約藥局調劑	50	60	54
00147C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	105	126	113
00118C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	50	60	54
00148C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	80	96	86
00166C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	305	366	328
00167C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	280	336	301
	<b>6.山地離島地區</b>			
	<b>(1)每位醫師每日門診量在五十人次以下部分(≤50)</b>			
00230C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	358	430	385
00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50人)	352	422	378
00232C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	457	410
00233C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-50人)	375	450	403
00234C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	358	430	385
00235C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50人)	352	422	378
00236C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	356	427	383
00237C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-50人)	350	420	376
00168C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(≤50)	555	666	597
00169C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑(≤50)	530	636	570
	<b>(2)每位醫師每日門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分(51-70)</b>			

代碼	名稱	支付點數 A	不分科別 <del>三歲以下</del> 未滿 四歲及四歲 以上至六歲 未滿七歲兒 科專科醫師 加計(20%) 支付點數 =A*1.2	不分科別七 十五歲以上 者之加計 (7.5%)支付 點數 =A*1.075
00205C	1)處方交付特約藥局調劑(51-70)	220	264	237
00206C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(51-70)	275	330	296
00207C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑(51-70)	220	264	237
00208C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(51-70)	250	300	269
00209C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(51-70)	475	570	511
00210C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑(51-70)	450	540	484
	<b>(3)每位醫師每日門診量超過七十人次，但在一五〇人次以下部分(71-150)</b>			
00211C	1)處方交付特約藥局調劑(71-150)	160	192	172
00212C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(71-150)	215	258	231
00213C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑(71-150)	160	192	172
00214C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(71-150)	190	228	204
00215C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(71-150)	415	498	446
00216C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑(71-150)	390	468	419
	<b>(4)每位醫師每日門診量超過一五〇人次部分(&gt;150)</b>			
00217C	1)處方交付特約藥局調劑(>150)	90	108	97
00218C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(>150)	145	174	156
00219C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑(>150)	90	108	97
00220C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(>150)	120	144	129
00221C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(>150)	345	414	371
00222C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑(>150)	320	384	344
	<b>精神科門診診察費—基層診所</b>			
	<b>每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)</b>			
00238C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	344	413	370
00239C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-45人)	338	406	363
00240C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	395	474	425
00241C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-45人)	389	467	418
00242C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	344	413	370
00243C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-45人)	338	406	363
00244C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	374	449	402
00245C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-45人)	368	442	396

代碼	名稱	支付點數 A	不分科別 <del>三歲以下</del> 未滿 四歲及四歲 以上至六歲 未滿七歲兒 科專科醫師 加計(20%) 支付點數 =A*1.2	不分科別七 十五歲以上 者之加計 (7.5%)支付 點數 =A*1.075
00184C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	569	683	612
00185C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	548	658	589
	<b>一每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(&gt;45)</b>			
00186C	1)處方交付特約藥局調劑	164	197	176
00187C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	218	262	234
00188C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	164	197	176
00189C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	196	235	211
00190C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	436	523	469
00191C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	414	497	445
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	425	510	
01015C	急診診察費	521		560
01021C	精神科急診診察費	550		591

附表 2.1.5

基層院所申報專科醫師別加成併兒童加成第一段門診診察費支付點數之計算

代碼	名稱	支付點數 A	婦、外、內專科醫師看診 <del>三歲(含)以下</del> <u>三歲(含)以下</u> 兒童加計 33% 支付點數 =A*1.33	兒專科醫師看診 <del>六歲(含)以下</del> <u>六歲(含)以下</u> 兒童加計 29% 支付點數 =A*1.29	整形外、骨、泌尿、神經外專科醫師看診 <del>三歲(含)以下</del> <u>三歲(含)以下</u> 兒童加計 30% 支付點數 =A*1.3	其餘科別專科醫師看診 <del>三歲(含)以下</del> <u>三歲(含)以下</u> 兒童加計 29% 支付點數 =A*1.29
	<b>一般門診診察費—基層院所門診診察費</b> <b>1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分(≤40)</b>					
00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30 人次)	358	476	462	465	462
00197C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	507	491	495	491
00198C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-40人)	375	499	484	488	484
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30 人次)	358	476	462	465	462
00199C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30 人)	356	473	459	463	459
00200C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-40 人)	350	466	452	455	452
00158C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	555	738	716	722	716
00159C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	530	705	684	689	684
	<b>6.山地離島地區</b> <b>(1)每位醫師每日門診量在五十人次以下部分(≤50)</b>					
00230C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30 人)	358	476	462	465	462
00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50 人)	352	468	454	458	454
00232C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30 人)	381	507	491	495	491
00233C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-50 人)	375	499	484	488	484
00234C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30 人)	358	476	462	465	462
00235C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50 人)	352	468	454	458	454
00236C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30 人)	356	473	459	463	459
00237C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-50 人)	350	466	452	455	452

代碼	名稱	支付 點數 A	婦、外、內 專科醫師看 診 <del>三歲(含)以 下</del> 未滿四歲 兒童加計 33%支付點 數 =A*1.33	兒專科醫師 看診 <del>六歲 (含)以下未 滿七歲</del> 兒童 加計 29%支 付點數 =A*1.29	整形外、 骨、泌尿、 神經外專科 醫師看診 <del>三 歲(含)以下 未滿四歲</del> 兒 童加計 30% 支付點數 =A*1.3	其餘科別專 科醫師看診 <del>三歲(含)以 下</del> 未滿四歲 兒童加計 29%支付點 數 =A*1.29
00168C	5)開具連續二次以上調劑，而且每 次給藥二十八天以上之慢性病連 續處方並交付特約藥局調劑(≤50)	555	738	716	722	716
00169C	6)開具連續二次以上調劑，而且每 次給藥二十八天以上之慢性病連 續處方並由本院所自行調劑(≤50)	530	705	684	689	684
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	425	565	548	553	548

附表 2.1.7

基層院所精神科專科醫師申報精神科門診第一段門診診察費加成及併  
兒童、七十五歲以上者加成支付點數之計算

代碼	名稱	支付 點數 A	精神科專 科醫師加 計 9%支 付點數 =A*1.09	精神科專科 醫師看診 <del>三</del> <del>歲(含)以下未</del> 滿四歲兒童 加計 29%支 付點數 =A*1.29	精神科專 科醫師看 診七十五 歲以上者 加計 16.5%支 付點數 =A*1.165
	<b>精神科門診診察費 –每位醫師每日門診 量在四十五人次以下部分(≤45)</b>				
00238C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30 人)	344	375	444	401
00240C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥 局調劑(1-30 人)	395	431	510	460
00242C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑 (1-30 人)	344	375	444	401
00244C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自 行調劑(1-30 人)	374	408	482	436
00184C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給 藥二十八天以上之慢性病連續處方並 交付特約藥局調劑	569	620	734	663
00185C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給 藥二十八天以上之慢性病連續處方並 由本院所自行調劑	548	597	707	638

## 第二節 住院診察費

通則：

- 一、嬰幼兒病床得按主管機關登記之病床別，適用本節各項費用。
- 二、正常新生兒費用，以 57114C、57115C「新生兒費」項目併母親分娩費用申報，不得重複申報本節各項費用。
- 三、本節各診察項目皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至~~六歲~~未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十。
- 四、門診或急診當次轉住院，如仍由同科醫師診治，門診診察費或住院診察費應擇一申報。
- 五、醫師應每日按規定巡房，未巡房者，不予支付住院診察費。
- 六、兒科專科醫師申報部分住院診察費得加成，說明如下：
  - (一) 加護病房診察費及住院會診費(包括編號 02005B、02011K、02012A、02013B)，兒科專科醫師得加計百分之一百二十，若同時符合兒童加成者，依加成率合計後一併加成，最高加成上限為百分之一百二十。
  - (二) 一般住院診察費及隔離病床住院診察費(包括編號 02006K、02007A、02008B、02014K、02015A、02016B)，兒科專科醫師得加計百分之一百五十，若同時符合兒童加成者，依加成率合計後一併加成，最高加成上限為百分之一百五十。
- 七、七十五歲以上病人之住院診察費得依表定點數加計百分之二十，其項目為：一般病床住院診察費(02006K、02007A、02008B)、燒傷病床住院診察費(02010B)、加護病床住院診察費(02011K、02012A、02013B)、隔離病床住院診察費(02014K、02015A、02016B)。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
02010B	燒傷病床住院診察費(天) 註：本項兒童加成方式：病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之一百二十；年齡在六個月 <u>以上</u> 至 <u>未滿</u> 二歲者，依表定點數加計百分之九十；年齡在二歲 <u>以上</u> 至 <del>六歲</del> <u>未滿七歲</u> 者，依表定點數加計百分之八十。		v	v	v	802

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
02024B	高危險妊娠住院診察費 註： 適應症： 1. 妊娠二十二週至三十二週早產病患。 2. 四十歲(含)以上初產婦。 3. BMI ≥ 35 之初產婦。 4. 嚴重妊娠高血壓。 5. 前置胎盤患者。 6. 多胞胎。 7. 胎兒生長遲緩或胎兒發育異常者(IUGR)或胎盤功能異常者。 8. 妊娠合併內科疾病：心臟病、糖尿病、甲狀腺疾病、腎臟疾病(NS,IgA,ESRD)、免疫性疾病(SLE)、血小板低下症。 9. 白血病。 10. 血友病(Coagulopathy)。 11. 愛滋病。 12. 產後大出血者。 13. 胎盤早期剝離。 14. 合併接受外科手術者。 15. 雙胞胎輸血症候群。		V	V	V	1493

### 第三節 病房費

通則：

- 一、病房費及護理費之計算，凡住院之日，不論何時進院，均作一天論，出院之日，不論何時出院，其出院當日之病房費及護理費不予計算；住院日期僅一天者，以當日最後入住之病房種類計算一次病房費及護理費，住院日期二天(含)以上者，其出院當日之病房費及護理費不予計算，另住院期間於非出院日轉床者，其轉床當日之病房費及護理費，以當日最後入住之病房種類計算。
- 二、保險對象住院，以入住一般病床為原則，如一般病床不敷供應，而願入住其他經濟病床者，應按經濟病床標準申報費用；超等住院者，由保險對象自付其差額。
- 三、各類病床應符合醫療機構設置標準之規定。
- 四、本節各項病房費所訂點數均已包括病床費及其他雜項成本，如不計價藥材成本、建築與設備成本、水電費支出、廢棄物處理、電子資料處理及行政作業成本等。
- 五、一般病床支付點數不包括非保險病床自付差額費用及可另行計價之特定診療項目費用，但有特殊規定者除外。
- 六、正常新生兒費用，以57114C「新生兒費」項目，併母親分娩費用中申報，不得重複申報本章各項費用。
- 七、加護病床支付標準，原則依衛生福利部八十七年「加護病房評定」等級認定；惟新設立、增床者及自八十九年起醫院評鑑層級異動者，加護病床支付標準，依其當時醫院評鑑之特約層級，按醫學中心-甲級、區域醫院-乙級、地區醫院-丙級方式認定。
- 八、本節各項病床之護理費皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十。
- 九、本節註有「護理費加成」項目者，其加成之方式及申報規定：
  - (一)偏鄉醫院之加成：以下醫院依表定點數加計百分之十五。
    - 1.列於衛生福利部「偏鄉護理菁英計畫公費生管理要點」所定偏鄉地區範圍之醫院，排除僅屬於「衛生福利部公費醫師訓練後服務醫療機構及開業地區」之指定支援山地或離島地區之醫院。
    - 2.符合下列任一項之醫院：
      - (1)設立於保險人公告之離島、山地鄉之醫院；如前述地區未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，屬區域級醫院則須距離最近之醫學中心達三十公里以上者。
      - (2)設立於全民健保醫療資源不足地區(鄉鎮)之醫院；如前述鄉鎮未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，但排除已設立區域級醫院之鄉鎮。
    - 3.符合條件之醫院名單可參閱保險人全球資訊網，網址：[www.nhi.gov.tw](http://www.nhi.gov.tw)，資料路徑如下：首頁> 健保表單下載 >其他> 提升住院護理照護品質方案。
  - (二)符合全日平均護病比之加成：
    - 1.各醫院之急性一般及經濟病床(皆含精神病床)「全日平均護病比」，符合下表所列各該層級「全日平均護病比」之範圍者，其加成率如下：

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

7.0-7.4	10.0-10.4	13.0-13.4	17%
< 7.0	< 10.0	< 13.0	20%

註：(1)各醫院之「全日平均護病比」採四捨五入至小數位第一位計算。

(2)精神科教學醫院比照區域醫院層級加成，精神科醫院比照地區醫院層級加成。

2.醫院應依下列時程至健保資訊網服務系統(VPN)填報「品質報告」，未填報者，本項不予加成：

(1)於費用年月次月二十日前，填報急性一般病房住院跌倒人數比率、急性一般病房感染人數比率、急性一般病房新發生之壓瘡人數比率等三項指標。

(2)於每季結束次月二十日前，填報年資三個月以上護理人員離職率、年資二年以上護理人員比率、年資三個月以上但未滿二年護理人員離職率等三項指標。

(三)醫院應於費用年月次月二十日前，至健保資訊網服務系統(VPN)填報「結構性資料」，包含：急性一般及經濟病床（皆含精神病床）全日平均三班護理人員數、占床率、急性病床數、實際提供照護之護理人員數等資料；醫院並應保存每月「全日平均護病比」資料備查（參考格式請至保險人全球資訊網下載，網址：[www.nhi.gov.tw](http://www.nhi.gov.tw)，資料路徑如下：首頁 > 健保資料站 > 健保統計資料 > 重要統計資料）。

#### 第四節 精神科慢性病房住院照護費與日間住院治療費

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
04004C	精神科日間住院治療費（日間全天） -成人	√	√	√	√	714
04012C	<del>6</del> 六歲以上至 <del>15</del> 歲未滿十六歲	√	√	√	√	795
04013C	<del>6</del> 未滿六歲以下 註：限經中央衛生主管機關精神醫療院所(科)評鑑合格且辦理日間住院業務者申報。	√	√	√	√	877
04007C	精神科日間住院治療費（日間半天） -成人	√	√	√	√	357
04014C	<del>6</del> 六歲以上至 <del>15</del> 歲未滿十六歲	√	√	√	√	398
04015C	<del>6</del> 未滿六歲以下 註：限經中央衛生主管機關精神醫療院所(科)評鑑合格且辦理日間住院業務者申報。	√	√	√	√	438

## 第六節 調劑

通則：

- 一、藥品費依「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」有關規定辦理。
- 二、藥事服務費之成本，包含處方確認、處方查核、藥品調配、核對及交付藥品、用藥指導、藥歷管理及藥品耗損、包裝、倉儲、管理等費用。
- 三、醫院牙科門診申報本節門診藥事服務費用，應按調劑人員及處方類別，限申報 05203C、05204D、05224C、05225D、05207C、05208D、05211C 及 05212D 等項，惟 05219B、05220A 及 05221A 如符合相關規定，亦得申報。
- 四、本節各項目，皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月 以上 至 未滿 二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲 以上 至 ~~六歲~~ 未滿七歲 者，依表定點數加計百分之二十。（除基層院所外）
- 五、交付調劑醫療服務案件，診療之保險醫事服務機構，不得申報藥事服務費用。
- 六、依全民健康保險醫療辦法規定一次領取二個月或三個月用藥量之慢性病連續處方箋案件，其藥事服務費得相對申報二次或三次。
- 七、特約醫院藥事人員合理調劑量之計算，按月計算醫院各藥事人員合理調劑量，超過下列件數規定部分，其藥事服務費按支付點數之百分之五十支付。
  - (一)綜合醫院藥事人員合理調劑量：經參考財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會公告醫院評鑑基準及評量項目之藥事人員 C 級設置標準，各層級醫院合理調劑量如下：
    - 1.醫學中心
      - (1)住院處方每人每日四十件。
      - (2)門、急診處方每人每日七十件。
      - (3)特殊藥品處方每人每日十五件。
    - 2.區域醫院
      - (1)住院處方每人每日五十件；如採單一劑量每人每日四十件。
      - (2)門、急診處方每人每日八十件。
      - (3)特殊藥品處方每人每日十五件。
    - 3.地區醫院
      - (1)住院處方每人每日五十件；如採單一劑量每人每日四十件。
      - (2)門、急診處方每人每日一百件。
      - (3)特殊藥品處方每人每日十五件。
    - 4.上述綜合醫院所提供之精神科住院處方調劑藥事服務，比照本項(二)之 1.「精神科醫院」計算合理調劑量。
  - (二)精神科醫院藥事人員合理調劑量：經參考財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會公告精神科醫院評鑑基準及評量項目之 C 級設置標準，各類精神科醫院合理調劑

量如下：

1.精神科醫院

(1)住院處方

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

(2)門、急診處方比照其對應之綜合醫院評鑑等級標準。

2.精神科教學醫院

(1)住院處方

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

(2)門、急診處方比照其對應之綜合醫院評鑑等級標準。

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

八、前項醫院藥事人員合理調劑量計算原則：

- (一)門、急診處方：係指本節各項門診藥事服務費診療項目。
- (二)住院處方：係指本節各項住院藥事服務費診療項目。
- (三)特殊藥品處方：係指本節放射性藥品處方之藥事服務費、全靜脈營養注射劑處方之藥事服務費、化學腫瘤藥品處方之藥事服務費等診療項目。
- (四)藥事人員合理調劑量計算次序為特殊藥品、住院處方、門急診處方，超過合理調劑量依支付點數之百分之五十支付。

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

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

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

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

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

## 第七節 藥費

編號	診療項目	特約藥局	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
MA1	-門診日劑藥費(每日) <del>12歲</del> <u>十三歲</u> 以上者及 <del>12歲(含)以下</del> <u>未滿十三歲</u> 未處方原瓶包裝口服液劑者	v	v				22
MA2	<del>12歲(含)以下</del> <u>未滿十三歲</u> 處方原瓶包裝口服液劑者 <del>1</del> <u>二</u> 種	v	v				31
MA3	<del>2</del> <u>二</u> 種	v	v				37
MA4	<del>3</del> <u>三</u> 種 <del>或3種</del> 以上	v	v				41
	註： 1. 每件給藥日數不得超過 <del>3</del> <u>三</u> 日。 2. 「健保用藥品項查詢一清單」之備註欄位，有「口服液劑(原瓶包裝)」註記者屬原瓶包裝口服液劑藥品。						

## 第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

### 第一節 檢查 Laboratory Examination

通則：

- 一、檢查之費用，包括人員、試藥、內服藥劑、檢驗器材、一般材料、管理費及採取檢體之費用在內；如需使用特殊材料部分，另依全民健康保險藥物給付項目及支付標準申報。
- 二、於施行檢查時，需使用特殊麻醉者，得依本標準第二部第二章第十節麻醉項目所定點數加算。
- 三、對稱器官之檢查，各項目所定點數，除有特殊規定者外，係指兩側器官之檢查。
- 四、不得為研究、預防或健康檢查而作與診療無關之檢查，但有特殊規定者，從其規定。
- 五、急診病人因緊急傷病必須立即檢查時，其檢查費用得按本節所定點數加算~~20%~~百分之二十。
- 六、本節之各項檢查中，註有「兒童加成項目」者，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至~~六歲~~未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十；但所有特材一律不加計。
- 七、本節第一項至第四項之檢查項目，除各類癌症、臟器移植、糖尿病及加護病房與燙傷病房(中心)病人所作檢查項目外，於每次門診或住診施行檢查，合併累計至一定項次數後，總給付金額予以折扣支付，累計項次數折扣數如下：

折扣數 累計項次數 門診診別		累計項次數之總給付額折扣數		
		全 額 給 付	九 折	八 折
門診檢查	區域醫院、醫學中心、 地區醫院	合計20項次以下	合計21-30項次	合計31項次以上
	基層院所	合計10項次以下	合計11-15項次	合計16項次以上
住診檢查	區域醫院、醫學中心、 地區醫院	合計40項次以下	合計41-60項次	合計61項次以上
	基層院所	合計30項次以下	合計31-40項次	合計41項次以上

第六項 免疫學檢查 Immunology Examination (12001-12212)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
12209B	<p>類胰蛋白酶 Tryptase</p> <p>註：</p> <p>1.適應症：疑過敏性休克，臨床上出現以下任一狀況：</p> <p>(1)急性出現病徵累及皮膚/黏膜組織(如：全身性蕁麻疹、發癢或潮紅、嘴唇-舌-懸雍垂水腫)，且合併血壓下降或終器官失能(如：暈倒、昏厥、大小便失禁)。</p> <p>(2)於接觸可能過敏原後，快速(幾秒至幾小時內)出現血壓下降或終器官失能(如：暈倒、昏厥、大小便失禁)，且出現A至C一項以上病徵：</p> <p>A.累及皮膚/黏膜組織(如：全身性蕁麻疹、發癢或潮紅、嘴唇-舌-懸雍垂水腫)。</p> <p>B.危及呼吸(如：喘、哮鳴-支氣管攣縮)、喘鳴、尖峰流速下降、低血氧)。</p> <p>C.持續腸胃道症狀(如：腹部絞痛、嘔吐)。</p> <p>(3)接觸可能過敏原後血壓快速下降(數分鐘至數小時內)：</p> <p>A.成人血壓下降之定義：收縮壓小於90 mmHg或下降大於其人血壓基礎值30%以上。</p> <p>B.嬰幼兒或兒童血壓下降之定義</p> <p>a.一個月<u>以上</u>至<u>未滿</u>一歲：低於 70 mmHg。</p> <p>b.<u>一歲以上</u>至<u>未滿十一</u>歲：低於[70 mmHg + (2 × age)]。</p> <p>c.<u>十一歲以上</u>至<del>十</del><u>未滿十八</u>歲：低於 90 mmHg 或收縮壓下降大於其人血壓基礎值 30%以上。</p> <p>2.支付規範：執行時點為症狀發生後六小時內及二十四至四十八小時。</p>		v	v	v	1147

第十一項 呼吸機能檢查 Respiratory Function Examination (17001-17023)

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
17022B	<p>呼氣一氧化氮監測(FeNO)</p> <p>註：</p> <p>1.適應症：六歲以上至<del>十二歲以下</del><u>未滿十三歲</u>確診氣喘患者追蹤使用。</p> <p>2.支付規範：</p> <p>(1)申報次數：一年最多申報三次。</p> <p>(2)申報專科別：兒科。</p> <p>(3)執行限制：限受過操作訓練之醫療人員。</p> <p>(4)費用申報時必要之附件：檢測報告。</p>		v	v	v	748

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

通則：

- 1.特殊造影檢查所定點數包括速洗費、注射費、造影藥劑費、手術費在內，不得另行申報。
- 2.本項各檢查項目皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡二歲以上至~~六歲~~未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十；但所有特材一律不加計。

## 第十四項 神經系統檢查 Neurological Test (20001-20044)

通則：本項各檢查項目皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡二歲以上至~~六歲~~未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十；但所有特材一律不加計。

## 第二十項 核子醫學檢查 Radioisotope Scanning

### 一、造影 Scanning (26001-26078、P2105-P2108)

通則：

- 1.本項所定點數包括放射性藥物、注射、技術費、底片費及診斷費在內。
- 2.本項各檢查項目，除編號P2105C、P2106C、P2107C及P2108C外，其餘皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡二歲以上至~~六歲~~未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十；但所有特材一律不加計。
- 3.編號P2105C至P2108C適用下列規定：
  - (1)保險對象經醫師診治因病情需要，得由第二次處方院所檢具「全民健康保險特殊造影檢查影像及報告申請同意書」向原檢查醫院申請特殊造影檢查影像報告，以供診斷疾病之參考，若參考後仍重新施行檢查，則不得申報本項費用。本項申請程序、同意書格式、受理與回饋及作業流程圖等全民健康保險特殊造影檢查影像及報告作業說明，請至保險人全球資訊網(網址<http://www.nhi.gov.tw>)下載，資料路徑如下：首頁 > 健保表單下載 > 醫療相關表單 > 特殊造影檢查影像及報告申請(原特定檢查資源共享試辦計畫)。
  - (2)原檢查醫院提供特殊造影檢查影像及報告費，所訂點數包含檢查報告、製作影像、傳輸影像、造影複製片、X光底片、行政管理及郵寄等費用在內；第二次處方院所申請特殊造影檢查影像及報告費，所訂點數除鼓勵資源共享外，並包含影像下載、診斷判定費、底片整理及相關行政等費用在內。
  - (3)保險對象特殊造影檢查影像及報告於原檢查醫院及第二次處方院所間之提供與申請，以乙次為限；病人自行攜帶複製片，經第二次處方院所使用並作成診斷報告，給予第二次處方院所申請特殊造影檢查影像及報告費。
  - (4)影像之提供得以PACS(Picture Archiving and Communication System，影像儲存及傳輸管理系統)、中央主管機關之全國醫療影像交換中心或複製片等方式提供。

第二十一項 內視鏡檢查 Endoscopy Examination (28001-28045)

通則：1.本項所定點數包括材料費在內，申報費用應檢附報告。

- 2.同時連續做兩項以上Fiberscopy時，其檢查之費用應按其主檢查所定點數計算之  
3.本項各檢查項目皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡二歲以上至~~六歲~~未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十。

第二十二項 診斷穿刺 Diagnostic Puncture (29001-29034)

通則：本項各診療項目皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡二歲以上至~~六歲~~未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十。

第二十三項 過敏免疫檢查 Allergy Immunologic Test (30001-30030)

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
30021C	過敏原檢驗(定性) Allergen test(qualitative) 註：限確診為Asthma、過敏性鼻炎者或 <del>二歲以下</del> <u>未滿三歲</u> 有異位性皮膚炎。	v	v	v	v	505
30022C	特異過敏原免疫檢驗 Specific Allergen Test 註：限確診為Asthma、過敏性鼻炎者或 <del>二歲以下</del> <u>未滿三歲</u> 有異位性皮膚炎。	v	v	v	v	1620

第二十五項 其他檢查 Other Test (30501-30526)

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	多管腔食道內阻抗及酸鹼度測定 Multi-channel Intraluminal Impedance and pH monitor, MII-pH 註： 1.適應症： (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 <del>24</del> <u>二十四</u> 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。 (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 <del>24</del> <u>二十四</u> 小時食道酸鹼		v	v	v	13848

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p>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。</p> <p>(3) <del>18歲以下</del> <u>未滿十九歲</u> 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）。</p> <p>(4) <del>18歲以下</del> <u>未滿十九歲</u> 兒童及嬰兒因吞嚥困難，進行胃造瘻術（gastrostomy）之術前評估。</p> <p>(5) 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）。</p> <p>(6) 胃食道逆流症患者接受外科逆流手術治療前之評估，及術後仍有符合前述症狀之追蹤。</p> <p>2. 支付規範：</p> <p>(1) 內含 <del>24</del> <u>二十四</u> 小時食道阻抗酸鹼度單次用測量管。</p> <p>(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。</p>					
30526B	<p>高解析度食道壓力檢查 High Resolution Esophageal Manometry</p> <p>註：</p> <p>1. 適應症：</p> <p>(1) 吞嚥困難，經上消化道內視鏡檢查或食道攝影檢查評估後，疑似食道蠕動功能異常疾病（如食道弛緩不能症者）。</p> <p>(2) 難治性之胃食道逆流症狀（持續的火燒心、胃酸逆流、不明原因胸痛、慢性咳嗽、氣喘、喉嚨異物感或聲音沙啞），經相關專科醫師診查後，經上消化道內視鏡或二十四小時食道酸鹼度測定檢查後，且經藥物（如質子幫浦抑制劑，PPI）治療八週以上反應不佳者。</p> <p>(3) <del>18歲以下</del> <u>未滿十九歲</u> 兒童及嬰兒胃食道逆流症狀（如持續性嘔吐、火燒心或胃酸逆流、不明原因胸痛、慢性咳嗽、難治性兒童氣喘、喉嚨異物感、聲音</p>		v	v	v	11663

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p>沙啞、嬰幼兒呼吸中止或心搏過慢)，經相關專科醫師診治四週以上反應不佳者。</p> <p>(4) <del>十八歲以下</del> <u>未滿十九歲</u> 兒童及嬰兒因吞嚥困難，進行胃造瘻術 (gastrostomy) 之術前評估。</p> <p>(5) 食道蠕動功能異常疾病 (如食道弛緩不能症) 接受內視鏡治療或手術治療後之評估。</p> <p>(6) 胃食道逆流症患者接受外科逆流手術治療前之評估，及術後仍有符合前述症狀之追蹤。</p> <p>2. 禁忌症：</p> <p>(1) 造成食道管腔狹窄或阻塞之良性食道疾病或惡性食道腫瘤。</p> <p>(2) 食道破裂。</p> <p>(3) 食道出血。</p> <p>(4) 急性上呼吸道感染。</p> <p>3. 支付規範：</p> <p>(1) 執行頻率：每人每年限執行一次，如有接受內視鏡或手術治療者，則最多可執行二次。</p> <p>(2) 限內科、外科、兒科、耳鼻喉科及復健科醫師執行。</p> <p>(3) 不得同時申報30506B食道機能檢查。</p> <p>(4) 內含一般材料費及「微晶片導管」材料費。</p>					

## 第二節 放射線診療 X-RAY

通則：

- 一、放射線診療之費用，依第一項各項目所定點數或依第二項所定點數核給之。
- 二、第一項各診療項目所定點數，包括所需之X光底片，顯影、定影、速洗、造影技術費，造影藥劑費、機器耗損、電費、片整理、判讀及手術等之費用。
- 三、於施行特殊造時，如併行普通檢查時，不得加算普通檢查費用。
- 四、急診病人因緊急傷病必須立即檢查時，其檢查費用得按本節所定點數加算~~20%~~百分之二十。
- 五、X光片子與紀錄之保留，請依醫療法規定辦理。
- 六、本節所謂兒童加成項目分為：
  - ~~一~~(一)兒童加成項目：病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至~~六歲~~未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十。
  - ~~二~~(二)提升兒童加成項目：病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之百；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之八十；年齡在二歲以上至~~六歲~~未滿七歲者，依表定點數加計百分之六十。

### 第一項 X光檢查費 X-Ray Examination

通則：本項各檢查項目皆為兒童加成項目，另部分診療項目項下加註「提升兒童加成項目」者，其加成率適用本節通則六、~~一~~(二)之規定。

### 二、特殊造影檢查 Scanning (33001-33144、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
33114B	經由心導管治療直徑 2.5mm(含)以上之開放性動脈瘻管 Transcatheter closure of patent ductus arteriosus >2.5mm 註： 1.施行本項之醫院及醫師資格如下： (1)醫院資格： A 具臨床心臟外科設備。 B 具心臟內、外科醫師人力。 (2)醫師資格：具中華民國小兒心臟科專科醫師資格，且接受至少二年心導管經驗。 (3)須報經保險人同意後實施，且醫院及主持醫師資格有變更時應重新報保險人核備。 2.適應症： 限開放性動脈瘻管之直徑 2.5mm 以上，無合併主動脈縮窄及肺高血壓症者。 3.禁忌症：		v	v	v	20250

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
	(1)嚴重肺高血壓導致右至左分流。 (2)早產兒且體重低於 2000 公克。 (3)年齡 <del>十於12</del> 未滿十二歲之開放性動脈瘻管直徑大於 7mm 或年齡 <del>12</del> 十二歲以上之開放性動脈瘻管直徑大於 9mm。 4.提升兒童加成項目。					
33142B	膠囊內視鏡術 註： 1.適應症： (1)不明原因消化道出血，經二次以上胃鏡及大腸內視鏡檢查仍無法找出出血原因，且經其他影像學檢查(如：CT/MRI，小腸攝影)及小腸內視鏡後或不適合小腸鏡者，仍無法確診者。 (2)慢性或長期小腸病變患者（如小腸多發性息肉症，克隆氏症，celiac sprue，Behcet's disease，Henoch-Schonlein purpura）不適合小腸鏡者需以內視鏡診斷或追蹤者。 (3)兒童 <del>十於18</del> 未滿十八歲，不明原因消化道出血者，經一次內視鏡及一次大腸內視鏡檢查仍無法找出出血原因，且經其他影像學檢查（如CT/MRI或血管攝影或核子醫學或小腸攝影）仍無法確診者。 (4)兒童 <del>十於18</del> 未滿十八歲，慢性或長期小腸病變患者(如小腸多發性息肉症，克隆氏症，celiac sprue，Behcet's disease，Henoch-Schonlein purpura)。 2.特殊專科別限制：消化內視鏡專科、兒科消化學專科、消化內視鏡外科。 3.特殊材料費另計。		v	v	v	18317

## 第二項 癌症(腫瘤)治療 Cancer Therapy

### 二、其他治療方式 Other Therapy

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
37047B	身體立體定位放射治療 Stereotactic body radiation therapy(SBRT)/Stereotactic ablative radiotherapy(SABR) 註： 1.施行本項之適應症如下： (1)原發性早期肺部惡性腫瘤(依據2009AJCC分期定義為 N0之 $\leq$ stageII)患者，病灶最大徑 $\leq$ 5公分，ECOG status $\leq$ 2(或Karnofsky Performance Scale/KPS $\geq$ 70)，		v	v	v	213662

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p>且須符合以下(high surgical risk)條件之一：</p> <p>A. poor pulmonary function，不適合接受lobectomy手術者(依外科醫師檢視或會診紀錄)。</p> <p>B. 年齡<del>≥75</del><u>七十五歲以上</u>，致開胸手術可能造成嚴重損傷或危險性大，不適手術者(依外科醫師檢視或會診紀錄)。</p> <p>C. 有嚴重心肺疾病或其它內科疾病，經麻醉科評估不適全身麻醉者。</p> <p>(2) 原發性肝膽單一病灶(可為原發性肝癌或肝內膽道癌，同時無肝外淋巴侵犯和遠端轉移)，肝功能為Child-Pugh A至B級，ECOG status ≤2(或Karnofsky Performance Scale/KPS ≥70)，病灶最大徑 ≤5公分。且經評估無法進行下列之一的治療或下列之一的治療失敗者(依病歷紀錄)：</p> <p>A. 手術切除</p> <p>B. 血管栓塞治療</p> <p>C. 電燒灼治療</p> <p>2. 支付規範：</p> <p>(1) 需事前審查。</p> <p>(2) 全療程為<del>2</del><u>二</u>週且分次治療以<del>6</del><u>六</u>次(含)為限，採包裹給付，如未執行完全療程，依治療計畫之治療次數按等比例核扣。</p> <p>(3) 不得同時申報支付標準編號33090B、36001B、36004B、36005B、36015B、36011B、36012B、36014B、36018B、36019B、36021C、37007B、37008B、37013B、37014B、37016B、37018B、37019B、37029B、37030B、37046B</p>					

### 第三節 注射 Injection (39001~39025)

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
39004C	<p>大量液體點滴注射(林格兒氏液，Rock液，生理食鹽水，葡萄糖液，果糖液或血液代用劑等)注射。</p> <p>IV drip</p> <p>註：1.本款目指一次注入液達100c.c.以上者，惟<u>六歲以下未滿七歲病人</u>不在此限。</p> <p>2.點滴注射以「次」計算，即每天連續點滴者，僅核付第一次注技術費，超過500c.c.以上無加算之規定。</p> <p>3.點滴注射外漏重打時，不得申報注射技術費。</p> <p>4.包括IV set在內。</p> <p>5.兒童加成項目。</p> <p>6.適應症：</p> <p>(1)恢復或維持液體。</p> <p>(2)恢復或維持電解質之平衡。</p> <p>(3)靜脈注射藥品。</p> <p>(4)提供病人營養之需要。</p> <p>(5)為維持中央靜脈壓、動脈壓監視器維持量。</p>	v	v	v	v	75

## 第四節 復健治療 Rehabilitation Therapy

通則：

- 一、本節各項治療費用限醫療機構開業執照診療科別登記設有復健科者申報；未設復健科之醫療院所，如具其他與復健相關之專科醫師與復健治療專業人員及設備並有能力實施者，得向保險人提出申請，經核可後依基層院所類別申報。
- 二、第四項語言治療項目限聘有受過該類專業訓練之相關醫師之院所始可實施並申報費用。
- 三、申報費用應同時詳細註明「治療內容代碼」，並附復健治療紀錄表。
- 四、本節各復健項目除(43010C~43025C、43033C~43038C)及(44501B~44503B)外，皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿二歲所實施之診療項目點數，依表定點數加計百分之三十；年齡在二(含)歲以上至~~六歲~~未滿七歲者依表定點數加計百分之二十。

### 第三項 職能治療 Occupational Therapy (43001-43038)

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
43008B	中度-複雜：		v	v	v	480
43028C	1.指治療項目三項(含)以上，合計治療時間三十分鐘以上之治療。	v				400
43009C	2.且必須包含下列二項(含)以上之治療項目(兒童病患從出生至未滿十二歲 <del>以前</del> 不予限制)： OT 1、OT 3、OT 4、OT 5、OT 7、 OT 8、OT 9、OT 10、OT 11、OT 12。	v				290
43030B	複雜 Complicated：實施本項須符合於下列適應症及其項目規定：		v	v	v	600
43031C	1.成人中樞神經系統疾患(含外傷造成)： 須符合下列診斷代碼(ICD-10-CM)： A39、B20、C71、C72、G00-G09、G23、G11、G95、 G35-G37、G81、G54、I60-I67、S14.1+S12.0-S12.6、 S24.1+S22.0, S34.1+S22.0-S32.0、S06.2-S06.9、S12.0- S12.6、S22.0、S22.0-S32.0、S14.1、S24.1、S34.1、 S14.2、S14.3、S24.2、S34.4 (1)限因上述診斷住院期間及出院後六個月內。 (2)治療項目三項(含)以上，合計治療時間三十分鐘以上。 (3)必須包含下列二項(含)以上之治療項目： OT 1、OT 3、OT 4、OT 5、OT 7、OT 8、OT 9、OT 10、OT 11、OT 12。	v				500
43032C	2.兒童中樞神經系統疾患(含外傷造成及罕見疾病)： (1)限從出生至未滿十二歲 <del>以前</del> 。 (2)治療項目三項(含)以上，合計治療時間三十分鐘以上。	v				360

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p>3.外科手術患者(含骨骼、神經、肌肉、燒燙傷之疾患)：須符合下列診斷代碼(ICD-10-CM)：</p> <p>S62.3、S62.6、S68.0、S68.1、S68.4、S68.5、S68.6、S68.7、S47、S57.0、S57.8、S67.0、S67.1、S67.2、S67.3、S67.9、S77、T22-T25、S44</p> <p>(1)限因上述診斷手術實施後三個月內。</p> <p>(2)治療項目三項(含)以上，合計治療時間三十分鐘以上。</p> <p>(3)必須包含下列二項(含)以上之治療項目：</p> <p>OT 2、OT 5、OT 6、OT 7、OT 8、OT 9、OT 10、OT 11。</p> <p>註：1.治療項目</p> <p>OT 1.姿態訓練 Posture training</p> <p>OT 2.被動性關節運動 Passive R.O.M.</p> <p>OT 3.坐站平衡訓練 Balance training</p> <p>OT 4.移位訓練 Moving training</p> <p>OT 5.日常生活訓練 ADL training</p> <p>OT 6.肌力訓練 Muscle strength training</p> <p>OT 7.運動知覺訓練 Motion - sensory training</p> <p>OT 8.上肢(下肢)功能訓練U/E or L/E function training</p> <p>OT 9.上肢(下肢)義肢功能訓練 Prosthesis function training U/E or L/E</p> <p>OT 10.手(足)功能訓練(Hand or foot function training)</p> <p>OT 11.協調訓練 Coordination training</p> <p>OT 12.知覺認知訓練 Cognitive training</p> <p>OT 13.團體治療 Group therapy</p> <p>OT 14.娛樂治療 Recreation therapy</p> <p>OT 15.活動治療 Activity therapy</p> <p>OT 16.減痙攣活動 Spasticity reduction motion</p> <p>OT 17.其他經保險人核可者</p> <p>2.43030B、43031C、43032C限復健專科醫師開具處方後，交由相關治療專業人員親自實施始可申報。</p> <p>3.43027C、43028C、43031C申報資格如下：</p> <p>(1)復健科專科醫師開設之基層院所。</p> <p>(2)聘有專任復健專科醫師之基層院所且由復健專科(含專任及支援)醫師所開立之處方。</p>					

第四項 語言治療 Communication Therapy (44001~44016)

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
44014B	中度-複雜：		v	v	v	480
44015C	1.指治療項目三項以上，合計治療時間三十分鐘以上之	v				400
44016C	中度治療；若治療對象為 <del>十二歲(含)以下</del> 未滿十三歲者，則無治療時間之限制。	v				290
	2.需包含下列二項(含)以上之治療項目：ST1、ST2、ST3、ST7、ST9、ST13、ST14。					
44008B	複雜Complicated：		v	v	v	600
44012C	1.指治療項目四項以上，合計治療時間三十分鐘以上之複雜	v				500
44009C	治療；若治療對象為 <del>十二歲(含)以下</del> 未滿十三歲者，則無治療時間之限制。	v				360
	2.個案需符合下列任一適應症，其診斷代碼(ICD-10-CM)如下：					
	(1)C00-C41、C43-C58、C60-C86、C88、C90-C96、C4A、C7A、C7B、D03、D45、J910、R180、G450-G468、I60-I69、J380、R49、S019、S021-S024、S026-S029、S060、S063-S066、S068-S069，且限因上述診斷住院期間及出院後十二個月內。					
	(2)F840、G80、H90-H91、F80-F82、F88、F89、H9325、F480，且治療對象需為 <del>十二歲以下</del> 未滿十三歲。					
	3.需包含下列二項(含)以上之治療項目：ST1、ST2、ST3、ST7、ST9、ST13、ST14。					
	註：1.治療項目					
	ST 1. 聽能瞭解訓練 Auditory comprehension training					
	ST 2. 口語訓練 Verbal production					
	ST 3. 輔導溝通法 Augmentative cemmunication system					
	ST 4. 認讀訓練 Reading training					
	ST 5. 書寫訓練 Writing training					
	ST 6. 視知覺訓練 Visual perception					
	ST 7. 高階層認知訓練 High level cognitive function training					
	ST 8. 觸覺肌動法 Tactile stimulation					
	ST 9. 口腔動作訓練 Oral Tx.					
	ST 10 發音部位法 Phonetic placement					
	ST 11. 聽辨訓練 Auditory discrimination					
	ST 12. 節律訓練 Rhythm training					
	ST 13. 視聽迴饋法 Audiovisual feedback monitoring					

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
	ST 14. 語言分析 Acoustic analysis ST 15. 其他經保險人核可者 2. 44011C、44012C、44015C申報資格如下： (1)復健科專科醫師開設之基層院所。 (2)聘有專任復健專科醫師之基層院所且由復健專科 (含專任及支援)醫師所開立之處方。					

第五項 心理社會復健治療費 Psychosocial Rehabilitation Treatment Fee (44501~44505)

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
44501B	特殊心理社會治療 Re-educative psychosocial individual psychotherapy — 成人 adult		v	v	v	344
44502B	— 六歲以上至 <del>十五</del> 未滿十六歲 6 to 15 years old		v	v	v	430
44503B	— 未滿六歲 under 6 years old		v	v	v	515
	註：從系統觀點探討個體本身與環境特質，運用心理治療原理介入，形成情緒、認知與行為的改變，以提昇病人社會心理適應能力。針對不同類型病人之治療內容包含： 1. 嬰幼兒發展治療 ( Neurodevelopmental therapy ) 2. 遊戲治療 ( Play therapy ) 3. 認知行為治療 ( Rational-Emotive therapy ) 4. 行為功能分析與行為改變技術 ( Functional behavioral analysis and behavioral therapy ) 5. 神經心理復健策略 ( Neuropsychological rehabilitation strategies ) 6. 職業諮商 ( Vocational counseling ) 7. 其他 ( Others ) 本項治療限由臨床心理師執行，申報時應附復健科專科醫師醫囑及簽名。					

## 第五節 精神醫療治療費 Psychiatric Treatment Fee (45001～45102)

通則：

- 一、除有特殊規定者外，所訂支付點數均包括治療費及材料費在內。
- 二、本節各精神醫療治療項目除(45087C~45089C、45013C、45090C、45091C、45046C、45085B、45092B、45093B、45098C、45099C)外，皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿二歲所實施之診療項目點數，依表定點數加計百分之三十；年齡在二(含)歲以上至~~六~~歲未滿七歲者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
45087C	特殊心理治療 Re-educative individual psychotherapy —成人 adult	v	v	v	v	344
45088C	—六歲以上至 <del>十五</del> 未滿十六歲 6 to 15 years old	v	v	v	v	430
45089C	—未滿六歲 under 6 years old 註：利用特殊心理治療技術，以協助病人了解自我、形成病識感、提升病人適應環境技巧、降低病人的主觀挫折及不良行為，本項治療限由精神科醫師或臨床心理師執行，申報時並應附精神科專科醫師之醫囑及簽名。	v	v	v	v	515
45013C	深度心理治療（每四十分鐘） Intensive individual psychotherapy —成人 adult	v	v	v	v	1203
45090C	—六歲以上至 <del>十五</del> 未滿十六歲 6 to 15 years old	v	v	v	v	1460
45091C	—未滿六歲 under 6 years old 註：利用深度心理治療技術，以協助病人改善客體關係（object relation）、強化心理防衛機轉、解決內在衝突或改善其認知行為偏差。本項治療限由精神科專科醫師執行，申報時並應附治療紀錄。	v	v	v	v	1718
45046C	生理心理功能檢查 Psychophysiological function examination —成人 adult	v	v	v	v	344
45098C	—六歲以上至 <del>十五</del> 未滿十六歲 6 to 15 years old	v	v	v	v	387
45099C	—未滿六歲 under 6 years old 註：包括MSE(Mini Mental State Test, BDI等)	v	v	v	v	430

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
45085B	精神科診斷性會談(次) Psychiatric diagnostic interview (time) —成人 adult		v	v	v	1031
45092B	—六歲以上至 <del>十五</del> 未滿十六歲 6 to 15 years old		v	v	v	1203
45093B	—未滿六歲 under 6 years old		v	v	v	1375
	註：1.包括病史、心理狀態評估、社會功能評估及病人治療之計畫(安置)等。 2.限精神科初診(含新住院病人)或他科要求會診時申報。 3.限由精神專科醫師施行並於病歷詳細記載治療情形。 4.申報時須附載有該精神科專科醫師簽名之治療紀錄。					

## 第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

通則：

- 一、治療處置費（不分門診及住院）依照本節各項所定支付點數計算之。
- 二、本節共分五項，各項處置費點數包括一般材料，表面麻醉、浸潤麻醉及簡單之傳導麻醉等費用在內，不另給付。治療處置過程如需用到特殊治療材料、特殊藥劑或其他麻醉時得另加算其費用，但另有規定者除外。
- 三、前項所謂一般材料係指全民健康保險藥物給付項目及支付標準所列以外之各種治療材料，如治療處置過程所需之敷料、一般縫合線、刀片、外用消毒藥劑、生理鹽水、導尿管、鼻胃管．．．等均屬之。
- 四、對稱器官之治療處置，係指兩側之器官，特殊規定者除外。
- 五、同一手術部位或同一病灶同時施行兩種以上之處置時，按其主要處置項目所定點數計算之。
- 六、本節所謂兒童加成項目分為：
  - ~~1~~(一)兒童加成項目：病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至~~六歲~~未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十。
  - ~~2~~(二)提升兒童加成項目：病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之百；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之八十；年齡在二歲以上至~~六歲~~未滿七歲者，依表定點數加計百分之六十。

### 第一項 處置費 Treatment

#### 一、一般處置 General Treatment (47001~47103)

通則：本項各處置項目皆為兒童加成項目，另部分診療項目項下加註「提升兒童加成項目」者，其加成率適用本節通則六、~~2~~(二)之規定。

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
47041C	呼吸道抽吸(次) Suction (time) 註：每日實施 <del>8</del> 次(含)以上者應按47042C申報。	√	√	√	√	30
47065B	治療性導管植入術 — 末梢靜脈植入中心導管術 Therapeutic catheter implantation — PICC(Peripheral line for central venous catheterization) 註： 1.適應症： (1)癌症化學治療及癌症末期之疼痛治療。 (2)下列三項適應症且預期同時治療達二週以上之病人： A.使用全靜脈營養輸液（TPN）( <del>一歲以下</del> 未滿二歲嬰兒本項為靜脈營養輸液，不限TPN)。 B.免疫不全與使用免疫抑制劑。 C.須接受中心靜脈導管置入（CVP）。 2.提升兒童加成項目。		√	√	√	3101

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
47090B	高頻胸壁振盪模式呼吸道清潔(每次至少 <del>30</del> <u>三十</u> 分鐘) 註：1.限住院病患無法有效清除痰液使用，每日限申報最多 <u>4</u> <del>四</del> 次，每一療程最多 <del>10</del> <u>十</u> 天。 2.不可同時申報47045C體外引流、57010B呼吸運動(次)、57012B復原運動。 3.提升兒童加成項目。		v	v	v	247
47091B	淋巴水腫照護-徒手淋巴引流(須達 <del>40</del> <u>四十</u> 分鐘) Care of lymphoedema - manual lymphatic drainage 註：1.適應症：癌症末期淋巴水腫病人 2.執行人員：須接受淋巴照護相關訓練，執行完成後需有適應症、執行過程及執行時間的紀錄。 3.提升兒童加成項目。		v	v	v	450
47093B	身體約束之護理監測照護費 Physical Restraint(Day) -日：使用 <del>超過8</del> <u>八</u> 小時 <del>(含)</del> <u>以上</u> ，每人每次住院限申報日數為 <u>4</u> <del>四</del> 天。 註：1.適應症：限意識欠清且躁動不安的病患，無法遵從醫療措施或其行為可能對本身或他人具有傷害時執行。 2.必須每日有醫囑、每班有護理紀錄呈現、病患或家屬同意書、以及醫療團隊應適時討論或視情況解除行動限制並有紀錄。 3.精神科病患及加護病房不得適用本項。 4.提升兒童加成項目。		v	v	v	186

## 二、創傷處置 Wound Treatment (48001-48035)

通則：本項各處置項目皆為兒童加成項目，另部分診療項目項下加註「提升兒童加成項目」者，其加成率適用本節通則六、~~2~~(二)之規定。

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
48001C	淺部創傷處理 Wound treatment — 傷口長小於 <del>5</del> <u>五</u> 公分者 <5cm	v	v	v	v	420
48002C	— 傷口長 <del>5-10</del> <u>五至十</u> 公分者 5-10cm	v	v	v	v	562
48003C	— 傷口長大於 <del>10</del> <u>十</u> 公分者 >10cm 註：1.切傷、刺傷、割傷或挫滅傷之複診患者依48011C-48013C申報。 2.含縫合、接紮、擴創處理。	v	v	v	v	739

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
48004C	深部複雜創傷處理 Debridement — 傷口長 <small>小於</small> <del>5</del> <u>五</u> 公分 <small>以下</small> 者<5cm	v	v	v	v	2419
48005C	— 傷口長 <del>5-10</del> <u>五至十</u> 公分者5-10cm	v	v	v	v	3043
48006C	— 傷口長 <small>大於</small> <del>10</del> <u>十</u> 公分 <small>以上</small> 者≥10cm 註： 1.指創傷深及肌肉、神經、肌腱、骨膜時之處理。 2.含縫合、接紮、擴創處理。 3.申報費用時，請註明處置日期和部位，並附處置前後彩色照片或繪圖說明。 4.會陰部位擴創術按48006C申報。 5.屬西醫基層總額部門院所，48004C以原支付點數2016點申報，48005C以原支付點數2536點申報，48006C以原支付點數3993點申報。	v	v	v	v	4792
48011C	手術、創傷處置及換藥 Change dressing — 小換藥（小於 <del>10</del> <u>十</u> 公分）small (<10cm)	v	v	v	v	56
48012C	— 中換藥（ <del>10—20</del> <u>十至二十</u> 公分）medium (10-20cm)	v	v	v	v	76
48013C	— 大換藥（大於 <del>20</del> <u>二十</u> 公分）large (>20cm) 註：1.包括材料費在內。 2.基層院所申報48011C得加計百分之四十。 3.基層院所申報48012C得加計百分之二十。	v	v	v	v	125
48014C	皮面創傷處理(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒膿瘍之處理及換藥) — 體表面積 <del>≤10</del> <u>小於十一</u> BSA (相當半肢面積)	v	v	v	v	2417
48015B	— 體表面積 <del>11-35</del> <u>十一至三十五</u> BSA (相當一肢面積)		v	v	v	4431
48016B	— 體表面積 <del>36-50</del> <u>三十六至五十</u> BSA (相當二肢面積)		v	v	v	6663
48017B	— 體表面積 <del>51-70</del> <u>五十一至七十</u> BSA (軀幹四肢者)		v	v	v	10071
48029B	— 體表面積 <del>71-90</del> <u>七十一至九十</u> BSA (軀幹四肢者)		v	v	v	13275
48030B	— 體表面積 <del>≥90</del> <u>大於九十</u> BSA (軀幹四肢者) 註：1.半肢為4.5 BSA 。 2.包括材料費在內。 3.申報費用時，請註明處置日期和部位。 4.除48014C屬兒童加成項目外，其餘項目為提升兒童加成項目。		v	v	v	17854

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
48018C	皮面創傷換藥 (火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒膿瘍之換藥) — 體表面積 <del>≤10</del> <u>小於十一</u> BSA (相當半肢面積)	v	v	v	v	1343
48019B	— 體表面積 <del>11-35</del> <u>十一至三十五</u> BSA (相當一肢面積)		v	v	v	2014
48020B	— 體表面積 <del>36-50</del> <u>三十六至五十</u> BSA (相當二肢面積)			v	v	3357
48021B	— 體表面積 <del>51-70</del> <u>五十一至七十</u> BSA (軀幹四肢者)			v	v	4029
48031B	— 體表面積 <del>71-90</del> <u>七十一至九十</u> BSA (軀幹四肢者)			v	v	7966
48032B	— 體表面積 <del>≥91</del> <u>大於九十</u> BSA (軀幹四肢者)			v	v	8926
	註：1.半肢為4.5 BSA。 2.包括材料費、溼敷在內。 3.除48018C屬兒童加成項目外，其餘項目為提升兒童加成項目。					
48022C	臉部創傷處理 Treatment of facial laceration — 小 <del>≤</del> <u>小於五</u> 公分 <del>以內</del> < 5cm	v	v	v	v	1566
48023C	— 中 <del>≤</del> <u>五</u> 公分至 <del>10</del> <u>十</u> 公分 5-10 cm	v	v	v	v	2515
48024C	— 大 超過 <del>10</del> <u>十</u> 公分 > 10cm	v	v	v	v	3249
	註：1.縫合傷口包括皮膚及皮下。 2.含縫合、接紮、擴創處理。					
48033C	深部複雜臉部創傷處理 — 小 <del>≤</del> <u>小於五</u> 公分 <del>以內</del>	v	v	v	v	2445
48034C	Deep complicated facial wound debridement - < 5cm — 中 <del>≤</del> <u>五</u> 公分至 <del>10</del> <u>十</u> 公分	v	v	v	v	3534
48035C	Deep complicated facial wound debridement - 5-10 cm — 大 超過 <del>10</del> <u>十</u> 公分	v	v	v	v	4101
	Deep complicated facial wound debridement - >10cm 註：1.縫合傷口包含皮膚、皮下、肌膜及肌肉層。 2.含縫合、接紮、擴創處理。					
48025C	拆線 Remove Stiches (次) — 傷口 <del>在</del> <u>小於十</u> 公分 <del>以下</del> <10cm	v	v	v	v	97
48026C	— 傷口 <del>在</del> <u>十</u> 公分以上 <del>≥</del> <u>≥</u> 10cm	v	v	v	v	303

五、皮膚處置 Dermatology Treatment (51001-51033)

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
51005C	皮膚電燒灼治療－單純 Electro cauterization , simple 註：1.面積小於 <del>2</del> <u>二</u> 平方公分。 2.限用於各種皮膚腫瘤、疣。	v	v	v	v	280
51006C	皮膚電燒灼治療－複雜 Electro cauterization , complicated 註：1.面積大於 <del>2</del> <u>二</u> 平方公分。 2.限用於各種皮膚腫瘤、疣。	v	v	v	v	425
51009C	皮膚病灶內部注射 Intradermal injection － <del>4</del> <u>小於四</u> 平方公分 <del>以</del> <u>干</u> <4cm <sup>2</sup>	v	v	v	v	250
51010C	－ <del>4</del> <u>四至九</u> 平方公分 4~9cm <sup>2</sup>	v	v	v	v	300
51011C	－ <del>9</del> <u>超過九</u> 平方公分 <del>以</del> <u>上</u> >9cm <sup>2</sup> 註：限用於蟹足腫、囊腫、圓禿及結節性癢疹，及其他經公認病灶內注射治療有效之皮症。	v	v	v	v	375

九、婦科處置 GYM & OBS Treatment (55001-55025)

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
55021C	骨盆檢查費 Pelvic Examination 註： 1.限婦產科專科醫師申報，各醫療院所每月申報本項不得超過婦產科門診就診人次之百分之七十；另放射腫瘤專科醫師接受一個月婦科腫瘤相關訓練，於治療婦癌相關疾病時，亦可申報。 2.申報本項得加計 <del>65%</del> <u>百分之六十五</u> 。 3.無性經驗者施以肛診、會陰視診、外陰觸診亦可申報。	v	v	v	v	55

十一、呼吸治療處置 (57001~57031)

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
57017C 57018B	脈動式或耳垂式血氧飽和監視器 Pulse or ear oximetry — 每次 time — 一天 day 註： 1.同日使用 <u>超過五次(含)以上</u> 者，按57018B計。 2. 57017C屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方及執行始可申報。	v v	v v	v v	v v	30 360
57019C 57020C	氧氣帳吸入治療費 —每小時 —每天(使用 <u>超過6六小時以上</u> 計一天) 註：含氧氣費。	v v	v v	v v	v v	91 1308
57021C 57022C	蒸氣或噴霧吸入治療 Humidity or aerosol therapy — 每次 time — 每天 day 註： 1.含器材使用費。 2.同日實施 <u>超過四次(含)以上</u> 者，按57022C計。	v v	v v	v v	v v	40 150
57025B	一氧化氮吸入療法/天 Inhaled Nitric oxide therapy 註： <u>超過六小時(含六小時)以上</u> 以一天計，含氣體使用費、裝置費、呼吸器、監視器等費用。		v	v	v	9398
57027B	一氧化氮吸入療法/每小時 Inhaled Nitric oxide therapy 註： <u>超過六小時(含六小時)以上</u> 以一天計，含氣體使用費、呼吸器、監視器等費用。		v	v	v	1260
57030B 57031B	濕化高流量氧氣治療 Humidified high flow oxygen therapy — 第一天照護費(含管路特材) First time — 第二天後照護費(天) Daily care 註： 1.限住院病人符合下列適應症者使用： (1)成人( <u>&gt;18歲十九歲以上</u> ) A.急性缺氧性呼吸衰竭，且需同時符合下列各項條		v v	v v	v v	6000 1937

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p>件：</p> <p>(a)當以10L/min或更高的流速供應氧氣至少十五分鐘，P/F ratio<math>\leq</math>300時。</p> <p>(b)RR&gt;25次/min，呼吸困難或呼吸窘迫。</p> <p>(c)PaCO<sub>2</sub><math>\leq</math>45 mmHg。</p> <p>B.呼吸衰竭拔管後，預防再次插管使用，並有下列任一情形：</p> <p>(a)曾插管二十四小時以上之病人，且有下列任一高危險因子者：年紀六十五歲以上、APACHE II&gt;12分、BMI&gt;30 Kg/m<sup>2</sup>、呼吸道清除功能失效、困難脫離呼吸器病人或插管大於七天病人。</p> <p>(b)經臨床負責醫師判定有再度發生呼吸衰竭之可能。</p> <p>(2)兒童(<del>≤18歲</del>未滿十九歲)</p> <p>A.缺氧性呼吸衰竭或呼吸窘迫，並有下列任一情形者：</p> <p>(a)血氧飽和濃度SpO<sub>2</sub><math>\leq</math>94%。</p> <p>(b)呼吸窘迫症狀（呼吸急促、使用呼吸輔助肌、鼻翼扇動、點頭式呼吸、胸凹或矛盾式呼吸等）。</p> <p>B.脫離侵襲性或非侵襲性呼吸器後，預防再次使用呼吸器時使用。</p> <p>2.限內科、外科、麻醉科、兒科、急診醫學科、神經科及神經外科專科醫師執行。</p> <p>3.不得同時申報57004C、57023B。</p> <p>4.更換管路當日比照第一日照護費申報。</p> <p>5.兒童(<del>≤18歲</del>未滿十九歲)得依表定點數加計百分之二十。</p> <p>6.若臨床上認為拔管後應使用非侵襲性陽壓呼吸治療的成人病人，則不建議使用本項。</p> <p>7.57030B內含一般材料費、高流量鼻導管及高流量管路組費比率為百分之六十五。</p>					

十二、嬰幼兒處置 (57101-57123)

通則：本節各項目限為~~六歲以下~~未滿七歲嬰幼兒施行時申報。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
57113B	兒童經皮靜脈導管放置術 Percutaneous IV catheterization 註： 1.限使用PCVC材料之導管放置術，且需長期(三日以上)放置靜導管之 <del>六歲以下</del> <u>未滿七歲</u> 兒童。 2.提升兒童加成項目。		v	v	v	2801
57120B	嬰兒靜脈留置導管( <del>六個月以下</del> <u>未滿六個月</u> ) 註： 1.不得重複申報39004C。 2. <del>三</del> <u>三</u> 日內限申報乙次。 3.本項包含57107B穿透照明檢查。		v	v	v	938
57121B	幼兒靜脈留置導管( <del>六</del> <u>六</u> 個月以上~ <del>二</del> <u>未滿二歲</u> ) 註： 1.不得重複申報39004C。 2. <del>三</del> <u>三</u> 日內限申報乙次。 3.本項包含57107B穿透照明檢查。		v	v	v	716
57122B	兒童靜脈留置導管( <del>二</del> <u>二歲</u> 以上~ <del>六歲</del> <u>未滿七歲</u> ) 註： 1.不得重複申報39004C。 2. <del>三</del> <u>三</u> 日內限申報乙次。 3.本項包含57107B穿透照明檢查。		v	v	v	604
57123B	小血袋無菌分裝處理費 註： 1.新生兒輸血(出生到 <del>四</del> <u>四</u> 個月，早產兒出生體重<1500公克出生到 <del>六</del> <u>六</u> 個月)。 2.限使用無菌導管接合器。		v	v	v	170

第二項 透析治療 Dialysis Therapy (58001~58031)

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
58001C	血液透析（一次） Hemodialysis —住院	v	v	v	v	4100
58002C	—門診	v	v	v	v	4100
58027C	1.急重症透析	v	v	v	v	4100
58029C	2.一般透析	v	v	v	v	3912
	註： 1.以上項目所定點數包括技術費、檢驗費、藥劑費、一般材料費、特殊材料費、特殊藥劑費用(含EPO)及腎性貧血之輸血費在內。 2. 58027C僅限符合下列條件之一者申報。 (1)領有慢性腎衰竭、腎囊腫性疾病或腎臟移植手術後追蹤照護之重大傷病證明外，同時領有第二張其他疾病之重大傷病證明者。 (2) <del>十二歲以下(含十二歲)</del> 未滿十三歲病人。 (3)急診案件(緊急傷病必須立即血液透析當次申報)。 (4)金門、馬祖、澎湖、小琉球、蘭嶼及綠島院所。 (5)急性期個案透析(限首次領取慢性腎衰竭且必須接受定期透析治療之重大傷病卡之有效起日三十日內申報，含有效卡三個月)。					

第五項 骨骼外固定器使用 Application of External Fixation Apparatus (61001-61020)

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
61002C	脛骨下 <del>1/3</del> <u>三分之一</u> 骨折 tibia low 1/3 fracture 註：屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數140點申報。	v	v	v	v	168
61003C	脛骨上 <del>1/3</del> <u>三分之一</u> 骨折 Tibia up 1/3 fracture (High tibia osteotomy) 註：屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數140點申報。	v	v	v	v	168
61004C	脛骨上 <del>1/3</del> <u>三分之一</u> 粉碎性骨折 Tibia up 1/3 comminuted fracture 註：屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數200點申報。	v	v	v	v	240

## 第七節 手術

通則：

- 一、各特約醫院實施手術，可申報「手術費」及「手術一般材料費」。
- 二、各項「手術費」依各節所定點數計算之。「手術費」包括術前皮膚剃蘚預備與刷手消毒等費用在內。
- 三、各項手術所需之「手術一般材料費」及「過程面特殊材料費」，得依本節所定點數及表列加計比率計算；未表列者，其「手術一般材料費」，均依本節所定點數之百分之五十三計算之，包括：手術中使用之敷料，各類縫合線、刀片、外用消毒藥劑及生理鹽水、開刀巾、一般材料與器械折舊等費用在內。需用及特殊治療材料者，依全民健康保險藥物給付項目及支付標準相關規定申報。
- 四、各項所定點數均包括表面麻醉、浸潤麻醉或簡單之傳導麻醉等之費用。如使用特殊藥劑或特殊治療材料或其他麻醉時，得另加算申報。
- 五、同一手術野內之對稱器官，除有特殊規定者外，係指兩側之手術費用。
- 六、同一手術野或同一病巢內，同時做兩種以上手術時，或依病情可同時手術，而未同時施行者，依下列規定辦理：
  - (一)施行之多項同類手術或兩側性手術，第一項手術（支付點數較高者）按其所定點數申報，第二項手術及第三項手術均按其所定點數之一半計算；其餘不計。其餘附帶施行之手術則不另計算。
  - (二)施行多項不同類手術時，第一項及第二項均依其所定支付點數計算；第三項依其所定支付點數之一半計算，其餘不計。
  - (三)施行手術時，附加非治療必須之其他手術，不另給付。本條所稱同一手術野或同一病巢，係指在同一手術區內，有不同器官，因同一病灶影響，須同時手術者，同類手術，係指手術項目列在本支付標準表之手術章中同項內之各手術項屬之（如第二部第二章第七節第一項皮膚之各項手術 62001C-62072B，均依同類手術項目計費，其餘類推）。
  - (四)多重創傷（ISS $\geq$ 16）符合重大創傷之重大傷病資格者，進行胸、腹多項手術均依其所定支付點數計算。

- 七、凡為達手術最終目的過程中之各項切開、剝離、摘除、吻合、切片、縫合、灌洗等，附帶之手術及處置，雖為本標準表所列項目亦不得視為副手術另報。
- 八、因第一次手術所引起併發症之手術，依其所定支付點數之一半計算之，並僅計算一項；但第一次手術在他院者不受限制。
- 九、手術開始後，如因患者病況發生變化而中止者，按已實施之步驟最近似之手術項目申報。
- 十、凡門診可行之小手術，不得住院。
- 十一、急診病人因緊急傷病而必需立即手術者，其「手術費」得按本節所定點數加算百分之三十，但「手術一般材料費」不得另按比例加算。
- 十二、本節各項手術均為提升兒童加成項目，但「手術一般材料費」不得另按比例加算。加成率如下：病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之百；年齡在六個月以上但未滿二歲者，依表定點數加計百分之八十；年齡在二歲以上至六歲未滿七歲者，依表定點數加計百分之六十，若同時符合緊急傷病必須立即手術者，依加成率合計後一併加成。

第一項 皮膚 Integumentary System (62001-62072, 63017)

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
62001C	顏面皮膚及皮下腫瘤切除術 Excision of facial skin and subcutaneous tumor — 直徑小於 <del>1</del> <u>1</u> 公分 within 1cm in diameter	v	v	v	v	1300
62002C	— 直徑 <del>1</del> <u>1</u> 至 <del>2</del> <u>2</u> 公分 1cm to 2cm in diameter	v	v	v	v	2520
62003C	— 直徑超過 <del>2</del> <u>2</u> 公分 over 2cm in diameter	v	v	v	v	5514
62007C	皮膚全層植補術 FTSG - <del>10</del> <u>小於10</u> 平方公分 Full thickness skin graft, (FTSG)	v	v	v	v	5929
62064C	皮膚全層植補術 FTSG - 每增加 <del>10</del> <u>10</u> 平方公分 Full-thickness skin graft --add 10 c m <sup>2</sup>	v	v	v	v	5416
62065C	臉、頸部植皮- <del>5</del> <u>5</u> 平方公分 Face, neck -5cm <sup>2</sup>	v	v	v	v	6057

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
62066C	臉、頸部植皮- 每增加 <del>5</del> <u>五</u> 平方公分 Face, neck -every 5 cm <sup>2</sup> of increase	v	v	v	v	1730
62067C	手部、會陰、腳植皮 - <del>5</del> <u>五</u> 平方公分 Skin graft for hand,perineum, and foot-5cm <sup>2</sup>	v	v	v	v	5954
62068C	手部、會陰、腳植皮 - 每增加 <del>5</del> <u>五</u> 平方公分 Skin graft for hand,perineum, and foot-every 5cm <sup>2</sup>	v	v	v	v	1644
62010C	臉部以外皮膚及皮下腫瘤摘除術 Excision of skin or subcutaneous tumor (Except face) — 小 小於 <del>2</del> <u>二</u> 公分 within 2cm	v	v	v	v	1623
62011C	— 中 <del>2</del> <u>二</u> 公分至 <del>4</del> <u>四</u> 公分 2 to 4cm	v	v	v	v	1927
62012C	— 大 <del>4</del> <u>四</u> 公分至 <del>10</del> <u>十</u> 公分 4 to 10cm 註：一般腫瘤的大小很少超過 <del>10</del> <u>十</u> 公分，大部份小於 <del>5</del> <u>五</u> 公分，超過 <del>10</del> <u>十</u> 公分之腫瘤以64208B申報。	v	v	v	v	3371
62014C	多層皮膚移植 Split thickness skin graft S.T.S.G —小於 <del>25</del> <u>二十五</u> 平方公分 within 25 cm <sup>2</sup>	v	v	v	v	4544
62015B	— <del>25-100</del> <u>二十五至一百</u> 平方公分 25 to 100 cm <sup>2</sup>		v	v	v	5267
62016B	—每增加 <del>100</del> <u>一百</u> 平方公分 every incerase of 100cm <sup>2</sup>		v	v	v	3588
62022C	皮膚惡性腫瘤切除及植皮術 Excision of skin cancer & SSG — 直徑小於 <del>2</del> <u>二</u> 公分 within 2cm in diameter	v	v	v	v	8700
62023B	— 直徑 <del>2-5</del> <u>二至五</u> 公分 2cm to 5cm in diameter		v	v	v	10880
62024B	— 直徑超過 <del>5</del> <u>五</u> 公分 over 5cm in diameter 註：申報時應附病理報告。		v	v	v	13090
62041B	微晶 & 一般磨皮術( <del>5</del> <u>小於五公分</u> <del>以內</del> ) Micro & general dermabrasion(<5cm) 註：限皮膚類澱粉症及表皮母斑症病患申報。		v	v	v	1544
62042B	微晶 & 一般磨皮術( <del>5-10</del> <u>五至十</u> 公分) Micro & general dermabrasion(5-10cm) 註：限皮膚類澱粉症及表皮母斑症病患申報。		v	v	v	1640
62043B	微晶 & 一般磨皮術(超過 <del>10</del> <u>十</u> 公分) Micro & general dermabrasion(>10cm) 註：限皮膚類澱粉症及表皮母斑症病患申報。		v	v	v	2130
62045B	局部皮瓣( <del>1</del> <u>小於一公分</u> <del>以內</del> ) Local flap (<1cm)		v	v	v	3336
62046C	局部皮瓣( <del>1-2</del> <u>一至二</u> 公分) Local flap (1-2cm) 註：屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方及執行始可申報。	v	v	v	v	3350

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
62047C	局部皮瓣( <del>≧</del> 超過二公分 <del>以上</del> ) Local flap (>2cm) 註：屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專 任醫師開立處方及執行始可申報。	v	v	v	v	7310
62071B	鉀雅銘雷射手術 Erb-YAG laser operation 註：含一般材料費，得另加計 <del>4%</del> 百分之四。		v	v	v	2848
62072B	水刀清創 Hydrosurgery debridement 1.適應症：二度燙傷( <del>含</del> )以上及總燙傷面積 <del>20%</del> ( <del>含</del> )百分之 <u>二十</u> 以上，接受自體皮膚移植手術當次得申報水刀清 創。 2.支付規範： (1)同一醫院同一病患同一傷害，限申報一次。 (2)須事前審查。 (3)不得同時申報支付標準診療項目：48015B、48016B、 48017B、48029B 及 48030B。 (4)一般材料費及單一使用拋棄式之微創噴射灌洗器，得 另加計 <del>309%</del> 百分之三百零九。		v	v	v	10861
63017B	前哨淋巴結摘除手術 註： 1.適應症：惡性乳癌、黑色素瘤及鱗狀上皮細胞癌。 2.支付規範： (1)不可同時申報：70205B。 (2)一般材料費，得另加計 <del>56%</del> 百分之五十六。		v	v	v	12656

第二項 乳房 Breast (63001~63017)

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
63007B 63008B	改良式乳房根除手術 Modified radical mastectomy — 單側 unilateral — 雙側 bilateral 註： 1.適應症：惡性乳癌 2.一般材料費，得另加計 <del>26%</del> 百分之二十六。		v v	v v	v v	25595 38393
63012B	乳房部分切除手術併前哨淋巴結摘除手術 Partial mastectomy and sentinel node(s) excision 註： 1.適應症：惡性乳癌 2.支付規範： (1)不得同時申報：63001B、63002B、63017B。 (2)一般材料費，得另加計 <del>50%</del> 百分之五十。		v	v	v	15798

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
63013B	乳房部分切除手術併標準腋下淋巴廓清術 Partial mastectomy + axillary lymph node dissection 註： 1.適應症：惡性乳癌 2.支付規範： (1)不得同時申報：63001B、63002B、70205B。 (2)一般材料費，得另加計 <del>25%</del> <u>百分之二十五</u> 。		v	v	v	23637
63014B	乳房全切除手術併前哨淋巴結摘除手術 Simple mastectomy + sentinel lymph node biopsy 註： 1.適應症：惡性乳癌 2.支付規範： (1)不得同時申報：63003B、63004B、63017B。 (2)一般材料費，得另加計 <del>33%</del> <u>百分之三十三</u> 。		v	v	v	23390
63015B	乳房部分切除手術 Partial mastectomy 註： 1.適應症：惡性乳癌 2.支付規範： (1)不得同時申報：63001B、63002B。 (2)一般材料費，得另加計 <del>54%</del> <u>百分之五十四</u> 。		v	v	v	10046
63016B	乳房全切除手術 Simple mastectomy 註： 1.適應症：惡性乳癌 2.支付規範： (1)不得同時申報：63003B、63004B。 (2)一般材料費，得另加計 <del>33%</del> <u>百分之三十三</u> 。		v	v	v	18555
63017B	前哨淋巴結摘除手術 註： 1.適應症：惡性乳癌、黑色素瘤及鱗狀上皮細胞癌。 2.支付規範： (1)不可同時申報：70205B。 (2)一般材料費，得另加計 <del>56%</del> <u>百分之五十六</u> 。		v	v	v	12656

第三項 筋骨 Musculoskeletal System (64001~64281)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
64243B	關節鏡手術 Arthroscopic surgery —關節鏡探查手術，併施行滑膜切片，灌洗，清創 Arthroscopy with synovial biopsy, irrigation & lavage, debridement		v	v	v	3000
64244B	—關節鏡下關節面磨平成形成術，打洞，游離體或骨軟骨碎片取出手術 Arthroscopic shaving or abrasion arthroplasty, drilling or pinning or removal of loose body or osteochondral fragment 註： 1.以上64243B及64244B二項點數皆含鏡檢費用。 2.64244B內含一般材料費及單一使用拋棄式刮刀及磨刀，得另加計 <del>103%</del> <u>百分之一百零三</u> 。		v	v	v	8000

第四項 呼吸器 Respiratory System

一、鼻 Nose (65001-65078)

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
65016B	淚囊鼻腔造瘻術 Dacryocystorhinostomy 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <del>96%</del> <u>百分之九十六</u> 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	6586
65078B	內視鏡修正式 Lothrop 手術 Endoscopic modified Lothrop procedure 註： 1.適應症： (1)須經 ESS 手術後仍失敗復發，或 frontal recess 骨質新生沾黏之慢性鼻竇炎、慢性額竇炎。 (2)急性復發性額竇炎。 (3)鼻腔與鼻竇惡性腫瘤、額葉惡性腫瘤、嗅覺神經惡性腫瘤、顱骨及顏面骨之惡性或良性腫瘤、腦膜良性腫瘤、腦良性腫瘤或倒生性乳突瘤，且必須侵犯額竇。 2.一般材料費，得加計 <del>10%</del> <u>百分之十</u> 。		v	v	v	22904

第五項 胸腔 Thoracic

一、胸腔 Thoracic (67001-67055)

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
67001B	胸壁切除術(小於十公分) Chest wall resection<10cm 註： 1.胸壁切除至少應含蓋二個以上不同之組織(如骨骼、肌肉等)。 2.胸骨部分切除術(小於十公分)比照申報。		v	v	v	10858
67038B	胸壁切除術(≧十公分以上) Chest wall resection ≥ 10cm 註： 1.胸壁切除至少應含蓋二個以上不同之組織(如骨骼、肌肉等)。 2.胸骨部分切除術(≧十公分以上)比照申報。		v	v	v	15316
67008B	簡單胸廓擴創術 <小於十公分 Simple debridement of chest wall <10cm 註：包括傷口縫合 including wound closure。		v	v	v	5690
67041B	複雜胸廓擴創術 ≧十公分以上 Complicated debridement of chest wall ≥ 10cm 註：包括傷口縫合 including wound closure。		v	v	v	8422
67043B	簡單凹凸胸矯正術 (<小於六根) Reconstruction of congenital funnel or pigeon chest 註：年齡≦ <del>十六</del> 未滿十七歲。		v	v	v	19816
67044B	複雜凹凸胸矯正術 (≧六根以上) Complicated correction of chest wall deformity 註：年齡≦ <del>十六</del> 未滿十七歲。		v	v	v	26819
67052B	胸腔鏡胸管結紮術 VATS with thoracic duct ligation 註：含一般材料費，得另加計 <del>32%</del> 百分之三十二。		v	v	v	25199
67053B	胸腔鏡肺分葉切除術 Thoracoscopic segmentectomy of lung 註： 1.適應症 (1)早期侷限性肺癌 stage I。 (2)肺單元分葉內之癌症且心肺功不佳者,不適合肺葉切除術者。 (3)具合併症且內科治療無效之感染性疾病。 2.含一般材料費，得另加計 <del>11%</del> 百分之十一。		v	v	v	57344
67054B	胸腔鏡肺葉袖形切除術 Thoracoscopic sleeve lobectomy 註： 1.適應症 (1)肺癌病人腫瘤侵犯支氣管分岐處又不適合作全肺葉切除術的		v	v	v	58517

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
	病人。 (2) 良性腫瘤侵犯肺葉分歧處欲切除有病變之肺葉而保留功能正常之肺葉。 2. 含一般材料費，得另加計 <del>4%</del> <u>百分之四</u> 。					
67055B	納氏胸廓異常矯正術 Nuss Procedure for chest wall deformity 1. 適應症： (1) Haller index 或 CT index > 3.25。 (2) 有呼吸功能障礙，慢性支氣管炎，或肺纖維化病變者。 (3) 併有心理影響，經精神科醫師評估有矯治之需要者。 2. 含一般材料費及單一使用拋棄式之內視鏡用保護套與高速切割系統（鑽頭），得另加計 <del>98%</del> <u>百分之九十八</u> 。		v	v	v	14930

### 三、縱膈與橫膈膜 Mediastinum and Diaphragm (70401-70420)

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
70401B	良性簡單縱膈腔腫瘤切除(< <u>小於</u> 五公分) Benign mediastinal mass excision (< 5cm)		v	v	v	16389
70414B	良性複雜縱膈腔腫瘤切除( <u>≧</u> 五公分 <u>以上</u> ) Benign complicated mediastinal mass excision (≥ 5cm)		v	v	v	18966
70416B	胸腔鏡縱膈腔腫瘤切除術(< <u>小於</u> 五公分) Thoreoscopic Excision of Mediastinal Tumor (< 5cm)		v	v	v	20457
70417B	胸腔鏡縱膈腔腫瘤切除術( <u>≧</u> 五公分 <u>以上</u> ) Thoreoscopic Excision of Mediastinal Tumor (≥ 5cm)		v	v	v	23673

### 第六項 心臟及心包膜(68001-68057)

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
68034B	心臟摘取 Heart procurement		v	v	v	21166
68035B	心臟植入 Heart implantation		v	v	v	183312
	註： 1. 施行診療項目 68034B、68035B 手術之醫院及醫師條件如下： (1) 醫院條件： A. 須為「中華民國心臟醫學會」及「台灣胸腔及心臟血管外科學會」所認定之專科醫師訓練醫院。 B. 應有專任具臨床藥理、病理、移植免疫、感染症及血液學專長之醫師。 (2) 醫師條件：					

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p>手術主持醫師須有主持開心手術五百例以上之經驗。</p> <p>2.施行診療項目68035B之適應症如下，並應由醫院申報事前審查：</p> <p>(1)心臟衰竭且Maximal VO<sub>2</sub>&lt;10ml/kg/min者。</p> <p>(2)心臟衰竭達紐約心臟功能第四度，且Maximal VO<sub>2</sub>&lt;14ml/kg/min者。</p> <p>(3)心臟衰竭核醫檢查LVEF&lt;20%，經六個月以上藥物(包括ACE inhibitors、Digoxin、Diuretics等)治療仍無法改善者；如有重度二尖瓣閉鎖不全，經核醫檢查LVEF&lt;25%者。</p> <p>(4)嚴重心肌缺血，核醫檢查LVEF&lt;20%，經核醫心肌灌注掃描及心導管等檢查，證實無法以傳統冠狀動脈繞道手術治療者。</p> <p>(5)紐約心臟功能第四度，持續使用Dopamine或Dobutamine&gt;5μg/kg/min七天以上，經核醫檢查LVEF&lt;25%或心臟指數Cardiac index&lt;2.0L/min/m<sup>2</sup>者。</p> <p>(6)心臟衰竭已使用ECMO、VAD等心臟輔助器且無法斷離者。</p> <p>(7)復發有症狀的心室性不整，無法以公認有效的方法治療者。</p> <p>(8)其他末期心臟衰竭，無法以傳統手術方法矯正者。</p> <p>3.施行診療項目68035B之禁忌症：</p> <p>(1)年齡六十五歲以上(年齡超過者需專案申請核准)。</p> <p>(2)有明顯感染者。</p> <p>(3)愛滋病帶原者，應符合財團法人器官捐贈移植登錄中心訂定之「捐贈者基準及待移植者之絕對與相對禁忌症、適應症與各器官疾病嚴重度分級表」規定。</p> <p>(4)肺結核經證實者。</p> <p>(5)惡性腫瘤患者。</p> <p>(6)心智不正常或無法長期配合藥物治療者。</p> <p>(7)少年型或胰導素依賴型糖尿病患者。</p> <p>(8)A B O血型與捐贈者不相容者。</p> <p>(9)嚴重肺高血壓，經治療仍大於6 Wood Unit者，不得做正位心臟移植(異位心臟移植者不得大於12 Wood Unit)。</p> <p>(10)肝硬化或GPT在正常兩倍以上，且有凝血異常者。</p> <p>(11)中度以上腎功能不全者(Creatinine &gt; 3.0mg/dl或Ccr&lt;20ml/min)(需同時故腎臟移植之末期腎衰竭洗腎病人，不在此限)。</p> <p>(12)嚴重的慢性阻塞性肺病患者(FEVI&lt;50% of predicted或FEVI/FVC&lt;40% of predicted)。</p> <p>(13)活動性消化性潰瘍患者。</p> <p>(14)嚴重的腦血管或周邊血管病變，使日常生活無法自理，且</p>					

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p>無法接受重建手術者。</p> <p>(15)免疫系統不全或其他全身性疾病，雖經治療仍預後不良者。</p> <p>(16)藥癮患者。</p> <p>4.不得加計急診加成。</p> <p>5.心臟捐贈者若為非保險對象，其捐贈者摘取所需之檢驗費、手術費、麻醉費、手術材料費由保險人給付，而 ICU 費用及藥品費則僅給付施行摘取手術當日之費用。</p> <p>6.一般材料費及器官保存液費用，得另加計<del>78%</del><u>百分之七十八</u>。</p>					
68037B 68047B	<p>肺臟移植 Lung transplantation</p> <p>—單肺 Unilateral lung</p> <p>—雙肺，連續性或同時性 bilateral sequential or en bloc double lung</p> <p>註：</p> <p>1.68037B、68047B 及68038B 手術之醫院及醫師條件應報請中央衛生主管機關核定，如醫院條件變更或主持醫師異動時，仍應重行報請核定。</p> <p>2.施行68037B 及68047B 之適應症如下，並應由醫院申報事前審查：</p> <p>(1) Group A 阻塞性肺疾病 (Obstructive Lung Disease)：符合肺移植適應症之診斷並符合下列任一條件者：</p> <p>A.第一秒最大呼氣量(FEV1.0) &lt; 35 % 預測值。</p> <p>B.氧合指數(PaO2/FiO2) &lt;300。</p> <p>C.血中二氧化碳分壓(PaCO2)升高。</p> <p>D.引起繼發性肺動脈高壓(mPAP&gt;25mmHg)。</p> <p>E.臨床上活動分級已達紐約心臟協會功能分類第三級或第四級者。</p> <p>F.需長期依賴氧氣者。</p> <p>G.雖經藥物治療，仍長期有慢性呼吸道感染或已出現呼吸窘迫症狀。</p> <p>(2)Group B 肺血管疾病 (Pulmonary Vascular Disease)：符合肺移植適應症之診斷並符合下列任一條件者：</p> <p>A. 病人之活動分級已達紐約心臟協會功能分類第三級或第四級者。</p> <p>B. 右心房平均壓力 &gt; 6 mmHg。</p> <p>C. 平均肺動脈壓mPAP&gt;25mmHg。</p> <p>D. 心臟指數(Cardiac index) &lt; 2.51 l/min/m<sup>2</sup>。</p> <p>E. 病人之臨床病況逐漸惡化，需長期依賴氧氣者。</p> <p>(3)Group C 囊性纖維化症或免疫缺乏症(Cystic Fibrosis or Immunodeficiency Disorders)：符合肺移植適應症之診斷並符</p>	v	v	v	178634	246516

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p>合下列任一條件者：</p> <p>A. 第一秒最大呼氣量(FEV1.0) &lt; 40%預測值。</p> <p>B. 血中二氧化碳分壓(PaCO<sub>2</sub>) 升高。</p> <p>C. 雖經藥物治療無效或情況仍逐漸惡化者。</p> <p>(4) Group D 限制性肺疾病 (Restrictive Lung Disease)：符合肺移植適應症之診斷並符合下列任一條件者：</p> <p>A. 雖經藥物治療無效或情況仍逐漸惡化者。</p> <p>B. 需長期依賴氧氣者。</p> <p>3. 施行68037B 及68047B 之禁忌症：未控制及無法控制之感染。</p> <p>(1)有無法控制的感染者。</p> <p>(2)愛滋病帶原者，應符合財團法人器官捐贈移植登錄中心訂定之「捐贈者基準及待移植者之絕對與相對禁忌症、適應症與各器官疾病嚴重度分級表」規定。</p> <p>(3)肺結核未完全治療者。</p> <p>(4)有惡性腫瘤者，不宜肺臟移植：</p> <p>A.incidental renal carcinoma，in situ carcinoma(excluding bladder)，Dukes' A colon cancer，basal cell carcinoma，以上四者不影響肺臟移植。</p> <p>B. malignant melanoma，breast cancer，GI carcinoma，lung cancer，完全治療後，無癌症復發，未達五年者(disease-free interval &lt; 5years)。</p> <p>C.其他癌症，完全治療後，無癌症復發，未達兩年者(disease-free interval &lt; 2years)。</p> <p>(5)心智不正常或無法長期配合藥物治療者。</p> <p>(6)肝硬化或 GPT 在正常值兩倍以上且有凝血異常者。</p> <p>(7)中度以上腎功能不全者(Creatinine &gt; 3.0mg/dL 或 Ccr &lt; 50 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>)(需同時做腎臟移植之末期腎衰竭洗腎病人，不在此限)。</p> <p>(8)嚴重的腦血管或周邊血管病變，使日常生活無法自理，且無法接受重建手術者。</p> <p>(9)免疫系統不全或其他全身性疾病，雖經治療仍預後不良者。</p> <p>(10)藥癮、酒癮患者。</p> <p>4.含合併施行體外循環之費用。</p> <p>5.不得加計急診加成。</p> <p>6.肺臟捐贈者若為非保險對象，捐贈者摘取所需之檢驗費、手術費、麻醉費、材料費由保險人給付，而 ICU 費用及藥品費則僅給付施行摘取手術當日之費用。</p> <p>7.一般材料費及器官保存液費用，68037B 得另加計<del>69%</del><u>百分之六十九</u>、68047B 得另加計<del>75%</del><u>百分之七十五</u>。</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
68040B	<p>經導管主動脈瓣膜置換術 Transcatheter Aortic Valve Implantation(TAVI)</p> <p>註：</p> <p>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。</p> <p>(1)必要條件：(此四項條件須全部具備)</p> <p>A.有New York Heart Association Function Class II-IV 之心衰竭症狀。</p> <p>B.以心臟超音波測量主動脈開口面積<math>&lt;0.8\text{cm}^2</math>、<math>&lt;0.6\text{cm}^2/\text{m}^2</math>、經主動脈瓣壓力差<math>\geq 40\text{mmHg}</math>或主動脈瓣血流流速<math>\geq 4.0\text{m}/\text{sec}</math>。</p> <p>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。</p> <p>D.臨床判定病人至少有一年以上之存活機率。</p> <p>(2)同時具備以下條件之一：</p> <p>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<math>&gt;10\%</math>，或 Logistic EuroSCORE I<math>&gt;20\%</math>。</p> <p>B.年齡為八十歲或更大以上。</p> <p>C.有以下情形之一者：先前接受過心臟手術(冠狀動脈繞道、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<math>&lt;1</math>公升。</p> <p>2.支付規範：</p> <p>(1)醫院條件</p> <p>A.專任之心臟內科、心臟外科醫師。</p> <p>B.醫院每年需具五百例以上之心導管(含二百例以上介入性心臟導管手術)及二十五例以上主動脈瓣膜置換之手術案例。</p> <p>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。</p> <p>(2)醫師資格</p> <p>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。</p> <p>B.具有專科醫師五年以上資格。</p> <p>C.具二十五例以上主動脈瓣膜置換手術(編號68016B)，或三百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)。</p> <p>(3)執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請核備。</p> <p>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。</p> <p>4.一般材料費，得加計<del>11%</del>百分之十一。</p> <p>5.需事前審查。</p>		v	v	v	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
68057B	<p>經導管肺動脈瓣膜置換術 Transcatheter pulmonary valve implantation ,TPVI</p> <p>註：</p> <p>1.適應症：須符合下列三項條件。</p> <p>(1)法洛氏四重症手術後或主動脈瓣狹窄接受 Ross 術後，發生肺動脈瓣嚴重逆流，造成右心室擴大，或有心衰竭症狀者。</p> <p>(2)以磁振造影 MRI 檢查(至少具備以下任三項條件)：</p> <p>A.肺動脈瓣逆流指數(Pulmonary Regurgitation Index fraction &gt; 30 %。</p> <p>B.右心室舒張末期容積 &gt; 150 ml/m<sup>2</sup>。</p> <p>C.右心室舒張末期容積(End-diastolic Volume)/左心室舒張末期容積比大於1.7者或是右心室收縮末期容積&gt;80ml/m<sup>2</sup>。</p> <p>D.右心室收縮分率小於45%。</p> <p>(3)病人年齡十二<del>是</del>歲以上及<del>五十歲以下</del>未滿五十一歲，且體重三十公斤以上。</p> <p>2.禁忌症：</p> <p>(1)右心室出口有形成 aneurysm 或肺動脈環大於32mm 或小於14mm 者。</p> <p>(2)冠狀動脈有異常途徑，繞於肺動脈基部後方或可能被植入瓣膜壓迫者。</p> <p>(3)殘留心室中膈缺損或任一側肺動脈嚴重狹窄需手術修補者。</p> <p>(4)合併左心室衰竭或冠狀動脈疾病需開刀者或放置血管支架。</p> <p>(5)嚴重肺動脈高壓(平均肺動脈壓大於等於30 mmHg)。</p> <p>(6)任何感染症尚未痊癒者。</p> <p>(7)腎功能異常。</p> <p>3.醫院條件：</p> <p>(1)專任之兒童心臟內科及心臟外科醫師。</p> <p>(2)醫院每年需具三十例以上之先天性心臟病開心手術加上瓣膜手術之案例。</p> <p>(3)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。</p> <p>4.醫師資格：</p> <p>(1)由符合下述資格之小兒心臟專科醫師執行，且經社團法人台灣兒童心臟學會核發認證。</p> <p>A.具有小兒心臟專科醫師五年以上資格。</p> <p>B.具有三百例以上的先天性心臟病心導管介入手術的經驗</p>		v	v	v	98957

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p>C.須完成「經導管肺動脈瓣置換術」相關講習或操作訓練時數三十小時，並擔任手術第一助手五例以上。</p> <p>(2)須有心臟外科專科醫師隨時提供必要之緊急措施。</p> <p>(3)執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請核定。</p> <p>5.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，以及肺動脈瓣擴張術(編號68029B及69033B)等項目。</p> <p>6.一般材料費，得加計<del>11%</del><u>百分之十一</u>。</p> <p>7.需事前審查。</p>					
68042B	<p>右心室至肺動脈心導管連接術(萊斯特利術式) (Rastelli operation)</p> <p>註： 1.適應症：法洛氏四合症、肺動脈發育不全合併心室中膈缺損、大動脈轉位症合併心室中膈缺損與右心室出口阻塞。 2.含一般材料費，得另加計<del>29%</del><u>百分之二十九</u>。</p>		v	v	v	48742
68043B	<p>A型急性主動脈剝離術 Surgery for A type aortic dissection</p> <p>註： 1.一般材料費，得加計<del>11%</del><u>百分之十一</u>。 2.不得同時申報編號68015B(係指主動脈瓣膜)、69024B、69036B。</p>		v	v	v	86451

#### 第八項 造血與淋巴系統 Hemic & Lymphatic System

##### 二、根除性淋巴結切除 Radical Lymphadenectomy (70201-70216)

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
70205B	<p>標準腋下淋巴廓清術 Axillary lymph node dissection</p> <p>註： 1.適應症：惡性乳癌、黑色素瘤及鱗狀上皮細胞癌。 2.一般材料費，得另加計<del>41%</del><u>百分之四十一</u>。</p>		v	v	v	13515

第九項 消化器 Digestive System

二、胃 Stomach (72001-72059)

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
72050B	內視鏡黏膜切除術 註： 1.適應症： (1)超過二公分無莖型之胃腸道息肉或黏膜病灶。 (2)早期胃腸道癌症(包括食道、胃、十二指腸、大腸、直腸)。 (3)胃腸道黏膜下腫瘤，如類癌(carcinoid)。 2.支付規範：不得同時申報之診療項目及編號：28016C、28017C、28030C、28031C、47074C、49014C、47043C、49026C、49023C、73008B、74207C。 3.內含一般材料費及拋棄式息肉切除環與先端部固定環費用，得另加計 <del>63%</del> 百分之六十三。		v	v	v	8199
72051B	腹腔鏡胃袖狀切除術 Laparoscopic Sleeve Gastrectomy 註： 1.適應症（須符合下列各項條件）： (1)身體質量指數BMI $\geq$ 37.5Kg/m <sup>2</sup> ；BMI $\geq$ 32.5Kg/m <sup>2</sup> 合併有高危併發症，如:第二型糖尿病病人糖化血色素經內科治療後仍 $\geq$ 7.5%、高血壓、呼吸中止症候群等。 (2)須減重門診滿半年(或門診相關佐證滿半年)及經運動及飲食控制在半年以上。 (3)年齡在二十歲以上至 <del>六十五歲</del> 未滿六十六歲。 (4)無其它內分泌疾病引起之病態肥胖。 (5)無酗酒、嗑藥及其它精神疾病。 (6)精神狀態健全，經由精神科專科醫師會診認定無異常。 2.限消化外科專科醫師執行。 3.含一般材料費，得另加計百分之二十四。		v	v	v	38360
72052B	腹腔鏡胃繞道手術 Laparoscopic Gastric Bypass 註： 1.適應症（須符合下列各項條件）： (1)身體質量指數BMI $\geq$ 37.5Kg/m <sup>2</sup> ；BMI $\geq$ 32.5Kg/m <sup>2</sup> 合併有高危併發症，如:第二型糖尿病病人糖化血色素經內科治療後仍 $\geq$ 7.5%、高血壓、呼吸中止症候群等。 (2)須減重門診滿半年(或門診相關佐證滿半年)及經運動及飲食控制在半年以上。 (3)年齡在二十歲以上至 <del>六十五歲</del> 未滿六十六歲。 (4)無其它內分泌疾病引起之病態肥胖。		v	v	v	41697

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	(5)無酗酒、嗑藥及其它精神疾病。 (6)精神狀態健全，經由精神科專科醫師會診認定無異常。 2.限消化外科專科醫師執行。 3.含一般材料費，得另加計百分之二十三。					

三、腸(除大腸、直腸外) Intestine (Except Colon and Rectum)

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
73049B	<p>小腸移植術 Isolated small bowel transplantation</p> <p>註： 1.適應症： (1)超短腸症：嬰兒或成人有超短腸的情形(嬰兒小於十公分的空腸，或成人小於五十公分的空腸)並且沒有迴盲瓣。 (2)先天性黏膜病變，如： A.microvillus inclusion disease、B.tufting enteropathy。 (3)小腸局部性侵襲性腫瘤，如： A.家族性大腸癌肉症、B.類結締纖維瘤 desmoid tumor。 (4)因先天性或後天性的原因造成腸衰竭，使用全靜脈營養治療引起之併發症，如： A.肝臟病變、B.主要靜脈管道栓塞(超過兩處)、C.人工血管感染引發之反覆敗血症。 2.相關規範： (1)需事前審查。 (2)人員及設備資格：執行醫師及醫院須通過衛生福利部（前衛生署）小腸移植執行醫師及醫院資格審核。 (3)一般材料費及器官保存液費用，得另加計<del>25%</del><u>百分之二十五</u>。</p>		v	v	v	198868
73050B	<p>屍體小腸摘取術 Cadaveric small intestine harvest</p> <p>註： 相關規範： 1.執行人員及醫院資格須通過衛生福利部（前衛生署）小腸移植執行醫師及醫院資格審核。 2.不得同時申報之診療項目及編號：73010B(小腸切除術加吻合術)。 3.一般材料費，得另加計<del>96%</del><u>百分之九十六</u>。</p>		v	v	v	25970

第十一項 肝、膽、胰

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
75020B	<p>肝臟移植 Liver(Hepatic) transplantation</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.施行本項及75021B或75022B手術之醫院及醫師條件應報請中央衛生主管機關核定，並向保險人申請核備，如醫院條件變更或主持醫師異動時，仍應重行報請核定。</li> <li>2.施行本項之適應症如下，並應由醫院申報事前審查：               <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)先天性膽道閉鎖</li> <li>(2)先天性肝臟代謝疾病，如                   <ol style="list-style-type: none"> <li>A.威爾遜氏病</li> <li>B.酪胺酸代謝症</li> <li>C.α1抗胰蛋白酶缺乏症</li> <li>D.家族性高膽固醇血症</li> <li>E.肝醣堆積疾病</li> </ol> </li> <li>(3)肝硬化，包括：                   <ol style="list-style-type: none"> <li>A.病毒性肝炎引起之肝硬化</li> <li>B.酒精性肝硬化</li> <li>C.不明原因之肝硬化</li> </ol> </li> <li>(4)原發性膽汁性肝硬化</li> <li>(5)硬化性膽管炎</li> <li>(6)原發性肝惡性腫瘤：限於肝硬化病人合併有小型肝癌者</li> <li>(7)Budd-Chiari症候群</li> <li>(8)猛爆性肝炎或藥物引起之急性肝衰竭</li> </ol> </li> <li>3.含合併施行心肺體外循環之費用，全部或部份肝臟植入皆以本項申報。</li> <li>4.不得加計急診加成。</li> <li>5.肝臟捐贈者若為非保險對象，其捐贈者摘取所需之檢驗費、手術費、麻醉費、材料費由保險人給付，而ICU費用及藥品費則僅給付施行摘取手術當日之費用。</li> <li>6.一般材料費及器官保存液費用，得另加計 <del>81%</del>百分之八十一。</li> </ol>		v	v	v	248552

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
75418B	屍體胰臟器官移植 Cadaver Pancreas Transplant 註： 1.施行本項及75419B手術之醫院及醫師條件應報請中央衛生主管機關核定，並向保險人申請核備，如醫院條件變更或主持醫師異動時，仍應重行報請核定。 2.不得加計急診加成。 3.胰臟捐贈者若為非保險對象，其捐贈者摘取所需之檢查費、手術費、麻醉費、手術材料費由健保給付，而ICU費用及藥品費則僅給付施行摘取手術當日之費用。 4.施行本項適應症如下，並應由醫院申報事前審查： (1)第一型糖尿病或低胰島素分泌患者，併有糖尿病合併症產生，如腎病變、視網膜病變、神經病變、心腦血管病變。 (2)第一型糖尿病或低胰島素分泌患者，常因血糖過低或過高引發生命威脅者。 (3)第一型糖尿病或低胰島素分泌患者，因血糖控制不易產生求學、就業及日常生活困難者。 (4)第二型糖尿病患者，已使用胰島素注射治療，且合併有腎衰竭現象者，但胰島素注射量需少於1.5 units/kg/day，且無其他器官嚴重疾病。 5.一般材料費及器官保存液費用，得另加計 <del>84%</del> <u>百分之八十四</u> 。		v	v	v	178634
75419B	屍體捐胰摘取 Pancreas Harvest 註：一般材料費，得另加計 <del>38%</del> <u>百分之三十八</u> 。		v	v	v	115245

## 第十二項 泌尿及男性生殖

### 一、腎臟 Kidney (76001-76037)

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
76020B	腎臟移植 Renal implantation 註：一般材料費及器官保存液費用，得另加計 <del>81%</del> <u>百分之八十二</u> 。		v	v	v	106128

二、輸尿管 Ureter (77001-77040)

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
77026B	輸尿管鏡取石術及碎石術 Ureterscopy & removal of ureteral stone — 單純內視鏡操作方式simple endoscopic 註：含鏡檢費用在內。		v	v	v	5537
77027B	— 併用超音波或電擊方式with SONO/EHL 註：含鏡檢及超音波費用在內。		v	v	v	9259
77028B	— 併用雷射治療方式 註： 1.含鏡檢費用在內。 2.77028B含一般材料費及雷射光纖，得另加計 <del>91%</del> <u>百分之九十一</u> 。		v	v	v	7446

十、前列腺 Prostate (79401-79417)

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
79416C	前列腺切片-超音波導引 Transrectal ultrasound guided prostate biopsy 註： 1.限泌尿科專科醫師執行。 2.不得同時申報編號79401C及19017C。 3.一般材料費，得另加計 <del>17%</del> <u>百分之十七</u> 。	v	v	v	v	3167

第十三項 女性生殖

八、自然生產、剖腹產及流產 Deliverysection、Cesarean & Abortion (81001-81037)

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
81011C	<p>有妊娠併發症之剖腹產術 Cesarean section in complicated pregnancy (defined as cases with preeclampsia, eclampsia, GDM, malpresentation, and documented major medical or surgical complications)</p> <p>註： 1.合併非治療性闌尾切除不另給付。 2.妊娠併發症係指：     (1)子癩前症、子癩症、妊娠糖尿病、胎位不正、和有病歷記載之內外科併發症者。     (2)妊娠二十二週<u>以上</u>至<del>三十一</del><u>未滿三十三</u>週早產病患。(排除胎死腹中，及符合優生保健法之中止妊娠)     (3)四十歲<del>(含)</del>以上初產婦。     (4) BMI ≥ 35之初產婦。     (5)嚴重妊娠高血壓。     (6)胎兒生長遲緩或胎兒發育異常者(IUGR)或胎盤功能異常者。     (7)妊娠合併內科疾病：心臟病、糖尿病、甲狀腺疾病、腎臟疾病 (NS, IgA, ESRD)、免疫性疾病(SLE)、血小板低下症。     (8)白血病。     (9)血友病(Coagulopathy)。     (10)愛滋病。     (11)產後大出血者。     (12)胎盤早期剝離。     (13)合併接受外科手術者。     (14)雙胞胎輸血症候群。 3.屬西醫基層院所西醫基層總額部門院所，本項以原81004C支付點數8902點申報。</p>	v	v	v	v	19999
81034C	<p>有妊娠併發症之陰道產 Vaginal delivery in complicated pregnancy (defined as cases with preeclampsia, eclampsia, GDM, malpresentation, and documented major medical or surgical complications)</p> <p>註： 1.妊娠併發症係指：</p>	v	v	v	v	19999

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	(1)子癇前症、子癇症、妊娠糖尿病、胎位不正、和有病歷記載之內外科併發症者。 (2)妊娠二十二週以上至 <del>三十二</del> 未滿三十三週早產病患。(排除胎死腹中，及符合優生保健法之中止妊娠) (3)四十歲 <del>(含)</del> 以上初產婦。 (4) BMI $\geq$ 35之初產婦。 (5)嚴重妊娠高血壓。 (6)胎兒生長遲緩或胎兒發育異常者(IUGR)或胎盤功能異常者。 (7)妊娠合併內科疾病：心臟病、糖尿病、甲狀腺疾病、腎臟疾病(NS, IgA, ESRD)、免疫性疾病(SLE)、血小板低下症。 (8)白血病。 (9)血友病(Coagulopathy)。 (10)愛滋病。 (11)產後大出血者。 (12)胎盤早期剝離。 (13)合併接受外科手術者。 (14)雙胞胎輸血症候群。 2.包括會陰切開術，縫合術及胎盤剝離等。					

第十四項 內分泌器 Endocrine System (82001-82019)

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
82007B	副甲狀腺切除術 Parathyroidectomy —單純性 Simple		v	v	v	10799
82018B	—亞全切除術 Subtotal 註： 1.適應症： (1)嚴重之腎性副甲狀腺機能亢進(腎衰竭後併發之副甲狀腺機能亢進而無法以藥物控制者)。 (2)原發性副甲狀腺機能亢進中病理變化為多顆副甲狀腺增生者。 2.含一般材料費，得另加計 <del>46%</del> 百分之十六。		v	v	v	30119
82019B	—全切除術 Total 註： 1.適應症： (1)嚴重之腎性副甲狀腺機能亢進(腎衰竭後併發之副甲狀腺機		v	v	v	42153

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
	能亢進而無法以藥物控制者)。 (2)原發性副甲狀腺機能亢進中病理變化為多顆副甲狀腺增生者。 2.含一般材料費，得另加計 <del>15%</del> <u>百分之十五</u> 。					

第十五項 神經外科 Neurosurgery (83001-83105)

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
83001B	腦微血管減壓術 Microvascular decompression 註： 1.限神經外科專科醫師施行。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <del>104%</del> <u>百分之一百零四</u> 。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	19562
83013C	頭顱穿洞術（止血引流、穿刺檢查） Burr hole (trephination) for hemostasis, drainage or ventricular puncture 註： 1.如以顱骨穿孔術實施其他神經外科手術，按各該手術項目所訂點數申報。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <del>314%</del> <u>百分之三百一十四</u> 。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v	v	3786
83015C	顱骨切除術 Craniectomy 註： 1.包括異物移除(remove F.B) 或減壓(decompression) 或神經切斷(neurotomy)。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <del>131%</del> <u>百分之一百三十一</u> 。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。 4.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數12650點申報。	v	v	v	v	13662

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
83016B	頭顱成形術 Cranioplasty 註： 1.限神經外科專科醫師施行。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <del>148%</del> <u>百分之一百四十八</u> 。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	11210
83017B	腦瘤切除 Brain tumor (I.C.T. / cephalocele) 註：限神經外科專科醫師施行。 一腦瘤大小三公公分以內 ≤3cm 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <del>96%</del> <u>百分之九十六</u> 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。			v	v	32193
83018B	一腦瘤大小介於三至六公分 3~6cm 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <del>80%</del> <u>百分之八十</u> 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。			v	v	52106
83019B	一腦瘤大小六公分以上 >6cm 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <del>78%</del> <u>百分之七十八</u> 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。			v	v	56942
83036C	硬腦膜外血腫清除術 Removal of epidural hematoma 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <del>104%</del> <u>百分之一百零四</u> 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。 3.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數19371點申報。	v	v	v	v	20921
83037C	急性硬腦膜下血腫清除術 Removal of acute subdural hematoma 註： 1.限急診患者申報並不得加算急診加成。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <del>106%</del> <u>百分之一百零六</u> 。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。 4.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數18729點申報。	v	v	v	v	20227

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
83038C	慢性硬腦膜下血腫清除術 Removal of chronic subdural hematoma 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <del>132%</del> <u>百分之一百三十二</u> 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v	v	12530
83039B	腦內血腫清除術 Removal of intracerebral hematoma 註： 1.限神經外科專科醫師施行。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <del>100%</del> <u>百分之一百</u> 。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	22904
83047B	腦膜或脊髓膜突出修補術 Repair of meningocele or encephalocele 註： 1.限神經外科及骨科專科醫師施行。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <del>110%</del> <u>百分之一百一十</u> 。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	17315
83056B	癲癇症腦葉切除術 Brain lobectomy for epilepsy 註： 1.包括腦皮質及深部腦波圖(EEG) 在內。 2.腦葉切斷術(lobotomy)、胼胝體 (corpus callasum)切斷術，焦點切除或破壞(focal excision or destruction)，腦下垂體切除術 (pituitectomy)及大腦半球切除術比照申報。 3.限神經外科專科醫師施行。 4.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <del>77%</del> <u>百分之七十七</u> 。 5.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	49410
83057B	經由蝶竇之腦下垂體瘤切除 Transsphenoidal removal of pituitary adenoma 註： 1.限神經外科專科醫師施行。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <del>86%</del> <u>百分之八十六</u> 。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	30571

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
83063B	顱內外血管吻合術 EC-IC by-pass 註： 1.限神經外科專科醫師施行。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <del>99%</del> <u>百分之九十九</u> 。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	21751
83064B	開顱術摘除血管病變 Craniotomy for vascular lesions 註：限神經外科專科醫師施行。 — 腦血管瘤 aneurysms 1. 無病徵的 asymptomatic 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <del>74%</del> <u>百分之七十四</u> 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	48388
83065B	2.有病徵的 symptomatic 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <del>73%</del> <u>百分之七十三</u> 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	50389
83066B	3.巨大的 giant 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <del>73%</del> <u>百分之七十三</u> 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。 — 動靜脈畸型 Arteriovenous malformations		v	v	v	53750
83067B	1.小型 small ( $D \leq 2.5\text{cm}$ ) (1)表淺 superficial 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <del>81%</del> <u>百分之八十一</u> 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	36000
83068B	(2)深部 deep 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <del>77%</del> <u>百分之七十七</u> 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。 2.中型 medium ( $2.5\text{cm} < D \leq 5\text{cm}$ )		v	v	v	42000
83069B	(1)表淺 superficial 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <del>74%</del> <u>百分之七十四</u> 。		v	v	v	48000

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
	2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。					
83070B	(2)深部 deep 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <del>72%</del> 百分之七十二。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	54000
83071B	2. 大型 large (D>5cm) 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <del>70%</del> 百分之七十。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	64500
83079B	高頻熱凝療法 Radiofrequency coagulation 1.申請人檢附資料應符合之要件： (1)病歷應記載清楚、詳實及病史完整。須有理學檢查、術前術後 Image-guided、OP note、疼痛量表等相關資料，以佐證實施之必要性。 (2)需為中重度、慢性疼痛且經藥物、復健治療等保守療法三個月後未改善。 (3)單一部位首次實施前需至少施行一次影像輔助診斷性阻斷 (image-guided diagnostic block)，二週後倘症狀未緩解，才可施行 RF，需檢附影像副本以資佐證。 2.施行本項之適應症如下，並應由醫院申請事前審查： (1)需為脊椎小關節症候群(Facet Joint Syndrome)引起的疼痛者。 (2)三叉神經痛、惡性腫瘤引起神經疼痛者。 (3)Neuropathic pain，如 postherpetic neuropathic pain 等。 (4)脊椎手術後疼痛症候群 (Failed Back Surgery Syndrome,FBSS)、慢性脊椎疼痛(Chronic spinal pain)、後背根神經節、其他周邊神經痛等。 3.治療次數與限制： (1)同區域重複治療以間隔六個月以上為原則，並應附施予高頻熱凝療法後之衛教紀錄與疼痛量表，個案病情如需於三至六個月內同區域重複施行者，應另檢附精神科醫師或心理治療師或疼痛科醫師之治療評估紀錄。 (2)一次施行一個區域，共分五個區域：腰薦椎、胸椎、頸椎、頭部、周邊神經等五大部位。同一手術野內同時施行多點處置，視為單一處置申報。 4.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <del>98%</del> 百分之九十八。 5.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	5360

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
83087B	顏面神經減壓術 Facial nerve decompression 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <del>144%</del> <u>百分之四十四</u> 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	10900
83088B	顱底瘤手術 Skull Base Tumor Surgery 註： 1.適應症：腫瘤必須大於三公分以上，或是位於 C-P angle 部位之腫瘤大於四公分以上。 2.申報時請附上術前以及術後之 X 光片。 3.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <del>65%</del> <u>百分之六十五</u> 。 4.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	84082
83102K	迷走神經刺激術（VNS）—植入 註： 1.適應症： (1)無法以抗癲癇藥控制病情的頑固型癲癇病患。 (2)頑固型癲癇病患定義：已服用或曾服用二種以上具適應症並已達有效劑量之抗癲癇藥物至少一年以上，仍無法控制發作。 2.支付規範： (1)特殊專科別限制：神經外科。 (2)執行頻率：須事前審查，每人僅需執行一次。 (3)不得同時申報 56037B「深部腦核電生理定位」、83056B「癲癇症腦葉切除術」、83084B「立體定位術-功能性失調」及 72029B「迷走神經切斷術」。 (4)含一般材料費，得另加計 <del>11%</del> <u>百分之十一</u> 。				v	18242

第十六項 聽器 Auditory System

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
84038B	<p>人工電子耳手術(人工耳蝸植入術)</p> <p>註： 限設有聽語復健治療團隊(包括耳鼻喉科專科醫師或復健專科醫師、聽力師、語言治療師等)之醫院申報，施行本項適應症如下：</p> <p>1.兒童(<del>十</del><u>未</u>滿十八歲)：</p> <p>(1)兩耳聽力損失呈<math>\geq 90</math>dB HL (0.5、1、2、4K Hz)。</p> <p>(2)先前使用助聽器三<u>至</u>六個月以上，助聽後開放式語言測試得分 (Speech perception score) <math>&lt; 50\%</math>，或是噪聲下語詞測驗得分 (Word recognition score) <math>&lt; 30\%</math>。無手術植入電極之禁忌。</p> <p>2.成人：</p> <p>(1)學語後失聰且兩耳聽力損失呈<math>\geq 70</math>dB HL (0.5、1、2、4K Hz)。</p> <p>(2)先前使用助聽器六個月以上，助聽後開放式語言測試得分 (Speech perception score) <math>&lt; 50\%</math>。</p> <p>(3)無手術植入電極之禁忌。</p>		v	v	v	20250

第十七項、視器 Visual System  
二、角膜 Cornea (85201~85217)

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
85212B	板層角膜移植術 Lamellar keratoplasty 註：1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <del>108%</del> <u>百分之一百零八</u> 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	10560
85213B	穿透性角膜移植術 Penetrating keratoplasty 註：1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <del>100%</del> <u>百分之百</u> 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	14868
85215B	深層前角膜移植 Deep Anterior Lamellar Keratoplasty 註：1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <del>67%</del> <u>百分之六十七</u> 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	17740
85216B	角膜內皮移植 Descemet's Stripping Automated Endothelial Keratoplasty 註：1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <del>82%</del> <u>百分之八十二</u> 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	18585
85217B	角膜內皮移植（使用已分離之角膜） Descemet's Stripping Automated Endothelial Keratoplasty with precut cornea 註：1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <del>53%</del> <u>百分之五十三</u> 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	16478

七、玻璃體 Vitreous (86201-86215)

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
86206C	眼坦部玻璃體切除術 Pars plana vitrectomy (vitrector) — 簡單 simple 註：屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方及執行始可申報。	v	v	v	v	9266
86207B	— 複雜 complicated 註： 86207B眼坦部玻璃體切除術 1.複雜之定義：加上網膜前纖維膜切除（Removal of epiretinal Membrane）。 2.一般材料費、20Ga 玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計 <del>125%</del> <u>百分之一百二十五</u> 。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	14780

八、網膜 Retina (86401-86415)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
86409B	眼坦部玻璃體切除術合併光線凝固治療 Pars plana vitrectomy (vitrector) with Photocoagulation therapy — 簡單 Simple 註：1.一般材料費、20Ga玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計 <del>179%</del> <u>百分之一百七十九</u> 。 2.不得同時申報項目：86206C、86407C。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	11062
86410B	— 複雜 Complicated 註：1.一般材料費、20Ga玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計 <del>175%</del> <u>百分之一百七十五</u> 。 2.不得同時申報項目：86207B、86408B。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	19345
86411B	複雜眼坦部玻璃體切除術合併鞏膜切除併植入或扣壓 Complication Pars plana vitrectomy (vitrector) with Reattachment retina with diathermy or cryopex 註：1.一般材料費、20Ga玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計 <del>168%</del> <u>百分之一百六十八</u> 。 2.不得同時申報項目：86207B、86402C、85608B。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	20550
86412B	微創玻璃體黃斑部手術 Microincision vitreomacular surgery 註：1.一般材料費、23Ga（含）以上玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計 <del>154%</del> <u>百分之一百五十四</u> 。 2.不得同時申報項目：86207B。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	18475
86413B	微創複雜性玻璃體切除合併鞏膜扣環手術 Microincision vitreoretinal surgery combined with scleral buckle 註：1.一般材料費、23Ga（含）以上玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計 <del>194%</del> <u>百分之一百九十四</u> 。 2.不得同時申報項目：86207B、86402C、85608B、86411B。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	24181
86414B	微創玻璃體切除術 Microincision vitreoretinal surgery — 簡單 Simple 註：1.一般材料費、23Ga（含）以上玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計 <del>235%</del> <u>百分之二百三十五</u> 。 2.不得同時申報項目：86206C、86407C、86409B。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	12800

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
86415B	一 複雜 Complicated 註：1.一般材料費、23Ga（含）以上玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計 <del>189%</del> 百分之一百八十九。 2.不得同時申報項目：86207B、86408B、86410B。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	24181

十一、眼瞼 Eyelid (87001-87031)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
87029B	HUGHES 皮瓣 Hughes flap 註： 適應症 1.嚴重下眼瞼切損(下眼瞼切損大於 <del>50%</del> 百分之五十)之重建。 2.下眼瞼惡性腫瘤切除。		v	v	v	7970

十二、結膜 Conjunctiva (87202-87219)

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
87204C	結膜病灶切除 Excision lesion of conjunctiva, benign — 小於 <del>3</del> <u>三</u> mm less than 3mm	v	v	v	v	1315
87205C	— 大於 <del>3</del> <u>三</u> mm large than 3mm	v	v	v	v	1748

十三、淚腺道 lacrimal (87401-87417)

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
87405B	淚囊鼻腔造孔術 Dacryocystorhinostomy 註： 1.若使用矽質管留置，則加報53019C。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <del>93%</del> 百分之九十三。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	8593
87406B	結膜淚囊鼻腔造孔術 Conjunctivodacryocystorhinostomy 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <del>88%</del> 百分之八十八。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	9888
87415B	鼻淚管造口術 Dacrocysto-hinostomy — 簡單 simple 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <del>90%</del> 百分之九十。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	9312
87416B	— 複雜 complicated 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <del>83%</del> 百分之八十三。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	11640

第十八項 治療性先天殘缺手術 (88001-88064)

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
88029C	嬰兒鼠蹊疝氣 Inguinal hernia operation 註： 1.限對 <del>一歲以下</del> 未滿二歲嬰兒施行手術時申報。 2.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數8292點申報。	v	v	v	v	11642

## 第八節 輸血及骨髓移植 Blood Transfusion and Bone Marrow Transplantation

### 第二項 輸血技術費(94001-94005)

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
94001C	一般輸血：一次 General blood transfusion 註：輸血技術費以「次」為計算單位，即連續輸血者，僅核付第一次技術費，超過 250 <del>西西</del> 毫升以上部份，無加算之規定。	v	v	v	v	270
94005C	白血病、再生不良性貧血、骨髓移植病人、血液惡性腫瘤病人移植輸血 Blood transfusion for special hematological disorders 註：輸血技術費以「次」為計算單位，即連續輸血者，僅核付第一次技術費，超過 250 <del>西西</del> 毫升以上部份，無加算之規定。	v	v	v	v	424

### 第三項 骨髓移植技術費 Bone Marrow Transplantation (94201~94209)

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
94203B	造血幹細胞移植冷凍保存費 Stem cell Cryopreservation 冷凍保存一個月內 ≤ 1 month		v	v	v	10303
94208B	冷凍保存一至三個月 1-3 months		v	v	v	19732
94209B	冷凍保存三至六個月 3-6 months 註：1.包括人員、藥品、特殊材料、冷凍設備之消耗等費用在內。 2. 保存超過 <del>6</del> 六個月者不另給付。		v	v	v	29160

## 第十節 麻醉費 (96000~96028)

通則：

- 一、麻醉材料費及藥劑費除 96002C、96003C、96023B、96025B 及 96026B 外，餘按麻醉費所定點數之百分之五十計算。
- 二、表面麻醉、浸潤麻醉或簡單之傳導麻醉之費用均已包含在手術費用內，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。
- 三、為同一目的施行二種以上之麻醉費，應按主麻醉所定點數計算之。
- 四、凡未列之其他麻醉技術費用，應就已列項目中，按其最為近似之麻醉項目所定點數計算之。
- 五、麻醉時間之計算，以手術室麻醉開始為起點，手術完畢為止點；住院病患得另加十五分鐘為麻醉前之準備時間。
- 六、病人因心臟手術、腦部手術、休克或急診而必須立即手術者，同次手術之麻醉費得按所定支付點數加計百分之二十，但麻醉材料費及藥劑費不得按比例加算。
- 七、本節各麻醉項目之兒童加成方式如下：
  - (一)西醫醫院皆為提升兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之百；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之八十；年齡在二歲以上至~~六歲~~未滿七歲者，依表定點數加計百分之六十，惟各麻醉項目另有規定者除外。
  - (二)西醫基層院所皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至~~六歲~~未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十，惟各麻醉項目另有規定者除外。

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
96027B	麻醉深度監測 Depth of Anesthesia monitoring					
	— <del>≥12歲</del> 十三歲以上		v	v	v	1316
96028B	— <del>≤12歲</del> 未滿十三歲		v	v	v	2133
	註： 1.適應症： (1)重大手術：移植手術、心臟手術、胸腔及氣道手術，且在半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉下進行。 (2)創傷手術：ISS score ≥ 15，且在半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉下進行。 (3)重症手術：APACHE II score ≥ 16，且在半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉下進行。 (4)在半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉下進行相關手術，且需在麻醉紀錄單上全程載明TIVA (Total					

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p>Intravenous Anesthesia) 劑量變化，且符合下列三項條件之一：</p> <p>a. 麻醉時間四小時以上。</p> <p>b. 使用神經外科術中神經功能監測 (IONM)。</p> <p>c. 顱內高壓 (IICP)。</p> <p>2. 支付規範：</p> <p>(1) 不得申報本章節相關加成。</p> <p>(2) 96027B 已內含一般材料費占 <del>62%</del> <u>百分之六十二</u>；</p> <p>96028B 已內含一般材料費占 <del>77%</del> <u>百分之七十七</u>。</p>					

## 第三部 牙醫

通則：

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

二、牙科治療項目應依循「牙醫門診總額支付制度臨床治療指引」施行。

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

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

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

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

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

(二)轉診範圍，限於下列之科別與診療項目：

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

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

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

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

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

6.兒童牙科：~~十二歲以下~~未滿十三歲執行上述醫令項。

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

(三)轉診單開立後三個月內應至接受轉診之醫療院所就診，否則無效。

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

五、「高齡患者根管治療難症處理」：治療七十歲以上(以就醫日期認定)病人申報第三章第二節根管治療之90001C-90003C、90019C、90020C、90015C、90091C-90098C處置治療項目，得加計百分之三十，若同時符合轉診加成者，合計加計百分之六十。

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。

七、牙周炎病人收取自費規範：

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

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

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

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

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

### 第三節 牙周病學 Periodontics

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
91002C	牙周敷料每次 Periodontal packing 註：1. <del>1/2</del> <u>二分之一</u> 顎以下。 2. 合併手術主處置申報。	v	v	v	v	120
91006C	齒齦下刮除術(含牙根整平術) Subgingival curettage (including Root planing) — 全口 Full mouth	v	v	v	v	3200
91007C	— <del>1/2</del> <u>二分之一</u> 顎 1/2 arch	v	v	v	v	800
91008C	— 局部 Localized (三齒以內) 註： 1. 每顆牙應詳細記載六個測量部位之牙周囊袋深度，其中至少一個測量部位囊袋深度超過5mm( <del>含</del> )以上。	v	v	v	v	400

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	2.申報費用應註明囊袋深度紀錄之病歷影本及治療前之X光片(限咬翼片或根尖片)。 3.以象限區域為單位，當該象限需接受治療為三齒以內時，申報一次91008C；當其需接受治療為四齒(含)以上時，申報一次91007C。 4.半年內施行於同一象限之齒齦下刮除術均不得申報費用。 5.已申報91006C或91007C三次以上者，一年內不得申報牙周病統合治療方案91021C~91023C。					
91009B	牙周骨膜翻開術 Periodontal flap operation — 局部 Localized (牙周囊袋 5mm(含)以上 三齒以內)		v	v	v	3010
91010B	— <del>1/3</del> 三分之一顎 1/3 arch (牙周囊袋 5mm(含)以上 四至六齒) 註： 1.申報費用應註明囊袋深度紀錄之病歷影本及治療前之X光片(限咬翼片或根尖片)。 2.費用包括手術費、X光檢查、局部麻醉、牙周敷料、拆線及十四天內之術後診察、處置費用。 3.以「區域」方式申報，如有跨相鄰區域，需治療之牙齒為三齒以內，擇一區域申報。同區域二年內不得重複申報，且應檢附二年內牙科完整病歷並附牙周手術同意書(參考格式附表3.3.2)。 4.牙周骨膜翻開術(91009B-91010B)囊袋紀錄表應以每顆牙六個測量部位為準。所需時間分別為四十分鐘及六十分鐘。		v	v	v	5010
91011C	牙齦切除術 Gingivectomy — 局部 Localized (三齒以內)	v	v	v	v	910
91012C	— <del>1/3</del> 三分之一顎 1/3 arch 註： 1.包括牙齦修整術(Gingivoplasty)在內。 2.需附牙周囊袋記錄，每顆應詳細記載六個測量部位，其中至少一個測量部位為5mm(含)以上。 3.局部麻醉費用已內含。	v	v	v	v	1510

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 Comprehensive periodontal treatment for patients with special needs -全口總齒數九 <del>至</del> 至十五顆 9<= no. of teeth<=15	v	v	v	v	2000
91016C	-全口總齒數四 <del>至</del> 至八顆 4<= no. of teeth<=8 註： 1.限總齒數至少四顆且未達十六顆之患者申報。 2.申報費用時，需附一年內牙菌斑控制紀錄及囊袋深度紀錄（其中全口總齒數九 <del>至</del> 至十五顆者，至少四顆牙齒有測量部位囊袋深度超過5mm(含)以上；全口總齒數四 <del>至</del> 至八顆者，至少二顆牙齒有測量部位囊袋深度超過5mm(含)以上。）及治療前全口X光片（須符合患者口腔現況，X光片費用另計，環口全景X光片費用不另計）以為審核。 3.本項主要執行牙周檢查、牙菌斑控制紀錄及去除指導，並視患者病情提供全口牙結石清除、齒齦下刮除或牙根整平之治療。 4.每九十天限申報一次。 5.申報91006C~91008C半年內不得申報本項目。另申報此項九十天內不得再申報91003C~91004C、91005C、91006C~91008C、91017C、91089C、91103C、91104C。	v	v	v	v	1000
91018C	牙周病支持性治療 Supportive periodontal treatment 註： 1.限經「牙周病統合治療方案」核備之醫師，執行院所內已完成第三階段91023C患者之牙醫醫療服務，且需與第二階段91022C間隔九十天。 2.申報費用時，需附一年內牙菌斑控制紀錄及囊袋深度紀錄以為審核（其中至少一顆牙齒有測量部位囊袋深度超過5mm(含)以上）。 3.本項主要執行牙結石清除、牙菌斑偵測及去除維護教導，並視患者病情提供齒齦下刮除或牙根整平之治療。 4.每九十天限申報一次。 5.申報91006C~91008C半年內不得申報本項目。另申報此項九十天內不得再申報91003C~91004C、91005C、91006C~91008C、91015C~91016C、91017C、91089C、91103C、91104C。	v	v	v	v	1000

第四節 口腔顎面外科 Oral Surgery

第一項 處置

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92025B	腐骨清除術 Sequestrectomy — 簡單, <del>1/3</del> <u>三分之一</u> 顎以下 Simple, involving less than 1/3 arch		v	v	v	2010
92026B	— 複雜, <del>1/3</del> <u>三分之一</u> 顎以上 Complex, involving more than 1/3 arch 註： 1.申報費用應檢附X光片。 2.本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。		v	v	v	3010
92038B	皮瓣手術 Flap repair — 小 ( <del>4</del> <u>未滿四</u> 平方公分 <del>以干</del> )		v	v	v	720
92039B	— 中 ( <del>4</del> <del>16</del> <u>四至十六</u> 平方公分)		v	v	v	2000
92040B	— 大 ( <del>16</del> <u>十六</u> 平方公分以上)		v	v	v	3200
92041C	齒槽骨成形術( <del>1/2</del> <u>二分之一</u> 顎以內) Alveoloplasty, involving less than 1/2 arch 註：需檢附術前X光片或照片以為審核 (X光片、照片及局部麻醉費用已內含)。	v	v	v	v	570
92042C	齒槽骨成形術( <del>1/2</del> <u>二分之一</u> 顎以上) Alveoloplasty, involving more than 1/2 arch 註：需檢附術前X光片或照片以為審核 (X光片、照片及局部麻醉費用已內含)。	v	v	v	v	1070
92050C	埋伏齒露出手術 Surgical exposure of impacted tooth 註： 1.限骨性埋伏齒即骨頭覆蓋 <del>2/3</del> <u>三分之二</u> 以上者。 2.僅限永久齒，同顆處置以一次為限。 3.需檢附X光片以為審核 (X光片及局部麻醉費用已內含)。	v	v	v	v	970

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
92092C	乳牙複雜性拔牙 Complex extraction of primary tooth 註： 1.限乳牙申報。 2.適應症包含： (1)全身性疾病(同 92014C 複雜性拔牙)。 (2)乳牙牙根 <del>大於1/2</del> <u>大於二分之一</u> 。 (3)恆牙異位萌發造成乳牙無法正常換牙。 (4)牙根骨黏合或 submerged tooth。 (5)外傷合併其它口內或嘴唇周圍的傷口。 (6)併生牙(fusion)。 (7)乳牙牙根彎曲。 (8)因外傷或齶齒造成之牙根斷裂。 (9)因外傷造成之牙齒牙齦內推(intrusion)。 3.需檢附術前 X 光片以為審核 (X 光片及局部麻醉費用已內含),「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象,無法配合照射 X 光片者不在此限。	v	v	v	v	560

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92094C	<p>週六、日及國定假日牙醫門診急症處置-每次門診限申報一次</p> <p>Management of dental emergencies on Saturdays, Sundays or in the national holidays</p> <p>註：</p> <p>1.限週六、日及國定假日申報，國定假日日期認定同附表 3.3.3牙醫相對合理門診點數給付原則。</p> <p>2.當月看診天數需<del>≤</del>於二十六日<u>以內</u>，超過二十六日則本項不予支付(排除當天僅執行院所外醫療服務之天數)。</p> <p>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。)</p> <p>4.適應症：</p> <p>(1)顏面及牙齒疼痛，經藥物控制不佳者(K03.81,K04.0, K04.1-K04.99,K05.0,K05.2)。</p> <p>(2)外傷導致之牙齒斷裂(S02.5)。</p> <p>(3)拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血(K91.840)。</p> <p>(4)下顎關節脫臼(S03.0)。</p> <p>(5)顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎(K12.2, L03.221, L02.01,L03.211, L03.212)。</p> <p>(6)口腔及顏面撕裂傷(S01.4, S01.5)。</p> <p>5.進行緩解之相關處置：如止痛、局部非特定處理、齒內治療緊急處理、牙周緊急處理、止血。</p> <p>6.不得同時申報34001C、34002C、90004C、91001C、92001C、92012C、92043C、92066C、92071C、92093B、92096C，且同象限、同牙位不得同時與其他非緊急處置醫令合併申報(96001C除外)。</p>	v	v	v	v	800

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

項目	說明
一、邏輯定義	1.以醫師為單位，前一年度申報轉診範圍各分科別醫令費用在十五百分位數 <del>(含)</del> 以上者。 2.符合前述條件之醫師，其分科點數或醫令數占總申報點數或醫令數百分之六十 <del>(含)</del> 以上者。
二、分區	六分區及全國
三、各分科定義	1.牙髓病科：本標準第三章第二節根管治療(除 90004C、90006C、90007C、90088C 外)，及 91009B、92030C~92033C。 2.牙周病科：本標準第三章第三節牙周病學(除 91001C、91003C、91004C、91088C 外)，及 92030C~92033C、91021C~91023C。 3.口腔顎面外科：本標準第三章第四節口腔顎面外科(除 92001C、92013C、92088C 外)。 4.牙體復形科：本標準第三章第一節牙體復形(除 89006C、89088C 外)。 5.口腔病理科：92049B、92065B、92073C、92090C、92091C、92095C。 6.兒童牙科： <del>十二歲以下</del> 未滿十三歲執行上述醫令項。
四、計算式	1.分子： (1)牙髓病科、牙周病科、口腔顎面外科、口腔病理科：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，計算有執行病人年齡 <del>≤十二歲</del> 未滿十三歲，上述牙髓病科、牙周病科、口腔顎面外科、口腔病理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，計算申報本標準第三部牙醫>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。

## 第四章 牙科麻醉費

通則：

- 一、表面麻醉、浸潤麻醉或簡單之傳導麻醉之費用均已包含在手術費用內，不另支付；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，不另支付。
- 二、凡對~~六歲以下~~未滿七歲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；年齡在二歲以上至~~六歲~~未滿七歲者，則依表定點數加計百分之二十。

## 第五章 牙周病統合治療方案

通則：

- 一、適用治療對象：為全口牙周炎患者，總齒數至少十六齒（專業認定需拔除者不列入總齒數計算），六~~（含）~~顆牙齒以上牙周囊袋深度 $\geq$ 5mm以上。
- 二、牙醫師申請資格、申請程序及審查程序：
  - （一）一般醫師須接受四學分以上牙周病統合治療方案相關之教育訓練（一學分行政課程；三學分專業課程）。
  - （二）臺灣牙周病醫學會與台灣牙周補綴醫學會專科醫師、一般會員均須接受一學分以上牙周病統合治療方案相關之行政部分教育訓練。
  - （三）醫師三年內不得有視同保險醫事服務機構違約記點（屬全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十六條第二款者不在此限）或扣減費用、六年內不得有視同保險醫事服務機構停止特約以上之處分。前述違規期間之認定，屬違約記點或扣減費用者以保險人第一次發函日起算，屬停止特約者以保險人第一次發函所載停約日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者）。
  - （四）醫師當年合計治療個案數，由保險人於次年八月依病人歸戶統計，經歸戶並排除治療個案數五件以下者，若當年申報 91023C 個案數比率~~≤33.33%~~小於百分之三十三點三三者（限同院所，不限同醫師完成），自保險人文到日次年一月起，兩年內不得申報本章診療項目，屆滿須再接受相關教育訓練後，始得提出申請。
  - （五）特約醫療院所應檢附教育訓練學分證明等相關資料，於每月五日前將申請書及有關資料以掛號郵寄至中華民國牙醫師公會全國聯合會（以下稱牙醫全聯會），牙醫全聯會審查後，於每月二十日前將名單函送所轄保險人分區業務組核定，並由所轄保險人分區業務組行文通知相關院所，並副知牙醫全聯會；申請者得於核定之起迄期間執行本方案服務。
- 三、支付規範：
  - （一）本方案診療項目限經保險人分區業務組核定之醫師申報。
  - （二）若病人曾於最近一年內，在同一特約醫療院所施行並申報 91006C 或 91007C 三次者，不得申報本方案中所列診療項目。
  - （三）執行本方案須至健保資訊網服務系統(VPN)進行牙周病統合治療方案登錄及查詢該病人是否曾接受牙周病統合治療，如一年內未曾收案（以執行 91021C 起算），始得收案執行，未登錄不得申報本方案所列診療項目。VPN 登錄後於次月二十日(含)前，未申報牙周病統合治療第一階支付(91021C)者，系統將自動刪除 VPN 登錄資料，如欲執行須重新登錄收案。

- (四) 91021C~91023C治療期間內，或自申報 91021C起一百八十天內且未完成執行本方案三階段者，不得申報本部第三章第三節牙周病學診療項目(除 91001C、91013C、91019C、91088C外)。
- (五) 院所申報 91022C起，一年內不得申報 91006C至 91008C之診療項目服務費用。
- (六) 每一個案一年內僅能執行一次牙周病統合治療（以執行 91021C起算）。
- (七) 本方案屬同一療程分三階段支付，其療程最長為一百八十天，療程中 91021C至 91023C各項目僅能申報一次，另申報 91022C治療日起九十天內，依病情需要施行之牙結石清除治療，不得另行申報 91003C、91004C。
- (八) X光片費用另計，治療期間內限申報一次全口X光檢查（限申報 34001C及 34002C）。

#### 四、相關規範：

##### (一) 醫療服務管控實務如下：

###### 1. 醫管措施

- (1) 執行本方案之醫師每月申報件數以不超過二十件為原則（以 91022C 列計），醫師支援不同院所應合併計算。申報件數超過時，應以立意審查，以確保醫療品質。
  - (2) 符合下列條件者，得提出申請增加每月申報件數，經保險人核定後，始得增加申報件數。
    - A. 專科醫師(臺灣牙周病醫學會或台灣牙周補綴醫學會)，或有教學計畫(教學醫院、畢業後一般醫學訓練《post-graduated year, PGY》院所)，得提出申請，經保險人核定後，每月 91022C 申報件數不限，隨一般案件抽審。
    - B. 有醫療需求者，於最近兩個月內每月完成 91023C 申報件數達十件以上，得提出申請，經保險人核定後得增加為 91022C 每月三十件(如當年三月提出申請，則以當年一月、二月申報 91023C 之件數核定)。申報件數超過核定數時，採立意審查。
  - (3) 專科醫師、有教學計畫或另有醫療需求者，請於每月五日前將申請表及相關資料以掛號郵寄牙醫全聯會，牙醫全聯會初審後，於每月二十日前將名單函送所轄保險人分區業務組核定，並由保險人分區業務組函復申請醫師，並副知牙醫師全聯會。
- (二) 參加本方案之院所，應提供院所及機構之電話、地址等資訊，置放於保險人全球資訊網網站 (<http://www.nhi.gov.tw>) 及牙醫全聯會網站 (<http://www.cda.org.tw>)，俾利民眾查詢就醫。

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
91021C	<p>牙周病統合治療第一階段支付(comprehensive periodontal treatment)</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.本項主要施行治療前全口 X 光檢查及牙周病檢查，並須檢附牙周病檢查紀錄表供審查。</li> <li>2.應提供牙周病統合治療衛教照護資訊及口腔保健衛教指導。</li> <li>3.應檢附病人基本資料暨接受牙周病統合治療確認書。</li> <li>4.<del>≤三十歲</del>未滿三十一歲患者須附全口根尖片或咬翼片。</li> <li>5.同院所於二年內再執行本方案之病人須附全口根尖片或咬翼片。</li> <li>6.執行本方案前，須至健保資訊網服務系統(VPN)進行牙周病統合治療實施方案查詢及登錄，未登錄不得申報本方案。</li> </ol>	v	v	v	v	1800
91023C	<p>牙周病統合治療第三階段支付(comprehensive periodontal treatment)</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.本項主要進行治療後牙周病檢查及牙菌斑控制紀錄及評估治療情形。</li> <li>2.完成牙周病統合治療第二階段支付(91022C)治療日起四週 (<del>≥</del>二十八天以上) 後，經牙周病檢查原本牙周囊袋深度<del>≥</del>5mm 以上之牙齒，至少一個部位深度降低2mm 者達七成以上，且無非適應症之拔牙時，方可申報。</li> <li>3.須附治療前與治療後之牙菌斑控制紀錄表、牙周病檢查紀錄表及病歷供審查。</li> </ol>	v	v	v	v	3200

## 第四部 中 醫

通則：

- 一、中醫門診診察費所定點數包括中醫師診療、處方、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本（如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出）。
- 二、中醫每日門診合理量依下列計算方式分別設定：
  - (一)經中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格(可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新進中醫師)醫院，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者，得按下列計算方式申報門診診察費：
    - 1.專任醫師每月平均每日門診量＝【當月中醫門診診察費總人次/(當月專任中醫師數\*二十三日)】
    - 2.中醫醫療院所專任醫師每月平均每日門診量為五十人(含)以下，申報編號 A82、A83、A41、A84、A85、A42。
    - 3.中醫醫療院所專任醫師每月平均每日門診量超出五十人以上，申報編號 A86、A87、A43、A88、A89、A44。
  - (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)合併申報醫療費用之醫院，其醫院門診合理量應合併計算。
- 三、針灸、傷科及針灸合併傷科治療不得同時申報，針灸及傷科如同時治療處置，應申報本部第六章針灸合併傷科治療處置費之診療項目。
- 四、針灸、傷科需連續治療者，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、個別專任醫師申報針灸、傷科及針灸合併傷科治療之合理量：
  - (一)中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科及針灸合併傷科治療合計申報量限四十五人次以內：
    - 1.計算方式：
      - (1)公式：專任醫師每月看診日平均針灸、傷科及針灸合併傷科治療合計申報量＝當月針灸、傷科及針灸合併傷科治療處置總人次／當月總看診日數。
      - (2)每月看診日數計算方式：每月實際看診日數超過二十六日者，以二十六日計；位於「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」施行區域、山地離島地區、花蓮縣及臺東縣之院所，每月以實際看診日數計。
    - 2.支付方式：
      - (1)申報量在三十人次以下部分，按表訂點數支付。
      - (2)申報量在三十一至四十五人次之部分，未開內服藥之針灸治療(編號D02、D04、D06、D08)、一般傷科治療(編號E02)、針灸合併一般傷科治療(F02、F36、F53)、電針合併一般傷科治療(F19)以九折支付，其餘項目按表定點數支付。
      - (3)申報量在四十六人次以上之部分，第四章至第六章各診療項目支付點數以零計。

(二)除前項每看診日平均申報量上限四十五人次以內，另依下列規範第四章針灸治療處置及第六章針灸合併傷科治療處置之每月申報上限：

- 1.其中內含中度複雜性針灸：每位專任醫師每月上限為一百人次，包括編號：D05、D06、F35、F36、F37、F38、F39、F40、F41、F42、F43、F44、F45、F46、F47、F48、F49、F50、F51。
- 2.其中內含高度複雜性針灸：每位專任醫師每月上限為七十人次，包括編號：D07、D08、F52、F53、F54、F55、F56、F57、F58、F59、F60、F61、F62、F63、F64、F65、F66、F67、F68。
- 3.超過部分改以內含一般針灸醫令計算，包括編號：D01、D02、D03、D04、F01、F02、F04、F05、F07、F08、F10、F11、F13、F14、F16、F17、F18、F19、F21、F22、F24、F25、F27、F28、F30、F31、F33、F34。

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、傷科及針灸合併傷科治療處置費上限為一百五十人次，超出一百五十人次部分以五折支付。包括編號：D01、D03、D05、D07、E01、E03、E05、E07、E09、E11、F01、F04、F07、F10、F13、F16、F18、F21、F24、F27、F30、F33、F35、F38、F41、F44、F47、F50、F52、F55、F58、F61、F64、F67。。

七、中醫醫療院所專任醫師於產假期間全月未看診，支援醫師得以該全月未看診之專任醫師數，依合理量規定申報該月份門診診察費及針灸、傷科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。

八、~~二歲(含)以下~~未滿四歲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。	
	(二) 不符(一)項之中醫醫療院所	
	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 <del>一五〇</del> <u>一百五十</u> 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
A51	— 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	325
	5.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過 <del>一五〇</del> <u>一百五十</u> 人次部分(>150)	
A08	— 未開具慢性病連續處方	50
A18	— 開具慢性病連續處方	80
A52	— 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	305
A90	— 初診門診診察費加計	50
	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 <del>0</del> <u>零</u> 之就醫病人ID歸戶人數之 <del>10%</del> <u>百分之十</u> 為最高申請件數。	

## 第四章 針灸治療處置費

編號	診療項目	支付點數
D05	中度複雜性針灸 — 另開內服藥	327
D06	— 未開內服藥	327
	註：	
	1.適應症：	
	(1)附表 4.4.1 所列疾病。	
	(2)無附表 4.4.1 所列疾病，但有附表 4.4.2 所列特殊疾病者。	
	2.支付規範：	
	(1)須針灸二個 <del>(含)</del> <u>(含)</u> 以上部位：頭頸部、軀幹部或四肢，任兩部位或以上。	
	(2)須合併以下任一輔助治療：拔罐治療、放血治療、刮痧治療、熱療(含紅外線治療)、艾灸治療、電療或眼部特殊針灸。	
	(3)治療時間合計十分鐘以上。	

D07	高度複雜性針灸 — 另開內服藥	427
D08	— 未開內服藥 註： 1. 適應症： (1) 附表 4.4.3 所列疾病。 (2) 中度複雜性針灸適應症(附表 4.4.1)合併有附表 4.4.2 特殊疾病。 2. 支付規範： (1) 須針灸二個(含)以上部位：頭頸部、軀幹部或四肢，任兩部位或以上。 (2) 須合併以下任一輔助治療：拔罐治療、放血治療、刮痧治療、熱療(含紅外線治療)、艾灸治療、電療或眼部特殊針灸。 (3) 治療時間合計二十分鐘以上。	427

# 第五部 居家照護及精神病患者社區復健

## 第一章 居家照護

附表 5.1.2 居家護理一般照護項目表

支付標準 編 號	診 療 項 目
(免填報)	小量注射：如肌肉注射、皮下注射、靜脈注射
	靜脈點滴加藥
	藥物敏感反應試驗(Cytomack test, Penicillin test 等)
	濕氣吸入治療 Humidity inhalation、呼吸道抽吸 Suction、體位引流 Postural drainage
	被動性關節運動 Passive R.O.M.
	置入器皮下注射(port-A)及護理
	小換藥( <del>10</del> 小於十公分 <del>以下</del> ) Change dressing small (<10 cm)
	中換藥( <del>10-20</del> 十至二十公分) Change dressing medium (10-20 cm)
	大換藥( <del>20</del> 超過二十公分 <del>以上</del> ) Change dressing large (>20 cm)
	拆線-傷口在 <del>10cm</del> 十公分以下 Remove Stiches <10 cm
	拆線-傷口在 <del>10cm</del> 十公分以上 Remove Stiches >10 cm
	一般導尿、更換尿袋、尿管護理、拔除尿管之膀胱訓練
	口腔護理
	塞劑給予、糞嵌塞清除 Cleaning fecal impaction
	甘油灌腸 Glycerin enema(大小量灌腸比照本項)
	礦物油留置灌腸 Retension enema(留置灌腸比照本項)
一般身體檢查、護理指導(含胰島素注射及傷口照顧指導)	
酒精拭浴 Alcohol packing、薄荷擦拭 Menthol packing	
會陰沖洗 Perineal irrigation care	
其它護理項目	

### 第三章 安寧居家療護

通則：

一、申報本章各項費用之保險醫事服務機構需向保險人提出申請經同意後始可申報，並依醫事人員教育訓練資格分為甲、乙兩類：

(一) 甲類：

1. 設有安寧居家療護小組，小組內須包括安寧療護專責醫師、社工師及專任護理師等至少一名，且小組成員皆需受過安寧療護教育訓練八十小時(含四十小時病房見習)以上，另繼續教育時數為每年二十小時，小組成員更改時亦須通知保險人各分區業務組。
2. 地區醫院(含)層級以下，且過去三個月內，平均每月每位護理人員訪視次數在三十人次(含)以下之院所，其安寧居家療護小組內之「專任護理師」得以「專責護理師」為之；「專責」係指專門負責特定安寧業務，另可執行其他業務。

(二) 乙類：

1. 醫師及護理人員皆需接受安寧療護教育訓練十三小時(教育訓練課程如附表)及臨床見習八小時(其中至少於安寧病房見習二小時，以視訊及 e-learning 方式進行亦可)，始得提供社區安寧照護服務。醫師及護理人員每訪視一位居家病人可抵免見習時數二小時。
2. 辦理本項業務之基層診所，應以現行辦理安寧緩和醫療之醫院為後援醫院，後援醫院資格如下：
  - (1) 設有安寧病房或聘有安寧緩和醫學專長之醫師及護理人員。
  - (2) 設專門窗口負責個案管理。
3. 每年繼續教育時數為四小時(以視訊及 e-learning 方式進行亦可)。

二、收案條件：

(一) 符合安寧緩和醫療條例得接受安寧緩和醫療照護之末期病人(必要條件)。

(二) 癌症末期病患：

1. 確定病患對各種治癒性治療效果不佳(必要條件)。
2. 居家照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。
3. 病情急劇轉變造成病人極大不適時，如
  - (1) 高血鈣(Hypercalcemia)
  - (2) 脊髓壓迫(Spinal Cord compression)
  - (3) 急性疼痛(Acute pain)
  - (4) 嚴重呼吸困難(Dyspnea severe)
  - (5) 惡性腸阻塞(Malignant bowel obstruction)
  - (6) 出血(Bleeding)
  - (7) 腫瘤(塊)潰瘍(Ulcerated mass 如 breast cancer, buccal cancer)
  - (8) 嚴重嘔吐(Vomiting severe)
  - (9) 發燒，疑似感染(Fever R/O Infection)

- (10) 癲癇發作(Seizure)
- (11) 急性瞻妄(Delirium, acute)
- (12) 急性精神壓力，如自殺意圖(Acute Psychological distress, Suicide attempt)

(三) 末期運動神經元病患：

1. 末期運動神經元病患，不接受呼吸器處理，主要症狀有直接相關及／或間接相關症狀者。

- (1) 直接相關症狀：虛弱及萎縮、肌肉痙攣、吞嚥困難、呼吸困難。
- (2) 間接相關症狀：睡眠障礙、便秘、流口水、心理或靈性困擾、分泌物及黏稠物、低效型通氣不足、疼痛。

2. 末期運動神經元患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者。

(四) 主要診斷為下列疾病，且已進入末期狀態者(相關症狀等條件詳附表)：

- 1. 老年期及初老期器質性精神病態
- 2. 其他腦變質
- 3. 心臟衰竭
- 4. 慢性氣道阻塞，他處未歸類者
- 5. 肺部其他疾病
- 6. 慢性肝病及肝硬化
- 7. 急性腎衰竭，未明示者
- 8. 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

(五) 經醫師診斷或轉介之末期狀態病患，其病情不需住院治療，但仍需安寧居家療護者。

(六) 病人之自我照顧能力及活動狀況需符合 ECOG scale( Eastern Cooperative Oncology Group Scale ) 二級以上(對照 Patient Staging Scales, PS, Karnofsky: 50-60)。

三、服務項目：

- (一) 訪視、一般診療與處置。
- (二) 末期狀態病患及其家屬心理、社會及靈性等方面問題之照護。

四、收案及核備程序：

- (一) 收案對象需經院所甲類安寧居家療護小組專責醫師評估或乙類醫師評估，開立「安寧居家療護收案申請書」(申請書一式二聯，第一聯送保險人備查、第二聯院所備查)，始得申請收案；保險事服務機構或護理機構應擬定完整居家照護計畫，並於收案後二週內(如遇例假日得順延之)，檢具安寧居家療護收案申請書，送保險人各分區業務組備查，保險人各分區業務組得視情況實地評估其需要性。經核定不符收案條件者，保險人不支付費用，相關費用由院所自行處理。
- (二) 保險醫事服務機構或護理機構受理申請後，經書面審查符合收案條件者，應排定訪視時間，符合保險收案條件者，應查驗保險對象保險憑證、身分證明文件及居家照護醫囑單(非住院個案應由照護機構之執業醫師或契約醫院之醫師訪視評估，開立居家照護醫囑單)等文件，並於保險憑證登錄就醫紀錄，嗣後於每月第一次訪視時登錄一次，並應於登錄後二十四小時內，將之上傳予保險人備查；其不符合收案條件者，應即拒絕收案。
- (三) 對保險人各分區業務組核定結果如有異議，自核定通知之日起六十日內，應

依序循申復及爭議審議途徑申請複核或審議，不得以新個案重新申請送核，否則不予受理。

(四) 安寧居家療護收案及延長照護申請案件，回歸一般醫療費用抽審作業。

五、 照護期限：

(一) 每一個案收案期限以四個月為限，每次訪視應有詳實之訪視紀錄，若病情需要申請延長照護，應經醫師診斷填具安寧居家療護收案申請書送保險人分區業務組備查。

(二) 照護期限之計算，新收個案以收案日起算；申請延長照護個案以申請日起算（於原照護期限內申請者，以接續日起算）。同一照護機構同一個案，於照護期限截止日起三十日內再申請照護者，應以延長照護申請並以接續日起算，每次延長照護以三個月為限，不得以新個案申請。

六、 為能快速回應病人發生之緊急狀況，申報本章節之保險醫事服務機構或護理機構應提供安寧療護專業人員二十四小時電話諮詢服務。

七、 本章節「訪視時間」之計算，自到達病患家中起算，至離開病患家中為止，且訪視時間應記錄於訪視紀錄內，並請患者或其家屬簽章。

編號	診療項目	基層診所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
05326C	臨終病患訪視費	√	√	√	√	5000
05327C	臨終病患訪視費山地離島地區	√	√	√	√	5500
	註： 1. 限訪視臨終病患，且 ECOG <del>大於</del> 三級以上(含二級)之病患，實際訪視時間在二小時以上(含二小時)，始得申報此項費用，每位病患申報訪視次數僅限一次。 2. 甲乙兩類醫事人員皆可申報。 3. 服務內容需包含臨終訪視、善終準備及家屬哀傷輔導等。					

## 第六部 論病例計酬

### 第一章 產科

編號	診療項目	助產所	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
97014C	<p>自行要求剖腹產</p> <p>註：1.不符醫學上適應症而自行要求施行剖腹產者，依本項點數支付。</p> <p>2.診療項目要求表(詳附表 6.1.2)</p> <p>(1)基本診療項目</p> <p>(2)選擇性診療項目</p> <p>3.出院狀態</p> <p>(1)體溫低於 37.7°C 至少 <del>24</del><u>二十四</u> 小時</p> <p>(2)傷口乾燥並癒合</p> <p>(3)病人可進全食</p> <p>    例外：有其他因素必需改變飲食</p> <p>(4)無併發症</p> <p>(5)教導病人</p> <p>    A.日常生活活動包括性生活</p> <p>    B.沐浴及個人衛生</p> <p>    C.乳房及傷口護理重點</p> <p>    D.排定返診檢查</p> <p>(6)教導病人</p> <p>    A.嬰兒餵哺</p> <p>    B.嬰兒沐浴及照顧</p> <p>    C.小兒科醫師返診檢查</p> <p>4.主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)：10D00Z0、10D00Z1、10D00Z2</p>		v				15669

附表 6.2.1 子宮肌瘤切除術(住院)、子宮鏡子宮肌瘤切除術(住院)診療項目要求表

基本診療項目		
	手術前	手術中、手術後
I. Indication of admission II. Diagnostic study 1. History taking 2. Physical exam 3. Lab test 4. Special procedure	III. Management 1. Medication 2. Nursing care	IV. Management 1. Surgical 2. Post-OP care V. Management 1. Ward nursing care 2. Medication
收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目
1.06009C 尿沈渣顯微鏡檢查*1 2.06012C 或 06013C 尿液檢查*1 3.08011C 或 08012C 或 08082C 全套血液檢查*2 4.08013C 白血球分類計數*2 5.08018C 或 08019C 出血時間*1 6.08020C 凝血時間*1 (5.6 項二項得以 08026C 及 08036C 項取代) 7.09001C 總膽固醇*1 8.09002C 血中尿素氮*1 9.09004C 中性脂肪*1 10.09005C 血液及體液葡萄糖*1 11.09011C 鈣*1 12.09012C 磷*1 13.09013C 尿酸*1 14.09015C 肌酐(血)*1 15.09021C 鈉*1 16.09022C 鉀*1 17.09023C 氯*1 18.09025C 血清麩胺酸苯醋酸轉 氨基酶*1 19.09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉 氨基酶*1	20.09027C 鹼性磷酸酶*1 21.09029C 膽紅素總量*1 22.09030C 直接膽紅素*1 23.09038C 白蛋白*1 24.09040C 全蛋白*1 25.11001C 血型測定*1 26.11003C RH (D) 型檢查*1 27.12001C 梅毒檢查*1 28.13007C 細菌培養鑑定檢查*2 29.18001C 心電圖*1 30.19001C 或 19003C 超音波*1 31.32001C 胸腔檢查*1 32.32006C 腎臟、輸尿管、膀胱檢 查*1 33.39004C 大量液體點滴注射*3 ( <del>六歲以下</del> 未滿七歲兒童，本項 得以57113B或57120B或57121B 或57122B項目取代) 34.47003C或47004C或47006C或 47011C 灌腸*1 35.47014C 留置導尿*1 36.96026B 麻醉前評估*1	※37.96005C 或 96007C 或 96017C 或 96020C 麻醉*1 38.57017C 或 57018B Pulse oximeter*1 ※39.80402C 或 80420C 或 80415C 子宮肌瘤切除術或 子宮鏡子宮肌瘤切除術*1 40.96025B 麻醉恢復照護*1 ※41.25001C 或 25002C 或 25003C 或 25004C 或 25024C 或 25025C 病理*1 42.47002C 薄荷擦拭*1 ※43.48011C或48012C或 48013C 換藥*3 44.55010C 會陰沖洗*2
選擇性診療項目：其他醫療需要之支付標準所列項目。		

附表 6.2.3 子宮完全切除術(住院)診療項目要求表

基本診療項目		
手術前		手術中、手術後
I. Indication of admission	III. Management	IV. Management
II. Diagnostic study	1. Medication	1. Surgical
1. History taking	2. Nursing care	2. Post-OP care
2. Physical exam		V. Management
3. Lab test		1. Ward nursing care
4. Special procedure		2. Medication
收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目
1.06009C 尿沈渣顯微鏡檢查*1	21.09027C 鹼性磷酸酯酶*1	※38.96005C 或 96007C 或
2.06012C 或 06013C 尿液檢查*1	22.09029C 膽紅素總量*1	或 96017C 或 96020C
3.08005C 紅血球沈降速度測定*1	23.09030C 直接膽紅素*1	麻醉*1
4.08011C 或 08012C 或 08082C	24.09038C 白蛋白*1	39.57017C 或 57018B
全套血液檢查*2	25.09040C 全蛋白*1	Pulse oximeter*1
5.08013C 白血球分類計數*2	26.11001C 血型測定*1	※40.80403B 或 80421B 子宮完全
6.08018C 或 08019C 出血時間*1	27.11003C RH(D)型檢查*1	切除術*1
7.08020C 凝血時間*1	28.12001C 梅毒檢查*1	41.96025B 麻醉恢復照護*1
(6.7 二項得以 08026C 及 08036C	29.13007C 細菌培養鑑定檢查*2	※42.25001C 或 25002C 或
項取代)	30.18001C 心電圖*1	25003C 或 25004C 或
8.09001C 總膽固醇*1	31.19001C 或 19003C 超音波*1	25024C 或 25025C 病理*1
9.09002C 血中尿素氮*1	32.32001C 胸腔檢查*1	43.47002C 薄荷擦拭*3
10.09004C 中性脂肪*1	33.32006C 腎臟、輸尿管、	44.47039C 熱或冷冰敷*1
11.09005C 血液及體液葡萄糖*2	膀胱檢查*1	※45.48011C 或 48012C 或 48013C
12.09011C 鈣*1	34.39004C 大量液體點滴注射*4	換藥*4
13.09012C 磷*1	( <del>六歲</del> 以 <del>下</del> 未滿七歲兒童，本項	46.55010C 會陰沖洗*3
14.09013C 尿酸*1	得以57113B或57120B或57121B	47.55011C 陰道灌洗*1
15.09015C 肌酐(血)*1	或57122B項目取代)	
16.09021C 鈉*1	35.47003C 或 47004C 或	
17.09022C 鉀*1	47006C 或 47011C 灌腸*1	
18.09023C 氯*1	36.47014C 留置導尿*1	
19.09025C 血清麩胺酸苯醋酸轉氨	37.96026B 麻醉前評估*1	
基酶*1		
20.09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉氨		
基酶*1		
選擇性診療項目：其他醫療需要之支付標準所列項目。		

附表 6.2.4 次全子宮切除術(住院)診療項目要求表

基本診療項目		
手術前		手術中、手術後
I. Indication of admission	III. Management	IV. Management
II. Diagnostic study	1. Medication	1. Surgical
1. History taking	2. Nursing care	2. Post-OP care
2. Physical exam		V. Management
3. Lab test		1. Ward nursing care
4. Special procedure		2. Medication
收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目
1.06009C 尿沈渣顯微鏡檢查*1	21.09027C 鹼性磷酸酶*1	※38.96005C 或 96007C 或 96017C
2.06012C 或 06013C 尿液檢查*1	22.09029C 膽紅素總量*1	或 96020C 麻醉*1
3.08005C 紅血球沈降速度測定*1	23.09030C 直接膽紅素*1	39.57017C 或 57018B
4.08011C 或 08012C 或 08082C	24.09038C 白蛋白*1	Pulse oximeter*1
全套血液檢查*2	25.09040C 全蛋白*1	※40.80404C 次全子宮切除術*1
5.08013C 白血球分類計數*2	26.11001C 血型測定*1	41.96025B 麻醉恢復照護*1
6.08018C 或 08019C 出血時間*1	27.11003C RH(D)型檢查*1	※42.25001C 或 25002C 或 25003C
7.08020C 凝血時間*1	28.12001C 梅毒檢查*1	或 25004C 或 25024C 或
(6.7 二項得以 08026C 及 08036C	29.13007C 細菌培養鑑定檢查*2	25025C 病理*1
項取代)	30.18001C 心電圖*1	43.47002C 薄荷擦拭*3
8.09001C 總膽固醇*1	31.19001C 或 19003C 超音波*1	44.47039C 熱或冷冰敷*1
9.09002C 血中尿素氮*1	32.32001C 胸腔檢查*1	※45.48011C 或 48012C 或 48013C 換
10.09004C 中性脂肪*1	33.32006C 腎臟、輸尿管、膀胱檢	藥*4
11.09005C 血液及體液葡萄糖*2	查*1	46.55010C 會陰沖洗*3
12.09011C 鈣*1	34.39004C 大量液體點滴注射*4	47.55011C 陰道灌洗*1
13.09012C 磷*1	( <del>六歲以下</del> 未滿七歲兒童，本	
14.09013C 尿酸*1	項得以 57113B 或 57120B 或	
15.09015C 肌酐(血)*1	57121B 或 57122B 項目取代)	
16.09021C 鈉*1	35.47003C 或 47004C 或 47006C 或	
17.09022C 鉀*1	47011C	
18.09023C 氯*1	灌腸*1	
19.09025C 血清麩胺酸苯醋酸轉氨	36.47014C 留置導尿*1	
基酶*1	37.96026B 麻醉前評估*1	
20.09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉氨		
基酶*1		
選擇性診療項目：其他醫療需要之支付標準所列項目。		

附表 6.2.5 卵巢部分（全部）切除術或輸卵管卵巢切除術(住院)診療項目要求表

基本診療項目		
手術前		手術中、手術後
I. Indication of admission II. Diagnostic study 1. History taking 2. Physical exam 3. Lab test 4. Special procedure	III. Management 1. Medication 2. Nursing care	IV. Management 1. Surgical 2. Post-OP care V. Management 1. Ward nursing care 2. Medication
收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目
1.06012C 或 06013C 尿液檢查*1 2.08011C 或 08012C 或 08082C 全套血液檢查*2 3.08013C 白血球分類計數*2 4.08018C 或 08019C 出血時間*1 5.08020C 凝血時間*1 (4.5 項二項得以 08026C 及 08036C 項取代) 6.09001C 總膽固醇*1 7.09002C 血中尿素氮*1 8.09005C 血液及體液葡萄糖*2 9.09011C 鈣*1 10.09013C 尿酸*1 11.09015C 肌酐(血)*1 12.09021C 鈉*1 13.09022C 鉀*1 14.09023C 氯*1 15.09025C 血清麩胺酸苯醋酸轉氨基酶*1 16.09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉氨基酶*1	17.09029C 膽紅素總量*1 18.09038C 白蛋白*1 19.12001C 梅毒檢查*1 20.18001C 心電圖*1 21.19001C 或 19003C 超音波*1 22.32001C 胸腔檢查*1 23.32006C 腎臟、輸尿管、膀胱檢查*1 24.39004C 大量液體點滴注射*3 ( <del>六</del> <del>歲以下</del> 未滿七歲兒童，本項得以 57113B 或 57120B 或 57121B 或 57122B 項目取代) 25.47003C 或 47004C 或 47006C 或 47011C 灌腸*1 26.47014C 留置導尿*1 27.96026B 麻醉前評估*1	※28.96005C 或 96007C 或 96017C 或 96020C 麻醉*1 29.57017C 或 57018B Pulse oximeter*1 ※30.80802C 或 80811C 子宮附 屬器部份或全部切除(卵巢 或輸卵管卵巢)*1 31.96025B 麻醉恢復照護*1 ※32.25001C 或 25002C 或 25003C 或 25004C 或 25024C 或 25025C 病理*1 ※33.48011C 或 48012C 或 48013C 換藥*4 34.55010C 會陰沖洗*3
選擇性診療項目：其他醫療需要之支付標準所列項目。		

附表 6.2.6 腹腔鏡子宮完全切除術(住院)診療項目要求表

基本診療項目		
手術前		手術中、手術後
I. Indication of admission	III. Management	IV. Management
II. Diagnostic study	1. Medication	1. Surgical
1. History taking	2. Nursing care	2. Post-OP care
2. Physical exam		V. Management
3. Lab test		1. Ward nursing care
4. Special procedure		2. Medication
收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目
1.06009C 尿沈渣顯微鏡檢查*1	21.09027C 鹼性磷酯酶*1	※38.96005C或96007C或或96017C或
2.06012C 或 06013C 尿液檢查*1	22.09029C 膽紅素總量*1	96020C 麻醉*1
3.08005C 紅血球沈降速度測定*1	23.09030C 直接膽紅素*1	39.57017C或57018B
4.08011C 或 08012C 或 08082C 全套血液檢查*2	24.09038C 白蛋白*1	Pulse oximeter*1
5.08013C 白血球分類計數*2	25.09040C 全蛋白*1	※40.80416B
6.08018C 或 08019C 出血時間*1	26.11001C 血型測定*1	腹腔鏡全子宮完全切除術*1
7.08020C 凝血時間*1	27.11003C RH(D)型檢查*1	41.96025B 麻醉恢復照護*1
(6.7 二項得以 08026C 及 08036C 項 取代)	28.12001C 梅毒檢查*1	※42.25001C或25002C或25003C或
8.09001C 總膽固醇*1	29.13007C細菌培養鑑定檢查*2	25004C或25024C或25025C病理
9.09002C 血中尿素氮*1	30.18001C 心電圖*1	*1
10.09004C 中性脂肪*1	31.19001C或19003C 超音波*1	43.47002C 薄荷擦拭*3
11.09005C 血液及體液葡萄糖*2	32.32001C 胸腔檢查*1	44.47039C 熱或冷冰敷*1
12.09011C 鈣*1	33.32006C	45.48011C 或48012C或48013C
13.09012C 磷*1	腎臟、輸尿管、膀胱檢查*1	換藥*4
14.09013C 尿酸*1	34.39004C 大量液體點滴注射	46.55010C 會陰沖洗*3
15.09015C 肌酐(血)*1	*4 ( <del>六歲以下</del> <u>未滿七歲</u> 兒	47.55011C 陰道灌洗*1
16.09021C 鈉*1	童，本項得以57113B或	
17.09022C 鉀*1	57120B或57121B或57122B	
18.09023C 氯*1	項目取代)	
19.09025C	35.47003C 或 47004C 或	
血清麩胺酸苯醋酸轉氨基酶*1	47006C 或 47011C 灌腸*1	
20.09026C	36.47014C 留置導尿*1	
血清麩胺酸丙酮酸轉氨基酶*1	37.96026B 麻醉前評估*1	
選擇性診療項目：其他醫療需要之支付標準所列項目		

附表 6.2.7 腹腔鏡卵巢部分（全部）切除術或輸卵管卵巢切除術(住院)診療項目

要求表

基本診療項目		
手術前		手術中、手術後
I. Indication of admission	III. Management	IV. Management
II. Diagnostic study	1. Medication	1. Surgical
1. History taking	2. Nursing care	2. Post-OP care
2. Physical exam		V. Management
3. Lab test		1. Ward nursing care
4. Special procedure		2. Medication
收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目
1.06012C 或 06013C 尿液檢查*1	17.09029C 膽紅素總量*1	※28.96005C或96007C或96017C或
2.08011C 或 08012C 或 08082C 全套血液檢查*2	18.09038C 白蛋白*1	96020C 麻醉*1
3.08013C 白血球分類計數*2	19.12001C 梅毒檢查*1	29.57017C或57018B
4.08018C 或 08019C 出血時間*1	20.18001C 心電圖*1	Pulse oximeter*1
5.08020C 凝血時間*1	21.19001C 或 19003C 超音波*1	※30.80807C或80812C
(4.5 項二項得以 08026C 及 08036C 項取代)	22.32001C 胸腔檢查*1	腹腔鏡子宮附屬器部分或全部切 除術（卵巢或輸卵管卵巢）* 1
6.09001C 總膽固醇*1	23.32006C	31.96025B 麻醉恢復照護*1
7.09002C 血中尿素氮*1	24.39004C 大量液體點滴注射	※32.25001C 或25002C 或25003C或
8.09005C 血液及體液葡萄糖*2	*3（ <del>六歲以下</del> 未滿七歲兒 童，本項得以57113B或	25004C或25024C或25025C病理
9.09011C 鈣*1	57120B或57121B或57122B	*1
10.09013C 尿酸*1	項目取代)	33.48011C 或48012C或48013C
11.09015C 肌酐(血)*1	25.47003C或47004C或47006C	換藥*4
12.09021C 鈉*1	或47011C 灌腸*1	34.55010C 會陰沖洗*3
13.09022C 鉀*1	26.47014C 留置導尿*1	
14.09023C 氯*1	27.96026B 麻醉前評估*1	
15.09025C		
血清麩胺酸苯醋酸轉氨基酶*1		
16.09026C		
血清麩胺酸丙酮酸轉氨基酶*1		
選擇性診療項目：其他醫療需要之支付標準所列項目。		

### 第三章 一般外科

附表 6.3.5 股及腹股溝疝氣手術（單側，門診）診療項目要求表

基本診療項目		
手術前		手術中、手術後
I. Indication of admission II. Diagnostic study 1. History taking 2. Physical exam 3. Lab test 4. Special procedure	III. Management 1. Medication 2. Nursing care	IV. Management 1. Surgical 2. Post-OP care V. Management 1. Ward nursing care 2. Medication
收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目
1.39004C 大量液體點滴注射*1 ( <del>6歲以下</del> 未滿七歲兒童，本項得以 57113B 或 57120B 或 57121B 或 57122B 項目取代)		※2.96004C 或 96005C 或 96007C 或 96017C 或 96020C 或 96000C (局部麻醉-本項限年齡 <del>≥18歲</del> <u>十八歲以上</u> 使用) 麻醉*1 ※3.75606B 或 75607C 或 75613C 或 75614C 或 75615C (基層院所股及腹股溝疝氣手術 (AGE<1, 單側)(門診)得以 88029C 取代) 鼠蹊疝氣修補術*1 4.25001C 或 25002C 或 25003C 或 25004C 或 25024C 或 25025C 病理*1 5.57017C 或 57018B Pulse oximeter*1
選擇性診療項目：其他醫療需要之支付標準所列項目。		

## 第四章 泌尿科

通則：

一、本章各項目「得核實申報上限點數」、「得核實申報個案數比率」如下表：

項目名稱	支付代碼	層級	得核實申報上限點數	得核實申報個案數比率	平均住院日數
尿路結石體外震波碎石術(單側)(門診)	97405K	醫學中心	-	0%	-
	97406A	區域醫院			
	97420B	地區醫院			
尿路結石體外震波碎石術(雙側)(門診)	97407K	醫學中心			
	97408A	區域醫院			
	97421B	地區醫院			
尿路結石體外震波碎石術(三十日內施行第二次，單側)(門診)	97409K	醫學中心			
	97410A	區域醫院			
	97422B	地區醫院			
尿路結石體外震波碎石術(三十日內施行第二次，雙側)(門診)	97411K	醫學中心			
	97412A	區域醫院			
	97423B	地區醫院			

二、施行第一次尿路結石體外震波碎石術起三十日內施行第二次者，按 97409K-97412A 及 97422B-97423B 申報。

三、尿路結石體外震波碎石術三十日內同側第三次以上(含)治療，應檢具 X 光片專案申請，經保險人同意後施行，費用比照第二次申報；申報費用時應檢附保險人同意函影本以憑核付。

四、尿路結石體外震波碎石術個案申報費用應檢附尿路結石體外震波碎石術之紀錄影本。

## 第七章 耳鼻喉科

附表 6.7.4 喉直達鏡並作聲帶或會厭軟骨腫瘤切除或剝去，無主要合併症或併發症(門診)診療項目要求表

基本診療項目		
手術前		手術中、手術後
I. Indication of surgery	III. Management	IV. Management
II. Diagnostic study	1. Medication 2. Nursing care	1. Surgical 2. Post-OP care V. Management 1. Medication
收費代碼及處置項目		
※1. 96004C或96020C 麻醉*1		
※2. 66002B或66032B聲帶或會厭軟骨腫瘤切除或剝去*1		
※3. 25001C或25002C或25003C或25004C或25024C或25025C病理*1		
4. 39004C 大量液體點滴注射*1 ( <del>6歲以下</del> 未滿七歲兒童，本項得以57113B或57120B或57121B或57122B項目取代)		
5. 57017C 動脈式或耳垂式血氧飽和監視器*1		
選擇性診療項目：其他醫療需要之支付標準所列項目。		

## 第七部 全民健康保險住院診斷關聯群 (Taiwan Diagnosis Related Groups, Tw-DRGs)

### 第一章 Tw-DRGs 支付通則

六、各案件依全民健康保險住院診斷關聯群分類表認定 Tw-DRG 後，依下列原則計算 Tw-DRG 支付點數：

(一) 實際醫療服務點數低於下限臨界點者，應核實申報。

(二) 實際醫療服務點數在上、下限臨界點範圍內者，計算公式如下：

1. Tw-DRG 支付定額 = RW × SPR × (1 + 基本診療加成率 + 兒童加成率 + CMI 加成率 + 山地離島地區醫院加成率)。

2. 基本診療加成率：依據本標準第一部總則二規定，依醫療機構與保險人簽定合約之特約類別：

(1) 醫學中心，加成率 ~~7.1%~~ 百分之七點一。

(2) 區域醫院，加成率 ~~6.1%~~ 百分之六點一。

(3) 地區醫院，加成率 ~~5.0%~~ 百分之五。

3. 兒童加成率：

(1) MDC15：「年齡 ~~小於 6~~ 未滿六個月者」為 ~~23%~~ 百分之二十三；

「年齡 ~~大於等於 6~~ 六個月以上，~~小於 2~~ 未滿二歲者」為 ~~9%~~ 百分之九；「年齡 ~~大於等於 2~~ 二歲以上，~~小於等於 6~~ 未滿七歲者」為 ~~10%~~ 百分之十。

(2) 非 MDC15。

a. 內科系 Tw-DRG：「年齡 ~~小於 6~~ 未滿六個月者」為 ~~91%~~ 百分之九十一；「年齡 ~~大於等於 6~~ 六個月以上，~~小於 2~~ 未滿二歲者」為 ~~23%~~ 百分之二十三；「年齡 ~~大於等於 2~~ 二歲以上，~~小於等於 6~~ 未滿七歲者」為 ~~15%~~ 百分之十五。

b. 外科系 Tw-DRG：「年齡 ~~小於 6~~ 未滿六個月者」為 ~~66%~~ 百分之六十六；「年齡 ~~大於等於 6~~ 六個月以上，~~小於 2~~ 未滿二歲者」為 ~~21%~~ 百分之二十一；「年齡 ~~大於等於 2~~ 二歲以上，~~小於等於 6~~ 未滿七歲者」為 ~~10%~~ 百分之十。

(3) 內外科系認定表詳見「TW-DRG 分類手冊」。

4. 病例組合指標 Case Mix Index(CMI)加成率：各醫院依據保險人公布之 CMI 值及下列成數加成。

(1) CMI 值大於 1.1，小於等於 1.2 者，加成 ~~1%~~ 百分之一。

(2) CMI 值大於 1.2，小於等於 1.3 者，加成 ~~2%~~ 百分之二。

(3) CMI 值大於 1.3，加成 ~~3%~~ 百分之三。

(4)各醫院 CMI 值依各醫院全部住院案件(不含精神病患、入住 RCW 及一般病房之呼吸器依賴患者)為基礎計算，由保險人每年年底公布，依前一年醫療服務點數計算之結果，並於次年適用。變更負責醫師或權屬別之醫院得向本保險之分區申請同意後比照原醫事機構代號之 CMI 值，資料統計期間後新設立醫院不得申請比照事宜。

5. 山地離島地區之醫院加成率：~~2%~~百分之二。

(三) 實際醫療服務點數高於點數上限臨界點者，計算方式如下：

1. 年齡~~小於18~~未滿十八歲之先天性疾病個案，超過上限臨界點之實際醫療服務點數全數支付。先天性疾病個案係指主診斷如下：

ICD-9-CM	ICD-10-CM
740.XX~759.XX (不包括 744.43、744.46、744.47、744.49、750.0、750.12、750.13、750.21、750.22、750.23、750.24、750.25、752.51、752.52、752.69、757.39)、478.33、389.11、389.9	Q00.0-Q99.9、E78.71、E78.72、G90.1、N64.82 (不包括 Q18.1、Q18.2、Q38.0、Q38.1、Q38.3、Q38.4、Q53.00-Q53.02、Q53.10-Q53.12、Q53.20-Q53.22、Q53.9、Q55.22、Q55.5、Q55.61、Q55.63、Q55.69、Q81.0-Q81.2、Q81.8、Q81.9、Q82.8、Q82.9)、J38.02、H90.3、H90.41、H90.42、H91.90-H91.93

2. 非本項第 1 點個案，按第(二)項原則計算之金額，加上超過上限臨界點部分之~~80%~~百分之八十支付，即 Tw-DRG 支付定額+(實際醫療服務點數-醫療服務點數上限臨界點)\*80%；實際醫療服務點數高於點數上限臨界點，且 TW-DRG 支付定額高於上限臨界點但低於實際醫療服務點數之個案，上限臨界點以 TW-DRG 支付定額計算；實際醫療服務點數高於點數上限臨界點，惟 TW-DRG 支付定額高於實際醫療服務點數之個案，不得計算超過上限臨界點支付數。

(四) 一般自動出院或轉院個案，若其住院日數小於「該 Tw-DRG 幾何平均住院日」且實際醫療服務點數介於上下限臨界點範圍內者，依前述(二)公式計算之 Tw-DRG 支付定額，除以該 Tw-DRG 幾何平均住院日數，論日支付。

(五) 死亡及病危自動出院個案，依前述(一)至(三)項計算。

(六) 下列項目得另行核實申報不含於 DRG 支付點數，其點數亦不得計入本通則六所稱實際醫療服務點數計算。

1. 生產 DRG 之權重僅計算當次產婦及一人次新生兒費用，新生兒如為雙胞胎以上得另計一人次新生兒費(多胞胎類推)。
2. 同次住院期間之安胎費用不併入生產相關 DRG，俟所屬 MDC 導入時按其適當 DRG 申報及支付。

3.次診斷為癌症及性態未明腫瘤之個案核實申報之化療、放療費用，應符合下列三項要件：

(1) 次診斷為癌症或性態未明腫瘤：

	ICD-9-CM	ICD-10-CM
癌症	140.XX-176.XX、179.XX-208.XX、	C00.0-C94.32、C94.80-C96.9
性態未明腫瘤	235.XX、236.XX、237.XX、238.XX	D37-D48、J84.81、C94.4、C94.6

(2) 處置碼包括化療(化療注射劑始需編處置碼)、荷爾蒙注射療法(荷爾蒙注射療法始需編處置碼)或放療：

	ICD-9-CM	ICD-10-PCS
化療	99.25	3E00X05、3E01305、3E02305、3E03005、3E0300P、3E03305、3E0330P、3E04005、3E0400P、3E04305、3E0430P、3E05005、3E0500P、3E05305、3E0530P、3E06005、3E0600P、3E06305、3E0630P、3E09305、3E09705、3E09X05、3E0A305、3E0B305、3E0B705、3E0BX05、3E0C305、3E0C705、3E0CX05、3E0D305、3E0D705、3E0DX05、3E0F305、3E0F705、3E0F805、3E0G305、3E0G705、3E0G805、3E0H305、3E0H705、3E0H805、3E0J305、3E0J705、3E0J805、3E0K305、3E0K705、3E0K805、3E0L305、3E0L705、3E0M305、3E0M705、3E0N305、3E0N705、3E0N805、3E0P305、3E0P705、3E0P805、3E0Q305、3E0Q705、3E0R305、3E0S305、3E0U305、3E0V305、3E0W305、3E0Y305、3E0Y705
荷爾蒙注射療法	99.24	3E013VJ、3E030VJ、3E033VJ、3E040VJ、3E043VJ、3E050VJ、3E053VJ、3E060VJ、3E063VJ
放療	92.2X	詳附表 7.0

(3)核實申報項目：化療之核實申報項目為支付標準代碼為37005B、37025B、37031B~37041B，或個案使用之化療藥品。放療之核實申報項目為支付標準代碼為36001B~36015B、36018B~36021C、37006B~37019B、37026B、37030B、37046B。

4.使用呼吸器之個案核實申報之呼吸器費用，應符合下列二項要件：

(1) 處置碼包含使用呼吸器：

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
96.7X、93.90、93.91、93.99	5A1935Z、5A1945Z、5A1955Z、5A09357、5A09457、5A09557、5A09358、5A09458、5A09558、

	5A09359、5A0935B、5A0935Z、5A09459、 5A0945B、5A0945Z、5A09559、5A0955B、5A0955Z
--	---

(2) 核實申報項目為支付標準代碼為 57001B~57002B、57023B)。

5.施行洗腎之個案核實申報之洗腎費用，應符合下列二項要件：

(1) 處置碼包含洗腎：

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
39.95	5A1D00Z、5A1D60Z

(2) 核實申報項目為支付標準代碼為 58001C。

6.生物製劑。

(七)使用新增全新功能類別特殊材料之個案，除依前述(一)至(三)、(六)項計算 DRG 支付點數及另行核實申報點數外，得依「DRG 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」(附表 7.1)規定加計額外醫療點數。

## 第二章 Tw-DRGs 分類架構及原則

一、Tw-DRG 之診斷及處置代碼，以美國「2014 ICD-10-CM/PCS」版本為基礎。

二、名詞定義

(一)主診斷(Principal Diagnosis)：經研判後，被確定為引起病人此次住院醫療主要原因，引起病人此次住院醫療之多重診斷，得擇取醫療資源耗用高者為主要診斷，住院中產生之併發症或住院中管理不當產生之危害不得為主要診斷。

(二)開刀房手術或處置(Operating Room Procedure)：依「TW-DRG 分類手冊」所列項目認定。

(三)合併症或併發症(Comorbidity & Complication) 之認定條件如「TW-DRG 分類手冊」。

三、除 PRE MDC 外，MDC1 至 MDC24 之各 Tw-DRG，其主診斷須為該 Tw-DRG 所屬 MDC 主診斷範圍，詳如「TW-DRG 分類手冊」。

四、Tw-DRG 之編審依序，以 PRE MDC 優先，其次為 MDC24，再次為 MDC1-MDC23，惟 PRE MDC 中之 Tw-DRG48201、48202、48301、48302 等 ~~4~~四項，若同時符合 MDC1 至 MDC24 之 Tw-DRG 條件者，得以權重高者認定。

五、在同一 MDC 中 Tw-DRG 之認定順序：

(一)外科系 Tw-DRG

- 1.有 OR PROCEDURE，且 OR PROCEDURE 與主診斷相關之 Tw-DRG。
- 2.有 OR PROCEDURE，但 OR PROCEDURE 與主診斷不相關之 Tw-DRG。
- 3.其他。

(二)內科系 Tw-DRG。

(三)前述(一)各點及(二)中，複合條件者較其中單一或部分條件者優先；其他若出現符合二個以上 Tw-DRG 條件者，Tw-DRG 編審結果得以權重高者申報，若其中任一項無權重者，以該個案點數除以全國平均點數，所得值大於等於其他 Tw-DRG 權重者，歸類於無權重之 Tw-DRG，若屬二個以上無權重 DRG 者依「TW-DRG 分類手冊」內流程圖順序認定，核實申報費用；所得值小於其他 Tw-DRG 權重者，歸類於該有權重之 Tw-DRG。

~~六、年齡之認定採「入院年月」減「出生年月」計算。其中以「歲」區分之 DRG，計算後取其「年」，若「月」為負值，則「年」減1。~~

~~七~~六、MDC15 之出生天數以「入院日」減「出生日」計算。

~~七~~七、正常新生兒照護仍併入生產 DRG 內。

# 第八部 品質支付服務

## 第一章 結核病

通則：

- 一、本章各診療項目，得另依規定申報其他相關醫療費用。
- 二、個案經檢驗檢查確定診斷後，連續照護三個月得申報第一階段疾病管理照護費，每一階段符合連續管理者並附個案管理紀錄（每月乙次）、就診紀錄，各階段結核病管理照護費按本標準所定點數支付。
- 三、申報 A1001C 第一階段疾病管理照護費（連續管理 ~~三~~三個月）之個案，初次診斷應做鏡檢塗片耐酸性染色三次（肺外結核除外），且進行分枝桿菌培養及鑑定，對於培養陽性者應作藥物感受性試驗；肺外結核之病理檢體應施行耐酸性染色及結核菌培養，並於培養陽性後執行菌種鑑定。
- 四、個案病歷上每一階段至少需記載下列檢驗檢查結果：
  - （一）一次胸部 X 光檢查結果；肺外結核者（肋膜積水除外）第二階段後免輸入胸部 X 光檢查結果。
  - （二）一次驗痰結果（痰培養陽性者需含藥物敏感試驗結果）；肺外結核者（肋膜積水除外）第二階段後免輸入驗痰檢查結果。
  - （三）一次生化檢查結果。
  - （四）肺外結核者第一階段需輸入病理檢查或結核菌培養結果。
- 五、執行本項各診療項目須符合下列條件：
  - （一）須具有胸腔、感染、結核任一專科或曾接受主管機關結核病學訓練並獲結業證明之醫師至少一名。
  - （二）院所通報結核病發現新案達 ~~100 (含)~~一百人以上，應設置專任結核病個案管理專員 ~~1~~一人，並應依個案增加比率酌增個案管理員人數；惟通報結核病發現新案 ~~100~~ ~~人~~以下未滿一百人者得以專責人員任之。
- 六、限符合本章節服務內容，包括自確診、持續服藥至完治，含括過程中相關之診療、檢驗、教育宣導及追蹤管理等項目者申報。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
A1003C	第一階段疾病管理照護費 (連續管理 <del>3</del> 三個月) 註：個案通報且申報A1001C後連續照護滿三個月後，於病患回診當次申報此費用。	v	v	v	v	1,500
A1004C	第一階段疾病管理照護費 (未連續管理 <del>3</del> 三個月) 註：個案通報且申報A1001C後，且需有個案管理紀錄、就診紀錄等相關紀錄內容，方予每案每月個案管理費折半給付。	v	v	v	v	250/月
A1005C	第二階段疾病管理照護費 (連續管理 <del>6</del> 六個月) 註： 1.個案須經檢驗檢查結果確定診斷並開始投藥。 2.個案通報且申報A1001C後連續照護滿六個月後，於病患回診當次申報此費用。	v	v	v	v	1,500
A1006C	第二階段疾病管理照護費 (未連續管理 <del>6</del> 六個月) 註：個案通報且申報A1001C後，且需有個案管理紀錄、就診紀錄等相關紀錄內容，方予每案每月個案管理費折半給付。	v	v	v	v	250/月

## 第二章 糖尿病

通則：

### 一、參與資格：

申報本章費用之醫事機構須組成照護團隊，醫事人員並經地方政府共同照護網認證後向保險人之分區業務組申請同意。

#### (一) 第一階段照護：

1. 團隊醫事人員資格如下：醫師、護理衛教及營養衛教之專業人員須經各地方政府糖尿病共同照護網認證合格，地區醫院及基層院所之護理衛教及營養衛教人員，得依相關法規規定以共聘或支援方式辦理。地區醫院及基層院所團隊醫事人員可為醫師加另一專業人員執行(可包括護理師、營養師、藥師)，惟團隊仍需取得各地方政府糖尿病共同照護網醫師、護理衛教及營養衛教認證合格。
2. 上述參與資格如主管機關有最新規定，從其規定。

#### (二) 第二階段照護

個案完整申報新收案(P1407C)一次、追蹤(P1408C)至少五次、年度評估(P1409C)至少二次後，另得視病情需要進行衛教服務，申報第二階段照護項目。

1. 醫事人員資格如下：限內科、兒科、家醫科、新陳代謝、內分泌、心臟、腎臟專科醫師。除新陳代謝、內分泌、心臟、腎臟專科醫師及原第一階段照護醫師，其他專科醫師需接受中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國糖尿病學會、中華民國糖尿病衛教學會、台灣醫療繼續教育推廣學會或國民健康署公布之糖尿病健康促進機構所主辦之糖尿病相關課程八小時，並取得證明。
2. 限參與第一階段照護之醫事機構方能提供第二階段照護，第二階段照護醫師名單，醫事機構須向保險人各分區業務組申請同意。另第一階段照護醫師第一、二階段照護皆可執行。

(三) 申報本章費用之醫師，第一階段其當季個案追蹤率小於百分之二十者(指前一季已收案之個案中，於本季完成追蹤者)，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(P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C)。

### 二、收案對象：

- (一) 最近九十天曾在該院所診斷為糖尿病 (ICD-10-CM 前三碼為 E08-E13) 至少同院所就醫達二次(含)以上者，才可收案，惟當次收案須以主診斷【門診醫療費用點數申報格式點數清單段之國際疾病分類碼 (一)】收案。同一院所經結案對象1年內不得再收案，但院所仍可依本支付標準申報相關醫療費用。
- (二) 經保險人健保資訊網服務系統(VPN)查詢，個案若已被其他院所收案照護中(一年內仍有追蹤紀錄)，不得收案。
- (三) 收案前需與病人解釋本章之目的及需病人配合定期回診等事項，並發給相關文宣資料。
- (四) 結案條件：
  1. 可歸因於個案者，如失聯超過三個月、拒絕再接受治療等。
  2. 經醫師評估已可自行照護者。
  3. 個案未執行本章管理照護超過一年者。

### 三、品質資訊之登錄及監測：

- (一)特約醫療院所應依保險人規定內容(如附表 8.2.4)，登錄相關品質資訊。
- (二)特約醫療院所如依「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、醫療費用審查：

#### (一)申報原則：

- 1.醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。
- 2.門診及住院醫療服務點數清單及醫令清單填表說明
  - (1)屬本章收案之保險對象，其就診當次符合申報 P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C 者，於申報費用時，門診醫療費用點數申報格式點數清單段之案件分類應填『E1』、特定治療項目代號(一)應填『E4』；住院醫療服務點數申報格式點數清單段之給付類別則填寫「C」。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

- 1.未依保險人規定內容登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人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。
- 2.醣化血色素(HBA1C)及低密度脂蛋白(LDL)之任一病患檢驗值經保險人審查發現登載不實，將取消該年度之品質獎勵措施資格，並追扣該年度已核發之品質獎勵點數。如連續二年經保險人審查發現登載不實，自保險人文到日之次月起，二年內不得再申報本章費用。

### 五、品質獎勵措施：

- (一)門檻指標：以申報本章費用之醫師為計算獎勵之單位，符合下列門檻指標目標值之醫師，方可進入品質獎勵之評比對象。

#### 1.新收案率：

- 定義：指當年度符合收案條件(最近九十天曾在該院所診斷為糖尿病 (ICD-10-CM 前三碼為 E08-E13) 同院所就醫達二次(含)以上之病人)中，排除已被其他醫師收案且未結案或前曾經自己收案的人數後，新被收案的比率。
- 門檻目標值：醫師新收案率須  $\geq 30\%$  百分之三十以上，限第一階段照護醫師有申報新收案 P1407C 者。

#### 2.收案人數 $\geq$ 五十人 以上。

#### (二)品質加成指標

##### 1.個案完整追蹤率：

###### ➢ 定義：

- (1)分母：當年度該院所由該醫師收案之所有個案當中，排除第四季新收案之人數。
- (2)分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之個案當中，於當年度該院所完成下列條件者，視為達成追蹤。
  - A.已申報年度評估者 (P1409C 或 P1411C)，其申報當年度追蹤管理(P1408C 或 P1410C)次數達三次者。
  - B.已申報新收案者 (P1407C)，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+年度評估次數達三次者。
- b. 如為第二季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達二次者。
- c. 如為第三季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達一次者。

(3)當年度同時申報新收案 (P1407C) 及年度評估 (P1409C 或 P1411C) 者，以申報新收案 (P1407C) 之季別，依第(2)項之 B 原則辦理。

2. HbA1C ~~≤7.0%~~ 小於百分之七 比率(HbA1C 控制良好率)

➤ 定義：

- (1)分母：當年度該院所由該醫師收案之所有個案當中之完成當年度追蹤管理及年度評估次數，排除第四季新收案個案。
- (2)分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之收案當中，其 HbA1C ~~≤7.0%~~ 小於百分之七 之次數比率。

3. HbA1C ~~≥9.0%~~ 大於百分之九 比率(HbA1C 不良率)

➤ 定義：

- (1)分母：當年度該院所由該醫師收案之所有收案當中之完成當年度追蹤管理及年度評估次數，排除第四季新收案個案。
- (2)分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之收案當中，其 HbA1C ~~≥9.0%~~ 大於百分之九 之次數比率。

4. LDL ~~≥~~ 大於 130mg/dl 比率(LDL 不良率)

➤ 定義：(註：LDL 值係指年度評估之登錄值)

- (1)分母：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人次。
- (2)分子：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人次中，其 LDL ~~≥~~ 大於 130mg/dl 之次數比率。

註：配合第二階段照護，年度評估者計算包含 P1409C 或 P1411C，追蹤管理計算包含 P1408C 或 P1410C。

5. LDL ~~≤~~ 小於 100mg/dl 比率(LDL 良率)

➤ 定義：(註：LDL 值係指年度評估之登錄值)

- (1)分母：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人次。
- (2)分子：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人次中，其 LDL ~~≤~~ 小於 100mg/dl 之次數比率。

註：配合第二階段照護，年度評估者計算包含 P1409C 或 P1411C，追蹤管理計算包含 P1408C 或 P1410C。

(三)品質卓越獎

1. 依各醫師新收案率分為二組(以新收案率 ~~≤55%~~ 百分之五十五以下 及 ~~≥55%~~ 超過百分之五十五 予區分，合計共分為二組)。

2. 各組依上述收案完整追蹤率、HbA1C 控制良好率、HbA1C 不良率、LDL 不良率、LDL 良率等五項指標比率分別排序(收案完整追蹤率、HbA1C 控制良好率及 LDL 良率為由高排至低；HbA1C 不良率及 LDL 不良率為由低排至高)，再將各指標之序別各乘上五分之一後相加重新排序，取排序總和前百分之二十五之醫師，惟當年度新參與方案之醫師，須於次年方得參與品質獎勵評比，依該醫師所收個案中達成完整追蹤之個案數，每個個案數給予 1,000 點獎勵，當年度新收個案則依完整追蹤季數等比例支付。

➤ 收案人數定義：當年度該院所由該醫師申報新收案(P1407C)或年度評估

(P1409C)之病人歸戶數(如個案僅申報追蹤管理，則將無法被歸戶為某醫師所收案之個案；如醫師有兼任情形則會依院所分別歸戶)。

(四)品質進步獎

1. 依前一年度之各組個案完整追蹤率、HbA1C 不良率、HbA1C 控制良好率、LDL 不良率及 LDL 良率等五項指標為基準年，計算品質獎勵進步獎，惟醫師需有全曆年之指標為基準年，當得於基準年後之次年參與品質獎勵進步獎之計算(即醫師需有二個完整全曆年申報本章費用)。
2. 門檻指標及品質加成指標計算方式同本通則五之(一)(二)規定。
3. 各組依兩年度之五項品質指標比率相減，五項品質指標中均需進步或持平，依該醫師所收個案中達成完整追蹤之個案數，每個個案數給予 500 點獎勵，當年度新收個案則依完整追蹤季數等比例支付，並排除該年度品質卓越獎之得獎醫師。

(五)品質進步獎與品質卓越獎，合計整體獎勵金額不得超過當年度糖尿病照護管理費用的百分之三十。

六、胰島素注射獎勵措施：

- (一)適用對象：因糖尿病主診斷就醫且使用糖尿病藥品(ATC 前三碼為 A10)者，收案及非收案之糖尿病病人皆適用。
- (二)獎勵方式：按當年度糖尿病病人中新增胰島素注射個案數計算，每新增加一人，獎勵 500 點。
  1. 胰島素注射定義為「胰島素注射天數達二十八天以上」。
  - 2 新增胰島素注射個案數係指「前一年未注射胰島素或注射未達二十八天以上者」。

七、本章之疾病管理照護費用(P1407C、P1408C、P1409C、 P1410C、P1411C) 及相關品質獎勵措施費用來源，由各總額別專款項目支應。

八、資訊公開：保險人得公開申報本章之名單及相關品質資訊供民眾參考，其品質獎勵措施，將於保險人全球資訊網公開獲得品質獎勵金前百分之二十五之院所醫師人數，並於 VPN 系統中公開各組別每項品質指標第二十五、五十、七十五及一百百分位之指標值與各院所參與醫師門檻指標新收案率  $\geq$  百分之三十 以上 及收案人數  $\geq$  五十人 以上 之醫師各品質指標值，供參與醫師自行查詢與比較。

九、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，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。

十、進入第二階段管理照護一年內不得再申報第一階段管理照護費 P1408C、P1409C。

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
P1408C	糖尿病第一階段追蹤管理照護費 註：1. 照護項目詳附表 8.2.2，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2. 申報新收案後至少須間隔七週才能申報本項，本項每年度最多申報三次，每次間隔至少十週。 3. 地區醫院及基層院所之團隊醫事人員如為醫師加另一專業人員執行，則申報點數為本項點數之 <del>80%</del> <u>百分之八</u> <u>十</u> 。	v	v	v	v	200

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
P1409C	<p>糖尿病第一階段年度評估管理照護費</p> <p>註：1.照護項目詳附表8.2.3，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。</p> <p>2.申報追蹤管理照護費後至少間隔十週才能申報本項，本項限執行P1407C及P1408C合計達三次(含)以上者始得申報，本項每年度最多申報一次。</p> <p>3.地區醫院及基層院所之團隊醫事人員如為醫師加另一專業人員執行，則申報點數為本項點數之<del>80%</del><u>百分之八</u>上。</p>	v	v	v	v	800
P1411C	<p>糖尿病第二階段年度評估管理照護費</p> <p>註：1.照護項目參考附表8.2.3之檢驗項目，另得視病情需要進行衛教服務。除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。</p> <p>2.申報追蹤管理照護費後至少間隔十週才能申報本項，本項限執行P1408C及P1410C追蹤合計達三次(<del>含</del>)以上者始得申報，本項每年度最多申報一次。</p>	v	v	v	v	300

## 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%~~百分之二十者(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)  $\geq 90$  ml/min/1.73 m<sup>2</sup> 且尿蛋白與尿液肌酸酐比值(Urine Protein and Creatinine Ratio, 以下稱 U<sub>PCR</sub>)  $\geq 150$  mg/gm (或糖尿病患者 U<sub>ACR</sub>  $\geq 30$  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 m<sup>2</sup> 且 U<sub>PCR</sub>  $\geq 150$  mg/gm (或糖尿病患者 U<sub>ACR</sub>  $\geq 30$  mg/gm)之病患。
    3. CKD stage 3a：中度慢性腎衰竭，eGFR 45~59.9 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> 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)  $\geq 1000$  mg/gm，或 eGFR  $< 45$  ml/min/1.73 m<sup>2</sup>，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天以上)、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 ~~≧50%~~ 百分之五十以上。

▶ 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  $\geq 130$  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
P4303C	<p>初期慢性腎臟病轉診照護獎勵費</p> <p>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。</p> <p>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)</p> <p>3.結案原因為恢復正常、長期失聯(≧180天以上)、拒絕再接受治療或死亡者，不可申報本項。</p>	v	v	v	v	200

### 附表 8.3.1 初期慢性腎臟疾病個案管理

#### 一、慢性腎臟疾病(CKD)之分期:

分期	描述	估計腎絲球過濾率(eGFR)
Stage 1	腎絲球過濾率正常或增加，但有蛋白尿、血尿等腎臟損傷狀況	$\geq 90$ ml/min/1.73m <sup>2</sup>
Stage 2	腎絲球過濾率輕微下降，併有蛋白尿、血尿等狀況	60-89.9 ml/min/1.73m <sup>2</sup>
Stage 3	腎絲球過濾率中等程度下降 IIIa 期 IIIb 期	30-59.9 ml/min/1.73m <sup>2</sup> 45-59.9 ml/min/1.73m <sup>2</sup> 30-44.9 ml/min/1.73m <sup>2</sup>
Stage 4	腎絲球過濾率嚴重下降	15-29.9 ml/min/1.73m <sup>2</sup>
Stage 5	腎臟衰竭	<15 ml/min/1.73m <sup>2</sup>

註:1.慢性腎臟疾病(CKD)分類中，腎傷害或腎絲球過濾率下降需持續~~大於~~三個月以上

2.腎臟損傷指有影像學變化(如腎萎縮)或傷害指標(如蛋白尿、血尿等)

#### 二、慢性腎臟疾病之篩檢

1. 對於高危險群應定期檢查血中肌酸酐值及尿液(UPCR 或 UACR)

2. 高危險群:

(A)高血壓、高血糖患者

(B)長期服用藥物者

(C)心血管疾病患者

(D)結構性腎小管異常，腎結石或攝護腺腫大者

(E)洗腎家族史或家族性腎疾病

(F)潛在影響腎功能之系統性疾病(如 SLE)

(G)長期食用中草藥者

(H)隨機性血尿或尿蛋白

(I)年紀 $\geq 60$ 歲~~以上~~

# 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目 修正規定

## 第二部 西醫

### 第二章 特定診療

#### 第一節 檢查 Laboratory Examination

##### 第四項 生化學檢查 Biochemistry Examination

##### 一、一般生化學檢查 (09001-09139)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
09139C	醣化白蛋白(GA) 註： 1.適應症： (1)糖尿病合併慢性腎病變。 (2)因血液疾病導致HbA1c無法反映血糖控制者。 (3)懷孕糖尿病患及妊娠糖尿病患。 (4)血糖數值顯示控制不良，但HbA1c數值仍於良好範圍者。 (5)禁忌症：血中白蛋白濃度<3g/dL。 2.支付規範： (1)不得同時申報編號09006C。 (2)一年限申報四次，若為懷孕糖尿病人及妊娠糖尿病人 <u>或當年度為糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案新收案個案</u> ，一年限申報六次。	v	v	v	v	200

四、血中毒物濃度測定Toxicologic Examination (10801-10819)

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
10810B	安非他命檢測(免疫分析) Amphetamine (EIA) 註： <del>1</del> 限鑑別診斷用。 <del>2.限精神科教學醫院申報。</del>		v	v	v	250
10811B	嗎啡檢測(免疫分析) Morphine (EIA) 註： <del>1</del> 限鑑別診斷用。 <del>2.限精神科教學醫院申報。</del>		v	v	v	250
10812B	古柯鹼檢測(免疫分析) Cocaine (EIA) 註： <del>1</del> 限鑑別診斷用。 <del>2.限精神科教學醫院申報。</del>		v	v	v	250
10813B	大麻檢測(免疫分析) Cannabinoids (EIA) 註： <del>1</del> 限鑑別診斷用。 <del>2.限精神科教學醫院申報。</del>		v	v	v	250
10814B	天使塵檢測(免疫分析) Phencyclidine (EIA) 註： <del>1</del> 限鑑別診斷用。 <del>2.限精神科教學醫院申報。</del>		v	v	v	250

第六項 免疫學檢查 Immunology Examination (12001-12212)

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
12117B	T 淋巴球交叉配合試驗 T lymphocyte crossmatch test 註：1. B淋巴球交叉配合試驗(B lymphocyte cross-match)比照申報。 2.此項檢查必須是保險人同意實施骨髓移植之醫院，配合骨髓移植才能實施申報。		v	v	v	1000
12202C	C型肝炎病毒核酸基因檢測 HCV Genotyping Test —即時聚合酶連鎖反應法 (RealTime PCR)	v	v	v	v	2450
12203B	—一般聚合酶連鎖反應法 (PCR) 註： 適應症： 1.疑似感染C型肝炎(包含急性、慢性，及未知原因感染者)且C型肝炎核酸病毒量檢測結果為陽性患者。 2.未做過基因型檢測的C型肝炎陽性確定患者。 <del>3.12202C屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方始可申報。</del>		v	v	v	1280

## 第二節 放射線診療 X-RAY

### 第一項 X光檢查費 X-Ray Examination

#### 二、特殊造影檢查Scanning (33001-331445、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
<a href="#">33145B</a>	<a href="#">診斷性乳房攝影</a> <a href="#">Diagnostic Mammography</a> 1.適應症：乳房攝影報告（BI-RADS）為0、3、4、5，同時符合下列情形之一者： <u>(1)乳房診斷性影像發現乳房攝影微鈣化／鈣化。</u> <u>(2)乳房攝影影像發現不對稱、結構扭曲及腫塊。</u> 2.限放射診斷科專科醫師執行。 3.執行頻率：每人每年限執行二次。		<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<a href="#">1374</a>

## 第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

### 第一項 處置費 Treatment

#### 一、一般處置 General Treatment (47001~471034)

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
47045C	體位引流 Postural drainage <u>註：不得同時申報47104B。</u>	v	v	v	v	140
47104B	俯臥通氣治療—每療程 <u>Prone positioning ventilation, each procedure</u> <u>1.每療程係指仰臥→俯臥→仰臥。</u> <u>2.適應症：</u> <u>(1)成人(十九歲以上)：入住加護病房且插管使用呼吸器之急性呼吸窘迫症候群病人(J80)，同時符合下列各項條件：</u> <u>a.氧合指數(PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> ratio) ≤ 150。</u> <u>b.七日內急性發作。</u> <u>c.沒有心因性肺水腫的證據。</u> <u>d.CXR 顯示兩側肺野浸潤。</u> <u>(2)兒童(未滿十九歲)：入住加護病房且插管使用呼吸器，同時符合下列情形之一者：</u> <u>a.氧合指數(PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> ratio) ≤ 150</u> <u>b.OI&gt;16</u> <u>c.OSI&gt;12.3</u> <u>3.禁忌症：心胸及腹腔主要手術、脊椎與骨盆不穩定病人、懷孕第二及第三期婦女、頭部外傷、腦壓或眼壓過高病人、正在發作之癲癇患者。</u> <u>4.限內科、外科、麻醉科、兒科、急診醫學科、神經科、神經外科專科醫師執行。</u> <u>5.不得同時申報 47045C。</u>  <u>備註：</u> <u>OI=(FiO<sub>2</sub>×mean airway pressure ×100)/PaO<sub>2</sub></u> <u>OSI=(FiO<sub>2</sub>×mean airway pressure ×100)/SpO<sub>2</sub></u>		v	v	v	5114

三、大腸肛門處置Colonand Anus Treatment (49001-4902930)

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
49019B	直肛壓力測定術 Anorectal manometry 註： 1.提升兒童加成項目。 2.不得同時申報 49030B。		v	v	v	748
49030B	高解析直肛壓力測定術 High Resolution Anorectal Manometry 1.適應症及執行頻率： (1)巨結腸症：下消化道攝影後疑似巨結腸症診斷使用，限一次。 (2)先天性巨結腸症或肛門結構異常術後，仍有排便功能異常，需持續治療者，至多兩年一次。 2.支付規範： (1)限消化內科、消化兒科、小兒外科、消化外科、大腸直腸外科專科醫師執行。 (2)不得同時申報 49019B。 (3)內含一般材料費及「高解析直肛壓力測量管」比率为百分之五十九。		v	v	v	10433

十、外科處置General Surgery Treatment (56001-560423)

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
56043C	環甲膜穿刺術／切開術 Needle／Surgical Cricothyroidotomy 1.適應症：經口腔或鼻腔進行氣管內管插管失敗或無法立即執行氣管切開造口術者，並有下列任一情形： (1)緊急顏面外傷、燒傷等困難插管情形 (2)呼吸道受阻(SpO <sub>2</sub> <90%) 2.氣管套管另計。	v	v	v	v	4331

## 第七節 手術

### 第七項 動脈與靜脈 (69001-690403)

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="#">69041B</a>	<a href="#">開放性股-股動脈或股-脛動脈或腋-股動脈繞道手術</a> <a href="#">1.適應症：四肢自體動脈粥樣硬化 (I70.2~I70.7)</a> <a href="#">2.限外科專科醫師執行。</a> <a href="#">3.一般材料費得另加計百分之五十。</a>		<a href="#">√</a>	<a href="#">√</a>	<a href="#">√</a>	<a href="#">23272</a>
<a href="#">69042B</a>	<a href="#">開放性膝下動脈繞道手術</a> <a href="#">— 一條血管</a> <a href="#">註：</a> <a href="#">1.適應症：四肢自體動脈粥樣硬化 (I70.2~I70.7)</a> <a href="#">2.限外科專科醫師執行。</a> <a href="#">3.一般材料費得另加計百分之三十八。</a>		<a href="#">√</a>	<a href="#">√</a>	<a href="#">√</a>	<a href="#">31028</a>
<a href="#">69043B</a>	<a href="#">— 兩條血管</a> <a href="#">註：</a> <a href="#">1.適應症：四肢自體動脈粥樣硬化 (I70.2~I70.7)</a> <a href="#">2.限外科專科醫師執行。</a> <a href="#">3.一般材料費得另加計百分之二十九。</a>		<a href="#">√</a>	<a href="#">√</a>	<a href="#">√</a>	<a href="#">40724</a>

### 第十二項 泌尿及男性生殖

#### 二、輸尿管 Ureter (77001-77040)

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="#">77030B</a>	<a href="#">腹腔鏡輸尿管取石術</a> <a href="#">Laparoscopic Ureterolithotomy</a>		<a href="#">√</a>	<a href="#">√</a>	<a href="#">√</a>	<a href="#">7410</a>

第十三項 女性生殖

五、子宮體 Corpus Uteri (80401-80430)

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
80416B	腹腔鏡全子宮切除術 <del>Laparoscopy</del> Laparoscopic hysterectomy 註：不得同時申報80430B。		v	v	v	29753
80425C	腹腔鏡子宮肌瘤切除術 <del>Laparoscopy</del> Laparoscopic myomectomy 註：不得同時申報80430B。	v	v	v	v	25907

## 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正規定

## 第一部總則十 附表須事前審查之診療項目

序號	編號	診療項目名稱	適應症	備註
二	86006C 86007C 86008C 86011C 86012C 86013C <del>97601K</del> <del>97602A</del> <del>97603B</del> 97605K 97606A 97607B 97608C	白內障手術		<p><del>1. 具下列條件之個案需事前專案向保險人申請。</del></p> <p><del>(1) 每月門住診白內障手術加總超過四十例之醫師；前開四十例計算不合執行醫令代碼86013C之個案，惟個案術前術後照片需保存於病歷內以供備查。</del></p> <p><del>(自事實發生之次月起算，每超過四十例以上仍須申請事前審查，列管時間為六個月，期滿得由保險人評估是否繼續列管)。</del></p> <p>1. <u>五十五歲以下未滿五十五歲</u>施行白內障手術之個案，<u>需事前審查</u>。</p> <p>2. 申請事前審查應檢附下列文件：  (1)白內障術前檢查記錄：包括  <del>(一)</del>a.裸視、矯正視力。  <del>(二)</del>b.眼壓。  <del>(三)</del>c.角膜、前房、水晶體。  <del>(四)</del>d.視網膜及玻璃體。  <del>(五)</del>e.DBR雙眼紀錄(包括角膜弧度、眼軸長度及IOL度數)。  <del>(六)</del>f.白內障照片。  (2)病患之中文手術同意書。</p> <p>3. 申報費用應檢附之資料依支付標準規定。</p>

## 第二部 西醫

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

#### 第七節 手術

#### 第十七項、視器 Visual System

#### 六、水晶體 Crystalline Lens (86001-86013)

通則：

1. 限眼科專科醫師施行後申報
2. 每月門、住診白內障手術(含 86006C、86007C、86008C、86011C、86012C，以及 97605K、97606A、97607B、97608C 所內含前揭項目)加總超過四十例之醫師，自事實發生之當月起算，第四十一例以上須於申報費用前，至 VPN「白內障個案登錄系統」，取得「登錄完成序號」，並於申報時填列此序號，方得支付

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
86001C	膜性白內障切開術 Dissection of membranous cataract under microscope	v	v	v	v	3500
86002C	白內障線狀摘出術 Linear extraction for cataract 註：屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數4070點申報。	v	v	v	v	4884
86005C	白內障切囊術 Capsulectomy for cataract 註：屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數4070點申報。	v	v	v	v	4884
86006C	水晶體囊切開吸引術 Lens capsulotomy and aspiration of lens under microscope	v	v	v	v	4488
86007C	水晶體囊外（內）摘除術 Extracapsular (intracapsular) lens extraction (ECLE) (ICLE) 註： 1. 包括虹膜切開術(including iridotomy)。 2. 申報費用應檢附術前檢查結果、病歷影本、手術摘要。	v	v	v	v	7500
86008C	水晶體囊內（外）摘除術及人工水晶體置入術 Intracapsular (extracapsular) lens extraction under microscope + IOL insertion 註： 1. 包括虹膜切開術(including iridotomy)。 2. 申報費用應檢附術前檢查結果、病歷影本、手術摘要。 3. Phacoemulsification + PCIOL比照申報。	v	v	v	v	9000
86009C	囊外水晶體超音波乳化術 Phacoemulsification	v	v	v	v	7055
86010B	坦部水晶體切除術 Pars plana lensectomy (ocutome)		v	v	v	7960

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
	人工水晶體植入術 IOL implantation					
86011C	－第一次植入 primary	v	v	v	v	1960
86012C	－第二次植入secondary	v	v	v	v	5000
86013C	－調整術reposition	v	v	v	v	5000

## 第八部 品質支付服務

### 第二章 糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案

通則：

一、參與資格：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)糖尿病：醫事機構須組成照護團隊，醫事人員並經地方政府共同照護網認證後向保險人之分區業務組申請同意。

1.第一階段照護：

(1)團隊醫事人員資格如下：

A.醫師、護理衛教及營養衛教之專業人員須經各地方政府糖尿病共同照護網認證合格，地區醫院及基層院所之護理衛教及營養衛教人員，得依相關法規規定以共聘或支援方式辦理。

B.地區醫院及基層院所團隊醫事人員可為醫師加另一專業人員執行（可包括護理師、營養師、藥師），惟團隊仍需取得各地方政府糖尿病共同照護網醫師、護理衛教及營養衛教認證合格。

(2)上述參與資格如主管機關有最新規定，從其規定。

2.第二階段照護：個案完整申報新收案（P1407C）一次、追蹤（P1408C 或 P7001C）至少五次、年度評估（P1409C 或 P7002C）至少二次後，另得視病情需要進行衛教服務，申報第二階段照護項目。

(1)醫事人員資格如下：限內科、兒科、家醫科、新陳代謝、內分泌、心臟、腎臟專科醫師。除新陳代謝、內分泌、心臟、腎臟專科醫師及原第一階段照護醫師，其他專科醫師需接受中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國糖尿病學會、中華民國糖尿病衛教學會、台灣醫療繼續教育推廣學會或國民健康署公布之糖尿病健康促進機構所主辦之糖尿病相關課程八小時，並取得證明。

(2)限參與第一階段照護之醫事機構方能提供第二階段照護，第二階段照護醫師名單，醫事機構須向保險人各分區業務組申請同意。另第一階段照護醫師第一、二階段照護皆可執行。

3.申報本章費用之醫師，第一階段其當季個案追蹤率小於百分之二十者（指前一季已收案之個案中，於本季完成追蹤者），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（P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C）。

(二)初期慢性腎臟病：

- 1.健保特約院所~~一除之~~腎臟、心臟、新陳代謝專科醫師。~~外~~
- 2.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~~包含 Early CKD 核心課程及衛教課程，線上或實體均可），並取得證明，且每年得接受繼續教育課程 2 小時。
- 3.~~2~~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~~包含 Early CKD 核心課程及衛教課程，線上或實體均可），並取得證明，且每年得接受繼續教育課程 2 小時。
- 4.~~3~~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人完整之治療模式與適當的轉診服務。
- 5.~~4~~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、收案條件：

(一)糖尿病：最近九十天曾在該院所診斷為糖尿病（ICD-10-CM 前三碼為 E08-E13）至少同院所就醫達二次（含）以上者，才可收案，惟當次收案須以主診斷【門診醫療費用點數申報格式點數清單段之國際疾病分類碼（一）】收案。同一院所經結案對象 1 年內不得再收案，但院所仍可依本支付標準申報相關醫療費用。

(二)初期慢性腎臟病：

- 1.慢性腎臟疾病（Chronic Kidney Disease, CKD）Stage 1、2、3a 期病人~~患~~，經尿液及血液檢查後，已達下列條件者~~之慢性腎臟病患~~：
  - (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） $\geq 90$  ml/min/1.73 m<sup>2</sup> 且尿蛋白與尿液肌酸酐比值（Urine Protein and Creatinine Ratio, 以下稱 UPCR） $\geq 150$  mg/gm（或糖尿病病人~~患者~~UACR $\geq 30$  mg/gm）之病人~~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 m<sup>2</sup> 且 UPCR $\geq 150$  mg/gm（或糖尿病病人~~患者~~UACR $\geq 30$  mg/gm）之病人~~患~~。
  - (3)CKD stage 3a：中度慢性腎衰竭，eGFR 45~59.9 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> 之病人~~患~~。
- 2.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【門診醫療費用點數申報格式點數清單段之國際疾病分類碼（一）】申報。

(三)糖尿病合併初期慢性腎臟病：於同院所同時由前開糖尿病及初期慢性腎臟病收案之病人，應於病人同一次就診中，完成糖尿病及初期慢性腎臟病追蹤管理照護。

三、結案條件：

- 1.可歸因於病人者，如長期失聯（糖尿病及糖尿病合併初期慢性腎臟病 $\geq$ 三個月；初期慢性腎臟病 $\geq$ 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。
- 2.經醫師評估已可自行照護者。

3.初期慢性腎臟病及糖尿病合併初期慢性腎臟病病人，其腎功能持續惡化，Urine protein / creatinine ratio (UPCR)  $\geq 1000$  mg/gm，或 eGFR  $< 45$  ml/min/1.73 m<sup>2</sup>，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)

4.初期慢性腎臟病病人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。

#### 四、品質資訊之登錄及監測：

(一)特約院所應於健保資訊網服務系統系統 (VPN) 上傳必要欄位 (如附表 8.2.9、8.2.10、8.2.11)。

(二)特約醫療院所如依「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。

#### 五、醫療費用審查：

##### (一) 申報原則：

1.醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。

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，符合申報下列醫令者，於申報費用時，應依下列規範申報；未符合申報下列醫令者，依一般費用申報原則辦理。

A.P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C：門診醫療費用點數申報格式點數清單段之案件分類應填『E1』、特定治療項目代號 (一) 應填『E4』；住院醫療服務點數申報格式點數清單段之給付類別則填寫「C」。

B.P4301C、P4302C、P4303C：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』。

C.P7001C、P7002C：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『\*\*』。

(2)申報方式：併當月份送核費用申報。

##### (二) 審查原則：

1.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。

2.本章規範應於健保資訊網服務系統系統 (VPN) 登錄之檢驗 (查) 之任一病人檢驗值經保險人審查發現登載不實，將取消該年度之品質獎勵措施資格，並追扣該年度已核發之品質獎勵點數。如連續二年經保險人審查發現登載不實，自保險人文到日之次月起，二年內不得再申報本章費用。

#### 六、品質獎勵措施

##### (一)糖尿病：

1.門檻指標：以申報本章費用之醫師為計算獎勵之單位，符合下列門檻指標目標值之醫師，方可進入品質獎勵之評比對象。

##### (1)新收案率：

A.定義：指當年度符合收案條件 (最近九十天曾在該院所診斷為糖尿病 (ICD-10-CM 前三碼為 E08-E13) 同院所就醫達二次 (含) 以上之病人) 中，排除

已被其他醫師收案且未結案或前曾經自己收案的人數後，新被收案的比率。

B.門檻目標值：醫師新收案率須 $\geq 30\%$ 以上，限第一階段照護醫師有申報新收案 P1407C 者。

(2)收案人數 $\geq 50$ 人。

## 2.品質加成指標

(1)個案完整追蹤率：

► 定義：

A.分母：當年度該院所由該醫師收案之所有個案當中，排除第四季新收案之人數。

B.分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之個案當中，於當年度該院所完成下列條件者，視為達成追蹤。

(A)已申報年度評估者(P1409C 或 P1411C)，其申報當年度追蹤管理(P1408C 或 P1410C 或 P7001C) 次數達三次者。

(B)已申報新收案者(P1407C)，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+年度評估次數達三次者。

b.如為第二季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達二次者。

c.如為第三季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達一次者。

(C)當年度同時申報新收案(P1407C)及年度評估(P1409C 或 P1411C)者，以申報新收案(P1407C)之季別，依第B項之(B)原則辦理。

(2)HbA1C 控制良率 ~~HbA1C $< 7.0\%$ 比率(HbA1C 控制良好率)~~

► 定義：

A.分母：當年度該院所由該醫師收案之所有病人數。

~~當年度該院所由該醫師收案之所有個案當中之完成當年度追蹤管理及年度評估次數，排除第四季新收案個案。~~

B.分子：分母病人中，其最後一次 HbA1C 檢驗值 $< 7.0\%$  (80 歲以上病人 HbA1c $< 8.0\%$ ) 之人數。

~~當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之收案當中，其 HbA1C $< 7.0\%$  之次數比率。~~

(3)HbA1C 控制不良率 ~~HbA1C $> 9.0\%$ 比率(HbA1C 不良率)~~

► 定義：

A.分母：當年度該院所由該醫師收案之所有病人數。

~~當年度該院所由該醫師收案之所有收案當中之完成當年度追蹤管理及年度評估次數，排除第四季新收案個案。~~

B.分子：分母病人中，其最後一次 HbA1C 檢驗值 $> 9.0\%$ 之人數。

~~當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之收案當中，其 HbA1C $> 9.0\%$  之次數比率。~~

#### (4) HbA1C 進步率

▶ 定義：

A. 分母：由該院所該醫師收案，且當年度及前一年度均有登錄 HbA1C 檢驗值之人數。

B. 分子：分母病人中，其當年度最後一次 HbA1C 檢驗值較前一年度最後一次 HbA1C 檢驗值進步達 5% 以上（檢驗值成長率  $\leq -5\%$ ）之人數。

#### (5) LDL 控制良率 ~~LDL < 100mg/dl 比率 (LDL 良率)~~

▶ 定義：

A. 分母：當年度該院所由該醫師收案之所有病人數。

~~該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人數。~~

B. 分子：分母病人中，其最後一次 LDL 檢驗值 < 100mg/dL 之人數。

~~該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人數中，其 LDL < 100mg/dl 之次數比率。~~

#### (6) LDL 控制不良率 ~~LDL > 130mg/dl 比率 (LDL 不良率)~~

▶ 定義：

A. 分母：當年度該院所由該醫師收案之所有病人數。

~~該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人數。~~

B. 分子：分母病人中，其最後一次 LDL 檢驗值 > 130mg/dL 之人數。

~~該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人數中，其 LDL > 130mg/dl 之次數比率。~~

#### (7) LDL 進步率

▶ 定義：

A. 分母：由該院所該醫師收案，且當年度及前一年度均有登錄 LDL 檢驗值之人數。

B. 分子：分母病人中，其當年度最後一次 LDL 檢驗值較前一年度最後一次 LDL 檢驗值進步達 10% 以上（檢驗值成長率  $\leq -10\%$ ）之人數。

### 3. 品質卓越獎

(1) 以醫院、診所分組，並再依各醫師新收案率分為二組（以新收案率  $\leq 55\%$  及  $> 55\%$  予區分），合計共分為 四 組。

(2) 各組依上述個案完整追蹤率、HbA1C 控制良率、HbA1C 控制不良率、HbA1C 進步率、LDL 控制良率、LDL 控制不良率、LDL 進步率 等 七 項指標比率分別排序（收案完整追蹤率、控制良率及 進步率 為由高排至低；控制不良率為由低排至高），再將各指標之序別各乘上 七 分之一後相加重新排序，取排序總和前百分之二十五之醫師，惟當年度新參與方案之醫師，須於次年方得參與品質獎勵評比，依該醫師所收個案中達成完整追蹤之個案數，每個個案數給予 1,000 點獎勵，當年度新收個案則依完整追蹤季數等比例支付。

▶ 收案人數定義：當年度該院所由該醫師申報新收案（P1407C）或年度評估（P1409C）之病人歸戶數（如個案僅申報追蹤管理，則將無法被歸戶為某醫師所收案之個案；如醫師有兼任情形則會依院所分別歸戶）。

#### 4.品質進步獎：

- (1)依前一年度之各組個案收案完整追蹤率、HbA1C 控制良率、HbA1C 控制不良率、HbA1C 進步率、LDL 控制良率、LDL 控制不良率、LDL 進步率等七五項指標為基準年，計算品質獎勵進步獎，惟醫師需有全曆年之指標為基準年，當得於基準年後之次年參與品質獎勵進步獎之計算(即醫師需有二個完整全曆年申報本章費用)。
- (2)門檻指標及品質加成指標計算方式同本通則六五之(一)之1.2規定。
- (3)各組依兩年度之七五項品質指標比率相減，七五項品質指標中均需進步或持平，依該醫師所收個案中達成完整追蹤之個案數，每個個案數給予500點獎勵，當年度新收個案則依完整追蹤季數等比例支付，並排除該年度品質卓越獎之得獎醫師。

5.品質進步獎與品質卓越獎，合計整體獎勵金額不得超過當年度糖尿病照護管理費用的百分之三十。

#### (二)初期慢性腎臟病：

- 1.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。
- 2.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。
  - A.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。
  - B.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。

3.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 分期較前一年度最後一次照護新收案時改善(如由 stage 2 改善為 stage 1)。
- (2)eGFR 較前一年度最後一次照護新收案時改善(eGFR > 前一年度最後一次檢驗值新收案時)，且下列良好指標至少需有2項指標由異常改善為正常。
  - A.血壓控制：由前一年度最後一次照護新收案 $\geq 140/90$  mmHg 改善為 < 130/80 mmHg。
  - B.糖尿病病人患-HbA1c 控制：由前一年度最後一次照護新收案 $\geq 7.0\%$ 改善為 < 7.0%。
  - C.低密度脂蛋白(LDL)：由前一年度最後一次照護新收案 $\geq 130$  mg/dl 改善為 < 130 mg/dl。
  - D.戒菸(持續六個月以上無抽菸行為)：由前一年度最後一次照護新收案抽菸改善為戒菸。

4.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。

(三)糖尿病合併初期慢性腎臟病：

1.品質獎勵指標：

(1)UACR 控制良率

▶定義：

A.分母：當年度該院所收案之所有病人數。

B.分子：分母病人中，其最後一次 UACR 檢驗值<30mg/gm 之人數。

(2)UACR 控制不良率

▶定義：

A.分母：當年度該院所收案之所有病人數。

B.分子：分母病人中，其最後一次 UACR 檢驗值>300mg/gm 之人數。

(3)UACR 進步率

▶定義：

A.分母：由該院所收案，且當年度及前一年度均有登錄 UACR 檢驗值之人數。

B.分子：分母病人中，其當年度最後一次 UACR 檢驗值較前一年度最後一次 UACR 檢驗值進步達 5%以上（檢驗值成長率 $\leq$ -5%）之人數。

(4)HbA1C 控制良率

▶定義：

A.分母：當年度該院所收案之所有病人數。

B.分子：分母病人中，其最後一次 HbA1C 檢驗值<7.0%（80 歲以上病人 HbA1c<8%）之人數。

(5)HbA1C 控制不良率

▶定義：

A.分母：當年度該院所收案之所有病人數。

B.分子：分母病人中，其最後一次 HbA1C 檢驗值>9.0%之人數。

(6)HbA1C 進步率

▶定義：

A.分母：由該院所收案，且當年度及前一年度均有登錄 HbA1C 檢驗值之人數。

B.分子：分母病人中，其當年度最後一次 HbA1C 檢驗值較前一年度最後一次 HbA1C 檢驗值進步達 5%以上（檢驗值成長率 $\leq$ -5%）之人數。

(7)LDL 控制良率

▶定義：

A.分母：當年度該院所收案之所有病人數。

B.分子：分母病人中，其最後一次 LDL 檢驗值<100mg/dL 之人數。

(8)LDL 控制不良率

▶定義：

A.分母：當年度該院所收案之所有病人數。

B.分子：分母病人中，其最後一次 LDL 檢驗值>130mg/dL 之人數。

### (9)LDL 進步率

#### ▶定義：

A.分母：由該院所收案，且當年度及前一年度均有登錄 LDL 檢驗值之人數。

B.分子：分母病人中，其當年度最後一次 LDL 檢驗值較前一年度最後一次 LDL 檢驗值進步達 10%以上（檢驗值成長率 $\leq$ -10%）之人數。

#### 2.獎勵方式：

(1)以醫院、診所分組，依上述 UACR 控制良率、UACR 控制不良率、UACR 進步率、HbA1c 控制良率、HbA1c 控制不良率、HbA1c 進步率、LDL 控制良率、LDL 控制不良率、LDL 進步率 9 項指標結果排序，良率及進步率為由高排至低，不良率為由低排至高，再將各指標之序別各乘上九分之一後相加重新排序，取排序總和前百分之三十之院所，依該院所收案個案數，每個個案數給予 1,000 點獎勵。

(2)前項獎勵費，應有部分分配予參與方案之醫師及個案管理師等照護團隊人員。

3.參考指標：同時具高血壓病人使用血管收縮素轉化酶抑制劑（ACEI）或血管收縮素受體阻斷劑（ARB）藥物之病人比率。

#### (四)胰島素注射獎勵措施：

1.適用對象：因糖尿病主診斷就醫且使用糖尿病藥品（ATC 前三碼為 A10）者，收案及非收案之糖尿病病人皆適用。

2.獎勵方式：按當年度糖尿病病人中新增胰島素注射個案數計算，每新增加一人，獎勵 500 點。

(1)胰島素注射定義為「胰島素注射天數達二十八天以上」。

(2)新增胰島素注射個案數係指「前一年未注射胰島素或注射未達二十八天以上者」。

#### 七、本章之疾病管理照護費用及品質獎勵措施費用來源：

(一)糖尿病、糖尿病合併初期慢性腎臟病及胰島素注射獎勵措施：由全民健康保險醫院總額及西醫基層總額之「醫療給付改善方案」專款項下支應，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。

(二)初期慢性腎臟病：由全民健康保險其他預算之「腎臟病照護及病人衛教計畫」專款項下支應。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。

八、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。

九、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，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
P1407C	<p><u>糖尿病</u></p> <p>—第一階段新收案管理照護費</p> <p>註：1.照護項目詳附表8.2.1，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。</p> <p>2.地區醫院及基層院所之團隊醫事人員可為醫師加另一專業人員執行。</p>	v	v	v	v	650
P1408C	<p>—第一階段追蹤管理照護費</p> <p>註：1.照護項目詳附表8.2.2，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。</p> <p>2.申報新收案後至少須間隔七週才能申報本項，本項每年度最多申報三次，每次間隔至少十週。<u>若當年度同時有申報P1410C或P7001C，合計最多申報三次。</u></p> <p>3.地區醫院及基層院所之團隊醫事人員如為醫師加另一專業人員執行，則申報點數為本項點數之80%。</p> <p><u>4.不得與P7001C同時申報。</u></p> <p><u>5.4</u>進入第二階段管理照護一年內不得再申報第一階段管理照護費P1408C、P1409C。</p>	v	v	v	v	200
P1409C	<p>—第一階段年度評估管理照護費</p> <p>註：1.照護項目詳附表8.2.3，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。</p> <p>2.申報追蹤管理照護費後至少間隔十週才能申報本項，本項限執行P1407C或<del>P1408C</del>或P7001C追蹤合計達三次(含)以上者始得申報，本項每年度最多申報一次。</p> <p>3.地區醫院及基層院所之團隊醫事人員如為醫師加另一專業人員執行，則申報點數為本項點數之80%。</p> <p><u>4.不得與P7002C同時申報。</u></p> <p><u>5.4</u>進入第二階段管理照護一年內不得再申報第一階段管理照護費P1408C、P1409C。</p>	v	v	v	v	800
P1410C	<p>—第二階段追蹤管理照護費</p> <p>註：1.照護項目參考附表8.2.2之檢驗項目，另得視病情需要進行衛教服務。除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。</p> <p>2.本項每年度最多申報三次，每次間隔至少十週。<u>若當年度同時有申報P1408C或P7001C，合計最多申報三次。</u></p> <p><u>3.不得與P7001C同時申報。</u></p>	v	v	v	v	100

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
P1411C	<p>—第二階段年度評估管理照護費</p> <p>註：1.照護項目參考附表8.2.3之檢驗項目，另得視病情需要進行衛教服務。除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。</p> <p>2.申報追蹤管理照護費後至少間隔十週才能申報本項，本項限執行P1408C或<del>P1410C</del>或P7001C追蹤合計達三次(含)以上者始得申報，本項每年度最多申報一次。</p> <p><u>3.不得與P7002C同時申報。</u></p>	v	v	v	v	300
P4301C	<p><u>初期慢性腎臟病</u></p> <p>—新收案管理照護費</p> <p>註：應記錄「新收案個案管理基本資料參考表」(詳附表<u>8.2.58-3-3</u>)及檢查、檢驗與衛教情形等資料(詳附表<u>8.2.58-3-4</u>)。除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。</p>	v	v	v	v	200
P4302C	<p>—追蹤管理照護費</p> <p>註：1.應記錄追蹤檢查、檢驗與衛教情形等資料(詳附表<u>8.2.58-3-4</u>)。除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。</p> <p>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。<u>若當年度同時有申報P7001C，兩者合計最多申報三次。</u></p> <p><u>3.不得與P7001C同時申報。</u></p>	v	v	v	v	200
P4303C	<p>—轉診照護獎勵費</p> <p>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。</p> <p>2.跨院需填寫「全民健康保險轉診單」(如附表<u>8.2.88-3-6</u>，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)</p> <p>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。</p> <p><u>4.不得與P7003C同時申報。</u></p>	v	v	v	v	200

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
P7001C	<p><u>糖尿病合併初期慢性腎臟病</u></p> <p><u>—追蹤管理照護費</u></p> <p>註：1.院所照護同時於糖尿病及初期慢性腎臟病收案之病人，需於同一次就診完成二項疾病之追蹤管理（照護項目同附表8.2.2及附表8.2.5），並以本項目申報，且當次就診不得再另申報P1408C、P1410C及P4302C。</p> <p>2.除檢驗檢查項目外，表列照護項目之費用已內含於本項所訂點數內。</p> <p>3.地區醫院及基層院所之團隊醫事人員如為醫師加另一專業人員執行，則申報點數為本項點數之80%。</p> <p>4.至少須間隔任一方案之新收案後七週才能申報本項，每年度最多申報三次，每次間隔至少十週。若年度中因個案尚未同時參與同院所糖尿病及初期慢性腎臟病收案照護，有單一疾病追蹤管理者，仍得以該次追蹤管理疾病別申報 P1408C(或 P1410C)或 P4302C，惟每年度分別與本項合計最多申報仍為三次，每次間隔至少十週。</p>	Y	Y	Y	Y	400
P7002C	<p><u>—年度評估管理照護費</u></p> <p>註：1.照護項目同附表8.2.3，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。</p> <p>2.申報追蹤管理照護費後至少間隔十週才能申報本項，本項限執行P1407C及P1408C或P7001C合計達三次(含)以上者始得申報，本項每年度最多申報一次。</p> <p>3.地區醫院及基層院所之團隊醫事人員如為醫師加另一專業人員執行，則申報點數為本項點數之80%。</p>	Y	Y	Y	Y	800
P7003C	<p><u>—轉診照護獎勵費</u></p> <p>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。</p> <p>2.跨院需填寫「全民健康保險轉診單」(同附表8.2.8，一份留存院所)，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)</p> <p>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。</p>	Y	Y	Y	Y	200

附表 8.2.1 新收案診療項目參考表 (適用編號 P1407C) Components of the initial visit

<p>1. 醫療病史 (Medical history)</p> <p>(1) 與診斷關聯之症狀、檢驗室結果 Symptoms, laboratory results related to diagnosis                  (2) 營養評估, 體重史 Nutritional assessment, weight history                  (3) 過去及現在治療計畫 Previous and present treatment plans                  A. 藥物 Medications                  B. 營養治療 Medical Nutrition Therapy                  C. 病人自主管理訓練 Self-management training                  D. 血糖自我管理及其使用結果 SMBG and use of results                  (4) 現在治療執行方案 Current treatment program                  (5) 運動史 Exercise history                  (6) 急性併發症 Acute complications                  (7) 感染病史 History of infections                  (8) 慢性糖尿病併發症 Chronic diabetic complications                  (9) 藥物史 Medication history                  (10) 家族史 Family history                  (11) 冠狀動脈心臟病危險因素 CHD risk factors                  (12) 心理社會/經濟因素 Psychosocial/economic factors                  (13) 菸酒之使用 Tobacco and alcohol use</p>	<p>2. 身體檢查 (Physical examination)</p> <p>(1) 身高與體重 Height and weight                  (2) 血壓 Blood pressure                  * (3) 23501C 眼底鏡檢 Ophthalmoscopic examination (視網膜散瞳檢查; 散瞳劑內含) 或 23502C 眼底攝影; 惟如由眼科專科醫師執行間接式眼底鏡檢查(23702C), 則不需再執行上述項目。                  (4) 甲狀腺觸診 Thyroid palpation                  (5) 心臟檢查 Cardiac examination                  (6) 脈搏評值 Evaluation of pulses                  (7) 足部檢查 Foot examination                  (8) 皮膚檢查 Skin examination                  (9) 神經學檢查 Neurological examination                  (10) 口腔檢查 Oral examination                  (11) 性成熟度評估 (如屬青春前期後) Sexual maturation (if peripubertal)</p>
<p>3. 檢驗室評估 (Laboratory evaluation)</p> <p>* (1) 09005C 空腹血漿葡萄糖或微血管血糖 Fasting plasma glucose or capillary blood sugar                  * (2) 09006C 醣化血紅素 HbA1C(符合醣化白蛋白檢驗適應症個案, 得以 09139C(醣化白蛋白)替代)                  * (3) 空腹血脂 Fasting lipid profile (09001C 總膽固醇 cholesterol, total, 09004C 三酸甘油酯 triglyceride(TG)、09043C 高密度脂蛋白膽固醇 HDL cholesterol、09044C 低密度脂蛋白膽固醇 LDL cholesterol)                  * (4) 09015C 血清肌酐 Scrum creatinine                  * (5) 09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉胺基酶 SGPT (or ALT)                  * (6) 06013C 尿液分析 (尿生化檢查) Urine biochemistry examination                  * (7) 12111C 微量白蛋白                  * (8) 09016C 肌酐、尿 Creatinine (U) CRTN                  □ (9) 13007C 細菌培養鑑定檢查 (視情況而定) Urine culture (if indicated)                  □ (10) 27004C 甲狀腺刺激素放射免疫分析(第一型病人) TSH (type 1 patients)                  □ (11) 18001C 心電圖 (成人) Electrocardiogram (adults)</p>	<p>4. 管理計畫 (Management Plan)</p> <p>(1) 短期與長期目標 Short- and long-term goals                  (2) 藥物 Medications                  (3) 營養治療 Medical nutrition therapy                  (4) 生活型態改變 Lifestyle changes                  (5) 自主管理教育 Self-management education                  (6) 監測接受指導遵循度 Monitoring instructions                  * (7) 年度轉診至眼科專科醫師 (視情況而定) Annual referral to eye specialist (if indicated)                  (8) 其他專科醫師會診 (視情況而定) Specialty consultations (as indicated)                  (9) 同意接受持續性支持或追蹤的約定 Agreement on continuing support / follow-up                  (10) 協助預約流行感冒疫苗 (influenza vaccine) 接種 (視個別院所情況而定)</p>
<p>5. 糖尿病自主管理教育 (Diabetes Self-management Education)</p>	
<p>(1) 糖尿病自主管理教育 (Diabetes Self-management Education, DSME): 由糖尿病病人和衛教人員共同參與的一種互動的、整合式及進行中的過程, 包括: a) 個體特殊教育需求的評估; b) 確認個體特殊的糖尿病自主管理目標之設定; c) 依個別的糖尿病自主管理目標進行教育及促進行為改變上的介入; d) 依個別的糖尿病自主管理目標進行評價。</p> <p>(2) 建議標準如下:</p> <p>A. 結構面: 病歷紀錄應包括: a) 描述糖尿病疾病過程及治療之選項; b) 營養管理之整合; c) 日常身體活動之整合; d) 針對治療效益來利用藥物 (必要時) 的情形; e) 血糖監測、尿酮 (必要時) 及運用相關檢驗數據來改善急性合併症之預防、偵測與治療之情形; f) 慢性合併症之預防 (由減少危險行為著手)、偵測及治療之情形; g) 生活型態改變—個人問題的診斷; h) 以促進健康為主來設定的目標, 及日常生活中問題解決的方式; i) 與日常生活中心理社會調適之整合; j) 懷孕婦女及妊娠性糖尿病的管理 (含 preconception care)。</p> <p>B. 過程面: 病歷紀錄應包括: 個案評估、衛生教育計畫、介入、評價及定期追蹤之情形, 並記錄衛教人員、醫師及轉診資源等醫療團隊之整體式照護。</p> <p>C. 結果面: 提供糖尿病自主管理教育的單位或機構, 應進行持續性品質改善計畫, 以結果面來評估衛生教育之效益及提出品質改善的機會。</p>	

註

- 參照中華民國糖尿病學會「2010 糖尿病臨床照護指引」。
- 表列檢驗、檢查與服務項目中, 「※」及「\*」註記表示為診療指引建議必要執行診療項目, 「□」註記表示為診療指引建議得視病人病情 (if indicated) 為選擇性執行項目。
- 本表所列項目除有「※」、「\*」及「□」註記項目得另行核實申報費用以外, 餘均內含於 P1407C 所訂費用之內, 不得另行重複申報。
- 糖尿病學會建議若糖尿病病人尿液常規檢查若未驗出蛋白尿, 可加做微量白蛋白檢查, 將微量白蛋白改為有條件式之必要檢查項目(註: 尿液常規檢查未驗出蛋白尿者。)

附表 8.2.2 追蹤管理診療項目參考表（適用編號 P1408C）

Potential components of continuing care visits

1. 醫療病史 (Medical history)	2. 身體檢查 (Physical examination)
(1)評估治療型態 Assess treatment regimen A. 低或高血糖之頻率／嚴重度 Frequency/severity of hypo-/hyperglycemia B. 自我血糖監測結果 SMBG results C. 病人治療型態之調整 Patient regimen adjustments D. 病人接受專業指導遵循度之問題 Adherence problems E. 生活型態改變 Lifestyle changes F. 併發症的症狀 Symptoms of complications G. 其他醫療疾病 Other medical illness H. 藥物 Medications I. 心理社會方面 Psychosocial issues J. 菸酒之使用 Tobacco and alcohol use	(1)每次常規性糖尿病回診 Every regular diabetes visit A. 體重 weight B. 血壓 Blood pressure C. 先前身體檢查之異常點 Previous abnormalities on the physical exam (2)足部檢查 (視情況而定): 足部狀況屬高危險性者需增加檢查次數 Foot examination (if indicated): more often in patients with high-risk foot conditions
3. 檢驗室評值 (Laboratory evaluation)	4. 管理計畫評值 (Evaluation of Management Plan)
※(1)09006C 糖化血紅素 HbA1C A. 三個月一次為原則，須配合初診及年度檢查的結果追蹤 (Quarterly if treatment changes or patient is not meeting goals) B. 如病情穩定一年至少二次 (At least twice per year if stable) C. 符合醣化白蛋白檢驗適應症個案，得以 09139C(醣化白蛋白)替代 ※(2)09005C 空腹血漿葡萄糖或微血管血糖 Fasting plasma glucose or capillary blood sugar	(1)短期與長期目標 Short- and long-term goals (2)藥物 Medications (3)血糖 Glycemia (4)低血糖之頻率／嚴重度 Frequency/severity of hypoglycemia (5)血糖自我管理結果 SMBG results (6)併發症 Complications (7)血脂異常之控制 Control of dyslipidemia (8)血壓 Blood pressure (9)體重 Weight (10)營養治療 Medical Nutrition Therapy (11)運動治療型態 Exercise regimen (12)病人接受自我管理訓練之遵循度 Adherence to self-management training (13)轉診之追蹤 Follow-up of referrals (14)心理社會之調適 Psychosocial adjustment (15)糖尿病知識 Knowledge of diabetes (16)自我管理技能 Self-management skills (17)戒菸 (若為抽菸者) Smoking cessation, if indicated (18)協助預約流行感冒疫苗 (influenza vaccine) 接種 (視個別院所情況而定)
5. 糖尿病自主管理教育 (Diabetes Self-management Education)	
建議標準如下： A. 結構面：按前次照護結果做追蹤應付，病歷紀錄應包括：a)描述糖尿病疾病過程及治療之選項；b)營養管理之整合；c)日常身體活動之整合；d)針對治療效益來利用藥物 (必要時) 的情形；e)血糖監測、尿酮 (必要時) 及運用相關檢驗數據來改善急性合併症之預防、偵測與治療之情形；f)慢性合併症之預防 (由減少危險行為著手)、偵測及治療之情形；g)生活型態改變—個人問題的診斷；h)以促進健康為主來設定的目標，及日常生活中問題解決的方式；i)與日常生活中心理社會調適之整合；j)懷孕婦女及妊娠性糖尿病的管理 (含 preconception care)。 B. 過程面：病歷紀錄應包括：個案評估、衛生教育計畫、介入、評價及追蹤之情形，並記錄衛教人員、醫師及轉診資源等醫療團隊之整體式照護。 C. 結果面：提供糖尿病自主管理教育的單位或機構，應進行持續性品質改善計畫，以結果面來評估衛生教育之效益及提出品質改善的機會。	

註：

- 參照中華民國糖尿病學會「2010 糖尿病臨床照護指引」。
- 表列檢驗及服務項目中，「※」及「\*」註記表示為診療指引建議必要執行診療項目。
- 本表所列項目除有「※」、「\*」註記項目得另行核實申報費用以外，餘均內含於 P1408C、P1410C 所訂費用之內，不得另行重複申報。

附表 8.2.3 年度檢查診療項目參考表（適用編號 P1409C）

Potential components of continuing care visits (annual exam)

1. 醫療病史 (Medical history)	2. 身體檢查 (Physical examination)
(1) 評估治療型態 Assess treatment regimen A. 低或高血糖之頻率/嚴重度 Frequency/severity of hypo-/hyperglycemia B. 自我血糖監測結果 SMBG results C. 病人治療型態之調整 Patient regimen adjustments D. 病人接受專業指導遵循度之問題 Adherence problems E. 生活型態改變 Lifestyle changes F. 併發症的症狀 Symptoms of complications G. 其他醫療疾病 Other medical illness H. 藥物 Medications I. 心理社會方面 Psychosocial issues J. 菸酒之使用 Tobacco and alcohol use	(1) 年度身體檢查 Physical examination annually * (2) 23501C 年度散瞳眼睛檢查 Dilated eye examination annually 或 23502C 眼底攝影；惟如由眼科專科醫師執行間接式眼底鏡檢查(23702C)，則不需再執行上述項目。 (3) 每次常規性糖尿病回診 Every regular diabetes visit A. 體重 weight B. 血壓 Blood pressure C. 先前身體檢查之異常點 Previous abnormalities on the physical exam (4) 年度足部檢查：足部狀況屬高危險性者需增加檢查次數 Foot examination annually; more often in patients with high-risk foot conditions
3. 檢驗室評值 (Laboratory evaluation)	4. 管理計畫評值 (Evaluation of Management Plan)
※(1) 09006C 糖化血紅素 HbA1C(符合糖化白蛋白檢驗適應症個案，得以 09139C(糖化白蛋白)替代) ※(2) 09005C 空腹血漿葡萄糖或微血管血糖 Fasting plasma glucose or capillary blood sugar ※(3) 年度空腹血脂 Fasting lipid profile annually, unless low risk (09001C 總膽固醇 cholesterol, total、09004C 三酸甘油酯 triglyceride(TG)、09043C 高密度脂蛋白膽固醇 HDL cholesterol、09044C 低密度脂蛋白膽固醇 LDL cholesterol) ※(4) 09015C 血清肌酐 Scrum creatinine ※(5) 09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉胺基酶 SGPT (or ALT) ※(6) 06013C 尿液分析 (尿生化檢查) Urine biochemistry examination ※(7) 12111C 微量白蛋白 Microalbumin (Nephelometry) ※(8) 09016C 肌酐、尿 Creatinine (U) CRTN □(9) 18001C 心電圖(成人) Electrocardiogram (adults)	(1) 短期與長期目標 Short- and long-term goals (2) 藥物 Medications (3) 血糖 Glycemia (4) 低血糖之頻率/嚴重度 Frequency/severity of hypoglycemia (5) 血糖自我管理結果 SMBG results (6) 併發症 Complications (7) 血脂異常之控制 Control of dyslipidemia (8) 血壓 Blood pressure (9) 體重 Weight (10) 營養治療 Medical Nutrition Therapy (11) 運動治療型態 Exercise regimen (12) 病人接受自主管理訓練之遵循度 Adherence to self-management training (13) 轉診之追蹤 Follow-up of referrals (14) 心理社會之調適 Psychosocial adjustment (15) 糖尿病知識 Knowledge of diabetes (16) 自主管理技能 Self-management skills (17) 戒菸 (若為抽菸者) Smoking cessation, if indicated (18) 協助預約流行感冒疫苗 (influenza vaccine) 接種 (視個別院所情況而定)
5. 糖尿病自主管理教育 (Diabetes Self-management Education)	
建議標準如下： A. 結構面：按前次照護結果做追蹤應對，病歷紀錄應包括：a)描述糖尿病疾病過程及治療之選項；b)營養管理之整合；c)日常身體活動之整合；d) 針對治療效益來利用藥物 (必要時) 的情形；e)血糖監測、尿酮 (必要時) 及運用相關檢驗數據來改善急性合併症之預防、偵測與治療之情形；f)慢性合併症之預防 (由減少危險行為著手)、偵測及治療之情形；g)生活型態改變—個人問題的診斷；h)以促進健康為主來設定的目標，及日常生活中問題解決的方式；i)與日常生活中心理社會調適之整合；j)懷孕婦女及妊娠性糖尿病的管理 (含 preconception care)。 B. 過程面：病歷紀錄應包括：個案評估、衛生教育計畫、介入、評價及追蹤之情形，並記錄衛教人員、醫師及轉診資源等醫療團隊之整體式照護。 C. 結果面：提供糖尿病自主管理教育的單位或機構，應進行持續性品質改善計畫，以結果面來評估衛生教育之效益及提出品質改善的機會。	

註：

1. 參照中華民國糖尿病學會「2010 糖尿病臨床照護指引」。
2. 表列檢驗、檢查與服務項目中，「※」及「\*」註記表示為診療指引建議必要執行診療項目，「□」註記表示為診療指引建議得視病人病情 (if indicated) 為選擇性執行項目。
3. 本表所列項目除有「※」、「\*」及「□」註記項目得另行核實申報費用以外，餘均內含於 P1409C、P1411 所訂費用之內，不得另行重複申報。

## 附表 8.2.4 初期慢性腎臟疾病個案管理

### 一、慢性腎臟疾病(CKD)之分期:

分期	描述	估計腎絲球過濾率(eGFR)
Stage 1	腎絲球過濾率正常或增加，但有蛋白尿、血尿等腎臟損傷狀況	$\geq 90$ ml/min/1.73m <sup>2</sup>
Stage 2	腎絲球過濾率輕微下降，併有蛋白尿、血尿等狀況	60-89.9 ml/min/1.73m <sup>2</sup>
Stage 3	腎絲球過濾率中等程度下降 IIIa 期 IIIb 期	30-59.9 ml/min/1.73m <sup>2</sup> 45-59.9 ml/min/1.73m <sup>2</sup> 30-44.9 ml/min/1.73m <sup>2</sup>
Stage 4	腎絲球過濾率嚴重下降	15-29.9 ml/min/1.73m <sup>2</sup>
Stage 5	腎臟衰竭	<15 ml/min/1.73m <sup>2</sup>

註:1.慢性腎臟疾病(CKD)分類中，腎傷害或腎絲球過濾率下降需持續大於三個月以上

2.腎臟損傷指有影像學變化(如腎萎縮)或傷害指標(如蛋白尿、血尿等)

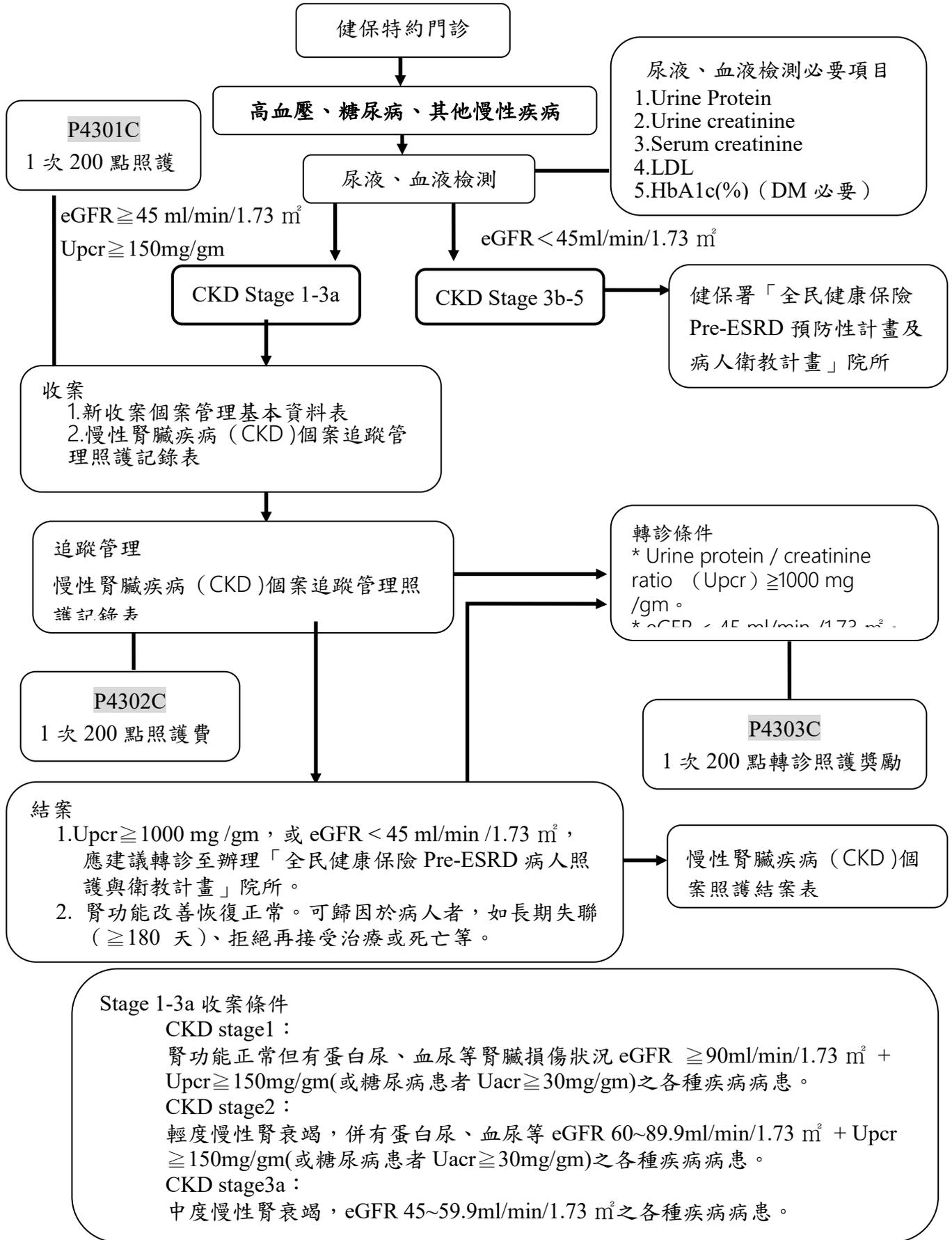
### 二、慢性腎臟疾病之篩檢

1.對於高危險群應定期檢查血中肌酸酐值及尿液(U<sub>PCR</sub> 或 U<sub>ACR</sub>)

2.高危險群:

- (A)高血壓、高血糖患者
- (B)長期服用藥物者
- (C)心血管疾病患者
- (D)結構性腎小管異常，腎結石或攝護腺腫大者
- (E)洗腎家族史或家族性腎疾病
- (F)潛在影響腎功能之系統性疾病(如 SLE)
- (G)長期食用中草藥者
- (H)隨機性血尿或尿蛋白
- (I)年紀>60 歲

三、慢性腎臟疾病管理流程



四、初期慢性腎臟疾病照護之衛教內容

<p>Stage 1：腎功能正常但有蛋白尿、血尿等腎臟損傷狀況 eGFR：<math>\geq 90</math> ml/min/1.73 m<sup>2</sup>，建議每六個月追蹤一次</p> <p>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 m<sup>2</sup>，建議每六個月追蹤一次</p> <p>Stage 3a：中度慢性腎衰竭，eGFR：45~59.9ml/min/1.73 m<sup>2</sup>，建議每六個月追蹤一次</p> <p>Stage 3b：中度慢性腎衰竭，eGFR：30~44.9 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>，建議每三個月追蹤一次</p>	
目標	衛教指導項目
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 認識腎臟的構造與功能</li> <li>● 認識腎臟疾病常見的症狀及檢查值</li> <li>● 如何預防腎臟疾病及其惡化，請勿擅自服食藥物</li> <li>● 願意配合定期門診追蹤</li> <li>● 願意接受定期護理指導計劃方案</li> <li>● 認識腎臟穿刺之必要性(<math>U_{PCR} &gt; 2,000</math> mg/gm 者)及轉診腎臟專科醫師</li> <li>● 認識高血脂、高血壓、糖尿病與腎臟病之相關性</li> <li>● 血壓、血糖、血糖、體種、腰圍與 BMI 之控制</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 認識腎臟的基本構造與功能</li> <li>2. 簡介腎臟疾病常見症狀及檢查值</li> <li>3. 腎臟病日常生活保健與預防</li> <li>4. 教導定期追蹤之重要性</li> <li>5. 教導服用藥物(包括中草藥及健康食品)前，須先徵詢醫師意見</li> <li>6. 腎臟穿刺切片檢查之介紹(<math>U_{PCR} &gt; 2,000</math> mg/gm 者)及轉診腎臟專科醫師</li> <li>7. 簡介高血壓及其併發症</li> <li>8. 簡介高血脂及其併發症</li> <li>9. 簡介糖尿病及其併發症</li> <li>10. 飲食原則之指導(含衛教單張發放)</li> </ol>

**附表 8.2.5 初期慢性腎臟病新收案個案管理基本資料參考表  
(適用編號 P4301C)**

收案編號：_____	病歷號碼：_____
姓名：_____	身分證字號：_____
性別： <input type="checkbox"/> 1.男 <input type="checkbox"/> 2.女	生日西元：_____年_____月_____日 年齡：_____
收案日期：西元：_____年_____月_____日	
聯絡電話：(_____) _____ (_____) _____	
通訊地址：_____縣、市 _____區鄉市鎮 _____村.里 _____路街 _____段 _____巷 _____弄 _____號 _____樓	

教育程度：	<input type="checkbox"/> 1.不識字 <input type="checkbox"/> 2.小學 <input type="checkbox"/> 3.初中 <input type="checkbox"/> 4.高中(職) <input type="checkbox"/> 5.大專(學)以上		
職業：	<input type="checkbox"/> 1.退休 <input type="checkbox"/> 2.農 <input type="checkbox"/> 3.軍公教 <input type="checkbox"/> 4.工 <input type="checkbox"/> 5.商 <input type="checkbox"/> 6.服務業 <input type="checkbox"/> 7.家管 <input type="checkbox"/> 8.無 <input type="checkbox"/> 9.其它_____		
家族史 (若有親人有罹患右側表列中疾病，請填入家屬代碼)	<input type="checkbox"/> 1.無 <span style="float:right;"><input type="checkbox"/>8.惡性腫瘤【    】</span> <input type="checkbox"/> 2.糖尿病【    】 <span style="float:right;"><input type="checkbox"/>9.遺傳性腎臟疾病【    】</span> <input type="checkbox"/> 3.高血壓【    】 <span style="float:right;"><input type="checkbox"/>10.多囊腎【    】</span> <input type="checkbox"/> 4.心臟病【    】 <span style="float:right;"><input type="checkbox"/>11.痛風【    】</span> <input type="checkbox"/> 5.腦血管病變(中風)【    】 <span style="float:right;"><input type="checkbox"/>12.自體免疫性疾病【    】</span> <input type="checkbox"/> 6.高血脂【    】 <span style="float:right;"><input type="checkbox"/>13.其他【    】</span> <input type="checkbox"/> 7.腎臟病或尿毒症【    】 <span style="float:right;"><input type="checkbox"/>14.不知</span>		
	A.父 B.母 C.兒女 D.兄弟姊妹 E.父系親戚 F.母系親戚 G.其他		
<b>個人健康評估</b>			
伴隨系統性疾病	<input type="checkbox"/> 無		
	病名	初次診斷時間	病名
	<input type="checkbox"/> 1.高血壓	年 月 日	<input type="checkbox"/> 18.視力衰退
	<input type="checkbox"/> 2.糖尿病	年 月 日	<input type="checkbox"/> 19.視網膜病變
	<input type="checkbox"/> 3.腎臟病	年 月 日	<input type="checkbox"/> 20.B型肝炎
	<input type="checkbox"/> 4.缺血性心臟病	年 月 日	<input type="checkbox"/> 21.C型肝炎
	<input type="checkbox"/> 5.心律不整	年 月 日	<input type="checkbox"/> 22.慢性肝疾病/肝硬化
	<input type="checkbox"/> 6.心臟衰竭	年 月 日	<input type="checkbox"/> 23.結核
	<input type="checkbox"/> 7.腦血管疾病	年 月 日	<input type="checkbox"/> 24.甲狀腺腫
	<input type="checkbox"/> 8.腫瘤	年 月 日	<input type="checkbox"/> 25.癲癇
	<input type="checkbox"/> 9.貧血	年 月 日	<input type="checkbox"/> 26.精神疾病
	<input type="checkbox"/> 10.關節炎	年 月 日	<input type="checkbox"/> 27.攝護腺肥大
	<input type="checkbox"/> 11.高膽固醇血症	年 月 日	<input type="checkbox"/> 28.皮膚病
	<input type="checkbox"/> 12.痛風或高尿酸血症	年 月 日	<input type="checkbox"/> 29.良性腫瘤
	<input type="checkbox"/> 13.過敏性鼻炎	年 月 日	<input type="checkbox"/> 30.惡性腫瘤
	<input type="checkbox"/> 14.氣喘	年 月 日	<input type="checkbox"/> 31.神經病變
	<input type="checkbox"/> 15.慢性肺疾病	年 月 日	<input type="checkbox"/> 32.自體免疫疾病
<input type="checkbox"/> 16.消化性潰瘍	年 月 日	<input type="checkbox"/> 33.其他	
<input type="checkbox"/> 17.功能性腸胃問題	年 月 日	<input type="checkbox"/> 34.藥物過敏 藥物名：	
<input type="checkbox"/> 35.食物過敏 食物名稱：			

危險因子	<input type="checkbox"/> 1.血壓高(130/85 以上) <input type="checkbox"/> 2.蛋白尿 <input type="checkbox"/> 3.高血脂(TG>150) <input type="checkbox"/> 4.低白蛋白血症 <input type="checkbox"/> 5.高血糖(AC>100) <input type="checkbox"/> 6.肥胖(BMI) <input type="checkbox"/> 7.懷孕 抽煙： <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有 持續每日：_____年_____支/每日 <input type="checkbox"/> 3.戒煙_____年 喝酒： <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有 持續：_____年 <input type="checkbox"/> 6.戒酒_____年 <input type="checkbox"/> 3.交際應酬 <input type="checkbox"/> 4.成癮 <input type="checkbox"/> 5.習慣性_____CC/每日 檳榔： <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有 持續_____年_____粒/每日 <input type="checkbox"/> 3.戒檳榔_____年
平時用藥習慣	<input type="checkbox"/> 1.處方用藥 <input type="checkbox"/> 2.中醫（中醫師處方） <input type="checkbox"/> 3.傳統草藥（無醫師處方） <input type="checkbox"/> 4.成藥 <input type="checkbox"/> 5.提神飲料_____ <input type="checkbox"/> 6.偏方 <input type="checkbox"/> 7.健康食品_____ <input type="checkbox"/> 8.口服止痛劑 <input type="checkbox"/> 9.針劑止痛劑 <input type="checkbox"/> 10.使用不明藥物 <input type="checkbox"/> 11.其他_____
健康知識與態度	1.如患慢性疾病是否按時就醫 <input type="checkbox"/> a.是 <input type="checkbox"/> b.否，原因_____ 2.請問您是否覺得體重與慢性疾病有相關？ <input type="checkbox"/> a.否 <input type="checkbox"/> b.是 3.請問您是否瞭解慢性疾病與飲食生活習慣有相關？ <input type="checkbox"/> a.否 <input type="checkbox"/> b.是 4.請問您是否每週至少運動三次，每次持續 30 分鐘以上？ <input type="checkbox"/> a.否 <input type="checkbox"/> b.是 5.整體來說，您認為自己的健康狀況如何？ <input type="checkbox"/> a.非常不好 <input type="checkbox"/> b.不好 <input type="checkbox"/> c.普通 <input type="checkbox"/> d.好 <input type="checkbox"/> e.非常好

**附表 8.2.6 初期慢性腎臟病個案追蹤管理照護紀錄參考表**  
**(適用編號 P4301C、P4302C)**

說明：本表之功能在於提醒醫護人員，病人已接受或應接受追蹤檢驗與衛教之日期，本頁請置於病人病歷內或病人個案管理檔案中

就診日期	年 月 日 新收案	年 月 日 個月後追蹤	年 月 日 個月後追蹤	年 月 日 個月後追蹤
血壓 (mmHg) 【必要】				
身高 (cm) 【必要】				
體重 (kg) 【必要】				
腰圍 (cm) (參考)				
臀圍 (cm) (參考)				
抽煙【必要】 □1.無 □2.有				
BMI (參考)				
尿液試紙 (參考)				
蛋白質				
潛血				
尿糖				
Urine PCR(mg/gm) 【必要】				
Urine ACR(mg/gm) (參考)				
Uric acid (mg/dl) (參考)				
Serum creatinine (mg/dl) 【必要】				
eGFR(MDRD) 【必要】				
CHOL (mg/dl) (參考)				
LDL (mg/dl) 【必要】				
HbA1c (%) (DM 必要)				
GA(%) (DM 病人且無 HbA1C 檢驗必填)				
Sugar AC (mg/dl) (DM 參考)				
長期藥物使用(>3M) 降血壓藥	□ACEI □ARB □CCB □DRI □其他：_____	□ACEI □ARB □CCB □DRI □其他：_____	□ACEI □ARB □CCB □DRI □其他：_____	□ACEI □ARB □CCB □DRI □其他：_____
胰島素	□是□否	□是□否	□是□否	□是□否
降血糖藥	□是□否	□是□否	□是□否	□是□否
降血脂藥	□是□否	□是□否	□是□否	□是□否
降尿酸藥	□是□否	□是□否	□是□否	□是□否
NSAID	□是□否	□是□否	□是□否	□是□否
中草藥	□是□否	□是□否	□是□否	□是□否
護理營養衛教記錄 衛教對象	□有□無 □本人 □家屬： □其他：_____	□有□無 □本人 □家屬： □其他：_____	□有□無 □本人 □家屬： □其他：_____	□有□無 □本人 □家屬： □其他：_____
衛教方式	□個別衛教 □電訪 □團體衛教 □其他：_____	□個別衛教 □電訪 □團體衛教 □其他：_____	□個別衛教 □電訪 □團體衛教 □其他：_____	□個別衛教 □電訪 □團體衛教 □其他：_____
醫護人員簽名				

## 附表 8.2.7 初期慢性腎臟疾病個案照護結案參考表

姓名：\_\_\_\_\_ 性別：男女 電話號碼：\_\_\_\_\_

病歷號碼：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日 身份證字號：\_\_\_\_\_

收案日期：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日 結案日期：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日 原發疾病：\_\_\_\_\_

結案原因：

- 1.轉診 CKD 防治院所照護或進入「全民健康保險 Pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教計畫」

轉診日期：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

轉診院所名稱：\_\_\_\_\_、院所代號\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_科、醫師 ID\_\_\_\_\_

轉診原因： Urine protein/creatinine ratio ( $U_{PCR}$ )  $\geq 1000$  mg/gm。

$30 \text{ ml/min/1.73 m}^2 \leq eGFR < 45 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ (Stage 3b)。

$15 \text{ ml/min/1.73 m}^2 \leq eGFR < 30 \text{ ml/min/1.73 m}^2$  者(Stage 4)。

$eGFR < 15 \text{ ml/min/1.73 m}^2$  者(Stage 5)。

- 2.腎功能改善恢復正常
- 3.長期失聯( $\geq 180$  天)
- 4.拒絕再接受治療
- 5.死亡
- 6.病人未執行本章管理照護超過一年者。

附表 8.2.8 全民健康保險院所轉診單

全民健康保險 院(所)轉診單(轉診至 院所)(院所參考)  
 保險醫事服務機構代號：

原 診	保險對象基本資料	姓名	性別	出生日期	身分證號
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	民國(前) 年 月 日	
		聯絡人	聯絡電話	聯絡地址	
療 醫	摘要	A.病情摘要(主訴及簡短病史)		D.藥物過敏史：	
		B.診斷	ICD-10-CM	病名	
		1.(主診斷)			
院	轉診目的	1. <input type="checkbox"/> 急診治療		4. <input type="checkbox"/> 進一步檢查，檢查項目	
		2. <input type="checkbox"/> 住院治療		5. <input type="checkbox"/> 轉回轉出或適當之院所繼續追蹤	
		3. <input type="checkbox"/> 門診治療		6. <input type="checkbox"/> 其他	
診 所	院所住址			傳真號碼：	
				電子信箱：	
		姓名	科別	聯絡電話	醫師簽章
接 受 轉 診 醫 院 診 所	處理情形	1. <input type="checkbox"/> 已予急診處置並轉診至 醫院		2. <input type="checkbox"/> 已予急診處置，並住本院 病房治療中	
		3. <input type="checkbox"/> 已安排住本院 病房治療中		4. <input type="checkbox"/> 已安排本院 科門診治療中	
		5. <input type="checkbox"/> 已予適當處理並轉回原院所，建議事項如下			
醫 院 診 所	治療摘要	1.主診斷		2.治療藥物或手術名稱	
		ICD-10-CM：		3.輔助診斷之檢查結果	
		病名：			
醫 師	院所名稱			電話或傳真：	
				電子信箱：	
		姓名	科別	醫師簽章	回覆日期

第一聯：接受轉診(轉入)醫院、診所留存  
 第二聯：接受轉診(轉入)醫院、診所回覆轉出醫院、診所

第三聯：原診療醫院、診所留存

※本轉診單限使用一次

※以上欄位均屬必填，如無則填無

## 附表 8.2.9 糖尿病個案登錄系統必要欄位簡化表

### 一、新收案(P1407C)必填欄位：

- 1.新收案日期
- 2.基本檢查數據：收縮壓、舒張壓
- 3.Blood檢驗：檢查日期、HbA1C、Glucose(AC)、LDL、TG、Creatinine、eGFR、醣化白蛋白(無HbA1C檢驗者必填)
- 4.Urine檢驗：
  - (1)檢查日期、Urine ACR (mg/g)、Urine Routine(二者可視情形擇一填報)
  - (2)因洗腎導致無尿液檢驗者，無須填報
- 5.眼睛檢查及病變：正常、異常、未做
- 6.足部檢查：右腳正常(Y、N) 左腳正常(Y、N)

### 二、追蹤管理(P1408C、P1410C)必填欄位：

- 1.追蹤管理日期
- 2.Blood檢驗：檢查日期、HbA1c、Glucose(AC)、醣化白蛋白(無HbA1C檢驗者必填)

### 三、年度評估(P1409C、P1411C)必填欄位：

- 1.年度評估日期
- 2.基本檢查數據：收縮壓、舒張壓
- 3.Blood檢驗：檢查日期、HbA1c、Glucose(AC)、LDL、TG、Creatinine、eGFR、醣化白蛋白(無HbA1C檢驗者必填)
- 4.Urine檢驗：
  - (1)檢查日期、Urine ACR (mg/g)、Urine Routine(二者可視情形擇一填報)
  - (2)因洗腎導致無尿液檢驗者，無須填報
- 5.眼睛檢查及病變：正常、異常、未做
- 6.足部檢查：右腳正常(Y、N) 左腳正常(Y、N)

註 1.建立病人基本資料後，病人身分證號、病人姓名、醫師 ID、醫師姓名、複診次數等欄位會自動帶出

註 2.系統會自動將醣化白蛋白欄位填入值換算成 HbA1C 後帶入 HbA1C 欄位：

(1)上述換算公式係參照「2018 糖尿病臨床照護指引」

(2)換算後的 HbA1C，將作為方案獎勵評比計算；若兩者同時填報，則以填報值為主

註 3.UACR=尿液中白蛋白/肌酸酐 (單位：mg/g)

註 4.eGFR 線上計算：台灣腎臟醫學會「腎利人生網站」<http://kidney.tsn.org.tw> 點選「腎病指標」，輸入性別、年齡、血液 Creatinine 值即可線上計算。

## 附表 8.2.10 初期慢性腎臟病個案登錄系統必要欄位簡化表

一、新收案(身分證號、病人姓名、醫師 ID、醫師姓名等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位:

- 1.新收案日期、個案性別、出生日期、CKD Stage (1: Stage1; 2: Stage2; 3a: Stage3a)、伴隨疾病(1.無; 2.腎臟病; 3.糖尿病; 4.高血壓; 5.心臟血管疾病; 6.高血脂症; 7.慢性肝病; 8.癌症; 9.其他)、抽煙 (1.無 2.有)
- 2.基本檢查數據: 檢查日期、身高、體重、收縮壓、舒張壓、eGFR、U<sub>PCR</sub> (mg/gm)
- 3.血液檢驗: Serum creatinine(mg/dl)、LDL (mg/dl)、HbA1c (DM必填、無HbA1C檢驗者須填GA(醣化白蛋白))

二、追蹤管理(身分證號、病人姓名、醫師 ID、醫師姓名、複診次數等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位:

1. 追蹤管理日期、CKD Stage (1: Stage1; 2: Stage2; 3a: Stage3a; 3b: Stage3b; 4: Stage4; 5: Stage5、抽煙 (1.無 2.有)
2. 追蹤必要檢查數據: 檢查日期、身高、體重、收縮壓、舒張壓、eGFR、U<sub>PCR</sub> (mg/gm)
3. 血液檢驗: Serum creatinine(mg/dl)、LDL (mg/dl)、HbA1c (DM必填、無HbA1C檢驗者須填GA(醣化白蛋白))

三、結案(轉出)(身分證號、病人姓名、醫師 ID、醫師姓名、複診次數等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位:

- 1.結案(或轉診)日期
- 2.結案原因: 1: 轉診進入「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫」照護。2: 恢復正常。3: 長期失聯( $\geq 180$ 天)。4: 拒絕再接受治療。5: 死亡。6: 病人未執行本章管理照護超過一年者。
- 3.轉診Pre-ESRD計畫院所原因: 1: U<sub>PCR</sub> $\geq 1000$  mg/gm。3b: Stage3b。4: Stage 4。5: Stage 5。
- 4.接受轉診院所保險醫事服務機構代號: \_\_\_\_\_

註.系統會自動將醣化白蛋白欄位填入值換算成 HbA1C 後帶入 HbA1C 欄位:

- (1)若兩者同時填報，則以填報值為主
- (2)上述換算公式係參照「2018 糖尿病臨床照護指引」
- (3)換算後的 HbA1C，將作為方案獎勵評比計算

## 附表 8.2.11 個案登錄系統必要欄位簡化表

**糖尿病及初期慢性腎臟病共同追蹤管理照護(P7001C) 必填欄位：**

1. 追蹤管理日期
2. 糖尿病照護醫師ID、Early-CKD照護醫師ID
3. CKD Stage：1、2、3a（1：Stage1；2：Stage2；3a：Stage3a）
4. 基本檢查數據：收縮壓、舒張壓
5. Blood檢驗：檢查日期、HbA1c、Glucose(AC)、醣化白蛋白(無HbA1C檢驗者必填)、LDL、Creatinine
6. Urine檢驗：檢查日期、Urine Routine、eGFR、UACR (mg/g)
7. 抽煙：1(無)、2(有)

註 1. 建立病人基本資料後，病人身分證號、病人姓名、醫師 ID、醫師姓名、複診次數等欄位會自動帶出

註 2. 系統會自動將醣化白蛋白欄位填入值換算成 HbA1C 後帶入 HbA1C 欄位：

(1) 上述換算公式係參照「2018 糖尿病臨床照護指引」

(2) 換算後的 HbA1C，將作為方案獎勵評比計算；若兩者同時填報，則以填報值為主

註 3. UACR=尿液中白蛋白/肌酸酐（單位：mg/g）

註 4. eGFR 線上計算：台灣腎臟醫學會「腎利人生網站」<http://kidney.tsn.org.tw> 點選「腎病指標」，輸入性別、年齡、血液 Creatinine 值即可線上計算。

## 全民健康保險居家醫療照護整合計畫（草案）

104 年 4 月 23 日健保醫字第 1040004024 號公告訂定  
105 年 2 月 15 日健保醫字第 1050001413 號公告修訂  
106 年 3 月 1 日健保醫字第 1060032768 號公告修訂  
108 年 5 月 30 日健保醫字第 1080033402 號公告修訂  
109 年 4 月 10 日健保醫字第 1090033067 號公告修訂  
110 年 8 月 31 日健保醫字第 1100034165 號公告修訂  
110 年○月○○日健保醫字第○○○○○○○○○○號公告修訂

### 一、計畫依據

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、計畫目的

- （一）提升因失能或疾病特性致外出就醫不便病人之醫療照護可近性，減少病人因行動不便委請他人向醫師陳述病情領藥之情形。
- （二）鼓勵醫事服務機構連結社區照護網絡，提供住院替代服務，降低住院日數或減少不必要之社會性住院。
- （三）改善現行不同類型居家醫療照護片段式的服務模式，以提供病人整合性之全人照護。

### 三、施行期間

公告修訂後自 110 年 10 月 1 日起實施。

### 四、預算來源

本計畫個案管理費及附件 1 所列給付項目及支付標準之醫療費用由其他預算之「居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務」項下支應，其餘醫療費用由各部門總額預算支應。

### 五、醫療服務提供者資格

- （一）由本保險特約醫事服務機構組成整合性照護團隊（以下稱照護團隊），提供含括「居家醫療」、「重度居家醫療」及「安寧療護」三照護階段，並依

其執業人員專長提供各階段之服務項目。照護團隊應提供團隊內、外轉診服務，確保病人轉介與後送就醫之需求，並應建立各類訪視人員之聯繫窗口，以利連結服務。

(二)訪視人員資格：

- 1、各類訪視人員以本保險特約醫事服務機構之執業人員為限，提供呼吸照護及安寧療護等居家醫療照護，應具備各該項目之服務資格。
- 2、醫師：須具專科醫師資格；惟經保險人分區業務組審酌區域居家醫療服務資源後同意之醫師，不在此限。
- 3、中醫師：執業2年以上（含）之中醫師，自109年起執行本計畫之中醫師均須經中醫師公會全聯會培訓，取得中醫師居家醫療照護資格證書。
- 4、藥師：具藥事人員2人（含）以上之特約藥局或特約醫療院所之執業藥師，並經中華民國藥師公會全國聯合會培訓，取得居家藥事照護資格證書；惟位處本保險山地離島（附件2）與醫療資源缺乏地區之特約藥局或特約醫療院所，不受藥事人員2人以上之限制。

(三)照護團隊應有個案管理人員負責協調、溝通及安排相關事宜；個案管理人員可由醫師、護理人員、呼吸治療人員或社會工作人員擔任。

(四)病人之居家醫療主治醫師可由西醫師或中醫師擔任。

(五)特約醫事服務機構於參與計畫日起前二年內，不得有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者）；終約者亦同。前述違規期間之認定，以第一次處分函所載處分日起算。

(六)特約醫事服務機構所屬醫師、中醫師至病人住家提供醫療服務，得視為符合醫師法所稱應邀出診，不需經事先報准；其他訪視人員至病人住家提供醫療服務，須依法令規定事前報經當地衛生主管機關核准及保險人同意。

(七)符合前述各項資格之照護團隊，由主責醫事服務機構向保險人分區業務組提出參與計畫申請書（附件 3，須檢附具體之照護團隊內、外轉診服務計畫與後送機制）。經保險人分區業務組資格審核同意後，始可參與本計畫；異動時亦同。

## 六、服務區域

以申請收案之特約醫事服務機構所在地 10 公里之範圍為原則，但本保險山地離島地區與醫療資源缺乏地區，及報經保險人分區業務組認定之特殊情形，不在此限，惟仍應以鄰近之特約醫事服務機構就近收案提供服務為原則。

## 七、收案條件

(一)居家醫療階段：限居住於住家（不含照護機構），且經照護團隊醫事人員評估有明確醫療需求，因失能或疾病特性致外出就醫不便者。病人之子女或照顧者、民眾因各種因素無暇接送就醫之長者或幼童等不符合前述收案條件者，如有就醫需求，應循一般程序就醫。

1、失能：指巴氏量表(Barthel ADL Index) 小於 60 分。

2、因疾病特性致外出就醫不便：指所患疾病雖不影響運動功能，但外出就醫確有困難者，如重度以上失智症、遺傳性表皮分解性水皰症（泡泡龍）病人等。

(二)重度居家醫療階段：除第(一)款條件外，另應符合「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」（以下稱醫療服務支付標準）第五部第一章居家照護之收案條件；使用呼吸器相關服務之病人，另應符合「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫」（以下稱呼吸器依賴患者照護計畫）居家照護階段之收案條件。

(三)安寧療護階段：除第(一)款條件外，另應符合醫療服務支付標準第五部第

三章安寧居家療護之收案條件。

(四)居家中醫醫療服務：本計畫居家醫療、重度居家醫療、安寧療護階段之病人，需要中醫輔助醫療協助者。

(五)居家藥事照護：本計畫居家醫療、重度居家醫療、安寧療護階段之病人，經居家醫療主治醫師判斷其專業能力無法處理之末期病患管制藥品使用諮詢、特殊劑型用藥指導（例如注射筆針劑型、吸入劑型等）。

(六)基於給付不重複之原則，行動不便病人(一般)居家照護、呼吸器依賴患者居家照護、末期病患安寧居家療護之收案對象，應自原照護計畫結案，始得於本計畫收案。

(七)同一病人於相同照護期間，其他特約醫事服務機構不得再申請收案。

#### 八、結案條件

(一)病人死亡、遷居、病情改善無需繼續接受居家醫療照護、入住照護機構、拒絕訪視、收案期間住院逾 30 日或改由其他院所收案等，應予結案。

(二)居家醫療主治醫師未提供實質整合照護（實質整合照護係指照護團隊提供完整居家醫療照護，進行用藥整合）：

1、居家醫療主治醫師應透過「健保醫療資訊雲端查詢系統」查詢病人(不含安寧療護階段)近期之就醫與用藥資訊，於收案後 12 個月內完成用藥整合，以提升照護品質及用藥安全，若未於 12 個月內完成用藥整合者，應予結案。

2、本計畫 108 年 5 月 30 日修正前已收案之病人(不含安寧療護階段)，應自該次修正公告後 12 個月內完成用藥整合，未於 12 個月內完成者，應予結案。

3、同一居家醫療主治醫師對前二款病人，於結案後一年內不得再申請提供居家醫療照護。

(三)照護團隊未提供居家醫療照護之病人，應予結案。

## 九、收案及審核程序

(一)收案來源：

1、住院病人：經主治醫師評估，由出院準備服務轉介至參與本計畫之特約醫事服務機構收案；接受轉介機構之醫師得配合出院準備服務到院評估病人之居家醫療照護需求。

2、非住院病人：

(1) 由參與本計畫之特約醫事服務機構直接評估收案。

(2) 由病人或其家屬向參與本計畫之特約醫事服務機構提出申請，或由各縣市長期照顧管理中心（及合約居家服務單位）、衛生局（所、室）、社會局（處）等轉介至參與本計畫之醫事服務機構評估收案。

(二)收案程序：

1、病人經訪視人員評估符合收案條件，開立收案申請書（附件 4），並擬訂居家醫療照護計畫（含照護期間、照護內容、訪視頻率等），並於收案後二週內（如遇例假日得順延之），由健保資訊網服務系統（以下稱 VPN）送保險人備查，保險人得視情況實地評估病人之醫療需求。但病人如需使用呼吸器相關服務，應先依呼吸器依賴患者照護計畫規定事先報經保險人核准，及登錄 VPN 呼吸照護系統。

2、為利居家醫療主治醫師整合病人用藥，收案前應向病人或其家屬說明，請其簽署同意書（附件 5）；本計畫修正公告前已收案之病人亦應簽署同意書。病人如欲維持原就醫模式，無法配合用藥整合，則不予收案，已收案者應予結案。

3、特約醫事服務機構應擇一最適照護階段收案提供照護，收案期間病人病情轉變，可彈性調整照護階段，無須結案後重新收案，但應於 1 週內（含

例假日)於VPN登錄異動。

4、居家醫療主治醫師於照護階段轉換或照護期滿應重新評估，且每3個月至少訪視一次，以確認病人病情變化，適時調整醫囑。

(三)照護期間之計算，新收病人以收案日起算；若病情需要申請延長照護者，須俟上次照護期間屆滿前30日內始得申請，並以接續日起算。同一特約醫事服務機構同一病人，於照護期間截止日起30日內再申請照護者，應以延長照護申請，不得以新病人申請；不符合收案條件者應即結案。

(四)特約醫事服務機構應依居家醫療主治醫師醫囑，擬訂居家醫療照護計畫以及排定訪視時間。訪視時，應查驗病人之全民健康保險憑證(以下稱健保卡)、身分證明文件，及自備讀卡設備逐次於健保卡登錄就醫紀錄，並於24小時內上傳予保險人備查；但有不可抗力或因特殊情況經保險人同意者，不在此限。

(五)特約醫事服務機構參與本計畫後之新收病人均應於本計畫收案，原有病人於照護期滿應轉為本計畫病人。

## 十、照護內容

居家醫療主治醫師應整體評估病人之醫療需求，開立居家醫療照護醫囑，並得視醫療需要於病歷註明照會理由，連結其他訪視人員提供醫療服務。本計畫之「居家醫療」、「重度居家醫療」及「安寧療護」三照護階段之照護內容，包括：

(一) 醫師訪視：

- 1、提供一般西醫門診診療服務，但不包括手術、麻醉、血液透析、復健診療、慢性精神疾病居家治療等特定診療服務。
- 2、一般藥品處方箋用藥，得按病人病情需要，每次開給足夠用量。
- 3、醫師開立藥品處方時，應透過健保醫療資訊雲端查詢系統，即時查詢病

人近期之用藥資訊，避免重複處方，以提升病人用藥安全及品質。

- (二) 中醫師訪視：提供針灸、中藥與傷科指導；如為居家西醫主治醫師連結之病人，應與居家西醫主治醫師討論決定治療計畫(含治療療程)。
- (三) 護理人員訪視：提供居家護理一般照護、特殊照護、臨終照護及案家自我照護指導等。
- (四) 呼吸治療人員訪視：提供居家呼吸照護及案家自我照護指導。
- (五) 藥師訪視：提供居家藥事照護。
- (六) 其他專業人員訪視：視需要由心理師或社會工作人員訪視。
- (七) 藥品處方調劑服務：病人所需藥品，得由處方之特約醫療院所提供調劑與送藥服務，或由家屬持健保卡及處方箋至特約藥局或原處方院所調劑領藥。病人獨居時，應提供適當之藥事服務。
- (八) 個案健康管理：穩定健康狀態、連結醫療及長期照顧服務資源。輔導新收病人查詢健康存摺(應經病人、監護人或其指定代理人同意)，以協助訪視人員掌握病人就醫資訊，提升醫療安全與效益。
- (九) 24 小時電話諮詢服務：於病人發生緊急狀況時，提供病人及其家屬 24 小時醫療專業諮詢服務，必要時應啟動緊急醫療後送程序。
- (十) 每次訪視應詳實製作病歷或紀錄，且須記錄每次訪視時間(自到達案家起算，至離開案家為止)，並請病人或其家屬簽章；另應製作病人之居家醫療照護紀錄留存於案家，以利與其他訪視人員或長期照顧服務人員提供整合性之居家照護服務。

## 十一、醫療費用申報、支付及審查原則

- (一) 醫療費用之申報、暫付、審查及核付，除另有規定外，悉依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」辦理。
- (二) 為確保醫療服務合理性，對於收案人數及訪視次數高於同儕之特約醫事服

務機構，必要時得啟動專案審查。

(三)本計畫收案及延長照護案件之醫療費用，經審核不符收案條件者，保險人不予支付費用。

(四)醫療費用申報：

1、特約醫事服務機構執行本計畫之醫療費用應按月申報，並於門診醫療服務點數清單依下列規定填報「案件分類」及「特定治療項目代號」欄位。

(1)居家醫療階段：案件分類 E1，任一特定治療項目代號 EC。

(2)重度居家醫療階段：案件分類 A1，任一特定治療項目代號 EC。

(3)安寧療護階段：案件分類 A5，任一特定治療項目代號 EC。

(4)居家中醫醫療服務：案件分類 31，任一特定治療項目代號 EC。

(5)居家藥事照護：

A. 特約醫療院所：案件分類依照護階段填報 E1、A1 或 A5，任一特定治療項目代號 EC。

B. 特約藥局：案件分類 E，任一原處方服務機構之特定治療項目代號 EC。

2、其他欄位依居家照護案件，採同一療程每月申報一次：

(1)「就醫日期」及「治療結束日期」欄位分別填報該月第一次訪視日期及該月最後一次訪視日期。「診治醫事人員代號」欄位，請填報該月第一次訪視人員身分證號（若同日訪視人員一人以上者，優先填報順序為醫師、中醫師、護理人員、呼吸治療人員、其他專業人員、藥師）。

(2)訪視人員各次訪視費應逐筆填報醫令代碼、執行時間-起/迄、執行醫事人員代號及就醫科別。前述就醫科別，醫師、中醫師訪視請以該次訪視實際提供之診療最適科別填報，護理人員訪視請填「EA 居家護理」，呼吸治療人員訪視請填「AC 胸腔內科」，其他專業人員與藥師訪

視免填。

(3)呼吸器使用(P5406C)自使用日起算，轉出日不予計算，申報時「醫令執行時間-起/迄」請填至年月日。

(4)申報緊急訪視時，「醫令執行時間-起/迄」請填至時分，「支付成數」請依加成數填報(非加成時段請填 100)；「醫令執行時間-起/迄」未依規定填報，該筆醫令不予加成。如該次訪視為緊急訪視，應於「自費特材群組序號」填入「ECE」。

3、如可歸責於特約醫事服務機構申報資料錯誤，導致點值核付錯誤時，特約醫事服務機構需自行負責。

4、本計畫之各類醫師訪視費由其專任或兼任之特約醫院或診所申報，護理人員、呼吸治療人員、藥師及其他專業人員訪視費由其專任或兼任之特約醫事服務機構於業務範圍內申報。居家藥事照護費、藥費、藥事服務費、檢驗(查)費由提供服務之特約醫事服務機構依規定申報，不得由護理機構申報，否則不予支付。

(五)給付項目及支付標準：

1、個案管理費：

(1) 申請收案之特約醫事服務機構應負責提供個案健康管理及 24 小時電話諮詢服務，惟前述服務可由照護團隊合作提供。

(2) 每名病人每年支付 600 點：由保險人於年度結束後計算並支付收案之特約醫事服務機構；未滿一年者，按月比例支付。年度間由 2 家以上特約醫事服務機構收案者，如於同一月份結案並重新收案，當月個案管理費，不論實際收案天數，支付首家結案機構及最終收案機構各 50%。

(3) 收案期間如連續三個月未提供病人居家醫療照護，則不予支付該區間

之個案管理費。

2、各照護階段之給付項目及支付標準原則如下：

照護階段	給付項目	支付標準
居家醫療	醫師訪視 中醫師訪視 藥師訪視	訪視費論次計酬 藥費、藥事服務費核實 檢驗（查）費核實 針灸治療核實
重度居家醫療	醫師訪視 中醫師訪視 護理人員訪視 呼吸治療人員訪視 藥師訪視 其他專業人員訪視	訪視費論次計酬 藥費、藥事服務費核實 檢驗（查）費核實 呼吸器使用論日計酬 緩和醫療家庭諮詢費論次計酬 針灸治療核實
安寧療護	醫師訪視 中醫師訪視 護理人員訪視 呼吸治療人員訪視 藥師訪視 其他專業人員訪視	訪視費論次計酬 藥費、藥事服務費核實 檢驗（查）費核實 呼吸器使用論日計酬 病患自控式止痛論次計酬 針灸治療核實

備註：

1. 各照護階段內之給付項目應依病人病情實際需要提供，並非照護階段內各類訪視人員訪視均須提供。
2. 本計畫中醫師針灸治療處置費不列入門診合理量計算。

3、各類訪視人員訪視費、夜間及例假日緊急訪視加成、呼吸器使用費、緩和醫療家庭諮詢費及病患自控式止痛處置及材料費(Patient-

Controlled Analgesia, 以下稱 PCA)等，依附件 1 之給付項目及支付標準支付。

4、藥事服務費、藥費、檢驗（查）費及針灸治療費等：依醫療服務支付標準及「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」規定支付。

5、各類訪視人員每人服務人次上限如下，超過的部分不予支付訪視費用，惟緊急訪視人次不納入計算：

(1) 醫師：每日訪視人次以 8 人次為原則，且每月以 180 人次為限。

(2) 中醫師：每日訪視人次以 8 人次為原則，且每月以 180 人次為限。

(3) 護理人員：每月訪視人次以 100 人次為限(含安寧療護)，僅執行安寧療護以 45 人次為限。

(4) 呼吸治療人員：每月訪視人次以 60 人次為限。

(5) 藥師、其他專業人員：每月訪視人次以 45 人次為限。

(6) 為確保照護品質，各類訪視人員執行本計畫之每月服務人次上限，與執行醫療服務支付標準第五部第一章居家照護及第三章安寧居家療護，以及呼吸器依賴患者照護計畫之服務人次歸戶合併計算。

(六)部分負擔計收規定：

1、保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條居家照護規定計收，處方用藥另依門診藥品部分負擔規定計收。

2、若屬全民健康保險法第四十八條所列重大傷病、分娩、山地離島地區就醫情形之一，保險對象免自行負擔費用。

3、若屬全民健康保險法第四十三條第四項所訂醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，保險對象應自行負擔費用得予減免 20%。

(七)點值結算方式：

- 1、本計畫個案管理費及附件 1 所列給付項目及支付標準之醫療費用：其他預算之「居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務」按季均分，採浮動點值計算，每點支付金額不高於 1 元；當季預算如有結餘，則流用至下季。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。
- 2、其餘項目之醫療費用：依各部門總額規定結算。

## 十二、觀察指標

(一)病人接受醫師照會中醫師、藥師訪視比

分子：中醫師、藥師訪視次數分別計算

分母：醫師訪視次數

(二)病人收案 12 個月後由照護團隊提供完整醫療服務，未於西醫門診(不含急診)就醫情形

1、病人未於西醫門診(不含急診)就醫率

分子：收案 12 個月後病人未於西醫門診(不含急診)就醫之人數

分母：收案 12 個月後之病人數

2、每人每月西醫門診(不含急診)就醫次數

分子：收案 12 個月後病人之每月西醫門診(不含急診)就醫次數總計

分母：收案 12 個月後之病人數

(三)病人收案後急診就醫情形

1、急診率

分子：收案 3 至 6 個月、6 至 12 個月及 12 個月以上之未經照護團隊轉診之急診(案件分類 02)就醫人數

分母：收案 3 至 6 個月、6 至 12 個月及 12 個月以上之病人數

## 2、急診就醫者每人急診就醫次數

分子：收案 3 至 6 個月、6 至 12 個月及 12 個月以上之未經照護團隊轉診之急診(案件分類 02)就醫次數

分母：收案 3 至 6 個月、6 至 12 個月及 12 個月以上之急診就醫人數

## 3、緊急訪視率

分子：曾接受緊急訪視人數

分母：收案病人數

## 4、緊急訪視後 3 日內病人之急診、住院率

分子：緊急訪視後 3 日內，病人之急診、住院次數分別計算

分母：緊急訪視次數

### (四)病人死亡前 6 個月內安寧療護照護率

#### 1、安寧療護照護率

分子：死亡前 6 個月內曾接受各類安寧療護人數

分母：死亡人數

#### 2、居家安寧療護照護率

分子：死亡前 6 個月內曾接受居家安寧療護人數

分母：死亡人數

### (五)病人每人每月接受中醫師訪視次數

分子：病人每人每月中醫師訪視次數合計。

分母：每月接受中醫師訪視之病人人數。

## 十三、品質獎勵措施

為提升居家醫療照護品質，特約醫事服務機構提供病人實質整合照護者，予以調高個案管理費。收案滿 13 個月(含)以上之病人，符合下列獎勵要件時，不論當年度收案期間，個案管理費均為 2,000 點；跨年度收案時亦

同。

- (一)病人(不含安寧療護階段)收案滿 12 個月後，由照護團隊提供完整照護，未於西醫門診(不含急診及照護團隊轉診之未開立藥品案件)就醫者。
- (二)本計畫 108 年 5 月 30 日修正前，已收案之病人(不含安寧療護階段)，自該次修正公告日起 12 個月後，未於西醫門診(不含急診及照護團隊轉診之未開立藥品案件)就醫者。

#### 十四、計畫管理機制

- (一)保險人負責總體計畫架構之研訂、協調與修正。
- (二)保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之參與資格、輔導轄區醫事服務機構執行計畫、計算指標與核發費用。
- (三)參與本計畫之醫事服務機構負責提供病人連續性之整合醫療照護。

#### 十五、退場機制

- (一)參與本計畫之醫事服務機構，未依排定時間進行訪視且未事先通知病人、無故拒絕轉介單位或保險人轉介之病人、或參與本計畫有待改善事項，經保險人 2 次通知限期改善而未改善者，應自保險人通知終止執行本計畫日起退出本計畫。經保險人終止計畫參與資格者，一年內不得再申請參與本計畫。
- (二)參與本計畫之醫事服務機構如涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)，應自保險人第一次處分函所載停約日起退出執行本計畫。
- (三)特約醫事服務機構如經保險人分區業務組審查不符合參與資格或應終止參與資格，得於通知送達日起 30 日內，以書面向保險人分區業務組申請複核，但以一次為限。

## 十六、計畫修訂程序

- (一)本計畫視需要檢討，由保險人邀集醫療專業團體、主管機關等單位共同修訂後，報請主管機關核定後公告實施，並送健保會備查。
- (二)屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告。

## 十七、附則

- (一)特約醫事服務機構至病人住家提供本保險居家醫療照護，得併行提供保險人代辦之醫療服務(如預防保健等)，其服務範圍與支付標準悉依各業務主管機關之規定辦理。
- (二)本計畫施行期間，與現行醫療服務支付標準第五部第一章居家照護及第三章安寧居家療護，以及呼吸器依賴患者照護計畫雙軌併行。本計畫分二期逐步整合與推廣，每期三年，期滿應評估全面導入醫療服務支付標準。
- (三)附錄：
  - 1、基本日常生活功能：巴氏量表(Barthel ADL index)。
  - 2、末期病患主要症狀表(符合安寧療護收案條件時填寫)。

## 「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」給付項目及支付標準

通則：

- 一、醫令代碼屬 P 碼者，限參與本計畫之特約醫事服務機構申報。
- 二、居家護理特殊照護項目如附表 1，居家護理一般照護項目如附表 2，居家照護治療材料表如附表 3；施行特殊照護項目及使用治療材料者，申報費用時，應填報項目編號、名稱及數量。
- 三、特約醫事服務機構對同一病人於相同期間，僅可擇一最適照護階段提供照護，不可跨照護階段收案。
- 四、照護階段內之服務項目，由收案之特約醫事服務機構協調照護團隊合作提供，不得重複提供。例如：重度居家醫療階段之呼吸器依賴患者，所需護理訪視服務，應由主責護理人員提供全人照護，而非分別派遣多名護理人員進行訪視。
- 五、呼吸器依賴患者每月實際醫療費用未達 27,000 點時，以 27,000 點扣除其他機構申報之醫療費用後，支付提供呼吸器之特約醫事服務機構；照護期間不足一個月時，依相同原則，按實際照護天數以每日 900 點計算支付。前述醫療費用不含中醫師訪視費、安寧療護醫師訪視費、安寧療護護理訪視費、其他專業人員處置費、緩和醫療家庭諮詢費、臨終病患訪視費、PCA、藥費、藥事服務費及附表 3 備註所列特殊材料。
- 六、醫師訪視當日如於門診由同一醫師診治，醫師訪視費、門診診察費應擇一申報。
- 七、醫事人員至病人住家或配合出院準備服務到院評估居家醫療服務需求，如經評估病人不符合收案條件，不予支付當次訪視費。
- 八、緊急訪視適應症與加成方式：適用醫師訪視費(不含中醫師)、護理人員訪視費及呼吸治療人員訪視費。

(一)適應症：

1. 生命徵象不穩定。
2. 呼吸喘急持續未改善。
3. 譫妄或意識狀態不穩定。
4. 急性疼痛發作。
5. 發燒或突發性體溫不穩定。
6. 急性腹瀉。
7. 須立即處理之管路問題。
8. 其他經醫師評估有立即前往需要者。

(二)除已有長期醫囑之須立即處理之管路問題項外，其他項適應症須先由醫師就病人病情進行評估後，決定適當醫事人員至案家緊急訪視，緊急訪視相關醫囑應載於訪視紀錄。

(三)同一醫師對同一病人之緊急訪視，每日以一人次為限，超過不予支付。

(四)加成方式：

1. 以抵達案家時起算，若離開案家時跨不同加成區間逾 30 分鐘，則以較高加成區間計算。
2. 夜間(下午五點到晚上十點)加計百分之五十。
3. 深夜(晚上十時至隔日早上八時)加計百分之七十。
4. 例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之四十。
5. 同時符合夜間及例假日，則加計百分之五十；同時符合深夜及例假日，則加計百分之七十。

編號	診療項目	支付點數
	<b>醫師訪視費</b>	
	<b>居家醫療、重度居家醫療：</b>	
05307C	醫師訪視費(次)	1553
05308C	山地離島地區醫師訪視費(次)	1709
	<b>甲類安寧療護：</b>	
05312C	醫師訪視費(次)	1553
05323C	醫師訪視費山地離島地區(次)	1709
	<b>乙類安寧療護：</b>	
05336C	醫師訪視費(次)	1088
05337C	醫師訪視費山地離島地區(次)	1196
	註：醫師訪視費所訂點數含診察、處方、護理、電子資料處理及行政作業成本等。	
P5408C	中醫師訪視費(次)	1553
P5409C	山地離島地區中醫師訪視費(次)	1709
	註：中醫師訪視費所訂點數含診察(含傷科指導)、處方、護理、電子資料處理及行政作業成本等。	
P5413C	醫師評估出院病人居家醫療照護需求(次)	1553
	註： 1. 限醫院院外醫師、中醫師配合出院準備服務到院評估申報。 2. 同一病人每次住院之醫師、中醫師到院評估至多各申報1次。 3. 經居家西醫主治醫師連結之病人，中醫師到院評估應經居家西醫主治醫師邀請，始得申報。	
	<b>護理人員訪視費</b>	
	<b>重度居家醫療：</b>	
	—資源耗用群為第一類	
05301C	護理訪視費(次)	1050
05302C	山地離島地區護理訪視費(次)	1155
	—資源耗用群為第二類	
05303C	護理訪視費(次)	1455
05304C	山地離島地區護理訪視費(次)	1601
	—資源耗用群為第三類	
05305C	護理訪視費(次)	1755
05306C	山地離島地區護理訪視費(次)	1931
	—資源耗用群為第四類	
05321C	護理訪視費(次)	2055

編號	診療項目	支付點數
05322C	山地離島地區護理訪視費(次)	2261
	<b>甲類安寧療護：</b>	
	—訪視時間一小時以內 (≤1 小時)	
05313C	護理訪視費(次)	1650
05324C	護理訪視費山地離島地區(次)	1815
	—訪視時間一小時以上 (>1 小時)	
05314C	護理訪視費(次)	2250
05325C	護理訪視費山地離島地區(次)	2475
	<b>乙類安寧療護：</b>	
	—訪視時間一小時以內 (≤1 小時)	
05338C	護理訪視費(次)	1155
05339C	護理訪視費山地離島地區(次)	1271
	—訪視時間一小時以上 (>1 小時)	
05340C	護理訪視費(次)	1575
05341C	護理訪視費山地離島地區(次)	1733
	註：	
	1. 資源耗用群分類：	
	第一類：需居家護理一般照護項目之病人	
	第二類：需居家護理特殊照護群組任一組之病人	
	第三類：需居家護理特殊照護群組任二組之病人	
	第四類：需居家護理特殊照護群組任三組及以上之病人	
	2. 護理訪視費所訂點數含訪視、護理服務、治療處置、代採檢體及送檢、治療材料及電子資料處理等費用在內。	
	3. 上項代採之檢體，委託代檢機構應以保險醫事服務機構或保險人指定之醫事檢驗機構為限。	
	4. 訪視時間應記錄於訪視紀錄內，並請患者病人或其家屬簽章。	
	<b>呼吸治療人員訪視費</b>	
	—非侵襲性呼吸器依賴患者-使用鼻導管(nasal prong)或面罩等	
P5401C	呼吸治療人員訪視費(次)	1050
P5402C	山地離島地區呼吸治療人員訪視費(次)	1155
	—侵襲性呼吸器依賴患者-使用氣切管或氣管內管插管等	
P5403C	呼吸治療人員訪視費(次)	1455
P5404C	山地離島地區呼吸治療人員訪視費(次)	1601
	註：	
	1. 限訪視呼吸器依賴患者申報。	
	2. 呼吸治療人員提供侵襲性呼吸器依賴患者呼吸照護時，護理人員不得再以提供氣切護理申報資源耗用群為第二類以上之護理訪視費。	

編號	診療項目	支付點數
P5411C	居家藥事照護費(次)	1100
P5412C	山地離島地區居家藥事照護費(次) 註： 1. 居家藥事照護費所訂點數含用藥評估、用藥分裝、餘藥檢核、藥事服務、電子資料處理及行政作業成本等。 2. 每次服務應由居家醫療主治醫師視病人醫療需要評估連結。	1210
05315C	其他專業人員處置費(次)：限社會工作人員或心理師	1050
P5405C	山地離島地區其他專業人員處置費(次)：限社會工作人員或心理師 註：限訪視呼吸器依賴患者、臨終末期病患申報。諮商心理師限訪視末期病患。	1155
P5406C	呼吸器使用(天) 註： 1. 限呼吸器依賴患者申報。 2. 呼吸器使用期間，自使用日起算，轉出日不予計算。	590
P5407C	緩和醫療家庭諮詢費 註： 1. 限重度居家醫療階段申報。 2. 適應症：以進入末期狀態病患為主。 3. 相關規範： (1)諮詢參與人員：包括主治醫療團隊、病患或家屬。 (2)諮詢時間：每一個案病人諮詢時間至少1小時。 (3)諮詢記紀錄：應有完整的諮詢溝通內容紀錄，並應併入病患之病歷及紀錄留存，紀錄並有參與諮詢醫療團隊及病患或家屬簽名。 (4)申報規定： a. 病患已參與全民健康保險安寧共同照護試辦方案、住院安寧療護或居家安寧照護，不得再申報此項費用。 b. 出院病患住院期間已接受緩和醫療家庭諮詢服務(項目代碼02020B)，不得再申報此項費用。 c. 同一照護團隊對同一照護對象病人限申報二次。 d. 由居家醫療主治醫師執業之醫事服務機構申報此項費用。	2250
05326C	臨終病患訪視費	5000
05327C	山地離島地區臨終病患訪視費 註： 1. 限訪視臨終病患，且 ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group Scale) 大於三級以上(含三級)之病患，實際訪視時間在二小時以上(含二小時)，始得申報此項費用，每位病患申報訪視次數僅限一次。 2. 甲、乙兩類安寧療護醫事人員皆可申報。 3. 服務內容需包含臨終訪視、善終準備及家屬哀傷輔導等。	5500

編號	診療項目	支付點數
05316C	病患自控式止痛處置及材料費(Patient-Controlled Analgesia, PCA) 註：限訪視臨終末期病患，所訂點數含PCA 幫浦注射費、PCA 裝置(set)、PCA 袋(bag)等。每一個案病患每月限申報二次。	1890

附表 1. 居家護理特殊照護項目表

特殊照護群組	支付標準 編號	診療項目
1. 氣切護理	56004C	換造口器 Change tracheostomy set 註：含氣切造瘻口處理 Tracheostomy care
2. 留置導尿管 護理	47014C 50022C	留置導尿 Urinal indwelling catheterization 更換腎臟引流或膀胱引流管 Catheter change
3. 留置鼻胃管 護理	47017C	胃管插入(或更換) Insertion of nasogastric tube 註：更換胃管(Change N-G tube)比照申報。
4. 膀胱灌洗	50012C	膀胱灌洗 Bladder irrigation
5. 三、四期壓 瘡傷口護理	48001C 48002C 48003C 48004C 48005C	淺部創傷處理-傷口長 5 公分以下者 Wound treatment <5 cm 淺部創傷處理-傷口長 5-10 公分者 Wound treatment 5-10 cm 淺部創傷處理-傷口長 10 公分以上者 Wound treatment >10 cm 深部複雜創傷處理-傷口長 5 公分以下者 Debridment <5 cm 深部複雜創傷處理-傷口長 5-10 公分者 Debridment 5-10 cm 註：傷口程度分期係採用國際腸造瘻治療協會及美國國家褥瘡學 會的分類法；本項護理含傷口評估、淺部或深部創傷縫合、 接紮、擴創處理、教導家屬換藥技巧及預防其他部位壓瘡發 生；糖尿病足末梢動靜脈阻塞之皮膚潰爛護理比照申報。訪 視紀錄請註明處置日期和部位。
6. 大量液體點 滴注射	39004C	大量液體點滴注射 IV drip (林格兒氏液、Rock 液、生理食鹽水、葡萄糖液、困糖液或血液 代用劑等)注射。 註：含靜脈留置針設立，觀察病患對注射藥物之反應、教導家屬 觀察注射部位之狀況及維護靜脈點滴之通暢。
7. 造口護理	49004C 49005C 49020B 49021B 49022B	肛門切除後治療 Post APR wound care 人工肛門灌洗 Colostomy irrigation 三路灌洗 Three way irrigation 迴腸造口永久裝具裝置 Ileostomy, permanent appliance 迴腸膀胱永久裝具裝置 Ileum bladder, permanent appliance

註：48004C「深部複雜創傷處理-傷口長 5 公分以下者」及 48005C「深部複雜創傷處理-傷口長 5-10 公分者」二項診療項目，依病人之實際需要並由醫師開立醫囑者得另行核實申報。

附表 2. 居家護理一般照護項目表

支付標準 編號	診療項目
(免填報)	小量注射：如肌肉注射、皮下注射、靜脈注射
	靜脈點滴加藥
	藥物敏感反應試驗(Cytomack test, Penicillin test 等)
	濕氣吸入治療 Humidity inhalation、呼吸道抽吸 Suction、體位引流 Postural drainage
	被動性關節運動 Passive R. O. M.
	置入器皮下注射(port-A)及護理
	小換藥(10 公分以下) Change dressing small (<10 cm)
	中換藥(10-20 公分) Change dressing medium (10-20 cm)
	大換藥(20 公分以上) Change dressing large (>20 cm)
	拆線-傷口在 10cm 以下 Remove Stiches <10 cm
	拆線-傷口在 10cm 以上 Remove Stiches >10 cm
	一般導尿、更換尿袋、尿管護理、拔除尿管之膀胱訓練
	口腔護理
	塞劑給予、糞嵌塞清除 Cleaning fecal impaction
	甘油灌腸 Glycerin enema(大小量灌腸比照本項)
	礦物油留置灌腸 Retention enema(留置灌腸比照本項)
	一般身體檢查、護理指導(含胰島素注射及傷口照顧指導)
酒精拭浴 Alcohol packing、薄荷擦拭 Menthol packing	
會陰沖洗 Perineal irrigation care	
其它護理項目	

附表 3. 居家照護治療材料表

特材代碼	特材品名
NDN01	頭皮針
NDN04	靜脈留置針
CLS04	精密輸液套 (PRECISION ADMINISTRATION SET)
CEE01	延長管 (EXTENSION SET (T-CONNECTOR))
WDD08	人工生物化學覆蓋物 (ARTIFICIAL BIOCHEMICAL COVERING MATERIAL)
(免填報)	肛管(RECTAL TUBE)、小量灌腸器
	鼻胃管 (N-G TUBE)
	導尿包、導尿管(FOLY CATHETER)、蓄尿袋(URINE BAG)
	敷料類(紗布、棉墊、棉枝、棉棒、棉籤、棉片、膠帶)
	普通點滴套(IV SET)
	注射筒器、針頭、靜脈帽(IV CAP)、人工薄膜(OP-SITE)
	抽吸導管 (SUCTION TUBE)
	灌食空針 (FEEDING SYRINGE)
	生理食鹽水、蒸餾水
	優碘(AQ-BETA IODINE)、優碘軟膏、酒精
	KY-JELLY
	手套、口罩、紙治療巾
	壓舌板
尿糖試紙、血糖試紙、痰液收集器	

註：矽質二又留置導尿管、矽質鼻胃管、PVC 氣切管、矽質氣切管及胃造口術管路衛材(須由醫師操作更換)等特殊材料，依病人之實際需要並由醫師開立醫囑者得另行申報，支付品項以全民健康保險藥物給付項目及支付標準收載之特殊材料品項為限。

全民健康保險山地離島地區一覽表

縣(市)別	山地鄉(區)	離島鄉(島)
宜蘭縣	大同鄉、南澳鄉	
新北市	烏來區	
桃園市	復興區	
新竹縣	尖石鄉、五峰鄉	
苗栗縣	泰安鄉	
臺中市	和平區	
南投縣	信義鄉、仁愛鄉	
嘉義縣	阿里山鄉	
高雄市	茂林區、桃源區、那瑪夏區	東沙島、南沙太平島
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
花蓮縣	秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉	
臺東縣	海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉	蘭嶼鄉、綠島鄉
澎湖縣		馬公市、湖西鄉、西嶼鄉、白沙鄉、望安鄉、七美鄉
金門縣		金城鎮、金寧鄉、金沙鎮、烈嶼鄉、金湖鎮、烏坵鄉
連江縣		南竿鄉、北竿鄉、莒光鄉、東引鄉

## 參與「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」申請書

基本資料	照護團隊名稱		照護團隊代號	(由保險人填入)
	主責機構		機構代碼	
	負責人		聯絡人	
	聯絡電話		email	
配套措施	藥品處方調劑方式	<input type="checkbox"/> 處方院所調劑後送藥 <input type="checkbox"/> 交付處方箋 <input type="checkbox"/> 其他：(請說明)		
	24 小時諮詢專線			
	個案健康管理措施			
	病人轉銜合作機制			
	轉診後送機制			

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

此致 衛生福利部中央健康保險署



醫事服務機構印信

負責人印章

中華民國            年            月            日



全民健康保險居家醫療照護整合計畫收案申請書

1 申請收案 2 申請收案複核 3 申請延長照護 4 申請延長照護複核 5 照護階段轉換

本申請書自開立日起 14 日內有效，逾期不予受理申請。

收案日期	年 月 日	前次 核定迄日	年 月 日	申請日期	年 月 日
收案機構	名稱：	代號：	照護團隊	代號：	
<b>第一部分：基本資料</b>					
病人姓名		性別	<input type="checkbox"/> 1 男 <input type="checkbox"/> 2 女	出生日期	年 月 日
身分證號		電話	(日)	(夜)	
居住地址					
居住狀況	<input type="checkbox"/> 1 獨居 <input type="checkbox"/> 2 家人同住 <input type="checkbox"/> 3 親友同住 <input type="checkbox"/> 4 其他				
常用語言	<input type="checkbox"/> 1 國語 <input type="checkbox"/> 2 台語 <input type="checkbox"/> 3 客家語 <input type="checkbox"/> 4 原住民族語 <input type="checkbox"/> 5 其他				
主要 聯絡人	與病人關係：		聯絡電話/手機：		
社會福利 身分別	<input type="checkbox"/> 1 無 <input type="checkbox"/> 2 低收入戶 <input type="checkbox"/> 3 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 4 榮民 <input type="checkbox"/> 5 原住民 <input type="checkbox"/> 6 領有身心障礙證明				
<b>第二部分：健康狀況</b>					
意識狀態	<input type="checkbox"/> 1 清醒 <input type="checkbox"/> 2 嗜睡 <input type="checkbox"/> 3 混亂 <input type="checkbox"/> 4 呆滯(木僵) <input type="checkbox"/> 5 昏迷(或植物人) <input type="checkbox"/> 6 其他				
情緒狀態	<input type="checkbox"/> 1 平穩 <input type="checkbox"/> 2 憂鬱 <input type="checkbox"/> 3 焦慮 <input type="checkbox"/> 4 無法評估				
理解能力	<input type="checkbox"/> 1 良好 <input type="checkbox"/> 2 僅可理解簡單句子或關鍵字 <input type="checkbox"/> 3 無法理解 <input type="checkbox"/> 4 無法評估				
表達方式	<input type="checkbox"/> 1 語言 <input type="checkbox"/> 2 肢體表達 <input type="checkbox"/> 3 溝通輔具 <input type="checkbox"/> 4 無法表達 <input type="checkbox"/> 5 無法評估				
呼吸 (可複選)	<input type="checkbox"/> 1 自行呼吸 <input type="checkbox"/> 2 使用氧氣 <input type="checkbox"/> 3 使用侵襲性呼吸器 <input type="checkbox"/> 4 使用非侵襲性呼吸器 <input type="checkbox"/> 5 使用氣切管或氣管內管插管 <input type="checkbox"/> 6 其他				
進食	<input type="checkbox"/> 1 由口進食 <input type="checkbox"/> 2 鼻胃管灌食 <input type="checkbox"/> 3 靜脈注射 <input type="checkbox"/> 4 其他				
排泄	<input type="checkbox"/> 1 自行排泄 <input type="checkbox"/> 2 需協助排泄 <input type="checkbox"/> 3 大小便失禁 <input type="checkbox"/> 4 存留導尿管 <input type="checkbox"/> 5 腸造口 <input type="checkbox"/> 6 其他				
皮膚狀況	<input type="checkbox"/> 1 完整 <input type="checkbox"/> 2 損傷(部位： 大小： X X 等級： 類別： <input type="checkbox"/> 擦傷、割傷 <input type="checkbox"/> 術後傷口 <input type="checkbox"/> 燒燙傷 <input type="checkbox"/> 壓瘡 <input type="checkbox"/> 其他慢性傷口： )				
日常生活 活動能力	ADL 總分： 分(請檢附 60 天內有效巴氏量表，細項如附錄 1)				
肌力	上肢(左： 分 右： 分)、下肢(左： 分 右： 分)				
疾病史					
<b>第三部分：收案評估</b>					
收案來源	<input type="checkbox"/> 1 住院病人，轉介醫院代碼 <input type="checkbox"/> 2 非住院病人(病患或家屬自行申請) <input type="checkbox"/> 3 非住院病人(衛生局、社會局、長照管理中心等轉介病患)				

收案條件	<input type="checkbox"/> 1 有明確醫療需求 <input type="checkbox"/> 2 外出就醫不便，原因： <input type="checkbox"/> 失能(ADL<60) <input type="checkbox"/> 疾病特性： <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 3 符合「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第5部第1章居家照護收案條件 <input type="checkbox"/> 4 符合「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫」居家照護階段之收案條件 <input type="checkbox"/> 5 符合「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第5部第3章安寧療護收案條件(續答附錄 <b>2 末期病患主要症狀表)</b> <b>(條件1、2為必要條件)</b>
照護階段	<input type="checkbox"/> 1 居家醫療 <input type="checkbox"/> 2 重度居家醫療 <input type="checkbox"/> 3 安寧療護(續答A~C) A. 疼痛評估(0-10)： B. ECOG(0-4)： C. 安寧緩和意願書或同意書簽署： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
其他照護需求評估	<input type="checkbox"/> 1 有長期照顧服務需求，轉介至 <input type="checkbox"/> 2 有居家中醫醫療需求，轉介至 <input type="checkbox"/> 3 有居家西醫醫療需求，轉介至
<b>第四部分：醫囑</b>	
疾病診斷	主診斷： <input type="checkbox"/> 病名 次診斷1： <input type="checkbox"/> 病名 次診斷2： <input type="checkbox"/> 病名 次診斷3： <input type="checkbox"/> 病名
醫囑	<input type="checkbox"/> 更換鼻胃管： 天換一次 材質： <input type="checkbox"/> 1 一般塑膠 <input type="checkbox"/> 2 矽質 <input type="checkbox"/> 3 其他 ; 管徑大小： FR <input type="checkbox"/> 更換導尿管： 天換一次 材質： <input type="checkbox"/> 1 一般橡膠 <input type="checkbox"/> 2 矽質 <input type="checkbox"/> 3 其他 ; 管徑大小： FR <input type="checkbox"/> 更換氣切管： 天換一次 材質： <input type="checkbox"/> 1 一般塑膠 <input type="checkbox"/> 2 矽質 <input type="checkbox"/> 3 鐵製 <input type="checkbox"/> 4 其他 ; 管徑大小： mm <input type="checkbox"/> 腸造口 <input type="checkbox"/> 胃造口 <input type="checkbox"/> 膀胱造口 <input type="checkbox"/> 壓瘡 <input type="checkbox"/> 膀胱灌洗： 天一次 <input type="checkbox"/> 傷口照護： 天一次 <input type="checkbox"/> 尿液檢查： 天一次，項目： <input type="checkbox"/> 血液檢查： 天一次，項目： <input type="checkbox"/> 呼吸照護評估與治療： 天一次 <input type="checkbox"/> 疼痛控制： <input type="checkbox"/> 1PCA <input type="checkbox"/> 2 其他 <input type="checkbox"/> 其他處置：  <input type="checkbox"/> 藥物處方：
照護計畫	照護期間： 個月 訪視頻率： <input type="checkbox"/> 1 醫師 天一次，主治醫師： ，醫事機構名稱： <input type="checkbox"/> 2 護理人員 天一次，主責護理師： ，醫事機構名稱： <input type="checkbox"/> 3 呼吸治療人員 天一次，主責呼吸治療師： ，醫事機構名稱： <input type="checkbox"/> 4 心理師 天一次 <input type="checkbox"/> 5 社會工作人員 天一次

病人(或代理人)簽章：

評估醫事人員簽章：

醫囑醫師簽章：

全民健康保險居家醫療照護整合計畫  
病人用藥整合同意書

一、 服務說明：

「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」提供因失能或疾病特性致外出就醫不便病人居家醫療照護服務。由居家醫療主治醫師整體評估病人的病情，視診療需要連結其他醫師、中醫師、護理人員、呼吸治療師、藥師、心理師及社工等人員提供訪視服務。

為提供整合性之居家醫療照護服務，居家醫療主治醫師將透過「健保醫療資訊雲端查詢系統」查詢病人近期之就醫與用藥資訊，於收案 12 個月內協助整合病人門、住診等用藥，以提升照護品質及用藥安全。

病人如欲維持原門診就醫習慣，無法配合居家醫療主治醫師整合用藥、提供實質居家醫療照護，則不符合本計畫之收案條件。

二、 接受服務意向表達：

本人 同意 不同意 ○○醫院(診所)○○○醫師為本人居家醫療主治醫師，於本人簽署同意書日起至結案日止，可透過衛生福利部中央健康保險署建置之「健保醫療資訊雲端查詢系統」，查詢本人就醫之醫療費用申報資料及健保卡上傳就醫資料，協助整合本人用藥及提供實質居家醫療照護。

此致 ○○醫院(診所)

立書同意人：

出生年月日：民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

身分證號：

代理人：

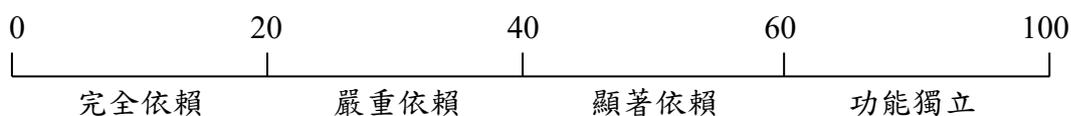
與病人之關係：

身分證號：

附錄 1、基本日常生活功能：巴氏量表(Barthel ADL index)

評估日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

項 目	分 數	內 容 說 明
1. 進食	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	自己在合理時間(約 10 秒鐘吃一口)可用筷子取食眼前的食物。若需進食輔具時，應會自行穿脫。 需別人幫忙穿脫輔具或只會用湯匙進食。 無法自行取食或耗費時間過長。
2. 個人衛生	5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	可以自行洗手、刷牙、洗臉及梳頭。 需要他人部份或完全協助。
3. 上廁所	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	可自行上下馬桶、穿脫衣服、不弄髒衣服、會自行使用衛生紙擦拭。 需要協助保持姿勢的平衡、整理衣服或用衛生紙。 無法自己完成。
4. 洗澡	5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	能獨立完成(不論是盆浴或沐浴)，不需別人在旁。 需別人協助。
5. 穿脫衣服	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	能自己穿脫衣服、鞋子，自己扣釦子、上拉鍊或綁鞋帶。 在別人協助下，可自己完成一半以上的動作。 不會自己做。
6. 大便控制	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	不會失禁，能自行灌腸或使用塞劑。 偶爾會失禁(每週不超過一次)，需要他人協助使用灌腸或塞劑。 失禁，無法自己控制且需他人處理。
7. 小便控制	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	能自己控制不會有失禁，或能自行使用並清潔尿套、尿袋。 偶爾會失禁(每週不超過一次)或尿急(無法等待放好便盆或及時趕到廁所)或需要他人協助處理尿套。 失禁，無法自己控制且需他人處理。
8. 平地行走	15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	使用或不使用輔具，皆可獨立行走 50 公尺以上。 需他人稍微扶持或口頭指導才能行走 50 公尺以上。 雖無法行走，但可以操作輪椅(包括轉彎、進門及接近桌子、床沿)並可推行輪椅 50 公尺以上。 完全無法自行行走，需別人幫忙推輪椅。
9. 上下樓梯	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	可自行上下樓梯，可使用扶手、柺杖等輔具。 需他人協助或監督才能上下樓梯。 無法上下樓梯。
10. 移位	15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	整個過程可獨立完成。 移動身體時需要稍微協助、給予提醒、安全監督。 可以自行坐起，但從床上坐起時或移動身體時需要他人協助。 不會自己移動。
總分		



附錄 2、末期病患主要症狀表(符合安寧療護收案條件時填寫)

<p>1. 癌症末期病患：</p> <p><input type="checkbox"/>高血鈣 <input type="checkbox"/>脊髓壓迫 <input type="checkbox"/>急性疼痛 <input type="checkbox"/>嚴重呼吸困難 <input type="checkbox"/>惡性腸阻塞 <input type="checkbox"/>出血 <input type="checkbox"/>腫瘤潰瘍 <input type="checkbox"/>嚴重嘔吐 <input type="checkbox"/>發燒，疑似感染 <input type="checkbox"/>癲癇發作 <input type="checkbox"/>急性瞻妄 <input type="checkbox"/>急性精神壓力，如自殺意圖</p>
<p>2. 末期運動神經元病患：</p> <p><input type="checkbox"/>虛弱及萎縮 <input type="checkbox"/>肌肉痙攣 <input type="checkbox"/>吞嚥困難 <input type="checkbox"/>呼吸困難 <input type="checkbox"/>睡眠障礙 <input type="checkbox"/>便秘 <input type="checkbox"/>流口水 <input type="checkbox"/>心理或靈性困擾 <input type="checkbox"/>分泌物及黏稠物 <input type="checkbox"/>低效型通氣不足 <input type="checkbox"/>便秘 <input type="checkbox"/>流口水</p>
<p>3. 老年期及初老期器質性精神病態：</p> <p><input type="checkbox"/>CDR 臨床失智評分量表為一末期(CDR=5)者：<input type="checkbox"/>病人沒有反應或毫無理解力 <input type="checkbox"/>認不出人 <input type="checkbox"/>需旁人餵食，可能需用鼻胃管 <input type="checkbox"/>吞食困難 <input type="checkbox"/>大小便完全失禁 <input type="checkbox"/>長期躺在床上，不能坐也不能站，全身關節攣縮</p> <p><input type="checkbox"/>病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：<input type="checkbox"/>電解值不平衡 <input type="checkbox"/>急性疼痛 <input type="checkbox"/>嚴重呼吸困難 <input type="checkbox"/>惡性腸阻塞 <input type="checkbox"/>嚴重嘔吐 <input type="checkbox"/>發燒，疑似感染 <input type="checkbox"/>癲癇發作 <input type="checkbox"/>急性瞻妄 <input type="checkbox"/>瀕死狀態</p>
<p>4. 其他大腦變質：</p> <p><input type="checkbox"/>嚴重神經疾病如：<input type="checkbox"/>嚴重中風 <input type="checkbox"/>嚴重腦傷</p> <p><input type="checkbox"/>末期大腦變質病患，不需使用呼吸器維生者，病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：電解值不平衡 <input type="checkbox"/>急性疼痛 <input type="checkbox"/>嚴重呼吸困難 <input type="checkbox"/>惡性腸阻塞 <input type="checkbox"/>嚴重嘔吐 <input type="checkbox"/>發燒，疑似感染 <input type="checkbox"/>癲癇發作 <input type="checkbox"/>急性瞻妄 <input type="checkbox"/>瀕死狀態</p> <p><input type="checkbox"/>末期大腦變質患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者</p>
<p>5. 心臟衰竭：</p> <p><input type="checkbox"/>CHF NYHA stage III 或 IV - 休息或輕度活動時會喘 <input type="checkbox"/>原心臟照顧團隊認為病人很可能在近期內死亡 <input type="checkbox"/>經常因嚴重心臟衰竭症狀住院 <input type="checkbox"/>因心律不整而造成的昏厥等嚴重症狀者 <input type="checkbox"/>曾有心臟停止或心肺復甦術病史 <input type="checkbox"/>常有不明原因的昏厥 <input type="checkbox"/>心因性腦栓塞 <input type="checkbox"/>左心室射出分率<math>\leq 20\%</math></p>
<p>6. 慢性氣道阻塞，他處未歸類者：</p> <p><input type="checkbox"/>即使使用氧氣，然而<math>PaO_2 \leq 55\text{mmHg}</math>、<math>PaCO_2 \geq 50\text{mmHg}</math>或<math>O_2 \text{ saturation} \leq 88\%</math> <input type="checkbox"/>FEV1<math>\leq 30\%</math> of predicted <input type="checkbox"/>FEV1持續下降且速度每年大於40 ml <input type="checkbox"/>6個月內體重減少10%以上 <input type="checkbox"/>休息時心跳超過100/min <input type="checkbox"/>肺心症或肺病造成之右心衰竭 <input type="checkbox"/>合併有其他症狀(如：惡質病、反覆感染、重度憂鬱)或多重合併症</p>
<p>7. 肺部其他疾病：</p> <p><input type="checkbox"/>即使使用氧氣，然而<math>PaO_2 \leq 55\text{mmHg}</math>、<math>PaCO_2 \geq 50\text{mmHg}</math>或<math>O_2 \text{ saturation} \leq 88\%</math> <input type="checkbox"/>FEV1<math>\leq 30\%</math> of predicted <input type="checkbox"/>FEV1持續下降且速度每年大於40 ml <input type="checkbox"/>6個月內體重減少10%以上 <input type="checkbox"/>休息時心跳超過100/min <input type="checkbox"/>肺心症或肺病造成之右心衰竭 <input type="checkbox"/>合併有其他症狀(如：惡質病、反覆感染、重度憂鬱)或多重合併症</p>
<p>8. 慢性肝病及肝硬化：</p> <p><input type="checkbox"/>肝病或肝硬化末期，不適合肝臟移植，且(1)PT<math>&gt; 5 \text{ sec}</math> above control 或 INR<math>&gt; 1.5</math> (2)Serum albumin<math>&lt; 2.5 \text{ g/dl}</math> <input type="checkbox"/>PT<math>&gt; 5\text{sec}</math> above control或INR<math>&gt; 1.5</math> <input type="checkbox"/>Serum albumin<math>&lt; 2.5\text{g/dl}</math> <input type="checkbox"/>困難處理之腹水 <input type="checkbox"/>自發性細菌性腹膜炎 <input type="checkbox"/>肝腎症候群 <input type="checkbox"/>肝腦病變合併坐立不安、昏睡和昏迷 <input type="checkbox"/>復發性食道靜脈瘤出血 <input type="checkbox"/>多重器官衰竭 <input type="checkbox"/>惡病質與消瘦</p>
<p>9. 急性腎衰竭，未明示者：</p> <p><input type="checkbox"/>已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病患 <input type="checkbox"/>病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病患可能在近期內死亡 <input type="checkbox"/>其他重要器官衰竭及危及生命之合併症 <input type="checkbox"/>長期使用呼吸器 <input type="checkbox"/>嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症 <input type="checkbox"/>惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者 <input type="checkbox"/>惡性腫瘤末期患者 <input type="checkbox"/>因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者</p>
<p>10. 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者：</p> <p><input type="checkbox"/>慢性腎臟病至末期腎臟病階段，尚未接受腎臟替代療法病患，屬慢性腎臟病(CKD) 第4，5期病患(GFR<math>&lt; 30 \text{ ml/min/1.73m}^2</math>)，或已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病患 <input type="checkbox"/>病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病患可能在近期內死亡 <input type="checkbox"/>其他重要器官衰竭及危及生命之合併症 <input type="checkbox"/>長期使用呼吸器 <input type="checkbox"/>嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症 <input type="checkbox"/>惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者 <input type="checkbox"/>惡性腫瘤末期患者 <input type="checkbox"/>因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者 <input type="checkbox"/>其他：</p>

## 第五部 居家照護及精神病患者社區復健

### 第三章 安寧居家療護

通則：

一、申報本章各項費用之保險醫事服務機構需向保險人提出申請經同意後始可申報，並依醫事人員教育訓練資格分為甲、乙兩類：

(一) 甲類：

1. 設有安寧居家療護小組，小組內須包括安寧療護專責醫師、社工師及專任護理師等至少一名，且小組成員皆需受過安寧療護教育訓練八十小時(含四十小時病房見習)以上，另繼續教育時數為每年二十小時，小組成員更改時亦須通知保險人各分區業務組。
2. 地區醫院(含)層級以下，且過去三個月內，平均每月每位護理人員訪視次數在三十人次(含)以下之院所，其安寧居家療護小組內之「專任護理師」得以「專責護理師」為之；「專責」係指專門負責特定安寧業務，另可執行其他業務。

(二) 乙類：

1. 醫師及護理人員皆需接受安寧療護教育訓練十三小時(教育訓練課程如附表)及臨床見習八小時(其中至少於安寧病房見習二小時，以視訊及 e-learning 方式進行亦可)，始得提供社區安寧照護服務。醫師及護理人員每訪視一位居家病人可抵免見習時數二小時。
2. 辦理本項業務之基層診所，應以現行辦理安寧緩和醫療之醫院為後援醫院，後援醫院資格如下：
  - (1) 設有安寧病房或聘有安寧緩和醫學專長之醫師及護理人員。
  - (2) 設專門窗口負責個案管理。
3. 每年繼續教育時數為四小時(以視訊及 e-learning 方式進行亦可)。

二、收案條件：

(一) 符合安寧緩和醫療條例得接受安寧緩和醫療照護之末期病人(必要條件)。

(二) 癌症末期病患：

1. 確定病患對各種治癒性治療效果不佳(必要條件)。
2. 居家照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。
3. 病情急劇轉變造成病人極大不適時，如
  - (1) 高血鈣(Hypercalcemia)
  - (2) 脊髓壓迫(Spinal Cord compression)
  - (3) 急性疼痛(Acute pain)
  - (4) 嚴重呼吸困難(Dyspnea severe)
  - (5) 惡性腸阻塞(Malignant bowel obstruction)
  - (6) 出血(Bleeding)
  - (7) 腫瘤(塊)潰瘍(Ulcerated mass 如 breast cancer, buccal cancer)
  - (8) 嚴重嘔吐(Vomiting severe)
  - (9) 發燒，疑似感染(Fever R/O Infection)
  - (10) 癲癇發作(Seizure)

- (11)急性瞻妄(Delirium, acute)
- (12)急性精神壓力，如自殺意圖(Acute Psychological distress, Suicide attempt)
- (三) 末期運動神經元病患：
  - 1. 末期運動神經元病患，不接受呼吸器處理，主要症狀有直接相關及／或間接相關症狀者。
    - (1) 直接相關症狀：虛弱及萎縮、肌肉痙攣、吞嚥困難、呼吸困難。
    - (2) 間接相關症狀：睡眠障礙、便秘、流口水、心理或靈性困擾、分泌物及黏稠物、低效型通氣不足、疼痛。
  - 2. 末期運動神經元患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者。
- (四) 主要診斷為下列疾病，且已進入末期狀態者(相關症狀等條件詳附表)：
  - 1. 老年期及初老期器質性精神病態
  - 2. 其他腦變質
  - 3. 心臟衰竭
  - 4. 慢性氣道阻塞，他處未歸類者
  - 5. 肺部其他疾病
  - 6. 慢性肝病及肝硬化
  - 7. 急性腎衰竭，未明示者
  - 8. 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者
- (五) 經醫師診斷或轉介之末期狀態病患，其病情不需住院治療，但仍需安寧居家療護者。
- (六) 病人之自我照顧能力及活動狀況需符合 ECOG scale( Eastern Cooperative Oncology Group Scale ) 2 級以上(對照 Patient Staging Scales, PS, Karnofsky: 50-60)。

### 三、 服務項目：

- (一) 訪視、一般診療與處置。
- (二) 末期狀態病患及其家屬心理、社會及靈性等方面問題之照護。

### 四、 收案及核備程序：

- (一) 收案對象需經院所甲類安寧居家療護小組專責醫師評估或乙類醫師評估，開立「安寧居家療護收案申請書」(申請書一式二聯，第一聯送保險人備查、第二聯院所備查)，始得申請收案；保險事服務機構或護理機構應擬定完整居家照護計畫，並於收案後二週內(如遇例假日得順延之)，檢具安寧居家療護收案申請書，送保險人各分區業務組備查，保險人各分區業務組得視情況實地評估其需要性。經核定不符收案條件者，保險人不支付費用，相關費用由院所自行處理。
- (二) 保險醫事服務機構或護理機構受理申請後，經書面審查符合收案條件者，應排定訪視時間，符合保險收案條件者，應查驗保險對象保險憑證、身分證明文件及居家照護醫囑單(非住院個案應由照護機構之執業醫師或契約醫院之醫師訪視評估，開立居家照護醫囑單)等文件，並於保險憑證登錄就醫紀錄，嗣後於每月第一次訪視時登錄一次，並應於登錄後二十四小時內，將之上傳予保險人備查；其不符合收案條件者，應即拒絕收案。
- (三) 對保險人各分區業務組核定結果如有異議，自核定通知之日起六十日內，應依序循申復及爭議審議途徑申請複核或審議，不得以新個案重新申請送核，否則不予受理。
- (四) 安寧居家療護收案及延長照護申請案件，回歸一般醫療費用抽審作業。

### 五、 照護期限：

- (一) 每一個案收案期限以四個月為限，每次訪視應有詳實之訪視紀錄，若病情需要申

請延長照護，應經醫師診斷填具安寧居家療護收案申請書送保險人分區業務組備查。

(二) 照護期限之計算，新收個案以收案日起算；申請延長照護個案以申請日起算(於原照護期限內申請者，以接續日起算)。同一照護機構同一個案，於照護期限截止日起三十日內再申請照護者，應以延長照護申請並以接續日起算，每次延長照護以三個月為限，不得以新個案申請。

六、 為能快速回應病人發生之緊急狀況，申報本章節之保險醫事服務機構或護理機構應提供安寧療護專業人員二十四小時電話諮詢服務。

七、 本章節「訪視時間」之計算，自到達病患家中起算，至離開病患家中為止，且訪視時間應記錄於訪視紀錄內，並請患者或其家屬簽章。

八、 本章節診療項目「機構」係指依「護理機構分類設置標準」、「老人福利機構設置標準」、「長期照顧服務機構設立標準」、「身心障礙福利機構設施及人員配置標準」及「國軍退除役官兵輔導委員會各榮譽國民之家組織準則」等法規命令設置立案之老人安養、養護機構、護理之家、住宿式長照機構、身心障礙福利機構之住宿機構或榮譽國民之家。

編號	診療項目	基層診所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	甲類： 醫師訪視費用(次)					
05312C	— 在宅	√	√	√	√	1553
05362C	— 機構	√	√	√	√	1242
	醫師訪視費用山地離島地區(次)					
05323C	— 在宅	√	√	√	√	1709
05363C	— 機構	√	√	√	√	1367
	乙類： 醫師訪視費用(次)					
05336C	— 在宅	√	√	√	√	1088
05364C	— 機構	√	√	√	√	870
	醫師訪視費用山地離島地區(次)					
05337C	— 在宅	√	√	√	√	1196
05365C	— 機構	√	√	√	√	956
	註： 1. 訪視次數每一個案每週以兩次為原則，若病人病情有顯著變化，需要多於每週兩次者，申報費用時應檢附訪視記錄，並詳述理由。 2. 每位醫師每月訪視次數以四十五次為限。					
	— 訪視時間一小時以內 (≤1 小時)					
	甲類： 護理訪視費(次)					
05313C	— 在宅	√	√	√	√	1650
05366C	— 機構	√	√	√	√	1320
	護理訪視費山地離島地區(次)					
05324C	— 在宅	√	√	√	√	1815
05367C	— 機構	√	√	√	√	1452
	乙類： 護理訪視費(次)					
05338C	— 在宅	√	√	√	√	1155
05368C	— 機構	√	√	√	√	924
	護理訪視費山地離島地區(次)					
05339C	— 在宅	√	√	√	√	1271
05369C	— 機構	√	√	√	√	1016

編 號	診 療 項 目	基 層 診 所	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數
	—訪視時間一小時以上 (>1小時)					
	甲類：					
	護理訪視費(次)					
05314C	—在宅	√	√	√	√	2250
05370C	—機構	√	√	√	√	1800
	護理訪視費山地離島地區(次)					
05325C	—在宅	√	√	√	√	2475
05371C	—機構	√	√	√	√	1980
	乙類：					
	護理訪視費(次)					
05340C	—在宅	√	√	√	√	1575
05372C	—機構	√	√	√	√	1260
	護理訪視費山地離島地區(次)					
05341C	—在宅	√	√	√	√	1733
05373C	—機構	√	√	√	√	1386
	註：					
	1. 護理人員訪視次數每一個案每週以二次為原則，若病人病情有顯著變化，需要多於每週二次者，申報費用時應檢附訪視記錄，並詳述理由。					
	2. 每位護理人員每月訪視次數以四十五次為限。					
	3. 護理訪視費所訂點數含訪視、護理服務、治療處置、代取藥、代採檢體及送檢之檢查費、治療材料及電子資料處理等費用在內。					
05326C	臨終病患訪視費	√	√	√	√	5000
05327C	臨終病患訪視費山地離島地區	√	√	√	√	5500
	註：					
	1. 限訪視臨終病患，且 ECOG 大於三級以上(含三級)之病患，實際訪視時間在二小時以上(含二小時)，始得申報此項費用，每位病患申報訪視次數僅限一次。					
	2. 甲乙兩類醫事人員皆可申報。					
	3. 服務內容需包含臨終訪視、善終準備及家屬哀傷輔導等。					

編 號	診 療 項 目	基 層 診 所	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數
05315C 05374C	<p>其他專業人員處置費 (次)：目前僅限於社會工作人員或心理師</p> <p>— 在宅</p> <p>— 機構</p> <p>註：</p> <p>1. 現暫定為社會工作人員或心理師。訪視次數每一個案每週以乙次為原則，若病人病情有顯著變化，需要多於每週乙次者，申報費用時應檢附訪視記錄，並詳述理由。</p> <p>2. 每位專業人員每月訪視次數以四十五次為限。</p>	v	v	v	v	1050 840
05316C	<p>病患自控式止痛處置及材料費 (Patient- Controlled Anagesia, PCA)</p> <p>註：</p> <p>1. 所訂點數含 PCA 幫浦注射費、PCA 裝置(set)、PCA 袋(bag)等。</p> <p>2. 每一個案每月限申報二次。</p>	v	v	v	v	1890

# 110 年度全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議

## 第 4 次與會人員發言實錄

**主席**

各位代表大家午安，我們會議開始了。很高興，今天我們沒有用線上都是實體，所以每個人都在這邊，很高興就是把今年度最後一次會議把它完成。先介紹一下我們新代表，周國旭代表，周國旭代表是在財團法人臺灣省私立臺中仁愛之家附設靜和醫院，靜和醫院很有名，那他也在臺灣社區醫院協會擔任執行長跟理事，我們歡迎周國旭代表。好，那我們就進入今天的會議。因為有代表另有要公，所以請各位長話短說，讓大家每一件事都圓滿那樣。我們開始。

**陳科長依婕**

首先先進行前次會議紀錄的確認，會議紀錄在第 1 頁到第 6 頁，請各位代表確認。

**主席**

好，各位代表有沒有看過？沒有問題的話，我們就繼續好不好？

**陳科長依婕**

接著請翻到第 6 頁，是前次會議決議的辦理情形追蹤，請同仁宣讀。

**廖科員韻慈**

各位代表長官好，本次會議決議追蹤辦理情形共 21 案，更新的部分為：

序號 2 「107 年下半年特約院所提報未列項目之處理情形案」，35 項未列項新增項目，16 項為現行研議中新增項目，其中 14 項已獲本會議通過結案、1 項待提案單位檢送資料、1 項循新增診療項目流程辦理。另 19 項請 16 家提報量最大之院所提新增，計有 15 家院所函復增

修建議共 17 項(8 項結案)，尚有 1 家(1 項)未回復。另 25 項(包含比照申報 10 項及涉名稱或執行內容疑義 15 項)刻正綜整學會意見，續請院所補充說明後，辦理新增診療項目作業。**建議繼續列管。**

**序號 3** 病房費支付通則、**序號 5**「腹膜透析追蹤處置費」及**序號 6**「大腸鏡息肉切除術」修訂案，業於 111 年總額協商提報增編預算，擬俟衛福部核定後，據以辦理後續規劃。**建議繼續列管。**

**序號 4** 新增「間變性淋巴瘤激酶(ALK)突變體外診斷醫療器材檢測法」，經衛福部公告，自 111 年 2 月 1 日生效。**建議解除列管。**

**序號 7**「末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫」修訂案，業於 110 年 10 月 22 日公告，**序號 8**「偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫」修訂案，業於 110 年 9 月 15 日公告，**序號 9**「提升用藥品質之藥事照護計畫」業於 110 年 10 月 21 日公告實施，**序號 10** 修訂「乳癌醫療給付改善方案」支付點數案已公告自 110 年 7 月 1 日生效，「論病例計酬」支付點數調整案，自 110 年 11 月 1 日生效。**建議解除列管。**

**序號 12** 修訂思覺失調症醫療給付改善方案，經衛福部公告，自 110 年 9 月 1 日生效。**序號 11** 修訂支付標準「住院護理費偏鄉醫院」加成規定案，**序號 13** 新增修訂「胸(腹)腔鏡食道胃管重建術」等診療項目案，經衛福部公告，自 110 年 11 月 1 日生效。**序號 14**「鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」修正案，業於 110 年 9 月 9 日公告。**建議解除列管。**

**序號 15** 支付標準安寧居家療護通則新增「機構」定義案，長照司回復無編列相關預算及補助，且建議於支付標準規定下，提供安寧療護服務之人員資格應一致，本案將再提本會討論。**建議解除列管。**

**序號 16** 修訂「白內障手術個案須送事前審查相關規定」案，支付標準新增白內障手術限眼科專科醫師施行後申報，經衛福部公告，自 110 年 11 月 1 日生效。另執行白內障手術需送事前審查之 40 例上限放寬，已提案至本會議討論。**建議解除列管。**

序號 17 110 年第 3 季「未撥付醫院總額預先撥款之月份及醫院」進行暫/核付費用管控案，衛福部業於 110 年 11 月 10 日函復同意辦理。**建議解除列管**。

序號 18 新增修訂「大腸金屬支架置放術」等 4 項暨修正 14 項診療項目之支付規範文字案，序號 19 修訂居家照護通則及支付規範案，經衛福部公告，自 110 年 12 月 1 日生效。**建議解除列管**。

序號 20 Tw-DRGs 3.4 版 111 年 1-6 月適用之相對權重統計結果案，經衛福部公告，自 111 年 1 月 1 日生效。**建議解除列管**。

序號 21 COVID-19 納入急性後期整合照護計畫案，依指揮中心醫療應變組會議決議，COVID-19 屬急性傳染病，尚不適宜比照慢性傳染病模式辦理，另考量染疫康復者非屬需隔離治療對象，不適用傳染病防治法規定，無法以疾管署公務預算支應治療費用，爰本署已研擬 COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫(草案)，刻正報部核定中，奉核後辦理公告事宜。**建議解除列管**。

綜上，本次建議繼續追蹤列管 5 項，解除列管 16 項。

主席

好，各位代表有沒有要補充的？好，沒有，我們繼續好不好？

**報告事項**

**第一案**

案由：訂定 111 年召開全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議時程案。

主席

好，謝謝。第一案的時間，請。

**嚴代表玉華**

針對 111 年開會時間，第三次日期為 111 年 9 月 8 號，隔天剛好

遇到中秋連假，這個時間有沒有辦法異動？如果沒有辦法異動，可不可以加註可開視訊會議？

主席

這時間可以調嗎還是？

陳科長依婕

我們先優先看能不能調整時間，那如果真的不行的話，我們就開視訊的場次。

主席

原則上儘量不要視訊，大家在一起的話，至少可以看到臉色，內心裡面是想什麼，我們會按照這個去辦理。請大家會議的時間要記起來，儘量不要這一次和下一次不同人來，有一些東西就不能連續性，進入第二案。

## 報告事項

### 第二案

案由：有關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部分及牙醫門診總額3項專款計畫案。

主席

各位代表有沒有意見？

游代表進邦

裡面有講到那個牙醫師資格，從「違約記點、扣減費用或停約以上處分」改為「醫師所服務之醫事機構兩年內未曾涉及受停約或終止特約處分」，那扣減費用大概大家都有，這個一定要拿掉，要不然可能找不到可以試辦，但是違約記點這件事，可能大家再討論看看，事實上我認為各業務組在違約記點上是蠻謹慎，那只是說要不要放得那麼

寬鬆，停止特約才限制不能承辦這件事情，這個建議可以再討論，以上。

**主席**

好，謝謝，請。

**徐代表邦賢**

報告署長，還有報告我們各位長官，其實也謝謝署裡面有幫我們提出來，其實在我們署裡面違約記點其實有蠻多面向的，在基層院所裡面，就比較容易遇到，我想在大醫院就比較少，但是在基層院所裡面，如果說有相關的一些事證，他可能疏忽或者怎麼樣，有可能會記點，所以我們是覺得違約記點的話其實不影響到醫生所服務的一個品質。但是我希望說我們這裡的修改，我認為改成就是我們以框醫師為主，所以是不是能夠修改成「醫師兩年內未曾涉及」，就是院所不框，是框醫師。因為現在牙科的基層院所有一些是屬於，現在大部分都是屬於多人院所，那現在多人院所的話呢，如果說我們是框整個院所的話，我們牙醫有很多是一種屬於連續療程，那連續療程的話，如果說整個院所都框起來，也許只有一個醫師不乖，但是其它的醫師可以把這些療程裡面的一些整個把它繼續服務完，你現在整個院所都框完以後，那些患者又不能轉其它的院所繼續完成治療，這樣會造成院所它的就醫的權益的損益，所以我們建議是不是能夠就是「醫師兩年內未曾」，就是以框醫師為主？好，以上。

**主席**

好，謝謝徐邦賢代表。那當然就是說這個東西，我想是就是說我們說實在，因為他行為人自己要負責任最重要，就像說我們其實也在檢討那個各位代表資格的時候也是會注意到，所以各位有沒有什麼意見，假如照徐邦賢醫師的建議？假如可以接受的話，我們就這樣好不好？就朝這個方向。那不過我跟各位報告，其實你們看最近幾次的那個，某一個我們前輩，每次在臉書放話，在說健保署怎樣怎樣，坦白來講，我一直都沒有讓步，因為我覺得說，講是說這個健保的管理的

話，你沒有做到到位的話，那說實在，如果你在盜刷，很多人在那邊浮報、虛報的時候，說實在再多錢都不夠用。健保署在做事情的時候，只是說我們一定會依法行政，這個是前提，大家都做那麼久了，怎麼可能都不按規定來，不可能，所以我覺得說剛剛那個徐邦賢醫師提的，我們就照這樣好不好？

### 陳科長依婕

那我們可能健保署這邊綜整一下，我們文字應該會修成「醫生非兩年內經保險人停終約之醫事服務機構的負責人或負有行為責任之人」，我們文字會這樣修，那這個沒有把違約記點列進來，是因為我們有去盤點我們相關的計畫，不管是西醫、中醫還是牙醫，其實主要都是針對停約跟終約以上的處分才有限制，所以我們沒有針對違約記點這塊。代表剛剛的建議，我們就保留下來，大家以後在修計畫的時候，可以做一個參考。

那另外要補充的是因為牙全會在會前有先提供給我們，發現裡面有一些可能是贅字的地方，我舉例說明，譬如說在我們的報 2-7 頁，新增的一個項目「高風險疾病患者牙結石清除-全口」這個項目，在註一的(2)，血液透析及腹膜透析患者，後面有(洗腎)，這(洗腎)兩個是其實就是贅字，我們把它刪掉。那再來是報 2-8 頁，這個醫令的編號，我們發現有重複編列的情況，所以這個我們在會後也會調整一下這個代碼。那另外還有牙全會有建議說，那個衛教的資訊，就是一樣在報 2-8 頁，備註的 2，就是本項實施高齲齒患者的氟化物治療，並提供衛教資訊，我們原本有列一個附表，牙全會表示其實其它的診療項目也都有列，有一些相關的衛教資訊，但是沒有把那個表格列在支付標準裡面，希望把這個表格可以拿掉。那這個我們是尊重牙全會的意見，不過可能還是要透過不同的管道讓牙醫師知道，衛教的單張可能要長什麼樣子。

### 主席

謝謝。

## 梁代表淑政

主席，大家好，有關於牙醫通則修正的第八項，增列職災代辦案件，依照勞動部勞工職業災害保險及保險法第 38 條第三項規定，除另有規定外，職災醫療的給付與支付是準用健保的支付標準，所以就不需要增列職災代辦案件；另為避免大家在申報上有疑慮，可以把第八項有關案件分類號碼的部分刪掉。文字修正之處若有不清楚，會後再跟幕僚單位做確認。

另外第 2-8 頁，有關口腔顎面外科新增項目，因為現行支付標準不會把健保會年度協商的結果放進來，例如年度、預算之類的，至於通則內容是否要放在支付標準或要怎麼呈現在支付標準裡面，會後可以再跟幕僚單位討論，讓整個支付標準比較一致。

那另外我們回到報 2-19 的特殊醫療服務部分，(2)的部分提及不得申報 0 到 6 歲的嚴重齲齒兒童口腔健康試辦計畫的醫令，因兒童口腔齲齒計畫是有收案條件的，建議修正不得同時收案或者是不得同為該計畫的收案個案。另外是否要增加規範不得申報今天新增的 12 歲到 18 歲相關支付標準，這部分請幕僚單位再一併考慮。以上簡單說明。

## 主席

好，謝謝，請徐邦賢代表。

## 徐代表邦賢

我們就由主管單位來指導我們看怎麼樣去做修正，但是跟我們本意是一樣的，跟我們一樣，只是說文字修正，然後就拜託了，謝謝。

## 主席

好，謝謝，請林富滿代表。

## 林代表富滿

請教一下，原來支付標準 91089C 糖尿病患者牙結石清除-全口，與這一次新增的 91090C 有一點類似。原來 91001C 牙周緊急處置，有

規範不可以同時申報 91089C，是不是也要把新增的 91090C 加進去備註 3.不得同時申報。因為 91089C 的支付標準規定跟 91090C 很像；要不然就用 91089C 去增加適應症就好了，這樣不用新增 91090C 支付標準碼，也不須修改前面好多項支付標準備註不能跟 91089C 重複申報的規定。若這次要新增 91090C，那許多項支付標準備註都要配合更新。

**徐代表邦賢**

謝謝，報告署長，報告我們代表，其實這是因為我們整個程序在整理的時候，當初那時候我們要寫不得重複的時候，91090C 這個碼還沒出來，所以我們還沒有補進去，那我們也同意代表說，這不得重複裡面就是再加個 91090C，因為這樣子的話，符合這個資源不會重複使用，所以這個謝謝您的提醒，我們會把它補上去，謝謝。

**主席**

發展得很細，這個病也是有相關，那個也是有相關。

**徐代表邦賢**

報告署長，我們後來會統合起來，不然的話，我們自己會員也報得有一點頭大，謝謝。

**主席**

好，那關於這個報 2 有沒有問題？沒有，我們進入報 3 好不好。

## **報告事項**

### **第三案**

**案由：修訂中醫支付標準通則及中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫案。**

**主席**

好，謝謝，請問各位代表有沒有意見？那中醫要不要補充，蘇守

毅跟吳清源代表？

**吳代表清源**

署長、各位代表大家好，前面那個個別醫師，因為之前報的時候有點誤解，所以說我們就修改，會員比較能夠理解，特別是專任醫師。至於兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫，其實是讓我們中醫治療過敏性鼻炎，不只是只有藥物而已，還有包括三伏貼還有其它的外治療法，所以說我們給藥的話，我們還是設定 21 天，事實上還有很多的治療，我們只把那個時間把它拉長成 28 天，這樣比較合乎臨床現況，以上。

**主席**

好，謝謝，各位代表有沒有意見？我跟部長在開會的時候，講到中藥只有一個結論就是博大精深，要做好，好不好？我們請。

**陳代表志忠**

不是意見，我想可能是打錯字了，3-1 說明二的(三)的最後一行預算，到底是 500 萬還是 5 億？5 億，謝謝。

**主席**

好，進入報告案 4。

**報告事項**

**第四案**

**案由：新增修訂轉診支付標準之同體系院所名單案。**

**主席**

好，謝謝。各位對同體系院所名單有沒有問題？來請。

**周代表國旭**

主席，在中區那個中國體系當中有一個陽光精神專科醫院，據我們所知道它之前是委託經營，但是目前已經解除他們的委託了，所以

是不是可以請中區業務再確認一下？謝謝。

**陳科長依婕**

好，請各位代表翻開報 4-13 頁，剛剛周代表提的是在我們的體系序號第 14 中國醫體系裡面的院所序號第 122 這家陽光精神科醫院對嗎？這個我們會後會請中區業務組幫我們確認，不過最後的結果，我們還是會提到這個會議上報告一下。

**主席**

謝謝了，好，沒問題我們進入下一個。

## 報告事項

### 第五案

**案由：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準年齡認定及計算方式文字增修案。**

**主席**

好，謝謝，這個依照民法跟刑法，把年月日弄得很清楚，各位有沒有意見？請黃振國代表。

**黃代表振國**

謝謝，報告各位長官，在臺北分區發現一個案例，有些支付項目有年齡的限制，我們的審查醫師也依規定核刪，因為沒有符合年齡規定，但到爭議審議委員會就把它撤銷，所以是不是這個年齡規定的修正，也能讓衛福部的爭議審議委員會知曉？不然取消的理由譬如說 30 個月是含不含第 30 個月，還是說過幾天也算，類似這樣的情形，我想都會造成很大的爭議。我們現在遇到最大的困惑也是這樣，在各區的審查分會，審查醫師都已經有一致的決議了，甚至在審畢抽審也沒有問題，但往往到了衛福部的爭議審議委員會遇到撤銷，那撤銷有的合理，有的並不合理，所以希望能夠有一致性，希望能告知長官我們有

修正這個規定，謝謝。

**主席**

我們是副知我們的那個長官，讓他按照我們的支付標準去做處理，爭審會撤銷，我說我們的同仁都依照這個東西，可是每個人解讀不太一樣，這個又造成很大的困擾。好，請。

**李代表紹誠**

主席、各位代表大家午安，針對這一個部分，就目前來說，在今年跟就跨一天，會產生一個狀況，是不是可以署裡面可以有一個新聞稿出來，同時可以做一個公告的格式，各地方公會可以自行印製給會員來張貼，要不然在門診會吵翻天，以上。

**主席**

有時候是稍微希望它彈性一點，有時候彈性不知道要多久，好來，這一部分沒有問題，我們就進入下一個好不好？來，請。

**謝代表偉明**

牙醫全聯會代表謝偉明第一次發言。這邊有提到就是說，門診以就醫年月日計算，但是我們牙醫這邊有很多治療是一個療程的，有起始日跟結束日，是會根據就醫起始日跟結束日分別計算呢，還是說統一用起始日取卡日來算這樣子的一個年齡？因為可能開始的時候，還沒滿這個年齡，那結束才滿。或者說開始的時候，他年齡符合，可是結束的時候不符合，那會不會有這樣子的一個爭議判斷的問題？以上。

**主席**

收案的時候，假如不符合那就不符合，那結束的時候，一定會符合啊。

**謝代表偉明**

譬如說我們有 12 到 18 歲，他可能收案的時候 18 歲，結束的時候變 19 歲了，那是以收案年齡為主這樣。

主席

用收案比較準。

謝代表偉明

像我們根管治療有開始日跟結束日，那是不是只要開始日符合就好了？

主席

我們以收案日好了好不好？我們不能說治療結束了說你不符合資格。好，那就這一部分就這樣好不好？好來，我們進入下一個報告 6。

## 報告事項

### 第六案

案由：修訂「全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案」。

主席

好，謝謝，各位代表有沒有意見？婦產科醫學會有沒有要補充？黃建霈醫師(臺灣周產期醫學會常務理事、臺灣婦產科醫學會秘書長)

周產期醫學會常務理事跟婦產科醫學會秘書長黃建霈醫師代表出席。因為兩個學會好像對來文都有所誤解，都以為只需要針對早產的部分去做提出修改，臨床上來說要 14 次產檢都用到，這個困難度相當高，39 週以上大概已經有六七成的產婦已經生產，所以要 14 次產檢都做到，常常是辦不到的事情，所以極可能會導致孕產婦全程照護執行率大幅下降，是不是這個案子可以發回？我們在學會內再討論之後，再下次重新提出。謝謝。

主席

好，各位代表有沒有意見？他們要再討論，因為現在少子化，而且又優生學的話，因為彼此互動有一個誤解，這個案子先撤案好不好？

再請你們回去好好地想想看，再請各位代表再 review 一遍，那我們這個案就這樣好不好？好，那我們進入討論事項好不好？來，我們進入討論事項一。

## 討論事項

### 第一案

案由：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增修訂「開放性股-股動脈或股-臍動脈或腋-股動脈繞道手術」等診療項目案。

新增「開放性股-股動脈或股-臍動脈或腋-股動脈繞道手術」、「開放性膝下動脈繞道手術-一條血管/兩條血管」等3項診療項目

### 主席

好，關於這一項，各位代表有沒有意見？

### 游代表進邦

請問是明年開始？

### 陳科長依婕

是，我們會依照程序會先預告，預告然後完再報部核定，核定以後，公告的時間應該會到明年。

### 黃代表雪玲

這個會不會落入 DRG？

### 陳科長依婕

因為我們上一次已經先算了一到六月的 DRG 權重，也已經公告了，那這個項目會不會影響到 DRG，我們回去評估一下，因為它是現在有比照項目可以報，只是不是這個名稱，我們這個案是把它正名上去，那日後我們再校正 DRG 的點數的時候，也會把那個點數還原回去，到那個個別的 DRG 裡頭。

**主席**

請問可以嗎？可以，好，那我們再繼續。

新增「高解析直肛壓力測定術」診療項目

**主席**

好，那這個部分，各位代表有沒有意見？好，沒有，我們繼續。

新增「環甲膜穿刺術/切開術」診療項目

**主席**

好，謝謝，謝謝我們急診醫學會，本來這個價格很高，因為健保財務他們拉下來，各位有沒有問題？沒有，我們繼續好不好？

新增「俯臥通氣治療-每療程」

**主席**

好，謝謝。這個也是在重症醫學會他們就是把這個價格壓低，這個他們上次算也是覺得很貴，那我們也覺得說健保財務的衝擊，那不知道各位有沒有問題？好請。

**郭耀文醫師（臺灣胸腔暨重症加護醫學會）**

討 1-22 的表三，第一點跟第二點關於「適應症／相關規範」的部分誤植寫顛倒了。應該是 47045C 體位引流，不得同時申報 47104B。

**陳科長依婕**

是，謝謝，我們會後會調整。

**劉代表碧珠**

可不可以請問一下，就是剛剛提的這個俯臥通氣治療這個療程，這個預估的人數是用單一的主診斷，是不是？我不確定，這個要請問專家，這樣主診斷有沒有可能會低估什麼，因為看起來量這麼少。

**陳科長依婕**

我先說明我們怎麼估的，請大家翻到討 1-20 頁，備註第 5 點，我

們是以呼吸窘迫症就是 ARDS 的病人而且有插管使用呼吸器的人數來估的，估完以後因為臨床專家表示會有 20% 需要用到俯臥通氣這個項目，平均每個人會做 6 次，所以  $2271 * 20\% * 6$  會得到 2725 次，以上是我們試算的說明。

**主席**

不太嚴重就不會用到，那這個也是實報實銷，好，有沒有問題？我們繼續。

新增「診斷性乳房攝影」診療項目

**主席**

好，謝謝。那請陳榮邦理事長補充。

**陳榮邦醫師（中華民國放射線醫學會）**

請中放學會姚召集人代表報告。

**姚敏思醫師（中華民國放射線醫學會）**

各位午安，一般乳房 X 光攝影檢查是 2-view 共四張影像，分別是左右邊各 CC view 及 MLO view。當這個檢查中發現可疑的鈣化、可疑腫瘤、不對稱或乳腺扭曲現象，是需要加照影像做進一步判讀，判讀後會有兩種可能，一是可能是良性發現(Category 3: probably benign) 須於每半年短期追蹤，其二是疑似病灶需要進一步切片確診處置(Category 4 或 5)，因此診斷性乳房攝影是有其必要性，故增設此診療項目為宜。

**主席**

好，謝謝，那各位代表有沒有意見？好，我們就繼續好不好？

修訂編號 10810B「安非他命檢測（免疫分析）」等 5 項診療項目

**主席**

好，各位有沒有問題？來請。

**謝代表景祥**

這個為什麼要一定要急診專科醫師才能夠申報？

**主席**

王醫師請說。

**王監事斯弘（朱代表益宏代理人）**

署長、長官及各位代表大家好，這個案子是急診醫學會提出來的，急診目前我們有時候會遇到懷疑使用一些毒藥物的病人，以原本的規範，就是安非他命、嗎啡等，只有限精神科的教學醫院才能夠申報，可是對於急診來說，這一塊其實我們做得不是要去做篩檢有沒有吸毒，而是救命，因為有一些可能服用這些毒藥物過量之後，造成昏迷的病人，我們當然會先做一些理學檢查、神經學檢查，排除其它的問題後，才會高度懷疑有這些毒藥物濫用的情形，所以這個的檢測對我們會非常有幫忙，特別有一些是有解毒劑可以使用的，以急診來講，我想使用的量其實不會很大，因為我們不是去做毒藥物的篩檢。就事實面，如果有因為這些藥物造成意識昏迷的，那是可以救命，要不然目前我們做這個篩檢是沒有辦法做申報，以上報告。

**主席**

謝謝。

**謝代表景祥**

我的問題就是說有些社區醫院或偏遠地區的醫院，他們在急診值班的時候，是不一定是急診專科醫師，有可能是內外科醫師自願來做急診的值班，那這個時候呢，如果他懷疑藥物中毒的話，其實他就也不能申報，是不是可以改成急診醫師就可以申報？

**主席**

急診醫學會，那時我們是有討論到，怕就是那這個量很大。

**謝代表景祥**

應該在審核的時候，就可以跟其它的適應症來做一個鑑別，那個

量應該是不會很大，以上。

**主席**

各位代表呢，有沒有什麼意見？請王監事斯弘。

**王監事斯弘（朱代表益宏代理人）**

這一塊主要不是全面性做篩檢，基本上這一塊其實量是不大，那如果說要開放，確實有一些真的比較偏遠，沒有急診專科醫師，可能有這個需求，因為這個我們主要提出來的用意是在救命，就是說真的是一些毒藥物過量，被篩檢出來後，如果有解毒劑，我們確實是可以使用，我傾向同意，如果真的沒有急診專科醫師，有需求的地區醫院，我們是不是也可以適度放寬？

**主席**

好，我請我們同仁做個說明一下好不好？

**陳科長依婕**

是，我們說明一下，我們其實有去統計過原先報這五個診療項目相關的醫師專科別，那主要是急診醫學科，報的量大概一年有 3 萬 5 千件左右，那精神科專科醫師大概一年報 1 萬 5 千件，那剩下其它科的專科醫師一年大概報 3 萬 3 千件，所以如果按照現在的統計數據看起來，確實其它專科醫師有機會會報到這個項目。所以也許可以試著這樣決定看看，如果我們先不卡醫生的專科別，然後先試行一段時間，但是我們一定會觀察它的申報量，如果申報量明顯地成長很多的話，再回到這個會議上來決定我們要怎麼樣來訂定它的資格。

**陳代表志忠**

對不起，主席、各位代表、各位專家，剛剛提到偏遠地方的地區型醫院，我可以跟大家講一下，六都裡面的區域醫院，因為我們評鑑醫院評鑑急診有所謂專責醫師跟專科醫師的比率的規範，有的在看急診的，的確他不具備急診專科醫師的資格，他只是一位內科的專科醫師，所以建議先不要卡這個專科別。

## 陳科長依婕

我們會修訂，把支付規範原先打算要限精神科跟急診科專科醫師這句話先把它刪掉，但是我們會密切地觀察它的申報情形有沒有大幅成長，如果有，我們一定會回頭來檢討，因為會對健保財務有一些衝擊，以上。

## 主席

好，謝謝，好，那假如沒有，我們繼續。

修訂 09139C 「醣化白蛋白 (GA)」 診療項目

## 主席

好，謝謝，那各位代表有沒有意見？我想糖尿病會是我們未來在基層裡面非常重要的一個課題，因為部長這一次在總額協商裡面也針對這部分有再給更多的資源，好來，請。

## 林醫師誓揚（王代表宏育代理人）

請問第 21 頁適應症，為什麼糖尿病跟初級慢性健康病 CKD 照護計畫一年可以申報到六次？

## 陳科長依婕

我說明一下，這會跟我們等一下的討論案第三案有關係，因為我們接下來如果新增了這個 DM 跟 CKD 的共病整合照護方案之後呢，在新收案的個案，如果他那一年在很早的時候，1 月 1 號就收案的話，他當年會新收案一次，然後會追蹤 3 次，然後在年度評估這樣是第五次，對。好，OK，抱歉，我再說一次，就是如果他新收案是依序新收案，譬如說 DM 先收案了以後，然後後來疾病病程很快速地發展到有 CKD，所以他新收案會分別做兩次，然後接下來在年度裡面會追蹤三次，所以這樣加起來已經五次了，然後到了年度評估的時候，就會有第六次，所以有可能新收案，如果在很早的時候收案的話，1 月 1 號收案的話，它那一年可能會做到六次。可是這種狀況應該很少很少。

## 黃代表振國

這個報告一下，其實我們現在臨床中最多是測 HbA1c，那會測 GA 的就是針對少數，譬如說貧血的案例真的是沒辦法從 HbA1c 反應他的真實數據，但是我想 HbA1c 在糖尿病試辦計畫或相關的臨床管理，其實都四次就夠了。那現在針對特殊的案例，可能是因為 GA 的不穩定性或因為它的 half life 可能比較短等等，需要有一個特殊需求，但是跟各位長官報告，大部分的病人都是沒叫他來，他不會來，被動性比較高。那當然有少數病人是猛要求你抽，即使他三個月應該抽一次，他可能一個月來就要測 HbA1c，那我想最重要是目前的四次，是否能夠滿足現在的臨床需求？如果已經滿足了絕大多數的臨床需求，我個人建議還是維持四次，但是針對某些特殊的案例，他的需求比較特殊，我覺得應該規範在例外，我們也容許醫師臨床判斷的需求，他可能針對特殊案件，覺得需要他就做第五次，我們也不反對，但是通則，我個人的建議是不要修改。那例外我們容許可視情況得以增加，那這樣子會好一點。不然可能會造成所謂的醫療資源浪費，謝謝。

## 主席

我想黃振國代表講得很好，所以說原則上當然是說，就是一個基本，那就是說我們常常有時候超過，在那邊核刪，那個就不要了。

## 賴代表俊良

講到 DM 跟 CKD 共病，這邊寫到六次，我們知道 DM 跟 CKD 都要抽這些 data，現在我們雲端都有上傳資料，那這些共病如 CKD，VPN 要填的資料，我可以在雲端上去截取就可以了，三個月內的數據都會有效，所以不需要說 DM 自己要抽血，然後 CKD 也另外抽血，我們在雲端裡面一直有這些資料共享，所以要做到六次的機會真的很少很少。

## 主席

不然我們就四次好了，假如萬一有時候我們醫療體系，有時候會多做，那健保署的同仁至少心裡面有一把尺，這樣好不好？

## 林代表富滿

對不起，這個規範寫這樣跟他們兩位的訴求沒有衝突，本來就有侷限某一些疾病，又限六次(上限六次)，其實沒有衝突。如果改四次，可能未來比較特殊的個案，要再重新報備說明，增加很多行政困擾，所以這樣寫與他們的訴求沒有衝突。

## 主席

黃振國代表，有關林富滿代表的說法。

## 黃代表振國

不是，我們在臨床上 follow，包括 CKD，包括 DM 已經都很普遍了，我想我們第一線的醫師，在座很多臨床醫師也可以反應說這樣子夠不夠，我不是從管理面來考量，而是臨床面來考量。

## 主席

來，請賴俊良代表。

## 賴代表俊良

剛剛有講說，在 1 月 1 號的時候收案，抽血一次，然後追蹤三次，年度評估一次，那這樣五次。如果說這個病人是 CKD 的病人，他 DM 已經抽血五次，CKD VPN 需要 key 資料，那他在雲端截取資料就好了，不需要說兩個禮拜以前 DM 已有抽血，CKD 需要資料又另行抽血，在雲端截取填入就好了，所以第六次的機會很少，我是覺得五次應該是夠了。

## 黃代表振國

我報告一下，其實我們也看過，同一個醫院不同科的醫師，譬如說腎臟科抽一次，新陳代謝科抽一次，坦白講，就第一線的醫師，我們現在做一個全人照護，應該四次是可以的，那可以寫說如果有需求，得以申報六次，我不反對，但是我覺得要思考為什麼原來都四次，應該有所本。

## 林代表富滿

我的意思是說，看這個文字，跟這位代表的訴求好像沒有衝突，既然他也同意特殊情況可以到六次，那寫這樣應該可以，如果都沒有寫，未來會無法規範。

## 主席

他怕說現在說六次，每個人都做六次。

## 林代表富滿

它有適應症的診斷規範，代表的擔心或許可能……

## 主席

可以做檢查都做，又有不一樣。

## 林代表富滿

我相信醫療會依照實際需要開醫囑的。

## 主席

我知道，我知道，還是各位代表有沒有什麼想法？請何語代表。

## 何代表語

主席、各位代表、各位專家、各位先進大家好，因為這裡原來限制是四次，那現在就 DM 就五次，加了一個 CKD 就第六次，那如果以現在雲端病歷的整合來看，可以採綜合的就可能五次是比較客觀。因為你最後一次可以把所有的資料彙整起來，那就可以用這樣子來做。那就是說原來的限制次數已經增加一次，五次來做，如果雲端的病歷都能夠很完整地共用，那是可行。

## 主席

謝謝何代表，請梁淑政代表。

## 梁代表淑政

有關增列這計畫名稱是配合後面討論案第三案整合方案所做修正，

目前因為也還沒討論到整合方案，也不清楚是不是可以放寬限制到六次，而原本這一規定針對懷孕的婦女在妊娠期間有需要用到六次的可能，所以是不是先維持就是現有的文字，如果我們討論到後面整合方案，清楚知道若不修正確實是會卡住，那我們再回來配合修正。

**主席**

可以嗎？

**陳科長依婕**

說明一下，這個就是因為我們等下討三會看到那個方案裡面規定，不管是新收案還是追蹤的時候，HbA1C 或是 GA 都必填，一定要填，所以才會延伸出現在的問題說我們 GA 的「一年限四次」這個規範卡住了，有的院所沒有辦法填，他就沒有辦法報到那個追蹤管理費或是年度評估的費用，那我們不希望 P4P 跟前面的診療項目有這樣互相卡來卡去的問題，所以我們也評估說，其實只有針對當年度新收案的病人，如果在一月、二月、三月收案的時候，才有可能遇到這樣子的問題。然後我們也有去評估以西醫基層為例來說，其實一整年會遇到這樣的問題的個案大概 170 名左右，增加的財務大概是 4 萬 3 千點，這是最高最高的推估，以上說明。

**主席**

這很少錢，不過我是覺得各位可以放心，因為就是部長可能在這個月的，他對於健保的那個就是總額在弄的時候，他有一些配套方案的時候，等到最後除了民眾以外，還會付一些醫療的那個治療，所以可能大家醫生也會有那個壓力，最後有需要納入考慮好不好？那我們照本來規劃的那個六次好不好？何代表可以嗎？

**何代表語**

可以。

**主席**

好來，先這樣好不好？那我們下一題。

修訂編號 12202C「C 型肝炎病毒核酸基因檢測-即時聚合酶連鎖反應法」診療項目

主席

好，謝謝，那這一部分的話，各位有沒有問題？其實各位代表我跟您報告，就是我 10 月 22 號開始就做對於 C 肝的治療不限科別的時候，其實看到那個治療人數是大幅度在成長，因為我們每個禮拜在追蹤，整體加起來已經快增加到三十幾%，所以我覺得假如繼續發展下去的時候，我們希望能夠那個，請李監事承光。

李監事承光（林代表鳳珠代理人）

不好意思，我是醫檢師全聯會，因為我看他的建議支付點數怎麼變成 200 點，原本應該是 2450，這樣差的金額好像有點大，200 點應該是不夠成本才對。討 1-21 的第七點。

陳科長依婕

好，那個是數字誤植，如果看討 1-39 頁，我們寫的是 2450 點沒錯，謝謝。

主席

好，OK，假如沒問題，我們繼續好不好？來。

修訂編號 47045C「體位引流」等 6 項診療項目之英文名稱及支付規範文字

主席

好，各位有沒有問題？好，沒有，我們繼續。

預算及 110 年新醫療科技-新增診療項目預算執行情形

主席

好，謝謝。那各位代表有沒有意見？

游代表進邦

這個是有牽扯到 111 年的總額，可是 111 年的總額部長好像還沒核，確定這個一定會核下來嗎？會有這個錢嗎？應該是核下來，我們有名目才可以去決定說我們決定用那個，那萬一部長核下來是沒有，這個錢要從哪裡來？這個程序上感覺是早了一點。

**主席**

這些部分的話，部長是在會議裡面已經一個共識，因為在協商裡面該定案的時候都已經有定案，要補充說明嗎？

**陳科長依婕**

這個項目我們會依程序，等到部核定以後，我們再報到部裡面請他們核定，然後公告實施的時間會等到確認 111 年的預算，因為其中有兩項會吃到 111 年的預算。

**主席**

好，OK，那邊都沒人講話，為什麼麥克風怎麼都亮了。好，那沒有的話，我們進入那個討論二好不好？

## 討論事項

### 第二案

**案由：修訂「白內障手術個案須送事前審查相關規定」案。**

**主席**

好，謝謝，那我想我們先請眼科醫學會做補充好不好？來請。

**吳孟憲白內障手術委員會召集人（中華民國眼科醫學會）**

署長、各位先進大家好，我是眼科醫學會吳孟憲醫師。先講我眼科醫學會的意見，首先要感謝署長跟各位先進還有健保署，促成這一次的一個預算的達成，白內障手術 40 臺的限制的解除，我們又跨出一個大步了。其實在去年三月，我們眼科醫學會就開始跟全聯會開始在

就解除限制的管理，一直在討論方案，找出理想的辦法。在今年的 7 月 29 號，我們共擬會議有再提出來一次，還是要再謝謝健保署一次。這一次的會議大家希望可以找出一個更好的方法，集思廣益找到方法。

### **陳建同理事長（中華民國眼科醫學會）**

署長、各位代表大家好，我是眼科醫學會理事長，代表眼科醫學會發言。第一點，基於尊重臨床專業、符合醫學倫理跟維護民眾健康福祉的立場，我們是支持健保署所提出來的甲案，配合制定執行合理的控管，由醫界的同儕管理並訂定合理的事後審查機制。第二點，付費者代表同意新增預算，健保署提出了 VPN 的事前登錄的新制度，事後審查，兩個總額承接管理單位配合，我們以不影響其它科為前提，提供民眾高品質的醫療服務。

眼科醫學會提出以下學會版的簡要說明，是事前跟事後的管控方案，也希望這一些可以讓這個制度做得更好。第一個，我們是定期按比例抽審，使用率、成長率高於一定的比率，會加強嚴審。第二個開放手術限量的前三年，訂定院所手術的上限，多位醫師或者是兩位醫師以上共同執業，以每月眼科專科醫師的數目乘以 40 為上限，緩衝開放的衝擊，三年後檢討，如果沒有不合理的爆量，再做全面的開放。第三個，維持未達 55 歲要送審這一個制度。第四個，逐季的檢討成長率，如果超標者加強審查的力道。VPN 的這個制度會登錄照片，是最好的審查工具。我們學會會配合這個健保署的制度，我們也會配合來輔導我們的會員，以上報告。

### **主席**

好，謝謝理事長，謝謝陳理事長，請葉代表。

### **葉代表宗義**

主席，何語打電話給我，他說葉代表我一年沒見到你，署長主持會議你要來捧場一下，我說，我可以來，你不要話那麼多，不要講話，你又叫他起來講話，我都不讓他講話了。那麼這個案子呢，我們幾個

付費者都是老人家，先聽聽國治的看法，但我們付費者較喜歡甲案。

**主席**

好，謝謝，那請吳國治代表。

**吳代表國治**

這個議題其實已經很久了，其實全聯會在3月30號已經有幾個結論，其中一個當然就是總額的預算規劃，那在協商的時候，我們也感謝付費者代表對國人視力照顧的重視，那協商結果兩案併陳，雖然部長還沒裁示，可是這個項目是已經有共識的，其實基本上應該是沒有問題。那當時我們還有另外一個決議就是要有事後的審查配套，那署裡面提出VPN這個部分，是對日後的審查來做事前規劃，我覺得也有先因應。但當然這個預算有進來，我們也擔心眼科是不是會爆量，所以我也樂見眼科醫學會這邊，他們已經有誠意能夠來處理，所以這部分符合我們的會議結論，全聯會這邊是贊成用甲案，以上。

**主席**

謝謝，請何代表。

**何代表語**

主席、各位代表、各位專家、各位先進大家好，因為我父母親是農民，可是把我取的名字，兩個字就三個口，加上我一個嘴巴就四個口了，所以我到哪裡開會都要講話，因為不講話就被指定要發言，所以沒辦法的事情。那當然很謝謝署長這樣子長期以來的愛護，我認為我們這個眼科方面這一個案子，我剛剛聽了理事長的報告，他已經規劃得非常完整，而且對自己的管控內容也完善地提報，所以我們付費者還是支持甲案的方式，加上我們眼科醫學會剛才報告的方案彙整起來，那我們建議先今天通過甲案讓他們來做，這是我們剛剛跟葉代表一樣，我們支持甲案，謝謝大家。

**主席**

好，謝謝，來，請。

## 謝代表景祥

抱歉，我們這裡有一個意見，我們看這個其實在眼科學會內部意見也沒有一致，那其實簡單講，就是超量醫師希望放寬，那沒有超過的醫師還不太希望放寬。那我們來看，單月手術超過 41 例以上的，才占整體比的 2.5%，也不是不讓他開，可以事先申報，沒有不讓他開，那白內障手術是急診刀嗎？不是嘛，送出去申請，一個禮拜、兩個禮拜就通過了，我不曉得說這個事先審查對於說超量 40 例會有什麼樣的困難，會影響到病人的權利在什麼地方？我無法理解。

再來我們看到，剛好做到 40 例的醫師，就停住了，不動了，占 4.4%，那為什麼，他就懶得申報了，那是不是某一些案例其實經不起這些審查？這個會有，那我們骨科醫師之前，事先審查了很久，那個人工關節之前事先審查了很久，後來取消了這樣的規定。我是覺得好像想不到什麼道理，41 例以上要放寬事先審查，這個對病人有什麼好處？對醫師有什麼好處？對我們這個醫療品質有什麼好處？是想不出來的。所以第一個，我覺得不應該放寬現有的規定，那真的一定要放的時候，也是要乙案，不要說一下子放到說都沒有，就放到 51。所以我是覺得說，應該不要改，那就算要改，也要改到 51，不要沒有事先審查，以上報告。

## 主席

好，謝謝謝代表，來，請。

## 黃代表振國

主席及各位長官大家午安。針對這個議題，其中還有很多的顧慮，第一個，這邊提的預算有三個部分，大家知道因應人口老化，白內障手術的需求已經進入所謂嬰兒潮的高峰期，所以我們有估算在西醫基層大概有每年 5% 以上的成長率，那事實上西醫基層目前的非協商因素，平均大概也只有 3%，中間有 2% 左右的差距，我們估算有九千萬。第二個就是剛剛署裡長官希望放寬 1.2 億的預算，那當然站在需求面，

我覺得沒有問題，但是因為現在主要是針對白內障手術的費用，它還有術前診察跟術後追蹤的費用，是否也可以請署方精算一下，平均白內障手術大概實際耗用多少，我們的預算大概可以增加多少例的一個完整白內障手術案件，事實上我想 4.4%是真的低估了，大家知道雖然有一萬多位眼科醫師，但是比較會開白內障手術的醫師，還是集中在某一些次專科醫師，所以這些專門在做白內障手術的醫師，說實在 40 臺對他們來講，真的是有點大材小用的感覺。

事實上我覺得除了供給面的放寬以外，剛剛看了一個很重要的數據就是，所謂 40 臺的上限，目前將近六成是在基層，代表什麼意思？民眾目前白內障手術的實施場域主要在基層，當它放寬的時候，我們預期它可能還有高度成長，我有統計過，這幾年在西醫基層白內障的成長率是非常高的，而且 40 歲以上的白內障，就是所謂排除先天性白內障，在西醫基層占率是逐年上升。我想這一點也請署方去統計，我們當時在提這個預算的時候，我們是提 3.3 億，但是說實在很可惜，可能付費者也不知道中間的需求有這麼大，現在可能只有 1.2 億。我很感謝眼科醫學會能夠站出來，因為我們很希望不要由其它非眼科的幹部來管理，希望眼科醫學會能擔起管理跟監控的責任。那我希望這 1.2 億，換算大概多少臺，我希望會後能夠有一個完善的監控機制，也希望符合現況，讓病人也得到好的照顧。

那剛才沒有講到現在很多醫院的醫師都會到基層來，那如果到基層來的時候，我們還是照 40 臺呢？還是應該要有一定的比例，據上次我們在全聯會討論的版本是這樣子，因為現今每個醫師有開白內障手術大概是 23 臺左右，所以當時有個但書，除了原有的醫師是每個人 40 臺以外，每增加一位醫師是用 23 臺來計，那這樣子可能對我們財務的衝擊，剛剛已經特別強調了，從 3.3 億到 1.2 億，本來就有將近 2 億的差距。那如果現在沒有規範，我相信不管是眼科、非眼科，還有健保署都會很煩惱，因為可能實施一兩季後就發現怎麼如脫韁野馬。我希望費用應該用在真的能夠造福民眾的地方，但是也不要對現今的財務

產生重大的衝擊，所以報告到這裡，謝謝。

**主席**

好，謝謝，請眼科醫學會再補充一下。

**吳孟憲白內障手術委員會召集人（中華民國眼科醫學會）**

謝謝黃理事長，我們眼科醫學會的一個方案，剛剛我們理事長可能有一部分比較細節沒有提到，我們其實第一個的管控，希望是根據過去每個院所的手術量去當一個基準點 base，那如果你的成長率過寬，當然我們就會嚴審。那我覺得說我們健保署這個 VPN 的這個想法，真的是非常地聰明。

那我要回應一下我們骨科那一邊的想法，第一個，到目前為止沒有任何一個門診的局部手術被限制手術量的，我想開關節是全麻又不太一樣。那第二個，VPN 它必須要把我們全部的 data，包括相片都上傳上去，這是一個很好的一個審查的一個工具，只要看照片，就可以知道他重不重，所以比較沒有浮濫的問題，除非他造假，造假是刑事的問題，我們不在這邊討論。那另外一個比較細節的問題，我要回應黃理事長就是說，我們增加一個專科醫師，在我們眼科學會的版本裡面，並不是增加 40 例，我們只是把 40 例乘以專科醫師當作一個天花板設在那邊。那但是你如果你開不夠，希望服務更多的民眾，你每增加一位專科醫師，我們當時跟全聯會的承諾是再加 23 臺乘以專科醫師數，就是所有的平均數。我想這一點我要來跟黃理事長解釋的，我希望你不要誤會，謝謝。

**主席**

好，謝謝，請陳理事長。

**陳建同理事長（中華民國眼科醫學會）**

是，署長、各位代表大家好。對於尊重臨床專業這一個部分，我們都是外科醫師，其實真的沒有一種外科醫師他的手術說可以有限制這個醫師到底可以開多少手術量的，這個理由上是有點比較不合理。

病人的這個治療，眼科醫師一定是要提供最好的服務。針對超量的部分，那剛剛我們也講，就一個醫師他在診所請另一個專科醫師，不是用 40，我們是算 23 例的增加，所以我們是有一個節制的。

**主席**

來，請林誓揚醫師。

**林醫師誓揚（王代表宏育代理人）**

好，謝謝主席、各位代表、各位前輩，我是高雄林誓揚醫師，今天代理王宏育醫師。對於這個議題，我們發表意見，關於白內障手術 40 例，這從來不是一個醫學專業問題，這是一個管理管控跟資源分配的問題，在三個前提之下，我們是支持甲案。第一個，就是要有充足的財務來源，好比說我們今年的協商因素 1.2 億，如果可以到位的話，我們是支持。第二個，就是眼科的合理的成長，我們不能因為開放了這 40 例不設限，造成了過分的發展和太多的爆量，但是我們也要保障他們合理地增長。第三個就是不排除眼科以外其它科的醫療資源，在三個情況下我們支持甲案。至於第二點、第三點就必須要有管理管控的措施，剛才眼科醫學會的審查作為令我們非常地放心，所以我們支持甲案，謝謝。

**王一中理事長（臺灣眼科學教授學術醫學會）**

謝謝，我是眼科教授醫學會的代表，今天雖然沒有請醫院協會代表，但基本上眼科教授醫學會可以支持甲案，不過在當初健保署請醫院協會對各大醫院的調查，所得到的結果在那個版本是提高至上限 50 例，當然甲案和上限 50 例我們也可以接受，白內障手術醫院所佔的比例是總量 40%，也是非常大的量，我們還是希望能將醫院部分的管理能有醫院的控管的考量。另外，在列入白內障手術部分控管的健保碼中，應包括 86009 這個碼，這個碼從以前健保署都沒有把它設定在範圍內，不曉得為什麼？86009 它是沒有放水晶體的一個白內障手術碼，應該要放在白內障手術量的計算內，這是第一點。第二個，假設你是 40 臺，又給它一個碼，40 臺前不給他碼，對不對？那可是如果我現在

開到最後一臺，不小心來個急診，我就變 41 臺，我們也沒辦法排除這種可能，假設沒有辦法申報，這個要怎麼辦？這在醫院端是比較重要的這一點，這個急的還是沒有解決問題，這是第二個問題。第三個在醫院的管控上，40 臺我們當然是沒問題，是 50 臺也沒問題，開放也沒問題，可是在醫院管控上，這可能各個考量會跟診所端不一樣，還是看看醫院協會的版本一下，在醫院端有它的考量，不太一樣。

**主席**

請謝景祥代表。

**謝代表景祥**

我覺得剛剛提到說會限制醫師的手術量，這樣子的講法我覺得有點誤導與會的人，現在有限制醫師手術的量嗎？有嗎？40 例以上你只是需要事先申報，你事先申報通過了，你要開 400 例也 OK，沒有限制。那我也同意這個手術的量會增加，會增加得人口老化會更快，因為大家要求品質，因為現在白內障手術太好了，我都有朋友四十幾歲想要開刀，被我攔住，他說他健保不要，他全自費，被我攔住了，我說不要，不要，你不要開，因為他就覺得說他老花了，他覺得很不方便，他聽到別人開了很好，所以我支持這個量一定會增加，我支持在基層那邊預算增加，這個我通通都支持。但是你們拿這個理由來要求說不要去事先審查，我覺得這個邏輯上你沒有辦法說服我，今天假如要採這個甲案的時候，事先登錄的話，既然有這麼方便的工具，要用這一條的話，那我可以退一步同意，從第一案開始你就全部事先上去，就從第一案開始全部事先上去，那就沒有問題，那就取消掉 40 案的審查。今天這個東西大家想一想，根本沒有限制任何一個醫師去手術，那而且又不是急診，一兩個禮拜就可以事先審查下來的，要放鬆這個管控，我覺得沒有道理。

**主席**

謝謝，現在有一些像那個 C 肝的用藥，我們都沒有限制，只要醫師有登錄的話都可以用，我都是尊重醫療專業，自己治療病人，那自

己要負責任。所以我覺得健保署也不需要去管那麼一大堆，假如病人有需要，治療病人醫師自己要負起責任。因為我們現在 40 例，過去大家都怕有一些病人事實上沒有到那個資格，有一些診所的那個護理人員會寫信給我們，檢舉他的醫師，因為有時候病人做眼睛視力檢查不合格，不到標準，醫師改了再做，我們本身是信任我們的醫師自己的醫療行為。假如說 VPN 審查，這謝代表在講的情況，這也是一個不一樣的邏輯，那你們覺得會不會造成很大的困擾？

### **陳建同理事長（中華民國眼科醫學會）**

是，跟署長報告，還有跟各位代表報告。白內障這個手術它有實際上的需求，不是說隨便去開，因為這個開刀是要尊重病人本身的意願，講清楚他的需求，然後醫師提供他專業上的判斷給予病人的建議，所以這個部分，當然我們眼科醫學會也會非常注重我們的會員專科醫師的醫療行為，這個是我們一定會去努力的。但是如果說每一個事情，你都去要設定一個規範，就沒有辦法去尊重到我們在醫療上面的專業，我想這個部分每一個醫師都希望他執行業務的時候，能夠受到充分的尊重，謝謝。

### **主席**

請何語代表。

### **何代表語**

主席、各位先進，我在這裡提出幾個意見。第一點，我不知道其它的科別在支付標準第一章的總額裡面，總則裡面有沒有限定手術加總不超過 40 例的醫師，骨科有沒有？請調個資料給我看一下好不好？第二點，臺灣人、亞洲人跟歐美人不一樣，我不清楚啦，我不專業啦，我們的眼睛黑色的，還有白色的很流行，那歐美人是褐黑色的，他們對於整個太陽光的波長，那個 UV 的波長在 400 以內，他們都會很保護眼睛，對於紅外線 400 到 850 的波長，他們也會很保護眼睛。所以我們臺灣的太陽眼鏡通常都外銷，國內大家都不戴太陽眼鏡，因為都不保護眼睛，等一下你們離開會不會戴太陽眼鏡？不會戴。就是因為

不會戴，這個 UV 波長 400 以內傷害眼睛，紅外線 400 到 850 波長也傷害眼睛。所以我們的眼睛的傷害力比歐美人高，比歐美人高，就是因為我們不喜歡戴太陽眼鏡，不流行。你看人家歐美人那個八十幾歲的女士還戴太陽眼鏡，臺灣年輕人不太戴太陽眼鏡，沒有保護眼睛的觀念，當我們建議眼科醫學會都宣傳如何保護眼睛。

第三點，我們為什麼會講甲案呢？甲對我們比較喜歡，因為我們每次考試都希望老師給甲，不要給乙，你做什麼事情都希望老師給甲，不要給乙，那既然甲案是你們會提出來，就表示你們在溝通過程中比較共識度高一點的案子。那我們認為，病人的人權不是你用 40 例去限制，而應該用在這個範圍內是年齡來比較，所以我們很支持 55 歲以下的要事先審查，56 歲以上的臺灣老化很嚴重，所以這個眼睛的損失、損害也非常嚴重，我認為這樣子是比較合理的現象，不能說今天 80 歲，我們葉代表就說他眼睛不好，叫我念給他聽。就不能說 80 歲了，還要去專案申請，這個對我們醫療人權來講，對我們付費者來講是一個管控，是一個傷害。所以我們認為七、八十歲了，還要我們去事前審查嗎？這一點我們很不認同這件事情。所以我們支持甲案的原因。

另外再來最後一點，我剛剛聽到眼科醫學會的管控措施，我建議我們明年實施以後，眼科醫學會跟健保署共同來管控，我們先實施一年，看它的成長率怎麼樣，是合理的成長率還是不合理的成長率，我們都可以滾動式開會檢討。我的建議是這樣子，我們付費者支持甲案的原因是在這裡，我們不應該七、八十歲了還要去事前審查，這是很不應該的，對我們付費者病人的就醫人權來講是很不應該的事情，這一點我們支持甲案的原因在這裡。我也不相信一個八十歲的骨科有問題，還要去專案申請，我不相信這樣子，所以這是我們提出來的意見，謝謝。

**主席**

謝謝何代表，請吳國治代表。

**吳代表國治**

其實我覺得，我們都是醫界的人，如果都用防弊的立場來講的話，這是我不能夠接受的，好像所有的醫師都是壞人，包括最近爆出來的一些新聞，其實那都是少數的少數的少數，那如果大家都用防弊的立場，那所有各科開刀的案件，都事先用 VPN 去登錄好了，醫界能夠接受這種事情嗎？所以我並不贊成從第一案就開始登錄的做法，這簡直是把醫界當成每一個人都在為非作歹，醫界壞人當然有，但是很少，這是大家都知道的。

那第二個就是，我覺得這是一個尊嚴的問題，總額協商已經結束，已經呈給部長了，而且這是我們跟付費者代表都已經有一個共同的協議了，那應該要聚焦在這個地方。如果眼科醫學會也有管控的措施存在，這些都是可以監控的，不是不能對不對？申報量成長多少，健保大數據都能夠計算出來，對不對？所以這個都可以隨時監控的，甚至在還沒有產生過量之前，都可以立刻即時介入，所以我是認為在這幾個前提之下，甲案是可以接受的，以上。

### 黃代表振國

等一下，我先說一下再請俊良，跟各位報告，其實開這個會的目的不在講專業，每個科都有你們的專業，我也不講什麼需求，我們只講實話，健保就是把有限的經費讓它極大化，我們也是在這個資源下去分享。那其實除了我，在座的左邊都是我們目前各區主委或者是負責管理的幹部，我們私底下問過，等下可能請他們個別發言，我可以代表臺北區，但我真的沒有能力在事後監控，如果署方沒有一個完善的監控機制作為配套的話，以下這一段是我們黃啟嘉主委叫我代說的，我們目前白內障手術一臺是兩萬多，那術前的檢查跟術後的追蹤，我請剛剛其實要問署方有沒有資料，大概要花多少錢，目前我初步抓大概是一萬塊，所以每臺費用是大概三萬，1.2 億大概四千臺，我們把四千臺分成四季來監控好不好？就是成長率如果沒有超過一千例，除了原有的成長率，我們還是給非協商的 3%；那如果超過的時候，我們有什麼管控機制？我也謝謝何語代表那麼重視民眾眼睛的健康，在明年

如果額度四千臺用完了，可以明年再編列足夠的預算，您也知道這個是民眾需求，我們就讓這個民眾需求，因為經費挹注得以實際滿足。那我想聽聽我們其它分區主委的意見，謝謝。

**主席**

不一樣的才講，一樣的就不用講。

**賴代表俊良**

主席，我覺得 VPN 的登錄，可能署方要說明哪一些是必要的項目，剛剛眼科醫學會提到相片，我覺得是必登的項目。因為在南區一些被核刪後申復補附的相片跟資料很齊全，但是這些相片看起來有點似曾相識的感覺，人眼沒辦法辨識，健保署 MASS 電腦 BI 結合 AI 就能輕易辨識，相片是一個必登錄項目。你申請張三，怎麼可以用李四的眼睛，所以我想健保署可以幫我們做把關。那第二個就是經費的問題，基層估起來只有 1.2 億，是用剛好執行 40 例的人以成長 10% 來估的（589 個人），並沒有估計到單月手術超過 41 例的人（336 個人），這些超過 40 例這人常是名醫，很多人都來找他開刀，而且他本來就會去申請事前審查，如果 40 例打開以後，這些名醫會開更多的案例，因為他不需要再事審，所以他的成長的數目會比剛好原先開 40 例的醫師成長更多，但我們卻沒有估到這一塊，所以 1.2 億我覺得在基層來講是不夠的。現在這個經費在今年總額協商至今還沒有確定，到底部長要核多少？這個協商的項目 1.2 億會不會過？所以今天不管討論結果為何？我覺得應該是要有附加的決議，那就是總額協商一定要支持且通過這個費用。另外剛剛大家都有講了，有關爆量的問題，所以要及時提出一些管控措施，以上。

**主席**

眼科協會要不要再補充？會不會爆量？

**陳建同理事長（中華民國眼科醫學會）**

我跟各位報告，我們學會版對於每一個醫療院所的白內障手術上

限，我們都有訂天花板，就是說它是以專科醫師數乘上 40 為它的上限，那問題是這一個上限它是非常不容易達到的，因為他只要請一個醫師來，這個醫生不是用 40 例來算，是用 23 例來算，所以基本上我們就嚴控他這個增加的速度。我們統計過去五年，每年的成長率大概是 5.6%，那當然去年是疫情的關係，所以可能明年會有一個 rebound 也許 10%，但是我們談出一個合理的年成長率，我們學會配合健保署對於這一件事情做嚴格的管控。當然那一個醫療院所超量，健保署可以做嚴格的立意抽審或是相關的審查剔退。在學會的立場，我們會請他來喝咖啡，以學會的力量努力地去做。所以在公私的雙管齊下，我想我們這樣子可以提供我們病人更好的醫療服務，謝謝。

## 主席

請游進邦代表。

## 游代表進邦

這個議題上次大概已經提過了，不過今天再重申一件事情，其實今天按照今天這個數字來看，超過 41 例以上大概占整體大概只有 2.5%，其實假如這件事這麼單純的話，這件事也不需要大家討論那麼久，其實那個是給專案審查，事實上是壓抑整個量很重要的因素，因為審查就代表品質會被 rebuild。那假如說大家認為的審查，假如都可以受到檢驗的話，事實上我相信每個醫師只要有需求，他還是會送啦，所以這個問題應該不是這麼單純說，就只有這麼少量，其實他是因為這個制度下，大家去做一些壓抑。

那為什麼假如說審查沒有問題，那為什麼他會把……超量醫師會把那個量報給另外第二個醫師，不會有這種問題存在，我想這個問題應該是，其實我們現在白內障的設備商日新月異，它的自動化的程度已經快到說他不需要有太多的訓練，就馬上可以上手，所以可以開非常多的。所以它的準確就是非常高，我希望說這件事情開白內障不要成為類似工廠化的事情，我覺得專業的東西，還是要保持它一點專業的一些成分，不要因為說受到設備的影響，大家就是只是會開白內障。

然後造成某些機構就爆大量的問題，我認為這件事情當然我相信眼科醫師絕對不會承認這件事情的，但是你看我們現在整個眼科發展，它就是一個系統化，還有設備化的一個產業，都快變成一個產業了。我認為這個開放完之後，其實醫院大概變化很大，我們醫院倒是不會太那個，其實醫院的眼科醫師他不是只有開白內障，他還有很多事情要做，但是我認為這個衝擊最大的是應該基層院所，這個倒是基層院所要好好考慮這個問題，以上。

### 葉代表宗義

不好意思，本來何語要走，我也要走了，這個講來講去都為了錢，1.2 億你們協商裡面，你們的裡面好像 1.2 億已經通過，已經同意給了，因為所有裡面醫療人員的，我年紀最大，將近 80 歲，看起來不像 80 歲，那麼我很會算，今天這個問題呢，這個眼睛的問題要特別留意，美國換眼睛、眼角膜不用三年馬上就出來，我們真的健保付出非常多，在藥物特材部分裡面有一個心瓣膜，心瓣膜最後幾歲才有，80 歲才有，80 歲，你也是照顧老人，一個要七、八十萬、幾百萬，沒有那麼多錢，但是最後還是給他。那麼今天這個案子，現在的老人真的很麻煩，因為我們在社會的變化上，對老人很不利，我們能夠支持他，能夠照顧他，編一點預算也可以，我跟何語說留一點給人家，這眾人的錢眾人的事，這是一個功德，不必這樣，所以這一個問題我們是聽吳國治代表專業，看署長怎麼樣裁決，我們就聽署長的，好不好？謝謝。

### 黃代表振國

不好意思，剛剛理事長沒有講得很清楚，以現今的數字來推估，現在眼科專科醫師大概有 1300 多位，那以目前平均每個醫師在基層是開 23 臺，如果沒有一個好的管控機制，一次調到 40 臺，我剛剛聽了是說要以專科數乘以 40 臺，那這樣的話，可能差距相當於 17 臺的差了，我們現在才 24 萬件，也就是相差了 2 萬多件。所以我剛剛先建議，是否可以讓眼科醫學會跟全聯會再一次詳細地討論，也跟健保署討論，到底如何監控，如何管控，現在聽起來坦白講，可能還有很大

的差距。所以我會建議，必須要有很好的管理機制。

**主席**

來，請。

**林代表恆立**

署長，我代表中區稍微發言一下，因為中區有實施這個白內障的試辦計畫有十年，那當初為什麼試辦計畫，我想大家剛剛很多專家都已經提出他們的意見，基本上就是擔心總額會受到很大的衝擊，所以才採行這樣的計畫，那讓中區眼科醫師有一個可以遵循的方式。所以呢，現在其實討論起來，就是剛剛大家都贊成甲案，希望說能夠開放，如果這個甲案開放之後，如果交給分區去做審查，去做管控的時候，勢必會產生很大的壓力，各區大概都擔心沒有辦法管控眼科超量的部分。那如果總局這個地方能夠提出一個好的方法，來做管控的時候，我想分區的壓力就可以減輕，那由總局來做這個管理，我想會造成大家比較方便，也容易執行，以上。

**主席**

因為病人需要治療白內障，至少在整個醫療臨床裡面，你要看感冒，我們沒有限制門診量多少多少，合理的門診量，不過我是覺得說，就是每一個醫師他治療病人，他有能力，例如你在開骨頭對不對？你開骨科，你要放關節，你要一天從早上一直開到晚上，沒有人管你。所以重點是這樣，40例的限制，事實上你們說得也沒錯，但是我也知道說，有時候有人能力比較好，但借人頭也是一個可能性，剛才有提到，就是假如提出事前審查的話，就可以40例就可以對不對？我是尊重醫療專業，尊重病人的權利，我聽到陳建同理事長在眼科醫學會，我也是對你的信任，就是說眼科醫學會，整個眼科的團體的同仁要怎麼樣去管理，一定要跟全聯會來討論，然後跟健保署大家一起來努力。管理的機制也不希望說是落入各個分區，因為是一起的，全部都一樣管理的辦法。那假如是真的就是說我們的錢不夠，可能我們的病人太多了，對不對？可能就整個一個教育，何代表剛剛提到的，這個臺灣

的醫界你要完全都自律，很困難的，因為人性，我不好把這個很多事情講得那麼清楚。這些事情我都很清楚。我個人的建議是這樣，我們就採甲案，然後眼科醫學會一定要跟全聯會，還有我們一起來討論一下一些相關的管理辦法，到最後還是必須要回到真正的管理的一個機制，不管不行，剛剛何代表也提到，一年 monitor 那假如真的超量，變成說我們只有這麼多錢，陳建同理事長也注意到，就那麼多錢而已，那個開白內障的費用就減少，有多少錢做多少事，請說。

### 黃代表振國

我想我們絕對支持署長的意志，但是操作面，因為我們都是管理基層很多年的幹部，我希望眼科醫學會能夠更具體，還有跟健保署能有一個公開的指標，譬如說剛剛講院所別，譬如說 A 診所，上年度開多少臺，超過多少有沒有具體一點的數字做為標準，也可以回饋給何語跟葉宗義代表，明年如果真的有這個需求，我們回歸到事前送審，那增加的部分也列入明年總額協商的依據，好不好？我建議每個月都要公開給所有的管理幹部，謝謝。

### 主席

我跟你們報告說，我們 10 月 22 號 C 肝開放以後開放，我是每個禮拜在請我們同仁在看病人人數的增加，因為就變成說一直被延誤，一直變成說只有肝膽科醫師可以開藥，病人不去看，是要如何 2025 年要消滅 C 肝，而且我們現在開放了以後，整個上升，用 C 肝的藥很困難？其實沒有，line 給家醫科醫師念一念就知道怎麼用藥好不好？那這一案我們就這樣通過，然後眼科醫學會真的就是很多人懷疑是不是有能力，我們做給人家看，好不好？那我們就是這樣好不好？何代表走了嗎？

### 何代表語

主席、各位先進，第一點，我認為請眼科醫學會跟西醫基層聯合會跟健保署去訂一個有效合理的管理辦法。第二點，明年總額協商我非常歡迎黃振國代表跟吳國治代表，我從來不接受請吃飯，但是喝一

杯咖啡，我接受，那我們好好討論。

**主席**

好，那我們就進入討論三好不好？

## 討論事項

### 第三案

**案由：新增「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」案。**

**主席**

好，謝謝，糖尿病醫學會要不要補充一下？請腎臟醫學會也補充一下。

**張恬君醫師（社團法人中華民國糖尿病學會）**

我是糖尿病醫學會秘書長。經過了三次的討論，有了剛剛的一些共識，大家請看到討 3-2 的品質獎勵金計算方式。11 月 29 號會議時大家有達到一個共識，就是對於共管方案收案醫師跟照護的衛教師應予以部分分配獎勵金，但這次共擬會議沒有寫到會議議程內，僅口頭宣讀 11 月 29 號的會議共識。在討 3-19 的部分，剛剛念的時候有宣讀，但我覺得還是應寫進正式條文，不然到時候可能行諸文字的時候，那一條會漏掉。因為這個很重要，就是說因為我們本來是 DM 歸 DM，CKD 歸 CKD，那假如說這兩個方案分別是以醫師為獎勵單位，但共管方案的獎勵金卻全部以院所為單位，這樣子可能對於照顧的醫師，加入 DM & early CKD 整合照護計畫的誘因就會減少很多。因為他如果分開來看，反而獎金是會回到他身上。那如果他是兩個合在一起的話，反而就是跑到醫院，那就要看醫院願不願意分給他，所以應該是把上次 11 月 29 號的那個會議紀錄把列入正式條文，應該要把獎勵金部分分配給收案醫師跟衛教師團隊這樣。以上報告。

**張孟源醫師（臺灣腎臟醫學會）**

主席、各位代表大家好。我代表腎臟醫學會黃尚志理事長來出席。剛剛糖尿病醫學會已經講得非常地清楚了，本案開過很多次的專家會議。主要針對獎勵金到底要歸於醫師，還是歸於醫院，我記得當時全聯會也是有表達一些意見。那到底說是不是要怎麼樣要改，理論上是應該要鼓勵醫師是沒有錯，但是好像當時的醫院協會有它的想法，那我是覺得說，這可能不是最主要的部分，因為醫院的分配的話，全聯會或是我們腎臟醫學會都會尊重，但是說你要怎麼樣寫，會不會說在執行的時候，會有一些困難。是不是說這個部分可以保留，然後等到下一次明年度我們再檢討，會不會有這一方面的問題？醫院就是核扣不發，那這種時候我們這個計畫是滾動式地管理，應該知道明年這一方面的問題應該會減少。健保署是官方的，不應該把它訂得太嚴苛，然後應該要保留一些彈性，我想說這樣子的話，會不會是會比較好？那另外的話，那另外就是其它這一部分的計畫的話，很多個專家都討論過了，那剛剛對於健保署的報告，那腎臟醫學會是完全地同意跟支持，謝謝大家。

**主席**

好，謝謝，請我們的同仁做個回應一下。

**陳科長依婕**

請各位代表翻到討 3-19 頁，剛剛糖尿病學會的代表有提到說，當次在 11 月 29 號我們討論的會議裡面有提到說，那個獎勵金應該有部分分配到醫生跟照護的團隊身上，我們是寫在最後一行獎勵方式的(二)，前項獎勵費應有部分分配予參與方案之醫師及個管師等照護的團隊與人員，那如果大家覺得我們議程這樣沒有把它寫清楚不好的話，我們會後會在我們全球資訊網上把這一段話補上去，補在議程，就是討 3-2 的上頭。那我們的實際執行的方案，就是未來公告的支付標準裡面，有把這一段文字也帶進去。以上說明。

**主席**

好，謝謝，關於這個案子各位有沒有問題？請洪代表。

## 洪代表德仁

我同意，謝謝。

## 主席

請謝代表。

## 謝代表景祥

這個方案基本上很好，當然是贊成，但是現在有一個技術上的問題，現在有一個技術上的問題就是因為目前已經有一些可能是一個病人，他 CKD 跟 DM 在同一個醫院不同科的醫師收了，那這個以後的時候怎麼辦，譬如他來看了，這一科醫師沒有，那另外一科醫師把兩個都報了，那再下一次來的時候，他兩科又分開看了，那這個時候就會產生這些問題，不知道這些問題怎麼辦？

## 主席

我們說實在的，病人要好好的看，像我們這次部長總額給 DM 的 GLP-1、SLGT2i 給比較多錢讓基層可以用，每次說不敢用比較貴的藥，造成很多糖尿病都不是 well control，他們那天跟我在報告這個東西，都強調指標，我一直不強調指標，因為指標其實在醫生自己的內心裡面最清楚，我當住院醫師的時候，洗腎的是 23000 個，現在洗腎是 93000 個，計畫越做病人越多，所以給糖尿病的個管師好好幫忙醫生去照顧病人，這個是值得的，可是不要把它想得那麼複雜，應該給我們的醫療人員，不管是醫生、護理人員，這是應該做的，我們是朝這個方向，糖尿病這種病又不一定在醫院，我在基層，看到臉瘦瘦的，很多有糖尿病，稍微 survey 一下，大家只是手沒有舉出來，可是我其實都很清楚對不對？來，回應一下。

## 陳科長依婕

好，這個執行上的問題，我補充說明一下，因為我們當時規劃原意是希望說，病人在一次就醫裡面，可以得到兩個科的醫生的照護，包含就是新陳代謝科跟腎臟科醫生的照護，所以我們才設計有這樣子

的共病的指標，所以會希望不要說病人還要分兩天去跑門診，然後有費用已經被某一個醫生報走的這個問題產生。那如果現在已經是共病的病人，到時候這個支付標準生效以後，他就可以依照我們現在這個新的支付標準裡面，共病的那個追蹤管理費跟年度評估費來做申報，以上補充。

**主席**

說實在，家醫整合計畫，一個樹狀圖有的在這裡，有在這裡，有的兩個併在一起，我跟醫管組一定要好好跟醫生講好，要看 DM 就看 DM，要看 CKD 就看 CKD，我沒有話講，可是問題就是整合醫療，分得那麼清楚是在醫院裡面，醫生只看什麼不看什麼，沒話講，在基層很多東西都要會，所以自己要處理，朝這個方向好不好？這個案子還有沒有問題啊？仔細看，他們真的不簡單，寫一堆跟寫 paper 一樣，看病人哪有那麼複雜，那我們就通過了好不好？好來，我們下一個。

## 討論事項

### 第四案

**案由：全民健康保險居家醫療照護整合計畫之針灸治療處置費不列合理量計算案。**

**主席**

好，請問中醫師公會有沒有要補充的？請。

**吳代表清源**

署長、各位代表好，那其實除了因為我們之前的中醫專案，我們的一般針灸都不列入合理量計算，然後因為今年是有加入居家醫療整合照護的一個計畫，然後所以說全聯會裡面內部討論過後，一樣就比照之前的針灸治療也都不列入合理量計算，以上。

**主席**

好，謝謝，那請問一下各位代表還有沒有什麼要補充的？有沒有？沒有，我們就通過好不好？好，第五案。

## 討論事項

### 第五案

案由：有關全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第三章安寧居家療護通則新增「機構」定義再提會案。

#### 主席

好，謝謝，洪德仁理事長，要不要補充一下？

#### 洪代表德仁

署長、各位大家好。我想機構提供安寧服務，這個應該是一個大方向，也有它的一個重要和必要性。那如果從國外日本的經驗來看，機構也是家庭的另外一種樣態，以這個大方向來看，應該是值得可以重視的。我個人大概有一個小小的疑義也就是說，那目前這個提案的相關的說明，很多把衛福部本身相關長照司長照 2.0 的一些服務或者是計畫或方案，也希望跟它某個程度來做結合，然後回頭是要由我們的健保署相關的其它項目的一個機會裡面來支應這一些費用，那會不會因為這樣的關係去影響其它的服務的一個執行的可能性，這個倒是某個程度我們應該也要比較審慎來看待，以上報告。

#### 主席

好，謝謝，因為的確在上一次他們很多理事長去拜訪總統的時候，那他們也就提到說，其實我們有太多社會福利的一些相關政策，都把它拉到健保署，所以健保署的支出越多，造成一些困擾。總統也是希望我們這個衛福部的資源要去整合一下，不要每一樣都丟到健保署，我先請那個長照司的同事先做說明一下，等一下我再請我們同仁做報告好不好？

## 余依靜科長（衛生福利部長期照顧司）

主席、各位與會代表，這是長照司說明。那首先感謝大家對於長照司這個長照業務的關切，再來呢，我們是對於在安寧療護的一個措施跟政策是非常支持的。那再來呢，其實剛剛在提案裡面有說明長照司要配合的一些措施，包含在我們的減少照護機構、住民醫療機構就醫，這個緣起是希望能夠讓我們的醫護人員能夠到我們的一個機構裡來執行醫療的一個需求跟照顧，那同時做健康管理。那當然就是提在我們機構的住民健康，同時能夠減少就醫，也能夠減少醫療的一個耗費，這是當時的一個目的。當然我們的醫療的相關的這個方案的執行的經費，是來自於我們長照基金，其實我們並沒有執行在健保，但是呢，因為長照跟醫療端的一個銜接，其實是一個全人的照護，在想說健保署會把這樣的一個方案提來，其實最主要考量是這樣子。以上說明。

## 主席

謝謝，請我們同仁。

## 陳科長依婕

好，是，我們健保署這邊補充一下，我們當時提這個案子的緣由，除了想要把現在機構的定義明確規範以外，同時也考量到現在其實做居家安寧的團隊，他應該是不管到哪個機構提供安寧療護服務都有機會獲得到健保的給付，所以才提案說希望連同住宿式長照機構跟榮譽國民之家這兩類還沒有被納進來的，也有機會可以讓裡面的住民也有機會接受到安寧療護服務。

上一次會議，其實我們也有請長照司重新審視他們的經費的運用，發現其實這一塊醫療服務的這塊，他們是不包含在長照基金裡頭的，所以這邊還是希望，可以把機構的這個範疇把它框列清楚，然後同時也可以把住宿式長照機構納進來。另外，也是 echo 剛剛長照司提到的，我們也會搭配部裡面的這個計畫，主要是希望醫生，應該說長照機構

裡面的住民，在有醫生進去幫忙評估的狀況下，如果發現他有需要安寧療護服務的時候，也可以做好完整的轉銜，或者是如果他自己就符合安寧療護我們現在健保這邊訂有的規範的話，就可以直接提供這樣子的服務，不要讓住民被很多不同的團隊去片段照護，以上補充。

**主席**

好，那各位代表有沒有問題？好，來，請謝代表。

**謝代表景祥**

我覺得這個很好啦，就把它包含進來，因為其實我是骨科醫師，我在病人自主法和病人安寧我都很努力在做，我前陣子才去做一個居家安寧訪視，今天病人過世，所以我覺得這是應該非常需要做的一件事情，我們全力支持，謝謝。

**主席**

好，謝謝，我想是這樣，請。

**洪代表德仁**

主席，那個如何把這個機構，那還有把我們的失能的民眾，不管是在宅或者是機構，那個跟我們的居家醫療甚至於居家安寧這一些東西來服務，我想是應該大家的共識，也應該是總統的一個政策的要求，那這個部分我絕對認同。現在重要的就是說，那個資源錢的從哪來，要怎麼整合，那是技術上要再去進一步討論的一個情況，我個人是會建議，如果這個今天要很快地做一個結論的話，可能會留下一個執行層面可能很難有共識的地方，那我是不是建議說要不要署裡面把它稍微緩一下，也就是針對這個議題，由署裡面召開也可以，或者是長照司發動也可以，或者是全聯會發動也可以，大家針對這個執行的細節層面，能夠多有一些討論以後，甚至於那個資源要如何地框列問題，要有共識以外，再提到會裡面做討論，以上報告。

**陳科長依婕**

我再試著說明一下，因為現在安寧居家的預算來源是在我們的其

它部門，在明年 111 年總共編了 73 億，比今年多了 7.56 億，那我們現在健保的給付，都是針對我們的特約醫事服務機構所提供的安寧療護服務，而長照機構裡面自聘的醫事人員，因為他不是我們的特約機構，所以如果他們自己做的一些服務，不是在我們健保給付的範疇。

我們現在講的其實都是現有已經跟我們特約的這個安寧的團隊，它進到機構裡面，那現在機構就是像身障機構或者是安養機構，這些都已經在付安寧療護的服務了，那我們是希望擴大到住宿長照機構裡面的住民，如果這個團隊進到那個機構的時候，也可以獲得服務。那邊有做相關的財務預估，在討 5-2 頁，這邊有以現在目前我們有蒐集到的機構住民，包含榮譽國民之家的機構住民，還有住宿式長照機構裡頭的住民，那依照比例來算，大概有多少比例的人會接受到安寧居家療護來做估算，那費用大概會增加 53 萬點，看起來我們明年有多爭取到 7.56 億，這一塊應該是還足以支應的，以上補充。

**主席**

好，請。

**林代表恆立**

因為基本上這個估算跟實際上會發生的情況，可能會有很大的差距，因為機構不是我們能夠控制的，而且機構裡面的人也不是我們能夠完全地掌握。那需要多少的這個安寧療護的醫事人員介入，然後需要多少的經費，我想不是這個預估的經費可以支應的，否則請長照司支應就好，為什麼要請健保署支應呢？我想這個大家都會很清楚，其實為什麼會把這個經費挪到健保署裡面來，一定是覺得說這個費用可能會未來非常地龐大，我想這個洪德仁醫師在執行這一塊非常地清楚，尤其在機構裡面，目前的住民的人數可能有非常多的人有這樣的需求，那這種情況底下，可能會帶給我們所謂的其它部門預算很大的壓力。

**主席**

不過話說回來，因為畢竟他就是我們有加入健保的一個民眾，因

為這個居家醫療或者是居家安寧的時候，其實對一般民眾來講，是有它的一個必要性。其實我跟你報告，這個就是說在機構裡面的醫療的話，其實以機構的住民，就是可以當病人用的這樣子。那所以很多像尤其基層的，很多人就是跟他有簽約，所以就送藥去，跟源頭買藥 500 萬跟我們申報 1000 萬，大家會覺得說我們健保一直在那邊防弊，好像很笨，但是不處理的時候，其實上浪費是不得了。好來，請謝代表。

### 謝代表景祥

我來報告一下，醫院其實沒有什麼人想做，所以我當院長，當骨科醫師，我要做這一項，我就只好我自己去拿到資格，自己做，然後逼得我醫生一起做；那你在安養機構那一邊來講，他們希望你把每個病人都救活了，你進安養院你把每個病人都簽了 DNR 了，心跳停也不用送醫院來，那病人就走了。安養院他們有兩種心態，第一個假如它是客滿的，老是有人在排隊的安養院，他們歡迎，我這個重病的人走了，我換一個比較輕病的進來。但是對於說那些沒有住滿的安養院，他們覺得你怎麼不把我的病人救回來，所以這一塊，那個假如說是你擔心說這個東西，大家會拼命去做去撈錢，這是不可能的事情，這一塊真的沒人想做，以上報告。

### 主席

洪理事長，這一案讓它過，像我現在在看那個偏鄉離島的那個病人來講，我們要去重視，他們真的看病有困難，除了做居家安寧、居家醫療，其實也是我們的一個重點，像呼吸治療對不對？也是很無奈，說健保只能住 28 天，不是嗎？我們有規定不能住 28 天？有還是沒有？對不對？所以我是覺得大家都會這樣，假如病人有需要住就要把病人弄好，那病人在這個醫院住了 28 天，到另外一個醫院再住個 28 天，再回來住 28 天，大家都在埋怨這個，我們沒有做這種事，就要給社會知道，那我們也是希望醫界大家能夠站在病人為中心的角度的去給病人照顧，這樣好不好？

### 洪代表德仁

我們就按照主席的指示來做處理，那醫師公會全聯會這邊，我想我們針對我們自己的醫師們，來做一個宣導、說明跟教育，那必要的時候連繫，跨部門的一個連繫的一個相關的交流，全聯會可以啟動這樣的一個交流，以上報告。

## 主席

其實我那天去在宅醫療開會，我看跟洗腎一樣是個產業，很多人都不管醫師、護理師、復健師，很多人都在裡面，那每個人都有提供服務，那服務的時候當然健保就要給付。好，那我們今天這個會議就到這邊為止，請黃雪玲代表。

## 補充報告事項第五案：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準年齡認定及計算方式文字增修案。

### 黃代表雪玲

我要問一下就是剛才的報告案，有關那個年齡的那個定義，在你們的報 5-98 頁那個地方，牙科這裡有一些修正，好像有一個沒有修到，4 歲以下兒童的齶齒服務，這裡還是寫年月幾年月，並沒有寫到年月日，這個是要特別變年月減年月，報 98 頁的第四點。然後我看到像上面有一個兒科，它寫 12 歲以下它把它劃掉，改成未滿 13 歲，那就表示 13 歲就不含，等於 13 歲就不含，那這個 4 歲以下，4 歲到底是哪一天，4 歲到底算符合還是不符合？這個我想是再請署裡再定義一下。

### 陳科長依婕

這邊包含兩個部分，第一個部分是牙醫這邊指的 4 歲以下，有講到的是就醫年月減出生年月等於或小於 48 個月，所以就是它生日的那個月是符合可以，可以做這個服務的，跟我們其它的定義不太一樣，所以我們這邊才沒有改為一致。至於就醫年月減出生年月這件事情，因為這邊有特別的規定，所以我們在前面總則有說，如果各個部章節有特殊的規定的話，我們會繼續沿用，除非牙全會這邊提案，覺得要

改成跟其它的一樣，不然我們會沿用原本支付標準的文字，因為我們這次只是要修文字，讓語意更明確，沒有要改變任何現在的加成或者是年齡的限制的事實。以上補充。

**主席**

好，沒有的話，其實時間也差不多，天也暗了，好，謝謝各位，謝謝。