



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

107 年第二次  
會議資料

107 年 6 月 14 日（星期四）下午 2 時  
本署 18 樓大禮堂



# 107 年度第二次「全民健康保險醫療服務給付項目及 支付標準共同擬訂會議」會議議程

## 壹、主席致詞

貳、上次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形，請參閱(不宣  
讀)確認.....

第 01 頁

## 參、報告事項

|  |       |
|--|-------|
| 一、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<br>醫英譯名稱及文字案。..... | 報 1-1 |
|--|-------|

## 肆、討論事項

|   |       |
|---|-------|
| 一、新增「全民健康保險重症加護臨床藥事照護給付方案」°.....                                | 討 1-1 |
| 二、107 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準增修「迷<br>走神經刺激術 (VNS)」等 3 項診療項目案。..... | 討 2-1 |
| 三、有關「糖尿病醫療給付改善方案」新增胰島素注射獎勵措施<br>案。.....                         | 討 3-1 |
| 四、應用 107 年醫院及西醫基層醫療給付費用總額之醫療服務<br>成本指數改變率預算調整支付標準案。.....        | 討 4-1 |

## 伍、臨時動議

## 陸、散會



貳、確認本會 107 年度第 1 次臨時會

會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形

-請參閱(不宣讀)確認



「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」

107 年第 1 次臨時會會議紀錄

時間：107 年 05 月 10 日（星期二）下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：宋兆喻

|       |        |       |        |
|-------|--------|-------|--------|
| 李代表偉強 | 廖秋鐳(代) | 詹代表永兆 | 顏良達(代) |
| 黃代表雪玲 | 黃雪玲    | 吳代表國治 | 吳國治    |
| 林代表富滿 | 林富滿    | 李代表飛鵬 | 陳瑞瑛(代) |
| 潘代表延健 | 潘延健    | 許代表世明 | 吳迪(代)  |
| 李代表佳珂 | 李佳珂    | 羅代表界山 | 吳永隆(代) |
| 陳代表志忠 | 陳志忠    | 林代表綉珠 | 林綉珠    |
| 林代表淑霞 | 林淑霞    | 賴代表振榕 | 賴振榕    |
| 嚴代表玉華 | 嚴玉華    | 朱代表世瑋 | 朱世瑋    |
| 羅代表永達 | 羅永達    | 王代表榮濱 | 林鳳珠(代) |
| 謝代表文輝 | 謝文輝    | 郭代表素珍 | (請假)   |
| 謝代表武吉 | 謝武吉    | 廖代表大富 | 廖大富    |
| 朱代表益宏 | 朱益宏    | 梁代表淑政 | 梁淑政    |
| 李代表紹誠 | 李紹誠    | 葉代表宗義 | (請假)   |
| 林代表恒立 | 林恒立    | 劉代表志棟 | 何語(代)  |
| 王代表宏育 | 林誓揚(代) | 王代表雅馨 | 王雅馨    |
| 黃代表振國 | 黃振國    | 張代表清田 | (請假)   |
| 張代表金石 | (請假)   | 羅代表紀琮 | 羅紀琮    |
| 張代表孟源 | 張孟源    | 施代表壽全 | 施壽全    |
| 陳代表俊良 | 陳俊良    |       |        |

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司

周雯雯、陳信婷

衛生福利部全民健康保險會

邱臻麗、馬文娟、盛培珠

中華民國牙醫師公會全國聯合會

潘佩筠

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

陳哲維、吳春樺

中華民國藥師公會全國聯合會

洪鈺婷

台灣醫院協會

余靜宜、吳心華、吳洵伶、

王秀貞

社團法人台灣臨床藥學會

林慧玲

台灣醫學中心協會

江弘基

本署臺北業務組

呂婉瑜、陳淑華、王文君、

陳怡如、陳韻寧

本署北區業務組

陳孟函

本署企劃組

吳千里

本署醫務管理組

李純馥、劉玉娟、谷祖棣、

王玲玲、劉林義、鍾欣穎、

林右鈞、陳依婕、吳明純、

宋兆喻、鄧家佩、許博淇、

張毓芬

一、主席致詞：略。

二、報告事項

(一)「107 年度醫院以病人為中心門診整合照護計畫」修訂案。

決定：洽悉。修訂摘要如下，詳附件 1，P5~P20。

1. 同意修定「107 年度醫院以病人為中心門診整合照護計畫」。



2. 配合分級醫療，107 年計畫方向以不增加醫院照護人數及醫院家數為原則，本署將持續監測穩定病人及在醫院長期開立慢性病處方箋病人之下轉情形。

### 三、討論事項

- (一) 新增「全民健康保險婦女生育醫療整合照護論人支付制度試辦計畫」案。

決議：本案緩議，理由如下。

1. 與會代表就「台灣婦幼全人健康照護協會」所提計畫之預算基準、實施地區、品質管控方式、醫院總額及西醫基層總額匡列之預算、由主責院所負責該照護體系內之轉診是否能真正提升生育婦女之照護品質，及計畫內容與本署現行之論質計畫內容重疊等疑問需待釐清。
2. 107 年總額未編列本項預算，俟建議單位「台灣婦幼全人健康照護協會」提出更完整之計畫並爭取總額預算後再提會討論。

- (二) 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增「辦理轉診費\_回轉及下轉」、「辦理轉診費\_上轉」、「接受轉診門診診察費加算」5 項診療項目案。

決議：同意新增轉診支付標準共 5 項診療項目，詳附件 2，P21～P23。

1. 同意新增編號 01034B「辦理轉診費\_回轉及下轉—使用健保署電子轉診平台」(支付點數 500 點)、01035B「辦理轉診費\_回轉及下轉—未用健保署電子轉診平台」(支付點數 400 點)、01036C「辦理轉診費\_上轉—使用健保署電子轉診平台」(支付點數 250 點)、01037C「辦理轉診費\_上轉—未使用健保署電子轉診平台」(支付點數 200 點)、01038C 接受轉診門診診察費加算(支付點數 200 點)。

2. 針對支付規範所列「同體系醫療院所(含委託經營)」，後續辦理事宜如下：

- (1) 有關「同體系醫療院所(含委託經營)」名單將先參採醫事司委託醫策會辦理醫院評鑑所列之院所名單。
- (2) 由健保署行文請醫事司提供「院前診所」、「聯盟診所」等同體系院所之定義。
- (3) 中華民國醫師公會全國聯合會如有相關名單請行文通知本署。
- (4) 請健保署各分區業務組蒐集轄內特約醫事機構屬同體系院所之名單。
- (5) 俟診療項目施行半年後，就同體系院所之申報情形，再提會討論。

(三) 新增「全民健康保險重症加護臨床藥事照護給付方案」。

決議：因時間因素，與會代表陸續離席，現場已不足法定開會人數，將於下次會議優先討論。

**散會：下午 17 時 05 分**

# 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議

## 決議辦理情形追蹤表

| 序號 | 編號             | 會議時間      | 案由  | 決議(結論)事項   | 辦理單位   | 辦理情形   | 列管         |          |
|----|----------------|-----------|---|--|--------|--|------------|----------|
|    |                |           |   |  |        |  | 建議<br>解除列管 | 繼續<br>列管 |
| 1  | 105-2-報6       | 105.06.23 | 現行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目以成本分析方式向醫療院所進行全面成本調查案。 | 現行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目以成本分析方式向醫療院所進行全面成本調查案，請於下次會議中進行後續調查情形說明，改為繼續列管。 | 健保署醫管組 | 1. 本署已於106年4月26日以健保醫字第1060033091號函請三層級協會提供所調查之各醫院成本分析資料(含成本參數表、作業流程表及成本分析表)。<br>2. 已回復協會提供之資料摘要如下：<br>(1)醫學中心協會：調查18家醫學中心，僅回復21項調查診療項目之成本分析資料；檢送資料未含成本參數表及作業流程表。<br>(2)區域醫院協會：調查37家區域醫院，僅提供21項診療項目之各項成本中位數，未包含細項內容。<br>3. 考量地區醫院尚未提供資料及已回復之資料未齊全，本署於107年4月30日以健保醫字第1070033068號函請醫學中心及區域醫院協會補充完整成本分析資料，並請地區醫院協會盡速回復21項診療項目成本分析調查。<br>4. 醫學中心協會於107年5月17日函復本署表示無法提供21項調查項目之成本參數表及作業流程表；區域醫院協會於107年6月1日函復表示無法提供21項調查項目之成本分析表；地區醫院協會則尚未回復。 |            | V        |
| 2  | 106-3(臨)-臨時動議2 | 106.09.01 | 中華民國藥師公會全國聯合會代表賴振榕提出有關「新增臨床藥事照費」案。              | 請藥師公會全國聯合會提供具體提案內容及財務影響評估，將併同107年總額協商確定後辦理。                              | 健保署醫管組 | 本項與本次追蹤表序號11相同，追蹤情形併該項辦理，建議解除列管。   |            | V        |
| 3  | 106-4(臨)-討1    | 106.12.26 | 有關放寬「全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案」參與院所資格案。             | 鼓勵藥師先參與計畫教育訓練，於明年度修改計畫時評估藥師取得課程認證人數及參與計畫院所釋出處方箋的比例後，再研議藥師納入事宜。           | 健保署醫管組 | 依107年3月20日107年第一次共擬會議決議，有關鼓勵藥師先參與計畫教育訓練，後續須監測藥師受訓情形，繼續列管，其餘解除列管。   |            | V        |

| 序號 | 編號        | 會議時間     | 案由  | 決議(結論)事項   | 辦理單位   | 辦理情形  | 列管             |
|----|-----------|----------|---|--|--------|---|----------------|
|    |           |          |   |  |        |   | 建議<br>解除<br>列管 |
| 4  | 107-1-報 1 | 107.3.20 | 「107 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準」案。   | 洽悉。同意開放支付標準編號 09099B「心肌旋轉蛋白I」等3項診療項目至基層診所適用。   | 健保署醫管組 | 本項業於 107 年 5 月 31 日以衛部保字第 1071260247 號令發布修正，並自 107 年 6 月 1 日起生效。                        | V              |
| 5  | 107-1-討 2 | 107.3.20 | 107 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準增修「六分鐘步行測試」等 7 項診療項目案。                                | 1. 同意新增 17023B「六分鐘步行測試」及 22040B「頸性及眼性前庭誘發肌電位」，推估增加預算約 3.5 百萬點，其中「六分鐘步行測試」原建議支付點數為 853 點，決議比照 18015B 極度踏車運動試驗之支付點數 900 點，並納入財務影響追蹤。<br>2. 同意修訂：22037B「前庭誘發肌電位」、56039B「神經外科術中神經功能監測(IONM)」、56040B「導管式膽胰管內視鏡術」、58009B「CAPD 住院患者指導費」及 58010B「CAPD 住院患者輸液連接管更換材料費」，推估不增加健保財務支出，其中 58009B「CAPD 住院患者指導費」及 58010B「CAPD 住院患者輸液連接管更換材料費」納入財務影響追蹤 | 健保署醫管組 | 本項業於 107 年 5 月 31 日以衛部保字第 1071260247 號令發布修正，並自 107 年 6 月 1 日起生效。                        | V              |
| 6  | 107-1-討 3 | 107.3.20 | 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準編號 83081B「立體定位術-切片」及 83082B「立體定位術-抽吸」，支付規範增列口腔顎面外科專科醫師施行案。 | 同意修訂 83081B「立體定位術-切片」及 83082B「立體定位術-抽吸」支付規範，增列口腔顎面外科專科醫師施行，不增加健保財務支出。  | 健保署醫管組 | 本項業於 107 年 5 月 31 日以衛部保字第 1071260247 號令發布修正，並自 107 年 6 月 1 日起生效。                        | V              |
| 7  | 107-1-討 4 | 107.3.20 | 全民健康保險住院診斷關聯群 (Tw-DRGs) 4.0 版支付通則及未實施項目實施時程案。                                 | 1. 同意基本診療加成醫學中心為 5.1%、區域醫院 2.2%、地區醫院 2% (區域醫院代表於會議要求該層級之基本診療加成需增加 2%，為 4.2%)。<br>2. Tw-DRGs 實施時程<br>(1) 同意自 107 年 7 月 1 日起實施 4.0 版支付通則，扣除 80 項暫緩實施項目，分 3 階段實施第 3 至 5 階計 1,089 項 DRG，會中台灣醫院協會提出 45 項待討論之項目 (第 3   | 健保署醫管組 | 本項決議於會議紀錄公開後，本署接獲各界反應意見多表示對於實施內容仍有疑慮，考量 Tw-DRGs 實施屬重大支付制度變革，爰近期將再徵詢專科醫學會意見，俟綜整意見後再提會討論。 | V              |

| 序號 | 編號           | 會議時間     | 案由                              | 決議(結論)事項   | 辦理單位   | 辦理情形                          | 列管   | 建議   |
|----|--------------|----------|---------------------------------|--|--------|-------------------------------|------|------|
|    |              |          |                                 |  |        |                               | 解除列管 | 繼續列管 |
|    |              |          |                                 | 階段 20 項、第 4 階段 17 項、第 5 階段 8 項)，待醫院協會討論後分別於第 4 至 5 階段實施。<br>(2)各階段實施期程如下：<br>A. 第 3 階段 DRG：107 年 7 月 1 日實施，計 443 項。<br>B. 第 4 階段 DRG：107 年 9 月 1 日實施，計 259 項(含原第 3 階段之 20 項)。<br>C. 第 5 階段 DRG：107 年 11 月 1 日實施，計 387 項。<br>3. DRG 支付制度下得另行加計項目(如新增全新功能類別 add on 特材品項、生物製劑、另行核實申報特材項目等品項)，應正面表列於支付通則且公布於全球資訊網，並請各分區業務組發布大量電子公告周知院所(異動時亦同)。<br>4. 於 4.0 版 Tw-DRGs 支付通則規範中增列「論日支付案例」。<br>5. 配合上述決議，後續將啟動申報、審查、資訊等配套措施，請各分區業務組持續收集醫院意見，並展開相關說明會，適時了解醫院準備狀況。 |        |                               |      |      |
| 8  | 107-1(臨)-報 1 | 107.5.10 | 「107 年度醫院以病人為中心門診整合照護計畫」修訂案。    | 1. 同意修定「107 年度醫院以病人為中心門診整合照護計畫」。<br>2. 配合分級醫療，107 年計畫方向以不增加醫院照護人數及醫院家數為原則，本署將持續監測穩定病人及在醫院長期開立慢性病處方箋病人之下轉情形。  | 健保署醫管組 | 將依程序辦理報部等行政作業。                |      | V    |
| 9  | 107-1(臨)-討 1 | 107.5.10 | 新增「全民健康保險婦女生育醫療整合照護人支付制度試辦計畫」案。 | 1. 與會代表就「台灣婦幼全人健康照護協會」所提計畫之預算基準、實施地區、品質管控方式、醫院總額及西醫基層總額匡列之預算、由主責院所負責該照護體系內之轉診是否能真正提升生育婦女之照護品質，及計畫內容與本署現行之論質計畫內容重疊等疑問待釐清。<br>2. 107 年總額未編列本項預算，俟建議單位「台灣婦幼全人健康照護協會」提出更完整之計畫並爭取總額預算後再提會討論。  | 健保署醫管組 | 本案將依決議事項函復立法院及相關委員辦公室，建議解除列管。 |      | V    |

| 序號 | 編號              | 會議時間     | 案由  | 決議(結論)事項   | 辦理單位   | 辦理情形                          | 列管         |          |
|----|-----------------|----------|---|--|--------|-------------------------------|------------|----------|
|    |                 |          |   |  |        |                               | 建議<br>解除列管 | 繼續<br>列管 |
| 10 | 107-1(臨)-討<br>2 | 107.5.10 | 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增「辦理轉診費_回轉及下轉」、「辦理轉診費_上轉」、「接受轉診門診診察費加算」5項診療項目案。 | <p>1. 同意新增編號 01034B「辦理轉診費_回轉及下轉—使用健保署電子轉診平台」(支付點數 500 點)、01035B「辦理轉診費_回轉及下轉—未用健保署電子轉診平台」(支付點數 400 點)、01036C「辦理轉診費_上轉—使用健保署電子轉診平台」(支付點數 250 點)、01037C「辦理轉診費_上轉—未使用健保署電子轉診平台」(支付點數 200 點)、01038C 接受轉診門診診察費加算(支付點數 200 點)。</p> <p>2. 針對支付規範所列「同體系醫療院所(含委託經營)」,後續辦理事宜如下:</p> <p>(1)有關「同體系醫療院所(含委託經營)」名單將先參採醫事司委託醫策會辦理醫院評鑑所列之院所名單。</p> <p>(2)由健保署行文請醫事司提供「院前診所」、「聯盟診所」等同體系院所之定義。</p> <p>(3)中華民國醫師公會全國聯合會如有相關名單請行文通知本署。</p> <p>(4)請健保署各分區業務組蒐集轄內特約醫事機構屬同體系院所之名單。</p> <p>(5)俟診療項目施行半年後,就同體系院所之申報情形,再提會討論。</p> | 健保署醫管組 | 將依程序辦理報部等行政作業。                |            | V        |
| 11 | 107-1(臨)-討<br>3 | 107.5.10 | 新增「全民健康保險重症加護臨床藥事照護給付方案」。   | 因時間因素,與會代表陸續離席,現場已不足法定開會人數,將於下次會議優先討論。   | 健保署醫管組 | 本案將於本次會議討論,如經確認同意新增方案,建議解除列管。 |            | V        |

# 參、報告事項





## 報告事項

### 第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫英譯名稱及文字案。

說明：

- 一、依 107 年 5 月 22 日全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額研商議事會議 107 年第 2 次會議結論辦理。
- 二、本案為牙醫師公會全國聯合會（以下稱牙全會）表示因多數診療項目設立年代久遠且許多新增診療項目未有英文名稱，爰重新檢討第三部牙醫各項診療項目英譯名稱及文字，共計 145 項診療項目。
- 三、本案如經確認同意，擬修訂支付標準表（詳附件，頁次報 1-2～1-28），並依程序報請衛生福利部核定後公告實施。

## 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

## 第三部 牙醫

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

## 第一節 牙體復形 Operative Dentistry (89001-89015, 89088, 89101-89115)

| 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<br><del>Anterior teeth</del> eComposite resin restoration <a href="#">in anterior teeth</a><br>—單面 single surface   | v    | v    | v    | v    | 500  |
| 89005C | —雙面 two surfaces<br>註：<br>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, 89014C~89015C) 費用。<br>2.應於病歷詳列充填牙面部位。<br>3.申報面數最高以二面為限。  | v    | v    | v    | v    | 650  |
| 89007C | 釘強化術（每支）<br><del>Enforcing</del> <a href="#">Use of pin</a> , each<br>註：<br>1.需檢附術後X光片與填補合併申報。<br>2.僅限恆牙。  | v    | v    | v    | v    | 500  |
| 89008C | 後牙複合樹脂充填<br><del>Posterior teeth</del> eComposite resin restoration <a href="#">in posterior teeth</a><br>—單面 single surface   | v    | v    | v    | v    | 600  |
| 89009C | —雙面 two surfaces   | v    | v    | v    | v    | 800  |
| 89010C | —三面 three surfaces<br>註：<br>1. 同類牙申報複合樹脂充填，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, 89014C~89015C) 費用。<br>2.應於病歷詳列充填牙面部位。<br>3.申報面數最高以三面為限。 | v    | v    | v    | v    | 1000 |

| 編號     | 診療項目  | 基層院所 | 地區醫院 | 區域醫院 | 醫學中心 | 支付點數 |
|--------|---|------|------|------|------|------|
| 89011C | 玻璃離子體充填<br>Glass Ionomer-Cement restoration<br>註：<br>1.同類牙申報玻璃離子體充填，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，89014C~89015C)費用。<br>2.應於病歷詳列充填牙面部位。  | v    | v    | v    | v    | 400  |
| 89012C | 前牙三面複合樹脂充填<br>Anterior-teeth Three-surface composite resin restoration in anterior teeth<br>註：<br>1.同類牙申報複合樹脂充填，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，89014C~89015C)費用。<br>2.應於病歷詳列充填牙面部位。<br>3.申報面數最高以三面為限。  | v    | v    | v    | v    | 1050 |
| 89014C | 前牙雙鄰接面複合樹脂充填<br>Composite resin restoration for mesio-and-distal two proximal caries (mesial and distal) surfaces in anterior teeth<br>註：<br>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，89014C~89015C)費用。<br>2.應於病歷詳列充填牙面部位。   | v    | v    | v    | v    | 1200 |
| 89015C | 後牙雙鄰接面複合樹脂充填<br>Composite resin restoration for mesio-and-distal two proximal caries (mesial and distal) surfaces in posterior teeth<br>註：<br>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，89014C~89015C)費用。<br>2.應於病歷詳列充填牙面部位。<br>3.充填牙面部位應包含雙鄰接面(Mesial, M; Distal, D)及咬合面(Occlusal, O)。 | v    | v    | v    | v    | 1450 |

| 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 |
|--------|---|------|------|------|------|------|
| 89088C | 牙體復形轉出醫療院所之轉診費用<br><a href="#">Referral fee for dental restoration</a><br>註：<br>1.交付病人牙醫醫療院所轉診單，且病歷應記載。<br>2.提供病人或家屬相關諮詢及轉出病歷摘要(不包含X光片)。<br>3.此項不得申請轉診加成。         | v    | v    | v    | v    | 200  |
| 89101C | 特殊狀況之銀粉充填<br><a href="#">Amalgam restoration for patients with special needs</a><br>— 單面 single surface   | v    | v    | v    | v    | 450  |
| 89102C | — 雙面 two surfaces   | v    | v    | v    | v    | 600  |
| 89103C | — 三面 three surfaces<br>註：<br>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。<br>2.應於病歷詳列充填牙面部位。<br>3.申報面數最高以三面為限。   | v    | v    | v    | v    | 750  |
| 89104C | 特殊狀況之前牙複合樹脂充填<br><del>Anterior teeth</del> <a href="#">Composite resin restoration in anterior teeth for patients with special needs</a><br>— 單面 single surface   | v    | v    | v    | v    | 500  |
| 89105C | — 雙面 two surfaces<br>註：<br>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。<br>2.應於病歷詳列充填牙面部位。<br>3.申報面數最高以二面為限。   | v    | v    | v    | v    | 650  |
| 89108C | 特殊狀況之後牙複合樹脂充填<br><del>Posterior teeth</del> <a href="#">Composite resin restoration in posterior teeth for patients with special needs</a><br>— 單面 single surface | v    | v    | v    | v    | 600  |
| 89109C | — 雙面 two surfaces   | v    | v    | v    | v    | 800  |
| 89110C | — 三面 three surfaces<br>註：<br>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。<br>2.應於病歷詳列充填牙面部位。<br>3.申報面數最高以三面為限。   | v    | v    | v    | v    | 1000 |

| 編號     | 診療項目  | 基層院所 | 地區醫院 | 區域醫院 | 醫學中心 | 支付點數 |
|--------|---|------|------|------|------|------|
| 89111C | 特殊狀況之玻璃離子體充填<br>Glass Ionomer Cement <a href="#">restoration for patients with special needs</a><br>註：<br>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。<br>2.應於病歷詳列充填牙面部位。  | v    | v    | v    | v    | 400  |
| 89112C | 特殊狀況之前牙三面複合樹脂充填<br><del>Three-surface Anterior teeth</del> composite resin restoration <a href="#">in anterior teeth for patients with special needs</a><br>註：<br>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。<br>2.應於病歷詳列充填牙面部位。<br>3.申報面數最高以三面為限。  | v    | v    | v    | v    | 1050 |
| 89113C | 特殊狀況之複合體充填<br>Compomer restoration <a href="#">for patients with special needs</a><br>註：<br>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。<br>2.限恆牙牙根齲齒申報。<br>3.應於病歷詳列充填牙面部位。  | v    | v    | v    | v    | 800  |
| 89114C | 特殊狀況之前牙雙鄰接面複合樹脂充填<br>Composite resin restoration for <del>mesio-and-distal</del> <a href="#">two proximal caries (mesial and distal) surfaces in anterior teeth for patients with special needs</a><br>註：<br>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。<br>2.應於病歷詳列充填牙面部位。   | v    | v    | v    | v    | 1200 |
| 89115C | 特殊狀況之後牙雙鄰接面複合樹脂充填<br>Composite resin restoration for <del>mesio-and-distal</del> <a href="#">two proximal caries (mesial and distal) surfaces in posterior teeth for patients with special needs</a><br>註：<br>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。<br>2.應於病歷詳列充填牙面部位。<br>3.充填牙面部位應包含雙鄰接面(Mesial, M; Distal, D)及咬合面(Occlusal, O)。 | v    | v    | v    | v    | 1450 |

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

| 編號     | 診療項目   | 基層院所 | 地區醫院 | 區域醫院 | 醫學中心 | 支付點數 |
|--------|--|------|------|------|------|------|
| 90001C | 恆牙根管治療（單根）<br><a href="#">Endodontic treatment of a permanent tooth with single root canal</a>   | v    | v    | v    | v    | 1010 |
| 90002C | 恆牙根管治療（雙根）<br><a href="#">Endodontic treatment of a permanent tooth with two root canals</a>   | v    | v    | v    | v    | 2010 |
| 90003C | 恆牙根管治療（三根以上）<br><a href="#">Endodontic treatment of a permanent tooth with three root canals</a>   | v    | v    | v    | v    | 3010 |
| 90019C | 恆牙根管治療（四根）<br><a href="#">Endodontic treatment of a permanent tooth with four root canals</a>  | v    | v    | v    | v    | 4010 |
| 90020C | 恆牙根管治療（五根(含)以上）<br><a href="#">Endodontic treatment of a permanent tooth with five(and above) root canals</a><br>註：<br>1.本項費用包括X光費用、局部麻醉、斷髓治療、根管沖洗、換藥、擴大及根管充填等各有關治療項目費用在內。<br>2.本項目於全部治療過程完畢併加90015C專案申報；如未完成，改以90015C申報。（期間限申報一次診療費）<br>3.申報費用時，需附治療前與治療後X光片以為審核；「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象無法配合照射X光片不在此限。<br>4.六十天之同一牙位重新治療為同一療程。<br>5.如同牙位九十天內重覆申報90001、90002C、90003C、90019C、90020C者，則以支付點數最高者申報。 | v    | v    | v    | v    | 5010 |
| 90004C | 齒內治療緊急處理<br><a href="#">Management of Endodontic emergencies</a><br>註：<br>1.需記載具體處置內容。<br>2.此項不得申請轉診加成。  | v    | v    | v    | v    | 150  |

| 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 |
|--------|---|------|------|------|------|------|
| 90005C | 乳牙斷髓處理<br><u>Pulpotomy of P</u> primary tooth <del>pulpotomy</del><br>註：<br>1.需附治療前X光片以為審核（X光片費用已內含）。<br>2.六十天內，不得再申報90015C。<br>3.麻醉費用內含。   | v    | v    | v    | v    | 800  |
| 90091C | 難症特別處理 <u>Management of endodontic D</u> difficult case <del>special treatment</del> ，範圍如下所列各項：<br>— 大白齒(C-Shaped)根管  | v    | v    | v    | v    | 1000 |
| 90092C | — 有額外根管者<br>(1)前牙及下顎小白齒有超過一根管者。<br>(2)上顎小白齒有超過二根管者。<br>(3)大白齒有超過三根管者。<br>(4)以實際超過根管數計算。   | v    | v    | v    | v    | 1000 |
| 90093C | — 根管特別彎曲、根管鈣化，器械斷折（非同一醫療院所），以根管數計算。   | v    | v    | v    | v    | 1000 |
| 90094C | — 根管重新治療在X光片上root canal內顯現出radioopaque等有obstruction之根管等個案，以根管數計算。   | v    | v    | v    | v    | 1500 |
| 90095C | — 符合附表3.3.1標準之多根管根管治療。(雙根管)   | v    | v    | v    | v    | 1600 |
| 90096C | — 符合附表3.3.1標準之多根管根管治療。(三根管)   | v    | v    | v    | v    | 2400 |
| 90097C | — 符合附表3.3.1標準之多根管根管治療。(四根管)   | v    | v    | v    | v    | 3200 |
| 90098C | — 符合附表3.3.1標準之多根管根管治療。(五根及五根以上根管)<br>上列支付項目90091C-90098C申報說明如下列：<br>註：<br>1. 90091C-90094C須檢附術前或術後舉證之X光片，其餘需附診斷、測量長度及充填完成之X光片（X光片費用已內含）。<br>2.GP過度充填(over filling)不得申報90095C~ 90098C。 | v    | v    | v    | v    | 4000 |
| 90010C | 根尖逆充填術<br><u>Retrograde Root-end</u> filling<br>註：以根管數計算，需檢附術後X光片（X光片費用已內含）。  | v    | v    | v    | v    | 900  |
| 90011C | 牙齒再植術<br><u>Intentional tooth R</u> eplantation<br>註：不包括根管治療，需檢附術前及術後x光片以為審核（X光片費用已內含）。   | v    | v    | v    | v    | 1000 |

| 編號     | 診療項目  | 基層院所 | 地區醫院 | 區域醫院 | 醫學中心 | 支付點數 |
|--------|---|------|------|------|------|------|
| 90012C | 橡皮障防濕裝置<br>Rubber dam <del>appliance</del> <a href="#">isolation</a><br>註：<br>1.銀粉、複合樹脂、玻璃離子體及複合體充填時，橡皮障防濕裝置視病情需要使用。<br>2.使用橡皮障防濕裝置時，需檢附X光片或相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)佐證。(X光片或相片費用已內含)。   | v    | v    | v    | v    | 150  |
| 90013C | 根尖成形術或根尖生成術<br>Apexification or Apexogenesis<br>— 前牙 <del>Anterior teeth</del> <a href="#">tooth</a>  | v    | v    | v    | v    | 500  |
| 90014C | — 後牙 <del>Posterior teeth</del> <a href="#">tooth</a><br>註：<br>1.限開根尖式根管者(open apex)。<br>2.處置完成(根尖成形)後需檢附術前、術後X光片(術後X光片費用另計)申報，處置完成前之追蹤檢查，每三個月可視需要申報診察費及X光費用。   | v    | v    | v    | v    | 1000 |
| 90015C | 根管開擴及清創<br><del>Canal enlarge &amp; debridement</del><br><a href="#">Access cavity preparation, cleaning and shaping of the root canal system</a><br>註：<br>1.單獨申報此費用時，需檢附未完成充填前X光片以為審核。「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象不在此限。<br>2.已申報斷髓處理，六十天內不得再申報此項費用。<br>3.六十天內不得重覆申報。<br>4.本項目X光片費用已內含。<br>5.麻醉費用內含。 | 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 |
|--------|---|------|------|------|------|------|
| 90016C | <p>乳牙根管治療</p> <p><u>Endodontic treatment of primary <del>Milk</del> tooth <del>pulpectomy</del></u></p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.本項費用包括X光費用、局部麻醉、拔髓治療、根管沖洗、換藥、擴大及根管充填等各有關治療項目費用在內。</li> <li>2.本項目於全部治療過程完畢併加90015C專案申報(如已申報90005C,六十天內不得再併加90015C申報);如未完成,改以90015C申報。(期間限申報一次診療費)。</li> <li>3.申報費用時,需附治療前與治療後X光片以為審核。「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象,如情況特殊無法配合,不得不在此限,但應於病歷詳細記錄原因。</li> <li>4.九十天內不得重複申報。</li> </ol>                          | v    | v    | v    | v    | 1010 |
| 90017C | <p>恆牙斷髓處理 <del>tooth-p</del><u>Pulpotomy of permanent tooth</u></p> <p>註:限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。</p>  | v    | v    | v    | v    | 600  |
| 90018C | <p>乳牙多根管治療</p> <p><u>Endodontic treatment of a primary <del>Milk</del> tooth <del>pulpectomy</del> with multiple canals</u></p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.本項費用包括X光費用、局部麻醉、拔髓治療、根管沖洗、換藥、擴大及根管充填等各有關治療項目費用在內。</li> <li>2.本項目於全部治療過程完畢併加 90015C專案申報(如已申報90005C,六十天內不得再併加90015C申報);如未完成,改以 90015C申報。(期間限申報一次診療費)</li> <li>3.申報費用時,需附治療前與治療後X光片以為審核。「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象,如情況特殊無法配合,不得不在此限,但應於病歷詳細記錄原因。</li> <li>4.九十天內不得重複申報。</li> </ol> | v    | v    | v    | v    | 1410 |
| 90021C | <p>特殊狀況—保護性肢體制約</p> <p><u>Protective physical restraint for <del>the handicapped</del> patients with special needs</u></p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.治療需使用束縛帶於身心障礙者的四肢以防止躁動。</li> <li>2.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」重度以上適用對象之牙醫醫療服務申報。</li> <li>3.須檢附病患或監護人同意書及接受治療患者使用束縛帶的診療照片乙張。</li> </ol>   | v    | v    | v    | v    | 300  |

| 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<br><a href="#">Referral fee for Endodontic treatment</a><br>註：<br>1.交付病人牙醫醫療院所轉診單，且病歷應記載。<br>2.提供病人或家屬相關諮詢及轉出病歷摘要(不包含X光片)。<br>3.此項不得申請轉診加成。  | v    | v    | v    | v    | 200  |
| 90112C | 特殊狀況橡皮障防濕裝置<br><a href="#">Rubber dam appliance isolation for patients with special needs</a><br>註：<br>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」適用對象之牙醫醫療服務申報)。<br>2.使用橡皮障防濕裝置時，需檢附X光片或相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)佐證(X光片或相片費用已內含)。<br>3.含張口器費用。 | v    | v    | v    | v    | 250  |

第三節 牙周病學 Periodontics (91001~91020, 91088, 91104, 91114)

| 編號     | 診療項目   | 基層院所 | 地區醫院 | 區域醫院 | 醫學中心 | 支付點數 |
|--------|--|------|------|------|------|------|
| 91001C | <p>牙周病緊急處置<br/> <u>Management of P</u>eriodontal <u>disease</u> emergency <u>yes</u> <del>treatment</del></p> <p>註：<br/>                     1.每月限申報二次，同一象限不得重複申報。<br/>                     2.申報費用以次為單位。<br/>                     3.不得與91003C、91004C、91005C、91017C、91103C、91104C或91019C同時申報。<br/>                     4.此項不得申請轉診加成。</p>  | v    | v    | v    | v    | 150  |
| 91002C | <p>牙周敷料每次<br/> <u>Periodontal P</u>acking</p> <p>註：1.1/2 顎以下。<br/>                     2.合併手術主處置申報。</p>  | v    | v    | v    | v    | 120  |
| 91003C | <p>牙結石清除 Scaling<br/>                     — 局部 <u>L</u>ocalized</p>  | v    | v    | v    | v    | 150  |
| 91004C | <p>— 全口 <u>F</u>ull mouth</p> <p>註：<br/>                     1.限有治療需要之患者每半年最多申報一次。<br/>                     2.半年內全口分次執行之局部結石清除，均視為同一療程，其診察費僅給付一次。同療程時間內若另申報全口牙結石清除術，則刪除同療程內已申報之局部牙結石清除費用。(同限象不得重覆申報)<br/>                     3.牙結石清除須作潔牙說明，其後作刷牙復習。<br/>                     4.91003C需依四象限申報。<br/>                     5.未滿十二歲兒童(「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象除外)非全口性牙周病者不得申報全口牙結石清除，病歷上應詳實記載備查;申報91003C或91004C需附相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)或X光片以為審核。<br/>                     6.此項不得申請轉診加成。</p> | 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 |
|--------|--|------|------|------|------|------|
| 91006C | 齒齦下刮除術(含牙根整平衡)<br>Subgingival curettage ( <a href="#">including</a> Root planing)<br>— 全口 <a href="#">Full</a> mouth   | v    | v    | v    | v    | 3200 |
| 91007C | — 1/2 顎 1/2 arch   | v    | v    | v    | v    | 800  |
| 91008C | — 局部 <a href="#">Localized</a> (三齒以內)<br>註：<br>1.每顆牙應詳細記載六個測量部位之牙周囊袋深度，其中至少一個測量部位囊袋深度超過5mm(含)以上。<br>2.申報費用應註明囊袋深度紀錄之病歷影本及治療前之X光片(限咬翼片或根尖片)。<br>3.以象限區域為單位，當該象限需接受治療為三齒以內時，申報91008C*1；當其需接受治療為四齒(含)以上時，申報91007C*1。<br>4.半年內施行於同一象限之齒齦下刮除術均不得申報費用。<br>5.申報91006C、91007C*3以上一年內不得申報牙周病統合性治療P4001C~P4003C。 | v    | v    | v    | v    | 400  |
| 91009B | 牙周骨膜翻開術 Periodontal flap operation<br>— 局部 <a href="#">Localized</a><br>(牙周囊袋 5mm(含)以上 三齒以內)   |      | v    | v    | v    | 3010 |
| 91010B | — 1/3 顎 1/3 arch<br>(牙周囊袋 5mm(含)以上 四至六齒)<br>註：<br>1.申報費用應註明囊袋深度紀錄之病歷影本及治療前之X光片(限咬翼片或根尖片)。<br>2.費用包括手術費、X光檢查、局部麻醉、牙周敷料、拆線及十四天內之術後診察、處置費用。<br>3.同一病人，同一區域之91009B與91010B手術於兩年內不得重複申報，且應檢附兩年內牙科完整病歷並附牙周手術同意書(參考格式附表3.3.2)。<br>4.牙周骨膜翻開術(91009B-91010B)囊袋紀錄表應以每顆牙六個測量部位為準。所需時間分別為四十分鐘及六十分鐘。                 |      | v    | v    | v    | 5010 |
| 91011C | 牙齦切除術Gingivectomy<br>— 局部 <a href="#">Localized</a> (三齒以內)   | v    | v    | v    | v    | 910  |
| 91012C | — 1/3 顎 1/3 arch<br>註：<br>1.包括牙齦修整術(Gingivoplasty)在內。<br>2.需附牙周囊袋記錄，每顆應詳細記載六個測量部位，其中至少一個測量部位為5mm(含)以上。<br>3.局部麻醉費用已內含。   | v    | v    | v    | v    | 1510 |

| 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<br><a href="#">Gingivectomy for endodontic or restorative purposes</a><br>施行根管治療或牙體復形時，所需之牙齦切除術<br>註：<br>1.不得同時申報 91011C及 91012C。<br>2.應與根管治療或牙體復形合併申報。<br>3.局部麻醉費用已內含。<br>4.以合併之主處置齒位申報。   | v      | v      | v      | v      | 330        |
| 91088C           | 牙周病轉出醫療院所之轉診費用<br><a href="#">Referral fee for Periodontal treatments</a><br>註：<br>1.交付病人牙醫醫療院所轉診單，且病歷應記載。<br>2.提供病人或家屬相關諮詢及轉出病歷摘要(不包含X光片)。<br>3.此項不得申請轉診加成。  | v      | v      | v      | v      | 200        |
| 91014C           | 牙周暨齲齒控制基本處置<br><a href="#">Plaque control</a><br>註：<br>1.牙菌斑偵測及去除維護教導。<br>2.需併同91004C、91005C實施，每360天限申報一次；併同91020C實施，每180天限申報一次。  | v      | v      | v      | v      | 100        |
| 91103C<br>91104C | 特殊狀況牙結石清除<br><a href="#">Scaling for patients with special needs</a><br>-局部 <a href="#">Localized</a><br>-全口 <a href="#">Full mouth</a><br>註：<br>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。<br>2.限有治療需要之患者每九十天最多申報一次。<br>3.重度以上患者每六十天得申報一次。<br>4.九十天內(重度以上六十天內)全口分次執行之局部結石清除，均視為同一療程，其診察費僅給付一次。同療程時間內若另申報全口牙結石清除術，則刪除同療程內已申報之局部牙結石清除費用(同象限不得重覆申報)。 | v<br>v | v<br>v | v<br>v | v<br>v | 150<br>600 |
| 91114C           | 特殊牙周暨齲齒控制基本處置<br><a href="#">Plaque control for patients with special needs</a><br>註：<br>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。<br>2.牙菌斑偵測及去除維護教導。<br>3.九十天可申報一次。  | v      | v      | v      | v      | 250        |

| 編號     | 診療項目   | 基層院所 | 地區醫院 | 區域醫院 | 醫學中心 | 支付點數 |
|--------|--|------|------|------|------|------|
| 91005C | 口乾症牙結石清除-全口<br><a href="#">Full mouth scaling for xerostomia patients</a><br>註：<br>1.適用口乾症患者之牙醫醫療服務申報。<br>2.限有治療需要之患者每九十天最多申報一次。   | v    | v    | v    | v    | 600  |
| 91015C | 特定牙周保存治療<br><a href="#">Comprehensive periodontal treatment for patients with special needs</a><br>-全口總齒數 9-15 顆 <a href="#">9&lt;= no. of teeth&lt;=15</a>  | v    | v    | v    | v    | 2000 |
| 91016C | -全口總齒數 4-8 顆 <a href="#">4&lt;= no. of teeth&lt;=8</a><br>註：<br>1.限總齒數至少4顆且未達16顆之患者申報。<br>2.申報費用時，需附一年內牙菌斑控制紀錄及囊袋深度紀錄（其中全口總齒數 9-15 顆者，至少 4 顆牙齒有測量部位囊袋深度超過 5mm(含)以上；全口總齒數 4-8 顆者，至少 2 顆牙齒有測量部位囊袋深度超過 5mm(含)以上。）及治療前全口 X 光片（須符合患者口腔現況，X 光片費用另計，環口全景 X 光片費用不另計）以為審核。<br>3.本項主要執行牙周檢查、牙菌斑控制紀錄及去除指導，並視患者病情提供全口牙結石清除、齒齦下刮除或牙根整平之治療。<br>4.每九十天限申報一次。<br>5.申報 91006C~91008C 半年內不得申報本項目，另申報此項九十天內不得再申報 91003C~91004C、91006C~91008C。 | v    | v    | v    | v    | 1000 |
| 91017C | 懷孕婦女牙結石清除-全口<br><a href="#">Full mouth scaling for pregnant women</a><br>註：<br>1.適用懷孕婦女牙醫醫療服務並於當次病歷記載，懷孕期間每九十天限申報一次。<br>2.費用包括牙結石清除、牙菌斑偵測、去除維護教導及新生兒口腔照護及衛教指導。<br>3.申報本項後九十天內不得再申報91003C~91004C。<br>4.不得同時申報91001C、91003C、91004C、91005C、91014C、91103C、91104C 或91019C 同時申報。   | v    | v    | v    | v    | 800  |

| 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 |
|--------|---|------|------|------|------|------|
| 91018C | <p>牙周病支持性治療</p> <p><a href="#">Supportive Periodontal treatment</a></p> <p>註：</p> <p>1.限經「全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」核備之醫師，執行院所內已完成第三階段(P4003C)患者之牙醫醫療服務，且需與第二階段(P4002C)間隔九十天。</p> <p>2.申報費用時，需附一年內牙菌斑控制紀錄及囊袋深度紀錄以為審核（其中至少一顆牙齒有測量部位囊袋深度超過5mm(含)以上）。</p> <p>3.本項主要執行牙結石清除、牙菌斑偵測及去除維護教導，並視患者病情提供齒齦下刮除或牙根整平之治療。</p> <p>4.每九十天限申報一次。</p> <p>5.申報91006C~91008C半年內不得申報本項目，另申報此項九十天內不得再申報91003C~91004C、91006C~91008C、91015C~91016C。</p> | v    | v    | v    | v    | 1000 |
| 91019C | <p>懷孕婦女牙周緊急處置</p> <p><a href="#">Management of periodontal disease emergencies for pregnant women</a></p> <p>註：</p> <p>1.限懷孕婦女之患者申報。</p> <p>2.本項主要施行懷孕期間口腔照顧及牙周病緊急處置，視患者實際需求提供局部沖洗、塗藥、口腔衛教、孕期急性牙周緊急處理等醫療服務，申報費用以次為單位。</p> <p>3.不得與91001C、91003C、91004C、91017C、91103C或91104C同時申報。</p>  | v    | v    | v    | v    | 500  |
| 91020C | <p>牙菌斑去除照護</p> <p><a href="#">Dental plaque removal</a></p> <p>註：</p> <p>1.牙菌斑清除。</p> <p>2.每180天限申報一次。</p> <p>3.限未滿12歲兒童申報。</p>   | v    | v    | v    | v    | 200  |

第四節 口腔顎面外科 Oral Surgery (92001~92073, 92088-92095)

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 |
|--------|---|------|------|------|------|------|
| 92001C | 非特定局部治療 <del>Nonspecific</del> <u>Unspecified</u> local treatment<br>註：<br>1.包括局部藥物治療或燒灼或簡易脫白及其他相關必要措施。<br>2.三天內視為同一療程，三十天內限申報二次。<br>3.此項不得申請轉診加成。  | v    | v    | v    | v    | 50   |
| 92066C | 特定局部治療 <del>Specified</del> <u>Specified</u> local treatment<br>註：<br>1.阻生齒手術、膺復前手術、頭頸部感染之手術處理、囊腫之手術處理、牙齒再植或移植手術、顏面骨折合併顏面軟組織外傷手術處理、良性腫瘤（含重建）之手術處理、放射治療之病患、顛顎關節疾病之手術處理、大唾液腺疾病外科處理之術後處理。<br>2.拔牙後乾性齒槽炎、燒燙傷、化學藥物灼傷、扁平苔癬及嚴重之口腔潰瘍。<br>3.牙周病咬合調整，90007C拆除牙冠後填補。<br>4.三天內視為同一療程。 | v    | v    | v    | v    | 50   |
| 92002C | 齒間暫時固定術，每齒 <del>Temporary splinting each teeth for one</del> <u>tooth</u><br>註：需附術後X光片舉證。   | v    | v    | v    | v    | 100  |
| 92003C | 口內切開排膿 Intraoral incision & drainage <u>with drains</u><br>註：<br>1.腫脹區切開，引流，清創放置引流裝置並以縫線固定，傷口縫合及局部麻醉費用已內含。<br>2.限蜂窩性組織炎及組織間隙膿瘍申報。   | v    | v    | v    | v    | 510  |
| 92005C | 拆線 Removal of stitches 每次 <del>each time</del>  | v    | v    | v    | v    | 50   |
| 92007B | 鋼線固定 三齒以內<br>Closed reduction with <u>interdental</u> wiring fixation <u>for ≤3 or fewer</u> teeth<br>註：本項支付點數已包含局部麻醉費用在內，但不含拆除費用。  |      | v    | v    | v    | 1270 |
| 92008B | 鋼線固定(上顎或下顎固定術) 四齒以上<br>Closed reduction with wiring fixation <u>for ≥4 or more</u> teeth<br>註：本項支付點數已包含局部麻醉費用在內，但不含拆除費用。  |      | v    | v    | v    | 2010 |



| 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 |
|--------|--|------|------|------|------|------|
| 92009C | 去除齒列夾板 Removal of splinting plate  | v    | v    | v    | v    | 360  |
| 92012C | 拔牙後特別處理<br><del>Special treatment</del> Post-operative care of extraction wound<br>註：包括Dry Socket 或縫合止血及局部麻醉。  | v    | v    | v    | v    | 160  |
| 92014C | 複雜性拔牙 <del>Complicated</del> Complex extraction<br>註：<br>一、依牙醫門診總額支付制度臨床指引申報。<br>二、全身性疾病患者或六十五歲以上患者或第三大白齒可依本項申報。<br>全身性疾病包含：<br>1.符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象。<br>2.心臟病必須術前抗生素預防或服用抗凝血劑。<br>3.服用抗凝血劑療程中。<br>4.洗腎病人。<br>5.張口困難(含口腔癌病人)不及 2.5 公分。<br>6.曾經接受器官移植病人。<br>7.凝血障礙或白血球障礙病人。<br>8.經診斷有糖尿病或高血壓患者。<br>9.曾經接受頭頸部放射治療或一年內接受過化學治療。<br>10.愛滋病。<br>11.免疫性疾病，長期服用類固醇病人。<br>12.肝硬化及癌症患者。<br>三、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」之適用對象經安撫無法配合者不在此限）。 | v    | v    | v    | v    | 900  |
| 92015C | 單純齒切除術 Simple <del>Odontectomy</del> , <del>simple case</del><br>註：<br>1.依牙醫門診總額支付制度臨床指引申報。<br>2.包括牙瓣修整術，需檢附X光片(flap repair)<br>3.本項目X光片及局部麻醉費用已內含。<br>4.適用於軟組織阻生齒或阻生齒骨頭覆蓋牙冠未及三分之二者。<br>5.阻生齒含智齒、白齒、小白齒、犬齒、門齒、側門齒及贅生齒等。  | v    | v    | v    | v    | 2730 |

| 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 |
|--------|---|------|------|------|------|------|
| 92016C | 複雜齒切除術 <del>Complex</del> <u>Odontectomy</u> , <del>complicated case</del><br>註：<br>1.依臨床治療指引相關條文申報。<br>2.包括牙瓣修整術，需檢附X光片(flap repair)。<br>3.本項目X光片及局部麻醉費用已內含。   | v    | v    | v    | v    | 4300 |
| 92017C | 囊腫摘除術 Cystic enucleation<br>— 小 <del>s</del> <u>Small</u> < 2cm   | v    | v    | v    | v    | 3000 |
| 92018B | — 中 <del>medium</del> <u>Middle</u> 2-4cm   |      | v    | v    | v    | 3500 |
| 92019B | — 大 <del>L</del> <u>Large</u> > 4cm<br>註：<br>1.申報費用應檢附X光片及病理檢查報告。<br>2.92017C、92018B及92019B等三項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。  |      | v    | v    | v    | 5000 |
| 92020B | 口內軟組織腫瘤切除<br><del>Intraoral</del> <u>Excision of</u> <del>soft tissue</del> <u>soft tissue</u> tumor <u>in oral cavity</u><br>註：<br>1.淋巴切除(lymphadectomy)比照申報。<br>2.本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。<br>3.應附病理報告。 |      | v    | v    | v    | 1800 |
| 92025B | 腐骨清除術 Sequestrectomy<br>-簡單,1/3顎以下 <del>s</del> <u>Simple, ease under</u> <u>involving less than</u> 1/3  |      | v    | v    | v    | 2010 |
| 92026B | arch<br>-複雜,1/3顎以上 <del>complicated case</del> <u>Complex, involving</u> more than 1/3 arch<br>註：<br>1.申報費用應檢附X光片。<br>2.本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。  |      | v    | v    | v    | 3010 |
| 92028C | 繫帶切除術 Frenectomy<br>— 簡單法 <del>s</del> <u>Simple method</u>   | v    | v    | v    | v    | 410  |
| 92029C | — Z字法 Z-plasty<br>註：本項目局部麻醉費用已內含。   | v    | v    | v    | v    | 570  |
| 92030C | 前齒根尖切除術 Apicoectomy <del>anterior</del> : <u>incisors and canines</u><br>註：<br>1.需附術前及術後X光片以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。<br>2.同一醫療院所二年內不得再申報此項。  | 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 |
|--------|---|------|------|------|------|------|
| 92031C | 小白齒根尖切除術Apicoectomy- <u>∴</u> premolars<br>註：<br>1.需附術前及術後X光片以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。<br>2.同一醫療院所二年內不得再申報此項。  | v    | v    | v    | v    | 2800 |
| 92032C | 大白齒根尖切除術Apicoectomy- <u>∴</u> molars<br>註：<br>1.需附術前及術後X光片以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。<br>2.同一醫療院所二年內不得再申報此項。   | v    | v    | v    | v    | 4000 |
| 92035B | 神經撕除法 <del>Nerve avulsion</del> <u>Neurectomy</u>   |      | v    | v    | v    | 1200 |
| 92036B | 口內植皮<br><del>Intraoral</del> <u>Skin or mucosal grafts for intraoral defects</u>  |      | v    | v    | v    | 2400 |
| 92037B | 涎石切除術，在腺管中<br>Sialolithotomy, <u>within</u> <del>in</del> duct<br>註：本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。  |      | v    | v    | v    | 2010 |
| 92041C | 齒槽骨成形術(1/2顎以內)<br>Alveoloplasty, <u>involving less than</u> ( <del>under</del> 1/2 arch)<br>註：需檢附術前X光片或照片以為審核（X光片、照片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)<br>Alveoloplasty, <u>involving</u> ( <del>more than</del> 1/2 arch)<br>註：需檢附術前X光片或照片以為審核（X光片、照片及局部麻醉費用已內含）。  | v    | v    | v    | v    | 1070 |
| 92043C | 顛顎關節脫臼整復<br><del>Dislocation, TMJ, closed reduction</del><br><u>Closed reduction of TMJ dislocation</u><br>— 無固定 <del>W</del> <u>Without fixation</u><br>註：年度第一次可申報此項，第二次後只限申報92001C。 | v    | v    | v    | v    | 310  |
| 92044B | — 有固定 <del>W</del> <u>With fixation</u><br>註：<br>1.申報費用應檢附手術記錄。<br>2.本項目局部麻醉費用已內含。  |      | v    | v    | v    | 2010 |
| 92045B | 自體牙齒移植 <u>Tooth</u> <del>A</del> <u>autotransplantation</u><br>註：<br>1.需檢附術前X光片以為審核（局部麻醉費用已內含）。<br>2.含拔牙至固定為止。  |      | v    | v    | v    | 2010 |

| 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  |
|--------|--|------|------|------|------|-------|
| 92047B | 顎關節內注射 <del>Intraarticular</del> <u>Intra-articular</u> injection of <u>tempormandibular joint</u>   |      | v    | v    | v    | 600   |
| 92050C | 埋伏齒露出手術<br>Surgical exposure of impacted tooth<br>註：<br>1.限骨性埋伏齒即骨頭覆蓋2/3以上者。<br>2.僅限永久齒，同顆處置以一次為限。<br>3.需檢附X光片以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。   | v    | v    | v    | v    | 970   |
| 92052B | 閉塞器裝置或手術導引板治療<br><u>Obturator / Surgical <del>stent</del> (splint) therapy</u><br>註：<br>1.限顎骨齒列外傷、顎部手術及癌症或腫瘤病人手術後處理。<br>2.含材料費。  |      | v    | v    | v    | 5000  |
| 92053B | 硬式咬合板治療 Occlusal bite splint <u>therapy</u><br>註：<br>1.為同一療程，含診斷、所有處置、日後調整費及材料費。<br>2.病歷應詳實記載處置過程並附術後照片(照片費用內含)。<br>3.一年內不得重複申報本項。   |      | v    | v    | v    | 4000  |
| 92054B | 軟性咬合器治療 Soft splint <u>therapy</u><br>註：含材料費。  |      | v    | v    | v    | 800   |
| 92056C | 骨瘤切除術<br><del>Tumor e</del> <u>Excision of Bone tumor</u> , < 1 cm<br>註：<br>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）。<br>2.torus之切除應檢附術前照片(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<br><del>Tumor e</del> <u>Excision of Bone tumor</u> , 1 cm ≤ Bone tumor ≤ 2 cm<br>註：<br>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）。<br>2.torus之切除應檢附術前照片(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 |

| 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  |
|--------|--|------|------|------|------|-------|
| 92058C | 骨瘤切除術<br><del>Tumor</del> <u>Excision of Bone tumor</u> , > 2 cm<br>註：<br>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）。<br>2.torus之切除應檢附術前照片(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 |
| 92059C | 手術去除陷入上顎竇內牙齒或異物<br><u>Surgical removal of tooth or foreign body within the</u> <del>in</del><br><u>maxillary sinus</u><br>註：<br>1.需檢附X光片及手術記錄於病歷上以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。<br>2.限不同醫師執行。  | v    | v    | v    | v    | 6010  |
| 92061B | 矯正後之活動維持裝置(每顎)<br><del>Space</del> <u>Retainer treatment per jaw</u><br>註：<br>1.限非美容為目的之診療。<br>2.每個案上下顎各施行乙次為原則。<br>3.核定點數已包含處置費、材料費及術後調整費用。<br>4.個案需經事前審查同意後方可實施本項目。  |      | v    | v    | v    | 2000  |
| 92063C | 手術拔除深部阻生齒<br><del>Surgical removal of deep bony impaction of jaws</del> <u>a deeply impacted tooth in jaw bone</u><br>註：<br>1.下顎阻生齒牙冠最低處低於前一顆牙之根尖或距下顎骨邊緣垂直高度小於二分之一者得申報此項。<br>2.顎骨骨性阻生齒低於齒槽骨脊下一公分。<br>3.需檢附X光片及手術記錄於病歷上以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。 | v    | v    | v    | v    | 8010  |

| 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  |
|--------|--|------|------|------|------|-------|
| 92064C | <p>手術去除解剖間隙內異物或牙齒</p> <p><del>→</del>Surgical removal of <u>a tooth or</u> foreign body <u>within fascial spaces</u> <del>in pterygomandibular space → submandibular space → etc</del></p> <p>註：<br/>1.需檢附X光片及手術記錄於病歷上以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。<br/>2.限不同醫師執行。</p>  | v    | v    | v    | v    | 10510 |
| 92067B | <p>癌前病變軟組織切片</p> <p><u>Incisional B</u> biopsy <u>for precancerous lesion</u>, soft tissue</p> <p>註：<br/>1.本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。<br/>2.應附病理報告。</p>  |      | v    | v    | v    | 1810  |
| 92068B | <p>癌前病變硬組織切片</p> <p><u>Incisional B</u> biopsy <u>for precancerous lesion</u>, <del>soft</del> <u>hard</u> tissue</p> <p>註：<br/>1.本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。<br/>2.應附病理報告。</p>   |      | v    | v    | v    | 2510  |
| 92065B | <p>口腔顎顏面頸部惡性腫瘤術後照護</p> <p><del>Oral and</del> <u>Post-operative care for oral-maxillofacial &amp; and neck malignancies</u> <del>malignant tumor post-op treatment</del></p> <p>註：<br/>1.口腔顎顏面頸部惡性腫瘤術後照護及其相關必要措施：<br/>a.口腔顎顏面頸部惡性腫瘤術後照護：皮膚的縫線囊腫、皮膚瘻管、淋巴液漏、皮膚、皮瓣供給處換藥。<br/>b.無法開刀的癌末患者換藥，如：oro-facial communication、頸部淋巴結轉移導致 skin perforation。<br/>c.電療或化療前口腔評估計畫(pre-RT or pre-CT assessment)。<br/>d.電療後遺症，ORN 照護換藥。<br/>2.術後三天同一療程。<br/>3.病史、理學檢查，必要時麻醉及X光檢查。（麻醉及X光費用另計）。<br/>4.不得同時申報92001C、92066C及非牙科處置。</p> |      | 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 |
|--------|---|------|------|------|------|------|
| 92088C | <p>口腔顎面外科轉出醫療院所之轉診費用<br/> <a href="#">Referral fee for oral maxillofacial surgery</a><br/>           註：<br/>           1.交付病人牙醫醫療院所轉診單，且病歷應記載。<br/>           2.提供病人或家屬相關諮詢及轉出病歷摘要(不包含X光片)。<br/>           3.此項不得申請轉診加成。</p>  | v    | v    | v    | v    | 200  |
| 92069B | <p>複雜型顱顎障礙症之特殊咬合板<br/> <a href="#">Special Occlusal</a> bite splint treatment for complicated craniomandibular disorders<br/>           註：<br/>           1.本項須符合下列顱顎障礙症功能檢查所述適應症中二項(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。<br/>           2.適應症：<br/>           1)下顎運動最大張口距：小於 35mm。<br/>           2)終極試驗：大於 5mm 或小於 1mm。<br/>           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)。<br/>           4)顱顎關節區觸診：單或雙側有壓痛。<br/>           5)外翼狀肌之拮抗試驗：單或雙側為「+」。<br/>           6)咀嚼肌觸診之檢查結果：一個以上肌肉之觸診結果為「+」。<br/>           3.一年內不得申報 92053 B 及本項。<br/>           4.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)。</p> |      | v    | v    | v    | 7000 |
| 92070B | <p>複雜型顱顎障礙症之特殊咬合板治療追蹤檢查與調整<br/>           Follow up examination and <a href="#">the</a> adjustment of <del>special</del> occlusal bite splint <del>treatment</del> for complicated craniomandibular disorders<br/>           註：<br/>           1.須先前有接受複雜型顱顎障礙症之特殊咬合板治療者方得申報本項。<br/>           2.咬合板臨床調整申報，180天內每30天得申報一次，180天後每60天得申報一次。</p>   |      | v    | v    | v    | 600  |
| 92071C | <p>簡單性口內切開排膿<br/> <a href="#">Simple I</a>ntraoral incision &amp; drainage <del>(simple)</del><br/>           註：<br/>           1.腫脹區切開、沖洗，局部麻醉費用已內含。<br/>           2.限口腔內軟組織膿瘍申報。</p>   | v    | v    | v    | v    | 210  |

| 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 |
|--------|--|------|------|------|------|------|
| 92072C | 口乾症塗氟<br><u>Topical F</u> luoride application <u>in xerostomia patients</u><br>註：<br>1.限口乾症患者施行申報。<br>2.含材料費。<br>3.90天可申報乙次。   | v    | v    | v    | v    | 500  |
| 92089B | 氟托(單顎) <u>Fluoride tray/per jaw</u><br>註：<br>1.限頭頸部癌症病患放射性治療後施行申報。<br>2.需經印模後以乙烯-乙烯聚合醇共聚物(Ethylene-vinyl Copolymer)材質客製化氟托。<br>3.一年內不得重覆申報本項。  |      | v    | v    | v    | 1500 |
| 92090C | 定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療<br><del>Regular</del> <u>Periodic care for</u> oral potentially malignant disorder (PMD) <del>follow-up treatment</del><br>註：<br>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，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)。<br>2.不得與「非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92091C)」同時申報。<br>3.病歷應詳實記載追蹤治療紀錄。<br>4.應含口腔清潔維護治療(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)。<br>5.應含嚼檳榔、抽菸、喝酒等不良習慣(致癌因子)之戒除輔導。<br>6.限九十至一百二十天申報一次；若距前次追蹤治療時間已超過一百二十天者，則以「非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92091C)」申報。 | 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 |
|--------|---|------|------|------|------|------|
| 92091C | 非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療<br><del>Irregular</del> <u>Occasional care for</u> oral potentially malignant disorder (PMD) <del>follow-up treatment</del><br>註：<br>1.不得與「定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92090C)」同時申報。<br>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，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)。<br>3.病歷應詳實記載追蹤治療紀錄。<br>4.應含口腔清潔維護治療(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)。<br>5.應含嚼檳榔、抽菸、喝酒等不良習慣(致癌因子)之戒除輔導。<br>6.本項適用距前次追蹤治療時間超過一百二十天者申報。 | v    | v    | v    | v    | 400  |
| 92092C | 乳牙複雜性拔牙<br><del>Complicated</del> <u>Complex</u> extraction of <del>deciduous teeth</del> <u>primary tooth</u><br>註：<br>1.限乳牙申報。<br>2.適應症包含：<br>(1)全身性疾病(同 92014C 複雜性拔牙)。<br>(2)乳牙牙根 > 1/2。<br>(3)恆牙異位萌發造成乳牙無法正常換牙。<br>(4)牙根骨黏合或 submerged tooth。<br>(5)外傷合併其它口內或嘴唇周圍的傷口。<br>(6)併生牙(fusion)。<br>(7)乳牙牙根彎曲。<br>(8)因外傷或齶齒造成之牙根斷裂。<br>(9)因外傷造成之牙齒牙齦內推(intrusion)。<br>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」之適用對象，無法配合照射 X 光片者不在此限。  | v    | v    | v    | v    | 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 | 牙醫急症處置<br><del>Oral and maxillofacial emergent treatment</del><br><a href="#">Management of dental emergencies</a><br>註：<br>1.適應症：<br>(1)顏面及牙齒疼痛，經藥物控制不佳者(K04.0, K04.1-K04.99, K05.0, K05.2)。<br>(2)外傷導致之牙齒脫落或斷裂(S03.2, S02.5 ,L02.01,L03.211, L03.212)。<br>(3)拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血(K91.840)。<br>(4)下顎關節脫臼(S03.0)。<br>(5)顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎(K12.2, L03.221)。<br>(6)口腔及顏面撕裂傷(S01.5)。<br>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。<br>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。<br>4.不得同時申報34001C、34002C、90004C、91001C、92001C、92012C、92043C、 92066C、92071C、92094C。 |      | v    | v    | v    | 1000 |

| 編號     | 診療項目  | 基層院所 | 地區醫院 | 區域醫院 | 醫學中心 | 支付點數 |
|--------|---|------|------|------|------|------|
| 92094C | <p>週日及國定假日牙醫門診急症處置<br/> <a href="#">Management of dental emergencies on Sundays or in the national holidays</a><br/>           註：<br/>           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。<br/>           2.當月看診天數需≤二十五日，超過二十五日則本項不予支付(排除當天僅執行院所外醫療服務之天數)。<br/>           3.院所需於前一個月於健保資訊網服務系統(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。)<br/>           4.適應症：<br/>           (1)顏面及牙齒疼痛，經藥物控制不佳者(K04.0, K04.1-K04.99, K05.0, K05.2)。<br/>           (2)外傷導致之牙齒脫落或斷裂(S03.2, S02.5, L02.01, L03.211, L03.212)。<br/>           (3)拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血(K91.840)。<br/>           (4)下顎關節脫臼(S03.0)。<br/>           (5)顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎(K12.2, L03.221)。<br/>           (6)口腔及顏面撕裂傷(S01.5)。<br/>           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。<br/>           6.不得同時申報34001C、34002C、90004C、91001C、92001C、92012C、92043C、92066C、92071C、92093B。</p> | v    | v    | v    | v    | 800  |
| 92095C | <p>顎顏面骨壞死術後傷口照護<br/> <a href="#">Wound care for osteonecrosis of jaws</a><br/>           註：<br/>           1.需有病理學報告或相關影像佐證。<br/>           2.三日內之同一處置視為同一療程。</p>   | v    | v    | v    | v    | 600  |

第二項 開刀房手術(92201~92229)

| 編號     | 診療項目   | 基層<br>院所 | 地區<br>醫院 | 區域<br>醫院 | 醫學<br>中心 | 支<br>付<br>點<br>數 |
|--------|--|----------|----------|----------|----------|------------------|
| 92202B | 涎石切除術，在腺體內<br>Sialolithotomy, in <u>the</u> gland  |          | v        | v        | v        | 1900             |
| 92208B | 顴骨弓骨折整復術<br><del>Gillis method for</del> <u>R</u> eduction of zygomatic arch   |          | v        | v        | v        | 2610             |
| 92209B | 顎骨折整復術<br>Open Reduction of the jaw <del>s</del> <u>bone</u> fracture<br>— 單一骨折 <del>single</del> <u>Simple</u>              |          | v        | v        | v        | 4130             |
| 92210B | — 複雜骨折 <del>multiple</del> <u>Complicated</u>  |          | v        | v        | v        | 5700             |
| 92215B | 顎骨重建術、金屬夾板（材料另計）<br>Reconstruction of the jaw by <del>metal splint</del> <u>bridging plate</u>                               |          | v        | v        | v        | 4850             |
| 92218B | 唾液腺切除術Sialoadenectomy<br>— 表淺或良性 <del>s</del> <u>S</u> uperficial or benign  |          | v        | v        | v        | 2470             |
| 92219B | — 惡性 <del>m</del> <u>M</u> alignant  |          | v        | v        | v        | 4120             |
| 92221B | 下齒槽神經抽除術<br>Peripheral neurectomy- <u>i</u> nferior alveolar nerve   |          | v        | v        | v        | 3780             |
| 92222B | 顳顎關節脫臼手術整復<br><del>Dislocation, TMJ, complicated, open reduction</del><br><u>Open reduction for TMJ dislocation</u>          |          | v        | v        | v        | 2750             |
| 92223A | 顎骨矯正手術 Orthognathic surgery<br>— 合併上、下顎骨切除術或Le Fort III型切骨術<br>Two jaw surgery or Le <del>F</del> <u>F</u> ort III Osteotomy |          |          | v        | v        | 9270             |
| 92224A | — 單顎或二處 <del>e</del> <u>O</u> ne jaw or two sites  |          |          | v        | v        | 7730             |
| 92225A | — 一處 <del>s</del> <u>S</u> ingle site<br>註：(92223A-92225A) 限先天性臉部疾病、或肌病變導致<br>畸形及咬合不正、外傷、及顎骨關節病變患者，事前審<br>查報准後施行。            |          |          | v        | v        | 5410             |

# 肆、討論事項



## 討論事項

### 第一案

提案單位：中華民國藥師公會全國聯合會

案由：新增「全民健康保險重症加護臨床藥事照護給付方案」。

說明：

- 一、依據衛生福利部 107 年度公告醫院醫療給付費用總額專款「醫療給付改善方案」，新增「提升醫院用藥安全與品質方案」預算 5 千萬元，暨 107 年度中央政府總預算案審查總報告（修正本）預算審議決議，要求健保署倘獲適當預算，新增「臨床藥事照護」給付項目。
- 二、本會日前分別於 106 年 12 月 29 日、107 年 3 月 27 日及 107 年 5 月 3 日函送健保署本方案相關資料與後續補充資料。
- 三、研議新增重症加護臨床藥事照護給付方案之重點摘述如下：
  - (一) 執行醫院資格：具有加護病床且每 20 床配置專責加護病房藥師 1 人之醫院，且當月申請給付之醫院，藥師人力須大於醫院評鑑人力符合標準之 90% 才得申報。
  - (二) 執行藥師資格：需同時符合下列條件
    1. 具藥師資格，藥學士畢業於醫院執業年資累計滿 2 年或臨床藥學士或碩士班臨床藥學所/醫院藥學組畢業。
    2. 過去一年中，須實際參與加護病房團隊照護至少連續 6 個月，並提出連續 6 個月，每個月至少 10 筆的加護病房病人實際照護的病歷或相當之臨床藥學服務相關紀錄為佐證，醫院藥事主管推薦後，由試辦醫院函文將資料送至中華民國藥師公會全聯會醫院藥師委員會審核通過者。
  - (三) 臨床藥事照護內容：

提供用藥連貫性照護(medication reconciliation)，找出所有藥品治療問題（包括適應症、療效、安全性、疏於監測、遵醫

囑性問題)；病人用藥後之療效監測、藥物不良反應預防、偵測、評估與通報；執行藥品血中濃度監測；評估病人抗生素及其他藥品使用、劑量及頻次的適當性；提供使用藥品評估；提供藥物諮詢；新增或替代性藥物或停藥建議；辨識藥品交互作用等，加護病房病人疼痛、躁動和譫妄等相關鎮靜止痛藥物之評估，並留有紀錄可查。

(四) 申報要件：

須至健保署 VPN 登錄每位病人每次藥事照護介入之類別，每位病人每件臨床藥事照護介入紀錄至多申報 3 日，但不得超過病人該次入住加護病房實際總日數；另須以 SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan) 撰寫型式書寫於病歷，始得申報。

(五) 支付點數：加護病床每人日 220 點。

(六) 財務影響：

1. 依 106 年健保申報資料，加護病床總人日為 185.8 萬人日。
2. 以符合資格的醫院及藥師推估，按日申報之人日約占總 ICU 人日之 30%~50%，以每人日 220 點推估全年約需 1.23 億點至 2.04 億點【 $220 \text{ 點} \times 185.8 \text{ 萬} \times (30\% \sim 50\%)$ 】。
3. 考量本方案自公告生效後執行時間約剩半年，預估 107 年申報總點數約為 0.61 億點至 1.02 億點。

(七) 觀察指標：

1. 介入類別的分析及醫師及其他醫事人員接受率。
2. 避免之醫療費用：
  - (1) 直接節省之藥費：該個案該次加護病房住院期間，因臨床藥事照護藥師介入，平均每日節省之藥費。
  - (2) 間接節省之醫療費用：因臨床藥事照護介入，而避免後



續因藥品相關不良事件延長之住院醫療相關費用。

擬辦：本方案（詳附件 1，頁次討 1-4~1-11）經討論後如獲同意，將由健保署依程序陳報衛生福利部核定後公告實施。

決定：

## 全民健康保險重症加護臨床藥事照護給付方案（草案）

107 年 X 月 X 日健保醫字第 107XXXXXXXX 號公告訂定

### 壹、計畫依據

全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

### 貳、計畫目的

建立加護病房重症病人臨床藥事照護模式，加強個人化之合理用藥，提升藥事照護品質。

### 參、施行期間

自公告實施日起至 107 年 12 月 31 日止。

### 肆、預算來源

本方案由醫院醫療給付費用總額專款「醫療給付改善方案」項下支應。

### 伍、醫療服務提供者資格與申請程序

#### 一、醫院資格：

具有加護病床且每 20 床配置專責加護病房藥師 1 人之醫院，且當月申請給付之醫院，藥師人力須大於醫院評鑑人力符合標準之 90% 才得申報。

#### 二、執行藥師人員資格：需同時符合下列條件：

- (一) 具藥師資格，藥學士畢業於醫院職業年資累計滿 2 年或臨床藥學士/碩士班臨床藥學所/醫院藥學組畢業。
- (二) 過去一年中，須實際參與加護病房團隊照護至少連續 6 個月，並提出連續 6 個月，每個月至少 10 筆的加護病房病人實際照護的病歷或相當之臨床藥學服務相關紀錄為佐證，醫院藥事主管推薦後，由執行醫院函文將資料送至中華民國藥師公會全聯會醫院藥師委員會審核通過者。執行醫院藥師資格申請表如附件 1、2。

### 陸、照護內容

提供用藥連貫性照護 (medication reconciliation)，找出所有藥品治療問題（包括適應症、療效、安全性、疏於監測、遵醫囑性問題等）；病人用藥後之療效監測、藥物不良反應預防、偵測、評估與通報；執行藥品血中濃度監測；評估病人抗生素及其他藥品使用、劑量及頻次的適當性；提供使用藥品評估；提供藥物諮詢；新增或替代性藥物或停藥建議；辨識藥品交互作用等，加護病房病人疼痛、躁動和譫妄等相關鎮靜止痛藥物之評估，並留有藥師簽核之 SOAP 紀錄可查。

### 柒、醫療費用支付

#### 一、支付標準（詳附件 3）：

- (一) 對入住加護病房病人提供符合上述之照護，醫院得申報「重症加護臨床藥事照護給付費（每日）(PXXXXB)」，每次支付 220 點。
- (二) 每位病人每次臨床藥事照護介入紀錄至多申報 3 日之臨床藥事照護給付費，

且申報總日數不得超過病人該次入住加護病房實際總日數。

範例如下：

| 藥師介入算出申報日數    | 加護病房<br>住院總日數 | 可申報日數 |
|---------------|---------------|-------|
| 3 件*3 日/件=9 日 | 12            | 9     |
| 3 件*3 日/件=9 日 | 5             | 5     |

(三) 須以 SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan) 撰寫型式書寫於病歷，始得申報臨床藥事照護給付費。

二、 住院醫療服務點數清單及醫令清單填表說明：

(一) 案件分類(d1)：填報 4-支付制度試辦計畫。

(二) 不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記(d102)：填報 6-試辦計畫、安寧療護案件。

(三) 執行醫事人員代號(p20)：填報執行之藥師 ID。

(四) 其餘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。

三、 結算方式：

(一) 本方案之「重症加護臨床藥事照護給付費 (PXXXXB)」，於全民健康保險醫院醫療給付費用總額「醫療給付改善方案」專款項下支應，並按季暫以每點一元支付。

(二) 年度結束後，併上開專款項下其他方案費用，進行全年結算，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。

## 捌、 觀察指標

申報本方案臨床藥事照護費之院所，應按月至健保資訊網服務系統 (VPN) 登錄觀察指標相關資料，填報內容如附件 4。

一、 介入類別的分析及醫師及其他醫事人員接受率。

二、 避免之醫療費用 (cost-avoidance)

(一) 直接節省之藥費：該個案該次加護病房住院期間，因臨床藥事照護藥師介入，平均每日節省之藥費。

(二) 間接節省之醫療費用：因臨床藥事照護介入，而避免後續因藥品相關不良事件延長之住院醫療相關費用。計算方式如附件 4。

## 玖、 資訊公開

保險人得公開參與本方案之醫院名單及相關品質資訊供民眾參考，並得於保險人全球資訊網公開獲得照護費之醫院名單，供各界查詢。

## 壹拾、 計畫修訂程序

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。

「重症加護臨床藥事照護給付」申請表（執行醫院）

基本資料

申請日期 年 月 日

|                  |  |
|------------------|--|
| 醫 院 名 稱          |  |
| 醫 院 代 碼          |  |
| 評 鑑 類 別          |  |
| 連 絡 人 姓 名        |  |
| 連絡人 e-mail 信箱/電話 |  |

資格審查資料

| 項目   | 備齊請打 V | 審核結果 |    |
|--|--------|------|----|
|  |        | 符合   | 符合 |
| 1. 醫院具有加護病房之證明 <sup>1</sup>                      |        |      |    |
| 2. 每 20 床配置專責加護病房藥師 1 人 <sup>2</sup>             |        |      |    |
| 3. 近 6 個月醫院藥師人力大於醫院評鑑人力符合標準之 90%之證明 <sup>1</sup> |        |      |    |

<sup>1</sup> 得以「醫院評鑑持續性監測指標-人力指標系統」填報畫面佐證（如下圖）

<sup>2</sup> 得以醫院主管出具證明函、佐以藥師資格證明審查資料 3，證明加護病房確實配置專責藥師

■ 「醫院評鑑持續性監測指標-人力指標系統」填報畫面參考範例

藥事人力

填報時段: 2017/04/01 ~ 2020/12/31      適用層級: 醫學中心

醫院名稱: \_\_\_\_\_      醫院代碼: \_\_\_\_\_

評鑑類別: 醫院評鑑優等 (醫學中心)      最近一次填報年度: 2017

項目: 藥事人力

| 藥事人力                                  | 2017/1 | 2017/2 | 2017/3 | 2017/4 | 2017/5 | 2017/6 | 2017/7 | 2017/8 | 2017/9 | 2017/10 | 2017/11 | 2017/12 |
|---------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|
| (05-01)一般病床-非採單一劑量 (每40床1人)           | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0      | 0       | 0       | 0       |
| (05-02)一般病床-採單一劑量 (每40床1人)            | 42.95  | 42.95  | 42.95  | 42.95  | 42.95  | 42.95  | 42.95  | 42.95  | 43.08  | 43.08   | 43.08   | 43.08   |
| (05-03)加護病室 (每20床1人)                  | 9.75   | 9.75   | 8.85   | 8.85   | 8.85   | 8.85   | 8.85   | 8.85   | 8.85   | 8.85    | 8.85    | 8.85    |
| (05-04)門診作業 (提供諮詢服務者1人) (每滿70張處方增聘1人) | 104    | 104    | 104    | 104    | 104    | 104    | 104    | 104    | 104    | 104     | 104     | 104     |
| (05-05)急診作業 (每滿70張處方增聘1人)             | 11     | 11     | 11     | 11     | 11     | 11     | 11     | 11     | 11     | 11      | 11      | 11      |
| (05-06)特殊製劑調劑作業 (每15張處方1人)            | 25.4   | 24.4   | 29     | 24.47  | 29.07  | 26.87  | 28.13  | 28.4   | 28.4   | 28.33   | 27.53   | 27.8    |
| (05-07)合計                             | 193    | 192    | 196    | 191    | 196    | 194    | 195    | 195    | 195    | 195     | 194     | 195     |
| (05-08)符合項目                           | 193    | 192    | 196    | 191    | 196    | 194    | 195    | 195    | 195    | 195     | 194     | 195     |
| (05-09)優良項目                           | 213    | 212    | 216    | 211    | 216    | 214    | 215    | 215    | 215    | 215     | 214     | 215     |
| (05-10)執業人數                           | 227    | 227    | 224    | 224    | 222    | 223    | 222    | 223    | 223    | 227     | 242     | 249     |
| (c05-01)是否符合醫療機構設置標準                  | 是      | 是      | 是      | 是      | 是      | 是      | 是      | 是      | 是      | 是       | 是       | 是       |
| (c05-02)是否符合評鑑標準符合項目規範                | 是      | 是      | 是      | 是      | 是      | 是      | 是      | 是      | 是      | 是       | 是       | 是       |

備註說明: 本項對應醫院評鑑標準「1.3.8藥劑部門組織分工完善、人力配置適當，足以完成對病人之藥事照護，且藥事人員皆有效執照」。

下一頁 上一頁 取消

「重症加護臨床藥事照護給付」申請表（藥師資格）

基本資料

申請日期 年 月 日

|                        |  |
|------------------------|--|
| 藥 師 姓 名                |  |
| 身 分 證 字 號              |  |
| 藥 師 證 書 號 碼            |  |
| 服 務 單 位 全 銜            |  |
| 連 絡 人 姓 名              |  |
| 連 絡 人 e-mail 信 箱 / 電 話 |  |

資格審查資料

| 項 目   | 備齊請<br>打 V | 審核結果 |    |
|---|------------|------|----|
|   |            | 符合   | 符合 |
| 1. 藥師證書   |            |      |    |
| 2-1. 藥學系畢業證書及醫院執業 2 年之證明文件                                    |            |      |    |
| 2-2. 臨床藥學士或臨床藥學研究所/醫院藥學組研究所畢業證書 <sup>1</sup>                  |            |      |    |
| 3. 連續 6 個月，每個月至少 10 筆加護病房病人實際照護的病歷或相當之臨床藥學服務相關紀錄 <sup>2</sup> |            |      |    |
| 4. 醫院主管之推薦函   |            |      |    |

<sup>1</sup> 2-1 或 2-2 符合其中一項即可。

<sup>2</sup> 可參考臨床藥事照護介入分類。檢附的資料須能清楚辨別登錄時間及登錄者

## 全民健康保險重症加護臨床藥事照護給付方案 支付標準

通則

- 一、 本支付標準適用對象，為入住加護病房之個案。
- 二、 「重症加護病房臨床藥事照護給付費」以每日為申報單位，惟仍應視病患病情需要，符合執行資格之藥師提供服務才得申報，並非入住加護病房案件每日固定支付此一費用。

| 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       |
|---------------|---|------|----------|----------|----------|------------|
| <u>PXXXXB</u> | <u>重症加護臨床藥事照護給付費（每日）</u><br>註：<br><u>1.須由本方案申請核備通過之藥師提供藥事評估始得申報。</u><br><u>2.每位病人每次臨床藥事照護介入紀錄至多申報3日之臨床藥事照護給付費，且申報總日數不得超過病人該次入住加護病房實際總日數。</u><br><u>3.申報本項費用，應至本署健保資訊網服務系統（VPN）登錄臨床藥事照護介入種類。</u><br><u>4.須以SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan)撰寫型式書寫於病歷，始得申報。</u> |      | <u>Y</u> | <u>Y</u> | <u>Y</u> | <u>220</u> |

## 健保資訊網服務系統 VPN-應登錄之資料

### 一、 病人及執行藥師資訊：

個案 ID、入住加護病房且申報臨床藥事照護之起迄日期、提供臨床藥事照護之藥師 ID。

### 二、 臨床藥事照護介入種類：

該次加護病房住院期間臨床藥事照護藥師之介入種類與次數，介入種類如附件 5。

### 三、 直接節省之藥費：

該個案該次加護病房住院期間，因「用藥劑量/頻次問題、用藥期間/數量問題、用藥途徑或劑型問題、適應症問題及藥品併用問題.....等」因素，經藥師介入平均每日節省之藥費。

### 四、 間接節省之醫療費用（由系統自動計算）：

(一) 本項係指因臨床藥事照護介入而避免之藥品相關不良事件延長之住院費用。

(二) 將依上述二登錄之介入種類、次數、若無藥師介入發生藥品不良事件的發生率（如下表）及住院醫療相關費用。

(三) 計算公式如下：

1. 假設每件藥品不良事件將延長個案住院天數 2 日。

2. 各類藥事介入可節省的住院病房費用=

該層級之加護病床病房費與護理費×藥事介入筆數(N) × 若無藥師介入發生藥品不良事件之發生率(P)

3. 各類若無藥師介入發生藥品不良事件之發生率對照表如後：

### ■ 若無藥師介入發生藥品不良事件之發生率

| 各類藥事介入   | 發生率(P) |
|--|--------|
| 建議處方   |        |
| 用藥劑量或頻次問題/用藥禁忌問題/藥品交互作用/<br>疑似藥品不良反應           | 0.6    |
| 給藥問題(速率、輸注方式、濃度或稀釋液)/適應症問題/藥品併用問題/建議更適當用藥或配方組成 | 0.4    |
| 用藥期間或數量問題/用藥途徑或劑型問題/選用正確含量之品項                  | 0.1    |
| 不符健保給付規定/主動建議藥品使用/藥歷整合/其他                      | 0.0    |
| 建議監測   |        |
| 藥品血中濃度   | 0.6    |
| 藥品療效/藥品不良反應                                    | 0.4    |

## 健保資訊網服務系統 VPN—應登錄之資料

- 一、 病人及執行藥師資訊：  
個案 ID、入住加護病房且申報臨床藥事照護之起迄日期、提供臨床藥事照護之藥師 ID。
- 二、 臨床藥事照護介入種類：  
該次加護病房住院期間臨床藥事照護藥師之介入種類與次數，介入種類如附件 5。
- 三、 直接節省之藥費：  
該個案該次加護病房住院期間，因「用藥劑量/頻次問題、用藥期間/數量問題、用藥途徑或劑型問題、適應症問題及藥品併用問題……等」因素，經藥師介入平均每日節省之藥費。
- 四、 間接節省之醫療費用（由系統自動計算）：
  - (一) 本項係指因臨床藥事照護介入而避免之藥品相關不良事件延長之住院費用。
  - (二) 將依上述二登錄之介入種類、次數、若無藥師介入發生藥品不良事件的發生率（如下表）及住院醫療相關費用。
  - (三) 計算公式如下：
    1. 假設每件藥品不良事件將延長個案住院天數 2 日。
    2. 各類藥事介入可節省的住院病房費用=  
該層級之加護病床病房費與護理費×藥事介入筆數(N) × 若無藥師介入發生藥品不良事件之發生率(P)
    3. 各類若無藥師介入發生藥品不良事件之發生率對照表如後：

### ■ 若無藥師介入發生藥品不良事件之發生率

| 各類藥事介入   | 發生率(P) |
|--|--------|
| <b>建議處方</b>  |        |
| 用藥劑量或頻次問題/用藥禁忌問題/藥品交互作用/疑似藥品不良反應                       | 0.6    |
| 給藥問題(速率、輸注方式、濃度或稀釋液)/適應症問題/藥品併用問題/建議更適當用藥或配方組成/藥品相容性問題 | 0.4    |
| 用藥期間或數量問題/用藥途徑或劑型問題                                    | 0.1    |
| 不符健保給付規定/其他  | 0.0    |
| <b>建議監測</b>  |        |
| 藥品血中濃度   | 0.6    |
| 藥品療效/藥品不良反應  | 0.4    |
| <b>主動建議</b>  |        |
| 用藥劑量或頻次問題/藥品不良反應評估                                     | 0.6    |
| 建議更適當用藥或配方組成/建議用藥或建議增加用藥/建議靜脈營養配方                      | 0.4    |
| 用藥期間或數量問題(包含停藥)/用藥途徑或劑型問題/建議藥物治療療程                     | 0.1    |
| <b>用藥連貫性</b>   |        |
| 病人用藥遵從性問題  | 0.6    |
| 藥歷審核與整合  | 0.4    |
| 藥品辨識或自備藥辨識   | 0      |



臨床藥事照護介入類別：4 大類及 23 小項

| 項目                   | 分類 | 建議處方 | 主動建議 | 建議監測 | 用藥連貫性 |
|----------------------|----|------|------|------|-------|
| 給藥問題(速率、輸注方式、濃度或稀釋液) |    | V    |      |      |       |
| 適應症問題                |    | V    |      |      |       |
| 用藥禁忌問題(包括過敏史)        |    | V    |      |      |       |
| 藥品併用問題               |    | V    |      |      |       |
| 藥品交互作用               |    | V    |      |      |       |
| 疑似藥品不良反應             |    | V    |      |      |       |
| 藥品相容性問題              |    | V    |      |      |       |
| 其他                   |    | V    |      |      |       |
| 不符健保給付規定             |    | V    |      |      |       |
| 用藥劑量/頻次問題            |    | V    | V    |      |       |
| 用藥期間/數量問題(包含停藥)      |    | V    | V    |      |       |
| 用藥途徑或劑型問題            |    | V    | V    |      |       |
| 建議更適當用藥/配方組成         |    | V    | V    |      |       |
| 藥品不良反應評估             |    |      | V    |      |       |
| 建議用藥/建議增加用藥          |    |      | V    |      |       |
| 建議藥物治療療程             |    |      | V    |      |       |
| 建議靜脈營養配方             |    |      | V    |      |       |
| 建議藥品療效監測             |    |      |      | V    |       |
| 建議藥品不良反應監測           |    |      |      | V    |       |
| 建議藥品血中濃度監測           |    |      |      | V    |       |
| 藥歷審核與整合              |    |      |      |      | V     |
| 藥品辨識/自備藥辨識           |    |      |      |      | V     |
| 病人用藥遵從性問題            |    |      |      |      | V     |



## 討論事項

### 第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：107 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準增修「迷走神經刺激術（VNS）」等 3 項診療項目一案，提請討論。

說明：

- 一、依 107 年第 2 次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議結論、台灣神經學學會 107 年 4 月 25 日（107）君會字第 061 號函、台灣耳鼻喉科醫學會 106 年 6 月 14 日台灣耳醫學字第 1060049 號函及台灣聽力語言學會 106 年 6 月 14 日（106）聽語字第 0040 號函辦理（附件 1~4，頁次討 2-3~2-9）。
- 二、新增「迷走神經刺激術（VNS）」植入及參數調整等 2 項診療項目，推估增加預算約 2.26 百萬點。重點說明如下：
  - （一）新增「迷走神經刺激術（VNS）—植入」，詳表一序號 1（附件 5，頁次討 2-11）：
    1. 依 107 年第 2 次專家諮詢會議結論（附件 1，頁次討 2-3~2-4）及台灣神經學學會建議適應症範圍（附件 2，頁次討 2-5），經檢視本項之安全性、療效後，考量無法以抗癲癇藥控制病情的頑固型癲癇病患以迷走神經刺激術（VNS）治療有其必要性，爰建議採逐步納入方式，先將技術費納入健保支付，建議新增本項診療項目。
    2. 經本署校正後之表定點數為 18,242 點，材料費加成 11%（計 2,007 點），支付點數為 20,249 點（附件 6，頁次討 2-13~2-14），推估預算增加 1.01 百萬點。
  - （二）新增「迷走神經刺激術（VNS）—參數調整」，詳表一序號 2（附件 5，頁次討 2-11）：依 107 年第 2 次專家諮詢會議結論及本署校正成本參數後之建議支付點數為 2,087 點（附件

7，頁次討 2-15），推估預算增加 1.25 百萬點。

三、修訂編號 84038B「人工電子耳手術（人工耳蝸植入術）」，詳表二序號 1（附件 8，頁次討 2-17）：台灣耳鼻喉科醫學會 106 年 6 月 14 日台灣耳醫學字第 1060049 號函及台灣聽力語言學會 106 年 6 月 14 日（106）聽語字第 0040 號函（附件 3、4，頁次討 2-6～2-9），建議聽語復健治療團隊成員應有耳鼻喉科專科醫師，以進行手術及聽覺復健，本署考量治療團隊新增耳鼻喉科專科醫師，可提升團隊治療品質且不影響健保財務支出，爰於支付規範增列「耳鼻喉科專科醫師」，即修改備註為「限設有聽語復健治療團隊（包括『耳鼻喉科專科醫師』、復健專科醫師、聽力師、語言治療師等）之醫院申報」。

四、預算來源：由 107 年醫院總額部門編列新增診療項目預算 4 億元支應本次增修「迷走神經刺激術（VNS）」植入及參數調整等 2 項診療項目（推估預算約 2.26 百萬點）。

擬辦：本案經討論後如獲同意，擬增訂支付標準表（附件 9，頁次討 2-19～2-20），並依程序報請衛生福利部核定後公佈實施。

決定：

## 107 年度第 2 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」會議紀錄

時間：107 年 4 月 11 日上午 9 點 30 分

討論事項：

一、「迷走神經刺激術 (VNS)」植入及參數調整、「分子吸附循環系統 (MARS)」及「質子治療」等 4 項診療項目，納入健保給付乙案。

本案參考本署 105 年委託輔仁大學學校財團法人輔仁大學進行「迷走神經刺激術 (VNS)」、「分子吸附循環系統 (MARS)」及「質子治療」等 3 項新醫療技術診療項目之經濟效益評估研究報告及與會專家討論，建議如下：

(一) 國立臺灣大學醫學院附設醫院及三軍總醫院附設民眾服務處建議新增「迷走神經刺激術 (VNS)」植入及參數調整等診療項目兩項案

討論重點：

1. 新增之必要性：考量無法以抗癲癇藥控制病情的頑固型癲癇病患以迷走神經刺激術 (VNS) 治療有其必要性，爰建議採逐步納入方式，先將技術費納入健保支付。
2. 建議適應症：
  - (1) 建議明確規範「無法以抗癲癇藥控制病情的頑固型癲癇病患」之定義，避免浮濫申報。
  - (2) 上述適應症定義，請台灣神經學學會再行釐清並明確定義後送本署。
3. 執行頻率：每一病患執行「迷走神經刺激術 (VNS)」植入需事前審查通過。
4. 建議支付規範及支付點數：
  - (1) 迷走神經刺激術(VNS)參數調整：
    - 甲、建議新增醫學中心以上適用，以利醫師追蹤病人植入後病情控制情形及參數調整。
    - 乙、特殊人員資格要求所指之專科醫師建議為小兒神經內科、神經內科及神經外科之專科醫師。
  - (2) 支付點數：
 

以本署採本署校正點數「迷走神經刺激術(VNS)」植入術 20,114 點，參數調整 2,087 點。
  - (3) 預估年執行量：
 

以提案單位預估執行人數約 50 人次估算，健保增加支出約 225.8 萬點 (迷走神經刺激術(VNS)」植入術約 100.6 萬點、參數調整約 125 萬點)。

結論：與會專家一致同意新增本項，建議支付標準如下：

1. 建議適應症：無法以抗癲癇藥控制病情的頑固型癲癇病患。
2. 建議支付規範：
  - (1) 「迷走神經刺激術 (VNS)」植入：
    - 甲、適用層級：醫學中心。
    - 乙、特殊專科別限制：神經外科。
    - 丙、執行頻率：每人僅需執行一次，須事前審查。
    - 丁、不得同時申報 56037B「深部腦核電生理定位」、83056B「癲癇症腦葉切除術」、83084B「立體定位術-功能性失調」及 72029B「迷走神經切斷術」。
    - 戊、預估年執行量：50 人次。
    - 己、建議支付點數：20,114 點。
    - 庚、財務評估：100.6 萬點(=50\*20,114)。
    - 辛、其他：
      - (甲)、本項適應症之定義，請台灣神經學學會再行釐清並明確定義後送本署。
      - (乙)、本項特材部分，請本署醫審及藥材組調查市場價格後研議納入之可行性。
  - (2) 「迷走神經刺激術 (VNS)」參數調整：
    - 甲、適用層級：醫學中心。
    - 乙、特殊專科別限制：小兒神經內科、神經內科及神經外科之專科醫師。
    - 丙、執行頻率：每月一次。
    - 丁、預估年執行量：600 人次。
    - 戊、建議支付點數：2,087 點。
    - 己、財務評估：125 萬點(=600\*2,087)。

# 台灣神經學學會 函

地 址：臺北市羅斯福路二段 93 號 17 樓之 2  
電 話：02-2362-7626 / 傳 真：02-2362-7631  
承辦人：甯竹英

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 107 年 4 月 25 日  
發文字號：(107)君會字第 061 號  
速 別：普通  
密等及解密條件或保密期限：  
附 件：



主 旨：復 貴署為辦理國立臺灣大學醫學院附設醫院及三軍總醫院附設民眾服務處建議新增「迷走神經刺激術(VNS)」植入及參數調整等 2 項診療項目後續提會討論案，本會建議詳如說明段請查照。

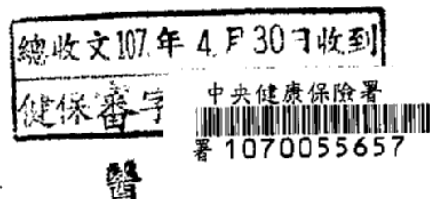
說 明：

- 一、復 貴署 107 年 4 月 20 日健保審字第 1070033046B 號函。
- 二、有關貴署為辦理國立臺灣大學醫學院附設醫院及三軍總醫院附設民眾服務處建議新增「迷走神經刺激術(VNS)」植入及參數調整等 2 項診療項目後續提會討論案，本會已徵詢專家意見，詳如說明三。
- 三、根據國際抗癲癇聯盟定義，所謂頑固型癲癇乃指已服用或曾服用二種以上具適應症並已達有效劑量之抗癲癇藥物至少一年以上，仍無法控制發作。

正本：衛生福利部中央健康保險署  
副本：

理 事 長

王 君 君



# 台灣耳鼻喉科醫學會 函

會址：100 台北市衡陽路 6 號 5 樓之 5(507 室)

傳真：(02) 2314-1621

聯絡人及電話：林雅琪 (02) 2314-1618

電子信箱：totolsoc@msl8.hinet.net

110 台北市信義路三段 140 號

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 106 年 6 月 14 日

發文字號：台灣耳醫學字第 1060049 號

速別：最速件

附件：

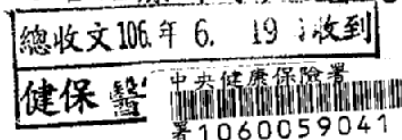
主旨：有關開放人工電子耳耗材給付的事先審查、適應症規定及後續相關開機聽能復健和升級事宜，請卓參。

說明：

一、健保署正式公告人工電子耳於 106 年 7 月 1 日起納入健保給付，預計每年有上百位 18 歲以下重度聽障者受惠，惟相關審查辦法和適應症卻無公告或已與現行制度不符，試舉例如下：

(一) 原健保局訂定之人工電子耳手術(人工耳蝸植入術)適應症已不符台灣現行法規與先進國家的標準，應做適當修正。如內政部新版身心障礙者鑑定表，重度聽障定義為兩耳整體障礙比率(hearing handicap)大於 90%，而非兩耳聽力損失呈  $\geq 90\text{dB HL}$  (0.5、1、2、4K Hz)。建議符合新版規定之重度聽障者即為電子耳手術適應症。

(二) 原規定人工電子耳手術，限設有聽語復健治療團隊(包括復健專科醫師、聽力師、語言治療師等)之醫院





申報，其中完全沒有耳鼻喉科醫師，而醫院若無耳鼻喉科醫師如何進行手術及聽覺復健。建議修改為”限設有聽語復健治療團隊(包括耳鼻喉或復健專科醫師、聽力師、語言治療師等)之醫院申報”。

(三)人工電子耳手術的電子耳耗材給付應做事前審查，審查委員需有台灣耳鼻喉科醫學會指派之學者專家。

(四)因電子耳產品會隨技術創新而升級，若健保給付之電子耳耗材非最新一代產品，目前台灣患者僅能延用舊產品，健保署應考慮由患者自付差價升級等方法，來保障個案有權利取得最好的產品。

(五)配合人工電子耳手術後，需後續聽覺與語言復健治療，其中語言復健已有健保給付，惟聽覺方面的電子耳開機調圖和聽覺能力復健，並無相關的給付規定，這兩項每次皆須 30~60 分鐘，個案術後需自費進行，增加聽障家庭負擔，使得健保署的美意大打折扣。希望在此次開放人工電子耳給付時，配合設立其開機調圖和聽能復健的健保費用點數，讓個案無後顧之憂。

二、擬請健保署能儘快召開委員會，對可能發生的問題進行詳細的規劃與說明，使得聽障個案和醫療人員都能有所遵循。

正本：衛生福利部中央健康保險署

理事長 **林曜祥**

# 台灣聽力語言學會 函

機關地址：台北市中山區雙城街4巷2  
號2樓之4

電話：02-25994956

傳真：02-25994337

聯絡人：張育甄

受文者：衛生福利部中央健康保險署

遠別：普通

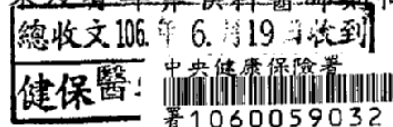
密等及解密條件：普通

發文日期：中華民國106年6月14日

發文字號：(106)聽語字第0040號

主旨：開放人工電子耳耗材給付之適應症及後續相關電子耳開機調圖和聽能復健(創健)健保碼設立，請查照。

說明：一、健保署正式公告人工電子耳於106年7月1日起納入健保給付，預計前二年有300名，之後每年約100~110名的18歲以下重度聽障受惠，但相關適應症卻沿用舊有規定，已經與現行制度不符如(一)內政部新版身心障礙者鑑定表，重度聽障定義是兩耳整體障礙比率(hearing handicap)大於90%，而非兩耳聽力損失呈 $\geq 90\text{dB HL}$  (0.5、1、2、4K Hz)。建議依照新版重度聽障修定。(二)原規定人工電子耳手術，限設有聽語復健治療團隊(包括復健專科醫師、聽力師、語言治療師等)之醫院申報，文中未見耳鼻喉科醫師，醫院如果沒有耳鼻喉科醫師如何進



行手術？建議修改為”限設有聽語復健治療團隊(包括耳鼻喉或復健專科醫師、聽力師、語言治療師等)之醫院申報”。

二、配合人工電子耳手術後，需後續聽覺與語言復健(創健)治療，其語言復健已有健保給付，但是聽覺方面之電子耳開機調圖和聽覺能力復健(創健)並無相關的給付規定，這兩項需要專業聽力師服務，每次進行都要 30~60 分鐘，如個案術後需自費進行，將增加聽障家庭負擔，使得健保署的美意大打折扣，並使個案參與調圖及療愈意願下降。希望配合此次開放人工電子耳給付，設立開機調圖和聽能復健(創健)的健保費用點數，讓個案無後顧之憂。

三、電子耳調圖：時間 60 分/次、提供最少 6 次；依計調圖中專業複雜性及時間，建議點數為 1792 點，一年預計新增次數約 900 次 (150x6=900 次)。

四、聽能復健(創健)時間 40 分、點數 600 點(採中度複雜)，時間長度至少 2 年。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：本會存查

理事長 葉文英



表一、107 年建議新增醫療服務給付項目及財務影響評估彙整表(計 2 項目)

| 序號            | 中文名稱                | 申請單位       | 主要臨床功能及目的  | 106年第9次專家諮詢會議  |        | 建議支付點數<br>(含一般材料費)<br>A | 預估一年執行總次數<br>B | 被替代項目及替代率 |      |                           |            |                      |                    |          | 預算推估             |                |                    |   |   |      |
|---------------|---------------------|------------|--|--|--------|-------------------------|----------------|-----------|------|---------------------------|------------|----------------------|--------------------|----------|------------------|----------------|--------------------|---|---|------|
|               |                     |            |  | 表列支付點數   | 表列材料費% |                         |                | 被替代診療項目   | 中文名稱 | 支付點數(含手術處置項目加計材料費用)<br>C1 | 申報成數<br>C2 | 支付點數合計(含手術處置項目加計材料費) | 醫令申報量<br>D<br>106年 | 替代率<br>E | 預估替代醫令量<br>F=D*E | 預估全國執行量<br>G=B | 新增診療項目與現行診療項目支付點數點 | 預估年增點數(百萬點)<br>I=<br>①A*(G-F)+F*H<br>②G*A |   |      |
| 1             | 迷走神經刺激術(VNS) — 植入   | 臺大醫院、三軍總醫院 | 藉由裝置迷走神經刺激器，採用連續24小時定時經由左側迷走神經傳送微量電刺激到腦幹NTS(孤立束狀核)的部分，再經由此處抑制病灶異常放電。 | 適應症：<br>1. 無法以抗癲癇藥控制病情的頑固型癲癇病患。<br>2. 頑固型癲癇病患定義：已服用或曾服用二種以上具適應症並已達有效劑量之抗癲癇藥物至少一年以上，仍無法控制發作。<br><br>支付規範：<br>1. 適用層級：醫學中心。<br>2. 特殊專科別限制：神經外科。<br>3. 執行頻率：每人僅需執行一次，須事前審查。<br>4. 不得同時申報56037B「深部腦核電生理定位」、83056B「癲癇症腦葉切除術」、83084B「立體定位術-功能性失調」及72029B「迷走神經切斷術」。<br>5. 含一般材料費，得另加計11%。 | 18,242 | 11%                     | 20,249         | 50        |      |                           |            |                      |                    |          |                  | 50             |                    | 1.01                                      | ② |      |
| 2             | 迷走神經刺激術(VNS) — 參數調整 | 臺大醫院、三軍總醫院 |  | 適應症：<br>1. 無法以抗癲癇藥控制病情的頑固型癲癇病患。<br>2. 頑固型癲癇病患定義：已服用或曾服用二種以上具適應症並已達有效劑量之抗癲癇藥物至少一年以上，仍無法控制發作。<br><br>支付規範：<br>1. 適用層級：醫學中心。<br>2. 特殊專科別限制：小兒神經內科、神經內科及神經外科之專科醫師。<br>3. 執行頻率：每月一次。  | 2,087  |                         | 2,087          | 600       |      |                           |            |                      |                    |          |                  | 600            |                    | 1.25                                      | ② |      |
| (1) 2項新增項目 小計 |                     |            |  |  |        |                         |                |           |      |                           |            |                      |                    |          |                  |                |                    |   |   | 2.26 |



## 003-1 診療項目成本分析表(校正)

項目名稱：迷走神經刺激植入術

項目編號：1011181-1

單位：元

| 用人成本                                   | 人員別           | 人數        | 每人每分鐘成本 | 耗用時間(分) | 成本小計    | 成本合計                           |       |
|--|---------------|-----------|---------|---------|---------|--------------------------------|-------|
|  | 1.主治醫師以上      | 1         | 39.1    | 210     | 8,211   | 14,658                         |       |
| 2.住院醫師                                 | 1             | 16.5      | 210     | 3,465   |         |                                |       |
| 3.護理人員                                 | 2             | 7.1       | 210     | 2,982   |         |                                |       |
| 4.醫事人員                                 |               |           |         |         |         |                                |       |
| 5.行政人員                                 |               |           |         |         |         |                                |       |
| 6.工友、技工                                |               |           |         |         |         |                                |       |
| 不計價材料或藥品成本                             | 品名            | 單位        | 單位成本    | 消耗數量    | 成本小計    | 成本合計                           |       |
|  | 普通點滴套         | 個         | 5.4     | 3       | 16.2    | 1,872<br>(加成率11%<br>計支付2,007點) |       |
|  | 外科刀片#15       | 支         | 1.48    | 1       | 1.5     |                                |       |
|  | 外科刀片#21       | 支         | 1.48    | 1       | 1.5     |                                |       |
|  | 塑膠蓄尿袋         | 個         | 32.4    | 1       | 32.4    |                                |       |
|  | 人工薄膜(10*12cm) | 個         | 8.7     | 1       | 8.7     |                                |       |
|  | 眼科用人工薄膜       | 個         | 57      | 2       | 114.0   |                                |       |
|  | 人工薄膜(45*50cm) | 個         | 65.9    | 1       | 65.9    |                                |       |
|  | 二又導尿管         | 個         | 44.2    | 1       | 44.2    |                                |       |
|  | 縫合線3/0(角針)    | 個         | 45      | 2       | 90.0    |                                |       |
|  | 縫合線3/0(角針)    | 個         | 45      | 2       | 90.0    |                                |       |
|  | Dexon縫合線      | 個         | 49      | 1       | 49.0    |                                |       |
|  | Silk縫合線       | 個         | 20      | 1       | 20.0    |                                |       |
|  | Silk縫合線       | 個         | 20.99   | 1       | 21.0    |                                |       |
|  | 4/0縫合線        | 個         | 89      | 1       | 89.0    |                                |       |
|  | 血管神經辨識用條      | 條         | 64      | 1       | 64.0    |                                |       |
|  | 頭部固定保護墊#2     | 個         | 56.8    | 2       | 113.6   |                                |       |
|  | 頭部固定保護墊#4     | 個         | 56.8    | 1       | 56.8    |                                |       |
|  | 電刀迴路板         | 個         | 17.7    | 1       | 17.7    |                                |       |
|  | 止血海棉膠         | 個         | 145     | 1       | 145.0   |                                |       |
|  | 廢液收集袋(白色OR用)  | 個         | 31.5    | 2       | 63.0    |                                |       |
|  | 廢液收集袋(綠色)     | 個         | 31.5    | 1       | 31.5    |                                |       |
|  | K-Y潤滑膏        | 個         | 3.5     | 1       | 3.5     |                                |       |
|  | 電刀頭清潔片        | 片         | 7.6     | 1       | 7.6     |                                |       |
|  | 手套            | 雙         | 10.9    | 4       | 43.6    |                                |       |
|  | 手術衣           | 件         | 80      | 4       | 320.0   |                                |       |
|  | 腳套            | 雙         | 1.5     | 4       | 6.0     |                                |       |
| 手術帽                                    | 件             | 0.69      | 4       | 2.8     |         |                                |       |
| 口罩                                     | 個             | 0.83      | 4       | 3.3     |         |                                |       |
| 眼科器械包                                  | 組             | 350       | 1       | 350.0   |         |                                |       |
| 設備費用                                   | 名稱            | 取得成本      | 使用年限    | 每分鐘折舊金額 | 佔用時間(分) | 成本小計                           | 合計成本  |
|  | 手術台           | 828,930   | 7       | 1.1     | 210     | 239.9                          | 2,374 |
|  | 無影燈           | 453,214   | 7       | 0.6     | 210     | 131.1                          |       |
|  | 神經外科顯微鏡       | 4,800,000 | 7       | 6.6     | 210     | 1,388.9                        |       |
|  | 小計            |           |         |         |         | 1,759.9                        |       |
| 非醫療設備=醫療設備 × 7.53 %                    |               |           |         |         |         | 133.0                          |       |
| 房屋折舊                                   | 平方公尺或坪數       | 取得成本      | 使用年限    | 每分鐘折舊金額 | 佔用時間(分) | 成本小計                           |       |
|  | 14            | 611,856   | 50      | 0.1     | 60.0    | 6.4                            |       |
| 維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用) × 25% |               |           |         |         |         | 475.0                          |       |

|                       |                                 |
|-----------------------|---------------------------------|
| 直接成本合計                | 18,904                          |
| 作業及管理費用(直接成本 × 6.4 %) | 1,210                           |
| 成本總計                  | 20,114<br>≒ 20,249 <sup>註</sup> |

註：因屬手術章節，表定點數計18,242點，材料費加成11%，計支付20,249點。



## 003-1 診療項目成本分析表(校正)

項目名稱：迷走神經刺激術-參數調整

項目編號：1011181-2

單位：元

| 直接成本                                 | 用人成本                | 人員別      | 人數   | 每人每分鐘成本 | 耗用時間(分) | 成本小計  | 成本合計  |
|--------------------------------------|---------------------|----------|------|---------|---------|-------|-------|
|                                      |                     | 1.主治醫師以上 | 1    | 39.1    | 50      | 1,955 | 1,955 |
|                                      |                     | 2.住院醫師   |      |         |         |       |       |
|                                      |                     | 3.護理人員   |      |         |         |       |       |
|                                      |                     | 4.醫事人員   |      |         |         |       |       |
|                                      |                     | 5.行政人員   |      |         |         |       |       |
|                                      |                     | 6.工友、技工  |      |         |         |       |       |
| 不計價材料或藥品成本                           | 品名                  | 單位       | 單位成本 | 消耗數量    | 成本小計    | 成本合計  |       |
|                                      |                     |          |      |         |         | -     |       |
|                                      |                     |          |      |         |         |       |       |
|                                      |                     |          |      |         |         |       |       |
|                                      |                     |          |      |         |         |       |       |
| 設備費用                                 | 名稱                  | 取得成本     | 使用年限 | 每分鐘折舊金額 | 佔用時間(分) | 成本小計  | 合計成本  |
|                                      | 迷走神經刺激器專用手持電腦及專用軟體  | 免費設備     |      |         |         |       | 6     |
|                                      | 專用經皮數據傳感器           | 免費設備     |      |         |         |       |       |
|                                      |                     |          |      |         |         |       |       |
|                                      | 小計                  |          |      |         |         | -     |       |
|                                      | 非醫療設備=醫療設備 × 7.53 % |          |      |         |         |       |       |
|                                      |                     |          |      |         |         |       |       |
| 房屋折舊                                 | 平方公尺或坪數             | 取得成本     | 使用年限 | 每分鐘折舊金額 | 佔用時間(分) | 成本小計  |       |
|                                      | 6                   | 611,856  | 50   | 0.1     | 50.0    | 5.3   |       |
| 維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)×25% |                     |          |      |         |         | 1.0   |       |
| 直接成本合計                               |                     |          |      |         |         |       | 1,961 |
| 作業及管理費用(直接成本×6.4%)                   |                     |          |      |         |         |       | 126   |
| 成本總計                                 |                     |          |      |         |         |       | 2,087 |



表二、107 年建議增訂醫療服務給付項目及財務影響評估彙整表(計 1 項目)

| 序號             | 診療編號   | 中文名稱                         | 辦理依據                                | 適應症/相關規範  | 現行支付點數<br>(含手術處置<br>項目加計材料<br>費用)<br>A | 修訂後建議<br>支付點數        |                      | 修訂後支付點<br>數(手術處置<br>項目加計材料<br>費用)<br>B=<br>B1*(1+B2) | 調整點<br>數<br>差值<br>C=B-A | 醫令申<br>報量<br>D<br>105 年 | 預估全<br>國執行<br>量<br>E | 預估年增點數<br>(百萬點)<br>F=<br>C*D+B*(E-D) |
|----------------|--------|------------------------------|-------------------------------------|---|--|----------------------|----------------------|--|-------------------------|-------------------------|----------------------|--------------------------------------|
|                |        |                              |                                     |   |  | 表列<br>支付<br>點數<br>B1 | 表列<br>材料<br>費%<br>B2 |  |                         |                         |                      |                                      |
| 1              | 84038B | 人工電子耳<br>手術(人工<br>耳蝸植入<br>術) | 106 年 6 月 14 日台灣耳醫學字第<br>1060049 號函 | 註：<br>限設有聽語復健治療團隊(包括耳鼻喉科專科醫師、復健專<br>科醫師、聽力師、語言治療師等)之醫院申報，施行本項適<br>應症如下：<br>1.兒童：<br>(1)兩耳聽力損失呈=>90dB HL (0.5、1、2、4K Hz)。<br>(2)先前使用助聽器 3~6 個月以上，助聽後開放式語詞辨<br>識得分 (PBK word) 0~12%，或是噪聲下語詞測驗<br>得分<30%。無手術植入電極之禁忌。<br>2.成人：<br>(1)學語後失聰且兩耳聽力損失呈=>90dBHL (0.5、1、<br>2、4K Hz)。<br>(2)先前使用助聽器 6 個月以上，助聽後開放式語詞辨識<br>得分 (PBK word) < 30%。<br>(3)無手術植入電極之禁忌。 | 僅增列支付規範，故不增加支出                         |                      |                      | 不增加支出  |                         |                         |                      |                                      |
| (2) 1 項修訂項目 小計 |        |                              |                                     |   |  |                      |                      |  |                         |                         | 不增加支出                |                                      |



## 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

## 第二部 西醫

## 第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

## 第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

## 第一項 處置費 Treatment

## 十、外科處置 General Surgery Treatment (56001-560401)

| 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        |
|--------|--|------|------|------|----------|-------------|
| 56041K | <u>迷走神經刺激術 (VNS) – 參數調整</u><br><u>註：</u><br><u>1.適應症：</u><br><u>(1)無法以抗癲癇藥控制病情的頑固型癲癇病患。</u><br><u>(2)頑固型癲癇病患定義：已服用或曾服用二種以上具適應症並已達有效劑量之抗癲癇藥物至少一年以上，仍無法控制發作。</u><br><u>2.支付規範：</u><br><u>(1)特殊專科別限制：小兒神經內科、神經內科及神經外科之專科醫師。</u><br><u>(2)執行頻率：每月一次。</u> |      |      |      | <u>v</u> | <u>2087</u> |

第七節 手術

第十項 神經外科 Neurosurgery (83001-8310~~0~~2)

| 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  |
|--------|---|------|------|------|------|-------|
| 83102K | <p><u>迷走神經刺激術 (VNS) 一植入</u></p> <p>註：</p> <p>1.適應症：</p> <p>(1)無法以抗癲癇藥控制病情的頑固型癲癇病患。</p> <p>(2)頑固型癲癇病患定義：已服用或曾服用二種以上具適應症並已達有效劑量之抗癲癇藥物至少一年以上，仍無法控制發作。</p> <p>2.支付規範：</p> <p>(1)特殊專科別限制：神經外科。</p> <p>(2)執行頻率：每人僅需執行一次，須事前審查。</p> <p>(3)不得同時申報 56037B「深部腦核電生理定位」、83056B「癲癇症腦葉切除術」、83084B「立體定位術-功能性失調」及 72029B「迷走神經切斷術」。</p> <p>(4)含一般材料費，得另加計 11%。</p> |      |      |      | v    | 18242 |

第十一項 聽器 Auditory System (84001-84038)

| 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  |
|--------|---|------|------|------|------|-------|
| 84038B | <p>人工電子耳手術(人工耳蝸植入術)</p> <p>註：</p> <p>限設有聽語復健治療團隊(包括<u>耳鼻喉科專科醫師</u>、復健專科醫師、聽力師、語言治療師等)之醫院申報，施行本項適應症如下：</p> <p>1.兒童：</p> <p>(1)兩耳聽力損失呈 <math>\geq 90\text{dB HL}</math> (0.5、1、2、4K Hz)。</p> <p>(2)先前使用助聽器 3~6 個月以上，助聽後開放式語詞辨識得分 (PBK word) 0~12%，或是噪聲下語詞測驗得分 <math>&lt; 30\%</math>。無手術植入電極之禁忌。</p> <p>2.成人：</p> <p>(1)學語後失聰且兩耳聽力損失呈 <math>\geq 90\text{dBHL}</math> (0.5、1、2、4K Hz)。</p> <p>(2)先前使用助聽器 6 個月以上，助聽後開放式語詞辨識得分 (PBK word) <math>&lt; 30\%</math>。</p> <p>(3)無手術植入電極之禁忌。</p> |      | v    | v    | v    | 20250 |

## 討論事項

### 第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關「糖尿病醫療給付改善方案」新增胰島素注射獎勵措施，提起討論。

說明：

- 一、依據衛生福利部 106 年 12 月 28 日衛部健字第 1063360185 號公告「107 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」辦理。（附件 1，頁次討 3-4~3-13）
- 二、為精進糖尿病醫療給付改善方案，依 107 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式，於醫院及西醫基層醫療給付改善方案，除原 106 年執行方案外，應新增胰島素注射之品質獎勵指標，以提升方案執行成效。
- 三、獎勵措施設計說明：
  - (一) 本案經彙整相關專家及學會意見，考量現行方案已設有提升照護品質之相關獎勵，且胰島素注射治療需由醫師專業判斷照護個案是否適合，又考量各醫療院所照護對象疾病狀況及醫療資源相異，擬另針對醫師胰島素注射率訂定獎勵措施，分別以當年度醫師胰島素注射率及與去年同期比較之成長率作為獎勵依據。
  - (二) 獎勵方式：分為醫院及西醫基層 2 組，2 組獎勵評比獨立進行，皆以申報醫師為計算獎勵單位，且需符合獎勵門檻，方可為各組獎勵之評比對象。
    1. 獎勵門檻：當年收案人數超過該組第 25 百分位之醫師。
    2. 基本獎：依「符合獎勵門檻醫師之胰島素注射率」排序結果予以獎勵如下：
      - (1) 胰島素注射率達第 75 百分位之醫師，其照護對象中胰島

素注射率分子個案，每人獎勵 125 點。

(2) 胰島素注射率已達平均值但未達第 75 百分位之醫師，其照護對象中胰島素注射率分子個案，每人獎勵 100 點。

3. 進步獎：符合獎勵門檻醫師，若當年度其胰島素注射率較前一年進步且符合下列情況者：

(1) 前一年有參與方案且有胰島素注射治療個案之醫師，依其「醫師胰島素注射進步率」排序序位，予以獎勵：

甲、胰島素注射進步率達第 75 百分位之醫師，其照護對象中胰島素注射率分子個案，每人獎勵 150 點。

乙、胰島素注射進步率已達平均值但未達第 75 百分位之醫師，其照護對象中胰島素注射率分子個案，每人獎勵 100 點。

(2) 前一年有參與方案但無胰島素注射治療個案，惟當年度其胰島素注射率已達平均值之醫師，其照護對象中胰島素注射個案，每人獎勵 100 點。

4. 醫師若同時符合胰島素注射獎勵措施中「基本獎」與「進步獎」之獎勵條件，皆可予以獎勵。

(三) 費用評估（附件 2，頁次討 3-15）：以 106 年糖尿病患者胰島素注射狀況及考量其成長率，推估 107 年胰島素注射狀況及獎勵結果，並按層級別分別與 107 年醫療給付改善方案總預算做評估：

1. 醫院部門：獎勵金額推估為 0.19 億，107 年預算數為 11.87 億，推估 107 年執行數合計為 9.88 億，預算餘額約為 1.99 億，應尚足以支應。

2. 西醫基層：獎勵金額推估為 0.05 億，107 年預算數為 3 億，推估 107 年執行數合計為 3.29 億，超出 107 年編列預算約



0.29 億，超出額度以浮動點值支應。

四、修正方案詳附件 3（頁次討 3-17~3-29）。

擬辦：依會議決議提報衛生福利部核定後公告實施。

決定：

表3 107年度西醫基層醫療給付費用協定項目表(決定版)

| 項 目                 |                         | 成長率(%)或<br>金額(百萬元) | 預估增加金<br>額(百萬元) | 決 定 事 項   |
|---------------------|-------------------------|--------------------|-----------------|---|
| <b>一般服務</b>         |                         |                    |                 |   |
| 醫療服務成本及人口因素成長率      |                         | 1.757%             | 1,926.8         | 1.計算公式：<br>醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+投保人口預估成長率)×(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)]-1。<br>2.醫療服務成本指數改變率所增加之預算(429.6百萬元)，應運用於檢討支付標準之合理性，適度增減支付點數，並於107年7月底前提報執行情形(含調整項目及申報費用點數)。 |
| 投保人口預估成長率           |                         | 0.175%             |                 |   |
| 人口結構改變率             |                         | 1.188%             |                 |   |
| 醫療服務成本指數改變率         |                         | 0.392%             |                 |   |
| 協商因素成長率             |                         | 0.553%             | 606.1           |   |
| 保險給付項目及支付標準之改變      | 新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等) | 0.106%             | 116.0           | 請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。並於106年12月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，若未於時程內導入，則扣減該額度；並請於107年7月底前提報執行結果(含新增項目及申報費用/點數)。  |
|                     | B型肝炎藥費回歸一般服務            | 0.255%             | 280.0           | 請中央健康保險署於107年7月底前提報執行結果。  |
| 其他醫療服務利用及密集度之改變     |                         | 0.228%             | 250.0           |   |
| 其他議定項目              | 違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款  | -0.036%            | -39.9           | 本項不列入108年度總額協商之基期費用。  |
| 一般服務成長率             | 增加金額                    | 2.310%             | 2,532.9         |   |
|                     | 總金額                     |                    | 112,200.0       |   |
| <b>專款項目(全年計畫經費)</b> |                         |                    |                 |   |
| 強化基層照護能力「開放表別」      |                         | 450.0              | 200.0           | 請中央健康保險署檢討推動成效，並於106年12月委員會議說明擬調整支付標準項目與作業時程，並於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。   |

| 項 目            | 成長率(%)或金額(百萬元) | 預估增加金額(百萬元) | 決 定 事 項   |
|----------------|----------------|-------------|---|
| 鼓勵院所建立轉診之合作機制  | 129.0          | 129.0       | <ol style="list-style-type: none"> <li>1.預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。</li> <li>2.請中央健康保險署於 106 年 12 月委員會議說明執行方式。</li> <li>3.本項依實際執行轉診之件數、點數併入一般服務費用結算，並於 107 年 7 月底前提報執行成果。</li> </ol>  |
| 家庭醫師整合性照護計畫    | 2,880.0        | 1,300.0     | <ol style="list-style-type: none"> <li>1.為促進社區醫療群與合作醫院間應進行實質合作，包括對病人之雙向轉診及慢性病共同照護，以確保病人照護之連續性與協調性；以及推廣社區醫療群應規劃主動電訪(Call out)服務，以加強個案健康管理，提升照護品質，並與一般診所建立差異化之服務模式，其中 450 百萬元用於挹注 106 年度之不足款，107 年執行經費為 2,430 百萬元。</li> <li>2.持續檢討計畫內容，加強執行品質管控及審核社區醫療群參加資格。</li> <li>3.具體實施方案應於 106 年 11 月底前完成，並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。</li> </ol> |
| 西醫醫療資源不足地區改善方案 | 187.0          | 7.0         | <ol style="list-style-type: none"> <li>1.除原方案外，增列鼓勵偏遠地區假日開診，提升偏遠地區就醫可近性，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。</li> <li>2.請檢討方案執行內容，以提供更適切醫療服務。</li> <li>3.具體實施方案應於 106 年 11 月底前完成，請於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。</li> </ol>   |

| 項 目               | 成長率(%)或金額(百萬元) | 預估增加金額(百萬元) | 決 定 事 項  |
|-------------------|----------------|-------------|--|
| 慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫 | 0.0            | -688.0      | 106 年原列於專款，107 年經費拆分為 B 型及 C 型肝炎藥費。B 型肝炎藥費(280 百萬元)回歸一般服務；C 型肝炎藥費(408 百萬元)編列於專款。   |
| C 型肝炎藥費           | 408.0          | 408.0       | <ol style="list-style-type: none"> <li>1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算支應。請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。</li> <li>2.本執行計畫及治療適應症，宜選擇對病人最有效益之治療方式，具體實施方案請於 106 年 11 月底前完成，並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。</li> <li>3.請於協商次年度總額前檢討實施成效，如具替代效益或長期健康改善效果(如延緩肝硬化、肝癌發生等情形)，可考量列入總額協商減項。</li> </ol>   |
| 醫療給付改善方案          | 300.0          | 0.0         | <ol style="list-style-type: none"> <li>1.辦理原有糖尿病、氣喘、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦及慢性阻塞性肺疾病等 7 項方案。</li> <li>2.請精進方案執行內容，以<del>提升照護率及執行成效。</del>糖尿病醫療給付改善方案應新增胰島素注射之品質獎勵指標。</li> <li>3.具體實施方案應於 106 年 11 月底前完成，請於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告，內容應包含健康狀況改善之量化指標。</li> </ol> |

| 項 目                    |      | 成長率(%)或<br>金額(百萬元) | 預估增加金<br>額(百萬元) | 決 定 事 項   |
|------------------------|------|--------------------|-----------------|---|
| 新增醫藥分業地區所增加<br>之藥品調劑費用 |      | 178.0              | 178.0           | 1.本項預算由其他預算移列。<br>2.本項預算依六區執行醫藥<br>分業後所增預算額度分<br>配；併入西醫基層總額各<br>區一般服務結算。  |
| 品質保證保留款                |      | 109.4              | 109.4           | 1.依「西醫基層總額品質保<br>證保留款實施方案」支<br>付，請於106年12月底<br>前完成相關程序，並於107<br>年度各部門總額執行成果<br>發表暨評核會議前提報執<br>行成果及成效評估報告。<br>2.原106年度於一般服務之<br>品質保證保留款額度<br>(105.2百萬元)，與107年<br>度品質保證保留款(109.4<br>百萬元)合併運用(計214.6<br>百萬元)。<br>3.請中央健康保險署與西醫<br>基層總額相關團體，持續<br>檢討品質保證保留款之發<br>放條件，期訂定更具鑑別<br>度之標準，核發予表現較<br>佳的醫療院所，以達到提<br>升品質之效益。 |
| 專款金額                   |      | 4,641.4            | 1,643.4         |   |
| 成長率<br>(一般服務+專款)       | 增加金額 | 3.707%             | 4,176.3         |   |
|                        | 總金額  |                    | 116,841.4       |   |

| 項 目                            |      | 成長率(%)或<br>金額(百萬元) | 預估增加金<br>額(百萬元) | 決 定 事 項  |
|--------------------------------|------|--------------------|-----------------|--|
| 門診透析服務<br>成長率                  | 增加金額 | 4.624%             | 748.7           | 1.合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。<br>2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第1季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。<br>3.門診透析服務總費用成長率為3.5%，不包含一例一休費用。依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為4.624%。<br>4.應持續推動腎臟移植，以減少透析病人數。<br>5.請於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。<br>6.中央健康保險署建議「108年針對慢性腎臟衰竭末期(ESRD)之病人，將已透析及腎臟移植病人之全部醫療費用列為獨立預算」乙節，請於108年度總額協商前儘早規劃，並與相關團體先行溝通，以利推動。 |
|                                | 總金額  |                    | 16,940.8        |  |
| 總成長率(註1)<br>(一般服務+專款+<br>門診透析) | 增加金額 | 3.822%             | 4,925.0         |  |
|                                | 總金額  |                    | 133,782.2       |  |
| 較106年度核定總額成長率(註2)              |      | 4.053%             | —               |  |

註：1.計算「總成長率」所採基期費用為128,856.8百萬元，其中一般服務為109,666.7百萬元(含校正投保人口預估成長率差值285.3百萬元)，專款為2,998百萬元，門診透析為16,192.1百萬元。

2.計算「較106年度核定總額成長率」所採基期費用為128,571.5百萬元，其中一般服務為109,381.4百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值285.3百萬元)，專款為2,998百萬元，門診透析為16,192.1百萬元。

3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。

表 4 107 年度醫院醫療給付費用協定項目表(決定版)

| 項 目             |                         | 成長率(%)或<br>金額(百萬元) | 預估增加金<br>額(百萬元) | 決 定 事 項   |
|-----------------|-------------------------|--------------------|-----------------|---|
| <b>一般服務</b>     |                         |                    |                 |   |
| 醫療服務成本及人口因素成長率  |                         | 2.642%             | 10,768.2        | 1.計算公式：<br>醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+投保人口預估成長率)×(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)]-1。<br>2.為持續合理檢討支付標準，醫療服務成本指數改變率所增加之預算(2,698.2 百萬元)，優先用以提升重症護理照護品質(如加護病房)及持續推動「護病比與健保支付連動」；請於107年7月底前提報執行結果(含調整項目及申報點數)。 |
| 投保人口預估成長率       |                         | 0.175%             |                 |   |
| 人口結構改變率         |                         | 1.801%             |                 |   |
| 醫療服務成本指數改變率     |                         | 0.662%             |                 |   |
| 協商因素成長率         |                         | 0.934%             | 3,807.0         |   |
| 保險給付項目及支付標準之改變  | 新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等) | 0.844%             | 3,440.0         | 1.本項含「客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統」自付差額品項納入全額給付(24 百萬元)。<br>2.請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。並於106年12月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，若未於時程內導入，則扣減該額度；並請於107年7月底前提報執行結果(含新增項目及申報費用/點數)。                                       |
| 其他醫療服務利用及密集度之改變 |                         | 0.098%             | 400.0           |   |
| 其他議定項目          | 違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款  | -0.008%            | -33.0           | 本項不列入 108 年度總額協商之基期費用。  |
| 一般服務成長率         | 增加金額                    | 3.576%             | 14,575.2        | 為落實分級醫療與轉診制度，持續推動區域級(含)以上醫院門診減量措施，107年醫學中心、區域醫院門診件數降低2%，即不得超過106年之98%，超過部分，按該院門診每人平均點數，不予分配。以五年降低10%為目標值，並定期檢討。   |
|                 | 總金額                     |                    | 422,153.5       |   |

| 項 目                          | 成長率(%)或<br>金額(百萬元) | 預估增加金<br>額(百萬元) | 決 定 事 項  |
|------------------------------|--------------------|-----------------|--|
| <b>專款項目(全年計畫經費)</b>          |                    |                 |  |
| C 型肝炎藥費                      | 4,528.0            | 1,873.0         | <ol style="list-style-type: none"> <li>1.為提升 C 型肝炎患者之照護率及照護品質，全年經費 4,528 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算支應。請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。</li> <li>2.本執行計畫及治療適應症，宜選擇對病人最有效益之治療方式。具體實施方案請於 106 年 11 月底前完成，並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。</li> <li>3.請於協商次年度總額前檢討實施成效，如具替代效益或長期健康改善效果(如延緩肝硬化、肝癌發生等情形)，可考量列入總額協商減項。</li> </ol> |
| 罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材 | 13,960.5           | 1,508.0         | <ol style="list-style-type: none"> <li>1.不足部分由其他預算支應。</li> <li>2.為檢視本項費用成長之合理性，請中央健康保險署於 107 年 6 月底前提出專案報告(含醫療利用及成長原因分析)，並於 107 年 7 月底前提報執行成果。</li> </ol>  |
| 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質            | 4,399.7            | 184.0           | <ol style="list-style-type: none"> <li>1.不足部分由其他預算支應。</li> <li>2.請於 107 年 7 月底前提報執行成果(含醫療利用及成長原因分析)。</li> </ol>  |
| 醫療給付改善方案                     | 1,187.0            | 189.5           | <ol style="list-style-type: none"> <li>1.除持續辦理原有之糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病等 8 項方案外，並新增「提升醫院用藥安全與品質方案」。</li> <li>2.請精進方案執行內容，以提</li> </ol>   |



| 項 目                    | 成長率(%)或<br>金額(百萬元) | 預估增加金<br>額(百萬元) | 決 定 事 項  |
|------------------------|--------------------|-----------------|--|
|                        |                    |                 | <p>升照護率及執行成效。糖尿病醫療給付改善方案應新增胰島素注射之品質獎勵指標。</p> <p>3.具體實施方案請於 106 年 11 月底前完成，新增方案原則於 106 年 12 月底前完成；並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告，內容應包含健康狀況改善之量化指標。</p>                 |
| 急診品質提升方案               | 160.0              | 0.0             | <p>1.請精進方案執行內容，以紓解醫學中心急診壅塞情形。</p> <p>2.具體實施方案請於 106 年 11 月底前完成，並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。</p>  |
| 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)    | 1,088.0            | 788.0           | <p>1.導入第 3~5 階段 DRGs 項目。</p> <p>2.本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。</p> <p>3.請於 107 年 7 月底前提報執行成果。</p>   |
| 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案     | 80.0               | 20.0            | <p>1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。</p> <p>2.配合支援西醫醫療資源不足地區所需，提供專科巡迴醫療等服務。</p> <p>3.請檢討方案執行內容，以提供更適切醫療服務。</p> <p>4.具體實施方案請於 106 年 11 月底前完成，並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。</p> |
| 全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫 | 950.0              | 150.0           | <p>具體實施方案請於 106 年 11 月底前完成，並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。</p>  |
| 鼓勵院所建立轉診之合作機制          | 258.0              | 258.0           | <p>1.為鼓勵雙向轉診，本項經費用以支付醫院接受轉診、回轉轉診個案，以及將病情穩定病人下轉等之醫師診察</p>   |

| 項 目              |         | 成長率(%)或<br>金額(百萬元) | 預估增加金<br>額(百萬元) | 決 定 事 項  |
|------------------|---------|--------------------|-----------------|--|
|                  |         |                    |                 | <p>費。預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。</p> <p>2.請中央健康保險署於106年12月委員會議說明執行方式。</p> <p>3.本項依實際執行轉診之件數、點數併入一般服務費用結算，並於107年7月底前提報執行成果。</p>  |
|                  | 品質保證保留款 | 406.5              | 406.5           | <p>1.依「醫院總額品質保證保留款實施方案」支付，請於106年12月底前完成相關程序，並於107年度各部門總額執行成果發表暨評核會議前提報執行成果及成效評估報告。</p> <p>2.原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(388.7百萬元)，與107年度品質保證保留款(406.5百萬元)合併運用(計795.2百萬元)。</p> <p>3.請中央健康保險署與醫院總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，期訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。</p> |
|                  | 專款金額    | 27,017.7           | 5,377.0         |  |
| 成長率<br>(一般服務+專款) | 增加金額    | 4.648%             | 19,952.2        |  |
|                  | 總金額     |                    | 449,171.2       |  |

| 項 目                        |      | 成長率(%)或<br>金額(百萬元) | 預估增加金<br>額(百萬元) | 決 定 事 項  |
|----------------------------|------|--------------------|-----------------|--|
| 門診透析服務<br>成長率              | 增加金額 | 2.622%             | 543.4           | 1.合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。<br>2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第1季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。<br>3.門診透析服務總費用成長率為3.5%，不包含一例一休費用。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為2.622%。<br>4.應持續推動腎臟移植，以減少透析病人數。<br>5.請於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。<br>6.中央健康保險署建議「108年針對慢性腎臟衰竭末期(ESRD)之病人，將已透析及腎臟移植病人之全部醫療費用列為獨立預算」乙節，請於108年度總額協商前儘早規劃，並與相關團體先行溝通，以利推動。 |
|                            | 總金額  |                    | 21,267.4        |  |
| 總成長率(註1)<br>(一般服務+專款+門診透析) | 增加金額 | 4.555%             | 20,495.6        |  |
|                            | 總金額  |                    | 470,438.6       |  |
| 較106年度核定總額成長率(註2)          |      | 4.800%             | —               |  |

註：1.計算「總成長率」所採基期費用為449,943.2百萬元，其中一般服務為407,578.5百萬元(含校正投保人口預估成長率差值1,053.5百萬元)、專款為21,640.7百萬元、門診透析為20,724.0百萬元。

2.計算「較106年度核定總額成長率」所採基期費用為448,889.7百萬元，其中一般服務為406,525.0百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值1,053.5百萬元)、專款為21,640.7百萬元、門診透析為20,724.0百萬元。

3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。



107年胰島素注射獎勵措施「基本獎」獎勵金推估表(醫院)

| 人口推計數(萬人)(A) | 就醫率推估值(B) | 收案率推估值(C) | 推估收案人數(萬人)D=A*B*C | 推估107年胰島素注射率(E) | 推估107年胰島素注射人數(F=D*E) | 胰島素注射率≥P75 |         |                | 平均值≤胰島素注射率<P75 |         |                | 合計  |             |                |
|--------------|-----------|-----------|-------------------|-----------------|----------------------|------------|---------|----------------|----------------|---------|----------------|-----|-------------|----------------|
|              |           |           |                   |                 |                      | 醫師數        | 注射(G)人數 | 獎勵點數G1=(G*125) | 醫師數            | 注射人數(H) | 獎勵點數H1=(H*100) | 醫師數 | 注射人數(G+H+I) | 獎勵點數(G1+H1+I1) |
| 2,360        | 3.50%     | 59.70%    | 49.57             | 28%             | 138,796              | 417        | 77,440  | 9,680,000      | 327            | 39,243  | 3,924,300      | 744 | 116,683     | 13,604,300     |

107年胰島素注射獎勵措施「進步獎」獎勵金推估表(醫院)

| 人口推計數(萬人)(A) | 就醫率推估值(B) | 收案率推估值(C) | 推估收案人數(萬人)D=A*B*C | 推估107年胰島素注射率(E) | 推估107年胰島素注射人數(F=D*E) | 胰島素注射成長率≥P75 |         |                | 平均值≤胰島素注射成長率<P75 |         |                | 去年無胰島素注射個案，今年胰島素注射率≥平均值 |         |                | 合計  |             |                |
|--------------|-----------|-----------|-------------------|-----------------|----------------------|--------------|---------|----------------|------------------|---------|----------------|-------------------------|---------|----------------|-----|-------------|----------------|
|              |           |           |                   |                 |                      | 醫師數          | 注射(J)人數 | 獎勵點數J1=(J*150) | 醫師數              | 注射(K)人數 | 獎勵點數K1=(K*100) | 醫師數                     | 注射(L)人數 | 獎勵點數L1=(L*100) | 醫師數 | 注射人數(J+K+L) | 獎勵點數(J1+K1+L1) |
| 2,360        | 3.50%     | 59.70%    | 49.57             | 28.00%          | 138,796              | 336          | 15,369  | 2,305,350      | 176              | 27,827  | 2,782,700      | 14                      | 216     | 21,600         | 526 | 43,412      | 5,109,650      |

註1.人口推計係國家發展委員會之人口中推數

註2.就醫率及收案率係參採108年各項新增預算說明檔估算結果

107年胰島素注射獎勵措施「基本獎」獎勵金推估表(西醫基層)

| 人口推計數(萬人)(a) | 就醫率推估值(b) | 收案率推估值(c) | 推估收案人數(萬人)d=a*b*c | 推估107年胰島素注射率(e) | 推估107年胰島素注射人數(f=d*e) | 胰島素注射率≥P75 |         |                | 平均值≤胰島素注射率<P75 |         |                | 合計  |             |                |
|--------------|-----------|-----------|-------------------|-----------------|----------------------|------------|---------|----------------|----------------|---------|----------------|-----|-------------|----------------|
|              |           |           |                   |                 |                      | 醫師數        | 注射(g)人數 | 獎勵點數g1=(g*125) | 醫師數            | 注射(h)人數 | 獎勵點數h1=(h*100) | 醫師數 | 注射人數(g+h+i) | 獎勵點數(g1+h1+i1) |
| 2,360        | 2.30%     | 36.40%    | 19.32             | 18.00%          | 34,776               | 235        | 27,167  | 3,395,875      | 124            | 3,976   | 397,600        | 359 | 31,143      | 3,793,475      |

107年胰島素注射獎勵措施「進步獎」獎勵金推估表(西醫基層)

| 人口推計數(萬人)(a) | 就醫率推估值(b) | 收案率推估值(c) | 推估收案人數(萬人)d=a*b*c | 推估107年胰島素注射率(e) | 推估107年胰島素注射人數(f=d*e) | 胰島素注射成長率≥P75 |         |                | 平均值≤胰島素注射成長率<P75 |         |                | 去年無胰島素注射個案，今年胰島素注射率≥平均值 |         |                | 合計  |             |                |
|--------------|-----------|-----------|-------------------|-----------------|----------------------|--------------|---------|----------------|------------------|---------|----------------|-------------------------|---------|----------------|-----|-------------|----------------|
|              |           |           |                   |                 |                      | 醫師數          | 注射(j)人數 | 獎勵點數j1=(j*150) | 醫師數              | 注射(k)人數 | 獎勵點數k1=(k*100) | 醫師數                     | 注射(l)人數 | 獎勵點數l1=(l*100) | 醫師數 | 注射人數(j+k+l) | 獎勵點數(j1+k1+l1) |
| 2,360        | 2.30%     | 36.40%    | 19.32             | 18.00%          | 34,776               | 67           | 1,280   | 192,000        | 183              | 9,909   | 990,900        | 3                       | 30      | 3,000          | 253 | 11,219      | 1,185,900      |

註1.人口推計係國家發展委員會之人口中推數

註2.就醫率及收案率係參採108年各項新增預算說明檔估算結果



## 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，醫事人員並經地方政府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地方政府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)，惟團隊仍需取得各地方政府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) 一次、追蹤(P1408C)至少五次、年度評估(P1409C)至少二次後，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八小時，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-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) 經保險人健保資訊網服務系統(VPN)查詢，個案若已被其他院所收案照護中(一年內仍有追蹤紀錄)，不得收案。

(三) 收案前需與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.個案未執行本章管理照護超過一年者。

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 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」規定，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)屬本章收案之保險對象，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-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，排除第四季新收案之人數。

(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) 次數達三次者。

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. 如為第一季申報新收案，其當年度追蹤管理+年度評估次數達三次者。

b. 如為第二季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達二次者。

c. 如為第三季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達一次者。

(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，排除第四季新收案個案。

(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，排除第四季新收案個案。

(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 $> 130\text{mg/dl}$  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二組(以新收案率 $\leq$  55%及 $>$  55%予區分,合計共分為二組)。

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(即醫師需有二個完整全曆年申報本章費用)。

2. 門檻指標及品質加成指標計算方式同本通則五之(一)(二)規定。

3. 各組依兩年度之五項品質指標比率相減,五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) 胰島素注射獎勵措施:分為醫院及西醫基層 2 組,2 組獎勵評比獨立進行,皆以申報本章費用之醫師為計算獎勵單位,且需符合獎勵門檻,方可為各組獎勵之評比對

象。

1. 獎勵門檻：當年收案人數超過該組第 25 百分位之醫師。
  2. 基本獎：依「符合獎勵門檻醫師之醫師胰島素注射率」排序序位予以獎勵如下：
    - (1)胰島素注射率達第 75 百分位之醫師，其照護對象中胰島素注射率分子個案，每人獎勵 125 點。
    - (2)胰島素注射率已達平均值但未達第 75 百分位之醫師，其照護對象中胰島素注射率分子個案，每人獎勵 100 點。
  3. 進步獎：符合獎勵門檻醫師，若當年度其胰島素注射率較前一年進步且符合下列情況者：
    - (1)前一年有參與方案且有胰島素注射治療個案之醫師，依其「胰島素注射進步率」排序序位，予以獎勵：
      - 甲、胰島素注射進步率達第 75 百分位之醫師，其照護對象中胰島素注射率分子個案，每人獎勵 150 點。
      - 乙、胰島素注射進步率已達平均值但未達第 75 百分位之醫師，其照護對象中胰島素注射率分子個案，每人獎勵 100 點。
    - (2)前一年有參與方案但無胰島素注射治療個案，惟當年度其胰島素注射率已達平均值之醫師，其照護對象中胰島素注射個案，每人獎勵 100 點。
  4. 醫師若同時符合胰島素注射獎勵措施中「基本獎」與「進步獎」之獎勵條件，皆可予以獎勵。
- (六)品質進步獎、品質卓越獎、胰島素注射獎勵措施(基本獎及進步獎)，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、本章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。

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，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。

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<br>註：1.照護項目詳附表8.2.1，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。<br>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<br>註：1.照護項目詳附表8.2.2，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。<br>2.申報新收案後至少須間隔七週才能申報本項，本項每年度最多申報三次，每次間隔至少十週。<br>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<br>註：1.照護項目詳附表8.2.3，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。<br>2.申報追蹤管理照護費後至少間隔十週才能申報本項，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。<br>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<br>註：1.照護項目參考附表8.2.2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。<br>2.本項每年度最多申報三次，每次間隔至少十週。  | v    | v    | v    | v    | 100  |
| P1411C | 糖尿病第二階段年度評估管理照護費<br>註：1.照護項目參考附表8.2.3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。<br>2.申報追蹤管理照護費後至少間隔十週才能申報本項，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（如屬青春期前後） 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)</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)</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> |

|   |  |
|---|--|
| Microalbumin (Nephelometry)<br>☐ (8)13007C 細菌培養鑑定檢查 (視情況而定)<br>Urine culture (if indicated)<br>☐ (9)27004C 甲狀腺刺激素放射免疫分析 (第一型病人) TSH (type 1 patients)<br>☐ (10)18001C 心電圖 (成人) Electrocardiogram (adults) |  |
|---|--|

5. 糖尿病自主管理教育 (Diabetes Self-management Education)

- (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。
- (2) 建議標準如下：
- 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)。
- 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。
- 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。

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 P1407C 所訂費用之內，不得另行重複申報。
- 4.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

| 1. 醫療病史 (Medical history)  | 2. 身體檢查 (Physical examination)   |
|--|--|
| <p>(1)評估治療型態 Assess treatment regimen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. 低或高血糖之頻率／嚴重度<br/>Frequency/severity of hypo-/hyperglycemia</li> <li>B. 自我血糖監測結果 SMBG results</li> <li>C. 病人治療型態之調整 Patient regimen adjustments</li> <li>D. 病人接受專業指導遵循度之問題<br/>Adherence problems</li> <li>E. 生活型態改變 Lifestyle changes</li> <li>F. 併發症的症狀 Symptoms of complications</li> <li>G. 其他醫療疾病 Other medical illness</li> <li>H. 藥物 Medications</li> <li>I. 心理社會方面 Psychosocial issues</li> <li>J. 菸酒之使用 Tobacco and alcohol use</li> </ul> | <p>(1)每次常規性糖尿病回診 Every regular diabetes visit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. 體重 weight</li> <li>B. 血壓 Blood pressure</li> <li>C. 先前身體檢查之異常點 Previous abnormalities on the physical exam</li> </ul> <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>   |
| 3. 檢驗室評值 (Laboratory evaluation)   | 4. 管理計畫評值 (Evaluation of Management Plan)  |
| <p>※(1)09006C 糖化血紅素 HbA1C</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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）</li> <li>B. 如病情穩定一年至少二次（At least twice per year if stable）</li> </ul> <p>※ (2)09005C 空腹血漿葡萄糖或微血管血糖<br/>Fasting plasma glucose or capillary blood sugar</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>(1)短期與長期目標 Short- and long-term goals</li> <li>(2)藥物 Medications</li> <li>(3)血糖 Glycemia</li> <li>(4)低血糖之頻率／嚴重度 Frequency/severity of hypoglycemia</li> <li>(5)血糖自我管理結果 SMBG results</li> <li>(6)併發症 Complications</li> <li>(7)血脂異常之控制 Control of dyslipidemia</li> <li>(8)血壓 Blood pressure</li> <li>(9)體重 Weight</li> <li>(10) 營養治療 Medical Nutrition Therapy</li> <li>(11) 運動治療型態 Exercise regimen</li> <li>(12) 病人接受自我管理訓練之遵循度<br/>Adherence to self-management training</li> <li>(13) 轉診之追蹤 Follow-up of referrals</li> <li>(14) 心理社會之調適 Psychosocial adjustment</li> <li>(15) 糖尿病知識 Knowledge of diabetes</li> <li>(16) 自我管理技能 Self-management skills</li> <li>(17) 戒菸（若為抽菸者） Smoking cessation, if indicated</li> <li>(18) 協助預約流行感冒疫苗（influenza vaccine）接種（視個別院所情況而定）</li> </ul> |

## 5. 糖尿病自主管理教育

(Diabetes Self-management Education)

建議標準如下：

- 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）。
- 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。
- 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。

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 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</p> <p>A. 低或高血糖之頻率/嚴重度<br/>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<br/>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) 年度身體檢查 Physical examination annually</p> <p>* (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。</p> <p>(3) 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>(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</p> <p>※(2) 09005C 空腹血漿葡萄糖或微血管血糖<br/>Fasting plasma glucose or capillary blood sugar</p> <p>※(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 )</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)<br/>Urine biochemistry examination</p> <p>※(7) 12111C 微量白蛋白(ACR)<br/>Microalbumin (Nephelometry)</p> <p>※(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</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) 病人接受自我管理訓練之遵循度<br/>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) 自我管理技能 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> |

## 5. 糖尿病自主管理教育

(Diabetes Self-management Education)

建議標準如下：

- 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）。
- 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。
- 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。

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，「α」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「α」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



## 討論事項

### 第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：應用 107 年醫院及西醫基層醫療給付費用總額之醫療服務成本指數改變率預算調整支付標準案。

說明：資料後補。