

103 年第 4 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準
共同擬訂會議」會議紀錄

時間：103 年 11 月 27 日(星期四)下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：蔡副署長魯

紀錄：張巧如

姚代表鈺	姚鈺	陳代表福展	陳福展
黃代表雪玲	黃雪玲	蘇代表清泉	蔡明忠(代)
林代表富滿	林富滿	吳代表志雄	吳志雄
郭代表正全	郭正全	陳代表彥廷	陳彥廷
李代表伯璋	李伯璋	林代表敬修	林敬修
陳代表志忠	陳志忠	高代表靖秋	劉淑芬(代)
徐代表弘正	徐弘正	賴代表振榕	(請假)
林代表淑霞	簡志誠(代)	曹代表昭懿	曹昭懿
羅代表永達	羅永達	吳代表進興	吳進興
謝代表文輝	王秀貞(代)	黃代表鶴珠	林綉美(代)
謝代表武吉	謝武吉	黃代表棟國	黃棟國
朱代表益宏	朱益宏	梁代表淑政	梁淑政
李代表紹誠	李紹誠	葉代表宗義	葉宗義
陳代表宗獻	陳宗獻	李代表永振	陳炳宏(代)
盧代表榮福	盧榮福	陳代表川青	陳川青
張代表嘉訓	張嘉訓	侯代表彩鳳	(請假)
王代表正坤	(請假)	李代表玉春	(請假)
黃代表啟嘉	黃啟嘉	吳代表肖琪	吳肖琪
陳代表憲法	陳憲法		

列席單位及人員：

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

張友珊、葉肖梅

中華民國中醫師公會全國聯合會

王逸年

中華民國牙醫師公會全國聯合會

朱智華、林敬修、許家禎

中華民國醫事放射師公會全國聯合會	黃國棟
中華民國醫師公會全國聯合會	吳春樺、陳思綺
中華民國藥師公會全國聯合會	王韻婷、譚延輝
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
中華民國助產師助產士公會全國聯合會	林綉美
台灣醫院協會	郭家英
醫藥品查驗中心	許雅蓉、朱素貞、黃依寧
台灣婦產科醫學會	鄧森文、謝卿宏
台灣聽力語言協會	張綺芬、王雅慧、蘇心怡
本署台北業務組	丁香豔、李如芳、溫牡珍 黃昭瑤、陳德旺、陳美玲
本署企劃組	劉欣萍(代)
本署醫審及藥材組	蔡文全
本署醫務管理組	林阿明、李純馥、陳真慧、 林淑範、林寶鳳、張曉雲、 虞淑婷、王玲玲、李待弟、 陳依婕、涂奇君、吳明純、 張淑雅、張巧如、蕭靜怡、 許怡琳

一、主席致詞：略。

二、確認上次會議紀錄（議事錄）：請參閱(不宣讀)確認。

部分代表對上次會議紀錄之建議事項，重點說明如下：

- (一) 討論案第五案：有關醫院藥事服務費合理量之藥師總工作人日數計算方式，暨地區醫院特殊藥品處方每人每日合理件數。會議決議增列通則七：地區醫院特殊藥品處方每人每日合理量為 15 件。部分與會代表反應其計算方式本署分區業務

組執行面與規定不一致乙節，署本部將以資訊程式設置一致標準。

(二) 討論案第六案：有關修訂「全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫」案。

1. 部分代表反應地區醫院代表建議共 6 點，擬錄案研參乙項，有實質檢討之必要。
2. 決議事項第 4 點，由 6 週照護期滿之延長照護申請，建議免再申請事前審查。修正為 6 週照護期滿之延長照護申請，因有其他配套措施，故建議免再申請事前審查。

三、報告事項

(一) 增修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫支付標準案。

決議：本案暫保留，由於預算金額總計 5.898 億元遠低於增修訂項目之費用推估 7.145 億元，建議牙全聯會修正支付標準調整內容或幅度控制於預算金額內，再提會報告。

(二) 修訂 104 年度「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」案。

決議：

1. 同意修訂 104 年度「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」案，修訂後計畫詳如附件 1(詳見 P.11~59)。
2. 相關修訂重點如下：
 - (1) 調高年執行人次為 87,850 人。
 - (2) 特定身心障礙者牙醫醫療服務部分：

A、適用對象：增列失能老人支付方式比照輕度患者得

加計 1 成。此類服務對象之服務地點為衛生福利部所屬老人福利機構、特定需求者以及到宅，且應檢附評估量表、診斷證明或長期照護管理中心核定函等文件。

B、醫療團服務每診次申報上限維持 3 萬點，惟修訂為「含加成後論量支付點數」。

- (3)到宅居家照護條件由非牙科醫師轉介，修訂為醫師轉介，且服務對象納入失能老人，並採論次論量支付。
- (4)到宅及特定需求者之服務內容新增簡單性拔牙及單面蛀牙填補。
- (5)修訂結算方式：預算係按季均分及結算，每點金額以 1 元支付。當季預算若有結餘，則流用至下季，若當季預算不足時，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費用以每點金額 1 元支付，其餘項目採浮動點值計算且每點支付金額至少 0.95 元計算，惟如預算不足支應，則由一般服務預算支應。

(三) 修訂 104 年度「全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」案。

決議：

- 1. 同意修訂 104 年度「全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」，修訂後計畫詳如附件 2(詳見 P.60~72)。
- 2. 相關修訂重點如下：
 - (1) 調高執行目標數為第二階段達 125,000 照護人次，第三階段達 90,000 人次，併同修訂一季執行案件數。

(2)健保會依費用協定結果修訂計畫經費，第一及第二階段專款為 8.5 億元，第三階段專款 2.446 億元及一般服務配合款 0.605 億元。

(3)新增第 1 階段服務應檢附 X 光片之規定，及病人基本資料暨接受牙周病統合性治療確認書。

(4)有關醫師經本署核定後得增加申報件數之醫管措施，載明件數係以第二階段(P4002C)列計。

(5)修訂申報規定及部分行政流程。

(四) 修訂 104 年度「全民健康保險牙醫門診總額口腔癌統合照護計畫」案。

決議：

1. 同意修訂 104 年度「全民健康保險牙醫門診總額口腔癌統合照護計畫」，修訂後計畫詳如附件 3(詳見 P.73~78)。

2. 相關修訂重點如下：

(1)修訂執行醫師資格：口腔顎面外科專科醫師、口腔病理科專科醫師逕依支付標準申報，惟經口腔黏膜提升計畫課程受訓牙醫師，需向牙醫全聯會提出申請，並經全民健康保險保險人核定後始得執行。同時修訂申報資格及應檢附資料。

(2)明訂口腔癌與癌前病變個人習慣紀錄單之填寫時間點為第一次及每 365 天應填寫 1 次。

3. 另與會代表表示其適用對象之癌前病變仍須病理報告確診，經會上討論後獲得一致共識，文字維持為經病理報告確診為頭頸口腔惡性腫瘤患者或癌前病變患者。

(五) 增修訂 104 年度「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病

輔助醫療計畫」及「全民健康保險中醫提昇孕產照護品質計畫」兩項中醫總額醫療照護計畫案。

決議：

1. 同意修訂 104 年度「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」，修訂後計畫詳如附件 4(詳見 P.79～87)。修訂重點包括：因歷年試辦成效良好，爰將計畫名稱刪除「試辦」兩字，及於計畫申請表增列承作適應症之勾選欄位。
2. 同意新增「全民健康保險中醫提昇孕產照護品質計畫」醫療照護計畫，詳見附件 5(詳見 P.88～93)。其修訂重點如下：

(1)對象包括：已婚超過一年有正常性生活而無法受孕的男女患者、易流產(超過 2 次(含)以上)之女性受孕後 0-20 周之保胎照護。

(2)除四診診療外，男、女性相關衛教及指導。

(3)採包裹支付制，「中醫助孕照護處置費」及「中醫保胎照護處置費」內含所需各項診察費、藥費及診療費等，含針灸處置皆為每次 1200 點，不含針灸處置皆為每次 900 點，同院所同一個案每週限申報一次。

- (六) 有關 104 年「全民健康保險高診次者藥事照護」計畫(草案)報告案。

決議：同意修訂 104 年「全民健康保險高診次者藥事照護」計畫，修訂後計畫詳如附件 6(詳見 P.94～113)。

- (七) 有關修訂「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」(草案)。

決議：

1. 同意修訂「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」，對照表詳如附件 7(詳見 P.114~128)。
2. 附帶決議如下：
 - (1)「獎勵院所上傳檢驗(查)結果之上傳基本費」乙項，部分代表建議不因層級別而有不同，經會上討論同意將醫院層級(醫學中心、區域醫院、地區醫院)之上傳基本費一律調整為每季 2,500 元。
 - (2)醫院適用之「特定醫療資訊查詢關懷名單網頁開啟率」排除關懷名單就醫 5 人次以下部分，經與會代表同意將 5 人次以下修改為 10 人次以下，該支付權重 15%調移至第 2 項指標「門診病人健保雲端藥歷系統查詢率」。
 - (3)部分代表對此方案資料之提供有違反個資之疑慮，本署業於會中說明係符合個資法第 20 條第 1 項第 1 款法律明文規定(健保法第 79 條)可做特定目的外之利用，惟若仍有疑慮，本署必要時可函請法務部釋示。

四、討論事項

- (一) 增修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第四節復健治療之語言治療相關診療項目案。

決議：

1. 同意增修訂語言治療相關診療項目案，修訂後支付標準詳如附件 8(詳見 P.129)。
2. 其修訂重點如下：
 - (1)新增語言治療「中度-複雜」之診療項目，支付點數比照現行物理治療支付點數。

(2)調高語言治療「複雜」之診療項目支付點數，比照現行物理治療支付點數。

(3)重新修訂語言治療各治療程度項目區分方式之備註。

3. 另台灣復健醫學會、台灣聽力語言學會、中華民國語言治療師公會全國聯合會，建議擬訂適應症乙項，俟收集彙整相關資料再提案至下次會議討論。

(二) 有關修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第一章第六節中醫、牙醫及西醫基層藥事服務費支付標準乙案。

決議：同意調升中醫、牙醫及西醫基層藥事服務費 3 點，修訂後支付標準詳如附件 9(詳見 P.130~131)。

(三) 新增「全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案」。
決議：

1.同意現行衛生福利部醫療發展基金辦理之「孕產婦照護品質確保及諮詢服務計畫」回歸健保由醫院及西醫基層總額醫療給付改善方案專款項目項下增列支應，修訂後計畫詳如附件 10(詳見 P.132~137)。

2.修訂重點包括：修正計畫名稱為「全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案」，並同修正相關文字及表格。

3.另部分代表表示其品質監控指標不合宜乙項，俟收集相關資料及意見再行檢討。

(四) 有關修訂「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」乙案。

決議：

1.同意修訂「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計

畫」。

2.其修訂重點如下：

(1)維持 B、C 型肝炎資源不足之縣市西醫基層院所可由兼任醫師提供診療服務。惟醫療不足之縣市乙項洽相關專科學會提供意見。

(2)為利評估個案藥物治療之效果，請院所於健保資訊服務系統（VPN）登錄個案歷次病毒量檢驗結果。另病毒量檢驗乙項，有部分代表建議是否有該排除之個案(例如：肝移植個案)，俟收集相關意見及資料再行檢討。

(五) 有關「合併執行全子宮切除術、陰道懸吊與固定術、膀胱直腸脫垂修補術」或「合併執行子宮懸吊手術、子宮直腸陷凹手術、膀胱直腸脫垂修補術/其他陰道修補術」案件改採核實申報案。

決議：

1. 同意「合併執行全子宮切除術、陰道懸吊與固定術、膀胱直腸脫垂修補術」或「合併執行子宮懸吊手術、子宮直腸陷凹手術、膀胱直腸脫垂修補術/其他陰道修補術」案件，為不適合 DRG 適用範圍，惟有關上開決議事項，實施後須持續監控申報情形，並依其影響做相關 DRG 之調整。
2. 上述排除 DRG 範圍案件，由醫務管理組重新計算校正相關 DRG 權重的分子，分母不校正（全國平均點數不變），SPR 不調整的原則下，重新計算相關 DRG 權重。併同支付標準增修內容，陳報衛生福利部核定發佈。

五、臨時動議

由社區醫院謝代表武吉及朱代表益宏共同提案，共 2 案

(一) 為使 104 年「跨層級醫院合作計畫」順利推動，建議健保署主動綜整各層級意見後提出具體草案意見並儘快於 12 月與醫院團體研議完成，以利落實。

決議：同意為使 104 年「跨層級醫院合作計畫」順利推動，建議本署主動綜整各層級意見後提出具體草案意見並儘快於 12 月與醫院團體研議，達成落實。

(二) 攸關「跨層級醫院合作計畫」，涉及轉診及分級醫療之政策，建議邀請衛福部就法規及政策至本會報告，並就各單位權責分工，擬訂相關配套。

決議：衛福部已併案至有關轉診及分級醫療政策中研議，俟彙整相關意見後再行討論。

六、散會：下午 6 時 00 分

104 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

一、依據

各年度全民健康保險醫療給付費用總額之協議結果。

二、目的

旨在提昇牙醫醫療服務品質，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

104 年 1 月 1 日至 104 年 12 月 31 日止。

四、年度執行目標

本計畫以至少達成 **87,850** 服務人次為執行目標。

五、預算來源

104 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」專款項目下支應，其經費為 4.43 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顛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：

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、染色體異常或其他經主管機關認定之障礙(需為新制評鑑為第1類及第7類者)、發展遲緩兒童、失能老人（非屬上述身障者）等身心障礙者。其中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、失能老人僅限衛生福利部所屬老人福利機構、特定需求者等醫療服務範圍，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本；到宅牙醫醫療服務對象符合「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」應檢附各縣市衛生局長期照顧管理中心之核定函證明文件影本】提供服務。

(二)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。

(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.每位醫師首次加入須接受 6 學分以上身心障礙醫療業務等相關之教育訓練，加入後每年須再接受 4 學分以上之身心障礙醫療業務相關之進修教育課程；本計畫之醫師累積超過 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。

(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.每位醫師首次加入須接受 6 學分以上身心障礙醫療業務之教育訓練，加入後每年須再接受 4 學分以上之身心障礙醫療業務相關之進修教育課程；本計畫之醫師累積超過 30 (含) 學分後，得繼續執行計畫，惟課程皆須由中

華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。

C.醫師3年內不得有視同保險醫事服務機構違約記點(屬特管辦法第三十六條第二款者不在此限)或扣減費用、6年內不得有視同保險醫事服務機構停止特約以上之處分。

****醫療團牙醫醫療服務**

- 1.由各縣市牙醫師公會協調或協助至少2位以上符合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、**衛生福利部所屬老人福利機構**等內部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)，提供牙醫醫療服務。
- 2.醫師前往提供服務前需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，醫療費用需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.由各縣市牙醫師公會、醫學中心、參與衛生福利部「身心障礙者牙科醫療服務示範中心營運獎勵計畫」之醫院或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**，提供「特定需求者」牙醫醫療服務。醫療服務方式限於在長期臥床患者床邊及患者無法移動至固定診療椅等情形下提供;「特定需求者」牙醫醫療服務之對象、支付及申報規定等，均與到宅牙醫醫療服務相同。

****到宅牙醫醫療服務**

1.服務對象須符合以下條件：

- (1)本計畫之特定障礙類別需符合居家照護條件—適用對象為障別等級重度以上有口腔醫療需要之患者，但因疾病、傷病長期臥床的狀態，清醒時50%以上活動限制在床上，行動困難無法自行至醫療院所治療，且居家照護患者須由

之醫師轉介。

(2)本計畫居家照護條件—對象需符合「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」，且出具各縣市衛生局長期照顧管理中心之核定函證明文件影本，確有需要者，得向牙醫診所或醫師提出口腔醫療需求。

- 2.**醫師提出口腔醫療需求評估及治療計畫，經牙醫全聯會初核，並彙送保險人分區業務組核定者。
- 3.**由各縣市牙醫公會、醫學中心、參與衛生福利部「身心障礙者牙科醫療服務示範中心營運獎勵計畫」之醫院或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，至服務對象所在之居所提供牙醫醫療服務。
- 4.**醫師資格與進階照護院所相同。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【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、氧氣筒需有節流裝置、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】。
- 5.**醫師前往提供服務前需事先向當地衛生主管機關完成支援報備之申請；並檢具當地衛生主管機關報備函向牙醫全聯會申請初核，並經保險人分區業務組核定後，始得至服務對象所在之居所提供牙醫醫療服務，醫療費用需帶回執業登記院所申報。

(三)支付及申報規定：

- 1.院所、醫療團、到宅及特定需求者牙醫醫療服務，除麻醉項目外之醫療費用，極重度身障患者得加 7 成申報、重度患者得加 5 成申報、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 成申報、輕度患者（**含失能老人**）得加 1 成申報。
- 2.預算係按季均分**及結算，每點金額以 1 元支付。**當季預算若有結餘，則流用至下季，若當季預算不足時，**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費用以每點**金額 1 元支付**，其餘項目採浮動點值**計算**且每點支付金額**至少 0.95 元計算，惟如預算不足支應，則由一般服務預算支應。**
- 3.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：

(1) 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

(2)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

(3)到宅醫療服務：極重度 FS、重度 FY

失能老人：L2

(4)特定需求者服務：極重度 FU、重度 FZ

失能老人：L3

- 4.執行特定身心障礙者**(含失能老人)**牙醫醫療服務時，得依病情適時給予氟化物防齲處理(每次 500 點，每 90 天申報 1 次為限，支付標準編號為 P30002)。
- 5.醫療團巡迴牙醫醫療服務**(含失能老人)**，得採論次加論量支付方式計酬，由各醫師帶回執業院所申報論量及論次支付點數，每位醫師每診次以 3 小時為限(不含休息、用餐時間)，每小時 2400 點(內含護理費，支付標準編號為 P30001，另平均每小時至少服務 1 人次，否則不得申請該小時費用。
- 6.醫療團服務之限制規定如下：(不適用於特定需求者牙醫醫療服務)
 - (1)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。
 - (2)每診次申報點數不超過 3 萬點(含及加成後論量支付點數)，若超過 3 萬點以上者，超過的部分不予支付。
 - (3)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**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，需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。)
 - (4)服務須登錄健保卡，就醫序號請依健保卡相關作業規定辦理。

7.到宅及特定需求者牙醫醫療服務之支付與限制規定如下：

(1)得採論次論量支付方式計酬，由各醫師帶回執業院所申報論量及論次支付點數，每位醫師每診次以3小時為限（不含休息、用餐時間），每小時1900點（內含護理費，支付標準編號為P30003，且不得收取交通費及其它自費項目）。

(2)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次為限，並依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定施行。

(3)考量安全，醫師服務應以提供牙周病緊急處理、牙周敷料、牙結石清除、牙周病控制基本處置、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；服務須登錄健保卡，就醫序號請依健保卡相關作業規定辦理。

8.執行身心障礙者及失能老人牙醫醫療服務時，得依患者看診情形，同意符合專科資格之麻醉科醫師支援基層院所。

9.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。

10.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（含失能老人）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時，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乙份【含開（執）業登記動態章】。

2.申請為進階照護院所時，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乙份，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乙份【含開(執)業登記動態章】。

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】申請時需包括縣市牙醫師公會評估表【附件 6】、身心障礙福利機構、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等醫療服務單位之立案證明、同意函、簡介、身障者名冊及衛生福利部所屬老人福利機構應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本、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【含開(執)業登記動態章】等內容書面紙本和電子檔各乙份，一併提供牙醫全聯會。

(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.申請提供到宅牙醫醫療服務時，應檢附下列資料：

(1)申請書格式如【附件 13】、日報表【附件 16】。

(2)醫療服務之預定執行區域居所資料。

(3)個案口腔醫療需求評估表及治療計畫【附件 17】、到宅醫療個案需求轉介單【附件 18】或對象符合「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」應檢附各縣市衛生局長期照顧管理中心之核定函證明文件影本、當地衛生主管機關報備支援同意函、牙醫師證書正反面影本(含開(執)業登記動態章)等書面紙本各乙份。

(4)醫師接受身心障礙教育訓練之學分證明影本。

5.申請提供特定需求者牙醫醫療服務時，應檢附下列資料：

(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身心障礙福利機構簡介及衛生福利部所屬老人福利機構立案證明、機構同意

函、衛生福利部所屬老人福利機構應檢附評估量表相關文件或診斷證明影本

等，另需檢附當地衛生主管機關報備支援同意函等書面。

- (2)每位患者需填妥乙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 21】等書面紙本。
- (3)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等書面文件各乙份。

(五)相關規範

- 1.每月 5 日前將申請書及相關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】。到宅及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。
- 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.執行特定身心障礙者（含失能老人）牙醫醫療服務，請院所影印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、到宅牙醫醫療服務對象符合「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」應檢附各縣市衛生局長期照顧管理中心之核定函證明文件影本、衛生福利部所屬老人福利機構應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本，黏貼於病歷首頁，以備查驗。
- 4.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。其餘案件仍需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。
- 5.醫療團執行特定身心障礙（含失能老人）牙醫醫療服務應注意事項：（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)醫療團醫師每月 20 日前須檢附論次論量申請表【附件 10】、日報表【附件 11】併同門診費用申報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 3 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、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)每一醫療團必需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，須影印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、衛生福利部所屬老人福利機構應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本，黏貼於病歷首頁，以備查驗。
- (8)一位醫師需搭配至少一位助理或護理人員。
- (9)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 20】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，被牙醫全聯會或保險人分區業務組要求改善，第 1 次通知 2 個月內未改善或第 2 次通知 1 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。
- 6.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)醫師每月 20 日前須檢附論次論量申請表【附件 10】、日報表【附件 11】併同門診費用申報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 3 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)每月申請 a.到宅：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】、轉介單【附件 18】及當地衛生主管機關報備支援同意函、牙醫師證書正反面、身心障礙醫療業務相關學分證明等；b.特定需求者：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】、個案狀況評估表【附件 21】及當地衛生主管機關報備支援同意函、牙醫師證書正反面、身心障礙醫療業務相關學分證明等，前述 a.和 b.均需送牙醫全聯會先行初審，再彙整後送本保險人之分區業務組核定。若有醫師異動，應具函敘明原因及備妥衛生主管機關核備函，通知牙醫全聯

會及保險人分區業務組。

- (4)應詳實填寫就診紀錄【附件 19】留存於病患，並於院所製作實體病歷留存，須影印有效之身心障礙手冊（證明）正反面影本到宅牙醫醫療服務對象符合「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」應檢附各縣市衛生局長期照顧管理中心之核定函證明文件影本、衛生福利部所屬老人福利機構應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本，黏貼於病歷首頁，以備查驗。
 - (5)一位醫師需搭配至少一位護理人員。
 - (6)醫師應於診療期間隨時注意病患之生理及心理狀況。
 - (7)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。
 - (8)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。
 - (9)醫師應教導家屬為患者清潔口腔之衛教知識。
 - (10)耗材應由醫療團隊自備。
 - (11)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。
 - (12)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。
 - (13)依保險人規定執行健保卡讀、寫卡作業。
 - (14)未遵守本計畫相關規定，被牙醫全聯會或保險人分區業務組要求改善，第 1 次通知 2 個月內未改善或第 2 次通知 1 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。
- 7.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確認後，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。
- 8.申請本計畫提供特定身心障礙者、發展遲緩兒童、失能老人等牙醫服務之醫師首次申請加入須接受 6 學分以上身心障礙醫療業務課程，且每年須再接受 4 學分以上之身心障礙醫療業務相關進修教育課程（每年再進修課程不得重覆），並檢附積分證明後，得於下一年度繼續執行此計畫。本計畫之醫師累積超過 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。
- 9.參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、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>)，俾利特殊身心障礙者查詢就醫。

- 八、本計畫依現行部分負擔規定辦理。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，部分負擔得予減免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，送全民健康保險會備查。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，得由保險人逕行修正公告。

【附件 1】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫

-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，需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：施行本項檢查不需要事前審查，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：施行本項檢查不需事前審查，惟限三歲以上有治療須要者，每一年六個月限施行乙次。		✓	✓	✓	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：限上下顎各施行乙次為原則。		✓	✓	✓	1500
92106B	空間維持器(雙側)，固定或活動式 Space maintainer,bilateral 註：限上下顎各施行乙次為原則。		✓	✓	✓	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.以每三個月實施乙次為限。 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) 註：1.恆牙期牙齒矯正各次支付中，不得另行申報基本及選擇性診療項目。 2.申報時間、基本診療項目如下： (1)申報時間：第一次支付後160天。 (2)基本診療項目：6次以上矯正調整。 (3)申報醫療費用時應檢附病歷影本，並標示第1次支付申報日期作為審查依據。 (4)內含92111B矯正調整及追蹤檢查費用。		✓	✓	✓	7236
92119B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第三次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(one jaw)		✓	✓	✓	4973
92120B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第三次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(two jaws) 註：1.恆牙期牙齒矯正各次支付中，不得另行申報基本及選擇性診療項目。 2.申報時間、基本診療項目如下： (1)申報時間：第二次支付後160天。 (2)基本診療項目：6次以上矯正調整。 (3)申報醫療費用時應檢附病歷影本，並標示第2次支付申報日期作為審查依據。 (4)內含92111B矯正調整及追蹤檢查費用。		✓	✓	✓	7236
92121B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第四次支付 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
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 2124B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第五次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(one jaw) 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：第五次支付後至完成治療。 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。		✓	✓	✓	9946 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
90112C	特殊狀況橡皮障防濕裝置 Rubber dam appliance 註：1.治療需要時，需使用橡皮障防濕裝置費(限全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫之特定身心障礙者牙醫醫療服務申報)。 2.使用橡皮障防濕裝置時，需檢附X光片或相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)佐證(X光片或相片費用已內含)。 3.含張口器費用。	✓	✓	✓	✓	250
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)

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

【附件 3】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫
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乙份。

（2）「進階院所」需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乙份、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乙份等資料後，待牙全會初審後再請申請院所親自面試。

【附件5】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫
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、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**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

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試辦計畫-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)：

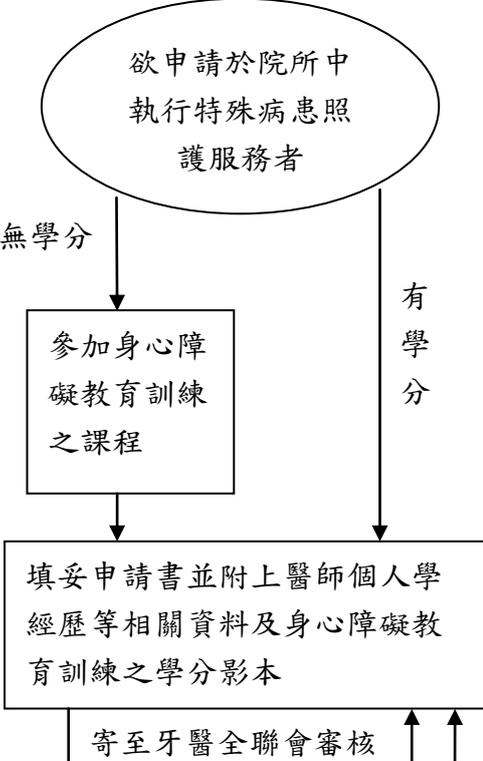
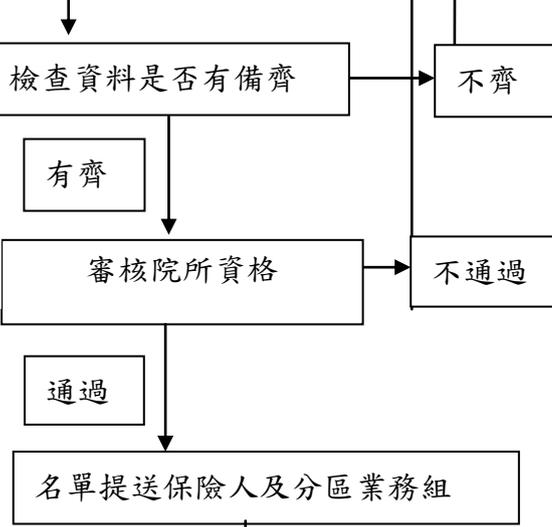
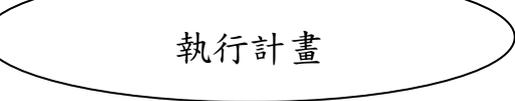
地址：

* 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試辦計畫
院所申請流程圖

階段	流程	說明
申請前段		<p>1-1 院所有醫師希望能申請本計畫之經費時。</p> <p>1-2 請至牙醫全聯會網站 (www.cda.org.tw) 的下载專區，下载本計畫全文且詳讀。</p> <p>2-1 若醫師無身心障礙相關課程基礎六學分請執行 2-2 的步驟。若醫師已有身心障礙相關課程六學分請直接執行 3-1 之步驟。</p> <p>2-2 請電洽各縣市公會詢問是否於近期內有舉辦身心障礙相關課程，若無可請所屬縣市公會協助詢問鄰近公會，或請所屬縣市公會籌畫身心障礙課程。</p> <p>3-1 填寫好院所之申請表 (以院所為單位)，且於申請表後需附上：</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，進階院所需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持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>

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫

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試辦計畫

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：

*執行醫療服務單位的，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，需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試辦計畫
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試辦計畫

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需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、衛生福利部所屬老人福利機構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場所。</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試辦計畫

牙醫醫療服務報酬論次論量申請表

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	核減額	核定額
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	每次申請金額	申請金額總數	核減次數	核減金額	核定次數	核定金額
	支付別									
	P30001									
	P30003									
總計										
負責醫師姓名： 醫事服務機構地址： 電話： 印信：				<p>一、編號：每月填送均自 1 號起編。總表欄：於最後一頁填寫。</p> <p>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，否則不得申請該小時費用)。</p> <p>三、到宅及特定需者 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，否則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 次為限。</p> <p>四、診療人次：填寫當次診療之人次。</p> <p>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費用申報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」。</p> <p style="text-align: right;">填表日期 年 月 日</p>						

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試辦計畫-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**
- 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試辦計畫

(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：				殘障手冊資料或失能老人證明影本黏貼處 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、衛生福利部所屬老人福利機構應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本													
親屬：																	
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																	

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(無牙區需扣除)。

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(無牙區需扣除)。

註：口腔照護支持服務評鑑標準需牙菌斑平均值(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=牙菌斑總計總數()/總區數:無牙區需扣除()=()

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:無牙區需扣除()=()

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試辦計畫
-牙醫醫療服務申請書（到宅或特定需求者醫療服務）

提供服務方式：到宅 特定需求者醫療

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

醫學中心

參與衛生福利部「身心障礙者牙科醫療服務示範中心營運獎勵計畫」
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 checked="" 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、執行到宅或特定需求者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

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫
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>3-1 由符合資格之醫療院所提出到宅醫療團隊之申請</p>	<p>1-1 由各縣市牙醫師公會、醫學中心、參與衛生福利部「身心障礙者牙科醫療服務示範中心營運獎勵計畫」之醫院或參與本試辦計畫之進階照護院所組成團隊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 (以到宅醫療團隊為單位)，並於申請書【附件 13】後附上：</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 日報表【附件 16】 b. 到宅醫療之預定執行區域服務地點 c. 個案口腔醫療需求評估及治療計畫【附件 17】、到宅醫療個案需求轉介單【附件 18】、當地衛生主管機關報備支援同意函、牙醫師證書正反面影本 (含開(執)業登記動態章)、<u>到宅牙醫醫療服務對象符合「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」應檢附各縣市衛生局長期照顧管理中心之核定函證明文件影本</u>等書面紙本各乙份。 d. 身心障礙教育訓練之學分證明影本
申請中段	<p>4 查資料是否有備齊</p> <p>缺件</p> <p>齊全</p> <p>5 若有需要應至牙醫全聯會口頭報告</p> <p>未通過</p> <p>齊全</p> <p>6 名單提送保險人及分區業務組</p>	<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	<p>7 符合執行計畫資格</p>	<p>7-1 收到保險人回復函後其醫療團隊 (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試辦計畫
特定需求者醫療服務申請流程圖

階段	流程	說明
申請前段		<p>1-1 由各縣市牙醫師公會、醫學中心、參與衛生福利部「身心障礙者牙科醫療服務示範中心營運獎勵計畫」之醫院或參與本試辦計畫之進階照護院所組成團隊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> <ul style="list-style-type: none"> a. 日報表【附件 16】、每位患者需填妥乙份個案口腔醫療需求評估表及治療計畫【附件 17】。 b. 個案健康狀況評估表【附件 21】等書面紙本。 c. 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、<u>衛生福利部所屬老人福利機構</u>、機構同意函等，另需檢附當地衛生主管機關報備支援同意函等書面。 d. 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<u>衛生福利部所屬老人福利機構應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本</u>等書面文件各乙份。
申請中段		<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		<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試辦計畫

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>受理身心障礙患者居家照護之醫師或牙醫診所轉介</p> <p>↓</p> <p>醫師至臥床患者居所執行醫療服務審核</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-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 中事前準備工作</div> </div>	<p>A-1 受理身心障礙患者或失能老人居家照護之醫師或牙醫診所轉介需求個案。</p> <p>A-2 提出到宅個案醫療之申請。</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，於每月提送到宅個案至牙醫全聯會初審，待保險人及分區業務組相關通知或核定文後，方可執行到宅醫療。</p> <p>A-4 到宅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 到宅醫療團隊執行時間自保險人核定通過日起。</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-12 之步驟。若無執行 A-11 之步驟將無法申請健保費用。</p> <p>↓</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <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 卡等作業</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>↓</p> <p>結束此次到宅醫療服務</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>

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫
執行特殊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</p> <p>↓</p> <p>醫師至臥床患者居所執行醫療服務審核</p> <p>↓</p> <p>每次出診前置作業</p> <p>↓</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;">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 中事前準備工作</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。</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 到宅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-12 之步驟。若無執行 A-11 之步驟將無法申請健保費用。</p> <p>↓</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <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	<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>結束此次身心障礙福利機構或衛生福利部所屬老人福利機構醫療服務</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試辦計畫服務日報表

執行單位（全銜）：_____

（到宅醫療或特定需求者醫療服務專用）

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

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) 牙周病控制基本處置、(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試辦計畫

口腔醫療需求評估及治療計畫-__年__月__日、序號：__

基本資料																	
姓名：				出生年月日：						監護人：							
提供服務方式： <input type="checkbox"/> 到宅醫療服務 <input type="checkbox"/> 特定需求者醫療服務																	
地址：																	
醫病史 (MedialHistory)																	
父母：				殘障手冊 <u>或失能老人證明</u> 資料或影本黏貼處													
親屬：				備註： <u>(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：需符合「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」，且出具各縣市衛生局長</u> <u>期照顧管理中心之核定函證明文件影本、(3) 衛生福利部所屬老人福利機構：應檢附診斷證明書或評估量表相關證明文件影本</u>													
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： <u>(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) □牙周病控制基本處置、(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</u>																	
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試辦計畫

牙醫醫療服務-到宅醫療個案需求轉介單

提出轉介需求單位：_____ 提出轉介日期：____年__月__日
 或提出轉介需求醫師：_____（親簽）電話：_____、傳真：_____

患者基本資料	姓名		出生	民國	年	月	日，	歲	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	緊急聯絡人		電話				關係		健保	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	身份別	<input type="checkbox"/> 1 一般 <input type="checkbox"/> 2 低收入戶 <input type="checkbox"/> 3 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 4 身障手冊 <input type="checkbox"/> 5 其他_____									
	戶籍地址										
	現住址						身分證 字號				
個案口腔需求摘要 (個案情況)	<input type="checkbox"/> 疑似牙齦出血紅腫等異常情況 <input type="checkbox"/> 疑有口腔衛生狀況不佳情況 <input type="checkbox"/> 其他需轉介牙科處理_____										
患者目前身心健康狀況 (個案情況)											

受理轉介需求單位：_____ 受理轉介需求日期：____年__月__日

受理轉介需求醫師：_____ 電話：_____ 傳真：_____

接案結果：申請提供服務：_____

無法提供服務原因：_____

再轉介之建議：_____

註：無法提供或再轉介建議時，本單請送還轉介需求單位醫師轉知病人或另請其他牙醫師評估重填本欄。

接案者（簽章）：_____

*如收案申請提供到宅服務，請院所**儘早安排**診次，併個案醫療需求評估及治療計畫資料及醫師報備支援衛生主管機關核備函，送牙醫全聯會初審，再彙送保險人及分區業務組核定，醫師異動應具函敘明原因及備妥衛生主管機關核備函通知牙醫全聯會及保險人分區業務組。

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

填表說明：D=Decayed X=Missing M=Mobility RR=Residual Root F=Filled

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) 牙周病控制基本處置
- (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：

護士簽名 (簽章)：

【附件 20】

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 21】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫
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:衛生福利部所屬老人福利機構,並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
 ①過度乾燥有皮屑 ②淤青 ③有疹子 ④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：) ⑤其他

(3)目前是否接受其他特殊照護
0. 否
1. 是（ ①鼻胃管 ②氣切管 ③導尿管 ④呼吸器 ⑤傷口引流管
 ⑥造瘻部位 ⑦氧氣治療 ⑧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：		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
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. 牙周病控制基本處置 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：_____

評估者姓名：_____醫師（親簽）

104 年度全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫

一、依據：

各年度全民健康保險醫療給付費用總額之協議結果。

二、目的：

本計畫之實施，係藉增加牙周病照護之內容，建立治療照護架構，期提升牙周病照護品質，增進就醫公平性，以減少後續口腔疾病醫療費用之負擔。

三、執行目標：

本計畫**照護人次**以達成**第二階段 125,000 人次**及**第三階段 90,000 人次**為執行目標。

四、預算來源及支付範圍：

(一) 本計畫所列診療項目之預算來源

1. 「P4001C」及「P4002C」診療項目由 104 年度全民健康保險牙醫醫療給付費用總額中「牙周病統合照護計畫」專款項目下支應，全年經費為 **8.50** 億元。其預算按季均分及結算，每點金額以 1 元暫結；當季預算若有結餘則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。全年結算，每點金額不高於 1 元。
2. 「P4003C」診療項目全年經費為 **3.051** 億元，其中 **2.446** 億元由 104 年度全民健康保險牙醫醫療給付費用總額中「牙周病統合照護計畫」專款項目下支應，另 **0.605** 億元由一般服務預算移撥支應。其預算按季均分及結算，每點金額以 1 元支付。當季預算若有結餘，則流用至下季；若當季預算不足，則由一般服務預算支付；年度若有結餘，則回歸一般服務總額。

(二) 適用治療對象(給付對象)

治療對象為全口牙周炎患者，總齒數至少 16 齒(專業認定需拔除者不列入總齒數計算)，6(含)顆牙齒以上牙周囊袋深度 $\geq 5\text{mm}$ 。

(三) 給付項目及支付標準：

1. 本計畫支付標準限經 99 至 **104** 年度牙醫門診醫療給付費用總額牙周病統合照護計畫核定之醫師申報。
2. 若病人曾於最近一年內，在同一特約醫療院所施行並申報 91006C、91007C*3 者，不得申報本計畫中所列診療項目。

- 3.特約醫療院所擬執行牙周病檢查與治療前，應先詢問病人是否已持有牙周病照護手冊或接受過治療，並請至健保 VPN 系統進行牙周病統合照護計畫登錄及查詢該病患是否曾接受牙周病統合性治療，如未曾接受統合性治療或曾接受統合性治療超過一年以上（以執行 P4001C 起計），始得收案執行。
- 4.確認病人符合收案資格後，特約醫療院所始得申報本計畫支付項目，並自第一階段支付牙周病檢查日起，一年內不得申報 91006C 至 91008C 之診療項目服務費用，且不得拒絕提供有病情需要，需補充施行齒齦下刮除之治療。
- 5.每一個案每年僅能執行乙次牙周病統合照護治療。
- 6.本計畫分三階段支付，其療程最長為 180 天，療程中 P4001C 至 P4003C 各項目僅能申報乙次，另施行第二階段 P4002C 治療日起 90 天內，依病情需要施行之牙結石清除治療(91003C、91004C)，不得申報。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
P4001C	牙周病統合性治療第一階段支付(comprehensive periodontal treatment) 註： 1. 本項主要施行治療前 X 光檢查，並進行牙周病檢查(記錄表如附件 1)。 2. 應提供「牙周病統合照護計畫照護手冊」及口腔保健衛教指導。 3. X 光片費用另計（限申報 34001C 及 34002C）。 <u>4. ≤30 歲患者需附全口根尖片或咬翼片。</u>	v	v	v	v	1800
P4002C	牙周病統合性治療第二階段支付(comprehensive periodontal treatment) 註： 1. 本項主要施行全口齒齦下刮除或牙根整平之治療，並提供牙菌斑進階去除指導及控制記錄(記錄表如附件 2)。 2. 需檢附牙菌斑控制記錄及病歷供審查。 3. 依病情需要施行 X 光檢查，得另外申報費用(限申報 34001C 及 34002C)。	v	v	v	v	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
P4003C	牙周病統合性治療第三階段支付(comprehensive periodontal treatment) 註： 1.本項主要進行治療後牙周病檢查及牙菌斑控制記錄及評估治療情形。 2.完成牙周病統合性治療第二階段治療日起4週（≥28天）後，經牙周病檢查原本牙周囊袋深度≥5mm之牙齒，至少1個部位深度降低2mm者達7成以上，且無非適應症之拔牙時，方得核付。 3.需附治療前與治療後之牙菌斑控制記錄與牙周病檢查記錄表、病歷供審查。	v	v	v	v	3200

五、牙醫師申請資格：

- (一)一般醫師需接受 4 學分以上牙周病統合計畫相關之教育訓練(1 學分行政課程；3 學分專業課程)。
- (二)台灣牙周病醫學會與台灣牙周補綴醫學會專科醫師、一般會員均需接受 1 學分以上牙周病統合計畫相關之行政部分教育訓練。
- (三)醫師 3 年內不得有視同保險醫事服務機構違約記點（屬全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 36 條第 2 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。
- (四)醫師 **104** 年合計提供治療個案數，排除個案數 5 件以下者，於 **105** 年 **8** 月依病患歸戶統計，若完成第三階段服務個案數比率<33.33%者，**106** 年 **3** 月起兩年內不得參加計畫，屆滿需再接受相關教育訓練後，始得提出申請。

六、申請程序及申報規定：

- (一)特約醫療院所應檢附教育訓練學分證明等相關資料，送中華民國牙醫師公會全國聯合會（以下稱牙醫全聯會）申請初核，並由牙醫全聯會報送所轄全民健康保險保險人（以下稱保險人）分區業務組核定，異動時亦同，申請書格式如【附件 3】。
- (二)如病患病情需要，由上述參與計畫之特約醫療院所醫師實施並申報本計畫之治療項目。
- (三)個案申報案件分類為 15，如僅施行計畫項目，**治療期間**，僅申報「牙周病統合性治療第一階段支付(P4001C)」項目時，得申報診察費。另如與其他案件類別治療併行時，

應分開申報，由其他類別案件申報 1 次診察費。另相關治療之 X 光片檢查費、藥費及麻醉費應併同本計畫項目申報。

七、審查方式：

(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)申報「牙周病統合性治療第一階段支付 (P4001C)」項目，隨一般案件抽審。審查案件需檢送以下審查資料：

1.病人基本資料暨接受牙周病統合性治療確認書(詳附件 4)。

2.治療前 X 光片(足以辨識骨頭高度 bone level 之 X 光片)。

3.治療前牙周病檢查記錄表。

4.半年內之病歷影本(初診日為半年之內者，自初診日起算；初診日為半年以上者，需附足回推半年以上之最後一筆病歷)。

(三)申報「牙周病統合性治療第二階段支付 (P4002C)」項目，隨一般案件抽審。審查案件除檢附第一階段審查資料外，另需檢送治療前牙菌斑控制記錄表及病歷。(上月抽審，資料未回者，可檢附上個月抽審清單，並得免附 X 光片)

(四)申報「牙周病統合性治療第三階段支付 (P4003C)」項目，隨一般案件抽審。審查案件除檢附第一及第二階段審查資料外，另需檢送治療後牙周病檢查記錄表、牙菌斑控制記錄表及病歷。(上月抽審，資料未回者，可檢附上個月抽審清單，並得免附 X 光片)

(五)專業審查時，若所附資料經兩位審查醫師判定無法佐證治療適切性時，之後執行個案得要求院所檢附個案治療前、治療後之臨床相片。(例如牙齦增生無骨下破壞患者...等)。

八、臨床治療指引

P4001C	牙周病統合性治療第一階段支付項目
P4002C	牙周病統合性治療第二階段支付項目
P4003C	牙周病統合性治療第三階段支付項目
適應症 Indications	全口牙周炎(總齒數至少 16 齒(專業認定需拔除者不列入總齒數計算)，6(含)顆牙齒以上牙周囊袋深度 \geq 5mm)
診斷 Diagnostic Study	病史、理學檢查 X 光檢查 完整牙周病檢查記錄(Periodontal charting) 咬合檢查(選)、牙髓活性試驗(選)、模型分析(選)

處置 Management	進階牙菌斑控制(治療前、牙根整平術施行後 4-8 週後) 牙根整平術 治療前、後完整牙周病檢查記錄
完成狀態 Finishing Status	牙菌斑、牙結石清除，牙根整平、原本牙周囊袋深度 $\geq 5\text{mm}$ 之牙齒，至少 1 個部位深度降低 2mm 者達 7 成以上、牙齦發炎狀態改善。

九、相關規範：

(一)醫療服務管控實務如下：

1. 案件數分配：由牙醫全聯會依總額分區 **102** 年度 R 值比例分配，按季管理。
2. 醫管措施
 - (1) 執行本計畫之醫師每月申報件數以不超過 20 件為原則（以 P4002C 列計），醫師支援不同院所應合併計算。申報件數超過時，應以立意審查，以確保醫療品質。
 - (2) 符合以下條件，得提出申請增加每月申報件數，經保險人核定後，始得增加申報件數。
 - ① 專科醫師（臺灣牙周病醫學會或台灣牙周補綴醫學會），或有教學計畫（教學醫院、PGY 院所），得提出申請，經保險人核定後，每月 **P4002C** 申報件數不限，隨一般案件抽審。
 - ② 有醫療需求者，於最近兩個月內每月完成 P4003C 申報件數達 10 件以上，得提出申請，經保險人核定後得增加為 **P4002C** 每月 30 件。（如於 102 年 3 月提出申請，則以 102 年 1、2 月申報 P4003C 之件數核定）申報件數超過核定數時，將採立意審查。
 - (3) 專科醫師、有教學計畫或另有醫療需求者，申請表格式如【**附件 5**】，請於每月 5 日將申請表及相關資料以掛號郵寄牙醫全聯會，牙醫全聯會初審後，於每月 20 日前將名單函送所轄保險人分區業務組核定，並由保險人分區業務組函復申請醫師，並副知牙醫師全聯會。
3. 服務量的調節：一季約執行 **31,250** 件，按月統計完成第二階段（P4002C）項目之案件數。

(二)相關配套：牙周病檢查紀錄完整且有治療前後改善情形對照比較。

1. 對於牙周破壞情形(包括軟、硬組織)須完整記載，提供疾病病因、判斷充分資訊，加重患者自我重視程度，提高接受治療意願。
2. 第三階段中治療改善情形，甚至長期牙周健康追蹤情形可據以提供。

(三)參加本計畫之院所，應提供院所及機構之電話、地址等資訊，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。

十、醫師資格審查程序：

- (一)請每月 5 日前將申請書及有關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 日前將名單函送所轄保險人分區業務組核定，並由所轄保險人分區業務組行文通知相關院所，並副知牙醫全聯會；申請者得於核定之起迄期間執行本計畫服務。
- (二)醫師支援不同院所應各別提出申請，醫師名單或執業執照若有異動，應於每月 5 日前函報牙醫全聯會，並送保險人分區業務組核定，並得於次月生效。
- (三)特約醫療院所代碼如有變更，應函報牙醫全聯會及保險人之分區業務組辦理本計畫之起迄日期變更作業。

十一、本計畫治療過程中，全民健康保險不給付項目如下，請各醫師依特殊需要，並向病人詳述理由，獲得同意後，方得提供：

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

十二、成效評估指標：由牙醫全聯會依下列指標評估。

- (一)服務量
- (二)完成率：若醫師申報第一階段，申報第二階段未達一定比例或申報第三階段未達一定比例，則需進行再教育或限制其執行本計畫。
- (三)申報第三階段件數核減率
- (四)計畫治療對象跨院接受 91006C 至 91007C 比率
- (五)參與計畫之民眾抽樣調查治療之滿意度

十三、施行本計畫之個案，如被醫師不當收取屬健保給付範圍之自費項目，該醫師除依全民健康保險相關法規辦理外，且自保險人之分區業務組通知日之次月起，不得申報本計畫相關費用。

十四、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。

十五、本計畫由保險人與牙醫全聯會共同研訂後，送全民健康保險會備查。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

牙周病檢查記錄表 (版本A)

Periodontal Chart (術前、術後合併填寫)

患者姓名 Name		身分證字號 ID		術前日期		術前 醫師姓名	
性別 Sex		年齡 Age		術後日期		術後 醫師姓名	

Mobility	術前																						
	術後																						
Furcation		D	B	M	D	B	M	D	B	M	D	M	M	D	M	B	D	M	B	D	M	B	D
	術前																						
	術後																						
Buccal	Probing Depth	術前																					
	術後																						
Tooth			18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28					
Palatal	Probing Depth	術前																					
	術後																						
Note																							

Lingual	Probing Depth	術前																					
	術後																						
Tooth			48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38					
Buccal	Probing Depth	術前																					
	術後																						
Furcation	術前																						
	術後																						
			L	B	L	B	L	B								B	L	B	L	B	L		
Mobility	術前																						
	術後																						
Note																							

Note : 治療前總齒數 _____ ; 治療前囊袋 ≥5mm 齒數 _____
 治療後至少一部位改善 2mm 齒數 _____ ; 改善率 _____ %

牙周病檢查記錄表 (版本B)

Periodontal Chart (術前、術後分開填寫)

患者姓名 Name		身分證字號 ID		術前日期		術前 醫師姓名	
性別 Sex		年齡 Age		術後日期		術後 醫師姓名	

術前																		
Mobility																		
Furcation	D	B	M	D	B	M	D	B	M									
Buccal	Probing depth																	
Tooth	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
Palatal	Probing depth																	
Lingual	Probing depth																	
Tooth	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
Buccal	Probing depth																	
Furcation																		
	L	B	L	B	L	B								B	L	B	L	
Mobility																		

術後																		
Mobility																		
Furcation	D	B	M	D	B	M	D	B	M									
Buccal	Probing depth																	
Tooth	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
Palatal	Probing depth																	
Lingual	Probing depth																	
Tooth	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
Buccal	Probing depth																	
Furcation																		
	L	B	L	B	L	B								B	L	B	L	
Mobility																		

Note: 治療前總齒數 _____ ; 治療前囊袋 ≥5mm 齒數 _____
 治療後至少一部份改善2mm 齒數 _____ ; 改善率 _____ %

牙周病檢查紀錄表填寫法(Codes of periodontal chart)

1. 牙周病檢查紀錄表需註明為術前或術後

2. 病人基本資料欄:

Name: 姓名

ID: 身分證號碼

Sex: 性別 M: 男 F: 女

Age: 年齡(足歲)

Date: 檢查日期

3. 檢查資料欄

(依牙齒 #18 為例，此表上、下、左、右對稱):

Mobility (搖動度):

1: 已會搖。

2: 頰舌側水平方向搖動 < 1 mm。

3: 頰舌側水平方向搖動 \geq 1 mm。

D: 垂直方向可下壓。

Furcation (根岔病變): 水平根岔病變，以 mm 計。

Probing depth (探測深度): 以 mm 計。

註記說明：

牙位(tooth)，頰測(B / buccal)，顎側(P / palatal)，舌側(L / lingual)

近心(M / mesial)，遠心(D / distal)，

X (缺牙): 以英文大寫“X”取代牙齒編號，代表缺牙。

牙菌斑控制記錄表填寫法：

有牙菌斑位置註記為 1，缺牙部位以英文大寫“X”取代牙齒編號。

【附件 3】

104年度全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫申請書(以院所為單位)

一、醫療院所名稱： 醫事機構代號：

二、所屬層級別：醫學中心 區域醫院 地區醫院 基層診所

三、申請醫師(欄位不夠可自行增加)

序號 (流水號)	身分證字號	醫師姓名	資格 (詳註)	申請類別	備註 (申請加入計畫可免填，申請異動者請註明日期及內容)
				<input type="checkbox"/> 加入計畫 <input type="checkbox"/> 異動	
				<input type="checkbox"/> 加入計畫 <input type="checkbox"/> 異動	
				<input type="checkbox"/> 加入計畫 <input type="checkbox"/> 異動	
				<input type="checkbox"/> 加入計畫 <input type="checkbox"/> 異動	
				<input type="checkbox"/> 加入計畫 <input type="checkbox"/> 異動	

註：資格分為 1.台灣牙周病醫學會專科醫師、2.台灣牙周病醫學會一般會員、
3.台灣牙周補綴醫學會專科醫師、4.台灣牙周補綴醫學會一般會員、
5.一般醫師；請以號碼填寫。

四、院所電話：() 傳真：()

五、聯絡人姓名： 電話：()

六、院所地址：□□□

七、檢附教育訓練證明

醫事服務
機構印章

備註：

- 申請程序：每月 5 日前郵寄[申請書+教育訓練證明]至牙醫全聯會（104 台北市中山區復興北路 420 號 10 樓，牙醫全聯會收），由全聯會彙整名單送所轄保險人分區業務組核定，核定後將於隔月 1 日後發核定函予院所。
- 查詢繼續教育積分，請登入行政院衛生署公共衛生資訊入口網站（<https://this-portal.doh.gov.tw>）查詢及列印。
- 保險人之分區業務組係依院所別+醫師別核定資格，故同位醫師支援不同院所需分開提出申請。
- 醫師如有執業執照異動，或院所變更醫事機構代號，將影響本計畫資格，需重新填寫申請書，並註明異動日期及內容，按備註 1 之申請程序提出異動申請。

病人基本資料暨接受牙周病統合性治療確認書

姓名： _____ 病 歷 號 碼： _____

一、醫學病史：

- 糖尿病 心血管疾病 高血壓 呼吸道感染 (感冒、肺炎)
癌 症 懷 孕 其他(_____)
服用骨質疏鬆藥物 無

二、個人習慣：

- 抽 菸：無 有 (_____ 包/天， _____ 年)
喝 酒：無 有
嚼檳榔：無 有 (_____ 顆/天， _____ 年)
過 敏：無 藥物 (_____) 食物 (_____)

三、家族病史：

- 糖尿病 心血管疾病 高血壓 癌症 (種類： _____)
其他疾病 (_____) 無

醫師之聲明

1. 我已經為病人完成治療前評估之工作。
2. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋治療之相關資訊，特別是下列事項：
治療的原因和方式建議麻醉方式為局部麻醉牙周病治療之健保支付項目
治療的預期結果及治療後可能出現的不適症狀以及其處理方式。
相關說明資料 (牙周病照護手冊)，我已交付病人。
3. 我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次治療與涉及之局部麻醉問題，並給予答覆：

病人之聲明

1. 以下的事項，牙醫師已向我解釋，並且我已完全了解。
 - (1) 施行治療的原因和方式。
 - (2) 為順利進行治療，我可能同時接受局部麻醉，以解除治療所造成之痛苦及恐懼。
 - (3) 治療的預期結果及治療後可能出現的不適症狀以及其處理方式。
 - (4) 牙周病治療之健保支付項目。
 2. 我已獲得並且閱讀相關說明資料 (牙周病照護手冊)。
 3. 針對要接受的治療與麻醉之進行，我能向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。
 4. 本人一年內未曾接受齒齦下刮除術或牙周翻瓣手術。
- 基於上述聲明，我同意接受牙周病統合性治療。

牙醫師簽名： _____ 立同意書人簽名： _____ 與病患之關係： _____

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

註：立同意書人非病人本人者，「與病人之關係欄」應予填載與病人之關係。

【附件 5】

104 年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫
每月增加申報件數申請表(以醫師為單位)

一、醫師姓名：_____ 身分證字號：_____

二、聯絡人：_____ 電話：_____ 傳真：_____

地址：_____

三、申請分區別：台北 北區 中區 南區 高屏 東區

四、申請類別：

- 專科醫師（臺灣牙周病醫學會或台灣牙周補綴醫學會）。（需檢附專科醫師證書影本）
- 有教學計畫-教學醫院。
- 有教學計畫者-PGY 院所。（需檢附 2 年內衛生福利部核定證明影本）
- 有醫療需求者（需檢附最近兩個月內每月完成 P4003C 申報件數達 10 件以上**病患清單**或醫令清單）

備註：

1. 經執行本計畫之醫師每月申請件數以不超過 20 件為原則（以 P4002C 列計），醫師支援不同院所應合併計算，申報件數超過時，應以立意審查，以確保醫療品質。
2. 若符合以下條件，得提出申請，經保險人核定後可增加每月申報件數。
 - (1)專科醫師（臺灣牙周病醫學會或台灣牙周補綴醫學會），或有教學計畫（教學醫院、PGY 院所），得提出申請，經保險人核定後，每月申報件數不限。
 - (2)有醫療需求者，於最近兩個月內每月完成 P4003C 申報件數達 10 件以上，得提出申請，經保險人核定後得增加為每月 30 件。（如於 102 年 3 月提出申報，則以 102 年 1、2 月申報 P4003C 之件數核定）申報件數超過核定數時，將採立意審查。
3. 專科醫師、有教學計畫或另有醫療需求者，請於每月 5 日將申請表及相關資料以掛號郵寄牙醫全聯會，牙醫全聯會初審後，於每月 20 日前將名單函送所轄保險人分區業務組核定，並由保險人分區業務組函復申請醫師，並副知牙醫師全聯會。

核定結果（由初審單位填寫）：不符合 符合-每月 30 件 符合-不限件數

初審單位

全民健康保險牙醫門診總額口腔癌統合照護計畫

一、依據

各年度全民健康保險醫療給付費用總額之協議結果。

二、目的

- (一) 為持續並定期觀察頭頸口腔惡性腫瘤患者或癌前病變患者是否有癌變的現象，以期及早發現及早治療。
- (二) 以病人為中心，進行個案追蹤治療之管理。
- (三) 強化接受放射性治療之頭頸口腔惡性腫瘤患者牙齒防齲結構，預防因放射線治療所引起的口乾症或免疫系統改變所造成之放射性猛爆型齲齒的發生。

三、預算來源

由全民健康保險牙醫門診總額一般服務部門項下支應。

四、給付項目及支付標準：

(一)適用治療對象(給付對象)

經病理報告確診為頭頸口腔惡性腫瘤患者或癌前病變 (Potentially Malignant Disorder,以下稱 PMD) 患者，癌前病變臨床診斷類別：紅斑(疾病診斷碼為 210.4)、白斑(疾病診斷碼為 528.6)、疣狀增生(疾病診斷碼為 210.4)、口腔黏膜纖維化(疾病診斷碼為 528.8)、扁平苔癬(疾病診斷碼為 697.0)。

(二)醫師資格：限口腔顎面外科專科醫師、口腔病理科專科醫師及經口腔黏膜提升計畫課程受訓牙醫師 **申報，其中口腔顎面外科專科醫師、口腔病理科專科醫師逕依支付標準申報，惟經口腔黏膜提升計畫課程受訓牙醫師**，需向中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)提出申請，並經全民健康保險保險人(以下稱保險人)核定後始得執行。(申請書詳附件一)。

(三) 僅施行本計畫所列之追蹤治療項目，不得申報診察費，但如併行其他治療處置時，則得申報診察費，且與相關治療處置費用，併同計畫項目申報。

編號	診療項目	支付點數
P4501C	<p>定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療</p> <p>Regular oral potentially malignant disorder follow-up treatment</p> <p>註：1.須附2年內病理切片報告<u>或病歷載明詳細病史(照片)</u>，且經確診為頭頸口腔癌或癌前病變(PMD)患者。</p> <p>2.第一次限申報定期性口腔癌前病變追蹤治療，不得與非定期性口腔癌前病變追蹤治療(P4502C)併同申報。</p> <p>3.限口腔顎面外科、口腔病理專科醫師或經口腔癌統合照護計畫核定醫師申報。</p> <p>4.填寫口腔照護定期檢查紀錄表，詳如附件二。</p> <p>5. 第一次及每365天應填寫口腔癌與癌前病變個人習慣紀錄單(吃檳榔、抽菸、喝酒等不良習慣)，詳如附件三。</p> <p>6.口腔清潔維護治療(包括視情況移除口腔內尖銳牙齒結構填補物、不良補綴物、癌前病變清除維護等)</p> <p>7.嚼檳榔、抽菸、喝酒等不良習慣(致癌因子)之戒除輔導。</p> <p>8.限90~120天申報乙次，超過120天者則以非定期性口腔癌前病變追蹤治療申報。</p>	600
P4502C	<p>非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療</p> <p>Irregular oral potentially malignant disorder follow-up treatment</p> <p>註：1.限已申報定期性口腔癌前病變追蹤治療(P4501C)後執行，且間隔時間超過120天者，不得與定期性口腔癌前病變追蹤治療(P4501C)併同申報。</p> <p>2.須附2年內病理切片報告<u>或病歷載明詳細病史(照片)</u>，且經確診為頭頸口腔癌或癌前病變(PMD)患者。</p> <p>3.限口腔顎面外科、口腔病理專科醫師或經口腔癌統合照護計畫核定醫師申報。</p> <p>4.填寫口腔照護定期檢查紀錄表，詳如附件二。</p> <p>5. 第一次及每365天應填寫口腔癌與癌前病變個人習慣紀錄單(吃檳榔、抽菸、喝酒等不良習慣)，詳如附件三。</p> <p>6.口腔清潔維護治療(包括視情況移除口腔內尖銳牙齒結構填補物、不良補綴物、癌前病變清除維護等)。</p> <p>7.嚼檳榔、抽菸、喝酒等不良習慣(致癌因子)之戒除輔導。</p>	400

(四)臨床治療指引

支付標準項目	定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療 (P4501C) 非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療 (P4502C)
適應症 Indications	經病理報告確診為頭頸口腔惡性腫瘤患者或癌前病變(PMD)患者， 癌前病變臨床診斷類別：紅斑、白斑、疣狀增生、口腔黏膜纖維化、 扁平苔癬
診斷 Diagnostic Study	病史 <u>(照片)</u> 、理學檢查(切片病理報告)

處置 Management	口腔清潔維護治療(視情況移除口腔內尖銳牙齒結構填補物、不良補綴物、癌前病變清除維護等) 填寫口腔照護定期檢查紀錄表，詳附件二 <u>第一次及每 365 天應</u> 填寫口腔癌與癌前病變個人習慣紀錄單，詳附件三 嚼檳榔、抽菸、喝酒等不良習慣（致癌因子）之戒除輔導
完成狀態 Finishing Status	完成口腔照護定期檢查紀錄表、口腔癌與癌前病變個人習慣紀錄單 完成口腔癌與癌前病變追蹤治療

五、計畫申請程序及申報規定：

- (一) 非口腔顎面外科及口腔病理專科醫師申請，院所應檢附申請書及口腔黏膜篩檢訓練證明以等相關資料，向牙醫全聯會申請審核，並由牙醫全聯會函送保險人分區業務組核定，異動時亦同，申請書格式如【附件一】。
- (二) 如病患病情需要，由上述參與計畫之特約醫療院所醫師實施並申報本計畫所列之追蹤治療項目。

六、醫師資格審查程序

- (一) 每月 5 日前將申請書及相關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 日前將名單函送保險人分區業務組審理確認，並由保險人以公告或行文通知相關院所；申請者得於核定日起執行本計畫服務。
- (二) 醫師名單若有異動，應於每月 5 日前函報牙醫全聯會，並送保險人分區業務組確認後，得於次月生效。
- (三) 特約醫療院所代碼如有變更，應函報牙醫全聯會及保險人之分區業務組辦理本計畫之起始日期變更作業。

七、本計畫由保險人與牙醫全聯會共同研訂，送全民健康保險會備查。屬給付項目及支付標準之修訂，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。

【附件一】

全民健康保險牙醫門診總額口腔癌統合照護計畫申請書(以院所為單位)

二、 醫療院所名稱： 醫事機構代號：

三、 所屬層級別：醫學中心 區域醫院 地區醫院 基層診所

四、 申請醫師(欄位不夠可自行增加)

序號 (流水號)	身分證字號	醫師姓名	申請類別	備註 (申請加入計畫可免填，申請異動者請註明日期及內容)
			<input type="checkbox"/> 加入計畫 <input type="checkbox"/> 異動	
			<input type="checkbox"/> 加入計畫 <input type="checkbox"/> 異動	
			<input type="checkbox"/> 加入計畫 <input type="checkbox"/> 異動	
			<input type="checkbox"/> 加入計畫 <input type="checkbox"/> 異動	

一、 院所電話：() 傳真：()

二、 聯絡人姓名： 電話：

三、 地址：□□□

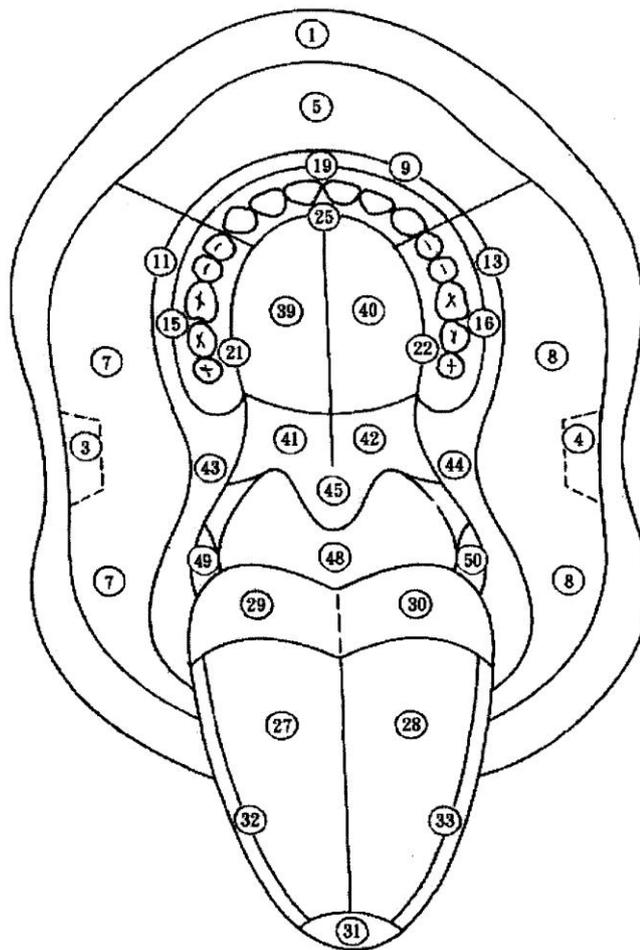
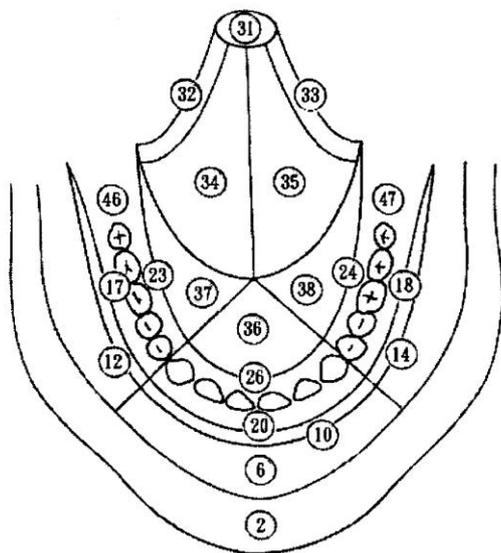
備註：

1. 申請程序：每月 5 日前郵寄申請書+口腔黏膜篩檢訓練證明至牙醫全聯會 (104 台北市中山區復興北路 420 號 10 樓，牙醫全聯會收)，由全聯會彙整名單送保險人，保險人核定後將於隔月 1 日後發核定函予院所。
2. 查詢繼續教育積分，請登入行政院衛生署公共衛生資訊入口網站 (<https://this-portal.doh.gov.tw>) 查詢及列印。
3. 保險人依院所別及醫師別審核資格，故同位醫師支援不同院所需分開提出申請。
4. 院所或醫師如有執業執照異動，將影響本計畫資格，需重新填寫申請書，並註明異動日期，由全聯會送保險人，資格將追溯至異動日起。

【附件二】

口腔照護定期檢查紀錄表

• 受檢人姓名：_____ • 檢查醫師簽名：_____ 日期：____年____月____日



口腔黏膜細部區分

TOPOGRAPHICAL CLASSIFICATION OF ORAL MUCOSA, (HAHN, L.J. modified after WHO monograph)

部份部位說明——

- ⑨ ⑩：上下顎前牙區唇溝
- ⑪-⑭：上下顎後牙區頰溝
- ⑮-⑳：上下顎頰/唇側牙齦及齒槽黏膜
- ㉑-㉔：上下顎舌側牙齦及齒槽黏膜
- ④③ ④④：右左扁桃前柱
- ④⑧：口咽後壁
- ④⑨ ⑤⑩：右左扁桃腺

臨床診斷	部位	病理診斷	部位
<input type="checkbox"/> 非均質性白斑		<input type="checkbox"/> 口腔癌	
<input type="checkbox"/> 均質性厚白斑		<input type="checkbox"/> 上皮變異(輕度)	
<input type="checkbox"/> 均質性薄白斑		<input type="checkbox"/> 上皮變異(中度)	
<input type="checkbox"/> 白斑		<input type="checkbox"/> 上皮變異(重度)	
<input type="checkbox"/> 紅斑，紅白斑		<input type="checkbox"/> 其他	
<input type="checkbox"/> 疣狀增生			
<input type="checkbox"/> 口腔黏膜下纖維化症			
<input type="checkbox"/> 扁平苔癬			
<input type="checkbox"/> 其他			

【附件三】

口腔癌與癌前病變個人習慣紀錄單

一、是否曾接受口腔黏膜篩檢 是 否

二、嚼檳榔 不嚼檳榔 有嚼檳榔

1. 已經嚼 <1 年 1-5 年 5-10 年 >10 年

2. 每天嚼 偶爾 1-5 顆 5-10 顆 10-15 顆 15-20 顆 >20 顆

3. 最常嚼 紅灰檳榔（青仔、雙子星） 白灰檳榔（包葉）

其他_____

4. 曾經嚼過檳榔_____年，但已戒嚼檳榔_____年。

三、戒檳衛教：

1. 是否有戒檳意願： 是 否

2. 病患設定目標：_____

3. 是否達成設定目標： 是 否（第一次免填）

4. 是否完全戒除： 是 否（第一次免填）

四、吸菸 不吸菸 吸菸

1. 已經吸菸 <1 年 1-5 年 5-10 年 >10 年

2. 每天吸菸 偶爾 1-5 支 5-10 支 10-15 支 15-20 支 >20 支

3. 曾經吸菸_____年，但已戒菸_____年。

五、戒菸衛教：

1. 是否有戒菸意願： 是 否

2. 是否有忠告菸害、病的因果關係、忠告要戒： 是 否

3. 是否有轉給戒菸門診、戒菸專線等： 是 否

六、喝酒 不喝酒 喝酒

1. 已經喝酒 <1 年 1-5 年 5-10 年 >10 年

2. 每星期喝酒 <8 次 8-21 次 >21 次

3. 曾經喝酒_____年，但已經戒酒_____年

全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫

一、依據：

各年度全民健康保險醫療給付費用總額之協議結果。

二、目的：

- (一)針對住院中之腦血管疾病及顱腦損傷患者，藉由具文獻依據之中醫輔助醫療介入措施，期使達到病患神經學功能進步、日常生活能力改善、生活品質提昇，併縮短住院天數，降低醫療費用支出的目的。
- (二)希望透過中西醫結合的治療方式，將腫瘤患者經手術、放化療後常出現的腸胃不適、眩暈、落髮，以及療程中常出現的口乾、口腔潰瘍、便秘、腹瀉、張口困難等症狀減輕到最低，讓患者能順利完成整個西醫療程，發揮最大療效；尤其對末期患者所出現的惡病質，諸如體重減輕，食慾不振，精神萎靡等不適，以及癌性疼痛問題，透過中醫的體質調理，提升患者的生活品質。

三、施行期間：自公告日起至1034年12月31日止。

四、適用範圍：

- (一)腦血管疾病(ICD-9：430~437)及顱腦損傷(ICD-9：801~804及850~854)自診斷日起三個月內之住院病患，需中醫輔助醫療協助者。
- (二)需中醫輔助醫療之腫瘤住院患者。

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

六、申請資格：

- (一)設有中醫門診之醫院，申請參與本計畫之醫師需個人執業滿三年以上，並參加中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)所辦理講習會(講習會不定期召開)，且領有繼續教育證明之中醫師。
- (二)申請參與本計畫之醫師及醫事服務機構須二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)。

七、申請程序：

中醫門診特約醫事服務機構應檢送申請表(附件一)及計畫書，以掛號郵寄方式向中醫全聯會提出申請。

八、計畫書之規範：

- (一)書寫格式：以WORD形式建檔，A4版面，由左而右，由上而下，(標)楷書14號字型，橫式書寫。

(二)封面：包括計畫名稱、執行單位、執行期間。

(三)內容至少應包括下列項目：

1.前言：請敘述申請本計畫動機，包括：加強中醫醫療照護門診的種類、醫療資源提供情況及需求狀況等。

2.目的：分點具體列述所要達成之目標。

3.實施方法與步驟：請依計畫內容分別具體列述，並應包括下列項目：

(1)醫療人力資源：請詳述執行本計畫之醫事人力名單及其學經歷、身分證字號、中醫師證號及其完整訓練之證明。

(2)標準作業程序。

(3)適應症。

(4)治療及追蹤計畫。

(5)療效評估標準：

A、腦血管疾病，以NIHSS、Barthel Index做為評估標準。

B、顱腦損傷，以Barthel Index、改良式創傷嚴重度指標RTS(以呼吸次數，收縮血壓及Glasgow 昏迷指數等三項生理指標)做為評估標準。

C、腫瘤住院患者，以EORTC QLQ-C30癌症患者生命質量測定量表、ECOG生活品質評估等做為評估標準。

(6)不良反應紀錄及通報。

(7)經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請依本計畫第十一點支付方式預估。

(四)評估預期效益：請詳述計畫實施後預期達成之效益指標。

九、申請資格審查：

中醫全聯會於每季季底(以郵戳為憑)收齊申請案件後，十五日內遴聘專家學者進行審查，並於審查完成後十五日內送全民健康保險保險人(以下稱保險人)核定及公告新增承辦之保險醫事服務機構名單，執行日以公告院所名單日當月1日起計。

十、執行方式：

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

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

十一、支付方式：

(一)本計畫之給付項目及支付標準表如附件二。

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

十二、醫療費用申報與審查：

(一)醫療費用申報

1.門診醫療費用點數申報格式之總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。

2.門診醫療費用點數申報格式點數清單段：

(1)案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。

(2)特定治療項目(一)：請填報「C8(腦血管疾病及顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療)」或「J7(腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院中醫輔助醫療)」。

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

十三、執行報告：

執行本計畫之保險醫事服務機構，應於計畫執行結束或年度結束後三十日內，檢送執行報告至中醫全聯會，執行報告之格式及內容，依送審計畫書之內容及要項撰寫執行成果及實施效益，執行報告之內容將做為下年度申請資格審查之依據。

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

十五、執行本計畫而成效不佳者、未依本計畫規定事項執行者或未依中醫全聯會規定繳交相關資料、評量報表者，由中醫全聯會重新評估後，報請保險人分區業務組予以停止執行本計畫。

十六、本計畫實施成效由中醫全聯會進行評估，並於實施半年後進行期中檢討，於年終向全民健康保險會(以下稱健保會)提送年度執行報告，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況及病患療效評估等資料。

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

全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫申請表

腦血管疾病及顱腦損傷 腫瘤患者手術、化療、放射線療法後

基	院所名稱		院所代碼	
	本計畫負責醫師姓名		身分證字號	
本	本計畫負責醫師學經歷		檢附證明文件	件
	e-mail :		聯絡電話 :	
資	醫師姓名	身分證字號	中醫師證書字號	教職 年資
			台中字第 號	
料	每週診療時間			
檢 送 項 目	項 目		審 查 結 果	備 註
	繼續教育證明書 份		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他	
	計畫書		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他	
	醫師人力		<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他	
	其他醫事人力			
保險醫事服務機構	機構章戳		中醫全聯會審核意見欄 1 <input type="checkbox"/> 審核通過 2 <input type="checkbox"/> 不符合規定 3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請補齊 4 <input type="checkbox"/> 其他 審核委員： 日期章戳：	本欄由審查單位填寫
	申請日期： 年 月 日			

附件二

西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫給付項目 及支付標準表

通則：

- 一、本標準所訂支付點數包括中醫師診療、處置、處方、藥費、調劑費、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本(如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出)。
- 二、針灸、傷科及脫臼整復每次診療得合併申報本計畫之診察費項目(P33001及P34001)，不受同一療程規定之限制。
- 三、本計畫之中醫輔助醫療服務量、針灸、傷科及脫臼整復合計申報量，應獨立計算且申報時不併入該院所原門診合理量、針灸、傷科及脫臼整復原合計申報量計算。
- 四、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。
- 五、申報中醫護理衛教費及營養飲食指導費，應於該次診療服務合併實施治療評估，並於病歷詳細載明評估結果及治療方式。
- 六、本計畫之案件當次不得另行申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫各章節之診療項目。
- 七、本計畫之案件(同一個案)每週限申報三次(加護病房患者除外)。

支付標準表(一)-腦血管疾病及顱腦損傷

第一章 中醫輔助醫療診察費

編號	診療項目	支付點數
P33001	中醫輔助醫療診察費	350

第二章 藥費

編號	診療項目	支付點數
P33021	每日藥費	100

第三章 針灸治療

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

註：P33031、P33032 每次治療擇一申報。

第四章 傷外科治療

編號	診療項目	支付點數
P33041	一般治療	300

第五章 疾病管理照護費

編號	診療項目	支付點數
P33051	中醫護理衛教費	300
P33052	營養飲食指導費	250
P33053	生理評估(限腦中風患者適用) (1)美國國家衛生研究院中風評量表(NIHSS) (2)巴氏量表(Barthel Index)	1,000
P33054	生理評估(限顱腦損傷患者適用) (1)改良式創傷嚴重度指標 RTS (2)巴氏量表(Barthel Index)	1,000

註：1.每一個案住院期間限申請 1 次費用。

2.P33053、P33054 生理評估需以個案為單位，需前後量表皆完成方可提出申請給付。

第六章 藥品調劑費

編號	診療項目	支付點數
P33061	藥品調劑費	50/次

第七章 中醫輔助醫療檢查費

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

註：每個月每項限申請一次，未檢查者不得申報。

支付標準表(二)
-腫瘤患者手術、化療、放線射療法

第一章 中醫輔助醫療診察費

編號	診療項目	支付點數
P34001	中醫輔助醫療診察費	350

第二章 藥費

編號	診療項目	支付點數
P34021	每日藥費	100

註：出院患者必要時得開給7天藥品

第三章 針灸治療

編號	診療項目	支付點數
P34031	針灸治療處置費	400
P34032	電針治療	500

註：P34031、P34032 每次治療擇一申報。

第四章 傷外科治療

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

第五章 疾病管理照護費

編號	診療項目	支付點數
P34051	中醫護理衛教費	300
P34052	營養飲食指導費	250
P34053	EORTC QLQ-C30 癌症患者生命質量測定量表 ECOG 生活品質評估 BCQ 中醫體質量表評估	1,000

註：1.P34051、P34052 每一個案住院期間限申請 1 次費用。

2.P34053：EORTC QLQ-C30、ECOG、BCQ 以個案為單位(每案限治療前後測各一次)，前後測量表可各申請給付一次，每次需三項均完成方可申請費用。

第六章 藥品調劑費

編號	診療項目	支付點數
P34061	藥品調劑費	50/次

第七章 中醫輔助醫療檢查費

編號	診療項目	支付點數
P34071	中醫輔助醫療檢查費(舌診儀)	500/次
P34072	中醫輔助醫療檢查費(脈診儀)	500/次

註：每個月每項限申請一次，未檢查者不得申報。

全民健康保險中醫提昇孕產照護品質計畫

一、依據：

各年度全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額之協商結果。

二、目的：

鼓勵生育為國家當前重要政策，針對特定病理因素所致之原發性或繼發性不孕、兩次以上之流產，由中醫給予適當照護，能提昇受孕率及保胎率。

三、施行期間：自公告日起至104年12月31日止。

四、適用範圍：

- (一) 已婚超過一年有正常性生活而無法受孕的男女患者(主診斷需填報女【男】性不孕病名，如有特定病理之不孕需另立次診斷且需載明相關的診斷依據)。
- (二) 易流產(超過2次(含)以上)之女性(病歷應記載流產之年月)，受孕後0-20周之保胎照護(應註明孕期週數)。

五、預算來源：全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「提昇孕產照護品質計畫」專款項目。

六、申請資格：

- (一) 健保特約中醫院所之中醫師參加中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)辦理之「中醫提昇孕產期照護」課程4小時(講習會不定期召開)。
- (二) 申請參與本計畫之醫師及醫事服務機構須二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者或申請暫緩處分者)。

七、申請程序：

中醫門診特約醫事服務機構應檢送申請表(如附表1)，向中醫全聯會提出申請。

八、申請資格審查：

中醫全聯會於每季季底(以郵戳為憑)收齊申請案件後，十五日內送全民健康保險保險人(以下稱保險人)核定及公告新增承辦之保險醫事服務機構名單，執行日以公告院所名單日當月1日起計。

九、執行方式：

(一) 助孕

1. 女性病患：需包含望聞問切四診診療、排卵日指導、判讀基礎體溫(BBT、體質症型、濾泡期、排卵期、黃體期之月經週期療法)、內服藥、針灸治療、營養指導。
2. 男性病患：需包含望聞問切四診診療、排卵日指導、內服藥、針灸治療、營養指導、運動指導、生活作息指導。

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

十、支付方式：

(一) 本計畫之給付項目及支付標準表如附表2。

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

十一、醫療費用申報與審查

(一) 醫療費用申報

1. 門診醫療費用點數申報格式之總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。

2. 門診醫療費用點數申報格式點數清單段：

(1). 案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。

(2). 特定治療項目(一)：請填報「J8」(全民健康保險中醫提昇孕產照護品質計畫)。

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

十二、執行成效

(一) 執行本計畫之保險醫事服務機構，應於計畫執行結束或年度結束後三十日內，檢送執行報告至中醫全聯會，執行報告之格式及內容，依送審計畫書之內容及要項撰寫執行成果及實施效益，執行報告之內容將做為下年度申請資格審查之依據。

(二) 實施效益需包含如下：

1.助孕:

(1)助孕成功率(=成功受孕個案數/不孕看診個案數)

註:夫妻同時就醫者成功數及看診數皆計數為2

(2)受孕成功者之完整治療過程、病歷報告(含診斷依據、基礎體溫表、中醫診療記錄等資訊)。

A.助孕診療紀錄表(每月記載，每季上傳)-女性

姓名	性別	生日	初診日期	濾泡期平均溫度	排卵期平均溫度(加註排卵日期)	黃體期平均溫度	濾泡期天數	黃體期天數	是否受孕

B.助孕診療紀錄表(每月記載，每季上傳)-男性

姓名	性別	生日	初診日期	精蟲數	形態良率	液化	雜質	活動力	是否受孕

2.保胎

(1)保胎成功率(=孕期超過 20 週以上個案數/保胎看診個案數)

(2)順利生產者之完整治療過程、病歷報告(含診斷依據、中醫診療記錄等資訊)。

懷孕初期症狀及心理評估量表

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

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

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

附表1

全民健康保險中醫提昇孕產照護品質計畫 申請表

基 本	院 所 名 稱		院 所 代 碼		
	本計畫負責醫師姓名		身 分 證 字 號		
本 資	本計畫負責醫師學經歷		檢 附 證 明 文 件	件	
	e-mail :		聯 絡 電 話 :		
資 料	醫 師 姓 名	身 分 證 字 號	中醫師證書字號	教 職	年 資
			台 中 字 第 號		
			台 中 字 第 號		
			台 中 字 第 號		
			台 中 字 第 號		
			台 中 字 第 號		
	每週診療時間				
檢 送 項 目	項 目	審 查 結 果		備 註	
	繼續教育證明	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他			
保 險 醫 事 服 務 機 構	機 構 章 戳		中 醫 全 聯 會 審 核 意 見 欄	1 <input type="checkbox"/> 審核通過 2 <input type="checkbox"/> 不符合規定 3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請補齊 4 <input type="checkbox"/> 其他 審核委員： 日期章戳：	
	申請日期： 年 月 日			本欄由審查單位填寫	

附表2

全民健康保險中醫提昇孕產照護品質計畫
給付項目及支付標準表

通則：

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

全民健康保險中醫提昇孕產照護品質計畫

支付標準表

編號	診療項目	支付點數
P39001	中醫助孕照護處置費(含針灸處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費(排卵期評估，女性須含基礎體溫(BBT、體質症型、濾泡期、排卵期、黃體期之月經週期療法之診療)、口服藥(至少 7 天)、針灸治療處置費、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	1200
P39002	中醫助孕照護處置費(不含針灸處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費(排卵期評估，女性須含基礎體溫(BBT、體質症型、濾泡期、排卵期、黃體期之月經週期療法之診療)、口服藥(至少 7 天)、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	900
P39003	中醫保胎照護處置費(含針灸處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費口服藥(至少 7 天)、針灸治療處置費、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	1200
P39004	中醫保胎照護處置費(不含針灸處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費、口服藥(至少 7 天)、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	900

104 年「全民健康保險高診次者藥事照護」計畫（草案）

- 一、 依據：衛生福利部全民健康保險會第 1 屆 103 年第 9 次委員會議紀錄。
- 二、 目的：為使醫療資源合理使用，針對門診高利用之保險對象進行藥事照護，輔導建立正確服用藥物觀念，避免藥物重複使用，強化用藥安全，間接減少醫療資源之浪費。
- 三、 施行區域：全民健康保險保險人（以下稱保險人）六分區業務組所轄範圍。
- 四、 收案條件：
 - （一） 前 1 年（10210~10309）申報門診就醫次數 ≥ 90 次（排除牙醫、中醫及復健就醫次數）者，依序篩選：
 1. 具有 2 種以上慢性疾病者，其在 ≥ 2 家院所領取 ≥ 13 張慢性病連續處方箋者，列入第一優先輔導對象。
 2. 藥費在前 50 百分位且就醫院所家數 ≥ 6 家者，列入第二優先輔導對象。
 3. 半數以上處方箋之藥品品項 ≥ 6 種者，列入第三優先輔導對象。
 4. 針對已連續 2 年收案輔導者，第 3 年起不得繼續輔導，但有特殊情況且經中華民國藥師公會全國聯合會（以下稱藥師全聯會）及保險人分區業務組同意者，不在此限。
 - （二） 居住於向保險人報備同意指派醫事人員提供醫療服務之照護機構住民，且前 1 年（10210~10309）領有慢性病處方箋且平均每日服用藥品超過 10 個品項者。
 - （三） 為避免資源重置，前開收案保險對象須排除下列情況：
 1. 參加「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」者、居家護理收案者、重大傷病者、死亡者。
 2. 受禁治產宣告或失去意識或無法以言語及行動表達及溝通且不能填寫同意書者。
 3. 參加其他計畫或已接受其他單位（如食品藥物管理署及長照機構等）藥事照護（諮詢）者。
 - （四） 西醫基層醫師或保險人分區業務組認定需要藥師專業輔導轉介之保險對象。
- 五、 實施期間：104 年 1 月 1 日至 104 年 12 月 31 日。
- 六、 預算來源：104 年度全民健康保險其他預算及其分配 3.全民健保高診次民眾就醫行為改善方案-藥事居家照護全年經費 5,400 萬元。

七、 預期目標及成效：

- (一) 104 年預期收案人數至少為 7,000 人。
- (二) 預期輔導成效：以保險對象開始輔導至 104 年 12 月 31 日，與前 1 年同期比較，門診醫療費用降低 14% 以上。
- (三) 監測指標：對藥師回應比率 (CC%) 達 50 %。(公式：所有保險對象 CC 的量 / 所有保險對象 BB 的量；BB：建議醫師或病人用藥事項代碼，CC：醫師或病人回應藥師建議事項代碼)。
- (四) 保險對象對藥師照護的滿意度：隨機挑選 25% 之收案人數，以電訪方式直接詢問保險對象有關照護藥師的滿意度，病人回答滿意人數達 80% 以上。
- (五) 保險對象生活品質提升:EQ-5D-5L 調查效用分數平均上升 0.074。
- (六) 藥師協助將藥品整理成七日藥盒，使用率達 30%。

八、 保險特約藥局及藥事人員申請資格：

- (一) 須為具藥事人員 2 人 (含) 以上之本保險特約藥局，且 102 年及 103 年兩年內無核定停止、終止特約或不予特約之紀錄，且其藥事人員未有依本計畫第十四項第二款之規定，被動退出本計畫之紀錄者。
- (二) 各藥事人員前一年度參與本計畫，其輔導之保險對象，門診醫療費用與前 1 年同期比較，成長超過 10% 者，不得申請，但經藥師全聯會及保險人分區業務組評估不可歸責於該藥事人員者，不在此限。
- (三) 參與計畫之藥事人員須通過藥師全聯會培訓且認證審核資格(依據藥師全聯會訂定之輔導計畫標準作業程序據以執行，訪視前之準備、禮儀、證件及電話預約；訪視時之自我介紹、輔導內容；訪視後之記錄)及接受疾病治療導向之藥事照護訓練。
- (四) 保險人各分區業務組應辦理訓練課程，課程應包含個人資料保護法、訪視注意事項及適時宣導方案。經藥師全聯會認證審核通過之藥事人員並應全程參與課程。
- (五) 藥師全聯會審核參與計畫之藥事人員資格，對有違反照護藥師行為規範情節重大者，得不推薦參與本計畫。

九、 申請程序：符合申請資格之藥事人員應檢送申請表，向藥師全聯會提出申請。藥師全聯會應將核定推薦之名單，函送所轄保險人分區業務組。經保險人分區業務組確認藥

事人員符合相關資格後，與該藥事人員所執業之特約藥局簽訂附約，並將已完成簽訂附約之藥事人員名單送藥師全聯會，由藥師全聯會轉知各縣市藥師公會。

十、 選收案、輔導與結案之程序：

(一) 選收案條件及程序：

1、 屬本計畫第四項收案條件(一)者：

- (1) 藥師全聯會將保險人分區業務組提供之保險對象資料(包括姓名、性別、出生年月日、年齡、優先順序、通訊地址、戶籍地址、聯絡電話、去年輔導藥師姓名)提供參與本計畫之藥事人員選案，並轉請各縣市藥師公會協調保險對象及對應之藥事人員(所轄保險人分區業務組亦參與協調)。可考量依地緣關係配對照護之保險對象，但不能排除偏遠地區需要藥事照護之保險對象。各縣市藥師公會需彙整負責藥局代號、藥事人員及其保險對象名單後，送至藥師全聯會，由藥師全聯會函送所轄保險人分區業務組。若剩餘無藥師圈選之保險對象屬於偏遠地區之保險對象 $\geq 50\%$ ，則由藥師全聯會平均分配給各該分區內參與本計畫之所有藥事人員。藥師全聯會得協助選案之進行及指定該分區內所有參與本計畫藥事人員之偏遠地區輔導保險對象名單。藥師全聯會並得請各縣市藥師公會彙整選案後之負責藥局代號、藥事人員及其保險對象名單，由藥師全聯會函送所轄保險人分區業務組。
- (2) 保險人應發送關懷函(樣張如附件1)予保險對象並副知輔導之藥事人員。關懷函中敘明負責該對象之藥事人員姓名、聯絡電話、特約藥局名稱及地址等聯絡方式等相關事項及說明藥事人員來拜訪時需出示健保卡，以提供藥事服務。保險人分區業務組得洽請各相關特約醫療院所或特約藥局，配合提供保險對象之相關聯絡資料如電話、地址等，並同時知會該院所該位保險對象已為本計畫之保險對象。
- (3) 藥事人員不得拒絕指定收案名單或中斷輔導。
- (4) 最後收案截止時間為104年7月31日，但屬西醫基層醫師或保險人分區業務組認為需要藥事人員專業輔導轉介之保險對象，不在此限。另104年4月30日前未完成第1次聯繫之保險對象，於104年5月31日前進行重新配對選案，但選案日期仍不得晚於104年6月30日。藥師全聯會應於104年8月15

日前將藥事人員及保險對象之最終收案名單送保險人及各分區業務組。另藥事人員屬被動退出計畫後，其所輔導之保險對象停止輔導並應由藥師全聯會轉介其他藥事人員繼續照護。

- (5) 藥事人員於收案時，應注意特殊保險對象之排除程序及為保障保險對象隱私，須完整說明輔導目的，確實徵得受訪者之同意，並簽立同意藥事人員輔導同意書（樣張如附件2）。
- (6) 保險人分區業務組提供已配對之保險對象最近2個月門診申報資料(包括對象姓名、電話、地址、就醫日期，中英文藥品名稱、藥品總量、就醫之醫事機構名稱及主、次診斷等)，供參與本計畫之藥事人員輔導參考。

2、屬本計畫第四項收案條件（二）者：

- (1) 由藥師全聯會將保險人分區業務組提供之保險對象及照護機構資料（包括保險對象姓名、性別、出生年月日、年齡、優先順序、照護機構聯絡電話和通訊地址及去年輔導藥師姓名）提供參與本計畫之藥事人員選案，並轉請各縣市藥師公會協調輔導對象及對應之藥事人員（所轄保險人分區業務組亦參與協調）。每一位藥事人員選案人數屬收案條件(一) 與收案條件(二)者之比率應以2：1為原則，並請藥師全聯會協調輔導對象及對應之藥事人員。由藥師全聯會函送所轄保險人分區業務組。
- (2) 因照護機構之住民已居住於該機構，故不另個別發送關懷函，由所轄分區業務組發函通知照護機構並副知藥師全聯會。函中須敘明負責輔導各該對象之藥事人員姓名、聯絡電話及聯絡方式等相關事項及代為向住民說明藥事人員將來拜訪提供藥事服務。
- (3) 藥事人員不得拒絕指定收案名單或中斷輔導。
- (4) 最後收案截止時間為104年7月31日，但屬西醫基層醫師或保險人分區業務組認為需要藥師專業輔導轉介之保險對象，不在此限。另104年4月30日前未完成第1次聯繫之保險對象，於104年5月31日前進行重新配對選案，但選案日期仍不得晚於104年6月30日。藥師全聯會應於104年8月15日前將藥事人員及保險對象之最終收案名單送本保險人及各分區業務組。另藥事人員屬被動退出計畫後，其所輔導之保險對象停止輔導並應由藥師全聯會轉介其他藥事人員繼續照護。

(5) 藥事人員於收案時，應注意特殊保險對象之排除程序及為保障保險對象隱私，須完整說明輔導目的，確實徵得受訪者之同意，並簽立同意藥事人員輔導同意書（樣張如附件2）。

(6) 保險人分區業務組提供已配對之保險對象最近2個月門診申報資料(包括對象姓名、電話、地址、就醫日期，中英文藥品名稱、藥品總量、就醫之醫事機構名稱及主、次診斷等)供參與本計畫之藥事人員輔導之參考。

(二) 輔導程序：

1. 進行輔導前，藥事人員應將保險對象用藥情形彙整完整藥歷及保險對象相關資料，預作準備，以建立完整資料，提供保險對象更適當之藥品專業輔導。
2. 藥事人員於訪視輔導時，應出示藥師全聯會所製備之證件。
3. 藥事人員須將訪視紀錄表上的資訊彙整，並上傳至藥師全聯會設置的電腦化照護管理系統。若遇有保險對象申訴或疑義時，保險人得向藥師全聯會調閱上開資料查核。另依據全民健康保險憑證製發及存取資料管理辦法第9條及第10條規定辦理，藥事人員須於提供藥事居家照護時，將健保卡過卡，並應於登錄後24小時內，將之上傳予保險人備查。
4. 輔導次數上限：每位保險對象以每個月輔導不超過1次(含)為原則，但經藥事人員評估個案需密集輔導者，須另提報訪視報告書且說明原因，經藥師全聯會或保險人分區業務組評估核可者，不在此限；藥事人員輔導每一保險對象，全年以申請8次藥事服務費用為上限，但經保險人分區業務組專案同意者，不在此限。
5. 藥事人員遇有醫師重複開立同一成份或同一類別之藥物，應填具「藥事人員居家訪視用藥建議書」回饋支援醫師參考，並請支援醫師依所附回執聯填寫回復；必要時，藥事人員可與支援醫師討論用藥事宜，保險人分區業務組得協助藥事人員與支援醫師之溝通。
6. 藥師全聯會應自3月份起，定期於每個月20日固定以電子郵件提供最新收案人數、區域別及藥事人員人數或相關輔導數據予保險人。
7. 屬本計畫第四項收案條件(一)者，藥事人員輔導訪視保險對象之地點，應以保險對象之要求地點為優先考量，訪視地點得為保險對象家中、指定之公開場所或藥事人員執業之藥局。

- (三) 結案程序：年度結束即予結案，輔導期間保險對象如為死亡、昏迷、失蹤、遷移（指保險對象遷移至其他分區）及其它不可抗力因素（如病人拒絕輔導者），經保險人同意後，或經保險人評估成效不佳者或其它不可抗因素（如藥事人員評估保險對象無需後續輔導）並經保險人分區業務組同意者，得予提前結案。
- (四) 藥師全聯會得不定時以電話或實地訪視保險對象、藥事人員及藥局負責人，以了解藥事人員執行藥事照護所遭遇之障礙與問題，並適時提供適當之協助。

十一、 支付與申報方式：

- (一) 支付方式：採論次計酬，每次至少30分鐘，並應完成書面報告及註明輔導起訖時間，每位藥事人員每日輔導10位保險對象為上限，超過則不予支付。各項支付點數如下：
1. 屬本計畫第四項收案條件（一）之保險對象：
 - (1) 至保險對象家中或指定之公開場合訪視：每次支付1,000點（支付標準代碼為「P4101C」）。
 - (2) 由保險對象自行前往藥事人員執業之特約藥局接受照護；每次支付600點（支付標準代碼為「P4104C」）。
 - (3) 藥事人員之訪視地點屬「全民健康保險山地離島地區」（詳附表1）、104年「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」者，每次支付1,200點（支付標準代碼為「P4102C」），惟藥事人員執業地區屬前述地區而至該地區提供本服務者，不適用之。
 2. 屬本計畫第四項收案條件（二）之保險對象，每次支付700點（支付標準代碼為「P4103C」）。
 3. 前開支付點數（含藥師獎勵金），最高以1元支付，但若有超支，則以浮動點值支付。
 4. 每位藥事人員收案人數以140位保險對象為上限，超過則不予支付。
- (二) 申報方式：藥事人員於每月20日前，須將上個月所有藥事照護保險對象的資料（如附件3）輸入藥師全聯會設置的照護管理系統，並由藥師全聯會每月20日統一將藥事人員上傳的訪視資料內容彙整成Excel電子檔，函送至所轄保險人分區業務組。藥事人員申報費用時，應依「特約藥局醫療費用點數申報格式及填表

說明」(參見附表2)，向所轄保險人分區業務組申請費用，保險人分區業務組審查訪視紀錄報告資料後，始支付該次訪視服務費用。另若資料有訪視時間重疊或其他涉虛浮報之疑義，保險人分區業務組將依全民健保之相關規定辦理。

- (三) 對於僅接受第一次訪視，拒絕後續輔導或死亡之保險對象，藥事人員提出具病人簽名之首次訪視紀錄表首頁書面資料及拒訪原因並送保險人分區業務組備查，可申報1次訪視服務費，惟此類保險對象將不列為收案名單，但應納入成效評估，分析僅提供1次服務之原因。

十二、 獎勵措施：

- (一) 獎勵資格：以藥事人員輔導之所有保險對象開始輔導至104年12月31日之門診醫療費用與前1年同期比較，其門診醫療費用下降達17%以上者。但藥事人員如中途退出本計畫者，則不予採計。
- (二) 總獎勵金額：以計畫之預算扣除論次計酬費用後之餘額為總獎勵金額，惟以預算之5%為上限。另若計畫總節省點數之70%低於前述上限值，則以該節省點數之70%為總獎勵金額之上限。
- (三) 獎勵金計算公式：總獎勵金額* (符合資格之個別藥事人員節省點數*70%/所有符合資格之藥事人員總節省點數*70%)。

十三、 醫療費用審查及查核辦法：

- (一) 藥事人員於輔導期間有下列情形之一者，保險人除不予支付費用外，並依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法辦理。
1. 經保險人查有虛報、浮報之情事者。
 2. 藥事人員於訪視期間由非具資格人員代為服務，經保險人查證屬實者。
 3. 特約藥局於105年1月20日前未申報104年度本計畫之費用者，不予支付，另年度補報案件則以105年2月20日前為限。
 4. 以電話或網路或其他非實地訪視方式或因保險對象未遇而改為訪視其家屬親友等且申報費用者，不予支付。
- (二) 上開未盡事宜，則依全民健康保險法相關法規辦理。

十四、 其它事項：

- (一) 保險對象資料受個人資料保護法保障，藥師全聯會暨相關藥事人員，皆應依相關規定辦理，以確保保險對象之隱私。

(二) 符合下列事項之一者，藥事人員應被動退出本計畫，且次

(一) 年度亦不得參與本計畫：

1. 該藥事人員經保險對象申訴(如服務態度不佳、額外收費、藉機推銷、未約定時間即直接拜訪、未佩戴證件或未依本計畫規定事項辦理)且經保險人查證屬實者。
2. 藥事人員因保險對象未遇而改為訪視其親屬或僅以電話提供藥事服務或未實際訪視且申報費用者。

十五、 執行報告：執行成果報告應包含基本架構與實施方式、輔導資料、保險對象性別年齡分布及輔導後影響分析、效益評估(包括結構面、過程面、成果面，其成果包含經濟層面、臨床層面、滿意度層面)、輔導困難及解決對策、檢討與建議、結論及未來改善計畫等 10 項內容(另須就計畫預期目標之項目實施結果，以單獨章節詳述執行成果)，並針對輔導保險對象重複用藥之問題及輔導結果，於期末報告以獨立章節提供 1/100 保險對象詳細輔導過程及用藥情形暨輔導結果與成效(附件 4)。藥師全聯會應於期中(104 年 8 月 30 日前)及期末(105 年 3 月 1 日前)報告執行成果報告予保險人，並於健保會提報執行情形。

十六、 本計畫由保險人與藥師全聯會共同研訂，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-全民健康保險關懷函（樣張）

○○○先生（女士）您好：

- 一、感謝您撥冗閱讀這封信，本署非常關心您目前健康的情形，特致函表達問候之意，請依專業醫師診斷及治療用藥，注意身體健康。
- 二、近期本署將派專業藥師拜訪您，協助您預防因使用多種藥物而引起肝、腎功能障礙、暈眩、跌倒、胃痛等問題，此外還可教育您用藥知識，幫您整理藥品來保障您的用藥安全。此項服務完全免費，同時也有規範訪視藥師不得有推銷販售行為，請您安心接受訪視。
- 三、藥師拜訪您時，應攜帶有中華民國藥師公會全國聯合會核發識別證件以利您的辨識，他/她的姓名為○○○，聯絡電話為○○○○○○○○○○，執業藥局名稱為：○○○○○，執業藥局地址為：○○○○○○○○○。
- 四、該位藥師在訪視前，會先與您聯絡。您也可主動與他/她聯繫，約定在您家中、指定之公開場所或至他/她執業的藥局洽談。另為確保藥師提供醫療服務之正確性，也請您於接受服務時提供您的健保卡讓藥師能確認近期醫師所開給您的藥品資料，這不會增加您就醫刷卡次數。非常謝謝您的配合。
- 五、若對本服務有任何意見，歡迎您來電至中華民國藥師公會全國聯合會或本署業務組服務專線反映。

祝您 身體健康、萬事如意

衛生福利部中央健康保險署敬上

104年○月○日

※若有任何問題可電洽 中華民國藥師公會全國聯合會 藥事照護發展中心
02-25953856 轉分機 129，將會有專人為您服務。

○○業務組服務專線：請各分區業務組自行填寫

○○業務組傳真專線：請各分區業務組自行填寫

同意書（樣張）

藥師已用宣導單張向我說明藥師進行訪視之目的，我已瞭解參加健保署的「藥事照護」計畫能夠幫助我用藥安全，增進藥物治療的效果。

藥師表示會教導我用藥知識，我願意提供相關就醫資料（包括由健保署提供之相關就醫資料）供藥師參考，藥師依相關法規維護及保障我的個人隱私。在我需要時能協助與我的醫師溝通用藥問題。我若有任何問題可向中華民國藥師公會全國聯合會_藥事照護發展中心詢問（電話：02-25953856轉 129）。因此，我同意參與此計畫，並同意藥師教導及協助我的用藥安全。

此致 中華民國藥師公會全國聯合會

立同意書人：_____。

民國 104 年 月 日

附件 3-藥事照護報告書

保險對象基本資料：

姓名		出生日期		性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
電話		身分證字號		
住址			身高/體重	公分 公斤

照護藥師與執業藥局資料：

藥師姓名		執業藥局	
電話		地址	
E-mail		<u>藥師提出報告日期：</u>	
<u>訪視起迄時間/地點：</u>			

項目	原因/內容/發現之問題
第一次訪視紀錄	1. 依追蹤計畫， <input type="checkbox"/> 於__年__月__日__時開始第一次做居家訪視。 <input type="checkbox"/> 保險對象不願接受照護，原因：
<input type="checkbox"/> 第__次訪視發現/解決之問題	<input type="checkbox"/> 保險對象最近一個月共看幾次開慢箋的醫師門診：__次，共看幾次開短期用藥的醫師門診：__次(給藥日份 ≥14 為慢箋，<14 天為短期用藥) <input type="checkbox"/> 保險對象共有多少項醫療問題/疾病？__項 <input type="checkbox"/> 保險對象因慢性病須長期使用的處方藥有__種，因急性病短期使用的處方藥有__種 <input type="checkbox"/> 共使用非醫師處方的藥__種 <input type="checkbox"/> 共使用中藥__種 <input type="checkbox"/> 共使用保健食品__種 <input type="checkbox"/> 藥事人員給予用藥教育__項 <input type="checkbox"/> 協助處理/清理醫師處方的藥__種，及中藥、非處方藥、保健食品共__種 <input type="checkbox"/> 有將藥品整理成七日藥盒(沒有就不要勾選) <input type="checkbox"/> 發現有疑似藥物治療相關問題__項 <input type="checkbox"/> 填寫與醫師溝通之用藥意見__張

醫師診斷	藥師訪視後發現之醫療問題與家庭環境狀況

藥師照顧時發現的疑似藥物治療問題與改善建議：

	(AA 碼) 描述牽涉藥品/用法與問題是什麼	(BB 碼) 描述如何解決, 寫出藥物之變化
醫師處 方用藥	()	()
	()	()
	()	()
保險對 象用藥 行為	()	()
	()	()
	()	()

本次評值病人的疾病治療效果：

醫療問題 (疾病)	目前療效 代碼	追蹤改變 情形代碼	目前療效結果之描述
1.			
2.			
3.			

追蹤上次處置或建議事項的結果

上次日期	事項 (AABB 碼)	目前問題解決情形 (請附 CC 碼)
/		
/		
/		
/		
/		

書寫報告藥師簽名：

*疑似藥物治療問題之代碼：(AA 碼)

<p>◇ 有需要增加藥物治療</p> <p>11 有未治療的急性狀況或疾病</p> <p>12 應給予預防性藥物治療</p> <p>13 需合併另一藥來加強療效</p> <p>14 慢性病應服藥而醫師未開藥</p>	<p>◇ 藥品在體內的量可能過高</p> <p>51 劑量過高</p> <p>52 給藥間隔太短</p> <p>53 治療期間過長、藥量累積</p> <p>54 因交互作用造成劑量過高</p> <p>55 病患肝腎功能不佳</p>
<p>◇ 應刪除的不需要用藥</p> <p>21 此藥沒有適應症存在</p> <p>22 重覆用藥(同一種藥或同一藥理分類)</p> <p>23 此症狀不需藥物治療</p> <p>24 用來治療另一藥可避免的副作用</p> <p>25 缺乏可支持的檢驗數據</p> <p>26 採用非藥品處置更恰當</p>	
<p>◇ 藥品選擇不適當</p> <p>31 藥品劑型不適當</p> <p>32 有治療禁忌</p> <p>33 有配伍禁忌</p> <p>34 病患對藥品有耐受性或抗藥性</p> <p>35 還有更有效、安全、方便的藥</p> <p>36 吃藥時間過於複雜</p> <p>37 可選用單一成分藥，不需用到複方藥</p> <p>38 從前用此處方藥品治療失敗</p> <p>39 不符合此適應症</p>	<p>◇ 藥品不良反應</p> <p>61 藥品-藥品交互作用</p> <p>62 病患對此藥品過敏</p> <p>63 劑量調整速度太快</p> <p>64 對病患不安全(如疾病危險因子、懷孕、 哺乳、幼兒、老人)</p> <p>65 在正常劑量下，產生不期望的 藥理反應</p> <p>66 使用不安全藥品</p> <p>67 病患特異體質</p> <p>68 不正確給藥方式</p>
<p>◇ 藥品在體內的量可能不足</p> <p>41 劑量過低或血中藥品濃度不夠</p> <p>42 給藥間隔太長</p> <p>43 治療期間不足</p> <p>44 因交互作用造成劑量降低</p> <p>45 給藥方式造成藥量進入太少</p> <p>46 藥品儲存方式不適當</p>	<p>◇ 病人服藥配合度差</p> <p>91 幾種用藥給藥時間太複雜</p> <p>92 服藥觀念不正確</p> <p>93 藥貴、不願意買</p> <p>94 不瞭解正確服藥方法</p> <p>95 常忘記服藥</p> <p>96 無法吞下或給藥</p> <p>97 應做 TDM/療效監測</p>

◇編碼 00 其他/沒有藥物治療問題，但有教育病人正確就醫或自我照護做法。

◇編碼 01 其他/對醫師建議：沒藥物治療問題，但針對疾病控制或療效追蹤給醫師建議。

*藥事人員建議醫師用藥之溝通事項 (BB 碼)

11 建議開始用某藥	17 建議改變治療期限
12 建議停用某藥	18 建議改變劑型
13 建議換用另一種藥品	19 建議更改給藥時間/用藥方法
14 建議改變劑量	21 建議以 BA/BE 學名藥替代
15 建議更改藥品數量	22 向原處方醫師確認用藥
16 建議改變用藥間隔	23 建議生化、血液或療效監測
	24 請教育病人需要按時用藥

*醫師之回應結果 (CC 碼)

11 醫師增加一藥來治療	19 更改給藥時間
12 停用某藥	21 經討論維持原處方
13 換用另一種藥物	22 以 BA/BE 學名藥替代
14 更改劑量	23 醫師接受藥師意見做適當檢查/處置
15 更改藥物數量	24 醫師開始新治療法
16 更改用藥間隔/頻率	25 醫師沒接受意見，問題沒有解決
17 更改治療期限	26 健保署不給付
18 更改劑型	

**若有未列出之介入事項或醫師回應結果種類，請告知藥師全聯會，以更新版本。

*與保險對象溝通內容 (BB 碼)

51 疾病與就醫知識/對就醫看門診之建議	58 自我照顧技巧/對生活形態之建議
52 用藥知識 (藥名/作用/劑量/用法/用藥時間 須知/警語/保存/常見副作用)	59 認識開始或改變藥物治療的時機
53 用藥技巧	61 疾病突發時的處理步驟
54 對忘記服藥之處理	62 需要去門診/急診室治療的狀況
55 對同時使用 OTC 藥/食物/保健食品之建議	63 認識疾病長期控制不佳的狀況
56 促進健康/預防疾病措施	64 如何避免過敏原與刺激物
57 提供用藥教育資料	

*保險對象回應結果 (CC 碼)

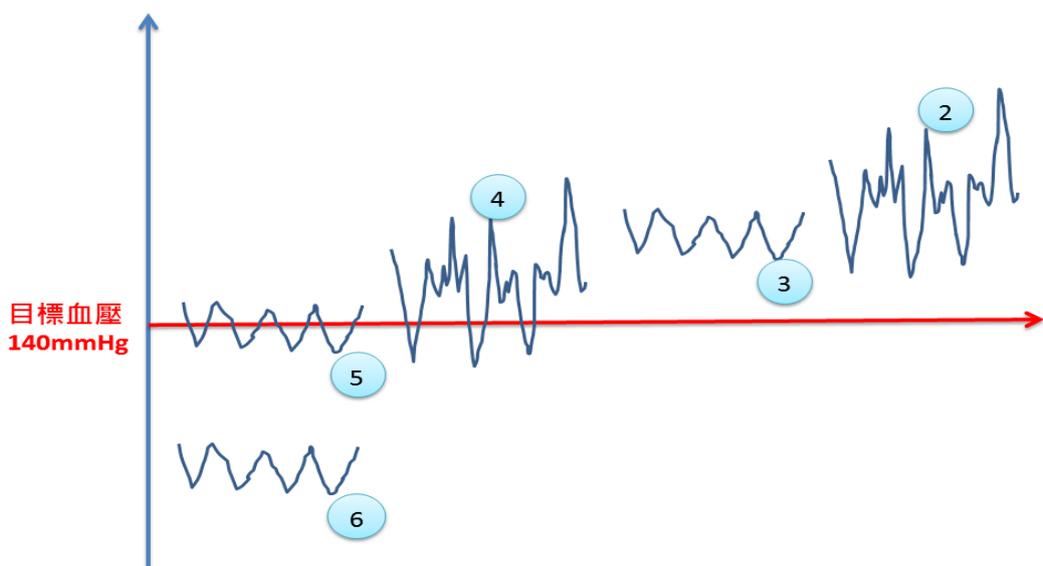
51 減少門診就診次數	61 仍經常去門診，沒減少就診次數
52 較依指示時間服用藥品	62 仍不按指示時間服用藥品
53 給藥技巧更正確	63 給藥技巧仍不正確
54 較不會忘記服藥	64 仍較會忘記服藥
55 較正確使用 OTC 藥/保健食品	65 仍不正確使用 OTC 藥/保健食品
56 會使用促進健康/預防疾病措施	66 仍不會使用促進健康/預防疾病措施
57 具有較正確用藥知識	67 仍沒有正確用藥知識
58 使用較正確生活形態/自我照顧	68 仍未改善生活形態/自我照顧
59 能依醫囑正確用藥	69 仍不能依醫囑正確用藥

**若有未列出之介入事項或病人結果種類，請告知藥師全聯會督導，以更新版本。

目前疾病治療控制情形 (目前療效代碼)

代碼	目前病況	描 述
7	完全治癒	病人所期望的治療目標已完全達成，且不再需要藥物治療。
6	治療已達目標，且病情穩定	病人所期望的治療目標已完全達成，且病情穩定，起伏不明顯，但仍需藥物治療，以維持穩定的病情。
5	最近治療曾多次達目標，且病情穩定	病人曾多次達到所期望的治療目標，病情雖穩定，起伏不明顯，但仍在「達標」與「未達標」之間來回擺盪。此時，須強化藥物治療的品質，以期穩定達標。
4	治療偶爾達標，但病情不穩定	病人僅偶爾達到所期望的治療目標，且病情不穩定，偶有不適症狀。須強化疾病的控制，以穩定病情。
3	治療未達標，但病情穩定	病人未曾達到所期望的治療目標，且療效指標一直穩定過高，有不適症狀。此時，應再強化藥物治療的品質，以期穩定達到治療目標。
2	治療未達標，且病情不穩定	病人不但未曾達到所期望的治療目標，病情還很不穩定，常有不適症狀，起伏明顯。此時應積極強化藥物治療與疾病控制的品質，使病況朝正面發展。
1	病情糟糕，且有併發症狀	病人不但未曾達到所期望的治療目標，病情還很不穩定，起伏明顯，常有不適症狀，甚至出現疾病衍生的併發症，需其他醫療處置，以控制衍生出的併發症狀。

※前述疾病治療控制情形代碼示意圖



各種疾病/醫療問題治療效果追蹤改善情形(與之前比較，第一次訪視不寫)之類別與代碼

代碼	類別	描 述
4	已解決	此時，病患所期望的治療目標已成功地達到，藥物治療可以停止了。此狀態可代表最理想的療效結果，通常在急性病或急性醫療問題上可見到此結果。此時的行為是停止用藥。慢性病很難達此目標而停藥。
3	穩定	此時，病患所期望的治療目標已達到，繼續使用相同的治療藥物。這通常是慢性病的狀況，病患檢查結果或病情穩定，但還需要使用藥物來控制住病情。仍須安排下一次追蹤時間。
2	已改善	此時，已看到正面的疾病進展，目前不需要改變藥物治療。這通常是慢性病的狀況，病患檢查結果或病情有進步，繼續使用相同藥物與劑量來控制病情。仍須安排下一次追蹤時間。
1	部份改善	此時，病患狀況有進展，但照顧計畫需要稍微調整一下，讓療效在下次追蹤時能發揮到最高點。譬如說：增加用藥劑量或改變給藥頻率。安排下次追蹤時間來觀察療效，並注意有無不良反應的出現
-1	未改善	此時，療效還沒看到明顯進展，但預期會有進展，因此繼續相同的治療。通常追蹤時間過短容易得到此結果。
-2	更糟	此時，儘管病患接受到好的照顧計畫，病患的狀況仍變壞。由於沒有達到治療目標，病患藥物治療需要改變。安排追蹤時間。
-3	失敗	此時，照顧計畫沒達到治療目標，停止現在療法，開始新治療法。安排追蹤時間。
-4	病患死亡	此時，病患在用藥期間死亡。藥師需注意是否有與藥物有關的因素與病患死亡有關，需記錄下來。

附件 4-藥師持續藥事照護成果表

照護藥師:

病人姓氏:

女士/先生

年齡:

居住縣市/區: _____

保險對象剛開始狀況	第一次照顧日期		共吃多少品項藥品		最後一次照顧看到病情結果	最後一次照顧日期		共照顧幾次		目前使用多少品項藥品	
	民國 年 月 日		項			民國 年 月 日		次		項	
	有哪些疾病(視需要增加下列行數)		疾病控制情形 (請使用後面目前療效的代碼，並描述細節)			目前疾病		疾病控制情形 (請使用後面目前療效的代碼，並描述細節)			
	1		()			1		()			
	2		()			2		()			
	3		()			3		()			
疾病控制狀況		/ =		疾病控制狀況		/ =					
形成高診次原因				保險對象對藥師的態度							
藥師照顧期間發現與解決的問題	(AA 碼) 藥師發現到哪些藥物治療問題			(BB 碼) 藥師建議如何解決			(CC 碼) 醫師處方修正/保險對象行為改變情形				
	醫師處方用藥	1	()	()			()				
		2	()	()			()				
		3	()	()			()				
	保險對象用藥行為	1	()	()			()				
		2	()	()			()				
3		()	()			()					

全民健康保險山地離島地區一覽表

分區業務組別	縣(市)別	山地鄉(區)	離島鄉(島)
臺北	宜蘭縣	大同鄉、南澳鄉	
臺北	新北市	烏來區	
臺北	金門縣		金城鎮、金寧鄉、金沙鎮、烈嶼鄉、金湖鎮、烏坵鄉
臺北	連江縣		南竿鄉、北竿鄉、莒光鄉、東引鄉
北區	桃園縣	復興鄉	
北區	新竹縣	尖石鄉、五峰鄉	
北區	苗栗縣	泰安鄉	
中區	臺中市	和平區	
中區	南投縣	信義鄉、仁愛鄉	
南區	嘉義縣	阿里山鄉	
高屏	高雄市	茂林區、桃源區、那瑪夏區	東沙島、南沙島
高屏	屏東縣	三地門鄉、霧台鄉、瑪家鄉、泰武鄉、來義鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉	琉球鄉
高屏	澎湖縣		馬公市、湖西鄉、西嶼鄉、白沙鄉、望安鄉、七美鄉
東區	花蓮縣	秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉、	
東區	臺東縣	海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉	蘭嶼鄉、綠島鄉
	小計	29 個山地鄉(區)	21 個離島鄉(島)

附表 2

特約藥局醫療費用點數申報格式及填表說明

欄位ID	資料名稱	申報填寫內容 (中文名稱及資料說明欄位)
*t1	資料格式	30
*d21	原處方服務機構代號	請填N
*t2	服務機構代號	請填寫藥局代碼(衛生福利部編定之代碼)
*t3	費用年月	前3碼為年份，後2碼為月份
*t5	申報類別	1或2 (1：送核，2：補報)
*d1	案件分類	請填D，D：藥事照護試辦計畫。
*d2	流水編號	藥局自行編號，最小值為1。
Δd22	原處方服務機構之案件分類	免填
Δd26-29	原處方服務機構之特定治療項目代號	免填
Δd13	就醫科別	免填
Δd14	就醫(處方)日期	免填
*d23	調劑/檢驗(查)/物理(職能)治療日期	請填寫訪視日期，前3碼為年份，中2碼為月份，後2碼為日數。 註：會與本署特約藥局檔勾稽
*d6	出生年月日	前3碼為年份，中2碼為月份，後2碼為日數
*d3	身分證統一編號	請填寫輔導對象身分證統一編號
Δd8-12	國際疾病分類碼	免填
Δd4	補報原因註記	補報者本欄為必填，送核案件免填
*d15	部分負擔代碼	請填009
Δd31	特殊材料明細點數小計	請填0
Δd35	連續處方箋調劑序號	免填
Δd36	連續處方可調劑次數	免填
Δp11	藥品給藥日份	請填0
Δd24	診治醫師代號	免填
*d25	醫事人員代號	輔導藥師之身分證統一編號
Δd33	用藥明細點數小計	請填0
Δd37	藥事服務費項目代號	<u>P4101C (一般地區訪視)</u> ， <u>P4102C (屬山地離島、資源不足地區且藥事人員執業非屬前開地區而至該區之訪視者)</u> ， <u>P4103C (藥師至照護機構服務)</u> <u>P4104C (保險對象至特約藥局接受輔導)</u>
Δd38	藥事服務費點數	<u>P4101C填1,000，P4102C填1,200，P4103C填700，P4104C填600。</u>
*d16	申請點數	不必填寫，電腦自動帶入
*d17	部分負擔點數	請填0
*d18	合計點數	不必填寫，電腦自動帶入
Δd20	姓名	請填寫輔導對象姓名

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案修正草案對照表

修正方案	現行方案	說明
全民健康保險醫療費用總額其他預算項目— <u>鼓勵醫療院所醫事服務機構</u> 即時查詢病患就醫資訊方案	全民健康保險醫療費用總額其他預算項目—鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案	修正方案名稱
一、依據：全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額辦理。	一、依據：全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額辦理。	未修正
二、目的：為鼓勵特約醫事服務機構提升網路頻寬，以利即時、迅速查詢病患於不同醫事機構間之醫療資訊，供處方參考，以確保保險對象就醫安全，以及提升醫療服務審查效率。	二、目的：為鼓勵特約醫事服務機構提升網路頻寬，以利即時、迅速查詢病患於不同醫事機構間之醫療資訊，供處方參考，以確保保險對象就醫安全以及提升醫療服務審查效率。	部分文字修改
三、預算來源：全民健康保險醫療給付費用總額之其他預算「 <u>鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施</u> 」項目。	三、預算來源：全民健康保險醫療給付費用總額之其他預算「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施」項目。	未修正
四、適用對象及其條件： (一)採穩健逐步推動 方式， 103 年上半年以鼓勵特約層級別為醫院者申辦，另 103 年下半年視實施狀況，其他特約醫事服務機構(診所或藥局)如有意願，由保險人分區業務組個案同意後辦理。 <u>保險人特約醫事服務機構包含醫院、診所及交付機構。</u> (二)特約醫事服務機構應依特約層級別選擇申請裝	四、適用對象及其條件： (一)採穩健逐步推動 方式，103 年上半年以鼓勵特約層級別為醫院者申辦，另 103 年下半年視實施狀況，其他特約醫事服務機構(診所或藥局)如有意願，由保險人分區業務組個案同意後辦理。 (二)特約醫事服務機構應依特約層級別申請裝設所需	1.修訂適用對象包含醫院、診所及交付機構。 2.考量特約醫事服務機構醫療服務規模不同，所需速率頻寬 修訂為有選擇彈性，使用量較低之診所或

修正方案	現行方案	說明
<p>設所需速率頻寬(醫學中心企業型光纖10M、區域醫院企業型光纖6M、地區醫院企業型光纖4M、基層診所企業型光纖2M、藥局企業型光纖1M醫院層級別得選擇企業型光纖 4M 或 6M 或 10M，基層診所及交付機構得選擇企業型或專業型光纖 1M 或 2M 以上之網路。</p> <p>(三)特約醫事服務機構需檢送申請表(附件1)，由保險人分區業務組核定後辦理。</p>	<p>速率頻寬(醫學中心企業型光纖 10M、區域醫院企業型光纖 6M、地區醫院企業型光纖 4M、基層診所企業型光纖 2M、藥局企業型光纖 1M)以上之網路。</p> <p>(三)特約醫事服務機構需檢送申請表(附件1)，由保險人分區業務組核定後辦理。</p>	<p>交付機構並可選擇企業型或專業型光纖。企業型光纖與專業型光纖的差異在於較少壅塞且網路傳送較優先。</p>
<p>五、<u>支付方式項目及標準</u>：</p> <p>(一) <u>特約醫事服務機構之網路月租費</u></p> <p>1. <u>基本費</u>：</p> <p>(1) 104 年補助 50%。</p> <p>(2) 105 年補助 30%。</p> <p>(3) 106 年補助 20%。</p> <p>(4) 107 年起不補助。</p> <p>2. <u>指標獎勵</u>：各年扣除基本費之補助後，依下列指標計算支付。</p> <p>1. (1) 醫院指標五項：住院病人健保雲端藥歷系統查詢率、門診病人健保雲端藥歷系統查詢率、特定醫療資訊查詢關懷名單網頁開啟率、門診或住診抽審案件數位審查及特定檢查項目(CT、MRI、PET)資源共享率。各項指標項目達成率、評核方</p>	<p>五、支付方式：</p> <p>(一) 依下列指標予以支付：</p> <p>1. 醫院指標五項：住院病人健保雲端藥歷系統查詢率、門診病人健保雲端藥歷系統查詢率、特定醫療資訊查詢關懷名單網頁開啟率、門診抽審案件數位審查及特定檢查項目(CT、MRI、PET)資源共享率。各項指標項目達成率、評核方式及支付權重，如附件 2。</p> <p>2. 診所或藥局指標四項：門診病人健保雲端藥歷系統查詢率、特定醫療資訊查詢關懷名單網頁開啟率、門診抽審案件數位審查、健保卡登錄處方及上傳作業正確率。各項指標支付權重為 50%，由保險人依指標達成項目最高</p>	<p>1. 為提升特約醫事服務機構之參與率，104 年網路月租費之 50%依指標項目達成率支付，另 50%為基本費支付。並修改為按季結算並核付。</p> <p>2. 醫院指標，「特定醫療資訊查詢關懷名單網頁開啟率」調整為$\geq 90\%$(原訂$>95\%$)；當季關懷名單就醫 10 人次以下之醫院，本項指標之支付權重 15%調移至第 2 項指標「門診病人健保雲端藥歷系統查詢率」加 15%之支付權重。另一項指標「門診抽審案件數位審查」調整為門診或住診至少一個西醫科別達評核標準。</p>

修正方案	現行方案	說明
<p>式及支付權重，如附件 2。</p> <p>2. (2) <u>診所及藥局交付機構</u>指標四項：門診病人健保雲端藥歷系統查詢率、特定醫療資訊查詢關懷名單網頁開啟率、門診抽審案件數位審查（<u>西醫基層診所排除適用</u>）、健保卡登錄處方及上傳作業正確率。各項指標支付權重為 50%，由保險人依指標達成項目最高二項計算，支付權重最高為 100%。各項指標項目達成率、評核方式，如附件 3。</p> <p>(二) <u>保險人為利特約醫事服務機構查詢及傳送資料</u>，相對應需增加網路頻寬，<u>保險人之網路費用依政府採購法及相關規定辦理</u>。</p> <p>(三) <u>獎勵醫事服務機構上傳檢驗(查)結果</u>：</p> <p>1. <u>上傳基本費：上傳率 > 50%，且上傳醫令數 > 0 者支付基本費。</u> <u>基本費每季為醫院 2,500 元、基層診所及交付機構 750 元。</u> <u>上傳率 = 已上傳檢驗(查)結果醫令數 / 申報應上傳檢驗(查)結果醫令數。</u></p> <p>2. <u>上傳獎勵金：符合領取上傳基本費者，始支付獎勵金。獎勵金之支付，檢驗(查)結果為非報告型資料者每筆獎</u></p>	<p>二項計算，支付權重最高為 100%。各項指標項目達成率、評核方式，如附件 3。</p>	<p>3. 診所或交付機構指標依醫師公會全聯會建議，西醫基層診所排除「門診抽審案件數位審查」乙項。</p> <p>4. 保險人網路費用部分，因 104 年度健保基金未編列預算，依預算法第 88 條規定應報行政院核准後再行據以辦理。</p> <p>5. 新增獎勵院所上傳檢驗(查)結果，應上傳項目，如附件 4。</p>

修正方案	現行方案	說明
<p><u>勵 1 點，報告型資料者每筆獎勵 5 點，每點支付金額最高以 1 元支付，若本方案支付金額超出預算時，本項改以全年度浮動點值計算。</u></p> <p><u>3.應上傳項目，如附件 4。非規定應上傳之檢驗、檢查項目，仍可依規定格式上傳，惟不計費用。上傳格式公布於保險人全球資訊網之醫事機構專區之醫療費用支付項下。</u></p>		
<p><u>六、支付方式：</u></p> <p><u>1.依特約醫事服務機構申辦時問各自核計適用之季別指標達成率，按季結算應支付之權重金額後，按年支付。</u></p> <p><u>(一) 特約醫事服務機構之網路月租費：</u></p> <p><u>1.按季核算並支付。公式如下：</u></p> <p><u>基本費=F×當年度基本費補助比率 (R)</u></p> <p><u>指標獎勵=F×(1-R)×Σ 指標獎勵達成之支付權重</u></p> <p><u>F：依電信公司提供特約醫事服務機構提供該季繳交網路頻寬之月租費證明書據 (繳款人需為該特約醫事服務機構含機構代號) 金額×該季之指標達成率項次之支付權重。</u></p> <p><u>2.支付上限：依保險人與電信公司合約折扣率計算之頻寬月租費為上限，以 104 年為例，頻寬月租費介於新台幣 2,178 元至 2 萬 9,172 元，</u></p>	<p><u>(二) 支付方式：</u></p> <p><u>1. 依特約醫事服務機構申辦時問各自核計適用之季別指標達成率，按季結算應支付之權重金額後，按年支付。其計算公式如下：依特約醫事服務機構提供季繳交網路頻寬之月租費證明書據(繳款人需為該特約醫事服務機構含機構代號)金額×指標達成率項次之支付權重。</u></p> <p><u>2.支付上限：依保險人與中華電信公司合約折扣率計算之頻寬月租費為上限：</u></p> <p><u>(1) 醫學中心企業型光纖 10M 月租費新台幣 (以下同) 2 萬 9,172 元。</u></p> <p><u>(2) 區域醫院企業型光纖 6M 月租費 2 萬 3,892 元。</u></p> <p><u>(3) 地區醫院企業型光纖 4M 月租費 1 萬 3,420 元。</u></p> <p><u>(4) 基層診所企業型光纖 2M 月租費 7,436 元。</u></p>	<p><u>1. 本方案為鼓勵特約醫事機構儘早加入，104 年修訂為按月租費所屬季別適用該季指標達成率，即 104 年 1-3 月申辦者適用第一季指標達成率，4-6 月申辦者適用第二季指標達成率，至於 104 年前已參加者自 104 年 1-3 月適用第一季指標達成率。</u></p> <p><u>2. 按年支付修訂為按季支付。</u></p>

修正方案	現行方案	說明
<p><u>詳附件 5。</u></p> <p>(1) 醫學中心企業型光纖 10M 月租費新台幣 (以下同) 2 萬 9,172 元。</p> <p>(2) 區域醫院企業型光纖 6M 月租費 2 萬 3,892 元。</p> <p>(3) 地區醫院企業型光纖 4M 月租費 1 萬 3,420 元。</p> <p>(4) 基層診所企業型光纖 2M 月租費 7,436 元。</p> <p>(5) 藥局企業型光纖 1M 月租費 5,676 元。</p> <p>(6) 各參加醫事服務機構已達本方案規定申請裝設所需速率之頻寬而未達本方案支付月租費之低於上限者，以其支付電信公司之費用及目標值達成情形核實支付。</p> <p><u>(二) 保險人之網路費用依採購契約書約定辦理並經核銷程序後覈實支付。</u></p> <p><u>(三) 獎勵醫事服務機構上傳檢驗 (查) 結果：按季核算基本費及獎勵金後支付。</u></p>	<p>(5) 藥局企業型光纖 1M 月租費 5,676 元。</p> <p>各參加醫事服務機構已達本方案規定申請裝設所需速率之頻寬而未達本方案支付月租費之上限者，以其支付中華電信之費用及目標值達成情形核實支付。</p>	<p>3. 網路月租費上限依保險人與電信公司合約折扣率計算之頻寬月租費為上限，列舉 104 年之月租費上限。</p>
<p><u>六七、</u>本方案由保險人報請衛生福利部核定後公告實施，屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。</p>	<p>六、本方案由保險人報請衛生福利部核定後公告實施，屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。</p>	<p>調整項次。</p>

方案之附件 2

103 年全民健康保險鼓勵醫療院所醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案-核付指標 (醫院適用)

指標名稱	指標達成率	評核方式	支付權重
1. 住院病人健保雲端藥歷系統查詢率	104 年 第一季 > 15% 第二季 > 30% 第三季 > 45% 第四季起 > 60%	1. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入) 2. 分子：住院病人查詢健保雲端藥歷系統人數 分母：住院病人數	20%
2. 門診病人健保雲端藥歷系統查詢率	104 年 第一季 > 12% 第二季 > 24% 第三季 > 36% 第四季起 > 50%	1. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入) 2. 分子：門診病人查詢健保雲端藥歷系統人數 分母：門診病人數 3. 病人數係以下列各類就診病人 ID 合併歸戶計算人數： (1) ≥ 75 歲者 (2) ≥ 65 歲且屬高血壓、糖尿病、高血脂 (主診斷碼 401-405、250、272 任一) 且開立慢性病連續處方箋者 (3) 當年健保卡取號，就醫序號 ≥ 90 次者 (4) 醫院整合門診計畫之照護病人 (申報欄位 d13 為 A、B、D、E 之照護對象者) (5) 其他自選病人 (醫院自行決定是否增列其他病人群，惟須經保險人分區業務組同意) (另鼓勵醫院查詢急診病人，故不列入分母人數計算，有查詢者列入分子人數計算)	40%
3. 特定醫療資訊查詢關懷名單網頁開啟率	≥ 95% ≥ 90%	1. 檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入) 2. 分子：關懷名單病患網頁被開啟病人次數 分母：關懷名單就醫人次數 (排除關懷名單就醫 5 人次以下及因系統異常等不可歸責於院所之原因者) 3. 當季關懷名單就醫 10 人次以下之醫院，本項指標之支付權重調整為 0%，本項權重 15% 調移至第 2 項指標「門診病人健保雲端藥歷系統查詢率」加 15% 之支付權重。	15%
4. 門診或住診抽審案件數位審	門診或住診至少一個西醫科別達評核標準，建置檢索快查功能並完成保險人	保險人分區業務組依下列方式評核標準，進行認定： 1. 經認可之試傳作業後並正式單軌運作條件如下： 門診醫療費用抽審案件之病歷資料，以符合紙本替代方案規定之數位化方式以數位全面單軌送審。	15%

指標名稱	指標達成率	評核方式	支付權重
查	分區業務組認可之試傳作業後，並正式單軌運作者	2.送審檔案檢索快查功能定義(需同時符合下列2項條件): (1) 每一送審案件流水號所附病歷數位檔具方便查詢開啟之目錄索引功能(例如：可方便查詢開啟病人基本資料、S.O.A.病情摘要、診斷、門診紀錄單、門診用藥紀錄單、檢驗、檢查、門診護理紀錄單、手術紀錄單、急診紀錄單、手術報告、急診護理紀錄、麻醉紀錄、會診單、病人同意書等其他書類)。 (2) 同類型資料按醫療日期排序整合為1個檔案。	
5. 特定檢查項目 (CT、MRI、PET) 資源共享率	≥2.1%	1.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二三位(四捨五入) 2.分子：申報特定檢查資源共享試辦計畫之第二次處方醫院申請特殊造影檢查影像及報告費 (P2103C、P2104C、P2107C、P2108C) 之醫令數。 分母：申報 CT、MRI、PET (33070B-33072B、33084B-33085B、26072B-26073B) 之醫令數。 3.當年度季未曾申報 CT、MRI、PET 之任一項醫令之醫院，本項指標之支付權重調整為 0%，原 10% 調移至第 1 項指標「住院病人健保雲端藥歷系統查詢率」及第 2 項指標「門診病人健保雲端藥歷系統查詢率」各加 5% 之支付權重。	10%

方案之附件 3

103年全民健康保險鼓勵醫療院所醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案-核付指標（診所或藥局及交付機構適用）

指標名稱	指標達成率	評核方式	支付權重
1.門診病人健保雲端藥歷系統查詢率	104年 第一季>5% 第二季>10% 第三季>15% 第四季起>20%	1.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入) 2.分子：門診病人(交付機構提供醫藥服務病人)查詢健保雲端藥歷系統人數 分母：門診病人數(交付機構提供醫藥服務病人) 註：分子及分母之人數以各季中同一家院所、同一個身分證號歸戶後計算一筆。	50%
2.特定醫療資訊查詢關懷名單網頁開啟率	≥90%≥90%	1.檔案分析，分子除以分母後之商數，取至小數點後第二位(四捨五入) 2.分子：關懷名單病患網頁被開啟病人次數 分母：關懷名單就醫人次數 (排除因系統異常等不可歸責於院所之原因者)	50%
3.門診抽審案件數位審查 (西醫基層診所排除適用)	完成保險人分區業務組認可之試傳作業後，並正式單軌運作	保險人分區業務組依下列方式評核： 1.經認可試傳作業後並正式單軌運作條件如下：門診醫療費用抽審案件之病歷資料，以符合紙本替代方案規定之數位化方式以數位全面單軌送審。 2.經保險人分區業務組認可之試傳作業後，除特殊狀況已向業務組報備外，皆需以病歷電子檔送審。	50%
4.健保卡登錄處方及上傳作業正確率	≥90%	1.健保卡登錄處方正確率： 分子：上傳處方簽章正確之醫令筆數 分母：健保卡上傳總醫令筆數 2.符合健保卡上傳作業實施標準： (1)健保卡登錄後 24 小時內上傳之件數比率 (2)健保卡上傳件數/申報件數之比率 (3)上傳與申報資料比對「醫事人員 ID、醫療費用、部分負擔、醫令、主診斷(藥局及交付機構除外)」每項上傳比率	50%

方案之附件 4

獎勵醫事服務機構上傳檢驗（查）結果之項目

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

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
31	09029C	膽紅素總量	1
32	09030C	直接膽紅素	1
33	09031C	麩胺轉酸酶	1
34	09032C	肌酸磷化酶	1
35	09033C	乳酸脫氫酶	1
36	09038C	白蛋白	1
37	09040C	全蛋白	1
38	09041B	血液氣體分析	1
39	09043C	高密度脂蛋白－膽固醇	1
40	09044C	低密度脂蛋白－膽固醇	1
41	09046B	鎂	1
42	09064C	解脂酶	1
43	09071C	肌酸磷酸酶(MB 同功酶)	1
44	09099B	心肌旋轉蛋白 I	1
45	09106C	游離甲狀腺素免疫分析	1
46	09112C	甲狀腺刺激素免疫分析	1
47	11001C	ABO 血型測定檢驗	1
48	11002C	交叉配合試驗	1
49	11003C	RH (D) 型檢驗	1
50	11004C	不規則抗體篩檢	1
51	12007C	α -胎兒蛋白檢驗	1
52	12015C	C 反應性蛋白試驗－免疫比濁法	1
53	12021C	癌胚胎抗原檢驗	1
54	12081C	攝護腺特異抗原 (EIA/LIA 法)	1
55	12111C	微白蛋白 (免疫比濁法)	1
56	12184C	去氧核糖核酸類定量擴增試驗	1
57	12185C	核糖核酸類定量擴增試驗	1
58	12193B	B 型利納利尿胜肽原(B 型利納利尿胜肽)	1
59	12202B	C 型肝炎病毒核酸基因檢測－即時聚合酶連鎖反應法	1
60	13006C	排泄物，滲出物及分泌物之細菌顯微鏡檢查	1
61	13007C	細菌培養鑑定檢查 (包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定，抗酸菌除外)	1
62	13008B	細菌培養鑑定檢查 (包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定，抗酸菌除外)，對同一檢體合併實施一般培養及厭氧性培養時加算	1
63	13009B	細菌藥物敏感性試驗－1 菌種	1
64	13016B	血液培養	1
65	13023C	細菌最低抑制濃度快速試驗	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
66	13025C	抗酸性濃縮抹片染色檢查	1
67	13026C	抗酸菌培養(限同時使用固態培養基及具自動化偵測功能之液態培養系統)	1
68	14032C	B型肝炎表面抗原	1
69	14033C	B型肝炎表面抗體	1
70	14035C	B型肝炎e抗原檢查 HBeAg	1
71	14051C	C型肝炎病毒抗體檢查	1
72	15001C	體液細胞檢查	1
73	17008B	睡眠多項生理檢查	2
74	18001C	心電圖	2
75	18005B	超音波心臟圖(包括單面、雙面)	2
76	18007B	杜卜勒氏彩色心臟血流圖	2
77	18010B	頸動脈聲圖檢查	2
78	18015B	極度踏車運動試驗	2
79	18019B	攜帶式心電圖記錄檢查	2
80	18020B	心導管—一側	2
81	18022B	冠狀動脈攝影	2
82	19001C	腹部超音波(包括肝 liver,膽囊 gallbladder,胰 pancreas,脾 spleen,下腔靜脈 inferiorvenacava,腹主動脈 abdominalaorta,腎 kidney 及其他腹部超音波 abdominalothers 在內)	2
83	19003C	婦科超音波	2
84	19005B	其他超音波	2
85	19005C	其他超音波	2
86	19007B	超音波導引(為組織切片,抽吸、注射等)	2
87	19009C	腹部超音波,追蹤性	2
88	19010C	產科超音波	2
89	19012C	頭頸部軟組織超音波(如甲狀腺 thyroid、副甲狀腺 parathyroid、腮腺 parotid)	2
90	19014C	乳房超音波	2
91	20001C	腦波檢查睡眠或清醒	2
92	20013B	頸動脈超音波檢查	2
93	20019B	感覺神經傳導速度測定	2
94	20023B	F波	2
95	20026B	穿顱都卜勒超音波檢查(顱內血管超音波檢查)	2
96	22001C	純音聽力檢查	1
97	23305C	氣壓式眼壓測定	1
98	23401C	細隙燈顯微鏡檢查	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
99	23501C	眼底檢查	1
100	23502C	眼底彩色攝影每張	2
101	23506C	微細超音波檢查	2
102	23702C	間接式眼底鏡檢查	1
103	25003C	第三級外科病理	3
104	25004C	第四級外科病理	3
105	25006B	冰凍切片檢查	3
106	25012B	免疫組織化學染色(每一抗體)	3
107	25024C	第五級外科病理	3
108	25025C	第六級外科病理	3
109	26025B	壓力與重分佈心肌斷層灌注掃描	2
110	26029B	全身骨骼掃描	2
111	26072B	正子造影-全身	2
112	28002C	鼻咽喉內視鏡檢查	2
113	28016C	上消化道泛內視鏡檢查	2
114	28017C	大腸鏡檢查	2
115	28023C	肛門鏡檢查	2
116	30022C	特異過敏原免疫檢驗	1
117	32001C	胸腔檢查(包括各種角度部位之胸腔檢查)	2
118	32002C	胸腔檢查(包括各種角度部位之胸腔檢查)	2
119	32006C	腎臟、輸尿管、膀胱檢查	2
120	32007C	腹部檢查(包括各種姿勢之腹部檢查)	2
121	32009C	頭顱檢查(包括各種角度部位之頭顱檢查)	2
122	32011C	脊椎檢查(包括各種角度部位之頸椎、胸椎、腰椎、薦椎、尾骨及薦髂關節等之檢查)	2
123	32012C	脊椎檢查(包括各種角度部位之頸椎、胸椎、腰椎、薦椎、尾骨及薦髂關節等之檢查)	2
124	32013C	肩部骨頭及關節檢查(包括各種角度與部位之檢查)	2
125	32014C	肩部骨頭及關節檢查(包括各種角度與部位之檢查)	2
126	32015C	上肢骨各處骨頭及關節檢查(包括各種角度與部位之檢查)	2
127	32016C	上肢骨各處骨頭及關節檢查(包括各種角度與部位之檢查)	2
128	32017C	下肢骨各處骨頭及關節檢查(包括各種角度與部位之檢查)	2
129	32018C	下肢骨各處骨頭及關節檢查(包括各種角度與部位之檢查)	2
130	32022C	骨盆及髖關節檢查(包括各種角度與部位之檢查)	2

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
131	33005B	乳房造影術	2
132	33012B	靜脈注射泌尿系統造影術（點滴注射）	2
133	33070B	電腦斷層造影－無造影劑	2
134	33071B	電腦斷層造影－有造影劑	2
135	33072B	電腦斷層造影－有/無造影劑	2
136	33074B	單純性血管整形術	2
137	33075B	血管阻塞術	2
138	33076B	經皮冠狀動脈擴張術－一條血管	2
139	33077B	經皮冠狀動脈擴張術－二條血管	2
140	33084B	磁共振造影－無造影劑	2
141	33085B	磁共振造影－有造影劑	2

註1：報告類別代碼說明：1：檢體檢驗報告；2：影像報告；3：病理報告。

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

特約醫事服務機構之網路月租費上限

特約層級別	網路頻寬	各頻寬月租費上限 (單位：新台幣元)
醫學中心 區域醫院 地區醫院	企業型 FTTB 10M	29,172
	企業型 FTTB 6M	23,892
	企業型 FTTB 4M	13,420
診所及交付機構	企業型 FTTB 2M	7,436
	企業型 FTTB 1M	5,676
	專業型 FTTB 2M	4,136
	專業型 FTTB 1M	2,178

第四節 復健治療 Rehabilitation Therapy

第四項 語言治療 Communication Therapy (44001~44012)

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	備註
44001A	簡單Simple：指治療項目1~2項以上，合計治療時間未滿30分鐘之簡單治療。			v	v	240	修訂語言治療各治療程度項目之區分方式
44002B		v				210	
44003C		v				145	
44004A	中度Moderate：指治療項目2~3項以上，合計治療時間超過30分鐘至450分鐘以內之中度治療。			v	v	320	度項目之區分方式
44005B			v			280	
44011C		v				265	
44006C		v				190	
44013A	中度-複雜：指治療項目3項以上，合計治療時間超過40分鐘至50分鐘以內之中度治療。			<u>v</u>	<u>v</u>	<u>480</u>	新增
44014B			<u>v</u>			<u>420</u>	
44015C		<u>v</u>				<u>400</u>	
44016C		<u>v</u>				<u>290</u>	
44007A	複雜Complicated：指治療項目43項以上，合計治療時間超過50分鐘以上之複雜治療。			v	v	<u>600</u> <u>480</u>	調升點數
44008B			v			<u>525</u> <u>350</u>	
44012C		v				<u>500</u> <u>335</u>	
44009C	備註:1.治療項目	v				<u>360</u> <u>240</u>	
	ST 1. 聽能瞭解訓練 Auditory comprehension training ST 2. 口語訓練 Verbal production ST 3. 輔導溝通法 Augmentative communication system ST 4. 認讀訓練 Reading training ST 5. 書寫訓練 Writing training ST 6. 視知覺訓練 Visual perception ST 7. 高階層認知訓練 High level cognitive function training ST 8. 觸覺肌動法 Tactile stimulation ST 9. 口腔動作訓練 Oral Tx. ST 10 發音部位法 Phonetic placement ST 11. 聽辨訓練 Auditory discrimination ST 12. 節律訓練 Rhythm training ST 13. 視聽回饋法 Audiovisual feedback monitoring ST 14. 語言分析 Acoustu analysis ST 15. 其他經保險人核可者						
	2.44011C、44012C、44015C限復健科專科醫師開設之基層院所或基層院所聘有專任之復健醫師者申請。						

第二部 西醫
第一章 基本診療
第六節 調劑

編號	診療項目	特約藥局	基層院所		地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
			醫自 師調 親劑	藥員 事調 人劑				
05202B	門診藥事服務費（診所及藥局部分） 每人每日80件內 （山地離島地區每人每日100件內） —一般處方給付（7天以內）	v						45 <u>48</u>
05203C				v				30 <u>33</u>
05204D			v					11 <u>14</u>
05223B		v						45 <u>48</u>
05224C	—慢性病處方給藥13天以內			v				30 <u>33</u>
05225D			v					11 <u>14</u>
05206B		v						56 <u>59</u>
05207C				v				32 <u>35</u>
05208D	—慢性病處方給藥14-27天		v					21 <u>24</u>
05210B		v						66 <u>69</u>
05211C				v				42 <u>45</u>
05212D			v					32 <u>35</u>
05234D	門診藥事服務費（診所及藥局部分） 每人每日81-100件內 （山地離島地區每人每日101-120件內）	v		v				15 <u>18</u>

第四部 中 醫

第三章 藥品調劑費

編號	診療項目	支付點數
A31	藥品調劑費 — 修習中藥課程達適當標準之藥師調劑	20 <u>23</u>
A32	— 中醫師親自調劑	10 <u>13</u>
註：1.未開藥者不得申報藥品調劑費。 2.修習中藥課程達適當標準之藥師調劑者，須先報備，經證明核可後申報。		

全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案

99.04.01 第一版實施
101.01.01 第二版修正
102.01.01 第三版修正
102.07.29 第四版修正
103.01.01 第五版實施
103.0.0 第六版實施

壹、前言

有鑑於我國生育率逐年下降，為提升孕產婦醫療照護品質，爰推動本方案，將「懷孕」至「生產」期間視為一完整療程以達全人照護，並透過全程醫療照護諮詢管理模式，提供孕產婦在懷孕期間至產後 1 個月內之 24 小時無間斷之優質醫療照護諮詢服務，期能提升孕產婦在同一醫療院所全程醫療照護之品質，並降低生產風險，達到確保照護品質之目的。本計畫實施後，孕產婦全程照護率持續增加，辦理成效良好。

貳、依據

各年度全民健康保險醫療給付費用總額之協商結果。

參、計畫目的

促進孕產婦健康，提供完整產程檢查、指定期間之 24 小時醫療照護諮詢服務，增進孕產婦及新生兒之健康。

肆、計畫內容

一、孕產婦收案條件

為達全人優質醫療照護之目的，本方案收案條件為在該院所接受全程產前檢查及生產全程照護者。

二、參與院所及人員資格

醫事人員及醫事服務機構須向全民健康保險保險人(以下稱保險人)之分區業務組申請同意，惟 103 年已參與本計畫之醫事服務機構得持續辦理。資格如下：

(一)醫院診所須登記有婦產科診療科別及專任婦產科專科醫師資格，並設有符合醫療機構設置標準規定之產房及嬰兒室。

(二)院所配合條件：提供孕產婦於懷孕期間及產後 1 個月內電話或網路等各類 24 小時無間斷之醫療照護諮詢服務。

三、 支付標準及其涵蓋範圍(如附件1)

包括懷孕至產後一月整合性醫療照護之孕產期全程管理照護，每點以一元為限。但產檢、生產及相關門、住診診療服務仍得依現行支付標準規定申報。

(一)孕產期管理照護費：

- 1.母嬰親善機構認證院所照顧個案，妊娠期間依次產檢(未中斷產檢者)至生產皆在同一院所執行，且生產當次非採自行要求剖腹產之產婦，每一案件得合併生產申報「母嬰親善機構孕產期管理照護費(全程產檢暨生產)」(P3904C/1,200點)。
- 2.非母嬰親善機構認證院所照顧個案，妊娠期間依次產檢(未中斷產檢者)至生產皆在同一院所執行，且生產當次非採自行要求剖腹產之產婦，每一案件得合併生產申報「非母嬰親善機構孕產期管理照護費(全程產檢暨生產)」(P3905C/900點)。
- 3.如產婦自行要求剖腹產，或產前階段孕產婦所接受之產檢服務曾在其他醫療院所執行者，不得申報「孕產期管理照護費」。
- 4.同時加入「週產期論人支付制度試辦方案」之產婦，因醫療照護需要等非可歸責院所之因素，轉送該計畫之後送醫院生產且非採自行要求剖腹產者，改以「孕產期管理照護費(全程產檢不含生產)」(P3903C/900點)單獨申報。
- 5.本項孕產期管理照護費所指全程產檢，係指完成衛生福利部預防保健服務補助標準所列之10次孕婦產前檢查，惟孕產婦如因早產等醫療因素僅執行前8次(含以上)產檢者，得比照申報孕產期管理照護費。

(二)品質提升費：院所符合下列 1 至 5 各項指標者，本署得於翌年依該院所前年度所有核定「孕產期管理照護費」之案件數，每件加給 450 點之「品質提升費」；院所符合下列第 6 項指標者，本署得於翌年依該院所前年度所有核定「孕產期管理照護費」之案件數，每件加給 50 點之「品質提升費」。各分區業務組每年針對參與院所下列 5 項品質指標進行評核。

- 1.孕產期全程照護率 $\geq 45\%$ 。

分子：院所年度符合申報全程照護案件數。

分母：院所年度申報不含自行要求剖腹產之生產案件數。

- 2.產後14日內再住院率(含跨院) $< 1\%$ 。

分子：院所年度生產後 14 日再入院之案件數。

分母：院所年度申報生產案件數。

3.剖腹產管控率：院所剖腹產率不超過本署該轄區70百分位，且低於該年全國平均值。

分子：院所年度申報剖腹產含自行要求剖腹產案件數。

分母：院所年度申報生產案件數。

4.低出生體重率不超過院所前一年度低出生體重率1%。

分子：院所年度出生體重小於 2500 公克之活產人數。

分母：院所年度出生通報之活產人數。

公式：「本年度之低出生體重率」－「上一年度低出生體重率」 $\leq 1\%$ (四捨五入至小數點第一位)。

5.院所收取「自行要求剖腹產」產婦之醫療費用，未超過該院所原論病例計酬「健保支付生產點數」與「自行要求剖腹產」點數 (15,669)之價差(1點以1元計算)，非屬健保給付之醫療費用項目，不納入價差計算。

6.具助產人員執業登記：年度內助產士及助產師合計執業登記人數 ≥ 1 。

四、醫療費用之申報、暫付、審查及核付方式

(一)費用申報時，請依產前及生產分別申報如下：

1.產前部分：各次產檢請依現行規定申報。

2.生產部分依特約醫事服務機構住院醫療費用點數申報格式及填表說明申報：

(1)Tw-DRGs 案件之欄位同現行 Tw-DRGs 案件申報規定，另加計申報項目：醫令清單段之醫令類別請填寫「X」，醫令代碼請填寫「P3904C」、「P3905C」。

(2)論病例計酬案件之欄位同現行論病例計酬案件申報規定，另加計申報項目：醫令清單段之醫令類別請填寫「2」，醫令代碼請填寫「P3904C」、「P3905C」。

(3)參加「週產期論人支付制度試辦方案」案件之點數清單段之案件類別請填「4」、給付類別請填「D」，另加計申報項目：醫令清單段之醫令類別請填寫「2」，醫令代碼請填寫「P3903C」。

(二)暫付、審查及核付：

1、依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」辦理。

2、本署視審查需要得請院所提供門診各次產檢資料送審，如經查有妊娠至生產期間中斷產檢或採自行要求剖腹產未確實申報者，除核減溢領費用，自通知日起一年內

不得申請本方案相關費用。

3、院所申報「孕產期管理照護費」，經勾稽門診申報資料發現未符本方案規定者，不予支付該項費用。

4、本署各分區業務組依該院所前年度所有核定生產資料，統計「品質提升費」所訂品質指標結果，符合 1 至 5 各項指標結果者，依該院所前年度所有核定「孕產期管理照護費」之案件數，每件加給 450 點之「品質提升費」；符合第 6 項指標者，本署得於翌年依該院所前年度所有核定「孕產期管理照護費」之案件數，每件加給 50 點之「品質提升費」。

五、品質監控及評估方式：（依附件 2-表 1~3 格式填寫）

（一）參與院所每季最後 1 個月須提報下列相關指標供本署各分區業務組參考。

（二）本署各分區業務組需針對參與院所提報之下列相關指標進行監控。

1、結構指標：人員專業素質與醫療行政品質（專科資格、在職教育）。

2、過程指標：方案前後平均住院天數比較。

3、結果指標：全院性之產檢利用率、週產期死亡率、出生性別比。

4、危險因子指標：子癩前症、子癩症、早產兒、低體重兒比率。

5、其他指標：住院期間總母乳哺育率、住院期間純母乳哺育率。

伍、本方案之管理照護費及相關品質提升費，於全民健康保險醫院總額及西醫基層總額之「醫療給付改善方案」專款項下支應，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。

「全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案」支付標準

通則：

- 一、不符醫學上適應症而自行要求剖腹產者，須回歸原支付標準申報，依自行要求剖腹產點數支付，不得申報本計畫各項支付標準。
- 二、其他未列入本計畫之支付標準規定項目，依現行全民健康保險醫療費用支付標準規定辦理。
- 三、高風險及急重症孕產婦經醫師診斷如有需要之必要轉診，依全民健康保險支付標準及相關轉診規定辦理，不得申報本計畫。

代碼	診療項目	支付點數	給付時程	服務項目
P3904C	母嬰親善機構孕產期管理照護費(全程產檢暨生產)	1,200	確定懷孕至產後 1 月	母嬰親善機構認證院所照顧個案，妊娠期間依次產檢(未中斷產檢者)至生產皆在同一院所執行者，且生產當次非採自行要求剖腹產時，合併生產申報。 註：母嬰親善機構認證及效期若有異動，各參與計畫院所需檢附證明向本署分區業務組申請更新維護，本計畫費用檢核以該筆費用年月申報時，本署醫管資料檔為準。
P3905C	非母嬰親善機構孕產期管理照護費(全程產檢暨生產)	900	確定懷孕至產後 1 月	非母嬰親善機構認證院所照顧個案，妊娠期間依次產檢(未中斷產檢者)至生產皆在同一院所執行者，且生產當次非採自行要求剖腹產時，合併生產申報。
P3903C	孕產期管理照護費(全程產檢不含生產)	900	確定懷孕至產後 1 週	同時加入「週產期論人支付制度試辦方案」之產婦，因醫療照護需要等非可歸責院所之因素，轉送該計畫之後送醫院生產且非採自行要求剖腹產者，改以本項申報。 註：1 名孕產婦 P3904C、P3905C，與 P3903C 擇 1 申報。

附件 2

「全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案」醫療品質指標報告表

院所名稱：

院所代號：

○年第○季

表 1

項目 過程	專科資格	在職教育
結構面		
過程面	1.參與本方案前之平均住院天數	天
	2.參與本方案後之平均住院天數	天
結果面	產檢利用率（分子： 分母： ）	
	週產期死亡率（分子： 分母： ）	
	出生性別比（男嬰數/女嬰數）	

表 2

項目	個案人數 (A)	孕婦/新生兒人數(B)	比率% (A/B)
子癇前症			
子癇症			
早產兒			
低體重兒			

表 3

項目	哺育母乳人數(A)	產婦人數 (B)	比率% (A/B)
住院期間總母乳哺育率			
住院期間純母乳哺育率			

- 註：1.本表請於每季最後 1 月(3、6、9、12 月)申報醫療費用時一併提供分區業務組。
 2.總哺育母乳率之哺育母乳人數係指有哺育母乳之產婦人數。
 3.純哺育母乳率之哺育母乳人數係指純哺育母乳(僅餵母乳或加維他命、礦物補充劑或藥品)之產婦人數。
 4.專科資格：本計畫相關專科醫師人數、相關專業人員數(如護理師)
 5.在職教育：本計畫相關訓練如新生兒急救等教育訓練時數。
 6.週產期死亡率：(懷孕 28 週以上之死胎數+活產後 1 週內死亡數)/(懷孕 28 週以上之死胎數+1 年中的活產數)*1000

103 年度第 4 次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議 與會人員發言實錄

前言

林科長淑範

我們應到的代表總共有 37 位，目前已到 20 位，已經過半，請主席宣布開會。

主席

各位委員大家午安，我們宣布 103 年第 4 次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議開始。第一個議程是確認 103 年第 3 次會議紀錄，請。

謝代表武吉

先一個程序問題，已經有三年的垂直整合到現在都沒有辦，請說明這個原因和為何沒有做這個垂直整合方案，這要說清楚講明白，這在其它費用要提撥出來，為什麼不用呢？

主席

這樣好不好，先確認上次的會議紀錄，再來處理你的程序，可以嗎？羅代表你也是程序問題嗎？是會議紀錄，請。

羅代表永達

主席、各位先進大家午安，這邊有兩件事，一個是第五頁，上次在我們會議裡面的第一項決議，增列通則七：地區醫院特殊藥品處方每人每日合理量為 15 件。這件事情當時我們在會議上有說，如果假設某一個醫院它只有做兩個…比如說 PCA 疼痛控制，它就算~但是算的時候 3 個人就 1 個藥師那是不合理的，所以我們在講的時候，比如說它一個月有多少人算零點幾個藥師而不是專門獨立起來 1 個藥師，當時我們是這樣講好。可是當我們去分局問過的結果都不是這樣子，我們想怎麼會是這個結果呢？我們那一天講的很清楚的是說我們是把總數除以 15 天或是 30 天的分母，算出需要多少個藥師，而不是需要獨立出來一個藥師，那天大家是這樣的共識，這我們覺得很納悶，這是第一件事情~

主席

等一下，你講的是在上次會議紀錄第 5 頁，你要讓大家知道你在講哪裡？

羅代表永達

我剛剛有講呀！在我們會議裡面的第 5 頁第一項決議增列通則七，因為這件事情它的定義，操作型定義是沒有講，但是我們在會議當中是有記錄的，可是我們回去後跟各分區做溝通時似乎跟我們的講法有點出入，所以我要確定這個會議紀錄的內容是這樣。第二件事，第五頁第六項有關「全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫」案當中的決議，有很多部分社區醫院協會提出一份對案，希望署裡面能夠參考，結果你們看第 1 點擴大會議並納入，第 2 點擬訂強制下轉措施以落實本計畫，也沒有，因為說要再回去研擬。更糟糕是第 3 點簡化承作醫院必評之評估量表，我看最近的草案裡面，不僅沒有簡化跟以前一樣，而且第 4 點的 6 週照護期滿的延長照護申請，建議免再申請事前審查，我們當時也是要研議，結果我們拿到的草案比原來的更苛，為什麼？因為它六週以後所要附的本來只有六十幾頁，現在算起來是七十四頁，我們還有一個附文，我們不曉得說明明在這裡說要研參，結果不但不是往這方向走，而且更嚴苛，我就不曉得研參到底是誰研參的，為何結論會是這樣？因為當時我們讓它通過是說研參需要時間，但是現在目前做成結論後就這樣做，而且草案也發給我們了，跟我們說法有這麼大違背，那怎麼辦？另外還有上次說好的 1500 點，就是若居家去看，組長是說提升兩人去看就 1500 點，這在我們會議紀錄上好像也沒看到。這個是以上四點提出的質疑，以上。

主席

好。請醫管組針對羅代表提到的四點疑義做回應。

李副組長純馥

針對剛剛提到的調劑，特殊藥品處方那件，雖然在設置基準～包括評鑑標準是寫說特殊製劑的調劑至少一人，不過我們通則的訂定是說，若是我們在算合理量時，若這個月這個人沒有調到 15 件，他其它的量我們可以用於住院或門診之調劑量，這個是我們總局寫的程序，分區可能還不清楚，因為原先的規定只有針對區域以上，這是新增進來的，可是因為總體程式是我們總局寫的，分區我們還沒有正式公告，所以你們還是跟我們窗口聯繫會比較妥適，因為我們就是擔心各分區認定會不一樣，所以由我們總局統一作業，直接寫程式，這個我們一定要跟你釐清。另外就是你提到 PAC 的部分，確實上次你們提到說希

望我們要修，不過因為我們原先計畫附件六的部分，原先同意你們修訂的事來不及納進來，所以確實初期會先走，不過我印象中，1500 點的部份我們已經調了，所以可能因為我們還沒有公告，因為我們最近才報部。

羅代表永達

1500 點的部分，我有看到這草案有，可是會議紀錄沒有記錄，唯一更嚴苛的是 3 跟 4，因為條件組長上次有說過，我在草案有看到，只是在會議紀錄上沒有看到而已~

林組長阿明

這個部分應該是分兩塊，第一塊就是原來有提的鼓勵措施其實都有納進來，我有看到裡面的內容，我想鼓勵的部分先走，後續的部分，相關意見，我想可能還需要花一段時間大家好好研議，我想我們可能需要找時間再來做。因為現在鼓勵措施，確實大家都已經做了，往前追朔等等都有要做了~1000 點提升至 1500 點也都答應要做了，這樣的鼓勵措施，大家都想及時趕快去做。另一個是承作醫院的鼓勵措施的部分，像強制的部分以目前環境也確實做不到，一定規定要往下轉，我想還是需要一點時間啦！

羅代表永達

強制下轉我相信需要醫學中心跟區域醫院溝通這個我們能接受，但是承作的量表跟超過六週期的延長照護申請的部分真的比以前苛很多，我不曉得為什麼？所以我們承作的地區醫院會員跟我們講，我們再去看確實是比我們以前送出去的更多，那事實上我們也告訴署裡面它有很多配套的措施是這樣的話，接下來因為要擴大 PAC 的實施範圍，能不能應允在一個月或三個月或是多久時間內，因為它只是行政面，只是一個評核表而已，竟然會弄到好像很大的事情，是不是用其他的方式來修改？

林組長阿明

我想那個簡化的部分應該是維持沒有更苛吧，我們會再了解一下。至於六週延长的部分，我們是希望因為後續再往後延長，還是比較希望到分區報備，原來你們的建議是不用報備就直接延長，所以我們比較擔心這部分後續會不會造成比較浮濫的部分，所以目前我們還是希望說能夠有個審查機制。因為這部分是時間到了，就直接延長~我想還是要審慎去做一個考量。

謝代表武吉

剛在有說明通則七的合理的 15 件，現在的新制醫院評鑑的方式也是一個藥劑師，你真的可以做到 15 件嗎？所以你這定義上，拜託再寫更清楚一點。還有剛才羅院長講的簡化，也希望你們趕快說明，和社區醫院協會溝通一下，看如何解決。還有第五點加強社會大眾對 PAC 的宣導，我請問一下，差不多三個禮拜前，吳肖琪老師也有去聽，到底是要我們去聽國外聘請的顧問公司來演講的 PACI 還是 PAC 呢？我搞不懂。他們在美國的 PACI 都搞不好了，我們臺灣的健保署來聘請這顧問公司來演講這是對的嗎？我們是幫他們做廣告嗎？他們就沒本事做出來了，我們還花錢請他們？我們要提立法委員質詢嗎？

主席

好，謝代表提到有關 PAC 研討會的部分我做個說明，跟吳老師無關。第一個，國外的顧問公司是應北醫跟國家衛生研究院邀請來報告。有關他們的做法，我們只是因為剛好有類似的活動，拜託王教授是否安排他們花四十分鐘為我們介紹一下，是沒有支領任何費用的，原來確實沒有這行程，我在這裡跟謝院長還有大家報告。這純粹只是剛好因緣際會有這活動，也不是健保署邀請，同時也跟大家分享台灣地區 PAC 的檢討及相關議題的資訊，請各委員了解。那剛剛謝代表跟羅代表提到有關前面兩個問題大致上已經有共識了，而建議簡化承作醫院跟六週照護期滿免再事前審查這部分，再跟相關學會溝通如何來做簡化，可以嗎？好，請。

吳代表肖琪

那個一千多萬的計畫邀請來的學者跟我沒關係，跟大家報告一下。那天外國講者呈現一張 PPT，所有的 PAC 都不在急性醫院，所以急性醫院都不應該再做 PAC。第二個，很好的的是陳亮恭醫師過去錯把 hospital at home 翻譯成居家醫院，那天他說 PAC 主要是居家照護，hospital at home 是居家照護；以前他說 PAC 要住 42 天，那天改口說國外大概是一、兩個禮拜，這是比較好的部分。至於那一天大家要學習的是說，也許醫界覺得政府再另外拿錢出來做 PAC，所以是把健保的餅做大。但我絕對要提醒大家，其實 PAC 真的不該在急性病房執行，應該在居家跟社區，那天外國講者的圖畫的非常清楚，就是 PAC 不是在 acute hospital。我比較關切的是未來臺灣十年、二十年重難症有沒有人照顧，如果我們把輕症也都往醫院去放，確實會擠壓到以後的重難症。所以其實我還蠻高興那天早上有去聽 PAC 的研討會。我還是希望大家要支持 PAC 應該在居家為主、社區為輔，PAC 最重要的精神是希望病人出

院後能恢復到健康、能夠獨力生活，減少再住院或進入長照。另外還有一個重點，其實 PAC 一定要幫健保省到錢，而不是額外擴一個餅。謝謝你(謝武吉委員)剛剛提及我，我也跟大家聲明，我跟那個計畫沒有關係，謝謝。

郭代表正全

主席，這個不是今天討論的議題，不過我還是特別要提醒一下，請神容易送神難，那我倒希望 PAC 要完成要成功的話，可能健保署也要配合，醫院當然希望說一個病人在急性好了請出去，請不出去，我想應該要有殺手鐮出來，像前天報紙有報健保署說沒有規定只能住幾天，這就慘了，我想這有一點困難，所以我想這要三方面的配合，以上。

主席

好，謝謝，請朱代表。

朱代表益宏

因為這個是確定上次會議記錄，其實就是上次的討論共識把它記下來，所以剛剛其實社區醫院羅院長提到的，我覺得這六點寫研參或許不是很理想，就是剛剛大家討論的，比如說這幾點，比如第三點，如果署裡面也同意我們盡量要簡化，只是怎麼簡化要再更詳細的談，這邊要記錄要同意，就是大家有共識要簡化，只是要怎麼簡化大家再詳細的談。第四點，就是繼續再申請時，地區醫院是建議免審查，那署裡面也疑慮，但是不是大家也同意朝這方向去研議，如果是這樣，我覺得要有一個補充的決議是這樣，這樣下次開會時才有一個依據，不然這邊寫研參，再過幾個月大家回過頭再來看會議紀錄，就會說會上因為沒有決定這樣做，所以還是維持原案。我覺得這樣不好，所以應該是針對社區醫院這六點大家認為可行，或是原則上是同意的，我們再往下研參才有意義。同時，羅院長剛剛講到這研參應該有一個時效，比如三個月時間內等等。但是我們也不希望到最後是這個不行那個不行，研討結果地區醫院方案不可行，這樣不好嘛！所以我想這邊至少要有一個補充決議說這個方向是可行的，以上。

謝代表武吉

剛才感謝吳肖琪老師的補充，那天我是聽到下午第二節我才走的，因為晚兩堂課了，我對於北榮的陳亮恭醫師講的是很真實的一席話，但是我發現健保署好像都沒有~北榮已經讓人感覺上現在的患者不應

該再留在醫學中心了，該如何讓患者出去，健保署有想出什麼解決方案嗎？到現在我感覺都沒有呀！即使有參加 PAC 的醫療院所包括地區醫院或其它的，尤其我很佩服吳肖琪老師，當時她在健保會的時候就建議 PAC 一定要在地區醫院和護理之家來做，結果我們現在是患者推不出去，到底健保署你要想出什麼辦法？來強制轉出去這個動機，再來第二點，主席有講說沒有花一毛錢，吳肖琪老師也說她沒有參與這計畫，我也不曉得這是甚麼計畫，但是一千多萬的研討會，我不管是哪個單位，只要花錢我們就會盯著看。但是現在 PAC，上次是講 PACI，那是顧問公司來演講，我們是不是有做一個球讓美國顧問公司說以後 PAC 若成功就說是他們教出來的，這有可能呀！我兒子也在美國醫院上班。所以我認為要很明確的說明為何邀請美國顧問公司來演講，大陸的顧問公司也很多啊！他們要求家庭醫師等於他們的全科醫師 2019 年要全部全國實施全科醫師的費用，所以我是感覺一定要說明為何請顧問公司給他們 40 分鐘演講，可以給吳老師 20 分鐘演講也好呀！

主席

有關 PAC 的研討會，是不是我們不要再去扯太多的延伸，我只跟大家報告就是有關 PAC，是我們臺灣自己在辦的試辦計畫，那當然如果成功以後要不要納入支付標準或是納入相關通則，那是後續的問題，跟任何的公關公司或是國際的公司一點關係都沒有，我們絕對不會跟公司有任何的接觸，這一點請大家放心。再回到剛剛提到建議簡化執行面，是跟社區醫院協會或相關學會討論，因為這只是確認上次討論，你們只是擔心好像沒有下面的執行，只是這樣建議，但是建議不一定有效，我也不敢跟你講說再找大家討論就會有共識，只是說未來要怎麼做也是一步步來，不可能一蹴即成。就像第二點強制下轉，現在是試辦計畫，轉診制度現在就是沒辦法強制，我想健保開辦 84 年，開辦不到兩個禮拜，六個政務委員到分區業務組去了解轉診，大家也有過那麼一段經驗。這應該是醫管組回應，我順便提一下，下轉已經提供誘因，承作的醫院也提供誘因，就是希望這個試辦計畫可以增加收案個案，也確實有它的品質出來，如果試辦計畫 OK，就會把它納到相關的規定內去做。所以不管是強制還是評量表的改善，或是到期的事前審查是否要再審，這都可以慢慢做慢慢檢討，因為不可能一個制度馬上可以把所有的狀況都納進去，我只是希望大家諒解行政機關也有一些困難。請~

羅代表永達

我想主席裁決有很多考量，我有兩點具體的建議，第六點的第 4 小

點：6週照護期滿之延長照護申請，逗點後面一定再加一句話，因有其他配套故建議免再申請事前審查。否則每個人看到這一點就會覺得說地區醫院就是不要審查，可以浮濫，它本來就有審核的機制，我們只是覺得事前審查那件事情已經有很多評核的東西配套，我們要強調這件事，我希望把這句話講出去，這也是我們在附表裡面所再三強調，因為有其他配套，所以免事前審查。第二點，能否再加上三個月內或多久時間內，跟相關單位召開會議來繼續討論，這樣決議才會有意義，否則一直研參下去，這結論就等於沒有了，以上。

主席

我沒有辦法，今天的會議有的代表在場、有的代表沒有在場，現在你提出來就要主席裁決加這個字，我也沒那麼大權限，拜託，是否可請我們單位繼續協調未來改善的措施。會議紀錄可以這樣說加字上去就加上去嗎？我現在已經是要再找你們討論，可以改善就改善，我有那麼大權力在會議紀錄上加任何字嗎？那以後主席就隨便找人來加字在會議紀錄。

陳代表川青

其實羅委員講的只是補充，只是把後面的～免再事前審查做一個說明，把它用括弧的方式來呈現也不是說不可以，你既然要確認會議上確認，加這字跟原意衝突不大，對他們提出的意見也比較不會讓人誤解以後都不再做事前審查，比較周延，我覺得這也沒跟原意不同，我覺得是可以做這樣的補充作括弧來呈現，也不是不可以，謝謝。

主席

其他委員針對剛剛陳委員提到的，可不可以接受，有沒有附議？那要怎麼加，請羅委員可否現在說出來～

羅代表永達

因有其他配套故建議免再申請事前審查。

陳代表川青

用括弧來寫～。

林科長淑範

主席，我念一下修正文字，是不是和羅委員的意思有一樣，大家再討論一下。第六頁的括弧四：6週照護期滿之延長照護申請，因有其他配套措施，故建議免再申請事前審查。

主席

好，括弧加註大家可以接受，文字也確定，我們會議紀錄就確定。剛剛謝委員提到的程序問題，有關垂直整合請醫管組回應做一個說明。

林組長阿明

我想在 104 在協商的時候有特別去編列一億，這部分最近我們也發文給臺灣醫院協會，社區醫院協會跟醫院協會已經有來文，這部分我們會再找時間跟大家開會研商。

謝代表武吉

要了解的是說前三年的垂直整合？104 年將名稱改為「跨層級醫院合作計畫」，有人問這是什麼，這名稱還被笑，問說是誰提的，我都沒說，叫他自己去問。

我現在要了解的是說為什麼前三年的垂直整合方案為何到現在還沒有執行？

林組長阿明

我想上次在健保會謝委員已經提出這問題，這問題我們也有開過會，可能消費者還沒有共識，可能我們針對未來部分~

謝代表武吉

你這樣說不對，當時消費者沒有說反對，他們也是認為要做，連續三年，為何 103 年、102 年、101 年都沒有做，這原因要說啊！這到底是誰阻擋的？

林組長阿明

我想當時開會是沒有共識啦！那最重要的就是說~

謝代表武吉

原本那時候有共識，但是你們就是不做，當時你還只是副組長而已，我太清楚了。

林組長阿明

所以我們有開會呀！也有會議紀錄。

謝代表武吉

會議紀錄~我整套送立法院喔！

林組長阿明

所以其實重要的是~

謝代表武吉

你總共三年才開一次會。

林組長阿明

最重要的還是在 104 年大家協商有共識要編一億，我們也發文請醫院學會跟社區醫學會提供意見，我們會在 12 月底以前請大家一起來把這個案子看怎麼做比較適當來召開會議。

謝代表武吉

好啦！我很感謝今年林阿明組長要來做跨層級醫療支援的計畫案，但是我要了解的是 101 年、102 年、103 年是誰阻擋的讓你們就是不做，你們只開一次會，若這幾年你們有開會，提供給我們，我記得只開一次會，這一定要交代的呀！

主席

我想地區醫院確實來了很多次公文提到有關垂直整合，健保署這邊確實有開過會，到底開幾次會我是沒有記很清楚，確實那次會議上醫學中心、區域醫院跟社區這塊是沒有共識，因為那個會議記錄我大致還有點印象。104 年已經有編了一億就是要做跨層級的相關轉診配套，是不是先就這樣子，可以讓你稍微了解這狀況，並沒有哪一個人阻擋這個案，因為沒有共識時，在行政單位不可能沒有共識就簽給主管批核，這大概有點困難，我想這邊有很多院長級的代表應該也都知道。請朱代表。

朱代表益宏

主席我想第一個剛剛組長講的，付費者有意見這部分不對，因為所有的會議我們都有實錄都有錄音，所以組長可能稍微也要更正，因為你協議時說編列預算，說付費者有意見不要執行，這就不對了。如果付費者說不要執行，當初在九月協商就不會在其它總額去編相關預算，我覺得不能用這個說法。第二個，主席說三個層級沒有共識，我印象中沒有這樣的說法，因為事實上這案子社區醫院協會一直行文給健保署，事實上每一年都有行文，健保署都沒有回應。這樣其實很不好，所以其實真的很不好。如果剛剛組長有承諾 12 月底以前要找大家來協商，我覺得應該是早一點把署裡面的方案要先拋出來我們才能修正嘛！因為三年多我相信會有一些附案，就算剛剛謝代表講的，署裡面或許有人不願意做、或許在阻擋，或是有其它什麼因素，但是我相

信總是有方案可拿出來，早點拿出來給大家而不是現在才跟大家搜集醫院協會、社區協會的意見，這樣不對，應該是先把署裡面的意見丟出來大家討論，若大家對署裡面意見不同意，那我們就丟其它方案，而且這個垂直整合以前本來就署裡面那套去爭取一些預算時，社區醫院也有不同意見，結果被署裡~這有點歷史，被做掉~這大概是有點歷史，所以不講~。我想社區醫院早就有方案，而且一直有呈給署裡署裡也知道，所以署裡趕快把草案丟出來，而不是現在還在徵詢大家意見，12月底馬上就要到了，你們什麼時候開會，我才不信。

主席

朱代表的意見是有建設性，希望健保署針對垂直整合的草案可否儘速提出來。請謝委員。

謝代表武吉

剛才朱代表所提的，確實是這樣，社區醫院協會在這三年內最少出了六次的公文，而且要求還再具體追蹤，是不是公務人員有怠惰的行為，這是值得考量的地方，但在我們不談這些。最主要的問題是第二案牙醫的特殊服務計畫，第三個是牙醫週期的計畫，這些都能寫出來，為什麼垂直整合連續三年沒辦法弄出來，我就是不能接受這個事實。你們就有這些資料，你們沒必要說看我們不爽，所以不願意做這計畫，我們有這種感覺，所以有不平之鳴啦！

主席

我們絕對沒有如你所說的。我要問一下醫學中心，我們有特別照顧他們嗎？有這種感覺嗎？剛剛朱代表有提出一個比較具體的建議，希望健保署能夠儘早把有關垂直整合的方案，不管是辦法或是要怎麼來執行的方案提出來，讓各層級醫院有時間看了以後，儘快的開會，這樣的程序謝代表可不可以接受，可以的話我們就進行報告案。

謝代表武吉

不要再連三年這樣~要儘快。

主席

他已經有具體建議就會儘快了。

謝代表武吉

為什麼別的就會這麼快有結論~是我們比較小他們比較大嗎！

主席

報告謝委員，我們對各層級沒有任何偏見，我已經一直在強調就是我們一直希望三個層級在有共識的情況下來做才會順暢，若一個層級有共識，另外兩個沒有，也是沒有辦法順利執行，所以是不是我們比較實際一點，用朱委員提出的建議來執行，請。

朱代表益宏

這個案子，社區醫院協會因為每一年來文都被搓掉，已經被搓了三年，當然是怕這次~又被搓掉又沒有消息呀！所以我覺得當然是希望~而且在費協會也談過明年預算在年底之前都要有相關配套的計畫出來，所以我們要求在12月底計畫要出來也不為過。出的來出不來當然是希望大家有共識，所以健保署應該也參採之前已經蒐集的意見，包括社區醫院協會有五六次的公文去，相關意見就應該參採，不要用你原來舊的意見修改一下，別人意見都不參採，到時候拿出來又沒有共識，所以又不討論，這就不負責任，這叫做行政怠惰。所以我覺得第一個希望健保署提的案子是真的有參採其他人的意見，提出一個比較新的方案，而不是用舊的方案去改幾個數字，精神不變但是改幾個數字，這沒有意義，大家不會同意。第二點，如果主席要講三個層級都要同意，請問長官，包括部裡面長官，轉診這其實牽涉到健保法之法條規定，健保法的主管機關是衛福部，所以如果健保署只能用支付給誘因的方式去處理的話，我覺得部裡面對其他法令的處理跟解釋，部裡面要有一些做法。因為健保署有的武器只有支付，如果不給付會引起反彈，那你要用其他配套去落實，所以我建議也徵求大家是否邀請衛福部，不管是垂直整合或是轉診這件事，就法令解釋跟政策目標，針對這事做一個說明，在下次或下下次開會針對這事做一個說明，部裡面有政策方案指示的時候，關於健保署的財務配套才能下去，不然現在感覺起來部裡面什麼事都不管，就是健保署自己想辦法解決，這我覺得是不負責任。部裡面應該是這計畫包括：甚至強制轉診，如何落實，剛講的44條，哪一部分是醫事司要去處理？哪一部分是由健保署處理？哪一部分是國健署要去處理？我覺得應該下次，若部裡面解決不了，半年以後，要做一個說明。這樣才能依據部裡面方向針對支付標準做修正，不然現在都沒有方向呀！然後署裡面訂的方案說執行不了，就是健保法第43條，行政怠惰啊！所以希望能列成一個臨時提案，希望爭取大家同意，希望部裡，三個月或在下次開會或半年後針對健保法第43條政策指示，到底哪一單位該做什麼事做一個說明，謝謝。

謝代表武吉

主席，剛剛主席跟組長都說了，就是 104 年再拜託你們，除了醫院協會和社區醫院協會提的案子，你們如果有較好的想法都納在裡面，大家一同修成一個非常好的跨層級照護計畫～可行的方式，應該在 12 月就應該趕快處理了。

第二點，垂直整合方案，地區醫院也有和醫學中心，屬於不同體系的垂直整合也都很努力成功的在做，也有出一些書本～主席我在講故事給你聽耶！大陸衛生部首席副部長到臺灣來，我送他一本勢在必行的垂直整合的書，結果他們回去看完以後給我一個答案是：如獲至寶。所以他們才會決議說 2019 年一定要落實分區醫療轉診制度。

第三點，非常感謝朱委員所提的～要求部裡面去做這事，一個部裡面離職同仁到高雄來，我請他吃飯，但他被我修理得很慘，他告訴我說如果我們健保不要倒的話，要落實負擔 50% 健保才不會倒，我跟他說人在其位，不謀其職，最沒資格講話的是你呀！在位的時候怎麼都不做！！是誰我就不說了，跟你們健保署無關，感謝健保署啦！

主席聽說你快退休了，組長你也會退休了，退休的話，有委員也講過，健保會的人沒有談過第 43 條的人，包括之前的費協會、健保署所有的總經理，副總經理，還有衛福部的部長，可以選擇性的告幾個人，我會在南部提告，等到八月份就看著辦了，因為我們臺灣社區醫院協會理監事會已經作成決議一定要告，這點我在這裡做一個說明。

主席

澄清問題是不是處理到這裡！那剛剛朱代表有提出來要變成一個臨時動議，是不是可以麻煩朱代表現在就把它寫成有關 104 年預算裡面有一些跨層級醫院合作計畫，謝代表也有提到就是說健保署的方案是什麼？然後社區醫院協會的方案是什麼？還有其它層級醫院的有沒有什麼方案？然後融合以後儘可能在十二月趕快召開會議。至於剛剛朱代表提到部裡面有一些，署或是司也要配合政策方面等，你具體的寫下來然後成立一個臨時動議。

謝代表武吉

用講的就好了。

主席

還是用書面啦！好不好？不然就會又有當時候是怎麼樣，現在又是怎麼樣的問題。那我們是不是進入今天的議程，就是辦理情形的追蹤。

張技士巧如

請代表翻到議程的第七頁，那這次決議辦理情形追蹤表，我們總共追蹤的有八項，那前面二項我們繼續列管，後面六項解除列管，繼續列管的部份第一項是屬於修訂支付標準第八部第二章糖尿病，這部份當時有藥師資源跟醫事人員執照的問題有待釐清，所以我們會在彙整相關的單位意見再提會討論。第二個是「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」導入支付標準案，本案當時與會代表對於方案參加資格還是有不同意見，所以我們還是暫緩導入支付標準，目前正跟各個相關的團體討論，那待彙整相關資料之後再提會討論。

其餘部份都是上次的會議追蹤的情形，請代表自行參考；額外特別說明第八頁辦理情形 6，上次會議討論案 2，當時提出 31 項新增診療項目，其中報告了專家諮詢會議不同意新增的部份我們當時報告了 17 項是我們誤植了，更正為 20 項，修正後如第十頁附表，請各位代表參考，以上。

林科長淑範

主席我補充一下從 17 項變 20 項，主要是在第十一頁項次 15，上次會議資料只有列第 1 個「1. 薦神經調控暫時性經皮植入導線測試定位手術」，另外 3 項是連帶性的診療項目，所以我們在上次沒有列到連帶性的診療項目就是把這 3 項再補充出來，以上。

主席

這 20 項是都是上次沒有通過的，只是我們資料少列 3 項，為了避免未來有這個資料上的錯誤，所以稍微作個更正，就是第 11 頁項次 15，我們上次資料只列了 1. 而已，2、3、4 沒有列，那項次 15 是都沒有過，所以簡單講 20 項都沒有同意支付。好，如果對辦理情形追蹤表沒有提問的話，接下來下一個議程是報告事項一。

報告事項

第一案

案由：第三部牙醫支付標準新增修訂案。

主席

請醫管組做個簡要說明，然後再請各位代表表示有沒有意見。

林科長淑範

報告案一是牙醫修正支付標準，第一、預算是在健保會裡面有編列

預算；第二、修訂內容在牙醫研商議事會議已經討論通過，以上是補充說明。

主席

請問代表對報告案一有沒有提問的？

謝代表武吉

請問一下這個在健保會的時候好像有某個委員曾經談過支付標準不得增加調整。

郭代表正全

應該代表的意思是在總額裡面的話，你要調多少是你家的事，但是不會因為你要調整支付標準在協商裡面它增加這個項目，這是第一點；第二點我有問題，剛才報告整個合計才 5.898 億元，那實際上預估 7.145 億，那我不曉得牙醫界希望在點值上做一個調整？

主席

牙醫門診總額代表請回應。

陳代表彥廷

我們目前估的這個執行情況，我們預計不會有那麼大的影響，因為有些新的計畫上路，剛開始執行率不會那麼高。

主席

請問還有代表要提問的嗎？請朱代表。

朱代表益宏

想請問在西醫的支付標準對於所謂身心障礙的診察費現在是多少錢？我是說針對西醫。

主席

請科長回應。

林科長淑範

按西醫診察費支付規定，依合理量、專科別、兒童有加成區分，沒有特別對身心障礙有做不同的診療項目，以上。

朱代表益宏

主席，我會提這個其實牽涉到支付標準的衡平性，今天你西醫給付200多點，那對於身心障礙沒有特別的加成，但是事實上你看牙醫他到520點，所以我覺得這個支付標準的衡平性是有問題的，所以我認為牙科的不應該加在他們的診察費這一部份，除非你今天其它的相關的診察費也有做相關的調整才比較合理啦！但是在西醫基層跟西醫醫院事實上整個健保給付是不足的，我覺得當然牙醫點數非常好，所以他一定要找一些東西調整，這樣他的點數才不會太好看，所以我個人覺得說不應該放在這個項目上面。

主席

請郭代表。

郭代表正全

在整個醫院的運作裡面，感染管制本來就是要做好的，所以在我們的給付裡面，並沒有因為你做了感染管制然後多增加某些支付，我不曉得牙科在所謂的加強感染管制讓診察費提高，因為這回到剛朱代表講的這是衡平性的問題，這個項目到底怎麼樣是不是牙醫門診總額代表能幫我們說明一下。

主席

請牙醫門診總額代表。

陳代表彥廷

目前如果在基層院所沒有這樣的一個方案的時候是按照目前衛福部的標準在審查，那我們除了那個標準以外，我們其實也參照對醫院的某一些要求在診所可以做得到的部份，我們對這部份有比較多的要求，我想這跟基層院所在比較的這部份我們有一些特別的要求，以上。

主席

請吳老師。

吳代表肖琪

我想請教一點，郭代表第一次發言是正確的，你要怎麼調整是我們尊重各個團體，但是在第二頁增修訂項目之費用推估為7.145億元，就比5.898億元多了快1億多，我就有點擔心，我想我們大家經歷過去那麼多年，RBRVS是希望中平原則，就是有的調高、有的調低，費用差不多，可是大家都把點數往上加，加完以後再說健保署沒有給我們1

點 1 塊錢，點值給 0.9、0.8、0.7，實際上是因為我們的點數一直在增加造成的，所以這部份你看怎麼去調，調到這個地方看起來不會是 7 億多，不然那麼多年大家都已經知道是我們有些東西都把點數調高，所以點值變難看，民眾搞不清楚一直在罵健保沒有給醫界足夠的錢，可是有些時候確實是我們一直把點數往上加而加出來的，所以剛才朱代表提的那個部份我覺得說牙醫是不是能夠調到不要看起來是 7 億多。

主席

剛對於吳老師提到重點，就是在健保會裡給你那麼多額度，你們牙全會要怎樣去做所謂的調整，原則上健保會沒意見，但是因為你自己推估出來的預算是超過了，可能會有像吳老師提到的那個問題，所以本案是不是先暫予保留，再跟牙醫門診總額這邊討論以後，然後在 5.898 億元的預算內來執行。

羅代表永達

既然是可以討論的東西怎麼會是報告案，那應該是討論案。

林代表敬修

我想說明一下，其實在我們牙醫裡面，我們自己估的話大概是跟給的預算 5.898 億元是很相近的，因為計畫在推出的時候執行率不可能那麼高，那 7.145 億元的預估是以它的發生率推估的不是以實際我們可能執行率來推估，所以達成率來推估是跟健保會給的預算是相當，所以我們在支付委員會討論的時候，也是因為這樣支付委員會才通過，以上。

羅代表永達

因為是報告案我們就以為說大概是告訴我們已經成為事實，好像這是討論案的樣子。

主席

沒有錯，是報告案，大家有疑慮的話還是可以提出來，再看是否要再重新回到研商會議裡面去處理。

朱代表益宏

這個案子因為他在牙醫門診總額討論過，所以我要拜託一下健保署，希望署內在醫管這邊，有些邏輯要一致性，當醫院之前我們在談一些支付標準調整的時候，那署裡面就會說健保支付標準的衡平性，

希望不要調，但是牙醫門診總額他其實除了牙醫代表外還有健保署也在裡面，所以本案會到這邊來，其實是經過健保署，醫管組基本原則上也同意，但是明顯的這個就會變成說他在～包括你總額協商，費用的精神，因為他連非協商因素的都拿來調支付標準，非協商因素本來就是讓你去漲你的房價，漲人事費用，結果他拿來調支付標準，那很明顯的就是讓他的點值不要太好看，所以我覺得這部份包括我剛講的支付標準的衡平性，你既然調一般診察費，那你就必須考慮其它的診察費，不然就會變成哪一天牙科看一顆牙齒的錢比醫師看一個重症病人的錢還要多，就會有這個問題，以後就會發生。現在是看一條狗比看一個人的錢要多，那再過一陣子，看一顆牙齒的錢比醫師看一個人的錢要多，所以我覺得這樣子這個可能署裡在牙醫門診總額那邊，因為我們大家都沒有參加牙醫門診總額支付委員會，所以我希望署裡面在那個會上，對於支付標準的衡平性要做通盤的考量。

主席

等一下，不是只有我們健保署跟牙醫門診總額開會，在會上還有健保會代表、消費者代表，都是按照實施辦法在做，各總額都是這樣在進行，拜託不要污名健保署，只是說這個案子你們覺得預算超出了，就會有吳老師剛剛提的那個問題，那頂多就是再回到研商會議，但是請不要污衊健保署所有的員工。

陳代表彥廷

因為我們今天才看到這個補充資料，我們其實原來列的需求我們中間有初診診察那部份全部都刪掉，所以那時候又少掉 1 億多，我不曉得為什麼現在出來的數字是 7 億多，我們那時候其實有一個項目沒有調，所以我們那時候抓的數字已經接近了。

主席

好，如果計算有誤，這個案子就先保留退回研商會議做最後確認，再回到這邊報告，第二案。

第二案

案由：修訂 104 年度「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」案。

主席

請科長作摘要說明。

林科長淑範

先跟大家報告，第一、「牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，在健保會協商時預算並沒有增加；第二、是回應田秋瑾立法委員的要求，要提供在宅醫療，在這個計畫裡面，我們特別增加失能老人的照護，失能老人包括「在宅」跟「到機構」的服務，這是跟過去一年不一樣的地方，以上。

主席

有沒有代表針對第二案要提問的。

李代表紹誠

針對這個立意我覺得非常好，但是我覺得落實這個事情上面我不懂，我想請教牙醫，譬如我的爸爸我的媽媽，他們行動現在不方便，現在要到牙科診所，因為他們非常不方便必須要有這個案子可以來，那我提出申請之後，哪一個牙科醫師會到家裡面來去看他，我打了很大的問號，他在診所都排不進去了，哪會到家裡到宅服務，我覺得這是不可能的事情，除非有一批牙科是在這個社區裡面他們是輪流，一、三、五、二、四、六，要不然我請教這個事情怎落實到到宅服務，我是覺得不太可能的事情，是不是請牙科提出說明，以上。

主席

還有沒有其它代表…請，陳代表。

陳代表宗獻

我一樣是有這個疑問，主要是因為這個跟帶著聽診計拿著血壓計就可以處理的跟牙醫的處理不會一樣，牙醫的處理可能會比較困難，如果一定要把在宅放到裡面去的話，那考慮第一個就是說器械上面真正的服務會到嗎？第二個就是是老人，那個真正需要服務的失能的不一定是老人不要講老人，因為老人牙齒真的很少，所以該去做的就是我們把它範圍放大，但是我們要思考一下怎麼落實，讓他有一個使用的牙齒，謝謝。

主席

請朱代表。

朱代表益宏

他到到宅這塊我覺得也是有疑議啦！因為醫師法第 8-2 條就是規

定醫師的職業必需要經過衛生局報備資源核准同意，那會變成第一個，他變成到宅服務的話，必需要有衛生局的核准同意函，而且是每一次，因為衛生局的局報備資源核准同意他是 by 每一次，就你可能固定每個禮拜一的幾點到幾點，好～那可以，但是如果是不定時的話，那你每一次都要有報備資源，所以這是第一個；第二個如果他是執行牙科相關治療的業務，我不曉得那個在你們牙科申報的時候，他是不是有一些設置標準的問題，例如：牙科椅、或是一些儀器設備的問題，如果有的話那個問題更大，就是說你那個到宅服務，一定是不符合牙科治療的設置標準，那個可能就必需要由衛福部針對這個醫事法或是醫療法去作相關解釋，健保署這邊才能去給付，因為那個主管不在健保法的規範之內，所以這部份可能要先釐清，到宅才能實施，以上。

陳代表志忠

根據補充資料第 23 頁的附件，這個本來是 103 年 1 月 1 日到 103 年 12 月 31 日，換句話說這是今年的試辦計畫是不是？那過去申報的狀況如何？怎麼到宅去拔牙做什麼？

主席

沒有，到宅是今年加進去的。這樣子，已經有四個代表發言，是不是請牙醫門診總額代表先作回應，如需要再請醫管組回應。

陳代表彥廷

跟各位代表報告，這個到宅服務事實上已經好幾年了，所以剛講的一些問題大概之前都已經有…，我們在計畫裡面其實也有規定說他需要先報備，那該怎麼樣，這些都相關的要求都在計畫裡面，那至於說是否不方便就醫就可以申請？當然不是的，他必需要符合失能老人接受長期照護並有相關證明文件，之前我們有經過醫師的一些評定之後才會有牙醫師去，現在的話是說可以像醫師或牙醫診所或者公會來提供相關的需求，那我們會成立相關對應的一個單位來處理這件事情，所以我想剛有提到幾個問題，至於設施的部份，我們在計畫裡面有規定你應該有哪些設施，提供醫療項目的部份也不是全部的牙科醫療項目都有，基本上針對的是一個相對來講比較安全的，所以我想這部份我們在計畫裡面，如果大家有仔細看的話都會看到相關的內容，以上。

主席

請朱代表。

朱代表益宏

我想請衛福部，第一、想請教健保署，就是他那個報備資源，你們現在程式是不是有做稽核？就是他到宅服務跟他報備資源時段這個，是不是署裡面的程式是不是有去做稽核，這是第一個，因為他報備資源去跟衛生局報備，但是你們的系統是連到一起，那我想請教這一部份，因為剛剛講他們現在的服務都是有報備資源。

第二、我想請衛福部的代表，看看就是說針對剛剛講的他們有訂定一些必需有哪些器械的東西，那這個跟你的醫療法的設置標準這一部份，在就你們醫療法的解釋上，這樣是不是有解釋過是Ok的？以上。

主席

先請醫管組作回應，就是報備資源是否有勾稽；然後社保司針對第二個問題再作回應。

李副組長純馥

請各位看補充資料第27頁的第4，也就是說今天如果他要去做在宅，他要先事先向衛生主管機關申請報備支援後，把資料送給我們分區業務組核定後，我們才會同意他去，所以這個要事先作業，不是事後再去勾稽，另外就是說他們原則上相關的法令的部份，我們都已經跟醫事司還有心口司釐清過，甚至心口司我們有疑慮的部份他們比我們更覺得不是有太大的問題，所以我想這個部份我們部裡面相關單位其實都有橫向聯繫，那包括報備支援的事情他們，包括衛生局也覺得沒有問題，因為現在很多西醫的醫院或診所，都有到老人福利機構去看診，其實也是類似這樣的作法，所以他們認為這個沒有多大的疑慮，那再加上他們牙全會早就已經到身障機構去看牙，包括一些啟聰啟明學校，所以這個部份已經行之多年，部裡面也沒有覺得有多大疑慮，只是我們當時在開放在宅，擔心病人的安全，所以我們對於相關的設施，還有相關能施行的處置都有明確的規範，其實在宅醫療在日本已經做了很多年，尤其在牙醫的部份，所以這個部份我想我們都會很審慎，以上。

主席

社保司有沒有回應。

梁代表淑政

剛剛李副組長已經講的很清楚了，健保署已經跟部裡面的心口司還

有醫事司有作聯繫，而且補充資料第 27 頁第 3. 也把相關器材明列在上面，所以這個部份應算是周延，謝謝。

主席

請問代表們還有無其它意見？請吳老師。

吳代表肖琪

第一、我想也很謝謝之前牙醫師有去老人福利機構去做治療，但是拜託一下還是要講這是衛福部支持，因為我發覺老人福利機構都非常感謝牙醫師，覺得政府都沒做事都只有牙醫師在做事，所以我覺得拜託幫忙宣傳一下，就是說其實是政府有經費支持，讓牙醫師可以進去，我想這一點很重要。這些都是衛福部所屬的老人福利機構，只感謝牙醫師公會有去幫忙做這件事，都沒有感謝政府，好像也不好。

第二、補充資料第 26 頁的到宅牙醫醫療服務(2)，什麼叫作「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」，我不知道有這個辦法，我知道有接受長照十年的服務個案，有這個部份，所以這個名詞要確認一下，如果是長照十年的個案，是指五十歲以上的身心障礙朋友，還有五十五歲以上的原住民，跟六十五歲以上的一般朋友，就不是指所有老人，所以陳宗獻代表說針對居家沒有辦法出來之失能者；那我也在思考居家沒辦法出來，有多少人是居家沒辦法出來的失能者？不然的話，如果你寫「老人」是指六十五歲以上，若寫「長照十年」則五十歲以上的身心障礙朋友、五十五歲以上的原住民就進去了，所以這部份我倒是覺得陳宗獻代表他們建議的還不錯，謝謝。

主席

好，有兩個問題是有關老人照護機構，第一、牙總去處理這一塊其實是配合政府政策在執行，就拜託牙總這邊多幫忙。第二、有關失能老人接受長期照護辦法，醫管組回應一下。

李副組長純馥

我們再確認名稱一下，不過我們的意思其實就像老師講的，因為我們今年並沒有新增預算，是原來的專款要去挪移去做一部份，所以我們不敢放寬所有的失能者，我們也是先針對失能老人，那我也相信現在長照十年不是只有六十五歲以上，可是我們是希望先試辦這塊，我們也知道現在的醫療人力，不一定有辦法去符合每一個層級的需求，所以我們想先作試辦，先小規模的做，所以有先做一點點界定這樣子，那名稱部份我們會再跟我們的照護司還有社家署做聯繫。

主席

請黃代表。

黃代表雪玲

我想問一下補充資料第 24 頁最下面有畫線的這個，失能老人僅限衛生福利部所屬老人福利機構、特定需求者…，請問這個特定需求者是指什麼？

李副組長純馥

特定需求者是指本計畫內原先在補充資料第 26 頁的(1)，也就是說也其實是我們居家照護的個案，是屬於身心障礙重度以上的，這是我們原先的對象，那就是特定需求者，是針對(1)的部份，非常界定一定要是 50%的時間在床上的，我們才提供在宅醫療，那因為要開放到其它不是臥床的，可是他可能是失能老人，這一塊的話我們就比較審慎，所以只先開放政府立案的那六家老人福利機構，其它要透過照管中心轉介的失能老人，我們才會去，而且要經過事前審查。

吳代表肖琪

主席，文字上就寫「各縣市照管中心評估」，這樣你也不用太擔憂，因為等於是照管中心的照管專員評估後需要有牙醫師居家服務，就是你說的規範。

主席

請郭代表。

郭代表正全

主席，補充資料第 28 頁這段，為什麼這樣的一個措施只針對老人所屬的福利機構，那我們整個資源是全民共享，只要符合這個條件理論上都應該共享，我們資格有規定嗎？那為什麼只有衛福部的機構，因為這個預算並不是衛福部自己提撥出來的，如果是衛福部自己提撥出來的那我沒有意見。

主席

針對這兩點，牙總代表說明還是醫管組說明，請。

李副組長純馥

我剛剛其實有先說明，因為它是身障的特殊計畫，所以如果要開放

到其它的部份，我們擔心我們的錢根本會不夠，因為現在老福機構太多了，那如果我們沒有先做一點點界定，擔心可能衝擊會很大，那實際上我們也承認，現在在西醫的部份沒有限定，可是那一塊已經也造成大家在各種管控上的複雜度，所以我們當然是希望說是不是從公立機構先做起這樣子，然後先試辦看看去看牙的狀況是怎樣，那個案的評估狀況是怎麼樣，我們沒有說我們不做其它人，不過今天預算的來源本來就不是 for 失能老人，是身心障礙者特殊醫療牙醫服務計畫。

主席

請郭代表。

郭代表正全

我想這樣的解釋還是有問題，因為我們這樣的一個組織，我們是考慮一個全體性，那假設說可以這樣的話針對公立的衛福部這樣所屬的機構，那我們醫院總額以後是否可以參照就是要衛福部所屬的醫院可以調整這樣的支付標準，是不是會有這樣的問題，我想跟過去我們一貫的原則好像不是這樣，跟本沒有針對一個特定性的機構，所以縱然說假設這樣的一個制度，好的制度，我想全民共享，那至於說不夠，我想先推嘛！就像預算剛才這樣預估七億多，實際是五億多，那這樣的話假設整個因為量超過的話，因為每年都會作總額的協商，那時候再來作一個補充調整，以上。

主席

請朱代表，然後再換陳代表。

朱代表益宏

我建議一下補充資料第 26 頁，就是服務的條件，服務對象要符合以下條件，我看了一下這個計畫的精神大概有兩個入口點，一個是長照管理中心的核准函就可以進來了，第二個就是由牙醫師全聯會初核，然後保險人再核定那也可以進來，第二條路其實沒有分什麼樣的資格，就是沒有說一定是要這個東西，因為它還是全民健保的費用，所以我建議說，就算是補充資料第 26 頁最下面的(2)，它也是一個初核，就是照管中心也算是一個初核機構，最後還是要到分區業務組做一個核定，那補充資料第 27 頁(3)變成牙醫全聯會是一個初核機構，然後到分區業務組去做核定，這樣可能會比較理想，不然你等於是把全民健保的錢給照管中心核定，只要它核定就可以進來了，不是嗎？但是你這樣不是這樣子寫嗎？

李副組長純馥

第一點是指符合的收案條件是什麼？那第二、三、四是說符合條件我還要經過二、三、四這條件去做作業，所以沒有因為他是屬於(2)或(1)他的走法就不一樣，沒有，還是要透過我們，就是即使是照管中心轉介的個案，我們還是要經過專業審查決定他需要提供在宅醫療而且他確實有牙科需求，這個時候我們才會往下去走。

朱代表益宏

那你如果是這樣，那你補充資料第 27 頁(3)還要分區業務組先去核定以後，然後你還要完成以後再經過一個專業審查？如果是這樣那是不是就是牙全會初核以後就 OK 啦，對不對？然後才會走到你們事前審查。

李副組長純馥

這個程序上所謂的我們是說送到牙全會初核只是先收件，那實際上最後審查我們還是會在分區這邊作審查。

朱代表益宏

我的意思是說你這個條文其實我看起來的意思，第一個，你的那個 1. 服務對象須符合以下條件，只要符合任何一個條件他就可以進來，原來是要符合(1)跟(2)才能進來，現在你都刪除了，所以他只要符合(1) (2) (3)任何一個條件就可以進來這個計畫，那因為你的補充資料 27 頁的 2、3、4 並沒有說事前審查這件事，所以我剛才的解讀才看認為看起來說你的 26 頁的(2)是一個入口點，就是照管中心核定以後就可以進來，那(3)就是經過牙醫師評估認為是符合的就算不是照管中心核定的可是他提出來以後由牙全會核定然後分局再核定以後就可以進來，我的看起來是這樣子，所以如果不是這樣子，那可能這個內容文字要修改一下，就是如果連牙醫師都沒有這樣子的條件，只有一條他一定要經過照管中心核准以後，然後再由牙醫師幫他去提出申請，那你這個寫法可能就不是這樣子寫，要去過另外一個處理，但是我建議剛郭代表講的，如果牙醫師發現有這樣子的需求他應該有另外一個程序去走，因為最後反正都是要健保署去做事前審查，所以符合條件的就應該進來，以上。

主席

請醫管組說明。

李副組長純馥

謝謝朱代表的提醒，確實我們這樣寫會讓人家誤會，所以我們是不是把這個補充資料第 27 頁上面(3)變成 2.，然後再來順延，原來的 2. 就變成 3.、4.、5.，那實際上意思就是他要符合這條件之後要經過這樣的程序，那會不會就比較清楚也符合大家剛剛所講的。

朱代表益宏

那如果是這樣的話，那補充資料第 26 頁 1. 服務對象須符合以下條件，就是兩樣都要符合對不對？

李副組長純馥

之一就可以了，他有可能會是一樣的，他有可能是 50%臥床也是失能老人，可是他有可能條件有時候會有點不一樣。

主席

請陳代表。

陳代表宗獻

我們在這個牙醫總額特殊醫療服務這個地方用的時間真的是很久，大家也非常的關心，那發言的都不是牙醫總額的人，我是覺得這樣，我們醫療的需求是無限的，你只要提供到 A 以後，就會有 A Plus 上去啊！所以在這裡很感謝我們健保署跟牙醫總額這邊的努力，有去考慮到總額的處境，還有我們注入的資源是多少，在這個有限的資源裡面當然是要做高度的利用，可以管控的利用，我想大家在進總額的時候都會有一樣的想法就是說，我不可能拿個 1 億結果你叫我作 20 億的事情，像 BC 肝以前在醫院總額一樣發生，我也替醫院總額講了不少話，我想牙醫這個我想我們是不是就這樣，因為那個.. 不得不，限縮它的範圍，那當然最理想的就是給牙醫沒有一個範圍，那個億把他刪掉直接改成 plus，那這樣我們都可以做，所以我建議說不要做這樣的，健保署跟牙醫總額所訂下來的這個規則，先做做看，如果真的需要擴大，明年我們再來協商擴大，今年先不要做負債的這種服務，謝謝。

主席

所以你認為就是照 103 年的…

陳代表宗獻

就是照原來的建議。

主席

我知道你的意思，那就是除了剛剛需要修正的項次，就照這個草案通過，你的意思就是支持牙總這樣做，因為總額就是資源有限，所以要做有限度的事情。請謝代表。

謝代表武吉

很抱歉哦！我都沒有什麼支持，第一、他的年度執行是 87,850 服務人次為執行目標，他的費用是 4.43 億，每點支付點數為 1 元，但是我很納悶的一件事情，就是剛才陳宗獻代表講的就是說要限定衛生福利部所屬老人福利機構，這一點我用普通老百姓的想法，這有沒有圖利部裡福利機構的行為，有沒有？這要考量這一點，萬一有人把它認定這是圖利的行為，那很難解釋了。

吳代表肖琪

不好意思我修正一下，之前我去的是身心障礙福利機構，不是老人福利機構，他們很感謝牙醫師去幫忙沒有感謝政府！現在是要擴大老人福利機構？還是到宅？

陳代表宗獻

這一塊是在宅。

吳代表肖琪

可是老人福利…

陳代表宗獻

不一樣啊，這不是寫在宅嗎？

吳代表肖琪

我就看不懂啦！不是…

謝代表武吉

現在部裡老人福利機構，現在已經每家醫院都設立了二、三甚至有到五家的老人福利機構。

吳代表肖琪

不是不是，部立醫院是附設護理之家，不是附設老人福利機構，以前牙醫界的朋友是幫忙去身心障礙機構，那現在是要去所有的長照？失能的相關機構？還是要去家裡？這個部份就是我越聽越不清楚這個計畫到底要做什麼了。

黃代表啟嘉

主席，我是覺得這既然是討論到有關牙醫的事，我倒覺得是要給牙總多一點～牙總額的代表就我們提出來的問題，給我們一些解釋跟看法，因為這樣子這是別人管理的東西我們其實不是他們裡面的人，他們講怎樣怎樣的時候，我們不能身歷其境去感受他們的問題跟想法，所以我希望牙總額代表能夠多提一些想法跟見解給大家參考。

主席

請牙總。

陳代表彥廷

我們事實上有兩個部份，一個是醫療團的部份我們有到機構，今年機構的部份會新增老人的福利機構，因為預算有限，所以我們會有幾個地方配合去辦理；第二個是到宅的失能，那這部份因為人數跟需求現在我們沒有辦法確認，所以我們希望以現有的機制來進行，那這樣的話基本上我們是在發展一個制度，以上。

主席

還有沒有其它代表要提問的，如果沒有就按照修改的項次及文字修正，然後要查證有關吳老師提到的長照服務補助辦法，那個詞到底是怎麼稱呼的，那其它的我們就照草案來通過，修正的地方就請醫管組作修正。接下來第三案。

第三案

案由：修訂 104 年度「全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」案。

主席

針對報告案第三案，牙醫門診總額牙周病統合照護計畫案，醫管組有沒有補充說明？沒有。其他委員有沒有要提問的？請。

謝代表武吉

我是覺得說坐在這開會的人都是天才兒童，我們都資料後補，來這到底有看沒看沒有人知，這就是說不公平的待遇下，再讓我們生存的條件嗎？

主席

好。有關補充資料，確實資料沒有來得及，醫管組有沒有要說明原因？

林科長淑範

第一個要先跟各位代表致歉，我們同仁真的是很努力在做了，大家可以看到我們在資料裡面，牙醫研商總額醫師會議是在 11 月 18 號召開，開完之後我們要把會議紀錄整理完再做成文件，其實我們大家都加班在做，真的是很辛苦在做！我們也希望讓大家能早點拿到資料，真的是抱歉！

朱代表益宏

謝委員提到這個確實啦！我們這個會議是健保法正式授權的會議，有一些開會的規則，包括會議資料多久之前要送達，然後什麼時候提什麼樣的東西，這本來就有相關規定。那今天其實是變更議程，先討論臨時的補充資料，正式議程放到後面，這個本來其實就不太對，但是一開始大家委員也都沒有意見，但是我覺得確實是不好，因為所有的內容今天才看到，劃線是哪些東西劃了線，哪些東西要修改？大家完全沒有時間，所以我個人覺得是不好。且這個我們淑範，其實一開會就應該先致歉，不應該委員提出時才跟大家抱歉，前面委員不提出就不要抱歉，讓委員在這裡速讀…

陳代表宗獻

我是建議這是不是請牙總跟大家導讀一下，這樣比較快進入，我看我們還是把題目討論~因為 12 月底以前就必須向健保會提出了，所以也沒有很多時間，真的很趕。

陳代表彥廷

請各位委員參閱一下我們第 74 頁，第一個是照護人次的增加；第二個部分是預算的增加；第三個部分是有關於第三階段如果沒有達成一定要求時的預算轉移，這個在去年度的協商裡面有這樣的要求，但是因為今年度的執行情形有符合大家的期待，所以這部分今年沒有再要求。至於說裡面的一些管理上面的一些要求的話，基本上我們是針對譬如說這些個案我們希望能夠有一些比較完整的資料，或是比較年輕的族群，所以我們有一些內部的修訂內容在裡面。那在 77 頁這一部分的話，可以看到所附的資料，這部分是配合我們目前提供給病人照護的手冊一些改版，我們有一些內容也做了一些更動，所以基本上跟去年的計畫除了目標人數的增加以外，其他沒有太大的變動，以上。

主席

好。請問委員還有沒有要提問的？請。

謝代表武吉

我認為這個是要保留，我們內容都沒有認真在看，只是剛才我們要求這樣的報告一下，這樣我們就通過了嗎？我們都沒有去研究啊！像朱委員昨天我曉得他到恆春去，但是他到恆春不是去玩的耶！也是勞累一天，回到台北市差不多晚上 12 點，我看這一點這樣子以後就用補充資料就馬上可以通過了，這還是保留。

主席

牙總你們要不要做說明？因為這個其實是 103 年就已經執行，只是再做一些文字上的修正而已，並沒有因為預算上的問題，或是說新增而造成不一樣的變動。如果保留，我們又有壓力要開臨時會，報部的時候又沒辦法再如期公告，這一點是不是請謝委員可以諒解。

陳代表川青

因為這是一個報告案，一些文字跟執行的一些細節做一個更動，我建議還是讓它先通過，這是報告案不是討論案，我建議參考，謝謝！

謝代表武吉

因為剛才我講的那推出垂直整合案子，到現在也都沒有擬出來，所以我認為是保留一下也是應該的啊！公平待遇阿！

陳代表川青

你那個案子跟這個案子是沒有關係的，不應該把它扯在一起，我的建議是不是把會議的議程也 delay，大家好不容易有個時間來開個會，這樣也不是一個辦法。

蔡秘書長明忠(蘇代表清泉代理人)

我想健保署要做點功課，要努力一下！等於會後對於缺失整合的很多問題，必須給謝委員一個很清楚的說明跟處理。這邊也要拜託謝委員這個問題在這裡方面，我想牙科的問題就在這邊讓他先過啦！你的事情，請健保署來跟你詳細說明，不能夠任何的延誤，關於您的提案…好啦好啦！現在就先讓它過嘛！會後再請他們給你…拜託一下啦！

郭代表正全

我的意見跟秘書長的意見一樣。

朱代表益宏

請教一下預算，就是剛剛講今年度預算跟去年是一樣嘛？是不是？還是今年度有增加？

陳代表彥廷

目標人次有增加 25000 件，所以今年預算亦增加。

朱代表益宏

如果計畫裡面是這樣，我說那個在我們協商的預算裡面也是增加…

吳代表肖琪

這個案就讓它先通過，至於剛第一個案垂直整合那部分 12 月健保署會再討論。

主席

謝委員可以？請您諒解，就是做一些文字上修正。那謝謝委員諒解，我們第三案就照案通過，報衛生福利部公告實施。第四案。

第四案

案由：修訂 104 年度「全民健康保險牙醫門診總額口腔癌統合照護計畫」案。

主席

請委員針對報告案第四案牙醫門診總額口腔癌統合照護計畫表示意見，請。

蔡秘書長明忠(蘇代表清泉代理人)

這個我想牙醫總額討論過了，我們在這邊其實也尊重牙醫總額啦！這個案子我們基本上還是讓它過，好不好。請大家委員同意一下，謝謝！

朱代表益宏

88 頁原來舊的草案是由病理報告確診，那這次新的案子，病理報告刪掉；然後 90 頁，如果你不是口腔外科跟口腔病理專科醫師申請的話，應該檢附…，所以我不知道這個案子它等於是擴大，讓非口腔顎面外科跟口腔病理專科醫師可以申請，是不是？如果是擴大，我個人

沒有意見，但你說癌症確定診斷，把病理報告拿掉，我不曉得這是什麼樣情形。

林代表敬修

因為我們這個是癌前病變的追蹤，所以有些癌前病變像白斑、纖維化，它基本上是沒有病理報告，所以我們才改成由病歷上詳細記載也可以，以上。

謝代表武吉

這個我還是提出一個疑問，要有病理報告，現在的評鑑本來就是要有病理報告的，為什麼把這個刪掉呢？現在牙醫也在評鑑裡面喔，所以這個是不能夠刪掉病理報告。

陳代表彥廷

我們是根據口腔病理學會他們給我們一個專業的建議，因為在白斑有些癌前病變你要做這個病理切片，基本上因為他不是需要去做這個癌症治療，所以在這部分他們建議是不要每個個案去付這些。

朱代表益宏

因為你這裡有兩部分嘛！第一個是確診是惡性腫瘤，第二個是癌前病變，但是我讀起來是…連確定癌症腫瘤你都不用病理報告，你怎麼去做確診？你可以說癌前病變因為他還達不到癌症的狀況，那可能是臨床的判斷，你下的診斷就不是癌症啊！所以這邊我有意見，就是說你連癌症的確診你都不用病理報告去做確診，這個我覺得至少跟西醫的醫療常規是不符合啦！

主席

牙總是不是要就剛剛朱代表的意見做修正，就是癌前病變的…

陳代表彥廷

我們在這邊口腔癌病變的部分我們還是要求確診，在我們 88 頁的編號 P4501C 這個地方，須附 2 年內病理切片報告那部分我們會在口腔癌的部分做確診，(那你這邊這個給付標準就把它做文字…)，OK 我再做修訂。

主席

其他委員對於朱代表的意見，還沒有其它要更正的，我們是不是就

修正，試用治療對象要分成兩塊，一個是確診，一個是癌前病變的，有關病理報告的部分把它分別寫清楚。好，如果沒有其他提問的話…，請。

謝代表武吉

你剛才說癌前病變這到底什麼意思我聽不懂…

林代表敬修

就是有一些我們口腔癌之前有些白斑、纖維化，它都有可能是變成癌症的可能，所以它收列成癌前病變，這樣。

謝代表武吉

這不用做些檢查嗎？如果慢一點，你們沒幫他做變成癌症這樣怎麼處理？

林代表敬修

因為它是追蹤啦！真的切的時候會確定是癌症的機率相當的低，所以一般的處理是不建議做切片。

吳代表肖琪

我請教一下，如果 88 頁癌前病變是要定期追蹤，因為它不是治療嘛！癌前病變應該是定期追蹤吧！就不應該追蹤治療啊！如果是口腔癌，是定期追蹤治療，我不曉得這個要怎麼寫會比較好。你現在變成是定期性的口腔癌與癌前病變追蹤治療，可是癌前病變你是要定期追蹤沒有治療嘛？還是有治療？

陳代表彥廷

會針對它的症狀做處理。

黃代表啟嘉

這個案子，本來是牙總的事情，我其實不太喜歡發言的，但就是說，這個案子本身我覺得跟國健局口腔癌篩檢是不是有點重複性啊？我知道它是不一樣，但我的意思是說必要性，其實如果是這樣子的話，我其實不好意思，因為我自己是 ENT 呀！我可以提一個耳鼻喉科的口腔癌前病變的照護計畫，事實上我覺得這東西其實它的必要性本身，是要考慮一下啦！就是說，其實有時候在看這東西的追蹤跟它的達到效益，因為我對口腔癌很瞭解，它所謂癌前病變的定義是相當大的模糊，

而且事實上很多口腔癌篩檢本身它已經造成一個錢坑，有很多東西必要性是要再去考慮的，那我只是說這個東西，口腔癌是應該要去防治的，那我用這個案子是不是能達到它的效果，我是覺得說，我個人有點意見啦！你們可以參考看看，像剛剛朱代表說的，以病理報告當然是要有啦！

主席

是不是麻煩牙總現在把有關病理報告跟所謂癌前病變的部分，如何做文字的陳述分別列清楚，然後唸過以後，如果各委員對於這個案子沒有疑義，我們就可以讓它通過。

徐代表弘正

因為我們比較擔心的就是說~這樣子會不會造成浮濫，這個預算到底如果擴大到底怎麼辦。因為你沒有任何的證據，你就繼續追蹤，而且沒有分別，是不是要考慮這個？

陳代表志忠

我們不是牙科的實在是有點困擾，因為這邊提到這個紅斑、白斑，白斑是癌前病變，我們不只在口腔，膀胱也有啊！我們那個都是有切片報告給我們。在牙科是可以眼睛看就知道是癌前病變，還是純粹是臨床的診斷？

陳代表彥廷

因為我們這部分，其實限定是口腔顎面外科跟口腔病理專科醫師，大部分這些都在醫院裡面。譬如我們經過口腔癌篩檢，然後有一些需要轉診去確診，它就會轉到醫院去，那他也不一定真的一定會落到牙科，但是我是說轉到醫院以後，他們後續的追蹤在做的這一部分他提出這樣的需求。那至於說，是不是他眼睛看，因為在口腔裡面的白斑，或者他們比較有經驗做這樣的判斷，那你說他以這個病理切片報告，我們不贊成說…對於口腔癌的內部還是保留，還是應該有病理切片報告；至於這些癌前的病變，他就是擔心他之後會變成口腔癌，所以需要有一個定期的追蹤一個機制。它的目的是在這裡，以上。

李副組長純馥

那我是不是建議，因為這個案子我們也不想耽擱太久，因為它也是延續性計畫，不是第一次，那現在就是說，因為當時在癌症委員會也要求說，今天是癌篩完的個案是希望真的醫院要去追蹤這些個案啦！

如果他是**有癌前病變**，或是說他有**不良習慣**，看起來是有**癌前病變**的症狀，因為你看這些個案大部分都是嚼食檳榔跟抽菸的人，他要去戒除他這些習慣。那我比較建議就是適用對象是不是把它分開，第一點的部分經病理報告確診為頭頸口腔惡性腫瘤患者，第二個才是癌前病變的個案，那就會很清楚第一個如果是癌症要經過病裡確診，第二個就是癌前病變；另外就是說原先牙醫在做這個口腔癌統合照護計畫的時候，我們也想醫院或是西醫基層可以，尤其是 ENT 因為他們本身口腔癌的篩檢也有把 ENT 納進來，其實最早期就是在 ENT 啦！ENT 先的啦！可是是因為你們並沒有主動，這個是人家牙全會主動提他們要去做這個癌症個案的這個追蹤啦！可是我覺得說，是不是我們現在就先分這樣子，因為這個部分它是一個一般部門下面的，可是實際上我們是有額度在管控的啦！有在看他的成效。

主席

陳代表先，再請陳宗獻代表。

陳代表志忠

我們不是反對這個費用，我老是覺得你列這個癌前病變的紅斑，紅斑，我不知道是什麼，還有扁平苔癬~這些東西憑眼睛看就知道，我平常看到這些東西，我們不敢從眼睛看它是什麼，我們還是做個病理切片，你怎麼可以眼睛看就知道他是不是？那我們是質疑這一點，那這個可以完全不要病理報告…。

陳代表宗獻

我是覺得剛剛…其實癌症的這個統合照護計畫，我們可以提很多啦！也可以提胃潰瘍癌症前期的，其實應該是這麼說~就是這裡面它本來就從一般部門來支出，也不是一個專案的費用，其實它主要是支付標準裡面有兩個，一個是 600 點，一個是 400 點，那這個 600 點跟 400 點它等於一個支付標準規定就好了，不必再用一個統合計畫，因為這個等一下回去我們有人會問說，我們 ENT 不必有一個口腔統合計畫，這個喔~在醫療服務裡面直接放進去了，就把它回歸到支付標準表裡面的規定就好了。是不是這樣子會比較方便一點？

主席

我先回應一下陳委員，你要提什麼統合計畫，胃癌的統合計畫？子宮頸癌的統合計畫？你只要可以取得健保會的資源，我們一樣會照程序來訂支付標準，OK?現在是不是不要扯這麼遠，回到這個主題，討論

到底哪一些要修正，因為這是連續性的計畫，請。

蔡秘書長明忠(蘇代表清泉代理人)

我想跟醫界的代表講一下，這是牙醫的延續計畫，基本上真的是延續計畫啦！已經持續在做的東西。那剛剛朱代表也針對病理做一些意見，請他們修改了。那從這邊這個東西要對牙醫抱歉一下，可以看的出來牙醫真的錢比較多錢，多到一下子溢出來的感覺，所以才有這麼多的計畫案啦！那我們也不必再針對這個再去強追猛打，沒有必要啦！再打下去錢也不會到我們口袋，事實上也沒有辦法處理的情形之下，我覺得既然這是延續計畫案，就讓它繼續走，但是剛朱代表講的我們針對病理的東西要這樣子的堅持是對的，那就要做！別人有錢能夠做這些，我們根本連提都不敢提，所以這個東西我覺得療傷止痛之餘，努力爭取健保總額，謝謝！

張代表嘉訓

主席、各位代表，因為我是覺得用眼睛去看你就可以區分它是或不是，這個良性的或是癌前疾病，其實這個對牙科醫師或者口腔外科醫師，我覺得是有點危險。而且你原來的計畫就有寫病理報告嘛！那為什麼這一次今年的要把它刪掉，是不是因為這些病變太多了所以你每一個都要做切片，會增加你經費的支出嗎？對不對？所以我在想還是以病人的權益來考量。因為剛剛那泌尿科講完，我婦產科來講一下，這個我們看外陰部的白斑，我們以為他是良性的，常常切片下去是惡性的，甚至我們在子宮頸癌做篩檢的時候，我們抹片做出來說是癌前期病變，我還要再去切片才能確認，所以我是給牙醫一個建議啦~這個病理報告這個事情，不要刪掉啦！阿如果因為這個樣子會增加支出的話，要不然這個計畫我們就保留嘛~我不知道就是刪掉病理報告，剛剛牙總沒有提出一個可以至少說服我的理由，為什麼病理報告這個東西，去年都有為什麼今年要刪掉，謝謝。

林代表敬修

我想剛剛已經有講過了，主要是癌前病變部分，好像外科它有建議有些部分癌前病變不是不建議做切片的，所以我們也同意朱代表的修正，把口腔癌的跟癌前病變分開成兩項，一項要病理報告。另外大家看這個計畫裡面，其實不是要治療癌症，是癌症的病患我們要怎麼去在口腔裡面怎麼照顧他，包括說口腔裡面一些不良的補綴物，還有一些尖銳的東西要清除、一些習慣的戒除，這才是這計畫的重點，不是要治療癌症，是要照顧這個病人。阿另外一個是剛講到經費的部分，

這個總經費才一千萬，不值得大家討論這麼久。

張代表嘉訓

我剛剛講不是經費的問題，我剛剛講的是…你們有沒有統計數字，白斑、紅斑或者疣狀增生、口腔黏膜纖維化、這種扁平苔癬，你做了切片結果，跟你用肉眼看是沒有差別的嗎？你們有沒有這樣子的一個數字？

林代表敬修

這個數字剛剛講癌前病變切起來真的是癌症，它百分之一左右，有一些專科醫師他建議說這種情況不建議切，因為你切一百個人，只有一個人可能真的是癌症。

張代表嘉訓

好~那我舉個例子，子宮頸的息肉一千個大概只有一個是癌症，可是我們現在子宮頸只要切出來還是要送病理切片，所以我是覺得不要說只有百分之一，你碰到那個百分之一那個病人會告死你喔！

陳代表彥廷

主席，不好意思，我們這裡同意不修啦！

王副秘書長秀貞（謝代表文輝代理人）

我本來要幫牙醫也稍微講一下話，因為 19 號那天會議我有在現場；基本上這個照護是針對口腔癌或高危險群的個案之口腔照護，並不是癌症治療，當這類病人到牙科時，有此計畫提供其牙科照護，個案確診並不一定是他追蹤或者是給予他牙科診治的機構，可能本身已經確認為口腔癌，那麼 IC 卡中就有重大傷病註記，所以那個確診的動作並不會發生在他提供整合照護的這家機構。當時候在這個案子討論的時候，我的理解是這樣~又此情況認為多發生於醫院牙科，可能修訂後牙醫診所也會參與，詢問過醫院牙醫代表，他們表示認同，所以當時我沒有提出反對！修掉病理報告這段，我建議是不是可以把它做一個文字上面的註記，去表示說…這個確診的病理報告到底是從哪裡來，要不要去加強這段的說明，讓大家更清楚確診的單位並不一定是提供整合照護的這個院所，可能這個病人他的癌症治療是在 A 機構，但是他的追蹤或者他口腔護理可能會換到 B 機構，會不會有這種情況？要不要做一個比較明確的切割？

主席

現在牙總已經說他不修這個病理報告的部分了，那是不是這個案子就讓它通過，也就是病理報告還是要確診，好不好？至於 105 年的事情，105 年我們再來討論，是不是這個案子就照案通過，就是病理報告不能劃掉，要維持。好！接下來第五案。

第五案

案由：增修訂 104 年度「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」及「全民健康保險中醫提昇孕產照護品質計畫」兩項中醫總額醫療照護計畫案

林組長阿明

這個部分有兩個計畫，一個是 103 年的修正計畫，另外一個是 104 年有新增一個提升中醫孕產照護品質計畫，這部分是不是請中醫全聯會簡單說明一下。

陳代表憲法

主席、還有各位委員大家好，大家辛苦了！我們中醫這一個西醫住院中醫特定疾病輔助計畫，這是延伸之前的計畫，大致是做一些年度的文字修訂，其它部分跟以前的執行計畫是相同的。那今年好不容易我們增加了一項孕產照護的一個計畫案，這裡面我們有一些詳細的附件在這邊讓大家參考，那希望說在目前出生率很低的情況之下，由中醫來這一塊來幫忙，看是不是能夠提升婦女懷孕機率，這部分請各位委員能夠支持，謝謝大家！

林組長阿明

好～謝謝全聯會的說明。針對這個部分大家有沒有意見，有沒有要提問的？好！那如果沒有的話，報告事項第五案通過，下一個報告案！

第六案

案由：有關 104 年「全民健康保險高診次藥事照護」計畫（草案）報告案。

主席

好，我們是不是請藥師公會譚教授直接做報告。

譚延輝(藥師公會列席者)

謝謝主席，各位委員大家好，這個 104 年度的計畫是健保署高診次

藥事居家照護第六年的計畫。明年第六年的計畫經費與今年(第五年)一樣，照護人數也是一樣，但是增加了一個項目，以前都是居家照護，現在增加了長照機構高藥品用量之個案，由健保署從資料庫撈出來後給藥師全聯會這邊，派我們培訓及格的藥師到長照機構針對那些住民提供服務。所以只增加這個項目進來，總經費還是不變，跟今年/去年一樣都是 5,400 萬。也因為增加這個長照機構住民的服務，所以各位看到很多劃底線的部分，就是增加這些住民照護的時候所訂出來的一些規矩，請大家參考，謝謝！

主席

委員針對報告案第六案有沒有提問的？沒有，我們就照案通過，謝謝！第七案。

第七案

案由：有關修訂 104 年度「全民健康保險鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案」。

主席

請委員針對報告案的第七案有沒有要提問的？請~羅代表。

羅代表永達

55 頁有關於鼓勵的指標裡面有兩項意見，上次我們稍微提過，一個是特定醫療資訊關懷名單網頁開啟率，本來有一個排除關懷名單就醫 5 人次以下之規定，但因很多一季裡面大概只有 10 個人左右，只要錯一個就不能達到開啟率大於等於 90%，所以我們建議是不是可以把那個排除關懷名單就醫 10 人以下及因系統不可歸責於院所之原因者把它再照列上去，這是第一個。第二個，有關於雲端的查詢在門診真的是有很大的困難，不要說到第四季時候都達到 50%，另外建議可以把那個支付權重調到住院的地方占 40%，門診的部分占 20%，有沒有辦法做這樣子的修正，以上。

陳代表宗獻

52 頁六、支付方式的 F 裡面依電信公司提供的費用證明書，我在四個月以前就認為我們這個系統應該要試試看，它是一個好的計畫，所以我個人就去參加也申請了，那來裝設了以後四個月了，一直都沒有辦法上線，我問電信局怎麼辦？他們說沒辦法你是最前面幾個~我們先試試看…後來我發現是這樣，第一個我們那裝備太大了，另外我現

在的系統查詢雲端藥歷第一個人病人只要 15 秒，第二個以後大概只需 5~6 秒，甚至於 3.5 秒就出來啦，根本就不需要這個設備，雲端要歷就可以查了。而且這個設備太大，較適合十個診間以上使用，診所對這個沒有用，另外現在 VPN 的速度已經不是問題，增加頻寬效果有限，還有一個最大的麻煩是 VPN 跟 INTERNET 沒辦法同時使用，所以到現在四個月還沒有辦法上線，他們也沒有辦法跟我收費，這個部分不是在這個案子裡面，可是我建議去釐清一下，不然我們基層沒辦法設置啊！

主席

請謝代表。

謝代表武吉

想要了解一下，我們現在合約的公司是？中華電信嘛～是嗎？他 10M 的時候，一個月是多少錢？總共是多少錢？10M、6M、4M、2M 稍微報告一下好不好？

林科長寶鳳

那我先回答比較簡單的問題，請謝委員看到我們議程資料的第 64 頁，64 頁是目前我們的資訊部門跟中華電信簽約到明年底的月租費情形，10M 的企業型 29,172 元，那企業型的 6M 一個月月租費是 23,892 元，請委員參閱。那剛剛也提到第 55 頁，門診跟住院雲端藥歷查詢率要不要把支付權重百分比對調，因為我們現在用藥部分在門診比較有跨院所的問題，所以我們需要在門診部分做加強。住院部分則比較不會有跨院所的用藥重複問題，所以我們把支付權重加重在門診部分，這是第一個要說明的部分。對於特定醫療資訊查詢關懷名單的開啟率部分，原來我們是有把就醫五人次以下的部份做排除，但是我們在執行的過程確實是有碰到有五人次以下的院所，這個指標沒辦法用，所以我們這次才會做這樣子的修訂，是否修訂看看與會的委員怎麼來決定。第 52 頁部分，陳委員提到他目前已申辦本方案，卻四個月都沒辦法上線，大概是兩個禮拜前我們資訊部門也有找中華電信跟資訊廠商來做雙面溝通，因為事實上診所資訊作業部分還是請外部資訊廠商辦理，所以就像陳委員剛講的就資訊作業細節與電信公司討論時雞同鴨講，很難了解到底問題在哪裡，所以有把那個 TCA 就是台北電腦公會跟幾家比較大的資訊廠商找來跟中華電信就本案執行困難點做對談。但剛剛提到設備太大的問題，好像在那次會議沒有聽到有這樣的問題，所以可能要去瞭解一下陳委員的診所到底出了什麼問題，上次會議有有問題的是牙醫診所，因為設備太漂亮了，沒有辦法把線路拉明

管，會破壞裝潢。

陳代表宗獻

我的意思不是設備很大，我是說這個設備根本就不需要，我現在上雲端藥歷的話只要 6 秒鐘到 3 秒鐘中間，那我不知道它變成 1 秒對我什麼意思啊？

主席

我知道陳委員的意思，他是說他不需要用這種頻寬，用原來的設備就可以了。

陳代表宗獻

對啊，還有一個問題就是我現在沒辦法退貨啊～他說現在我機器的那個設備，那一台十幾萬放在我家……。

陳代表憲法

我是陳憲法第二次發言，我跟陳委員是一樣，我的中醫診所也有上雲端藥歷，目前用的是舊的 ADSL 上網方式，那麼也是很快，我也申請了這個 VPN 的光纖部分，是因為我們中區分組要推這個案配合健保署這邊做，他說因為我是中區的執行長，所以我找了幾家一起來做，裝機的中華電信是委外他來裝，裝完了以後上不了線，後來打了電話問了很多次以後裝好了，又不能用，原來是他前面還有一個防火牆的硬體設備要裝，這個防火牆我等了一個月還沒來裝，現在這個頻寬也沒有加大很多，只是他是用光纖的，和我們原來的 VPN 是用 ADSL 的不一樣，他的盒子也不一樣，不是很大，剛陳委員說不能同時上 INTERNET 跟 VPN，這可以請電腦公司設定，這樣才可互相通啦~這是我補充的部分。

黃代表啟嘉

主席，其實這雲端藥歷系統推出來的時候，各地區業務組都很認真，因為我是公會理事長，所以我也配合找中華電信辦說明會，事實上開完會很多會員都表示這系統真的可以看了嗎？其實我看了這新的東西以後我也不敢裝，我裝了以後我也不敢刪 VPN，結果後來果然新裝的 VPN 上不去，所以還是繼續用舊 VPN，中華電信在做這業務時，其實遇到很多困難，我們會員也表示其實這東西好像沒有必要，但署本部給業務組的感覺是這是你們一個重大要推的計畫，我是覺得核心價值應該是查雲端藥歷，可是你們現在變成每個月補助七千元給診所，我

倒是有個建議，你們不妨把這七仟元變成查雲端藥歷的獎勵金，大家實質上可以用原來 VPN 上去查雲端藥歷，達到照顧病人的效果，而不是變成是錢給電信公司賺走，而事實上也沒達到效果，而且中間還有很多問題。我意思是說錢不是這樣花的，這樣沒有效率呀。

主席

現在我們稍為釐清一下，一個是技術性的問題，就是要不要裝企業型的光纖。第二個問題，就是指標是不是達到獎勵，不限你是用原來的 ADSL 還是用這個新的企業型光纖。我剛剛說的技術性的問題不是我們今天討論的主題，大家剛剛提的意見我們科長已經聽到，她會洽資訊組再跟中華電信討論我們是不是回到這個方案，今天資訊組的人員未出席，講技術性問題也沒辦法處理。我先請郭代表發言完了，再請徐代表。

郭代表正全

我想醫療資源的整個應用應該是要有效率，所以我對這一套系統是很支持，在 103 年的方案，坦白講健保署所訂的條件非常苛刻，104 年的方案，我看來確實有誠意改善，所以這方案我想醫院是支持的，以上。

徐代表弘正

因為在獎勵指標裡面有提到那些檢驗（查）結果資料要上傳，是不是可以將上傳的時間訂在做完以後多久，可給足夠時間，我不知道現在是預定多久，可給足夠時間，在計畫裡面看不出來。

李副組長純馥

它跟申報的路徑不一樣，所以還是你申報歸申報，這個是鼓勵你們上傳檢驗結果。

徐代表弘正

那你甚麼時候結算，現在問題在這裡，因為你是一季一季一季，是不是年底再來一起結算？

黃代表雪玲

我要請教一下就是說這個檢驗（查）結果上傳，它的目的是什麼？最後要拿來做甚麼運用可能要先跟我們講一下，我們很怕接下來就是用雲端藥歷查詢檢驗檢查這樣子，那再來就是我們院所要上傳這些

DATA，要不要取得同意書？還是我們可以直接這樣將資料傳到健保署？

主席

有關剛剛提到檢驗檢查結果上傳的目的，未來我們是希望在醫院跨院間診療的時候可以即時去查詢，第二個，因為健保署是依健保法規定，執行全民健保業務，並為了避免重複檢驗（查），提升健保醫療資源使用之效率，才蒐集本資料，並未違反個資法。至於在運用上，若醫事機構將之列印，因依「全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法」規定只能查詢，就有可能牽涉到個資的問題。

徐代表弘正

主席，那這樣子為什麼要簽同意書，那就不用簽啦！

林科長寶鳳

其實大家都很關心個資的問題，但因為我們現在上傳的是健保有給付的 141 項檢驗（查）項目。而健保法賦予中央健康保險署辦理全民健保這個業務，所以我們是法的授權可以去做這些就醫資料的蒐集，可以不用擔心違反個資法，未來院所把這些資料上傳到健保署以後，健保署怎麼去運用，在運用上當然也要符合個資法，有法律明文規定或當事人書面同意等之例外情形之一的規定。另外未來檢驗檢查結果資料也是準備放在個人的健康存摺裡面，由當事人以自然人憑證申請及下載，所以更不用擔心個資法的問題。至於到底要在申報後多久上傳檢驗（查）結果，因為我們知道開單到實際去做檢驗（查）後才會申報，所以是以申報月之次月，才會執行申報資料勾稽上傳檢驗（查）結果的資料，大概有兩個月的時間，應該不會有勾稽不到的情形，那目前我們的規劃是季結算，當季結束後用申報費用月之次月即兩個月後，去勾稽我們的上傳結果檔，以上。

徐代表弘正

請教一下剛剛我們主席講的，如果我不列印出來，那這樣子不需要同意書，但是我們現在所有調的都要用同意書才可以上去抓資料。

主席

你講的是雲端藥歷，還是現在目前討論的檢驗（查）結果上傳。

徐代表弘正

我說的是上去抓雲端藥歷的資料，需要那個同意書。

朱代表益宏

報告主席，大家都在講這個個資的問題，但是講了半天，個資法的主管機關是法務部，到底法務部對於個資，尤其健康的這個個資怎麼樣運用，那個解釋我相信連衛福部都不見得說得準，更何況健保署剛剛解釋說我們傳給你沒有問題，因為你們是健保法的授權，所以你依法可以蒐集，但是我們能不能傳給你還不一定喔！所以我是建議，是不是有一個公文，至少白紙黑字告訴醫療院所這個是不違反個資法，那到時候有甚麼問題的時候，讓醫療院所有所依據，再不然如果不要公文的話，第二個就是，是不是衛福部直接函詢法務部要求他解釋一下，做一個個資法的解釋，那這樣有解釋函以後，大家就不會有疑義，我個人覺得這樣子可能會比較好，不然真的傳了以後，萬一有什麼問題，病人不見得是找衛福部或健保署，是找傳出去的人，那就是醫療院所。第二點在 51 頁，我想請教一下，為什麼在那個獎勵院所上傳的這一部分，上傳的基本費，層級會不一樣，這個是不是說明一下，因為大家都是上傳，如果是因為光纖不同，事實上在基本費補助的就不一樣，那如果說因為比較大型的醫院，它上傳的量比較多的話，上傳獎勵金是 BY 筆數，所以它量多當然它的獎勵也多，所以這邊上傳的基本費為什麼會不一樣？是不是能夠說明一下。

主席

來，請寶鳳科長說明。

林科長寶鳳

這邊上傳的基本費，考量這個計畫的前提就是要先參加擴充頻寬部分，才往下有這個檢驗檢查結果上傳鼓勵的費用，考慮因醫學中心擴充頻寬速率的錢比較貴，所以這裡也會有不同層級支付的設計，以上補充說明。

謝代表武吉

已經等很久了，主席我對於雲端藥歷檔這我很支持的一個方案，但是我感覺一個就是說，我們社會很早就有做雲端的存檔、備檔方案，我們協會有兩條光纖，都是 10M 的頻寬，但是我們的月租費是 25,212 元，那我們這裡的資料 10M 的月租費就要 29,172 元，太貴了，有問題，所以說我是感覺上這個應該是有再考量的餘地和地方。

林代表富滿

第 63 頁，幾個問題請教，(1)第 10 項檢查部位為必要欄位，因目前只有 CT、MRI 跟 PET 申報需要填寫部位，這部份是否比照申報規定的那三項，敬請說明；(2)另外第 16 項疾病診斷，因臨床實務，有一些檢查結果是正常的，診斷就無法呈現，故建議改為非必要欄位；(3)第 19 項建議部分跟第 16 項疾病診斷一樣，建議改成非必要欄位，以上。

林科長寶鳳

我們第 62 頁及 63 頁有關檢驗（查）結果欄位上傳，主要是參考 EEC 的格式，現在電子病歷就已經有在打包這樣的欄位資料上傳，我們為了不增加院所的麻煩，儘量跟它們的格式一樣，但是因為我們未來要與申報資料勾稽，所以增加一些申報的欄位，但都是初稿，所以我們在 62 頁的上方已註明「暫訂」，後續各委員的意見我們都會參採研議，以上補充。

陳代表憲法

我現在要提的就是 57 頁，57 頁的第 4 健保卡登錄處方及上傳作業正確率裡面(1)的部分，健保卡登錄後 24 小時內上傳之件數比率，我想這個是不是做一些標註，就是說因為醫院每一天都有上班這個 24 小時內上傳當然比較容易符合，我們門診部分不管中醫或者西醫，沒有天天上班 24 小時內上傳不易符合，是否要做一些調整，謝謝。

郭代表正全

依衛福部的 EEC 的那一套作業，事實上沒有成功，反而是健保署這一套比較實際運用，所以基本上我想不要去管衛福服那一段，剛才林代表講的幾個必要欄位，初步開始我想不要去嚴格規定，不然又變成執行障礙，慢慢我們再來加，以上。

黃代表雪玲

58 頁到 61 頁這邊，就是目前要上傳品項，事實上我們的檢驗品項一定不只這些，剛剛有提到說這個資料未來要放在給民眾的全民健保健康存摺，希望健保署未來在給民眾看的時候一定要跟他說明清楚，譬如說他做了五項檢驗（查），因為在這邊規定可能只有三項需上傳，有兩項他可能就看不到了，而也許剛好那兩項就是有病的，他剛好沒看到，就不回來追蹤，這個部分引用一定要非常注意，另外就是那是不是可以把這些品項先註記那些是屬報告類，那些是非報告類。

主席

好，謝謝黃代表的意見。

朱代表益宏

主席，我建議第 51 頁基本的檢驗檢查上傳的基本費用要一樣，所有都是 7,500 元，至少在醫院邊都是 7,500 元，因為你如果說要用這個東西去補貼它的光纖費用，事實上你大於 50%，那醫學中心在領第二項上傳獎勵費那一部分可能就已經會超過，或至少會接近它的月租費，所以你這邊再去區別我認為是沒有必要，因為醫學中心、區域醫院他的量本來就上傳大於 50%，檢驗的量可能會非常大，那你這邊每一筆還有一塊錢，還有五塊錢所以它申報起來，光是上傳獎勵費用可能就會上萬了，所以建議把上傳基本費大家都拉成 7,500 元。

謝代表武吉

剛才我已經有說過了，我醫院開始在做頻寬的時候，本來就幾千塊而已，現在都一萬三千多元，剛剛朱益宏說的上傳基本費這個，應該大家都一樣 7,500 元，才有公平，同樣診所也一樣。

主席

醫院的就講醫院的，要不然這個基層可能有其他意見。

謝代表武吉

好好好…說醫院，50 頁(2)這個藥局刪掉是甚麼意思？

林科長寶鳳

藥局就是含在交付機構裡面，所以把藥局刪除，剛剛謝委員提到就是說兩條 10M 的頻寬月租費才兩萬五千多，我們一條 10M 就 2 萬 9,172 元，因為我們資訊部門與中華電信的合約，這些價格是牌告價的 4.4 折，照理講應該會比你便宜很多才對，那為什麼會有這樣子的結果，我們要去問一下中華電信，至於是不是每一家的基本費都調到 7,500 元，我們這個方案 22 億元可能無法支應，到時候可能就要浮動點值並追扣費用，會有這樣的問題。

蔡秘書長明忠(蘇代表清泉代理人)

應該說要支持還是怎麼樣，其實這個案子在基層也好，在醫院也好，對我們來講有無限的負擔啦，我覺得很簡單的一點啦，既然是試辦那就選擇要不要參加就好啦，我也坦白講，基層也何嘗不想把金額提高，但是根本不敢想這個問題，因為我們連做都非常非常的疑慮啦，

所以還是要拜託醫院，不管怎麼樣還是要把這事處理，選舉也要到了，拜託一下~

李代表紹誠

主席，針對這指標，是不是可以不要把它列為一個抽審指標，我們現在已經有公文出來說將來要把它列為抽審指標，我想這萬萬不好~以上。

蔡秘書長明忠(蘇代表清泉代理人)

這點一定要跟健保署講，今天是鼓勵方案，絕對不能拿來做未來的抽審指標，這點我覺得健保署要明定講這件事，對基層院所會有很大的幫忙。

主席

好，這個意見我們會轉給北區業務組，那是不是請委員就剛剛醫師公會全聯會秘書長所提的，只是你選擇參加、不參加這問題先這樣來執行。請。

朱代表益宏

參不參加我想還是要有一個公平性，所以上傳的基本費獎勵，我個人覺得你去分層級本來就沒有道理，至少在醫院這邊我覺得醫學中心、區域醫院、地區醫院應該一致，我相信醫學中心、區域醫院應該不會有意見，至於基層那邊如果認為用這方式他們 OK，我們當然也沒什麼意見，但是我覺得這個不是說你訂出一個不公平的東西也不讓人修正，所以希望地區醫院、區域醫院、醫學中心都是用七千五百元做一個上傳的基本費。

李副組長純馥

大家要看一下我們基本費不是全給，因為我們還要乘上它的上傳率，可是為什麼醫學中心會拉比較高，因為它項目真的很多，它如果真的要達到上傳率或許會比地區醫院或是區域醫院還要困難，所以其實乘起來搞不好地區醫院拿的都比其他醫院高。

朱代表益宏

這樣講不對，因為醫學中心大於 50%，那個上傳獎勵金會比基層診所拿的還要多啊，因為你主要達到門檻以後他要乘上 50%，他那個是以個案有幾例去乘~

徐代表弘正

我想我支持朱代表的，要回去算一算，我也不要求有多少，這只是上限又不是一定全部都拿到~

林組長阿明

醫院部分全部一次兩千五百塊~剛剛羅委員講到的第 55 頁，特定醫療資訊查詢關懷名單，原來我們是刪除就醫五人次以下的，但是執行上是有困難的，所以現在回復到排除關懷名單就醫十人次以下。

主席

好，那我們就照林組長剛剛最後確認的地區、區域醫院跟醫學中心通通兩千五，還有修正的是第 55 頁有關關懷名單查詢率指標，十人以下部分做修正，如果沒有其他問題就差不多了。

朱代表益宏

報告主席，還有其他問題，第一個就是我剛剛講的個資問題，事實上我覺得要正式回復~

主席

第一個你剛剛講的太複雜，健保署是依健保法蒐集資料，這個絕對沒有個資問題，你把它扯到好像上傳後病人就有個資問題，那健保署就不要審費用了，這是依健保法規範裡面所要蒐集的，我們會針對你剛剛所提有關個資的法令再釐清。

朱代表益宏

主席，如果認為說這個沒有問題，那我剛剛講的很簡單，你就發一個公文說執行這計畫是符合個資法~

主席

我們已經依法在辦理了，還要寫什麼公文~

朱代表益宏

但問題是很多醫院代表說~

主席

只是要蒐集資料嘛！

謝代表武吉

剛剛蔡委員說的先別抽審，希望寫在會議紀錄裡面。第二點，也希望下次告訴我們為何我們兩條 10M 兩萬五千二百十二元，這邊為何一條兩萬九千一百七十二元，我有去問過，確實有問題，也不是說是你們的問題，要考慮到一開始在討論時，我們醫院參加的家數不多，所以你談判的籌碼就少了。所以這部分你們要趕快了解每區醫院共有多少，才能談價碼，我們協會幫健保署推動也比較好推動。我是第一個做的人，而且我也要求我們醫師凡事要開藥一定要查詢雲端藥歷，不然不能開藥。

主席

好，謝謝。科長這邊要不要回應。

林科長寶鳳

剛才已經有提到，中華電信跟我們資訊部門的簽約是簽到明年 104 年 12 月底，那他們簽約的內容是以牌告價的 4.4 折，為什麼還會比市面上的金額還要貴，我們會去了解，這部分等瞭解以後再做一個說明。目前 103 年已經來申請提升頻寬的院所已經有五百多家，以上。

主席

好，這個我們請資訊組跟中華電信了解以後，有需要再到本會來做一個報告。

陳代表憲法

主席，可不可以問一下基層有幾家？

林科長寶鳳

基層應該兩百多家快三百家~

陳代表憲法

主席，我剛剛提的第 57 頁 24 小時上傳的問題，如何處理？

主席

科長，第 57 頁的 24 小時上傳？

林科長寶鳳

我要說明一下，這是依照全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法裡面所規定的條文，健保卡登錄後 24 小時內要上傳，上傳的部分，資訊端可以控制時間自動批次處理，不管你有沒有在診間，所以

不用擔心若那天沒有營業就會超過 24 小時，以上。

主席

好，那我們就照剛剛修訂的通過，至於其他委員所提到的一些技術性問題，就麻煩科長跟資訊組了解以後，必要的話就到擬訂會議來報告。接下來，討論案第一案。

討論事項

第一案

案由：增修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第四節復健治療之語言治療相關診療項目案。

主席

請科長補充說明。

林科長淑範

主席、各位代表，本項調整案的預算，在健保會協商的時候已經編列了，所以預算來源不是問題，現在請大家看到會議資料第 68 頁，整個調整的重點都在這一頁裡面，我簡單說明一下。

第一，語言治療本來只有簡單、中度及複雜項目，所以新增 44013A 到 44016C 中度-複雜項目，它的支付點數是比照物理治療支付點數分四個層級，複雜治療也是比照物理治療，將點數提升到與物理治療一樣的點數，這是這次修訂的重點。

在開會前一個禮拜內，分別由復健醫學會、台灣聽力語言學會及語言治療師全聯會各自來文，提出三項建議事項，第一個是新增「中度-複雜」診療項目，第二個是調高「複雜」支付點數，第三個建議是「中度-複雜」跟「複雜」要訂適應症跟限定治療項目，在他們的建議事項裡面第一點跟第二點跟我們今天要調的內容是一樣的，學會提到第三個建議事項是「中度-複雜」跟「複雜」要列適應症還有限定治療項目，這個限定治療項目可以在第 68 頁看到語言治療項目是 ST1 到 ST15，建議分別在中度跟複雜裡面表列特定項目，因為我們這個禮拜才收到函文，我們在下個月預訂會有個臨時會，是不是今天先讓新增項目跟調整點數部份先通過，其它的建議我們到下次會議討論，以上。

主席

就是列適應症的部份。謝謝。討論案第二案。

曹代表昭懿

主席，對不起，我是代表物理治療，其實這個案子我想是回應監委的關係，所以我覺得非常好，提高語言治療點數我也覺得樂見其成。但是我記得上次署裡提出這個案子的時候，其實是把這個支付改成二級制，我覺得這也是監委關心的另一個重點，就是復健治療，就像剛大家提到說資料上傳跟是醫學中心或診所有什麼關係，那做物理治療、職能治療、語言治療跟是醫學中心或診所又有什麼關係，都是同樣的人在作治療，所以我們蠻希望是一級制，但是跟署裡溝通非常久之後覺得不太可行，那上一次在語言治療這個案子提出來後其實是二級制的一個規劃，那後來當然是因為預算的關係，所以上次這個案子沒有通過，但是我不曉得這次為什麼又回到四級制，本來我們覺得下次應該是物理治療跟語言治療一樣也改成二級制，那現在好像開倒車，不曉得署裡的想法，謝謝。

主席

回應一下，還是～沒有方向。

徐代表弘正

我覺得是這樣子，當然曹老師我們認識，當然也很尊敬，但因為我會建議要動之後一起再動，語言治療已經拖太久了，先過了嘛！先過以後要討論，也不能說只討論語言治療，職能治療跟物理治療又不討論，這樣子也很難，因為那個就像基層及地區醫院講的，他們現在要有上下的整合對不對，那個問題是很大的問題，我是贊成主席講先過了，以後你們要提案還是要怎樣，我們大家再慎重地再一起作考量，因為那個滋事體大，上次已經討論過了，不是那麼簡單就可以過了。

主席

王代表講完再換朱代表。

王副秘書長秀貞（謝代表文輝代理人）

我們很認同曹代表的意見，同樣領一樣的醫事證照，實在不應該因為他所就業的層級別不同而給予不同的支付，我覺得這是所有分布在不同層級服務的醫事同仁，希望獲得公平對待的心聲，讓我們也表予呼應；對於本案我們也很希望既然大家都是同樣提供 40 分鐘復健治療或物理治療，沒有什麼理由跟人家講，在醫學中心跟地區醫院做，地區醫院支付點數就是拿得比人家少，我覺得這在公平上真的是講不過去，過去的我們還沒有辦法來得及調整，對於新增的部份至少要打破

吧！對不對？對於新增的部份，我們是希望可以是從一個公平的立基點來做支付點數的設定會比較好，那以前的我們以後再來提案討論就可以，但是我們覺得新增的項目應該是要三個層級一致。

黃代表雪玲

如果要修支付標準，因為在醫療機構設置辦法，我講的是醫療機構設置標準還不是評鑑標準哦！醫療機構設置標準對物理治療就有嚴格的規定，醫學中心它還要有坪數等限制，我們以語言治療來講，醫學中心要有隔音效果，要有獨立的空間，然後坪數至少要26平方公尺，這是對醫學中心的要求，這是醫療機構最基本的要求，所以我們一定要做到，所以這個支付點數怎麼可能一致，那要修一致，那就大家拉到齊頭的一個設置標準，然後大家再來討論這個支付標準。

朱代表益宏

設置標準一樣的啊！

黃代表雪玲

不一樣，我馬上給你看，真的不一樣，我唸給你聽，你去查醫療機構設置標準後面針對醫學中心，有特別說明應符合下列規定，1. 設物理治療者應有電療室、水療室、運動治療室、兒童物理治療室，其空間至少應有一百三十二平方公尺。2. 設職能治療者，應有獨立之治療空間，其包括訓練室、日常生活訓練室、兒童職能治療室、副木室，其空間至少應有一百零六平方公尺。3. 設語言治療者，應有具隔音效果之成人語言治療室及兒童語言治療室，其空間總計至少應有二十六平方公尺。這是針對醫學中心設置的，如果大家要支付點數拉一致，請大家先跟醫學中心設置標準齊頭，那我們再訂一致的支付標準。

陳代表宗獻

主席我覺得要談這個的時候，要考慮一下我們基層，因為基層裡面科別太多，所以我們常常都有一個預算平衡的問題，我們今年拿到的是三千萬，什麼三級制、四級制、五級制、二級制或一級制都沒關係，就是不能超過三千萬，所以公平原則歸公平原則，財務歸財務，我們基層的公平原則就是這個多出來的東西不可以吃到其它科，例如外科、婦產科，所以這個地方，我建議不要改就照這樣通過啦！這預算都已經算過啦！

張代表嘉訓

主席，我剛剛問了一下，我只是舉個例子，我剛剛問前婦產科醫學會的理事長，就是醫學中心報的內診費是兩百六十九塊，我們報的才九十幾塊，因為我是婦產科，同樣的動作，我不知道內診需要什麼設備，可是醫學中心是我們的三倍、四倍，同樣是這個邏輯，不是嗎？剛剛的意思就是要談論這個問題，但我建議不要在這個時候談，因為談不下去了，不要浪費大家的時間。

徐代表弘正

主席，我真的要為語言治療來請命，請大家先放下這些爭議，先讓語言治療有一個平衡，你們已經拿了很久的中複及複雜治療項目，現在先讓他們享受，我們以後要談再一起談，我們也不是不能談嘛~對不對！

朱代表益宏

我們是希望新增的這個~我沒有說呀！我沒有說不給付，我只是說新增的部分如果基層他們認為預算有限，至少在醫院這邊把它拉成一致，我建議是做這樣的新增，其它我沒有意見，舊的項目我沒有要用這次機會要把它拉成一致，但新增項目這樣區隔醫院層級，我覺得不妥，建議新增的部分，看醫院層級統一要用 420 還是 480 點支付，基層那邊我們就不動它。

李代表紹誠

這個我來談一下，這個事情怎麼又把它挑出來，這件事談了 N 年因為沒有共識，所以一直維持現行這樣做，常常我們在看一個東西希望不要只看一個點，雖然我在基層也希望能拿醫學中心的點數，可是我們確實很多東西沒有辦法跟醫學中心比。昨天有位區域醫院的副院長來看，他看我的診所及我的設備，嚇一跳說我診所不比區域醫院差，但我從沒想過要拿區域醫院的錢，因為我知道我在做什麼事情。

那這件事吵了 N 年，包括監察委員黃煌雄也調查過，一項醫學要發展一定是上中下游都要健全，如果只看一個點，那很簡單呀！現在醫學中心裡面的小兒科強不強，小兒科都出來開醫院，我們復健科目前為止大概是所有，我不敢說全部，但是在整體發展裡算最健全的。醫學中心有醫學中心的人，地區醫院、區域醫院還有基層，我們是很平均的發展，所以拜託以後不要再用同工同酬來看，很多事情不能用這角度來看。

王副秘書長秀貞（謝代表文輝代理人）

主席，剛剛醫學中心還有基層代表都有回應，可是我還是要再次重申，地區醫院其實在薪資成本都比大家貴呀！也應該要幫我們考量，那420點跟480點也就差60點，我們還是很希望拜託區域醫院的代表以及醫學中心的代表能夠支持；社區醫院投入語言治療，其實很多都是做早療的，或者它有參加配合政策去提供PAC計畫的醫院才有，家數真的不多，但都已經投入了，拜託支持我們，讓我們把地區醫院本案支付點數調成跟大家一樣都480點，謝謝。

郭代表正全

我想，很多社區醫院提出來的討論事項我們都會贊同，但是這一點我們一定不贊同，因為假設這個通過的話，那以後所有的病床費是不一樣，我想這段是真的要考量，就差一點也不行，以上。

陳代表川青

我想，細節的部分，成本真的很難說，今天這個案子在座還是先過，以後再來細節討論，這是一個通盤的問題，不是說我們大家花那麼多時間來討論本來就有結論的，這個案子勢在必行，先走先通過好不好，謝謝。

主席

好，謝謝健保會委員的支持，這個案子我們就先通過，有關訂定適應症的問題，在臨時會我們再來訂定，接下來第二案。

第二案

案由：有關修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第一章第六節中醫、牙醫及西醫基層藥事服務費支付標準乙案。

林科長淑範

本次調整項目，因為是今年有調整醫院藥師服務費，去年因為預算編列的問題，所以中、牙、西醫基層挪到104年才編列，預算來源在今年健保會已經有協商通過了！目前預估調整所須的費用與當時編列的預算相當接近，只有牙醫當時僅編列0.029億，若以102年的申報量計算，可能會差20萬。

主席

好，針對第二案有沒有委員提出意見，若沒有意見，本案就照案通過，報部核定公告。接下來第三案。

第三案

案由：新增「全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案」。

主席

請科長做個簡要說明，看起來只是文字還有一些因為基金來源，就是資源來源不一樣，所以做了一些文字修正，請。

林科長淑範

這個是一個從 99 年執行到現在的一個計劃，預算來源從醫發基金裡面挪回到健保署。所以我們直接從第 74 頁開始做簡單的說明。第一個是名稱部份，因為在健保署裡面的『醫療給付改善方案』，都是比較固定的名稱，所以建議名稱修改為『全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善計畫方案』。第二個修改是依據計畫期程、經費來源，因為預算來源不一樣了，所以這個都刪除掉。第三個要說的重點是，在第 75 頁的括弧 2，因為在原來的預算來源規範，參與的院所因為要填申請書，而且要另外與健保署簽一個合約，所以呢~現在預算來源從健保署來，所以這個作業都已經簡化掉。接下來是 75 頁的國字三的括弧 1 的第四點要請大家稍為修正，這個是同時參加孕產婦的論人計畫的下面第四行第三行開始，加入醫療發展基金婦產、兒科醫療資源整合及品質提升計畫的院所比照辦理。因為這一項提升計畫目前已經停辦了！所以要把這個計畫刪除，這文字刪掉。最後一個重點是在第 77 頁，因為預算來源不一樣，所以在結算的方式就按照現在 P4P 的結算方式辦理，以上。

主席

請問委員針對這個案子，有沒有要提問的？

林科長淑範

補充說明一下，我剛剛有聽到委員在問說有沒有預算來源？這個是編在預算總額跟西醫基層的 P4P 醫療給付改善方案裡面，醫院編了 0.69 億，基層編了 0.09 億。因為我們是依照 101 年就是龍年那一年的預算，那所以應該是足夠的。

張代表嘉訓

那你們估算 104 年應該是多少錢？

張代表嘉訓

七千萬？我對這個給付方案的一些內容，我想，我有一些意見。第一個看 75 頁，這個院所的配合條件，有一個提供孕產婦於懷孕期間及

產後一個月內，電話或網路 24 小時無間斷。其實一般的院所，它如果有接生 24 小時都有人，這一點有必要嗎？如果有做接生的院所，它本來就 24 小時都有人值班啊！所以你去訂這個，我覺得沒太大的必要性。這是第一個。第二個就是說品質提升費，你現在改成已經有六項了，那為什麼你的文字還是寫 1 至 5 各項指標？第 75 頁的最後那個文字括弧 2，是不是應該符合 1 至 6 各項指標？你現在不是多了一個具助產人員職業登記嗎？

林科長淑範

第 75 頁的括弧 2 品質提升費，品質指標確實是有 6 項，我們往下看，院所符合第 1 到 5 項的每件是加給 450 點，是符合第 6 項指標的是加給 50 點。所以是拆開，是總共 6 項沒有錯。

李副組長純馥

第 6 項是指說有登記助產人員的職業的這個診所或醫院，才另外加 50 點。

張代表嘉訓

第一項指標是孕產期全程照護率是大於等於 45%，可是你前面寫的好像是 40%。你的 73 頁第一項指標是孕產期全程照護率是大於等於 40%。那這邊為什麼是寫 45%，到底是 40%？還是 45%？

主席

73 頁的品質指標說明裡面...，所以應該改一下。

張代表嘉訓

你應該改一下，是 40%？還是 45%？還有，這個計畫應該不是基金預算了吧！所以，你的 77 頁的第 5 項本計畫屬於基金預算嗎？那你要改啊！77 頁的第 5，是後面畫掉不是前面畫掉，所以你第 5 項應該要全部畫掉嗎？好，那我再問一個，你品質監控及評估方式，你這個都是院所主動申報，那請問業務組，你們的品質監控結果怎麼樣？因為我看這個計劃說實話，有參與的跟沒參與的那個指標，以我專業的立場，其實沒有差很多耶！你說全程照護率，沒有參與的是 51.87%，參與的是 53.74%，產後 14 日內再住院率 0.426%，沒有參與的是 0.463%。其實像這種指標，你們覺得是有意義的嗎？

主席

我先回應一下，當時候這個是從醫療發展基金來的，這些指標有一

些是在醫療發展基金裡面的委員所建議的。現在只是財源要求我們要回歸到總額，那這個當然是來自國健署或是本署對於孕婦醫療的照護品質希望有一些保障。那如果覺得這個指標不宜，等實施以後或是等105年以後可以再提，我們沒有意見，只是說這個確實今年是從醫療發展基金移到總額裡面來，所以我們有一些東西是承襲那一邊，講的比較白不是我們同仁發明出來的，是從那一邊承襲過來的。

陳代表宗獻

就是抄過來的，等晚一點明年再改。

主席

醫療發展基金有一個委員會，這時候要申請這些東西也是很複雜，是他們訂的一些標準。

朱代表益宏

這個預算夠嗎？

林科長淑範

因為這個預算是當時這個計劃編9000萬，可是它是醫療給付改善方案共用，它每年的執行率都不到100%，所以一定是夠用的。

李副組長純馥

我們就看資料的73頁，101年那一年是龍年，就是個案數，應該是生產數應該是最多的也只有執行到6800多萬，那我們這次編的是整體是7000萬的預算，所以實際上因為我們很少說有哪一年生產數會超過龍年，尤其是明年也不是，所以我們是已經有寬估了啦！

張代表嘉訓

我是建議給它過啦！只是那個指標還是建議回去要稍微檢討一下啦！因為以專業來講，參加這個計畫，跟沒有參加這個計畫，我是覺得這個指標，統計學上到底有什麼意義呢？那這種計畫是不是還是一定要做呢？因為它將來還是會吃到總額。

主席

好~有關剛剛張委員提到的品質監控的指標是否適當，實施以後再檢討，也可以請婦產科協會或是相關協會提供指標給大家，再提出一起修正，再來，請。

朱代表益宏

我是不是提一個程序問題，因為我有兩個臨時提案啦！是不是要先討論，因為等一下我有事要先離開。沒有啦！我是徵求委員意見。

主席

沒有反對就遵照議程！

朱代表益宏

徵求大家意見，那兩個臨時提案其實很快啦！其實很快！因為之前的報告案大家都談過了嘛！是不是徵求大家意見，臨時提案先拿出來看一下！

陳代表宗獻

我剛剛取消掉我5點50分的高鐵了！就是為了等這個B、C肝基層的部份有修改，我這快快的一條而已，一行而已啦！

朱代表益宏

那B、C肝完就討論我的臨時提案，這樣可以嗎？大家支持啊！你們說可以我才繼續啊！

陳代表川青

主席，剛才那個孕產的案子喔！它有沒有條件，還是所有、每一個孕婦到各醫院或診所，都應該納入？還是有各別性的？

吳代表肖琪

我再加一個喔！婦產科既然都提到這個指標，說之前的都指定的不好，我們不能說做了一年以後再來檢討，應該這時候就納入考慮，就是怎麼樣訂定合理的值，不然一做錯下去就一直錯下去了！所以我說這個值可以修正，就是照張委員提出來的看要怎麼樣來修正。

陳代表川青

請答覆一下！

李副組長純馥

我們所有的論質計劃都是院所自願參加，我們沒有強制性。因為這個涉及到他們有沒有能力或人力去把這個孕產婦都一定追回來。不過如同剛剛張委員講的就是說，沒有參加的品質也沒有很差啦！這個是要跟委員報告一下！就是說看起來整體品質是有差異，只是差異並不大，所以並不代表沒有參加這個計劃的院所的照護就不好。那其實孕產婦要不要全程照護有一塊是，這個產婦本身她願不願意繼續去那個院所做產檢，然後去那邊生產。那有時候會並到的問題是，她為了做月子的方便，她可能產檢跟生產院所在不同一家院所。不過，那個部份我們其實在這裡面是不給它獎勵金這樣子。可是我們還是允許讓產婦有一些選擇，就是選擇她就近做月子的地方去做生產，然後他方便

工作的地方做產檢。我們在目前這樣的健保體制下，還是允許有這樣的情形出現。只是我們會提醒這個產婦說，這樣子可能比較不妥適，不過原則上，這個計劃是獎勵比較優質的照護，全程照護的這個情形，可是並沒有強制醫院一定要參加，謝謝！

陳代表川青

另外一個問題，現在政府在鼓勵少子化，可是對人工受孕或是試管，這個部份老實說，政府沒有配套措施。因為人工跟試管，它所支付的費用還是挺高的，在我們消費者的代表來講，會期待政府，既然政府有義意、有這樣決心，想要讓少子化的問題減少...，既然對產婦的品質有這樣的，可是我們健保會或是我們政府並沒針對少子化的問題，接所謂的人工試管或是其他的這種，做一些補助或是怎麼樣的一個獎勵，謝謝！

李副組長純馥

就我所知，這個兩年好像國健署有在找預算要來去支援您剛剛講的人工受孕或是試管嬰兒。那這一塊因為在我們健保法是已經法定是健保不給付的項目，所以我們健保就沒有辦法納入進來，那除非是去修法。那所以國健署目前已經有針對一些中低收入戶給予一定金額的補助。那因為實際上，確實就如委員講的它的費用非常的昂貴，所以實際上可能還要錢用在刀口上，以上。

主席

好，如果沒有其他要修正的，那我們接下來討論案第四案。

第四案

案由：有關修訂「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」乙案。

主席

針對第四案『全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫』修訂案，請問委員有沒有問題？

陳代表宗獻

我們就直接看治療計畫的內容，會議資料第 100 頁的國字四括弧三，基層院所須具有消化內科或小兒消化學之專任或兼任專科醫師，內容多了『或兼任』，重點是在『兼任』這個地方。我想請問一下，按照本次修訂建議修改後，眼科診所可不可以做？有一個眼科診所在做

復健也在做心臟科的治療，那是一個治療團隊，在彰化、台中等地流竄，醫師都是用支援的啊！所以如果開放兼任醫師可以提供治療的話，那一群眼科的醫師團隊，馬上收一堆 B、C 肝個案。當然現在是沒有，是因為修訂案還沒有通過，但是事實上就是陽明系統就是這樣做的啊！所以這也是我擔心的原因之一！另外，所謂的開放『兼任』的話，目前並沒有一個很好的規劃，例如台中市不是偏遠的地方，也不是腸胃專科醫師缺乏的地方，我的朋友可以到我的診所來支援的話，我就可以開這樣的診，開始收案。這對我們的醫療資源究竟是好？還是不好？所以它還是須要有一個實證依據，就是到底哪些地區是真正需開放兼任醫師提供服務，而不是台北也可以，到處都可以，這個的影響的非常大！

若要開放兼任醫師應該要看地區，但不能全面的開放，一旦開放的話，彰化市就一堆 B、C 肝個案了！雖然目前經費是在專款，但我們擔心的是，會不會產生浮濫的情形，變成劣幣驅逐良幣，畢竟經費就是這四億嘛！應該用在刀口上，讓真正無法接受治療的病人可以取得服務，而不是在都市，已經有很多院所提供服務了，還有院所用車子去載病人，還有廣告車在街上到處跑啊！

朱代表益宏

我建議，第一個陳醫師的考量也是有道理！因為台灣有兩萬多家診所，如果開放增加的量或許會很大，如果每一家都用報備資源的方式，增加的量或許會有一些風險。我建議有兩種方式：第一個就是先局部開放，比如從偏遠地區先開放，因為事實上健保署和衛福部對偏遠地區都有定義，從偏遠地區的診所先開放，這是第一個，因為這個是專款，用不完不會滾到基期，也不會列入一般預算；第二個，如果真的要開放的話，建議明年編列總額之前要先做檢討，因為這一筆預算如果超過的話，是由其他總額來支應，並不會影響到基層的總額，但是會影響到明年編列 105 年總額，所以應該要在六、七月的時候去檢討它的執行成效，如果真的有超支的時候，明年編列總額的時候就要相應的把它放大，或是限縮院所的執行資格！

陳代表宗獻

在補充資料 104 頁的地方，我不知道為什麼以前會有一個『乙』，現在畫掉的地方，這個有一點實證依據，是依據這個肝癌的發生人數及當地治療的醫療資源予以評估後，定義出 B、C 型肝炎醫療資源不足地區，建議基層院所就改用『乙』地區可以由兼任醫師提供服務，因為可由兼任提供服務在不足地區的意義是，可以從都市或其它地方聘

請兼任醫師到衛生所或其它地方提供 B、C 肝治療服務，這個是有意義的。建議只限定於這幾個地方可以兼任，如果明年視情況再做調整。

主席

專任醫師的部分沒有問題，現在大家在意的是兼任醫師嘛！到底要開放哪些地區可以由兼任醫師提供服務，是不是？是偏遠地區？還是醫療資源不足地區？對不對？

李副組長純馥

對不起，我還是要說明一下！當時 B、C 肝炎醫療資源不足地區確實有做過核算，它是按照肝癌發生人數跟當地的醫療資源評估的，但是，這是 100 年左右的評估結果，後來已經放寬醫院得用兼任醫師，因為那是在剛開辦沒多久的時候，限於總額專款的關係，所以必須限定只能在特定的區域開放兼任醫師提供服務。可是，現在這個時空可能會跟當時不一樣，可能要再容許我們要再去核對一下，現在哪一些縣市是屬於醫療資源不足地區？為什麼現在我們要開放到兼任醫師可以提供服務，第一個，因為今年的預算已經從兩億提高到四億，總額協商的時候，我們已經跟健保會溝通，希望開放兼任醫師也可以到基層院所去支援，提高民眾就醫的可近性，所以才會把預算拉到兩倍。可是，如果今天不去做這樣的調整，顯然預算從兩億提高到四億的理由就會不夠充分，當然，我們也擔心會開放後導致浮濫申報，所以我們也會定期監測，例如，每一季去看開放以後，對基層的財務衝擊？然而，現在看到的情形是，大部份的病人都還是在醫院做治療，可是很多地方根本沒有醫院，可能還是要到診所接受治療，但是診所又不一定有符合資格的專任醫師，所以我們是真的希望能照顧到這些被保險人，所以才會建議基層診所開放兼任。為了避免開放後對總額的衝擊，所以我們在總額專款部份增加了一倍的額度，甚至也講好不足部分由其它部門支應，因此，應該不會影響基層的總額，以上，謝謝！

陳代表宗獻

多謝哦！這真的是很慷慨！現在兩億預算是差一點點不太足，明年四億的預算顯然用不完。但是如果開放兼任就不一定，而且病人病毒量的檢測是由西醫基層總額的一般預算支應，重點是在這個地方！我覺得也要考慮一下，因病毒量的檢測是在一般預算裡面支應，如果它大量的增加會是一個問題。所以我們還不是建議開放兼任醫師提供服務，以致於出現兼任醫師浮濫申報的狀況。

朱代表益宏

我認為其實陳醫師並不反對開放啦！所以他剛剛建議先限縮在嘉義縣市、雲林、台南、金門等地方開放兼任！我建議署裡面可以先同意他的意見，先用這個方式去試辦，等三個月或是半年以後，有資料出來以後，再檢討看看嘛！這樣子其實就結束了！否則，署裡面還要再重新統計這個區域。

吳代表肖琪

我想大家都聽懂了！就是針對醫療資源不足的區域，是專任、兼任醫師都可以提供服務，但現在署裡面是說，還不確定是哪幾個縣市，建議後面先劃掉。改為政府公告之醫療資源不足區域，這樣就解決了！

主席

所以是在我們劃掉部份加上政府公告醫療資源不足的區域？

吳代表肖琪

對！之後再公佈！就是依照醫療資源不足的偏遠地區。

陳代表宗獻

就是先將那些縣市劃掉，但是原則確立是在不足地區，有關不足地區的定義和計算，請署裡面再計算一個新的，再通知大家，可以嗎？

黃代表雪玲

等一下！我要問一下登錄病毒量檢驗結果這一項，是每個個案都一定要嗎？因為我們的醫師反應，像肝移植的病人並不會驗，如果這樣規定，可能真的會有增加醫療需求的情形。

李副組長純馥

這個部分是不是由我們再去就教專科醫學會以後，再來明訂？

黃代表雪玲

就是類似器官移植或化療的病患！

李副組長純馥

有關您提到的，有一些個案確實不需要定期去檢測病毒量，就應該將它排除，可是我們還是會擔心有掛一漏萬的情形，可能還會有其他漏掉的情況，建議由我們去確定以後，一併公告，謝謝！

張代表嘉訓

不好意思，我做一下補充。病毒量檢驗是用一般預算去支應的，建議要監測它的使用情形，而且據我所知，這個檢驗好像是 2000 多塊，

如果現在每一個個案都要做，對一般預算一定會有很大的影響。所以我覺得，如果要開放兼任的話，應該要有一個但書，要去追蹤跟監測病毒量檢驗的費用，再去做檢討。

主席

醫管組回應沒有問題，接下來討論婦產科的提案。

討論案第五案

案由：有關「合併執行全子宮切除術、陰道懸吊與固定術、膀胱直腸脫垂修補術」或「合併執行子宮懸吊手術、子宮直腸陷凹手術、膀胱直腸脫垂修補術/其他陰道修補術」案件改採核實申報案。

主席

請委員針對討論案的第五案，請婦產科學會代表是不是可以做個摘要說明，請。

台灣婦產科醫學會 謝醫師卿宏

謝謝主席、謝謝各位委員，其實這個是很感謝健保署給我們這個機會。因為我們在今年七月一號開始實施 DRG 之後。那個 DRG 的 35601、35602，大家如果對那個申報的碼…處置碼就知道說。它是針對每一項的、單一的器官的手術來申報的。

那我們的婦女泌尿科，婦產科裡的婦女泌尿科，我們做的手術裡面很多都是 combine 的手術。就是它，大家看我們這個說明一裡的 1、2、3、4。括弧 1、2、3、4 裡面就知道說，我們可能同時做四種器官或五種器官。甚至還加上尿失禁手術。

所以這麼多的手術結合情況之下，在申報的點數，一般來講，各醫院、醫療院所可能都有七萬多點。但是我們的健保給付，如果 DRG 定額的話，35601、35602 大概都是五萬多一點點，五萬多，所以對各醫院來講大家都認為是有問題啦！

那如果以我們實施 DRG 的目的是組內差異小、組間差異大的話，這個對婦產科的婦女泌尿科這種算比較高科技、比較難的科，應該這個跟不孕症一樣是見真章，做就好就做好，做不好就做不好，不是跟器官切掉一樣，它會造成很大的這個發展的阻力。

那我們就是跟醫管組討論之後，大概提出來請大家幫幫忙。能夠讓我們婦產科的婦女泌尿科，這種比較，在年紀老化之後的發展能夠有

比較好的發展前途，所以才會有年輕醫生投入，謝謝。

主席

我先請那個，對不起。你張代表也是婦產科，你基層耶！你表示一下意見。

張代表嘉訓

謝謝主席，我想請教一下就是，99 到 102 年，八組每年件數，那個有多少比例是在基層做。一個都沒有嘛！一個都沒有嘛…好。

其實基本上我是認同啦！因為我覺得，我們常常做一個主手術，次手術就不算了，這個是健保一般都是這樣子做啦！所以我們也覺得說，這個提出來，應該是很合理的一個訴求啦！

但是我覺得這個資料很奇怪，去講說執行兩種處置案件多少件、多少錢。講這個，你其實把後面第二項弄出來。因為它只排除這八組嘛！這個八組的資料就好了。前面那個我看了來半天，對這個案子有沒有什麼幫助我就不太懂。

現在你增加多少錢，大概算一下嘛！七萬一千點，如果 690 件，每一件增加四千點而已，如果照這樣 102 年的數字，其實沒有多少錢。

個人我覺得並沒有什麼意見，這其實好像都是在醫院做，我是沒有什麼意見。

林代表富滿

贊成婦產科醫學會意見。

林科長淑範

我要請教一下那個理事長，我們會列這樣的數字，是有一點點疑慮。八組組合是各三項到四項的處置碼。如果兩項處置碼的時候大概是一千八百件，一個處置碼的時候，大概是九千件左右。我們現在擔心的是，在排除 DRG 範圍常常會遇到一個缺點，就是多 coding 一個 Procedure code，它就跳出 DRG 範圍。不曉得以後會不會有這種情形發生。

張代表嘉訓

這個大概試辦一年嘛，一年看看，因為現在也沒辦法回答。

台灣婦產科醫學會 謝醫師卿宏

謝謝，大概依我們做這個，當時跟你們討論的時候，列出這八組的。

那我們大概都各醫學中心、各區域醫院真正有做這種手術的醫生，討論結果。認為如果我們做骨盆重建，大概就落在這八組。很少醫生，我們做骨盆重建醫生或婦女泌尿科的醫生，它很少只做一個單一手術。除非這個醫生沒有經過這個骨盆重建，骨盆底重建訓練的醫師，才會有影響的問題。那這些，我們認為在照護的病人，如果病人沒有完整來做，跟革命一樣，十次革命一次成功這樣。如果不能這樣做，我們不認為他有資格來做這個手術。

主席

可以請他們提供名單來做監控、監測。

李副組長純馥

我是建議啦！因為我們科長講的也沒有錯，我們今天改變一個制度，我們擔心是後面會不會衍生一些其它的問題。所以是不是允許說，我們還是先讓它過，只是我們會來監測，這樣子的情形有沒有，就是做很大的改變。

譬如說，過去他可能只有一種 Procedure 或兩種 Procedure 的占率，跟現在未來可能四五種的 Procedure，這個占率會有做改變，這部分，是不是允許讓我們做監測，我們如果覺得有疑慮，我們或許以後還會再提出來它可能還是要併到 DRG，只是它分類的部分會不太一樣，這樣子。

那我想這個其實是，不希望一個這樣子的開放，去影響到我們其他的整個支付的推動。那當然，還有一個部分是。因為我們這些案子如果變成核實申報之後，對原先那個群的權重我們可能要再去做重算，為了避免影響其他的，我們已經公告 DRG 的權重，我們可能會針對這八組，我們會重算權重。

也就是說，當我們把這些論量的拉出來以後，原先那個群組裡面的權重我們會做調整，那這邊也要跟各位醫院的代表還有學會說明。這個因為是整個支付標準，我們在導入 DRG，我們當時就 promise 是一個預算中平。當它拉出來是非 DRG 的時候，我們那個部份就得要重新計算這樣子。

主席

理事長你可以接受剛剛她提的這兩個條件。

台灣婦產科醫學會 謝醫師卿宏

第一個，我要跟大家報告就是，其實我們除了提出這些類別、這八組最主要的原因是，因為我們當時在做我們原來健保碼…申報碼裡面 80026、27、33B 裡面就是一個 combine 手術，它不是單一器官的手術。所以我們有做這些手術的醫師，我們大概就是就幾乎不會只做單器官的手術。那如果說會做單一器官的手術，他一定不會做骨盆重建的手術。一般來講是大概這樣，我們只會徵詢那種 80026、27、33 做這個骨盆重建手術的醫師。那當然是其中是有牽涉到有沒有做尿失禁手術，這第一點啦。

那第二個你說權重，我不知道是什麼意思啦！因為如果以我們在 102 年 1 月份開始，我們一般說來，我們 RBRVS 重新調整之後這種點數的話，我們個人認為說，在整個婦產科的發展裡面，我不知道你是不是說要把它。

喔…不是喔！失禮…失禮…我不了解。

謝代表武吉

主席，換我講一下。剛剛我們副組長講得非常好，用監測指標先監測嘛！先讓它通過先給他做嘛！所以我們讓理事長，這樣已經非常寬待你了，你就不要再提意見了。

主席

我們不是說不讓你，但是有設定一些我們要監測，避免影響到其它的。那權重就是這八項權重我們會另外重新算這樣子。

就是這兩個條件而已，可以吧！如果有不清楚，我們副組長再跟你說明。好接下來處理臨時動議，請。

第六案撤回。接下來我們處理臨時動議。

臨時動議

王副秘書長秀貞（謝代表文輝代理人）

大家手上拿到的提案就是剛剛程序動議的時候大家花很多時間討論的，依據主席的指示，我們趕快擬了這兩個臨時動議。

我們也不希望再耽擱大家的寶貴晚餐時間。假使對我們這樣的草案，符合剛剛所說的，是不是能夠支持我們這兩個案子通過，謝謝。

主席

第一個案子，請醫管組回應。

林組長阿明

有關第一個案子，我建議做點修正。就是那個第三行的部分，就是十二月與醫院團隊研商，以利落實這樣。因為我現在沒有辦法把握說一定能夠取得共識，而現在就說十二月就研議完成。

我們這邊健保署有答應，是一定要跟醫界來研商好不好。現在就是沒辦法…兩邊方案到時候大家談下來是不是就一定可以達成共識，那大家要努力啦！好不好。

謝代表武吉

好，我現在同意你這樣改啦！但是，在我們副署長要那個之前要完成。

林組長阿明

反正到時候可以的話，當然我們也請副署長過來。

主席

我只要在，我會努力。但是我不敢保證我會完成。就是我會努力嘛！我會盡力…最大的努力來讓它落實，好不好。就是說研議，但是我不敢說一定完成，至少讓它慢慢的已經接近完成…也是一個完成啦！就兩個字劃掉而已啦！好不好，可以吧。

就研議嘛！以利落實。其實以利落實就是接近完成了。這樣可以，好，謝謝。

研議達成落實這樣子。好，第二案。

謝代表武吉

達成落實啦！

梁代表淑政

有關第二案轉診及分級醫療政策這個部分，先前在健保會已做成決議，由部裡面跟健保署一起研議的部分，就併案來做處理。至於是不是要到這個會上來報告，因為這個會是屬於醫療服務給付項目及支付標準的討論或共同擬訂的會議，適不適合或怎麼樣的形式，我們會跟健保署討論。

謝代表武吉

剛剛開始，你講就沒注意聽啦！所以你說的時候，我並沒有很贊成的啦！我的目標就是要告你啦！因為我們學會有決議，在理監事會決議就是要告你。

主席

這樣子，因為它併那個健保會研議有關轉診分級醫療去做討論。只是剛剛我們組長是說，是不是一定要到這裡報告，那是可以做討論的啦！不是說不行，他也沒有說不來啊！

他講不是這樣，我明明聽的是他還可以跟我們討論嘛，ok？可以吧。

王副秘書長秀貞（謝代表文輝代理人）

因為朱益宏委員他那時候提出來這個想法，是覺得跨層級醫院合作計畫，還是需要政策呼應，且除了健保的支付還是需要政策的輔助，去做為一個配套那這件事情才可以真的落實嘛！委員在研議這個方案之前，若能夠有政策上面比較明確的指示，我覺得會比較順利，健保署也會好做事，這個計畫也可以比較走的下去。

主席

謝委員跟王委員剛剛才提到都很正確，剛才說上面那個不能說完成。因為有一些政策，我沒有辦法說你一定要這樣做，所以我們說研議達成落實。這樣可以啦！ok，謝謝。

謝代表武吉

但是我們理監事會

主席

因為理監事的決議我們予以尊重，那臨時動議我們就處理到這樣，可以啦。

就是併到健保會有一個研議有關轉診及分級醫療的政策去討論，因為裡面會牽涉到層級跟醫事司的政策問題。至於接下來你建議要到本會來報告的，組長已經同意說會跟我們討論，需要的話會來這邊報告。那就同意了。我們會議就開到這裡。謝謝。