



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 年第一次
會議資料

108 年 3 月 14 日（星期四）下午 2 時
本署 18 樓大禮堂

108 年度第一次「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」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、全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議 議事規範說明及調整 108 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。.....	報 1-1
二、修訂全民健康保險中醫急症處置計畫。.....	報 2-1
三、修正支付標準第三部「附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給 付原則」文字案。.....	報 3-1
四、修訂「全民健康保險居家醫療照護整合計畫(草案)」報告案。	報 4-1

肆、討論事項

一、108 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準增修「經 皮移除心臟內電極導線」等 3 項診療項目。.....	討 1-1
二、有關修訂轉診支付標準案。.....	討 2-1

伍、臨時動議

陸、散會

貳、確認本會 108 年度第 1 次臨時會會議

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 1 次臨時會會議紀錄

時間：108 年 1 月 24 日（星期四）下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：宋兆喻

李代表偉強	廖秋鐳(代)	詹代表永兆	詹永兆
黃代表雪玲	黃雪玲	吳代表國治	(請假)
林代表富滿	林富滿	李代表飛鵬	李飛鵬
潘代表延健	潘延健	許代表世明	簡志成(代)
李代表佳珂	王雪月(代)	羅代表界山	羅界山
陳代表志忠	陳志忠	林代表綉珠	林綉珠
林代表淑霞	林淑霞	賴代表振榕	賴振榕
嚴代表玉華	嚴玉華	朱代表世瑋	范政弘(代)
羅代表永達	羅永達	林代表鳳珠	賴信亨(代)
謝代表文輝	謝文輝	郭代表素珍	許美月(代)
謝代表武吉	謝武吉	廖代表大富	廖大富
朱代表益宏	朱益宏	梁代表淑政	梁淑政
李代表紹誠	李紹誠	紀代表志賢	紀志賢
林代表恒立	林恒立	施代表壽全	施壽全
王代表宏育	(請假)		
黃代表振國	黃振國		
賴代表俊良	賴俊良		
張代表孟源	張孟源		
陳代表俊良	陳俊良		

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司

衛生福利部全民健康保險會

中華民國中醫師公會全國聯合會

中華民國牙醫師公會全國聯合會

中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會

中華民國醫師公會全國聯合會

中華民國藥師公會全國聯合會

台灣醫院協會

盧豐華主任(成大醫院)

周明岳主任(高雄榮總)

李孟智教授(台中醫院)

陳亮恭主任(台北榮總)

中華民國(台灣)口腔顎面外科學會

社團法人台灣龐貝氏症協會

台灣胸腔暨重症加護醫學會

臺灣醫院整合醫學醫學會

本署臺北業務組

本署北區業務組

本署中區業務組

本署企劃組

周雯雯

邱臻麗、馬文娟、盛培珠、

吳晟浩

王逸年

連新傑、許家禎

宋佳玲

陳哲維、林筱庭

陳瑩珊

鄭禮育、何佳儒、吳心華、

林佩荻、王秀貞

盧豐華

周明岳

李孟智

彭莉甯(代)

羅文良

鄧慧娟、楊佳鳳、呂立、

楊玲玲、褚妍伶

黃坤崙

吳義勇

方淑雲、林育如、林于婷、

蔡育緯、徐佳瑜、施羽真、

郭巧宜、魏妤娟、蔡雅安、

黃鈺嵐

廖智強

張傳慧

吳千里

本署醫務管理組

李純馥、劉玉娟、谷祖棣、
林淑範、劉林義、王玲玲、
韓佩軒、洪于淇、鍾欣穎、
陳依婕、吳明純、許博淇、
簡詩蓉、鄧家佩、黃思瑄、
楊瑜真、林美惠、沈瑞玲、
李宛臻、張毓芬

一、主席致詞：略。

二、報告事項

(一) 106 年至 107 年上半年本保險特約院所提報支付標準未列項目之處理情形報告案。

決定：洽悉，摘要如下。

1. 屬已列項：將項目名稱及對應支付標準代碼公開於本署全球資訊網，並函知各院所其提報項目對應之支付標準代碼，依實際執行情形申報；屬 HTA 項目，將再向各院所重申本項申報規範。
2. 屬未列項：新增項目將請原提報量最大之院所辦理新增診療項目；現有診療項目修訂名稱或備註，將彙整提至專家會議討論。於未完成診療項目新增修訂前，依統一比照之支付標準代碼申報。

(二) 108 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準案。

決定：洽悉，修訂重點如下，詳附件 1，P7~ P10。

1. 同意開放編號 09129B「維生素 B12 免疫分析」、12073B「淋巴球表面標記-感染性疾病檢驗」、14074B「HIV 病毒負荷量檢查」、

18007B「杜卜勒氏彩色心臟血流圖」、18019B「攜帶式心電圖記錄檢查」、20013B「頸動脈超音波檢查」、22017B「平衡檢查」、51018B「光化治療」、51019B「光線治療」、51033B「皮膚鏡檢查」、12202B「C 型肝炎病毒核酸基因檢測—即時聚合酶連鎖反應法」共 11 項診療項目至基層適用。

2. 其中 12073B「淋巴球表面標記-感染性疾病檢驗」及 14074B「HIV 病毒負荷量檢查」兩項，加註：「西醫基層院所限由感染科專科醫師開立處方始可申報」。

(三) 支付標準第三部牙醫新增「單側顱顎關節鏡手術」案。

決定：洽悉，同意新增「單側顱顎關節鏡手術」，支付點數 19,677 點（表訂支付點數 12,861 點），並於支付規範明訂「限牙醫門診申報」，詳附件 2，P11。

(四) 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）文字修訂案。

決定：洽悉，修訂重點摘要如下，詳附件 3，P12~ P22。

1. 第一部總則增列「第二部西醫、第三部牙醫、第六部論病例計酬」支付規範有關期間天數之定義方式。
2. 修訂第二部西醫編號 44501B「特殊心理社會治療—成人」等 8 項診療項目中文名稱，及併同修訂 47094B「心跳停止之低溫療法—第一天(≤24 小時)」等 7 項診療項目支付規範；修訂第八部品質支付服務第一章結核病 A1001C 名稱為「結核病例醫師確診診察費」且增列「不得與門診診察費同時申報」之支付規範。

三、討論事項

- (一) 修訂「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫」居家照護階段之收案條件案。

決議：同意計畫增列龐貝氏症（肝醣儲積症第二型 Pompe disease）；

ICD-10-CM：E74.02) 為居家照護對象，詳附件 4，P23~ P45。

(二) 修訂「全民健康保險跨層級醫院合作計畫」案。

決議：同意修訂，修訂重點如下，詳附件 5，P46~ P49

1. 新增「基層診所專科醫師於星期六、星期日支援地區醫院」。
2. 調整每月接受支援上限，支付標準修正為「個別地區醫院每月接受支援上限為 40 診次。當月星期六開診率達 100%且星期日開診率達 50%以上者，該月接受支援上限為 50 診次。」

(三) 修訂「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」。

決議：同意增修訂內容如下，詳附件 6，P50~ P65。

1. 參與本計畫之醫院（或整合團隊），應檢附計畫書申請，並經保險人審查通過月份開始實施。
2. 執行模式：
 - (1) 未開立整合照護門診模式：醫院（或整合團隊）未開立整合照護門診者，同一保險對象如同一日於參與計畫醫院就診多科，並由最後就診醫師整合開藥及處置者，得僅收一次部分負擔，惟不得申報本計畫之門診整合初診診察費、複診診察費，同日就診多科由醫師認定。
 - (2) 開立整合照護門診模式：承作醫院應先行報核整合門診之門診時刻表、診次及醫師等，並將相關資料上傳健保資訊網 (VPN)，如有異動，重新報備並更新 VPN 資料；醫學中心平日看診日每日至少開診 2 個診次，區域醫院平日看診日每日至少 1 個診次，地區醫院不限診次。
3. 開立整合照護門診模式之相關規定：
 - (1) 承作醫師資格：不限專科別，但須完成 6 小時教育訓練課程 (實體或網路課程)；各相關學會均得辦理教育訓練。
 - (2) 照護對象：本署不再主動提供名單，由參與醫院依保險對象最近 3 個月經 2 位(含)以上醫師看診，符合下列條件之 1 者

予以收案照護：

- A. 給藥日份 ≥ 28 天之案件中最近3個月申報之主診斷中有3種(含)以上慢性病者。
 - B. 最近3個月至少申報2次(含)以上慢性病連續處方箋且最近3個月申報之慢性病連續處方箋用藥之藥品品項數合計達10種(含)以上者。
4. 開立整合照護門診模式之費用核付：診察費依看診階段給付不同點數，分別為初診、複診共2階段，並於整合完竣後，回歸一般門診(一般案件，不納入本計畫申報)。
- (1) 整合門診初診費 1,500 點，含周全性評估及照護計畫。
 - (2) 整合門診複診費 1,000 點，初診後半年內執行，最多 2 次。

四、臨時動議：無

五、散會：下午 17 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	105-2-報6	105.06.23	現行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目以成本分析方式向醫療院所進行全面成本調查案。	現行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目以成本分析方式向醫療院所進行全面成本調查案中進行後續調查情形說明，改為繼續列管。	健保署醫管組	1. 因區域醫院協會提供之成本分析表與成本參數表、作業流程表均無法對應，例如19001C「腹部超音波」，成本分析表之主治醫師每人每分鐘成本53.2元、耗用時間為20分鐘，而所附參數之主治醫師每人每分鐘成本卻為45元、作業流程耗用時間為10分鐘等。爰本署於108年1月29日以電子郵件請協會再提供可對照之成本參數表及作業流程表，惟該協會表示暫無法提供。 2. 本署刻正就醫學中心協會及區域醫院協會提供之21項診療項目成本分析表，比較兩協會資料之差異，及分析資料可用性。		V
2	106-4(臨)-討1	106.12.26	有關放寬「全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案」參與院所資格案。	鼓勵藥師先參與計畫教育訓練，於明年度修改計畫時評估藥師取得課程認證人數及參與計畫院所釋出處方箋的比例後，再研議藥師納入事宜。	健保署醫管組	本署已於107年12月26日函轉台灣胸腔暨重症加護醫學會回復藥師參與計畫教育訓練相關資料，請藥師公會全國聯合會參考並鼓勵藥師參與計畫教育訓練。	V	V
3	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。	1. 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%)。 2. Tw-DRGs實施時程 (1) 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。 (2) 各階段實施期程如下： A. 第3階段DRG：107年7月1日實施，計443項。 B. 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)。	健保署醫管組	1. 本項決議於會議紀錄公開後，本署接獲各界反應意見多表示對於實施內容仍有疑慮。考量Tw-DRGs實施屬重大支付制度變革，本署於107年6月11日函請77家醫學會提出執行上有困難之DRG項目、具體理由說明及建議處理方式。截至108年1月14日，已有47家醫學會函復執行困難之DRG，共計提出832項修訂建議；另有27家表示無建議或已併其他學會回復，尚餘3家學會未回復，因已多次催復，將以現階段蒐集之意見進行後續研議。 2. 前述832項修訂建議綜整如下，共計影響923支DRG，本署將據以研議Tw-DRGs修訂方向，必要時邀集相關醫學會討論後再提會討論。		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
				<p>C. 第 5 階段 DRG：107 年 11 月 1 日實施，計 387 項。</p> <p>3. 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)。</p> <p>4. 於 4.0 版 Tw-DRGs 支付通則規範中增列「論日支付案例」。</p> <p>5. 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。</p>		<p>(1) 核實支付：共 13 家醫學會提出計 174 支 DRG，其中第 1-2 階 33 支 DRG，其中第 3-5 階 141 支 DRG。</p> <p>(2) 暫緩實施：共 14 家醫學會提出計 460 支 DRG，其中第 1-2 階 31 支 DRG，其中第 3-5 階 429 支 DRG。</p> <p>(3) 再分類：共 13 家醫學會提出計 70 支 DRG 其中第 1-2 階 27 支 DRG，其中第 3-5 階 43 支 DRG。</p> <p>(4) 部分項目核實：共 5 家醫學會提出計 123 支 DRG 其中第 1-2 階 111 支 DRG，其中第 3-5 階 12 支 DRG。</p> <p>(5) 部分項目暫緩或排除：共 8 家醫學會提出計 60 支 DRG 其中第 1-2 階 15 支 DRG，其中第 3-5 階 45 支 DRG。</p> <p>(6) 分類表調整：共 4 家醫學會提出計 3-5 階 8 支 DRG。</p> <p>(7) 調升支付點數：共 2 家醫學會提出計 28 支 DRG 其中第 1-2 階 2 支 DRG，其中第 3-5 階 26 支 DRG。</p>		
4	107-1(臨)-討 2	107.5.10	全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增「辦理轉診費_回轉及下轉」、「辦理轉診費_上轉」、「接受轉診門診診察費加算」5 項診療項目案。	<p>1. 同意新增編號 01034B「辦理轉診費_回轉及下轉—使用健保署電子轉診平台」(支付點數 500 點)、01035B「辦理轉診費_回轉及下轉—未用健保署電子轉診平台」(支付點數 400 點)、01036C「辦理轉診費_上轉—使用健保署電子轉診平台」(支付點數 250 點)、01037C「辦理轉診費_上轉—未使用健保署電子轉診平台」(支付點數 200 點)、01038C 接受轉診門診診察費加算(支付點數 200 點)。</p> <p>2. 針對支付規範所列「同體系醫療院所(含委託經營)」，後續辦理事宜如下： (1) 有關「同體系醫療院所(含委託經營)」名單將先參採醫事司委託醫策會辦理醫院評鑑所列之院所名單。</p>	健保署醫管組	有關「診療項目施行半年後，就同體系院所之申報情形，再提會討論」一項將提本次會議，如經確認同意，建議解除列管。	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
				(2)由健保署行文請醫事司提供「院前診所」、「聯盟診所」等同體系院所之定義。 (3)中華民國醫師公會全國聯合會如有相關名單請行文通知本署。 (4)請健保署各分區業務組蒐集轄內特約醫事機構屬同體系院所之名單。 (5)俟診療項目施行半年後，就同體系院所之申報情形，再提會討論。				
5	107-3-討3	107.10.25	放寬同體系醫院得申報轉診支付標準案。	因仍待討論，請健保署函請三層級醫院協會及醫師公會全聯會，就本案表示意見並請各協會先內部討論凝聚共識，並將專家學者之建議納入考量，本案暫保留再議。	健保署醫管組	本項將提本次會議，如經確認同意，建議解除列管。	V	
6	107-4-報1	107.12.13	全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)108年適用之相對權重統計結果案。	洽悉。配合107年特殊材料價量調查結果以及108年新增修訂診療項目案，為合理反映DRG支付點數，將由本署逕行重新計算相關DRG權重，陳報衛生福利部核定發布。	健保署醫管組	本項業於108年2月19日經衛部保字第1081260044號令公告自108年1月1日起生效。	V	
7	107-4-報2	107.12.13	修訂中醫支付標準及癌症患者加強照護整合方案報告案。	洽悉，修訂摘要如下。 1. 同意修訂第四部中醫支付標準： (1)調升每日藥費支付點數，由33點調升至35點；及調升針灸、傷科及脫臼整復計29項診療項目支付點數，各項均調升12點。 (2)增加內含複雜性傷科處置之每位專任醫師每月申報上限，由現行30人次調升為60人次。 2. 同意修訂癌症患者加強照護整合方案：放寬門診加強照護之乳癌與肺癌適應症、縮短特定癌症患者中醫門診加強照護計畫之「疾病管理照護費」及「生理評估費」申報期限。	健保署醫管組	1. 修訂中醫支付標準案業於108年2月19日經衛部保字第1081260044號令公告自108年3月1日起生效。 2. 癌症患者加強照護整合方案業於108年1月7日經健保醫字第1080000033號公告修訂，自108年1月1日起生效。	V	
8	107-4-報3	107.12.13	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。	洽悉，修訂摘要如下。 1. 同意修訂第三部牙醫支付標準： (1)新增診療項目5項：「牙齒外傷急症處理」、「顱顎關節障礙初診特殊檢查費」、「顱顎關節障礙複診特殊檢查費」、「單側顱顎關節障礙乾針治療」及「單側顱	健保署醫管組	1. 增修牙醫支付標準案業於108年2月19日經衛部保字第1081260044號令公告自108年3月1日起生效。 2. 牙醫門診總額特殊醫療服務計畫業於108年1月4日經健保醫字第1070001366號公告修訂，自108年1月1日起生效。	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
				<p>顎關節沖洗」。</p> <p>(2)調升 89113C「特殊狀況之複合體充填」等 2 項診療項目支付點數、修訂 91009B「牙周骨膜翻開術—局部」等 7 項診療項目支付規範，及 92094C「週日及國定假日牙醫門診急症處置」中文名稱及支付規範。</p> <p>(3)第三部通則新增口腔病理科及其轉診之診療項目，及新增牙周炎病人收取自費規範。</p> <p>(4)配合「牙周病統合照護計畫」導入支付標準，新增第五章「全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合治療實施方案」，及「牙周病統合治療第一階段支付」等 3 項診療項目，並修訂 91006C「齒齦下刮除術(含牙根整平術)—全口」等 4 項診療項目支付規範等。</p> <p>(5)另新增「單側顱顎關節鏡手術」，需再釐清費用是否跨醫院及牙醫總額，本案暫保留再提會討論。</p> <p>2. 全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫修訂 P30002「氟化物防齲處理」申報頻率等規定。</p>		3. 新增「單側顱顎關節鏡手術」一項，與本次會議追蹤序號 14 相同，追蹤情形併該項處理，建議解除列管。		
9	107-4-討 1	107.12.13	108 年增修 47065B「治療性導管植入術—末梢靜脈植入中心導管術 (PICC)」等 3 項診療項目及手術章節分項案。	<p>同意增修訂內容如下：</p> <p>1. 修訂 47065B「治療性導管植入術—末梢靜脈植入中心導管術 (PICC)」、84038B「人工電子耳手術(人工耳蝸植入術)」適應症，及第二部第二章第七節手術分項。</p> <p>2. 新增「器官移植協調管理費」，支付點數 5,000 點。</p>	健保署醫管組	本項業於 108 年 2 月 19 日經衛部保字第 1081260044 號令公告自 108 年 3 月 1 日起生效。	V	
10	107-4-討 3	107.12.13	修訂「全民健康保險居家醫療照護整合計畫(草案)」案。	<p>1. 同意本署所提修正內容外，並增修下列內容：</p> <p>(1)為利居家醫療訪視醫師整合照護對象用藥，將朝放寬「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」之專科別限制方向研議，以符合居家醫療訪視醫師整合照護對象用藥所需。</p> <p>(2)藥師每月訪視人次上限比照其他專業人員修正為 45 人次為限。</p> <p>(3)為避免浮濫申報，同一醫</p>	健保署醫管組	本案將提本次會議報告，如經確認同意，後續將依程序辦理計畫公告事宜；另前次會議建議放寬「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」之專科別限制一節，將另案召開會議研議，並依會議決議調整品質獎勵措施之操作型定義。	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
				<p>師對同一照護對象之緊急訪視，每日以一人次為限，超過不予支付緊急訪視費。</p> <p>2. 請醫務管理組分析居家醫療(S1)訪視，同日申報護理處置費之情形，評估是否另行支付護理人員陪同醫師訪視之費用。</p> <p>3. 各界新增修訂意見於不違背計畫精神下，收錄至本次會議為止。</p> <p>4. 108年計畫修正公告施行前，原計畫延續執行，至新計畫提會通過公告後。</p>				
11	107-4-討4	107.12.13	新增108年「醫療給付改善方案(以下稱P4P)」糖尿病病人之胰島素注射獎勵措施案。	新增病人之胰島素注射獎勵措施，每增加1人，獎勵500點，惟不論是否參加糖尿病醫療給付改善方案之個案，皆納入獎勵範圍，由本署年終結算獎勵金。	健保署醫管組	本項業於108年2月19日經衛保字第1081260044號令公告自108年3月1日起生效。	V	
12	108-1(臨)-報1	108.01.24	106年至107年上半年本保險特約院所提報支付標準未列項目之處理情形報告案。	<p>洽悉，摘要如下：</p> <p>1. 屬已列項：將項目名稱及對應支付標準代碼公開於本署全球資訊網，並函知各院所其提報項目對應之支付標準代碼，依實際執行情形申報；屬HTA項目，將再向各院所重申本項申報規範。</p> <p>2. 屬未列項：新增項目將請原提報量最大之院所辦理新增診療項目；現有診療項目修訂名稱或備註，將彙整提至專家會議討論。於未完成診療項目新增修訂前，依統一比照之支付標準代碼申報。</p>	健保署醫管組	<p>1. 本署已於108年3月11日函知各分區業務組及提報院所已列項目之名稱及對應支付標準代碼，並公開於全球資訊網，請院所依規範申報。</p> <p>2. 未列項新增項目計83項，刻正函請提報量最大之院所提供成本資料，以辦理後續新增療項目作業，上述作業將列入醫令自動化檢核。</p>	V	
13	108-1(臨)-報2	108.01.24	108年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準案。	<p>洽悉，修訂重點如下：</p> <p>1. 同意開放編號09129B「維生素B12免疫分析」、12073B「淋巴球表面標記-感染性疾病檢驗」、14074B「HIV病毒負荷量檢查」、18007B「杜卜勒氏彩色心臟血流圖」、18019B「攜帶式心電圖記錄檢查」、20013B「頸動脈超音波檢查」、22017B「平衡檢查」、51018B「光化治療」、51019B「光線治療」、51033B「皮膚鏡檢查」、12202B「C型肝炎病毒核酸基因檢測-即時聚合酶連鎖反應法」共11項診療項目至基層適用。</p>	健保署醫管組	本案已於108年3月4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
				2. 其中 12073B「淋巴球表面標記-感染性疾病檢驗」及 14074B「HIV 病毒負荷量檢查」兩項，加註：「西醫基層院所限由感染科專科醫師開立處方始可申報」。				
14	108-1(臨)-報3	108.01.24	支付標準第三部牙醫新增「單側顱顎關節鏡手術」案。	洽悉，同意新增「單側顱顎關節鏡手術」，支付點數 19,677 點(表訂支付點數 12,861 點)，並於支付規範明訂「限牙醫門診申報」。	健保署醫管組	本案已於 108 年 3 月 4 日陳報衛生福利部核定中，俟衛生福利部核定公告。		V
15	108-1(臨)-報4	108.01.24	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)文字修訂案。	洽悉，修訂重點摘要如下： 1. 第一部總則增列「第二部西醫、第三部牙醫、第六部論病例計酬」支付規範有關期間天數之定義方式。 2. 修訂第二部西醫編號 44501B「特殊心理社會治療-成人」等 8 項診療項目中文名稱，及併同修訂 47094B「心跳停止之低溫療法-第一天(≤24 小時)」等 7 項診療項目支付規範；修訂第八部品質支付服務第一章結核病 A1001C 名稱為「結核病例醫師確診診察費」且增列「不得與門診診察費同時申報」之支付規範。	健保署醫管組	本案已於 108 年 3 月 4 日陳報衛生福利部核定中，俟衛生福利部核定公告。		V
16	108-1(臨)-討1	108.01.24	修訂「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫」居家照護階段之收案條件案。	同意計畫增列龐貝氏症(肝醣儲積症第二型 Pompe disease；ICD-10-CM：E74.02)為居家照護對象。	健保署醫管組	本計畫於 108 年 3 月 12 日公告修訂自 108 年 4 月 1 日起實施。	V	
17	108-1(臨)-討2	108.01.24	修訂「全民健康保險跨層級醫院合作計畫」案。	同意修訂，修訂重點如下： 1. 新增「基層診所專科醫師於星期六、星期日支援地區醫院」。 2. 調整每月接受支援上限，支付標準修正為「個別地區醫院每月接受支援上限為 40 診次。當月星期六開診率達 100%且星期日開診率達 50%以上者，該月接受支援上限為 50 診次。」	健保署醫管組	本計畫於 108 年 3 月 4 日公告修訂自 108 年 4 月 1 日起實施。	V	
18	108-1(臨)-討3	108.01.24	修訂「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」。	同意增修訂內容如下： 1. 參與本計畫之醫院(或整合團隊)，應檢附計畫書申請，並經保險人審查通過月份開始實施。 2. 執行模式： (1)未開立整合照護門診模	健保署醫管組	本計畫衛福部已於 108 年 3 月 6 日核定，刻正簽辦公告作業，將於近期公告，建議解除列管。	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
				<p>式：醫院(或整合團隊)未開立整合照護門診者，同一保險對象如同一日於參與計畫醫院就診多科，並由最後就診醫師整合開藥及處置者，得僅收一次部分負擔，惟不得申報本計畫之門診整合初診診察費、複診診察費，同日就診多科由醫師認定。</p> <p>(2)開立整合照護門診模式：承作醫院應先行報核整合門診之門診時刻表、診次及醫師等，並將相關資料上傳健保資訊網(VPN)，如有異動，重新報備並更新VPN資料；醫學中心平日看診日每日至少開診2個診次，區域醫院平日看診日每日至少1個診次，地區醫院不限診次。</p> <p>3. 開立整合照護門診模式之相關規定：</p> <p>(1)承作醫師資格：不限專科別，但須完成6小時教育訓練課程(實體或網路課程)；各相關學會均得辦理教育訓練。</p> <p>(2)照護對象：本署不再主動提供名單，由參與醫院依保險對象最近3個月經2位(含)以上醫師看診，符合下列條件之1者予以收案照護：</p> <p>A. 給藥日份≥ 28天之案件中最近3個月申報之主診斷中有3種(含)以上慢性病者。</p> <p>B. 最近3個月至少申報2次(含)以上慢性病連續處方箋且最近3個月申報之慢性病連續處方箋用藥之藥品品項數合計達10種(含)以上者。</p> <p>4. 開立整合照護門診模式之費用核付：診察費依看診階段給付不同點數，分別為初診、複診共2階段，並於整合完竣後，回歸一般門診(一般案件，不納入本計畫申報)。</p> <p>(1)整合門診初診費1,500點，含周全性評估及照護計</p>				

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
				畫。 (2) 整合門診複診費 1,000 點， 初診後半年內執行，最多 2 次。				

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：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議議事規範說明及調整 108 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。

說明：

- 一、全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議議事規範說明如附件（頁次報1-2~1-3）。
- 二、調整108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
 - (一) 原訂108年每季最後一個月召開共同擬訂會議1次，為配合健保會總額協商會議及本署各總額研商議事會議之決議事項順利提至本會議充分討論，建議會議時間調整如下表：

會議名稱	第 1 次	第 2 次	第 3 次	第 4 次	臨時會
會議日期	108.3.14 (星期四)	108.4.23 (星期二)	108.7.11 (星期四)	108.11.12 (星期二)	視必要 再預約日期

- (二) 請各代表預留前述 108 年會議時間，以利會議順利召開；如遇特殊情事須變更會議日期，本署將儘速通知各代表。

任期及代表組成

- 本屆任期：108年~109年
- 代表組成
 - 主管機關代表1人
 - 專家學者2人
 - 被保險人代表2人
 - 雇主代表2人
 - 保險醫事服務提供者代表31人

會議進行方式

- 出席規定
 - 代表因故不能出席會議時，得指定代理人2名，並依代理人順位由1人代理出席，另列席單位出席人員以2名為限。
- 發言原則
 - 每次發言或說明應簡明扼要及應合乎議題，發言時間每人每次以3分鐘為原則。
 - 發言內容未符合會議議題或超出發言時間，經主席提示仍未改善者，主席得先予停止其發言，以維護其他代表之權益。
- 臨時提案
 - 會議提案經排入議程後，應於開會一週前分送各出席人員。
 - 如遇緊急事件或具時效性之事項，得於會議中提出臨時提案或縮短提案資料之提供時程，臨時提案須經由主席徵詢出席代表多數意見後，變更會議議程。

會議公開事項

- 利益揭露聲明書。
 - 本會議代表於出席首次會議前，應填具利益揭露聲明書，聲明其本人、配偶或直系親屬業務上之利益，與本會議討論事項有無相涉情事。代表如違反前項之規定，且情節重大者，經本會議決議後，保險人得予更換；其缺額，由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂辦法第6條規定辦理。
- 會議議程：應於開會七日前對外公開。
- 會議內容實錄。

報告事項

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂全民健康保險中醫急症處置計畫。

說明：

- 一、依據本署 108 年 2 月 21 日全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 108 年第 1 次研商議事會議決議辦理。
- 二、修訂全民健康保險中醫急症處置計畫支付標準表，中醫急症處置費(P61002)支付點數由現行 354 點調整為 500 點，修訂後之計畫內容如附件，頁次報 2-3~2-12。
- 三、旨揭計畫 107 年 5-12 月共計申報 333 件、415,184 點，調整中醫急症處置費為 500 點後，將增加 97,411 點(如附表，頁次報 2-2)，預估 108 年全年為 768,893 點，尚未超出 108 年之 20 百萬元預算。

擬辦：本案經討論後如獲同意，將依程序報請衛生福利部核定後公佈實施。

附表、107年5-12月中醫急症處置費(P61002)申報情形及費用影響評估

單位：點

107年5-12月申報情形							財務推估		
申報次數	申報成數	件數	件數占率	支付點數	申報點數	支付點數	申報點數	支付點數	增加點數
A	B	C		D	$X=A*B*C*D$	d	$Y=A*B*C*d$	Y-X	
1	1	138	42%	354	48,852	500	69,000	20,148	
	1.2	10	3%		4,248		6,000	1,752	
	1.5	4	1%		2,124		3,000	876	
2	1	27	8%	354	19,116	500	27,000	7,884	
	1.2	3	1%		2,549		3,600	1,051	
3	1	150	45%		159,300		225,000	65,700	
總計		332	100%		236,189		333,600	97,411	

全民健康保險中醫急症處置計畫

一、依據：

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的：

針對急診常見病症，藉由中醫介入處置，減輕急診壅塞，減少病人反覆進出急診或滯留於急診觀察區。

三、適用範圍及收案條件：符合下列疾病適應症之急診病人，經急診主治醫師評估需中醫介入處置，且徵詢病人同意者。

(一)眩暈

1.適應症：ICD-10-CM前三碼為R42、H81。

2.排除急重症與危急病人。

(二)急腹症(腸阻塞)

1.適應症：ICD-10-CM前四碼為K31.5、K56.0、K56.5、K56.6、K56.7、K91.3。

2.排除緊急開刀與危急病人。

(三)胸悶、胸痛、心悸

1.適應症：ICD-10-CM前三碼或前四碼為F41、F45.4、I20、I23.7、I49.9、K21、R00、R07、R12、R53，且符合下列情況之一者：

(1)心電圖為正常竇性節律(normal sinus rhythm)、竇性心律過速(sinus tachycardia)或竇性心律過緩(sinus bradycardia)等，抽血數值無明顯異常需矯正，影像學診斷亦無明顯異常，給予西藥症狀治療仍無法改善，導致仍需滯留於急診留觀或等床者。

(2)確診為特定疾病所導致之胸悶、胸痛、心悸，經西醫治療後症狀仍持續，導致仍需滯留於急診留觀或等床者。

(3)心肌梗塞溶栓治療危險評分(Thrombolysis in Myocardial Infarction risk score, TIMI risk score)大於4分者(其14天內之死亡率大於20%)，應與急診醫師討論，並酌情告知病人或家屬，再斟酌是否治療。

2.排除需接受緊急侵入性治療之病人(註：若經侵入性治療後，病人意識清醒且仍感不適導致須於急診留觀或等床者，則不在此限)。

3.排除生命徵象不穩定、需插管急救及其他緊急處置之病人。

4.排除須立即轉往加護病房之病人。

(四)軟組織疼痛

- 1.適應症：ICD-10-CM前三碼或前四碼為M54.4、M54.5、M60.8、M60.9、M65.3、M65.4、M65.8、M65.9、M67.4、M70、M75、M76.3、S20.2、S23、S33、S40、S46、S47、S50、S56、S57、S60、S66、S70、S76、S77、S80、S86、S87、S90、S96、S97、L03。
- 2.排除急重症與危急病人。

(五)經痛

- 1.適應症：ICD-10-CM前四碼為N94.4、N94.5、N94.6。
- 2.排除懷孕、急重症與危急病人。

(六)偏頭痛

- 1.適應症：ICD-10-CM前三碼為G43。
- 2.排除急重症與危急病人。

(七)癌症疼痛

- 1.適應症：ICD-10-CM前四碼為G89.3。
- 2.排除急重症與危急病人。

(八)骨骼、關節相關痛症

- 1.適應症：ICD-10-CM前三碼或前四碼為M02.3、M02.8-M02.9、M05-M19、M1A、M22-M25、M36.1-M36.4、M43、M45、M46.1、M46.4、M46.8-M46.9、M47-M51、M77、M80、M81、M84.3、M84.4、M84.5、M84.6、M79.6、S02、S12、S22、S32、S38、S39、S42、S49、S52、S59、S62、S72、S79、S82、S89、S92、S43、S53、S63、S67、S69、S73、S83、S93、S28、S38、S48、S68、S78、S88、S98。
- 2.排除急重症與危急病人。

(九)腦中風

- 1.適應症：
 - (1)出血性腦中風：ICD-10-CM前三碼為I61及I62，為非創傷性出血性腦中風，出血性中風指數(Intracerebral Hemorrhage score, ICH score)為0分。
 - (2)梗塞性腦中風：ICD-10-CM前三碼為I63，梗塞性腦中風到急診時美國國

衛院腦中風評估量表(National Institutes of Health Stroke Scale, 以下稱NIHSS)分數小於6分(不含6分), 未接收靜脈注射血栓溶解劑, 栓體舒注射液(recombinant tissue plasminogen activator, rt-PA, Actilyse)之病人。

2. 出血性腦中風病人, 排除下列情況者:

- (1) 非創傷性出血性腦中風, 排除蜘蛛膜下腔出血、硬腦膜下腔出血、硬腦膜外出血。
- (2) 生命徵象不穩定、需插管急救、及其他緊急處置之病人。
- (3) 接受緊急侵入性治療之病人。
- (4) 立即轉往加護病房之病人。

3. 梗塞性腦中風病人, 排除下列情況者:

- (1) 合併急性心肌梗塞病人。
- (2) 疑似腦出血(包括蜘蛛網膜下出血)病人。
- (3) 生命徵象不穩定、需插管急救之病人。
- (4) 接受緊急侵入性治療之病人。
- (5) 立即轉往加護病房之病人。

四、中醫急症處置照護流程, 詳附件三。

五、評估方式:

- (一) 眩暈: 使用視覺類比量表(Visual Analogue Scale, 以下稱VAS 量表)進行前、後測評估, 並於每次處置後記錄VAS 量表分數。
- (二) 急腹症(腸阻塞): 使用VAS 量表進行前、後測評估, 並於每次處置後記錄VAS 量表分數。
- (三) 胸悶、胸痛、心悸
 1. 記錄病人針灸治療前、後之心跳及血壓。
 2. 使用數字等級量表(Numerical Rating Scale, NRS)評估病人針灸治療前、後之臨床症狀改善程度, 以數字量化1-10表示, 最不舒服且無法離開病床為10, 可執行日常活動無不適為0, 並於每次處置後記錄於病歷。
- (四) 軟組織疼痛: 使用簡易麥吉爾疼痛問卷(Short Form McGill Pain Questionnaire, SF-MPQ)進行前、後測評估, 並於每次處置後記錄分數。

(五)經痛：

- 1.使用VAS量表進行前、後測評估，並於每次處置後記錄VAS量表分數。
- 2.由中醫進行病案分析與臨床評估。

(六)偏頭痛

- 1.使用VAS量表進行前、後測評估，並於每次處置後記錄VAS量表分數。
- 2.由中醫進行病案分析與臨床評估。

(七)癌症疼痛

- 1.使用VAS量表進行前、後測評估，並於每次處置後記錄VAS量表分數。
- 2.由中醫進行病案分析與臨床評估。

(八)骨骼、關節相關痛症：使用疼痛評估(VAS 量表)及關節角度評估(range of motion，以下稱 ROM)進行前、後測評估，並於每次處置後記錄 VAS 量表分數及 ROM 數值。

(九)腦中風

1.出血性腦中風

- (1)由中醫進行病案分析。
- (2)記錄病人針灸治療前、後之昏迷指數(Glasgow Coma Scale，以下稱 Coma Scale)。
- (3)記錄病人針灸治療前、後之上下肢近端及遠端雙側的肌力分級(muscle power)。

2.梗塞性腦中風

- (1)由中醫進行病案分析。
- (2)記錄病人針灸治療前、後之NIHSS分數。
- (3)記錄病人針灸治療前、後之Coma Scale。
- (4)記錄病人針灸治療前、後之上下肢近端及遠端雙側之肌力分級(muscle power)。

六、預算來源：

全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「中醫急症處置」專款項目下支應。

七、申請資格：

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

八、申請程序：

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

九、申請資格審查：

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

十、執行方式：

- (一)醫師應對當次看診病人提供完整之診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，並以標準作業流程與處置完成診療。
- (二)本計畫執行期間，保險醫事服務機構欲變更計畫申請表內容，須先函送中醫全聯會進行評估，經保險人分區業務組核定後，始得變更。

十一、支付方式：

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

十二、醫療費用申報與審查：

(一)醫療費用申報

1.門診醫療費用點數申報格式之總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。

2.門診醫療費用點數申報格式點數清單段：

(1)案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。

(2)特定治療項目(一)：請填報「JK(中醫急症處置計畫)」。

3.本計畫之費用與當次西醫急診費用分開申報。

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

十三、執行報告：

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

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

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

十六、本計畫實施成效由中醫全聯會進行評估，並於實施半年後進行期中檢討，於年終向健保會提送年度執行報告，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況及病人療效評估等資料。

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

全民健康保險中醫急症處置計畫申請表

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

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

全民健康保險中醫急症處置計畫 給付項目及支付標準

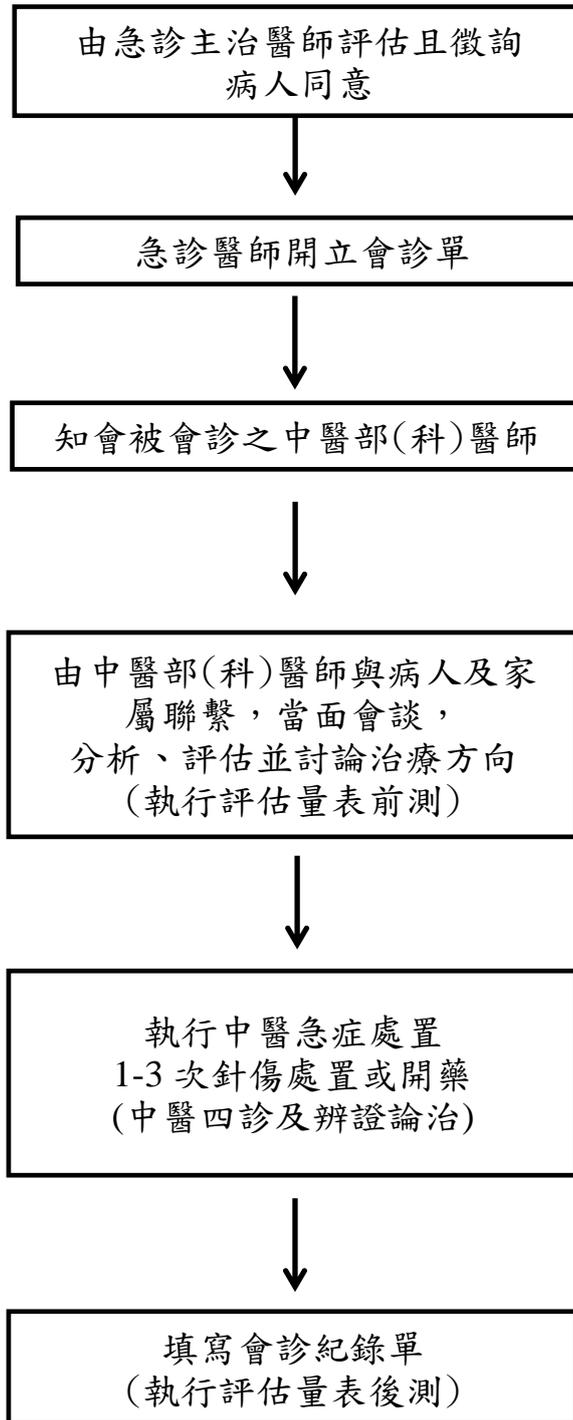
通則：

- 一、本標準所訂支付點數包括中醫師診療、處置、處方、藥費、調劑費、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本(如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出)。
- 二、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。
- 三、本計畫之案件當次不得另行申報「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」(以下稱醫療服務支付標準)之02005B「住院會診費」及第四部中醫各章節之診療項目，且本計畫之申報量不併入該院所原門診合理量或針灸、傷科及脫臼整復原合計申報量計算。
- 四、本計畫之案件(同一個案)當次就醫之中醫急症處置費以申報三次為限。

全民健康保險中醫急症處置計畫 支付標準表

編號	診療項目	支付點數
P61001	中醫急症診察費	521
P61002	中醫急症處置費	<u>500</u> 354
<p>註1：夜間(晚上十時至隔日早上六時)加成50%、例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加成20%，同時符合夜間及例假日者，則僅加成50%。</p> <p>註2：每一個案該次急診期間，限申報一次中醫急症診察費(P61001)。</p> <p>註3：每一個案該次急診期間，中醫急症處置費(P61002)以申報三次為上限。</p> <p>註4：藥費及藥品調劑費依醫療服務支付標準第四部中醫第二章及第三章所列項目申報及規定辦理。</p>		

中醫急症處置照護流程



報告事項

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修正支付標準第三部「附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則」文字案。

說明：

- 一、查全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫導入支付標準案，業經衛生福利部108年2月19日以衛部保字第1081260044號公告自108年3月1日起生效。
- 二、為配合前揭計畫導入支付標準，爰修正支付標準第三部牙醫「附表3.3.3牙醫相對合理門診點數給付原則」一（一）1(4)之案件分類代碼（詳附件，頁次報3-2~3-3）。

附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則

一、實施範圍定義：

(一)醫療費用

1. 申報之總醫療費用點數（含部分負擔）。
2. 下列項目費用，不列入計算：
 - (1)週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。
 - (2)支付標準適用地區以上醫院之表別(A、B表)項目。
 - (3)案件分類為14、16等專款專用之試辦計畫項目。
 - (4)案件分類為195—牙周病統合治療第一階段支付(91021C)、牙周病統合治療第二階段支付(91022C)、牙周病統合治療第三階段支付(91023C)。
 - (5)案件分類為19—特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。
 - (6)案件分類為19—特殊治療項目代號為「JA」或「JB」全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫。
 - (7)案件分類為A3—牙齒預防保健案件。
 - (8)案件分類為B6—職災代辦案件。
 - (9)案件分類為19—定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92090C)、非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92091C)。
 - (10)案件分類為19—口腔黏膜難症特別處置(92073C)。
 - (11)案件分類為B7—行政協助門診戒菸部份。
 - (12)加成之點數。
 - (13)初診診察費差額。
 - (14)感染管制診察費差額。
 - (15)山地離島診察費差額。
 - (16)牙醫急診診察費差額。
 - (17)特定牙周保存治療(91015C、91016C)、牙周病支持性治療(91018C)。

(二)適用鄉鎮：

1. 台北市、原臺灣省轄內之臺中市、原直轄市之高雄市(不含旗津區)。
2. 該鄉鎮市區(縣轄市)戶籍人口數大於十萬且人口密度大於四千人/平方公里。
3. 保險人每年依上開條件公告適用鄉鎮(區)名單。

註：

1. 台北市【松山區、信義區、大安區、中山區、中正區、大同區、萬華區、文山區、南港區、內湖區、士林區、北投區】
2. 台中市【中區、東區、南區、西區、北區、西屯區、南屯區、北屯區】
3. 高雄市【楠梓區、左營區、鼓山區、三民區、苓雅區、新興區、前金區、鹽埕區、前鎮區、小港區】

4.鄉鎮市區人口數以內政部統計為準。

(三)前述適用鄉鎮牙醫師如有以下情形，不適用本原則之折付方式：

1.該分區已結算之最近四季浮動點值之平均值超過 1.05 元，則該年度該分區專任牙醫師不適用本原則之折付。

2.專科醫師。

3.該鄉鎮市區只有一位之專任牙醫師。

4.除第 1、2、3 項所列以外之山地離島地區牙醫師如有特殊情況，得向總額受託單位提出申請，並經牙醫門診總額研商議事會議同意者。

註：以上第 2 項專科醫師，係中華民國牙醫師公會全國聯合會按季提供之轉診加成醫師名單之醫師；牙醫師以同期保險人醫院及基層院所牙醫師數統計為準；第 1、3 項每年公告一次名單。

二、折付方式：以醫師為單位計算各院所各醫師合計折付點數上限，並與院所審查核付點數比較，計算實際核付點數

(一)先計算每位醫師每月申報醫療費用(=申報總醫療點數(含部分負擔)-排除項目費用點數)，點數在五十五(含)萬點以下時維持原費用點數，超過五十五萬點時，則按下列分級予以折付：在五十五-六十五(含)萬點部分乘以0.78，在六十五-七十五(含)萬點部分乘以0.39，在七十五萬點以上部分乘以0.10之方式，計算當月該醫師折付上限總點數。

註 1：各醫師每月申報費用之計算，係於每月底針對已受理並完成轉檔之資料，啟動全國醫師別總費用歸戶，將各院所申報上月費用及當月補送上月以前之補報費用中該醫師申報之點數加計。因故上月執業費用於次月以後申報者(限發生年月費用未曾申報者)，追溯計算費用發生年月該醫師於其他院所執業費用之點數，並按規定加計折算費用，原已完成歸戶計算費用之院所則不予追扣或補付費用。

註 2：全國醫師別總費用歸戶後，申報醫師 ID 檢核錯誤及醫師以 A 報 B 者均不予支付，且不得申復，但重大行政或系統問題所致者，由保險人衡酌處理，且同院所一年不得超過一次。

(二)前開醫師折付上限總點數，按該醫師在多處院所申報醫療費用比例，計算該醫師在某院所之折付上限點數。

(三)計算各院所各醫師合計折付點數上限(=所有醫師折付上限點數合計+排除項目費用點數)。嗣後，該院所審查核付點數如大於折付點數上限，按折付點數上限核給費用；如小於折付點數上限，則按核付點數核給費用。

三、核付院所費用後，若有申復，致使審查補付點數加原核定點數大於折付點數上限時，以折付點數上限為給付限額。

報告事項

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險居家醫療照護整合計畫(草案)」報告案。

說明：

- 一、本計畫經 107 年 12 月 13 日支付標準共同擬訂會議討論，依據會議決議及與會代表建議修訂如附件，頁次報 4-5~4-46。
- 二、本計畫修訂重點摘要如下：
 - (一) 居家醫療病人之整體照護需求，由居家西醫主治醫師整體評估，必要時再連結牙醫師、中醫師、藥師等其他醫事人員服務。
 - (二) 新增醫院院外醫師、牙醫師及中醫師配合出院準備服務到院評估居家醫療服務需求，每次可申報訪視費 1,553 點。本項係調整至病人住家評估居家醫療服務需求，提前至病人出院前，故如經評估病人不符合收案條件，亦比照現行規定不予支付訪視費。
 - (三) 新增夜間及例假日緊急訪視加成：
 1. 針對病人生命徵象不穩定、呼吸喘急持續未改善等 8 項適應症，西醫師、護理人員及呼吸治療師之緊急訪視，給予夜間及例假日加成 40%~70%。
 2. 同一醫師對同一病人之緊急訪視，每日以一人次為限，超過不予支付緊急訪視費
 - (四) 整合居家牙醫醫療服務：
 1. 服務提供者：參與「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之照護院所，且須為修習到宅牙醫醫療相關課程之牙醫師。
 2. 服務對象：除特定障礙類別等級為中度以上有口腔醫療需要之長期臥床患者，及屬「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病人，且長期臥床者二類病人，牙醫師可自行收案外，其他病人須經居家西醫主治醫師評估連結。

3. 支付標準：採論次支付方式，費用內含護理費、口腔預防保健，且健保給付項目不得收取其他自費。病人清醒時50%活動限制在床上或椅子上，每次 5,700 點；其餘每次 3,800 點。
4. 牙醫師訪視及提供居家醫療服務之申請表、抽審應檢附文件、服務流程與相關規範，沿用「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之到宅牙醫醫療服務規範。
5. 另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提出申請，區域級以上醫院之牙醫師維持自行提出申請。

(五) 新增中醫師居家醫療照護服務：

1. 服務提供者：執業 2 年以上(含)之中醫師。
2. 服務對象：本計畫之收案對象，罹患癌症、腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷四類疾病，需要中醫輔助醫療協助者，且經居家西醫主治醫師評估連結。
3. 支付標準：除中醫師訪視費(1,553 點，內含傷科指導)論次計酬外，藥費、藥品調劑費、針灸等費用，依支付標準核實申報。

(六) 經確認與長照給付不重複，新增藥師居家藥事服務：

1. 服務提供者：具藥事人員 2 人(含)以上之社區藥局或特約醫療院所之執業藥師，並經藥師全聯會培訓及格，取得藥事居家照護遴選資格證書。
2. 服務對象：醫師判斷其專業能力無法處理，依需求逐次照會藥師協助之臨終病患管制藥品使用諮詢、特殊劑型用藥

指導。

3. 支付標準：居家藥事照護，每次 1,100 點。

(七) 本計畫管理措施：6 個月內未完成用藥整合之病人(不含安寧療護階段)應予以結案(收案前請病人簽署同意書)、收案人數及訪視次數遠高於同儕者加強審查、無意願提供服務院所之退場機制、修訂收案條件使更明確、增訂結案條件等。

(八) 本計畫觀察指標與品質獎勵措施：

1. 觀察指標：包括病人接受醫師照會中醫師/牙醫師/藥師訪視比、病人收案 6 個月後由居家醫療團隊提供完整醫療服務，未於西醫門診(不含急診)就醫情形、病人收案後急診就醫情形、病人死亡前 6 個月內安寧療護照護率四大類共 9 項指標。

2. 品質獎勵措施：病人收案滿 6 個月後，由居家醫療照護團隊提供完整照護者，該病人當年度之個案管理費由 600 點調整為 2,000 點。

(九) 醫事人員每人每月訪視次數：

1. 西醫師：取消安寧訪視之權值，即每月安寧訪視次數上限與居家醫療訪視一致，以 180 人次為限；增訂每日訪視人次以 8 人次為限，惟緊急訪視不納入計算。

2. 中醫師：每日訪視人次以 8 人次為限，且每月以 180 人次為限。

3. 牙醫師：每日執行居家牙醫醫療服務(含評估訪視)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。

4. 修訂每位藥師每月訪視人次以 45 人次為限。

三、 預估前述新增之支付項目 108 年所需預算為 4,822 萬點。

四、另前次會議護理師公會全聯會建議新增護理人員陪同醫師訪視之費用，評估如下：

(一) 經擷取 106 年 11 月至 107 年 10 月居家醫療(S1)之醫療費用申報資料，醫師訪視費醫令數 125,467 次。

(二) 以每次支付護理人員陪同訪視 300 點推估，全年所需費用約 3,764 萬點(300*125,467)。

(三) 考量本次修訂已新增牙醫師、中醫師、藥師訪視及配合出院準備服務到院評估、夜間及例假日緊急訪視加成、品質獎勵措施等多項支付標準，且醫師訪視費所訂點數實質內含相關服務成本，現行訪視醫師已視需要安排陪訪人員，爰本項不予新增。

五、前次會議建議放寬「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」之處方專科別限制，以利居家醫療訪視醫師整合病人用藥一節，另案召開會議研議，並依會議決議調整品質獎勵措施之操作型定義。

六、本計畫修正前已參與之照護團隊，無須重新申請參與，惟應建立牙醫師、中醫師、藥師之聯繫窗口，以利連結服務。

全民健康保險居家醫療照護整合計畫(草案)

104年4月23日健保醫字第1040004024號公告訂定
105年2月15日健保醫字第1050001413號公告修訂
106年3月1日健保醫字第1060032768號公告修訂
108年○月○日健保醫字第108*****號公告修訂

一、計畫依據

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、計畫目的

- (一)提升因失能或疾病特性致外出就醫不便患者病人之醫療照護可近性，減少病人因行動不便委請他人向醫師陳述病情領藥之情形。
- (二)鼓勵醫事服務機構連結社區照護網絡，提供住院替代服務，降低住院日數或減少不必要之社會性住院。
- (三)改善現行不同類型居家醫療照護片段式的服務模式，以提供病患人整合性之全人照護。

三、施行期間

自公告日起至 110+07年12月31日止。

四、預算來源

本計畫個案管理費及附件1所列給付項目及支付標準之醫療費用由其他預算之「居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務非屬各部門總額支付制度範圍之服務」項下支應，其餘醫療費用由各總額部門總額預算支應。

五、醫療服務提供者資格

- (一)由本保險特約醫事服務機構組成整合性照護團隊（以下稱照護團隊），提供含括「居家醫療」、「重度居家醫療」及「安寧療護」三照護階段，並依其醫事執業人員專長提供各階段之服務項目。照護團隊應提供團隊內、外轉診服務，確保照護對象病人轉介與後送就醫之需求，並應建立牙醫師、

中醫師、藥師之聯繫窗口，以利連結服務。

(二)訪視醫事人員資格：

1、各類醫事訪視人員以本保險特約醫事服務機構之執業人員為限，提供呼吸照護及安寧療護等居家醫療照護，應具備各該項目之服務資格。

2、訪視醫師：須具專科醫師資格；惟經保險人分區業務組審酌區域居家醫療服務資源後同意之醫師，不在此限。

3、牙醫師：須為參與「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(以下稱牙醫特殊醫療服務計畫)之照護院所，且修習到宅牙醫醫療相關課程之牙醫師。

4、中醫師：執業2年以上(含)之中醫師。

5、藥師：具藥事人員2人(含)以上之特約藥局或特約醫療院所之執業藥師，並經中華民國藥師公會全國聯合會培訓及格，取得藥事居家照護遴選資格證書；惟位處本保險山地離島(附件3)與醫療資源缺乏地區之特約藥局或特約醫療院所，不受藥事人員2人以上之限制。

~~(二)~~(三) 照護團隊應有個案管理人員負責協調、溝通及安排相關事宜；個案管理人員可由醫師、護理人員、呼吸治療人員或社會工作人員擔任。

~~(三)~~(四) 特約醫事服務機構於參與計畫日起前2年內，不得有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)；終約者亦同。前述違規期間之認定，以第一次處分函所載處分日起算。

~~(四)~~(五) 特約醫事服務機構所屬醫師、牙醫師、中醫師至照護對象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；其他醫事訪視人員至照護對象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及保險人同意。

- (六)符合前述各項資格之照護團隊，由主責醫事服務機構向保險人分區業務組提出參與計畫申請書（附件 2，須檢附具體之照護團隊內、外轉診服務計畫與後送機制）。經保險人分區業務組資格審核同意後，始可參與本計畫；異動時亦同。

六、服務區域

以申請收案之特約醫事服務機構所在地 10 公里之範圍為原則，但全民健康保險法所稱本保險山地離島地區（附件 3）與醫療資源缺乏地區，及報經保險人分區業務組認定之特殊情形，不在此限，惟仍應以鄰近之特約醫事服務機構就近收案提供服務為原則。

七、收案條件

- (一)居家醫療階段：照護對象限居住於住家（不含照護機構），且經照護團隊醫事人員評估有明確醫療需求，因失能或疾病特性致外出就醫不便者。病人之子女或照顧者、民眾因各種因素無暇接送就醫之長者或幼童等不符合前述收案條件者，如有就醫需求，應循一般程序就醫。

1、失能：指巴氏量表(ADL) 小於 60 分。

2、因疾病特性致外出就醫不便：指所患疾病雖不影響運動功能，但外出就醫確有困難者，如重度以上失智症、遺傳性表皮分解性水皰症（泡泡龍）病人等。

- (二)重度居家醫療階段：除第(一)項條件外，另應符合「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」（以下稱醫療服務支付標準）第五部第一章居家照護之收案條件；使用呼吸器相關服務之照護對象病人，另應符合「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫」（以下稱呼吸器依賴患者整合性照護計畫）居家照護階段之收案條件。

(三)安寧療護階段：除第(一)項條件外，另應符合醫療服務支付標準第五部第三章安寧居家療護之收案條件。

(四)居家牙醫醫療服務：

- 1、本計畫居家醫療、重度居家醫療、安寧療護階段之病人，經居家西醫主治醫師評估連結。
- 2、出院準備及追蹤管理費(02025B)申報病人，經主治醫師評估連結。
- 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）等。
- 4、「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」之補助對象，並為各縣市長期照顧管理中心之個案，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。

(五)居家中醫醫療服務：本計畫居家醫療、重度居家醫療、安寧療護階段之病人，罹患癌症、腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷四類疾病，需要中醫輔助醫療協助者，並經居家西醫主治醫師評估連結。

(六)居家藥事照護：本計畫居家醫療、重度居家醫療、安寧療護階段之病人，經居家西醫主治醫師判斷其專業能力無法處理之末期病患管制藥品使用諮詢、特殊劑型用藥指導（例如注射筆針劑型、吸入劑型等）。

~~(四)~~(七)基於給付不重複之原則，行動不便病人患者(一般)居家照護、呼吸器

依賴患者居家照護、末期病患安寧居家療護之收案對象，應自原照護計畫結案，始得於本計畫收案為本計畫之照護對象。

~~(五)~~(八)同一照護對象病人於相同照護期間，其他特約醫事服務機構不得再申請收案。

八、結案條件

(一)病人死亡、遷居、病情改善無需繼續接受居家醫療照護、入住照護機構、拒絕訪視、收案期間住院逾 30 日或改由他院收案等。

(二)居家西醫主治醫師未提供實質整合照護(實質整合照護係指照護團隊提供完整居家醫療照護，進行用藥整合)：

1、居家西醫主治醫師應透過「健保醫療資訊雲端查詢系統」查詢病人(不含安寧療護階段)近期之就醫與用藥資訊，於收案後 6 個月內完成用藥整合，以提升照護品質及用藥安全，若未於 6 個月內完成用藥整合應予結案。

2、本計畫修正前已收案之病人(不含安寧療護階段)，應自本計畫修正公告後 6 個月內完成用藥整合，未於 6 個月內完成時應予結案。

3、同一居家西醫主治醫師對前二款病人，於結案後一年內不得再申請提供居家醫療照護。

(三)照護團隊未提供居家醫療照護之病人，應予結案。

八、九、收案及審核程序

(一)照護對象收案來源：

1、住院個案病人：經主治醫師評估，由出院準備服務轉介至參與本計畫之特約醫事服務機構收案；接受轉介機構之醫師得配合出院準備服務到院評估居家醫療照護需求。

2、非住院個案病人：

- (1) 由參與本計畫之特約醫事服務機構直接評估收案。
- (2) 由個案病人或其家屬向參與本計畫之特約醫事服務機構提出申請，或由各縣市長期照顧管理中心（及合約居家服務單位）、衛生局（所、室）、社會局（處）等轉介至參與本計畫之醫事服務機構評估收案。

(二)收案程序：

- 1、照護對象病人經訪視醫事人員評估符合收案條件，開立收案申請書（附件 4），並擬訂居家醫療照護計畫（含照護期間、照護內容、訪視頻率等），由健保資訊網服務系統（以下稱 VPN）送保險人備查，保險人得視情況實地評估照護對象病人之醫療需求。但病人如需使用呼吸器相關服務，應先依呼吸器依賴患者照護計畫規定事先報經保險人核准，及登錄 VPN 呼吸照護系統。
- 2、為利居家西醫主治醫師整合病人用藥，收案前應向病人或其家屬說明，請其簽署同意書（附件 5）；本計畫修正公告前已收案之病人亦應簽署同意書。病人如欲維持原就醫模式，無法配合用藥整合，則不予收案，已收案者應予結案。
- 3、特約醫事服務機構應擇一最適照護階段收案提供照護，收案期間照護對象病人病情轉變，可彈性調整照護階段，無須結案後重新收案，但應於 1 週內（含例假日）於 VPN 登錄異動。
- 4、訪視居家西醫主治醫師於照護階段轉換或照護期滿應重新評估，且每三個月至少訪視一次，以確認照護對象病人病情變化，適時調整醫囑。

(三)照護期間之計算，新收個案病人以收案日起算；若病情需要申請延長照護者，須俟上次照護期間屆滿前 30 日內始得申請，並以接續日起算。同一特約醫事服務機構同一個案病人，於照護期間截止日起 30 日內再申請照護者，應以延長照護申請，不得以新個案病人申請；不符合收案條件者應

即結案。

(四)特約醫事服務機構應依訪視居家西醫主治醫師醫囑，擬訂居家醫療照護計畫以及排定訪視時間。訪視時，應查驗照護對象病人之全民健康保險憑證（以下稱健保卡）、身分證明文件，及自備讀卡設備逐次於健保卡登錄就醫紀錄，並於 24 小時內上傳予保險人備查；但有不可抗力或因特殊情況經保險人同意者，不在此限。

(五)特約醫事服務機構參與本計畫後之新收個案病人均應於收為本計畫收案之照護對象，原有個案病人於照護期滿應轉為本計畫之照護對象病人。

(六)居家牙醫醫療服務：

1、牙醫師對符合條件之病人首次訪視或提供醫療服務前，應先提出申請（附件 6），經社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會（以下稱牙醫全聯會）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。

九、十、照護內容

本計畫之「居家醫療」、「重度居家醫療」及「安寧療護」三照護階段之照護內容，包括：

(一)醫師訪視：

1、居家西醫主治醫師應整體評估依照照護對象病人醫療需求，開立居家醫療服務照護醫囑，並得視醫療需要於病歷註明照會理由，連結牙醫師、中醫師、藥師等其他訪視人員服務。

2、提供一般西醫門診診療服務，但不包括手術、麻醉、血液透析、復健診療、慢性精神疾病居家治療等特定診療服務。

- 3、一般藥品處方箋用藥，得按病人病情需要，每次開給足夠用量。
- 4、醫師開立藥品處方時，應透過 VPN，以健保醫療資訊雲端查詢系統 健保雲端藥歷系統，即時查詢照護對象病人近期之用藥資訊，避免重複處方，以提升照護對象病人用藥安全及品質。

(二)牙醫師訪視：

- 1、經評估連結之病人，應與其居家西醫主治醫師討論決定治療計畫(含治療療程)，依病人病情需要提供醫療服務。
- 2、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。
- 3、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。

(三)中醫師訪視：與居家西醫主治醫師討論決定治療計畫(含治療療程)，提供針灸、中藥與傷科指導。

~~(二)~~(四)護理人員訪視：提供居家護理一般照護、特殊照護、臨終照護及案家自我照護指導等。

~~(三)~~(五)呼吸治療人員訪視：提供居家呼吸照護及案家自我照護指導。

(六)藥師訪視：提供居家藥事照護。

~~(四)~~(七)其他專業人員訪視：視需要由臨床心理師或社會工作人員訪視。

~~(五)~~(八)藥品處方調劑服務：照護對象病人所需之藥品，得由處方之特約醫療院所提供調劑與送藥服務，或由家屬持健保卡及處方箋至社區特約藥局或

原處方院所調劑領藥。照護對象病人獨居時，應提供適當之藥事服務。

(六)(九)個案健康管理：穩定健康狀態、連結醫療及長期照顧服務資源。輔導新收個案病人查詢健康存摺(應經照護對象病人、監護人或其指定代理人同意)，以協助訪視醫事人員掌握照護對象病人就醫資訊，提升醫療安全與效益。

(七)(十)24 小時電話諮詢服務：於照護對象病人發生緊急狀況時，提供照護對象病人及其家屬 24 小時醫療專業諮詢服務，必要時應啟動緊急醫療後送程序。

(八)(十一)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)，並請照護對象病人或其家屬簽章；另應製作照護對象病人之居家醫療照護紀錄留存於案家，以利與其他醫事訪視人員或長期照顧服務人員提供整合性之居家照護服務。

十一、醫療費用申報、支付及審查原則

(一)醫療費用之申報、暫付、審查及核付，除另有規定外，悉依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」辦理。

(二)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。

(三)本計畫收案及延長照護案件之醫療費用，經審核不符收案條件者，保險人不予支付費用。

(四)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」(如附件 7)。

(五)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表列規定填報「案件分類」及「特定治療項目代號」欄

位。

<u>照護階段</u>	<u>案件分類</u>	<u>任一特定治療項目代號</u>
<u>居家醫療</u>	E1	EC
<u>重度居家醫療</u>	A1	EC
<u>安寧療護</u>	A5	EC

(1)居家醫療階段：案件分類 E1，任一特定治療項目代號 EC。

(2)重度居家醫療階段：案件分類 A1，任一特定治療項目代號 EC。

(3)安寧療護階段：案件分類 A5，任一特定治療項目代號 EC。

(4)居家牙醫醫療服務：案件分類 16，特定治療項目代號(二)~(三)任一 EC，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、失能老人 L2、居整病人 LC、出院準備 LD】。

(5)居家中醫醫療服務：案件分類 31，任一特定治療項目代號 EC。

(6)居家藥事照護：

A. 特約醫療院所：案件分類依照護階段填報 E1、A1 或 A5，任一特定治療項目代號 EC。

B. 特約藥局：案件分類 E，任一原處方服務機構之特定治療項目代號 EC。

2、其他欄位依居家照護案件，採同一療程每月申報一次：

(1)「就醫日期」及「治療結束日期」欄位分別填報該月第一次訪視日期及該月最後一次訪視日期。「診治醫事人員代號」欄位，請填報該月第一次訪視人員身分證號（若同日訪視人員一人以上者，優先填報順序為醫師、牙醫師、中醫師、護理人員、呼吸治療人員、其他專業人員、藥師）。

(2)醫事訪視人員各次訪視費應逐筆填報醫令代碼、執行時間-起/迄、執

行醫事人員代號及就醫科別。前述就醫科別，醫師、牙醫師、中醫師訪視請以該次訪視實際提供之診療最適科別填報，護理人員訪視請填「EA 居家護理」，呼吸治療人員訪視請填「AC 胸腔內科」，其他專業人員與藥師訪視免填。

(3)呼吸器使用(P5406C)自使用日起算，轉出日不予計算，申報時「醫令執行時間-起/迄」請填至年月日。

(4)申報緊急訪視時，「醫令執行時間-起/迄」請填至時分，「支付成數」請依加成數填報；醫令執行時間-起/迄未依規定填報，該筆醫令不予加成。

(5)申報居家牙醫醫療服務費時，應依醫療服務支付標準，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、數量與金額。

3、如可歸責於特約醫事服務機構申報資料錯誤，導致點值核付錯誤時，特約醫事服務機構需自行負責。

4、本計畫之各類醫師訪視費由其專任或兼任之特約醫院或診所申報，護理人員、呼吸治療人員、藥師及其他專業人員訪視費由其專任或兼任之特約醫事服務機構於業務範圍內申報。居家藥事照護費、藥費、藥事服務費、檢驗(查)費由提供服務之特約醫事服務機構依規定申報，不得由護理機構申報，否則不予支付。

~~(四)~~(六)給付項目及支付標準：

1、個案管理費：

(1) 申請收案之特約醫事服務機構應負責提供個案健康管理及 24 小時電話諮詢服務，惟前述服務可由照護團隊合作提供。

(2) 每名照護對象病人每年支付 600 點；由保險人於年度結束後計算並支

付收案之特約醫事服務機構；未滿一年者，按月比例支付。年度間由2家以上特約醫事服務機構收案者，如於同一月份結案並重新收案，當月個案管理費，不論實際收案天數，支付首家結案機構及最終收案機構各50%。

(3) 收案期間如連續三個月未提供病人居家醫療照護，則不予支付該區間之個案管理費。

2、各照護階段之給付項目及支付標準原則如下：

照護階段	給付項目	支付標準
居家醫療	醫師訪視 <u>牙醫師訪視</u> <u>中醫師訪視</u> <u>藥師訪視</u>	訪視費論次計酬 藥費、藥事服務費核實 檢驗（查）費核實 <u>居家牙醫醫療服務包裹支付</u> <u>針灸治療核實</u>
重度居家醫療	醫師訪視 <u>牙醫師訪視</u> <u>中醫師訪視</u> 護理人員訪視 呼吸治療人員訪視 <u>藥師訪視</u> 其他專業人員訪視	訪視費論次計酬 藥費、藥事服務費核實 檢驗（查）費核實 呼吸器使用論日計酬 緩和醫療家庭諮詢費論次計酬 <u>居家牙醫醫療服務包裹支付</u> <u>針灸治療核實</u>
安寧療護	醫師訪視 <u>牙醫師訪視</u> <u>中醫師訪視</u> 護理人員訪視	訪視費論次計酬 藥費、藥事服務費核實 檢驗（查）費核實 呼吸器使用論日計酬

	呼吸治療人員訪視 <u>藥師訪視</u> 其他專業人員訪視	病患自控式止痛論次計酬 <u>居家牙醫醫療服務包裹支付</u> <u>針灸治療核實</u>
--	-------------------------------------	---

備註：各照護階段內之給付項目應依照照護對象病人病情實際需要提供，並非照護階段內各類醫事訪視人員訪視均須提供。

- 3、各類醫事訪視人員訪視費、緊急訪視費、居家牙醫醫療服務費、呼吸器使用費、緩和醫療家庭諮詢費及病患自控式止痛處置及材料費 (Patient-Controlled Analgesia, 以下稱 PCA) 等，依附件 1 之給付項目及支付標準支付。
 - 4、藥事服務費、藥費及、檢驗（查）費及針灸治療費等；依醫療服務支付標準及「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」規定支付。
 - 5、各類訪視人員每人服務人次上限如下，超過的部分不予支付訪視費用，惟緊急訪視人次不納入計算；各類醫事人員每人每月服務人次上限：
 - (1) 醫師：每日訪視人次以 8 人次為限，且每月以 180 人次為限。
 - (2) 中醫師：每日訪視人次以 8 人次為限，且每月以 180 人次為限。
 - (3) 牙醫師：每日執行居家牙醫醫療服務(含評估訪視)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。
 - (4) 護理人員：每月訪視人次以 100 人次為限(含安寧療護)，僅執行安寧療護以 45 人次為限。
 - (5) 呼吸治療人員：每月訪視人次以 60 人次為限。
 - (6) 藥師、其他專業人員：每月訪視人次以 45 人次為限。
- ~~(1) 依各照護階段權重計算(詳下表)，超過的部分不予支付訪視費用。例如：甲醫師訪視居家照護階段個案 70 次、安寧療護階段個案 3 次，~~

當月服務人次為 82 人次(70*1+3*4)；乙護理師訪視重度居家醫療個案 60 次，安寧療護階段個案 10 次，當月服務人次為 82 人次(60*1+10*2.2)。

權值	醫師	護理人員	呼吸治療人員	其他專業人員
居家醫療	1	-	-	-
重度居家醫療	1	1	1	1
安寧療護	4	2.2	1	1
服務人次上限	180	100	60	45

(2)(7) 為確保照護品質，各類訪視人員執行本計畫之每月服務人次上限，與執行醫療服務支付標準第五部第一章居家照護及第三章安寧居家療護，以及呼吸器依賴患者整合性照護計畫、牙醫特殊醫療服務計畫之特定需求者牙醫服務之服務人次歸戶合併計算。

(五)(七) 部分負擔計收規定：

- 1、保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條居家照護規定計收，處方用藥另依門診藥品部分負擔規定計收。
- 2、若屬全民健康保險法第四十八條所列重大傷病、分娩、山地離島地區就醫情形之一，保險對象免自行負擔費用。
- 3、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%。

(八) 點值結算方式：

- 1、本計畫個案管理費及附件 1 所列給付項目及支付標準之醫療費用：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」按季均分，採浮動點值計算，每點支付金額不高於 1 元；當季預

算如有結餘，則流用至下季。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

2、其餘項目之醫療費用：依各部門總額規定結算。

十一、十二、觀察指標（排除已死亡個案）

(一)病人接受醫師照會中醫師/牙醫師/藥師訪視比

分子：中醫師/牙醫師/藥師訪視次數分計

分母：醫師訪視次數

(二)病人收案6個月後由照護團隊提供完整醫療服務，未於西醫門診(不含急診)就醫情形

1、病人未於西醫門診(不含急診)就醫率

分子：收案6個月後病人未於西醫門診(不含急診)就醫之人數

分母：收案6個月後之病人數

2、每人每月西醫門診(不含急診)就醫次數

分子：收案6個月後病人之每月西醫門診(不含急診)就醫次數總計

分母：收案6個月後之病人數

(三)病人收案後急診就醫情形

1、急診率

分子：收案3至6個月、6至12個月及12個月以上之未經照護團隊

轉診之急診(案件分類02)就醫人數

分母：收案3至6個月、6至12個月及12個月以上之病人數

2、急診就醫者每人急診就醫次數

分子：收案3至6個月、6至12個月及12個月以上之未經照護團隊

轉診之急診(案件分類02)就醫次數

分母：收案3至6個月、6至12個月及12個月以上之急診就醫人數

3、緊急訪視率

分子：曾接受緊急訪視人數

分母：收案病人數

4、緊急訪視後 3 日內病人之急診/住院率

分子：緊急訪視後 3 日內，病人之急診/住院次數分計

分母：緊急訪視次數

(四)病人死亡前 6 個月內安寧療護照護率

1、安寧療護照護率

分子：死亡前 6 個月內曾接受各類安寧療護人數

分母：死亡人數

2、居家安寧療護照護率

分子：死亡前 6 個月內曾接受居家安寧療護人數

分母：死亡人數

(一)每人每年門診就醫次數

1、分子：照護對象門診次數合計

2、分母：當年度照護對象人數

3、居家訪視次數及院所門診次數分計

(二)每人每年住院天數

1、分子：照護對象住院天數合計

2、分母：當年度照護對象人數

(三)住院率

1、分子：照護對象住院人數

2、分母：當年度照護對象人數

(四)急診率

~~1、分子：照護對象急診人數~~

~~2、分母：當年度照護對象人數~~

~~(五)住院個案出院後 14 日內再住院率~~

~~1、分子：住院個案出院後 14 日內再住院之案件數~~

~~2、分母：照護對象來源為住院個案之出院案件數~~

十三、品質獎勵措施

為提升居家醫療照護品質，特約醫事服務機構提供病人實質整合照護，予以調高個案管理費。收案滿 7 個月(含)以上之病人，符合下列獎勵要件時，不論當年度收案期間，個案管理費均為 2,000 點；跨年度收案時亦同。

(一)病人(不含安寧療護階段)收案滿 6 個月後，由照護團隊提供完整照護，未於西醫門診(不含急診及照護團隊轉診之未開立藥品案件)就醫者。

(二)本次計畫修訂公告前，已收案之病人(不含安寧療護階段)，自計畫公告日起 6 個月後，未於西醫門診(不含急診及照護團隊轉診之未開立藥品案件)就醫者。

十二、十四、計畫管理機制

(一)保險人負責總體計畫架構之研訂、協調與修正。

(二)保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之參與資格、輔導轄區醫事服務機構執行計畫、計算指標與核發費用。

(三)參與本計畫之醫事服務機構負責提供照護對象病人連續性之整合醫療照護。

十三、十五、退場機制

(一)參與本計畫之醫事服務機構，未依排定時間進行訪視且未事先通知照護對象病人、無故拒絕轉介單位或保險人轉介之病人、或參與本計畫有待改善事項，經保險人 2 次通知限期改善而未改善者，應自保險人通知終

止執行本計畫日起退出本計畫。經保險人終止計畫參與資格者，一年內不得再申請參與本計畫。

(二)參與本計畫之醫事服務機構如涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)，應自保險人第一次處分函所載停約日起退出執行本計畫。

(三)特約醫事服務機構如經保險人分區業務組審查不符合參與資格或應終止參與資格，得於通知送達日起 30 日內，以書面向保險人分區業務組申請複核，但以一次為限。

十四、十六、計畫修訂程序

(一)本計畫視需要檢討，由保險人邀集醫療專業團體、主管機關等單位共同修訂後，報請主管機關核定後公告實施，並送健保會備查。

(二)屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告。

十五、十七、附則

(一)特約醫事服務機構至照護對象病人住家提供健保本保險居家醫療照護服務，得併行提供保險人代辦之醫療服務(如預防保健等)，其服務範圍與支付標準悉依各業務主管機關之規定辦理。

(二)本計畫施行期間，與現行醫療服務支付標準第五部第一章居家照護及第三章安寧居家療護，以及呼吸器依賴患者整合性照護計畫雙軌併行。本計畫分二期逐步整合與推廣，每期三年，期滿應評估全面導入醫療服務支付標準。

(三)附錄：

- 1、基本日常生活功能：巴氏量表(Barthel ADL index)。
- 2、末期病患主要症狀表(符合安寧療護收案條件時填寫)。

- 3、新制與舊制身心障礙類別與代碼對應表。
- 4、執行居家牙醫醫療服務相關規範。

「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」給付項目及支付標準

通則：

- 一、醫令代碼屬 P 碼者，限參與本計畫之照護團隊特約醫事服務機構申報。
- 二、居家護理特殊照護項目如附表 1，居家護理一般照護項目如附表 2，居家照護治療材料表如附表 3；施行特殊照護項目及使用治療材料者，申報費用時，應填報項目編號、名稱及數量。
- 三、特約醫事服務機構照護團隊對同一照護對象病人於相同期間，僅可擇一最適照護階段提供照護，不可跨照護階段收案。
- 四、照護階段內之服務項目，由收案之特約醫事服務機構協調照護團隊合作提供，不得重複提供。例如：重度居家醫療階段之呼吸器依賴患者，所需護理訪視服務，應由主責護理人員提供全人照護，而非分別派遣多名護理人員進行訪視。
- 五、呼吸器依賴患者每月實際醫療費用未達 27,000 點時，以 27,000 點扣除其他機構申報之醫療費用後，支付提供呼吸器收案之特約醫事服務機構；照護期間不足十一個月時，依相同原則，按實際照護天數以每日 900 點計算支付。前述醫療費用不含牙醫師訪視費、居家牙醫醫療服務費、中醫師訪視費、安寧療護醫師訪視費、安寧療護護理訪視費、其他專業人員處置費、緩和醫療家庭諮詢費、臨終病患訪視費、PCA、藥費、藥事服務費及附表 3 備註所列特殊材料。
- 六、醫師訪視當日如於門診由同一醫師診治，醫師訪視費、門診診察費應擇一申報。
- 七、醫事人員至病人住家或配合出院準備服務到院評估居家醫療服務需求，如經評估病人不符合收案條件，不予支付當次訪視費。
- 八、緊急訪視適應症與加成方式：適用醫師(不含牙醫師、中醫師)、護理人員及呼吸治療師。
 - (一) 適應症：
 1. 生命徵象不穩定。
 2. 呼吸喘急持續未改善。
 3. 譫妄或意識狀態不穩定。
 4. 急性疼痛發作。
 5. 發燒或突發性體溫不穩定者。
 6. 急性腹瀉。
 7. 須立即處理之管路問題者。
 8. 其他經醫師評估有立即前往需要者。
 - (二) 除已有長期醫囑之須立即處理之管路問題項外，其他項適應症須先由醫師就病人病情進行評估後，決定適當醫事人員至案家緊急訪視，緊急訪視相關醫囑應載於訪視紀錄。
 - (三) 同一醫師對同一病人之緊急訪視，每日以一人次為限，超過不予支付緊急訪視費。
 - (四) 加成方式：
 1. 以抵達案家時起算，若離開案家時跨不同加成區間，則以較高加成區間計算。
 2. 夜間(下午五點到晚上十點)加計百分之五十。
 3. 深夜(晚上十時至隔日早上八時)加計百分之七十。
 4. 例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之四十。
 5. 同時符合夜間及例假日，則加計百分之五十；同時符合深夜及例假日，則加計百分之七十。

編號	診療項目	支付點數
	醫師訪視費	
	居家醫療、重度居家醫療：	
05307C	醫師訪視費(次)	1553
05308C	山地離島地區醫師訪視費(次)	1709
	甲類安寧療護：	
05312C	醫師訪視費(次)	1553
05323C	醫師訪視費山地離島地區(次)	1709
	乙類安寧療護：	
05336C	醫師訪視費(次)	1088
05337C	醫師訪視費山地離島地區(次)	1196
	註：醫師訪視費所訂點數含診察、處方、治療處置、治療材料、護理、電子資料處理及行政作業成本等。	
<u>P30006</u>	<u>牙醫師訪視費(次)</u>	<u>1553</u>
	註： 1. 於收案前訪視病人評估是否符合居家牙醫醫療服務收案條件，得申報本項費用，同一牙醫師同一病人每年限申報一次。 2. 出院病人住院期間已接受同一牙醫師到院評估居家醫療照護需求(項目代碼 P5410C)，當次收案不得再申報此項費用。 3. 申報時應檢附「口腔醫療需求評估及治療計畫」，並詳述理由。	
	<u>一病人清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上</u>	
<u>P30005</u>	<u>居家牙醫醫療服務費(次)</u>	<u>5700</u>
	<u>一其他病人</u>	
<u>P30007</u>	<u>居家牙醫醫療服務費(次)</u>	<u>3800</u>
	註： 1. 居家牙醫醫療服務費所訂點數含口腔預防保健、護理、診療、處方、治療處置、治療材料、電子資料處理及行政作業成本等；本保險給付項目不得收取其他自費。 2. 每一病人以二個月執行一次為原則，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>P5408C</u>	<u>中醫師訪視費(次)</u>	<u>1553</u>
<u>P5409C</u>	<u>山地離島地區中醫師訪視費(次)</u>	<u>1709</u>
	註：中醫師訪視費所訂點數含診察(含傷科指導)、處方、護理、電子資料處理及行政作業成本等。	
<u>P5410C</u>	<u>評估出院病人居家醫療照護需求(次)</u>	<u>1553</u>
	註： 1. 限醫院院外醫師、牙醫師或中醫師配合出院準備服務到院評估申	

編號	診療項目	支付點數
	<p><u>報。</u></p> <p><u>2. 同一病人每次住院之醫師、牙醫師、中醫師到院評估至多各申報1次。</u></p> <p><u>3. 除牙醫師可自行評估收案之病人外，牙醫師、中醫師到院評估應經居家西醫主治醫師邀請，始得申報。</u></p>	
	<p>護理人員訪視費</p> <p>重度居家醫療：</p> <p>—資源耗用群為第一類</p> <p>05301C 護理訪視費(次) 1050</p> <p>05302C 山地離島地區護理訪視費(次) 1155</p> <p>—資源耗用群為第二類</p> <p>05303C 護理訪視費(次) 1455</p> <p>05304C 山地離島地區護理訪視費(次) 1601</p> <p>—資源耗用群為第三類</p> <p>05305C 護理訪視費(次) 1755</p> <p>05306C 山地離島地區護理訪視費(次) 1931</p> <p>—資源耗用群為第四類</p> <p>05321C 護理訪視費(次) 2055</p> <p>05322C 山地離島地區護理訪視費(次) 2261</p> <p>甲類安寧療護：</p> <p>—訪視時間一小時以內 (≤1 小時)</p> <p>05313C 護理訪視費(次) 1650</p> <p>05324C 護理訪視費山地離島地區(次) 1815</p> <p>—訪視時間一小時以上 (>1 小時)</p> <p>05314C 護理訪視費(次) 2250</p> <p>05325C 護理訪視費山地離島地區(次) 2475</p> <p>乙類安寧療護：</p> <p>—訪視時間一小時以內 (≤1 小時)</p> <p>05338C 護理訪視費(次) 1155</p> <p>05339C 護理訪視費山地離島地區(次) 1271</p> <p>—訪視時間一小時以上 (>1 小時)</p> <p>05340C 護理訪視費(次) 1575</p> <p>05341C 護理訪視費山地離島地區(次) 1733</p> <p>註：</p> <p>1. 資源耗用群分類：</p>	

編號	診療項目	支付點數
	<p>第一類：需居家護理一般照護項目之病人 第二類：需居家護理特殊照護群組任一組之病人 第三類：需居家護理特殊照護群組任二組之病人 第四類：需居家護理特殊照護群組任三組及以上之病人</p> <p>2. 護理訪視費所訂點數含訪視、護理服務、治療處置、代採檢體及送檢、治療材料及電子資料處理等費用在內。 3. 上項代採之檢體，委託代檢機構應以保險醫事服務機構或保險人指定之醫事檢驗機構為限。 4. 訪視時間應記錄於訪視紀錄內，並請患者病人或其家屬簽章。</p>	
P5401C	<p>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)</p>	1050
P5402C	<p>山地離島地區呼吸治療人員訪視費(次)</p>	1155
P5403C	<p>—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)</p>	1455
P5404C	<p>山地離島地區呼吸治療人員訪視費(次)</p> <p>註： 1. 限訪視呼吸器依賴患者申報。 2. 呼吸治療人員提供侵襲性呼吸器依賴患者呼吸照護時，護理人員不得再以提供氣切護理申報資源耗用群為第二類以上之護理訪視費。</p>	1601
P5411C	<p><u>居家藥事照護費(次)</u></p>	<u>1100</u>
P5412C	<p><u>山地離島地區居家藥事照護費(次)</u></p> <p>註： 1. <u>居家藥事照護費所訂點數含用藥評估、用藥分裝、餘藥檢核、藥事服務、電子資料處理及行政作業成本等。</u> 2. <u>每次服務應由居家西醫主治醫師視病人醫療需要評估連結。</u></p>	<u>1210</u>
05315C	<p>其他專業人員處置費(次)：限社會工作人員或心理師</p>	1050
P5405C	<p>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 註：限訪視呼吸器依賴患者、<u>臨終末期</u>病患申報。<u>諮商心理師限訪視末期病患。</u></p>	1155
P5406C	<p>呼吸器使用(天)</p> <p>註： 1. 限呼吸器依賴患者申報。 2. <u>呼吸器使用期間，自使用日起算，轉出日不予計算。</u></p>	590
P5407C	<p>緩和醫療家庭諮詢費</p>	2250

編號	診療項目	支付點數
	註： 1. 限重度居家醫療階段申報。 2. 適應症：以進入末期狀態病患為主。 3. 相關規範： (1) 諮詢參與人員：包括主治醫療團隊、病患或家屬。 (2) 諮詢時間：每一個案病人諮詢時間至少 1 小時。 (3) 諮詢紀錄：應有完整的諮詢溝通內容紀錄，並應併入病患之病歷及紀錄留存，紀錄並有參與諮詢醫療團隊及病患或家屬簽名。 (4) 申報規定： a. 病患已參與全民健康保險安寧共同照護試辦方案、住院安寧療護或居家安寧照護，不得再申報此項費用。 b. 出院病患住院期間已接受緩和醫療家庭諮詢服務(項目代碼 02020B)，不得再申報此項費用。 c. 同一照護團隊對同一照護對象病人限申報二次。 d. 由居家西醫主治醫師執業之醫事服務機構申報此項費用。	
05326C	臨終病患訪視費	5000
05327C	山地離島地區臨終病患訪視費 註： 1. 限訪視臨終病患，且 ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group Scale) 大於三級以上(含三級)之病患，實際訪視時間在二小時以上(含二小時)，始得申報此項費用，每位病患申報訪視次數僅限一次。 2. 甲、乙兩類安寧療護醫事人員皆可申報。 3. 服務內容需包含臨終訪視、善終準備及家屬哀傷輔導等。	5500
05316C	病患自控式止痛處置及材料費(Patient-Controlled Analgesia, PCA) 註：限訪視臨終末期病患，所訂點數含 PCA 幫浦注射費、PCA 裝置(set)、PCA 袋(bag)等。每一個案病患每月限申報二次。	1890

附表 1. 居家護理特殊照護項目表

特殊照護群組	支付標準 編號	診療項目
1. 氣切護理	56004C	換造口器 Change tracheostomy set 註：含氣切造瘻口處理 Tracheostomy care
2. 留置導尿管 護理	47014C 50022C	留置導尿 Urinal indwelling catheterlization 更換腎臟引流或膀胱引流管 Catheter change
3. 留置鼻胃管 護理	47017C	胃管插入(或更換) Insertion of nasogastric tube 註：更換胃管(Change N-G tube)比照申報。
4. 膀胱灌洗	50012C	膀胱灌洗 Bladder irrigation
5. 三、四期壓瘡 傷口護理	48001C 48002C 48003C 48004C 48005C	淺部創傷處理-傷口長 5 公分以下者 Wound treatment <5 cm 淺部創傷處理-傷口長 5-10 公分者 Wound treatment 5-10 cm 淺部創傷處理-傷口長 10 公分以上者 Wound treatment >10 cm 深部複雜創傷處理-傷口長 5 公分以下者 Debridment <5 cm 深部複雜創傷處理-傷口長 5-10 公分者 Debridment 5-10 cm 註：傷口程度分期係採用國際腸造瘻治療協會及美國國家褥瘡學會的分類法；本項護理含傷口評估、淺部或深部創傷縫合、接紮、擴創處理、教導家屬換藥技巧及預防其他部位壓瘡發生；糖尿病足末梢動靜脈阻塞之皮膚潰爛護理比照申報。訪視紀錄請註明處置日期和部位。
6. 大量液體點 滴注射	39004C	大量液體點滴注射 IV drip (林格兒氏液、Rock 液、生理食鹽水、葡萄糖液、困糖液或血液代用劑等)注射。 註：含靜脈留置針設立，觀察病患對注射藥物之反應、教導家屬觀察注射部位之狀況及維護靜脈點滴之通暢。
7. 造口護理	49004C 49005C 49020B 49021B 49022B	肛門切除後治療 Post APR wound care 人工肛門灌洗 Colostomy irrigation 三路灌洗 Three way irrigation 迴腸造口永久裝具裝置 Ileostomy, permanent appliance 迴腸膀胱永久裝具裝置 Ileum bladder, permanent appliance

註：48004C「深部複雜創傷處理-傷口長 5 公分以下者」及 48005C「深部複雜創傷處理-傷口長 5-10 公分者」二項診療項目，依病人之實際需要並由醫師開立醫囑者得另行核實申報。

附表 2. 居家護理一般照護項目表

支付標準 編號	診療項目
(免填報)	小量注射：如肌肉注射、皮下注射、靜脈注射
	靜脈點滴加藥
	藥物敏感反應試驗(Cytomack test, Penicillin test 等)
	濕氣吸入治療 Humidity inhalation、呼吸道抽吸 Suction、體位引流 Postural drainage
	被動性關節運動 Passive R.O.M.
	置入器皮下注射(port-A)及護理
	小換藥(10 公分以下) Change dressing small (<10 cm)
	中換藥(10-20 公分) Change dressing medium (10-20 cm)
	大換藥(20 公分以上) Change dressing large (>20 cm)
	拆線-傷口在 10cm 以下 Remove Stiches <10 cm
	拆線-傷口在 10cm 以上 Remove Stiches >10 cm
	一般導尿、更換尿袋、尿管護理、拔除尿管之膀胱訓練
	口腔護理
	塞劑給予、糞嵌塞清除 Cleaning fecal impaction
	甘油灌腸 Glycerin enema(大小量灌腸比照本項)
	礦物油留置灌腸 Retension enema(留置灌腸比照本項)
	一般身體檢查、護理指導(含胰島素注射及傷口照顧指導)
酒精拭浴 Alcohol packing、薄荷擦拭 Menthol packing	
會陰沖洗 Perineal irrigation care	
其它護理項目	

附表 3. 居家照護治療材料表

特材代碼	特材品名
NDN01	頭皮針
NDN04	靜脈留置針
CLS04	精密輸液套 (PRECISION ADMINISTRATION SET)
CEE01	延長管 (EXTENSION SET (T-CONNECTOR))
WDD08	人工生物化學覆蓋物 (ARTIFICIAL BIOCHEMICAL COVERING MATERIAL)
(免填報)	肛管(RECTAL TUBE)、小量灌腸器
	鼻胃管 (N-G TUBE)
	導尿包、導尿管(FOLY CATHETER)、蓄尿袋(URINE BAG)
	敷料類(紗布、棉墊、棉枝、棉棒、棉籤、棉片、膠帶)
	普通點滴套(IV SET)
	注射筒器、針頭、靜脈帽(IV CAP)、人工薄膜(OP-SITE)
	抽吸導管 (SUCTION TUBE)
	灌食空針 (FEEDING SYRINGE)
	生理食鹽水、蒸餾水
	優碘(AQ-BETA IODINE)、優碘軟膏、酒精
	KY-JELLY
	手套、口罩、紙治療巾
	壓舌板
尿糖試紙、血糖試紙、痰液收集器	

註：矽質二叉留置導尿管、矽質鼻胃管、PVC 氣切管、矽質氣切管及胃造口術管路衛材(須由醫師操作更換)等特殊材料，依病人之實際需要並由醫師開立醫囑者得另行申報，支付品項以全民健康保險藥物給付項目及支付標準收載之特殊材料品項為限。

參與「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」申請書

基本資料	照護團隊名稱		照護團隊代號	(由保險人填入)
	主責院所機構		院所機構代碼	
	負責醫師人		聯絡人	
	聯絡電話		email	
配套措施	藥品處方調劑方式	<input type="checkbox"/> 診療處方院所調劑後送藥 <input type="checkbox"/> 交付處方箋 <input type="checkbox"/> 其他：(請說明)		
	24 小時諮詢專線			
	個案健康管理措施			
	個案病人轉銜合作機制			
	轉診後送機制			

本院(所)及團隊內醫事服務機構同意於執行計畫期間，依照本計畫及全民健康保險法等相關規定，提供保險對象居家醫療照護。

此致 衛生福利部中央健康保險署



醫療院所醫事服務機構印信

負責醫師人印章

中華民國 年 月 日

居家醫療照護團隊組成清單

序號	醫事服務機構名稱	機構代號	縣市鄉鎮	層級別	居家服務項目	醫事人員數				聯絡人	聯絡電話
						醫師	護理人員	呼吸治療人員	其他專業人員		
1											

備註：

1. 主責院所機構請列序號 1，其餘團隊組成之醫事服務機構則依序編號。
2. 層級別：依評鑑結果分為醫學中心、區域醫院、地區醫院；其餘醫療醫事服務機構(藥局除外)稱基層院所。
3. 應檢附照護團隊之合作契約或證明文件。

全民健康保險山地離島地區一覽表

縣(市)別	山地鄉(區)	離島鄉(島)
宜蘭縣	大同鄉、南澳鄉	
新北市	烏來區	
桃園市	復興區	
新竹縣	尖石鄉、五峰鄉	
苗栗縣	泰安鄉	
臺中市	和平區	
南投縣	信義鄉、仁愛鄉	
嘉義縣	阿里山鄉	
高雄市	茂林區、桃源區、那瑪夏區	東沙島、南沙太平島
屏東縣	三地門鄉、霧台鄉、瑪家鄉、泰武鄉、來義鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉	琉球鄉
花蓮縣	秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉	
臺東縣	海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉	蘭嶼鄉、綠島鄉
澎湖縣		馬公市、湖西鄉、西嶼鄉、白沙鄉、望安鄉、七美鄉
金門縣		金城鎮、金寧鄉、金沙鎮、烈嶼鄉、金湖鎮、烏坵鄉
連江縣		南竿鄉、北竿鄉、莒光鄉、東引鄉

全民健康保險居家醫療照護整合計畫收案申請書

1 申請收案 2 申請收案複核 3 申請延長照護 4 申請延長照護複核 5 照護階段轉換

收案日期	年 月 日	前次核定迄日	年 月 日	申請日期	年 月 日
收案機構	名稱：	代號：	照護團隊	代號：	
第一部分：基本資料					
<u>個案病人</u> 姓名		性別	<input type="checkbox"/> 1 男 <input type="checkbox"/> 2 女	出生日期	年 月 日
身分證號		電話	(日)	(夜)	
居住地址					
居住狀況	<input type="checkbox"/> 1 獨居 <input type="checkbox"/> 2 家人同住 <input type="checkbox"/> 3 親友同住 <input type="checkbox"/> 4 其他_____				
常用語言	<input type="checkbox"/> 1 國語 <input type="checkbox"/> 2 台語 <input type="checkbox"/> 3 客家語 <input type="checkbox"/> 4 原住民族語 <input type="checkbox"/> 5 其他_____				
主要聯絡人	與 <u>個案病人</u> 關係： 聯絡電話/手機：				
社會福利身分別	<input type="checkbox"/> 1 無 <input type="checkbox"/> 2 低收入戶 <input type="checkbox"/> 3 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 4 榮民 <input type="checkbox"/> 5 原住民 <input type="checkbox"/> 6 領有身心障礙證明				
第二部分：健康狀況					
意識狀態	<input type="checkbox"/> 1 清醒 <input type="checkbox"/> 2 嗜睡 <input type="checkbox"/> 3 混亂 <input type="checkbox"/> 4 呆滯(木僵) <input type="checkbox"/> 5 昏迷(或植物人) <input type="checkbox"/> 6 其他_____				
情緒狀態	<input type="checkbox"/> 1 平穩 <input type="checkbox"/> 2 憂鬱 <input type="checkbox"/> 3 焦慮 <input type="checkbox"/> 4 無法評估				
理解能力	<input type="checkbox"/> 1 良好 <input type="checkbox"/> 2 僅可理解簡單句子或關鍵字 <input type="checkbox"/> 3 無法理解 <input type="checkbox"/> 4 無法評估				
表達方式	<input type="checkbox"/> 1 語言 <input type="checkbox"/> 2 肢體表達 <input type="checkbox"/> 3 溝通輔具 <input type="checkbox"/> 4 無法表達 <input type="checkbox"/> 5 無法評估				
呼吸 (可複選)	<input type="checkbox"/> 1 自行呼吸 <input type="checkbox"/> 2 使用氧氣 <input type="checkbox"/> 3 使用侵襲性呼吸器 <input type="checkbox"/> 4 使用非侵襲性呼吸器 <input type="checkbox"/> 5 使用氣切管或氣管內管插管 <input type="checkbox"/> 6 其他_____				
進食	<input type="checkbox"/> 1 由口進食 <input type="checkbox"/> 2 鼻胃管灌食 <input type="checkbox"/> 3 靜脈注射 <input type="checkbox"/> 4 其他_____				
排泄	<input type="checkbox"/> 1 自行排泄 <input type="checkbox"/> 2 需協助排泄 <input type="checkbox"/> 3 大小便失禁 <input type="checkbox"/> 4 存留導尿管 <input type="checkbox"/> 5 腸造口 <input type="checkbox"/> 6 其他_____				
皮膚狀況	<input type="checkbox"/> 1 完整 <input type="checkbox"/> 2 損傷(部位：_____大小：___X___X___等級：_____) 類別： <input type="checkbox"/> 擦傷、割傷 <input type="checkbox"/> 術後傷口 <input type="checkbox"/> 燒燙傷 <input type="checkbox"/> 壓瘡 <input type="checkbox"/> 其他慢性傷口：_____)				
日常生活活動能力	ADL 總分：__分(請檢附 60 天內有效巴氏量表，細項如附錄 1)				
肌力	上肢(左：__分 右：__分)、下肢(左：__分 右：__分)				
疾病史					
第三部分：收案評估					
收案來源	<input type="checkbox"/> 1 住院 <u>個案病人</u> ，轉介醫院代碼_____				
	<input type="checkbox"/> 2 非住院 <u>個案病人</u> (病患或家屬自行申請)				
	<input type="checkbox"/> 3 非住院 <u>個案病人</u> (衛生局、社會局、長照管理中心等轉介病患)				

本申請書自開立日起 30 日內有效，逾期不予受理申請。

收案條件	<input type="checkbox"/> 1 有明確醫療需求 <input type="checkbox"/> 2 外出就醫不便，原因： <input type="checkbox"/> 失能(ADL<60) <input type="checkbox"/> 疾病特性：_____ <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 3 符合「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第5部第1章居家照護收案條件 <input type="checkbox"/> 4 符合「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫」居家照護階段之收案條件 <input type="checkbox"/> 5 符合「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第5部第3章安寧療護收案條件(續答附錄2末期病患主要症狀表) (條件1、2為必要條件)
照護階段	<input type="checkbox"/> 1 居家醫療 <input type="checkbox"/> 2 重度居家醫療 <input type="checkbox"/> 3 安寧療護(續答A-C) A. 疼痛評估(0-10)：_____ B. ECOG(0-4)：_____ C. 安寧緩和意願書或同意書簽署： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
其他照護需求評估	<input type="checkbox"/> 1 有到宅居家牙醫科醫療需求，轉介至_____ <input type="checkbox"/> 2 有長期照顧服務需求，轉介至_____ <input type="checkbox"/> 3 有居家中醫醫療需求，轉介至_____
第四部分：醫囑	
疾病診斷	主診斷： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 病名 _____ 次診斷1： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 病名 _____ 次診斷2： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 病名 _____ 次診斷3： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 病名 _____
醫囑	<input type="checkbox"/> 更換鼻胃管：_____天換一次 材質： <input type="checkbox"/> 1 一般塑膠 <input type="checkbox"/> 2 矽質 <input type="checkbox"/> 3 其他_____；管徑大小：_____FR <input type="checkbox"/> 更換導尿管：_____天換一次 材質： <input type="checkbox"/> 1 一般橡膠 <input type="checkbox"/> 2 矽質 <input type="checkbox"/> 3 其他_____；管徑大小：_____FR <input type="checkbox"/> 更換氣切管：_____天換一次 材質： <input type="checkbox"/> 1 一般塑膠 <input type="checkbox"/> 2 矽質 <input type="checkbox"/> 3 鐵製 <input type="checkbox"/> 4 其他_____；管徑大小：_____mm <input type="checkbox"/> 腸造口 <input type="checkbox"/> 胃造口 <input type="checkbox"/> 膀胱造口 <input type="checkbox"/> 壓瘡 <input type="checkbox"/> 膀胱灌洗：_____天一次 <input type="checkbox"/> 傷口照護：_____天一次 <input type="checkbox"/> 尿液檢查：_____天一次，項目：_____ <input type="checkbox"/> 血液檢查：_____天一次，項目：_____ <input type="checkbox"/> 呼吸照護評估與治療：_____天一次 <input type="checkbox"/> 疼痛控制： <input type="checkbox"/> 1 PCA <input type="checkbox"/> 2 其他_____ <input type="checkbox"/> 其他處置：_____ <input type="checkbox"/> 藥物處方：_____
照護計畫	照護期間：_____個月 訪視頻率： <input type="checkbox"/> 1 醫師_____天一次，主治醫師：_____，醫事機構名稱：_____ <input type="checkbox"/> 2 護理人員_____天一次，主責護理師：_____，醫事機構名稱：_____ <input type="checkbox"/> 3 呼吸治療人員_____天一次，主責呼吸治療師：_____，醫事機構名稱：_____ <input type="checkbox"/> 4 臨床心理師_____天一次 <input type="checkbox"/> 5 社會工作人員_____天一次

個案病人(或代理人)簽章：_____

評估醫事人員簽章：_____

醫囑醫師簽章：_____

全民健康保險居家醫療照護整合計畫
病人用藥整合同意書

附件 5

一、 服務說明：

「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」提供因失能或疾病特性致外出就醫不便病人居家醫療照護服務。由居家西醫主治醫師整體評估病人的病情，視診療需要連結其他醫師、中醫師、牙醫師、護理人員、呼吸治療師、藥師、心理師及社工等人員提供訪視服務。

為提供整合性之居家醫療照護服務，居家西醫主治醫師將透過「健保醫療資訊雲端查詢系統」查詢病人近期之就醫與用藥資訊，於收案 6 個月內協助整合病人門、住診等用藥，以提升照護品質及用藥安全。

病人如欲維持原門診就醫習慣，無法配合居家西醫主治醫師整合用藥、提供實質居家醫療照護，則不符合本計畫之收案條件。

二、 接受服務意向表達：

本人 同意 不同意 ○○醫院(診所)○○○醫師為本人居家西醫主治醫師，於本人簽署同意書日起至結案日止，可透過衛生福利部中央健康保險署建置之「健保醫療資訊雲端查詢系統」，查詢本人就醫之醫療費用申報資料及健保卡上傳就醫資料，協助整合本人用藥及提供實質居家醫療照護。

此致 ○○醫院(診所)

立書同意人：

出生年月日：民國 年 月 日

身分證號：

代理人：

與病人之關係：

身分證號：

全民健康保險居家醫療照護整合計畫
牙醫師首次訪視或提供居家牙醫醫療服務申請表

申請日期 年 月 日、序號：

<u>病人基本資料</u>	
姓名：	出生日期： 年 月 日 監護人：
申請項目： <input type="checkbox"/> 訪視 <input type="checkbox"/> 醫療服務	
身分證號：	連絡電話：
居住地址：	
障礙類別：	3個月內是否有自行外出的能力： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
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	
病人申請資格：(請打勾)	
<input type="checkbox"/> 1.本計畫之病人，經居家西醫主治醫師評估連結。	
<input type="checkbox"/> 2.出院準備及追蹤管理費(02025B)申報病人，經主治醫師評估連結。	
<input type="checkbox"/> 3.特定身心障礙病人，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上。	
<input type="checkbox"/> 4.「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」之補助對象，並為各縣市長期照顧管理中心之個案，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上。	
<u>醫病史 (Medical History)</u>	
父母：	相關證明影本(請附於後)
親屬：	備註：(1)本計畫之病人，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。
本人：	
病人主訴或其他注意事項：	
申請院所基本資料	
醫事機構名稱(全銜)：	
醫事機構代號：	
一、居家醫療服務之醫師及醫護人員聯絡資料：	
醫師姓名：	聯絡電話：
醫護人員姓名：	聯絡電話：
二、此次居家醫療病人，提供的醫療設備內容：【請詳述攜帶式洗牙機、攜帶式吸唾機、攜帶式牙科治療設備、有效的急救設備、氧氣設備(含氧氣幫浦、氧氣筒須有節流裝置、氧氣面罩等)、急救藥品、開口器、生理監視器及攜帶式強力抽吸設備等，相關設備物品的名稱、數量、規格】	
三、若遇臨時緊急狀況或危急情形的後送醫療院所【檢附居家牙醫醫療與後送醫療院所地圖，並請說明兩者之間的距離及所需時間】	

全民健康保險居家醫療照護整合計畫
口腔醫療需求評估及治療計畫- 年 月 日、序號： 。

<u>基本資料</u>																	
<u>姓名：</u>						<u>出生日期：</u> 年 月 日						<u>監護人：</u>					
<u>居家病人來源：</u> <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																	
<u>居住地址：</u>																	
<u>醫病史 (Medical History)</u>																	
<u>父母：</u>									<u>相關證明影本(請附於後)</u>								
<u>親屬：</u>									(1)本計畫之病人，應檢附 VPN 登錄收案資料、(2)出院準備及追蹤管理費(02025B)申報個案病人，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。								
<u>本人：</u>																	
<u>特別注意事項：</u>																	
<u>牙醫病史</u>																	
<u>以往治療內容簡述</u>																	
<u>上次施行治療項目：</u> (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 <u>治療時間：</u> 年 月 日																	
<u>口腔現況</u>																	
<u>上顎：</u>					<u>55</u>	<u>54</u>	<u>53</u>	<u>52</u>	<u>51</u>	<u>61</u>	<u>62</u>	<u>63</u>	<u>64</u>	<u>65</u>			
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<u>乳牙牙冠</u>																	<u>乳牙牙冠</u>
<u>恆牙牙冠</u>																	<u>恆牙牙冠</u>
<u>醫療需求</u>																	<u>醫療需求</u>
<u>下顎：</u>					<u>85</u>	<u>84</u>	<u>83</u>	<u>82</u>	<u>81</u>	<u>71</u>	<u>72</u>	<u>73</u>	<u>74</u>	<u>75</u>			
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
<u>乳牙牙冠</u>																	<u>乳牙牙冠</u>
<u>恆牙牙冠</u>																	<u>恆牙牙冠</u>
<u>醫療需求</u>																	<u>醫療需求</u>
填表說明：D=Decayed X=Missing M=Mobility RR=Residual Root F=Filled																	

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

治療計畫

一、患者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) 牙周暨齦齒控制基本處置

(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

(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】

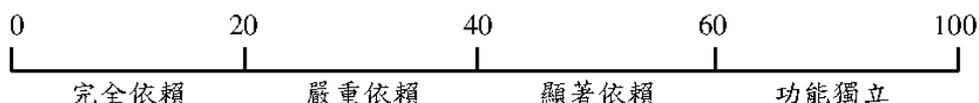
五、若遇臨時緊急狀況或危急情形的後送醫療院所，居家醫療與後送醫療院所兩者之間的距離及所需時間：

六、其他治療建議及口腔衛教的目標內容：

附錄 1、基本日常生活功能：巴氏量表(Barthel ADL index)

評估日期：____年____月____日

項 目	分 數	內 容 說 明
1. 進食	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	自己在合理時間(約 10 秒鐘吃一口)可用筷子取食眼前的食物。若需進食輔具時，應會自行穿脫。 需別人幫忙穿脫輔具或只會用湯匙進食。 無法自行取食或耗費時間過長。
2. 個人衛生	5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	可以自行洗手、刷牙、洗臉及梳頭。 需要他人部份或完全協助。
3. 上廁所	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	可自行上下馬桶、穿脫衣服、不弄髒衣服、會自行使用衛生紙擦拭。 需要協助保持姿勢的平衡、整理衣服或用衛生紙。 無法自己完成。
4. 洗澡	5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	能獨立完成(不論是盆浴或沐浴)，不需別人在旁。 需別人協助。
5. 穿脫衣服	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	能自己穿脫衣服、鞋子，自己扣釦子、上拉鍊或綁鞋帶。 在別人協助下，可自己完成一半以上的動作。 不會自己做。
6. 大便控制	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	不會失禁，能自行灌腸或使用塞劑。 偶爾會失禁(每週不超過一次)，需要他人協助使用灌腸或塞劑。 失禁，無法自己控制且需他人處理。
7. 小便控制	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	能自己控制不會有失禁，或能自行使用並清潔尿套、尿袋。 偶爾會失禁(每週不超過一次)或尿急(無法等待放好便盆或及時趕到廁所)或需要他人協助處理尿套。 失禁，無法自己控制且需他人處理。
8. 平地行走	15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	使用或不使用輔具，皆可獨立行走 50 公尺以上。 需他人稍微扶持或口頭指導才能行走 50 公尺以上。 雖無法行走，但可以操作輪椅(包括轉彎、進門及接近桌子、床沿)並可推行輪椅 50 公尺以上。 完全無法自行行走，需別人幫忙推輪椅。
9. 上下樓梯	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	可自行上下樓梯，可使用扶手、拐杖等輔具。 需他人協助或監督才能上下樓梯。 無法上下樓梯。
10. 移位	15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	整個過程可獨立完成。 移動身體時需要稍微協助、給予提醒、安全監督。 可以自行坐起，但從床上坐起時或移動身體時需要他人協助。 不會自己移動。
總分		



附錄 2、末期病患主要症狀表(符合安寧療護收案條件時填寫)

<p>1. 癌症末期病患：</p> <p><input type="checkbox"/>高血鈣 <input type="checkbox"/>脊髓壓迫 <input type="checkbox"/>急性疼痛 <input type="checkbox"/>嚴重呼吸困難 <input type="checkbox"/>惡性腸阻塞 <input type="checkbox"/>出血 <input type="checkbox"/>腫瘤潰瘍 <input type="checkbox"/>嚴重嘔吐 <input type="checkbox"/>發燒，疑似感染 <input type="checkbox"/>癲癇發作 <input type="checkbox"/>急性嗜妄 <input type="checkbox"/>急性精神壓力，如自殺意圖</p>
<p>2. 末期運動神經元病患：</p> <p><input type="checkbox"/>虛弱及萎縮 <input type="checkbox"/>肌肉痙攣 <input type="checkbox"/>吞嚥困難 <input type="checkbox"/>呼吸困難 <input type="checkbox"/>睡眠障礙 <input type="checkbox"/>便秘 <input type="checkbox"/>流口水 <input type="checkbox"/>心理或靈性困擾 <input type="checkbox"/>分泌物及黏稠物 <input type="checkbox"/>低效型通氣不足 <input type="checkbox"/>便秘 <input type="checkbox"/>流口水</p>
<p>3. 老年期及初老期器質性精神病態：</p> <p><input type="checkbox"/>CDR 臨床失智評分量表為一末期(CDR=5)者：<input type="checkbox"/>病人沒有反應或毫無理解力 <input type="checkbox"/>認不出人 <input type="checkbox"/>需旁人餵食，可能需用鼻胃管 <input type="checkbox"/>吞食困難 <input type="checkbox"/>大小便完全失禁 <input type="checkbox"/>長期躺在床上，不能坐也不能站，全身關節攣縮</p> <p><input type="checkbox"/>病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：<input type="checkbox"/>電解值不平衡 <input type="checkbox"/>急性疼痛 <input type="checkbox"/>嚴重呼吸困難 <input type="checkbox"/>惡性腸阻塞 <input type="checkbox"/>嚴重嘔吐 <input type="checkbox"/>發燒，疑似感染 <input type="checkbox"/>癲癇發作 <input type="checkbox"/>急性嗜妄 <input type="checkbox"/>瀕死狀態</p>
<p>4. 其他大腦變質：</p> <p><input type="checkbox"/>嚴重神經疾病如：<input type="checkbox"/>嚴重中風 <input type="checkbox"/>嚴重腦傷</p> <p><input type="checkbox"/>末期大腦變質病患，不需使用呼吸器維生者，病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：電解值不平衡 <input type="checkbox"/>急性疼痛 <input type="checkbox"/>嚴重呼吸困難 <input type="checkbox"/>惡性腸阻塞 <input type="checkbox"/>嚴重嘔吐 <input type="checkbox"/>發燒，疑似感染 <input type="checkbox"/>癲癇發作 <input type="checkbox"/>急性嗜妄 <input type="checkbox"/>瀕死狀態</p> <p><input type="checkbox"/>末期大腦變質患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者</p>
<p>5. 心臟衰竭：</p> <p><input type="checkbox"/>CHF NYHA stage III 或 IV - 休息或輕度活動時會喘 <input type="checkbox"/>原心臟照顧團隊認為病人很可能在近期內死亡 <input type="checkbox"/>經常因嚴重心臟衰竭症狀住院 <input type="checkbox"/>因心律不整而造成的昏厥等嚴重症狀者 <input type="checkbox"/>曾有心臟停止或心肺復甦術病史 <input type="checkbox"/>常有不明原因的昏厥 <input type="checkbox"/>心因性腦栓塞 <input type="checkbox"/>左心室射出分率$\leq 20\%$</p>
<p>6. 慢性氣道阻塞，他處未歸類者：</p> <p><input type="checkbox"/>即使使用氧氣，然而$PaO_2 \leq 55\text{mmHg}$、$PaCO_2 \geq 50\text{mmHg}$或$O_2 \text{ saturation} \leq 88\%$ <input type="checkbox"/>FEV1$\leq 30\%$ of predicted <input type="checkbox"/>FEV1持續下降且速度每年大於40 ml <input type="checkbox"/>6個月內體重減少10%以上 <input type="checkbox"/>休息時心跳超過100/min <input type="checkbox"/>肺心症或肺病造成之右心衰竭 <input type="checkbox"/>合併有其他症狀(如：惡質病、反覆感染、重度憂鬱)或多重合併症</p>
<p>7. 肺部其他疾病：</p> <p><input type="checkbox"/>即使使用氧氣，然而$PaO_2 \leq 55\text{mmHg}$、$PaCO_2 \geq 50\text{mmHg}$或$O_2 \text{ saturation} \leq 88\%$ <input type="checkbox"/>FEV1$\leq 30\%$ of predicted <input type="checkbox"/>FEV1持續下降且速度每年大於40 ml <input type="checkbox"/>6個月內體重減少10%以上 <input type="checkbox"/>休息時心跳超過100/min <input type="checkbox"/>肺心症或肺病造成之右心衰竭 <input type="checkbox"/>合併有其他症狀(如：惡質病、反覆感染、重度憂鬱)或多重合併症</p>
<p>8. 慢性肝病及肝硬化：</p> <p><input type="checkbox"/>肝病或肝硬化末期，不適合肝臟移植，且(1)PT$> 5 \text{ sec}$ above control 或 INR> 1.5 (2)Serum albumin$< 2.5 \text{ g/dl}$ <input type="checkbox"/>PT$> 5\text{sec}$ above control 或 INR> 1.5 <input type="checkbox"/>Serum albumin$< 2.5\text{g/dl}$ <input type="checkbox"/>困難處理之腹水 <input type="checkbox"/>自發性細菌性腹膜炎 <input type="checkbox"/>肝腎症候群 <input type="checkbox"/>肝腦病變合併坐立不安、昏睡和昏迷 <input type="checkbox"/>復發性食道靜脈瘤出血 <input type="checkbox"/>多重器官衰竭 <input type="checkbox"/>惡病質與消瘦</p>
<p>9. 急性腎衰竭，未明示者：</p> <p><input type="checkbox"/>已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病患 <input type="checkbox"/>病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病患可能在近期內死亡 <input type="checkbox"/>其他重要器官衰竭及危及生命之合併症 <input type="checkbox"/>長期使用呼吸器 <input type="checkbox"/>嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症 <input type="checkbox"/>惡病質，或嚴重之營養不良危及生命者 <input type="checkbox"/>惡性腫瘤末期患者 <input type="checkbox"/>因衰老、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者</p>
<p>10. 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者：</p> <p><input type="checkbox"/>慢性腎臟病至末期腎臟病階段，尚未接受腎臟替代療法病患，屬慢性腎臟病(CKD) 第4, 5期病患(GFR$< 30 \text{ ml/min/1.73m}^2$)，或已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病患 <input type="checkbox"/>病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病患可能在近期內死亡 <input type="checkbox"/>其他重要器官衰竭及危及生命之合併症 <input type="checkbox"/>長期使用呼吸器 <input type="checkbox"/>嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症 <input type="checkbox"/>惡病質，或嚴重之營養不良危及生命者 <input type="checkbox"/>惡性腫瘤末期患者 <input type="checkbox"/>因衰老、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者 <input type="checkbox"/>其他：<u> </u></p>

附錄 3、新制與舊制身心障礙類別與代碼對應表

新制身心障礙類別 ¹	舊制身心障礙類別與代碼	
	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）

¹新制身心障礙類別：採行國際健康功能與身心障礙分類系統(International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF)

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」同時並行，但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：

(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。

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】	
姓名		年 月 日	
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	3890【02】 ↳ 舊制身障類別代碼					
必要陪伴者及 高措施						

附錄 4、執行居家牙醫醫療服務相關規範

- 一、居家牙醫醫療服務流程圖如次頁所示。
- 二、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 6)至牙醫全聯會，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，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 7)，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。
- 三、牙醫師應於院所製作實體病歷留存，且須依病人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。
- 四、一位牙醫師需搭配至少一位醫護人員。
- 五、牙醫師應於診療期間隨時注意病患之生理及心理狀況。
- 六、所有侵入性治療應取得病人家屬或監護人之書面同意書，並附在個人病歷及醫療紀錄備查。
- 七、提供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。
- 八、牙醫師應教導家屬為病人清潔口腔之衛教知識。
- 九、耗材應由醫療院所自備。
- 十、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。
- 十一、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。
- 十二、依保險人規定執行健保卡讀、寫卡作業。
- 十三、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。

執行居家牙醫醫療服務流程圖

階段	流程	A、牙醫師負責部分	B、病人家屬負責部分
執行醫療服務 — 前	<p>受理居家牙醫醫療服務需求</p> <p>↓</p> <p>牙醫師至病人住家執行評估訪視或醫療服務</p> <p>↓</p> <p>每次出診前置作業</p> <p>↓</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> <p>牙醫師事前準備 A-1 至 A-4 之各項事前執行工作</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> <p>病人家屬於事前須準備 B-1 B-2 及至 B-3 事前準備工作</p> </div> </div>	<p>A-1 受理身心障礙病人或失能老人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，事前告知牙醫師病患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>每一居家病人申請皆須符合 A-1 至 A-10 之步驟。若無執行 A-9 之步驟將無法申請健保費用。</p> <p>↓</p> <p>診察期間務必由家屬、熟悉看護、陪同病人就診(B-4 至 B-5)。</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 牙醫師應於診察期間注意病人生理及心理狀況；若遇臨時緊急狀況或危急情形應立刻由後送院所接手辦理。</p> <p>註：若有侵入性治療時，務必於事前取得病人家屬或監護人書面同意書。</p>	<p>B-4 協助牙醫師完成治療</p> <p>B-5 接受牙醫師完成診療後之照護及術後說明應注意事項。</p>
執行醫療服務 — 後	<p>醫療器械設備及健保卡等作業</p> <p>↓</p> <p>依照 B-6 至 B-7 步驟行事後工作</p> <p>↓</p> <p>結束居家牙醫醫療服務</p>	<p>A-11 醫療相關設備維護、清潔保養及廢棄物清除等，由牙醫師自行妥善處理。</p> <p>A-12 教導家屬為病人清潔口腔衛教知識。</p>	<p>B-6 家屬應學習如何為病人做清潔口腔的知識。</p> <p>B-7 家屬應於平時固定為病人做口腔清潔，以維持口腔衛生。</p>

參、討論事項

討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：108 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準增修「經皮移除心臟內電極導線」等 3 項診療項目，提請討論。

說明：

一、依 107 年第 9 次、108 年第 1 次及 108 年第 2 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決議辦理（附件 1-1～1-3，頁次討 1-4～1-17）。

二、新增「經皮移除心臟內電極導線」等 2 項診療項目，推估增加預算約 48.75 百萬點。重點說明如下：

（一）新增「經皮移除心臟內電極導線」，詳表一序號 1（附件 2，頁次討 1-19）：

1. 依 107 年第 9 次專家諮詢會議結論（同附件 1-1，頁次討 1-4～1-7），考量病人安全及臨床效益，同意新增本項診療項目。
2. 財務評估：經本署校正後建議支付點數為 36,963 點（含一般材料費，不另加計材料加成；附件 3，頁次討 1-21），預估增加支出為 1.54 百萬點。

（二）新增「肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變體外診斷醫療器材檢測(In Vitro Diagnostics, IVD)與~~肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變實驗室自行研發檢測(Laboratory Developed Test, LDT)~~等 2-1 項分子病理檢測」，詳表一序號 2（附件 2，頁次討 1-19）：

1. 依 108 年第 2 次專家諮詢會議結論（同附件 1-3，頁次討 1-13～1-17），同意新增 EGFR 基因檢測惟僅支付 IVD 檢測方法，支付規範相關規定如下：

（1）建議適應症範圍：

- A. 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。
- B. 第 IIIB 期及第 IIIC 期，經肺癌多專科團隊討論，無法以外科手術完全切除、且不適合放射化學治療，於使用 EGFR 標靶藥物前得申請檢測。

(2) 建議支付規範：

- A. 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體積百分比。
- B. 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以醫療院所為單位進行申報。
- C. 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。
- D. 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。
- E. 限符合適應症規範下用藥前之伴隨式檢測每人終生限申報 1 次。

2. 財務評估：經本署校正後建議支付點數為 8,252 點(附件 4，頁次討 1-22)，預估增加點數 92.52 百萬點，惟經 107 年 11 月 12 日召開「肺癌 EGFR 標靶藥物用藥前所需之基因檢測納入健保醫療給付會議」3 家藥廠同意一次性調降 TKI 藥費節省 4,532 萬元，爰預估增加支出為 47.20 百萬點。

三、修訂「X 光骨骼密度測定」等 1 項診療項目，推估增加預算約 0.12 百萬點。重點說明如下：

(一) 修訂編號 33064B 「X 光骨骼密度測定」支付次數限制，詳表二序號 1 (附件 2，頁次討 1-19)：

1. 依 108 年第 1 次專家諮詢會議結論(同附件 1-2，頁次討 1-8~1-12)，同意成骨不全症患者取消現行每人終身檢查 3 次之支付限制，由醫師臨床專業判斷，另為避免浮濫使用，維持現行規定檢測間隔時間應為 1 年以上。
2. 財務評估：經統計健保申報資料，成骨不全症患者 102 至 106 年申報 33064B 「X 光骨骼密度測定」件數介於 51~76 件，以 106 年成骨不全症患者人數 206 人，每人每年申報 1 次估算，預估增加支出為 0.12 百萬點。

四、預算來源：

(一) 本次新增修「經皮移除心臟內電極導線」等 3 診療項目(推估預算約 48.87 百萬點)，擬由 108 醫院總額部門編列新醫療科技項下預算 400 百萬元支應。

(二) 另前次新增修 47065B 「治療性導管植入術—末梢靜脈植入中心導管術 (PICC)」之適應症」等 3 項診療項目(推估預算約 23.27 百萬點)已於 108 年 3 月 1 日生效實施。108 年醫院總額部門編列新增診療項目預算 400 百萬，目前已支應 71.64 百萬元。

五、上述診療項目將研議同步配合支付標準公告生效日起進行醫令自動化檢核。

擬辦：本案經討論後如獲同意，擬增訂支付標準表(附件 5，頁次討 1-23~1-26)，並依程序報請衛生福利部核定後公佈實施。

107 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：107 年 12 月 14 日上午 9 點 30 分

貳、地點：台北市信義路 3 段 140 號 18 樓大禮堂

參、主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：簡詩蓉

肆、出席專家：

吳醫師文正

陳醫師誠仁

蔡醫師森田

吳院長美環

洪主任芳明

李主任玉雲

陳院長振文

林醫師萍章

台灣消化系醫學會

曾岱宗

中華民國心臟學會

游治節

伍、請假專家：

李教授炫昇

郭院長宗正

張醫師效煌

周副院長輝政

莊院長銀清

李副院長宏昌

台灣胸腔及心臟血管外科學會

陸、列席單位及人員：

高雄醫學大學附設醫院

葉明倫

台灣心律醫學會

劉言彬、馮安寧

台大醫院

游治節

中華民國心臟學會

游治節

財團法人醫藥品查驗中心

高凱琳

本署醫審及藥材組

張淑雅、裴倩倩

本署醫務管理組

李純馥、劉玉娟、谷祖棣、
王玲玲、鍾欣穎、陳依婕、
林美惠、鄧家佩、簡詩蓉、
黃思瑄、楊瑜真、蔡孟好

柒、主席致詞：略。

捌、確認上次會議紀錄：確認。

玖、討論事項：

一、高雄醫學大學附設中和紀念醫院建議新增「肝臟纖維化超音波檢查(Fibroscan)」案。

討論重點：

- (一) 提案單位表示現行本項檢查執行沒有限定為醫師執行，可由醫事人員操作，操作時間為 15 至 20 分鐘，而作業流程中行政人員之作業時間為病患資料之鍵入等協助作業。鑑於行政人員之成本已列「作業及管理費用」中，不應另外計入人力成本。
- (二) 與會專家表示考量財務負擔，本項檢查之適應症應有限制，且需併同考量疾病後續治療，以避免濫用，造成財務負擔。依提案單位提出適應症中，慢性 B 型肝炎、C 型肝炎及其他病毒型肝炎之病患執行本項檢查對於後續治療用藥具有關聯性，惟脂肪肝、肝纖維化等疾病不宜納入本項之適應症，如臨床有需求應限制於 NASH (Nonalcoholic steatohepatitis) 執行。另考量兒童疾病臨床需求及執行肝穿刺檢查之困難性，兒童病患除前述適應症外，膽道異常等疾患建議納入適應症規範。

結論：囿於本案尚有相關疑義待釐清，爰本次會議未通過暫保留，俟台灣消化系醫學會補充適應症及成本分析作業時間等資料後提會討論。

二、中華民國心律醫學會建議新增「經皮移除心臟內電極導線 (Removal of Cardiac Lead from Heart, Percutaneous Approach)」 案。

討論重點：

- (一) 提案單位表示本項與編號 33131B「經皮導管血管內\心臟內異物移除術(適用於留置異物處血管大小直徑為 > 7 mm 者)」臨床執行方式與內容存有差異，且電極導線長度過長，並無法以診療項目編號 33131B 執行，另因執行本項移除術式需於 hybrid OR 內執行，且由於手術過程恐產生併發症，具有危及病人生命之可能，故須以開心手術為後援準備，以心臟血管外科醫師在場執行。
- (二) 與會專家表示考量本項目之普遍性及學習曲線，須設有一定人員訓練流程及資格限定，以保證執行品質及維護病人安全。
- (三) 本項目可另加計麻醉費用，爰原本署校正成本分析中麻醉人力等費用將刪減，經本署校正後建議支付點數由 43,204 點下修為 36,963 點。

結論：考量病人安全及臨床效益，同意新增本項，惟「執行醫師資格」相關規範文字，會後由台灣心律醫學會提供。

三、國立臺灣大學醫學院附設醫院及中華民國心臟學會建議新增「心臟監測器經皮植入/移除術」案。

討論重點：

- (一) 提案單位表示本項係因病患反覆昏厥，無法查明原因時，醫師為監測暈厥情形及病因探查，於心導管室執行。

(二) 與會專家表示本項執行普遍性低，提案單位所提適應症應限縮於多項檢查仍無法確診之情形下執行，以現行資料無法預估執行數，仍需要文獻數據以證明執行量，建議未來如考量納入給付時，應分階段進行，另本項應由主治醫師執行，住院醫師無法獨立執行。

結論：考量本項之適應症尚待定義，執行量及財務影響無法推估，本案不同意新增。

壹拾、 臨時動議：無。

壹拾壹、 散會：中午 12 時 30 分。

108 年度第 1 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 1 月 16 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：

李教授炫昇

周副院長輝政

蔡醫師森田

李副院長宏昌

洪主任芳明

吳科主任玉琮

曾教授嶽元

中華民國骨科醫學會

張嘉獻

中華民國血液病學會

林建廷、黃泰中

台灣臨床腫瘤醫學會

賴泓誌

伍、請假專家：

陳醫師誠仁

郭院長宗正

張醫師效煌

李主任玉雲

莊院長銀清

陳院長振文

吳醫師文正

吳院長美環

台灣消化系醫學會

陸、列席單位及人員：

社團法人先天性成骨不全症關懷
協會

程健智、林榆芬

臺灣病理學會

賴瓊如、郭冠廷、杭仁鈺

國立臺灣大學醫學院附設醫院

鄭文誠

衛生福利部食品藥物管理署

呂在綸、林瑞祥

彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院	蕭玉鑫
財團法人醫藥品查驗中心	朱素貞
本署醫審及藥材組	黃育文、裴倩倩
本署醫務管理組	谷祖棣、王玲玲、鍾欣穎、 陳依婕、林美惠、沈瑞玲、 鄧家佩、簡詩蓉、楊瑜真

柒、主席致詞：略。

捌、確認上次會議紀錄：確認。

玖、討論事項：

一、社團法人先天性成骨不全症關懷協會建議修訂 33064B 「X 光骨骼密度測定」支付次數限制案，提請討論。

討論重點：與會專家表示考量骨密度測定對於成骨不全症患者的診斷及治療是重要參考，同意成骨不全症患者取消現行每人終身檢查 3 次之支付限制，由醫師臨床專業判斷，另為避免浮濫使用，維持現行規定檢測間隔時間應為 1 年以上。

結論：施行本項目之支付規範如下（劃底線、~~刪除線~~為本次修正處）：

（一）適應症如下：

1. 內分泌失調可能加速骨質流失者（限副甲狀腺機能過高須接受治療者、腎上腺皮質過高者、腦下垂體機能不全影響鈣代謝者、甲狀腺機能亢進症者、醫源性庫興氏症候群者）。
2. 非創傷性之骨折者。
3. 五十歲以上婦女或停經後婦女接受骨質疏鬆症追蹤治療者。
4. 攝護腺癌病患在接受男性賀爾蒙阻斷治療前與治療後，得因病情需要施行骨質密度測驗檢查。

5. 成骨不全症。

- (二) 符合前述第(1)至(4)項適應症者，保險對象因病情需要再次施行骨質密度測量檢查時，間隔時間應為一年以上，且是項檢查以三次為限。
- (三) 符合前述第(5)項適應症者，因病情需要再次施行骨質密度測量檢查時，間隔時間應為一年以上。
- (四) 篩檢性檢查不列入本保險給付範圍。

二、臺灣病理學會建議新增「**EBV- encoded RNA 原位雜交 (EBER In Situ Hybridization)**」乙案，提請討論。

討論重點：

- (一) 與會專家表示考量本診療項目之輔助診斷有助於病人後續進行不同之治療及用藥，且有助於診斷某些特定類型的淋巴癌以符合國際血液腫瘤分類要求，爰建議新增，惟須明定適應症範圍，以避免健保資源濫用。
- (二) 以本會議 107 年 11 月 14 日提案單位及專家意見所提常見 EB 病毒感染適應症合計 12 項，本次經與會專家逐項討論，其中 8 項適應症(包括 B27 感染性單核球過多症、C11 鼻咽惡性腫瘤、C83.3 瀰漫性巨大 B-細胞淋巴瘤、C86.0 淋巴結外鼻腔型 NK/T-細胞淋巴瘤、C86.5 血管免疫母細胞 T 細胞淋巴瘤、D47.Z1 移植器官後伴有淋巴組織增生性疾患(PTLD)、D76.1 噬血球淋巴組織球增多症(噬血症候群)、D76.2 與感染有關的噬血症候群)已具共識建議納入，另預估執行人數採臺灣病理學會臨床經驗估算約 4,200 人。
- (三) 本診療項目所使用之 EB 病毒探針之醫療器材許可證，於效能

處標示限於分類分級「EB 病毒血清試劑(C.3235)」之第一等級鑑別範圍，非具有作為輔助診斷、預後及治療鼻咽癌或其他腫瘤之效能，不符合使用規定。

結論：

(一) 考量提案單位已於 107 年 11 月 29 日函請衛生福利部食品藥物管理署修訂分類分級「EB 病毒血清試劑(C.3235)」之等級鑑別規定，爰本案暫保留，俟食藥署回復評估結果後再行研議。

(二) 後續辦理事項：

1. 請食藥署回復有關臺灣病理學會申請修訂 C.3235 等級鑑別規定案之預計辦理時程。
2. 請醫務管理組重新檢視成本資料及健保財務評估。
3. 適應症範圍如另有補充，請臺灣病理學與相關醫學會取得共識後提供。

三、臺灣病理學會建議新增「肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變體外診斷醫療器材檢測(In Vitro Diagnostics, IVD)」與「肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變實驗室自行研發檢測(Laboratory Developed Test, LDT)」等 2 項分子病理檢測案。

討論重點：

(一) 與會專家表示鑑於 LDT 檢測方法現行法規尚未完備，且避免其他檢測項目效仿本項目以 LDT 法檢測造成品質疑慮，建議本案僅支付 IVD 檢測方法，並重申未來藥廠不再補助檢測費用，醫院亦不可向民眾收取自費。

(二) 針對 IVD 檢測方法，建議如下：

1. 依據現行健保規定，執行本項目之院所及受託代檢單位必須為本保險特約醫事服務機構，爰醫院委託代檢予生技產業實驗室部分暫保留，俟相關法規完備後再行研議。

2. 須再行釐清事項：

(1) 為避免浮濫使用，請臨床腫瘤醫學會及肺癌醫學會會後就適應症範圍取得共識後具體提出。

(2) 為確保檢測品質及後續標靶藥物治療療效，針對檢測實驗室及檢測品項之認證規範，請提案單位參考委員建議，重新檢視後具體提出。

(三) 囿於提案單位對於本署校正後建議支付點數尚有疑義，表示須另行研議後再回復。

結論：本案暫保留，俟相關單位補充資料及建議支付點數後再次提會討論。

四、彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院、衛生福利部屏東醫院、國立臺灣大學醫學院附設醫院建議新增「異常凝血酶原檢驗」案，提請討論。

囿於會議時間，本案未討論。

壹拾、 臨時動議：無。

壹拾壹、 散會：中午 12 時 30 分。

108 年度第 2 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 3 月 6 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：楊瑜真

肆、出席專家：

李教授炫昇

李副院長宏昌

蔡醫師森田

曾教授嶽元

洪主任芳明

吳科主任玉琮

陳院長振文

黃主任怡翔

莊院長銀清

陳主任榮邦

吳院長美環

中華民國放射線醫學會

張允中、陳世杰、黃國書

台灣消化系醫學會

劉俊人、楊宏志

台灣臨床腫瘤醫學會

賴泓誌

台灣肺癌學會

趙恒勝

伍、請假專家：

陳醫師誠仁

郭院長宗正

張醫師效煌

李主任玉雲

周副院長輝政

吳醫師文正

衛生福利部屏東醫院

陸、列席單位及人員：

國立臺灣大學醫學院附設醫院 鄭文誠、張晉誠、陳淑芬

彰化基督教醫療財團法人彰化基

蕭玉鑫

督教醫院

臺灣病理學會
財團法人醫藥品查驗中心
本署醫審及藥材組
本署醫務管理組

賴瓊如、郭冠廷、杭仁鈺
陳盈年
黃育文、林其昌
李純馥、劉玉娟、谷祖棣、
王玲玲、鍾欣穎、林美惠、
沈瑞玲、黃思瑄、鄧家佩、
簡詩蓉

柒、主席致詞：略。

捌、確認上次會議紀錄：確認。

玖、討論事項：

- 一、彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院、衛生福利部屏東醫院及國立臺灣大學醫學院附設醫院建議新增「異常凝血酶原檢驗」案，提請討論。

討論重點：

- (一)與會專家均同意本項是臨床上診斷、追蹤肝癌之重要腫瘤標誌，惟肝細胞癌高危險群範圍廣，若為常規檢查對健保財務負擔影響大，應尋找具科學依據且有效益之適應症範圍。
- (二)另本項建議支付點數高，主因為試劑價格決定成本費用，惟試劑屬材料費已內含於支付標準，本署無法就試劑單獨議價，若執行量增加且現已有第二間試劑廠商，提案單位應再與廠商討論降低試劑成本，減少對健保之財務衝擊後，該項檢查才可能以健保支應。

結論：本案暫保留，請台灣消化系醫學會提供適應症範圍，並請提案單位與廠商協商試劑價格，重送成本分析表後再提會討論。

二、國立臺灣大學醫學院附設醫院建議修訂編號 33075B 「血管阻塞術」之支付點數案，提請討論。

討論重點：

(一)Lipiodol 除具顯影劑功能外，用於血管阻塞術時亦具有載體功能，且其功效、費用優於固體載體之藥物，惟因 Lipiodol 成本漲幅多，其點數內含於診療項目中，造成目前 33075B 「血管阻塞術」之支付點數無法反映成本，擠壓專業技術之合理支付，爰與會專家同意修訂現行給付方式。

(二)依提案單位及專家建議，本案可研議提高現行 33075B 「血管阻塞術」支付點數，或另外新增「血管阻塞術-Lipiodol」，或另外給予 Lipiodol 核價申報。考量另設 Lipiodol 價格，雖可將技術費與藥費分開，惟現行 Lipiodol 係持藥品許可證，許可證上適應症載明為淋巴腺、子宮輸卵管造影；HCC 中期患者進行經導管動脈化學藥物栓塞治療時，幫助病灶顯像及作為攜帶藥物的載具；與外科黏膠水混合使用於血管栓塞術，因顯影劑於藥品支付規定不核價，其載具功能需請廠商另申請許可證收載特材，耗費時間久。鑒於 Lipiodol 為單一廠商，可能有停止供給之壓力，若內含於支付標準較能制衡廠商價格，且 Lipiodol 用於其他診療項目很少，主要用於肝癌患者施行之血管阻塞術，爰建議另新增一項使用 Lipiodol 之血管阻塞術。

(三)Lipiodol 使用劑量係依腫瘤大小而定，以截長補短精神，Lipiodol 數量暫以 1.5 瓶計算，支付點數為 28,591 點。

結論：與會專家經充分討論均同意另新增「血管阻塞術-Lipiodol」之診療項目，爰請台灣放射線醫學會提供支付規範及適應症，提下次會議討論。

三、臺灣病理學會建議新增「肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變體
外診斷醫療器材檢測(In Vitro Diagnostics, IVD)」與「肺癌表皮
生長因子受體(EGFR)突變實驗室自行研發檢測(Laboratory
Developed Test, LDT)」等 2 項分子病理檢測第 3 次討論案。

討論重點：

(一)肺癌學會、臨床腫瘤醫學會及與會專家表示肺癌第 III 期標準治療應為手術或 CCRT，但考量 TKI 藥物給付含第 IIIB 期，藥品仿單適應症為第 IIIB 期以上，為配合臨床醫療行為，爰建議適應症範圍修訂如下：

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 IIIB 期及第 IIIC 期，經肺癌多專科團隊討論，無法以外科手術完全切除、且不適合放射化學治療，於使用 EGFR 標靶藥物前得申請檢測。

(二)另為與用藥接軌，標靶藥物給付規定需一併修訂，EGFR 須以 IVD 檢測及適應症增加第 IIIC 期。

(三)實驗室認證與管理，應為醫院評鑑範疇，病理學會提供之 EGFR 檢測認證樣張，將提供分區業務組於審核醫院條件時參考，另與會專家均同意本項檢測之實驗室相關支付規範如下：

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體積百分比。
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以醫療院所為單位進行申報。

3. 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。
4. 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。

結論：

- (一)與會專家均同意 EGFR 僅支付 IVD 檢測，建議支付點數為 8,252 點，其支付規範限符合適應症規範下用藥前之伴隨式檢測每人終生限申報 1 次（如為用藥後之抗藥性檢測暫不納入給付）。
- (二)請醫審及藥材組儘速修訂 EGFR-TKI 藥物給付規定，其適應症增加第 III C 期。
- (三)本案擬提至 108 年第 2 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討論。

壹拾、臨時動議：無。

壹拾壹、散會：中午 12 時 30 分。

表一、108 年建議新增醫療服務給付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	預估一年執行總次數 B	被替代項目及替代率				預算推估			實際淨增加點數(百萬點) I=①G-②G-H			
						被替代診療項目	中文名稱	表定支付點數 C	替代率 D	點數差值 E=A-C	預估全國執行量 F=B	預估年增點數(百萬點) G=①A*F*(1-D)+E*F*D ②A*F		一次性調降 TKI 藥費所節省費用 H		
1	經皮移除心臟內電極導線	為避免過多的心臟內電極導線滯留在血管內，造成大靜脈阻塞、感染、心臟瓣膜閉鎖不全、干擾心節律器功能等不良後果，以經皮及靜脈使用特材的方式移除心臟內舊有損壞或無功能的電極導線。	1.施行本項醫師資格需同時符合下列三項條件： (1)具有心臟專科醫師資格(心臟內科、心臟外科、小兒心臟科)。 (2)需於指導醫師在場協助下，完成至少 5 例或 10 條導線移除經驗，並經中華民國心臟學會或中華民國心律醫學會認證。 (3)參加中華民國心臟學會或中華民國心律醫學會認證之講習及模擬課程(實際操作訓練或示範教學)。 2.含一般材料費，不另加計材料加費。	36,963	50	33131B	經皮導管血管內\心臟內異物移除術(適用於留置異物處血管大小直徑為 > 7 mm 者)	30,356	20%	6,607	50	1.54	①	45.32	1.54	①
2	肺癌表皮生長因子受體突變檢測	表皮生長因子受體突變分析 (EGFR mutation) 為晚期非小細胞肺癌患者使用標靶藥物「表皮生長因子受體抑制劑的伴隨檢測 (companion testing)」，若檢測結果為陽性，方可使用此類標靶藥物治療。	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 IIIB 期及第 IIIC 期，經肺癌多專科團隊討論，無法以外科手術完全切除、且不適合放射化學治療，於使用 EGFR 標靶藥物前得申請檢測。 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體積百分比。 (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以醫療院所為單位進行申報。 (3)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。 (4)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。 (5)限符合適應症規範下用藥前之伴隨式檢測每人終生限申報 1 次。	8,252	11,212	/				11,212	92.52	②	45.32	47.20	②	
(1) 2 項新增項目 小計																48.75

表二、108 年建議增訂醫療服務給付項目及財務影響評估彙整表(計 1 項目)

序號	診療編號	中文名稱	辦理依據	108 年第 1 次專家諮詢會議說明	適應症/相關規範	現行表定點數 A	106 年醫令 申報量 D	預估全國執 行量 E	預估年增點數 (百萬點) F=A*E 或 C*E
1	33064B	X 光骨骼 密度測定	107 年 9 月 28 日 玻娃字第 10720 號函	與會專家表示考量骨密度測定對於 成骨不全症患者的診斷及治療是重 要參考，同意成骨不全症患者取消現 行每人終身檢查 3 次之支付限制，由 醫師臨床專業判斷，另為避免浮濫使 用，維持現行規定檢測間隔時間應為 1 年以上。	註： 1.適應症如下： (1)內分泌失調可能加速骨質流失者(限副甲狀腺機能過高須接受 治療者、腎上腺皮質過高者、腦下垂體機能不全影響鈣代謝 者、甲狀腺機能亢進症者、醫源性庫興氏症候群者)。 (2)非創傷性之骨折者。 (3)五十歲以上婦女或停經後婦女接受骨質疏鬆症追蹤治療者。 (4)攝護腺癌病患在接受男性賀爾蒙阻斷治療前與治療後，得因病 情需要施行骨質密度測驗檢查。 (5)成骨不全症。 2.符合前述第(1)至(4)項適應症者，保險對象因病情需要再次施行骨 質密度測量檢查時，間隔時間應為一年以上，且是項檢查以三次 為限。 3.符合前述第(5)項適應症者，因病情需要再次施行骨質密度測量檢 查時，間隔時間應為一年以上。 4.篩檢性檢查不列入本保險給付範圍。	600	110,223	206	0.12
(2) 1 項修訂項目 小計									0.12

003-1 診療項目成本分析表(校正)

項目名稱：經皮移除心臟內電極導線

提案單位：中華民國心律醫學會

錄案編號：

單位：元

	人員別		科別		人數		每人每分鐘成本		耗用時間(分)		成本小計		成本合計	
	用人成本	1.主治醫師以上		麻醉醫師				39.1						17,001
1.主治醫師以上		心臟血管外科醫師		1		39.1		120		4,692				
1.主治醫師以上		心臟血管內科醫師		1		39.1		150		5,865				
2.住院醫師		外科住院醫師		1		16.5		120		1,980				
2.住院醫師		內科住院醫師		1		16.5		150		2,475				
3.護理人員														
4.醫事人員				2		8		120		1,920				
5.行政人員														
6.工友、技工				1		4.6		15		69				
不計價材料或藥品成本	品名		單位		單位成本		消耗數量		成本小計		成本合計			
	手術器械 包布		套		180.00		1.00		180		190			
	耗材：縫線，紗布		條，片		10.00		1.00		10					
	預防性抗生素(Cefuroxim 750mg)		瓶		15.0				-					
	急救藥品													
	全身麻醉須用耗材及藥品													
	靜脈輸液		瓶/袋		36				-					
備血														
設備費用	名稱		取得成本		使用年限		每分鐘折舊金額		佔用時間(分)		成本小計		合計成本	
	心導管儀		45,000,000		7		62.0		150		9,301		17,549	
	心導管儀相關設備		4,339,133		7		6.0		150		897			
	雷射主機(租賃)		8,000,000		7		11.0		30		331			
	全身麻醉器				7									
	心臟超音波		4,500,000		7		6.2		120		744			
	經食道心臟超音波		1,500,000		7		2.1		120		248			
	暫時性心律調節器		138,000		7		0.2		120		23			
	體外去顫器		300,000		7		0.4		120		50			
	小計										11,593			
非醫療設備=醫療設備 ×				7.53 %						873				
房屋折舊	平方公尺或坪數		取得成本		使用年限		每分鐘折舊金額		佔用時間(分)		成本小計			
	手術室更新工程		60,221,580		50		10.5		150		1573.4			
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)×25%											3,510			
直接成本合計												34,740		
作業及管理費用(直接成本×6.4%)												2,223		
成本總計												36,963		

003-1 診療項目成本分析表(校正)

 現有項目 新增項目

項目名稱：肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變體外診斷醫療器材檢測(In Vitro Diagnostics, IVD)

項目編號：

提案單位：台灣病理學會

檔案編號：106-1033

單位：元

	人員別		人數	每人每分鐘成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計	
	用人成本	1. 主治醫師以上		1	39.1	15	587	1,867
2. 住院醫師								
3. 護理人員								
4. 醫事人員			1	8	160	1,280		
5. 行政人員								
6. 工友、技工								
不計價材料或藥品成本	品名		單位	單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計	
	空白玻片		片	7.00	4.00	28.00	5,183	
	二甲苯		ml	0.12	20.00	2.40		
	酒精		ml	1.39	20.00	27.80		
	tips		test	2.00	15.00	30.00		
	ependorf		test	2.00	10.00	20.00		
	EGFR mutation test		test	5075.00	1.00	5075.00		
設備費用	名稱		取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本
	Microme切片機		190,000	7	0.3	3	1	705
	烤箱		16,000	7	0.0	20	0	
	水浴槽		25,000	7	0.0	1	0	
	冷凍盤		65,400	7	0.1	10	1	
	檢驗機器		2,800,000	7	3.9	120	463	
	小計						465	
	非醫療設備=醫療設備 × 7.53 %						35	
房屋折舊	平方公尺或坪數		取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間	成本小計	
	15		1,366,425	50	0.24	270	64.3	
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用) × 25%							141	
直接成本合計							7,755	
作業及管理費用(直接成本 × 6.4 %)							497	
成本總計							8,252	

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

第二十四項 伴隨式診斷 Companion Diagnostics (30101~30200)

編號	診療項目	基層 院所	地 區 醫院	區 域 醫院	醫 學 中 心	支 付 點 數
<u>30101B</u>	<p><u>肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變</u> <u>EGFR mutation in lung cancer</u> <u>註：</u> <u>1.適應症：</u> <u>(1)限復發或轉移性(第IV期)之非小細胞且非鱗狀上皮肺</u> <u>癌，於使用EGFR標靶藥物前得申請檢測。</u> <u>(2)第IIIB期及第IIIC期，經肺癌多專科團隊討論，無法以</u> <u>外科手術完全切除、且不適合放射化學治療，於使用</u> <u>EGFR標靶藥物前得申請檢測。</u> <u>2.支付規範：</u> <u>(1)限使用已確診之腫瘤病理組織或細胞檢體做檢測，並於</u> <u>檢測報告上註明診斷與腫瘤體積百分比。</u> <u>(2)限具肺癌EGFR基因檢測項目通過CAP(美國病理學家</u> <u>學會，The College of American Pathologists)、TAF(財團</u> <u>法人全國認證基金會，Taiwan Accreditation Foundation)</u> <u>或台灣病理學會之分子實驗室認證之實驗室以醫療院</u> <u>所為單位進行申報。</u> <u>(3)限使用食品藥物管理署核准之第三等級醫療器材檢測</u> <u>試劑操作，並於檢測報告上註明方法學與檢測平台。</u> <u>(4)限解剖病理專科醫師簽發報告，並於檢測報告上加註專</u> <u>科醫師證書字號。</u> <u>(5)限符合適應症規範下用藥前之伴隨式檢測每人終生限</u> <u>申報1次。</u></p>		<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>Y</u>	<u>8252</u>

第二十五項 其他檢查 Other Test (30501-30523)

第二節 放射線診療 X-RAY

第一項 X光檢查費 X-Ray Examination

通則：本項各檢查項目皆為兒童加成項目，另部分診療項目項下加註「提升兒童加成項目」者，其加成率適用本節通則六、2之規定。

二、特殊造影檢查 Scanning (33001-33143、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 > 表單下載 > 醫療服務表單。
- (2) 原檢查醫院提供特殊造影檢查影像及報告費，所訂點數包含檢查報告、製作影像、傳輸影像、造影複製片、X光底片、行政管理及郵寄等費用在內；第二次處方院所申請特殊造影檢查影像及報告費，所訂點數除鼓勵資源共享外，並包含影像下載、診斷判定費、底片整理及相關行政等費用在內。
- (3) 保險對象特殊造影檢查影像及報告於原檢查醫院及第二次處方院所間之提供與申請，以乙次為限；病人自行攜帶複製片，經第二次處方院所使用並作成診斷報告，給予第二次處方院所申請特殊造影檢查影像及報告費。
- (4) 影像之提供得以 PACS(Picture Archiving and Communication System，影像儲存及傳輸管理系統)、中央主管機關之全國醫療影像交換中心或複製片等方式提供。

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
33064B	X光骨骼密度測定 X-ray bone densitometry 註：1.適應症如下： (1)內分泌失調可能加速骨質流失者（限副甲狀腺機能過高須接受治療者、腎上腺皮質過高者、腦下垂體機能不全影響鈣代謝者、甲狀腺機能亢進症者、醫源性庫興氏症候群者）。 (2)非創傷性之骨折者。 (3)五十歲以上婦女或停經後婦女接受骨質疏鬆症追蹤治療者。 (4)攝護腺癌病患在接受男性賀爾蒙阻斷治療前與治療後，得因病情需要施行骨質密度測驗檢查。		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><u>(5)成骨不全症。</u></p> <p>2.符合前述第(1)至(4)項適應症者，保險對象因病情需要再次施行骨質密度測量檢查時，間隔時間應為一年以上，且是項檢查以三次為限。</p> <p>3.符合前述第(5)項適應症者，因病情需要再次施行骨質密度測量檢查時，間隔時間應為一年以上。</p> <p>4.篩檢性檢查不列入本保險給付範圍。</p>					

第七節 手術

第六項 心臟及心包膜(68001-68055)

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
68044A	<p><u>經皮移除心臟內電極導線</u> <u>Removal of Cardiac Lead from Heart, Percutaneous Approach</u> 註： 1. <u>支付規範：</u> (1) <u>施行本項醫師資格需同時符合下列三項條件：</u> <u>A.具有心臟專科醫師資格(心臟內科、心臟外科、小兒心臟科)。</u> <u>B.需於指導醫師在場協助下，完成至少五例或十條導線移除經驗，並經中華民國心臟學會或中華民國心律醫學會認證。</u> <u>C.加中華民國心臟學會或中華民國心律醫學會認證之講習及模擬課程(實際操作訓練或示範教學)。</u> 2. <u>含一般材料費，不另加計材料加成。</u></p>			√	√	<u>36963</u>

討論事項

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關修訂轉診支付標準案，提請討論。

說明：

一、議題一：同體系院所名單之調整

- (一) 按轉診支付標準問答輯，同體系院所名單係參採 107 年醫策會辦理醫院評鑑所列醫院同體系名單，計有 39 個體系，225 家醫院。若院所對名單有所意見，需提出具體理由及相關證明給各分區業務組，本署依程序提案至支付標準共同擬訂會議討論。
- (二) 提出需刪除之院所名單：彙整醫院來函聲明非屬所列同體系院所並檢送相關資料者(多為證明人事及財務獨立經營、病歷及資訊系統無共用等)，如附件 1 (頁次討 2-4)。計有 11 家醫院。
- (三) 本署洽請分區業務組蒐集之新增院所名單：法規上並無同體系醫療院所之定義，本署參考醫策會同體系醫院名單之精神，以「國軍退除役官兵輔導委員會體系、國軍體系、衛生福利部體系、同醫學院附設院所體系、同縣市政府所屬院所體系、同醫院總分院(院區)、同法人、同董事會、同董事長或院所網站已宣稱屬同一醫療體系者」為認定依據，洽請各分區業務組協助蒐集現行醫策會同體系院所名單外之同體系名單，如附件 2。計新增 54 個體系及 205 家醫療院所(醫院 59 家，診所 58 家，居護所 88 家)。
- (四) 建議按附件 1 及附件 2 (頁次討 2-5~2-12)，逐項檢視及討論需刪除或新增之院所名單。

二、議題二：是否放寬同體系醫院得申報轉診支付標準

- (一) 旨揭支付標準包括 01034B 「辦理轉診費_回轉及下轉-使用

保險人電子轉診平台」等 5 項醫令，現行規範「同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件不得申報」。

(二) 同案由已於 107 年 10 月 25 日於本會議提案討論，當次會議未獲共識，本署已於 107 年 11 月 21 日再函詢各層級協會及醫師全聯會之意見，各單位回復意見彙整如附件 3 (頁次討 2-13)。其中醫院協會、醫學中心協會及區域醫院協會同意放寬，社區醫院協會及醫師全聯會不同意放寬。

(三) 同體系轉診申報分析：以接受院所申報轉診部分負擔代碼或醫令 01038C「接受轉診診察費加算」者計算。

1. 107 年 1 至 6 月：

(1) 下轉 4,918 件，其中同體系轉診案件 1,388 件(占 28%，包含同縣市 24%，不同縣市 4%)。

(2) 上轉 240,496 件，其中同體系轉診案件 8,424 件(占 4%，包含同縣市 3%，不同縣市 1%)。

(3) 下及上轉合計 245,414 件，其中同體系轉診案件 9,812 件(占 4%，包含同縣市 3%，不同縣市 1%)。

2. 107 年 7 至 12 月：

(1) 下轉 44,145 件，其中同體系轉診案件 7,060 件(占 16%，包含同縣市 12%，不同縣市 4%)。

(2) 上轉 439,709 件，其中同體系轉診案件 17,629 件(占 4%，包含同縣市 2%，不同縣市 2%)。

(3) 下及上轉合計 483,854 件，其中同體系轉診案件 24,689 件(占 5%，包含同縣市 3%，不同縣市 2%)。

(四) 考量同體系醫院之轉診亦有助於院所合作及推展分級醫療政策，所詢單位多數同意放寬，且現行同體系轉診案件僅佔轉診案件 4-5%，影響預算應不大，建議修訂轉診支付標準，刪除「同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件不得申報」

之規範。

三、議題三：取消出院病患下轉至居家護理所之轉診支付

- (一) 按轉診支付標準問答輯之說明，A 醫院住院病患若病情穩定後辦理出院，後續下轉 B 院所接受居家照護，A 醫院得併病患之住院費用，依規定申報 01034B-01035B「辦理轉診費_回轉與下轉」。
- (二) 按 107 年第三季轉診核付資料，醫院住院病患出院後下轉居護所之案件，共核付 221 件轉診費用，其中 128 件(58%)為醫院下轉同院之附設居家護理所之案件。
- (三) 考量此類案件多為醫院下轉同院之附設居家護理所，且現行醫令代碼 02025B「出院準備及追蹤管理費」之支付內容亦包含協助轉介居家照護，不宜再重複鼓勵，建議取消轉診支付。

擬辦：修訂支付標準如附件 4 (頁次討 2-14~2-16)，依會議決議辦理後續報部公告事宜，並配合修訂轉診支付標準問答輯相關內容。

附件 1-來函聲明非屬同體系院所並檢送相關資料之醫院名單

區別	醫院名稱	備註
北區	聖保祿醫院	非屬長庚體系
中區	亞洲大學	非屬中國醫體系
中區	弘光大學附設老人醫院	非屬光田體系
中區	清泉醫院	非屬光田體系
中區	員林何醫院	非屬秀傳體系
中區	竹山秀傳醫院	非屬秀傳體系
中區	仁和醫院	非屬秀傳體系
中區	佑民醫院	非屬彰基體系
南區	若瑟醫院	非屬天主教體系
高屏	旗津醫院	非屬阮綜合體系
高屏	博正醫院	非屬阮綜合體系

附件 2-1：原有體系之新增醫療院所

體系名稱	區別	醫事機構代號	醫事機構名稱
部立醫院體系	台北	7511070024	衛生福利部基隆醫院附設居家護理
	台北	7531060015	衛生福利部臺北醫院附設居家護理所
	台北	7531061030	衛生福利部樂生療養院附設居家護理所
	北區	7532010019	衛生福利部桃園醫院附設居家護理所
	北區	7535010020	衛生福利部苗栗醫院附設居家護理所
長庚體系	台北	7711060013	長庚醫療財團法人附設基隆居家護理所
	北區	7732070019	長庚醫療財團法人附設林口居家護理所
	北區	7732010013	沙爾德聖保祿修女會醫療財團法人附設聖保祿居家護理所
慈濟體系	台北	7731050531	佛教慈濟醫療財團法人附設台北慈濟居家護理所
	南區	1139010013	斗六慈濟醫院
榮總體系	台北	7501160011	臺北榮民總醫院附設居家護理所
	台北	7534070522	臺北榮民總醫院員山分院附設居家護理所
	台北	7534030019	臺北榮民總醫院蘇澳分院附設居家護理所
	台北	7501161027	臺北市立關渡醫院附設居家護理
北醫體系	台北	7301200016	臺北市立萬芳醫院—委託財團法人臺北醫學大學辦理附設居家護理所
	台北	7331040019	衛生福利部雙和醫院附設居家護理所(委託臺北醫學大學興建經營)
	台北	7401170542	財團法人私立臺北醫學大學附設醫院附設居家護理所
馬偕體系	台北	7701100019	台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人附設馬偕居家護理所
國泰體系	台北	4001110018	國泰醫療財團法人內湖國泰診所
	台北	7731110514	國泰醫療財團法人附設汐止居家護理所
	台北	7301020018	國泰醫療財團法人附設居家護理所
	北區	3533100027	民安診所
台大體系	台北	0401020013	國立臺灣大學醫學院附設癌醫中心醫院
	台北	7501190019	國立台灣大學醫學院附設醫院北護分院附設居家護理所
	台北	7131270013	國立臺灣大學醫學院附設醫院金山分院附設居家護理所
中國醫體系	台北	7401111187	中國醫藥大學附設醫院臺北分院附設居家護理所
	北區	1333050017	中國醫藥大學新竹附設醫院
	中區	3503100091	中部科學工業園區員工診所
		3338120516	中國醫藥大學附設醫院地利村門診部
		1333050017	中國醫藥大學新竹附設醫院

體系名稱	區別	醫事機構代號	醫事機構名稱
國軍體系	台北	7501010516	三軍總醫院松山分院附設民眾診療服務處附設居家護理所
	台北	7501110511	三軍總醫院附設民眾診療服務處附設居家護理所
	北區	7132090028	國軍桃園總醫院附設居家護理所
		7512040020	國軍新竹地區醫院附設民眾診療服務處附設居家護理所
	中區	2503150018	成功嶺診所
	高屏	2502090013	國軍高雄門診中心附設民眾診療服務處
敏盛體系	台北	7401201140	景美醫院附設居家護理
	台北	7431061332	新泰綜合醫院附設居家護理所
	北區	3512013681	新竹科學工業園區員工診所
		7432011185	敏盛綜合醫院附設居家護理所
		7632060011	大園敏盛醫院附設居家護理所
		7632090019	龍潭敏盛醫院附設居家護理所
北市聯醫體系	台北	7501090014	臺北市立聯合醫院附設中興居家護理所
	台北	7501020012	臺北市立聯合醫院附設仁愛居家護理所
	台北	7501180022	臺北市立聯合醫院附設和平婦幼居家護理所
	台北	7501120017	臺北市立聯合醫院附設忠孝居家護理所
	台北	7101100026	臺北市立聯合醫院附設林森中醫居家護理所
	台北	7501150015	臺北市立聯合醫院附設陽明居家護理所
天主教體系	台北	7731030511	天主教耕莘醫療財團法人附設永和耕莘居家護理所
中英體系	台北	7331060020	中英醫療社團法人附設居家護理所
瑞光體系	台北	7201190013	同仁院醫療財團法人附設居家護理所
	台北	7401101421	泰安醫院附設居家護理所
李綜合體系	北區	3535031490	仁泰診所
聯新體系	北區	7632101118	壠新醫院附設居家護理所
		3432060513	壠新醫院桃園國際機場醫療中心
		7332010015	桃新醫院附設居家護理所
天成體系	北區	7632041034	天成醫院附設居家護理所
		7332020020	天成醫療社團法人附設居家護理所
大千體系	北區	7335010017	大千綜合醫院附設居家護理所
		3535061434	後龍診所
		3535091245	公館診所
		3535041745	竹南診所
澄清體系	中區	3536201405	里澄診所
彰基體系	中區	1537010111	漢銘醫院

體系名稱	區別	醫事機構代號	醫事機構名稱
秀傳體系	南區	3505370206	安南高家醫診所
	南區	3505380168	安平西醫診所
奇美體系	南區	2741200511	台南科學工業園區聯合診所
新樓體系	南區	3505070041	台新診所
阮綜合體系	高屏	4107350018	阮綜合醫療社團法人上順診所
	高屏	3507020049	永順診所
	高屏	3507360173	安順診所

附件 2-2：新增之體系及醫療院所

體系名稱	區別	醫事機構代號	醫事機構名稱
蕭中正體系	台北	1531010108	蕭中正醫院
		1531091130	清福醫院
		3531045498	福星診所
		7431011725	蕭中正醫院附設居家護理所
		7431091107	清福醫院附設居家護理所
仁安醫院體系	台北	1531130105	仁安醫院
		7431130878	仁安醫院附設居家護理所
仁愛醫院體系	台北	1531071030	仁愛醫院
		7431071061	仁愛醫院附設居家護理所
同仁醫院體系	台北	1531050077	同仁醫院
		7431050795	同仁醫院附設居家護理所
		7431050893	同仁醫院附設順安居家護理所
博仁醫院體系	台北	1501010010	博仁綜合醫院
		7401011333	博仁綜合醫院附設居家護理所
仁康醫院體系	台北	1531051172	新北仁康醫院
		7431050839	新北仁康醫院附設居家護理所
宏仁醫院體系	台北	1531020122	宏仁醫院
		7631020522	宏仁醫院附設居家護理所
板橋中興醫院體系	台北	1531010279	板橋中興醫院
		7331010020	板橋中興醫院附設居家護理所
陽明大學體系	台北	0434010518	國立陽明大學附設醫院
		7534010017	國立陽明大學附設醫院居家護理所
基隆市立醫院體系	台北	0211070012	基隆市立醫院
		7511070033	基隆市立醫院附設居家護理
連江縣立醫院體系	台北	0291010010	連江縣立醫院
		7591010013	連江縣立醫院附設居家護理所
新北市立聯合醫院體系	台北	0131020016	新北市立聯合醫院
		7531010533	新北市立聯合醫院附設居家護理所
仁祥體系	台北	3511041396	仁祥診所
		7611041061	仁祥診所附設居家護理服務部

體系名稱	區別	醫事機構代號	醫事機構名稱
羅東聖母體系	台北	1134020028	天主教靈醫會醫療財團法人羅東聖母醫院
		7334020037	天主教靈醫會醫療財團法人附設羅東聖母居家護理所
		1534050024	杏和醫院
		7434050028	杏和醫院附設居家護理所
恩主公體系	台北	7731091023	行天宮醫療志業醫療財團法人附設恩主公居家護理所
		1131090019	行天宮醫療志業醫療財團法人恩主公醫院
普門體系	台北	1134070019	宜蘭普門醫療財團法人員山馬偕醫院
		4034010017	宜蘭普門醫療財團法人普門診所
仁濟體系	台北	1401190011	財團法人台灣省私立台北仁濟院附設仁濟醫院
		1431060017	財團法人台灣省私立台北仁濟院附設新莊仁濟醫院
		7601190511	財團法人台灣省私立台北仁濟院附設仁濟醫院附設居家護理所
蘭陽仁愛醫院體系	台北	1134010022	財團法人蘭陽仁愛醫院
		7734010011	財團法人蘭陽仁愛醫院附設居家護理所
臺安體系	台北	7301010012	基督復臨安息日會醫療財團法人附設臺安居家護理所
		4001020019	基督復臨安息日會醫療財團法人臺安診所
		1101010021	基督復臨安息日會醫療財團法人臺安醫院
康寧體系	台北	7701110015	康寧醫療財團法人附設康寧居家護理所
		1101110026	康寧醫療財團法人康寧醫院
新光體系	台北	7301150011	新光醫療財團法人附設新光居家護理所
		1101150011	新光醫療財團法人新光吳火獅紀念醫院
亞東體系	台北	1131010011	醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會亞東紀念醫院
		4001180010	醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會遠東聯合診所
		7631010017	醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會附設亞東居家護理所
礦工體系	台北	7311030517	醫療財團法人臺灣區煤礦業基金會附設八堵居家護理
		1411030013	醫療財團法人臺灣區煤礦業基金會臺灣礦工醫院
羅東博愛體系	台北	7334020028	醫療財團法人羅許基金會附設羅東博愛居家護理所
		1134020019	醫療財團法人羅許基金會羅東博愛醫院
輔大醫院體系	台北	1331160010	輔仁大學學校財團法人輔仁大學附設醫院
		7431160072	輔仁大學學校財團法人輔仁大學附設醫院附設居家護理所
振興醫院體系	台北	1101160017	振興醫療財團法人振興醫院
		7301160017	振興醫療財團法人附設振興居家護理所
大安醫院體系	北區	1533051063	大安醫院
		7633051052	大安醫院附設居家護理所

體系名稱	區別	醫事機構代號	醫事機構名稱
中壢長榮醫院體系	北區	1532021338	中壢長榮醫院
		7332020039	中壢長榮醫院附設居家護理所
協和醫院體系	北區	1535010024	協和醫院
		7435010608	協和醫院附設居家護理所
東元體系	北區	1533050039	東元綜合醫院
		3533052311	艾微笑診所
		7333050013	東元綜合醫院附設居家護理所
長慎醫院體系	北區	1532021374	長慎醫院
		3512011276	新竹安慎診所
		3533031689	竹東安慎診所
		3533052044	竹北惠慎診所
南門醫院體系	北區	1512011185	南門綜合醫院
		7612011030	南門綜合醫院附設居家護理
為恭體系	北區	1135050020	財團法人為恭紀念醫院
		7735051070	財團法人為恭紀念醫院附設居家護理所
		1535051196	崇仁醫院
		3535041647	宏仁診所
重光醫院體系	北區	1535051178	重光醫院
		7635051050	重光醫院附設居家護理所
祐民醫院體系	北區	1532020215	祐民醫院
		7432021163	祐民醫院附設居家護理所
北區陽明醫院體系	北區	1532101091	陽明醫院
		7432101148	陽明醫院附設居家護理所
新仁醫院體系	北區	1533051072	新仁醫院
		7633051070	新仁醫院附設居家護理所
新永和醫院體系	北區	1532100012	新永和醫院
		3532082315	博濟診所
新國民醫院體系	北區	0932020034	新國民醫療社團法人新國民醫院
		7632020544	新國民醫療社團法人新國民醫院附設居家護理所
懷寧體系	北區	1532021383	懷寧醫院
		3532027047	懷寧內科診所
		7332020048	懷寧醫院附設居家護理所
弘大體系	北區	0935010012	梓榮醫療社團法人弘大醫院
		7335010035	梓榮醫療社團法人附設弘大居家護理所

體系名稱	區別	醫事機構代號	醫事機構名稱
怡仁體系	北區	1532040066	怡仁綜合醫院(桃園縣楊梅市)
		7432040097	怡仁綜合醫院附設居家護理所
聖馬爾定體系	南區	1122010021	天主教中華聖母修女會醫療財團法人天主教聖馬爾定醫院
		3540161067	聖光診所
台南仁愛之家體系	南區	1441060010	財團法人台灣省私立台南仁愛之家附設精神療養院
		3121041024	財團法人台灣省私立台南仁愛之家附設成功診所
詠馨體系	南區	1505310011	環馨婦幼醫院
		3521042903	詠馨婦產科診所
姚博琳體系	南區	1505340019	大安婦幼醫院
		3505350017	安安婦幼診所
		3521013475	婦兒安診所
		3522024285	嘉安婦幼診所
南區陽明體系	南區	1522011115	陽明醫院
		3522024230	民權診所
藝群體系	南區	3505310219	藝群南台診所
		3505320304	藝群皮膚科診所
		3505320395	藝群中華診所
		3505340306	藝群西門診所
信合美體系	南區	3521013644	信合美眼科診所
		3522024374	信合美診所
宏科醫院體系	南區	1541070045	宏科醫院
		3541071400	凱比吉診所
台全體系	南區	3539032288	虎尾台全診所
		3539051390	土庫台全診所
		3539091312	荊桐台全診所
		3539111426	二崙台全診所
		3539121422	崙背台全診所
		3539131811	台全診所
國泰德家體系	南區	3539061770	國泰診所
		3540011599	德家診所
		3540041668	國泰診所
國仁體系	高屏	1543010109	國仁醫院
		3543111309	國仁醫院附設高樹門診部
		3543014529	國新診所

體系名稱	區別	醫事機構代號	醫事機構名稱
馨蕙馨醫院體系	高屏	1502031095	馨蕙馨醫院
		1507300022	博愛蕙馨醫院
		3507300097	彌馨診所

附件 3-放寬同體系醫院得申報轉診支付標準案之各單位回復意見摘要

單位	回復意見
台灣醫院協會	1. 政策推動暨調整國人合宜就醫習慣之際， <u>同意放寬</u> 同體系醫院得申報轉診支付標準。 2. 為避免浮報之疑慮，應予以適度監測。
台灣醫學中心協會	1. <u>同意放寬</u> 同體系醫院得申報轉診支付標準。 2. 為避免浮濫，應加強稽核申報之適當性。
中華民國區域醫院協會	考量就醫民眾具自主選擇轉診院所之意願， <u>建議放寬</u> 同體系醫院得申報轉診支付標準。
台灣社區醫院協會	鑑於會員意見及相關作業實務操作考量， <u>不予同意放寬</u> 同體系醫院得申報轉診支付標準。
中華民國醫師公會全國聯合會	<u>不同意放寬</u> 同體系醫院得申報轉診支付標準，以免弱化分級醫療之精神，且應以推動分級醫療為主要目標，多鼓勵將民眾回歸至社區。

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

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
01034B	辦理轉診費_回轉及下轉					
	-使用保險人電子轉診平台		v	v	v	500
01035B	-未使用保險人電子轉診平台		v	v	v	400
	註： 1.適用對象： (1)回轉：醫院對收治之上轉病患，其病情穩定後，已無需於該院繼續接受治療，但仍需接受門診或住院相關醫療服務，經病患同意，轉回原診療或其他適當之特約院所。 (2)下轉：醫院對收治之病患，其病情穩定後，已無需於該院繼續接受治療，但仍需接受門診或住院相關醫療服務，經病患同意，轉診至特約類別較低層級之適當院所。 2.執行規範： (1)院所宜協助病患轉診就醫安排事宜，並應交付病患轉診單，提供接受轉診之院所必要之診療資訊，包含：保險對象基本資料、病歷摘要或處置情形、轉診目的、轉診單開立日期及有效期限、建議轉診之診療科別等，後續應確認該院所接受轉診。 (2)院所針對同一病患之轉診，應同院整合後辦理，不應分科分次轉出。 (3)執行前述及其餘轉診相關事宜，應依全民健康保險轉診實施辦法各項規定辦理。 3.支付規範： (1)院所除當次就醫之診察費外，可同時申報本項費用。 (2)下列情形不得申報本項費用： a.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件。 ab.已申報「全民健康保險急診品質提升方案」轉診品質獎勵費用者。 be.已申報「全民健康保險急性後期整合照護計畫」轉出醫院轉銜作業獎勵費用者。					

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
01036C	辦理轉診費_上轉 -使用保險人電子轉診平台	v	v	v	v	250
01037C	-未使用保險人電子轉診平台	v	v	v	v	200
<p>註：</p> <p>1.適用對象：院所對無法處理病情之病患，因醫療需要，經病患同意後，轉診至特約類別較高層級之適當醫院。</p> <p>2.執行規範：</p> <p>(1)院所宜協助病患轉診就醫安排事宜，並應交付病患轉診單，提供接受轉診之院所必要之診療資訊，包含：保險對象基本資料、病歷摘要或處置情形、轉診目的、轉診單開立日期及有效期限、建議轉診之診療科別等，後續應確認該院所接受轉診。</p> <p>(2)院所針對同一病患之轉診，應同院整合後辦理，不應分科分次轉出。</p> <p>(3)執行前述及其餘轉診相關事宜，應依全民健康保險轉診實施辦法各項規定辦理。</p> <p>3.支付規範：</p> <p>(1)院所除當次就醫之診察費外，可同時申報本項費用。</p> <p>(2)下列情形不得申報本項費用：</p> <p>a.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件。</p> <p><u>ab.</u>已申報「全民健康保險急診品質提升方案」轉診品質獎勵費用者。</p> <p><u>be.</u>已申報「全民健康保險急性後期整合照護計畫」轉出醫院轉銜作業獎勵費用者。</p>						

編號	診療項目	基 層 院 所	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數
01038C	接受轉診門診診察費加算 註： 1.適用對象：接受申報01034B-01037C之轉診案件。 2.執行規範： (1)院所應設置適當之設施及人員，為需要轉診之保險對象，提供適當就醫安排，並保留一定優先名額予轉診之病人。 (2)接受轉診後，應依醫療法施行細則有關轉診之規定，將保險對象之初步診療處置情形，及後續診療疾病之相關檢查及處置結果，回復原轉診院所。 (3)執行前述及其餘轉診相關事宜，應依全民健康保險轉診實施辦法各項規定辦理。 3.支付規範： (1)申報本項費用者，當次就醫可同時申報門診診察費，且此次門診不列入院所原門診合理量計算。 (2)下列情形不得申報本項費用： a.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件。 <u>a</u> b.屬全民健康保險轉診實施辦法第十一條所列之「視同轉診」情形者。 <u>b</u> e.已申報「全民健康保險急診品質提升方案」轉診品質獎勵費用者。 <u>c</u> d.已申報「全民健康保險急性後期整合照護計畫」承作醫院初評評估費者。	v	v	v	v	200