

「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」

108 年第 3 次臨時會會議紀錄

時間：108 年 12 月 26 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	沙政平(代)
黃代表雪玲	黃雪玲	吳代表國治	吳國治
林代表富滿	林富滿	李代表飛鵬	李飛鵬
游代表進邦	(請假)	許代表世明	吳迪(代)
李代表佳珂	李佳珂	羅代表界山	羅界山
郭代表咏臻	郭咏臻	林代表綉珠	林綉珠
劉代表碧珠	劉碧珠	李代表懿軒	李懿軒
嚴代表玉華	嚴玉華	朱代表世瑋	朱世瑋
羅代表永達	陳志強(代)	林代表鳳珠	林鳳珠
謝代表景祥	謝景祥	郭代表素珍	許美月(代)
林代表茂隆	林茂隆	杜代表俊元	(請假)
朱代表益宏	王斯弘(代)	梁代表淑政	梁淑政
李代表紹誠	李紹誠	何代表語	何語
林代表恒立	林恒立	葉代表宗義	葉宗義
王代表宏育	林誓揚(代)	馬代表海霞	馬海霞
黃代表振國	黃振國	蔡代表麗娟	蔡麗娟
賴代表俊良	賴俊良	紀代表志賢	紀志賢
張代表孟源	張孟源	施代表壽全	施壽全
吳代表清源	吳清源		

列席單位及人員：

衛生福利部全民健康保險會	馬文娟、邱臻麗
衛生福利部社會保險司	周雯雯
中華民國中醫師公會全國聯合會	王逸年
中華民國牙醫師公會全國聯合會	潘佩筠
中華民國醫師公會全國聯合會	吳春樺、林筱庭
中華民國藥師公會全國聯合會	洪鈺婷
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	宋佳玲
台灣醫院協會	林佩荻、曹祐豪、顏正婷、 吳心華、王檜強
財團法人高雄醫學大學附設中和紀念醫院	陳佩佩
台灣病理學會	賴瓊如、杭仁鈺
台灣氣喘學會	江啟輝
台灣胸腔暨重症加護醫學會	林慶雄、林聖皓
本署臺北業務組	賴燕貞、莊茹婷、王文君、 黃芑青、朱沛語、黃昭瑤、 盧宛伶
本署北區業務組	廖智強
本署企劃組	黃珮珊、陳泰諭、邱婉婷
本署醫審及藥材組	黃育文
本署醫務管理組	李純馥、吳科屏、蔡翠珍、 王本仁、王玲玲、林右鈞、 陳依婕、許博淇、楊瑜真、 林美惠、簡詩蓉、鄧家佩、 沈瑞玲、黃思瑄、宋宛蓁、 蕭晟儀、黃怡娟

一、主席致詞：略。

二、報告事項：

(一) 修訂第三部牙醫支付標準及全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫。

決定：洽悉，修訂摘要如下。

1. 同意修訂第三部牙醫支付標準，詳附件 1，P6~P19。

- (1) 新增「顎顏面外傷術後初次門診檢查與照護費」(支付點數 2,500 點)，及「顎顏面外傷術後照護費」(支付點數 1,000 點) 2 項診療項目。
- (2) 第一章門診診察費拆分為「一般牙科門診診察費」及「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費」兩節。
- (3) 配合全面提升感染管制品質調升診察費 35 點，修正「符合加強感染管制之牙科門診診察費」(編號 00129C、00130C、00133C、00134C) 診察費名稱及刪除編號，併新增 00305C~00310C 共 6 項診察費。及新增符合牙醫門診加強感染管制實施方案之 X 光初診診察費共 3 項、特定身心障礙者診察費共 4 項。
- (4) 通則新增「牙醫夜間急診案件申報特定處置費得加成 50%」，及「離島地區牙醫基層診所假日申報山地離島地區門診診察費得加成 20%」規定。
- (5) 修訂 90003C「恆牙根管治療(三根以上)」診療項目名稱，及修訂 91003C「牙結石清除一局部」等 9 項診療項目支付規範。
- (6) 另請中華民國牙醫師公會全國聯合會配合本次全面提升感染管制，向民眾宣導如何辨識就醫之院所已落實執行牙科感染管制之作業，以達全民監督之效果。

2. 同意修訂牙醫門診總額特殊醫療服務計畫，詳附件 2，P20~P83。

- (1) 服務人次由 128,700 增加至 160,000 人次(增加

24%)。

- (2) 居家牙醫醫療服務費用自 109 年起改由本計畫支應。
- (3) 新增醫療團提供一般護理之家牙醫服務，並由衛生福利部護理及健康照護司提供一般護理之家名單。
- (4) 增列申報牙周病統合治療第一至第三階段支付(支付標準編號 91021C~91023C)，不得再依病人身心障礙等級別計算加成費用之規定。
- (5) 增列屬居家牙醫收案條件中「特定身心障礙者」或「失能老人」者之居家牙醫醫療服務部分負擔，依牙醫門診基本部分負擔計收之規定。

(二) 修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準西醫基層門診診察費中文名稱及通則增列西醫基層離島假日開診之獎勵措施案。

決定：洽悉，修訂重點如下，詳附件 3，P84~P96。

1. 原 108 年 9 月 1 日公告刪除 00197C 等 30 項「開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑」「連續」二字，恐造成擴大給付範圍及申報次數疑義，故將門診診察費名稱修正為原「開具慢性病『連續』處方」。
2. 通則新增「離島地區西醫基層診所假日開診申報山地離島地區門診診察費得加成 20%」。

### 三、討論事項：

(一) 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增「水通道蛋白 4 抗體」等 2 項診療項目暨修正支付標準文字案。

決議：同意增修訂內容如下，詳附件 4，P97~P104。

1. 新增「水通道蛋白 4 抗體」(支付點數 1,781 點)，及「PD-L1 免疫組織化學染色」(支付點數 5,984 點)二項診療項目。
2. 配合藥品給付規定，伴隨式診斷通則新增「院所申報各診療項目須按『鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案』規定，上傳檢驗(查)結果報告，未上傳者不

予支付」之規定。

3. 配合本署全球資訊網改版，修訂五項通則之支付標準通則資料路徑。

(二) 有關 109 年度「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫方案」。

決議：同意修訂，修訂重點如下，詳附件 5，P105~P137。

1. 新增 476 項「檢驗(查)結果」即時上傳獎勵項目，實施初期 3 個月內 (109 年 1 月至 3 月)，於費用年月次月底前上傳即予獎勵；自 109 年 4 月起，須於報告日 24 小時內上傳。
2. 新增 10 項「醫療檢查影像及影像報告」即時上傳獎勵項目。
3. 配合支付標準「伴隨式診斷」新增院所須上傳檢驗(查)結果報告通則規定，並考量因上述通則規定新增之診療項目尚未列入本方案上傳獎勵範圍，為免每次增修診療項目皆須提至共擬會議討論，將於方案中明訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定須上傳檢驗(查)結果之診療項目，列入本方案上傳獎勵範圍」。

(三) 修訂「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」。

決議：同意醫院層級院所放寬醫院收案條件為「最近 90 天曾在該院所由符合參與本方案的醫師診斷為氣喘，至少就醫達 2 (含) 次以上者」；西醫基層院所則維持原計畫之收案條件。詳附件 6，P138~P153。

四、臨時動議：

五、散會：下午 4 時 50 分

# 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

## 第三部 牙醫

通則：

- 一、醫事服務機構實施牙科診療項目，除本部所表列外，得適用本標準其他章節之項目。
- 二、牙科治療項目應依循「牙醫門診總額支付制度臨床治療指引」施行。
- 三、牙科門診分科醫師親自執行轉診個案醫療服務，應依「全民健康保險轉診實施辦法」規定辦理，符合下列規定者，得申報百分之三十加成費用。
  - (一)醫師資格：符合下列任一資格者得檢附相關資料，提供牙醫總額受託單位彙整後，送保險人分區業務組核定，已核定者次年如繼續符合資格，得繼續沿用：
    - 1.具主管機關發給之專科證書或牙髓病科、牙周病科、兒童牙科及牙體復形各分科學會相關專科證明之醫師。
    - 2.全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫執行院所之醫師，其轉診範圍限(二)之第7項範圍。
    - 3.以醫師為單位，前一年度申報轉診範圍各科別醫令費用在十五百分位數(含)以上者，其科別點數或件數占總申報點數或件數百分之六十(含)以上者(牙體復形除外)。本項名單每年依附表 3.3.4 產製。
  - (二)轉診範圍，限於下列之科別與診療項目：
    - 1.牙髓病科：本標準第三章第二節根管治療(除 90004C、90006C、90007C、90088C 外)，及 91009B、92030C~92033C。
    - 2.牙周病科：本標準第三章第三節牙周病學(除 91001C、91003C、91004C、91088C 外)，及 92030C~92033C、91021C~91023C。
    - 3.口腔顎面外科：本標準第三章第四節口腔顎面外科(除 92001C、92013C、92088C 外)。
    - 4.牙體復形科：本標準第三章第一節牙體復形(除 89006C、89088C 外)。
    - 5.口腔病理科：92049B、92065B、92073C、92090C、92091C、92095C。
    - 6.兒童牙科：十二歲以下執行上述醫令項。
    - 7.符合全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫之適用對象，計畫醫師於院所執行轉診醫療則不限科別得轉診加成。
  - (三)轉診單開立後三個月內應至接受轉診之醫療院所就診，否則無效。
- 四、「四歲以下嬰幼兒齲齒防治服務」(就醫年月減出生年月等於或小於四十八個月)之處置費(第一章門診診察費除外)加成百分之三十，若同時符合轉診加成者，合計加成百分之六十。
- 五、醫事服務機構實施牙醫門診診療項目，其申報點數依「相對合理門診點數給付原則」(附表3.3.3)辦理核付。

六、牙周炎病人收取自費規範：

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

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

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

七、地區醫院、區域醫院、醫學中心於夜間(晚上九時至隔日早上九時)限牙醫師申報牙醫急診案件(案件分類為12)之第三章第四節口腔顎面外科(92004C、92007B、92008B、92010B、92011B、92014C、92015C、92016C、92020B、92025B、92026B、92037B、92038B、92039B、92040B、92044B、92059C、92064C、92065B、92093B、92096C、48022C、48023C、48024C)之處置費，加成百分之五十。若經西醫急診照會牙科，由牙醫師申報上述醫令項目亦加成百分之五十，費用由牙醫門診總額支應。

八、離島地區牙醫基層診所週六、週日及國定假日之牙醫門診案件，申報本部第一章之山地離島地區門診診察費，得加計百分之二十支付。

## 第一章 門診診察費

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

### 第一節 一般牙科門診診察費

通則：申報本節各項門診診察費者，不得同時申報本章第二節「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費」。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	一牙科門診診察費					
00121C	1.每位醫師每日門診量在二十人次以下部分(≤20)					
	1)處方交付特約藥局調劑	v	v	v	v	230
00122C	2)未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	v	230
	2.每位醫師每日門診量超過二十人次部分(>20)					
00123C	1)處方交付特約藥局調劑	v	v	v	v	120
00124C	2)未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	v	120
	3.山地離島地區					
00125C	1)處方交付特約藥局調劑	v	v	v	v	260
00126C	2)未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	v	260
	註：					
	1.處方交付特約藥局調劑或未開處方者，不得申報藥事服務費。					
	2.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。					
	3.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑申報。					
	4.本項支付點數含護理費 29-39 點。					
00128C	一重度以上特定身心障礙(非精神疾病)者診察費	v	v	v	v	520
	註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。					
00301C	一中度特定身心障礙(非精神疾病)者診察費	v	v	v	v	420
	註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。					
00302C	一中度以上精神疾病患者診察費	v	v	v	v	320
	註：1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。					
	2.限精神病及精神分裂之患者。					
00303C	一輕度特定身心障礙者(非精神疾病)及失能老人診察費	v	v	v	v	320
	註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。					



編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
00304C	身心障礙者轉出醫療院所至特殊醫療服務計畫院所之轉診費用 註： 1.交付病人牙醫醫療院所轉診單，且病歷應記載。 2.提供病人或家屬相關諮詢及轉出病歷摘要(不包含X光片)。	v	v	v	v	200
01271C	環口全景 X 光初診診察 註： 1.係指病患在該院所從未執行本項初診診察或三年以上未就診，且該病患基於醫師之專業判斷，有施行環口全景X光初診診察之需要，醫師得於主訴處理完畢後擇適當時機執行。 2.申報時應檢附 Panoramic radiography 環口全景 X 光片攝影。 3.同次診察內 34001C~34004C 之 X 光費用不再另外給付。 4.病歷中除應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生齒外，應記載 X 光片呈現之診斷與發現。 5.三年限申報一次，申報本項一年內不得申報 01272C <del>矣</del> 、 <a href="#">01273C</a> 、 <a href="#">00315C</a> 、 <a href="#">00316C</a> 、 <a href="#">00317C</a> 。	v	v	v	v	600
01272C	年度初診 X 光檢查 註： 1.係指病患間隔一年以上未就診或二年以上未執行本項，且經醫師專業判斷疑有鄰接面齶齒或疑似牙周炎者，醫師得於主訴處理完畢後擇適當時機執行。 2.申報時應檢附雙側咬翼片 Bite-Wing(後牙)+至少 2 張根尖周 X 光攝影(前牙)或至少 4 張根尖周 X 光片(不同部位，後牙優先)。 3.同次診察內 34001C~34004C 之 X 光費用不再另外給付。 4.病歷中除應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生齒以及鄰接面齶齒齒位及部位外，應記載 X 光片呈現之診斷與發現。 5.申報本項一年內不得申報 01271C <del>矣</del> 、 <a href="#">01273C</a> 、 <a href="#">00315C</a> 、 <a href="#">00316C</a> 、 <a href="#">00317C</a> 。	v	v	v	v	600
01273C	高齶齒罹患率族群年度初診 X 光片檢查 註： 1.適應症係指一年以上未執行本項，且符合高齶齒罹患率的族群者，經醫師專業判斷有執行初診X光檢查需要者，醫師可於病患之主訴處理完畢後擇適當時機執行。 2.申報時應檢附雙側咬翼片 Bite-Wing (後牙)+至少 2 張根尖周 X 光攝影(前牙)。	v	v	v	v	600

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p>3.高齶齒罹患率的族群為：</p> <p>(1)化療、放射線治療患者。</p> <p>(2)中風病人。</p> <p>(3)自體免疫疾病病人。</p> <p>(4)糖尿病患者。</p> <p>(5)心血管疾病患者。</p> <p>(6)巴金氏症 Parkinson's disease。</p> <p>(7)洗腎病患。</p> <p>(8)經醫師專業判斷為高齶齒罹患率族群者。</p> <p>(需詳細註明原因)</p> <p>4.同次診察內 34001C~34004C 之 X 光費用不再另外給付。</p> <p>5.病歷中除應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生齒以及鄰接面齶齒齒位及部位外，應記載 X 光片呈現之診斷與發現。</p> <p>6.申報本項一年內不得申報 01271C <del>及</del>、01272C、<a href="#">00315C</a>、<a href="#">00316C</a>、<a href="#">00317C</a>。</p>					

## 第二節 符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費

通則：

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	一符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費					
	1.每位醫師每日門診量在二十人次以下部份(≤20)					
<del>00129C</del>	—處方交付特約藥局調劑	✖	✖	✖	✖	<del>320</del>
00305C		√	√	√	√	355
<del>00130C</del>	—未開處方或處方由本院所自行調劑	✖	✖	✖	✖	<del>320</del>
00306C		√	√	√	√	355
	2.每位醫師每日門診量超過二十人次部分(>20)					
00307C	—處方交付特約藥局調劑	√	√	√	√	155
00308C	—未開處方或處方由本院所自行調劑	√	√	√	√	155
	<del>2.3.</del> 3.山地離島地區					
<del>00133C</del>	—處方交付特約藥局調劑	✖	✖	✖	✖	<del>350</del>
00309C		√	√	√	√	385
<del>00134C</del>	—未開處方或處方由本院所自行調劑	✖	✖	✖	✖	<del>350</del>
00310C		√	√	√	√	385
	註：					
	<del>1.牙醫特約醫事服務機構須依「牙醫門診加強感染管制實施方案」申報。</del>					
	<del>2.初次申報此項時，附上「牙醫院所感染管制SOP作業考評表」以為核備。</del>					
	<del>3.1.</del> 1.處方交付特約藥局調劑或未開處方者，不得申報藥事服務費。					
	<del>4.2.</del> 2.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。					
	<del>5.3.</del> 3.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑。					
	<del>6.4.</del> 4.本項支付點數含護理費 <del>29-39</del> 32-43 點。					
00311C	一符合牙醫門診加強感染管制實施方案之重度以上特定身心障礙(非精神疾病)者診察費	√	√	√	√	555
	註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。					

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
00312C	<p>一符合牙醫門診加強感染管制實施方案之中度特定身心障礙(非精神疾病)者診察費</p> <p>註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。</p>	√	√	√	√	455
00313C	<p>一符合牙醫門診加強感染管制實施方案之中度以上精神疾病患者診察費</p> <p>註：</p> <p>1. 限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。</p> <p>2. 限精神病及精神分裂之患者。</p>	√	√	√	√	355
00314C	<p>一符合牙醫門診加強感染管制實施方案之輕度特定身心障礙者(非精神疾病)及失能老人診察費</p> <p>註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。</p>	√	√	√	√	355
00315C	<p>符合牙醫門診加強感染管制實施方案之環口全景 X 光初診診察</p> <p>註：</p> <p>1. 係指病患在該院所從未執行本項初診診察或三年以上未就診，且該病患基於醫師之專業判斷，有施行環口全景X光初診診察之需要，醫師得於主訴處理完畢後擇適當時機執行。</p> <p>2. 申報時應檢附Panoramic radiography環口全景X光片攝影。</p> <p>3. 同次診察內34001C~34004C之X光費用不再另外給付。</p> <p>4. 病歷中除應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生齒外，應記載X光片呈現之診斷與發現。</p> <p>5. 三年限申報一次，申報本項一年內不得申報01271C、01272C、01273C、00316C、00317C。</p>	√	√	√	√	635

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
00316C	<p>符合牙醫門診加強感染管制實施方案之年度初診 X 光檢查</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 係指病患間隔一年以上未就診或二年以上未執行本項，且經醫師專業判斷疑有鄰接面齲齒或疑似牙周炎者，醫師得於主訴處理完畢後擇適當時機執行。</li> <li>2. 申報時應檢附雙側咬翼片 Bite-Wing(後牙)+至少2張根尖周X光攝影(前牙)或至少4張根尖周X光片(不同部位，後牙優先)。</li> <li>3. 同次診察內34001C~34004C之X光費用不再另外給付。</li> <li>4. 病歷中除應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生齒以及鄰接面齲齒齒位及部位外，應記載X光片呈現之診斷與發現。</li> <li>5. 申報本項一年內不得申報01271C、01272C、01273C、00315C、00317C。</li> </ol>	Y	Y	Y	Y	635
00317C	<p>符合牙醫門診加強感染管制實施方案之高齲齒罹患率族群年度初診 X 光片檢查</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 適應症係指一年以上未執行本項，且符合高齲齒罹患率的族群者，經醫師專業判斷有執行初診X光檢查需要者，醫師可於病患之主訴處理完畢後擇適當時機執行。</li> <li>2. 申報時應檢附雙側咬翼片 Bite-Wing (後牙)+至少2張根尖周X光攝影(前牙)。</li> <li>3. 高齲齒罹患率的族群為： <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)化療、放射線治療患者。</li> <li>(2)中風病人。</li> <li>(3)自體免疫疾病病人。</li> <li>(4)糖尿病患者。</li> <li>(5)心血管疾病患者。</li> <li>(6)巴金氏症 Parkinson's disease。</li> <li>(7)洗腎病患。</li> <li>(8)經醫師專業判斷為高齲齒罹患率族群者。(需詳細註明原因)</li> </ol> </li> <li>4. 同次診察內34001C~34004C之X光費用不再另外給付。</li> <li>5. 病歷中除應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生齒以及鄰接面齲齒齒位及部位外，應記載X光片呈現之診斷與發現。</li> <li>6. 申報本項一年內不得申報01271C、01272C、01273C、00315C、00316C。</li> </ol>	Y	Y	Y	Y	635

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

通則：

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

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
90001C	恆牙根管治療（單根） Endodontic treatment of a permanent tooth with single root canal	v	v	v	v	1010
90002C	恆牙根管治療（雙根） Endodontic treatment of a permanent tooth with two root canals	v	v	v	v	2010
90003C	恆牙根管治療（三根 <del>以上</del> ） Endodontic treatment of a permanent tooth with three root canals	v	v	v	v	3010
90019C	恆牙根管治療（四根） Endodontic treatment of a permanent tooth with four root canals	v	v	v	v	4010
90020C	恆牙根管治療（五根(含)以上） Endodontic treatment of a permanent tooth with five(and above) root canals 註： 1.本項費用包括X光費用、局部麻醉、斷髓治療、根管沖洗、換藥、擴大及根管充填等各有關治療項目費用在內。 2.本項目於全部治療過程完畢併加90015C專案申報；如未完成，改以90015C申報。（期間限申報一次診療費） 3.申報費用時，需附治療前與治療後X光片以為審核；「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象無法配合照射X光片不在此限。 4.六十天之同一牙位重新治療為同一療程。 5.如同牙位九十天內重覆申報90001、90002C、90003C、90019C、90020C者，則以支付點數最高者申報。	v	v	v	v	5010

第三節 牙周病學 Periodontics (91001~91020, 91088, 91104, 91114)

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
91005C	口乾症牙結石清除-全口 Full mouth scaling for xerostomia patients 註： 1.適用口乾症患者之牙醫醫療服務申報。 2.限有治療需要之患者每九十天最多申報一次。 <u>3.申報本項後九十天內不得再申報91003C~91004C。</u>	v	v	v	v	600



第四節 口腔顎面外科 Oral Surgery (92001~92073，92088-92100)

第一項 處置

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92066C	<p>特定局部治療 Specified local treatment</p> <p>註：</p> <p>1.阻生齒手術、膺復前手術、頭頸部感染之手術處理、囊腫之手術處理、牙齒再植或移植手術<del>→顏面骨折合併顏面軟組織外傷手術處理</del>、良性腫瘤（含重建）之手術處理、放射治療之病患、顱顎關節疾病之手術處理、大唾液腺疾病外科處理之術後處理。</p> <p>2.拔牙後乾性齒槽炎、燒燙傷、化學藥物灼傷、扁平苔癬及嚴重之口腔潰瘍。</p> <p>3.牙周病咬合調整，90007C拆除牙冠後填補。</p> <p>4.三天內視為同一療程。</p>	v	v	v	v	50
92129B	<p><u>顎顏面外傷術後初次門診檢查與照護費</u></p> <p><u>Primary Post-operative Recroding, Care for Maxillofacial Trauma</u></p> <p>備註：</p> <p>1. <u>顎顏面外傷病人之診斷至少須包含下列 ICD-10-CM碼之任一項，方得申報：</u></p> <p><u>S02.2 Nasal bone fracture</u></p> <p><u>S02.3 Orbital wall fracture</u></p> <p><u>S02.4 Maxilla &amp; malar bone fracture</u></p> <p><u>S02.6 Mandible fracture</u></p> <p><u>S02.8 Skull bone fracture</u></p> <p>2. <u>須檢附「顎顏面外傷術後初次門診檢查紀錄與計畫表」、病歷供審查。</u></p> <p>3. <u>限同一病人於出院後30天內申報乙次，且需檢附手術紀錄及X光片或相片或其他影像佐證。</u></p> <p>4. <u>不得與89006C、90004C、91001C、91003C、91004C、91103C、91104C、91005C、91017C、92001C、92066C、92130B合併申報。</u></p> <p>5. <u>本項限牙醫門診申報。</u></p>		v	v	v	2500
92130B	<p><u>顎顏面外傷術後照護費</u></p> <p><u>Post-operative Care for Maxillofacial Trauma</u></p> <p>備註：</p> <p>1. <u>須申報92129B後180天內申報。</u></p> <p>2. <u>口腔顎顏面外傷術後照護，需至少符合以下其中一項：</u></p> <p>(1) <u>口腔黏膜或皮膚傷口清創、黏膜或皮膚瘻管換藥。</u></p> <p>(2) <u>顎間固定鋼絲與相關固定物調整、咬合調整。</u></p>		v	v	v	1000

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p>(3) <u>牙周腫脹治療與衛生指導。</u></p> <p>(4) <u>牙齒斷裂相關覆髓或臨時填補治療、牙髓活性測試。</u></p> <p>(5) <u>張口訓練。</u></p> <p>3. <u>限出院後180天內申報，同次住院後門診最多能申報10次。3天內屬同一療程。</u></p> <p>4. <u>不得與89006C、90004C、91001C、91003C、91004C、91103C、91104C、91005C、91017C、92001C、92066C、92129B合併申報。</u></p>					

第二項 門診手術

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92015C	<p>單純齒切除術 Simple odontectomy</p> <p>註：                      1.依牙醫門診總額支付制度臨床指引申報。                      2.包括牙瓣修整術(<a href="#">flap repair</a>)，需檢附X光片(<del>flap repair</del>)。                      3.本項目X光片及局部麻醉費用已內含。                      4.適用於軟組織阻生齒或阻生齒骨頭覆蓋牙冠未及三分之二者。                      5.阻生齒含智齒、白齒、小白齒、犬齒、門齒、側門齒及贅生齒等。</p>	v	v	v	v	2730
92016C	<p>複雜齒切除術 Complex odontectomy</p> <p>註：                      1.依臨床治療指引相關條文申報。                      2.包括牙瓣修整術(<a href="#">flap repair</a>)，需檢附X光片(<del>flap repair</del>)。                      3.本項目X光片及局部麻醉費用已內含。</p>	v	v	v	v	4300
92063C	<p>手術拔除深部阻生齒</p> <p>Surgical removal of a deeply impacted tooth in jaw bone</p> <p>註：                      1.符合以下四者狀況之一者，得申報此項。                      (1)上、下顎阻生齒牙冠最低處低於鄰牙之根尖。                      (2)上、下顎骨骨性阻生齒最深處距下顎骨邊緣垂直高度<small>小於二分之一或低於齒槽骨脊下1.5公分者</small>，<u>或下顎骨骨性阻生齒最深處距下顎骨邊緣垂直高度小於二分之一者。</u>                      (3)下顎骨骨性阻生齒處之上升枝前緣距離第二大白齒後緣小於阻生齒牙冠三分之一，且阻生齒牙冠最上緣低於鄰牙咬合平面者。                      (4)下顎骨骨性阻生齒處之上升枝前緣距離第二大白齒後緣小於阻生齒牙冠三分之一，且阻生齒牙冠三分之二位居上升枝內者。                      2.須檢附X光片及手術記錄於病歷上以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。</p>	v	v	v	v	8010

## 1089 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫(草案)

### 一、依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

### 二、目的

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

### 三、實施期間

1089 年 1 月 1 日至 1089 年 12 月 31 日止。

### 四、年度執行目標

本計畫以至少達成 ~~128,700~~160,000 服務人次為執行目標。

### 五、預算來源

~~(一)~~ 本計畫全年經費為 ~~5.84~~6.4713 億元，其中：

~~1.534 億元~~由 1089 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「牙醫特殊醫療服務計畫」專款項目下支應；~~另 0.50 億元由自牙醫門診總額一般服務預算項下移撥支應。~~

~~2.本預算按季均分及結算，當季預算若有結餘，則流用至下季；全年預算若有結餘，則回歸一般服務費用總額，以 0.5 億元為限，並依 106 年第 4 季各區人口風險因子(R 值)分配至各區。~~

~~(二)本計畫之到宅牙醫醫療服務費用由其他預算之「居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務」項下支應。~~

### 六、先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：

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

(二) 申請條件：

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

(三) 每點支付金額 1 元。

(四) 申報及審查規定：

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

(五) 申請程序：

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

七、特定身心障礙者牙醫醫療服務：

(一) 適用對象須符合下列條件之一：

屬肢體障礙（限腦性麻痺及重度以上肢體障礙）、植物人、智能障礙、自閉症、中度以上精神障礙、失智症、多重障礙（或同時具備二種及

二種以上障礙類別者)、頑固性(難治型)癲癇、因罕見疾病而致身心功能障礙者、重度以上視覺障礙者、重度以上重要器官失去功能者、染色體異常或其他經主管機關認定之障礙(須為新制評鑑為第 1、4、5、6、7 類者)、發展遲緩兒童、失能老人(非屬上述身心障礙者)等身心障礙者。其中：

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

(二) 提供牙醫醫療服務類型及申請條件：

\*\*院所牙醫醫療服務，得就以下擇一申請：

1. 初級照護院所

(1) 院所資格：

A. 設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備。

B. 院所 3 年內不得有因牙科違約記點【屬全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十六條第二款者不在此

限】或扣減費用、6年內不得有停止特約以上之處分。前述違規期間之認定，以保險人第一次發函處分之停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

(2)醫師資格：

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

2.進階照護院所

(1)院所資格：

- A.可施行鎮靜麻醉之醫療院所及提供完備醫療之醫護人員。
- B.設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備、麻醉機、心電圖裝置(Monitor，包括血壓、脈搏、呼吸數之監測、血氧濃度oximeter)、無障礙空間及設施。
- C.需2位以上具有從事相關工作經驗之醫師。
- D.院所3年內不得有因牙科違約記點【屬全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十六條第二款者不在此限】或扣減費用、6年內不得有停止特約以上之處分。前述違規期間之認定，以保險人第一次發函處分之停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

(2)醫師資格：

- A.2 位以上具有從事相關工作經驗之醫師，負責醫師自執業執照取得後滿 5 年以上之臨床經驗，其他醫師自執業執照取得後滿 1 年以上之臨床經驗。
- B. 每位醫師首次加入本計畫，須接受 6 學分以上身心障礙口腔醫療業務之基礎教育訓練。加入計畫後，每年須再接受 4 學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關之再進修教育課程（每年再進修課程不得重複，執行~~到宅~~居家牙醫醫療之醫師須修習與~~到宅~~居家牙醫醫療之相關學分）；本計畫之醫師須累積七年以上且超過 30(含)學分後，得繼續執行計畫，惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。
- C. 醫師 3 年內不得有視同保險醫事服務機構違約記點(屬特管辦法第三十六條第二款者不在此限)或扣減費用、6 年內不得有視同保險醫事服務機構停止特約以上之處分。

\*\*醫療團牙醫醫療服務

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



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

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

4. 醫師資格：

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

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

5. 提供「特定需求者」牙醫醫療服務：

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

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

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

(3) 牙醫服務內容及設備：

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

~~\*\*到宅牙醫醫療服務~~

~~1. 服務對象須符合下列條件之一：~~

~~(1) 符合本計畫之特定身心障礙類別(且同時符合下列條件)：~~

~~A. 病人只能維持有限之自我照顧能力，即清醒時，百分之五十以上活動限制在床上或椅子上。~~

~~B. 有明確之醫療與護理服務項目需要服務者。~~

~~(2) 屬「失能老人長照補助辦法」之補助對象，並為各縣市長期照顧管理中心之個案，且因疾病、傷病長期臥床的狀態，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上，行動困難無法自行至醫療院所就醫之患者。~~

~~(3) 屬全民健康保險居家醫療照護整合計畫之照護對象且符合上列(1)或(2)者。~~

~~2. 符合本計畫到宅牙醫醫療服務之適用對象首次接受訪視或醫療服務時，由醫師提出申請，經牙醫全聯會核可者，始得至服務對象所在之居所提供牙醫醫療服務，醫療費用須帶回執業登記院所申報。~~

~~3. 院所及醫師資格：由各縣市牙醫公會、醫學中心、參與衛生福利部「特殊需求者牙科醫療服務示範中心獎勵計畫」之醫院或參與本計畫之照護院所，且須為修習到宅牙醫醫療相關課程之醫師，至服務對象所在之居所（家中）提供牙醫醫療服務。~~

~~4. 牙醫服務內容及設備：~~

~~(1) 基於安全考量，以提供牙周病緊急處理、牙周敷料、牙結石清除、牙周暨齲齒控制基本處置、塗氟、非特定局部治療、特定局部治療、簡單性拔牙及單面蛀牙填補等服務為限，其他治療應轉介到後送之醫療院所進行。~~

~~(2) 提供到宅牙醫醫療服務之牙科設備，經申請單位評估病患實際情形後攜帶【建議如：攜帶式洗牙機、攜帶式吸唾機、攜帶式牙科治療設備、有效的急救設備、氧氣設備（含氧氣幫浦、氧氣筒須有節流裝置、氧氣面罩等）、急救藥品、開口器及攜帶式強力抽吸設備、健保卡讀寫卡設備等相關物品】。~~

(三) 費用支付及申報規定：

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

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

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

(3)醫療團牙醫服務：

- A.得採論次加論量支付方式，由各醫師帶回執業院所申報論量及論次支付點數。
- B.論次項目(支付代碼為 P30001)：每小時 2400 點(內含護理費)，每位醫師每診次以 3 小時為限(不含休息、用餐時間)，平均每小時至少服務 1 人次，服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者均不得申報該小時費用。
- C.社區醫療站牙醫醫療服務：論量部分依本計畫規定申報，並由本計畫預算支應；論次支付標準依牙醫不足改善方案規定申報，並由該方案之專款費用支應，不得重複申報。
- D.特定需求者牙醫服務：
  - a.得採論次加論量支付方式，論次項目(支付代碼為 P30003)，每小時 1900 點(內含護理費，且不得收取其它自費項目)，每位醫師每診次以 3 小時為限(不含休息、用餐時間)，平均每小時至少服務 1 人次，服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者均不得申報該小時費用。
  - b.每位醫師執行特定需求者牙醫醫療服務及到宅居家牙醫醫療服務(含訪視)，合計每日達 5 人以上，第 5 人起屬本項服務之論量點數按 6 折支付，每日最多 8 人為限，且每月不超過 80 人；每位醫師支援每週不超過 2 日。另每一個案以 2 個月執行 1 次為原則。

~~(4)到宅牙醫醫療服務：~~

- ~~A.到宅牙醫醫療服務費用：採論次支付方式，每一案 5700 點，支付標準編號為 P30005【內含護理費、口腔預防保健，且屬全民健康保險(以下稱本保險)給付之項目不得收取自費】，不得再依身心障礙等級別計算加成費用，由各醫師帶回執業院所申報，抽審時須檢附 3 年內之「口腔醫療需求評估及治療計畫」【附件 15】。~~
- ~~B.訪視費項目(支付標準編號為 P30006)：醫師為評估患者是否符~~

~~合到宅牙醫醫療條件，於本計畫收案前訪視該患者得申報本項費用，惟須經牙醫全聯會核可，方可執行；每一個案訪視費用1553點，每年限申報一次，並不得再依身心障礙等級別計算加成費用。申報本項費用時，應檢附「口腔醫療需求評估及治療計畫」【附件15】，並詳述理由。~~

~~C.每位醫師執行到宅牙醫醫療服務(含訪視)及特定需求者牙醫醫療服務，合計每日達5人以上，第5人起屬本項服務之費用按6折支付，每日最多8人為限，且每月不超過80人；每位醫師支援每週不超過2日。另每一個案以2個月執行1次為原則。~~

~~(5)每點支付金額：~~

~~A.到宅牙醫醫療服務費用由其他預算之「居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務」項下支應，其每點支付金額及結算方式依全民健康保險居家醫療照護整合計畫辦理。~~

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

2. 費用申報之規定：

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

A.院所內服務：

非精神疾病者:極重度-FG、重度-FH、中度-FI、輕度-FJ

精神疾病者：重度以上-FC、中度-FD

發展遲緩兒童：FV

B.醫療團服務：

非精神疾病者：極重度-FK、重度-FL、中度-FM、輕度-FN

精神疾病者：重度以上-FE、中度-FF

發展遲緩兒童：FX

失能老人：L1

~~C.到宅醫療服務：~~

~~極重度 FS、重度 FY、中度：L4~~

~~失能老人：L2~~

~~D.C.特定需求者服務：~~

極重度 FU、重度 FZ

~~E.D.社區醫療站服務：~~

非精神疾病者：極重度-L5、重度-L6、中度-L7、輕度-L8

精神疾病者：重度以上-L9、中度-LA

發展遲緩兒童：LB

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

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

~~B.到宅牙醫醫療服務對象符合失能老人長照補助辦法補助者，應檢附各縣市長期照顧管理中心之核定函證明文件或評估量表相關證明文件（或診斷證明）影本。~~

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

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

料函送保險人分區業務組核定。

(4)醫療團牙醫醫療服務之限制如下：(不適用於特定需求者牙醫醫療服務)

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

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

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

(5)本計畫服務量不列入分區管控項目，但仍納入專業審查範圍。

(6)本計畫服務量不納入門診合理量計算。

(四)申請程序：

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

1. 申請為初級照護院所，應檢附下列資料：

(1)申請書格式如【附件 3】。

(2)身心障礙教育訓練之學分證明影本。

(3)牙醫師證書正反面影本一份。

2. 申請為進階照護院所，應檢附下列資料：

(1)申請書格式如【附件 3】。

(2)2 位以上（含負責醫師）醫師個人學經歷等相關資料紙本（身分證字號、學經歷、專長背景及從事相關工作訓練或經驗說明）。

(3)身心障礙者口腔醫療及保健推廣計畫書書面紙本及電子檔各一份，一併提供牙醫全聯會（包括目前執行及未來推廣身心障礙者口腔醫療及保健推廣計畫之執行要點，書寫格式請以 A4 版面，由左而右，由上而下，（標）楷書 14 號字型，橫式書寫）。

(4)身心障礙教育訓練之學分證明影本。

(5)牙醫師證書正反面影本一份。

3. 以醫療團為單位，申請時應檢附下列資料：(含特定需求者牙醫醫療服務)

(1)申請書格式如【附件 5】，並應檢附下列資料，書面紙本和電子檔各一份，一併提供牙醫全聯會：

A.縣市牙醫師公會評估表【附件 6】

B.身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人~~≠~~、公立或公設民營之老人福利機構)、或一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)等單位之立案證明、同意函、簡介、~~身心障礙者~~收容對象名冊、口腔狀況、牙科設備、醫師服務排班表、牙科治療計畫、維護計畫、口腔衛生計畫、經費評估牙醫師證書正反面影本乙份等內容書面紙本和電子檔各乙份。若屬衛生福利部所屬老人福利機構~~≠~~(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人~~≠~~、公立或公



設民營之老人福利機構)內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本。

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

~~4.首次執行到宅牙醫醫療服務之個案訪視或醫療服務前，醫師須檢送到宅醫療訪視或醫療服務申請表【附件 17】至牙醫全聯會核可後，由牙醫全聯會於每月 20 日前將名單函送保險人分區業務組備查。~~

#### (五) 相關規範

1. 每月 5 日前將申請書及學分證明等資料以掛號郵寄至牙醫全聯會。牙醫全聯會審查後，於每月 20 日前將院所及醫療團(含特定需求者)通過名單函送保險人，由保險人分區業務組審理核定後，以公告或行文通知相關院所；申請者得於核定之起迄期間執行本項服務，申請流程圖說明詳如【附件 7】~~【附件 13】~~。
2. 醫師名單若有異動，應於每月 5 日前分別以【附件 4】及【附件 5】格式函報牙醫全聯會，再由該會於每月 20 日前彙整送保險人分區業務組，待完成核定程序後，得於核定之起迄期間執行本項服務，另醫事機構代碼、院所名稱、執業登記等如有變更，應函報牙醫全聯會及保險人分區業務組辦理本計畫起迄日期變更作業。
3. 院所或醫療團對患有智能障礙、自閉症及重度以上身心障礙病患提供未經事前審查之全身麻醉案件，應於次月 20 日前將施行之麻醉方式、麻醉時間、麻醉前及術前評估、治療計畫併病歷資料送保險人分區業務組審查。其餘案件仍須依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定申請事前審查。
4. 醫療團執行特定身心障礙牙醫醫療服務時，應注意事項：~~(不適用於到宅牙醫醫療服務)~~

- (1) 醫療團每月 20 日前應檢送次月排班表供牙醫全聯會及保險人分區業務組備查，異動時亦同，並確實完成報備支援程序。
- (2) 醫療團醫師須依排班表執行服務，服務流程圖詳【附件 9】。
- (3) 費用申報作業：醫療團醫師每月 20 日前須先至健保資訊網服務系統 (VPN) 登錄醫療團服務費用明細，傳送資料後列印論次申請表【附件 10】蓋上院所印信，並檢附日報表【附件 11】併同門診醫療服務點數申報總表正本寄所屬保險人分區業務組，副本送牙醫全聯會備查。未繳交者，經催繳三個月內仍未改善者，得暫停計畫執行。
- (4) 醫療團至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構~~或~~、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人~~或~~、公立或公設民營之老人福利機構)，或一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)等單位提供牙醫醫療服務時，得放寬提供該區區域外身心障礙者前往求醫之服務，符合特定身分者以案件類別 16 填報，不符合者以其他案件類別填報，以擴大服務範圍。
- (5) 每一醫療團必須選定一後送醫療院所，後送醫療院所應為本計畫之進階照護院所，該後送院所應於支援看診時段提供所有必要的諮詢及相關協助。
- (6) 若支援之機構無法配合支援醫師或醫療相關之看診業務，應先向牙醫全聯會反映。
- (7) 就診紀錄【附件 12】應詳實記錄並填寫留存於身障機構等內，另於院所製作實體病歷留存，並依患者身份影印本計畫所須之證明文件，黏貼於病歷首頁，以備查驗。
- (8) 一位醫師須搭配至少一位助理或護理人員，提供特定需求者牙醫醫療服務時，一位醫師須搭配至少一位醫護人員。

- (9)至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構~~或~~、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人~~或~~、公立或公設民營之老人福利機構)，或一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)等單位時，必須有老師或熟悉該患者狀況的人陪同就診。
- (10)所有侵入性治療應取得院生家屬或監護人之書面同意書，並附在個人病歷及醫療~~註~~紀錄備查，並謹慎為之。
- (11)若患者無法於機構中順利完成治療應轉介到後送之醫療院所進行後續治療。
- (12)耗材應由看診醫師自備。
- (13)治療台之維護、清潔保養及醫療廢棄物由機構妥善處理。
- (14)患者所需之牙科治療應由具資格之專業醫師予以判斷，協調院方之輔助人員善盡安撫患者情緒之責任，並依個人能力給予醫師所需之協助。
- (15)若遇臨時緊急狀況或危急情形，應立刻和負責的後送醫療院所聯絡，並立即進行緊急醫療及後送程序。
- (16)執行全身麻醉時，醫師及場所設備應符合相關法令規定及全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準內容，除牙醫不足改善方案施行地區、山地離島地區之初級照護院所外，其餘地區應於進階照護院所內方得執行。
- (17)執行全身麻醉時，應以患者安全為優先考量。每位麻醉醫師每次僅能執行一位患者之麻醉，並搭配至少一位牙醫師執行牙科治療。
- (18)配合保險人政策執行健保卡登錄業務，依規定上傳就醫資料入健保卡。若遇特殊狀況無法登錄時，以就醫序號特定代碼「C001」申報；並以例外就醫名冊【附件~~16~~13】代替並詳實記載，刷卡設

備由醫療院所自行準備。

(19) 未遵守本計畫相關規定，且經牙醫全聯會或保險人分區業務組要求改善，第一次通知二個月內未改善或第二次通知一個月內未改善者，得由保險人之分區業務組核定暫停計畫執行。

(20) 牙醫全聯會會同保險人分區業務組得於年度計畫執行期間依醫療團之設備、病歷書寫、醫師出席情形、環境等進行實地訪視。

(21) 提供醫療團牙醫醫療服務應符合「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業細則」【附件 14】。

~~5. 到宅牙醫醫療服務應注意事項：~~

~~(1) 到宅牙醫醫療服務之服務流程圖詳【附件 14】。~~

~~(2) 首次執行到宅牙醫醫療服務之個案訪視或醫療服務前，醫師須檢送到宅醫療服務訪視或醫療服務申請表【附件 17】至牙醫全聯會，由牙醫全聯會於每月 20 日前將名單函送保險人分區業務組備查；另醫師於 107 年起首次執行到宅牙醫醫療服務之個案訪視或醫療服務後，於次月 20 日前須檢送個案 3 年內之口腔醫療需求評估及治療計畫【附件 15】，正本寄送所屬本保險分區業務組，副本送牙醫全聯會備查。經催繳三個月內仍未改善者，經牙醫全聯會及保險人分區業務組確認，得暫停計畫執行。~~

~~(3) 執行醫師應於院所製作實體病歷留存，且須依患者身份影印本計畫所須之證明文件，黏貼於病歷首頁，以備查驗。~~

~~(4) 一位醫師需搭配至少一位醫護人員。~~

~~(5) 醫師應於診療期間隨時注意病患之生理及心理狀況。~~

~~(6) 所有侵入性治療應取得病患家屬或監護人之書面同意書，並附在個人病歷及醫療記錄備查。~~

~~(7) 本項服務若無法順利完成治療，應將患者轉介到後送之醫療院所進行後續治療。~~

~~(8) 醫師應教導家屬為患者清潔口腔之衛教知識。~~

~~(9) 耗材應由醫療團隊自備。~~

~~(10) 設備之維護、清潔保養及醫療廢棄物由醫療團隊依相關法規妥善~~

~~處理。~~

~~(11)提供本項服務時，若遇臨時緊急狀況或危急情形，應立刻和負責的後送醫療院所聯絡，並立即進行緊急醫療及後送程序。~~

~~(12)依保險人規定執行健保卡讀、寫卡作業。~~

~~(13)未遵守本計畫相關規定，經牙醫全聯會或保險人分區業務組要求改善，第一次通知二個月內未改善或第二次通知一個月內未改善者，得由本保險之分區業務組核定暫停計畫執行。~~

~~6.5.~~牙醫全聯會應將審核之相關院所及醫師名單函送保險人，由保險人各分區業務組審理核定後，另行文相關院所。惟被停止參加計畫之醫師可向所屬保險人分區業務組提出申復，經保險人分區業務組確認取消處分後，始得繼續執行本計畫。

~~7.6.~~首次申請本計畫提供特定身心障礙者牙醫服務之醫師，須接受 6 學分以上身心障礙口腔醫療業務基礎課程。加入計畫後，每年仍須再接受 4 學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關再進修教育課程（每年再進修課程不得重複，執行~~到宅~~居家牙醫醫療之醫師須修習與~~到宅~~居家牙醫醫療之相關學分），並檢附積分證明後，得於下一年度繼續執行此計畫。本計畫之醫師須累積七年以上且超過 30（含）學分後，得繼續執行此計畫；惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。

~~8.7.~~參加本計畫之院所及醫療團支援看診之服務單位（如：機構、學校或未設牙科之精神科醫院等），應提供院所及服務單位的電話、地址、看診時間等資訊，置放於保險人全球資訊網網站(<http://www.nhi.gov.tw>)及牙醫全聯會網站(<http://www.cda.org.tw>)，俾利民眾查詢就醫。

~~9.8.~~醫療團服務院所應將「全民健保牙醫特殊醫療服務」之海報、立牌、直立旗、布條或其他(如看板等)標示物，標示看診地點與時間等，揭示於明顯處。標示製作作業說明請依【附件 ~~19~~15】規定辦理。

## 八、居家牙醫醫療服務：

### (一) 醫療服務提供者資格：

1. 醫師資格：須為參加本計畫照護院所之醫師，且已修習居家牙醫醫療

相關課程。

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

(二) 收案條件：限居住於住家（不含照護機構）且符合下列條件之一者。

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

(三) 收案及審核程序：

1. 牙醫師對符合條件之病人首次訪視或提供醫療服務前，應先向牙醫全聯會提出申請【附件 16】，經牙醫全聯會核可後，始得至案家提供牙醫醫療服務。為增進牙醫全聯會審核作業，診所及地區醫院之牙醫師得由各縣市牙醫師公會彙整及安排後，向牙醫全聯會提出申請。
2. 牙醫全聯會於每月 20 日前將核可名單函送保險人分區業務組備查。

#### (四) 照護內容：

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

#### (五) 醫療費用申報、支付及審查原則：

1. 為確保醫療服務合理性，對於收案人數及訪視次數高於同儕之特約醫事服務機構，必要時得啟動專案審查。
2. 居家牙醫醫療服務抽審時須檢附三年內之「口腔醫療需求評估及治療計畫」【附件 17】。
3. 醫療費用申報：
  - (1) 特約醫事服務機構執行本計畫之醫療費用應按月申報，並於門診醫療服務點數清單依下列規定填報「案件分類」及「特定治療項目代號」欄位，案件分類 16，特定治療項目代號(一)請依病人類別填報【極重度 FS、重度 FY、中度 L4、發展遲緩兒童 LE、失能老人 L2、居整病人 LC、出院準備 LD】。
  - (2) 申報居家牙醫醫療服務費時，應依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準，以醫令類別「4 不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料」填報醫療服務之編號、數量與點數。
  - (3) 醫療服務費用須帶回執業登記院所申報。
4. 本計畫服務量不列入門診合理量計算。
5. 本計畫服務量不列入分區管控項目，惟仍納入專業審查範圍。

#### (六) 給付項目及支付標準：

1. 居家牙醫醫療服務給付項目及支付標準詳【附件 18】。

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

(七) 相關規範：

1. 居家牙醫醫療服務流程圖詳【附件19】。
2. 首次執行評估訪視或居家牙醫醫療服務前，牙醫師須檢送申請表【附件16】至牙醫全聯會，由牙醫全聯會於每月20日前將核可名單函送保險人分區業務組備查。牙醫師於首次執行評估訪視或居家牙醫醫療服務後，須於次月20日前檢送病人之「口腔醫療需求評估及治療計畫」【附件17】，正本送所屬保險人分區業務組、副本送牙醫全聯會備查。經催繳三個月內仍未改善者，經保險人分區業務組及牙醫全聯會確認，得暫停執行居家牙醫醫療服務。
3. 每次訪視應詳實製作病歷或紀錄，且須記錄每次訪視時間(自到達案家起算，至離開案家為止)，並請病人或其家屬簽章；另應製作病人之居家牙醫醫療照護紀錄留存於案家。
4. 牙醫師應於院所製作實體病歷留存，且須將病人身份影印本及計畫所須之證明文件，黏貼於病歷首頁，以備查驗。
5. 一位牙醫師需搭配至少一位醫護人員。
6. 牙醫師應於診療期間隨時注意病人之生理及心理狀況。
7. 所有侵入性治療應取得病人家屬或監護人之書面同意書，並附在病人病歷及醫療紀錄備查。
8. 提供牙醫服務時若無法順利完成治療，應將病人轉介到後送醫療院所進行後續治療。
9. 牙醫師應教導家屬為病人清潔口腔之衛教知識。
10. 耗材應由醫療院所自備。
11. 設備之維護、清潔保養及醫療廢棄物由醫療院所依相關法規妥善處理。
12. 提供服務時若遇臨時緊急狀況或危急情形，應立刻和負責的後送醫療



院所聯絡，並立即進行緊急醫療及後送程序。

13.依保險人規定執行健保卡讀、寫卡作業。

14.未遵守本計畫相關規定，經保險人分區業務組或牙醫全聯會要求改善，第一次通知二個月內未改善或第二次通知一個月內未改善者，保險人分區業務組得核定暫停執行居家牙醫醫療服務。

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

~~十~~十、保險對象應自行負擔之醫療費用依全健康保險法第四十三條規定計收；下列情形除外：(1)若屬全民健康保險法第四十三條第四項所訂醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，保險對象應自行負擔費用得予減免 20%。(2)屬本計畫八、居家牙醫醫療服務(二)收案條件第 3 點「特定身心障礙者」或第 4 點「失能老人」者之居家牙醫醫療服務部分負擔，依牙醫門診基本部分負擔計收。

~~十一~~十一、本年度計畫在次年度計畫未於次年初公告前，得延續辦理，符合次年度計畫規定者，實施日期追溯至次年之 1 月 1 日，不符合次年度計畫規定者，得執行至次年度計畫公告實施日之次月止。~~到宅牙醫醫療服務於全民健康保險居家醫療照護整合計畫未修訂公告前，依本年度計畫內容辦理。~~

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

【附件 1】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

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

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92101B	矯正檢查，部分（口腔檢查、石膏模型、照相）、（次） Orthodontic Examination,Partial(dental check-up,dental cast,intraoral and extraoral photography) 註：施行本項檢查不須要事前審查，惟限一至三歲病童有治療需要者，最多申報五次（建議施行期間為初次門診、三個月、六個月、一歲及三歲）。		✓	✓	✓	1690

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

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

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

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

【附件 2】

國際健康功能與身心障礙分類系統(International Classification of Functioning, Disability and Health,以下稱 ICF)新制發給身心障礙證明  
與舊制身心障礙類別之區分與辨識

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

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

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

備註說明：

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

二、 新制身心障礙證明樣張如下

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

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

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



【附件 3】

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

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

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

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

【附件 4】

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

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

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫  
牙醫醫療服務申請書（醫療團）

- 一、公會別：
- 二、申請服務單位（全銜）：
- 三、醫療團負責或代表醫師：\_\_\_\_\_
- 四、申請檢附資料：(申請社區醫療站服務僅需檢送縣市公會評估表、牙科診間設備表、後送醫療院所)
  - 縣市公會評估表
  - 服務單位同意函，如：~~身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)等~~
  - 服務單位介紹：服務單位簡介暨立案證明、身障人員收容對象名冊及身心障礙類別輕重程度別等
  - 牙科治療計畫書：口腔現況、治療計畫、維護計畫、口腔衛生計畫、預估每年醫療服務點數量、服務人次等預估成效、預估達成率
  - 牙科診間設備表—說明須有可以正常操作且堪用的診療椅和經申請單位評估病患實際情形所需之相關設備、氧氣、急救藥品等
  - 醫師服務排班表、後送醫療院所、~~感染管制SOP作業自評表~~牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制SOP作業考評表【附件18 14】

五、醫療團醫師名單：(表格列數不夠可請自行增加)

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

六、變更醫療團醫師名單：(表格列數不夠可請自行增加)

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

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

【附件6】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫-縣市牙醫師公會評估表  
(醫療團)

牙醫師公會 縣市別：

申請服務單位：

關於本會所屬會員申請成立醫療團至

\_\_\_\_\_ (執行服務單位名稱)，

提供身心障礙者或失能老人牙醫醫療服務，本會評估後意見如下：

同意

不同意，原因：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

其他意見：

立書人

公會別(簽章)：

代表人(簽章)：

地址：

\*簽章需簽署用印(大小章)

中 華 民 國 年 月 日

【附件 7】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫  
院所申請流程圖

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

附表

## 牙科醫療院所友善醫療環境評量表

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

### 【必要項目】

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

## 【其他項目】

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

備註：

### 1. 名詞說明

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

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

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

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

### 4. 評量說明：不評分，以勾選項目內容，顯示院所醫療環境之提供情況。

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

醫療團申請流程圖

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

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



【附件 8】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

牙醫醫療服務期末報告（醫療團）

\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日至\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_（計畫執行期間）

一、醫療團/執行醫療服務地點名稱：

~~身心障礙福利機構/未設牙科之精神科醫院/特殊教育學校/發展遲緩兒童之機構/衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人,公立或公設民營之老人福利機構)~~，執行醫療服務地點報備支援代號：\_\_\_\_\_

\*執行機構/特教學校/精神科醫院，人數：\_\_\_\_\_ 人

（\*務必填寫現行機構/學校/醫院最新人數）

二、醫師人力

序號	醫師姓名	身分證字號	院所名稱	醫事機構代號

（表格不敷使用可自行增加欄位）

三、年度排班及執行成果

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

備註：資料統計來源-醫療團月報表。

四、本年度執行計畫之困難：

五、下年度延續執行計畫申請

(一)醫師人力

序號	醫師姓名	身分證字號	院所名稱	醫事機構代號	備註
					<input type="checkbox"/> 延續 <input type="checkbox"/> 不延續
					<input type="checkbox"/> 延續 <input type="checkbox"/> 不延續
					<input type="checkbox"/> 延續 <input type="checkbox"/> 不延續
					<input type="checkbox"/> 延續 <input type="checkbox"/> 不延續
					<input type="checkbox"/> 延續 <input type="checkbox"/> 不延續
					<input type="checkbox"/> 延續 <input type="checkbox"/> 不延續

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

(二)下年度預定執行方式

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

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

【附件 8-1】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫  
牙醫醫療服務期末報告（醫師個人）

\_\_\_\_年\_\_\_\_月 ~ \_\_\_\_月（計畫執行期間）

一、醫療團/執行醫療服務地點名稱：

二、醫師姓名：

三、年度每月執行情形

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

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

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

【附件 9】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫  
醫療團執行牙科服務流程圖

階段	流程	A、醫療團負責部份	B、醫療服務單位負責部份
執行醫療服務前	<p>組織一醫療團至執行醫療服務單位</p> <p>每次出團前置作業</p> <p>醫療團事前準備 A-1 及 A-2 之各項事前工作</p> <p>機構、醫院或學校等，於事前須準備 B-1、B-2 及 B-3 之各項事前工作</p>	<p>A-1 每次至執行醫療服務單位前，先準備妥善執行服務時所需之相關醫療器材及健保 IC 過卡相關之設備，屆時帶至機構、醫院或特殊教育學校。</p> <p>A-2 至提供醫療服務單位時，將相關醫療器材及健保 IC 過卡之相關設備於治療前皆先擺設及設定完成。</p>	<p>B-1 事前須匯集前往提供醫療服務單位中有醫療需求或必須回診之身心障礙人員名單。</p> <p>B-2 完成就診前準備工作，擬定看診名單。</p> <p>B-3 製作名冊、IC 卡、身心障礙手冊（證明）影本或若為發展遲緩兒童應檢附由衛生福利部國民健康署委辦之兒童發展聯合評估中心開具之綜合報告書（診斷頁）或辦理聯合評估之醫院開具發展遲緩診斷證明書、屬衛生福利部所屬老人福利機構（或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構）內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本或其他事前文書準備工作。</p>
執行醫療服務中	<p>診療期間每位患者皆須由 A-3 至 A-7 的步驟。若無執行 A-7 之步驟，將無法申請健保費用。</p> <p>診療期間務必由熟悉看護、保育人員或教師陪同於患者旁邊（B-4 至 B-6）。</p>	<p>A-3 核視醫療需求病紀錄醫療紀錄單（檢查部分）。</p> <p>A-4 助手應協助醫師及負責人員安撫患者情緒，並完成治療。</p> <p>A-5 告知保育人員術後之注意事項及回診日期。</p> <p>A-6 完成醫療紀錄單之記載。</p> <p>A-7 健保 IC 卡寫入及開立收據。</p>	<p>B-4 機構、醫院、學校等單位責任：由熟悉看護或保育人員或教師等陪同就診並協助安撫病患情緒並告知醫師是否有特殊需求或特殊狀況及醫病史。</p> <p>B-5 協助醫師完成治療。</p> <p>B-6 接受醫師完成診療後之照護及術後之注意事項。</p>
執行醫療服務後	<p>醫療器械及健保 IC 過卡相關設備整理。</p> <p>依照 B-7 至 B-9 之步驟執行事後之工作。</p> <p>結束此次醫療團之服務務。</p>	<p>A-8 醫療器械相關設備及健保 IC 過卡相關設備的整理。</p>	<p>B-7 護送身心障礙者返回教室或看護診所。（不含特定需求者）</p> <p>B-8 場地整理及器械消毒。</p> <p>B-9 醫療廢棄物之處理。</p>

【附件 10】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫  
牙醫醫療服務報酬論次申請表

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

受理日期		受理編號								
醫事服務機構名稱		醫事服務機構代號								
序號	診治醫師	身分證字號	支付別	日期	地點	服務時數	診療人次	申請金額		
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
11.										
12.										
13.										
14.										
15.										
本頁小計										
總表	項目	申請次數	服務時數	診療人次	每時申請金額	申請金額總數				
	支付別									
	P30001									
	P30003									
	總計									
負責醫師姓名：				一、編號：每月填送均自 1 號起編。總表欄：於最後一頁填寫。						
醫事服務機構地址：				二、支付別：						
電話：				1. 特定身心障礙者（含失能老人）P30001，每診次服務以 3 小時為限（不含休息、用餐時間）每小時 2400 點（內含護理費，平均每小時至少服務 1 人次，服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者，不得申請該小時費用）。						
印信：				2. 特定需求者 P30003：每診次服務以 3 小時為限（不含休息、用餐時間）每小時 1900 點（內含護理費，平均每小時至少服務 1 人次，服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者，不得申請該小時費用）；每日達 5 人以上第 5 人起按 6 折支付，每日最多 8 人為限，且每月不超過 80 人，每位醫師支援每週不超過 2 日，另每一個案以 2 個月執行 1 次為原則。						
				三、診療人次：填寫當次診療之人次。						
				四、填寫時請依同一支付別集中申報，同一診治醫師亦應集中申報。本申請表應於次月二十日前連同門診醫療服務點數申報總表正本寄本保險之分區業務組，惟請另置於信封內，並於信封上註明「申請牙醫門診總額專款專用醫療報酬」。						
				填表日期 年 月 日						

【附件 11】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫-牙醫醫療服務日報表

服務日期：

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

備註：障礙類別代號如下：

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

【附件 12】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

(醫療服務單位) 就診紀錄

基本資料																
姓名：				出生年月日：						監護人：						
地址：																
醫病史 (MedialHistory)																
父母：				相關證明影本黏貼處												
親屬：				備註：若為發展遲緩兒童應檢附由衛生福利部國民健康署委辦之兒童發展聯合評估中心開具之綜合報告書(診斷頁)或辦理聯合評估之醫院開具發展遲緩診斷證明書影本、屬衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人,公立或公設民營之老人福利機構)內之個案,應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本。												
本人：																
特別注意事項：																
牙醫病史																
口腔發現 (oralfinding)																
上顎：																
				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
乳牙牙冠																乳牙牙冠
恆牙牙冠																恆牙牙冠
醫療需求																醫療需求
下顎：																
				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
乳牙牙冠																乳牙牙冠
恆牙牙冠																恆牙牙冠
醫療需求																醫療需求
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;">                     填表說明：D=Decayed、X=Missing、M=Mobility、RR=ResidualRoot、F=Filled                 </div>																





## 身心障礙福利機構（日間及住宿機構）口腔健康篩檢表

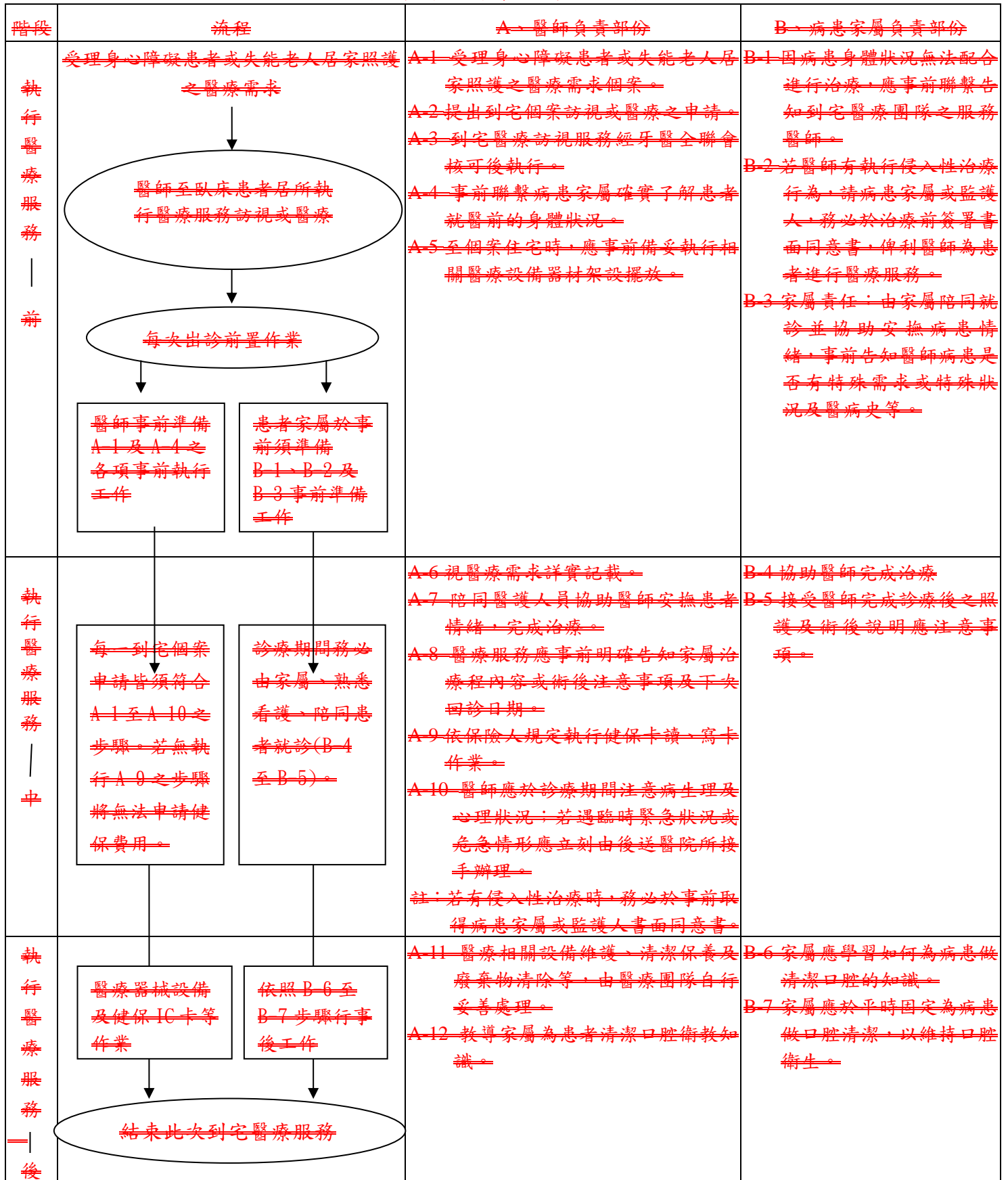
<b>(一) 基本資料：</b>					
姓 名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日
障礙程度	<input type="checkbox"/> 輕 度	<input type="checkbox"/> 中 度	<input type="checkbox"/> 重 度	<input type="checkbox"/> 極 重 度	
<b>(二) 洗牙記錄：</b> 第一次： 月 日，第二次： 月 日，第三次： 月 日 註： 口腔照護支持服務評鑑標準需每年洗牙 2 次以上。					
<b>(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

~~全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫  
到宅醫療服務申請流程圖~~

階段	流程	說明
申請前段	<pre> graph TD     A([1 申請到宅醫療服務]) -- 無學分 --&gt; B[2 參加身心障礙教育訓練之課程]     A -- 有學分 --&gt; C[3 由符合資格之醫療院所提出到宅醫療訪視之申請]     B --&gt; C     </pre>	<p><del>1-1 由各縣市牙醫師公會組成醫療團、醫學中心、參與衛生福利部「特殊需求者牙科醫療服務示範中心獎勵計畫」之醫院或參與本計畫之照護院所經提出至特定身心障礙或失能老人行動不便患者住家提供牙醫醫療服務。</del></p> <p><del>1-2 請於保險人網站(www.nhi.gov.tw)的檔案下載區下載本計畫全文且詳讀。</del></p> <p><del>2-1 無身心障礙醫療業務相關課程學分請執行 2-2 的步驟。若醫師已有身心障礙醫療業務相關課程六學分者請直接執行 3-1 之步驟。</del></p> <p><del>2-2 向所屬縣市牙醫師公會詢問是否於近期內有舉辦身心障礙相關課程，若無可請所屬公會協助詢問鄰近公會，或請公會辦理課程。</del></p> <p><del>3 填寫好申請表【附件 17-21】</del></p>
申請中段	<pre> graph TD     C[3 由符合資格之醫療院所提出到宅醫療訪視之申請] --&gt; D[4 查資料是否有備齊]     D -- 齊全 --&gt; E[5 牙醫全聯會通知審核結果]     D -- 缺件 --&gt; C     E -- 未通過 --&gt; C     E -- 核平 --&gt; F[6 名單提送保險人分區業務組並副知院所]     </pre>	<p><del>4-1 將申請資料寄至牙醫全聯會。</del></p> <p><del>4-2 確定資料是否備齊，若缺件請申請單位將資料補齊。</del></p> <p><del>5 牙醫全聯會通知院所審核結果。</del></p> <p><del>6 彙整通過者名單以公文方式提送保險人分區業務組備查並副知院所。</del></p>
申請完成	<pre> graph TD     F[6 名單提送保險人分區業務組並副知院所] --&gt; G([7 符合執行計畫資格])     </pre>	<p><del>7 執行計畫期間醫療團隊之醫師若遭違規處分，將停止該醫師執行計畫之資格。</del></p>

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

執行到宅醫療服務流程圖



~~【附件 15】~~

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

<del>基本資料</del>																		
<del>姓名：</del>					<del>出生年月日：</del>					<del>監護人：</del>								
<del>提供服務方式：<input type="checkbox"/>到宅牙醫醫療服務</del>																		
<del>到宅個案來源：<input type="checkbox"/>全民健康保險居家醫療照護整合計畫</del>																		
<del><input type="checkbox"/>自行申請 <input type="checkbox"/>醫院協助申請 <input type="checkbox"/>其他</del>																		
<del>地址：</del>																		
<del>醫病史 (Medical History)</del>																		
<del>父母：</del>					<del>相關證明影本黏貼處</del>  <del>備註：(1)特定身心障礙者：應檢附身心障礙手冊正反面影本、(2)到宅失能老人：須符合「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」補助，且出具各縣市長照管理中心之核定函證明文件或評估量表相關證明文件（或診斷證明）影本、(3)全民健康保險居家醫療照護整合計畫照護對象須符合本計畫之適用條件。</del>													
<del>親屬：</del>																		
<del>本人：</del>																		
<del>特別注意事項：</del>																		
<del>牙醫病史</del>																		
<del>以往治療內容簡述</del>																		
<del>上次施行治療項目：(1) <input type="checkbox"/>牙周病緊急處理、(2) <input type="checkbox"/>牙周敷料、(3) 牙結石清除 (<input type="checkbox"/>全口或<input type="checkbox"/>局部)、(4) <input type="checkbox"/>牙周暨齶齒控制基本處置、(5) <input type="checkbox"/>塗氟、(6) <input type="checkbox"/>非特定局部治療、(7) <input type="checkbox"/>特定局部治療、(8) <input type="checkbox"/>簡單性拔牙、(9) <input type="checkbox"/>單面蛀牙填補</del>																		
<del>治療時間： 年 月 日</del>																		
<del>口腔現況</del>																		
<del>上顎：</del>				<del>55</del>	<del>54</del>	<del>53</del>	<del>52</del>	<del>51</del>	<del>61</del>	<del>62</del>	<del>63</del>	<del>64</del>	<del>65</del>					
	<del>48</del>	<del>47</del>	<del>46</del>	<del>45</del>	<del>44</del>	<del>43</del>	<del>42</del>	<del>41</del>	<del>21</del>	<del>22</del>	<del>23</del>	<del>24</del>	<del>25</del>	<del>26</del>	<del>27</del>	<del>28</del>		
<del>乳牙牙冠</del>																		<del>乳牙牙冠</del>
<del>恆牙牙冠</del>																		<del>恆牙牙冠</del>
<del>醫療需求</del>																		<del>醫療需求</del>
<del>下顎：</del>				<del>85</del>	<del>84</del>	<del>83</del>	<del>82</del>	<del>81</del>	<del>71</del>	<del>72</del>	<del>73</del>	<del>74</del>	<del>75</del>					
	<del>48</del>	<del>47</del>	<del>46</del>	<del>45</del>	<del>44</del>	<del>43</del>	<del>42</del>	<del>41</del>	<del>31</del>	<del>32</del>	<del>33</del>	<del>34</del>	<del>35</del>	<del>36</del>	<del>37</del>	<del>38</del>		
<del>乳牙牙冠</del>																		<del>乳牙牙冠</del>
<del>恆牙牙冠</del>																		<del>恆牙牙冠</del>
<del>醫療需求</del>																		<del>醫療需求</del>
<del>填表說明：D=Decayed X=Missing M=Mobility RR=Residual Root F=Filled</del>																		

十式三聯 第一聯保險人之分區、第二聯送中華民國牙醫師公會全國聯合會、第三聯醫療院所自行留存

## 治療計畫

~~一、患者口腔醫療需求之現況及身體狀況為何？~~

~~二、擬訂口腔治療項目（請敘述處置內容，勾選）~~

~~（一） 牙周病緊急處理~~

~~（二） 牙周敷料~~

~~（三） 牙結石清除（ 全口或 局部）~~

~~（四） 牙周暨齶齒控制基本處置~~

~~（五） 塗氟~~

~~（六） 非特定局部治療~~

~~（七） 特定局部治療~~

~~（八） 簡單性拔牙~~

~~（九） 單面蛀牙填補~~

~~三、到宅服務之醫師及醫護人員聯絡資料：~~

~~醫師姓名：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_~~

~~醫護人員姓名：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_~~

~~四、此次到宅醫療個案，提供的醫療設備內容：~~

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

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

~~六、其他治療建議及口腔衛教的目標內容：~~

全民健康保險 健保 IC 卡例外就醫名冊

院所名稱及代號：

看診醫師姓名：\_\_\_\_\_（簽章）

醫療團提供服務單位名稱：

日期： 年 月 日

就醫日期	姓名	身分證號	出生日期	地 址	聯絡電話	原因別	備註
						<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 牙醫特殊醫療	
						<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 牙醫特殊醫療	
						<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 牙醫特殊醫療	
						<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 牙醫特殊醫療	
						<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 牙醫特殊醫療	
						<input type="checkbox"/> 首次加保 <input type="checkbox"/> 遺失補發或換發 <input type="checkbox"/> 牙醫特殊醫療	

\*上述表格的「備註」欄位，務必詳細敘明無法過卡原因。

~~全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫  
到宅醫療訪視或醫療服務申請表~~

~~申請日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日、序號：\_\_\_\_\_~~

<del>患者基本資料</del>		
<del>申請項目：<input type="checkbox"/>訪視 <input type="checkbox"/>醫療服務</del>		
<del>姓名：</del>	<del>出生年月日：</del>	<del>監護人：</del>
<del>身分證字號：</del>		<del>連絡電話：</del>
<del>住所地址：</del>		
<del>障礙類別：</del>	<del>3個月內是否有自行外出的能力：<input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是</del>	
<del>到宅個案來源：<input type="checkbox"/>全民健康保險居家醫療照護整合計畫 <input type="checkbox"/>自行申請 <input type="checkbox"/>醫院協助申請 <input type="checkbox"/>其他</del>		
<del>個案申請資格：(請打勾)</del>		
<del>1.符合居家照護條件之特定障礙類別(且同時符合下列條件)：</del>		
<del>A.病人只能維持有限之自我照顧能力，即清醒時，百分之五十以上活動限制在床上或椅子上</del>		
<del>B.有明確之醫療與護理服務項目需要服務者。</del>		
<del>2.屬「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」之補助對象，並為各縣市長期照顧管理中心之個案，且因疾病、傷病長期臥床的狀態，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上，行動困難無法自行至醫療院所就醫之患者。</del>		
<del>3.屬全民健康保險居家醫療照護整合計畫之照護對象且符合上列第1點或第2點規定者。</del>		
<del>醫病史 (Medical History)</del>		
<del>父母：</del>	<del>相關證明影本黏貼處</del>	
<del>親屬：</del>	<del>備註：(1) 特定身心障礙者：應檢附身心障礙手冊正反面</del>	
<del>本人：</del>	<del>或評估量表相關證明文件(或診斷證明)影本、(2) 到宅</del>	
<del>患者主訴或其他注意事項：</del>	<del>失能老人：須符合「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」</del>	
	<del>補助，且出具各縣市長期照顧管理中心證明文件影本、(3)</del>	
	<del>全民健康保險居家醫療照護整合計畫照護對象須符合本計</del>	
	<del>畫之適用條件。</del>	
<del>***申請院所基本資料***</del>		
<del>醫療院所名稱(全銜)：_____</del>		
<del>醫事機構代號：_____</del>		
<del>一、到宅服務之醫師及醫護人員聯絡資料：</del>		
<del>醫師姓名：_____</del>		<del>聯絡電話：_____</del>
<del>醫護人員姓名：_____</del>		<del>聯絡電話：_____</del>
<del>二、此次到宅醫療個案，提供的醫療設備內容：</del>		
<del>【建議請詳述攜帶式洗牙機、攜帶式吸唾機、攜帶式牙科治療設備、有效的急救設備、氧氣設備(含氧氣幫浦、氧氣筒須有節流裝置、氧氣面罩等)、急救藥品、開口器、生理監視器及攜帶式強力抽吸設備等，相關設備物品的名稱、數量、規格】</del>		
<del>三、若遇臨時緊急狀況或危急情形的後送醫療院所？</del>		
<del>(檢附到宅醫療與後送醫療院所地圖，並請說明兩者之間的距離及所需時間)</del>		





項目	評分標準	自評	備註
<del>5.完善廢棄物處置 (註一)</del>	<del>C.有合格清運機構清理廢棄物及冷藏設施。</del>		
	<del>B.符合C，醫療廢棄物與毒性廢棄物依法分類、貯存與處理。</del>		
	<del>A.符合B，備有廢棄物詳細清運紀錄。</del>		
<del>6.意外尖銳物扎傷處理 流程制訂</del>	<del>C.制訂防範尖銳物扎傷計畫及處理流程。</del>		
	<del>B.符合C，定期全員宣導。</del>		
	<del>A.符合B，完備紀錄存檔。</del>		
<del>7.器械浸泡消毒 (註二)</del>	<del>C.選擇適當消毒劑及記錄有效期限。</del>		
	<del>B.符合C，消毒劑置固定容器及加蓋，並覆蓋器械。</del>		
	<del>A.符合B，記錄器械浸泡時間。</del>		
<del>8.器械滅菌消毒 (註二)</del>	<del>C.器械清洗打包後，進鍋滅菌並標示消毒日期。</del>		
	<del>B.符合C，化學指示劑監測，並完整紀錄。</del>		
	<del>A.符合B，每週至少一次生物監測劑監測及消毒鍋檢測，並完整紀錄。</del>		
<del>9.感染管制流程製訂</del>	<del>C.須依牙科感染管制SOP，制訂看診前後感染控制流程、器械滅菌消毒流程及紀錄表。</del>		
	<del>B.符合C，診所定期全員宣導及遵循。</del>		
	<del>A.符合B，完備紀錄存檔。</del>		

~~註一：若無法在當地委託清運公司處理醫療廢棄物時，應將醫療廢棄物依據牙醫院所感染管制SOP作業細則步驟二貯存容器與規定，並將醫療廢棄物置於密閉5°C以下之冷藏箱自行運送至原來醫療院所，委由清運公司處理。~~

~~註二：若無消毒設施時，應以清水去除器械表面口水或血液後，包裝完善放置於固定容器後攜至院所，循一般消毒流程進行消毒並記錄。~~

~~註三：此自評表為本計畫醫療團使用，若欲申報加強感染管制之牙科門診診察費，須符合牙醫院所感染管制SOP作業考評表。~~

## 【附件 14】

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

#### 一、診療前

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

#### 二、診療中

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

#### 三、垃圾分類

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

#### 四、尖銳物扎傷處理流程：制訂防範尖銳物扎傷計畫及處理流程。

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

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

院所：\_\_\_\_\_

代號：\_\_\_\_\_

### A.硬體設備方面

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

### B.軟體方面

項目	評分標準	自評	訪評	備註
1.完備病人預警防範措施	<u>看診前詢問病人病史。</u>			
2.適當個人防護措施	<u>牙醫師看診及牙醫助理人員跟診時穿戴口罩、手套及清潔之工作服。</u>			
3.開診前治療台消毒措施	<u>開診前治療台擦拭清潔，管路出水二分鐘，痰盂水槽流水三分鐘，抽吸管以新鮮泡製 0.005~0.02% 漂白水(NaOCL)或 2.0% 沖洗用戊二醇溶液(glutaraldehyde)或稀釋之碘仿溶液 10%(iodophors)沖洗管路三分鐘。</u>			
4.門診結束後治療台消毒措施	<u>診療結束後，治療台擦拭清潔，管道消毒放水放氣，清洗濾網。</u>			
5.完善廢棄物處置 (註二)	<u>看診醫師院所內有合格清運機構清理廢棄物及冷藏設施。</u>			
6.意外尖銳物扎傷處理流程制訂	<u>制訂診療區域防範尖銳物扎傷計畫及處理流程。</u>			
7.器械浸泡消毒及滅菌	<u>診療當日使用之器械必須經過打包滅菌並標示消毒日期。</u>			

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

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

註三：攜帶型箱式設備，開診前後需用酒精消毒。

院所陪檢醫師簽名：\_\_\_\_\_ 審查醫藥專家簽名：\_\_\_\_\_

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

### 一、適用對象

承作健保署牙醫門診總額特殊醫療服務計畫之醫療團院所。

### 二、預算來源

1089年總額其他預算項目「提升保險服務成效」項下支應。

### 三、標示應包含下列內容

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

### 四、標示製作內容及規格

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

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

(二) 各總額標示物(不含布條)之底色及字體顏色

- 1.西醫：底色為淡黃色，字體為深藍色

- 2.中醫：底色為深紅色，字體為白色
- 3.牙醫：底色為淡藍色，字體為深藍色

#### 五、支付原則及核銷方式

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

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫醫療團院所

之標示製作費用申請表

承作醫療院所代號：

承作醫療院所名稱：

申請日期：      年      月      日

承作計畫名稱：

標示內容物：

海報

立牌

直立旗

布條

其他

核銷金額：              元

承作醫療院所印信

-----  
原始支出憑證黏貼處



【附件 17】

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

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

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



## 治療計畫

一、病人口腔醫療需求之現況及身體狀況為何？

二、擬訂口腔治療項目（請敘述處置內容✓勾選）

（一） 牙周病緊急處理

（二） 牙周敷料

（三） 牙結石清除（全口或局部）

（四） 牙周暨齶齒控制基本處置（需併同牙結石清除執行）

（五） 塗氟（需併同牙結石清除執行）

（六） 非特定局部治療

（七） 特定局部治療

（八） 簡單性拔牙

（九） 單面蛀牙填補

（十） 其他：（請填寫）

三、居家醫療服務之醫師及醫護人員聯絡資料：

醫師姓名：聯絡電話：

醫護人員姓名：聯絡電話：

四、此次居家醫療病人，提供的醫療設備內容：

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

五、若遇臨時緊急狀況或危急情形的後送醫療院所，居家牙醫醫療與後送醫療院所

兩者之間的距離及所需時間：

六、其他治療建議及口腔衛教的目標內容：

居家牙醫醫療服務給付項目及支付標準

<u>編號</u>	<u>診療項目</u>	<u>支付點數</u>
<u>P30006</u>	<u>牙醫師訪視費(次)</u> <u>註：</u> 1. <u>於收案前訪視病人評估是否符合居家牙醫醫療服務收案條件，得申報本項費用，同一牙醫師同一病人每年限申報一次。</u> 2. <u>出院病人住院期間已接受同一牙醫師到院評估居家醫療照護需求(項目代碼P5410C)，當次收案不得再申報此項費用。</u> 3. <u>申報時應檢附「口腔醫療需求評估及治療計畫」，並詳述理由。</u>	<u>1553</u>
<u>P30005</u>	<u>居家牙醫醫療服務費(次)</u> <u>一病人清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上</u>	<u>5700</u>
<u>P30007</u>	<u>一其他病人</u> <u>註：</u> 1. <u>居家牙醫醫療服務費所訂點數含口腔預防保健、護理、診療、處方、藥品、治療處置、治療材料、電子資料處理及行政作業成本等；本保險給付項目不得收取其他自費。</u> 2. <u>每一病人以二個月執行一次為限，並依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定施行。</u> 3. <u>同一病人之牙醫師訪視費與居家牙醫醫療服務費，不得同日申報。</u>	<u>3800</u>
<u>P5410C</u>	<u>評估出院病人居家醫療照護需求(次)</u> <u>註：</u> 1. <u>限醫院院外醫師、牙醫師或中醫師配合出院準備服務到院評估申報。</u> 2. <u>同一病人每次住院之醫師、牙醫師、中醫師到院評估至多各申報1次。</u> 3. <u>除牙醫師可自行評估收案之病人外，牙醫師、中醫師到院評估應經居家西醫主治醫師邀請，始得申報。</u>	<u>1553</u>

執行居家牙醫醫療服務流程圖

階段	流程	A、牙醫師負責部分	B、病人家屬負責部分
執行醫療服務 — 前	<p>受理居家牙醫醫療服務需求</p> <p>↓</p> <p>牙醫師至病人住家執行評估訪視或醫療服務</p> <p>↓</p> <p>每次出診前置作業</p> <p>↓</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> <p>牙醫師事前準備 A-1 至 A-4 之各項事前執行工作</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> <p>病人家屬於事前須準備 B-1 至 B-3 事前準備工作</p> </div> </div>	<p>A-1 受理符合收案條件之居家牙醫醫療服務需求。</p> <p>A-2 提出居家評估訪視或醫療服務之申請。</p> <p>A-3 居家牙醫醫療訪視服務經牙醫全聯會核可後執行。</p> <p>A-4 事前聯繫病人家屬確實了解病人就醫前的身體狀況。</p> <p>A-5 至病人住家時，應事前備妥執行相關醫療設備器材架設擺放。</p>	<p>B-1 因病人身體狀況無法配合進行治療，應事前聯繫告知排定訪視之牙醫師。</p> <p>B-2 若牙醫師有執行侵入性治療行為，請病人家屬或監護人，務必於治療前簽署書面同意書，以利牙醫師為病人進行醫療服務。</p> <p>B-3 家屬責任：由家屬陪同就診並協助安撫病人情緒，事前告知牙醫師病人是否有特殊需求或特殊狀況及醫病史等。</p>
執行醫療服務 — 中	<p>每一居家病人之牙醫醫療服務皆須符合 A-1 至 A-10 之步驟。若無執行 A-9 之步驟將無法申請健保費用。</p> <p>↓</p> <p>診療期間務必由家屬、熟悉看護、陪同病人就診(B-4 至 B-5)。</p> <p>↓</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> <p>醫療器械設備及健保卡等作業</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> <p>依照 B-6 至 B-7 步驟行事後工作</p> </div> </div> <p>↓</p> <p>結束居家牙醫醫療服務</p>	<p>A-6 視醫療需求詳實記載。</p> <p>A-7 陪同醫護人員協助牙醫師安撫病人情緒，完成治療。</p> <p>A-8 醫療服務應事前明確告知家屬治療過程內容或術後注意事項及下次回診日期。</p> <p>A-9 依保險人規定執行健保卡讀、寫卡作業。</p> <p>A-10 牙醫師應於診療期間注意病人生理及心理狀況；若遇臨時緊急狀況或危急情形應立刻由後送院所接手辦理。</p> <p>註：若有侵入性治療時，務必於事前取得病人家屬或監護人書面同意書。</p>	<p>B-4 協助牙醫師完成治療</p> <p>B-5 接受牙醫師完成診療後之照護及術後說明應注意事項。</p>
執行醫療服務 — 後	<p>醫療器械設備及健保卡等作業</p> <p>↓</p> <p>依照 B-6 至 B-7 步驟行事後工作</p> <p>↓</p> <p>結束居家牙醫醫療服務</p>	<p>A-11 醫療相關設備維護、清潔保養及廢棄物清除等，由牙醫師自行妥善處理。</p> <p>A-12 教導家屬為病人清潔口腔衛教知識。</p>	<p>B-6 家屬應學習如何為病人做清潔口腔的知識。</p> <p>B-7 家屬應於平時固定為病人做口腔清潔，以維持口腔衛生。</p>

# 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

## 第二部 西醫

### 第一章 基本診療

#### 第一節 門診診察費

通則：

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

註：醫院一般門診診察費支付點數內含百分之十護理費。

二、本節所稱醫院每日門診合理量暫不實施：

(一)醫學中心

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

(二)區域醫院

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

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

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

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

三、合併申報醫療費用之醫院，其醫院門診合理量應合併計算。

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

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

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

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

八、由同一醫師診療之同日兩次以上之門診相同病情案件，限申報門診診察費一次。

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

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

## 十一、西醫醫院門診診察費加成方式：

- (一)四歲(含)以下兒童不限科別各項門診診察費得依表定點數加計百分之二十。
- (二)醫學中心及區域醫院之婦產科、小兒科及新生兒科、外科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之十七，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之三十七。
- (三)地區醫院加成方式：
  - 1.婦產科、小兒科及新生兒科、外科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之四十，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之六十。
  - 2.內科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之二十三，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之四十三。
  - 3.其餘科別及精神科之門診診察費項目，得依表定點數加計百分之十五，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之三十五。
- (四)加成科別及門診診察費項目定義說明：
  - 1.外科：包括就醫科別為外科、骨科、神經外科、泌尿科、整形外科、直腸外科、心血管外科、胸腔外科、消化外科、小兒外科及脊椎骨科等科。
  - 2.內科：包括就醫科別為內科、神經科、消化內科、心臟血管內科、胸腔內科、腎臟內科、風濕免疫科、血液腫瘤科、內分泌科、感染科及胸腔暨重症加護等科。
  - 3.門診診察費項目：包括編號00154A、00155A、00156A、00157A、00170A、00171A、00101B、00131B、00102B、00132B、00172B、00173B、00105B、00135B、00106B、00136B、00174B、00175B、00107B、00137B、00108B、00138B、00176B、00177B及01023C。
- (五)醫院申報門診診察費四歲以下兒童加成及科別加成支付點數之計算結果詳附表2.1.2。

## 十二、西醫基層院所門診診察費加成方式：

- (一)兒童加成方式(詳附表2.1.3)：
  - 1.三歲以下兒童：不限科別各項門診診察費依表定點數加計百分之二十。
  - 2.四到六歲兒童：兒科專科醫師各項門診診察費得依表定點數加計百分之二十。
- (二)七十五歲以上者加成方式(詳附表2.1.3)：不限科別各項門診診察費依表訂點數加計百分之七點五。
- (三)婦產科、外科、兒科及內科專科醫師加成方式(詳附表2.1.4~附表2.1.6)：
  - 1.婦產科、外科、兒科及內科專科醫師申報第一段門診量內之門診診察費得按表定點數加成，其中婦產科及外科專科醫師加成百分之九、兒科專科醫師加成百分之三，內科專科醫師加成百分之三點八。若同時符合兒童加成或七十五歲以上者加成，依加成率合計後一併加成。
  - 2.加成專科別及門診診察費項目定義說明：
    - (1)外科：包括外科、整形外科、骨科、泌尿科、神經外科。
    - (2)第一段門診量內之門診診察費項目：包括編號00109C、00110C、00139C、00140C、00158C、00159C、00119C、00149C、00120C、00150C、00168C、00169C及01023C。
- (四)離島地區西醫基層診所週六、週日及國定假日之西醫基層門診案件，申報本部第一章之山地離島地區門診診察費，得加計百分之二十支付。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	一般門診診察費					
	一 基層院所門診診察費					
	1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分(≤40)					
00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人次)	v				358
00223C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-40人次)	v				250
00197C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	v				381
00198C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-40人)	v				375
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人次)	v				358
00224C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-40人次)	v				250
00199C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	v				356
00200C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-40人)	v				350
00158C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				555
00159C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				530
	2.每位醫師每日門診量超過四十人次，但在六十人次以下部分(41-60)					
00111C	1)處方交付特約藥局調劑	v				220
00141C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				275
00112C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				220
00142C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				250
00160C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				475
00161C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				450
	3.每位醫師每日門診量超過六十人次，但在八十人次以下部分(61-80)					
00113C	1)處方交付特約藥局調劑	v				160
00143C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				215
00114C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				160
00144C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				190
00162C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				415
00163C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交由本院所自行調劑	v				390
	4.每位醫師每日門診量超過八十人次，但在一百五十人次以下部分(81-150)					
00115C	1)處方交付特約藥局調劑	v				70
00145C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				125
00116C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				70
00146C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				100
00164C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				325

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
00165C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				300
	5.每位醫師每日門診量超過在一百五十人次部分(>150)					
00117C	1)處方交付特約藥局調劑	v				50
00147C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				105
00118C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				50
00148C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				80
00166C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				305
00167C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				280
	6.山地離島地區					
	(1)每位醫師每日門診量在五十人次以下部分(≤50)					
00230C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	v				358
00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50人)	v				352
00232C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	v				381
00233C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-50人)	v				375
00234C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	v				358
00235C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50人)	v				352
00236C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	v				356
00237C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-50人)	v				350
00168C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				555
00169C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				530
	(2)每位醫師每日門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分(51-70)					
00205C	1)處方交付特約藥局調劑	v				220
00206C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				275
00207C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				220
00208C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				250
00209C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				475
00210C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				450
	(3)每位醫師每日門診量超過七十人次，但在在一百五十人次以下部分(71-150)					
00211C	1)處方交付特約藥局調劑	v				160
00212C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				215
00213C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				160
00214C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				190

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
00215C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				415
00216C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交由本院所自行調劑	v				390
	(4)每位醫師每日門診量超過在一百五十人次部分 (>150)					
00217C	1)處方交付特約藥局調劑	v				90
00218C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				145
00219C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				90
00220C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				120
00221C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				345
00222C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				320
	註：1.以上第1至5點每月看診日數計算方式： 每月實際看診日數不足二十五日(不含二十五日)，應以實際看診日數計；每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日)，以二十五日計算合理量。 2.第6點山地離島地區每月看診日數計算方式： 每月實際看診日數不足二十五日(不含二十五日)，應以實際看診日數計；每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日)，得以當月全月日數計。 3.以上第1至6點限向衛生局登記為診所(不含中醫診所及牙醫診所)之特約醫事服務機構申報。 4.處方交付特約藥局調劑或未開處方者，不得申報藥事服務費。 5.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。 6.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑申報。 7.本項支付點數含護理費29-39點。 8.山地離島地區經總額受託單位與保險人共同協議認定之特殊地區院所得除外，以山地離島地區三十人次以下部分之支付點數申報。 9.基層診所醫師診治病人後，應交付處方箋給病人，由病人自行選擇調劑之場所。					
	精神科門診診察費 —每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)					
	1.醫院					
01018B	1)處方交付特約藥局調劑		v	v	v	280
00178B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	332
01019B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		v	v	v	280
00179B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	310
00180B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	550



編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
00181B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	528
	2.基層診所					
00238C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	v				344
00239C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-45人)	v				338
00240C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	v				395
00241C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-45人)	v				389
00242C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	v				344
00243C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-45人)	v				338
00244C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	v				374
00245C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-45人)	v				368
00184C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				569
00185C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				548
	—每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45)					
00186C	1)處方交付特約藥局調劑	v	v	v	v	164
00187C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v	v	v	v	218
00188C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	v	164
00189C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v	v	v	v	196
00190C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v	v	v	v	436
00191C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v	v	v	v	414
	註：					
	1.處方交付特約藥局調劑或未開處方者，不得申報藥事服務費。					
	2.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。					
	3.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑申報。					
	4.本項支付點數含護理費31-41點。					
	5.基層院所精神科門診診察費限向衛生局登記為診所(不含中醫診所及牙醫診所)之特約醫事服務機構申報。					
	6.基層院所精神科每月看診日數計算方式：					
	每月實際看診日數不足二十五日(不含二十五日)，應以日計；					
	每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日)，得以當月全月日數計。					

附表 2.1.3

基層院所申報門診診察費「三歲以下不分科及四～六歲兒科專科醫師加成 20%」與「七十五歲以上者加成 7.5%」支付點數之計算

代碼	名稱	支付點數 A	不分科別三歲以下及四～六歲兒科專科醫師加成(20%)支付點數 =A*1.2	不分科別七十五歲以上者之加成(7.5%)支付點數 =A*1.075
	<b>一般門診診察費－基層院所門診診察費</b>			
	<b>1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分 (≤40)</b>			
00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人次)	358	430	385
00223C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-40人次)	250	300	269
00197C	2-1)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	457	410
00198C	2-2)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並交付特約藥局調劑(31-40人)	375	450	403
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人次)	358	430	385
00224C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-40人次)	250	300	269
00199C	4-1)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並由本院所自行調劑(1-30人)	356	427	383
00200C	4-2)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並由本院所自行調劑(31-40人)	350	420	376
00158C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	555	666	597
00159C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	530	636	570
	<b>2.每位醫師每日門診量超過四十人次，但在六十人次以下部分 (41-60)</b>			
00111C	1)處方交付特約藥局調劑	220	264	237
00141C	2)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並交付特約藥局調劑	275	330	296
00112C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	220	264	237
00142C	4)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並由本院所自行調劑	250	300	269
00160C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	475	570	511
00161C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	450	540	484
	<b>3.每位醫師每日門診量超過六十人次，但在八十人次以下部分 (61-80)</b>			
00113C	1)處方交付特約藥局調劑	160	192	172
00143C	2)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並交付特約藥局調劑	215	258	231
00114C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	160	192	172
00144C	4)開具慢性病 <u>連續</u> 處方由本院所自行調劑	190	228	204
00162C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	415	498	446
00163C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	390	468	419

代碼	名稱	支付 點數 A	不分科別三 歲以下及四 ~六歲兒科 專科醫師加 成(20%)支 付點數 =A*1.2	不分科別七 十五歲以上 者之加成 (7.5%)支 付點數 =A*1.075
	<b>4.每位醫師每日門診量超過八十人次，但在一五〇人次以下部分(81-150)</b>			
00115C	1)處方交付特約藥局調劑	70	84	75
00145C	2)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並交付特約藥局調劑	125	150	134
00116C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	70	84	75
00146C	4)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並由本院所自行調劑	100	120	108
00164C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	325	390	349
00165C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	300	360	323
	<b>5.每位醫師每日門診量超過一五〇人次部分(&gt;150)</b>			
00117C	1)處方交付特約藥局調劑	50	60	54
00147C	2)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並交付特約藥局調劑	105	126	113
00118C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	50	60	54
00148C	4)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並由本院所自行調劑	80	96	86
00166C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	305	366	328
00167C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	280	336	301
	<b>6.山地離島地區</b>			
	<b>(1)每位醫師每日門診量在五十人次以下部分(≤50)</b>			
00230C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	358	430	385
00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50人)	352	422	378
00232C	2-1)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	457	410
00233C	2-2)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並交付特約藥局調劑(31-50人)	375	450	403
00234C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	358	430	385
00235C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50人)	352	422	378
00236C	4-1)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並由本院所自行調劑(1-30人)	356	427	383
00237C	4-2)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並由本院所自行調劑(31-50人)	350	420	376
00168C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(≤50)	555	666	597
00169C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑(≤50)	530	636	570
	<b>(2)每位醫師每日門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分(51-70)</b>			
00205C	1)處方交付特約藥局調劑(51-70)	220	264	237

代碼	名稱	支付 點數 A	不分科別三 歲以下及四 ~六歲兒科 專科醫師加 成(20%)支 付點數 =A*1.2	不分科別七 十五歲以上 者之加成 (7.5%)支 付點數 =A*1.075
00206C	2)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並交付特約藥局調劑(51-70)	275	330	296
00207C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑(51-70)	220	264	237
00208C	4)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並由本院所自行調劑(51-70)	250	300	269
00209C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之 慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(51-70)	475	570	511
00210C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之 慢性病連續處方並由本院所自行調劑(51-70)	450	540	484
	<b>(3)每位醫師每日門診量超過七十人次，但在一五〇人次以下部分(71-150)</b>			
00211C	1)處方交付特約藥局調劑(71-150)	160	192	172
00212C	2)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並交付特約藥局調劑(71-150)	215	258	231
00213C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑(71-150)	160	192	172
00214C	4)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並由本院所自行調劑(71-150)	190	228	204
00215C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之 慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(71-150)	415	498	446
00216C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之 慢性病連續處方並由本院所自行調劑(71-150)	390	468	419
	<b>(4)每位醫師每日門診量超過一五〇人次部分(&gt;150)</b>			
00217C	1)處方交付特約藥局調劑(>150)	90	108	97
00218C	2)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並交付特約藥局調劑(>150)	145	174	156
00219C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑(>150)	90	108	97
00220C	4)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並由本院所自行調劑(>150)	120	144	129
00221C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之 慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(>150)	345	414	371
00222C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之 慢性病連續處方並由本院所自行調劑(>150)	320	384	344
	<b>精神科門診診察費—基層診所</b>			
	<b>每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)</b>			
00238C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	344	413	370
00239C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-45人)	338	406	363
00240C	2-1)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	395	474	425
00241C	2-2)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並交付特約藥局調劑(31-45人)	389	467	418
00242C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	344	413	370
00243C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-45人)	338	406	363
00244C	4-1)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並由本院所自行調劑(1-30人)	374	449	402
00245C	4-2)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並由本院所自行調劑(31-45人)	368	442	396
00184C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之	569	683	612

代碼	名稱	支付 點數 A	不分科別三 歲以下及四 ~六歲兒科 專科醫師加 成(20%)支 付點數 =A*1.2	不分科別七 十五歲以上 者之加成 (7.5%)支付 點數 =A*1.075
	慢性病連續處方並交付特約藥局調劑			
00185C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之 慢性病連續處方並由本院所自行調劑	548	658	589
	—每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45)			
00186C	1)處方交付特約藥局調劑	164	197	176
00187C	2)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並交付特約藥局調劑	218	262	234
00188C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	164	197	176
00189C	4)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並由本院所自行調劑	196	235	211
00190C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之 慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	436	523	469
00191C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之 慢性病連續處方並由本院所自行調劑	414	497	445
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	425	510	
01015C	急診診察費	521		560
01021C	精神科急診診察費	550		591

附表 2.1.4

基層院所申報婦、兒、外、內專科醫師別申報第一段合理量內門  
診診察費加成支付點數之計算

代碼	名稱	支付 點數 A	婦外專科 醫師加成 9% 支付點數 =A*1.09	兒科專科 醫師加成 3% 支付點數 =A*1.03	內科專科 醫師加成 3.8% 支付點數 =A*1.038
	<b>一般門診診察費－基層院所門診診察費</b>				
	<b>1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分(≤40)</b>				
00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人次)	358	390	369	372
00197C	2-1)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	415	392	395
00198C	2-2)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並交付特約藥局調劑(31-40人)	375	409	386	389
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人次)	358	390	369	372
00199C	4-1)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並由本院所自行調劑(1-30人)	356	388	367	370
00200C	4-2)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並由本院所自行調劑(31-40人)	350	382	361	363
00158C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	555	605	572	576
00159C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	530	578	546	550
	<b>6.山地離島地區</b>				
	<b>(1)每位醫師每日門診量在五十人次以下部分(≤50)</b>				
00230C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	358	390	369	372
00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50人)	352	384	363	365
00232C	2-1)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	415	392	395
00233C	2-2)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並交付特約藥局調劑(31-50人)	375	409	386	389
00234C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	358	390	369	372
00235C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50人)	352	384	363	365
00236C	4-1)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並由本院所自行調劑(1-30人)	356	388	367	370
00237C	4-2)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並由本院所自行調劑(31-50人)	350	382	361	363
00168C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(≤50)	555	605	572	576
00169C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑(≤50)	530	578	546	550
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	425	463	438	441

附表 2.1.5

基層院所申報婦、兒、外、內專科醫師別加成併兒童加成第一段  
門診診察費支付點數之計算

代碼	名稱	支付 點數 A	婦、外專科醫 師看診3歲 (含)以下兒童 加成29%支 付點數 =A*1.29	兒專科醫師 看診6歲 (含)以下兒 童加成23% 支付點數 =A*1.23	內專科醫師 看診3歲 (含)以下兒 童加成 23.8% 支付點數 =A*1.238
	<b>一般門診診察費－基層院所門診診察費</b>				
	<b>1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分(≤40)</b>				
00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人次)	358	462	440	443
00197C	2-1)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	491	469	472
00198C	2-2)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並交付特約藥局調劑(31-40人)	375	484	461	464
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人次)	358	462	440	443
00199C	4-1)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並由本院所自行調劑(1-30人)	356	459	438	441
00200C	4-2)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並由本院所自行調劑(31-40人)	350	452	431	433
00158C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病 <u>連續</u> 處方並交付特約藥局調劑	555	716	683	687
00159C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病 <u>連續</u> 處方並由本院所自行調劑	530	684	652	656
	<b>6.山地離島地區</b>				
	<b>(1)每位醫師每日門診量在五十人次以下部分(≤50)</b>				
00230C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	358	462	440	443
00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50人)	352	454	433	436
00232C	2-1)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	491	469	472
00233C	2-2)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並交付特約藥局調劑(31-50人)	375	484	461	464
00234C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	358	462	440	443
00235C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50人)	352	454	433	436
00236C	4-1)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並由本院所自行調劑(1-30人)	356	459	438	441
00237C	4-2)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並由本院所自行調劑(31-50人)	350	452	431	433
00168C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病 <u>連續</u> 處方並交付特約藥局調劑(≤50)	555	716	683	687
00169C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病 <u>連續</u> 處方並由本院所自行調劑(≤50)	530	684	652	656
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	425	548	523	526

附表 2.1.6

基層院所申報婦、兒、外、內專科醫師別加成併「七十五歲以上者加成」  
第一段門診診察費支付點數之計算

代碼	名稱	支付 點數 A	婦、外專科醫 師看診75歲 以上者加成 16.5% 支付點數 =A*1.165	兒科專科醫 師看診75歲 以上者加成 10.5%支付點 數=A*1.105	內科專科醫 師看診75歲 以上者加成 11.3%支付點 數=A*1.113
	<b>一般門診診察費－基層院所門診診察費</b> <b>1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分(≤40)</b>				
00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人次)	358	417	396	398
00197C	2-1)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	444	421	424
00198C	2-2)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並交付特約藥局調劑(31-40人)	375	437	414	417
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人次)	358	417	396	398
00199C	4-1)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並由本院所自行調劑(1-30人)	356	415	393	396
00200C	4-2)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並由本院所自行調劑(31-40人)	350	408	387	390
00158C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病 <u>連續</u> 處方並交付特約藥局調劑	555	647	613	618
00159C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病 <u>連續</u> 處方並由本院所自行調劑	530	617	586	590
	<b>6.山地離島地區</b> <b>(1)每位醫師每日門診量在五十人次以下部分(≤50)</b>				
00230C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	358	417	396	398
00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50人)	352	410	389	392
00232C	2-1)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	444	421	424
00233C	2-2)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並交付特約藥局調劑(31-50人)	375	437	414	417
00234C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	358	417	396	398
00235C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50人)	352	410	389	392
00236C	4-1)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並由本院所自行調劑(1-30人)	356	415	393	396
00237C	4-2)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並由本院所自行調劑(31-50人)	350	408	387	390
00168C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病 <u>連續</u> 處方並交付特約藥局調劑(≤50)	555	647	613	618
00169C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病 <u>連續</u> 處方並由本院所自行調劑(≤50)	530	617	586	590



## 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

## 第二部 西醫

## 第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

## 第一節 檢查 Laboratory Examination

第六項 免疫學檢查 Immunology Examination (12001-122~~09~~10)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
<a href="#">12210B</a>	<p><a href="#">水通道蛋白4抗體</a> <a href="#">Aquaporin-4 antibody</a></p> <p>註： 1.適應症： <a href="#">(1)泛視神經脊髓炎症候群(Neuromyelitis Optica Spectrum Disorders, NMOSD)之診斷。</a> <a href="#">(2)多發性硬化症(Multiple Sclerosis, MS)、視神經炎(Optical Neuritis, ON)、橫截性脊髓炎(Transverse Myelitis, TM)、自體免疫性腦炎(Autoimmune Encephalitis, AE)之鑑別診斷。</a> 2.專科別：<a href="#">過敏免疫風濕科(含兒科)、眼科(含兒科)、神經科(含兒科)。</a> 3.檢查次數：<a href="#">除下列情形，每人每年限執行一次。</a> <a href="#">(1)檢測結果為陽性者，不得再檢驗。</a> <a href="#">(2)檢測結果為陰性者，疑似泛視神經脊髓炎症候群且疾病明顯惡化時，得再次檢驗(需於病歷記載)。</a></p>		<a href="#">√</a>	<a href="#">√</a>	<a href="#">√</a>	<a href="#">1781</a>

第二十四項 伴隨式診斷 Companion Diagnostics (30101-30102~~3~~)

通則:本項各診療項目須按「鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」格式上傳檢驗(查)

結果報告,未上傳者本項不予支付。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
30101B	<p>肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變體外診斷醫療器材檢測(IVD)</p> <p>EGFR mutation in vitro diagnostics testing</p> <p>註:</p> <p>1.適應症:</p> <p>(1)限復發或轉移性(第IV期)之非小細胞且非鱗狀上皮肺癌,於使用EGFR標靶藥物前得申請檢測。</p> <p>(2)第III B期及第III C期,經肺癌多專科團隊討論,無法以外科手術完全切除、且不適合放射化學治療,於使用EGFR標靶藥物前得申請檢測。</p> <p>2.支付規範:</p> <p>(1)限使用已確診之腫瘤病理組織或細胞檢體做檢測,並於檢測報告上註明診斷與腫瘤細胞百分比。</p> <p>(2)限具肺癌EGFR基因檢測項目通過CAP(美國病理學家學會, The College of American Pathologists)、TAF(財團法人全國認證基金會, Taiwan Accreditation Foundation)或台灣病理學會之分子實驗室認證之實驗室。</p> <p>(3)執行本項之醫事服務機構應報經保險人核定,如有異動,仍應重行報請核定。</p> <p>(4)限使用食品藥物管理署核准之第三等級醫療器材檢測試劑操作,並於檢測報告上註明方法學與檢測平台。</p> <p>(5)限解剖病理專科醫師簽發報告,並於檢測報告上加註專科醫師證書字號。</p> <p>(6)限符合適應症規範者用藥前之伴隨式檢測,每人終生限給付一次。</p> <p>(7)不得同時申報編號30102B。</p>		v	v	v	8252
30102B	<p>肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變實驗室自行研發檢測(LDT)</p> <p>EGFR mutation Laboratory Developed Test</p> <p>註:</p> <p>1.適應症:</p> <p>(1)限復發或轉移性(第IV期)之非小細胞且非鱗狀上皮肺癌,於使用EGFR標靶藥物前得申請檢測。</p> <p>(2)第III B期及第III C期,經肺癌多專科團隊討論,無法以外科手術完全切除、且不適合放射化學治療,於使用EGFR標靶藥物前得申請檢測。</p> <p>2.支付規範:</p> <p>(1)限使用已確診之腫瘤病理組織或細胞檢體做檢測,並於</p>		v	v	v	6755

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p>檢測報告上註明診斷與腫瘤細胞百分比。</p> <p>(2)限具肺癌EGFR基因檢測項目通過CAP(美國病理學家學會, The College of American Pathologists)、TAF(財團法人全國認證基金會, Taiwan Accreditation Foundation)或台灣病理學會之分子實驗室認證之實驗室。</p> <p>(3)執行本項之醫事服務機構應報經保險人核定, 如有異動, 仍應重行報請核定。</p> <p>(4)檢測報告上應註明方法學與檢測平台。</p> <p>(5)限解剖病理專科醫師簽發報告, 並於檢測報告上加註專科醫師證書字號。</p> <p>(6)限符合適應症規範者用藥前之伴隨式檢測, 每人終生限給付一次。</p> <p>(7)不得同時申報編號30101B。</p>					
30103B	<p><u>PD-L1免疫組織化學染色</u> <u>PD-L1 immunohistochemistry</u></p> <p><u>註:</u></p> <p><u>1.適應症: 符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準第6編第83條之藥品給付規定第9節抗腫瘤藥物9.69.免疫檢查點PD-1、PD-L1抑制劑之使用條件, 且申請時需檢附生物標記(PD-L1)表現量檢測報告之疾病。</u></p> <p><u>2.支付規範:</u></p> <p><u>(1)限使用食品藥物管理署核准之第三等級醫療器材檢測試劑(IVD)操作, 並於檢測報告上註明方法學與檢測平台。</u></p> <p><u>(2)應檢附經解剖病理或口腔病理專科醫師簽名與加註專科醫師證書字號之病理報告。</u></p> <p><u>(3)限符合適應症規範者用藥前之伴隨式檢測, 每人終生限給付一次。</u></p> <p><u>(4)申報本項除依通則規定外, 尚須上傳檢測試劑代碼, 未上傳者不予支付。</u></p>		Y	Y	Y	5984

## 第二部 西醫

### 第一章 基本診療

#### 第三節 病房費

通則：

九、本節註有「護理費加成」項目者，其加成之方式及申報規定：

(一)偏鄉醫院之加成：以下醫院依表定點數加成百分之十五。

1.列於衛生福利部「偏鄉護理菁英計畫公費生管理要點」所定偏鄉地區範圍之醫院，排除僅屬於「衛生福利部公費醫師訓練後服務醫療機構及開業地區」之指定支援山地或離島地區之醫院。

2.符合「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」申請資格第一項、第二項之醫院。

3.符合條件之醫院名單可參閱保險人全球資訊網，網址：[www.nhi.gov.tw](http://www.nhi.gov.tw)，資料路徑如下：首頁 > ~~下載及應用~~ > ~~檔案下載~~ > ~~《其他》~~ [健保表單下載](#) > [其他](#) > [提升住院護理照護品質方案](#)。

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

## 第二部 西醫

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

#### 第一節 檢查 Laboratory Examination

##### 第二十項 核子醫學檢查 Radioisotope Scanning

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

通則：

3.編號P2105C至P2108C適用下列規定：

(1)保險對象經醫師診治因病情需要，得由第二次處方院所檢具「全民健康保險特殊造影檢查影像及報告申請同意書」向原檢查醫院申請特殊造影檢查影像報告，以供診斷疾病之參考，若參考後仍重新施行檢查，則不得申報本項費用。本項申請程序、同意書格式、受理與回饋及作業流程圖等全民健康保險特殊造影檢查影像及報告作業說明，請至保險人全球資訊網(網址<http://www.nhi.gov.tw>)下載，資料路徑如下：首頁 > ~~資料下載~~ > ~~表單下載~~ > ~~醫療服務表單~~ [健保表單下載](#) > [醫療相關表單](#) > [特殊造影檢查影像及報告申請\(原特定檢查資源共享試辦計畫\)](#)。

## 第二節 放射線診療 X-RAY

第一項 X光檢查費 X-Ray Examination

二、特殊造影檢查 Scanning (33001-33144、P2101-P2104)

通則：

編號 P2101C 至 P2104C 適用下列規定：

- (1) 保險對象經醫師診治因病情需要，得由第二次處方院所檢具「全民健康保險特殊造影檢查影像及報告申請同意書」向原檢查醫院申請特殊造影檢查影像報告，以供診斷疾病之參考，若參考後仍重新施行檢查，則不得申報本項費用。本項申請程序、同意書格式、受理與回饋及作業流程圖等全民健康保險特殊造影檢查影像及報告申請作業說明，請至保險人全球資訊網(網址 <http://www.nhi.gov.tw>)下載，資料路徑如下：首頁 > ~~資料下載~~ > [健保表單下載](#) > [醫療~~服務~~相關表單](#) > [特殊造影檢查影像及報告申請\(原特定檢查資源共享試辦計畫\)](#)。

## 第五部 居家照護及精神病患者社區復健

### 第三章 安寧居家療護

附表 乙類(社區安寧照護)醫護人員教育訓練課程內容

序號	課程名稱	時數
1	安寧緩和療護的哲理、現況與展望	1
2	末期疾病症狀評估與控制總論	1
3	末期病人的心理社會需求	1
4	末期病人的靈性需求	1
5	末期病人之家屬的照護及悲傷輔導之臨床實務運用	2
6	安寧緩和醫療條例與相關法律之臨床運用	1.5
7	安寧療護臨床決策的倫理與困境	1.5
8	出院準備與安寧居家療護	1
9	老人及十大末期疾病的安寧緩和療護	2
10	社區安寧緩和療護	1
合計		13

- 另臨床見習八小時學習目標放置於衛生福利部中央健康保險署全球資訊網，路徑如下：[首頁](#) > [醫事機構健保服務](#) > [網路申辦及查詢健保醫療計畫](#) > [安寧療護\(住院、居家及共照\)網路查詢服務](#)。

## 第七部 全民健康保險住院診斷關聯群

### (Taiwan Diagnosis Related Groups , Tw-DRGs)

#### 第一章 Tw-DRGs 支付通則

十五、「TW-DRG 分類手冊」請至保險人全球資訊網(網址 <http://www.nhi.gov.tw>) 下載，其路徑為：首頁 > ~~主題專區~~ [健保服務](#) > [健保醫療費用](#) > [醫療費用申報與給付](#) > [DRG 支付制度](#) > [DRG 住院診斷關聯群支付制度](#) > [Tw-DRGs 支付標準](#) > [2\)3.4 版 1062 項 Tw-DRGs](#)。



## 全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案

- 一、 依據：全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額辦理。
- 二、 目的：為鼓勵特約醫事服務機構提升網路頻寬，以利即時、迅速查詢病患於不同醫事機構間之醫療資訊，供處方參考，以確保保險對象就醫安全，以及提升醫療服務效率。
- 三、 預算來源：
  - (一)全民健康保險「醫院」醫療給付費用總額之「網路頻寬補助費用」專款項目1.14億元，用於補助醫院提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。
  - (二)全民健康保險「西醫基層」醫療給付費用總額之「網路頻寬補助費用」專款項目2.11億元，用於補助西醫基層診所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。
  - (三)全民健康保險「牙醫門診」醫療給付費用總額之「網路頻寬補助費用」專款項目1.36億元，用於補助牙醫院所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。
  - (四)全民健康保險「中醫門診」醫療給付費用總額之「網路頻寬補助費用」專款項目0.74億元，用於補助中醫院所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。
  - (五)全民健康保險醫療給付費用總額之其他預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」項目9.36億元，用於補助院所外其他醫事服務機構提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」及支付資料上傳獎勵金。如各部門總額「網路頻寬補助費用」專款項目預算不足時，由本項預算剩餘款支應。
- 四、 適用對象及其條件：
  - (一)固接網路：
    1. 保險人特約醫事服務機構應選擇申請裝設所需光纖電路之速率頻寬。
    2. 特約醫事服務機構需檢送申請表（附件1）或採電子申請，由保險人分區業務組核定後辦理。
  - (二)行動網路(Mobile Data Virtual Private Network, MDVPN)：
    1. 適用對象為事先經保險人同意提供居家醫療照護、或至醫療資源不足地區、山地離島地區等，非於院所內提供醫療服務之特約醫事服務機構。
    2. 申請數量以1組為原則，經分區業務組瞭解特約醫事服務機構有實際業務需要者，最多可申請2組。
    3. 特約醫事服務機構需檢送申請表（附件2），由保險人分區業務組核定後辦理。

## 五、 支付項目及標準：

### (一)特約醫事服務機構之「固接網路」網路月租費：

1. 按月先行依電信公司提供特約醫事服務機構繳交網路頻寬之月租費證明書據（繳款人需為該特約醫事服務機構含機構代號）金額核實支付，但費用高於各層級特約醫事服務機構之支付上限者，其超過部分，不予支付。
2. 依保險人與電信公司合約折扣率計算之頻寬月租費為上限，**109**年各層級特約醫事服務機構支付上限如下，詳附件3。
  - (1)醫學中心：企業型光纖50M，月租費5萬4,561元。
  - (2)區域醫院：企業型光纖20M，月租費4萬5,201元。
  - (3)地區醫院：企業型光纖10M，月租費2萬5,857元。
  - (4)基層診所及其他醫事服務機構：一般型光纖6M/2M，月租費1,691元；  
107年12月31日以前(含)已申請參加本方案企業型或專業型光纖電路頻寬之基層診所及其他醫事服務機構，**109**年網路月租費支付上限為專業型光纖1M月租費1,980元。

### (二)特約醫事服務機構之「行動網路」網路月租費：

1. 依電信公司提供特約醫事服務機構該季繳交網路頻寬之月租費證明書據（繳款人需為該特約醫事服務機構含機構代號）金額核實支付。
2. 支付上限：依保險人與電信公司合約之無線網路-MDVPN 4G優惠月租費率計算之，並依優惠方案所訂之最高收費金額為上限。**109**年4G優惠方案支付上限799元，詳附件4。

### (三)資料上傳獎勵：特約醫事服務機構須於「報告日期(或實際檢查日期)後之24小時內」或「費用年月」之次月底前上傳下列資料，否則不予列計。上傳格式公布於保險人全球資訊網之醫事機構專區之醫療費用支付項下。

1. 即時上傳檢驗（查）結果：
  - (1) 獎勵項目：如附件5及按「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」規定，須上傳檢驗(查)結果之診療項目。非獎勵上傳之檢驗（查）項目，仍可依規定格式上傳，惟不列入即時上傳檢驗（查）結果獎勵金之計算。
  - (2) 獎勵條件：
    - ① 附件5獎勵項目 **第1至165項**：須於報告日期24小時內將其檢驗（查）結果上傳；如屬健保卡補卡案件，且健保卡刷卡日期時間大於報告日期時間，須於補卡後24小時內上傳；如屬轉(代)檢案件，須於實際收到報告日期24小時內上傳。
    - ② 附件5獎勵項目 **第166至641項**：**109年1月至3月**，須於費用年月次月底前上傳檢驗（查）結果；**109年4月**起，須於報告日期24小時內將其檢驗（查）結果上傳；如屬健保卡補卡案件，且健保卡刷

卡日期時間大於報告日期時間，須於補卡後24小時內上傳；如屬轉(代)檢案件，須於實際收到報告日期24小時內上傳。

- (3) 支付方式：「報告型資料」者，每筆即時上傳醫令獎勵5點；「非報告型資料」者，每筆即時上傳醫令獎勵1點。

2. 即時上傳醫療檢查影像及影像報告：

- (1) 獎勵項目及支付方式：如附件5-1。  
(2) 獎勵條件：醫療檢查影像及影像報告須於下列期限上傳，方符合獎勵條件。

① 醫療檢查影像：須於實際檢查日期後之24小時內上傳影像；如屬健保卡補卡案件，且健保卡刷卡日期時間大於實際檢查日期時間，須於補卡後24小時內上傳；如屬轉(代)檢案件，須於實際收到影像日期24小時內上傳。

② 影像報告：須於報告日期24小時內將其影像報告上傳；如屬健保卡補卡案件，且健保卡刷卡日期時間大於報告日期時間，須於補卡後24小時內上傳；如屬轉(代)檢案件，須於實際收到報告日期24小時內上傳。

3. 上傳出院病歷摘要：每筆獎勵5點。

4. 上傳人工關節植入物資料：每筆獎勵5點。

- (1) 醫令項目：詳附件6。  
(2) 每筆上傳內容：包括body height、body weight、ASA(麻醉危險分級)、Surgical Approach (側別/術別/入路途徑)、特材條碼等。

5. 居家訪視健保卡登錄暨上傳資料：每次獎勵5點。

- (1) 醫令項目詳附件7。  
(2) 保險醫事服務機構將提供保險對象之居家訪視服務登錄於健保卡後，於24小時內，經由健保資訊網線路上傳予保險人，每次居家訪視獎勵5點。

6. 特定醫令申報執行起迄時間資料：每筆獎勵1點。

- (1) 醫令項目詳附件8。  
(2) 保險醫事服務機構向保險人申報之門住診醫療費用中，於醫令清單段申報特定醫令之「執行時間-起」及「執行時間-迄」，每筆獎勵1點。  
(3) 資料如經保險人查屬不實，核發之獎勵金將予以追扣。

(四)結算方式：

1. 網路月租費：

- (1) 屬各總額部門之醫事機構，由各該部門「網路頻寬補助費用」專款項目支應，如預算不足時，由其他預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」項目剩餘款支應。

(2) 其他醫事機構，由其他預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」項目中支應。

2. 資料上傳獎勵費：由其他預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」項目中支應，採浮動點值，按季以每點1元暫付，全年結算，每點支付金額不高於1元。

(五)保險人為利特約醫事服務機構查詢及傳送資料，相對應需增加之網路頻寬費用：依政府採購法及相關規定，辦理採購、簽約及核銷程序後覈實支付。

六、本方案由保險人報請主管機關核定後公告實施，並送全民健康保險會備查。屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。





### 方案之附件 3

特約醫事服務機構之「固接網路」網路月租費上限：依保險人與電信公司合約折扣率計算之頻寬月租費為上限(以 109 年為例)

特約層級別	網路頻寬	網路月租費支付上限
醫學中心	企業型 FTTB 50M	54,561 元
區域醫院	企業型 FTTB 20M	45,201 元
地區醫院	企業型 FTTB 10M	25,857 元
診所及其他醫事服務機構	一般型 FTTB 6M/2M	1,691 元

註 1：107 年 12 月 31 日以前(含)已申請參加本方案企業型或專業型光纖網路頻寬之基層診所及其他醫事服務機構，109 年網路月租費支付上限為專業型光纖 1M 月租費 1,980 元。

註 2：保險人與電信公司合約折扣率計算之頻寬月租費如有調整，將另行通知特約醫事服務機構。

## 方案之附件 4

特約醫事服務機構之「行動網路」網路月租費：依保險人與電信公司合約之無線網路-MDVPN 4G 優惠月租費率計算之，並依優惠方案所訂之最高收費金額為上限  
(以 109 年為例)

方案類型	優惠月租費率 (元/月)	最高收費金額 (單位：新台幣元)	方案內容
4G	175	799 元	方案數據服務通信費以「KB」計費，月租費可抵扣 1GB。 超過部分之資料通信費以每月實際傳送 KB 數量另計，每 KB 0.00023 元。

註：保險人與電信公司合約之無線網路-MDVPN 4G 優惠月租費率及最高收費金額如有調整，將另行通知特約醫事服務機構。



獎勵醫事服務機構即時上傳檢驗（查）結果之項目

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

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
32	09030C	直接膽紅素	1
33	09031C	麩胺轉酸酶	1
34	09032C	肌酸磷化酶	1
35	09033C	乳酸脫氫酶	1
36	09038C	白蛋白	1
37	09040C	全蛋白	1
38	09041B	血液氣體分析	1
39	09043C	高密度脂蛋白－膽固醇	1
40	09044C	低密度脂蛋白－膽固醇	1
41	09046B	鎂	1
42	09064C	解脂酶	1
43	09071C	肌酸磷酸酶(MB 同功酶)	1
44	09099C	心肌旋轉蛋白 I	1
45	09106C	游離甲狀腺素免疫分析	1
46	09112C	甲狀腺刺激素免疫分析	1
47	11001C	ABO 血型測定檢驗	1
48	11002C	交叉配合試驗	1
49	11003C	RH (D) 型檢驗	1
50	11004C	不規則抗體篩檢	1
51	12007C	$\alpha$ -胎兒蛋白檢驗	1
52	12015C	C 反應性蛋白試驗－免疫比濁法	1
53	12021C	癌胚胎抗原檢驗	1
54	12081C	攝護腺特異抗原 (EIA/LIA 法)	1
55	12111C	微白蛋白 (免疫比濁法)	1
56	12184C	去氧核糖核酸類定量擴增試驗	1
57	12185C	核糖核酸類定量擴增試驗	1
58	12193B	B 型利納利尿胜肽原(B 型利納利尿胜肽)	1
59	12202C	C 型肝炎病毒核酸基因檢測－即時聚合酶連鎖反應法	1
60	13006C	排泄物，滲出物及分泌物之細菌顯微鏡檢查	1
61	13007C	細菌培養鑑定檢查 (包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定，抗酸菌除外)	1
62	13008C	細菌培養鑑定檢查 (包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定，抗酸菌除外)，對同一檢體合併實施一般培養及厭氧性培養時加算二分之一	1
63	13016B	血液培養	1
64	13023C	細菌最低抑制濃度快速試驗	1
65	13025C	抗酸性濃縮抹片染色檢查	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
66	13026C	抗酸菌培養(限同時使用固態培養基及具自動化偵測功能之液態培養系統)	1
67	14032C	B型肝炎表面抗原	1
68	14033C	B型肝炎表面抗體	1
69	14035C	B型肝炎 e 抗原檢查 HBeAg	1
70	14051C	C型肝炎病毒抗體檢查	1
71	15001C	體液細胞檢查	3
72	17008B	睡眠多項生理檢查	2
73	18001C	心電圖	2
74	18010B	頸動脈聲圖檢查	2
75	18015B	極度踏車運動試驗	2
76	18019C	攜帶式心電圖記錄檢查	2
77	18020B	心導管—一側	2
78	18022B	冠狀動脈攝影	2
79	20001C	腦波檢查睡眠或清醒	2
80	20019B	感覺神經傳導速度測定	2
81	20023B	F 波	2
82	25003C	第三級外科病理	3
83	25004C	第四級外科病理	3
84	25006B	冰凍切片檢查	3
85	25012B	免疫組織化學染色(每一抗體)	3
86	25024C	第五級外科病理	3
87	25025C	第六級外科病理	3
88	26025B	壓力與重分佈心肌斷層灌注掃描	2
89	26029B	全身骨骼掃描	2
90	26072B	正子造影-全身	2
91	28002C	鼻咽喉內視鏡檢查	2
92	28023C	肛門鏡檢查	2
93	30022C	特異過敏原免疫檢驗	1
94	33005B	乳房造影術	2
95	33012B	靜脈注射泌尿系統造影術(點滴注射)	2
96	33074B	單純性血管整形術	2
97	33075B	血管阻塞術	2
98	33076B	經皮冠狀動脈擴張術—一條血管	2
99	33077B	經皮冠狀動脈擴張術—二條血管	2
100	08010C	嗜酸性白血球計算	1
101	12031C	免疫球蛋白 E	1
102	17003C	流量容積圖形檢查	2

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
103	17004C	標準肺量測定 (包括 FRC 測定)	2
104	17006C	支氣管擴張劑試驗	2
105	17019C	支氣管激發試驗	2
106	14065C	流行性感冒 A 型病毒抗原	1
107	14066C	流行性感冒 B 型病毒抗原	1
108	18008C	杜卜勒氏血流測定(週邊血管)	2
109	09125C	濾泡刺激素免疫分析	1
110	09126C	黃體化激素免疫分析	1
111	12033B	補體 3—單向免疫擴散法	1
112	12034B	補體 3—免疫比濁法	1
113	12035B	補體 3(活化測定)—單向免疫擴散法	1
114	12036B	補體 3(活化測定)—免疫比濁法	1
115	12037B	補體 4—單向免疫擴散法	1
116	12038B	補體 4—免疫比濁法	1
117	27013B	濾胞刺激素放射免疫分析	1
118	27014B	黃體化激素放射免疫分析	1
119	15017C	婦科細胞檢查	3
120	09042C	攝護腺酸性磷酸酶	1
121	09111C	甲狀腺球蛋白	1
122	12022C	乙型人類絨毛膜促性腺激素	1
123	12052B	β2-微球蛋白	1
124	12072B	淋巴球表面標記-癌症腫瘤檢驗	1
125	12075B	白血球表面標記≤10 種	1
126	12077C	CA-125 腫瘤標記(EIA/LIA 法)	1
127	12078C	CA-153 腫瘤標記(EIA/LIA 法)	1
128	12079C	CA-199 腫瘤標記(EIA/LIA 法)	1
129	12080B	SCC 腫瘤標記(EIA/LIA 法)	1
130	12109B	成人 T 淋巴白血病病毒抗體	1
131	12120B	腫瘤多胜酶抗原	1
132	12163B	第一型人類嗜 T 細胞抗體(定性)	1
133	12182C	去氧核糖核酸類定性擴增試驗	1
134	12183C	核糖核酸類定性擴增試驗	1
135	12186C	染色體轉位基因重組之南方墨點法分析	1
136	12187C	短片段重覆序列多型性分析	1
137	12188C	染色體轉位融合基因之反轉錄聚合酶連鎖反應分析	1
138	12194B	代謝產物串聯質譜儀分析	1
139	12195B	Her-2/neu 原位雜交	3
140	12196B	HLA-B 1502 基因檢測	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
141	12198C	游離攝護腺特異抗原	1
142	12199B	人類組織相容複合物 I 類鏈相關基因 A 抗體篩檢	1
143	12203B	C 型肝炎病毒核酸基因檢測-一般聚合酶連鎖反應法	1
144	12204B	白血球表面標記 11-20 種	1
145	12205B	白血球表面標記 21-30 種	1
146	12206B	白血球表面標記 31 種以上	1
147	12207B	白血病即時定量聚合酶連鎖反應法	1
148	12208B	生長刺激表達基因 2 蛋白(ST2)	1
149	14046B	EB 病毒囊鞘免疫球蛋白 G.M.A.(IFA 法)	1
150	25007B	細胞遺傳學檢查	3
151	25021B	染色體檢查(特殊)	3
152	27010B	絨毛膜促性腺激素-乙亞單體	1
153	27030B	攝護腺酸性磷酸鹽酵素放射免疫分析	1
154	27049C	甲-胎兒蛋白	1
155	27050C	胚胎致瘤抗原	1
156	27051B	$\beta$ -2 微小球蛋白	1
157	27052C	攝護腺特異抗原	1
158	27053C	CA-125 腫瘤標記	1
159	27054B	CA-153 腫瘤標記	1
160	27055C	CA-199 腫瘤標記	1
161	27056B	抗-SCC 腫瘤標記	1
162	27059B	甲狀腺球蛋白	1
163	27076B	腫瘤多胜肽抗原	1
164	27083B	游離攝護腺特異抗原	1
165	30101B	肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變體外診斷醫療器材檢測(IVD)	3
<u>166</u>	<u>06001C</u>	<u>酸鹼度反應</u>	<u>1</u>
<u>167</u>	<u>06003C</u>	<u>尿蛋白</u>	<u>1</u>
<u>168</u>	<u>06005C</u>	<u>尿膽素原</u>	<u>1</u>
<u>169</u>	<u>06006C</u>	<u>尿膽紅素</u>	<u>1</u>
<u>170</u>	<u>06008C</u>	<u>班尼迪克特反應</u>	<u>1</u>
<u>171</u>	<u>06009C</u>	<u>尿沉渣</u>	<u>1</u>
<u>172</u>	<u>06010C</u>	<u>本周氏蛋白試驗</u>	<u>1</u>
<u>173</u>	<u>06011B</u>	<u>乳糜尿之確定</u>	<u>1</u>
<u>174</u>	<u>06014B</u>	<u>酸鹼度(酸鹼儀)</u>	<u>1</u>
<u>175</u>	<u>06015C</u>	<u>亞硝酸鹽檢驗</u>	<u>1</u>
<u>176</u>	<u>06016B</u>	<u>脂肪染色</u>	<u>1</u>
<u>177</u>	<u>06017B</u>	<u>白血球酯酶</u>	<u>1</u>
<u>178</u>	<u>06503B</u>	<u>尿滲透壓檢驗</u>	<u>1</u>

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
<a href="#">179</a>	<a href="#">06504C</a>	<a href="#">懷孕試驗－乳膠凝集法</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">180</a>	<a href="#">06508B</a>	<a href="#">紫質類檢驗</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">181</a>	<a href="#">06509B</a>	<a href="#">Porphobilinogen 檢驗</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">182</a>	<a href="#">06510C</a>	<a href="#">巴拉刈定性檢驗</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">183</a>	<a href="#">06511C</a>	<a href="#">四次尿糖</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">184</a>	<a href="#">06512B</a>	<a href="#">尿液糞紫質檢驗</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">185</a>	<a href="#">06513B</a>	<a href="#">尿液新陳代謝障礙檢測</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">186</a>	<a href="#">07001C</a>	<a href="#">糞便潛血化學法</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">187</a>	<a href="#">07002C</a>	<a href="#">糞便中膽紅素</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">188</a>	<a href="#">07003C</a>	<a href="#">阿米巴檢驗 (直接法)</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">189</a>	<a href="#">07004C</a>	<a href="#">澱粉質染色</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">190</a>	<a href="#">07005C</a>	<a href="#">中性脂肪染色</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">191</a>	<a href="#">07006C</a>	<a href="#">脂肪酸染色</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">192</a>	<a href="#">07007C</a>	<a href="#">酸鹼值</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">193</a>	<a href="#">07008C</a>	<a href="#">糞便中尿膽素原</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">194</a>	<a href="#">07010B</a>	<a href="#">胰蛋白酶</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">195</a>	<a href="#">07012C</a>	<a href="#">寄生蟲卵－濃縮法</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">196</a>	<a href="#">07013C</a>	<a href="#">寄生蟲卵－計數法</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">197</a>	<a href="#">07015C</a>	<a href="#">還原物質測定</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">198</a>	<a href="#">07017B</a>	<a href="#">APT 檢測試驗</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">199</a>	<a href="#">07018C</a>	<a href="#">糞便白血球檢查</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">200</a>	<a href="#">08001C</a>	<a href="#">紅血球計數</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">201</a>	<a href="#">08007C</a>	<a href="#">血中寄生蟲檢查</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">202</a>	<a href="#">08008C</a>	<a href="#">網狀紅血球計數</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">203</a>	<a href="#">08009C</a>	<a href="#">紅血球形態</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">204</a>	<a href="#">08012C</a>	<a href="#">全套血液檢查 II (七項)</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">205</a>	<a href="#">08014C</a>	<a href="#">血液一般檢查 (白血球, 紅血球及血色素)</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">206</a>	<a href="#">08015C</a>	<a href="#">紅斑性狼瘡細胞</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">207</a>	<a href="#">08016C</a>	<a href="#">紅斑性狼瘡因子</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">208</a>	<a href="#">08017B</a>	<a href="#">血清黏度</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">209</a>	<a href="#">08021C</a>	<a href="#">血塊收縮試驗</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">210</a>	<a href="#">08022B</a>	<a href="#">纖維蛋白原測定 (定性)</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">211</a>	<a href="#">08024B</a>	<a href="#">纖維蛋白原測定 (免疫比濁法)</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">212</a>	<a href="#">08025B</a>	<a href="#">凝血酶時間</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">213</a>	<a href="#">08027B</a>	<a href="#">骨髓細胞形態判讀</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">214</a>	<a href="#">08028B</a>	<a href="#">胚胎血色素量值</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">215</a>	<a href="#">08029B</a>	<a href="#">H 血紅素檢查</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">216</a>	<a href="#">08030C</a>	<a href="#">血紅素電泳</a>	<a href="#">1</a>

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
<a href="#">217</a>	<a href="#">08031B</a>	<a href="#">紅血球脆性試驗</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">218</a>	<a href="#">08032B</a>	<a href="#">漢姆斯酸性血清試驗</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">219</a>	<a href="#">08033B</a>	<a href="#">自動溶血試驗</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">220</a>	<a href="#">08034B</a>	<a href="#">毛細管抵抗測定</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">221</a>	<a href="#">08035C</a>	<a href="#">血漿凝固時間</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">222</a>	<a href="#">08037B</a>	<a href="#">纖維蛋白降解產物－定性</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">223</a>	<a href="#">08038B</a>	<a href="#">纖維蛋白降解產物－定量</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">224</a>	<a href="#">08039B</a>	<a href="#">半定量血塊收縮試驗</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">225</a>	<a href="#">08040B</a>	<a href="#">變性血色素檢查</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">226</a>	<a href="#">08041B</a>	<a href="#">糖水試驗</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">227</a>	<a href="#">08042C</a>	<a href="#">骨髓鐵染色</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">228</a>	<a href="#">08043C</a>	<a href="#">蘇丹B染色</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">229</a>	<a href="#">08044B</a>	<a href="#">白血球鹼性磷酸解酶染色</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">230</a>	<a href="#">08045B</a>	<a href="#">凝塊溶解試驗</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">231</a>	<a href="#">08046B</a>	<a href="#">硫酸魚精蛋白副凝固試驗</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">232</a>	<a href="#">08047B</a>	<a href="#">過氧化酶染色</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">233</a>	<a href="#">08048B</a>	<a href="#">特異性酯酶染色</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">234</a>	<a href="#">08049B</a>	<a href="#">非特異性酯酶染色</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">235</a>	<a href="#">08050B</a>	<a href="#">酸性磷酸酶染色</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">236</a>	<a href="#">08051B</a>	<a href="#">肝糖染色試驗</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">237</a>	<a href="#">08052B</a>	<a href="#">胚胎血色素染色</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">238</a>	<a href="#">08053B</a>	<a href="#">漢斯氏體染色</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">239</a>	<a href="#">08054B</a>	<a href="#">血色素 A2 測定</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">240</a>	<a href="#">08055B</a>	<a href="#">凝血酶原消耗試驗</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">241</a>	<a href="#">08056B</a>	<a href="#">部份凝血激酶取代試驗</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">242</a>	<a href="#">08057B</a>	<a href="#">第二因子測定</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">243</a>	<a href="#">08058B</a>	<a href="#">第五因子測定</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">244</a>	<a href="#">08059B</a>	<a href="#">第七因子測定</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">245</a>	<a href="#">08060B</a>	<a href="#">第八因子測定</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">246</a>	<a href="#">08061B</a>	<a href="#">第九因子測定</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">247</a>	<a href="#">08062B</a>	<a href="#">第十因子測定</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">248</a>	<a href="#">08063B</a>	<a href="#">尿素溶解試驗</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">249</a>	<a href="#">08064B</a>	<a href="#">凝血酶原轉化試驗（包括測Ⅲ、Ⅶ、Ⅹ）</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">250</a>	<a href="#">08065B</a>	<a href="#">終端去氧轉化酶染色</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">251</a>	<a href="#">08066B</a>	<a href="#">優球蛋白溶解時間</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">252</a>	<a href="#">08067B</a>	<a href="#">第八因子之抑制因子</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">253</a>	<a href="#">08068B</a>	<a href="#">凝血酶時間矯正試驗</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">254</a>	<a href="#">08069B</a>	<a href="#">血小板凝集試驗</a>	<a href="#">1</a>

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
<a href="#">255</a>	<a href="#">08071B</a>	<a href="#">細胞化學染色</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">256</a>	<a href="#">08072B</a>	<a href="#">抗凝血 III</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">257</a>	<a href="#">08073B</a>	<a href="#">Isopropanol HR stability test</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">258</a>	<a href="#">08075C</a>	<a href="#">血液滲透壓</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">259</a>	<a href="#">08076B</a>	<a href="#">鋅化原紫質檢查</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">260</a>	<a href="#">08077B</a>	<a href="#">蛋白 C</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">261</a>	<a href="#">08078B</a>	<a href="#">α2 抗胞漿素</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">262</a>	<a href="#">08079B</a>	<a href="#">D 雙合體試驗</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">263</a>	<a href="#">08080B</a>	<a href="#">第十一因子測定</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">264</a>	<a href="#">08081B</a>	<a href="#">第十二因子測定</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">265</a>	<a href="#">08082C</a>	<a href="#">全套血液檢查 III(五項)</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">266</a>	<a href="#">08083C</a>	<a href="#">平均紅血球血紅素量</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">267</a>	<a href="#">08084C</a>	<a href="#">平均紅血球血紅素濃度</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">268</a>	<a href="#">08085B</a>	<a href="#">血漿黏度</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">269</a>	<a href="#">08086B</a>	<a href="#">全血黏度</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">270</a>	<a href="#">08087B</a>	<a href="#">尿液纖維蛋白原分解物含量</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">271</a>	<a href="#">08088B</a>	<a href="#">混合性凝血酶原時間</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">272</a>	<a href="#">08090B</a>	<a href="#">血漿血色素電泳</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">273</a>	<a href="#">08091B</a>	<a href="#">等電點血色素電泳分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">274</a>	<a href="#">08092B</a>	<a href="#">混合性部份凝血活酶時間</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">275</a>	<a href="#">08093B</a>	<a href="#">不穩定性血紅素</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">276</a>	<a href="#">08094B</a>	<a href="#">尿甘酸化物酶染色</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">277</a>	<a href="#">08103B</a>	<a href="#">第九因子之抑制因子</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">278</a>	<a href="#">09018B</a>	<a href="#">粘性蛋白</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">279</a>	<a href="#">09019B</a>	<a href="#">r-球蛋白</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">280</a>	<a href="#">09020C</a>	<a href="#">鐵</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">281</a>	<a href="#">09024C</a>	<a href="#">二氧化碳</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">282</a>	<a href="#">09028C</a>	<a href="#">酸性磷酸酶</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">283</a>	<a href="#">09034B</a>	<a href="#">酚四溴鈉試驗</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">284</a>	<a href="#">09035C</a>	<a href="#">總鐵結合能力</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">285</a>	<a href="#">09036B</a>	<a href="#">腦磷脂膽固醇結合試驗</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">286</a>	<a href="#">09037C</a>	<a href="#">血氨</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">287</a>	<a href="#">09039C</a>	<a href="#">球蛋白</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">288</a>	<a href="#">09047B</a>	<a href="#">銅</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">289</a>	<a href="#">09048B</a>	<a href="#">鋅</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">290</a>	<a href="#">09050B</a>	<a href="#">乳糖</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">291</a>	<a href="#">09051C</a>	<a href="#">葡萄糖六磷酸脫氫酶</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">292</a>	<a href="#">09052B</a>	<a href="#">香莢杏仁酸定量</a>	<a href="#">1</a>



項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
<a href="#">293</a>	<a href="#">09053B</a>	<a href="#">17 酮類固醇類</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">294</a>	<a href="#">09054B</a>	<a href="#">17 氫氧根腎上腺酮</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">295</a>	<a href="#">09055B</a>	<a href="#">尿動情激素</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">296</a>	<a href="#">09057B</a>	<a href="#">胺基左旋醣酸</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">297</a>	<a href="#">09058B</a>	<a href="#">胺基左旋醣酸脫氫酵素</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">298</a>	<a href="#">09060B</a>	<a href="#">丙銅酸</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">299</a>	<a href="#">09061B</a>	<a href="#">肌酸磷化同功酶</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">300</a>	<a href="#">09062B</a>	<a href="#">乳酸脫氫同功酶</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">301</a>	<a href="#">09063B</a>	<a href="#">D型木糖吸收試驗</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">302</a>	<a href="#">09065B</a>	<a href="#">蛋白電泳分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">303</a>	<a href="#">09066B</a>	<a href="#">脂蛋白電泳分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">304</a>	<a href="#">09067B</a>	<a href="#">鹼性磷酸酯電泳分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">305</a>	<a href="#">09068B</a>	<a href="#">澱粉酶電泳分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">306</a>	<a href="#">09069B</a>	<a href="#">血清醛縮酶</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">307</a>	<a href="#">09070B</a>	<a href="#">羥基丁酸鹽脫氫酶</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">308</a>	<a href="#">09072B</a>	<a href="#">異枸橼酸去氫酶</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">309</a>	<a href="#">09073B</a>	<a href="#">維生素A定量</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">310</a>	<a href="#">09074B</a>	<a href="#">維生素C定量</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">311</a>	<a href="#">09075B</a>	<a href="#">後腎上腺髓素</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">312</a>	<a href="#">09076B</a>	<a href="#">5-核酸解酶</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">313</a>	<a href="#">09077B</a>	<a href="#">兒茶酚胺測定</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">314</a>	<a href="#">09079C</a>	<a href="#">麝香混濁反應</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">315</a>	<a href="#">09080C</a>	<a href="#">硫酸鋅混濁反應</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">316</a>	<a href="#">09081C</a>	<a href="#">殘餘氯定量</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">317</a>	<a href="#">09082B</a>	<a href="#">蔗糖溶血分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">318</a>	<a href="#">09083B</a>	<a href="#">乙醯膽鹼酶</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">319</a>	<a href="#">09084B</a>	<a href="#">β脂蛋白</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">320</a>	<a href="#">09085C</a>	<a href="#">白胺酸胺酶</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">321</a>	<a href="#">09086C</a>	<a href="#">N-乙醯胺基葡萄糖甘酶</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">322</a>	<a href="#">09087B</a>	<a href="#">甲狀腺素結合容量</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">323</a>	<a href="#">09088B</a>	<a href="#">先天代謝異常有關之酵素定量檢查</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">324</a>	<a href="#">09089B</a>	<a href="#">有機酸定量檢查</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">325</a>	<a href="#">09095B</a>	<a href="#">總脂肪</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">326</a>	<a href="#">09096B</a>	<a href="#">胺基酸定性檢查</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">327</a>	<a href="#">09097B</a>	<a href="#">G6PD 定量</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">328</a>	<a href="#">09100B</a>	<a href="#">尿液蛋白電泳</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">329</a>	<a href="#">09101B</a>	<a href="#">蔗糖確認試驗</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">330</a>	<a href="#">09102B</a>	<a href="#">腺甘脫胺酶</a>	<a href="#">1</a>

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
<a href="#">331</a>	<a href="#">09103C</a>	<a href="#">胰島素免疫分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">332</a>	<a href="#">09104C</a>	<a href="#">胎盤生乳激素免疫分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">333</a>	<a href="#">09105C</a>	<a href="#">黃體脂酮免疫分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">334</a>	<a href="#">09107C</a>	<a href="#">游離三碘甲狀腺素免疫分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">335</a>	<a href="#">09108C</a>	<a href="#">生長激素免疫分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">336</a>	<a href="#">09109C</a>	<a href="#">17-氫氧基黃體脂酮免疫分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">337</a>	<a href="#">09110B</a>	<a href="#">骨原蛋白免疫分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">338</a>	<a href="#">09113C</a>	<a href="#">皮質素免疫分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">339</a>	<a href="#">09114B</a>	<a href="#">醛類脂醇酵素免疫分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">340</a>	<a href="#">09115B</a>	<a href="#">降血鈣素免疫分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">341</a>	<a href="#">09116B</a>	<a href="#">抗利尿激素免疫分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">342</a>	<a href="#">09117C</a>	<a href="#">甲狀腺原氨酸免疫分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">343</a>	<a href="#">09118B</a>	<a href="#">碳-副甲狀腺素免疫分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">344</a>	<a href="#">09119B</a>	<a href="#">促腎上腺皮質素免疫分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">345</a>	<a href="#">09120C</a>	<a href="#">催乳激素免疫分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">346</a>	<a href="#">09121C</a>	<a href="#">睪丸酯醇免疫分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">347</a>	<a href="#">09122C</a>	<a href="#">Intact 副甲狀腺素免疫分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">348</a>	<a href="#">09123B</a>	<a href="#">MM-副甲狀腺素免疫分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">349</a>	<a href="#">09124B</a>	<a href="#">血漿腎素活性免疫分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">350</a>	<a href="#">09127C</a>	<a href="#">二氫基春情素免疫分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">351</a>	<a href="#">09128C</a>	<a href="#">C-胜鏈胰島素免疫分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">352</a>	<a href="#">09129C</a>	<a href="#">維生素 B12 免疫分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">353</a>	<a href="#">09130B</a>	<a href="#">葉酸免疫分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">354</a>	<a href="#">09131C</a>	<a href="#">春情素醇酵素免疫分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">355</a>	<a href="#">09132B</a>	<a href="#">胃泌激素免疫分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">356</a>	<a href="#">09133B</a>	<a href="#">環磷酸腺酞酸免疫分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">357</a>	<a href="#">09134C</a>	<a href="#">糞便潛血免疫分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">358</a>	<a href="#">09135B</a>	<a href="#">乳酸 - 丙酮酸檢查</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">359</a>	<a href="#">09136B</a>	<a href="#">缺糖型式運鐵蛋白之分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">360</a>	<a href="#">09137B</a>	<a href="#">血清酮體定量分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">361</a>	<a href="#">09138C</a>	<a href="#">直接及總膽紅素比值</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">362</a>	<a href="#">09139C</a>	<a href="#">醣化白蛋白(GA)</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">363</a>	<a href="#">10001B</a>	<a href="#">銀</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">364</a>	<a href="#">10002B</a>	<a href="#">鋁</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">365</a>	<a href="#">10003B</a>	<a href="#">砷</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">366</a>	<a href="#">10004B</a>	<a href="#">金</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">367</a>	<a href="#">10005B</a>	<a href="#">鎘</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">368</a>	<a href="#">10006B</a>	<a href="#">鈷</a>	<a href="#">1</a>

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
<a href="#">369</a>	<a href="#">10007B</a>	<a href="#">鉻</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">370</a>	<a href="#">10008B</a>	<a href="#">汞</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">371</a>	<a href="#">10009B</a>	<a href="#">錳</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">372</a>	<a href="#">10010B</a>	<a href="#">鎳</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">373</a>	<a href="#">10011B</a>	<a href="#">鉬</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">374</a>	<a href="#">10012B</a>	<a href="#">鋅(原子吸收光譜法)</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">375</a>	<a href="#">10501C</a>	<a href="#">卡巴馬平</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">376</a>	<a href="#">10502B</a>	<a href="#">二苯妥因</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">377</a>	<a href="#">10503B</a>	<a href="#">甲乙琥珀亞胺</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">378</a>	<a href="#">10504B</a>	<a href="#">滅殺除癌</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">379</a>	<a href="#">10505B</a>	<a href="#">普卡因胺</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">380</a>	<a href="#">10506B</a>	<a href="#">立克菌星</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">381</a>	<a href="#">10507B</a>	<a href="#">乙苯嘧啶二酮</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">382</a>	<a href="#">10508B</a>	<a href="#">水楊酸</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">383</a>	<a href="#">10509B</a>	<a href="#">茶鹼</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">384</a>	<a href="#">10510C</a>	<a href="#">發爾波克</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">385</a>	<a href="#">10511C</a>	<a href="#">長葉毛地黃</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">386</a>	<a href="#">10512B</a>	<a href="#">Amikacin</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">387</a>	<a href="#">10515B</a>	<a href="#">力多卡因</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">388</a>	<a href="#">10516B</a>	<a href="#">奎尼丁</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">389</a>	<a href="#">10517B</a>	<a href="#">Disopyramide</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">390</a>	<a href="#">10518B</a>	<a href="#">健大黴素</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">391</a>	<a href="#">10519B</a>	<a href="#">托不拉黴素</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">392</a>	<a href="#">10520C</a>	<a href="#">鋰鹽</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">393</a>	<a href="#">10521B</a>	<a href="#">Imipramine</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">394</a>	<a href="#">10522B</a>	<a href="#">血中藥物濃度測定 — Cyclosporine-A</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">395</a>	<a href="#">10523B</a>	<a href="#">血中藥物濃度測定-二苯環丙氨</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">396</a>	<a href="#">10524B</a>	<a href="#">血中藥物濃度測定 — Desipramine</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">397</a>	<a href="#">10525B</a>	<a href="#">血中藥物濃度測定 — Phenobarbital (luminal)</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">398</a>	<a href="#">10526B</a>	<a href="#">血中藥物濃度測定 — Diazepam (valium)</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">399</a>	<a href="#">10527B</a>	<a href="#">苯重氮基鹽類濃度(定量)</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">400</a>	<a href="#">10529B</a>	<a href="#">血中藥物濃度測定-普潘奈</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">401</a>	<a href="#">10530B</a>	<a href="#">血中藥物濃度測定 — Dibekacin</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">402</a>	<a href="#">10531B</a>	<a href="#">血中藥物濃度測定 — Vancomycin</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">403</a>	<a href="#">10532B</a>	<a href="#">血中藥物濃度測定-氯黴素</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">404</a>	<a href="#">10533B</a>	<a href="#">血中藥物濃度測定-康絲菌素</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">405</a>	<a href="#">10534B</a>	<a href="#">血中藥物濃度測定 — Nortriptyline</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">406</a>	<a href="#">10535B</a>	<a href="#">血中藥物濃度測定-三環抗鬱劑</a>	<a href="#">1</a>

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
<a href="#">407</a>	<a href="#">10536B</a>	<a href="#">血中藥物濃度測定-FK-506</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">408</a>	<a href="#">10537C</a>	<a href="#">Sirolimus 全血濃度測定</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">409</a>	<a href="#">10801B</a>	<a href="#">毒物試驗(定性)</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">410</a>	<a href="#">10802B</a>	<a href="#">巴比妥酸鹽</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">411</a>	<a href="#">10803B</a>	<a href="#">乙醯對氨基酚</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">412</a>	<a href="#">10804B</a>	<a href="#">一氧化碳血紅素</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">413</a>	<a href="#">10805B</a>	<a href="#">氰化物</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">414</a>	<a href="#">10806B</a>	<a href="#">甲醇</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">415</a>	<a href="#">10807B</a>	<a href="#">乙醇</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">416</a>	<a href="#">10808B</a>	<a href="#">高鐵血紅素</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">417</a>	<a href="#">10809B</a>	<a href="#">血中農藥中毒濃度測定</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">418</a>	<a href="#">10810B</a>	<a href="#">安非他命檢測(免疫分析)</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">419</a>	<a href="#">10811B</a>	<a href="#">嗎啡檢測(免疫分析)</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">420</a>	<a href="#">10812B</a>	<a href="#">古柯鹼檢測(免疫分析)</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">421</a>	<a href="#">10813B</a>	<a href="#">大麻檢測(免疫分析)</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">422</a>	<a href="#">10814B</a>	<a href="#">天使塵檢測(免疫分析)</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">423</a>	<a href="#">10815B</a>	<a href="#">有機磷濃度確認分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">424</a>	<a href="#">10816B</a>	<a href="#">乙醯膽鹼脢紅血球(定量)</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">425</a>	<a href="#">10817B</a>	<a href="#">乙醇-酒後非駕駛</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">426</a>	<a href="#">10818B</a>	<a href="#">乙醇-酒後駕駛</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">427</a>	<a href="#">10819C</a>	<a href="#">殺鼠藥分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">428</a>	<a href="#">11005B</a>	<a href="#">不規則抗體鑑定</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">429</a>	<a href="#">11006B</a>	<a href="#">不規則抗體之沖出及鑑定</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">430</a>	<a href="#">11007B</a>	<a href="#">血小板抗體</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">431</a>	<a href="#">11008B</a>	<a href="#">特殊血型-Lewis antigen</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">432</a>	<a href="#">11009B</a>	<a href="#">特殊血型-D、E、C、e、c</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">433</a>	<a href="#">11010B</a>	<a href="#">特殊血型—特殊血型三大群以上</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">434</a>	<a href="#">11011B</a>	<a href="#">輸血反應探測</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">435</a>	<a href="#">11012B</a>	<a href="#">HLA 符合試驗</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">436</a>	<a href="#">12001C</a>	<a href="#">梅毒試驗</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">437</a>	<a href="#">12002B</a>	<a href="#">傷寒凝集試驗</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">438</a>	<a href="#">12003C</a>	<a href="#">抗鏈球菌溶血素O效價測定—溶血抑制法</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">439</a>	<a href="#">12004C</a>	<a href="#">抗鏈球菌溶血素O效價測定—免疫比濁法</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">440</a>	<a href="#">12005B</a>	<a href="#">鏈球菌激酶試驗</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">441</a>	<a href="#">12006B</a>	<a href="#">布魯氏菌凝集素試驗</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">442</a>	<a href="#">12008B</a>	<a href="#">冷凝集反應</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">443</a>	<a href="#">12009C</a>	<a href="#">類風濕性關節炎因子試驗-乳膠凝集法</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">444</a>	<a href="#">12010C</a>	<a href="#">類風濕性關節炎因子試驗—被動血球凝集法</a>	<a href="#">1</a>

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
445	12011C	類風濕性關節炎因子試驗—免疫比濁法	1
446	12012B	冷凝球蛋白	1
447	12013C	C反應性蛋白試驗—乳膠凝集法	1
448	12014C	C反應性蛋白試驗—免疫擴散法	1
449	12016C	砂眼披衣菌抗原—酵素免疫法	1
450	12017B	砂眼披衣菌抗原—螢光法	1
451	12018C	梅毒螺旋體抗體試驗	1
452	12019B	螢光梅毒螺旋體抗體吸附試驗	1
453	12020C	肺炎黴漿菌抗體試驗	1
454	12023B	人體阿米巴體抗體檢驗	1
455	12024B	免疫球蛋白G—單向免疫擴散法	1
456	12025B	免疫球蛋白G—免疫比濁法	1
457	12026B	免疫球蛋白A—單向免疫擴散法	1
458	12027B	免疫球蛋白A—免疫比濁法	1
459	12028B	免疫球蛋白M—單向免疫擴散法	1
460	12029B	免疫球蛋白M—免疫比濁法	1
461	12030B	免疫球蛋白D	1
462	12032B	補體1定量	1
463	12039B	補體-5定量	1
464	12040B	$\alpha$ 1-抗胰蛋白酶—單向免疫擴散法	1
465	12041B	$\alpha$ 1-抗胰蛋白酶—免疫比濁法	1
466	12042B	$\alpha$ 1-粘液蛋白（免疫比濁法）	1
467	12043B	$\alpha$ 2-巨球蛋白—單向免疫擴散法	1
468	12044B	$\alpha$ 2-巨球蛋白—免疫比濁法	1
469	12053C	抗核抗體(間接免疫螢光法)	1
470	12056B	粒腺體抗體	1
471	12060B	DNA抗體	1
472	12064B	可抽出的核抗體測定—Ro/La抗體	1
473	12066B	基底膜帶抗體	1
474	12067B	細胞間質抗體	1
475	12068B	甲狀腺球蛋白抗體	1
476	12070B	冷凝纖維蛋白原	1
477	12071B	淋巴球表面標記—T細胞及B細胞定量	1
478	12073C	淋巴球表面標記—感染性疾病檢驗	1
479	12074B	淋巴球表面標記—免疫性疾病檢驗	1
480	12076B	淋巴球表面標記—其他疾病	1
481	12086C	人類白血球抗原—HLA-B27	1
482	12097B	庫姆氏血中多項抗體檢驗（直接法）	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
483	12098B	庫姆氏血中多項抗體檢驗(間接法)	1
484	12099B	庫姆氏血中單項 IgG 抗體檢驗	1
485	12100B	庫姆氏血中單項 C3 抗體檢驗	1
486	12126B	肺炎雙球菌抗原(乳膠凝集法)	1
487	12128B	腦膜炎雙球菌抗原(乳膠凝集法)	1
488	12129C	腦脊髓液快速測定	1
489	12130B	沙門氏菌抗原	1
490	12131B	志賀氏菌抗原	1
491	12132B	肺炎披衣菌(TWAR)抗原	1
492	12133B	抗 $\beta 2$ 醣蛋白 I 抗體	1
493	12134B	甲狀腺過氧化酶抗體	1
494	12135B	抗角質抗體	1
495	12136B	DNA 分析	1
496	12137B	肌肉炎自體抗體組合	1
497	12138B	腎絲球基底膜抗體	1
498	12139B	腦脊髓液新隱形球菌藥物濃度試驗	1
499	12140B	T3+DR+, T3+DR-	1
500	12141B	劉氏 3+8+抗原, 劉氏 3+8-細胞	1
501	12142B	劉氏 2+15+抗原, 劉氏 2+15-細胞	1
502	12143B	抗原依靠性補體細胞毒殺試驗	1
503	12144B	自然毒殺細胞活力試驗	1
504	12145B	直接細胞毒殺試驗	1
505	12146B	免疫球蛋白 G1 量	1
506	12147B	免疫球蛋白 G2 量	1
507	12148B	免疫球蛋白 G3 量	1
508	12149B	免疫球蛋白 G4 量	1
509	12150B	胺基酸定量檢查	1
510	12151C	同半胱胺酸	1
511	12152B	In vitro IgG, A, M synthesis	1
512	12153B	混合淋巴球雙向培養	1
513	12154B	可抽出之核抗體 Jo-1	1
514	12155B	可抽出之核抗體 KI,KU(免疫擴滲分析法)	1
515	12156B	Ribosomal-P 抗體	1
516	12157B	腦脊髓液免疫球蛋白免疫電泳	1
517	12158B	尿液免疫球蛋白免疫電泳	1
518	12159B	尿液免疫固定電泳分析	1
519	12160B	免疫球蛋白 $\kappa/\lambda$	1
520	12161B	白血球介質-2	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
<a href="#">521</a>	<a href="#">12162B</a>	<a href="#">組織壞死因子</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">522</a>	<a href="#">12164B</a>	<a href="#">脂蛋白 a</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">523</a>	<a href="#">12165C</a>	<a href="#">A 群鏈球菌抗原</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">524</a>	<a href="#">12166B</a>	<a href="#">腦膜炎雙球菌抗原</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">525</a>	<a href="#">12167B</a>	<a href="#">組織胞漿菌抗體檢查</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">526</a>	<a href="#">12168B</a>	<a href="#">芽生菌抗體檢查</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">527</a>	<a href="#">12169B</a>	<a href="#">球孢子菌抗體檢查</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">528</a>	<a href="#">12170B</a>	<a href="#">麴菌抗體檢查</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">529</a>	<a href="#">12171B</a>	<a href="#">抗嗜中性球細胞質抗體</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">530</a>	<a href="#">12172C</a>	<a href="#">尿液肺炎球菌抗原</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">531</a>	<a href="#">12173B</a>	<a href="#">可抽出的核抗體測定— Sm/RNP 抗體</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">532</a>	<a href="#">12174B</a>	<a href="#">可抽出的核抗體測定— Scl-70 抗體</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">533</a>	<a href="#">12175B</a>	<a href="#">淋巴球變形反應—抗原刺激</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">534</a>	<a href="#">12176B</a>	<a href="#">人類白血球抗原 — HLA-ABC(單一抗原)</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">535</a>	<a href="#">12177B</a>	<a href="#">人類白血球抗原 — HLA-DR(單一抗原)</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">536</a>	<a href="#">12178C</a>	<a href="#">腎上腺抗體</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">537</a>	<a href="#">12179C</a>	<a href="#">Aspergillus 抗原測定</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">538</a>	<a href="#">12180C</a>	<a href="#">穀醯酸脫梭酶抗體</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">539</a>	<a href="#">12181C</a>	<a href="#">乙醯膽鹼抗體</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">540</a>	<a href="#">12189C</a>	<a href="#">肺炎披衣菌 IgM</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">541</a>	<a href="#">12190C</a>	<a href="#">肺炎披衣菌 IgG</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">542</a>	<a href="#">12191C</a>	<a href="#">尿液退伍軍人菌抗原</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">543</a>	<a href="#">12192C</a>	<a href="#">前降鈣素原</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">544</a>	<a href="#">12197B</a>	<a href="#">血中藥物濃度測定-Everolimus</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">545</a>	<a href="#">12200B</a>	<a href="#">人類白血球群體反應性抗體百分比篩檢試驗</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">546</a>	<a href="#">12201B</a>	<a href="#">抗環瓜氨酸月太抗體</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">547</a>	<a href="#">13002B</a>	<a href="#">阿米巴抗體凝集試驗</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">548</a>	<a href="#">13004B</a>	<a href="#">白喉毒力試驗</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">549</a>	<a href="#">13005B</a>	<a href="#">披衣菌檢查 (定性)</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">550</a>	<a href="#">13012C</a>	<a href="#">抗酸菌培養</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">551</a>	<a href="#">13013C</a>	<a href="#">抗酸菌鑑定檢查</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">552</a>	<a href="#">13014B</a>	<a href="#">抗酸菌藥物敏感性試驗—三種藥物以下</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">553</a>	<a href="#">13015C</a>	<a href="#">抗酸菌藥物敏感性試驗—四種藥物以上</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">554</a>	<a href="#">13017C</a>	<a href="#">KOH 顯微鏡檢查</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">555</a>	<a href="#">13019B</a>	<a href="#">試管抗藥性試驗</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">556</a>	<a href="#">13020C</a>	<a href="#">抗生素敏感性試驗(MIC 法) 一菌種【抗微生物藥劑最低抑菌濃度 MIC】</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">557</a>	<a href="#">13021B</a>	<a href="#">抗生素敏感性試驗(MIC 法) 二菌種【抗微生物藥劑最低抑菌濃</a>	<a href="#">1</a>

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
		<u>度 MIC】</u>	
<u>558</u>	<u>13022B</u>	<u>抗生素敏感性試驗(MIC 法) 三菌種以上【抗微生物藥劑最低抑 菌濃度 MIC)】</u>	<u>1</u>
<u>559</u>	<u>13024C</u>	<u>結核菌檢驗</u>	<u>1</u>
<u>560</u>	<u>13028B</u>	<u>困難梭狀桿菌抗原快速檢驗 (GDH)</u>	<u>1</u>
<u>561</u>	<u>13029B</u>	<u>困難梭狀桿菌毒素 A、B 快速檢驗 (Toxin A/B)</u>	<u>1</u>
<u>562</u>	<u>14001B</u>	<u>病毒分離及鑑定</u>	<u>1</u>
<u>563</u>	<u>14002B</u>	<u>腺病毒補體結合抗體</u>	<u>1</u>
<u>564</u>	<u>14003B</u>	<u>巨大細胞病毒抗體 補體結合法</u>	<u>1</u>
<u>565</u>	<u>14004B</u>	<u>巨大細胞病毒抗體 酵素免疫法</u>	<u>1</u>
<u>566</u>	<u>14005C</u>	<u>單純疱疹病毒 III 補體結合抗體(各項)</u>	<u>1</u>
<u>567</u>	<u>14006B</u>	<u>麻疹病毒抗原</u>	<u>1</u>
<u>568</u>	<u>14007B</u>	<u>麻疹病毒 IgM 抗體</u>	<u>1</u>
<u>569</u>	<u>14008B</u>	<u>麻疹病毒補體結合抗體</u>	<u>1</u>
<u>570</u>	<u>14009C</u>	<u>腮腺炎病毒補體結合抗體</u>	<u>1</u>
<u>571</u>	<u>14010B</u>	<u>呼吸道融合病毒抗原</u>	<u>1</u>
<u>572</u>	<u>14011B</u>	<u>呼吸道融合病毒補體結合抗體</u>	<u>1</u>
<u>573</u>	<u>14012B</u>	<u>水痘帶狀疱疹病毒補體結合抗體</u>	<u>1</u>
<u>574</u>	<u>14013B</u>	<u>水痘帶狀疱疹病毒 IgM 抗體</u>	<u>1</u>
<u>575</u>	<u>14014B</u>	<u>肺炎漿胞菌補體結合抗體</u>	<u>1</u>
<u>576</u>	<u>14015B</u>	<u>副流行性感冒病毒 1 型抗原</u>	<u>1</u>
<u>577</u>	<u>14016B</u>	<u>副流行性感冒病毒 2 型抗原</u>	<u>1</u>
<u>578</u>	<u>14017B</u>	<u>副流行性感冒病毒 1 型補體結合抗體</u>	<u>1</u>
<u>579</u>	<u>14018B</u>	<u>副流行性感冒病毒 2 型補體結合抗體</u>	<u>1</u>
<u>580</u>	<u>14019B</u>	<u>副流行性感冒病毒 3 型補體結合抗體</u>	<u>1</u>
<u>581</u>	<u>14020B</u>	<u>流行性感冒 A 型病毒補體結合抗體</u>	<u>1</u>
<u>582</u>	<u>14021B</u>	<u>流行性感冒 B 型病毒補體結合抗體</u>	<u>1</u>
<u>583</u>	<u>14022B</u>	<u>日本腦炎病毒補體結合抗體</u>	<u>1</u>
<u>584</u>	<u>14023B</u>	<u>柯沙奇 B 型病毒抗體(每項)</u>	<u>1</u>
<u>585</u>	<u>14024B</u>	<u>柯沙奇 B 型病毒補體結合抗體(B1-B6)</u>	<u>1</u>
<u>586</u>	<u>14025C</u>	<u>腸內病毒 70 抗體</u>	<u>1</u>
<u>587</u>	<u>14026B</u>	<u>輪狀病毒抗原</u>	<u>1</u>
<u>588</u>	<u>14027C</u>	<u>輪狀病毒抗體</u>	<u>1</u>
<u>589</u>	<u>14028B</u>	<u>呼腸弧病毒抗體</u>	<u>1</u>
<u>590</u>	<u>14029B</u>	<u>小兒麻痺病毒第 1.2.3 型抗體各項</u>	<u>1</u>
<u>591</u>	<u>14030C</u>	<u>B 型肝炎表面抗原</u>	<u>1</u>
<u>592</u>	<u>14031C</u>	<u>B 型肝炎表面抗原</u>	<u>1</u>
<u>593</u>	<u>14034C</u>	<u>B 型肝炎 e 抗原檢查 HBeAg-RPHA 法</u>	<u>1</u>



項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
<a href="#">594</a>	<a href="#">14036C</a>	<a href="#">B型肝炎E抗體檢查</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">595</a>	<a href="#">14037C</a>	<a href="#">B型肝炎核心抗體檢查</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">596</a>	<a href="#">14038C</a>	<a href="#">B型肝炎核心抗體免疫球蛋白M檢查 (EIA/LIA 法)</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">597</a>	<a href="#">14039C</a>	<a href="#">A型肝炎抗體免疫球蛋白M檢查 (EIA/LIA 法)</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">598</a>	<a href="#">14040C</a>	<a href="#">A型肝炎抗體</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">599</a>	<a href="#">14041B</a>	<a href="#">D型肝炎抗體檢查</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">600</a>	<a href="#">14042B</a>	<a href="#">弓漿蟲 IgG 抗體</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">601</a>	<a href="#">14043B</a>	<a href="#">德國麻疹血球凝集抗體效價 (H I 法)</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">602</a>	<a href="#">14047B</a>	<a href="#">EB 病毒核抗原抗體</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">603</a>	<a href="#">14048B</a>	<a href="#">巨細胞病毒核抗原抗體</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">604</a>	<a href="#">14052B</a>	<a href="#">單純疱疹病毒 IgM 抗體</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">605</a>	<a href="#">14053B</a>	<a href="#">單純疱疹病毒-1 或-2 抗原</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">606</a>	<a href="#">14054B</a>	<a href="#">腮腺炎病毒 IgM 抗體</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">607</a>	<a href="#">14056B</a>	<a href="#">腸病毒 71 型-IgM 抗體快速檢驗試驗</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">608</a>	<a href="#">14058B</a>	<a href="#">呼吸融合細胞病毒試驗</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">609</a>	<a href="#">14059B</a>	<a href="#">巨細胞病毒抗原檢查</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">610</a>	<a href="#">16002C</a>	<a href="#">腹水分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">611</a>	<a href="#">16003C</a>	<a href="#">胸水分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">612</a>	<a href="#">16004C</a>	<a href="#">胃液分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">613</a>	<a href="#">16006C</a>	<a href="#">腦脊髓液分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">614</a>	<a href="#">16008C</a>	<a href="#">關節囊液分析--常規檢查</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">615</a>	<a href="#">16013C</a>	<a href="#">關節囊液分析--偏光鏡檢查</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">616</a>	<a href="#">27005B</a>	<a href="#">游離甲狀腺素指數分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">617</a>	<a href="#">27009B</a>	<a href="#">胎盤生乳激素放射免疫分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">618</a>	<a href="#">27012B</a>	<a href="#">春情素醇放射免疫分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">619</a>	<a href="#">27015C</a>	<a href="#">胰島素放射免疫分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">620</a>	<a href="#">27016B</a>	<a href="#">胃泌激素放射免疫分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">621</a>	<a href="#">27017B</a>	<a href="#">鐵蛋白放射免疫分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">622</a>	<a href="#">27018B</a>	<a href="#">A型肝炎放射免疫分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">623</a>	<a href="#">27019B</a>	<a href="#">二氫基春情素放射免疫分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">624</a>	<a href="#">27020B</a>	<a href="#">黃體脂酮放射免疫分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">625</a>	<a href="#">27022B</a>	<a href="#">C-肽鍊胰島素放射免疫分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">626</a>	<a href="#">27024B</a>	<a href="#">碳一端副甲狀腺素放射免疫分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">627</a>	<a href="#">27025B</a>	<a href="#">MM-副甲狀腺素放射免疫分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">628</a>	<a href="#">27026B</a>	<a href="#">Intact 副甲狀腺素放射免疫分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">629</a>	<a href="#">27028B</a>	<a href="#">維生素 B12 放射免疫分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">630</a>	<a href="#">27029B</a>	<a href="#">葉酸放射免疫分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">631</a>	<a href="#">27033C</a>	<a href="#">B型肝炎表面抗原放射免疫分析</a>	<a href="#">1</a>

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
<a href="#">632</a>	<a href="#">27034B</a>	<a href="#">B型肝炎表面抗體放射免疫分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">633</a>	<a href="#">27035B</a>	<a href="#">B型肝炎e抗原放射免疫分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">634</a>	<a href="#">27036B</a>	<a href="#">B型肝炎e抗體放射免疫分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">635</a>	<a href="#">27037B</a>	<a href="#">B型肝炎核心抗體放射免疫分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">636</a>	<a href="#">27040B</a>	<a href="#">A型肝炎免疫球蛋白M放射免疫分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">637</a>	<a href="#">27043B</a>	<a href="#">普卡因醯胺放射免疫分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">638</a>	<a href="#">27058B</a>	<a href="#">甲狀腺球蛋白抗體</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">639</a>	<a href="#">27063B</a>	<a href="#">脂蛋白酶元B分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">640</a>	<a href="#">27064B</a>	<a href="#">脂蛋白酶元A1分析</a>	<a href="#">1</a>
<a href="#">641</a>	<a href="#">30102B</a>	<a href="#">肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變實驗室自行研發檢測(LDT)</a>	<a href="#">3</a>

註1：報告類別代碼說明：1：檢體檢驗報告；2：影像報告；3：病理報告。

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

獎勵醫事服務機構即時上傳醫療檢查影像及影像報告之項目

方案之附件 5-1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別	每筆醫令獎勵金額(點)
1	33070B	電腦斷層造影－無造影劑	2	15
2	33071B	電腦斷層造影－有造影劑	2	15
3	33072B	電腦斷層造影－有/無造影劑	2	15
4	33084B	磁振造影－無造影劑	2	15
5	33085B	磁振造影－有造影劑	2	15
6	34004C	齒顎全景 X 光片攝影	無報告有影像	2
7	28016C	上消化道泛內視鏡檢查	2	7
8	28017C	大腸鏡檢查	2	7
9	18005C	超音波心臟圖	2	7
10	18006C	杜卜勒氏超音波心臟圖	2	7
11	18007C	杜卜勒氏彩色心臟血流圖	2	7
12	18033B	經食道超音波心圖	2	7
13	18041B	周邊動靜脈血管超音波檢查	2	7
14	19001C	腹部超音波	2	7
15	19002B	術中超音波	2	7
16	19003C	婦科超音波	2	7
17	19005C	其他超音波	2	7
18	19007B	超音波導引	2	7
19	19009C	腹部超音波，追蹤性	2	7
20	19010C	產科超音波	2	7
21	19012C	頭頸部軟組織超音波	2	7
22	19014C	乳房超音波	2	7
23	19015C	男性外生殖器官超音波	2	7
24	19016C	四肢超音波	2	7
25	19017C	經尿道(直腸)超音波檢查	2	7
26	19018C	嬰幼兒腦部超音波	2	7
27	20013C	頸動脈超音波檢查	2	7
28	20026B	穿顱都卜勒超音波檢查	2	7
29	21008C	膀胱掃描	2	7
30	23504C	超音波檢查(B 掃描)	2	7
31	23506C	微細超音波檢查	無報告有影像	2
32	32001C	胸腔檢查 (包括各種角度部位之胸腔檢查)	2	7

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別	每筆醫令獎勵金額(點)
33	32002C	胸腔檢查 (包括各種角度部位之胸腔檢查)	2	7
34	32006C	腎臟、輸尿管、膀胱檢查	2	7
35	32007C	腹部檢查 (包括各種姿勢之腹部檢查)	2	7
36	32008C	腹部檢查 (包括各種姿勢之腹部檢查)	2	7
37	01271C	環口全景 X 光初診診察	無報告有影像	2
<u>38</u>	<u>32009C</u>	<u>頭顱檢查 (包括各種角度部位之頭顱檢查)</u>	<u>2</u>	<u>7</u>
<u>39</u>	<u>32011C</u>	<u>脊椎檢查 (包括各種角度部位之頸椎、胸椎、腰椎、薦椎、尾骨及薦髂關節等之檢查)</u>	<u>2</u>	<u>7</u>
<u>40</u>	<u>32012C</u>	<u>脊椎檢查 (包括各種角度部位之頸椎、胸椎、腰椎、薦椎、尾骨及薦髂關節等之檢查)</u>	<u>2</u>	<u>7</u>
<u>41</u>	<u>32013C</u>	<u>肩部骨頭及關節檢查 (包括各種角度與部位之檢查)</u>	<u>2</u>	<u>7</u>
<u>42</u>	<u>32014C</u>	<u>肩部骨頭及關節檢查 (包括各種角度與部位之檢查)</u>	<u>2</u>	<u>7</u>
<u>43</u>	<u>32015C</u>	<u>上肢骨各處骨頭及關節檢查 (包括各種角度與部位之檢查)</u>	<u>2</u>	<u>7</u>
<u>44</u>	<u>32016C</u>	<u>上肢骨各處骨頭及關節檢查 (包括各種角度與部位之檢查)</u>	<u>2</u>	<u>7</u>
<u>45</u>	<u>32017C</u>	<u>下肢骨各處骨頭及關節檢查 (包括各種角度與部位之檢查)</u>	<u>2</u>	<u>7</u>
<u>46</u>	<u>32018C</u>	<u>下肢骨各處骨頭及關節檢查 (包括各種角度與部位之檢查)</u>	<u>2</u>	<u>7</u>
<u>47</u>	<u>32022C</u>	<u>骨盆及髖關節檢查 (包括各種角度與部位之檢查)</u>	<u>2</u>	<u>7</u>

註：醫令代碼 34004C(齒顎全景 X 光片攝影)、01271C(環口全景 X 光初診診察)及 23506C(微細超音波檢查) 因無報告，故僅須即時上傳醫療檢查影像，每筆醫令獎勵 2 點。

獎勵醫事服務機構上傳人工關節植入物之項目

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

## 方案之附件 7

### 獎勵居家訪視健保卡登錄暨上傳資料之醫令項目

項次	醫令代碼	中文名稱
1	05301C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第一類(在合理量內)1.在宅
2	05302C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群第一類(在合理量內)1.在宅
3	05303C	護理訪視費(次)-資源耗用群島為第二類(在合理量內)1.在宅
4	05304C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第二類(在合理量內)1.在宅
5	05305C	護理訪視費(次)-資源耗用群第三類(在合理量內)1.在宅
6	05306C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第三類(在合理量內)1.在宅
7	05307C	醫師訪視費(次)1.在宅
8	05308C	山地離島地區醫師訪視費(次)1.在宅
9	05309C	醫師訪視費(次)1.在宅—醫師應同一承辦居家照護業務機構之請，當日訪視個案數在五個以上者，自第五個個案起其訪視費依本項申報
10	05310C	山地離島地區醫師訪視費(次)1.在宅—醫師應同一承辦居家照護業務機構之請當日個案在五個以上者，自第五個個案起其訪視費依本項申報
11	05321C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(在合理量內)1.在宅
12	05322C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(在合理量內)1.在宅
13	05328C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第一類(超出合理量)1.在宅
14	05329C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群第一類(超出合理量)1.在宅
15	05330C	護理訪視費(次)-資源耗用群島為第二類(超出合理量)1.在宅
16	05331C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第二類(超出合理量)1.在宅
17	05332C	護理訪視費(次)-資源耗用群第三類(超出合理量)1.在宅
18	05333C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第三類(超出合理量)1.在宅
19	05334C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(超出合理量)1.在宅
20	05335C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(超出合理量)1.在宅
21	05342C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第一類(在合理量內)2.機構
22	05343C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群第一類(在合理量內)2.機構
23	05344C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第一類(超出合理量)2.機構
24	05345C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群第一類(超出合理量)2.機構
25	05346C	護理訪視費(次)-資源耗用群島為第二類(在合理量內)2.機構
26	05347C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第二類(在合理量內)2.機構
27	05348C	護理訪視費(次)-資源耗用群島為第二類(超出合理量)2.機構
28	05349C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第二類(超出合理量)2.機構
29	05350C	護理訪視費(次)-資源耗用群第三類(在合理量內)2.機構
30	05351C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第三類(在合理量內)2.機構
31	05352C	護理訪視費(次)-資源耗用群第三類(超出合理量)2.機構
32	05353C	護理訪視費(次)-資源耗用群第三類(超出合理量)2.機構

項次	醫令代碼	中文名稱
33	05354C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(在合理量內)2.機構
34	05355C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(在合理量內)2.機構
35	05356C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(超出合理量)2.機構
36	05357C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(超出合理量)2.機構
37	05358C	醫師訪視費(次)2.機構
38	05359C	山地離島地區醫師訪視費(次)2.機構
39	05360C	醫師訪視費(次)2.機構—醫師應同一承辦居家照護業務機構之請，當日訪視個案數在五個以上者，自第五個個案起其訪視費依本項申報
40	05361C	山地離島地區醫師訪視費(次)2.機構—醫師應同一承辦居家照護業務機構之請當日個案在五個以上者，自第五個個案起其訪視費依本項申報
41	05404C	居家治療醫師診治費(次)
42	05405C	居家治療醫師診治費-同一醫師，應同一承辦居家治療業務之醫療機構之請，當日診治個案數在五個以上者，自第五個個案起其診治費依本項申報。
43	05406C	居家治療其他專業人員處置費(次)
44	05312C	甲類醫師訪視費用(次)-在宅
45	05362C	甲類醫師訪視費用(次)-機構
46	05323C	甲類醫師訪視費用-山地離島地區(次)-在宅
47	05363C	甲類醫師訪視費用-山地離島地區(次)-機構
48	05336C	乙類醫師訪視費用(次)-在宅
49	05364C	乙類醫師訪視費用(次)-機構
50	05337C	乙類醫師訪視費用山地離島地區(次)-在宅
51	05365C	乙類醫師訪視費用山地離島地區(次)-機構
52	05313C	甲類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間1小時以內( $\leq 1$ 小時)
53	05366C	甲類護理訪視費(次)-機構:訪視時間1小時以內( $\leq 1$ 小時)
54	05324C	甲類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間1小時以內( $\leq 1$ 小時)-山地離島地區
55	05367C	甲類護理訪視費(次)-機構:訪視時間1小時以內( $\leq 1$ 小時)-山地離島地區
56	05338C	乙類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間1小時以內( $\leq 1$ 小時)
57	05368C	乙類護理訪視費(次)-機構:訪視時間1小時以內( $\leq 1$ 小時)
58	05339C	乙類護理訪視費山地離島地區(次)-在宅:訪視時間1小時以內( $\leq 1$ 小時)
59	05369C	乙類護理訪視費山地離島地區(次)-機構:訪視時間1小時以內( $\leq 1$ 小時)
60	05314C	甲類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間1小時以上( $> 1$ 小時)
61	05370C	甲類護理訪視費(次)-機構:訪視時間1小時以上( $> 1$ 小時)
62	05325C	甲類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間1小時以上( $> 1$ 小時)-山地離島地區
63	05371C	甲類護理訪視費(次)-機構:訪視時間1小時以上( $> 1$ 小時)-山地離島地區
64	05340C	乙類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間1小時以上( $> 1$ 小時)
65	05372C	乙類護理訪視費(次)-機構:訪視時間1小時以上( $> 1$ 小時)
66	05341C	乙類護理訪視費山地離島地區(次)-在宅:訪視時間1小時以上( $> 1$ 小時)

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



獎勵醫事服務機構申報特定醫令執行起迄時間資料之項目

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

# 全民健康保險氣喘醫療給付改善方案

104.05 修訂第十一版

109.01.修訂第十二版

109.01.修訂第十三版

## 壹、前言

氣喘是一種慢性疾病，它會反覆發作，也可能自行緩解，不能自行緩解之患者若接受適當的治療，通常可恢復，惟若病況嚴重又未及時接受治療者，則可能致命，而患者本身是否具氣喘知識及遵從醫囑服藥，成為是否導致延緩治療或治療不足最重要的原因。良好氣喘治療的第一步，便是建立正確的觀念與早期發現適當治療，其實大部分的死亡是可以預防的。

全民健康保險保險人(以下稱保險人)有鑑於多數氣喘患者普遍缺乏正確知識，並且在疾病惡化前，亦無良好的疾病管理方式，因此自 90 年 11 月起，推動氣喘醫療給付改善方案，期能透過醫療團隊，給予完整且正確的衛教資訊，加強病患自我照護的能力，減少急症及併發症的發生。此方案不僅提升氣喘患者照護能力及改善生活品質，長期而言，亦能有助於整體醫療費用的降低。

本方案藉由支付制度的設計，導入提昇氣喘照護品質之誘因，鼓勵醫療院所設計以病人為中心之完整照護，遵守氣喘診療指引，加強氣喘患者之追蹤管理及衛教服務，提供完整且連續性的照護模式，以創造被保險人、供給者及保險人三贏之局面。

## 貳、現況分析

依據保險人申報資料，93 年全年以氣喘為主診斷之申報人數約 51 萬人，總醫療費用約 26 億元，而自本方案實施後，平均急診次數及住院次數均呈現逐年下降的趨勢，其中平均急診次數自 90 年的 0.144 次，至 93 年已下降為 0.113 次，同期住院次數亦自 0.069 次下降為 0.046 次，已呈現初步成效。

## 參、目標

一、建立以病患為中心的共同照護模式。

二、提昇氣喘治療指引遵循率。

三、建立品質導向之支付制度。

#### 肆、計畫內容

一、參與本方案之醫事人員及醫事機構，須向保險人之分區業務組申請同意，資格如下：

- (一) 具有氣喘患者照護及管理能力之內、兒、家醫、耳鼻喉科醫師需接受保險人認可之氣喘照護教育訓練，新加入方案之醫師至少取得 8 小時課程時數，已加入方案之醫師每 3 年須取得 8 小時課程時數，並取得證明，教育訓練課程由台灣胸腔暨重症加護醫學會、中華民國免疫學會、台灣兒童胸腔醫學會、台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會、台灣氣喘衛教學會、台灣氣喘諮詢協會或台灣氣喘學會等七個學會協調每月公益提供，課程表詳附件 1。
- (二) 經台灣胸腔暨重症加護醫學會、中華民國免疫學會、台灣兒童胸腔醫學會、台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會認證之專科醫師。
- (三) 參與本方案之醫師，其半年病人追蹤率小於 12% 者 (指前半年已收案之個案中，於收案或追蹤後次季至後半年內至少完成 1 次追蹤者)，經保險人輔導後，3 個月未改善，自保險人文到日之次月起，一年內不得再申報本方案之相關費用。

#### 二、收案對象(給付對象)

(一) 收案條件：

1. 醫院：最近 90 天曾在該院所同醫師由符合參與本方案的醫師診斷為氣喘 (ICD-10-CM：J45) 至少就醫達 2 (含) 次以上者，才可收案，惟當次收案須以主診斷【門診醫療費用點數申報格式點數清單段及填表說明之第 18 欄位國際疾病分類號 (一)】收案。
2. 西醫基層：最近 90 天曾在該院所同醫師診斷為氣喘 (ICD-10-CM：J45) 至少就醫達 2 (含) 次以上者，才可收案，惟當次收案須以主診斷【門診醫療費用點數申報格式點數清單段及填表說明之第 18 欄位國際疾病分類號 (一)】收案。

(二) 收案前需與病人解釋本方案實施之目的及需病人配合定期回診等事

項，經病人同意配合方得收案，並將病人或親屬簽名檢附存查。若經查未能提供者，不予支付疾病管理照護費。

(三) 年齡 14 歲 (含) 以上診斷氣喘者，需要有肺功能或尖峰流速值至少一項的紀錄，否則不得收案。

(四) 參與方案院所新收案對象，經本保險人健保資訊網服務系統(VPN)查詢，若已被本方案其他院所或慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案收案照護中(1 年內仍有追蹤紀錄)，不得重複收案，俟其結案後，方可收案。

(五) 結案條件：

1. 可歸因於病人者，如失聯超過三個月( $\geq 90$  天)、拒絕再接受治療，或病患不願再遵醫囑或聽從衛教者或病患自行要求結案等。

2. 經醫師評估已可自行照護者或轉診。

3. 同一院所經結案對象 1 年內不得再收案，但院所仍可依現行全民健保醫療服務給付項目及支付標準申報相關醫療費用。

4. 病人未執行本方案管理照護超過 1 年者。

三、支付標準：符合本方案之氣喘病人，接受以醫師為主導之醫療團隊提供常規性氣喘之完整性照護，醫療院所得定期申報管理照護費，給付項目及支付點數如附件 2。

四、品質資訊之登錄及監測

(一) 參與本方案之特約醫療院所應依保險人規定內容(如附件 3)，登錄相關品質資訊。

(二) 保險人之分區業務組應舉辦方案執行概況檢討或發表會，由參與本方案之特約醫療院所報告，藉以進行計畫執行成果檢討及經驗交流。

(三) 參與本方案之醫療院所定期依「提昇院所氣喘慢性照護能力與病人生活品質的量化評量表」(如附件 4)自我評量後，於每年年底前函送保險人之分區業務組備查。

五、醫療費用申報及審查原則

(一) 申報原則：

1. 醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。
2. 門診醫療費用點數申報格式點數清單段及醫令清單段填表說明：
  - (1) 屬本方案收案之保險對象，其就診當次符合申報 P1612C、P1613C、P1614B、P1615C 者，於申報費用時，門診醫療費用點數申報格式點數清單段之案件分類應填『E1』、特定治療項目代號(一)應填『E6』；未符合申報上述醫令者，依一般費用申報原則辦理。
  - (2) 申報方式：併當月份送核費用申報。

## (二) 審查原則

1. 未依保險人規定內容登錄相關品質資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付該筆管理照護費並依相關規定辦理；另該筆疾病管理費被核刪後不得再申報。
2. 其餘未規定事項，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。

六、獎勵措施：獎勵點數之計算自有完整曆年資料後，再予核算。

### (一) 品質加成指標：

#### 1. 病人完整追蹤率

操作型定義如下：

- (1) 分母：當年度該院所由該醫師收案之所有病人當中，排除第 4 季新收案之人數及 VPN 系統登錄結案者。
- (2) 分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之病人當中，於當年度該院所完成下列條件者，視為達成追蹤。
  - A. 已申報年度評估者 (P1614B 或 P1615C)，其申報當年度追蹤管理(P1613C)次數達 3 次者。
  - B. 已申報新收案者 (P1612C)，視申報新收案之季別，完成下列追蹤管理次數者，視為達成追蹤。
    - a. 如為第 1 季申報新收案，其當年度追蹤管理+年度評估次數達 3 次者。

- b. 如為第 2 季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達 2 次者。
- c. 如為第 3 季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達 1 次者。

(3)當年度同時申報新收案 (P1612C) 及年度評估 (P1614B 或 P1615C) 者，以申報新收案 (P1612C) 之季別，依第(2)項之 B 原則辦理。

## 2. 收案病人因氣喘住院的比率

操作型定義如下：

- (1)分母：當年度該院所由該醫師收案之所有病人當中，排除第 4 季新收個案及 VPN 系統登錄結案者。
- (2)分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之病人當中，因氣喘住院之總人數。

## 3. 收案病人因氣喘急診的比率

操作型定義如下：

- (1)分母：當年度該院所由該醫師收案之所有病人當中，排除第 4 季新收個案及 VPN 系統登錄結案者。
- (2)分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之病人當中，因氣喘急診之總人數。

## (二)獎勵評比方式：

1.先區分醫院與基層，再分成人與兒童共 4 組。

2.各組依上述「病人完整追蹤率」、「收案病人因氣喘住院的比率」及「收案病人因氣喘急診的比率」等三項指標比率分別排序(「病人完整追蹤率」由高排至低；「收案病人因氣喘住院的比率」及「收案病人因氣喘急診的比率」由低排至高)，再將各指標之序別各乘上 1/3 後相加重新排序，取排序總和前 25%之醫師，惟當年度新參與方案之醫師，須於次年方得參與品質獎勵評比，依該醫師所收個案中達成完整追蹤之個案數，每一個案支付 500 點獎勵，當年度新收個案則依完整追蹤季數等比例支付。

七、本方案之疾病管理費用（P1612C、P1613C、P1614B、P1615C）及相關品質獎勵措施費用於全民健康保險醫院總額及西醫基層總額之「醫療給付改善方案」專款項下支應，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。保險人並得視實際執行及費用支付情形，召開會議與醫界研議修改本方案之相關內容。

八、資訊公開：保險人得公開參與本方案之名單及相關品質資訊供民眾參考，其品質獎勵措施，將於本保險人全球資訊網公開獲得品質獎勵金前25%之院所醫師名單，供參與醫師自行查詢。

伍、品質監測觀察指標：

（一）降階治療成功率：

1. 分母：當年度該院所收案病人數。
2. 分子：當年度該院所收案病人數中，其年度評估之疾病
3. 嚴重度較前一年之年度評估（當年度新收個案者，採初診資料）疾病嚴重度下降者。

（二）氣喘出院14日內再入院率：

1. 分母：當年度該院所由該醫師收案之所有病人當中，因氣喘住院後出院總人數。
2. 分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之病人當中，出院後14日內，因氣喘再入院之總人數。

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

附件一

參加全民健康保險氣喘醫療給付改善方案之教育訓練課程表

一.	氣喘致病機轉與氣道變形
二.	台灣成人氣喘診療指引
三.	台灣兒童氣喘診療指引
四.	氣喘病的診斷與臨床監測
五.	氣喘病的藥物與非藥物療法
六.	氣喘病的慢性照護
七.	氣喘病急性發作的處置
八.	特殊情況下的氣喘治療

備註：每項課程至少 50 分鐘。



附件二

全民健康保險氣喘醫療給付改善方案給付項目及支付標準

通則：

- 一、本方案支付標準按表訂項目及點數辦理，診察費、相關檢驗檢查及未訂項目按現行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準及醫療費用審查注意事項辦理。
- 二、符合本方案之氣喘病人，若合併其它疾病且分屬保險人辦理之不同方案收案對象時(例如：糖尿病)，除依本方案支付標準申報外，得再依相關計畫或方案申報費用。

編號	診療項目	支付點數
P1612C	氣喘新收案管理照護費 註：照護項目詳附表一，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。	400 點/次
P1613C	氣喘追蹤管理照護費 註1：照護項目詳附表二，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 註2：申報新收案後至少須間隔56天才能申報本項，本項每年最多申報3次，每次至少間隔80天為宜。	200 點/次
P1614B	氣喘年度評估管理照護費 註1：照護項目詳附表三，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 註2：追蹤管理後至少須間隔80天才能申報本項，本項限執行P1612C及P1613C合計達3次(含)以上之地區醫院(含)以上層級始得申報。本項每年限申報一次。	800 點/次
P1615C	氣喘年度評估管理照護費 註1：照護項目詳附表三，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 註2：追蹤管理後至少須間隔80天才能申報本項，本項限執行P1612C及P1613C合計達3次(含)以上之基層診所始得申報。本項每年限申報一次。	400 點/次

附表一 氣喘患者新收案診療項目參考表 (適用編號 P1612C)

	病史	身體檢查	實驗室檢驗及檢查	疾病管理照護
完整性 初診 診察 及 照護	1. 家族史	1. 身高體重	1.08011C 全套血液檢查(WBC、RBC、Hb、Hct、Platelet count、MCV、MCH、MCHC 八項)	1. 治療計畫
	2. 抽煙史	2. 血壓	2.08013C 白血球分類計數(WBC differential count)	2. 教導患者自我處理治療計畫
	3. 職業史	3. 心臟、脈搏	3.08010C 嗜酸性白血球計算 (Eosinophil Count)	(1) 認知及避免過敏原及促發因子
	4. 過去病史	4. 皮膚、神經	4.12031C 免疫球蛋白(IgE)	(2) 瞭解症狀、嚴重度及自我處理方法
	(1) 過敏病史(鼻炎、結膜炎、皮膚炎等請註明過敏原)	5. 口腔	5.30022C 特異過敏原免疫檢驗 (Specific Allergen Test)	(3) 瞭解治療目標
	(2) 慢性阻塞性肺疾病	6. 評估氣喘嚴重度： a. 輕度間歇性 b. 輕度持續性 c. 中度持續性 d. 重度持續性	6.09005C 血液葡萄糖(Glucose)	(4) 瞭解每日使用的預防性藥物劑量(控制性之治療)
	(3) 肺結核	(1) 症狀頻率	7.06012C 尿一般檢查(General urine examination)	(5) 瞭解用來迅速解除症狀的支氣管擴張劑名稱與劑量(應急之治療)
	(4) 職業性肺病	白天：	8.06009C 尿沉渣顯微鏡檢查 (Sediments)	(6) 自己使用尖峰呼氣流速計並從臨床症狀或尖峰呼氣流速記錄來判斷病情是否在惡化中
	(5) 胸腔手術	夜間：	9.18001C 心電圖(E.K.G)	(7) 氣喘惡化時如何治療或如何尋求諮詢及更進一步的醫療
	(6) 糖尿病	(2) PEF	10.17003C 流量容積圖形檢查 (Flow-volume curve)	
	(7) 心臟血管疾病史	%預估值：	11.32001C 胸部X光(包括各種角度部位之胸腔檢查)(Chest view)	
	(8) 慢性肝病	7. ACT 氣喘控制狀況(評估基準詳附表 1-1、1-2 及 1-3)	12.17019C 支氣管激發試驗(Bronchial provocation test)	
	(9) 感染病史	<input type="checkbox"/> 良好控制	備註：以上所列項目非每位氣喘病患必要之檢驗檢查，請依病情需要核實申報。	3. 安排下次門診時間
	(10) 其它(註明病因)	<input type="checkbox"/> 部分控制		
	5. 過去和目前處置：藥劑、自我處理與監測	<input type="checkbox"/> 未獲控制		
	6. 家庭狀況(獨居或有同居者)			
	7. 主要照護者(註明姓名、關係及聯絡方式)			

附表二 氣喘患者追蹤管理診療項目參考表（適用編號 P1613C）

	病史	身體檢查	實驗室檢驗及檢查	疾病管理照護
完整性複診診察及照護	1. 患者自我監測尖峰呼氣流速計紀錄之判讀 2. 治療計畫的調整 3. 生活型態改變 4. 併發症症狀 5. 其他疾病 6. 精神社會問題	1. 呼吸頻率 2. 喘鳴聲 3. 心跳頻率 4. 口腔 5. 評估氣喘嚴重度： e. 輕度間歇性 f. 輕度持續性 g. 中度持續性 h. 重度持續性 (1) 症狀頻率 白天： 夜間： (2) PEF %最佳值： 變異度%： 6. ACT 氣喘控制狀況 (評估基準詳附表 1-1、1-2 及 1-3) <input type="checkbox"/> 良好控制 <input type="checkbox"/> 部分控制 <input type="checkbox"/> 未獲控制	其他依病情需要	1. 治療計畫短期及長期目標之訂定 2. 測試並加強患者執行自我處理治療計畫之能力 3. 測試並加強患者自己使用尖峰呼氣流速計之正確性及依紀錄判讀病情變化之能力 4. 併發症之預防 5. 轉介追蹤 6. 精神社會調適 7. 安排下次門診時間

附表三 氣喘患者年度評估診療項目參考表（適用編號 P1614B、P1615C）

	病史	身體檢查	實驗室檢驗及檢查	疾病管理照護
完整性 複診 診察 及 年度 評估 照護	1. 患者自我監測尖峰呼氣流速計紀錄之判讀 2. 治療計畫的調整 3. 生活型態改變 4. 併發症症狀 5. 其他疾病 6. 精神社會問題 7. 完成個案照護結果年度評估	1. 呼吸頻率 2. 喘鳴聲 3. 心跳頻率 4. 口腔 5. 評估氣喘嚴重度： i. 輕度間歇性 j. 輕度持續性 k. 中度持續性 l. 重度持續性 (1) 症狀頻率 白天： 夜間： (2) PEF %最佳值： 變異度%： 6. ACT 氣喘控制狀況 (評估基準詳附表 1-1、1-2 及 1-3) <input type="checkbox"/> 良好控制 <input type="checkbox"/> 部分控制 <input type="checkbox"/> 未獲控制	其他依病情需要	1. 治療計畫短期及長期目標之訂定 2. 測試並加強患者執行自我處理治療計畫之能力 3. 測試並加強患者自己使用尖峰呼氣流速計之正確性及依紀錄判讀病情變化之能力 4. 併發症之預防 5. 轉介追蹤 6. 精神社會調適 7. 安排下次門診時間

### 附件三

## 全民健康保險氣喘醫療給付改善方案 個案登錄系統必要欄位簡化表

一、新收案(身分證號、病人姓名、醫師ID、醫師姓名等欄位會自動帶出)  
必填欄位：

- 1.新收案日期、門住診別
- 2.基本檢查數據：身高、體重
- 3.症狀頻率（白天）
- 4.症狀頻率（夜間）
- 5.預估值或最佳值(%)
- 6.嚴重度評估
- 7.ACT氣喘控制狀況

二、追蹤管理(身分證號、病人姓名、醫師ID、醫師姓名、追蹤管理次數等欄位會自動帶出)

必填欄位：

- 1.追蹤管理日期
- 2.症狀頻率（白天）
- 3.症狀頻率（夜間）
- 4.預估值或最佳值(%)
- 5.變異度(%)
- 6.嚴重度評估
- 7.ACT氣喘控制狀況

三、年度評估(身分證號、病人姓名、醫師ID、醫師姓名、追蹤管理次數等欄位會自動帶出)

必填欄位：

- 1.年度評估日期
- 2.症狀頻率（白天）
- 3.症狀頻率（夜間）
- 4.預估值或最佳值(%)
- 5.變異度(%)
- 6.嚴重度評估
- 7.ACT氣喘控制狀況

## 附件四 提昇院所氣喘慢性照護能力與病人生活品質的量化評量表

機構名稱：

自評日期：

年

月

日

評量 面向	評量項目	符合 打勾	配分	總分	備註
結構 面 16%	1.照護醫師資格(4%) (1) 具有氣喘患者照護及管理能力之內、兒、家醫、耳鼻喉科醫師需接受保險人認可之氣喘照護教育訓練，新加入方案之醫師至少取得 8 小時課程時數，已加入本方案之醫師每 3 年須取得 8 小時課程時數，並取得證明 (2) 具有經台灣胸腔暨重症加護醫學會、中華民國免疫學會、台灣兒童胸腔醫學會、台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會認證認證之專科醫師	<input type="checkbox"/>	2		
	2.收案資格(4%) (1) <u>甲、醫院：最近 90 天內曾在同一醫療院所由同醫師由符合參與本方案的醫師診斷為氣喘(ICD-10-CM: J45)至少就醫達 2 次(含)以上者</u> <u>乙、西醫基層：最近 90 天曾在該院所同醫師診斷為氣喘 (ICD-10-CM: J45) 至少就醫達 2 (含) 次以上者</u> (2) 年齡 14 歲 (含) 以上診斷氣喘者，需有肺功能或尖峰流速值的記錄	<input type="checkbox"/>	2		
	3.登錄及後續追蹤(4%) (1) 有專責人員負責登錄及追蹤 (2) 負責登錄及追蹤之專責人員需有氣喘照護相關訓練學分，兩年至少 20 學分	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 2		
	4.相關設備(4%) (1) 備有尖峰呼氣流速計相關設備(拋棄式吹嘴)可供使用 (2) 備有氣喘藥物衛教相關教具	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 2		
	1.資訊告知(4%) 收案前有向病人解釋參與試辦計畫之目的及需病人配合定期回診等事項，並經病人同意，且病歷中附有收案病人簽章之同意書可供查閱	<input type="checkbox"/>	4		
過程 面 64%	2.個案資料管理(6%) (1) 收案病人初診及複診資料，定期上傳健保署 (2) 收案病人資料或電腦建檔 (3) 建立病人完整專屬病歷資料	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 2 2		
	3.收案個案之病歷或收案紀錄單完整記載病患相關資料，需包含：(16%) (1) 相關病史(家族史,過去病史,處置狀況,抽菸史/二手菸史) (2) 治療計畫的調整 (3) 過去和目前處置：藥劑、自我處理與監測 (4) 家庭狀況 (獨居或有同居者) (5) 主要照護者	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4 4 4 2 2		
	4.線上登錄資料完整性(15%) (1) 登錄基本資料(ID、姓名、地址、電話等)。 (2) 於「新收案資料維護」中填報下列資料： A.新收案日期 B.症狀頻率 (白天)/(夜間) C.預估值或最佳值(%) (14 歲以下免填) D.變異度(%) (14 歲以下免填) E.嚴重度評估 ※(A~E 皆符合)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3 1 1 1 1 1		

評量面向	評量項目	符合打勾	配分	總分	備註
	(3) 於「追蹤管理資料維護」中填報下列資料： A. 追蹤管理日期 B. 症狀頻率（白天）/（夜間） C. 預估值或最佳值(%)（14歲以下免填） D. 變異度(%)（14歲以下免填） E. 嚴重度評估 ※(A~E皆符合)	<input type="checkbox"/>	1		
		<input type="checkbox"/>	1		
		<input type="checkbox"/>	1		
		<input type="checkbox"/>	1		
		<input type="checkbox"/>	1		
		<input type="checkbox"/>	1		
	5. 未回診病人之追蹤(3%) (1) 告知返診日期 (2) 具有告知返診日期之記錄	<input type="checkbox"/>	1		
		<input type="checkbox"/>	2		
	6. 落實推動病人衛教(20%) 建立病人氣喘衛教記錄，其內容應包含： (1) 認識過敏氣喘 (2) 治療計畫 (3) 氣喘藥物的認識 (4) 氣喘藥物的使用 (5) 氣喘嚴重度的評估 (6) 過敏原的避免方法 (7) 尖峰呼氣流速計的使用 (8) 發作時自我處理 ※(1)~(8)全部符合時	<input type="checkbox"/>	2		
		<input type="checkbox"/>	2		
	<input type="checkbox"/>	2			
	<input type="checkbox"/>	2			
	<input type="checkbox"/>	2			
	<input type="checkbox"/>	2			
	<input type="checkbox"/>	2			
	<input type="checkbox"/>	2			
	<input type="checkbox"/>	4			
結果面 20%	1. 病人追蹤率(6%) (1) 具備病人追蹤率的統計資料可供檢閱 (2) 半年病人追蹤率大於12%(收案的個案，收案或追蹤後半年內至少完成1次追蹤) (3) 失聯超過6個月(≥180天)的個案數評量	<input type="checkbox"/>	2		
		<input type="checkbox"/>	2		
		<input type="checkbox"/>	2		
	2. 品質提昇(需有書面資料可查閱)(6%) (1) 參與本方案的醫師有無相關氣喘教育訓練課程認證 (2) 參與本方案的護理人員有無相關氣喘教育訓練課程認證	<input type="checkbox"/>	3		
		<input type="checkbox"/>	3		
3. 品質資料紀錄：有下列資料可供查閱(8%) (1) 氣喘病人急性發作次數記錄 (2) 氣喘病人急診就醫次數記錄 (3) 氣喘病人住院次數記錄 (4) 降階治療記錄 (5) 氣喘出院14日因氣喘再入院之比率	<input type="checkbox"/>	2			
	<input type="checkbox"/>	2			
	<input type="checkbox"/>	2			
	<input type="checkbox"/>	1			
	<input type="checkbox"/>	1			
其他	加分項目(至多10分) (1) 年齡5歲(含)以上診斷氣喘者，有進行肺功能或尖峰流速值的記錄 (2) 診所內有舉辦團體衛教或相關活動 (3) 藥事人員有無相關氣喘教育訓練課程認證	<input type="checkbox"/>	2		
		<input type="checkbox"/>	2		
		<input type="checkbox"/>	2		
優點：					

醫療機構負責人簽章：

附表 1-1：5(含)歲以下兒童氣喘控制程度表

在5歲(含)以下兒童-氣喘控制程度表			
特徵	良好控制	部份控制	未獲控制
日間症狀： 喘鳴、咳嗽、 呼吸有困難	無	每週多於2次	每週多於2次
活動限制	無	任何	任何
夜間症狀/ 夜間醒覺	無	任何	任何
對緩解型藥物 的需求	每週少於2天	每週多於2天	每週多於2天

附表 1-2：6-14 歲兒童氣喘控制程度表

氣喘控制程度表			
指標	良好控制 (下列項目須全數達到)	部份控制 (任一週中有任何一項出現)	未獲控制
日間症狀	沒有 (每週兩次或兩次以下)	每週兩次以上	在任何一週中出現 三項或三項以上
日常活動的限制	沒有	有	
夜間症狀或醒來	沒有	有	
需要用緩解型藥物	沒有 (每週兩次或兩次以下)	每週兩次以上	
肺功能 (尖峰流速或第一秒呼氣量)	正常	<80%預測值或個人最佳值	
惡化	沒有	每年一次或以上	



附表 1-3：14 歲以上氣喘控制程度表

指標	控制良好 (下列項目需全數達到)	部份控制 (任一週中有任何一項出現)	控制不佳
日間症狀	沒有 (每週兩次或兩次以下)	每週超過兩次	在任何一週中出現 左列三項(含)以上
日常活動的限制	沒有	有	
夜間症狀或醒來	沒有	有	
需要用緩解型藥物	沒有 (每週兩次或兩次以下)	每週超過兩次	
肺功能 尖峰呼氣流量(PEF)或 第一秒呼氣量(FEV <sub>1</sub> )	正常	<80%預測值或 個人最佳值	
急性惡化	沒有	每年一次或以上	在任何一週中出現 一次或以上

# 108 年度第 3 次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議

## 臨時會

### 與會人員發言實錄

#### 前言

#### 主席

各位代表大家午安，快要過年了，昨天已經過了耶誕節，來不及跟大家說耶誕節快樂，先預祝大家新年快樂。

今天召開醫療服務給付項目及支付標準共擬會議的第 3 次臨時會，也是今年最後一次會議，非常感謝大家跨年前參與會議。請各位先翻開上次的會議紀錄。上一次的會議紀錄在第 1 頁到第 4 頁。各位代表對上一次的會議紀錄有沒有什麼問題？好，如果沒有問題請同仁報告決議事項情形的追蹤報告。

#### 宋專員兆喻

各位代表長官好，這次會議決議辦理情形追蹤共 10 案。序號 1 Tw-DRGs 4.0 版支付通則及未實施項目實施時程案，本案經 7 月 25 日會議同意，與醫學會溝通討論前，由本署與台灣醫院協會共組工作小組，已於 108 年 11 月 5 日召開第一次工作小組會議，擬訂研議流程，並訂於 12 月 28 日召開第 2 次會議。後續工作小組將逐項檢視醫學會所提建議，擬訂資料分析的操作型定義，待本署試算費用後，再與各醫學會溝通確認修訂內容，本項建議繼續列管。

序號 2 修訂西醫基層開放表別支付標準案、序號 3 應用 108 年醫院總額之醫療服務成本指數改變率預算調整支付標準案、序號 4 修訂 47103A「經導管無導線心律調節器置放或置換術」支付規範之人員資格要求案，這三案已於 12 月 12 日陳報衛生福利部核定中，俟衛福部核定後辦理公告事宜，建議繼續列管。序號 5 Tw-DRGs 3.4 版 109 年 1-6 月適用之相對權重統計結果案，已於 12 月 12 日陳報衛福部核定，

俟核定後辦理公告事宜，建議繼續列管。序號 6 109 年支付標準共同擬訂會議時程案，會議時間業經前次會議確認，本項建議解除列管。

序號 7 增修訂中醫支付標準及專款計畫案，有關中醫提升孕產照護品質計畫及中醫癌症患者加強照護整合方案已於 108 年 12 月 25 日公告。中醫支付標準修訂案已於 12 月 11 日辦理預告，預告期間為 108 年 12 月 12 日至 109 年 2 月 10 日，後續將依程序辦理報部等行政作業。建議繼續列管。序號 8 支付標準增修「使用 TRH 注射液」等 5 項診療項目案，已於 12 月 11 日辦理預告，預告期間為 108 年 12 月 12 日至 109 年 2 月 10 日，後續將依程序辦理報部等行政作業，建議繼續列管。序號 9 109 年度起停止辦理加強慢性 B、C 型肝炎治療計畫案，已請本署醫審及藥材組依本會議 108 年第 4 次會議決議，配合修訂本保險藥物給付項目及支付標準，及 C 型肝炎全口服新藥執行計畫。俟前述藥物支付標準及計畫修訂後，將同步公告停止辦理本計畫，建議繼續列管。序號 10 修訂氣喘醫療給付改善方案，已於 12 月 3 日陳報衛福部，俟核定後辦理公告作業，建議繼續列管。綜上，本次建議繼續追蹤列管 9 項，解除列管 1 項。以上。

## 主席

好，謝謝，那追蹤辦理情形大家有沒有意見？好，請。

## 劉代表碧珠

有關這個支付標準調整的部分現在衛福部那邊等待 60 天嗎，事實上這是今年費用，但其實根本就沒有調，但是門診減量政策的執行都已經做了一年，支付標準並沒有相對在今年做同步調整嘛，所以這個支付標準是要等衛福部公告之後可能要到明年去對不對？我們才能夠執行，我知道這個預告一定要 60 天，這些事情是不是可以有什麼轉圜的餘地...，不然你現在到 12 月 12 日送進去到衛福部，到明年的 2 月才會做公告，我覺得這時間上是不是可以再...，我不知道現在等衛福部還要等多久？已經預告完了嗎？還是說現在只要做核定就可以了？

12月12日送到衛福部之後，到底什麼時候可以執行？能不能在明年的1月1日正式實行新的支付標準，以上。

**主席**

您講的是第幾項？第3項，好，請醫管組說明。

**李組長純馥**

預告期間是我們這邊的作業，這個案子已經在12月12日報給部，部不用再預告，是核定後直接公告。按照過去慣例公告前會給醫療院所作業時間，這部分我們尊重部的決定。如果代表有建議，我們會後在跟社保司溝通儘早讓支付標準生效。

**主席**

剛剛劉代表提的很好，第3項有關108年成本指數改變率，為什麼這麼晚才生效？因為太晚討論，討論過程中大家的意見也非常的多，所以從年初一直談年底才有結論。所以希望明年109年醫院總額的非協商100億要配合調整急重難症等項目，或是支付標準項目的調整，希望明年初可以儘早定案及生效。

現在是108年底，我們已經函文請台灣醫院協會提出方案，如果有要用明年非協商100億調整支付標準的建議，要儘快提出proposal，我們這邊也在研議我們的proposal，希望雙方可以儘快開會達成共識，才能在當年度的預算儘早生效，這個需要大家一起配合。

**劉代表碧珠**

要拜託署裡面，這個東西都已經協定完了，不希望到明年第1季結束了才公告，我是說今年108年已經確定了，12月12日如果已經送到部裡面去...

**主席**

108年嗎？

## 劉代表碧珠

所以我的意思是說，在明年的 1 月 1 日會讓醫院執行調整已經慢了一年了，儘快的...拜託...

### 主席

報部了嗎？那應該可以協調一下。跟大家報告，等一下報告案的第一案，牙醫已經提出明年要調整的項目，等一下討論通過就準備預告及公告，但西醫完全沒有進度。中醫的部分上次會議已經討論過了，現在已經在預告了。中醫、牙醫他們都希望支付標準在年初就能生效，所以他們在總額協商後就立刻研商這些費用的用途。可是西醫部分總是討論很久，這個部分我們希望西醫基層，賴醫師、林理事長這邊回去要跟全聯會說明西醫基層明年也有 20 億左右的預算屬非協商調整支付標準，這部分應該要快點提出方案。據我瞭解目前好像都還沒討論，希望你們能夠加快進度，好不好。

其他大家有沒有意見？好，如果沒有意見，追蹤事項就確認，接下來報告事項第一案。

## 報告事項

### 第一案

**案由：修訂第三部牙醫支付標準及全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫。**

### 主席

好，謝謝。這一次牙醫的支付標準有幾個不一樣的地方，一個是新增顎顏面外傷術後的初診門診照護費、外傷術後照護費，這些顎顏面外傷一般都由西醫處理，西醫處理完後剩下口腔的問題，最後會到口腔外科做整合的照護。另外一個是這一次總額牙醫特別協商全面提升牙科的感控，所以從非協商跟協商成長率裡面，一共爭取了將近 12

億的費用，要全面提升牙科感染管制的品質，每一人次的診察費調高 35 點。這個感控是從原來的泡消改成高溫高壓消毒，所以必須做到百分之百的感控，如果未達到的話，依協商決議是要等比例扣款。預算雖然有 12 億，但得看最終是不是可以全面感控才能拿到所有的預算。另外還有牙科夜間急診加成 50%、離島的假日開診加成 20%，這幾個重點是這一次牙醫調整的部分。

另外感染管控也將外展的部分全部納入，比如說牙醫至身障機構或是巡迴醫療的感控，也列入這一次的感控全面提升的範圍。後面的支付標準調整，請各位代表看到編號 00305C 之後的新增項目都是感控新增的代碼，名稱為「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費」，每一個項目都調升 35 點。這次的調幅在診察費調整比例中算高的，主要是因為感控內容有很大的改變。

以上各位代表有沒有意見？牙醫的代表要不要補充說明？羅醫師、吳迪代表有沒有要再跟各位代表說明？或者代表們有沒有要詢問的？請蔡代表。

### 蔡代表麗娟

剛有提到牙醫感染的管控，因為這樣的計畫可能全面的提升，但是對於去牙醫看病的這些病人，這樣的一個計畫實施以後，我們去門診看的時候，是不是牙醫的病人我們也要去給他們來一些宣導，從這個計畫開始之後，我們也要知道說我們的權益裡面每一次使用的時候是 disposable，弄完就丟的，或是怎麼樣。有這麼好的計畫，到底我們去的時候對病人來講會有什麼樣一個實質上的改變，我們是不是要有一個什麼樣的宣導？是不是牙醫裡面有一些海報，讓我們知道原來我們去使用的時候，也同時服務上、感染的管控上我們也提升了，這是雙面的一個互動。

### 主席

謝謝蔡代表，這個問題很好，我們曾經討論過，羅醫師或吳迪代

表要不要先說明民眾端要如何知道這一次是感控提升的？

## 羅代表界山

主席、各位代表，報告代表，我們會做海報向民眾宣導，所有做高溫高壓消毒都會標示清楚，讓病人都確實知道。

## 主席

可是這樣還不足以讓病人知道，病人怎麼知道這一次的器械是高溫高壓消毒。因為民眾看器械盤就是一堆器械，現在應該看到的是一包一包包好的器械，是在病人面前拆開對不對？而且上面都有消毒的日期。牙醫代表請跟代表們說明，民眾如何辨識診所已經做到合格的感控。請吳醫師。

## 吳醫師迪（許代表世明代理人）

誠如主席所提到，所以我們會在製作海報的時候，把這部分的照片放到海報中，讓民眾進到診所時，在海報上就會看到放在器械盤。我們會跟醫師及助理人員要求，要確實讓民眾看到每一包器械都在病人面前直接打開，讓民眾辨識這包器械是經過消毒滅菌的，大概是這樣的概念，像剛才副座講的，原則上我們會在打包袋上做標示。

## 主席

是每一家診所都有海報？或是每一個病人在看病之前都有一張說明告知病人呢？這個 SOP 是怎麼樣？怎麼樣讓病人覺得感控全面提升？

## 吳醫師迪（許代表世明代理人）

全聯會有做民眾就醫須知海報，都有把照片列在上面。

## 主席

可是民眾不一定都知道你們的就醫須知。就醫須知張貼在哪裡？如果只是張貼在佈告欄，民眾也不一定會去看佈告欄。從明年開始你

們提升感控 35 點的結果，如何讓民眾感覺不一樣？

**羅代表界山**

我想第一件事情，我們一定讓院所去宣導讓民眾去看那些須知...

**主席**

如果院所沒有宣導呢？全聯會這邊可不可以開記者會，讓媒體宣導從 109 年開始民眾到牙科就醫都可以看到跟過去不太一樣的狀況是什麼，可以嗎？

**羅代表界山**

報告主席，這個部分可以討論看看是不是有必要開記者會，但是在診所端宣導讓民眾知道這是我們可做到的，不一定說我們去宣導要求民眾一定要看這張須知才能就診，但有就診須知海報後，我們就會向民眾宣導。

**主席**

對，就是說要讓民眾知道差別在哪裡。

**林代表綉珠**

我代表護理師護士公會全聯會，我覺得牙科增加感控措施非常重要，但是增加點數是否也要有相對應的 indicator 來看成效，我不曉得牙科全聯會有沒有想要用什麼樣的標準，例如說 infection rate 可以下降，或者是怎麼樣的機制可以讓人家看到說品質有提升。我不知道全聯會要怎麼去做抽查動作，是不是應該有一些稽核的措施，如每個月抽查幾家回報健保署表示確實每一個儀器都有經過高壓消毒，我覺得這才是一個比較對於提升支付標準之後，能夠有一些證據顯示他的品質真的有成效，否則的話，光用宣導大概都沒有辦法，而是全聯會應該要主動出擊去看各家診所，這些健保的診所，是不是真的有那些器械的消毒，至於檢驗抽查都是非常簡單的事情，都可以當場就做，我覺得



全聯會應該定期回報這些項目，或者是說提供 infection rate 的感控數據有下降的情形等等之類的，這樣子的話錢的支付才會用在刀口上，以上。

**主席**

好，先請李代表，再來是葉代表。

**李代表偉強**

其實在醫院端感控已經做很多年了，大家去醫院看病的時候不管是西醫或是牙醫，我相信民眾很少會去 check 醫院的感控怎麼樣。其實在醫院端有很大的把關，一個是自律，一個是他律。自律的話現在醫院有兩個規範，一個是 CDC 委託醫策會辦理的感控查核，每年一次，另外是醫院評鑑四年一次，他們都詳盡的列出 SOP，而且不停地更新。

我比較建議的是，如果民眾看到一個 logo，最好是一個自律，由全聯會自己辦普查，通過 A、B、C 三個標準以後給一個證明，民眾看了證明表示這已經是通過學會或者全聯會的認證。如果覺得這還不夠，再進一步的話，就是委託第三方的人來做一個全面訪查或是抽查，這樣民眾看到這個東西就覺得可以放心，這是一個參考。這次增加的預算已經是討論過的。

**主席**

好，謝謝，支付標準調整部分一定支持，只是說民眾端如何知道就醫更安全。先請葉代表，再請吳醫師。

**葉代表宗義**

主席，我對牙醫也有一個觀感，那麼我住在彰化，我那個里，就中正里，有 5 家的牙科，都是 1~2 個人，但是我曾經有兩次，蛀在痛，結果我找了 4 家，都不幫我看，他說你沒有預約，我說沒有預約那我怎麼辦呢？那我說什麼時候呢？他說不曉得，所以這個問題我是很尊敬你們牙醫很辛苦，說真的很辛苦，但是這個急診，如果這個問題，

三更半夜在痛時候，6、7 點鐘的時候，結果 4 點半，人家不幫我看，所以這個問題是不是也要有一個改善，結果後來跑到大醫院，大醫院才有辦法。那我們診所這麼多，診所牙醫會怎樣來幫我們解決，這個你們要特別留意，特別要注意這個問題。

**主席**

好，請牙醫代表，羅醫師或吳醫師。

**吳醫師吳迪（許代表世明代理人）**

先回應委員的疑問，就是其實我們這個方案已經實施 10 幾年了，只是今年有再新增一些，在檢核上的一些要求，那實際上我們每一年都有實地訪查，查核的部分，也有跟署本這邊回報，所以各位對於這個部分是不用太過擔心，但我們每年都在增，第一個事情就是把這個符合的院所數量比例提升上來。

第二個部分就是在徹查這麼部分，要求的更加精進，其實我們考核表裡面，這邊沒有列上來，我們都有分 A、B、C 三個等級，實際上我們都會希望說，我們評核會在做的事情，一步一步再去審核，那些東西是應該要更加去提升的部分，我們還會再去做討論，這個我回應委員對於這個，我們是自我考量這一部分的疑慮。

另外急診的部分，實際上這兩三年來，其實也在對院所去做宣導，我們在每年印的牙醫師手冊裡面都有附上，全聯會有做，就是針對比較輕微的急症，分類上來講如何去做照護，提供患者建議，或是什麼時間點可以去提供患者建議或處理，這個都有跟院所盡量去宣導，其實當然各位也要知道說，牙科當然是處置時間比較長一些，有些院所真的沒辦法去解決眼前所看到的一些問題，可能有的只是一些讓患者自己帶回去的處置方式，那如果真的沒有辦法，像現在有一些甚至沒有醫學中心可以提供急診的地方，我們甚至就安排像有沒有一般醫師，能夠願意排診出診這樣，這是在各地慢慢去做施做，這裡回應代表這邊的回應，謝謝。

主席

好，羅醫師還有沒有要回應的？

羅代表界山

我想那個公告讓病人知道，病人知道當然是病人的權益，做海報是相當好的方式，我們也可以做成年輕世代常使用的 QR code 讓病人去掃，我想病人這樣對知的權利，應該是可以被滿足的，以上。

主席

好，謝謝。其他部分各位代表還有沒有意見？如果沒有的話，這次牙科 109 年的感控預算、顎顏面外傷、夜間加成、離島加成，這些預算因為協商早就談定了，現在是討論支付標準的調整內容。

全面提升牙科的感控這件事情，對牙科來講也是一個非常大的挑戰，因為現在也不是每一家診所都有做到，所以他們也需要很大的力氣宣導，或者是輔導、查核。所以對牙醫全聯會來講，明年有很大的壓力跟挑戰，沒有全面做到感控的話總額會等比例的扣款，所以不管是裡子或面子，牙醫全聯會都會有很大的壓力。

不過剛剛蔡代表提的建議，還是要列入會議紀錄，請牙醫全聯會配合感控診察費的調升，一定要向民眾宣導如何辨識牙科感控提升的訊息，並告訴民眾如何辨識，這樣才能達成全民監督的效果，讓感控的品質確實落實。大家還有沒有其他意見？如果沒有本案就通過了，接下來報告第二案。

## 報告事項

### 第二案

案由：修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準西醫基層門診診察費中文名稱及通則增列西醫基層離島假日開診之獎勵措施

案。

主席

請醫管組再補充說明，說明二的部分。

王科長玲玲

有關說明二的部分，是西醫基層總額在協定事項中，有特別提到在醫療服務成本指數改變率增加的預算，要優先用在急重難症、內科門診診察費加成、藥師服務費，還有基層診所設立無障礙設施。

「連續」這兩個字是因為原來 108 年 9 月 1 日公告的部份門診診察費，像是 00197C「開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30 人次)」，我們刪除了「連續」這兩個字，當時刪除是為了要區隔與 00158C 的差異，00158C 是每次給藥 28 天以上的慢性病連續處方交付特約藥局調劑。但刪除後我們發現調劑兩次的意義不見了，原本是隔月才能申報一次，卻因為刪除「連續」兩個字後，變成一個月可以申報一次。只要是慢性病未滿 28 天，有的診所還可以申報到兩次。因為這樣會影響費用，我們知道後就趕緊做修正，所以這次是提案把「連續」兩個字再加回來。在支付標準修訂期間，我們也已經函文各分區業務組重申支付規定，請分區輔導轄區的院所做正確的申報，以上。

主席

好，這是第一項提案把「連續」兩個字加回去的原因，第二項是增列離島假日開診的加成文字，這部分也有預算，各位有沒有意見？請吳代表。

吳代表國治

說明二在研商議事會議，我們提出討論過了。我只是要問，之前已經有院所告訴我，吳醫師你上個月的案件，我幫你重新跑一次診察費，診察費就會增加，這個事情到底有沒有發生？發生以後要怎麼處理？這個是不是能夠注意一下。因為剛開始修改的精神不是這樣，這

是第一個。

第二個是離島診察費加成的部分，是不是能夠把背景再跟我們說明一下？離島之前加成是由醫發基金，我查了一下醫發基金是在 104 年，105 年有付嗎？104 年到 108 年都有。好，現在是這樣，我記得在醫發基金上有提到，經費如果因為法律變更或立法約束力結果等因素而取消的時候，署可以同時調整支付方式或終止契約。

如果是這樣子的話，我的認知就變成因為醫發基金錢不夠了，所以就要從健保總額裡面出這個錢，當然這個大家是可以討論的。我記得當時跟健保會討論，因為菸捐降了，其他部門需要靠菸捐挹注的時候，應該要給健保的費用就扣掉了。這個例子一開的話，從總額來講，每一個總額都會被當提款機。這個字可能不是很好啦，我並不是說不支持，只是如果理由是因為醫發基金沒錢了，所以要移到健保來支出，其實我們應該要多去爭取醫發基金通過立法來強制能夠繼續進行，這是第一個。所以這個背景是不是能夠再跟我們說明一下？

第二個就是我記得基層總額沒有討論過，我查了一下中醫研商議事會議在 11 月 14 日，牙醫研商在 11 月 26 日，但是西醫的總額研商議事會議沒有討論這個案子，程序上好像...，我們應該先在研商會議上討論，因為其他兩個都在研商議事會議上討論過了。

**主席**

因為總額已經確定了。

**吳代表國治**

為什麼中醫跟牙醫有到研商議事會議討論？以後研商議事會議就不要開了，最後都拿到這邊來處理就好了，研商會議之所以存在的原因，是有它的功能角色定位。在西醫基層研商這邊我們並沒有討論，所以希望這個部分是不是容我們拿回去跟討論，再提下次會議。

主席

請何代表。

何代表語

主席，各位代表好，我想我們西醫基層這邊，希望能夠針對總額協商下的文字去處理，這裡 20 億 2405 萬元的醫療成本指數改變率，我們有這些文字，優先用於急重難症，內科門診診察費加成，藥師服務費，基層設立無障礙設施，離島假日開診之相關獎勵設施等支付標準調整，今天西醫基層只拿出來，我不清楚要再指教，你們在分配這個部分，有找那些急重難症的專科來討論嗎？另外有沒有找兒童專科的學會討論？有沒有找婦產科學會討論？外科專科學會討論？內科專科學會討論？如果都沒有找他們討論，你們這個調整的百分比是怎麼算的？這是第一點。

第二點我還不太清楚的就是說，你不分科別在附表 2-1-3，不分科別 3 歲以下及 4-6 歲兒科，專科醫師加成 20%，那不分科別 75 歲以上只增加 7.5%，那在 106 年因為有另外一個 4 億也 75 歲以上的加成，好像是 9%，那你今天的那個 9% 以外，這一次提出來是要再增加 7.5%，那兒童的專科醫師是要加 20%，另外這個裡面又列了一個 2-1-4，戶外專科醫師加成 9%，兒童專科醫師加成 3%，內科專科醫師加成 3.8%，那依前面的不分科別 3 歲以下及 4-6 歲兒科專科醫師加成 20%，那個區別在哪裡？另外在這裡我們已經有文字列下，內科門診診察費的加成，你的 3.8% 是怎麼算出來的？那是 1.038 億嗎？我認為這個部分是要重新做一個考量，2-1-5 是兒童加成，2-1-6 是 70 歲以上又再加成，我認為這樣調整是不洽當的，另外一個剛剛我們葉代表有提到，兒童醫學會理事長有提到說，兒童專科醫師的加成比日本來講差很大，但是我知道過去我請健保署，把過去 2 年兒童專科醫師加成的比例，能不能再列一張表給我參考一下，還有內科專科醫師加成 3.8% 是不是太低？目前醫院找內科專科醫師都找不到，像臺大今年要 200 多位，第一次招不到 100 位，第二次招又招了別科不要地跑來 5、60 位，第

三次招還找不到。所以我認為你們所有醫生的基礎，都是要從內科培訓出來的，為什麼內科在以前也...我記得我這11年來，內科只幫它調整一次，如果你們內科調整的不適當的話，我是不會支持的，這是我以上的意見，謝謝。

**主席**

好，謝謝，其他代表還有沒有意見？請賴醫師。

**賴代表俊良**

第一點，剛剛我們代表有講過，它的流程因為沒有在研商會議討論過，直接來這邊討論不能代表全部全聯會的意見，希望日後流程要注意一下。

第二點是這種醫發基金一年大概3,100萬，它有一個預期的效益，就是希望它能夠提高這些離島的假日看診率至大概40%，可是實施以後，我看了一下，它假日看診率也沒有到40%，雖有加成20%診察費，但我們看離島跟本島假日看診率並沒有明顯的增加，所以調高假日診察費20%，是不是能夠達到真正開診率的增加，這個還是要值得研究的。另外這個20億就是要用在很多調整的地方，如急難重症等支付標準的提升，所以應該把這錢用在比較值得調升的支付標準，因還沒有共識，我們帶回去研議一下，把這個錢用在刀口上，以上報告。

**主席**

還有嗎？大家還有沒有對這項有意見？請醫管組先回應。

**李組長純馥**

首先回應剛剛代表提的，為什麼醫發基金會挪到這裡，故事可能要回到104年時，當時確實假日開診的情形沒有很妥適，所以那時候我們背負一個責任是希望能夠增加假日開診。所以當時在相關的研商會議其實有提過，要對所有全國假日開診的基層院所一律加成，可是後來協商沒有通過，主要原因也是因為沒有相對應的預算，所以那時

候大家就覺得不應該由健保去支應。可是部裡面認為尤其是偏鄉離島，在就醫上確實比較不方便，所以先由醫發基金提撥經費，可是醫發基金的委員認為不應該由醫發基金，因為既然是健保的範疇，健保應該要由預算支應，而不應該由醫發基金支應。

假日開診診察費加成，不是第一次提，已經提非常多次，可是協商都沒有通過。這次在協商 109 年總額時，大家可以看到今年非協商基層有 20 多億，所以後來協商的時候有把這個文字列進來，也是希望在離島、偏鄉這些資源比較不充沛、假日開診相對困難的地方，給予一定的加成，這部分先做這樣的回應。

第二個是剛剛何語代表提到的診察費加成，這個是現行支付標準，這次並沒有要討論這部分。有關非協商的內科門診診察費或是急重難症這塊，目前我們還在蒐集意見中，所以這個不是今天的草案。今天的草案只有在 2-4 頁的括弧四，是我們提案要修訂的部分。您剛提的那些是現行就已經加成的部分。如果講兒科，兒科在醫院是 4 歲以下兒童不限科別，只要照顧兒童的各個專科醫師加成 20%，所以我們對兒童的看法是，只要照顧兒童的醫師都有一定的困難度，兒科專科也另外予以額外的加成。我就先回應到這邊，謝謝。

## 主席

好，謝謝。有關何語代表剛剛關心的是 109 年總額協商的西醫基層 20 億的用途，其實現在還沒有開始討論。剛剛何代表看到的是現行的規定，今天討論的只有 109 年總額協定裡面，有一項是離島假日開診的獎勵，所以是有這一項的，而且這已經是部核定的。因為部核定的獎勵措施是延續性的，離島本來就有給予獎勵，現在由健保支應，看你從什麼角度看。確實公務預算醫發基金有支應過好幾年，但從另一個角度它也替健保付了好幾年的費用。現在因為醫發基金的計畫並不是常設性的計畫，多是短期的計畫，所以在 109 年部裡面已經決定要移回健保，且必須是接軌的。這部分也經過總額協定，所以今天才直接提到共擬會議討論，沒有經過總額研商會議。



這部分大概支應 3,000 多萬，剩下還有將近 20 億的預算，大約 19 億多預算，那部分還是請醫師公會全聯會儘早討論，特別是怎麼運用在急重難症，或是內科門診診察費，還有已經核定的藥師服務費等等，可能要先來研究，這個部分才是剛才何語代表，以後可能會陸續追蹤關心的部分，其他大家對這一項還有沒有意見？何代表這樣可以吧？

### 何代表語

我建議西醫基層一次把這個急重難症、內科門診診察費、藥師服務費、基層院所設立無障礙措施，像中醫一樣人家整套就做出來。牙醫做無障礙措施，今天是沒有提出來啦，我當然希望牙醫趕快把無障礙措施的計畫趕快提出來，那我們希望西醫基層也一次把這個將近 20 億，這個一次提出來。

### 主席

好，謝謝。這個本來就會一次調整，只是現在還沒有開始討論。今天還是要依照部核定的協定事項，有關假日離島開診加成 20% 部分，這是需要延續性的，而且對非協商的 20 億整體影響有限，部已經核定了，是不是可以讓它先通過？吳醫師，請。

### 吳代表國治

其實醫發基金出的錢要延續下去，我們並沒有反對的意思，可是可以做得更精進。跑出來的資料，本島、離島、臺東、屏東它的開診率，禮拜六事實上是非常的夠，本島的開診率在禮拜六是 60.1% 到 85.6%，那離島是 65.8% 到 95%，臺東 62 到 67，這是禮拜六的。真正看診率比較低的是週日，大家也知道診所基本上禮拜六都會開，所以這個錢要用在刀口上，我們的狀況跟中醫、牙醫其實是不一樣的，所以我們還是希望能夠帶回去討論，因為之前沒有看到這個議案，議程出來也是非常晚，所以希望能帶回去討論後下次再提出來，因為程序沒有走完。我想很多代表都很重視程序，既然牙醫、中醫有這樣的程序，為什麼西醫基層沒有這樣的程序？

## 黃代表振國

謝謝何代表對我們西醫基層特別厚愛跟關心，但是當時協商不給過的原因，就是有很多窒礙難行的地方，我們內部很難達成共識，所以這個讓我們帶回去好好研議。

第二點醫發基金，我覺得背景應該是政府推行一例一休後，造成各個機關，包括公司行號，例假日就休，有假日上班的困難度。當然醫發基金的獎勵是對醫療人員不足的地方做挹注，我相信是整個國家的政策，也是國民健康的保障，醫發基金一因為是發展，那對於偏遠地區的發展應該更加強，所以我的建議是醫發基金能持續的挹注。我們有去算 107 年大概 2,450 萬，那上半年度大概到了 1,430 萬。我建議高達 16.7% 的成長率，因為有逐年成長，如果醫發基金因為額度的關係，是不是另外想辦法。原來的獎勵還是存在，至於增加的部分，我們回去研議一下。增加額度的部分，由非協商讓它有更多的發展，這樣其實非常好。

今天講 3,000 多萬，也許明年 4,000 多萬、後年 5,000 多萬，如果獎勵得好，我相信這個費用是可以上升的。醫發基金也擔心額度會不會超用，如果在一個定額補助醫發基金的**基礎**下，增加部分就由我們這邊來吸收是兩全其美。建議是不是可以這樣？謝謝。

## 李組長純馥

因為這些文字已經落到協商的公告內容裡，所以醫發基金已經討論過這個預算移除了，先跟各位代表報告。第二個，因為礙於我們現在公告預告都要一定期限，這項因為限於當時協商兩案併陳，健保會核定公告時，確實在西醫基層跟醫院部分是比較難提前確認內容，所以在協商時有一點 delay。

可是目前已經在加成的這些離島院所，我們還是希望公會能夠考量他們的困難，因為在離島執業本來就沒有這麼容易，所以是不是說這部分讓先通過，我們後續再提到總額研商議事會議，下次 2 月的研

商會議讓大家有一次溝通的機會。因為預告跟公告也需要一段時間，現在這邊是不是能夠讓我們先通過做預告？

**吳代表國治**

我要問為什麼上次研商議事會議不提出來？我能夠接受的是壓個時間給我帶回去，我沒辦法接受今天就通過，因為程序很重要。程序如果不維持的話，以後都不要程序了，大家就拿到這邊來討論。

**主席**

下一次總額研商是什麼時候？下一次總額研商是不是能夠討論到這一項呢？全聯會這邊也還沒有任何進展。

**吳代表國治**

我們很多支付標準調整都用費用追溯的方式處理。

**主席**

支付標準調整現在都不追溯，過去曾經追溯，但是財務的處理非常的複雜困難，所以我們現在都是以往後生效為主要原則。可以嗎？

**吳代表國治**

可以，今天我還是堅持不行，這個程序沒有完成，我回去要準備下台，我能夠接受的是壓個時間給我們，不一定要開研商議事會議，我們要回去討論，現在6區都要同意，是不是？我們還有不同的科。

**主席**

如果是這樣，您的意思是今天要先保留嗎？還是有條件地保留？是你們要帶回去重新確認，還是？但是今天的決議要怎麼做呢？而且不可能下次共擬再討論這一題。

**吳代表國治**

不是三個總額都要有一樣的處理方式，每個總額的背景都不同，

中醫、牙醫都加成 20%，中醫沒有？因為中醫沒有落在裡面，中醫用提升點數的方式去調整、牙醫加成 20%，就是因為每一個總額的背景都不同，我希望還是尊重我們總額這邊的自律性。

## 主席

我們很尊重，就是原來的 20 億，明年總額的 20 億我們尊重你們先討論再提 proposal，大家再研商。這一項因為是總額的協定事項，而且是部核定的，這項是一定要做的，而且這一項過去是連續 4 年由醫發基金在支應，現在健保支付。如果在這沒有延續的，對離島的醫師的獎勵是就中斷，給付上的中斷。對離島的醫師而言，預算來自於哪裡他們不管，只要可以得到加成獎勵。所以有沒有可能能夠讓這一項先通過，如果你們要 check 就給你們一個時間帶回去討論，這樣可以嗎？就是原則上必須要通過的，除非萬不得已。如果你們堅持要這樣，就是讓你們回去再 check，請何代表。

## 何代表語

主席各位代表，我們剛剛 4 位付費者有交換了一點意見，我們認為這個離島地區的醫療是我們過去長期以來都會關心的，而且對離島不管是牙醫、中醫、西醫基層，包括醫院現在到離島去設立一些支援，包括醫師的支援，我們都很支持。所以剛剛我們 4 位付費者代表的意見是說離島地區這個 3,340 萬，我們今天支持通過，那其他的部分，我們請西醫基層回去，剛剛講的急重難症、內科門診診察費、藥師服務費、基層無障礙設施的部分，請他做整套的計畫出來，給我們支持通過，那我們 4 個付費者代表，我們支持今天 3,340 萬先行通過。

## 主席

好，那可以嗎？吳醫師。

## 吳代表國治

我想我參與健保會這麼久，何代表是最重程序的，是讓我非常尊

重的前輩，可是這程序很不合理，我們 12 月 18 日才開研商議事會議，中醫、牙醫通通開過了，可是只有我們在 12 月 18 日沒有提出來？

**主席**

好，那結論是什麼？結論是要再回到研商會議嗎？可能我們醫管組的同仁誤判了，覺得這一項可能不用經過研商議事會議，所以直接提共擬會議。可是現在你們這麼堅持，本案應該是要延續性，延續性的案子不應該再重啟另外一個調整方案，不管是調整的幅度或是對象，所以我們同仁才認為說就直接提共擬會議。而且這對 20 億來講也是影響很小，因為 20 億 2,000 多萬，這個是 3,000 多萬，明年最主要大筆的預算都還是完整的，只是對離島的醫師，一樣是你們的同業，能夠讓加成維持不中斷。這個部分是不是還有空間可以來支持？現在只有吳醫師嗎？還是大家都不支持？

**吳代表國治**

我認為還是要壓個時間。

**主席**

好，需要多久的時間？這要快，今天禮拜四了，是不是其他調整應該是要去好好的運用 20 億？20 億才是真正能夠讓支付更公平的空間，可以嗎？

**吳代表國治**

給我 10 天可以嗎？

**主席**

10 天，如果是這樣的話，原則上如果你們沒有異議，我們今天還是先算通過，就不要再走這個程序。如果時間沒有異議，今天就算通過了，這樣可以嗎？

吳代表國治

其實我們看數據，禮拜六是沒有問題的，我們甚至希望禮拜日多加一點，禮拜六少加一點，

主席

這個我們一直都有提，但你們一直不同意。

吳代表國治

現在是因為醫發基金這樣處理，逼得大家都得用同樣的方式處理，我覺得這樣程序上也是怪怪的。

主席

可是現在離島的禮拜六、禮拜天能有現在的開診率，跟補助說不一定有關係。

吳代表國治

那數據都呈現出來了，有沒有？

主席

這個要看一下數據。

吳代表國治

你要說服大家的話，就一定要有數據來佐證，跑出來的數據，本島還有一些甚至比離島還要差。

主席

本島的我們已經提很多次，你們不同意。

吳代表國治

我的意思是給我更清晰的做法。

主席

因為離島已經行之 4、5 年是這樣，本島跟離島，本島你們好好來思考，因為本島更大眾，離島只是非常非常小眾的人。

吳代表國治

所以副座的意思是，我們 10 天帶回去只有兩個可能，一個就是暫時完全歸零，可是我們希望有調整空間，因為我們樣態非常多。

主席

好，付費者代表有沒有其他意見？

何代表語

主席、各位代表，實際上剛才黃醫師講我對西醫基層非常關愛，確實得關愛，因為如果我不對西醫基層關愛，你們都不合作。基本上是這樣，我也很重視程序正義。但是如果今天的會議大家都同意的話，也是程序正義的一環。最主要一點就是，我記得我加入健保會到今天已經快要 12 年，我們每次針對離島地區的醫療提出很大的關注，包括金門、馬祖、綠島，我們都提出很多關注。我們付費者的觀點是說，剛剛我聽到一句話，才會改變我們支持的用意。因為以前只要通過以後，我們都同意會追溯回去，比如 5、6 月份通過，會追溯 1 月份補他的醫療費用。

但剛剛主席講了一句話，我才認為說年底已經到了，應該要讓它通過，主席剛說已經都不再補追溯，我不知道，我今天才聽到她講，以前我的觀念就是都會補追溯，就是 3 月份通過會補 1 月份，6 月份通過也會補 1 月份。剛剛才有提到不補追溯，我才認為說明年春節後才開會，開會再處理又一季過去了，所以我們付費者交換點意見，希望今天為了離島醫師的費用，對付費者的照顧起見，我們才支持離島這個案子通過。這是我們剛才提出來的想法，因為主席說不追溯，所以我們認為要提早通過。如果能夠追溯，我認為第一季來討論或第二季

來討論我都無所謂，這是我剛剛想的概念。所以我們付費者希望，今天這個 3,340 萬也不是很大，今天讓它通過，讓健保署好作業，也讓離島的醫療也延續這 5 年來的支付費用，這是我們付費者剛剛討論的結論。

## 吳代表國治

我覺得追溯這件事，只要大家同意才能追溯，這是第一個。第二個，離島的診所也是我們的會員，我們比大家更重視他們的權益，他們有付出就應該要有他們的醫療資源，這是我們全聯會一致的立場。

不過程序上，我還是非常重視，如果「大家都同意」也是程序的一環，那健保會大部分的程序「大家都同意」就已經符合程序，為什麼健保會還是常常吵程序問題？這個我覺得是值得討論的。

我現在要求主席讓我們代表出去討論一下，因為我們要背負所有的院所，我已經很大的讓步了。我還是要強調 12 月的研商會議為什麼沒有提出來？這是我們覺得不可思議的事情，中醫、牙醫 11 月都提了。

## 主席

好，謝謝，我們先保留這案，你們先在會場外討論。我們先討論討論事項第一案。

## 討論事項

### 第一案

案由：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增「水通道蛋白 4 抗體」等 2 項診療項目暨修正支付標準文字案。

## 主席

這個提案是新增兩個診療項目，一個「水通道蛋白 4 抗體」，這部分邀請高醫的陳醫檢師，請問有無補充說明？沒有，好，請各位代表



可以看討 1-7 頁，及討 1-9 頁支付標準編號 12210B「水通道蛋白 4 抗體」這部分訂有適應症，而且每人每年限執行一次，如果結果是陽性就不能再檢驗，如果是陰性，在一定情況可以再檢驗，而且需在病歷上記載，每次點數是 1,781 點，這項目大家有沒有意見？請嚴代表。

### 嚴代表玉華

有關於「水通道蛋白 4 抗體」，這個在討論案說明二的第 1 小項有提到「僅限視神經脊髓炎之診斷用」，可是在支付標準裡面適應症有包含多發性硬化症、視神經炎等等部分，所以我要確認這段跟你們的說明有什麼不一樣。

第二個有關專科別，「過敏免疫風濕科」跟「風濕免疫科」跟「免疫科」，在次專科裡面到底使用的那一個。如果以申報來講，目前可以申報的科別只有風濕免疫科，所以要確認到底是什麼樣的次專科才可以申報。

### 主席

請雪玲。

### 黃代表雪玲

我要請教這個 1,781 點，這次我沒有看到成本分析，我請教我們醫師，醫師說這價格有點偏低不符成本。而且這 1,781 點，在我們申報是採浮動點值給付，如果用 0.85 浮動點值估算，給付就變 1,500 點。可我在看你們預算推估的時候，預估 8,174 人直接乘以 1,781 點，就 1,450 萬點，預算是編足的，是不是可以把點值再反回去，至少給付是 2,000 點，這樣才真的反應實際成本。我們真的覺得這個 1,781 點偏低。

### 主席

好，還有沒有對水通道蛋白抗體這部分有意見的，請支付標準科說明。

## 王科長玲玲

有關適應症的問題，在說明裡面所講的是做視神經脊髓炎的鑑別診斷，適應症還是要按照後面的大表所列支付規範。適應症第一個就是泛視神經脊髓炎症候群診斷，第二個是多發性硬化症、視神經炎、橫截性脊髓炎、自體免疫性腦炎的鑑別性診斷。目前這個項目主要還是在視神經脊髓炎鑑別診斷用。

另外支付點數的問題，我們的成本校正是按照提案單位所提出來，再經過校正參數校正後，在專家諮詢會議裡面通過，校正出來支付的點數就會是支付標準表上的點數。以往訂定支付標準的支付點數並不會回推點值，所以這一項不會以 1,781 點再去回推點值到 2,000 點。如果經過專家諮詢委員會會議所訂出來的支付點數，在共擬會議上代表有任何的意見的話，原則上還是希望先回到專家諮詢委員會會議討論，以上。

## 主席

好，來，請黃代表。

## 黃代表雪玲

因為其實你預估的預算，也是用一點一元把他算成 1,450 多萬點，那其實你就是用一點一元去把他預估預算，既然你是這樣的預算，是不是就把點值綁回去，就讓他給付 2,000 點，事實上最後結算也是這個點，不然其實滾入點值其實都被別人分走，我們真正有執行的院所都是吃虧的。

## 主席

好，還有沒有。我們支付點數一向不再回推點值，因為點值是浮動的無法回推。

## 黃代表雪玲

lipiodol 後來是有算點值回去的嗎？

主席

lipiodol ?

黃代表雪玲

這件事大家算出來的成本剛剛看到就是 1,781，大家都要花 1,781 元。元，我要強調是元，而不是點，那我們實際浮動計算後給付就不會是 1,781 元，所以請保障這些有執行的院所能夠得到他應有的成本。

主席

好，謝謝。那其他代表有沒有意見？好，黃代表說的支付點數的部分，沒有辦法這樣子處理。我們過去有處理過，但是在差距不大的時候，大家在共擬會議有提異議，所以再回到專家會議討論。我記得當時是 kit 的錢，上次是哪一項，是 lipiodol 嗎？不是，是 TRH，當時就重新回到專家會議討論。但是其他項目原則上不應該再重新討論。

好，這項目大家還有沒有其他意見？支付標準表通過的是討 1-9 的部分，是地區醫院以上層級都可以使用的檢驗項目。好，還有沒有問題？

黃代表雪玲

我覺得過去沒有，不代表未來不可以有這樣子的點值校正，我覺得這樣真的不合理，這樣有做得院所，根本成本不符，我覺得這樣子真的不合理。

主席

我們的預算其實是用元扣。

黃代表雪玲

對啊，預算是用一點一元扣，沒有錯，但是實際上去執行的這些院所拿到的是浮動嘛，那其他的剩餘價差他就是滾到點值去，就變得別的院所攤走，就他們得利，應該是這麼說，是他們得利，我覺得既

然你算出來的成本，而且你預算也估這麼多，那理論上就是應該用這樣的價格加回去再把他補回來，我們會覺得這樣比較合理，因為現在沒有，不代表未來不能這樣做。

**主席**

浮動點值本來就是一直在浮動，現在校正的未來也都不一定對。

**黃代表雪玲**

現在已經知道它成本不符，更何況我們現在的點值越來越低，其實大家還做了攤扣。這個部份我覺得至少我算出來的成本是這樣子，專家學者也認為是這樣成本，那為什麼不能把他校回來是一點一元概念上去讓做這項支付標準的定價。

**主席**

好，因為過去沒有這樣做，所以這一次也不會調整，而且這已經行之多年，而且實務上不可能這樣做，因為永遠校正不完。今天校正的，下個月又不對，所以沒有辦法這樣做，點值是隨著時間改變、浮動的，沒辦法如你所說的方式處理。但對整個總額來講，你們沒有吃虧，總額通通進去了。

**黃代表雪玲**

是沒有錯。

**主席**

金額通通進去了。

**黃代表雪玲**

我知道金額是進來，對，但是對實際執行的院所就是沒有得到他應得的，反而是...

**主席**

預算進來，不是因為這項而得到，也會因別的項目而得到。

**黃代表雪玲**

就是...就是你們讓執行的人就是有吃虧嘛，應該是這麼講嘛。就是...

**主席**

項目這麼多，有做這件事情的人跟沒有做這件事情的人預算都有進來，大家在甚麼地方得利是很難算清楚，請不要一直認為做的醫院是吃虧，其實做的醫院也有得利。好，如果大家沒有其他問題，這一項先通過。大家有沒有意見。如果沒有就通過。接下來 PD-L1 邀請到病理學會。葉代表，是哪一項呢？

**葉代表宗義**

剛才他們出去討論的？

**主席**

西醫基層先等一下，先把這題處理再回去討論。PD-L1 請病理學會賴理事長或杭秘書長。

**賴理事長瓊如（台灣病理學會）**

主席、各位代表大家午安，那就 PD-L1 的這個項目，病理學會做補充說明。大家在這個所謂討 1-10 這頁裡面，看到有通則用紅字寫出來的，其實是在上次專家諮詢會議裡面並沒有的內容，也就是說要用所謂鼓勵醫事服務機構即時查詢要我們上傳檢驗報告的結果，在上次專家諮詢會議裡面是沒有的，而且我們也是昨天才收到。那再來就是說，在討 1-11 最後一行紅字的部分，上傳檢測試劑代碼，其實我們從昨天收到這個之後，我們就去查詢了，沒有甚麼檢測試劑代碼這樣的東西，所以以病理學會來講，我想就這兩個紅字所要規定的部分並不

是病理學會所提出，我們目前也沒有辦法就這個可行性做一個評估，因為我們昨天傍晚才收到，所以我們不知道各個醫療院所是不是能夠申報，有沒有所謂的檢測試劑代碼這樣東西的存在，所以對這兩個規定，病理學會目前沒有辦法評估，也沒有辦法回應。可能要各個醫療院所看在他們申報的時候他們會面臨到甚麼樣的問題，因為我們沒辦法做評估，也沒有時間去詢問，以上報告。

**主席**

好，謝謝賴理事長，賴理事長講的是提案中新增的部分。但是我們更期待賴理事長先跟各位代表報告 PD-L1 免疫組織染色這件事情的內涵，因為代表們不是都是專家，需要經由學會的說明讓大家知道這項的用途及用法。

**賴理事長瓊如（台灣病理學會）**

是的。那就跟大家報告 PD-L1 就是我們現在目前用免疫查點抑制劑，所謂 IO 的藥物，要使用之前必定需要必備的伴隨時檢測試劑的藥物，所以如果沒有這個檢測項目，就沒有辦法去評估病人是否可以使用這個免疫查點抑制劑的免疫的這個治療。因為這個治療藥物都非常昂貴，所以這個伴隨時檢測是必要的項目，以上補充。

**主席**

好，謝謝。這項大家報告 PD-L1，我們的 IO 的藥物就是需要檢測 PD-L1 才可以用藥。過去 PD-L1 還沒有納入項目之前，PD-L1 也都有在做檢測，那時候是由藥商支付這個費用。現在我們希望把它納入健保的給付項目，當然費用會來自於藥品所節省的費用來支應這個項目，這個部分會再跟廠商再協商，所以這個項目必須要列項，特別是未來走入精準醫療，這些伴隨性的檢測在支付標準表是需要一一列項。

這一項是免疫檢查點抑制劑的伴隨式的檢測。好，那大家還有沒有其他問題，病理學會的問題等下一併回復。請蔡代表。

## 蔡代表麗娟

我們今年很幸運的在 4 月 1 日的時候，健保署就通過免疫治療的給付，因為目前免疫治療的藥物有三個，對病友來講，一開始時我們聽到的就是，每一個，因為他們在做臨床試驗的時候，每一個藥物它所用的機器，以及它所用的抗體，每一個藥物都是不一樣的。所以說，就變成說這個醫院他如果有這個機器跟這個抗體，它可以做 PD-L1 這個表現量的測試，所以它高表現大於 50%，它有機率用這個藥，但現在我們想要，因為剛剛很多的文字，想要了解地確認的是說，以目前來講，如果有一些醫院它沒有這個機器、沒有這個抗體，那麼這個可替代性，也就說這個檢驗有沒有可替代性，他本來也有個可以測試儀器跟他這個醫院所能提供的東西，但到底在這個文字裡，對於這個問題，結果是怎麼樣，也就是說不同醫院它可以用不同檢驗的試劑或者是機器，然後可以試驗出來有轉換性，也就是說這樣的會病人有多點選擇跟機會，醫師使用上也有比較多藥物可以使用，如果以這樣的文字看起來，實際上狀況是怎麼樣，以上，謝謝。

## 主席

好，這點我們可不可以 interchangeable，再麻煩賴理事長來回應。大家對這項還有沒有別的意見。好，請。

## 林代表鳳珠

您好，我是醫檢師公會全國聯合會。我剛有在看討 1-5 的地方，報告的核發是不是可以建議由解剖病理醫師來核發。

## 主席

好，這一項等一下也請賴理事長回應。還有嗎？好，請劉代表。

## 劉代表碧珠

我想請教的就是，對這個支付標準你們在最後備註的地方是提到

說「上傳的檢驗試劑」這個報告上傳檢驗試劑的代碼，那我不清楚說，這個我們目前上傳檢驗報告裡面，是有這個欄位可以上傳嗎？其他檢驗報告有這個欄位嗎？還是需要說 create 什麼其他規格？

**主席**

好，等一下一起回復，好，李代表。

**李代表佳珂**

我剛剛針對也是這個部分，就是剛剛賴理事長有講到他們沒有所謂的試劑代碼，是你 on 在這裡，再來就是這些有可能是醫院外送檢體，是不是那個報告單位還要再回傳一組檢驗...。如果真的有，還要回傳一組檢驗的代碼給我們，我們才能夠上傳，因為申報是我們嘛，所以這中間是很複雜，有些東西我們可能要確認清楚，以上。

**主席**

好，謝謝，來李代表。

**李代表偉強**

待會可以請賴學姊跟大家講一下。目前其實很多醫院本身是沒有能力是做這個的。簡單講，你要說最常見的腫瘤標靶治療醫藥策略，如果這東西是 wild type 就很難了，你如果是有特別突變 mutate 才有效果、才重要。各位想想看，以前這東西都是廠商他們會去把這塊吸收掉，其實基本上醫院有能力做這個太少、太少了。所以將來剛剛好幾位提到，今天醫院你開放健保給付了，對不對，那醫院要用標靶藥物或免疫治療，他要開始一定是怎樣，委外來做，委外來做的時候，可是最後申報是在醫院申報，以前沒有這段申報，因為健保不給付，現在開始要給付了，可是我們現在慢慢開始變成要有這個上傳試劑這個代碼，意思是說將來這個委外廠商還要提供試劑代碼。

第一個，它目的為何，求證目的？是怕偽造嗎？還是？現在我們會上傳某些代碼，只有像手術特材之類，是怕將來檢核到底是不是用



正貨。那這個目的為何，總要有目的。第二個，可能病理學會知道說目前有多少醫院是自己有能力做的。你今天一旦開放之後，不是沒有能力，如果你有能力我相信廠商會很高興，因為他得開放健保給付，最後真的是某幾家廠商來做的。這個東西有多少比例是有自己能力去做，那這樣我們可以給健保署數據參考，這樣才知道第四點到底我們實際開始要做，達到我們的目的到底能不能達到，以上。

**主席**

好，謝謝，再來嚴代表，再來黃代表。

**嚴代表玉華**

同樣的問題再請教一下，因為費用申報的時候要檢附解剖病理，那如果今天是外送的話，是不是要再回到醫院要再送給解剖病理再去做 code 嗎？我覺得這不太可能，所以這個部分可能再說明。

**主席**

好，等一下說明。好，剛剛還有黃代表。

**黃代表雪玲**

順便要問一下，這邊有寫到費用申報時應檢附，所以我們每次上傳檔案申報完，就要把這個醫師專科報告再送去貴署、送到各分區，每個月如果有這個案子就要檢具一次嗎？那再問一下，這裡有看到口腔專科醫師在做口腔專科病理醫師的報告，那因為通常一定會先經過門診開立醫囑才會有送病理的檢查，我想問一下，牙科醫師可以開這個醫令嗎？牙科醫師開立檢查醫囑，讓病理科醫師來做這項病理檢查，那這樣在牙科總額可以申報嗎？

**主席**

好，很多的問題，應該要由病理學會回答。請病理學會。

**賴理事長瓊如（台灣病理學會）**

是的，感謝各位代表的提問，那我就依序來回答。第一位蔡代表所提的所謂這些 PD-L1 染色是否可以 interchangeable，基本上我們目前都是按照藥物的仿單來做這樣的建議，所以我們一樣限用第三等級的 IVD 的一個平台來操作，那這些平台之間是不是 interchangeable，這個並不是病理學會本身可以來決定的，那我們就是 follow IVD class III 的 IVD 一個檢測的這樣的規定。

第二個，核發的報告，其實 PD-L1 就是一種組織免疫染色，跟我們普通在病理單位做的免疫染色是一樣的，這只是說他比較特殊的一個項目，所以一般來講，我們解剖病理專科醫師、口腔病理專科醫師，他本來就在核發切片的報告跟免疫染色的報告，所以一般的解剖病理專科醫師跟口腔病理專科醫師都可以簽發 PD-L1 的報告，尤其免疫查點抑制劑含有 head and neck tumor 也是口腔病理，或是口腔外科醫師的範疇。第三點跟第四點的提問，其實是跟我們自己本身提問一樣，因為並沒有所謂的檢測試劑代碼，依據我們自己的推論，我們以為署裡面指的是跟檢測平台到底是 22C3、SP263 還是 SP142 這些不同的平台，但是這些平台都會出現在我們的報告裡面，所以只要用關鍵字去 search，都可以 search 到它是哪一種平台，並不需要另外申報，這個是在我們報告裡面就會有的。再來就是有代表關心是不是在本院或本部的實驗室不能夠操作，基本上因為它是個免疫染色，所以只要有機器就可以做，只是說他的機器是兩種完全不同的機器、不同的廠商，所以可能有一些單位它沒有辦法這四種都能做，但是目前就是可以外送，外送的管道是非常通暢，尤其其實在我們原本病理的實驗室裡面，我們很多的病理單位就不可能擁有全部的免疫染色，所以有一些必要外送的這些代檢的部分，其實本來就存在了，所以外送的部分大概也不會是問題，以上做一點補充。至於在我們這個所謂的支付的規範我們的報告內容裡頭，我們就是規範一定要有所謂的腫瘤細胞、腫瘤是哪一種組織型態、腫瘤細胞有多少，所以我們才會去規定一定需要解剖病理專科醫師跟口腔病理專科醫師來核發報告。所以如果我們外送檢體之後回來的，也是一個完整的病理報告，所以回到我們自己的院所之

後，其實我們不需要再經過其他的處理，它就是一個完整的報告，可以直接，如果是需要上傳就上傳，如果有哪些需要有重要的項目需要通報的話，其實在這個報告裡面，完全都是具有的，因為目前我們有一個制式的 checklist 的是大家全台灣都一致的一個報告的範本，以上補充。

## 主席

有關檢測試劑代碼上傳檢驗支付標準，請支付標準科說明。

## 李組長純馥

謝謝賴理事長前面的說明。確實我們當時在專家會議討論時沒有提到這個檢測的方式，可是後來我們在跟廠商討論降價時，廠商提到說，因為是不同平台做出來的，再給不同廠商的用藥。所以顯然我們這裡需要有一點數據才能請廠商把價格還到總額，所以這裡就要拜託，既然今天我們的預算是希望藉由廠商降價，進而拿到這個檢測價格，我們期待的是，你們是用哪個平台檢測的方式，不是要填那個檢測試劑代碼。

可能我們文字寫得不好，其實我們的意思跟賴理事長講的一樣，就是用什麼樣的平台檢測，只要告訴我們，我們在支付上傳的規則裡面，我們用類似 1、2、3、4 的編碼，請你們告訴我們 1 是哪一種，2 是哪一種。因為結構化以後，統計會比較快，也能瞭解你們上傳的檢體報告會有方式的描述。但是因為我們目前的機器沒有辦法直接從 PDF 檔找到 key word，確實我們也擔心會誤判。所以期待是由你們告訴我們是用哪一種，因為這個會涉及後續的用藥。如果檢測出來的，報告是第 1 種，結果用藥是第 2 種，這樣是連結不起來，這裡我們藥品給付規定也會做一些規定，因為這個是一個這麼昂貴的用藥，大家要審慎使用。所以我們期待看到，如果你 report 出來的檢測平台是 A，A 藥的檢測平台，確實最後給的也是 A 藥，我們是希望這兩邊能夠連結在一起，以上。

## 主席

我還是要再說明一下，現在 PD-L1 的數量絕對遠遠大於真正用 IO 藥的病人數量，原因是因為大家需要檢測，符合的人才可以用藥。所以去做 PD-L1 的人是會大於 IO 用藥的人。我們現在 data base 裡頭確實有用 IO 的人，也知道他用了哪個藥。比如說 A 藥，綁了他的機台、試劑，他是一套的，但做那一套試劑的人，我們不知道有多少，可是那些都會申報出來，但是廠商需要知道他 share 多少，他要知道用他的機台跟他的 kit 的人有多少才可以分擔。所以其實在這裡是有點繞了一圈。但為了讓這資源不被重複配置，希望原來廠商支付的那一部分可以還給總額，我們不要再額外支出這個項目。所以才希望說，院所這邊除了完成 PD-L1 的染色跟報告，以及簽發報告書，讓精準用藥以外的部分，也回傳這一的檢測。這一次的檢測可能是不能用藥的，但是這一次是用哪個機台、哪一個試劑，這樣我們才能釐清，主要是這個目的。請理事長。

## 賴理事長瓊如（台灣病理學會）

我就是說基本上這個項目，因為上面寫到如果我們不申報就不給付，我想病理科在這個項目裡頭，其實是完全的弱勢，也就是說臨床醫師決定他要用哪一個藥，他就申請哪一個 PD-L1。我們檢測方呢，就是他申請了，我們就做，所以我們也不知道他到底要用哪一種藥，然後我們就做了，我們也不知道醫院是不是有上傳成功，如果醫院沒有上傳成功，那我們就拿不到給付，所以病理科在這個項目裡面是完全的弱勢跟受害者這樣子。

## 主席

這個您講得太遠，PD-L1 是病理科做的對不對？究竟你們用哪個機台，這一次申報 5,984 點，每一次都要告訴我們是用哪一個機台、哪一個 kit 做的，就是這樣。至於後面用藥，那是醫生的事情，我們應該要

分開來看。

### 賴理事長瓊如（台灣病理學會）

對，沒錯，我只是在這說明，申報的部分就都是醫院本部在申報，其實不是病理科，因為支付標準寫在這裡，因為其實我們也...其實是因為有我們會員的壓力，我們會員會以為我們自己寫得這麼多的規定，然後如果我們沒有上傳成功，就會讓我們自己拿不到給付這樣子，只是給各位理解，因為我們其實還蠻辛苦，因為申報並不是病理科直接申報

### 主席

在這裡沒有說所有的工作都是病理科在做，因為醫院本來就是一個分工合作的系統。這裡的規定當然是針對跟我們特約的院所訂的。不過這個原來的 source 一定也是病理科才知道，只是透過什麼樣的管道在申報，然後一併上傳給我們。今天在座有院方的代表、有申報的代表、有病理科的代表，就是要大家一起來把這件事情完成的。

好，另外大家的疑問，特別是雪玲的疑問，應該是想說這個代碼到底是什麼東西，對不對？這個會後我們釐清後再告訴大家。總之也許這個文字最後會有一點混淆大家的理解，但還是希望你們告訴我們例如做了 100 次的 PD-L1，其中 30 次是用哪個機台的，50 次是用哪個，總是要提供一個人 ID，這個人是用什麼，就是這樣而已，沒有任何的 responsibility。至於醫師的用藥是另外一部分，所以賴理事長這邊也不用太 care，你只要做你們的事情就行了。而醫院這一端，應該要從病理科那邊拿到資訊，透過我們 reporting form 回報給我們，那我們會去負責確認。

### 黃代表雪玲

我們現在不是有雲端上傳，那這個報告是不是就併雲端就好，就不用另外再填，是不是？

**主席**

好，如果大家釐清的話，這一項是不是就可以通過？這個也是精準醫療的部分，葉代表有意見嗎？好，謝謝。那這一項我們就算通過了，謝謝。

**葉代表宗義**

通過啦。

**主席**

好，謝謝。那這一項我們就算通過了，謝謝。

**黃代表雪玲**

牙醫師是不是可以開這個醫令？

**主席**

牙醫師沒有 IO 的藥，但是會有一些是頭頸部的腫瘤，對不對？

**黃代表雪玲**

他開的病理可以報，那因為牙科醫師？

**主席**

但是，IO 不是牙科醫師在用藥。

**黃代表雪玲**

對，我知道，但牙醫師會開的這個檢查，我們這個就會報在牙醫總額阿，那不然我還要另外切出來轉西醫醫院總額申報嗎？

**主席**

不會吧，口腔病理也是醫院的病理科吧？

**黃代表雪玲**

對，他是我們病理科，可是開醫囑的一定是牙醫師開出來，不會是病理科先開。

**主席**

開這個醫囑的一定是西醫師，因為要用藥的人才會去開 PD-L1 的醫囑，怎麼會是牙醫師去開醫囑。

**杭秘書長仁鈞（台灣病理學會）**

其實牙科裡面的確是有口腔外科，其實真的是牙醫師，是真的是牙醫師。

**主席**

可是牙醫師會去用 IO 的藥嗎？現在是 for 要用藥的人才會開 PD-L1 的醫令。

**黃代表雪玲**

我要確定牙醫師是否不准開這樣就好了？

**主席**

他也不會開，原因是因為牙科不是在用 IO 藥的人。好，如果沒意見，這項就通過。我們再回到報告案第二案，再詢問各位西醫基層的代表們，你們的結論是什麼？

## **報告事項**

### **第二案**

**案由：修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準西醫基層門診**

## 診察費中文名稱及通則增列西醫基層離島假日開診之獎勵措施

### 吳代表國治

報告案第二案，我們幾位代表出去討論是同意今天報告案第二案。不過我還是要跟大家做一些說明，我剛堅持程序的原因是西醫基層共有 1 萬多家診所、10 幾科，不像醫院是有經營者在，一聲號令下去。如果沒有程序做支撐的話，我們早就亂成一團了，所以我還是非常堅持程序。這個程序並不是說大家開會同意了，程序就等於是程序了，是我們幾位出去以後把程序補起來的，這個壓力我們大家去承擔。

我期待以後還是要先拿到研商會議討論。第二個我更期待的是，這邊有很多健保會委員，在健保會裡面，大家都是很努力對外爭取費用，像菸捐的爭取，政府該出的 36% 的爭取，都鍥而不捨。醫發基金這邊，我更期待大家鍥而不捨爭取，因為健保的錢已經在減少，如果這部分不繼續努力的話，我覺得並不是很樂觀。期待幾位健保委員大家一起共同努力把民眾健康需要照護的錢，爭取越做越大越好，以上，謝謝。

### 主席

好，謝謝吳醫師的說法全都錄，全錄。好，請葉代表。

### 葉代表宗義

那個，我們四位是付費者。我們是特例，因為我們是健保會出來，但我們兩位是由我們會派出來的，由商業總會派出來。但是，我們何語代表說他在健保會已經有 12 年，我在勞保會到現在，不是說沒有薪水可以領，這個也沒有薪水，但我們也是會來，我們從早上六點多起來就在做這個。何語，你也雞婆，我也雞婆，那麼尤其我們兩個，我們常常在講一句：「何語啊，真的健保會沒有你不行，很認真喔，但是有你也不行，規定多。」我常常說，沒關係我們兩個互相配合。但是他對這方面來講，他真的很用心，但絕對對我們全體所有，等下次你退休，我建議健保頒給你證書回去開業，執行醫師，免費的。



那麼不論剛才的基層醫師或者牙醫跟中醫師，我們都支持，沒有意見，大家都通過，當然對西醫基層比較沒理，他們好像覺得沒有被尊重。我們說話，他們絕對尊重我們四位付費者，不論甚麼事情，我們說的話，也尊重我們主席，那麼這點我們以後，因為都是議價一些的問題，我們四個人並不是在開業，我們只是代表我們的團體，做一些功德，都是你們的事情，七千多億都是你們的事情，問題我們來把關，我們不懂，並不是我們懂，我們都是...健保署蔡署長，天下第一把，沒有第二個人沒有比她更了解。剛剛他們幾位代表有說希望我們以後也多多尊重西醫基層，我說這個放心，我們何語我們三個在裡面，絕對負擔，替老百姓做事情，大家都是一家人，每個人非常和氣，過年每個人都多一歲，大家都非常和氣，相信在整個健保處能夠更加的健全，這是我們的責任，也是你們的責任，又不是說甚麼人...非常感謝我們幾位，也是委員也是代表，你們尊重我們，我們也絕對尊重，尊重你們為我們健保付出，感謝你們啦，謝謝你們。

## 主席

好，謝謝葉代表也做了很好的說明，肯定西醫基層各位醫師的努力。報告事項第二案有關西醫基層 20 億裡面的 3,300 萬，今天先通過，西醫基層離島假日開診加成的部分，非常謝謝大家。也麻煩西醫基層剩下 20 億的 proposal 能在明年年初趕快提出來，可以如剛才劉代表講的能夠快點討論。好，接下來回到討論事項第二案。

## 討論事項

### 第二案

案由：有關 109 年度「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫方案」。

## 主席

好，謝謝。那這個是我們即時上傳的相關新增的項目。醫管組這

邊有沒有要補充的？

### 李組長純馥

例如剛才討論案通過的 PD-L1 項目已經有明訂上傳的規定，但是因為支付標準還沒有公告，所以還不會寫在這個計畫裡。我們建議在今天會議資料討 2-6 頁裡，有關資料上傳獎勵第一點的括弧一「獎勵項目如附件五」，是不是先預留文字，有關支付標準明訂要上傳的項目，只要支付標準公告，就在增列在計畫附表。這樣各位在上傳、獎勵才能即時，也比較一致。不然計畫這裡沒有寫，但院所上傳時我們沒辦法核算，可是支付標準又規定醫院一定要上傳。為了避免每次新增支付標準，都要在支付標準明訂上傳規定後，後續還要修訂計畫的問題。

另外就是這個預算比較特別，頻寬補助是在各總額的專款，其他部門的預算是支應非總額的機構，比如藥局、醫檢單位頻寬補助，而上傳是以其他預算支應上傳獎勵金部分，也就是鼓勵上傳的部分。如果各總額專款不足，會以其他部門預算一起做支用，以上。

### 主席

好，這項大家有沒有意見。來，請李代表。

### 李代表偉強

這個上傳已經一年了，項目越來越多，其實到後面對我們來說已經沒什麼感覺了，反正就是全部上傳。最近報紙不是有登一些事情，我看了一年門診以來，從來沒有哪個病人真的是用健康存摺來問我，雖然健康存摺號稱有 160 萬次的下載，從來沒有任何一個病人真的是拿數據來問我一些他的情況。

我是覺得我們上傳這麼多資料，裡面這麼多量，對我來說一百項、兩百項已經沒有差別，反正就是上傳。像這個 2,300 萬人的 data，這真的是一個超級龐大資料庫。我只是再次提醒，這些資料要很謹慎，因為現在是原始 data，這些原始 data 的處理都是個資，而且是個資法第 6 條所提到的「病人敏感性資料」。

最近病人開始找我談，因為我們以前上傳都要同意書，各個醫院都要簽同意書，今天到榮總、到台大、到馬偕，資料上傳都要同意書。現在開始有人要求撤同意書，他覺得為什麼要上傳資料，因為看到報紙上寫的一些可能的問題，雖然報紙上都沒有證據。病人懷疑這些資料被做第二次、第三次利用，因為真的會 care 這些資料我相信都是因為個人，個人很多資料他還是會去問醫生看看報告等等之類的，可是我說臨床上真的沒有太多人拿資料來問我。

我還是提到現在很多資料上傳，包括敏感性資料，還有這些資料是個人容易誤判、很難由個人判斷。隨便講個東西大家都知道。今天假設血糖，白血球、紅血球數據很清楚，血糖高或低一看就知道，有的數據就是看怎麼解讀，特別是 X 光、影像 CT、MRI。就我剛剛講的胸部 X 光，胸部 X 光是最簡單的一項檢查，但沒有一個人會打 normal，因為打 normal 可能會被健保署核刪，所以放射科都會打些診斷。這甚麼意思，就是說聽起來不能不正常、也不能說完全正常，也需要有醫生的判斷。很多人上傳有好有壞，不過還是想問哪位醫生哪位病人真的用這個來判斷結果。

今天看起來上傳是個政策，也沒甚麼好討論。我只是再次在這邊提醒資料使用真的要很小心，因為我們病人看到報紙訊息就要求醫院來撤同意書。我不知道在座各位，如果你自己本身擔心有天資料會不會被人家做其他利用，或被廠商使用，不是非法而是合法使用的時候，這是怎樣的一個情況。當資料量越大的時候，健保署的壓力更大，因為你們管理這麼多的資料，這些一個善意的提醒，以上。

**主席**

好，謝謝李代表。再來黃代表。

**黃代表雪玲**

我看今天又增加 400 多項，我們現在目前在上傳，常常就在網路上塞車、塞車，然後我們一直等一直等，也不知道它結果是甚麼，等到最後出來結果他就是當掉了，那我就是超過 24 小時了，那我們其實

還是很努力再配合。那最近我們接到署來說「我們是高申報量，低上傳量。」那其實我們也沒有很低啊，其實同儕是 86，那我們 83，那其實我們有時候就是會碰到這種傳到一半當掉，然後我們 24 小時就會來不及，針對我們這種大型，可不可以 24 小時能夠寬限一點，因為對我們來講，如果我們上傳失敗，資訊室再傳也沒意義啊，因為已逾 24 小時，你們常來文說本院上傳比率比同儕差然後院長就會盯資訊室，但對我們這種資料大的院所，只要有一天上傳失敗，比率就會掉下來很多，我們不是不配合，這是實務上遇到的情況。

再來就是住院部分一定要 24 小時上傳嗎？住院每天做完，當天上傳是給誰看，病人還在我家，他傳上去到底是給誰要用，資訊室說你們的住院可不可以給在出院的時候再一起傳，他們覺得這樣每天每天這樣傳，然後卡死，大家互卡，這樣我們會覺得住院部分有沒有必要一定要 24 小時上傳，每天把今天住院傳上去，那院所也看不到，因為病人在我家，病人要看嗎，是不是可以這個部分能夠有些寬容。

**主席**

好，謝謝。其他代表還有沒有意見。好，賴代表。

**賴代表俊良**

請問因為現在上傳的項目越來越多，在 108 年即時上傳的獎勵金，有 1 點 1 塊錢？那現在每一個層級目前的費用夠嗎？因為像我們西醫基層是 2.11 億，醫院是 1.14 億，像醫中一個月要 5 萬多塊的傳輸費，區域要 4 萬 5 千多，地區醫院 5 千多。目前每一層級傳輸費用夠不夠，還是已經用到其他預算的費用貼補了？

**主席**

好，謝謝賴醫師。大家還有沒有意見。好，沒有意見，醫管組這邊誰要先回答。好，科長。

**林科長右鈞**

我這邊先回應一下，剛剛代表提到預算現在還夠不夠的問題。以

108 年上半季來看，網路頻寬各總額的網路頻寬的預算執行率大概 39%，39%~45%，都還不到 50%，這是今年上半年的。上傳獎勵金的部分，在上半年的執行率只有 28%，所以目前來說都還在額度範圍內。

住院的部分，因為我們現在沒有分門、住診，現在規定就是門住診這些項目都要 24 小時。有關住院是不是要 24 小時以內就要上傳，這個需要再研議。

**主席**

剛剛他的意思是說，可不可以等病人出院的時候再傳。

**李組長純馥**

現在是因為我們的 KEY 值是以你們報告出來的時間計算 24 小時。如果要再加上這麼多的判斷，可能最後在核算上效益會很差。而且我不認為你們資訊再把一筆一筆資料挑出來，會比一次一起上傳方便。您剛講頻寬部分，我們可以再研議我們接收端如何改進，我們一起改進。

我的意思是說如果讓醫院的資訊再去找出報告是住院病人、門診病人或急診病人，可能你們的前置作業會更複雜。因為我們是以你們出報告的時間來比對你們什麼時候上傳。所以系統上你們是可以考慮看看，當然我們這邊也會來檢討。可是我的疑問是，雖然你認為病人還在住院，但你不知道他什麼時候出院，如果出院後再統一上傳，有可能這個資料又太久了。我的想法是這樣子。

**主席**

好，資料上傳就是要為了分享，但是上傳也要有好的效率，怎麼樣的效率是最好的，補助也是最有效率的，這些都要一併考慮。

還有一個雪玲提到斷線，網路不通、卡住。這個好像每次開會雪玲都會講這點，我們資訊好像已經有個別為你們服務。

**黃代表雪玲**

有，你們還有到現場。

## 主席

對，我們就持續請資訊部門再跟臺大醫院聯絡看看是不是特別有問題。最後是李代表提到安全的問題，資訊的安全我們比你們更在意，因為我們現在是資安等級的 A 級，行政院把我們的資安等級列為 A 級，一年要稽查很多次，所以我們資安等級比很多單位還高。我也知道這些都是資訊安全，但是上傳這麼多最主要還是因為病人資訊落差太大，病人不一定能夠懂得，最主要是為了醫師之間的分享，可以對病人的病情多點了解，減少不必要的重複治療及用藥，這才是重點。至於病人下載健康存摺，如果下載了看不懂還是得去問醫生，這個部分也是會有正向的循環。

好，這一項我們這次要增加的 400 多項，是不是大家就同意了，還有嗎？請蔡代表。

## 蔡代表麗娟

就剛剛李代表有提到病人現在想要把上傳資料會怎麼樣，授權，簽署同意書拿下來，其實我們最近這幾天也是有接到病友同樣的關心。最主要是 24 號，就兩天前，我們看到報導，我們現在 160 多萬人用那個健康存摺，可是這個報導裡面說，今年 3 月開始，健保署有開放廠商是嫁接我們健康存摺這樣 APP，可以嫁接過來，目前已經有 9 個 APP 正式取得這樣的嫁接。

因為我們的健康存摺是可以看到這幾個月來我們就醫的一些行為，甚至做哪些檢查，或者是使用哪些藥物，事實上有這樣的資料記載在上面。但是呢，目前來看，如果這個報導是這樣子的話，其實很多民眾他們是會擔心的，也就是說廠商取得這些資料的時候，後續會去做怎麼樣的應用，病人的就醫資料其實是很重要的個資，那或許如果他是個保險公司，是不是以後有可能因為某些的紀錄而拒保，那這個都是有可能發生的。

所以關於這件事情，有些民眾他們就會來問說，他們是不是健康

存摺以後就，因為我們都很鼓勵病友去下載健康存摺，把自己的就醫資料做隨時保存，可以跟醫生來討論。但是這件事情報導，的確讓使用者有一些疑慮跟恐慌，我不知道署裡面知不知道有這樣的一個報導出來，這個的確是在資安維護上面，對於病友資訊、個人就醫資料保護上面，應該還需要更多的說明，或者是讓民眾能夠讓他們能夠安心。因為健康存摺本意是一個很好的工具，但是有發現這樣的問題，而且媒體已經有報導，以上。

**主席**

好，謝謝。醫管組要不要說明。

**王專門委員本仁**

謝謝各位代表的關心，先做一個簡單的說明。第一個，先澄清健康存摺的資料，健保署並沒有直接給 APP 的廠商，這是第一件事。第二個，我們在設計的時候，其實是有參照歐盟 GDP 和我們個資法基本的精神，一定是在當事人知情同意下，所以在設計的時候，都會跳出畫面提醒民眾「你是不是同意把你的資料給你信任的 APP 廠商」系統會提示幾次，民眾如果都同意，才可以。另外也會提示「你是不是願意讓 APP 下載。」所謂的下載，是指資料是落地的。也就是第一個需要當事人同意，第二個是資料落地，落地是指落在民眾的手機上。我們 SDK 只是一個資訊端的工具，是說讓第三方的 APP，因為民眾已經同意「把資料給 APP」，所以 APP 才從民眾的手機把資料拿出去。

所以我們有遵守兩個原則：一個是同意，第二個資料落地，是民眾同意才給第三方。我們現在後續的補強是針對第三方的 APP 經過認證。

**主席**

好，謝謝。確實這幾天媒體有報導這件事情，不過跟李代表所講的醫院同意書是兩件事。醫院同意書是病人同意醫院提前下載他的資料在醫院的 HIS，讓看診比較方便。

媒體報導病人下載他的健康存摺，是不是有再轉授權其他的 health

promotion 廠商或是醫院來做健康管理這一段，其實媒體講的完全是兩件事情。下載健康存摺，我們原來的本意是希望資料還給病人，讓病人知道自己健康狀態，但是因為資訊不對等，病人不一定能夠理解下載的資料，所以有沒有其他的專家可以協助他，就成為第三方。目前第三方很多是醫院，譬如說台北榮總就有一個團隊，願意幫民眾做這部分的服務。當然媒體報導的可能是非醫院的部分，因為畢竟醫院知道這些都是個資，都要保密。這部分的 regulation 我們也會去訂法規來保障。有關部分媒體報導，我們也有做回應。好，那這個本案還有沒有其他意見。好，請李醫師。

### 李代表紹誠

這個項目並不是跟這個案子直接相關，是我們最近接到醫師卡插上去後，可以有 8 個小時不用一直 keep 在位置上，因為診所常常是掛號跟診療 share 醫師卡，所以有 8 個小時是不用一直插在讀卡機，只要讀了之後就可以。但是我們診所常常一看就是 12 個小時，所以是不是可以把時間再拉長，而不是現在的 8 個小時，以上。

### 主席

這個誰比較了解？我們現在現場沒有辦法回應的話，先把李代表的意見記下來，請資訊了解後再回復李代表。好，其他大家還有沒有意見，請何代表。

### 何代表語

主席、各位代表。這個整個行動網路上網，我認為是最主要的目標應該要降低醫療費用的支出、重複用藥，或者重複檢驗能夠降低。我希望健保署能夠每年統計，經過雲端的網路以後，能夠降低多少費用支出。

第二點是現在所用的 4G 會滿載。健保署現在應該要規劃進入 5G 或是 6G。5G 比 4G 多了兩百倍的速度以上，是不是將近 5.5G 的話，大概多了 4 百倍。所以如果健保署明年還在用 4G，後年還在用的話就落後了，所以健保署應該要趕快規劃到後年以後，一定要轉換到 5G 的



寬頻，甚至會進入 6G 的寬頻，那這樣才是有效率的方式，這樣才是好的方向。但是最重要一點，就是說能夠降低多少檢驗費用跟藥物費用，這個是必須要達到的目標，這是我的看法。

**主席**

好，謝謝何代表。

**何代表語**

另外，我閒話一句，我們葉代表是年紀比較大，但是他在商總的時間不會比我長，我在工總已經滿 36 年了，像這三年半，進總統府開會八次，那八月九月我到官邸去開會二次，也有討論到健保如何改革。

所以我的意思是這樣子，我代表工業總會我們產業界，我們會很客觀處理事情，情、理、法會兼顧，這是這個標準。另外一點就是我們沒有私心，我現在要負責五個院會兼五個部會的會議，我沒有私心，如果我有私心，那個部會就不會找我去開會了，五部一會的會議這樣開會，昨天也在勞動部開會，今天在健保署，明天不就要到健保會委員會開會，所以我的意思是說醫界不是怕溝通，你詳細的溝通，像剛剛講到的基金，我今天第一次聽到，我以前都沒有聽過這個基金的事情，所以有效的溝通才能夠解決更好的問題，謝謝。

**主席**

謝謝何代表。有關用雲端系統節省的藥費、檢驗檢查、重複用藥等費用，我們在健保會已經多次報告，我們也會持續來 update。另外，5G 也在規劃當中。這個案子就討論到這裡，再來第三案。

**討論事項**

**第三案**

**案由：修訂「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」。**

**主席**

好，謝謝。這個案子有邀請兩個學會來說明，一個是胸腔暨重症加護醫學會，另外一個是氣喘學會，先邀請林醫療長好嗎？林醫療長在嗎？請。

### **林主任聖皓（台灣胸腔暨重症加護醫學會）**

主席您好，林慶雄醫療長因為公務關係先回到醫院，我是林聖皓醫師代表胸腔醫學會這邊第一次發言。這次其實是按照 COPD 的醫療給付改善方案，因為以同一個醫療院所來講，這樣對病人照顧的連續性是比較適當的，因為同一個醫師可能因為請假或門診調整。其實在醫策會推動的一些包含台灣 COPD 跟氣喘疾病的認證，強調的是院所裡面團體的照護。不管是氣喘或 COPD，單就一個醫師，一個人的照護可能不是那麼完美，需要一個團隊的照護，所以在同院所裡面代表的是同一個團隊的照護，相信這樣也可以提升氣喘照護的水準跟品質。

### **主席**

好，氣喘學會的江醫師在嗎？

### **江常務理事啟輝（台灣氣喘學會）**

首先要感謝健保局，早期是健保局現在是健保署，這個案子，早期是由我規劃，今天很榮幸來這看到成果。氣喘方案的實施的確死亡率降低、急診也降低了，本來當時好像要把它屏除掉，說浪費錢，但是現在看到成果了，表示我們知道疾病本來就是要個人化或精準化，且須多方團隊，不是只有單一專科而已。目前台灣氣喘學會就包容各科，我們的會員有胸腔急重症、內科、家醫科、兒科，還有其它主專科等等，本學會也有氣喘專科醫師制度，需有主專科後，加入本會滿兩年，修滿學分並經過考試及格且臨床從事氣喘病人照護滿兩年，而且能夠讓這方案能好好執行且更專業更細膩，讓病患得到更好的照護，所以氣喘疾病照護改善方案的確是必要的，也謝謝健保署。

我同意這個方案不一定要同一個醫師診斷，因有時醫師請假或出國等等，只要是氣喘照護團隊醫師即可，且診斷有時看似很簡單，

病人會說我沒有喘，為什麼診斷我是氣喘？其實氣道敏感而且老是咳嗽就是氣喘，所以 10 個人就有 1 個。故現在的衛教知識，真的有些還是不足，心臟科病患會每天會固定吃藥，但氣喘病人的確不會，他認為沒有喘為何要吃藥？這是值得我們改善的地方，謝謝健保署很認真推行這個計畫，快要 20 年了，謝謝。

**主席**

好，這個案子最主要是原本限同院所同醫師，現在是規定鬆綁，不限醫師但還是要同院所。請黃醫師。

**黃代表振國**

這次會議有增加的附件 2，針對這個附件 2 來說明一下，討論 3-4 頁的附件 2，因為上次 11 月 22 日的會議並沒有提供這個表，所以我的解讀不知道對不對。第一個，我們詢問一下為什麼平均的管理照護費，在西醫基層的是 548 點，在醫院是 821 點，是因為西醫基層的照護次數比較少呢？還是點數的不一樣？我先問第一個問題。

**主席**

好，先回答。誰先回答一下？哪一位，來請回答。

**宋科員宛蓁**

醫師您好，我們針對年度管理照護費的部分，針對醫院還有西醫基層，我們申報的點數其實都是一樣的。

**黃代表振國**

這就是我要的答案，代表什麼意思呢？大家看一下我們收案人數跟照護率，在西醫基層收案率高達 35.75%，但是在醫院是 23.8%。但是西醫基層的年度管理照護費，申報比較少的原因是因為病人沒有追蹤，其實與會的兩個專科醫學會代表都是醫院的團隊，那我強調一點，我自己是氣喘的家族，我自己也是病人所以我很清楚，大家知道氣喘病人如果症狀比較輕，一般在西醫診所就醫，嚴重度比較高的才會到

醫院去，我們也認同因為醫院有所謂管理師制度，當然因為病人急診或者住院，往往有不同醫師照顧，當然可以不一定限同醫師就收案，你看看醫院的收案率目前才 23.8%，代表什麼意思？這個跟我們基層有高達 12% 的差異，所以我建議兩個學會應該多多回去鼓勵，醫院端有很多成長空間。

但是反之，大家看到一個現象，我們西醫基層的因為病患症狀比較輕，它的收案率很高，但是追蹤的效率很差，代表什麼意思？其實上次我們也有提反對理由，因為就算品質照護費的費用還有剩，但重要的是這個費用含納 7 項方案，等於如果氣喘報多了，可能會讓其他 6 項的照護費用被排擠，甚至點數，在 107 年很多醫生抱怨竟然還要扣錢，因為超過費用了，其他 6 項我相信與會代表都很清楚，我就不再贅述。

所以我不反對醫院由不同醫師來收案，但是只建議收案的一定是前面診斷過的醫生，不可能是今天看完了 A、B、C，最後給 C 收，我相信這個違反了以病人為中心，品質照護計畫何在？精隨何在？應該對這個病人的關懷、了解、用心，我們對病人是全能照顧的，所以包括氣喘以外，可能還有其他相關疾病，很多中老年人病，都有共病的現象。如果一個試辦計畫希望見到成效的話，在醫院端我建議一定要由之前診斷過的醫師收案，而且之後希望他好好照護，因為醫院大部分都有約診制，那收案率的提升我們樂於見到。那基層反之，你看到現在成效很差，為什麼我們西醫基層的醫師只顧收案，不顧照顧呢？所以我反對西醫基層放寬由兩個以上不同醫師收案，應該由同醫師看診 2 次以上才能收案，要謹慎地收案，代表對這個病患有高度照顧的意願跟責任感，不然我可以看到它以後會更腐爛，謝謝。

## 主席

謝謝，那學會呢？學會這邊的看法呢？黃醫師的意思是基層不同意。醫院的話他認為不限醫師的話，也是要有診斷過的醫師，可是我們這個計畫其實沒有分醫院跟基層，一個計畫一體適用。讓我們聽聽

醫學會的看法。

### 林主任聖皓（台灣胸腔暨重症加護醫學會）

基本上在同一個醫療院所，即便是在基層診所，也是同一個院所同一個醫師，如果以病患對這個基層院所的信任，基本上這個病患到這個院所，就是要一個連續性的照護，即便是不同的醫師別，也要給予病人同樣的一個照護。所以不管是我們胸腔暨重症醫學會會員，雖然大部分是在醫院，可是還是有一部分是在基層診所，就這個部分來講，即便耳鼻喉科醫師的聯合診所做氣喘照護，可能同樣兩位耳鼻喉科醫師還是有一個連續性的照護。所以學會還是認為，在同一個院所一個連續性照護，這個部分對於收案率來講是有幫助跟提升。

至於剛剛代表提到的，氣喘的一些收案是否會有浮濫的部分，台灣胸腔暨重症加護醫學會一直在致力於氣喘部分醫療品質的提升，所以我們去年有出版我們台灣承認的氣喘指引，由我們胸腔暨重症加護醫學會的專家寫的，也有跟國健署合作，提供給全國醫師使用的氣喘衛教手冊。

另外在氣喘教育試辦的教育課程，基本上我們胸腔暨重症加護醫學會有一個統一的教材，相關教學內容都在我們學會的官網上，提供給各位醫師來下載。所以就這個部分，我相信學會願意提供一些氣喘醫療品質教育的部分。我們還是認為同一個院所，一個連續性的照護，會是一個比較恰當的選擇。

### 主席

好，請郭代表。

### 郭代表咏臻

這邊只是想請教一下，這個是參照 COPD 的收案條件是說，同院所只要診斷 2 次，然後 90 天內就可以，COPD 其實是沒有特別規範要符合參加方案的醫師診斷。所以是？

## 林主任聖皓（台灣胸腔暨重症加護醫學會）

COPD 要符合方案診斷才可以，基本上 COPD 的方案除了胸腔暨重症加護醫師外，在內科、家醫科、神經內科、耳鼻喉科等等要通過試辦教育計畫，取得繼續教育認證的課程，才可以參與這個方案，才可以收案，氣喘也是。

## 郭代表咏臻

是，我這邊提的是說，收案條件是要符合參加本方案的醫師來診斷，我們 COPD 裡面是沒有說要有符合參與本方案的醫師來診斷，但是要收案當然都是要符合這個收案的醫師來收案，但是診斷一定要符合參與這個方案的醫師來下診斷二次才接受收案的條件嗎？

## 主席

來，黃醫師。

## 黃代表振國

我想剛剛講的沒有排除，因為醫院端照護率的提升，就可以增加病患，這個是第一點。第二點我想健保署應該最清楚，我們現在 COPD 跟氣喘的機轉不太一樣，COPD 大多是中老年人居多，氣喘可能從小孩開始就有了。但是現在很多的餘藥，大家知道就是藥品的回收，氣管擴張劑或類固醇吸入器，是占用回收最大量之一，代表什麼意思？很多醫療院所開藥給病患，但病患回家並沒有使用，所以為什麼我覺得，我先強調跟 COPD 無關，氣喘所謂試辦計畫的成效，至少在西醫基層不是這麼好，我相信署方可以分析資料，我也希望品質提升方案，能用在該用的地方，當然醫院有醫院的文化跟背景，跟診所是不太一樣的。

氣喘的試辦計畫沒有限哪個專科，只要有受訓取得認證，甚至早期都沒有這個限制，所以我覺得這個試辦計畫，大家能看到好的品質，

如果同一個院所同一個醫師都做不到好的品質，我們怎麼能期待不同院所不同醫師有更好的品質呢？這是我要質疑的地方，謝謝。

**主席**

好，還是糾結在要不要放寬，不同醫師可以兩次收案，有沒有還要溝通的？江醫師。

**江常務理事啟輝（台灣氣喘學會）**

建議是分兩個層級，基層醫療只要一個醫師即可，醫學中心由不同醫師診斷就可以。這樣病人的醫療才具有連續性，基層與醫學中心相互配合、相輔相成。期待病人至醫學中心治療穩定後，下轉至基層醫療照護追蹤，因為有些已經 stabilize 了就不要 keep 在醫學中心，已降低醫療成本、落實轉診降低療成本制度，這個才是真正的精隨所在。

**主席**

好，請陳醫師。

**陳院長志強（羅代表永達代理人）**

我現在也是在基層醫療院所，不過我還是在醫院端，我提幾個看法。剛剛基層前輩講的在基層大部分是一個診所一位醫師，這個大概占絕大部分，所以因為剛剛條件放寬還加在同機構，在基層如果也是同一個診所的醫師才可以的話，其實這個診所有 2 個以上的醫師，同時在做氣喘的收案比例會相對低。所以理論上對基層診所的衝擊會比較小。

另外提一個是，剛剛前輩有提到基層之所以不容易長期維持，因為我也在基層開過診所，他的關鍵的確是相對比較嚴重的病人會往醫院跑，因為比較嚴重的病會一直持續，所以病人的病識感會比較重。那氣喘有一個問題是治療好了會近乎消失，跟糖尿病不一樣，糖尿病驗個血就有了，症狀一消失後就不願意追蹤，不願意追蹤就會產生追蹤上的困難，這是病人族群的差異。另外一個可以考慮的配套措施是，

如果基層擔心這個基層診所他是一個聯合診所，因為同一個機構、跨醫師這樣服務品質更差，我想可以透過審查來做一些調整。所以我個人還是建議，可以用同樣一個遊戲規則來制定，這是我的建議。

## 黃代表振國

我來回應一下，大家還是回到附件 2，如果放寬之後基層的增加人數是 21,780 人，那醫院只增加了 11,770 人，財務衝擊剛好是醫院的 2 倍，那不好意思，我自己還有我們在座有很多都是各分會的主委或是審查組組長，我們認為審查機制無效，我自己沒辦法管這一塊，如果你有方法可以再教我，我管了這麼多年，我覺得我無法可管，那我覺得重點是，雖然有 7 項的論質計畫，但我希望錢花在可以看到進步的地方。今天基層的照護率，光同一個醫師都已經達到快 36%，代表什麼意思？照護率的涵蓋率是夠的，遠高於醫院的涵蓋率，那這個醫院端有需要提升，基層端應該增加的是品質而不是量，所以我問一下有沒有可能，假設要放寬，是不是匡列各個論質方案的總額，比如說原來是 4,100 萬點，它要放寬就放寬無所謂，但是如果沒有辦法，它會造成排擠啦，而且我強調一點，品質要做好才給獎勵，而不是品質做不好給獎勵，我想我不太認同這一點。

## 主席

好，這個本來就是同一個計畫，只是預算分別編在不同的總額裡，可能會有黃醫師所擔心的問題，因為基層的結構跟醫院不一樣。當然你說基層有同院所不同醫師，就是群體執業的可能，但個別執業的是不會影響，因為不可能有不同醫師，除非有代診醫師。所以看起來是因為基層的成員多，所以才會有這個影響。

現在是這樣，只有兩種選擇，一種是計畫就不修，另一個是醫院標準跟基層標準不一樣，就只有這兩種選擇。因為學會是以醫院為出發點，所以會認為同院所不同醫師，只要是同一個合作的 team，都還是連續性的醫療，這是醫院觀點。診所是認為醫生要承擔責任，應該



是同一個醫師才可以對病人。但是我們這個計畫就是一個計畫，如果分開，預算不同但還是同一個計畫，如果分開就是這個計畫稍微變得不一樣。大家是希望走哪一個？一個是都不修，一個是分兩個標準。

### 黃代表振國

分兩個好了。

### 江常務理事啟輝（台灣氣喘學會）

我認為是分兩個，因為其實台灣氣喘學會，涵蓋了很多基層醫師，很多家醫科進來，所以會體會到家醫的問題，或是其他開業醫師、基層醫療，所以我們等於連續性，其實我們也希望說醫學中心完了以後就分給家醫科去看了，因為有些已經 stabilize 了就不要 keep 在醫院了，這個才是真正的精隨所在，而且連續性的。

### 主席

其實氣喘這個 P4P，占 P4P 的比例是低的，如果大家有共識，其他代表可以嗎？

### 林主任聖皓（台灣胸腔暨重症加護醫學會）

主席不好意思，在 COPD 方案裡面，有提到一個是現在符合健保署需要的是雙向轉診的部分，就是說即便在第一類院所的醫院端，這邊如果治療穩定的話，結案就是轉到第二類院所，由第二類院所的醫師來做收案端。當然氣喘方案沒有像 COPD 雙向轉診的意涵在裡面。但是如果未來做修正的部分，我們要符合這個雙向轉診的部分，那因為氣喘的病人，我自己在醫學中心，氣喘的病人其實好了冬天會來，但夏天就不見了。病人不見了之後，有問題還是到基層診所，如果說比較穩定的話，其實我們也會把它下轉到基層診所，因為來我們這邊門診可能要等很久。那如果在這樣一個雙向轉診前提下的時候，你知道這醫療院所，這連續性照護的時候，我覺得對西醫基層來講的話，即便是同個院所，同個機構，這樣應該不會造成他們有一個太大的衝

擊面的部分，所以還是希望能夠在整體一個改變，就是同醫療機構可以一個連續性，同醫療院所兩次收案的部分。

主席

那基層還是堅持嗎？

黃代表振國

我覺得如果今天不是這樣結論，我要帶回去研究。

主席

如果是這樣的話，那就是醫院放寬，不同醫師可以收案；基層就用原來的規定。好，這個案子就討論到這裡，今天提案就到這裡，其他有沒有臨時動議？如果沒有的話，要跟大家介紹一下新代表，藥師公會全聯會的李理事長，謝謝你。中醫總額的吳醫師今天沒有來。今天如果沒有臨時動議，會議就到這裡，非常謝謝大家，祝大家新年快樂。