

「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」

104 年第 4 次會會議紀錄

時 間：104 年 12 月 31 日(星期四)上午 9 時 30 分

地 點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主 席：蔡副署長淑鈴

紀錄：李筱婷

干代表文男	干文男	陳代表彥廷	陳彥廷
王代表榮濱	王榮濱	陳代表福展	翁瑞文(代)
朱代表益宏	朱益宏	黃代表啟嘉	(請假)
何代表語	何語	黃代表雪玲	黃雪玲
吳代表美環	(請假)	黃代表棟國	(請假)
李代表飛鵬	李飛鵬	楊代表秀儀	(請假)
李代表紹誠	李紹誠	楊代表政峯	楊政峯
林代表淑霞	(請假)	葉代表宗義	葉宗義
林代表富滿	林富滿	滕代表西華	滕西華
林代表敬修	林敬修	潘代表延健	潘延健
林代表綉珠	劉淑芬(代)	盧代表榮福	(請假)
姚代表鈺	廖秋鐳(代)	賴代表振榕	賴振榕
徐代表弘正	(請假)	謝代表文輝	謝文輝
張代表金石	溫哲暉(代)	謝代表武吉	王秀貞(代)
張代表冠宇	(請假)	顏代表良達	顏良達
張代表嘉訓	(請假)	羅代表永達	(請假)
梁代表淑政	梁淑政	蘇代表清泉	蔡明忠(代)
郭代表素珍	許美月(代)		
陳代表志忠	陳志忠		
陳代表宗獻	(請假)		

(依代表姓氏筆劃排序)

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、劉于鳳
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	許家禎、柯懿娟
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	宋佳玲
中華民國醫師公會全國聯合會	吳春樺、陳哲維
中華民國藥師公會全國聯合會	洪鈺婷
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
台灣醫院協會	林佩荻、吳心華、楊智涵
醫藥品查驗中心	黎伊帆、朱素貞、陳嘉玲
中華民國糖尿病學會	李亭儀
社團法人中華民國糖尿病衛教學會	徐蓓蒂
中華民國呼吸治療師公會全國聯合會	王慧中
本署臺北業務組	賴香蓮、王文君、劉美慧、 林慧慈
本署南區業務組	溫哲暉
本署企劃組	何恭政
本署醫審及藥材組	李待弟、陳綉琴
本署醫務管理組	龐一鳴、陳真慧、谷祖棣、 張淑雅、王玲玲、涂奇君、 吳明純、陳逸嫻、張巧如、 陳依婕、林佑縉、李筱婷、 彭麗玲、廖敏欣

一、主席致詞：略。

二、確認上次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形

(一) 上次決議辦理情形追蹤表，案由：「新增全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準「膠囊內視鏡術」等9項暨修訂編號

68034B「心臟摘取術」等 19 項診療項目，計增修 28 項支付標準」乙案，為了解新醫療科技預算執行情形，請健保署每半年提新增診療項目之執行情形報告。

(二) 其餘確認。

### 三、報告事項

(一) 105 年度共同擬訂會議時間。

決定：洽悉。

(二) 新增全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部第三章「初期慢性腎臟病」、第四章「糖尿病及初期慢性腎臟病個案資訊整合及鼓勵資料上傳(草案)」，及修訂本保險結核病等八項論質支付標準案。

決定：

1. 本案洽悉新增第八部第三章「初期慢性腎臟病」、第四章「糖尿病及初期慢性腎臟病個案資訊整合及鼓勵資料上傳(草案)」及修訂「B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者醫療給付改善方案」之文字通過 (詳附件 1，P6~P36)。
2. 另對於增列推廣健康存摺使用乙項，部分代表建議另訂定於共同規範，或特約醫事服務機構合約中。

(三) 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、修訂 105 年度「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」及「全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」案

決定：洽悉，修訂摘要如下：(詳附件 2，P37~P114)

1. 修訂第三部牙醫支付標準：修訂「牙齦切除術」等 13 項支付標準文字、調整「前牙複合樹脂充填-單面」等 18 項支付點數及新增「前牙雙鄰接面複合樹脂充填」等 6 項診療項目。
2. 修訂 105 年「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」(草案)：增加服務人次、增修訂服務對象及在宅醫療服務相關規定。

3. 修訂 105 年「全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」(草案)：增加照護人次目標及修訂醫師退場機制，並修訂計畫內容部分文字。

(四)增修訂 105 年度「全民健康保險中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」及「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」等三項中醫總額醫療照護試辦計畫暨「支付標準第四部中醫」報告案。

決定：洽悉，修訂摘要如下：**(詳附件 3，P115~P142)**

1. 新增「全民健康保險中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫」(草案)，惟其照護對象之乳癌與全民健康保險乳癌醫療給付改善方案試辦計畫之 ICD-10 碼不一致，俟再確認後，即報部核定由本署公告。
2. 修訂 105 年「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」(草案)：計畫內容多為延續 104 年度，並於目的及適用範圍作重新定義，相關診療紀錄表及申請表，作部分欄位修訂。
3. 修訂 105 年「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」(草案)：增列「脊髓損傷」乙項適應症、評估量表、支付點數、量表資料須填報於健保資訊網服務系統(VPN)及後續執行效益評估等部分條文。
4. 修訂第四部中醫支付標準：
  - (1)第一章一般門診診察費中之(二)不符(一)項之中醫醫療院所每位專任中醫師每月看診日平均門診量第一階段人數由 25 人次提高至 30 人次。
  - (2)第一章刪除註 2.針灸、傷科及脫臼整復同療程第二次以後之就醫亦併入每日門診量內計算。
  - (3)第二章藥費，每日藥費由 30 點修訂為 31 點。
  - (4)第九章特定疾病門診加強照護通則一、個案適用範

圍，小兒氣喘疾病及小兒腦性麻痺疾病門診加強照護之年齡由十二歲(含)以下修訂為未滿十三歲患者。

#### 四、臨時動議：

提案人：台灣醫院協會之地區醫院代表謝文輝及謝武吉。

案由：針對 105 年 Tw-DRGs 之基本診療加成乙節，提出丙案：醫學中心 5%、區域醫院 6.1%、地區醫院 7.1%，建議併同前次會議之 Tw-DRGs 案報衛生福利部裁示。

決議：前次會議時，除實施之 1,660 項 Tw-DRGs 之實施期間及基本診療加成之決議案已依流程報部，其中基本診療加成並奉部長裁定維持現行醫學中心加成 7.1%、區域醫院加成 6.1%、地區醫院加成 5%，故本案若有新事証，請依程序正式提案後再議。

#### 五、散會：下午 12 時 40 分

## 第八部 品質支付服務

### 第二章 糖尿病

通則：

#### 一、參與資格：

申報本章費用之醫事機構須組成照護團隊，醫事人員並經縣市共同照護網認證後向保險人之分區業務組申請同意。

##### (一) 第一階段照護：

1. 團隊醫事人員資格如下：醫師、護理衛教及營養衛教之專業人員須經各縣市糖尿病共同照護網認證合格，地區醫院及基層院所之護理衛教及營養衛教人員，得依相關法規規定以共聘或支援方式辦理。地區醫院及基層院所團隊醫事人員可為醫師加另一專業人員執行(可包括護理師、營養師、藥師)，惟團隊仍需取得各縣市糖尿病共同照護網醫師、護理衛教及營養衛教認證合格。

2. 上述參與資格如主管機關有最新規定，從其規定。

##### (二) 第二階段照護

個案完整申報新收案(P1407C) 1 次、追蹤(P1408C)至少 5 次、年度評估(P1409C)至少 2 次後，另得視病情需要進行衛教服務，申報第二階段照護項目。

1. 醫事人員資格如下：限內科、兒科、家醫科、新陳代謝、內分泌、心臟、腎臟專科醫師。除新陳代謝、內分泌、心臟、腎臟專科醫師及原第一階段照護醫師，其他專科醫師需接受中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國糖尿病學會、中華民國糖尿病衛教學會、台灣醫療繼續教育推廣學會或國民健康署公布之糖尿病健康促進機構所主辦之糖尿病相關課程 8 小時，並取得證明。

2. 限參與第一階段照護之醫事機構方能提供第二階段照護，第二階段照護醫師名單，醫事機構須向保險人各分區業務組申請同意。另第一階段照護醫師第一、二階段照護皆可執行。

(三) 申報本章費用之醫師，第一階段其當季個案追蹤率小於 20%者(指前一季已收案之個案中，於本季完成追蹤者)，經輔導未改善，自保險人文到日之次月起，一年內不得再申報本章之相關費用(P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C)。

#### 二、收案對象：

(一) 最近九十天曾在該院所診斷為糖尿病 (ICD-9-CM 前三碼為 250；ICD-10-CM 前三碼為 E08-E13) 至少同院所就醫達二次(含)以上者，才可收案，惟當次收案須以主診斷【門診醫療費用點數申報格式點數清單段之國際疾病分類碼 (一)】收案。同一院所經結案對象 1 年內不得再收案，但院所仍可依本支付標準申報相關醫療費用。

(二) 參與方案院所新收案對象，經保險人健保資訊網服務系統(VPN)查詢，若已被其他院所收案照護中(1 年內仍有追蹤紀錄)，不得收案。

(三) 收案前需與病人解釋本方案之目的及需病人配合定期回診等事項，並發給相關文宣資料。

(四) 結案條件：

1. 可歸因於個案者，如失聯超過三個月、拒絕再接受治療等。
2. 經醫師評估已可自行照護者。
3. 個案未執行本方案管理照護超過1年者。

三、品質資訊之登錄及監測：

(一) 特約醫療院所應依保險人規定內容(如附表~~四~~8.2.4)，登錄相關品質資訊。

(二) 特約醫療院所如依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，上傳收案個案之檢驗(查)結果，其值將自動轉入個案登錄系統。

四、醫療費用審查：

(一) 申報原則：

1. 醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。
2. 門診及住院醫療服務點數清單及醫令清單填表說明
  - (1) 屬本方案收案之保險對象，其就診當次符合申報P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C者，於申報費用時，門診醫療費用點數申報格式點數清單段之案件分類應填『E1』、特定治療項目代號(一)應填『E4』；住院醫療服務點數申報格式點數清單段之給付類別則填寫「C」。未符合申報上述醫令者，依一般費用申報原則辦理。
  - (2) 申報方式：併當月份送核費用申報。

(二) 審查原則

1. 未依保險人規定內容登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付該筆管理照護費並依相關規定辦理；另該筆疾病管理費被核刪後不得再申報。
2. 醣化血色素(HbA1C)及低密度脂蛋白(LDL)之任一病患檢驗值經保險人審查發現登載不實，將取消該年度之品質獎勵措施資格，並追扣該年度已核發之品質獎勵點數。如連續二年經保險人審查發現登載不實，自保險人文到日之次月起，二年內不得再申報本章費用。

五、品質獎勵措施：

(一) 門檻指標：以申報本章費用之醫師為計算獎勵之單位，符合下列門檻指標目標值之醫師，方可進入品質獎勵之評比對象。

1. 新收案率：

- 定義：指當年度符合收案條件(最近九十天曾在該院所診斷為糖尿病 (ICD-9-CM 前三碼為 250；ICD-10-CM 前三碼為 E08-E13) 同院所就醫達二次(含)以上之病人)中，排除已被其他醫師收案且未結案或前曾經自己收案的人數後，新被收案的比率。
- 門檻目標值：醫師新收案率須 $\geq 30\%$ 以上，限第一階段照護醫師有申報新收案P1407C者。

2. 收案人數 $\geq 50$ 人。

## (二) 品質加成指標

### 1. 個案完整追蹤率：

#### ➤ 定義：

(1)分母：當年度該院所由該醫師收案之所有個案當中，排除第 4 季新收案之人數。

(2)分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之個案當中，於當年度該院所完成下列條件者，視為達成追蹤。

A. 已申報年度評估者 (P1409C 或 P1411C)，其申報當年度追蹤管理(P1408C 或 P1410C)次數達 3 次者。

B. 已申報新收案者 (P1407C)，視申報新收案之季別，完成下列追蹤管理次數者，視為達成追蹤。

A. 如為第 1 季申報新收案，其當年度追蹤管理+年度評估次數達 3 次者。

B. 如為第 2 季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達 2 次者。

C. 如為第 3 季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達 1 次者。

(3)當年度同時申報新收案 (P1407C) 及年度評估 (P1409C 或 P1411C) 者，以申報新收案 (P1407C) 之季別，依第(2)項之 B 原則辦理。

### 2. HbA1C<7.0%比率(HbA1C 控制良好率)

#### ➤ 定義：

(1)分母：當年度該院所由該醫師收案之所有個案當中之完成當年度追蹤管理及年度評估次數，排除第 4 季新收案個案。

(2)分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之收案當中，其 HbA1C<7.0%之次數比率。

### 3. HbA1C>9.0%比率(HbA1C 不良率)

#### ➤ 定義：

(1)分母：當年度該院所由該醫師收案之所有收案當中之完成當年度追蹤管理及年度評估次數，排除第 4 季新收案個案。

(2)分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之收案當中，其 HbA1C>9.0%之次數比率。

### 4. LDL>130mg/dl 比率(LDL 不良率)

#### ➤ 定義：(註：LDL 值係指年度評估之登錄值)

(1)分母：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人次。

(2)分子：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人次中，其 LDL>130mg/dl 之次數比率。

註：配合第二階段照護，年度評估者計算包含 P1409C 或 P1411C，追蹤管理計算包含 P1408C 或 P1410C。

### 5. LDL<100mg/dl 比率(LDL 良率)

#### ➤ 定義：(註：LDL 值係指年度評估之登錄值)

(1)分母：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人次。

(2)分子：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人次中，其 LDL<100mg/dl 之



次數比率。

註：配合第二階段照護，年度評估者計算包含 P1409C 或 P1411C，追蹤管理計算包含 P1408C 或 P1410C。

### (三) 品質卓越獎

1. 依各醫師新收案率分為 2 組(以新收案率 $\leq$  55%及 $>$  55%予區分，合計共分為 2 組)。
2. 各組依上述收案完整追蹤率、HbA1C 控制良好率、HbA1C 不良率、LDL 不良率、LDL 良率等五項指標比率分別排序(收案完整追蹤率、HbA1C 控制良好率及 LDL 良率為由高排至低;HbA1C 不良率及 LDL 不良率為由低排至高)，再將各指標之序別各乘上 1/5 後相加重新排序，取排序總和前 25%之醫師，惟當年度新參與方案之醫師，須於次年方得參與品質獎勵評比，依該醫師所收個案中達成完整追蹤之個案數，每個個案數給予 1,000 點獎勵，當年度新收個案則依完整追蹤季數等比例支付。

►收案人數定義：當年度該院所由該醫師申報新收案(P1407C)或年度評估(P1409C)之病人歸戶數(如個案僅申報追蹤管理，則將無法被歸戶為某醫師所收案之個案；如醫師有兼任情形則會依院所分別歸戶)。

### (四) 品質進步獎

1. 依前一年度之各組個案完整追蹤率、HbA1C 不良率、HbA1C 控制良好率、LDL 不良率及 LDL 良率等五項指標為基準年，計算品質獎勵進步獎，惟醫師需有全曆年之指標為基準年，當得於基準年後之次年參與品質獎勵進步獎之計算(即醫師需有 2 個完整全曆年申報本章費用)。
2. 門檻指標及品質加成效績計算方式同本通則五之(一)(二)規定。
3. 各組依兩年度之 5 項品質指標比率相減，5 項品質指標中均需進步或持平，依該醫師所收個案中達成完整追蹤之個案數，每個個案數給予 500 點獎勵，當年度新收個案則依完整追蹤季數等比例支付，並排除該年度品質卓越獎之得獎醫師。

(五) 品質進步獎與品質卓越獎，合計整體獎勵金額不得超過當年度糖尿病照護管理費用的 30%。

六、本方案之疾病管理照護費用(P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C)及相關品質獎勵措施費用來源，由各總額別專款項目支應，保險人並得視費用支付情形，隨時召開會議研議修改本方案之相關內容。

七、資訊公開：保險人得公開申報本章之名單及相關品質資訊供民眾參考，其品質獎勵措施，將於保險人全球資訊網公開獲得品質獎勵金前 25% 之院所醫師人數，並於 VPN 系統中公開各組別每項品質指標之百分位 25、50、75 及 100 之指標值與各院所參與醫師門檻指標新收案率 $\geq$ 30%及收案人數 $\geq$ 50 人之醫師各品質指標值，供參與醫師自行查詢與比較。

八、符合本章節之個案，若合併其它疾病且分屬保險人本署辦理之不同方案收案對象時，除依本章節支付標準申報外，得再依相關方案申報費用。

九、進入第二階段管理照護一年內不得再申報第一階段管理照護費 P1408C、P1409C。

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
P1407C	糖尿病第一階段新收案管理照護費 註：1.照護項目詳附表— <a href="#">8.2.1</a> ，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.地區醫院及基層院所之團隊醫事人員可為醫師加另一專業人員執行。	v	v	v	v	650
P1408C	糖尿病第一階段追蹤管理照護費 註：1.照護項目詳附表— <a href="#">8.2.2</a> ，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.申報新收案後至少須間隔7週才能申報本項，本項每年度最多申報三次，每次間隔至少10週。 3.地區醫院及基層院所之團隊醫事人員如為醫師加另一專業人員執行，則申報點數為本項點數之80%。	v	v	v	v	200
P1409C	糖尿病第一階段年度評估管理照護費 註：1.照護項目詳附表— <a href="#">8.2.3</a> ，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.申報追蹤管理後至少間隔10週才能申報本項，本項限執行P1407C及P1408C合計達三次(含)以上者始得申報，本項每年度最多申報一次。 3.地區醫院及基層院所之團隊醫事人員如為醫師加另一專業人員執行，則申報點數為本項點數之80%。	v	v	v	v	800
P1410C	糖尿病第二階段追蹤管理照護費 註：1.照護項目參考附表— <a href="#">8.2.2</a> 之檢驗項目，另得視病情需要進行衛教服務。除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.本項每年度最多申報三次，每次間隔至少10週。	v	v	v	v	100
P1411C	糖尿病第二階段年度評估管理照護費 註：1.照護項目參考附表— <a href="#">8.2.3</a> 之檢驗項目，另得視病情需要進行衛教服務。除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.申報追蹤管理後至少間隔10週才能申報本項，本項限執行P1408C及P1410C追蹤合計達三次(含)以上者始得申報，本項每年度最多申報一次。	v	v	v	v	300

附表—8.2.1 新收案診療項目參考表（適用編號 P1407C） Components of the initial visit

<p>1. 醫療病史 (Medical history)</p> <p>(1) 與診斷關聯之症狀、檢驗室結果 Symptoms, laboratory results related to diagnosis</p> <p>(2) 營養評估, 體重史 Nutritional assessment, weight history</p> <p>(3) 過去及現在治療計畫 Previous and present treatment plans</p> <p>A. 藥物 Medications</p> <p>B. 營養治療 Medical Nutrition Therapy</p> <p>C. 病人自主管理訓練 Self-management training</p> <p>D. 血糖自我管理及其使用結果 SMBG and use of results</p> <p>(4) 現在治療執行方案 Current treatment program</p> <p>(5) 運動史 Exercise history</p> <p>(6) 急性併發症 Acute complications</p> <p>(7) 感染病史 History of infections</p> <p>(8) 慢性糖尿病併發症 Chronic diabetic complications</p> <p>(9) 藥物史 Medication history</p> <p>(10) 家族史 Family history</p> <p>(11) 冠狀動脈心臟病危險因素 CHD risk factors</p> <p>(12) 心理社會/經濟因素 Psychosocial/economic factors</p> <p>(13) 菸酒之使用 Tobacco and alcohol use</p>	<p>2. 身體檢查 (Physical examination)</p> <p>(1) 身高與體重 Height and weight</p> <p>(2) 血壓 Blood pressure</p> <p>* (3) 23501C 眼底鏡檢 Ophthalmoscopic examination (視網膜散瞳檢查; 散瞳劑內含) 或 23502C 眼底攝影; 惟如由眼科專科醫師執行間接式眼底鏡檢查(23702C), 則不需再執行上述項目。</p> <p>(4) 甲狀腺觸診 Thyroid palpation</p> <p>(5) 心臟檢查 Cardiac examination</p> <p>(6) 脈搏評值 Evaluation of pulses</p> <p>(7) 足部檢查 Foot examination</p> <p>(8) 皮膚檢查 Skin examination</p> <p>(9) 神經學檢查 Neurological examination</p> <p>(10) 口腔檢查 Oral examination</p> <p>(11) 性成熟度評估 (如屬青春前期後) Sexual maturation (if peripubertal)</p>
<p>3. 檢驗室評值 (Laboratory evaluation)</p> <p>※(1)09005C 空腹血漿葡萄糖或微血管血糖 Fasting plasma glucose or capillary blood sugar</p> <p>※(2)09006C 糖化血紅素 HbA1C</p> <p>※(3)空腹血脂 Fasting lipid profile (09001C 總膽固醇 cholesterol, total, 09004C 三酸甘油脂 triglyceride(TG)、09043C 高密度脂蛋白膽固醇 HDL cholesterol、09044C 低密度脂蛋白膽固醇 LDL cholesterol)</p> <p>※(4)09015C 血清肌酸酐 Serum creatinine</p> <p>※(5)09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉胺基酶 SGPT (or ALT)</p> <p>※(6)06013C 尿液分析 (尿生化檢查) Urine biochemistry examination</p> <p>※(7)12111C 微量白蛋白(ACR) Microalbumin (Nephelometry)</p> <p>⊠(8)13007C 細菌培養鑑定檢查 (視情況而定) Urine culture (if indicated)</p> <p>⊠(9)27004C 甲狀腺刺激素放射免疫分析 (第一型病人) TSH (type 1 patients)</p> <p>⊠(10)18001C 心電圖(成人) Electrocardiogram (adults)</p>	<p>4. 管理計畫 (Management Plan)</p> <p>(1)短期與長期目標 Short- and long-term goals</p> <p>(2)藥物 Medications</p> <p>(3)營養治療 Medical nutrition therapy</p> <p>(4)生活型態改變 Lifestyle changes</p> <p>(5)自主管理教育 Self-management education</p> <p>(6)監測接受指導遵循度 Monitoring instructions</p> <p>* (7)年度轉診至眼科專科醫師 (視情況而定) Annual referral to eye specialist (if indicated)</p> <p>(8)其他專科醫師會診 (視情況而定) Specialty consultations (as indicated)</p> <p>(9)同意接受持續性支持或追蹤的約定 Agreement on continuing support / follow-up</p> <p>(10)協助預約流行感冒疫苗 (influenza vaccine) 接種 (視個別院所情況而定)</p>
<p>5. 糖尿病自主管理教育 (Diabetes Self-management Education)</p>	
<p>(1) 糖尿病自主管理教育 (Diabetes Self-management Education, DSME)：由糖尿病人和衛教人員共同參與的一種互動的、整合式及進行中的過程，包括：a)個體特殊教育需求的評估;b)確認個體特殊的糖尿病自主管理目標之設定;c)依個別的糖尿病自主管理目標進行教育及促進行為改變上的介入;d)依個別的糖尿病自主管理目標進行評價。</p> <p>(2) 建議標準如下：</p> <p>A. 結構面：病歷紀錄應包括：a)描述糖尿病疾病過程及治療之選項；b)營養管理之整合；c)日常身體活動之整合；d)針對治療效益來利用藥物（必要時）的情形；e)血糖監測、尿酮（必要時）及運用相關檢驗數據來改善急性合併症之預防、偵測與治療之情形；f)慢性合併症之預防（由減少危險行為著手）、偵測及治療之情形；g)生活型態改變—個人問題的診斷；h)以促進健康為主來設定的目標，及日常生活中問題解決的方式；i)與日常生活中心理社會調適之整合；j)懷孕婦女及妊娠性糖尿病的管理（含 preconception care）。</p> <p>B. 過程面：病歷紀錄應包括：個案評估、衛生教育計畫、介入、評價及定期追蹤之情形，並記錄衛教人員、醫師及轉診資源等醫療團隊之整體式照護。</p> <p>C. 結果面：提供糖尿病自主管理教育的單位或機構，應進行持續性品質改善計畫，以結果面來評估衛生教育之效益及提出品質改善的機會。</p>	

註

- 參照中華民國糖尿病學會「2010 糖尿病臨床照護指引」。
- 表列檢驗、檢查與服務項目中，「※」及「\*」註記表示為診療指引建議必要執行診療項目，「⊠」註記表示為診療指引建議得視病人病情（if indicated）為選擇性執行項目。
- 本表所列項目除有「※」、「\*」及「⊠」註記項目得另行核實申報費用以外，餘均內含於 P1407C 所訂費用之內，不得另行重複申報。
- 糖尿病學會建議若糖尿病人尿液常規檢查若未驗出蛋白尿，可加做微量白蛋白檢查，將微量白蛋白改為有條件式之必要檢查項目（註：尿液常規檢查未驗出蛋白尿者。）

附表二—8.2.2 追蹤管理診療項目參考表（適用編號 P1408C）

Potential components of continuing care visits

<p>1. 醫療病史 (Medical history)</p> <p>(1) 評估治療型態 Assess treatment regimen</p> <p>A. 低或高血糖之頻率／嚴重度 Frequency/severity of hypo-/hyperglycemia</p> <p>B. 自我血糖監測結果 SMBG results</p> <p>C. 病人治療型態之調整 Patient regimen adjustments</p> <p>D. 病人接受專業指導遵循度之問題 Adherence problems</p> <p>E. 生活型態改變 Lifestyle changes</p> <p>F. 併發症的症狀 Symptoms of complications</p> <p>G. 其他醫療疾病 Other medical illness</p> <p>H. 藥物 Medications</p> <p>I. 心理社會方面 Psychosocial issues</p> <p>J. 菸酒之使用 Tobacco and alcohol use</p>	<p>2. 身體檢查 (Physical examination)</p> <p>(1) 每次常規性糖尿病回診 Every regular diabetes visit</p> <p>A. 體重 weight</p> <p>B. 血壓 Blood pressure</p> <p>C. 先前身體檢查之異常點 Previous abnormalities on the physical exam</p> <p>(2) 足部檢查 (視情況而定)：足部狀況屬高危險性者需增加檢查次數 Foot examination (if indicated): more often in patients with high-risk foot conditions</p>
<p>3. 檢驗室評估 (Laboratory evaluation)</p> <p>※(1)09006C 糖化血紅素 HbA1C</p> <p>A. 三個月一次為原則，須配合初診及年度檢查的結果追蹤 (Quarterly if treatment changes or patient is not meeting goals)</p> <p>B. 如病情穩定一年至少二次 (At least twice per year if stable)</p> <p>※ (2)09005C 空腹血漿葡萄糖或微血管血糖 Fasting plasma glucose or capillary blood sugar</p>	<p>4. 管理計畫評估 (Evaluation of Management Plan)</p> <p>(1) 短期與長期目標 Short- and long-term goals</p> <p>(2) 藥物 Medications</p> <p>(3) 血糖 Glycemia</p> <p>(4) 低血糖之頻率／嚴重度 Frequency/severity of hypoglycemia</p> <p>(5) 血糖自我管理結果 SMBG results</p> <p>(6) 併發症 Complications</p> <p>(7) 血脂異常之控制 Control of dyslipidemia</p> <p>(8) 血壓 Blood pressure</p> <p>(9) 體重 Weight</p> <p>(10) 營養治療 Medical Nutrition Therapy</p> <p>(11) 運動治療型態 Exercise regimen</p> <p>(12) 病人接受自主管理訓練之遵循度 Adherence to self-management training</p> <p>(13) 轉診之追蹤 Follow-up of referrals</p> <p>(14) 心理社會之調適 Psychosocial adjustment</p> <p>(15) 糖尿病知識 Knowledge of diabetes</p> <p>(16) 自主管理技能 Self-management skills</p> <p>(17) 戒菸 (若為抽菸者) Smoking cessation, if indicated</p> <p>(18) 協助預約流行感冒疫苗 (influenza vaccine) 接種 (視個別院所情況而定)</p>
<p>5. 糖尿病自主管理教育 (Diabetes Self-management Education)</p>	
<p>建議標準如下：</p> <p>A. 結構面：按前次照護結果做追蹤應付，病歷紀錄應包括：a)描述糖尿病疾病過程及治療之選項；b)營養管理之整合；c)日常身體活動之整合；d) 針對治療效益來利用藥物 (必要時) 的情形；e) 血糖監測、尿酮 (必要時) 及運用相關檢驗數據來改善急性合併症之預防、偵測與治療之情形；f) 慢性合併症之預防 (由減少危險行為著手)、偵測及治療之情形；g) 生活型態改變—個人問題的診斷；h) 以促進健康為主來設定的目標，及日常生活中問題解決的方式；i) 與日常生活中心理社會調適之整合；j) 懷孕婦女及妊娠性糖尿病的管理 (含 preconception care)。</p> <p>B. 過程面：病歷紀錄應包括：個案評估、衛生教育計畫、介入、評價及追蹤之情形，並記錄衛教人員、醫師及轉診資源等醫療團隊之整體式照護。</p> <p>C. 結果面：提供糖尿病自主管理教育的單位或機構，應進行持續性品質改善計畫，以結果面來評估衛生教育之效益及提出品質改善的機會。</p>	

註：

1. 參照中華民國糖尿病學會「2010 糖尿病臨床照護指引」。
2. 表列檢驗及服務項目中，「※」及「\*」註記表示為診療指引建議必要執行診療項目。
3. 本表所列項目除有「※」、「\*」註記項目得另行核實申報費用以外，餘均內含於 P1408C、P1410C 所訂費用之內，不得另行重複申報。

附表三 8.2.3 年度檢查診療項目參考表 (適用編號 P1409C)

Potential components of continuing care visits (annual exam)

<p>1. 醫療病史 (Medical history)</p> <p>(1) 評估治療型態 Assess treatment regimen                  A. 低或高血糖之頻率/嚴重度                  Frequency/severity of hypo-/hyperglycemia                  B. 自我血糖監測結果 SMBG results                  C. 病人治療型態之調整 Patient regimen adjustments                  D. 病人接受專業指導遵循度之問題                  Adherence problems                  E. 生活型態改變 Lifestyle changes                  F. 併發症的症狀 Symptoms of complications                  G. 其他醫療疾病 Other medical illness                  H. 藥物 Medications                  I. 心理社會方面 Psychosocial issues                  J. 菸酒之使用 Tobacco and alcohol use</p>	<p>2. 身體檢查 (Physical examination)</p> <p>(1) 年度身體檢查 Physical examination annually                  *(2) 23501C 年度散瞳眼睛檢查 Dilated eye examination annually 或 23502C 眼底攝影; 惟如由眼科專科醫師執行間接式眼底鏡檢查(23702C), 則不需再執行上述項目。                  (3) 每次常規性糖尿病回診                  Every regular diabetes visit                  A. 體重 weight                  B. 血壓 Blood pressure                  C. 先前身體檢查之異常點 Previous abnormalities on the physical exam                  (4) 年度足部檢查: 足部狀況屬高危險性者需增加檢查次數 Foot examination annually; more often in patients with high-risk foot conditions</p>
<p>3. 檢驗室評值 (Laboratory evaluation)</p> <p>※(1) 09006C 糖化血紅素 HbA1C                  ※(2) 09005C 空腹血漿葡萄糖或微血管血糖 Fasting plasma glucose or capillary blood sugar                  ※(3) 年度空腹血脂 Fasting lipid profile annually, unless low risk (09001C 總膽固醇 cholesterol, total、09004C 三酸甘油酯 triglyceride(TG)、09043C 高密度脂蛋白膽固醇 HDL cholesterol、09044C 低密度脂蛋白膽固醇 LDL cholesterol)                  ※(4) 09015C 血清肌酸酐 Serum creatinine                  ※(5) 09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉胺基酶 SGPT (or ALT)                  ※(6) 06013C 尿液分析 (尿生化檢查) Urine biochemistry examination                  ※(7) 12111C 微量白蛋白 (ACR) Microalbumin (Nephelometry)                  □(8) 18001C 心電圖 (成人) Electrocardiogram (adults)</p>	<p>4. 管理計畫評值 (Evaluation of Management Plan)</p> <p>(1) 短期與長期目標 Short- and long-term goals                  (2) 藥物 Medications                  (3) 血糖 Glycemia                  (4) 低血糖之頻率/嚴重度 Frequency/severity of hypoglycemia                  (5) 血糖自我管理結果 SMBG results                  (6) 併發症 Complications                  (7) 血脂異常之控制 Control of dyslipidemia                  (8) 血壓 Blood pressure                  (9) 體重 Weight                  (10) 營養治療 Medical Nutrition Therapy                  (11) 運動治療型態 Exercise regimen                  (12) 病人接受自我管理訓練之遵循度 Adherence to self-management training                  (13) 轉診之追蹤 Follow-up of referrals                  (14) 心理社會之調適 Psychosocial adjustment                  (15) 糖尿病知識 Knowledge of diabetes                  (16) 自我管理技能 Self-management skills                  (17) 戒菸 (若為抽菸者) Smoking cessation, if indicated                  (18) 協助預約流行感冒疫苗 (influenza vaccine) 接種 (視個別院所情況而定)</p>
<p>5. 糖尿病自我管理教育 (Diabetes Self-management Education)</p>	
<p>建議標準如下:</p> <p>A. 結構面: 按前次照護結果做追蹤應對, 病歷紀錄應包括: a) 描述糖尿病疾病過程及治療之選項; b) 營養管理之整合; c) 日常身體活動之整合; d) 針對治療效益來利用藥物 (必要時) 的情形; e) 血糖監測、尿酮 (必要時) 及運用相關檢驗數據來改善急性合併症之預防、偵測與治療之情形; f) 慢性合併症之預防 (由減少危險行為著手)、偵測及治療之情形; g) 生活型態改變—個人問題的診斷; h) 以促進健康為主來設定的目標, 及日常生活中問題解決的方式; i) 與日常生活中心理社會調適之整合; j) 懷孕婦女及妊娠性糖尿病的管理 (含 preconception care)。</p> <p>B. 過程面: 病歷紀錄應包括: 個案評估、衛生教育計畫、介入、評價及追蹤之情形, 並記錄衛教人員、醫師及轉診資源等醫療團隊之整體式照護。</p> <p>C. 結果面: 提供糖尿病自我管理教育的單位或機構, 應進行持續性品質改善計畫, 以結果面來評估衛生教育之效益及提出品質改善的機會。</p>	

註:

1. 參照中華民國糖尿病學會「2010 糖尿病臨床照護指引」。
2. 表列檢驗、檢查與服務項目中, 「※」及「\*」註記表示為診療指引建議必要執行診療項目, 「□」註記表示為診療指引建議得視病人病情 (if indicated) 為選擇性執行項目。
3. 本表所列項目除有「※」、「\*」及「□」註記項目得另行核實申報費用以外, 餘均內含於 P1409C、P1411 所訂費用之內, 不得另行重複申報。

## 附表 8.2.4 個案登錄系統必要欄位簡化表

一、新收案(P1407C) (建立病人基本資料後，病人身分證號、病人姓名、醫師ID、醫師姓名等欄位會自動帶出)

必填欄位：

1. 新收案日期
2. 基本檢查數據：收縮壓、舒張壓
3. Blood檢驗：檢查日期、HbA1c、Glucose(AC)、LDL、TG、Creatinine、eGFR
4. Urine檢驗：檢查日期、Urine microalbumin、Urine Routine(二者可視情形擇一填報)
5. 眼睛檢查及病變：正常、異常、未做
6. 足部檢查：右腳正常(Y、N) 左腳正常(Y、N)

二、追蹤管理(P1408C、P1410C) (病人身分證號、病人姓名、醫師ID、醫師姓名、複診次數等欄位會自動帶出)

必填欄位：

1. 追蹤管理日期
2. Blood檢驗：檢查日期、HbA1c、Glucose(AC)

三、年度評估(P1409C、P1411C) (身分證號、病人姓名、醫師ID、醫師姓名、複診次數等欄位會自動帶出)

必填欄位：

1. 年度評估日期
2. 基本檢查數據：收縮壓、舒張壓
3. Blood檢驗：檢查日期、HbA1c、Glucose(AC)、LDL、TG、Creatinine、eGFR
4. Urine檢驗：檢查日期、Urine microalbumin、Urine Routine(二者可視情形擇一填報)
5. 眼睛檢查及病變：正常、異常、未做
6. 足部檢查：右腳正常(Y、N) 左腳正常(Y、N)

※eGFR 線上計算：台灣腎臟醫學會「腎利人生網站」<http://kidney.tsn.org.tw> 點選「腎病指標」，輸入性別、年齡、血液 Creatinine 值即可線上計算。

## 第三章 初期慢性腎臟病

### 通則：

一、參與本章之醫事人員及醫事機構，須向保險人之分區業務組提出申請，申請資格如下：

- (一) 健保特約院所，除腎臟、心臟、新陳代謝專科醫師外，其他專科醫師需接受本署認可之慢性腎臟病照護訓練，上課時數至少 6 小時(4 小時上課+2 小時 e-learning 課程)，並取得證明。
- (二) 設立於山地離島地區之特約院所，具醫師資格且接受本署認可慢性腎臟病照護訓練，上課時數至少 6 小時(4 小時上課+2 小時 e-learning 課程)，並取得證明。
- (三) 參與之院所與醫師，必須依照本章規定，提供初期慢性腎臟病患者完整之治療模式與適當的轉診服務。
- (四) 參與之醫師，年度追蹤率小於 20% 者(指前一年度已收案之個案中，於本年度完成追蹤者)，經輔導未改善，自保險人文到日之次月起，一年內不得再申報本章之相關費用。

二、收案對象：慢性腎臟疾病(Chronic Kidney Disease, CKD) Stage 1、2、3a 期病患

- (一) 定義：經尿液及血液檢查後，已達本章收案條件之慢性腎臟病患者。
- (二) 收案要求：收案前 90 天內曾在該院所就醫，新收案當次需以「慢性腎臟疾病」為主診斷申報。收案時，需向病人解釋本章之目的及需病人配合定期回診等事項，並發給相關衛教文宣資料。同一個案不能同時被 2 家院所收案，但實際照護院所仍可依現行全民健保醫療服務給付項目及支付標準申報相關醫療費用。
- (三) 收案條件：
  1. CKD stage 1：腎功能正常但有蛋白尿、血尿等腎臟損傷狀況，腎絲球過濾率估算值(estimated Glomerular filtration rate, 以下稱 eGFR)  $\geq 90 \text{ ml/min/1.73 m}^2$  + 尿蛋白與尿液肌酸酐比值(Urine Protein and Creatinine Ratio, 以下稱  $U_{PCR}$ )  $\geq 150 \text{ mg/gm}$  (或糖尿病患者  $U_{ACR} \geq 30 \text{ mg/gm}$ ) 之各種疾病病患。
  2. CKD stage 2：輕度慢性腎衰竭，併有蛋白尿、血尿等 eGFR  $60\sim 89.9 \text{ ml/min/1.73 m}^2$  +  $U_{PCR} \geq 150 \text{ mg/gm}$  (或糖尿病患者  $U_{ACR} \geq 30 \text{ mg/gm}$ ) 之各種疾病病患。
  3. CKD stage 3a：中度慢性腎衰竭，eGFR  $45\sim 59.9 \text{ ml/min/1.73 m}^2$  之各種疾病病患。
- (四) 定期追蹤：依患者慢性腎臟疾病期別執行慢性腎臟病患定期身體檢查、必要尿液檢查與血液檢查及衛教指導項目，並將結果記錄於初期慢性腎臟疾病個案追蹤管理照護記錄表。
- (五) 結案條件：
  1. 腎功能持續惡化，其 Urine protein/creatinine ratio ( $U_{PCR}$ )  $\geq 1000 \text{ mg/gm}$ ，或 eGFR  $< 45 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ ，應建議轉診至「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫」院所。(Stage 3b 或以上)
  2. 腎功能改善恢復正常，連續追蹤 2 次腎功能及蛋白尿並未達慢性腎臟病標準。
  3. 可歸因於病人者，如長期失聯( $\geq 180$  天)、拒絕再接受治療、死亡或病人未執行本章管理照護超過 1 年者等。
- (六) 照護標準及目標
  1. 醫療：依照 K-DOQI Guideline(網址：<http://www.kidney.org/PROFESSIONALS/kdoqi/guidelines.cfm>) 給予病患最適切之醫療，另請參考衛生福利部國民健康署(以下稱國健署)與台灣腎臟醫學會出版之「慢性腎臟病防治手冊」(國健署網站/搜尋)，或本章之初期慢性腎臟疾病個案管理 (如附表 8.3.1)；並阻緩腎功能的惡化、蛋白尿的緩解、避免不當藥物的

傷害、預防併發症發生。

2. 衛教諮詢：除必須提供與教導適切的腎病衛教知識與資料外，必須能掌握病患狀況，追蹤病況與檢驗結果，提供醫師與家屬在醫療上與照護上的必要訊息與溝通機會。
3. 對於已收案照護至少 3 個月之初期慢性腎臟病患，因腎功能持續惡化，符合初期慢性腎臟病照護服務轉診條件者，經轉診(請填寫全民健康保險轉診單，如附表 8.3.6)至參加「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫」院所，並確認收案於該計畫。

(七) 病患照護目標：

1. 必要指標：
  - (1) CKD 分期較新收案時改善 (如 stage 2→stage 1)；或
  - (2) eGFR 較新收案時改善(eGFR>新收案時)，且下列良好指標至少有 2 項指標由異常改善為正常。
2. 良好指標：
  - (1) 血壓控制：<130/80 mmHg。
  - (2) 糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)控制：<7.0%
  - (3) 低密度脂蛋白(LDL)控制：<130 mg/dl
  - (4) 戒菸(持續六個月以上無抽菸行為)

### 三、品質資訊之登錄及監測

- (一) 特約院所應依保險人規定(如附表 8.3.2)，於個案登錄系統(VPN)上傳必要欄位，照護個案資料及檢驗資料請登載於初期慢性腎臟病個案管理照護紀錄(如附表 8.3.3-附表 8.3.5)，留存院所備查(報告日期於就醫日期前後 2 個月內，必要項目有 1 項未執行，則整筆費用不得申報)。
- (二) 特約院所如依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，上傳收案個案之檢驗(查)結果，其值將自動轉入個案登錄系統。

### 四、醫療費用申報及審查原則

- (一) 申報原則：
  1. 醫療費用申報、暫付、審查及核付，依本保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。
  2. 門診醫療費用點數申報格式及填表說明：
    - (1) 屬本章收案之保險對象，其就診當次符合申報 P4301C、P4302C、P4303C 者，於申報費用時，門診醫療費用點數清單段之案件分類應填『E1』、特定治療項目代號(一)應填『EB』；未符合申報上述醫令者，依一般費用申報原則辦理。
    - (2) 申報方式：併當月份送核費用申報。
- (二) 審查原則：未依保險人規定內容登錄相關品質資訊，或經保險人審查發現登載不實者，將不予支付該筆管理照護費並依相關規定辦理；另該筆疾病管理費被核刪後不得再申報。

### 五、品質獎勵措施

- (一) 獎勵單位：以參與方案之醫師為計算獎勵單位，該醫師照護之病人當年度內完成 2 次追蹤管理方得列入。
- (二) 門檻指標：該醫師完整追蹤率≥50%。
  - 定義：
    1. 分母：當年度該院所該醫師收案之所有病人當中，排除第 4 季新收案之人數。



2. 分子：符合上述分母條件之病人當中，於當年度該院所完成下列條件者，視為達成追蹤。
  - (1) 當年度未申報新收案者 (P4301C)，其申報當年度追蹤管理(P4302C)次數達 2 次者。
  - (2) 已申報新收案者 (P4301C)，視申報新收案之季別，完成下列追蹤管理次數者，視為達成追蹤。
    - A. 如為第 1 季申報新收案，其當年度追蹤管理(P4302C)次數達 2 次者。
    - B. 如為第 2、3 季申報新收案，其當年度追蹤管理(P4302C)次數達 1 次者。
- (三) 獎勵指標達成情形：病人當年度連續 2 次追蹤資料皆需達成。
  1. CKD 分期較新收案時改善 (如 stage 2→stage 1)；或
  2. eGFR 較新收案時改善(eGFR > 新收案時)，且下列良好指標至少需有 2 項指標由異常改善為正常。
    - (1) 血壓控制：由新收案  $\geq 140/90$  mmHg 改善為  $< 130/80$  mmHg。
    - (2) 糖尿病病患 HbA1c 控制：由新收案  $\geq 7.0\%$  改善為  $< 7.0\%$ 。
    - (3) 低密度脂蛋白(LDL)：由新收案  $\geq 130$  mg/dl 改善為  $< 130$  mg/dl。
    - (4) 戒菸(持續六個月以上無抽菸行為)：由新收案抽菸改善為戒菸。
- (四) 符合門檻指標醫師，所照護病人符合上述 1 或 2 達成情形，每個個案數給予 400 點獎勵。

六、 本章之疾病管理費用 (P4301C、P4302C、P4303C) 及獎勵措施費用，由各年度全民健康保險總額其他部門預算「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」專款項目支應。先行扣除獎勵金費用額度後，預算按季均分，以浮動點值計算，且每點金額不高於 1 元，當季預算若有結餘，則流用至下季，若全年經費尚有結餘，則年進行全年結算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於 1 元。保險人並得視實際執行及費用支付情形，召開會議與醫界研議修訂本章之相關內容。

七、 資訊公開：保險人得公開參與本章之特約院所名單及相關醫療品質資訊供民眾參考。

八、 符合本章之個案，若合併其它疾病且分屬本保險其他方案或計畫收案對象時(例如：糖尿病等)，除依本章支付標準申報外，得再依相關方案或計畫申報費用。

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
P4301C	<p><u>初期慢性腎臟病新收案管理照護費</u></p> <p>註1. <u>新收案個案管理基本資料詳附表8.3.3，檢查、檢驗、與衛教情形詳附表8.3.4。除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。</u></p>	Y	Y	Y	Y	200
P4302C	<p><u>初期慢性腎臟病追蹤管理照護費</u></p> <p>註1. <u>追蹤檢查、檢驗、與衛教情形詳附表8.3.4。除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。</u></p> <p>2. <u>申報新收案管理照護費至少需間隔3個月才能申報本項，本項每年度最多申報2次，每次至少間隔6個月。</u></p>	Y	Y	Y	Y	200
P4303C	<p><u>初期慢性腎臟病轉診照護獎勵費</u></p> <p>註1. <u>限個案符合轉診條件，並經轉診至參與健保署Pre-ESRD整體照護計畫院所，確認收案於Pre-ESRD計畫後方可申報，每人限申報1次。</u></p> <p>2. <u>跨院需填寫全民健康保險轉診單(一份留存院所)，並提供患者腎臟功能相關資料(如：初期慢性腎臟病患者追蹤管理紀錄參考表及初期慢性腎臟病患者結案參考表等)予被轉診機構參考。若為院內跨科轉診，則須保留院內轉診單於病歷內，且於腎臟科收案追蹤後方予支付。(鼓勵跨院或跨科轉診，但排除已參加Pre-ESRD計畫同一院所的腎臟科互轉)</u></p> <p>3. <u>結案原因為恢復正常、長期失聯(≥180天)、拒絕再接受治療、死亡者，不可申報本項。</u></p>	Y	Y	Y	Y	200

## 附表 8.3.1 初期慢性腎臟疾病個案管理

### 一、慢性腎臟疾病(CKD)之分期:

分期	描述	估計腎絲球過濾率(eGFR)
Stage 1	腎絲球過濾率正常或增加，但有蛋白尿、血尿等腎臟損傷狀況	$\geq 90$ ml/min/1.73m <sup>2</sup>
Stage 2	腎絲球過濾率輕微下降，併有蛋白尿、血尿等狀況	60-89.9 ml/min/1.73m <sup>2</sup>
Stage 3	腎絲球過濾率中等程度下降	30-59.9 ml/min/1.73m <sup>2</sup>
	III a 期	45-59.9 ml/min/1.73m <sup>2</sup>
	III b 期	30-44.9 ml/min/1.73m <sup>2</sup>
Stage 4	腎絲球過濾率嚴重下降	15-29.9 ml/min/1.73m <sup>2</sup>
Stage 5	腎臟衰竭	<15 ml/min/1.73m <sup>2</sup>

註:1.慢性腎臟疾病(CKD)分類中，腎傷害或腎絲球過濾率下降需持續大於3個月以上

2.腎臟損傷指有影像學變化(如腎萎縮)或傷害指標(如蛋白尿、血尿等)

### 二、慢性腎臟疾病之篩檢

1. 對於高危險群應定期檢查血中肌酸酐值及尿液(U<sub>PCR</sub> 或 U<sub>ACR</sub>)

2. 高危險群:

(A)高血壓、高血糖患者

(B)長期服用藥物者

(C)心血管疾病患者

(D)結構性腎小管異常，腎結石或攝護腺腫大者

(E)洗腎家族史或家族性腎疾病

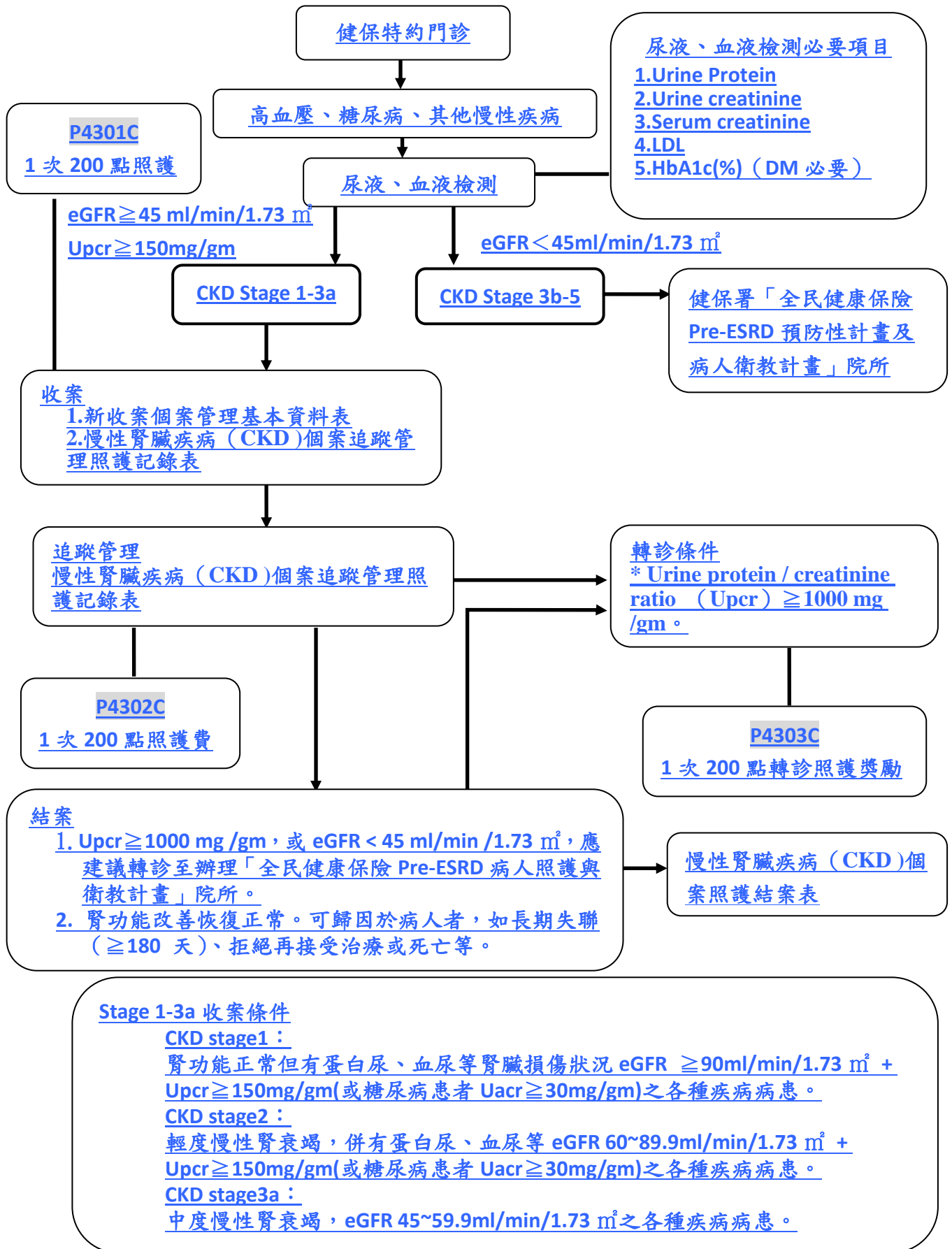
(F)潛在影響腎功能之系統性疾病(如 SLE)

(G)長期食用中草藥者

(H)隨機性血尿或尿蛋白

(I)年紀>60 歲

三、慢性腎臟疾病管理流程



#### 四、初期慢性腎臟疾病照護之衛教內容

Stage 1：腎功能正常但有蛋白尿、血尿等腎臟損傷狀況 eGFR： $\geq 90$  ml/min/1.73 m<sup>2</sup>，建議每 6 個月追蹤一次

Stage 2：輕度慢性腎衰竭，併有蛋白尿、血尿等 eGFR：60~89.9 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>，建議每 6 個月追蹤一次

Stage 3a：中度慢性腎衰竭，eGFR：45~59.9ml/min/1.73 m<sup>2</sup>，建議每 6 個月追蹤一次

Stage 3b：中度慢性腎衰竭，eGFR：30~44.9 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>，建議每 3 個月追蹤一次

目標	衛教指導項目
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 認識腎臟的構造與功能</li> <li>● 認識腎臟疾病常見的症狀及檢查值</li> <li>● 如何預防腎臟疾病及其惡化，請勿擅自服食藥物</li> <li>● 願意配合定期門診追蹤</li> <li>● 願意接受定期護理指導計劃方案</li> <li>● 認識腎臟穿刺之必要性(U<sub>PCR</sub> &gt; 2,000 mg/gm 者)及轉診腎臟專科醫師</li> <li>● 認識高血脂、高血壓、糖尿病與腎臟病之相關性</li> <li>● 血壓、血糖、血脂、體種、腰圍與 BMI 之控制</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 認識腎臟的基本構造與功能</li> <li>2. 簡介腎臟疾病常見症狀及檢查值</li> <li>3. 腎臟病日常生活保健與預防</li> <li>4. 教導定期追蹤之重要性</li> <li>5. 教導服用藥物(包括中草藥及健康食品)前，須先徵詢醫師意見</li> <li>6. 腎臟穿刺切片檢查之介紹(U<sub>PCR</sub> &gt; 2,000 mg/gm 者)及轉診腎臟專科醫師</li> <li>7. 簡介高血壓及其併發症</li> <li>8. 簡介高血脂及其併發症</li> <li>9. 簡介糖尿病及其併發症</li> <li>10. 飲食原則之指導(含衛教單張發放)</li> </ol>

### 附表8.3.2 個案登錄系統必要欄位簡化表

一、新收案(身分證號、病人姓名、醫師ID、醫師姓名等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位：

1. 新收案日期、個案性別、出生日期、CKD Stage (1: Stage1; 2: Stage2; 3a: Stage3a)、伴隨疾病(1.無; 2.腎臟病; 3.糖尿病; 4.高血壓; 5.心臟血管疾病; 6.高血脂症; 7.慢性肝病; 8.癌症; 9.其他)、抽煙 (1.無 2.有)
2. 基本檢查數據：檢查日期、身高、體重、收縮壓、舒張壓、eGFR、U<sub>PCR</sub> (mg/gm)
3. 血液檢驗：Serum creatinine(mg/dl)、LDL (mg/dl)、HbA1c (DM必填)

二、追蹤管理(身分證號、病人姓名、醫師ID、醫師姓名、複診次數等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位：

1. 追蹤管理日期、CKD Stage (1: Stage1; 2: Stage2; 3a: Stage3a; 3b: Stage3b; 4: Stage4; 5: Stage5、抽煙 (1.無 2.有)
2. 追蹤必要檢查數據：檢查日期、身高、體重、收縮壓、舒張壓、eGFR、U<sub>PCR</sub> (mg/gm)
3. 血液檢驗：Serum creatinine(mg/dl)、LDL (mg/dl)、HbA1c (DM必填)

三、結案(轉出)(身分證號、病人姓名、醫師ID、醫師姓名、複診次數等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位：

1. 結案(或轉診)日期
2. 結案原因：1: 轉診進入「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫」照護。2: 恢復正常。3: 長期失聯(≥180天)。4: 拒絕再接受治療。5: 死亡。6: 病人未執行本章管理照護超過1年者。
3. 轉診Pre-ESRD計畫院所原因：1: U<sub>PCR</sub> ≥ 1000 mg/gm。3b: Stage3b。4: Stage 4。5: Stage 5。
4. 接受轉診院所保險醫事服務機構代號：\_\_\_\_\_

**附表8.3.3 初期慢性腎臟病新收案個案管理基本資料參考表（適用編號P4301C）**

收案編號：_____ 病歷號碼：_____	
姓名：_____ 身分證字號：_____	
性別： <input type="checkbox"/> 1.男 <input type="checkbox"/> 2.女	生日 西元：_____年_____月_____日 年齡：_____
收案日期：西元：_____年_____月_____日	
聯絡電話：(_____) _____ (_____) _____	
通訊地址：_____縣、市 _____區鄉市鎮 _____村、里 _____路、街 _____段 _____巷 _____弄 _____號 _____樓	

教育程度：	<input type="checkbox"/> 1.不識字 <input type="checkbox"/> 2.小學 <input type="checkbox"/> 3.初中 <input type="checkbox"/> 4.高中（職） <input type="checkbox"/> 5.大專（學）以上														
職業：	<input type="checkbox"/> 1.退休 <input type="checkbox"/> 2.農 <input type="checkbox"/> 3.軍公教 <input type="checkbox"/> 4.工 <input type="checkbox"/> 5.商 <input type="checkbox"/> 6.服務業 <input type="checkbox"/> 7.家管 <input type="checkbox"/> 8.無 <input type="checkbox"/> 9.其它_____														
家族史 (若有親人有罹患 右側表列中疾病， 請填入家屬代碼)	<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:50%; border:none;"><input type="checkbox"/>1.無</td> <td style="width:50%; border:none;"><input type="checkbox"/>8.惡性腫瘤【    】</td> </tr> <tr> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/>2.糖尿病【    】</td> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/>9.遺傳性腎臟疾病【    】</td> </tr> <tr> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/>3.高血壓【    】</td> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/>10.多囊腎【    】</td> </tr> <tr> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/>4.心臟病【    】</td> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/>11.痛風【    】</td> </tr> <tr> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/>5.腦血管病變（中風）【    】</td> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/>12.自體免疫性疾病【    】</td> </tr> <tr> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/>6.高血脂【    】</td> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/>13.其他【    】</td> </tr> <tr> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/>7.腎臟病或尿毒症【    】</td> <td style="border:none;"><input type="checkbox"/>14.不知</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1.無	<input type="checkbox"/> 8.惡性腫瘤【    】	<input type="checkbox"/> 2.糖尿病【    】	<input type="checkbox"/> 9.遺傳性腎臟疾病【    】	<input type="checkbox"/> 3.高血壓【    】	<input type="checkbox"/> 10.多囊腎【    】	<input type="checkbox"/> 4.心臟病【    】	<input type="checkbox"/> 11.痛風【    】	<input type="checkbox"/> 5.腦血管病變（中風）【    】	<input type="checkbox"/> 12.自體免疫性疾病【    】	<input type="checkbox"/> 6.高血脂【    】	<input type="checkbox"/> 13.其他【    】	<input type="checkbox"/> 7.腎臟病或尿毒症【    】	<input type="checkbox"/> 14.不知
<input type="checkbox"/> 1.無	<input type="checkbox"/> 8.惡性腫瘤【    】														
<input type="checkbox"/> 2.糖尿病【    】	<input type="checkbox"/> 9.遺傳性腎臟疾病【    】														
<input type="checkbox"/> 3.高血壓【    】	<input type="checkbox"/> 10.多囊腎【    】														
<input type="checkbox"/> 4.心臟病【    】	<input type="checkbox"/> 11.痛風【    】														
<input type="checkbox"/> 5.腦血管病變（中風）【    】	<input type="checkbox"/> 12.自體免疫性疾病【    】														
<input type="checkbox"/> 6.高血脂【    】	<input type="checkbox"/> 13.其他【    】														
<input type="checkbox"/> 7.腎臟病或尿毒症【    】	<input type="checkbox"/> 14.不知														
A.父 B.母 C.兒女 D.兄弟姊妹 E.父系親戚 F.母系親戚 G.其他															

**個人健康評估**

伴隨系統性疾病	<input type="checkbox"/> 無			
	病名	初次診斷時間	病名	初次診斷時間
	<input type="checkbox"/> 1.高血壓	年 月 日	<input type="checkbox"/> 18.視力衰退	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 2.糖尿病	年 月 日	<input type="checkbox"/> 19.視網膜病變	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 3.腎臟病	年 月 日	<input type="checkbox"/> 20.B型肝炎	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 4.缺血性心臟病	年 月 日	<input type="checkbox"/> 21.C型肝炎	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 5.心律不整	年 月 日	<input type="checkbox"/> 22.慢性肝疾病／肝硬化	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 6.心臟衰竭	年 月 日	<input type="checkbox"/> 23.結核	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 7.腦血管疾病	年 月 日	<input type="checkbox"/> 24.甲狀腺腫	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 8.腫瘤	年 月 日	<input type="checkbox"/> 25.癲癇	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 9.貧血	年 月 日	<input type="checkbox"/> 26.精神疾病	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 10.關節炎	年 月 日	<input type="checkbox"/> 27.攝護腺肥大	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 11.高膽固醇血症	年 月 日	<input type="checkbox"/> 28.皮膚病	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 12.痛風或高尿酸血症	年 月 日	<input type="checkbox"/> 29.良性腫瘤	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 13.過敏性鼻炎	年 月 日	<input type="checkbox"/> 30.惡性腫瘤	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 14.氣喘	年 月 日	<input type="checkbox"/> 31.神經病變	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 15.慢性肺疾病	年 月 日	<input type="checkbox"/> 32.自體免疫疾病	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 16.消化性潰瘍	年 月 日	<input type="checkbox"/> 33.其他	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 17.功能性腸胃問題	年 月 日	<input type="checkbox"/> 34.藥物過敏 藥物名：	
	<input type="checkbox"/> 35.食物過敏 食物名稱：			

危險因子	<input type="checkbox"/> 1.血壓高(130/85 以上) <input type="checkbox"/> 2.蛋白尿 <input type="checkbox"/> 3.高血脂(TG>150) <input type="checkbox"/> 4.低白蛋白血症 <input type="checkbox"/> 5.高血糖(AC>100) <input type="checkbox"/> 6.肥胖(BMI) <input type="checkbox"/> 7.懷孕 抽煙： <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有 持續每日：_____年_____支/每日 <input type="checkbox"/> 3.戒煙_____年 喝酒： <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有 持續：_____年 <input type="checkbox"/> 6.戒酒_____年 <input type="checkbox"/> 3.交際應酬 <input type="checkbox"/> 4.成癮 <input type="checkbox"/> 5.習慣性_____CC/每日 檳榔： <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有 持續_____年 _____粒/每日 <input type="checkbox"/> 3.戒檳榔_____年
平時用藥習慣	<input type="checkbox"/> 1.處方用藥 <input type="checkbox"/> 2.中醫（中醫師處方） <input type="checkbox"/> 3.傳統草藥（無醫師處方） <input type="checkbox"/> 4.成藥 <input type="checkbox"/> 5.提神飲料_____ <input type="checkbox"/> 6.偏方 <input type="checkbox"/> 7.健康食品_____ <input type="checkbox"/> 8.口服止痛劑 <input type="checkbox"/> 9.針劑止痛劑 <input type="checkbox"/> 10.使用不明藥物 <input type="checkbox"/> 11.其他_____
健康知識與態度	1.如患慢性疾病是否按時就醫 <input type="checkbox"/> a.是 <input type="checkbox"/> b.否，原因_____ 2.請問您是否覺得體重與慢性疾病有相關？ <input type="checkbox"/> a.否 <input type="checkbox"/> b.是 3.請問您是否瞭解慢性疾病與飲食生活習慣有相關？ <input type="checkbox"/> a.否 <input type="checkbox"/> b.是 4.請問您是否每週至少運動三次，每次持續 30 分鐘以上？ <input type="checkbox"/> a.否 <input type="checkbox"/> b.是 5.整體來說，您認為自己的健康狀況如何？ <input type="checkbox"/> a.非常不好 <input type="checkbox"/> b.不好 <input type="checkbox"/> c.普通 <input type="checkbox"/> d.好 <input type="checkbox"/> e.非常好



**附表 8.3.4 初期慢性腎臟病個案追蹤管理照護紀錄參考表  
(適用編號 P4301C、P4302C)**

說明：本表之功能在於提醒醫護人員，病患已接受或應接受追蹤檢驗與衛教之日期，本頁請置於病患病歷內或病患個案管理檔案中

就診日期	年 月 日 新收案	年 月 日 個月後追蹤	年 月 日 個月後追蹤	年 月 日 個月後追蹤
血壓 (mmHg) 【必要】				
身高 (cm) 【必要】				
體重 (kg) 【必要】				
腰圍 (cm)(參考)				
臀圍 (cm)(參考)				
抽煙【必要】 <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有				
BMI (參考)				
尿液試紙 (參考)				
蛋白質				
潛血				
尿糖				
Urine PCR(mg/gm) 【必要】				
Urine ACR(mg/gm) (參考)				
Uric acid (mg/dl) (參考)				
Serum creatinine (mg/dl) 【必要】				
eGFR(MDRD) 【必要】				
CHOL (mg/dl) (參考)				
LDL (mg/dl) 【必要】				
HbA1c (%) (DM 必要)				
Sugar AC (mg/dl) (DM 參考)				
長期藥物使用(>3M) 降血壓藥  胰島素 降血糖藥 降血脂藥 降尿酸藥 NSAID 中草藥	<input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> DRI <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> DRI <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> DRI <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> DRI <input type="checkbox"/> 其他：_____
護理營養衛教記錄 衛教對象  衛教方式	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他：_____
醫護人員簽名				

### 附表 8.3.5 初期慢性腎臟疾病個案照護結案參考表

姓 名：\_\_\_\_\_ 性別：男女 電話號碼：\_\_\_\_\_

病歷號碼：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日 身份證字號：\_\_\_\_\_

收案日期：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日 結案日期：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日 原發疾病：\_\_\_\_\_

結案原因：

- 1.轉診 CKD 防治院所照護或進入「全民健康保險 Pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教計畫」

轉診日期：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

轉診院所名稱：\_\_\_\_\_、院所代號\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_科、醫師 ID\_

轉診原因： Urine protein/creatinine ratio ( $U_{PCR}$ )  $\geq 1000$  mg/gm。

$30 \text{ ml/min/1.73 m}^2 \leq \text{eGFR} < 45 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ (Stage 3b)。

$15 \text{ ml/min/1.73 m}^2 \leq \text{eGFR} < 30 \text{ ml/min/1.73 m}^2$  者(Stage 4)。

$\text{eGFR} < 15 \text{ ml/min/1.73 m}^2$  者(Stage 5)。

- 2.腎功能改善恢復正常
- 3.長期失聯( $\geq 180$  天)
- 4.拒絕再接受治療
- 5.死亡
- 6.病人未執行[本章](#)管理照護超過 1 年者。

附表 8.3.6 全民健康保險 院(所)轉診單(轉診至 院所)(院所參考)

保險醫事服務機構代號：

原 診 醫 院	保險對象基本資料		姓名		性別		出生日期		身分證號	
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		民國(前) 年 月 日					
	聯絡人		聯絡電話		聯絡		絡		地址	
病 歷 摘 要	A.病情摘要(主訴及簡短病史)				D.藥物過敏史：					
	B.診斷				ICD-9-CM		病名			
醫 院	1.(主診斷)		2.		3.		C.檢查及治療摘要			
	1.最近一次檢查結果				2.最近一次用藥或手術名稱					
	日期： 報告：				日期：					
轉診目的	1. <input type="checkbox"/> 急診治療		4. <input type="checkbox"/> 進一步檢查，檢查項目		2. <input type="checkbox"/> 住院治療					
	3. <input type="checkbox"/> 門診治療		6. <input type="checkbox"/> 其他		5. <input type="checkbox"/> 轉回轉出或適當之院所繼續追蹤					
院所住址							傳真號碼：		電子信箱：	
診治醫師	姓名	科別	聯絡電話	醫師簽章						
開單日期	年	月	日	安排就醫日期	年	月	日	科	診	號
建議轉診院所科別	(必填)醫院		(必填)科		醫師	轉診院所地址及專線電話		地址：		電話：
接受轉診醫院診所	處理情形		1. <input type="checkbox"/> 已予急診處置並轉診至 醫院		2. <input type="checkbox"/> 已予急診處置，並住本院 病房治療中					
	治療摘要		1.主診斷		2.治療藥物或手術名稱		3.輔助診斷之檢查結果			
	ICD-9-CM：		病名：							
院所名稱							電話或傳真：		電子信箱：	
診治醫師	姓名	科別	醫師簽章	回覆日期	年	月	日			

第一聯：接受轉診(轉入)醫院、診所留存  
第二聯：接受轉診(轉入)醫院、診所回覆轉出醫院、診所

第三聯：原診療醫院、診所留存

※本轉診單限使用乙次

※以上欄位均屬必填，如無則填無

## 第四章 糖尿病及初期慢性腎臟病個案資訊整合及鼓勵資料上傳

### 通則：

#### 一、醫療服務提供者：

提供糖尿病及初期慢性腎臟病個案連續性服務之特約院所，建立院所內跨醫師、跨專科合作模式，共同照護糖尿病及初期慢性腎臟個案，提供符合治療指引之持續性追蹤服務。

#### 二、適用對象：

- (一) 就醫主次診斷為糖尿病或慢性腎臟疾病 Stage1、2、3a 期個案。
- (二) 本部第二章及第三章之收案對象，適用前述章節及方案支付方式。

#### 三、照護目標：

- (一) 提供糖尿病及初期慢性腎臟病個案符合治療指引之持續性追蹤服務。
- (二) 院所上傳個案檢驗結果，以即時查詢及追蹤醫療資訊。
- (三) 輔導個案查詢健康存摺，進行個案健康管理。

#### 四、資訊登錄：

院所依本保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案，上傳檢驗(查)結果，不需另行登錄健保資訊網服務系統。檢驗值單位應同本部第二章及第三章之規定。

#### 五、費用支付：

- (一) 以院所為統計及支付單位，由保險人於年度結束後，依照院所年度內提供下列檢驗，予以核付回饋費用。
- (二) 獎勵門檻：糖尿病個案應於同院所接受 3 次 HbA1c 及 1 次 LDL 及 1 次 U<sub>ACR</sub>(或 U<sub>PCR</sub>)檢驗，初期慢性腎臟病個案於同院所接受 2 次 eGFR 及 2 次 LDL 及 2 次 U<sub>PCR</sub>(伴隨糖尿病者 U<sub>ACR</sub> 或 U<sub>PCR</sub> 擇一執行)檢驗。
- (三) 定期追蹤及報告回饋費  
糖尿病或初期慢性腎臟病個案於同院所接受定期追蹤，且院所上傳下列檢驗(查)值，支付每一個案 200 點；同時罹患糖尿病及初期慢性腎臟病個案，於同院所完成定期追蹤及報告，則支付 400 點。

##### 1. 定期追蹤：

- (1) 糖尿病個案接受符合門檻之 HbA1c 檢驗及每年接受 LDL、U<sub>ACR</sub>(或 U<sub>PCR</sub>)、身高、體重、血壓、抽菸、戒菸服務等檢驗(查)。
- (2) 初期慢性腎臟病個案每半年接受 eGFR、LDL、U<sub>PCR</sub>(伴隨糖尿病者 U<sub>ACR</sub> 或 U<sub>PCR</sub> 擇一執行)、身高、體重、血壓、抽菸、戒菸服務等檢驗(查)。

##### 2. 檢驗(查)值上傳項目：HbA1c、LDL、eGFR、U<sub>ACR</sub>、U<sub>PCR</sub>、身高、體重、血壓、抽菸、戒菸服務。

- 六、本章節費用由各總額別「醫療給付改善方案」及其他部門「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」專款項目支應。

附表、定期追蹤檢驗(查)項目表

	<u>項目</u>	<u>上傳醫令代碼</u>	<u>單位/內容值說明</u>	<u>次數</u>
<u>糖</u> <u>尿</u> <u>病</u> <u>個</u> <u>案</u>	<u>醣化血紅素 HbA1c</u>	<u>09006C</u>	<u>%</u>	<u>3</u>
	<u>低密度脂蛋白膽固醇 LDL</u>	<u>09044C</u>	<u>mg/dl</u>	<u>1</u>
	<u>微量白蛋白 U<sub>ACR</sub>(或 U<sub>PCR</sub>)</u>	<u>12111C (或 Y00002)</u>	<u>mg/g</u>	<u>1</u>
	<u>身高</u>	<u>Y00004</u>	<u>cm</u>	<u>1</u>
	<u>體重</u>	<u>Y00005</u>	<u>kg</u>	<u>1</u>
	<u>血壓</u>	<u>Y00006</u>	<u>mmHg</u> <u>收縮壓結果對應報告序號 1</u> <u>舒張壓結果對應報告序號 2</u>	<u>1</u>
	<u>抽菸/戒菸服務</u>	<u>Y00007</u>	<u>抽菸結果對應報告序號 1</u> <u>戒菸服務結果對應報告序號 2</u> <u>1: 無</u> <u>2: 有</u>	<u>1</u>
<u>初</u> <u>期</u> <u>慢</u> <u>性</u> <u>腎</u> <u>臟</u> <u>病</u> <u>個</u> <u>案</u>	<u>腎絲球過濾率估算值 eGFR</u>	<u>Y00001</u>	<u>ml/min/1.73m<sup>2</sup></u>	<u>2</u>
	<u>低密度脂蛋白膽固醇 LDL</u>	<u>09044C</u>	<u>mg/dl</u>	<u>2</u>
	<u>微量白蛋白 U<sub>ACR</sub>(或 U<sub>PCR</sub>)</u>	<u>12111C</u>	<u>mg/g</u>	<u>2</u>
	<u>身高</u>	<u>Y00004</u>	<u>cm</u>	<u>2</u>
	<u>體重</u>	<u>Y00005</u>	<u>kg</u>	<u>2</u>
	<u>血壓-收縮壓</u>	<u>Y00006</u>	<u>mmHg</u> <u>收縮壓結果對應報告序號 1</u> <u>舒張壓結果對應報告序號 2</u>	<u>2</u>
	<u>抽菸/戒菸服務</u>	<u>Y00007</u>	<u>抽菸結果對應報告序號 1</u> <u>戒菸服務結果對應報告序號 2</u> <u>1: 無</u> <u>2: 有</u>	<u>2</u>

註：

1. 依本保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案，上傳檢驗(查)結果。
2. 同時罹患糖尿病及初期慢性腎臟病個案，定期追蹤檢驗(查)項目及次數取最大值。

# 全民健康保險B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者

## 醫療給付改善方案

105年00月00日 第六版修訂

### 壹、前言

肝癌死亡率近10年來一直位居台灣癌症死因之前二位，根據全民健保統計資料，94年以來每年新增肝癌患者約9500人。另根據國民健康署(以下稱國健署)94、95年癌症登記分析肝癌臨床期別，有將近50%屬於較晚發現的第3期及第4期之肝癌。衛生福利部97年的死因統計，約有8千人死於肝癌，標準化死亡率高居各項癌症首位。據調查，死於肝癌的病患中約有80%的人為B型肝炎帶原者，而10%為慢性C型肝炎感染者，可見B、C型肝炎病毒感染是國人肝癌的主因。在感染B、C型肝炎病毒之後，帶原者有可能肝功能維持正常，或是肝功能(GOT 及GPT值)持續異常而演變為慢性肝炎，肝臟反覆發炎繼而導致肝硬化或肝癌。許金川教授研究指出全台20歲以上成人中約有300萬人是B型肝炎帶原者，約42萬人是C型肝炎感染者，其中約有25%的B型肝炎帶原者及30%的C型肝炎感染者，因無外顯症狀而不知自己帶原情況。根據2009年8月國衛院肝癌小組專家共識肝癌處理對策指引及台灣消化系醫學會指引，肝炎帶原者等高危險群每6個月需篩檢1次(證據強度等級1)。依據健保申報資料97年約有68.5萬人主診斷為肝炎或肝硬化，其中僅9.1萬人(13%)符合指引每6個月接受1次腹部超音波及肝功能檢查(GOT、GPT)。2004年發表的實證研究指出，對35-59歲的B肝帶原和慢性肝炎者每6個月提供1次腹部超音波檢查，可以降低37%的肝癌死亡率(Journal of Cancer Research and Clinical Oncology(2004)130:417-422)。綜上，對慢性B、C型肝炎患者，尤其是未曾被診斷出肝炎患者，實有加強照護及追蹤管理之必要。

有鑒於民眾通常不瞭解自己是否為B型肝炎帶原者或C型肝炎感染者，如能由全民健保提供個案追蹤管理機制，促使醫療院所持續追蹤B型肝炎帶原者和慢性C型肝炎感染者，使其能定期接受後續追蹤檢查，同時透過醫療團隊，給予完整且正確的照護，不但能讓這些病患充分瞭解自身的病況，長期而言，有助減少國人肝癌的發生，亦能有助於整體醫療費用的降低。

本方案藉由支付制度的設計，導入B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案管理追蹤之誘因，鼓勵醫療院所設計以病人為中心之完整照護，遵守個案管理追蹤指引，加強患者之追蹤及衛教服務，提供完整且連續性的照護模式，以創造被保險人、供給者及保險人三贏之局面。

## 貳、目標

- 一、建立以病患為中心的共同照護模式。
- 二、提升 B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案管理追蹤指引遵循率。
- 三、建立品質導向之支付制度。

## 參、計畫內容

一、參與本方案之醫事人員及醫事機構，須向所轄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，資格如下：

- (一) 內、消化(含消化內、外科)、兒、家醫科醫師。
- (二) 參與本計畫之院所，年度追蹤率小於 20%者，經本保險之分區業務組輔導未改善，自文到日之次月起，一年內不得再申報本方案之相關費用。

### 二、收案對象(給付對象)

- (一) 最近 6 個月內曾在該院所主診斷為 B 型肝炎帶原者或 C 型肝炎感染者至少就醫達 2 次(含)以上者(疾病診斷碼如下所列)，才可收案，惟當次收案須以主診斷【門診醫療費用點數申報格式點數清單段及填表說明之國際疾病分類號(一)】收案。

ICD-9-CM：070.30-070.33、070.51、070.54、571.40-571.49、571.5、V02.61、V02.62；

ICD-10-CM：B16.1、B16.9、B18.0、B18.1、B19.10、B17.10、B19.20、B18.2、K73、K75.4、K74.60、K74.69、Z22.51、Z22.52

- (二) 同一院所經結案對象 1 年內 不得再收案，但院所仍可依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準申報相關醫療費用。
- (三) 個案若符合全民健康保險加強慢性 B 型或 C 型肝炎治療計畫的用藥條件，可接受 B、C 型肝炎用藥的療程治療，其支付方式按全民健康保險藥物給付項目及支付標準規定辦理。
- (四) 追蹤個案收案前需與病人解釋本方案實施之目的及需病人配合定期回診等事項，並發給相關文宣資料詳附件一，經病人同意配合方得收案，並將病人或親屬同意書簽名黏貼於病歷表上，未黏貼

者，不予支付管理照護費。

(五) 本方案建議照護醫師團隊需衛教個案維持正常作息、均衡飲食及遠離菸酒，並對吸菸者提供戒菸資訊。

(六) 個案在醫師的照護下接受個案管理追蹤，因工作、遷移等因素需做轉診接續管理追蹤時，該個案之院所應先上網辦理轉介(轉出)程序後，即由受理轉診之院所再上網辦理轉介(轉入)程序，接續個案管理追蹤。為免個案中斷管理追蹤超過一年，喪失管理追蹤之權益，原負責管理追蹤與接續管理追蹤之院所應儘速執行轉介程序。

### 三、結案條件：

(一) 可歸因於病人者，如失聯超過一年(≥360天)、拒絕再接受管理追蹤。

(二) 病患罹患肝癌、肝昏迷個案不符收案資格。

(三) 死亡。

### 四、給付項目及支付標準：

(一) 新收案及追蹤管理照護費(詳附件二)：符合本計畫之B型肝炎帶原者或C型肝炎感染者個案管理追蹤，接受以醫師為主導之醫療團隊提供常規性B、C型肝炎追蹤檢查之完整性照護，醫療院所得定期申報管理照護費。

(二) 肝癌早期發現費(詳附件二)：首次被診斷肝癌(155)且肝癌診斷期別為第1期或第2期，並取得重大傷病卡，醫療院所得申報早期發現費，肝癌期別登錄於VPN並記載於病歷備查。

(三) 品質提升獎勵費：醫療院所達成該院所年度品質指標，所完成追蹤照護個案，得給付照護品質提升獎勵費用，每人次支付100點。

(四) 本方案之疾病管理照護費用及相關品質獎勵費用，於全民健康保險醫院總額及西醫基層總額之「醫療給付改善方案」專款項下支應，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

### 五、品質資訊之登錄及監測

(一) 參與本方案之特約醫療院所應依保險人規定內容(如附件三)，登錄檢驗、檢查結果資訊。



- (二) 保險人視情形舉辦本方案執行概況檢討或發表會，藉以進行執行成果檢討及經驗交流。

## 六、醫療費用申報及審查原則

### (一) 申報原則：

1. 醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。
2. 門診醫療費用點數申報格式點數清單段醫令清單段填表說明。
  - (1) 屬本方案收案之保險對象，其就診當次符合申報 P 碼者，於申報費用時，門診醫療費用點數申報格式點數清單段之案件分類應填『E1』、特定治療項目代號(一)應填『H7』。未符合申報上述醫令者，依一般費用申報原則辦理。
  - (2) 申報方式：併當月份送核費用申報。
3. 醫師視臨床需要依專業判斷提供檢查及診療服務，依一般費用申報規定申報，不以本方案建議檢查項目及次數為限。

### (二) 審查原則

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

## 七、品質獎勵措施：

以參與本方案之醫療院所為單位，全部達成下列所有品質指標目標值之院所，依所完成追蹤之個案數每個案給予 100 點獎勵，品質指標之計算自本方案公告日起起算，相關進步指標之計算自本方案公告日累計兩年執行率後再予核算。未全部達成者，獎勵費用不予給付。

### (一) 門檻指標：

1. 醫學中心及區域醫院當年度收案人數須  $\geq 50$  人以上。
2. 地區醫院及基層診所當年度收案人數須  $\geq 20$  人以上。

### (二) 品質指標：

1. 收案率  $\geq 30\%$ ：

➤ 定義：

(1)分母：指該院所當年度符合收案條件患者（最近6個月曾在該院所主診斷為B型肝炎帶原者或C型肝炎感染者，至少就醫達2次(含)以上者）。

(2)分子：當年度該院所本方案所收案個案數。

## 2. 腹部超音波檢查執行進步率

➤ 定義：

(1)分母：當年度該院所收案之個案數。

(2)分子：當年度該院所之個案，依本方案建議(半年執行1次)執行腹部超音波檢查個案數。

(3)基準：當年度腹部超音波檢查執行率 > 上年度該院所個案腹部超音波檢查執行率。(當年度執行率100%亦屬達成)。

## 3. 年度完整追蹤率 ≥ 50%

➤ 定義：

(1)分母：當年度該院所收案個案數，排除最後1季新收個案。

(2)分子：當年度該院所之個案，申報追蹤管理照護個案數。

八、資訊公開：保險人得公開參與本方案之醫療院所名單及相關品質資訊供民眾參考。

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

## 全民健康保險 B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者 醫療給付改善方案給付項目及支付標準

通則：

- 一、本方案給付項目及支付標準按表訂項目及點數辦理，相關檢驗檢查及未訂項目按現行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準辦理。
- 二、符合本方案之 B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案，若合併其它疾病且分屬保險人辦理之不同方案收案對象時(例如：氣喘...等)，除依本方案支付標準申報外，得再依相關方案或計劃申報費用，肝癌、肝昏迷個案不得加入本方案。
- 三、本方案之管理照護費(P4201C、P4202C)每一病患全年合計申報上限為兩次。

編號	診療項目	支付點數
P4201C	新收案管理照護費 註： <u>1.限新收案或結案再收案者申報，惟須符合本方案之收案對象(二)之規定。</u> 2.跨院所不得重複收案。	100 點/次
P4202C	追蹤管理照護費 註：1.申報新收案後至少須間隔3個月才能申報本項。 2.本項每年最多申報兩次，每次間隔至少6個月。	100 點/次
P4203C	超音波檢查早期肝癌病兆-篩檢異常及轉介費 註：同時符合下列條件申報本項費用。 1.限收案之院所申報，且須將病患確診檢查之肝癌期別於健保VPN登錄，並記載於病歷備查。 2.經後送醫院肝癌診斷期別為第1期或第2期且取得重大傷病卡之個案。	500 點/次
P4204C	肝癌早期發現費-確診 註：1.限參加本計畫且承接前項院所轉介案經執行確診檢查之院所申報。 2.申報此項醫院需協助病人首次被診斷肝癌(155)且取得重大傷病卡，其肝癌診斷期別為第1期或第2期。	500 點/次
P4205C	肝癌早期發現費-篩檢及確診 註：1.限收案及早期肝癌確診之同院所申報，同一收案對象不得與P4203C及P4204C併同申報。 2.申報此項係首次被診斷肝癌(155)且取得重大傷病卡，其肝癌期別為第1期或第2期之病人，肝癌期別於健保VPN登錄，並記載於病歷備查。	1000 點/次

### 附件三

## 全民健康保險 B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者 醫療給付改善方案個案登錄系統必要欄位簡化表

### 一、新收案(身分證號、病人姓名、病人生日等欄位)

必填欄位：

1. 新收案日期、肝炎類型
2. Blood 檢驗：HBsAg、HBeAg、Anti-HCV 及肝功能檢查（GOT、GPT）檢查結果
3. 腹部超音波檢查結果

### 二、追蹤管理(身分證號、病人姓名、病人生日等欄位會自動帶出)

必填欄位：

1. 追蹤管理日期
2. Blood 檢驗：GOT、GPT 檢查結果
3. 腹部超音波檢查結果(6 個月 1 次)

### 三、肝癌早期發現個案(身分證號、病人姓名、病人生日等欄位會自動帶出)

必填欄位：

1. 篩檢異常日期
2. 確診肝癌日期
3. 肝癌期別

# 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

## 第三部 牙醫

### 第一章 門診診察費

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	一 牙科門診診察費					
	1. 每位醫師每日門診量在二十人次以下部分(≤20)					
00121C	1) 處方交付特約藥局調劑	V	V	V	V	230
00122C	2) 未開處方或處方由本院所自行調劑	V	V	V	V	230
	2. 每位醫師每日門診量超過二〇人次部分(>20)					
00123C	1) 處方交付特約藥局調劑	V	V	V	V	120
00124C	2) 未開處方或處方由本院所自行調劑	V	V	V	V	120
	3. 山地離島地區					
00125C	1) 處方交付特約藥局調劑	V	V	V	V	<del>250</del> 260
00126C	2) 未開處方或處方由本院所自行調劑	V	V	V	V	<del>250</del> 260
	註：1. 處方交付特約藥局調劑或未開處方者，不得申報藥事服務費。 2. 處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。 3. 偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑申報。 4. 本項支付點數含護理費29-39點。					
<b>00304C</b>	<b>身心障礙者轉出醫療院所至特殊醫療服務計畫院所之轉診費用</b>	<b>V</b>	<b>V</b>	<b>V</b>	<b>V</b>	<b>200</b>
	註： <b>1. 交付病人牙醫醫療院所轉診單(附表3.3.4)，且病歷應記載。</b> <b>2. 提供病人或家屬相關諮詢及轉出病摘(不包含X光片)。</b>					
	一符合加強感染管制之牙科門診診察費					
	1. 每位醫師每日門診量在二十人次以下部份 (<=20)					
00129C	一處方交付特約藥局調劑	V	V	V	V	<del>285</del> 313
00130C	一未開處方或處方由本院所自行調劑	V	V	V	V	<del>285</del> 313
	2. 山地離島地區					
00133C	一處方交付特約藥局調劑	V	V	V	V	<del>305</del> 343

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
00134C	<p>— 未開處方或處方由本院所自行調劑</p> <p>註：1. 牙醫特約醫事服務機構須依「牙醫院所感染管制SOP作業細則」執行，並依附表3.1.1「牙醫院所感染管制SOP作業考評表」自行評分，自評合格者應將考評表函送至保險人所轄分區業務組，並於次月開始申報之。惟經抽查不合格者自文到次月起不得申報，三個月後得申請複查，通過者於文到次月起得再行申報。</p> <p>2. 初次申報此項時，附上「牙醫院所感染管制SOP作業考評表」以為核備。</p> <p>3. 處方交付特約藥局調劑或未開處方者，不得申報藥事服務費。</p> <p>4. 處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。</p> <p>5. 偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑。</p> <p>6. 本項支付點數含護理費29-39點。</p>	V	V	V	V	<del>305</del> <u>343</u>

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

#### 第一節 牙體復形 Operative Dentistry (89001-89013~~5~~, 89088, 89101-89113)

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
89004C	前牙複合樹脂充填 Anterior teeth composite resin restoration —單面 single surface	V	V	V	V	<del>450</del> <b>500</b>
89005C	—雙面 two surfaces	V	V	V	V	<del>600</del> <b>650</b>
	註：1. 同類牙申報前牙複合樹脂充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，89008C~89012C) 費用。 2. 應於病歷詳列充填牙面部位。 3. 申報面數最高以二面為限。					
<b>89014C</b>	<b>前牙雙鄰接面複合樹脂充填</b> <b>Composite resin restoration for Mesio and disto proximal caries</b> 註： 1. 同類牙申報前牙雙鄰接面複合樹脂充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填（89001C~89005C，89008C~89012C）費用。 2. 應於病歷詳列充填牙面部位。	<b>V</b>	<b>V</b>	<b>V</b>	<b>V</b>	<b>1200</b>
<b>89015C</b>	<b>後牙雙鄰接面複合樹脂充填</b> <b>Composite resin restoration for Mesio and disto proximal caries</b> 註： 1. 同類牙申報後牙雙鄰接面複合樹脂充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填（89001C~89005C，89008C~89012C）費用。 2. 應於病歷詳列充填牙面部位。	<b>V</b>	<b>V</b>	<b>V</b>	<b>V</b>	<b>1450</b>
89088C	牙體復形轉出醫療院所之轉診費用 註： 1. 交付病人 <b>牙醫醫療院所</b> 轉診單(附表3.3.4)，且病歷應記載。 2. 提供病人或家屬相關諮詢及轉出病摘(不包含X光片)。	V	V	V	V	<del>50</del> <b>200</b>

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
89104C	特殊狀況之前牙複合樹脂充填 Anterior teeth composites resin restoration —單面 single surface	V	V	V	V	<del>450</del> <b>500</b>
89105C	—雙面 two surfaces	V	V	V	V	<del>600</del> <b>650</b>
註：1. 適用於「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。 2. 應於病歷詳列充填牙面部位。 3. 申報面數最高以二面為限。						

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
90088C	根管治療轉出醫療院所之轉診費用 <u>1. 交付病人牙醫醫療院所轉診單(附表3.3.4)，且病歷應記載。</u> <u>2. 提供病人或家屬相關諮詢及轉出病摘(不包含X光片)。</u>	V	V	V	V	<del>50</del> <b>200</b>

## 第三節 牙周病學 Periodontics (91001~91014, 91088, 91104, 91114)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
91013C	牙齦切除術 Gingivectomy 施行根管治療或牙體復形時，所需之牙齦切除術 註：1. 不得同時申報 91011C及 91012C。 2. 應與根管治療或牙體復形合併申報。 <u>3. 局部麻醉費用已內含。</u> <u>4. 以合併之主處置齒位申報。</u>	V	V	V	V	<del>300</del> <b>330</b>
91088C	牙周病轉出醫療院所之轉診費用 註： <u>1. 交付病人牙醫醫療院所轉診單(附表3.3.4)，且病歷應記載。</u> <u>2. 提供病人或家屬相關諮詢及轉出病摘(不包含X光片)。</u>	V	V	V	V	<del>50</del> <b>200</b>



第四節 口腔顎面外科 Oral Surgery (92001~92073, 92088-92099, ~~92094~~)

第一項 處置及門診手術

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92020B	口內軟組織腫瘤切除 Intraoral excision of soft tissue tumor 註：1. 淋巴切除(lymphadectomy)比照申報。 2. 本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。 3. 應附病理報告。		V	V	V	<del>1210</del> <u>1800</u>
92034B	口竇瘻管 <u>相通</u> 修補術 Repair oro-antral fistula <u>or communication</u> 註： <u>1. 本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。</u> <u>2. 需檢附X光片或相片佐證。</u>		V	V	V	5710
92041C	齒槽骨成形術(1/2顎以內) Alveoplasty (under 1/2 arch) 註：需檢附術前X光片 <u>或照片</u> 以為審核 (X光片、 <u>照片</u> 及局部麻醉費用已內含)。	V	V	V	V	570
92042C	齒槽骨成形術(1/2顎以上) Alveoplasty (more than 1/2 arch) 註：需檢附術前X光片 <u>或照片</u> 以為審核 (X光片、 <u>照片</u> 及局部麻醉費用已內含)。	V	V	V	V	1070
92047B	顎關節內注射 Intraarticular injection		V	V	V	<del>400</del> <u>600</u>
92053B	<u>硬式</u> 咬合板治療 Occlusal bite splint 註：1. 為同一療程，含診斷、所有處置、日後調整費及材料費。 2. 病歷應詳實記載處置過程並附術後照片 (照片費用內含)。 3. 一年內不得重覆申報本項。		V	V	V	4000
92054B	軟性咬合器治療 Soft splint 註：含材料費。		V	V	V	<del>500</del> <u>800</u>

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
92056C	骨瘤切除術 Tumor excision Bone tumor < 1 cm 註：1. 需檢附 X 光片、病理檢查報告及手術記錄於病歷上以為審核（X 光片及局部麻醉費用已內含）。 2. torus 之切除應檢附 <b>術前</b> 照片（規格需為 3*5 吋以上且可清晰判讀）舉證影響口腔功能。	V	V	V	V	5010
92057C	骨瘤切除術 Tumor excision 1 cm ≤ Bone tumor ≤ 2 cm 註：1. 需檢附 X 光片、病理檢查報告及手術記錄於病歷上以為審核（X 光片及局部麻醉費用已內含）。 2. torus 之切除應檢附 <b>術前</b> 照片（規格需為 3*5 吋以上且可清晰判讀）舉證影響口腔功能。	V	V	V	V	10010
92058C	骨瘤切除術 Tumor excision Bone tumor > 2 cm 註：1. 需檢附 X 光片、病理檢查報告及手術記錄於病歷上以為審核（X 光片及局部麻醉費用已內含）。 2. torus 之切除應檢附 <b>術前</b> 照片（規格需為 3*5 吋以上且可清晰判讀）舉證影響口腔功能。	V	V	V	V	15010
92088C	口腔顎面外科轉出醫療院所之轉診費用 註： <b>1. 交付病人牙醫醫療院所轉診單(附表 3.3.4)，且病歷應記載。</b> <b>2. 提供病人或家屬相關諮詢及轉出病摘(不包含 X 光片)。</b>	V	V	V	V	<del>50</del> <b>200</b>

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
92069B	複雜型顱顎障礙症之特殊咬合板 Special occlusal bite splint treatment for complicated craniomandibular disorders 註： 一、本項須符合下列顱顎障礙症功能檢查所述適應症中2項(含)以上，且經藥物或其他保守性治療一個月仍無效始得施行。 二、適應症： 1. 下顎運動最大張口距：小於35mm。 2. 終極試驗：大於5mm或小於1mm。 3. 顱顎關節雜音之聽診：單或雙側具彈響(clicking sound)或軋髮音(crepitus sound)。 4. 顱顎關節區觸診：單或雙側有壓痛。 5. 外翼狀肌之拮抗試驗：單或雙側為「+」。 6. 咀嚼肌觸診之檢查結果：一個以上肌肉之觸診結果為「+」。 三、一年內不得申報92053 B及本項。 <u>四、病歷應詳實記載處置過程並附口內配戴照片(照片費用內含)。</u>		V	V	V	7000
92073C	口腔黏膜難症特別處置 Management of difficult oral mucosal disease 註：1. 限經臨床特徵或病理報告確診為特殊口腔黏膜難症疾病患者申報。 <del>2. 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備醫師申報。</del> <del>3.</del> <u>2.</u> 每七天申報乙次，診斷確立起三百六十天內不得申報超過二十四次。 <del>4.</del> <u>3.</u> 病歷應詳實記載並檢附(1)病理切片報告(二年內)或(2)相關血液檢驗報告(二年內)或(3)詳細臨床病歷以為審核。 <del>5.</del> <u>4.</u> 不得同時申報92001C、92066C處置。	V	V	V	V	600

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92090C	<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：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 須附二年內病理切片報告或病歷載明詳細病史(照片)，且經確診為頭頸口腔癌或癌前病變(PMD)患者(<u>臨床診斷類別(ICD-10-CM)：紅斑(D10.3)、白斑(K13.21、K13.3)、疣狀增生(D10.3)、口腔黏膜纖維化(K13.5)、扁平苔癬(L43.0-L43.9、L66.1)</u>)。</li> <li>2. <del>第一次</del>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<u>92091C</u>)併同申報。</li> <li>3. <del>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。</del></li> <li>4. <del>填寫口腔照護定期檢查紀錄表，詳如附件二。</del></li> <li>5. <del>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。</del></li> <li>3. <u>病歷應詳實記載追蹤治療紀錄。</u></li> <li>4. 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)</li> <li>5. 嚼檳榔、抽菸、喝酒等不良習慣(致癌因子)之戒除輔導。</li> <li>6. 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。</li> </ol>	Y	Y	Y	Y	600

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92091C	<p>非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療 Irregular oral potentially malignant disorder follow-up treatment</p> <p>註： 1. <del>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)</del><u>92090C</u>併同申報。</p> <p>2. 須附二年內病理切片報告或病歷載明詳細病史(照片)，且經確診為頭頸口腔癌或癌前病變(PMD)患者(<u>臨床診斷類別(ICD-10-CM)：紅斑(D10.3)、白斑(K13.21、K13.3)、疣狀增生(D10.3)、口腔黏膜纖維化(K13.5)、扁平苔癬(L43.0-L43.9、L66.1)</u>)。</p> <p><del>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。</del></p> <p><del>4. 填寫口腔照護定期檢查紀錄表，詳如附件二。</del></p> <p><del>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。</del></p> <p><u>3. 病歷應詳實記載追蹤治療紀錄。</u></p> <p><del>4.</del> <u>4. 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)。</u></p> <p><del>5.</del> <u>5. 嚼檳榔、抽菸、喝酒等不良習慣(致癌因子)之戒除輔導。</u></p> <p><u>6. 超過120天者則以非定期性口腔癌前病變追蹤治療申報。</u></p>	Y	Y	Y	Y	400
92092C	<p><u>乳牙複雜性拔牙</u> <u>Complicated extraction of deciduous teeth</u></p> <p>註： <u>1. 限乳牙申報。</u> <u>2. 適應症包含：</u> <u>(1)全身性疾病(同92014C複雜性拔牙)。</u> <u>(2)乳牙牙根 &gt; 1/2。</u> <u>(3)恆牙異位萌發造成乳牙無法正常換牙。</u> <u>(4)牙根骨黏合或 submerged tooth。</u> <u>(5)外傷合併其它口內或嘴唇周圍的傷口。</u> <u>(6)併生牙(fusion)。</u> <u>(7)乳牙牙根彎曲。</u> <u>(8)因外傷或齶齒造成之牙根斷裂。</u> <u>(9)因外傷造成之牙齒牙齦內推(intrusion)。</u> <u>3. 需檢附術前X光片以為審核(X光片及局部麻醉費用已內含，全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫經安撫無法配合之特定身心障礙者不在此限)</u></p>	Y	Y	Y	Y	560

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
92093B	<u>牙醫急症處置</u> <u>(Oral &amp; Maxillofaical Emergent Treatment)</u> <u>註：</u> <u>1. 適應症：</u> <u>(1) 顏面及牙齒疼痛，經藥物控制不佳者(K04.0, K05.2)。</u> <u>(2) 外傷導致之牙齒脫落或斷裂(S03.2, S02.5)。</u> <u>(3) 拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血(K91.840)。</u> <u>(4) 下顎關節脫臼(S03.0)。</u> <u>(5) 顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎(K12.2, L03.221)。</u> <u>(6) 口腔及顏面撕裂傷(S01.5)。</u> <u>2. 進行緩解之相關處置：如止痛、局部非特定處理、牙髓緊急處理、牙周緊急處理、止血。</u> <u>3. 需檢附檢傷分類等級、生命徵象(血壓、心跳速率、呼吸速率)與意識狀況(Glasgow coma score)等護理紀錄。</u> <u>4. 不得同時申報 34001C、34002C、90004C、91001C、92001C、92012C、92043C、92066C、92071C。。</u>		V	V	V	1000
92094C	<u>週日及國定假日牙醫門診急症處置</u> <u>註：</u> <u>1. 限週日及國定假日申報，其日期認定同附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則。</u> <u>2. 當月看診天數需≤25 日，超過 25 日則本項不予支付。</u> <u>3. 院所需於前一個月於 VPN 完成當月門診時間登錄，始得申報本項目。(前一個月完成次月看診時段之登錄，若有異動者須修訂看診起日及時段並儲存，無異動者僅須點選「儲存」後，會自動完成登錄註記。)</u> <u>4. 適應症：</u> <u>(1) 顏面及牙齒疼痛，經藥物控制不佳者(K04.0, K05.2)。</u> <u>(2) 外傷導致之牙齒脫落或斷裂(S03.2, S02.5)。</u> <u>(3) 拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血(K91.840)。</u> <u>(4) 下顎關節脫臼(S03.0)。</u> <u>(5) 顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎(K12.2, L03.221)。</u> <u>(6) 口腔及顏面撕裂傷(S01.5)。</u> <u>5. 進行緩解之相關處置：如止痛、局部非特定處理、牙髓緊急處理、牙周緊急處理、止血。</u> <u>6. 不得同時申報 34001C、34002C、90004C、91001C、92001C、92012C、92043C、92066C、92071C。</u>	V	V	V	V	800

### 附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則

#### 一、實施範圍定義：

##### (一)醫療費用

1. 申報之總醫療費用點數(含部分負擔)。

2. 下列項目費用，不列入計算：

~~(13)~~ (1) 週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。

~~(5)~~ (2) 支付標準適用地區以上醫院之表別(A、B表)項目。

~~(1)~~ (3) 案件分類為 14、16 等專款專用之試辦計畫項目。

~~(12)~~ (4) 案件分類為 15—牙周病統合照護計畫申報點數(P4001C、P4002C、P4003C)。

~~(9)~~ (5) 案件分類為 19—特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。

~~(14)~~ (6) 案件分類為 19—特殊治療項目代號為「JA」或「JB」全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫。

~~(3)~~ (7) 案件分類為 A3—牙齒預防保健案件(案件分類為 A3)。

~~(8)~~ (8) 案件分類為 B6—職災代辦案件(案件分類為 B6)。

~~(15)~~ (9) 案件分類為 19—口腔癌統合照護計畫(P4501C、P4502C)。

~~(16)~~ (10) 案件分類為 19—口腔黏膜難症特別處置(92073C)。

~~(4)~~ (11) 案件分類為 B7—行政協助門診戒菸(B7)部份。

~~(2)~~ (12) 加成之點數。

~~(6)~~ (13) 初診診察費差額。

~~(7)~~ (14) 感染管制診察費差額。

~~(10)~~ (15) 山地離島診察費差額。

~~(11)~~ (16) 牙醫急診診察費差額。

(17) 特定牙周保存治療(91015C、91016C)、牙周病支持性治療(91018C)。

##### (二)下列牙醫師不適用本原則之折付方式：

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

2. 專科醫師。

3. 該鄉鎮市區每位牙醫師平均服務人口在4500人以上之專任牙醫師。

4. 該鄉鎮市區只有一位之專任牙醫師。

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

註：以上第2項專科醫師，係中華民國牙醫師公會全國聯合會按季提供之轉診加成專科醫師名單之醫師；第3項鄉鎮市區人口數以內政部統計為準，牙醫師以同期保險人醫院及基層院所牙醫師數統計為準；第1、3、4項每半年公告一次名單。

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

- (一) 先計算每位醫師每月申報醫療費用(=申報總醫療點數(含部分負擔)-排除項目費用點數)，點數在 50(含)萬點以下時維持原費用點數，超過 50 萬點時，則按下列分級予以折付：在 50-60 (含) 萬點部分乘以 0.78，在 60-70 (含) 萬點部分乘以 0.39，在 70 萬點以上部分乘以 0.10 之方式，計算當月該醫師折付上限總點數。

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

註 2：全國醫師別總費用歸戶後，申報醫師 ID 檢核錯誤及醫師以 A 報 B 者均不予支付，且不得申復，但重大行政或系統問題所致者，由保險人衡酌處理，且同院所一年不得超過 1 次。

- (二) 前開醫師折付上限總點數，按該醫師在多處院所申報醫療費用比例，計算該醫師在某院所之折付上限點數。
- (三) 計算各院所各醫師合計折付點數上限(=所有醫師折付上限點數合計+排除項目費用點數)。嗣後，該院所審查核付點數如大於折付點數上限，按折付點數上限核給費用；如小於折付點數上限，則按核付點數核給費用。

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



**新增附表 3.3.4**

**附表 3.3.4 牙醫醫療院所轉診單**

原診 療醫 療院 所	<u>院所名稱：</u>		<u>電話：</u>		醫師 簽 章
	<u>醫事機構代碼：</u>		<u>傳真：</u>		
	<u>院所地址：</u>				
保險 對象 基本 資料	<u>姓名：</u>		<u>性別：</u> <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	<u>身分證字號：</u>		<u>出生日期：</u> 民國 (前) 年 月 日		
	<u>聯絡電話：</u>		<u>聯絡人：</u>		<u>關係：</u>
	<u>聯絡地址：</u>				
轉診 科別 項目	<input type="checkbox"/> 1. 牙髓病科：				
	<input type="checkbox"/> 2. 口腔顎面外科/口腔診斷/口腔病理/顛顎關節障礙：簡單拔牙以外之所有項目				
	<input type="checkbox"/> 3. 牙周病科：洗牙以外之所有項目				
	<input type="checkbox"/> 4. 兒童牙科(行為管理困難、全身性疾病)：				
	a. 牙髓病科轉診項目 b. 口腔外科轉診項目 c. 牙體復形轉診項目				
	<input type="checkbox"/> 5. 牙體復形科：後牙樹脂填補				
<input type="checkbox"/> 6. 身心障礙者轉出醫療院所至特殊醫療服務計畫院所					
病歷 摘要	<u>病情摘要：(主訴及簡短病史)</u>				
	<u>診斷：</u>				
	<u>轉診目的：</u>				
建議 轉診 院所	<u>院所名稱：</u>		<u>電話：</u>		
	<u>科別：</u>	<u>醫師：</u>	<u>傳真：</u>		
	<u>地址：</u>				
接受 轉診 醫療 院所	<u>治療摘要與建議：</u>				
	<u>治療日期：</u> 年 月 日 至 年 月 日				
	<u>處理結果：</u>				
	<input type="checkbox"/> a. 轉回原轉診單位繼續雙向追蹤診察、治療				
	<input type="checkbox"/> b. 繼續門診追蹤治療待完成治療後再轉回原轉診單位				
	<input type="checkbox"/> c. 其他				
	<u>院所名稱：</u>		<u>科別：</u>		醫師 簽 章
<u>醫師：</u>		<u>電話：</u>			
<u>回覆日期：</u>		<u>傳真：</u>			

備註：1. 轉診單開立三十日內至受轉診加成醫療院所就診方能申報轉診加成。

2. 本轉診單限使用乙次。

3. 以上欄位均屬必填，如無則填無。

第一聯：原診療醫療院所留存

第二聯：接受轉診(轉入)醫療院所留存

第三聯：接受轉診(轉入)醫療院所回覆原診療醫療院所

## 105 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

### 一、依據

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

### 二、目的

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

### 三、實施期間

105年1月1日至105年12月31日止。

### 四、年度執行目標

本計畫以至少達成 96,650 服務人次為執行目標。

### 五、預算來源

105年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「牙醫特殊服務計畫」專款項目下支應，其經費為 4.73 億元。

### 六、先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：

(一)適用範圍及支付標準詳如【附件1】。

(二)申請條件：

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

(三)每點支付金額1元。

(四)申報及審查規定：

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

(五)申請程序：

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

七、特定身心障礙者牙醫醫療服務：

(一)適用對象符合下列條件之一：

屬肢體障礙（限腦性麻痺及重度以上肢體障礙）、植物人、智能障礙、自閉症、中度以上精神障礙、失智症、多重障礙（或同時具備二種及二種以上障礙類別者）、頑固性(難治型)癲癇、因罕見疾病而致身心功能障礙者、重度以上視覺障礙者、重度以上重要器官失去功能者、染色體異常或其他經主管機關認定之障礙(須為新制評鑑為第 1、4、5、6、7 類者)、發展遲緩兒童、失能老人（非屬上述身心障礙者）等身心障礙者。其中：

1. 腦性麻痺係以重大傷病卡診斷疾病碼前 3 碼為 343 加以認定，餘以主管機關公告之身障類別認定(詳附件 2)，符合資格者會於全民健康保險憑證（以下稱健保卡）中重大傷病欄中牙醫特定身心障礙者註記，極重度註記 1，重度者 2，中度者 3，輕度者 4，醫師可據以獲知身障別，如無法查知者，可依病患提供之身心障礙手冊或證明【腦性麻痺可提供重大

傷病卡、發展遲緩兒童應檢附由衛生福利部國民健康署(以下稱健康署)委辦之兒童發展聯合評估中心開具之綜合報告書(診斷頁)或辦理聯合評估之醫院開具發展遲緩診斷證明書】提供服務。

2. 失能老人：係指居住於衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)者(須檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本)，或屬衛生福利部社會及家庭署所訂「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」(以下稱失能老人長照補助辦法)之補助對象為各縣市長期照顧管理中心個案。

(二)提供牙醫醫療服務類型及申請條件：

\*\*院所牙醫醫療服務，得就以下擇一申請：

1. 初級照護院所

(1)院所資格：

- A. 設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備。
- B. 院所 3 年內不得有違約記點【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。以保險人第一次發函處分之停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

(2)醫師資格：

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

服務機構停止特約以上之處分。以保險人第一次發函處分之停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

## 2. 進階照護院所

### (1) 院所資格：

- A. 可施行鎮靜麻醉之醫療院所及提供完備醫療之醫護人員。
- B. 設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備、麻醉機、心電圖裝置 (Monitor, 包括血壓、脈搏、呼吸數之監測、血氧濃度 oximeter)、無障礙空間及設施。
- C. 需 2 位以上具有從事相關工作經驗之醫師。
- D. 院所 3 年內不得有違約記點【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。以保險人第一次發函處分之停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

### (2) 醫師資格：

- A. 2 位以上具有從事相關工作經驗之醫師，負責醫師自執業執照取得後滿 5 年以上之臨床經驗，其他醫師自執業執照取得後滿 1 年以上之臨床經驗。
- B. 每位醫師首次加入計畫須接受 6 學分以上身心障礙口腔醫療業務之基礎教育訓練，加入計畫後每年須再接受 4 學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關之再進修教育課程 (每年再進修課程不得重覆，惟執行到宅醫療之醫師須修習與到宅醫療之相關學分)；加入本計畫之醫師須累積七年以上且超過 30 (含) 學分後，得繼續執行計畫，惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。
- C. 醫師 3 年內不得有視同保險醫事服務機構違約記點(屬特管辦法第三十六條第二款者不在此限)或扣減費用、6 年內不得有視同保險醫事服務機構停止特約以上之處分。以保險人第一次發函處分之停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

\*\*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以及衛生福利部所屬老人福利機構（或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構）等單位，其內部須設置固定牙科診間和醫療設備器材（含可正常操作且堪用的診療椅和相關設備、氧氣、急救藥品等），方得提供牙醫醫療服務。另服務機構內保險對象名冊，依特管辦法執行。
2. 醫事人員前往提供服務前須事先向當地衛生主管機關完成支援報備及報保險人分區業務組備查，醫療費用須帶回執業登記院所申報。
3. 醫師資格：
  - (1) 醫療團之醫師，執業登記院所若為已加入本計畫執行者，得優先申請加入醫療團。
  - (2) 自執業執照取得後滿 1 年以上之臨床經驗，並接受 6 學分以上身心障礙等相關之教育訓練且 3 年內不得有視同保險醫事服務機構違約記點（屬特管辦法第三十六條第二款者不在此限）或扣減費用、6 年內不得有視同保險醫事服務機構停止特約以上之處分。以保險人第一次發函處分之停約日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者）。
4. 提供「特定需求者」牙醫醫療服務：
  - (1) 服務對象：係指居住於身心障礙福利機構（不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心）或衛生福利部所屬老人福利機構（或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構）內，且長期臥床，無法移動至固定診療椅之牙醫醫療服務需求者。
  - (2) 院所參與資格及服務方式：由各縣市牙醫師公會組成醫療團、醫學中心、參與衛生福利部「特殊需求者牙科醫療服務示範中心獎勵計畫」之醫院或參與本計畫之進階照護院所，且符合進階照護院所資格之醫

師組成醫療團，至身心障礙福利機構（不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心）、衛生福利部所屬老人福利機構（或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構），為長期臥床且無法移動至固定診療椅之患者，在患者床邊提供牙醫醫療服務。

#### \*\*到宅牙醫醫療服務

1. 服務對象須符合下列條件之一：
  - (1) 符合居家照護條件之特定障礙類別（需同時符合下列條件）：
    - A. 病人只能維持有限之自我照顧能力，即清醒時，百分之五十以上活動限制在床上或椅子上。
    - B. 有明確之醫療與護理服務項目需要服務者。
  - (2) 屬「失能老人長照補助辦法」之補助對象，列為各縣市長期照顧管理中心之個案，且因疾病、傷病長期臥床的狀態，清醒時 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之患者。
2. 符合本計畫到宅牙醫醫療服務之適用對象，由醫師提出口腔醫療需求評估及治療計畫（含個案訪視），經牙醫全聯會初核，並彙送保險人分區業務組核定者。
3. 院所及醫師資格：由各縣市牙醫公會、醫學中心、參與衛生福利部「特殊需求者牙科醫療服務示範中心獎勵計畫」之醫院或參與本計畫之照護院所，且須接受到宅醫療相關課程之醫師，至服務對象所在之居所（家中）提供牙醫醫療服務。
4. 醫事人員前往提供服務前須事先向當地衛生主管機關完成支援報備之申請，並檢具報備支援證明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，醫療費用須帶回執業登記院所申報。
5. 牙醫服務內容及設備：
  - (1) 基於安全考量，以提供牙周病緊急處理、牙周敷料、牙結石清除、牙周病控制基本處置、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。

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

(三)費用支付及申報規定：

1. 給付項目及支付標準：

- (1) 加成支付：除麻醉項目外，屬論量計酬之項目得加成申報，即：極重度身障患者得加 7 成、重度患者得加 5 成、中度患者（含發展遲緩兒童）及中度以上精神疾病患者得加 3 成、輕度患者（含失能老人）得加 1 成。
- (2) 氟化物防齲處理(支付標準編號為 P30002)：執行特定身心障礙者牙醫醫療服務時，得依病情適時給予氟化物防齲處理。每次支付 500 點，每 90 天限申報 1 次。
- (3) 醫療團牙醫服務：
- A. 得採論次加論量支付方式，由各醫師帶回執業院所申報論量及論次支付點數。
- B. 論次項目(支付標準編號為 P30001)：每小時 2400 點(內含護理費)，每位醫師每診次以 3 小時為限（不含休息、用餐時間），平均每小時至少服務 1 人次，**服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者不得申報該小時費用**。
- (4) 到宅及特定需求者牙醫服務：
- A. **到宅牙醫服務**：採論次支付方式，**每乙案 5700 點，支付標準代碼為 P30005（內含護理費、口腔預防保健，且不得收取其它自費項目），並不得再依身障等級別計算加成費用**，由各醫師帶回執業院所申報。
- B. **特定需求者牙醫服務**：**得採論次加論量支付方式**項目（支付標準編



號為 P30003) )，每小時 1900 點 (內含護理費，且不得收取其它自費項目)，每位醫師每診次以 3 小時為限 (不含休息、用餐時間)，平均每小時至少服務 1 人次，服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者均不得申報該小時費用。

C. 醫師執行牙醫醫療服務每日達 5 人以上，第 5 人起按 6 折支付，每日最多 8 人為限，且每月不超過 80 人；每位醫師支援每週不超過 2 日。另每一個案以 2 個月執行 1 次為限原則，並依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定施行。

D. 訪視費項目 (支付標準編號為 P30006)：須經牙全會初核，並彙送保險人分區業務組核定者，方可執行；每年每乙個案訪視費用 1553 點以乙次為限，並不得再依身障等級別計算加成費用，申報費用時應檢附「口腔醫療需求評估及治療計畫」，並詳述理由，訪視醫師以與保險人特約保險醫事服務機構之醫師為限。

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

## 2. 費用申報之規定：

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

### A. 院所內服務：

非精神疾病者：極重度-FG、重度-FH、中度-FI、輕度-FJ

精神疾病者：重度以上-FC、中度-FD

發展遲緩兒童：FV

### B. 醫療團服務：

非精神疾病者：極重度-FK、重度-FL、中度-FM、輕度-FN

精神疾病者：重度以上-FE、中度-FF

發展遲緩兒童：FX

失能老人：L1

C. 到宅醫療服務：

極重度 FS、重度 FY

失能老人：L2

D. 特定需求者服務：

極重度 FU、重度 FZ

失能老人：L3

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

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

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

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

(3) 執行特定身心障礙者牙醫醫療服務時，須登錄全民健康保險憑證（以下稱健保卡），就醫序號請依健保卡相關作業規定辦理，另若患者醫療需求需麻醉科醫師支援時，須依相關規定向當地衛生主管機關辦理支援報備，並將相關資料函送保險人分區業務組核定。

(4) 醫療團牙醫醫療服務之限制如下：（不適用於特定需求者牙醫醫療服務）

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

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

C. 至身心障礙福利機構、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校或政

府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構等單位，提供牙醫醫療服務之規定：未超過 150 人的單位，每週牙醫排診合計不得超過 3 診次，150 人以上 300 人以下的單位，每週牙醫排診合計不得超過 4 診次，300 人以上的單位，視醫療需求每週合計牙醫排診 5 診次；醫療團因前述各單位人數異動需增加平日排診或特殊例假日排診之診次時，須向牙醫全聯會提出申請，經審核通過後，由保險人各分區業務組另行文通知院所，異動時亦同。（離島地區及特殊醫療需求機構，經全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議討論通過者除外。）

(5)本計畫服務量不列入分區管控項目，但仍納入專業審查範圍。

(6)本計畫服務量不納入門診合理量計算。

#### (四)申請程序：

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

##### 1. 申請為初級照護院所時，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一份。

##### 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一份，一併提供牙醫全聯會（包括目前執行及未來推廣身心障礙者口腔醫療及保健推廣計畫之執行要點，書寫格式請以 A4 版面，由左而右，由上而下，（標）楷書 14 號字型，橫式書寫）。
- (4)身心障礙教育訓練之學分證明影本。
- (5)牙醫師證書正反面影本一份。

3. 以醫療團為單位，申請時應檢附下列資料：

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

A. 縣市牙醫師公會評估表【附件 6】

B. 身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構等單位之立案證明、同意函、簡介、身障者名冊、口腔狀況、牙科設備、醫師服務排班表、牙科治療計畫、維護計畫、口腔衛生計畫、經費評估牙醫師證書正反面影本乙份等內容書面紙本和電子檔各乙份。若屬衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本。

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

4. 申請提供到宅牙醫醫療服務時，應檢附下列資料，一併提供牙醫全聯會：

(1)申請書格式如【附件 13】、日報表【附件 16】。

(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】或各縣市長期照顧管理中心之核定函證明文件影本、報備支援證明、牙醫師證書正反面影本等書面紙本各一份。

5. 申請提供特定需求者牙醫醫療服務時，應檢附下列資料，一併提供牙醫全聯會：

(1)申請書格式如【附件 13】、日報表【附件 16】，預定前往提供牙醫醫療服務之機構簡介、立案證明、同意函等，另須檢附完成報備支援證明等書面。

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

(3)每位患者須填妥一份個案口腔醫療需求評估表及治療計畫【附件 17】、個案健康狀況評估表【附件 ~~21~~ 20】等書面紙本。

(4)牙醫師證書正反面影本一份。

#### (五)相關規範

1. 每月 5 日前將申請書及學分證明等資料以掛號郵寄至牙醫全聯會。牙醫全聯會審查後，於每月 20 日前將院所及醫療團通過名單函送保險人，由保險人分區業務組審理核定後，以公告或行文通知相關院所；申請者得於核定之起迄期間執行本項服務，申請流程圖說明詳如【附件 7】、【附件 14】。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. 院所或醫療團對患有智能障礙、自閉症及重度以上身心障礙病患提供未經事前審查之全身麻醉案件，應於次月 20 日前將施行之麻醉方式、麻醉時間、麻醉前及術前評估、治療計畫併病歷資料送保險人分區業務組審查。其餘案件仍須依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定申請事前審查。

4. 醫療團執行特定身心障礙牙醫醫療服務時，應注意事項：（不適用於到宅與特定需求者牙醫醫療服務）

(1)醫療團每月 20 日前應檢送次月排班表供牙醫全聯會及保險人分區業務組備查，異動時亦同，並確實完成報備支援程序。

- (2) 醫療團醫師須依排班表執行服務，服務流程圖詳【附件 9】。
- (3) 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(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構或衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)等單位提供牙醫醫療服務時，得放寬提供該區區域外身心障礙者前往求醫之服務，符合特定身分者以案件類別 16 填報，不符合者以其他案件類別填報，以擴大服務範圍。
- (5) 每一醫療團必須選定一後送醫療院所，後送醫療院所應為本計畫之進階照護院所，該後送院所應於支援看診時段提供所有必要的諮詢及相關協助。
- (6) 若支援之機構無法配合支援醫師或醫療相關之看診業務，應先向牙醫全聯會反映。
- (7) 就診紀錄【附件 12】應詳實記錄並填寫留存於身障機構等內，另於院所製作實體病歷留存，並依患者身份影印本計畫所須之證明文件，黏貼於病歷首頁，以備查驗。
- (8) 一位醫師須搭配至少一位助理或護理人員。
- (9) 至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構或衛生福利部所屬老人福利機構等單位時，必須有老師或熟悉該患者狀況的人陪同就診。
- (10) 所有侵入性治療應取得院生家屬或監護人之書面同意書，並附在個人病歷及醫療記錄備查，並謹慎為之。
- (11) 若患者無法於機構中順利完成治療應轉介到後送之醫療院所進行後續治療。

- (12) 耗材應由看診醫師自備。
- (13) 治療台之維護、清潔保養及醫療廢棄物由機構妥善處理。
- (14) 患者所需之牙科治療應由具資格之專業醫師予以判斷，協調院方之輔助人員善盡安撫患者情緒之責任，並依個人能力給予醫師所需之協助。
- (15) 若遇臨時緊急狀況或危急情形，應立刻和負責的後送醫療院所聯絡，並立即進行緊急醫療及後送程序。
- (16) 執行全身麻醉時，醫師及場次設備應符合相關法令規定及全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準內容，應於進階照護院所內方得執行。
- (17) 執行全身麻醉時，應以患者安全為優先考量。每位麻醉醫師每次僅能執行一位患者之麻醉，並搭配至少一位牙醫師執行牙科治療。
- (18) 配合保險人政策執行健保卡登錄業務，依規定上傳就醫資料入健保卡。若遇特殊狀況無法登錄時，以就醫序號特定代碼「C001」申報；並以例外就醫名冊【附件 19】代替並詳實記載，刷卡設備由醫療院所自行準備。
- (19) 未遵守本計畫相關規定，被經牙醫全聯會或保險人分區業務組要求改善，第 1 一次通知 2 二個月內未改善或第 2 二次通知 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。

5. 到宅醫療及特定需求者牙醫醫療服務應注意事項：

- (1) 牙醫醫療服務之醫師須依排班表執行服務，服務流程圖詳【附件 15】。
- (2) 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 三個月內仍未改善者，經牙醫全聯會及保險人分區業務組確認，得暫停計畫執行。

- (3)每月申請下列服務時，須檢送相關資料至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：
- A. 到宅服務：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】及完成報備支援證明、牙醫師證書正反面、身心障礙醫療業務相關學分證明等。
  - B. 特定需求者服務：應提供申請書【附件 13】、日報表【附件 16】、口腔醫療需求評估及治療計畫【附件 17】、個案健康狀況評估表【附件 20】及完成報備支援證明、牙醫師證書正反面、身心障礙醫療業務相關學分證明等。
  - C. 前述服務，若有醫師異動，應具函敘明原因及檢附報備支援證明，通知牙醫全聯會及保險人分區業務組。
- (4)應詳實填寫就診紀錄【附件 ~~19~~ 18】留存於病患，並於院所製作實體病歷留存，且須依患者身份影印本計畫所須之證明文件，黏貼於病歷首頁，以備查驗。
- (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，經牙醫全聯會或保險人分區業務組要求改善，第一次通知二個月內未改善或第二次通知一個月內未改善者，得由本保險之分區業務組核定暫停計畫執行。



6. 牙醫全聯會應將審核之相關院所及醫師名單函送保險人，由保險人各分區業務組審理核定後，另行文相關院所。惟被停止參加計畫之醫師可向所屬保險人分區業務組提出申復，經保險人分區業務組確認取消處分後，始得繼續執行本計畫。
7. 申請本計畫提供特定身心障礙者牙醫服務之醫師首次申請加入須接受6學分以上身心障礙口腔醫療業務基礎課程，加入計畫後每年仍須再接受4學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關再進修教育課程（每年再進修課程不得重覆，惟執行到宅醫療之醫師須修習與到宅醫療之相關學分），並檢附積分證明後，得於下一年度繼續執行此計畫。本計畫之醫師須累積七年以上且超過 30（含）學分後，得繼續執行此計畫；惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。
8. 參加本計畫之院所及醫療團支援看診之服務單位（如：機構、學校或未設牙科之精神科醫院等），應提供院所及服務單位的電話、地址、看診時間等資訊，置放於保險人全球資訊網網站(<http://www.nhi.gov.tw>)及牙醫全聯會網站(<http://www.cda.org.tw>)，俾利民眾查詢就醫。

八、保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條規定計收；若屬全民健康保險法第四十三條第四項所訂醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，保險對象應自行負擔費用得予減免 20%。

九、本年度計畫在次年度計畫未於次年初公告前，得延續辦理，符合次年度計畫規定者，實施日期追溯至次年之 1 月 1 日，不符合次年度計畫規定者，得執行至次年度計畫公告實施日之次月止。

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

## 【附件 1】

### 全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

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

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

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

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

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92121B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第四次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(one jaw)		✓	✓	✓	6631
92122B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第四次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(two jaws) 註：1. 恆牙期牙齒矯正各次支付中，不得另行申報基本及選擇性診療項目。 2. 申報時間、基本診療項目如下： (1)申報時間：第三次支付後160天。 (2)基本診療項目：6次以上矯正調整。 (3)申報醫療費用時應檢附病歷影本，並標示第3次支付申報日期作為審查依據。 (4)內含92111B矯正調整及追蹤檢查費用。		✓	✓	✓	9648
92123B	恆牙期牙齒矯正（單顎）第五次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(one jaw)		✓	✓	✓	9946
92124B	恆牙期牙齒矯正（雙顎）第五次支付 Orthodontic treatment in permanent dentition(two jaws) 註：申報時間、基本診療項目及完成治療之臨床表徵如下： 1. 申報時間： <del>第五次</del> 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。		✓	✓	✓	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	<p><del>特殊狀況橡皮障防濕裝置</del>  <del>Rubber dam appliance</del></p> <p><del>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計畫之特定身心障礙者牙醫醫療服務申報)。</del>  2. 使用橡皮障防濕裝置時，須檢附X光片或相片(規格須為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。</p>	✓	✓	✓	✓	250
92126B	<p>唇顎裂嬰兒鼻型齒槽骨矯正治療前印模單側鼻型齒槽骨矯正牙板</p> <p>Nasoalveolar molding, impression &amp; nasoalveolar molding plate, unilateral</p> <p>註：1. 適應症範圍：限出生後四個月內之嬰兒且單側唇顎裂鼻翼歪斜併齒槽骨裂隙。  2. 須檢附治療前後照片與病歷記錄。  3. 不得與92125B併報。</p>		✓	✓	✓	12000
92127B	<p>唇顎裂嬰兒鼻型齒槽骨矯正治療前印模雙側鼻型齒槽骨矯正牙板</p> <p>nasoalveolar molding, impression &amp; nasoalveolar molding plate, bilateral</p> <p>註：1. 適應症範圍：限出生後四個月內之嬰兒且雙側唇顎裂鼻柱塌陷、前顎前突併齒槽骨裂隙。  2. 須檢附治療前後照片與病歷記錄。  3. 不得與92125B併報。</p>		✓	✓	✓	15000
92128B	<p>鼻型齒槽骨矯正定期調整</p> <p>Nasoalveolar molding, adjustment</p> <p>註：1. 適應症範圍單側唇顎裂鼻翼歪斜併齒槽骨裂隙，及雙側唇顎裂鼻柱塌陷、前顎前突併齒槽骨裂隙。  2. 須檢附治療前後照片與病歷記錄。  3. 7日內不得重覆申報。  4. 同一病例申報次數以8次為上限。</p>		✓	✓	✓	1000

【附件 2】

國際健康功能與身心障礙分類系統(International Classification of Functioning, Disability and Health, 以下稱 ICF)新制發給身心障礙證明與舊制身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、07、09、10、11、12、13、14、15、

備註說明：

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

二、 新制身心障礙證明樣張如下

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

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

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



【附件 3】

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

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

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

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

【附件 4】

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

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

【附件5】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫  
牙醫醫療服務申請書（醫療團）

- 一、公會別：
- 二、申請服務單位（全銜）：
- 三、醫療團負責或代表醫師：\_\_\_\_\_
- 四、申請檢附資料：

- 縣市公會評估表
- 服務單位同意函，如：身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構或衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)等
- 服務單位介紹：服務單位簡介暨立案證明、身障人員名冊及身心障礙類別輕重程度別等
- 牙科治療計畫書：口腔現況、治療計畫、維護計畫、口腔衛生計畫、預估每年醫療服務點數量、服務人次等預估成效、預估達成率
- 牙科診間設備表—說明須有可以正常操作且堪用的診療椅和經申請單位評估病患實際情形所需之相關設備、氧氣、急救藥品等
- 醫師服務排班表、後送醫療院所

五、醫療團醫師名單：(表格列數不夠可請自行增加)

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

六、變更醫療團醫師名單：(表格列數不夠可請自行增加)

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

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

【附件6】

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

牙醫師公會 縣市別：

申請服務單位：

關於本會所屬會員申請成立醫療團至

\_\_\_\_\_ (執行服務單位名稱)，

提供身心障礙者或失能老人牙醫醫療服務，本會評估後意見如下：

同意

不同意，原因： \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

其他意見：

立書人

公會別(簽章)：

代表人(簽章)：

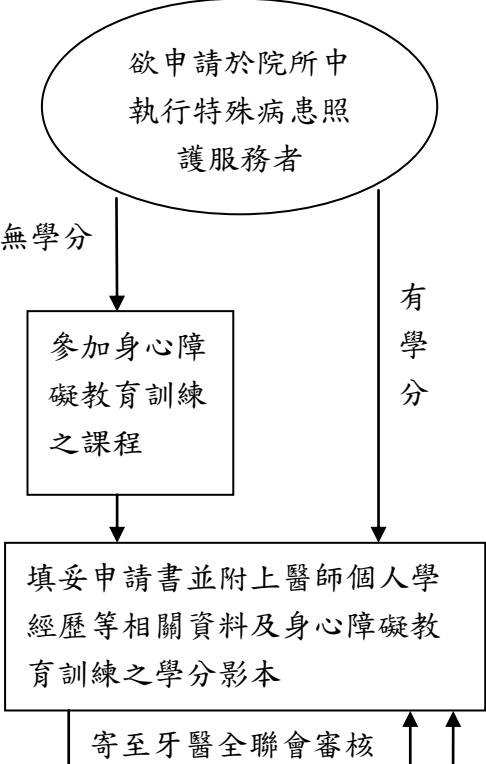
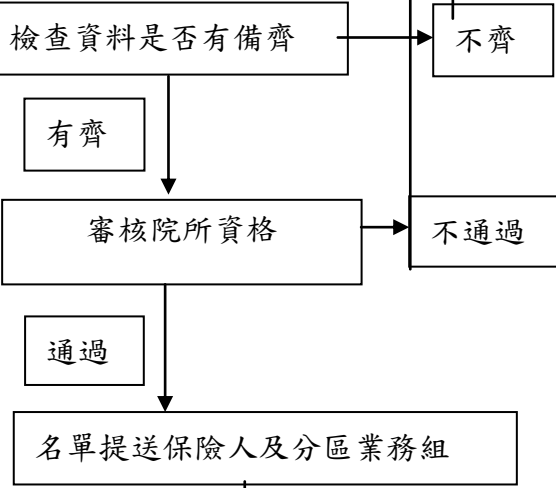
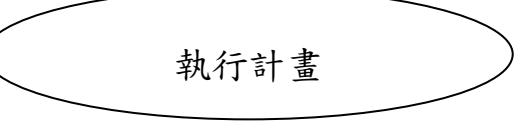
地址：

\* 簽章需簽署用印 (大小章)

中 華 民 國 年 月 日

【附件 7】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫  
院所申請流程圖

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

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

醫療團申請流程圖

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

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

【附件 8】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

牙醫醫療服務期末報告（醫療團）

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

一、醫療團/執行醫療服務地點名稱：

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

\*執行身障機構/特教學校/精神科醫院，人數：\_\_\_\_\_人

（\*務必填寫現行機構/學校/醫院最新人數）

二、醫師人力

序號	醫師姓名	身分證字號	院所名稱	醫事機構代號

（表格不敷使用可自行增加欄位）

三、年度排班及執行成果

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

備註：資料統計來源-醫療團月報表。

四、本年度執行計畫之困難：

五、下年度延續執行計畫申請

(一)醫師人力

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

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

(二)下年度預定執行方式

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

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



【附件 8-1】

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

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

一、醫療團/執行醫療服務地點名稱：

二、醫師姓名：

三、年度每月執行情形

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

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

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

【附件 9】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

醫療團執行牙科服務流程圖

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

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

牙醫醫療服務報酬論次申請表

受理日期		受理編號								
醫事服務機構名稱		醫事服務機構代號								
序號	診治醫師	身分證字號	支付別	日期	地點	服務時數	診療人次	申請金額	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	每時申請金額	申請金額總數	核減時數	核減金額	核定時數	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：				一、編號：每月填送均自 1 號起編。總表欄：於最後一頁填寫。 二、支付別：特定身心障礙者（含失能老人）P30001，每診次服務以 3 小時為限（不含休息、用餐時間）每小時 2400 點（內含護理費，平均每小時至少服務 1 人次，否則不得申請該小時費用）。 三、特定需者 P30003：每診次服務以 3 小時為限（不含休息、用餐時間）每小時 1900 點（內含護理費，平均每小時至少服務 1 人次，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 次為原則。 四、診療人次：填寫當次診療之人次。 五、填寫時請依同一支付別集中申報，同一診治醫師亦應集中申報。本申請表應於次月二十日前連同門診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」。 填表日期 年 月 日						

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

【附件 11】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫 - 牙醫醫療服務日報表

服務日期：

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

備註：障礙類別代號如下：

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

【附件 12】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫

(醫療服務單位) 就診紀錄

基本資料																	
姓名：				出生年月日：						監護人：							
地址：																	
醫病史 (MedialHistory)																	
父母：				相關證明影本黏貼處													
親屬：				備註：若為發展遲緩兒童應檢附由衛生福利部國民健康署委辦之兒童發展聯合評估中心開具之綜合報告書(診斷頁)或辦理聯合評估之醫院開具發展遲緩診斷證明書影本、屬衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本。													
本人：																	
特別注意事項：																	
牙醫病史																	
口腔發現 (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=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(無牙區須扣除)。 2: 牙齦炎平均值計算方式：全口分為 6 區，目視各區牙齦炎狀況以「0」，代表無牙齦炎；「1」表示有牙齦發炎。 牙齦炎平均值=牙齦炎統計總數/總區數(無牙區須扣除)。 註： 口腔照護支持服務評鑑標準須牙菌斑平均值(Plaque Index Average) 及牙齦炎平均值(Gingival Index Average) 皆在 0.5(含)以下。					
(四) 檢查結果：(全口分為 6 區)					
1. 牙菌斑平均值=牙菌斑統計總數( )/總區數(無牙區須扣除)( )= ( )					
18 - 14	13 - 23	24 - 28			
48 - 44	43 - 33	34 - 38			
2. 牙齦炎平均值=牙齦炎統計總數( )/總區數:無牙區須扣除( )=( )					
18 - 14	13 - 23	24 - 28			
48 - 44	43 - 33	34 - 38			
檢查醫師：			檢查日期： 年 月 日		

【附件 13】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫  
- 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：

各縣市牙醫師公會組成醫療團

醫學中心

參與衛生福利部「特殊需求牙科醫療服務示範中心獎勵計畫」之醫院

參與本計畫之「照護院所」(且醫師須接受到宅之醫療相關課程)

三、院所負責醫師姓名：

身分證字號：

四、參與醫師 (醫師如符合申報資格條件，併請填報，欄位不夠可自行增加)

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

五、執行區域或服務機構：

六、院所電話：( ) 傳真：( )

七、聯絡人姓名：電話：

八、e-mail address：

九、地址：-

十、執行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>1-1 由各縣市牙醫師公會<b>組成醫療團</b>、醫學中心、參與衛生福利部「<b>特殊需求者</b>牙科醫療服務示範中心獎勵計畫」之醫院或參與本計畫之進階照護院所組成團隊經提出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<b>無</b>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"> <li>a. 日報表【附件 16】</li> <li>b. 到宅醫療之預定執行區域服務地點</li> <li>c. 個案口腔醫療需求評估及治療計畫【附件 17】、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、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」補助者，應檢附各縣市長期照顧管理中心之核定函證明文件影本等書面紙本各一份。</li> <li>d. 身心障礙教育訓練之學分證明影本</li> </ul>
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>7-1 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<b>醫療團組成</b>、醫學中心、參與衛生福利部「<b>特殊需求者</b>牙科醫療服務示範中心獎勵計畫」之醫院或參與本計畫之進階照護院所組成團隊經提出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 (<a href="http://www.nhi.gov.tw">www.nhi.gov.tw</a>) 的檔案下載區下載本計畫全文且詳讀。</p> <p>2-1 無身心障礙醫療業務相關課程學分請執行 2-2 的步驟。若醫師已有身心障礙醫療業務相關課程學分者請直接執行 3-1 之步驟。</p> <p>2-2 向所屬縣市牙醫師公會詢問是否於近期內有舉辦身心障礙相關課程，若無可請所屬公會協助詢問鄰近公會，或請公會辦理課程。</p> <p>3-1 填寫好申請書（以特定需求者醫療團隊為單位），並於申請書【附件 13】後附上：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>日報表【附件 16】、每位患者須填妥一份個案口腔醫療需求評估表及治療計畫【附件 17】。</li> <li>個案健康狀況評估表【附件 20】等書面紙本。</li> <li>預定前往提供醫療服務之身心障礙福利機構簡介及立案證明、衛生福利部所屬老人福利機構（或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構）、機構同意函等，另須檢附當地衛生主管機關報備支援同意函等書面。</li> <li>牙醫師證書正反面影本（含開（執）業登記動態章）、醫師接受身心障礙教育訓練之學分證明影本，屬衛生福利部所屬老人福利機構（或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構）內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本等書面文件各一份。</li> </ol>
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>7-1 收到保險人回覆函後其醫療團隊（醫師）符合執行計畫資格。（此計畫為年度計畫）</p> <p>7-2 執行計畫期間醫療團隊之醫師若遭違規處分，將停止該醫師執行計畫之資格。</p>

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫  
執行到宅醫療服務流程圖

階段	流程	A、醫師負責部份	B、病患家屬負責部份
執行醫療服務——前	<p>受理身心障礙患者或失能老人居家照護之醫療需求</p> <p>↓</p> <p>醫師至臥床患者居所執行醫療服務審核</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療需求個案。</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> <p>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)。</p>	<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(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人,公立或公設民營之老人福利機構)</p> <p>↓</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 受理身心障礙福利機構或衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人,公立或公設民營之老人福利機構)。</p> <p>A-2 機構提出醫療服務之申請。</p> <p>A-3 評估患者之生理狀況後,填妥病患口腔醫療需求評估及治療計畫資料,於每月提送特定需求者醫療服務至牙醫全聯會初審,待保險人及分區業務組相關通知或核定文後,方可提供該醫療服務。</p> <p>A-4 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(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人,公立或公設民營之老人福利機構)時,應事前備妥相關醫療設備器材架設擺放。</p>	<p>B-1 因病患身體狀況無法配合進行治療,應事前聯繫告知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	<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(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人,公立或公設民營之老人福利機構)醫療服務</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、**P. 重度以上重要器官失去功能失去功能者**

2 施行治療項目，請敘述提供之處置內容。如下：

- (1) 牙周病緊急處理、(2) 牙周敷料、(3) 牙結石清除（全口或局部）、(4) 牙周病控制基本處置、(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 (Medial History)																	
父母：				相關證明影本黏貼處													
親屬：				備註：(1) 特定身心障礙者：應檢附身心障礙手冊正反面影本、(2) 到宅失能老人：須符合「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」補助，且出具各縣市長期照顧管理中心之核定函證明文件影本、(3) <u>屬衛生福利部所屬老人福利機構 (或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)</u> 內之個案：應檢附診斷證明書或評估量表相關證明文件影本													
本人：																	
特別注意事項：																	
牙醫病史																	
以往治療內容簡述																	
上次施行治療項目：(1) <input type="checkbox"/> 牙周病緊急處理、(2) <input type="checkbox"/> 牙周敷料、(3) 牙結石清除 ( <input type="checkbox"/> 全口或 <input type="checkbox"/> 局部)、(4) <input type="checkbox"/> 牙周病控制基本處置、(5) <input type="checkbox"/> 塗氟、(6) <input type="checkbox"/> 非特定局部治療、(7) <input type="checkbox"/> 特定局部治療、(8) <input type="checkbox"/> 簡單性拔牙、(9) <input type="checkbox"/> 單面蛀牙填補																	
治療時間： 年 月 日																	
口腔現況																	
上顎：					55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
乳牙牙冠																	乳牙牙冠
恆牙牙冠																	恆牙牙冠
醫療需求																	醫療需求
下顎：					85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
乳牙牙冠																	乳牙牙冠
恆牙牙冠																	恆牙牙冠
醫療需求																	醫療需求
填表說明：D=Decayed X=Missing M=Mobility RR=Residual Root F=Filled																	



【附件 18】

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

基本資料		
姓名：	出生年月日：	監護人：
地址：		
醫病史 (MedialHistory)		
父母：	相關證明影本黏貼處	
親屬：	備註：(1) 特定身心障礙者：應檢附身心障礙手冊正反面影本、(2) 到宅失能老人：須符合「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」補助，且出具各縣市長期照顧管理中心之核定函證明文件影本、(3) 衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)內之個案：應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本	
本人：		
特別注意事項：		
牙醫病史		
<input type="checkbox"/> 到宅服務或 <input type="checkbox"/> 特定需求者服務 服務日期： 年 月 日 到達時間： 時 分 離開時間： 時 分		
續頁		



1. 口腔狀況 (oral finding)																		
上顎：				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65					
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
乳牙牙冠																		乳牙牙冠
恆牙牙冠																		恆牙牙冠
醫療需求																		醫療需求
下顎：				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75					
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
乳牙牙冠																		乳牙牙冠
恆牙牙冠																		恆牙牙冠
醫療需求																		醫療需求
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：

護士或助理簽名 (簽章)：

【附件 19】

全民健康保險 健保 IC 卡例外就醫名冊

院所名稱及代號：

看診醫師姓名：\_\_\_\_\_（簽章）

醫療團提供服務單位名稱：

日期： 年 月 日

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

\*上述表格的「備註」欄位，務必詳細敘明無法過卡原因。

【附件 20】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫  
特定需求者醫療服務一個案健康狀況評估表

第一部分：個案基本資料

1. 醫療需求申請單位名稱 (全銜):		
個案所在地址:		
個案申請人姓名:		
主要聯絡人:	與個案關係:	聯絡電話/手機:
主要照顧者:	與個案關係:	聯絡電話/手機:
2. 個案姓名: _____、年齡: _____ 歲		
3. 性別: 1. <input type="checkbox"/> 男 2. <input type="checkbox"/> 女		
4. 出生年月日: 民國 (1. 前 2. 國) _____ 年 _____ 月 _____ 日		
5. 身份證字號:		
6. 照護情形: <input type="checkbox"/> 照護期內 <input type="checkbox"/> 已超過照護期		
7. 是否有身心障礙手冊: (請 <input checked="" type="checkbox"/> 勾選下列問題)		
(1) 0. <input type="checkbox"/> 沒有 1. <input type="checkbox"/> 申請中 2. <input type="checkbox"/> 有		
(2) a. 障礙類別: 1. <input type="checkbox"/> 視覺障礙 2. <input type="checkbox"/> 聽覺機能障礙 3. <input type="checkbox"/> 平衡機能障礙 4. <input type="checkbox"/> 慢性精神病患 5. <input type="checkbox"/> 聲音機能或語言機能障礙 6. <input type="checkbox"/> 肢體障礙 7. <input type="checkbox"/> 智能障礙 8. <input type="checkbox"/> 重要器官失去功能 9. <input type="checkbox"/> 顏面損傷 10. <input type="checkbox"/> 植物人 11. <input type="checkbox"/> 失智症 12. <input type="checkbox"/> 自閉症 13. <input type="checkbox"/> 頑型 (難治型) 癲癇症 14. <input type="checkbox"/> 多重障礙 15. <input type="checkbox"/> 經中央衛生主管機關認定, 因罕見疾病而致身心功能障礙者 16. <input type="checkbox"/> 其他經中央衛生主管機關認定之障礙者 (染色體異常、先天代謝異常、先天缺陷)		
b. 障礙等級 1. <input type="checkbox"/> 輕度 2. <input type="checkbox"/> 中度 3. <input type="checkbox"/> 重度 4. <input type="checkbox"/> 極重度		
c. 重新鑑定日期: _____ / _____ / _____		
7-1. 是否有失能老人證明文件: (請 <input checked="" type="checkbox"/> 勾選下列問題)		
(1) 0. <input type="checkbox"/> 沒有 1. <input type="checkbox"/> 申請中 2. <input type="checkbox"/> 有		
(2) 失能程度別: <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度		
備註: 屬衛生福利部所屬老人福利機構 (或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人, 公立或公設民營之老人福利機構) 內之個案, 應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本		
8. 提供牙醫醫療服務前, 機構有無告知醫師個案身體狀況與其它特殊情形:		
<input type="checkbox"/> 1. 是, 機構已事前告知個案身體狀況 <input type="checkbox"/> 2. 未告知, 機構未告知個案身體狀況		

## 第二部分：健康狀況 (請☑勾選下列問題)

\*個案身體健康狀況調查情形：

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

(2)皮膚狀況： 1. 正常  
2. 異常；皮膚異常狀況  
    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)

## 105 年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫

### 一、依據：

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

### 二、目的：

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 130,000 人次及第三階段 95,000 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 105 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(第 1、2 階段)」專款項目下支應，全年經費為 8.84 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。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。

2. 「P4003C」診療項目全年經費為 3.309 億元，其中 2.606 億元由 105 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(第 3 階段)」專款項目下支應，另 0.703 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；全年度預算若有結餘，則依 103 年第 4 季人口風險因子(R 值)分配回歸一般服務費用總額。

#### (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 **105** 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，並請至全民健康保險資訊網服務系統  
(Virtual Private Network ,VPN)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 起算），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，須補充施行齒齦下刮除  
之治療。
- 5.每一個案每年僅能執行一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  
各項目僅能申報一次，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）。 4.≤30 歲患者須附全口根尖片或咬翼片。 5.同院所於 2 年內再執行本計畫之患者須附全口根尖片或	v	v	v	v	1800

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
	<b>咬翼片</b>					
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.須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
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.須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)一般醫師須接受 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、一般會員均須接受 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。以保險人第一次發函處分之停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。
- (四)醫師 **105** 年合計提供治療個案數，排除個案數 5 件以下者，於 **106** 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(限同院所不限同醫師完成)，107年3月起兩年內不得參加計畫，屆滿須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一次診察費。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。審查案件須檢送以下審查資料：
  - 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，須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。查案件除檢附第一階段審查資料外，另須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，另須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 $\geq$ 5mm 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 **103** 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) 符合下列條件者，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 日前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 **32,500** 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，下列項目，請各醫師依特殊需要，並向病人詳述理由，獲得同意付費後，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)計畫治療對象跨院所接受 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，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，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					D	M											M	D		M	B	D	M	B	D	M	B	D	
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																																						
Mobility																																						

術後																																						
Mobility																																						
Furcation	D	B	M	D	B	M	D	B	M					D	M											M	D		M	B	D	M	B	D	M	B	D	
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																																						
Mobility																																						

**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 \_\_\_\_\_ %

# 牙菌斑控制記錄表

Plaque Control Record (至少術前、術後各執行一次)

患者姓名 Name		身分證字號 ID		性別 Sex		年齡 Age	
--------------	--	----------	--	--------	--	--------	--

醫師姓名	執行日期								Plaque Score (牙菌斑指數) =								%
Buccal																	
Tooth	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
Palatal																	
Lingual																	
Tooth	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
Buccal																	

醫師姓名	執行日期								Plaque Score (牙菌斑指數) =								%
Buccal																	
Tooth	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
Palatal																	
Lingual																	
Tooth	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
Buccal																	

醫師姓名	執行日期								Plaque Score (牙菌斑指數) =								%
Buccal																	
Tooth	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
Palatal																	
Lingual																	
Tooth	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
Buccal																	

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

1. 牙周病檢查紀錄表須註明為術前或術後

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】

105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，請登入衛生福利部公共衛生資訊入口網站（<https://this-portal.mohw.gov.tw/index.do>）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須分開提出申請。
- 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，須重新填寫申請書，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。





【附件 5】

105 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）。（須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。（須檢附 2 年內衛生福利部核定證明影本）
- 有醫療需求者（須檢附最近兩個月內每月完成 P4003C 申報件數達 10 件以上之病患清單或醫令清單）

備註：

- 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。
- 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。
  - 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。
  - 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。
- 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

核 章

## 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

## 第四部 中 醫

## 第一章 門診診察費

編號	診療項目	支付點數
	一般門診診察費	
	(一) 中醫評鑑合格之中醫醫院或醫院附設中醫部門，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者。	
	1. 每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十人次以下部分(≤50)	
A82	-- 看診時聘有護理人員在場服務者	280
A83	-- 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	310
A84	-- 看診時未聘有護理人員在場服務者	270
A85	-- 看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	300
	2. 每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十人次以上部分(>50)	
A86	-- 看診時聘有護理人員在場服務者	215
A87	-- 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	240
A88	-- 看診時未聘有護理人員在場服務者	200
A89	-- 看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	230
	(二) 不符(一)項之中醫醫療院所	
	1. 每位專任中醫師每月看診日平均門診量在 <u>二十五人次以下三十人次以下</u> 部分(≤ <u>2530</u> )	
A01	— 看診時聘有護理人員在場服務者	320
A11	— 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	350
A02	— 看診時未聘有護理人員在場服務者	310
A12	— 看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	340
	2. 每位專任中醫師每月看診日平均門診量 <u>超過二十五人次三十人次</u> ，但在五十人次以下部分 ( <u>2631-50</u> )	
A03	— 看診時聘有護理人員在場服務者	230
A13	— 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	260
A04	— 看診時未聘有護理人員在場服務者	220
A14	— 看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	250
	3. 每位專任中醫師每月看診日平均門診量 <u>超過五十人次</u> ，但在七十人次以下部分 (51-70)	
A05	— 看診時聘有護理人員在場服務者	160
A15	— 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	190
A06	— 看診時未聘有護理人員在場服務者	150
A16	— 看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	180

編號	診療項目	支付點數
A07	4. 每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過七十人次，但在一五〇人次以下部分(70-150)	90
A17	— 開具慢性病連續處方	120
A08	5. 每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過一五〇人次部分(>150)	50
A18	— 開具慢性病連續處方 6. 山地離島地區	80
A09	— 看診時聘有護理人員在場服務者	320
A19	— 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	350
A10	— 看診時未聘有護理人員在場服務者	310
A20	<p>— 看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方</p> <p>註：1. 所稱「看診時聘有護理人員在場服務者」，指每位中醫師至少聘護理人員乙名以上。申報費用須先報備護理人員執照及執業登記地點。</p> <p><del>2. 針灸、傷科及脫臼整復同療程第二次以後之就醫亦併入每日門診量內計算。</del></p> <p>3. 2. 支援中醫師看診人次之計算：依各段各專任中醫師每段看診合理量之餘額總數，依序補入支援中醫之看診人次。</p> <p>4. 3. 開具慢性病連續處方者，應列入每位專任中醫師每月看診日平均門診量優先計算。</p> <p>5. 4. 支援醫師診察費一律按未聘有護理人員在場服務者之支付標準代碼計算。</p> <p>6. 5. 每月申報日數計算方式：一般門診診察費申報第(一)項者，每月申報日數超過 23 日者以 23 日計；一般門診診察費申報第(二)項者，每月申報日數超過 26 日者以 26 日計；中醫總額支付制度受託單位與保險人認定之醫療資源不足地區，每月以實際看診日數計。</p>	340
A90	<p>— 初診門診診察費加計</p> <p>註：1. 限特約中醫醫事服務機構需符合設立健保特約院所滿二年以上（東區及山地離島地區以簽約滿一年以上）申報。</p> <p>2. 限患者需為二年內（費用年月相減）未到該全民健康保險中醫醫事服務機構看診方可提出。</p> <p>3. 院所申報初診案件數以每月申報診察費不為 0 之就醫病人 ID 歸戶人數之 10% 為最高申請件數。</p>	50

## 第二章 藥費

編號	診療項目	支付點數
A21	每日藥費 註：1. 同一疾病或症狀之診治需連續門診者，不得每次只給一日份用藥 否則將累計其給藥日數，僅支付第一次就醫之診察費。 2. 除指定之慢性病得最高給予三十日內之用藥量外，一般案件給藥 天數不得超過七日。	<u>3031</u>

## 第九章 特定疾病門診加強照護

通則：

一、個案適用範圍：

- (一)小兒氣喘疾病門診加強照護：年齡在~~十二歲(含)~~以下未滿十三歲之氣喘疾病(ICD-9-CM：493；ICD-10：J45)患者，並於病歷中檢附西醫診斷證明或肺功能檢查報告。
- (二)小兒腦性麻痺疾病門診加強照護：年齡在~~十二歲(含)~~以下未滿十三歲之腦性麻痺疾病(ICD-9-CM：343；ICD-10-CM：G80)患者。

# 全民健康保險中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫

## 一、依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

## 二、目的

針對乳癌、肝癌患者，藉由具文獻依據之中醫輔助醫療積極主動介入，降低治療期間產生之不適感，以改善患者日常生活能力、提昇生活品質，使患者能順利完成整個腫瘤治療療程為目的。

三、施行期間：自公告日起至105年12月31日止。

## 四、適用範圍

(一)西醫確診為乳癌(ICD-10:C50、C79.2、C79.81、D05.00-D05.92、D48.60-D48.62、Z51.0、Z51.11)、肝癌(ICD-10:C22、C78.7、D01.5、D37.6)併領有重大傷病證明，經手術後一年內或放化療(含標靶治療)治療期間之患者。

(二)住院接受手術或放化療個案，若於住院期間，經「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」收案，出院改門診繼續接受放化療(含標靶治療)者，應另於門診VPN登錄，改以本計畫照護。若病患再次住院，則由住院計畫申請加強照護，被保險人得於兩計畫併行收案，惟申報照護不得重複。

## 五、預算來源

105年全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「乳癌、肝癌門診加強照護計畫」專款項目下支應，全年經費14.9百萬元。

## 六、申請資格

(一)申請參與本計畫之醫師須執業滿三年以上，並參加中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)所辦理繼續教育受訓課程之中醫師。

(二)申請參與本計畫之保險醫事服務機構及醫事人員，須最近二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以全民健康保險保險人(以下稱保險人)第一次處分函所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

## 七、申請程序

中醫保險醫事服務機構應檢送申請表(附件一)，以掛號郵寄、傳真、E-MAIL等方式向中醫全聯會提出申請，並經電話向中醫全聯會確認後，方完成申請流程。

## 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，十五日內將審查完成結果送保險人核定及公告新增承辦之保險醫事服務機構名單，執行日以公告院所名單日當月1日起計。

## 九、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)開立中藥、針灸(或傷科)治療。
- (三)中醫護理衛教及營養飲食指導，限三個月申報一次。
- (四)填寫生理評估，包含癌症治療功能性評估：一般性量表(Functional Assessment of Cancer Therapy-General Scale；FACT-G)(第四版)、生活品質問卷評估 Eastern Cooperative Oncology Group(ECOG)，限三個月申報一次。
- (五)承辦本計畫之中醫保險醫事服務機構需於收治病患後，於保險人健保資訊網服務系統(VPN)登錄個案之基本資料，並每三個月於VPN上填報各項量表。
- (六)本計畫執行期間，中醫保險醫事服務機構欲變更計畫內容者，須先函送中醫全聯會進行評估，經保險人分區業務組核定後，始得變更。

## 十、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「JE(乳癌患者中醫門診加強照護醫療)」或「JF(肝癌患者中醫門診加強照護醫療)」。

(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。

## 十二、執行報告

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

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

十五、本計畫實施成效由中醫全聯會進行評估，並於實施半年後進行期中檢討，於年終向健保會提送年度執行報告，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況及病患療效評估等資料(含利用VPN登錄量表之資料分析)。

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

附件一

全民健康保險中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫申請表

申請日期： 年 月 日

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

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

附件二

**全民健康保險中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫支付標準表**

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。
- 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、申報疾病管理照護費，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。
- 五、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。

全民健康保險中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫支付標準表

編號	診療項目	支付點數
P56001	乳癌、肝癌門診加強照護費(給藥日數 7 天以下) 註：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥	700
P56002	乳癌、肝癌門診加強照護費(給藥日數 8-14 天) 註：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥	1,050
P56003	乳癌、肝癌門診加強照護費(給藥日數 15-21 天) 註：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥	1,400
P56004	乳癌、肝癌門診加強照護費(給藥日數 22-28 天) 註：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥	1,750
P56005	癌症針灸或傷科治療處置費 註：本項處置費每月申報上限為 12 次，超出部分支付點數以零計。	400
P56006	疾病管理照護費 註：1.包含中醫護理衛教及營養飲食指導。 2.限三個月申報 1 次，並於病歷詳細載明評估結果。	300
P56007	生理評估費 1.癌症治療功能性評估：一般性量表(Functional Assessment of Cancer Therapy-General Scale；FACT-G)(第四版) 2.生活品質問卷評估 Eastern Cooperative Oncology Group(ECOG) 註：1.前測(收案三日內)及後測(收案三個月內)量表皆完成方可提出申請給付。 2.限三個月申報 1 次，並於病歷詳細載明評估結果。	1,000

# 全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫

105年0月0日公告修訂草案

## 一、依據：

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

## 二、目的：

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、有先兆流產傾向及有流產病歷者，由中醫給予適當照護，以提升受孕率及保胎率。

## 三、施行期間：自公告日起至105年12月31日止。

## 四、適用範圍：

- (一)助孕：已婚超過一年有正常性生活而無法受孕的男性及女性患者，主診斷須填報女(男)性不孕病名，如有特定病理之不孕因素，須另立次診斷且須載明相關的診斷依據。
- (二)保胎：先兆流產、非自然受孕、經助孕受孕及易流產之女性(病歷應記載詳實)，受孕後0-20週之保胎照護(應註明孕期週數)。

## 五、預算來源：105年全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「提升孕產照護品質計畫」專款項目下支應，全年經費32百萬元。

## 六、申請資格：

- (一)中醫門診特約醫事服務機構之中醫師，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)辦理之「中醫提升孕產照護」課程4小時(講習會不定期召開)，且領有繼續教育證明者。
- (二)申請參與本計畫之醫師及保險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，以全民健康保險保險人(以下稱保險人)第一次處分函所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者或申請暫緩處分者)。

## 七、申請程序：

中醫門診特約醫事服務機構應檢送申請表(附件一)，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. 女性患者：須包含望聞問切四診診療、排卵日指導、判讀基礎體溫(Basal Body Temperature, BBT)、體質證型、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. 男性患者：須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：須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「J9」(全民健康保險中醫提升孕產照護

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、執行報告

- (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，檢送執行報告及實施效益至中醫全聯會，其內容將做為下年度申請資格審查之依據。

- (二) 實施效益須包含如下：

### 1. 助孕：

- (1) 助孕成功率(=成功受孕個案數/助孕看診個案數)

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、中醫診療評估及記錄表等資訊如下附表)。

### A. 助孕診療紀錄表(每季提供予中醫全聯會)-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	次診斷	其他

### B. 助孕診療紀錄表(半年提供予中醫全聯會)-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	次診斷	其他

### 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、中醫診療評估及記錄表等資訊如下附表)。

懷孕初期症狀及心理評估量表(每季提供予中醫全聯會)

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	次診斷	其他

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、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。

十五、本計畫由保險人與中醫全聯會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康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。



## 全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫 申請表

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

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

附件二

全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫  
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、原針灸申報量計算。
- 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升孕產照護品質計畫

## 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)、體質證型、濾泡期、排卵期、黃體期之月經週期療法之診療〕、口服藥(至少七天)、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)、體質證型、濾泡期、排卵期、黃體期之月經週期療法之診療〕、口服藥(至少七天)、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(至少七天)、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(至少七天)、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
註：P39003、P39004 限受孕後 0-20 週之保胎照護患者適用。		

# 全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫

105年0月0日公告修訂草案

## 一、依據：

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

## 二、目的：

(一)針對住院中之腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷患者，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1045年12月31日止。

## 四、適用範圍：

(一)腦血管疾病(ICD-10：G45.0-G46.8及I60~I68)、顱腦損傷(ICD-10：S02.1-S02.4、S02.6-S02.9、S06.3-S06.6、S06.8-S06.9)及脊髓損傷(ICD-10：S14.0-S14.1、S24.0-S24.1、S34.0-S34.1)自診斷日起六個月內之住院病患，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：105年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」專款項目下支應，全年經費113百萬元。

## 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須執業滿三年以上，並

參加中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)所辦理繼續教育受訓課程之中醫師。

(二)申請參與本計畫之保險醫事服務機構及醫事人員須二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以全民健康保險保險人(以下稱保險人)第一次處分函所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)。

#### 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，以美國國家衛生研究院中風評量表(National Institutes of **Health Stroke Scale**，NIHSS)、巴氏量表(Barthel Index)做為評估標準。

B、顱腦損傷，以巴氏量表(Barthel Index)、改良式創傷嚴重度指標 (Revised Trauma Score, RTS：包含呼吸次數，收縮血壓及 Glasgow 昏迷指數等三項生理指標)做為評估標準。

C、脊髓損傷，以美國脊髓損傷協會神經和功能評分(American Spinal Injury Association neurologic and functional score, ASIA score)、巴氏量表(Barthel Index)做為評估標準。

D、腫瘤住院患者，以癌症治療功能性評估：一般性量表(Functional Assessment of Cancer Therapy-General Scale；FACT-G)(第四版)、Eastern Cooperative Oncology Group (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，十五日內將審查完成結果送保險人核定及公告新增承辦之保險醫事服務機構名單，執行日以公告院所名單日當月1日起計。

十、執行方式：

(一)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；收治病後應於保險人健保資訊網服務系統(VPN)登錄個案之基本資料，並於VPN上填報各項量表，其須於收案後三日內及出院前各執行一次，每次須各項量表皆完成方可提出申請給付。

(二)本計畫執行期間，保險醫事服務機構欲變更計畫者，須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(腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療)」及「JC(顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療)」、「JD(脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療)」及「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、執行本計畫之保險醫事服務機構，未依本計畫規定事項執行者，由中醫全聯會重新評估後，函請保險人分區業務組予以停止執行本計畫。

十六、本計畫實施成效由中醫全聯會進行評估，並於實施半年後進行期中

檢討，於年終向健保會提送年度執行報告，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況及病患療效評估等資料(含利用VPN登錄量表之資料分析)。

- 十七、本計畫由保險人與中醫全聯會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康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。



附件一

全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫申請表

腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷    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		
	本計畫負責醫師學經歷		聯絡電話		
E-mail :					
本	醫師姓名	身分證字號	中醫師證書字號	中醫執業年資	受訓課程日期
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
資	保險醫事服務機構自評項目		請 V 選		備註
	院所是否二年內未違反健保相關法規		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
	醫師是否二年內未違反健保相關法規		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
料	機構章戳				

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

附件二

西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫給付項目  
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、顱腦損傷及脊髓損傷

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
<b>P33055</b>	<u>生理評估(限脊髓損傷患者適用)</u> (1) <u>美國脊髓損傷協會神經和功能評分(American Spinal Injury Association neurologic and functional score, ASIA score)</u> (2)巴氏量表(Barthel Index)	<b><u>1,000</u></b>

註：1.每一個案住院期間限申請一次費用。

2.**P33053、P33054、P33055**生理評估須以個案為單位，**須於收案後三日內及出院前各執行一次，每次須各項量表皆完成方可提出申請給付。**

支付標準表(一)  
-腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷

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	<b>癌症治療功能性評估：一般性量表 (Functional Assessment of Cancer Therapy-General Scale ; FACT-G) (第四版)</b> <b>生活品質評估(ECOG)</b>	1,000

註：1.P34051、P34052 每一個案住院期間限申請一次費用。

2.P34053：**FACT-G(第四版)、ECOG 以個案為單位(每案限治療前後測各一次)，須於收案後三日內及出院前各執行一次，每次須各項量表皆完成方可提出申請給付。**

支付標準表(二)  
-腫瘤患者手術、化療、放線射療法

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。

# 104 年度「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」

## 第 4 次與會人員發言實錄

### 前言

#### 主席

各位代表早，原來是上個禮拜四要開會，因為部分代表有重要的事情沒辦法來，所以尊重他們的建議，改期至 31 號開會。因為能選擇的時間也非常有限，所以迫不得已今天上午開會，主要是因為健保會要求有一些支付標準的調整，是從元月一號生效，年底以前一定要走完程序，所以不得已才麻煩大家年底開會。會議一開始先祝大家新年快樂，因為明天就 2015 年，代表進來時有送給大家一張 2016 年的賀年卡，非常謝謝。另外一件事是今天的議程，原來會議通知裡，議程是 4 個報告案、2 個討論案，其中這 2 個討論案因牽涉醫院診所的權益，所以有代表表達說因為今天是年假的前一天，中南部的代表不刻上來，因此希望這 2 個討論案能另外找時間再討論。醫管組經研究，非得今年通過的大概就報告案的這 4 項！討論案這 2 項，雖然也涉及到支付標準的調整，但是它的急迫性沒那麼高，所以等過完年後再找時間討論，也讓大家有更充裕的時間準備！這是今天我們安排的議程，非常謝謝大家撥冗來參加，現在開始進行今天的會議。先參閱上次的會議紀錄，請各位代表看第 2 頁到第 5 頁是上次開會的會議紀錄。請問各位代表對這會議紀錄有問題嗎？如果沒問題，會議紀錄就確認，接下來請看決議事項追蹤表，請同仁來說明。

#### 李科員筱婷

各位代表長官早，現在為各位報告辦理情形追蹤表，這次共 4 項追蹤，其中 2 項解除列管，分別為序號 2，修訂 105 年度「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」等 3 方案，目前均已報部核定，由本署公告實施。接下來為序號 4，有關新增修訂計 28 項支付標準案，現已於 12 月 29 日公告。

另外 2 項繼續列管為序號 1，不好意思，其辦理情形進行部分修正為本署將評估本項作業影響衝擊，並先提至本會議確認後，再行辦理。序號 3，有關 105 年 1 月實施 1,660 項 DRG 案，前次會議決議為 2 案併案陳報衛福部核定，現辦理情形為 1. 基本診療章加成，採原加成方式，即維持現行醫學中心加成 7.1%、區域醫院加成 6.1%、地區醫院加成 5%；2. 實施期程為先預告再報部核定，故已於 12 月 15 日預告，因預告截止日期為明年 1 月 1 日，之後才報部核定實施期程，故繼續列管，以上。

#### 主席

謝謝，請問各位代表對於追蹤表有無問題？請。

## 朱代表益宏

我想請問一下序號4，新增支付標準那案，我們是不是有固定的期限及時間去追蹤他的服務量，是固定在我們哪一次的會議上？還是說滿半年才會追蹤？

## 主席

請醫管組說明。

## 陳專門委員真慧

關於新增支付標準的部分，有部分項目規定在會議上提出要半年後，這些項目如果代表認為有需要的話，或許可以半年後再來統計資料與分析。

## 朱代表益宏

第一個不是部分項目，我記得，是所有的新增項目我們都要在半年以後就要追蹤，今天我的問題只是說，追蹤的時間是比如說我們在1月、3月、5月、7月、9月，還是哪一個月份會固定追蹤？還是說比如從這個東西，再上一次，在哪一次通過以後？它就是隔半年以後就要追蹤，它就是會不定時嘛！那它就會變成可能我們每一次開會的時候都會要有追蹤的結果！我只是想請教這一點，所以好像醫管組是說部分項目才要追蹤，這個我不同意，因為我們會議上沒有講說部分項目追蹤，而且好像醫管組的意思是說如果代表要看，他們也可以報告，如果代表不看就不報告嗎？應該不是這樣，應該是所有通過的項目都要半年以後，每半年都要追蹤嘛！

## 陳專門委員真慧

不好意思，這邊再補充，我們每年評核會的會議裏頭，都會把前一年…

## 朱代表益宏

對不起，這跟評核會沒有關係，因為這是我們會議的決定，沒有說在評核會議，沒有我現在只是問說定期的話會怎麼樣？

## 龐組長一鳴

沒問題，我們定期會報告。代表決定一個日期，麻煩同仁一定要補做紀錄清楚，主席如果同意的話，我建議今天確定是否每定期有個議程，叫報告新項目的申報情形，詳細的申報情形都要報告清楚，盡量鉅細靡遺，所謂盡量鉅細靡遺意思是提到資訊公開，醫院的資料都盡量公開。

## 主席

等會報告事項第一案是明年的議程，大家可稍微看看，其實是三個月開一次，本來是開四次然後視需要可以增開臨時會，下一



次會議是3月24日，第2次是6月23日，如果這項要定期的話，大家覺得什麼時候一起review，新增項目用掉的資源有多少？這部分大家看法如何？

### 朱代表益宏

剛剛，我覺得剛剛組長講得很好，就是每一次開會的時候都會去review！每半年的，所以每一次前面就會有一個報告項目，就是每半年的使用狀況，我覺得這樣很好就變成每一次都會做review，然後所有的項目盡量詳細，如果署裡面要公告到底哪些醫院申報，個人也不反對！我覺得這樣也很好，但是我這邊可能至少要說新增那些項目它的流向，到底是哪一個層級使用會比較多？這可能也要公告。

### 龐組長一鳴

這不是公告是報告，用字還是要精準，公告有既定的程序，如果大家決定要公告，也是須依據相關法令公告，不是一位代表說要公告就全部公告，這是第一點。至於相關診療項目的使用在這會議上報告，讓大家了解新醫療科技使用情形，須建立幾個原則，第一個原則是新項目要追蹤多久？例如一年、兩年等等，這必須定清楚；第二個，層級是什麼意義？因為層級是可以回溯知道哪個層級會規模大到什麼醫院？譬如說最近醫學中心，大家知道明年醫學中心大PK，有人會上台有人會下台，地區醫院也有人會上台下台，很多地區醫院也涉及到區域醫院，如果大家需了解這資料，與其講層級，倒不如報告更詳細，將每個醫院的情形都做說明，只是過程中，用書面報告或口頭報告？各種形式，若大家要把它弄清楚的話，趁機會把它說明清楚，這是第一個，第二個這會議的性質，畢竟是研訂的會議，重點在研訂未來事項，假如我們認為這會議的重要議程是要追究過去的利用情形，把這個會議的性質導引到探討過去利用情形，當然這是大家的決議，也未嘗不可。所以這是共識決，仍然依據大家的共識來辦理。大家有共識嗎？

### 朱代表益宏

有共識，就是上次之前不是一個代表？這樣講嗎？不對拉，今天會要怎麼開？

### 謝代表文輝

關於追蹤支付標準，這其實是涉及，因為我們這個會議的法定功能，我們要去訂各種新的支付標準項目，這個新加進去，當然要了解它財務的改變，所以上一次大概所有的代表沒有人反對，就是說要定期來追蹤，要不然大家都一直爭執，醫界這邊說：這用很多錢，署裡說：沒有拉，沒用這麼多，說用什麼取代，就一直爭論不休，所以我想上一次幾乎所有的代表沒有反對，為什麼說要追蹤？這和我們涉及這個法定會議的功能！到底要不要公告到每家醫院？這個基本上大概這樣子資料會很多，基本上至少觀察整體資源的使用情形！比如說去年核定這個，本來想說2、3億就

夠，結果用到最後結果是 1、20 億，這就會排擠其他的項目，這是大家顧慮的，所以我是覺得當然追蹤這個是有必要，作為我們未來的參考，這也是逐步的，我們健保署裡面的長官也在評估說，我們今年有 2 億的預算要來編新的支付標準，結果我們以前那套，用下去都差 10 倍耶！慢慢它就會進步，在我們做的中間會進步，所以最重要應該是整體資源使用，因為現在說起來是整體，當然署裡有很詳盡的資料庫，代表希望了解，我想各別代表可以去跟組長拜託，我想他手上一定有資料，就這個會議的功能性來講，應該是整體資源的使用，就是說這個時間到底要多久？像我們新藥的話，依據一些專家學者是 5 年，這要不要 5 年？也許可以請署裡的長官請教一些專家，看這個幾年比較適合？像李玉春老師是講說新藥大概是 5 年，這要幾年？可以評估，我是覺得站在這樣子的基礎才是理性的，未來才有辦法執行我們的法定功能，所以這是我的建議，謝謝。

### 龐組長一鳴

對不起，各位代表還是要討論清楚。麻煩謝代表，剛剛那句話須修正，不是各位代表私底下向我要資料，我就有義務或應該要提供，這涉及到很多程序問題，仍要依法辦理。

### 謝代表文輝

我是覺得不必更正，這個意思就是說如果，因為剛組長講，沒有問題你們要整個詳細的甚至可以書面再這個上面，我是認為就我們本擬訂會議法定功能，其實是因為有多少預算要做新的支付標準？所以整體的預算在這裡就可以，但是組長手上顯然有很詳細的資料，如果代表去要求，當然還是得通過大家討論，大家同意說好，代表需要的話也可以提供，如果不違法，今天這會議代表當然可以確定。

### 潘代表延健

主席，各位代表大家早，這部分最主要的用意是在追蹤到底它的用量跟使用的金額耗用情形跟我們原來預估的有沒有很大差距。如果差距很大，用的少，當然還可以再調整過來；用的多，後面要再補，大概這個調解也能夠。如果是以這樣一個目標取向的話，建議應該是採取總量就可以，不需要那麼細，就是說有一個總量，定期是不是半年？review 一次，一年的話我們擔心說這個當你看到用量多的時候就回頭就來不及，是不是那個期間上再稍微做個切割，因為如果細到各醫院別的資料，這部分可能沒有那樣的必要，不但會造成事務上複雜度的增加，而且也會有些不必要的困擾出現，在相關資料的獲得及取得上，應該還是要按照會議上的程序來進行會比較妥當，以上。

### 蔡秘書長明忠(蘇代表清泉代理人)

醫師公會全國聯合會在這邊做最後一個講法是贊同潘代表的講法，我們不需要細項太明確，但是每年的總體也要跟付費者代



都不需要在這邊大家在費唇舌，把很多東西直接攤在陽光下，讓這些東西的呈現，我們實質上按照數據來說話，醫界不要多一分錢，但是也不能少一分錢，以上。

## 何代表語

補充一下，我們剛才提到的是要不要的追蹤這十九項跟這些十項的六二錢個案天麼都才我們到講是度情，要花掉二十分鐘在講這些，我覺得很奇怪。我們剛才提到的沒有講到錢的追事。我聽說醫界改善的項目，去我們一個沒有錢，進事六項的項目，這些人什麼來改革，每次開會，新醫療、新科技、一、二十億，什麼錢的去，做並沒錢，進事六二錢個案天麼都才我們到講是度情，要花掉二十分鐘在講這些，我覺得很奇怪。我們剛才提到的沒有講到錢的追事。我聽說醫界改善的項目，去我們一個沒有錢，進事六項的項目，這些人什麼來改革，每次開會，新醫療、新科技、一、二十億，什麼錢的去，做並沒錢，進事六二錢個案天麼都才我們到講是度情，要花掉二十分鐘在講這些，我覺得很奇怪。

## 謝代表文輝

主席、各位先進，我是覺得這是因為是以前的一次決議，今天只是剛朱代表提出來講說技術性的上，我們怎麼執行上的一次決議，到底我們開會的時候，我們一年有四次開會，開會的時候有達一六個月我們就報告，因為你如果只用一個月、兩個月沒有什麼意義，剛何語何代表講的，這個當然都可以考量，前面說署裡應該都有能表力，用這兩種方式他都有可能。現在最重的是說，教這一方面據看，有沒其他意見，如果有，這個專業的，東西還是尊重專業的意見，事實上他是延續的，他累積的資料才講的，像何代表講的，他跟你孫子今樣，天的真浪漫，那他其實講的也值，我們參考，就是裡本業潤人天大非講說血汗健保，所以

跟孫子跟你說我的錢，你就二十元解決一樣，所以這是從討論  
事情，各種不同的觀點，要不然就要很優雅，都不要講到錢，但  
討論的事都跟錢有關，也都直接講錢，大家才不用直接就...，  
所以我是覺得今天這個其實沒有什麼，只是討論一個公告技術，  
而這個技術，其實我是覺得署底下，組長可以直接講說，可以啊！  
我可以六個月到，我就可以在每次的會議達到六個月到，當然上  
一次的會議決議是說到六個月，這個符合，或是大家說不要這  
麼麻煩，就六月和十二月，問大家一下意見，這個就可以解決，其  
實不必討論，因為這個決議上這已經通過。

## 主席

來，請甘代表。

## 干代表文男

我想我們浪費了二十幾分，這個很多，尤其各位遲到，我是  
最準時的，每次我都是十一樣，提早到也不對，遲到也不對，我想  
這個時間我們浪費很多，我們想要知道到時候這個資料訂一個規  
則，是實施滿半年遇到會期就提出來報告，那追蹤兩年以後，如  
果有需要代表會裡面一直說我們再追蹤一下，就解決。就不要  
在時間跟數字來反復，因為你不是一下實施，而是分階段，階段在  
到了半年，一遇到會期，你就提出來，那樣就解決。就不要在  
這個地方反復的講這個無謂的事情。謝謝！

## 朱代表益宏

還是具體建議，具體建議還是依照，因為這個其實之前就已  
經決議，主席也承諾答應的事情。所以我還是覺得我們的半年到了，  
我們就報告，所以就是變的每一次開會就會有半年的追蹤，這是  
第一點。因為也不是只有針對這十九項，因為我們在討論這個是  
所有新增的項目都要比照這樣的原則，或是支付標準，我記得主  
席那時候也說這個也沒問題，所以應該是每半年到了就要去做一  
個追蹤，所以可能半年、一年、一年半、兩年，至於付費者認為  
追蹤兩年就好，醫界認為五年是因為藥品也是五年，我是認為說  
現在不管怎樣，至少先把半年、一年這個先做出來，至於到一年  
半、兩年以後，大家要不要繼續追蹤，我覺得或許可以再討論，  
如果大家認為說這個資料不夠應該要繼續追蹤，沒有說一定兩年  
到了我就不追蹤，萬一兩年的到了他的使用量還是大幅成長，成長  
可能到第三年就成長兩三倍的時候，我相信付費者可能對這樣的  
情形可能也會非常的關心，所以我覺得說應該是如果這兩年跟五  
年沒有辦法決定，但是我要提醒就是藥品那邊是追蹤五年，藥  
品這個是追蹤五年，在健保會也是追蹤五年，在這個健保會去  
新藥、新科技也是追蹤五年，所以這邊，我想包括何代表、干代  
表都是健保會委員，當然如果一致的話會比較好，但是如果他已  
經穩定了，兩年到五年，事實上兩年可以代表五年，我個人覺得  
也不要停止、沒有要停止成長的跡象，我相信付費者代表也不會

同意說我只看兩年就好，所以我認為說至於兩年，反正我們就先追蹤先開始做，在下一次開會的時候先就前面沒有追蹤的先做一個補報告，然後以後只要每滿半年我們就能夠把這個項目繼續加進來繼續追蹤，至於追蹤到兩年以後，那可能署裡面，可能要一個提案，或是由我們這邊再來提案說兩年到了，我們是不是後續再來追蹤。這個事情就解決，謝謝！

### 溫醫師哲暉(張代表金石代理人)

主席、各位代表大家好，我是南區代表，我其實要講的是我們醫療上醫療的專業，我們根據很多的經驗發現五年是一個常態，假如說你在兩年，在部分原因可能是在偏鄉，可能是在市區學習比較快，在偏鄉比較慢。那第二個，有些醫生是屬於年紀大的，他的資訊來源就比較短缺，不會網路的，那你要如何在兩年內就要的學會這些東西，所以很多時候我們發現都在兩年以後慢慢變的普遍，所以我覺得還是要按照往常的慣例用五年做一個代表，譬如說做一個時間的限制，假如說兩年穩定了，我們看他兩三年穩定，大概四五年就穩定，但是我們不能用兩年就來取一個，這樣有時太短，太短有時後造成誤差，其實這會以後在改過來，譬如說對於署內或對於醫界，假如這會疏於在去追蹤，有時在去調這個報告出來，可能會很麻煩，以上謝謝！

### 主席

還有哪一位代表有意見嗎？謝謝。請醫管組這邊。

### 龐組長一鳴

大家有共識嗎？如果有，就照大家的共識辦理，現在幾個癥結點，一個是時間點，是否每次？這都是技術性問題，但問題還是要有共識，所以大家的共識是什麼，請提出來，我們照做沒問題。

### 謝代表文輝

就每次，不要一次資料那麼多，大家都看不完。

### 龐組長一鳴

但這是你個人意見，還沒有共識，其他人還未支持。

### 朱代表益宏

我支持。

### 龐組長一鳴

兩位而已。

### 王副秘書長秀貞(謝代表武吉代理人)

同意！現在是要表決嗎？！

## 龐組長一鳴

三位。

## 朱代表益宏

所以要有幾個人才算同意呢?要幾個人才算有共識?按照組長的意思是幾個人會過呢?

## 主席

好，這案子其實要去追蹤，這應該是新科技預算執行的情形，這件事情之前就有稍微討論，每半年應該是合宜的。每半年。因為若按季報告，才剛公告，說不定連一個個案都沒有，所以半年做一個追蹤。至於要追蹤多久，有的代表說兩年有的說五年，我們先試著追蹤今年看看，大家覺得數據穩不穩定，一邊追蹤，一邊看，做到大家能夠公開的監督所有預算支用的情形；至於公布到怎樣的程度，先整體公布，若有代表有特殊需求，就再提出來。但是這新科技，其實是個很複雜的事，不單只是預算支用的情形，因為他涉及到是否有替代性，然後也涉及到新舊之間各個醫生，他怎樣去調適的問題，所以他真的不是簡單的數學，不過這部分真的太複雜，所以每次新增診療項目時，在會前專家會議的時候，大概都會跟專家瞭解說這在專業上是否有替代性，將來我們再公布這經費支用情形，就依據專家給我們的專業意見，把替代部分就扣除，只呈現淨增加的部份，這一點，不曉得各位代表對以上之建議同意嗎?

## 謝代表文輝

好啦!

## 主席

本會是共識決，如果大家同意，我們就照這樣做。如果有代表認為還不同意，請用其他的方式再提出來。這樣可以嗎?徵求大家的意見，可以，這個追蹤案就這樣。其他對於這追蹤案還有其他意見嗎?沒有，就進入報告事項，請宣讀報告事項第一案。

## 報告事項

### 第一案

**案由:105 年度共同擬訂會議時間。**

## 龐組長一鳴

跟各位代表再補充說明，因為提案資料比較先前做的，主席剛講因為今天是年底的關係，原先要討論的案子就延期沒有討論到，下次會議3月24日已經3月下旬顯然有些具時效性案子還未討論，容許第一季在3月之前，1、2月時再開一次臨時會，以上補充說明，謝謝。

主席

好，各位代表對這樣的安排有意見嗎？

溫醫師哲暉(張代表金石代理人)

不好意思，主席各位代表，我今天從台南坐第一班車 7 點 13 分，坐到這裡就 9 點 25 分，所以 9 點半開的會我覺得太早很容易人數不足，早上的話可能 10 點會好點，下午 2 點一定是沒問題。

主席

今天其實是蠻例外，因為真的找不出時間，會都全滿，所以非常抱歉讓你那麼早出門，原則上都是下午開會。來，何代表。

何代表語

他講 7 點半不構成問題，高鐵 6 點半就有車子；6 點 38 分就有車子，當時接受教育部科技評鑑每次都要坐 6 點 30 分的車子出去。

溫醫師哲暉(張代表金石代理人)

我們台南最早的是 7 點 13 分車子，不好意思，你要我們從哪邊去？這回答令人錯愕！

何代表語

你自己要想辦法，要來開會就要自己想辦法。

主席

好，謝謝。謝謝何代表。我們也儘量方便大家的時間，也就是儘量。原則上下午開會，今天很抱歉，已經講過，以後不管是正式會議或臨時會議除非萬不得已，儘量下午開會，請各代表能配合。好，其他還有意見嗎？沒有，報告事項第一案就洽悉，並於明年 1~2 月之間加開臨時會。謝謝，再來第二案。

## 第二案

案由：新增全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部第三章「初期慢性腎臟病」、第四章「糖尿病及初期慢性腎臟病個案資訊整合及鼓勵資料上傳(草案)」，及修訂本保險結核病等八項論質支付標準案。

主席

好，謝謝。各位代表針對本案有意見嗎？修正內容在後面的附件，請問這部分大家有無意見？來，請。

李代表紹誠

主席，各位與會代表，大家早安。針對 CKD 這案子來說，好



多年前在署裡面就為了預防糖尿病進入洗腎，所有這樣一個計畫案，我覺得這個計畫案非常好！

但目前我們也在分區開會，所以針對這個部分的品質，我們也覺得說，怎麼洗腎的病人好像並沒有因而減少或怎麼樣，所以這部份是不是可以再力道再強一些，再針對這部份做更好的品質，讓這些病人他們有一些正確的概念；要不然現在我們的食安的問題，或者是一些民間的一些不正確的觀念，這一部分其實民眾是要被教育的！那這一部分如果只是靠醫療提供者在那邊去做這些，對於慢性腎臟疾病這一部分的品質事實上並沒有太大的，所以我覺得在衛教上面真的要，這個其實講起來是國健署他們應該要做的！但是，我們看到洗腎的病人，一直再增加，所以這個計畫案到底對於這些糖尿病、腎臟病的人有沒有太大的實質上的幫助？這可能要列入更仔細的去分析和追蹤。這是第一個。

第二個就是說，全聯會這邊，基層對於這個案子基本上，願意配合這個草案；但是，有一些東西可能要在這裡提出來，就是可能在記錄上面稍微麻煩幫忙紀錄一下。就對於目前正在穩定照護但未收案的病人，會衍生出來的一些檢驗的費用，額外增加，那麼我們初步估計大概2,676萬等等點；惟日後如果有節省醫療費用項目時，千萬不要忘了這一項增加的費用，那麼基層總額是自行吸收的！這個論述。所以這邊提出這樣一個說明。

**主席**

好，謝謝。還有，好，請。

**朱代表益宏**

主席，我想請問一下，這裡面有好幾個案子，但是每個案子的都，裡面都有新增，就是說希望醫療院所應輔導病患去查詢他的健康存摺；那我個人覺得這一部份病患是不是查詢他的健康存摺，如果要宣導的話，應該是政府要做的啦！不應該把這個責任加諸到醫療院所，而且變成它一個指標。好像裡面還有說，如果病患查詢健康存摺沒有到達一定比例的時候，對醫療院所是一個負面的指標，是不是有這樣的情形？如果是這樣，我覺得是不對啦！這個指標如果有這樣子的話，我建議應該是用鼓勵就好；但是，不應該做強制！因為這個其實，不管是國健署或是健保署，本來就不是政府，既然用一個健康存摺，本來就是應該民眾自行要去查詢他的健康存摺；怎麼會弄到最後，變成醫療院所應該要協助病人要去教導他查詢健康存摺，這個我覺得這樣子有點本末倒置，所以我建議相關的這個文字應該要拿掉、修掉啦，以上。

**主席**

謝謝，再來，滕代表。

**滕代表西華**

我有一個是請教，有一個是意見。就是在我們資料裡面提到說，對不起我看一下後面的這個支付標準裡面，年度內同院所接受定期追蹤且上傳必要，這個是支付每個個案 200 點；那我從後面的那個第 7 頁，就是附件二的研商紀錄裡面，提到一個是，就是上面的第 2 小點的部分，如果是糖尿病，或者是初期慢性病的個案，他去上傳每一個是 200；那如果是同時的話是 400。那我想請教一下，如果他是不同的，比如說同一個人，他在不同院所接受不同的照護，比如說他在 A 接受糖尿病、在 B 接受這個 early CKD，那所以他就是分別支付這個點數。我們不會有一個機制是說，如果發現說我滕西華同時在 A 跟 B 分別接受不同的照護，有沒有一個機制是去，如果院所可以去整併，或者是健保署把這個名單就提供去可以做一些整合性照護？因為整合性照護看起來效果比較好，可以有一些鼓勵措施，這第一點。

第二點是我們既然糖尿病跟 early CKD 是分開，每一個個案是 200 點，那如果當整合性照護的時候，我也蠻建議健保署應該多給一點誘因，你 200+200 就 400，你給他整合性照護，其實兩邊如果都有，他有腎臟病的問題，又有糖尿病的問題，看起來是複雜度比較高，這個點數應該要在多一點！比如說 450、500 或什麼的，就這樣比較有誘因讓院所可以同時去花心思去處理同時罹患兩種疾病的人，這是個請教和建議。

第二個部分就是我也反對鼓勵院所輔導醫師查詢健康存摺的事情，因為在資料的第 17 頁裡面，特別提到就是「品質觀察指標」，老實講我覺得這跟品質一點關係都沒有！我也覺得說可以用鼓勵，比如說健保署今天如果有個單張，你是寄到各個特約機構，然後有病人來看病的時候，你就給他一張，教他怎麼下載健康存摺，告訴他健康存摺對你有什麼好處，我覺得非常棒！因為不是每個人都上網，也不是每個人都會用 QR Code 或智慧型手機，要命的是就醫次數比較高的人，通常都不會去看他的健康資料。所以如果要這樣子，應該要採行這樣的方式，它跟品質指標一點關係都沒有，而且健康存摺下載的顧慮，上一次會議我們也已經說到了！我要再一次表達，也是相當堅決的反對，這種人民的權利不應該當作是政府賦予醫療院所的義務。我覺得這個是署裡面非常好的方案！再次肯定！但是實在不應該要求醫療院所作一個品質觀察指標，甚至把下載率作為一種 KPI！代表付費者代表，而且我覺得這個有嚴重的個資外洩的疑慮！謝謝。

**主席**

好，謝謝，還有嗎？好，兩位。

**黃代表雪玲**

我也是要反應這個健康存摺，這個健康存摺在院所即便要協助民眾來做，因為大部分民眾都沒有開戶，他都沒有在你們健保署做過申請，那一定要帶戶口名簿來，對院所來講真的是非常困難，你怎麼跟民眾說就醫要帶戶口名簿來？這是很離譜的事，而

且我在健保署網站上看，如果去健保署的各個據點都不用的帶戶口簿，在我們院所就要帶戶口簿，這是一很難執行的，一個什麼，業；院所即便想協助署裡來推動這個，我覺得發傳單、發的、費、沒我們都願意！但是，這個要協助他，而且這裡面他繳的保費、有我們幫他下載過程，都很擔心！因為那裡面包括他繳的保費、有欠費，都是上面，那我們協助他下載，那下載要放在哪裡？這一年的資料是上百張，我們不可能無償的印給他，那不印給他，那怎麼帶回去？帶USB來嗎？我們幫他儲存，我都怕我電腦被他中毒！所以，那要寄E-mail給他，檔案又太大！寄不出去！那是真的，我們很想做這件事情，即便要協助，我們也可以；但是，它的進入障礙太過困難！如果在這沒有辦法改善之前，分局、署裡在訂各項指標，包括台北業務組或各個業務組，都綁這個，明年都綁這個當作品質指標，來當作KPI，如果我們品質沒有達成，拿不到那個獎勵金，這真的是對我們來講是非常一個困難！

## 主席

好，來，何代表。

## 何代表語

主席、各位代表，基本上我很贊成這整個衛教的過程，應該要有一個很完善的措施；根據健保署給我們報告說，這個洗腎最多，那要多的雲嘉南地區，那表示雲嘉南地區的人腎臟病會比較多，我們以成長率，每年成長率，就雲嘉南最多，那我知道以我們出來，目前是在整個電腦資料這麼健全、這麼發達，應該不能夠蒐集其他的地區是雲嘉南地區是水质關係？還是農藥吃太多？還是烈酒喝得太多？或者藥品吃太多？還有到底是他酗酒很嚴重？還是再來就是得食政府應該可以去地區上的分析出來，分析出來以後，應該去重金屬！重金屬很嚴重啊！這些都是政府為什麼沒有管控？我有一直想不來！所以這些都可以做一些指標性的資料蒐集，來告訴民

另外一個，剛剛我聽到說這個健康存摺還要用戶口名簿，我，是很訝異啊！現在很多已經不用到戶口名簿，你身分證也可以、你健保卡就已經是身分證的第二類！健保卡，你可以作業！我們是先你電腦系統為什麼到現在，都是想不通啦！我家！我不認為這樣子！那健保卡就可以代表他的身分證明！那為什麼還要這種很複雜的？過我認為健保署要規範給醫院，我也聽了很，你怎麼簡化這個過程，是很重要的！這整個簡化的過程，可以簡化很多作業上的程序！我的感覺是這樣子！

那我認為，台灣人有一個習性，當然的，我也一樣啊！我過去開會都講，我小時候離開故鄉，南部故鄉的時候，父、母親都說

你要很尊敬老師跟醫師，因為我們從前小時候看到醫師、老師都  
你要鞠躬禮，很尊敬！那台灣人的習性就是會很聽醫師的話，那如  
果醫師講一句話，我想比這個國健署宣傳一大篇都還有效！那這  
個怎麼去連結？當然就是要看出我們整個國人醫病的習性，跟醫  
病的行為、心理狀況來決定。所以我認為是說，健康存摺到底的接  
細目是怎麼樣，我們以付費者來講不太清楚，因為我們沒有去接  
受醫院給我們簡報說健康存摺要做哪些、哪些，我們真的不知道！  
所以我們無法在這裡下定論！所以，我在想說，沒有錯！醫院你  
們這個是專業，我們這個是很外行，可是我們如果兩年內就換掉，  
我們永遠都是外行的！所以我們也很希望去聽聽、去親身了解醫  
院的運作程序，還有實務工作的內容！這點我們也很希望了解，  
不然我們開會也是搞不清楚！這是我的淺見，謝謝。

## 主席

好，謝謝。還有嗎？來，請。

## 溫醫師哲暉(張代表金石代理人)

主席、各位代表，關於何代表這個從南部來，他的確很了解，  
因為我是從台南，那我也在關廟，所以我們在鄉下遇到的確是一  
個農藥、地下電台、草藥，毒品也不少，其實很重要的是「工作」；  
其實，鄉下的老人家常常工作到8、90歲，100歲都還在工作！像  
我就經常衛教患者，少工作一點，就不用吃藥啊！他們沒在聽，  
反而是被患者嗆聲，你們醫師賺得多，我們沒有工作就沒有飯吃！  
我說你們都有那個農保的津貼，他說那個不夠花啦！小朋友也不  
在身邊！也不夠花！那我曾經親自遇到一個MI的Case，我把他  
在做EKG，他也是一個務農的患者，結果他當時要我打針，他說肩  
膀不舒服，你幫我打打肩膀，打一些消炎止痛針就好！他要趕快  
回去工作。所以你在鄉下遇到這樣子的問題，像我們醫生，像何  
代表講醫生衛教，我們也每天都衛教阿！但是我們每天被洗臉啊！  
洗得很乾淨！謝謝。

## 干代表文男

我想，醫師除了健康的守護者以外，那麼也要盡一點社會責  
任；如果說只看病是後端，衛教，在我們病人裡面講，我們何代  
表剛才已經講了，在醫師，我個人都是很尊敬喔！沒有什麼對醫生  
有不禮貌的地方，而且跟各個醫師都是很好的朋友。所以說你們  
講的話要，應該要比一般的官署來講的好，因為官署講的都是官  
話，聽不懂！這聽不懂，因為他都用術語話！因為他沒有這個庶  
民話，你們在這裡做末端的！如果你前進一點，將前面多一點給  
予這個關懷，這樣比較好！我想應該不會被洗臉，應該不至於這  
樣程度！所以，說指標性不要，不要的話，好像這個都是官署，  
官署講的話又聽不懂，到底誰的話，能聽？要降低這幾樣的疾病，  
是要大家共同來努力的！不要說把責任都推開了！講跟我無關！  
對，沒有關係，但是最後服務的病人還是跟你有關。我想，你  
心裡也想，如果這樣做下去，你想說你如果眼睜睜看他怎麼樣了，



麼檢查這些，但是藥物的部分，實際上的病人還是回同一個醫療院所，或是不同醫療院所，但是他服藥的情形，並不是一個患者去原領藥，他說這個他不吃啦！藥他領了，這個藥就要交給你，他說你跟他講說不行，醫師已經開出來了，我們藥就要交給他，要拿回計畫們如果不收回去，我也拿回去丟掉而已！所以也是造成浪費啦！所以我們覺得整個在品質上我們公畫所蒐集到的資料。因為我們藥師公會也做了糖尿病共同照護計畫一段時間了！所以這一段可能讓長官們在思考，謝謝。

主席

好，謝謝，大家還有意見嗎？好，請李代表。

李代表紹誠

主席，第二次發言，就針對剛才干代表或滕代表講的，我非常echo就是說我們今天在品質上面，其實我們醫生要花更多的時間來衛教病人，而不要花太多時間在行政上干擾。那麼我們現在常常在健康保會上講得一樣，就是現在的醫生常常花了很多時間在注意螢幕上面，以至於我們跟病人的醫病關係常常受限於很多的規定，所以一定要把那些不必要的、行政的、影響到醫療品質的東西，把它拿掉，像這個健康存摺跟品質的有什麼關係？我們實在看不出來，很多東西是病人端要自己負責的！而不適我們醫療提供者要去負責的！我們的醫療提供者更要有好的品質，這個病人在我手上有沒有得到好的照顧，我們有更講品質，更好的解釋，所以這個東西是這個精神，我一定要有！我們常說我們醫生看病，常常都沒有在看病人，其實不是我們不願意看病人，而是太多的這些東西，就像藥師公會所提的，雲端藥歷其實現在就在品質上是一個很好的！我們醫界都非常配合雲端藥歷，那這個病人不一定要用到那些不需用到的藥，不要重複拿藥，那這就是一個進步！那剛才何語代表有講到品質的部分，我想這都是品質的進步！但是，拜託這個不必要的行政的東西，盡量減少！以上。

主席

好，謝謝，大家還有無意見？沒有，請醫管組回應。

龐組長一鳴

謝謝大家對這案子基本的支持，透過這場合再次跟大家說明，原來共同照護疾病，像糖尿病、CKD、高血壓，其實是分開來的，這次開始要把原來所謂整合性照護再做一個比較，進行對現在影響較小的整合。第一個是把類似的病集合在一起，第二個是因為現在有醫令上傳關係，我們把原來登錄個案方式，如果他做醫令上傳，也可以蒐集他的相關資料，等於是擴大病人的照護率呈現在方式，所以基本上是按照這方式來處理，這樣有助於未來大家

對這資料的掌控。大家的知道糖尿病如控制得好，相對洗腎、心臟病、眼睛的疾病、四肢的疾病、神經系統疾病等問題都會減少，所以這幾年大家很重視這方案，無論民間，還是醫界都很支持的，也都都有進步。透過這次的整合和資料蒐集，未來對這個病情的掌握，其實會更了解。

這個場合也比較清楚的澄清，跟大家報告一件事情，因為有當過雲嘉南的主管，雲嘉南不是洗腎率最高的地方。台灣洗腎率最高，經過年齡標準化校正，應該是屏東縣。因為前段時間，劉建國委員正式要這個資料，我們已經有提供給他，所以可以在這場合講，不是雲嘉南。如同我剛才講的，資料可以性的計算方，需做性別及年齡校正，特別是年齡校正，所以傳統印象雲嘉南，透析率及洗腎率高，大部分原因是老化的關係，它人口老化較高，過去也有資料運用的錯誤。因為涂市長為了這個事情也反應很多，因為大的嘉義地區，嘉義市是醫療資源最集中的，很多人到嘉義市就醫，所以你要就醫地點的話，嘉義市會是最高的，很多人是嘉義縣或雲林或其他的。我們這一次趁這個機會把資料都清了，把人歸戶到戶籍去做，把年齡校正之後，其實最高的不是雲嘉南，是屏東縣，高雄市其實也很高。

再來是計畫實施性問題，剛剛很多爭議是卡在健康存摺這裡，我們健康存摺確實是如大家講的，我們也不希望違反個資，違反個資的事情，是絕對不應該做的！我們用輔導、協助立場來做處理的！其實現在的設計，主要是希望讓民眾用家裡電腦，自行下載健康存摺，但可能有家裡沒電腦或不會使用等問題，所以我們設置服務據點，提供服務及協助，當然也希望醫院來協助。在這也很謝謝醫院的幫忙，整個過程中，承辦人員確實很辛苦。因目前下載率越來越高，現在結合品質方案，我們希望它是一個支持和鼓勵的措施，所以這裡所列的方案，要下載健康存摺的部分，都沒有連結費用部分，這是第一點要跟大家來澄清的！

第二個是經過大家討論過後，文字上可能修改一下，大家會比較舒服一點。我們以第 11 頁第 7 點為例，院所醫師應輔導個案查詢健康存摺，並「應病人要求」協助…，其實協助就是被動的，並不是主動去看人家的存摺。為避免大家誤會，協助檢視健康存摺內容及個案健康管理，以提升醫療安全與效益這一段，加了「應病人要求」這幾個字，可能看起來會比較好，應病人要求嘛！

**林代表富滿**

把應病人要求放在最前面。

**龐組長一鳴**

請你整個唸一下。

**林代表富滿**

應病人要求，院所醫師應輔導個案查詢健康存摺，並協助…。

就是把「應病人要求」放在最前面。

### 滕代表西華

抱歉，我要插一下話，因為現在是要修正文字，表示你們都同意的意思，這個是支付標準的修正案，它即使沒有跟支付標準扣聯，它都是個重要的意義，龐組長講的我都同意啦，我也覺得他出發點都很好，但是你把他在支付標準，你的把他放在支付標準的服務耶，即使它是沒有錢，它也列入觀察性的這個指標，所以我還是要講，這東西不能這樣幹啦，你放在別地方我沒意見，只是放在支付標準裡面，病人到院所來的時候，醫師們他就會看到一個指標監測，你不管是應誰要求都好，那我怎麼知道，你是應病人要求，還是誘導病人要求，還是應醫院要求，還是什麼，那麼多人來到，哎呀，我們很多的病人講，我們也有部裡面，不是衛福部，別的部，很重要，主管法律的部裡面的高級的政務官跟我們說，個人資料醫療資料幹嘛要保護，醫生都不是壞人，醫生隨便拿去用，他一定不會亂用，那我今天講不是醫生會不會亂用，而是說，就是你不知道他會拿去怎麼用，或是什麼人會去收集這個資料，他出了事誰負責？你們醫療院所要負責耶，我的意思是，沒有這種事啦，我覺得這樣實在太冒險了，非常的冒險，不能這樣，醫療個資還是個資法裡面敏感性個資，甚至直接寫病歷，框定的那麼明白，在這次修正的時候直接寫病歷，那你當然是收集、運用、處理、利用都是在個資法裡面管理的範圍嘛，我還是要講啦，對，違法的事情我們不會做，但我們有時候不知道自己做的事情是違法，就在這裡嘛，所以我覺得這個在法律的邊緣的，我們再謹慎，放到其他的什麼原則性的規範，或是你來的時候，我們希望你能夠同意幫我們多宣傳，都可以，可是你落入支付標準，即使你沒有跟我們的支付點數扣聯，這個是修改支付標準，請各位三思。

### 謝代表文輝

主席，我是覺得這個有爭議性的東西，儘量不要 involve，還是儘量在這個時候把這邊拿掉，那事實上我想可以宣示，那我們也會回去醫療院所團體裡面的宣示說，現在有這個推這個健康存摺，我們要儘量給他協助，這個我們一定可以幫忙到，現在其實醫院對病患的服務，大家可以看到，到每個醫院去其實都很認真，那這個的話大家一定會協助，只要有病人拜託說，你來幫我查什麼，我想沒有一家醫院會拒絕啦，各位去每個醫院就醫，大概都可以發覺這個事實。

### 朱代表益宏

主席，我同意滕代表講的，因為不管雲端藥歷、健康存摺，其實主席有去台中，參加過一次醫法論壇，那個，大概兩三個月前，中間的法界代表、法界的學者，甚至認為健康存摺跟雲端藥歷是違法的，因為它是目的外使用的，所收集的資料都是醫療院所依健保法，向健保署申報醫療費用的時候所收集到的資料，那你申報



到，申報醫療費用，當初這個資料上傳是為了申報醫療費用，那健保署在做目的外使用時，這個當然就要，就有違法的疑慮，更何況沒有經過病人的同意，然後醫療院所去查詢他的相關資料，這個其實是有問題，所以我建議這個在個資法的適法性還沒有了釐清之前，或是說有一些爭議之前，不要落入文字比較好，除了剛剛講的通則以外，這個後面的指標應該拿掉，以上謝謝。

## 龐組長一鳴

我們再說明一次，文字意思表達不清楚，我們再把它修改清楚一點，或是怎麼樣，大家可以討論。但我們的原意，不是請醫師去看病人的健康存摺資料，也不是說用你的電腦查給病人看，而是病人有需要，他拿給醫師看，醫師當然要幫他看。這群病人有的是一個特色，都是醫療利用比較高的病人，也比較需要整合性照護的病人，所以我們希望病人能做好自我健康管理，而健康存摺的資料，只是把他的資料還給他而已，不是做目的外使用，不是供給其他人，所以文字表達不清楚的部分，我們再來修改。它的原意是希望這群人能夠自己管理好自己的健康，不要把健康的事情全都變成社會、醫療院所或是醫界的責任，他自己也要負一部分的責任，原意是這樣，再跟大家說明清楚。

## 謝代表文輝

我們知道組長的原意是很好，但是原意很好不保證它就不違法，他沒有知識或他年紀比較大，並不代表它就不受個資法的保護阿，這個我們不要把這個比較弱勢的群眾，就把他定位我們這樣是對你好，權力是掌握在人民自己的手裡，所以我是覺得這個應該要你拿掉，雖然我們原意很好，但事實上，你就是講不清楚，怎麼，這個沒有辦法，你訂在那裡彼此沒有什麼罰則或是什麼，醫療院所就會去做，我坦白講，每個病人資料都會查，都會到我手上，那我要怎麼做，沒有人知道，所以我是覺得原意是很好，我們也瞭解，所以當初這一群比較弱勢的，但弱勢他還是受個資法保護，不能把他定位說，他就是沒辦法決定，所以我們幫他決定，所以不是覺得，這是有爭議的，有爭議的地方也不要讓我們的官方的及這個有爭議的灰色地帶，我是覺得最安全的方法是，那我們的醫療院所也表達很高的誠意，你印單張來，我們絕對放在櫃台上，你上面也可以寫，如果自己不會查，你可以請醫院的服務台幫你解決，這樣就提供完全讓病人自主決定，所以我是覺得，這樣的話還覺得，那就覺得這個會好像代表大家的意見有疑慮，我是覺得不宜一定要把它放在裏頭。

## 龐組長一鳴

對不起，我表達能力比較差，不是要請醫院幫他查，我再講一次，不是請醫院，也不是請醫師幫他查。剛剛何語代表有提到，現在下載很麻煩，還要戶口名簿及戶號等，假如只要健保卡，或是只有身分證，那確實是醫生就可以幫他查的到，甚至藥師，只要持有健保卡的，都可以幫他查到這個資料，所以它過程中會複

雜一點，是比較難下載的原因，就是因為它有安全機制。所以不是要請你幫他查，是希望這群病人可以自己幫去查去瞭解、掌握自己生理資料和健康資料的意思，我們文字不好，我們同仁不是再改一下。

## 李代表紹誠

謝謝龐組長這樣三番兩次的解釋，但回到，還是剛剛滕委員講的支付給付會議，這個東西跟我們的支付裡面要不要綁在一起，好像是跟我們品質上有沒有關係，那如果說他的用藥，或是他醫次數或什麼，我知道在雲端藥歷裡面已經可以看到一些相關資料，所以我覺得這是，回到我們 focus 的地方，另外一個就是，不是有，當然跟這個題目無關，就是副司長在這邊，可不可以跟我們大家講一下，我們現在對健康存摺，其實，到底要怎麼樣去做，我們醫界扮演的角色是什麼，然後常常在不同的個案裡面就會去出現不同的方式，那我們醫界會對於這方面我們就是說，到底有沒有沒有一個統一的規定，我們到底該怎麼樣去做，是不是可以藉這個機會讓我們知道，我們回去可以轉達，要不然我們常常在應付這些不同的場合就要講不同的方式，以上。

## 何代表語

主席，我們組長講得非常熱誠，那我在這裡把他修改一些字，看大家認為怎麼樣，我認為說，院所醫師應病人要求簽署授權同意書，協助檢視健康存摺內容及個案健康管理，以提升醫療安全與效益，至少比他拿一個戶口名簿來還方便，因為他要求，既然有要求，好，你給我簽署一個授權同意書，那我就檢視你的健康存摺內容及個案的健康管理，那他同意簽署給你了嘛，那如果剛才我們組長說應病人要求，應病人要求是口說無憑，到時候病人說，我沒有說，他給我拿著資料到處給別的醫生看，就很難啦，那我認為是這樣子，應病人，你既然應病人要求了，好，你給我簽署一個授權同意書，所以對不對，我認為這樣子很完整嘛，不會牽涉到個資法的問題，你已經授權給我，有什麼個資法的問題，沒有了嘛，像我們現在銀行還有很多開戶，他也都要我銀行總行可以用你的資料，一樣的嘛，我認為這樣子就沒有牽涉到個資法的問題，那在這裡，醫師也不會有個資法的問題，那你剛才提的應病人要求，再加了一個簽署授權同意書，那就可以，那你前面應輔導個案查詢健康存摺，這個應輔導個案，這樣子是醫師要負百分之百完全責任，那你為什麼後面又要有一個應病人要求，就前後矛盾了。

那我認為這樣子修正看大家的意見怎麼樣，達到這個一步一步的改善這個目標嘛，那當然我們要法治國家，要遵守法律，但是我們讀法律的來管我們都管不好啦。

## 謝代表文輝

主席我是覺得是這樣當然如果病人有簽書面或蓋手印同意這

當然就沒有違法這我同意，但這根本不適合放在支付標準當方向或指標，如果病人蓋章同意醫院協助查詢，醫院沒做健保署可以記缺點，這我同意，但這是病人決定，有時醫師說很多病人不一決定會接受，所以不宜放在單向支付標準裡，因這完全取決病人決定，如病人簽名蓋印同意，這是授權，醫院當然可以查，如果沒授權當然不能查，理論無法執行，所以不應該放入支付標準中。

### 龐組長一鳴

對不起，再說一次，我們不希望健康存摺是給醫院查，而是病人自己查！他可以下載列印，自己的存摺是自己的，自己存摺不是給別人查，就如自己帳戶不是讓別人查。剛剛有提到健康存摺下載與醫療品質無關，跟各位報告，個人見解，它絕對是醫療品質指標的一個重要 factor，他是醫療品質指標 patient center，把病人資料還給病人，病人掌握所有的健康資料，這絕對是品質指標的一個構面，美國歐巴馬也在推動這件事，這絕對是醫療品質有關係的事情，講說他和醫療品質無關，這會成為一個國際笑話。這是 patient center，回饋給病人，對不起我順一下文字，請同仁讀一下文字。

### 陳專門委員真慧

我重唸一下文字，為利個案自身健康管理院所應鼓勵個案查詢其健康存摺，以提升醫療安全及效益。

### 王副秘書長秀貞(謝代表武吉代理人)

主席，我覺得健康存摺這件事，無論是政府單位或醫院大家可以共同來響應，有很多政策也應該來響應如分級醫療但對於政策應該要響應的，也不會再在支付標準內列這些東西，不是嗎?!好，剛剛謝理事長、謝代表也有講，大家應一起來背負這個責任，那麼社區醫院協會可在這承諾，如健保署有製作文宣單張我們願意透過協會的資源來幫忙，請院所配合響應發放傳單，讓民眾知道他這樣的資源這樣的權利，可以做下載，我們也會將分級醫療概念一起來推動，謝謝。

### 李代表紹誠

剛龐組長修這個文字我想非常好，那個東西要擺在所有支付項目通則進去，高血壓也有這個問題，這只放在這些試辦計畫這些品質計畫，如果這邊要改那其他地方也要改，這東西有的改有的不改，在健保支付通則中擺進去，剛龐組長的建議很好也給我很大的啟示，如果在這地方放，其他地方也應擺進去。

### 朱代表益宏

這案子包括付費者包括醫療提供者都認為不宜放在這邊，只有醫管組認為要文字一直在修改，我認為至少要至少付費者代表及醫療提供者代表都有共識，這有個資法疑慮，協助跟病人解釋這大家

都有在做，反對把他列在支付標準內，哪我不曉的再文字修正，也是要放進去，剛剛組長講只有我一個人意見，現在不是只有您一個人意見。

### 陳代表志忠

聽起來我們參加這個會議，很少有代表意見一致，是這樣，重要真的很重要，幫助病人去查詢資料真的很重要，找一個地方在規範裡面，在我們健保法規內規定，大家都同意醫療提供者有責任幫助病人去做這件事，剛李代表講每個支付標準都要放，我不是材疏學淺我的邏輯搞不懂，我一直煩惱這件事，如果大家意見一樣，我們不能從善如流，

大家想一想擺在整個規範裡面，而不是單單放在支付標準中，以上報告。

### 龐組長一鳴

這樣子好了，我們依據院長這樣建議，落款不同支付章節及方案確實有疑義，是否按照剛才修正的文字，放在支付標準通則內。

### 謝代表文輝

那在找個時間開會好了。

### 陳代表志忠

這是規則和支付標準並不那麼有關係，這樣大家都比較安心去過年。

### 滕代表西華

這樣組長，現在生技醫藥型國家計畫跟倫理法律社會影響小組，接受政府委託在做整個電子病歷相關法規的研議，在美國有多少病法規在規範資料傳輸，電子病歷相關法規還涉及到什麼是電子病歷，也就是說包含存取等七大項目包括存取、寫入、應用、傳輸、管理什麼都在討論，如果我們要做的安心，我們也認為效益可以發生，就像我們反對財政部用 IC 卡做自然人憑證，為什麼，自然人憑證很好阿，你去下載就不用再填報什麼資料，用意這麼好，但是你還是不能強迫人民去使用國家認為一個棒的不得了政策，這就是父母為了孩子好，你都不要出門，外面壞人那麼多、空氣那麼差到處都有病菌一樣的道理，就是出發點為善手段也要為善，所以如果是這樣的話我們應該看看這個委託案研究案做出來的結果是怎麼去規範這些電子資料的傳輸，這個東西屬不屬於病人健康資料，屬不屬於廣泛的病歷資料，甚至剛剛大家提到的雲端藥歷要如何運用，到那個時候在對整個支付標準及其他健保的管理措施，那時支付標準要不要把下載、上傳、去應用病人雲端資料的一些事情做一個什麼樣的討論，哪時候再來談，其實剛剛龐組長的解釋就健康存摺的原理與精神我都滿支持的，我沒辦法支持是作法啦，不是否認讓民眾瞭解健康管理，現在連非常多的 APP

都要收集健康資料，我們國家都沒有任何規範，我覺得健保署不  
要去找在這種法律位階還不很清楚的時候，就貿然要全國醫療院  
所，去為病人健康的資料傳輸及應用過程中佔有被規定的角色，我  
覺得這個是要謹慎的，所以真的不是確實反對健保署的用意，我  
絕對不支持在這時候用這作法去提升健康存摺的下載率。

**主席**

好，醫管組這邊最後要如何修正，

**龐組長一鳴**

找一個共同的規範再來研究，就照院長意思。

**陳代表志忠**

對不起我再說一下，因為我們在醫院設置的點，我們同事有去  
查，他自己有看過，健康存摺一打開就是投保的健保費，這些資  
料都在裡面，我們是不是先在這方面做一個分割，讓院所要查的  
地方先切開，不然真的會侵犯到隱私。

**龐組長一鳴**

院長，基本上我都支持你的意見，不過健康存摺不是讓醫院查，  
是自己查，而醫院則是鼓勵他查詢。

**陳代表志忠**

因為協助他去看，有很多老人家都是把卡交給志工，要志工幫  
忙查，這樣一定會被看到。

**林代表富滿**

對不起我表達一下，在座各位應該很少人真的有查過，我有查  
過且健保署目前也有發放操作流程，但為何民眾沒辦法自己查詢，  
主要原因是需要有讀卡機設備。所以勢必要到醫療院所來查詢，  
而且一定要有戶號跟一個很長的密碼，整個操作過程有一點複雜，  
若真要讓民眾自己查詢，應該要更便民，才能提高民眾的下載率，  
現況，民眾要操作下載，是有點困難。

**主席**

好，大家還有意見嗎？沒有意見的話，健康存摺這件事，龐組  
長剛講的很清楚，這政策是把資料還給民眾的概念，就是My Data，  
接下來就是My Decision，我們一直認為，下載之後就是個人的資  
料。如剛富滿講的，我規劃下載資料之程序及設定密碼，你可以  
講說麻煩，但也是為了維護個人資料。下載之後，就是由病人決  
定要怎樣處理他的資料。這份資料，因為過度專業，主動願意把  
自己存摺資料，拿去請教醫師討論病情，這就是他的決定。醫管  
組非常希望病人，特別是一些論質計酬的慢性病人能優先下載自  
己健康存摺，醫生、醫院是慢性病人常去的地方，若這些地點可

以成為資訊的窗口，讓他們知道有這樣的權利，希望你們能站在病人的角度協助他們，它是有點麻煩，才顯示它慎重，下載之後就是依病人決定如何使用。

### 何代表語

聽了主席在說明以後，就變成病人自己願意把他的健康存摺內容拿出來做為醫師輔助的項目，這樣講我們就比較清楚，因為你在前面寫「輔導個案查詢健康存摺」，這個輔導就是要醫師要主動介入，

### 主席

因為有些病人根本不知道有健康存摺，我們亦在積極宣導過程中，所以 provider 其實比病人更加清楚。

### 何代表語

那講的內容能不能很詳細，你剛剛講我來不及寫，

### 主席

是，因為我們也耗掉滿多時間，大家既然認為放在這裡比較有疑義，但沒有否定它的價值，而且是可共同推動，是否就這文字內容，如何把這樣的觀念講得更清楚。當病人不知道健康存摺是什麼，不知道它的價值是什麼，期待 provider 有機會讓病人知道他有這樣的權利下載資料，若病人疑義，看診醫生，能夠協助看存摺的內容，然後能幫他做好的建議。所以醫管組是否就文字再做更完整的敘述，然後下一次把這內容放在適當之規定中，而不是每一個計畫都去放。聽起來我們院所這邊，包括付費者代表也都認同這件事情是重要的，其實不是你的病人重要，連你自己也很重要，你自己也是可以下載你的存摺。

### 謝代表文輝

主席我是建議這個，這個是一個很通則的東西，就是說其實健保署推的東西也不止這個健康存摺，像雲端藥歷很多，我們感覺很好的，這個通常應該如果是雙方合約精神是這樣，是合約上面要寫，就是說政府或是健保署推動對民眾政策性的這個，他都要協助，這責任應該是寫在這合約上面，他才是一個通則的宣示，就是說相關對民眾的健康或什麼好的東西，這政策和這政府推動的時候你和我的合約院所，你都要給我協助，這應該是寫在那裏的宣示，而不是說在每個項目哪裡，沒寫就別的项目就不用了，不是這樣的，這是一個宣示性的東西，因為他涉及很多法律的灰色地帶，那個還要從長計議，所以你推的也不止今天這個健康存摺，會有很多東西後續很多，那個本來就是在雙方合約的宣示精神裡面要寫，我是覺得那個是比較洽當比較不會有爭議的，這是我的建議。

### 主席

好。

## 朱代表益宏

主席我想大家剛剛包括滕代表一再表示，醫療服務提供也一再表示，事實上去查詢要求醫療院所，或是要求醫療院所協助病人去查詢，放在支付標準裡面是不適當的，所以如果說今天醫管組說我們在支付標準另外的通則裡面再去放，我相信又會碰到今天大家已經花了一個多小時在討論，又要重新再討論一次，所以我大想說這邊是主席講，主席剛剛要做結論說大家都同意這個精神，同意這個精神是希望鼓勵民眾盡量去使用他自己的健康存摺，這樣子的概念大家是同意的，但是我想我這邊要強調、要確認一下，事實上大家是反對把查詢健康存摺，如果是民眾自行查詢的話，那跟支付標準是沒有關係的，那支付標準本來就是在醫療院所，在跟健保署申請相關醫療費用的一個準則，那你把病人自願去查詢的這個東西放在這邊，事實上是不太適當，所以我想這邊要表達一下，不應該在支付標準裡面去放，去所謂查詢健康存摺，或把它列為相關的什麼品質指標，以上。

## 主席

好，謝謝，陳代表。

## 陳代表志忠

謝謝主席跟組長，苦口婆心，我們把病人、把民眾自己的健康的資料還給，這個觀點很好，但是有兩個方面，第一個，我們台灣兩千三百萬人如果每個人又要把他的健康還給他，到底有多少人有能力去處理，把他的資料處理他的資料、看它的資料，這個可能要了解一下，因為現在已經有各個業務組，據我了解，最少台北是這樣北區是這樣，希望把這個健康存摺的查詢的比例，而且訂的很高的比例，當做一個指標來要求各院所，我覺得這樣子好像像是太早做太快的了，另外如果要讓保護病人的資訊跟我們看病人的時候了解病人的狀況，我們為什麼不可以雙軌並行，一個病人願意下載的可以下載，可能很厚的資料，另外一個則是他的來看病的時候，我們現在只看雲端藥歷，另外現在要加其他的檢查的結果，慢慢把這個完善化，讓我們看病的時候在診間的確希望他在別的醫院，所看的檢查的結果，當場看，病人也同意看，但是不能下載，這樣子可能比較完善，雙軌去考慮一下，我們不知道兩千三百萬人到底有多少人可以處理真正的這樣一個存摺啦！而且千萬不能把這個拿做一個指標來要求，我講要求是太客氣了，壓迫地方上的醫療院所。

## 主席

好，謝謝，我們真的花很多時間，大家的意見也都了解，大家共識不要放在每一個計畫裡面，因為有很多計畫，也寫不完，請醫管組就文字及適當的地方，包括剛剛代表提及之合約書或其它地方，請多元考慮。下次有機會，如果真要寫在支付標準，也是

一種修正，也還要提到這會議來討論，如果是寫在別的地方，就看什麼場合來討論。因為事實上健保已經走向一個公開透明的時代，任何的修正都必須要取得大家的討論跟共識，絕對不會自己說，就加哪個規定裏，今天大家會看到，也是因為我們有修正，大家才來討論。如果今天大家認為放在這裡不適當，要放在別的地方，就在該討論的場合來討論，是否這樣可以？好，還有嗎？

## 潘代表延健

請主席表得我的看法，因為如果照剛剛大家討論下來，其實這個健康存摺的對象，主要是病人，然後醫療院所，因為病人都會來醫療院所，所以我們會需要做衛教、做輔導，所以很明確的對象就是兩個，一個就是病人，一個就是醫療院所，所以剛剛主席的裁示裡面，如果是要另外再放，我是建議就是說不是只針對醫療院所，而是說這個專責甚至是專門的一個辦法，它是對民眾也有一點教育性質或是鼓勵甚至是一點引導的性質，這樣的話，同步對這個醫療院所要求，這樣在執行上面大家就比較不會有疑慮，而且效果也會比較好，另外剛剛提到的這個小單張，因為可能不是版本的差異，因為這裡面並沒有提到戶號，所以可能在這個小單張上面，你們也同步再去做 review 一下，一起去做一個修訂，以上。

## 主席

謝謝大家提供很多的意見，還有嗎？

## 李代表紹誠

就是剛剛我提的，就是說是不是署裡面可以針對健康存摺，它的遊戲規則訂一個有一個專題我們來這邊討論。

## 主席

好，謝謝，請大家支持健康存摺。

## 何代表語

我在這裡是有一個建議，第一個，我們涉及日本、歐美國家，他們有沒有設立健康存摺這種項目，他們怎麼做的，能不能蒐集他們來參考看看，第二個，針對這個剛才這個醫管組講的不用意是非常好的一個方向，能不能重新開個小組會議把醫界剛才我聽到陳代表講的好像可以做到非常完美的項目大家集思廣益，能不能把它做得很好，那召開一個小組會議，大家共同想出一個方法，而且讓醫界也做的很好做，那讓這個受醫病的人也方便，能夠增加很多醫療的資訊，那對他的健康也有很好的管理，所以如果這樣子的過程來，一方面涉及國外怎麼做，一方面我們自己一個小組來討論怎麼做會更好，那可能會更圓滿，謝謝。

## 主席



好，謝謝，健康存摺這件事情，其實就是各位醫界代表經常在complain部分，就是病人這一端的約束太少，以及病人責任盡的太少。確實現在病人比較過度仰賴醫療，所以健康存摺利益的宗旨，就是希望病人瞭解自己的責任，於是把他的資料還給他，請他了解後，付自己的責任，這樣才不會過度仰賴醫療，可以從預防或其他管道增進健康，讓大家能夠朝向比較良性循環，這是它基本的宗旨。我們期待速度快一點，所以希望院所端可以扮演某種程度幫助的角色，這樣的內容，用甚麼樣的文字來呈現，放在哪裡，是不是再找個時間，大家再集思廣益等，都不排除，好嗎？另外單張要修正的，都會注意，包括滕代表提到法律上的周延性，也都非常小心，你還要再表達？

### 陳代表志忠

真的計時60秒就好，剛剛何代表講的，我其實有一個不太想講，因為我剛剛有跟他講了，我最近去香港看了香港的做法，香港我們知道大部份是公立醫院，他底下得醫院，它有一個醫連網是通的，可以看到資料，我本來以為只有這樣，原來他已經進步到所有的開業醫跟私人醫院，都可以經過病人同意，上去看資料，它叫做PPI，我們是不是把真正需要對病人整療有需要的資料來這樣提供給醫生給院所，我們現在是申報…

### 主席

好，完全了解你的意思，謝謝，因為我們自己都有下載過存摺，我理解你，那裏頭也有民眾繳交的保費，包括自己出多少、雇主幫他出多少、政府幫他出多少，還有他健保卡在哪裡換等等，這是跟醫療比較沒有關係，但一樣是希望給病人自己知道的東西，我們出發點是要把他的東西還給他，所以綜整大家的意見，我們今天是實錄，會記下來，就是內容再更周延之後，研議放在何規定內，其它還有無意見？沒有，這案子就修正通過。

### 第三案

**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三部牙醫、修訂105年度「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」及「全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」案。**

### 主席

謝謝宣讀，大家對於這個提案有沒有意見？好，兩位～滕代表先。

### 滕代表西華

這個案子我有幾點請教，首先在這個…我可不可以直接看後面的這個支付標準~因為比較細，在轉診費用的增加，就是第4頁的資料裡面，00304C裡面的轉診200點的部分，但轉診是應該要給足夠的費用，我想知道說包括這個表單的使用也是，他是不是含

上轉是一次，譬如說我從基層轉到醫院是 200，醫院再轉回來也算 200 嗎？這是第一個問題。因為上轉下轉就是來回轉回來都是各算一次，因為這個就跟我們後面的那個~如果轉回來的話，他有一些處理結果追蹤寫的欄位，因為你說全部都要寫；如果他轉回轉出，會不會有些欄位是不太一樣？這是第一個請教。第二個請教是在我們資料從 16 頁開始的總額特殊醫療服務計畫項目裡面的一些相對關問題，在第 16 頁最下面特定身心障礙者牙醫醫療服務的符合對象條件，新增一個重度以上重要的器官失去功能，可是這一類的障礙者其實還差異性很大，一部分的可能是器官缺損、一部分的可能是譬如說類似有些癌症的病人，他很有可能會拿到這一類的，我想知道在這一類的規範裡面，我們最主要的考量跟類別是什麼？因為後面有提到這個是舊制，還有提到有個主管機關認定、括弧裡面寫到的是須為新制評鑑，應該是 ICF 鑑定，應該不是評鑑，應該是新制鑑定裡面第 1、4、5、6、7 類，可是 1、4、5、6、7 類應該是要... 因為你舊的標準是有程度差異，就是說有中度，某部分障礙是沒有，譬如植物人症狀沒有，某些障礙是有程度上差異，可是你沒有算 BS 碼的障礙程度你只有算類別，這樣跟原來的比較是不是放寬阿？所以我們是不是要放寬的意思？就以新制來說是不是考慮障礙程度嗎？這是 17 頁。17 頁的第二個問題是在初級照護或是進階照護的牙醫師的資格裡面，我覺得很好，就是說他有一定學分的訓練就是確保他要 qualify，因為是依照他特殊的求照護，他確實跟一般的病人不太一樣，包括很多行為上面的理解、特質上面的瞭解，我想知道偏鄉的地方，我們都知道其實在偏鄉的特照這一部分，長期以來，特照率也都是我們關心的，在偏鄉的部分，會不會有些醫生在七年之內是沒有辦法累計到 30 個學分？因為他要出來不簡單，第一點；第二點是他都去上課，偏鄉只有他一個人，他走就沒有了，還是說因為這樣沒有辦法克服，所以其實偏鄉裡面我們都用巡迴的？巡迴在整個特照需求的滿足上面，他又有很大的差異，包括他器材設備的問題，所以我想知道偏鄉有沒有差異？最後是在 19 頁的部分，有關在宅，因在宅是新的東西也很好，但西醫的部分其實在宅出現一些困難，包括有新的醫院打電話去基金會、去機構說他們沒有個案，他們不可以去介紹個案，包括有的醫院說他們自己有申請在宅，然後病人打去詢問的時候，覺得健保署可能要幫忙瞭解一下，他們才說沒有，我們只是看起來有申請但實際上不提供服務，我們都有接到這種申訴，還都知道在哪個地區。就是他醫院有去申請也沒有，其實也沒有這個服務，有的是醫院真的想服務，但沒有病人來申請，這當然跟我們初期試辦，我相信的需要有時間有關係，如果醫院真的請，這個可能就不太好。我在講的牙醫到宅的這部分，也是因為我們初期的時候也不是訂了一些訪視的資格跟他學分的證明，可其實是第一年，這是第一年，所以他執行上面會不會受到這一行其資的限制，導致能符合資格的醫師在偏地，他直接就會造成執行率低的，再來有一些居家照護特條件裡面，包括一些病人自照護能力的評估或是明確醫療跟護理項目的這個評估，因為

有一些你們有需清醒時行動或活動限制 50%限制，這個可能很多涉及到相關長照或者是 ADL 相關的表單，雖然我們有新增 1,500 多點的訪視費，我要請教一下，是誰來幫牙醫師做？因為你的不會去評估，只是評估口腔，可是你到宅裡面有一些東西是跟你的牙醫服務沒有關係的，所以這個是誰給我們這一些 reference 跟評估的這個依據？我們醫師是怎麼收案的？如果需要這些的話～謝謝！

**主席**

謝謝，還有哪位代表有意見？

**朱代表益宏**

我的意見比較簡單～不像滕代表看得仔細～我只有請問第 2 頁就是關於簡化醫師報備支援作業，怎麼樣簡化？其實醫師報備資源作業是在縣市政府的責任，跟健保署應該是沒關係，所以這裡要簡化作業是…請問一下是怎麼樣簡化？以上。

**主席**

好，謝謝，還有哪位代表有意見？好，請～何代表。

**何代表語**

主席，我要請教一下，這個失能老人只服務 6 家，那 6 家他有確定分布在哪裡嗎？是屬於在北部的嗎？還是中部也有？還是南部也有？第 2 頁…，明明老人就不一定嘛～私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構 6 家，那怎麼只限定 6 家？另外一個刪除居家照護患者須由之醫師轉介之規定，他們自己能夠直接就找到嗎？那如果由醫師轉介就不行嗎？我想瞭解一下。

**主席**

謝謝！還有其他的意見嗎？好，這些意見先請牙醫師公會全聯會先回答，回答完之後醫管組再作補充，請陳代表。

**陳代表彥廷**

我把剛剛的問題先回答，目前的 6 家是台北在新店那一家、花蓮東區的老人之家、中部在彰化有 2 家還有澎湖，不是每一個機構它都會設立牙科的診療室，所以目前有在進行的是這 6 家。那再來是…簡化醫師報備支援作業是我們在健保這一方面，在衛福部那一部分是沒有相關的問題，因為我們有事前審核的機制，只是縮短那個流程而已。剛滕代表有提到的一些問題，第一個是細章的部分，基本上我們那天會議裡面有討論過，它是屬於放寬的沒有錯。偏鄉有沒有差異？目前在偏鄉職業點的醫師，因為他們服務的量，服務在偏向那邊的基本上跟特殊需求的這個專案兩個是不能同時報這兩個專案，至於說上課會不會受到一些困擾？我想應該還好，目前上課上面我們的課程事實上是 ok，開的課的數

目。大概目前有問題的是到宅的醫師資格，在 104 年度開的課程就是針對到宅，所以 104 年度有修課的大概兩、三百位的醫師是可以執行的，接下來 106 年第一季我們會開辦其他課程，所以我想這一部分是還好。它有類別事實上是有限制的。轉診的部分他事實上是無限轉出跟轉入，對我們來講都是轉出～轉入的那一部分是沒有費用，就接收端是沒有費用，我們只有在所謂的轉診作業裡面有一個…譬如說轉到台大醫院，那台大醫院如果報是原本 C 表的部門它有加成，特定的項目它有加成，就是原來的層級那一部分，都是 C 表才有加成；如果是 B 表或者 A 表就不加成，所以接收端事實上是沒有比較高的費用。

**主席**

謝謝，醫管組有要補充嗎？

**龐組長一鳴**

審核案子裡面原來跟公會溝通比較多其實是在宅的部分，這部分也因為大家關心弱勢問題，所以趁機會跟大家說明，牙科過去在宅的經驗，因為牙科的在宅跟其他在宅不一樣，因為牙科裝備比較重，所以目前在宅我所知道的仍有試驗性質在，這第一點。第二點我們希望的在宅是比較社區化，現在牙科目前有經費、有能力，因為需要重裝備，有經費有能力的其實反而是醫學中心，跟社區化的理念其實不太符合，所以目前做法，南區也跟我講，他們會用一家醫學中心為主軸，跟周邊開業的合作。因為他以前也會需要一些訓練，所以初期在宅確實是有試驗性質，所以部門不會需要太大。未來我們希望是，這也跟牙全會來做溝通，因為現在其他在宅是有整合的，本來今天要討論那個案，結果因為議程沒有辦法討論進來，本來希望能夠順利 1 月 1 日開始，現在可能顯然後要開臨時會再來決定，其實在宅是有整合，未來希望牙醫在宅如剛辦成功，事後可能跟其他在宅整合一起，因為病人的情形確實跟剛滕代表講的，可能有各種需要，牙醫應該只是其中一個重要處理，謝謝！

**滕代表西華**

19 頁那個收案評估誰幫他做？

**陳代表彥廷**

基本上個案可能來自於照管中心或者是醫院出院的病人，需要有到宅醫療的，所以他的系統性的問題的評估，基本上已經有了，現在指牙醫的口腔醫療的需求，所以要做醫師可能要先有…就是說那個機構要先有人去做他的口腔醫療需求的評估，擬定治療計畫，所以這個指的是牙醫師的口腔醫療需求。

**主席**

好，謝謝！其他代表有無意見？好～都沒意見，這案子就修正通

過。好，接下來下一案。

#### 第四案

案由：增修訂 105 年度「全民健康保險中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」及「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」等三項中醫總額醫療照護試辦計畫暨「支付標準第四部中醫」報告案。

主席

好謝謝，各位代表對於中醫這案有意見嗎？請滕代表~

滕代表西華

對不起，我這次簡短點，兩個問題。第一個請教收案的對象為何沒辦法跟剛剛的全民健康保險乳癌醫療給付改善方案試辦計畫在 ICD-10 裡面編碼收案對象一致，我想知道這個為何不一樣，因為都是乳癌的方案。另外就是第 82 頁有一個支付標準表，我們有給藥天數的支付點數差異，我可以理解。可是如果連續性給藥要怎麼算，比如說他給七天，第八天來再給七天，我意思是連續性相同給藥，但其實也是連續性達 28 天的這種，它是也分別計費嗎，不會有支付標準技術上問題嗎？

主席

各位代表還有意見嗎？沒有意見的話，請中醫代表。

翁副秘書長瑞文(陳代表福展代理人)

主席、各位大家好，這部分的話可能應該是跟它預算比較有相關，我們也是希望能夠乳癌方面能夠支付標準及對象都一樣，這部分可能要請醫管組多幫忙。另外就是第 82 頁~這部分~

滕代表西華

因為你的給藥是分日數，可是如果每次給 7 天，給四次給 2800 點；可是直接給 28 天就是 1750 點。我是說如果連續性給藥會不會有這樣的情況，那就是申請較多的點數，我意思是這樣。

翁副秘書長瑞文(陳代表福展代理人)

是~在 P56004 裡面有直接給 22-28 天，會給 1750 點。

滕代表西華

我問題是，會不會把要給 28 天的拆成四個 7 天，這樣他領的點數會比較多？

翁副秘書長瑞文(陳代表福展代理人)

因為這部分，基本上可能要根據病人實際情況，一般來說我們

都是直接給他一個月，第二部份我們就是儘量要求我們的會員做一個內控措施，只能從這方向來處理。基本上來講，這些門診病患也會有其他病患，以我個人而言，一個禮拜調藥一次，假設他病情穩定我們就開一個月以上。這部分我們是這樣處理，謝謝。

**主席**

好謝謝，醫管組這邊，有關這部分回應。

**龐組長一鳴**

對，我們會再查一下，基本上原本乳癌的碼是公會在提的，代表這問題也提醒我們，謝謝。

**主席**

查完確定之後就不再提會，直接修正。其他代表有無意見？如果沒意見，這報告案就修正通過。今天原則是準備要討論報告案共四案，原列討論案部分就另外開臨時會議。請問各位代表有無臨時動議，請。

**臨時動議**

**案由：有關 105 年全民健康保險住院診斷關聯群(Taiwan Diagnosis Related Groups, Tw-DRGs)案，基本診療加成乙節，提出丙案，希望能併同前案報衛生福利部再行考量，提請討論。**

**謝代表文輝**

抱歉，已過 12 點了，再給我 3 分鐘就好，超過 3 分鐘就幫我計時。我們有一個提案，但沒有印出來。沒有關係，因為這案子是上次 DRG 加成的甲案、乙案，我們再加一案。事實上這案不會有共識，我們醫院不會有共識，所以只是提供給部裡長官、署裡長官多一案參考，多一個思考方向，所以我們希望併到甲、乙案給部裡、署裡做個參考，也不必放到下一次做討論，只是多一個參考。

**主席**

因為大家都沒有看到，丙案的內容還是要讓大家知道，丙案是有關 DRG 的基本診療加成，上次甲、乙兩案部長已經裁示維持現制，追蹤表已經寫了。現在這臨時提案丙案是醫學中心 5%、區域醫院 6.1%、地區醫院 7.1%，這是我看到的丙案。還有一個括弧是說如果依法推動分級醫療，則所有層級均不加成，這不曉得是一個案還是如何？

**謝代表文輝**

各位代表，我意思是說，本來我們有兩個案，一個是醫學中心加成比較多，原來的 7.1%、6.1%、5%，現在再多一個提案，就實際的狀況，醫學中心會比較多是因為設置標準是八床位一個醫師，

這也是事實。我是提供一個思考方向，同樣一個醫中的醫師薪水是地區醫院的兩倍，這也是事實，大家都知道；同樣一個量能就是醫學中心因為患者比較多，所以單位成本其實比較低；地區醫院單位成本反之比較高，因為不論機器及物品，一天的量都沒比醫學中心用的高。所以就實務來說，為何量販店的東西價位比7-11 較低，所以從實務面來看有另外一個思考，應該給地區醫院如 7-11 一樣，讓患者方便的有較高的加成。所以我們提供這個思考，因為 12/10 醫院代表有與部長開會，他提到明年 1 月 1 日 ICD-10 一定要上路，但是住院全面 DRG 可以稍微緩一緩，也是到 5/20 之前應該會做，所以我們還有時間，多一個案給部長、署裡的長官做一個參考，因為署裡長官的意見部裡也都會尊重，因為上次沒有這一案。這只是多一案給長官思考，應該沒有什麼好討論的。

### 何代表語

第一點詢問，上次我們開會的時後，全民健康保險區域醫療整合計畫也沒有通過，你這次再討論提案也沒有提出來，你的意思是這個案不做了嗎？

### 主席

何代表，謝代表講的是會議議程第四頁 DRG 案。

### 何代表語

我知道，第二點，臨時動議我們手上都沒有，我反對提供給上面長官參考，因為會誤解以為我們通過了，所以我堅決反對。我們手上連一份臨時動議的資料都沒有，怎麼可以提給長官參考，提上去，長官會以為說，你們代表會議通過，才提來給我參考。這個沒有通過、沒有討論的事情，就提給長官參考，長官會莫名其妙，你們拿這個案子給我參考要做什麼？你們連知道都不知道。因為我們講到現在，他把甲案反過來，又多了一個丙案，我們也不知道丙案是什麼，我們反對。

### 謝代表文輝

主席，我是覺得因為我們這個議程，討論案大家覺得保留這個，當然是我們大家可以決定的，第五臨時動議是代表可以提出的，那其實我們在開會前已經交給議事組，那議事組沒有列給各位代表，我覺得這是不應該，我是覺得何代表講得很很有道理。其實我們開會議一開始，就提供給議事組，不是我們現在才提出來，所以這個不能歸咎於我們。而剛剛因為，其實事情很簡單，我們也坦白講，醫院三個層級沒有共識，所以這個就跟上次那個案一樣啦，單獨的意見，因為現在 DRG 已經要延後，有時間給長官再多一個思考，我是覺得沒有要求長官一定要照這個案，就是給長官多一個思考方向，其實我們也沒有需要今天沒辦法討論，下次再來討論阿，這樣浪費大家的時間，那討論沒有結果，我是覺得主席，那個何代表有意見，他說沒有看到，要一份臨時動議給何代

表。

## 主席

如果有印臨時動議資料，給每位代表一份。請各位代表看到資料後，再繼續表示意見。請何代表。

## 何代表語

這個不能算臨時提案，依照會議規範，上一次決議案，已經作出決定了，他要推翻上一次的決議案，他必須提附議案；那他提附議案，今天卻提臨時動議，會議程序是不符合的。那附議案一定要事實的理由改變，可是他剛剛又講說大家都沒有共識，都不同意，那就事實沒有改變；事實沒有改變，再提出來，第一個不符附議案的程序，第二個臨時動議都沒有共識，所以我們認為這個案子擱置。

## 謝代表文輝

何代表這誤會了，我們上次那個案子沒有決議啦，那個案是併案去給部裡裁，也沒決議。所以我這個也沒有推翻前面的兩個案子，我們上次那兩個案子，我們都尊重，我現在只是說，因為我們現在有時間的差距，不是明天就要施行 DRG，還有一段時間，不知道多久，部長決定嘛。我也沒有推翻上一次的案，所以沒提附議案，上一次也沒有決議，也沒有推翻決議，是說在這時間補送個資料，如果說這個不算臨時提案啦，算補充資料給上面的長官，這個我也贊成。何代表，它不必成為一個提案，這個我也贊成啦，也沒推翻以前的，所以也不必附議案，只是說多補充一個資料，我想無傷大雅，這樣的話，如果我們代表會就決定，好啦，這補充資料給你們參考，讓長官決定嘛，照我們以往的作法，這樣就非常感謝大家，謝謝！

## 主席

好，謝謝。朱代表先發言，之後請潘代表。

## 朱代表益宏

主席，我想上次 DRG 的案子，其實與會大家是支持 765 原案，結果健保署提另一案 530，結果健保署意見兩案併陳，那也不是我們共識要兩案併陳阿。今天如果何代表反對，謝代表提出來，那就一樣嘛，也不是要在這會議去決議阿，所以也沒有什麼共識的問題，一樣提到部裡面，跟原案給部裡去作參考，就這樣而已，決議也不在我們這邊阿。

## 潘代表延健

謝謝。我想在今天的資料裡面，我想要確定一件事情，就是說上一次的兩件事情，兩案併陳嘛，一個是實施日期，一個是加成。在辦理情形裡面，有提到說經報部核定維持原來，所以在這塊裡



面，剛剛在討論的時後，都沒有表示意見；那如果說現在重新報部，再多一個意見的話，那是不是原來報部核定的意見，就應該推翻掉，就全部重新再來，是這樣嗎？因為這已經是核定下來的，如果還要再一個補充資料的話，那應該要把所有的意見再重新蒐集後，這樣才會比較完備。現在我也不去講說哪個案子是我們支持的，哪個比較好，是在程序上，這樣會不會比較完備，以上。

**主席**

好，請林代表。

**林代表富滿**

剛剛朱代表講到上一次，我回應一下，上一次確實是兩案併陳的決議。當初要求以 103 年各院 DRG 申報案件試算各層級基本診療章的差異，是希望反應 DRG 給付應依現況差異加成，故有甲、乙兩案併陳的決議。今擬辦顯示報部決議維持現行加成比率，我們尊重。但現在又提地區醫院成本高，加成應高於其他層級，個人不認同地區醫院成本比較高。若真要評估成本，是否要分台北區、高屏區或其他區，各區成本都不一樣，給付也要不同，將更複雜，沒有佐證確實的數據，不宜直接下結論。至於要不要增加丙案，若各層級、各代表分別提出意見，都要接納，讓所有案子都讓衛福部去決，是否合適，大家可以思考。

**干代表文男**

上次會議 DRG 是明年的 1 月 1 號要實施，兩案都併陳，併陳已經裁示下來了，剛才何代表已提出來了。既然已經核定下來，也兩案併陳，也決定說按照地區加 5%，無論怎麼樣，在那天討論的結果是，我們剛要實施，還沒有說暫時決定的因素，已經決定下來啦，是說，過一段時間試試以後，真正變成怎麼樣，再去檢討這個東西。要不然的話，你現在還沒有做，為什麼不試試。那上次不是說 1 月 1 號要實施嗎？我得到的資訊是說有，是還沒喔。既然決定下來，如果你要的話，還是以何委員的意思，再附議，因為這個案已經走完程序，你這樣翻過來，要這樣做，我們給你認同，我覺得好像不對。

**主席**

好，請醫管組說明。滕代表先說，醫管組再說明。

**滕代表西華**

真的就會議程序來說，如果是要兩案併陳報部核定，之後會議再推翻決議，老實講，會議程序上面是比較說不過去，除非有新事證，證明我們的決議有問題，就要有新事證嘛。先讓我說明嘛，我尊重大家的提案內容，除非有新事證去證明我們當時的決議，所看到的資料被誘導、或是不對，那當然在上一次會議決議的時後，醫管組其實也有說明，說為什麼原本取消三個醫院層級的加

成，是因為我們在新試算的 DRG 費用裡面，其實已把 CMI 值內化了，如果是這樣的話，當然照理說，我後來其實有點被說服，如果說 CMI 值有被內化，照理說各個醫院收到的病人，就不再是有醫院層級的差異，如果你收到重症的病人，你能夠做，就領一樣的錢，就沒有醫療層級的差異，這就是 DRG 的精神，就可以全面取消所有基本診療的加成，當時是這樣。但是大家都還是覺得說，當時發言還是有覺得要維持有三個醫院層級，有不同基本診療加成。那其實呢，這個臨時提案，提到加成剛好倒過來，人家本來是 765，你要變成 567，簡單來說。那違反我對醫療服務的常識，就是說還是可以指正，就是說我還沒辦法想像，我講沒辦法想像，不代表你們是不對我是對的，我不是這個意思。我無法想像說為什麼在 DRG 實施，越低層級醫院的基本診療加成要越高。你如果接到很複雜的個案，你沒辦法做，你就轉診；如果收到相同病例組合，你就領相同的錢。這個東西我還是有點搞不清楚，這個東西跟分級醫療、跟層級不加成，再跟 DRG 的關聯性有沒有很高啦。因為還是那句話，你的 CMI，你的病例組合如果已經內化到支付標準裡面去了，照理說差異應該不大啦。所以我覺得這個臨時提案，如果真的要再去推翻，你只能說要做一個新案，你不能够說再併案，就說要推翻原本的，是說你有新事證，所以你不想再提加成的改變，讓部裡面去推翻原本的，一定是沒辦法再併案，就會議程序是這樣。如果說上次那個是不對，你一定是發現什麼，沒有併案的道理，所以我覺得併案是絕對沒辦法同意，因為我們已經作決議，部也裁了，就是這樣子啦，不然我們會都開不完啦，就是下個會議再來翻案就好，我覺得我們是沒辦法進行。醫管組要再告訴我們，為什麼這個會倒過來，這個邏輯都不一樣，我覺得沒辦法理解，如果要討論，老實講今天也沒有辦法，我也沒看到資料，聽你講，我也同意阿，用 7-11 來看那就不一樣，單位成本不一樣，大家都可以這樣講，也不知道對還不對。我覺得如果要落入支付標準的改變，還是理性一點來討論，討論現實的情況是什麼比較好。

## 朱代表益宏

跟代表報告一下，確實是有新的事證啦，因為從 12 月 4 號，健保署自己刊新聞，中國時報 A4 版有登，他去統計比較賺錢的醫院，都是在大醫院，尤其衛福部最近公告前 110 幾家院所的財務報表，賺錢的大多都是醫學中心；然後 12 月 4 號裡面講的這些大醫院，尤其是在都會區裡面大醫院賺得更多，這個中國時報有登，健保署也去解釋他的原因，可能是因為交通便利，人口集中，所以他同樣的單位價格會相對比較低，這個都是報紙上自己登的啦，都是健保署對於這些數字的解答。然後包括前幾天公告的 110 家財務，他也講說這個，事實上也已經顯示出來，就是說，看到我們 DRG，因為已經實施兩階段，占住院費用已經高達 50%，那產生出來的結果是，越大的醫院、越都會型的醫院，他獲利其實是高的，那這裡面當然就會反映出來，在高的狀況下，為什麼 DRG 支付給他加成，要給他加的比較高，那是不是小型的醫院、比較

偏遠的醫院、比較鄉村型的醫院，他的成本是不是比較低，這是第一點，我覺得大家要去檢討的原因。第二點，DRG他其實是個平均值，他可能都會型的醫院，比如說開個盲腸闌尾切除，都市、鄉村的醫院整個用個平均值，去訂一個支付價，但是這裡面會不高，鄉會的說，所有申報裡面，在鄉村型的醫院，他搞不好的相對成本是不高的阿，但是因為經過平均以後，他反而給的是不足的，所以我們才提出來說，這樣其實也是新事證，而且在報紙上民意都反彈，為什麼政府花了這麼多錢，包括付費者在健保會也講說，花了那麼多錢，好幾十億、好幾百億花下去，結果大家還是這麼血汗。但是跟大家報告，可能跟幾位付費者報告，看到報紙上登的血汗。但是都是大醫院，而且都是少數的大型醫院，對不對？所以我們才想的說，這個在支付標準上，是不是要去做一些改變，那這就是所謂的新事證，如果大家認同這理念，那我覺得這案子，如果認為今天沒有時間談，一個就是說反正部裡去裁，這個裁決的權是部裡去裁，那大家沒有共識，那我們就請部裡去依這新的事證去裁，所以這是一個方式。第二個方式，就是認為不行我們這委員會還是要去把把關，還是要瞭解狀況，那我建議不是去看健保署或是付費者代表或是醫療服務提供者代表，我們成立一個小組，把三個層級某個疾病相對成本，把它拿出來看一下。剛剛一開始謝代表講，一個醫師在醫學中心可能付20萬、30萬薪水，到地區醫院可能要50萬、60萬，一個醫師在醫學中心一個月產值一百個CASE，但地區醫院可能只有十個阿，對不對？我們事實上可以成立一個小組，有必要的話，地區醫院是可以提供相關的資料，那大家真的把成本去算一算，到底你DRG的成本裡面哪一個比較高，成本高的，你是不是在政府的資源上要給多一點加成，這個跟滕代表解釋一下，謝謝。

## 潘代表延健

我再說明兩件事，其實在這樣的提案裡面，我是覺得不能夠從某一個角度去看，那沒有實際數據的時候，也不能用的猜的。大醫院醫師的薪資是不是你們想像的那樣，這一定有很大的落差，大醫院的成本是不是你們想像的那樣，醫院跟賣場那是兩個完全不一樣的消費行為，一個是治療，一個是買東西，所以這不能夠等同比較。我過去看過一個資料，就是DRG，我們就是純粹看DRG嘛，DRG的價差率最高的是誰？地區醫院，再來區域醫院，醫學中心的價差率是最低的。為什麼會有這種情況，那他就是在反映病人的狀況、疾病嚴重度等等。大家會說我現在疾病分支出來了，但是不是足夠，這還不知道阿。現在CMI已經拿掉，已經把反映疾病嚴重度拿掉啦，我們還不知道這部份能不能夠比對上來，所以我是覺得，而且在今天這個資料裡面，實在沒辦法去做更深入的討論，我是想請大家從不同面向，去考慮這個事情，但是還是要回歸到議事的規則裡面。過去兩案併陳，已經裁下來了，我們也尊重，那是不是就是後續再作提案。假如說現在又兩案併陳，那回去後，我們不同代表又有不同聲音，下次會期我再提出我們的版本，那再來一個丁案、戊案，那這事情就沒辦法解決了。我

想他還是要有個切點，做下去後，後續再來作全面性的評估討論分析，再看是不是做調整，我覺得這樣會比較完整點。

## 謝代表文輝

我同意啦，我同意潘代表因為 12 點半了，這個也談論不完，我只針對一點，就是說他們價差為什麼比較大，同一個 CASE 他 100 塊他 200 塊，這樣比起來跟以前差很多，搞不好還虧錢，這個事實是這樣，我們一直在主張說疾病要分類，中小病到小醫院。事實是這樣，我們看那個初級照護、感冒、拉肚子，在地區醫院費用跟他們差三倍，現在訂一個 DRG，他們虧錢捏，所以這個我做一個更正。這個不用討論了啦，結束了啦。

## 何代表語

剛才講的內容，我無法接受第一個，部長並沒有發公文給我們付費者，證明他講話內容，所以我們不知道，部長講話內容只是你轉述喔，所以我們不知道這件事情，所以我們不承認部長講什麼話，我絕對不承認的。第二點，日期實施延後跟加成沒有連結關係。第三點，你說這個加成沒有達成共識，沒有達成共識，就是表示沒有新議題。所以你下次提附議案，我還是否決，一定否決。除非你現在跟這個醫學中心、區域醫院、地區醫院講好了，講好了這是我們新的事項，我們發現新事證，你才可以提這個新事證出來作附議案。如果你還沒有提出來，還是你說我們還沒有談成，所以要提一個附議案，不可能的。我坦白講，這個不是新事證。

## 謝代表文輝

何代表，附議案有他一定的程序，不是誰說否定就否定，連主席都不能否定人家的附議案，只要他符合條件啦，要符合條件這個我承認。我也很贊成會議可以結束，不然耽誤大家時間。

## 主席

好，謝謝！這個議案因為十分倉促，我們也是會議當下才知道，沒有時間再進一步討論，也沒有比較好的具體內容，所以今天就不予討論。但是最後還是要釐清，上次確實是存在甲乙兩案，並不是健保署刻意把乙案加入，乙案是醫學中心希望醫管組重算的。希望地區醫院朱代表，可能要收回本來只有甲案，是健保署加入乙案這句話，這是大家公開討論的結果。好，今天因為時間關係，就討論到這，提案單位如果認為這案子還需要討論，再補充資料後，正式用附議案，經過代表同意進入討論，謝謝大家。