



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

106 年第一次會議資料

106 年 3 月 9 日（星期四）下午 2 時
本署 18 樓大禮堂

106 年度「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」第一次會議議程

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、104 年及 105 年新增修支付標準執行情形乙案。.....	第 1 頁
二、修訂中醫支付標準報告案。.....	第 15 頁
三、「106 年西醫基層總額支付標準開放表別項目」案。.....	第 21 頁
四、修訂 106 年「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」。.....	第 29 頁
五、住院診斷關聯群(Tw-DRGs)106 年適用權重誤植更新案。....	第 87 頁

肆、討論事項

一、修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」護理費加成案。.....	第 91 頁
二、106 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準增修「乳房部分切除手術併前哨淋巴手術」等 10 項診療項目案。....	第 109 頁
三、有關修訂「全民健康保險急性後期整合照護試辦計畫」案。	第 131 頁

伍、臨時動議

陸、散會

貳、確認本會 105 年度第 4 次臨時會
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」

105 年第 4 次臨時會會議紀錄

時間：105 年 12 月 30 日（星期五）下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：宋兆喻

李代表偉強	李偉強	陳代表福展	(請假)
黃代表雪玲	黃雪玲	吳代表國治	吳國治
林代表富滿	林富滿	李代表飛鵬	李飛鵬
潘代表延健	潘延健	陳代表彥廷	陳彥廷
璩代表大成	王雪月(代)	林代表敬修	林敬修
陳代表志忠	(請假)	林代表綉珠	林綉珠
徐代表弘正	(請假)	賴代表振榕	賴振榕
林代表淑霞	許國文(代)	楊代表政峯	楊政峯
羅代表永達	羅永達	王代表榮濱	王榮濱
謝代表文輝	(請假)	郭代表素珍	(請假)
謝代表武吉	王秀貞(代)	黃代表棟國	黃棟國
朱代表益宏	吳淑芬(代)	梁代表淑政	周雯雯(代)
李代表紹誠	古有馨(代)	葉代表宗義	葉宗義
林代表恆立	林恆立	何代表語	何語
盧代表榮福	王宏育(代)	干代表文男	干文男
黃代表振國	黃振國	滕代表西華	滕西華
張代表金石	張金石	楊代表秀儀	(請假)
張代表孟源	張孟源	吳代表美環	吳美環
顏代表良達	(請假)		

列席單位及人員：

彰化基督教醫院	莊武龍
中華民國糖尿病學會	李弘元
社團法人中華民國內分泌學會	李弘元
國立臺灣大學醫學院附設醫院	李弘元
亞東紀念醫院	張藝耀
台灣小兒神經醫學會	李旺祚
衛生福利部社會保險司	周雯雯
衛生福利部全民健康保險會	馬文娟、廖尹嫻
中華民國牙醫師公會全國聯合會	柯懿娟
中華民國醫事放射師公會全國聯合會	曾明宗
中華民國醫師公會全國聯合會	黃幼薰、吳春華、陳哲維
中華民國藥師公會全國聯合會	陳瑩珊
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
台灣醫院協會	林雨青
本署臺北業務組	林慧慈、王文君
本署企劃組	何恭政
本署醫審及藥材組	蔡佳倫
本署醫務管理組	陳玉敏、陳真慧、谷祖棣、 張淑雅、林右鈞、涂奇君、 陳依婕、吳明純、廖敏欣、 林沁嫻、宋兆喻

一、主席致詞：略。

二、確認上次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形

三、討論事項：

(一)有關調整西醫基層第一段合理量內門診診察費案。

決議：

1. 同意調高第一段合理量內門診診察費 20 點，最快 106 年 2 月 1 日公告生效，(詳附件 1，P5~P8)。
2. 「假日開診率低於 25%之地區」請醫師公會全聯會參考目前開診之科別分布，協助後續協調醫師週日開診事宜，並回復輔導結果。

3. 請藥師公會協助轉知藥局透過 VPN 登錄執業的時段，供民眾於行動快易通 APP 查詢。
4. 週日開診診所如需與藥局合作，請各縣市醫師公會理事長與藥師公會理事長自行協調。
5. 106 年非協商因素已調整完畢，依代表建議未來如要調整藥師服務費將調劑的複雜程度納入考慮，調升診察費時將多重慢性病等因素併入考量。

(二) 106 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增「連續血糖監測」等 4 項診療項目案。

決議：

1. 同意新增診療項目 2 項：編號 08134B「連續血糖監測」、12208B「生長刺激表達基因 2 蛋白(ST2)」，預算推估共計約 0.392 億點，(詳附件 2，P9)。
2. 同意修訂 19018C「嬰兒腦部超音波」註解文字，併同修訂名稱為「嬰幼兒腦部超音波」，由醫院總額部門及西醫基層總額部門非協商預算支應，預算推估共計約 0.09 億點，(詳附件 2，P10)。
3. 新增「醣化白蛋白(GA)」乙項暫保留，於專家諮詢會議重新評估支付點數、使用次數及成本分析後再議。

四、報告事項：

(一) 有關「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」修正失智症照護範圍報告案。

決定：洽悉。經彙整台灣醫院協會、台灣神經學學會、台灣家庭醫學醫學會及台灣臨床失智症學會建議，擴大計畫涵蓋範圍，推估符合計畫定義之失智症人數將達 17 萬人(目前約 3 萬人)，預算將增加 0.6 億元，尚在預算額度內，(詳附件 3，P11~P26)。

五、臨時動議：無。

六、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	管 續 列 管
1	105-2-6 報	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，請於下次會議中進行後續調查情形說明，改為繼續列管。	健保署醫管組	本保險支付標準適用於各層級醫療院所，須由各層級醫療院所協助提供成本分析資料，惟本署分區業務組業於105年5月辦理填表說明會後，受各縣市醫師公會代表反對，無法執行，故本案建議暫緩，未來俟必要時重啟。	V	
2	105-3-2 報	105.09.29	全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs) 106年適用之相對權重統計結果及支付通則修訂案。	<p>105.09.29 開完會的決議：</p> <p>1. 同意 106 年 Tw-DRGs 適用參數，惟急診費用是否併入 DRG 計算，目前依照去年計算方式，計算權重及 SPR 時併入急診轉住院時之急診費。後續急診申報規定若有修正，依申報規定併同 105 年特材價量調查結果，重新計算 106 年相關參數，並提報下次會議報告。</p> <p>2. 保留本次支付通則修訂，並評估 4.0 版 Tw-DRGs 支付通則於 106 年實施之可行性並於下次會議報告。</p> <p>105.11.29 開完會對於追蹤表的決議：106 年 Tw-DRGs 適用之相對權重統計結果及支付通則修訂案，將併同醫院醫療給付費用總額中，一般服務醫療服務成本指數改變率所增加之預算，60 億調整重症項目決議辦理，故本案暫保留，並繼續列管中。</p> <p>105.12.22 開完會對於追蹤表的決議：</p> <p>1. 依 105 年 11 月 29 日共同擬訂會議決議，4.0 版 Tw-DRGs 支付通則項目於 106 年實施之可行性及適用參數之計算，將併同醫院醫療給付費用總額中，一般服務醫療服務成本指數改變率所增加之預算，60 億調整重症項目決議辦理，故暫保留，並繼續列管中。</p> <p>2. 考量 60 億調整重症項目未及於 105</p>	健保署醫管組	4.0 版 Tw-DRGs 支付通則項目於 106 年實施之可行性及適用參數之計算，將併同醫院醫療給付費用總額中，一般服務醫療服務成本指數改變率所增加之預算，60 億調整重症項目決議辦理，故暫保留，並繼續列管中。	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	繼續
				年底完成，按 Tw-DRGs 支付通則十三規定：Tw-DRGs 適用參數由保險人每年年底依前一年醫療服務點數計算，並於次年適用。106 年 Tw-DRGs 適用參數，已依 105 年 9 月 29 日共同擬訂會議決議，併同 105 年特材價量調查結果，重新計算並依程序辦理報部等相關行政作業。				
3	105-3(臨)-2 討	105.11.29	本保險特約院所執行支付標準未列項目之申報方式案。	同意本保險特約院所執行支付標準未列項目之申報方式自費用年月 106 年 1 月起至 107 年 12 月止，由醫療院所選擇逐案或批次申報，並列入本會議追蹤事項列管兩年。	健保署醫管組	106 年 1 月至 6 月收載之資料，預計提報 106 年第三次(9 月)共同擬訂會議報告。		V
4	105-4-2 討	105.12.22	新增「全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案(草案)」。	洽悉，修訂摘要如下： 1. 採第一類及第二類院所轉診模式。 2. 支付管理照護費用及品質獎勵費用。	健保署醫管組	本案業於 106 年 1 月 26 日以健保醫字第 1060001160 號公告，自 106 年 4 月 1 日生效。		V
5	105-4-2 報	105.12.22	修訂「106 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」、「106 年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」。	洽悉，修訂摘要如下： 1. 「106 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」：修訂目標服務人次、加成、到宅牙醫醫療服務及行政流程。 2. 「106 年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」：修訂目標服務人次、經費來源說明、部分診療項目支付標準及行政流程。	健保署醫管組	本案業於 106 年 1 月 26 日以健保醫字第 1060001160 號公告，自 106 年 4 月 1 日生效。		V
6	105-4-3 報	105.12.22	新增「全民健康保險癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫」。	洽悉，修訂摘要：提供術後或接受化學治療、放射線治療過程中副作用明顯之癌症患者用藥、針傷科治療、診脈、放化療副作用評估表、營養飲食指導、護理衛教等服務。	健保署醫管組	本案業於 106 年 2 月 17 日提報健保會報告，將依程序辦理報部作業。		V
7	105-4-4 報	105.12.22	有關調整全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準 00119C 及 00120C 兩項山地離島地區第一段合理量門診診察費支付點數。	洽悉，調整與一般地區一致，自 300 點調整為 332 點。	健保署醫管組	本案業於 106 年 2 月 23 日以衛部保字第 1061260080 號令，發布修正並自中華民國 106 年 3 月 1 日生效。		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
8	105-4-5報	105.12.22	「全民健康保險跨層級醫院合作計畫」修訂案。	洽悉，修訂摘要如下： 1. 新增基層診所特定科別及接受支援地區醫院每月將申報資料上傳至健保資訊服務網系統(VPN)。 2. 醫療資源每診日補助 3500 點、單一地區醫院每月份被支援診日上限 35 診日。	健保署醫管組	本案業於 106 年 1 月 17 日以健保醫字第 1060000492 號公告，自 106 年 1 月 1 日生效。	V
9	105-4(臨)-1討	105.12.30	有關調整西醫基層第一段合理量內門診診察費案。	洽悉。 1. 同意調高第一段合理量內門診診察費 20 點。 2. 「假日開診率低於 25% 之地區」請醫師公會全聯會參考目前開診之科別分布，協助後續協調醫師週日開診事宜，並回復輔導結果。	健保署醫管組	本案業於 106 年 2 月 23 日以衛部保字第 1061260080 號令，發布修正並自中華民國 106 年 3 月 1 日生效。	V
10	105-4(臨)-2討	105.12.30	106 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增「連續血糖監測」等 4 項診療項目案	1. 同意新增診療項目 2 項：08134B「連續血糖監測」、12208B「生長刺激表達基因 2 蛋白(ST2)」，預算推估共計 0.392 億點。同意修訂 19018C 名稱為「嬰幼兒腦部超音波」，由醫院總額部門及西醫基層總額部門非協商預算支應，預算推估共計約 0.09 億點。 2. 新增「醣化白蛋白(GA)」乙項暫保留，於專家諮詢會議重新評估支付點數、使用次數及成本分析後再議。	健保署醫管組	1. 新增修訂 3 項診療項目業於 106 年 2 月 23 日以衛部保字第 1061260080 號令，發布修正並自中華民國 106 年 3 月 1 日生效。 2. 新增「醣化白蛋白(GA)」乙項業經 106 年 2 月 22 日 106 年第 2 次全民健康保險醫療服務給付項目及專家諮詢會議討論，提至本次會議討論。	V

叁、報告事項

報告事項

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：104年及105年新增修支付標準執行情形乙案。

說明：

一、辦理依據及預算來源

(一) 104年：醫院部門總額新醫療科技編列300百萬元支應。自104年8月1日及104年12月1日公告實施。

(二) 105年：醫院部門總額新醫療科技編列300百萬元及鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質專款(60百萬元)支應。自105年1月1日及105年9月1日公告實施。

二、104年新增修支付標準計27項執行情形

(一) 執行期間：自實施日起至105年12月31日計17個月。

(二) 醫院部門：扣除被替代項目點數後，104年實際增加75.25百萬點、105年實際增加269.88百萬點。兩年預算共計601.881百萬元，實際增加計342.13百萬點(詳附件1-1、1-2、1-3，P3~P6)。

1. 17項新增診療項目：104年實際增加8.12百萬點，105年實際增加96.65百萬點。

2. 2項包裹支付過程面特材項目：104年實際增加66.67百萬點，105年實際增加167.66百萬點。

3. 1項修訂項目：17019C支氣管激發試驗由原485點調升至909點，104年實際增加46萬點，105年實際增加5.57百萬點。

4. 其餘7項為嚴訂適應症、增列專科別及修訂中英名稱，申報情形詳附件1-4(P7)。

(三) 基層西醫基層為配合醫院部門增修支付標準，預估可減列2.48百萬點，104年實際減少9萬點，105年實際減少3萬點(詳附件1-5及1-6，P8)。

三、105年新增修支付標準計39項執行情形

(一) 執行期間：自實施日起至105年12月31日計12個月。

(二) 醫院部門：扣除被替代項目點數後，105年實際增加122.52百萬點（詳附件1-7至1-11，P9~P14）。

1. 8項新增診療項目，全年實際增加100.78百萬點。

2. 31項修訂診療項目，全年實際增加計21.74百萬點。

(1) 「鞏膜切除併植入或扣壓」等16項眼科手術，列為提升兒童加成項目，全年實際增加3.23百萬點。

(2) 「心臟摘取」及「肺臟摘取」等2項增修診療項目，全年實際增加0.38百萬點。

(3) 「心臟植入」等11項增修診療項目，自105年9月1日至105年12月31日計4個月其實際增加16.36百萬點。

(4) 58008C「血漿置換術」放寬適應症，全年實際增加1.77百萬點。

(5) 55021C「骨盆檢查費」放寬科別執行，申報情形詳附件1-11（P14）。

決定：

表 1-1 104 年及 105 年新增修支付標準總額預算執行情形

一、104 年新增修支付標準計 27 項

年度	總額預算編列 (百萬元) A	實際增加 (百萬點) B	剩餘 C=A-B
104	300	72.25	227.75
105	301.881	269.88	32.001
合計	601.881	342.13	259.751

註：105 年總額預算編列=104 年預算*105 年度協商因素成長率 0.627%

二、105 年新增修支付標準 39 項

年度	總額預算編列 (百萬元) A	實際增加 (百萬點) B	剩餘 C=A-B
105	360	122.52	237.48

註：醫院總額新醫療科技預算 300 百萬元+鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質專款 60 百萬元支應。

表 1-2 104 年新增醫療服務給付項目及支付標準申報情形-醫院

類別	實施日期	序號	診療編號	中文名稱	支付點數(含一般材料費) A	申請單位提出建議全年新增執行總次數 B	被替代項目及替代率				預算推估				自實施日起104年底申報情形		自實施日起104年底被替代項申報情形				實際淨增加點數(百萬點) N1=J1-M1	105年申報情形		105年被替代項申報情形				實際淨增加點數(百萬點) N2=J2-M2			
							被替代診療項目	中文名稱	支付點數(含手術處置項目加計材料費用) C	103年醫令申報量 D	替代率 E	預估替代醫令量 D*E	預估全國執行量 F=①B+②D*E(替代)③B+(D*E)增加計5%(註3)	新增診療項目與現行診療項目支付點數點數差 G=A-C	預估年增點數(百萬點) H=①F*G(替代)②F*A③B*A+(D*E*G)	公告年度預估增加點數(百萬點) @=(H/12)*1個月	104.08.01-104.12.31申報醫令量 I_1	申報點數(百萬點) J1=A*I_1	103.08.01-103.12.31申報量 K1	104.08.01-104.12.31申報量 K2		被替代項減少醫令數 L1=K1-K2	被替代項減少點數(百萬點) M1=L1*C	105.01.01-105.12.31申報量 I_2	申報點數(百萬點) J2=A*I_2	104年申報量 K3	105年申報量 K4		被替代項減少醫令數 L2=K3-K4	被替代項減少點數(百萬點) M2=L2*C	
新增	104.08.01	1	30522C	幽門桿菌糞便抗原檢查	376	替代	30512C	碳-13尿素呼吸氣檢查幽門螺旋桿菌感染	1,160	31,183	50%	15,592	15,592	-784	-12.22	-5.09	607	0.23	15,038	16,675	-1,637	未減少	0.23	5,474	2.06	38,745	38,616	129	0.15	1.91	
		2	33139B	複雜3-D立體定位3D Mapping-單腔	45,109	替代	33091B	不整脈經導管燒灼術修訂為不整脈經導管燒灼術(2-D定位)	36,900	3,669	20%	734	734	8,209	6.02	2.51	157	7.08	1,587	1,359	114	4.21	2.88	759	34.24			207	7.64	26.60	
		3	33140B	複雜3-D立體定位3D Mapping-雙腔	49,177							20%	734	734	12,277	9.01	3.75	179	8.80			114	4.21	4.60	586	28.82	3,696	3,282	207	7.64	21.18
		4	73049B	小腸移植術	226,710	7									7	1.59	0.66	1	0.23					0.23	1	0.23					0.23
		5	73050B	屍體小腸摘取術	70,119	7									7	0.49	0.20	-	-					-	-						-
新增	104.12.01	6	12207B	白血病即時定量	3,571	4,725							4,961		17.72	1.48	5	0.02					0.02	1,727	6.17					6.17	
		7	28043B	電子式內視鏡超音波	5,953	替代	28029C	內視鏡超音波(主要替代醫令醫令量)	750	15,442	30%	4,633	4,865	3,703	18.02	1.50	179	1.07	1,034	653	114	1.09	-0.03	3,605	21.46	15,724	2,197	4,058	26.24	35.74	
							28016C	上消化道泛內視鏡檢查	1,500	924,800																					
		8	28044B	細鏡(迷你)探頭式內視鏡超音波	5,029	替代	28029C	內視鏡超音波(主要替代醫令醫令量)	750	15,442	70%	10,809	11,350	2,779	31.54	2.63	307	1.54	以上被替代項減少醫令量30%列於28043B70%列於28044B		267				8,058	40.52	以上被替代項減少醫令量30%列於28043B70%列於28044B		9,469		(註4)(註5)
							28016C	上消化道泛內視鏡檢查	1,500	924,800																					
		9	33141B	左心耳閉合術	28,636	50								53		1.50	0.13	-	0.00					0.00	15	0.43					0.43
		10	47094B	心跳停止之低溫療法-第一天	9,068	540								567		5.14	0.43	12	0.11					0.11	219	1.99					1.99
		11	47095B	心跳停止之低溫療法-第二天	1,500											0.85	0.07	7	0.01					0.01	161	0.24					0.24
		12	47096B	心跳停止之低溫療法-第三天	1,500											0.85	0.07	6	0.01					0.01	145	0.22					0.22
		13	47097B	週產期新生兒低溫療法-第一天	10,000	100								105		1.05	0.09	2	0.02					0.02	76	0.76					0.76
		14	47098B	週產期新生兒低溫療法-第二天	3,994											0.42	0.03	1	0.00					0.00	66	0.26					0.26
		15	47099B	週產期新生兒低溫療法-第三天	3,000											0.32	0.03	1	0.00					0.00	65	0.20					0.20
		16	47100B	週產期新生兒低溫療法-第四天	3,000											0.32	0.03	1	0.00					0.00	43	0.13					0.13
		17	51033B	皮膚鏡檢查	250	75,000	51003C	皮膚切片、穿片與縫合一二針以上	470	3,927	63.50%	2,494	81,369	-1,934	14.62	1.22	163	0.04	1,055	1,081	-26	未減少	0.04	2,857	0.71	3,917	3,865	52	0.11	0.60	
							25004C	第四級外科病理	1,714	(註6)															(註5)						
		(1) 17項新增項目 小計													97.23	9.73	19.17				8.12									96.65	

註：
 1. 自104年08月01日公告實施日起之項目，係依104年第一次共同擬訂會議通過報部核定辦理。
 2. 自104年12月01日公告實施日起之項目，係依104年第三次共同擬訂會議通過報部核定辦理。
 3. 預估全國執行量，自104年12月1日起之新增項目則再加計5%成長率。
 4. 實際申報量少於被替代項目醫令減少量之項目，以實際申報量列計M。
 5. 同時替代2項醫令者，M欄位以2項醫令點數計算。
 6. 51033B皮膚鏡檢查之替代項之數量為同次接受51003C+25004C件數。

表 1-3 104 年增修醫療服務給付項目及支付標準申報情形-醫院

類別	實施日期	序號	診療編號	中文項目名稱	支付點數 (手術處置 項目加計 材料費用) A	修訂後支付 點數(手術處 置項目加計 材料費用) B	調整點數 差值 C=B-A	預估全國執 行量 D	預估年增點數 (百萬點) E=C*D	公告年度 預估增加點數 (百萬點) @=(E/12)*5 個月	自實施日起 104 年底 申報情形		105 年全年 申報情形		
											104.08.01-104.12.31 申報醫令量 F1	申報後實際淨增 加之點數 (百萬點) G1=C*F1	105 年 申報量 F2	申報後實際淨增 加之點數(百萬 點) G2=C*F2	
包裹支 付過程 面特材	104.08.01	18	33024B	逆行性膽道及胰管 造影	4,000	13,461	9,461	7,543	71.36	29.74	3,693	34.94	9,496	89.84	
		19	28031C	大腸或小腸纖維鏡 切片(每一診次)	369	1,019	650	120,776	78.50	32.71	48,820	31.73	119,727	77.82	
(2) 2 項過程面特材小計									149.87	62.45		66.67		167.66	
類別	實施日期	序號	診療編號	中文項目名稱	支付點數 (手術處置 項目加計 材料費用) A	修訂後支付 點數(手術處 置項目加計 材料費用) B	調整點數 差值 C=B-A	預估全國執 行量 D	預估年增點數 (百萬點) E=C*D	公告年度 預估增加點數 (百萬點) @=(E/12)*1 個月	自實施日起 104 年底 申報情形		105 年全年 申報情形		
											104.12.01-104.12.31 申報醫令量 F1	申報後實際淨增 加之點數 (百萬點) G1=C*F1	105 年 申報量 F2	申報後實際淨增 加之點數(百萬 點) G2=C*F2	
修 訂	104.12.01	20	17019C	支氣管激發試驗	485	909	424	15,600	6.61	0.55	1,089	0.46	13,127	5.57	
		21	33091B	不整脈經導管燒灼 術	36,900										
		22	37028B	三度空間立體定位 X光刀照射治療	80,000										
		23	37029B	加馬機立體定位放 射治療	149,492										
		24	28017C	大腸鏡檢查	2,250										
		25	49014C	大腸鏡息肉切除術	4,172										
		26	49027C	大腸息肉切除術	1,853										
		27	49025C	大腸鏡異物取出術	5,627										
(3) 8 項修訂小計									6.61	0.55		0.46		5.57	
27 項新增修訂項目 總 計 = (1) + (2) + (3)									253.71	72.73		75.25		269.88	

表 1-4 支付標準編號 33091B 等 7 項醫令量申報情形

序號	編號	中文項目名稱	支付點數 (A)	104 年 01 月 01 日-104 年 12 月 31 日				105 年 01 月 01 日-105 年 12 月 31 日				修訂前後申報情形 (F=D-B)	備註
				醫院	基層	合計 (B)	支付點數 (百萬點) (C=A*B)	醫院	基層	合計 (D)	支付點數 (百萬點) (E=A*D)		
21	33091B	不整脈經導管燒灼術	36,900	3,696	-	3,696	136.38	3,282	-	3,282	121.11	-414	申報量減少
22	37028B	三度空間立體定位 X 光刀照射治療	80,000	237	-	237	18.96	268	-	268	21.44	31	申報量增加
23	37029B	加馬機立體定位放射治療	149,492	1,769	-	1,769	264.45	1,935	-	1,935	289.27	166	申報量增加
24	28017C	大腸鏡檢查	2,250	333,123	38,824	371,947	836.88	322,055	38,133	360,188	810.42	-11,759	申報量減少
25	49014C	大腸鏡息肉切除術	4,172	95,303	5,785	101,088	421.74	99,220	6,382	105,602	440.57	4,514	申報量增加
26	49027C	大腸息肉切除術	1,853	19,066	781	19,847	36.78	21,978	721	22,699	42.06	2,852	申報量增加
27	49025C	大腸鏡異物取出術	5,627	88	3	91	0.51	84	2	86	0.48	-5	申報量減少
整體申報情形											-4,615	申報量減少	

表 2-1、105 年新增醫療服務給付項目及支付標準申報情形-醫院

類別	實施日期	序號	診療編號	中文名稱	支付點數 (含一般材料費) A	申請單位 提出建議 全年新增 執行總次 數 B	被替代項目及替代率				預算推估			自實施日起至 105 年底 申報情形		被替代項申報情形				實際 淨增 加 點數 (百萬 點) N= J-M			
							被替代 診療項 目	中文名稱	支付點數 (含手術處 置項目加 計材料費 用) C	103 年 醫令 申報 量 D	替 代 率 E	預估 替代 醫令 量 D*E	預估全國執行 量 (註 1) F= ①B ②D*E(替代) ③B+(D*E)	新增診療項 目與現行診 療項目支付 點數點數差 G=A-C	預估年增點 數 (百萬點) H= ①F*G(替代) ②F*A	105.01.01- 105.12.31 申報量 I	申報 點數 (百萬 點) J=A*I	104.01.01- 104.12.31 申報量 K1	105.01.01- 105.12.31 申報量 K2		被替代 項 減少醫 令數 L=K1- K2	被替代項 減少點數 (百萬點) M=L*C	
新增	105.01.01	1	28040B	支氣管內視鏡 超音波	7,365	600					630	①	7,365	4.64	3,426	25.23					25.23		
		2	28041B	支氣管內視鏡 超音波導引縱 膈淋巴節定位 切片術	14,198	800	28026B	縱膈腔鏡檢 查合併切片	3,427	54	90%	49	1,052	③	10,771	13.98	735	10.44	36	50	-14	未減少	10.44
							28009B	肋膜腔鏡檢 查合併切片	4,712	504	30%	152			9,486				456	535	-79	未減少	
		3	28042B	支氣管內視鏡 超音波導引週 邊肺組織採檢 切片術	13,476	600	33103B	電腦斷層下 組織切片，取 樣剛針	3,800	13,614	30%	4,085	4,920	③	9,676	49.98	689	9.28	14,591	15,123	-532	未減少	9.28
		4	33142B	膠囊內視鏡術	18,317	500					525	①		9.62	79	1.45						1.45	
		5	47101B	急性缺血性中 風靜脈血栓溶 解治療處置費	13,866	4,000					4,200	①		58.24	1,278	17.72						17.72	
		6	79413B	雙極前列腺刮 除術/汽化術 一切除之攝護 腺重量 5 至 15 公克	28,457		79406B	切除之攝護 腺重量 5 至 15 公克	16,914	3,140	60%	1884	1,884	② (註 2)	11,543	21.75	1,119	31.84	3,087	2,101	986	16.68	15.17
		7	79414B	雙極前列腺刮 除術/汽化術 一切除之攝護 腺重量 15 至 50 公克	31,724	1,500	79411B	切除之攝護 腺重量 15 至 50 公克	20,211	3,995	60%	2397	3,185	③	11,513	77.56	1540	48.85	4,095	2,445	1,650	31.12 (註 3)	17.73
8	79415B	雙極前列腺刮 除術/汽化術 一切除之攝護 腺重量 大於 50 公克	34,909	1,500	79412B	切除之攝護 腺重量 大於 50 公克	23,311	704	60%	423	1,211	③	11,598	59.88	296	10.33	679	397	282	6.57	3.76		
(1) 8 項新增項目 小計												295.65		155.15		54.38	100.78						

註 1: 預估全國執行量再加計 5% 成長率。

註 2: 雙極前列腺刮除術/汽化術，臨床專家表示主適用於切除之攝護腺重量 15 公克以上病患，故 79413B 執行量未加計 5% 成長率。

註 3: 實際申報量少於被替代項目醫令減少量之項目，以實際申報量列計 M。

表 2-2、105 年修訂眼科 85608B 等 16 項診療項目為提升兒童加成一之申報情形

序號	醫令代碼	中文名稱	支付點數 A	預估年增點數 (百萬點)	醫院			調高兒童加成一後之影響點數 (百萬點) B1= A1*(100%-60%) + A2*(80%-30%) + A3*(60%-20%)
					醫令量			
					<6 個月 A1	6-23 個月 A2	2-6 歲 A3	
9	85608B	鞏膜切除併植入或扣壓	11,540	25	1	-	2	0.01
10	85806C	小樑切除術	6,939	68	10	5	3	0.05
11	86007C	水晶體囊外(內)摘除術	7,500	83	10	7	1	0.06
12	86008C	水晶體囊內(外)摘除術及人工水晶體置入術	9,000	291	-	21	37	0.23
13	86012C	人工水晶體植入術—第二次植入	5,000	25	-	6	13	0.04
14	86203C	前玻璃體切除術	3,446	59	7	12	17	0.05
15	86207B	眼坦部玻璃體切除術—複雜	14,780	203	1	-	-	0.01
16	86208C	晶體切除術合併玻璃體切除術	12,330	96	4	6	10	0.11
17	86601C	斜視矯正手術-放鬆及切除—一條	4,134	971	5	58	489	0.94
18	86602C	斜視矯正手術-放鬆及切除—二條	5,438	1,131	1	42	390	0.96
19	86603C	斜視矯正手術-放鬆及切除—超過二條，每增一條	1,562	22	-	1	29	0.02
20	86604C	眼肌移植術	4,891	45	-	-	10	0.02
21	86605C	眼肌腱縫合術	3,294	0	-	1	6	0.01
22	87004C	眼瞼下垂前額懸吊術	5,449	149	-	18	68	0.20
23	87009C	眼瞼內翻矯正手術	4,113	399	-	3	216	0.36
24	87017C	鍍上眼瞼肌切除術	5,820	151	-	9	58	0.16
總計				3.72	20	119	675	3.23
(2) 85608B 等 16 項目 小計								3.23

註:西醫基層總額因配合調整「鞏膜切除併植入或扣壓」等 16 項眼科手術列為「提升兒童加成一項目」，增加約 1 萬點；105 年實際增加為 1.3 萬點。

表 2-3、105 年增修醫療服務給付項目及支付標準申報情形-醫院

類別	實施日期	序號	診療編號	中文名稱	支付點數 (手術處置項目加計材料費用) A	修訂後支付點數(手術處置項目加計材料費用) B	調整點數 差值 C=B-A	原 103 年申報執行量 D	預估全國執行量 E (心臟: D*1.1*1.1) (肺臟: D*3*3)	預估年增點數 (百萬點) F=C*E	公告年度 預估增加 點數 (百萬點)	申報情形	
												105.01.01-105.12.31 申報醫令量 G	申報後實際 淨增加之 點數 (百萬點) H=C*G
調升 支付 點數	105.01.01	25	68034B	心臟摘取	26,986	32,383	5,397	77	93	0.50		64	0.35
		26	68038B	肺臟摘取	23,788	28,546	4,758	6	54	0.26		8	0.04
(3) 2 項 修訂項目 小計										0.76			0.383
類別	實施日期	序號	診療編號	中文名稱	支付點數 (手術處置項目加計材料費用) A	修訂後支付點數(手術處置項目加計材料費用) B	調整點數 差值 C=B-A	預算推估				申報情形	
								原 104 年申報醫令量 D	預估全國執行量 E=D*1.1	預估年增點數 (百萬點) F=C*E	公告年度 預估增加 點數 (百萬點) @=(F/12) *4	105.09.01-105.12.31 申報醫令量 G	申報後實際 淨增加之 點數 (百萬點) H=C*G
修訂-包裹支付過程面特材	105.09.01	27	68035B	心臟植入	280,468	307,965	27,497	87	96	2.63	0.88	-	
		28	68037B	肺臟移植-單肺	273,311	301,892	28,581	2	2	0.06	0.02	-	
		29	68047B	肺臟移植-雙肺,連續性或同時性	377,170	431,403	54,233	6	7	0.36	0.12	3	0.16
		30	73049B	小腸移植術	226,710	248,585	21,875	1	7	0.15	0.05	-	
		31	75020B	肝臟移植	380,285	427,510	47,225	624	686	32.42	10.81	183	8.64
		32	75418B	屍體胰臟器官移植	273,311	307,251	33,940	16	18	0.60	0.20	4	0.14
		33	76020B	腎臟移植	91,800	165,560	73,760	310	341	25.15	8.38	112	8.26
修訂	105.09.01	34	73050B	屍體小腸摘取術	70,119	50,901	-19,218	7	7	-0.13	-0.04	-	
		35	75419B	屍體捐胰摘取	165,719	149,472	-16,247	12	12	-0.19	-0.06	3	-0.05
		36	76018B	屍體捐腎切除術	60,978	50,981	-9,997	109	109	-1.09	-0.36	36	-0.36
		37	76019B	活體捐腎切除術	64,706	55,000	-9,706	107	107	-1.04	-0.35	45	-0.44
(4) 11 項修訂項目 小計										58.91	19.64		16.36
13 項增修項目 小計=(3)+(4)										59.67	19.64		16.74

表 2-4、105 年增修編號 58008C、55021C 支付標準申報情形-醫院

類別	實施日期	序號	診療編號	中文名稱	支付點數 (手術處置項目 加計材料費用) A	修訂後支付點數 (手術處置項目 加計材料費用) B	預估全國 執行量 C	預估年增 點數 (百萬點) D=B*C	申報情形			
									104.01.01- 104.12.31 申報量 E	105.01.01- 105.12.31 申報量 F	調整後 增加醫 令數量 G=F-E	申報後實 際 淨增加之 點數 (百萬點) H=B*G
修訂- 放寬適應症	105.01.01	38	58008C	血漿置換術	2,475	2,475	330	0.82	3,593	4,310	717	1.77
類別	實施日期	序號	診療編號	中文名稱	支付點數 (手術處置項目 加計材料費用) A	修訂後支付點數 (手術處置項目 加計材料費用) B	預估全國 執行量 C	預估年增 點數 (百萬點) D=B*C	申報情形			
									104.09.01- 104.12.31 申報量 E	105.09.01- 105.12.31 申報量 F	調整後 增加醫 令數量 G=F-E	申報後實 際 淨增加之 點數 (百萬點) H=B*G
修訂- 放寬科別	105.09.01	39	55021C	骨盆檢查費	55	55	放寬科別執行。					
(5) 2 項修訂項目 小計								0.82				1.77
39 項新增修訂項目 總計=(1+2+3+4+5)								359.86				122.52

註:58008C 血漿置換術，西醫基層未申報。

表 2-5、支付標準編號 55021C 等 1 項醫令量申報情形

序號	編號	中文項目名稱	支付點數 (A)	104 年 09 月 01 日-104 年 12 月 31 日				105 年 09 月 01 日-105 年 12 月 31 日				修訂前後 申報情形	備註
				醫院	基層	合計 (B)	支付點數 (百萬點) (C=A*B)	醫院	基層	合計 (D)	支付點數 (百萬點) (E=A*D)	(F=D-B)	
39	55021C	骨盆檢查費	55	270,515	839,869	1,110,384	61.07	271,242	819,931	1,091,173	60.01	-19,211	申報量減少

報告事項

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂中醫支付標準報告案。

說明：

- 一、依據本署 106 年 2 月 16 日「中醫門診總額研商議事會議」106 年第 1 次會議結論辦理。
- 二、本案修訂第四部中醫支付標準，本署推估修訂後總計增加 18.1 百萬，106 年中醫門診總額並無預算支應，調整後將影響一般部門點值約 0.0008。重點摘要如下，修訂支付標準(如附件 2-1，P16~P20)：
 - (一)通則九：中醫師產假期間兼任醫師合理量計算規定，由「中醫醫療院所該月份所有專任醫師因產假期間均未看診，支援醫師得以該未看診之專任醫師數，依合理量規定申報」放寬為「中醫醫療院所該月份專任醫師因產假期間未看診，支援醫師得以該未看診之專任醫師數，依合理量規定申報」。
 - (二)第一章門診診察費：中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格醫院第一階段一般門診診察費(支付標準醫令代碼 A82、A83、A84、A85)，每項點數增加 10 點。

擬辦：本案如經確認同意，依程序報請衛生福利部核定公告實施。

第四部 中 醫

通則：

- 一、中醫門診診察費所定點數包括中醫師診療、處方、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本(如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出)。
- 二、中醫每日門診合理量依下列計算方式分別設定：
 - (一)經中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格(可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新進中醫師)醫院，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者，得按下列計算方式申報門診診察費：
 - 1.專任醫師每月平均每日門診量＝【當月中醫門診診察費總人次/(當月專任中醫師數*23日)】
 - 2.中醫醫療院所專任醫師每月平均每日門診量為50人(含)以下，申報編號A82、A83、A84、A85。
 - 3.中醫醫療院所專任醫師每月平均每日門診量超出50人以上，申報編號A86、A87、A88、A89。
 - (二)未符合(一)項之中醫醫療院所，其門診診察費依各中醫醫療院所費用申報當月每位中醫師每日門診量不同分訂不同支付點數。
- 三、針灸、傷科、脫臼整復及針灸合併傷科治療不得同時申報，針灸、傷科及脫臼整復如同時治療處置，應申報針灸合併傷科治療(編號：B80、B81、B82、B83、B84、B85、B86、B87、B88、B89、B90、B91、B92、B93、B94)。
- 四、針灸、傷科及脫臼整復需連續治療者，同一療程以六次為限，實施六次限申報一次診察費，並應於病歷載明治療計畫。
- 五、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療合計申報量限四十五人次以內，其中內含複雜性傷科處置(編號：B55、B56、B57、B82、B83、B84、B87、B88、B89、B92、B93、B94)每位專任醫師每月上限為三十人次，超過三十人次部分改以通則七範圍醫令計算(每月看診日數計算方式：每月實際看診日數超過二十六日者，以二十六日計；位於「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」施行區域、山地離島地區、花蓮縣及臺東縣之院所，每月以實際看診日數計)。
- 六、中醫醫療院所平均每位專任醫師每月申報另開內服藥之針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置費(編號：B41、B43、B45、B53、B62、B80、B85、B90)每位專任醫師每月上限為一百二十人次，超出一百二十人次部分者五折支付。
- 七、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療合計申報量在三十人次以下者，按表訂點數支付，在三十一至四十五人次之部分，編號：B42、B44、B46、B54、B61、B63、B81、B86、B91者，九折支付，四十六人次以上，編號：B41、B42、B43、B44、B45、B46、B53、B54、B55、B56、B57、B61、B62、B63、B80、B81、B82、B83、B84、B85、B86、B87、B88、B89、B90、B91、B92、B93、B94者，

支付點數以零計。

- 八、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療合計申報量＝(當月針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置總人次／當月專任中醫師總看診日數)。
- 九、中醫醫療院所該月份**所有**專任醫師因產假期間**均**未看診，支援醫師得以該未看診之專任醫師數，依合理量規定申報門診診察費及針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置費，其餘支援醫師依每段合理量之餘額總數，依序補入看診人次。
- 十、三歲(含)以下兒童之門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

第一章 門診診察費

編號	診療項目	支付點數
	一般門診診察費	
	(一) 中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格(可收訓中醫職類中醫實習醫學 生、新進中醫師)醫院,經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者。	
	1.每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十人次以下部分(≤ 50)	
A82	—看診時聘有護理人員在場服務者	<u>290280</u>
A83	—看診時聘有護理人員在場服務者,且開具慢性病連續處方	<u>320310</u>
A84	—看診時未聘有護理人員在場服務者	<u>280270</u>
A85	—看診時未聘有護理人員在場服務者,但開具慢性病連續處方	<u>310300</u>
	2.每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十人次以上部分(>50)	
A86	—看診時聘有護理人員在場服務者	215
A87	—看診時聘有護理人員在場服務者,且開具慢性病連續處方	240
A88	—看診時未聘有護理人員在場服務者	200
A89	—看診時未聘有護理人員在場服務者,但開具慢性病連續處方	230
	(二) 不符(一)項之中醫醫療院所	
	1.每位專任中醫師每月看診日平均門診量在三十人次以下部分(≤ 30)	
A01	—看診時聘有護理人員在場服務者	335
A11	—看診時聘有護理人員在場服務者,且開具慢性病連續處方	365
A02	—看診時未聘有護理人員在場服務者	325
A12	—看診時未聘有護理人員在場服務者,但開具慢性病連續處方	355
	2.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過三十人次,但在五十人次以下部 分(31-50)	
A03	—看診時聘有護理人員在場服務者	230
A13	—看診時聘有護理人員在場服務者,且開具慢性病連續處方	260
A04	—看診時未聘有護理人員在場服務者	220
A14	—看診時未聘有護理人員在場服務者,但開具慢性病連續處方	250
	3.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過五十人次,但在七十人次以下部 分(51-70)	
A05	—看診時聘有護理人員在場服務者	160
A15	—看診時聘有護理人員在場服務者,且開具慢性病連續處方	190
A06	—看診時未聘有護理人員在場服務者	150
A16	—看診時未聘有護理人員在場服務者,但開具慢性病連續處方	180
	4.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過七十人次,但在一五0人次以下 部分(71-150)	
A07	—未開具慢性病連續處方	90
A17	—開具慢性病連續處方	120
	5.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過一五0人次部分(>150)	
A08	—未開具慢性病連續處方	50
A18	—開具慢性病連續處方	80

編號	診療項目	支付點數
	6.山地離島地區	
A09	—看診時聘有護理人員在場服務者	335
A19	—看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	365
A10	—看診時未聘有護理人員在場服務者	325
A20	—看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	355
	<p>註：1.所稱「看診時聘有護理人員在場服務者」，指看診時須有護理人員在場服務。申報費用須先報備護理人員執照及執業登記地點。院所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『護理人員跟診時段』，包含：護理人員姓名、身分證字號、跟診日期、跟診時間(應有明確時間點)、搭配之中醫師姓名及身分證字號暨中醫師排班時段等項，未填報者，不予支付該類診察費。</p> <p>2.支援中醫師看診人次之計算：依各段各專任中醫師每段看診合理量之餘額總數，依序補入支援中醫之看診人次。若專任中醫師該月份均未看診，除通則九規定外，支援中醫師以看診合理量之最後一段支付點數申報。</p> <p>3.開具慢性病連續處方者，應列入每位專任中醫師每月看診日平均門診量優先計算。</p> <p>4.支援醫師診察費一律按未聘有護理人員在場服務者之支付標準代碼計算。</p> <p>5.每月看診日數計算方式：一般門診診察費申報第(一)項者，每月實際看診日數超過二十三日者，以二十三日計；一般門診診察費申報第(二)項者，每月實際看診日數超過二十六日者，以二十六日計；位於「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」施行區域、山地離島地區、花蓮縣及臺東縣之院所，每月以實際看診日數計。</p>	
A90	<p>—初診門診診察費加計</p> <p>註：1.限特約中醫醫事服務機構需符合設立健保特約院所滿二年以上（東區及山地離島地區以簽約滿一年以上）申報。</p> <p>2.限患者需為二年內(費用年月相減)未到該全民健康保險中醫醫事服務機構看診方可提出。</p> <p>3.院所申報初診案件數以每月申報診察費不為0之就醫病人ID歸戶人數之10%為最高申請件數。</p>	50

報告事項

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：「106年西醫基層總額支付標準開放表別項目」案

說明：依據106年2月23日「西醫基層總額研商議事會議」會議決議事項辦理。

一、本案業經提報上述會議討論通過，決議摘要如下：

- (一) 開放支付標準編號12078B「CA-153 腫瘤標記(EIA/LIA 法)」等23項診療項目至基層適用，並規範除山地離島地區外，限由基層院所專任醫師開立處方始可申報。
- (二) 為確保資源有效及合理利用，日後本署將按月監控開放表別項目於醫院及西醫基層之執行狀況，並視需要訂定適應症。

二、106年度西醫基層醫療給付費用成長率中專款支付項目之協商因素「強化基層照護能力，開放表別」乙項預算為2.5億元，推估本次開放項目約需1.55億點。

三、本案修訂後支付標準如附件3-1，P22~P28，如經確認同意，將依程序報請衛生福利部核定後發布實施。

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

第四項 生化學檢查 Biochemistry Examination

一、一般生化學檢查 (09001-09138)

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
09122BC	Intact副甲狀腺素免疫分析 Intact parathyrin (EIA/LIA) <u>註：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。</u>	√	v	v	v	360
09128BC	C-胜鏈胰島素免疫分析 C-peptide (EIA/LIA) <u>註：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。</u>	√	v	v	v	180

第六項 免疫學檢查 Immunology Examination (12001-12208)

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
12020BC	肺炎黴漿菌抗體試驗 Mycoplasma pneumonia Ab test <u>註：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。</u>	√	v	v	v	225
12047B	運鐵蛋白 Transferrin — 單向免疫擴散法 Single radial immunodiffusion		v	v	v	160
12048BC	— 免疫比濁法 Nephelometry <u>註：12048C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。</u>	√	v	v	v	275
12078BC	CA-153腫瘤標記 (EIA/LIA法) CA-153 (EIA/LIA) <u>註：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。</u>	√	v	v	v	400
12079BC	CA-199腫瘤標記 (EIA/LIA法) CA-199 (EIA/LIA) <u>註：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。</u>	√	v	v	v	400
12151BC	同半胱胺酸 Homocysteine <u>註：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。</u>	√	v	v	v	400

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
12172BC	尿液肺炎球菌抗原 Pneumococcus Ag (urine) <u>註：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。</u>	<u>v</u>	v	v	v	320

第七項 細菌學與黴菌檢查 Bacteriology & Fungus Test (13001-13029)

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
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) 註：1.一般厭氧性的培養比照申報。	v	v	v	v	200
13008BC	2.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。 <u>此項加計除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報。</u>	<u>v</u>	v	v	v	100
13009B	細菌藥物敏感性試驗 — 1 菌種		v	v	v	150
13010B	— 2 菌種		v	v	v	230
13011BC	— 3 菌種以上 註：1.細菌藥物感受性檢查結果，若無法檢測出細菌時，不可申報此項。 2.此項之申報是以細菌培養鑑定所鑑定的菌種中實際實施細菌藥物感受性試驗的菌種數來申報 3.試驗的藥物須至少有三分之一以上是第一代之抗生素。 4. <u>13011C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。</u>	<u>v</u>	v	v	v	300
13016B	血液培養 註：1.限對同一血液檢體合併實施厭氧及需氧檢查且使用血液培養瓶者申報。 2.申報本項者，不得另行申報13007C、13008BC。		v	v	v	380
13017BC	KOH顯微鏡檢查 KOH preparation <u>註：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。</u>	<u>v</u>	v	v	v	45
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(minimum inhibitory concentration MIC)】 Bacteria MIC test (1 species) 註：不得同時申報13009B-13011BC。	v	v	v	v	150
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(minimum inhibitory concentration MIC)】 Bacteria MIC test (2 species) 註：不得同時申報13009B-13011BC。		v	v	v	230

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
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(minimum inhibitory concentration MIC)】 Bacteria MIC test (3 species) 註：不得同時申報13009B-13011BC。		v	v	v	300

第八項 病毒學檢查 Virology Examination (14001-14082)

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
14065BC	流行性感冒A型病毒抗原 Influenza A Ag 註：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。	v	v	v	v	150
14066BC	流行性感冒B型病毒抗原 Influenza B Ag 註：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。	v	v	v	v	150

第十一項 呼吸機能檢查 Respiratory Function Examination (17001-17021)

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
17004BC	標準肺量測定 (包括FRC測定) Lung volume with functional residual capacity 註： 1.包含流速－容積測定 (flow-volume test)、肺通氣試驗(ventilation test)、肺餘量試驗(residual volume test)。 2. 內含一般材料費及單一使用拋棄式之過濾器。 3.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。	v	v	v	v	485
17006BC	支氣管擴張劑試驗 Bronchodilator test 註： 1.內含一般材料費及單一使用拋棄式之過濾器。 2.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。	v	v	v	v	485

第十二項 循環機能檢查 Circulative Function Examination (18001-18046)

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
18005BC	超音波心臟圖(包括單面、雙面) Echocardiography (-M-mode and -sector- scan) 註： 1.限由心臟專科醫師施行後申報。 <u>2.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。</u>	<u>Y</u>	v	v	v	1200
18006BC	杜卜勒氏超音波心臟圖 Doppler echocardiography 註： 1.限由心臟專科醫師施行後申報。 <u>2.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。</u>	<u>Y</u>	v	v	v	600
18007B	杜卜勒氏彩色心臟血流圖 Doppler color flow mapping 註：1.已含超音波心臟圖，不得同時申報18006BC。 2.適應症： (1)心臟手術或介入性治療前後之評估。 (2)瓣膜性心臟疾病。 (3)先天性心臟病。 (4)心肌病變或缺血性心臟病。 (5)主動脈病變。 (6)心臟衰竭。		v	v	v	2000

第二十項 核子醫學檢查 Radioisotope Scanning

二、試管 Tube Method (27001-27083)

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
27059BC	甲狀腺球蛋白 Thyroglobulin 註： <u>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。</u>	<u>Y</u>	v	v	v	264

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

第一項 處置費 Treatment

一、一般處置 General Treatment (47001~47102)

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
47043BC	上消化道內視鏡止血法（任何方法） Endoscopic treatment in upper GI bleeding 1.含內視鏡費及藥費。 2.非屬硬化劑注射及結紮之止血法皆以本項申報。 3.限上消化道有流血或潰瘍之徵兆者。 4.提升兒童加成項目。 <u>5.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。</u>	V	v	v	v	7818

八、耳鼻喉處置 E.N.T. Treatment (54001-54044)

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
54044BC	耳石復位術 Canalith repositioning procedure 註： 1.適應症：良性陣發性姿勢性眩暈(Benign paroxysmal positional vertigo)。 2.費用申報須附治療紀錄。 3.限由耳鼻喉科或神經內科醫師執行。 <u>4.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。</u>	V	v	v	v	432

第七節 手術

第三項 筋骨 Musculoskeletal System (64001~64281)

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
64089BC	腱、韌帶皮下切斷手術 Subcutaneous tenectomy <u>註：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。</u>	V	v	v	v	2727

第十二項、視器 Visual System

八、網膜 Retina (86401-86415)

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
86402BC	網膜透熱或冷凍法再附著術 Reattachment retina with diathermy or cryopexy <u>註：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。</u>	V	v	v	v	6260
86411B	複雜眼坦部玻璃體切除術合併鞏膜切除併植入或扣壓 Complication Pars plana vitrectomy (vitrector) with Reattachment retina with diathermy or cryopex 註：1.一般材料費、20Ga玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計168%。 2.不得同時申報項目：86207B、86402BC、85608B。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	20550
86413B	微創複雜性玻璃體切除合併鞏膜扣環手術 Microincision vitreoretinal surgery combined with scleral buckle 註：1.一般材料費、23Ga（含）以上玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計194%。 2.不得同時申報項目：86207B、86402BC、85608B、86411B。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	24181

十一、眼瞼 Eyelid (87001-87031)

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
87031 BC	下眼瞼攣縮併角膜暴露矯正術 Correction of lower lid retraction corneal exposure 註： 1.適應症為甲狀腺疾病。 <u>2.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。</u>	√	v	v	v	5820

報告事項

第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂 106 年「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106年2月21日全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額研商議事會議106年第1次會議結論辦理。
- 二、為助於民眾瞭解特約醫療院所提供服務之辨識方式，及訂定統一之標示內容等，爰於計畫增列「全民健保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」，增修內容詳附件4，P42、P83～P86。

106 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

一、依據

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的

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

三、實施期間

106 年 1 月 1 日至 106 年 12 月 31 日止。

四、年度執行目標

本計畫以至少達成 106,350 服務人次為執行目標。

五、預算來源

106 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「牙醫特殊服務計畫」專款項目下支應，其經費為 4.73 億元。

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】。

(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障類別認定（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，醫師可據以獲知身障別，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），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，執行到宅牙醫醫療之醫師須修習與到宅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，執行到宅牙醫醫療之醫師須修習與到宅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

- 由各縣市牙醫師公會協調或協助至少 2 位以上符合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，公立或公設民營之老人福利機構)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。
- 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。

3. 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。

4. 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，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：

- (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：極重度身障患者得加 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。
- (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。
- (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。
- (4) 到宅及特定需求者牙醫服務：
- A. 到宅牙醫服務：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，且不得收取其它自費項目），不得再依身障等級別計算加成費用，由各醫師帶回執業院所申報。
- B. 特定需求者牙醫服務：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。
- C. 醫師執行牙醫醫療服務每日達 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，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。

D. 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，並不得再依身障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」，並詳述理由，訪視醫師以本保險特約醫事服務機構之醫師為限。

(5) 每點支付金額：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. 特定需求者服務：

極重度 FU、重度 FZ

失能老人：L3

(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. 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，須登錄全民健康保險憑證（以下稱健保卡），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)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：
- (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)等單位之立案證明、同意函、簡介、身障者名冊、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，醫師須檢送到宅醫療訪視或醫療服務申請表【附件21】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。
5. 申請提供特定需求者牙醫醫療服務，應檢附下列資料，一併提供牙醫全聯會：
- (1) 申請書格式如【附件13】、日報表【附件16】，預定前往提供牙醫醫療服務之機構簡介、立案證明、同意函等，另須檢附完成報備支援證明等書面。
 - (2) 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) 每位患者須填妥一份個案口腔醫療需求評估表及治療計畫【附件17】、個案健康狀況評估表【附件20】等書面紙本。
 - (4) 牙醫師證書正反面影本一份。

(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 14】。特定需求者醫療服務個案申請以掛號郵寄至牙醫全聯會，經牙醫全聯會審查後，通過名單函送保險人，由保險人分區業務組審理核定後，函復院所及牙醫全聯會。首次執行到宅牙醫醫療服務之個案訪視及醫療服務，醫師須檢送到宅醫療訪視或醫療服務申請表【附件 21】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。
2. 醫師名單若有異動，應於每月 5 日前分別以【附件 4】、【附件 5】及【附件 16】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：(不適用於到宅與特定需求者牙醫醫療服務)
 - (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，公立或公設民營之老人福利機構)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。
 - (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，公立或公設民營之老人福利機構)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，醫師及場次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，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 19】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。
5. 到宅醫療及特定需求者牙醫醫療服務應注意事項：
- (1) 牙醫醫療服務之醫師須依排班表執行服務，服務流程圖詳【附件 15】。
 - (2) 費用申報作業：執行特定需求者牙醫醫療服務之醫師，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送所屬本保險分區業務組，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，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) 服務個案之申請及審核作業：每月申請特定需求者牙醫服務時，院所須檢送相關資料至牙醫全聯會先行初審，再由牙醫全聯會彙整後送本保險人之分區業務組核定：
 - A. 執行院所應提供申請書【附件 13】、日報表【附件 16】、口腔醫療需求評估及治療計畫【附件 17】、個案健康狀況評估表【附件 20】及完成報備支援證明、牙醫師證書正反面、身心障礙醫療業務相關學分證明等。
 - B. 前述服務，若有醫師異動，應具函敘明原因及檢附報備支援證明，通知牙醫全聯會及保險人分區業務組。
 - (4) 首次執行到宅牙醫醫療服務之個案訪視或醫療服務，醫師須檢送到宅醫療服務訪視或醫療服務申請表【附件 21】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。
 - (5) 執行醫師應詳實填寫就診紀錄【附件 18】留存於病患，並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。
 - (6) 一位醫師需搭配至少一位醫護人員。
 - (7) 醫師應於診療期間隨時注意病患之生理及心理狀況。
 - (8) 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。
 - (9) 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。
 - (10) 醫師應教導家屬為患者清潔口腔之衛教知識。
 - (11) 耗材應由醫療團隊自備。
 - (12) 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。
 - (13) 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。
 - (14) 依保險人規定執行健保卡讀、寫卡作業。
 - (15) 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. 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. 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，執行到宅牙醫醫療之醫師須修習與到宅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. 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. 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 23】規定辦理。

- 八、 保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條規定計收；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%。
- 九、 本年度計畫在次年度計畫未於次年初公告前，得延續辦理，符合次年度計畫規定者，實施日期追溯至次年之 1 月 1 日，不符合次年度計畫規定者，得執行至次年度計畫公告實施日之次月止。
- 十、 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，依全民健康險保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(Distracted 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)		✓	✓	✓	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)		✓	✓	✓	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
與舊制身障類別之區分與辨識

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		【有效期限】 年 月 日	照片黏貼處
身分證統一編號			
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>					

【附件5】

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：
- 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【附件 22】

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复函文後，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),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>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障人員名單。</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>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>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 護送身障者返回教室或看護診所。</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

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。 二、支付別：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）。 三、特定需者 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。 四、診療人次：填寫當次診療之人次。 五、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」。						
醫事服務機構地址：										
電話：										
印信：										
							填表日期	年	月	日

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

【附件 11】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫-牙醫醫療服務日報表

服務日期：

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

備註：障礙類別代號如下：

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

【附件 12】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

(醫療服務單位) 就診紀錄

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

附表

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

【附件 13】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
-特定需求者牙醫醫療服務申請書

一、醫療院所名稱（全銜）： 醫事機構代號：

二、所屬層級別：

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」

三、院所負責醫師姓名：

身分證字號：

四、參與醫師（醫師如符合申報資格條件，併請填報，欄位不夠可自行增加）

序號	醫師姓名	身分證字號	申請項目	備註
			<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 異動	
			<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 異動	

五、執行區域或服務機構：

六、院所電話：（）

傳真：（）

七、聯絡人姓名：電話：

八、e-mail address：

九、地址：□□□-□□

十、執行醫療服務時可提供身心障礙使用之設備名稱、數量、規格：（詳述）

甲、

乙、

丙、

丁、

十一、有無違規紀錄：無記點扣減停止特約終止特約

十二、是否曾申請加入計畫過：有（年度：____），執行日期：無

【附件 14】

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	<p>1 申請到宅醫療服務</p> <p>無學分 有學分</p> <p>2-2 參加身心障礙教育訓練之課程</p> <p>3 由符合資格之醫療院所提出到宅醫療訪視之申請</p>	<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無學分者請直接執行 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 21】</p>
申請中段	<p>4 查資料是否有備齊</p> <p>齊全 缺件</p> <p>5 牙醫全聯會通知審核結果</p> <p>核可 未通過</p> <p>6 名單提送保險人及分區業務組並副知院所</p>	<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	<p>7 符合執行計畫資格</p>	<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

特定需求者醫療服務申請流程圖

階段	流程	說明
申請前段	<pre> graph TD 1([1 申請特定需求者醫療服務]) -- 無學分 --> 2_2[2-2 參加身心障礙教育訓練之課程] 1 -- 有學分 --> 3_1[3-1 由符合資格之醫療院所提出醫療團隊之申請] 2_2 --> 3_1 3_1 --> 4[4 查資料是否有備齊] </pre>	<p>1-1 由各縣市牙醫師公會醫療團組成、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進階照護院所組成團隊經提出特定身心障礙或失能老人行動不便患者提供牙醫醫療服務。</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>3-1 填寫好申請書（以特定需求者醫療團隊為單位），並於申請書【附件 13】後附上：</p> <ol style="list-style-type: none"> 日報表【附件 16】、每位患者須填妥一份個案口腔醫療需求評估表及治療計畫【附件 17】。 個案健康狀況評估表【附件 20】等書面紙本。 預定前往提供醫療服務之身心障礙福利機構簡介及立案證明、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）、機構同意函等，另須檢附當地衛生主管機關報備支援證明等書面。 牙醫師證書正反面影本（含開（執）業登記動態章）、醫師接受身心障礙教育訓練之學分證明影本，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等書面文件各一份。
申請中段	<pre> graph TD 4[4 查資料是否有備齊] -- 缺件 --> 4 4 -- 齊全 --> 5[5 若有需要至牙醫全聯會口頭報告] 5 -- 未通過 --> 4 5 -- 齊全 --> 6[6 名單提送保險人及分區業務組] </pre>	<p>4-1 每月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，並依補齊資料日期為申請日。</p> <p>5-1 若有需要醫療團隊須至牙醫全聯會進行口頭報告。</p> <p>5-2 若通過，牙醫全聯會將名單送至保險人分區業務組。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地點未符合本計畫者，會依保險人相關通知或核定文，行文給申請院所告知審核結果。</p> <p>6-1 彙整通過者名單以公文方式提送保險人。</p>
申請完成	<pre> graph TD 6[6 名單提送保險人及分區業務組] --> 7([7 符合執行計畫資格]) </pre>	<p>7-1 收到保險人回覆函後其醫療團隊（醫師）符合執行計畫資格。（此計畫為年度計畫）</p> <p>7-2 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

階段	流程	A、醫師負責部份	B、病患家屬負責部份
執行醫療服務——前	<p>受理身心障礙患者或失能老人居家照護之醫療需求</p> <p>↓</p> <p>醫師至臥床患者居所執行醫療服務訪視或醫療</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%;">醫師事前準備 A-1 及 A-4 之各項事前執行工作</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;">患者家屬於事前須準備 B-1、B-2 及 B-3 事前準備工作</div> </div>	<p>A-1 受理身心障礙患者或失能老人居家照護之醫療需求個案。</p> <p>A-2 提出到宅個案訪視或醫療之申請。</p> <p>A-3 到宅醫療訪視服務經牙醫全聯會核可後執行。</p> <p>A-4 事前聯繫病患家屬確實了解患者就醫前的身體狀況。</p> <p>A-5 至個案住宅時，應事前備妥執行相關醫療設備器材架設擺放。</p>	<p>B-1 因病患身體狀況無法配合進行治療，應事前聯繫告知到宅醫療團隊之服務醫師。</p> <p>B-2 若醫師有執行侵入性治療行為，請病患家屬或監護人，務必於治療前簽署書面同意書，俾利醫師為患者進行醫療服務。</p> <p>B-3 家屬責任：由熟悉之看護或家屬陪同就診並協助安撫病患情緒，事前告知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>每一到宅個案申請皆須符合 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>診療期間務必由家屬、熟悉看護、陪同患者就診(B-4 至 B-5)。</p>	<p>A-6 視醫療需求詳實記載。</p> <p>A-7 陪同醫護人員協助醫師安撫患者情緒，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 醫師應於診療期間注意病生理及心理狀況；若遇臨時緊急狀況或危急情形應立刻由後送醫院所接手辦理。</p> <p>註：若有侵入性治療時，務必於事前取得病患家屬或監護人書面同意書。</p>	<p>B-4 協助醫師完成治療</p> <p>B-5 接受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 IC 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>結束此次到宅醫療服務</p>	<p>A-11 醫療相關設備維護、清潔保養及廢棄物清除等，由醫療團隊自行妥善處理。</p> <p>A-12 教導家屬為患者清潔口腔衛教知識。</p>	<p>B-6 家屬應學習如何為病患做清潔口腔的知識。</p> <p>B-7 家屬應於平時固定為病患做口腔清潔，以維持口腔衛生。</p>

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

執行特定需求者醫療服務流程圖

階段	流程	A、醫師負責部份	B、病患家屬負責部份
執行醫療服務——前	<p>受理身心障礙福利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,公立或公設民營之老人福利機構)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">醫師至臥床患者居所執行醫療服務審核</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">每次出診前置作業</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;">醫師事前準備A-1及A-6之各項事前執行工作</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;">患者家屬於事前須準備B-1、B-2及B-3事前準備工作</div> </div>	<p>A-1 受理身心障礙福利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,公立或公設民營之老人福利機構)。</p> <p>A-2 機構提出醫療服務之申請。</p> <p>A-3 評估患者之生理狀況後,填妥病患口腔醫療需求評估及治療計畫資料,於每月提送特定需求者醫療服務至牙醫全聯會初審,待保險人及分區業務組相關通知或核定文後,方可提供該醫療服務。</p> <p>A-4 特定需求者醫療服務經保險人核定得執行醫療服務後,並確實完成報備支援程序。</p> <p>A-5 醫療團隊執行時間確定後,由保險人核定每案之申請日。</p> <p>A-6 事前聯繫病患家屬確實了解患者就醫前的身體狀況,能否讓醫療團隊前往執行到宅醫療服務。</p> <p>A-7 至身心障礙福利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,公立或公設民營之老人福利機構)時,應事前備妥相關醫療設備器材架設擺放。</p>	<p>B-1 因病患身體狀況無法配合進行治療,應事前聯繫告知醫療團隊之服務醫師。</p> <p>B-2 若醫師有執行侵入性治療行為,請病患家屬或監護人,務必於治療前簽署書面同意書,俾利醫師為患者進行醫療服務。</p> <p>B-3 家屬責任:由熟悉之看護或家屬陪同就診並協助安撫病患情緒,事前告知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	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;">每一個案申請皆須符合A-1至A-12之步驟。若無執行A-11之步驟將無法申請健保費用。</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;">診療期間務必由家屬、熟悉看護、保育人員或教師陪同患者就診(B-4至B-5)。</div> </div>	<p>A-8 核視醫療需求記錄醫療紀錄單及就診醫療記錄詳實記載。</p> <p>A-9 陪同護士協助醫師安撫患者情緒,完成治療。</p> <p>A-10 醫療服務應事前明確告知家屬治療內容或術後注意事項及下次回診日期。</p> <p>A-11 依保險人規定執行健保卡讀、寫卡作業。</p> <p>A-12 醫師應於診療期間注意病生理及心理狀況;若遇臨時緊急狀況或危急情形應立刻由後送醫院所接手辦理。</p> <p>註:若有侵入性治療時,務必於事前取得病患家屬或監護人書面同意書。</p>	<p>B-4 協助醫師完成治療</p> <p>B-5 接受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	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;">醫療器械設備及健保IC卡等</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;">依照B-6至B-7步驟行事後工作</div> </div> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">結束此次身心障礙福利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,公立或公設民營之老人福利機構)醫療服</p>	<p>A-13 醫療器械相關設備及健保卡讀、寫卡等作業。</p> <p>A-14 醫療相關設備維護、清潔保養及廢棄物清除等,由醫療團隊自行妥善處理。</p> <p>A-15 教導家屬為患者清潔口腔衛教知識。</p>	<p>B-6 家屬應學習如何為病患做清潔口腔的知識。</p> <p>B-7 家屬應於平時固定為病患做口腔清潔,以維持口腔衛生。</p>

【附件 16】

_____年_____月份全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫特定需求者醫療服務日報表

執行單位（全銜）：_____

序號	障別代號	診治醫師	日期	病患姓名	身分證字號	聯絡電話	服務地址	護理人員	簡述施行治療內容

備註：1.障礙類別或失能老人代號如下：

- 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障礙功能障礙者、L.重度以上肢體障礙、M.重度以上視覺障礙者、N.失能老人、P.重度以上重要器官失去功能者

2 施行治療項目，請敘述提供之處置內容。如下：

- (1) 牙周病緊急處理、(2) 牙周敷料、(3) 牙結石清除（全口或局部）、(4) 牙周暨齶齒控制基本處置、(5) 塗氟、(6) 非特定局部治療、(7) 特定局部治療、(8) 簡單性拔牙、(9) 單面蛀牙填補。

【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：__

基本資料																	
姓名：					出生年月日：					監護人：							
提供服務方式： <input type="checkbox"/> 特定需求者醫療服務																	
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 (MedialHistory)																	
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、(3) 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：應檢附診斷證明書或評估量表相關證明文件影本、(4) 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。												
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 <u>暨</u> 齲齒控制基本處置、(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																	

【附件 18】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
身心障礙到宅服務或特定需求者服務醫療團就診紀錄(首頁)

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：(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、(3) 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、(4) 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。	
本人：		
特別注意事項：		
牙醫病史		
<input type="checkbox"/> 到宅服務或 <input type="checkbox"/> 特定需求者服務 服務日期： 年 月 日 到達時間： 時 分 離開時間： 時 分		
		續頁

1. 口腔狀況 (oral finding)																	
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=Residual Root F=Filled </div>																	

2. 施行治療內容項目 (請敘述處置內容)：

- (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

3. 本次治療後注意事項：

醫師簽名 (簽章)：

聯絡電話：

護士或助理簽名 (簽章)：

【附件 19】

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。

【附件 20】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
特定需求者醫療服務—個案健康狀況評估表

第一部分：個案基本資料

1.醫療需求申請單位名稱(全銜):		
個案所在地址:		
個案申請人姓名:		
主要聯絡人:	與個案關係:	聯絡電話/手機:
主要照顧者:	與個案關係:	聯絡電話/手機:
2.個案姓名: _____、年齡: _____歲		
3.性別: 1. <input type="checkbox"/> 男 2. <input type="checkbox"/> 女		
4.出生年月日: 民國(1.前 2.國) _____年 _____月 _____日		
5.身份證字號:		
6.照護情形: <input type="checkbox"/> 照護期內 <input type="checkbox"/> 已超過照護期		
7.是否有身心障礙手冊:(請 <input checked="" type="checkbox"/> 勾選下列問題)		
(1) 0. <input type="checkbox"/> 沒有 1. <input type="checkbox"/> 申請中 2. <input type="checkbox"/> 有		
(2) a.障礙類別: 1. <input type="checkbox"/> 視覺障礙 2. <input type="checkbox"/> 聽覺機能障礙 3. <input type="checkbox"/> 平衡機能障礙 4. <input type="checkbox"/> 慢性精神病患 5. <input type="checkbox"/> 聲音機能或語言機能障礙 6. <input type="checkbox"/> 肢體障礙 7. <input type="checkbox"/> 智能障礙 8. <input type="checkbox"/> 重要器官失去功能 9. <input type="checkbox"/> 顏面損傷 10. <input type="checkbox"/> 植物人 11. <input type="checkbox"/> 失智症 12. <input type="checkbox"/> 自閉症 13. <input type="checkbox"/> 頑型(難治型)癲癇症 14. <input type="checkbox"/> 多重障礙 15. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 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)		
b.障礙等級 1. <input type="checkbox"/> 輕度 2. <input type="checkbox"/> 中度 3. <input type="checkbox"/> 重度 4. <input type="checkbox"/> 極重度		
c.重新鑑定日期: _____ / _____ / _____		
7-1.是否有失能老人證明文件:(請 <input checked="" type="checkbox"/> 勾選下列問題)		
(1) 0. <input type="checkbox"/> 沒有 1. <input type="checkbox"/> 申請中 2. <input type="checkbox"/> 有		
(2) 失能程度別: <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度		
備註: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		
8.提供牙醫醫療服務前,機構有無告知醫師個案身體狀況與其它特殊情形:		
<input type="checkbox"/> 1.是,機構已事前告知個案身體狀況 <input type="checkbox"/> 2.未告知,機構未告知個案身體狀況		

第二部分：健康狀況（請☑勾選下列問題）

*個案身體健康狀況調查情形：

(1)意識狀態： 1. 清醒 2. 嗜睡 3. 混亂 4. 昏迷 5. 其他：

(2)皮膚狀況： 1. 正常
2. 異常；皮膚異常狀況
過度乾燥有皮屑 淤青 有疹子 傷口（部位：
大小： ；等級： 類別：擦傷、割傷 術後傷口 燒燙
傷壓瘡其他慢性傷口：) 其他

(3)目前是否接受其他特殊照護
0. 否
1. 是（鼻胃管 氣切管 導尿管 呼吸器 傷口引流管
造瘻部位 氧氣治療 其他)

(4)目前飲食型態：1. 一般飲食 2. 軟質 3. 流質 4. 特殊治療飲食： 5. 其他

(5)進食方式：1. 由口進食 2. 管灌 3. 其他

(6)營養狀況評估：
1. 身高： 公分 2. 體重： 公斤 3. BMI： 4. 無法評估

(7)疾病史

疾病名稱	發病時間 (年、月)	目前是否接 受治療	疾病名稱	發病時間 (年、月)	目前是否接 受治療
1. <input type="checkbox"/> 中風		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是	10. <input type="checkbox"/> 泌尿道疾病		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
2. <input type="checkbox"/> 高血壓		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是	11. <input type="checkbox"/> 巴金森氏症		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
3. <input type="checkbox"/> 心臟病		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是	12. <input type="checkbox"/> 免疫疾病		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
4. <input type="checkbox"/> 糖尿病		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是	13. <input type="checkbox"/> 失智症		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
5. <input type="checkbox"/> 消化系統(肝、膽、腸、 胃)		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是	14. <input type="checkbox"/> 傳染性疾病 (肺結核、愛滋 病、梅毒、B型肝 炎)		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是 治療階段：
6. <input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺疾病		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是	15. <input type="checkbox"/> 其他呼吸系統 疾病		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
7. <input type="checkbox"/> 腎臟疾病		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是	16. <input type="checkbox"/> 腦性麻痺		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
8. <input type="checkbox"/> 脊髓損傷		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是	17. <input type="checkbox"/> 癌症： 癌		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
			18. <input type="checkbox"/> 其他：		
9. <input type="checkbox"/> 骨骼系統(關節炎、骨 折)		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是	19. <input type="checkbox"/> 以上皆無		

(8)身體狀況有無特殊情形：(請與照護者或申請單位確認)
1. 個案身體狀況可承受治療
2. 個案身體狀況無法承受治療(請說明原因：_____)

(9)主要照護者知道個案有口腔醫療需求嗎?
1. 知道 2. 不知道

(10)醫療提供單位施行治療項目：
1. 牙周病緊急處理 2. 牙周敷料 3. 牙結石清除(全口或局部)
4. 牙周暨齲齒控制基本處置 5. 塗氟 6. 非特定局部治療 7. 特定局部治療。

(11)評估日期： 年 月 日，時間：

協助評估者姓名：_____ (親簽) 與個案關係：_____

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：
身分證字號：	連絡電話：
住所地址：	
障礙類別：	
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	
醫病史 (Medial 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或評估量表相關證明文件（或診斷證明）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。
本人：	
患者主訴或其他注意事項：	
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)	

【附件 22】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫
感染管制 SOP 作業自評表

※自評標準：評分分為 A、B、C，不符合 C 則為 D，任一項目得 D 則不合格。

服務單位：

A.硬體設備方面

項目	評分標準	自評	備註
1.適當洗手設備	C.診療區域應設洗手台及洗手設備，並維持功能良好及周圍清潔。		
	B.符合C，水龍頭避免手觸式設計。		
2.良好通風空調系統	C.診間有空調系統或通風良好，空調出風口須保持乾淨。		
	B.符合C定期清潔維護，有清潔紀錄本可供查詢。。		
3.診間環境清潔	C.診間環境清潔		
	B.符合C，定期清潔並有紀錄。		
	A.符合B，物品依序置於櫃中，並保持清潔。		

B.軟體方面

項目	評分標準	自評	備註
1.完備病人預警防範措施	C.看診前詢問病人病史。		
	B.符合C，詢問病人詳細全身病史，並完整登載病歷首頁。		
	A.符合B，並依感染管制原則如「公筷母匙」、「單一劑量」、「單一流程」等執行看診。		
2.適當個人防護措施	C.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。		
	B.符合C，視狀況穿戴面罩或眼罩。		
	A.符合B，並依感染管制原則「減少飛沫氣霧」執行看診。		
3.開診前治療台消毒措施	C.治療台擦拭清潔，管路出水二分鐘，痰盂水槽流水三分鐘，抽吸管以新鮮泡製 0.005~0.02% 漂白水 (NaOCl) 或 2.0% 沖洗用戊二醛溶液 (glutaraldehyde) 或稀釋之碘仿溶液 10% (iodophors) 沖洗管路三分鐘。		
	B.符合C，不易消毒擦拭處(如把手、頭枕、開關按鈕...等)，以覆蓋物覆蓋之。		
	A.符合B，完備紀錄存檔。		
4.門診結束後治療台消毒措施	C.治療台擦拭清潔，管道消毒放水放氣，清洗濾網。		
	B.符合C，定期全員宣導及遵循。		
	A.符合B，完備紀錄存檔。		

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作業細則步驟三貯存容器與規定，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 23】

全民健保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

106 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	<u>A2</u> <u>(59.4×42cm)</u>	<u>高度:7 公分</u> <u>寬度:7.05 公分</u>	<u>130 pt</u>	<u>80 pt</u>	<u>80 pt</u>	<u>80 pt</u>
立牌	<u>60×160cm</u>	<u>高度:20 公分</u> <u>寬度:20.3 公分</u>	<u>300 pt</u>	<u>160 pt</u>	<u>160 pt</u>	<u>160 pt</u>
直立旗	<u>60×150cm</u>	<u>高度:17 公分</u> <u>寬度:17.2 公分</u>	<u>290 pt</u>	<u>160 pt</u>	<u>160 pt</u>	<u>160 pt</u>
布條	<u>60×300cm</u>	<u>高度:30 公分</u> <u>寬度:30.4 公分</u>	<u>550 pt</u>	<u>180 pt</u>	<u>180 pt</u>	<u>180 pt</u>
其他 (如看板等)	<u>A2</u> <u>(59.4×42cm)</u>	<u>高度:7 公分</u> <u>寬度:7.05 公分</u>	<u>130 pt</u>	<u>80 pt</u>	<u>80 pt</u>	<u>80 pt</u>

- (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。

報告事項

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：住院診斷關聯群(Tw-DRGs)106年適用權重誤植更新案。

說明：

- 一、日前計算106年Tw-DRGs適用權重時，配合「器官摘取術及器官移植術」計11項支付標準點數調整，有部分DRG之權重數值誤植，合計影響23項DRG，其中屬於已導入項目為「腎移植，有/無合併症或併發症」2項，此2項DRG105年第一季申報件數為45件。誤植資料之對照表（詳附件5，P89~P90）。
- 二、本案擬依程序陳報衛生福利部核定後公告修訂，並回溯至106年1月1日起生效，本署將辦理權重誤植期間之追扣補付作業。

附表、誤植 DRG 權重對照表 (RW: 權重、GLOS: 幾何平均住院天數、CC: 合併症或併發症)

DRG 編號	中文名稱	導入與否	105 年 Q1 件數	誤植數據				修正後數據			
				RW	GLOS	下限	上限	RW	GLOS	下限	上限
48301	除臉、口腔及頸部以外疾患之氣管造口術，有 CC	否	1,697	3.7305	19	38,305	339,749	<u>3.7306</u>	19	38,305	339,749
48001	肝移植，有 CC	否	65	23.5770	20	742,019	1,607,400	<u>21.9284</u>	20	<u>669,765</u>	<u>1,535,146</u>
48002	肝移植，無 CC	否	18	20.3736	22	774,929	953,924	<u>18.6945</u>	22	<u>702,675</u>	<u>867,502</u>
512	胰臟移植	否	4	18.1979	20	585,426	1,236,275	<u>16.3347</u>	20	<u>533,498</u>	<u>1,049,366</u>
00201	顱骨切開術，含有創傷，年齡大於等於 18 歲，有 CC	否	775	3.9038	14	54,307	329,377	3.9038	14	54,307	<u>329,521</u>
00102	顱骨切開術，創傷除外，年齡大於等於 18 歲，無 CC	否	1,157	3.9276	9	41,198	322,348	3.9276	9	41,198	<u>322,455</u>
00302	顱骨切開術，年齡 0~17 歲，無 CC	否	57	3.3895	9	48,677	269,014	<u>3.3896</u>	9	48,677	269,014
00501	顱外血管手術，有 CC	否	215	3.3411	7	48,678	236,792	3.3411	7	48,678	<u>237,471</u>
00704	末梢神經、腦神經及其他神經系統手術(4)，有 CC	否	274	2.1040	7	26,255	183,393	<u>2.1041</u>	7	26,255	<u>183,597</u>
008	末梢神經、腦神經及其他神經系統手術，無 CC	否	1,126	1.2822	3	20,635	152,103	1.2822	3	20,635	<u>152,167</u>
01403	特定性腦血管疾患，暫時性腦部缺氧除外(2)，有 CC	否	448	1.3444	9	13,726	137,936	1.3444	9	13,726	<u>139,541</u>
191	胰、肝及其吻合性手術，有 CC	否	276	3.2243	12	34,865	230,133	<u>3.2244</u>	12	34,865	230,133
30201	腎移植，有 CC	是	32	13.8538	14	404,159	645,605	<u>11.0638</u>	14	<u>291,306</u>	<u>510,624</u>
30202	腎移植，無 CC	是	13	13.8308	12	401,143	640,425	<u>11.0448</u>	12	<u>288,290</u>	<u>507,531</u>
304	腎、輸尿管及膀胱非惡性腫瘤手術，有 CC	否	1,408	1.3834	5	21,323	100,027	1.3834	5	21,323	<u>100,096</u>
305	腎、輸尿管及膀胱非惡性腫瘤手術，無 CC	否	2,210	1.2842	5	20,764	85,650	<u>1.2940</u>	5	20,764	<u>87,875</u>
31501	其他腎及尿道手術，有 CC	否	1,790	1.5972	8	17,894	124,202	<u>1.5974</u>	8	17,894	<u>124,225</u>

DRG 編號	中文名稱	導入 與否	105 年 Q1 件數	誤植數據				修正後數據			
				RW	GLOS	下限	上限	RW	GLOS	下限	上限
50602	全層皮膚燒傷伴有皮膚移植或吸入性傷害(1)，有 CC，年齡 5-64 歲	否	27	3.8541	16	33,738	560,597	<u>3.8542</u>	16	33,738	560,597
46101	診斷需要其他醫療服務之手術，年齡大於等於 18 歲	否	756	1.7641	7	11,322	155,185	<u>1.7647</u>	7	11,322	155,185
48401	多發性外傷之顱骨切除術，有合併症與併發症	否	169	6.0016	18	90,625	416,739	<u>6.0017</u>	18	90,625	416,739
48601	其他多發性外傷手術，有合併症與併發症	否	735	3.4018	13	39,909	281,199	<u>3.4019</u>	13	39,909	<u>281,249</u>
46801	手術與主要診斷不相關者，年齡大於等於 18 歲，有 CC	否	4,386	2.3996	11	22,125	217,749	2.3996	11	22,125	<u>218,682</u>
46802	手術與主要診斷不相關者，年齡大於等於 18 歲，無 CC	否	1,744	1.3080	5	15,199	97,308	1.3080	5	15,199	<u>97,405</u>

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：修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」護理費加成案。

說明：

一、為鼓勵醫院增聘護理人力，降低護理人員工作負荷，朝向更佳之護病比，本署日前邀集護理及醫院相關團體召開3場住院護理費支付標準調整諮詢會議（會議記錄如附件 1-1，P93~P100），除對於增列護理品質指標及修訂偏鄉醫院範圍有共識外，全日平均護病比加成調整原則如下：

（一）護病比加成級距由現行3段分為至少5段。

（二）第一段護病比至多由3%開始加成為原則。

二、前揭諮詢會議之第3次會議決議請台灣醫院協會凝聚各層級共識後，於2週內函復本署護病比建議調整方案。該會於106年1月12日以院協健字第1060050號函復（如附件 1-2，P101~P102），該會考量支付標準與護病比連動應為漸進推動，且契合醫療實務與配合病人需求，建議下列二案，並以方案1為優先考量。

全日平均護病比範圍			現行加成率	醫協建議方案	
醫學中心	區域醫院	地區醫院		方案1	方案2
8.5-8.9	11.5-11.9	14.5-14.9	9%	5%	3%
8.0-8.4	11.0-11.4	14.0-14.4	10%	10%	6%
7.5-7.9	10.5-10.9	13.5-13.9	11%	12%	9%
7.0-7.4	10.0-10.4	13.0-13.4			12%
<7.0	<10.0	<13.0			14%
本署推估增加點數(106年)				0.6億點	-0.01億點

三、依據諮詢會議決議，本署建議護理費加成修訂如下：

（一）符合全日平均護病比加成：採台灣醫院協會建議之方案2。

（二）偏鄉醫院之加成：

1. 考量部分屬於本保險醫療資源不足地區相關計畫之醫院，現行未獲偏鄉加成，又近年護病比與支付連動，可能使護理人員往都市集中，造成上述醫院不易招募護理人力；另部分位於醫療資源充沛地區之醫院因支援偏鄉地區，現行可獲偏鄉加成，為審酌其適當性，擬修訂偏鄉定義。

2. 偏鄉範圍擬調整為符合下列任一條件之醫院：

(1) 列於衛生福利部「偏鄉護理菁英公費生管理要點」所定偏鄉地區範圍之醫院（106年計40家），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」之衛生福利部指定支援山地或離島地區醫院（計7家），本項合計為33家。

(2) 「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」符合申請資格第一、二項之醫院（計90家）。

(3) 上述兩者重複計24家，總計調整後可獲偏鄉加成醫院計99家（106年符合之醫院名單如附件1-3，P103~P105）。

3. 費用影響：推估約增加1,316萬點。

(三) 為瞭解「提升住院護理照護品質」預算投入，對於急性一般（精神）病床護理人力配置及護理人員留任意願之影響，行政配合事項擬修訂如下：

1. 結構性資料：增列「配置於急性一般（精神）病床護理人員數」欄位，按月填報。

2. 品質報告：增列「年資3個月以上護理人員離職率」及「2年以上年資護理人員比率」指標，按季填報。

擬辦：本案如經討論同意，擬修訂支付標準（如附件1-4，P106~P107），並依程序陳報衛生福利部核定後公告實施。

決定：

住院護理費支付標準調整諮詢會議 會議記錄

時間：105年9月1日（星期四）上午 9時30分

地點：中央健康保險署9 樓第1會議室

主席：李署長伯璋 紀錄：陳依婕

出席人員：

中華民國護理師護士公會全國聯合會	張澤芸、陳秀枝、劉淑芬
	薛貴霞、梁淑媛
台灣護理學會	陳淑芬
台灣護理產業工會	盧孳艷、江慧珠
台灣醫院協會	夏曉風
	劉碧珠、申斯靜、柳汶廷
	羅永達、朱益宏、王楨強
	陳瑞瑛、林佩菽、吳心華

列席人員：

衛生福利部護理及健康照護司	黃玉微、林杰穎
中央健康保險署醫務管理組	蔡淑鈴、陳玉敏、谷祖棣
	王玲玲、蔡孟好

一、主席致詞（略）

二、討論事項：

討論事項一、全日平均護病比加成研修方向

與會代表發言摘要：

(一) 預算來源：

1. 台灣醫院協會：

- (1) 不支持以106年度非協商因素預算調整護病比相關加成，且恐造成其他醫事人員對於此項調整之爭議，且醫院長期以來為鼓勵留任或增聘護理人員，持續投入經費於提升護理人員薪資等，但健保104年挹注的20億元經費仍不足，故希望署能夠支持額外編列經費用於護病比連動。
- (2) 如無法於明(106)年編列此項預算，應設定階段性目標，逐步改善護病比與支付連動。

2. 中華民國護理師護士公會全國聯合會：

期待能額外爭取預算用於護病比與支付連動，但現階段在未編列額外預算的情形下，可朝向護理費加成總數不變的情形下，進行護病比加成之細部調整，使護理執業環境朝向更正向的發展。

3. 台灣護理產業工會：

- (1) 合理的勞動條件是護理人員之基本權益，合理的護病比是在法律保障的基本勞動權下工作，醫院應該遵守最基本的規範。醫院如違反法律規定，造成護理人員過勞，健保署不應提供任何獎勵。
- (2) 護病比加成應做為鼓勵醫院打造良好護理工作環境之回饋，此經費不宜作為人事成本之補充。建議現階段可從護理費加成重分配的方式去討論進行後續相關加成調整。

(二) 護病比加成門檻、護病比加成範圍分類方式、加成率設定：

1. 台灣醫院協會：

- (1) 沒有額外預算挹注的情形下，建議維持現況；未來如有爭取到預算，建議護病比加成率從現行9%、10%、11%（分為三段），再持續往下延伸至12%、13%（分為五段）。
- (2) 現行護病比加成率，會受到住院護理費支付標準各層級點數差異，而導致加成率越高、護病比加成各層級點數差異越大，未來如有額外預算投入，可研議護病比加成改為固定點數方式，減少層級間差距；未有額外預算投入的情形下，護病比加成仍維持固定比率（9-11%）。

2. 中華民國護理師護士公會全國聯合會：

- (1) 為營造醫護良好的工作環境，護病比加成範圍以現行分為三段進行加成仍有不足，因各層級均有一定比率之醫院獲得護病比11%加成（醫學中心50%、區域醫院80%、地區醫院96%）。為鼓勵醫院朝向更佳的護病比，建議將護病比範圍分更多段進行護病比加成。
- (2) 在現階段未額外挹注經費的情況下，建議護病比加成範圍由現行三段再往下延伸為五段，現行護病比加成9%者下修其加成率，並增加低護病比者之加成率，以鼓勵護病比更低之醫院。

3. 台灣護理產業工會：

- (1) 醫院在未改善護理勞動條件下，不應給予加成。應瞭解經費投入的成效，建立評估標準（如離職率、留任率），以掌握現行訂定之護病比加成是否合理、護病比是否改善。
- (2) 現行護病比範圍及加成率應調整，除將護病比範圍分為更多段加成外，現行護病比加成9%的部分建議加成率應往下調整，不應一通過醫院評鑑標準即獲加成。護病比加成範圍建議由現行三段（9%-11%），往下延伸分五段，加成率可參考全聯會所提草案，設定為3%、5%、10%、15%、20%。

(三) 偏鄉醫院住院護理費加成：

1. 台灣醫院協會：

- (1) 如有額外預算挹注，可設定階段性目標以提升現行偏鄉醫院之加成率。
- (2) 偏鄉範圍應考慮到支援醫療資源缺乏之醫院。

2. 中華民國護理師護士公會全國聯合會：

- (1) 部分長期支援偏鄉醫療的醫院反映，因其非屬「護理菁英公費生管理要點」所訂偏鄉範圍之醫院，且要爭取加入此管理要點不易，建議修訂現行偏鄉醫院之範圍。
- (2) 可參考103年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」所定偏鄉醫院，即以「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」中符合申請資格條件之醫院，及中央主管機關訂定偏鄉護理公費生分配醫院為原則，以鼓勵設置或鄰近於醫療資源不足地區之醫院。

3. 台灣護理產業工會：

贊成偏鄉醫院給予加成，且對於現行加成方式無意見，但過去經費投入未看到改善成效，應呈現預算投入之成效評估。

討論事項二、全日平均護病比資料蒐集方式

(一) 台灣醫院協會：

1. 護病比資料登錄的越細，確實將帶給醫院額外的行政負擔，應考量醫院蒐集資料的目的，加上目前護病比加成支付係採全日平均護病比，故現行填報方式應已足夠。

2. 如要增列填報內容，應訂定明確之定義供填報人員參照，且需有合理之蒐集資料目的。

(二) 中華民國護理師護士公會全國聯合會：

1. 若能分三班別提報資料可瞭解各班別之護理人力配置，但填報各班別資料確實會增加工作負擔，且全日平均護病比是透過三班加總平均後之結果，亦可約略看出三班別護病比之情形。
2. 現行填報方式已相當簡化，但為瞭解醫院護理人力配置或增減情形，建議增列「當月服務於急性一般病房之護理人員數」，以掌握醫院急性一般病床配置護理人力之變動情形。

(三) 台灣護理產業工會：

1. 現行醫院大夜班之護理人力配置議題需要被關注，故建議填報三班別護病比相關資料。
2. 另為減少醫院填報負擔及操作空間，可研議採護理人員刷醫事人員卡的時間來計算各單位護理人員數。

討論事項三、住院護理照護品質指標

(一) 台灣醫院協會：

現行醫院已填報許多指標予各政府單位，建議於VPN填報必要指標，非與健保相關之指標則不需填報，以不增加醫院行政負荷為宜。

(二) 中華民國護理師護士公會全國聯合會：

過去在方案中已請各醫院填報離職率、2年以上年資護理人員比率，故填報此二項數據對於醫院行政負荷應較低，未來可考慮重新填報此二項指標。

(三) 台灣護理產業工會：

在談論護病比加成的成果時，至少應有3個月以上人員離職率、留任率等指標，以反映護理人員勞動條件與工作權益之改善情形。各國尚有死亡率、傷口感染或術後30天內感染情形等指標，可作為未來規劃護理品質指標之參考。

會議結論：

- (一) 有關護理費加成調整方式，本次未有共識，將綜整各代表所提建議並研擬修訂方案。
- (二) 未來如有爭取到護理費加成調整之相關預算，為鼓勵偏鄉醫院並提升護理人員留任意願，優先考慮擴大偏鄉醫院加成所定之偏鄉範圍。
- (三) 護病比填報考量行政負荷不細分至三班別，如需增列其他填報項目，如「急性一般病床護理人員數」，應訂定填報之明確操作型定義。

三、散會：下午4時20分

住院護理費支付標準調整諮詢會議 會議記錄

時間：105年12月5日（星期一）下午 2時00分

地點：中央健康保險署 9樓第3會議室

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：陳依婕

出席人員：

中華民國護理師護士公會全國聯合會

楊麗珠、劉淑芬、林綉珠

陳秀枝、薛貴霞、梁淑媛

台灣護理學會

王桂芸、陳淑芬

台灣護理產業工會

盧華艷

台灣醫院協會

陳瑞瑛、林佩菽

張淑慧、夏曉風

謝武吉、謝景祥

吳心華、柳汶廷、王楨強

列席人員：

衛生福利部護理及健康照護司

黃玉微、林杰穎

中央健康保險署醫務管理組

龐一鳴、陳玉敏、陳真慧

谷祖棣、王玲玲、蔡孟好

一、主席致詞（略）

二、討論事項：

討論事項一、住院護理費支付標準之護病比加成調整案

與會人員發言摘要：

（一）台灣醫院協會：

1. 本會於105年12月2日召開會議彙整三層級醫院之意見，有關本案之加成調整方式，因106年度醫院醫療給付費用總額之分配結果，「提升住院護理照護品質」未有額外預算挹注；又一般服務之「醫療服務成本指數改變率」增編之預算，其中60億元指定用於調整重症項目，其餘未指定用途，亦未述明用於住院護理費支付標準之調整。在未有額外預算挹注之情形下，建議仍維持原案。
2. （醫學中心協會）健保署試算方案未考量醫學中心為達較高之加成率須增聘之護理人力，依議程方案1、2試算醫學中心需約增聘1,779人才可達護病比1：7，不僅實務運作有困難，亦會影響其他層級醫院招募護理人力。另不支持以定額的方式進行調整，因相同加成定額下，不同層級之護病比不同，護理人力的成本落差很大，故不宜以相同定額給予加成。
3. （社區醫院協會）護病比加成調整方式，支持議程中調整方案2（即採定額給予護病比加成），並支持護病比加成級距拉大至6段，第一段護病比（護病比略優於醫院評鑑所訂門檻）不給予額外加成。

（二）中華民國護理師護士公會全國聯合會：

1. 應在實務上可增聘護理人力之情形下，逐步鼓勵醫院朝向較低之護病比，健保署議程規劃之方案，因護病比加成級距分得過細，恐造成醫學中心需增聘超過千人始可獲得較高之加成率，不符合實務現況。
2. 考量醫院投入於護理人力之成本，第一段護病比加成不建議一口氣下修為0%，應採

漸進改善，從現行加成率9%往下酌修。

3. 財務來源尊重其他與會代表之意見，如有增編預算且考量實務上可增聘護理人力之情形下，護病比級距及加成率建議如下表方案1，以逐步鼓勵醫院朝向較低之護病比。
4. 如需重新分配現行加成級距，由三段改為五段，則加成率建議調整為下表方案2，以不失層級間之平衡。

全日平均護病比			全聯會方案 1	全聯會方案 2
醫學中心	區域醫院	地區醫院		
8.5-8.9	11.5-11.9	14.5-14.9	5%	3%
8.0-8.4	11.0-11.4	14.0-14.4	10%	12%
7.5-7.9	10.5-10.9	13.5-13.9	15%	15%
7.0-7.4	10.0-10.4	13.0-13.4	20%	18%
<7.0	<10.0	<13.0		20%

(三) 台灣護理產業工會：

1. 護病比加成調整前，應先提供執行成效資料（如護理人力是否增加、是否留任、護理人員工時是否下降等），才有辦法判斷預算投入合宜性及護病比與支付連動方式是否需要調整。
2. 護病比加成之調整，支持加成級距分為6段，且第一段護病比不應給予加成。

(四) 台灣護理學會：護病比加成級距分得過細，若實務上難達成恐怕意義不大，建議護病比加成級距不要細分到6段，並增加護病比表現最佳級距之加成率。

結論：

- (一) 依與會代表提供之調整建議，本署將試算有/無預算來源下，護病比加成之調整方案，並以護病比加成級距至少分為5段，且第一段護病比至多由3%開始加成為原則。
- (二) 請醫務管理組再收集相關單位重新試算之建議案，下次開會作確認。
- (三) 請醫院協會研議由106年非協商因素所增加之預算部分挹注於本項。

討論事項二、住院護理費支付標準之偏鄉醫院加成案：

(一) 台灣醫院協會：

1. 在未有額外預算挹注下，建議維持原案，不異動偏鄉之範圍。
2. 議程所增列「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」符合申請條件之醫院中，部分屬大型的區域醫院且位處縣市中心，應審視列為偏鄉加成醫院之合宜性；另現行所定義之偏鄉醫院含醫學中心，宜一併檢視其列為偏鄉加成醫院之合理性。

(二) 中華民國護理師護士公會全國聯合會：

1. 因會員醫院中有提出，加入衛生福利部「偏鄉護理菁英計畫公費生管理要點」不易，但該醫院確實屬於醫療資源相對缺乏的地區，故有需要修正現行偏鄉之定義。
2. 惟醫療服務提升計畫符合申請條件之醫院中，有部分醫院位處醫療資源充沛之區域，故建議研議折衷方案。

結論：偏鄉範圍之調整，請醫務管理組攜回並會同護理及健康照護司再行研議，應檢視納入偏鄉範圍醫院獲得加成之合理性。

討論事項三、增列填報住院護理照護人力及品質指標案：

(一) 台灣醫院協會：

1. 同意增列結構性指標「配置於急性一般（精神）病床護理人員數」。
2. 品質報告增列之2項指標，因目前醫院評鑑已蒐集，故建議健保署向醫策會或醫事司索取，不要重複蒐集增加醫院行政或護理人員之負擔。

(二) 中華民國護理師護士公會全國聯合會：

1. 年資3個月以上護理人員離職率，係為看出通過試用期之護理人員是否願意留在醫院中；2年以上年資護理人員比率則為資深護理人員留任之意願，故本兩項指標有監測之必要性。
2. 因本案增列之兩項品質指標，是現行醫院評鑑中常規性已在蒐集的指標，定期於VPN填報將不至於增加行政或護理人員工作負擔。

結論：考量醫院評鑑係評鑑時才蒐集護理人力相關數據，且目前這些數據已屬醫院例行統計之數據，按月提供並未增加工作負荷，本案照案通過。

三、散會：下午4時20分

住院護理費支付標準調整諮詢會議 會議記錄

時間：105年12月21日（星期三）上午 10時00分

地點：中央健康保險署 9樓第1會議室

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：陳依婕

出席人員：

中華民國護理師護士公會全國聯合會	楊麗珠、劉淑芬、陳秀枝
	洪世欣、梁淑媛
台灣護理學會	王桂芸、陳淑芬
台灣護理產業工會	盧孳艷
台灣醫院協會	陳瑞瑛、張淑慧、夏曉風
	劉碧珠、申斯靜
	羅永達、吳淑芬
	吳心華、柳汶廷、王楨強

列席人員：

衛生福利部護理及健康照護司	黃玉微
衛生福利部社會保險司	梁淑政、周雯雯
中央健康保險署醫務管理組	龐一鳴、陳玉敏、谷祖棣、王 玲玲、蔡孟好

一、主席致詞（略）

二、討論事項：

討論事項一、住院護理費支付標準之護病比加成調整案

與會人員發言摘要：

（一）台灣醫院協會：

1. 重申在未額外增編預算的情形下，建議仍維持現行護病比加成。
2. 醫院總額非協商因素「醫療服務成本指數改變率」增編之預算，其中60億元指定用於調整重症項目，其餘未指定用途。
3. （社區醫院協會）護病比加成調整方案，仍建議改以定額方式，以縮小層級間住院護理費之差距，各試算方案中考量第一段護病比（略優於醫院評鑑基準所訂全日平均護病比）若調至0點對於部分醫院衝擊太大，在不增加預算的情形下支持「A額3」。

（二）中華民國護理師護士公會全國聯合會：

1. 104年係支付標準首次與護病比連動，目前已累積一年多的資料，且現行護病比加成差異僅1%，無法給予護病比表現好的醫院更多鼓勵。
2. 護病比加成調整對於床數或占床率高的醫院衝擊較大，又地區醫院為使護病比下降在增聘護理人力方面亦須挹注額外努力，本會考量上述各類情形下，建議採定率「B率7」方式調整。
3. 惟「B率7」方案將增加約6.9億點，如未有預算可用於調整護病比加成，則建議以「C定率」（如下頁表格）方案進行調整。

（三）台灣護理產業工會：

支持護理全聯會所提方案，希望調整後明年度可以看到護病比的改善。

結論：

(一) 與會代表建議調整方案如下表：

1. 不額外增加預算下，採「A額3」或「C定率」方案。
2. 有額外預算下，採「B率7」方案。

全日平均護病比			現行	未增預算		增預算
醫學中心	區域醫院	地區醫院		A額3	C定率	B率7
8.5-8.9	11.5-11.9	14.5-14.9	9%	6點	2%	3%
8.0-8.4	11.0-11.4	14.0-14.4	10%	25點	8%	12%
7.5-7.9	10.5-10.9	13.5-13.9	11%	45點	10%	15%
7.0-7.4	10.0-10.4	13.0-13.4		65點	12%	18%
6.5-6.9	9.5-9.9	12.5-12.9		85點	14%	20%
<6.5	<9.5	<12.5		105點		

(二) 請台灣醫院協會將本案護病比加成方式，以及醫院總額「醫療服務成本指數改變率」預算扣除調整重症項目60億元後之應用方式，攜回凝聚各層級共識，於二週內函復本署建議調整方案。

討論事項二、住院護理費支付標準之偏鄉醫院加成案：

與會人員發言摘要：

(一) 台灣醫院協會：原偏鄉醫院定義中「衛生福利部指定支援山地或離島地區醫院」為公費醫師訓練後指定支援偏鄉地區之醫院，但住院護理費偏鄉加成應是給予在屬於偏鄉地區之醫院住院護理費加成，應檢視此類醫院給予偏鄉加成之妥適性。

結論：偏鄉範圍之定義調整為下列任一條件符合者：

- (一) 符合衛生福利部「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（計40家），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」之衛生福利部指定支援山地或離島地區醫院（計7家），本項合計為33家。
- (二) 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」申請醫院資格第一、二項之醫院計90家，扣除與上述重複之醫院27家，總計96家。

三、散會：下午 12 時 05 分

檔 號：
保存年限：

台灣醫院協會 函

地址：251 新北市淡水區中正東路二段 29-5 號 25 樓
承辦人：林佩菘小姐
電話：(02)2808-3300 分機 52 傳真：(02)2808-3304
電子郵件信箱：peichiou@hatw.org.tw

106
台北市大安區信義路三段 140 號

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 106 年 1 月 12 日
發文字號：院協健字第 1060050 號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：普通
附件：見說明二

主旨：關於住院護理費支付標準之護病比加成調整方案，復請 查
照。

說明：

- 一、依據 106 年 1 月 10 日本會第 22 屆全民健康保險委員會
106 年第 1 次會議決議辦理。
- 二、旨揭案件業經充分研商，敬表支持住院護理費支付標準與
護病比具連動關係，惟基於考慮支付標準與護病比連動應
為漸進推動並契合醫療實務與配合病人需求，提具修正案
2 案，其中以案一為優先考量，詳如附件。

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會

理事長 楊漢淥

台灣醫院協會
全日平均護病比加成調整方案

2017.01.12

全日平均護病比			現行	未增預算	
醫中	區域	地區		方案一	方案二
8.5-8.9	11.5-11.9	14.5-14.9	9%	5%	3%
8.0-8.4	11.0-11.4	14.0-14.4	10%	10%	6%
7.5-7.9	10.5-10.9	13.5-13.9	11%	12%	9%
7.0-7.4	10.0-10.4	13.0-13.4			12%
6.5-6.9	9.5-9.9	12.5-12.9			14%
<6.5	<9.5	<12.5			

2

調整定義後，106年符合住院護理費偏鄉加成醫院名單

流水號	分區	醫事機構代碼	醫院簡稱	鄉鎮市區	總床數	急性一般床數	偏鄉護理菁英計畫公費生管理要點 ^註	醫療服務提升計畫第一、二項
1	臺北	0190030516	衛福部金門	金門縣金湖鎮	345	180	V	V
2	臺北	0291010010	連江醫院	連江縣南竿鄉	43	26	V	V
3	臺北	0931090014	文化醫院	新北市三峽區	30	30	V	
4	臺北	0934060027	海天醫院	宜蘭縣壯圍鄉	99	40	V	
5	臺北	1131090019	恩主公醫院	新北市三峽區	494	309	V	
6	臺北	1531091130	清福醫院	新北市三峽區	35	20	V	
7	北區	0933010014	培靈醫療社	新竹縣關西鎮	240	60	V	V
8	中區	1536120010	清海醫院	臺中市石岡區	248	40	V	V
9	中區	1537150512	員林郭大村	彰化縣大村鄉	62	19	V	
10	中區	1538061023	新泰宜婦幼	南投縣名間鄉	40	20	V	V
11	高屏	0144010015	澎湖醫院	澎湖縣馬公市	231	115	V	V
12	高屏	0544010031	三軍澎湖	澎湖縣馬公市	213	138	V	V
13	高屏	0943040015	南門醫療社	屏東縣恆春鎮	65	40	V	V
14	高屏	0943160012	枋寮醫療社	屏東縣枋寮鄉	198	148	V	V
15	高屏	1143040010	恆春基督教	屏東縣恆春鎮	45	26	V	V
16	高屏	1244010018	惠民醫院	澎湖縣馬公市	20	20	V	V
17	東區	0145010019	花蓮醫院	花蓮縣花蓮市	221	151	V	
18	東區	0145030020	玉里醫院	花蓮縣玉里鎮	532	116	V	V
19	東區	0145080011	豐濱原住民	花蓮縣豐濱鄉	23	20	V	V
20	東區	0146010013	台東醫院	臺東縣臺東市	151	92	V	V
21	東區	0146020537	成功分院	臺東縣成功鎮	30	20	V	V
22	東區	0545040515	國軍花蓮	花蓮縣新城鄉	363	252	V	
23	東區	0645020015	北榮鳳林	花蓮縣鳳林鎮	206	84	V	V
24	東區	0645030011	北榮玉里	花蓮縣玉里鎮	1021	193	V	V
25	東區	0646010013	北榮台東	臺東縣臺東市	265	68	V	V
26	東區	1145010010	慈濟醫院	花蓮縣花蓮市	959	540	V	
27	東區	1145010038	門諾醫院	花蓮縣花蓮市	471	296	V	
28	東區	1145030012	玉里慈濟醫	花蓮縣玉里鎮	35	24	V	V
29	東區	1145060029	門諾壽豐分	花蓮縣壽豐鄉	215	40	V	V
30	東區	1146010014	馬偕台東	臺東縣臺東市	497	364	V	V
31	東區	1146010032	台東基督教	臺東縣臺東市	184	110	V	V
32	東區	1146010041	台東聖母醫	臺東縣臺東市	29	20	V	V
33	東區	1146030516	關山慈濟醫	臺東縣關山鎮	40	32	V	V
34	臺北	0431270012	台大金山	新北市金山區	67	48		V
35	臺北	0634030014	蘇澳榮民醫	宜蘭縣蘇澳鎮	301	98		V
36	臺北	0634070018	員山榮民醫	宜蘭縣員山鄉	469	192		V
37	臺北	1134070019	普門醫院	宜蘭縣員山鄉	335	20		V
38	臺北	1531120038	瑞芳礦工醫	新北市瑞芳區	27	24		V
39	臺北	1531210019	台安醫院	新北市三芝區	85	0		V

流水號	分區	醫事機構代碼	醫院簡稱	鄉鎮市區	總床數	急性一般床數	偏鄉護理菁英計畫公費生管理要點 ^註	醫療服務提升計畫第一、二項
40	臺北	1534050024	杏和醫院	宜蘭縣礁溪鄉	39	20		V
41	北區	0433030016	臺大竹東	新竹縣竹東鎮	360	190		V
42	北區	0532090029	國軍桃園總	桃園市龍潭區	673	423		V
43	北區	0633030010	北榮新竹	新竹縣竹東鎮	429	181		V
44	北區	1133060019	湖口仁慈	新竹縣湖口鄉	419	178		V
45	北區	1532091081	龍潭敏盛醫	桃園市龍潭區	105	28		V
46	北區	1533030028	林醫院	新竹縣竹東鎮	35	20		V
47	北區	1533030046	竹信醫院	新竹縣竹東鎮	24	24		V
48	北區	1535031041	通霄光田	苗栗縣通霄鎮	52	30		V
49	北區	1535040068	慈祐醫院	苗栗縣竹南鎮	52	41		V
50	北區	1535040086	大眾醫院	苗栗縣竹南鎮	42	20		V
51	北區	1535081078	大順醫院	苗栗縣大湖鄉	34	17		V
52	中區	0138010027	衛部南投醫	南投縣南投市	413	257		V
53	中區	0638020014	榮總埔里分	南投縣埔里鎮	340	163		V
54	中區	1138020015	埔里基督教	南投縣埔里鎮	375	249		V
55	中區	1436020013	東勢農民醫	臺中市東勢區	92	54		V
56	中區	1537040057	南星醫院	彰化縣北斗鎮	20	20		V
57	中區	1537040066	卓醫院	彰化縣北斗鎮	38	20		V
58	中區	1538010026	南基醫院	南投縣南投市	123	78		V
59	中區	1538041101	竹山秀傳醫	南投縣竹山鎮	290	185		V
60	中區	1538041165	東華醫院	南投縣竹山鎮	50	49		V
61	南區	0141010013	新營醫院	臺南市新營區	243	78		V
62	南區	0141060513	台南新化分	臺南市新化區	74	47		V
63	南區	0941010019	新興醫院	臺南市新營區	78	49		V
64	南區	1105050012	奇美佳里	臺南市佳里區	261	166		V
65	南區	1139130010	長庚雲林	雲林縣麥寮鄉	132	96		V
66	南區	1239020011	天主福安	雲林縣斗南鎮	73	21		V
67	南區	1441060010	仁愛之家	臺南市新化區	200	0		V
68	南區	1539050015	蔡醫院	雲林縣土庫鎮	42	20		V
69	南區	1541011126	營新醫院	臺南市新營區	112	37		V
70	南區	1541011162	信一骨科	臺南市新營區	20	20		V
71	南區	1541031048	佑昇醫院	臺南市白河區	50	20		V
72	南區	1541050016	新生醫院	臺南市佳里區	80	20		V
73	南區	1541070045	宏科醫院	臺南市善化區	22	20		V
74	高屏	0142030019	旗山醫院	高雄市旗山區	393	197		V
75	高屏	0143040019	恆春旅遊醫	屏東縣恆春鎮	61	35		V
76	高屏	0542020011	國軍岡山醫	高雄市岡山區	214	145		V
77	高屏	0643130018	高榮屏東分	屏東縣內埔鄉	341	156		V
78	高屏	0907030013	廣聖醫療社	高雄市旗山區	74	20		V
79	高屏	0942020019	岡山醫院	高雄市岡山區	97	40		V
80	高屏	0943020013	潮州安泰醫	屏東縣潮州鎮	59	48		V

流水號	分區	醫事機構代碼	醫院簡稱	鄉鎮市區	總床數	急性一般床數	偏鄉護理菁英計畫公費生管理要點 ^註	醫療服務提升計畫第一、二項
81	高屏	0943030019	安泰醫療社	屏東縣東港鎮	605	433		V
82	高屏	1143130019	佑青醫院	屏東縣內埔鄉	200	50		V
83	高屏	1143150011	迦樂醫院	屏東縣新埤鄉	156	104		V
84	高屏	1343030018	輔英附設醫	屏東縣東港鎮	417	290		V
85	高屏	1542020058	劉嘉修醫院	高雄市岡山區	25	25		V
86	高屏	1542020067	劉光雄醫院	高雄市岡山區	57	49		V
87	高屏	1542020129	樂安醫院	高雄市岡山區	83	30		V
88	高屏	1542021171	惠川醫院	高雄市岡山區	66	20		V
89	高屏	1542030018	重安醫院	高雄市旗山區	20	20		V
90	高屏	1542030063	博愛醫院	高雄市旗山區	21	20		V
91	高屏	1542030116	溪洲醫院	高雄市旗山區	69	20		V
92	高屏	1542040050	三聖醫院	高雄市美濃區	20	20		V
93	高屏	1542140046	長佑醫院	高雄市阿蓮區	20	20		V
94	高屏	1542150033	溫有諒醫院	高雄市路竹區	20	20		V
95	高屏	1542150042	高新醫院	高雄市路竹區	52	20		V
96	高屏	1543020105	茂隆骨科醫	屏東縣潮州鎮	68	66		V
97	高屏	1543060010	屏安醫院	屏東縣麟洛鄉	333	60		V
98	高屏	1543110024	聖恩內科醫	屏東縣高樹鄉	20	20		V
99	高屏	1543110033	大新醫院	屏東縣高樹鄉	20	20		V

備註：

本表僅包含「偏鄉護理菁英計畫公費生管理要點」中，所訂偏鄉範圍為：

1.原住民族及離島地區。

2.衛生福利部當年度公費醫師訓練後服務醫療機構及開業地區之本部指定偏遠、離島地區之醫院。

3.106年度全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案施行區域。

不包含衛生福利部指定支援山地或離島地區之醫院。

第三節 病房費

通則：

- 一、病房費及護理費之計算，凡住院之日，不論何時進院，均作一天論，出院之日，不論何時出院，其出院當日之病房費及護理費不予計算；住院日期僅一天者，以當日最後入住之病房種類計算一次病房費及護理費，住院日期二天(含)以上者，其出院當日之病房費及護理費不予計算，另住院期間於非出院日轉床者，其轉床當日之病房費及護理費，以當日最後入住之病房種類計算。
- 二、保險對象住院，以入住一般病床為原則，如一般病床不敷供應，而願入住其他經濟病床者，應按經濟病床標準申報費用；超等住院者，由保險對象自付其差額。
- 三、各類病床應符合醫療機構設置標準之規定。
- 四、本節各項病房費所訂點數均已包括病床費及其他雜項成本，如不計價藥材成本、建築與設備成本、水電費支出、廢棄物處理、電子資料處理及行政作業成本等。
- 五、一般病床支付點數不包括非保險病床自付差額費用及可另行計價之特定診療項目費用，但有特殊規定者除外。
- 六、正常新生兒費用，以57114C「新生兒費」項目，併母親分娩費用中申報，不得重複申報本章各項費用。
- 七、加護病床支付標準，原則依行政院衛生署87年「加護病房評定」等級認定；惟新設立、增床者及自89年起醫院評鑑層級異動者，加護病床支付標準，依其當時醫院評鑑之特約層級，按醫學中心-甲級、區域醫院-乙級、地區醫院-丙級方式認定。
- 八、本節各項病床之護理費皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之二十。
- 九、本節註有「護理費加成」項目者，其加成之方式及申報規定：
 - (一)偏鄉醫院之加成：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；或符合「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、二項之醫院，依表定點數加成百分之三·五。符合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>資料下載>檔案下載>《其他》。

(二)符合全日平均護病比之加成：

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

全日平均護病比範圍			加成率
醫學中心	區域醫院	地區醫院	
8.5-8.9	11.5-11.9	14.5-14.9	<u>3%</u>
8.0-8.4	11.0-11.4	14.0-14.4	<u>6%</u>
7.5-7.9	10.5-10.9	13.5-13.9	<u>9%</u>
<u>7.0-7.4</u>	<u>10.0-10.4</u>	<u>13.0-13.4</u>	<u>12%</u>
<u><7.0</u>	<u><10.0</u>	<u><13.0</u>	<u>14%</u>

註：(1)各醫院之「全日平均護病比」採四捨五入至小數位第一位計算。

(2)精神科教學醫院比照區域醫院層級加成，精神科醫院比照地區醫院層級加成。

- 2.醫院應於費用年月次月二十日前，至健保資訊網服務系統(VPN)填報「品質報告」，包含：急性一般病房住院跌倒人數比率、急性一般病房感染人數比率、急性一般病房新發生之壓瘡人數比率等三項，以及於每季結束次月二十日前，填報年資三個月以上護理人員離職率、二年以上年資護理人員比率等二項指標，未填報者，本項不予加成。

(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、配置護理人員數等資料；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>資料下載>檔案下載>《其他》）。

討論事項

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：106 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準增修「乳房部分切除手術併前哨淋巴手術」等 10 項診療項目案，提請討論。

說明：

- 一、新增「乳房部分切除手術併前哨淋巴手術」等 6 項診療項目，推估增加預算約 0.58 億點。重點說明如下：
 - (一)「乳房部分切除手術併前哨淋巴手術」等 5 項（表一，序號 1-5，P111~P112），經 106 年第 1 次及第 2 次專家諮詢會議，檢視各項診療項目之安全性、療效後，建議新增，其理由、適應症/支付規範等，詳附件 2-1、2-2 及 2-3，P113~P120。
 - (二)「醣化白蛋白(GA)」乙項（表一，序號 6，P112），依 105 年 12 月 30 日本會議決議，提案至 106 年第 2 次專家諮詢會議（詳附件 2-4，P121），重新評估本項支付點數、使用次數及成本分析，建議新增，其理由、適應症/支付規範等，詳附件 2-5 及 2-6，P122~P123。
- 二、增修刪編號 63016B「前哨淋巴腺手術」等 3 項（表二，序號 1-3，P124），經 106 年第 1 次專家諮詢會議討論，其建議支付點數、適應症/支付規範等（同附件 2-1 及 2-7，P113~P114、P125~P126），推估增加預算約 0.11 億點。
- 三、預算來源：106 年醫院總額部門預算編列 3.93 億元，業已完成新增修 15 項，推估預算約 2.63 億點，餘 1.3 億點用於支應本次新增修推估預算約 0.69 億點。
- 四、另「鐳 223(Radium-223)治療」乙項，經 106 年第 2 次專家諮詢會議討論（詳附件 2-8，P127），考量現行尚無經濟效益之臨床實證等，故不同意新增（詳表三，P128）。

擬辦：本案經討論後如獲同意，擬增訂支付標準表（詳附件 2-9，P129～P130），並依程序報請衛生福利部核定後公佈實施。

表一、106年建議新增醫療服務給付項目及財務影響評估彙整表(計6項目)

序號	中文名稱	申請單位	主要臨床功能及目的	106年第1次及106年第2次專家諮詢會議		建議支付點數		建議支付點數(含一般材料費) A=I*(1+II)	預估一年執行總次數 B	被替代項目及替代率						預算推估					
				表列支付點數 I	表列材料費% II	被替代診療項目	中文名稱			支付點數(含手術處置項目加計材料費用) C1	申報成數 C2	支付點數合計(含手術處置項目加計材料費用) C=C1*C2	醫令申報量 D ①103年 ②104年 ③106年推估	替代率 E	預估替代醫令量 F=D*E	預估全國執行量 G=①B ②B*1.05 ③D*E*1.1(替代) ④B+F	新增診療項目與現行診療項目支付點數點數差 H=A-C	預估年增點數 I=①G*H+G*A ②G*A ③A*(G-F)+F*H ④G*H ⑤A*(G-F)+B*H			
1	乳房部分切除手術併前哨淋巴手術 Partial mastectomy and sentinel node(s) excision	臺灣乳房醫學會	考量手術標本邊緣是否均無惡性細胞存在，其手術方式、醫療資源耗用與切除良性腫瘤不同，惟現行乳癌手術支付標準，並未區分良性或惡性腫瘤切除。	適應症：惡性乳癌。 支付規範：不得同時申報編號 63001B 及「前哨淋巴腺手術」。	9,507	53%	14,546	2,401	63001B 及「前哨淋巴腺手術」	「部份乳房切除術－單側」及「前哨淋巴腺手術」	14,546		2,401	②	100%	2,401	2,642	③	-	-	④
2	乳房部分切除手術併標準腋下淋巴廓清術 Partial mastectomy + axillary lymph node dissection			適應症：惡性乳癌。 支付規範：不得同時申報編號 63001B 及 70205B。	19,178	5%	20,137	2,876	63001B 及 70205B	「部份乳房切除術－單側」及「腋窩淋巴腺清除術」	16,718		2,876	②	100%	2,876	3,164	③	3,419	10,817,716	④
3	乳房全切除手術併前哨淋巴手術 Simple mastectomy + sentinel lymph node biopsy			適應症：惡性乳癌。 支付規範：不得同時申報編號 63003B 及「前哨淋巴腺手術」。	18,937	5%	19,884	1,703	63003B 及「前哨淋巴腺手術」	「單純乳房切除術－單側」及「前哨淋巴腺手術」	16,441		1,703	②	100%	1,703	1,874	③	3,443	6,452,182	④
4	乳房全切除手術 Simple mastectomy			適應症：惡性乳癌。 支付規範：不得同時申報編號 63003B。	15,210	6%	16,123	1,125	63003B	單純乳房切除術－單側	10,331		1,125	②	100%	1,125	1,238	③	5,792	7,170,496	④

序號	中文名稱	申請單位	主要臨床功能及目的	106年第1次及106年第2次專家諮詢會議	建議支付點數		建議支付點數(含一般材料費) A=I*(1+II)	預估一年執行總次數 B	被替代項目及替代率							預算推估					
				適應症/相關規範	表列支付點數 I	表列材料費% II			被替代診療項目	中文名稱	支付點數(含手術處置項目加計材料費用) C1	申報成數 C2	支付點數合計(含手術處置項目加計材料費用) C=C1*C2	醫令申報量 D ①103年 ②104年 ③106年推估	替代率 E	預估替代醫令量 F=D*E	預估全國執行量 G= ①B ②B*1.05 ③D*E*1.1(替代) ④B+F	新增診療項目與現行診療項目支付點數差 H=A-C	預估年增點數 I= ①G*H+G*A ②G*A ③A*(G-F)+F*H ④G*H ⑤A*(G-F)+B*H		
5	呼氣一氧化氮監測(FeNO)	台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會	FeNO 主要目的為確診氣道發炎(airway inflammation)程度，臨床上用於氣喘用藥管理，其臨床效益為氣喘確診後之追蹤控制。	適應症：6歲以上至12歲以下確診氣喘患者追蹤使用。 支付規範： 1.申報次數：一年最多申報3次。 2.層級別：限醫院層級申報。 3.申報專科別：限兒童過敏免疫專科、兒童胸腔專科及成人胸腔專科。 4.執行限制：限受過操作訓練之醫療人員。 5.費用申報時必要之附件：檢測報告。	808		808	12,838								13,480	②	10,891,840	②		
6	醣化白蛋白(GA)	臺大醫院	1.GA 檢驗可反映過去 2 週~1 個月間血糖控制之狀態，比 HbA1c 更能反映檢測者之血糖控制狀況，尤其於慢性腎病變病人、懷孕時鐵質流失之婦女。 2.快速反映病人診斷及治療結果，減少病人治療用藥，降低併發症，改善病人生活品質。	適應症： 1.糖尿病合併慢性腎病變。 2.因血液疾病導致 HbA1c 無法反映血糖控制者。 3.懷孕糖尿病患及妊娠糖尿病患。 4.血糖數值顯示控制不良，但 HbA1c 數值仍於良好範圍者。 禁忌症：血中白蛋白濃度 <3g/dL。 支付規範： 1.不得同時申報編號 09006C。 2.一年限申報 4 次。	272		272	320,760	09006C	醣化血紅素	200		200		100%	320,760	320,760	①	72	23,094,720	④

(1) 6項新增項目 小計 58,426,954

106 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

時間：106 年 1 月 11 日(星期三)上午 9 時 30 分

一、臺灣乳房醫學會建議增修「乳房部分切除手術併前哨淋巴手術」等 9 項診療項目案。

討論重點：

- (一) 增修必要性：因醫師執行惡性乳癌手術，其醫療技術複雜度高、所需承受之壓力大，與切除良性乳房腫瘤不同，屬乳癌重症手術項目，建議增修。
- (二) 建議適應症：惡性乳癌。
- (三) 替代率：本項係針對惡性乳癌所增修之項目，為 100% 替代現行執行惡性乳癌切除手術。
- (四) 因提案單位原建議之各項目名稱表達不完整，請提案單位針對中英文名稱之合宜性，於會後再提供修訂建議。
- (五) 建議支付點數之成本分析校正，說明如下：
 1. 主治醫師每分鐘成本：與會專家考量手術複雜度、技術費較高，建議主治醫師以每人每分鐘成本 37.7 元加計 30% 計算，經校正後支付點數大於現行被替代之診療項目支付點數者，則建議新增診療項目；小於現行被替代之診療項目支付點數者，則維持現行被替代之診療項目支付點數，進行增修。
 2. 主治醫師耗用時間：因提案單位未填報，故以提案單位提供之護理人員耗用時間計算。
 3. 護理人員由 5 位改為 4 位(排除麻醉不列計)。
 4. 房屋設備部分因提供之坪數及取得成本差異過大，故以提案單位提供之每分鐘折舊金額 $0.34 \times$ 該項診療項目占用時間進行計算。
 5. 「改良式乳房根除手術(雙側)」乙項建議點數，按提案單位建議以「改良式乳房根除手術(單側)」乘以 1.5 計算。
- (六) 專科別限制：原申請單位建議限乳房外科專科醫師，惟考量本項替代之診療項目均為現行執行之手術項目，建議不限醫師專科別。
- (七) 另前哨淋巴腺切片術乙項，須醫師專業技術，且臨床上確實須進行全身麻醉手術，建議由處置項移列至手術項。

結論：

- (一) 經與會專家討論後，建議增修，重點說明如下：
 1. 中英文名稱：會後提案單位已以電子郵件提供，與適應症、支付規範及支付點數等，彙總如附表。
 2. 表項次 1 項，建議新增，經校正後支付點數小於現行被替代之診療項目支付點數，故建議支付點數仍與現行被替代之診療項目支付點數 14,546 點一致，不增加健保支出。計算說明如下：
 - (1) 現行被替代之診療項目支付點數 14,546 點 = 「63001B 部份乳房切除術(單側)」 $5,514 \times 1.53 +$ 「29034C 前哨淋巴腺切片術」6,110。
 - (2) 按上述支付點數計算後，表定手術支付點數為 9,507 點，加計一般材料費 53%，整體健保支付點數仍為 14,546 點(=9,507*1.53)。

3. 表項次 2、3、5 項，建議新增，支付點數同附表。
4. 表項次 6 項建議移列至手術章節，並按校正後點數修訂。
5. 表項次 4、9 項，不建議增修。
6. 第 7、8 項，建議修訂，並按校正後點數修訂。

(二) 財務預估：推估增加 35,039 千點。

附表、建議增修項目、適應症、支付規範及支付點數等項目表。

項次	中文名稱	英文名稱	適應症	支付規範	現行支付點數 (含一般材料費)	建議表訂支付點數	一般材料費加計比率	財務預估
新增	1 乳房部分切除手術併前哨淋巴手術	Partial mastectomy and sentinel node(s) excision	惡性乳癌	不得同時申報：編號 63001B 及「前哨淋巴腺手術」	14,546	9,507	53%	-
	2 乳房部分切除手術併標準腋下淋巴廓清術	Partial mastectomy + axillary lymph node dissection		不得同時申報：編號 63001B 及 70205B	16,718	19,178	5%	10,816,033
	3 乳房全切除手術併前哨淋巴手術	Simple mastectomy + sentinel lymph node biopsy		不得同時申報：編號 63003B 及「前哨淋巴腺手術」	16,441	18,937	5%	6,449,491
	4 乳房部分切除手術	Partial mastectomy	-	-	8,436	5,514	53%	不建議新增
	5 乳房全切除手術	Simple mastectomy	-	不得同時申報：編號 63003B	10,331	15,210	6%	7,167,105
	6 前哨淋巴腺手術	Sentinel node(s) excision	惡性乳癌	-	6,110	6,072	7%	250,764
修訂	7 改良式乳房根除手術(單側)	Modified radical mastectomy unilateral	惡性乳癌	-	19,954	20,870	7%	9,932,828
	8 改良式乳房根除手術(雙側)	Modified radical mastectomy bilateral		-	26,633	31,305	7%	422,783
	9 標準腋下淋巴廓清術	Axillary lymph node dissection	-	-	12,500	8,170	53%	不建議修訂
總計								35,039,004

106 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

時間：106 年 2 月 22 日(星期三)上午 9 時 30 分

一、 台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會新增「呼氣一氧化氮監測(FeNO)」乙案。

討論重點：

- (一) 新增必要性：FeNO 主要目的為確診氣道發炎(airway inflammation)程度，臨床上用於氣喘用藥管理，其臨床效益為氣喘確診後之追蹤控制；另 American Thoracic Society(ATS)診療指引顯示 12 歲以下具有較強的實證，爰建議新增。
- (二) 建議適應症範圍：
 - 1. 提案單位建議，若病患年紀太小，於檢測上會有困難或不準的地方，故建議為 6 歲以上氣喘病患。
 - 2. 另部分專家表示，FeNO 是評估氣道發炎程度及輔助氣喘診斷，成人氣道發炎的問題較複雜且氣喘診斷有很多使用工具，為避免 FeNO 淪為篩檢工具，爰暫不考慮。
- (三) 建議執行次數：與會專家建議，執行次數若為 3 個月一次，於健保財務衝擊較大，故建議一年最多 3 次，醫師依臨床變化判斷是否執行 FeNO 監測。
- (四) 建議層級別及專科別：考量病況較嚴重之病患多集中於醫院接受治療，建議限醫院執行及兒童過敏免疫專科、兒童胸腔專科及成人胸腔專科才能執行。
- (五) 另成本分析表中，本署以主計總處之醫療設備使用年限 7 年校正，經與會專家表示本項儀器使用耗損年限為 3 年，建議以 3 年計算。

結論：

- (一) 確有臨床需要，建議新增。
- (二) 建議適應症：6 歲以上至 12 歲以下確診氣喘患者追蹤使用。
- (三) 建議支付規範
 - 1. 申報次數：一年最多申報 3 次。
 - 2. 層級別：限醫院層級申報。
 - 3. 申報專科別：限兒童過敏免疫專科、兒童胸腔專科及成人胸腔專科。
 - 4. 執行限制：限受過操作訓練之醫療人員。
 - 5. 費用申報時必要之附件：檢測報告。
- (四) 建議支付點數：按與會專家建議，醫療設備使用年限由 7 年修正為 3 年，支付點數由 804 點修正至 808 點。
- (五) 財務評估：推估增加約 10,373 千點。

003-1 診療項目成本分析表(校正)

項目名稱：乳房部份切除手術併前哨淋巴手術

提案單位：台灣乳房醫學會

錄案編號：

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	49.01	150	7,352	11,612
2.住院醫師								
3.護理人員			4	7.1	150	4,260		
4.醫事人員								
5.行政人員								
6.工友、技工								
							11,612	
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	
	NS 500cc		CC	18	2	36.6	394	
	Steri-Strip (1547 1/2 吋)		PK	38	1	38		
	Silkam Black 2-0 17*45cm 絲質縫線		PC	35	1	35		
	Silkam Black 3-0 17*45cm 絲質縫線		PC	35	1	35		
	SAFIL VIOLET 4-0 可吸收縫線 70cm		PC	80	2	160		
	MONOCRYL 4-0 Y315H		PC	87	1	87		
	Syring (10cc)		PC	2	1	2.3		
	Methylene Blue		CC	14	0.02	0.3		
	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
超音波掃描儀		3,600,000	7	5.0	15	74		262
伽瑪射線偵測系統		1,300,000	7	1.8	41	73		
小計						148		
非醫療設備=醫療設備 × 7.53 %						11		
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		
	差異過大，暫以提案單位提供每分鐘折舊金額計算	217,344,191	50	0.34	150	51.0		
	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%						52	262
直接成本合計							12,268	
作業及管理費用(直接成本 × 6.4 %)							785	
成本總計							13,053	

003-1 診療項目成本分析表(校正)

項目名稱：乳房部分切除手術併標準腋下淋巴廓清術

提案單位：台灣乳房醫學會

錄案編號：

單位：元

用人成本	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		
	1.主治醫師以上		1	49.01	230	11,272		
2.住院醫師								
3.護理人員		4	7.1	230	6,532			
4.醫事人員								
5.行政人員								
6.工友、技工						17,804		
直接材料或藥品成本	品名	單位	單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計		
	NS 500cc	CC	18	2	37	920		
	Steri-Strip (1547 1/2 吋)	PK	38	1	38			
	Vicryl W9106 (4-0)	PC.	120	2	240			
	Silk, W203 2-0	PC	36	1	36			
	Silk 3-0 W202	PC	36	2	72			
	MONOCRYL 4-0 Y315H	PC	88	1	88			
	CWV Reservoiv 150cc	EA	150	1	150			
	CWV Flat Drain 7mm	EA	165	1	165			
	Vicryl W9120 (3-0)	PC	84	1	84			
	Framycin Gauze; 石臘紗布 (Fradiomycin Medicated Dressing)	PC	11	1	11			
	Methylene Blue	CC	14	0.02	0			
	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
超音波掃描儀		3,600,000	7	5.0	10		50	50
伽瑪射線偵測系統		1,500,000	7	2.1	-	-		
小計						50		
非醫療設備=醫療設備 × 7.53 %						4		
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		
	差異過大，暫以提案單位提供每分鐘折舊金額計算	217,344,191	50	0.34	230	78.2		
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%						33	165	
直接成本合計						18,889		
作業及管理費用(直接成本 × 6.4 %)						1,209		
成本總計						20,098		

003-1 診療項目成本分析表(校正)

項目名稱：乳房全切除手術併前哨淋巴手術

提案單位：台灣乳房醫學會

錄案編號：

單位：元

用人成本	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	
	1.主治醫師以上		1	49.01	225	11,027	
2.住院醫師							
3.護理人員		4	7.1	225	6,390		
4.醫事人員							
5.行政人員							
6.工友、技工						17,417	
直接成本	品名		單位	單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計
	NS 500cc		CC	18	6	110	857
	Framycin Gauze; 石臘紗布 (Fradimycin Medicated Dressing)		PC	11	1	11	
	CWV Reservoiv 150cc		EA	150	1	150	
	CWV Flat Drain 7mm		EA	165	2	330	
	Silkam Black 2-0 17*45cm 絲質縫線		PC	35	1	35	
	Silkam Black 3-0 17*45cm 絲質縫線		PC	35	1	35	
	SAFIL VIOLET 4-0 可吸收縫線 70cm		PC	80	2	160	
	Monosyn Violet 4-0 摩若芯化學可吸收縫線 70cm		PC	12	2	24	
	Syring (10cc)		PC	2	1	2	
	Methylene Blue		CC	14	0.02	0	
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	
	超音波掃描儀	3,600,000	7	5.0	10	50	174
	伽瑪射線偵測系統	1,500,000	7	2.1	60	124	
	小計						
非醫療設備=醫療設備 × 7.53 %						13	
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	
	差異過大，暫以提案單位提供每分鐘折舊金額計算	217,344,191	50	0.34	225	76.5	
	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%						66
直接成本合計							18,603
作業及管理費用(直接成本 × 6.4 %)							1,191
成本總計							19,794

003-1 診療項目成本分析表(校正)

項目名稱：乳房全切除手術

提案單位：台灣乳房醫學會

錄案編號：

單位：元

	人 員		每人每分鐘成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計		
	人 別	人 數						
用人成本	1.主治醫師以上	1	49.01	180	8,822	13,934		
	2.住院醫師							
	3.護理人員	4	7.1	180	5,112			
	4.醫事人員							
	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	
	NS 500cc		CC	18.3	6	110	857	
	Framycin Gauze; 石臘紗布 (Fradimycin Medicated Dressing)		PC	10.5	1	11		
	CWV Reservoir 150cc		EA	150	1	150		
	CWV Flat Drain 7mm		EA	165	2	330		
	Silkam Black 2-0 17*45cm 絲質縫線		PC	35	1	35		
	Silkam Black 3-0 17*45cm 絲質縫線		PC	35	1	35		
	SAFIL VIOLET 4-0 可吸收縫線 70cm		PC	80	2	160		
	Monosyn Violet 4-0 摩若芯化學可吸收縫線 70cm		PC	12	2	24		
	Syring (10cc)		PC	2.3	1	2		
	Methylene Blue		CC	14	0.04	1		
	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
超音波掃描儀		3,600,000	7	5.0	10	50		174
伽瑪射線偵測系統		1,500,000	7	2.1	60	124		
小計								
非醫療設備=醫療設備 × 7.53 %						13		
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	310	
	差異過大，暫以提案單位提供每分鐘折舊金額計算	217,344,191	50	0.34	180	61.2		
	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%							62
直接成本合計						15,101		
作業及管理費用(直接成本 × 6.4 %)						966		
成本總計						16,067		

003-1 診療項目成本分析表(校正)

項目名稱：呼氣一氧化氮監測

提案單位：台灣兒童過敏氣喘免疫及風濕病醫學會

錄案編號：104-1006

單位：元

直接成本	用人成本	人員		每人每分鐘成本	耗用時間(分)	成本小計	醫師診察及結果判讀成本，已含於醫師診察費	成本合計		
		別	人數							
		1.主治醫師以上	1	35.7	10	-				
		2.住院醫師								
		3.護理人員								
		4.醫事人員	1	8	10	80				
		5.行政人員								
6.工友、技工							80			
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	經洽學會表示應為設備成本	成本合計		
	奈斯麥諾攜帶式呼吸道一氧化氮監測模組		台	209,900/ 3,000	1	-				
	檢測晶片及濾嘴		test	675	1	675				
										675
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		
	奈斯麥諾攜帶式呼吸道一氧化氮監測儀		209,900	3	0.7	5	3			
	小計						3			
	非醫療設備=醫療設備 × 7.53 %						-			
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			
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%							1	4		
直接成本合計								759		
作業及管理費用(直接成本 × 6.4 %)								49		
成本總計								808		

「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」

105 年第 4 次臨時會會議紀錄

時間：105 年 12 月 30 日（星期五）下午 2 時

三、 討論事項：

(二)106 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增「連續血糖監測」等 4 項診療項目案。

決議：

1. 同意新增診療項目 2 項：同意編號 08134B「連續血糖監測」、12208B「生長刺激表達基因 2 蛋白(ST2)」共 2 項，預算推估共計約 0.392 億點，(詳附件 2，P9)。
2. 同意修訂 19018C「嬰兒腦部超音波」註解文字，併同修訂名稱為「嬰幼兒腦部超音波」，由醫院總額部門及西醫基層總額部門非協商預算支應，預算推估共計約 0.09 億點，(詳附件 2，P10)。
3. 新增「醣化白蛋白(GA)」乙項暫保留，於專家諮詢會議重新評估支付點數、使用次數及成本分析後再議。

106 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

時間：106 年 2 月 22 日(星期三)上午 9 時 30 分

二、臺大醫院新增診療項目「醣化白蛋白(GA)」乙案。

討論重點：

- (一) 新增必要性：現行血糖控制監測係以測量 HbA1c 值為主，但洗腎病人或懷孕婦女等，HbA1c 值易為正常範圍，無法正確反映血糖值變化，爰以白蛋白被醣化的比例來監測血糖值，建議新增。
- (二) 建議適應症範圍及支付規範：同 105 年第 7 次專家諮詢會議結論建議之適應症、不限專科別及不得同時申報 HbA1c 之規範。
- (三) 建議支付點數：
 1. 按提案單位表示，現行 GA 檢驗試劑於專利期內且只有一家廠商提供，不易競價，若點數為 200 點，無法反應成本，將導致無人執行本項檢驗，建議支付點數為 322 點。
 2. 惟本項校正後成本分析為 272 點(用人成本為 58 點，不計價藥材成本為 168 點，房屋設備管理作業成本為 46 點)，其中試劑單價 164 點佔 60%，且目前只有醫學中心 2 家執行，如一旦健保支付，使用量增加，後續議價空間大，但本項屬醫療服務項目，並未針對檢驗試劑作價量調查，故建議以本署校正後建議支付點數為 272 點。
- (四) 預估執行量：原建議使用人數為 1,238,000 人次，提案單位下修至 320,760 人次，係因 GA 檢測以慢性腎病變及懷孕婦女之血糖控制不良者為主，且為 100% 替代 HbA1c 執行次數，故予以修正。

結論：

- (一) 建議新增本項診療項目。
- (二) 建議適應症：
 1. 糖尿病合併慢性腎病變。
 2. 因血液疾病導致 HbA1c 無法反映血糖控制者。
 3. 懷孕糖尿病患及妊娠糖尿病患。
 4. 血糖數值顯示控制不良，但 HbA1c 數值仍於良好範圍者。
- (三) 建議禁忌症：血中白蛋白濃度 $<3\text{g/dL}$ 。
- (四) 建議申報次數：一年限申報 4 次且不得同時申報 09006C「醣化血紅素(HbA1c)」。
- (五) 建議支付點數：272 點。
- (六) 財務評估：推估增加約 23,095 千點。

表二、106年建議增修訂支付標準及財務影響評估彙整表--建議增修項目，計3項。

序號	診療編號	中文名稱	106年第1次專家諮詢會議說明	適應症/相關規範	支付點數 (手術處置 項目加計 材料費用) A	修訂後支付 點數(手術 處置項目加 計材料費 用) B	調整點數 差值 C=B-A	醫令申報 量 D ①103年 ②104年		預估全國增加 執行量 E ①D*1.1 ②D		預估年增點數 F ①C*E ②A*D 或 B*D ③C*E*申報日 數	
1	63016B	前哨淋巴 腺手術	支付標準編號 29034C「前哨淋巴腺切片術」由處置項移列至手術項並修訂中文名稱、支付點數，與會專家考量本項須醫師專業技術，且臨床上確實須進行全身麻醉手術，建議由處置項移列至手術項。	適應症：惡性 乳癌。	6,110	6,497	387	589	②	648	①	250,776	①
2	63007B	改良式乳 房根除手 術(單側)	支付標準編號 63007B「乳癌根除術—單側」修訂支付點數及修訂中文名稱，與會專家考量手術複雜度、技術費較高，建議成本分析校正中，主治醫師以每人每分鐘成本 37.7 元加計 30%計算，經校正後支付點數大於現行診療項目支付點數，建議增修。	適應症：惡性 乳癌。	19,954	22,331	2,377	3,799	②	4,179	①	9,933,483	①
3	63008B	改良式乳 房根除手 術(雙側)	支付標準編號 63008B「乳癌根除術—雙側」修訂支付點數及修訂中文名稱，與會專家考量手術複雜度、技術費較高，建議成本分析校正中，主治醫師以每人每分鐘成本 37.7 元加計 30%計算，經校正後支付點數大於現行診療項目支付點數，建議增修。	適應症：惡性 乳癌。	26,633	33,496	6,863	56	②	62	①	425,506	①
(2) 3項修訂項目 小計												10,609,765	
(1) + (2) 共計增修訂9項目 合計												69,036,719	

003-1 診療項目成本分析表(校正)

項目名稱：前哨淋巴腺手術

提案單位：台灣乳房醫學會

錄案編號：

單位：元

	人 員		每人每分鐘成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計	
	人 別	人 數					
用人成本	1.主治醫師以上	1	49.01	70	3,431	5,419	
	2.住院醫師						
	3.護理人員	4	7.1	70	1,988		
	4.醫事人員						
	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	
	NS 500cc	CC	18.3	2	37	405	
	Steri-Strip (1546 1/4 吋)	PC	38	1	38		
	Silkam Black 2-0 17*45cm 絲質縫線	PC	35	1	35		
	Silkam Black 3-0 17*45cm 絲質縫線	PC	35	1	35		
	SAFIL VIOLET 4-0 可吸收縫線 70cm	PC	80	2	160		
	MONOCRYL 4-0 Y315H	PC	88	1	88		
	Syring (10cc)	PC	2.3	1	2		
	Methylene Blue	CC	500	0.02	10		
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
	超音波掃描儀	3,600,000	7	5.0	10	50	174
	伽瑪射線偵測系統	1,500,000	7	2.1	60	124	
	小計					174	
	非醫療設備=醫療設備 × 7.53 %					13	
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	263
	差異過大，暫以提案單位提供每分鐘折舊金額計算	217,344,191	50	0.34	70	23.8	
	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%					53	
直接成本合計						6,087	
作業及管理費用(直接成本 × 6.4 %)						390	
成本總計						6,477	

003-1 診療項目成本分析表(校正)

項目名稱：改良式乳癌根治手術 (63007B 單側)，雙側建議以「單側乳癌根治術」乘以 1.5 計算。

提案單位：台灣乳房醫學會

錄案編號：

單位：元

	人 員		每人每分鐘成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計		
	人 別	人 數						
用人成本	1.主治醫師以上	1	49.01	250	12,253			
	2.住院醫師							
	3.護理人員	4	7.1	250	7,100			
	4.醫事人員							
	5.行政人員							
	6.工友、技工						19,353	
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		
	Framycin Gauze;石臘紗布 (Fradiomycin Medicated Dressing)	PC	10.5	1	11	1,459		
	NS 500cc	CC	18.3	8	146			
	Steri-Strip (1547 1/2 吋)	PK	38	2	76			
	CWV Reservoiv 150cc	EA	150	2	300			
	CWV Flat Drain 7mm	EA	165	2	330			
	MONOCRYL 4-0 Y315H	PC	88	2	176			
	Silk 3-0 W202	PC	36	2	72			
	Silk, (W212) (3-0)	PC	24	1	24			
	Silk, W203 2-0	PC	36	1	36			
	SILK04(W213) (2-0)	PC	48.8	1	49			
	Vicryl W9106 (4-0)	PC.	119.8	2	240			
	Methylene Blue	CC	14	0.02	0			
	設備費用	名 稱	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額		估用時間(分)	成本小計
超音波掃描儀		3,600,000	7	5.0	10		50	
伽瑪射線偵測系統		1,500,000	7	2.1	-	-		
小計						50		
非醫療設備=醫療設備 × 7.53 %						4		
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	估用時間	成本小計		
	差異過大，暫以提案單位提供每分鐘折舊金額計算	217,344,191	50	0.34	250	85.0		
	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%							35
直接成本合計						20,986		
作業及管理費用(直接成本 × 6.4 %)						1,343		
成本總計						22,329		

106 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

時間：106 年 2 月 22 日(星期三)上午 9 時 30 分

四、 中華民國核醫學學會新增診療項目「鐳 223(Radium-223)治療」乙案。

討論重點：

- (一) 臨床使用目的：為治療前列腺癌末(第四期)併有骨轉移，未有臟器轉移患者，具有良好緩解疼痛及減少發生骨折情形。
- (二) 醫療安全性：鐳 223 係屬新藥，為一種能釋放 α 粒子能量的放射性同位素， α 粒子的穿透力用紙張或皮膚便可阻隔，輻射考量上相對安全性高，執行注射時亦不需輻射隔離空間即可操作。
- (三) 醫療經濟效益：
 1. 提案單位估計 106 年屬於前列腺癌第 4 期人數約 158 人，每人每次費用約 22 萬，以 6 次療程計算，每位病患預估費用約 133 萬點。
 2. 本項在延長生命存活 (Overall Survival, OS) 達 3.6 個月的同時，也能夠延緩有症狀骨骼事件 (Symptomatic Skeletal Event, SSE) 的發生達 5.8 個月。
 3. 惟目前尚無臨床實證關於病人之 QALY 及經濟效益研究。

結論：考量本項治療係針對癌症末期併有骨轉移的病患，延長其存活期，惟目前尚無實證關於病人之 QALY 及經濟效益研究，本案不同意新增，俟日後具有醫療經濟效益實證報告後再議。

表三、106 年第 1 次支付標準共同擬訂會議臨時會議-不建議新增支付標準意見彙整表。

建議項次	中文項目名稱	主要之臨床功能及目的	申請單位	健保署說明
1	「鐳 223(Radium-223)治療」	為治療前列腺癌末(第四期)併有骨轉移，未有臟器轉移患者，具有良好緩解疼痛及減少發生骨折情形。	106 年第 2 次專家諮詢會議	106 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」討論，專家一致就臨床安全、療效等說明意見如下，不建議支付。 1.屬新醫療技術。 2.為治療前列腺癌末(第四期)併有骨轉移，未有臟器轉移患者，具有良好緩解疼痛及減少發生骨折情形。 3.惟目前尚無實證關於病人之 QALY 及經濟效益研究，本案不同意新增。

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

第四項 生化學檢查 Biochemistry Examination

一、一般生化學檢查 (09001-091389)

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
09139B	<p><u>醣化白蛋白(GA)</u></p> <p>註：</p> <p>1.適應症：</p> <p>(1)糖尿病合併慢性腎病變。</p> <p>(2)因血液疾病導致HbA1c無法反映血糖控制者。</p> <p>(3)懷孕糖尿病患及妊娠糖尿病患。</p> <p>(4)血糖數值顯示控制不良，但HbA1c數值仍於良好範圍者。</p> <p>(5)禁忌症：血中白蛋白濃度<3g/dL。</p> <p>2.支付規範：</p> <p>(1)不得同時申報編號09006C。</p> <p>(2)一年限申報4次。</p>		Y	Y	Y	272

第十一項 呼吸機能檢查 Respiratory Function Examination (17001-170242)

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
17022B	<p><u>呼氣一氧化氮監測(FeNO)</u></p> <p>註：</p> <p>1.適應症：6歲以上至12歲以下確診氣喘患者追蹤使用。</p> <p>2.支付規範：</p> <p>(1)申報次數：一年最多申報3次。</p> <p>(2)申報專科別：限兒童過敏免疫專科、兒童胸腔專科及成人胸腔專科。</p> <p>(3)執行限制：限受過操作訓練之醫療人員。</p> <p>(4)費用申報時必要之附件：檢測報告。</p>		Y	Y	Y	808

第二十二項 診斷穿刺 Diagnostic Puncture (29001-29034)

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
29034C	<p>前哨淋巴腺切片術</p> <p>註：不可同時申報 70205B。</p>	Y	Y	Y	Y	610

第七節 手術

第二項 乳房 Breast (63001~63016)

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
63007B	改良式乳房根除手術 <u>Modified radical mastectomy</u> 乳房根除術 <u>Radical mastectomy</u> — 單側 unilateral		v	v	v	13042 <u>20870</u>
63008B	— 雙側 bilateral 註： 1.適應症：惡性乳癌 2.一般材料費，得另加計7%。		v	v	v	17407 <u>31305</u>
<u>63012B</u>	乳房部分切除手術併前哨淋巴手術 <u>Partial mastectomy and sentinel node(s) excision</u> 註： 1.適應症：惡性乳癌 2.支付規範： (1)不得同時申報編號63001B、63002B、 <u>63016B</u> 。 (2)一般材料費，得另加計53%。		<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>9507</u>
<u>63013B</u>	乳房部分切除手術併標準腋下淋巴廓清術 <u>Partial mastectomy + axillary lymph node dissection</u> 註： 1.適應症：惡性乳癌 2.支付規範： (1)不得同時申報編號63001B、63002B、70205B。 (2)一般材料費，得另加計5%。		<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>19178</u>
<u>63014B</u>	乳房全切除手術併前哨淋巴手術 <u>Simple mastectomy + sentinel lymph node biopsy</u> 註： 1.適應症：惡性乳癌 2.支付規範： (1)不得同時申報編號63003B、63004B、 <u>63016B</u> 。 (2)一般材料費，得另加計5%。		<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>18937</u>
<u>63015B</u>	乳房全切除手術 <u>Simple mastectomy</u> 註： 1.適應症：惡性乳癌 2.支付規範： (1)不得同時申報編號63003B、63004B。 (2)一般材料費，得另加計6%。		<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>15210</u>
<u>63016B</u>	前哨淋巴腺手術 <u>Sentinel node(s) excision</u> 註： 1.適應症：惡性乳癌 2.支付規範：一般材料費，得另加計7%。		<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>6072</u>

討論事項

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關修訂「全民健康保險急性後期整合照護試辦計畫」案，提請討論。

說明：

- 一、依健保會 106 年全民健康保險其他部門預算協商決定事項，急性後期計畫(以下稱 PAC)應朝居家、社區型照護發展，並於 106 年 4 月底前將修訂計畫提經健保會同意後，預算始得動支。
- 二、依據本署 105 年召開 2 次專家諮詢會議，邀請中華民國醫師公會全國聯合會（簡稱醫師全聯會）、台灣醫院協會、社區醫院協會、復健、神經、神經外科、骨科、胸腔及心臟血管、腦中風、老年醫學、整合照護、醫院整合、心臟等醫學會，及物理、職能、語言治療公會、衛福部醫療及社會福利機構管理會等逾 20 個單位，研議下階段擴大 PAC 收案、結案、排除條件、照護模式內容、評估工具，並依醫師全聯會於 105 年 11 月邀請相關公會討論醫院條件之共識，研議修訂 PAC 計畫，修訂重點分述如下。
 - 三、擴大收案對象：

依專家會議結論下階段 PAC 新增創傷性神經損傷、脆弱性骨折、心臟衰竭及衰弱高齡病患，簡述如下：

 - (一) 創傷性神經損傷：年滿 18 歲，因創傷性神經損傷造成失能且發病 60 天內之病人，功能狀況具有顯著且持續之中度功能障礙（巴氏量表 40 至 70 分），醫療狀況穩定，經醫療團隊判斷具積極復健潛能者。
 - (二) 脆弱性骨折：年滿 18 歲，經診斷為髖關節、脊椎骨折、膝關節骨折或不穩定骨盆骨折之病症，發病或術後一個月內，術後出現功能下降(巴氏量表 40 至 70 分)，醫療狀況穩定，經醫療團隊判斷具積極復健潛能者。

- (三) 心臟衰竭：年滿 18 歲，左心室射血分率(Ejection fraction) \leq 40%，且符合 ACC/AHA Stage C~D，因為急性惡化而住院，經醫療團隊評估可出院者。
- (四) 衰弱高齡病患：75 歲以上，且具有帕金森氏症、失智症、慢性阻塞性肺疾病或第三期以上之慢性腎臟病)，因急性疾病入院（住院時間>72 小時）治療完成一個月內，仍具有功能下降狀態。且臨床衰弱量表（Clinical Frailty Scale，CFS）評估後具有中度以上衰弱症且仍具復健潛能者（CFS：5-7 分），醫療狀況穩定，且具治療潛能。

四、新增 PAC 居家模式：

- (一) 由急性後期照護團隊，依病人評估結果安排適當之急性後期整合照護模式，包含現有之住院模式、日間照護模式，及新增之居家模式，各類模式合計天數不超過計畫所訂上限天數。
- (二) 居家模式條件：因故無法接受住院照護模式、日間照護模式或門診照護，但仍有積極復健潛能之急性後期個案，提供有期限但頻率較密集的整合性居家復健服務。
- (三) 服務內容：
 1. 專業治療師（物理治療師、職能治療師、語言治療師）至個案家中提供急性後期整合性居家復健服務，時間 30-50 分鐘。
 2. 運用簡易器材、就地取材、並透過家屬衛教方式，增進個案日常活動功能，及促進社區參與能力。
 3. 居家復健需求評估與計畫擬定。
 4. 居家物理治療包括：被動關節運動、擺位、床上活動及轉位訓練、肌力及耐力訓練、平衡訓練、行走訓練、心肺功能訓練、疼痛物理治療、慢性傷口輔助治療、輔具評估/使用訓練及指導、環境改善評估與諮詢、照顧者及服務對象之教育與諮詢等。

5. 居家職能治療包括：日常活動功能及社區參與之促進與訓練、手功能訓練、輔具與副木之需求評估/設計/製作/使用訓練及指導、認知知覺功能訓練、照顧者及服務對象之教育與諮詢等。
6. 居家語言治療包括：語言理解/表達障礙之評估與訓練、吞嚥障礙之評估與訓練、溝通障礙輔助系統之評估與訓練、照顧者及服務對象之教育與諮詢等。
7. 治療頻率由專業評定（每週安排 1-6 次）。兩位不同職類治療師至個案家執行居家復健服務，計 2 次。

(四) 執行人員資格：完成 6 小時急性後期照護與居家治療訓練課程。

(五) 承作醫院 PAC 團隊內專科醫師開立本項處方，因 PAC 計畫採跨院際團隊申請參加，可由承作醫院或其垂直整合團隊治療師執行（例如病患居住所在地的社區醫院或診所或物理、職能治療所之治療師）。

(六) 支付標準(急性後期整合照護居家模式獎勵費)：

每次 1455 點(比照居家照護資源耗用第二類之護理訪視費)。

五、醫院條件

(一) 創傷性神經損傷：

1. 醫師：專任神經外科醫師或專任神經科醫師或專任復健科醫師。
2. 醫事人員：專任物理治療師、專/兼任職能治療師、專/兼任臨床心理師(或專/兼任精神科醫師)、專/兼任社工師(人員)、專/兼任營養師、專/兼任語言治療師。

(二) 脆弱性骨折：

1. 醫師：專任骨科醫師或專任復健科醫師或專任神經外科醫師。
2. 醫事人員：專任物理治療師、專/兼任職能治療師、專/兼任社

工師(人員)、專/兼任營養師。

(三) 心臟衰竭：

1. 醫師：

(1) 具備有負責心臟衰竭照護之專任心臟內科專科醫師或專任心臟外科專科醫師。

(2) 專兼任心臟外科專科醫師(當負責心臟衰竭照護 PAC 為心臟內科專科醫師時)、專/兼任復健專科醫師。

2. 醫事人員

(1) 專任或專責心臟衰竭個案管理師(收案 25 名以上需專任)。

(2) 專任物理治療師、專/兼任職能治療師、專/兼任臨床心理師、專/兼任社工師、專/兼任營養師、專/兼任臨床藥師。

(四) 衰弱高齡病患：

1. 醫師：專任之內科、或家醫科、或復健科、或神經科、或神經外科、或骨科醫師，並經過六小時老年醫學相關照護訓練。

2. 醫事人員：專責個案管理師、專任物理治療師、專/兼任職能治療師、專/兼任語言治療師、專/兼任營養師、專/兼任社工師(人員)、專任藥師。

六、急性後期照護期間

(一) 創傷性神經損傷：3-6 週為原則，經申請展延至多 12 週。

(二) 脆弱性骨折：1-2 週為原則，經申請展延至多 3 週。

(三) 心臟衰竭：出院後 6 個月內整合門診追蹤 5 次。

(四) 衰弱高齡病患：2-3 週為原則，經申請展延至多 4 週。

七、支付方式：

(一) 住院論日支付，高強度 PAC 每日 3587 點、一般強度 2411 點。高強度 PAC 限腦中風、創傷性神經損傷申報。(藥費、藥事服務費、治療處置、手術費、管灌飲食、副木材料費可核實支付)。

(二) 日間照護每日支付高強度(2538 點)、中強度(1938 點)、一般強度(1338 點)。

(三) 居家模式同前述。

八、其餘依照專家會議結論所修訂之計畫內容詳「急性後期整合照護計畫內容摘要表」(詳附件 3-1, P137~ P142) 及「急性後期整合照護試辦計畫」(詳附件 3-2, P143~ P188)。

九、預估人數：

(一) 低推估：依該類疾病對象1日內再住院率推估，約8,400人，占新個案數6%。

(二) 中推估：依14日內再住院率推估，約14,000人，占新個案數9%。

(三) 高推估：依30日內再住院率推估，約18,000人，占新個案數12%。

擬辦：

本案經討論後修訂本試辦計畫，並依程序報請衛生福利部核定後公布實施。

急性後期整合照護計畫內容摘要表

方案	對象	結案條件	排除條件	模式	支付	評估工具	醫院條件
腦中風	限急性發作後一個月內之病人，醫療狀況穩定，功能狀況具有中度至中重度功能障礙(MRS 3-4)，於參與本計畫之醫院住院，經醫療團隊判斷具積極復健潛能者。	<ol style="list-style-type: none"> 個案功能顯著進步，經急性後期照護團隊評估，可出院回家進行自我復健者。 連續 2 次個案功能評估，經急性後期照護團隊總評，未進步或降低者。 經急性後期照護團隊評估，已不具復健潛能者。 進入急性後期照護時間，超過 12 週上限者。 保險對象自動放棄或自行中斷急性後期照護者。 死亡。 病情轉變無法繼續接受本計畫照顧者。 		<ol style="list-style-type: none"> 依評估結果安排適當之急性後期整合照護住院模式、居家模式、日間照護模式，各類模式合計天數不超過計畫所訂上限天數。 2.3-6 週為原則，經申請展延至多 12 週。 	<ol style="list-style-type: none"> 住院論日支付，高強度 3587 點、一般強度 2411 點。 評估費：初評、每 3 週複評 1000 點、結案 1500 點。 下轉評估 1600-2000 點。 轉銜作業獎勵費 1000 點。 醫事人員跨院訪視獎勵費 1000 點 (3 次)。 居家訪視獎勵費 2000 點(2 次)。 日間照護一般強度(1338 點)、中強度(1938 點)、高強度(2538 點)。 <p>註：藥費、藥服費、處置、手術、管灌飲食、副木材料費、吞嚥攝影檢查核實申報。</p> <p>本次新增</p> <ol style="list-style-type: none"> 居家模式支付 推動 3 年，依 105 年專家會議結論新增腦中風 PAC 論質支付。 	<p>(一)核心量表(必評)</p> <ol style="list-style-type: none"> 整體功能狀態。 基本日常生活功能。 吞嚥、進食功能。 營養評估。 健康相關生活品質。 工具性日常生活功能。 <p>(二)專業量表(選評)</p> <ol style="list-style-type: none"> 姿勢控制、平衡功能。 步行能力、整體行動功能。 心肺耐力。 感覺功能評估。 認知、知覺功能評估。 職能表現。 重返社會能力評估。 語言功能評估。 	<ol style="list-style-type: none"> 醫師：神經科、神經外科、內科、家醫科或復健科任一有腦血管疾病照護經驗醫師。 醫事人員：承作醫院需有專任護理人員、物理治療師、職能治療師、語言治療師、藥師、營養師及社工人員，至少各 1 名。承作之地區醫院得視實際照護病人需要，經報備同意後，語言治療師得採兼任方式辦理。

方案	對象	結案條件	排除條件	模式	支付	評估工具	醫院條件
燒燙傷	<p>1. 燒燙傷病人接受急性期治療後，經急性燒燙傷團隊評估，因燒燙傷造成之功能缺損以致基本日常生活無法自理 (Barthel index \leq 80 分)，或傷口已逾二個月復原狀況不良，出院返家困難或居家照護困難者採住院照護模式；可出院者，採日間照護模式。</p> <p>2. 另病人需醫療狀況穩定，且具有充足配合復健之動機意願，以及積極復健潛能。</p>	<p>1. 個案功能恢復達一定程度，經團隊評估，急性後期照護階段結束，可轉至慢性復健期者(一般門診復健)。 註：急性後期照護結案目標：功能恢復至可自行(或依靠輔具)吃飯、室內行走及如廁，且傷口照護達病患或家屬可居家照護之程度。</p> <p>2. 「住院模式」急性後期照護超過一定時間者：無後續功能性重建手術者，最長3個月；後續接受功能性重建手術者，於手術後其住院模式急性後期照護得延長1個月。</p> <p>3. 「日間照護模式」經3個月之急性後期照護，仍未達結案目標，經照護團隊判定仍有急性後期照護之需求及積極復健空間者，得向保險人專案申請延長，每次延長期間1個月，最多3次。</p> <p>4. 經「住院模式」照護，專業判斷可出院者，應結案改採「日間照護模式」(需符合收案對象條件)。</p> <p>5. 保險對象自行中斷者。</p> <p>6. 病情轉變無法繼續接受本計畫照顧者。</p>		<p>1. 依評估結果安排適當之急性後期整合照護住院模式、居家模式、日間照護模式，各類模式合計天數不超過計畫所訂上限天數。</p> <p>2. 最長3個月，經申請展延得延長1個月，最多3次。</p>	<p>1. 住院採論量支付，其餘日間照護、居家模式、評估費、獎勵費同腦中風支付。</p> <p>2. 支付項目另依燒傷特性增加如下： (1) 燒燙傷專業醫事人員臨床諮詢指導費 1000 點 (2) 燒傷 PAC 中度-複雜治療(不限執行項目數，限最少執行時間) 600 點。 (3) 燒傷 PAC 複雜治療(不限執行項目數，限最少執行時間) 750 點。 (4) 家屬/照顧者之支持性心理社會個別諮詢(或團體諮詢) 衛教費 64-97 點。 (5) 門診個案燒燙傷衛教及個案管理費 800 點/季。</p>	<p>1. 必要評估工具 Barthel Index ROM</p> <p>2. 選擇性評估工具 (1) 傷口評估 Vancouver scar scale 或 POSAS (2) 吞嚥、進食功能 Burn Specific Dysphagia Severity Rating Scale (3) 營養評估 MNA</p>	<p>1. 需有專任整形外科醫師或專任復健科醫師、專任物理治療師、專任職能治療師、專任臨床心理師(或專兼任精神科醫師)、專任社工師(人員)、專任營養師、個案管理人員及燒燙傷諮詢衛教人員。照顧吞嚥或語言障礙患者，團隊另需有專任語言治療師。</p> <p>2. 提供日間照護服務之團隊，營養師得採兼任。</p> <p>3. 團隊內醫師、物理治療師、職能治療師、語言治療師、臨床心理師、社工師(人員)，需提出3年內有接受燒燙傷相關的訓練課程證明(訓練時數達6小時)，醫院計畫審查通過後半年內需備齊證明。</p>

方案	對象	結案條件	排除條件	模式	支付	評估工具	醫院條件
創傷性神經損傷	年滿 18 歲，因創傷性神經損傷造成失能且發病 60 天之內之病人，功能狀況具有顯著且持續之中度功能障礙（巴氏量表 40 至 70 分），醫療狀況穩定，於參與本計畫之醫事機構住院，經醫療團隊判斷具積極復健潛能者。	<ol style="list-style-type: none"> 個案功能顯著進步已達創傷性神經損傷復健之預期功能目標，經急性後期照護團隊評估，可轉至慢性復健期者(一般門診復健或在家自我復健者)。註:預期功能目標以病人為中心導向，需綜合評估創傷性神經損傷部位可達到之最大功能、病人年紀、發作前之功能狀態、共病狀況及後續家屬可居家照護之程度。 進入急性後期照護時間，超過 12 週者。 經「住院模式」照護，專業判斷可出院者，應結案改採其他照護模式。 保險對象自行中斷急性後期照護者。 病情轉變無法繼續接受本計畫照顧者。 	<ol style="list-style-type: none"> 嚴重精神疾病。 長期呼吸依賴。 末期疾病。 長期臥床，身體功能無法回復。 癌症仍需後續住院治療。 合併其他之多重創傷仍未穩定者，如仍有不穩定之骨折。 脊髓損傷。 	<ol style="list-style-type: none"> 依評估結果安排適當之急性後期整合照護住院模式、居家模式、日間照護模式，各類模式合計天數不超過計畫所訂上限天數。 2.3-6 週為原則，經申請展延至多 12 週。 	<ol style="list-style-type: none"> 住院比照腦中風高強度或一般強度 PAC 採論日支付 日間照護、居家模式、評估費、獎勵費同腦中風支付。 	<ol style="list-style-type: none"> 必要評估工具 Barthel Index、IADL、EQ-5D 選擇性評估工具 (1) 脊髓損傷患者獨立量表第三版 (Spinal cord independence measure III) (2) 腦傷認知功能評估 The Galveston Orientation and Amnesia Test； Rancho Los Amigos Cognitive Functional Grading (3) 職能評估：職能表現測驗 (4) 語言治療評估 	<ol style="list-style-type: none"> 醫師： 需有專任神經外科醫師或專任神經科醫師或專任復健科醫師 醫事人員： 專任物理治療師、專/兼任職能治療師、專/兼任臨床心理師(或專/兼任精神科醫師)、專/兼任社工師(人員)、專/兼任營養師、專/兼任語言治療師。

方案	對象	結案條件	排除條件	模式	支付	評估工具	醫院條件
脆弱性骨折（髌關節、脊椎骨折、膝關節骨折與不穩定骨盆骨折）	<p>經診斷為髌關節、脊椎骨折、膝關節骨折或不穩定骨盆骨折之病症，發病或術後一個月內者。此個案須符合下列條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 因髌關節、脊椎骨折或或不穩定骨盆骨折而住院/手術(包括內固定、半髌關節置換術及全髌關節置換術、膝關節置換術)，術後出現功能下降(巴氏量表 40 至 70 分)，經評估適合收案者。 2. 無併發症，或併發症但已可控制、症狀穩定者。 3. 醫療狀況穩定，不需密集醫療介入、檢驗或氧氣使用者。 4. 有復健潛能者。 5. 個案同意參加此計畫，並填妥同意書者。 6. 病患年滿 18 歲。 7. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 個案功能顯著進步已達復健之預期功能目標，經急性後期照護團隊評估，可轉至門診復健或在家自我復健者。(註:預期功能目標以病人為中心導向，需綜合評估損傷部位可達到之最大功能、病人年紀、發作前之功能狀態、共病狀況及後續家屬可居家照護之程度。) 2. 進入急性後期照護時間，超過本計畫住院天數上限者。 3. 保險對象自行中斷急性後期照護者。 4. 病情轉變無法繼續接受本計畫照顧者。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 脊椎骨折併有脊髓損傷患者。 2. 嚴重意識或認知障礙。 3. 嚴重精神疾病。 4. 長期呼吸器依賴。 5. 末期疾病。 6. 身體功能退化無法回復之長期臥床病人。 7. 癌症病人須後續住院治療(化療、放療等)。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 依評估結果安排適當之急性後期整合照護住院模式、居家模式、日間照護模式，各類模式合計天數不超過計畫所訂上限天數。 2. 1-2 週為原則，經申請展延至多 3 週。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 住院比照腦中風一般強度 PAC 採論日支付。 2. 日間照護、居家模式、評估費、獎勵費同腦中風支付。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 失能程度：巴氏日常生活量表 (Barthel Index)。 2. 疼痛指數：疼痛指數量表 (Numerical Pain Rating Scale, NRS)。 3. Harris Hip Score (髌關節骨折適用) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 醫師：需有專任骨科醫師或專任復健科醫師或專任神經外科醫師 2. 醫事人員：專任物理治療師、專/兼任職能治療師、專/兼任社工師(人員)、專/兼任營養師。

方案	對象	結案條件	排除條件	模式	支付	評估工具	醫院條件
心臟衰竭	<p>1. 心臟衰竭，定義為左心室射血分率 (Ejection fraction) $\leq 40\%$，且符合 ACC/AHA Stage C~D (若左心室射血分率大於 40% 者須由心臟專科醫師認定其病因源自於心臟衰竭)，因為急性惡化 (acute decompensation) 而住院的病人。</p> <p>2. 年齡 18 歲以上且經專業團隊評估具積極急性後期整合照護潛能。</p> <p>3. 若因急性心肌梗塞合併心臟衰竭住院者，當次住院必須符合左心室射血分率小於或等於 40% (left ventricular ejection fraction 40%)。</p> <p>4. 當次住院 (index hospitalization)，經醫療團隊評估可出院者。</p>	<p>1. 病人死亡</p> <p>2. 病人發生因心臟衰竭惡化導致再住院</p> <p>3. 病人自行中斷或中途拒絕急性後期照護者。</p> <p>4. 病人發生嚴重合併症，經醫療團隊評估，不適合再進行急性後期醫療照護。</p> <p>5. 照護期滿 6 個月</p>	<p>1. 因非心臟衰竭相關疾病而導至存活期小於六個月者</p> <p>2. 長期臥床大於三個月且無進步潛能者</p> <p>3. 因神經或肌肉骨骼系統功能下降，而無復健潛能者</p> <p>4. 嚴重意識或認知障礙，嚴重精神疾病</p> <p>5. 長期呼吸器依賴者；</p> <p>6. 重度心臟衰竭之末期階段，經醫師評估短期內無法復原者</p> <p>7. 病人或家屬沒有參與意願。</p> <p>8. 已安排於近期 (一個月內) 接受冠狀動脈繞道手術或心瓣膜手術者。</p> <p>9. 目前正在洗腎或等待腎移植者。</p> <p>10. 嚴重肺病需要長期居家用氧氣者。</p> <p>11. 曾結案過者</p> <p>12. 治療上無法與其他 (次) 專科醫師達成共識者。</p>	<p>學會建議</p> <p>完整出院準備+出院後電話追蹤/居家訪視+心臟衰竭共同照護門診回診。</p> <p>照護服務項目包含：</p> <p>1. 完整出院準備。</p> <p>2. 出院後每月電話追蹤。</p> <p>3. 出院 6 個月內居家訪視。</p> <p>4. 出院後六個月內，定期 (出院一週、滿一個月、三個月、五個月) 心臟衰竭共同照護門診回診 (心臟專科醫師與心臟衰竭個案管理師共同照護門診)。</p>	<p>依心臟衰竭特性增加支付項目如下：</p> <p>1. 銜接急性後期個案管理照護之衛教、居家照顧能力及防範惡化措施之指導及評估費 (2000 點)</p> <p>2. 心臟衰竭急性後期照護團隊評估費 (篩檢、初評、諮詢與銜接急性後期完整的出院後照護) 比照其他方案初評 (1000 點)</p> <p>3. 心臟衰竭急性後期物理或職能治療-複雜治療 750 點</p> <p>4. 其餘評估費、獎勵費同腦中風支付。</p>	<p>1. 必要評估工具</p> <p>(1) IADL</p> <p>(2) EQ-5D</p> <p>(3) 6 分鐘行走測試</p> <p>(4) 活動功能限制評估 New York Heart Association functional class I~IV (每次)</p> <p>(5) 營養評估 Mini Nutrition Assessment (MNA) (出院前、三個月複評及結案評)</p> <p>(6) 心臟超音波 (出院前及結案評)</p> <p>(7) 藥物評估 ACEI or ARB or ARNI Beta blocker (出院前、三個月複評及結案評)</p> <p>2. 選擇性評估工具</p> <p>明尼蘇達心臟衰竭生活品質量表、KCCQ-12 生活品質量表、或其他生活品質量表</p>	<p>1. 應具備有負責心臟衰竭照護之專任心臟內科專科醫師或專任心臟外科專科醫師與心臟衰竭個案管理師之整合性服務 (具備資格如計畫備註)</p> <p>2. 專/兼任心臟外科專科醫師 (當負責心臟衰竭照護為專任心臟內科專科醫師時)、專/兼任心臟內科專科醫師 (當負責心臟衰竭照護為專任心臟外科專科醫師時)</p> <p>3. 專/兼任復健專科醫師、專任物理治療師、專/兼任職能治療師、專/兼任臨床心理師、專/兼任社工師、專/兼任營養師、專/兼任臨床藥師。</p>

方案	對象	結案條件	排除條件	模式	支付	評估工具	醫院條件
衰弱高齡病患	<ol style="list-style-type: none"> 1. 高齡病患 (≥ 75 歲，且具有<u>帕金森氏症、失智症、慢性阻塞性肺疾病或第三期以上之慢性腎臟病</u>) 因急性疾病入院 (住院時間 >72 小時) 治療完成一個月內，仍具有功能下降狀態。 2. <u>臨床衰弱量表 (Clinical Frailty Scale, CFS)</u> 評估後具有中度以上衰弱症且仍具復健潛能者 (CFS: 5-7 分)。 3. 醫療狀況穩定，不需密集醫療介入、檢驗或氧氣使用者。 4. 病患具有配合治療之認知與溝通能力，且具治療潛能，治療潛能係指病患於疾病上具有恢復之機會，且具有足夠配合治療進行之體力。 5. 個案同意參加此計畫，並填妥同意書者。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 個案功能顯著進步已達預期目標，經照護團隊評估，可返家或接受門診照護者。預期功能目標係依照病患之年齡與原有功能狀況，綜合評估病患所能回復之最大功能狀態而訂定。 2. 已達照護日數之上限。 3. 經兩次功能評估無進步者。 4. 病患自行中斷照護計畫者。 5. 病患發生嚴重併發症或急性疾病需密集急性醫療服務。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 符合其他疾病類型收案之急性後期照護個案。 2. 具意識或認知障礙致無法配合治療。 3. 長期呼吸器依賴或疾病發生前即為長期臥床者。 4. 經診斷為末期疾病且採取安寧緩和治療者。 5. 病患經診斷重大傷病，且須頻繁住院治療者。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 依評估結果安排適當之急性後期整合照護住院模式、居家模式、日間照護模式，各類模式合計天數不超過計畫所訂上限天數。 2. 2-3 週為原則，經申請展延至多 4 週。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 住院比照腦中風一般強度 PAC 採論日支付 2. 日間照護、居家模式、評估費、獎勵費同腦中風支付。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 日常生活：巴氏日常生活量表 (Barthel Index)、工具性日常生活功能 (IADL) 2. 衰弱程度：臨床衰弱量表。 3. 認知功能：SPMSQ 4. 憂鬱狀態：Geriatric Depression Scale-5 5. 急性譫妄評估：Confusion Assessment Method (CAM) 6. 跌倒風險：STEADI 流程評估與介入 7. 潛在不當用藥：2015 年 Beer's criteria 8. 營養狀況評估：MNA Short Form 9. 生活品質評估量表：EQ-5D 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 醫師：需有專任之內科、或家醫科、或復健科、或神經科、或神經外科、或骨科醫師，並經過六小時老年醫學相關照護訓練。 2. 醫事人員：專責個案管理師、專任物理治療師、專/兼任職能治療師、專/兼任語言治療師、專/兼任營養師、專/兼任社工師(人員)、專任藥師。

全民健康保險急性後期整合照護試辦計畫(草案) 106.3.6

壹、前言

因應人口老化，愈來愈多的病患在急性醫療後可能出現失能情形，將大幅造成對醫療體系、家庭及社會照顧之負擔或依賴，故需儘早規劃急性後期之醫療整合照護模式(Post-acute Care，以下簡稱PAC)。雖然目前全民健保給付治療疾病所需之相關醫療費用，但國內急性後期照護模式尚未建立，跨醫療院所照護急性後期病人轉銜系統尚待整合，急性期穩定之病人憂心返家後的照護而滯留醫院，因此以再住院及超長住院方式因應急性後期照護需要，或造成照護強度不足，或為復健入住大型醫院之情形，對於醫療服務品質與資源使用效率亦有待改善。故透過支付改革，建構急性後期照護模式與病人垂直整合轉銜系統，依個別病人失能程度，在治療黃金期內立即給予積極性之整合性照護，使其恢復功能，將可減少後續再住院醫療費用、減輕家庭及社會照顧之負擔。亦可強化急性醫療資源配置效率，與長期照護服務無縫接軌，達到多贏的目標。

貳、計畫總目標

- 一、 建立台灣急性後期整合照護模式，以提升急性後期照護品質。
- 二、 建立急性期、急性後期、慢性期之垂直整合轉銜系統，以提升病人照護之連續性。
- 三、 確立急性後期照護之完整性及有效性，對治療黃金期之病人給予積極性之整合性照護，使其恢復功能或減輕失能程度，減少後續再住院醫療支出。

參、計畫期間：自103年1月1日起分階段實施。

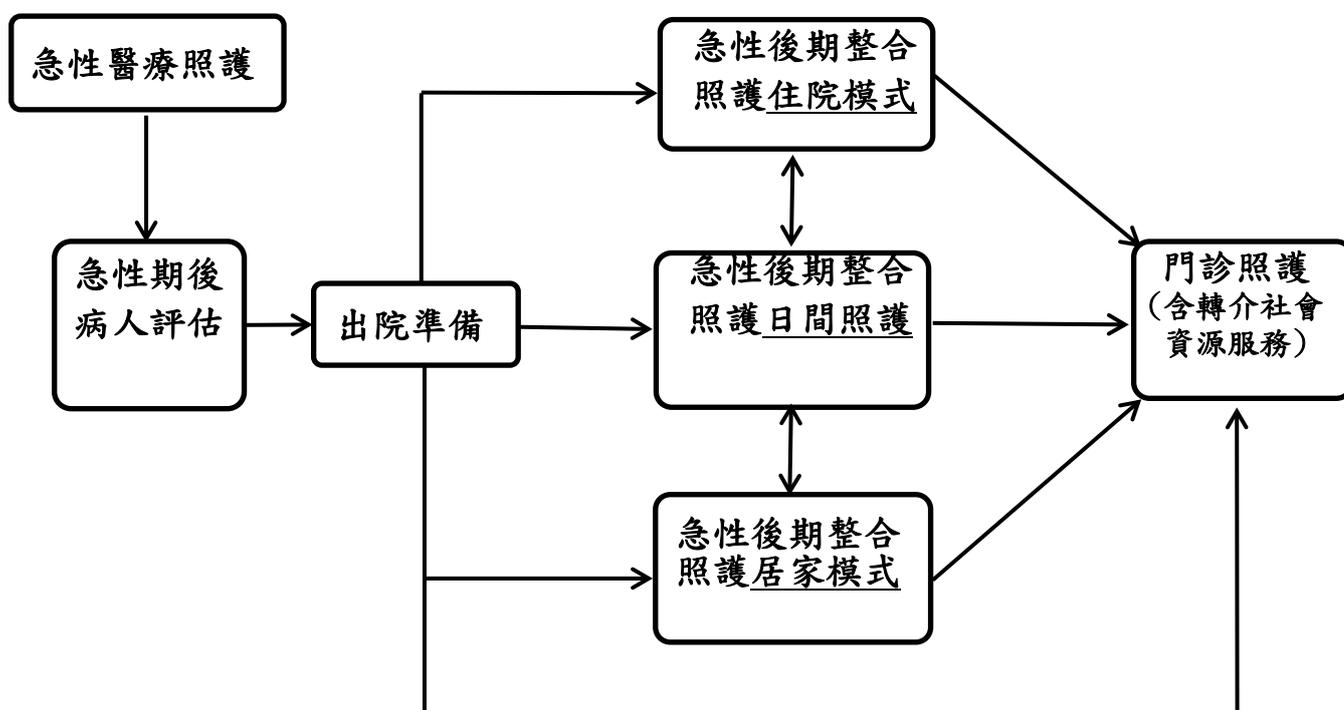
肆、預算來源

本計畫「急性後期整合照護與高強度復健」、「急性後期整合照護與一般強度復健」、「急性後期整合照護與日間照護」醫療費用，由計畫執行期間之全民健康保險年度醫院醫療給付費用總額項下支應，本計畫「急性後期整

合照護居家模式」、「品質獎勵措施」、「評估費」、「獎勵費」費用，由其他預算「推動促進醫療體系整合計畫」項下支應。

伍、照護模式及內容

由急性後期照護團隊，依病人評估結果安排適當之急性後期整合照護模式，包含住院模式、日間照護模式、居家模式，各類模式合計天數不超過計畫所訂天數上限。



一、急性後期整合照護住院模式

- (一) 於區域醫院或地區醫院以住院方式提供急性後期整合照護，包括跨專業團隊整合照護、專業復健等。
- (二) 經「住院模式」照護，專業判斷可出院者，應結案改採其他照護模式。
- (三) 服務內容：
 1. 個人化之治療計畫。
 2. 跨專業團隊整合照護(醫療、護理、物理治療、職能治療、語言/吞嚥治療、心理治療、社工、營養、醫療諮詢及衛教)。

3. 專業復健(生理、心理及銜接社會資源)。
4. 後續居家照護及技巧指導。
5. 共病症、併發症預防及處置。
6. 定期團隊評估。

二、急性後期整合照護日間照護模式

- (一) 採取「日間照護」門診全天方式提供照護，提供個案的急性後期醫療照護。
- (二) 服務內容：
 1. 醫師診療。
 2. 門診復健治療。
 3. 護理照護：傷口照護、協助洗澡、主要照顧者照護技巧指導(換藥方式、導尿教導、便秘處理等)。
 4. 社工轉介社會資源輔導。
 5. 營養及飲食指導
 6. 未來功能重建 (functional recovery)、職能輔導 (occupational recovery) 等身心各項復健。
- (三) 醫院需能提供上午及下午治療課程，時間以 9 點至 17 點為原則，符合臨床治療要求及病人意願，可於下午治療結束後提前返家。
- (四) 提供日間照護服務之醫院，需提供個案妥適的安置空間，並考量病人隱私，需有個別治療室或是可供遮蔽之場地。

三、急性後期整合照護居家模式

- (一) 居家模式條件：因故無法接受住院照護模式、日間照護模式或門診照護，但仍有積極復健潛能之急性後期個案，提供有期限但頻率較密集的整合性居家復健服務。
- (二) 服務內容：
 1. 專業治療師(物理治療師、職能治療師、語言治療師)至個案家中提供急性後期整合性居家復健服務，時間 30-50 分鐘。
 2. 運用簡易器材、就地取材、並透過家屬衛教方式，增進個案日常生活功能，及促進社區參與能力。

3. 居家復健需求評估與計畫擬定。
 4. 居家物理治療包括：被動關節運動、擺位、床上活動及轉位訓練、肌力及耐力訓練、平衡訓練、行走訓練、心肺功能訓練、疼痛物理治療、慢性傷口輔助治療、輔具評估/使用訓練及指導、環境改善評估與諮詢、照顧者及服務對象之教育與諮詢等。
 5. 居家職能治療包括：日常活動功能及社區參與之促進與訓練、手功能訓練、輔具與副木之需求評估/設計/製作/使用訓練及指導、認知知覺功能訓練、照顧者及服務對象之教育與諮詢等。
 6. 居家語言治療包括：語言理解/表達障礙之評估與訓練、吞嚥障礙之評估與訓練、溝通障礙輔助系統之評估與訓練、照顧者及服務對象之教育與諮詢等。
 7. 治療頻率由專業評定（每週安排 1-6 次）。兩位不同職類治療師至個案家執行居家復健服務，計 2 次。
- (三) 執行人員資格：完成 6 小時急性後期照護與居家治療訓練課程。
- (四) 承作醫院 PAC 團隊內專科醫師開立本項處方，因 PAC 計畫採跨院際團隊申請參加，可由承作醫院或其垂直整合團隊治療師執行(例如病患居住所在地的社區醫院或診所或物理、職能治療所之治療師)。

陸、推動範圍

本計畫收案對象、結案條件、參與醫院條件、評估工具詳附件1。

柒、成效評量

一、個案評估方式

(一) 以急性後期照護團隊會議方式進行：

1. 參與人員：急性後期照護團隊成員。
2. 會議頻率：收案會議，結案會議，定期之期中會議。
3. 會議記錄：會議內容呈現於病歷，會議簽到表備查。
4. 紀錄內容：收案條件，結案條件，專業成效評量與目標設定，出院準備。

5. 品質管理指標：定期召開率 98% 以上，病歷完成率 100%。

(二) 評量時機：

1. 轉出醫院評估。
2. 承接醫院初評。
3. 期中評估。
4. 結案評估包含銜接居家環境服務，或與長期照護管理中心聯繫(符合長照收案對象)。

二、品質指標

(一) 醫療共病處理成效

1. 一年內死亡率

分子:分母個案於結案出院後1年內死亡個案數(勾稽「保險對象資訊檔(V_DWU_BASINS_INF)」)。

分母: 當年度院所結案個案數(排除已死亡個案)。

2. 30日內急診率

分子:分母個案於結案出院後30日內急診之個案數(含跨院)。

分母: 當年度院所結案個案數(排除已死亡個案)。

(二) 功能改善及後續適當轉銜之成效

1. 醫學中心病人下轉率

分子:分母個案於下轉急性後期照護醫院入院之個案數。

分母: 醫學中心符合本計畫收案對象個案數(排除已死亡個案)。

2. 14日內再入院率

分子:分母個案於結案出院後14日內再入院之個案數(含跨院)。

分母: 當年度院所結案個案數(排除已死亡個案)。

3. 30日內再入院率

分子:分母個案於結案出院後30日內再入院之個案數(含跨院)。

分母: 當年度院所結案個案數(排除已死亡個案)。

註：心臟衰竭計算6個月內再入院率。

4. 個案之功能進步情形

以個案收案及結案時之核心評估量表進步分數計算。

(三)急性後期照護平均住院天數

分子:分母個案急性後期照護天數合計。

分母: 當年度結案個案數。

(四)承作醫院品質報告指標

1.管路移除率

分子:分母個案管路移除個案數。

分母: 當年度收案有管路個案數(已結案)。

2.非計畫性管路滑脫率

分子:分母個案非計畫性管路滑脫個案數。

分母: 當年度收案有管路個案數(已結案)。

3.心臟衰竭治療指引推薦用藥之使用率：ACEI/ARB, Beta-blocker。

捌、出院準備服務：各階段醫療院所皆應提供出院準備計畫，出院準備計畫應包括下列事項：

- 一、 提供諮詢專線電話
- 二、 居家照護建議
- 三、 復健治療建議：居家自我運動或門診復健。
- 四、 社區醫療資源轉介服務：針對有後續門診追蹤及門診復健需求之個案，提供居家鄰近可進行門診追蹤及復健之醫療院所名單及轉診資料。
- 五、 居家環境改善建議
- 六、 輔具評估及使用建議
- 七、 轉介社會資源服務(含評估及聯繫長期照護管理中心，轉介社福機構辦理生活重建)
- 八、 生活重建服務建議
- 九、 心理諮商服務建議
- 十、 評估轉介「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」居家醫療團隊

十一、 評估轉介「家庭醫師整合性照護計畫」社區醫療群持續追蹤

十二、 其他出院準備相關事宜

玖、 診療項目及支付點數

本計畫診療項目及支付點數詳附件 2。

拾、 醫療費用申報及審查原則

一、 申報原則：

(一)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。

(二)保險對象應自行負擔之住院費用，依重大傷病規定及比照慢性病房收取：三十日以內，百分之五；三十一日至九十日，百分之十。

註：急性腦血管疾病急性發作後一個月內之就醫，免自行負擔費用，急性發作起算日，依跨醫院團隊聯繫逕行認定。

(三)參與計畫醫療院所需於健保資訊網服務系統(VPN 系統)，上傳參與計畫個案及評估結果資料，並登錄必要欄位。

(四)醫療服務點數清單及醫令清單填表說明：

屬本計畫收案之保險對象，其就診當次符合申報 P 碼者，於申報費用時，門診醫療服務點數清單之案件分類應填『E1』、整合式照護計畫註記應填『』(腦中風)、『』(燒燙傷)、『』(創傷性神經損傷)、『』(脆弱性骨折)、『』(心臟衰竭)、『』(衰弱高齡)。住院醫療服務點數清單之案件分類應填『4』，試辦計畫代碼應填『1』(腦中風)、『2』(燒燙傷)、『3』(創傷性神經損傷)、『4』(脆弱性骨折)、『6』(衰弱高齡)；醫學中心急性期住院期間申報本計畫規定之費用，依原案件分類填報，試辦計畫代碼應填『2』，本計畫

相關復健治療項目需申報治療執行起迄時間及執行人員 ID。其餘依一般費用申報原則辦理。

(五)申報方式：併當月份送核費用申報。

二、 審查原則

- (一)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。
- (二)申報本計畫支付項目，相關資料需存放於病歷備查，未依保險人規定內容登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，不予支付該筆費用並依相關規定辦理。
- (三)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，將不予支付本計畫該筆評估費用，並依相關規定辦理；另該筆評估費用被核刪後不得再申報。

拾壹、執行配套措施

一、 計畫管理機制

- (一) 保險人負責研議總體計畫架構模式、行政授權與協調，辦理醫院團隊之評選。
- (二) 保險人各分區業務組負責受理及初審轄區醫院團隊之申請計畫，輔導醫院團隊計畫之執行、指標之計算與費用核發。
- (三) 各計畫醫院團隊，執行急性後期照護個案之相關健康照護。主責醫院負責提出計畫之申請，團隊間之醫療資源協調整合、醫療服務之提供及醫療費用之分配作業。
- (四) 參與試辦團隊積極參與急性後期臨床照護訓練、經驗交流分享，共同提升急性後期照護品質。

二、保險人於本計畫試辦期間，對於參與計畫之醫療院所或跨院際整合的急性後期照護團隊，得不定期實地審查輔導(內容：設置標準及病床、人員配置、照護計畫(care plan)執行效度及病患評估信度等)；若經查不實，依本保險相關規定辦理。實地審查成員，包括保險人及其分區業務

組或諮詢專家。

拾貳、實施期程及評估

- 一、參加醫院團隊應於計畫執行後，每半年提送執行成果報告（包含計畫運作執行現況、個案功能改善程度、再住院率、PAC 平均住院天數、出院後回歸居家或社區的措施等），全期完成應提出總報告予保險人分區業務組，俾作為未來是否續辦之考量。
- 二、保險人將彙整各醫院團隊所提執行報告，進行整體執行成效之評估，作為繼續或全面實施之依據。

拾參、計畫申請及退場機制

- 一、醫院應採跨院際整合團隊模式提出申請。跨院際整合團隊，應指派單一醫院為主責醫院，負責提送計畫書、執行報告、聯繫管道及經費撥付等事宜。
- 二、參與本計畫之醫院，需填報申請書及相關資料向轄區保險人分區業務組申請，並經保險人審查通過。
 - (一)申請參加試辦計畫之合作團隊中，醫學中心為轉出醫院，符合本計畫收案對象之病人，原則上需將病人轉至急性後期照護醫院(簡稱承作醫院)。
 - (二)承作醫院應成立「急性後期照護團隊」，對每位參加本計畫個案，訂定個人專屬之急性後期照護計畫(care plan)。
 - (三)「急性後期照護團隊」應設置專責醫師，負責協調跨專業領域團隊運作。
 - (四)承作醫院需符合醫療機構設置標準規定之復健醫療設施與相關專業人員標準。
 - (五)承作醫院需在已有的現有病床中劃出「急性後期照護單位」，明確與一般病床區隔。

- (六) 承作醫院應於所提計畫書通過後述明「急性後期照護單位」之床位数、床位編號、照護人力(專業別、人數、專任或兼任、各類人員醫病比)及照護設備。
- (七) 急性後期照護團隊，需完成急性後期照護訓練，並應派成員參與本計畫相關執行說明會。
- 三、 參與計畫醫院，未依規定每半年繳交成果報告、實地輔導或參與試辦有待改善事項，經過分區業務組發函 2 次皆未改善者，應退出本計畫。
- 四、 參與醫院於辦理期間，若因違反特管辦法致受停約或終止特約處分(含行政救濟程序進行中尚未執行處分)，應退出本計畫，停約 1 個月不在此限。若主責醫院退出本計畫，為保障保險對象醫療照護之延續性，醫院團隊得重新選定主責醫院，並經保險人同意後繼續執行本計畫，或終止參加本計畫。凡經停約或終止特約處分、終止參加本計畫者，自保險人第一次發函處分停約日或核定終止日起，不予核付本計畫支付項目費用。
- 五、 上述停約之醫院，經本署依特管辦法第 38 條至第 40 條但書規定，處以診療科別、服務項目或一部之門診、住院業務停約者，且停約處分經保險人同意抵扣者，得申請經保險人同意繼續參加本計畫，但不得提供受停約診療科別或服務項目之醫療服務。

拾肆、其他事項

- 一、 辦理本計畫核發作業後，若有醫院團隊提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入補付者，其核發金額將自當年其他預算部門本計畫項下支應。
- 二、 本計畫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。

附件 1 收案對象、結案條件、參與醫院條件、評估工具

附件1-1 腦中風

一、收案對象

(一)符合本保險公告重大傷病之急性腦血管疾病（限急性發作後一個月內）之病人，醫療狀況穩定，功能狀況具有中度至中重度功能障礙(MRS 3-4)，於參與本計畫之醫院住院，經醫療團隊判斷具積極復健潛能者。

(二)另前述疾病急性發作後 40 天內，符合下列特殊個案條件之一，且醫療狀況穩定，功能狀況具有中度至中重度功能障礙(MRS 3-4)，於參與本計畫之醫院住院，經急性後期照護團隊判斷具積極復健潛能者，亦可納入收案：

1. 腦中風發病兩週以後，因急性感染症而新增或調整靜脈抗生素注射藥物者。
2. 腦中風發病 30 天內，曾因有多重抗藥性菌株感染而需接觸隔離者。
3. 腦中風發病 30 天內，使用抗凝血劑，用藥四週後仍然未能調整至理想狀態(PT INR 1.5-3.0)。
4. 使用胰島素或口服藥物，腦中風四週後仍血糖控制不佳(空腹血糖 >200 mg/dl)，需要嚴密監控。
5. 腦中風發病 30 天內，加護病房住院超過兩週者。
6. 腦中風發病 30 天內，發生重大合併症、併發症(如心肌梗塞、靜脈血管栓塞、急性腎衰竭)接受特殊處置及手術導致住院延長者。

(三)醫療狀況穩定定義：

1. 神經學狀況：72 小時以上神經學狀況未惡化。
2. 生命徵象：血壓、心跳、體溫 72 小時以上穩定或可控制。
3. 併發症：感染，血液異常，胃腸道出血等，治療後穩定或可控制。

(三)功能狀況分級定義：

進入 PAC-CVD 的起始功能狀況以 Modified Rankin Scale (MRS) 為分級標準：無明顯功能障礙 (MRS 0-1)、輕度功能障礙 (MRS 3)、中度~中重度功能障礙 (MRS 3-4)，及重度功能障礙或意識不清 (MRS 5)。MRS 分級標準：

0 - No symptoms.

1 - No significant disability. Able to carry out all usual activities, despite some symptoms.

2 - Slight disability. Able to look after own affairs without assistance, but unable to carry out all previous activities.

3 - Moderate disability. Requires some help, but able to walk unassisted.

4 - Moderately severe disability. Unable to attend to own bodily needs without assistance, and unable to walk unassisted.

5 - Severe disability. Requires constant nursing care and attention, bedridden, incontinent.

6- Dead.

(四)具積極復健潛能判定原則：

1. 具基本認知、學習能力與意願。
2. 具足夠體力：支撐下能於輪椅或床緣至少維持一小時坐姿。
3. 能主動參與復健治療計畫。
4. 具足夠家庭支持系統者為佳。

二、 結案條件：

急性後期照護以 3-6 週為原則；經急性後期照護團隊評估有後續需求者得展延一次，申請展延應檢附團隊會議紀錄向保險人分區業務組申請核備，至多支付到 12 週，如申請展延審查結果不同意，自保險人通知日起不給付費用。經「住院模式」照護，專業判斷可出院者，應結案改採其他模式或門診照護。

- (一)個案功能顯著進步，經急性後期照護團隊評估，可出院回家進行自我復健者。
- (二)連續 2 次個案功能評估，經急性後期照護團隊總評，未進步或降低者。
- (三)經急性後期照護團隊評估，已不具復健潛能者。
- (四)進入急性後期照護時間，超過 12 週上限者。
- (五)保險對象自行中斷急性後期照護者。
- (六)死亡。
- (七)病情轉變無法繼續接受本計畫照顧者。

三、參與醫院條件

具備「腦中風急性後期照護團隊」之區域或地區醫院。

- (一)醫師：PAC-CVD 相關科別醫師(神經科、神經外科、內科、家醫科或復健科任一有腦血管疾病照護經驗醫師)。
- (二)醫事人員：承作醫院需有專任護理人員、物理治療師、職能治療師、語言治療師、藥師、營養師及社工人員，至少各 1 名，其餘未竟事宜依其他相關規定辦理。承作之地區醫院得視實際照護病人需要，經報備同意後，語言治療師得採兼任方式辦理。

四、評估工具(若有相關版權請醫院自行申請)：

(一) 核心必要評估工具

1. 整體功能狀態。
2. 基本日常生活功能。
3. 吞嚥、進食功能。
4. 營養評估(Short Form)。
5. 健康相關生活品質。
6. 工具性日常生活功能。

(二) 專業選擇性評估工具

1. 姿勢控制、平衡功能。
2. 步行能力、整體行動功能。

3. 心肺耐力。
4. 感覺功能評估。
5. 認知、知覺功能評估。
6. 職能表現。
7. 重返社會能力評估。
8. 語言功能評估。

附件 1-2 燒燙傷

一、收案對象：

- (一)燒燙傷病人接受急性期治療後，經急性燒燙傷團隊評估，因燒燙傷造成之功能缺損以致基本日常生活無法自理(Barthel index ≤ 80 分)，或傷口已逾二個月復原狀況不良，出院返家困難或居家照護困難者採住院照護模式；可出院者，採日間照護模式。
- (二)另病人需醫療狀況穩定，且具有充足配合復健之動機意願，以及積極復健潛能。具積極復健潛能應經過下列原則判定：
 - 1.具認知、學習能力與意願
 - 2.具足夠體力：每天可接受至少 1 小時以上之積極復健治療。
 - 3.能主動參與復健治療計畫

二、結案條件(符合以下任一條件者)：

- (一)個案功能恢復達一定程度，經團隊評估，急性後期照護階段結束，可轉至慢性復健期者(一般門診復健)。
註：急性後期照護結案目標：功能恢復至可自行(或依靠輔具)吃飯、室內行走及如廁，且傷口照護達病患或家屬可居家照護之程度。
- (二)「住院模式」急性後期照護超過一定時間者：無後續功能性重建手術者，最長 3 個月；後續接受功能性重建手術者，於手術後其住院模式急性後期照護得延長 1 個月。
- (三)「日間照護模式」經 3 個月之急性後期照護，仍未達結案目標，經照護團隊判定仍有急性後期照護之需求及積極復健空間者，得向保險人專案申請延長，每次延長期間 1 個月，最多 3 次。
- (四)經「住院模式」照護，專業判斷可出院者，應結案改採其他照護模式。
- (五)保險對象自行中斷急性後期照護者。
- (六)病情轉變無法繼續接受本計畫照顧者。

三、參與醫院條件

- (一)具備「燒燙傷急性後期整合性照護團隊」：
 - 1.有專任整形外科醫師或專任復健科醫師、專任物理治療師、專任職

能治療師、專任臨床心理師(或專兼任精神科醫師)、專任社工師(人員)、專任營養師、個案管理人員及燒燙傷諮詢衛教人員。照顧吞嚥或語言障礙患者，團隊另需有專任語言治療師。

2.提供日間照護服務之團隊，營養師得採兼任。

3.團隊內醫師、物理治療師、職能治療師、語言治療師、臨床心理師、社工師(人員)，需提出3年內有接受燒燙傷相關的訓練課程證明(訓練時數達6小時)，醫院計畫審查通過後半年內需備齊證明。

(二)提供日間照護服務之醫院，需提供個案妥適的安置空間，並考量燒傷病人穿脫彈性衣之隱私，需有個別治療室或是可供遮蔽之場地。

(三)提供急性後期照護之醫院，需與上游燒燙傷中心醫院雙向聯繫，設置個案管理師擔任照護管理之角色，結合社福團體提供傷患完整之身心照護。

四、評估工具

(一)團隊會議：個案收案、結案時，須由燒燙傷急性後期整合性照護團隊人員召開團隊會議，並於治療期間，亦至少每3週定期召開會議，對個案進行評估。相關會議紀錄應置放於病歷內。

(二)個案評估工具(若有相關版權請醫院自行申請)

1.核心必要評估工具

評量面向	評量工具
1.基本日常生活功能	Barthel Index
2.上下肢功能	關節活動度(Range of Motion 簡稱 ROM)

2.專業選擇性評估工具(若有相關版權請醫院自行申請)

評量面向	評量工具
1.傷口評估	評估傷口癒合、植皮皮瓣、疤痕生成等狀況 Vancouver scar scale 或 POSAS (patient and observer scar assessment scale)

2.吞嚥、進食功能	Burn Specific Dysphagia Severity Rating Scale
3.營養評估	Mini Nutrition Assessment (MNA Short Form)

附件1-3 創傷性神經損傷(Traumatic Neurological Injury Post-Acute Care,簡稱 TNI-PAC)

一、收案對象

年滿18歲，因創傷性神經損傷造成失能且發病60天內之病人，功能狀況具有顯著且持續之中度功能障礙（巴氏量表40至70分），醫療狀況穩定，於參與本計畫之醫事機構住院，經醫療團隊判斷具積極復健潛能者。

（一）醫療狀況穩定定義：

- 1.神經學狀況穩定：72小時以上神經學狀況未惡化且已脫離神經損傷休克期。
- 2.生命徵象：血壓、心跳、體溫、呼吸速率及血液氧氣飽和濃度在過去72小時內穩定或可控制。
- 3.併發症已經穩定或可控制：深部靜脈栓塞或肺栓塞、自主神經反射異常、血壓心跳不穩定(如仍有明顯姿勢性低血壓)、感染、血液異常、褥瘡、癲癇、水腦、痙攣、胃腸道出血或無動性腸阻塞等。

（二）病人需醫療狀況穩定，且具有充足配合復健之動機意願，以及積極復健潛能。具積極復健潛能應經過下列原則判定：

- 1.具認知、學習能力與意願。
- 2.體力：支撐下能於輪椅或床緣至少維持一小時坐姿。
- 3.動參與復健治療計畫。
- 4.達到的治療目標。

（三）排除條件

- 1.嚴重精神疾病。
- 2.長期呼吸依賴。
- 3.末期疾病。
- 4.長期臥床，身體功能無法回復。
- 5.癌症仍需後續住院治療。

6.合併其他之多重創傷仍未穩定者，如仍有不穩定之骨折。

7.脊髓損傷。

二、結案條件（符合以下任一條件者）

急性後期照護以3-6週為原則；經急性後期照護團隊評估有後續需求者得展延一次，申請展延應檢附團隊會議紀錄向保險人分區業務組申請核備，至多支付到12週，如申請展延審查結果不同意，自保險人通知日起不給付費用。經「住院模式」照護，專業判斷可出院者，應結案改採其他模式或門診照護。

- (一) 個案功能顯著進步已達創傷性神經損傷復健之預期功能目標，經急性後期照護團隊評估，可轉至慢性復健期者(一般門診復健或在家自我復健者)。註:預期功能目標以病人為中心導向，需綜合評估創傷性神經損傷部位可達到之最大功能、病人年紀、發作前之功能狀態、共病狀況及後續家屬可居家照護之程度。
- (二) 進入急性後期照護時間，超過 12週者。
- (三) 經「住院模式」照護，專業判斷可出院者，應結案改採其他照護模式。
- (四) 保險對象自行中斷急性後期照護者。
- (五) 病情轉變無法繼續接受本計畫照顧者。。

三、參與醫院條件

具備「創傷性神經損傷急性後期整合性照護團隊」之區域醫院或地區醫院：

- (一) 醫師：需有專任神經外科醫師或專任神經內科醫師或專任復健科醫師。
- (二) 醫事人員：專任物理治療師、專/兼任職能治療師、專/兼任臨床心理師(或專/兼任精神科醫師)、專/兼任社工師(人員)、專/兼任營養師、專/兼任語言治療師。

四、評估工具：收案、結案、每3週定期評估(若有相關版權請醫院自行申請)

(一) 核心必要評估工具

評量面向	評量工具
1.基本日常生活功能	Barthel Index
2.工具性日常生活功能	Lawton-Brody IADL scale
3.健康相關生活品質	EuroQoL-5D(EQ-5D)

(二) 專業選擇性評估工具

評量面向	評量工具
1. 脊髓損傷功能評估	脊髓損傷患者獨立量表第三版 (Spinal cord independence measure III)
2 腦傷認知功能評估	1)The Galveston Orientation and Amnesia Test 2)Rancho Los Amigos Cognitive Functional Grading
3.職能評估	職能表現測驗
4.語言治療評估	

附件1-4 脆弱性骨折(髖關節、脊椎骨折、膝關節、不穩定骨盆骨折)(Fracture Post-Acute Care,簡稱Frax-PAC)

一、收案條件

(一) 收案條件

經診斷為髖關節、脊椎骨折、膝關節或不穩定骨盆骨折之病症，發病或術後一個月內者。此個案須符合下列所有條件：

1. 因髖關節、脊椎骨折或或不穩定骨盆骨折而住院/手術(包括內固定、半髖關節置換術及全髖關節置換術、膝關節置換術，術後出現功能下降(巴氏量表40至70分)，經評估適合收案者。
2. 無併發症，或併發症但已可控制、症狀穩定者。
3. 醫療狀況穩定，不需密集醫療介入、檢驗或氧氣使用者。
4. 有復健潛能者。
5. 個案同意參加此計畫，並填妥同意書者。
6. 病患年滿18歲。：

(二) 醫療狀況穩定之定義

1. 生命徵象：血壓、心跳、體溫、呼吸速率及血液氧氣飽和濃度在過去72小時內穩定或可控制。
2. 併發症 已經 穩定或可控制：深部靜脈栓塞或肺栓塞、自主神經反射異常、姿勢性低血壓、感染、血液異常、胃腸道出血或無動性腸阻塞等。
3. 積極復健潛能應經過下列原則判定
4. 具認知、學習能力與意願。
5. 具足夠體力：每天可接受至少1小時以上之積極復健治療。
6. 能主動參與復健治療。
7. 具可達到的治療目標。

(三) 排除條件

1. 脊椎骨折併有脊髓損傷患者。
2. 嚴重意識或認知障礙。
3. 嚴重精神疾病。
4. 長期呼吸器依賴。
5. 末期疾病。
6. 身體功能退化已經無法回復之長期臥床病人。
7. 癌症病人須後續住院治療（化療、放療等）。

二、結案條件（符合以下任一條件者）

急性後期照護以1-2週為原則；經急性後期照護團隊評估有後續需求者得展延一次，申請展延應檢附團隊會議紀錄向保險人分區業務組申請核備，至多支付到3週，如申請展延審查結果不同意，自保險人通知日起不給付費用。經「住院模式」照護，專業判斷可出院者，應結案改採其他模式或門診照護。

(一)個案功能顯著進步已達復健之預期功能目標，經急性後期照護團隊評估，可轉至慢性復健期者(一般門診復健或在家自我復健者)。

註:預期功能目標以病人為中心導向，需綜合評估損傷部位可達到之最大功能、病人年紀、發作前之功能狀態、共病狀況及後續家屬可居家照護之程度。

(二)進入急性後期照護時間，超過本計畫住院天數上限者。

(三)保險對象自行中斷急性後期照護者。

(四)任兩次評估間得分無進展者。

(五)病情轉變無法繼續接受本計畫照顧者。

三、參與醫院條件

具備「脆弱性骨折急性後期整合性照護團隊」區域醫院或地區醫院。

(一)醫師：需有專任骨科醫師或專任復健科醫師或專任神經外科醫師

(二)醫事人員：專任物理治療師、專/兼任職能治療師、專/兼任社工師(人員)、專/兼任營養師。

四、評估工具(若有相關版權請醫院自行申請)

收案、結案及每2週定期評估。

(一)失能程度：巴氏日常生活量表(Barthel Activity of Daily Living)。

(二)疼痛指數：疼痛指數量表(Numerical Rating Scale；NRS)。

(三)Harris Hip Score(髖關節骨折適用)

附件 1-5 心臟衰竭 Heart Failure Post-Acute Care (HF-PAC)

一、收案對象

(一)收案條件(需符合下列所有條件)：

1. 心臟衰竭，定義為左心室射血分率(Ejection fraction) $\leq 40\%$ ，且符合 ACC/AHA Stage C~D (若左心室射血分率大於 40%者須由心臟專科醫師認定其病因源自於心臟衰竭)，因為急性惡化 (acute decompensation) 而住院的病人。
2. 年齡 18 歲以上且經專業團隊評估具積極急性後期整合照護潛能(定義詳如第柒點)。
3. 若因急性心肌梗塞合併心臟衰竭住院者，當次住院必須符合左心室射血分率小於或等於 40% (left ventricular ejection fraction $\leq 40\%$)。
4. 當次住院 (index hospitalization)，經醫療團隊評估可出院者。

(二)醫療狀況穩定之條件定義：

1. 心臟功能：心臟功能持續 72 小時未惡化 (無休息性呼吸困難、端坐呼吸、胸痛、肺部積水等，血氧飽和度 $>90\%$)，無惡性心律不整。
2. 意識清醒&生命徵象穩定達 72 小時以上。
3. 體重穩定達 48 小時以上。
4. 併發症：感染、急性腎衰竭、電解質異常等併發症病情穩定或可控制。

(三)具積極急性後期整合照護潛能者：

1. 具有疾病學習動機意願者
2. 能主動並有高意願參與疾病自我照顧執行者
3. 具足夠的家庭支持系統為佳

(四)排除條件

1. 因非心臟衰竭相關疾病而導至存活期小於六個月者
2. 長期臥床大於三個月且無進步潛能者
3. 因神經或肌肉骨骼系統功能下降，而無復健潛能者
4. 嚴重意識或認知障礙，嚴重精神疾病

5. 長期呼吸器依賴者；
6. 重度心臟衰竭之末期階段，經醫師評估短期內無法復原者
7. 病人或家屬沒有參與意願。
8. 已安排於近期(一個月內)接受冠狀動脈繞道手術或心瓣膜手術者。
9. 目前正在洗腎或等待腎移植者。
10. 嚴重肺病需要長期居家用氧氣者。
11. 曾結案過者
12. 治療上無法與其他(次)專科醫師達成共識者。

二、結案條件

- (一) 病人死亡
- (二) 病人發生因心臟衰竭惡化導致再住院
- (三) 病人自行中斷或中途拒絕急性後期照護者。
- (四) 病人發生嚴重合併症，經醫療團隊評估，不適合再進行急性後期醫療照護。
- (五) 照護期滿 6 個月

三、醫院條件

(一) 專業團隊成員

承作醫院應具備有負責心臟衰竭照護之專任心臟內科專科醫師或專任心臟外科專科醫師與心臟衰竭個案管理師之整合性服務(具備資格如註 1 及註 2 中所述)(每位個管師之個案上限以 50 例為原則)、專/兼任心臟外科專科醫師(當負責心臟衰竭照護為專任心臟內科專科醫師時)、專/兼任心臟內科專科醫師(當負責心臟衰竭照護為專任心臟外科專科醫師時)、專/兼任復健專科醫師、專任物理治療師、專/兼任職能治療師、專/兼任臨床心理師、專/兼任社工師、專/兼任營養師、專/兼任臨床藥師。

註 1:

- (1) 負責心臟衰竭照護之專任心臟專科醫師定義：領有中華民國心臟專科醫師證書，執照登記於承作醫院，且須完成心臟衰竭 PAC 方案六小時核心課程(課程內容由心臟學會擬定)。

(2) 承作醫院應需指派一至數名心臟專科醫師負責本案(被指派的醫師為負責心臟衰竭照護之心臟專科醫師)，其門診與專任的心臟衰竭個案管理師共同提供整合性門診照護服務。

註 2: 個管師之具備資格，需符合以下各項：

- (1) 專任心臟衰竭個案管理師應領有護理師執照登記於承作醫院。
- (2) 專責心臟衰竭個案管理師: 當本案收案數在 ≤ 25 位的情況下，心臟衰竭個案管理師可以兼執行其他醫療業務，當收案數達 > 25 位時，心臟衰竭個案管理師不得兼任其他職務，需專任專責。
- (3) 需完成台灣護理學會 N3 臨床專業能力訓練且通過 N3 審查合格者。
- (4) 臨床護理經驗需包含以下任一：
 - (I) 心臟科病房 ≥ 3 年
 - (II) 心臟科加護病房 ≥ 2 年
 - (III) 領有專科護理師證照者或已完成中央主管機關認定之專科護理師訓練機構的訓練課程證明者，且具心臟科病房或加護病房 ≥ 2 年之臨床護理經驗者。
- (5) 須完成心臟衰竭 PAC 方案核心課程(課程時數 18~20 小時，內容方面將由心臟學會擬定)。

(二)設備及場地

1. 具有獨立的心臟衰竭門診，提供整合式心臟衰竭照護(此門診應具有負責心臟衰竭照護之心臟科醫師與專任個案管理師之整合性服務)。心臟衰竭急性後期照護執行內容(詳參附錄 1)。
2. 運動訓練環境須有血壓、心電圖、血氧濃度監視設備，可量化運動強度之運動器材，如直立式腳踏車、跑步機等，且須備有急救設施與領有 ACLS 證照的心臟急救醫療人員。

四、評估工具 (若有相關版權請醫院自行申請)

(一)核心必要評估工具

評量面向	評量工具
1.基本日常生活功能	IADL(每次)
2.生活品質	EQ-5D (每次)
3.行走能力	6分鐘行走測試 (每次)
4.活動功能限制評估	New York Heart Association functional class I ~IV (每次)
5.營養評估	Mini Nutrition Assessment (MNA) (出院前、三個月複評及結案評估)
6.心臟功能	心臟超音波 (出院前及結案評估)
7.藥物評估	ACEI or ARB or ARNI Beta blocker (出院前、三個月複評及結案評估)

(二)專業選擇性評估工具

評量面向	評量工具
1.疾病生活干擾	明尼蘇達心臟衰竭生活品質量表、KCCQ-12 生活品質量表、或其他生活品質量表

附件 1-6 衰弱高齡病患

一、收案對象

(一)收案條件(需符合下列所有條件)：

1. 高齡病患(≥75歲，且具有帕金森氏症、失智症、慢性阻塞性肺疾病或第三期以上之慢性腎臟病)因急性疾病入院(住院時間>72小時)治療完成一個月內，仍具有功能下降狀態。
2. 臨床衰弱量表(Clinical Frailty Scale, CFS)評估後具有中度以上衰弱症且仍具復健潛能者(CFS: 5-7分)。
3. 醫療狀況穩定，不需密集醫療介入、檢驗或氧氣使用者。
4. 病患具有配合治療之認知與溝通能力，且具治療潛能，治療潛能係指病患於疾病上具有恢復之機會，且具有足夠配合治療進行之體力。
5. 個案同意參加此計畫，並填妥同意書者。

(二)排除條件

1. 符合其他疾病類型收案之急性後期照護個案。
2. 具意識或認知障礙致無法配合治療。
3. 長期呼吸器依賴或疾病發生前即為長期臥床者。
4. 經診斷為末期疾病且採取安寧緩和治療者。
5. 病患經診斷重大傷病，且須頻繁住院治療者。

二、結案條件

急性後期照護以2-3週為原則；經急性後期照護團隊評估有後續需求者得展延一次，申請展延應檢附團隊會議紀錄向保險人分區業務組申請核備，至多支付到4週，如申請展延審查結果不同意，自保險人通知日起不給付費用。經「住院模式」照護，專業判斷可出院者，應結案改採其他模式或門診照護。

- (一)個案功能顯著進步已達預期目標，經照護團隊評估，可返家或接受門診照護者。預期功能目標係依照病患之年齡與原有功能狀況，綜合評估病患所能回復之最大功能狀態而訂定。

- (二)已達照護日數之上限。
- (三)經兩次功能評估無進步者。
- (四)病患自行中斷照護計畫者。
- (五)病患發生嚴重併發症或急性疾病需密集急性醫療服務。

三、參與醫院條件

具備「衰弱高齡急性後期整合性照護團隊」區域醫院或地區醫院。

- (一)醫師：需有專任之內科、或家醫科、或復健科、或神經科、或神經外科、或骨科醫師，並經過六小時老年醫學相關照護訓練。
- (二)醫事人員：專責個案管理師、專任物理治療師、專/兼任職能治療師、專/兼任語言治療師、專/兼任營養師、專/兼任社工師(人員)、專任藥師。

四、評估工具：

依病患之共病、衰弱狀態、跌倒風險、多重用藥、營養狀況，收案、結案、每2週定期評估。

- (一)日常生活：巴氏日常生活量表 (Barthel Index)、工具性日常生活功能 (IADL)
- (二)衰弱程度：臨床衰弱量表。
- (三)認知功能：SPMSQ
- (四)憂鬱狀態：Geriatric Depression Scale-5 Item (GDS-5)
- (五)急性譫妄評估: Confusion Assessment Method (CAM)
- (六)跌倒風險：STEADI 流程評估與介入
- (七)潛在不當用藥：2015年 Beer's criteria
- (八)營養狀況評估：MNA Short Form
- (九)生活品質評估量表：EQ-5D

附件 2 診療項目及支付點數

一、每日照護費

- (一) 住院模式各診療項目所定點數，已包含所需之住院診察費、病房費、護理費、檢查費、及復健治療費等費用。個案因病情需要，於住院期間執行其餘非屬本計畫支付之項目(藥費、藥事服務費、治療處置費、手術費、副木材料費、管灌飲食、符合通則7所列條件之吞嚥攝影檢查)，得按現行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準申報。
- (二) 保險對象住院，以入住急性一般病床、經濟病床、慢性病床為原則；超等住院者，由保險對象自付其差額。
- (三) 高強度復健係指每日需治療3-5次；一般強度復健係指每日需治療1-2次。治療內容包含物理治療、職能治療或語言治療之治療項目3項(含)以上，醫院得依個案病情需要調整每日各治療種類之次數。
- (四) 院所申報本計畫下表各項費用時，需比照現行復健治療申報方式，另行填列各治療種類之細項治療項目。
- (五) 屬本計畫支付標準及本保險支付標準所列之給付項目，參與試辦醫院不得向參與本計畫之個案收取自費。
- (六) 日間照護相關診療項目不適用入住各類療護機構之個案。
- (七) 吞嚥攝影檢查於本計畫可以核實申報之適用條件：
 1. 反覆性肺炎。
 2. 進食時有明顯噎咳。
 3. 講話有明顯的濕泡聲。
 4. 吞嚥障礙高危險受傷區：腦幹及多次中風。
 5. 中風前已有吞嚥障礙病史。
 6. 一年內曾留置氣切內管 ≥ 30 天以上。
 7. 目前留置氣切管。
 8. 欲移除鼻胃管，經評估有需求者。
 9. 其他疑有吞嚥障礙之危險，如：合併有嚴重活動及智能障礙。

(八) 燒燙傷急性後期照護住院模式於區域醫院或地區醫院提供，採論量支付。其中物理治療、職能治療、語言/吞嚥治療及心理治療等診療項目可視病患情況，增加至每日最多各2次，另放寬燒燙傷病人可接受語言治療之複雜治療。以上均應依治療紀錄核實申報，且不得與本計畫相關治療項目之支付標準併報。

(九) 參與燒燙傷急性後期照護之醫學中心，於燒燙傷病患急性期住院期間，為利患者及時恢復功能，亦可申報本計畫燒燙傷急性後期物理治療或職能治療項目，並適用前項放寬每日復健治療次數、提供語言治療之複雜治療，以及不得與本計畫相關治療項目支付標準併報之規定。

註： 105 年 4 月住院慢性病房之病房費、護理費、診察費支付調整
每日增加 101 點，配合調整 PAC 支付點數。

編號 代碼	診療項目	支付 點數
	急性後期整合照護與高強度復健費用(住院模式)	
	-每日必需治療 3-5 次	<u>3587</u>
	-因醫院或病人偶發原因，當日治療 < 3 次	<u>2117</u>
	-週日或國定假日	<u>1300</u>
	註：適用對象：腦中風、創傷性神經損傷。	
	急性後期整合照護與一般強度復健費用(住院模式)	
	-前 3 週(每日必需治療 1-2 次)	<u>2411</u>
	-前 3 週(因醫院或病人偶發原因，當日無法治療)	<u>1300</u>
	-前 3 週(週日或國定假日)	<u>1300</u>
	註：適用對象：腦中風、創傷性神經損傷、脆弱性骨折、衰弱高齡。	

編號 代碼	診療項目	支付 點數
	<p>急性後期整合照護與日間照護費用</p> <p>-高強度日間照護(每日治療 4 次)</p> <p>-中強度日間照護(每日治療 3 次)</p> <p>-一般強度日間照護(每日治療 2 次)</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 適用對象：腦中風、燒燙傷、創傷性神經損傷、脆弱性骨折、衰弱高齡。 2. 限由團隊內專科醫師開立本項處方。 3. 需符合本計畫日間照護條件、服務內容及標準。 4. 本項包含本計畫所定日間照護服務內容所需各項費用。 5. 本項屬門診醫療費用同一療程項目，同一療程期間不得申報現行復健章節之評估及治療費用。 6. 除診察費、復健治療、評估費，其餘可核實申報。 	<p><u>2538</u></p> <p><u>1938</u></p> <p><u>1338</u></p>
新增	<p><u>急性後期整合照護居家模式獎勵費</u></p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 適用對象：腦中風、燒燙傷、創傷性神經損傷、脆弱性骨折、衰弱高齡。 2. 治療頻率由專業評定（每週安排 1-6 次）。兩位不同職類治療師至個案家執行居家復健服務，計 2 次。 3. 執行人員資格：完成 6 小時急性後期照護與居家治療訓練課程。 4. 本項包含本計畫所定居家模式服務內容所需各項費用。 5. 承作醫院 PAC 團隊內專科醫師開立本項處方，因 PAC 計畫採跨院際團隊申請參加，可由承作醫院或其垂直整合團隊治療師執行。 6. 本項屬門診醫療費用同一療程項目，同一療程期間不得申報現行復健章節之評估及治療費用。 	<p><u>1455</u></p> <p><u>比照居家</u></p> <p><u>照護資源</u></p> <p><u>耗用第二</u></p> <p><u>類之護理</u></p> <p><u>訪視費</u></p>

編號 代碼	診療項目	支付 點數
	燒燙傷急性後期物理治療 — 中度複雜治療 — 複雜治療 註： 1. 急性後期物理治療—中度複雜治療需實施中度治療項目(PTM1- PTM14)合計時間超過 60 分鐘，限由團隊內復健或整形外科專科醫師開立本項處方。 2. 急性後期物理治療—複雜治療需實施複雜治療項目(PTC1- PTC7)，合計時間超過 50 分鐘，限由該院復健專科醫師開立本項處方。 3. 限病人急性後期照護住院、日間照護期間，併病人就醫申報(日間照護為包裹給付，本項申報為不計價醫令)。 4. 參與本計畫之醫學中心，於燒燙傷病患急性期住院期間亦可申報。 5. 放寬每日復健治療次數(42001A-42016C)最多各 2 次，不得與本項併報。	600 750
	燒燙傷急性後期職能治療 — 中度複雜治療 — 複雜治療 註： 1. 急性後期職能治療—中度複雜治療，指治療時間合計 60 分鐘以上之治療，且治療項目包含下列 1 項(含)以上治療項目：OT2、 OT 5、OT 6、OT 7、OT 8、OT 9、OT 10、OT 11。限由團隊內復健或整形外科專科醫師開立本項處方。 2. 急性後期職能治療—複雜治療，限手術後 3 個月內，治療時間合計 60 分鐘以上之治療，且治療項目包含下列 2 項(含)以上治療項目：OT2、OT 5、OT 6、OT 7、OT 8、OT 9、OT 10、OT 11。限由該院復健專科醫師開立本項處方。 3. 限病人急性後期照護住院、日間照護期間，併病人就醫申報(日間照護為包裹給付，本項申報為不計價醫令)。 4. 參與本計畫之醫學中心，於燒燙傷病患急性期住院期間亦可申報。 5. 放寬每日復健治療次數 (43001A-43009C ， 43026C-43032C)最多各 2 次，不得與本項併報。	600 750

編號 代碼	診療項目	支付 點數
新增	<p><u>心臟衰竭急性後期物理治療－複雜治療</u></p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 實施複雜治療項目(PTC1- PTC7)，合計時間超過 50 分鐘。 2. 限經由心臟專科醫師排除高風險的個案(例如:有左心室內血栓、不穩定性血管斑塊、不穩定性心律不整...等)。此治療必須在此次收案後，由負責本案之心臟專科醫師評估此收案病人之病情已達穩定狀態，才可執行物理治療。 3. 因心臟衰竭屬重症疾病，限由心臟科醫師評估病情穩定許可下，才可轉介該院復健團隊中負責 HF-PAC 復健處方之醫師開立本項處方。 4. 須檢附運動當中之血壓與心電圖之監測值。 	<p><u>750</u></p> <p><u>比照燒燙傷</u></p>
新增	<p><u>心臟衰竭急性後期職能治療－複雜治療</u></p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 治療時間以 50 分鐘內，且治療項目包含功能層級評估、日常活動調整與執行訓練、日常活動體耐力訓練、壓力管理、職前評估與訓練、生活型態再造(避除危險因子)、輔具與環境改善評估。 2. 限經由心臟專科醫師排除高風險的個案(例如:有左心室內血栓、不穩定性血管斑塊、不穩定性心律不整...等)，評估此收案之心臟衰竭病人病情已達穩定狀態，才可執行職能治療。 3. 因心臟衰竭屬重症疾病，限由心臟科醫師評估病情穩定許可下，才可轉介該院復健團隊中負責 HF-PAC 復健處方之醫師開立本項處方。 4. 複雜性有強度的治療限於門診照護期間，需經心臟科醫師評估病情穩定許可。 	<p><u>750</u></p> <p><u>比照燒燙傷</u></p>
	<p>註：治療項目</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.物理治療 PACPT1 電療 PACPT2 熱/冷療 PACPT3 水療 PACPT4 被動性關節運動 	

編號 代碼	診療項目	支付 點數
	PACPT5 牽拉運動 PACPT6 按摩 PACPT7 鬆動術 PACPT8 降張力技術 PACPT9 傾斜床訓練 PACPT10 床上運動 PACPT11 姿態訓練 PACPT12 肌力訓練 PACPT13 耐力訓練 PACPT14 神經誘發技術 PACPT15 動作學習技術 PACPT16 平衡訓練 PACPT17 協調訓練 PACPT18 行走訓練 PACPT19 心肺功能訓練 PACPT20 呼吸排痰訓練 PACPT21 輔具評估及訓練	
	2.職能治療 PACOT1 姿態訓練 PACOT2 被動性關節運動 PACOT3 坐站平衡訓練 PACOT4 移位訓練 PACOT5 減痙攣活動 PACOT6 運動知覺訓練 PACOT7 知覺認知訓練 PACOT8 肌力訓練 PACOT9 協調訓練 PACOT10 動作再學習技巧 PACOT11 上肢(下肢)功能訓練 PACOT12 日常生活活動功能訓練 PACOT13 休閒運動治療 PACOT14 活動治療 PACOT15 輔具評估及訓練 PACOT16 副木製作	

編號 代碼	診療項目	支付 點數
	PACOT17. 失能防治介入 PACOT18. 上（下）肢矯治性治療 PACOT19. 感覺功能再訓練 PACOT20. 居家環境評估與改造	
	3.語言治療 PACST1 聽覺理解訓練 PACST2 聽辨訓練 PACST3 視聽迴饋法 PACST4 發聲訓練 PACST5 口語表達訓練 PACST6 溝通輔具評估與訓練 PACST7 說話清晰度訓練 PACST8 節律訓練 PACST9 語言認知訓練 PACST10 閱讀理解訓練 PACST11 書寫語言訓練 PACST12 口腔功能訓練 PACST13 吞嚥反射刺激及誘發 PACST14 吞嚥技巧訓練	

二、評估費及獎勵費

(一)下轉、初評、複評、結案評估費

適用對象：腦中風、燒燙傷、創傷性神經損傷、脆弱性骨折、心臟衰竭、衰弱高齡

編號 代碼	診療項目	支付 點數
	下轉醫院評估費(上游醫院醫師及團隊) -同團隊 -不同團隊 註: 1. 每人每次發病限申報一次。 2. 須製作個案病況及轉銜確認報告書，並存放於病歷備查。下轉評估至少需完成前4項核心量表。 3. 區域醫院、地區醫院轉本院 PAC 單位不得申報，同團隊醫院跨院下轉成功方得申報。	2000 1600
	承作醫院評估費(初評) 註: 1. 本項適用於個案轉銜至急性後期照護醫院後之初次評估，每人每次發病限申報一次。 2. 評估內容包括病患情緒引導及處理，與病患或其家屬說明評估結果、整項治療計畫及溝通確認雙方治療目標，並製作個案初次評估報告書存放於病歷備查。 3. 心臟衰竭初評包括個管師篩檢符合 PAC 條件病人，經心臟科醫師認可後啟動心臟衰竭照護團隊，辦理初評、諮詢與銜接急性後期完整的出院後照護，於出院1週內回診確認收案後申報。	1000
	承作醫院評估費(複評) 註: 1. 個案收案後依計畫評估工具規定定期申報一次。 2. 評估內容包括向病患或其家屬說明評估結果及是否修正治療目標及計畫，並製作個案治療成效期中評估報告書存放於病歷備查。	1000
	承作醫院結案評估費 註: 1. 每人每次發病限申報一次。 2. 評估內容包括與家屬討論、溝通及建議出院後之後續照護方式，並製作結案之出院轉銜評估報告書存放於病歷備查。	1500

(二)轉銜作業、醫事人員訪視、臨床諮詢指導、居家訪視、轉銜「居家醫療照護整合計畫」或「社區醫療群」獎勵費

適用對象：腦中風、燒燙傷、創傷性神經損傷、脆弱性骨折、心臟衰竭、衰弱高齡

編號 代碼	診療項目	支付 點數
	<p>急性醫療醫院轉銜作業獎勵費</p> <p>註： 1.每人每次發病限申報一次。 2.需完成以下規定作業： (1)需提供病人或家屬 PAC 個案管理及衛教說明(留有完整諮詢內容紀錄、衛教時間至少 30 分鐘、病人或家屬簽名)。 (2)準備出院病摘、轉銜確認報告書外，需提供承作醫院出院前 3 天病程紀錄(電子資料亦可)、生命徵象、護理紀錄、藥歷紀錄、重要注意事項等。 (3)提供優質的個案管理轉銜作業，提供跨院住院轉診服務，病人免經掛號直接入住承作醫院病房。 (4)拍攝活動影片向病人或承作醫院衛教說明者，或承作醫院 PAC 團隊成員至急性醫院參與該個案出院準備服務，留有紀錄，加計 50%。</p>	1000
	<p>醫事人員訪視獎勵費</p> <p>註： 1.腦中風、創傷性神經損傷、脆弱性骨折、心臟衰竭、衰弱高齡： (1)急性醫療醫院主治醫師或 PAC 團隊成員(需含醫師)至承作醫院探訪病人且留有紀錄，直接與承作醫院團隊成員溝通病情，並增加病人信心。 (2)每位病人最多申報 3 次(限前 3 週每週一次)。 2.燒燙傷 (1)整形外科醫師、復健科醫師、物理治療師、職能治療師、語言治療師、臨床心理師之專業人員，至本計畫醫院就個案臨床諮詢指導且留有相關紀錄，每位病人首次急性後期照護住院、首次日間照護期間最多各 3 次。 (2)以上人員需具有實務燒燙傷臨床經驗達 2 年以上。 (3)由接受指導醫院申報本項費用，需向當地衛生局報備支援。</p>	1000
	<p>承作醫院醫事人員居家訪視獎勵費</p> <p>註： 1.每位病人最多申報 2 次(出院前後各 1 次)，心臟衰竭病人於出院後進行。 2.病人結案前後，承作醫院 PAC 團隊成員至病人家訪視且留有紀錄，提供家屬居家照護衛教指導，及居家環境改造建議，時間至少 30 分鐘，促進病人健康返家回歸社區。 3.若團隊 2 名(含)以上成員訪視者，加計 50%。</p>	1000

編號 代碼	診療項目	支付 點數
新增	轉銜「居家醫療照護整合計畫」收案獎勵費 註： 結案評估經轉介「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」居家醫療團隊收案成功，並留有紀錄備查。	1000
新增	轉銜「社區醫療群」持續追蹤獎勵費 註： 結案評估辦理社區醫療資源轉介事項，協助本署家醫計畫會員轉銜至所屬社區醫療群持續追蹤，並留有紀錄備查。	1000

(三)其他

編號 代碼	診療項目	支付 點數
	主責醫院提升團隊照護品質獎勵費 1. 應召開跨院際醫院團隊會議，辦理個案研討、轉銜作業協調、教育訓練、提升試辦品質措施、彙總及檢討團隊內所有醫院品質指標、提供對照組等提升照護品質活動，上述活動應填報列於每半年繳交之成果報告書。 2. 每家主責醫院全年6萬點，本項免申報費用，分區業務組每半年審查成果報告書確認填報提升照護品質活動後，以補付方式辦理。	60000
	燒燙傷家屬/照顧者之支持性心理社會個別諮詢衛教費 燒燙傷家屬/照顧者之支持性心理社會團體諮詢衛教費 註： 1. 限由團隊內專科醫師開立本項處方。 2. 限病人急性後期照護住院、日間照護期間，併病人就醫申報(日間照護為包裹給付，本項申報為不計價醫令)。 3. 團體治療一次最多以25人為限。	97 64
	燒燙傷門診個案衛教及個案管理費—新收案 註： 提供病人及家屬個案管理及衛教，協助社會心理重建，包含提供諮詢專線電話。	800
	燒燙傷門診個案衛教及個案管理費—每季追蹤 註： 1. 提供病人及家屬個案管理及衛教，協助社會心理重建，包含提供諮詢專線電話。 2. 需與新收案或前次追蹤間隔3個月(90天)。	800

編號 代碼	診療項目	支付 點數
新增	<p>心臟衰竭銜接急性後期個案管理照護之衛教、居家照顧能力及防範惡化措施之指導獎勵費</p> <p>註：</p> <p>1.需完成以下規定作業：</p> <p>(1)需提供病人或家屬心臟衰竭 HF-PAC 個案管理及衛教說明(留有諮詢內容紀錄、衛教時間至少 60 分鐘、病人或家屬簽名)。</p> <p>(2)需提供手冊以便病人執行居家記錄。</p> <p>(3)提供心臟衰竭個案管理諮詢電話專線，安排心衰竭急性後期門診，以及依病人的需求整合所需要的醫療資源與照護。</p> <p>(4)心臟衰竭個案管理師於病人急性期照護出院前，確認及考核個案可執行居家健康記錄之正確性(含血壓、脈搏、體重與 24 小時攝食量及排出量紀錄)、惡化症狀之辨識能力及應採取處理防止惡化之知識、急性後期照護居家期間個案如何與個案管師垂直聯繫的指導。</p> <p>2.每人限申報一次，於出院 1 週內回診確認收案後申報。</p>	<p>2000</p> <p>學會建議，另比照其他方案下轉</p>

三、品質獎勵措施(105 年第 2 次專家會議結論)

(一)範圍：腦中風急性後期照護。

(二)門檻指標：本年度與上年度收案 ≥ 20 人，方可進入品質獎勵之評比。

(三)品質獎勵指標：

1.出院後14日再入院率(占分20分)：

分子：分母個案中出院後14天內再入院個案數

分母：急性後期照護出院個案數

註：依目前VPN公布之院所別品質指標DA-1860

2.出院後30日再入院率(占分20分)：

分子：分母個案中出院後30天內再入院個案數

分母：急性後期照護出院個案數

註：依目前VPN公布之院所別品質指標DA-1860

3.出院後30日內急診率(占分20分)：

分子：分母個案中出院後30天內急診個案數

分母：急性後期照護出院個案數

註：依目前VPN公布之院所別品質指標DA-1860

4.功能進步率：結案-收案巴氏量表60分以上個案佔率(占分20分)

分子：分母個案中巴氏量表 ≥ 60 分個案數

分母：急性後期照護出院個案數

5.可避免住院率(占分20分)

分子：分母個案中當年度可避免住院個案數

分母：急性後期照護出院個案數

(四)計分方式(每項指標最高得分 20 分)：

情形	前25百分位之醫院	前26-50百分位之醫院	較上年度進步率排名前25百分位	較上年度進步率排名前26-50百分位
得分	20	10	10	5

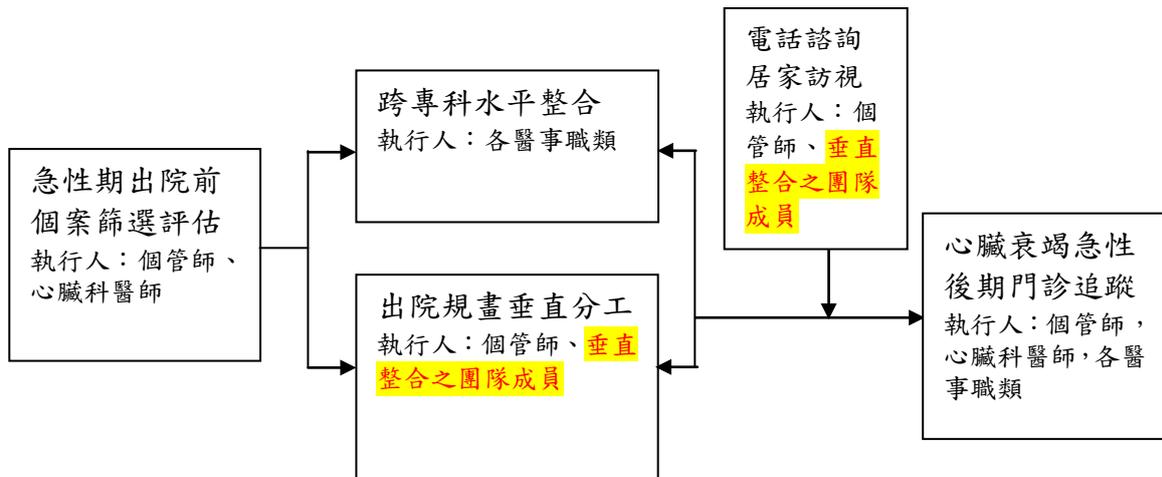
(五)品質獎勵支付：依計分方式計算各醫院品質獎勵總分，依本年度結案個案數，滿分者每位個案支付 2000 點，總分 < 60 分不獎勵，其餘按分數比例計算獎勵金。

「急診後期整合照護品質試辦計畫」申請書內容與格式

- 一、計畫書封面：至少包含計畫名稱、計畫執行單位、計畫執行期間。
 - 二、書寫格式：以 word 建檔，A4 版面，由上而下，由左而右，標楷體 14 號字型，橫式書寫。
 - 三、計畫書撰寫說明：計畫書(含電子檔)內容應包含下列：
 - (一)申請機構全銜及計畫名稱、服務對象範圍(腦中風、燒燙傷、創傷性神經損傷、脆弱性骨折、心臟衰竭、衰弱高齡)。
 - (二)現況分析(含現行及預期急性後期照護病人數)。
 - (三)計畫之目標。
 - (四)計畫內容(分項說明)，包含下列各項：
 - 1.跨院際整合醫院團隊之組成與運作方式，包含如何跨院提供整合式服務、確保急性後期病人轉銜順暢措施。
 - 2.急性後期照護團隊之組成(請檢附相關文件)，包含各專業照護人力專業別、人數、專任或兼任、各類人員醫病比。相關人力品質、如何確保團隊人員辦理量表評估之一致性。
 - 3.急性後期照護相關設備：「急性後期照護單位」之床位數、床位編號，所能提供急性後期照護服務及設備。
 - 4.團隊內各醫院照護品質之確保，病人合併症、併發症處理能力。
 - 5.團隊提供之急性後期照護之特色與發展性。
 - (五)預期效益(應以量化說明)：包含建立對照組、避免病人篩選措施(selection bias)、實驗組與對照組之校正。
 - (六)應辦理工作項目及進度(Gantt Chart)。
- 註：計畫書之人員、設備應區分現有或規劃承諾，評選通過後需符合，經保險人分區業務組確認並發函同意之次日起生效。

附錄 1 心臟衰竭急性後期照護執行內容

經由個案管理師協調下列流程，提供 Stage C~D 心臟衰竭急性後期照護。



(一)心臟衰竭病人在症狀穩定期仍有 25% 突發性疾病惡化或猝死的風險，建議由熟悉病人病情且符合下列專業條件之承作醫院於個案管理模式下進行水平整合式心臟衰竭急性後期照護。

(二)為能完整的整合跨專科資源的醫療照護，承作執行的醫院應要配置專任之心臟衰竭個案管理師，至少一名負責心臟衰竭照護之心臟專科醫師主導 HF-PAC 的醫療照護，並決定病人狀況是否可承受執行各職能專業之建議。心臟衰竭個案管理師依據此心臟衰竭心臟科醫師的醫療指示，負責協調 HF-PAC 照護之跨專科醫療團隊的資源整合。

(三)跨專科醫療包含有：心臟外科專科醫師、復健專科醫師、物理治療師、職能治療師，營養師、臨床藥師、臨床心理師、社工師。於個案管理模式，經由水平整合各職類之專長，提供以病人為中心的全方位照護。

(四)內容說明如下：

1. 住院中照護內容:

- (1) 篩選出符合心臟衰竭急性後期照護的個案
- (2) 完成個人化的心臟衰竭相關知識及自我照護執行教育至少一小時
- (3) 完成自我照護能力及使用相關記錄工具之訓練 (如體重監測、藥物使用知識、記錄攝食與排出量、惡化徵兆偵測及必要處理)

- (4) 依準則所建議心臟衰竭用藥之使用率評估
- (5) 營養評估與心臟衰竭飲食建議：過去飲食習慣的評估、現階段營養需求評估、未來營養規劃。
- (6) 負責心臟衰竭急性後期照護之心臟科醫師提供完整的治療計畫，包括：HF-PAC 期間所需要的追蹤檢驗及檢查（例如：後續之心血管評估性檢驗、檢查、心導管檢查或治療的時程）、設定病人 HF-PAC 期間應維持的體重範圍，交由個案管理師監督與追蹤。
- (7) 依據個案經濟、家庭資源狀況，視需要，會診社工師評估可提供的照護介入與資源。
- (8) 風險評估、檢測項目與執行：
 - a. 於出院前完成評估下列共病，包括：

吸煙、血壓過高、血壓過低、糖尿病、冠狀動脈疾病、高血脂、瓣膜性心臟病、慢性腎病、慢性阻塞性肺病、貧血、中風、低血鈉、低血鉀、心律不整、痛風、睡眠中止症、營養不良或肌少症、癌症、憂鬱...等病史。
 - b. 檢驗：

BNP or NT-proBNP, cardiac enzymes, electrolytes, albumin, CBC, BUN, Cr, Na, UA, liver function, glucose, lipid profile
 - c. 心血管評估性檢查：

心臟超音波、十二導程心電圖、胸部 X 光
心臟衰竭病因，CHA2DS2-VASc score 計算(心房顫動之病人)、血壓
 - d. 心理功能狀態：疑似憂鬱或家庭社會支持不足者，出院前或 HF-PAC 期間，經評估依臨床需要會診精神科或臨床心理師。
 - e. 共病症風險控制教育：
 - ◆ 糖尿病與慢性腎病飲食控制原則、營養不良問題：由營養師執行

- ◆ 心臟衰竭的居家風險注意事項如水腫、感染、共病症有無風險、症狀惡化辨識：由個案管理師執行
- ◆ 準則所建議心臟衰竭用藥、心律不整藥物、抗凝血劑、藥物安全性、交互作用、以及高風險用藥 (如NSAID) 評估：由藥師執行

2. 出院準備內容：

- (1) 出院前應提供「心臟衰竭病人疾病手冊與居家健康記錄手冊」，提供專任專責的心臟衰竭個案管理師諮詢專線手機與電話。
- (2) 出院前須確認病人已備妥下述自我照顧用具：體重計、血壓計、磅秤、量杯，並於出院前已能執行血壓、體重與 24 小時攝食量及排出量記錄 (可由主要照顧者或家人協助執行)。
- (3) 心臟衰竭 PAC 個案居家訪視之內容建議：病人 PAC 照護期間，承作醫院或其垂直整合之團隊成員 (例如病患居住所在地的社區醫師或居家護理師)，可至病人家中訪視，每位病患以 2 次為限，提供病人及主要照顧者居家照護能力評估、衛教指導、及居家環境改造建議，以促進病人回歸社區。有需要再次訪視之個案，將依個案屬性決定再訪視時間。
- (4) 後續運動訓練治療建議：依照病患身體及居所狀況，建議居家自我運動或門診復健。
- (5) 心臟治療規劃：針對個案病情，建議後續心導管、心臟節律器、去顫器、心室輔助器、心血管外科手術檢查治療。

3. 出院後門診及居家照護追蹤

- (1) 門診照護條件：設立心臟衰竭門診，其專業成員包含有負責心臟衰竭照護之心臟專科醫師與專任專責心臟衰竭個案管理師，追蹤心臟衰竭病人的疾病知識與照顧行為，視需要強化病人及家屬的知識，安排後續檢驗及治療。出院後六個月內回診安排建議如下：出院後一週內完成第一次門診追蹤；三個月內每個月回診一次；第四個月起至結案前至少於第五個月內回診一次 (若個案於

HF-PAC 的六個月內過程中遇有惡化狀況發生，個管師依據醫師指令，協助安排提前返診或醫師指令協助安排相關醫療照護)。

- (2) 個案管理師，提供電話諮詢與追蹤病人居家照護的執行狀況，每月至少一次，連續 6 個月。
- (3) 返診時，個管師協助檢視個案居家自我照護記錄，(含心跳、血壓、體重、攝食與排出量)，強化心臟衰竭自我照護能力，遇有藥物種類或劑量變更時，依醫囑給予用藥指導，必要時轉介藥師諮詢門診。
- (4) 個案管理師依個案需求協調跨專科資源的整合照護。

4. 心臟復健

- (1) 出院準備階段：復健醫師或治療師參與出院前評估、進行危險分級、出院計畫說明、及臨床諮詢指導。
- (2) 門診階段：心肺功能監控下的中等強度運動訓練、肌耐力訓練(需要附心電圖、血壓監視記錄資料)。
- (3) 其他需要復健訓練項目，如呼吸訓練、肌力訓練、柔軟度訓練
- (4) 節能訓練、職業需求訓練
- (5) 上述(2)(3)(4)項復健治療依病人狀況及需要訓練的強度進行復健訓練：

註：依據美國心肺復健學會之建議，以等張性、有氧性的運動為主，每週三至五次，每次 40 至 50 分鐘，並且維持三個月為一個訓練單位(但因心臟衰竭屬重症，個體差異化極大，需考慮安全性，依病人狀況設計個人化復健訓練的強度)。

5. 定期評估(初評、複評及結案評)：評估項目、工具及量表 (執行時間：初評：出院前完成，於出院回診確認收案後申報；複評三次：出院滿 1 個月、出院滿 3 個月、出院滿 5 個月；結案評估：出院後滿六個月該月。評估內容詳五、評估工具。