

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」

109 年第 4 次會議紀錄

時 間：109 年 12 月 11 日（星期五）下午 2 時

地 點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主 席：蔡副署長淑鈴

紀錄：蕭晟儀

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

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

中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會

中華民國護理師護士公會全國聯合會

台灣醫院協會

臺灣胃腸神經與蠕動學會

台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會

台灣病理學會

台灣睡眠醫學學會

台灣胸腔暨重症加護醫學會

台灣腎臟醫學會

台灣內科醫學會

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

馬文娟

黃泰平、周雯雯、白其怡

王逸年

潘佩筠

顏鴻順、陳哲維、吳韻婕

洪鈺婷

宋佳玲

梁淑媛

周貝珊、曹祐豪、吳亞筑、

顏正婷

曾屏輝、王彥博

李國森、王拔群

賴瓊如、杭仁鈞

林嘉謨

周昆達

張哲銘

王欽程

劉美慧、劉家雯、陳怡安、

林勢傑

廖智強

馬炳義、林佩萱

黃育文

吳科屏、蔡翠珍、陳依婕、

楊秀文、許博淇、宋兆喻、

楊瑜真、林美惠、簡詩蓉、

鄧家佩、沈瑞玲、宋宛蓁、

鄭碧恩、陳孜孜、林毓芬

一、主席致詞：略。

二、報告事項：

(一) 修訂「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」。

決定：洽悉，同意修訂重點如下（**附件 1，P7~P15**）：

1. 修訂醫學中心及區域醫院之執行藥師資格：由原規定「過去 1 年中，實際參與加護病房團隊照護至少連續 6 個月：須提出連續 6 個月，每個月至少 10 筆的加護病房病人實際照護的病歷或相當之臨床藥學服務相關紀錄為佐證」，考量醫院有不同人力安排及為利實際已執行臨床藥師照護服務之藥師多參與本方案，故刪除「連續」2 字
2. 醫院申請表新增「新申請」及「報備支援」勾選欄位，並由實際提供服務之醫院提出申請。
3. 調升地區醫院之「門診臨床藥事照護費（P6303B）」支付點數由每件 100 點調升至每件 150 點。
4. 修訂地區醫院藥師照護對象為 2 種以上慢性病且用藥品項達 5 項以上之門診病人，其 5 項藥品由「限同一張處方」調整為「不限同一張處方開立」，可經由雲端藥歷查詢不同張處方。

(二) 修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫支付標準。

決定：洽悉，重點如下：

1. 有關修訂支付標準第三部牙醫章節，因調整內容涉牙醫門診總額及醫院總額，建議分析因調升牙醫診療項目支付點數，對醫院總額之費用影響評估，俟兩總額就牙醫診療項目支付點數調升有共識後再提會討論。
2. 通過修訂 110 年牙醫門診總額特殊醫療服務計畫，包括：計畫對象新增「腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者」、P30003「特殊需求者牙醫服務論次費用」由每小時 1,900

點調升至 2,400 點、修訂醫療團隊異動班表相關規範及刪除附件 14 感染管制 SOP 作業細則等(附件 2, P16~P69)。

(三) 應用 109 年醫院總額之醫療服務成本指數改變率預算調整支付標準案。

決定：同意應用 109 年醫院總額之醫療服務成本指數改變率預算 103.846 億元調整支付標準，財務推估約增加 82.26 億點，修訂後支付標準詳附件 3-1，P70~90，各項調整及財務影響評估詳附件 3-2，P91，修訂重點如下：

1. 調升門診診察費：「連續調劑 2 次以上且每次給藥日數 28 天以上慢連箋」調升 3%，其餘門診診察費調升 10%；各層級內科門診診察費加成率均再調升 7%，且內科加成範圍新增「老人醫學科」，約增加 30.93 億點。
2. 住院診察費：除慢性病床外，其餘病床診察費點數調升 5%，約增加 9.03 億點。
3. 住院護理費：隔離病床護理費調升 27.65%；除慢性病床外，其餘病床護理費點數調升 5%；調升經濟病床（含精神）其與急性一般病床護理費點數差值之 50%，約增加 16.14 億點。
4. 藥事服務費：藥局調升 6 點；除特殊處方外，其餘藥事服務費調升 10%，約增加 10.13 億點。
5. 一般慢性精神病床住院照護費：04001A（醫中、區域醫院適用）由 816 點調升至 922 點，04002B（地區醫院適用）由 714 點調升至 806 點，約增加 4.38 億點。
6. 急診診察費：編號 00203B「檢傷分類第三級」由 606 點調升為 776 點、編號 01015C「急診診察費」由 521 點調升為 667 點，約增加 11.64 億點。

三、討論事項：

(一) 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增「高解析度食

道壓力檢查」等 4 項診療項目案。

決議：同意新增「高解析度食道壓力檢查」、「耳內視鏡檢查」、「間變性淋巴瘤激酶(ALK)突變體外診斷醫療器材檢測(IVD)-IHC 法」及「多次入睡睡眠檢查」診療項目，新增支付標準詳附件 4，P93~95。惟「間變性淋巴瘤激酶(ALK)突變體外診斷醫療器材檢測(IVD)-IHC 法」屬藥品伴隨式檢測，涉藥品還款降價等事宜，將待與藥商簽訂協議後與藥品生效日同步生效。

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

決議：

1. 通過編號 58028C「全自動腹膜透析機相關費用」由按「月」改按「日」申報，支付點數調整為 67 點(2,000 點/30 天)及修訂支付規範(附件 5，P96)。
2. 惟編號 58011C/58017C「腹膜透析追蹤處置費」，因涉醫院總額及門診透析預算，俟兩總額有共識後再提會討論。

(三) 應用 109 年西醫基層及牙醫總額之醫療服務成本指數改變率(以下稱 MCPI) 預算調整支付標準案。

決議：同意應用西醫基層及牙醫門診總額之 MCPI 預算調整支付標準，西醫基層預算 46.599 億元(含 104 年至 108 年西醫基層總額未用於調整支付標準之 MCPI 預算計 12.431 億元，及 109 年 MCPI 20.244 億元、110 年 MCPI 13.924 億元)，109 年牙醫門診總額預算 7.475 億元。財務推估西醫基層約增加 41.9 億點，牙醫門診總額約增加 0.39 億點，修訂後支付標準詳附件 3-1，P70~90，各項調整及財務影響評估詳附件 3-3，P92，重點如下：

1. 藥事服務費：

(1) 西醫基層總額：「每人每日 80 件內」項目調升 6 點，「每人每日 81-100 件內」項目調升 10%，約增加 10.98 億點。

(2) 牙醫總額：醫院項目點數調升 10%，基層診所及藥局「每人每日 80 件內」項目調升 6 點，「每人每日 81-100 件內」項目調升 10%，約增加 0.39 億點。

2. 門診診察費：調升專科醫師加成率，約增加 30.92 億點：

(1) 一般外科及婦產科由現行加成 9%調升至 13%，約增加 2.21 億點。

(2) 內科由 3.8%調升至 13%，約增加 5.59 億點。

(3) 兒科由 3%調升至 9%，約增加 3.81 億點。

(4) 骨科、泌尿科、整形外科及神經外科由 9%調升至 10%，約增加 8.6 百萬點。

(5) 其餘專科別由無加成調升為 9%，約增加 19.23 億點。

四、臨時提案：

(一) 台灣社區醫院協會提出醫院「COVID-19 疫情期間提升暫付款金額方案」應追扣費用之償還，建議分 12 期且以免利息方式攤還，而非依現行「全民健康保險醫療費用欠費分期攤還作業須知」之分 6 期償還且利息 5%方式攤還。

決議：本署朝免利息方式陳報衛生福利部修訂相關規範，惟現行修法進度尚在進行中，會後本署將研議妥適方式，再另行文至本署各分區業務組辦理後續作業。

五、散會：下午 5 時 35 分

全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案

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

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

○年○月○日健保醫字第○號公告自 110 年○月○日生效

壹、方案依據

依據全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、預算來源

本方案由醫院醫療給付費用總額專款「醫療給付改善方案」項下支應。

參、方案內容

一、方案目的

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

二、實施方法及進行步驟

(一)醫療服務提供者資格與申請程序：

1. 醫院資格：

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

2. 執行藥師資格：需同時符合下列條件：

(1) 醫學中心及區域醫院：

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

(2) 地區醫院：

A.具藥師資格並於醫院執業年資累計滿2年，或臨床藥學士/碩士班臨床藥學所/醫院藥學組畢業。

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

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

(4) 執行醫院及藥師資格申請表如附件1、2。

(二) 照護(給付)對象

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

(三) 藥師執行臨床藥事照護內容（每次均須有藥師簽核之書面或電子紀錄備查）

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

8. 提供藥品諮詢。

9. 加護病房病人因疼痛、躁動和譫妄等症狀使用相關鎮靜止痛藥物之評估。

肆、醫療費用支付

一、預算分配：

(一) 醫學中心及區域醫院：每年3,500萬元。

(二) 地區醫院：每年1,500萬元。

二、給付項目及支付標準(詳附件3)：

(一) 醫學中心及區域醫院：

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

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

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

(二) 地區醫院：

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

三、醫療服務點數清單及醫令清單填表說明：

- (一) 執行醫事人員代號：填報執行之藥師 ID。

- (二) 醫令類別：填報「G-專案支付參考數值」。
- (三) 醫令單價、點數：填報「0」。
- (四) 醫令執行時間起及迄需填報至年月日。
- (五) 其餘未規定事項，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。

四、結算方式：

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

伍、觀察指標

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

- 觀察指標：介入類別的分析以及醫師或其他醫事人員接受率。

分子：醫師或其他醫事人員接受之臨床藥事介入件數。

分母：臨床藥事介入件數。

陸、資訊公開

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

柒、方案修訂程序

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

「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」資格審查申請總表

(醫學中心/區域醫院適用)

☐ 新申請

☐ 報備支援

申請醫院名稱：

醫院代碼：

評鑑類別：

聯絡人：

電子信箱：

聯絡電話：

傳真電話：

地址：()

序號	姓名	聯絡電話	電子郵件信箱	備註
1				
2				

(表格請依需求自行增減列)

共 _____ 位藥師

檢附本院加護病房代號對照表：

病房代號	病房描述	病房代號	病房描述
(例)MICU	內科加護病房		

(表格請依需求自行增減列)

本案所附資料業經單位主管初審確認內容屬實

主任簽章：

請將已填妥簽章之申請表單，掃描上傳至網站，為申請資料之佐證。

「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」資格審查申請總表
(地區醫院適用)

☐ [新申請](#)

☐ [報備支援](#)

申請醫院名稱：

醫院代碼：

評鑑類別：

聯絡人：

電子信箱：

聯絡電話：

傳真電話：

地址：()

序號	姓名	聯絡電話	電子郵件信箱	備註
1				
2				

(表格請依需求自行增減列)

共 _____ 位藥師

本案所附資料業經單位主管初審確認內容屬實

主任簽章：

請將已填妥簽章之申請表單，掃描上傳至網站，為申請資料之佐證。

「提升醫院用藥安全與品質方案」資格審查申請表

基本資料

藥師姓名	
身分證字號	
藥師證書號碼	
服務單位全銜	

申請類別： 醫學中心及區域醫院； 地區醫院

檢附資料檢核表

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

本人保證檢附之佐證資料內容屬實，未經變造

申請藥師簽章：

申請日期：

請將已填妥簽章之申請表單，掃描上傳至網站，為申請資料之佐證。

全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案

給付項目及支付標準

通則

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

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

健保資訊網服務系統 VPN—應登錄之資料

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

二、臨床藥事照護介入種類，以及醫師或醫事人員接受情形：

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

■ 臨床藥事照護介入類別（4大類及23小項）以及醫師或其他醫事人員是否接受

(以下打 V 部分為填寫範例)

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

10910 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

一、依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的

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

三、實施期間

10910 年 1 月 1 日至 10910 年 12 月 31 日止。

四、年度執行目標

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

五、預算來源

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

(一) 6.721 億元由 110 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「牙醫特殊醫療服務計畫」專款項目下支應；另 0.50 億元由牙醫門診總額一般服務預算項下移撥支應。

(二) 本預算按季均分及結算，當季預算若有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，優先用於全民健保牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，以 0.5 億元為限，並依 108 年第 4 季各區人口風險因子(R 值)分配至各區。

六、先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：

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

(二) 申請條件：

1. 醫院資格：必須設置有整形外科（或口腔外科）、牙科、耳鼻喉科、精神科、神經外科、眼科及語言治療、社會工作、臨床心理等相關人員之醫院。
2. 醫師資格：口腔顎面外科專科醫師 2 位以上（至少 1 位專任醫師）會同牙科矯正醫師實施。
3. 設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備、心電圖裝置（Monitor，包括血壓、脈搏、呼吸數之監測、血氧濃度 oximeter）。

(三) 每點支付金額 1 元。

(四) 申報及審查規定：

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

(五) 申請程序：

1. 保險對象因先天性唇顎裂及顱顏畸形需要齒顎矯正裝置及牙醫醫療服務，應由上述申請醫院向全民健康保險保險人（以下稱保險人）提出事前審查申請，且該個案經保險人分區業務組核定後方可實施本項服務。惟乳牙期及混合牙期僅施行空間維持器者，不須事前審查。
2. 前項事前審查應檢附下列文件或電子檔案：事前審查申請書、病歷影印本、X 光片、治療計畫（包括整個療程費用及時間），如變更就醫醫院時，則另檢送前就醫醫院無法繼續完成理由、估計仍需繼續治療月份數字資料及申報未完成時程之費用。
3. 唇顎裂嬰兒術前鼻型齒槽骨矯正：免事前審查，治療成果（術前術後照片）以抽驗方式審核。

七、特定身心障礙者牙醫醫療服務：

(一) 適用對象須符合下列條件之一：

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

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

(二) 提供牙醫醫療服務類型及申請條件：

**院所牙醫醫療服務，得就以下擇一申請：

1. 初級照護院所

(1) 院所資格：

- A.設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備。
- B.院所 3 年內不得有因牙科違約記點【屬全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十六條第二款者不在此限】或扣減費用、6 年內不得有停止特約以上之處分。前述違規期間之認定，以保險人第一次發函處分之停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

(2)醫師資格：

- A.自執業執照取得後滿 1 年以上臨床經驗之醫師。
- B.每位醫師首次加入本計畫，須接受 6 學分以上身心障礙口腔醫療業務等相關之基礎教育訓練。加入計畫後，每年須再接受 4 學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關之再進修教育課程（每年再進修課程不得重複，執行居家牙醫醫療之醫師須修習與居家牙醫醫療之相關學分）；本計畫之醫師須累積七年以上且超過 30（含）學分後，得繼續執行計畫，惟課程皆須由中華牙醫學會或中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)認證通過。
- C.醫師 3 年內不得有視同保險醫事服務機構違約記點(屬特管辦法第三十六條第二款者不在此限)或扣減費用、6 年內不得有視同保險醫事服務機構停止特約以上之處分。

2.進階照護院所

(1)院所資格：

- A.可施行鎮靜麻醉之醫療院所及提供完備醫療之醫護人員。
- B.設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備、麻醉機、心電圖裝置（Monitor，包括血壓、脈搏、呼吸數之監測、血氧濃度 oximeter）、無障礙空間及設施。
- C.需 2 位以上具有從事相關工作經驗之醫師。
- D.院所 3 年內不得有因牙科違約記點(屬特管辦法第三十六條第二款者不在此限)或扣減費用、6 年內不得有停止特約以上之處分。前述違規期間之認定，以保險人第一次發函處分之停約日起算(含

行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

(2)醫師資格：

A.2 位以上具有從事相關工作經驗之醫師，負責醫師自執業執照取得後滿 5 年以上之臨床經驗，其他醫師自執業執照取得後滿 1 年以上之臨床經驗。

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

C.醫師 3 年內不得有視同保險醫事服務機構違約記點(屬特管辦法第三十六條第二款者不在此限)或扣減費用、6 年內不得有視同保險醫事服務機構停止特約以上之處分。

****醫療團牙醫醫療服務**

1. 由各縣市牙醫師公會協調或協助至少 2 位以上符合本項計畫資格之醫師組成醫療團，定期至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)，或一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定，[含](#) 109 年增設 2 家為限)等單位，其內部須設置固定牙科診間和醫療設備器材（含可正常操作且堪用的診療椅和相關設備、氧氣、急救藥品等），方得提供牙醫醫療服務。另上述照護機構、學校等單位內之保險對象名冊，醫療團之主責院所應依特管辦法規定辦理。

2.於社區醫療站提供本項計畫之牙醫醫療服務：於全民健康保險牙醫門

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

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

4.醫師資格：

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

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

5.提供「特定需求者」牙醫醫療服務：

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

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

立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)，為長期臥床且無法移動至固定診療椅之患者，在患者床邊提供牙醫醫療服務。

(3) 牙醫服務內容及設備：

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

(三) 費用支付及申報規定：

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

(1) 加成支付：除麻醉項目外，屬論量計酬之項目得加成申報，即：極重度身心障礙患者得加 9 成、重度患者得加 7 成、中度患者（含發展遲緩兒童）及中度以上精神疾病患者得加 3 成、輕度患者（含失能老人）得加 1 成；另申報牙周病統合治療第一階段、第二階段、第三階段支付（支付標準編號 91021C、91022C、91023C），不得再依病人身心障礙等級別計算加成費用，其費用由一般服務預算項下支應。

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

(3) 醫療團牙醫服務：

- A. 得採論次加論量支付方式，由各醫師帶回執業院所申報論量及論

次支付點數。

B.論次項目(支付代碼為 P30001):每小時 2,400 點(內含護理費),每位醫師每診次以 3 小時為限(不含休息、用餐時間),平均每小時至少服務 1 人次,服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者均不得申報該小時費用。

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

D.特定需求者牙醫醫療服務:

a.得採論次加論量支付方式,論次項目(支付代碼為 P30003),每小時 ~~1900~~2,400 點(內含護理費,且不得收取其它自費項目),每位醫師每診次以 3 小時為限(不含休息、用餐時間),平均每小時至少服務 1 人次,服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者均不得申報該小時費用。

b.每位醫師執行特定需求者牙醫醫療服務及居家牙醫醫療服務(含訪視),合計每日達 5 人以上,第 5 人起屬本項服務之論量點數按 6 折支付,每日最多 8 人為限,且每月不超過 80 人;每位醫師支援每週不超過 2 日。另每一個案以 2 個月執行 1 次為原則。

2. 費用申報之規定:

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

A.院所內服務:

非精神疾病者:極重度-FG、重度-FH、中度-FI、輕度-FJ

精神疾病者:重度以上-FC、中度-FD

發展遲緩兒童:FV

腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙:LF

B.醫療團服務:

非精神疾病者：極重度-FK、重度-FL、中度-FM、輕度-FN

精神疾病者：重度以上-FE、中度-FF

發展遲緩兒童：FX

失能老人：L1

腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LG

C. 特定需求者服務：

極重度 FU、重度 FZ

D. 社區醫療站服務：

非精神疾病者：極重度-L5、重度-L6、中度-L7、輕度-L8

精神疾病者：重度以上-L9、中度-LA

發展遲緩兒童：LB

腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LH

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

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

B. 屬衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本。

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

(4) 醫療團牙醫醫療服務之限制如下：（不適用於特定需求者牙醫醫療服務）

A. 每位醫師支援同一機構每週不超過 2 診次。如有支援不同機構，

每週合計不超過 4 診次，每月不超過 16 診次。

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

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

(5) 本計畫服務量不列入分區管控項目，但仍納入專業審查範圍。

(6) 本計畫服務量不納入門診合理量計算。

(四) 申請程序：

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

1. 申請為初級照護院所，應檢附下列資料：

(1) 申請書格式如【附件 3】。

(2) 身心障礙教育訓練之學分證明影本。

(3) 牙醫師證書正反面影本一份。

2. 申請為進階照護院所，應檢附下列資料：

(1) 申請書格式如【附件 3】。

- (2) 2 位以上（含負責醫師）醫師個人學經歷等相關資料紙本（身分證字號、學經歷、專長背景及從事相關工作訓練或經驗說明）。
- (3) 身心障礙者口腔醫療及保健推廣計畫書書面紙本及電子檔各一份，一併提供牙醫全聯會（包括目前執行及未來推廣身心障礙者口腔醫療及保健推廣計畫之執行要點，書寫格式請以 A4 版面，由左而右，由上而下，（標）楷書 14 號字型，橫式書寫）。
- (4) 身心障礙教育訓練之學分證明影本。
- (5) 牙醫師證書正反面影本一份。
3. 以醫療團為單位，申請時應檢附下列資料：(含特定需求者牙醫醫療服務)
- (1) 申請書格式如【附件 5】，並應檢附下列資料，書面紙本和電子檔各一份，一併提供牙醫全聯會：
- A. 縣市牙醫師公會評估表【附件 6】
- B. 身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)，或一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)等單位之立案證明、同意函、簡介、收容對象名冊、口腔狀況、牙科設備、醫師服務排班表、牙科治療計畫、維護計畫、口腔衛生計畫、經費評估牙醫師證書正反面影本乙份等內容書面紙本和電子檔各乙份。若屬衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本。
- (2) 每年度結束後 20 日內須繳交醫療團期末報告【附件 8】及醫師個人期末報告【附件 8-1】兩份報告書面紙本資料和電子檔(由醫療團所屬縣市公會彙整後)，一併函送牙醫全聯會審核，審核不通過或有違

規或異常者，經牙醫全聯會及保險人分區業務組確認，得停止延續執行本計畫。

(五) 相關規範

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

聯會備查。未繳交者，經催繳三個月內仍未改善者，得暫停計畫執行。

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

- (10) 所有侵入性治療應取得院生家屬或監護人之書面同意書，並附在個人病歷及醫療紀錄備查，並謹慎為之。
- (11) 若患者無法於機構中順利完成治療應轉介到後送之醫療院所進行後續治療。
- (12) 耗材應由看診醫師自備。
- (13) 治療台之維護、清潔保養及醫療廢棄物由機構妥善處理。
- (14) 患者所需之牙科治療應由具資格之專業醫師予以判斷，協調院方之輔助人員善盡安撫患者情緒之責任，並依個人能力給予醫師所需之協助。
- (15) 若遇臨時緊急狀況或危急情形，應立刻和負責的後送醫療院所聯絡，並立即進行緊急醫療及後送程序。
- (16) 執行全身麻醉時，醫師及場所設備應符合相關法令規定及全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準內容，除牙醫不足改善方案施行地區、山地離島地區之初級照護院所外，其餘地區應於進階照護院所內方得執行。
- (17) 執行全身麻醉時，應以患者安全為優先考量。每位麻醉醫師每次僅能執行一位患者之麻醉，並搭配至少一位牙醫師執行牙科治療。
- (18) 配合保險人政策執行健保卡登錄業務，依規定上傳就醫資料入健保卡。若遇特殊狀況無法登錄時，以就醫序號特定代碼「C001」申報；並以例外就醫名冊【附件 13】代替並詳實記載，刷卡設備由醫療院所自行準備。
- (19) 未遵守本計畫相關規定，且經牙醫全聯會或保險人分區業務組要求改善，第一次通知二個月內未改善或第二次通知一個月內未改善者，得由保險人之分區業務組核定暫停計畫執行。
- (20) 牙醫全聯會會同保險人分區業務組得於年度計畫執行期間依醫療團之設備、病歷書寫、醫師出席情形、環境等進行實地訪視。
- (21) 提供醫療團牙醫醫療服務應符合「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯

正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業細則」~~【附件14】~~。

5. 牙醫全聯會應將審核之相關院所及醫師名單函送保險人，由保險人各分區業務組審理核定後，另行文相關院所。惟被停止參加計畫之醫師可向所屬保險人分區業務組提出申復，經保險人分區業務組確認取消處分後，始得繼續執行本計畫。
6. 首次申請本計畫提供特定身心障礙者牙醫服務之醫師，須接受 6 學分以上身心障礙口腔醫療業務基礎課程。加入計畫後，每年仍須再接受 4 學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關再進修教育課程（每年再進修課程不得重複，執行居家牙醫醫療之醫師須修習與居家牙醫醫療之相關學分），並檢附積分證明後，得於下一年度繼續執行此計畫。本計畫之醫師須累積七年以上且超過 30（含）學分後，得繼續執行此計畫；惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。
7. 參加本計畫之院所及醫療團支援看診之服務單位（如：機構、學校或未設牙科之精神科醫院等），應提供院所及服務單位的電話、地址、看診時間等資訊，置放於保險人全球資訊網網站(<http://www.nhi.gov.tw>)及牙醫全聯會網站(<http://www.cda.org.tw>)，俾利民眾查詢就醫。
8. 醫療團服務院所應將「全民健保牙醫特殊醫療服務」之海報、立牌、直立旗、布條或其他(如看板等)標示物，標示看診地點與時間等，揭示於明顯處。標示製作作業說明請依【附件 ~~15~~14】規定辦理。

八、居家牙醫醫療服務：

（一）醫療服務提供者資格：

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

（二）收案條件：限居住於住家（不含照護機構）且符合下列條件之一者。

1. 全民健康保險居家醫療照護整合計畫之居家醫療、重度居家醫療及安寧療護階段之病人，且有明確之牙醫醫療需求。
2. 出院準備及追蹤管理費(02025B)申報病人，且有明確之牙醫醫療需求。
3. 特定身心障礙者，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上，且有明確之醫療需求。前述特定身心障礙者之障礙類別包含：肢體障礙（限腦性麻痺及、腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙、及重度以上肢體障礙）、重度以上視覺障礙、重度以上重要器官失去功能，以及中度以上之植物人、智能障礙、自閉症、精神障礙、失智症、多重障礙（或同時具備二種及二種以上障礙類別）、頑固性（難治型）癲癇、因罕見疾病而致身心功能障礙、染色體異常、其他經主管機關認定之障礙（須為新制評鑑為第1、4、5、6、7類者）或發展遲緩兒童等。
4. 「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」之補助對象(以下稱失能老人)，並為各縣市長期照顧管理中心之個案，且因疾病、傷病長期臥床的狀態，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上，行動困難無法自行至醫療院所就醫之病人。

(三) 收案及審核程序：

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

(四) 照護內容：

1. 基於安全考量，以提供牙周病緊急處理、牙周敷料、牙結石清除、牙周暨齲齒控制基本處置、塗氟、非特定局部治療、特定局部治療、簡單性拔牙及單面蛀牙填補等服務為原則，其他治療建議轉介到後送之醫療院所進行。
2. 提供居家牙醫醫療服務時，應評估病人實際情形後攜帶適當牙科設備。

建議如：攜帶式洗牙機、攜帶式吸唾機、攜帶式牙科治療設備、有效的急救設備、氧氣設備（含氧氣幫浦、氧氣筒須有節流裝置、氧氣面罩等）、急救藥品、開口器及攜帶式強力抽吸設備等相關物品。

(五) 醫療費用申報、支付及審查原則：

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

(六) 給付項目及支付標準：

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

(七) 相關規範：

1. 居家牙醫醫療服務流程圖詳【附件 [1918](#)】。
2. [個案](#)首次~~執行接受評估訪視或~~居家牙醫醫療服務（[含訪視](#)）前，牙醫師須檢送申請表【附件 [1615](#)】至牙醫全聯會，由牙醫全聯會於每月 20 日前將核可名單函送保險人分區業務組備查。~~牙醫師~~[個案](#)於首次~~執行接受評估訪視或~~居家牙醫醫療服務（[含訪視](#)）後，須於次月 20 日前檢送病人之「口腔醫療需求評估及治療計畫」【附件 [1716](#)】，正本送所屬保險人分區業務組、副本送牙醫全聯會備查。經催繳三個月內仍未改善者，經保險人分區業務組及牙醫全聯會確認，得暫停執行居家牙醫醫療服務。
3. 每次訪視應詳實製作病歷或紀錄，且須記錄每次訪視時間（自到達案家起算，至離開案家為止），並請病人或其家屬簽章；另應製作病人之居家牙醫醫療照護紀錄留存於案家。
4. 牙醫師應於院所製作實體病歷留存，且須將病人身份影印本及計畫所須之證明文件，黏貼於病歷首頁，以備查驗。
5. 一位牙醫師需搭配至少一位醫護人員。
6. 牙醫師應於診療期間隨時注意病人之生理及心理狀況。
7. 所有侵入性治療應取得病人家屬或監護人之書面同意書，並附在病人病歷及醫療紀錄備查。
8. 提供牙醫服務時若無法順利完成治療，應將病人轉介到後送醫療院所進行後續治療。
9. 牙醫師應教導家屬為病人清潔口腔之衛教知識。
10. 耗材應由醫療院所自備。
11. 設備之維護、清潔保養及醫療廢棄物由醫療院所依相關法規妥善處理。
12. 提供服務時若遇臨時緊急狀況或危急情形，應立刻和負責的後送醫療院所聯絡，並立即進行緊急醫療及後送程序。
13. 依保險人規定執行健保卡讀、寫卡作業。
14. 未遵守本計畫相關規定，經保險人分區業務組或牙醫全聯會要求改善，

第一次通知二個月內未改善或第二次通知一個月內未改善者，保險人分區業務組得核定暫停執行居家牙醫醫療服務。

- 九、點值結算方式：本計畫預算係按季均分及結算。當季預算若有結餘，則流用至下季；當季預算若有不足，則先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務、麻醉項目及重度以上身心障礙者牙醫醫療服務之點數，以每點 1 元計算，其餘項目採浮動點值，但每點支付金額不低於 0.95 元，若預算仍有不足，則由一般服務預算支應。
- 十、保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條規定計收。屬本計畫第八項「居家牙醫醫療服務」之第(二)款「收案條件」第 3 目「特定身心障礙者」或第 4 目「失能老人」者之居家牙醫醫療服務部分負擔，依牙醫門診基本部分負擔計收。
- 十一、本年度計畫在次年度計畫未於次年初公告前，得延續辦理，符合次年度計畫規定者，實施日期追溯至次年之 1 月 1 日，不符合次年度計畫規定者，得執行至次年度計畫公告實施日之次月止。
- 十二、本計畫由保險人與牙醫全聯會共同研訂，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，得由保險人逕行修正公告。

【附件 1】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

-先天性唇顎裂疾病及顱顏畸形症醫療服務(齒顎矯正) 給付項目及支付標準
通則：

- 一、本計畫所訂支付點數均包括人員（醫事、技工及相關人員）、矯正過程中使用之材料（含特殊材料）及儀器折舊等費用在內。
- 二、先天性唇顎裂及顱顏畸形症疾病適用範圍如下：
 - （一）唇裂(Cleft lip)、顎裂(Cleft palate)、唇顎裂(Cleft lip and palate)、顏面裂(Facial Cleft)、小臉症、顏面不對稱者。
 - （二）呼吸終止症候群，須領有身心障礙手冊者。(限導因於先天性唇顎裂及顱顏畸形患者所導致之個案)
 - （三）骨性咬合不正及齒列咬合不正需配合進行唇顎裂植骨手術或顏面整形或重建手術者。
 - （四）其他經事前審查核准之先天性唇顎裂疾病及顱顏畸形者。
- 三、因病情需要施行本計畫之齒顎矯正裝置，須個案事先報經保險人同意後方可實施。惟乳牙期及混合牙期僅施行空間維持器者及唇顎裂嬰兒術前鼻型齒槽骨矯正者，不須事前審查。
- 四、牙齒矯正裝置於嬰兒期、乳牙期、混合牙期及恆牙期等期限各施行一次，其中恆牙期應按編號 92115B-92124B 按分次方式申報醫療費用。
- 五、恆牙期矯正病患於未完成矯正治療而變更就醫醫院時，現行治療特約醫療院所於申請事前審查時應檢附病歷影印本、治療計畫書、X光片、前就醫醫院無法繼續完成理由，估計仍需繼續治療月份數字資料以申報未完成時程之費用。
- 六、因外傷造成需實施治療性齒列矯正者，得個案事先報經保險人同意後，比照本支付標準支付點數，並以案件分類「19：牙醫其他專案」申報費用。

編 號	診 療 項 目	基 層 院 所	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數
92101B	矯正檢查，部分（口腔檢查、石膏模型、照相）、（次） Orthodontic Examination, Partial(dental check-up, dental cast, intraoral and extraoral photography) 註：施行本項檢查不須要事前審查，惟限一至三歲病童有治療需要者，最多申報五次（建議施行期間為初次門診、三個月、六個月、一歲及三歲）。		✓	✓	✓	1690

編 號	診 療 項 目	基 層 院 所	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數
92102B	矯正檢查（口腔檢查、石膏模型、照相、測顱X光、全景X光） （次） Orthodontic Examination, Total 【dental check-up,dental cast,intraoral and extraoral photography, panoramic radiography, cephalometric radiography (lateral and posteroanterior views) 】 註：施行本項檢查不須事前審查，惟限三歲以上有治療須要者，每一年六個月限施行一次。		✓	✓	✓	3000
92103B	活動牙齒矯正裝置（單顎） Removable orthodontic appliance(one jaw)		✓	✓	✓	4806
92104B	活動牙齒矯正裝置（雙顎） Removable orthodontic appliance(two jaws)		✓	✓	✓	7209
92105B	空間維持器（單側），固定或活動式 Space maintainer,unilateral 註：限上下顎各施行一次為原則。		✓	✓	✓	1500
92106B	空間維持器（雙側），固定或活動式 Space maintainer,bilateral 註：限上下顎各施行一次為原則。		✓	✓	✓	2500
92107B	單齒矯正裝置及直接粘著裝置 Orthodontic band or direct bonding bracket, single tooth		✓	✓	✓	800
92108B	環鉤，彈力線或唇面弧線，每件 Clasp, Finger spring or labial arch, per piece		✓	✓	✓	348
92109B	亞克力基底板Acrylic plate		✓	✓	✓	2000
92110B	咬合板或斜面板Bite plate or inclined plate		✓	✓	✓	1867
92111B	矯正調整及矯正追蹤檢查（次）Orthodontic adjustment 註：1.以每三個月實施一次為限。 2.不得與92115B~92124B項目合併申報		✓	✓	✓	1000
92112B	面罩A Facial mask A 註：面罩A指混合牙期或恆牙期病情需要使用於顎骨延長術(Distractive Osteogenesis)之裝置。		✓	✓	✓	12476
92113B	面罩B Facial mask B 註：面罩B指混合牙期或恆牙期病情需要使用於上顎及上顎齒列前移之面罩。		✓	✓	✓	3748
92114B	顎弓擴大器Palatal expansion appliance		✓	✓	✓	6259
92115B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第一次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(one jaw)		✓	✓	✓	6631

編 號	診 療 項 目	基 層 院 所	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數
92116B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第一次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(two jaws) 註：1.恆牙期牙齒矯正各次支付中，不得另行申報基本及選擇性診療項目。 2.第一次支付申報時間及基本、選擇性診療項目如下： (1)申報時間：事前審查經保險人同意後，至完成裝置矯正器。 (2)基本診療項目：單顎或雙顎固定帶環裝置。 (3)選擇性診療項目：面罩B、顎弓擴大器、因診療必須之拔牙。 (4)申報醫療費用時應檢附病歷影本作為審查依據。 3.內含92111B矯正調整及追蹤檢查費用。		✓	✓	✓	12000
92117B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第二次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(one jaw)		✓	✓	✓	4973
92118B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第二次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(two jaws) 註：1.恆牙期牙齒矯正各次支付中，不得另行申報基本及選擇性診療項目。 2.申報時間、基本診療項目如下： (1)申報時間：第一次支付後160天。 (2)基本診療項目：6次以上矯正調整。 (3)申報醫療費用時應檢附病歷影本，並標示第一次支付申報日期作為審查依據。 (4)內含92111B矯正調整及追蹤檢查費用。		✓	✓	✓	7236
92119B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第三次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(one jaw)		✓	✓	✓	4973
92120B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第三次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(two jaws) 註：1.恆牙期牙齒矯正各次支付中，不得另行申報基本及選擇性診療項目。 2.申報時間、基本診療項目如下： (1)申報時間：第二次支付後160天。 (2)基本診療項目：6次以上矯正調整。 (3)申報醫療費用時應檢附病歷影本，並標示第2次支付申報日期作為審查依據。 (4)內含92111B矯正調整及追蹤檢查費用。		✓	✓	✓	7236

編 號	診 療 項 目	基 層 院 所	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數
92121B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第四次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(one jaw)		✓	✓	✓	6631
92122B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第四次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(two jaws) 註：1.恆牙期牙齒矯正各次支付中，不得另行申報基本及選擇性診療項目。 2.申報時間、基本診療項目如下： (1)申報時間：第三次支付後 160 天。 (2)基本診療項目：6 次以上矯正調整。 (3)申報醫療費用時應檢附病歷影本，並標示第 3 次支付申報日期作為審查依據。 (4)內含 92111B 矯正調整及追蹤檢查費用。		✓	✓	✓	9648
92123B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第五次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(one jaw)		✓	✓	✓	9946
92124B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第五次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(two jaws) 註：申報時間、基本診療項目及完成治療之臨床表徵如下： 1.申報時間：前一次支付至(本療程)完成治療。 2.基本診療項目： (1)矯正調整至完成治療。 (2)完成治療配戴維持器。 3.完成治療之臨床表徵： (1)齒列排列整齊，穩定咬合。 (2)前牙無倒咬或開咬情形。 (3)唇顎裂牙床裂縫旁牙齒之間隙關閉或改善。 4.申報第五次醫療費用時應檢附 X 光片或照片作為審查依據。 5.內含92111B矯正調整及追蹤檢查費用。		✓	✓	✓	15000
92125B	正顎手術術前牙板 Surgical stent for orthognathic surgery 註：適應症範圍唇腭裂及其他顱顏畸形和外傷所造成的骨性咬合不正需正顎手術者，而外傷所造成的骨性咬合不正須合併手術申報。		✓	✓	✓	5000

編 號	診 療 項 目	基 層 院 所	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數
92126B	唇顎裂嬰兒鼻型齒槽骨矯正治療前印模單側鼻型齒槽骨矯正牙板 Nasoalveolar molding, impression & nasoalveolar molding plate, unilateral 註：1.適應症範圍：限出生後四個月內之嬰兒且單側唇顎裂鼻翼歪斜併齒槽骨裂隙。 2.須檢附治療前後照片與病歷記錄。 3.不得與92125B併報。		✓	✓	✓	12000
92127B	唇顎裂嬰兒鼻型齒槽骨矯正治療前印模雙側鼻型齒槽骨矯正牙板 nasoalveolar molding, impression & nasoalveolar molding plate, bilateral 註：1.適應症範圍：限出生後四個月內之嬰兒且雙側唇顎裂鼻柱塌陷、前顎前突併齒槽骨裂隙。 2.須檢附治療前後照片與病歷記錄。 3.不得與92125B併報。		✓	✓	✓	15000
92128B	鼻型齒槽骨矯正定期調整 Nasoalveolar molding, adjustment 註：1.適應症範圍單側唇顎裂鼻翼歪斜併齒槽骨裂隙，及雙側唇顎裂鼻柱塌陷、前顎前突併齒槽骨裂隙。 2.須檢附治療前後照片與病歷記錄。 3.7日內不得重覆申報。 4.同一病例申報次數以8次為上限。		✓	✓	✓	1000

【附件 2】

國際健康功能與身心障礙分類系統(International Classification of Functioning, Disability and Health,以下稱 ICF)新制發給身心障礙證明

與舊制身心障礙類別之區分與辨識

101 年 7 月 11 日起施行 ICF 新制身心障礙鑑定與需求評估制度， ICF 新制 8 類與舊制 16 類身心障礙類別及代碼對應表如下：

新制身心障礙類別	舊制身心障礙類別代碼	
	代碼	類別
第 1 類 神經系統構造及精神、心智功能	06	智能障礙者
	09	植物人
	10	失智症者
	11	自閉症者
	12	慢性精神病患者
	14	頑性（難治型）癲癇症者
第 2 類 眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛	01	視覺障礙者
	02	聽覺機能障礙者
	03	平衡機能障礙者
第 3 類 涉及聲音與言語構造及其功能	04	聲音機能或語言機能障礙者
第 4 類 循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能	07	重要器官失去功能者-心臟
	07	重要器官失去功能者-造血機能
	07	重要器官失去功能者-呼吸器官
第 5 類 消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能	07	重要器官失去功能-吞嚥機能
	07	重要器官失去功能-胃
	07	重要器官失去功能-腸道
	07	重要器官失去功能-肝臟
第 6 類 泌尿與生殖系統相關構造及其功能	07	重要器官失去功能-腎臟
	07	重要器官失去功能-膀胱
第 7 類 神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能	05	肢體障礙者
第 8 類 皮膚與相關構造及其功能	08	顏面損傷者
備註： 依身心障礙者狀況對應第 1 至 8 類	13	多重障礙者
	15	經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙者
	16	其他經中央衛生主管機關認定之障礙者(染色體異常、先天代謝異常、先天缺陷)

本計畫適用代碼：01、05、06、07、09、10、11、12、13、14、15、16

備註說明：

一、 101 年 7 月 11 日起至 108 年 7 月 10 日全面換證前，原「身心障礙手冊」及新制「身心障礙證明」將同時並行，惟身心障礙者僅會持有兩者之一。

二、 新制身心障礙證明樣張如下

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

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

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

【附件 3】

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

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

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

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

【附件 4】

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

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

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
牙醫醫療服務申請書（醫療團）

- 一、公會別：
- 二、申請服務單位（全銜）：
- 三、醫療團負責或代表醫師：_____
- 四、申請檢附資料：(申請社區醫療站服務僅需檢送縣市公會評估表、牙科診間設備表、後送醫療院所)
- ☐ 縣市公會評估表
- ☐ 服務單位同意函
- ☐ 服務單位介紹：服務單位簡介暨立案證明、收容對象名冊及身心障礙類別輕重程度別等
- ☐ 牙科治療計畫書：口腔現況、治療計畫、維護計畫、口腔衛生計畫、預估每年醫療服務點數量、服務人次等預估成效、預估達成率
- ☐ 牙科診間設備表—說明須有可以正常操作且堪用的診療椅和經申請單位評估病患實際情形所需之相關設備、氧氣、急救藥品等
- ☐ 醫師服務排班表、☐ 後送醫療院所
- ☐ 牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業細則 ~~【附件14】~~
- 五、醫療團醫師名單：(表格列數不夠可請自行增加)

本保險分區別	姓名	身分證字號	醫事機構代號	醫事機構名稱	郵遞區號	院所地址	電話	相關教育訓練 (檢附學分證明)	備註
									☐ 取消 ☐ 新增

- 六、變更醫療團醫師名單：(表格列數不夠可請自行增加)

本保險分區別	原申請資料					變更後申請資料				
	姓名	身分證字號	醫事機構代號	醫事機構名稱	院所地址及電話	姓名	身分證字號	醫事機構代號	醫事機構名稱	院所地址及電話

*備註：申請變更醫療團醫師名單時，請各縣市公會或申請單位函文向本會提出變更，待保險人分區業務組核定變更作業程序完成後得執行之。

【附件6】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫-縣市牙醫師公會評估表
(醫療團)

牙醫師公會 縣市別：

申請服務單位：

關於本會所屬會員申請成立醫療團至

_____ (執行服務單位名稱)，

提供身心障礙者或失能老人牙醫醫療服務，本會評估後意見如下：

☐同意

☐不同意，原因：_____

☐其他意見：

立書人

公會別(簽章)：

代表人(簽章)：

地址：

*簽章需簽署用印(大小章)

中 華 民 國 年 月 日

【附件 7】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

院所申請流程圖

階段	流程	說明
申請前段	1 欲申請於院所中執行特殊病患照護服務者 無學分 2 參加身心障礙教育訓練之課程 有學分 3 填妥申請書並附上醫師個人學經歷等相關資料及身心障礙教育訓練之學分影本 寄至牙醫全聯會審核	1-1 院所有醫師希望能申請本計畫之經費時。 1-2 請至牙醫全聯會網站 (www.cda.org.tw)保險人網站 (www.nhi.gov.tw) 的下载專區下載本計畫全文且詳讀。 2-1 若醫師無身心障礙相關課程基礎六學分請執行 2-2 的步驟。若醫師已有身心障礙相關課程六學分請直接執行 3-1 之步驟。 2-2 請電洽各縣市公會詢問是否於近期內有舉辦身心障礙相關課程，若無可請所屬縣市公會協助詢問鄰近公會，或請所屬縣市公會籌畫身心障礙課程。 3-1 填寫好院所之申請表（以院所為單位），且於申請表後須附上： a. 醫師個人學經歷等相關資料（身份證字號、學經歷、專長背景及從事相關工作訓練或經驗說明） b. 身心障礙教育訓練之學分證明影本。
申請中段	4 檢查資料是否有備齊 有齊 不齊 5 審核院所資格 通過 不通過 6 名單提送保險人及分區業務組	4-1 每月 5 日前將資料備齊寄至牙醫全聯會。 4-2 確定資料是否備齊，若無備齊請申請院所將資料補齊，並依補齊資料日期為主（每月 5 日前將申請資料寄至牙醫全聯會）。其未齊之資料僅保存半年。 5-1 將由醫師審核初級院所資格，進階院所負責人或醫師須至牙醫全聯會進行口頭報告審核其資格。 5-2 未通過者依照其未通過之原因，若因學分不符請該院所待有學分後再次來申請。若因遭違規處分，行文給該院所告知目前尚不能申請此計畫。 6-1 通過者名單以公文方式提送全民健康保險保險人。
申請後	7 執行計畫	7-1 申請院所收到保險人回復函文後，院所可執行此計畫。（此計畫為年度計畫） 7-2 執行計畫期間若遭違規處分，將停止執行計畫之資格。 7-3 若院所有意願規劃友善醫療環境，附表「牙科醫療院所友善醫療環境評量表」可供設置參考。

附表

牙科醫療院所友善醫療環境評量表

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

【必要項目】

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

【其他項目】

項目	內容		檢核情形 (請打 V)
掛號/批價櫃檯	1	高度 65-80 公分以下，方便行動不便者靠近使用。	
	2	有協助掛號/批價機制。	
櫃台及進出動線	1	有明顯之引導標示。	
	2	有協助引導之人員。	
廁所	1	室內有設置廁所並符合無障礙標準，需留有通路、走廊淨寬至少 90 公分以上，可方便通往廁所。	
	2	室內有設置廁所並符合無障礙標準，需留有通路、走廊淨寬至少 75 公分以上，可方便通往廁所。	
	3	室內有設置廁所，診所有協助如廁機制。	
X 光檢查室	1	門淨寬至少 75 公分以上，迴轉空間至少 120 公分，方便輪椅使用者進出。	
	2	X 光機設備方便輪椅使用者使用。	

備註：

1. 名詞說明

- 「行動不便者」是指輪椅使用者、視覺障礙者、手持拐杖或助行器之民眾。
- 「廁所」的無障礙標準請參考「建築物無障礙設施設計規範 第五章」
- 「室內通路」是指通往各室內空間之路徑。

2. 本評量表主要以醫療院所內部空間設備為主，區分為「必要項目」、「其他項目」如下說明：

- 「必要項目」行動不便者能夠進入醫療院所且可接受診療。
- 「其他項目」符合必要項目之外，再增加其他無障礙空間。

3. 若醫療院所有願意規劃更完善的無障礙環境設施，建議參考「建築物無障礙設施設計規範」、「建築技術規則建築設計施工編 第十章無障礙建築物」、「既有公共建築物無障礙設施替代改善計畫作業程序及認定原則」。

4. 評量說明：不評分，以勾選項目內容，顯示院所醫療環境之提供情況。

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

醫療團申請流程圖

階段	流程	說明
申請前段	<pre> graph TD 1([1 欲申請至醫療服務單位中提供服務者]) -- 無學分 --> 2[2 參加身心障礙教育訓練之課程] 1 -- 有學分 --> 3[3 由各縣市牙醫師公會向牙醫全聯會提出醫療團之申請] 2 --> 3 </pre>	1-1 醫師想加入醫療團或成立新的醫療團。 1-2 至保險人網站 (www.nhi.gov.tw) 的檔案下載專區其他項，下載本計畫全文且詳讀。 2-1 無身心障礙相關課程六學分請執行 2-2 的步驟。若醫師已有身心障礙相關課程六學分請直接執行 3-1 之步驟。 2-2 向所屬牙醫師公會詢問是否於近期內有舉辦身心障礙相關課程，若無可請所屬公會協助詢問鄰近公會，或請公會辦理課程。 3-1 向所屬公會洽詢，加入現有醫療團或者提出成立新的醫療團，將資料交由所屬公會彙整後行文至牙醫全聯會申請。(申請書及檢附資料詳本計畫內容)
申請中段	<pre> graph TD 4[4 檢查資料是否有備齊] -- 齊全 --> 5[5 至牙醫全聯會口頭報告審核其資格] 4 -- 缺件 --> 4 5 -- 通過 --> 6[6 名單提送保險人及分區業務組] 5 -- 未通過 --> 5 </pre>	4-1 各縣市公會於每月 5 日前將申請資料寄至牙醫全聯會 4-2 確定資料是否備齊，若缺件請縣市公會將資料補齊，並依補齊資料日期為申請日。 5-1 醫療團負責人或各縣市公會代表須至牙醫全聯會進行口頭報告審核其資格。 5-2 若通過，牙醫全聯會將名單送至保險人。若未通過依照其未通過之原因，若因學分不符請該公會通知該醫師待有學分後再次申請。若因遭違規處分或者執行醫療團地點未符合本計畫者，通知該公會告知審核結果。 6-1 彙整通過者名單以公文方式提送保險人，經審核通過之名單，保險人分區業務組須主動提供副本給牙醫全聯會存查。
申請完成	<pre> graph TD 7([7 執行計畫]) </pre>	7-1 申請醫療團之院所收到保險人回復函後其醫療團(醫師)可執行此計畫。(此計畫為年度計畫) 7-2 執行計畫期間醫療團之醫師若遭違規處分，將停止該醫師執行計畫之資格。

☆ 報備支援：各縣市牙醫師公會務必提醒執行醫療團之醫師，應事前完成向當地衛生主管機關報備支援至服務單位執行醫療之事宜。

【附件 8】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

牙醫醫療服務期末報告（醫療團）

____年____月____日至____年____月____（計畫執行期間）

一、醫療團/執行醫療服務地點名稱：

執行醫療服務地點報備支援代號：_____

*執行機構/特教學校/精神科醫院，人數：_____ 人

（*務必填寫現行機構/學校/醫院最新人數）

二、醫師人力

序號	醫師姓名	身分證字號	院所名稱	醫事機構代號

（表格不敷使用可自行增加欄位）

三、年度排班及執行成果

月份	排班 醫師數	總診次	總時數	總服務 人次	論次費用	論量費用	論次論量 費用小計
1 月							
2 月							
3 月							
4 月							
5 月							
6 月							
7 月							
8 月							
9 月							
10 月							
11 月							
12 月							
總計							

備註：資料統計來源-醫療團月報表。

四、本年度執行計畫之困難：

五、下年度延續執行計畫申請

(一)醫師人力

序號	醫師姓名	身分證字號	院所名稱	醫事機構代號	備註
					☐ 延續 ☐ 不延續
					☐ 延續 ☐ 不延續
					☐ 延續 ☐ 不延續
					☐ 延續 ☐ 不延續
					☐ 延續 ☐ 不延續
					☐ 延續 ☐ 不延續

(表格不敷使用可自行增加欄位，醫療團新增醫師時，須由申請單位另外向牙醫全聯會函文提出申請。)

(二)下年度預定執行方式

- 1.全年執行人次目標
- 2.全年申報金額估算
- 3.治療計畫（如：執行醫療服務單位身心障礙者的口腔狀況改善情形）
- 4.維護計畫
- 5.口腔衛生計畫
- 6.經費評估
- 7.成效預估
- 8.機構醫療服務地點執行醫療服務單位的人數及服務診次
- 9.後送醫院（須為本計畫之進階照護院所）

(* 每年度結束後 20 日內繳交期末報告，並由醫療團所屬縣市公會彙整後，函送牙醫全聯會審核，審核通過後始得延續執行下年度之計畫資格。)

【附件 8-1】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

牙醫醫療服務期末報告（醫師個人）

____年____月 ～ ____月（計畫執行期間）

一、醫療團/執行醫療服務地點名稱：

二、醫師姓名：

三、年度每月執行情形

月份	總服務 診次	總服務 時數	總服務 人次	論次費用	論量費用	論次論量 費用小計
範例	2	6	10	14400	10550	24950
1 月						
2 月						
3 月						
4 月						
5 月						
6 月						
7 月						
8 月						
9 月						
10 月						
11 月						
12 月						
總計						

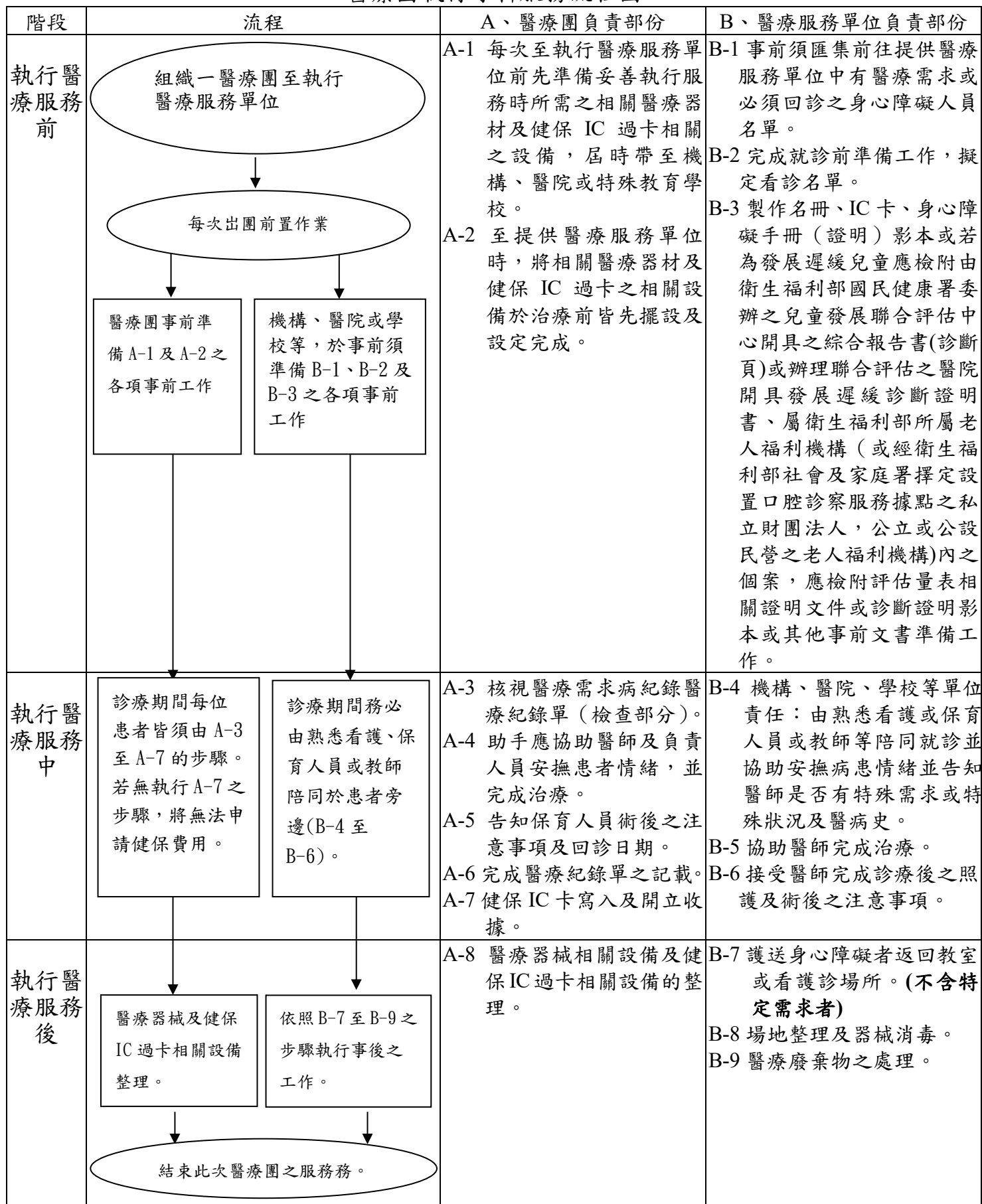
備註：資料統計來源-醫療團月報表；**請確實填寫，經查不實者，牙醫全聯會將移請
保險人暫停院所或醫師執行該計畫。

（填寫方式：以醫師為單位，1 個支援服務單位填寫 1 張，2 個支援服務單位
填寫 2 張，以此類推。）

【附件 9】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

醫療團執行牙科服務流程圖



【附件 10】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

牙醫醫療服務報酬論次申請表

受理日期				受理編號						
醫事服務機構名稱				醫事服務機構代號						
序號	診治醫師	身分證字號	支付別	日期	地點	服務時數	診療人次	申請金額		
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
11.										
12.										
13.										
14.										
15.										
本頁小計										
總表	項目	申請次數	服務時數	診療人次	每時申請金額	申請金額總數				
	支付別									
	P30001									
	P30003									
	總計									
負責醫師姓名： 醫事服務機構地址： 電話： 印信：				一、編號：每月填送均自 1 號起編。總表欄：於最後一頁填寫。 二、支付別： 1. 特定身心障礙者（含失能老人）P30001，每診次服務以 3 小時為限（不含休息、用餐時間）每小時 2,400 點（內含護理費，平均每小時至少服務 1 人次，服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者，不得申請該小時費用）。 2. 特定需求者 P30003：每診次服務以 3 小時為限（不含休息、用餐時間）每小時 1900 2,400 點（內含護理費，平均每小時至少服務 1 人次，服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者，不得申請該小時費用）；每日達 5 人以上第 5 人起按 6 折支付，每日最多 8 人為限，且每月不超過 80 人，每位醫師支援每週不超過 2 日，另每一個案以 2 個月執行 1 次為原則。 三、診療人次：填寫當次診療之人次。 四、填寫時請依同一支付別集中申報，同一診治醫師亦應集中申報。本申請表應於次月二十日前連同門診醫療服務點數申報總表正本寄本保險之分區業務組，惟請另置於信封內，並於信封上註明「申請牙醫門診總額專款專用醫療報酬」。 填表日期 年 月 日						

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

【附件 11】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫-牙醫醫療服務日報表

服務日期：

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

備註：障礙類別代號如下：

A.腦性麻痺、B.智能障礙、C.自閉症、D.染色體異常、E.中度以上精神障礙、F.失智症、G.多重障、H.頑固性(難治型)癲癇、J.植物人、
K.因罕見疾病而致身心功能障礙者、L.重度以上肢體障礙、M.重度以上視覺障礙者、N.發展遲緩兒、O.失能老人、P.重度以上重要器官失去功能者、
Q.腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙、I.其他(非特殊計畫 16 案件適用對象之身心障礙患者)。

【附件 12】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

(醫療服務單位) 就診紀錄

基本資料																	
姓名：				出生年月日：								監護人：					
地址：																	
醫病史 (MedialHistory)																	
父母：				相關證明影本黏貼處													
親屬：				備註：若為發展遲緩兒童應檢附由衛生福利部國民健康署委辦之兒童發展聯合評估中心開具之綜合報告書(診斷頁)或辦理聯合評估之醫院開具發展遲緩診斷證明書影本、屬衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本。													
本人：																	
特別注意事項：																	
牙醫病史																	
口腔發現 (oralfinding)																	
上顎：					55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
乳牙牙冠																	乳牙牙冠
恆牙牙冠																	恆牙牙冠
醫療需求																	醫療需求
下顎：					85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
乳牙牙冠																	乳牙牙冠
恆牙牙冠																	恆牙牙冠
醫療需求																	醫療需求
填表說明: D=Decayed、X=Missing、M=Mobility、RR=ResidualRoot、F=Filled																	

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

診療紀錄

[illegible]

身心障礙福利機構（日間及住宿機構）口腔健康篩檢表

（一）基本資料：																													
姓 名		性 別	□ 男 □ 女	出生 日期	年 月 日																								
障礙程度	□ 輕 度 □ 中 度 □ 重 度 □ 極 重 度																												
（二）洗牙記錄： 第一次： 月 日，第二次： 月 日，第三次： 月 日 註： 口腔照護支持服務評鑑標準需每年洗牙 2 次以上。																													
（三）檢查方式說明： 1: 牙菌斑平均值計算方式：全口分為 6 區，目視各區牙菌斑堆積狀況以「0」,代表無或微量；「1」表示目視可見牙菌斑。 牙菌斑平均值=牙菌斑統計總數/總區數(無牙區須扣除)。 2: 牙齦炎平均值計算方式：全口分為 6 區，目視各區牙齦炎狀況以「0」,代表無牙齦炎；「1」表示有牙齦發炎。 牙齦炎平均值=牙齦炎統計總數/總區數(無牙區須扣除)。 註： 口腔照護支持服務評鑑標準須牙菌斑平均值(Plaque Index Average) 及牙齦炎平均值(Gingival Index Average)皆在 0.5(含) 以下。																													
（四）檢查結果：（全口分為 6 區） 1. 牙菌斑平均值=牙菌斑統計總數()/總區數(無牙區須扣除)()=() <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 10px 0;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">18 - 14</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">13 - 23</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">24 - 28</td> </tr> <tr><td style="height: 40px;"></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 40px;"></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">48 - 44</td> <td style="text-align: center;">43 - 33</td> <td style="text-align: center;">34 - 38</td> </tr> </table> 2. 牙齦炎平均值=牙齦炎統計總數()/總區數:無牙區須扣除()=() <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 10px 0;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">18 - 14</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">13 - 23</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">24 - 28</td> </tr> <tr><td style="height: 40px;"></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 40px;"></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">48 - 44</td> <td style="text-align: center;">43 - 33</td> <td style="text-align: center;">34 - 38</td> </tr> </table> 醫師： 日期： 月 日 檢 查 檢 查 年						18 - 14	13 - 23	24 - 28							48 - 44	43 - 33	34 - 38	18 - 14	13 - 23	24 - 28							48 - 44	43 - 33	34 - 38
18 - 14	13 - 23	24 - 28																											
48 - 44	43 - 33	34 - 38																											
18 - 14	13 - 23	24 - 28																											
48 - 44	43 - 33	34 - 38																											

【附件 13】

全民健康保險 健保 IC 卡例外就醫名冊

院所名稱及代號：

看診醫師姓名：_____（簽章）

醫療團提供服務單位名稱：

日期： 年 月 日

就醫日期	姓名	身分證號	出生日期	地 址	聯絡電話	原因別	備註
						☐ 首次加保 ☐ 遺失補發或換發 ☐ 牙醫特殊醫療	
						☐ 首次加保 ☐ 遺失補發或換發 ☐ 牙醫特殊醫療	
						☐ 首次加保 ☐ 遺失補發或換發 ☐ 牙醫特殊醫療	
						☐ 首次加保 ☐ 遺失補發或換發 ☐ 牙醫特殊醫療	
						☐ 首次加保 ☐ 遺失補發或換發 ☐ 牙醫特殊醫療	
						☐ 首次加保 ☐ 遺失補發或換發 ☐ 牙醫特殊醫療	

*上述表格的「備註」欄位，務必詳細敘明無法過卡原因。

~~【附件 14】~~

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

~~一、診療前~~

- ~~1. 攜帶型箱式設備，開診前後需用酒精消毒。~~
- ~~2. 固定治療椅比照一般牙醫院所治療椅開診前感染管制標準。~~
- ~~3. 開診前治療台擦拭清潔，管路出水二分鐘，痰盂水槽流水三分鐘，抽吸管以新鮮泡製 0.005~0.02% 漂白水(NaOCL)或 2.0% 沖洗用戊二醇溶液(glutaraldehyde)或稀釋之碘仿溶液 10%(iodophors)沖洗管路三分鐘。~~
- ~~4. 診療區域應有洗手設備，並維持功能良好及周圍清潔。~~
- ~~5. 當天使用之手機(handpiece)、鑽針、洗牙機頭(sealing tip)、拔牙挺(elevator)等侵入性外科用具，須高壓滅菌後裝入無菌器械盒或個別包消並標示滅菌日期。~~
- ~~6. 診療環境應有空調系統或通風良好，空調出風口須保持乾淨。~~
- ~~7. 診療區環境清潔。~~
- ~~8. 治療檯盡量保持清潔淨空，非使用需要之器具勿擺上，未使用之藥品器具要有外蓋蓋上或包布罩上，避免飛沫噴濺。~~
- ~~9. 牙醫師、護理人員及牙醫助理人員需穿戴個人防護裝備，至少包括口罩、手套與清潔工作服，並視需要穿戴隔離衣、髮帽、面罩或護目鏡。~~
- ~~10. 對應診患者依「全面性預警防範措施」原則(universal precaution)提供照護，並詳細問診(可詢問院方人員)，包括詢問有無全身性疾病、各種傳染性疾病，如 B 型肝炎或其帶原者等病史)。~~
- ~~11. 遵守手部衛生五時機(即：接觸病人前、執行清潔/無菌操作技術前、暴觸病人體液風險後、接觸病人後、接觸病人環境後)，以及洗手六(七)步驟(內、外、夾、弓、大、立、完(腕，手術時適用))；不可使用同一雙手套照護不同病人。~~

~~二、診療中~~

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

~~三、垃圾分類~~

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

~~四、尖銳物扎傷處理流程：制訂防範尖銳物扎傷計畫及處理流程。~~

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

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

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

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

~~A.硬體設備方面~~

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

~~B.軟體方面~~

項目	評分標準	自評	訪評	備註
1.完備病人預警防範措施	看診前詢問病人病史。			
2.適當個人防護措施	牙醫師看診及牙醫助理人員跟診時穿戴口罩、手套及清潔之工作服。			
3.開診前治療台消毒措施	開診前治療台擦拭清潔，管路出水二分鐘，痰盂水槽流水三分鐘，抽吸管以新鮮泡製 0.005~0.02% 漂白水(NaOCL)或 2.0% 沖洗用戊二醛溶液(glutaraldehyde)或稀釋之碘仿溶液 10%(iodophors) 沖洗管路三分鐘。			
4.門診結束後治療台消毒措施	診療結束後，治療台擦拭清潔，管道消毒放水放氣，清洗濾網。			
5.完善廢棄物處置 (註二)	看診醫師院所內有合格清運機構清理廢棄物及冷藏設施。			
6.意外尖銳物扎傷處理流程制訂	制訂診療區域防範尖銳物扎傷計畫及處理流程。			
7.器械浸泡消毒及滅菌	診療當日使用之器械必須經過打包滅菌並標示消毒日期。			

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

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

~~註三：攜帶型箱式設備，開診前後需用酒精消毒。~~

~~醫事服務機構陪檢醫師簽名：_____ 審查醫藥專家簽名：_____~~

**全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
醫療團院所之標示製作作業說明**

一、適用對象

承作健保署牙醫門診總額特殊醫療服務計畫之醫療團院所。

二、預算來源

109~~10~~年總額其他預算項目「提升保險服務成效」項下支應。

三、標示應包含下列內容

- 1.全民健保牙醫特殊醫療服務
- 2.全民健保標誌
- 3.醫療團地點及時間
- 4.主辦單位衛生福利部中央健康保險署
- 5.承作醫療院所名稱

四、標示製作內容及規格

- (一) 下列標示物類型至少擇一標示，各類標示物規格及字體大小不得小於下列規範：

標示物類型	規格	標示內容及字體大小				
		全民健保標誌	全民健保 牙醫特殊 醫療服務	醫療團地 點及時間	主辦單位：衛 生福利部中央 健康保險署	承作醫療 院所名稱
海報	A2 (59.4×42cm)	高度:7 公分 寬度:7.05 公分	130 pt	80 pt	80 pt	80 pt
立牌	60×160cm	高度:20 公分 寬度:20.3 公分	300 pt	160 pt	160 pt	160 pt
直立旗	60×150cm	高度:17 公分 寬度:17.2 公分	290 pt	160 pt	160 pt	160 pt
布條	60×300cm	高度:30 公分 寬度:30.4 公分	550 pt	180 pt	180 pt	180 pt
其他 (如看板等)	A2 (59.4×42cm)	高度:7 公分 寬度:7.05 公分	130 pt	80 pt	80 pt	80 pt

- (二) 各總額標示物(不含布條)之底色及字體顏色

- 1.西醫：底色為淡黃色，字體為深藍色
- 2.中醫：底色為深紅色，字體為白色

3.牙醫：底色為淡藍色，字體為深藍色

五、支付原則及核銷方式

- 1.同一醫療院所同一計畫限申請一次本項費用，申請費用採實報實銷，上限為5,000 元。
- 2.核銷文件：申請表(如附表)、原始支出憑證、標示物之照片及規格明細。原始支出憑證依政府支出憑證處理要點規定辦理(支付機關名稱或買受機關名稱請註明衛生福利部中央健康保險署、統一編號請註明 08628407)。
- 3.標示製作費用請由醫療院所先行墊付，並於承作計畫起 1 個月內檢具核銷文件，向所轄保險人分區業務組申請核付(如係當年 12 月始承作計畫者，申請核銷期限為當年 12 月 10 日前)；經審查不符上述標示內容及規格者，不予支付。

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫醫療團院所

之標示製作費用申請表

承作醫療院所代號：

承作醫療院所名稱：

申請日期： 年 月 日

承作計畫名稱：

標示內容物：

☐海報

☐立牌

☐直立旗

☐布條

☐其他

核銷金額： 元

承作醫療院所印信

原始支出憑證黏貼處

【附件 165】

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

申請日期____年____月____日、序號：____

病人基本資料		
姓名：	出生日期： 年 月 日	監護人：
申請項目： ☐ 訪視 ☐ 醫療服務		
身分證號：		連絡電話：
居住地址：		
障礙類別：	3 個月內是否有自行外出的能力： ☐ 否 ☐ 是	
居家病人來源： ☐ 居家西醫主治醫師評估連結 ☐ 自行申請 ☐ 醫院協助申請 ☐ 其他		
病人申請資格：(請打勾) ☐ 1.居家醫療照護整合計畫之病人。 ☐ 2.出院準備及追蹤管理費(02025B)申報病人。 ☐ 3.特定身心障礙病人，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上。 ☐ 4.「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」之補助對象，並為各縣市長期照顧管理中心之個案，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上。		
醫病史 (Medical History)		
父母：	相關證明影本(請附於後)	
親屬：	備註：(1)居家醫療照護整合計畫之病人，應檢附 VPN 登錄收案資料、(2)出院準備及追蹤管理費(02025B)申報病人，應檢附住院相關證明文件、(3)特定身心障礙者：應檢附身心障礙證明正反面影本、(4)失能老人：須符合「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」補助對象，且出具各縣市長期照顧管理中心證明文件影本、(5)發展遲緩兒，應檢附健康署委辦之兒童發展聯合評估中心開具之綜合報告書(診斷頁)或辦理聯合評估之醫院開具發展遲緩診斷證明書。	
本人：		
病人主訴或其他注意事項：		
申請院所基本資料		
醫事機構名稱(全銜)：		
醫事機構代號：		
一、居家醫療服務之醫師及醫護人員聯絡資料：		
醫師姓名：		聯絡電話：
醫護人員姓名：		聯絡電話：
二、此次居家醫療病人，提供的醫療設備內容：【請詳述攜帶式洗牙機、攜帶式吸唾機、攜帶式牙科治療設備、有效的急救設備、氧氣設備(含氧氣幫浦、氧氣筒須有節流裝置、氧氣面罩等)、急救藥品、開口器、生理監視器及攜帶式強力抽吸設備等，相關設備物品的名稱、數量、規格】		
三、若遇臨時緊急狀況或危急情形的後送醫療院所【檢附居家牙醫醫療與後送醫療院所地圖，並請說明兩者之間的距離及所需時間】		

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
口腔醫療需求評估及治療計畫-____年__月__日、序號：__

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

治療計畫

一、病人口腔醫療需求之現況及身體狀況為何？

二、擬訂口腔治療項目（請敘述處置內容✓勾選）

（一）☐ 牙周病緊急處理

（二）☐ 牙周敷料

（三）☐ 牙結石清除（☐ 全口或☐ 局部）

（四）☐ 牙周暨齲齒控制基本處置(需併同牙結石清除執行)

（五）☐ 塗氟(需併同牙結石清除執行)

（六）☐ 非特定局部治療

（七）☐ 特定局部治療

（八）☐ 簡單性拔牙

（九）☐ 單面蛀牙填補

（十）☐ 其他：

（請填寫）

三、居家醫療服務之醫師及醫護人員聯絡資料：

醫師姓名：

聯絡電話：

醫護人員姓名：

聯絡電話：

四、此次居家醫療病人，提供的醫療設備內容：

【請詳述攜帶式洗牙機、攜帶式吸唾機、攜帶式牙科治療設備、有效的急救設備、氧氣設備（含氧氣幫浦、氧氣筒須有節流裝置、氧氣面罩等）、急救藥品、開口器、生理監視器及攜帶式強力抽吸設備等，相關設備物品的名稱、數量、規格】

五、若遇臨時緊急狀況或危急情形的後送醫療院所，居家牙醫醫療與後送醫療院所兩者之間的距離及所需時間：

六、其他治療建議及口腔衛教的目標內容：

居家牙醫醫療服務給付項目及支付標準

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

執行居家牙醫醫療服務流程圖

階段	流程	A、牙醫師負責部分	B、病人家屬負責部分
執行醫療服務——前	受理居家牙醫醫療服務需求 ↓ 牙醫師至病人住家執行評估訪視或醫療服務 ↓ 每次出診前置作業 ↓ 牙醫師事前準備 A-1 至 A-4 之各項事前執行工作 病人家屬於事前須準備 B-1 至 B-3 事前準備工作	A-1 受理符合收案條件之居家牙醫醫療服務需求。 A-2 提出居家評估訪視或醫療服務之申請。 A-3 居家牙醫醫療訪視服務經牙醫全聯會核可後執行。 A-4 事前聯繫病人家屬確實了解病人就醫前的身體狀況。 A-5 至病人住家時，應事前備妥執行相關醫療設備器材架設擺放。	B-1 因病人身體狀況無法配合進行治療，應事前聯繫告知排定訪視之牙醫師。 B-2 若牙醫師有執行侵入性治療行為，請病人家屬或監護人，務必於治療前簽署書面同意書，以利牙醫師為病人進行醫療服務。 B-3 家屬責任：由家屬陪同就診並協助安撫病人情緒，事前告知牙醫師病人是否有特殊需求或特殊狀況及醫病史等。
執行醫療服務——中	每一居家病人之牙醫醫療服務皆須符合 A-1 至 A-10 之步驟。若無執行 A-9 之步驟將無法申請健保費用。 ↓ 診療期間務必由家屬、熟悉看護、陪同病人就診(B-4 至 B-5)。 ↓ 醫療器械設備及健保卡等作業 依照 B-6 至 B-7 步驟行事後工作 ↓ 結束居家牙醫醫療服	A-6 視醫療需求詳實記載。 A-7 陪同醫護人員協助牙醫師安撫病人情緒，完成治療。 A-8 醫療服務應事前明確告知家屬治療過程內容或術後注意事項及下次回診日期。 A-9 依保險人規定執行健保卡讀、寫卡作業。 A-10 牙醫師應於診療期間注意病人生理及心理狀況；若遇臨時緊急狀況或危急情形應立刻由後送院所接手辦理。 註：若有侵入性治療時，務必於事前取得病人家屬或監護人書面同意書。 A-11 醫療相關設備維護、清潔保養及廢棄物清除等，由牙醫師自行妥善處理。 A-12 教導家屬為病人清潔口腔衛教知識。	B-4 協助牙醫師完成治療 B-5 接受牙醫師完成診療後之照護及術後說明應注意事項。 B-6 家屬應學習如何為病人做清潔口腔的知識。 B-7 家屬應於平時固定為病人做口腔清潔，以維持口腔衛生。
執行醫療服務——後			

第二部 西醫

附件 3-1

第一章 基本診療

第一節 門診診察費

通則：

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

註：醫院一般門診診察費支付點數內含百分之十護理費。

二、本節所稱醫院每日門診合理量暫不實施：

(一)醫學中心

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

(二)區域醫院

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

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

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

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

三、合併申報醫療費用之醫院，其醫院門診合理量應合併計算。

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

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

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

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

八、由同一醫師診療之同日兩次以上之門診相同病情案件，限申報門診診察費一次。

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

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

十一、西醫醫院門診診察費加成方式：

(一)四歲(含)以下兒童不限科別各項門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

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

(三)地區醫院加成方式：

1.婦產科、小兒科及新生兒科、外科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之四十，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之六十。

2.內科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之二十三三十，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之四十三五十。

3.其餘科別及精神科之門診診察費項目，得依表定點數加計百分之十五，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之三十五。

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

(四)加成科別及門診診察費項目定義說明：

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

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

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

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

十二、西醫基層院所門診診察費加成方式：

(一)兒童加成方式(詳附表2.1.3)：

1.三歲以下兒童：不限科別各項門診診察費依表定點數加計百分之二十。

2.四到六歲兒童：兒科專科醫師各項門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

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

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

1.~~婦產科、外科、兒科及內科~~各專科醫師申報第一段門診量內之門診診察費得按表定點數加計，其中婦產科及、外科及內科專科醫師加計百分之九十三一，整形外科、骨科、泌尿科、神經外科專科醫師加計百分之十，兒科其餘專科醫師加計百分之三九，~~內科專科醫師加計百分之三點八~~。若同時符合兒童加成或七十五歲以上者加成，依加成率合計後一併加計。

2.~~加成專科別及門診診察費項目定義說明：~~

~~(1)外科：包括外科、整形外科、骨科、泌尿科、神經外科。~~

- (2)第一段門診量內之門診診察費項目：包括編號00109C、00110C、00197C、00198C、00199C、00200C、00158C、00159C、00230C、00231C、00232C、00233C、00234C、00235C、00236C、00237C、00168C、00169C及01023C。
- (四)離島地區西醫基層診所週六、週日及國定假日之西醫基層門診案件，申報本部第一章之山地離島地區門診診察費，得加計百分之二十。

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
00107B	4.金門馬祖地區 1)處方交付特約藥局調劑		v	v	v	262 288
00137B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	308 339
00108B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		v	v	v	262 288
00138B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	287 316
00176B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	526 542
00177B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	505 520
00226B	5.地區醫院假日加計		v			100
00227B	地區醫院週六門診診察費加計 地區醫院週日及國定假日門診診察費加計 註： 1.00226B 及 00227B 限地區醫院申報。 2.開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方之案件不得申報上述加計點數。 3.應於開診前至保險人健保資訊網服務系統 VPN 登錄開診資訊。 4.住院值班醫師不得為假日之門診看診醫師。		v			150
01015C	急診診察費 註： 1.急診定義及適用範圍如附表2.1.1。 2.本項支付點數含護理費46—73點。 3.夜間(晚上十時至隔日早上六時)加計百分之五十、例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之二十，同時符合夜間及例假日者，則僅加計百分之五十；屬西醫基層總額部門院所，例假日加成維持原週六之中午十二時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時加計百分之二十規定。 4.山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加計百分之三十，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加計百分之八十。 5.地區醫院得依表定點數加計百分之十九。 6.本項年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之一百，其餘年齡為兒童加成項目，依本節通則十規定辦理。 7.地區醫院之兒科專科醫師申報得加計百分之五十，其餘專科醫師申報六歲以下兒童者，得加計百分之五十。 8.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數521點申報。	v	v			521 667

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
00201B	急診診察費(按檢傷分類)					
00202B	檢傷分類第一級		√	√	√	1800
00203B	檢傷分類第二級		√	√	√	1000
00204B	檢傷分類第三級		√	√	√	606 776
00225B	檢傷分類第四級		√	√	√	449
00225B	檢傷分類第五級		√	√	√	390
	註： 1.檢傷分類依衛生福利部規定。 2.地區醫院得就本項費用與01015C急診診察費擇一申報，惟採行後一年始得變更。 3.夜間(晚上十時至隔日早上六時)加計百分之五十、例假日(週六零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之二十，同時符合夜間及例假日者，則僅加計百分之五十。 4.山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加計百分之三十，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加計百分之八十。 5.地區醫院申報檢傷分類第四、五級之急診診察費得依表定點數加計百分之十九。 6.內含護理費比率為百分之三十二點零四。 7.本項年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之一百，其餘年齡為兒童加成項目，依本節通則十規定辦理。 8.兒科專科醫師申報得加計百分之五十，其餘專科醫師申報六歲以下兒童者，得加計百分之五十。					
01018B	精神科門診診察費 —每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45) 1.醫院 1)處方交付特約藥局調劑		√	√	√	280 308
00178B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		√	√	√	332 365
01019B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		√	√	√	280 308
00179B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		√	√	√	310 341
00180B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		√	√	√	550 567
00181B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑		√	√	√	528 544
01023C	高危險早產兒特別門診診察費 註： 1.限出生時2000公克以下的早產兒於二歲前之特別門診追蹤治療，並限由小兒科專科醫師親自執行。 2.本支付點數含護理費49-65點。 3.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數425點申報。	√	√	√	√	425 468

第二節 住院診察費

通則：

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

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

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

第三節 病房費

通則：

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

(一)偏鄉醫院之加成：以下醫院依表定點數加計百分之十五。

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

(二)符合全日平均護病比之加成：

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

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

註：(1)各醫院之「全日平均護病比」採四捨五入至小數位第一位計算。

(2)精神科教學醫院比照區域醫院層級加成，精神科醫院比照地區醫院層級加成。

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

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

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

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

www.nhi.gov.tw，資料路徑如下：首頁＞ 健保資料站＞ 健保統計資料＞ 重要統計資料）。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
03001K	急性一般病床（床/天） --病房費				v	598
03002A				v		532
03004B			v			532
03026K	--護理費				v	752 <u>790</u>
03027A				v		663 <u>696</u>
03029B			v			623 <u>654</u>
	註：護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。					
03005K	經濟病床（床/天） --病房費				v	336
03006A				v		302
03008B			v			302
03030K	--護理費				v	316 <u>561</u>
03031A				v		279 <u>495</u>
03033B			v			217 <u>441</u>
	註：1.指每一病室設四床(不含四床)以上之病床。 2.護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。					
03009K	嬰兒病床（床/天） --病房費				v	1187
03023A				v		1083
03024B			v			1083
03034K	--護理費				v	2084 <u>2188</u>
03035A				v		1900 <u>1995</u>
03036B			v			1777 <u>1866</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
	註：1. 指足月出生四個月內或早於三十五週出生之早產兒出生後矯正年齡五個月內之嬰兒(正常新生兒除外)因疾病而需特別觀察治療者，或因早產需要特別養育者，以入住時之年齡判定。 2. 限無家屬照顧，二十四小時由醫護人員照顧者。 3. 本項非兒童加成項目。 4. 非註1之嬰兒住院者，以急性一般病床申報費用。					
03055K	精神急性一般病床（床/天） --病房費				v	598
03056A				v		532
03057B			v			532
03058K	--護理費				v	752 790
03059A				v		663 696
03060B			v			623 654
	註：護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。					
03061K	精神急性經濟病床（床/天） --病房費				v	336
03062A				v		302
03063B			v			302
03064K	--護理費				v	316 561
03065A				v		279 495
03066B			v			217 441
	註：1.指每一病室設四床(不含四床)以上之病床。 2.護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。					
03014A	精神科加護病床(床/天) --病房費			v	v	1305
03025B			v			1305
03037A	--護理費			v	v	1958 2056

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
03039B			v			1812 <u>1903</u>
03016B	燒傷病房(床/天) --病房費		v	v	v	1246
03040B	--護理費		v	v	v	1246 <u>1308</u>
03017A	燒傷加護病床(床/天) --病房費			v	v	6495
03041A	--護理費 註：1. C.V.P.處理費、矽砂床、監視器等費用已包括在所訂點數內，不得另計。 2.呼吸器、電擊、氧氣及C.V.P.置入等另按實際使用申報。 3.適應症：二度燒傷，燒傷面積成人大於全身20%，兒童大於10%；或三度燒傷，燒傷面積成人大於全身10%，兒童大於5%。 4.申報費用時應檢附病歷摘要，並保存病人入出院時皮表處理之彩色照片，以備審核。			v	v	9742 <u>10229</u>
03073A	急診觀察床(床/天) --病房費(第一天)			v	v	367
03074B			v			306
03075A	--護理費(第一天)			v	v	418 <u>439</u>
03076B			v			348 <u>365</u>
03018A	--病房費(第二天起)			v	v	167
03019B			v			167
03042A	--護理費(第二天起)			v	v	167 <u>175</u>
03043B			v			144 <u>151</u>
	註：1.急診留觀或待床病人，入住滿六小時始得申報。 2.留置超過一日(二十四小時)者，比照住院病房費申報方式，依算進不算出原則計算。 3.僅作注射點滴、輸血或休息者，不予支付。 4.山地離島地區病患因故無法後送而須於衛生所(室)留觀者，依03019B及03074B「病床費」、03043B及03076B					

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	「護理費」申報。					
03020B	隔離病床(床/天) 1. 普通隔離病床 --病房費		v	v	v	960
03044B	--護理費		v	v	v	960 <u>1225</u>
03021B	2. 正壓隔離病床 --病房費		v	v	v	1989
03045B	--護理費		v	v	v	1989 <u>2539</u>
	註：指對免疫缺乏之重症患者，具有保護免於受外界感染源侵犯之特殊設計之病床。					
03051B	3. 負壓隔離病床 --病房費		v	v	v	1989
03052B	--護理費		v	v	v	1989 <u>2539</u>
	註：指對患有具傳染性疾病之病人，能夠不讓其病源體散布於社區或醫院內之特殊設計之病床。					
03053B	核醫病床 --病房費		v	v	v	2236
03054B	--護理費		v	v	v	1989 <u>2088</u>
	註：限行政院原子能委員會安全檢查及游離幅射測量合格之核醫病床申報					
03022K	骨髓移植隔離病床(床/天) --病房費				v	5337
03046K	--護理費				v	8004 <u>8404</u>

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

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

第四節 精神科慢性病房住院照護費與日間住院治療費

通則：

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
04001A	一般慢性精神病床住院照護費（床/天）			V	V	816
04002B			V			922 714 806

第六節 調劑

通則：

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

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

1.醫學中心

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

2.區域醫院

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

3.地區醫院

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

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

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

1.精神科醫院

(1)住院處方

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

(2)門、急診處方比照其對應之綜合醫院評鑑等級標準。

2.精神科教學醫院

(1)住院處方

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

(2)門、急診處方比照其對應之綜合醫院評鑑等級標準。

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

八、前項醫院藥事人員合理調劑量計算原則：

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

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

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

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

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

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

編號	診療項目	特約藥局	基層院所		地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
			醫師調劑	藥事調劑				
05201A	門診藥事服務費（醫院部分） —一般處方給藥(7天以內)					v	v	55 <u>61</u>
05226B					v			49 <u>54</u>
05222A	—慢性病處方給藥13天以內					v	v	55 <u>61</u>
05227B					v			49 <u>54</u>
05205A	—慢性病處方給藥14-27天					v	v	64 <u>70</u>
05228B					v			57 <u>63</u>
05209A	—慢性病處方給藥28天以上					v	v	75 <u>83</u>
05229B					v			70 <u>77</u>
05202B	門診藥事服務費（診所及藥局部分） 每人每日80件內 (山地離島地區每人每日100件內) —一般處方給付(7天以內)	v						48 <u>54</u>
05203C				v				33 <u>39</u>
05204D			v					14 <u>20</u>
05223B	—慢性病處方給藥13天以內	v						48 <u>54</u>
05224C				v				33 <u>39</u>
05225D			v					14 <u>20</u>

編號	診療項目	特約藥局	基層院所		地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
			醫師調劑	藥事調劑				
05206B	一慢性病處方給藥14-27天	v						59
05207C								<u>65</u>
05208D								35
								<u>41</u>
05210B	一慢性病處方給藥28天以上	v						24
05211C								<u>30</u>
05212D								69
05234D								<u>75</u>
05210B	門診藥事服務費（診所及藥局部分） 每人每日81-100件內 (山地離島地區每人每日101-120件內)	v						45
05211C								<u>51</u>
05212D								35
05234D								<u>41</u>
05213K	住院藥事服務費(天) — 非單一劑量處方						v	18
05214A								<u>20</u>
05215B							v	51
05216K								<u>56</u>
05217A							v	39
05218B								<u>43</u>
							v	35
								<u>39</u>
	— 單一劑量處方							104
							v	<u>114</u>
								90
							v	<u>99</u>
								79
	註： 1.精神科日間住院病患申報藥事服務費，應以該病患實際日間住院治療之日數為限；至院外適應治療期間，不得再申報本項費用。 2.留置急診處暫留床二日以上者，自第二天起比照申報。 3.精神科日間住院病患及留置急診處暫留床病患不得申報單一劑量藥事服務費。							<u>87</u>

附件 3-2

以108年申報資料試算醫院總額各層級財務影響(預算103.846億元)

單位：百萬點

項目	調整內容	醫院總額					醫院各層級占率		
		小計	增加點數 醫中	區域	地區	藥局	醫中	區域	地區
●門診診察費	小計	3,093.4	831.2	1,180.6	1,081.6		27%	38%	35%
	調升點數	2,180.1	548.1	793.8	838.2		25%	36%	38%
	內科加成	913.3	283.1	386.7	243.4		31%	42%	27%
●住院診察費	除慢性病床外，其餘病床點數調升5%	903.0	352.2	387.2	163.6		39%	43%	18%
●住院護理費	小計	1,614.2	640.3	678.9	294.9		40%	42%	18%
	隔離病床調升27.65%	103.7	60.6	35.3	7.9		58%	34%	8%
	除慢性病床、經濟病床、隔離病床外，其餘病床點數調升5%	1,376.3	564.8	582.4	229.1		41%	42%	17%
	經濟病床(含精神)調升5%後再調升其與急性一般病床點數差值之50%	134.1	15.0	61.2	57.9		11%	46%	43%
●藥事服務費	藥局調升6點，其餘調升10%	1,013.2	282.4	379.4	222.9	128.5	32%	43%	25%
	一般慢性精神病床住院照護費								
●慢性精神住院	04001A(醫中、區域)調升106點	437.7	3.8	153.1	280.8		1%	35%	64%
	04002B(地區醫院)調升92點								
●急診診察費	00203B(檢傷分類第三級)及01015C(不分檢傷)調升28%	1,164.2	306.6	574.0	283.5		26%	49%	24%
合計		8,225.6	2,416.5	3,353.3	2,327.3	128.5	30%	41%	29%

以108年申報資料試算西醫基層總額之財務影響(預算20.244億元)

單位：百萬點

項目	調整內容	西醫基層總額		
		小計	診所	藥局
●藥事服務費	基層診所及藥局每人每日80件內調升6點，每人每日81-100件內調升10%	1,097.7	655.6	442.1
●門診診察費	小計	3,092.2	3,092.2	
	調升外科、婦產科專科醫師加成，由9%調至13%	220.5	220.5	
	調升內科專科醫師加成，由3.8%調至13%	559.3	559.3	
	調升骨科、泌尿科、整形外科、神經外科專科醫師加成，由9%調至10%	8.6	8.6	
	調升兒科專科醫師加成，由3%調至9%	381.2	381.2	
	調升其餘專科醫師加成，由0%調至9%	1,922.7	1,922.7	
合計		4,189.9	3,747.8	442.1

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

單位：百萬點

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

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

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

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

第二十一項 內視鏡檢查 Endoscopy Examination (28001-2804~~4~~5)

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

第二十四項 伴隨式診斷 Companion Diagnostics (30101-3010~~3~~5)

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

第二十五項 其他檢查 Other Test (30501-30525~~6~~)

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

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

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
	3.腹膜透析追蹤處置費 Peritoneal Dialysis Follow up therapy					
58011C	(1)連續性可攜帶式腹膜透析 CAPD	v	v	v	v	8675
58017C	(2)全自動腹膜透析 Automated peritoneal dialysis	v	v	v	v	8675
	註：1.包括： (1)醫護人員費 (nursing care) 5235點。 (2)特殊材料費 (CAPD special material) 440點。 (3)每月醫材消耗品 (monthly consumption) 1500點。 (4)每月檢查費 (monthly laboratory fee) 1500點。 2.每月申報一次。 3.病人因故中途停止治療或入院後未使用者，則按比例扣除未治療天數費用。					
58028C	(3)全自動腹膜透析機相關費用(APD monthly fee)	v	v	v	v	2000
	註：1.限居家長期使用全自動腹膜透析治療病人申報。 2.每 <u>月</u> 日每一病人限申報一次。包含租金、保養、維修及管理費等費用。 <u>3.病人因故中途停止治療或入院後未使用自動腹膜透析者，則按比例扣除未治療天數費用。</u>					<u>67</u>

109 年度第 4 次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議

與會人員發言實錄

主席

各位與會代表、醫管組、醫審組及各分區業務組同仁，大家午安，今天召開今年「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」第 4 次會議，我們會議將要開始，請各位代表就座。

好，現在人數已過半，會議正式開始，請各位代表確認上次的會議紀錄第 1 至 5 頁。請問各位代表對於會議紀錄有沒有意見？請黃代表。

黃代表雪玲

應該是確認上上次的會議紀錄，上次我們上禮拜就開了，所以這是不是要稍修正一下。

主席

好，謝謝。因為上次的會議紀錄還沒有出來，需要全實錄，所以目前同仁還在進行相關行政作業。本次會議是確認第 1 次臨時會的會議紀錄，大家有沒有意見？好，接下來進入決議辦理情形，請醫管組開始。

蕭辦事員晟儀

各位代表長官好，本次會議決議追蹤辦理情形共 13 案。序號 1 Tw-DRGs 4.0 版支付通則及未實施項目實施時程案、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案、序號 3 支付標準增修「All-RAS 基因突變分析」等 10 項暨更新 30103B「PD-L1 免疫組織化學染色」估算財務支出案、序號 4「新增轉診支付標準之同體系院所名單案」，本次會議追蹤辦理情形與前次會議相同，4 項建議繼續列管。

序號 5 修訂支付標準 33074B「單純性血管整形術」等 8 項診療項目暨修正病房費章節「符合全日平均護病比之加成」之指標名稱案，及序號 6 修訂 Tw-DRGs 3.4 版支付通則不適用範圍及分類表暨 110 年 1 月-6 月適用之相對權重統計結果案，兩案皆已於 109 年 11 月 28 日至 12 月 4 日完成預告，並於 109 年 12 月 10 日陳報衛生福利部，後續將辦理公告等行政作業，建議繼續列管。序號 7「全民健康保險遠距醫療給付計畫」已於 109 年 11 月 27 日陳報衛生福利部，俟衛福部核定後辦理後續公告作業，本項建議繼續列管。

序號 8 修訂共同擬訂會議議事規範第二點代理規定案，本案已於 109 年 11 月 12 日共同擬訂會議同意，建議解除列管。序號 9 修訂支付標準第二部第一章第三節病房費支付通則案，本案建議於醫院總額協商爭取相關預算支應，本項建議下次追蹤時間為 110 年第四次共同擬訂會議。

序號 10 修訂支付標準第四部中醫案、序號 11 修訂中醫五項專款照護計畫案、序號 12 訂定 110 年召開共同擬訂會議時程案及序號 13 應用 109 年醫院、西基及牙醫總額之醫療服務成本指數改變率預算調整支付標準案，因會議紀錄仍在陳核中，惟序號 13 將續於本次會議報告及討論，其序號 10、11 及 12 將於下次共同擬訂會議說明辦理情形。

主席

好，謝謝，大家有沒有意見？好，如果沒有意見，我們就確定本次辦理追蹤情形，接下來報告事項第一案。

報告事項

第一案

案由：修訂「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」。

主席

好，請問各位代表對於這案有沒有意見？藥師公會代表李代表這邊有沒有要補充說明？

李代表懿軒

我大概跟大家說明一下，謝謝主席及各位代表，這次文字修訂的部分，第一個部分是關於服務提供者的部分，這個服務提供者因為在臨床藥師可能會有職務上的調動，或是請產假或其他部分，原先限定至少 6 個月，這只是資料的審核。其實資料審核的原則是能夠希望看出臨床藥師確實有執行這個部分的能力，所以我們就把連續 6 個月的部分建議刪除。

然後第二在醫院的部分，在執行如果屬同體系，比如說兒童醫院跟本院的部分，他可能去支援兒童醫院 ICU，他提出來的報告，就是說他拿出來的審查資料，可能是報備支援，如果被剔除的話，這個對申請者來說是比較不公平的，所以我們增加報備支援的勾選欄位。

再來是在地區醫院執行方面有分了兩個部分的異動，第一個部分是我們覺得是要以病人為中心的去照護，連續性的照護，我們知道地區醫院很多是專科醫院，所以我們限在同一處方開立，或同一院所看到跨科別處方的時候，其實會受限了，他就是明明在雲端藥歷看到有相關需要用藥建議的部分，他居然沒有辦法做這樣子的服務。

再來就是提升門診臨床藥事照護費的部分，經過跟地區醫院的藥師討論後，發現 100 點實在是不符他們的人力成本，所以希望可以調整到 150 點，以上，謝謝。

主席

謝謝李代表的說明，以上是目前這個方案修訂的內容及補充說明，大家有沒有意見？好，請，林代表。

林代表富滿

請教一下因為這個雖然是舊的，但是為什麼在 ICU 裡面就是要轉

出那一天他也有做，為什麼不能算錢，因為這個是歸在處置費，他跟診察費是不一樣。可是現在就是，比如說他在 ICU 住 2 天，第 2 天轉出去即使他有做也不給錢，當初的考量是為什麼？怎麼會轉出那天沒有給付？因為這個是歸在處置費。

主席

好，請醫管組說明一下。

陳科長依婕

請各位代表看到報 1-10 頁這個方案的支付標準，在「重症加護臨床藥事照護費」的部分，當時規劃方式是每位病人每次入住到 ICU，而且有一次臨床藥師照護介入紀錄的話，是可以申報 3 日的臨床藥師照護費用，總共合計申報的總日數不能超過該病人該次入住 ICU 的實際總日數，以上說明。

主席

這項「重症加護臨床藥事照護費」每次申報日數是有限制的。

林代表富滿

但是如果他住 2 天，第 2 天就轉出去，其實他只能報 1 天對不對？目前的規劃是這樣。這個是處置費喔，跟這個不一樣。

主席

這個是臨床藥師的介入。

林代表富滿

對，但是他有介入啊，他第 2 天有介入。

主席

來，請林代表。

林代表綉珠

我想這個部分就是像出院當日護理費不被計算是同樣的情形，而護理費的件數更多，藥事服務費當然非常重要，但如果說藥事服務費一併計算轉出日，我想請主席跟健保署應一併要考量護理費，而不是只有單一針對藥事方面。

主席

我記得當時討論這個方案時，好像有討論到因為 ICU 的病人，臨床藥師在病人入住的第 1、2 天，藥師不一定第 1 天就能夠進入 ICU 進行藥事照護，可能會在幾天之內，藥師才會進入 ICU 照護病人。也許如果住 2 天的病人，說不定藥師真的只做 1 次藥事照護，並不是 daily 執行藥事照護，這裡可不可請藥師公會協助說明一下？我記得當時會議討論好像有這一段。

李代表懿軒

不過其實坦白說，可能跟主席理解可能不太一樣，就是說他的介入的部分可能會需要連續性的監測，所以...

主席

不需要連續性監測？

李代表懿軒

他原本的設計是說介入一次他最多可以報 3 日這樣子，這個部分臨床藥師在臨床上可能需要連續性的監測。

主席

您是說不需要每天監測嗎？

李代表懿軒

臨床藥師介入之後，因為他是在 ICU 嘛，他介入之後，他還是需

要去追蹤後面這個成效，所以當時的設計才會說是介入一次，最多可以報 3 日這樣的一個設計。

主席

好，因為現在的方案已經執行 1 年多，快 2 年了。目前的執行成效還需要再觀察，這次修訂也有提高支付點數從 100 點到 150 點嘛。

李代表懿軒

那是地區醫院的門診。

主席

可是 ICU 也有放寬執行藥師資格。

黃代表雪玲

他的預算是切開的嘛，我們如果可以放寬也是在這個額度裡面去做，我們並不會用到社區醫院的預算。但是就是要開放，就像藥服費我們也是算進也算出，這個部分是不是能夠比照？

主席

請朱代表。

朱代表益宏

我是覺得這個案子，第一個當然是藥師公會提出的草案，而且在上一次我們共擬會議的時候就已經談過了，大家為了這個案子其實花了一點時間去討論。當然如果說因為他確實醫學中心、區域醫院是一個小總額的概念，地區醫院是另外一個總額，裡面執行的條件跟支付的點數都確實是不太一樣，但是我覺得這一部分如果真的要修正，可能還是要會後去跟藥師公會再討論一下，可能會比較妥適。我覺得這個已經過了，今天只是報告案嘛，他事實上不是討論案，是不是讓他先通過，不然的話為了這個一天的問題，那剛剛護理師公會跑出來跟護理費又扯到一起了，事情越弄越大，這個案子就會沒完沒了。所以

我是建議既然是報告案，而且上一次在這個會議上已經充分討論，大家也都沒有意見，是不是就讓本案通過？以上。

主席

好，藥師公會代表這邊還有沒有要再回應說明的？

李代表懿軒

報告主席，就是說文字的部分應該是沒有特別去設限，我不知道我的理解是不是正確，就是文字的部分沒有設限轉出的那天是不能申報的。理論上是這樣，那行政的費用申報部分是...

主席

好，請醫管組說明。

陳科長依婕

是，請各位代表看到報 1-14 頁，在本方案問答輯第 9 題有提到「轉出 ICU 當天可不可以算一天」確實在問答輯目前的規定是比照「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫」認定，無論轉入的那一天是幾點都當作是一天，轉出無論是那一天的幾點，一樣當日不予計算支付的點數，目前是規範在本方案的問答輯。

主席

所以同一天進出的話是算一天。來，請李代表。

李代表飛鵬

有關加護病房要有臨床藥師進來，在國外是個趨勢，在台灣的藥學教育裡面過去是 4 年制，臨床藥師是 6 年。據我所知我們學校算是第一個推動臨床藥師，慢慢專科化，比如癌症、加護病房等。臨床藥師的介入，基本上對我們用藥安全或用藥節省更精準更好。所以我覺得在這種重症單位會比較複雜，比如癌症治療這些單位，臨床藥師的角色應該要加重，或是不要讓他做了不要給，所以我是覺得說這臨床

藥師的介入，我相信會慢慢變成趨勢，未來的藥師 6 年制會越來越多。台灣因為藥師教育的制度很多，所以這有關臨床藥師的給付，我覺得他有去就要給他比較好，才會鼓勵他去，他去以後對健保的節省或病人用藥精準或安全會更好，以上。

主席

好，謝謝，這方案核心就是在肯定臨床藥師的功能跟價值，特別從 ICU 先開始去執行臨床藥師照護，方案也針對 ICU 臨床藥師照護給付臨床藥事照護費，方案精神是這樣。現在大家討論是在於日數的算法，目前經費支用的情形怎樣？

陳科長依婕

108 年 ICU 經費預算是 3,500 萬元，支用的情形大概 2,800 萬元。門診的話，地區醫院的預算是 1,500 萬元，108 年全年有支用大概 26 萬元。

主席

目前非地區醫院的部分，經費還足夠，但是以後申報及支用多少仍不清楚。如果現在要增加出院日也要算一日的話，可能要統計增加多少費用。請陳行政副院長。

陳行政副院長志忠（郭代表咏臻代理人）

主席，我是平常朱益宏代表講的話很多我不同意，但是剛他講的，我同意。因為我們病房費也是這樣算、護理費也是這樣算，甚至其他病房醫師診察費也是這樣算。

黃代表雪玲

沒有，診察費，醫師算進也算出，藥師算進也算出。

陳行政副院長志忠（郭代表咏臻代理人）

喔喔。那這樣子，這個病人如果早上 9 點轉進來，但藥師還沒去

看，就要趕快 call。你半夜 10 點轉進來也有可能。

朱代表益宏

這已經討論過了。

陳行政副院長志忠（郭代表咏臻代理人）

對啊，已經討論過的事情，這邊是報告案，如果又要再翻，後面的討論案要怎麼討論？

主席

確實在程序上已經有討論過一次，為了讓在場代表們有充分共識，在會場上報告釐清是沒關係，但是如果在場代表意見不同的話，恐怕就不適合在報告案進行。請游代表。

游代表進邦

我的看法是這樣，因為他不是基本費用，他是有執行才有。而且它通則裡面也沒有規定說出院當天不能算，所以其實是執行面，我們只要署方跟各業務組講說有執行但是不要超過 3 日就好，不要再限定出院當天就一定不能申報，確定有執行就好。我想執行面，裡面通則所有的文字都不需要做增修，以上。

主席

對啦，我們也相信藥師有執行 ICU 藥事照護才進行申報。請王秘書長。

王秘書長秀貞（林代表茂隆代理人）

此案聽起來，在醫界這邊也沒有特別大的爭議，他的關鍵其實不是在最後一天要不要算，而是在於他最後一天有做，我們要不要算。那如果是這樣的話，因為其實前面對這案子已有一些討論，而且藥師全聯會對這個案子至少召開過兩次會。我建議對於這次已經提列上來，大家都同意的報告事項內容先通過，至於後段如果要再去調整 ICU 部

分，我覺得也可以滾動式修正，只要有共識，要在 3,500 萬裡面去處理...最後一天他有做要算的話，這部分再提出來應該也不會有很多人反對，謝謝。

主席

請朱代表。

朱代表益宏

對，因為既然要討論，那報告案變成討論案。因為這個案子藥師公會全聯會其實我們地區醫院雖然這次有調整，其實在過程中間我們跟藥師公會全聯會也為了我們這案子討論過很多次。其實地區醫院在 108 年申報資料才 20 幾萬，金額非常少，參與的醫院家數才 90 幾家。據我們了解，其實有一個很大的問題，就是他規定的資格其實非常嚴格，也就是說你的地區醫院的藥師，必須要做過好像 20 筆，要之前就做過相關規定才能讓他進去。我們當然在談的時候，希望地區醫院能放寬，但是藥師公會全聯會也認為說某些條件對於地區醫院已經放寬了，所以是不是先看一看放寬以後的效果，逐步調整。當然後來我們也接受，就是地區醫院藥師參與的資格，我們就沒有特別再去提出來。

不然你看在上次討論會的時候，整個參與的藥師大概 6、7 百位，其中醫學中心跟區域醫院藥師大概占一半，地區醫院大概占一半。但是照理說地區醫院的家數這麼多，只有 90 幾家，他理論上應該要更多的藥師要進來，所以藥師公會那時候也承諾說，他們在明年度開始會跟我們地區醫院協會一起來做地區醫院藥師的繼續教育，推廣這件事情，當然我們也覺得這樣對我們實質上有幫忙，所以我們也同意了。

所以我是認為說如果大家已經討論過的案子，如果說再來增加的話...，當然因為那塊增加的話，是用到醫學中心跟區域醫院 3,500 萬的經費，他是不會影響到地區醫院，但是我是認為說其實程序上大家如果討論完，是不是先尊重這個程序，後續如果要修正的話，我覺得或許大家可以跟藥師公會談完以後，下次有共識的時候，再一併修，

可能 3 個月或半年再修一次也 OK 啊。修的時候就可以把地區醫院的藥師，說不定我們也想放寬，一併去放寬。不然今天如果能夠修，那我也要提案，我地區醫院藥師資格也要放寬，不要 10 筆可能只要 5 筆就好，之前做過 5 筆的就可以，或是甚至不用提出紀錄只要藥師執業有 2、3 年經驗就可以做，為什麼我們地區醫院資格要到那麼嚴。

我只是說如果是這樣的話，這個案子就會變成討論案，就會像上次討論案一樣，既然上次是討論案，而且大家都通過了，所以我再重複我的建議，先讓上次討論通過的案子先通過，如果有意見就錄案，我也尊重確實在醫學中心這一部分，如果出院當天也有提供藥事服務的話，是不是考慮要給他給付，這樣子的概念。同樣像護理師公會提的，出院當天的護理費，他們也有做啊，這個我都尊重，而且在實際上也有他的道理，但是我認為在程序上可能還是尊重已經通過的程序，這樣會比較好，以上。

主席

好，還有沒有別的意見？在程序上本案今天是報告案，現在如果要提出修正，就變成不只醫學中心要提出修正，連帶地區醫院也要提出修正了。好，請游代表。

游代表進邦

我們其實沒有要更正任何的內容，只是請主席跟各分區業務組，在執行面上溝通一下觀念，以上。

主席

溝通一下觀念，事實上為了這方案，在 Q&A 也詳盡規範在實際執行面，剛剛討論的應該是屬 Q&A 的一環。

黃代表雪玲

我們可不可以溝通一下，Q&A 部分每次都是署決定怎麼樣就怎麼樣，都沒有討論過，我們 Q&A 向來就是署方決定怎樣就怎樣。

何代表語

主席、各位代表。我希望主席能夠把複雜的事情簡單化，簡單的事情趕快完成化。今天這個案子上一次討論了非常久，已經做成決議定案了，今天再提出報告案，只有修改兩個地方，一個是連續六個月的「連續」拿掉，在報 1-3 頁裡面二(一)2.(1)的 B 點。另外，在報 1-10 頁，支付點數 100 點改為 150 點。這兩個地方大家同不同意改，如果大家沒有意見，這個報告案應該通過。

至於他們提出來 ICU 的其他方面，這些意見都很好，等他下次正式提案再討論才對，而不是今天在會議規範程序裡面，把報告案變更為討論案，這是我的建議，謝謝。

主席

好，大家有沒有意見？如果沒有意見，本方案文字修正及調高地區醫院支付點數，今天就通過「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」的修正。至於 Q&A 部分，請本署醫管組會後再研究，因不涉及方案的內容。這樣處理大家有沒有意見？沒有，好，謝謝。請進行報告事項第二案。

報告事項

第二案

案由：修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫支付標準。

主席

好，謝謝。本案調整牙醫支付標準，請牙醫師公會全聯會的主委徐醫師說明。

徐代表邦賢

感謝主席還有我們各位的與會代表，牙醫在我們幾次的研商會議裡面，與署裡面有共同擬訂我們明年度有關於支付標準的相關調整，包括還用了我們非協商因素的相關經費，以及我們協商因素所獲得的一些經費挹注，猶如我們上面這些資料所陳述，以上是我們有經過衡算的，所以目前為止現在的估算都應該是屬於合理的範圍內，以上報告。

主席

好，謝謝，大家有沒有意見？請朱代表。

朱代表益宏

主席，這個案子我有意見，意見的理由就是現在有牙科醫院的成立，已經成立了牙科醫院，我們之前在衛生福利部開會的時候，社保司那邊有提出來就是說，牙科醫院如果他是住院的病人，他會歸屬醫院總額，那門診才是歸到牙醫總額，所以你這個預算整體是從牙科門診總額來的，如果哪一天這個牙科醫院，雖然他現在還沒有申請特約，但是他隨時都可能申請特約，如果特約了，他去執行身心障礙牙科、執行這個糖尿病病患給他支付標準調整，全部都是用醫院總額去支付，所以這一部分變成在醫院總額沒有相關的經費來源。這個如果在牙科門診去執行，我個人沒有意見，因為那本來就在做協商，那時候就通過的，而且全聯會這邊也花很多心思，所以我覺得這個在支付標準上，要看做什麼樣處裡來排除住院病人去申報相關的支付標準，如果沒有辦法排除，這個案子我建議暫時擱置。

主席

好，謝謝。大家還有沒有意見？請富滿。

林代表富滿

想請教 70 歲以上加成的那個定義，已經寫在通則裡面，就是他是以就醫日嗎？因為根管治療會有療程，那可能他就醫的時候還沒有滿

70 歲，他在療程中間就已經滿了，所以這個可能要寫清楚，不然在申報上會有爭議。

主席

在第幾頁，報 2-4 頁嗎？通則五，70 歲以上病人。

林代表富滿

上面有一個「小於 4 歲」有寫，但是因為小於 4 歲可能是就醫當次，那比較沒有問題，可是因為根管治療它有療程。

主席

這個請全聯會這邊說明一下。

徐代表邦賢

報告主席還有報告各位代表，我們現在為止經費的估算裡面，的確是以就醫日期開始，那療程有多長？這療程中間如果他就醫日期還沒有滿 70，但是他在療程中間滿了 70，我們還是以未滿 70 繼續，因為他是整個同一天開始，是以就醫日期開始。

主席

就是通則的部分，70 歲以上病人，是以就醫日當時是 70 歲以上者，寫清楚避免爭議。

黃代表雪玲

如果就醫的時候還不是 70 歲，那後面...

主席

那就不算 70 歲，因為每個病人的療程長短不一，現在只是把文字定義清楚。富滿的意思是規定要寫清楚而已，這部分應該是現在就可以同意。好，大家有沒有別的意見？剛剛朱代表提的是牙醫醫院的問題，社保司這邊要不要說明？

梁代表淑政

有關牙醫醫院費用之總額歸屬，先前在部裡討論時，即是按照現行的狀況來做處理，也就是牙科住院費用屬醫院總額範圍，由醫院總額支應；牙醫門診費用屬牙醫門診總額，如該牙醫醫院特約後之費用，即按前述方式處理。至於本次牙醫支付標準表之調整，是否對牙科住院費用有所影響，這部分建議請牙醫師全聯會說明。

主席

這一次的修正所增加的費用是由牙醫門診總額支應。

朱代表益宏

淑政剛剛講的確實，但是因為現況沒有牙科醫院，牙科醫院才剛成立，好像9月吧。

主席

可是現在醫院的牙科也有住院案件。

朱代表益宏

醫院牙科但他都是口腔外科，口腔外科為主，所以這些現況講的糖尿病，這些身心障礙，大部分都在門診做，所以這個不會有問題。我說現況沒有問題，但是牙科醫院它成立的宗旨，在衛福部報告的時候，心口司就特別提牙科醫院它成立的宗旨，就是為了這些所謂身心障礙，這些難度比較高的牙科病人，另外還有一個教學，就是做急重難症的牙科啦，身心障礙有特別列出來。所以在這一次修正的牙科醫院設置標準裡面，特別把它加上，牙科醫院你要去設麻醉科，可以去設麻醉科，主要是有一些身心障礙或是一些他要上全身麻醉的話，住院病人你可能就要有麻醉科的設置，這個診療科別的設置，包括病理科，還有一個X光科，這是在衛福部12月1日才公告，最新修訂的牙科醫院設置標準規定。所以剛剛講的這一部分，包括糖尿病剛剛講的這些病人，他可能要做口腔的這些相關療程，還有這些身心障礙

的病人，以後都有可能會到住院去做，因為我們現在沒有限制嘛。

這一部分我大概在一個月前就已經跟社保司、心口司提出相關的問題，但是社保司那邊目前我得到的回應就是，還是依照現況，只要牙科住院就是歸醫院總額，那既然現況歸醫院總額，那你在醫院總額沒有相關的費用啊，所有的經費來源都是在牙科門診總額裡談出來的。所以如果今天要做支付標準調整，那你就限定說現在新增的這些項目，僅能限牙科門診申報，那我就沒有意見。但是如果你支付標準修訂了以後，因為牙科我們就是一套支付標準，所以變成下個月或是下下個月，那個牙科醫院申請特約以後，開始做這個的時候，如果你沒有去做這個區隔的處理的話，它就是用新的支付標準申報，那就是用醫院總額的錢，就會用到醫院總額來支付這個新增的項目，我就覺得這個顯然在這一部分很有問題，所以我才說要在通則上做什麼樣的處理，或是怎麼樣在支付標準上去限定說你這些增加的相關費用、相關的支付標準都只能限牙科門診來處理，那就沒有意見，這個我個人就沒有意見。但是如果說沒有做這個限制，變成牙科醫院如果他以後健保特約後，它也可以執行相關的項目，也可以拿到我新增的這些支付標準的話，當然我覺得在健保會那邊又沒有相關的預算，當然醫院這邊就不會同意，以上。

主席

徐代表這邊要不要先說明一下？

徐代表邦賢

報告主席還有報告朱理事長跟各位代表，現在我們所調的這些支付標準裡面，其實也有包括到我們牙科目前為止的現況。至於剛提到重度到急重度的這些身障朋友們，他們如果到醫院去做牙科的相關處置時候，那的確有上全麻，但是全麻之後裡面所做的相關治療，仍然是屬於我們特殊計畫裡面，在我們這個特殊照顧計畫裡面的來相關支應，所以醫院牙科做這些相關處置裡面，相關的處置還是屬於牙醫門

診現在在給付的。

至於醫院牙科現在目前為止，會有用到醫院總額裡面，大概都是口腔外科、開刀房，住院期間裡面的相關的病房費跟相關的照護費而已，所以目前為止，我們現在手上的資料裡面，就未來牙科醫院的走向，因為手上沒有資料，沒有辦法跟大家報告，不過目前醫院牙科目前走的方向呢，的確我們門診跟住院裡面分的很清楚，經費上並不會說有所重疊。我們也會跟牙科醫院這邊溝通就是說，他們雖然有牙科的病房，但是牙科病房處理的模式跟規格，就跟現在醫院牙科裡面大致上是雷同的，也就是說今天他們在病床裡處理的，應該也是偏向於口腔外科，至於其它包括身心障礙的牙科所處理的，應該都只是在於會用到麻醉，至於其他相關的處置都是門診這邊來做給付，以上。

主席

請朱代表。

朱代表益宏

這個變成道德勸說沒有用，你去道德勸說牙科醫院你不要這樣，他真的在住院時候去申報，健保署用什麼去反對他不可以這樣申報。你看我們的報 2-7 頁，你所有修正項目，恆齒根管治療難道他不能住院做嗎？你有任何規定說這個項目只能在門診做？沒有啊，他只要符合他的 indication，他住院做，健保署有什麼理由不讓他做？如果在住院申報，現況是因為大家都有這樣的默契，有這樣的共識，醫院的牙科如果都做根管的話是在門診做，因為醫院是會管控你的住院病床數，所以只有口腔外科在醫院有病床，所以他會用口腔外科去住院，這是目前現況，管理群是在醫院，但是以後牙科醫院整個管理群是牙科。

我覺得是這樣，看在支付標準是要在通則去修訂，還是在哪裡去修訂說這些項目都只能在門診申報。不然根管治療你原來是 1,010 點，現在變成 1,210 點增加了 200 點，如果他從醫院申報呢？本來照理說他從醫院申報，原這個病人他是在門診的應該是歸到門診牙醫，但是

現在社保司又不要這樣認定啊，如果社保司去認定以後牙科住院的病人，全部都歸牙科總額申報，這個問題也可以解決，但是社保司也不願意去做這樣的認定啊，那如果是這樣，以現況來講，我們會很擔心說你牙科醫院已經設立了，在內湖有一家，只是現在還卡在沒跟健保申請特約而已，但是他隨時都可以提出特約，特約我相信都一定會過，那過了以後開始申報住院的時候，這筆經費到底怎麼辦？

主席

好，謝謝。還有嗎？大家還有沒有別的意見？請王秘書長。

王秘書長秀貞（林代表茂隆代理人）

主席，其實這個問題的癥結點是在於牙醫醫院跟醫院設置牙科兩個設置標準要求是不一樣。當時朱理事長確實有在衛福部醫事司的相關會議，跟心口司在討論的時候，已經有提出這一項的擔憂，當時參與牙醫設置醫院的代表，他一下說我們只專門做牙科，後面又說要擴充非牙科的專科醫師一起，我們醫院的代表當然對這一段就會有很大的隱憂，呼籲先君子後小人，我們應該先把相關健保申報給付的規範設定清楚。當然現行牙醫專科醫院還沒正式進到我們費用裡面，可是對於以後申報的情況，我覺得應該要有一個監測的機制，同時間在這個會上做相關的決議，我認為牙醫部門的總額應該也要有一個機制去應對，也就是對申報上道德風險的情況，要去設置一些配套機制。

主席

好，謝謝。其實兩位談的是跨總額的費用，因為跨牙醫總額及醫院總額。雖然聽起來都是在住院部門，現在的醫院總額內也包含口腔外科的住院病人費用，這是現在的狀況。

至於新的牙醫醫院，因為也還沒跟健保特約，所以現在這個狀況還沒發生。我建議今天這案是牙醫門診總額的支付標準調整，是不是在牙醫醫院還沒有特約前，本案先讓它通過。未來牙醫醫院特約後，

費用該由哪個總額支應，就今天大家的意見，會議紀錄先記下來。

未來牙醫醫院特約的時候，再會同牙醫師公會全聯會及醫院協會的代表，大家再一起商討。必要時候，申報的費用也分別在醫院總額研商議事會議跟牙醫總額研商議事會議討論，以避免發生大家關心的事情，這樣好不好？

朱代表益宏

這個我不同意，因為你發生以後，它是先提供服務，然後第 2 個月才申報，所以你後面處理，都只能往後，你如何去追溯前面？這是第 1 個。第 2 個就算今天看報 2-13 頁口腔外科支付標準的調整，沒有錯啦，現在醫院是口腔外科，這個錢在醫院總額的哪一部分，有直接相關的費用，我想幾位付費者代表在這邊，我們在談總額的時候，哪有提到說醫院牙科這邊我們要給它什麼樣的費用，沒有啊。所以你如果現在的支付標準現在的服務量，當然從總額開辦到現在都是歸屬醫院，基期在醫院，當然我們就要接著做，但是你没有道理說去增加它的支付標準。支付標準調整的時候，就要有預算來源，但在醫院總額口腔外科，報 2-13 頁這個，到底在醫院從那裡的支付標準來支應？

主席

報 2-13 頁這是牙醫的支付標準碼吧？

朱代表益宏

對，因為它是口腔外科，所以他就有可能在醫院總額。那所有的支付標準，沒有講說限門診申報啊？我從來沒有看到說限門診申報啊？

主席

在牙醫章節應該是屬於牙醫門診總額的申報範圍吧，但住院如果有做，一樣也是申報這個章節。

朱代表益宏

也是一樣申報這個章節。

主席

牙科的調整也不是現在才有。

朱代表益宏

所以我建議今天這個事情先 pending，然後社保司應該趕快去處理總額劃分的問題，如果真的需要切割去處理，到時候趕快去處理。不然其實牙科醫院這個總額歸屬是醫院總額還是牙科門診總額？我覺得這是一個根本要解決的事情。

主席

可是剛剛特別提到牙醫醫院與醫院附設的牙科設置標準不一樣。

朱代表益宏

不是，不是設置標準不一樣，是在心口司也說醫院附設牙科跟牙科醫院不一樣，是不同的概念，這是在心口司在衛福部開會的時候，甚至包括牙醫師公會全聯會，大家也都認同說醫院附設牙科跟牙科醫院是不同的東西，2 個做的事情是不一樣。

主席

請社保司說明，社保司說明完，再請李代表。

梁代表淑政

有關牙科醫院之設立，本部醫事司 12 月 1 日已公告修正醫療院所設置標準；在醫院評鑑的部分，心口司還在規劃中。另就已成立之牙科醫院，目前尚未特約，且須要經過醫院評鑑，才能提供健保住院服務，並知道該醫院屬哪一層級之醫院。

健保總額實施迄今，牙科住院一向都在醫院總額部門之範圍，並

未將它區分出來。今天若為一家牙醫醫院，而要處理醫院總額之牙科住院或牙醫支付標準之調整，這範圍可能會大一點。但是如同朱代表所提未來牙醫醫院成立可能衍生之問題，這部分可以來檢視，並共同討論是否做些微調，讓整個制度更完整。

朱代表益宏

那個講，還是沒有講到具體該怎麼辦啊？對不對。像你這個支付標準調整，像那個報 2-13 頁，這是它就是住院都有可能用到啊，對不對？那你用到了醫院總額，就是因為沒有錢嘛，沒有相關的費用嘛，對不對？

主席

好，請李代表。

李代表飛鵬

我從醫院管理的角度，給大家做一個決策之前的參考。基本上，醫院裡面的口腔外科，它的醫師的人數跟它的收入，基本上很難跟外面這些牙科來 compete，所以醫院的口腔外科的人數一向很少，所以醫院的口腔外科要發展出一個規模。國外是蠻大的，像我們去大陸的牙科醫院，大陸是幾百上千床的都有。因為我們現在牙科總額以後，牙科的基本開業非常好，那個口腔外科的總額算到醫院來，我們醫院口腔，有一個像耳鼻喉科的喉頸外科，所以它的薪水點數都很差，所以它慢慢的發展就受到限制。

所以我覺得現在大家在討論這個，牙科界想要成立口腔醫院的時候，能否考慮就是說在這個部分能夠做一些給付或管理上的調整，因為開業太好，做口腔外科會太差，所以能夠牙科總額裡面涵蓋一些口腔醫院的部分，口腔外科，我相信他們的給付能夠協調，我相信他們的發展一定會非常的好。那現在這種局勢下面，醫院的口腔外科基本上都是小小的一個，要做的人都很少，那發展實在是受限，所以這跟

我們給付有很大的關係。所以說這個牙科的門診，因為總額這些關係，管理很好，大家收入都很高，但是做口腔外科是交付到醫院這塊就變成非常的式微，所以剛剛富滿也說口腔外科醫師的待遇沒那麼好，以上是我的建議。就是我們在設計這個給付部分，大家未來要討論這一塊在總額的歸屬的時候能夠考量，因為獎勵什麼就會發展什麼，那沒有獎勵什麼，那一個就慢慢式微。連台灣的這塊專業領域的發展受到限制，未來在做決策上的參考，我只是這樣講而已。

主席

好，謝謝，本案背後的問題就是總額的分屬。特別是這次牙醫的調整項目，會不會造成醫院總額的負擔。另外一個是牙醫醫院的成立，雖然目前尚未特約，那因為它的營運模式與現在醫院的附設牙科不太一樣，會造成醫院總額的負擔，這是朱代表和其他醫院代表的意見。

這個事情茲事體大，因為涉及各總額部門的歸屬，所以我建議這案還是就現況先讓本案通過，但是留一個但書，會後請同仁估算這次調整的項目在現行醫院總額中，會增加多少支出。就是當大家行為都不變時，由現在的醫令申報情形，推估可能醫院住院案件也會申報，申報的件數是多少；有多少件數會因為這次的調整，增加醫院總額的負擔？這些都可以提出來討論。我們主動試算，至於之後總額的歸屬，下次會議再討論，這樣可以嗎？。

朱代表益宏

既然下一次討論，我建議這個案子，就等到下一次一併來討論。

主席

可是這是牙醫的支付標準調整案。

朱代表益宏

可是這牽涉到醫院總額啊，今天你也沒有告訴我們說，就像主席講的，也沒有告訴我們到底醫院總額會增加多少錢？對不對，我們也

沒有資料。再不然再做一個但書，我也同意，就是說有一些配套，我也給主席參考看署方能不能接受，就是如果你今天要通過，那你就是在年底，看是每半年或每一年，你要去回算到底醫院增加了多少錢？然後由牙科總額撥補到醫院總額這邊來，撥到我們的一般預算來，用這種方式，變成總額之間的，像是西醫醫院跟基層的風險校正的概念類似。就是說你今天牙科把支付標準調整，醫院沒有錢，這些增加的錢怎麼辦？就從牙科總額裡面去撥過來，從它一般預算那邊撥過來，至於錢多錢少，我們也不知道嘛，對不對。萬一以後牙科醫院成立了，那一樣啊，它本來都是在門診做的，那現在到住院去做了，那一樣你就從門診撥過來啊，我覺得這是不得已中，我個人認為如果真的要解決這個僵局的話。當然最好的話我是認為，社保司那邊趕快加緊腳步，因為我大概在一個多月前，就已經跟社保司反映過這個事情啦。但是，我不知道可能因為其它的事情比較忙啦，就沒有考慮到這個問題。所以我認為牙科這個其實沒有那麼急嘛。既然主席剛剛講的，要試算，那下次，我們再來看試算的結果，看看醫院代表，就算增加 1 元，我們再看到底要不要接受這 1 元。

第二個，如果今天過，那就是牙科在這邊要落下一個決議，到時候比如說每一季或是每半年或是多久的時間，在總額結算的時候，就要把牙科經費，因為支付標準的調整增加到醫院總額支出的部分，那把它相對的，撥補回來，以上。

主席

好，全聯會有沒有意見呢？請徐代表。

徐代表邦賢

我想這個大部分，現在目前為止，報告案裡面，當然如果說整個因為牙科醫院有可能會發生的經費，而把我們整個牙科裡面的支付標準相關的，因為這個我們通過以後，我們相關的門診，還有包括我們診所裡面，還有很多的相關的作業要做，如果今天沒有通過的話，等

到下次的共擬會議再來去做這些決議來講的話，坦白來講，我們的申報上，我們的6、7千家的診所，會有相當的困難。所以我是希望說，如果可以的話，是否是可以列出說，目前為止，如果牙科醫院過了之後，會影響哪一些？或者那一個 section 的部分，我們那個部分，先暫時予以保留，至於都在門診施行這些支付標準的修正，是否先予以通過？

主席

可是現在誰能夠指出來修正的部分。

徐代表邦賢

因為我們手上現在沒有任何資料，要我們提出說牙科醫院裡面，要相關的影響，其實我們目前也沒有辦法去提出。

主席

是，來，請何代表。

何代表語

主席，各位代表，因為這個報告案是屬於110年度，牙醫門診總額的我們協商定案的金額。這個金額當然由牙醫全聯會他們來協議，如果調整整個診療項目的金額來訂，所以我們今天共擬會議只能認為它調整的金額合理不合理，那有什麼意見，把它建議修正。

但是我們不能把未來未知的事情套在這個案子裡面，你現在只是談戀愛還不知道會不會結婚，就要說買房子、買家具的錢都要算出來，我認為這樣是不太合適的。我要建議的就是說，今天牙醫總額項目提出來了，我們支持它這個案子先通過。

但我在這裡有附帶一個建議，我建議健保署、社保司還有牙醫師全聯會，還有醫院協會，你們要超前部署規劃，人家牙醫醫院還要不要來還不知道咧，你要用轎去把它叫來參加健保嗎？如果人家很好賺，

我為什麼要加入你這個健保咧？像我上上個禮拜，去做個內視鏡、胃鏡，拿 2 個禮拜的藥，把我拿 3 萬塊，人家要來參加健保，什麼照個胃鏡，2,400 多，人家才不願意咧。所以我的意思就是說，你們這些，當然可以做超前部署，那牙醫醫院在門診部分的項目，還有口腔外科住院的項目，如果去把它鑑定，還有分配，還有牙醫總額跟醫院總額的協定中，去訂定支付標準代碼的確定性，我們希望如果你能夠超前部署。等到人家有來參加健保以後，我們在 110 年度總額協商中，建立整個如何互補的機制，我認為這樣才是一個比較正確的方向。不然人家還沒來，你就先講，沒有用。所以你今天擱置它這個案子，對整個牙醫全聯會來講，這是它全年度的總額預算裡面，已經確定給它的預算，它只是提出來說，我來增加這些項目，你們認為適當不適當，只是這樣子的一個報告案，而不是讓你決定通不通過錢給他們，這個錢都已經通過了。

所以我建議還是要通過這個案子，但是你們健保署跟這些相關單位，可以超前部署，去預測人家如果加進來的時候，怎麼去界定，怎麼去分配這些經費。未來在 110 年總額協商中，怎麼建立互補的機制出來，這樣才是正確的方向。所以你現在無法去統計這家牙醫院，如果我敢開這家牙醫院，收入非常好，我為什麼要參加你們健保？坦白講，不必參加，說實在的，如果是那家院長，我一定不會來參加，一定是它有特殊的賺錢技巧方法，這是人家經營的策略啦，醫院還有醫師有很好的策略。所以我很簡單講，我看完以後，2 個禮拜的藥服完，我又再去拿 2 個禮拜的藥多少錢知道嗎？6,000 多塊，所以為什麼要來參加你健保，所以我的意思就是說要看啦，看人家經營這些費用，所以我的建議是這樣子，今天讓它通過這個案，可以附帶一個建議方向，請健保署去規劃，去超前部署一下嘛，預測他們加進來以後，會發生那些問題，會發生那些項目的衝突，你們趁機規劃好，我們 110 年度的總額協商，我們就有一個方向，這是我的建議啦。

主席

好，謝謝，請施代表。

施代表壽全

我覺得朱代表的擔心有一些道理，但應該用不著那麼擔心。現在醫院裡的口腔外科，住院部分申報算在醫院總額，但牙科所有的門診都屬於牙科總額。將來如果要讓牙科總額裡面也包括牙科住院部分，是可以朝這方向規劃的。

我認為牙科醫院的成立，主要是醫事司管的事。大家可以想想看，政府不是鼓勵設立兒童醫院嗎？結果兒童醫院成立後，與醫院裡面的兒童部門有什麼不一樣？全都沒變，給付都一樣。所以牙科醫院的成立，主要應該是面子，而不是裡子的問題。牙科醫院成立以後，它的門診也是算在牙科總額，醫院裡面的口腔開刀，也會算在醫院總額。現在問題是，牙科這邊要不要把不管是牙科醫院還是醫院裡面的牙科部門的口腔外科，也算到牙科總額，這才是癥結。

朱代表益宏

主席，剛剛問過何代表，其實當然牙科醫院現在還沒有發生，確實我是超前部署，配合政府政策。但是現在他支付標準調整的項目，大家考慮一下，是不是現在住院的牙科醫師已經在申報，不知道，因為我不是牙科的專業。健保署目前也沒有提供相關的資料，剛執行長有提到說不會啊這都是門診申報項目，但是我不曉得到底在住院怎麼報，所以我才講說，剛剛主席裁示的也 OK，下次把資料拿出來看一看，但是下一次，如果已經有醫院總額費用的產生要怎麼辦呢？

主席

過去也有調整牙醫的支付標準。

朱代表益宏

所以我剛才才講說，牙科這邊如果能夠承諾如果是醫院總額的，有醫院總額的，就從總額撥補，把差額撥補到醫院總額來，這樣就可

以解決目前的僵局。不然就要等到所有事情弄清楚，或是在支付通則上面註明限牙科門診申報，不然他其實沒有法源依據。如果住院的牙科他要申報這些項目，你沒有道理不讓他申報，現況是這樣，特別他有一些口腔外科的項目，我也不知道會不會在住院牙科申報，目前有沒有申報，或許真的沒有，那確實是我多慮。但是既然他是列在口腔外科的項下，我覺得有可能口腔外科住院會申報。如果他申報，就算一年只有發生 1 元，我覺得這金額還是要弄清楚，錢還是要弄清楚。事實上確實整個經費的來源是牙科門診總額去談出來的，不是醫院總額去談出來的，所以我覺得如果牙科要去調他的門診，調支付標準，就不能調到住院這一部分會使用到的支付標準，這是合情合理的訴求。

所以我剛講兩個方法，第一個就是說這案子先暫緩，等到下一次開會，因為那是明年的總額，所以其實還有時間。如果牙科也認為不行，今天就要通過，那你就要承諾下次出來或是每季點值結算的時候，如果有吃到醫院總額，差額就從你牙科總額撥補回來，以上。

徐代表邦賢

感謝代表給我們指導，到目前為止，就現在來講，我還是建議主席這個案子可以允許通過。至於跨總額所產生的金額，我想我們可以坐下來談。因為我們當初在爭取 110 年度預算的時候，我們也完全以這相關的數字，老實講我們也不知道牙科醫院會發生什麼事，沒有辦法超前再超前部署爭取牙科醫院到底會花多少經費，有用到哪些 item，然後來做爭取的經費。

第二個就是在跨總額之間，一些相關的經費如果說要釐清，其實還蠻多要釐清的，一扯下去會扯得很多。比如說口腔癌，當然不在這會議範圍內我就不再扯下去。但在跨總額之間相關撥補來講，我覺得這應該另外召開相關會議協調，而不是在今天這個地方馬上做一個決定。所以，請恕在這邊表達，如果跨總額我們願意大家一起坐下來協調，看這經費怎麼做一些相關的撥補，但是不好意思我在這裡沒有辦

法直接承諾。

主席

好。牙科支付標準調整也不是第一次，每年都在調整，只有這次代表提出這些問題，而且激烈的討論。既然提到總額費用的歸屬議題，牽扯的範圍就不只是新設立的牙醫醫院，還包括現在醫院的牙科部。因為支付標準的調整所受的影響，其實是需要跨總額處理的。所以我建議今天這個案子，因為說不定 98%、99% 的費用都是由牙醫門診總額支應，為了不要影響牙醫部門的運作。另外今天做一個但書，有關跨兩個總額部分，成立專案小組討論，專案小組必須有醫院總額與牙醫部門，一起研究該如何處理，如果在費用上有顯著的影響是不是請社保司就總額部分做一個劃分，或者是總額的歸屬做一個規劃。因為半年後就要協商明年的總額，屆時可以做一個比較大的改革，這樣才可以澈底解決這個問題。

另外牙醫醫院的成立，現在的牙醫醫院是設立了，但還沒有評鑑也還沒有特約，而且剛成立時應該也不會產生太多的費用，所以應該來得及在大家把這件事情釐清之前再來處理。大家覺得好不好？請朱代表。

朱代表益宏

剛剛主席提到的牙科支付標準調整也不是只有這次，確實，之前我們也談過牙科支付標準。但是今天口腔外科項目，比如報 2-13 頁，第一個固定鋼線移除他是 84 年的支付標準。

主席

該項目是因為很久沒調整，所以這次調整。

朱代表益宏

所以我說之前提的牙科支付標準，可能都是大家概念上都是在門診做的，所以大家都沒有意見。只有一次，我記得也是我提的，就是

他們做的「顙顎關節鏡」，確實有與會代表說有可能在住院會做到，所以後來主席裁示說，在支付標準裡面限門診申報，所以那次有提到這件事情。但是現在口腔外科，我不知道口腔外科現在在醫院會不會申報到。既然放到口腔外科項下，當然我覺得有可能會申報到。如果有可能醫院現在已經在申報，牙科就不能用他的經費去調整醫院會支付的項目。如果今天一定要過的話，那就是口腔顎面外科項目保留，因為到底醫院會不會申報到不知道啊。然後你們又不願意去做註記說限門診申報，又沒有資料告訴我們這些項目醫院到底申報哪些，有沒有醫院在 108 年申報啊，不知道啊，大家都瞎子摸象。所以我剛才提說，既然是 110 年度總額，所以在明年第一次開會的時候討論，也來得及。

徐代表邦賢

報告主席、報告朱理事長，我請求發言。是這樣的，我們的牙科支付標準裡面，除了第 1 項、第 2 項還有第 3 項叫做「開刀房手術」，所以相關口腔外科裡面會跟醫院總額這邊申請的相關支付標準是第 3 項，坦白說這個也大概是 20 年沒調整過。但是口腔外科在住診方面會產生的支付標準應該都是在這裡，至於前面報 2-13 頁，這確實是在門診裡面才有辦法做，在病房裡面反而不容易做，甚至於沒辦法做，因為他需要門診相關設備，比如在治療椅上，才有辦法做處理。這個是就目前為止我們所了解的，去跟大家做一個報告，以上。

主席

我們都理解朱代表的說法，但為了能夠讓議事可以往前進行。

朱代表益宏

問題是醫院總額部分...

主席

剛剛已經提過組成一個專案小組討論。

朱代表益宏

如果說已經用到醫院總額來...

主席

牙醫門診總額支付標準調整，今年不是第一年，是每年都在調整。

朱代表益宏

我同意，所以我剛講說如果有用到醫院總額，已經發生了，那就需要有一個機制去處理。

主席

所以就是組一個專案小組，長遠來看的确也需要討論，只是因為這是今天在這個會議上提出。但是這次調整的費用，可能 98%、99% 是發生在牙醫門診總額。而且剛剛朱代表一開始也特別提到，牙醫醫院現在也還沒有特約，如果以輕重緩急來講，本案應該先通過，至於涉及跨總額費用的問題，真的是需要澈底研究，我們就組一個小組來討論。

朱代表益宏

主席您剛剛也講說可能 98、99%...

主席

我只說絕大多數。

朱代表益宏

我也不知道，大家都不知道，所以我才說在不知道的狀況之下，要有一個配套，萬一真的發生 1、2% 甚至 0.1% 的時候，該怎麼辦，那我覺得要把話講到前面，不是等到發生的時候才協商，協商的時候大家都不認帳，那就是醫院要吞下去啊。現在不是牙科要吞，是醫院要吞耶。

主席

好，請主委這邊協調一下。有關報 2-13 頁，大家關心口腔外科這部分，是不是這邊的每一項都註明「限牙科門診申報」，這樣會不會比較放心？

黃代表雪玲

這的確會進入醫院總額，但我們並沒有預算，這塊預算在牙科那裡，所以住院如果量也不多，應該就請每季結算完，看是多少錢就請牙科這邊撥補過來就好。

主席

好，本案已經討論超過半小時，最後一次發言了嗎？請陳代表。

陳行政副院長志忠（郭代表咏臻代理人）

主席，剛剛我們牙科代表講的，這些項目都是門診做的。我就想，假設有個因別的病而住院病人，剛好牙齒痛，我們也不能讓他掛牙科門診，住院的主治醫師會會診牙科，把病人送到牙科門診來診察牙齒，這就醫院總額去報啊，所以不是說特別場所做，他還是提到牙科門診，應該是這樣啊。

主席

好，本案發言到此，一個報告案不應該花這麼多時間，真的是非常的冗長。

朱代表益宏

這不應該列入報告案。

主席

大家從來沒有想過這件事情可以討論這麼久。

陳行政副院長志忠（郭代表咏臻代理人）

請問全聯會的長官，您去請示一下你們理事長，是不是撥一點點

錢。

主席

主委現在大概也不敢決定。好，最後一次表達。

徐代表邦賢

好，我的確也沒有正確的數字，這個大或小我也不敢跟大家保證，我請代表們大概也有個共識，如果要來算清楚，那我們所有的東西都一起來算清楚，包括牙醫師這邊如果有申報到其他有關跨總額的金額，我想實在應該在一個會議好好來討論，但是大家如果沒有共識要來開這種會議的話，我們就該列就把他列上來。

主席

好，這樣子，因為這案已經變成討論案，今天既然有這麼大的爭議，本案暫時不通過。會後立刻啟動檔案分析，把費用釐清，再提會議重新討論。相關的支付標準就晚生效，抱歉徐主委。好下一案。

報告事項

第三案

案由：應用 109 年醫院總額之醫療服務成本指數改變率預算調整支付標準案。

主席

好，這案是醫院總額今年基本診療章的調整案，共需要 82.15 億，大家有沒有意見？好，請黃代表。

黃代表雪玲

我想要問一下，報告 3-3 頁這個地方，這次這個護理費病床，我想要問一下住院護理費的小計下面這項，除了慢性病床、經濟床，這

次隔離病床 5%有在這裡面嗎？我想先確認一下。

主席

好，有沒有？

陳科長依婕

隔離病床 5%沒有包含在裡面。

黃代表雪玲

所以我們的隔離床的 5%是跑到上面那個隔離床調升的 25%裡面對嗎？

陳科長依婕

是。

黃代表雪玲

但是我記得我們上次這個講這個調升 5%，所有病房調升 5%，我們隔離房已在裡面了，那上次我們跟護理師公會有達成共識是上次本來要拿 4 億，後來我們讓步 2 億，本來我們醫學中心是不同意。上次主席有裁示那就是我們同意 2 億，我們本來以為就是各 1 億，事實上主席在會有裁定經濟病床調 1.14 億，隔離床調 0.85 億。可是我今天用你們這個提供的報表回算，我們隔離床並沒有調 0.85 億，我們算完，如果調 0.85 億，我們應該得到 103.8 百萬。這個部分，我們想依據上次的決議，我們就是調 0.85 億，就是要調隔離床，今天沒有調那麼高，我覺得，因為這樣我們現有試算，用整個隔離床調到...反推回去，我們應該得到 103.8 百萬點多，所以你應該就是漏調 1,000 萬，所以我覺得，我們已經讓步 1 次，請不要再欺負我們，拜託，拜託。

主席

好，請醫管組說明一下是不是有誤差。

陳科長依婕

好，在上次臨時會時，除了慢性病房，所有病床住院護理費的點數調 5%，之後加起來總共是 14.04 億，這是上次會議裡出現的版本。這次請大家看到議程的報 3-3 頁，在住院護理費的部分分為三行，第一行是隔離病床調升 25%，是指全部隔離病床總共調整 25%，總共 9,380 萬，其中包含上次會議調升 5%，已經內含在這裡頭了。本署有做估算，如果調升 5% 的話，大概是 18.7 百萬點。因為再補上 20%，因為這次說要調升到 25%，所以再補 20% 上去的話，是 7,500 萬點，所以合計的點數是 9,300 萬點，這是這次重新試算後的結果。

另外 2 個，除慢性病床、經濟病床還有隔離病床以外，其它所有病床點數調升 5% 的話是 13.76 億點，就是在這邊的第 2 行；第 3 行的部分是在說明經濟病床，包含精神經濟病床，調升 5% 後，再把它調到跟急性一般病床點數差值的一半，這是上次的決議，總共是 1.34 億，以上是財務試算的說明。

主席

好，雪玲剛剛的意思是說隔離病床調 5%，另外還要加上其餘病床裡面也要含隔離病床，是這樣嗎？所以隔離病床就調 30% 這樣意思嗎？

黃代表雪玲

我們其實不是這樣意思，因為上次提議是大家先調 5%。

主席

大家先調 5%。

黃代表雪玲

這個上次大家有共識就是先調 5%，然後再多那 2 億，那 2 億是隔離床，主席在會上也有講隔離床調 0.85 億，然後經濟床調 1.04 億，

照這樣比例去回推大家該成長多少就成長多少，那個百分比沒有確定，那時候沒有確定，我們希望是用金額調為主。

主席

上次會議我記得好像有這麼一段。請朱代表。

朱代表益宏

我覺得是這樣啦，因為你如果當初在上一次開會時候是多加這兩項，大概經費是 2 億，所以護理師公會全聯會也同意是 2 億，但是現在看起來是 2 億 3 嘛，現在看起來是增加大概 2 億 3，所以我認為說...

黃代表雪玲

沒有，它真的算完是 2 億 3，所以是多吞了我們隔離病床，調過的是多吞了我們隔離病床，所以我們才覺得要公平一點。

主席

請何代表。

何代表語

上一次開會時候是當場有算出說隔離病床大概 1.4 億多，那經濟病床，總數的經濟病床是 2.8 億左右，加起來大概 4.2 億，4.2 億他們去協商完以後就說減半，減半到 2.1 億，那 2.1 億最後主席就裁定說，我們就用 2 億來分配隔離病床跟經濟病床。所以基本上原來的隔離病床跟經濟病床是沒調升的，有基本的 5% 調升，沒有特別另外增加，那後來就答應這 2 億給他們加成，加隔離病床跟經濟病床就 2 億，那這 2 億就是他們原來總金額的一半嘛，那 2.1 億主席後來裁定說，我們就用 2 億來分配給他們，所以照理講是用這 2 億去加在隔離病床跟經濟病床上面，等於 3 分之 1 用在隔離病床，3 分之 2 用在經濟病床。就 7,000 萬跟 1 億 3 嘛。

主席

這次重算的是不是也在 2 億的範圍內？

朱代表益宏

還是 2.2 億。

陳科長依婕

我解釋一下。

主席

請醫管組再解釋一下。

陳科長依婕

上一次的版本是所有病床的住院護理費都調 5%，在這次隔離病床裡，其實 93.8 百萬點裡已經含了上一次調的 5% 部分。上次會議 5% 的話，大概是 18.7 百萬點，經濟病床的部分其實也有先調 5%，所以在下面 134.1 百萬點裡，其實有 8.8 百萬點是上次調 5% 的部分，扣下來以後剛好剩 2 億。

主席

對啊，上次住院護理費的版本是 14.04 億點，這次版本是 16.04 億點。

黃代表雪玲

可以調錄音檔，上次主席真的有裁示那個金額的分配。

主席

好。

朱代表益宏

我是覺得這個就是...

主席

現在的差距，如果照雪玲這樣的話，就是隔離病房還要再加 5%，就會超過 2 億多很多。

黃代表雪玲

我沒有要再加 5%，我自己算完，我們應該變成 27.65%。我有一個試算表給大家參考...

主席

好，既然是這樣子，有一點小小爭議，是不是差距的金額是 1,000 萬左右？換算成比例的話，如果照雪玲這邊，我剛請同仁 check，就是隔離病房調升的 25%，如果改成 27.65%就吻合了，多 1,000 萬，是不是這樣？

黃代表雪玲

是這樣。

主席

好，這樣大家有沒有意見？就是微調了。

黃代表雪玲

剛經濟病房應該調下來，他那個就是再擠 1,000 萬。

主席

那就不用了吧。

黃代表雪玲

應該是要這樣，不然又吃那個...。

主席

現在減經濟病床的話，你們需要妥協一下嗎？

黃代表雪玲

大家先看一下，就這張圖最右邊的，有綠底的地方，最下面你看，我們其實這一筆費用有標注要調急、重症，但是你看我們醫中最後只剩下 30%，我們在申報的占率，醫學中心是占 42%，但是這個分配，我們只有 30%，我們讓步夠多了，我們不知道還要我們再讓步什麼？我們原本的申報是 42% 欸。

朱代表益宏

雪玲我要跟你講，這個架構是翁理事長出來協調的，如果妳真的對這個架構不滿意，可以跟翁理事長講。

黃代表雪玲

護理師這一段我並沒有協商過，是不是我們在...，我們是在上次會議協商的嘛，這跟翁理事長沒有關係。

朱代表益宏

對，所以剛剛主席講的增加 1,000 萬，我們也同意嘛，地區醫院也同意，我相信區域醫院應該也很大方也同意嘛，對不對？那說經濟病房要減，那主席也拜託，1,000 萬是不是就不要動他，我覺得這樣子是皆大歡喜，對不對？這個案子就可以通過啦，對不對？妳如果堅持說隔離病房要加 1,000 萬，經濟病房一定要減 1,000 萬，何必這個樣子呢。

黃代表雪玲

好，就這樣，下次不要再欺負我們了。

主席

好，看來是妥協了，醫學中心再爭取隔離病床的調升，從 25% 改成 27.65%，直接就再加 1,000 萬，好嗎？就是等於 82.25 億左右，精算的數字我們以精算的結果為主。好，其他大家有沒有意見？好，沒有意見這一項就通過了，接下來下一案。

黃代表雪玲

主席，想問一下這個什麼時候會公告實施？

陳科長依婕

我們接下來就是會依程序預告，報部核定，預告是 7 天，所以這樣最快也要明年 2 月 1 日或 3 月 1 日。

梁代表淑政

有關支付標準修正公告之生效日期，先前本會議之決議：若為當月上旬公告，即是次月一日生效；若當月下旬公告，即生效日期為次月一日。

主席

支付標準調整醫療院所電腦程式都要修正，你們也要預留時間，這應該可以吧？

劉代表碧珠

因為這個是 109 年預算嘛。

主席

109 年預算，對，都在 base 裡面。

劉代表碧珠

但是問題說，這個支付標準的調整如果是可以的話，盡可能在... 能不能追溯？不能追溯，所以如果這樣的話，盡可能作業時間快點，在 2 月生效可以嗎？

主席

這不能追溯。我們盡量。謝謝，我們就進入討論事項第一案。

討論事項

第一案

案由：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增「高解析度食道壓力檢查」等4項診療項目案。

第一項：新增「高解析度食道壓力檢查」

主席

本項邀請台灣胃腸神經與蠕動學會的王醫師及曾醫師來說明。

王醫師彥博（台灣胃腸神經與蠕動學會）

你好，我是台灣胃腸神經與蠕動學會秘書長王彥博醫師。感謝主席，感謝各位代表，讓我們有機會來報告這個申請案。這項高解析度食道壓力檢查目前主要國外大概已發展二十年，也在近年來也被評定為標準的檢查，主要適用病人是不明吞嚥困難，等於說做胃鏡看，不是腫瘤，但還是有吞嚥困難，這種我們懷疑會是食道異常疾病。第二種是所謂難治性之胃食道逆流症狀，包括成人或小孩，這樣的病人透過這檢查可以進一步了解它的原因，以及給予相關、相應的治療。目前來說，在美國、歐洲已視為標準的檢查已經多年，在亞洲這幾年逐漸都在引進，因此我們提出這個案子。經過上次的專家委員意見，我們有把適應症做詳訂，以及相關檢查次數也有做編列，就是有限制，報告以上。

主席

好，這個案子大家有沒有意見？如果沒有意見，這項「高解析度食道壓力檢查」就通過。接下來第2項。

第二項：新增「耳內視鏡檢查」

主席

好，這項邀請台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會李主任及王教授說明，

請李主任。

李主任國森（台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會）

各位代表平安，我們耳鼻喉科醫學會會提出耳道內視鏡檢查的關鍵是在於，我們在做手術之前必須很仔細的檢查外耳道及中耳狀況，但，我們雖然在門診常用檢耳鏡，可是檢耳鏡它的解像力、解析度，經過我們肉眼看其實有很多限制，有些病人的耳道並不是那麼直，因此必須用一個耳內視鏡，直接伸到我們很接近耳膜的地方，可以通過彎曲的耳道觀察耳膜很多細部構造，還有腫瘤或膽脂瘤或裡面有發炎狀況等，可以放大，好像顯微鏡放大一樣的效果，這對於我們要做什麼樣的手術，或手術前後的分析有很大的幫忙，跟我們一般傳統用的檢耳鏡的檢查方式有很大的差異，所以我們特別提出來要做一個耳道內視鏡檢查的新增項目。這個檢查成本非常高，需要有一整套的影像系統，要有內視鏡，還要有一個編輯系統去做影像的分析記錄，以上報告。

主席

好，謝謝，各位代表可以參考討 1-11 頁評估彙整表及討 1-13 頁成本分析表。好，本項「耳內視鏡檢查」大家有如果沒有意見，我們就通過，接下來第 3 項。

第三項：新增「間變性淋巴瘤激酶(ALK)突變體外診斷醫療器材檢測(IVD)-IHC 法」

主席

好，這項邀請台灣病理學會的賴理事長來說明。

賴理事長瓊如（台灣病理學會）

主席、各位代表午安，這個新增的項目，基本上是用來評斷是否

能夠使用健保給付肺癌標靶藥物 ALK 抑制劑，必須有的一個伴隨式檢測，所以檢測是一定要做，如果說檢測是有陽性發現的，才能夠使用健保的項目。在肺癌的部分，因為 EGFR 大約就有一半是會有 mutation，所以我們就針對那些不幸沒有辦法使用 EGFR，剩下來的快將近二分之一的病人，我們提供他還可以再有第 2 個機會，用藥的機會，以上補充。

主席

好，這項大家有沒有意見？如果沒有意見，這項「間變性淋巴瘤激酶(ALK)突變體外診斷醫療器材檢測(IVD)-IHC 法」的診療項目就通過。接下來下一項。

第四項：新增「多次入睡睡眠檢查」

主席

好，謝謝。這項邀請「台灣睡眠醫學學會」及「台灣胸腔暨重症加護醫學會」二個學會，首先請「台灣睡眠醫學學會」林醫師先說明。

林醫師嘉謨（台灣睡眠醫學學會）

謝謝，主席跟各位代表，因為我之前也有在健保署審查病歷。原則上睡眠檢查從健保開辦到現在都只有 1 個健保碼，就是晚上的多重生理睡眠檢查；可是白天的猝睡症的嗜睡檢查就沒有相對健保碼可用，我們一直都是拿晚上睡眠檢查的那個碼來取代白天嗜睡這個檢查碼。可是問題是 2 碼會重複，所以往往電腦會抓出來說重複申報，每次只要行政審核，一直被抽查說對病人重複檢查。所以對實際作業上來講，其實都一直有在施行白天嗜睡檢查，但因睡眠檢查健保只有 1 個檢查碼，只好用晚上的睡眠檢查碼來代替白天猝睡症的檢查碼，可是這個會造成很大的混淆及行政審查作業上的困難，以上。

主席

好，謝謝，再請「台灣胸腔暨重症加護醫學會」的周主任來說明。

周主任昆達（台灣胸腔暨重症加護醫學會）

主席、各位代表午安，謝謝大家。最主要這個檢查，是診斷猝睡症患者的 gold standard。猝睡症患者會在不經意的時候，甚至大笑的時候，就突然倒地、或是睡著，這雖是非常少的疾病，但是卻是靠這個標準的檢查進行診斷，健保藥物給付規定裡面，對於治療此疾病專案用藥的用藥規範，也明確的將此檢查寫在裡面，所以這檢查是必要的，謝謝。

主席

好，謝謝，請問各位代表對於這項新增項目，連同適應症跟成本，大家有沒有意見？

黃代表雪玲

可以請教一下專家，像這項，因題目叫做多次入睡，那原則上是這 1 個碼 1 次是包含 2 次，或有没有可能做 3 次以上，也是只能申報這個醫令 1 次嗎？

周主任昆達（台灣胸腔暨重症加護醫學會）

報告代表，剛剛提到，這個檢查是沒辦法量產，1 次就是要觀察幾乎是一整天，從 8 點到將近 5 點；一次檢查是包含 4 次到 5 次小段睡眠，所以一做起來就是一整天，然後 1 個人做，白天。

黃代表雪玲

是同 1 日不能併報那個 17008B，是這樣嗎？

林醫師嘉謨（台灣睡眠醫學學會）

依照國際的診斷標準來講，猝睡症診斷必須要晚上先做過睡眠檢查，確定他晚上睡眠沒有問題，隔天早上再做白天嗜睡度檢查，確定他很容易在五分鐘內入睡及很容易進入動眼期睡眠。這些是國際的猝

睡症診斷標準。

主席

如果病人需要做 2 種檢查的話，才可以這樣申報；要不然通常只病人只做晚上「睡眠檢查」。

周主任昆達（台灣胸腔暨重症加護醫學會）

而且要針對特定猝睡症或疑似的患者，不能所有的人。

主席

要符合適應症。

周主任昆達（台灣胸腔暨重症加護醫學會）

對，沒錯。

主席

來，請劉代表。

劉代表碧珠

這樣剛剛聽起來應該是說，如果這種國際治療標準，那個晚上那個睡眠檢查先做完，才會有執行這個多次睡眠檢查的這個項目，這樣意思對不對？所以他可能 1 個住院病人，他不是只有 1 個療程，這 2 個都會同時。

主席

不一定喔。

周主任昆達（台灣胸腔暨重症加護醫學會）

針對這類的患者，叫做猝睡症患者，剛剛提到的，他的人數不可能是無限的，這在國際上都有公認的盛行率，在台灣最多 3,000 人，但是你不可能所有的都診斷出來，以上補充說明，謝謝。

主席

好，大家還有沒有其它意見？好，如果沒有意見的話，本項也通過了，非常謝謝林醫師跟周主任的說明。好，本案 4 項都通過了，至於第 3 項的部分，請醫管組同仁再補充說明。

陳科長依婕

針對本案第三項新增「間變性淋巴瘤激酶(ALK)突變體外診斷醫療器材檢測(IVD)-IHC 法」，因為這項屬於藥品的伴隨式檢測，往例藥品的伴隨式檢測，是由藥廠負擔部分檢測費用。因此這項目，我們推估增加 46.94 百萬點，後續會請本署醫審及藥材組的藥品科與藥廠討論降價還款的事宜，以上補充說明。

主席

好，謝謝，其它大家有沒有意見。好，沒有的話，我們這案就通過了，接下來下一案。

討論事項

第二案

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

主席

好，這案我們邀請「台灣腎臟醫學會」的張秘書長來說明。

張秘書長哲銘（台灣腎臟醫學會）

主席、各位代表大家好，這一案本來是腎臟醫學會提出的修正，經過在 12 月 2 日上禮拜三，我腎臟醫學會感謝且贊成健保署的修正的規範，條文如上述，以上。

主席

好，這案大家有沒有意見？好，請李代表。

李代表飛鵬

我代表台灣醫院協會發言，就是這個案子在我們台灣醫院協會裡面，在 109 年 12 月有開過一次臨時會來討論這個案子，他們是表示反對，所以已經行文到健保署來。他反對的理由，主要是說，這些支付標準的修訂，事涉跨部門總額預算的使用，亦不宜與該部門研議議決，應回歸到全民健保會中提案並從基期的計算討論。第 2 點就是 110 年各部門的總額成長率跟項目預算，已經在 109 年 9 月完成協定，現在沒有經過醫院總額部門即通過討論，有違信賴跟保護的原則，建議本案暫緩，遞延至 110 年總額協商時，併同基期調整案再議。由於所提方案，財務影響評估上有諸多的疑義，建請另行確認為宜，所以我們腹膜透析追蹤處置費 58011C 及 58017C，無現行申報上，急需變更的必要，建請緩議。我只是代表台灣醫院協會來，這個文已經發文給我們健保署，他們經過會議的共識決議是這樣子。以上。

主席

好，謝謝，這案在 12 月 2 日「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議」討論的時候，與會的醫院代表確實有察覺到會有讓醫院總額增加的問題；所以本署也順道行文給台灣醫院協會，現在收到台灣醫院協會的意見，都覺得說有跨總額的問題，醫管組這邊有沒有要回應說明的？

陳科長依婕

這裡就費用試算的部分，再跟各位代表說明本署的計算方式，各位可以看到議程討 2-2 頁，這邊有模擬 2 大類的情境，第 1 大類的情境，是因為原本腹膜透析主要是申報在門診，門診腹膜透析因為是按月在支付這個費用的，所以我們規定說如果病人完成完整 1 個月的治

療的話，支付成數就是為 1；可是病人如果中間有些天數，因為中斷或者是可能因為住院、入院沒有再繼續治療的話，就依比例來扣除；因此本署分析，第一大類是屬支付成數小於 1 的案件，假設病人原本是在門診接受腹膜透析，後續中斷治療了，可能是因為病人已經住院的關係，而沒有申報，沒有報滿到 1，所以我們就假設病人中間的 gap 是因為轉移到住院來治療的關係，當然這是比較高估的方式，我們推估把差額補滿後，大概在住院費用會增加 9 百萬左右。

另外一個部分，現在目前看到它的支付成數已經為 1 的這些案件，但是因為過往可能院所覺得它是同院住院，所以它合併一起申報在門診，可是事實上，病人可能真的在中間的幾天，到住院這邊來接受治療了，但它門診沒有依比例來扣除，然後住院這邊醫院也沒有另外申報，所以看起來是 1，但其實有一部分是已經發生在住院了，這部分就依照實際上撈到的這些醫令，還有平均住院天數來推估，費用大概會有 4 百萬點是從門診會轉移到住院來做申報。因為在門診申報或在住院申報其實會涉及到總額別的認定，因為如果是住院的案子，是發生在醫院總額的一般服務，但是如果是門診申報，會以門診透析預算來支應，所以本署這邊也做推估，如果按照支付標準現在這樣修訂的話，醫院總額會增加 1,300 萬點，透析總額支出會減少 3.3 百萬點，以上補充。

主席

好，這裡就是有模擬一些情境假設，特別是支付成數小於 1 的這部分，假設把它報滿，會以差額來估算的。不過現在不是費用多少的問題，現在的核心是跨總額的預算移轉的問題，特別這案是門診透析預算跟醫院總額的問題。好，還有沒有其它問題？來，請廖副主任。

廖副主任秋燭（李代表偉強代理人）

這個的假設還是會有一點問題，其實我們在申報的時候，為什麼支付成數不會是 1，它就是中間有一些可能改成血液透析或做其它的

治療，所以我們成數當然要扣掉。但在今天的案子，支付標準上面寫說假設病人有住院治療，就全部申報到住院，那個移轉就不是 1,000 萬，我現在是報在門診，不只 1,000 萬，差非常多喔，整個就是從洗腎總額轉到醫院總額，所以這一點我覺得就是非常不妥，真的吃掉醫院總額非常多錢。

至於另外一個就是說 APD 費用，從月申報 2,000 點改成日申報 67 點，我覺得這可以，比較單純啦，這不用成數在那邊算來算去，這比較沒影響。那我覺得申報還是比照現行，醫院現行怎麼申報就怎麼申報，但不能寫這句話就是說病人如果因故住院，那就全部申報在住院，那就影響太大，全部就吃掉醫院總額了，因為我現在是在洗腎總額申報。

主席

好，大家還有沒有意見？既然這案也是跨總額的問題，今天這案子暫時不要通過。再釐清看有沒有什麼要再 modify，以後再重新提報。至於 58028C「全自動腹膜透析機相關費用」由按月改按日申報這部分可以先通過，好不好？至於「腹膜透析追蹤處置費」或是跨總額申報這部分，我們今天就暫時不通過，好不好，大家有沒有意見？好，請何代表。

何代表語

沒有，我是附帶建議在明年 4 月 30 號以前，健保署成立專案小組，針對各種跨總額的經費問題，做成一個很完整的規劃，以便於我們明年在總額協商的時候，很明確的了解金額的分配方向。

主席

好，謝謝，我們會記錄下來。這項支付標準編號 58028C 就通過了，至於「腹膜透析追蹤處置費」就保留了，謝謝。接下來下一案。

討論事項

第三案

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

主席

好，這案是西醫基層跟牙醫總額的成本指數改變率的調整，這個部分調整的幅度是與中華民國醫師公會全聯會討論的結果，除了動用 109 年的非協商因素以外，還動用到 104 年到 108 年沒有調整的結餘款，以及 110 年的非協商因素，一起加進總預算來做調整，是一項非常大幅度的調整。這個過程從 12 月 3 日開會之後沒有通過保留後，12 月 9 日及 12 月 10 日又分別開一次，這次提出來的版本是 12 月 10 日的版本，所以提請討論，大家有沒有意見？請黃代表。

黃代表振國

我們其實不該有意見的，在此向在座的健保署長官鄭重的道歉，因為雖然「以病人為中心」的概念是對的，也希望能夠同病同酬，事實上健保費用應該是在照顧病人身上，而不是以醫師的專科別來做分配的標準。但是現行已經存在一些原有科別的差距，昨天開完會之後，有些科別代表覺得可能某些科沒調到，的確是不太好，所以我們今天中午又加開了一次，剛剛又再開一次臨時出去討論，就知道內部意見的整合相當艱困。雖然本會原有的理想共識無法一步到位，但我們仍希望能拉近各科的差距，也尊重部長對艱困科別的照顧，尤其是內科，內科在醫院總額有加 7%，所以我們思索如果內科只加到跟大家一樣，以我個人角度是覺得還有空間再加，那也跟內科溝通了，所以我們現在做了小小的調整。

第一個，本來內科調升到 9%，如果是 358 點的基準開始算，那原來內科是 3.8% 就直接調到 12%，然後外科系的骨科跟泌尿科，

本來堅持他們不要調，但後來也尊重他們過去的努力，所以從原來的 9%調到 10%，就增加 1%。那增加所需的預算，我們全體願意放棄增加 5 點的部分。

如果預算還有不足的，說實在昨天的會議內科是沒有要求加，大家都知道。但是現在大家考慮到內科之後，那原來外科跟婦產科的部分，如果預算足夠，我們還是願意讓它維持昨天的 14%。但是如果預算不足的話，因為已經是最高加成了，也請大家稍微在 12%到 14%去調整，那完全尊重健保署的運算及運用。假設預算可以，我們希望維持 14%，如果預算不太夠，就下調到跟內科一樣，就 12%，這是目前的版本，謝謝大家。

不好意思，真的很不好意思，小弟真的很鄭重的，因為啟嘉本來是要來當場道歉的，但他在花蓮沒辦法親自過來，說實在謝謝各位的支持跟諒解，我們內部的溝通真的很難很難，尤其要溝通到西醫 1 萬多個醫師，講實話我覺得沒辦法讓每個人都滿意的，但是今天我們這些代表也是用盡腦筋，能得到這樣一個初步，並且可能是各科的平衡點，那爾後也許是個理想，我們再研議其他機制來朝向以病人為中心的照顧機制，謝謝。

主席

好，請王醫師。

王醫師欽程（台灣內科醫學會）

今天我代表內科醫學會陳述意見，首先我來這邊哀求大家，哀求全聯會振國兄、國治兄、健保署還有健保會委員們，能夠給內科將來的發展一條生路。我先報告一個數據，就是依照中區 2018 年 9 月份的資料，這資料就是那時候沒有流行性感冒，那時候各科申請 P50 來講的話(包括部份負擔)，內科是 58 萬、家醫科是 56 萬、外科 49 萬、婦產科 52 萬、小兒科 72 萬，至於眼科、皮膚科、精神科、泌尿科、骨科其他科等等，P50 落點是 90 至 127 萬，所以我們可以非常明顯的發

現，不只是四大皆空，是五大皆空。我今天雖然代表內科醫學會發言，爭取調整內科診察費，但是我也希望這所有的五大皆空都能得到一個比較好的待遇，否則的話，我們醫療生態會發生一個很大的危機。所以我除了內科診察費，以後希望健保署也能調家醫科的診察費，這是我第一個報告。

第二個，前陣子四大科招不到住院醫師，現在只剩下內科連續好幾年都招不滿住院醫師。為什麼畢業生不到內科來，他們頭腦很清楚，他們用腳在投票哪一個才是他們心目中的。為什麼他們不來內科，第一個申請金額很少；第二個內科的成本很高，比起其他科的成本高，因為藥費占了至少 40%(婦產科為 11%)。每年在刪減藥費，藥費幾乎就是剩一點點利潤，還要繳稅，所以利潤非常低。利潤高的診察費呢，才是醫師真正的收入。在這方面，內科只得到差不多 48%的診察費，就是 58 萬裡面的 48%。但是其他科呢，像是小兒科他就得到 78%診察費，至於其他收入的話，例如自費空間，內科幾乎沒有自費空間。而且內科大多照顧老人，老人衰弱又疾病多，醫療糾紛也比其他科多，所以沒有人要來內科就是這樣。所以內科希望這次調高內科診察費加成是我們訴求的重點。

其實今天來這裡，在座都是有很大的理想的人物，就是希望台灣的健保，台灣的醫療生態能夠正常，而不是扭曲的醫療生態，而是平衡發展的醫療生態。所以基層前一陣子一直在努力分級醫療，我想除了分級醫療以外，我們現在需要的是各科別的平衡發展。兩三年我接到一位醫師會員反應，他的兩位至親因為在區域醫院內科 ICU 的照顧不好而死掉，想要告醫師及醫院，我勸他不要告，因為我們醫生自己告醫生實在是很難看，所以我就勸他。這種事以後也可能在醫學中心發生。大家要想想，優秀的畢業生不到內科去，以後 ICU 不夠人手照顧，我們的親人或是大家老了以後或許也可能跑到內科 ICU 去，沒有優秀的醫師在照顧你，這是一個非常恐怖的事情。更不用講說，我們常常在強調 early diagnosis early treatment，這更做不到了，沒有人沒有

人才就是做不到。所以今天來就是非常謙卑、低調，我想說的是哀求大家來幫忙內科。

我們再提當時內科診察費為什麼會受到這麼大的委屈，當時 97 或 98 年，健保會就是提出紓困四大皆空方案，但是因為健保總額有限，所以用分科來慢慢調整，第一次調整是小兒科，再來是婦產科跟外科，本來輪到內科的時候，但是黃富源大老還有呂鴻基大老到衛生署遊說，結果又是調小兒科，小兒科再調第二次。到了 101 年 9 月 5 日的時候，健保會決議，健保總額不得以科別診察費協商調整成長率，所以四大皆空，內科完全被擋掉了。還好當時我們陳情蔡副署長，我們希望是 6 億，調整到 9%，和外婦科相同，結果蔡副長說勉強可以答應幫忙 2 億，所以變成 3.8%，也在這裡謝謝副署長。今天在協商因素不能列入科的診察費調整，我們希望專款補助調整內科診察費，但礙於 101 年的決議幾年來都無法如願，所以我們不得不說是否可以在非協商部份來調整一些，以拯救內科，所以在非協商額度裡，列出內科的調整是非常不得已的，我也要跟全聯會抱歉，其實我們也不願意發生這種事情。我要告訴健保會代表，當時 101 年的決議其實在當時的考量，但是現在時空背景已經完全不同了，內科這麼多年都招不到畢業生，還有現在醫療生態的不變，101 年的決議其實在現在是不合時宜，我想拜託全聯會跟健保署能夠把這決議推翻掉，以後醫療生態才能均衡的發展。

當時健保會當然有他的考量，他思考的是內科專科醫師很多，我一調的話就要很多錢，其實這是個錯誤迷思，現在內科專科醫師有 1 萬 1 千多人，但是 8 千多人都是在醫院，開業的差不多 3 千人，所以調整，這金額並不是當時想像這麼多。所以當時這種迷思，造成內科 8、9 年受到很大的委屈，不能得到公平的待遇，同樣的付出貢獻也不比別人少，至少內科只是要求個公平，8、9 年我們沒有得到公平的待遇，所以我想這個迷思必須要改變，其實現在內科專科差不多 3 千多人開業，跟兒科、ENT 差不了多少。現在開業最多的，我敢講是家

醫科，因為家醫科大部份都開業，在醫院裡面的比較少。此外大家一直在講 COVID-19 對兒科跟 ENT 影響很大，我知道，他影響達到 35%，但是對內科跟家醫科的影響是接近 20%。這兩個科，長期以來都是在生存的邊緣，你現在再降了 20%。以前是已殺到筋了，現在是殺到見骨了。所以我想這麼困難的科，只能夠在這裡哀求大家來幫忙。

再來說到健保法第 61 條規定，如果健保會跟醫療的供給端，兩邊不能達成共識決議的話就送部長裁示，所以部長做 109 年的裁示。也就是說，109 年健保費成長率部長有權裁示，部長也可以附帶決議的裁示。這是部長依法行事，並沒有違法。但是我們醫界認為健保署是一個合作的夥伴，所以我們很希望，雖然部裡指示規定是這樣，法律寫在公文書上面，應該照這樣執行，我們還是拜託能跟署裡來協商。但是我們很希望以後下不為例，以後就由我們來提出方案跟署裡來協商比較好，不要署提出方案來跟我們協商，雖然今天我代表內科發言，然而我也是全聯會的一員，所以我有這個盼望。其實這個非協商因素是我們人口的變化，還有物價的變化產生的自然總額的成長，這應該是歸所有的醫師都有份沒有錯。因為台灣的診察費比起全世界都是偏低的，應該全部都有調，這我也贊成。但是內科是艱難裡的更艱難科，所以在這裡請求大家給內科一個幫忙，依部裡裁示執行，讓內科將來有一個希望，有一個生路。

最後我要陳述的就是說，醫院總額已經依照部裡裁示全體加 10%，內科再加 7%。我剛才也聽了振國兄代表全聯會提出的全聯會版本，但是我代表內科，我還是要出我的建議，就是希望基層基本診察費各科全面調升 9%以外，比照醫院內科再加 7%。當然這是跟全聯會不一樣。或是先另外撥出編列 3.5 億給內科，除了基本診察費全體調升 9%後，內科在原有的加成 3.8%外，再加 5.2%達到比基本診察費多 9%，這是我們的一個請求，請主席裁決，謝謝。

主席

好，謝謝。現在請同仁發下去 2 張參考資料，大家有拿到了嗎？

一張是門診診察費調升點數從 5 點變成 0 點，一張是還保留調升點數 5 點，有各種可能性，現在聽起來好像還要再改變，我們先稍微等一下，請同仁發給大家這 2 份參考資料，好不好，請吳代表。

吳代表國治

我回應一下，基本上內科是非常重要的，因為比較多元，那我們更期待在醫院這邊，把好醫師留在醫院做重症的照顧，那基本上在基層開業的...

主席

吳代表先稍微等一下，如果醫院總額的代表，有人有會議要先離開的話，可能還是要留人在會場上，因為剛剛也提到跟醫院這裡有關。

徐代表邦賢

主席，不好意思，我能不能插播一下...

主席

插播嗎？

徐代表邦賢

懇請主席答應，就是我們剛那個報告案裡面，其實牙科裡面有 2 個 part，1 個是支付標準，另外 1 個是我們的專案，醫缺特殊的外展專案，他是屬於另外外展的，那特殊他是往外展單位，他跟醫院完全無關，而且我們裡面的支付標準，全部都是以協商因素專案來給付，所以，這一波是否懇請大家先讓我們通過，讓我們所有外展服務醫師能夠繼續得以延續。

主席

這一點可以吧？

徐代表邦賢

至於原來的支付標準，我們就再討論，OK？

主席

好，請翻到報 2-2 頁的說明三「牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」的修正，這邊無涉及醫院，這部分先通過好不好？

朱代表益宏

同意。

主席

剩下支付標準的調整就留下來，非常感謝徐代表這邊的努力。

來，吳代表請繼續。

吳代表國治

我們是期待能夠有更多優秀的內科醫師，去做重症的照護，內科醫師一旦到基層開業的時候，基本上他們的型態跟家醫科和小兒科都很類似。可是以目前的狀況，同樣一個感冒，最多病人看的感冒，但在家醫科看的，跟在骨科看的、在婦產科看的，竟然是家醫科的診察費最低，骨科和婦產科最高，這樣子是不對的。其實全聯會之前在內部的基層醫療委員會的時候，包括我們王理事長當時也在場，會議紀錄都有發給與會代表，當時我們決議因為基層看診態樣，所以希望以疾病為主，來提高門診診察費，或加成比率較低科別的加成功率，以縮減各專科別之費用差距，我們是依據全聯會的共識來做的決定。

第 2 個就是，基本上內科這邊，包括在基層的開業型態，其實並不是都是弱勢，CV 很強，GI 很強，申報的金額都非常高，其實我們理解。所以全聯會這邊，希望用所謂支付的調整，來讓這些弱勢的科別，能夠申報多一點，比如說感染科，我知道感染科是弱勢，我們可以編一個感染的諮詢費，在合乎條件的情形之下就開放申報感染諮詢費用，類似用支付項目的調整來加強弱勢的科別，我覺得是一個比較

好的方式。如果講到每一科的話，其實眼科看起來好像是很好，可是我們眼科，不開刀的診所也是苦哈哈，所以每一科都有強勢的，開業開很好的，這我們都理解，因此我們希望用疾病來區分。

這次部長的裁示我們非常尊重，所以這次調整也呼應部長的裁示，跟大家報告，依我們方案以現狀來看，外、婦科如果從 9%調到 14%，是調升了 5%；那內科從原來的 3.8%調到 12%，是調升了 8.2%，其實是最多的；骨科、泌尿科從 9%調到 10%，調了 1%而已。基本上包括小兒科，都沒有調像內科那麼多，所以我們也照顧到了內科費用的調整，當然我知道，這個調整一定會有其他科不滿意，有的科希望能更多，每一科都可能這樣子的情形。不過這個是全聯會經過最近 3 次會議，最後的結論，我們也呈現數據出來，其實內科還是調整最高的，也配合了部長照顧內科的精神

張代表孟源

主席，可能國治兄有一點語誤，其實是所有的科都調 9%，內科調 8.2%，外科...

吳代表國治

我是按照我們的會議決議要縮減科別差距...

張代表孟源

先講清楚...

吳代表國治

我是完全按照我們正式開會的最後決議，絕對是按照全聯會的會議紀錄呈現。

張代表孟源

我們來講會議紀錄好了，討 3-2 頁說明三、(三)，以「病人為中心」之概念設計，討 3-3 頁說明四、(二)西醫基層外科及婦產科醫師之收入

仍較其他專科低，為免基層專科醫師人力失衡...，這 2 個完全是相反的概念，差了 1 天，完全是相反的概念。

吳代表國治

我講的是會議紀錄是全聯會的會議紀錄，請看全聯會的會議紀錄。

張代表孟源

然後衛福部的會議紀錄，還有衛福部的公文，是 109 年的公告，請問公告是根據健保法第 61 條，當沒有決議的時候，就正式裁定。那裁定的話就是，這個是屬於預算，措施性的法律，這個公告就類似法規命令，但是我會尊重全聯會的決議。但是我必須要澄清是，內科是忍辱負重，其它的科都調 9%，內科調 8.2%，怎麼會是最高的呢？這一點我必須要說明，我並沒有要推翻全聯會的建議，但是我覺得內科很委屈啊，但是我必須要說明清楚，現在內科為什麼那麼可憐你知道嗎？投資的時間太長，每次跑到 R1、R2 做完，就想跑到眼科，跑到耳鼻喉科，跑到皮膚科，沒人想要留在內科，然後內科要做那麼 5 年以後，那現在醫院又沒有缺，出去就死路一條。

吳代表國治

今天中午的會議，我們張代表也在場，也表示同意。

張代表孟源

我是要澄清一下。

主席

好，等一下，大家依序來發言，剛張代表講完了換黃代表，黃代表講完再換何代表，何代表講完再換朱代表，還有嗎？還有王醫師，好，謝謝，來，先請黃代表。

黃代表振國

不好意思，這個凸顯出我們內部的意見，真的很難整合。謝謝欽程兄點到一個重點，對於同樣跟內科一樣是基層弱勢科別的家庭醫學專科，其實我今天對不起家庭醫學科醫師，因為我身為全聯會的代表，無法只替某一專科爭取更多的權益。我們其實要有一個概念，所有健保費的增加都是來自於照護病人的費用，所以有服務才有費用，並不是加入健保就有費用。所以為什麼內科有人會走？可能因為內科醫師在醫院端，工作比較繁重，壓力比較大，那也許基層比較好，就到基層開業了。

剛剛其實我拜託長庚醫院的長官，最近我們基隆長庚醫院主治醫師一個個跑掉了，為什麼？你難以想像，他一個月的薪水，可能都比藥師還少一點，我這邊不便講數字。那家醫科為什麼無法留在醫院，並不是基層很好，而是因為醫院待不下去，這邊有我們醫院的 2 位長官可以看一下，事實上家醫科在醫院的收入是最低的，在基層裡也是，但是我為什麼不太願意去提我們在基層的弱勢？因為我覺得前面說的那個概念是對的，這個錢來自於我們照護病人，而且我們 2025 年會面臨到超老齡的人口，所以應該是以照顧病人的內容來做為支付的標準。只是現行是只看醫師的專科醫師別，就有不同的診察費。那應該要過去了，這個差異應該逐年縮小。

至於原來各科有的特殊項目，比如說跨表的降表部分，申報最多還是內科跟婦產科，受益最大，而且平均每科金額我都有，但是我都不願意談的理由是，如果支付標準是隨著我們與會代表個人的心思，就像昨天長官在場，我是提 3% 跟 5%，那為什麼會同意外科、婦產科到 5%，就是因為與會的內科代表都沒有講到今天這麼多內科代表的心聲，如果昨天內科代表有提到今天講的部分，以我的應該有的態度，我會尊重，所以今天主動把內科從 9% 調到 12%，應該是目前所有科別最高的。至於過去的我們就不要談，但是因為昨天有人答應可能 12% 到 14%，所以我希望授權給署，假設因為預算不夠，因為昨天本來沒有要調內科，也沒有要調骨科、泌尿科，現在的確造成各位困擾。但

是我也不希望因為我們內部的紛擾，造成各位的壓力，所以我們主動先把 5 點拿掉。也希望昨天我們允諾的外科跟婦產科，現在的婦產科在醫院是滿招的，而且是非常熱門，所以回到我們原點給予加成。

我當然知道現在支付標準都不太夠，但是如果把基層內科的加成調得比醫院高，大家預想結果會怎麼樣？但是我沒有否定內科的需求，事實上西醫基層的診察費就是過低的。所以我希望全聯會已經經過這麼多折騰了，我們也拜託外界這麼多，謝謝各位的支持，如果有再差距的部分，爾後我們再來處理。不然老實講，一個會真的開不完，不好意思，我說實話，本來我今天不會出席，我昨天就說如果大家還這麼多意見，我應該不要出席，因為我覺得我沒有立場，而且我對全國的家庭醫學科基層醫師道歉，因為我沒有爭取到他們與內科照護同樣病人等級該有的費用，為什麼我現在還很卑微說希望他們比內科少 3%？因為我希望這個差距可以縮小，你要讓真正照顧第一線病人，那些重症、老人的醫師，享受他該有的診察費，而不是今天因為曾經受過某個訓，就應該享有較高的診察費。至於各科的處置內容，各個專科，我絕對予以尊重。但是就診察費來講，應該回到疾病的嚴重度，這個我不便置評，因為太專業了，但是我希望我們全聯會的代表，相忍為醫界，說實在的，我已經道歉、道歉、道歉再道歉，如果連我這樣道歉都不能解決問題，我相信各位的壓力不亞於我，謝謝。

主席

謝謝，再來請何代表。

何代表語

主席，我想在這裡要提出來的就是幾個觀點。第一點，內科好像是陽春麵啦，肚子餓就來吃，吃飽就要吃牛肉麵，所以內科醫師好像陽春麵啦，可有可無，可以拋棄掉，可是我認為內科才是基礎科學，沒有經過內科訓練的人，那些專科醫師坦白講都很浮誇啦，表面工作啦，這是我個人的觀點，但是我認為內科，你從以前 3.8%到現在一直

都沒有做調整。

第二點，剛才有其它的代表講到說，你們都到醫院去重症做，不要到基層來開做內科醫師，我想這是違法憲法裡面人民工作權的選擇，我們沒有立場去規定，你到醫院去做當內科醫師，到基層就變乞丐醫師，不能這樣子講，每個人的工作權，我喜歡在醫院上班我就去醫院，我喜歡去基層開內科診所就開內科診所，不能有這種概念跟思想跟看法，這樣是絕對很大的錯誤，這是違法人工作權，憲法裡面保障每個人的工作權，人家有選擇工作權的區域，這不能有這樣子的觀點存在，這樣子就很難去協調很多事情。

第三點，我一直看到現在，你們怎麼把通則十二附表 2.1.4～附表 2.1.6 的婦產、兒科、內科都刪掉？你們是不是認為這個部分是不重要的？那我認為...，我也一直看到現在，剛剛好拿到這個表，才有看到專科醫師類別的內科 3.8%調到 8.2%，我認為基本上每個醫師都很重要，每個科別都很重要，不是輕視哪個科別，我認為這個是最基本的概念。但是你過去，其它科別調加成都調的很快，我們每次有跟蔡副署長講，他就說何代表你不要講，這個內科人太多了，基期太大了，但是我認為，不講就放在我心上好像有點石頭壓在我心裡頭一樣，我也一直看，人家醫院這次在內科已經有一些好的加成，但是西醫基層也應該要比照辦理才對，所以我很支持說這次內科的加成應該要有很合理很適當的範圍來做一個加成，這一點我倒認為應該要大力的支持。

另外一點，我最近聽到的就是說，藥師公會打電話跟我講，這是部長答應的，我很尊重部長，我也同意部長有權力去決定調升藥事服務費，但是如果以後部長答應了，我很支持他，我也很同意，那部長是好人，我們也大力支持他，但是請部長發個函過來給我們，說我要支持藥事服務費調多少錢，至少發個函讓我可以知道嘛，要不然我怎麼知道呢？你打電話給我說部長交待的，部長答應要調的，我很尊重部長，部長要怎麼調，因為他是政務官嘛，他要調多少，他要決定怎

麼樣我們都尊重他支持他，但是最好請他發個函給我們，說我要調藥事服務費多少錢，我都很支持。但是我認為這樣子哦，如果每個醫師打電話跟何代表講，這是部長答應調的，那我都傻眼囉，我不知道是那麼科別那麼多，我不知道類別那麼多，到底聽誰的才對，真的是這樣子。

我今天很支持，希望，第 1 點就是你們為什麼要把附表 2.1.4～附表 2.1.6 的科別刪掉？這一點我很納悶的要了解，為什麼要刪掉。第 2 點，我支持內科應該要調升整個費用，因為你這次應該要很合理的來給人家調升，不是當年度的費用，你這一次是把過去 104 年累積下來沒有用掉的錢，全部都拿來作分配，既然你是這樣子做，你這樣也應該很合理、很客觀的分配一些給內科的醫師才對，這樣是比較對的。還有另外其它，我在總額協商，也有很多科別，他都有另外的費用編列，像包括專案也好，或者說還有健保署的其它預算裡面也有很多屬於...，基層有一些類別可以用的經費，所以我認為這個內科，我時常想嘛，就是好像陽春麵，肚子餓就趕快來吃陽春麵，如果不需要的話，就選別的麵吃，我認為應該要朝這個方向走，我今天很支持，希望能夠內科的加成，應該要有一點提高才對。要不然現在骨科裡面，四科還算不錯了，兒科也調的不錯，其它科至少都很合理的調升，但內科，基礎科，基礎醫學的人材都沒有的話，你這個未來國家的醫療發展要怎麼走，已經科別傾斜了嘛，這一點我認為很不應該。雖然我不是醫界的，我也不懂醫學，可是我的感覺就是這樣子，如果沒有基礎醫學的內科學的好，其它有什麼好講的，對不對？內科都學不好了，那其它科別我認為都很擔憂，這一點我的建議是這樣子。

主席

謝謝何代表，再來請朱代表，然後再來請內科的王醫師。

朱代表益宏

主席，我建議這個案子，因為這個剛剛是西醫基層的調整，怎麼

調我個人沒有意見，但是看起來是沒有喬好。我建議就是說第一個是不是要有個時間，譬如說我們討論到什麼時候，真的不行就幾個案子要送部裁示，因為今天是最後一次，那這是 109 年的預算，所以我認為說今天可能要訂一個時間，不然的話會喬不好，或者我們休息 10 分鐘。

黃代表振國

我們 7 個代表都討論好了。

朱代表益宏

還有後面內科呀？

黃代表振國

內科不是，他是列席。

朱代表益宏

不過我覺得也不能這樣講啦...

黃代表振國

其他專科沒有來。

朱代表益宏

那我沒有意見，如果說你們喬好，到時候忽略內科的意見，那做成會議紀錄，我沒有意見。這個是全聯會要調整的，我只是說如果主席認為說可能會有不同的意見，包括何語何代表也有不同的意見，那是不是我們要訂一個時間？不然會議這樣子不可能有共識啦，這是第一個。在這個時間之內，如果真的喬不完，大家沒有共識的話，該怎麼辦？是不是要報部去裁示，這個我覺得要先訂下來，然後我們再進到實質上討論，這樣才會有結果啦，這第一個。第二個我是想請教一下，依照全聯會的版本調了 40 幾億其實金額是非常多啦，因為總共只有 20 億，他調 46 億，那到底對於 108 年的現況，他到底對點值的影

響會怎麼樣？因為就會變成...當然他調了以後他會稀釋點值。

主席

對不起朱代表我打斷你的話，這一段是把 104 年到 108 年所有非協商沒有用完的，以及今年和明年的通通加在一起。

朱代表益宏

我只是想請教一下這樣子調了以後確實是有預算來源，因為主席剛剛也講過了，那我只是想請教一下這樣調了以後對點值的影響大概會怎麼樣？除非你跟我說不會有影響，那也 ok 呀。

黃代表振國

這個都討論好了，不好意思。

朱代表益宏

對不起，請讓我講完啦，我只是說這樣子調整以後，如果大家依照全聯會版本通過了，那我覺得在點值這邊大家就要有一個共識，在這個委員會，不要到時候因為這個調整以後，點值變成很差的時候，在各分區那邊又有不同的聲音，我只是說要做這個確認，所以我希望署裡面這邊先就這個調整以後點值大概會有變動，或者是變動在可以接受的範圍之內，這樣子最後各分區點值管控，分區的責任很大，所以我覺得這一部分如果可以的話在這邊先做一個說明，那我覺得這樣子會對往後在後面會議開會的，包括對明年，因為會用到明年的非協商因素，那這樣子的話到底在點值的衝擊上，我覺得可能在這邊先跟大家做一個報告會比較好，以上。

主席

好，我們再請內科醫學會的王醫師。

王醫師欽程（台灣內科醫學會）

在此，我要回應全聯會代表所說的，不同科大家都看同樣感冒，

應同病同酬，所以診察費要一樣，支付標準要簡化。其實內科是有看感冒，但大部份病人不是感冒，而是共病很多，病情較嚴重的病人，其實有些東西要簡化，但是有些東西要分別。在外國的診察費他用 RVRBS 來做，我們就是沒有這個。第二，每一科包括強科裡面也有弱的醫師，我們都承認，但是我剛才拿出來的是 P50，那就表示一個中位數，中位數來討論就是不討論極端值，所以這樣的比較是有意義的。再來部長裁示的幾點，是部長站在整個醫界生態的一種高度來裁示這些東西的，所以這是另一個高度，所以跟我們討論哪一科錢多少是不一樣的。部長的高度是站在一個如何超前部署，甚至是在亡羊補牢，讓這個國家醫療得到發展，醫療生態正常化的高度，再來的話，最後我講一句話，我也是全聯會的一份子，我也很尊重全聯會，但是我要講一句話，國治兄說內科調整 8.2%，其他各科沒有調，其實其他科都調了 9%。

吳代表國治

那是基礎不對等。

王醫師欽程（台灣內科醫學會）

我現在要講，如果這樣的話那就跟部長當時的旨意非常不一樣。主席如依全聯會提案裁示通過，主席就是同意讓全聯會甩了衛福部長官跟健保署一個耳光啊。

吳代表國治

請不要分化我們跟部長的感情。

主席

好，一下這麼多人舉手，請問有沒有共識的版本？只要有一個人代表發言就好，好，請賴代表。

賴代表俊良

有關此案，全聯會開過會議已經有正式版本，在這邊再跟各位報告。第一個就是說本來都沒有加成的科別調高到 9%，婦產科跟外科另外再加 5%變成 14%，內科目前是加成至 12%。

主席

內科加成 12%，是現行加成率 3.8%加 8.2%，所以是加成 12%。

賴代表俊良

骨科、泌尿科本來是 9%，再加 1%變成 10%。

主席

泌尿科跟骨科再加 1%。

賴代表俊良

依此調整原則，我們本來是怕經費不夠。

主席

是不是小兒科不用加到 9%？

賴代表俊良

小兒科是 9%。

黃代表振國

但是他 6 歲以下都有 20%的加成，所以實質是最高。

主席

小兒科現行加成率 3%，現在再加 6%變成 9%。

賴代表俊良

感謝健保署試算兩個方案，分別是第一階段有加 5 點的跟沒有加 5 點的，我們剛剛有算過，若第一階段不加 5 點，但照我們剛剛的共

識調整起來大概是 30.85 億，然後再加藥事服務費，這樣大概是 41 億，是在經費範圍裡面。如果採原來第一階段還是有調升 5 點的話，這邊報表看起來是 6.05 億，30.8 再加上 6.05 再加藥事服務費大概 47 億，比原來經費 46 點多億多了一點點，這邊經費報告大概是這樣子。那剛剛朱代表有提到我們這些金額造成我們西基點值大概多少，譬如 45 億，現在西醫基層大概是 1,200 多億，對於點值的影響大概是 0.03 多，以上報告。

主席

0.02 是用 25 億計算。如果用 40 幾億計算就會 0.03 多。好，請問還有不同版本嗎？

黃代表振國

不是不同版本。我覺得這一次其實有兼顧到各科。就講內科為什麼昨天我們在討論的時候，特別強調，內科的代表並沒有提內科，反而要我們去調外科跟婦產科的給付。而今天他們提醒我，我想我們內部都從善如流，我們對內科從來沒有不重視，再三的強調。但是在這一個過程中，我相信你回去問每個科，尤其是有人加 14%、12%、10%，一定會有人不滿意，加 9% 的一定有人也不滿意。但是我覺得現在是朝理想前進，就像剛剛講的，不是因為具有哪個專科就應該調，而是說他願意照顧，譬如說內科就照顧內科重症的病人，外科就照顧外科的病人，骨科就照顧骨科，這個我們都尊重，但是如果反過來呢？外科去看內科病人，內科去處理外科，這個你覺得合理嗎？而且說實在的錢是病人付的，當然如果照我們想法是，最好所有基層都是內科醫師，但是事實上不然，我們現在基層診所的樣態，譬如剛講的眼科或是醫美等等，服務內容都是就近民眾都會來的，病人並沒有因為科別就跑到比較遠的診所，往往就在家裡附近方便的地方，選擇一個他信賴的醫師就醫。

所以我是要說我們診所像 7-11，就是所謂多樣性服務，這樣的服

務就是病人的需求越來越多。我們最近發現因為人口老化，也許原本只有高血壓，但現在糖尿病也出來了，甚至有失智症，甚至有關節炎、心臟病，所以一個基層的醫師他的角色要多元。我想，我們剛剛強調的是我們討論很多次的最終版本，也兼顧了現況還有衛福部的期待，對內科的重視也表現在從昨天沒有加，到現在一口氣調到 12%，可能沒有辦法調到最高，但是一定是相對的高。當然大家也許不滿意，但剛剛講得很清楚，希望大家體諒，這麼多年大家一起努力，這次尤其是在疫情的時候，我們不是調所有人次的診察費，而是只調前面 30 人，等於說在疫情影響，服務量萎縮的情況下，保持一個基層診所還能夠營運的狀態。很謝謝大家體諒，當然各位的意見我們都高度的重視和尊重。剛剛主委有特別交代我，感謝朱代表對西醫基層的關心，他是說朱代表的關心平常應該多一點，不要在這個節骨眼給我們太多的指導，因為有時候我們內部已經不太容易達到平衡了，所以希望他平常給我們多關注一點就好，謝謝。

王秘書長秀貞（林代表茂隆代理人）

因為剛剛朱理事長發完言之後就接到電話了，他現在本人不在現場，我不能完全代表朱理事，但是我稍微回應一下。第一，朱理事長沒有要涉入基層的資源分配，而是因為時間也晚稍後社區醫院協會有一個臨時動議，我們主要想要做提問有關提前暫付，只是提醒一下在議程的作業上面，當然有共識是最好，如果還沒有共識，朱理事長只是提出一個提醒，我覺得也不要誤會朱理事長他的好意，謝謝，不好意思。

主席

好，謝謝。我們這邊還有付費者代表及專家學者，我確認一下剛剛賴代表發言的是共識版，對不對？王常務理事你也可以接受嗎？

王醫師欽程（台灣內科醫學會）

我是代表內科醫學會來，我是站在內科醫學會的立場，向各位拜

託的。

主席

王醫師你現在也接受共識版本了嗎？

王醫師欽程（台灣內科醫學會）

我沒有參加會議。

主席

剛剛賴代表發言的版本，王醫師現在也接不接受這樣共識版本？

王醫師欽程（台灣內科醫學會）

我是希望說如果可以的話，最低的要求，就是跟婦產科跟外科一樣調到 14%，那這個錢不夠的話，我們可以這 3 科都調成一樣，可以再降一點點不要緊，我想這樣是對內科已經 8、9 年的沒有辦法調升的委屈，給予一點點補償。不要說一個 12%，一個 14%，那這大家也都是對醫界有貢獻，為什麼我們就是得到比較少的。所以我也拜託全聯會能夠接受這樣的建議，我也沒有說一定 14%，就錢夠這 3 科都一致，都是 14%，如果不夠你就 3 科都變成 13%，我也不反對，就是這樣最卑微的建議。

主席

好，我了解了。另外再請問現在整形外科跟神經外科是調整多少？

黃代表振國

整外跟神外，都具有一般外科的資格。

主席

所以整形外科和神經外科是直接調升至 14%，依現行加成率 9% 加上 5%，對不對？本來是在外科裡面的，現在額外分出整形外科和神經外科。

黃代表振國

我們強調一點，他們具有一般外科的資格，就是說因為整外跟神外是次專科，不是部定專科，現在部定專科只有外科。

吳副組長科屏

我確認整形外科及神經外科是部定專科。

黃代表振國

如果確定的話，整外跟神外就跟骨科一樣。

主席

我們再釐清說原來外科的加成的時候是有含 4 個科，包括外科、骨科、泌尿科、神經外科及整形外科，可是現在將神經外科和整形外科額外分出來變 2 組，你們內部是不是有共識？

黃代表振國

有啦，有啦。

主席

如果照黃代表的解釋，整形外科跟神經外科，它們是一定會跨到外科嗎？

賴代表俊良

這個加成是用專科醫師別來認定，比方說一位泌尿科專科醫師，他有外科專科醫師，可另加 5%，所以是用醫師專科別來認定，不是執業的科別。

主席

當然，現在都已經回到依認定醫師的專科醫師別，所以是一件非常複雜的事情。依婕科長，我們現在這個估算是將整形外科和神經外

科一起放在外科裡面嗎？

陳科長依婕

是。

主席

就是整形外科跟神經外科放在外科裡面。

黃代表振國

事實上很少，但是最大問題...

主席

神經外科有啦。

黃代表振國

有啦，但是就做復健比較多。

主席

對。

黃代表振國

所以為什麼我剛剛說可能要跟骨科的人再討論。

主席

可是整形外科跟神經外科這 2 個現在在基層的人都做復健，對不對？可是它們會變成跟一般外科一樣依現行加成率 9%加 5%，等於 14%了，這邊就要修正。

賴代表俊良

現在是骨科、泌尿科、神經外科跟整形外科都有包括。

主席

將整形外科跟神經外科分在泌尿科和骨科在一組，加 1%的。

賴代表俊良

但是如果他又有外科專科醫師的話，就是可另加 5%。

主席

好，就是把整形外科跟神經外科分在泌尿科和骨科這邊。好，我們稍微釐清一下，以及剛剛內科醫學會表達是希望能跟外科、婦產科調至一樣%，如果預算不足，是不是可以大家都往後退一點，王醫師的意思是這樣。因為今天內科醫學會是我們有邀請他來參與，好嗎？好，請何代表，大家再考慮一下。

何代表語

我不知道啦，但是我聽下來的話，我認為把它衡平性一點，我也支持你們 14%的部分，全部降為 13%。如果你們基層醫師不反對，我們是不是今天就可把它做一個定案，這樣比較有衡平性，不要說我們每次再聊的時候，會有科別的差距，這樣比較有公平性，這樣比較不會有差距。

主席

我們從過去這二天的討論，已經是一日三變，從剛剛提案到現在，共識又改變了。

張代表孟源

全聯會都一定會有共識的，你看都是黃代表在代表發言，這樣不就是有共識，所以其實只是澄清是說內科有一點委屈，但是我們還是尊重全聯會共識。

黃代表振國

好啦，好啦。

主席

謝謝，我們尊重內科，所以變成加 9.2%，對不對，外科及婦產科就是退到加 4%，這樣有沒有有共識啦？

黃代表振國

謝謝何代表的指導，其實我們內部在出來前，就有這個版本，不是沒有。但是基於尊重昨天的會議內容，因為內部希望不要去影響昨天的會議意見。但既然今天我們討論過程是這樣，那我們就修正，外科跟婦產科就是 13%，內科是次高 12%，骨科、泌尿科還有整外跟神外是 10%，其它的科就是 9%，就是這樣子。

主席

現在有 3 種了喔，第 1 個是現行無加成之專科別，調升為 9%，第 2 個是外科、婦產科及內科一致調升至 13%。

黃代表振國

內科沒有，內科 13%太多了。

主席

內科有，內科依現行加成率 3.8% 再加 9.2%等於 13%。第 2 是外科、婦產科依現行加成率 9%加 4%等於 13%，第 3 是泌尿科、骨科、整形外科跟神經外科依現行加成率 9%加 1%，這樣可以嗎？

黃代表振國

沒錯，因它都是強勢科。

主席

可以嗎？王常務理事 ok 吧？

王醫師欽程（台灣內科醫學會）

我代表內科，因為我只是列席，我不能講說 ok 不 ok。

主席

但是我們也是讓王醫師一起參與了。

王醫師欽程（台灣內科醫學會）

主席既已裁示，那我只能夠說，這是一個起步，希望以後能夠再對這個醫療生態的平衡，再做進一步的改進，這樣的話，對我們國家才是最好的。

何代表語

大家都很尊重你，你來講已經另外給你加 1%了。

王醫師欽程（台灣內科醫學會）

好。

主席

施代表有沒有什麼指導？2 位專家學者有沒有還要指導一下，沒有，好。

這個就是 final 版，因為現在數字還要微調，但基本上會在合理的範圍內。

吳代表國治

今天為什麼只有請內科醫學會來？

王醫師欽程（台灣內科醫學會）

因為這個部長的裁示裡面有內科診察費的問題，所以是這樣。

主席

請張代表。

張代表孟源

主席好，其實我們真的謝謝健保署，連續三天開這麼多會，但是其實我們全聯會的內部開的會不止 1 次，光是今天就開了 3 次，但是為什麼會這樣？就是我們希望我們開會裡面形成內部的共識，然後提出來這樣子。在這裡必須替我們吳國治代表說句話，他真的是非常非常認真，他平常也確實是含辛茹苦，他的想法就是說希望，那個會議紀錄是指全聯會的會議紀錄，那在這裡只是表達那意見。

主席

今天已經討論了好幾個版本，我們就是確認最後版本。

黃代表振國

說實話為什麼要紀錄，當然，你們辛苦了，但是過程中我一直在強調，昨天內科的代表一直都沒有提，現在要幫我寫上去，因為我要回去面對所有其他科的聲音。

吳代表國治

內科代表到底是誰？昨天是不是內科的代表？今天中午開會的時候是不是內科的副秘書長，現在又內科的代表來，三個不同的版本，我們全聯會怎麼做事？今天回去我要全聯會來檢討，為什麼代表從來不看會議紀錄。

主席

昨天內科代表是誰？

黃代表振國

是盧榮福、王宏育，寫下來。

吳代表國治

這是不是內科醫學會的大佬？今天也是來一個大佬，還有副秘書

長，但是全聯會的決議，從來都不好好看，是全聯會要檢討。

主席

內科代表每一場會議都在。

黃代表振國

我們今天 7 位代表有 2 個是內科的，不好意思，有 2 位內科的，所以我講我們為什麼這麼艱辛，我希望這些代表回去都為自己發言負責，希望紀錄能夠詳實，全聯會一樣會詳實記錄下來。我今天就是為了醫界團結，不然剛剛王醫師講的艱苦的家醫科，請何代表拜託你看看我一下，我今天相忍為醫界，基層病人當中，內科醫生只有照顧到 3 成，另外有 4 成是家庭醫學科照顧的，別忘了那些病人的權利也是權利，希望你下次再提的時候，能夠多關注我一下，也許我都不會替自己講話，但是希望...。

何代表語

今天沒有提到你家醫科喔。

黃代表振國

我是說你要提的時候，你說的陽春麵是我啦，我不能講那麼白，謝謝你喔。

主席

好，大家都辛苦了。

張代表孟源

我們今天的話，我們都是全聯會的代表，我們這幾個像誓揚，林誓揚醫師也是完全都支持全聯會的共識版本。

主席

他都沒有講話。

張代表孟源

我是說大家都支持全聯會共識版本，可是主席在後來會議討論的時候才給內科一點點，從 12% 增加到 13%，這樣子而已，所以我們並沒有違反任何共識，我希望能做說明，而我們全聯會是一個很有團結的團體，我們出去的話都有共識。

主席

我們和諧為重，好不好？請何代表。

何代表語

剛才你先把這案子就宣布定案了啦。

主席

是啊，我們可以定案了嗎？

何代表語

我們就定案下來了嘛。

主席

好，謝謝，如果大家沒意見，今天這案就定案了，如果再有什麼爭議，就麻煩各位代表們回去互相關懷，好不好？好，本案就討論到這裡，謝謝。

臨時動議

台灣社區醫院協會提出醫院「COVID-19 疫情期間提升暫付款金額方案」應追扣費用之償還，建議分 12 期且免利息方式攤還。

朱代表益宏

主席，我們有臨時動議。

主席

請問有書面資料嗎？

朱代表益宏

沒有，口頭詢問。等一下，臨時動議 5 分鐘坐一下，不然人數不夠，就是我想詢問一下，因為在醫院總額這邊有確認過是有談過，醫院因為他是前半年結，後半年按季結，現在馬上第一季會結算，所以會有追扣補付的情形。那在醫院總額這邊，我想再做一次確認，醫院真的有什麼困難的話，盡量用分期付款，醫院總額那時候希望可以最多是 12 期，然後是用免息的方式來處理，但是因為包括北區業務組、臺北業務組這邊都有跟我們會員講說最多分 6 期，然後每個月要付利息 5%，所以這部分我想是不是再做一個確認，主席是不是說明一下？

那現在整個過程，因為我覺得這個要留下一個紀錄，不然的話我們會員會非常的困擾，而且你 5% 的利息，現在市面上銀行的借款，就算私人去借款也沒有那麼高的利息，更何況政府對其他產業紓困的貸款也都是免利息，所以我覺得特別是利息還有分期期數的這部分，是不是主席能夠跟我們大家再說明一下，以上。

主席

好，請醫管組說明。

吳副組長科屏

這部分本組說明一下，本署陳報到衛生福利部也是朝免利息的方式做修訂，依部長指示因涉及「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」，需修正該辦法。目前本署「全民健康保險醫療費用欠費分期攤還作業須知」，依作業須知裡有明訂現行的分期攤還方式，必須依照民法法定利率加計利息 5% 來辦理分期攤還。

目前本署已朝修訂「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」方向進行，因該辦法主責單位主要是醫事司，本署已經依照程序，來簽辦報到部裡的法規會。法規會現在預訂 12 月 18 日會召開法規會議來做討論，會議討論後，還需再行簽報行政院做核定，所以在行政作業上，大概有 1 至 3 個月的作業程序。基本上本署一直是在朝免息方向做努力，只是囿於現在法規還沒有通過，仍必須要依照作業須知所規範現行法定利率進行分期攤還作業，以上報告。

朱代表益宏

所以剛剛解釋的就是說因為那個要 1 至 3 個月，所以還沒有通過之前，醫院就要付 5% 的利息嗎？是這樣嗎？

吳副組長科屏

原則上如果您有分期攤還的需求，或許本金跟利息的部分，可以先攤還本金的部分，利息是後續，本署希望也能夠朝免息的方面進行，但仍然需要等法規通過。

朱代表益宏

我是建議這一部分，第一個整個作業能不能推遲，因為你錢反正已經付了，現在包括...剛剛我還接到我們國策顧問打電話來，中區某個國策顧問打電話來，抓狂啊，說中區那邊也要變這樣子，最早是收到北區，然後臺北區，然後現在中區這邊也在問。5% 的利息，今天如果說在沒有修法之前我們只能依照那個辦法要付 5%，這樣子根本沒有辦法解決我們的問題，更何況其他部會對其他產業都還免息耶。就算醫院今天如果你要利息，醫院去跟銀行所謂的信用貸款，連抵押都不用，所謂信用貸款也不過 2% 的利息。那你今天說依照民法 5%，我是覺得這樣子是不是能夠加緊腳步。

第一個就是說在分期償還這一部分，在法定還沒核定之前，整個作業暫緩，有沒有可能暫緩？這是第一個。如果沒有暫緩，那你就要

告訴大家說利息這一部分緩繳，因為要涉及修法，但是你要很明確的跟我們講做法是怎麼做，不然你說跟醫院自己去談，可以這樣可以那樣，有些醫院他不知道的話就繳了 5% 利息啊。那有些醫院一定想說 5% 這麼高，我乾脆一次還給你就好，自己皮帶勒緊一點，一次還給你，或是我自己拿我的私人的，或是先去跟銀行借款借 2% 來還 5%，這個就會造成很大的困擾。所以我覺得說希望利用這一次，雖然人不多，但是建議署方是不是能夠有更明確的講法，當然我尊重部長或是署方說要去修辦法，還有一些行政程序，所以我才說在行政程序大概 1 至 3 個月之前，第一個就是暫緩，你現在去跟人家催錢就暫緩，晚一點等到那個辦法確實核定以後再來催，這是第一個。

第二個，如果因為你們的會計制度或是其他什麼原因，那能不能就告訴大家我們現在先還本金，那一部份因為牽涉到修法，但是部長的方向是這樣，所以那一部份等到明年 3 月或是什麼時候再來處理。如果這樣子都不講的話，那變成大家怎麼辦，分區那邊也不知道怎麼做，分區去跟醫院要錢，醫院也不知道該給不給，嚇都嚇死了一想 5%。有些醫院，像台大醫院聽說要付 1 億，那你 5% 利息要付多少？而且說實在的，疫情期間事實上醫院是非常辛苦站在第一線去守，守了以後這些錢要被追回去，我們也體認這個程序上本來就是總額的錢，那署方多給了錢，署方也承擔了利息，給醫院能做些應急，但是疫情過了以後不但要追回去，還要再加 5% 利息，這個講出去我覺得對... 我也不知道該怎麼講，臨時動議希望能做這個澄清啦，以上。

何代表語

因為時間已經 32 分了，我很簡短的講，你們可以用簽陳讓部長先做政務官的裁決權，就是說我們在百年一見的疫情狀況之下，先收那個本金嘛，有關利息的部分要簽陳行政院修改規則以後才做最後裁定。要不然我認為很不合理，產業界能申請到紓困款，我們的利息銀行都下降啊，我們拿到的銀行利息才 1.6% 而已，所以 5% 真的太高了。我們甚至還有一家股票上市才拿到 1.4%...

主席

好，還有其他意見嗎？醫管組這裡還有要再補充說明嗎？

吳副組長科屏

目前本署也是朝朱代表建議的部分在做處理，之後署本部會再用一個比較明確的方式通知各分區業務組，讓大家比較明確的知道。其實我們請辦給分區業務組及公文裡，都沒有提到 5%利息這件事，署本部這裡有跟分區特別提醒說目前已經在研議修訂相關辦法，利息部分視修法以後再通知後續的處理原則；因此這部分我們醫管組會很積極的去做後續的辦理，以上。

朱代表益宏

所以是不是就是說如果是這樣，我們協會可以去通知我們會員，讓大家不要緊張，第一個處理的方式就是先還本金，是嗎？還是等到 3 個月後另外再處理？

主席

有關利息的部分，大家都是希望朝院所免利息的方向，只是現在修法進度尚在進行中，所以會後請醫管組這邊研議一個妥適的方式，另外行文給各分區業務組或其他方式正式說明，朝這個方向去邁進。好，謝謝。

朱代表益宏

那拜託就盡快，因為真的我們受到的壓力很大，會員都炸鍋了，中部的某個國策顧問已經要去跟部長講。

主席

是，好，謝謝，大家就盡力而為。今天會議就到這裡，謝謝大家。