

「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 2 次臨時會會議紀錄

時間：109 年 12 月 3 日（星期四）下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：宋兆喻

李代表偉強	李偉強	洪代表啟超	(請假)
黃代表雪玲	黃雪玲	吳代表國治	吳國治
林代表富滿	林富滿	李代表飛鵬	陳瑞瑛(代)
游代表進邦	李妮真(代)	徐代表邦賢	林敬修(代)
李代表佳珂	李佳珂	謝代表偉明	黃克忠(代)
郭代表咏臻	郭咏臻	林代表綉珠	劉淑芬(代)
劉代表碧珠	劉碧珠	李代表懿軒	李懿軒
嚴代表玉華	嚴玉華	朱代表世璋	歐育志(代)
羅代表永達	陳志強(代)	林代表鳳珠	吳明訓(代)
謝代表景祥	謝景祥	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	顏鴻順(代)	紀代表志賢	(請假)
張代表孟源	張孟源	施代表壽全	施壽全
吳代表清源	吳清源		

列席單位及人員：

衛生福利部全民健康保險會

衛生福利部社會保險司

中華民國中醫師公會全國聯合會

中華民國醫師公會全國聯合會

中華民國藥師公會全國聯合會

中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會

中華民國護理師護士公會全國聯合會

台灣醫院協會

台灣精神醫學會

社團法人台灣急診醫學會

本署臺北業務組

本署北區業務組

本署中區業務組

本署企劃組

本署醫審及藥材組

本署醫務管理組

盛培珠

周雯雯、黃泰平、白其怡

王逸年

陳哲維、黃幼薰

洪鈺婷

宋佳玲

梁淑媛

林佩菽、曹祐豪、吳心華、

顏正婷、吳亞筑、何宛青、

許雅淇

李新民、郭錫卿

黃集仁、陳健驊、王斯弘

邱玲玉、黃寶玉、張雅惠、

徐佳瑜

廖智強

戴秀容

馬炳義、陳泰諭

張淑雅

吳科屏、蔡翠珍、陳依婕、

楊秀文、許博淇、楊瑜真、

林美惠、簡詩蓉、鄧家佩、

沈瑞玲、宋宛蓁、鄭碧恩、

林毓芬、陳孜孜、蕭晟儀

一、主席致詞：略。

二、報告事項：

(一) 修訂支付標準第四部中醫案。

決定：洽悉，修訂重點如下，詳附件 1，P6~P52。

1. 增訂第四部中醫通則條文：增列「合併申報醫療費用之醫院，其醫院門診合理量採合併計算」；第二章藥費及第三章藥品調劑費通則增列「限中醫醫院、中醫診所及西醫醫

院附設中醫部門申報」之規定。

2. 第四章針灸治療按適應症及治療方式區分為「針灸/電針/中度複雜性/高度複雜性針灸治療」及調升點數；第五章傷科治療整併原第六章脫臼整復項目，並依適應症區分為「傷科/中度複雜性傷科/高度複雜性傷科治療」及調升點數。另配合上述修訂第八章針灸（合併傷科）治療之支付標準，並配合章序移列至第六章，及修訂針灸治療、傷科治療及針灸（合併傷科）章節之合理量通則。
3. 第七章增列「舌診儀及脈診儀檢查費」之適應症與醫師資格規定；及配合第六章脫臼整復費治療處置刪除，進行章次調整，原第九章「特定疾病門診加強照護」移列至第八章。
4. 另 ICD-11 已有中醫的版本，請中醫師公會全國聯合會及衛生福利部中醫藥司共同研議本土適用之中醫編碼。

(二) 修訂中醫五項專款照護計畫案。

決定：洽悉，各計畫修訂重點如下。

1. 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫：收案對象增列「呼吸困難」及新增「生理評估（限呼吸困難患者適用）」支付標準；另刪除支付標準通則「每二週不得申報超過七次」規範。**詳附件 2，P53~P60。**
2. 中醫癌症患者加強照護整合方案：刪除支付標準通則「每二週不得申報超過七次」規範。**詳附件 3，P61~P74。**
3. 中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫：放寬結案條件，由現行照護滿三個月修改為滿六個月（以收案日起算滿 195 日）。**詳附件 4，P75~P82。**
4. 中醫提升孕產照護品質計畫：刪除女性病人助孕執行方式之「體質證型」項目，及修訂執行報告之助孕診療紀錄表。**詳附件 5，P83~P89。**
5. 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫，**詳附件 6，P90~P104：**

- (1) 原 P64010「中醫慢性腎臟病針灸照護費(同療程第 2 次~第 6 次)」，放寬可與「中醫慢性腎臟病加強照護費(針灸處置)」(P64005~P64009) 合併申報，且合計每週限申報 3 次。
- (2) 收案及執行編號 P64012「中醫慢性腎臟病治療功能性評估」時，刪除需檢附「低密度脂蛋白(LDL)」檢查，CKD stage 3~5 刪除「UPCR(或糖尿病病人採 UACR)」檢查。
- (3) CKD stage 5 病人須重新檢附檢查數據之頻率，由每月改為每 3 個月。
- (4) 調升 P64014「尿微蛋白與尿液肌酸酐比值 UACR (Urine albumin/creatinine ratio)」支付點數，由原 80 點調至 350 點。

(三) 訂定 110 年召開全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議時程案。

決定：洽悉。

三、討論事項：

(一) 應用 109 年醫院、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。

決議：

1. 西醫基層總額調整內容未獲共識，將於 1 週內與中華民國醫師公會全國聯合會討論後，於下次會議再討論。
2. 醫院總額同意本署調整方案，惟因增列中華民國護理師護士公會全國聯合會及醫學中心代表之建議，爰下次會議提報完整方案確認，綜整調整方案及建議如下：

(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%。合計約增加 30.91 億點。

- (2) 住院診察費：調升除慢性病房以外之住院診察費 5%，約增加 9.03 億點。
- (3) 住院護理費：調升除慢性病房以外之住院護理費 5%，另護理師護士公會全國聯合會建議調升經濟病床及隔離病床點數，約增加 16.04 億點。
- (4) 藥事服務費：藥局調升 6 點，其餘除特殊處方外之藥事服務費調升 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：00203B「檢傷分類第三級」由 606 點調升為 776 點、01015C「急診診察費」由 521 點調升為 667 點，約增加 11.69 億點。
- (7) 另醫學中心代表建議醫院門診診察費內科加成科別增列「老人醫學科」，併下次會議確認。

四、臨時提案

五、散會：下午 5 時 10 分

第四部 中 醫

通則：

- 一、中醫門診診察費所定點數包括中醫師診療、處方、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本(如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出)。
- 二、中醫每日門診合理量依下列計算方式分別設定：
 - (一)經中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格(可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新進中醫師)醫院，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者，得按下列計算方式申報門診診察費：
 - 1.專任醫師每月平均每日門診量＝【當月中醫門診診察費總人次/(當月專任中醫師數*二十三日)】
 - 2.中醫醫療院所專任醫師每月平均每日門診量為五十人(含)以下，申報編號 A82、A83、A84、A85。
 - 3.中醫醫療院所專任醫師每月平均每日門診量超出五十人以上，申報編號 A86、A87、A88、A89。
 - (二)未符合(一)項之中醫醫療院所，其門診診察費依各中醫醫療院所費用申報當月每位中醫師每日門診量不同分訂不同支付點數。
 - (三)合併申報醫療費用之醫院，其醫院門診合理量應合併計算。
- 三、針灸、傷科~~、脫臼整復~~及針灸合併傷科治療不得同時申報，針灸、傷科~~及脫臼整復~~如同時治療處置，應申報針灸合併傷科治療(編號：~~B80、B81、B82、B83、B84、B85、B86、B87、B88、B89、B90、B91、B92、B93、B94~~F01、F02、F03、F04、F05、F06、F07、F08、F09、F10、F11、F12、F13、F14、F15、F16、F17、F18、F19、F20、F21、F22、F23、F24、F25、F26、F27、F28、F29、F30、F31、F32、F33、F34、F35、F36、F37、F38、F39、F40、F41、F42、F43、F44、F45、F46、F47、F48、F49、F50、F51、F52、F53、F54、F55、F56、F57、F58、F59、F60、F61、F62、F63、F64、F65、F66、F67、F68)。
- 四、針灸、傷科~~及脫臼整復~~需連續治療者，同一療程以六次為限，實施六次限申報一次診察費，並應於病歷載明治療計畫。
- 五、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科~~、脫臼整復~~及針灸(合併傷科)治療合計申報量限四十五人次以內，另依下列規範針灸處置每月申報上限：
 - (一)其中內含複雜性傷科處置(編號：~~B55、B56、B57、B82、B83、B84、B87、B88、B89、B92、B93、B94~~)每位專任醫師每月上限為六十人次，超過六十人次部分中度複雜性針灸處置(編號：D05、D06、F35、F36、F37、F38、F39、F40、F41、F42、F43、F44、F45、F46、F47、F48、F49、F50、F51 等)每位專任醫師每月上限為一百人次，超過一百人次部分改以通則七範圍D01、D02、D03、D04、F01、F02、F03、F04、F06、F07、F09、F10、F12、F13、F15、F16、F18、F19、F20、F21、F23、F24、F26、F27、F29、F30、F32、F33 醫令計算。

(二)其中高度複雜性針灸處置(編號：D07、D08、F52、F53、F54、F55、F56、F57、F58、F59、F60、F61、F62、F63、F64、F65、F66、F67、F68等) 每位專任醫師每月上限為七十人次，超過七十人次部分改以通則七範圍~~D01、D02、D03、D04、F01、F02、F03、F04、F06、F07、F09、F10、F12、F13、F15、F16、F18、F19、F20、F21、F23、F24、F26、F27、F29、F30、F32、F33~~醫令計算。

(三)(每月看診日數計算方式：每月實際看診日數超過二十六日者，以二十六日計；位於「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」施行區域、山地離島地區、花蓮縣及臺東縣之院所，每月以實際看診日數計)。

六、中醫醫療院所平均每位專任醫師每月申報另開內服藥之針灸、傷科~~→脫臼整復~~及針灸(合併傷科)治療處置費(編號：~~B41→B43→B45→B53→B62→B80→B85→B90~~D01、D03、D05、D07、E01、E03、E05、E07、E09、E11、F01、F03、F06、F09、F12、F15、F18、F20、F23、F26、F29、F32、F35、F37、F40、F43、F46、F49、F52、F54、F57、F60、F63、F66)每位專任醫師每月上限為一百五十人次，超出一百五十人次部分者五折支付。

七、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科~~→脫臼整復~~及針灸(合併傷科)治療合計申報量，依階段按下列方式計算：

(一)在三十人次以下者，按表訂點數支付~~→~~。

(二)在三十一至四十五人次之部分，編號：~~B42→B44→B46→B54→B61→B63→B81→B86→B94~~D02、D04、D06、D08、E02、F02、F19、F36、F53者，九折支付。

(三)四十六人次以上，編號：~~B41→B42→B43→B44→B45→B46→B53→B54→B55→B56→B57→B61→B62→B63→B80→B81→B82→B83→B84→B85→B86→B87→B88→B89→B90→B91→B92→B93→B94~~D01、D02、D03、D04、D05、D06、D07、D08、E01、E02、E03、E04、E05、E06、E07、E08、E09、E10、E11、E12、F01、F02、F03、F04、F05、F06、F07、F08、F09、F10、F11、F12、F13、F14、F15、F16、F17、F18、F19、F20、F21、F22、F23、F24、F25、F26、F27、F28、F29、F30、F31、F32、F33、F34、F35、F36、F37、F38、F39、F40、F41、F42、F43、F44、F45、F46、F47、F48、F49、F50、F51、F52、F53、F54、F55、F56、F57、F58、F59、F60、F61、F62、F63、F64、F65、F66、F67、F68者，支付點數以零計。

八、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科~~→脫臼整復~~及針灸(合併傷科)治療合計申報量=(當月針灸、傷科~~→脫臼整復~~及針灸(合併傷科)治療處置總人次/當月專任中醫師總看診日數)。

九、中醫醫療院所專任醫師於產假期間全月未看診，支援醫師得以該全月未看診之專任醫師數，依合理量規定申報該月份門診診察費及針灸、傷科~~→脫臼整復~~及針灸(合併傷科)治療處置費，其餘支援醫師依每段合理量之餘額總數，依序補入看診人次。

十、三歲(含)以下兒童之門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

第二章 藥費

通則：限中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。

編號	診療項目	支付點數
A21	每日藥費 註：1.同一疾病或症狀之診治需連續門診者，不得每次只給一日份用藥否則將累計其給藥日數，僅支付第一次就醫之診察費。 2.除指定之慢性病得最高給予三十日內之用藥量外，一般案件給藥天數不得超過七日。	37

第三章 藥品調劑費

通則：限中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。

編號	診療項目	支付點數
A31	藥品調劑費 — 修習中藥課程達適當標準之藥師調劑	23
A32	— 中醫師親自調劑	13
	註：1.未開藥者不得申報藥品調劑費。 2.修習中藥課程達適當標準之藥師調劑者，須先報備，經證明核可後申報。	

第四章 針灸治療

編號	診療項目	支付點數
	針灸治療處置費(含材料費)	
<u>B41D01</u>	—另開內服藥	227
<u>B42D02</u>	—未開內服藥	227
	電針治療	
<u>B43D03</u>	—另開內服藥	227
<u>B44D04</u>	—未開內服藥	227
	<u>複雜性針灸治療</u>	
<u>B45</u>	—另開內服藥	307
<u>B46</u>	—未開內服藥	307
	註1： 申報與審查方式依附表 4.4.1 規定辦理。	
	註2： 本項申報適應症請詳附表 4.4.2。	
	<u>中度複雜性針灸治療</u>	
<u>D05</u>	—另開內服藥	327
<u>D06</u>	—未開內服藥	327
	註：	
	<u>1：申報與審查方式依附表 4.4.1 規定辦理。</u>	
	<u>2：本項申報適應症請詳附表 4.4.2，或無合乎中度複雜性針灸治療適應症(詳附表 4.4.2)但合併有特殊疾病(詳附表 4.4.3)。</u>	
	<u>3：治療需針灸兩個部位或以上(頭頸部或軀幹部或四肢，任兩部位或以上)。</u>	
	<u>4：需合併輔助治療〔拔罐治療、放血治療、刮痧治療、熱療(含紅外線治療)、艾灸治療、電療或眼部特殊針灸，等任一治療〕。</u>	
	<u>5：治療總時間至少十分鐘以上。</u>	
	<u>高度複雜性針灸治療</u>	
<u>D07</u>	—另開內服藥	427
<u>D08</u>	—未開內服藥	427
	註：	
	<u>1：申報與審查方式依附表 4.4.1 規定辦理。</u>	
	<u>2：本項申報適應症請詳附表 4.4.4，或符合中度複雜針灸適應症(詳附表 4.4.2)合併有特殊疾病(詳附表 4.4.3)。</u>	
	<u>3：治療需針灸兩個部位或以上(頭頸部或軀幹部或四肢，任兩部位或以上)。</u>	
	<u>4：需合併輔助治療〔拔罐治療、放血治療、刮痧治療、熱療(含紅外線治療)、艾灸治療、電療或眼部特殊針灸，等任一治療〕。</u>	
	<u>5：治療總時間至少二十分鐘以上</u>	

第五章 傷科治療

通則：限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。

編號	診療項目	支付點數
	傷科治療處置費(含材料費)	
<u>B53E01</u>	—另開內服藥	227
<u>B54E02</u>	—未開內服藥	227
	註： 1.標準作業程序 (1)四診八綱辨證。 (2)診斷。 (3)理筋手法。 2.適應症 (1)急慢性扭、挫、瘀傷：踝扭傷、腰扭傷、頸部扭傷等。 (2)肌腱炎：網球肘、棒球肩、腕部橈側韌鞘炎等。 (3)關節病變：類風濕性關節炎、退化性關節炎、僵直性關節炎、痛風、冰凍肩(凝肩)等。	
	<u>複雜性傷科治療</u>	
<u>B55</u>	—另開內服藥	307
<u>B56</u>	—未開內服藥	307
<u>B57</u>	—骨折、脫臼整復第一線復位處置治療	477
	註： 1、申報與審查方式依附表4.5.1規定辦理。 2、本項申報適應症請詳附表4.5.2。 3、 <u>B57「骨折、脫臼整復第一線復位處置治療」</u> 係指該患者受傷部位初次到醫療院所做接骨、復位之處理治療，且不得與B61併同申報。	
	<u>中度複雜性傷科治療療程第一次處置治療</u>	
<u>E03</u>	—另開內服藥	427
<u>E04</u>	—未開內服藥	427
	註： 1、 <u>申報與審查方式依附表4.5.1規定辦理。</u> 2、 <u>本項申報適應症請詳附表4.5.2，或無合乎中度複雜性傷科治療適應症(詳附表4.5.2)但合併有特殊疾病(詳附表4.4.3)。</u> 3、 <u>需合併輔助治療〔藥薰治療、拔罐治療、刮痧治療、電療、熱療(含紅外線治療)、膏布治療、或夾板固定治療等任一治療〕。</u> 4、 <u>總處置時間至少十分鐘以上。</u> 5、 <u>療程第2次-第6次以一般處置(E01、E02)申報。</u>	

編號	診療項目	支付點數
	高度複雜性傷科	
	<u>多部位損傷起始次處置</u>	
<u>E05</u>	<u>—另開內服藥</u>	<u>877</u>
<u>E06</u>	<u>—未開內服藥</u>	<u>877</u>
	<u>註：本項多部位損傷起始次處置(E05、E06)申報適應症請詳附表4.5.3。</u>	
	<u>合併有特殊疾病起始次處置</u>	
<u>E07</u>	<u>—另開內服藥</u>	<u>877</u>
<u>E08</u>	<u>—未開內服藥</u>	<u>877</u>
	<u>註：本項合併有特殊疾病起始次處置(E07、E08)申報為合乎中度複雜性傷科治療適應症(詳附表4.5.2)合併有特殊疾病申報適應症(詳附表4.4.3)。</u>	
	<u>脫臼整復起始次復位處置治療(起始次定義含再次復位)</u>	
<u>E09</u>	<u>—另開內服藥</u>	<u>1177</u>
<u>E10</u>	<u>—未開內服藥</u>	<u>1177</u>
	<u>註：本項脫臼整復起始次復位處置治療(E09、E10)申報適應症請詳附表4.5.4。</u>	
	<u>骨折起始次復位處置治療(起始次定義含再次接骨)</u>	
<u>E11</u>	<u>—另開內服藥</u>	<u>1277</u>
<u>E12</u>	<u>—未開內服藥</u>	<u>1277</u>
	<u>註：本項骨折起始次復位處置治療(E11、E12)申報適應症請詳附表4.5.5。</u>	
	<u>註：</u>	
	<u>1、高度複雜性傷科治療需合併輔助治療〔藥薰治療、拔罐治療、刮痧治療、電療、熱療(含紅外線治療)、膏布治療、或夾板固定治療等任一治療〕。</u>	
	<u>2、高度複雜性傷科治療起始次處置治療〔包括合併有特殊疾病第一線處置(E07、E08)，多部位損傷起始次處置(E05、E06)，脫臼整復起始次復位處置治療(E09、E10)，骨折起始次復位處置治療(E11、E12)〕，係指該病人受傷部位初次到醫療院所做之處理治療。</u>	
	<u>3、後續治療處置以一般處置(E01、E02)申報。</u>	
	<u>4、總處置時間至少二十分鐘以上。</u>	

~~第六章 脫臼整復費治療處置~~

~~通則：限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。~~

編號	診療項目	支付點數
B61	脫臼整復費(含材料費) —同療程第一次就醫—	327
B62	—同療程複診，另開內服藥	227
B63	—同療程複診，未開內服藥	227

第六章 針灸(合併傷科)治療

通則：1.限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。

2.以下各診療項目適用其內含單項診療項目之各項規範

編號	診療項目	支付點數
<u>B80F01</u>	針灸(合併傷科)治療(含材料費) --另開內服藥	227
<u>B84F02</u>	--未開內服藥	227
	<u>針灸(合併複雜性傷科)治療(含材料費)</u>	
<u>B82</u>	--另開內服藥	307
<u>B83</u>	--未開內服藥	307
<u>B84</u>	--骨折、脫臼整復第一線復位處置治療	477
	<u>針灸(合併中度複雜性傷科治療)治療(含材料費)</u>	
<u>F03</u>	--另開內服藥(療程 2-6 次)	227
<u>F04</u>	--未開內服藥(療程 2-6 次)	227
<u>F05</u>	--療程第一次處置治療	427
	<u>針灸(合併高度複雜性傷科治療—多部位損傷)治療(含材料費)</u>	
<u>F06</u>	--另開內服藥(後續治療)	227
<u>F07</u>	--未開內服藥(後續治療)	227
<u>F08</u>	--起始次處置治療	877
	<u>針灸(合併高度複雜性傷科治療—合併有特殊疾病)治療(含材料費)</u>	
<u>F09</u>	--另開內服藥(後續治療)	227
<u>F10</u>	--未開內服藥(後續治療)	227
<u>F11</u>	--起始次處置治療	877
	<u>針灸(合併高度複雜性傷科治療—脫臼)治療(含材料費)</u>	
<u>F12</u>	--另開內服藥(後續治療)	227
<u>F13</u>	--未開內服藥(後續治療)	227
<u>F14</u>	--起始次處置治療	1177
	<u>針灸(合併高度複雜性傷科治療—骨折)治療(含材料費)</u>	
<u>F15</u>	--另開內服藥(後續治療)	227
<u>F16</u>	--未開內服藥(後續治療)	227
<u>F17</u>	--起始次處置治療	1277
	<u>電針(合併傷科)治療(含材料費)</u>	
<u>B85F18</u>	--另開內服藥	227
<u>B86F19</u>	--未開內服藥	227

編號	診療項目	支付點數
	<u>電針(合併複雜性傷科)治療(含材料費)</u>	
B87	—另開內服藥	307
B88	—未開內服藥	307
B89	—骨折、脫臼整復第一線復位處置治療	477
	<u>電針(合併中度複雜性傷科治療)治療(含材料費)</u>	
F20	--另開內服藥(療程 2-6 次)	227
F21	--未開內服藥(療程 2-6 次)	227
F22	--療程第一次處置治療	427
	<u>電針(合併高度複雜性傷科治療—多部位損傷)治療(含材料費)</u>	
F23	--另開內服藥(後續治療)	227
F24	--未開內服藥(後續治療)	227
F25	--起始次處置治療	877
	<u>電針(合併高度複雜性傷科治療—合併有特殊疾病)治療(含材料費)</u>	
F26	--另開內服藥(後續治療)	227
F27	--未開內服藥(後續治療)	227
F28	--起始次處置治療	877
	<u>電針(合併高度複雜性傷科治療—脫臼)治療(含材料費)</u>	
F29	--另開內服藥(後續治療)	227
F30	--未開內服藥(後續治療)	227
F31	--起始次處置治療	1177
	<u>電針(合併高度複雜性傷科治療—骨折)治療(含材料費)</u>	
F32	--另開內服藥(後續治療)	227
F33	--未開內服藥(後續治療)	227
F34	--起始次處置治療	1277
	<u>複雜性針灸(合併傷科)治療(含材料費)</u>	
B90	—另開內服藥	307
B91	—未開內服藥	307
	<u>複雜性針灸(合併複雜性傷科)治療(含材料費)</u>	
B92	—另開內服藥	307
B93	—未開內服藥	307
B94	—骨折、脫臼整復第一線復位處置治療	477
	註：B84、B89、B94 係指該患者受傷部位初次到醫療院所做針灸 合并按骨、復位之處理治療，且不得與 B57、B61 併同申報。	

編號	診療項目	支付點數
	<u>中度複雜性針灸(合併傷科)治療(含材料費)</u>	
<u>F35</u>	<u>--另開內服藥</u>	<u>327</u>
<u>F36</u>	<u>--未開內服藥</u>	<u>327</u>
	<u>中度複雜性針灸(合併中度複雜性傷科治療)治療(含材料費)</u>	
<u>F37</u>	<u>--另開內服藥(療程 2-6 次)</u>	<u>327</u>
<u>F38</u>	<u>--未開內服藥(療程 2-6 次)</u>	<u>327</u>
<u>F39</u>	<u>--療程第一次處置治療</u>	<u>427</u>
	<u>中度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療—多部位損傷)治療(含材料費)</u>	
<u>F40</u>	<u>--另開內服藥(後續治療)</u>	<u>327</u>
<u>F41</u>	<u>--未開內服藥(後續治療)</u>	<u>327</u>
<u>F42</u>	<u>--起始次處置治療</u>	<u>877</u>
	<u>中度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療—合併有特殊疾病)治療(含材料費)</u>	
<u>F43</u>	<u>--另開內服藥(後續治療)</u>	<u>327</u>
<u>F44</u>	<u>--未開內服藥(後續治療)</u>	<u>327</u>
<u>F45</u>	<u>--起始次處置治療</u>	<u>877</u>
	<u>中度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療—脫臼)治療(含材料費)</u>	
<u>F46</u>	<u>--另開內服藥(後續治療)</u>	<u>327</u>
<u>F47</u>	<u>--未開內服藥(後續治療)</u>	<u>327</u>
<u>F48</u>	<u>--起始次處置治療</u>	<u>1177</u>
	<u>中度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療—骨折)治療(含材料費)</u>	
<u>F49</u>	<u>--另開內服藥(後續治療)</u>	<u>327</u>
<u>F50</u>	<u>--未開內服藥(後續治療)</u>	<u>327</u>
<u>F51</u>	<u>--起始次處置治療</u>	<u>1277</u>
	<u>高度複雜性針灸(合併傷科)治療(含材料費)</u>	
<u>F52</u>	<u>--另開內服藥</u>	<u>427</u>
<u>F53</u>	<u>--未開內服藥</u>	<u>427</u>
	<u>高度複雜性針灸(合併中度複雜性傷科治療)治療(含材料費)</u>	
<u>F54</u>	<u>--另開內服藥(療程 2-6 次)</u>	<u>427</u>
<u>F55</u>	<u>--未開內服藥(療程 2-6 次)</u>	<u>427</u>
<u>F56</u>	<u>--療程第一次處置治療</u>	<u>427</u>
	<u>高度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療—多部位損傷)治療(含材料費)</u>	
<u>F57</u>	<u>--另開內服藥(後續治療)</u>	<u>427</u>

編號	診療項目	支付點數
<u>F58</u>	<u>--未開內服藥(後續治療)</u>	<u>427</u>
<u>F59</u>	<u>--起始次處置治療</u>	<u>877</u>
	<u>高度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療—合併有特殊疾病)治療(含材料費)</u>	
<u>F60</u>	<u>--另開內服藥(後續治療)</u>	<u>427</u>
<u>F61</u>	<u>--未開內服藥(後續治療)</u>	<u>427</u>
<u>F62</u>	<u>--起始次處置治療</u>	<u>877</u>
	<u>高度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療—脫臼)治療(含材料費)</u>	
<u>F63</u>	<u>--另開內服藥(後續治療)</u>	<u>427</u>
<u>F64</u>	<u>--未開內服藥(後續治療)</u>	<u>427</u>
<u>F65</u>	<u>--起始次處置治療</u>	<u>1177</u>
	<u>高度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療—骨折)治療(含材料費)</u>	
<u>F66</u>	<u>--另開內服藥(後續治療)</u>	<u>427</u>
<u>F67</u>	<u>--未開內服藥(後續治療)</u>	<u>427</u>
<u>F68</u>	<u>--起始次處置治療</u>	<u>1277</u>

第七章 其他

編號	診療項目	支付點數
B71	脈診儀檢查費	500
B72	舌診儀檢查費	500
<p>註：1.申報本項支付標準之中醫師及中醫特約醫事服務機構均應經中醫總額受託單位審查認定合格。</p> <p>2.前項經審查認定合格之中醫特約醫事服務機構及中醫師應每年提出申請計畫，經核可後始得申報。<u>惟研究教學目的不得申報。</u></p> <p>3.前項中醫特約醫事服務機構限中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格(可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新進中醫師)醫院。</p> <p>4.申報使用輔助診斷，應依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載(應附有輔助診斷檢查圖像及判讀報告)。</p> <p>5.B71、B72 每項每位病人每月限申報一次。</p> <p><u>6. 本章節限執業滿4年之專任中醫師申報。</u></p> <p><u>7. 申報本章節適應症之定義需為附表 4.7 所列病名。</u></p>		

第九章 特定疾病門診加強照護

通則：

一、個案適用範圍：

- (一)小兒氣喘疾病門診加強照護：年齡未滿十三歲之氣喘疾病(ICD-10：J45)患者，並於病歷中檢附西醫診斷證明或肺功能檢查報告。
- (二)小兒腦性麻痺疾病門診加強照護：年齡未滿十三歲之腦性麻痺疾病(ICD-10-CM：G80)患者。
- (三)腦血管疾病(ICD-10-CM：G45.0-G46.8 及 I60-I68)、顱腦損傷(ICD-10-CM：S02.1-S02.4、S02.6-S02.9、S06.0-S06.9)及脊髓損傷(ICD-10-CM：S14.0-S14.1、S24.0-S24.1、S34.0-S34.1)疾病門診加強照護：自診斷日起二年內之患者。

二、醫事服務機構及醫事人員均須符合下列條件始得申報本章費用：

- (一)中醫師需接受中醫全聯會辦理之「小兒氣喘疾病門診加強照護」、「小兒腦性麻痺疾病門診加強照護」及「腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷門診加強照護」課程各八小時，並由中醫全聯會於每季季底函送符合教育時數之中醫師新增名單給保險人登錄備查。
- (二)申報本章之中醫醫事服務機構及醫事人員，須最近二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一者，前述違規期間之認定，自保險人第一次發函處分停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

三、每位醫師每月本章節各項疾病照護申報上限為三百人次(合計上限為六百五十人次)，超出上限者費用點數支付為零，另小兒氣喘疾病及小兒腦性麻痺疾病每位患者每週限申報一次、腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷門診加強照護每位患者每月限申報一次。

四、看診醫師應對當次看診患者提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，並以標準作業流程與處置完成診療。(詳附表 4.98.1)

五、特定疾病門診加強照護不列入診察費及處置費合理量計算。

六、為避免病患重複收案，醫事人員收治病入後應於保險人健保資訊網服務系統(VPN)登錄個案之基本資料，已被其他院所收案照護、不符適應症或已達結案條件者，不得收案。另腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷每季至少需於 VPN 填報巴氏量表分數乙次。

七、病患經加強照護病程穩定後，應教育病患自我照護，改按一般服務提供醫療照護；(1)小兒氣喘疾病門診加強照護穩定之指標詳附表 4.98.2 說明。(2) 腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷門診以巴氏量表測量連續二季未改善之患者應改按一般服務提供服務。

八、申報本章節之案件，當次不得同時另行申報本標準第四部中醫其他章節之診療項目。(B71 脈診儀檢查費及 B72 舌診儀檢查費及 C05、C06、C07、C08、C09 之藥費及藥品調劑費除外)

編號	診療項目	支付點數
C01	特定疾病門診加強照護處置費--小兒氣喘(含氣霧吸入處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費、口服藥(不得少於五天)、針灸治療處置費、穴位推拿按摩、穴位敷貼處置費、氣霧吸入處置費，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	1500
C02	特定疾病門診加強照護處置費--小兒氣喘(不含氣霧吸入處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費、口服藥(不得少於五天)、針灸治療處置費、穴位推拿按摩、穴位敷貼處置費，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	1400
C03	特定疾病門診加強照護處置費--小兒腦性麻痺(含藥浴處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費、口服藥(不得少於五天)、頭皮針及體針半刺治療處置費、穴位推拿按摩、督脈及神闕藥灸、藥浴處置費，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	1500
C04	特定疾病門診加強照護處置費--小兒腦性麻痺(不含藥浴處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費、口服藥(不得少於五天)、頭皮針及體針半刺治療處置費、穴位推拿按摩、督脈及神闕藥灸，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	1400
C05	特定疾病門診加強照護處置費--腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷(治療處置一至三次) 註1：每月限申報一次，照護處置費包括中醫醫療診察費、同時執行針灸治療及傷科治療。首次收案即需進行衛教及巴氏量表，之後每三個月至少施行衛教及評估巴氏量表一次。 註2：藥費及藥品調劑費依本部第二、三章規定辦理。	2000
C06	特定疾病門診加強照護處置費--腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷(治療處置四至六次) 註1：每月限申報一次，照護處置費包括中醫醫療診察費、同時執行針灸治療及傷科治療。首次收案即需進行衛教及巴氏量表，之後每三個月至少施行衛教及評估巴氏量表一次。 註2：藥費及藥品調劑費依本部第二、三章規定辦理。	3500
C07	特定疾病門診加強照護處置費--腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷(治療處置七至九次) 註1：每月限申報一次，照護處置費包括中醫醫療診察費、同時執行針灸治療及傷科治療。首次收案即需進行衛教及巴氏量表，之後每三個月至少施行衛教及評估巴氏量表一次。 註2：藥費及藥品調劑費依本部第二、三章規定辦理。	5500
C08	特定疾病門診加強照護處置費--腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷(治療處置十至十二次) 註1：每月限申報一次，照護處置費包括中醫醫療診察費、同時執行針灸治療及傷科治療。首次收案即需進行衛教及巴氏量表，之後每三個月至少施行衛教及評估巴氏量表一次。 註2：藥費及藥品調劑費依本部第二、三章規定辦理。	7500

編號	診療項目	支付點數
C09	<p>特定疾病門診加強照護處置費--腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷(治療處置十三次以上)</p> <p>註1：每月限申報一次，照護處置費包括中醫醫療診察費、同時執行針灸治療及傷科治療。首次收案即需進行衛教及巴氏量表，之後每三個月至少施行衛教及評估巴氏量表一次。</p> <p>註2：藥費及藥品調劑費依本部第二、三章規定辦理。</p>	9500

(刪)

~~附表 4.4.1 複雜性針灸申請給付及支付原則~~

~~一、複雜性針灸適應症之定義需為附表 4.4.2 所列病名。~~

~~二、費用申報與審查相關規定：~~

~~1. 按全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法辦理執行審查。~~

~~2. 抽審病歷視醫療院所與前一年申報附表 4.4.2 所列疾病與去年同期相較之成長率，必要時得予全審。~~

(刪)

附表 4.4.2 ~~複雜性針灸適應症~~

ICD-9-CM	ICD-10-CM	中文病名
140-208	C00-C96	惡性腫瘤(衍生出的相關符合針灸適應症)
225	D33	腦瘤併發神經功能障礙(73)
290	F03-F05	(一)老年期及初老年期器質性精神病態【限由精神科或神經科專科醫師開具之診斷書並加註專科醫師證號】
293.1	F05	(二)亞急性譫妄
294	F02、F04、F09	(三)其他器質性精神病態
295	F20、F21、F25	(四)思覺失調症
296	F30-F39	(五)情感性精神病
297	F22、F23、F24	(六)妄想狀態
299	F84	(七)源自兒童期之精神病
小兒麻痺、腦性麻痺所引起之神經、肌肉、骨骼、肺臟等之併發症者(其身心障礙等級在中度以上者)。		
045.1	A80	(一)急性脊髓灰白質炎併有其他麻痺者
343	G80	(二)嬰兒腦性麻痺
344+ 138	G82-G83+B91	(三)其他麻痺性徵候群(急性脊髓灰白質炎之後期影響併有提及麻痺性徵候群)
358.0	G70	重症肌無力症
脊髓損傷或病變所引起之神經、肌肉、皮膚、骨骼、心肺、泌尿及腸胃等之併發症者(其身心障礙等級在中度以上者)		
806	S14.1+S12.0-S12.6 →S24.1+S22.0→ S34.1+S22.0-S32.0	(一)脊柱骨折，伴有脊髓病灶
952	S14.1→S24.1→S34.1	(二)無明顯脊椎損傷之脊髓傷害
336	G95	(三)其他脊髓病變
急性腦血管疾病		
430	I60	(一)蜘蛛膜下腔出血
431→432	I61→I62	(二)腦內出血
433→434	I65→I66→I63	(三)腦梗塞
435-437	G45→G46→I67	(四)其他腦血管疾病
345	G40	癲癇
332	G20→G21	巴金森病
334	G11→G94	脊髓小腦症
851	S01.9→S06.3	腦裂傷及挫傷
852	S01.9→S06.4-S06.6	受傷後之蜘蛛網膜下、硬腦膜下及硬腦膜外出血
950	S04.01-S04.04	視神經及神經徑之損傷
953	S14.2→S14.3→ S24.2→S34.2→S34.4	神經根級脊神經叢之損傷

ICD-9-CM	ICD-10-CM	中文病名
954	S14.5 、 S24.3 、 S24.4 、 S24.8 、 S24.9 、 S34.5 、 S34.6 、 S34.8 、 S34.9	肩及骨盆以外之軀幹神經損傷
955	S44.0 – S44.5 、 S44.8 – S44.9 、 S54.0 – S54.3 、 S54.8 – S54.9 、 S64.0 – S64.4 、 S64.8 – S64.9	肩及上肢末梢神經之損傷
956	S74.0 – S74.2 、 S74.8 – S74.9 、 S84.0 – S84.2 、 S84.8 – S84.9 、 S94.0 – S94.3 、 S94.8 – S94.9	骨盆及下肢末梢神經損傷

(刪)

~~附表 4.5.1 複雜性傷科申請給付及支付原則~~

~~一、複雜性傷科適應症之定義需為附表 4.5.2 所列之傷病病名。~~

~~二、費用申報與審查相關規定：~~

~~1.院所每月專任中醫師平均申報上限為六十人次，超出部分依現行支付標準支付。~~

~~2.按全民健康保險醫療費用申報與核付及服務審查辦法辦理執行審查。~~

~~3.病歷記載應依規定書寫。~~

~~4.申報診療項目時，主診斷碼需符合附表 4.5.2 所列之適應症。~~

~~5.抽審病歷視醫療院所與前一年申報附表 4.5.2 所列疾病與去年同期相較之成長率，必要時得予全審。~~

(刪)

附表 4.5.2 複雜性傷科適應症

ICD-9-CM	ICD-10-CM	中文病名
71119	M02.39	雷特病之關節病變及有關病態， 多處部位
71129	M35.2	畢賽徵候群之關節病變， 多處部位
71639	M13.89	更年期關節炎， 多處部位
71659	M13.0	未明示之多發性關節病變或多發性關節炎， 多處部位
71689	M12.89	其他明示之關節病變， 多處部位
71699	M12.9	未明示之關節病變， 多處部位
71809	M24.10	關節軟骨疾患， 多處部位
71849	M24.50	關節緊縮， 多處部位
71859	M24.60	關節粘連， 多處部位
71889	M24.80	其他關節障礙，他處未歸類， 多處部位
71899	M24.9	未明示之關節障礙， 多處部位
71939	M12.39	復發性風濕， 多處部位
71949	M25.50	關節痛， 多處部位
71959	M25.60	關節僵直，他處未歸類者， 多處部位
71979	R26.2	行走障礙， 多處部位
71999	M25.9	未明示之關節疾患， 多處部位
7338	(S42、S49、S52、S59、S62、S72、S82、S92)	癒合不良及不癒合之骨折
73381	(S42、S49、S52、S59、S62、S72、S82、S92)	癒合不良之骨折
73382	(S42、S49、S52、S59、S62、S72、S82、S92)	不癒合之骨折
8000-8004	S02.0	顱骨穹窿骨折
80100-80149	S02.1	顱骨底部骨折
802.0及802.2	S02.2、S02.6	臉骨骨折
8024	S02.4	顴骨及上頷骨骨折，閉鎖性
8026	S02.3	眶底閉鎖性骨折
8028	S02.8-S02.9	其他顏面骨閉鎖性骨折
8030-8034	S02.8-S02.9	其他及性質不明之顱骨骨折
8040-8044	S02.9	多處骨折，侵及顱骨或顏面骨者
80500-80508	S12.0-S12.9	脊柱骨折，閉鎖性
8060及8062	S12.0-S12.6、S22.0	頸椎骨折，閉鎖性，
8064	S32.0	腰椎骨折，閉鎖性
8066	S32.1-S32.2	骶骨及尾骨骨折，閉鎖性
8068	S12.9、S22.0、S32.0-S32.1	未明示之脊柱骨折，閉鎖性

ICD-9-CM	ICD-10-CM	中文病名
8070	S22.3-S22.4	肋骨閉鎖性骨折
8072	S22.2	胸骨閉鎖性骨折
8074	S22.5	連枷胸(多條肋骨塌陷性骨折)
8075	S12.9	喉部及氣管閉鎖性骨折
808.0	S32.3-S32.9	骨盆骨折
8080	S32.4	髌白閉鎖性骨折
8082	S32.5	恥骨閉鎖性骨折
8084-80843	S32.3、S32.6、 S32.810-S32.811	骨盆其他明示部位之閉鎖性骨折
80849	S32.89	骨盆之其他骨折，閉鎖性
809.0	S22.9	診斷欠明之軀幹骨骨折
8090	S22.9	軀幹骨骨折，閉鎖性
81000-81003	S42.001-S42.036	鎖骨閉鎖性骨折
81100-81103	S42.101-S42.199	肩胛骨骨折
81109	S42.113、S42.116	其他之肩胛骨骨折，閉鎖性
81200-81209	S42.201-S42.296	肱骨上端閉鎖性骨折
8122	S42.301-S42.399	肱骨骨幹或未明示部位之閉鎖性骨折
8124	S42.1-S42.4	肱骨下端骨折，閉鎖性
81241-81249	S42.101-S42.496	肱骨踝上骨折，閉鎖性
81300-81308	S52.101-S52.189	橈骨及尺骨上端閉鎖性骨折
8132-81323	S52.201-S52.399	橈骨及尺骨骨幹閉鎖性骨折
8134-81344	S52.501-S52.699	橈骨及尺骨下端閉鎖性骨折
8138-81383	S52.90-S52.92	橈骨及尺骨之閉鎖性骨折
81400-81409	S62.001-S62.186	腕骨骨折
81500-81509	S62.201-S62.399	掌骨骨折
81600-81603	S62.501-S62.669	一個或多個手指骨骨折
8170	S62.90-S62.92	手骨之多處閉鎖性骨折
8190	S42.90-S42.92、S52.90- S52.92、S22.20、 S22.39、S22.49	多發性骨折，侵及兩側上肢及上肢與肋骨和胸骨者，閉鎖性
82000-82009	S72.001-S72.099	股骨頸骨折
8202-82022	S72.101-S72.26	經由粗隆之骨折，閉鎖性
8208	S72.001-S72.009	未明示部位之股骨頸骨折，閉鎖性
8210-82129	S72.301-S72.499	股骨骨折，閉鎖性
8220	S82.001-S82.099	閉鎖性髌骨之骨折
8230-82302	S82.101-S82.199	脛骨與腓骨之上端閉鎖性骨折
8232	S82.201-S82.299、 S82.401-S82.499	脛骨與腓骨幹之閉鎖性骨折
82320	S82.201-S82.299	僅脛骨幹閉鎖性骨折

ICD-9-CM	ICD-10-CM	中文病名
82321	S82.401-S82.499	僅腓骨幹閉鎖性骨折
82322	S82.201-S82.299 → S82.401-S82.499	脛骨與腓骨幹之閉鎖性骨折
8238	S82.201-S82.209 → S82.401-S82.409	脛骨與腓骨未明示部位之閉鎖性骨折
82380	S82.201-S82.209	僅脛骨未明示部位之閉鎖性骨折
82381	S82.401-S82.409	僅腓骨未明示部位之閉鎖性骨折
82382	S82.201- -S82.209+S82.401- -S82.409	脛骨與腓骨未明示部位之閉鎖性骨折
8240-8248	S82.51-S82.66	閉鎖性踝骨折
8250	S92.001-S92.066	閉鎖性跟骨骨折
8252-82529	S92.101-S92.5	其他跗骨及蹠骨之骨折，閉鎖性
8260	S92.401-S92.919	閉鎖性一個或多個腳趾骨骨折
8270	S82.90-S82.92	閉鎖性下肢之其他多處及診斷欠明之骨折
8280	T07	閉鎖性多處骨折，侵及兩側下肢，下與上肢及 下肢與肋骨和胸骨者
8290	T14.8	閉鎖性未明示部位之骨折
8310→8320→ 8330→8340→ 8350→8360→ 8363→8365→ 8370→8380→ 8390→8392→ 8394→8396	S43.0-S43.3 → S53.0-S53.1 → S63.0 → S63.1-S63.2 → S73.0 → S83.21-S83.24 → S83.001- -S83.096 → S83.101- -S83.196 → S93.0 → S93.3 → S13.1-S13.2 → S33.1-S33.3 → S23.1-S23.2 → S43.2 → S33.30-S33.39	脫臼
9228	T14.8	軀幹多處挫傷
9238	S40.019	上肢多處挫傷
9244	S70.10-S70.12 → S80.10- -S80.12	下肢多處挫傷
9248	T14.8	下肢挫傷及其他與未明示位置之挫傷，多處位 置挫傷，他處未歸類者
92709	S47	肩及上臂多處位置壓砸傷
9278	S47	上肢多處位置壓砸傷
9288	S77.0 → S77.1 → S87.0 → S87.8 → S97.0 → S97.1 → S97.8	下肢多處壓砸傷
929.0	S77.2	多處及未明示位置之壓砸傷
9290	S77.20	多處位置壓砸傷，他處未歸類者
9050	S02	顱骨及面骨骨折之後期影響

ICD-9-CM	ICD-10-CM	中文病名
9051	(S12.9、S22.0、S22.9、S32.9)	脊柱及軀幹骨折之後期影響，未提及脊髓病灶者
9052	S42.2、S42.9、S52.9、S62.9	上肢骨折後期影響
9053	S72.0、S72.2、S72.8、S72.9、S79.0、S79.1	股骨頸骨折後期影響
9054	(S72.3、S72.4、S82.0、S82.6、S82.8、S82.9、S89.0、S89.3、S92.0、S92.9)	下肢骨折後期影響
9055	T07	多處及未明示骨折之後期影響
9056	S03.0、S03.1、S13.0、S13.2、S23.0、S23.2、S33.0、S33.3、S43.0、S43.3、S53.0、S53.1、S63.0、S63.2、S73.0、S83.0、S83.1、S93.0、S93.1、S93.3	脫臼之後期影響
9598	T07	其他明示位置之損傷，包括多處

附表 4.4.1 複雜性針灸申請給付及支付原則

- 一、中度複雜性針灸適應症之定義需為附表 4.4.2 所列病名，或無合乎中度複雜性針灸治療適應症(附表 4.4.2 所列病名)但合併有特殊疾病附表 4.4.3 所列病名。
- 二、高度複雜性針灸適應症之定義需為附表 4.4.4 所列病名，或合乎中度複雜性針灸治療適應症(附表 4.4.2 所列病名)且合併有特殊疾病附表 4.4.3 所列病名。
- 三、費用申報與審查相關規定：
 - 1.院所每月專任中醫師平均申報中度複雜性針灸處置上限為一百人次、高度複雜性針灸處置上限為七十人次，超出人次部分改以 D01、D02、D03、D04、F01、F02、F03、F04、F06、F07、F09、F10、F12、F13、F15、F16、F18、F19、F20、F21、F23、F24、F26、F27、F29、F30、F32、F33 醫令計算。
 - 2.按全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法辦理執行審查。
 - 3.抽審病歷視醫療院所與前一年申報附表 4.4.2、附表 4.4.3 及附表 4.4.4 所列疾病與去年同期相較之成長率，必要時得予全審。

附表 4.4.2 中度複雜性針灸適應症

<u>ICD-10-CM</u>	<u>中文病名</u>
<u>G43</u>	<u>偏頭痛</u>
<u>G50</u>	<u>三叉神經疾患</u>
<u>G51</u>	<u>顏面神經疾患</u>
<u>G52</u>	<u>其他腦神經疾患</u>
<u>G90</u>	<u>自主神經系統疾患</u>
<u>G54</u>	<u>神經根及神經叢疾患</u>
<u>G61</u>	<u>發炎症多發神經病變</u>
<u>G62</u>	<u>其他及為明示之多發神經病變</u>
<u>G63</u>	<u>歸類於他處疾病所致之多發神經病變</u>
<u>G65</u>	<u>發炎症及毒性多發神經病變後遺症</u>
<u>M13.0</u>	<u>多發性關節炎</u>
<u>M15</u>	<u>多關節病症</u>
<u>M20</u>	<u>手指及(足)趾後天性變形</u>
<u>M21</u>	<u>其他後天性肢體變形</u>
<u>M66</u>	<u>滑膜及肌腱自發性破裂</u>
<u>H02</u>	<u>眼瞼其他疾患</u>
<u>H04</u>	<u>淚道系統之疾患</u>
<u>H05</u>	<u>眼窩疾患</u>
<u>H52</u>	<u>屈光及調節作用疾患</u>
<u>H10</u>	<u>結膜炎</u>
<u>H20</u>	<u>虹膜睫狀體炎</u>
<u>H25</u>	<u>老年性白內障</u>
<u>H26</u>	<u>其他白內障</u>

附表 4.4.3 特殊疾病適應症

<u>ICD-10-CM</u>	<u>中文病名</u>
<u>A15</u>	<u>呼吸道結核病</u>
<u>B01</u>	<u>水痘</u>
<u>B02</u>	<u>帶狀疱疹</u>
<u>B05</u>	<u>麻疹</u>
<u>B06</u>	<u>德國麻疹</u>
<u>B20</u>	<u>人類免疫不全病毒疾病</u>
<u>B97.2</u>	<u>歸類於他處冠狀病毒所致的疾病</u>
<u>B97.3</u>	<u>歸類於他處反轉錄病毒所致的疾病</u>
<u>D65</u>	<u>瀰漫性血管內凝血症</u>
<u>D66</u>	<u>遺傳性第VIII凝血因子缺乏症</u>
<u>D67</u>	<u>遺傳性第IX凝血因子缺乏症</u>
<u>D68</u>	<u>其他凝血缺乏</u>
<u>D69</u>	<u>紫斑症及其他出血性病態</u>
<u>D70</u>	<u>嗜中性白血球缺乏症</u>
<u>D82</u>	<u>與其他重大缺陷相關的免疫缺乏症</u>
<u>D83</u>	<u>常見多樣性免疫缺乏症</u>
<u>D84</u>	<u>其他免疫缺乏症</u>
<u>E04</u>	<u>其他非毒性甲狀腺腫</u>
<u>E05</u>	<u>甲狀腺毒症</u>
<u>E06</u>	<u>甲狀腺炎</u>
<u>E10</u>	<u>第一型糖尿病</u>
<u>E11</u>	<u>第二型糖尿病</u>
<u>E13</u>	<u>其他特定糖尿病</u>
<u>E15</u>	<u>非糖尿病的低血糖性昏迷</u>
<u>E28</u>	<u>卵巢功能障礙</u>
<u>F90</u>	<u>注意力不足過動症</u>
<u>F95</u>	<u>抽搐症</u>
<u>I20</u>	<u>心絞痛</u>
<u>I21</u>	<u>ST 段上升之心肌梗塞 (STEMI)與非 ST 段上升之心肌梗塞(NSTEMI)</u>
<u>I22</u>	<u>續發性 ST 段上升之心肌梗塞 (STEMI)與非 ST 段上升之心肌梗塞(NSTEMI)</u>
<u>I23</u>	<u>ST 段上升之心肌梗塞 (STEMI)與非 ST 段上升之心肌梗塞(NSTEMI)後造成</u>

<u>ICD-10-CM</u>	<u>中文病名</u>
	<u>之併發症(28天內)</u>
<u>I24</u>	<u>其他急性缺血性心臟病</u>
<u>I25</u>	<u>慢性缺血性心臟病</u>
<u>I26</u>	<u>肺栓塞</u>
<u>I27</u>	<u>其他肺性心臟病</u>
<u>I28</u>	<u>其他肺血管疾病</u>
<u>I42</u>	<u>心肌病變</u>
<u>I50</u>	<u>心臟衰竭</u>
<u>I71</u>	<u>主動脈瘤及剝離</u>
<u>I73</u>	<u>其他末梢血管疾病</u>
<u>I74</u>	<u>動脈栓塞及血栓症</u>
<u>I80</u>	<u>靜脈炎及血栓靜脈炎</u>
<u>I82</u>	<u>其他靜脈栓塞及血栓</u>
<u>I89</u>	<u>其他非感染性之淋巴管和淋巴結疾患</u>
<u>J44</u>	<u>慢性阻塞性肺病</u>
<u>J45</u>	<u>氣喘</u>
<u>J93</u>	<u>氣胸及氣漏</u>
<u>J96</u>	<u>呼吸衰竭，他處未歸類</u>
<u>J98</u>	<u>其他呼吸衰竭</u>
<u>K72</u>	<u>肝衰竭，他處未歸類者</u>
<u>K74</u>	<u>肝纖維化及硬化</u>
<u>K80</u>	<u>膽結石</u>
<u>L10</u>	<u>天庖瘡</u>
<u>L11</u>	<u>其他棘層鬆解性疾患</u>
<u>L12</u>	<u>類天庖瘡</u>
<u>L40</u>	<u>乾癬</u>
<u>L51</u>	<u>多形性紅斑</u>
<u>L52</u>	<u>結節性紅斑</u>
<u>L89</u>	<u>壓迫性潰瘍</u>
<u>L94</u>	<u>其他局限性結締組織疾患</u>
<u>L97</u>	<u>下肢非壓迫性慢性潰瘍，他處未歸類者</u>
<u>M33</u>	<u>皮多肌炎</u>

<u>ICD-10-CM</u>	<u>中文病名</u>
<u>M34</u>	<u>全身性硬化症(硬皮症)</u>
<u>M35</u>	<u>結締組織其他全身性侵犯</u>
<u>M35.0</u>	<u>乾燥症候群[Sjogren 氏]</u>
<u>M35.00</u>	<u>乾燥症候群</u>
<u>N18</u>	<u>慢性腎臟疾病</u>
<u>N19</u>	<u>腎衰竭</u>
<u>O10~O16</u> 、 <u>O20~O29</u>	<u>妊娠</u>
<u>R64</u>	<u>惡病質</u>

附表 4.4.4 高度複雜性針灸適應症

<u>ICD-10-CM</u>	<u>中英文病名</u>
<u>A80</u>	<u>急性脊髓灰白質炎</u>
<u>C00-C96</u>	<u>惡性腫瘤(衍生出的相關符合針灸適應症)</u>
<u>D32</u>	<u>腦膜良性腫瘤</u>
<u>D33</u>	<u>腦瘤併發神經功能障礙</u>
<u>D48</u>	<u>Neoplasm of uncertain behavior of other and unspecified sites</u>
<u>D48</u>	<u>其他及未明示部位性態未明之腫瘤</u>
<u>D49</u>	<u>性態未明之腫瘤</u>
<u>F02、F04、F09</u>	<u>其他器質性精神病態</u>
<u>F03-F05</u>	<u>老年期及初老年期器質性精神病態</u>
<u>F05</u>	<u>亞急性譫妄</u>
<u>F20、F21、F25</u>	<u>思覺失調症</u>
<u>F22、F23、F24</u>	<u>妄想狀態</u>
<u>F30-F39</u>	<u>情感性精神病</u>
<u>F84</u>	<u>源自兒童期之精神病</u>
<u>F80</u>	<u>特定的言語及語言發展障礙症</u>
<u>F82</u>	<u>特定的動作功能發展障礙症</u>
<u>G11、G94</u>	<u>脊髓小腦症</u>
<u>G12</u>	<u>脊髓性肌萎縮症及相關症候群</u>
<u>G20、G21</u>	<u>巴金森病</u>
<u>G35</u>	<u>多發性硬化症</u>
<u>G36</u>	<u>其他急性瀰漫性脫髓鞘</u>
<u>G40</u>	<u>癲癇</u>
<u>G45、G46、I67</u>	<u>其他腦血管疾病</u>
<u>G70</u>	<u>重症肌無力症</u>
<u>G71</u>	<u>肌肉特發性疾患</u>
<u>G80</u>	<u>嬰兒腦性麻痺</u>
<u>G81</u>	<u>偏癱</u>
<u>G82-G83+B91</u>	<u>其他麻痺性徵候群(急性脊髓灰白質炎之後期影響併有提及麻痺性徵候群)</u>
<u>G91</u>	<u>水腦症</u>

<u>ICD-10-CM</u>	<u>中英文病名</u>
<u>G93.0</u>	<u>腦囊腫</u>
<u>G93.1</u>	<u>缺氧性腦損傷，他處未歸類者</u>
<u>G93.2</u>	<u>良性顱內高壓</u>
<u>G93.3</u>	<u>病毒感染後疲勞症候群</u>
<u>G93.4</u>	<u>其他及未明示腦病變</u>
<u>G93.5</u>	<u>腦壓迫</u>
<u>G93.6</u>	<u>腦水腫</u>
<u>G93.7</u>	<u>雷氏症候群</u>
<u>H30</u>	<u>脈絡膜視網膜發炎</u>
<u>H31</u>	<u>其他脈絡膜疾患</u>
<u>H33</u>	<u>視網膜退化及裂孔</u>
<u>H34</u>	<u>視網膜血管阻塞</u>
<u>H35</u>	<u>視網膜其他疾患</u>
<u>H36</u>	<u>歸類於他處疾病所致之視網膜疾患</u>
<u>H40</u>	<u>青光眼</u>
<u>H42</u>	<u>歸類於他處疾病所致之青光眼</u>
<u>H43</u>	<u>玻璃體疾患</u>
<u>H46</u>	<u>眼球神經炎</u>
<u>H47</u>	<u>視(第2)神經及視路之其他疾患</u>
<u>H49</u>	<u>麻痺性斜視</u>
<u>H50</u>	<u>其他斜視</u>
<u>H51</u>	<u>其他雙側眼運動疾患</u>
<u>H53</u>	<u>視覺障礙</u>
<u>H54</u>	<u>失明及低視力</u>
<u>H55</u>	<u>眼球震顫及不規則眼球運動</u>
<u>I60</u>	<u>蜘蛛膜下腔出血</u>
<u>I61、I62</u>	<u>腦內出血</u>
<u>I65、I66、I63</u>	<u>腦梗塞</u>
<u>M45</u>	<u>僵直性脊椎炎</u>
<u>M62.3</u>	<u>截癱性不動症候群</u>
<u>M99.0</u>	<u>節段及體結構功能障礙</u>
<u>M99.1</u>	<u>(脊椎)複雜性半脫位</u>
<u>M99.2</u>	<u>神經管半脫位性狹窄</u>

<u>ICD-10-CM</u>	<u>中英文病名</u>
<u>M99.3</u>	<u>神經管骨性狹窄</u>
<u>M99.4</u>	<u>神經管結締組織狹窄</u>
<u>M99.5</u>	<u>神經管椎間盤狹窄</u>
<u>M99.6</u>	<u>椎間孔骨性及半脫位性狹窄</u>
<u>M99.7</u>	<u>椎間孔結締組織及椎間盤狹窄</u>
<u>Q11</u>	<u>無眼症、小眼畸形及巨眼畸形</u>
<u>Q13</u>	<u>前段眼先天性畸形</u>
<u>Q12</u>	<u>先天性水晶體畸形</u>
<u>Q14</u>	<u>後段眼先天性畸形</u>
<u>Q15</u>	<u>眼其他先天性畸形</u>
<u>S01.9、S06.3</u>	<u>腦裂傷及挫傷</u>
<u>S01.9、S06.4-S06.6</u>	<u>受傷後之蜘蛛網膜下、硬腦膜下及硬腦膜外出血</u>
<u>S04.01-S04.04</u>	<u>視神經及神經徑之損傷</u>
<u>S14.1、S24.1、S34.1</u>	<u>無明顯脊椎損傷之脊髓傷害</u>
<u>S14.1+S12.0-S12.6、 S24.1+S22.0、 S34.1+S22.0-S32.0</u>	<u>脊柱骨折，伴有脊髓病灶</u>
<u>S14.2、S14.3、S24.2、S34.2、 S34.4</u>	<u>神經根級脊神經叢之損傷</u>
<u>S14.5、S24.3、</u>	<u>肩及骨盆以外之軀幹神經損傷</u>
<u>S24.4、S24.8、S24.9、S34.5、 S34.6、S34.8、S34.9</u>	<u>胸、腰椎、囊和骨盆神經損傷</u>
<u>S44.0-S44.5、S44.8-S44.9、 S54.0-S54.3、S54.8-S54.9、 S64.0-S64.4、S64.8-S64.9</u>	<u>肩及上肢末梢神經之損傷</u>
<u>S74.0-S74.2、S74.8-S74.9、 S84.0-S84.2、S84.8-S84.9、 S94.0-S94.3、S94.8-S94.9</u>	<u>骨盆及下肢末梢神經損傷</u>
<u>P91</u>	<u>其他新生兒腦狀態障礙</u>
	<u>衛生福利部公告之罕見疾病名單</u>

附表 4.5.1 複雜性傷科申請給付及支付原則

一、複雜性傷科適應症之定義

1. 中度複雜性傷科適應症之定義需為附表 4.5.2 所列之傷病病名，或無合乎中度複雜性傷科適應症(附表 4.5.2 所列病名)但合併有特殊疾病附表 4.4.3 所列病名。
2. 高度複雜性傷科之多部位損傷申報適應症請詳附表 4.5.3 所列之傷病病名。
3. 高度複雜性傷科之合併有特殊疾病申報適應症為合乎中度複雜性傷科適應症(附表 4.5.2 所列病名) 且合併有特殊疾病附表 4.4.3 所列病名。
4. 高度複雜性傷科之脫臼申報適應症請詳附表 4.5.4 所列之傷病病名。
5. 高度複雜性傷科之骨折申報適應症請詳附表 4.5.5 所列之傷病病名。

二、費用申報與審查相關規定：

1. 按全民健康保險醫療費用申報與核付及服務審查辦法辦理執行審查。
2. 病歷記載應依規定書寫，脫臼患者需檢附影像紀錄(照相或錄影，含術前、術中、術後)、骨折患者需檢附術前影像紀錄(照相或錄影)及術後 X 光紀錄。
3. 申報診療項目時，主診斷碼需符合附表 4.4.3、附表 4.5.2 至表 4.5.5 所列之適應症。
4. 抽審病歷視醫療院所與前一年申報附表 4.4.3、附表 4.5.2 至表 4.5.5 所列疾病與去年同期相較之成長率，必要時得予全審。

附表 4.5.2 中度複雜性傷科治療適應症

<u>ICD-10-CM</u>	<u>中文病名</u>
<u>G45、G46</u>	<u>其他腦血管疾病</u>
<u>G54</u>	<u>神經根及神經叢疾患</u>
<u>G61</u>	<u>發炎性多發神經病變</u>
<u>G62</u>	<u>其他及為明示之多發神經病變</u>
<u>G63</u>	<u>歸類於他處疾病所致之多發神經病變</u>
<u>G65</u>	<u>發炎性及毒性多發神經病變後遺症</u>
<u>G81</u>	<u>偏癱</u>
<u>G90</u>	<u>自主神經系統疾患</u>
<u>G91</u>	<u>水腦症</u>
<u>G93.0</u>	<u>腦囊腫</u>
<u>G93.1</u>	<u>缺氧性腦損傷，他處未歸類者</u>
<u>G93.2</u>	<u>良性顱內高壓</u>
<u>G93.3</u>	<u>病毒感染後疲勞症候群</u>
<u>G93.4</u>	<u>其他及未明示腦病變</u>
<u>G93.5</u>	<u>腦壓迫</u>
<u>G93.6</u>	<u>腦水腫</u>
<u>I60</u>	<u>蜘蛛膜下腔出血</u>
<u>I61、I62</u>	<u>腦內出血</u>
<u>I65、I66、I63</u>	<u>腦梗塞</u>
<u>I67</u>	<u>其他腦血管疾病</u>
<u>M13.0</u>	<u>多發性關節炎</u>
<u>M15</u>	<u>多關節病症</u>
<u>M20</u>	<u>手指及(足)趾後天性變形</u>
<u>M21</u>	<u>其他後天性肢體變形</u>
<u>M40</u>	<u>脊椎後彎症及脊椎前彎症</u>
<u>M41</u>	<u>脊椎側彎症</u>
<u>M42</u>	<u>脊椎骨軟骨症</u>
<u>M43</u>	<u>其他變形性背部病變</u>
<u>M45</u>	<u>僵直性脊椎炎</u>
<u>M46</u>	<u>其他發炎性脊椎病變</u>
<u>M47</u>	<u>退化性脊椎炎</u>
<u>M48</u>	<u>其他脊椎病變</u>
<u>M50</u>	<u>頸椎椎間盤疾患</u>
<u>M51</u>	<u>胸椎、胸腰椎及腰薦椎椎間盤疾患</u>
<u>M53</u>	<u>其他背部病變，他處未歸類者</u>

<u>ICD-10-CM</u>	<u>中文病名</u>
<u>M62.3</u>	<u>截癱性不動症候群</u>
<u>M66</u>	<u>滑膜及肌腱自發性破裂</u>
<u>M80</u>	<u>骨質疏鬆症伴有病理性骨折</u>
<u>M87</u>	<u>骨壞死</u>
<u>M88</u>	<u>變形性骨炎 [骨 Paget (氏)病]</u>
<u>M90.5</u>	<u>歸類於他處疾病所致之骨壞死</u>
<u>M90.6</u>	<u>腫瘤疾病引起之變形性骨炎</u>
<u>M95.2</u>	<u>頭部其他後天性變形</u>
<u>M95.3</u>	<u>頸部後天性變形</u>
<u>M95.4</u>	<u>胸部及肋骨之後天性變形</u>
<u>M95.5</u>	<u>骨盆後天性變形</u>
<u>M95.8</u>	<u>肌肉骨骼系統，其他特定之後天性變形</u>
<u>M95.9</u>	<u>肌肉骨骼系統之後天性變形</u>
<u>M96</u>	<u>術中及術後併發症及肌肉骨骼系統疾患，他處未歸類者</u>
<u>M99.0</u>	<u>節段及體結構功能障礙</u>
<u>M99.1</u>	<u>(脊椎)複雜性半脫位</u>
<u>M99.2</u>	<u>神經管半脫位性狹窄</u>
<u>M99.3</u>	<u>神經管骨性狹窄</u>
<u>M99.4</u>	<u>神經管結締組織狹窄</u>
<u>M99.5</u>	<u>神經管椎間盤狹窄</u>
<u>M99.6</u>	<u>椎間孔骨性及半脫位性狹窄</u>
<u>M99.7</u>	<u>椎間孔結締組織及椎間盤狹窄</u>
<u>S14.1+S12.0-S12.6、 S24.1+S22.0、 S34.1+S22.0-S32.0</u>	<u>脊柱骨折，伴有脊髓病灶</u>
<u>S14.1、S24.1、S34.1</u>	<u>無明顯脊椎損傷之脊髓傷害</u>
<u>S01.9、S06.3</u>	<u>腦裂傷及挫傷</u>
<u>S01.9、S06.4-S06.6</u>	<u>受傷後之蜘蛛網膜下、硬腦膜下及硬腦膜外出血</u>
<u>S04.01-S04.04</u>	<u>視神經及神經徑之損傷</u>
<u>S14.2、S14.3、S24.2、S34.2、 S34.4</u>	<u>神經根級脊神經叢之損傷</u>
<u>S14.5、S24.3、</u>	<u>肩及骨盆以外之軀幹神經損傷</u>
<u>S24.4、S24.8、S24.9、S34.5、 S34.6、S34.8、S34.9</u>	<u>胸交感神經系統的損傷、胸、腹部，下背部和骨盆水平神經損傷</u>
<u>S44.0-S44.5、S44.8-S44.9、 S54.0-S54.3、S54.8-S54.9、 S64.0-S64.4、S64.8-S64.9</u>	<u>肩及上肢末梢神經之損傷</u>

<u>ICD-10-CM</u>	<u>中文病名</u>
<u>S74.0-S74.2、S74.8-S74.9、</u> <u>S84.0-S84.2、S84.8-S84.9、</u> <u>S94.0-S94.3、S94.8-S94.9</u>	<u>骨盆及下肢末梢神經損傷</u>

附表 4.5.3 高度複雜性傷科治療(多部位損傷)適應症

<u>ICD-10-CM</u>	<u>中文病名</u>
<u>M02.39</u>	<u>雷特病之關節病變及有關病態，多處部位</u>
<u>M35.2</u>	<u>畢賽徵候群之關節病變，多處部位</u>
<u>M13.89</u>	<u>更年期關節炎，多處部位</u>
<u>M13.0</u>	<u>未明示之多發性關節病變或多發性關節炎，多處部位</u>
<u>M12.89</u>	<u>其他明示之關節病變，多處部位</u>
<u>M12.9</u>	<u>未明示之關節病變，多處部位</u>
<u>M24.10</u>	<u>關節軟骨疾患，多處部位</u>
<u>M24.50</u>	<u>關節緊縮，多處部位</u>
<u>M24.60</u>	<u>關節粘連，多處部位</u>
<u>M24.80</u>	<u>其他關節障礙，他處未歸類，多處部位</u>
<u>M24.9</u>	<u>未明示之關節障礙，多處部位</u>
<u>M12.39</u>	<u>復發性風濕，多處部位</u>
<u>M25.50</u>	<u>關節痛，多處部位</u>
<u>M25.60</u>	<u>關節僵直，他處未歸類者，多處部位</u>
<u>R26.2</u>	<u>行走障礙，多處部位</u>
<u>M25.9</u>	<u>未明示之關節疾患，多處部位</u>
<u>T14.8</u>	<u>軀幹多處挫傷</u>
<u>S40.019A</u>	<u>上肢多處挫傷</u>
<u>S70.10XA-S70.12XA、 S80.10XA-S80.12XA</u>	<u>下肢多處挫傷</u>
<u>T14.8</u>	<u>下肢挫傷及其他與未明示位置之挫傷，多處位置挫傷，他處未歸類者</u>
<u>S47</u>	<u>肩及上臂多處位置壓砸傷</u>
<u>S47</u>	<u>上肢多處位置壓砸傷</u>
<u>S77.0、S77.1、S87.0、S87.8、S97.0、 S97.1、S97.8</u>	<u>下肢多處壓砸傷</u>
<u>S77.2</u>	<u>多處及未明示位置之壓砸傷</u>
<u>S77.20XA</u>	<u>多處位置壓砸傷，他處未歸類者</u>
<u>T07</u>	<u>其他明示位置之損傷，包括多處</u>

附表 4.5.4 高度複雜性傷科治療(脫臼)適應症

<u>ICD-10-CM</u>	<u>中文病名</u>
<u>S43.0-S43.3</u> 、 <u>S53.0-S53.1</u> 、 <u>S63.0</u> 、 <u>S63.1-S63.2</u> 、 <u>S73.0</u> 、 <u>S83.21-S83.24</u> 、 <u>S83.001A-S83.096A</u> 、 <u>S83.101A-S83.196A</u> 、 <u>S93.0</u> 、 <u>S93.3</u> 、 <u>S13.1-S13.2</u> 、 <u>S33.1-S33.3</u> 、 <u>S23.1-S23.2</u> 、 <u>S43.2</u> 、 <u>S33.30XA-S33.39XA</u>	<u>脫臼</u>
<u>S03.0-S03.1</u> 、 <u>S13.0-S13.2</u> 、 <u>S23.0-S23.2</u> 、 <u>S33.0-S33.3</u> 、 <u>S43.0-S43.3</u> 、 <u>S53.0-S53.1</u> 、 <u>S63.0-S63.2</u> 、 <u>S73.0</u> 、 <u>S83.0</u> 、 <u>S83.1</u> 、 <u>S93.0</u> 、 <u>S93.1</u> 、 <u>S93.3</u>	<u>脫臼之後期影響</u>

附表 4.5.5 高度複雜性傷科治療(骨折)適應症

<u>ICD-10-CM</u>	<u>中文病名</u>
<u>(S42、S52、S62、S72、S82、S92)+ 第 7 位碼 P、Q、R</u>	<u>癒合不良及不癒合之骨折</u>
<u>(S42、S52、S62、S72、S82、S92)+ 第 7 位碼 P、Q、R</u>	<u>癒合不良之骨折</u>
<u>(S42、S52、S62、S72、S82、S92)+ 第 7 位碼 P、Q、R</u>	<u>不癒合之骨折</u>
<u>S02.0+S06</u>	<u>顱骨穹窿骨折</u>
<u>S02.1+S06</u>	<u>顱骨底部骨折</u>
<u>S02.2、S02.6</u>	<u>臉骨骨折</u>
<u>S02.4</u>	<u>顴骨及上頷骨骨折，閉鎖性</u>
<u>S02.3</u>	<u>眶底閉鎖性骨折</u>
<u>S02.8-S02.9</u>	<u>其他顏面骨閉鎖性骨折</u>
<u>S02.8-S02.9+S06</u>	<u>其他及性質不明之顱骨骨折</u>
<u>S02.9+S06</u>	<u>多處骨折，侵及顱骨或顏面骨者</u>
<u>S12.0-S12.9</u>	<u>脊柱骨折，閉鎖性</u>
<u>S14.1、S24.1</u>	<u>頸椎骨折，閉鎖性，</u>
<u>S34.1</u>	<u>腰椎骨折，閉鎖性</u>
<u>S34.1</u>	<u>骶骨及尾骨骨折，閉鎖性</u>
<u>S14.1</u>	<u>未明示之脊柱骨折，閉鎖性</u>
<u>S22.3-S22.4</u>	<u>肋骨閉鎖性骨折</u>
<u>S22.2</u>	<u>胸骨閉鎖性骨折</u>
<u>S22.5</u>	<u>連枷胸(多條肋骨塌陷性骨折)</u>
<u>S12.9</u>	<u>喉部及氣管閉鎖性骨折</u>
<u>S32.3-S32.9</u>	<u>骨盆骨折</u>
<u>S32.4</u>	<u>髌白閉鎖性骨折</u>
<u>S32.5</u>	<u>恥骨閉鎖性骨折</u>
<u>S32.3、S32.6、S32.810A-S32.811A</u>	<u>骨盆其他明示部位之閉鎖性骨折</u>
<u>S32.89XA</u>	<u>骨盆之其他骨折，閉鎖性</u>
<u>S22.9</u>	<u>診斷欠明之軀幹骨骨折</u>
<u>S22.9XXA</u>	<u>軀幹骨骨折，閉鎖性</u>
<u>S42.001A-S42.036A</u>	<u>鎖骨閉鎖性骨折</u>
<u>S42.101A-S42.199A</u>	<u>肩胛骨骨折</u>
<u>S42.113A、S42.116A</u>	<u>其他之肩胛骨骨折，閉鎖性</u>
<u>S42.201A-S42.296A</u>	<u>肱骨上端閉鎖性骨折</u>
<u>S42.301A-S42.399A</u>	<u>肱骨骨幹或未明示部位之閉鎖性骨折</u>
<u>S42.1-S42.4</u>	<u>肱骨下端骨折，閉鎖性</u>
<u>S42.101A-S42.496A</u>	<u>肱骨踝上骨折，閉鎖性</u>

<u>ICD-10-CM</u>	<u>中文病名</u>
<u>S52.101A-S52.189A</u>	<u>橈骨及尺骨上端閉鎖性骨折</u>
<u>S52.201A-S52.399A</u>	<u>橈骨及尺骨骨幹閉鎖性骨折</u>
<u>S52.501A-S52.699A</u>	<u>橈骨及尺骨下端閉鎖性骨折</u>
<u>S52.90XA-S52.92XA</u>	<u>橈骨及尺骨之閉鎖性骨折</u>
<u>S62.001A-S62.186A</u>	<u>腕骨骨折</u>
<u>S62.201A-S62.399A</u>	<u>掌骨骨折</u>
<u>S62.501A-S62.669A</u>	<u>一個或多個手指骨骨折</u>
<u>S62.90XA-S62.92XA</u>	<u>手骨之多處閉鎖性骨折</u>
<u>S42.90XA-S42.92XA、 S52.90XA-S52.92XA、S22.20XA、 S22.39XA、S22.49XA</u>	<u>多發性骨折，侵及兩側上肢及上肢與肋骨和胸骨者，閉鎖性</u>
<u>S72.001A-S72.099A</u>	<u>股骨頸骨折</u>
<u>S72.101A-S72.26XA</u>	<u>經由粗隆之骨折，閉鎖性</u>
<u>S72.001A-S72.009A</u>	<u>未明示部位之股骨頸骨折，閉鎖性</u>
<u>S72.301A-S72.499A</u>	<u>股骨骨折，閉鎖性</u>
<u>S82.001A-S82.099A</u>	<u>閉鎖性髕骨之骨折</u>
<u>S82.101A-S82.199A</u>	<u>脛骨與腓骨之上端閉鎖性骨折</u>
<u>S82.201A-S82.299A、 S82.401A-S82.499A</u>	<u>脛骨與腓骨幹之閉鎖性骨折</u>
<u>S82.201A-S82.299A</u>	<u>僅脛骨幹閉鎖性骨折</u>
<u>S82.401A-S82.499A</u>	<u>僅腓骨幹閉鎖性骨折</u>
<u>S82.201A-S82.299A+S82.401A-S82.499A</u>	<u>脛骨與腓骨幹之閉鎖性骨折</u>
<u>S82.201A-S82.209A、 S82.401A-S82.409A</u>	<u>脛骨與腓骨未明示部位之閉鎖性骨折</u>
<u>S82.201A-S82.209A</u>	<u>僅脛骨未明示部位之閉鎖性骨折</u>
<u>S82.401A-S82.409A</u>	<u>僅腓骨未明示部位之閉鎖性骨折</u>
<u>S82.201A-S82.209A+S82.401A-S82.409A</u>	<u>脛骨與腓骨未明示部位之閉鎖性骨折</u>
<u>S82.51XA-S82.66XA</u>	<u>閉鎖性踝骨折</u>
<u>S92.001A-S92.066A</u>	<u>閉鎖性跟骨骨折</u>
<u>S92.101A-S92.56XA</u>	<u>其他跗骨及蹠骨之骨折，閉鎖性</u>
<u>S92.401A-S92.919A</u>	<u>閉鎖性一個或多個腳趾骨骨折</u>
<u>S82.90XA-S82.92XA</u>	<u>閉鎖性下肢之其他多處及診斷欠明之骨折</u>
<u>T07</u>	<u>閉鎖性多處骨折，侵及兩側下肢，下與上肢及下肢與肋骨和胸骨者</u>
<u>T14.8</u>	<u>閉鎖性未明示部位之骨折</u>
<u>S02+第7位碼S</u>	<u>顱骨及面骨骨折之後期影響</u>

<u>ICD-10-CM</u>	<u>中文病名</u>
<u>(S12.9、S22.0、S22.9、S32.9)+第7位碼 S</u>	<u>脊柱及軀幹骨折之後期影響，未提及脊髓病灶者</u>
<u>S42.2-S42.9、S52.9、S62.9</u>	<u>上肢骨折後期影響</u>
<u>S72.0-S72.2+第7位碼 S</u>	<u>股骨頸骨折後期影響</u>
<u>(S72.3-S72.4、S82.0-S82.6、S82.9、S92.0-S92.9)+第7位碼 S</u>	<u>下肢骨折後期影響</u>
<u>T07</u>	<u>多處及未明示骨折之後期影響</u>

附表 4.7 舌診儀、脈診儀檢查適應症

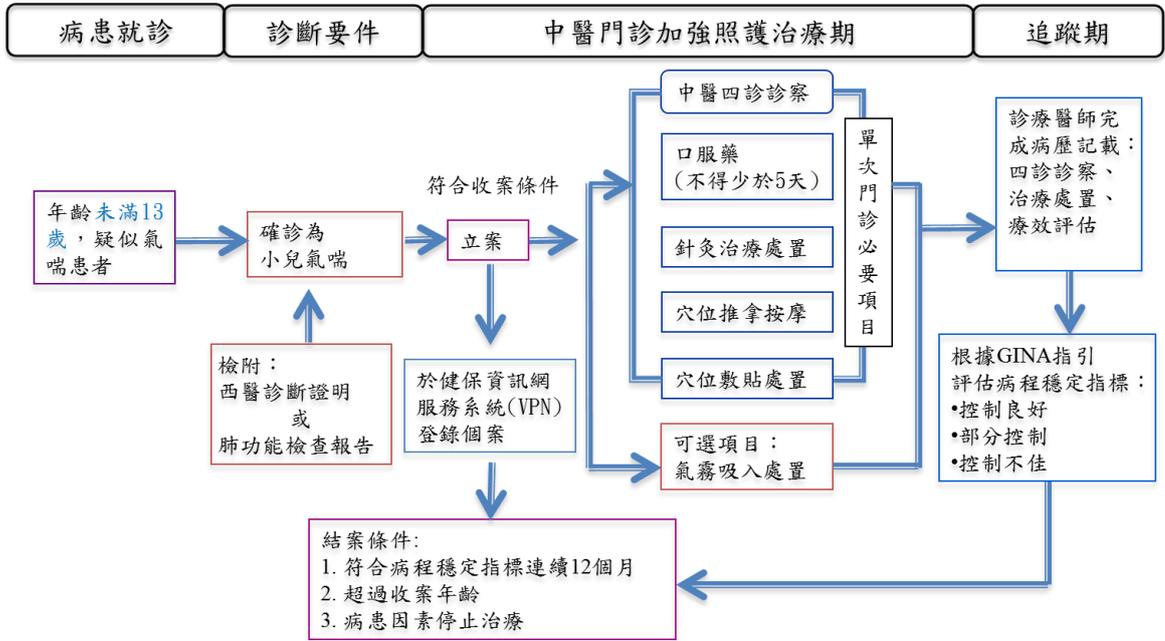
疾病分類	適應症(ICD-10-CM)	診斷標準
心血管循環系統疾病	1.心臟衰竭(I50; I11.0; I13; I97.13; O75.4; I09.81)	<u>左心室射出率\leq35%；左心室射出率介於36%-50%，合併典型心臟衰竭症狀；左心室射出率$>$50%，合併典型心臟衰竭症狀，且經心臟專科醫師確診者。</u>
	2.急性冠狀動脈疾病(I24)	<u>3個月內曾因胸痛接受心導管檢查，確診有冠狀動脈阻塞或置入支架者。</u>
	3.深層靜脈栓塞(I82)	<u>靜脈超音波檢查或靜脈攝影檢查確診者。</u>
	4.心律不整(I47; I49; R00)	<u>經心臟專科醫師確診者。</u>
肝膽腸胃消化系統疾病	1.肝硬化(K70; K71; K74)	<u>經肝臟超音波檢查或肝組織切片診斷為肝硬化者。</u>
	2.消化性潰瘍(K25~K28)	<u>經腸胃道內視鏡確定診斷者。</u>
	3.大腸激躁症(K58)	<u>至少三個月(連續或反覆發作)有以下五項中符合兩項以上的條件：</u> <u>(1)排便次數改變(每天三次以上或每週少於三次)。</u> <u>(2)大便形態改變(硬團塊或是稀便、水便)。</u> <u>(3)排便感覺改變(如必須用力，急便，或是感覺排不乾淨)。</u> <u>(4)大便中帶黏液。</u> <u>(5)腹脹。</u>
	4.急慢性肝炎(B15~B19)	<u>經肝臟超音波檢查或實驗室檢查確立診斷者。</u>
肺部呼吸系統	1.慢性阻塞性肺病(J44)	<u>慢性阻塞性肺病：肺功能檢查確診者(FEV1/FVC\leq70%)。</u>
	2.氣喘(J45)	<u>病史、理學檢查及實驗室的檢查，各方面的資料綜合判斷確立診斷者。</u>
腎泌尿系統	1.慢性腎衰竭(N18.3; N18.4; N18.5)	<u>Stage III：中度慢性腎衰竭 GFR：30~59 ml/min/1.73 m²；Stage IV：重度慢性腎衰竭 GFR：15~29 ml/min/1.73 m²；Stage V：末期腎臟病變 GFR：$<$15 ml/min/1.73 m²。</u>
	2.腎或泌尿道結石(N20~N23)	<u>影像學(超音波或電腦斷層)確診者。</u>

疾病分類	適應症(ICD-10-CM)	診斷標準
免疫系統	1.全身性紅斑狼瘡(M32) 2.類風濕性關節炎(M05; M06; M08) 3.全身性硬化症(M34)	經風濕免疫科專科醫師確診者。
耳鼻喉系統	過敏性鼻炎(J30)	常見的臨床症狀為早上起床之後連續性打噴嚏、流鼻水及易鼻塞等三大症狀，其它常見的合併症狀有鼻子癢、眼睛癢、眼睛紅或是喉嚨常會有搔癢感。這些症狀再加上典型的過敏病史(包括家族史)、理學檢查與過敏病的實驗室檢查(包括嗜酸性白血球與IgE的總量、特異性IgE抗體、或過敏原皮膚試驗)就可確定診斷。
內分泌系統	1.糖尿病(E08~E11; E13; O24)	以下四項符合一項者，糖化血色素(A1C) $\geq 6.5\%$ ；二次以上空腹血漿葡萄糖濃度 $\geq 126\text{mg/dl}$ ；葡萄糖耐量試驗二小時血漿葡萄糖濃度 $\geq 200\text{mg/dl}$ ；典型糖尿病症狀，譬如：多尿、多渴、多食，無法解釋的體重減輕，加上任意血漿葡萄糖濃度 $\geq 200\text{mg/dl}$ 。
	2.甲狀腺功能亢進或低下(E02; E03; E05)	實驗數據符合且有典型臨床表現者。
神經精神系統	1.重度憂鬱症(F32; F33)	符合 DSM-IV 診斷標準，經精神科醫師診斷者。
	2.精神分裂症(F20; F21; F25)	符合 DSM-IV 診斷標準，經精神科醫師診斷者。
	3.腦中風(G45.0~G46.8; I60~I68)	臨床表現符合，經神經科醫師診斷，並有影像學依據者。
	4.帕金森氏症(G20; G21)	經神經科醫師診斷者。
	5.失智症(F01~F03; G30; G31)	經神經科醫師診斷者。
腫瘤系統	惡性腫瘤(癌症)(C00~C96)	經腫瘤專科醫師診斷，有影像學與病理切片依據者。
婦產科疾病	1.子宮肌瘤(D25)	經婦產科醫師診斷，並有影像學依據者(超音波或磁振造影等)。
	2.子宮內膜異位症(N80)	有內診、超音波紀錄或腹腔鏡檢查，經

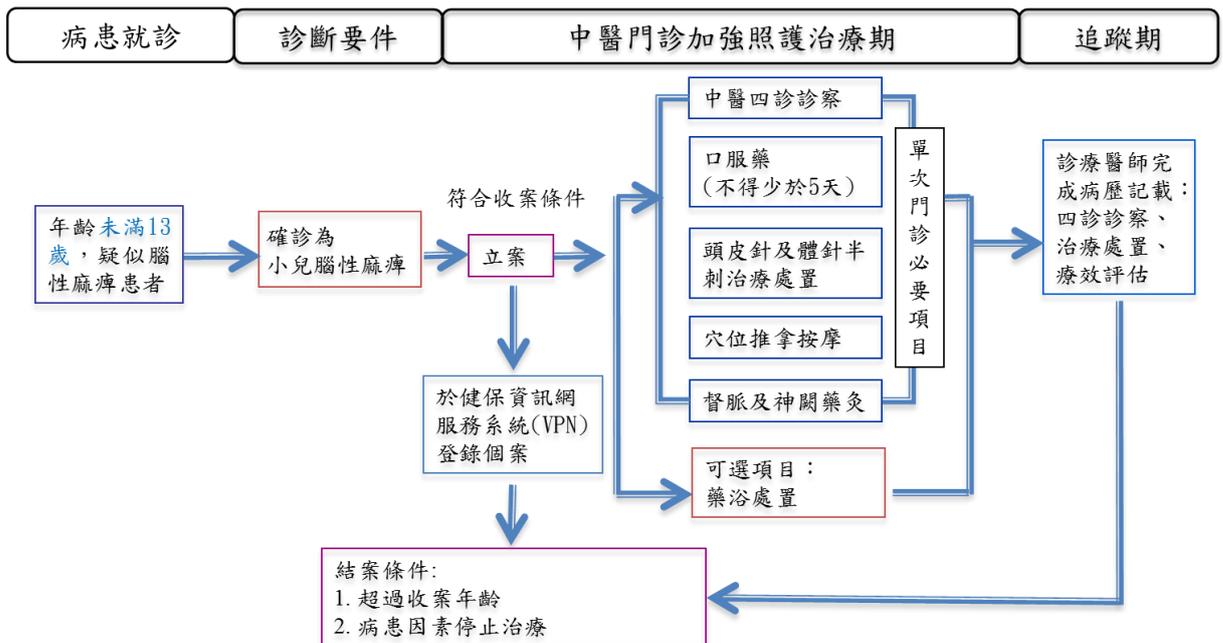
<u>疾病分類</u>	<u>適應症(ICD-10-CM)</u>	<u>診斷標準</u>
		<u>婦產科醫師診斷者。</u>
	<u>3.不孕症(N46; N97)</u>	<u>結婚一年內有正常之性行為仍無法懷孕，經婦產科醫師診斷者。</u>

附表 4.98.1 標準作業流程

中醫特定疾病門診加強照護-(一)小兒氣喘疾病門診加強照護



中醫特定疾病門診加強照護-(二)小兒腦性麻痺疾病門診加強照護



附表 4.98.2 小兒氣喘疾病門診加強照護穩定之指標

根據 Global Initiative for Asthma (GINA) 2011 年的最新指引(如下表), 每次回診須紀錄於病歷上申報, 治療穩定達控制良好(Controlled)者或連續十二個月以上未再發作者, 轉入中醫一般門診:

病童情形	日間症狀	活動受限程度	夜間症狀/ 睡眠中斷	Rescue or reliever 藥物使用	肺功能 (PEF or FEV1)	急性 發作
控制良好 Controlled (右列項目須全 數達到)	每星期兩 次或以下	無	無	每星期兩次 或以下	正常	無
部分控制 Partly controlled (任一星期中有 任何一項出現)	每星期大 於兩次	有	有	每星期大於 兩次	小於預測值 或個人最佳 值的 80%	每年一次 或以上
控制不佳 Uncontrolled	任一星期中發生上列部分控制欄中五項的任三項或以上					任一星期 發生一次 或以上

全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫

依***年**月**日健保醫字第*****號公告自***年*月*日生效

一、依據：

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的：

針對住院中之腦血管疾病、顱腦損傷及、脊髓損傷及呼吸困難患者，藉由具文獻依據之中醫輔助醫療介入措施，期使達到病患神經學功能進步、呼吸功能恢復、日常生活能力改善、生活品質提昇，併縮短住院天數，降低醫療費用支出的目的。

三、適用範圍：

(一)符合下列任一項適應症，自診斷日起六個月內之住院病人，需中醫輔助醫療協助者：

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

(二)呼吸困難(ICD-10： J12-J18、J43-J45、J69、J70、J80、J81、J84、J90、J91、J93、J94、J96、J98、J99、P23、P24、P28、R06)之住院病人，當次住院需中醫輔助醫療協助者。

四、預算來源：全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」專款項目下支應。

五、申請資格及退場機制：

- (一)設有中醫門診之醫院，申請參與本計畫之中醫師：須執業滿三年以上，並參加中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)所辦理繼續教育受訓課程。
- (二)申請參與本計畫之保險醫事服務機構及中醫師：須二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以全民健康保險保險人(以下稱保險人)第一次處分函所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)。
- (三)退場機制：前一年度結案患者之前測量表完成率低於 90%且後測量表完成

率低於 50%者，於保險人通知函到達日之次月一日起，當年度不得承作本計畫。

六、申請程序：

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

七、申請資格審查：

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

八、執行方式：

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

(二) 療效評估標準：

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

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

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

4.呼吸困難：以下列項目做為評估標準。

(1)呼吸頻率 (respiratory rate ; RR)、心率 (heart rate ; HR)、血氧飽和度 (oxygen saturation as measured by pulse oximetry ; SpO2)。

(2)巴氏量表(Barthel Index)。

(3)依病人狀況進行以下其中一項量表：

A.氣喘：氣喘評估測驗 ACT (Asthma Control Test)。

B.慢性阻塞肺病：慢性阻塞肺病評估量表 CAT (COPD assessment test)。

C.其他：呼吸困難評估量表 MMRC (Modified Medical Research Council)。

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

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

九、支付方式：

(一)本計畫之給付項目及支付標準如附件二。

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

十、醫療費用申報與審查：

(一)醫療費用申報

1.門診醫療費用點數申報格式之總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。

2.門診醫療費用點數申報格式點數清單段：

(1)案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。

(2)特定治療項目(一):請填報「C8(腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療)」、「JC(顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療)」及「JD(脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療)」及「**(呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療)」。

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

十一、執行報告：

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

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

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

- 十四、本計畫實施成效由中醫全聯會進行評估，並於實施半年後進行期中檢討，於年終向健保會提送年度執行報告，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況及病患療效評估等資料(含登錄於VPN之量表資料分析)。
- 十五、本計畫由保險人與中醫全聯會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附件一

全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫申請表

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

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

西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 給付項目及支付標準

通則：

- 一、本標準所訂支付點數包括中醫師診療、處置、處方、藥費、調劑費、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本(如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出)。
- 二、針灸、傷科及脫臼整復每次診療得合併申報本計畫之診察費項目(P33001)，不受同一療程規定之限制。
- 三、本計畫之中醫輔助醫療服務量、針灸、傷科及脫臼整復合計申報量，應獨立計算且申報時不併入該院所原門診合理量、針灸、傷科及脫臼整復原合計申報量計算。
- 四、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。
- 五、申報中醫護理衛教費及營養飲食指導費，應於該次診療服務合併實施治療評估，並於病歷詳細載明評估結果及治療方式。
- 六、本計畫之案件當次不得另行申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫各章節之診療項目。
- ~~七、本計畫之案件(同一個案)每二週不得申報超過七次(加護病房患者除外)。~~

支付標準表
-腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷

第一章 中醫輔助醫療診察費

編號	診療項目	支付點數
P33001	中醫輔助醫療診察費	350

第二章 藥費

編號	診療項目	支付點數
P33021	每日藥費	100

第三章 針灸治療

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

註：P33031、P33032每次治療擇一申報。

第四章 傷外科治療

編號	診療項目	支付點數
P33041	一般治療	300

第五章 疾病管理照護費

編號	診療項目	支付點數
P33051	中醫護理衛教費	300
P33052	營養飲食指導費	250
P33053	生理評估(限腦中風患者適用) (1)美國國家衛生研究院中風評量表(NIHSS) (2)巴氏量表(Barthel Index)	1,000
P33054	生理評估(限顱腦損傷患者適用) (1)改良式創傷嚴重度指標(RTS) (2)巴氏量表(Barthel Index)	1,000
P33055	生理評估(限脊髓損傷患者適用) (1)美國脊髓損傷協會神經和功能評分(ASIA score) (2)巴氏量表(Barthel Index)	1,000
<u>P33056</u>	<u>生理評估(限呼吸困難患者適用)</u> <u>(1)呼吸頻率(RR)，心率(HR)，血氧飽和度(SpO2)</u> <u>(2)巴氏量表(Barthel Index)</u> <u>(3)依病人狀況進行以下其中一項量表：</u> <u>A.氣喘：氣喘評估測驗 ACT (Asthma Control Test)。</u> <u>B.慢性阻塞肺病：慢性阻塞肺病評估量表 CAT (COPD assessment test)。</u> <u>C.其他：呼吸困難評估量表 MMRC (Modified Medical Research Council)。</u>	<u>1,000</u>

註：1.每一個案住院期間限申報一次費用。

2.P33053、P33054、P33055、P33056生理評估：

- (1)須以個案為單位。
- (2)須於收案後三日內及出院前各執行一次。
- (3)每次須同時完成各項所列之量表並登錄於VPN。

第六章 藥品調劑費

編號	診療項目	支付點數
P33061	藥品調劑費	50/次

第七章 中醫輔助醫療檢查費

編號	診療項目	支付點數
P33071	中醫輔助醫療檢查費(舌診儀)	500/次
P33072	中醫輔助醫療檢查費(脈診儀)	500/次
P33073	中醫輔助醫療檢查費(微循環儀輔助)	500/次
P33074	中醫輔助醫療檢查費(紅外線熱象儀輔助)	500/次

註：每個月每項限申請一次，未檢查者不得申報。

全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案

依~~108年12月25日健保醫字第1080018006號公告自109年1月1日生效~~

依***年**月**日健保醫字第*****號公告自***年*月*日生效

一、依據：

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的：

希望透過中西醫結合的治療方式，將腫瘤患者經手術、放化療後常出現的腸胃不適、眩暈、落髮，以及療程中常出現的口乾、口腔潰瘍、便秘、腹瀉、張口困難等症狀減輕到最低，讓患者能順利完成整個西醫療程，發揮最大療效；尤其對末期患者所出現的惡病質，諸如體重減輕，食慾不振，精神萎靡等不適，以及癌性疼痛問題，透過中醫的體質調理，提升患者的生活品質。

三、適用範圍：

(一)癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫：當次住院為接受癌症相關治療且需中醫輔助醫療之健保給付西醫住院患者。

(二)癌症患者中醫門診延長照護計畫：

1.術後或接受化學治療、放射線治療過程中副作用明顯之癌症患者，依據放化療副作用評估表(Common Terminology Criteria for Adverse Events，以下稱CTCAE評估表)，至少兩項症狀程度為grade 2以上者。

2.正在接受其他抗癌治療且出現嚴重副作用或後遺症，經醫師評估須延長照護之癌症患者，依據CTCAE評估表，至少兩項症狀程度為 grade 2以上者。

3. CTCAE評估表請至全民健康保險保險人(以下稱保險人)全球資訊網(網址<http://www.nhi.gov.tw>)下載，其路徑為：[首頁](#) > 醫事機構 > 網路申辦及查詢(醫事機構) > 中醫總額醫療照護試辦計畫。

(三)特定癌症患者中醫門診加強照護計畫：

1.西醫確診為乳癌ICD-10-CM：

(1)主診斷碼：C50、C79.81。

(2)(主診斷碼：C77、C78.0-C78.3、C78.7、C79.2、C79.3、C79.5-C79.7)+(次診斷碼：C50、Z85.3)。

2.西醫確診為肝癌ICD-10-CM：

(1)主診斷碼：C22、C23、C24。

(2)(主診斷碼：C77、C78.0-C78.2、C78.4-C78.8、C79.3、C79.5、C79.7、Z94.4)+(次診斷碼C22、C23、C24、Z85.05)。

3.西醫確診為肺癌ICD-10-CM：

(1)主診斷碼：C33、C34。

(2)(主診斷碼：C77、C78.0-C78.3、C78.7、C79.3、C79.5-C79.7、Z94.2)+(次診斷碼C33、C34、Z85.1)。

4.西醫確診為大腸癌ICD-10-CM：

(1)主診斷碼：C18、C19、C20、C21。

(2)(主診斷碼：C77、C78.0-C78.2、C78.4-C78.8、C79.0、C79.3、C79.5-C79.7)+(次診斷碼C18、C19、C20、C21、Z85.04)。

5.符合上述第1點至第4點之診斷併領有重大傷病證明，經手術後一年內或放化療(含標靶治療)或其它抗癌治療期間之患者。

註 1：癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫、癌症患者中醫門診延長照護計畫及特定癌症患者中醫門診加強照護計畫：同一患者不得於三項計畫併行收案。

註 2：癌症患者中醫門診延長照護計畫：同一患者，每月限收案兩次(含跨院)。

四、預算來源：

全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「中醫癌症患者加強照護整合方案」專款項目下支應。

五、申請資格及退場機制：

(一)癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫及癌症患者中醫門診延長照護計畫：限設有中醫門診之醫院方可提出申請。

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

(三)申請參與本方案之保險醫事服務機構及中醫師：須二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)。

(四)退場機制：前一年度結案患者之前測量表完成率低於 90%且後測量表完成率低於 50%者，於保險人通知函到達日之次月一日起，當年度不得承作本方案。

六、結案條件：

- (一)癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫：自西醫住院出院者，應予結案。
- (二)癌症患者中醫門診延長照護計畫患者符合下列條件之一者，應予結案：
 - 1.依據CTCAE評估表，所有症狀程度改善至grade 1者。
 - 2.中斷治療超過三天者。(以同次收案期間內申報「中醫門診延長照護費」案件之「後次就醫給藥首日」減「前次就醫給藥末日」，大於等於四天者，須結案)。

七、申請程序：

- (一)中醫門診特約保險醫事服務機構應檢送申請表(如附表)及其他檢附資料，以掛號郵寄、傳真、E-MAIL 等方式向中醫全聯會提出申請，並經向中醫全聯會確認後，方完成申請流程。

- (二)其他檢附資料：

- 1.癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫：簡單說明中醫與西醫間人力資源配置及收案診治流程。
- 2.癌症患者中醫門診延長照護計畫：獨立照護空間之規劃配置圖。

八、申請資格審查：

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

九、執行方式：

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

- (二)開立中藥、針灸(或傷科)治療。

- (三)疾病管理照護費(含中醫護理衛教及營養飲食指導)：

- 1.癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫及癌症患者中醫門診延長照護計畫：每一個案收案期間限申報一次。
- 2.特定癌症患者中醫門診加強照護計畫：每一個案收案期間限60日申報一次。

- (四)填寫生理評估量表，各項計畫之評估量表如下：

- 1.癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫及特定癌症患者中醫門診加強照護計畫：一般性量表(Functional Assessment of Cancer Therapy-General Scale，以下稱FACT-G)(第四版)及生活品質評估(Eastern Cooperative Oncology Group，以下稱ECOG)。
- 2.癌症患者中醫門診延長照護計畫：CTCAE評估表(完整版本請至保險人

全球資訊網下載)、台灣版簡明疲憊量表(The Taiwanese Version of the Brief Fatigue Inventory, 以下稱BFI-T, 詳附件一)及台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷(The World Health Organization Quality of Life-BREF, 以下稱WHOQOL-BREF, 詳附件二)。

(五)本方案收案後應將個案之基本資料登錄於健保資訊網服務系統(以下稱VPN), 各項評估量表之執行說明如下, 每次須完成各項支付標準所列之量表並於當月費用申報前登錄於VPN。

- 1.癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫及癌症患者中醫門診延長照護計畫：須於收案三日內及結案(出院)前各執行一次評估量表。
- 2.特定癌症患者中醫門診加強照護計畫：須於收案三日內完成前測, 60日內完成後測, 之後每滿60日(「前次測量日+60天」至「前次測量日+120天」內)須執行一次。

(六)本方案執行期間, 保險醫事服務機構欲變更方案申請表內容者, 須先函送中醫全聯會進行評估, 經保險人分區業務組核定後, 始得變更。

十、支付方式：

(一)本方案之給付項目及支付標準如附件三。

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

十一、醫療費用申報與審查：

(一)醫療費用申報

1.門診醫療費用點數申報格式之總表段：本方案申報之醫療費用列為專案案件。

2.門診醫療費用點數申報格式點數清單段：

(1)案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。

(2)特定治療項目(一)：請填報「J7(癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫)」、「JE(乳癌中醫門診加強照護計畫)」、「JF(肝癌中醫門診加強照護計畫)」、「JH(癌症患者中醫門診延長照護計畫)」、「JI(肺癌中醫門診加強照護計畫)」及「JJ(大腸癌中醫門診加強照護計畫)」。

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

十二、執行報告：

執行本方案之保險醫事服務機構，應於計畫執行結束或年度結束後三十日內，檢送執行報告至中醫全聯會，做為下年度申請資格審查之依據。

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

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

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

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

附表

全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案申請表

- 癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫
- 癌症患者中醫門診延長照護計畫
- 特定癌症患者中醫門診加強照護計畫

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

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

附件 一

台灣版簡明疲憊量表 (BFI-T)

在我們生活中，大多數我們有時會感到疲倦或疲憊。在過去一週中，您是否曾感到不尋常的疲倦或疲憊？是 否

1.請在下面數字中圈選一個，以表示現在的疲憊(疲倦、疲勞)程度

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

2.請在下面數字中圈選一個，以表示過去24小時中一般疲憊(疲倦、疲勞)的程度

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

3.請在下面數字中圈選一個，以表示過去24小時中疲憊(疲倦、疲勞)最劇烈時的程度

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

4.請在下面數字中圈選一個，以表示過去24小時中，疲憊(疲倦、疲勞)影響您的程度

(1)一般活動

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

(2)情緒

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

(3)行走能力

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

(4)日常工作(包括外出工作及家事)

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

(5)與人交往

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

(6)生活樂趣

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

附件二

台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷 (WHOQOL-BREF)

1. 整體來說，您如何評價您的生活品質？
極不好 不好 中等程度好 好 極好
2. 整體來說，您滿意自己的健康嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
3. 您覺得身體疼痛會妨礙您處理需要做的事情嗎？
完全沒有妨礙 有一點妨礙 中等程度妨礙 很妨礙 極妨礙
4. 您需要靠醫療的幫助應付日常生活嗎？
完全沒有需要 有一點需要 中等程度需要 很需要 極需要
5. 您享受生活嗎？
完全沒有享受 有一點享受 中等程度享受 很享受 極享受
6. 您覺得自己的生命有意義嗎？
完全沒有 有一點有 中等程度有 很有 極有
7. 您集中精神（含思考、學習、記憶）的能力有多好？
完全不好 有一點好 中等程度好 很好 極好
8. 在日常生活中，您感到安全嗎？
完全不安全 有一點安全 中等程度安全 很安全 極安全
9. 您所處的環境健康嗎？(如污染、噪音、氣候、景觀等)
完全不健康 有一點健康 中等程度健康 很健康 極健康
10. 您每天的生活有足夠的精力嗎？
完全不足夠 少許足夠 中等程度足夠 很足夠 完全足夠
11. 您能接受自己的外表嗎？
完全不能夠 少許能夠 中等程度能夠 很能夠 完全能夠
12. 您有足夠的金錢應付所需嗎？
完全不足夠 少許足夠 中等程度足夠 很足夠 完全足夠
13. 您能方便得到每日生活所需的資訊嗎？
完全不方便 少許方便 中等程度方便 很方便 完全方便

14. 您有機會從事休閒活動嗎？
完全沒有機會 少許機會 中等程度機會 很有機會 完全有機會
15. 您四處行動的能力好嗎？
完全不好 有一點好 中等程度好 很好 極好
16. 您滿意自己的睡眠狀況嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
17. 您對自己從事日常活動的能力滿意嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
18. 您滿意自己的工作能力嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
19. 您對自己滿意嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
20. 您滿意自己的人際關係嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
21. 您滿意自己的性生活嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
22. 您滿意朋友給您的支持嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
23. 您滿意自己住所的狀況嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
24. 您對醫療保健服務的方便程度滿意嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
25. 您滿意所使用的交通運輸方式嗎？
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
26. 您常有負面的感受嗎？（如擔心、傷心、緊張、焦慮、憂鬱等）
從來沒有 不常有 一半有一半沒有 很常有 一直都有
27. 您覺得自己有面子或被尊重嗎？
完全沒有 有一點有 中等程度有 很有 極有
28. 您想吃的食物通常都能吃到嗎？
從來沒有 不常有 一半有一半沒有 很常有 一直都有

全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案 給付項目及支付標準

通則：

- 一、本標準所訂支付點數除另有規定外，係包括中醫師診療、處置、處方、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本(如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出)。
- 二、針灸、傷科及脫臼整復每次診療得合併申報本方案之診察費項目，不受同一療程規定之限制。
- 三、本方案之中醫輔助醫療服務量、針灸、傷科及脫臼整復合計申報量，應獨立計算且申報時不併入該院所原門診合理量、針灸、傷科及脫臼整復原合計申報量計算。
- 四、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。
- 五、申報中醫護理衛教費及營養飲食指導費，應於該次診療服務合併實施治療評估，並於病歷詳細載明評估結果及治療方式。
- 六、本方案之案件當次不得另行申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫各章節之診療項目。
- ~~七、癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫之案件(同一個案)每二週不得申報超過七次(加護病房患者除外)。~~

支付標準表(一)

-癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫

第一章 中醫輔助醫療診察費

編號	診療項目	支付點數
P34001	中醫輔助醫療診察費	350

第二章 藥費

編號	診療項目	支付點數
P34021	每日藥費	100
註：出院患者必要時得開給7天藥品		

第三章 針灸治療

編號	診療項目	支付點數
P34031	針灸治療處置費	400
P34032	電針治療	500
註：P34031、P34032 每次治療擇一申報。		

第四章 傷外科治療

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

第五章 疾病管理照護費

編號	診療項目	支付點數
P34051	中醫護理衛教費	300
P34052	營養飲食指導費	250
P34053	癌症治療功能性評估： (1)一般性量表(FACT-G) (第四版) (2)生活品質評估(ECOG)	1,000
註：1.P34051、P34052 每一個案住院期間限申報一次費用。 2.P34053 癌症治療功能性評估： (1)以個案為單位。 (2)須於收案後三日內及出院前各執行一次，前後測量表限各申報一次費用。 (3)每次須同時完成該項所列之量表並登錄於 VPN。		

第六章 藥品調劑費

編號	診療項目	支付點數
P34061	藥品調劑費	50/次

第七章 中醫輔助醫療檢查費

編號	診療項目	支付點數
P34071	中醫輔助醫療檢查費(舌診儀)	500/次
P34072	中醫輔助醫療檢查費(脈診儀)	500/次
註：每個月每項限申請一次，未檢查者不得申報。		

支付標準表(二)

-癌症患者中醫門診延長照護計畫

第一章 中醫門診延長照護費

編號	診療項目	支付點數
P59011	中醫門診延長照護費(全日照護時間大於六小時，包含醫師早晚診察至少兩次)	1,380/日

第二章 藥費

編號	診療項目	支付點數
P59021	每日藥費	100
註：收案期間結束之患者必要時得加開七日藥費。		

第三章 藥品調劑費

編號	診療項目	支付點數
P59031	藥品調劑費	50

第四章 治療處置費

編號	診療項目	支付點數
P59041	針灸(或電針)治療處置費	500/日
P59042	傷科(含推拿治療或外敷換藥處置)治療處置費	500/日

第五章 中醫輔助醫療檢查費

編號	診療項目	支付點數
P59051	中醫輔助醫療檢查費(舌診儀)	500/次
P59052	中醫輔助醫療檢查費(脈診儀)	500/次
註：每一個案收案期間限申請一次。		

第六章 疾病管理照護費

編號	診療項目	支付點數
P59061	生理評估費(含前後測) 1.放化療副作用評估表(CTCAE) 2.台灣版簡明疲憊量表(BFI-T) 3.台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷(WHOQOL-BREF)	1,000
P59062	營養飲食指導費	250
P59063	護理衛教指導費	300
註 1.P59061： (1)須以個案為單位，每一個案收案期間限申請一次。 (2)須完成 BFI-T、WHOQOL-BREF 及 CTCAE 評估表之前測及後測並登錄於 VPN，方可申請費用。		
註 2.P59062、P59063：每一個案收案期間限申請一次。		

支付標準表(三)

-特定癌症患者中醫門診加強照護計畫

編號	診療項目	支付點數
P56001	特定癌症門診加強照護費(給藥日數 7 天以下) 註：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥	700
P56002	特定癌症門診加強照護費(給藥日數 8-14 天) 註：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥	1,050
P56003	特定癌症門診加強照護費(給藥日數 15-21 天) 註：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥	1,400
P56004	特定癌症門診加強照護費(給藥日數 22-28 天) 註：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥	1,750
P56005	特定癌症針灸或傷科治療處置費 註：本項處置費每月申報上限為 12 次，超出部分支付點數以零計。	400
P56006	疾病管理照護費 註： 1.包含中醫護理衛教及營養飲食指導。 2.限 60 日申報一次，申報此項目者，須參考衛教表單(如附件四)提供照護指導，並應併入病患之病歷紀錄備查。	550
P56007	生理評估費 1.癌症治療功能性評估：一般性量表(FACT-G)(第四版) 2.生活品質評估(ECOG) 註：1.前測(收案三日內)及後測(收案 60 日內)量表皆完成，方可申請費用。 2.限 60 日申報一次，並於病歷詳細載明評估結果。	1,000
P56008	藥品調劑費	50
P56009	特定癌症門診加強照護費(給藥日數 29-35 天) 註 1：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥。 註 2：限預定出國或返回離島地區、遠洋漁船船員出海作業或國際航線船舶船員出海服務、罕見疾病病人及經保險人認定確有一次領取該處方箋總用藥量必要之特殊病人(需附相關證明)。	2,100
P56010	特定癌症門診加強照護費(給藥日數 36-42 天) 註 1：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥。 註 2：限預定出國或返回離島地區、遠洋漁船船員出海作業或國際航線船舶船員出海服務、罕見疾病病人及經保險人認定確有一次領取該處方箋總用藥量必要之特殊病人(需附相關證明)。	2,450
P56011	特定癌症門診加強照護費(給藥日數 43-49 天) 註 1：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥。 註 2：限預定出國或返回離島地區、遠洋漁船船員出海作業或國際航線船舶船員出海服務、罕見疾病病人及經保險人認定確有一次領取該處方箋總用藥量必要之特殊病人(需附相關證明)。	2,800
P56012	特定癌症門診加強照護費(給藥日數 50-56 天) 註 1：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥。 註 2：限預定出國或返回離島地區、遠洋漁船船員出海作業或國際航線船舶船員出海服務、罕見疾病病人及經保險人認定確有一次領取該處方箋總用藥量必要之特殊病人(需附相關證明)。	3,150

全民健康保險特定癌症患者中醫門診加強照護計畫 疾病管理照護衛教表單

接受放射線治療、化學治療時，大多數之副作用是暫時發生的，以下列出您應知道可能出現的副作用及建議處理方式：

(一) 血球下降：

照護方式：

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

(二) 噁心、嘔吐：

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

照護方式：

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

(三) 謹慎選擇健康食品：

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

(四) 生活作息：

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

(五) 其他事項補充：

全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫

依***年**月**日健保醫字第*****號公告自***年*月*日生效

一、依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦。

二、目的

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

三、預算來源

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

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

- (一)5歲(含)至14歲(含)兒童於過敏性鼻炎發作期，經中醫師診斷為鼻鼽(即出現鼻塞、鼻癢、噴嚏、鼻流清涕)為診斷基準，中醫辨證分型屬肺陰虛、肺氣虛、脾氣虛、腎氣虛或肝火熱熾型且主診斷碼為ICD-10: J30.1、J30.2、J30.5、J30.81、J30.89、J30.9者。
- (二)過敏性鼻炎控制評估測試量表【The Rhinitis Control Assessment Test(以下稱RCAT評估量表)】(如附件一)分數小於21(不含)分者。

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

- (一)個案照護滿三六個月(以收案日起算滿 105195 日)。
- (二)前述照護期間，若有下列情事之一，須結案：
 - 1、未連續照護【「後次就醫給藥首日」減「前次就醫給藥末日」大於21(不含)天】者，視為中斷照護。
 - 2、第二次或第三次RCAT評估量表分數較前次分數增加未達3分且總分小於21(不含)分者。
 - 3、收案後35日內未完成後測並登錄健保資訊服務網系統(以下稱VPN)

者。

六、申請資格及退場機制

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

七、申請程序

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

八、申請資格審查

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

九、執行方式

- (一)醫師應對當次看診病人提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，其中治療療程包括開立內服藥、經穴按摩指導、過敏性鼻炎生活衛教與飲食指導。
- (二)個案收案並進行第一次 RCAT 評估量表(前測)後，後續每 28 天應執行一次 RCAT 評估量表，每次評估應間隔 28 天(必要時可延後 7 天，即「前次後測日+28 天」至「前次後測日+35 天」內)。
- (三)為避免重複收案，完成第一次 RCAT 評估量表(前測)者，應將個案之基本資料及 RCAT 評估量表資料登錄於 VPN，以完成收案。其餘 RCAT 評估量表資料可於費用申報前料登錄於 VPN。
- (四)第二次或第三次 RCAT 評估量表分數，若不符合照護效益者【即量表分數較前次分數增加未達 3 分且總分小於 21(不含)分者】，應依本計畫第

五點之(二)予以結案，且不得繼續申報本計畫支付標準。

十、支付方式

(一)本計畫之給付項目及支付標準如附件三。

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

十一、醫療費用申報與審查

(一)醫療費用申報

1.門診醫療費用點數申報格式之總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。

2.門診醫療費用點數申報格式點數清單段：

(1)案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。

(2)特定治療項目(一)：請填報「JG(兒童過敏性鼻炎照護計畫)」代碼。

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

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

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

十四、執行報告

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

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

十六、品質監控指標

(一)指標一：個案接受完整治療療程，自結案日起一年內，因主診斷為過敏

性鼻炎之中、西醫門診就醫次數較治療前一年減少之比例。

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

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

附件一

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

1.過去一週，你鼻塞發作的情形？

未曾	極少	偶爾	經常	非常頻繁
□5	□4	□3	□2	□1

定義：5分(過去一週，未曾有鼻塞症狀)

4分(過去一週，少於三天會有鼻塞症狀)

3分(過去一週，每天偶爾會有鼻塞症狀)

2分(過去一週，每天有半天以上會有鼻塞症狀)

1分(過去一週，每天整天會有鼻塞症狀)

2.過去一週，你打噴嚏的情形？

未曾	極少	偶爾	經常	非常頻繁
□5	□4	□3	□2	□1

定義：5分(過去一週，未曾有打噴嚏症狀)

4分(過去一週，少於三天會有打噴嚏症狀)

3分(過去一週，每天偶爾會有打噴嚏症狀)

2分(過去一週，每天有半天以上會有打噴嚏症狀)

1分(過去一週，每天整天會有打噴嚏症狀)

3.過去一週，你流眼淚(流目油)的情形？

未曾	極少	偶爾	經常	非常頻繁
□5	□4	□3	□2	□1

定義：5分(過去一週，未曾有流眼淚(流目油)症狀)

4分(過去一週，少於三天會有流眼淚(流目油)症狀)

3分(過去一週，每天偶爾會有流眼淚(流目油)症狀)

2分(過去一週，每天有半天以上會有流眼淚(流目油)症狀)

1分(過去一週，每天整天會有流眼淚(流目油)症狀)

4.過去一週，你因鼻過敏或其他過敏症狀而影響睡眠的情形？

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

定義：5分(過去一週，未曾因鼻過敏或其他過敏症狀影響睡眠)

4分(過去一週，有1-2天因鼻過敏或其他過敏症狀影響睡眠)

3分(過去一週，有3-4天因鼻過敏或其他過敏症狀影響睡眠)

2分(過去一週，有5-6天因鼻過敏或其他過敏症狀影響睡眠)

1分(過去一週，有7天因鼻過敏或其他過敏症狀影響睡眠)

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

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

定義：5分(過去一週，未曾因鼻過敏或其他過敏症狀取消活動)

4分(過去一週，有1-2天因鼻過敏或其他過敏症狀取消活動)

3分(過去一週，有3-4天因鼻過敏或其他過敏症狀取消活動)

2分(過去一週，有5-6天因鼻過敏或其他過敏症狀取消活動)

1分(過去一週，有7天因鼻過敏或其他過敏症狀取消活動)

6.過去一週，你鼻過敏或其他過敏症狀控制的情形？

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

定義：5分(過去一週，未曾有鼻過敏或其他過敏症狀)

4分(過去一週，少於三天會有鼻過敏或其他過敏症狀)

3分(過去一週，每天偶爾會有鼻過敏或其他過敏症狀)

2分(過去一週，每天有半天以上會有鼻過敏或其他過敏症狀)

1分(過去一週，每天整天會有鼻過敏或其他過敏症狀)

註：幼兒可由父母協助回答。

附件二

全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫申請表

申請日期： 年 月 日

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

附件三

全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 給付項目及支付標準

通則：

- 一、本計畫除管理照護費(編號：P58005)外，診察費、藥費、藥品調劑費、針灸及傷科處置費依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫所列之下列項目申報：
 - (一) 門診診察費：A82、A84、A01、A02
 - (二) 藥費：A21
 - (三) 藥品調劑費：A31、A32
 - (四) 針灸治療處置費(含材料費)：B41、B42
 - (五) 傷科治療處置費(含材料費)：B53、B54
- 二、本計畫申報時不併入該院所原門診合理量計算，且針灸及傷科診療項目得同時申報。
- 三、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。
- 四、五、同院所同個案於本計畫收案期間，屬本計畫收案條件之主診斷不得另以一般案件申報。

全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 支付標準表

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

全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫

依108年12月25日健保醫字第1080018006號公告自109年1月1日生效
依***年**月**日健保醫字第*****號公告自***年*月*日生效

一、依據：

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項。

二、目的：

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

三、適用範圍：

- (一)助孕：已婚超過一年有正常性生活而無法受孕男性及女性患者，主診斷須填報女(男)性不孕病名，如有特定病理之不孕因素，須另立次診斷且須載明相關的診斷依據。
- (二)保胎：先兆流產、非自然受孕、經助孕受孕及易流產之女性(病歷應記載詳實)，受孕後0-20週之保胎照護(應註明孕期週數)。

四、預算來源：

全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「中醫提升孕產照護品質計畫」專款項目下支應。

五、結案條件：符合結案條件之患者當年度該院所不能再收案。

(一)助孕：

- 1.女性患者，自初次收案日起算六個月，基礎體溫未見高低溫雙相曲線、或雖有雙相曲線但高溫期短於10天者。(病歷應登載基礎體溫均溫、高溫期天數)。
- 2.男性患者，自初次收案日起算六個月，精液檢查報告異常項目無進步者。(病歷應登載各次檢驗報告，未登載驗報告即應結案)

(二)保胎：妊娠滿20週即應結案。

六、申請資格：

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

七、申請程序：

中醫門診特約醫事服務機構應檢送申請表(附件一)，向中醫全聯會提出申請。

八、申請資格審查：

中醫全聯會於每年3月、6月、9月中旬(以郵戳為憑)收齊申請案件後，5個工作日內將審查完成結果造冊送保險人核定及公告新增承辦之保險醫事服務機構名單，執行日以公告院所名單日當月1日起計。

九、執行方式：

(一)助孕

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

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

十、支付方式：

(一) 本計畫之給付項目及支付標準如附件二。

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

十一、醫療費用申報與審查

(一) 醫療費用申報

1. 門診醫療費用點數申報格式之總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。
2. 門診醫療費用點數申報格式點數清單段：
 - (1). 案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。
 - (2). 特定治療項目(一)：請填報「J9(全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫)」。

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

十二、執行報告

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

(二) 實施效益須包含如下：

1.助孕：

(1)助孕成功率(=成功受孕個案數/助孕看診個案數)

註：

A.分子:分母個案中當年度至隔年六月間有申報第二次產檢之人數(無第二次者以第三次計)。

B.分母:當年度申報助孕照護處置費(P39001、P39002)女性人數。

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

A.助孕診療紀錄表(每季提供予中醫全聯會)-女性

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

收案日期	低溫期天數 ①少於10天。 ②11-20天。 ③21天以上。 ④高低溫紊亂無規律	高溫期天數 ①少於10天。 ②11-20天。 ③21天以上。 ④高低溫紊亂無規律	本季排卵低溫 ①≥2次。 ②1次。 ③無。

B.助孕診療紀錄表(每半年提供予中醫全聯會)-男性

姓名	生日	初診日期	精蟲數	形態良率	液化	雜質	活動力	是否受孕	次診斷(請填不孕症之其他病名)	其他

收案日期	最近檢驗日期

2.保胎

(1)保胎成功率(=成功保胎個案數/保胎看診個案數)

A.分子:分母個案中當年度至隔年六月間有申報第三次以上產檢之人數。

B.分母:當年度申報保胎照護處置費(P39003、P39004)之人數。

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

懷孕初期症狀及心理評估量表(每季提供予中醫全聯會)

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

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

十四、執行本計畫之保險醫事服務機構，未依本計畫規定事項執行或繳交之助孕診療紀錄表與懷孕初期症狀及心理評估量表未符合規定，並經全聯會要求改善而未改善者，由中醫全聯會重新評估後，函請保險人分區業務組予以停止執行本計畫。

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

附件二

全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫 給付項目及支付標準

通則：

- 一、本標準所訂支付點數除另有規定外，係包括中醫師診療、處置、處方、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本(如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出)。
- 二、本計畫之醫療服務量、診察費、針灸申報量，應獨立計算且申報時不併入該院所原門診合理量、原針灸申報量計算。
- 三、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。
- 四、本計畫之案件當次不得另行申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫各章節之診療項目。
- 五、本計畫之案件(同一個案)每週限申報一次(P39007、P39008 不在此限)。

全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫 支付標準表

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

編號	診療項目	支付點數
P39005	中醫助孕照護處置費(不含藥費)(同療程第1次) 註：照護處置費包括中醫四診診察費〔排卵期評估，女性須含基礎體溫(BBT)、 體質證型 濾泡期、排卵期、黃體期之月經週期療法之診療〕、針灸治療處置費、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	900
P39006	中醫保胎照護處置費(不含藥費)(同療程第1次) 註：照護處置費包括中醫四診診察費、針灸治療處置費、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	900
P39007	中醫助孕照護針灸處置費(不含藥費)(同療程第2~6次) 註：限與P39005合併申報、每週限申報3次。	300
P39008	中醫保胎照護針灸處置費(不含藥費)(同療程第2~6次) 註：限與P39006合併申報、每週限申報3次。	300

註：

- 1、P39003、P39004、P39006、P39008限受孕後0-20週之保胎照護患者適用。
- 2、各照護模式(P39001、P39002、P39003、P39004、P39005、P39006)每週限擇一申報。
- 3、含藥費之照護模式(P39001、P39002、P39003、P39004)與不含藥費之照護模式(P39005、P39006)，需 ≥ 28 天始得相互轉換。
- 4、P39005、P39006、P39007、P39008於同次療程結束後統一申報；療程案件每月限申報12次針灸(P39005與P39007合計每月限申報12次；P39006與P39008合計每月限申報12次)。

全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

依***年**月**日健保醫字第*****號公告自***年**月**日生效

一、依據

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的

早期中醫介入腎病病人，減緩腎病惡化，延緩洗腎時程，提升病人生活品質，發展中西醫結合治療之醫療照護模式。

三、適用範圍

慢性腎臟疾病(Chronic Kidney Disease, 以下稱CKD) stage 2~5期之病人，主診斷為ICD-10-CM為N182-N186(慢性腎病)之病人。

(一) CKD stage 2：腎絲球過濾率估算值(estimated Glomerular filtration rate, 以下稱eGFR) 60~89.9 mL/min/1.73 m²合併有蛋白尿〔尿蛋白與尿液肌酸酐比值(Urine protein/creatinine ratio, 以下稱UPCR) \geq 150mg/gm，糖尿病患者的尿微蛋白與尿液肌酸酐比值(Urine albumin/creatinine ratio, 以下稱UACR) \geq 30mg/gm〕或血尿之各種疾病病人。

(二) CKD stage 3~5：eGFR $<$ 60 ml/min /1.73m²之各種疾病病人。

四、預算來源

全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」專款項目下支應。

五、申請資格

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

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

六、結案條件

(一)腎功能持續改善至stage 1。

(二)於收案期間，發生急性腎衰竭、接受器官移植、接受血液透析、腹膜透析者。

(三)病人中斷照護超過90日。

七、申請程序

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

八、申請資格審查

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

(二)本計畫執行期間，保險醫事服務機構欲變更計畫申請表內容者，須先函送中醫全聯會進行評估，經保險人分區業務組核定後，始得變更。

九、執行方式

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

(二)檢查數據：

1. 收案時：~~須檢附之檢查數據：血壓、eGFR、血清肌酐酸(Serum creatinine, 以下稱Cr)、UPCR (或糖尿病病人採UACR)、低密度脂蛋白(LDL)及糖化血色素(Hemoglobin A1c,以下稱HbA1C,糖尿病病人必填)。~~

(1)~~CKD stage 2：須檢附之檢查數據包含血壓、eGFR、血清肌酐酸(Serum creatinine, 以下稱Cr)、UPCR (或糖尿病病人採UACR)及糖尿病病人必填糖化血色素(Hemoglobin A1c,以下稱HbA1C)。~~

(2)~~CKD stage 3~5：須檢附之檢查數據包含血壓、eGFR、血清肌酐酸(Serum creatinine, 以下稱Cr)及糖尿病病人必填糖化血色素(Hemoglobin A1c,以下稱HbA1C)。~~

2. ~~重新檢附檢查數據頻率：~~

~~(1)CKD stage 2者：每6個月須重新檢附本檢查數據。~~

~~(2)CKD stage 3~5者：每3個月須重新檢附本檢查數據。~~

~~2.屬CKD stage 2者：每6個月須重新檢附本檢查數據。~~

~~3.屬CKD stage 3~4者：每3個月須重新檢附本檢查數據。~~

~~4.屬CKD stage 5者：每個月須重新檢附本檢查數據。~~

5. 本計畫所訂檢驗費限雲端藥歷健保醫療資訊雲端查詢系統查詢患者資料未紀錄檢查數據者及符合開具檢驗資格之中醫師申報，且以與西醫不重複檢驗為原則。

(三)疾病管理照護：

1. 收案時須填寫「CKD 新收個案基本資料與病史紀錄表」(附表一) 及生活品質量表(EuroQol instrument,以下稱 EQ-5D) (附表二)，且每6個月執行一次。
2. 給予病人中醫衛教、營養飲食指導及運動指導並記載檢查數據(查詢健保醫療資訊雲端查詢系統)(疾病管理照護衛教表單詳附表三)。

(四)收案後應依本計畫進行照護，均須完成各項支付標準所列之量表，並將收案對象之基本資料(包含血壓、Cr、eGFR項目)、量表結果、腎功能評估及慢性腎疾病分期數據於執行期限之次月20日前登錄於健保資訊網服務系統(以下稱VPN)，每次須完成各項支付標準所列之量表需並於每季結束上傳中醫全聯會，未登錄VPN者不予支付該次費用。

(五)本計畫限單一診院所收案，不得重複。

十、支付方式

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

十一、醫療費用申報與審查

(一)醫療費用申報

1. 門診醫療費用點數申報格式之總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。
2. 門診醫療費用點數申報格式點數清單段：
 - (1)案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。
 - (2)特定治療項目(一)：請填報「JP」(全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫)。

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

十二、執行報告

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

1. CKD stage 2~3a 者：eGFR 較新收案時改善（eGFR>新收案時）。
2. CKD stage 3b~5 者：收案一年(或 12 個月)後，糖尿病病人 eGFR 下降速率 $<6 \text{ ml/min/1.73m}^2 \text{ /year}$ ；非糖尿病病人 eGFR 下降速率 $<4 \text{ ml/min/1.73m}^2 \text{ /year}$ 。

十三、退場機制：

- (一) 參加本計畫之保險醫事服務機構，如於執行期間，因有特約管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)，且經保險人予以停止特約或終止特約者，本計畫執行資格將同步自處分停約或終止特約日起終止。
- (二) 本計畫之承作院所於生活品質量表(EQ-5D)之回收率低於60%或CKD stage 3~5病人之檢查數據上傳率低於60%者，次年不得承作本計畫。

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

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

附件一

全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫申請表

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

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

附件二

全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫 給付項目及支付標準表

通則：

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

全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫
支付標準表

編號	診療項目	支付點數
P64001	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數7天以下） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病患病歷記錄備查。	900
P64002	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數8-14天） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病患病歷記錄備查。	1,250
P64003	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數15-21天） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病患病歷記錄備查。	1,600
P64004	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數22-28天） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病患病歷記錄備查。	1,950
P64005	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數7天以下、針灸處置） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、針灸處置費、 穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病患病歷記錄備查。	1,300
P64006	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數8-14天、針灸處置） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、針灸處置費、 穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病患病歷記錄備查。	1,650
P64007	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數15-21天、針灸處置） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、針灸處置費、 穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病患病歷記錄備查。	2,000
P64008	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數22-28天、針灸處置） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、針灸處置費、 穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病患病歷記錄備查。	2,350

編號	診療項目	支付點數
P64009	中醫慢性腎臟病加強照護費（未給口服藥、針灸處置同療程第 1 次） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、針灸處置費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病患病歷記錄備查。	800
P64010	中醫慢性腎臟病針灸照護費(同療程第 2~6 次) 註： 1.限與 <u>P64005、P64006、P64007、P64008、P64009 合併申報</u> ； <u>同次療程結束後統一申報。</u> 2. <u>P64009 及 P64010 同一療程「中醫慢性腎臟病加強照護費(針灸處置)」及「中醫慢性腎臟病針灸照護費(同療程第 2~6 次)」合計每週限申報 3 次。</u>	300
P64011	疾病管理照護費 註： 1.中醫衛教、營養飲食指導、運動指導及檢查數據記載(雲端查詢)。 2.須檢附相關檢查數據： <u>CKD stage 2 病人後續每 6 個月須重新檢附於病歷；CKD stage 3~4 病人後續每 3 個月須重新檢附於病歷；CKD stage 5 病人後續每個月須重新檢附於病歷。</u> <u>(1)CKD stage 2 者：每 6 個月須重新檢附於病歷。</u> <u>(2)CKD stage 3~5 者：每 3 個月須重新檢附於病歷。</u> 3.限 <u>6049-63</u> 天申報一次。	500
P64012	中醫慢性腎臟病治療功能性評估： (1). <u>CKD 新收個案基本資料與病史紀錄表 (附表一)</u> (2). <u>生活品質量表(EQ-5D)(附表二)</u> (3). <u>需於病歷及本署 VPN 登錄下列項目：</u> <u>(1)CKD stage 2 者：病人血壓、eGFR、血清肌酐酸(Serum creatinine, Cr)、UPCR (或糖尿病患者的 UACR)、低密度脂蛋白(LDL)、糖尿病病人必填糖化血色素(HbA1C)、腎功能評估及慢性腎疾病分期。</u> <u>(2)CKD stage 3~5 者：血壓、eGFR、血清肌酐酸(Serum creatinine,Cr)、糖尿病病人必填糖化血色素(HbA1C)、腎功能評估及慢性腎疾病分期。</u> 註 1：每一個案限每 6 個月申報一次費用(每次須同時完成各項所列之量表) 註 2：需有病人新收案或前一次功能性評估之量表及檢驗檢查，且已於 VPN 登錄者， <u>使始</u> 得申報本項。 註 3：申報 2 次加強照護費及 1 次疾病管理照護費後，始得申報本項。	700

編號	診療項目	支付點數
註 1：含藥費之加強照護費(P64001-P64008)與不含藥費之加強照護費(P64009)，需 ≥28 天始得相互轉換。		
註 2：P64001、P64002、P64003、P64004、P64005、P64006、P64007、P64008、 P64009 每次診療限擇一申報， 且給藥日分不得重複。		
註 3： (P64005、P64006、P64007、P64008)及(P64009、P64010)不得併報。同一療 <u>程 P64005、P64006、P64007、P64008、P64009 限擇一申報。</u>		

檢驗費

編號	診療項目	支付點數
P64013	尿蛋白與尿液肌酸酐比值 UPCR (Urine protein/creatinine ratio)	55
P64014	尿微蛋白與尿液肌酸酐比值 UACR (Urine albumin/creatinine ratio)	80 <u>350</u>
09006C	<u>糖化血紅素</u> HbA1C (Hemoglobin A1c)	200
09015C	肌酐、血 Creatinine (B) CRTN	40
09044C	<u>低密度脂蛋白－膽固醇</u> LDL-C (Lowdensity lipoprotein cholesterol)	250

附表一

全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

CKD 新收個案基本資料與病史紀錄表

一、基本資料：

姓名： 生日： 身分證字號： 病歷號： 性別：
職業： 教育程度：

二、病史記錄：

(1) 如何發現自己有腎臟病？

- 因出現不同之症狀就醫檢查發現 是 否 不知道
因懷疑自己有腎臟病求醫檢查發現 是 否 不知道
因服用若干藥物懷疑會影響腎臟求醫發現 是 否 不知道
因其他疾病檢查時偶然發現是腎臟病 是 否 不知道
因體檢或健康檢查偶然發現 是 否 不知道

* (2) 發現腎臟疾病之後是否有下列症狀？

- a. 沒有症狀 是 否 (請續答)
- b. 有症狀如下，可多選
- 類似感冒症狀，一直未癒 是 否 不知道
蛋白尿或血尿 是 否 不知道
眼瞼浮腫或手腳水腫 是 否 不知道
背部肋骨下緣疼痛 是 否 不知道
時常覺得倦怠無力 是 否 不知道
夜裡無法入睡 是 否 不知道
血壓高，全身不適 是 否 不知道
夜裡頻尿，無法入睡 是 否 不知道
尿量減少 是 否 不知道
胃口不好 是 否 不知道
常有噁心、嘔吐之情形 是 否 不知道
爬樓梯時，容易有呼吸喘之情形 是 否 不知道
有頭暈、眼花之情形或貧血 是 否 不知道
夜裡須採坐姿，才能入睡 是 否 不知道

* (3) 使用藥物病史：

- 因疼痛服用止痛劑 沒有服用 偶爾服用 一個月1-2次 每周1-2次 幾乎每天使用
常常打針，如 (消炎、止痛) 沒有 偶爾打針 時常打針(請填頻率)_____
- 服用 **中**草藥 **或** 偏方 沒有服用 (若有服用，請寫下藥名與勾選使用頻率)
- _____ 偶爾服用 一個月1-2次 每周1-2次 幾乎每天使用
_____ 偶爾服用 一個月1-2次 每周1-2次 幾乎每天使用
_____ 偶爾服用 一個月1-2次 每周1-2次 幾乎每天使用
_____ 偶爾服用 一個月1-2次 每周1-2次 幾乎每天使用

附表二



健康問卷

台灣正體中文版

(Traditional Chinese version for Taiwan)

EQ-5D-5L 照顧者版本：1

**(請病人的照顧者設想他(她)[意指照顧者]
會如何評價病人的健康狀況)**

Taiwan (Traditional Chinese) © 2015 EuroQol Research Foundation. EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Research Foundation

在每個標題下，請勾選一個最能描述(請插入受健康評量病人的姓氏或名字，
如張先生或麗美)今天健康狀況的方塊。

行動能力

- 他(她)可以四處走動，沒有任何問題
- 他(她)在四處走動方面有些問題
- 他(她)在四處走動方面有中度的問題
- 他(她)在四處走動方面有嚴重的問題
- 他(她)無法四處走動

自我照顧

- 他(她)能洗澡或穿衣，沒有任何問題
- 他(她)在洗澡或穿衣方面有些問題
- 他(她)在洗澡或穿衣方面有中度的問題
- 他(她)在洗澡或穿衣方面有嚴重的問題
- 他(她)無法自己洗澡或穿衣

平常活動 (如工作、讀書、家事、家庭或休閒活動)

- 他(她)能從事平常活動，沒有任何問題
- 他(她)在從事平常活動方面有些問題
- 他(她)在從事平常活動方面有中度的問題
- 他(她)在從事平常活動方面有嚴重的問題
- 他(她)無法從事平常活動

疼痛 / 不舒服

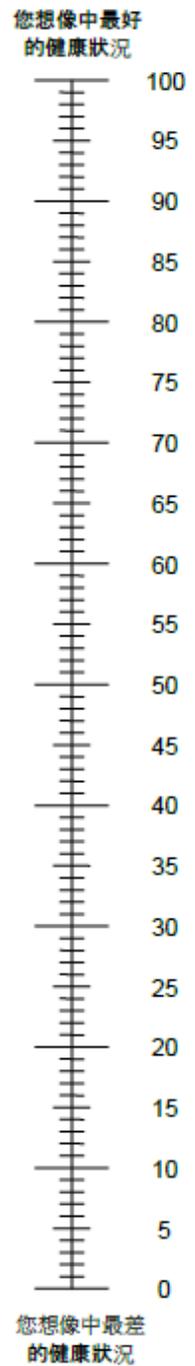
- 他(她)沒有任何疼痛或不舒服
- 他(她)覺得有些疼痛或不舒服
- 他(她)覺得中度疼痛或不舒服
- 他(她)覺得嚴重疼痛或不舒服
- 他(她)覺得極度疼痛或不舒服

焦慮 / 沮喪

- 他(她)不覺得焦慮或沮喪
- 他(她)覺得有些焦慮或沮喪
- 他(她)覺得中度焦慮或沮喪
- 他(她)覺得嚴重焦慮或沮喪
- 他(她)覺得極度焦慮或沮喪

- 我們想知道您認為 (請插入受健康評量病人的姓氏或名字, 如張先生或麗美) 今天健康狀況的好壞。
- 這個刻度尺有從 0 到 100 的數字。
- 100 代表您想像中最好的健康狀況。
0 代表您想像中最差的健康狀況。
- 請在刻度尺上打個“X”，指出您認為 (請插入受健康評量病人的姓氏或名字, 如張先生或麗美) 今天的健康狀況的好壞。
- 現在請在以下空格中，寫下您在刻度尺上標示的那個數字。

病人今天的健康狀況



附表三

全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫 疾病管理照護衛教表單

□一、健康生活型態：

- 1.維持理想體重：BMI 介於 18.5~23.9。
- 2.適度運動：每週至少運動三次，如打太極拳、作用手功，每次 30 分鐘，可防止骨質疏鬆，並減緩及預防血管硬化，更可保持免疫力。
- 3.戒菸、不酗酒、不熬夜。
- 4.注意保暖。

□二、均衡飲食：

- 1.不宜大補特補，避免坊間常見的十全大補湯、藥燉排骨、薑母鴨、麻油雞等溫燥食物，會使邪氣留滯，火氣更大。忌油膩辛辣刺激食物，不宜進食生冷飲食。適量蛋白質攝取，避免大魚大肉。
- 2.水果：應避免楊桃，此外，富含鉀離子的香蕉和柿餅也要注意。
- 3.飲食宜營養豐富而清淡易消化，少鹽、少調味料、少加工品，減低腎臟負荷，以延緩腎功能惡化。
- 4.適量喝水、勿憋尿。運動飲料含有額外的電解質與鹽分，腎病患者宜少食這類飲料。

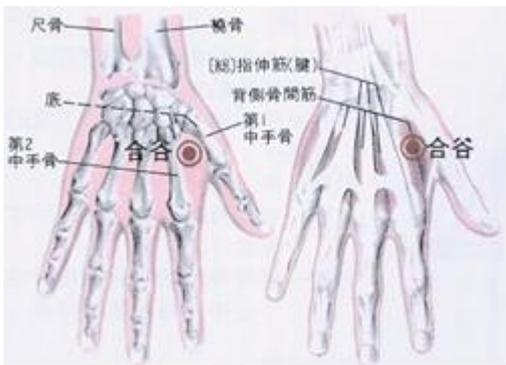
□三、不亂吃藥：

- 1.服用藥物應諮詢及遵從醫藥專業人員指導。
- 2.不濫用止痛藥及來路不明藥物。
- 3.不聽信偏方草藥。
- 4.不輕易聽信廣告成藥的藥效。

□四、自我監測及健康檢查：

- 1.原發性腎絲球腎炎需長期監控。
- 2.控制好原有的慢性病：糖尿病做好血糖控制，糖化血色素<7%；高血壓做好血壓控制，血壓控制 130/80mmHg；痛風患者應控制尿酸。
- 3.觀察尿液型態：排尿頻率、尿液顏色、味道、尿量、是否為血尿或泡沫尿。
- 4.定期健康檢查：最好每半年做一次尿液和血液肌酸酐和尿素氮檢。40~64 歲者，每三年可做一次健康檢查；大於 65 歲，每年可做一次健康檢查。

穴位按摩：

	<p style="text-align: center;">合谷穴</p>  <p style="text-align: right;">位置：</p> <p>手背拇指掌骨～食指掌骨之間，食指掌骨的中點處。</p>
<p>手部</p>	<p style="text-align: center;">內關穴</p>  <p style="text-align: right;">位置：</p> <p>前臂內側 (掌側)，腕橫紋上 2 寸(三指橫幅)，兩筋 (掌長肌腱與橈側腕屈肌腱) 之間。</p>
<p>足部</p>	<p style="text-align: center;">太谿穴</p>  <p style="text-align: right;">位置：</p> <p>足內側部，內踝後方，內踝尖與跟腱之間凹陷處。</p>

以上圖片來源：《經絡與穴道》

109 年度全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議

第 2 次臨時會與會人員發言實錄

主席

各位與會代表、醫管組、醫審組及分區業務組同仁大家午安，今天召開「109 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」第 2 次臨時會。因為今天的討論案非常重要，現在已經 12 月了，所以才會先行召開臨時會討論這個重要的案子，12 月 11 日還有一次例行的共擬會議。感謝大家撥冗今天出席，現在會議開始。

請大家確認第 1 次臨時會議的會議紀錄，在第 1 頁到第 3 頁，有沒有問題？好，如果沒有問題，會議紀錄就先確認。接下來是決議辦理情形，請醫管組開始。

宋專員兆喻

各位代表長官好，本次會議決議追蹤辦理情形共 9 案。序號 1 Tw-DRGs 4.0 版支付通則及未實施項目實施時程案，本次會議追蹤辦理情形與前次會議相同，本項建議繼續列管。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，為請院所依規範申報，本署已於 109 年 8 月函請各分區業務組及提報院所已列項目之名稱及對應支付標準代碼。有關未列項新增項目計 35 項，已於 109 年 8 月 20 日函請提報量最大之 16 家院所提供成本資料。截至 109 年 11 月 20 日，已有 6 家院所函復增修建議共 8 項，後續將辦理新增診療項目作業。另修訂診療項目計 10 項，尚待徵詢學會及專家意見，另有 15 項尚需請院所補充說明，建議繼續列管。

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，本次會議追蹤辦理情形與前次會議相同，本項建議繼續列管。序號 4「新增轉診支付標準之同體系院所名單案」，仍維持現行同體系名單之認定方式，並

參考院所回復說明及轉診費用核付情形輔以判斷。經查醫師公會全國聯合會所提本署北區業務組轄區內疑似同體系院所，統計 108 年上開各院所整體核付轉診獎勵費用中，僅 1 家診所之轉診對象為疑似同體系院所之比率>50%，且該診所並未提出具體非同體系之證明。故 109 年 11 月 20 日已請本署北區業務組協助請該診所及其疑似同體系院所提出非同體系之具體證明後再行研議，本項建議繼續列管。

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 25 日辦理預告，預告期間為 109 年 11 月 28 日至 12 月 4 日，後續將依程序辦理報部等行政作業，建議繼續列管。序號 7「全民健康保險遠距醫療給付計畫」、序號 8 修訂共同擬訂會議議事規範第二點代理規定案、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，因會議紀錄仍在陳核中，將於下次會議更新辦理情形。

主席

好，謝謝。追蹤辦理情形大家有沒有意見？好，沒有，報告事項第一案請開始。

報告事項

第一案

案由：修訂支付標準第四部中醫案。

主席

這案本來應該要由中醫師公會的代表說明，可是兩位代表還沒到，我先簡單跟大家說明。

這次中醫是希望原本沒有分中度複雜與高度複雜的針灸與傷科，

依照中醫的學理，把多部位或多處骨折，分成中度複雜及高度複雜，這是比照西醫的復健，所以新增項目及新的點數出來。如果比現在的更複雜，就調升一些點數。另一個是針灸，因為針灸也會併傷科治療，傷科可分為中度及高度複雜，併針灸後亦會有不同等級，另外還有電針也是併傷科。在後面附件的支付標準表，請大家翻閱至報 1-8～報 1-11，中醫全聯會有定義中度複雜及高度複雜，還有一個組合是有沒有併開內服藥等。

這是中醫全聯會就專業區分出來的支付標準，因為中醫的針灸與傷科是療程，所以第一次的支付點數較高，之後療程內治療支付點數較低，強調第一次最重要，因為病人第一次做了傷科的處理，接下來只是 maintain，針灸也是這樣的概念，這是這次中醫修正的精神，大概是這幾個重點。

因為中醫在協商明年總額時，也有這些項目，也獲得同意，因為明年中醫總額已經達成協議，所以中醫全聯會希望這些支付標準可以在明年 1 月 1 日實施，這些項目也經過中醫總額研商議事會議通過，今天提到共同擬訂會議報告。先簡單跟大家說明，各位代表有沒有意見？請，李代表。

李代表紹誠

主席、各位代表大家午安，我特別看了中醫這塊，其實跟我們沒有什麼關聯，但是他列出來治療的疾病名稱，我看了非常的訝異，這個針灸怎麼可能會有機會讓他可以怎麼樣，所以我覺得這個當中該花的錢該花，我今天想請教的是說，讓我們可以學習一些東西，這些疾病，中醫他的實證醫學是如何？

主席

這個還是要等中醫代表來回答您。

李代表紹誠

所以我看到那些疾病名，是不是從 ICD-10 抄過來的，針灸會有多大的幫助，我實在很想多學一些東西，我自己曾經在榮總針灸科當住院醫師 training 半年，當時的鍾主任他說因為 complain 超過五針這個針灸科醫師就該打屁股，如果按照現在用中度、複雜等等，是以疾病別來看這個事情，還是以他扎的針數來看？所以我想提出第一點。第二點就是他們現在中醫在診所裡面也在做復健的治療，譬如說也在牽引，頸牽引、腰牽引也用了一些所謂的物理治療的設備在裡面，這一部分我也希望中醫界可以把他區分清楚，他們不應該在中醫診所裡面去從事這些的相關復健業務的...執行這些業務內容，以上。

主席

中醫的代表吳清源醫師還沒有到，他快到了，專業的問題等一下再請教吳醫師。不過我補充一個 general 事項，從報 1-29 開始，這邊有特別提到中度複雜性針灸的適應症、特殊病症的適應症，這些都是病名，還有高度複雜性針灸的適應症，李代表是不是要向吳醫師請教這些？

跟大家報告，中醫現在還是沿用西醫的 ICD-10-CM 編碼，因為中醫沒有專屬 ICD-10-CM 的國際編碼，所以中醫就用西醫的編碼。未來會有一個機會是 ICD-11 特別有了中醫的編碼，那是從中醫的觀點、特質編列病名，可能更符合中醫的使用。您的問題等一下再請吳醫師來回答，好不好？大家對這項還有沒有其他意見？請藥師公會的李藥師。

李代表懿軒

主席還有各位先進不好意思，想說沒什麼太多意見，不過我們會員，後來有反映這些問題，跟我們會有反映，就是說第二章、第三章通則新增的部分，因為過去健保署有發過行政解釋，就是藥局在設備不足的情況下，事實上是沒有給付藥費跟調劑費，這個沒有問題我們都理解。只是說現在也有蠻多藥局有這個調劑的這個部分，也會擔心說這通則的限制，就是會不會跟法規上面有一些扞格的地方，假設要

做限制的話，或許限「在中央健康保險署評估具中藥調劑設備的合約機構」，會不會更適當一點這樣子，以上謝謝。

主席

李藥師這個問題請支付標準科先回答。

陳科長依婕

先說明一下，因為我們現在在中醫總額這部分，不管是藥費、藥事服務費之調劑費用，目前給付的對象都是中醫的醫院或診所，或是醫院設有中醫部門的院所才可以跟健保申報。至於特約藥局的部分，如果是醫院或診所交付處方到特約藥局調劑中藥，目前健保是不給付的。其實最近已經有藥局針對這個案件跟我們健保署在溝通，所以這部分我們是了解的，不過因為目前受限於總額的限制，現在中醫總額是不含交付調劑這塊，以上說明。

主席

好，吳醫師到了，我們的提案內容已經宣讀完畢，現在請您補充說明這個提案好嗎？剛剛我已經先補充了，但您來講一遍會更好，就是為什麼中醫要拆分中度複雜及高度複雜，包括傷科、針灸還有電針的部分，您是不是跟各位代表說明為什麼要這樣改，雖然 110 年已經有編列預算。

吳代表清源

主席、代表不好意思，因為嘉義到這邊有點趕，這邊先跟大家說聲抱歉。第一件事情是為什麼要拆成中度跟高度。

主席

講話可以不戴口罩，因為大家都戴了，您可以不戴，這樣會比較舒服，因為您要講比較久。

吳代表清源

其實按照之前的支付標準是只有一般跟複雜性兩種分類，但這並不足以代表現在治療的一些模式，所以我們在跟相關的針灸醫學會、傷科醫學會討論後，我們希望讓病人能夠...

主席

吳醫師可以把口罩拿下來，這樣會舒服一些。

吳代表清源

好久沒跑步了有點喘。其實是不足以反映現在的治療模式，但有些疾病並不是複雜到需要用複雜性針灸處置，可是它又比一般治療稍微複雜一點。所以我們經過相關醫學會的討論後，比照復健科復健治療的模式，還有相關的一些治療，把它們拆分成一般、中度、高度這三種，相關的也給予給付，我們還是維持相同的給付，可是在中度跟高度複雜的病人的傷科給付，我們明確的規範，在某些的診斷碼之下，會用中度跟高度複雜性的治療。

另外我們也要求不只是單純用徒手整復，需要搭配一些輔助性治療，同時我們也比照復健科療程，需要一個治療的時間，符合相關治療的一些水準，然後符合一些相關治療的 criteria，同時我們需要 X 光的一些來判斷標準，才給付中度跟高度複雜性的傷科，先大家報告一下。至於相關給付的水準，也是比照健保會協商的一些標準，還有目前大部分都可以接受的標準，訂定一些相關給付標準，以上。

主席

請代表可以看一下報 1-12、1-13，這裡就是我剛剛跟大家說明的，雖然是一個療程，因為第一次處置治療的支付點數已經比較高，接下來就維持原來的點數，概念是這樣。李醫師另外有兩個問題要向吳醫師請教，請李醫師說，這樣雙方比較有互動。

李代表紹誠

對吳醫師是很虐待，看他喘成那樣子，真的很不忍。就是我們今

天看到這個報告案，有關於治療內容的這個疾病碼，大概好像都是，我個人希望能夠在這個場合，彼此交流學習一下，看起來好像都是西醫的診斷碼，剛剛主席也有提到，現在沒有中醫的診斷碼，所以都是沿用 ICD-10，這些東西在實證上面，這些用針灸他的效果如何，是我們如果知道他實證醫學上很有效，甚至於用我們剛這個例子，尤其在醫中設有中醫部的，對病患來說是個好的事情，但是我們不懂，所以看到之後個人是覺得說，真的有這麼厲害嗎？針灸可以治療這些病嗎？會有那樣一個疑問，所以剛才我提一個就是希望可以給我們上點課。

第二個就是現在中醫部裡面，在中醫診所裡面，有一些診所就在做復健設備的一些相關設備治療，這裡面因為有牽扯到電療，這部分，中醫是否可以發一個文給各個中醫診所，就是沒有的東西他們不要去做，免得誤觸這個法律相關規定，這部分我們也不好去說做檢舉，還是做什麼事情。但我想中醫應該從你們高層的部門，就發這樣的文給一些診所，就是如果不是中醫一些內容的項目，請尊重各科、各個相關規定辦理，我想大概就是兩個問題，以上。

吳代表清源

謝謝，第一個是相關實證方面，非常感謝代表，事實上我們也找了非常多的文獻，大概有 300 篇的論文，很多都是國外做的，相關的一些治療，我們在相關比較有實證基礎的，我們就盡量把它做上去。第二個，裡面一些輔助性治療，輔助性治療當然以中醫可以做的為主，不能超過的我們絕對不能超過，不用各位去檢舉，我們就會出手把它處理掉，當然我們也會發相關的公文給各基層院所；此外我們也會積極辦理相關的研討會、說明會，讓相關一些會員知道什麼可以做、什麼不可做，盡量有一些明確的規範讓大家可循法做事，做個守規矩的人，以上。

主席

總之這一次的支付標準調整增加中度複雜跟高度複雜，將來執行之後，就有申報的數據，我們可以從申報的數據知道中度跟高度複雜

所用的診斷碼，就更可以釐清列了這麼多項，大部分是哪幾項針灸特別偏好使用，在中醫研商議事會議上再提出來跟大家分享，好不好？請，李醫師。

李代表偉強

其實剛剛無意中引起的話題，就是說其實健保是代表全民去買醫療服務，所以基本上，中醫它什麼都可以做，只是哪些東西，是我們健保署願意代表民眾去買回來，其它東西，它雖然做，可是我不給付。你看我們現在討論是討論什麼新藥、新科技和 30 億，哪些可以要，哪些可以不要，還有送 HTA，經過好多複雜東西才納入，所以搞不好國外都已經同意，台灣還是不行，因為資源有限，對不對，所以整個新東西進來，雖然可能有效，但是目前還是很保守，不能給付，你要的話就自費。

但是今天也是一樣，中醫界幾百年來、幾千年來，搞不好有一些傳統的東西，可是我今天健保要買的東西一定是有足夠的實證，認為是可以拿來的，但是其它民眾願意做的時候，就不要用健保，就自費，我覺得要慢慢把這邊切出來，要不然我覺得將來會變成很大的議題。

不過剛剛主席有提到 ICD-11，我也有耳聞了啦，我們自己是不是要請我們台灣的中醫界，因為到時候，每次都用大陸這套東西很複雜，我們是不是自己要開發本土的中醫界發展一套出來，要不然一旦用了他們的，我們就跑不掉了，這種 coding 的東西，就是會被人家牽著走，不管它的...等等跟著人家走，我們自己是不是也趁這個時候，也發展出一套我們台灣版中醫的 coding，這樣我覺得會比較適合，以上提兩個建議，謝謝。

主席

好，非常謝謝李代表，吳醫師這邊有沒有要回應的？

吳代表清源

謝謝代表提問，我們很有同感，因為這方面 coding 的問題，最主要的判決還是在中醫藥司，我們全聯會回去會再請柯理事長跟中醫藥司商討，是不是如代表所說的盡量爭取過來，以上。

主席

好，謝謝。ICD-11 特別有中醫的版本，未來會變成是國際標準。吳醫師說因為我們現在也還沒有用，我們是不是直接引用或是需要發展本土化中醫編碼，這方面真的要請中醫界就專業多幫忙，中醫界可能要超前部署，否則的話會一直沿用的 ICD-10-CM 碼是西醫的碼，也非長久之計？因為中西醫的觀念本來就不太一樣，這個部分就麻煩吳醫師好嗎？大家對這個案子還有沒有其他的意見？請淑政。

梁代表淑政

請大家翻開報 1-35，最後一項有關於罕見疾病，這裡寫的是衛生福利部公告的罕見疾病名單，後面的附件有把罕見疾病的名單 ICD-10-CM 列進來。國健署每年大概會有 3 到 4 次公告新增罕見疾病的名單，如果把它列在這裡，因支付標準修正有一定的法定程序，在時間上可能無法同步增修，因此，建議該附件不明列於支付標準，請健保署於院所支付標準申報相關作業處理。以上建議。

主席

好，謝謝淑政。因為報 1-15 是高度複雜性針灸的適應症，這部分請吳醫師把代表的意見帶回去，我們目前是尊重中醫的專業，沒有修改，但這也是需要滾動式的修正，好嗎？依婕科長這邊可以嗎？剛剛淑政的建議。

陳科長依婕

是，我們也建議把「如附件」三個字拿掉，這樣只要衛生福利部更新公告罕見疾病名單時，支付標準就一併更新。

主席

就配合未來罕見疾病名單一併更新，這樣可以嗎？吳醫師。各位代表還有沒有其他意見？如果沒有，這個案子就通過，謝謝。接下來下一案。

報告事項

第二案

案由：修訂中醫五項專款照護計畫案。

主席

好，謝謝。請吳醫師說明。

吳代表清源

那其實這些方案都是已經十幾年的方案，裡面比較不一樣的就是西醫住院病患中醫特定疾病輔助治療裡面，我們有增加一個收案項目，收案對象增加一個呼吸困難一些病人，其實最主要就是相關於我們在醫院裡面病房的一些，呼吸治療的病人，還有一些相關呼吸困難的病人，我們把他列入給付收治在內。其它包括一些癌症加強照護整合方案還有孕產、兒童呼吸試辦計畫，都是跟之前的計畫相同的，只是相關的一些結案標準有做一些修正。然後在孕產方面，我們對病人紀錄的項目，進行相關的一些修正。

最後一項中醫慢性腎病的一些加強照護計畫，那是因為我們有跟相關一些單位討論之後，比較符合現行的一些給付的項目，所以說我們做一些相關的修正，以上。

主席

謝謝，大家有沒有意見？請張醫師。

張代表孟源

主席各位代表大家好，大家午安，關於中醫慢性腎臟病的照護，

當然對於慢性腎臟病的照護，對於國內的腎臟病的盛行率，慢性腎病跟尿毒的盛行率這麼高，我們當然也是寄予厚望，希望說有助於國民的健康，減少將來洗腎的病人，對於中醫腎臟慢性病，好像在透析總額協商裡面，我們上一次好像有提到過，希望他能夠來跟我們溝通一下，像我們一直都沒有這個機會，學習一下中醫對於慢性腎臟病的方法，那有沒有可以告訴我們說，有沒有什麼具體的策略方法，還有怎麼達到減少國內慢性腎病這麼嚴重的問題，謝謝。

主席

好，請吳醫師。

吳代表清源

謝謝代表，因為這個計畫也剛推動。第一個我們之前有在會議上面有建議，希望我們接下來的一些相關研討會，能夠跟腎臟醫學會做相關的討論。目前來講據我所知，我們這些相關的腎病計畫最主要都是在醫院裡面推動。醫院裡面就我所知，他們是直接跟他們腎臟科結合討論。應該是說比較正式的一些研討會，我們會再跟各大醫院還有一些相關的醫學會，一起討論，由全聯會主持，開一個比較盛大的研討會，讓大家一起探討臺灣的腎病要如何中西醫來做治療比較好。那對各位代表比較不好意思的是，因為全聯會的動作可能稍微慢了一點，醫院的動作比較快一點，醫院都是直接找該院腎臟科醫師合作，來做相關的一些治療，以上。

主席

好，謝謝。大家還有沒有意見？請黃醫師。

黃代表振國

各位前輩講的都非常好，腎臟病現在也是臺灣的一個國病，臺灣的洗腎病人大概是全世界最多。其實剛剛孟源講得非常好，因為現在都有雲端藥歷可以查詢，西醫在做診察，中醫也在做檢查，這兩邊治

療理論上是可以互通的，因此我也希望有雲端藥歷可以查詢，因為事實上病人都不單只是看中醫或西醫，往往是中西醫都有在看，甚至有共病大家可以共同來照護。既然中醫有這樣的照護計畫，我希望能跟西醫現在的慢病共照計畫結合，大家一起來合作，相信受益的是病人。

還有就是考慮到重複檢查率的問題，雖然說是屬於兩個不同的總額，是不是也可訂一個大家可以互相交流，病人在同一邊做就可以的模式，因為在醫院端沒這個問題，但在基層跟急診就有重複的問題。還有一個剛剛講的重複用藥，中藥也是一樣，不管中醫跟西醫，健保署應該用同一個標準，不會說中醫比較嚴或西醫比較嚴，那民眾就難以自主，為什麼在中醫診所可以拿，但西醫診所就不能拿，這樣可能會造成誤解，希望署方不管是用嚴或鬆，都能用同一個標準，謝謝。

主席

好，謝謝。吳醫師這邊有沒有要回應？

吳代表清源

謝謝代表的提問，相關的一些重複檢查的項目，之前在會議之前已經有跟健保署有相關的一些承諾，我們在可以找得到的資料，絕對不會再重複檢驗，這是最基本的一個原則，不讓病人痛兩次，痛一次就好，然後能夠看的不要浪費，健保資源是大家的資源，全民的資源絕對不要浪費，以上是我的回應，謝謝。

主席

謝謝，李醫師。

李代表紹誠

請教一下，因為上次開會有關腎病的中藥的部分，所以當時我們希望說讓西醫也能夠知道，剛吳醫師講的就是說，可能在醫中裡面，你們會找腎臟科的醫生去 combine meeting，但是這些需要的人常常是在基層裡面，我們對這個部分，其實很多是不知道的。但是以病患為

中心的概念是對的，所以這些人到我們手上來的時候呢，就像我之前提到，他也會說我也在吃中藥，或者是接受中醫治療，他們也是在基層。

所以如果按照你剛剛講的只是在醫中做這樣的事情，在基層來說這些人是多的，那這樣就沒辦法達到原來前面所講的目的，就是可以讓這些有慢性腎病的人可以得到一些醫療上的照顧，讓他病程減緩或是治療好。所以我覺得還是全面性來看，而不應該是擺在中醫，要不然好意可能在基層就會沒辦法落實，那我們不懂，以至於我們會拒絕，就會跟病人說不要再亂吃中藥了，這樣對中藥是一個汙名化。但是確實是我們很怕他們亂吃，其實洗腎病人有時候就是吃所謂的草藥或是不該吃的中藥所造成，這部分可能中醫界也需要再進一步思考，以上。

主席

請吳醫師。

吳代表清源

謝謝代表，我非常認同你的話，事實上我們應該是要大家一起來，不是只是關在醫院裡面做事而已。第一個對於一些相關的西藥是不是西醫師不認識中藥還是怎麼樣，事實上我知道健保署現在有在推動一個中西藥相互作用的查詢系統，當然這個還是很初步的在做，我們希望能夠把它做得更好，更有實證醫學，這是第一點。

第二點可能剛剛不是講得很清楚，跟代表抱歉，應該是講現在能夠做這個計畫的，敢做的大部分都是在醫中裡面，跟腎臟科有合作的一起做會比較多，並不是說我們只侷限在這裡做，相同的我們是希望趕快凝聚更多人的意見，然後趕快凝聚更多人的經驗，然後獲得一些經驗、心得，趕快藉由研討會還有一些方面，跟西醫腎臟醫學會合作，把這些觀念推廣給大家，不管中醫還是西醫都是一樣，那這樣才是全民之福，以上。

主席

好，謝謝。那就麻煩吳醫師，顯然西醫對中醫很有興趣，也希望能夠 combine care。今天的討論大部分都是西醫對中醫的提問，將來如果中醫師公會要辦相關的研討會時，可以都行文給醫師公會全國聯合會還有醫院協會，讓西醫對中醫有興趣的醫師參加，彼此相互討論，必要的時候門診透析總額研商議事會議，也邀請中醫來報告，大家還有沒有其他意見？請富滿。

林代表富滿

在報 2-8 的通則 7 是有什麼考量，怎麼會把每二週不得申報超過七次刪除。

主席

好，這個誰可以說明？吳代表可以說明嗎？請。

吳代表清源

因為最主要是考量到我們醫師的裁量跟專業判斷的理念。我講一個例子，就我個人例子來講，像我有一些癌症病人，尤其是 chemical 的，在開始治療的時候，有用這種方式治療，可是他有很多痛苦的地方，我們都希望針灸到輔助西醫的 combine care，往這一段，可是通常都是每天都要去。那會這樣子，這一條很容易卡住，讓人無法做相關的治療，像我們之前我們都是做白工啦，其實我們那些醫師作白工也是不好意思，然後就實證醫學上來講，彰基他們有作相關一些治療，作相關研究，那一些 ICU 的病人準備要昏迷的情況下，每天假如有中醫去針灸，或者是週末幫他 combine care 的話，每天的話，他的拔管時間會縮短很多，這有相關研究基礎，所以我們建議刪除「每二週不得申報超過七次」。可是並不是說，反過來講，這並不會說造成是不是會大量爆增，我們是稍微有去統計過，我們有去看過，那基本上只有一些少數的 case 才会有這樣，而且這個是屬於專案計畫，錢用完就沒了，然後也不會說因為類似總額的...這本來就是總額命名，所以這個總額的錢用光了，我們也沒辦法用到其它的一般項目上，以上。

主席

好，這是「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」，本來就是專款的計畫，原來計畫有限定「同一個案每二週不得申報超過七次」，但是中醫的會員反映有一些臨終的病人要減緩疼痛，特別是安寧的病人，可能是需要每天針灸，但是因為這項規定，最多只能報七次，所以就造成每兩個禮拜，每天都幫病人做針灸，但是有七次是白做工，這是第一點，所以中醫覺得對這些醫生不公平，才建議刪除這項規定。

另外一個原因是這個計畫本來就是專款，放寬規定其實不影響其他專款的執行，也不影響一般中醫總額的執行，都是在這個計畫的專款中使用。另外還有一個是剛才吳代表補充，這樣的 case 很少。好，大家還有沒有其他意見？如果沒有，今天中、西醫有交流，好，謝謝大家，這個案子就通過。也謝謝吳代表，好，接下來下一案。

報告事項

第三案

案由：訂定 110 年召開全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議時程案。

主席

本案是明年的開會時間，大家有沒有意見？好，如果沒有意見，請各位代表預留時間，臨時會的時間會另外通知，下一案討論案。

討論事項

第一案

案由：應用 109 年醫院、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，本案有點冗長，但是大家還是可以翻開討 1-12 頁，有 1 張表，這張表就是依提案單的文字綜整成一張表，這張表涉及醫院總額、西醫基層及牙醫總額。這次調的都是基本診療項目，即運用 109 年 MCPI 醫院總額有 103 億，西醫基層有 20 億，牙醫有 7 億。現在開放討論，有沒有問題？來，黃醫師。

黃代表振國

這麼複雜的東西，用最簡單的報告，也對我們署的長官致以很大的敬意，等下的發言，我們是對事不對人。我來這裡這麼多年的學習，我們署方的確是很用心，尤其提供的數字都非常完整。我們一直在納悶，當然以前有一些歷史背景，有一些調整都有所軌跡，那第一個我想請教，為什麼這次藥事調劑費是調 6 點？順便問署方，署方的估算 6 點在西醫基層非協商的 20.244 億的占率是多少？在醫院總額 103.846 億是占多少？

第二個請教的是，剛剛議程說為了獎勵醫藥分業，我想醫藥分業應該從以前來講，是我們對各種醫事專業人員的尊重。現在不管是那一種的健保制度，都應該是以病人的照顧為中心，並且讓民眾的健康跟全民健保得以永續，這是第一個考量點。有些民眾選擇在醫院就醫，有些民眾選擇在診所就醫，有的願意把第二次處方箋到社區醫院去調劑，有些診所都希望在診所調劑，有些甚至到診所隔壁，診所最好的朋友叫做門前藥局，也都很好啊。其實不管是從那個角度來看，只要能讓民眾方便性提高，以照顧民眾的健康跟醫療照護為優先，我覺得各種形態都應該鼓勵。

剛剛署裡講鼓勵醫療分業，我念個數字大家參考一下，當然醫院端的診察費並沒有區分釋不釋出、調劑費也沒有。但是在診所端，診所端診察費就已分成釋出或不釋出，調劑費我提供大致的數字，現行的調劑費，如果是診所內聘藥師調劑，7 天以內是 33 點，交付藥局 48 點，中間相差 15 點。如果是 14 天到 27 天，還有 28 天以上慢連箋，

目前 14 到 27 天是 59 點，診所自聘是 35 點；慢連箋交付給藥局是 69 點，在診所是 45 點。大家都很清楚，剛剛差距的 15 點，還有後面 2 個差距 24 點。如果照署方調劑的方式，從原來 7 天的差距 15 點會擴大到 18 點；如果是慢連箋 14 到 27 天，慢性處方箋是從 24 點擴大到 26 點的差距。

我們在一個醫療機構裡，除了對醫生很尊敬以外，對護理人員很尊重，對藥師人員更尊重，甚至檢驗師、心理師、復健師，在這團隊裡面的人員我們都非常尊重，當然還包括行政人員。假設 1 個藥師，今天同樣的服務內容，調劑及衛教，難道在診所內藥師的工作就應該被低估嗎？你們試想一下，如果今天點數擴大的話，診所內部藥師的流動率會非常高，到時候這些既有在診所接受調劑的病人，不需要到很遠的藥局去調劑嗎？

現在有所謂送藥到府的連鎖藥局，那個服務非常好，可以送藥到病患的安養機構，甚至送到病患家，據網路說，送藥到府甚至有會員制度，難道醫事人員的專業也要跟送食物的 foodpanda 一樣，需要做到這樣嗎？專業比較重要，還是方便性比較重要？所以我建議第一個，請署方提供目前社區藥局平均的調劑費、調劑天數、平均每個藥師的件數大概幾件？第二個，調劑費大概是多少錢？第三個，我們知道他們也很辛苦，成本這幾年來都漲了，請問我們其他的醫療機構成本沒有漲嗎？如果同樣的條件，他們調 6 點，我們應該調幾點？希望署方能夠給我們相關資料。不然老實講，會造成很大的問題，我相信今天光這項就要討論很久，假設署方沒有辦法提出來，我希望我們再來共同研議，謝謝。

主席

好，謝謝黃醫師。醫管組準備等一下回答，還有沒有其他代表對本案有意見？請何代表。

何代表語

主席，各位代表大家好，我認為這次當然調整這事，在整個總額協商裡面非協商因素來做一個調整，但是我認為西醫基層診所的費用，他們過去都是以申報的費用來申請。你現在這次全部都調整的藥事服務費還有其他的門診診察費，還有其他的點數調整。但是我也發現西醫基層裡面，當然還有其他的醫事人員，包括檢驗師、心理諮商師、驗光師、復健治療師，還有其它的醫療工作人員，這些人他們 20 多年來都沒有調整過，這次只調整藥事服務費，對於其他的醫事人員是一個比較不公平的方向。

另外一個就是現在診所的負責人，當然也要發放薪資給這些醫事人員，現在調整給藥事調劑費以後，這些醫事技術人員是不是也要調整薪資，那這樣會不會對診所的負責人造成很大的困擾，這也是一個問題的存在。所以我認為如果要調整，應該要考量衡平性，跟各種基層的醫師、醫事人員還有藥師，能夠做一個衡平性的公平，而且是有比例原則的調整方式。

所以我認為今天提出來的內容，非常多的項目，在這個附件 3 裡面。醫院的部分，我倒沒有很大問題，現在看出來是西醫基層，有很大的問題，那所以我是建議說，西醫基層這個能不能暫時擱置，另外重新討論，把它的計算基礎能夠更加衡平性的來考量，這樣是不是會有比較周全圓滿的方向來做。

牙醫的部分，我認為比較沒有很大的問題，牙醫的部分比較單純。醫院的部分，我認為也可以支持這個方向。西醫基層的部分，我建議能不能今天這個部分暫時擱置，重新檢討以後在下次提出來討論。

主席

好，謝謝何代表，大家還有沒有意見。請護理師護士公會。

劉主任淑芬（林代表綉珠代理人）

護理師公會劉淑芬第一次發言，首先非常謝謝健保署在住院護理費提供全面性支持，但是在今天會議資料中，我們有全聯會之前提供

特別要注意的地方，經濟病床護理費比照急性一般病床護理費的事宜，因為我們先前一直提到，住院病人的診察費，不會因為他住什麼床種，而有不同支付的內涵。但是我們住院護理費如果在經濟病床的時候，也就是4床以上，它就是有不同的護理費支付標準。

在11月6日會議時，與會的先進們也請我們提供本會方案三層級之間的占率，的確，在經濟病床比照急性一般病床案，依健保署提供的計算，醫學中心占率只有9%，區域醫院到50%，地區醫院占41%，因為很多的所謂的經濟病床，是分佈在區域醫院跟地區醫院，護理人員已提供了服務，但因為他照顧了一室5床的病人，他的住院護理費產生了很大的差異性。這也是為什麼我們提出來，希望住院護理費的經濟病床，不應該依照什麼照顧的病人數而有所差異，應當依照原來什麼樣的層級就有什麼樣的支付方式，應該比照我們急性一般病床護理費來支付。

所以，依據健保署的估計，大概差不多增加2億多，所以我們會希望此部分的支付標準，應該回到比較合理的支付，我照顧了5個病人，我的住院護理費竟然是下降的，我照顧4個病人，我的護理費是增加的，這不是很奇怪的一件事情嗎？不論照顧幾個人，這不應該是跟我這個護理費連在一起的，所以我是請署方及我們各位代表支持，就是說，住院病床，所謂的經濟病床照顧的護理費應該比照一般急性病床來支付，我覺得這是比較合理，同時我們也看到了，所謂三層級的衡平性，上次我們代表也提出來了，謝謝健保署提供的資料，目前來說，還是辛苦了我們區域和地區醫院的護理夥伴，所以這是第一個部分我們提出來的，以上。

主席

好，謝謝，再來請張醫師。

張代表孟源

各位代表大家好、大家午安，關於醫院的部分，內科加成的部分

我必須要講，因為我本身是內科醫學會的副秘書長，因為現在這個疫情的關係，所以在醫院裡面的急診跟加護病房，真的是會壓力很大。尤其是在美國的話，很多的感染科或是急重症科，可能因為感染而傷亡的，全世界醫護人員都很多。所以我是很贊成剛剛何代表講的，醫院的部分假如爭議比較少，希望醫院的部分能夠讓他通過，因為醫院方面的住院醫生，內科真的照顧到人，而且跑到內科都是一些，幾乎是人家各科不要的，然後剩下的跑到內科去，因為其他的科大概3年就可以有專科醫師，內科3年只能一般的專科，然後還要再次專，有的要2年有的3年。那尤其加護病房重症的，或是危險的，那些科別沒有人願意去，因為經濟效益太差，所以我是很贊成在內科方面跟急診在醫院的部分，是不是可以，雖然說我們疫情還算穩定，但是我覺得我們基層跟醫院是合在一起的，醫院有個堅強的後盾，醫院絕對不能倒，那我們是希望說在這個階段，能夠把醫院的部分先行處理，謝謝。

主席

好，再來請淑芬。

劉主任淑芬（林代表綉珠代理人）

順著我們這個代表的發言，非常謝謝大家提到，目前的確秋冬專案都開始進展了，醫療院所其實被要求要很多的什麼加強篩檢，當然不能講普篩，因為這樣會落入不應該的圈套裡面，所以叫加強篩檢。因此各家的醫療院所被要求要做很多的篩檢，篩進來之後，也會很多的病人住到隔離的單位去。所以我們從這次 COVID-19 中可以看到，其實隔離病房等等常常都是人滿為患。但在這樣的情形之下，我們在上次會前會也提出來，隔離病房的護理費，這次健保署提供議案，微微的幫我們調整了5%，大概是600多萬，但是很重要的問題，當病人住在什麼隔離病房裡面，那麼多醫療人員，其中願意照顧你的 daily care，就只有護理師。支付點數價格，是反應專業服務價值對應關係的重要部分。

在這樣的情形之下，我希望我們隔離病房的護理費能夠調升，本項目健保署議案只給我們 5%，我們提的 proposal 是調到 50%，就是整體會增加 1.69 億。所以在目前醫院總額 103 億，現在花掉 80 億，除了我們剛剛提到的經濟病房外，另外一個則是隔離病房的住院護理費調升 50%，這兩筆費用加起來，也差不多 4 億，可是我覺得這個不管對我們病人照顧端也好，護理人員的鼓勵也好，事實上是達到正向的效果，請各位代表跟我們署裡，給我們護理師公會全聯會提的 proposal，這兩個 items 給予支持，謝謝。

主席

好，朱代表。

朱代表益宏

其實我覺得剛剛醫院總額這一部分，像基層總額跟牙醫總額，我就暫時不討論，因為我的學問可能沒有張孟源張醫師那麼廣泛，所以我只對醫院總額這邊提出一些意見。第一個就是說其實我感謝署方，因為這議案其實在幾個禮拜前，開過一次會前會，那在會上，醫院其實非常複雜，各層級...有三個層級，而且擔負的在整個醫療政策上是不同的任務，所以要達到大家共識是非常困難。我覺得在那個會上，當然會後我們有討論過，醫院協會內部也有討論過，也有些共識，最後雖然在那個共識的會議上，藥事服務費因為協會草案是有意見的，但最後協調之後，醫院協會是支持署方的提案，這個我還要先在這邊說明喔。我想有關護理師公會全聯會他們提到的一些加成，或是其他，因為在這個會前會，其實我們社區醫院有很多意見，我想各層級都有不同的想法，包括醫中也有意見也沒有被採納，社區醫院也沒有被採納，所以我覺得說或許我們可以把它錄案下來，等到明年總額或是後面有其他預算的時候，我覺得這都是優先順序可以去考量的方向。

但是如果說現在醫院總額已經花到 80 幾億，那我覺得以前往例在非協商因素調整支付標準時候，也都沒有全部用完，因為一定要有一部分回到點值去做點值的處理，如果完全不做點值的處理，醫院點值

會非常非常的低。所以我認為說依照往例經驗跟比例看起來，80 幾億已經是緊繃了，我個人認為其它的就放到下一次吧，以上。

主席

好，謝謝朱代表。來，請黃代表。

黃代表雪玲

想要請教一下，討 1-3 這個部分，就是討 1-3 這裡，括號 2-5 有寫住院診察費，我們醫中其實現在假日實施勞基法後，我們假日成本增加。這裡的小 2 那個地方，括號寫包含住院診察費、門診診察費，並沒有提到調假日的門診診察費，醫中大部分假日都沒在看，我不知道這裡面的 55.6 億，是不是我們這樣估起來財務太龐大，這裡是不是含門診診察費，我講的是討 1-3 那個地方，明明標題是寫住院診察費，可是署裡邊這裡在算的時候，就是括弧 2 的小 2，這裡說到 55.60 億點包含...

主席

那個已經是過程了，今天要看的是 proposal。

黃代表雪玲

我是要反映一下，就是醫中對假日的照顧，我們希望能夠加成，那這裡算出來是這麼多，其實也許沒有這麼多，是不是署裡這邊可以考慮，給我們假日的加成。我們要提供住院服務，這些護理師、醫師們假日應該要有的加成，因為勞基法成本就已經提升，也許 30% 太高，可是你這裡估的 55.6 億，也含了門診診察費。我們沒有表達要調門診診察費，我們只是想增加住院急重症的假日加成，但是 30% 不是那麼高，是不是可以調個 10%、5%，至少是往前進的。如果署裡還有預算是不是可以調，如果不行，那是不是可以再考慮一下，這邊假日再給一些加成。

主席

謝謝，再來朱代表。

朱代表益宏

其實雪玲剛剛提到就是一個醫中的意見嘛，確實我看的名單這一部分，這個應該是當初醫院協會提的，醫院協會提到署方的討論案，印象是包含了住院診察費、護理費還有門診診察費，當然門診診察費在醫院協會內部討論時候，是我們社區醫院提出來的。這裡面其實我剛剛講，我們社區醫院提了很多意見，也沒有被接納，所以這一部份在後來內部檢討時候也接受翁理事長這邊的意見，所以我們這邊也沒有特別講，但是確實住院的，就是假日的門診診察費，應該不是醫中，應該是醫院協會當初草案的版本，裡面包含醫中、區域跟地區醫院共同提供，以上。

主席

醫院協會的來函是三個都有，所以 55 億是這樣計算得來的，好，那還有嗎？請，李代表。

李代表懿軒

主席、各位代表大家好，謝謝大家對於藥事服務費的討論，我只是想說，再補充一些藥師公會的想法。第一點，在健保藥事服務費的定義，除了某些的調劑之外，其實還包含了藥歷的管理、藥品的管理，包含藥品耗損、包裝、倉儲、管理等等費用，都在我們支付標準的定義裡面。所以其實藥事服務費這件事情，不是只有藥局，而是說各個層級基本上都因為品質管理的關係，物流的關係，都有成本增加的部分，那另外一塊的話就是說。

我是想分享個人的經驗就是說，在藥局的部分就我知道調劑 28 天以上的慢性處方箋是比較多的，那調劑就是 7 天或 14 至 27 天是比較少的，那事實上就是...所以這樣子來看的話，我們的藥事服務費在藥局端調整 6 點的部分，事實上原先 28 天是 49 點，所以 6 點是低於 10%。但是在其它的 7 天，或是 14 至 27 天是高於 10%的，所以這個

其實是大家都是互有上下這樣子，以上，謝謝。

主席

請黃代表。

黃代表振國

應該很難算，因為說實在的光支付標準能搞懂的沒有幾個，我那麼多年都搞不懂，你們算出來了嗎？如果沒有，我給你，請我們同仁提供。

其實剛剛藥師公會講得非常好，藥局所謂的管理成本跟庫存，基本上我們診所端的藥局都有。現在來看一個最不合理的事，我再一次強調我對所有醫事人員都非常尊重，但是針對藥事調劑費，你看剛剛藥師公會代表說現在的慢連箋就好了，慢連箋在醫學中心目前是 75 點，在地區醫院 70 點，但是診所或自聘藥師，藥師一樣是做藥物的整合，目前才 45 點，就知道同工不同酬。

剛剛其實也講了我們今天重點在哪裡，我覺得應該對大家都尊重，其實我們錢有限，但是既然錢有限，就應該做到極大化、公平化。我就不知道所謂的鼓勵醫藥分業，難道醫學中心跟地區醫院也鼓勵做這樣的差異嗎？所以把診所內聘的藥師跟外面藥局的藥師拉成這麼大的差距，那醫院端就不用嗎？我想應該都一樣。

其實說實在的，成本大家都有，所以我希望是這樣子，第一個，目前調劑費的調整，希望有一個成本的概念，你看我們醫師公會全國聯合會版本，我們只調最卑微的項目，就是所有不分哪一科，在基層醫師都可能調得到的，就是 1~30 人，診所不論大小都調得到。但是應該去調查一下，所有的社區藥局，一天都可以調到 100 人嗎？我相信有，但應該不太多，那會造成什麼？我們不要點名，有些大型的、財團式的連鎖藥局，他真的調得到，這第一點。

第二點，翻開我們剛給的資料第二頁，如果調 10%，在醫院端，

大概平均調 5 點到 8 點，調整的費用在醫院跟社區藥局端，幾乎是一樣的。可是今天在診所端，就有剛剛講的，社區藥局調 6 點，我們診所所有的調 3 點、4 點、5 點等等，這個差距我剛剛已經唸給大家聽了，從 15 點到 24 點變成 18 點到 26 點，我想我搞不懂是根據哪個理論，哪個數字，需要做這樣的調整，我們認同要調整，但是一定要有一個大家比較能接受的數字。

第二點，如果以這次署版的調整方案，藥事調劑費大概是 7.96 億，占我們 20.244 億約 39.32%，而醫院端只占了 9.75%。但是實際上在社區藥局，醫院端只占 1.24%，基層診所高達 21.83%，所以不是我們不滿意，署方應該要說明，為什麼大家都有成本，大家都很辛苦，從健保開辦到現在，還有多少沒有調的項目。如果把成本分開來看，大家知道一般西醫診所的藥局，收入來源大多來自健保，當然有些自費的診所不在這個討論範圍內。但是一般的社區藥局不是只有調劑，健保西醫的藥，包括處方用藥、動物用藥、日常用品等等，還有做得最好的口罩，除了政府實名制提供的口罩，也賣自費口罩，他們的服務真的非常好，甚至連中藥都要提供，他們的成本都可以拿來談一談。我想大家都很辛苦，所以希望署方認真考慮，如果沒有適當的數據，是不是搞清楚了再談，我們下個禮拜五還要開會，再來一起研議，謝謝。

主席

好，謝謝，請，吳代表。

吳代表國治

綜整所有前輩提到的，包括何代表提到的，基本上我覺得應該要支持幾個原則，一個是比例的原則，20 點多億之前已經調掉離島假日加成的部分，那個其實也是在過程當中有很大的爭議之下，我們大家配合調整。現在剩下不到 20 億的時候，在藥事調劑費就用掉了 8 億，這個在比例上其實是落差很大的。

每一個醫療院所都有各類醫療專業人員，每個專業人員都有該做

的事情，我瞭解藥師有他的專業，可是所有的專業人員都有他該作的事情，那這部分都需要成本的。所以我覺得，單一個藥事服務費占掉基層這麼大的比例，這是不符合比例原則的。

第二個就是不能夠在調整的時候，照成生態的落差，這會影響以後生態的平衡。其實病患他們都很習慣，已經知道怎麼樣領藥，也沒有引起很大的爭議，在診所調藥、在醫療院所調藥、在藥局調藥，現在都維持在一個很平穩的狀況。如果是這樣子的調整，藥事服務費將會造成以後生態的動亂。現在署方調整的方案，確實是讓差距會變大，所以這個部分，署方要考慮。

第三個剛剛黃代表有提到，是不是社區藥局要看平均調幾件，其實我們西醫基層在調的時候，有的大戶一天看好幾百個，看到半夜的都有啊，可是他看那麼多我們不會給他任何的 favor。我們要照顧的是大部分的院所，可能是一天看 20 幾個的，讓這些醫師好好去看這些病人，他們花很多時間給病人，一天看 5、6 百個、看 30 秒的那種，我們絕對不會給他任何 favor。在藥事調劑的這部分，應該也要有這樣的精神存在，所以我們基層的門診診察費，也都是在調前 30 個，這個原則應該要遵循。

第四個就是在診察費來講，其實基層的生態，跟醫院是不一樣的，當然我們很感佩醫院這邊，因為分科很細，所以每一個分科都有專精，可是很多疾病在基層的情況是，比如我雖然是眼科醫師，可是病人叫我看感冒，基本的感冒我也會看，但我拿的診察費跟其他加成再加成的科別是不一樣的，其實我們內部討論過，希望能夠同步將診察費往上提，減少科別差距這樣的精神。其實內科在基層也有不同的生態，像心臟內科跟腸胃內科，基本上他們的病人量比較多，醫院那邊我也理解，像感染科他們也蠻委屈的，像感染科這樣子的，我們建議應該獨立支付的代碼，比如說感染評估的給付項目，讓他們減少科別間的落差，應該要往這方向去走，而不是讓診察費差距拉大的方向，家醫科在基層看的樣態，跟內科的差距有非常大嗎？那今天在基層看的時

候，他說我是消化內科，感冒就不看了嗎？這是不可能的事情，就算是消化內科，可能 80%都是感冒的病人，那這個診察費跟家醫科又不一樣。所以我們希望在診察費的部分，前 30 個人次能夠同步提升，這是我希望署方能夠採用的幾個原則，我想這樣子會比較圓滿，以上。

主席

好，謝謝，李代表完之後就請醫管組先回應，來，請。

李代表偉強

我想大家都蠻充分意見表達，今天可能有兩個結果，第一就是完全按照署的這個建議，那就讓他過，可是有些沒有達到標準的，我們把明年以後錢越來越多再達到是一個。另一個看起來醫院這邊共識比較強，基層這邊大家還是有不同的想法，我們或許可以先保留基層這邊下次討論，醫院這邊讓他先過。我只想請教說，我們今天一定要綁在一起過嗎？還是可以分開？

主席

現在是單向提問，醫管組這邊還沒有回應，是不是先雙向交流一下，好不好？好，現在請醫管組來回應。

陳科長依婕

先謝謝各位代表這次所提供的這些建議，以上我先做簡單的回應。我從最簡單的就是醫院總額，剛剛有提到假日加成的這個題目，這個題目因為在 11 月 6 日的諮詢會議確實是在住院診察費，在談這個項目的時候提到希望有假日加成 30%，因為那時候其實有連帶到一句話，其他的基本診療也希望一起有假日加成。所以我們在會議決議落款的時候，是依照當時台灣醫院協會來函的內容，把假日加成那時希望的項目包含住院診察、門診診察、住院護理還有病房費這四個項目都把它寫進去在我們的議程裡頭。確實四個項目加起來現在是有 55.6 億，就加成 30%的話。

另外我們也有試算，如果把門診診察費拿掉，剩下的住院的這些費用，病房、護理、還有診察加起來的話大概是 50 億。如果加成 30% 的話，好，我把它個別唸出來：如果是門診診察費假日加成 30% 的話是 5.3 億，如果是住院診察費的話是 13.4 億，病房費的話是 15.6 億，住院護理費是 20.9 億，這樣全部加起來是當時估的 55.6 億，這部分是針對假日加成的說明。

再來是大家比較關心的藥事服務費的部分，先講一下有關醫院總額跟西基總額有沒有要綁在一起這件事情，主要也是受到藥事服務費的影響，因為我們這次藥事服務費的調整是除了藥局調 6 點以外，其他的項目一起調 10%。這樣子的調整因為目前是兩個總額都會同步的影響，如果大家沒有共識的話，藥事服務費這塊可能我們要再看一下要怎麼樣處理，讓兩個總額可以獨立開來。因為醫院的處方會釋出到藥局，基層的處方也會釋出到藥局，如果醫院同意藥局的部分調 6 點，基層不同意的時候，這樣在支付標準的處理上會很奇怪，會因為處方來源的不同訂有不同點數，這在我們支付標準裡的結構上目前是沒有過的，這是針對醫院總額跟西醫基層總額有沒有要一致的說明。

另外關於藥局調 6 點，其餘調 10%，我們簡單說明一下，因為 10% 我們換算起來大概是大家一起調 5 點左右，這是大概換算出來的結果，那就像剛剛議程裡面有寫到因為我們鼓勵醫藥分業，處方釋出到藥局。所以這部分把藥局部分的單價，調整的單價訂在 6 點，就是希望符合到剛剛講的這個目的，其餘的話調 10% 大概是 5 點左右。占率的話剛剛有提到說預算的占率這次調了接近 8 億，在西醫基層我們總共預算 7.96 億，大概接近 8 億，占今年醫療服務成本指數改變率 20 億大概占到 4 成。

簡單做個說明，當時會把藥事服務費調整預算的占率占得比較多，一部分是因為今年的協定事項寫到要調到藥事服務費，因為考量到要符合協定事項所以我們有這樣子的規劃。另外是因為其實近年來陸陸續續在基層的醫療服務成本指數率調整，比較多是用在調門診診察費，

最近幾年，因為藥事服務費上一次調整的時候是 104 年，在前一次基層這邊調整的時候是 95 年，所以其實近年來藥事服務費在基層這塊比較少有琢磨到，所以我們今年調整了它，相對來說占率也比較高。

另外剛剛有問到說，藥局總共調劑的件數，這邊我們有簡單的數字給大家做參考，在 108 年藥局調劑的件數有 1.008 億件，總共的錢是 56 億點，這樣換算下來平均每件是 55 點，這個數據給大家做參考。

另外剛剛何語代表有提到說西醫基層其實不是只有藥事人員，不是只有醫師，診察費需要調整其實還有其他的用人成本，我們這邊回應一下有關其他用人成本其實我們各個診療項目裡面在調整的時候，其實裡面都有包含用人成本、包含不計價材料還有房屋設備等等的成本在裡頭，所以其實我們在調整其他特定診療章的成本的單價時候，都有把用人成本放進去考量，以上先做這樣子的說明。

黃代表振國

第一個問題，所謂的...

吳副組長科屏

我補充一下，剛才劉淑芬代表有提到現在 CDC 加強做 COVID-19 篩檢，其實我們有去比較一下占床率的狀況，跟去年同期相比其實還是下降的，就是整個體系裡面的醫院占床率。當然因為 CDC 有一些隔離病床或者專責病床，這些 CDC 都有公務預算做支應。

另外本署在疑似的個案住進去時，這一塊其實我們也有提供是用雙人病床改成單人病床收治，比照負壓隔離病床支付。所以這一段其實我們署裡有考量了，以上。

劉主任淑芬（林代表綉珠代理人）

謝謝長官的回應，這一次因為 COVID-19，CDC 有很多應變措施，我們希望調整隔離病床住院護理費的目的，是因為隔離病房床的需求，跟未來傳染性疾病已不會再減少，它可能越來越多不同的狀況，所以

我們才會希望說把它調整到護病比大概 1 比 3 的照護，而我們現在 1 比 3 照護的護理人力，我們得到的支付標準連地區醫院加護病房的照護護理費都沒有達到，所以我們才會提說應該將這個納入急重難症 103 億當中，是有其合理性，符合所謂醫療成本變動指數做為調整急重難護理方面項目，因此，希望調整隔離病床護理費，這是第一個部分。

第二提到經濟病床是屬急性病床的床種，可是急性病床的床種卻因為照護病人的人數而有不同的支付標準，所以我們才會提出來，我們同時考慮到三個層級的衡平性，比例的分配，所以護理公會全聯會希望健保署能夠在這兩個項目能夠支持我們護理師公會的議案，否則我也覺得很有意思的一件事情，抱歉，冒犯健保署。就是我們上次 11 月 6 日來開會，開完會以後從頭到尾除了急診的費用有調，其他都跟署版是一模一樣的，我就會覺得大家來開會是收納意見，收納以後就結束，那叫大家來收納意見的意義何在？我有點質疑，大部分幾乎通通叫「如署版」，除了急診那部分有調整之外，我相信健保署絕對是有很大的誠意是希望跟大家多溝通嘛，但是我覺得呈現出來的會議資料看到什麼呢？健保署很用心做，可是好像誠意不太足，謝謝。

黃代表振國

謝謝署這邊很用心的回答。第一個，沒有回答平均每個社區藥局要調幾件，因為這個是署方要調的。第二個很重要，我們吳醫師也講西醫基層都很願意只調 1 到前 30 個，很希望署方也能針對不管生意好還是不好的藥局都能夠照護，但不要錦上添花雪中送炭我都支持。

還有 6 點怎麼算的，如果如你所說，我們西醫基層的診察費調了很多次，但是藥事調劑費不僅還沒調，現在平均已經是 55 點，而目前西醫基層診所的調劑費最高只有 45 點。剛剛沒有回答，只有西醫診所需要配合醫藥分業，那為什麼醫院端不用配合醫藥分業？如果這個邏輯是成立的，我們願意配合，該釋出的都釋出了，讓病人有自主權很好，但是為什麼醫藥分業在診所端有這麼大的差異？當然我不是叫你

去改醫院，而是既然造成診所與藥局出現 15 點至 24 點的差異，那為什麼在西醫基層分配這麼少的錢？當然錢夠我都沒意見，如果錢夠我都支持，但如果錢不夠的時候我們真的很難接受。

還有成本分析，今天不管是哪個機構都有成本。還有剛剛長官說的，在診療費已經都反映了西醫基層其他專業人員的薪資，這個是好問題，非常大的好問題。如果診所沒有明顯的診療費，我不知道怎麼反應。

另外，哪些治療項目有謹慎的考慮？因為我來開過這麼多次會，每個專科醫學會提醫療成本時的確很細心，但很多舊有的治療，譬如說外科傷口換藥，請問一下又如何去算？

顏醫師鴻順（賴代表俊良代理人）

主席、各位代表午安，其實西醫基層一直覺得這次調劑費的調整比例真的占比太大，我們不反對調劑費調整。剛剛長官也說上次的調整是在 104 年，可見我們並不反對調劑費的調整，但是有幾個原則：第一個，我們國內是實施醫藥分業雙軌制，不論在醫院還是在診所都是，所以不要讓在醫療院所裡的藥事調劑費，跟社區藥局的調劑費差距越來越大，這個對於在醫療院所裡工作的藥師是不公平的。第二個，這次調整的幅度之所以西醫基層一直沒辦法接受是因為，他的占比調到幾乎是占這次的 40%。其實長官誤解了何代表的意思，他講得非常清楚，醫療院所裡所有的醫事人員除了醫師之外，並不是只有藥師，我們都知道一個醫療院所的經營，屬於人力成本的支出大概占了 50%，今天把 40% 都拿來調藥師，那其他的醫事人員，比如護理人員要不要調、要不要加薪？其他的工作同仁要不要加薪？這些都用出去了，最後負責經營的醫師得到了什麼？只得到了點值下降。所以這個調整對院所來講、對其他在醫療院所工作的同仁來講，都不公平。我們並不反對調劑費的調整，但是希望是能夠兼顧到現實面，以及適當幅度的調整，要讓醫療院所有合理的生存空間，以上。

陳顧問瑞瑛（李代表飛鵬代理人）

我今天代表醫院協會，我只提一點，我剛剛也問了基層，他們的藥事服務費不是保障點值 1 點 1 元，可是醫院的藥事服務費是保障點值 1 點 1 元，所以這個會差異很大。我不知道說當我們剛剛講的，對於醫院的部分，我覺得藥事服務費加 6 點，其他是 10%，這部分我們還是維持，只是對於，因為這個保障點值，可能會在明年總額，部長核定以後大概要討論。

吳副組長科屏

已經討論，通過了，就比照 109 年。

陳顧問瑞瑛（李代表飛鵬代理人）

所以這樣固定點值差異就很多，我們一直要求，我們住院的，我們住院護理費也沒有保障點值，診察費也沒有保障點值，甚至於急診部的護理師非常辛苦，也沒有保障點值。所以為了衡平原則，這真的是要重新考慮，因為我不知道保障點值什麼時候討論過的。

主席

已經討論過了，總額研商，然後還要報健保會，固定點值也要報健保會。還沒有報健保會，不過總額研商會議已經討論通過了。

陳顧問瑞瑛（李代表飛鵬代理人）

所以我們不知道這個，要不要重新討論，因為差異很大，我們一直呼籲，尤其是住院的醫師診察費，因為我們那個是 24 小時，護理費也是 24 小時，他們很辛苦是三班制，所以本來健保給付就不符合成本，現在還浮動點值，所以真正醫師可以拿到的真的是很少，所以這個部分是不是要...我不知道我們醫院部門要不要重新趕快討論，因為這是下年度的事，11 日我們醫院協會自己有一個的健保委員會，是不是重新討論，然後再重新放。

主席

醫院總額固定點值的項目因為討論過了，沒關係，如果還有意見

儘速來文，因為那次會議也是大家共識不改變。如果有這種想法，你們要儘速來文。還有意見嗎？請朱代表。

朱代表益宏

就是剛剛瑞瑛代表提到的，署方已經討論過，確實在醫院總額已經通過了項目，就是維持 109 年。確實在醫院，醫院有很多的醫事人員，目前大部分除了醫師有一些績效工資以外，大部分都是醫院的薪水，所以這個保障，其實對醫事人員不大，因為他是拿醫院的薪水。但是對於整個支付標準的這部分，我覺得大家既然提，當然我下面講的，或許今天沒有辦法解決，但是我覺得應該要錄案，就是對於整個支付標準，所謂的衡平性，包括不同的專業人員他所得到的支付項目，甚至包括不同科別醫師的衡平性。我覺得或許署方從明年開始，整個支付標準應該啟動一些以成本為基礎的支付標準考量，當然我覺得這是大工程，當然也不是幾次，甚至可能會需要工作 1 年、2 年，但是我覺得總是有個開始的話，對未來支付標準所謂的健康性是幫忙的，經過這樣子的調整，各個科別各個專業人員，大家可以得到比較好的項目。我舉個例子，比如你有藥事服務費，但是在醫院檢驗科就全部都包在檢驗項目裡面，那復健全部都復健，所以這裡面其實是有很多的細節要去討論，但我不認為今天能討論。第二點，剛剛基層一直在強調特別是社區藥局的事情，我建議署方...

主席

我有在聽，因為你這個是很大的事情。

朱代表益宏

我現在另外講的是比較小的事情，是要建議署方，剛剛基層一直講說所謂社區藥局，大型連鎖社區藥局，甚至還有提到送藥到府的概念，我覺得這部分或許署方要考量一下這到底有沒有違法健保法，因為藥品要親自調劑、要解說，要跟病人做藥物諮詢，對於連鎖藥局他們對於慢性病處方箋這樣的處理，到底在健保上面是不是被允許，我

覺得署方確實要再往後做一些裁量。因為現在有某個社區藥局，他的健保申報一年已經超過兩億，比任何診所甚至很多地區醫院的申報量都還要大，這我覺得確實，署方這部分應該要回歸到藥師的專業，他做專業我們也給他報酬是應該的，但是如果他是大量，中間有一些並不是他專業在做，就用所謂的物流、快遞等其他方式，我覺得其實就已經違反現在某些規定，所以我認為署方這邊可能要去思考一下真的必要的話，有個專案來處理這樣的問題，我覺得這樣至少也回應西醫基層的問題。不然你今天調了，確實基層自聘的藥事服務費比較低，反而社區藥局的調劑費比較高，我覺得既然他拿的調劑費比較高，當然要回歸專業，在醫院，我們都要求調劑的時候要親自 double check，還要親自跟病人做說明、講解。社區藥局到底對於，特別這些大型連鎖社區藥局有沒有做到這樣的專業服務，我覺得如果做不到，給他這麼高的調劑費就是不太應該，以上。

何代表語

主席、各位代表好，我在這裡提出就是第一個，健保署已經納入大數據的統計，但是剛才署裡長官的回答我認為不是這樣，因為你看，藥局，西醫基層藥事服務費，藥局調升 6 點，但是門診診察費調升 5 點，好像醫師調整比較藥師少一點，這感覺上就有點差別，包括精神科合理量外的診察費。另外一個就是，健保署已經有大數據統計，可是上次有個職能治療師，你從 550 元調升到每日 650 元，調升 100 元，其他沒有爭取的物理師、心理師、復健師等沒有來爭取，你就永遠 20 年、30 年都不幫他調整。所以我認為你這次應該要有一個衡平考量，所以我知道一下子，你們講的內容很龐大，我們也不是非常真的了解，但是我認為你今天既然...我是很贊成今天把醫院的藥事服務費暫時擱置，其他的醫院有共識先通過。西醫基層也擱置下來，牙醫藥事服務費也擱置下來，因為你剛才講到說醫院的藥事服務費跟西醫基層的藥事服務費跟牙醫的藥事服務費會有連結，既然有連結，我們今天把藥事服務費擱置下來，其他醫院的門診診察費、住院護理費、住院診察費、慢性精神住院、急診診察費，這幾項有共識就先通過，西醫基

層的部分擱置下來重新討論。因為現在整個醫院分科越來越細，有些部門的醫事服務人員都沒有考慮到，你要讓診所的老闆，診所的老闆就是醫師，要去承擔，而且沒有給他足夠的費用，在社會上的薪資考量上他是很大的負擔，而且承擔不起，因為他會看嘛。在診所當護士一個月多少錢，別人到醫院當護士就這麼高，我不知道護士到底多少錢，可是這樣的話，會讓診所找不到護理人員，包括醫事人員都找不到，差一點點是可以啦，有些人就在隔壁服務，可是如果差太大，未來診所也是很難經營。你要一直調整薪水，老闆就是醫師，你醫師給他的診察費又沒有提高，他的錢要從哪裡來。藥局也有賣很多藥，也有營業項目在銷售，所以我們認為是不是重新做一個衡平性考量比較適當，我提出來的建議是這樣。

主席

謝謝何代表，先李藥師再來黃醫師。

李代表懿軒

謝謝各位代表提供寶貴的意見，不過我這邊要強烈的聲明一下，其實調整藥事服務費，不是調藥師的薪資，因為藥事服務費是跟隨...包含醫師交付或者是診所藥事人員交付或者藥局交付，他的成本不是只有調劑的費用，還有包含藥歷管理還有藥品管理的費用，不是調整藥師的薪水，這成本應該是每個層級的醫療院所都存在的成本，所以藥師公會在之前的會前會的說帖都說明的很清楚。大家剛剛討論都著重在藥師，好像都獨益藥師或福利藥師，其實不是，是因為在整個藥品的費用成本，包含物流管理等等這些成本的增加，才需要調整。然後感謝署方的說明，藥事服務費調整就從95年到現在就調整3點，包含這次，這樣其實是很難去反應這些成本的提升，包含物流上面的成本跟行政作業上面的成本，都超過10%的幅度，我相信基層院所的前輩們都很理解這狀況，因為包含診所要去叫中盤的藥品都要湊到很多的錢才能叫。所以藥事服務費的調整，我蠻同意署方的調整，如果說考慮到衡平性，我想基本上支持署方的版本，但如果要考慮到衡平

性，通通調整 10%，我想藥師公會也是可以接受的，謝謝。

黃代表振國

謝謝何代表跟藥師公會的發言。其實社區藥局跟診所藥房的成本增加，診所可能占不到 1/10，現在健保費用申請的三個部分，分別是診察費、診療費還有藥費，大家知道另外兩個就不用看，有做才有，有用藥成本才有，所以診察費還有加上可能收的行政掛號費以外，其實包括診所的基本營運，還有行政人員、醫師、護理師、藥師人員，還有其他心理師、衛教師等等人力成本，重點在哪裡？我們今天為什麼特別談藥師？因為大家都知道人往高處爬，如果當社區藥局的待遇非常好的時候，你認為診所的藥師還留得住嗎？醫院的藥師還留得住嗎？所以現今現況如何？醫院也許夠，但目前基層診所自聘藥師的薪水差額都是從醫師的診察費去補，你可以去問所有的診所，現在光從調劑費來看大家都一目了然，都比在外面藥局少很多，現在差的 15 至 24 點都是醫師的診察費來補，因為唯有這樣，才能留得住藥師。今天如果藥師在社區藥局調 6 點，診所裡面只調 3 點，你認為另外 3 點誰要出？當然是從診察費再補出去。診所裡面，今天只跟藥師講說調薪水了，護理師也會反應啊，為什麼現在 COVID-19 我們包得緊緊在第一線，面對病人的是醫師跟護理師，所謂的防護裝備穿最多的就是這兩位，我就不知道署方怎麼算。藥師的成本我完全支持，但是同樣事情就不要再談了，我們今天要講的是如何解決問題。

還有剛剛朱益宏代表講得很好，我來講一下有名的送藥到府的那間藥局怎麼作業，第一個，他跟很多的養老院，尤其是安養中心合作，請注意聽，他們就讓藥師戴著口罩拿個小包包，跟 foodpanda 有點像，因為都騎著摩托車，直接送到各安養機構，大家都知道調劑應該要符合衛福部食藥署的安全調劑規範，我就不明白，今天拿個藥包把藥送出去，難道是回到以前原始沒有醫師的時代？如果在座年紀比較大的就知道，就是掛藥包，生病就去拿。這些送府到家的藥師，真的有做到剛剛藥師公會講的，把所有吃藥流程講得清清楚楚，尤其是躺在安

養機構不會說話的那些老人家？所以我覺得很納悶，如果這樣的行為違反醫療法，難道署方就不管嗎？現在有行動藥師，那以後是不是可以有行動醫師？像是我今天開車到北車開個行動診所，病人就來看？所以我覺得署方針對這樣的問題要解決。第二個，最近有個最被詬病的，剛剛的 drugpanda 怎麼做你知道嗎？現在還可以鼓勵病人把處方箋遺失，當我雲端藥歷可以查到他在台大醫院第一次拿藥的時候，我就跟病人講說第二次就不要了，我送到你家，你同時簽個切結說處方遺失，今年度所有的處方箋都送到你家，你也不用走出家門了，因為送藥同時讓你簽處方箋遺失切結書，所以以後民眾真的很幸福，都不用出門。

現在重點在哪裡？署方要說服我們成本怎麼算，為什麼動支，還有很重要的是，今年的非協商因素是 20 億多，大家別忘記現在已經 12 月了，我們 109 年都沒動到，其實我剛剛還沒有講到目前診察費的亂象，剛剛藥事調劑就很複雜，如果再提供現在西醫基層的診察費亂象，我想各位頭都暈了。所以重點是不希望以後的支付標準非常雜亂，我懇請署方可以認真考慮現在 109 年有 20 多億都沒動，包括不動之後累積到 110 年，可以再加上 10 幾億，所以如果考慮到生態的平衡、考慮到公平性，真的今天不要貿然決定，我們願意跟大家好好談解決問題。

今天有些政策包括醫藥分業、分級醫療等等，站在對平等、有利端的，我們盡力而為，藥局經營困難我們會考量，但是也不要忽視基層診所的存在必要，大家知道在越偏遠的地方，診所越多事，在台北市看不到診所，還可以到醫院看，但是在很多偏遠地區，都是老年人口居多，也就是老重殘居多，他們就醫是鄰近社區的診所家庭醫師照顧，請不要把這些診所都消滅掉，如果署方有照顧全民的意願，尤其針對未來老年人口，因為在 2025 年台灣會邁入超高齡老年人口，我希望制度能夠有未來性，能夠兼顧到照顧弱勢，希望今天針對西醫基層包括藥事調劑、內科調整部分，真的要認真思考，我們願意坐下來談，但是也拜託大家跟我們解決問題，當然不是要為難各位，說實在這些

幕僚都辛苦，我知道，希望大家一起來努力，謝謝。

主席

好，謝謝，還有嗎？

吳代表國治

我也呼應振國說的，剛剛何代表有提到，其實基層跟醫院，不是說一定要合在一起談，光看到調劑費，那個價格本來就不一樣，結構也不一樣，他們是分地區醫院、區域醫院跟醫學中心，而我們是分交付調劑跟診所藥師調劑，甚至兩個總額連點值有沒有固定都不一樣，所以哪有說一定是要綁在一起討論，我是覺得可以再談，那下禮拜四還有基層研商議事會議，而且說實在的，這個提案應該在基層研商醫事會議提的。

主席

好啦，因為研商議事會議已開完。

吳代表國治

之前在講離島假日開診獎勵的時候，主席還說同仁誤判，覺得可能不用經過研商議事會議討論，所以直接提案至共擬會議，我還翻了當時的會議紀錄。

主席

好好。

吳代表國治

還有總額研商議事會議，下禮拜五也還有共擬會議，都可以提啊。

主席

好，現在顯然，我覺得支付標準調整這個金額那麼大，絕對不要讓大家覺得太倉促，或者是大家覺得有很大的疑義之下通過，這都是

不好的，所以我建議一下，就是說，因為大家各自都有談一些大家覺得不滿意的項目，係各自表述。我們可不可以這樣，因為今天現場還有急診醫學會及精神醫學會列席，大家今天沒有談到這些，所以我們可不可以消去法，就是沒爭議的先過，以項目為主，不要全綁在一起，也許我們一項一項對一下，如果沒有爭議的，這一項就先通過，只要有爭議就保留，這樣好不好？這樣大家有沒有不同意見？請，朱代表。

朱代表益宏

我覺得是這樣，當然其實如果是這樣，那在醫院總額這邊就不予通過。

主席

對啊，所以那一項就得保留。

朱代表益宏

我覺得是這樣，因為這個事實上在醫院協會內部，我們理事長已費很大的力量來協調這件事情，三個層級啊。所以我覺得說，如果真的要拆開的話，應該是醫院協會這邊的整個案子去做一個網綁，去做處理。

主席

那這樣子的話，整個都不過囉，不能有些項目先過嗎？

朱代表益宏

不不，因為有爭議的你不不過，我覺得這個其實會造成他整個有一些會變形，就是說其實我們在談的過程中間是彼此有一些退讓的，有一些協調，那你現在把有爭議的全部拿出來，那全部都有爭議的時候，事實上連醫院總額都過不了都有可能。所以我是建議說，至少在這邊...因為我剛剛講，在醫院這邊翁理事長親自出來協調，那大家是有進有退，所以中間很多是所謂的忍辱負重，那我們都負了很大的重擔，對不對，如果主席現在要把醫院總額拆開，那到時候大家，藥事

服務費又有意見，門診診察費又有意見，內科也認為不要加，護理費也有意見，那整個醫院總額就不會過了嘛。

主席

那可不可以，聽到現在醫院裡面有意見的，剛剛雪玲講的應該沒意見了吧？何代表。

何代表語

主席我覺得不要把簡單的事情搞到非常複雜，因為我們腦筋實際上也很容易而已嘛，人家醫院的部分，現在你剛才講說西醫基層的藥事服務費跟醫院的藥事服務費，跟牙醫的藥事服務費是綁在一起的，那我們就很單純的，我們就把這藥事服務費，這三個層級的藥事服務費先把它剔除掉，先不要去管他，先擱置下來，所以人家醫院的門診診察費、住院護理費、住院診察費、慢性精神住院還有急診診察費，他們已經協調醫中跟區域、地區都有一個共識了，因為也沒有人，只有護理費爭取想增加，他沒有反對說不要提這個嘛，所以我認為這個部分應該要讓他先通過，那西醫基層比較有意見的，那西醫基層再重新去試算嘛，那牙醫的藥事服務費，實際上他們藥師、牙醫這邊都沒有意見，但是問題你是跟醫院跟西醫基層綁在一起，所以這個藥事服務費先拿出來重新思考，跟西醫基層做一個衡平性的考量，決定以後就回歸到醫院的藥事服務費跟牙醫的藥事服務費，那就很單純的事情，所以我的建議還是醫院的，除了藥事服務費以外另外 5 項他們都沒有爭議，我建議應該要一起讓他通過，不要再一項一項去討論嘛。

主席

我們沒有一項一項要討論，我們只是一項一項要讓他過，沒有一項一項討論。

沒有，是徵詢一下，不過大家的意見其實都趨近就是說今天能不能有所進展的就先進展，不要整個通通 pending 對不對？不要讓大家每次來都好像要再翻一次嘛，這是不好的。但是如果就醫院跟基層拆

開來看的話，當然基層今天不用講，就是一定要保留了，對不對？那醫院的部分，是不是可以全過這件事情我再跟大家確認一下，那剛剛對醫院部門有意見的大概就是護理單位，那你同不同意醫院協會現在的說法，說已經大家都有退讓，所以這是 ok 的。

劉主任淑芬（林代表綉珠代理人）

這個部分我們從來沒有清楚的說，有所謂的彼此協調，當初健保署找了各個公協學會代表討論各自的方案，我們提出的只有住院護理費，所以我們並沒有跟醫院協會這邊有協商過，所以這個部分，還是希望剛剛各個層級提到的問題，應該注意到適當的公平性，最後我們護理費這個部分，還是謝謝署方 5% 這個調整之外，另外加上兩個項目，一個就是經濟病房護理費的調整，第二個部分就是我們提到的隔離病床護理費，以上謝謝。

主席

好，朱代表。

朱代表益宏

主席我覺得住院護理費的爭議，其實護理師公會全聯會他是要再加的，所以這個項目其實不反對，除非他們說我不要這個 5%，我覺得調太多了，我要少一點。

主席

可是如果今天做下一個決議說先通過這個然後他也可以外加，那要外加的人可多，這恐怕不行吧。

朱代表益宏

所以我剛剛有講就是說確實在這個過程之中，是有很多取捨，那大家其實要的東西也很多，那我們地區醫院其實也要很多，譬如說我的假日門診診察費，我們也希望增加，但是你經費不足嘛，沒有那麼多錢，所以我剛剛有提就是說，如果真的在經費不足的狀況之下，那

你是不是放在明年度有經費時候，我們大家再來爭取，一起來爭取，但是你現在把它綁到一起說，如果這個不過那這個就不能過，那如果是這樣子，整個醫院今天就會過不了，所以我認為至少護理師公會全聯會對住院護理費這個案子，他們不會反對嘛，他們也沒有表示反對這個案子，他只是說他希望其他案子跟這個綁在一起而已，他只是這樣講，或是說我希望淑芬這邊是不是可以拆開處理，那如果不能拆開那就整個不會過嘛，那我們就整個住院護理費 pending 掉，對不對？各位連 5%都不要加，那就大家都 pending，住院護理費 pending 嘛。

劉主任淑芬（林代表綉珠代理人）

首先第一個，不好意思主席我可以發言嗎？事實上我們公會原提出 4 到 5 個項目，看到署版資料之後，特別是朱代表特別提醒我們要走一個區域的衡平性，三個層級的衡平性，所以非常謝謝健保署提供資料，我們為什麼一直強調經濟病床，因為護理師也是提供急症照護，可是他的急症照護卻沒有得到合理的支付，也就大家一直討論找公平性的這件事情。所以我們提出來就是三個層級衡平性，其實醫學中心占率只有 9%最少。

可是很多的經濟病房，分布在地區跟區域醫院，我們的護理師很辛苦，可是我們護理費居然是有著這麼大的落差，我覺得差異太大了，所以我們才會提出來，這個部分我們要優先，以及隔離病床護理費也要調整。然而其它部分，原來提的暫時都把它擱置，所以我們才會說，原來健保署的議案已調升 5%，謝謝署方提供我們的支持。只是這兩個項目，希望能注意到護理師在這個過程當中的努力，而這所謂公平性當中，特別是不應該因為病床數的什麼、照顧病人數的不同，而護理費有這麼大的差異，而且是倍數的差異，我覺得是對護理師很不公平的，所以才會希望把它放在這裡面，對於「如果不是拿 5%的話，就整個住院護理費 pending 掉」，我覺得請不要隨便抹殺護理師的努力跟辛苦。第二件事情，我們從來就沒有跟前面公學協會的協調過，當初也是署裡按照住院護理費項目找我們協商，我們提出我們案子，以上。

主席

等一下，這樣子好不好，如果醫院協會各執一詞，醫院協會與護理單位可以出去先協調一下嗎？如果不行的話，這案就先不要通過。

朱代表益宏

那個醫院協會其實我剛剛一直在強調翁理事長已經跟三個層級都協調過，大概就是以目前署方的版本，這個大家能夠接受的底線，中間大家事實上有許多東西是犧牲掉的，包括醫學中心也犧牲很多，區域醫院也犧牲很多，地區醫院也同樣的。那在這個過程中間，我覺得是一個名詞的就是妥協嘛，我剛剛也對這個護理師公會淑芬，你說其實在護理費的調整上面，確實不是很完整，但是經費有限，不可能把這些東西綁在這裡面讓他一次調足。

那在上一次開會我也提到說，譬如說地區醫院的護理費也偏低啊，但是在這邊我覺得這個都是一些妥協，所以我認為先用這個版本，至少護理師公會也不會認為說5%要撤掉。所以我覺得至少先就署方的醫院協會...就是署方對醫院總額的版本先處理，至於剩下那一部分，有爭議的那一部分，我覺得如果有經費大家再來談。如果有時間還有經費，大家可以再來談。但是如果說這樣就整個 pending 掉，對整個醫院協會，那我覺得我們回去對翁理事長沒有辦法交代。

何代表語

主席我要補充一下，我們因為在醫院總額協商的時候，協定的事項是急重症護理費而已，既然今天是優先，因為今天第一次開會，今天第一次開會叫做優先嘛，第二次開會就是比較慢來，所以我認為我們並不是反對護理師爭取他們的經濟病床、隔離病床增加費用，我沒有反對。但是我覺得既然我們決定的是優先急重症護理費，我們應該今天先把急重症護理費調好，調好以後後面還有錢，我們再來第二次他們爭取的經濟病床、隔離病床我也不反對。但是你今天不能包裹式的把經濟病床、隔離病床要納入急重症護理費裡面，我認為這樣是不

妥的。我不是說爭取護理費不對，是可以的，但是我們有優先順序。

我的看法，我也沒有反對說藥事服務費不調，我也是支持調，但是我認為調的過程裡面，其它有爭議的部分，重新做一個整體考量跟評估，做一個很適當的調整，調整這個藥事服務費。我也不是說反對調整藥事服務費，我也是支持調整，但是調整的過程裡面，要兼顧目前你們醫事人員的分科越來越細，考量到每個人的衡平性才對。所以為什麼我今天要跟護理師公會講的就是，如果你今天住院護理費這項再有爭議，要不然你這一項就不是優先了喔，你這個急重症護理費不是優先就變成次優先，要改到下次再去談，是不是變成會這樣子？

劉主任淑芬（林代表綉珠代理人）

代表，您誤會了一件事情，經濟病床事實上是急性一般病床，他就是你所謂的急重症裡面的急性病床，只是他的名字叫做經濟病床，因為5個人住在一間，他是屬於急性病床的一種，但支付卻是非常的不公平。第二件事情我們提到隔離病床，隔離病床就屬於急重難症的，否則他不會住到裡面去，所謂匡列的這些急重難症的住院護理費，我們所提的這兩個項目，都是符合這個精神的，跟代表做個回報。

何代表語

主席那我也請問一下，你這裡表怎麼住院護理費點數調升5%，除慢性病床外其餘病床，其餘病床是不是有包括這些？

主席

有啊，他們覺得調的比例不夠，就是他講的經濟病床及隔離病床還要調更高的比例。

何代表語

這樣子喔，那調高比例是你們內部去調解喔，就不是我們。

主席

請碧珠。

劉代表碧珠

我可以理解淑芬他的意思啦，因為坦白講我必須要支持啦，但是預算有點不足。就像我上次提到的，病人出院當天的護理費，健保沒有支付這點就不合理嘛。同樣他提到的意思是，我同樣照顧這個病人，不會因為你住在頭等房或是住在經濟病房，我們努力照顧的時間，所以不應該有不一樣的這個支付點數，他的意思應該是這樣。所以他希望調整這一類重症病人的住院點數。

可是他現在錢不夠，其實也許如果照這樣算起來，假設這張試算結果多了他們要調的這個比例的話，好像兩億，其實這樣好像也不是很多，是不是可能的話你一併把它放進來，這個案子我就一併讓他通過，我不知道這樣可不可以，因為我們並沒有把錢用完，那事實上這樣的調整對護理人員的付出給予一定的肯定，我個人是這樣支持，以上。

主席

今天醫院總額的金額是 80 億，預算是 103 億，還有 23 億，剩下的 23 億要用來調整特定診療章。基本診療章現在就已經用掉差不多 80%，所以如果這個地方再擴大，特定診療章可能就被壓縮，而且本來基本診療章也沒打算用這麼高的比例，現在又增加了。這些都是一來一回的過程，所以淑芬你看呢？

劉主任淑芬（林代表綉珠代理人）

我再一次懇求拜託大家，經濟病床這個部分，它真的對護理師照顧很不公平，他一個人顧 5 張病床，已經夠辛苦了，結果你給她這麼低的住院護理費，我覺得真得是非常非常不公平，所以我們希望，至少經濟病床的住院護理費，你應該支持它。隔離病床你說未來，經費要怎麼訂，明年我們可以再協調。可是連經濟病床護理費，這麼一個卑微的調整，我都覺得是對護理師的基本尊重，是希望各位代表能支

持，那我們非常謝謝區域醫院協會代表的支持，謝謝。

主席

這樣就會多 2.28 億，而且這個 2.28 億應該是分布在區域醫院及地區醫院比較多，大家覺得怎麼樣？大家有沒有意見？剛剛護理師護士公會表示不然隔離病床先不處理，只處理經濟病床。經濟病床如果調升與一般病床，我現在講的是護理費不是病床費。如果護理費調成一樣需要增加 2.28 億，這個 impact 是區域醫院及地區醫院的占比較高，醫中的經濟病床比較少，醫中很多都是差額床。剛才隔離床是 1.76 億，這樣加起來的話是 4 億，會壓縮到特定診療章可以調升的空間。

朱代表益宏

站在地區醫院協會理事長這裡，如果護理師公會要調，我當然雙手贊成，因為在地區醫院，確實是他們真的是比較幫忙，但是我剛剛一直沒有發言，因為其實是經費的問題，牽一髮而動全身。今天這邊在增加的時候，別的地方就要少，那到底是那裡去少。所以我剛剛我強調的是說，當然署方如果說增加 2 億多 ok，這麼下去，那我也支持。

我也支持碧珠區域醫院這邊認為可以協調，但是如果署方這邊如果真的認為已經沒有什麼空間了，因為專科的特定診療章一定要調，因為特定診療章，其實地區醫院拿得很少，大部分我們是拿不到，但是我們也支持署方的版本去調整特定診療章節。這個我覺得就是剛剛有強調的是大家有進有退，大家既有的互相取捨。所以我才認為說，如果署方真的已經覺得很緊的話，我也建議護理師公會全聯會，這個或許把它放到下一次的經費，大家一起來努力，因為對地區醫院好的，我一定會支持。

但是如果說，確實也沒有錢了，我覺得站在我的立場，我覺得也要替署方考慮一下，因為原來的草案，我們在會前會的時候就很吃緊，現在確實又擠壓出來，大概 15 億放在這邊，我覺得做為地區醫院協會，我覺得署方已經是盡了最大的力量來調升基本診療章。因為如果放在

特定診療章節去調整，地區醫院絕對吞不下去，因為地區醫院會拿不到，對不對，所以我覺得這就是一個取捨過程。所以我是建議，當然第一個如果主席認為 2 億多還可以，那當然大家可以接受，我也同意啦，但是署方說經費已經很緊張了，增加 2 億多都已經很困難了，那我也同意署方，也拜託護理師公會全聯會下一次在明年度如果有機會再一起來爭取，以上。

主席

好，那現在是，這一位是？

許常務理事美月（郭代表素珍代理人）

請可以多支持，我是代表中華民國助產師助產士公會全聯會發言，尤其在今年特殊疫情當中，護理人員真的是非常的辛苦。上一次會議我們討論的是有關出院當日護理費給付的問題，因為明年總額研商過了，所以得等以後。今天護理師全聯會提出此案，也退了一步了，我是非常支持應該通過剛剛講到的經濟病床的部分。因為過去也在醫院擔任護理主管，護理人員不會因為病人住在什麼樣的病房而有不同，護理照護都是一樣的，都要符合醫院評鑑及健保給付的要求，都是必須去完成的。所以期待，也是支持今天護理師全國聯合會提案，剛剛已經講到有關隔離病房等年後再考慮，這個決議會對全國的護理人員會是很大的支持，尤其在醫院裡面，工作最多的人員，還是護理人員，所以，以上希望大家支持。

主席

好，那這個大家同意嗎？我們醫院的代表。

李代表偉強

如果坦白說，以辛苦來說，我覺得隔離病房的護理人員更辛苦。

朱代表益宏

暫時先不要動啦，維持署方調整。

主席

那可以明年再說嗎？

劉主任淑芬（林代表綉珠代理人）

還是拜託各位先進支持我們，讓經濟病床先過，因為其它的部分，明年度要調整的變數很多，每天都有 variation，如果把所有東西都掛在明年無可預期的目標，那可能叫做是一個 vision 而已。所以我是希望把 vision 變成現實面能夠實施的話，請各位代表支持我們，讓我們的經濟病床先過，讓夥伴們無論在什麼地方工作，他不因為照顧 5 個病人，而有所差異住院護理費，它是相連動到醫院層級的病房住院的護理費。而且這個部分，如果署方有經濟考量，我相信署方的數學非常好，當初的資料很多，稍為調整一下，2 億的這個部分經費，可以支持我們護理師公會，麻煩，謝謝。

主席

我們要整包嗎？還是住院護理費，我們就暫保留。

李代表偉強

其實我在想，其實之前正如朱代表所講的，我們醫院協會三個層級已經討論很多次，可能掛一漏萬，漏了護理師公會跟藥師公會，因為以後類似，以今天的模式，以前是跟 3 個醫院公會一起討論，現在變成要掛護理師公會等要一起討論，要不然會變成本來討論好的東西，因為一點小事就把它卡住，如果這樣子的話，我們這邊現場，因為我們理事長也在這邊，所以理事長，因為搞不好，連我們這邊都過不了，那變成下禮拜再討論。

主席

所以我們現在，等一下，我們再發言下去的話，這件事情，我們可不可以二選一，一個是兩個有爭議之單位先出去外面談一談，看有沒有結果；不然這個項目就要保留，其他的先通過。

朱代表益宏

今天因為翁理事長沒有來，但是我想說其實在醫院協會內部，翁理事長已經出來協調過很多次了，那我今天是醫院協會的副理事長，我代表翁理事長，那我支持淑芬的版本，以上。

主席

這個很難，因為醫院協會有個版本，但是今天會議代表們都是平等的，代表們都是代表各個團體。所以建議醫院協會以後內部在商討時，類似這些特別的團體，一定要邀集一起討論，否則各位代表們在這裡發言。對健保署來講是每一個代表都是一樣的，好不好。請何代表。

何代表語

主席，各位代表，我理解護理師公會的代表一定要爭取到這些經費的壓力和動力，我們也是很佩服護理工作人員。可是在去年曾經有在分配地區醫院費用的時候，當初沒有說分配到護理師，但是最後我們還是有剩餘的錢，還是爭取 3% 分配給它，所以我們不會說因為有多餘的錢就不支持給護理師的調整，從來沒有這樣子。但是我的感覺是說既然他們有這個整個醫院協會部分，三個層級都有共識跟協商的案子，我們是不是該讓它先通過。至於這個護理師公會在爭取的這個部分，如果像後面還有那筆 20 多億左右，20 多億如果在分配上有剩餘的部分，我們就優先給護理師公會爭取的這樣方向，這個是第 1 點。

第 2 點我們也可以在明年總額的時候，能夠支持這個護理師公會的要求，希望把這些經濟病床、隔離病床增加的費用，我們能夠支持它有這筆費用來做明年度的調適，我的意見是這樣子的。要不然我們以後，他們大家都協商好了，送到這個共擬會議，這樣，有那一部門又一直爭取的話，案子拖很久而且又不通過，這樣好像...應該先通過，先拿到錢的部分是最好，後續的再來爭取費用，我的感覺是這樣。

主席

好，現在請大家要二選一，一個就是麻煩醫院協會跟護理界要不要出去談一下？醫院協會代表的是醫院，但醫院協會代表比較像是經營者的角色，是整體面的。護理師護士公會是代表護理界，都是對醫療體系非常有貢獻的人，今天沒有經營者也就沒有醫護人員，但是護理界也是提供很多服務，是醫院主要的醫療人員，所以大家互相尊重。

所以我建議，現在是 4 點 49 分，你們出去討論 5 分鐘好不好？然後本會繼續先跟西醫基層談一下，這樣比較節省時間。10 分鐘？好。那就麻煩你們移位，與醫院總額有關的代表就先出去談一下，再回會議上告訴大家結果這樣好不好？

西醫基層的部分，但是現在聽到大家的訴求，我覺得我們可以找出折衷點，但是可能一年是解決不了這些問題，但是如果今天只談一年，因為也不知道明年會發生什麼事情，所以你們的想法？今天可能不能通過對不對？如果通過你們回去很難交代。但是有什麼方法是大家覺得一個禮拜比較能夠得到共識的方法，要不要現在先提出來我們兩邊一起評估可行性。等一下醫院代表 10 分鐘後進來，也要宣布他們要如何處理，你們要如何處理，有沒有比較好的積極的建議？

黃代表振國

部長想要照顧藥局的心情可以理解，但這不在總額框架裡面該有的範圍，建議防疫的獎勵應該從額外的預算編列，而不是用既有的總額去模擬。藥師調劑費也不該區分成社區藥局的藥師還是診所的藥師，因為他們貢獻度是一樣的。我們訴求很簡單，第一個，本來不應該存在的差距應該彌補，這個差距已經發生的就算了，現在不應該讓他們差距更大。

第二個是，如果這個經費不是在既有的非協商因素裡的金額就能夠支付，我們沒有意見，但是希望調藥師的時候，也可以調到其他的醫事人員。而且這次疫情影響最多的是耳鼻喉科、小兒科還有家醫科，這些科別在防疫政策上真的受傷很重，以一個經營者的角度，在基層能夠活下來，診察費一定要有前面 1 到 30 人次的部分，因為這是我們

最基本的收入來源，這個一定要重複的調整。剛剛大家看到的，光調藥師調劑費這個表就很麻煩了，如果各位有看過我們醫師診察費的部分，包含調劑、釋出，還有區分精神科、山地離島，看到這個表都暈了，老實講我也搞不太懂。

所以為什麼我們第一個是希望照顧所有的基層診所，只調 1 到 30 人次診察費，而且讓診察費能夠調到一致，那才是以病人為中心。讓支付標準只有看小孩的加成還在，像是 4-6 歲是小兒科獨有 20%，1-3 歲以下所有科別都有 20%，以及老年目前是 7.5% 的加成還在，才是以病人為中心。看的疾病相同，診察費應該是一樣的，差異只有在剛剛講的診療費的差異。譬如之前通過的心臟超音波，心臟超音波只有心臟內科能做，有些特殊的檢查只有某些專科能做，我們都予認同，包括陰道超音波只有婦產科能做，這個我們認同專業處置的診療部分。但是診察費的部分，我們希望能統一，統一以後老實講各位也很輕鬆，但現在的問題就是面臨到今年只有 20 億，不足的地方，如果能夠通盤的考量，我相信會有圓滿的結果。

主席

我知道黃代表的說法，確實是沒有每一科都調，基層在過去就是外科、婦科、兒科加成，特別是兒童的部分。現在是那些科已經以前優先調過了，過去好幾年都已經優先得到好的支付，現在是後面這些，其他落後調的科，也對外科、婦科、兒科已經有交代了，現在接下來的這一些要怎麼辦？

因為預算也不是一次可以到位，現在看起來是這樣，今天有兩個問題，一個是藥事服務費，還有一個是門診診察費的部分。今天是不是就西醫基層的部分保留、先不通過？大家再重新思考一個比較長期的調整方案，一年一年這樣子調是沒有連續性，但是我們還是要顧及到每年的預算是有限的。雖然是三年的調整計畫，第一年如何調，第二年如何調，第三年如何調？是不是可以把這個 plan 提出來，不然每年這樣子談大家都非常的辛苦，而且永遠都是爭執不下。如果可以

話，我們就是朝這個方向，好不好？

另外一個是藥局藥事服務費的部分，也許我們還是要跟醫院是一致的，所以這部分也是把納入討論的範圍，這樣好不好？好。這樣子我們今天大概是牙醫跟西醫基層就保留，但是保留也不能保留很久，下個禮拜就要有做決定，因為總額的核定也要在年底之前完成，這樣子可以嗎？大家彼此有個默契，這個事情是不能再拖，頂多再延一個禮拜，這樣子可以嗎？我們跟基層雙方一起討論未來幾年的調整計畫，大家覺得比較合理的方案，以分階段的方式來達成。至於今年還是有今年的做法，這樣子可以吧？

吳代表國治

所以是調劑費的部分暫時到下禮拜五再說？

主席

當然，但是原則上藥局調升藥事服務費的部分希望能跟醫院是同步的，相關的配套方案等之後坐下來談的時再來好好商量，這樣好不好？

吳代表國治

這樣調升的6點應該也是一個禮拜後一起談吧？

主席

當然，也是一個禮拜之後討論，李醫師。

李代表紹誠

所以在下禮拜之前，我們還要再跟署本部這邊約。

主席

對，要約時間，請大家把時間留下來好好地一起討論，好不好？這樣西醫基層跟牙醫就確定了。請施教授。

施代表壽全

我本來是有個建議，因為診所的藥事服務費跟社區藥局本來就有差距，那這個問題，你要在一個禮拜之內去談改變，我是覺得不可能。如果像藥師公會代表說，同樣都調 10%，這樣差距還是會擴大，所以是不是今天就針對同樣都調 6 點，這樣差距沒有擴大，但是大家都能夠有個結論。

吳代表國治

這樣會牽涉太多費用，還要再討論。

黃代表振國

那個我們會列入考慮。

主席

對。

施代表壽全

我只是說建議這樣，今天才能夠解決這個問題，沒有...你要整盤考量，那就...

主席

就是很難一步到位，可能要分階段處理，譬如施代表建議這次診所都各調 6 點，可是西醫基層認為這樣子藥事服務費所占的預算比例又更高了，他們 argue 的是這部分，所以僵持不下，所以今天我們也不要再討論了，好。有答案了嗎？有沒有 happy ending？

劉主任淑芬（林代表綉珠代理人）

有有有，我們有 happy ending。

主席

真的，好，那是怎麼樣？

劉主任淑芬（林代表綉珠代理人）

因為我們大家共同討論之後，就是謝謝大家的支持，我們就把所謂的經濟病房的護理費還有隔離病房的護理費，這2個部分加起來的調整，就是2億1千多萬。

主席

沒有，是4億。

劉主任淑芬（林代表綉珠代理人）

我是說我們把兩個項目調整都予以減半，兩個合併加起來的費用，總費用控制在2億1千多萬左右，以這樣的方式來做調整，也謝謝署裡支持我們，也謝謝各位代表的支持，這是我們的共識。

主席

這是外加嗎？就是80億再疊上去？

朱代表益宏

再加2億。

主席

是調一半嗎？

劉主任淑芬（林代表綉珠代理人）

是。

朱代表益宏

我補充一下，就是因為其實我們也考量到署方在特定診療費那邊的壓力，所以我們...，因為護理師公會還是希望2項都...，然後他們當然優先是希望調經濟病房。醫學中心那邊也認為說隔離病房也很重要，所以變成這2項最後都難以取捨，難以取捨最後經費上大概需要4億多，那我們也考量說署方經費上有很大的壓力，所以協調護理師

公會，公會那邊把他們的調幅減半，這兩項減半就大概維持差不多在 2 億左右，或許署方如果核算一下，如果經費還在勉強可以接受的話，這個是我們三個層級跟護理師公會全聯會的共識，如果可以這樣子的話，就是變成額外增加 2 億左右的經費，那醫院協會的版本就以上。

主席

好，所以這個是 happy ending，但是這個並沒做到所謂的經濟病房調到跟一般病房一樣，剩下的以後再說？

劉主任淑芬（林代表綉珠代理人）

先調 50%，然後我們擇年之後，我們再陸續調整。

主席

以後再談，逐步達成，請李代表。

李代表偉強

其實我們這個模式也給其他還在進行中的一個參考，很多時候它是逐步調整，不可能一步到位，我想說大家有多少錢就做多少事情，請大家參考。

黃代表雪玲

不好意思，署裡面去算...

主席

已經算好了，這些都是現有的資料，差不多是 2 億，接近 2 億。

黃代表雪玲

那這樣子是經濟病房調多少？

主席

經濟病房調 1.14 億，是調升幾點嗎？調升點數要再計算，下一次

會議報告。也就是經濟病床調 1.14 億，隔離病床調 0.85 億，這樣好不好？

朱代表益宏

下禮拜會確認嗎？

劉主任淑芬（林代表綉珠代理人）

主席可不可以麻煩把這個結算數字給我們公會？謝謝。

主席

會，下禮拜會把這次醫院調整後的結果用報告案的方式，請大家確認。今天是初步通過，下禮拜再確認，這樣好嗎？好。

黃代表雪玲

主席我要提一下，就是那個討論 1-14 括弧四的第 2 項內科裡面寫了很多科系，包括內科、神經科，其實他漏寫了一個老年醫學科，老年醫學科是在 104 年的時候從署裡這邊分出來又新設了這個科別，他其實過去是在內科，開始有一些老年醫學的發展以後，變成這個科把它獨立拉出來。

主席

我們這個是用部定專科嗎？請說明一下。

黃代表雪玲

這是部定專科嗎？我們申報有這個科別。

陳科長依婕

我們看一下討 1-14 頁，剛剛有提到的括弧四加成科別，這邊講的是醫院的加成科別裡面的內科，裡面包含內科、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科。這些目前我們在支付標準上寫

的文字，確實我們查申報格式老人醫學科是在 104 年才在我們的申報格式裡面的就醫科別所加進去，如果按照現在的支付通則，其實老人醫學科是沒有辦法獲得內科加成的，以上說明。

主席

至少現在算的數據是沒有包括的。

黃代表雪玲

那我覺得因為其實是署裡鼓勵他分出來，把這科別...過去是在內科，如果他預算不多的話，因為有設這樣的科別畢竟比較少，因為其實是漏算了他，而且現在其實老人變多，老人人口，剛剛基層也講老人照顧特別複雜困難。

主席

這樣子好不好，這一項今天沒有通過，下禮拜一併把這一項算出來，大家確認後再處理，這樣好不好？大家回去時也想一想會不會有其他問題，周延一點再確認，這樣好不好？

今天也謝謝現場等很久的精神醫學會及急診醫學會，因為沒有爭議，故未請您們發言，但你們也見證大家這麼多的討論，你們部分都是全數通過的，感謝你們。

時間也要 5 點了，今天的討論大概就只能先到這裡，還有未盡事宜的部分就下次會議再繼續努力，好不好？謝謝大家，我們今天就開到這裡，謝謝。