

「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 1 次臨時會會議紀錄

時間：110 年 4 月 8 日（星期四）下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：蔡孟芸

李代表偉強	廖秋鐳(代)	蘇代表守毅	蘇守毅
黃代表雪玲	黃雪玲	吳代表國治	(請假)
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	洪世欣(代)
劉代表碧珠	劉碧珠	李代表懿軒	李懿軒
嚴代表玉華	嚴玉華	朱代表世瑋	朱世瑋
羅代表永達	羅永達	林代表鳳珠	李承光(代)
謝代表景祥	謝景祥	郭代表素珍	許美月(代)
林代表茂隆	朱文洋	杜代表俊元	(請假)
朱代表益宏	朱益宏	梁代表淑政	梁淑政
李代表紹誠	李紹誠	葉代表宗義	(請假)
林代表恒立	林恒立	江代表銘基	江銘基
王代表宏育	王宏育	陳代表志鴻	(請假)
黃代表振國	黃振國		
賴代表俊良	賴俊良		
張代表孟源	洪德仁		
吳代表清源	吳清源		

列席單位及人員：

衛生福利部全民健康保險會

衛生福利部社會保險司

中華民國中醫師公會全國聯合會

中華民國牙醫師公會全國聯合會

中華民國醫師公會全國聯合會

中華民國藥師公會全國聯合會

中華民國護理師護士公會全國聯合會

台灣醫院協會

中華民國心律醫學會

中華民國心臟學會

台灣助產學會

台灣泌尿科醫學會

台灣胸腔及心臟血管外科學會

台灣婦產科醫學會

本署臺北業務組

本署北區業務組

本署企劃組

本署醫審及藥材組

本署醫務管理組

盛培珠、馬文娟、邱臻麗

周雯雯、白其怡、陳淑華

王逸年

潘佩筠、柯懿娟

陳哲維、黃佩宜

歐陽正霆

梁淑媛

林佩菽、曹祐豪、吳心華、

顏正婷、吳亞筑、許雅淇

請假

張盛雄

高千惠、藍芳貞、王秀霞、

萬美麗

溫玉清

許博順

黃建霈

劉美慧、劉碧珠、黃艾青、

曾淑汝

王慈錦、利雅萍

林佩萱、李佩菱

黃育文

吳科屏、蔡翠珍、陳依婕、

楊秀文、王智廣、許博淇、

蔡金玲、楊瑜真、宋宛蓁、

鄭碧恩、陳孜孜、林毓芬、

張玉婷、蔡孟臻、周筱妘

一、主席致詞：略。

二、確認 110 年度第 1 次會議紀錄：

報告事項（六）修訂中醫支付標準及 2 項專款照護計畫案，有關中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫之 P64013「尿蛋白與尿液肌酸

酐比值 UPCR(Urine protein/creatinine ratio)」，應調整與西醫之檢驗項目支付點數一致，自 55 點調升為 80 點，並決議修正前次會議紀錄。

三、決議辦理情形追蹤：

- (一) 有關新增轉診支付標準之同體系院所名單案(序號 4)，其中涉及不同總額部門間之費用挪移及同體系院所認定標準與流程，請衛生福利部社會保險司統籌規劃辦理，並洽請衛生福利部內相關單位協助，另本署就轉診支付標準誘因及同體系院所名單進行檢討及研議。
- (二) 110 年度「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」(序號 16)，本署將與衛生福利部國民健康署討論預防保健檢驗(查)數值上傳之可行性。另有關不同院所 HIS 系統介接需求及相關建議，本署將收錄研議。

四、討論事項：

- (一) 修訂「全民健康保險思覺失調症醫療給付方案」。

決議：考量本案修訂內容尚待討論，爰先撤案。

- (二) 增修全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫(詳附件 1, P6~P21)、新增「110 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」案(詳附件 2, P22~P40)。

決議：

1. 同意新增「糖尿病患者牙結石清除-全口」、「唾液腺摘取術(每部位)」、調升 90001C「恆牙根管治療(單根)」等 11 項支付點數、新增通則五「高齡患者根管治療難症處理」等 14 項根管治療項目 70 歲以上申報得加成 30%。
2. 修訂 91014C「牙周暨齲齒控制基本處置」、91003C「牙結石清除-局部」等 19 項之支付規範、90008C「去除釘柱」等 3 項之名稱、90021C「特殊狀況-保護性肢體制約」適用

對象由「牙醫特殊醫療服務計畫」之「重度以上」身障患者放寬至「中度以上」、第五章「牙周病統合治療方案」通則三增列方案治療期間內不得申報第三節牙周病學部分診療項目之規範等。

3. 本次牙醫支付標準調升點數對醫院總額造成財務衝擊及110年3月1日生效之醫院總額調升支付標準於牙醫門診總額造成財務負擔，待110年第4季總額結算，按實際影響情形依程序進行兩總額間撥補，並請衛生福利部對不同總額間費用挪移進行檢討並建立處理原則。
4. 通過110年度0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫，惟請牙全會將「本計畫倘111年未有預算來源，收案對象診療及品質獎勵費部分等費用，將由一般服務預算支應」等相關文字明訂於計畫中。

(三) 應用 109 年醫院總額及西醫基層總額之醫療服務成本指數改變率預算調整特定診療支付標準案 (詳附件 3, P41~P104)。

決議：

1. 調整 404 項急重難症特定診療項目達共識通過，其中 47014C 「留置導尿」調升 48 點，其餘依議程所列調幅調整，惟慢性呼吸照護病房(RCW)調整未獲共識，爰將兩案併陳衛生福利部，說明如下 (詳附件 4, P105~P129)：

(1) 甲案：RCW論日點數比照47014C「留置導尿」調升48點。

(2) 乙案：RCW論日點數比照109年醫院總額MCPI成長率調升2.356%。

2. 因110年3月11日本會議通過之「全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs) 3.4版110年7-12月適用之相對權重統計結果案」將受本案調整項目影響相對權重及標準給付額 (SPR)，決議

重新計算相對權重及標準給付額 (SPR)，並先依程序預告及報部核定，以及時於110年7月1日前公告，於下次會議報告重新計算結果。

(四) 有關 110 年「全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫」草案。

決議：修改重點如下，並請藥師全聯會修改計畫後，再請今日與會對本案有發言代表協助確認修改內容：

1. 計畫(草案)陸、一「收案條件說明」由原「…藥師依保險對象之處方箋」修改為「藥師依保險對象至社區藥局調劑之交付處方箋」，另保險對象用藥品項由「達 5 種以上或同時持有 2 張以上處方箋」修改為「達 10 種以上或同時持有 3 張慢連箋且為跨院所處方」得予收案。
2. 藥事照護內容涉處方調整案件之「未涉及危險性」，倘持續無法聯繫到醫師達 3 次，需留下紀錄後方可結案。
3. 藥師每年申報「藥師判斷性服務」、「用藥配合度諮詢服務」取消上限 120 人次之限制，超出部分採點值浮動計算。
4. 計畫需增訂效益評估等相關監測指標。
5. 附件二「遵循醫囑領藥與使用藥物量表」之量表問題及頻率等文字，應更加明確化。
6. 增訂適當退場機制。

(五) 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增修訂「前列腺切片-超音波導引」等 2 項診療項目案(詳附件 5, P130~P132)。

決議：

1. 通過「前列腺切片-超音波導引」診療項目。
2. 通過「經導管無導線心律調節器置放或置換術」，並請台灣胸腔及心臟血管外科學會、中華民國心臟學會及中華民國心律學會針對本項診療項目執行人員資格之訓練及認證課程建立標準及共識，以提供原則性共通之課程內容。

五、報告事項：

(一)「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」修訂案。

決定：因時間因素，保留至下次會議討論。

(二)修訂「110 年全民健康保險偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫」為「110 年度全民健康保險偏鄉地區基層診所/助產機構產婦生產補助試辦計畫」。

決定：因時間因素，保留至下次會議討論。

六、臨時提案：無。

七、散會：下午 6 時 03 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」：七十歲以上病人申報第三章第二節根管治療 90001C-90003C、90019C、90020C、90015C、90091C-90098C處置治療，加成百分之三十，若同時符合轉診加成者，合計加成百分之六十。

~~五~~六、醫事服務機構實施牙醫門診診療項目，其申報點數依「相對合理門診點數給付原則」(附表3.3.3)辦理核付。

六七、牙周炎病人收取自費規範：

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

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

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

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

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

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

通則：

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
34002C	咬翼式 X光攝影 Bite-Wing radiography 註： 1. 同一月份費用已內含X光片的支付項目，不得另外重覆申報。 2. 咬翼式 X光片須含小白齒部分。	v	v	v	v	100

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

通則：

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

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
90001C	恆牙根管治療（單根） Endodontic treatment of a permanent tooth with single root canal	v	v	v	v	4040 1210
90002C	恆牙根管治療（雙根） Endodontic treatment of a permanent tooth with two root canals	v	v	v	v	2040 2410
90003C	恆牙根管治療（三根） Endodontic treatment of a permanent tooth with three root canals	v	v	v	v	3040 3610
90019C	恆牙根管治療（四根） Endodontic treatment of a permanent tooth with four root canals	v	v	v	v	4040 4810
90020C	恆牙根管治療（五根(含)以上） Endodontic treatment of a permanent tooth with five(and above) root canals 註： 1.本項費用包括X光費用、局部麻醉、斷髓治療、根管沖洗、換藥、擴大及根管充填等各有關治療項目費用在內。 2.本項目於全部治療過程完畢併加90015C專案申報；如未完成，改以90015C申報。(期間限申報一次診療費) 3.申報費用時，需附治療前與治療後X光片以為審核；「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象無法配合照射X光片不在此限。 4.六十天之同一牙位重新治療為同一療程。 5.如同牙位九十天內重覆申報90001C、90002C、90003C、90019C、90020C者，則以支付點數最高者支付。	v	v	v	v	5040 6010
90008C	去除釘柱- 每釘柱數 Removal of post 註：申報費用時，需附治療前與治療後X光片以為審核（X光片費用已內含）。	v	v	v	v	1235

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
90018C	<p>乳牙多根管治療 Endodontic treatment of a primary tooth with multiple canal</p> <p>註：</p> <p>1.本項費用包括X光費用、局部麻醉、拔髓治療、根管沖洗、換藥、擴大及根管充填等各有關治療項目費用在內。</p> <p>2.本項目於全部治療過程完畢併加 90015C專案申報 (如已申報90005C，六十天內不得再併加90015C 申報)；如未完成，改以 90015C申報。(期間限申報一次診療費)</p> <p>3.申報費用時，需附治療前與治療後X光片以為審核。「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象，如情況特殊無法配合，不得在此限，但應於病歷詳細記錄原因。</p> <p>4.九十天內不得重複申報。</p>	v	v	v	v	1410 1690
90021C	<p>特殊狀況—保護性肢體制約 Protective physical restraint for patients with special needs</p> <p>註：</p> <p>1.治療需使用束縛帶於身心障礙者的四肢以防止躁動。</p> <p>2.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」<u>垂中</u>度以上適用對象之牙醫醫療服務申報。</p> <p>3.須檢附病患或監護人同意書及接受治療患者使用束縛帶的診療照片乙張。</p>	v	v	v	v	300

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

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

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
91017C	<p>懷孕婦女牙結石清除-全口 Full mouth scaling for pregnant women</p> <p>註： 1.適用懷孕婦女牙醫醫療服務並於當次病歷記載，懷孕期間每九十天限申報一次。 2.費用包括牙結石清除、牙菌斑偵測、去除維護教導及新生兒口腔照護及衛教指導。 3.申報本項後九十天內不得再申報91003C~91004C、91005C、91089C、91103C、91104C。 4.不得同時申報91001C、91003C、91004C、91005C、91014C、91103C、91104C或91019C同時申報。</p>	v	v	v	v	800
91018C	<p>牙周病支持性治療 Supportive periodontal treatment</p> <p>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。</p>	v	v	v	v	1000
91019C	<p>懷孕婦女牙周緊急處置 Management of periodontal disease emergencies for pregnant women</p> <p>註： 1.限懷孕婦女之患者申報。 2.本項主要施行懷孕期間口腔照顧及牙周病緊急處置，視患者實際需求提供局部沖洗、塗藥、口腔衛教、孕期急性牙周緊急處理等醫療服務，申報費用以次為單位。 3.不得與91001C、91003C、91004C、91005C、91089C、91017C、91103C或91104C同時申報。</p>	v	v	v	v	500

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
<u>91089C</u>	<u>糖尿病患者牙結石清除-全口</u> <u>Full mouth scaling for patients with diabetes mellitus</u> <u>註：</u> <u>1.適用糖尿病患者之牙醫醫療服務申報，每九十天限申報一次。</u> <u>2.費用包含牙菌斑偵測及去除維護教導。申報本項後九十天內不得再申報 91003C~91005C、91017C、91103C 及 91104C。</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>700</u>

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

第一項 處置

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92006C	固定鋼線移除 Removal of splinting wire	v	v	v	v	160 500
92021B	軟組織切片 Biopsy, soft tissue 註： 1.本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。 2.應附病理報告。		v	v	v	610 1000
92022B	硬組織切片 Biopsy, hard tissue 註： 1.本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。 2.應附病理報告。		v	v	v	1210 2000
92023B	囊腫造袋術 Marsupialization 註：本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。		v	v	v	1510 3020
92024B	瘻管切除術 Fistulectomy 註：病歷上應載明清楚瘻管位置、病因及處置方式。		v	v	v	800
92045B	自體牙齒移植 Tooth autotransplantation 註： 1.需檢附術前X光片以為審核（局部麻醉費用已內含）。 2.含拔牙至固定為止。		v	v	v	2010 4020
92090C	定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療 Periodic care for oral cancer or oral potentially malignant disorder (PMD) 註： 1.須附二年內病理切片報告或病歷載明詳細病史(照片)，且經確診為頭頸口腔癌或癌前病變(PMD)患者， 癌前病變 臨床診斷類別(ICD-10-CM)：紅斑(D10.3 K13.29)、白斑(K13.21、K13.3)、疣狀增生(D10.3 K13.29)、口腔黏膜纖維化(K13.5)、扁平苔癬(L43.0-L43.9、L66.1)。 2.不得與「非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92091C)」同時申報。 3.病歷應詳實記載追蹤治療紀錄。 4.應含口腔清潔維護治療(包括視情況移除口腔內尖銳牙齒結構填補物、不良補綴物、癌前病變清除維護等)。	v	v	v	v	600

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	5.應含嚼檳榔、抽菸、喝酒等不良習慣（致癌因子）之戒除輔導。 6.滿六十天得申報一次；若距前次追蹤治療(92090C 或 92091C)時間已超過一百八十天者，則以「非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92091C)」申報。					
92091C	非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療 Occasional care for oral cancer or oral potentially malignant disorder (PMD) 註： 1.不得與「定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92090C)」同時申報。 2.須附二年內病理切片報告或病歷載明詳細病史(照片)，且經確診為頭頸口腔癌或癌前病變(PMD)患者， 癌前病變 臨牀診斷類別(ICD-10-CM)：紅斑(D40.3 K13.29)、白斑(K13.21、K13.3)、疣狀增生(D40.3 K13.29)、口腔黏膜纖維化(K13.5)、扁平苔癬(L43.0-L43.9、L66.1)。 3.病歷應詳實記載追蹤治療紀錄。 4.應含口腔清潔維護治療(包括視情況移除口腔內尖銳牙齒結構填補物、不良補綴物、癌前病變清除維護等)。 5.應含嚼檳榔、抽菸、喝酒等不良習慣（致癌因子）之戒除輔導。 6.本項適用距前次追蹤治療(92090C 或 92091C)時間超過一百八十天者申報。	v	v	v	v	400
92093B	牙醫急症處置- 每次門診限申報一次 Management of dental emergencies 註： 1.適應症： (1)顏面及牙齒疼痛，經藥物控制不佳者(K03.81,K04.0, K04.1-K04.99, K05.0, K05.2)。 (2)外傷導致之牙齒斷裂(S02.5)。 (3)拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血(K91.840)。 (4)下顎關節脫臼(S03.0)。 (5)顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎(K12.2, L03.221, L02.01,L03.211, L03.212)。 (6)口腔及顏面撕裂傷(S01.4, S01.5)。 2.進行緩解之相關處置：如止痛、局部非特定處理、齒內治療緊急處理、牙周緊急處理、止血。 3.需檢附檢傷分類等級、生命徵象(血壓、心跳速率、呼吸速率)與意識狀況(Glasgow coma score)等護理紀錄。 4.不得同時申報34001C、34002C、90004C、91001C、92001C、92012C、92043C、92066C、92071C、92094C、92096C。		v	v	v	1000

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92094C	<p>週六、日及國定假日牙醫門診急症處置-<u>每次門診限申報一次</u></p> <p>Management of dental emergencies on Saturdays, Sundays or in the national holidays</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 限週六、日及國定假日申報，<u>國定假日</u>日期認定同附表 3.3.3牙醫相對合理門診點數給付原則。 當月看診天數需≤二十六日，超過二十六日則本項不予支付(排除當天僅執行院所外醫療服務之天數)。 院所需於前一個月於健保資訊網服務系統(VPN)完成當月門診時間登錄，始得申報本項目。(前一個月完成次月看診時段之登錄，若有異動者須修訂看診起日及時段並儲存，無異動者僅須點選「儲存」後，會自動完成登錄註記。) 適應症： <ol style="list-style-type: none"> 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)。 外傷導致之牙齒斷裂(S02.5)。 拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血(K91.840)。 下顎關節脫臼(S03.0)。 顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎(K12.2, L03.221, L02.01,L03.211, L03.212)。 口腔及顏面撕裂傷(S01.4, S01.5)。 進行緩解之相關處置：如止痛、局部非特定處理、齒內治療緊急處理、牙周緊急處理、止血。 不得同時申報34001C、34002C、90004C、91001C、92001C、92012C、92043C、92066C、92071C、92093B、92096C，<u>且同象限、同牙位不得同時與其他非緊急處置醫令合併申報(96001C除外)。</u> 	v	v	v	v	800
92096C	<p>牙齒外傷急症處理</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 限恆牙<u>完成牙齒復位與固定後</u>申報(<u>齒槽骨復位、傷口清創、軟組織止血與縫合費用已內含</u>)。 適應症：外傷導致之牙齒脫落或脫位(S03.2, S02.42, S02.67)。 應檢附術前術後X光片或照片。 不得同時申報89006C、90004C、92002C、92093B、92094C。 限經中華民國牙醫師公會全國聯合會審查後，報經保險人分區業務組核定之院所申報。 	v	v	v	v	4976
92098C	<p>顱顎關節障礙特殊檢查費-複診</p> <p>Special evaluation for craniomandibular disorders-return visit</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 申報費用時，須附顱顎關節障礙複診特殊檢查表。 每三十天限申報一次。 <u>病歷抽審應附六個月內檢查表備查。</u> 	v	v	v	v	500

第二項 門診手術

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

附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則

一、實施範圍定義：

(一)醫療費用

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

第五章 牙周病統合治療方案

通則：

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

二、牙醫師申請資格、申請程序及審查程序：

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

(二)臺灣牙周病醫學會與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 $< 33.33\%$ 者(限同院所，不限同醫師完成)，自保險人文到日次年一月起，兩年內不得申報本章診療項目，屆滿須再接受相關教育訓練後，始得提出申請。

(五)特約醫療院所應檢附教育訓練學分證明等相關資料，於每月五日前將申請書及有關資料以掛號郵寄至中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)，牙醫全聯會審查後，於每月二十日前將名單函送所轄保險人分區業務組核定，並由所轄保險人分區業務組行文通知相關院所，並副知牙醫全聯會；申請者得於核定之起迄期間執行本方案服務。

三、支付規範：

(一)本方案診療項目限經保險人分區業務組核定之醫師申報。

(二)若病人曾於最近一年內，在同一特約醫療院所施行並申報 91006C 或 91007C 三次者，不得申報本方案中所列診療項目。

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

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

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

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

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

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

110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：自公告日起至110年12月31日止。

四、年度執行目標

本計畫照護人次以達成「0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診治療（PXXXXC）」12,600服務人次為執行目標。

五、預算來源及支付範圍

(一) 預算來源

1. 110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。
本計畫倘次年度未有預算來源，本年度收案對象之診療及品質獎勵費用，由一般服務預算支應。
2. 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。

(二) 收案對象

限未滿六歲兒童申報（以執行0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診診察費（PXXXXC）之執行日計算）。

(三) 收案標準：符合下列任一條件者即列入本試辦計畫：

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。

六、給付項目及支付標準：

（一）診療支付規範

1. 本試辦計畫支付標準限經全民健康保險保險人（以下稱保險人）分區業務組核定之醫師申報。
2. 特約醫療院所擬執行本兒童口腔照顧試辦計畫前，請至健保醫療資訊雲端查詢系統進行查詢，如未曾接受0-6歲嚴重齲齒兒童口腔照顧試辦計畫或6個月內無申報本試辦計畫相關醫令者，始得收案執行。
3. 支付標準

編號	診療項目	支付點數
PXXXXC	0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診診察費 註： 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）、齲齒風險評估及口腔衛教。 2. 須檢附基本資料暨接受0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護治療確認書、齲齒風險評估表、幼兒飲食狀況表及病歷供審查。 3. 申報本項一年內不得申報01271C、01272C、01273C、00315C、00316C、00317C。 4. 本項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第三部牙醫第一章門診診察費。	635
PXXXXC	0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診治療 註： 1. 限九十天內已申報0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診診察費（PXXXXC）。 2. 本項需完成口腔檢查表初診診察記錄的全口齲齒填補（得另外申報費用）後申報。 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、	1,000

編號	診療項目	支付 點數
	氟化物治療，並提供親子衛教資訊。 4. 須檢附口腔檢查表及病歷供審查。 5. 不得與91014C、91020C、91114C、92051B、92072C、P30002、81、87同時申報，另申報此項九十天內不得再申報91014C、91020C、91114C、92051B、92072C、P30002、81、87。	
PXXXXC	0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第一次 註： 1. 申報本項需於0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診治療（PXXXXC）後，間隔九十天以上，一百八十天內申報。 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。 3. 應併同91014C(91114C)、91020C 實施。 4. 須檢附口腔檢查表及病歷供審查。 5. 申報此項九十天內不得再申報91014C、91020C、91114C、92051B、92072C、P30002、81、87。	700
PXXXXC	0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第二次 註： 1. 申報本項需於0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第一次（PXXXXC）後，間隔九十天以上，一百八十天內申報。 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。 3. 須檢附口腔檢查表及病歷供審查。 4. 不得與91014C、91020C、91114C、92051B、92072C、81、87、P30002同時申報，另申報此項九十天內不得再申報91014C、91020C、91114C、92051B、92072C、P30002、81、87。	1,000
PXXXXC	0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第三次	700

編號	診療項目	支付 點數
	<p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 申報本項需於0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第二次（PXXXXC）後，間隔九十天以上，一百八十天內申報。 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。 3. 應併同91014C(91114C)、91020C 實施。 4. 須檢附口腔檢查表及病歷供審查。 5. 申報此項九十天內不得再申報91014C、91020C、91114C、92051B、92072C、P30002、81、87。 	

七、品質獎勵支付規範

- (一) 品質獎勵：以接受完整試辦計畫期間（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。
- (二) 核發原則：本項費用按季結算。接受完整試辦計畫期間（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：再發生齲齒顆數=申報「0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診治療」至申報「0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第3次」計畫期間，兒童再發生齲齒補顆數（自家+他家）。

八、牙醫師申請資格及申請、審查程序：

- (一) 一般醫師須接受4學分以上0-6歲嚴重齲齒兒童口腔照顧試辦計畫相關之教育訓練(1學分行政課程；3學分專業課程)。
- (二) 中華民國兒童牙科醫學會專科醫師、一般會員均須接受1學分以上兒童口腔照顧試辦計畫相關之行政部分教育訓練。

- (三) 新加入計畫者應於每月五日前將申請書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),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試辦計畫服務。
- (四) 醫師3年內不得有視同保險醫事服務機構違約記點(屬全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第36條第2款者不在此限)或扣減費用、6年內不得有視同保險醫事服務機構停止特約以上之處分。
- (五) 醫師110年治療之個案,由保險人於112年10月依病人歸戶統計,若當年個案接受完整試辦計畫期間(複診治療次數達3次者),再發生齲齒填補顆數平均大於2顆(含)以上(自家+他家),或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),自保險人文到日次年一月起,兩年內不得申報本計畫診療項目,屆滿須再接受相關教育訓練後,始得提出申請。

九、費用支付、申報規定及審查標準:

- (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) 案件分類:填報_____。

十、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(以本試辦計畫申報案件計算):

(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:兒童接受完整試辦計畫期間,再發生齲齒填補顆數小於1顆(含)以下(自家+他家)。

十一、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。

基本資料暨接受 0-6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護治療確認書

一、兒童基本資料

兒童姓名： 性別：男女 出生年月日：

身份證字號：

二、照顧者基本資料

照顧者姓名： 性別：男女 出生年月日：

與孩童關係：

身份證字號：

通訊地址：

聯絡電話：

醫師之聲明

1. 我已經為病人完成治療前評估之工作。
2. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋治療之相關資訊，特別是下列事項：
治療的原因和方式
治療的預期結果及治療後可能出現的不適症狀以及其處理方式。
相關說明資料（親子衛教資訊），我已交付病人。
3. 我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次治療，並給予答覆：

病人之聲明

1. 以下的事項，牙醫師已向我解釋，並且我已完全了解。
(1) 施行治療的原因和方式。
(2) 治療的預期結果及治療後可能出現的不適症狀以及其處理方式。
(3) 治療之健保支付項目。
 2. 我已獲得並且閱讀相關說明資料（親子衛教資訊）。
 3. 針對要接受的治療，我能向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。
 4. 本人六個月內未曾接受 0-6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護治療。
- 基於上述聲明，我同意接受 0-6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護治療。

牙醫師簽名：

立同意書人簽名：

與病人之關係：

中華民國

年

月

日

註：立同意書人非病人本人者，「與病人之關係欄」應予填載與病人之關係。

齲齒風險評估表

風險 評估	項目	有	否
高 風 險	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		
	4. 母親或照顧者或兒童的兄弟姐妹有齲齒		
	5. 家長為中低收入		
	6. 每天超過三次的含糖零食(含糖飲料)或用餐時間超過 30 分鐘		
	7. 經常含奶瓶睡覺(含糖或不含糖)		
	8. 齲前白斑、初期齲齒、琺瑯缺損		
	9. 明顯蛀洞、填補、因齲齒之缺牙(DMFT) (一顆(含)以上之缺牙或齲齒或填補)		
中 風 險	1. 牙齒有明顯牙菌斑或睡前未潔牙		
	2. 特殊身心障礙患者		
	3. 照顧者有特殊身份(如：新住民、原住民、單親、隔代教養、 特殊身心障礙患者)		
低 風 險	1. 飲水加氟(吃氟鹽)或氟錠		
	2. 每天使用含氟牙膏		
	3. 定期接受專業塗氟		
	4. 建立牙醫家庭/定期檢查		

低、中、高風險評估分類是為了評估個人因素。臨床判斷可以證明某種因素的用途來評估整體風險(例如,經常食用含糖的零食或飲料將增加 dmft 的總體風險)。請勾圈符合患者風險情形,有助於醫師及父母了解導致齲齒或預防齲齒的原因。

對兒童齲齒整體評估：高風險 中風險 低風險

註：高風險：若有一項為高風險，整體評即為高風險。

中風險：無高風險，但有一項為中風險，整體評估即為中風險。

低風險：無中高風險，則為低風險。

醫師簽名：

日期： 年 月

幼兒飲食狀況表

一、是否喝奶：

1. 母乳：每天_____次，
睡前：有 無，
喝完以後是否潔牙：有 無
2. 配方奶用奶瓶：每天_____次，
睡前：有 無，
喝完以後是否潔牙：有 無
3. 奶粉用杯子：每天_____次
睡前：有 無
喝完以後是否潔牙：有 無

二、正餐：

1. 每餐_____分鐘
2. 邊吃邊看電視(玩耍，3C)：有 無
3. 是否含飯：有 無

三、零食：

1. 每天_____次
2. 內容物：
A：水果：有無，與正餐間隔_____分鐘，
B：餅乾(糖果、巧克力)：有無，
C：飲料(優酪乳、養樂多、果汁、運動飲料、奶茶)：有無
3. 其他：有無，
請說明：_____

四、潔牙習慣

1. 刷牙：每天_____次，
家長親刷
小朋友自刷
2. 牙膏：有無，牙膏含氟量_____ppm
3. 牙線(牙線棒)：每天_____次，
家長操作
小朋友自己操作

口腔檢查表

病人姓名		身份證字號		年齡	
------	--	-------	--	----	--

初診診察紀錄											
Start	Classification										
	Upper	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
	Lower	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
Start	Classification										
						照顧者簽名					
執行日期		齲齒顆數						醫師簽名			

初診治療紀錄											
Start	Classification										
	Upper	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
	Lower	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
Start	Classification										
<input type="checkbox"/> 親子衛教經醫師說明已明瞭。(請勾選)						照顧者簽名					
執行日期		齲齒顆數						醫師簽名			

複診治療紀錄(第1次)											
Start	Classification										
	Upper	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
	Lower	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
Start	Classification										
<input type="checkbox"/> 親子衛教經醫師說明已明瞭。(請勾選)						照顧者簽名					
執行日期		齲齒顆數						醫師簽名			

複診治療紀錄(第2次)											
Start	Classification										
	Upper	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
	Lower	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
Start	Classification										
<input type="checkbox"/> 親子衛教經醫師說明已明瞭。(請勾選)						照顧者簽名					
執行日期		齲齒顆數						醫師簽名			

複診治療紀錄(第3次)											
Start	Classification										
	Upper	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
	Lower	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
Start	Classification										
<input type="checkbox"/> 親子衛教經醫師說明已明瞭。(請勾選)						照顧者簽名					
執行日期		齲齒顆數						醫師簽名			

註：white lesion: W ; careis: C ; residual root: RR ; filling: F

親子衛教與治療【0~4 個月吸吮階段】

(1) 嬰幼兒口腔動作與餵食建議事項

項目	嬰幼兒的進程	諮詢及衛教
1. 口腔動作與食器使用進程表	<ul style="list-style-type: none"> • 吸吮 • 媽媽的乳房或奶瓶 	
2. 口腔動作發展發展	<ul style="list-style-type: none"> • 舌頭： • 下巴：會有局部咬的動作 • 臉頰/唇：有尋乳反射 	<ul style="list-style-type: none"> • 餵奶時協助寶寶。 • 臀部彎曲、縮下巴
3. 進食	<ul style="list-style-type: none"> • 母乳或配方奶 	

(2) 齲齒風險評估之治療

風險類別	臨床檢查	齲齒防治		牙齒治療
		處置建議	飲食	
1. 低風險	6-12 個月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙 2 次 	個別輔導	<ul style="list-style-type: none"> • 觀察
2. 中風險 家長可配合	3-6 個月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3-6 個月塗氟 	個別輔導	<ul style="list-style-type: none"> • 密切觀察是否有初期齲齒產生
3. 中風險 家長無法配合	3-6 個月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 每 3-6 個月塗氟 	個別輔導，但不可期待太高	<ul style="list-style-type: none"> • 密切觀察是否有初期齲齒產生
4. 高風險 家長可配合	3 個月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3 個月塗氟 	個別輔導	<ul style="list-style-type: none"> • 密切觀察是否有初期齲齒產生 • 以暫時或永久填補物復形蛀洞
5. 高風險 家長無法配合	3 個月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3 個月塗氟 	個別輔導，但不可期待太高	<ul style="list-style-type: none"> • 密切觀察是否有初期齲齒產生 • 以暫時或永久填補物復形蛀洞

親子衛教與治療【4~6 個月吸吮階段】

(1) 嬰幼兒口腔動作與餵食建議事項

項目	嬰幼兒的進程	諮詢及衛教
1. 口腔動作與食器使用進程表	<ul style="list-style-type: none"> • 成熟的吸吮 • 媽媽的乳房、奶瓶、湯匙 	
2. 口腔動作發展發展	<ul style="list-style-type: none"> • 舌頭：可以前中後獨立移動 • 下巴：局部咬的動作遞減 • 臉頰/唇：尋乳反射遞減、下巴穩定度增加 	<ul style="list-style-type: none"> • 湯匙前端水平的碰到舌頭，避免刮到牙齦或牙齒。 • 給予唇一點力氣來鼓勵唇閉合和從湯匙上刮下食物。
3. 進食	<ul style="list-style-type: none"> • 母乳或配方乳、嬰兒穀類(米精)、水果泥、菜泥 	

(2) 齲齒風險評估之治療

風險類別	臨床檢查	齲齒防治		牙齒治療
		處置建議	飲食	
1. 低風險	6-12 個月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙 2 次 	個別輔導	<ul style="list-style-type: none"> • 觀察
2. 中風險家長可配合	3-6 個月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3-6 個月塗氟 	個別輔導	<ul style="list-style-type: none"> • 密切觀察是否有初期齲齒產生
3. 中風險家長無法配合	3-6 個月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 每 3-6 個月塗氟 	個別輔導，但不可期待太高	<ul style="list-style-type: none"> • 密切觀察是否有初期齲齒產生
4. 高風險家長可配合	3 個月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3 個月塗氟 	個別輔導	<ul style="list-style-type: none"> • 密切觀察是否有初期齲齒產生 • 以暫時或永久填充物復形蛀洞
5. 高風險家長無法配合	3 個月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3 個月塗氟 	個別輔導，但不可期待太高	<ul style="list-style-type: none"> • 密切觀察是否有初期齲齒產生 • 以暫時或永久填充物復形蛀洞

親子衛教與治療【6~8 個月大嚼階段】

(1) 嬰幼兒口腔動作與餵食建議事項

項目	嬰幼兒的進程	諮詢及衛教
1. 口腔動作與食器使用進程表	<ul style="list-style-type: none"> • 原始反射消失、磨/嚼硬物 • 乳房/奶瓶、湯匙餵食、大人持杯緣給少量水 	
2. 口腔動作發展發展	<ul style="list-style-type: none"> • 舌頭：開始有捲平、展舌的能力，咀嚼時舌頭會上下動 • 下巴：可以稍微左右移動 • 臉頰/唇：尋乳反射消失，上唇或下唇略可以吸 • 臉頰可用力，僅在初始或要結束時會漏出液體 • 下唇活動穩定度增加，磨碎食物時，在唇和頰的協助下形成食團 	<ul style="list-style-type: none"> • 讓孩子去咬或是用舌頭從杯子裡吸液體 • 鼓勵下巴往下，不要用仰頭的方式喝水 • 握住杯子靠近嘴角，避免把大量的水倒入嘴裡
3. 進食	<ul style="list-style-type: none"> • 母乳或配方乳、嬰兒穀類(米精)、嬰兒果汁、水果、蔬菜、肉、手指食物(可以一口塞進的食物) 	

(2) 齲齒風險評估之治療

風險類別	臨床檢查	齲齒防治		牙齒治療
		處置建議	飲食	
1. 低風險	6-12 個月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙 2 次 	個別輔導	<ul style="list-style-type: none"> • 觀察
2. 中風險家長可配合	3-6 個月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3-6 個月塗氟 	個別輔導	<ul style="list-style-type: none"> • 密切觀察是否有初期齲齒產生
3. 中風險家長無法配合	3-6 個月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 每 3-6 個月塗氟 	個別輔導，但不可期待太高	<ul style="list-style-type: none"> • 密切觀察是否有初期齲齒產生
4. 高風險家長可配合	3 個月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3 個月塗氟 	個別輔導	<ul style="list-style-type: none"> • 密切觀察是否有初期齲齒產生 • 以暫時或永久填補物復形蛀洞
5. 高風險家長無法配合	3 個月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3 個月塗氟 	個別輔導，但不可期待太高	<ul style="list-style-type: none"> • 密切觀察是否有初期齲齒產生 • 以暫時或永久填補物復形蛀洞

親子衛教與治療【8~12個月咬的階段】

(1) 嬰幼兒口腔動作與餵食建議事項

項目	嬰幼兒的進程	諮詢及衛教
1. 口腔動作與食器使用進程表	<ul style="list-style-type: none"> • 上唇抵物、咬斷食物、乳房、湯匙餵食、用手拿食物進食、學習杯 	
2. 口腔動作發展發展	<ul style="list-style-type: none"> • 舌頭：可以左右移動食物，出現所有活動的角度，精準度協調和持續能力增加 • 下巴：吃軟質食物時有較好的控制，可以控下巴開和關，開始有些旋轉動作 • 臉頰/唇：上下唇可以獨立活動，可以用唇、頰來協助固體食物，上門牙或牙齦可以來抵唇，吃東西時食物不太會囤積在嘴裡或流出來，很少流口水。 	<ul style="list-style-type: none"> • 開始給小朋友練習坐餵食椅(要有好的身體支撐。
3. 進食	<ul style="list-style-type: none"> • 母乳或配方乳、嬰兒穀類(米精)、嬰兒果汁、水果、蔬菜、肉、手指食物(可以一口塞進的食物) 	

(2) 齲齒風險評估之治療

風險類別	臨床檢查	齲齒防治		牙齒治療
		處置建議	飲食	
1. 低風險	6-12個月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙2次 	個別輔導	<ul style="list-style-type: none"> • 觀察
2. 中風險家長可配合	3-6個月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙2次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每3-6個月塗氟 	個別輔導	<ul style="list-style-type: none"> • 密切觀察是否有初期齲齒產生
3. 中風險家長無法配合	3-6個月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙2次且搭配適量含氟牙膏 • 每3-6個月塗氟 	個別輔導，但不可期待太高	<ul style="list-style-type: none"> • 密切觀察是否有初期齲齒產生
4. 高風險家長可配合	3個月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙2次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每3個月塗氟 	個別輔導	<ul style="list-style-type: none"> • 密切觀察是否有初期齲齒產生 • 以暫時或永久填補物復形蛀洞
5. 高風險家長無法配合	3個月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙2次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每3個月塗氟 	個別輔導，但不可期待太高	<ul style="list-style-type: none"> • 密切觀察是否有初期齲齒產生 • 以暫時或永久填補物復形蛀洞

親子衛教與治療【12~15 個月咀嚼階段】

(1) 嬰幼兒口腔動作與餵食建議事項

項目	嬰幼兒的進程	諮詢及衛教
1. 口腔動作與食器使用進程表	<ul style="list-style-type: none"> • 舌頭左右移動、下顎開始旋轉式移動 • 用手拿食物進食、學習杯 	
2. 口腔動作發展發展	<ul style="list-style-type: none"> • 舌頭：會從兩側向中移動，主要以舌頭清除，在吞嚥時可以穩定地將舌尖上抬在齒槽區 • 下巴：逐漸出現旋轉式移動 • 臉頰/唇：舌頭及下巴在移動時，唇部可不受牽動 	<ul style="list-style-type: none"> • 開始練習斷奶 • 讓小孩坐在適當的椅子上，並保持支撐
3. 進食	<ul style="list-style-type: none"> • 母乳或全脂鮮乳、穀類、水果、蔬菜、肉 	

(2) 齲齒風險評估之治療

風險類別	臨床檢查	齲齒防治		牙齒治療
		處置建議	飲食	
1. 低風險	6-12 個月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙 2 次 	個別輔導	<ul style="list-style-type: none"> • 觀察
2. 中風險 家長可配合	3-6 個月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3-6 個月塗氟 	個別輔導	<ul style="list-style-type: none"> • 密切觀察是否有初期齲齒產生
3. 中風險 家長無法配合	3-6 個月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 每 3-6 個月塗氟 	個別輔導，但不期待太高	<ul style="list-style-type: none"> • 密切觀察是否有初期齲齒產生
4. 高風險 家長可配合	3 個月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3 個月塗氟 	個別輔導	<ul style="list-style-type: none"> • 密切觀察是否有初期齲齒產生 • 以暫時或永久填補物復形蛀洞
5. 高風險 家長無法配合	3 個月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3 個月塗氟 	個別輔導，但不期待太高	<ul style="list-style-type: none"> • 密切觀察是否有初期齲齒產生 • 以暫時或永久填補物復形蛀洞

親子衛教與治療【15~18 個月咀嚼階段】

(1) 嬰幼兒口腔動作與餵食建議事項

項目	嬰幼兒的進程	諮詢及衛教
1. 口腔動作與食器使用進程表	<ul style="list-style-type: none"> • 舌頭下巴漸不會互動牽動 • 湯匙餵食、開始練習使用湯匙 	
2. 口腔動作發展發展	<ul style="list-style-type: none"> • 舌頭：會從兩側向中移動，主要以舌頭清除，在吞嚥時可以穩定地將舌尖上抬在齒槽區 • 下巴：逐漸出現旋轉式移動 • 臉頰/唇：舌頭及下巴在移動時，唇部可不受牽動 	<ul style="list-style-type: none"> • 開始練習斷奶 • 讓小孩坐在適當的椅子上，並保持支撐
3. 進食	<ul style="list-style-type: none"> • 母乳或全脂鮮乳、穀類、水果、蔬菜、肉 	

(2) 齲齒風險評估之治療

風險類別	臨床檢查	齲齒防治		牙齒治療
		處置建議	飲食	
1. 低風險	6-12 個月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙 2 次 	個別輔導	<ul style="list-style-type: none"> • 觀察
2. 中風險 家長可配合	3-6 個月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3-6 個月塗氟 	個別輔導	<ul style="list-style-type: none"> • 密切觀察是否有初期齲齒產生
3. 中風險 家長無法配合	3-6 個月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 每 3-6 個月塗氟 	個別輔導，但不可期待太高	<ul style="list-style-type: none"> • 密切觀察是否有初期齲齒產生
4. 高風險 家長可配合	3 個月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3 個月塗氟 	個別輔導	<ul style="list-style-type: none"> • 密切觀察是否有初期齲齒產生 • 以暫時或永久填補物復形蛀洞
5. 高風險 家長無法配合	3 個月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3 個月塗氟 	個別輔導，但不可期待太高	<ul style="list-style-type: none"> • 密切觀察是否有初期齲齒產生 • 以暫時或永久填補物復形蛀洞

親子衛教與治療【18~24 個月類似成人進食狀態階段】

(1) 嬰幼兒口腔動作與餵食建議事項

項目	嬰幼兒的進程	諮詢及衛教
1. 口腔動作與食器使用進程表	<ul style="list-style-type: none"> • 開始會以舌頭舔唇周 • 吸管、杯子、自己用食器餵食(矽膠湯匙) 	
2. 口腔動作發展發展	<ul style="list-style-type: none"> • 舌頭：可以舌頭舔唇 • 下巴：下巴和舌頭動作不會再互相牽動 • 臉頰/唇：藉由下巴移動幅度變大，不需要轉頭就可以進行咬合 	<ul style="list-style-type: none"> • 家長拿湯匙舀食物準備餵食時，讓小孩引導將家長的手引向嘴巴
3. 進食	<ul style="list-style-type: none"> • 母乳或全脂鮮乳、穀類、水果、蔬菜、肉 	

(2) 齲齒風險評估之治療

風險類別	臨床檢查	齲齒防治		牙齒治療
		處置建議	飲食	
1. 低風險	6-12 個月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙 2 次 	個別輔導	<ul style="list-style-type: none"> • 觀察
2. 中風險 家長可配合	3-6 個月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3-6 個月塗氟 	個別輔導	<ul style="list-style-type: none"> • 密切觀察是否有初期齲齒產生
3. 中風險 家長無法配合	3-6 個月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 每 3-6 個月塗氟 	個別輔導，但不可期待太高	<ul style="list-style-type: none"> • 密切觀察是否有初期齲齒產生
4. 高風險 家長可配合	3 個月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3 個月塗氟 	個別輔導	<ul style="list-style-type: none"> • 密切觀察是否有初期齲齒產生 • 以暫時或永久填補物復形蛀洞
5. 高風險 家長無法配合	3 個月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙 2 次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每 3 個月塗氟 	個別輔導，但不可期待太高	<ul style="list-style-type: none"> • 密切觀察是否有初期齲齒產生 • 以暫時或永久填補物復形蛀洞

親子衛教與治療【24個月以上】

(1) 嬰幼兒口腔動作與餵食建議事項

項目	嬰幼兒的進程	諮詢及衛教
1. 口腔動作與食器使用進程表	<ul style="list-style-type: none"> • 嘴唇及舌頭運動成熟 • 使用叉子 	
2. 口腔動作發展發展	<ul style="list-style-type: none"> • 舌頭：吞嚥時舌頭上抬，可以快速地將食物從中間移至兩側或將食物從側邊移至中線，即使是較難咀嚼的食物，舌頭亦不會呈現先外吐再後縮的動作 • 下巴：功能成熟，可以吸吮，較不會咬杯緣，在咬不同質地食物，可以隨著厚度逐漸開合下巴動作 • 臉頰/唇：唇部閉合較成熟，喝水時較不會流出來，在咀嚼時，有足夠的唇部動作 	<ul style="list-style-type: none"> • 協助小孩握持湯匙，控制食物。
3. 進食	<ul style="list-style-type: none"> • 母乳或全脂鮮乳、穀類、水果、蔬菜、肉 	<ul style="list-style-type: none"> •

(2) 齲齒風險評估之治療

風險類別	臨床檢查	齲齒防治		窩溝封填	牙齒治療
		處置建議	飲食		
1. 低風險	6-12個月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙2次 	個別輔導	建議施作	<ul style="list-style-type: none"> • 觀察
2. 中風險家長可配合	3-6個月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙2次且搭配適量含氟牙膏 • 使用氟補充劑 • 每3-6個月塗氟 	個別輔導	建議施作	<ul style="list-style-type: none"> • 密切觀察是否有初期齲齒產生
3. 中風險家長無法配合	3-6個月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙2次且搭配適量含氟牙膏 • 每3-6個月塗氟 	個別輔導，但不可期待太高	建議施作	<ul style="list-style-type: none"> • 密切觀察是否有初期齲齒產生
4. 高風險家長可配合	3個月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙2次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每3個月塗氟 	個別輔導	建議施作	<ul style="list-style-type: none"> • 密切觀察是否有初期齲齒產生 • 以暫時或永久填補物復形蛀洞
5. 高風險家長無法配合	3個月回診	<ul style="list-style-type: none"> • 每天刷牙2次且搭配適量含氟牙膏 • 氟補充劑 • 每3個月塗氟 	個別輔導，但不可期待太高	建議施作	<ul style="list-style-type: none"> • 密切觀察是否有初期齲齒產生 • 以暫時或永久填補物復形蛀洞

全民健康保險牙醫門診總額 0~6 歲嚴重高齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫
加入計畫申請書(以醫師為單位)

一、申請醫師：

身分證字號：

二、分區別：台北 北區 中區 南區 高屏 東區

三、執業登記院所名稱：

醫事機構代號：

四、聯絡人：_____電話：_____傳真：_____

院所地址：_____

五、申請資格：

1. 兒童牙科醫學會專科醫師

2. 兒童牙科醫學會一般會員

3. 一般醫師

六、檢附教育訓練證明

註：專科醫師或專科學會會員需檢附教育訓練證明1學分（行政課程1學分）

一般醫師需檢附教育訓練證明4學分（行政課程1學分、專業課程3學分）

牙醫師簽章

備註：

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

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 Specific Diagnosis and Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

第六項 免疫學檢查 Immunology Examination (12001-12211)

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
12185C	核糖核酸類定量擴增試驗 RNA quantitative amplification test 註：屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數 2200 點申報。	√	√	√	√	2200 2229

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

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
18005C	超音波心臟圖(包括單面、雙面) Echocardiography (-M-mode and -sector- scan) 註： 1.限由心臟專科醫師施行後申報。 2.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。 3.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數1200點申報。	√	√	√	√	1200 1260

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
18006C	杜卜勒氏超音波心臟圖 Doppler echocardiography 註： 1.限由心臟專科醫師施行後申報。 2.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。 <u>3.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數600點申報。</u>	v	v	v	v	600 <u>630</u>
18007C	杜卜勒氏彩色心臟血流圖 Doppler color flow mapping 註： 1.已含18006C杜卜勒氏超音波心臟圖，不得同時申報18006C。 2.限由心臟專科醫師施行後申報。 3.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。 4.適應症： (1)心臟手術或介入性治療前後之評估。 (2)瓣膜性心臟疾病。 (3)先天性心臟病。 (4)心肌病變或缺血性心臟病。 (5)主動脈病變。 (6)心臟衰竭。 <u>5.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數2000點申報。</u>	v	v	v	v	2000 <u>2100</u>
18008C	杜卜勒氏血流測定(週邊血管) Doppler flowmetry (perivascularly) 註： <u>屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數150點申報。</u>	v	v	v	v	150 <u>158</u>
18011B	四肢血流探測，壓力測量並記錄 Doppler extremity and pressure recording		v	v	v	540 <u>567</u>
18033B	經食道超音波心圖 T.E.E		v	v	v	4000 <u>4200</u>
18037C	胎兒、臍帶、或孕期子宮動脈杜卜勒超音波 Fetal, umbilical cord, or gravid uterine artery Doppler ultrasound 註： 1.含胎兒超音波檢查。 2.屬西醫基層總額部門院所，比照高危險妊娠適應症： (1)嚴重妊娠高血壓或子癲前症。	v	v	v	v	1140 <u>1197</u>

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p>(2)羊水過多或過少。</p> <p>(3)多胞胎併發症(如雙胞胎輸血症候群、羊水或胎兒生長異常)。</p> <p>(4)胎兒生長遲緩或胎兒發育異常者(IUGR)或胎盤功能異常者。</p> <p>(5)妊娠合併內科疾病：糖尿病、腎臟疾病(NS、IgA、ESRD)或免疫性疾病(如 SLE)。</p> <p>(6)胎兒水腫或胎兒貧血。</p> <p>(7)杜卜勒檢查異常者之追蹤。</p> <p>(8)胎兒構造異常。</p> <p>(9)懷疑植入性胎盤。</p> <p>3.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。</p> <p><u>4.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數1140點申報。</u></p>					
18044B	<p>負荷式心臟超音波心臟圖 Stress echocardiography</p> <p>註：</p> <p>1.適應症如下：</p> <p>(1)胸痛或疑似心絞痛，但心電圖無法判讀或無法運動，用來診斷冠狀動脈心臟病。</p> <p>(2)急性胸痛症候群但無心電圖或心肌酵素上升之系列變化，用來診斷冠狀動脈心臟病。</p> <p>(3)新發生或新診斷之心臟衰竭或左心室收縮功能障礙，用來診斷冠狀動脈心臟病或評估狀動脈心臟病之可能性。</p> <p>(4)過去已經診斷冠狀動脈心臟病接受藥物治療，但症狀惡化時，做為危險度評估。</p> <p>(5)冠狀動脈心臟病已經經由心導管或電腦斷層診斷，但無法判斷狹窄程度是否有臨床顯著影響。</p> <p>(6)冠狀動脈心臟病已經經過經皮血管介入治療或燒道手術後再發胸痛，做為危險度評估。</p> <p>(7)中度以上危險群病人合併運動功能不良，非心臟手術前的術前危險度評估。</p> <p>(8)嚴重冠狀動脈疾病合併左心室功能低下，評估心肌存活度。</p> <p>(9)瓣膜性心臟病，疾病嚴重度之評估。</p> <p>2.相關規範：</p> <p>(1)限心臟專科醫師執行。</p> <p>(2)限一年申報一次。</p> <p>(3)不得同時申報之診療項目及編號：18003C、18004C，若</p>		V	V	V	<p>2695</p> <p><u>2830</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
	適應症為 1, 2, 7 不應同時申報運動心電圖(18015B)。 若適應症為 8 不應同時申報核子醫學攝影。 (4)費用申報時必要之附件：休息時心臟超音波左心室局部活動與最高負荷時左心室局部活動的變化。					

第十三項 超音波檢查Sonography

通則：須將診斷結果附於病歷，申報費用應檢附報告。(19001-19018)

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
19002B	術中超音波 Intra-operative echo		v	v	v	1307 1372
19005C	其他超音波 Echo for others 註： 1.本節未列之超音波檢查，得以本項申報 2.兒童加成項目。 3.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數600點申報。	v	v	v	v	600 630

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

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
20003C	面神經刺激檢查 註：屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數110點申報。	v	v	v	v	110 114
20021B	眼動脈流速測定 Oculoplethymography(O.P.G.)		v	v	v	540 562
20043B	巴金森氏症UPDRS量表之評估 Evaluation of Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS) in Parkinson's Disease 註：每位病人每年限申報1次。		v	v	v	500 520

第二十項 核子醫學檢查Radioisotope Scanning

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
26048B	壓力心臟功能檢查 Stress cardiac function study		v	v	v	3000 <u>3150</u>

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

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
28006C	支氣管鏡檢查 Bronchoscopy <u>註：屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數1600點申報。</u>	v	v	v	v	1600 1680
28009B	肋膜腔鏡檢查合併切片 Thoracoscopy with biopsy 註：含一般材料費及特殊材料費。		v	v	v	8956 9404
28026B	縱膈腔鏡檢查合併切片 Mediastinoscopy with biopsy 註：含一般材料費及特殊材料費。		v	v	v	3427 3684
28010B	小腸鏡檢查 Enteroscopy		v	v	v	3214 3375
28011C	直腸鏡檢查 Rectoscopy <u>註：屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數611點申報。</u>	v	v	v	v	611 642
28013C	S狀結腸鏡檢查 Sigmoidoscopy <u>註：屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數1018點申報。</u>	v	v	v	v	1018 1069
28014C	腹腔鏡檢查 Laparoscopy 註： 1.含手術材料費在內。 <u>2.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數3274點申報。</u>	v	v	v	v	3274 4584
28015C	食道鏡檢查 Esophageal endoscopy 註： 1.適應症： (1).食道腫瘤（含惡性及良性）。 (2).頭頸部惡性腫瘤。 (3).食道異物或疑似食道異物。 (4).食道狹窄、損傷、腐蝕性傷害、出血、發炎。 (5).吞嚥困難。 <u>2.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數971點申報。</u>	v	v	v	v	971 1020
28016C	上消化道泛內視鏡檢查 Upper GI panendoscopy <u>註：屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數1500點申報。</u>	v	v	v	v	1500 1575

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
28017C	大腸鏡檢查 Colonoscopy 註： 1.限由消化內科、消化外科、大腸直腸外科、兒科消化學及小兒外科專科醫師執行。 2.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數2250點申報。	V	V	V	V	2250 2363
28038B	自體螢光支氣管鏡檢查 適應症： 1.痰液細胞學檢查發現疑似惡性細胞且胸部影像學正常者。 2.肺癌手術前確認病灶侵犯位置，以決定手術方式及切除範圍。 3.肺癌手術後追蹤，當疑似切除位置有復發時，為確認病灶。		V	V	V	2321 2437
28039B	支氣管鏡螢光透視檢查（含支氣管鏡檢查費用） Bronchofluoroscopy 註： 1.適應症：支氣管鏡直接目視下不可見之為肺週邊病灶，並經螢光導引定位進行之切片（biopsy）、刷拭（brushing）、沖洗（washing, lavage）。 2.不得與 28006C 支氣管鏡檢查合併申報。		V	V	V	4872 5116

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

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
29013B	心包穿刺 Pericardial puncture		v	v	v	800 <u>1120</u>
29014B	骨髓穿刺 Bone marrow puncture 註： 適應症： 1.未明原因的血球減少(Unexplained cytopenia)。 2.血癌的評估(Evaluation of leukemia)。 3.骨髓增殖性疾病的確認(Confirmation of myeloproliferative disorder)。 4.未明原因的淋巴腺腫(Unexplained lymphadenopathy)。 5.未有明確診斷之脾腫大(Splenomegaly without a diagnosis)。 6.淋巴惡性疾病的診斷或分期(Diagnosis or staging of lym)。		v	v	v	674 <u>1213</u>
29033B	骨髓穿刺併骨髓切片 Bone marrow puncture with bone marrow biopsy 註：29014B與29032B同時施行時，以本項申報。		v	v	v	1500 <u>2700</u>
29016C	脊椎穿刺 Spinal puncture 註： <u>屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數706點申報。</u>	v	v	v	v	706 <u>1271</u>

第二節 放射線診療 X-RAY

第一項 X光檢查費 X-Ray Examination

八、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
33076B	經皮冠狀動脈擴張術 Percutaneous coronary dilatation — 一條血管 one vessel		v	v	v	44000 46200
33077B	— 二條血管 two vessels		v	v	v	60000 63000
33078B	— 三條血管 three vessels 註：1.應有血管造影設備並報經保險人同意後實施。 2.包括選擇性血管造影 (Including selective angiography)。 3.包括材料費。 4.適應症如下： (1)心絞痛或其他冠狀動脈心臟病症狀經藥物治療後效果不佳者。 (2)血管狹窄70%(含)以上者。 (3)狹窄部份為血管近端、左前降枝、左迴旋枝或右冠狀動脈。 (4)左冠狀動脈主幹狹窄50%(含)以上者。 (5)血管經PCI後Restenosis超過50%(含)者。 5.同次住院實施經皮冠狀動脈擴張術不論同時或分段做「診斷性心導管檢查」，僅能申報經皮冠狀動脈擴張術及一次心導管(18020B或18021B)，而不得申報冠狀動脈造影(18022B)、冠狀動脈血管內超音波(18043B)。		v	v	v	76000 79800
33079B	主動脈氣球裝置術 Intra aorta balloon insertion		v	v	v	4320 4536
33091B	不整脈經導管燒灼術 Transcatheter Radiofrequency Ablation for Arrhythmia — 2-D定位 2D Mapping		v	v	v	36900 39299
33139B	— 複雜3-D立體定位 3D Mapping 單腔 Single Chamber		v	v	v	45109
33140B	雙腔 Double Chamber		v	v	v	49177

編號	診療項目	基層 院所	地 區 醫院	區 域 醫院	醫 學 中 心	支 付 點 數
	<p>註：</p> <p>1.施行本項之醫院及醫師資格如下：</p> <p>(1)醫院資格：</p> <p>A須具有心臟外科醫師支援之醫院。</p> <p>B須具備完善之心導管透視機、電生理檢查紀錄儀、電生理刺激器、高頻幅釋出機、心臟去顫器等。</p> <p>(2)醫師資格：</p> <p>具中華民國心臟學會專科醫師，曾接受一年完整之臨床電生理及不整脈經導管燒灼術之訓練，且至少完成50例以上不整脈經導管燒灼術之經驗，其完成之病例數須經中華民國心臟學會審核認定。</p> <p>(3)醫院及主持醫師資格有變更時應重新報保險人核備。</p> <p>2.施行本項之適應症如下：</p> <p>(1) 2-D立體定位：經心電圖及心臟電氣生理檢查經證實為室上頻脈(supraventricular tachycardia)。</p> <p>(2)複雜3-D立體定位：複雜性不整脈包括心房頻脈、「非」典型性心房撲動、心房顫動、心室不整脈等。</p> <p>3.本項目所訂點數包含心導管置入及造影、冠狀動脈及冠狀竇造影、燒灼前後完整之電氣生理檢查、心律不整燒灼定位、心律不整燒灼、血壓及心電圖監視、一般材料費等費用。</p> <p>4.醫院申請醫療費用時應一併檢附心臟電氣生理檢查證實為室上頻脈且確實施行本處置之相關資料。</p> <p>5.若術後三十天(含)內復發並再次使用者，按所訂支付點數之一半支付。</p> <p>6.提升兒童加成項目。</p>					
33126B	經皮椎體成形術(第一節) Percutaneous vertebroplasty (1st vertebra)		v	v	v	13190 16356
33131B	經皮導管血管內\心臟內異物移除術 (適用於留置異物處血管大小直徑為 > 7 mm 者) Percutaneous transluminal catheter retrieval of vascular/intracardiac foreign body (For the vessel diameter where the foreign body stands > 7 mm) 註： 1.因遺失或移位而造成之血管內或心臟內異物。 2.各種材質之診斷性或治療性器械，導管或導絲因斷落、掉落或移位而留置於血管或心臟內所形成之異物，需移除或取出至體外者。由於各類夾取器之實際選擇尚得考量待取出異物之大小、長度、材質及材料硬度，本項目使用時機原則如下：適合使用於留置異物處血管大小直徑為 > 7 mm 之異物夾取器(如 standard、6-7 Fr.等型號)。		v	v	v	30356 31874

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	3.提升兒童加成項目。 4.含一般材料費及單一使用拋棄式之心臟血管異物取出器。					
33135B	經皮導管血管內\心臟內異物移除術 (適用於留置異物處血管大小直徑為 ≤ 7 mm 者) Percutaneous transluminal catheter retrieval of vascular/intracardiac foreign body (For the vessel diameter where the foreign body stands ≤ 7 mm) 註： 1.因遺失或移位而造成之血管內或心臟內異物。 2 各種材質之診斷性或治療性器械，導管或導絲因斷落、掉落或移位而留置於血管或心臟內所形成之異物，需移除或取出至體外者。由於各類夾取器之實際選擇尚得考量待取出異物之大小、長度、材質及材料硬度，本項目使用時機原則如下：適合使用於留置異物處血管大小直徑為 ≤ 7 mm 之異物夾取器(如 mini、micro、3Fr.等型號)。 3.提升兒童加成項目。 4.含一般材料費及單一使用拋棄式之心臟血管異物取出器。		v	v	v	35660 37443

第二項 癌症(腫瘤)治療 Cancer Therapy

一、放射線治療 Radiation Therapy (36001-36021)

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
36004B	放射照野片1張 Portal film		v	v	v	418 518
36005B	放射照野片2張 Portal film		v	v	v	572 709

二、其他治療方式 Other Therapy (37001~37048)

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
37030B	固定模具之設計及製作(小) Design & formulate of cast (small) 註： 1.頭、頸部使用。 2.包括技術費及材料費在內。		v	v	v	1556 1657
37028B	三度空間立體定位X光刀照射治療 Stereotactic radiosurgery with x-knife 註： 一、含括一般及特殊材料費。 二、須符合適應症： (一)以顱內病灶直徑小於三公分或容積十五立方公分以下之病灶數目小於或等於三處之動靜脈畸型(含腦膜動靜脈瘻管)、聽神經瘤、腦膜瘤、腦下垂體瘤、顱咽管瘤、轉移性腦瘤或其他腫瘤(應附相關療效文獻佐證)，惟轉移性腎臟細胞瘤及黑色素瘤不受病灶數目限制。且須符合以下條件之一： 1.曾接受開顱手術，但有殘餘腫瘤或腫瘤復發者。 2.開顱手術可能造成神經損傷或危險性大者。 3.有嚴重心肺疾病或其他內科疾病，不適合侵入性手術或全身麻醉者。 4.轉移性腦瘤，限Karnofsky Performance Scale(KPS) ≥ 70或ECOG 0-1者，無其他部位轉移者或其他部位轉移經治療穩定者。 5.海綿狀血管瘤限病灶位於深部腦核或腦幹，曾有出血病史者。 6.顱內單側小腦橋腦角聽神經瘤寬度小於2.5公分(不含內耳道)者。		v	v	v	80000 82000

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>(二)不適手術或其他傳統治療方式之三叉神經痛。</p> <p>三、全部個案須事前專案向保險人申請。</p> <p>四、須有專任放射線治療醫師與專任輻射劑量計算人員，並向保險人申請核可實施。</p>					
37029B	<p>加馬機立體定位放射手術 Stereotactic radiosurgery with γ knife</p> <p>註：</p> <p>一、含括手術技術費、定位技術費、一般材料費及特殊材料費等。</p> <p>二、須符合適應症：</p> <p>(一)以顱內病灶之三度空間直徑不大於3.5×3.5×3.5公分或容積二十立方公分，病灶數目小於或等於三處之動靜脈畸型(含腦膜動靜脈瘻管)、聽神經瘤、腦膜瘤、腦下垂體瘤、顱咽管瘤、轉移性腦瘤或其他腫瘤(應附相關療效文獻佐證)，惟轉移性腎臟細胞瘤及黑色素瘤不受病灶數目限制。且須符合以下條件之一：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.曾接受開顱手術，但有殘餘腫瘤或腫瘤復發者。 2.開顱手術可能造成神經損傷或危險性大者。 3.有嚴重心肺疾病或其他內科疾病，不適合侵入性手術或全身麻醉者。 4.轉移性腦瘤，限Karnofsky Performance Scale(KPS) ≥ 70或ECOG 0-1者，無其他部位轉移者或其他部位轉移經治療穩定者。 5.海綿狀血管瘤限病灶位於深部腦核或腦幹，曾有出血病史者。 6.顱內單側小腦橋腦角之聽神經瘤寬度小於2.5公分(不含內耳道)者。 <p>(二)不適手術或其他傳統治療方式之三叉神經痛。</p> <p>三、電腦刀影像導引立體定位放射手術(Cyber Knife Image Guided Stereotactic radiosurgery)項目比照申報。</p> <p>四、全部個案須事前專案向保險人申請。</p> <p>五、須有專任放射線治療醫師與專任輻射劑量計算人員，並向保險人申請核可實施。</p>		V	V	V	<p>149492</p> <p><u>153229</u></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
39007C	角膜內注射 Intracorneal injection <u>註：屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數100點申報。</u>	v	v	v	v	100 <u>107</u>

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

第一項 處置費 Treatment

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

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
47012B	週邊動脈導管置入術 Peripheral arterial line insertion 註：提升兒童加成項目。		v	v	v	802 842
47013C	一般導尿 Urinal catheterlization 註：1.含一般導尿管、尿袋等材料費。 2.提升兒童加成項目。 <u>3.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數94點申報。</u>	v	v	v	v	94 96
47014C	留置導尿 Urinal indwelling catheterlization 註： <u>1.含一般導尿管、尿袋等材料費。</u> <u>2.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數315點申報。</u>	v	v	v	v	315 363
47015B	中央靜脈導管置入術 C.V.P. catheter intubation 註：提升兒童加成項目。		v	v	v	1400 1470
47016C	胃灌洗術 Gastric lavage 註：提升兒童加成項目。 <u>1.提升兒童加成項目。</u> <u>2.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數260點申報。</u>	v	v	v	v	260 468
47021C	胸腔引流 chest drainage 一天 註： <u>1.提升兒童加成項目。</u> <u>2.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數120點申報。</u>	v	v	v	v	120 126
47028C	去顫術（急救一次） Electrical defibrillation or cardioversion 註： 1.不論急救過程中施行電擊次數，每一急救過程限申報一次。 2.提升兒童加成項目。 <u>3.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數308點申報。</u>	v	v	v	v	308 554

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
47029C	心肺甦醒術(每十分鐘)CPR 註：1.不足十分鐘者，以十分鐘申報。 2.每次以六十分鐘為上限。 3.提升兒童加成項目 4.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數755點申報。	v	v	v	v	1000 1800
47030B	暫時性心律調節器裝置及使用技術費 Temporary pacemaker 註：提升兒童加成項目。		v	v	v	2987 3136
47031C	氣管內管插管 Endotracheal tube insertion 註： 1.麻醉插管不另支付。 2.急救插管比照申報。 3.提升兒童加成項目。 4.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數464點申報。	v	v	v	v	464 835
47032B	心電圖監視器 E.K.G. monitor 一天 註：限非ICU、燙傷中心病人申報		v	v	v	400 420
47035B	腦室引流 Ventricular drainage一天 註：提升兒童加成項目。		v	v	v	80 112
47036B	順流導管插管術 Swan-Ganz catheterization 註：提升兒童加成項目。		v	v	v	2405 2525
47056B	體外循環，第二天起之每日照護費 註：1.本項限申報二十四次。 2.提升兒童加成項目。		v	v	v	1700 2380
47059B	治療性導管植入術 — 希克曼氏導管植入術 Therapeutic catheter implantation — Hickman catheter implantation 註：提升兒童加成項目。		v	v	v	3484 3658
47080B	治療性導管植入術 — Port-A導管植入術 Therapeutic catheter implantation — Port-A catheter implantation 註：提升兒童加成項目。		v	v	v	5444 5716
47063B	主動脈氣球輔助器使用照護費(天) Intra aortic balloon assist, day 註： 1.提升兒童加成項目。 2.本項限申報七天。		v	v	v	1906 2668

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
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)(1歲以下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。		v	v	v	2953 3101
47067B	經內視鏡食道靜脈瘤結紮術 Endoscopic esophageal variceal ligation 註：1.已包括該內視鏡使用費。 2.提升兒童加成項目。		v	v	v	9005 9455
47068B	腦室外引流監視(天) E.V.D. Monitoring (day) 註：1.加護病房內不另計價。 2.提升兒童加成項目。		v	v	v	357 500
47069B	顱內壓監視器(天) On ICP monitor (day) 註：1.ICU、燙傷中心使用者已包含於相關費用內,不另計價。 2.提升兒童加成項目。		v	v	v	200 280
47088C	人體器官移植之腦死判定費 Cerebral death evaluation 註： 1.施行本項需依「腦死判定準則」辦理。 2.提升兒童加成項目。 3.屬西醫基層總額部門院所,本項以原支付點數2000點申報。	v	v	v	v	2000 2800
47089B	體外循環維生系統管線更換 Change ECMO circuit (Centrifugal pump + microporous membrane oxygenator) 註： 1.適應症如下： (1)心臟手術暫時性心臟功能衰竭。 (2)心臟手術後造成右心室衰竭合併可逆性肺高壓危機。		v	v	v	5280 7392

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	(3)心臟病變末期等待接受心臟移植手術。 (4)可回復性心肌病變。 2.提升兒童加成項目。					
47094B	心跳停止之低溫療法 — 第一天 (≤二十四小時)		v	v	v	9068 9521
47095B	— 第二天 (>二十四小時~≤四十八小時)		v	v	v	1500 1575
47096B	— 第三天 (>四十八小時)		v	v	v	1500 1575
	註： 1.適應症：心跳停止患者，進行復甦急救後意識仍不清者 (GCS<8)或無遵循口頭醫囑 (motor<6)。 2.排除條件： (1)恢復自發性循環大於十二小時。 (2)腦出血。 (3)收縮血壓<90mmHg。 (4)大量活動性出血。 (5)無法終止的致命性心律不整。 (6)在心跳停止前即有失智或長期意識障礙。 (7)末期疾病。 3.支付規範： (1)總治療程為三天。 (2)不得同時申報項目：47037B「冰毯-未滿十二小時」、47038B「冰毯-十二至二十四小時以內」、47049B「自動體溫控制床使用費」。 (3)特殊材料費另計。					
47101B	急性缺血性腦中風處置費 註：適應症 1.急性缺血性中風病患符合「靜脈血栓溶解治療收案條件」並於三小時內開始靜脈注射。 2.執行33143B者。		v	v	v	13866 14559
47102B	心室輔助器置放後，第二天起之每日照護費 Daily care post LVAD implantation 註： 1.本項限申報三十次。 2.不得同時申報編號47056B。		v	v	v	3486 3660
47103A	經導管無導線心律調節器置放或置換術 Transcatheter Insertion or Replacement of Permanent Leadless Pacemaker 註： 1.適應症： (1)心房顫動且心搏過慢之病人。			v	v	15504 16279

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>(2)因病竇症候群或房室傳導阻滯以致心搏過慢之病人，但因沒有適當血管通路，而無法植入傳統節律器者。</p> <p>2.禁忌症：</p> <p>(1)已植入下列醫療器材種類之病人：</p> <p>A.經醫師認定會干擾本項目之體內植入裝置。</p> <p>B.植入體內的下腔靜脈過濾器(Inferior Vena Cava Filter)。</p> <p>C.機械三尖瓣 (Mechanical Tricuspid Valve)。</p> <p>(2)股靜脈的構造無法容納 7.8 mm (23 French) 的導引鞘，或無法順利將裝置植入心臟右側，如因阻塞或嚴重血管彎曲。</p> <p>(3)病態性肥胖，導致無法與植入體內之裝置在 12.5 cm 內進行遙測通訊。</p> <p>(4)已知無法耐受本項目植入儀器物理特性之材質或肝素，或對顯影劑過敏而無法術前用藥者。</p> <p>(5)無法使用單一劑量 1.0mg 的 dexamethasone acetate。</p> <p>3.執行人員資格：</p> <p>(1)心臟內科、小兒心臟專科醫師。</p> <p>(2)須接受且完成中華民國心臟學會或中華民國心律醫學會辦理之「經導管心律調節器置放術」訓練課程(含網路課程及親授課程)，且須有至少五例由指導醫師陪同完成「經導管心律調節器置放術」訓練，並由學會提供合格醫師名單。</p> <p>(3)執行本項之醫師名單應報經保險人核定，如有異動，仍應重行報請核定。</p> <p>4.不得同時申報之診療項目：68012B、68041B 及 18026B。</p>					

三、大腸肛門處置 Colonand Anus Treatment (49001-49028)

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
49020B	三路灌洗 Three way irrigation		v	v	v	330 343
49023C	直腸內視鏡止血術 Endoscopic control of hemorrhage, rectum and/or fulguration 註： 1.含內視鏡使用費 2.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數2062點申報。	v	v	v	v	2062 2392
49026C	經大腸鏡結腸止血術 Endoscopic hemostasis for colon bleeding 註： 1.含一般材料費及特殊材料費。 2.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數7661點申報。	v	v	v	v	7661 8044

八、耳鼻喉處置 E.N.T. Treatment (54001-54045)

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
54003C	簡易異物取出 Simple F.B. removal, ENT 註：屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數325點申報。	v	v	v	v	325 585
54004C	複雜異物取出 Complicated F.B. Removal, (larynx hypopharynx) 註：屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數919點申報。	v	v	v	v	919 1654

十、外科處置 General Surgery Treatment (56001-56041)

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
56022C	氣管造瘻口處理 Tracheostomy care 註：屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數50點申報。	v	v	v	v	50 70
56036B	深腦刺激術治療參數調整作業 Parameter programming for deep brain stimulation 註：每年不得申報超過6次。		v	v	v	1200 1260
56037B	深部腦核電生理定位 Intraoperative Microelectrode recording of basal ganglia 註： 1.限治療巴金森病深腦刺激電極植入使用。 2.清醒開顱手術亦得申報，且須符合下列事項： (1)須檢附術中電生理報告。 (2)不得同時申報支付標準編號56018B。 (3)限神經外科、神經內科或復健科專科醫師施行。		v	v	v	19125 20081
56038B	內視鏡冷凍治療(含內視鏡檢查費用) Endoscopic Cryotherapy 註： 適應症： 1.氣管、支氣管內病灶之切片 (biopsy)。 2.氣管、支氣管內異物之移除。 3.氣管、支氣管狹窄、肉芽之處置。		v	v	v	3655 3838
56039B	神經外科術中神經功能監測(IONM) Intra-operative neuromonitoring(IONM) 註： 1.適用條件： (1)Brain surgery (含supratentorial glioma, epilepsy surgery, brain tumor involved cranial nerve, brain stem lesion)：限施行83017B、83018B、83019B、83056B、83066B、83068B、83070B、83071B、83088B申報，且腦部病灶必須位於eloquent area (定義為brainstem, thalamus, insula cortex, basal ganglia, paracentral region, language area, cranial nerve 2-12 involvement)。 (2)Intradural spinal surgery (含intradural tumor, intradural vascular lesion, spinal bifida, lipomyelomeningocele, dorsal rhizotomy)：限施行83042B、83072B、83073B申報，且脊椎病灶限intradural lesion。 (3)Scoliosis surgery：限施行83097B、83096B、83046B、83044B、67044B、64241B、67043B、67036B申報。 2.支付規範： (1)限神經外科專科醫師、神經內科專科醫師、小兒神經科專科醫師、復健科專科醫師、骨科專科醫師、麻醉科專科醫師執行，主刀醫師、手術團隊其它成員及執行麻醉		v	v	v	14544 15271

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
	醫師自行監測則不予支付。 (2)不得同時申報56018B。 (3)申報費用時應檢附監測報告及簽名。					

十一、呼吸治療處置 (57001~57029)

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
57025B	一氧化氮吸入療法/天 Inhaled Nitric oxide therapy 註：超過六小時(含六小時)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	8950 <u>9398</u>
57026B	一氧化氮吸入療法裝置費/次 Inhaled Nitric oxide therapy 註：每天限申報一次。		v	v	v	720 <u>756</u>
57027B	一氧化氮吸入療法/每小時 Inhaled Nitric oxide therapy 註：超過六小時(含六小時)以一天計，含氣體使用費、呼吸器、監視器等費用。		v	v	v	1200 <u>1260</u>

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
58007C	<p>連續性動靜脈血液過濾術 CAVH</p> <p>註： 1.生命現象不穩定，且必需為接受過透析治療者。 2.嚴重心臟衰竭合併肺水腫之病患。 3.開心手術數日內併發急性腎衰竭之患者。 4.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數2580點申報。</p>	V	V	V	V	3096 3591
58008C	<p>血漿置換術 Plasma exchange</p> <p>註： 1.限下列病患實施 (1).SLE，CNS involvement (2).Myasthenia gravis crisis (3).Macroglobulinaemia (4).RPGN (5).Goodpasture's disease (6).Multiple myeloma (7).Guillain-Barre syndrome (8).Thrombocytopenic Purpura (9).Multiple Sclerosis and Neuromyelitis Optica (10).其他經專案向保險人申請同意實施者 (11).血型不相容活體器官移植前之前置作業。 (12).治療器官移植後之急性抗體排斥。 2.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數2475點申報。</p>	V	V	V	V	2475 2871
58014C	<p>連續性全靜脈血液過濾術(每日) continuous veno-venous hemofiltration(C.V.V.H)</p> <p>註：1.生命徵象不穩定，且必需為接受過透析治療者。 2.嚴重心臟衰竭合併肺水腫之病患。 3.開心手術數日內併發急性腎衰竭之患者。 4.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數2080點申報。</p>	V	V	V	V	3744 4343
58018C	<p>連續性全靜脈血液過濾透析術(每三日) Continuous veno-venous hemofiltration dialysis (C.V.V.H.D)</p> <p>註：1.生命徵象不穩定，且必需為接受過透析治療者。 2.嚴重心臟衰竭合併肺水腫之病患。 3.開心手術數日內併發急性腎衰竭之患者。 4.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數2580點申報。</p>	V	V	V	V	4644 5387

第三項 高壓氧治療 Hyperbaric Oxygen Therapy (59002-59016)

編號	診療項目	深度 (呎)	時間 (分)	基層 院所	地區 醫院	區域 醫院	醫學 中心	支付 點數
59002B	潛水病（減壓病）或急性氣栓塞症 Decompression sickness and acute gas embolism (including post operative)	50	120		v	v	v	2400 <u>2784</u>
59003B	一氧化碳中毒（氰化物及氣體中毒） Carbon monoxide toxicity(including cyanide	66	180		v	v	v	6000 <u>6960</u>
59004B	toxicity and smoke inhalation) 註：59003B限急性發作期患者申報。	66	90		v	v	v	3000 <u>3480</u>
59005B	氣壞疽病 1.氣壞疽及厭氧擋細菌感染	66	180		v	v	v	7200 <u>8352</u>
59006B	Clostridial gasgangrene、anaerobic bacteriodes infections 2.壞死性軟組織感染及混合性細菌感染 Necrotizing soft tissue infection and mixed infection 註：限急性發作有生命危險者實施。	66	90		v	v	v	3600 <u>4176</u>
59011B	急性燒灼傷、二至三度燒傷，表面積介於百分 之十五至百分之九十	50	120		v	v	v	2880 <u>3341</u>
59012B	Thermal burns acute-second and third degree burns involving 15% to 90% of total body surface 註：1.59011B限皮膚移植可能失敗或不能確定 效果或以往有皮膚移植失敗病史患者申 報。 2.需專案報經保險人同意後實施。	66	90		v	v	v	3600 <u>4176</u>

編號	診療項目	深度 (呎)	時間 (分)	基層 院所	地區 醫院	區域 醫院	醫學 中心	支付 點數
59013B	放射性組織壞死 1.放射性骨壞死 Osteoradionecrosis 2.放射性膀胱炎、放射性腸炎 Radiation cystitis、radiation、enteritis 註：「放射性膀胱炎」、「放射性腸炎」須為合併大量出血，經屢次輸血及其他治療無效者。	50	120		v	v	v	2880 3341
59014B	潛水病（減壓病）或急性氣栓塞症 Decompression sickness and acute gas embolism (including post operative)之高壓氧治療 註： 1.限治療第二型潛水減壓病 （Decompression Sickness, DCSII）及空氣栓塞症（Arterial Gas Embolism, AGE）病患申報。 2.限住院病人申報。	165	319		v	v	v	26583 30836
59015B	潛水病（減壓病）或急性氣栓塞症 Decompression sickness and acute gas embolism (including post operative)之高壓氧治療 註：治療第一型潛水減壓病（Decompression Sickness, DCSI）（輕微型）及空氣栓塞症（Arterial Gas Embolism, AGE）病患申報。	165	154		v	v	v	12833 14886
59016B	潛水病（減壓病）或急性氣栓塞症 Decompression sickness and acute gas embolism (including post operative)之高壓氧治療 註：DCS及AGE之殘餘症狀治療	60	135		v	v	v	2790 3236

第七節 手術

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
62032B	顯微血管游離瓣手術 Microvascular free flap — 皮瓣移植 skin flap		v	v	v	24250 26627
62033B	— 肌肉移植 muscle flap		v	v	v	24376 26765
62034B	— 骨移植 bone flap		v	v	v	34920 38342
62035B	— 腸系膜移植 omentum flap		v	v	v	34920 38342
62036B	— 小腸移植 intestinal flap		v	v	v	34920 38342
62037B	— 游離筋膜瓣移植 free fascia flap		v	v	v	24250 26627
62038B	— 游離功能性肌瓣移植 free functioning muscle transfer		v	v	v	34920 38342

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
64069C	踝關節脫位開放性復位術 Open reduction for dislocation of ankle joint <u>註：屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數4331點申報。</u>	v	v	v	v	4331 4548
64273C	足踝關節內、外或後踝之雙踝或三踝骨折開放性復位術 Open reduction for bimalleolar or trimalleolar fracture of ankle <u>註：屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數6376點申報。</u>	v	v	v	v	6376 6695
64117C	跟腱斷裂縫合術 Rupture of achilles tendon primary suture <u>註：屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數6491點申報。</u>	v	v	v	v	6491 6816
64163B	全肩關節置換術 Total shoulder replacement		v	v	v	8876 9320
64169B	部份關節置換術併整型術 Partial joint replacement — 只置換股骨髁或脛骨高丘或半膝關節或只換髁骨 femoral condylar or tibial plateau or unicompartment 註：全人工膝蓋骨置換術比照申報。		v	v	v	11000 11550
64170B	— 只置換髁臼或股骨或半股關節或半肩關節 cup or hip prosthesis or unicompartment		v	v	v	11500
64240B	骨整形術Osteoplasty — 縮短Shorting		v	v	v	11000 15400
64241B	— 延長Lengthening		v	v	v	12000 16800
64260B	三重骨盆股骨切開加股骨縮短術(先天髁關節脫臼) Pelvic triple osteotomy and femorl shortening(CHD)		v	v	v	16152 16960

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
67003B	胸骨或肋骨骨折開放復位手術 Correction for sternal or rib fracture open reduction		v	v	v	8709 9406
67012C	氣管、支氣管、細支氣管異物除去術 Removal of tracheal, bronchial or bronchioral foreign body — 氣管鏡 by bronchoscopy 註：屬西醫基層總額部門院所，67012C以原支付點數4618點申報。	v	v	v	v	4618 4987
67032B	— 開胸術by exploration		v	v	v	20865 22534

二、食道 Esophagus (71201-71225)

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
71216B	食道靜脈瘤曲張結紮,經胸或經腹 Ligation of esophageal varices, transthoracic or transabdominal		v	v	v	16848 19544
71217B	食道靜脈瘤曲張結紮,脾臟切除併近心端胃血管去除 Devascularization procedure — 經胸 transthoracic		v	v	v	23465 27219
71218B	— 經腹 transabdominal		v	v	v	22715 26349

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 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： 手術主持醫師須有主持開心手術五百例以上之經驗。 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： (1)心臟衰竭且Maximal VO ₂ <10ml /kg/min者。 (2)心臟衰竭達紐約心臟功能第四度，且Maximal VO ₂ <14ml/kg/min者。 (3)心臟衰竭核醫檢查LVEF<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<25%者。 (4)嚴重心肌缺血，核醫檢查LVEF<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。 (5)紐約心臟功能第四度，持續使用Dopamine或Dobutamine>5μg/kg/min七天以上，經核醫檢查LVEF<25%或心臟指數Cardiac index<2.0L/min/m ² 者。 (6)心臟衰竭已使用ECMO、VAD等心臟輔助器且無法斷離者。 (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。 (8)其他末期心臟衰竭，無法以傳統手術方法矯正者。 3.施行診療項目68035B之禁忌症： (1)年齡六十五歲以上(年齡超過者需專案申請核准)。 (2)有明顯感染者。 (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。 (4)肺結核經證實者。 (5)惡性腫瘤患者。 (6)心智不正常或無法長期配合藥物治療者。 (7)少年型或胰導素依賴型糖尿病患者。 (8)A B O血型與捐贈者不相容者。 (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) 。		v	v	v	183312 193577

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>(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 > 3.0mg/dl或Ccr<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<50% of predicted或FEVI/FVC<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 68%。</p>					
68036B	<p>體外循環維生系統(ECMO)建立(第一次) Extracorporeal circulation – first time</p> <p>1.使用之適應症如下：</p> <p>(1)心因性休克</p> <p>a. 心臟手術重建後，暫時性心臟功能障礙(Stunned heart)。</p> <p>b. Bridge：為準備心臟手術或心室輔助器或心臟移植，而暫代心臟功能。</p> <p>c. 可回復性的心肌病變</p> <p>d. 肺栓塞(Pulmonary embolism)</p> <p>e. 急性心肌梗塞併心因性休克。</p> <p>f. 其他心因性休克。</p> <p>(2)呼吸性衰竭</p> <p>a. FiO₂：1.0,PaO₂<60mmHg，已排除可逆轉之原因。</p> <p>b. CO₂ retention，造成血行動力學不穩，已排除可逆轉之原因。</p> <p>c. 過渡至肺臟移植。</p> <p>(3)小兒及新生兒</p> <p>a. 吸入性胎便肺炎症候群 (MAS；Meconium aspiration syndrome)</p> <p>b. 呼吸窘迫症候群 (Hyaline membrane disease)</p> <p>c. 先天性橫膈膜疝氣 (CDH；Congenital diaphragm hernia)</p> <p>d. 新生兒頑固性肺高壓 (PPHN；Persistent pulmonary hypertension of neonate)</p> <p>e. 上述疾病經傳統治療(含呼吸器)，並合乎下列呼吸衰竭指數： Oxygenation Index ≥ 40</p>	v	v	v	11061 19910	

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
	$OI = \text{MAP} \times \text{FiO}_2 \times 100 \div \text{PaO}_2$ $\text{MAP}_2 \text{ (Mean Airway Pressure)}$ $\text{AaDO}_2 = (\text{Patm} - 47) \times \text{FiO}_2 - \text{PaO}_2 - \text{PaCO}_2$ <p> > 610 for 8Hrs > 600 for 12Hrs $\text{PaO}_2 < 40\text{mmHg}$ for 2 Hrs </p> <p>(4)其他</p> <p>a.氣道外傷</p> <p>b.極低體溫（核心體溫$\leq 30^\circ\text{C}$）</p> <p>2.使用之禁忌症如下：</p> <p>(1) 絕對禁忌症：</p> <p>a.不可逆之腦病變。</p> <p>b.惡性腫瘤末期。</p> <p>c.不可逆之心、肺疾患且不適合做臟器移植者。</p> <p>d.不可逆之多重器官衰竭。</p> <p>(2) 相對禁忌症(需逐案審查之個案)：</p> <p>a.持續進展之退化性全身性疾病。</p> <p>b.不可控制之感染。</p> <p>c.不可控制之出血。</p> <p>d.重度免疫不全之患者。</p> <p>3. 本項不適用本節通則第六、七條規定。</p> <p>4. 病患第一次使用體外循環維生系統以本項申報，若病情需要延長使用而更換系統管線，則以47089B申報。</p>					

第七項 動脈與靜脈 (69001-69040)

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
69024B	胸（腹）部動靜瘻管之切除移植及直接修補手術 Excision and graft bypass or direct repair A-V fistula of chest or abdomen —升主動脈		v	v	v	29033 33678
69036B	—主動脈弓		v	v	v	35307 40956
69037B	—降主動脈 註：動脈瘤切除(Aneurysm Excision)比照申報。		v	v	v	30971 35926

第八項 造血與淋巴系統 Hemic & Lymphatic System

一、脾 Spleen (70001-70006)

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
70001B	脾臟切除術 Splenectomy		v	v	v	15884 18425
70002B	脾臟修補術 Splenorrhaphy		v	v	v	11534 13379
70006B	腹腔鏡脾切除術 Laparoscopic Splenectomy		v	v	v	19059 22108

二、根治性淋巴結切除 Radical Lymphadenectomy (70201-70214)

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
70209B	後腹膜腔淋巴腺切除術 Retroperitoneal lymphadenectomy 註：主動脈旁淋巴切除術(paraaortic lymph node dissection)比照申報。		v	v	v	15568 18059

第九項 消化器 Digestive System

二、胃 Stomach (72001-72050)

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
72001B	胃切開術 Gastrotomy — 探查性 exploration		v	v	v	10014 12417
72002B	— 異物移除 removal of foreign body		v	v	v	10263 12726
72042B	— 潰瘍縫合及止血 with suture repair of bleeding ulcer		v	v	v	16898 20954
72006B	胃潰瘍或腫瘤的局部切除 Local excision, ulcer or tumor		v	v	v	15301 17749
72007B	胃全部切除術 Gastrectomy, total & anreconstruction 註：胃大塊切除術 enblock total gastrectomy 比照申報。		v	v	v	27190 31540
72008B	胃造瘻術及幽門成形術 Gastrostomy & pyloroplasty		v	v	v	11824 13716
72009B	次全或半胃切除術及胃十二指腸吻合術 Subtotal gastrectomy or hemigastrectomy with gastro-duodenostomy — 無迷走神經切除 without vagotomy		v	v	v	19799 21383
72043B	次全或半胃切除術及胃空腸吻合術 Subtotal gastrectomy or hemigastrectomy with gastrojejunostomy — 無迷走神經切除 without vagotomy		v	v	v	25739 27798
72044B	次全或半胃切除術及胃空腸吻合術 Roux-en-Y 型—無迷走神經 切除 Subtotal gastrectomy or hemigastrectomy with Roux-en-Y gastrojejunostomy -without vagotomy		v	v	v	17414 18807
72011B	迷走神經切斷術加幽門成形術 Vagotomy and pyloroplasty		v	v	v	15899 18443
72012B	幽門成形術 Pyloroplasty		v	v	v	10214 11848
72013B	胃十二指腸造口吻合術 Gastro-duodenostomy 註：Braun 氏手術比照申報。		v	v	v	9609 11146
72014B	胃空腸造口吻合術 Gastrojejunostomy		v	v	v	15360 17818
72016B	胃空腸造口吻合術（伴有迷走神經切斷術） Gastrojejunostomy with vagotomy		v	v	v	15625 18125
72018B	十二指腸縫合術（十二指腸潰瘍穿孔的縫合） Duodenorrhaphy, suture of perforated ulcer		v	v	v	15272 17716
72019B	胃縫合術（胃潰瘍穿孔及胃部傷口的縫合） Gastrorrhaphy, suture or repair wound, injury perforated ulcer of stomach		v	v	v	14989 17387

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
72020B	胃十二指腸造口再修正併或不併迷走神經切除 Revision of gastroduodenostomy with or without vagotomy		v	v	v	13654 <u>15839</u>
72024B	十二指腸腫瘤切除 Excision of duodenum tumor		v	v	v	9239 <u>12935</u>
72031B	胃全部切除術併行脾或部份胰切除 Gastrectomy, total, with splenectomy or partial pancreatectomy		v	v	v	35292 <u>40939</u>
72032B	全胃切除及淋巴清除及腸胃重建 Total gastrectomy, with LN dissection, with reconstruction (any type)		v	v	v	39856 <u>46233</u>
72046B	95%胃切除及淋巴清除及腸胃重建 Near total gastrectomy, with LN dissection, with reconstruction		v	v	v	29518 <u>34241</u>
72047B	次全胃切除及淋巴清除及腸胃重建 Radical subtotal gastrectomy, with reconstruction		v	v	v	33990 <u>36709</u>
72048B	腹腔鏡胃亞全切除術 Laparoscopic subtotal gastrectomy		v	v	v	30886 <u>33357</u>
72049B	腹腔鏡胃迷走神經切斷術合併引流術 Laparoscopic vagotomy and drainage		v	v	v	14423 <u>15577</u>

三、腸(除大腸、直腸外) Intestine (Except Colon and Rectum) (73001-73010、73020、73022-73025、73030-73037、73039、73041、73043-73044、73049-73050)

註：本項編號 73001-73009，73020，73022，73030-73032，73037，73039，73043 與「第十項大腸、直腸、肛門」為共同項目。

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
73001B	腸粘連分離術 Enterolysis, freeing adhesion		v	v	v	15292 16515
73002B	腸粘連分離術 Enterolysis — 併行腸減壓 with bowel decompression		v	v	v	16299 17603
73003B	— 併有腸切除及吻合 with resection & anastomosis of intestine		v	v	v	19858 21447
73004B	腸外置術 (Mikulicz切除) Exteriorization of intestine, Mikulicz resection		v	v	v	8694 9390
73005B	腸套疊之還原 Reduction of intussusception 註：剖腹治療腸軸扭轉(laparotomy for volvulus) 比照申報。		v	v	v	12380 13370
73006B	腸套疊還原及腸切除和吻合 Reduction of intussusception with bowel resection & anastomosis		v	v	v	14551 15715
73007B	腸套疊還原及腸造口或結腸造口 Reduction of intussusception with enterostomy or colostomy		v	v	v	11590 12517
73008B	良性腸病灶切除術 Excision, Benign bowel lesion		v	v	v	12964 14001
73009B	邁克氏憩室切除術 Meckel's diverticulectomy		v	v	v	8510 9191
73010B	小腸切除術加吻合術 Resection of small bowel, with anastomosis		v	v	v	13750 14850
73039B	經由剖腹術行小腸或結腸造瘻管關閉及吻合 Closure of enterostomy or colostomy anastomosis ,by laparotomy 註：關閉Hartmann colostomy比照申報		v	v	v	11599 12527
73022B	腸造口術(包括結腸、空腸、永久性小腸) Enterostomy (including colostomy、Jujunostomy、permanent enterostomy)		v	v	v	9407 10160
73030B	腸吻合術 Anastomosis of bowel — 小腸與小腸 (十二指腸) 吻合術 entero-enterostomy or duodeno-enterostomy		v	v	v	13163 14216
73031B	— 迴腸與結腸吻合術，有間路法 ileo-colostomy,side to side anas.		v	v	v	16130 17420
73032B	— 由小腸閉鎖或狹窄引起 for intestinal atresia or stenosis		v	v	v	11174 12068
73033B	小腸穿孔縫補術 Repair of intestinal perforation		v	v	v	10420 11254

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
73034B	腸系膜之縫合及修補 Suture and repair of mesentery		v	v	v	7094 7662
73037B	管腸造口或管盲腸造口 Tube enterostomy or tube cecostomy		v	v	v	6504 7024
73043B	腹腔鏡腸粘連剝離術 Laparoscopic adhesionolysis		v	v	v	17403 18795
73044B	腹腔鏡空腸造瘻術 Laparoscopic jejunostomy		v	v	v	7805 8429

四、闌尾 Appendix (74001-74004)

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
74001B	闌尾膿瘍之引流 Drainage of appendiceal abscess transabdominal		v	v	v	7015 7857
74002B	闌尾切除術 Appendectomy		v	v	v	8507 9528
74004B	腹腔鏡闌尾切除術 Laparoscopic appendectomy		v	v	v	10208 11433

五、腹壁 Abdominal Wall (75601-75615)

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
75602C	腹壁腫瘤切除術 Excision of abdominal wall tumor — 良性 benign	v	v	v	v	5719
75603B	— 惡性 malignant		v	v	v	14063 16313
75604B	腹壁疝氣修補術 Repair of ventral hernia — 併腸切除with bowel resection		v	v	v	16537 17860
75605C	— 無腸切除without bowel resection 註： 1. 割口疝氣(Incisional hernia) 修補術比照。 2. 屬西醫基層總額部門院所，75605C以原支付點數10778點申報。	v	v	v	v	14011
75611C	腹壁疝氣修補術，嵌頓性 — 無腸切除 Repair of ventral hernia incarceration-without bowel resection 註：屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數 12014 點申報。	v	v	v	v	15618 16867
75606B	鼠蹊疝氣修補術 Repair of inguinal hernia — 併腸切除 with bowel resection		v	v	v	12949 13985
75607C	— 無腸切除 without bowel resection	v	v	v	v	11292
75613C	鼠蹊疝氣修補術，嵌頓性— 無腸切除 Repair of inguinal hernia incarceration -without bowel resection 註：屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數 11935 點申報。	v	v	v	v	11935 12890
75615C	股疝氣修補術— 無腸切除 Repair of femoral hernia - without bowel resection 註：屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數 9915 點申報。	v	v	v	v	12890 13921
75608B	腰椎疝氣修補術 Repair of lumbar hernia		v	v	v	11080 12853
75610B	腹腔鏡疝氣修補術 Laparoscopic herniorrhaphy		v	v	v	11502 12422

六、其他腹部手術(75801-75816)

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
75801C	腹腔內膿瘍引流術治療急性穿孔性腹膜炎 Drainage of intraabdominal abscess for acute perforation peritonitis 註： <u>1.腸曲膿瘍引流術(drainage of interloop abscess)比照申報。</u> <u>2.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數12107點申報。</u>	v	v	v	v	12107 <u>13076</u>
75802B	膈下膿瘍引流術 Drainage of subphrenic abscess 註：後腹腔或肝上膿瘍引流術(retroperitoneal or suprahepatic abscess drainage) 比照申報。		v	v	v	11495 <u>12415</u>
75805B	剖腹探查術 Exploratory laparotomy 註：如即時手術，按各該手術項目支付點數申報。		v	v	v	11062 <u>11947</u>
75807B	後腹腔良性腫瘤切除術 Excision of retroperitoneal tumor, benign		v	v	v	16268 <u>17569</u>
75808B	腹腔內異物卻除術 Removal of intraabdominal foreign body		v	v	v	8858 <u>9567</u>
75809B	後腹腔剖腹探查術 Retroperitoneal exploratory laparotomy		v	v	v	8916 <u>9629</u>
75810B	腹腔惡性腫瘤切除術 Excision of intraabdominal tumor, malignant		v	v	v	15261 <u>17703</u>
75811B	後腹腔惡性腫瘤切除術併後腹腔淋巴腺摘除術 Excision of retroperitoneal tumor, malignant with retroperitoneal lymphadenectomy		v	v	v	19271 <u>22354</u>
75814B	腹壁損傷修復術 Repair of abdominal wall injury — 簡單 simple with/without reconstruction		v	v	v	7442 <u>8037</u>
75815B	— 廣泛性 extensive with reconstruction or prosthesis		v	v	v	11836 <u>12783</u>

第十項 大腸、直腸、肛門 (73001-73009、73011-73015、73017-73018、73020、73022、73026-73032、73037-73040、73042-73043、73045-73048、74201-74223、74401-74420)

註：本項編號 73001-73009，73020，73022，73030~73032，73037，73039，73043 與「第九項 消化器 三、腸(除大腸、直腸外)」為共同項目。

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
73001B	腸粘連分離術 Enterolysis, freeing adhesion		v	v	v	15292 16515
73002B	腸粘連分離術 Enterolysis — 併行腸減壓 with bowel decompression		v	v	v	16299 17603
73003B	— 併有腸切除及吻合 with resection & anastomosis of intestine		v	v	v	19858 21447
73004B	腸外置術 (Mikulicz切除) Exteriorization of intestine, Mikulicz resection		v	v	v	8694 9390
73005B	腸套疊之還原 Reduction of intussusception 註：剖腹治療腸軸扭轉(laparotomy for volvulus) 比照申報。		v	v	v	12380 13370
73006B	腸套疊還原及腸切除和吻合 Reduction of intussusception with bowel resection & anastomosis		v	v	v	14551 15715
73007B	腸套疊還原及腸造口或結腸造口 Reduction of intussusception with enterostomy or colostomy		v	v	v	11590 12517
73008B	良性腸病灶切除術 Excision, Benign bowel lesion		v	v	v	12964 14001
73009B	邁克氏憩室切除術 Meckel's diverticulectomy		v	v	v	8510 9191
73011B	結腸部分切除術加吻合術 Colectomy, partial, with anastomosis		v	v	v	13283 14346
73012B	根治性半結腸切除術加吻合術，升結腸 Colectomy, radical hemicolectomy with anastomosis, ascending colon 註：根治性橫行結腸切除術 (transverse colectomy Radical Hemicolectomy) 比照申報。		v	v	v	31612 34141
73013B	降結腸或乙狀結腸切除術加吻合術 Left hemicolectomy or sigmoid colectomy		v	v	v	20378 22008
73014B	降結腸或乙狀結腸切除術併行吻合術及淋巴節清掃 Left hemicolectomy or sigmoid colectomy with anastomosis with lymph node		v	v	v	33329 35995
73015B	結腸全切或次全切除術 Colectomy, total or subtotal — 良性 benign		v	v	v	20647 22299
73047B	— 惡性 malignant		v	v	v	23617 25506
73017B	結腸全切除術併行直腸切除術及迴腸造口 Colectomy, total with proctectomy, with ileostomy		v	v	v	24305 26249

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
73018B	單純性結腸造口或腸造口矯正 Revision of colostomy or enterostomy simple,superficial		v	v	v	6457 6974
73042B	複雜性（進入腹腔）結腸造口或腸造口矯正 Revision of colostomy or enterostomy complicated, deep		v	v	v	12090 13057
73039B	經由剖腹術行小腸或結腸造瘻管關閉及吻合 Closure of enterostomy or colostomy anastomosis ,by laparotomy 註：關閉Hartmann colostomy比照申報		v	v	v	11599 12527
73022B	腸造口術(包括結腸、空腸、永久性小腸) Enterostomy (including colostomy、Jujunostomy、permanent enterostomy)		v	v	v	9407 10160
73030B	腸吻合術 Anastomosis of bowel — 小腸與小腸（十二指腸）吻合術 entero-enterostomy or duodeno-enterostomy		v	v	v	13163 14216
73031B	— 迴腸與結腸吻合術，有間路法 ileo-colostomy,side to side anas.		v	v	v	16130 17420
73032B	— 由小腸閉鎖或狹窄引起 for intestinal atresia or stenosis		v	v	v	11174 12068
73037B	管腸造口或管盲腸造口 Tube enterostomy or tube cecostomy		v	v	v	6504 7024
73038B	迴腸結腸吻合處切開及重建術 Take down of anastomosis, revision of ileo-colostomy and reconstruction		v	v	v	10660 11513
73040B	迴腸尿液引流袋修正術 Revision of ileasl conduit		v	v	v	12792 13815
73043B	腹腔鏡腸粘連剝離術 Laparoscopic adhesionolysis		v	v	v	17403 18795
73045B	經腹腔鏡右側大腸切除術加吻合術 Laparoscopic right colectomy and anastomosis		v	v	v	37416 40409
73046B	經腹腔鏡乙狀結腸切除術加吻合術 Laparoscopic Anterior resection and anastomosis (sigmoid colon resection) — 良性 benign		v	v	v	28143 30394
73048B	— 惡性 malignant		v	v	v	35275 38097
74201C	直腸周圍膿瘍之切開引流 Incision and drainage for periproctal abscess 註：屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數2303點申報。	v	v	v	v	2764 3206
74203C	直腸裂傷或損傷之修補 Repair of rectal laceration or injury 註： 1.直腸瘻管修補(Repair of Rectal fistula)比照申請。 2.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數10784點申報。	v	v	v	v	10784 12509

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
74204B	直腸固定術 Thiersh or Delorme, Rectopexy by stitches fixation		v	v	v	9062 10512
74205B	根治性直腸切除術 (含骨盆腔淋巴腺切除術) Radical proctectomy with pelvic lymph node dissection		v	v	v	30444 35315
74206B	Hartmann 氏直腸手術 Harmann operation — 良性 benign		v	v	v	18086 20980
74223B	— 惡性 malignant		v	v	v	19227 22303
74207C	經直腸大腸息肉切除術 Transrectal colonic Polypectomy 註：屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數7605點申報。	v	v	v	v	7605 8213
74208B	直腸脫出根治手術 (經會陰接近及吻合) Rectal procidentia, perineal approach ,with resection & anastomosis		v	v	v	14046 16293
74209B	直腸脫出手術 (腹部接近) Rectal procidentia, abdominal approach 註：Ripstein方式比照申報。		v	v	v	17544 18948
74210B	薦骨與尾骨腫瘤切除，良性 Excision, sacrococcygeal tumor, benign 註：肛門周圍與直腸周圍腫瘤(including Perianal. Perirectal tumor.) 比照申報。		v	v	v	9687 11237
74211B	直腸上皮絨毛腺腫廣泛性切除術或癌症局部切除 Extensive excision of sacrococcygeal rectal villous adenoma or malignancy 註：直腸後惡性腫瘤 (including retro rectal space tumor)比照申報。		v	v	v	13557 14642
74212B	直腸狹窄整形術 Rectoplasty for stricture or stenosis		v	v	v	5993 6952
74213B	復原性直腸切除以及直腸、肛門吻合術 Restorative proctectomy with colo-anal anastomosis 註：本項不含加做之大腸或小腸造口 (not including colostomy or ileostomy)。		v	v	v	37510 40511
74214B	復原性大腸直腸切除迴腸儲存袋以及迴腸肛門吻合術 Restorative proctocolectomy, pelvic ileal pouch with ileoanal anastomosis 註：本項不含加做之小腸造口 (not including ileostomy)。		v	v	v	33516 36197
74215B	直腸膀胱瘻管切除術 Closure fistula, reco-vesical 註：經腹腔做的直腸陰道瘻管(transabdominal closure of rectovaginal fistula)比照辦理。		v	v	v	14751 17111
74216B	直腸癌腹部會陰聯合切除術 Combined abdomino perineal resection for rectal cancer		v	v	v	39285 42428

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
74217B	乙狀結腸及直腸切除後 Pull through 方法行直腸肛門吻合術 Proctosigmoidectomy with pull through colon anal anastomosis		v	v	v	25586 27633
74222B	乙狀結腸及直腸切除後 Pull through 方法行結腸造袋及結腸袋肛門吻合術 Proctosigmoidectomy with pull through colon anal anastomosis, reconstruction with colonic pouch		v	v	v	35893 38764
74219B	經尾骨由直腸後部切開行良性病灶切除方法 Posterior proctotomy, transacrococcygeal excision of benign lesion 註：含Kraske和Mason手術方式。		v	v	v	41289 12192
74220B	經尾骨由直腸後部切開行直腸癌切除方法 Posterior proctotomy, transacrococcygeal resection of malignant tumor 註：含Kraske和Mason手術方式。		v	v	v	13397 14469
74401C	皮下瘻管切開術或切除術 Fistulotomy or fistulectomy, simple, subcutaneous 註： 1.指低位之括約肌間瘻管。 2.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數2795點申報。	v	v	v	v	3354 3622
74420C	複雜性皮下瘻管切開術或切除術 Fistulotomy or fistulectomy, complicated, subcutaneous 註： 1.指如高位之括約肌間瘻管，穿括約肌間瘻管，馬蹄形瘻管，括約肌上及提肛肌上瘻管。 2.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數4937點申報。	v	v	v	v	5924 6398
74402C	肛門括約肌切開術 Sphincterotomy, anal 註：屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數1606點申報。	v	v	v	v	1927 2235
74403C	肛門裂縫切除術或潰瘍切除術 Fissurectomy or ulcerectomy, anal 註： 1 .併或不併肛門括約肌切開(with or without anal sphincterotomy)。 2 .屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數1938點申報。	v	v	v	v	1938 2248
74406C	外痔完全切除術 Hemorrhoidectomy, external 註：屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數2900點申報。	v	v	v	v	3480 3758
74407C	內外痔部份切除術 Hemorrhoidectomy, partial, internal & external 註：屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數3340點申報。	v	v	v	v	4008 4329
74410C	內外痔完全切除術 Hemorrhoidectomy, internal & external 註： 1.含脫肛治療(including repair of prolaps anus) 2.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數6660點申報。	v	v	v	v	7992 8631

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
74411C	肛門瘻切除或切開術併痔瘡切除 Anal fistulectomy or fistulotomy with hemorrhoidectomy 註：屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數6178點申報。	v	v	v	v	7414 <u>8007</u>
74412C	外痔血栓切除 Thrombectomy, external hemorrhoid 註：屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數1725點申報。	v	v	v	v	2070 <u>2236</u>
74413B	肛門狹窄整形術 Anoplasty for stricture or imperforate		v	v	v	10906 <u>11778</u>
74414B	肛門括約肌失禁整形術 Sphincteroplasty for anal incontinence		v	v	v	15307 <u>16532</u>
74415B	APR術後Karlex海棉除去術 Removal of Karlex sponge s/p APR		v	v	v	6053 <u>6537</u>
74416C	結腸肛門止血術 Check anal or colon bleeding 註：屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數2130點申報。	v	v	v	v	2556 <u>2760</u>
74418B	肛門重建或整形術以S形蒂狀移植 Anal reconstruction or anoplasty with S-pedicle graft		v	v	v	10777 <u>11639</u>
74419B	提肛肌折疊術 Levator plication procedure 註：直腸突出修補(Transanal rectocele repair)比照申報。		v	v	v	6872 <u>7422</u>

第十一項 肝、膽、胰 (75001-75023、75201-75218、75401-75419)

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
75002B	肝部分切除術 Partial hepatectomy		v	v	v	24942 28933
75003B	肝區域切除術 Segmental hepatectomy — 一區域 one segment		v	v	v	28656 33241
75004B	— 二區域 two segments		v	v	v	30960 35914
75005B	— 三區域 three segments		v	v	v	46881 54382
75007B	縫肝術 (肝損傷縫合, 小於五公分) Hepatorrhaphy, suture of liver wound < 5cm		v	v	v	12320 14291
75009B	縫肝術 (複雜肝損傷之縫合或大於五公分) Hepatorrhaphy, suture of liver wound, complicated or >5cm		v	v	v	13531 15696
75011B	肝腸吻合 Hepato-Enterostomy (Longmire Op.)		v	v	v	18320 21251
75015B	右肝葉切除術 Right lobectomy		v	v	v	39578 45910
75016B	左肝葉切除術 Left lobectomy		v	v	v	35248 40888
75017B	擴大右肝葉切除術 Extended right lobectomy		v	v	v	57156 66301
75018B	擴大左肝葉切除術 Extended left lobectomy		v	v	v	56150 65134
75020B	肝臟移植 Liver(Hepatic) transplantation 註： 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。 2.施行本項之適應症如下，並應由醫院申報事前審查： (1)先天性膽道閉鎖 (2)先天性肝臟代謝疾病，如 A.威爾遜氏病 B.酪胺酸代謝症 C.α1抗胰蛋白酶缺乏症 D.家族性高膽固醇血症 E.肝醣堆積疾病 (3)肝硬化，包括： A.病毒性肝炎引起之肝硬化 B.酒精性肝硬化 C.不明原因之肝硬化		v	v	v	248552 260482

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
	(4)原發性膽汁性肝硬化 (5)硬化性膽管炎 (6)原發性肝惡性腫瘤：限於肝硬化病人合併有小型肝癌者 (7)Budd-Chiari症候群 (8)猛爆性肝炎或藥物引起之急性肝衰竭 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。 4.不得加計急診加成。 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。 6.一般材料費及器官保存液費用，得另加計 72%。					
75021B	屍體捐肝摘取 Cadaveric liver harvest(donor hepatectomy)		v	v	v	42600 49416
75022B	活體捐肝摘取 Partial hepatectomy for livingrelated liver transplantation 註：不得加計急診加成。		v	v	v	51120 59299
75023B	腹腔鏡肝臟囊腫去頂術 Laparoscopic fenestration for hepatic cyst		v	v	v	17207 18584
75202B	膽管截石術（經十二指腸） Choledocholithotomy (transduodenal)		v	v	v	12524 13526
75203B	膽囊切除術 Cholecystectomy		v	v	v	13644 14736
75204B	總膽管空腸吻合術 Choledochojejunostomy		v	v	v	15778 18302
75205B	膽囊消化管吻合術 Cholecystoenterostomy		v	v	v	14040 15163
75206B	總膽管全切除術 Total excision of common bile duct with reconstruction		v	v	v	18811 21821
75209B	總膽管切開摘石術及 T 形管引流 Choledocholithotomy with T-tube drainage		v	v	v	23859 25768
75210B	膽管成形術Choledochoplasty		v	v	v	14800 17168
75212B	總膽管十二指腸吻合術 Choledochoduodenostomy		v	v	v	18018 19459
75213B	肝外膽管成形術 Plasty of extrahepatic bile duct		v	v	v	15900 18444
75215B	腹腔鏡膽囊切除術 Laparoscopic cholecystectomy		v	v	v	15008 16209
75216B	ROUX-EN-Y 總肝管腸吻合術 ROUX-EN-Y hepaticojejunostomy		v	v	v	17237 19995
75218B	腹腔鏡膽管截石術 Laparoscopic choledocholithotripsy 註：經T-tube者比照申報。		v	v	v	22765 24586

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
75401B	胰臟膿瘍或胰炎引流術 Drainage of pancreatic abscess or cyst or pancreatitis		v	v	v	7983 9260
75403B	胰臟腫瘤或囊腫切除或摘除術 Excision or enucleation of pancreatic tumor or cyst		v	v	v	11678 13546
75404B	胰臟尾端部分切除術 Distal partial pancreatectomy		v	v	v	17140 19882
75405B	胰臟體部分切除術 Body partial pancreatectomy		v	v	v	15848 19652
75415B	胰臟尾端部分切除術-脾臟保留 Distal partial pancreatectomy - spleen preservation		v	v	v	17278 21425
75416B	胰臟體部分切除術-脾臟保留 Body partial pancreatectomy - spleen preservation		v	v	v	16653 20650
75407B	胰囊腫至腸胃道之內部直接引流吻合術 Anastomosis of pancreatic cyst to GI tract direct internal drainage		v	v	v	11738 14555
75408B	胰囊腫至腸胃道之Y型內部吻合術 Anastomosis of pancreatic cyst to GI tract direct internal drainage (Roux-en-Y)		v	v	v	16254 20155
75410B	胰臟次全切除術 Pancreatectomy subtotal 註：Puestow procedure		v	v	v	18460 22890
75411B	胰臟全切除術 Total pancreatectomy (95%)		v	v	v	27638 34271
75412B	Whipple 氏胰、十二指腸切除術 Pancreatico-duodenectomy, Whipple type, with reconstruction 註：包括部份胃切除(Including Partial Gastrectomy)。		v	v	v	59371 68870
75417B	Whipple 氏胰、十二指腸切除術 幽門保留式 Pancreatico-duodenectomy, Whipple type, with reconstruction (pylorus sparing whipple op)		v	v	v	59371 68870
75413B	胰臟空腸吻合術 Pancreatico-Jejunostomy 註：以 end to end 或 side to side 術式實施。		v	v	v	19696 22847
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		v	v	v	178634 190067

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>發生命威脅者。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>5.一般材料費及器官保存液費用，得另加計72%。</p>					
75419B	<p>屍體捐胰摘取</p> <p>Pancreas Harvest</p> <p>註：一般材料費，得另加計38%。</p>		v	v	v	<p>108313</p> <p>115245</p>

第十二項 泌尿及男性生殖

一、腎臟 Kidney (76001-76034)

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
76014B	腎盂成形術 Pyeloplasty		v	v	v	12420 14407
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 56%。		v	v	v	106128 123108

二、輸尿管 Ureter (77001-77037)

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
77011B	輸尿管膀胱重建術 Ureteroneocystomy — 單側 unilateral		v	v	v	12140 14082
77012B	— 雙側 bilateral		v	v	v	14060 16310

三、膀胱 Bladder (78001-78049)

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
78019B	膀胱陰道瘻管閉合術，由腹部開刀 Closure fistula, vesicovaginal abdominal approach		v	v	v	10612 <u>11461</u>
78034B	膀胱破裂修補術 Repair of bladder rupture		v	v	v	7080 <u>9912</u>

四、尿道 Urethra (78201-78225)

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
78213B	尿道下裂手術 Operation for hypospadias — glandular type		v	v	v	12422 <u>13416</u>
78214B	— others		v	v	v	17105 <u>18473</u>
78220B	尿道瘻管修補術(前段) Urethral fistulectomy (anterior)		v	v	v	5824 <u>6197</u>
78218B	尿道瘻管修補術(後段) Urethral fistulectomy (posterior)		v	v	v	9058 <u>9638</u>
78222B	尿道下裂重建術及陰莖痛性勃起矯正 Reconstruction of hypospadias and correction of painful erection		v	v	v	25571 <u>27617</u>
78223B	尿道下裂第一次重建術 One stage reconstruction of hypospadias		v	v	v	25571 <u>27617</u>

六、睪丸 Testis (78601-78612)

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
78605C	睪丸固定術 Orchiopexy — 單側 unilateral	v	v	v	v	7049 <u>7613</u>
78606C	— 雙側 bilateral 註： 1.併或不併疝氣修補(with or without hernia repair)。 2.屬西醫基層總額部門院所，78605C以原支付點數5874點申報， 78606C以原支付點數9045點申報。	v	v	v	v	10854 <u>11722</u>
78607C	隱睪單側睪丸固定術 Orchiopexy for undescended testis,unilateral 註： 1.隱睪切除術比照申報。 2.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數9631點申報。	v	v	v	v	12520 <u>13522</u>
78612C	隱睪雙側睪丸固定術 Orchiopexy for undescended testis,bilateral 註：屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數 10099 點申報。	v	v	v	v	13128 <u>14178</u>

第十三項 女性生殖

三、陰道 Vagina (80001-80035)

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
80028B	經陰道骨盆底重建手術(陰道懸吊術，陰道前後壁修補，不含尿失禁手術) Transvaginal pelvic floor reconstruction (vaginal suspension, colporrhaphy combined anterior-posterior) 註：1.適應症： 不需切除子宮或子宮原本已被切除的子宮或穹窿脫垂，合併陰道壁脫垂的病人，行懸吊術(含 Sacro-spinal ligament fixation)及陰道前後壁修補術。 2.手術： (1)陰道前後壁修補及腸膨出修補。 (2)穹窿懸吊術(SSVS)/子宮懸吊術(SSUS)。		v	v	v	21439 23154
80026B	經腹腔及陰道合併之骨盆底重建術(含子宮切除術，陰道懸吊術，陰道前後壁修補但不含尿失禁手術) Combined abdominal and vaginal pelvic floor reconstruction (abdominal hysterectomy, sacrocolpopexy, colporrhaphy combined anterior-posterior) 註：1.適應症： 因子宮病變需切除子宮，同時又有陰道前壁(膀胱)膨出、陰道後壁(直腸)膨出、腸膨出等，子宮陰道脫垂的病人。 2.手術： 一次執行經腹部子宮全切除及骨盆底的重建手術—即陰道前後壁修補，或併同施行穹窿懸吊術。		v	v	v	25308 27333
80027B	經陰道骨盆底重建手術(含子宮切除術，陰道懸吊術，陰道前後壁修補但不含尿失禁手術) Transvaginal pelvic floor reconstruction (transvaginal hysterectomy vaginal suspension, colporrhaphy combined anterior-posterior) 註：1.適應症： 子宮完全或部分脫出者，同時又有陰道前壁(膀胱)膨出、陰道後壁(直腸)膨出、腸膨出等的病人。 2.手術： 一次執行經陰道子宮全切除及骨盆底的重建手術—即陰道前後壁修補，或併同施行穹窿懸吊術。		v	v	v	25612 27661
80021B	初次直腸陰道瘻管修補術 Primary recto-vaginal fistula repair		v	v	v	13304 14368
80032B	再次直腸陰道瘻管修補術 Recurrent recto-vaginal fistula repair		v	v	v	14193 15328
80022B	尿道陰道瘻管修補術 Urethral vaginal fistula repair		v	v	v	10092 10899
80023B	膀胱陰道瘻管修補術 Vesico vaginal fistula repair		v	v	v	12109 13078

五、子宮體 Corpus Uteri (80401-80425)

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
80419B	婦癌二次剖腹探查術 Gynecologic oncology second-look laparotomy		v	v	v	18631 20121

八、自然生產、剖腹產及流產 Delivery/section、Cesarean & Abortion (81001-81036)

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
81028C	前置胎盤或植入性胎盤之剖腹產 C/S due to placenta previa or placenta accreta 註： 1.合併非治療性闌尾切除不另給付。 2.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數25420點申報。	v	v	v	v	27962 30199
81007C	妊娠超過十二週流產或死胎刮宮術 D&C (>12.Week) 註：屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數6085點申報。	v	v	v	v	6085 9347
81009C	死胎之引產（十二至二十四週） Medical induction for fetal death (12-24 weeks) 註： 1.治療性引產比照申報。 2.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數6085點申報。	v	v	v	v	6085 9347
81010C	死胎之引產（超過二十四週） Medical induction for fetal death (after 24 weeks) 註： 1.治療性引產比照申報。 2.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數11110點申報。	v	v	v	v	11110 17065
81012B	死胎破取術Destruction of the dead fetus		v	v	v	6092 9357

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
82002C	雙側次全甲狀腺切除術 Bilateral subtotal thyroidectomy <u>註：屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數11963點申報。</u>	v	v	v	v	11963 <u>16748</u>
82004B	單側甲狀腺全葉切除術 Unilateral total thyroidectomy		v	v	v	11973 <u>16762</u>
82015B	單側甲狀腺全葉切除術及另一側次全甲狀腺切除術 One side total and another side subtotal thyroidectomy		v	v	v	17453 <u>24434</u>
82016B	雙側甲狀腺全葉切除術 Bilateral total thyroidectomy		v	v	v	16177 <u>22648</u>
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16%。		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15%。		v	v	v	30109 <u>42153</u>
82017B	再次副甲狀腺切除術 Parathyroidectomy re-exploration		v	v	v	12764 <u>17870</u>

第十五項 神經外科 Neurosurgery (83001-83102)

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
83002C	椎弓切除術 (減壓) Laminectomy for decompression — 二節以內 ≤2 segments	v	v	v	v	11080 11966
83003C	— 超過二節 >2 segments 註：屬西醫基層總額部門院所，83002C 以原支付點數 11080 點申報，83003C 以原支付點數 16080 點申報。	v	v	v	v	16080 17366
83008C	側股皮下神經或後脛神經減壓術 Decompression of lateral femoral cutaneous nerve at inguinal or posterior tibial nerve at ankle — 單側 unilateral	v	v	v	v	5786 6249
83009C	— 雙側 bilateral 註：屬西醫基層總額部門院所，83008C 以原支付點數 4822 點申報，83009C 以原支付點數 7496 點申報。	v	v	v	v	8995 9715
83011B	凹陷性顱骨骨折之手術 Depressed fracture of skull — 簡單骨折 simple fracture		v	v	v	8490 9848
83012B	— 開放骨折 open fracture 註：限神經外科專科醫師施行。		v	v	v	10875 12615
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 131%。 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	12650 13662
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 148%。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	10380 11210

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
83017B	腦瘤切除 Brain tumor (I.C.T. / cephalocele) 註：限神經外科專科醫師施行。 —腦瘤大小三公分以內 ≤3cm 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 96%。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	29947 32193
83018B	—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 80%。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	48471 52106
83019B	—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 78%。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	52969 56942
83020B	脊髓切斷術 Myelotomy 註：1.脊索切斷術(cordotomy) 比照申報。 2.限神經外科及骨科專科醫師施行。		v	v	v	17934 19369
83022C	椎間盤切除術 Discectomy — 頸椎 cervical	v	v	v	v	30512 31732
83023C	— 胸椎 thoracic	v	v	v	v	24320 25293
83024C	— 腰椎 lumbar 註：屬西醫基層總額部門院所，83022C 以原支付點數 20074 點申報，83023C 以原支付點數 16000 點申報，83024C 以原支付點數 13000 點申報。	v	v	v	v	19760 20550
83030B	神經分離術 Neurolysis —肩、臀關節以上，包括臂神經叢，坐骨神經		v	v	v	9035 9758
83089B	—上臂、前臂、大腿、小腿處之神經		v	v	v	7868 8497
83090B	—手、足的神經		v	v	v	7422 8016

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
83033B	椎弓整形術 Lamino plasty		v	v	v	28304 30568
83034B	神經修補 Nerve repair —肩、臀關節以上，包括臂神經叢，坐骨神經		v	v	v	13855 16072
83093B	—上臂、前臂、大腿、小腿處之神經		v	v	v	11364 13182
83094B	—手、足的神經		v	v	v	10067 10711
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 104%。 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	19371 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 106%。 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	18729 20227
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 100%。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	21207 22904
83040B	良性脊髓腫瘤切除術 Benign intraspinal tumor, excision 註：限神經外科及骨科專科醫師施行。		v	v	v	30186 32601
83041B	惡性脊髓腫瘤切除術 Malignant intraspinal tumor, excision 註：限神經外科及骨科專科醫師施行。		v	v	v	39484 42643

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
83042B	脊椎內脊髓內腫瘤切除術 Intraspinal intramedullary tumor, excision 註：限神經外科及骨科專科醫師施行。		v	v	v	34010 36731
83043B	脊椎融合術 Spinal fusion —前融合 anterior spinal fusion 1.無固定物 without spinal instrumentation (1) ≤ 四節 ≤ 4 motion segments		v	v	v	15352 16580
83095B	(2)每增加 ≤ 四節 4 additional motion segments add 2.有固定物 with spinal instrumentation		v	v	v	8083 8730
83044B	(1) ≤ 四節 ≤ 4 motion segments		v	v	v	18992 20511
83096B	(2)每增加 ≤ 四節 4 additional motion segments add —後融合 posterior spinal fusion		v	v	v	10853 12589
83045B	1.無固定物 without spinal instrumentation 2.有固定物 with spinal instrumentation		v	v	v	13480 14558
83046B	(1) ≤ 六節 ≤ 6 motion segments		v	v	v	19406 20958
83097B	(2)每增加 ≤ 六節 6 additional motion segments add		v	v	v	14795 15979
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 無病徵的 asymptomatic 註：		v	v	v	48388
83065B	2.有病徵的 symptomatic 註：		v	v	v	50389

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
83066B	3.巨大的 giant 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 73%。 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 1.小型 small ($D \leq 2.5\text{cm}$)		v	v	v	50000 53750
83067B	(1)表淺 superficial 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 81%。 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 77%。 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 74%。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	48000
83070B	(2)深部 deep 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 72%。 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	大型 large ($D > 5\text{cm}$) 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 70%。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	60000 64500

第十八項 治療性先天殘缺手術 (88001-88054)

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
88001B	新生兒壞死性腸炎手術 Extensive necrotizing enterocolitis —含腸切除及吻合術 resection & anastomosis		v	v	v	28465 30742
88002B	—含腸造口 jejunostomy/ileostomy		v	v	v	22953 24789
88003B	胎糞性腹膜炎 Meconium Peritonitis		v	v	v	18739 20238
88005B	總膽管囊腫切除術，膽管迴腸吻合術 Choledochocyst, excision & choledocho-jejunostomy		v	v	v	43473 46951
88006B	食道閉鎖及食道氣管瘻管手術 Esophagoplasty with repair of T-E fistula		v	v	v	36363 39272
88007B	新生兒胃穿孔修補術 Repair of Idiopathic Gastric Perforation, neonatal		v	v	v	22290 24073
88008B	橫膈疝氣修補術 Repair of Diaphragmatic Hernia		v	v	v	25030 27032
88011B	先天性十二指腸閉鎖或輪狀胰 Congenital Duodenal Atresia, or Annular Pancreas		v	v	v	26916 29069
88012B	腸旋轉復形術 Malrotation, Ladd's Procedure		v	v	v	13974 15092
88013B	腸閉鎖，腸切除及吻合術 Resection & Anastomosis, intestinal atresia		v	v	v	24328 26274
88014B	尾骨囊腫切除術 Sacrococcygeal tumor, excision		v	v	v	13048 14092
88015B	尾骨囊腫廣泛性切除術 Sacrococcygeal tumor, extensive excision		v	v	v	25175 27189
88016B	先天性膽道閉鎖探查術 Congenital Biliary Atresia, exploration without repair		v	v	v	11743 12682
88017B	先天性膽道閉鎖，葛西手術或其他肝腸吻合手術 Congenital Biliary Atresia, Kasai's Procedure, or other Hepato/Jejunal Anastomosis		v	v	v	38708 41805

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
88018B	先天性腹壁缺損直接修補術 Congenital abdominal wall defect, primary closure —單純性 simple		v	v	v	10873 11743
88019B	—複雜性 complex		v	v	v	30712 33169
88020B	新生兒臍疝氣修補術 Omphalocele repair, primary closure —單純性 simple		v	v	v	7594 8202
88021B	—複雜性 complex		v	v	v	21169 21846
88022B	膀胱外翻關閉術 Closure, extrophy bladder		v	v	v	43149 46601
88023B	囊狀淋巴管瘤切除術 Cystic hygroma, complicated, excision		v	v	v	27544 29748
88024B	低位肛門成形術 Imperforate anus, low type		v	v	v	20333 21960
88025B	高位肛門成形術 Imperforate anus, high type		v	v	v	38290 41353
88026B	先天性巨結腸症 Congenital Megacolon, pull-through		v	v	v	30553 32997
88027B	先天性無神經巨結腸症 Congenital Megacolon, total aganglionosis,pull-through		v	v	v	43234 46693
88028B	尿道下裂島皮瓣尿道整型術 Urethroplasty, Island flap procedure		v	v	v	26269 28371
88029C	嬰兒鼠蹊疝氣 Inguinal hernia operation 註： 1.限對一歲以下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	10780 11642
88030B	矯正前胸部缺損 Correction of anterior wall defect		v	v	v	9175 9909
88031B	矯正尿道纖維黏連 Correction of chordee		v	v	v	17177 18551

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
88032B	鰓裂囊腫切除、瘻管切除 Excision of branchial cleft sinus or cyst		v	v	v	9997 11597
88034B	臍尿管或瘻管切除 Excision of urachus or its fistula		v	v	v	12145 12825
88035B	臍腸系膜瘻管切除 Excision of vitelline duct or its fistula		v	v	v	20438 22482
88036B	薦尾骨畸胎瘤切除 Excision of sacrococcygeal teratoma		v	v	v	16075 18422

第十節 麻醉費 (96000~96028)

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
96004C	靜脈或肌肉麻醉 IV or IM anesthesia 註： <u>1.注腸麻醉比照申報</u> <u>2.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數1500點申報</u>	v	v	v	v	1500 <u>1598</u>
96005C	硬脊膜外麻醉 Epidural anesthesia	v	v	v	v	3300 <u>3515</u>
96006C	— 超過兩小時，每增加30分鐘 註：屬西醫基層總額部門院所，96005C以原支付點數2750點申報， <u>96006C以原支付點數240點申報。</u>	v	v	v	v	240 <u>256</u>
96007C	脊髓麻醉 Spinal anesthesia	v	v	v	v	2250 <u>2396</u>
96008C	— 超過兩小時，每增加30分鐘 註：屬西醫基層總額部門院所，96007C以原支付點數1500點申報， <u>96008C以原支付點數220點申報。</u>	v	v	v	v	220 <u>234</u>
96009C	傳導麻醉 Conduction anesthesia — 球後麻醉 Retrobulbar anesthesia	v	v	v	v	960
96010C	— 三叉神經半月神經節麻醉 Trigeminal semilunar ganglion (Gasseri) anesthesia	v	v	v	v	960
96011C	— 神經叢阻斷術 Nerve plexus block 註： 1.所訂傳導麻醉以外之項目應包於其手術處置或檢查費用內，不得另計。	v	v	v	v	1060 <u>1129</u>
96012C	2.超過兩小時，每增加三十分鐘 3. <u>屬西醫基層總額部門院所，96011C以原支付點數1060點申報，96012C以原支付點數150點申報。</u>	v	v	v	v	150 <u>160</u>
96013C	尾椎麻醉 Caudal block 註：屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數1350點申報	v	v	v	v	1350 <u>1438</u>

「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

保險人(89年5月2日)

第一次修訂(89年6月27日)

第二次修訂(89年8月19日)

第三次修訂(91年11月01日)

第四次修訂(99.01費用月份起適用，98年07月24日)

第五次修訂(99.01費用月份起適用，98年11月06日)

第六次修訂(99.09費用月份起適用，99年08月10日)

第七次修訂(102.01費用月份起適用，101年11月22日)

第八次修訂(102.08費用月份起適用，102年07月29日)

第九次修訂(104年5月25日)

第十次修訂(105.04費用月份起適用，105年4月1日)

第十一次修訂(108.04費用月份起適用，108年4月1日)

第十二次修訂(109.08費用月份起適用，109年8月1日)

壹、前言

我國由於慢性照護的發展緩慢，因此長期依賴呼吸器患者佔用急性病房或甚至加護病房的情形時有所聞。為有效利用加護病房之資源，提升重症病患照護品質，避免因不當的利用加護病床致急症患者面臨一床難求的窘境，行政院衛生署(衛生福利部前身)於87年提出「改善醫院急診重症醫療計畫」，訂定「急性呼吸治療病床」及「呼吸照護病床」之設置標準，並責由全民健康保險保險人(以下稱保險人)研訂相關醫療費用支付標準，以落實計畫之推行。

為促使醫療資源有效應用，保險人研擬從支付制度改革，由現行論量計酬改為論日、論人計酬等前瞻性支付制度，並導入管理式照護模式，然而呼吸器依賴患者從急性、亞急性到慢性等階段，臨床上的變化非常多樣，而國內對於呼吸器使用者臨床預後、照護方式及成本、醫療利用狀況及醫療品質指標等，尚缺乏完整的資料，為此，保險人特邀請台灣胸腔暨重症加護醫學會各方面的臨床專家及學者組成「工作小組」，借重其專業及臨床實務經驗，共同規劃研訂呼吸器依賴患者之照護模式及支付方式，在規劃支付方式之過程，除廣泛蒐集各國近期實施之支付制度外，並考量本國以下現況，訂定本計畫：

- 一、制度面上本國現有之組織架構如醫療組織、財務、體制是否能充分配合。
- 二、財務風險分攤之能力及責任歸屬。

三、藉支付機制提升照護體系運作的效率之誘因。

四、呼吸器依賴患者之特性如費用、利用率的分析及發生率、盛行率等流行病學之考量)。

由於至目前為止，我國尚無以特定疾病按時程多元支付之實際運作經驗，如能透過本計畫之運作及評估，找出缺點防治之道，並提出呼吸器依賴患者最具成本效益之支付制度之建議，使呼吸器依賴患者獲得整體性、高品質之照護，以為未來規劃其他疾病論日或論人計酬支付制度之參考，是本計畫規劃之最大期許。

貳、計畫目的

一、改善現行論量計酬之支付方式，加強醫療院所進行垂直性及水平性服務整合的誘因，以利提供呼吸器依賴病患完整性的醫療保健服務，並提升照護品質。

二、鼓勵醫療院所引進管理式照護，藉由設立亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房或發展呼吸器依賴病患之居家照護模式，以降低長期使用呼吸器病人占用加護病房或急性病房之情況，促使醫療資源合理使用。

三、評估不同階段之支付方式，包括論日計酬及論人計酬，對於呼吸器依賴患者之醫療照護品質及成效之影響，以做為日後全面辦理時品質監控及支付方式設計之參考。

參、計畫內容

一、參與計畫醫院之資格

(一)鼓勵組成整合性照護系統，提供含括加護病房、亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房及居家照護各階段照護。

(二)設置基準

各階段特約醫事服務機構需符合衛生福利部「醫療機構設置標準」及本計畫支付標準附表 9.2 規定設置。

(三)申請書格式

由各參與之特約醫療機構檢附「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」計畫申請書(附件一)向保險人分區業務組提出申請。

(四)其他

各參與之特約醫療機構應設有個案管理人制度，由專任或兼任之個案管理人員負責協調、溝通及個案管理安排事宜。個案管理人員可由醫師、呼吸治療人員、護理人員或社工人員擔任。

二、 給付項目及支付標準：詳附件二

三、 醫療費用之申報

(一) 參與計畫之申報

1、 第一到第三階段以住院案件申報，第四階段以門診案件申報。

(1). 第一到第三階段使用呼吸器之各病房異動皆應「獨立」切帳申報。

(2). 第三階段未結案之個案至少須每60天始得申報乙次。

(3). 第四階段未結案之個案按月申報。

2、 住院醫療費用點數申報格式總表段支付制度計畫案件醫療費用點數=點數清單申請費用點數(欄位 IDd85)+部分負擔點數(欄位 IDd84)

3、 門診及住院醫療點數申報格式填報：

(1). 總表段之申報類別：請填報【1：送核】

(2). 點數清單段之給付類別：請填報【9：呼吸照護】

(3). 第一階段者，除申報類別填【1：送核】、案件分類【4：支付制

度試辦計畫案件】、給付類別填【9：呼吸照護】外，其餘依論量計酬之現行申報方式申報；病患於本階段使用呼吸器但<21 天即轉出至亞急性呼吸照護病房或慢性呼吸照護病房時，仍依上述規定申報，餘應暫緩申報，俟確認病患使用呼吸器滿 21 天為呼吸器依賴患者，或脫離呼吸器滿 5 天非屬呼吸器依賴患者後，依相關規定申報。

(4). 第二階段~第三階段者，除申報類別填【1：送核】、案件分類

【4：支付制度試辦計畫案件】、給付類別請填【9：呼吸照護】外，其他欄位申報方式如下：

住院醫療費用點數申報格式點數清單段欄位填報：

a. 欄位 IDd66「診察費點數」-欄位 IDd82「嬰兒費點數」分項費用欄位：將醫令清單醫令類別「4」實際發生之醫療費用，比照論病例計酬案件之歸屬方式申報。

b. 合計點數(欄位 IDd83)及部分負擔點數(欄位 IDd84)比照論病例計酬案件之方式申報。

c. 醫療費用點數合計(欄位 IDd86、88、90、92、94、96、98)： 比照論病例計酬案件之方式申報。醫療費用點數之計算(住院第 61、63、65、67、69、71、73 欄) 比照論病例計酬案件之方式申報。

d. 申請點數(欄位 IDd85)。

(a)若：定額申報費用>合計點數

則：[申請點數]欄位=定額申報費用-部分負擔點數

(b)若：亞急性呼吸照護病房定額申報費用<亞急性呼吸照護病房合計點數

則：[申請點數]欄位=(定額申報費用-部分負擔點數)+1/3*(合計點數-定額申報費用)

(c)欄位 IDd87、89、91、93、95、97、99 部分負擔欄位：比照論病例計酬案件之方式申報，其他欄位比照現行申報方式。

(d)同一月份同一個案申報二次以上者，流水號請連續編號。

(5). 第四階段者，除申報類別填【1：送核】、案件分類【A1：居家照護】、【A6：護理之家之居家照護】、給付類別請填【9：呼吸照護】、就醫科別【AC：胸腔內科】外，其他欄位申報方式如下：

A. 「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。

B. [申請點數]欄位=定額申報費用-部分負擔點數。

4、門診及住院醫療費用點數醫令清單段填報說明：

(1). 第一階段之申報：以論量計酬申報。

(2). 第二階段~第三階段之申報：

A. 定額醫令項目：醫令類別請填「2」，請集中於實際醫療費用醫令項目之前申報，並填列執行起迄日期。

B. 實際醫療費用醫令項目：醫令類別請填「4」，並填列執行起迄日期。

(3). 第四階段之申報：

A. 定額醫令項目：醫令類別請填「2」，請集中於實際醫療費用醫令項目之前申報。

B. 實際醫療費用醫令項目：醫令類別請填「4」。

C. 「總量」欄位填列實際申報天數。

(二)住院未參與計畫之申報：各病房異動皆應「獨立」切帳申報

病房	費用清單			醫令清單	
	申報類別	案件分類	給付類別	醫令代碼	醫令類別
ICU 呼吸器使用>21天	送核	依現行論量計酬申報方式申報	9	實際醫療費用醫令項目	依現行論量計酬申報方式申報
	申報時病患仍使用呼吸器但<21天，應暫緩申報，俟確認病患使用呼吸器滿21天為呼吸器依賴患者，或脫離呼吸器滿5天非屬呼吸器依賴患者後，依規定申報。				
亞急性呼吸照護病房	送核	依現行論量計酬申報方式申報	9	實際醫療費用醫令項目	依現行論量計酬申報方式申報
慢性呼吸照護病房	送核	依現行論量計酬申報方式申報	9	P1011-2C	2
				得另核實項目	1、2、3
				實際醫療費用醫令項目	依現行論病例計酬申報方式申報
<p>1. 「實際醫療費用」>「P 碼」+「得另核實項目」時，「申請金額+部分負擔」=「P 碼」+「得另核實項目」</p> <p>2. 當「實際醫療費用」<「P 碼」+「得另核實項目」時，「申請金額+部分負擔」=「實際醫療費用」。</p>					
一般病房(含經濟病房)	送核	依現行論量計酬申報方式申報	9	P1005K- P1012C	2
				得另核實項目	1、2、3
				實際醫療費用醫令項目	依現行論病例計酬申報方式申報
<p>1. 一般病房費用「實際醫療費用」>「P 碼」+「得另核實項目」時，「申請金額+部分負擔」=「P 碼」+「得另核實項目」</p> <p>2. 當「實際醫療費用」<「P 碼」+「得另核實項目」時，「申請金額+部分負擔」=「實際醫療費用」。</p>					

四、病患轉介之流程：詳附圖。

五、品質監控指標

(一) 結構指標

- 1、照護小組各類照護人員之專業資格。
- 2、照護小組各類照護人員與病患之比例。
- 3、 照護小組各類照護人員再教育狀況。

(二) 過程指標

- 1、照護小組各類照護人員之照護及在職教育品質。
- 2、內部品質監控指標：
 - (1)個案完整登錄比率。
 - (2)疾病嚴重度。
- 3、呼吸器依賴病患之個案管理與出院規劃完整性。

(三) 結果指標：(以下之指標均以出院日為準)

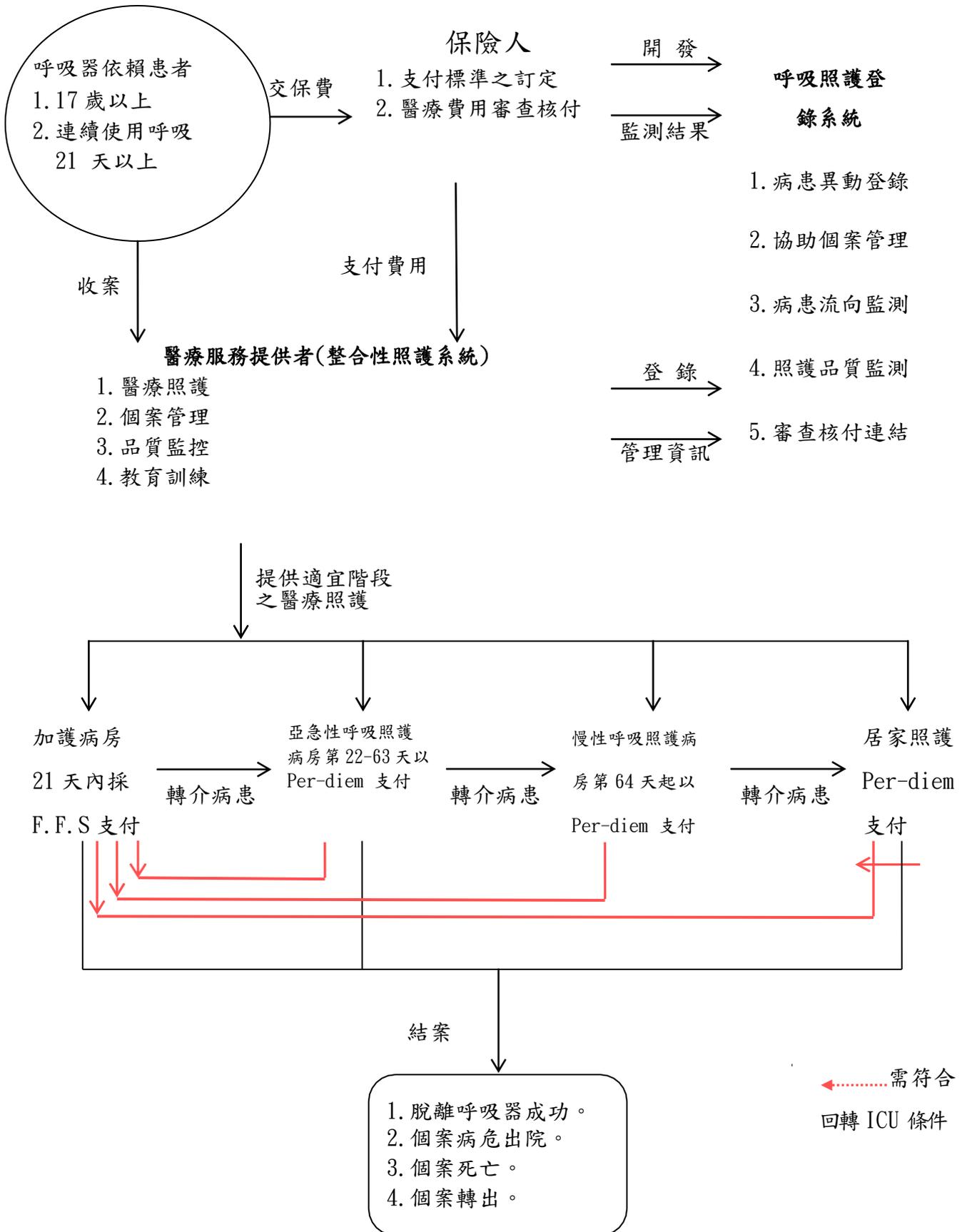
1、品質監控指標

- (1) 平均住院日 (不適用慢性呼吸照護病房)
- (2) 平均呼吸器使用日 (不適用慢性呼吸照護病房)
- (3) 回轉率。
- (4) 死亡率。
- (5) 呼吸器脫離成功率。
- (6) 未脫離呼吸器下轉居家照護比率

2、被保險人(或其家屬)之滿意度。

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

附圖、呼吸器依賴患者整合性照護流程圖



附件一 特約醫療機構參與「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申請書

壹、整合性照護系統醫療機構名單

整合性照護系統								各照護階段病床數 (床)					
醫療機構名稱	醫療機構代號	整合關係(勾選)		層級(勾選)				加護病房				亞急性呼吸 照護病房	慢性呼 吸照 護 病 房
		主要負責 醫院	系統內其他 醫療機構	醫學 中心	區域 醫院	地區 醫院	居家照 護機構	甲 級	乙 級	丙 級	丁 級		

第一聯 保險人存查
第二聯 醫院存底

備註：1.主要負責機構需將整合性照護系統內所有醫療機構全數填列，系統內其他醫療機構只需填列自家機構及主要負責醫院。

2.整合關係依在整合性照護系統(IDS)內主要負責醫院或系統內其他醫療機構以勾選方式填送。

3.本計畫鼓勵組成整合性照護系統，未組成之院所得不填報整合關係欄位之醫療機構資料。

貳、配合措施：

一、個案管理人措施

個案管理人姓名 ：
學歷 ：
經歷 ：
聯絡電話 ：
職掌 ：1.
 2.

二、個案轉介措施

三、系統內醫院輔導措施

四、醫療品質確保措施

參、預期達成效益

本申請書連同醫事人員暨設備資料表共 頁

請惠予核定為荷。此致

保險人

發文日期： 年 月 日

發文字號： 字第 號

申請醫療機構名稱及代號：

負責人： 簽章 院所經辦人： 簽章

備註：本申請書一式二聯由特約醫療機構填寫，經醫療機構負責人簽章後，逕寄本保險之分區辦理。

附件二「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」

計畫給付項目及支付

標準第一章 呼吸器依賴患者全面納管

通則：

- 一、收案條件：呼吸器依賴患者係指連續使用呼吸器 21 天(含)以上，呼吸器使用中斷時間未符合脫離呼吸器成功之定義者，皆視為連續使用。其使用呼吸器之處置項目需為 57001B（侵襲性呼吸輔助器使用）、57002B(負壓呼吸輔助器使用)或 57023B（非侵襲性陽壓呼吸治療如 Nasal PAP、CPAP、Bi-PAP），惟使用 57023B 之呼吸器依賴患者，須由加護病房或亞急性呼吸照護病房使用 57001B 或 57002B 後，因病情好轉改用 57023B 之呼吸器依賴患者；或居家照護階段，經醫師診斷為肌萎縮性脊髓側索硬化症(ALS, Amyotrophic Lateral Sclerosis; ICD-10-CM: G12.21)、先天性肌肉萎縮症(Congenital Muscular Dystrophy; ICD-10-CM: G71.2、G71.0)、脊髓肌肉萎縮症(Spinal muscular atrophy; ICD-10-CM: G12.9)或龐貝氏症(肝醣儲積症第二型 Pompe disease; ICD-10-CM: E74.02)，且領有重大傷病證明並符合附表 9.5 之收案標準者，再經本保險人分區業務組審查符合醫療必須使用呼吸器處置項目 57023B（非侵襲性陽壓呼吸治療如 Bi-PAP，排除 Nasal PAP、CPAP）之呼吸器依賴患者。

註：呼吸器使用條件詳附表 9.1。

- 二、所有呼吸器依賴個案，自其連續使用呼吸器超過 21 天起，所有異動（轉入、轉出及結案狀況等）特約醫事服務機構應於 5 日（工作日）內上網登錄(含本計畫公告實施日前已開始使用呼吸器之所有個案)，未於 5 日內登錄者，自登錄日起才支付費用，若登錄不實者，費用不予支付，惟不可歸責於醫院者，不在此限，並由原登錄不實或未登錄者扣回相關點數。

- 三、脫離呼吸器成功之病患應改依本計畫以外支付標準申報，脫離呼吸器成

功之定義：脫離呼吸器 ≥ 5 日，5日中之第1日，若使用呼吸器小於6小時(不含)，則當日可視為未使用呼吸器(得計算為5日之第1日)；惟連續中斷之第2~5日必需是完全沒有使用呼吸器才能視為脫離成功。

四、結案條件：

- (一) 脫離呼吸器成功。
- (二) 個案病危出院。
- (三) 個案死亡。
- (四) 個案轉出。

註：嘗試脫離呼吸器但未成功之患者，在嘗試脫離期間，應累計其照護日數及呼吸器使用日數。

五、病患不論是否於同一特約醫事服務機構之住院、出院、轉入轉出次數，多次入住慢性呼吸照護病房或一般病房(含經濟病床)之照護日數均採論病人歸戶累計計算。

六、收治呼吸器依賴患者之院所應積極協助病患嘗試脫離呼吸器，一般病房(含經濟病床)或慢性呼吸照護病房收治之個案，在本次呼吸器依賴期間，非曾依規定階段由上游病房下轉者，均應提出事前核備，否則費用不予支付，依規定提出事前核備經專業審查認定確為長期呼吸器依賴患者，後續轉至其他病房得免事前核備，惟病患送事前核備結果如有後續追蹤之必要(如後續病況緩和時可再次嘗試脫離呼吸器等)，或經保險人分區業務組認定需加強審查者，應配合再次提出事前核備。

註：上游病房係指下列條件之一

- (一) 經保險人核准之亞急性呼吸照護病房。
- (二) 前述亞急性呼吸照護病房所屬醫療機構設立之加護病房。
- (三) 經保險人分區業務組依據 weaning rate 或 dependent rate 等條件認定之加護病房。

七、法定傳染病、燒傷病患或經疾病管制署感染控制措施規定建議入住隔離或

特殊設備病房或罕見疾病病患得採核實申報醫療費用，惟仍需依本章通則二之規定辦理。

第二章 整合性照護

第一節 住院照護階段

通則：

一、符合下列(一)或(二)項條件者，需適用本節支付標準：

(一)事先報經保險人核准。

(二)收治符合呼吸器依賴病患定義之一般病床。

(三)17歲以上呼吸器依賴患者。若符合前二項條件惟未滿17歲需申請本支付標準者，可向保險人各分區業務組申請專案認定，若經同意應依本節通則規定申報醫療費用，未選擇依本章規定辦理者，當其滿17歲時，特約醫事服務機構應改依本章規定辦理。

註：年齡之認定採實際發生「費用年月」減「出生年月」計算，計算後取其「年」，若「月」為負值，則「年」減1，17歲以上係指前述計算結果大於等於17。

二、各階段特約醫事服務機構需符合衛生福利部「醫療機構設置標準」，17歲以下患者選擇適用本節支付標準規定者，亦應符合上述設置標準，惟其中病床若符合醫療機構設置標準嬰兒床或兒科病床之規定者，視同符合規定。

三、本計畫鼓勵組成整合性照護系統(IDS, Integrated Delivery System)，提供包括加護病房、亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房各階段照護；各照護階段之支付標準及規定如附表 9.3 及 9.4，其中亞急性呼吸照護病房及慢性呼吸照護病房階段所訂點數已含本保險醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準所訂相關醫療支付點數，除施行血液透析(58001C)、腹膜透析(58002C)(含透析液及特材)、連續性可攜帶式腹膜透析(58009B-58012B、58017C、58028C)(含透析液)、氣管切開造口術(56003C)、緊急手術、施行安寧療護共同照護費(P4401B-P4403B)及緩和醫療家庭諮詢費(02020B)外，不得申報其他費用。

四、經醫生診斷為 Myasthenia gravis(重症肌無力症，ICD-10-CM)：

G70.00;G70.01)且領有重大傷病證明者，經神經內科專科醫師認定，需進
行漿交換術或輸血治療之病人，除依通則三規定及申報血液灌洗
(58003C-58006C)、連續性動靜脈血液過濾術(58007C)、血漿置換術
(58008C)、腹水移除透析(58013C)、連續性全靜脈血液過濾術(每日)
(58014C)、血小板分離術(58015C)、二重過濾血漿置換療法(58016C)、連
續全靜脈血液過濾透析術(每三日)(58018C)、緩慢低效率每日血液透析過
濾治療(58030B)、輸血費(93001-93023)、輸血技術費(94001-94005)、抗
感染安全尖端導管(CPC03A4703AR、CPC03A5123AR)等項目外，不得申報其
他費用。

五、所有個案皆需依階段下轉(STEP DOWN CARE)之原則辦理，各階段若未依病
情及本節通則規定入住，則依下階段或適宜入住階段之費用支付，並累計
各階段照護日數：

(一) 「加護病房階段」：除符合延長加護病房照護之狀況者外，照護日數最長為
21天，主治醫師須隨時依患者病情判斷下轉，嘗試進行呼吸器脫離。

1. 應下轉而未下轉者，自應下轉日起每日醫療支付點數核扣標準如下：

(1) 醫學中心每日核扣6,710點

(2) 區域醫院每日核扣5,810點

(3) 地區教學醫院每日核扣3,750點

(4) 地區醫院每日核扣2,960點

2. 以上「應下轉而未下轉之部分」住院日數應累計於其應下轉之階段，
第1日至42日累計於亞急性呼吸照護病房，亞急性呼吸照護病房累
計超過42天部分累計於慢性呼吸照護病房。

(二) 「亞急性呼吸照護病房階段」：

1. 照護日數最長為42天(含嘗試脫離期間)，未依患者病情及本規定下
轉，自應下轉日起醫療支付點數以慢性呼吸照護病房或適宜入住階段
標準支付。

2. 加護病房下轉至本階段個案，若下轉後合計使用呼吸器日數未達呼吸器依賴患者定義即脫離成功、轉出或死亡(含自動出院)者，其於本階段之支付點數仍按本階段支付標準支付。
3. 亞急性呼吸照護病房合計醫療服務點數大於定額時，除定額外，得加計申報『合計醫療服務點數』減「定額」之三分之一。

(三) 「慢性呼吸照護病房階段」：支付標準及規定如附表 9.3。

- 六、呼吸器依賴個案於嘗試脫離呼吸器期間若仍住在亞急性呼吸照護病房或慢性呼吸照護病房，得按亞急性呼吸照護病房或慢性呼吸照護病房支付標準申報，嘗試脫離呼吸器但未成功之患者，在嘗試脫離期間，應累計其照護日數及呼吸器使用日數，呼吸器脫離成功者，即應轉出至一般病房。
- 七、因亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房滿床得轉至一般病房，採論量計酬並以病患適宜入住階段之費用為上限支付，餘應按本節支付標準規定入住各階段病房，病患俟後由一般病房再回轉至慢性呼吸照護病房、亞急性呼吸照護病房者，應累計其使用呼吸器之照護日數。
- 八、本整合性照護凡轉入各階段之日，不論何時，均作一天論，轉出該階段或出院之日，不論何時，其當日不予計算支付點數。

第二節 居家照護階段

通則：

一、適用本節之支付標準需事先報經保險人核准。

二、收案條件須符合下列(一)或(二)項條件：

(一) 呼吸器依賴患者係指連續使用呼吸器 21 天(含)以上，呼吸器使用中斷時間未符合脫離呼吸器成功之定義者，皆視為連續使用。其使用呼吸器之處置項目需為 57001B (侵襲性呼吸輔助器使用)、57002B(負壓呼吸輔助器使用)或 57023B (非侵襲性陽壓呼吸治療如 Nasal PAP、CPAP、Bi-PAP)，惟使用 57023B 之呼吸器依賴患者，須由加護病房或亞急性呼吸照護病房使用 57001B 或57002B 後，因病情好轉改用 57023B 之呼吸器依賴患者。

(二) 經醫師診斷為肌萎縮性脊髓側索硬化症(ALS, Amyotrophic Lateral Sclerosis; ICD-10-CM: G12.21)、先天性肌肉萎縮症(Congenital Muscular Dystrophy; ICD-10-CM: G71.2、G71.0)、脊髓肌肉萎縮症(Spinal muscular atrophy。ICD-10-CM: G12.9)或龐貝氏症(肝醣儲積症第二型 Pompe disease; ICD-10-CM: E74.02)，且領有重大傷病證明並符合附表 9.5 之收案標準者；病患經專業審查同意收案後，每年評估 1 次，3 年以後除有特殊理由，原則不再評估。

三、特約醫事服務機構需按附表 9.2 辦理並向當地衛生主管機關核備。

四、符合本節收案條件之患者，因病情需要回轉加護病房或慢性呼吸照護病房時，視同符合住院照護階段收案條件，並適用本計畫第二章第一節相關規定。

五、支付標準及規定如附表 9.3 及 9.4 本階段所訂點數已含本保險醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準所訂相關醫療支付點數，除施行安寧居家照護外，不得申報其他費用。

六、呼吸器依賴個案若係由醫院轉回家中或健保特約之一般護理之家照護者，只需依規定上網登錄，惟若所收個案非由醫院轉回居家或護理之家，則應由醫師評估其使用呼吸器之必要性，並檢具評估報告，送保險人分區業務組審查同意後上網登錄。未依規定辦理者，醫療費用不予支付。

附表 9.1

臨床上使用呼吸器的目的如下：

一、生理上的目的：

- (一)支持肺氣體交換
- (二)藉減輕呼吸肌肉負擔而降低呼吸功率

二、臨床上的目的

- (一)矯正低血氧症
- (二)矯正急性呼吸性酸血症
- (三)緩解呼吸窘迫
- (四)避免或矯正肺塌陷
- (五)矯正通氣肌肉疲乏
- (六)允許使用鎮定劑或肌肉鬆弛劑

基於以上的目的，使用呼吸器最主要的適應症就是急性呼吸衰竭，而急性呼吸衰竭的臨床表現可以是無法獲得足夠動脈氧氣濃度或維持足夠的肺泡換氣量或兩者皆有。因此，使用呼吸器的臨床認定條件應為如下：

一、呼吸停止。

二、急性通氣衰竭(PaCO_2 上升，且大於 55mmHg，伴隨酸血症， $\text{pH} < 7.20$)。

三、即將急性通氣衰竭：如每分鐘呼吸次數 > 35 次、自發性通氣量太小、呼吸驅動力不穩定、呼吸肌收縮力或耐力不足等。

四、嚴重低血氧症。

附表 9.2

全民健康保險呼吸照護---居家照護設置基準	
人員	設置標準
(一) 醫師	<ol style="list-style-type: none"> 1. 由胸腔專科醫師、重症專科醫師、內科專科醫師、新生兒科醫師、兒童胸腔科醫師、兒童重症科醫師或兒科專科醫師至少一名（專任或兼任）可提供每位病患至少每二個月一次，每次至少一小時之訪視。 2. 前述新生兒科醫師、兒童胸腔科醫師或兒童重症科醫師，限訪視未滿17歲之呼吸器依賴患者。 3. 前述兒科專科醫師限訪視「全民健康保險醫療資源缺乏地區」之未滿17歲呼吸器依賴患者。
(二) 呼吸治療人員	由呼吸治療人員（專任或兼任，唯月個案數逾30名時，應至少有一名專任）可提供每位病患每個月至少二次，每次至少一小時之訪視。
(三) 護理人員	至少一名專責訪視護理人員，可提供每位病患每個月至少二次，每次至少二小時之訪視。若每名專責訪視護理人員每月訪視超過四十五次後，則需增加一名。
(四) 個案管理人員	由醫師、呼吸治療人員、護理人員或社會工作人員擔任（專任或兼任）
備註：	
<ol style="list-style-type: none"> 1、本項居家照護應由醫師指導之團隊提供服務。 2、呼吸治療人員依呼吸治療師法規定辦理，並具有二年（含）以上臨床呼吸治療工作經驗者（不含六個月受訓期間） 3、專責訪視護理人員至少一名具備二年以上內外科臨床經驗。 4、呼吸治療人員及個案管理人員之兼任，以同一院內人員為限。 	

附表 9.3

照護階段	病患分類	編號	支付點數	備註
加護病房 (照護日數 ≤21日)	急性呼吸 衰竭期		論量計酬	<p>一、 患者符合以下狀況，得延長加護病房照護，每次以7日為原則：</p> <ol style="list-style-type: none"> 各器官系統呈現不穩定狀況： <ul style="list-style-type: none"> • 血壓須升壓藥維持，心律不整狀態。 • 腎衰竭表現者，或接受血液透析情況不穩定者。 • 肝衰竭表現者。 • 大量胃腸出血者(指仍觀察是否須外科治療者)。 • 嚴重感染仍尚未控制穩定者。 外科術後，2週內須再為相同原因手術者，或手術後巨大開放性傷口仍未穩定。 氧氣狀況不穩定者： <p>氧氣濃度(FIO₂)≥40%且吐氣末端陽壓 PEEP≥10cmH₂O 仍無法維持 aO₂(SpO₂)≥90% 或 PaO₂≥60mmHg.</p> <p>二、 各器官衰竭狀態已獲得控制時，應下轉亞急性呼吸照護病床積極脫離呼吸器。</p> <p>三、 不同醫院之加護病房轉介，依下列原則辦理：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 同層級間轉介，照護日數累計。 2. 高層級轉低層級，照護日數累計。 3. 低層級轉高層級，照護日數不累計。 4. 以上「層級」係指「特約類別」。
亞急性呼吸照護病床(照護日數≤42日)	呼吸器長期患者(積極嘗試脫離呼吸器患者)	<p>醫學中心</p> <p>P1005K</p> <p>P1006K</p> <p>區域醫院</p> <p>P1007A</p> <p>P1008A</p>	<p>論日計酬：</p> <p>第1-21天： 10,14010,647 點/日/人</p> <p>第22-42天： 7,6107,991 點/日/人</p> <p>第1-21天： 9,2009,660 點/日/人</p> <p>第22-42天：</p>	<p>一、 患者符合以下狀況，得回轉加護病房照護，每次以7日為原則：</p> <ol style="list-style-type: none"> 各器官系統呈現不穩定狀況： <ul style="list-style-type: none"> • 血壓須升壓藥維持，心律不整狀態。 • 腎衰竭表現者，或接受血液透析情況不穩定者。 • 肝衰竭表現者。 • 大量胃腸出血者(指仍觀察是否須外科治療者)。 • 嚴重感染仍尚未控制穩定者。 外科術後，2週內須再為相同原因手術者，或手術後巨大開放性傷口仍未穩

照護階段	病患分類	編號	支付點數	備註
			6,9107,256點/日/人	<p>定。</p> <p>3. 氧氣狀況不穩定者： 氧氣濃度(FIO₂) ≥ 40% 且吐氣末端陽壓 PEEP ≥ 10cmH₂O 仍無法維持 aO₂(SpO₂) ≥ 90% 或 PaO₂ ≥ 60mmHg.</p> <p>二、符合以上狀況回轉加護病房照護者，病情好轉，應依患者病情下轉適當之照護階段，下轉亞急性呼吸照護病床者，累計回轉前亞急性呼吸照護病床之照護日數。</p> <p>三、病況若不適合積極嘗試脫離呼吸器者，不應轉入亞急性呼吸照護病床。</p> <p>四、專業認定未積極嘗試脫離且無其他醫學上特殊理由之亞急性呼吸照護病床病患，以下一階段慢性呼吸照護病房費用給付。</p> <p>五、本階段病患若有醫學上理由認定無須嘗試脫離呼吸器時，改以慢性呼吸照護病房費用支付。</p>
慢性呼吸 照護病房	呼吸器依賴患者(經判斷不易脫離呼吸器者)	P1011C P1012C	<p>論日計酬：</p> <p>第1-90天： 4,349點/日/人</p> <p>第91天以後： 3,589點/日/人</p>	<p>一、患者符合以下狀況，得回轉加護病房照護，每次以7日為原則：</p> <p>1. 各器官系統呈現不穩定狀況： • 血壓須升壓藥維持，心律不整狀態。 • 腎衰竭表現者，或接受血液透析情況不穩定者。 • 肝衰竭表現者。 • 大量胃腸出血者(指仍觀察是否須外科治療者)。 • 嚴重感染仍尚未控制穩定者。</p> <p>2. 外科術後，2週內須再為相同原因手術者，或手術後巨大開放性傷口仍未穩定。</p> <p>3. 氧氣狀況不穩定者： 氧氣濃度(FIO₂) ≥ 40% 且吐氣末端陽壓 PEEP ≥ 10cmH₂O 仍無法維持 aO₂(SpO₂) ≥ 90% 或 PaO₂ ≥ 60mmHg.</p> <p>二、符合以上狀況回轉加護病房照護者，病情好轉，應回慢性呼吸照護病房，並累計回轉前慢性呼吸照護病房之照護日數。</p> <p>三、本階段申報項目，需依病患入住慢性呼吸照護病房或一般病房(含經濟病床)之照護日數累計計算。</p>

照護階段	病患分類	編號	支付點數	備註
				四、「本階段審查原則：依據全民健康保險醫療費用審查注意事項審查原則辦理」。
居家照護	呼吸器依賴患者(經判斷不易脫離呼吸器者)	P1015C P1016C	論日計酬： 900點/日/人 310點/日/人	<p>一、患者符合以下狀況得轉居家照護：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 病人與呼吸器配合良好，且呼吸器設定如下： <ol style="list-style-type: none"> a. 使用穩定的換氣方式。 b. 氧氣濃度$\leq 40\%$。 c. 呼吸道最高壓力變化不超過10cm H₂O。 d. 吐氣末端陽壓(PEEP)≤ 5 cm H₂O。 e. 不需調整吸氣靈敏度。 f. 每日有穩定的脫離時間(<18小時)或完全無法脫離。 2. 病人在使用呼吸器時，完全沒有呼吸困難的感覺。 3. 動脈血液氣體分析與酸鹼值均在合理的範圍 (PaO₂≥ 55mmHg，PaCO₂≤ 55mmHg，pH：7.30 - 7.50) 4. 電解值在正常範圍內。 5. 心臟功能正常，且無威脅生命的心律不整出現。 6. 甲狀腺、肝、腎功能正常，中樞神經系統功能穩定。 7. 適當的營養狀態 (Albumin≥ 3 gm%) 8. 無急性發炎狀態 (體溫不超過38.5 C，白血球不超過10000/mm³) <p>二、支付點數含下列各項費用：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 居家呼吸照護小組各類人員訪視費： <ul style="list-style-type: none"> • 呼吸治療專業人員訪視次數每一個案每月至少二次。 • 護理師訪視次數每一個案每月至少二次。 • 醫師訪視次數每一個案每二個月至少一次。 2. 治療處置費。 3. 治療材料費：含居家呼吸照護治療處置時所需治療材料之使用或更換。 4. 設備供應費：含居家呼吸照護所需一切設備及附件之供應。 5. 設備維修費用。 <p>三、收案時，個案已自備呼吸器等設備，以 P1016C (支付點數含備註二-1、</p>

照護階段	病患分類	編號	支付點數	備註
				<p>2、3、5)申報。</p> <p>四、上項代採之檢體，委託代檢機構應以保險特約醫事服務機構或保險人指定之醫事檢驗機構為限。</p> <p>五、應確實記載訪視個案之訪視紀錄，訪視時間應記錄於訪視紀錄內，並請患者或其家屬簽章，未記載訪視紀錄者，予以核扣訪視醫療費用，首次申報費用應檢附訪視記錄。</p> <p>六、申請本項給付者，不得再申請本保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第一章居家照護之支付。</p> <p>七、患者得依病情需要回轉加護病房或慢性呼吸照護病房，回轉加護病房者須符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準加護病床使用適應症，不符合適應症而回轉者，以 P1012C 支付。</p> <p>八、回轉加護病房照護者，病情好轉，應回第三階段或第四階段，回第三階段者，以 P1012C 支付。</p>

附表 9.4

項目名稱	編號	支付點數
醫學中心亞急性呼吸照護病房病床費/天	03012GA	1,560 1,638
醫學中心亞急性呼吸照護病房護理費/天	03049GA	2,340 2,457
區域醫院亞急性呼吸照護病房病床費/天	03013HA	1,160 1,218
區域醫院亞急性呼吸照護病房護理費/天	03050HA	1,740 1,827
慢性呼吸照護病房病床費/天	03003BA	395
慢性呼吸照護病房護理費/天	03028BA	441
呼吸治療人員訪視	05303CA	970
居家使用呼吸器/天	54007C1	590

註：本表所訂點數已含於定額內，申報費用時，應填報項目編號、名稱、數量及金額，醫令類別填 4，本表未列者，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準其他章節規定辦理。

附表 9.5

收案標準

一、居家個案須符合下列各項生理指標之審查規定：

- (一) PCO₂ exceeds 50 mm Hg or when hemoglobin saturation remains < 92% while awake.
- (二) FVC < 50% predicted or Pimax less than 60 cm H₂O: Upright and supine position examination , history and examination every three months.
- (三) PaCO₂ > 45mmHg, with morning headache, abdomen paradox, and orthopnea
- (四) Sleep oximetry demonstrates oxygen saturation less than or equal to 88% for at least five continuous minutes, done while breathing the member's usual FIO₂.

二、17 歲以下(含)患者得依下列規定審查：

- (一) daytime hypercapnia (PCO₂>50mmHg).
- (二) sleep hypoventilation (PCO₂ > 50 mm Hg) accompanied by oxyhemoglobin desaturation \leq 92% or a history of recurrent hospitalization for pneumonia or atelectasis.

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

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

第一項 處置費 Treatment

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

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
47103A	經導管無導線心律調節器置放或置換術 Transcatheter Insertion or Replacement of Permanent Leadless Pacemaker 註： 1.適應症： (1)心房顫動且心搏過慢之病人。 (2)因病竇症候群或房室傳導阻滯以致心搏過慢之病人，但因沒有適當血管通路，而無法植入傳統節律器者。 2.禁忌症： (1)已植入下列醫療器材種類之病人： A.經醫師認定會干擾本項目之體內植入裝置。 B.植入體內的下腔靜脈過濾器(Inferior Vena Cava Filter)。 C.機械三尖瓣 (Mechanical Tricuspid Valve)。 (2)股靜脈的構造無法容納 7.8 mm (23 French) 的導引鞘，或無法順利將裝置植入心臟右側，如因阻塞或嚴重血管彎曲。 (3)病態性肥胖，導致無法與植入體內之裝置在 12.5 cm 內進行遙測通訊。 (4)已知無法耐受本項目植入儀器物理特性之材質或肝素，或對顯影劑過敏而無法術前用藥者。 (5)無法使用單一劑量 1.0mg 的 dexamethasone acetate。 3.執行人員資格： (1)心臟內科、 <u>心臟血管外科</u> 、小兒心臟專科醫師。 (2)須接受且完成中華民國心臟學會或中華民國心律醫學會或 <u>台灣胸腔及心臟血管外科學會</u> 辦理之「經導管心律			v	v	15504

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>調節器置放術」訓練課程(含網路課程及親授課程)，且須有至少五例由指導醫師陪同完成「經導管心律調節器置放術」訓練，並由學會提供合格醫師名單。</p> <p>(3)執行本項之醫師名單應報經保險人核定，如有異動，仍應重行報請核定。</p> <p>4.不得同時申報之診療項目：68012B、68041B 及 18026B。</p>					

第七節 手術

第十二項 泌尿及男性生殖

十、前列腺 Prostate (79401-7941~~5~~6)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
79416C	前列腺切片-超音波導引 Transrectal ultrasound guided prostate biopsy 註： <u>1.限泌尿科專科醫師執行。</u> <u>2.不得同時申報編號79401C及19017C。</u> <u>3.一般材料費，得另加計17%。</u>	Y	Y	Y	Y	3167

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 1 次臨時會與會人員發言實錄

前言

主席

大家午安，非常謝謝大家，今天是今年共擬會議的第 1 次臨時會，因為上次有太多的議案未討論完，大家有共識加開臨時會。今天討論事項在前面，報告事項在後面。原因是因為討論事項是上次未結的，如果再把它倒過來，討論事項又往後挪了，所以特別這次討論事項在前面，報告事項在後面。另外，討論事項第 1 案，我們先撤案，原因是因為醫院協會對這個案子有意見，我們可能還要再統整，今天的討論事項就剩下 4 案，大概就這樣來進行。我們就從上次會議紀錄的確認開始，在開始之前，上次會議紀錄請各位代表過目一下，第 1 頁到第 6 頁的部分看看有沒有問題，請王代表。

王代表宏育

我有跟署反映過的第 4 頁，上次那個中醫 CKD 照護計畫我們 UACR 就 350 點變成 315 點，但是原來 UPCR 有一個 55 點要調到 80 點的，沒有寫進去。

主席

中醫的這項（六）嗎？

王代表宏育

我們腎臟 UPCR，UPCR 的話，我們 Urine protein 跟 Urine creatinine 各 40 點，所以應該是 80 點，但是這邊沒有改過來，這邊還是照原來是 55 點。

主席

UACR 有改，但是 UPCR 沒改，意思是這樣嗎？

王代表宏育

對對對。

主席

同仁立刻去查一下好嗎？看看是不是真的有誤差，來，請依婕。

陳科長依婕

因為有先告訴我們這個題目，我們去看了以後，也有跟中醫全聯會這邊確認，確實在 UPCR 的部分，應該是 2 項 40 點加起來，合計是 80 點，這個我們有反映給中醫全聯會，他們會再提案來修這點數。

主席

但是如果沒有意見的話，是不是直接在會議紀錄修正會比較快？中醫師公會全聯會這邊有人在嗎？可以嗎？如果是因為遺漏掉，因為剛王代表的意思是我們遺漏掉。

王代表宏育

Urine protein 本來是 40 點是定量，那原來 15 點是定性的，定性是沒辦法算 UPCR。

主席

對。

王代表宏育

那另外，我們做 CKD 照護計畫，我都覺得說我們中西儘量一致，我們照護費，他們是 56 天可以申請 1 次，那我們西醫是第 1 次、第 2 次是要間隔 3 個月。第 2 次、第 3 次是要間隔 6 個月，以後看能不能不要那麼懸殊，因為都是同樣的照護計畫。

主席

好，我們先把點數先修正好不好，吳代表可以嗎？可以，那我

們是不是直接修會議紀錄，就是漏掉的部分。

王代表宏育

可以。

主席

那不要再重啟程序，這樣會比較有效率一點，各位代表可以同意嗎？可以，那就直接修會議紀錄。

那其它的會議紀錄大家還有沒有意見？來，請洪代表。

洪代表德仁

就延續剛剛王理事長的建議，這個照護相同的地方，中西醫有那麼大的落差，那這個部分想跟主席請教，是不是由醫師公會全聯會來做個提案，擇期來討論？

主席

可以的，我們是不是這個部分就下次有提案的時候再來討論，今天先把點數作修正，這樣可以嗎？好，如果大家沒有意見，這個會議紀錄就暫時確認，假如會議程序當中，大家對會議紀錄還有要修正的，可以隨時提出來。

接下來就把決議事項辦理情形跟大家 update 一下，是不是就 update 的地方報告就好。

蔡科員孟芸

各位代表長官好，本次會議決議追蹤辦理情形共 17 案。

序號 2「107 年下半年本保險特約院所提報支付標準未列項目之處理情形報告案」，35 項未列項新增項目，已於 109 年 8 月 20 日函請提報量最大之院所提供成本資料，截至 110 年 3 月 22 日，計有 10 家院所函復增修建議共 12 項(5 項結案)，尚有 6 家(7 項)未回復均表示研擬中，將於近期回復，後續依院所回復內容辦理新增診療

項目作業，**建議繼續列管**。

序號 3 增修「All-RAS 基因突變分析」等診療項目案，「All-RAS 基因突變分析」已與藥廠談定降價還款事宜，將依程序辦理預告等相關行政作業，預計於 110 年 6 月 1 日生效，本項**建議繼續列管**。

序號 4「新增轉診支付標準之同體系院所名單案」，醫師公會全聯會提出北區業務組所轄疑似同體系院所名單，考量僅以健保資料難以認定「同體系院所」，且其影響範圍甚廣，涉及醫院及西醫基層總額挪移，非僅轉診支付標準，故建議由社保司主責規劃「同體系院所」之認定標準及流程，本署則另案就轉診支付規範檢討與精進，本項**建議解除列管**。

序號 5 修訂第三部牙醫支付標準案及牙醫門診總額特殊醫療服務計畫案，其中第三部牙醫支付標準修訂案，將提本次會議討論案第 2 案討論，**建議繼續列管**。

序號 7 修訂支付標準之「腹膜透析追蹤處置費」及「全自動腹膜透析機相關費用」案，「腹膜透析追蹤處置費」修訂涉及醫院總額、西醫基層總額及門診透析預算，建議醫院部門或西醫基層部門未來於總額協商爭取預算支應，下次追蹤時間為 110 年第 4 次會議，**建議繼續列管**。

序號 8 醫院「COVID-19 疫情期間提升暫付款金額方案」應追扣費用之償還案。有關「衛生福利部對受嚴重特殊傳染性肺炎影響醫療(事)機構事業產業補償紓困辦法」修法，研議以紓困基金補貼分期攤還金額所生利息，衛生福利部已於 110 年 4 月 7 日公告，**建議解除列管**。

序號 9 110 年-111 年「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」議事規範案。向 110 年至 111 年代表宣達本會議相關規範，本項**建議解除列管**。

序號 10「110 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準」報告案。序號 11 Tw-DRGs 3.4 版 110 年 7-12 月適用之相對權重統計結果案及序號 12「論病例計酬與乳癌醫療給付改善方案支付點數調整案」之論病例計酬部分及序號 15 修訂支付標準之門診診察費內含護理費案，刻正依會議決議辦理預告等行政作業；另序號 12 之乳癌醫療給付改善方案支付點數調整案與序號 16 110 年度「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」，將函報衛生福利部核定後公告實施，**建議繼續列管。**

序號 13「新增修訂轉診支付標準之同體系院所名單案」增修「蕭中正體系」及「國軍體系」院所確認同意，**建議解除列管。**

序號 14「修訂中醫支付標準及 2 項專款照護計畫案」修訂中醫支付標準刻正依會議決議辦理預告等行政作業。另修訂 2 項中醫專款照護計畫，衛生福利部已於 110 年 4 月 1 日核定，待本署公告實施，**建議繼續列管。**

序號 17 支付標準新增修訂「腹腔鏡胃袖狀切除術」等 13 項診療項目暨修正 5 項診療項目之支付規範案。「經直腸大腸息肉切除術」一項，俟有修訂共識再行討論，其餘項目刻正依會議決議辦理預告等行政作業，**建議繼續列管。**

本次 17 案建議繼續追蹤列管 13 項，解除列管 4 項。

主席

好，謝謝，有關第 14 項剛剛 UACR 的部分，因為這個部分還在預告中，是吧？已經核定了計畫的部分，可能要追加這一項，到時候公告的時候，一併公告好不好？不要再有時間上的落差，大家對於這個辦理情形有什麼意見嗎？來，請王代表。

王代表宏育

對不起，我第二次發言，對於案 16 檢驗上傳我有個題外話，因為我們在鄉下的話，很多診所規模小，沒有辦法檢驗上傳，最好的

話，我們有時候有些病人他全身很多癬，包括蜂窩組織炎，需要查詢他有沒有糖尿病都不知道，唯一做的就是成人預防保健，成人預防保健我們國內一年 200 多萬個人次，搞不好 300 萬個人次，但是那個是國健署的，我們查不到，有沒有辦法健保署想辦法把成人預防保健那 300 萬筆通通都放上雲端，這樣我們就很方便查的到，謝謝。

主席

這個就是案外案！建議案，這個現在有誰可以回答嗎？我們好像也有建議。

陳科長依婕

回應一下，如果是屬於預防保健的項目，現在院所如果有把預防保健報進來的話，把檢驗檢查數值上傳進來健保署，其實我們健保署都有收不會擋，不會因為它是預防保健我們就不收載，這是第一點。可是收載以後，其實只有民眾可以透過自己的健康存摺，查到自己的檢驗檢查項目；確實在雲端那一塊的話，醫師現在是沒辦法查的，如果像剛剛王代表建議說，變成是強制要求預防保健端的檢驗檢查數值，都要放進來健保署這邊、上傳到雲端，這可能會涉及到國健署有個醫事機構辦理預防保健服務注意事項，一個是有關於這個事項有需要修改說它必須要一定要上傳，第二個問題就是涉及到這個資料蒐集的目的，還有它是屬於個資的這部分，可能要有民眾授權等等的議題會在背後。

王代表宏育

我們現在所有的提案，署方都叫我們上傳，都沒有個資疑慮，那這種成人預防保健上傳就有個資疑慮，這沒有道理嘛！

主席

沒關係，因為預防保健的業務是國健署，那裡的方案可能要有這樣的要求，是不是涉個資，就是一併來討論，但是基本上這個方

案，還是需要有一個要求在那邊，因為畢竟我們是代辦，對不對？是不是王代表的意見就收錄，再來儘量跟國健署這邊協調看看，但是在還沒有修之前，如果診所有傳，我們都是會收載的，只是現在還沒有上雲端，這一塊我們也來準備。好，那還有沒有其他？來，請賴代表。

賴代表俊良

現在基層對於檢驗檢查上傳這一塊，其實很想要做，可是礙於資訊技術層面有點困難，我們現在在接受醫院的轉診病人時，vpn 裡面有一個醫事人員溝通平台按鈕，你只要點進去就能夠去回復轉診資訊，我建議能不能設計檢驗(查)公版 API，在我們 vpn 裡面也是一樣有檢查檢驗的一個按鈕，只要點進去，我們基層就可以把在診間做的一些檢驗報告，直接貼上去就傳上去了，這樣對基層來講是最方便的，因為目前必須要轉到另外一個 vpn 畫面用單筆上傳，或者是要委託電腦公司做成檔案批次上傳是相當麻煩的，我希望署本部能夠幫忙將檢驗（查）上傳按鍵一指化。

主席

謝謝賴代表，那個是牽扯到轉診平台，其實轉診平台當時設計的功能跟雲端系統是沒有重疊的，本來轉診就有轉診資訊，可是你講的部分，你可以選擇你自己要的東西傳，我們再來研究看看，基本上不要功能重疊，因為雲端系統是系統，如果你又疊床架屋，其實都耗費我們資訊的空間，好不好？我們把它收錄下來研究看看，儘量以最有效率的方式來進行，好，請洪代表。

洪代表德仁

好，主席，就延續剛剛這個議題，上個禮拜 3 月 28 日，台北市醫師公會針對這個議題，有邀請相關資訊廠商，來做瞭解狀況，那比較弔詭的是，每個廠商的做法都完全不一樣，有的廠商會願意幫忙免費來設定這個系統，那診所就可以直接上傳；有的廠商告訴你，

系統的更新費用要幾萬塊，每年要維護多少錢。這個完全都不一樣情況，那其實我會認為，像這樣一個 HIS 系統，署本部有没有可能可以某一程度必要功能是整合的，那相對的，也可以讓這些廠商不會漫天開價，那全國各診所的檢驗資料，也可以很方便的來做上傳的工作，以上建議跟報告。

主席

好，上次類似這些問題，已經有一輪討論過了，當時就有兵分幾路，一個就是我們有一個窗口，要找 HIS 廠商來商量；另外一個建議說是不是有個公版的上傳系統 API 大家用，可是那個可行性高不高？因為大家的 HIS 系統都不一樣，要相互介接也是有問題，就算我們開發一個非常簡易的 API，讓大家可以介接以後，可能您們的電子廠商也會認為介接需要加錢，所以這都沒有一個 perfect solution，不過我們今天不能把時間再花在這裡，我們只能先收錄，好嗎？因為我們今天議定的題目就還蠻多的，謝謝，來，請朱代表。

朱代表益宏

那個第三案，關於 All-RAS，因為與藥廠談定降價還款事宜，因為這是檢驗費用，那如果談定降價事宜，那跟醫院之間是否有什麼影響，會不會廠商賣給醫院的還是不降價。

主席

不是，那是降藥的錢，降藥的支付價，因為 All-RAS 它背後都是有癌藥，我們是要求它降癌藥的價錢，來彌補我們要把 All-RAS 納入給付的錢，所以這個不增加財務支出，純粹就是把那邊的錢 shift 過來，所以是藥品降價的。

朱代表益宏

但是如果是藥品那邊，他們談所謂的 MEA，理論上...

主席

但要直接降支付價，請育文說一下，這次好像有一家是用還款的。

黃專門委員育文

我這邊說明一下，因為主要是在健保還沒有付檢測的錢之前，是廠商在付，那現在這個檢驗的錢是健保列項支付了；所以就要求廠商要降藥價的錢；那不同廠商之間他們有不同做法，有的是降他們的藥價，有的是還款方式。總之，他們都得降價，不管是什麼樣的方式降的價錢也是一樣的。

主席

如果它是降支付價，我們就直接反應，如果它是還款，那還款的錢回到總額，所以基本上正好打平；所以好幾個基因突變的這些檢驗檢查，都是已經有好幾個已經這樣做，原因就是因為原藥價就含這個基因檢測的成本在裡面；那現在基因檢測由健保支付，當然它藥品價格就要反映，是這個道理，好，請梁代表。

梁代表淑政

請翻開第 4 項在第 3 頁 2. 的部分，本項建議請社保司針對同體系的認定標準與流程進行規劃一事，上次會議決議係針對不同總額間存在費用挪移問題要予以正視，所以由社保司跟健保會針對這部分要進行政策檢討，但對於同體系的認定標準跟流程，目前係由各分區業務組在進行認定，細節部分也是執行單位比較清楚，故建議這部分是不是還是由健保署主責，如有疑義，例如涉及醫事司之相關認定等，再由部裡處理。

主席

現在是否是同一體系，如果很明確，我們這邊處理，就是很明確是誰的分院，沒有爭議的，就直接處理。確實會有一些，上一次

我得基層的賴醫師也提很多，其實我們看不見的，背後的這些我們其實我們也沒有能力去一一認定的，這個是不是會有比較好的認定方法才拜託社保司。當時就是有說三大問題處理；一個涉及到總額之間的問題，那是健保會；第二個是涉及到我們沒有辦法處理的背後，這些醫院的連帶關係，我們請部裡頭來主責；另外一個就是涉及到現在我們的支付標準裡頭，對於轉診的誘因是否有一些檢討的空間，這個就我們來處理。這事情是有點複雜，所以我們就是請兵分三路，好不好？好，謝謝，請朱代表。

朱代表益宏

我想請問社保司，關於總額的挪動這件事，因為不是只有在上次開會提到，我記得是去年就有提啦，但是社保司可能業務比較忙，所以我不知道什麼時候會啟動開始討論，還是說目前已經在檢討，那什麼時候會跟大家來討論，是不是有個時程表？不然我記得這個請社保司討論總額挪移這件事其實好幾次開會之前我們就有講過，提到說希望社保司要趕快處理，但社保司就一直沒有消息。

梁代表淑政

針對部門間費用挪移問題，在每年總額協商時，大家也會提出相關建議項目進行協商，例如其他預算中的西醫基層總額轉診型態調整費用，因此各總額部門都可以在協商時提出預算需求，但如果制度面的檢討，例如總額公式的檢討，社保司也有定期在檢討，對於長遠的規畫，或許也可以在總額公式檢討中進行討論。

朱代表益宏

聽不太懂，聽不太懂結論。

梁代表淑政

首先每年總額協商時，如果有涉及部門別預算的影響，各總額部門可以在協商時，提出相關項目來做處理；至於長期政策面之檢討，或許可以如同總額公式每三年檢討一次，併入公式檢討中進行。

朱代表益宏

那我想確認一下我這樣聽的對不對，社保司的意思就是說反正每年總額協商的時候，9月份會有意見就在那邊談，這是第一個，所以不會另外再啟動風險校正或是所謂總額挪移的問題，這個我聽起來是這樣子啦，所以包括署方認為這個茲事體大，確實也應該處理，但是處理的機制是現在每年9月總額協商的時候大家提，是不是這樣子？

主席

我建議朱代表，這個事情當然總額協商是 final 做決定的時刻，那個時候談很複雜問題其實是困難的，你可以在健保會開議之後，就可以開始提案，你也是委員，就要提前去討論這件事情，然後那個結果去總額協商時候反映，沒有辦法在總額協商的那個 moment，每個人都才幾 10 分鐘、半個小時，怎麼去講這個複雜的問題。

朱代表益宏

主席講的沒有錯，當然委員提案是一種方式，但是我覺得這個啟動不應該是委員提案，應該是社保司，而且已經提到社保司了嘛，社保司應該主動針對這個案子去做檢討，所以剛剛才說是不是有行程表，看起來社保司是沒有行程表，那當然最後就只有委員提案。

主席

我想社保司也是代表也是委員，反而健保署不是委員，各位都是委員。

朱代表益宏

所以我剛剛才詢問說就是社保司本應職責，總額的規劃本來就是它要去規劃，這是它的職責所在，所以是不是對這一部分要去主動處理。那聽起來是沒有，所以只能變成委員被動在健保會提案，去推動這件事情，所以我剛剛只是想說詢問社保司，聽起來目前是

沒有額外規劃處理這一塊，聽起來是這樣子，我只是要確認。如果社保司已經有規劃要處理，當然我們就 follow 政府的角度去處理，如果社保司沒有規劃，這塊他們現在不想處理了，而且也不認為是問題，那當然我覺得確實造成總額中間的衝突時候，那我們當然就總額本身，受到影響的總額本身當然就要有方法去處理。健保會提案是一個方式，那還有其他的管道去處理。那只是說這樣子會不會給社保司造成一些困擾，原來你不在規劃時程之內，結果臨時提了以後，讓你們長官有一點這個怎麼樣，會不會有這個情形？如果照主席剛剛講的，社保司也沒有規劃，雖然我現在不知道是不是委員，因為健保會的名單好像還沒公告，那如果我是委員的話，當然我們會本應職責的去提案啦，只是怕提案到時候社保司長官會困擾。

主席

好，那我們也等待委員出來再說吧，那還有沒有其他的問題？如果沒問題的話就進入討論事項第二案。

討論事項

第二案

案由：增修全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫、新增「110 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」案。

主席

這個案子全部是牙醫的支付標準調整，大家有沒有意見？第一案就是牙科涉及到醫院總額的部分，上次會議最後的決議是希望牙全會如何取得共識，這個案子是不是就先請牙全會這邊優先表示意見。

徐代表邦賢

感謝主席還有與會代表，牙全會徐邦賢在這邊做一個報告，此案題的說明就很多頁，後面附件也很多，當然也感謝署本部與我們醫師溝通，讓我們更了解各總額彼此之間的影響度，不過當時的溝通會議，好像資料也沒這麼齊全，所以今天資料裡面又多了一個討 2-23 頁的這項資料，討 2-23 這個是在於說，當初醫院總額在調整支付標準時候，影響到牙醫總額的預估點數，不過這都已經公告了，我也不知道怎麼跟我會員講說，這筆錢我們怎麼辦，當然現在不是在這會議上去檢討說誠如剛才朱代表所講，總額預算之間的挪移要怎麼挪，我只想說以牙全會的立場來講，希望我們在非協商裡獲得的預算，能夠盡快使用，所以在這裡我就代表牙全會提議說，如果我們醫院的代表覺得說是原則問題，不是金額多少的話，那牙全會在這邊就提出只調牙醫門診總額的部分，那我們醫院牙科在申報醫院總額這一部分就維持原來的申報點數，也就是說只有調基層。

主席

只有調基層，不調醫院。

徐代表邦賢

可以，我們可以在支付標準的備註欄裡面去加註，屬醫院總額支付範圍者，以原支付點數多少多少點來做申報。

主席

這個就是複雜一點，就是只有住院的不調啦，門診還是照調，住院不調。

徐代表邦賢

只有在住院的時候不調。

主席

現在是這樣，這個案子現在看到討 2-1，這邊有提到說牙醫的支付標準調整，醫院會增加 143 萬，可是討 2-23，有提到說 109 年

醫院調的牙醫也增加 119 萬，所以其實兩個總額都有同樣問題，牙全會徐醫師有講，如果不得已要怎麼樣，可是當時是醫院的牙科代表認為的這段話，就是說其實住院的病人會去找牙科都是緊急的狀態，怎麼可以那些人沒有調，反而是重症的病人沒有調到，這個都是大家在堅持的原則。我們現在就是把資訊攤開在這裡，牙醫調整醫院能吸收 143 萬，醫院調整牙科也吸收了 119 萬，也沒差很多啦，所以今年的這個議題，如果最好就是說大家各退一步，公平起見大家都可以調整，也不要產生醫院牙醫的不平之鳴，畢竟醫院的病人也是大家一起照顧的，那如果不得已，一定要這樣處理，那牙科的代表就說，門診調，住院不調，意思是這樣，門診調，住院不調。對健保署來講是非常麻煩的事情，這個大家有沒有意見？醫院的代表有沒有意見？

朱代表益宏

這個案子醫院協會在內部有開過會討論，討論結果就是三個層級都認為說這個案子，不應該由醫院協會來出錢，更何況在牙醫總額這邊，去年整個總額還剩下 1,800 多萬，是足夠支應醫院這邊增加的 140 幾萬，所以醫院協會內部，這是三個層級的共識，這筆多的錢不應該是由醫院總額來吸收。

主席

可是 109 年醫院調的時候，也還是有剩錢，如果同理可證的話，也可以支應牙科的 119 萬。我的意思是大家要互相，不能說牙科有剩錢就應該補醫院總額，那醫院也應該留下錢去補牙醫總額，如果要這樣講的話對不對？就是這種事情都會發生的，有沒有比較好的理性的 solution？醫院的代表、各層級的代表覺得怎麼樣？代表醫院協會的是李院長。

李代表飛鵬

我想是這樣，這個就是說事實上牙科本身也有剩錢，這個不是

說不夠錢，看這 100 多萬要怎麼挪就可以，不是說裡面沒有錢，是有錢。

主席

醫院協會也有錢，要不要挪給牙醫？一個人挪 119 萬。那等下馬上要討論的下一個案子。

李代表飛鵬

就剛剛我們代表講的，討論完就沒錢了。

徐代表邦賢

這個 1,850 萬是 110 年的預估點數，不是說去年剩的錢，是今年預估要花的，預估我們還有剩，不一定會有剩，不是去年剩的，這個我必須要更正一下。

主席

來，游代表。

游代表進邦

我想今天這個例子，大概以後各個總額也會碰到，那我的建議是這樣，未來調整讓各個總額事先先知道，有一些共識。這件事情應該是說要調，沒告知，造成彼此之間的不愉快。我想未來還是朝向大家互相溝通，這一部分也不是錢的問題，我認為是感覺的問題，我想說今天就以這件事情當做一個範例，未來大家各總額互相的溝通，所以不要因為這樣就另外弄個支付標準。

主席

游代表的建議是說，以後牙醫要調如果真的有卡到，要找醫院也一起來討論。那醫院要調可能要找西醫基層討論，你們最容易卡到西醫基層，那其實過去例子都在的，所以這是游代表建議，這次是感覺不好的問題，就是錢也沒有多少，扣掉抵掉之後才幾 10 萬，陳代表。

陳代表志忠

我們尊重專業、尊重牙全會，剛剛就是這個我們也不知道有多少，我們看這個括弧 2 增修項目小 1 的「糖尿病患者牙結石清除-全口」，這個一共要增加 237 個百萬點，這個可能大部分都在門診，但是剛好住院，如果你有糖尿病的病人，他說他牙齒不舒服，到醫院牙科門診，如果你做這樣的事，就照舊的支付標準去做，如果那個病人出院了到門診去，就照調嘛，河水不犯井水。

主席

你的建議就跟朱代表一樣。

陳代表志忠

對啊，我們不反對啊。

主席

就是會變成說同樣那個支付標準，現在會變成門住診不同支付點數。

陳代表志忠

對不起啊，這個不太尊敬的對主席講，醫院的牙科部門來反映說，他們受到歧視，其實沒有。根據我所了解，所有在醫院的牙科部門，大部分業務都是門診，我相信台大醫院的牙科部門，大部分病人都是門診，那住診可能是少宗，尤其是地方上，所以我們這個是尊重專業，以上。

主席

這邊書面上有提的就是，上次研商的時候，醫院的牙科代表所提的意見，就是列在那個 2-1 頁，他只是說那些病人需要，就是 145 萬，那 109 年醫院總額調的那病人去住院，那牙科也報了 119 萬，所以是都有，請羅院長。

羅代表永達

我們在確定上次會議紀錄時候，那個門診透析，其實是同一個道理，門診透析上次腹膜透析，也是因為影響到醫院總額，所以後來就停掉，變成希望在今年的協商當中去提，都是類似這樣一個案子。那這個如果這樣換過來，社保司如果沒有一個意見，那以後如果還有這樣的情形，是不是比照辦理？還是說未來這個案子到這樣為止，以後東西不可以怎麼樣，否則這個案子就是你設一個先例，以後任何跨總額的就沒有一個原則，也希望當然 100 多萬不是很多錢，這的確是這個樣子，而且大家從一開始在爭一個原則，那而後如果假設有這個案子送到這邊來的時候，是同意還是不同意呢？我想規則講完大家就不會很堅持那 100 多萬，要不然我們這個案子通過以後，門診透析馬上說這個都可以，而且那錢沒有很多，為什麼這個案子不可以，那個案子可以，我們也說不上來，以上。

主席

可是我們就是要共識，李代表。

李代表飛鵬

最主要就是說我們在醫院整體的點值，已經非常的低，又接受攤扣，醫院的經營本身就非常困難。那老實講我們知道牙科是活得很好，現在重點是至少相對是好很多，但是這樣的原則下，我是覺得說不太過去啦，以上是我的看法。

徐代表邦賢

不好意思，我們要補充說明一下，其實牙科也沒有活得很好，因為我們同儕制約的力道很強，因為大部分都是屬於基層院所，所以我們各個公會裡面，我想大家都有牙科朋友，牙科朋友只要聽到輔導約談(俗稱喝咖啡)，不要說什麼公平不公平，那個一杯咖啡要價多少，都勉強接受，所以牙科就是因為同儕制約的力道很強，所以我們才能去維持住現在看起來還不錯的點值。我想把整個主題拉回來就是說，在大家目前為止，就是跨總額之間經費挪移的問題，

在還沒有解決之前，要嘛就是維持現狀，大家互相支援的金額差不多，如果大家真的對於這樣一個原則問題，真的很堅持的話，我還是建議，是不是能夠我們就是各調各的，就是有經費的調，沒有經費的話就是看哪一年，或是下次挹注以後再來做調整，所以支付標準表即使是有註明的話，也應該是一個暫時性的，如果說後續有經費的補足的話，支付標準表的註腳是可以拿掉的，牙全會在這邊跟大家補充說明。

主席

我剛剛在請教一下我們同仁，現在會變成一個醫院，在門診做的，跟在住院做的不同點數，同樣一個項目，各醫院的批價都要因此而受影響，那個結果就會變成這樣。這個跟醫院、基層不太一樣，因為基層它就一個經營者，就一個點數對不對？這個會變成一個醫院，同一個服務項目，在門診做一個點數，住院做一個點數，每個醫院通通要去改資訊系統，就為了這個，小事是嗎？大家都一併想一想，朱代表。

朱代表益宏

我記得在 1 月份開協調會其實有講，這個案子如果沒有共識，醫管組不會提案，所以今天我看醫管組提案，我以為是有共識，結果還是...很分歧啊。

主席

因為你們還是分歧。為什麼要提是因為對牙醫來講，金額如此龐大，它沒有辦法生效，加起來應該是有 10 幾億，10 幾億的東西它爭取了，現在已經 4 月了，它沒辦法去生效，整批都沒辦法生效。那這樣子我們也不得不提，希望能夠再磨合一次，看看有沒有比較好的解決方案，現在會變成這個局面，不得已只能變成門診一個支付點數，住院一個支付點數，這又創造另一個支付標準複雜的局面，如果要繼續這樣，那以後很多項目都變成這樣的時候，不知道如何

是好，它就是一個不合理的支付。技術上現在都靠電腦，每個有設牙醫的醫院通通要弄兩套，只為了差距幾 10 萬。當然我覺得今天這個案子結束之後，以後這種事情還是會發生，像羅院長有講，我們要找一個機制來解決這個問題，那背後都是預算。那不知道未來發生這種事情會花多少錢，是沒有人可以預測的。這個東西要處理，最怕的就是醫院調西醫基層這一塊的金額就非常龐大，很難預估，所以看看大家覺得，今天為了這個兩個抵掉差幾 10 萬，我們要變成醫院同一個項目，牙科有兩套支付標準，要這樣的代價，還是怎樣是大家比較能接受的？朱代表。

朱代表世璋

這跟我們物理治療沒有相關，可是我舉個例子啦，其實我們物理治療有分不同層級，以前在 RBRVS 同病同酬，其實應該同一種服務在不同場域，應該是有同樣的支付。但是在我們物理治療師是沒有，在復健領域是沒有。但是這個問題對他們來說是同樣一個場域，同樣一個個案，同一個醫師在做診療跟在做治療，可是相對他的服務的 cost 是不一樣的，這個真的是很弔詭，如果是牙醫師他會覺得奇怪，我這個個案，就住院個案的身分還是門診的身分，就是我做的服務是一樣的，可是我拿到的錢是不一樣的，那你要怎麼跟你同業的同仁解釋這一段，我會覺得這是一個現象可能也不是很合理，以上。

主席

來，黃代表。

黃代表振國

本來是不想講話的，但是我建議還是原則問題，我舉之前提過最明顯的例子，光藥師調劑費，在診所端跟藥局還有醫院就不一樣，這個幾十年都這樣，但是這不應該不一樣，因為它是同工同酬的概念，所以這個是以後可以正視這個問題。

第二個我建議原則要確立，我覺得剛剛醫院的代表講得非常好，因為如果今天沒有原則，日後就會變成破壞原則的特例，但想要確立原則太難了。其實我個人有個想法，當然我們很尊重牙醫在全民牙齒保健的重要性，但是因為我是醫師公會的代表，不願意說洩氣話，但誰過得好，誰過得不好，這個沒什麼好爭議的，其實人所皆知，因為自費的比例不一樣。

健保不能包山包海，我也不樂見假牙納入健保，但是我們知道所有替代品的給付，尤其是特材部分的管理跟假牙差太多了，民眾的價值觀也會被扭曲。所以我建議健保署應該更開放一點，在有一定預算挹注的情況下，才能開放給付項目，但是沒有通則考量的時候，我想這個問題也很久了，假設今天這個增加給付落在牙醫師身上，醫院經營者也不太可能把這個錢都吞進去，這是我個人的意見，我希望還是原則先過，過了之後再來談跨總額的處理，不然老實講今天一個特例通過之後，我相信之後衍生的問題更大，所以我是比較堅持先確立原則，謝謝。

主席

確立原則，那現在是如果要去一碼歸一碼，就是醫院的住院不調，門診調，這個就是大家最沒爭議了，醫院總額也沒影響，這個代價就是每個醫院，設有牙科的醫院，全部都要有兩個批價碼，那我們也麻煩，因為這也是過去以來沒發生，但是過去各總額之間確實有調跟沒調的，或剛剛舉例的診察費、藥師服務費，但都不同機構，會不會出現同一機構、同服務，不同的支付點數，這個又創造另外一個分歧，這只會讓事情越來越複雜，也會很多錯誤發生，這個後續也許覺得只是幾百萬，可是發生的人就會有感覺，所以大家再思考一下，但是這個議題我同意說以後一定要討論，今天這個議案最終究竟怎麼樣解決，最終還是要針對這個議題去討論，不管誰來啟動，但是已經發生太多例子，所以我們一定要去啟動來討論這個事情，但是眼前這個案子要如何過，就看大家的共識，請游代表。

游代表進邦

我覺得未來如果不談出一個結算的原則，這個結算方式沒有一個原則，未來像這樣的問題還是會層出不窮啦，本來想說兩個總額之間的協商可以把事情解決，但是看來事情好像沒那麼簡單啦，彼此大家都有那種怕割地賠款的心態，所以這個事情還是要健保這邊再綜合，劃分上協調上，訂出一個原則來，這樣以後各個總額在調支付標準，才不會發生今天這種情形。其實我們醫院大概不希望說，因為區區幾十萬把牙醫支付標準給卡住了，那我想說今天假如能做成一個決議的話，未來結算方式會討論一個原則的話，我建議就是說，今天牙醫的部分還是讓它先過啦，我認為說過了之後大家來討論這個原則，以後大家才不會有這樣的問題存在，這個部分大概先這樣，以上。

主席

有共識的話，就是游代表的建議是先過，我們會有一個案子專門來討論這個事情，也許以後有個比較好的原則來處理，可是如果大家現在都堅持，就是委屈大家去改支付標準，電腦系統都要去設計，也許用的時間不長，或是以後要這樣用，這些都是要付出的代價，我不知道醫院的代表，這邊看法怎麼樣？其他的代表，剛剛是游代表這樣建議，李院長這邊，你還是認為不要？

李代表飛鵬

我是覺得牙科拿了一個 10 幾億的東西，大家過的很開心要調，但是調是有一部分的錢是調在醫院牙科一小塊，其實原則是撥一小塊過來就沒有，醫院也是可以這麼多錢，但放一點點過來就可以，本來這一大塊就是要調在診所，要調醫院啊。

主席

醫院調的牙科你要不要分回來，就是都有發生，但是大家以前都沒去注意，但那個都是擦邊球，都是很少很少的錢。

李代表飛鵬

過去就像大草原裡面的草很多，大家都吃得很開心的時候，真的都不計較一些小東西，那現在就是有一方已經過的很痛苦了，才需要這麼一小點的草，所以就是這樣的想法。

主席

確實現在可能比較緊的就是我們醫院總額，請朱代表。

朱代表益宏

主席我覺得這個案子，我剛剛強調的就是說，其實在醫院協會內部討論過，第一個就是醫院協會不肯出這個 100 多萬，雖然錢不多，但是原則問題，醫院總額不應該出這個錢。第二個結論就是在醫院協會內部開會，三個層級都在，大家的結論就是，因為預估剩下 1800 多萬，其實是有足夠能力撥到醫院總額 140 幾萬，至於實際成長的量多少，我們也用實際的量去做實質的處理，就是用健保署的試算資料，其實 140 幾萬撥到醫院總額以後，事實上這個案子在今年度就可以處理。那至於明年度在 9 月份協商的時候，醫院總額這邊再去爭取，請健保署跟牙醫去協助醫院總額去爭取相關的經費，去把它補足，那牙醫這邊就不用再撥過來，還是說用其他方式，從其他總額就是所謂的風險移撥款，如果說在今年度有討論出來各總額中間有一些風險，挪動的狀況下有一筆專款的話，從那去撥也是另外一個方式，但是我覺得比較急的是處理現在眼前的問題，那我想我已經把醫院協會的結論，我已經講了，那結論就是這樣。當然如果牙全會這邊認為他們另外提一個說醫院這邊不動，那當然跟醫院總額沒有關係，不會影響到醫院總額的財務，我覺得作為醫院協會的代表之一，我個人是不反對啦，但我覺得這件事情要在今天會議上清楚去呈現，是牙全會他們的建議，是要把醫院的牙醫師在不同的地方做不同的給付這件事情，我覺得要很清楚的呈現，並不是說醫院協會去虧待在醫院服務的牙科醫師，我覺得這個事情不要到

時候引導變成說是醫院協會去阻擋，那我覺得這樣就不好，這個是牙全會的建議，所以牙全會也要對他的會員負責啊。

陳代表志忠

對不起，我要修訂一下，在我們醫院裡面的牙醫，並沒有說在醫院裡面服務就拿不到第一個支付標準，那是病患來源的差異，如果那個病患是來門診掛號的，一樣享受這個調整，如果那個病患剛好是別的病住在醫院裡面，被會診到牙科門診去的，就是住院的，不是在裡面被虧待，不同來源。

主席

那是不同疾病住院的病人，因為牙科的緊急需求，才會會診。否則何必會診牙醫，就是因為緊急，不然等到他出院再去看牙醫就好了，對不對？現在好像只有兩種選擇，一種是牙醫全聯會這邊，徐醫師還要補充。

徐代表邦賢

感謝大家的指教，現在聽來聽去好像聽不出所以然來，只是要請教一下主席，跟請教一下我們醫院代表，在討2-23面討論這筆錢，如果是原則問題，那是不是也應該要撥付給我們？對不起，我是說如果大家都在討論原則問題的話，那我們資料裡面，討2-23這些是不是應該要撥付給我們，因為這是已經一定會發生的事。當然總額間撥款，這本來就是個大哉問，在目前為止只是希望大家在原則還沒確立之前，我們是不是能夠跟之前以往的往例，或是說我們的提案這樣子，大家能夠來思考一下是不是能夠讓我們牙科給個方便，那4、5千億的預算對於100多萬跟400多億對100多萬，我想這個比重也是不太相同，這個草的長與短，我們就不便在這裡討論，只是牙全會還是希望說，這筆預算大家能夠讓牙科通過運用，今年我們能夠很順利的來做一些調整，這是牙全會這裡再次懇求大家答應，謝謝。

主席

我們再請梁代表說明一下什麼時候會討論這個案子好不好？

梁代表淑政

這個問題涉及費用之移轉，這要看大家覺得要怎麼去做處理才適合。至於 110 年對於 MCPI 預算之應用，部裡在決定時，亦無列有政策要求，故各總額部門在規劃 MCPI 調整支付標準時，亦應考量是否對其他總額部門有所影響並負起責任，但不宜由健保其他預算來支應。至於未來在總額部門別的切割，醫院與西醫基層的連結度是比較高。

另外本項支付標準如果今天通過，最快大概也就 6 月 1 日才會生效，原本的 100 多萬的影響，大概只剩 70 幾萬，建議大家可以各退一步，希望還是以單一支付標準為原則，至於部門間預算之流動，或許可以在 111 年的總額協商時候，大家各展智慧共同討論相關處理原則。建議是不是讓牙醫支付標準的修正先通過。

朱代表益宏

剛剛主席說希望梁代表這邊，什麼時候啟動總額互相挪移的 timing，結果看起來好像還是沒有什麼 timing，就是 9 月再協商嘛。

梁代表淑政

短期處理，當然是在年度總額的協商中，至於長期檢討，這部分會帶回社保司討論，是不是可以併入總額公式檢討作業。

主席

我們要不要趕快啟動一個會議來討論？

梁代表淑政

部裡對於總額公式的檢討，依據去年 12 月的總額公式檢討會議，

醫界希望能夠組成一個公式檢討的工作小組，部裡已經啟動了，至於不同總額部門間的問題，我們會做內部討論是不是也可以一併檢討。

主席

好，那就是能夠盡快地來檢討原則問題，以及如果有總額協商時候的配套那就要一併進行。我們還是回到今天的本案，本案大概現在就是剛剛牙醫代表的提示是說，如果牙醫要撥給醫院 143 萬，那醫院是不是要撥給牙醫 119 萬。6 月 1 日生效就各自再減半，差額再減半，143 萬減 119 萬再除以 2。為了這幾十萬我們所有醫院有設牙醫的醫院，都要去改批價系統，也許有 solution 之後又要再改回來，因為盡量避免那麼多複雜的，我們可能換還蠻複雜的。

羅代表永達

沒想到討論這個案子這麼久，我個人建議該還就還，我代表我們社協支持說，該還你就還你，你們該給我們的給我們，這就是原則問題，那也才能保障包括剛剛講的門診透析，很多後面追加的東西裡面，回到一個法的原則，而不是說我們應該給你的不給你，你不應該給我的...

主席

所以您堅持牙醫要撥錢過來嗎？因為你們現在比較少。

羅代表永達

對，我們要還他的還他，接下來東西 6 月份的時候再來協商。

主席

現在用差額去還，不能兩邊在那邊用費用的移轉。

羅代表永達

對，目前我們沒有這個原則嘛。應該要按照原本的遊戲規則來。

主席

我們把所有的東西都講清楚之後再做決定，如果是要這樣做的話，可能牙醫要撥個 20 幾萬給醫院總額，我們現在各分區的總額都已經分出去了，可能程序上要怎麼走？于淇要不要說明一下？可能我們總額科這邊會怎麼處理，如果不得已要這樣的話。

徐代表邦賢

對不起，主席我打個岔。

主席

牙醫是不肯的嘛。

徐代表邦賢

不是肯不肯的問題，而是在兩個起始點不同，這個 110 幾萬是已經公告，已經開始在發生的，這個是還沒公告，所以我們已經被影響了，但是我們現在的案子還沒有造成對方的影響，這起始點不同啊。

主席

我們就是只能講說因為 109 年預算已經走完，那就是針對 110 年預算的影響，只能針對 110 年，那我們假設 109 年對牙醫的影響 110 年繼續存在，對不對？

徐代表邦賢

是的，對，是從 1 月 1 日就繼續存在，而不是 6 月 1 日。

主席

110 年預估對醫院的影響跟醫院影響牙醫的就是 143 萬減 119 萬，剩下 20 幾萬。6 月 1 日生效就剩下 10 幾萬，10 幾萬要大家去花這麼多力氣去改支付標準，這個事情今天是一個例子，以後這種事情還是會發生，所以未來應該要有個原則來處理這個問題，現在

馬上要談原則很困難。于淇再補給大家說明，如果真的要這樣的話，為了10幾萬的撥補，我們要付出多少的行政代價？

洪科長于淇

因為預算衛福部已經公告，那如果要預算挪移，應該要再報衛福部同意，可能也要重新公告。

主席

還要再報健保會，可能分一分之後每個人不到幾萬塊修正。

羅代表永達

主席，我相信當然麻煩，但是你看大家爭執不休，有些東西的成本，就像我曾經接過法院還我4塊錢，用一個28塊錢的信封回來，一樣的道理。他多收我4塊錢，他為了要把這4塊錢還我，拿了一個掛號的還給我，意思是一樣的，因為法就是這樣規定，我們原來的遊戲規則就是這樣，否則的話大家回去跟彼此的會員都沒辦法交代。

主席

請學者專家江代表。

江代表銘基

這個問題大家各有各的立場，其實剛剛署裡也講了很清楚，我看再這麼爭執下去會沒完沒了，我尊重支持健保署最終決議。

主席

當然，就是說未來的原則。不過你現在把它拆解掉之後，未來的事情不知道，如果都照我們預估，143萬減119萬就是等於24萬，那影響半年就是12萬，12萬再除到所有程序再走一遍，大家回去都去改程式，可是未來也許西醫的住院不會那麼會診牙醫的時候，那個金額也不一定發生，因為實證就不知道，真實的發生數據。來請秋燭。

廖副主任秋燭（李代表偉強代理人）

討 2-23 的那頁推估 119 萬我看不清楚，因為這裡寫說 109 年的醫療服務成本指數改變率其實是到...去年的預算是到今年 3 月 1 日才生效，這估計上面寫以 107 年及 108 年申報情形推估出來，所以是 2 年還是 1 年？2 年 119 萬？

主席

好，我們來說明一下討 2-23 頁這張表的意思好嗎？來，請。

陳科長依婕

跟各位代表說明，因為 110 年的費用還沒有發生，所以我們原本應該要用 109 年的申報資料來做推估，但 109 年又遇到疫情的影響，我們擔心會有影響會失真，所以我們拿 108 年全年的申報資料來做基礎，來做計算。計算的時候我們會考慮有成長率，所以我們拿 107 年跟 108 年的成長率，我們只拿成長率來做推估，推估 108 年一直成長到 110 年會成長到什麼樣的規模，用這個規模來估說醫院調升的項目對牙醫總額的影響。

主席

因為這裡的 3 個項目都是今年 3 月 1 日生效，有調整的，這個點數的總計，調整差距乘上數量，出來的就是 119 萬，大概就是這樣。好，我們的結論是什麼？我們都要各自付出代價喔，來，請朱代表。

朱代表益宏

科長，病床費跟住院診察費理論上應該都是住院的病人發生，怎麼會報到牙醫總額去？是不是說明一下。

陳科長依婕

我們有去細看裡面申報的醫令，其實都是因為急診觀察床有分病床費跟護理費的關係，所以其實都是發生在急診的費用，算在牙

醫急診，所以算在牙醫門診總額裡面。

徐代表邦賢

主席，不好意思我想釐清一下，剛才主席的算法是 143 萬減 119 萬對不對？其實這不太對喔，因為我們還沒發生，所以不可能 143 萬，我們可能 70 幾萬。

主席

對，這是估的啦，連討 2-23 也是估計的喔，都是估計的喔。

徐代表邦賢

所以以您的算法來講，應該是 70 幾萬減 119 萬才對。

主席

這個就是用 108 年的資料去估計的。

徐代表邦賢

至少它是 3 月 1 日公告的。基本上牙全會不會去堅持，如果說大家就是如羅代表所講的，該補的補該還的還，其實我們同意啦。

主席

我有一個建議，可不可以大家聽一下，現在大家看到的 143 萬跟 119 萬全部都是估計，我們可不可以照走？然後數據出來之後用原則在明年的總額去處理，就是說如果真的要還，或者是誰要補的話，就在協商總額的時候去做微調。對啊，就半年，就當成乘以 2 嘛，對 1 年的影響，這樣會不會有實證的資料出來會比較好？

朱代表益宏

主席講的明年總額去處理，我不懂的是在協商因素裡面去做微調，還是怎麼樣？

主席

我們負責把數據攤出來，然後協商完之後有個調整款。

朱代表益宏

因為現在是這樣，如果用明年的總額去所謂微調，那應該是全部協商完了以後，最後再去加減，就是那個數字總額已經確定了以後再去做加減。

主席

就是大家都談完以後，我們有另外一個調整啦。

朱代表益宏

而不是說這個在協商因素就直接調，因為醫院總額往年協商幾乎接近到頂，如果在協商的時候就去做微調，事實上影響其他那部分啦。

主席

那我們用其他總額好不好？我們放在其他總額。

徐代表邦賢

我贊成主席所講。

朱代表益宏

如果是放其他總額，那就是今年度就可以其他總額撥過來了。

主席

可是原來風險款的用途沒有在這裡，沒有這種用途你不可以隨便這樣做。

徐代表邦賢

我贊成主席所講，撥在其他預算裡面。

朱代表益宏

我建議是這樣子，第一個因為如果是這樣，其實今年的在其他預算裡面，事實上會有剩，他有一些項目是有剩，包括風險移撥...

主席

因為我們可以在第4季的結算應該是到明年的6月了，對不對？把調整款放到明年的第4季，在總額協商的時候就是還回去，不管是牙醫要還給醫院還是醫院要還給牙醫，用實證的資料來處理，這樣會不會比較合理？要不然的話，現在大家最後都在質疑說143萬跟119萬可能算錯，也有可能啊。

朱代表益宏

因為你現在總額都已經分下去了，所以我不知道那個錢到明年6月去結算今年到底...

主席

我們今年9月就要協商111年，對不對？在協商的當下，是不是可以想辦法在那裡來校正110年的這個誤差。

朱代表益宏

不不不，主席，如果是在9月協商的時候去校正這件事情，那對醫院總額這邊會有困難，因為醫院總額幾乎都已經到頂了嘛，我要在我的協商因素裡面去校正就勢必會壓縮到我的其他相關總額，這個會有影響，除非我剛剛講的如果這個校正是在協商完了以後，全部都談定了以後，然後由健保署再做實際上金額的挪移，才不會有問題。不然的話，把這個議題如果說在總額那邊去協商，那就變成今年醫院總額已經出了140幾萬，然後到明年協商的時候，明年我們又要被壓縮一次，因為會把影響到我們的協商因素成長率。所以我覺得這其實比較單純的方式就是剛剛大家提到的，到底該怎麼樣調整，就互相去做錢的挪移，這樣其實比較單純，而且如果不是這樣處理的話，我講一下，如果今天醫院協會提一個案子說我牙科的診察費我要調整500塊，如果這樣調的話，全聯會一定也吞不下去，對不對？所以如果是有這個原則，醫院調了，對不起你調太多，你的總額撥到牙科總額去，這樣子我覺得大家才會心甘情願來做這

件事情。所以我認為說在今年度用這種方式處理，至於明年度因為沒有那筆錢，我覺得那一部分是支付標準已經去調整，明年度醫院總額到底有沒有這筆錢，或是牙醫總額有沒有那筆錢，我覺得那部分就是在協商的時候就由大家來協商，或者健保署在明年協商的時候，其他總額那邊去 create 的一個項目，就是四個總額的風險校正，或是風險提撥，然後彼此的增加的費用由這邊來處理。我覺得這是明年的事情啦，但今年度你說要明年處理，我不認為明年可以處理，因為明年處理你只有在協商的時候再協商因素裡面處理。

主席

我們可不可以有一個共識，兩個可能，就是現在的 143 跟 119 都是推估，因為不知道會發生多少，等到第 4 季的時候就差不多知道，結算的 4 季的時候就明年 6 月的時候，誰多誰少就互相補，好不好？是不曉得是醫院總額要補給牙醫，還是牙醫要補給醫院總額，不知道，到時候就第 4 季就直接調移，這樣可以嗎？就是至少解決今年，明年以後要怎麼樣處理，那就另外一個會去討論原則，大家爭執在今年，先處理今年，今天這個議案其實是在處理今年，不是處理以後，這樣可不可以？因為誰也不知道誰要付錢給誰。

李代表飛鵬

就是說這個以健保署的大水庫裡面，不要讓這兩個人為了這個東西...你的水庫裡面那裡有個私房錢解決這個問題，這一點點的東西...我覺得很荒唐。

主席

李代表，我也覺得。

李代表飛鵬

我們不要變成醫院一個計價，診所又一個計價，那這個差這麼一點點，在沒有遊戲規則以前，比如說兩邊醫院總額或牙總預備金，預備金拿出來就不會...

主席

所以李代表就是沒有參與協商，我們健保署連私房錢都沒有。

李代表飛鵬

一定有私房錢啦，不可能沒有，這我絕對不相信。你一定有可以調解的，這 100 多萬調不出來我不信。

主席

就真的沒有任何的權限。所以這就是為什麼總額都在健保會決定，其他人沒有任何彈性。也不行回到一般總額。還有嗎？現在已經 3 點 34 分，我們花了太多時間在這裡，顯然為了這個也許影響很小的金額，但是大家爭執這麼久。沒關係，如果大家真的覺得醫院不要調，那就醫院不要調，那你們就是改支付標準，這件事情不曉得會多久，如果大家都沒有意見的話。這如果是大家的共識，那我們很容易做決定。你們支持最後的決議，就是醫院不調。

羅代表永達

剛剛主席有提到說在明年結算的時候多退少補。

主席

就是支持我剛剛講的？

羅代表永達

對。

主席

那這兩個總額都同意？就是不會創造門診住院不同的點值，大家就是方便行事，但是我們今年就是做這樣的調整。就是第 4 季不管怎麼樣發生，一塊錢也得調，可以吧？牙醫可以嗎？

徐代表邦賢

我充分支持，但是請署裡，如果可以的話，是不是一段時間後，

給我們目前為止的申報狀況，因為我們現在只有自己總額裡面的一些資料。

主席

這當然可以，但是問題是這資料也得大家報出來才能夠知道，這是落後的。現在就是權宜做法，就是今年第 4 季去調動，現在不知道誰要給誰錢喔，大家都不要再有爭執，今年就這樣調整。至於未來要怎麼處理，就是另外一個會議，社保司會來處理。未來的原則，就應該到 111 年總額協商的時候去做實現，我們今天就停在這裡。

朱代表益宏

主席英明，我雙手贊成。特別我要再確認一下社保司一定要處理，因為今年 110 年總額是這樣處理，但支付標準一旦調整，111 年就會持續發生。所以後續社保司一定要拍胸脯保證這個事情不會等 9 月調整，協商的時候會談不出來，所以社保司一定要有一個承諾，而且我覺得這件事情要列入追蹤，包括社保司的進度。不然社保司如果不處理，事實上我們這個會議對社保司是沒有約束力，如果社保司不處理，到 9 月的時候，這個案子到明年怎麼辦，明年就會再衍伸出來。因為如果雙方不把總額編齊的話，不在自己口袋範圍內編足的話，那就會產生問題，明年就會沒有錢，支付標準是不是又要調回來，要是明年再吵一次。所以我覺得社保司必須要有一個 time table，要看怎麼處理，不然的話，社保司如果說這不急就不要處理，那明年我們是不是又要吵一次，因為沒有錢明年就要調回來。

主席

好，請社保司表示意見。這都列入紀錄。

梁代表淑政

再重複說明，111 年總額規劃已經開始進行，今天早上也開會

討論，所以很清楚這些都在進行當中。至於剛剛有提到在建立原理原則這部分，社保司已經成立總額公式檢討小組，我會回去轉達大家的訴求，是否也可以把它列入總額公式檢討小組之討論內容。因此短期檢討可以在 111 年總額協商時去作處理，長期的改革可以在總額公式檢討中進行。

主席

那就是列入社保司的工作小組討論議案裡面，今天就是這樣子的決議。可不可以就這個地方討論到這裡，已經有大家可以同意的處理方式，牙醫兩位代表也同意，醫院代表也同意，那我們就往下看，其他還有沒有意見？

朱代表益宏

社保司的部分是否可以列入下一次會議追蹤？

主席

好，列入追蹤。其他大家有沒有意見？如果沒有，本案就通過。請梁代表。

梁代表淑政

有關 0 至 6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫，這試辦計畫之療程將近一年或一年半，但目前這計畫實施期間是到 110 年 12 月 31 日。如果今天已收案，但其後面的第二次、第三次複診費用明年才會發生，雖然本計畫停止試辦的機率很低，但如果明年這預算沒有了或未來某個時點不試辦了，那它後續費用經費的來源是否要有處理方式？因為醫生收案提供服務了，不可能不支付費用。

徐代表邦賢

那就只有懇請社保司及我們與會代表，明年繼續支持我們計畫。

主席

那個是不確定性，沒有確定。

徐代表邦賢

我們也有個底案，如果說明年沒有預算的話，或被迫停止的話，我們會用有一般預算來去支應後續收案。

主席

那要寫到會議紀錄裡面。

梁代表淑政

建議明訂在試辦計畫內容，以利醫療服務提供者安心。

徐代表邦賢

這個我們事後補上。

主席

對，事後補上，就是說如果明年預算沒有來源的話，就從一般牙醫總額預算來支應，這個寫入我們方案裡面，會後補充。大家有沒有意見？可以通過的話，本案通過。接下來第三案。

討論事項

第三案

案由：應用 109 年醫院總額及西醫基層總額之醫療服務成本指數改變率預算調整特定診療支付標準案。

主席

這個案子大家有沒有意見？請羅代表。

羅代表永達

主席、各位先進，這次的調整茲事體大，因為這是我們最後一次用非協商因素去調支付標準，所以這次調整當中，有一個部分就

是 RCW。因為 RCW 本身不是屬於一般慢性，我想每次我們談到急重難症的時候，都會把慢性的病房拿出來。可是當時 RCW 的性質，本來就不是一般慢性病醫療照護強度很低的地方，相反，在當時是為了讓 ICU 裡面相關的病人下轉，如果 RCW 這個層次崩潰的話，會回到 ICU 裡面的占床率。我們都很清楚知道十幾年 RCW 從來沒有調，不管是在醫生的部分或是護理的部分或者是病房費，這麼多年來從來都沒有調過，這次調整的背景跟以前是不太一樣。比如說這十幾年來，RCW 目前病房數或總體的量，每年都按照 3、4% 的比例在減少，而且在安寧緩和的時候，在上次的會議有特別提到，現在目前 RCW 裡面將近 30% 有簽安寧緩和，也就是說現在目前 RCW 是在很正常情況下趨緩。可是相對的，留在那邊他們的共病，很多東西隨著 CKI 值或是共病的 CMI 值是逐漸變多，可是這些醫護人員或是醫事人員或是成本，事實上是大量在提高，這次調整裡面，RCC 調 5%，可是 RCW 本來只調 0.5%，我們爭取後調整為 1%，1% 這樣的比例要把醫師的診察費或是護理費，把這麼多年來調整的東西加進去都不夠。所以說實在，我們稍微算過，大概 20 多% 做 RCW 的病房或是醫院都關起來不做了。我們很擔心說可能要不了多久，在沒有改善的願景情況下，將來可能更多更多 RCW 不做，將來很多 ICU 相關的呼吸治療依賴病人他們不曉得何去何從。

我覺得這次也考量到署裡告訴我們說所有的費用是不夠的，可是整體來看 100 多億，我們這次調整 2,083 百萬點的部分裡面，我們建議至少有兩個部分希望幫我們調，一個就是把醫師跟護理人員或者病房費，這麼多年來相對比較的調過去，或者是否可以按照 MCPI 值，留一個 2.356% 的數字，至少十幾年來的所有 MCPI 我們都沒有調到，能不能用今年 MCPI 的 2.356 當作我們調整的過程，我們根據署裡面給我們的資料討 3-2，如果比照 RCC 調升全年增加 340 百萬點，如果拿 2.356%，事實上只是 1 億 6,000 萬點，也就是說現在 7,700 萬點增加不到 1 億的點數，這些點數事實上會影響其

他點值其實是相對小的。我們建議是不是可以直接就調整，或者是調整其他點數方面做努力，我們也跟其他層級做過協商，看能不能由我們總額一起來吸收，或是再調整其他點數，以上。

主席

剛剛的建議是調 2.5%？

羅代表永達

調 2.356%。

主席

2.356%。

羅代表永達

就是 MCPI 值的部分。

主席

OK，成長率，這個會增加多少？

羅代表永達

大概 1 億多...。

主席

1.8 億左右。我們現在還剩多少？

黃代表雪玲

我先反映一下，上次我們有講過剩下的 20 億要來調急重難症的，RCW 我感同身受他們希望調整，我也可以接受，但是我們這次剩下 20 億就是要調整急重難症。所以 20 億應該是要放在急重難症的部分，那 RCW 的部分是不要在 111 年再去爭取或是怎麼樣，我們上次其實都有講過，也有共識，剩下 20 億是調急重難症，因為之前調 80 億，我們醫學中心已經讓步很多，上次確實是有決議是要調急重難，我們不希望再把這部分做切割。還有今天估的預算，我有問 RCW，

其實醫中雖然沒有 RCW 病房，但是我們如果住超過 RCW，住一般床也是比照 RCW 費用支付，可是我們都沒有申報那個醫令碼，所以在估算絕對不止這個價，可能是不是你們要再重新計算。而且這個議案在我們醫院協會也沒有討論過，所以我會希望先提醫院協會討論同意以後，我們再報署。

主席

所以，我剛剛只是釐清羅院長講的是 2.356%，這是你的建議。現在雪玲這邊醫學中心的說法是，上次的 80 億左右是大家已經協商過了，20 億是用在做急重難症。目前我們提出的方案裡面對於 RCW 也有酌調 0.5%，所以雪玲的建議是維持 0.5% 嗎？

黃代表雪玲

我們是要調急重難症。

主席

所以你是連 RCW 的 1% 都不要是不是，還是 1% 你可以接受？

黃代表雪玲

調 RCC 可以，調 RCW 他不是急重難症。

主席

所以你認為 RCW 的 1% 是不應該用到這 20 億？這是你的意思嗎？我只是想釐清。

黃代表雪玲

是。

主席

好，你也是 1% 也不同意。其他大家的意見？請朱代表。

朱代表益宏

我覺得是這樣，剛剛羅代表講的很清楚了。事實上 RCW 有一

個很重要的功能就是承接 ICU，大家不要忘了以前沒有 RCC、RCW 設置的時候，ICU 是很壅塞的，如果長年都不調，甚至把它妖魔化成所謂的無效醫療的話，事實上地區醫院也都可以不要做，就轉型配合做政府的長照 2.0，最後的結果就是 ICU 塞車。所以我覺得說，雪玲可能也要考慮，在上次 80 億的時候，你那邊提出包括老年醫學，事實上我們大家也都支持，更何況這 20 億裡面，在 109 年的 MCPI 調整裡面，雖然有強調急重難症，但是還有就是分級醫療的配套，其實 RCW 就是分級醫療的配套，只是說在這 20 億裡面，我們並沒有要求說要給地區醫院多少多少，事實上現在我們草案才拿 3 億多，我們地區醫院也會接受，只是很卑微的拜託是不是能夠至少給他一個 MCPI 的成長率。因為大概有三分之一地區醫院，住院就是以 RCW 為主，可能醫院有很大部分收入就是 RCW。那每一年都有所謂的 MCPI，物價成長、房租等等，長年都沒調，已經累積到現在大概已經超過 10 年都沒有反應。我覺得這次非常感謝署方這次主動把這個案子提出來，我們只是說在影響預算非常少的範圍內，大概在 1 億之內或是 1 億左右，在增加 1 億左右的範圍之內，其實讓 RCW 能夠營運，至少不要再更進一步的萎縮，然後能夠在整個急性醫療體系裡面可以去承接 ICU 下來的病人，這樣的功能能夠延續。所以我覺得雪玲也不要太堅持，如果真的堅持的話，我覺得很多事情在醫院協會內部也不見得談得出結果，以上。

主席

好，雪玲先舉手，再來羅代表。

黃代表雪玲

我想我剛剛有表達我並沒有反對 RCW 要調支付標準，但是我們上次的共識就是剩下的 20 億要讓專科他們成長，調整他們支付標準點數的不足，那 RCW 部分我們可以在後面 111 年或是來年再編預算，我並沒有反對這個部分。再說，健保署 100 多億，我有去試算，照健保署公告有算三層級的占率，在 100 多億裡面地區醫院已

經分了 26%，本來你們申報占率只有 19%，我們醫中申報占率大概 41%，在這次 100 多億裡面我們只有卑微地拿到 32%，我們剩下這 20 億在上次就有共識是要調急重難症，所以我們是堅持能夠用在急重症。但是急重症部分，地區醫院也有照護啊，並沒有說地區醫院會調不到，所以地區醫院提出來如果是照護急重症，我們當然也是會過，因為這 20 億上次就有共識是要調急重症。

主席

請羅代表。

羅代表永達

我補充說明，首先剛開始在調 80 億的時候，當時調最多的是慢性精神科，慢性精神科是政策因素讓這東西長久沒有調，他們當時有其他考量。第二個在 20 億當中，如果按照現在地區醫院含 RCW 占率的話，大概 18% 到 19% 左右，可是如果只有按照目前我們本來的百分比的話大概是 15%，所以我們真的很卑微，因為做 RCW 不是只有地區醫院，還有包括區域醫院還有某些醫學中心的分院都有，所以如果我們把它都扣掉以後，我們把它調到 2.356% 的時候，它的百分比剛好 18.5%，也就是說這我們只是拿我們地區醫院應該分到的部分。話又再說回來，我不曉得剛雪玲代表提到的 20 億有共識調急重難症，我不曉得是那個共識會議裡面所提到。另外就是它是優先用在急重難症，並沒有說不應該用在其他分級醫療部分。另外，其實我剛就講說 RCW 跟一般慢性不一樣，它其實是急重難症的延續，並沒有違背當時相關內部規定，以上。另外它是浮動點值。

主席

請林代表，再來謝代表。

林代表富滿

剛剛羅代表講說這個 20 億地區只有分到 15%，尚不及地區點數占率。其實當初 100 億分兩次調，前次 82 億調整基本診療項，地

區醫院調的占率高達 28.3%，遠高於地區醫療點數占率 18.2%，如果兩次加起來，就是剛剛雪玲講的數字。我們很贊成 RCW 要調，但應該在前次調整基本診療的時候提出。這次的 20 億本來就是匡列要調整急重症，不能還要求調整非急重症且要維持原來點數占率，邏輯上不合理，所以我支持雪玲代表所提的相關意見。

主席

先請謝代表。

謝代表景祥

我想說講急重難症，但是我想 RCW 不算急症，但一定算重症，用這個方向來看的時候，它是沒有問題。假如說，當年因為政策方向不易成立，後來又覺得有點過了頭，所以政策就改成壓抑，但是現在壓了十幾二十年了，壓到我覺得不太合理的程度，這麼多年來，其他各方面都有慢慢東調一點西調一點，這個過了十幾年半毛錢都沒調過，還隨著點值一路往下滑，如果不是到了危急之秋，那大概照政策方向又要壓抑也不會要來討論這塊。但是我們是覺得也是很卑微的請求，這個講急重難症，這真的也是在裡面之一，所以拜託大家還是考慮一下，謝謝。

主席

好，請朱代表。

朱代表益宏

我覺得剛醫學中心的 2 位代表一直強調所謂占率，那我覺得有些時候當然考慮占率是很重要的，但是，是不是用占率去考慮調整 RCW 這些，我個人認為不妥，如果真的要講占率，所有的新藥，事實上地區醫院也都分不到，為什麼在新的醫療科技不分一塊所謂的占率給地區醫院呢？如果所有的支付標準調整都要考慮占率這件事，那就會讓很多合理性會扭曲。我當然同意占率是重要的，占率是一個宏觀的考量，那必須在宏觀上必須考慮占率，但是如果每一個項

目或細節都要去考慮占率的話，事實上就會扭曲。那我們今天就 RCW 來講，確實它是長年沒調整，第一個，它是政府當年的政策，所以地區醫院配合去做了 RCW，我覺得政府也並沒有對外宣示 RCW 不需要，也並沒有這樣的宣示啊，只是外界有一些聲音，包括以前的監察委員去做個別意見的陳述，它所謂的無效醫療，但是事實上在臨床，大家都知道它是有效的，它是有它的功能在的，在整個醫療分級體系上，它是有它的功能，所以並不是無效。但是在這個調整案上，事實上地區醫院的訴求也不是說我們會要比照其它要調整 10%、20%、30%，沒有啊，我們只是很卑微的拜託，是不是至少能夠用物價指數的變動，這樣子的 MCPI 概念去調整，增加的費用其實是有限的，大概 1 億左右，以上。如果真的要講到占率的話，很多事情談占率的話，很多事情就會談不攏。

主席

好，謝謝，還有沒有？除了這 1 項 RCW，這個項目有意見以外，其它大家有沒有意見？請黃代表。

黃代表振國

本來是醫院的事情，我們不便發聲，但是我覺得一切都是總額惹的禍，如果沒有總額這個問題，我想今天大家也不用那麼辛苦。我們還是回到原點，就是應該以病人為中心，而不是兩個層級的考量，什麼病人得什麼樣的病，就到什麼層級去得到醫療服務。其實每個層級的醫院、診所的服務內容不盡相同，當然急、重、難症也橫跨很多，包括各專科都很優秀，都應該重視，不管醫院怎麼去分，急、重、難的部分，我覺得必須要兼顧他們的和諧性，今天提 RCW，明天可能又提什麼項目，那我覺得重要的是到底病人需要什麼？今天一筆預算下來，當然按比例也不好，但是新藥的預算也是從基層跟醫院也是直接切，沒有說到底誰用得更多，誰用得少，就應該要編多少，我們也是認同這個制度，所以沒話說。所以我覺得應該務實，預算不足的時候，大家都會斤斤計較，我建議有一個明確的政策，

譬如說哪些真的是民眾有比較多的需求，像這次太魯閣號事件，我認為創傷的部分最重要，所以大家都有本位主義，應該請醫院協會回去好好談一談，希望他們的溝通能夠更好一點，當然我們尊重他們內部的決議，謝謝。

主席

好，謝謝，那還有沒有？請。

洪副主任世欣（林代表綉珠代理人）

護理全聯會代表發言，感謝健保署在這一次 MCPI 裡，調整了 406 項的支付標準，不乏許多項目是從民國 84 年到現在從來沒有調整過的支付標準，其中有 4 項跟我們護理第 9 部的支付標準有關，請各位代表看一下序號 48 項「47014C 留置導尿」，該項是民國 84 年訂定的支付點數 315 點，這次提升只建議提升 8 點到 323 點，已經過了 20 多年，僅建議調幅 2.5%。此項在 406 項建議調整的支付標準裡，我們 survey 過該項是屬於低單價但醫令量數量比較大的項目，它影響全國的總額約 600 萬點。剛巧這個支付標準項目，是我們護理全聯會在 3 月 19 日發函文到貴署建議調整 4 項支付標準跟新增 1 項的項目。

主席

在哪裡啊？

洪副主任世欣（林代表綉珠代理人）

3 月 19 日，那貴署還沒有函文說接受。

主席

沒有看到這個公文。

洪副主任世欣（林代表綉珠代理人）

本會 3 月 19 日函文建議調整 4 項支付標準跟新增 1 項，其中有 1 項建議調整項目剛好就是「47014C 留置導尿」，我們也按照貴署

的要求，做了整個作業流程的總檢討及成本分析，建議調升 28%，可是貴署此案只有調升 8 點僅 2.5% 實在差異太多。本會建議在不影響大家太多時間下，護理全聯會懇請主席，是不是可以納入紀錄，下一次把我們提出的申請的 1+4 項建議能夠列入考量調升點數，因為從民國 84 年的 315 點，調到現在的 323 點，只調 8 點，在臨床留置導尿管的照護上，完全不符合成本調升指數改變率，以上。

主席

剛剛護理的代表是郭代表是嗎？是洪代理人，所提的支付標準科說明一下，剛 3 月 19 日的公文好像沒看到。

陳科長依婕

是，有的，其實我們科這邊已經有收到護理全聯會來的公文，除了有調升點數的項目以外，也有包含要新增臨終護理等支付標準，這個我們有收到，有錄案了。因為這次的項目其實都是通盤的在看，然後也有考量到預算，所以這些案子我們已經有錄案要研究了，以上說明。

洪副主任世欣（林代表綉珠代理人）

會不會列入下次的討論？

主席

今年的預算就沒有了，那明年會不會有預算，現在是不清楚，那有錄案是什麼意思，因為 3 月 19 日是不是已經是開完會之後的？

是，就是比較晚來，當時在徵求的時候，沒有早一點來，所以錯過了，好，那其他大家有沒有意見？

洪副主任世欣（林代表綉珠代理人）

剛提到「47014C 留置導尿」，剛好此次議程中貴署做了調整，但只調了 2.5%，事實上我們按照 1 點 1 塊錢進行作業流程跟成本精算，來函也附上完整的報表，本項建議提升到 406 點，目前只調到

323 點，只調升了 8 點，調升比例太低了。請貴署納入考量，此項支付標準是從 84 年到現在未曾調整過的項目，以上。

主席

好，序號 48，其它還有沒有？支持護理全聯會？有沒有人反對這項的調整？那如果這項調到 406 點，這是要增加多少？

陳科長依婕

要算一下。

主席

趕快算一下，好嗎，因為它的數量是多的，其它大家還有沒有要修正的意見，請，羅代表。

羅代表永達

我也支持護理全聯會所提到的。

主席

好。

羅代表永達

可是我們 RCW 大部分都有留置，那增加的話也不會跑到我們 RCW 那邊，所以我覺得說我們每次在調任何東西，因為他是 case payment 的部分，不管外面怎麼調，調醫師、處置費，什麼都有，但是這個點數能不能加到裡面，還是個困難。

朱代表益宏

就是 RCW 是不是如果調整也同筆調整。

主席

我要請教一下，就是說社區醫院協會是有來一個公文，那這個公文正本好像是給健保署，副本有沒有給醫院協會？

朱代表益宏

應該沒有。

主席

沒有，那過去我們支付標準調整，包括朱代表，還有羅代表，都有堅持一個程序問題，就是說，這個不能只有醫學中心，協會提，我們就去認，一定要回到醫院協會去討論，因為受託單位是醫院協會，那我不曉得這個案子，請問一下朱代表跟羅代表，有沒有透過醫院協會討論。

羅代表永達

我們在上次看到 0.5% 的時候，是上次協會的那個部分，因比較匆促，我們收集的資料需要時間，因為這次臨時會的時間我們來不及，在這段時間內，醫院協會沒有開過任何臨時的全民健保委員會，所以才會少掉這個措施。

主席

那這個程序上會不會因為...

羅代表永達

會。

主席

因為現在大家顯然是不同層級之間有意見，那所以如果有意見在這裡頭，因為這是大家共同的經費，有沒有可能是回到醫院協會再討論一下？

朱代表益宏

全案保留。

主席

不是全案保留，就是有爭議的就先保留。

羅代表永達

保留的部分，20 億的部分裡面...

主席

有爭議的就先保留，沒有爭議的是不是先過嘛，這樣會不會比較合理一點。

朱代表益宏

主席，因為所有的案子，事實上這裡面 400 多項，都沒有在醫院協會討論過，那如果是這個程序，我覺得事實上對於這裡面 400 多項，搞不好我們也會有其它意見，比如說，一般導尿到底是屬於急重難症還是怎麼樣，留置導尿那剛剛講，如果要調整的話，那 RCW 是不是同筆，就像 DRG 一樣，同筆要去做校正，包括我們之前在前一波提到的那個病房費、護理費等等，那 RCW 都有，診察費是不是也要同筆去做調整呢？因為你 DRG 都會同筆去校正，DRG 都會同時去校正他的相對權重，都會去校正，為什麼 RCW 不去做相對的校正，如果是這樣子的話，當然我們覺得原則上要做相對的校正，當然 RCW 也應該維持這個原則去校正。

主席

我希望就是說我們有意見的單位，這三個層級就是要和諧，剛剛護理全聯會提的，好像沒有人反對，就是大家都支持那項要再做修正，那我們就尊重，現在如果我們最後這 2 項，是不是大家還可以支持呢？請黃代表。

黃代表雪玲

那個專科提的那些項目，其實當初是有報到醫院協會來，醫院協會其實有開過會，那時候的決議就是尊重各專科提的案子送到署裡來。

主席

有討論過。

黃代表雪玲

並不是沒有討論過，是有的。

羅代表永達

當時，預算我們差不多，如果我假設，現在我們把這個點數變高，會不會超過原來的 80 億，不知道。

主席

現在在算。

朱代表益宏

主席，當初專科醫學會提到醫院協會，總共要調整 300 多億，我覺得雪玲妳要還原這個狀況，當初這個細項並沒有到醫院協會討論，它就是有一大堆的項目，總共加起來 300 多億，因為金額太多，醫院協會也沒有辦法去協調，所以才說尊重健保署的決議。

主席

程序上有經過，程序上是不是有經過？有經過醫院協會，可是現在...

朱代表益宏

主席，那是原來的草案 300 多億的時候，有報到醫院協會。

黃代表雪玲

尊重健保署的提案，今天提案就是健保署的提案。

主席

對，因為 300 億我們吃不下嘛，所以在這裡頭有請專家們再幫我們過濾一下。

朱代表益宏

但是專家討論完後，事實上這個案子並沒有到醫院協會。

主席

我們有發開會通知。

朱代表益宏

我的意思是專家討論完後，這個案子並沒有到醫院協會。

主席

不不不，我們不需要再給醫院協會，可是我們發了開會通知，而且上次還 pending，那中間又 lag 一個月，如果你們真的在意這個，你們醫院協會自己要先討論，對不對？應該是這樣，我們不可能說我們還去問醫院協會，那就是沒完沒了。今天代表們，都是代表醫院協會的各層級代表，我們這個會議開會通知已經發這麼久了，如果你們覺得這個要討論，本來你們醫院協會就要自己去討論了，現在大家覺得怎麼樣，現在看起來是好像其它項目比較沒有爭議的部分，那這個也是一包。來，說明一下剛剛那 1 項的影響評估。

陳科長依婕

我們看序號 48「47014C 留置導尿」，那原先在我們的財務估算裡，原本的支付點數是 315 點，本次我們建議的議程，是寫調升 2.5%，調到 323 點，那這樣會增加 600 萬。那如果按照剛護理全聯會代表講的，調到 406 點的話，我們今天粗算了一下，大概是需要 66.92 百萬點，所以會增加 6,000 萬的意思，會比原本現在議程上的方案總金額再加 6,000 萬的意思。

主席

6,000 萬嘛，那現在只剩多少錢？20 億還剩下多少？

陳科長依婕

請看討 3-15，如果 RCW 調 1% 的話，醫院現在是花 21.14 億，那我們的預算是 21.6 億，所以只剩下 4,600 萬而已。

主席

所以護理全聯會的也會超過。

陳科長依婕

會超過。

主席

會超過，可能要往下修一下，不能直接 406 點，好不好？

朱代表益宏

主席，那個估算有把 RCW 這個有算上去嗎？

主席

有沒有算進去？

陳科長依婕

RCW 先暫時用 1% 算。

朱代表益宏

因為 RCW 如果留置導尿，一般病人就會 30 天，所以是不是 RCW 這邊也要一併做調整？

主席

要算一下，那個財務評估要趕快算一下給大家看，如果 RCW 調 1%，我們事實上只剩下 4,600 萬，如果調整「47014C 留置導尿」，框在 4,600 萬以內，那應該是調整多少點？這是第 1 個。

第 2 個，就是剛醫院社區代表提的，如果論日計酬這裡也有導尿的費用，如果它也跟著這個比例調，又應該調多少？那又要增加多少？這個都算一下，大家再過目一下，來，請雪玲。

黃代表雪玲

剛有講過，現在估的那 1%，醫中的部分，我不知區域會不會

有，醫中有很多都是住在一般病房，我們都不是 RCW，我們不會申報那個 P 碼，你們都少估了那段的差額，那段應該也要，你把這個調高之後，我們那個論日也會拉高，因為我們每次得用論日給付。

主席

這個有沒有估到，應該有啊，你只要報 case payment 都有。

陳科長依婕

應該這樣說，我們算的時候是用 P 碼來算的，所以 P 碼確實只有純 RCW 的那一段會被算到，所以現在確實一般病房的那段，我們現在有漏掉，那我們剛也粗算了一下，如果是一般病房也用同樣等比例去調的話，現在目前大概要花 1,000 萬，就是大概會增加 1,000 萬。

主席

1%的情況之下，就是在一般病房 RCW 的病人要增加 1,000 萬，那我們現在要看，我們預算只剩下 4,600 萬減掉 1,000 萬變 3,600 萬，3,600 萬去調導尿管應該可以調多少？留置導尿管的這個，其他項目大家都沒有爭議了，對不對？現在就只有這幾個項目有爭議，是這樣嗎？現在是 315 點跟 406 點，幾乎是調了 90 點，那我們就往下調一下，能夠調多少就調多少。

陳科長依婕

我們確認一下 RCW 的調法，就是假設我們留置導尿這一項目調 50 點，RCW 也調 50 點的概念嗎？

朱代表益宏

是，當然是這樣。

陳科長依婕

我們先試算一下。

主席

要試算。

羅代表永達

不能每次每個東西調都因為 RCW 就一個 P 碼，就不算出來。

朱代表益宏

還有診察費，不是只有留置導尿阿。

主席

現在 1% 是調 43 點，我們把它調到 50 點，RCW 調到 50 點，就是再往上加到 50 點，這樣理解嗎？就是 RCW 現在的 1% 相當於調 43 點，我們把它調到 50 點的金額，然後跟導尿的金額再取得 balance，在 4,600 萬的上下，那大家都取得平衡，好不好？

黃代表雪玲

RCW 調 50 點不是很合理，因為它不是每天換的，那你要估算它的量。

主席

它不是每天換的。

黃代表雪玲

對啊，RCW 絕對不是每天換的，你要估算它的量，可不可以一週算一次啊？還是一個月？

主席

因為大家都在爭執，我們現在其實沒有什麼太好的方法，就只有協調對不對？如果大家可以各退一步，大家就比較容易得到結論，否則時間就會耗在這裡，我這樣建議 RCW 我們本來 proposal 就是調 1% 差不多 43 點，如果我們把它調到 50 點不管幾 percent，地區醫院這邊 ok 吧？如果不行那我們就沒辦法，現在等於大家都要各退

一步，醫學中心也要退、護理也要退、社區醫院也要退，才會取得折衷，如果有人堅持不退，那就僵在這裡了，醫學中心該怎麼退呢，原來他們的建議是 1% 也不行，因為全部要調急重症，所以醫學中心願不願意稍微退一下？稍微退一下讓 RCW 酌以調整。第二個護理因為晚提，你們的建議太晚提了，所以今天臨時提出來，金額到 6,000 萬也超過，所以一定要退，你們原來的想法要這麼高，現在要退可能要退到經費允許的範圍內好不好？你們也退一下，然後社區醫院你們要 5% 也得退一下。

朱代表益宏

我們沒有要 5%，要 2.356%。

主席

沒有，你要 2.356% 就是要再退一下，剛剛已經加了。

朱代表益宏

我建議是不是先休息 5 分鐘。

主席

可以啊，休息到 16:30 好嗎？

朱代表益宏

先休息一下，上個廁所。

主席

休息到 16:30，讓我們同仁算一下，希望大家三方面各退一步能夠取得共識，我們到這個表訂的 16:30，一共有 7 分鐘。

請問一下大家都進來了嗎？差不多了。我們可能預算會差一點點，就是超過一點點，但是大家都有調到的情況之下。來，依婕科長可以來報告了嗎？可以來報告就趕快來報告一下；就是大家都退，有些退多一點，有些退少一點，都不堅持，結果會怎麼樣，來，請。

陳科長依婕

結果秀在大螢幕上；我們初步試算一下，如果留置導尿管跟 RCW 都調到 48 點的話，那這樣大概會到 21.78 億。

主席

好，21.78 億，那就超過 21.6 億，多了 1,000 多萬。

陳科長依婕

然後這個是有包含一般病房比照 RCW 的那段，我們也先都把它加進去了。

主席

好，這樣就差不多會超支 1,000 萬左右，但是大家都有調到，也是會調 48 點，48 點會變多少？363 點，這樣可以嗎？可以。好，那雪玲這邊就不堅持，好不好，不堅持說連 1% 都不要；那社區醫院這邊，你們希望 2.356%，那現在會變成 1.1% 左右，1.1% 也比今天多一點。

羅代表永達

不、不、不，我們剛剛有跟那個協會爭取共識。

洪副主任世欣（林代表綉珠代理人）

沒有、沒有，我們沒有。

羅代表永達

那個游代表。

主席

游代表有共識嗎？

游代表進邦

我大概先澄清一件事情，這邊大概就是 RCW 有 1 到 90 天，跟

90 天之後，那個醫令量，91 天以後那個醫令量是 180 萬；那你們算出來調 1% 才增加 3,000 多萬嘛，對不對？假如說依照這個的話就不只了，好像不只。我覺得數字要算清楚，因為會影響。

主席

你認為要怎麼調？

游代表進邦

我們原則是說 20 億的金額是固定，總是不能超過這個預算。

主席

對，現在就是恰恰好，比較難，就超過一點點讓大家都有調到比較好。這個超過的 1,000 萬對你們分母也沒什麼影響。

游代表進邦

是沒有影響，因為剛剛跟壢新醫院在協商，他們是針對 48 點很不滿意，他們還想往上調，可是往上調不能超過預算差太多。

主席

超過總預算 1,000 萬左右，可以嗎？就 48 點，就是全部大家都 48 點，包括一般病床通通算進去，case payment 也調 48 點。

游代表進邦

48 點是包括 91 天以後？

主席

對，全部調，可以嗎？那反對，這項就要 pending 了喔。

朱代表益宏

2 個案子送到衛福部，RCW 這部分，我是建議既然沒有辦法協調，那就是 2 案送衛福部啦。

主席

什麼？是哪 2 案？

朱代表益宏

1 個是這個，那第 2 個我們是 MCPI 成長率 2.356%，這 2 個案子送衛福部。

主席

那送社保司這邊，送衛福部，可以嗎？來，請社保司表示。

梁代表淑政

對於這樣的兩案併陳報部，部裡要核定也是有點困難，因為大家都已經談得差不多了，都願意增加到 48 點，雖然預算有點超過 1000 多萬，主要還是數字上面打轉，很難有政策面的決定，因此建議大家還是在這個會議達成共識，作成決定。

主席

好，那請朱代表。

朱代表益宏

數字不夠，其實可以有些項目減一點，那這樣就夠了，那只是說，大家都不願意減啦，那不願意減最後就是犧牲 RCW。其實 RCW 在這裡面，所有的調整裡面，調整幅度 RCW 是最少的啦，那我們也願意考量財務的問題，也考量政策的推動，那我們也願意配合，所以我們也做了讓步；但是事實上只有調 48 塊，我覺得對地區醫院來講，那是大家沒有辦法接受的一個數字。而且長期未調這件事是事實，那你這次調完以後，什麼時候會調大家也不知道。所以讓我們覺得，如果是這樣子，那最後就是 2 個案子，社區醫院協會是這樣，如果醫學中心認為是零，不要調，那就 3 個案子一起，然後署方一個建議案，3 個案子，那大家一起到衛福部去談一下，到底 RCW 有沒有存在的必要啦。如果部裡面認為 RCW 真的不需要，這個叫無效醫療，那沒有關係，我們社區醫院就鼓勵社區醫院去轉型，配

合長照 2.0 去轉型，至於 ICU 壅塞的問題就不是我們要解決的問題。

主席

好，同意；既然堅持，今天大家也不會有結果，那剛剛的 48 點就是 1 個案，這是至少除了社區醫院以外，大家的共識案，連護理也支持，那就是甲案。那乙案呢，就是社區醫院認為，它的部分要調 2.356%，RCW 要調 2.356%，然後寧可讓預算超支，也需要這樣做，那就是這樣子 2 案，可以嗎？雪玲就不要再建議案了。可以嗎？退一下，我們這個案子就討論到這裡，已經花很多的時間。其它的就是我們剛剛的甲案，其它的都過；然後只有那幾個調 48 點，這是 1 個案，就是甲案。乙案就是除了這個以外，就是社區醫院他們希望他們的 RCW 要調 2.356%，超出預算的部分，也應該同意，那這樣子，就是容許它超過預算。好，那這個社區醫院代表可以吧？好，那就是甲、乙 2 案，併陳到衛福部，就送到部裡頭去做決定。

好，那支付標準科還要跟大家補充一下事情。來，DRG 的部分。

陳科長依婕

是，因為上次的會議，各位代表有提到說特定診療項目調整會影響到 DRG 的包裹點數，我們想問說，有需要重新算嗎？

主席

權重還要再重算，要不然下次算，下一次就是 7 月 1 日或 12 月 1 日？

陳科長依婕

下次就是 9 月我們會提會，提明年 1 月 1 日適用的。

主席

大家希望趕快，那重算的話，我們原來的公告要再重新公告一次。

陳科長依婕

就是按照程序的話，因為如果重算要讓大家7月1日生效的話，我們會重算1版以後，先走預告，然後再補報告案來到共擬會議，不曉得大家能不能同意？

主席

可以嗎？那就是希望7月1日，那這個案子，現在通過這個案子，如果順利通過，也都是要6月了，這樣很接近，這樣好不好？因這次調整的特定診療章比較多，難免會碰到DRG的部分，這個就做決議喔，好不好？我們就配合，大家沒有意見，我們就配合；那就是補報告案；好，我們案子就討論到這裡，接下來第四案。

李代表紹誠

這個時間也差不多了嘛，是不是我們可以先討論一下到幾點結束？因為有的人可能要趕車。

主席

今天已經是臨時會了，如果再不行就要再臨時會，我不曉得我們今天第五案的專科醫學會都有來嗎？都到了，那第五案一定要討論，那我們報告案的2案可以延到以後，那我們至少要討論到第五案。大家就要堅持討論到第五案，那我們第五案通過，這樣可以嗎？好，謝謝。那我們程序問題，現在到第四案。

討論事項

第四案

案由：有關110年「全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫」草案。

主席

好，謝謝，這個案子大家有沒有意見？請王代表。

王代表宏育

這個案子我們的費用是下來有 3,000 萬，我們如果只有判斷性的服務一個人 400 元，我們可以服務 7.5 萬個人，如果還有諮詢追蹤服務，大概要 1,200 元的話，可以服務 2.5 萬個人，所以我們就估計這 3,000 萬元可以服務 5 萬個人，但是它的收案標準，我覺得實在是太寬鬆了，因為 5 種藥以上就 633 萬人。另外兩張處方箋的意思是什麼呢？如果他在我那邊拿高血壓的藥，去其他診所看皮膚科，或是看感冒，那就兩張處方箋了，這太常見了。或是說像我本人有青光眼，我慢箋滴青光眼的藥水，然後我又拉肚子，或又看皮膚科，也兩張處方箋。

主席

不好意思，王代表，你看這個很寬，可是它的條件是經評估有潛在用藥問題。

王代表宏育

不是，容許主席給我一點時間，我們如果說有 10 萬個人、20 萬個人，真的有問題我們拿 5 萬個人來輔導，我覺得很有道理，但是現在我們有 1,000 萬個人是需要輔導的候選人，那如果看到我們會議的提案討 4-2 大（四）的第 2，它是說潛在用藥問題者，那潛在用藥問題者 1,000 萬人，這個就太多了啊，所以我是說我們的收案標準應該要嚴格一點，把那 20 萬個人最多 50 萬個人來輔導 5 萬個人，不是 1,000 萬個人找 5 萬個人，我的建議是覺得說它 5 種藥的標準太浮濫，因為 5 種藥的話太容易了。

主席

那你建議？

王代表宏育

我建議 10 種。處方箋兩張：我建議改為慢性處方箋 3 張，因為

處方箋 2 張實在太容易了。另外啟動機制的話，讓藥師他在雲端看到某一個病人用藥 5 樣，他就可以啟動這個機制，我覺得這個啟動機制也比較寬鬆，我覺得啟動機制如果說，說一個比較難聽的，道德風險，一個藥師他每天在雲端看一看他就輔導一些人，全部都要藥師輔導也不好啦，所以我覺得啟動機制，是不是由我們比較公正的第三者，例如健保署分區業務組的費用科，那啟動機制可以說他看了 100 次，那你就把他啟動嘛，他一個月看 10 次就把它啟動啦，他的費用很高就把他啟動啦，或是病人要求，費用科覺得他有需要就把他啟動，我覺得啟動的話，最好不是當事人啟動可能是比較好，當然這個計畫寫醫師啟動我覺得也很好啦。

主席

好，謝謝，具體而言，就是 10 種藥 3 張慢箋，然後啟動者，現在的啟動者是藥師，你們認為醫師或保險人這樣子，好，那還有嗎？

黃代表振國

這個計畫的目的重要的是如何提升醫療品質，我想藥師服務只是醫療品質照護的一環，所以剛剛王代表講得非常好，就是到底哪些人需要？而且很重要是什麼時候需要？還有我們如何來介入，經由這樣計畫的介入能夠達到一定成效，但是中間有一個可能大家要小心的部分，它說「涉及危險性」這個字眼很尖銳，我想在座的醫院代表會認同，萬一今天某個醫師或某個病人家屬收到一個有危險性的處方，會不會有法律問題也是問題。還有誰來執行呢？我們不客氣地講一句話，我自己雖然常常笑我是很有經驗的老醫生，但我都沒有能力把雲端藥歷各個藥的成分和各科的藥都了解，我自詡我很認真，但我現在老花很嚴重，是因為我一天平均要看雲端藥歷 80 筆到 100 筆，我看到幾乎看不下去了，我們很認真看的過程中，不好意思，王代表太客氣了，我看過的病人目前最多到 36 種，所以我覺得這樣的病人真的很需要，但是今天這麼有限的資源，到底要給誰、由誰來執行？

我剛剛詢問了醫院的代表，大家知道我們大多數的藥師，並沒有接受所謂臨床藥師的訓練，在林口長庚這麼大的醫院，只有 20 幾個臨床藥師的訓練，我就不知道藥師這麼熱忱要服務，那到底成效為何？今天如果只是隨便霧裡看花，點點一些問題，我相信這些輔導的成效為何，大家可以預期而知。

還有就是我剛剛怕的是遇到糾紛，我們現在在第一線常常遇到民眾自由意識非常高漲，甚至問這個處方是什麼？這是什麼藥？那如果今天有個病人被通知，甚至家屬被通知，不好意思因為健保署有派人來了解你的處方，因為處方有疑慮，所以藥師給你做一個輔導或了解，我們自己都懷疑是不是真的今天有問題了才會來輔導，所以這一定要一個大家認同的標準，認同的標準的意思是說處方用量真的在個人，不管是醫界或是藥界或者是民眾都能夠接受需要輔導，這是第一個。

第二個很重要的是，我們看過這麼多、參加過這麼多計畫，第一次看到申請對象竟然不是各分區的業務組，而是跟藥師公會全聯會申請，這個提議非常好，我建議以後關於西醫基層的申請單位改到醫師公會全聯會，我們會比照辦理來協助所有論質的計畫，也會很認真完成健保署交付的任務，所以這個案例如果成真，我希望健保署把它建立一個規範，以後我們樂意來承接任何論質計畫，由醫師公會全聯會來做為主導主辦單位。

還有很重要的是，大家知道所謂的醫療品質費用不能重複給付，我們所有的論質計畫，包括家醫整合計畫、氣喘、糖尿病、COPD、思覺失調、乳癌、BC 肝、孕產婦跟早期療育跟 CKD 跟 ESRD 末期腎臟病，這些已經有給付的，本來就有在照顧的，不應該疊床架屋，所以我建議資源這麼有限，我們應該要照顧最需要的那群人。

還有我當然很樂意見到，藥師真的願意來跟我們醫界走在一起，我們的態度是開放的，我希望藥師公會全聯會有心來做這個事，我們也樂觀其成。但是一定要針對我們剛剛講的王代表講的，像我們

家醫計畫一樣，署方就把醫療耗用最高的丟給我們，所以我希望這些個案，比如說高診次的病患，或者是3家醫院以下就醫的個案，很難有一個單一的處方來源可以了解，類似這樣的案例去了解就好。

另外還有成效評估，因為我看到這計畫並沒有成效評估，只有回答率。那我覺得我今天看到一個史上最好的計畫，我記得我們很多計畫都被要求進步率，什麼叫進步率呢？我希望能看到比如說整合，原來假設20種藥品，經由藥師這樣介入後，可以少到剩15種、10種，必須有個進步率的指標，我目前看不到，而且今天講一句難聽一點的，轉介醫師的支付點數，那個比例是不是不合宜。我現在對錢都沒有太多的爭議，但我希望能夠告訴我這個計畫實施之後，我們可以看到哪些病患真的因為這個計畫的照顧，看到顯著的進步，指標也真的看到這些進步，那來年我想包括醫院或基層很多醫師也都願意跟藥師一起合作，因為今天的處方來源是來自於不同的醫療院所，如果針對這個高度重複用藥的病患，我覺得應該是一個團隊的概念，由醫師、藥師或是護理師或者是其他的比如說心理師，一起組成一個團隊，我們把這些可能需要，剛剛很多計畫沒辦法照顧的個案，好好照顧一下，我相信這個錢可以看到更好的效果，報告到這裡，謝謝。

主席

好，謝謝，那還有沒有？來，羅代表。

羅代表永達

主席好，因為這個案子我來之前問過很多醫院的醫師，因為它在有關於對象的部分裡面，它一直提到一個東西就是說當他遇到問題的時候，他打電話要聯繫醫師，聯繫醫師他們在食藥署開會的時候，他們曾經要求說所有的處方箋裡面，必須要把處方的醫師的電話，尤其是手機要交給他，否則他打到各醫院去的時候醫院只會在

總機，他不一定會接給原來那個醫師，而且也不一定找的到原來那個醫師，所以在這樣的情況下，我們的醫師就很擔心，如果說假設他打到醫院來，我們聯絡不到那個醫師，那他認為沒有危險性，可是我們的醫師認為有危險性的時候，這個責任誰擔啊？遇到這種事情的時候，我們的醫師不管有沒有錢的問題，他們只擔心我的病人因為去某個藥局，他因為聯絡不到我，他認為沒有危險性，他就改了他的處方，那對這個醫師來講情何以堪，再加上他本身也不放心。在這樣的情況之下，因為目前幾乎處方箋出去以後，可能在診所裡面有比較少，因為醫師數比較少，在醫院裡面這麼多的醫師裡面，你打到醫院去要找到某個醫師，事實上是有困難的，所以在這樣情況下，他們認為說這整個計畫裡面能不能限縮，是屬於診所的醫師跟特約的藥局，否則的話，85%以上，他打電話到醫院來，大概都聯繫不到醫師，這樣來判斷危險不危險，那醫師怎麼樣去處理，這是我們醫師提出來的一個建議，以上。

主席

等一下要麻煩藥師公會的代表統一回答，那現在大家再收錄一下，剛剛好像這邊比較少一點，朱代表講完後換林代表，請朱代表。

朱代表益宏

主席，我有幾點意見，第1個就是申請的對象為什麼是只有推薦特約健保藥局，因為這裡面規定，在前面都沒有說只要是藥師都可以做這些照護，但是申請的時候，只能特約藥局去申請。這個就有點奇怪，如果是覺得說這個計畫，醫院跟診所都不能提出申請，那就講清楚，僅限特約藥局，但是因為又沒有寫，但申請那邊卻這樣限制，我覺得不妥，應該是要開放所有的醫療機構，只要是藥師，符合上過什麼課或什麼訓練，就應該可以申請。

第2點確實剛剛振國代表提到的，確實沒有錯啦。因為看起來整個計畫包括審核，包括執行、追蹤，全部是全聯會，我覺得這個

是健保署的專款，這個是其他總額，其他總額管理權應該是健保署，所以我覺得最後的核准權應該是健保署，那但是這邊又看到很奇怪，就是說提出申請是跟全聯會提出申請，然後全聯會申請完後再給健保署，健保署再審查一次，那我覺得為什麼這個整個計畫，理論上看起來是直接跟分局申請，分局去審核以後，然後資格符合，就應該同意這個計畫，那至於追蹤成效這件事，當然如果署方認為說要委託全聯會，可以另外委託去做，但是我覺得署方最後還是要監督這整個計畫，因為包括總額評核的時候，這個評核的報告是署方要報告，因為是署裡面的計畫，所以我認為說這裡面，可能授與太多的權利在藥師公會全聯會，我個人認為不是很妥，署裡面還是要有一些署方該要做的，還是要收回來自己做，以上。

主席

好，林代表。

林代表恒立

第 1 次發言，我是代表全聯會把我們的結論具體的建議來作一個簡單的說明。第 1 項，的確剛剛幾位代表都提到，有關醫師裁量權的問題，那這個會造成一些病人跟醫師之間的緊張，甚至可能會增加醫療糾紛的可能性，那剛剛幾位代表有提到，就是我們不建議重複收案，所以可能要排除一些已經有在照護計畫下面的這些個案，不應該再繼續收案。

再來就是要排除處方來自於單一院所，因為單一院所的話，醫師在考量上面，應該有比較深的施力，所以這個部分應該要排除。剛有提到，就是藥品的品項，應該原本 5 種，可以提高到 10 種以上，這樣會比較好一點，再來就是保險對象，持有 3 張以上的慢性病，將來收案會比較符合大家的需要。再來就是計畫不應該單一由藥師來啟動，應該由保險單位或是由醫師來啟動，應該會比較合適。再來就是，有關計畫的藥師，應該要有臨床藥師的訓練，這個部分，

如果有這樣的訓練資格，就應該不受限於特約藥局或其他的藥師公會來參與這個計畫。

最後就是剛剛幾位有提到計畫本身，應該由健保署這邊來作執行單位，如果真的要委託藥師公會全聯會，也應該要說明一下，為什麼要委託藥師公會全聯會，以上。

主席

好，謝謝，那麼多問題，再補充一下。

黃代表振國

其實剛剛講為什麼不是建議由藥師啟動，因為藥師本身是利害關係人，我們強調要非利害關係人，比如說業務組跟醫師來啟動會好點。而且很重要的是，必須是民眾主動拿處方箋到藥局去調劑的時候才可以，不能說社區藥局在民眾買健康食品或是其他東西的時候就拿健保卡來讀，我想要限以有到藥局調劑的民眾才可以接受這樣的服務。另外，其實民眾的用藥，包括很多的非處方用藥還有健康食品，所以我建議著重在用藥的整合跟民眾權益的保障，應該有一個完整的藥歷紀錄，包括民眾在藥局已經有用的非處方用藥，還有健康食品的明細，能夠交給民眾。因為那個只是歸於食品或非處方用藥，既然要整合，就不能只針對健保的用藥，我想既然要照顧就要全面照顧。

還有必須有一個退場機制，就是第一個不能抵觸到醫師的臨床裁量權跟臨床的專業判斷。第二個，藥師未經醫師同意，不能擅自對病人解釋用藥的合理性跟合適性，以避免醫療糾紛的發生。還有剛剛強調假設病人未持處方箋，藥師經透由健保卡雲端藥歷查詢，就啟動本計畫也應該建議排除。就這三點，謝謝。

主席

朱代表，最後一位。

朱代表益宏

另外有一點小建議，因為這裡面有人數的限制，也就是說藥師一年最多是拿 120 例，所以會不會造成如果他提早結束了，達到 120 例，後面的照護會不會去打折扣，所以我是比較具體的建議，是不是就開放，到時候如果真的用的太多，用點值浮動的方式，免得到時候，假設有些藥師處方箋很多，那他上半年就做完已經達到了，後面就覺得那我就不要花時間，但是我覺得這樣就會對整個計畫會打折扣，如果用浮動就可以避免掉這一部分的限制，這是第一點。第二點就是剛剛羅永達代表提到的，他如果要去更改處方箋或是詢問醫師的時候，是不是要特別去註明要原處方箋醫師，這件事情我覺得要非常精確，那要用什麼方式去證明他是原處方箋醫師有聯繫到，可能藥師公會要另外再比較具體的說明，不然的話就像剛剛講的，如果打到醫院，醫院說不在，其他醫師接了，這樣子我們事後怎麼去確認事情的責任歸屬。最後一點就是在討 4-9 那邊有提到說，如果他有違反藥師法第 21 條的話就不能參加這個計畫，那只有藥師法嗎，如果有違反全民健康保險法，其他的他可以參加嗎？

主席

第一項就排除了，第一項就排除違反健保相關法規。

朱代表益宏

Ok，如果是這邊那就 ok，那我就以上兩點建議，謝謝。

主席

那我們就麻煩藥師公會的代表來回應一下。

李代表懿軒

謝謝主席還有各位代表對於這個計畫案的關心，讓這計畫案原先是高診次居家照護計畫案，是一個居家照護的計畫，居家藥師照護的計畫，就誠如剛有代表提到對於高診次的病人，由保險人這邊轉介藥師到民眾家裡，去進行藥師照護這樣的方式，那過去給付藥師是 1,100 點。

主席

可不可以針對這個計畫。

李代表懿軒

我只是要講說其實 108、109 年都有編列這個預算，但是事實上也經過了很多次的討論，到今天在這邊去進行討論，所以大家對於藥師照護的這件事情，可能有一些大家的一些想法，那過去其實在高診次計畫案投入在 polypharmacy，比方說美國家庭醫學會、美國藥師協會以及世界藥學會的定義都是 5 種藥物，那去投入藥師去照護的部分，投入 1 塊錢是大概可以得到 1.6 到 3.3 元的一些經濟效益，那當時投入的藥師給付是 1,100 點，那現在的話是 400 點，所以我相信這部分還是會有些經濟效益所產生出來。剛才提到都比較 focus 在收案條件的這個部分，那在收案條件的部分，我們就遵照過去其他，比方說過去在執行食藥署的計畫，或是在醫院總額下面有一個臨床藥師照護計畫的門診藥師照護的部分，也都是用 5 種藥物去做一個 criteria 來收案。但是這只是初步的收案條件，誠如主席剛才說明，事實上他必須要走到結案，健保署才會給予給付，怎麼樣走到結案就包含他必須要確認他有用藥問題，我非常同意剛林醫師所說的，在同一個醫療院所開出來處方箋，基本上我們不認為他應該會有用藥問題，因為這是經過醫師判斷過後所開立的處方箋，所以這個機率是非常小的，通常都是跨醫療院所的處方箋，所以 5 種以上的藥物，他必須一定要有用藥問題。

為什麼由藥師公會中間來做一個部分的紀錄，是因為過去在健保資料庫裡面，並沒有一個用藥問題的一些評斷，所以我們在藥師公會這邊也自己自費做了一個系統，特別針對這個部分去做紀錄，這個系統必須要走下去，代表可以看手邊資料，討 4-23 開始，他必須符合歐洲的藥師照護標準，PCN 的標準，他有 5 個項目一定要填寫，就是 PCIAO 的部分，他必須要把 Problem 找出來，然後他是因為什麼原因造成這樣的問題，並且他做了什麼樣的介入，那介入的

方案有沒有被接受，以及他最後要追蹤到這個結果，才可以做 400 點的申報。所以我們自己評斷下來，最簡單的一個個案，可能都需要花將近 2 個小時的時間，再去做包含個案的溝通跟一些紀錄的部分，那甚至很多個案可能因為他的用藥問題，可能不是這麼的急，所以，可能中間會花到一個禮拜去做後續的追蹤，這個是跟各位代表所提到的一些收案條件的部分，5 種藥物其實是我們不希望因為這樣的條件去排除掉可能有潛在用藥問題，但沒有被發現的，但他需要被給付的就是他真的有用藥問題，並且記錄下來，藥師公會這邊會透過系統去做一個審查的機制，去看他是不是真的有照我們計畫標準去做執行。所以在整個轉介的部分，以及聯繫醫師的部分，計畫案裡有寫到在連繫醫生部分有分，藥師判斷說他是有立即危險，我想這部分假設他產生判斷沒有立即危險，他馬上轉診回去，這藥師當然是有責任。

另外就是說在處方裁量權上面，一定都是需要醫師再重新去做評估的處方，所以，藥師只是針對民眾他目前領的藥物，問了一些問題，發生一些問題之後，看到一些用藥問題，藥師經過專業判斷，認為這件事情可能需要醫師再重新處方，或者是需要他，去做一個部分的就是另外重新評估的時候，去做一個轉介。所以在對象上面的話，還有整個流程上面的話，都必須要跟醫師去做一個配合。我們其實很感謝去年 8 月的時候，醫師公會也有參加了這個會前的會議，那也很支持這樣一個計畫案，我們希望說在整個計畫的部分的話，還是可以照原先計畫的標準，讓我們去試作。事實上藥師公會或者藥師很積極想要去做這個藥師照護的部分，希望可以降低整個民眾在用藥上面的問題。剛剛也有代表提到說，是不是可以 focus 在當次處方調劑的時候才做，我舉個例子來說，通常如果我們在慢性處方調劑的時候，可能我就是經常 take care 這個病人，他並不一定是當次調劑的時候，才發生那個用藥問題，他可能是吃了一段時間之後，因為他身體功能的改變，所以他開始產生這個用藥問題，

所以在第一線的藥師，如果可以透過雲端藥歷，而不是只是跟調劑去做關聯的話，我們可以服務到更多可能有用藥安全的個案，以上。

主席

在討 4-41 頁裡面有一個會議紀錄，是在去年 8 月，這個醫師公會全聯會有參與，經過這樣說明大家還有沒有意見？

羅代表永達

請教的問題還是一樣，找不到醫師，因為我們曾經跟他們討論過這個問題。

李代表懿軒

目前我第一線的經驗，其實都是透過醫院藥師藥物諮詢窗口去做醫師的聯繫，但我們也很希望說，包含像現在醫事人員溝通平臺上面，如果有更好的跟社區藥局的連結，我們其實可以更明確的透過醫院的管理部門，去聯繫到醫師，那這些東西在健保署的平台上面也會更有紀錄。這些就是跟醫師的連繫過程，我們都要求藥師必須要紀錄在我們線上系統上，所以他聯繫了哪位醫師、什麼時候連繫的、連繫的結果是怎麼樣，他都必須要去做一個醫療上面的紀錄，所以這部分如果到時候有醫糾產生的時候，都可以來做一個就是紀錄的調閱，以上。

主席

好，黃醫師。

黃代表振國

我想到到底是 5 種藥或者是 10 種藥，健保署應該要更精確一點，今天如果以 5 種藥的收案人數，跟實際計畫執行的落差相當大，所以這個資料應該馬上要有，譬如說用 5 種藥、10 種藥，到底符合收案的有幾個？我想我們健保的精神就是把經費極大化，把功能極大化，所以我們今天應該是針對最需要照顧的民眾，像之前高診次或

居家，為什麼有居家計畫呢？因為民眾沒辦法有問題立即到醫院來，大家知道當民眾用藥有困難的時候，他第一個找誰？我的經驗值是第一個就是回去找醫療院所，如果是診所馬上打電話來，甚至本人或家屬就來了，醫院也許比較困難，但是會主動跟醫療院所溝通，而不是找藥師，我想跟李藥師接觸的民眾不太一樣，所以，我覺得署方應該有數字可以查。

第二個，為什麼要強調應該有 3 張連續處方箋？其實今天是以病人角度來看，而不是分醫院或診所，署方在這個計畫分析的時候，也應該提供比如說 10 種藥、15 種藥、甚至 20 種藥以上的處方來源是哪些醫療院所，我想這些醫療院所，也可能是自己要反省，包括我自己都可能要反省。

所以我建議這個計畫要做得好，應該有些事前的資料要準備好，如果去分析 75 歲或 65 歲以上，所謂有 2 種或是 3 種慢性病的病患，到底他是不是正常用藥會超過 5 種，我告訴你，以糖尿病為例，我病人往往會用 2 種、3 種、至 4 種以上的糖尿病用藥，三高的患者往往就超過 5 種。所以，我覺得今天不是說誰做得好，誰做得不好，但是這個計畫精髓在哪裏？應該是找到誰該進入這個計畫，誰參加這個計畫能受益，而不是只在參加。

我想今天台灣的健保制度引以為傲就是，我們已經領先世界各國，各種制度都是各國來跟我們學習，我們是最有效率的體系，在座長官都是最辛苦最賣力，說實在最認真的。我希望這個計畫要推行過，我們很尊重這個資源，希望署方能夠提供，到底哪些是適合收案的，也許今天沒辦法，去跑跑資料討論到底哪些預算可能限縮，而不是只讓少數人受益，我希望這個預算能用在真的參加這個計畫能受益的民眾。

主席

好，參議這邊。

吳參議科屏

我稍為補充一下，我們有去看了一下，109 年大於等於 9 項品項的藥品處方箋，有 177.5 萬人，328 萬人次，這個是我們有這樣的一個分析。

主席

好，這樣好不好，其實問題還蠻多，剛剛藥師公會的李代表有跟大家做說明，有沒有可能我們稍微修正一下，修正一下就是首先第一個就是品項達 10 項，然後慢箋 3 張，等一下藥師公會你們再回應一下，只是建議，然後這是第一點修正。

第二個就是收案的人，就是討 4-6，參與本計畫特約藥局的藥師，依照保險對象至社區藥局調劑時，藥師於雲端藥歷如何如何，不是說一定是有去調劑的病人，而不是說自己在那邊，我想本意也是這樣，我相信是這樣，只是文字上沒有寫清楚，那就這個第二個調整，再來的話就是監測指標，討 4-12 這有一個監測指標，這裡沒有提到說效益，就是這樣的計畫之後，病人的用藥有沒有減少，或者是怎麼樣，那這部分的效益，會後藥師公會再自己草擬，本身對於病人端的效益這一塊，再把它加進來，是不是做這 3 點的修正，因為這個部分基本上是 focus 在病人到社區藥局去調劑的時候，如果那個病人的狀況是很複雜的，藥師可以在那裡，如果有發現有潛在用藥問題的時候，可以再做一個補救，這個精神應該是這樣，然後還有促進醫藥之間的合作，應該是這樣。如果做這些建議，那不知道大家覺得怎麼樣？請藥師公會先回應一下。朱代表。

朱代表益宏

主席剛剛提到的實際上，第一個為什麼只有限社區藥局，那事實上在醫院的藥師他其實也有會面臨到重複用藥，甚至他現在也要去看檢視雲端藥歷有不同機構會開的重複用藥，不光是只有自己的機構開的，所以我剛剛列的沒有回答，就是如果只限社區藥局，那

醫院的藥師每天都在看雲端藥歷，檢視有沒有重複用藥，那他是不是做白工，我覺得這樣子這個計畫...

主席

我其實覺得還有個修正，剛剛藥師公會也有回應，就是有跨院，如果是同院的，我覺得就不是在這個案子要去處理，所以剛剛的收案條件裡面，就是藥品達 10 種以上，條件必須要有跨院的處方箋，第二個就是三張慢箋也必須是要有跨院的，這個精神也把他放進去，因為只有跨院在同院就沒辦法處理這件事。

黃代表振國

沒有排除其他論質計畫。

主席

這個請藥師公會，因為精神不太一樣，因為論質計酬的也沒有在處理用藥的問題。

朱代表益宏

對不起，我剛剛還沒有發言完，第二點就是我剛剛有提到，是不是去開放，不要限制 120 人次這件事情，讓他用浮動點值，因為剛剛還沒有回答到。

主席

這個就請藥師公會，看看怎麼回應，請李代表。

李代表懿軒

首先針對為什麼限制社區藥局的部分，我們當然希望說在其他總額預算裡面，可以有越來越多藥師照護的計畫，像之前在 107 年的時候，就啟動醫院 ICU 的藥師照護計畫以及就是門診的藥師照護計畫，所以，這個部分因為是其他部門預算，所以才會限制社區藥局的部分。那再來就是論質計酬的納入部分，就像主席剛才提到的，就是在論質計酬裏面，在藥事照護上，其實給付較少，涉及都是門

診處方箋的照護，那再來是 120 人次，我們希望在計畫案剛開始的時候，比較謹慎的去執行，所以在監測藥師照護的品質之後，我們再來慢慢去做上限的調整，以上。那我應該要先回應品項的部分嗎？

主席

當然。就是這樣修正可不可以？大家可以從善如流，大家的建議，第一年，你總是先聚焦一下，試試看。

李代表懿軒

品項 10 項可不可以，那大家協調一下，8 項可以嗎？

主席

我想我們第一年，藥師公會不需要堅持，因為 9 項、10 項的病人也不少，這樣可以嗎？

李代表懿軒

如果我們附帶一個會議決議就是說，我們就是逐年檢討，如果在收案的量不到的時候，因為這個還是會被健保會再檢討，之前高診次就是。

主席

好，我們先試試看，我們有幾個修正，第一個前提是保險對象有去社區藥局調劑的，而且第二個是要跨院的處方，而且達到 10 種以上，慢箋 3 種以上，那這個都是修正，再來的話，就是剛剛大家講的，結案的成效，那最後一個就是剛剛朱代表講的 120 人次，120 人次其實是限制每一個藥師一年只能有多少人次這樣，那如果這個不要限的話，就有可能超支，那大家就說要浮動點值，這一點藥師公會可以嗎？應該理論上，應該也沒有什麼問題嘛，就第一年我們應該在很多的，就是說不需要限，但是也不一定會收到 120 人，但是必須要符合那些條件，對吧？

李代表懿軒

另外我想確認一件事情，就是當次調劑這件事情，所謂當次調劑是如果他已經領完藥走了，後面又回來，算不算當次調劑？

主席

那沒有，你就是要那一次調劑的病人才可以，先不要那麼複雜。那還有嗎？王代表。

黃代表振國

最重要是必須要跟健保署業務組申請，而非藥師公會全聯會申請。

主席

我剛想要補充一下，他們這些藥師是需要受訓的，受訓當然就是藥師公會有提供一些課程培訓，培訓合格的再來告訴我們，只有這些藥師可以來收案。

黃代表振國

但是我要講這個所謂培訓，其實在醫院有臨床藥師，而且都是跟著醫師到臨床跟病人第一次接觸，所以這些人經驗是最好的，當然藥師公會我相信他有這個能力，但是否任何計畫，都可以委由公會來執行。

主席

沒有，他是培訓。

黃代表振國

培訓當然 ok，但文字不是寫培訓。

主席

有喔，請看一下討 4-9 頁，參與本計畫的藥師，第一年須通過藥師公會全聯會培訓，且認證審查資格，且認證審查合格，藥師公會全聯會將審核通過的名單，函送給健保分區業務組，才確定這個

藥師完成簽定附約的作業，才可以去收案，只有這些人可以收案，至於說他們的培訓內容等等，是不是能夠足以來承擔這個工作，那當然就是要觀察。

黃代表振國

針對剛剛我建議的是，是否能夠把提供民眾，就是除了健保的處方用藥以外，他們有販售給民眾的非處方用藥，跟健康食品的明細，也一併提供雲端藥歷供醫師做參考，因為有時候譬如說非處方用藥，如銀杏等等，這樣藥物的交互作用比較能完整了解。

主席

還有一些指示用藥，藥師公會這邊。

李代表懿軒

那處方用藥的部分應該是藥師，在非處方用藥上，如果藥師認為判斷上有問題的話，就會建議病人先停止，這些東西都必須要紀錄在全聯會的系統裡面，如果要跟醫師溝通的話，也可以。

主席

就是要含非健保的藥物。

李代表懿軒

就是如果在跟醫師溝通的過程中，一定會把這個藥歷給醫師。

主席

病人的非健保的藥物，指示用藥或者是成藥，或者是其他不用的保健食品，就是如果要評估的話，要一併一起評估，也列入你們的藥歷裡面。

黃代表振國

因為發現有問題的處方，你會跟開處方的醫師溝通，那這些所謂有溝通的過程中，除了健保雲端藥歷，我們希望藥師，包括所謂

健康食品、非處方藥物，也一併在交給醫師的時候能夠列出來，應該不要自己判斷。我舉個最近自己發生的經驗分享，我現在遇到兩個個案，吃黑木耳溶血、貧血，我自己也不知道為什麼，已經兩個案例了，所以也許我們認為沒事的，後來有事，那我希望如果藥師能夠站在一個病人照顧的立場，這些所謂用藥，跟長期服用的健康食品，都應該列為做參考，好不好？病人安全真的很重要，還有剛剛強調的退場機制，是不是也能夠加進來，因為我想大多數藥師都兢兢業業的，能夠遵守規定，當然任何團體都可能有些自主性高的成員，所以我希望有適當的退場機制，讓大多數的醫療從業人員，能夠遵守這個計畫，謝謝。

主席

有列退場機制。

李代表懿軒

我補充一下，就是我剛才講的意思，第一個就是當然會列給醫師做參考，如果藥師認為在處方藥物上面有問題，我剛剛講的問題是說，比如說病人自己去買了納豆紅麴或魚油，與他目前吃的處方藥物有衝突的時候，這個部分藥師就可以先幫醫師做一個把關了啦，我的意思是這樣子。

黃代表振國

我剛剛也問了三項，是不是可以回答我這三項，哪些是可以接受的，第一個藥師的判斷性服務，不應侵害或牴觸醫師的臨床裁量權，或臨床專業判斷，這是第一點。第二點藥師未經醫師同意，擅自對病人解釋用藥合適性。第三點就是病人未持處方箋，藥師禁止透過健保雲端藥歷查詢來啟動這個計畫，這三點，是不是可以增列這三點。

主席

全聯會這邊。

李代表懿軒

其實我不太懂這些文字應該要列在哪邊，因為第一個我剛剛有說明。

黃代表振國

如果大多不影響藥師的服務過程，就可以列了。

李代表懿軒

處方裁量權的部分，剛剛已經就說明過了，就是在涉及處方疑義的時候，都是回歸到醫療院所去做處理，在整個流程上面。

黃代表振國

因為計畫總是有一些合適性，那當然發生了這叫例外，例外怎麼處理，如果今天計畫沒有寫進去，就沒辦法處理這例外的情況。

主席

意思是說，如果有藥師沒有經由醫師同意，就擅改處方箋調劑的話，就列入退場機制，對吧？當然可以啊，這一點絕對可以寫進去，我相信藥師不會做這個事。

李代表懿軒

這是違反醫師法、醫療法的，我們的退場機制就是違反相關法規就是退場。

黃代表振國

我想有時候寫得清清楚楚，大家都比較好遵循。

主席

好，我們把這個寫進去，退場機制寫進去。

羅代表永達

剛剛一直在談的就是說，在醫療院所裡面，真的就是特約藥局

打電話到醫院找不到醫師，那我們目前條文又寫的很清楚就是他看完以後，他找不到醫師，因為他只要認為他未涉及危險性，跟剛剛李代表所提到一樣，他就調劑就交給保險對象囉，這不就是剛違反醫師的裁量權嗎？

第二個他認為沒有危險，後來發生問題，藥師公會全聯會必須要告訴我說，這個責任是由調劑的藥師，因為他認為沒有危險性，是由藥師公會那個藥師來負責，對不對？這兩件事情是很重要的，我覺得因為我們是個實錄，他必須很正確告訴我是，否則我們沒辦法回去告訴我們醫師說，你的調劑的任何處方，如果遇到這種情形時候該怎麼辦，以上。

李代表懿軒

未涉及危險性這件事情是藥師當下判斷，可是在過去醫師在開立處方箋的時候已經開立了，所以前面的，已經是既成事實，所以才會有照處方箋調劑，我沒有去改醫師的處方箋，才會文字寫說照醫師處方箋調劑，所以聯繫到了之後醫師有認為需要改處方，需要我們幫忙聯繫，請病人回去醫院改處方，這部分就是在文字所說明上面都有列進去。所以我不太懂羅代表意思是？因為我們就是不想違反醫師的處方裁量權，所以才會照原處方調劑，如果今天藥師更積極，就是如果今天未涉及危險性也要改處方的話，那就變成藥師才真的是違反了醫師的處方裁量權。

主席

好，謝謝，理解。來，朱代表。

朱代表益宏

剛剛提到的就是說如果沒有涉及危險性，剛剛藥師公會全聯會代表講說...

主席

依處方箋完成...

朱代表益宏

對，他是依處方箋，但他會持續聯絡醫師，如果確認以後要修改會主動通知病人回來，但是在這未涉及危險性這邊並沒有講，這邊只有講說給病人一個建議單然後就結案了。至於後續沒有聯繫他並沒有在這邊提。

主席

好，朱代表跟羅代表 concern 就是說未涉及危險性的部分，雖然先完成調劑，但是還是會持續聯繫醫師，如果醫師有回應因此要更改處方箋的話，必須還要通知保險對象，回去找醫師。

朱代表益宏

所以他結案應該是聯繫到醫師的時候才能夠結案。

主席

不一定啊，因為一直都聯繫不到。

朱代表益宏

我覺得是這樣，一直連繫不到是看你第一個聯繫的頻率，第二個你怎麼樣聯繫，因為這裡面你並沒有說一定的期限，譬如說在一個禮拜之內聯繫不到才結案，還是說多久？譬如說今天現場聯繫不到，然後一個禮拜再問一次，當然打兩次有可能聯繫不到，但如果他每天都打，聯繫不到的機會就少。所謂的聯繫不到這件事情，我個人認為當然看到會牽涉到藥師的積極度。

主席

理解你的意思，那我們請藥師公會全聯會。

李代表懿軒

我想這還是需要醫療院所來幫忙，實務上我們其實都大部分現

在跟很多不同層級醫院，我們都透過醫院的藥師再做這個部分。

主席

這樣子我建議一下，這樣不會有交集，他們還是有一點希望說你藥師有責任要積極的聯繫，確實沒有講說多積極聯繫，我建議，大家聽聽看，藥師就是要持續聯繫至少3次，如果真的不行可以結案，至少努力3次，這樣可以嗎？沒有說你要每天還是怎樣。

李代表懿軒

可以啊，所以都要 note 進去就對了。

主席

對，可以嗎？至少三次，然後留下紀錄，這樣好嗎？好，那就做這些修正，還有嗎？還有一個案子在後面，兩個專科醫學會在等，我們一定要通過那裡。

劉代表碧珠

這個應該是比較小的問題，譬如說其實有個計劃的監測指標，對於藥師的建議事實上的回應比率只要達50%，這樣子的比率會不會訂得太低，基本上我們其他的總額部門在訂任何的監測指標都是從70%開始往上，這邊講得會不會太少？

主席

你直接講70%，來，還有呢？等一下，請蘇代表。

朱代表文洋

第一次發言，我們看一下討4-16，附件二有個「遵循醫囑領藥與使用藥物量表」，我覺得這個是不是應該建議藥師公會把這個改一下，因為像第一項您有多常忘記服藥？第二項您有多常決定不要服藥？這個文字上是不是可以把有多常改成是否？

主席

Ok，你建議多常改成是否，好。

朱代表文洋

第二個就是他那個量表有個從未如此 1 分、有時如此 2 分、經常如此 3 分、總是如此 4 分，這個就很籠統，是不是改成一個禮拜忘記 1 次，或者 2 次，或 3 次、4 次，這個就是變成一個非常明確的量表，否則他這個前測、後測都是靠主觀的認定，那這個就不是客觀了。

主席

好，這個建議藥師公會要回去思索一下，好不好？再來朱代表。

朱代表益宏

剛剛因為這個我提到為什麼這個案子只有限社區藥局，當然藥師公會剛剛有回答，就是說因為其他的像醫院總額另外有一筆計畫，但是我覺得這個案子裡面因為已經有寫到不得重複領取，譬如說醫院的藥師，要嘛你就從醫院總額那個專款 2,000 萬去領，要嘛就走這條路，不會重複領取。我只是說為什麼我要提這件事情，因為在醫院總額他對於醫學中心跟區域醫院是對於 ICU 的臨床藥事服務，社區醫院就是針對重複用藥這件事情去做處理，但是兩邊給付的點數差非常多。所以我認為既然是這樣，沒有道理去限制醫院這邊，如果他也符合資格的話，他當然可以擇優，他從這邊去領就好啦。

主席

我想這只有 3,000 萬，那這個藥師公會先從社區的民眾先服務，因為現在我們的醫院本來就有這個類似的，雖然大家經費來源不一樣，但是社區藥局還沒有，很多民眾到社區藥局領藥，如果有機會來幫他做點服務，未必不好。所以我們還是要讓他先試試看，如果成效真的很好，要放寬以後逐步的來討論。我覺得剛剛朱代表講得不錯，就是討 4-16 的這個量表，如何更明確一點，讓填的人更清楚，我覺得藥師公會會後研究一下，其實影響不大的，只是 wording 的

問題。剛剛朱代表一直 concern 的是說可能希望把上限取消，如果超過收案的話就浮動點值，這個也就寫進去計畫裡面。好，大致上收錄了大家比較重要的建議，文字的部分再做整理，整理完了之後看看再請有意見的專家們再幫忙看一下，這樣好不好？今天有發言的人，我們科長、專委在這邊、右鈞，今天對這個案子有發言的人，等到這個案子文字再跟藥師公會酌修之後，發言的代表都請他們再幫忙過目一下，然後再做確定，好不好？好，那大家還有沒有意見？好，如果沒有，我們這個案子就討論到這裡，接下來討論第五案。

討論事項

第五案

案由：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增修訂「前列腺切片-超音波導引」等 2 項診療項立案。

主席

這個案子我們先停在這裡，這個案我們邀請泌尿科醫學會的溫主任，請跟大家說明一下，謝謝。

溫主任玉清（台灣泌尿科醫學會）

主席，各位代表好，這邊是泌尿科醫學會回應，我們會新增這 1 項是因為之前舊有的處置是 79401C「前列腺切片—控取式」，這個控取式是用手指觸診調理，但現階段新的方式，大部分都是經由超音波導引來作切片，在之前的切片，大概是切 6 針左右，但新的切片方式大概都是 12~18 針之間以上，所以因為舊的方式已經不合時宜了，所以我們新增這 1 項來做給付。

主席

好，那這個部分，因為在我們的專家諮詢會議有附在後面，對於幾針，本來他們的提案，有分大於 18 針，小於 18 針，後來專家

覺得有道德風險，所以就把它全部加權平均只有 1 個項目叫做超音波導引的前列腺切片，那只有 1 個項目，照臨床醫師的判斷，覺得這個病人應該要作幾針，就作幾針，那這樣會比較沒有道德風險，那因此他們也希望原來這個前列腺切片的控取式的部分就取代掉，好，那大家有沒有意見？請，黃代表。

黃代表雪玲

我想請教一下，因為其實當初提出來的時候，有說大於 18 針的項目，小於 18 針的項目。

主席

對，原來提的是這樣。

黃代表雪玲

因為你若要用大於 18 針也是這樣的給付，這個就變成不同工同酬，那對於那種大於 18 針醫師真的很不公平，是不是能夠考量分級。

主席

因為是 90 對 10 的比例，在討 5-3 這裡，因為我記得專家的意見是說，如果大於 18 針的錢真的多很多，那大家 17 針的人通通弄成 18 針、19 針，就是那個道德風險會改變臨床的行為，所以我不知道溫主任有沒有要跟大家補充的。

溫主任玉清 (台灣泌尿科醫學會)

同意主席所說，我們還是之後的切片可能會越切越多，那現在切最多的片，大概是 24 針，不過 24 針的診斷的機會，並不會好過 18 針或 12 針，至少會來 paper 出現的結果，所以我們大概的針數大概會像 12 針，有些可能會針對有些某些有疑問的地方，多切幾針上去，可能會超過 18 針以上，不過那個可能機會還是有限，所以...，但是如果能夠分開的話是更好啦，但是如果不行話，我們是同意

加權。

第二個再回復一下，就是我們這個舊的項目，應該還不會被取代，還是會併存？

主席

先併存一段時間，好，那大家有沒有意見，就是其實這個討論很久，在專家會議，在專家們認為幾針幾針，18 針從哪裡來，18 針的合理性在哪裡，但是這個看起來經驗值是 90 對 10，擔心 borderline 的人，通通為了要拿比較多的給付，就更多針就出現了，那就是不一定對病人好，剛剛我們溫主任也有講了，24 針的人未必比較好，所以最後就是折衷，就是加權平均，不要有任何的財務引導，好，大家有沒有意見？如果沒有意見，這個項目就通過，接下來，下一項。

編號 47103A「經導管無導線心律調節器置放或置換術」診療項目之執行人員資格及認證。

主席

這個案子主要是 47103A「經導管無導線心律調節器置放或置換術」，希望能夠增加心臟血管外科的專科醫師，以及增列台灣胸腔及心臟血管外科學會舉辦之訓練課程可以同意認證，那今天邀請心臟學會的張醫師跟台灣胸腔及心臟血管外科學會的許醫師，先請心臟學會的張醫師，為什麼要增列心臟血管外科專科醫師？

張盛雄醫師(中華民國心臟學會)

其實這應該是心臟外科醫師提出來的，心臟學會的立場是因為心臟外科也是有加入心臟學會，其實這個項目主要重點在病人安全該要有的訓練，只要有訓練認可都可以，那心臟外科的話，如果說他們的訓練也是核可的話，可以達到合格的訓練的話，其實他們的學會也是可以提供。

主席

好，那我們的台灣胸腔及心臟血管外科學會的許醫師。

許醫師博順(台灣胸腔及心臟血管外科學會)

我代表心胸外科學會，當初他們在所謂經導管無導線的 pacemaker 置放的時候，有可能是在學會之間沒有 inform 到我們心胸外科學會，所以並沒有把我們增列進去，那事實上這無導線的置放比起有導線來講，事實上困難度並不會增加多少，那我們術後也有一定比例的病人需要放置節律器，所以說在我們心胸外科學會的立場，我們認為我們是具有執行的資格，只是就如同剛張醫師講的，我們亦需要經由合格的課程認證，那在心胸外科學會，我們也可以舉辦訓練的課程認證，由我們學會提供給健保署衛福部合格的醫師名單，以後可以同樣獲得健保給付手術點值之資格。

主席

好，就是多了一個學會來提供認證的課程，然後提供合格的名單給我們，大家有沒有意見？請朱代表。

朱代表益宏

我是同意增列心臟血管外科學會，但是我覺得現在因為是有 3 個學會，心臟內科、心臟外科還有心律學會，3 個學會來上課，心律醫學會大部分都是心臟內科的會員，這比較沒有問題，那我只是說，那有沒有可能這 3 個學會，能夠訂一個類似像 join companion，訂一個所謂的課程的基準，不要到時候學會上的課程不一樣，到時候可能會造成認證上如果說真的有一些不一樣的狀況的話，我覺得這個標準就不齊一，是不是由這 3 個學會內部討論以後，由 3 個學會統一訂一個基本課程，看要多少小時的課程，然後報到署方來，在這個課程底下，由這 3 個學會開的課程就 OK，以上。

主席

好，那我們請許醫師這邊回應。

許醫師博順(台灣胸腔及心臟血管外科學會)

這個秘書長之前就有跟學會 announce 過，事實上我們有訂定大概至少有 4 個小時的訓練課程，那至於說裡面訓練課程的內容，這個可能還要跟心臟學會或心律醫學會討論，但是目前規定是，你要有合格的執行操作者(proctor)監督指導下，執行過 5 例，加上有參加過 4 個小時的訓練課程，這樣才得以向各學會(心胸外醫學會、心臟醫學會、心律醫學會)申請提出證明，方可向健保局申請操作資格並得以給付。

主席

所以 3 個學會其實也都 follow 這些原則，那課程的內容？

許醫師博順(台灣胸腔及心臟血管外科學會)

課程的內容目前並沒有特別制訂說是要採取哪一個模式，譬如說要有 simulator 的置放或怎樣，目前是沒有。但是如同前面剛講的，有特別制訂的課程及訓練時數，還有參考心律醫學會的規定，我們心胸外學會一樣是遵照心律醫學會的規定訂定操作資格以及舉辦訓練課程。

主席

OK，所以事實上是有一個 criteria 在那裡，而且還有老師教，然後還要自己操作幾例以上，那這個都是共同的。

朱代表益宏

我只是建議。

主席

4 個學分。

朱代表益宏

對，因為現在只有 4 個小時的課程，但是課程內容沒有統一，那我覺得 4 個小時的課程如果大致上去統一，其實對 3 個學會並不是那麼困難，那如果統一報到署方來，我覺得這樣子會更圓滿，以上。

主席

好，可以嗎？許醫師。

許醫師博順(台灣胸腔及心臟血管外科學會)

這個我回去再跟理事長報告一下，不過剛這個裡面課程內容可能還要再思考一下，因為誠如我剛講的，事實上這個無導線的心律，目前規定只是在篩選的標準上比較嚴格，事實上它置放的技巧而言，並不會比有導線還困難，那如果一旦這樣子的規定建立之後，是不是之後有導線，也要有同樣的操作資格限定，又要再一個限定資格出來？這個可能學會在執行層面上會比較困難。

主席

請，張醫師。

張盛雄醫師(中華民國心臟學會)

那個，心臟學會跟心律醫學是目前要有一個協調，要討論說，我們自訂一個自己的 criteria，就是我們剛講 simulator，還是有傳統的 pacemaker 的置放，它危險性還是不太一樣，是這樣子。

主席

剛剛朱代表的意思是希望 3 個學會的課程...

張盛雄醫師(中華民國心臟學會)

對，我想這個...

主席

要趨近。

張盛雄醫師(中華民國心臟學會)

對，到時候可以...

主席

不要到時候各自不一樣。

張盛雄醫師(中華民國心臟學會)

到時候可以回去學會討論。

主席

是不是同意？

朱代表益宏

3 個學會內部討論一下。

張盛雄醫師(中華民國心臟學會)

對。

主席

你們可不可以同意朱代表的意見，就 3 個學會回去對於課程的內容，某種程度要有符合一定的標準。

張盛雄醫師(中華民國心臟學會)

我想，心臟學會跟心律醫學是有在，彼此是有在溝通的。

主席

那胸心外科學會可不可以加入一起。

許醫師博順(台灣胸腔及心臟血管外科學會)

目前沒有，但是我會把這個訊息傳達給理事長，原則上還是遵照各代表的決定，會跟心臟學會跟心律醫學會一起討論。

主席

其實心臟學會跟心律醫學會是最早的，那現在就是加入了胸腔及心臟血管外科學會，那他們要 join 課程的討論，那我們就列入決議，所以就是請他們 3 個要一起討論課程，有一個共同的課程內容，好，這個案子大家還有沒有其它意見？都沒有的話，就通過。

李代表紹誠

對不起，請教一個，考慮到病人端，就是我病人該找哪一科來處理這個問題，你要我 refer 還真的不知道 refer 完給哪一個科比較好，是不是可以回答我這個問題。

主席

他們說都可以。

張盛雄醫師(中華民國心臟學會)

我想呢，大部分的成年人應該都是心臟內科在執行，然後小兒心臟科就是小兒科、小兒心臟在執行，那外科我想常是外科手術的過程中，他們需要時才會放，原則上我的臨床解釋是這樣子。

主席

好，謝謝，那我們這個案子就是通過。

那，那今天已經 6 點了，非常謝謝大家，臨時會開到 6 點。

許常務理事美月（郭代表素珍代理人）

主席、主席。

主席

還有啊？

許常務理事美月（郭代表素珍代理人）

讓我講一下好嗎，中華民國助產師助產士全國聯合會。

主席

今天沒有討論到。

許常務理事美月（郭代表素珍代理人）

今天有一個報告案是在第二案，因為我們專業的助產師都從中南部來，從中午就來到會場，報告案第二案可不可以請在座的代表花點時間，讓她們不用再下一次還要再從偏鄉地區跑到這邊來，可不可以融許大家幫一下忙。

主席

下一次可不可以不用他們來？

許常務理事美月（郭代表素珍代理人）

她們一定要代表來說明。

主席

有些人還在場是嗎？

許常務理事美月（郭代表素珍代理人）

對，我們3個中南部的。

主席

代表的人數現在已經不足了，而且已經6點了，因為一路參加，那我們也真的是很努力在趕進度。

許常務理事美月（郭代表素珍代理人）

我們很快就說明好了。

主席

大家可能有意見。

朱代表益宏

他們如果剛剛要表示，其實在主席決定議程的時候，就應該先表示，讓大家都預期說可能還會再更久，但是已經決定議程我覺得

就不要變動。

主席

對，確實如此，好，那我們今天會議就開到這裡，非常謝謝大家，那如果必要有提意見的話，我們再開臨時會，好不好，好，謝謝，散會。