



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 年第三次臨時會
會議資料

108 年 12 月 26 日（星期四）下午 2 時
本署 18 樓大禮堂

108 年度第三次「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」臨時會會議議程

壹、主席致詞

貳、上次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形，請參閱(不宣
讀)確認

第 01 頁

參、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。	報 1-1
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。	報 2-1

肆、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。	討 1-1
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」。	討 2-1
三、修訂「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」。	討 3-1

伍、臨時動議

陸、散會

貳、確認本會 108 年度第 4 次會議

會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形

-請參閱(不宣讀)確認

「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 4 次會議紀錄

時間：108 年 11 月 22 日（星期五）下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：李組長純馥

紀錄：宋兆喻

李代表偉強	(請假)	詹代表永兆	詹永兆
黃代表雪玲	黃雪玲	吳代表國治	吳國治
林代表富滿	林富滿	李代表飛鵬	陳瑞瑛(代)
游代表進邦	游進邦	許代表世明	(請假)
李代表佳珂	李佳珂	羅代表界山	吳永隆(代)
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	樓亞洲(代)
嚴代表玉華	嚴玉華	朱代表世瑋	朱世瑋
羅代表永達	羅永達	林代表鳳珠	林鳳珠
謝代表景祥	謝景祥	郭代表素珍	(請假)
林代表茂隆	林茂隆	杜代表俊元	(請假)
朱代表益宏	朱益宏	梁代表淑政	梁淑政
李代表紹誠	李紹誠	何代表語	何語
林代表恒立	林恒立	葉代表宗義	葉宗義
王代表宏育	林誓揚(代)	馬代表海霞	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	(請假)
張代表孟源	張孟源	施代表壽全	(請假)
陳代表俊良	陳俊良		

列席單位及人員：

衛生福利部全民健康保險會

馬文娟、盛培珠

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

陳哲維、林筱庭

中華民國藥師公會全國聯合會

陳美珊

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

曹佑豪、顏正好、林佩荻、

吳心華、吳亞筑

中華民國內分泌學會

林慶齡、歐弘毅

台灣氣喘學會

鍾飲文

台灣胸腔暨重症加護醫學會

胡漢忠、林聖皓

醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會

廖立人

亞東紀念醫院

本署臺北業務組

賴燕貞、莊茹婷、黃聖中、

王文君、顏宥幃

本署北區業務組

廖智強

本署醫審及藥材組

黃育文、陳昌志

本署醫務管理組

李純馥、吳科屏、蔡翠珍、

王玲玲、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

一、主席致詞：略。

二、報告事項：

- (一) 全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs) 3.4 版 109 年 1-6 月適用之相對權重統計結果案。
決定：洽悉。109 年 1-6 月標準給付額(SPR)為 45,387 點，其餘適用參數詳附件 1，P5~P34。建議本案自 109 年 1 月 1 日起公告實施。
- (二) 訂定 109 年召開全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議時程案
決定：洽悉。
- (三) 增修訂中醫支付標準及專款計畫報告案。
決定：洽悉，修訂摘要如下。
1. 同意修訂第四部中醫支付標準，詳附件 2，P35~P41。
 - (1) 「教學醫院每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十人次以下」診察費調升 3 點，「非教學醫院每位專任中醫師每月看診日平均門診量在三十人次以下」及「山地離島地區」診察費調升 5 點。
 - (2) 「每日藥費」支付點數調升 2 點。
 - (3) 第四部通則六，另開內服藥之針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置費之每位專任醫師每月申報合理量上限，由 120 人次調升為 150 人次。
 2. 同意中醫提升孕產照護品質計畫新增當次就醫不含藥費之照護處置費，及配合修訂診療項目申報頻次規範；及中醫癌症患者加強照護整合方案，「門診加強照護」新增「藥品調劑費」及「特定癌症門診加強照護費」等診療項目，詳附件 3，P42~P61。
 3. 中醫診所設置無障礙設施一節，暫以中醫師公會全國聯合會提案以第一階段診察費每件增加 5 元，於非協商因素之醫療服務成本指數改變率項下匡列 162 百萬元預算，俟西醫基層及牙醫總額部門之調整方案定案後，再進行一致性之調整。

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（以下稱支付標準）增修「使用 TRH 注射液」等 5 項診療項目案。

決議：同意增修訂內容如下，詳附件 4，P62~ P65。

1. 新增「使用 TRH 注射液」(支付點數 1,316 點)、「使用 LH-RH 注射液」(支付點數 1,620 點)及「經皮甲狀腺腫瘤酒精注射」(支付點數 2,480 點)共三項診療項目。
2. 修訂編號 58027C「血液透析(一次)——門診 1.急重症透析」支付規範註 2(1)由原「領有重大傷病卡(排除慢性腎衰竭、囊腫性腎病及腎臟移植手術後追蹤照護)者」，修訂為「領有慢性腎衰竭、腎囊腫性疾病或腎臟移植手術後追蹤照護之重大傷病證明外，同時領有第 2 張其他疾病之重大傷病證明者」。及第六部論病例計酬附表 6.2.4 中 80404B「次全子宮切除術」因已開放適用表別至基層適用，爰修訂編號為 80404C。

(二) 109 年度起停止辦理「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」案。

決議：同意 109 年度起停止辦理「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」，為不影響目前 BC 肝治療計畫收案個案之用藥，將於配合修訂本保險藥物給付項目及支付標準以及 C 型肝炎全口服新藥執行計畫後，同步公告停止辦理事宜。

(三) 修訂「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」。

決議：同意修訂，修訂重點如下，詳附件 5，P66~ P80。

1. 刪除收案條件主診斷「J44-慢性阻塞性肺病」，並比照全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案(COPD 方案)，規範「同一病人不得同時被氣喘及 COPD 方案收案」。
2. 可提供氣喘照護教育訓練課程單位增加「台灣氣喘學會」。

四、臨時動議：

五、散會：下午 4 時 00 分

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 決議辦理情形追蹤表

序號	編號	會議時間	案由	決議(結論)事項	辦理單位	辦理情形	列管	
							建議 解除列管	繼續列管
1	107-1- 討 4	107.3.20	全民健康保險住院診斷關聯群 (Tw-DRGs) 4.0 版支付通則及未實施項目實施時程案。	<ol style="list-style-type: none"> 同意基本診療加成醫學中心為 5.1%、區域醫院 2.2%、地區醫院 2%(區域醫院代表於會議要求該層級之基本診療加成需增加 2%，為 4.2%)。 Tw-DRGs 實施時程 <ol style="list-style-type: none"> 同意自 107 年 7 月 1 日起實施 4.0 版支付通則，扣除 80 項暫緩實施項目，分 3 階段實施第 3 至 5 階計 1,089 項 DRG，會中台灣醫院協會提出 45 項待討論之項目(第 3 階段 20 項、第 4 階段 17 項、第 5 階段 8 項)，待醫院協會討論後分別於第 4 至 5 階段實施。 各階段實施期程如下： <ol style="list-style-type: none"> 第 3 階段 DRG：107 年 7 月 1 日實施，計 443 項。 第 4 階段 DRG：107 年 9 月 1 日實施，計 259 項(含原第 3 階段之 20 項)。 第 5 階段 DRG：107 年 11 月 1 日實施，計 387 項。 DRG 支付制度下得另行加計項目(如新增全新功能類別 add on 特材品項、生物製劑、另行核實申報特材項目等品項)，應正面表列於支付通則且公布於全球資訊網，並請各分區業務組發布大量電子公告周知院所(異動時亦同)。 於 4.0 版 Tw-DRGs 支付通則規範中增列「論日支付案例」。 配合上述決議，後續將啟動申報、審查、資訊等配套措施，請各分區業務組持續收集醫院意見，並展開相關說明會，適時了解醫院準備狀況。 	健保署醫管組	<ol style="list-style-type: none"> 截至 108 年 1 月 14 日止，本署共接獲 47 家醫學會所提 832 項建議，涉及 916 項 DRG。鑑於學會建議暫緩及核實項目多達 687 項，且經檢視學會意見，多數為整體建議，無法單純以統計資料試算確認納入 DRG 後之因應方式。考量臨床專業與總額委託共管精神，經本會議 108 年第三次(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，就醫學會所提意見先行討論後，再依規劃期程與醫學會逐一溝通。 本署與台灣醫院協會共組之 Tw-DRGs 研修工作小組，已於 108 年 11 月 5 日召開第 1 次會議，擬訂研議流程，並訂於 108 年 12 月 28 日召開第 2 次會議。後續將逐項檢視前述學會建議，擬訂資料分析之操作型定義，俟本組試算後研議修訂方向，再依規劃期程與各醫學會溝通確認修訂內容，故本項建議繼續列管。 		V
2	108-2 臨-報 1	108.09.12	「修訂西醫基層開放表別項目支付標準規定」案。	<p>洽悉，修訂重點如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 同意 107-108 年開放表別項目共 20 項，其中編號 09129B「心肌旋轉蛋白 I」等 10 項增列「除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報」，餘 18007C「杜卜勒氏彩色心臟 	健保署醫管組	本案已於 108 年 12 月 12 日陳報衛生福利部核定中，俟衛生福利部核定公告。		V

序號	編號	會議時間	案由	決議(結論)事項	辦理單位	辦理情形	列管建議
							解除列管
				<p>血流圖」等 10 項增列「除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方及執行始可申報」之規定。</p> <p>2. 另 106 年開放表列項目共 23 項，其中 18005C「超音波心臟圖(包括單面、雙面)」等 7 項診療項目，修正「除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方及執行始可申報」之規定。</p> <p>3. 編號 18007C「杜卜勒氏彩色心臟血流圖」、51018C「光化治療 一天」及 51019C「光線治療(包括太陽光、紫外線、紅外線)一天」增列專科醫師別限制。</p> <p>4. 51018C「光化治療 一天」、51019C「光線治療(包括太陽光、紫外線、紅外線)一天」及 51033C「皮膚鏡檢查」於西醫基層執行限特定適應症。</p>			
3	108-2 臨-討 2	108.09.12	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。	<p>同意應用 108 年醫院總額醫療服務成本指數改變率預算 43.942 億元調整支付標準，財務推估約增加 42.74 億點，修訂後支付標準，修訂重點如下：</p> <p>1. 各項調整及財務影響評估，摘要如下：</p> <p>(1) 調升 106 年重症 60 億已調整支付標準項目，其關聯項計 20 項，約增加 3.3 億點；106 年重症 60 億未調整支付標準項目及其關聯項，計 96 項，約增加 3.26 億點；及歷年未調整或調整 2 次以下之手術項目 254 項及處置項目 43 項之支付點數，約增加 0.87 億點。</p> <p>(2) 住院診察費調升 13.5% 及 75 歲以上老人再加成 20%，約增加 27.92 億點。</p> <p>(3) 地區醫院夜間門診診察費加成 10%，約增加 1.21 億點。</p> <p>(4) 急診診察費增列「除現行小兒專科醫師外，其餘專科醫師診治 6 歲以下兒童之急診診察費得加計 50%」，約增加 0.87 億點。</p> <p>(5) 麻醉費(含麻醉前評估及麻醉恢復照護費)計 25 項調</p>	健保署醫管組	本案已於 108 年 12 月 12 日陳報衛生福利部核定中，俟衛生福利部核定公告。	V

序號	編號	會議時間	案由	決議(結論)事項	辦理單位	辦理情形	列管建議	
							解除列管	繼續列管
				整為「提升兒童加成項目」，約增加0.56億點。 (6)急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床住院護理費調升3%，約增加4.75億點。 2. 本次支付標準調整合計醫院總額約需42.74億點，西醫基層部門則暫保留不調整。惟考量支付標準衡平性，請西醫基層部門研議以109年醫療服務成本指數改變率增加之預算同步調整。				
4	108-2 臨-討3	108.09.12	有關中華民國心律醫學會建議修訂編號47103A「經導管無導線心律調節器置放或置換術」診療項目支付規範之人員資格要求案。	同意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增列「中華民國心律醫學會」認證之規定。	健保署醫管組	本案已於108年12月12日陳報衛生福利部核定中，俟衛生福利部核定公告。		V
5	108-4- 報1	108.11.22	全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)3.4版109年1-6月適用之相對權重統計結果案	洽悉。109年1-6月標準給付額(SPR)為45,387點，其餘適用參數。建議本案自109年1月1日起公告實施。	健保署醫管組	本案已於108年12月16日陳報衛生福利部核定中，俟衛生福利部核定公告。		V
6	108-4- 報2	108.11.22	訂定109年召開全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議時程案。	洽悉。	健保署醫管組	109年會議時間業經會議確認，本項建議解除列管。		V
7	108-4- 報3	108.11.22	增修訂中醫支付標準及專款計畫報告案。	洽悉，修訂摘要如下。 1. 同意修訂第四部中醫支付標準。 (1)「教學醫院每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十人次以下」診察費調升3點，「非教學醫院每位專任中醫師每月看診日平均門診量在三十人次以下」及「山地離島地區」診察費調升5點。 (2)「每日藥費」支付點數調升	健保署醫管組	1. 修訂第四部中醫支付標準案已於108年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相關行政作業。 2. 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4日陳報衛生福利部核定中，俟衛生福利部核定後再辦理公告作業。		V

序號	編號	會議時間	案由	決議(結論)事項	辦理單位	辦理情形	列管建議
							解除列管
				<p>2點。</p> <p>(3)第四部通則六，另開內服藥之針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置費之每位專任醫師每月申報合理量上限，由120人次調升為150人次。</p> <p>2. 同意中醫提升孕產照護品質計畫新增當次就醫不含藥費之照護處置費，及配合修訂診療項目申報頻次規範；及中醫癌症患者加強照護整合方案，「門診加強照護」新增「藥品調劑費」及「特定癌症門診加強照護費」等診療項目，詳附件3，P42~P61。</p> <p>3. 中醫診所設置無障礙設施一節，暫以中醫師公會全國聯合會提案以第一階段診察費每件增加5元，於非協商因素之醫療服務成本指數改變率項下匡列162百萬元預算，俟西醫基層及牙醫總額部門之調整方案定案後，再進行一致性之調整。</p>			
8	108-4-討1	108.11.22	全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱支付標準)增修「使用TRH注射液」等5項診療項目案。	<p>同意增修訂內容如下：</p> <p>1. 新增「使用TRH注射液」(支付點數1,316點)、「使用LH-RH注射液」(支付點數1,620點)及「經皮甲狀腺腫瘤酒精注射」(支付點數2,480點)共三項診療項目。</p> <p>2. 修訂編號58027C「血液透析(一次)——門診1.急重症透析」支付規範註2(1)由原「領有重大傷病卡(排除慢性腎衰竭、囊腫性腎病及腎臟移植手術後追蹤照護)者」，修訂為「領有慢性腎衰竭、腎囊腫性疾病或腎臟移植手術後追蹤照護之重大傷病證明外，同時領有第2張其他疾病之重大傷病證明者」。及第六部論病例計酬附表6.2.4中80404B「次全子宮切除術」因已開放適用表別至基層適用，爰修訂編號為80404C。</p>	健保署醫管組	本案已於108年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相關行政作業。	V
9	108-4-討2	108.11.22	109年度起停止辦理「全民健康保險加強慢性B型及C型肝炎」	同意109年度起停止辦理「全民健康保險加強慢性B型及C型肝炎治療計畫」，為不影響目前BC型肝炎治療計畫收案個案之用藥，將	健保	本組已於108年12月13日請本署醫審及藥材組依本會議108年第4次會議(11月22日)決議，配合修訂本保險藥物給	V

序號	編號	會議時間	案由	決議(結論)事項	辦理單位	辦理情形	列管建議	
							解除列管	繼續列管
			治療計畫」案。	於配合修訂本保險藥物給付項目及支付標準以及C型肝炎全口服新藥執行計畫後，同步公告停止辦理事宜。	署醫管組	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。		
10	108-4-討3	108.11.22	修訂「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」。	同意修訂，修訂重點如下： 1. 刪除收案條件主診斷「J44-慢性阻塞性肺病」，並比照全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案(COPD方案)，規範「同一病人不得同時被氣喘及COPD方案收案」。 2. 可提供氣喘照護教育訓練課程單位增加「台灣氣喘學會」。	健保署醫管組	本案已於108年12月3日陳報衛生福利部中，俟衛生福利部核定後再辦理公告作業。		V

參、報告事項

報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂支付標準第三部牙醫及全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫案。

說明：

一、依108年12月17日全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議108年第1次臨時會議結論辦理。

二、修訂支付標準第三部牙醫（附件1，詳頁次報1-4~1-17）：

（一）依 109 年牙醫總額協定結果，可增修診療項目之預算來源：

1. 醫療服務成本及人口因素成長率-醫療服務成本指數改變率所增加之預算 747.5 百萬元。本項預算優先併入「全面提升感染管制品質」項目使用。其餘預算用於藥事服務費、牙醫診所設立無障礙設施、離島假日開診之相關獎勵措施等支付標準之調整。
2. 協商因素成長率：鼓勵醫療品質及促進保險對象健康-顎顏面外傷術後整合照護 14 百萬元、鼓勵醫療品質及促進保險對象健康-全面提升感染管制品質 500 百萬元、其他醫療服務利用及密集度之改變-醫院夜間急診加成服務 10.2 百萬元。

（二）修訂項目：

1. 新增「顎顏面外傷術後初次門診檢查與照護費」及「顎顏面外傷術後照護費」等 2 項診療項目，預估增加 14 百萬元。
2. 配合牙科全面提升感染管制品質：
 - （1）第一章門診診察費拆分為「一般門診診察費」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」。

(2) 修訂 00129C 等 4 項診察費名稱修訂為「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費」、新增「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費 2.每位醫師每日門診量超過 20 人次部分(>20)」等 5 項診察費，與修訂 01271C「環口全景 X 光初診診察」等 3 項診察費支付規範，預估增加 1,169 百萬點。

(3) 新增 4 項符合加強感染管制之特定身心障礙者診察費，預估約 8.8 百萬點，本項由「牙醫特殊醫療服務計畫」專款項下支應。

3. 新增通則七「牙醫夜間急診案件申報特定處置費得加成 50%」，推估一年約增加 10.2 百萬點；及通則八「離島牙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%」規定，預估增加 2 百萬點。

4. 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。本項僅文字修正，不增加支出。

(三) 上述各項修訂預估增加約 1,204 百萬點。

三、修訂109年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫(附件 2，詳頁次報1-18~1-81)：

(一) 預算：109 年度牙醫醫療給付費用於專款牙醫特殊醫療服務計畫匡列 647.13 百萬元，較 108 年增加 113.13 百萬元。

(二) 計畫修訂重點：

1. 增加服務人次 24%，由 128,700 人次增加至 160,000 人次，預估增加 97.7 百萬點。

2. 108 年原編列於其他預算之居家牙醫醫療服務費用，109 年起由本計畫支應，預估增加約 20.13 百萬點。

3. 新增醫療團提供一般護理之家牙醫服務，預估增加約 6 百萬點。
 4. 新增 4 項符合牙醫門診加強感染管制實施方案之特定身心障礙者診察費，預估約 8.8 百萬點。
 5. 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、91022C、91023C），不得再依病人身心障礙等級別計算加成費用之規定。
- (三) 上述各項修訂預估增加約 132.63 百萬點，惟 109 年預算較 108 年僅增加 113.13 百萬元，倘 109 年預算若有不足，按計畫規定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。

四、 本案如經確認同意，支付標準部分依程序報請衛生福利部核定公告實施，計畫則依程序報請衛生福利部核定後本署公告實施。

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 矣 、 01273C 、 00315C 、 00316C 、 00317C 。	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 矣 、 01273C 、 00315C 、 00316C 、 00317C 。	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.高齲齒罹患率的族群為：</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齲齒罹患率族群者。 (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齲齒齒位及部位外，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 及、01272C、00315C、00316C、00317C。</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)					
00129C	一處方交付特約藥局調劑	✖	✖	✖	✖	320
00305C		√	√	√	√	355
00130C	一未開處方或處方由本院所自行調劑	✖	✖	✖	✖	320
00306C		√	√	√	√	355
	2.每位醫師每日門診量超過二十人次部分(>20)					
00307C	一處方交付特約藥局調劑	√	√	√	√	155
00308C	一未開處方或處方由本院所自行調劑	√	√	√	√	155
	2.3.山地離島地區					
00133C	一處方交付特約藥局調劑	✖	✖	✖	✖	350
00309C		√	√	√	√	385
00134C	一未開處方或處方由本院所自行調劑	✖	✖	✖	✖	350
00310C		√	√	√	√	385
	註：					
	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。					
	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。					
	3.1.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。					
	4.2.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。					
	5.3.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。					
	6.4.本項支付點數含護理費 29-3932-43 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><u>符合牙醫門診加強感染管制實施方案之年度初診 X 光檢查註：</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>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。</u> 2. <u>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）。</u> 3. <u>同次診察內34001C~34004C之X光費用不再另外給付。</u> 4. <u>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。</u> 5. <u>申報本項一年內不得申報01271C、01272C、01273C、00315C、00317C。</u> 	Y	Y	Y	Y	635
00317C	<p><u>符合牙醫門診加強感染管制實施方案之高齶齒罹患率族群年度初診 X 光片檢查註：</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>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。</u> 2. <u>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）。</u> 3. <u>高齶齒罹患率的族群為：</u> <ol style="list-style-type: none"> (1)<u>化療、放射線治療患者。</u> (2)<u>中風病人。</u> (3)<u>自體免疫疾病病人。</u> (4)<u>糖尿病患者。</u> (5)<u>心血管疾病患者。</u> (6)<u>巴金氏症 Parkinson's disease。</u> (7)<u>洗腎病患。</u> (8)<u>經醫師專業判斷為高齶齒罹患率族群者。</u> (需詳細註明原因) 4. <u>同次診察內34001C~34004C之X光費用不再另外給付。</u> 5. <u>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。</u> 6. <u>申報本項一年內不得申報01271C、01272C、01273C、00315C、00316C。</u> 	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 以上 ） 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	v	v	v	v	5010
	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。					

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。 (同限象限不得重覆申報)</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>5.申報本項後九十天內(重度以上六十天內)不得再申報 <u>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→顏面骨折合併顏面軟組織外傷手術處理、良性腫瘤（含重建）之手術處理、放射治療之病患、顫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 & 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(flap repair)，需檢附X光片(flap repair)。 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(flap repair)，需檢附X光片(flap repair)。 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~~≠~~、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~~→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~~記~~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。經催繳二個月內仍未改善者，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	唇顎裂嬰兒鼻型齒槽骨矯正治療前印模單側鼻型齒槽骨矯正牙板 Nasoalveolar molding, impression & nasoalveolar molding plate, unilateral 註：1.適應症範圍：限出生後四個月內之嬰兒且單側唇顎裂鼻翼歪斜併齒槽骨裂隙。 2.須檢附治療前後照片與病歷記錄。 3.不得與92125B併報。		✓	✓	✓	12000
92127B	唇顎裂嬰兒鼻型齒槽骨矯正治療前印模雙側鼻型齒槽骨矯正牙板 nasoalveolar molding, impression & nasoalveolar molding plate, bilateral 註：1.適應症範圍：限出生後四個月內之嬰兒且雙側唇顎裂鼻柱塌陷、前顎前突併齒槽骨裂隙。 2.須檢附治療前後照片與病歷記錄。 3.不得與92125B併報。		✓	✓	✓	15000
92128B	鼻型齒槽骨矯正定期調整 Nasoalveolar molding, adjustment 註：1.適應症範圍單側唇顎裂鼻翼歪斜併齒槽骨裂隙，及雙側唇顎裂鼻柱塌陷、前顎前突併齒槽骨裂隙。 2.須檢附治療前後照片與病歷記錄。 3.7日內不得重覆申報。 4.同一病例申報次數以8次為上限。		✓	✓	✓	1000

【附件 2】

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

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

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

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

備註說明：

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

二、 新制身心障礙證明樣張如下

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

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

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

【附件 3】

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

醫師姓名		身份證字號		出生年月	
聯絡方式	電話：() 、手機：				
【申請院所基本資料】					
<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：				
【申請變更院所基本資料】					
<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)：

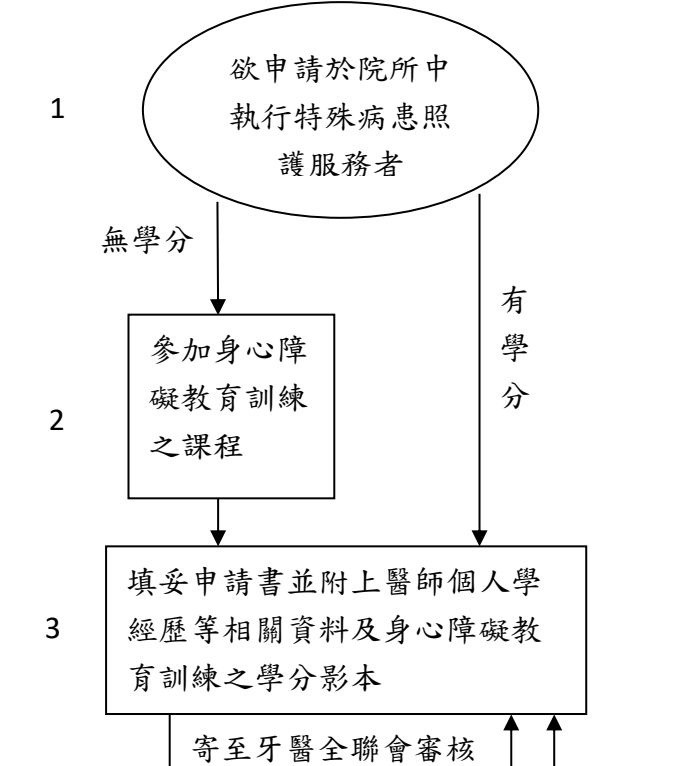
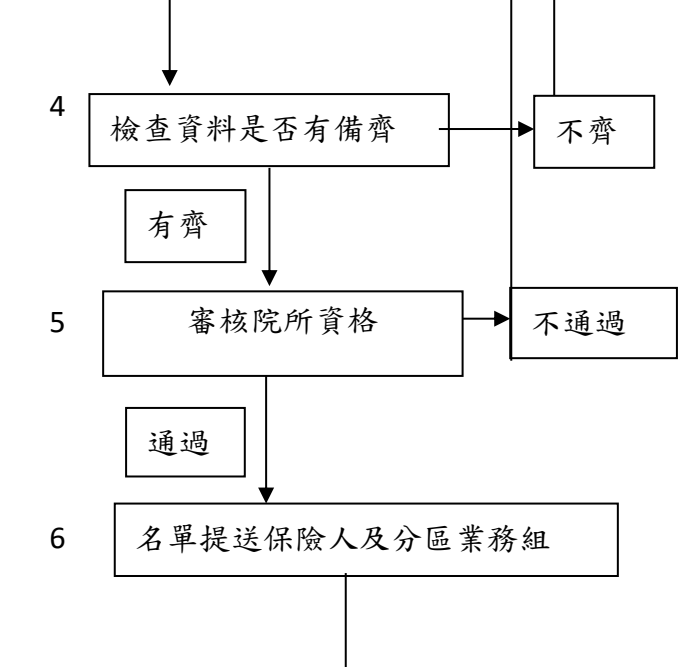
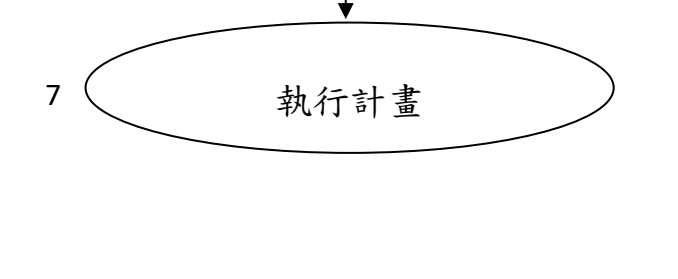
地址：

*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) 的下載專區，下載本計畫全文且詳讀。</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復函文後，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	(一)設置在 1 樓者		
	1	出入口地面平順(高度在 0.5 公分以下)，門口淨寬至少 75 公分以上，可方便輪椅、手持柺杖或助行器進出。	
	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。	
	(二)設置在地下室或 2 樓以上者		
	1	設置電梯者電梯機廂深度至少需有 110 公分以上，電梯門寬度至少 80 公分以上。	
	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

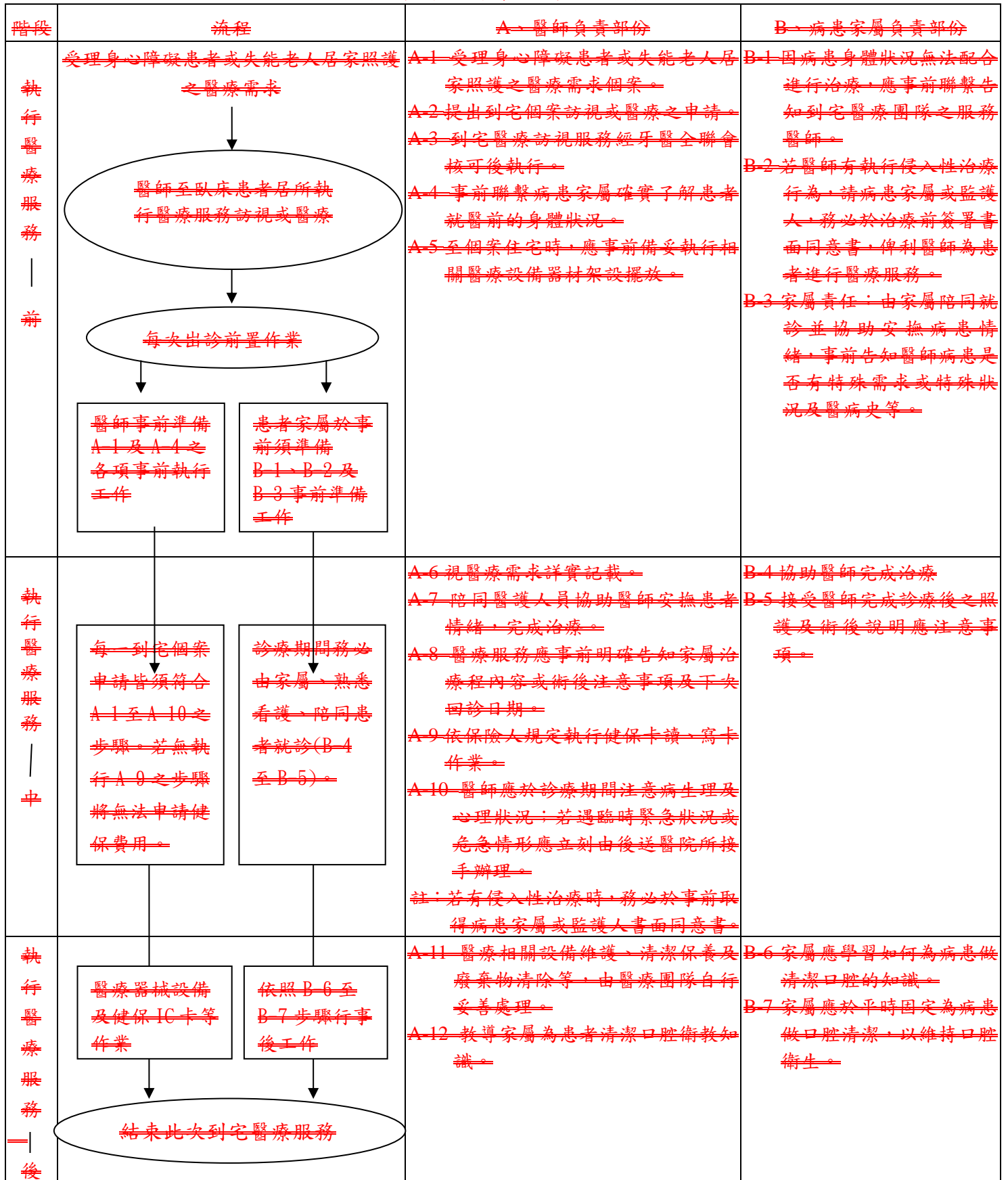
(一) 基本資料：					
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日
障礙程度	<input type="checkbox"/> 輕度	<input type="checkbox"/> 中度	<input type="checkbox"/> 重度	<input type="checkbox"/> 極重度	
(二) 洗牙記錄： 第一次： 月 日，第二次： 月 日，第三次： 月 日 註： 口腔照護支持服務評鑑標準需每年洗牙 2 次以上。					
(三) 檢查方式說明： 1: 牙菌斑平均值計算方式：全口分為 6 區，目視各區牙菌斑堆積狀況以「0」,代表無或微量;「1」表示目視可見牙菌斑。 牙菌斑平均值=牙菌斑統計總數/總區數(無牙區須扣除)。 2: 牙齦炎平均值計算方式：全口分為 6 區，目視各區牙齦炎狀況以「0」,代表無牙齦炎;「1」表示有牙齦發炎。 牙齦炎平均值=牙齦炎統計總數/總區數(無牙區須扣除)。 註： 口腔照護支持服務評鑑標準須牙菌斑平均值(Plaque Index Average) 及牙齦炎平均值(Gingival Index Average)皆在 0.5(含)以下。					
(四) 檢查結果： (全口分為 6 區)					
1. 牙菌斑平均值=牙菌斑統計總數()/總區數(無牙區須扣除)()=()					
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 --> B[2 參加身心障礙教育訓練之課程] A -- 有學分 --> C[3 由符合資格之醫療院所提出到宅醫療訪視之申請] B --> C </pre>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>3 填寫好申請表【附件 17-21】</p>
申請中段	<pre> graph TD D[4 查資料是否有備齊] -- 齊全 --> E[5 牙醫全聯會通知審核結果] D -- 缺件 --> D E -- 未通過 --> D E -- 核平 --> F[6 名單提送保險人分區業務組並副知院所] </pre>	<p>4-1 將申請資料寄至牙醫全聯會。</p> <p>4-2 確定資料是否備齊，若缺件請申請單位將資料補齊。</p> <p>5 牙醫全聯會通知院所審核結果。</p> <p>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。</p>
申請完成	<pre> graph TD G([7 符合執行計畫資格]) </pre>	<p>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。</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：

基本資料																	
姓名 ：				出生年月日 ：						監護人 ：							
提供服務方式 ： <input type="checkbox"/> 到宅牙醫醫療服務																	
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																	
地址 ：																	
醫病史 (Medical History)																	
父母 ：				相關證明影本黏貼處 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。													
親屬 ：																	
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 ： <input type="checkbox"/> 牙周病緊急處理 、 <input type="checkbox"/> 牙周敷料 、 <input type="checkbox"/> 牙結石清除 (<input type="checkbox"/> 全口 或 <input type="checkbox"/> 局部)、 <input type="checkbox"/> 牙周暨齶齒控制基本處置 、 <input type="checkbox"/> 塗氟 、 <input type="checkbox"/> 非特定局部治療 、 <input type="checkbox"/> 特定局部治療 、 <input type="checkbox"/> 簡單性拔牙 、 <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				
	48	47	46	45	44	43	42	41	21	22	23	24	25	26	27	28	
乳牙牙冠																	
恆牙牙冠																	
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																	
恆牙牙冠																	
醫療需求																	
填表說明：D=Decayed X=Missing M=Mobility RR=Residual Root F=Filled																	

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：_____~~

患者基本資料		
申請項目：<input type="checkbox"/>訪視 <input type="checkbox"/>醫療服務		
姓名：	出生年月日：	監護人：
身分證字號：		連絡電話：
住所地址：		
障礙類別：	3個月內是否有自行外出的能力：<input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是	
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		
個案申請資格：(請打勾)		
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)：		
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。		
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。		
醫病史 (Medical History)		
父母：	相關證明影本黏貼處	
親屬：	備註：(1) 特定身心障礙者：應檢附身心障礙手冊正反面	
本人：	或評估量表相關證明文件(或診斷證明)影本、(2) 到宅	
患者主訴或其他注意事項：	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，且出具各縣市長期照顧管理中心證明文件影本、(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。	
申請院所基本資料		
醫療院所名稱(全銜)：_____		
醫事機構代號：_____		
一、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：_____
二、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】		
三、若遇臨時緊急狀況或危急情形的後送醫療院所？		
(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)		

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

~~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

編號	診療項目	支付點數
P30006	<u>牙醫師訪視費(次)</u> 註： 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>	1553
P30005	<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>	5700
P30007	<u>一其他病人</u> 註： 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>	3800
P5410C	<u>評估出院病人居家醫療照護需求(次)</u> 註： 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>	1553

執行居家牙醫醫療服務流程圖

階段	流程	A、牙醫師負責部分	B、病人家屬負責部分
執行醫療服務 前	<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-between;"> <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>醫療器械設備及健保卡等作業</p> <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>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>

報告事項

第二案

報告單位：本署醫務管理組

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。

說明：

- 一、依據 108 年 12 月 18 日「西醫基層總額研商議事會議」會議決議事項辦理。
- 二、本案業經提報上述會議討論通過，摘要說明如下：
 - (一) 有關 108 年 9 月 1 日公告原西醫基層「開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑」門診診察費，刪除「連續」二字案，係考量與 00158C「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」易造成文字混淆，並無擴大給付範圍及申報頻次之意涵。
 - (二) 惟接獲反映，診察費刪除「連續」二字，已造成院所誤解，擬增加申報次數及相關費用。為避免申報疑義及符合原支付標準「開具慢性病『連續』處方並交付特約藥局調劑」調劑次數應為 2 次以上之意涵，應不刪除「連續」二字。
 - (三) 另於支付標準修訂期間，已請本署各分區業務組重申支付規定，輔導轄區院所正確申報。
- 三、財務影響：本案係診療項目中文名稱之文字修訂，不增加預算。
- 四、另依 109 年西醫基層總額協定事項，醫療服務成本指數改變率增加之 2,024.4 百萬元，優先用於急重難症、內科門診診察費加成、藥事服務費、基層診所設立無障礙設施、離島假日開診之相關獎勵措施等支付標準之調整。
 - (一) 依上述協定事項，建議於支付標準第二部第一章第一節

通則增列「西醫基層離島假日開診之獎勵措施」：

1. 建議增列文字：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。
2. 費用影響評估：107 年全年離島西醫基層診所例假日診察費加成費用約 24.5 百萬點，108 年上半年加成費用約 14.3 百萬點，推估 108 年全年加成費用約 28.6 百萬點，成長率為 16.7%。以 108 年全年推估加成費用及成長率計算，推估 109 年約 33.4 百萬點。

五、本案修訂後支付標準（詳附件 1，詳頁次報 2-3~2-15），如經確認同意，將依程序報請衛生福利部核定後發布實施。

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 <u>連續</u> 處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	v				381
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)	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 <u>連續</u> 處方並由本院所自行調劑(1-30人)	v				356
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)	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 <u>連續</u> 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 <u>連續</u> 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 <u>連續</u> 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 <u>連續</u> 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 <u>連續</u> 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 <u>連續</u> 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		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
	慢性病連續處方並交付特約藥局調劑					
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
一般門診診察費－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)	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
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	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
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	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
	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)			
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
	5.每位醫師每日門診量超過一五〇人次部分(>150)			
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
	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)	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
	(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(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
	(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)			
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
	(4)每位醫師每日門診量超過一五〇人次部分(>150)			
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
	精神科門診診察費—基層診所			
	每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)			
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 慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	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
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
	一般門診診察費－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)	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 <u>連續</u> 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 <u>連續</u> 處方並由本院所自行調劑	530	578	546	550
	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)	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 <u>連續</u> 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 <u>連續</u> 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
	一般門診診察費—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)	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
	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)	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
	一般門診診察費－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)	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連續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連續處方並由本院所自行調劑	530	617	586	590
	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)	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連續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連續處方並由本院所自行調劑(≤50)	530	617	586	590

肆、討論事項

討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱支付標準)

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，提請討論。

說明：

一、依據108年第9次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議辦理(附件1，詳頁次討1-3~1-6)。

二、新增「水通道蛋白4抗體」等2項診療項目，推估增加預算約14.5百萬點。重點說明如下：

(一) 新增「水通道蛋白4抗體」診療項目，詳表一序號1(附件2，詳頁次討1-7)：

1. 依108年第9次專家諮詢會議結論(同附件1，頁次討1-3~1-6)，經與會專家充分討論執行目的、頻率等支付規範，均同意本項僅限視神經脊髓炎之診斷用，建議支付點數1,781點。

2. 財務評估：統計自105年至107年主診斷為視神經脊髓炎、視神經炎、多發性硬化症、橫截性脊髓炎、自體免疫性腦炎人數並依據3年之成長率，推估108年執行人數為8,174人，推估增加支出14.5百萬點。

(二) 新增「PD-L1免疫組織化學染色」，詳表一序號2(附件2，詳頁次討1-7)：

1. 依108年第9次專家諮詢會議結論(同附件1，頁次討1-3~1-6)，經與會專家均同意新增，適應症為健保藥品給付規定9.69免疫檢查點抑制劑需檢附病人PD-L1表現量檢測報告者，建議支付點數為5,984點。

2. 財務預估：俟本署醫審及藥材組與廠商協談PD-L1相關藥

品的降價事宜，以藥費調降所節省之財務，支應本項目財務支出，且藥價之調降應與本項新增診療項目同步生效，爰不影響健保財務。

3. 為配合藥品給付規定，伴隨式診斷新增通則規定，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。
4. 另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。

三、為配合本署全球資訊網改版，修訂支付標準通則之資料路徑，計 5 項通則部分，本案僅為修正文字，不增加支出（**附件 3，詳頁次討 1-9~1-16**）。

四、預算來源：本次新增「水通道蛋白 4 抗體」等 2 項診療項目(推估預算約 14.5 百萬點)，擬由 108 醫院總額部門編列新醫療科技項下預算 4 億元支應。

擬辦：本案經討論後如獲同意，擬增修支付標準表（**詳附件 3，詳頁次討 1-9~1-16**），並依程序報請衛生福利部核定後公布實施。

108 年度第 9 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」
會議紀錄

壹、時間：108 年 12 月 4 日上午 9 點 30 分

貳、地點：台北市信義路 3 段 140 號 9 樓第一會議室

參、主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：黃思瑄

肆、出席專家：略。

伍、請假專家：略。

陸、列席單位及人員：略。

柒、主席致詞：略。

捌、確認上次會議紀錄：確認。

玖、報告事項：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢
會議補充說明。

壹拾、討論事項：

- 一、社團法人私立高雄醫學大學附設中和醫院建議新增「水通道蛋白 4 抗體」診療項目。

討論重點：與會專家參考日本健保給付規定及專家意見，建議本項僅限診斷為目的時申報，做為治療追蹤之用不得申報。部分視神經脊髓炎於疾病初期未能檢測出抗體，對於檢測結果為陰性之疑似視神經脊髓炎個案，當疾病再發或明顯惡化時，病歷明確記載其必要性後，可再次施行及申報。

結論：經與會專家討論後同意新增本項，建議支付點數為 1,781 點，說明如下：

- (一) 本項目之中英文名稱：請神經學會與提案單位會後提供。

(二) 建議適應症範圍：

1. 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)及自體免疫性腦炎 (Autoimmune Encephalitis, AE) 之鑑別診斷。
2. 至於視神經脊髓炎之適應症範圍應明確定義，請神經學會與提案單位具共識後提供。

(三) 建議適用層級：區域醫院以上，門住診均可使用。

(四) 建議專科別：過敏免疫風濕科 (含兒科)、眼科 (含兒科)、神經科 (含兒科)。

二、臺灣病理學會建議修訂編號 25012B「免疫組織化學染色(每一抗體)」之支付規範案。

討論重點：

- (一) 與會專家表示第四級外科病理檢體在癌症診斷時需加做免疫染色，建議納入放寬給付範圍。
- (二) 提案單位表示在健保署 107 年函釋「每例」為「每個案例」並進行專案管控之前，病理科均是以「每例」為「每項手術檢體」進行抗體數申報，故如放寬規定，應不至造成過大財務衝擊。

結論：預估執行量及財務推估尚有疑義，爰本案保留。請健保署醫管組再檢視 107 年前之申報資料，重新評估財務影響，再提會討論。

三、臺灣病理學會建議新增「PD-L1 免疫組織化學染色」診療項目。

討論重點：

- (一) 本項係健保給付癌症免疫檢查點抑制劑所需檢附之 PD-L1 表

現量檢測，依據藥品給付規定，本檢測應使用個別藥品於其仿單或臨床試驗文獻登載之對應的第三等級 IVD，檢測報告應記載檢測日期、檢測項目、使用之試劑、檢體部位等資訊，並由病理專科醫師簽發報告。

- (二) 有關建議專科別及費用申報時必要之附件，與會專家建議按支付標準第二部第二章第一節第十九項病理組織檢查之通則規定辦理。

結論：

- (一) 經與會專家討論後同意新增本項，建議支付點數為 5,984 點，說明如下：

- 1.建議適應症範圍：配合健保藥品給付規定 9.69 免疫檢查點抑制劑需檢附病人生物標記 PD-L1 表現量檢測報告者。
- 2.支付規範：費用申報時，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。

- (二) 請醫審及藥材組轉知廠商協談 PD-L1 相關藥品的降價事宜，以藥費調降所節省之財務，支應本項目財務支出，且藥價之調降應與本項新增診療項目同步生效。

四、本署擬於 109 年 1 月納入本署 HTA(醫療科技評估)診療項目虛擬醫令代碼表案共 3 項。

討論重點：

- (一) 傳統上脊椎手術要用鋼釘固定並做減壓手術，在鋼釘固定同時須照 X 光進行定位，使用羅莎及雷納生機械手臂醫護人員不需受到 X 光暴露，可用機械手臂進行定位，依上次討論會議之專家共識，本項為定位裝置非屬手術，定位後仍需進行鋼釘固定並有鋼釘耗材以及減壓手術。

(二) 消化系外科醫學會表示，紳漢(傳恩)手術技術與腹腔鏡無異，但在機器手臂輔助下手術更精細，手臂前端器械為一般腹腔鏡器械，可重複消毒使用，目前只有基本手術器械功能，複雜手術仍需依賴助手使用其他腹腔鏡器械輔助，產品定位上為加強型腹腔鏡設備。

結論：

(一) 羅莎及雷納生機械手臂系統納入本署 HTA(醫療科技評估)診療項目，並應考量在機械手臂之輔助引導下，醫師手術時間減少，手術費用應合理下降。

(二) 紳漢(傳恩)機械手臂系統，應比照腹腔鏡手術申報。

壹拾壹、臨時動議：無。

壹拾貳、散會：12 時 20 分。

表一、108 年建議新增診療項目及財務影響評估彙整表(計 2 項目)

序號	中文名稱	主要臨床功能及目的	適應症/支付規範	建議支付點數 (含一般材料費) A	被替代項目及替代率			預估年執行量 F	預估年增點數 (百萬點) G=①F*A ②F*E		
					被替代 診療項目	中文名稱	表定 支付點數 B		點數 差值 E=A-B		
1	水通道蛋白 4 抗體	為視神經脊髓炎及泛視神經脊髓炎之診斷要件	1.適應症： (1)泛視神經脊髓炎候群(Neuromyelitis Optica Spectrum Disorders, NMOSD)之診斷。 (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。 2.專科別：過敏免疫風濕科(含兒科)、眼科(含兒科)、神經科(含兒科)。 3.檢查次數：除下列情形，每人每年限執行 1 次。 (1)檢測結果為陽性者，不得再檢驗。 (2)檢測結果為陰性者，疑似泛視神經脊髓炎候群且疾病明顯惡化時，得再次檢驗(需於病歷記載)。	1,781				8,174 註 1	14.56	①	
2	PD-L1 免疫組織化學染色	為癌症免疫檢查點抑制劑藥物之伴隨檢測	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。 2.支付規範： (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。 (2)費用申報時，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。 (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 1 次。 <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>	5,984	25012B	免疫組織化學染色(每一抗體)	1,354	4,630	註 2	以藥費調降所節省之財務，支應本項目財務支出爰不影響健保財務	②
									14.56		

註 1：自 105 年至 107 年主診斷為視神經脊髓炎、視神經炎、多發性硬化症、橫截性脊髓炎、自體免疫性腦炎人數並依據 3 年之成長率，推估 108 年執行人數為 8,174 人次。(視神經脊髓炎：552 人、視神經炎：5,167 人、多發性硬化症：2,061 人、橫截性脊髓炎：209 人、自體免疫性腦炎：185 人)。

註 2:以下列 3 方案預估年執行量：

- (1)提案單位表示依國民健康署癌症登記報告粗估每年約 8,331 人。
- (2)財團法人醫藥品查驗中心以 108 年 8-10 月每月平均 IO 藥品申請人數推估，且不考慮肝腎功能及 ECOG 狀態，預估每年 PD-L1 檢測人數約 16,040 人。
- (3)本署調查 3 家廠商 PD-L1 實際檢測人數，合計約 25,300 人次(但無法排除病人重複檢測及跨 3 家廠商檢測之情形)。

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
12210B	水通道蛋白4抗體 Aquaporin-4 antibody 註： <u>1.適應症：</u> <u>(1)泛視神經脊髓炎症候群(Neuromyelitis Optica Spectrum Disorders, NMOSD)之診斷。</u> <u>(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。</u> <u>2.專科別：過敏免疫風濕科(含兒科)、眼科(含兒科)、神經科(含兒科)。</u> <u>3.檢查次數：除下列情形，每人每年限執行一次。</u> <u>(1)檢測結果為陽性者，不得再檢驗。</u> <u>(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)。</u>		<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>1781</u>

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) EGFR mutation in vitro diagnostics testing</p> <p>註： 1.適應症： (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。 (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： (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。 (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。 (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。 (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。 (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。 (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。 (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) EGFR mutation Laboratory Developed Test</p> <p>註： 1.適應症： (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。 (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： (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)費用申報時, 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

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，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，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](#)。

討論事項

第二案

提案單位：本署醫務管理組

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資訊方案」(修正草案對照表如附件 1，頁次討 2-3~2-36)。

說明：

- 一、依 108 年 9 月 27 日衛生福利部全民健康保險會第 4 屆 108 年第 7 次委員會議事錄，本方案 109 年全年經費為 14.71 億元〔醫院總額專款 1.14 億元、西醫基層專款 2.11 億元、牙醫總額專款 1.36 億元、中醫總額專款 0.74 億元、其他預算 9.36 億元〕，四部門總額「網路頻寬補助費用」預算如不足時，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」剩餘款支應。
- 二、109 年方案修正草案，摘錄修訂重點如下：
 - (一) 資料上傳獎勵：
 1. 獎勵「檢驗(查)結果」即時上傳之項目(方案之附件 5)，原 181 項依台大醫院反映，經調查 8 家醫學中心，多數醫院皆無法上傳「純音聽力檢查」、「氣壓式眼壓測定」、「細隙燈顯微鏡檢查」、「眼底檢查」、「眼底彩色攝影(每張)」、「間接式眼底鏡檢查」6 項檢查結果，由於眼科檢查結果係直接繕寫於病歷內，不會另產製報告，聽力檢查報告係以圖式呈現，無法上傳文字報告，故刪除前開 6 項。另依民眾、院所及台灣醫院協會 107 年 3 月 15 日院協健字第 1070200014 號函文建議優先納入獎勵範圍項目之意見，增訂項目「酸鹼度反應」等 476 項，另 10 項整併至附件 5-1，共計 641 項。考量新增項目多達 476 項，為鼓勵醫療院所上傳，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，方予獎勵。

2. 獎勵「醫療檢查影像及影像報告」即時上傳之項目(方案之附件 5-1)，原 37 項依院所反映，增訂項目「頭顱檢查(包括各種角度部位之頭顱檢查)」等 10 項，共計 47 項，另「微細超音波檢查」因無報告，僅須即時上傳醫療檢查影像，即予獎勵 2 點。
3. 財務評估：上開獎勵項目增訂，以 107 年申報醫令數及每筆即時上傳獎勵點數推估，預估 109 年增加支出 4,769 萬點(方案之附件 5 約 1,278 萬點，附件 5-1 約 3,491 萬點)，109 年本方案其他部門預算較 108 年新增 1.36 億元，故應可支應，如全年預算不足，按本方案之規定，將以浮動點值支付。

(二) 修訂檢驗(查)結果每日上傳格式，基本資料段新增「h25 診療部位」欄位 (詳附件 2，頁次討 2-37~2-48)。

三、為利醫療院所及本署進行資訊程式增修作業，修訂「檢驗(查)結果每日上傳格式」將自 109 年 4 月 1 日起實施。

擬辦：本案提報本會議通過，再函報衛生福利部核定後公告實施。

「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」修正草案對照表

修正方案	現行方案	說明
	一、依據：全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額辦理。	未修正。
	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。	未修正。
<p>三、預算來源：</p> <p>(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」。</p> <p>(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」。</p> <p>(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」。</p> <p>(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」；</p>	<p>三、預算來源：</p> <p>(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」。</p> <p>(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」。</p> <p>(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」。</p> <p>(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」；</p>	<p>依 108 年 9 月 27 日衛生福利部全民健康保險會第 4 屆 108 年第 7 次委員會議事錄，本方案 109 年全年經費為 14.71 億元。</p>

修正方案	現行方案	說明
<p>(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 <u>9.36 億元</u>，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。<u>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。</u></p>	<p>(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：1.5 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」；另 6.5 億元支付資料上傳獎勵金。</p>	
	<p>四、適用對象及其條件：</p> <p>(一)固接網路：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 <p>(二)行動網路 (Mobile Data Virtual Private Network, MDVPN)：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 	<p>未修正。</p>

修正方案	現行方案	說明
<p>五、支付項目及標準：</p> <p>(一) 特約醫事服務機構之「固接網路」網路月租費：</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>(1) 醫學中心：企業型光纖50M，月租費5萬4,561元。</p> <p>(2) 區域醫院：企業型光纖20M，月租費4萬5,201元。</p> <p>(3) 地區醫院：企業型光纖10M，月租費2萬5,857元。</p> <p>(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。</p>	<p>五、支付項目及標準：</p> <p>(一) 特約醫事服務機構之「固接網路」網路月租費：</p> <p>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。</p> <p>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，108年各層級特約醫事服務機構支付上限如下，詳附件3。</p> <p>(1) 醫學中心：企業型光纖50M，月租費5萬4,561元。</p> <p>(2) 區域醫院：企業型光纖20M，月租費4萬5,201元。</p> <p>(3) 地區醫院：企業型光纖10M，月租費2萬5,857元。</p> <p>(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，108年網路月租費支付上限為專業型光纖1M月租費1,980元。</p>	<p>修正年度為109年。</p>
<p>(二) 特約醫事服務機構之「行動</p>	<p>(二) 特約醫事服務機構之「行動</p>	<p>修正年度為109年。</p>

修正方案	現行方案	說明
<p>網路」網路月租費：</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>網路」網路月租費：</p> <p>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。</p> <p>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。108 年 4G 優惠方案支付上限 799 元，詳附件 4。</p>	
<p>(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。</p> <p>1.即時上傳檢驗(查)結果：</p> <p>(1)獎勵項目：如附件 5。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。</p> <p>2)獎勵條件：</p> <p>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，</p>	<p>(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。</p> <p>1.即時上傳檢驗(查)結果：</p> <p>(1)獎勵項目：如附件 5。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。</p> <p>(2)獎勵條件：</p> <p>①附件 5 獎勵項目第 1 至 135 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)</p>	<p>一、附件5「獎勵醫事服務機構即時上傳檢驗(查)結果之項目」，依民眾、院所及台灣醫院協會107年3月15日院協健字第1070200014號函文建議優先納入獎勵範圍項目之意見，刪除項目「純音聽力檢查」等6項，增訂項目「酸鹼度反應」等476項，另10項整併至附件5-1，共計641項。考量新增項目多達476項，為鼓勵醫療院所上傳，實施初期3個月內，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，方予獎勵。</p> <p>二、附件5-1「獎勵醫事服務機構即時上傳醫療</p>

修正方案	現行方案	說明
<p>須於實際收到報告日期 24 小時內上傳。</p> <p>②附件 5 獎勵項目 <u>第 166 至 641 項：109 年 1 月至 3 月</u>，須於費用年 月次月底前上傳檢驗(查)結果；<u>109 年 4 月</u>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。</p> <p>(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。</p> <p>2.即時上傳醫療檢查影像及影像報告：</p> <p>(1)獎勵項目及支付方式：如附件 5-1。</p> <p>(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。</p> <p>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。</p> <p>②影像報告：須於報告日期</p>	<p>檢案件，須於實際收到報告日期 24 小時內上傳。</p> <p>②附件 5 獎勵項目第 136 至 181 項：108 年 8 月至 10 月，須於費用年次月底前上傳檢驗(查)結果；108 年 11 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。</p> <p>(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。</p> <p>2.即時上傳醫療檢查影像及影像報告：</p> <p>(1)獎勵項目及支付方式：如附件 5-1。</p> <p>(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。</p> <p>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。</p>	<p>檢查影像及影像報告之項目」，原37項依院所反映，增訂項目「頭顱檢查(包括各種角度部位之頭顱檢查)」等 10項，共計47項。</p>

修正方案	現行方案	說明
<p>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。</p> <p>3.上傳出院病歷摘要：每筆獎勵 5 點。</p> <p>4.上傳人工關節植入物資料：每筆獎勵 5 點。</p> <p>(1)醫令項目：詳附件 6。</p> <p>(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。</p> <p>5.居家訪視健保卡登錄暨上傳資料：每次獎勵 5 點。</p> <p>(1)醫令項目詳附件 7。</p> <p>(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。</p> <p>6.特定醫令申報執行起迄時間資料：每筆獎勵 1 點。</p> <p>(1)醫令項目詳附件 8。</p> <p>(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。</p> <p>(3)資料如經保險人查屬不</p>	<p>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。</p> <p>3.上傳出院病歷摘要：每筆獎勵 5 點。</p> <p>4.上傳人工關節植入物資料：每筆獎勵 5 點。</p> <p>(1)醫令項目：詳附件 6。</p> <p>(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。</p> <p>5.居家訪視健保卡登錄暨上傳資料：每次獎勵 5 點。</p> <p>(1)醫令項目詳附件 7。</p> <p>(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。</p> <p>6.特定醫令申報執行起迄時間資料：每筆獎勵 1 點。</p> <p>(1)醫令項目詳附件 8。</p> <p>(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。</p>	

修正方案	現行方案	說明
實，核發之獎勵金將予以追扣。	(3)資料如經保險人查屬不實，核發之獎勵金將予以追扣。	
<p>(四) 結算方式：</p> <p>1.網路月租費：</p> <p>(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，<u>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。</u></p> <p>(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。</p> <p>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。</p>	<p>(四) 結算方式：</p> <p>1.網路月租費：</p> <p>(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。</p> <p>(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(1.5億元)。</p> <p>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(6.5億元)，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。</p>	<p>依據 109 年度其他預算協定事項，四部門總額「網路頻寬補助費用」預算如不足時，由本項預算剩餘款支應。</p>
	<p>(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。</p>	未修正。
	<p>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。</p>	未修正。

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固接網路申請表

- 一、 特約醫事服務機構名稱： 代號：
- 二、 特約層級別：醫學中心 區域醫院 地區醫院
基層診所 其他（ ）
- 三、 參加本方案申裝之網路頻寬 型光纖 M、月租費 元。
另參加前裝設之網路頻寬 、月租費 元。
- 四、 參加起始日期： 年 月。
- 五、 是否承接其他醫事服務機構之固接網路：是 否，如承接固接網路者，
請填寫下列資料：
- (一) 原特約醫事服務機構名稱 。
- (二) 原特約醫事服務機構代號 。
- (三) 承接日期 年 月 日。(註：承接日期應於參與起始日期當月或以後)
- (四) 原特約醫事服務機構是否參加本方案是 否；如填寫「是」者，
請填寫下列資料：
- 以承接上月份最後一日作固接網路網路月租費計算分界之日期。
- 以承接當月份最後一日作固接網路網路月租費計算分界之日期。
- 六、 聯絡人姓名： 電話： 傳真：
E-MAIL：
- 七、 特約醫事服務機構及負責人印章：

本機構已取得當事人同意，同意衛生福利部中央健康保險署將本次固接網路申請資料，提供予電信公司，供後續連繫固接網路線路安裝事宜。

(請注意下列事項：

1. 承接固接網路之醫事服務機構，需向保險人申請參加本方案及向電信公司辦理繳款人變更(繳款人需為該特約醫事服務機構含機構代號)，始支付方案費用。
2. 醫事服務機構需於健保特約在約期間內，始支付方案費用。
3. 線路資料： AT (本欄供電信公司使用)

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行動網路申請表

- 一、 特約醫事服務機構名稱： _____ 代號： _____
- 二、 特約層級別：醫學中心 區域醫院 地區醫院
基層診所 其他 (_____)
- 三、 參加本方案申裝之行動網路類型4G、月租費 _____ 元。
- 四、 參加起始日期： _____ 年 _____ 月。
- 五、 因應何類業務需申請行動網路：
居家醫療照護服務
西醫醫療資源不足地區改善方案
中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫
其他(請敘明業務需求 _____)
- 六、 申請數量：1 組 2 組(如申請 2 組，請敘明原因及檢附相關佐證資料： _____)
- 七、 是否承接其他醫事服務機構之行動網路：是 否，如承接者，請填寫下列資料：
(一) 原特約醫事服務機構名稱 _____。
(二) 原特約醫事服務機構代號 _____。
(三) 承接日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日。(註：承接日期應於參與起始日期當月或以後)
(四) 原特約醫事服務機構是否參加本方案是 否；如填寫「是」者，請填寫下列資料：
以承接上月份最後一日作固接網路網路月租費計算分界之日期。
以承接當月份最後一日作固接網路網路月租費計算分界之日期。
- 八、 聯絡人姓名： _____ 電話： _____ 傳真： _____
E-MAIL： _____
- 九、 特約醫事服務機構及負責人印章：
(請注意下列事項：請勿變更帳單週期，以免影響貴院(所)方案結算權益。

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。

方案之附件 5

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
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

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
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	α-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
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

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
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
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

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
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
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	胚胎致癌抗原	1
156	27051B	β-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

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
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>
<u>179</u>	<u>06504C</u>	<u>懷孕試驗—乳膠凝集法</u>	<u>1</u>
<u>180</u>	<u>06508B</u>	<u>紫質類檢驗</u>	<u>1</u>
<u>181</u>	<u>06509B</u>	<u>Porphobilinogen 檢驗</u>	<u>1</u>
<u>182</u>	<u>06510C</u>	<u>巴拉刈定性檢驗</u>	<u>1</u>
<u>183</u>	<u>06511C</u>	<u>四次尿糖</u>	<u>1</u>
<u>184</u>	<u>06512B</u>	<u>尿液糞紫質檢驗</u>	<u>1</u>
<u>185</u>	<u>06513B</u>	<u>尿液新陳代謝障礙檢測</u>	<u>1</u>
<u>186</u>	<u>07001C</u>	<u>糞便潛血化學法</u>	<u>1</u>
<u>187</u>	<u>07002C</u>	<u>糞便中膽紅素</u>	<u>1</u>
<u>188</u>	<u>07003C</u>	<u>阿米巴檢驗(直接法)</u>	<u>1</u>
<u>189</u>	<u>07004C</u>	<u>澱粉質染色</u>	<u>1</u>
<u>190</u>	<u>07005C</u>	<u>中性脂肪染色</u>	<u>1</u>
<u>191</u>	<u>07006C</u>	<u>脂肪酸染色</u>	<u>1</u>
<u>192</u>	<u>07007C</u>	<u>酸鹼值</u>	<u>1</u>
<u>193</u>	<u>07008C</u>	<u>糞便中尿膽素原</u>	<u>1</u>
<u>194</u>	<u>07010B</u>	<u>胰蛋白酶</u>	<u>1</u>
<u>195</u>	<u>07012C</u>	<u>寄生蟲卵—濃縮法</u>	<u>1</u>
<u>196</u>	<u>07013C</u>	<u>寄生蟲卵—計數法</u>	<u>1</u>
<u>197</u>	<u>07015C</u>	<u>還原物質測定</u>	<u>1</u>
<u>198</u>	<u>07017B</u>	<u>APT 檢測試驗</u>	<u>1</u>
<u>199</u>	<u>07018C</u>	<u>糞便白血球檢查</u>	<u>1</u>

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
<u>200</u>	<u>08001C</u>	<u>紅血球計數</u>	<u>1</u>
<u>201</u>	<u>08007C</u>	<u>血中寄生蟲檢查</u>	<u>1</u>
<u>202</u>	<u>08008C</u>	<u>網狀紅血球計數</u>	<u>1</u>
<u>203</u>	<u>08009C</u>	<u>紅血球形態</u>	<u>1</u>
<u>204</u>	<u>08012C</u>	<u>全套血液檢查II(七項)</u>	<u>1</u>
<u>205</u>	<u>08014C</u>	<u>血液一般檢查(白血球,紅血球及血色素)</u>	<u>1</u>
<u>206</u>	<u>08015C</u>	<u>紅斑性狼瘡細胞</u>	<u>1</u>
<u>207</u>	<u>08016C</u>	<u>紅斑性狼瘡因子</u>	<u>1</u>
<u>208</u>	<u>08017B</u>	<u>血清黏度</u>	<u>1</u>
<u>209</u>	<u>08021C</u>	<u>血塊收縮試驗</u>	<u>1</u>
<u>210</u>	<u>08022B</u>	<u>纖維蛋白原測定(定性)</u>	<u>1</u>
<u>211</u>	<u>08024B</u>	<u>纖維蛋白原測定(免疫比濁法)</u>	<u>1</u>
<u>212</u>	<u>08025B</u>	<u>凝血酶時間</u>	<u>1</u>
<u>213</u>	<u>08027B</u>	<u>骨髓細胞形態判讀</u>	<u>1</u>
<u>214</u>	<u>08028B</u>	<u>胚胎血色素量值</u>	<u>1</u>
<u>215</u>	<u>08029B</u>	<u>H血紅素檢查</u>	<u>1</u>
<u>216</u>	<u>08030C</u>	<u>血紅素電泳</u>	<u>1</u>
<u>217</u>	<u>08031B</u>	<u>紅血球脆性試驗</u>	<u>1</u>
<u>218</u>	<u>08032B</u>	<u>漢姆斯酸性血清試驗</u>	<u>1</u>
<u>219</u>	<u>08033B</u>	<u>自動溶血試驗</u>	<u>1</u>
<u>220</u>	<u>08034B</u>	<u>毛細管抵抗測定</u>	<u>1</u>
<u>221</u>	<u>08035C</u>	<u>血漿凝固時間</u>	<u>1</u>
<u>222</u>	<u>08037B</u>	<u>纖維蛋白降解產物—定性</u>	<u>1</u>
<u>223</u>	<u>08038B</u>	<u>纖維蛋白降解產物—定量</u>	<u>1</u>
<u>224</u>	<u>08039B</u>	<u>半定量血塊收縮試驗</u>	<u>1</u>
<u>225</u>	<u>08040B</u>	<u>變性血色素檢查</u>	<u>1</u>
<u>226</u>	<u>08041B</u>	<u>糖水試驗</u>	<u>1</u>
<u>227</u>	<u>08042C</u>	<u>骨髓鐵染色</u>	<u>1</u>
<u>228</u>	<u>08043C</u>	<u>蘇丹B染色</u>	<u>1</u>
<u>229</u>	<u>08044B</u>	<u>白血球鹼性磷酸解酶染色</u>	<u>1</u>
<u>230</u>	<u>08045B</u>	<u>凝塊溶解試驗</u>	<u>1</u>
<u>231</u>	<u>08046B</u>	<u>硫酸魚精蛋白副凝固試驗</u>	<u>1</u>
<u>232</u>	<u>08047B</u>	<u>過氧化酶染色</u>	<u>1</u>
<u>233</u>	<u>08048B</u>	<u>特異性酯酶染色</u>	<u>1</u>
<u>234</u>	<u>08049B</u>	<u>非特異性酯酶染色</u>	<u>1</u>
<u>235</u>	<u>08050B</u>	<u>酸性磷酸酶染色</u>	<u>1</u>
<u>236</u>	<u>08051B</u>	<u>肝糖染色試驗</u>	<u>1</u>
<u>237</u>	<u>08052B</u>	<u>胚胎血色素染色</u>	<u>1</u>
<u>238</u>	<u>08053B</u>	<u>漢斯氏體染色</u>	<u>1</u>
<u>239</u>	<u>08054B</u>	<u>血色素A2測定</u>	<u>1</u>
<u>240</u>	<u>08055B</u>	<u>凝血酶原消耗試驗</u>	<u>1</u>
<u>241</u>	<u>08056B</u>	<u>部份凝血激素取代試驗</u>	<u>1</u>

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
<u>242</u>	<u>08057B</u>	<u>第二因子測定</u>	<u>1</u>
<u>243</u>	<u>08058B</u>	<u>第五因子測定</u>	<u>1</u>
<u>244</u>	<u>08059B</u>	<u>第七因子測定</u>	<u>1</u>
<u>245</u>	<u>08060B</u>	<u>第八因子測定</u>	<u>1</u>
<u>246</u>	<u>08061B</u>	<u>第九因子測定</u>	<u>1</u>
<u>247</u>	<u>08062B</u>	<u>第十因子測定</u>	<u>1</u>
<u>248</u>	<u>08063B</u>	<u>尿素溶解試驗</u>	<u>1</u>
<u>249</u>	<u>08064B</u>	<u>凝血酶原轉化試驗 (包括測III、VII、X)</u>	<u>1</u>
<u>250</u>	<u>08065B</u>	<u>終端去氧轉化酶染色</u>	<u>1</u>
<u>251</u>	<u>08066B</u>	<u>優球蛋白溶解時間</u>	<u>1</u>
<u>252</u>	<u>08067B</u>	<u>第八因子之抑制因子</u>	<u>1</u>
<u>253</u>	<u>08068B</u>	<u>凝血酶時間矯正試驗</u>	<u>1</u>
<u>254</u>	<u>08069B</u>	<u>血小板凝集試驗</u>	<u>1</u>
<u>255</u>	<u>08071B</u>	<u>細胞化學染色</u>	<u>1</u>
<u>256</u>	<u>08072B</u>	<u>抗凝血 III</u>	<u>1</u>
<u>257</u>	<u>08073B</u>	<u>Isopropanol HR stability test</u>	<u>1</u>
<u>258</u>	<u>08075C</u>	<u>血液滲透壓</u>	<u>1</u>
<u>259</u>	<u>08076B</u>	<u>鋅化原紫質檢查</u>	<u>1</u>
<u>260</u>	<u>08077B</u>	<u>蛋白 C</u>	<u>1</u>
<u>261</u>	<u>08078B</u>	<u>α2 抗胞漿素</u>	<u>1</u>
<u>262</u>	<u>08079B</u>	<u>D 雙合體試驗</u>	<u>1</u>
<u>263</u>	<u>08080B</u>	<u>第十一因子測定</u>	<u>1</u>
<u>264</u>	<u>08081B</u>	<u>第十二因子測定</u>	<u>1</u>
<u>265</u>	<u>08082C</u>	<u>全套血液檢查 III(五項)</u>	<u>1</u>
<u>266</u>	<u>08083C</u>	<u>平均紅血球血紅素量</u>	<u>1</u>
<u>267</u>	<u>08084C</u>	<u>平均紅血球血紅素濃度</u>	<u>1</u>
<u>268</u>	<u>08085B</u>	<u>血漿黏度</u>	<u>1</u>
<u>269</u>	<u>08086B</u>	<u>全血黏度</u>	<u>1</u>
<u>270</u>	<u>08087B</u>	<u>尿液纖維蛋白原分解物含量</u>	<u>1</u>
<u>271</u>	<u>08088B</u>	<u>混合性凝血酶原時間</u>	<u>1</u>
<u>272</u>	<u>08090B</u>	<u>血漿血色素電泳</u>	<u>1</u>
<u>273</u>	<u>08091B</u>	<u>等電點血色素電泳分析</u>	<u>1</u>
<u>274</u>	<u>08092B</u>	<u>混合性部份凝血活酶時間</u>	<u>1</u>
<u>275</u>	<u>08093B</u>	<u>不穩定性血紅素</u>	<u>1</u>
<u>276</u>	<u>08094B</u>	<u>尿甘酸化物酶染色</u>	<u>1</u>
<u>277</u>	<u>08103B</u>	<u>第九因子之抑制因子</u>	<u>1</u>
<u>278</u>	<u>09018B</u>	<u>粘性蛋白</u>	<u>1</u>
<u>279</u>	<u>09019B</u>	<u>r-球蛋白</u>	<u>1</u>
<u>280</u>	<u>09020C</u>	<u>鐵</u>	<u>1</u>
<u>281</u>	<u>09024C</u>	<u>二氧化碳</u>	<u>1</u>
<u>282</u>	<u>09028C</u>	<u>酸性磷酸酶</u>	<u>1</u>
<u>283</u>	<u>09034B</u>	<u>酚四溴鈉試驗</u>	<u>1</u>

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
<u>284</u>	<u>09035C</u>	<u>總鐵結合能力</u>	<u>1</u>
<u>285</u>	<u>09036B</u>	<u>腦磷脂膽固醇結合試驗</u>	<u>1</u>
<u>286</u>	<u>09037C</u>	<u>血氣</u>	<u>1</u>
<u>287</u>	<u>09039C</u>	<u>球蛋白</u>	<u>1</u>
<u>288</u>	<u>09047B</u>	<u>銅</u>	<u>1</u>
<u>289</u>	<u>09048B</u>	<u>鋅</u>	<u>1</u>
<u>290</u>	<u>09050B</u>	<u>乳糖</u>	<u>1</u>
<u>291</u>	<u>09051C</u>	<u>葡萄糖六磷酸脫氫酶</u>	<u>1</u>
<u>292</u>	<u>09052B</u>	<u>香莢杏仁酸定量</u>	<u>1</u>
<u>293</u>	<u>09053B</u>	<u>17 酮類固醇類</u>	<u>1</u>
<u>294</u>	<u>09054B</u>	<u>17 氫氧根腎上腺酮</u>	<u>1</u>
<u>295</u>	<u>09055B</u>	<u>尿動情激素</u>	<u>1</u>
<u>296</u>	<u>09057B</u>	<u>胺基左旋醣酸</u>	<u>1</u>
<u>297</u>	<u>09058B</u>	<u>胺基左旋醣酸脫氫酵素</u>	<u>1</u>
<u>298</u>	<u>09060B</u>	<u>丙銅酸</u>	<u>1</u>
<u>299</u>	<u>09061B</u>	<u>肌酸磷化同功酶</u>	<u>1</u>
<u>300</u>	<u>09062B</u>	<u>乳酸脫氫同功酶</u>	<u>1</u>
<u>301</u>	<u>09063B</u>	<u>D 型木糖吸收試驗</u>	<u>1</u>
<u>302</u>	<u>09065B</u>	<u>蛋白電泳分析</u>	<u>1</u>
<u>303</u>	<u>09066B</u>	<u>脂蛋白電泳分析</u>	<u>1</u>
<u>304</u>	<u>09067B</u>	<u>鹼性磷酸酯電泳分析</u>	<u>1</u>
<u>305</u>	<u>09068B</u>	<u>澱粉酶電泳分析</u>	<u>1</u>
<u>306</u>	<u>09069B</u>	<u>血清醛縮酶</u>	<u>1</u>
<u>307</u>	<u>09070B</u>	<u>羥基丁酸鹽脫氫酶</u>	<u>1</u>
<u>308</u>	<u>09072B</u>	<u>異枸橼酸去氫酶</u>	<u>1</u>
<u>309</u>	<u>09073B</u>	<u>維生素 A 定量</u>	<u>1</u>
<u>310</u>	<u>09074B</u>	<u>維生素 C 定量</u>	<u>1</u>
<u>311</u>	<u>09075B</u>	<u>後腎上腺髓素</u>	<u>1</u>
<u>312</u>	<u>09076B</u>	<u>5-核酸解酶</u>	<u>1</u>
<u>313</u>	<u>09077B</u>	<u>兒茶酚胺測定</u>	<u>1</u>
<u>314</u>	<u>09079C</u>	<u>麝香混濁反應</u>	<u>1</u>
<u>315</u>	<u>09080C</u>	<u>硫酸鋅混濁反應</u>	<u>1</u>
<u>316</u>	<u>09081C</u>	<u>殘餘氯定量</u>	<u>1</u>
<u>317</u>	<u>09082B</u>	<u>蔗糖溶血分析</u>	<u>1</u>
<u>318</u>	<u>09083B</u>	<u>乙醯膽鹼酶</u>	<u>1</u>
<u>319</u>	<u>09084B</u>	<u>β 脂蛋白</u>	<u>1</u>
<u>320</u>	<u>09085C</u>	<u>白胺酸胺酶</u>	<u>1</u>
<u>321</u>	<u>09086C</u>	<u>N - 乙醯胺基葡萄糖甘酶</u>	<u>1</u>
<u>322</u>	<u>09087B</u>	<u>甲狀腺素結合容量</u>	<u>1</u>
<u>323</u>	<u>09088B</u>	<u>先天代謝異常有關之酵素定量檢查</u>	<u>1</u>
<u>324</u>	<u>09089B</u>	<u>有機酸定量檢查</u>	<u>1</u>
<u>325</u>	<u>09095B</u>	<u>總脂肪</u>	<u>1</u>

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
<u>326</u>	<u>09096B</u>	<u>胺基酸定性檢查</u>	<u>1</u>
<u>327</u>	<u>09097B</u>	<u>G6PD 定量</u>	<u>1</u>
<u>328</u>	<u>09100B</u>	<u>尿液蛋白電泳</u>	<u>1</u>
<u>329</u>	<u>09101B</u>	<u>蔗糖確認試驗</u>	<u>1</u>
<u>330</u>	<u>09102B</u>	<u>腺甘脫胺酶</u>	<u>1</u>
<u>331</u>	<u>09103C</u>	<u>胰島素免疫分析</u>	<u>1</u>
<u>332</u>	<u>09104C</u>	<u>胎盤生乳激素免疫分析</u>	<u>1</u>
<u>333</u>	<u>09105C</u>	<u>黃體脂酮免疫分析</u>	<u>1</u>
<u>334</u>	<u>09107C</u>	<u>游離三碘甲狀腺素免疫分析</u>	<u>1</u>
<u>335</u>	<u>09108C</u>	<u>生長激素免疫分析</u>	<u>1</u>
<u>336</u>	<u>09109C</u>	<u>17-氫氧基黃體脂酮免疫分析</u>	<u>1</u>
<u>337</u>	<u>09110B</u>	<u>骨原蛋白免疫分析</u>	<u>1</u>
<u>338</u>	<u>09113C</u>	<u>皮質素免疫分析</u>	<u>1</u>
<u>339</u>	<u>09114B</u>	<u>醛類脂醇酵素免疫分析</u>	<u>1</u>
<u>340</u>	<u>09115B</u>	<u>降血鈣素免疫分析</u>	<u>1</u>
<u>341</u>	<u>09116B</u>	<u>抗利尿激素免疫分析</u>	<u>1</u>
<u>342</u>	<u>09117C</u>	<u>甲狀腺原氨酸免疫分析</u>	<u>1</u>
<u>343</u>	<u>09118B</u>	<u>碳-副甲狀腺素免疫分析</u>	<u>1</u>
<u>344</u>	<u>09119B</u>	<u>促腎上腺皮質素免疫分析</u>	<u>1</u>
<u>345</u>	<u>09120C</u>	<u>催乳激素免疫分析</u>	<u>1</u>
<u>346</u>	<u>09121C</u>	<u>睪丸酯醇免疫分析</u>	<u>1</u>
<u>347</u>	<u>09122C</u>	<u>Intact 副甲狀腺素免疫分析</u>	<u>1</u>
<u>348</u>	<u>09123B</u>	<u>MM-副甲狀腺素免疫分析</u>	<u>1</u>
<u>349</u>	<u>09124B</u>	<u>血漿腎素活性免疫分析</u>	<u>1</u>
<u>350</u>	<u>09127C</u>	<u>二氫基春情素免疫分析</u>	<u>1</u>
<u>351</u>	<u>09128C</u>	<u>C-胜鏈胰島素免疫分析</u>	<u>1</u>
<u>352</u>	<u>09129C</u>	<u>維生素 B12 免疫分析</u>	<u>1</u>
<u>353</u>	<u>09130B</u>	<u>葉酸免疫分析</u>	<u>1</u>
<u>354</u>	<u>09131C</u>	<u>春情素醇酵素免疫分析</u>	<u>1</u>
<u>355</u>	<u>09132B</u>	<u>胃泌激素免疫分析</u>	<u>1</u>
<u>356</u>	<u>09133B</u>	<u>環磷酸腺酞酸免疫分析</u>	<u>1</u>
<u>357</u>	<u>09134C</u>	<u>糞便潛血免疫分析</u>	<u>1</u>
<u>358</u>	<u>09135B</u>	<u>乳酸 — 丙酮酸檢查</u>	<u>1</u>
<u>359</u>	<u>09136B</u>	<u>缺糖型式運鐵蛋白之分析</u>	<u>1</u>
<u>360</u>	<u>09137B</u>	<u>血清酮體定量分析</u>	<u>1</u>
<u>361</u>	<u>09138C</u>	<u>直接及總膽紅素比值</u>	<u>1</u>
<u>362</u>	<u>09139C</u>	<u>醣化白蛋白(GA)</u>	<u>1</u>
<u>363</u>	<u>10001B</u>	<u>銀</u>	<u>1</u>
<u>364</u>	<u>10002B</u>	<u>鋁</u>	<u>1</u>
<u>365</u>	<u>10003B</u>	<u>砷</u>	<u>1</u>
<u>366</u>	<u>10004B</u>	<u>金</u>	<u>1</u>
<u>367</u>	<u>10005B</u>	<u>鎘</u>	<u>1</u>

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
368	10006B	鈷	1
369	10007B	鉻	1
370	10008B	汞	1
371	10009B	錳	1
372	10010B	鎳	1
373	10011B	鉬	1
374	10012B	鋅(原子吸收光譜法)	1
375	10501C	卡巴馬平	1
376	10502B	二苯妥因	1
377	10503B	甲乙琥珀亞胺	1
378	10504B	滅殺除癌	1
379	10505B	普卡因胺	1
380	10506B	立克菌星	1
381	10507B	乙苯嘧啶二酮	1
382	10508B	水楊酸	1
383	10509B	茶鹼	1
384	10510C	發爾波克	1
385	10511C	長葉毛地黃	1
386	10512B	Amikacin	1
387	10515B	力多卡因	1
388	10516B	奎尼丁	1
389	10517B	Disopyramide	1
390	10518B	健大黴素	1
391	10519B	托不拉黴素	1
392	10520C	鋰鹽	1
393	10521B	Imipramine	1
394	10522B	血中藥物濃度測定 — Cyclosporine-A	1
395	10523B	血中藥物濃度測定-二苯環丙氨	1
396	10524B	血中藥物濃度測定 — Desipramine	1
397	10525B	血中藥物濃度測定 — Phenobarbital (luminal)	1
398	10526B	血中藥物濃度測定 — Diazepam (valium)	1
399	10527B	苯重氮基鹽類濃度(定量)	1
400	10529B	血中藥物濃度測定-普潘奈	1
401	10530B	血中藥物濃度測定 — Dibekacin	1
402	10531B	血中藥物濃度測定 — Vancomycin	1
403	10532B	血中藥物濃度測定-氯黴素	1
404	10533B	血中藥物濃度測定-康絲菌素	1
405	10534B	血中藥物濃度測定 — Nortriptyline	1
406	10535B	血中藥物濃度測定-三環抗鬱劑	1
407	10536B	血中藥物濃度測定-FK-506	1
408	10537C	Sirolimus 全血濃度測定	1
409	10801B	毒物試驗 (定性)	1

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

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
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	α1- 抗胰蛋白酶 — 單向免疫擴散法	1
465	12041B	α1- 抗胰蛋白酶 — 免疫比濁法	1
466	12042B	α1- 粘液蛋白 (免疫比濁法)	1
467	12043B	α2- 巨球蛋白 — 單向免疫擴散法	1
468	12044B	α2- 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
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β2 糖蛋白 I 抗體	1
493	12134B	甲狀腺過氧化酶抗體	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
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 κ/λ	1
520	12161B	白血球介質-2	1
521	12162B	組織壞死因子	1
522	12164B	脂蛋白 a	1
523	12165C	A 群鏈球菌抗原	1
524	12166B	腦膜炎雙球菌抗原	1
525	12167B	組織胞漿菌抗體檢查	1
526	12168B	芽生菌抗體檢查	1
527	12169B	球孢子菌抗體檢查	1
528	12170B	麴菌抗體檢查	1
529	12171B	抗嗜中性球細胞質抗體	1
530	12172C	尿液肺炎球菌抗原	1
531	12173B	可抽出的核抗體測定— Sm/RNP 抗體	1
532	12174B	可抽出的核抗體測定— Scl-70 抗體	1
533	12175B	淋巴球變形反應—抗原刺激	1
534	12176B	人類白血球抗原 — HLA-ABC(單一抗原)	1
535	12177B	人類白血球抗原 — HLA-DR(單一抗原)	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
536	12178C	腎上腺抗體	1
537	12179C	Aspergillus 抗原測定	1
538	12180C	穀醯酸脫梭酶抗體	1
539	12181C	乙醯膽鹼抗體	1
540	12189C	肺炎披衣菌 IgM	1
541	12190C	肺炎披衣菌 IgG	1
542	12191C	尿液退伍軍人菌抗原	1
543	12192C	前降鈣素原	1
544	12197B	血中藥物濃度測定-Everolimus	1
545	12200B	人類白血球群體反應性抗體百分比篩檢試驗	1
546	12201B	抗環瓜氨酸月太抗體	1
547	13002B	阿米巴抗體凝集試驗	1
548	13004B	白喉毒力試驗	1
549	13005B	披衣菌檢查 (定性)	1
550	13012C	抗酸菌培養	1
551	13013C	抗酸菌鑑定檢查	1
552	13014B	抗酸菌藥物敏感性試驗—三種藥物以下	1
553	13015C	抗酸菌藥物敏感性試驗—四種藥物以上	1
554	13017C	KOH 顯微鏡檢查	1
555	13019B	試管抗藥性試驗	1
556	13020C	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】	1
557	13021B	抗生素敏感性試驗(MIC 法) 二菌種【抗微生物藥劑最低抑菌濃度 MIC】	1
558	13022B	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】	1
559	13024C	結核菌檢驗	1
560	13028B	困難梭狀桿菌抗原快速檢驗 (GDH)	1
561	13029B	困難梭狀桿菌毒素 A、B 快速檢驗 (Toxin A/B)	1
562	14001B	病毒分離及鑑定	1
563	14002B	腺病毒補體結合抗體	1
564	14003B	巨大細胞病毒抗體 補體結合法	1
565	14004B	巨大細胞病毒抗體 酵素免疫法	1
566	14005C	單純疱疹病毒 I II 補體結合抗體(各項)	1
567	14006B	麻疹病毒抗原	1
568	14007B	麻疹病毒 IgM 抗體	1
569	14008B	麻疹病毒補體結合抗體	1
570	14009C	腮腺炎病毒補體結合抗體	1
571	14010B	呼吸道融合病毒抗原	1
572	14011B	呼吸道融合病毒補體結合抗體	1
573	14012B	水痘帶狀疱疹病毒補體結合抗體	1
574	14013B	水痘帶狀疱疹病毒 IgM 抗體	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
575	14014B	肺炎漿胞菌補體結合抗體	1
576	14015B	副流行性感冒病毒 1 型抗原	1
577	14016B	副流行性感冒病毒 2 型抗原	1
578	14017B	副流行性感冒病毒 1 型補體結合抗體	1
579	14018B	副流行性感冒病毒 2 型補體結合抗體	1
580	14019B	副流行性感冒病毒 3 型補體結合抗體	1
581	14020B	流行性感冒 A 型病毒補體結合抗體	1
582	14021B	流行性感冒 B 型病毒補體結合抗體	1
583	14022B	日本腦炎病毒補體結合抗體	1
584	14023B	柯沙奇 B 型病毒抗體(每項)	1
585	14024B	柯沙奇 B 型病毒補體結合抗體(B1-B6)	1
586	14025C	腸內病毒 70 抗體	1
587	14026B	輪狀病毒抗原	1
588	14027C	輪狀病毒抗體	1
589	14028B	呼腸弧病毒抗體	1
590	14029B	小兒麻痺病毒第 1.2.3 型抗體各項	1
591	14030C	B 型肝炎表面抗原	1
592	14031C	B 型肝炎表面抗原	1
593	14034C	B 型肝炎 e 抗原檢查 HBeAg-RPHA 法	1
594	14036C	B 型肝炎 E 抗體檢查	1
595	14037C	B 型肝炎核心抗體檢查	1
596	14038C	B 型肝炎核心抗體免疫球蛋白 M 檢查 (EIA/LIA 法)	1
597	14039C	A 型肝炎抗體免疫球蛋白 M 檢查 (EIA/LIA 法)	1
598	14040C	A 型肝炎抗體	1
599	14041B	D 型肝炎抗體檢查	1
600	14042B	弓漿蟲 IgG 抗體	1
601	14043B	德國麻疹血球凝集抗體效價 (H I 法)	1
602	14047B	EB 病毒核抗原抗體	1
603	14048B	巨細胞病毒核抗原抗體	1
604	14052B	單純疱疹病毒 IgM 抗體	1
605	14053B	單純疱疹病毒-1 或-2 抗原	1
606	14054B	腮腺炎病毒 IgM 抗體	1
607	14056B	腸病毒 71 型-IgM 抗體快速檢驗試驗	1
608	14058B	呼吸融合細胞病毒試驗	1
609	14059B	巨細胞病毒抗原檢查	1
610	16002C	腹水分析	1
611	16003C	胸水分析	1
612	16004C	胃液分析	1
613	16006C	腦脊髓液分析	1
614	16008C	關節囊液分析--常規檢查	1
615	16013C	關節囊液分析--偏光鏡檢查	1
616	27005B	游離甲狀腺素指數分析	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
<u>617</u>	<u>27009B</u>	<u>胎盤生乳激素放射免疫分析</u>	<u>1</u>
<u>618</u>	<u>27012B</u>	<u>春情素醇放射免疫分析</u>	<u>1</u>
<u>619</u>	<u>27015C</u>	<u>胰島素放射免疫分析</u>	<u>1</u>
<u>620</u>	<u>27016B</u>	<u>胃泌激素放射免疫分析</u>	<u>1</u>
<u>621</u>	<u>27017B</u>	<u>鐵蛋白放射免疫分析</u>	<u>1</u>
<u>622</u>	<u>27018B</u>	<u>A型肝炎放射免疫分析</u>	<u>1</u>
<u>623</u>	<u>27019B</u>	<u>二氫基春情素放射免疫分析</u>	<u>1</u>
<u>624</u>	<u>27020B</u>	<u>黃體脂酮放射免疫分析</u>	<u>1</u>
<u>625</u>	<u>27022B</u>	<u>C-勝鍊胰島素放射免疫分析</u>	<u>1</u>
<u>626</u>	<u>27024B</u>	<u>碳一端副甲狀腺素放射免疫分析</u>	<u>1</u>
<u>627</u>	<u>27025B</u>	<u>MM-一副甲狀腺素放射免疫分析</u>	<u>1</u>
<u>628</u>	<u>27026B</u>	<u>Intact 副甲狀腺素放射免疫分析</u>	<u>1</u>
<u>629</u>	<u>27028B</u>	<u>維生素 B12 放射免疫分析</u>	<u>1</u>
<u>630</u>	<u>27029B</u>	<u>葉酸放射免疫分析</u>	<u>1</u>
<u>631</u>	<u>27033C</u>	<u>B型肝炎表面抗原放射免疫分析</u>	<u>1</u>
<u>632</u>	<u>27034B</u>	<u>B型肝炎表面抗體放射免疫分析</u>	<u>1</u>
<u>633</u>	<u>27035B</u>	<u>B型肝炎 e 抗原放射免疫分析</u>	<u>1</u>
<u>634</u>	<u>27036B</u>	<u>B型肝炎 e 抗體放射免疫分析</u>	<u>1</u>
<u>635</u>	<u>27037B</u>	<u>B型肝炎核心抗體放射免疫分析</u>	<u>1</u>
<u>636</u>	<u>27040B</u>	<u>A型肝炎免疫球蛋白M放射免疫分析</u>	<u>1</u>
<u>637</u>	<u>27043B</u>	<u>普卡因醯胺放射免疫分析</u>	<u>1</u>
<u>638</u>	<u>27058B</u>	<u>甲狀腺球蛋白抗體</u>	<u>1</u>
<u>639</u>	<u>27063B</u>	<u>脂蛋白酶元 B 分析</u>	<u>1</u>
<u>640</u>	<u>27064B</u>	<u>脂蛋白酶元 A1 分析</u>	<u>1</u>
<u>641</u>	<u>30102B</u>	<u>肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變實驗室自行研發檢測(LDT)</u>	<u>3</u>

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

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	磁共振造影－無造影劑	2	15
5	33085B	磁共振造影－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

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別	每筆醫令獎勵金額(點)
32	32001C	胸腔檢查 (包括各種角度部位之胸腔檢查)	2	7
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。。

方案之附件 6

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髌骨	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一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

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
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

項次	醫令代碼	中文名稱
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(≤ 1 小時)
53	05366C	甲類護理訪視費(次)-機構:訪視時間1小時以內(≤ 1 小時)
54	05324C	甲類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間1小時以內(≤ 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(≤ 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(≤ 1 小時)
57	05368C	乙類護理訪視費(次)-機構:訪視時間1小時以內(≤ 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(≤ 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(≤ 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)
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)

項次	醫令代碼	中文名稱
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	20013B	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

一、基本資料段

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
h1	報告類別	1	X	一、報告類別代碼：1：檢體檢驗報告；2：影像報告；3：病理報告；4：人工關節植入物資料。 二、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」。 三、本欄為必填欄位。
h2	醫事機構代碼	10	X	一、衛生福利部編定之代碼，必為10碼。 二、本欄為必填欄位。
h3	醫事類別	2	X	一、醫事類別代碼： 11：門診西醫診所 12：門診西醫醫院 13：門診牙醫 14：門診中醫 15：門診洗腎 19：門診其他醫事機構 21：住診西醫診所 22：住診西醫醫院 29：住診其他醫事機構 50：特約檢驗所 二、本欄為必填欄位。
h4	執行年月	5	X	一、依實際執行檢驗(查)項目之年月填報。 二、第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0。例如民國99年，為099。第4、5碼為月份，不足位者前補0。例如5月，為05。 三、本欄為必填欄位。
h5	健保卡刷卡日期時間	13	X	一、本欄為必填欄位。 二、依保險對象持健保卡就醫當日刷卡由讀卡機自動產生就診日期時間，如為代檢驗案件請填入收到檢體日期時間。 三、若為補卡時，此欄表示補卡之日期時間，並於「h8補卡註記」填2。 四、住院病人，此欄請為入院日期時間。如為住院補卡案件，此欄請為入院補卡之日期時間，並於「h8補卡註記」填2。 五、第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0，例如民國99年，為099，民國前的年份為負數，例如：-05表示為民國前5年。第4、5碼為月份，不足位者前補0，例如5月，為05。第6、7碼為日期，不足位者前補0，例如9日，為09。第8、9碼為小時，不足位者前補0，例如上午9時，為09，下午3時，為15。第10、11碼為分，不足位者前補0，例如9分，為09。第12、13碼為秒，不足位者前補0，例如9秒，為09。
h6	就醫類別	2	X	一、本欄為必填欄位。 二、依保險對象持健保卡就醫登錄之就醫類別。 三、就醫類別代碼如下： (一) 須累計就醫序號及扣除就醫可用次數之註記 :00 門診高利用保險對象指定就醫作

特約醫事服務機構上傳醫療檢查影像格式

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
				<p>業、01 西醫門診、02 牙醫門診、03 中醫門診、04 急診、05 住院、06 門診轉診就醫、07 門診手術後之回診、08 住院患者出院之回診。</p> <p>(二) 不須累計就醫序號及不扣除就醫可用次數之註記：AA 同一療程之項目以六次以內治療為限者、AB 以同一療程之項目屬"非"六次以內治療為限者、AC 預防保健、AD 職業傷害或職業病門(急)診、AE 慢性病連續處方箋領藥、AF 藥局調劑、AG 排程檢查、AH 居家照護(第二次以後)、AI: 同日同醫師看診(第二次以後)、BA 門(急)診當次轉住院之入院、BB 出院、BC 急診中、住院中執行項目、BD 急診第二日〔含〕以後之離院、BE 職業傷害或職業病之住院、CA: 其他規定不須累計就醫序號即不扣除就醫次數者、DA 門診轉出、DB 門診手術後需於7日內之一次回診、DC 住院患者出院後需於7日內之一次回診者。</p> <p>(三) BF: 繼續住院依規定分段結清者, 切帳申報時(如長期住院 60 天以上切帳)需登錄一筆 BF 不須累計就醫序號及不扣除就醫可用次數之註記, 並連線即時查保。</p>
h7	就醫序號	4	X	<p>一、本欄為必填欄位。</p> <p>二、填健保 IC 卡規定之就醫序號, 四碼流水號例如: 0001。</p> <p>三、預防保健填「IC+預防保健之服務時程代碼」。</p> <p>四、慢性病連續處方第二次(含)以後調劑者, 請依慢性病連續處方箋上調劑記錄欄之序號填 IC02 (第2次) 或 IC03 (第3次) 或 IC04 (第4次)。</p> <p>五、接受他院所委託代(轉)檢醫療服務案件, 本欄請填原處方之就醫序號, 如無法即時取得或填報者, 每日上傳作業先以「Z000」填報, 惟後續需於「檢驗(查)結果每月上傳作業」上傳正確就醫序號之完整資料。</p> <p>六、異常代碼: 如健保卡取得就依序號前或後發生異常, 請比照健保卡上傳作業及醫療費用申報作業之「就醫序號之異常代碼對照表」作上傳。</p> <p>七、急(門)診當次轉住院: 比照醫療費用申報作業, 將急(門)診取得之就醫序號作上傳。</p> <p>八、住院期間: 比照醫療費用申報作業, 將住院入院取得之就醫序號作上傳。</p> <p>九、住院出院後14日內再住院: 依各次住院入院取</p>

特約醫事服務機構上傳醫療檢查影像格式

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
				得之就醫序號作上傳。 十、排檢案件：比照醫療費用申報作業，依就醫時取得之就醫序號作上傳。
h8	補卡註記	1	9	1：正常；2：補卡。
h9	身分證統一編號	10	X	一、同健保醫療費用點數申報「身分證統一編號」。 二、國民身分證統一編號或外籍居留證號。 三、本欄為必填欄位。
h10	出生日期	7	X	一、同健保醫療費用點數申報「出生年月日」。 二、第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0，例如民國99年，為099，民國前的年份為負數，例如：-05表示為民國前5年。第4、5碼為月份，不足位者前補0，例如5月，為05。第6、7碼為日期，不足位者前補0，例如9日，為09。 三、本欄為必填欄位。
h11	就醫日期	7	X	一、醫事類別代碼為「11」、「12」、「13」、「14」、「15」、「19」及「50」，本欄為必填欄位。 二、同健保醫療費用點數申報之「就醫日期」，填保險對象實際就醫日期。 三、第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0，例如民國99年，為099，民國前的年份為負數，例如：-05表示為民國前5年。第4、5碼為月份，不足位者前補0，例如5月，為05。第6、7碼為日期，不足位者前補0，例如9日，為09。
h12	治療結束日期	7	X	一、醫事類別代碼為「11」、「12」、「13」、「14」、「15」及「19」，且為「排程檢查案件」或「接受他院所委託代（轉）檢醫療服務案件」，本欄為必填欄位，如未能於上傳時確定治療結束日期，本欄可免填。 二、同健保醫療費用點數申報之「治療結束日期」。 三、第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0。例如民國99年，為099。第4、5碼為月份，不足位者前補0。例如5月，為05。第6、7碼為日期，不足位者前補0。例如9日，為09。 四、排程檢查案件：填「檢查當天日期」。 五、接受他院所委託代（轉）檢醫療服務案件，本欄請填代（轉）案件之檢驗日期。
h13	入院年月日	7	X	一、醫事類別代碼為「21」、「22」及「29」，本欄為必填欄位。 二、同健保醫療費用點數申報之「入院年月日」。 三、第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0，例如民國99年，為099，民國前的年份為負數，例如：-05表示為民國前5年。第4、5碼為月份，不足位者前補0，例如5月，為05。第6、7碼為日期，不足位者前補0，例如9日，為09。

特約醫事服務機構上傳醫療檢查影像格式

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
h14	出院年月日	7	X	<p>一、醫事類別代碼為「21」、「22」及「29」，本欄為必填欄位，如上傳時尚未出院者，本欄可免填。</p> <p>二、同健保醫療費用點數申報之「出院年月日」。</p> <p>三、第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0，例如民國99年，為099，民國前的年份為負數，例如：-05表示為民國前5年。第4、5碼為月份，不足位者前補0，例如5月，為05。第6、7碼為日期，不足位者前補0，例如9日，為09。</p>
h15	醫令代碼	12	X	<p>一、同健保門診或交付機構醫療費用點數申報之「藥品(項目)代號」；或住院醫療費用點數申報之「醫令代碼」。</p> <p>二、本欄為必填欄位。</p> <p>三、報告類別代碼「4」，限填下列醫令： 64164B、64169B、64202B、64162B、64170B、64258B、64201B。</p> <p>四、檢驗(查)結果應上傳醫令以外之DM、CKD個案照護醫令代碼： (一) Y00000：論質追蹤 (二) Y00001：eGFR (三) Y00002：U PCR/UACR (四) Y00003：足底檢查 (五) Y00004：身高 (六) Y00005：體重 (七) Y00006：血壓 (八) Y00007：抽菸/戒菸服務 (九) Y00008：CKD 階段 (十) Y00009：伴隨疾病/家族病史 (十一) Y00010：結案資料</p>
h16	檢驗(查)結果上傳日期時間	13	X	<p>一、醫事服務機構上傳檢驗(查)結果資料之日期。</p> <p>二、第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0，例如民國99年，為099，民國前的年份為負數，例如：-05表示為民國前5年。第4、5碼為月份，不足位者前補0，例如5月，為05。第6、7碼為日期，不足位者前補0，例如9日，為09。第8、9碼為小時，不足位者前補0，例如上午9時，為09，下午3時，為15。第10、11碼為分，不足位者前補0，例如9分，為09。第12、13碼為秒，不足位者前補0，例如9秒，為09。</p> <p>三、本欄為必填欄位。</p>
h17	醫囑醫師身分證號	10	X	<p>一、開立檢驗(查)處方醫師之國民身分證統一編號，或外籍居留證號碼。</p> <p>二、如處方為交付、轉檢或代檢，且無原處方開立醫師之國民身分證統一編號或外籍居留證號</p>

特約醫事服務機構上傳醫療檢查影像格式

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
				碼者，得以該醫師之醫事服務機構代號替代。 三、本欄為必填欄位。
h18	報告/病理 醫師身分 證號	10	X	一、判讀影像或病理報告醫師之國民身分證統一 編號，或外籍居留證號碼。 二、如處方為交付、轉檢或代檢，且無判讀影像或 病理報告醫師之國民身分證統一編號或外籍 居留證號碼者，得以該醫師之醫事服務機構代 號替代。 三、報告類別代碼為「2」或「3」，請填寫本欄。
h19	醫囑日期 時間	11	X	一、醫師開立檢驗（查）處方之日期時間。 二、第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0，例 如民國99年，為099，民國前的年份為負數， 例如：-05表示為民國前5年。第4、5碼為月份， 不足位者前補0，例如5月，為05。第6、7碼為 日期，不足位者前補0，例如9日，為09。第8、 9碼為小時，不足位者前補0，例如上午9時， 為09，下午3時，為15。第10、11碼為分，不 足位者前補0，例如9分，為09。 三、如處方為交付、轉檢或代檢，且無開立處方之 時、分紀錄者，第8-11碼得填寫0。 四、本欄為必填欄位。
h20	採檢/實際 檢查/手術 日期時間	11	X	一、第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0，例 如民國99年，為099，民國前的年份為負數， 例如：-05表示為民國前5年。第4、5碼為月份， 不足位者前補0，例如5月，為05。第6、7碼為 日期，不足位者前補0，例如9日，為09。第8、 9碼為小時，不足位者前補0，例如上午9時， 為09，下午3時，為15。第10、11碼為分，不 足位者前補0，例如9分，為09。 二、如處方為交付、轉檢或代檢，且無採檢/實際檢 查之時、分紀錄者，第8-11碼得填寫0。 三、報告類別代碼為「4」，本欄請填手術日期時 間，同健保醫療費用點數申報之「執行時間- 起」。 四、本欄為必填欄位。
h21	醫師確認 報告時間	11	X	一、第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0，例 如民國99年，為099，民國前的年份為負數， 例如：-05表示為民國前5年。第4、5碼為月份， 不足位者前補0，例如5月，為05。第6、7碼為 日期，不足位者前補0，例如9日，為09。第8、 9碼為小時，不足位者前補0，例如上午9時， 為09，下午3時，為15。第10、11碼為分，不 足位者前補0，例如9分，為09。 二、如處方為交付、轉檢或代檢，且無醫師確認報

特約醫事服務機構上傳醫療檢查影像格式

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
				告之時、分紀錄者，第8-11碼得填寫0。 三、本欄為非必填欄位。
h22	檢體採檢方法/來源/類別	200	X	一、檢體或病理檢驗之採檢方法，如切片、穿刺...等；檢體來源，如肝，靜脈...；檢體類別，如尿液、血液...。 二、報告類別代碼為「1」或「3」，請填寫本欄。 三、XML 格式設計有5種特殊字元(如：<、>、&、'、")，需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此5種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。
h23	依附就醫新生兒出生日期	7	X	一、新生兒依附就醫者，本欄位為必填欄位。 二、第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0，例如民國99年，為099，民國前的年份為負數，例如：-05表示為民國前5年。第4、5碼為月份，不足位者前補0，例如5月，為05。第6、7碼為日期，不足位者前補0，例如9日，為09。
h24	依附就醫新生兒胞胎註記	1	X	一、新生兒依附就醫者，本欄位為必填欄位。 二、單胞胎或多胞胎之新生兒出生順序及性別表示，如下表： (一)新生兒出生順序以英文 26 個字母之順序表示。 (二)英文大寫表示男性，英文小寫表示女性。 (三)依附就醫新生兒胞胎註記舉例說明如下： 單胞胎:男性填「A」，女性填「a」。 雙胞胎: 第1胎:男性填「A」，女性填「a」。 第2胎:男性填「B」，女性填「b」。 依此類推。
h25	診療部位	18	X	一、醫令為「 <u>電腦斷層造影</u> 」、「 <u>磁振造影</u> 」，本欄為必填欄位。 二、 <u>比照門住診申報格式診療部位代碼</u> ： <u>H：頭部</u> <u>A：頸部</u> <u>F：頭頸部</u> <u>U：胸部</u> <u>N：頸椎</u> <u>J：胸椎</u> <u>K：腰椎</u> <u>G：胸部及上腹部</u> <u>C：上腹部</u> <u>I：腹部(含骨盆腔)</u> <u>P：骨盆腔</u> <u>E：肢部</u> <u>Q：臂神經血管叢</u>

特約醫事服務機構上傳醫療檢查影像格式

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
				<p><u>M：骨骼肌肉系統</u></p> <p><u>V：心血管系統</u></p> <p><u>S：MRS(磁振頻譜)</u></p> <p><u>T：MRA(磁振血管攝影)</u></p> <p><u>O：其他</u></p> <p><u>B：薦椎</u></p> <p><u>D：周邊神經</u></p> <p><u>三、依實施部位填寫左靠，例如頸椎及胸椎則填 NJ。</u></p>

二、報告資料段

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
r1	報告序號	6	9	<p>一、如同一醫令具有多個檢驗(查)結果時，則連續編號，最小值為1，例如1、2、3...</p> <p>二、本欄為必填欄位。</p> <p>三、報告類別代碼為「4」，填寫方式請參考表六。</p> <p>四、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼(09006C、09005C、09044C、09004C、09015C、06013C、23501C、23502C、23702C、Y00000-Y00010)，本欄填寫方式請參考表七。</p> <p>五、報告類別代碼為「1」:填寫方式請參考表九。</p>
r2	檢驗項目名稱	100	X	<p>一、檢體或病理檢驗項目名稱。</p> <p>二、報告類別代碼為「1」或「3」或「4」，本欄為必填欄位。</p> <p>三、XML 格式設計有5種特殊字元(如：<、>、&、'、")，需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此5種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。</p> <p>四、報告類別代碼為「4」，填寫方式如下： (一) 欄位「r1報告序號」為「1」，本欄請填「BH」； (二) 欄位「r1報告序號」為「2」，本欄請填「BW」； (三) 欄位「r1報告序號」為「3」，本欄請填「ASA」； (四) 欄位「r1報告序號」為「4」、「5」，本欄請填「Surgical Approach」。</p> <p>五、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼(09006C、09005C、09044C、09004C、09015C、06013C、23501C、23502C、23702C、Y00000-Y00010)，本欄填寫方式請參考表七。</p> <p>六、報告類別代碼為「1」:填寫方式請參考表九。</p>
r3	檢驗方法	100	X	<p>一、如酵素免疫分析法(EIA)、細胞染色...等。</p> <p>二、報告類別代碼為「1」或「3」或「4」，請填寫本欄。</p> <p>三、XML 格式設計有5種特殊字元(如：<、>、&、'、")，需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此5種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。</p>

特約醫事服務機構上傳醫療檢查影像格式

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
				<p>>、&、'、”。</p> <p>四、報告類別代碼為「4」且欄位「r1報告序號」為「4」、「5」，填寫方式如下：</p> <p>(一) 第1碼，請填側別，代碼如下： L:左側；R 右側。</p> <p>(二) 第2碼，請填術別，代碼如下： 1：全膝人工關節術 TKR 2：半膝人工關節術 UKA 3：髌骨關節人工關節術 PFJA 4：全膝人工關節再置換/翻修術 RTKA 5：全髌人工關節術 THR 6：半髌人工關節術 Hemiarthroplasty 7：全髌人工關節術再置換/翻修 RTHR</p> <p>(三) 第3碼，請填入路途徑。</p> <p>1. 人工膝關節，代碼如下： 1：內髌骨側入路 Medial para-patellar； 2：外髌骨側入路 Lateral para-patellar； 3：股內肌中入路 Midvastus； 4：股內肌下入路 Subvastus； 5：其他 others；</p> <p>2. 人工髌關節代碼如下： A：後外側 Posterolateral (Moore, Southern) B：前外側 Anterolateral (Watson-Jones) C：正外側 Direct lateral (Hardinge，transgluteal) D：正前方 Direct anterior (DAA, Smith-Peterson) E：經大轉子 Transtrochanteric F：經上後方 Supra articular path 5：其他 Others</p>
r4	檢驗報告結果值	4000	X	<p>一、檢驗報告結果，如陽、25...等。</p> <p>二、報告類別代碼為「1」或「4」，本欄為必填欄位。</p> <p>三、XML 格式設計有5種特殊字元（如：<、>、&、'、”），需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此5種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、”。</p> <p>四、報告類別代碼為「4」，填寫方式如下：</p> <p>(一) 「r1報告序號」為「1」（身高），以四捨五入填至小數點第1位，如身高為 167.53cm，請填167.5； 「r1報告序號」為「2」（體重），以四捨五入填至小數點第2位，如體重為 43.536kg，請填43.54。</p> <p>(二) 「r1報告序號」為「3」，ASA 分級代碼如下： 1：分級 I 2：分級 II 3：分級 III 4：分級 IV 5：分級 V</p>

特約醫事服務機構上傳醫療檢查影像格式

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
				<p>(三) 「r1報告序號」為「4」、「5」，本欄請填特材條碼，按執行術別使用之特材全數填報，每品項特材資料以半形分號間隔，間隔符號不可以其他特殊符號或空白鍵替代，特材規格需以 GS1 (Global Standard One)、HIBCC (Health Industry Business Communications Council) (此2類為 UDI 條碼規格)及廠商產品編碼等3類規格上傳，填寫方式請參考表六。</p> <p>五、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼 (09006C、09005C、09044C、09004C、09015C、06013C、Y00000-Y00010)，本欄填寫方式請參考表七。</p> <p>六、報告類別代碼為「1」:填寫方式請參考表九。</p>
r5	單位	50	X	<p>一、如 mg/ml，莫耳濃度...等。</p> <p>二、報告類別代碼為「1」或「4」，本欄為必填欄位。</p> <p>三、XML 格式設計有5種特殊字元 (如：<、>、&、'、")，需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此5種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。</p> <p>四、報告類別代碼為「4」且欄位「r1報告序號」為「1」、「2」，填寫方式如下： (一) BH 請填「cm」。 (二) BW 請填「kg」。</p> <p>五、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼 (09006C、09005C、09044C、09004C、09015C、06013C、Y00000-Y00010)，本欄填寫方式請參考表七。</p> <p>六、報告類別代碼為「1」:填寫方式請參考表九，英文字母大小寫皆可。</p>
r6-1	參考值下限	1000	X	<p>一、報告類別代碼為「1」，則 r6-1、r6-2欄位最少需擇一填寫，不可皆為空值。</p> <p>二、XML 格式設計有5種特殊字元 (如：<、>、&、'、")，需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此5種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。</p> <p>三、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼 (09006C、09005C、09044C、09004C、09015C、06013C、Y00001、Y00002、Y00006)，本欄填寫方式請參考表七。</p> <p>四、屬文字型參考值，請填寫於本欄位，r6-2欄位免填。</p>
r6-2	參考值上限	1000	X	<p>一、報告類別代碼為「1」，則 r6-1、r6-2欄位最少需擇一填寫，不可皆為空值。</p> <p>二、XML 格式設計有5種特殊字元 (如：<、>、&、'、")，需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此5種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。</p>

特約醫事服務機構上傳醫療檢查影像格式

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
				三、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼 (09006C、09005C、09044C、09004C、09015C、06013C、Y00001、Y00002、Y00006)，本欄填寫方式請參考表七。
r7	報告結果	4000	X	<p>一、影像報告結果，含影像發現、臆斷及註記(如過敏反應、顯影劑種類)等內容。</p> <p>二、報告類別代碼為「2」，本欄為必填欄位。</p> <p>三、XML 格式設計有5種特殊字元(如：<、>、&、'、")，需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此5種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。</p> <p>四、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼 (23501C、23502C、23702C)，本欄填寫方式請參考表七。</p>
r8-1	病理發現及診斷	4000	X	<p>一、病理發現(如大體發現、顯微發現)及病理診斷結果。</p> <p>二、報告類別代碼為「3」，本欄為必填欄位。</p> <p>三、XML 格式設計有5種特殊字元(如：<、>、&、'、")，需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此5種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。</p>
r8-2	報告結果或病理發現及診斷(一)	4000	X	<p>一、可接續欄位「r7報告結果」或「r8-1病理發現及診斷」之內容填寫。</p> <p>二、XML 格式設計有5種特殊字元(如：<、>、&、'、")，需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此5種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。</p> <p>三、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼 (23501C、23502C、23702C)，且報告序號為「2」，本欄填寫方式請參考表七。</p>
r8-3	報告結果或病理發現及診斷(二)	4000	X	<p>一、可接續欄位「r8-2報告結果或病理發現及診斷(一)」之內容填寫。</p> <p>二、XML 格式設計有5種特殊字元(如：<、>、&、'、")，需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此5種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。</p> <p>三、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼 (23501C、23502C、23702C)，且報告序號為「2」，本欄填寫方式請參考表七。</p>
r8-4	報告結果或病理發現及診斷(三)	4000	X	<p>一、可接續欄位「r8-3報告結果或病理發現及診斷(二)」之內容填寫。</p> <p>二、XML 格式設計有5種特殊字元(如：<、>、&、'、")，需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此5種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。</p>

特約醫事服務機構上傳醫療檢查影像格式

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
				三、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼 (23501C、23502C、23702C)，且報告序號為「2」，本欄填寫方式請參考表七。
r8-5	報告結果或病理發現及診斷 (四)	4000	X	一、可接續欄位「r8-4報告結果或病理發現及診斷(三)」之內容填寫。 二、XML 格式設計有5種特殊字元 (如：<、>、&、'、")，需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此5種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。 三、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼 (23501C、23502C、23702C)，且報告序號為「2」，本欄填寫方式請參考表七。
r8-6	報告結果或病理發現及診斷 (五)	4000	X	一、可接續欄位「r8-5報告結果或病理發現及診斷(四)」之內容填寫。 二、XML 格式設計有5種特殊字元 (如：<、>、&、'、")，需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此5種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。 三、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼 (23501C、23502C、23702C)，且報告序號為「2」，本欄填寫方式請參考表七。
r8-7	報告結果或病理發現及診斷 (六)	4000	X	一、可接續欄位「r8-6報告結果或病理發現及診斷(五)」之內容填寫。 二、XML 格式設計有5種特殊字元 (如：<、>、&、'、")，需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此5種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。 三、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼 (23501C、23502C、23702C)，且報告序號為「2」，本欄填寫方式請參考表七。
r8-8	報告結果或病理發現及診斷 (七)	4000	X	一、可接續欄位「r8-7報告結果或病理發現及診斷(六)」之內容填寫。 二、XML 格式設計有5種特殊字元 (如：<、>、&、'、")，需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此5種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。 三、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼 (23501C、23502C、23702C)，且報告序號為「2」，本欄填寫方式請參考表七。
r8-9	報告結果或病理發現及診斷 (八)	4000	X	一、可接續欄位「r8-8報告結果或病理發現及診斷(七)」之內容填寫。 二、XML 格式設計有5種特殊字元 (如：<、>、&、'、")，需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此5種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。

特約醫事服務機構上傳醫療檢查影像格式

欄位 ID	資料名稱	長度	屬性	中文名稱/資料說明
				>、&、'、”。 三、DM、CKD 個案照護相關醫令代碼 (23501C、23502C、23702C)，且報告序號為「2」，本欄填寫方式請參考表七。
r9	醫事人員身分證號	10	X	一、實際執行醫令之醫事人員國民身分證統一編號，或外籍居留證號碼。 二、如處方為交付、轉檢或代檢，且無醫令實際執行醫事人員之國民身分證統一編號，或外籍居留證號碼者，得以該醫事人員之醫事服務機構代號替代。 三、報告類別代碼為「1」，請填寫本欄。
r10	報告日期時間	11	X	一、第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0，例如民國99年，為099，民國前的年份為負數，例如：-05表示為民國前5年。第4、5碼為月份，不足位者前補0，例如5月，為05。第6、7碼為日期，不足位者前補0，例如9日，為09。第8、9碼為小時，不足位者前補0，例如上午9時，為09，下午3時，為15。第10、11碼為分，不足位者前補0，例如9分，為09。 二、報告類別代碼為「1」、「2」或「3」，請填寫本欄。
r11	備註	4000	X	一、其他備註事項。 二、XML 格式設計有5種特殊字元 (如：<、>、&、'、")，需作為資料格式判斷，若欄位資料內容出現此5種特殊字元時，請以全形方式申報，如：<、>、&、'、"。
r12	檢驗 (查) 結果值註記	1	9	一、檢驗 (查) 評估或判讀結果，代碼如下： 0：未發現異於參考值。 1：異於參考值。 二、本欄為非必填欄位。
r13	輻射劑量	4000	X	一、本欄為非必填欄位。 二、請以「毫西弗」為單位填寫輻射劑量。
r14	實際收到報告日期時間	11	X	一、如為轉(代)檢案件，本欄請填實際收到執行檢(驗)查醫事機構提供報告之日期時間。 二、第1、2、3碼為民國年份，不足位者前補0，例如民國99年，為099，民國前的年份為負數，例如：-05表示為民國前5年。第4、5碼為月份，不足位者前補0，例如5月，為05。第6、7碼為日期，不足位者前補0，例如9日，為09。第8、9碼為小時，不足位者前補0，例如上午9時，為09，下午3時，為15。第10、11碼為分，不足位者前補0，例如9分，為09。 三、本欄為非必填欄位。

討論事項

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案(以下稱氣喘方案)」案，提請討論。

說明：

- 一、依本署108年11月22日108年第4次共同擬訂會議會議紀錄暨與會人員發言實錄辦理。
- 二、與會人員羅永達代表及台灣氣喘學會鍾飲文理事長分別反映及同意氣喘方案應比照「全民健康保險慢性阻塞肺病醫療給付改善方案」之收案條件，僅限制『個案最近90天曾在「同院所」診斷為氣喘，至少就醫達2次者』，刪除原方案收案除於同院所就醫外，另需「同醫師」診斷才可收案之限制。
- 三、以修訂後「個案最近90天曾在同院所診斷為氣喘，至少就醫達2次者」之收案條件，預估財務影響如下（詳如附件1、2，頁次討3-3~3-4）：

(一) 試算方式：以新收案條件（僅限同院所就醫，不限同醫師診治）計算 107 年符合該收案條件之病患人數（A）。並以原 107 年照護率（B），及歸戶後平均每人管理照護費用（C），進行新收案條件之年度管理照護費（D）推算，算式： $D=A*B*C$ 。並推估增加之管理照護費，算式： $D-107$ 年申報之年度管理照護費。

(二) 西醫基層：

1. 符合新收案條件之病患人數為 231,061 人，較原收案條件增加 21,784 人，推估增加管理照護費 426.8 萬點 $\{(231,061 \text{ 人} * 35.75\% * 548 \text{ 點}) - 40,999,225 \text{ 點}\}$ 。
2. 109 年度醫療給付改善方案預算為 4.59 億元，以 103 年至 107 年預算平均執行率（92.7%）推估 109 年預算執行數約

4.25 億，餘 0.34 億元，尚足以支應。

(三) 醫院：

1. 符合新收案條件之病患人數為 214,495 人，較原收案條件增加 11,770 人，推估增加管理照護費 230.1 萬點 $\{(214,495 \text{ 人} * 23.80\% * 821 \text{ 點}) - 39,632,575 \text{ 點}\}$ 。
2. 109 年度醫療給付改善方案預算為 11.87 億元，以 103 年至 107 年預算平均執行率 (83.6%) 推估 109 年預算執行數約 9.92 億，餘 1.95 億元，尚足以支應。

四、 考量與會之台灣氣喘學會理事長依其臨床專業表示認同修正氣喘方案，不應限制病患於同院所、同醫師看診達 2 次，方可收案；且本案雖放寬收案條件且可能減少病患之看診次數，惟病患皆係經符合方案參與條件之醫師診治，應未有影響病患權益之虞。擬修正氣喘方案收案條件為最近 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，才可收案。(如附件 3，頁次討 3-5)

五、 修訂方案詳附件 4 (頁次討 3-6~3-21)。

擬辦：依會議決議提報衛生福利部核定後公告實施。

103 年-107 年醫院及西醫基層總額「醫療給付改善方案」總預算數及執行狀況

西醫基層

項目	103 年	104 年	105 年	106 年	107 年
預算數(百萬元)	205.5	254.4	292.7	300.0	300.0
預算執行數 (百萬點)	189.1	220.2	242.6	279.9	325.7
預算執行率(%)	92.0%	86.6%	82.9%	93.3%	108.6%
剩餘預算數 (百萬元)	16.4	34.2	50.1	20.1	0 (超出預算 25.7 百萬點)

醫院

項目	103 年	104 年	105 年	106 年	107 年
預算數(百萬元)	567.3	741.3	876.3	997.5	1,187.0
預算執行數 (百萬點)	524.1	644.5	735.2	808.7	876.7
預算執行率(%)	92.4%	86.9%	83.9%	81.1%	73.9%
剩餘預算數 (百萬元)	43.2	96.8	141.1	188.8	310.3

推估 109 年醫院及西醫基層總額「醫療給付改善方案」總預算數執行狀況

總額別	預算數 (億元)(A)	推估		
		預算執行數 (億點)(C=A*B)	預算執行率 (%)(B)	預算剩餘數 (億元)(D=A-C)
西醫基層	4.59	4.25	92.7%	0.34
醫院	11.87	9.92	83.6%	1.95

註.109 年預算執行率係以 103-107 年預算執行率平均值推估

修正方案對 109 年醫療費用影響之推估表

總額別	原收案條件					推估 109 年醫療費用			
	符合原收案條件之病患人數	收案人數	照護率 (B)	申報之年度管理照護費(點)	平均每人年度管理照護費(點) (C)	符合新收案條件之病患人數 (A)	增加之患者人數	新收案條件年度管理照護費(點) (D=A*B*C)	增加之年度管理照護費(點)
西醫基層	209,277	74,821	35.75%	40,999,225	548	231,061	21,784	45,266,904	4,267,679
醫院	202,725	48,255	23.80%	39,632,575	821	214,495	11,770	41,933,601	2,301,026

註 1. 資料來源：健保三代倉儲資料庫 (資料擷取時間：108.12.10)

註 2. 每人平均費用已經四捨五入計算

氣喘方案內容修正對照表(僅列有修正內容)

項目	現行方案	修改內容
收案對象	<p>二、收案對象(給付對象)</p> <p>(一)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)以上者，才可收案，惟當次收案須以主診斷收案。</p>	<p>三、收案對象(給付對象)</p> <p>(一)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收案。</p>

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) 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。
- (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(≥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 2. 抽煙史 3. 職業史 4. 過去病史 (1) 過敏病史(鼻炎、結膜炎、皮膚炎等請註明過敏原) (2) 慢性阻塞性肺疾病 (3) 肺結核 (4) 職業性肺病 (5) 胸腔手術 (6) 糖尿病 (7) 心臟血管疾病史 (8) 慢性肝病 (9) 感染病史 (10) 其它(註明病因) 5. 過去和目前處置：藥劑、自我處理與監測 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)	1. 身高體重 2. 血壓 3. 心臟、脈搏 4. 皮膚、神經 5. 口腔 6. 評估氣喘嚴重度： <input type="checkbox"/> 輕度間歇性 <input type="checkbox"/> 輕度持續性 <input type="checkbox"/> 中度持續性 <input type="checkbox"/> 重度持續性 (1) 症狀頻率 白天： 夜間： (2) PEF %預估值： 7. 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	1.08011C 全套血液檢查(WBC、RBC、Hb、Hct、Platelet count、MCV、MCH、MCHC 八項) 2.08013C 白血球分類計數(WBC differential count) 3.08010C 嗜酸性白血球計算(Eosinophil Count) 4.12031C 免疫球蛋白(IgE) 5.30022C 特異過敏原免疫檢驗(Specific Allergen Test) 6.09005C 血液葡萄糖(Glucose) 7.06012C 尿一般檢查(General urine examination) 8.06009C 尿沉渣顯微鏡檢查(Sediments) 9.18001C 心電圖(E.K.G) 10.17003C 流量容積圖形檢查(Flow-volume curve) 11.32001C 胸部 X 光(包括各種角度部位之胸腔檢查)(Chest view) 12.17019C 支氣管激發試驗(Bronchial provocation test)	1. 治療計畫 2. 教導患者自我處理治療計畫 (1) 認知及避免過敏原及促發因子 (2) 瞭解症狀、嚴重度及自我處理方法 (3) 瞭解治療目標 (4) 瞭解每日使用的預防性藥物劑量(控制性之治療) (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) (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 (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 3. 安排下次門診時間
			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。	

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： <input type="checkbox"/> 輕度間歇性 <input type="checkbox"/> 輕度持續性 <input type="checkbox"/> 中度持續性 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 輕度間歇性 <input type="checkbox"/> 輕度持續性 <input type="checkbox"/> 中度持續性 <input type="checkbox"/> 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) 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 (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"/>	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"/>	2		
過程面 64%	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		
	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"/>	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"/>	4		
	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) (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)	<input type="checkbox"/>	3		

評量面向	評量項目	符合打勾	配分	總分	備註
	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"/>	1 1 1 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"/> <input type="checkbox"/>	1 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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 2 2 2 2 2 2 2 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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 2 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"/> <input type="checkbox"/>	3 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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 2 2 1 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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 2 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 ₁)	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