



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

110 年第四次
會議資料

110 年 12 月 9 日（星期四）下午 2 時
本署 18 樓大禮堂

110 年第四次「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、訂定 111 年召開全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議時程案。	報 1-1
二、有關增修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫部分及牙醫門診總額 3 項專款計畫案。	報 2-1
三、修訂中醫支付標準通則及中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫案。	報 3-1
四、新增修訂轉診支付標準之同體系院所名單案。	報 4-1
五、全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準年齡認定及計算方式文字增修案。	報 5-1
六、修訂「全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案」。	報 6-1

肆、討論事項

一、全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增修訂「開放性股-股動脈或股-髖動脈或腋-股動脈繞道手術」等診療項目案。	討 1-1
二、修訂「白內障手術個案須送事前審查相關規定」案。	討 2-1
三、新增「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」案。	討 3-1
四、全民健康保險居家醫療照護整合計畫之針灸治療處置費不列合理量計算案。	討 4-1
五、有關全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第三章安寧居家療護通則新增「機構」定義再提會案。	討 5-1

伍、臨時提案

陸、臨時動議

柒、散會

貳、確認本會議 110 年度第 3 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

「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」

110 年第 3 次會議紀錄

時 間：110 年 9 月 9 日（星期四）下午 2 時

地 點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主 席：李署長伯璋

紀錄：蔡孟芸

*表示以視訊方式參加

李代表偉強	李偉強	蘇代表守毅	蘇守毅*
黃代表雪玲	黃雪玲	吳代表國治	吳國治*
林代表富滿	林富滿	李代表飛鵬	李飛鵬*
游代表進邦	游進邦	徐代表邦賢	徐邦賢*
李代表佳珂	李佳珂*	謝代表偉明	謝偉明*
陳代表志忠	陳志忠	林代表綉珠	林綉珠*
劉代表碧珠	劉碧珠*	李代表懿軒	李懿軒*
嚴代表玉華	嚴玉華*	朱代表世瑋	朱世瑋*
羅代表永達	羅永達	林代表鳳珠	李承光(代)*
謝代表景祥	謝景祥*	林代表桂美	林桂美*
朱代表文洋	朱文洋	杜代表俊元	杜俊元*
朱代表益宏	朱益宏	梁代表淑政	梁淑政
李代表紹誠	李紹誠	何代表語	劉志棟(代)
林代表恒立	林恒立*	葉代表宗義	(請假)
王代表宏育	王宏育*	劉代表國隆	劉國隆*
黃代表振國	黃振國	陳代表莉茵	陳莉茵
賴代表俊良	賴俊良*	江代表銘基	(請假)
洪代表德仁	洪德仁	陳代表志鴻	陳志鴻*
吳代表清源	吳清源*		

列席單位及人員：

衛生福利部全民健康保險會	邱臻麗*、馬文娟*、劉于鳳*
衛生福利部社會保險司	陳淑華*、周雯雯、白其怡*
中華民國醫師公會全國聯合會	陳哲維、黃瑋絜
台灣醫院協會	林佩菡、吳心華、顏正婷、 曹祐豪、許雅琪
中華民國藥師公會全國聯合會	黃羽婕*
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	宋佳玲*
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛*
中華民國牙醫師公會全國聯合會	潘佩筠*
台灣消化系醫學會	邱瀚模*
台灣婦產科醫學會	黃建霈*
台灣兒童胸腔暨重症醫學會	呂克桓*
中華民國急救加護醫學會	哈多吉*
中華民國重症醫學會	古世基*、黃偉春*
台灣新生兒科醫學會	詹偉添*、徐任甫*
台灣神經外科醫學會	馬辛一*
台灣小兒神經醫學會	許庭榕*
醫療財團法人辜公亮基金會和信治癌 中心醫院	林寬仁*、曾瀟瑤*
社團法人台灣居家護理暨服務協會	曾勤媛、邱青莢
臺灣復健醫學會	周偉倪、陳凱華、林昀毅
臺灣心肺復健醫學會	同上
衛生福利部社會保險司	陳淑華*、周雯雯、白其怡*
衛生福利部全民健康保險會	邱臻麗*、馬文娟*
本署副署長室	蔡淑鈴
本署臺北業務組	谷祖棣、潘尹婷、許寶華、 蔡美真、林育如、柯映瑄

本署北區業務組

本署中區業務組

本署南區業務組

本署高屏業務組

本署東區業務組

本署企劃組

本署醫審及藥材組

本署醫務管理組

利雅萍

李純馥*、蔡瓊玉*、楊惠真*、
謝秋萍*、謝明珠*、李秀霞*、
曾憶玲*

沈品頤*

王麗雪*

李名玉*、羅亦珍*、王素惠*、
石惠文*、王英嬌*、董村鋒*、
江春桂*、洪美榕*、詹蕙嘉*、
李翰婉*、李敬慧*、馮美芳*、
鄭翠君*、劉翠麗*、戴鳳廷*、
劉惠珠*、張家綾*、林祉萱*、
陳珮毓*、翟慧卿*、王晶*、
黃寶萱*、張瑩媛*、黃婷婷*、
陳佳穎*、陳俊綸*、夏鳳霽*
王宗曦*、林佩萱、沈德政

黃育文

張禹斌、吳科屏、游慧真、
韓佩軒、林右鈞、李雨育、
陳依婕、呂姿曄、張作貞、
楊秀文、許博淇、蔡金玲、
宋宛蓁、林毓芬、張玉婷、
陳玫吟、吳亮穎、劉志鴻、
蔡孟臻、鄭碧恩、蔡松蒲、
周筱妘

一、主席致詞：略。

二、報告事項：

(一) 有關 110 年第三季醫院總額部門，研擬就「未撥付醫院總額預先撥款之月份及醫院」進行暫/核付費用管控報告案。

決定：洽悉。同意「未撥付醫院總額預先撥款之月份及醫院」進行暫/核付費用管控，110 年第 3 季費用申報暫(核)付費用以不超過 109 年同期一般服務收入金額為上限，屆時再於結算時進行沖抵作業。

三、討論事項：

(一) 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增修訂「大腸金屬支架置放術」等 4 項暨修正 14 項診療項目之支付規範文字案。
(詳附件 1，P6~P14)。

決議：

1. 同意新增 49029B「大腸金屬支架置放術」、80430B「腹腔鏡次全子宮切除術」、57030B 及 57031B「濕化高流量氧氣治療—第一天照護費(含管路特材)、第二天後照護費(天)」等 4 項診療項目，其中「大腸金屬支架置放術」及「濕化高流量氧氣治療」之診療項目加註內含材料費之比率。
2. 同意修訂編號 56041K「迷走神經刺激術(VNS)-參數調整」及 57004C「氧氣吸入使用費一天」等 13 項診療項目之支付規範文字，以及第二部第二章第八節「輸血及骨髓移植」通則二文字。

(二) 修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第一章居家照護通則及支付規範案。(詳附件 2，P15~P16)。

決議：同意修訂，重點如下：

1. 通則：

- (1) 收案照護期限自四個月修訂為一年，若病情需要得依現有規定申請延長照護。
- (2) 同時執行居家照護和安寧居家療護乙類之護理人員，其每月訪視人次以 100 人次(含)為合理量。
- (3) 將原函釋「居家照護醫囑單自開立日起三十日內有效」之規範，增列於通則中。

(4) 山地離島地區認定標準，統一按第一部總則九，依「全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法」之規定辦理，爰刪除本章通則八規定。其後項次依序遞補。

2. 醫師訪視費支付規範：

(1) 個案訪視次數增列「每三個月至少訪視 1 次」。

(2) 訪視人次限制之單位計量文字，自「個」修訂為「人次」。

(三) 全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs) 3.4 版 111 年 1-6 月適用之相對權重統計結果案。(詳附件 3，P17~P46)。

決議：

1. 考量明年 COVID-19 疫情發展目前無法掌握，爰採甲案，並依疫情發展視需要調整 111 年 7-12 月相對權重統計方式。
2. 甲案係以例行參數計算方式計算，111 年 1-6 月 SPR 為 48,815。

(四) 嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)納入急性後期整合照護計畫案。

決議：

1. 本案因 COVID-19 屬法定傳染病，建議前 2 年之費用由衛生福利部疾病管制署編列公務預算支應。
2. 本案預算來源及修訂計畫內容將併同與會代表之意見，簽陳至衛生福利部核示。

四、臨時提案：無。

五、散會：下午 3 時 46 分

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議 決議辦理情形追蹤表

序 號	編號	會議 時間	案由	決議（結論）事項	辦理 單位	辦理情形	列管 建議	
							解 除 列 管	繼 續 列 管
1	107-1- 討 4	107.3.20	全民健康保險 住院診斷關聯 群 (Tw-DRGs) 4.0 版支付通則 及未實施項目 實施時程案。	1. 同意基本診療加成醫學中心 為 5.1%、區域醫院 2.2%、地 區醫院 2%(區域醫院代表於 會議要求該層級之基本診療 加成需增加 2%，為 4.2%)。 2. Tw-DRGs 實施時程 (1) 同意自 107 年 7 月 1 日起實 施 4.0 版支付通則，扣除 80 項暫緩實施項目，分 3 階段 實施第 3 至 5 階段計 1,089 項 DRG，會中台灣醫院協會提 出 45 項待討論之項目(第 3 階段 20 項、第 4 階段 17 項、 第 5 階段 8 項)，待醫院協會 討論後分別於第 4 至 5 階段 實施。 (2) 各階段實施期程如下： A. 第 3 階段 DRG：107 年 7 月 1 日實施，計 443 項。 B. 第 4 階段 DRG：107 年 9 月 1 日實施，計 259 項(含 原第 3 階段之 20 項)。 C. 第 5 階段 DRG：107 年 11 月 1 日實施，計 387 項。 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)。 4. 於 4.0 版 Tw-DRGs 支付通則 規範中增列「論日支付案例」。 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。	健保署醫管組	1. 截至 108 年 1 月 14 日止， 本署共接獲 47 家醫學會 所提 832 項建議，涉及 916 項 DRG。考量臨床專業與 總額委託共管精神，經本 會議 108 年第三次(7 月 25 日)會議同意，與醫學會溝 通討論前，由本署與台灣 醫院協會共組工作小組， 就醫學會所提意見先行討 論後，再依規劃期程與醫 學會逐一溝通。 2. 本署與台灣醫院協會共組 之 Tw-DRGs 研修工作小 組，已於 108 年 11 月 5 日召開第 1 次會議，訂定 研議流程，並於 108 年 12 月 28 日召開第 2 次會議、 109 年 5 月 23 日召開第 3 次會議。原訂於 109 年 7 月 3 日召開第 4 次會議， 後因考量本署為 109 年醫 療服務成本指數改變率預 算用於調整支付標準案， 暫緩召開。 3. 後續 Tw-DRGs 研修工作 小組將針對各醫學會所提 涉再分類之 301 項建議， 依各 MDC 別逐一擬訂資 料分析之操作型定義，本 署試算後研議修訂方向， 再提案討論 4.0 版支付通 則及未實施項目實施時 程，故本項建議繼續列管。		V
2	109-2- 報 5	109.06.11	107 年下半年本 保險特約院所 提報支付標準 未列項目之處 理情形報告案。	洽悉。 1. 同意 107 年下半年本保險特約 院所提報支付標準未列項目 之辦理方式。 2. 107 年下半年本保險特約院所 提報支付標準未列項目總計 198 項，屬已列項計 138 項， 辦理新增項目計 35 項，修訂 診療項目計 10 項，另有 15 項	健保署醫管組	1. 本署已於 109 年 8 月 7 日函 知各分區業務組及提報院 所已列項目之名稱及對應 支付標準代碼，並公開於本 署全球資訊網，請院所依規 範申報。 2. 未列項新增項目計 35 項： (1) 16 項(15 項為腹腔鏡相 關、1 項小腸鏡) 為現行研議		V

序 號	編 號	會 議 時 間	案 由	決 議 (<u>結 論</u>) 事 項	辦 理 單 位	辦 理 情 形	列 管 建 議	解 除 列 管	繼 續 列 管
				尚待徵詢專家意見，後續將依未列項作業流程辦理。		中新增項目，14 項已獲本會議通過結案、1 項待提案單位檢送資料、1 項循新增診療項目流程辦理。 (2)19 項待院所提新增，於 109 年 8 月 20 日函請提報量最大之院所（共計 16 家）提供成本資料。截至 110 年 11 月 25 日，計有 15 家院所函復增修建議共 17 項(8 項結案)，尚有 1 家(1 項)未回復，經追蹤表示研擬中將儘速回復，後續依院所回復內容辦理新增診療項目作業（辦理情形詳附件，p14-p15）。 3.另 25 項(包含比照申報 10 項及涉名稱或執行內容疑義 15 項)刻正綜整學會意見，續請院所補充說明後，依院所回復內容辦理新增診療項目作業。			
3	109-1 臨-討 5	109.11.12	修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二章第三節病房費支付通則案。	依提案單位建議，將出院當日列入護理費支付範圍，多數與會代表表示支持，惟推估 110 年增加健保財務支出約 2,975.9 百萬點，因對健保財務有所衝擊，建議爭取預算支應，本案將列入本會議之追蹤事項。	健保署醫管組	本案台灣醫院協會已於 111 年總額協商醫院部門總額草案提報「研修住院護理費給付原則」項目增編預算，擬俟衛生福利部核定後，據以辦理後續規劃。			V
4	109-4- 討 1	109.12.11	全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增「高解析度食道壓力檢查」等 4 項診療項目案。	同意新增「高解析度食道壓力檢查」、「耳內視鏡檢查」、「間變性淋巴瘤激酶(ALK)突變體外診斷醫療器材檢測(IVD)-IHC 法」及「多次入睡睡眠檢查」診療項目，新增支付標準。惟「間變性淋巴瘤激酶(ALK)突變體外診斷醫療器材檢測(IVD)-IHC 法」屬藥品伴隨式檢測，涉藥品還款降價等事宜，將待與藥商簽訂協議後與藥品生效日同步生效。	健保署醫管組	1. 「高解析度食道壓力檢查」、「耳內視鏡檢查」及「多次入睡睡眠檢查」衛生福利部已於 110 年 2 月 9 日公告，自 110 年 3 月 1 日起生效。 2. 「間變性淋巴瘤激酶(ALK)突變體外診斷醫療器材檢測(IVD)-IHC 法」衛生福利部已於 110 年 11 月 15 日公告，自 111 年 2 月 1 日起生效。			V
5	109-4- 討 2	109.12.11	全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之「腹膜透析追蹤處置費」及「全自動腹膜透析機相關費用」修訂案	1. 通過編號 58028C「全自動腹膜透析機相關費用」由按「月」改按「日」申報，支付點數調整為 67 點（2,000 點/30 天）及修訂支付規範。 2. 惟編號 58011C/58017C「腹膜透析追蹤處置費」，因涉醫院總額及門診透析預算，俟兩總額有共識後再提會討論。	健保署醫管組	1.全自動腹膜透析機相關費用(58028C)修訂案，已於 110 年 1 月 12 日報部核定公告。 2.業於 111 年度總額協商醫院部門草案增編預算，俟衛生福利部核定後，請台灣腎臟醫學會提供修訂意見。			V
6	110-1 討 2	110.3.11	全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增修訂「腹	1. 通過新增「腹腔鏡胃袖狀切除術」等 9 項診療項目，其中「腹腔鏡胃袖狀切除術」及「腹腔鏡胃繞道手術」適	健保署醫	1.「經直腸大腸息肉切除術」一項，會中專家建議併大腸鏡息肉切除術調整點數案研議後再提本會議討論，暫			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
			腔鏡胃袖狀切除術」等 13 項診療項目暨修正 5 項診療項目之支付規範文字案。	用層級由「區域級醫院以上」修改為「地區醫院以上」適用，刪除 72035B「胃隔間術」及 72041B「腹腔鏡胃隔間手術」診療項目。 2. 72035B「經導管心室中膈缺損修補」支付規範新增「含一般材料費及圈套器取回套組(Snare)」並加註其內含於支付點數之比率；36014B「全身放射線治療(一療程)」支付規範修正劑量計算為「36019B」；83025C「頸交感神經切除術」等 4 項支付規範備註由禁止施行於未成年人修改為禁止施行於未滿二十歲者。 3. 74207C「經直腸大腸息肉切除術」因未有修訂共識，暫予保留。	管組	緩保留。另為研議「大腸鏡息肉切除術」之支付合理性，本署業於 111 年醫院及西醫基層總額爭取相關預算，續依衛生福利部核定結果辦理。 2.其餘項目衛生福利部已於 110 年 5 月 14 日公告，自 110 年 6 月 1 日生效。		
7	110-2 報 1	110.7.29	「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」修訂案	洽悉，修訂重點如下： 1. 新增符合本計畫收案條件之急性腎臟病(AKD)病人，另照護團隊新增藥師，並配合新增相關支付標準。 2. 為明確獎勵院所條件，有關活體腎臟移植獎勵費，如病人已進入透析，由說服病人接受活體腎臟移植之院所申報，而非由施行腎臟移植之院所申報。 3. 同意新增 Pre-ESRD 轉診獎勵費(200 點)，惟已申報本項者，不得再申報轉診支付標準(01034B-01038B)且不得與初期慢性腎臟病轉診照護獎勵費(P4303C)重複申報。	健保署醫管組	本計畫業於 110 年 10 月 22 日健保醫字第 1100013993 號公告。	V	
8	110-2 報 2	110.7.29	修訂「110 年全民健康保險偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫」為「110 年度全民健康保險偏鄉地區基層診所/助產機構產婦生產補助試辦計畫」	洽悉，修訂重點如下： 1. 助產所生產案件補助點數按第一章基層診所生產補助點數 9 折訂定，第一級區域補助 27,000 點，第二級區域補助 10,800 點，第三級區域補助 6,300 點。 2. 助產所無法執行之產檢項目，經協助轉介至醫療院所進行，若於醫院或西醫基層婦產科診所執行唐氏症篩檢及超音波檢查，本署仍將其納入產檢次數計算。 3. 另有關計畫施行區域之偏遠鄉鎮分級認定疑義，本署將納入年度計畫檢討及修訂參考。	健保署醫管組	本計畫業於 110 年 9 月 15 日健保醫字第 1100012397 號公告。	V	

序號	編號	會議時間	案由	決議（結論）事項	辦理單位	辦理情形	列管建議
							解除列管 繼續列管
9	110-2 報 4	110.7.29	有關 110 年「全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫」草案	1. 請藥師全聯會會後於計畫「遵循醫囑領藥與使用藥物量表」增列尺度及區間評估等備註文字，使量表使用及定義更臻明確。 2. 每位藥師申報「藥師判斷性服務」及「用藥配合度諮詢服務」費用，皆維持以 120 人次為上限，其餘內容依藥師全聯會修訂內容通過。	健保署醫管組	本計畫業於 110 年 10 月 21 日以健保醫字第 1100013957 號公告，並自公告日起實施。	V
10	110-2 報 6	110.7.29	論病例計酬與乳癌醫療給付改善方案支付點數調整案	1. 修訂第六部論病例計酬，編號 97220K「股及腹股溝疝氣手術 (AGE>1,單側)(門診)」等 15 項診療項目支付點數，調整為 17,479 點至 51,415 點，調幅介於 0%至 0.22%。 2. 修訂「乳癌醫療給付改善方案」支付點數，各項治療組合調整為 691 點至 232,129 點，調幅介於 0%至 1.1%。	健保署醫管組	1. 「論病例計酬」支付點數衛生福利部已於 110 年 10 月 15 日公告，並自 110 年 11 月 1 日生效。 2. 「乳癌醫療給付改善方案」支付點數本署業於 110 年 9 月 15 日以健保醫字第 1100012162 號公告，並自 110 年 7 月 1 日生效。	V
11	110-2 報 7	110.7.29	配合 110 年本署公告修訂「全民健康保險醫療資源不足地區服務提升計畫(下稱醫不足提升計畫)」，修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(下稱支付標準)「住院護理費偏鄉醫院」加成規定案	1. 同意修訂支付標準「住院護理費偏鄉醫院」加成第 2 點之規定，需符合下列任一項之醫院： 2. 設立於全民健康保險保險人公告之離島、山地鄉之醫院；如前述地區未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，屬區域級醫院則須距離最近之醫學中心達 30 公里以上者。 3. 設立於全民健保醫療資源不足地區(鄉鎮)之醫院；如前述鄉鎮未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，但排除已設立區域級醫院之鄉鎮。	健保署醫管組	衛生福利部已於 110 年 10 月 15 日公告，並自 110 年 11 月 1 日生效。	V
12	110-2 討 1	110.7.29	修訂全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案	1. 同意通過方案新增「長效針劑注射獎勵措施」為額外獎勵項目，每新增加 1 名符合本指標之固定就醫個案，獎勵 1,000 點；每新增加 1 名符合本指標之非固定就醫及久未就醫個案獎勵點數 1,500 點。定義如下： 2. 連續施打定義為「長效針劑施打 4 個月以上」。 3. 新增之定義為「前一年未施打長效針劑或施打未滿 4 個月者」。 4. 同意增訂「風險病人規則門診比率」品質評量之參考指標，定義修正為「高風險病人門診就醫間隔未滿 30 天(含診療追蹤後就醫)人次／高風險病	健保署醫管組	衛生福利部已於 110 年 9 月 24 日公告，並自 110 年 9 月 1 日生效。	V

序 號	編 號	會 議 時 間	案 由	決 議 (結 論) 事 項	辦 理 單 位	辦 理 情 形	列管建議	
							解 除 列 管	繼 續 列 管
				人總人次」。				
13	110-2 討 2	110.7.29	全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增修訂「胸(腹)腔鏡食道胃管重建術」等診療項目案	1. 同意新增「胸(腹)腔鏡食道胃管重建術」等 95 項診療項目及「Nissen 氏胃摺疊術手術」。 2. 同意新增「腦膜炎/腦炎病原體多標的核酸檢測項目」及 14083C「HIV 1/2 抗體確認試驗」2 項，其中 14083C 支付規範 2.「限衛生福利部愛滋病指定醫院」，本署將於會後確認是否包含基層診所後併修文字。因 14083C 依專家表示將取代 14075C、14076C「HIV-I/II 抗體檢查(西方墨點法)」，爰一年後將檢討刪除 14075C、14076C。 3. 註：會後經向衛生福利部疾病管制署確認全國指定醫事機構包含醫院及診所，爰修改為「限衛生福利部愛滋病指定醫事機構」。 4. 同意修訂編號 14082B「人類免疫缺陷病毒抗原/抗體試驗」等 4 項診療項目，另 14082B 開放至基層院所適用，因涉開放表別，後續將與中華民國醫師公會全國聯合會討論；36022B、36023B 申報疑義，本署後續將研議修正 Q & A 內容供院所參考。因 14082B 依專家表示將逐步取代 14049C、14050B「後天免疫不全症候群檢查 EIA/LIA、顆粒凝集法」，爰一年後將檢討刪除 14049C、14050B。 5. 同意修訂編號 22017C「平衡檢查」等 12 項診療項目之中文名稱及支付規範文字	健保署醫管組	衛生福利部已於 110 年 10 月 15 日公告，並自 110 年 11 月 1 日生效。	V	
14	110-2 討 3	110.7.29	110 年度「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」修正案	1. 同意新增「All-RAS 基因突變分析」為方案獎勵項目，並配合 19007B「超音波導引」適用開放至西醫基層，修正該項醫令為「19007C」。 2. 同意修正放寬上傳獎勵金之條件 3. 門診：於報告日期(或實際檢查日期)1 日至 3 日內上傳，支付 50%上傳獎勵金。 4. 住診：報告日期落在住院期間，於住院期間或出院後 24	健保署醫管組	本案已於 110 年 9 月 9 日以健保醫字第 1100034237 號函公告。	V	

序號	編號	會議時間	案由	決議（結論）事項	辦理單位	辦理情形	列管建議	
							解除列管	繼續列管
				小時內上傳，支付 100%獎勵金；於出院後 1 至 3 日內上傳，支付 50%獎勵金。惟報告日期在出院日期後之案件，獎勵起算時間仍維持以「報告日期」計算。				
15	110-2 討 4	110.7.29	有關全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(下稱支付標準)第五部第三章安寧居家療護通則新增「機構」定義案。	本案未獲共識暫保留，待釐清長期照顧端有無安寧相關服務及預算後再議。	健保署醫管組	長照司於 110 年 9 月 24 日回復長期照顧服務並無編列相關預算及補助，且建議於支付標準規定下，提供安寧療護服務之人員資格應一致，本案將前述意見併入提案內容，再提本會討論。		V
16	110-2 討 5	110.7.29	修訂「白內障手術個案須送事前審查相關規定」案	同意支付標準新增白內障手術限眼科專科醫師施行後申報。有關執行白內障手術需送事前審查之 40 例上限放寬，考量尚無共識，暫保留，待與相關學協會凝聚共識後再議。	健保署醫管組	1. 支付標準新增白內障手術限眼科專科醫師施行後申報，衛生福利部已於 110 年 10 月 15 日公告，並自 110 年 11 月 1 日生效。 2. 有關執行白內障手術需送事前審查之 40 例上限放寬，已提案至本會議討論。	V	
17	110-3 報 1	110.9.9	有關 110 年第三季醫院總額部門，研擬就「未撥付醫院總額預先撥款之月份及醫院」進行暫/核付費用報告案	洽悉。同意「未撥付醫院總額預先撥款之月份及醫院」進行暫/核付費用管控，110 年第 3 季費用申報暫(核)付費用以不超過 109 年同期一般服務收入金額為上限，屆時再於結算時進行沖抵作業。	健保署醫管組	本署業於 110 年 10 月 21 日提報至衛生福利部核定，衛生福利部業於 110 年 11 月 10 日函復同意辦理。	V	
18	110-3 討 1	110.9.9	全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增修訂「大腸金屬支架置放術」等 4 項暨修正 14 項診療項目之支付規範文字案。	1. 同意新增 49029B「大腸金屬支架置放術」、80430B「腹腔鏡次全子宮切除術」、57030B 及 57031B「濕化高流量氧氣治療—第一天照護費(含管路特材)、第二天後照護費(天)」等 4 項診療項目，其中「大腸金屬支架置放術」及「濕化高流量氧氣治療」之診療項目加註內含材料費之比率。 2. 同意修訂編號 56041K「迷走神經刺激術(VNS)-參數調整」及 57004C「氧氣吸入使用費一天」等 13 項診療項目之支付規範文字，以及第二部第二章第八節「輸血及骨髓移植」通則二文字。	健保署醫管組	衛生福利部已於 110 年 11 月 15 日公告，自 110 年 12 月 1 日起生效。	V	
19	110-3 討 2	110.9.9	修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第一章居家照	同意修訂，重點如下： 1. 通則： (1) 收案照護期限自四個月修訂為一年，若病情需要得依現有規定申請延長照護。	健保署醫管	衛生福利部已於 110 年 11 月 15 日公告，自 110 年 12 月 1 日起生效。	V	

序 號	編 號	會 議 時 間	案 由	決 議 (結 論) 事 項	辦 理 單 位	辦 理 情 形	列 管 建 議	解 除 列 管	繼 續 列 管
			護通則及支付規範案。	(2) 同時執行居家照護和安寧居家療護乙類之護理人員，其每月訪視人次以 100 人次（含）為合理量。 (3) 將原函釋「居家照護醫囑單自開立日起三十日內有效」之規範，增列於通則中。 (4) 山地離島地區認定標準，統一按第一部總則九，依「全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法」之規定辦理，爰刪除本章通則八規定。其後項次依序遞補。 2. 醫師訪視費支付規範： (1) 個案訪視次數增列「每三個月至少訪視 1 次」。 (2) 訪視人次限制之單位計量文字，自「個」修訂為「人次」。	組				
20	110-3 討 3	110.9.9	全民健康保險住院診斷關聯群 (Tw-DRGs) 3.4 版 111 年 1-6 月適用之相對權重統計結果案	1. 考量明年 COVID-19 疫情發展目前無法掌握，爰採甲案，並依疫情發展視需要調整 111 年 7-12 月相對權重統計方式。 2. 甲案係以例行參數計算方式計算，111 年 1-6 月 SPR 為 48,815。	健保署醫管組	衛生福利部已於 110 年 11 月 15 日公告，自 111 年 1 月 1 日起生效。	V		
21	110-3 討 4	110.9.9	嚴重特殊傳染性肺炎 (COVID-19) 納入急性後期整合照護計畫案。	1. 本案因 COVID-19 屬法定傳染病，建議前 2 年之費用由衛生福利部疾病管制署編列公務預算支應。 2. 本案預算來源及修訂計畫內容將併同與會代表之意見，簽陳至衛生福利部核示。	健保署醫管組	1. 依 110 年 9 月 15 日嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心醫療應變組(下稱指揮中心醫療應變組)第 62 次會議決議：染疫者復健比照 HIV 自確診後 2 年內由公務預算支應案，考量 COVID-19 屬急性傳染病，尚不適宜比照慢性傳染病模式辦理。 2. 依 110 年 10 月 20 日指揮中心醫療應變組第 66 次會議決議暨 110 年 10 月 28 日衛生福利部跨司署溝通會議決議，考量染疫康復者非屬需隔離治療對象，爰不適用傳染病防治法第 44 條第 3 項規定，無法以疾管署公務預算支應治療費用。請本署規劃染疫康復者整合照護計畫，主要提供染疫康復者整合式門診（參考以病人為中心整合門診計畫）輔以住院服務，照護期限以 6 個月為上限。 3. 本署已研擬 COVID-19 染疫	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 建 議	管
							解 除 列 管	繼 續 列 管
						<u>康復者門住診整合醫療計畫(草案)，本計畫獎勵費由中央政府嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別預算支付，刻正報部核定中，奉核後辦理公告事宜。</u>		

建議新增之未列項目及新增前建議比照支付標準代碼(共35項)

序號	院所提報未列項名稱	新增前建議 統一比照支 付標準代碼	支付標準中文名稱	提報院所/相關研議進度	辦理情形(1125)
1	laparoscopic vertical sleeve gastrectomy	72048B	腹腔鏡胃亞全切除術	目前已納入新增診療項目研議中： 腹腔鏡會議	已結案：經110年第1次本會議決議同意新增，自110年6月1日施行
2	Laparocopy total gastrectomy any type	72032B	全胃切除及淋巴清除及腸 胃重建	目前已納入新增診療項目研議中： 腹腔鏡會議	
3	laparoscopic choledocholithotomy without t-tube drainage	75209B	總膽管切開摘石術及T形 管引流	目前已納入新增診療項目研議中： 腹腔鏡會議	
4	Laparoscopic Gastrorrhaphy	72019B	胃縫合術（胃潰瘍穿孔及 胃部傷口的縫合）	目前已納入新增診療項目研議中： 腹腔鏡會議	
5	laparoscopic radical subtotal gastrectomy	72047B	次全胃切除及淋巴清除及 腸胃重建	目前已納入新增診療項目研議中： 腹腔鏡會議	
6	laparoscopic retroperitoneal debridement	28014C 75802B	腹腔鏡檢查 膈下膿瘍引流術	目前已納入新增診療項目研議中： 腹腔鏡會議	
7	Laparoscopy CAPD Tenckhoff catheter implantation	58012B	連續性可攜帶式腹膜透析 — 4.連續性可攜帶式腹膜 透析導管植入術。	目前已納入新增診療項目研議中： 腹腔鏡會議(學會不建議新增)	已結案：經110年第2次本會議決議同意新增，自110年6月1日施行。
8	Laparoscopy duodenorrhaphy suture of perforated ulcer	72018B	十二指腸縫合術（十二指 腸潰瘍穿孔的縫合）	目前已納入新增診療項目研議中： 腹腔鏡會議	
9	Laparoscopy excision of retroperitoneal tumor	75811B	後腹腔惡性腫瘤切除術併 後腹腔淋巴腺摘除術	目前已納入新增診療項目研議中： 腹腔鏡會議	
10	Laparoscopy excision of retroperitoneal tumor benign	75807B	後腹腔良性腫瘤切除術	目前已納入新增診療項目研議中： 腹腔鏡會議	
11	Laparoscopy hepatectomy-one segment	75003B	肝區域切除術— 一區域	目前已納入新增診療項目研議中： 腹腔鏡會議	
12	Laparoscopy radical nephrectomy	76027B	根治性腎切除術	目前已納入新增診療項目研議中： 腹腔鏡會議	
13	Laparoscopy segmental hepatectomy two segments	75004B	肝區域切除術 — 二區域	目前已納入新增診療項目研議中： 腹腔鏡會議	
14	Laparoscopic pelvic reconstructive surgery	80027B	經陰道骨盆底重建手術（ 含子宮切除術，陰道懸吊 術，陰道前後壁修補但不 含尿失禁手術）	併案納入新增診療項目研議中	已結案：經110年第6次專家諮詢會議決議，由台灣婦產科醫學會依支付標準增修流程提送成本分析表辦理。
15	Laparoscopic partial hysterectomy laparoscopic supracervical hysterectomy single port laparoscopic subtotal hysterectomy	80416B	腹腔鏡全子宮切除術	目前已納入新增診療項目研議中	已結案：經110年第1次本會議決議同意新增，自110年6月1日施行
16	Enteroscopy tattooing	28010B	小腸鏡檢查	目前已納入新增診療項目研議中	
17	erythropoietin (epo)	27077B	紅血球生成因子檢驗	國立臺灣大學醫學院附設醫院	已函覆：結案(109/9/24院所函復本項為已列項目27077B「紅血球生成因子檢驗」)
18	B lymphocyte crossmatch	12090B	淋巴球毒殺試驗	國立臺灣大學醫學院附設醫院	已函覆：結案(109/9/24院所函復本項為已列項目12117B「T 淋巴球交叉配合試驗」)

建議新增之未列項目及新增前建議比照支付標準代碼(共35項)

序號	院所提報未列項名稱	新增前建議 統一比照支 付標準代碼	支付標準中文名稱	提報院所/相關研議進度	辦理情形(1125)
19	BRAF V600E mutation sense braf v600e mutation test	12202C	C型肝炎病毒核酸基因檢測 —即時聚合酶連鎖反應法	台灣基督長老教會馬偕醫療財團法 人馬偕紀念醫院	已函覆：結案(110/1/22回復待病理 方法學轉移後(成本不同)，再送新增 項目所需資料。)
20	Luminex multiplex pathogen PCR	12204B 12205B 12206B	白血球表面標記 — 11-20種 — 21-30種 — 31種以上	財團法人私立高雄醫學大學附設中 和紀念醫院	已函覆：結案(109/12/18院所函復已 一年多未執行，俟後續有新增需求再 提出)
21	pleurectomy	67034B 67047B	胸膜固定(黏合)術 胸腔鏡肺膜剝脫術	台灣基督長老教會新樓醫療財團法 人台南新樓醫院	已函覆：結案(院所以電子郵件回復 表示提出相關資料困難)
22	humerus fracture non-union & re-orif	64239B	開放性或閉鎖性肱骨粗隆 或骨幹或踝部骨折，開放 性復位術	阮綜合醫療社團法人阮綜合醫院	已函覆：結案(院所以電子郵件回復 表示申報量少，不新增)
23	CR for fr of femoral neck	64029B	股骨頭骨折開放性復位術	臺北榮民總醫院	已回復：結案(院所以電子郵件回復 表示回歸一般健保申報，不新增)
24	recurrent laryngeal nerve repair	83094B	神經修補—手、足的神經	戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫 院	已函覆：結案(院所以電子郵件回復 表示申報量少，不新增)
25	ear laser surgery	65072B	耳雷射手術	新光醫療財團法人新光吳火獅紀念 醫院	已函覆：待補件(110/02/08函請院所 補件)
26	pharyngeal laser surgery	65072B	鼻雷射手術		已函覆：待補件(109/11/26函請院所 補件)
27	3d ct-abdomen 3d ct-cv heart 3d ct-musculoskeletal 3d ct-neuro	33070B 33071B 33072B	電腦斷層造影 —無造影劑 —有造影劑 —有/無造影劑	高雄榮民總醫院	
28	amylase for urine	09017C	澱粉酶、血	台灣基督長老教會馬偕醫療財團法 人台東馬偕紀念醫院	已函覆：待徵詢專家意見
29	Repair of colon perforation	73033B	大腸穿孔縫補術	國立陽明大學附設醫院	已函覆：待徵詢專家意見
30	Vaginal polypectomy	80207C	子宮頸蒂瘤切除術	四季台安醫院	已函覆：待徵詢專家意見
31	localization mammography	33125C	乳房攝影立體定位組織切 片術	國立成功大學醫學院附設醫院斗六 分院	已函覆：書審中
32	LAA (left atrial appendage) exclusion	68005B	心臟縫補術	臺灣基督教門諾會醫療財團法人門 諾醫院	已函覆：書審中
33	Transoral Laser microsurgery for glottic cancer	66018B	杓狀軟骨截除術或杓狀軟 骨固定術	醫療財團法人徐元智先生醫藥基金 會亞東紀念醫院	已函覆：待補件(110/9/8函請院所補 件)
34	Intraoral incision and drainage of retropharyngeal abscess	66026B	環咽肌切開術	義大醫療財團法人義大醫院	已函覆：待補件(110/8/16函請院所 補件)
35	25 OH Vit D	27043B	普卡因醯胺放射免疫分析	臺北榮民總醫院	未回復(追蹤_研擬中)

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：訂定 111 年召開全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議時程案。

說明：

- 一、依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂辦法辦理。
- 二、上開辦法第2條規定，保險人為辦理醫療服務給付項目及支付標準之擬訂事項，至少每六個月召開一次本會議，並於必要時召開臨時會。
- 三、為順利辦理各項支付標準擬訂事宜，及本會議各項議案能充分討論，111年先行暫訂每季召開本會議，會議時間如下表：

會議名稱	第 1 次	第 2 次	第 3 次	第 4 次	臨時會
會議日期	111.3.10 (星期四)	111.6.9 (星期四)	111.9.8 (星期四)	111.12.22 (星期四)	視必要 再預約日期

- 四、原則上於每季最後一個月之第二個星期四下午2時於本署18樓大禮堂召開，惟全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議111年第1次臨時會訂於111年12月8日召開，另全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議藥品部分第59次會議訂於111年12月15日召開，爰111年第四次本會議順延二週。
- 五、請各代表預留前述111年會議時間，以利會議順利召開；如遇特殊情事須變更會議日期，本署將儘速通知各代表。

報告事項

第 二 案

報告單位：本署醫務管理組

案由：有關增修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（下稱支付標準）第三部牙醫部分及牙醫門診總額 3 項專款計畫案。

說明：

一、依本署110年11月23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110年第3次（下稱牙醫研商會議）決議辦理。

二、修訂支付標準第三部牙醫：

（一）依 111 年牙醫門診總額協定結果，可增修診療項目之預算來源包括：

1. 協商因素成長率：其他醫療服務利用及密集度之改變-高風險疾病口腔照護405.0百萬元及提升假日就醫可近性147.1百萬元。
2. 高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫專款184百萬元。

（二）增修項目重點：（詳附件 1，詳頁次報 2-4~2-11）

1. 新增「高風險疾病患者牙結石清除-全口」（700 點）診療項目，本項針對高風險疾病患者執行全口牙結石清除之次數，由現行每年至多 2 次提升為 4 次，預估增加 373.8 百萬點。另依 110 年 11 月 23 日牙醫研商會議決議，請牙全會就明訂本項高風險疾病患者操作型定義說明。
2. 新增「高齲齒率患者氟化物治療」（500 點），對牙根齲齒病人增列本項以提供一年 4 次之塗氟，預估增加 184 百萬點，由高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫專款項下支應。
3. 修訂符合牙醫門診加強感染管制實施方案(下稱感管方案)之「山地離島地區」牙科門診診察費申報條件，針對「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」(下稱牙不足方案)至山地離島地區提供巡迴服務，倘符合感管方案，由原申報「一般」感管方案牙科門診診察費（355 點），修訂為申報「山

地離島地區」感管牙科門診診察費(385 點)，預估增加 0.81 百萬點。

4. 通則八「醫院夜間急診案件」特定處置費增列「職災代辦案件」亦得加計 50%。依全民健康保險法第 94 條規定職業災害保險醫療給付業務係勞工保險局委託本署辦理，屬於職業傷病產生之醫療費用由勞工保險局負擔，爰本項不增加支出。

5. 修訂 91001C「牙周病緊急處置」之名稱，及第五章「牙周病統合治療方案」通則二醫師資格比照牙不足方案由「違約記點、扣減費用或停約以上處分」改為「醫師所執業登記之醫事機構二年內未曾涉及受停終約處分」，均為文字修訂，不增加支出。

三、修訂111年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫，重點摘要如下：（詳附件2，詳頁次報2-12～2-33）

(一)修正計畫年度。

(二)新增「先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務」之醫院及醫師資格申請程序，由現行參與院所及醫師之資格無審核機制增列提供本項服務前應向牙全會提出申請並由本署分區業務組核定之規範。

(三)院所及醫師資格比照牙不足方案修訂，由「違約記點、扣減費用或停約以上處分」改為「(醫師所服務之)醫事機構須二年內未曾涉及受停約或終止特約處分」。

(四)配合 110 年新增「0 歲至 6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫」，費用支付及申報規定增列不得申報該計畫醫令之規範。

四、修訂111年全民健康保險牙醫門診總額0歲至6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫，重點摘要如下：（詳附件3，詳頁次報2-34～2-39）

(一)修訂計畫年度。

(二)牙醫師申請資格：由「違約記點、扣減費用或停約以上處分」改為「醫師所服務之醫事機構二年內未曾涉及受停約或終止特約處分」。

(三)退場機制：

1.修訂符合退場條件之醫師，不得再收新案，已收之個案仍需依計畫內容完成相關診療項目，且醫師於退場後完成之個案不納入品質獎勵費用計算。

2.退場邏輯由「申報複診治療次數未達3次之個案數比率 $>33.33\%$ 」修改為「申報複診治療次數達3次之 $<33.33\%$ 」。

五、新增111年度全民健康保險牙醫門診總額12歲至18歲青少年口腔提升照護試辦計畫，重點摘要如下：(詳附件4，詳頁次報2-40～2-42)

(一)預算來源：111年度牙醫門診總額專款「12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」匡列271.5百萬元。

(二)計畫目的：提升全國12-18歲少年牙醫就醫率，以早期發現、早期治療，維護自然牙齒品質，減少齲齒、後期根管治療、拔牙數量增加的觀念，維護青少年口腔健康。

(三)收案條件：12歲以上至未滿19歲經診斷為牙齦炎、齲前白斑、初期齲齒、琺瑯缺損、蛀洞、填補、因齲齒之缺牙者(ICD-10-CM代碼為K02、K05、K03.6、K06.1)。

(四)支付標準：

1.青少年齲齒控制照護處置(300點)：施行牙菌斑偵測、去除維護教導及牙菌斑清除，每90天限申報1次。

2.青少年齲齒氟化物治療(500點)：實施齲前白斑患者氟化物治療，每90天限申報1次。

決定：

第三部 牙醫

通則：

一、醫事服務機構實施牙科診療項目，除本部所表列外，得適用本標準其他章節之項目。

二、牙科治療項目應依循「牙醫門診總額支付制度臨床治療指引」施行。

三、牙科門診分科醫師親自執行轉診個案醫療服務，應依「全民健康保險轉診實施辦法」規定辦理，符合下列規定者，得申報百分之三十加成費用。

(一)醫師資格：符合下列任一資格者得檢附相關資料，提供牙醫總額受託單位彙整後，送保險人分區業務組核定，已核定者次年如繼續符合資格，得繼續沿用：

- 1.具主管機關發給之專科證書或牙髓病科、牙周病科、兒童牙科及牙體復形各分科學會相關專科證明之醫師。
- 2.全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫執行院所之醫師，其轉診範圍限(二)之第 7 項範圍。
- 3.以醫師為單位，前一年度申報轉診範圍各科別醫令費用在十五百分位數(含)以上者，其科別點數或件數占總申報點數或件數百分之六十(含)以上者(牙體復形除外)。本項名單每年依附表 3.3.4 產製。

(二)轉診範圍，限於下列之科別與診療項目：

- 1.牙髓病科：本標準第三章第二節根管治療(除 90004C、90006C、90007C、90088C 外)，及 91009B、92030C~92033C。
- 2.牙周病科：本標準第三章第三節牙周病學(除 91001C、91003C、91004C、91088C 外)，及 92030C~92033C、91021C~91023C。
- 3.口腔顎面外科：本標準第三章第四節口腔顎面外科(除 92001C、92013C、92088C 外)。
- 4.牙體復形科：本標準第三章第一節牙體復形(除 89006C、89088C 外)。
- 5.口腔病理科：92049B、92065B、92073C、92090C、92091C、92095C。
- 6.兒童牙科：十二歲以下執行上述醫令項。
- 7.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，計畫醫師於院所執行轉診醫療則不限科別得轉診加成。

(三)轉診單開立後三個月內應至接受轉診之醫療院所就診，否則無效。

四、「四歲以下嬰幼兒齲齒防治服務」(就醫年月減出生年月等於或小於四十八個月)之處置費(第一章門診診察費除外)加成百分之三十，若同時符合轉診加成者，合計加成百分之六十。

五、「高齡患者根管治療難症處理」：治療七十歲以上(以就醫日期認定)病人申報第三章第二節根管治療之90001C-90003C、90019C、90020C、90015C、90091C-90098C處置治療項目，得加計百分之三十，若同時符合轉診加成者，合計加計百分之六十。

六、醫事服務機構實施牙醫門診診療項目，其申報點數依「相對合理門診點數給付原則」(附表3.3.3)辦理核付。

七、牙周炎病人收取自費規範：

(一)牙周炎病人治療過程中，醫師若因病人病情特殊需要，應向其詳述理由，經病人同意並簽署自費同意書後，除下列項目及本法第五十一條所定不列入本保險給付範圍項目外，不得再自立名目向病人收取自費；本項自費項目之收費標準，應報請地方主管機關核定：

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

(二)違反前項規定者，依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第十三條規定辦理外，並自保險人分區業務組通知日之次月起一年內，不得再申報本部第五章「牙周病統合治療方案」相關費用。

八、地區醫院、區域醫院、醫學中心於夜間(晚上九時至隔日早上九時)限牙醫師申報牙醫急診及職災代辦案件(案件分類為12及B6)之本部第三章第四節口腔顎面外科(92004C、92007B、92008B、92010B、92011B、92014C、92015C、92016C、92020B、92025B、92026B、92037B、92038B、92039B、92040B、92044B、92059C、92064C、92065B、92093B、92096C)及第二部第二章第六節治療處置臉部創傷處理(48022C、48023C、48024C)之處置費，加計百分之五十，屬本保險給付範圍費用由牙醫門診總額支應。若經西醫急診照會牙科，由牙醫師申報上述醫令項目亦加計百分之五十，費用由牙醫門診總額支應。

九、離島地區牙醫基層診所週六、週日及國定假日之牙醫門診案件，申報本部第一章之山地離島地區門診診察費，得加計百分之二十。

第一章 門診診察費

第二節符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費

通則：

- 一、申報本節各項門診診察費者，不得同時申報本章第一節「一般牙科門診診察費」，惟00304C除外。
- 二、牙醫特約醫事服務機構須依「牙醫門診加強感染管制實施方案」申報本節各項目。
- 三、初次申報本節各項目時，須檢附「牙醫院所感染管制SOP作業考評表」備查。

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
	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費					
	1.每位醫師每日門診量在二十人次以下部份 (≤ 20)					
00305C	—處方交付特約藥局調劑	v	v	v	v	355
00306C	—未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	v	355
	2.每位醫師每日門診量超過二十人次部分(>20)					
00307C	—處方交付特約藥局調劑	v	v	v	v	155
00308C	—未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	v	155
	3.山地離島地區 (包含「 全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案 」山地離島地區之門診及巡迴案件)					
00309C	—處方交付特約藥局調劑	v	v	v	v	385
00310C	—未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	v	385
	註：					
	1.處方交付特約藥局調劑或未開處方者，不得申報藥事服務費。					
	2.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。					
	3.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑。					
	4.本項支付點數含護理費 32-43 點。					

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

第三節 牙周病學 Periodontics (91001~91020, 91088-[91090](#), 91104, 91114, ~~91089~~)

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	牙周~~病~~緊急處置 Management of periodontal ~~disease~~ emergencies 註： 1.每月限申報二次，同一象限不得重複申報。 2.申報費用以次為單位。 3.不得與91003C、91004C、91005C、91017C、91103C、91104C、91019C或91089C同時申報。 4.此項不得申請轉診加成。	v	v	v	v	150
91090C	高風險疾病患者牙結石清除-全口 Full mouth scaling for patients at high risk for dental diseases 註： 1.適用高風險疾病患者之牙醫醫療服務申報，每九十天限申報一次。 高風險疾病患者包含： (1) 腦血管疾病患者 (2) 血液透析及腹膜透析患者(洗腎) (3) 使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物患者。 (4) 惡性腫瘤患者。 (5) 不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之肢體障礙、慢性精神病患者或重要器官失去功能者。 2.費用包含牙菌斑偵測及去除維護教導。申報本項後九十天內不得再申報91003C~91005C、91017C、91089C、91103C及91104C。	v	v	v	v	700

第四節 口腔顎面外科 Oral Surgery (92001~92073， 92088-92100，92129-92130，92161，[P7001](#))

第四項 高齲齒率患者氟化物治療

通則：

一、本項經費由 111 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額之「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」專款項目下支應，全年經費為 184 百萬元。預算係按季均分及結算，每點支付金額不高於 1 元。當季預算若有結餘則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。

二、本項醫療費用點數申報格式：

(一) 案件分類：請填報「19(牙醫其他專案)」。

(二) 特定治療項目代號(一)：請填報「○○(高齲齒率患者牙齒保存改善服務試辦計畫)」。

三、計畫施行評估：第一年蒐集下列指標數據，執行滿一年後，該項指標須較前一年增加(以本計畫申報案件計算)：

(一) 申報案件數。

(二) 申報點數。

(三) 就醫人數(以 ID 歸戶)。

(四) 就醫人次。

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
P7001C	<u>高齲齒率患者氟化物治療</u> <u>Topical fluoride application for high caries risk patients</u> <u>註：</u> 1. <u>限同院所已申報過89013C或89113C患者之牙醫醫療服務申報，九十天可申報乙次。</u> 2. <u>本項主要實施高齲齒率患者氟化物治療，並提供衛教資訊(附表3.3.5)並簽名確認，且應隨病歷留存，以供審查。</u> 3. <u>含材料費。</u> 4. <u>申報本項後九十天內不得再申報92051B、92072C及P30002。</u>	Y	Y	Y	Y	500

附表 3.3.5

高齲齒率患者衛教單

前言

針對高齲齒率患者加強口腔照顧處置密度，中老年人、慢性病患者、唾液腺功能不良者、牙肉萎縮者、藥物成癮者及口腔狀況不佳者之根部齲齒好發率較高，根據臨床的觀察與文獻的整理，發現牙根齲齒正是造成自然牙齒在短時間內拔除的主要原因之一，因此，針對根部高齲齒率患者進行每3個月一次塗氟，降低根部齲齒發生率，延長其使用年限，避免快速惡化。

口腔齲齒發生率較高原因：

一、牙齦逐漸萎縮

牙周的附着水平逐漸變低，引起牙與牙之間的縫隙增寬，牙根外露。而牙根區域的齲齒發生率較高。

二、配戴義齒(假牙)

如口腔衛生不好、清潔不佳的話，更容易造成牙根區域的齲齒。

三、因疾病使唾液分泌減少

唾液量不足以提供齲齒的緩衝能力。目前預防蛀牙的方式中，最有效的方式是氟化物的使用。在蛀牙的過程中，*Streptococcus mutans* 會分泌酸性物質使牙齒脫鈣，而高濃度的氟化物可使牙齒再礦化，減少蛀牙。常用的氟化物有含氟量 1000ppm 以上的牙膏，含 0.5% sodium fluoride (NaF) 的漱口水，氟膠與氟漆。其中，含有中性 NaF 5000 ppm 或 acidulated phosphorylated F 12,000 pp 的氟膠與氟漆，在過去研究中發現可有效的預防老年人蛀牙，特別是在牙根區域的齲齒。

處置

針對根部高齲齒率患者進行每3個月一次氟化物治療且定期回診，並配合正確口腔清潔。

病患簽名_____

第五章 牙周病統合治療方案

通則：

一、適用治療對象：為全口牙周炎患者，總齒數至少十六齒（專業認定需拔除者不列入總齒數計算），六(含)顆牙齒以上牙周囊袋深度 $\geq 5\text{mm}$ 。

二、牙醫師申請資格、申請程序及審查程序：

- (一) 一般醫師須接受四學分以上牙周病統合治療方案相關之教育訓練（一學分行政課程；三學分專業課程）。
- (二) 臺灣牙周病醫學會與台灣牙周補綴醫學會專科醫師、一般會員均須接受一學分以上牙周病統合治療方案相關之行政部分教育訓練。
- (三) 醫師~~二年內不得有視同保險醫事服務機構違約記點（屬全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第二十六條第二款者不在此限）或扣減費用、六年內不得有視同保險醫事服務機構停止特約以上之處分。所執業登記之醫療機構二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八至第四十條所列違規情事之一者；~~前述違規期間之認定，~~屬違約記點或扣減費用者以保險人第一次發函日起算，屬停止特約者~~以保險人第一次發函所載停約日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者）。
- (四) 醫師當年合計治療個案數，由保險人於次年八月依病人歸戶統計，經歸戶並排除治療個案數五件以下者，若當年申報 91023C 個案數比率 $<33.33\%$ 者（限同院所，不限同醫師完成），自保險人文到日次年一月起，兩年內不得申報本章診療項目，屆滿須再接受相關教育訓練後，始得提出申請。
- (五) 特約醫療院所應檢附教育訓練學分證明等相關資料，於每月五日前將申請書及有關資料以掛號郵寄至中華民國牙醫師公會全國聯合會（以下稱牙醫全聯會），牙醫全聯會審查後，於每月二十日前將名單函送所轄保險人分區業務組核定，並由所轄保險人分區業務組行文通知相關院所，並副知牙醫全聯會；申請者得於核定之起迄期間執行本方案服務。

三、支付規範：

- (一) 本方案診療項目限經保險人分區業務組核定之醫師申報。
- (二) 若病人曾於最近一年內，在同一特約醫療院所施行並申報 91006C 或 91007C 三次者，不得申報本方案中所列診療項目。
- (三) 執行本方案須至健保資訊網服務系統(VPN)進行牙周病統合治療方案登錄及查詢該病人是否曾接受牙周病統合治療，如一年內未曾收案（以執行 91021C 起算），始得收案執行，未登錄不得申報本方案所列診療項目。VPN 登錄後於次月二十日(含)前，未申報牙周病統合治療第一階段支付(91021C)者，系統將自動刪除 VPN 登錄資料，如欲執行須重新登錄收案。
- (四) 91021C~91023C 治療期間內，或自申報 91021C 起一百八十天內且未完成執行本方案三階段者，不得申報本部第三章第三節牙周病學診療項目(除 91001C、91013C、91019C、91088C 外)。
- (五) 院所申報 91022C 起，一年內不得申報 91006C 至 91008C 之診療項目服務費用。
- (六) 每一個案一年內僅能執行一次牙周病統合治療（以執行 91021C 起算）。
- (七) 本方案屬同一療程分三階段支付，其療程最長為一百八十天，療程中 91021C 至 91023C 各項目僅能申報一次，另申報 91022C 治療日起九十天內，依病情需要施行之牙結石清除治療，不得另行申報 91003C、91004C。

(八) X光片費用另計，治療期間內限申報一次全口X光檢查（限申報 34001C及 34002C）。

四、相關規範：

(一) 醫療服務管控實務如下：

1. 醫管措施

- (1) 執行本方案之醫師每月申報件數以不超過二十件為原則（以 91022C 列計），醫師支援不同院所應合併計算。申報件數超過時，應以立意審查，以確保醫療品質。
 - (2) 符合下列條件者，得提出申請增加每月申報件數，經保險人核定後，始得增加申報件數。
 - A. 專科醫師（臺灣牙周病醫學會或台灣牙周補綴醫學會），或有教學計畫（教學醫院、畢業後一般醫學訓練《post-graduated year, PGY》院所），得提出申請，經保險人核定後，每月 91022C 申報件數不限，隨一般案件抽審。
 - B. 有醫療需求者，於最近兩個月內每月完成 91023C 申報件數達十件以上，得提出申請，經保險人核定後得增加為 91022C 每月三十件（如當年三月提出申請，則以當年一月、二月申報 91023C 之件數核定）。申報件數超過核定數時，採立意審查。
 - (3) 專科醫師、有教學計畫或另有醫療需求者，請於每月五日前將申請表及相關資料以掛號郵寄牙醫全聯會，牙醫全聯會初審後，於每月二十日前將名單函送所轄保險人分區業務組核定，並由保險人分區業務組函復申請醫師，並副知牙醫師全聯會。
- (二) 參加本方案之院所，應提供院所及機構之電話、地址等資訊，置放於保險人全球資訊網網站（<http://www.nhi.gov.tw>）及牙醫全聯會網站（<http://www.cda.org.tw>），俾利民眾查詢就醫。

1101 全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫（草案）

一、依據

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的

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

三、實施期間

1101 年 1 月 1 日至 1101 年 12 月 31 日止。

四、年度執行目標

本計畫以至少達成 170,000 服務人次(含腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者服務 2,000 人次)為執行目標。

五、預算來源

本計畫全年經費為 7.221 億元，其中：

(一) 6.721 億元由 111 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「牙醫特殊醫療服務計畫」專款項目下支應；及當年度該另 0.5 億元由牙醫門診總額地區預算調整方式之移撥款支應。

(二) 本預算按季均分及結算，當季預算若有結餘，則流用至下季。全年預算若有結餘，屬前述移撥款費用，依當年度移撥款之處理方式辦理。

六、先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：

(一) 適用範圍及支付標準詳如【附件 1】，除【附件 1】所列項目外，其餘項目按全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準辦理。

(二) 申請條件：

1. 醫院資格：必須設置有整形外科（或口腔外科）、牙科、耳鼻喉科、精神科、神經外科、眼科及語言治療、社會工作、臨床心理等相關人員之醫院。

2. 醫師資格：口腔顎面外科專科醫師 2 位以上（至少 1 位專任醫師）會同牙科矯正醫師實施。
3. 設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備、心電圖裝置（Monitor，包括血壓、脈搏、呼吸數之監測、血氧濃度 oximeter）。

(三) 每點支付金額 1 元。

(四) 申報及審查規定：

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

(五) 申請程序：

1.參與本計畫提供先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務之院所及醫師，應檢附相關資料向中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下簡稱牙醫全聯會)申請核備，並由牙醫全聯會報送全民健康保險保險人(以下簡稱保險人)各分區業務組核定，異動時相同，申請書格式如附件 1-1。

~~1.~~2.因先天性唇顎裂及顱顏畸形需要齒顎矯正裝置及牙醫醫療服務，應由上述申請醫院向保險人提出事前審查申請，且該個案經保險人分區業務組核定後方可實施本項服務。惟乳牙期及混合牙期僅施行空間維持器者，不須事前審查。

~~2.~~3.審查應檢附下列文件或電子檔案：事前審查申請書、病歷影印本、X 光片、治療計畫（包括整個療程費用及時間），如變更就醫醫院時，則另檢送前就醫醫院無法繼續完成理由、估計仍需繼續治療月份數字資料及申報未完成時程之費用。

~~3.~~4.兒術前鼻型齒槽骨矯正：免事前審查，治療成果(術前術後照片)以抽驗方式審核。

七、特定身心障礙者牙醫醫療服務：

(一) 適用對象須符合下列條件之一：

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

1. 腦性麻痺係以重大傷病卡診斷疾病碼前3碼為343加以認定，餘以主管機關公告之身心障礙類別認定【詳附件2】，符合資格者會於全民健康保險憑證（以下稱健保卡）中重大傷病欄中牙醫特定身心障礙者註記，極重度註記1，重度者2，中度者3，輕度者4，醫師可據以獲知身心障礙類別，如無法查知者，可依病患提供之身心障礙手冊或證明【腦性麻痺可提供重大傷病卡、發展遲緩兒童應檢附由衛生福利部國民健康署(以下稱健康署)委辦之兒童發展聯合評估中心開具之綜合報告書(診斷頁)或辦理聯合評估之醫院開具發展遲緩診斷證明書】提供服務。
2. 失能老人：係指居住於衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人，公立或公設民營之老人福利機構)者(須檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本)，其日常生活活動量表(Activities of Daily Living, ADL) < 60分，或屬衛生福利部社會及家庭署所訂「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」(以下稱失能老人長照補助辦法)之補助對象且為各縣市長期照顧管理中心個案。

(二) 提供牙醫醫療服務類型及申請條件：

**院所牙醫醫療服務，得就以下擇一申請：

1. 初級照護院所

(1)院所資格：

A.設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備。

B.院所 ~~3年內不得有因牙科違約記點~~【屬全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十六條第二款者不在此限】或扣減費用、~~6年內不得有停止特約以上之處分~~須二年內未曾因牙科涉

及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函處分之停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

(2)醫師資格：

- A.自執業執照取得後滿1年以上臨床經驗之醫師。
- B.每位醫師首次加入本計畫，須接受6學分以上身心障礙口腔醫療業務等相關之基礎教育訓練。加入計畫後，每年須再接受4學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關之再進修教育課程（每年再進修課程不得重複，執行居家牙醫醫療之醫師須修習與居家牙醫醫療之相關學分）；本計畫之醫師須累積七年以上且超過30（含）學分後，得繼續執行計畫，惟課程皆須由中華牙醫學會或中華民國牙醫師公會全國聯合會(以下稱牙醫全聯會)認證通過。
- C.醫師 ~~3年內不得有因牙科違約記點【屬全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十六條第二款者不在此限】或扣減費用、6年內不得有停止特約以上之處分~~所服務之醫事機構須二年內未曾因牙科涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八至第四十條所列違規情事之一者。

2.進階照護院所

(1)院所資格：

- A.可施行鎮靜麻醉之醫療院所及提供完備醫療之醫護人員。
- B.設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備、麻醉機、心電圖裝置(Monitor，包括血壓、脈搏、呼吸數之監測、血氧濃度 oximeter)、無障礙空間及設施。
- C.需2位以上具有從事相關工作經驗之醫師。
- D.院所 ~~3年內不得有因牙科違約記點【屬全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十六條第二款者不在此限】或扣減費用、6年內不得有停止特約以上之處分~~須二年內未曾因牙科涉

及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函處分之停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

(2)醫師資格：

- A.2 位以上具有從事相關工作經驗之醫師，負責醫師自執業執照取得後滿 5 年以上之臨床經驗，其他醫師自執業執照取得後滿 1 年以上之臨床經驗。
- B.每位醫師首次加入本計畫，須接受 6 學分以上身心障礙口腔醫療業務之基礎教育訓練。加入計畫後，每年須再接受 4 學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關之再進修教育課程（每年再進修課程不得重複，執行居家牙醫醫療之醫師須修習與居家牙醫醫療之相關學分）；本計畫之醫師須累積七年以上且超過 30（含）學分後，得繼續執行計畫，惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。
- C.醫師 ~~3 年內不得有因牙科違約記點【屬全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十六條第二款者不在此限】或扣減費用、6 年內不得有停止特約以上之處分~~所服務之醫事機構須二年內未曾因牙科涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八至第四十條所列違規情事之一者。

**醫療團牙醫醫療服務

1. 由各縣市牙醫師公會協調或協助至少 2 位以上符合本項計畫資格之醫師組成醫療團，定期至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)，或一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定，含 109 年增設 2 家為限)等單位，其內部須設置固定牙科診間和醫療設備器材（含可正常操作且堪用的診療椅和相關設備、氧

氣、急救藥品等)，方得提供牙醫醫療服務。另上述照護機構、學校等單位內之保險對象名冊，醫療團之主責院所應依特管辦法規定辦理。

2.於社區醫療站提供本項計畫之牙醫醫療服務：於全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案（以下稱牙醫不足改善方案）之社區醫療站，提供符合本項計畫適用對象之牙醫醫療服務。執行本項計畫之社區醫療站應備有急救設備及氧氣設備，並須經牙醫全聯會審核通過。

3.醫事人員前往提供服務前須事先向當地衛生主管機關完成支援報備及報保險人分區業務組備查，醫療費用須帶回執業登記院所申報。

4.醫師資格：

(1)醫療團之醫師，執業登記院所若為已加入本計畫執行者，得優先申請加入醫療團。

(2)自執業執照取得後滿1年以上臨床經驗之醫師。

(3)每位醫師首次加入本計畫，須接受6學分以上身心障礙口腔醫療業務等相關之基礎教育訓練。加入計畫後，每年須再接受4學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關之再進修教育課程（每年再進修課程不得重複）；本計畫之醫師須累積七年以上且超過30（含）學分後，得繼續執行計畫，惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。

(4)醫師 ~~3年內不得有因牙科違約記點【屬全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十六條第二款者不在此限】或扣減費用、6年內不得有停止特約以上之處分~~所服務之醫事機構須二年內未曾因牙科涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八至第四十條所列違規情事之一者。前述違規期間之認定，以保險人第一次發函處分之停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

5.提供「特定需求者」牙醫醫療服務：

(1)服務對象：係指居住於身心障礙福利機構（不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心）或衛生福利部所屬老人福利機構

(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)內，且長期臥床，無法移動至固定診療椅之牙醫醫療服務需求者。

(2) 院所參與資格及服務方式：由各縣市牙醫師公會組成醫療團、醫學中心或參與衛生福利部「特殊需求者牙科醫療服務示範中心獎勵計畫」之醫院、參與本計畫之進階照護院所且符合進階照護院所資格之醫師組成醫療團，至身心障礙福利機構（不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心）、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)，為長期臥床且無法移動至固定診療椅之患者，在患者床邊提供牙醫醫療服務。

(3) 牙醫服務內容及設備：

- A. 基於安全考量，以提供牙周病緊急處理、牙周敷料、牙結石清除、牙周暨齲齒控制基本處置、塗氟、非特定局部治療、特定局部治療、簡單性拔牙及單面蛀牙填補等服務為限，其他治療應轉介到後送之醫療院所進行。
- B. 提供特定需求者牙醫醫療服務之牙科設備，經申請單位評估病患實際情形後攜帶【如：攜帶式洗牙機、攜帶式吸唾機、攜帶式牙科治療設備、有效的急救設備、氧氣設備（含氧氣幫浦、氧氣筒須有節流裝置、氧氣面罩等）、急救藥品、開口器及攜帶式強力抽吸設備、健保卡讀寫卡設備等相關物品】。

(三) 費用支付及申報規定：

1. 給付項目及支付標準：屬論量支付部分，依全民健康保險醫療給付項目及支付標準規定申報。

(1) 加成支付：除麻醉項目外，屬論量計酬之項目得加成申報，即：極重度身心障礙患者得加 9 成、重度患者得加 7 成、中度患者（含發展遲緩兒童）及中度以上精神疾病患者得加 3 成、輕度患者（含失能老人）得加 1 成；另申報牙周病統合治療第一階段、第二階段、第三階段支

付（支付標準編號 91021C、91022C、91023C），不得再依病人身心障礙等級別計算加成費用，其費用由一般服務預算項下支應。

(2)本計畫不得申報 0 歲至 6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫醫令。

~~(2)~~(3)氟化物防齲處理(支付標準編號為 P30002)：執行特定身心障礙者牙醫醫療服務時，得依病情適時給予氟化物防齲處理。每次支付 500 點，每 90 天限申報 1 次，重度以上患者每 60 天得申報 1 次。

~~(3)~~(4)醫療團牙醫服務：

A.得採論次加論量支付方式，由各醫師帶回執業院所申報論量及論次支付點數。

B.論次項目（支付代碼為 P30001）：每小時 2,400 點（內含護理費），每位醫師每診次以 3 小時為限（不含休息、用餐時間），平均每小時至少服務 1 人次，服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者均不得申報該小時費用。

C.社區醫療站牙醫醫療服務：論量部分依本計畫規定申報，並由本計畫預算支應；論次支付標準依牙醫不足改善方案規定申報，並由該方案之專款費用支應，不得重複申報。

D.特定需求者牙醫醫療服務：

a. 得採論次加論量支付方式，論次項目（支付代碼為 P30003），每小時 2,400 點（內含護理費，且不得收取其它自費項目），每位醫師每診次以 3 小時為限（不含休息、用餐時間），平均每小時至少服務 1 人次，服務時間未達 1 小時及每小時未服務 1 人次者均不得申報該小時費用。

b. 每位醫師執行特定需求者牙醫醫療服務及居家牙醫醫療服務(含訪視)，合計每日達 5 人以上，第 5 人起屬本項服務之論量點數按 6 折支付，每日最多 8 人為限，且每月不超過 80 人；每位醫師支援每週不超過 2 日。另每一個案以 2 個月執行 1 次為原則。

2. 費用申報之規定：

(1)申報醫療費用時，案件分類請填 16，牙醫醫療服務特定治療項目代號

(一)填報如下：

A.院所內服務：

非精神疾病者:極重度-FG、重度-FH、中度-FI、輕度-FJ

精神疾病者：重度以上-FC、中度-FD

發展遲緩兒童：FV

腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LF

B.醫療團服務：

非精神疾病者：極重度-FK、重度-FL、中度-FM、輕度-FN

精神疾病者：重度以上-FE、中度-FF

發展遲緩兒童：FX

失能老人：L1

腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LG

C.特定需求者服務：

極重度 FU、重度 FZ

D.社區醫療站服務：

非精神疾病者：極重度-L5、重度-L6、中度-L7、輕度-L8

精神疾病者：重度以上-L9、中度-LA

發展遲緩兒童：LB

腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LH

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

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

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

(3)執行特定身心障礙者牙醫醫療服務時，須登錄健保卡，就醫序號請依

健保卡相關作業規定辦理，另若患者醫療需求需麻醉科醫師支援時，須依相關規定向當地衛生主管機關辦理支援報備，並將相關資料函送保險人分區業務組核定。

(4)醫療團牙醫醫療服務之限制如下：(不適用於特定需求者牙醫醫療服務)

- A.每位醫師支援同一機構每週不超過 2 診次。如有支援不同機構，每週合計不超過 4 診次，每月不超過 16 診次。
- B.每診次申報點數不超過 3 萬點(以加成後論量支付點數計算)，若超過 3 萬點以上者，超過部分不予支付。
- C.至身心障礙福利機構、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)，或一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)等單位，提供牙醫醫療服務之規定：未超過 150 人的單位，每週牙醫排診合計不得超過 3 診次，150 人以上 300 人以下的單位，每週牙醫排診合計不得超過 4 診次，300 人以上的單位，視醫療需求每週合計牙醫排診 5 診次；醫療團因前述各單位人數異動需增加平日排診或特殊例假日排診之診次時，須向牙醫全聯會提出申請，經審核通過後，由保險人各分區業務組另行文通知院所，異動時亦同。(離島地區及特殊醫療需求機構，經全民健康保險牙醫門診總額研商議事會議討論通過者除外。)

(5)本計畫服務量不列入分區管控項目，但仍納入專業審查範圍。

(6)本計畫服務量不納入門診合理量計算。

(四)申請程序：

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

1. 申請為初級照護院所，應檢附下列資料：

(1)申請書格式如【附件 3】。

(2)身心障礙教育訓練之學分證明影本。

(3)牙醫師證書正反面影本一份。

2. 申請為進階照護院所，應檢附下列資料：

(1)申請書格式如【附件 3】。

(2)2 位以上(含負責醫師)醫師個人學經歷等相關資料紙本(身分證字號、學經歷、專長背景及從事相關工作訓練或經驗說明)。

(3)身心障礙者口腔醫療及保健推廣計畫書書面紙本及電子檔各一份，一併提供牙醫全聯會(包括目前執行及未來推廣身心障礙者口腔醫療及保健推廣計畫之執行要點，書寫格式請以 A4 版面，由左而右，由上而下，(標)楷書 14 號字型，橫式書寫)。

(4)身心障礙教育訓練之學分證明影本。

(5)牙醫師證書正反面影本一份。

3. 以醫療團為單位，申請時應檢附下列資料：(含特定需求者牙醫醫療服務)

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

A.縣市牙醫師公會評估表【附件 6】

B.身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)，或一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)等單位之立案證明、同意函、簡介、收容對象名冊、口腔狀況、牙科設備、醫師服務排班表、牙科治療計畫、維護計畫、口腔衛生計畫、經費評估牙醫師證書正反面影本乙份等內容書面紙本和電子檔各乙份。若屬衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)內之個案，應檢附評估量表相關證明文件或診斷證明影本。

(2)每年度結束後 20 日內須繳交醫療團期末報告【附件 8】及醫師個人期

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

(五) 相關規範

1. 每月 5 日前將申請書及學分證明等資料以掛號郵寄至牙醫全聯會。牙醫全聯會審查後，於每月 20 日前將院所及醫療團(含特定需求者)通過名單函送保險人，由保險人分區業務組審理核定後，以公告或行文通知相關院所；申請者得於核定之起迄期間執行本項服務，申請流程圖說明詳如【附件 7】。
2. 醫師名單若有異動，應於每月 5 日前分別以【附件 4】及【附件 5】格式函報牙醫全聯會，再由該會於每月 20 日前彙整送保險人分區業務組，待完成核定程序後，得於核定之起迄期間執行本項服務，另醫事機構代碼、院所名稱、執業登記等如有變更，應函報牙醫全聯會及保險人分區業務組辦理本計畫起迄日期變更作業。
3. 院所或醫療團對患有智能障礙、自閉症及重度以上身心障礙病患提供未經事前審查之全身麻醉案件，應於次月 20 日前將施行之麻醉方式、麻醉時間、麻醉前及術前評估、治療計畫併病歷資料送保險人分區業務組審查。其餘案件仍須依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定申請事前審查。
4. 醫療團執行特定身心障礙牙醫醫療服務時，應注意事項：
 - (1) 醫療團每月 20 日前應檢送次月排班表供牙醫全聯會及保險人分區業務組備查。異動時（包含新增或取消）應於次月 15 日前檢送，並確實完成報備支援程序，當年度累積達 3 次仍未改善者，得暫停當年度計畫執行。
 - (2) 醫療團醫師須依排班表執行服務，服務流程圖詳【附件 9】。
 - (3) 費用申報作業：醫療團醫師每月 20 日前須先至健保資訊網服務系統（VPN）登錄醫療團服務費用明細，傳送資料後列印論次申請表【附

件 10】蓋上院所印信，並檢附日報表【附件 11】併同門診醫療服務點數申報總表正本寄所屬保險人分區業務組，副本送牙醫全聯會備查。未繳交者，經催繳三個月內仍未改善者，得暫停計畫執行。

- (4)醫療團至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)，或一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)等單位提供牙醫醫療服務時，得放寬提供該區區域外身心障礙者前往求醫之服務，符合特定身分者以案件類別 16 填報，不符合者以其他案件類別填報，以擴大服務範圍。
- (5)每一醫療團必須選定一後送醫療院所，後送醫療院所應為本計畫之進階照護院所，該後送院所應於支援看診時段提供所有必要的諮詢及相關協助。
- (6)若支援之機構無法配合支援醫師或醫療相關之看診業務，應先向牙醫全聯會反映。
- (7)就診紀錄【附件 12】應詳實記錄並填寫留存於身障機構等內，另於院所製作實體病歷留存，並依患者身份影印本計畫所須之證明文件，黏貼於病歷首頁，以備查驗。
- (8)一位醫師須搭配至少一位助理或護理人員，提供特定需求者牙醫醫療服務時，一位醫師須搭配至少一位醫護人員。
- (9)至身心障礙福利機構(不含未獲主管機關許可立案為身心障礙福利機構之安養中心)、未設牙科之精神科醫院、特殊教育學校、政府立案收容發展遲緩兒童之機構、衛生福利部所屬老人福利機構(或經衛生福利部社會及家庭署擇定設置口腔診察服務據點之私立財團法人、公立或公設民營之老人福利機構)，或一般護理之家(由衛生福利部護理及健康照護司擇定)等單位時，必須有老師或熟悉該患者狀況的人陪同就診。
- (10)所有侵入性治療應取得院生家屬或監護人之書面同意書，並附在個人病歷及醫療紀錄備查，並謹慎為之。

- (11) 若患者無法於機構中順利完成治療應轉介到後送之醫療院所進行後續治療。
 - (12) 耗材應由看診醫師自備。
 - (13) 治療台之維護、清潔保養及醫療廢棄物由機構妥善處理。
 - (14) 患者所需之牙科治療應由具資格之專業醫師予以判斷，協調院方之輔助人員善盡安撫患者情緒之責任，並依個人能力給予醫師所需之協助。
 - (15) 若遇臨時緊急狀況或危急情形，應立刻和負責的後送醫療院所聯絡，並立即進行緊急醫療及後送程序。
 - (16) 執行全身麻醉時，醫師及場所設備應符合相關法令規定及全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準內容，除牙醫不足改善方案施行地區、山地離島地區之初級照護院所外，其餘地區應於進階照護院所內方得執行。
 - (17) 執行全身麻醉時，應以患者安全為優先考量。每位麻醉醫師每次僅能執行一位患者之麻醉，並搭配至少一位牙醫師執行牙科治療。
 - (18) 配合保險人政策執行健保卡登錄業務，依規定上傳就醫資料入健保卡。若遇特殊狀況無法登錄時，以就醫序號特定代碼「C001」申報；並以例外就醫名冊【附件 13】代替並詳實記載，刷卡設備由醫療院所自行準備。
 - (19) 未遵守本計畫相關規定，且經牙醫全聯會或保險人分區業務組要求改善，第一次通知二個月內未改善或第二次通知一個月內未改善者，得由保險人之分區業務組核定暫停計畫執行。
 - (20) 牙醫全聯會會同保險人分區業務組得於年度計畫執行期間依醫療團之設備、病歷書寫、醫師出席情形、環境等進行實地訪視。
 - (21) 提供醫療團牙醫醫療服務應符合「牙醫巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務感染管制 SOP 作業細則」。
5. 牙醫全聯會應將審核之相關院所及醫師名單函送保險人，由保險人各分區業務組審理核定後，另行文相關院所。惟被停止參加計畫之醫師可向所屬保險人分區業務組提出申復，經保險人分區業務組確認取消處分後，

始得繼續執行本計畫。

6. 首次申請本計畫提供特定身心障礙者牙醫服務之醫師，須接受 6 學分以上身心障礙口腔醫療業務基礎課程。加入計畫後，每年仍須再接受 4 學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關再進修教育課程（每年再進修課程不得重複，執行居家牙醫醫療之醫師須修習與居家牙醫醫療之相關學分），並檢附積分證明後，得於下一年度繼續執行此計畫。本計畫之醫師須累積七年以上且超過 30（含）學分後，得繼續執行此計畫；惟課程皆須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。
7. 參加本計畫之院所及醫療團支援看診之服務單位（如：機構、學校或未設牙科之精神科醫院等），應提供院所及服務單位的電話、地址、看診時間等資訊，置放於保險人全球資訊網網站(<http://www.nhi.gov.tw>)及牙醫全聯會網站(<http://www.cda.org.tw>)，俾利民眾查詢就醫。
8. 醫療團服務院所應將「全民健保牙醫特殊醫療服務」之海報、立牌、直立旗、布條或其他(如看板等)標示物，標示看診地點與時間等，揭示於明顯處。標示製作作業說明請依【附件 14】規定辦理。

八、居家牙醫醫療服務：

（一）醫療服務提供者資格：

1. 醫師資格：須為參加本計畫照護院所之醫師，且已修習居家牙醫醫療相關課程。
2. 特約醫事服務機構所屬牙醫師至病人住家提供牙醫醫療服務，得視為符合醫師法所稱應邀出診，不需經事先報准；其他訪視人員至病人住家提供醫療服務，須依法令規定事前報經當地衛生主管機關核准。

（二）收案條件：限居住於住家（不含照護機構）且符合下列條件之一者。

1. 全民健康保險居家醫療照護整合計畫之居家醫療、重度居家醫療及安寧療護階段之病人，且有明確之牙醫醫療需求。
2. 出院準備及追蹤管理費(02025B)申報病人，且有明確之牙醫醫療需求。
3. 特定身心障礙者，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上，且

有明確之醫療需求。前述特定身心障礙者之障礙類別包含：肢體障礙（限腦性麻痺、腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙、及重度以上肢體障礙）、重度以上視覺障礙、重度以上重要器官失去功能，以及中度以上之植物人、智能障礙、自閉症、精神障礙、失智症、多重障礙（或同時具備二種及二種以上障礙類別）、頑固性（難治型）癲癇、因罕見疾病而致身心功能障礙、染色體異常、其他經主管機關認定之障礙（須為新制評鑑為第 1、4、5、6、7 類者）或發展遲緩兒童等。

4. 「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」之補助對象(以下稱失能老人)，並為各縣市長期照顧管理中心之個案，且因疾病、傷病長期臥床的狀態，清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上，行動困難無法自行至醫療院所就醫之病人。

（三）收案及審核程序：

1. 牙醫師對符合條件之病人首次提供牙醫醫療服務（含訪視）前，應先向牙醫全聯會提出申請【附件 15】，經牙醫全聯會核可後，始得至案家提供牙醫醫療服務。為增進牙醫全聯會審核作業，診所及地區醫院之牙醫師得由各縣市牙醫師公會彙整及安排後，向牙醫全聯會提出申請。
2. 牙醫全聯會於每月 20 日前將核可名單函送保險人分區業務組備查。

（四）照護內容：

1. 基於安全考量，以提供牙周病緊急處理、牙周敷料、牙結石清除、牙周暨齲齒控制基本處置、塗氟、非特定局部治療、特定局部治療、簡單性拔牙及單面蛀牙填補等服務為原則，其他治療建議轉介到後送之醫療院所進行。
2. 提供居家牙醫醫療服務時，應評估病人實際情形後攜帶適當牙科設備。建議如：攜帶式洗牙機、攜帶式吸唾機、攜帶式牙科治療設備、有效的急救設備、氧氣設備（含氧氣幫浦、氧氣筒須有節流裝置、氧氣面罩等）、急救藥品、開口器及攜帶式強力抽吸設備等相關物品。

（五）醫療費用申報、支付及審查原則：

1. 為確保醫療服務合理性，對於收案人數及訪視次數高於同儕之特約醫事

服務機構，必要時得啟動專案審查。

2. 居家牙醫醫療服務抽審時須檢附三年內之「口腔醫療需求評估及治療計畫」【附件 16】。

3. 醫療費用申報：

(1) 特約醫事服務機構執行本計畫之醫療費用應按月申報，並於門診醫療服務點數清單依下列規定填報「案件分類」及「特定治療項目代號」欄位，案件分類 16，特定治療項目代號(一)請依病人類別填報【極重度 FS、重度 FY、中度 L4、發展遲緩兒童 LE、失能老人 L2、居整病人 LC、出院準備 LD、腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙：LJ】。

(2) 申報居家牙醫醫療服務費時，應依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準，以醫令類別「4 不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料」填報醫療服務之編號、數量與點數。

(3) 醫療服務費用須帶回執業登記院所申報。

4. 本計畫服務量不列入門診合理量計算。

5. 本計畫服務量不列入分區管控項目，惟仍納入專業審查範圍。

(六) 給付項目及支付標準：

1. 居家牙醫醫療服務給付項目及支付標準詳【附件 17】。

2. 每位醫師執行特定需求者牙醫醫療服務及居家牙醫醫療服務(含評估訪視)合計每日達 5 人次以上，自第 5 人次起按 6 折支付，每日最多 8 人次為限，且每月以 80 人次為限；每位醫師支援每週不超過 2 日。

(七) 相關規範：

1. 居家牙醫醫療服務流程圖詳【附件 18】。

2. 個案首次接受居家牙醫醫療服務(含訪視)前，牙醫師須檢送申請表【附件 15】至牙醫全聯會，由牙醫全聯會於每月 20 日前將核可名單函送保險人分區業務組備查。個案於首次接受居家牙醫醫療服務(含訪視)後，須於次月 20 日前檢送病人之「口腔醫療需求評估及治療計畫」【附件 16】，正本送所屬保險人分區業務組、副本送牙醫全聯會備查。經催繳三個月內仍未改善者，經保險人分區業務組及牙醫全聯會確認，得暫停執行居

家牙醫醫療服務。

3. 每次訪視應詳實製作病歷或紀錄，且須記錄每次訪視時間（自到達案家起算，至離開案家為止），並請病人或其家屬簽章；另應製作病人之居家牙醫醫療照護紀錄留存於案家。
4. 牙醫師應於院所製作實體病歷留存，且須將病人身份影印本及計畫所須之證明文件，黏貼於病歷首頁，以備查驗。
5. 一位牙醫師需搭配至少一位醫護人員。
6. 牙醫師應於診療期間隨時注意病人之生理及心理狀況。
7. 所有侵入性治療應取得病人家屬或監護人之書面同意書，並附在病人病歷及醫療紀錄備查。
8. 提供牙醫服務時若無法順利完成治療，應將病人轉介到後送醫療院所進行後續治療。
9. 牙醫師應教導家屬為病人清潔口腔之衛教知識。
10. 耗材應由醫療院所自備。
11. 設備之維護、清潔保養及醫療廢棄物由醫療院所依相關法規妥善處理。
12. 提供服務時若遇臨時緊急狀況或危急情形，應立刻和負責的後送醫療院所聯絡，並立即進行緊急醫療及後送程序。
13. 依保險人規定執行健保卡讀、寫卡作業。
14. 未遵守本計畫相關規定，經保險人分區業務組或牙醫全聯會要求改善，第一次通知二個月內未改善或第二次通知一個月內未改善者，保險人分區業務組得核定暫停執行居家牙醫醫療服務。

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

十、保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條規定計收。屬本計畫第八項「居家牙醫醫療服務」之第(二)款「收案條件」第 3 目「特定

身心障礙者」或第 4 目「失能老人」者之居家牙醫醫療服務部分負擔，依牙醫門診基本部分負擔計收。

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

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

【附件 1-1】

先天性唇顎裂及顱顏畸形患者牙醫醫療服務申請書（以院所為單位）

- 一、醫療院所名稱：_____ 代號：_____
- 二、所屬層級別：☐醫學中心 ☐區域醫院 ☐地區醫院
- 三、院所負責醫師姓名：_____ 身份證字號：_____
- 四、院所電話：() _____ 傳真：() _____
- 五、聯絡人姓名：_____ 電話：() _____
- 六、地址：□□□ _____
- 七、醫院設置科別及相關人員：☐整形外科、☐口腔外科、☐牙科、☐耳鼻喉科、
☐精神科、☐神經外科、☐眼科、☐語言治療、☐社會工作、☐臨床心理、
☐其他相關科別及人員：_____
- 八、院內醫師資格：☐口腔顎面外科專科醫師（專任__位、兼任__位）☐牙科矯正醫師
- 九、牙科門診設備：☐急救設備、☐氧氣設備、
☐心電圖裝置（☐Monitor，包括血壓、脈搏、呼吸數之監測、☐血氧濃度 oximeter）、
☐其他設備：_____
- 十、申請醫師（負責醫師如符合申報資格條件，併請填報，欄位不夠可自行增加）

序號	醫師姓名	身分證字號	分科別
<u>1</u>			
<u>2</u>			
<u>3</u>			
<u>4</u>			
<u>5</u>			
<u>6</u>			
<u>7</u>			
<u>8</u>			
<u>9</u>			
<u>10</u>			

*備註：

- 1.寄送地址：10476 台北市復興北路 420 號 10 樓 牙醫全聯會收
- 2.參與本計畫提供先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務之院所及醫師，應檢附相關資料向牙醫全聯會申請核備，並由牙醫全聯會報送健保署各分區業務組核定，異動時相同。

【附件 3】

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

醫師姓名		身份證字號		出生年月	
聯絡方式	電話：() 、手機：				
【申請院所基本資料】					
一、「執業登記」院所名稱（全銜）： <u>1.院所名稱（全銜）：</u> ~~(4)2.醫事機構代號：~~ ~~(4)院所基本資料：~~ <u>3.負責醫師姓名：</u> 身分證字號： ~~2.聯絡方式：~~ <u>4.院所電話：</u> ~~3.聯絡~~ <u>5.院所地址：</u> □□□-□□ ~~(5)6.目前院所能提供身心障礙使用之設備名稱及數量：~~ ~~甲. (1) □有專用椅子 □無專用椅子~~ ~~乙. (2) 牙科門診—急救、氧氣設備(簡述設備內容)：~~ _____ ~~(6)是否曾申請過加入計畫：□有 □無~~					
二、「支援服務」院所~~名稱（全銜）：~~ <u>1.院所名稱（全銜）：</u> ~~(4)2.醫事機構代號：~~ ~~(2)院所所屬層級別：□醫學中心 □區域醫院 □地區醫院 □基層診所（或□同上）~~ ~~(3)3.院所申請類別：□初級 □進階（或□同上）~~ ~~(4)院所基本資料：~~ ~~4.負責醫師姓名：~~ 身分證字號： ~~2.聯絡方式：~~ <u>5.院所電話：</u> ~~3.聯絡~~ <u>6.院所地址：</u> □□□-□□ ~~(5)7.目前院所能提供身心障礙使用之設備名稱及數量：~~ ~~甲. (1) □有專用椅子 □無專用椅子~~ ~~乙. (2) 牙科門診—急救、氧氣設備(簡述設備內容)：~~ _____ ~~(6)是否曾申請過加入計畫：□有（年度：_____） □無~~					

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

- (1)「初級院所」應檢附申請書格式如【附件 3】、身心障礙教育訓練之學分證明影本、牙醫師證書正反面影本一份。每月 5 日前將資料郵寄至牙全會，由牙醫全聯會彙整名單送保險人分區業務組審理核定後，保險人以公告或行文通知院所。
- (2)「進階院所」須事前檢附申請書格式如【附件 3】、身心障礙教育訓練之學分證明影本、牙醫師證書正反面影本一份、2 位以上（含負責醫師）醫師個人學經歷相關資料紙本、設備需求照片或圖片、身心障礙者口腔醫療及保健推廣計畫書書面紙本及電子檔各一份等資料後，待牙全會初審後再請申請院所親自面試。

【附件 4】

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

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

1101年度全民健康保險牙醫門診總額0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫 (草案)

壹、依據：

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的：

本計畫之實施，係針對0-6歲嚴重齲齒兒童納入牙醫醫療體系照護，早期介入治療，給予持續性、周全性、協調性、整合性及可近性的照護，以控制齲齒活性發生機率。實施期間：~~自公告日起~~111年1月1日至1101年12月31日止。

肆、年度執行目標：

本計畫照護人次以達成「嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診治療（P6702C）」12,600服務人次為執行目標。

伍、預算來源：

- （一）1101年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「0-6歲兒童口腔健康照護試辦計畫」專款項目下支應，全年經費為60.0百萬元。
- （二）本計畫預算係按季均分及結算，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。
- （三）倘次年度未有預算來源，本年度收案對象跨年度之診療服務及品質獎勵費用，由次年度牙醫門診總額一般服務預算支應。

陸、收案條件：

- （一）收案對象：符合下列任一條件之未滿六歲兒童者（年齡以本計畫初診診察費（P6701C）之執行日計算）。
 - 1.未滿二歲兒童齲齒顆數大於2顆（含）以上。
 - 2.二歲至未滿四歲兒童齲齒顆數大於3顆（含）以上。
 - 3.四歲至六歲兒童齲齒顆數大於5顆（含）以上。

(二)執行本計畫前，請至健保醫療資訊雲端查詢系統查詢，如病人未曾接受本計畫或6個月內無申報本計畫相關醫令者，始得收案。

柒、牙醫師申請資格及審查程序：

(一) 申請資格：

1. 教育訓練：

(1)一般醫師：須接受本計畫相關之教育訓練至少4學分，其中行政課程1學分；專業課程3學分。

(2)中華民國兒童牙科醫學會之專科醫師或一般會員：須接受本計畫相關行政課程之教育訓練至少1學分。

2. 醫師~~三年內不得有視同保險醫事服務機構違約記點（屬全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第36條第2款者不在此限）或扣減費用、六年內不得有視同保險醫事服務機構停止特約以上之處分。~~
所服務之醫事機構二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函所載停約日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者）。

(二) 申請程序：新加入計畫者，應於每月五日前將申請書(附件一)及相關教育訓練學分證明以掛號郵寄至中華民國牙醫師公會全國聯合會（以下稱牙醫全聯會）。經牙醫全聯會審查後，於每月二十日前將名單函送所轄全民健康保險人(以下稱保險人)分區業務組核定，並由所轄保險人分區業務組行文通知申請者，並副知牙醫全聯會及相關院所；申請者得於核定之起迄期間執行本計畫服務。

(三) 退場機制：保險人於113年10月依111年收治個案進行歸戶統計，符合下列條件之一者，自保險人文到日次年一月起，兩年內不得再收新案，已收之個案仍需依計畫內容完成相關診療項目申報本計畫診療項目；
屆滿時，須再接受相關教育訓練後，始得提出申請。

- 1.申報複診治療次數~~未~~達3次之個案數比率~~>~~ $\leq 33.33\%$ (限同院所，不限同醫師完成)者。
- 2.~~保險人於112年10月依110年收治個案進行歸戶統計，~~完成複診治療次數達3次者，其申報本計畫支付標準「嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診治療」至「嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第三次」項目期間，再發生齲齒填補顆數平均大於2顆(含)以上(自家+他家)者。(計算方式同「九、品質獎勵」。)

捌、給付項目及支付標準：

編號	診療項目	支付點數
P6701C	嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診診察費 註： 1. 本項主要進行初診診察記錄口腔狀況（包含牙齒萌發顆數、牙齦炎、牙周炎及口腔檢查表詳附件二）、齲齒風險評估及口腔衛教。 2. 須檢附基本資料暨接受本計畫口腔健康照護治療確認書(附件三)、齲齒風險評估表(附件四)、幼兒飲食狀況表(附件五)及病歷供審查。 3. 不得同時申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱醫療服務支付標準)第三部牙醫第一章門診診察費。 4. 申報本項後，一年內不得申報01271C、01272C、01273C、00315C、00316C、00317C。	635
P6702C	嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診治療 註： 1. 限九十天內已申報本計畫初診診察費（P6701C）者。 2. 本項須依初診診察「口腔檢查表」紀錄，完成執行全	1,000

編號	診療項目	支付點數
	口齲齒填補（得另外申報醫療服務支付標準第三部牙醫之相關費用）後申報。 3. 本項主要施行牙周暨齲齒控制基本處置、牙菌斑去除照護、氟化物治療，並提供親子衛教資訊(附件六)。 4. 須檢附口腔檢查表(附件二)及病歷供審查。 5. 不得與91014C、91020C、91114C、92051B、92072C、P30002、81、87同時申報，以及九十天內亦不得申報。	
P6703C	嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第一次 註: 1. 本項須於本計畫初診治療（P6702C）後，間隔九十天以上，一百八十天內申報。 2. 本項主要施行牙周暨齲齒控制基本處置、牙菌斑去除照護、氟化物治療，並提供親子衛教資訊(附件六)。 3. 應併同91014C(91114C)、91020C 實施。 4. 須檢附口腔檢查表(附件二)及病歷供審查。 5. 九十天內不得申報91014C、91020C、91114C、92051B、92072C、P30002、81、87。	700
P6704C	嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第二次 註: 1. 本項須於本計畫複診治療-第一次（P6703C）後，間隔九十天以上，一百八十天內申報。 2. 本項主要施行牙周暨齲齒控制基本處置、牙菌斑去除照護、氟化物治療，並提供親子衛教資訊(附件六)。 3. 須檢附口腔檢查表(附件二)及病歷供審查。 4. 不得與91014C、91020C、91114C、92051B、92072C、81、87、P30002同時申報，以及九十天內亦不得申報。	1,000

編號	診療項目	支付點數
P6705C	嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第三次 註： 1. 本項須於本計畫複診治療-第二次（P6704C）後，間隔九十天以上，一百八十天內申報。 2. 本項主要施行牙周暨齲齒控制基本處置、牙菌斑去除照護、氟化物治療，並提供親子衛教資訊(附件六)。 3. 應併同91014C(91114C)、91020C 實施。 4. 須檢附口腔檢查表(附件二)及病歷供審查。 5. 九十天內不得申報91014C、91020C、91114C、92051B、92072C、P30002、81、87。	700

玖、品質獎勵費用：

- (一) 品質獎勵：以接受完整計畫期間（複診治療次數達3次者），再發生齲齒填補顆數計算品質獎勵費，醫師於退場後完成之個案不納入品質獎勵費用計算。
- (二) 核發原則：本項費用按季結算。接受完整計畫期間（複診治療次數達3次者），再發生齲齒填補顆數小於1顆（含）以下（自家+他家），每一個案獎勵費用1,500點。
- (三) 計算方式：
- 再發生齲齒填補顆數=申報「嚴重齲齒兒童口腔健康照護初診治療」至「嚴重齲齒兒童口腔健康照護複診治療-第三次」項目期間，再發生齲齒填補顆數（自家+他家）。

壹拾、醫療費用申報及審查：

- (一) 依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

(二) 本計畫醫療費用點數申報格式：

- 1.案件分類：請填報「19(牙醫其他專案)」。
- 2.特定治療項目代號(一)：請填報「LK(0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫)」。

壹拾壹、計畫施行評估：試辦第一年蒐集下列指標數據，試辦滿一年後，該等指標須較前一年改善(以本計畫申報案件計算)：

(一) 自評指標：

1. 申報案件數。
2. 申報點數。
3. 就醫人數(以 ID 歸戶)。
4. 完成率(以院所歸戶)

(二) 評估指標：兒童接受完整計畫期間，再發生齲齒填補顆數小於1顆(含)以下(自家+他家)。(計算方式同「九、品質獎勵」。)

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

111年度全民健康保險牙醫門診總額12歲至18歲青少年 口腔提升照護試辦計畫（草案）

一、依據：

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的：

藉由本項計畫之實施，提升全國12～18歲少年牙醫就醫率以期早期發現、早期治療、早期介入，以前期維護自然牙齒品質，減少齲齒、後期根管治療、拔牙數量增加的觀念，維護青少年口腔健康。

三、實施期間：自公告日起至111年12月31日止。

四、年度執行目標：

本計畫照護人次以達成「青少年齲齒控制照護處置（P7101C）」900,000服務人次為執行目標。

五、預算來源：

（一）111年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫」專款項目下支應，全年經費為271.5百萬元。

（二）本計畫預算係按季均分及結算，每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。

六、收案條件：

12歲以上至未滿19歲經診斷為牙齦炎、齲前白斑、初期齲齒、琺瑯缺損、蛀洞、填補、因齲齒之缺牙者(ICD-10-CM 代碼為 K02、K05、K03.6、K06.1)。

七、退場機制：

醫師所服務之醫事機構二年內因曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函所載停約日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者），兩年內不得申報本計畫診療項目。

八、給付項目及支付標準：

編號	診療項目	支付點數
P7101C	青少年齲齒控制照護處置 註： 1. 本項主要施行牙菌斑偵測、去除維護教導及牙菌斑清除，且病歷應記載供審查。 2. 可視需要申報診 X 光片(限申報34002C)，費用另計。 3. 每九十天限申報一次。 4. 不得併報91014C。	300
P7102C	青少年齲齒氟化物治療 註： 1. 限診斷為齲前白斑之患者申報。 2. 申報費用時，需附一年內診斷照片(照片費用內含)並病歷記載。 3. 本項主要實施齲前白斑患者氟化物治療。 4. 每九十天限申報一次。 5. 不得併報92072C、92051B、P30002、P7001C。	500

九、申報規定：施行本計畫項目得併同申報診察費，另不得併報全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫費用。

十、醫療費用申報及審查：

(一) 依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

(二) 本計畫醫療費用點數申報格式：

1. 案件分類：請填報「_____」。
2. 特定治療項目代號(一)：請填報「_____ (12-18歲青少年口腔提升照護試辦計畫)」。

十一、計畫施行評估：第一年蒐集下列指標數據，執行滿一年後，該項指標須較前一年增加(以本計畫申報案件計算)：

(一) 自評指標：

1. 申報案件數。
2. 申報點數。
3. 就醫人數(以 ID 歸戶)。
4. 就醫人次。

(二) 評估指標：提升全國12~18歲青少年牙醫就醫率>40%。

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

報告事項

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂中醫支付標準通則及中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫案。

說明：

- 一、依據本署 110 年 8 月 19 日、同年 11 月 18 日召開全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 110 年第 2 次及第 3 次研商議事會議決議辦理。
- 二、修訂中醫支付標準通則五，重點摘要如下：（修訂後支付標準條文如附件 1，頁次報 3-3~3-4）
 - （一）修訂專任醫師申報針灸、傷科及針灸合併傷科合理量文字，由現行「個別專任醫師」或「每位專任醫師」改為「平均每位專任醫師」：現行實務行政作業即係以平均每位專任醫師計算本項合理量，爰修訂通則文字，未增加財務支出。
 - （二）平均每位專任醫師每月看診日平均針灸、傷科及針灸合併傷科治療合計申報量上限，由現行 45 人次調升為 60 人次：以 109 年針傷處置申報件數推估，一年約增加 82.7 百萬點。
 - （三）上述支付標準修訂，推估一年增加 82.7 百萬點，由 111 年中醫門診總額協商因素「提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護」項下預算 500.0 百萬元支應。
- 三、另修訂中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫：（修訂後方案條文如附件 2，頁次報 3-5~3-12）
 - （一）結案條件「未連續照護」之定義，「後次就醫給藥首日減前次就醫給藥末日」由 21 天修訂為 28 天：中華民國中醫師公會全國聯合會說明，本計畫除開立中藥外，另依病人醫療需求執行針灸、中醫護理衛教、營養飲食指導等，故病人未服藥 21 天仍無法認定為「未連續照護」，爰建議延長至

28 天。

(二)以 109 年申報資料推估一年增加 3.0 萬點，由 111 年度本項專款編列預算 21.6 百萬元支應。

四、 本案將依程序報請衛生福利部核定後公告實施。

決定：

第四部 中 醫

附件 1

通則：

一、中醫門診診察費所定點數包括中醫師診療、處方、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本（如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出）。

二、中醫每日門診合理量依下列計算方式分別設定：

(一)經中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格(可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新進中醫師)醫院，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者，得按下列計算方式申報門診診察費：

1.專任醫師每月平均每日門診量＝【當月中醫門診診察費總人次/(當月專任中醫師數*二十三日)】

2.中醫醫療院所專任醫師每月平均每日門診量為五十人(含)以下，申報編號 A82、A83、A41、A84、A85、A42。

3.中醫醫療院所專任醫師每月平均每日門診量超出五十人以上，申報編號 A86、A87、A43、A88、A89、A44。

(二)未符合(一)項之中醫醫療院所，其門診診察費依各中醫醫療院所費用申報當月每位中醫師每日門診量不同分訂不同支付點數。

(三)合併申報醫療費用之醫院，其醫院門診合理量應合併計算。

三、針灸、傷科及針灸合併傷科治療不得同時申報，針灸及傷科如同時治療處置，應申報本部第六章針灸合併傷科治療處置費之診療項目。

四、針灸、傷科需連續治療者，同一療程以六次為限，實施六次限申報一次診察費，並應於病歷載明治療計畫。

五、~~個別~~平均每位專任醫師申報針灸、傷科及針灸合併傷科治療之合理量：

(一)中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科及針灸合併傷科治療合計申報量限~~四十五~~六十人次以內：

1.計算方式：

(1)公式：專任醫師每月看診日平均針灸、傷科及針灸合併傷科治療合計申報量＝當月針灸、傷科及針灸合併傷科治療處置總人次／當月總看診日數。

(2)每月看診日數計算方式：每月實際看診日數超過二十六日者，以二十六日計；位於「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」施行區域、山地離島地區、花蓮縣及臺東縣之院所，每月以實際看診日數計。

2.支付方式：

(1)申報量在三十人次以下部分，按表訂點數支付。

(2)申報量在三十一至~~四十五~~六十人次之部分，未開內服藥之針灸治療(編號D02、D04、D06、D08)、一般傷科治療(編號E02)、針灸合併一般傷科治療(F02、F36、F53)、電針合併一般傷科治療(F19)以九折支付，其餘項目按表定點數支付。

(3)申報量在~~四十六~~六十一人次以上之部分，第四章至第六章各診療項目支付點數以零計。

(二)除前項每看診日平均申報量上限~~四十五~~六十人次以內，另依下列規範第四章針灸治療處置及第六章針灸合併傷科治療處置之每月申報上限：

- 1.其中內含中度複雜性針灸：平均每位專任醫師每月上限為一百人次，包括編號：D05、D06、F35、F36、F37、F38、F39、F40、F41、F42、F43、F44、F45、F46、F47、F48、F49、F50、F51。
- 2.其中內含高度複雜性針灸：平均每位專任醫師每月上限為七十人次，包括編號：D07、D08、F52、F53、F54、F55、F56、F57、F58、F59、F60、F61、F62、F63、F64、F65、F66、F67、F68。
- 3.超過部分改以內含一般針灸醫令計算，包括編號：D01、D02、D03、D04、F01、F02、F04、F05、F07、F08、F10、F11、F13、F14、F16、F17、F18、F19、F21、F22、F24、F25、F27、F28、F30、F31、F33、F34。

六、中醫醫療院所平均每位專任醫師每月申報另開內服藥之針灸、傷科及針灸合併傷科治療處置費上限為一百五十人次，超出一百五十人次部分以五折支付。包括編號：D01、D03、D05、D07、E01、E03、E05、E07、E09、E11、F01、F04、F07、F10、F13、F16、F18、F21、F24、F27、F30、F33、F35、F38、F41、F44、F47、F50、F52、F55、F58、F61、F64、F67。

七、中醫醫療院所專任醫師於產假期間全月未看診，支援醫師得以該全月未看診之專任醫師數，依合理量規定申報該月份門診診察費及針灸、傷科及針灸合併傷科治療處置費，其餘支援醫師依每段合理量之餘額總數，依序補入看診人次。

八、三歲(含)以下兒童之門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫

依 110 年**月**日健保醫字第*****號公告自**年**月**日生效

一、依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、目的

- (一)本計畫針對兒童患有過敏性鼻炎者，藉由具文獻依據之中醫輔助醫療介入措施，期使病患過敏性鼻炎症狀改善且減少其他上、下呼吸道的併發症、改善日常生活能力、提升生活品質。
- (二)透過中醫治療介入，改善過敏性鼻炎兒童的學習情形與生活品質，進而提升學習能力。

三、預算來源

- (一)全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」專款項目下支應。
- (二)若本計畫下一年度未續辦，原當年度收案對象產生計畫內照護費用將自下一年度中醫門診總額一般服務預算中優先支應。

四、收案條件：須同時符合下列條件者，且同一個案同一期間不得重複收案(含同院所及跨院所)。

- (一)5歲(含)至14歲(含)兒童於過敏性鼻炎發作期，經中醫師診斷為鼻鼾(即出現鼻塞、鼻癢、噴嚏、鼻流清涕)為診斷基準，中醫辨證分型屬肺陰虛、肺氣虛、脾氣虛、腎氣虛或肝火熱熾型且主診斷碼為ICD-10：J30.1、J30.2、J30.5、J30.81、J30.89、J30.9者。
- (二)過敏性鼻炎控制評估測試量表【The Rhinitis Control Assessment Test(以下稱RCAT評估量表)】(如附件一)分數小於21(不含)分者。

五、結案條件：符合下列條件之一者，應予結案；結案之個案於一年內不得再被收案(含同院所及跨院所)。

- (一)個案照護滿六個月(以收案日起算滿 195 日)。
- (二)前述照護期間，若有下列情事之一，須結案：
 - 1、未連續照護【「後次就醫給藥首日」減「前次就醫給藥末日」大於~~21~~28(不含)天】者，視為中斷照護。
 - 2、第二次或第三次RCAT評估量表分數較前次分數增加未達3分且總分小於21(不含)分者。

3、收案後35日內未完成後測並登錄健保資訊服務網系統(以下稱VPN)者。

六、申請資格及退場機制

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

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

(三)退場機制：前一年度結案患者之前測量表完成率低於90%且後測量表完成率低於50%者，於保險人通知函到達日之次月一日起，當年度不得承作本計畫。

七、申請程序

中醫門診特約醫事服務機構應檢送申請表(如附件二)，以掛號郵寄、傳真、E-MAIL 等方式向中醫全聯會提出申請，並經向中醫全聯會確認後，方完成申請流程。

八、申請資格審查

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

九、執行方式

(一)醫師應對當次看診病人提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，其中治療療程包括開立內服藥、經穴按摩指導、過敏性鼻炎生活衛教與飲食指導。

(二)個案收案並進行第一次 RCAT 評估量表(前測)後，後續每 28 天應執行一次 RCAT 評估量表，每次評估應間隔 28 天(必要時可延後 7 天，即「前次後測日+28 天」至「前次後測日+35 天」內)。

(三)為避免重複收案，完成第一次 RCAT 評估量表(前測)者，應將個案之基本資料及 RCAT 評估量表資料登錄於 VPN，以完成收案。其餘 RCAT 評估量表資料可於費用申報前登錄於 VPN。

(四)第二次或第三次 RCAT 評估量表分數，若不符合照護效益者【即量表分數較前次分數增加未達 3 分且總分小於 21(不含)分者】，應依本計畫第五點之(二)予以結案，且不得繼續申報本計畫支付標準。

十、支付方式

(一)本計畫之給付項目及支付標準如附件三。

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

十一、醫療費用申報與審查

(一)醫療費用申報

1.門診醫療費用點數申報格式之總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。

2.門診醫療費用點數申報格式點數清單段：

(1)案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。

(2)特定治療項目(一)：請填報「JG(兒童過敏性鼻炎照護計畫)」代碼。

(二)有關醫療費用申報及支付、程序審查、專業審查、事前審查、實地審查及檔案分析，

除另有規定外，按全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法辦理。

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

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

十四、執行報告

執行本計畫之保險醫事服務機構，應於計畫執行結束或年度結束後三十日內，檢送執行報告及實施效益至中醫全聯會，其內容(應含評量表之執行、人數人次之統計及執行檢討建議等)將做為下年度申請資格審查之依據。

十五、本計畫實施成效由中醫全聯會進行評估，於年終向健保會提送年度執行報告，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況及病患療效評估等資料(含登錄於VPN之量表資料分析)。

十六、品質監控指標

(一)指標一：個案接受完整治療療程，自結案日起一年內，因主診斷為過敏性鼻炎之中、西醫門診就醫次數較治療前一年減少之比例。

(二)指標二：個案接受完整治療療程，自結案日起一年內，因過敏性鼻炎問題再使用中
醫玉屏風散、補中益氣湯、八味地黃丸或西醫抗組織胺藥（Antihistamine）之次數、
用藥費用較治療前一年減少之比例。

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

附件一

過敏性鼻炎控制評估測試量表(RCAT) (The Rhinitis Control Assessment Test)

1.過去一週，你鼻塞發作的情形？

未曾	極少	偶爾	經常	非常頻繁
☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1

定義：5 分(過去一週，未曾有鼻塞症狀)

4 分(過去一週，少於三天會有鼻塞症狀)

3 分(過去一週，每天偶爾會有鼻塞症狀)

2 分(過去一週，每天有半天以上會有鼻塞症狀)

1 分(過去一週，每天整天會有鼻塞症狀)

2.過去一週，你打噴嚏的情形？

未曾	極少	偶爾	經常	非常頻繁
☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1

定義：5 分(過去一週，未曾有打噴嚏症狀)

4 分(過去一週，少於三天會有打噴嚏症狀)

3 分(過去一週，每天偶爾會有打噴嚏症狀)

2 分(過去一週，每天有半天以上會有打噴嚏症狀)

1 分(過去一週，每天整天會有打噴嚏症狀)

3.過去一週，你流眼淚(流目油)的情形？

未曾	極少	偶爾	經常	非常頻繁
☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1

定義：5 分(過去一週，未曾有流眼淚(流目油)症狀)

4 分(過去一週，少於三天會有流眼淚(流目油)症狀)

3 分(過去一週，每天偶爾會有流眼淚(流目油)症狀)

2 分(過去一週，每天有半天以上會有流眼淚(流目油)症狀)

1 分(過去一週，每天整天會有流眼淚(流目油)症狀)

4.過去一週，你因鼻過敏或其他過敏症狀而影響睡眠的情形？

未曾	極少	偶爾	經常	非常頻繁
☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1

定義：5 分(過去一週，未曾因鼻過敏或其他過敏症狀影響睡眠)

4 分(過去一週，有 1-2 天因鼻過敏或其他過敏症狀影響睡眠)

3 分(過去一週，有 3-4 天因鼻過敏或其他過敏症狀影響睡眠)

2 分(過去一週，有 5-6 天因鼻過敏或其他過敏症狀影響睡眠)

1 分(過去一週，有 7 天因鼻過敏或其他過敏症狀影響睡眠)

5.過去一週，你因鼻過敏或其他過敏症狀而取消活動(例如：取消拜訪有貓、狗、花園等過敏原場所)。

未曾	極少	偶爾	經常	非常頻繁
☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1

定義：5 分(過去一週，未曾因鼻過敏或其他過敏症狀取消活動)

4 分(過去一週，有 1-2 天因鼻過敏或其他過敏症狀取消活動)

3 分(過去一週，有 3-4 天因鼻過敏或其他過敏症狀取消活動)

2 分(過去一週，有 5-6 天因鼻過敏或其他過敏症狀取消活動)

1 分(過去一週，有 7 天因鼻過敏或其他過敏症狀取消活動)

6.過去一週，你鼻過敏或其他過敏症狀控制的情形？

完全控制	控制良好	稍有控制	很少控制	完全沒有控制
☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1

定義：5 分(過去一週，未曾有鼻過敏或其他過敏症狀)

4 分(過去一週，少於三天會有鼻過敏或其他過敏症狀)

3 分(過去一週，每天偶爾會有鼻過敏或其他過敏症狀)

2 分(過去一週，每天有半天以上會有鼻過敏或其他過敏症狀)

1 分(過去一週，每天整天會有鼻過敏或其他過敏症狀)

註：幼兒可由父母協助回答。

附件二

全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫申請表

申請日期： 年 月 日

基 本 資 料	院 所 名 稱		院 所 代 碼		
	本計畫負責醫師姓名		身 分 證 字 號		
	本計畫負責醫師學經歷		聯 絡 電 話		
	E-mail：				
	醫 師 姓 名	身 分 證 字 號	中醫師證書字號	中醫執業年資	受訓課程日期
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
保險醫事服務機構自評項目			請 V 選		備註
院所是否二年內未違反健保相關法規			☐ 未違反 ☐ 違反		
醫師是否二年內未違反健保相關法規			☐ 未違反 ☐ 違反		
機 構 章 戳					

(本欄位由中醫全聯會填寫)	中醫師公會審核意見 1 ☐ 審核通過。 2 ☐ 不符合規定。 3 ☐ 資料不全，請於 月 日內補齊。 4 ☐ 其他，
	審核委員： _____ 審核日期： ____年 __月 __日

附件三

全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 給付項目及支付標準

通則：

- 一、 本計畫除管理照護費(編號：P58005)外，診察費、藥費、藥品調劑費、針灸及傷科處置費依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫所列之下列項目申報：
 - (一) 門診診察費：A82、A84、A01、A02
 - (二) 藥費：A21
 - (三) 藥品調劑費：A31、A32
 - (四) 一般針灸：D01、D02
 - (五) 一般傷科：E01、E02
- 二、 本計畫申報時不併入該院所原門診合理量計算，且針灸及傷科診療項目得同時申報。
- 三、 保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。
- 四、 同院所同個案於本計畫收案期間，屬本計畫收案條件之主診斷不得另以一般案件申報。

全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 支付標準表

編號	診療項目	支付點數
P58005	管理照護費 註： 本項包含中醫護理衛教、營養飲食指導及經穴按摩指導，各項目皆須執行並於病歷詳細記載，方可申報費用。	200

報告事項

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：新增修訂轉診支付標準之同體系院所名單案。

說明：

有關本署各分區業務組建議增修轉診支付標準之同體系院所名單分述如下：

一、變更機構名稱（附件 1，頁次報 4-3~4-5）：壠新醫院、桃新醫院及壠新醫院桃園國際機場醫療中心等 3 家院所變更機構名稱、無涉機構代碼變更，變更後名稱分別為聯新國際醫院(1532100049)、聯新國際醫院桃新分院(1532010120)及聯新國際醫院桃園國際機場醫療中心(3432060513)。

二、涉及變更機構代號（附件 2，頁次報 4-6）：

（一）計 8 家院所變更：秀傳醫院、國新診所、天主教靈醫會醫療財團法人礁溪杏和醫院、地利診所、惠和醫院、澄清復健醫院、東元醫療社團法人東元綜合醫院及東原醫療社團法人艾微笑診所。

（二）經查上述院所於機構代碼變更後，皆仍符合同體系之判斷依據，如網站宣稱屬同一醫療體系、同法人等。

三、刪除歇業機構（附件 3，頁次報 4-7）：臺北市立聯合醫院附設萬華中醫門診部(2101191077)等 9 家院所。

四、新增 5 家院所：

（一）網站宣稱屬同一醫療體系：

1. 蕭中正體系新增「泰安醫院附設溫馨居家護理所(7401101583)」
（附件 4，頁次報 4-8）。

2. 大千體系新增「大川診所(3535012520)」
（附件 5，頁次報 4-9）。

（二）同法人：新增「醫療財團法人臺灣區煤礦業基金會臺灣礦工醫院(1411030013)」及「醫療財團法人臺灣區煤礦業基金會礦工基

隆診所 (3511010480)」，且診所可由醫院官網聯結進行網路掛號。

(三)委託經營：榮總體系新增「清華大學附設診所(委託台北榮民總醫院新竹分院經營)(2412010534)」。

五、按本次提案修訂同體系院所名單如附件 6(頁次報 4-10~4-19)，將依程序公開至本署全球資訊網。

決定：

院所明細查詢

醫事機構代碼	1532100049	醫療品質	(請按這裡)
醫事機構名稱	聯新國際醫院	每日病床 使用情形 網址	(請按這裡)
醫事機構種類		電話	03-4941234
地址	桃園市平鎮區廣泰路77號、延平路二段430巷115號	急救責任 醫院分級	中度級
分區業務組	北區業務組	特約類別	區域醫院
垂直整合策略聯盟 / 主責醫事機構	里仁專案(國泰醫院)/國泰醫療財團法人國泰綜合醫院 臺北榮總與社區診所雙向轉診團隊/臺北榮民總醫院 北慈合心醫療照護團隊/佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院 聯新國際醫院雁行團隊/聯新國際醫院 彰化基督教醫院合作聯盟/彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院		

附件 1

回到頂端

院所明細查詢

醫事機構代碼	1532010120	醫療品質	(請按這裡)
醫事機構名稱	聯新國際醫院桃新分院	每日病床使用情形網址	(請按這裡)
醫事機構種類		電話	03-3325678
地址	桃園市桃園區復興路195號；桃園市南海街7號	急救責任醫院分級	-
分區業務組	北區業務組	特約類別	地區醫院
垂直整合策略聯盟 / 主責醫事機構	臺北榮總與社區診所雙向轉診團隊 / 臺北榮民總醫院 聯新國際醫院雁行團隊 / 聯新國際醫院 林口長庚紀念醫院雁行團隊 / 長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院 聖保祿醫院雁行團隊 / 沙爾德聖保祿修女會醫療財團法人聖保祿醫院		
服務項目	回到頂端		

院所明細查詢

醫事機構代碼	3432060513	醫療品質	(請按這裡)
醫事機構名稱	聯新國際醫院桃園國際機場醫療中心	每日病床使用情形網址	
醫事機構種類		電話	03-3983456
地址	桃園市大園區航站南路9號1樓、3樓與15號B1樓、3樓	急救責任醫院分級	
分區業務組	北區業務組	特約類別	診所
垂直整合策略聯盟 / 主責醫事機構	臺北榮總與社區診所雙向轉診團隊 / 臺北榮民總醫院 聯新國際醫院雁行團隊 / 聯新國際醫院		
服務項目	門診診療、成人預防保健		
診療科別	家醫科	終止合約或歇業日期	回到頂端

同體系院所變更名稱或機構代號

序號	分區	機構名稱 (現行代號)	原名稱 (原代號)	體系 (原由)
1	臺北	秀傳醫院 (1501021219)	台北秀傳 (1501021193)	秀傳體系 (網站宣稱)
2	臺北	天主教靈醫會醫療財團 法人礁溪杏和醫院 (1134050026)	杏和醫院 (1534050024)	羅東聖母體系 (同法人)
3	北區	東元醫療社團法人東元 綜合醫院 (0933050018)	東元綜合醫院 (1533050039)	東元體系 (同法人)
4	北區	東元醫療社團法人艾微 芙診所 (4133050016)	艾微笑診所 (3533052311)	東元體系 (同法人)
5	中區	惠和醫院 (1538031114)	中國醫草屯分院 (1338030015)	中國醫體系 (網站宣稱)
6	中區	地利診所 (3538121366)	中國醫藥大學附 設醫院地利村門 診部 (3338120516)	中國醫體系
7	中區	澄清復健醫院 (1503270014)	澄清復建醫院(台 中市北屯區) (1503290016)	澄清體系 (網站宣稱)
8	高屏	國新診所 (3543014663)	國新診所 (3543014529)	國仁體系 (網站宣稱)

同體系院所已歇業

序號	分區	機構名稱	機構代號	歇業日期
1	臺北	臺北市立聯合醫院附設萬華中醫門診部	2101191077	110/09/01
2	臺北	佑林醫院	1531041292	104/10/07
3	臺北	昕新診所	3501154573	110/04/07
4	北區	臺大竹東	0433030016	109/12/31
5	北區	懷寧內科診所	3532027047	108/11/17
6	北區	大川醫院	1535010122	109/12/31
7	中區	員生醫院	1537051292	110/09/27
8	中區	里澄診所	3536201405	110/07/02
9	南區	財團法人台灣省私立台南仁愛之家附設成功診所	3121041024	108/12/16



蕭中正醫療體系
Hsiao Chung-Cheng Healthcare Group

[教育訓練](#)
[人才招募](#)
[員工專區](#)

[facebook](#)
[f](#)
[g+](#)

[新聞集錦](#)
[關於我們](#)
[科別介紹](#)
[網路掛號](#)
[就醫服務](#)
[健康檢查](#)
[教學與研究](#)
[聯絡我們](#)

居家護理所

> [泰安醫院附設溫馨居家護理所](#)

我們的理念與特色~以人性化，全方位照護，提供居家護理案專業醫護服務~

※以病人為中心提供出院後連續性，完整性之居家護理服務
 ※以人性化關懷照護，使病人能享受家人的溫情與照顧
 ※以『主動醫療服務模式』提供醫療，護理，社工關懷，營養師諮詢，復健師等服務，如『專業人員出診』，『愛心醫療到家服務』，協助民眾解決就醫不便之問題。

★服務對象~

有明確醫療需求、因失能或疾病特性致外出就醫不便

獨居

低收入戶

身心障礙

相關連結 Quick Links

[網路掛號](#)

[新福星診所](#)

[清福診所](#)

[祝三實業](#)

[清福醫院](#)

[感染管制專區](#)

居家護理所

蕭中正醫院附設居家護理所
 清福醫院附設居家護理所
 泰安醫院附設溫馨居家護理所
 > [衛教單張專區](#)

[衛生福利部](#)



全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準轉診支付項目 (01034B-01038C)之同體系院所名單

110 年 12 月 X 日更新

體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
1	1	部立醫院體系	0132010014	衛生福利部桃園醫院	
	2		0142030019	衛生福利部旗山醫院	
	3		0138010027	衛生福利部南投醫院	
	4		0122020517	衛生福利部嘉義醫院	
	5		0132110519	衛生福利部桃園醫院新屋分院	
	6		0131060029	衛生福利部臺北醫院	
	7		0143010011	衛生福利部屏東醫院	
	8		0132010023	衛生福利部桃園療養院	
	9		0144010015	衛生福利部澎湖醫院	
	10		0131060010	衛生福利部樂生療養院	
	11		0138030010	衛生福利部草屯療養院	
	12		0137170515	衛生福利部彰化醫院	
	13		0145030020	衛生福利部玉里醫院	
	14		0136010010	衛生福利部豐原醫院	
	15		0141010013	衛生福利部新營醫院	
	16		0117030010	衛生福利部臺中醫院	
	17		0143040019	衛生福利部恆春旅遊醫院	
	18		0135010016	衛生福利部苗栗醫院	
	19		0140010028	衛生福利部朴子醫院	
	20		0141270028	衛生福利部嘉南療養院	
	21		0141270019	衛生福利部胸腔病院	
	22		0131230012	衛生福利部八里療養院	
	23		0111070010	衛生福利部基隆醫院	
	24		0145080011	衛生福利部花蓮醫院豐濱原住民 分院	
	25		0146020537	衛生福利部臺東醫院成功分院	
	26		0145010019	衛生福利部花蓮醫院	
	27		0190030516	衛生福利部金門醫院	
	28		0146010013	衛生福利部臺東醫院	
	29		0121050011	衛生福利部臺南醫院	
	30		0141060513	衛生福利部臺南醫院新化分院	
2	31	長庚體系	1111060015	基隆長庚紀念醫院暨情人湖院區	
	32		1101010012	台北長庚紀念醫院	
	33		1132070011	林口長庚紀念醫院	
	34		1132071036	桃園長庚紀念醫院	
	35		1139130010	雲林長庚紀念醫院	
	36		1140010510	嘉義長庚紀念醫院	
	37		1142100017	高雄長庚紀念醫院	
	38		1142010518	高雄市立鳳山醫院	
			1132010024	聖保祿醫院	108.3.14 共擬會議 決議刪除
3	39	慈濟體系	1145010010	花蓮慈濟醫院	
	40		1145030012	玉里慈濟醫院	
	41		1146030516	關山慈濟醫院	

體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
	42		1140030012	大林慈濟醫院	
	43		1131050515	臺北慈濟醫院	
	44		1136090519	臺中慈濟醫院	
	45		1139010013	斗六慈濟醫院	108.6.13 共擬會議 決議新增
	46		4022020019	嘉義慈濟診所	109.9.10 共擬會議 決議新增
4	47	彰基體系	1137010024	彰基總院	
	48		1137010024	彰基中華路院區	
	49		1137080017	彰基二林醫	
	50		1137020520	彰基鹿基醫	
	51		1139040011	雲基醫院	
	52		1137050019	彰基員林基	
	53		1137010042	彰基兒童醫	
			~~0938030016~~	~~佑民醫療社團法人佑民醫院~~	108.3.14 共擬會議 決議刪除
	54		~~1538010026~~ 1138010019	~~南基醫院~~ 彰化基督教醫療財團法人南投基 督教醫院	108.10.1 變更院所 醫事機構代號及名 稱
			~~1537051247~~	~~員生醫院~~	歇業
					108.6.13 共擬會議 決議新增
	55		~~1537010111~~ 1137010051	~~漢銘醫院~~ 彰化基督教醫療財團法人漢銘基 督教醫院	108.9.1 變更院所 醫事機構代號及名 稱
5	56	高醫體系	1302050014	高雄醫學大學附設中和紀念醫院	
	57		1102110011	市立小港醫院	
	58		0102070020	市立大同醫院	
	59		1307370011	市立旗津醫院	
6	60	榮總體系	0601160016	臺北榮總	
	61		0602030026	高雄榮總	
	62		0617060018	台中榮總	
	63		0622020017	中榮嘉義	
	64		0632010014	北榮桃園	
	65		0633030010	北榮新竹	
	66		0634030014	蘇澳榮民醫	
	67		0634070018	員山榮民醫	隸屬退輔會
	68		0638020014	榮總埔里分	
	69		0640140012	中榮灣橋	
	70		0641310018	高榮台南	
	71		0643130018	高榮屏東分	
	72		0645020015	北榮鳳林	
	73		0645030011	北榮玉里	
	74		0646010013	北榮台東	
	75		0701160518	關渡醫院	委託經營
	76		<u>2412010534</u>	<u>清華大學附設診所(委託台北榮民 總醫院新竹分院經營)</u>	<u>委託經營</u>
		<u>員榮體系</u>	<u>0937050014</u> <u>1537051292</u>	<u>員榮醫院</u> <u>員生醫院</u>	<u>歇業</u>

體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
7	77	北醫體系	1301170017	台北醫學大	
	78		1301200010	萬芳醫院	委託經營
	79		1331040513	雙和醫院	委託經營
8		秀傳體系	~~1501021193~~	~~台北秀傳~~	<u>變更醫院代號</u>
	80		<u>1501021219</u>	<u>秀傳醫院</u>	<u>110.12.09 共擬會議決議新增</u>
	81		0937010019	彰化秀傳	
	82		1137020511	彰濱秀傳	
			~~1538041101~~	~~竹山秀傳~~	108.3.14 共擬會議決議刪除
			~~0221010019~~	~~台南市立醫院~~	106.7.31 歇業
	83		0942020019	高雄市立岡山醫院	
			~~1537070028~~	~~田中仁和醫院~~	108.3.14 共擬會議決議刪除
			~~1537050071~~	~~員林何醫院~~	108.3.14 共擬會議決議刪除
	84		0905320023	台南市立醫院	106.8.1 起委託經營
9	85	馬偕體系	1101100011	台北馬偕	
	86		1131100010	淡水馬偕	
	87		1101100020	馬偕兒童醫院	
	88		1112010519	新竹馬偕	
	89		1146010014	台東馬偕	
10	90	國泰體系	1101020018	國泰醫院	
	91		1131110516	汐止國泰	
	92		1112010528	新竹國泰	
	93		4001110018	國泰醫療財團法人內湖國泰診所	108.6.13 共擬會議決議新增
	94		3512042753	民安診所	108.6.13 共擬會議決議新增
	95		3501029780	敦平診所	109.9.10 共擬會議決議新增
	96		3501029771	富霖診所	109.9.10 共擬會議決議新增
	97		3501113358	瑞成診所	109.9.10 共擬會議決議新增
	98		3501113367	瑞健診所	109.9.10 共擬會議決議新增
	99		3505340342	國泰功醫診所	109.9.10 共擬會議決議新增
11	100	奇美體系	1141310019	奇美醫院	
	101		1141090512	奇美柳營	
			~~1121020014~~	~~奇美分院~~	108.1.1 整併為奇美樹林院區
	102		1105050012	奇美佳里	
12	103	台大體系	0401180014	台大醫院	
	104		0401180023	台大兒醫	
	105		0431270012	台大金山	
	106		0439010518	台大雲林	

體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
			~~0433030016~~	~~臺大竹東~~	<u>歇業</u>
	107		0412040012	臺大新竹	
	108		0401190010	台大北護	
	109		0401020013	國立臺灣大學醫學院附設癌醫中心醫院	108.6.13 共擬會議決議新增
	110		0433050018	新竹生醫園區分院	109.6.11 共擬會議決議新增
13	111	義大體系	1107120017	義大癌症治療醫院	
	112		1107320017	義大大昌醫院	
	113		1142120001	義大醫院	
14	114	中國醫體系	1317050017	中國醫	
	115		1305370013	台南市立安南醫院	委託經營
	116		1301110511	中國醫台北	
	117		1303260014	中國兒童醫院	
	118		1317020519	中國台中東區分院	
	119		1336010015	中國豐原分院	
			~~1338030015~~	~~中國醫草屯分院~~	<u>變更院所代號及名稱</u>
	120		<u>1538031114</u>	<u>惠和醫院</u>	<u>110.12.09 共擬會議決議新增</u>
	121		1339060017	中國醫藥大學北港附設醫院	
	122		1536040535	陽光精神科醫院	
	123		0717070516	法務部矯正署臺中監獄附設培德醫院	
			~~1303180011~~	~~亞洲大學附屬醫院~~	108.3.14 共擬會議決議刪除
	124		1333050017	中國醫藥大學新竹附設醫院	108.6.13 共擬會議決議新增
	125		3503100091	中部科學工業園區員工診所	108.6.13 共擬會議決議新增
			~~3338120516~~	~~中國醫藥大學附設醫院地利村門診部~~	~~108.6.13 共擬會議決議新增~~
	126		<u>3538121366</u>	<u>地利診所</u>	<u>變更院所代號及名稱</u> <u>110.12.09 共擬會議決議新增</u>
15	127	國軍體系	0501110514	三軍總醫院	
	128		0544010031	三軍總醫院澎湖分院附設民眾診療服務處	
	129		0501010019	三軍總醫院松山分院附設民眾診療服務處	
	130		0501160014	三軍總醫院北投分院附設民眾診療服務處	
	131		0511040010	三軍總醫院附設基隆民眾診療服務處	
	132		0532090029	國軍桃園總醫院附設民眾診療服務處	
	133		0512040014	國軍新竹地區醫院附設民眾診療服務處	

體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
	134		0536190011	國軍台中總醫院附設民眾診療服務處	
	135		0517050010	國軍台中總醫院中清分院	
	136		0502080015	國軍高雄總醫院附設民眾診療服務處	
	137		0502030015	國軍高雄總醫院左營分院	
	138		0542020011	國軍高雄總醫院岡山分院	
	139		0543010019	國軍高雄總醫院附設屏東民眾診療服務處	
	140		0545040515	國軍花蓮總醫院附設民眾診療服務處	
	141		2503150018	成功嶺診所	108.6.13 共擬會議決議新增
	142		2502090013	國軍高雄門診中心附設民眾診療服務處	108.6.13 共擬會議決議新增
	143		2501180018	國軍台北門診中心附設民眾診療服務處	110.3.11 共擬會議決議新增
16	144	敏盛體系	1532011154	敏盛綜合醫院(含三民院區)	
	145		1532061065	大園敏盛醫院(桃園縣大園鄉)	
	146		1532091081	龍潭敏盛醫院(桃園縣龍潭鄉)	
	147		1501201020	景美醫院	
	148		1531060180	新泰綜合醫院	
	149		3512013681	新竹科學工業園區員工診所	108.6.13 共擬會議決議新增
17	150	澄清體系	1517011112	澄清綜合醫院(台中市西區)	
	151		1517061032	澄清綜合醫院中港分院(台中市西屯區)	
			~~1503290016~~	~~澄清復健醫院(台中市北屯區)~~	<u>變更院所代號及名稱</u>
	152		<u>1503270014</u>	<u>澄清復健醫院</u>	<u>110.12.09 共擬會議決議新增</u>
	153		1503200012	霧峰澄清醫院(台中市大里區)	
	154		1536181139	本堂澄清醫院(台中市霧峰區)	
	155		1503190039	新太平澄清醫院(台中市太平區)	
	156		1536151042	烏日澄清醫院(台中市烏日區)	
			~~3536201405~~	~~里澄診所~~	~~108.6.13 共擬會議決議新增~~ <u>歇業</u>
18	157	成大體系	0421040011	成大醫院	
	158		0439010527	成大斗六分院	
19	159	北市聯醫體系	0101090517	臺北市立聯合醫院仁愛院區	
	160		0101090517	臺北市立聯合醫院陽明院區	
	161		0101090517	臺北市立聯合醫院和平婦幼院區	
	162		0101090517	臺北市立聯合醫院中興院區	
	163		0101090517	臺北市立聯合醫院忠孝院區	
	164		0101090517	臺北市立聯合醫院松德院區	
	165		0101090517	臺北市立聯合醫院林森中醫昆明院區	
	166		2101010013	臺北市立聯合醫院附設松山門診部	110.7.29 共擬會議決議新增

體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
	167		2101020019	臺北市立聯合醫院附設大安門診部	110.7.29 共擬會議 決議新增
	168		2101100227	臺北市立聯合醫院附設中山門診部	110.7.29 共擬會議 決議新增
	169		2101110027	臺北市立聯合醫院附設內湖門診部	110.7.29 共擬會議 決議新增
	170		2101120014	臺北市立聯合醫院附設南港門診部	110.7.29 共擬會議 決議新增
	171		2101151037	臺北市立聯合醫院附設士林中醫門診部	110.7.29 共擬會議 決議新增
	172		2101161033	臺北市立聯合醫院附設北投門診部	110.7.29 共擬會議 決議新增
	173		2101180038	臺北市立聯合醫院附設中正門診部	110.7.29 共擬會議 決議新增
	174		2101191068	臺北市立聯合醫院附設萬華門診部	110.7.29 共擬會議 決議新增
			~~2101191077~~	~~臺北市立聯合醫院附設萬華中醫門診部~~	~~110.7.29 共擬會議 決議新增~~ 歇業
	175		2101090011	臺北市立聯合醫院附設大同門診部	110.7.29 共擬會議 決議新增
	176		2101170050	臺北市立聯合醫院附設信義門診部	110.7.29 共擬會議 決議新增
	177		2101200017	臺北市立聯合醫院附設政大門診部	110.7.29 共擬會議 決議新增
20	178	高市聯醫體系	0102020011	高雄市立聯合醫院	
	179		0802070015	高雄市立中醫醫院	
	180		0102080026	高雄市立凱旋醫院	
	181		0102080017	高雄市立民生醫院	
21	182	中山體系	1317040011	中山醫學大學附設醫院	
	183		1317040011	中山醫學大學附設醫院文心院區	
	184		1317040039	中山醫學大學附設醫院中興分院	
22	185	天主教體系	1231050017	耕莘醫院(含安康院區)	
			~~1139030015~~	~~若瑟醫院~~	108.3.14 共擬會議 決議刪除
	186		1133060019	湖口仁慈	
	187		1231030015	永和耕莘	
23	188	門諾體系	1145010038	門諾醫院	
	189		1145060029	門諾壽豐分	
24	190	仁愛體系	1117010019	仁愛醫療財團法人台中仁愛醫院	
	191		1136200015	仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院	
25	192	新樓體系	1121010018	台灣基督長老教會新樓醫療財團法人台南新樓醫院	
	193		1105040016	台灣基督長老教會新樓醫療財團法人麻豆新樓醫院	
	194		4005370010	台灣基督長老教會新樓醫療財團法人新樓安南診所	
26	195	中英體系	0931010016	中英醫療社團法人中英醫院	
	196		0931010025	中英醫療社團法人板英醫院	
	197		1531031278	永和復康醫院	
			~~1531041292~~	~~佑林醫院~~	歇業
	198		1531041390	怡和醫院	
	199		1536200022	達明眼科醫院	

體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
	200		1507320015	新高醫院	
	201		1507010014	新高鳳醫院	
	202		0901180023	郵政醫院	
	203		1532021365	華揚醫院	
	204		1507360019	瑞祥醫院	
	205		1532011163	德仁醫院	
	206		0941010019	新興醫院	
27	207	李綜合體系	1503030010	順安醫院	
	208		1503030047	美德醫院	
	209		0935020027	李綜合醫療社團法人苑裡李綜合醫院	
	210		0936030018	李綜合醫療社團法人大甲李綜合醫院	
	211		3535031490	仁泰診所	108.6.13 共擬會議 決議新增
28	212	光田體系	0936050029	光田醫療社團法人光田綜合醫院	
	213		0936050029	光田醫療社團法人光田綜合醫院 大甲院區	
	214		1535031041	通霄光田醫院	
			~~1536100081~~	~~清泉醫院~~	108.3.14 共擬會議 決議刪除
			1417080517	弘光科技大學附設老人醫院	108.3.14 共擬會議 決議刪除
29	215	林新體系	0917070029	林新醫療社團法人林新醫院	
	216		0903150014	林新醫療社團法人烏日林新醫院	
30	217	安泰體系	0943020013	安泰醫療社團法人潮州安泰醫院	
	218		0943030019	安泰醫療社團法人安泰醫院	
31	219	聯新體系	1532100049	~~壠新醫院~~ 聯新國際醫院	變更名稱
	220		1531010082	板新醫院	
	221		1532010120	~~桃新醫院~~ 聯新國際醫院桃新分院	變更名稱
	222		1517020040	台新醫院	
	223		1541011126	營新醫院	
	224		1542150042	高新醫院	
	225		1502070118	健新醫院	
				~~壠新醫院桃園國際機場醫療中心~~	108.6.13 共擬會議
	226		3432060513	~~聯新國際醫院桃園國際機場醫療中心~~	決議新增 變更名稱
32	227	天成體系	1532040039	天成醫院	
	228		0932020025	天成醫療社團法人天晟醫院	
33	229	大千體系	1535010051	大千綜合醫院	
	230		0935010021	大千醫療社團法人南勢醫院	
	231		1435010013	財團法人臺灣省私立桃園仁愛之家附設苗栗新生醫院	
			~~1535010122~~	~~大川醫院~~	歇業
	232		1535081078	大順醫院	
	233		3535061434	後龍診所	108.6.13 共擬會議 決議新增
	234		3535091245	公館診所	108.6.13 共擬會議 決議新增

體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
	235		3535041745	竹南診所	108.6.13 共擬會議 決議新增
	236		3535012217	德恩診所	109.9.10 共擬會議 決議新增
	237		3535012235	舒康診所	109.9.10 共擬會議 決議新增
	238		3535012164	康平皮膚科診所	109.9.10 共擬會議 決議新增
	239		3535012468	永旭診所	109.9.10 共擬會議 決議新增
	240		3535012459	福苗診所	109.9.10 共擬會議 決議新增
	241		<u>3535012520</u>	<u>大川診所</u>	<u>110.12.09 共擬會議 決議新增</u>
34	242	靜和體系	1502060041	靜和醫院	
	243		0907120012	燕巢靜和醫療社團法人燕巢靜和 醫院	
35	244	童綜合體系	0936060016	童綜合醫院	
	245		0936060016	童綜合醫院沙鹿院區	
36	246	宏恩體系	1517040015	宏恩醫院	
	247		1503250012	宏恩醫院龍安分院	
37	248	阮綜合體系	0902080013	阮綜合醫院	
			~~1507300013~~	~~博正醫院~~	108.3.14 共擬會議 決議刪除
			~~1307370011~~	~~高雄市立旗津醫院~~	108.3.14 共擬會議 決議刪除
	249		4107350018	阮綜合醫療社團法人上順診所	108.6.13 共擬會議 決議新增
	250		3507020049	永順診所	108.6.13 共擬會議 決議新增
	251		3507360173	安順診所	108.6.13 共擬會議 決議新增
	252		3507350435	保順診所	108.6.13 共擬會議 決議新增
38	253	瑞光體系	1401190039	萬華醫院	
	254		1501101141	泰安醫院	
39	255	蕭中正體系	1531010108	蕭中正醫院	108.6.13 共擬會議 決議新增
	256		1531091149	清福醫院	110.02.01 變更醫 事機構代號
			~~3531045498~~	~~福星診所~~	110.03.11 共擬會 議決議刪除
	257		3531092166	清福診所	110.03.11 共擬會 議決議新增
	258		3531046020	新福星診所	110.03.11 共擬會 議決議新增
	259		<u>7401101583</u>	<u>泰安醫院附設溫馨居家護理所</u>	<u>110.12.09 共擬會 議決議新增</u>
40	260	羅東聖母體系	1134020028	天主教靈醫會醫療財團法人羅東	108.6.13 共擬會議

體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
			~~1534050024~~	聖母醫院 ~~杏和醫院~~	決議新增 ~~108.6.13 共擬會議 決議新增 變更院所代號及名 稱~~
	261		<u>1134050026</u>	<u>天主教靈醫會醫療財團法人礁溪 杏和醫院</u>	<u>110.12.09 共擬會 議決議新增</u>
41	262	普門體系	1134070019	宜蘭普門醫療財團法人員山馬偕 醫院	108.6.13 共擬會議 決議新增
	263		4034010017	宜蘭普門醫療財團法人普門診所	108.6.13 共擬會議 決議新增
42	264	仁濟體系	1401190011	財團法人台灣省私立台北仁濟院 附設仁濟醫院	108.6.13 共擬會議 決議新增
	265		1431060017	財團法人台灣省私立台北仁濟院 附設新莊仁濟醫院	108.6.13 共擬會議 決議新增
43	266	臺安體系	4001020019	基督復臨安息日會醫療財團法人 臺安診所	108.6.13 共擬會議 決議新增
	267		1101010021	基督復臨安息日會醫療財團法人 臺安醫院	108.6.13 共擬會議 決議新增
44	268	亞東體系	1131010011	醫療財團法人徐元智先生醫藥基 金會亞東紀念醫院	108.6.13 共擬會議 決議新增
	269		4001180010	醫療財團法人徐元智先生醫藥基 金會遠東聯合診所	108.6.13 共擬會議 決議新增
45		東元體系	~~1533050039~~	~~東元綜合醫院~~	~~108.6.13 共擬會議 決議新增 變更院所代號及名 稱~~
	270		<u>0933050018</u>	<u>東元醫療社團法人東元綜合醫院</u>	<u>110.12.09 共擬會 議決議新增</u>
			~~3533052311~~	~~艾微笑診所~~	~~108.6.13 共擬會議 決議新增 變更院所代號及名 稱~~
	271		<u>4133050016</u>	<u>東元醫療社團法人艾微笑診所</u>	<u>110.12.09 共擬會 議決議新增</u>
46	272	長慎醫院體系	1532021374	長慎醫院	108.6.13 共擬會議 決議新增
	273		3512011276	新竹安慎診所	108.6.13 共擬會議 決議新增
	274		3533031689	竹東安慎診所	108.6.13 共擬會議 決議新增
	275		3533052044	竹北惠慎診所	108.6.13 共擬會議 決議新增
	276		3512013850	安禾診所	108.6.13 共擬會議 決議新增
	277		3512013869	安新診所	108.6.13 共擬會議 決議新增
47	278	為恭體系	1135050020	財團法人為恭紀念醫院	108.6.13 共擬會議 決議新增

體系 序號	院所 序號	體系	醫院代號	醫院名稱	備註
	279		1535051196	崇仁醫院	108.6.13 共擬會議 決議新增
	280		3535041647	宏仁診所	110.7.29 共擬會議 決議新增
		~~懷寧體系~~	~~1532021383~~	~~懷寧醫院~~	~~108.6.13 共擬會議 決議新增~~
			~~3532027047~~	~~懷寧內科診所~~	~~108.6.13 共擬會議 決議新增 歇業~~
		~~台南仁愛之家 體系~~	~~1441060010~~	~~財團法人台灣省私立台南仁愛之 家附設精神療養院~~	~~108.6.13 共擬會議 決議新增~~
			~~3121041024~~	~~財團法人台灣省私立台南仁愛之 家附設成功診所~~	~~108.6.13 共擬會議 決議新增 歇業~~
48	281	詠馨體系	1505310011	璟馨婦幼醫院	108.6.13 共擬會議 決議新增
	282		3521042903	詠馨婦產科診所	108.6.13 共擬會議 決議新增
49	283	國仁體系	1543010109	國仁醫院	108.6.13 共擬會議 決議新增
	284		3543111309	國仁醫院附設高樹門診部	108.6.13 共擬會議 決議新增
			~~3543014529~~	~~國新診所~~	~~108.6.13 共擬會議 決議新增~~ <u>變更院所代號</u>
	285		<u>3543014663</u>	<u>國新診所</u>	<u>110.12.09 共擬會 議決議新增</u>
50	286	馨蕙馨醫院體 系	1502031095	馨蕙馨醫院	108.6.13 共擬會議 決議新增
	287		1507300022	博愛蕙馨醫院	108.6.13 共擬會議 決議新增
		~~新光體系~~	~~1101150011~~	~~新光醫院~~	~~109.9.10 共擬會議 決議新增~~
			~~3501154573~~	~~昕新診所~~	~~109.9.10 共擬會議 決議新增 歇業~~
51	288	<u>礦工體系</u>	<u>1411030013</u>	<u>醫療財團法人臺灣區煤礦業基金 會臺灣礦工醫院</u>	<u>110.12.09 共擬會 議決議新增</u>
	289		<u>3511010480</u>	<u>醫療財團法人臺灣區煤礦業基金 會礦工基隆診所</u>	<u>110.12.09 共擬會 議決議新增</u>

註1：本名單係參考107年醫策會醫院評鑑使用之醫院同體系名單。

註2：按107年5月10日召開之「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」，會議決議同體系院所之認定，先參採醫事司委託醫策會辦理醫院評鑑所列之同體系院所名單。

註3：108.3.14 共擬會議決議刪除之名單，係自108.4.1起刪除

註4：108.6.13 共擬會議決議新增之名單，係自108.10.1起新增

註4：109.6.11 共擬會議決議新增之名單，係自109.7.1起新增

註5：109.9.10 共擬會議決議新增之名單，係自109.10.1起新增

註6：110.03.11 共擬會議決議新增(刪除)之名單，係自110.04.01起新增(刪除)

註7：110.07.29 共擬會議決議新增之名單，係自110.09.01起新增(刪除)

註8：110.12.09 共擬會議決議新增名單，係自111.01.01起新增(刪除)

報告事項

第 五 案

報告單位：本署醫務管理組

案由：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（以下稱支付標準）
年齡計算方式文字增修案。

說明：

- 一、依據本署 110 年 9 月 2 日健保醫字第 1100034188 號函(附件 1，
頁次報 5-2)暨 109 年 7 月行政院法規會編印行政機關法制作業
實務(附件 2，頁次報 5-3~5-10)辦理。
- 二、有關支付標準涉年齡認定之計算方式，本署以前揭函文說明，自
111 年 1 月 1 日起配合民法規定採週年制以實足年齡計算，又為
避免年齡表達方式不一致，造成院所申報疑義，爰增修文字以
明確定義及規範，說明如下：
 - (一)第一部總則：增列「有關年齡之認定，除本標準各部章節另有規
定外，涉及年齡加成者，門診採就醫年月日、住院採診療項目
實際執行年月日，減出生年月日計算；其餘年齡限制，採診療
項目實際執行年月日減出生年月日計算，若無填報診療項目實
際執行日期，則以就醫日期或入院日期認定」。
 - (二)第七部第二章 Tw-DRGs 分類架構及原則：年齡認定回歸第一部
總則，刪除原說明六，其餘項次依序遞補。
 - (三)支付標準各章節之年齡限制用詞定義，除原已敘明年齡認定方式
者外，其餘統一文字如下，並以文字呈現：
 - 1.○歲以上（意指包含○歲）。
 - 2.未滿○歲（意旨不包含○歲）。
- 三、其餘按「公文書橫式書寫數字使用原則」調整文字呈現方式，不
影響原意，亦不增加財務支出。
- 四、增修後支付標準如附件 3（頁次報 5-11~5-144），後續將依程序
陳報衛生福利部公告實施。

決定：

附件 1

衛生福利部中央健康保險署 函

機關地址：臺北市信義路3段140號

傳真：(02)27069043

承辦人及電話：蔡小姐(02)27065866轉2637

電子信箱：A111226@nhi.gov.tw

受文者：

發文日期：中華民國110年9月2日

發文字號：健保醫字第1100034188號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：無

主旨：有關全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（下稱支付標準）之年齡計算方式調整案，請轉知轄區特約醫事服務機構配合辦理，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準辦理。
- 二、有關支付標準涉及年齡認定之規範，本署前於98年10月23日以健保醫字第0980091514號函釋在案，年齡認定係配合當時醫療院所電腦資訊作業系統，以醫令實際執行年月減去出生年月計算。
- 三、惟依民法第124條第1項規定「年齡自出生之日起算」，爰為避免爭議案件，有關支付標準涉年齡認定之計算方式，配合民法規定採週年制以實足年齡計算，爰調整為醫令實際執行年月日或就醫年月日減去出生年月日。
- 四、考量醫療院所電腦資訊系統修正作業時間，本案自111年1月1日起實施，另將研擬於支付標準第一部總則增列年齡認定規範。

正本：本署各分區業務組

副本：本署醫審及藥材組

行政機關法制作業實務

行政院法規會 編印

2020 年 7 月

目 錄

壹、法制作業重要規定 / **001**

001	一、中央法規標準法
005	二、行政程序法（節錄）
025	三、地方制度法（節錄）
032	四、中央行政機關法制作業應注意事項
039	五、行政院所屬各機關主管法案報院審查應注意事項
043	六、行政程序法有關法制事項之函釋
064	七、地方制度法有關法制事項之函釋
083	八、行政機關因應行政罰法施行應注意之法制事項
097	九、全國法規英譯作業規範
099	十、全國法規電腦處理作業規範
105	十一、行政院公報管理及考核作業要點
116	十二、地方自治法規報院核定或備查之統一處理程序
125	十三、各中央業務主管機關依「地方自治法規報院核定或備查之統一處理程序」規定，就直轄市自治法規之適法性提出具體意見函報本院時，毋須副知直轄市政府或市議會
127	十四、地方稅自治條例報中央機關備查之統一處理程序
129	十五、「行政院所屬各機關主管法規報院核定原則」，自即日起停止適用，至於無需報院核定之法規於發布後，仍應報院備查
132	十六、各機關於引述「法規命令」及「行政規則」用詞時，應注意行政程序法之規定

II 目 錄

134	十七、各機關研擬之法律及法規命令草案應至少公告周知 60 日
137	十八、法律及法規命令草案至少應公告周知 60 日以上者，應自 106 年 1 月 1 日起一併公告於「公共政策網路參與平臺-眾開講」徵集民眾意見
139	十九、各機關報院擬提行政院會議案件（法律案）之附件格式
167	二十、法規修正草案條文對照表加劃邊線原則
168	二一、公文書橫式書寫數字使用原則
172	二二、法規末條施行日期規定之方式
174	二三、研擬法律修正草案，其修正條文施行日期空白欄位填註體例之處理原則
177	二四、法規於制（訂）定或修正時，表示我國貨幣單位之體例
178	二五、行政院所屬三級以下機關訂定之法規，是否宜由該三級以下機關發布及送立法院查照
179	二六、送立法院查照之法規應附送新舊條文對照表及修正理由或廢止之原條文並敘明理由
180	二七、中央機關訂定規費收費標準之法制問題
182	二八、地方政府法制作業涉及規費法適用事宜
186	二九、立法院審查 93 年度中央政府總預算案時，通案決議二，責成本院訂定「公股管理與處分辦法」送立法院審核後，始得繼續釋出公股一案之相關法規說明

貳、法規之法制作業範例 / **191**

參、實質法規命令之法制作業範例 / **197**

肆、行政規則之法制作業範例 / **203**

- 205 | 一、訂定行政規則草案之格式及體例
- 206 | 二、修正行政規則草案之格式及體例
- 207 | 三、行政規則之生效日期
- 210 | 四、關於行政規則之生效及失效方式

伍、法制用字、用語 / **213**

- 215 | 一、法律統一用字表
- 217 | 二、法律統一用語表
- 219 | 三、法制用字、用語之補充
- 221 | 四、立法慣用語詞及標點符號
- 223 | 五、法規名稱英譯統一標準表

陸、附錄 / **229**

- 231 | 一、法源位階表
- 232 | 二、法規名稱沿革表
- 233 | 三、中央法規標準法第 3 條及第 7 條規定運用於法制
作業實務之參考原則
- 235 | 四、有關法規施行日期之專題研究
- 238 | 五、法規末條體例之補充
- 240 | 六、行政院法規會諮詢會議有關法制事項之結論
- 243 | 七、行政院法規會辦理法制業務之共識規定
- 245 | 八、研擬法規草案（包括新訂案或修正案）需注意之
重點
- 250 | 九、法規命令之發布

二一、公文書橫式書寫數字使用原則

中華民國 93 年 9 月 17 日行政院院臺秘字第 0930089122 號函

- 一、為使各機關公文書橫式書寫之數字使用有一致之規範可循，特訂定本原則。
- 二、數字用語具一般數字意義（如代碼、國民身分證統一編號、編號、發文字號、日期、時間、序數、電話、傳真、郵遞區號、門牌號碼等）、統計意義（如計量單位、統計數據等）者，或以阿拉伯數字表示較清楚者，使用阿拉伯數字。
- 三、數字用語屬描述性用語、專有名詞（如地名、書名、人名、店名、頭銜等）、慣用語者，或以中文數字表示較妥適者，使用中文數字。
- 四、數字用語屬法規條項款目、編章節款目之統計數據者，以及引敘或摘述法規條文內容時，使用阿拉伯數字；但屬法規制訂、修正及廢止案之法制作業者，應依「中央法規標準法」、「法律統一用語表」等相關規定辦理。

數字用法舉例一覽表

阿拉伯數字／中文數字	用語類別	用法舉例
阿拉伯數字	代號（碼）、國民身分證統一編號、編號、發文字號	ISBN 988-133-005-1、M234567890、附表（件）1、院臺秘字第 0930086517 號、臺 79 內字第 095512 號
	序數	第 4 屆第 6 會期、第 1 階段、第 1 優先、第 2 次、第 3 名、第 4 季、第 5 會議室、第 6 次會議紀錄、第 7 組

阿拉伯數字／中文數字	用語類別	用法舉例
	日期、時間	民國 93 年 7 月 8 日、93 年度、21 世紀、公元 2000 年、7 時 50 分、挑戰 2008：國家發展重點計畫、520 就職典禮、72 水災、921 大地震、911 恐怖事件、228 事件、38 婦女節、延後 3 週辦理
	電話、傳真	(02) 3356-6500
	郵遞區號、門牌號碼	100 台北市中正區忠孝東路 1 段 2 號 3 樓 304 室
	計量單位	150 公分、35 公斤、30 度、2 萬元、5 角、35 立方公尺、7.36 公頃、土地 1.5 筆
	統計數據 (如百分比、金額、人數、比數等)	80%、3.59%、6 億 3,944 萬 2,789 元、639,442,789 人、1:3
中文數字	描述性用語	一律、一致性、再一次、一再強調、一流大學、前一年、一分子、三大面向、四大施政主軸、一次補助、一個多元族群的社會、每一位同仁、一支部隊、一套規範、不二法門、三生有幸、新十大建設、國土三法、組織四法、零歲教育、核四廠、第一線上、第二專長、第三部門、公正第三人、第一夫人、三級制政府、國小三年級
	專有名詞 (如地名、書名、人名、店名、頭銜等)	九九峰、三國演義、李四、五南書局、恩史瓦第三世

阿拉伯數字／中文數字	用語類別	用法舉例
中文數字	慣用語（如星期、比例、概數、約數）	星期一、週一、正月初五、十分之一、三讀、三軍部隊、約三、四天、二三百架次、幾十萬分之一、七千餘人、二百多人
阿拉伯數字	法規條項款目、編章節款目之統計數據	事務管理規則共分 15 編、415 條條文
	法規內容之引敘或摘述	依兒童福利法第 44 條規定：「違反第 2 條第 2 項規定者，處新臺幣 1 千元以上 3 萬元以下罰鍰。」 兒童出生後 10 日內，接生人如未將出生之相關資料通報戶政及衛生主管機關備查，依兒童福利法第 44 條規定，可處 1 千元以上、3 萬元以下罰鍰。
中文數字	法規制訂、修正及廢止案之法制作業公文書（如令、函、法規草案總說明、條文對照表等）	1. 行政院令：修正「事務管理規則」第一百十一條條文。 2. 行政院函：修正「事務管理手冊」財產管理第五十點、第五十一點、第五十二點，並自中華民國九十三年二月十六日生效……。 3. 「○○法」草案總說明：……爰擬具「○○法」草案，計五十一條。 4. 關稅法施行細則部分條文修正草案條文對照表之「說明」欄－修正條文第十六條之說明：一、關稅法第十二條第一項計算關稅完稅價格附加比例已減低為百分之五，本條第一項爰予配合修正。

附：

行政院秘書處函

中華民國 95 年 8 月 25 日院臺規字第 0950039158 號

主旨：關於法制作業公文書橫式書寫數字使用相關疑義乙案，復如說明二，請查照

說明：

- 一、復貴部 95 年 8 月 14 日台內法字第 0950132077 號報院函。
- 二、依本院 93 年 9 月 17 日院臺秘字第 0930089122 號函分行之公文書橫式書寫數字使用原則四規定，數字用語屬法規制（訂）定、修正、廢止案之法制作業者，應依「中央法規標準法」、「法律統一用語表」等相關規定辦理，其所附數字用法舉例一覽表亦敘明法規制（訂）定、修正、廢止案之法制作業公文書係採中文數字。因此，除下列情形外，有關授權命令（包括法規命令）、職權命令及行政規則各函之條次、點次或日期，均以阿拉伯數字表達：
 - （一）授權命令（包括法規命令）及職權命令：發布令之條次、時間（如施行日期之指定），應使用中文數字。
 - （二）行政程序法第 159 條第 2 項第 2 款之行政規則：發布令之點次及生效日期，應使用中文數字。
 - （三）行政程序法第 159 條第 2 項第 1 款之行政規則：分行函所列行政規則之點次及生效日期，應使用中文數字。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

第一部 總則

- 一、本標準依全民健康保險法(以下稱本法)第四十一條第一項規定訂定之。
- 二、各保險醫事服務機構適用本標準所列各診療項目，醫學中心、區域醫院及地區醫院依全民健康保險法施行細則第五十九條規定辦理簽定合約之特約類別及支付適用表別，該條文未明列之類別如下：
 - (一)基層醫療院所：指醫學中心、區域醫院及地區醫院以外之醫療機構（以下稱基層院所）。
 - (二)特約藥局。
- 三、經主管機關評鑑合格之各層級醫院精神科，依該院之支付適用表別點數申報；經評鑑合格之精神科專科教學醫院，依區域醫院點數申報；經評鑑合格之精神科專科醫院，依地區醫院點數申報。
- 四、各保險醫事服務機構，依其專任醫師專長、設備及地區需要性，從事適用類別以外之診療項目時，得定期向保險人申請核可適用。
- 五、各保險醫事服務機構實施本標準未列項目，應就適用之類別已列款目中，按其最近似之各該編號項目所訂點數申報，惟新療法須經保險人報由中央主管機關核定後實施。
- 六、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所訂點數申報後，由保險人按門診每一申報案件扣留十點、住院每一申報案件扣留五十點，作為委託辦理電子資料處理之費用。
- 七、本標準各診療項目支付費用一律以點數計算，每點支付金額依據全民健康保險法第六十二條定之。
- 八、全民健康保險會協定之年度預算所訂之計畫或方案，其給付項目及支付標準依本法第四十一條所定程序辦理，並依各該計畫或方案之規定給付與支付。
- 九、本標準所稱「山地離島地區」，依「全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法」之規定辦理。

十、事前審查：

- (一)依本法第四十二條規定，保險醫事服務機構為保險對象施行附表所列項目及各診療項目已規定應事前審查者，保險醫事服務機構應依規定申請事前審查。
- (二)保險醫事服務機構向保險人申報事前審查時，應檢附下列文件：
 - 1.事前審查申報書。
 - 2.足供審查判斷之病歷及相關資料。
 - 3.前項應事前審查項目規定之必備文件資料。
- (三)保險人應於收到保險醫事服務機構送達事前審查申報文件起二週內完成核定，逾期未核定者，視同完成事前審查。但資料不全經保險人通知補件者，不在此限。
- (四)經保險醫事服務機構認定因事出緊急，得以書面說明電傳保險人報備後，先行處理治療，並立即備齊應附文件補件審查。
- (五)依規定應事前審查項目，保險醫事服務機構未於事前提出申請或報備，或未經保險人核定即施予者，得依程序審查不支付費用。事前審查案件，申報或報備後未及經審查回復即因急迫需要而施行者，應依專業審查核定結果辦理。

十一、施行特定治療檢查檢驗項目，除本標準已明定適應症外，應符合衛生福利部公告之「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」。

十二、經主管機關核定公告不給付之醫療服務項目如下：

- (一)近視手術治療。
- (二)非治療需要之人工流產，惟因性侵害受孕之人工流產醫療費用不在此限。
非治療需要之人工流產係指以下項目以外之人工流產：
 - 1.本人或其配偶患有礙優生之遺傳性、傳染性疾病或精神疾病者。
 - 2.本人或其配偶之四親等以內之血親患有礙優生之遺傳性、傳染性疾病或精神疾病者。
 - 3.有醫學上理由，足以認定懷孕或分娩有招致生命危險或危害身體或精神健康者。
 - 4.有醫學上理由，足以認定胎兒有畸形發育之虞者。
- (三)酒癮、煙癮之戒斷治療。
- (四)以裝配眼鏡(含隱形眼鏡)為目的之診療項目，包括：眼科驗光檢查、交付配鏡處方及診察費等。(中華民國一百零四年十月二十二日衛部保字第一〇四一二六〇七一五號公告)

十三、地區醫院週六、週日及國定假日之西醫門診（不含急診）案件，申報本標準第二部各診療項目（不含第二部第一章第一節門診診察費），依各該編號項目所訂點數加計百分之三十支付。

十四、本標準第二部、第三部及第六部中有關期間天數之定義如下：每週(每星期)係指七天，一個月係指三十天，三個月(一季)係指九十天，六個月(半年)係指一百八十天，十二個月(一年)係指三百六十五天，十八個月(一年半)係指五百四十五天，二十四個月(兩年)係指七百三十天。每年係以日曆年計。

十五、有關年齡之認定，除本標準各部章節另有規定外，涉及年齡加成者，門診採就醫年月日、住院採診療項目實際執行年月日，減出生年月日計算；其餘年齡限制，採診療項目實際執行年月日減出生年月日計算，若無填報診療項目實際執行日期，則以就醫日期或入院日期認定。

第二部 西醫

第一章 基本診療

第一節 門診診察費

通則：

一、本節所定點數包括醫師診療、處方、護理人員服務、電子資料處理、污水及廢棄物處理及其他基本執業成本（如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出）。

註：醫院一般門診診察費支付點數內含百分之十護理費。

二、本節所稱醫院每日門診合理量暫不實施：

(一)醫學中心

$$\left[\frac{\text{前一年門診量} \times 0.85 \div 270 \times 2}{3} + \frac{\text{急、慢性病床數} \times 3.55}{6} + \frac{\text{專任醫師數} \times 10.71}{6} \right] \times 0.9$$

(二)區域醫院

$$\left[\frac{\text{前一年門診量} \times 0.85 \div 270 \times 2}{3} + \frac{\text{急、慢性病床數} \times 2.60}{6} + \frac{\text{專任醫師數} \times 15.24}{6} \right] \times 0.9$$

註 1.前一年門診量以前二年七月至前一年六月之門診量扣除急診、洗腎、慢性病連續處方箋、居家照護、精神疾病社區復健、預防保健、安寧居家照護、門診論病例計酬、職業傷病、六十五歲以上接種流行性感疫苗等醫療案件計算。

2.急、慢性病床應符合全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之規定，並扣除洗腎及急診暫留床；專任醫師應符合醫師法之規定，並扣除牙醫師及中醫師。

3.急、慢性病床數及專任醫師數以保險人特約醫事機構管理子系統(MA 檔)、特約醫事人員管理子系統(MB 檔)中每月第一日之登錄資料為計算基礎。

三、合併申報醫療費用之醫院，其醫院門診合理量應合併計算。

四、經衛生局登記為醫院但未經評鑑且未同意辦理住診者或評鑑不合格者，門診診察費適用地區醫院類別申報。

五、門診當日開立之檢查醫囑，另排定其他日期實施或轉檢者，檢查當日不得申報診察費，但檢查過程中因病情需要併實施其他診療處置，視為另次診療，申報診察費一次。

六、預防保健服務視病情需要，由同一診治醫師併行其他一般診療，不得另外申報診察費。

七、門診或急診當次轉住院，如仍由同科醫師診治，門診診察費或住院診察費應擇一申報。

八、由同一醫師診療之同日兩次以上之門診相同病情案件，限申報門診診察費一次。

九、全民健康保險醫療辦法第八條規定之同一療程疾病，各療程之診察費限申報一次。

十、本節之各項診察項目中，註有「兒童加成項目」者，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿~~七~~六歲者，依表定點數加計百分之二十。其他未註有兒童加成之診察費項目，~~三歲(含)以下~~未滿四歲兒童之門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

十一、西醫醫院門診診察費加成方式：

(一)~~四歲(含)以下~~未滿五歲兒童不限科別各項門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

(二)醫學中心及區域醫院之婦產科、小兒科及新生兒科、外科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之十七，若同時符合~~四歲以下~~未滿五歲兒童加成者，依表定點數加計百分之三十七。內科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之七，若同時符合~~四歲以下~~未滿五歲兒童加成者，依表定點數加計百分之二十七。

(三)地區醫院加成方式：

- 1.婦產科、小兒科及新生兒科、外科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之四十，若同時符合~~四歲以下~~未滿五歲兒童加成者，依表定點數加計百分之六十。
- 2.內科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之三十，若同時符合~~四歲以下~~未滿五歲兒童加成者，依表定點數加計百分之五十。
- 3.其餘科別及精神科之門診診察費項目，得依表定點數加計百分之十五，若同時符合~~四歲以下~~未滿五歲兒童加成者，依表定點數加計百分之三十五。
- 4.地區醫院申報夜間門診診察費項目（夜間門診係指晚上六時至十時之開診），得依表定點數加計百分之十：包括編號00101B、00131B、00102B、00132B、00172B、00173B、00105B、00135B、00106B、00136B、00174B、00175B、00107B、00137B、00108B、00138B、00176B、00177B。

(四)加成科別及門診診察費項目定義說明：

- 1.外科：包括就醫科別為外科、骨科、神經外科、泌尿科、整形外科、直腸外科、心血管外科、胸腔外科、消化外科、小兒外科及脊椎骨科等科。
- 2.內科：包括就醫科別為內科、神經科、消化內科、心臟血管內科、胸腔內科、腎臟內科、風濕免疫科、血液腫瘤科、內分泌科、感染科、胸腔暨重症加護及老人醫學科等科。
- 3.門診診察費項目：包括編號00154A、00155A、00156A、00157A、00170A、00171A、00101B、00131B、00102B、00132B、00172B、00173B、00105B、00135B、00106B、00136B、00174B、00175B、00107B、00137B、00108B、00138B、00176B、00177B及01023C。

(五)醫院申報門診診察費~~四歲以下~~未滿五歲兒童加成及科別加成支付點數之計算結果詳附表2.1.2.1及附表2.1.2.2。

十二、西醫基層院所門診診察費加成方式：

(一)兒童加成方式(詳附表2.1.3)：

- 1.~~二歲以下~~未滿四歲兒童：不限科別各項門診診察費依表定點數加計百分之二十。
- 2.四歲以上至~~六歲~~未滿七歲兒童：兒科專科醫師各項門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

(二)七十五歲以上者加成方式(詳附表2.1.3)：不限科別各項門診診察費依表訂點數加計百分之七點五。

(三)專科醫師加成方式(詳附表2.1.4至附表2.1.7)：

- 1.各專科醫師申報第一段門診量內之門診診察費得按表定點數加計，其中婦產科、外科及內科專科醫師加計百分之十三，整形外科、骨科、泌尿科、神經外科專科醫師加計百分之十，其餘專科醫師加計百分之九。若同時符合兒童加成或七十五歲以上者加成，依加成率合計後一併加計。

2.第一段門診量內之門診診察費項目：包括編號00109C、00110C、00197C、00198C、00199C、00200C、00158C、00159C、00230C、00231C、00232C、00233C、00234C、00235C、00236C、00237C、00168C、00169C、01023C、00238C、00240C、00242C、00244C、00184C、00185C。

(四)離島地區西醫基層診所週六、週日及國定假日之西醫基層門診案件，申報本部第一章之山地離島地區門診診察費，得加計百分之二十。

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
01015C	急診診察費 註： 1.急診定義及適用範圍如附表2.1.1。 2.內含護理費比率為百分之八點八至百分之十四。 3.夜間(晚上十時至隔日早上六時)加計百分之五十、例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之二十，同時符合夜間及例假日者，則僅加計百分之五十；屬西醫基層總額部門院所，例假日加成維持原週六之中午十二時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時加計百分之二十規定。 4.山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加計百分之三十，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加計百分之八十。 5.地區醫院得依表定點數加計百分之十九。 6.本項年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之一百，其餘年齡為兒童加成項目，依本節通則十規定辦理。 7.地區醫院之兒科專科醫師申報得加計百分之五十，其餘專科醫師申報 ~~六歲以下~~ <u>未滿七歲</u> 兒童者，得加計百分之五十。 8.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數521點申報。	√	√			667
00201B	急診診察費(按檢傷分類)					
	檢傷分類第一級		√	√	√	1800
00202B	檢傷分類第二級		√	√	√	1000
00203B	檢傷分類第三級		√	√	√	776
00204B	檢傷分類第四級		√	√	√	449
00225B	檢傷分類第五級		√	√	√	390
	註： 1.檢傷分類依衛生福利部規定。 2.地區醫院得就本項費用與01015C急診診察費擇一申報，惟採行後一年始得變更。 3.夜間(晚上十時至隔日早上六時) 加計百分之五十、例假日(週六零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之二十，同時符合夜間及例假日者，則僅加計百分之五十。 4.山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加計百分之三十，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加計百分之八十。 5.地區醫院申報檢傷分類第四、五級之急診診察費得依表定點數加計百分之十九。 6.內含護理費比率為百分之三十二點零四。					

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
	7.本項年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之一百，其餘年齡為兒童加成項目，依本節通則十規定辦理。 8.兒科專科醫師申報得加計百分之五十，其餘專科醫師申報 ~~六歲以下~~ 未滿七歲兒童者，得加計百分之五十。					
01023C	高危險早產兒特別門診診察費 註： 1.限出生時二千公克以下的早產兒於未滿二歲前之特別門診追蹤治療，並限由小兒科專科醫師親自執行。 2.內含護理費比率為百分之十一點五至百分之十五點三。 3.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數425點申報。	v	v	v	v	468
01023C	高危險早產兒特別門診診察費 註： 1.限出生時二千公克以下的早產兒於 ~~二歲~~ 未滿三歲前之特別門診追蹤治療，並限由小兒科專科醫師親自執行。 2.內含護理費比率為百分之十一點五至百分之十五點三。 3.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數425點申報。	v	v	v	v	468

附表 2.1.2.1

醫學中心及區域醫院申報門診診察費四歲(含)以下未滿五歲兒童加成及科別
加成支付點數之計算

代碼	名稱	支付 點數 A	不分科別 <u>四歲以下</u> <u>未滿五歲</u> 兒童加成 (20%)支付 =A*1.2	婦兒外科加成		內科加成	
				科別加成 支付點數 =A*1.17	同時符合兒 童加成支付 點數 =A*1.37	科別加成 支付點數 =A*1.07	同時符合兒 童加成支付 點數 =A*1.27
	一般門診診察費						
	－醫院門診診察費(不含牙科門診)						
	1.就診人次在合理量內：						
	醫學中心及區域醫院						
00154A	1)處方交付特約藥局調劑	286	343	335	392	306	363
00155A	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	316	379	370	433	338	401
00156A	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	286	343	335	392	306	363
00157A	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	292	350	342	400	312	371
00170A	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	520	624	608	712	556	660
00171A	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	497	596	581	681	532	631
	3.金門馬祖以外之山地離島地區						
00105B	1)處方交付特約藥局調劑	286	343	335	392	306	363
00135B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	316	379	370	433	338	401
00106B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	286	343	335	392	306	363
00136B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	292	350	342	400	312	371
00174B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	520	624	608	712	556	660
00175B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	497	596	581	681	532	631
	4.金門馬祖地區						
00107B	1)處方交付特約藥局調劑	288	346	337	395	308	366
00137B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	339	407	397	464	363	431
00108B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	288	346	337	395	308	366
00138B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	316	379	370	433	338	401
00176B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	542	650	634	743	580	688
00177B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	520	624	608	712	556	660

代碼	名稱	支付 點數 A	不分科別 ~~四歲以下~~ <u>未滿五歲</u> 兒童加成 (20%)支付 =A*1.2	婦兒外科加成		內科加成	
				科別加成 支付點數 =A*1.17	同時符合兒 童加成支付 點數 =A*1.37	科別加成 支付點數 =A*1.07	同時符合兒 童加成支付 點數 =A*1.27
	並由本院所自行調劑						
	精神科門診診察費						
	一每位醫師每日門診量在四十五人次 以下部分(≤45)						
	1.醫院						
01018B	1)處方交付特約藥局調劑	308	370				
00178B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥 局調劑	365	438				
01019B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	308	370				
00179B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自 行調劑	341	409				
00180B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給 藥二十八天以上之慢性病連續處方 並交付特約藥局調劑	567	680				
00181B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給 藥二十八天以上之慢性病連續處方 並由本院所自行調劑	544	653				
	一每位醫師每日門診量在超過四十五 人次部分(>45)						
00186C	1)處方交付特約藥局調劑	164	197				
00187C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥 局調劑	218	262				
00188C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	164	197				
00189C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自 行調劑	196	235				
00190C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給 藥二十八天以上之慢性病連續處方 並交付特約藥局調劑	436	523				
00191C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給 藥二十八天以上之慢性病連續處方 並由本院所自行調劑	414	497				
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	468	562	548	641	501	594

附表2.1.2.2

地區醫院申報門診診察費四歲(含)以下未滿五歲兒童加成、科別加成及夜間
加成支付點數之計算

代碼	名稱	支付 點數 A	其餘科別加成			婦兒外科加成			內科加成		
			科別加 成支付 點數 = A*1.15	同時符 合兒童 加成支 付點數 = A*1.35	同時符 合兒童 加成及 夜間加 成支付 點數= A*1.45	科別加 成支付 點數= A*1.4	同時符 合兒童 加成支 付點數 = A*1.6	同時符 合兒童 加成及 夜間加 成支付 點數 = A*1.7	科別加 成支付 點數 = A*1.3	同時符 合兒童 加成支 付點數 = A*1.5	同時符 合兒童 加成及 夜間加 成支付 點數 = A*1.6
	一般門診診察費										
	一醫院門診診察費(不含牙科門診)										
	2.地區醫院										
00101B	1)處方交付特約藥局調劑	286	329	386	415	400	458	486	372	429	458
00131B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	316	363	427	458	442	506	537	411	474	506
00102B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	286	329	386	415	400	458	486	372	429	458
00132B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	292	336	394	423	409	467	496	380	438	467
00172B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	520	598	702	754	728	832	884	676	780	832
00173B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	497	572	671	721	696	795	845	646	746	795
	3.金門馬祖以外之山地離島地區										
00105B	1)處方交付特約藥局調劑	286	329	386	415	400	458	486	372	429	458
00135B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	316	363	427	458	442	506	537	411	474	506
00106B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	286	329	386	415	400	458	486	372	429	458
00136B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	292	336	394	423	409	467	496	380	438	467
00174B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	520	598	702	754	728	832	884	676	780	832
00175B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	497	572	671	721	696	795	845	646	746	795
	4.金門馬祖地區										
00107B	1)處方交付特約藥局調劑	288	331	389	418	403	461	490	374	432	461
00137B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	339	390	458	492	475	542	576	441	509	542
00108B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	288	331	389	418	403	461	490	374	432	461
00138B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	316	363	427	458	442	506	537	411	474	506

代碼	名稱	支付 點數 A	其餘科別加成			婦兒外科加成			內科加成		
			科別加 成支付 點數 = A*1.15	同時符 合兒童 加成支 付點數 = A*1.35	同時符 合兒童 加成及 夜間加 成支付 點數= A*1.45	科別加 成支付 點數= A*1.4	同時符 合兒童 加成支 付點數 = A*1.6	同時符 合兒童 加成及 夜間加 成支付 點數 = A*1.7	科別加 成支付 點數 = A*1.3	同時符 合兒童 加成支 付點數 = A*1.5	同時符 合兒童 加成及 夜間加 成支付 點數 = A*1.6
00176B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	542	623	732	786	759	867	921	705	813	867
00177B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	520	598	702	754	728	832	884	676	780	832
	精神科門診診察費										
	—每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)										
	1.醫院										
01018B	1)處方交付特約藥局調劑	308	354	416							
00178B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	365	420	493							
01019B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	308	354	416							
00179B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	341	392	460							
00180B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	567	652	765							
00181B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	544	626	734							
	—每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45)										
00186C	1)處方交付特約藥局調劑	164	189	221							
00187C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	218	251	294							
00188C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	164	189	221							
00189C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	196	225	265							
00190C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	436	501	589							
00191C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	414	476	559							
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	468	538	632		655	749		608	702	

附表 2.1.3

基層院所申報門診診察費「三歲以下未滿四歲不分科及四歲以上至六歲未滿七歲兒科專科醫師加計百分之二十」與「七十五歲以上者加計百分之七點五」支付點數之計算

代碼	名稱	支付點數 A	不分科別 <u>三歲以下</u> <u>未滿四歲</u> 及 <u>四歲以上</u> 至 <u>六歲未滿七歲</u> 兒科專科醫師加計(20%)支付點數 =A*1.2	不分科別七十五歲以上者之加計(7.5%)支付點數 =A*1.075
	一般門診診察費－基層院所門診診察費			
	1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分 (≤40)			
00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人次)	358	430	385
00223C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-40人次)	250	300	269
00197C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	457	410
00198C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-40人)	375	450	403
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人次)	358	430	385
00224C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-40人次)	250	300	269
00199C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	356	427	383
00200C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-40人)	350	420	376
00158C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	555	666	597
00159C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	530	636	570
	2.每位醫師每日門診量超過四十人次，但在六十人次以下部分 (41-60)			
00111C	1)處方交付特約藥局調劑	220	264	237
00141C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	275	330	296
00112C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	220	264	237
00142C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	250	300	269
00160C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	475	570	511
00161C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	450	540	484
	3.每位醫師每日門診量超過六十人次，但在八十人次以下部分 (61-80)			
00113C	1)處方交付特約藥局調劑	160	192	172
00143C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	215	258	231
00114C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	160	192	172
00144C	4)開具慢性病連續處方由本院所自行調劑	190	228	204
00162C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	415	498	446
00163C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之	390	468	419

代碼	名稱	支付 點數 A	不分科別 ~~三歲以下~~ 未滿 ~~四歲及四歲~~ 以上至 ~~六歲~~ 未滿七歲兒 科專科醫師 加計(20%) 支付點數 =A*1.2	不分科別七 十五歲以上 者之加計 (7.5%)支付 點數 =A*1.075
	慢性病連續處方並由本院所自行調劑			
	4.每位醫師每日門診量超過八十人次，但在一五〇人次以下部分（81-150）			
00115C	1)處方交付特約藥局調劑	70	84	75
00145C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	125	150	134
00116C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	70	84	75
00146C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	100	120	108
00164C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之 慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	325	390	349
00165C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之 慢性病連續處方並由本院所自行調劑	300	360	323
	5.每位醫師每日門診量超過一五〇人次部分（>150）			
00117C	1)處方交付特約藥局調劑	50	60	54
00147C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	105	126	113
00118C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	50	60	54
00148C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	80	96	86
00166C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之 慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	305	366	328
00167C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之 慢性病連續處方並由本院所自行調劑	280	336	301
	6.山地離島地區			
	(1)每位醫師每日門診量在五十人次以下部分(≤50)			
00230C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	358	430	385
00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50人)	352	422	378
00232C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	457	410
00233C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-50人)	375	450	403
00234C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	358	430	385
00235C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50人)	352	422	378
00236C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	356	427	383
00237C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-50人)	350	420	376
00168C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之 慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(≤50)	555	666	597
00169C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之 慢性病連續處方並由本院所自行調劑(≤50)	530	636	570
	(2)每位醫師每日門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分(51-70)			
00205C	1)處方交付特約藥局調劑(51-70)	220	264	237

代碼	名稱	支付 點數 A	不分科別 ~~二歲以下~~ 未滿 ~~四歲及四歲~~ ~~以上至六歲~~ 未滿七歲兒 科專科醫師 加計(20%) 支付點數 =A*1.2	不分科別七 十五歲以上 者之加計 (7.5%)支付 點數 =A*1.075
00206C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(51-70)	275	330	296
00207C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑(51-70)	220	264	237
00208C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(51-70)	250	300	269
00209C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之 慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(51-70)	475	570	511
00210C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之 慢性病連續處方並由本院所自行調劑(51-70)	450	540	484
	(3)每位醫師每日門診量超過七十人次，但在一五〇人次以下部分(71-150)			
00211C	1)處方交付特約藥局調劑(71-150)	160	192	172
00212C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(71-150)	215	258	231
00213C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑(71-150)	160	192	172
00214C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(71-150)	190	228	204
00215C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之 慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(71-150)	415	498	446
00216C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之 慢性病連續處方並由本院所自行調劑(71-150)	390	468	419
	(4)每位醫師每日門診量超過一五〇人次部分(>150)			
00217C	1)處方交付特約藥局調劑(>150)	90	108	97
00218C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(>150)	145	174	156
00219C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑(>150)	90	108	97
00220C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(>150)	120	144	129
00221C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之 慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(>150)	345	414	371
00222C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之 慢性病連續處方並由本院所自行調劑(>150)	320	384	344
	精神科門診診察費—基層診所			
	每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)			
00238C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	344	413	370
00239C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-45人)	338	406	363
00240C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	395	474	425
00241C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-45人)	389	467	418
00242C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	344	413	370
00243C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-45人)	338	406	363
00244C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	374	449	402
00245C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-45人)	368	442	396
00184C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之 慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	569	683	612

代碼	名稱	支付 點數 A	不分科別二 歲以下未滿 四歲及四歲 以上至六歲 未滿七歲兒 科專科醫師 加計(20%) 支付點數 =A*1.2	不分科別七 十五歲以上 者之加計 (7.5%)支付 點數 =A*1.075
00185C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之 慢性病連續處方並由本院所自行調劑	548	658	589
	一每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45)			
00186C	1)處方交付特約藥局調劑	164	197	176
00187C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	218	262	234
00188C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	164	197	176
00189C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	196	235	211
00190C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之 慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	436	523	469
00191C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之 慢性病連續處方並由本院所自行調劑	414	497	445
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	425	510	
01015C	急診診察費	521		560
01021C	精神科急診診察費	550		591

附表 2.1.5

基層院所申報專科醫師別加成併兒童加成第一段門診診察費支付點數之計算

代碼	名稱	支付點數 A	婦、外、內專科醫師看診 <u>三歲(含)以下未滿四歲</u> 兒童加計 33% 支付點數 =A*1.33	兒專科醫師看診 <u>六歲(含)以下未滿七歲</u> 兒童加計 29% 支付點數 =A*1.29	整形外、骨、泌尿、神經外專科醫師看診 <u>三歲(含)以下未滿四歲</u> 兒童加計 30% 支付點數 =A*1.3	其餘科別專科醫師看診 <u>三歲(含)以下未滿四歲</u> 兒童加計 29% 支付點數 =A*1.29
	一般門診診察費—基層院所門診診察費 1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分(≤40)					
00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30 人次)	358	476	462	465	462
00197C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	507	491	495	491
00198C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-40人)	375	499	484	488	484
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30 人次)	358	476	462	465	462
00199C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30 人)	356	473	459	463	459
00200C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-40 人)	350	466	452	455	452
00158C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	555	738	716	722	716
00159C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	530	705	684	689	684
	6.山地離島地區 (1)每位醫師每日門診量在五十人次以下部分(≤50)					
00230C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30 人)	358	476	462	465	462
00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50 人)	352	468	454	458	454
00232C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30 人)	381	507	491	495	491
00233C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-50 人)	375	499	484	488	484
00234C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30 人)	358	476	462	465	462
00235C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50 人)	352	468	454	458	454
00236C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30 人)	356	473	459	463	459
00237C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-50 人)	350	466	452	455	452

代碼	名稱	支付 點數 A	婦、外、內專 科醫師看診 ~~二歲(含)以下~~ <u>未滿四歲</u> 兒 童加計 33% 支付點數 =A*1.33	兒專科醫師 看診 ~~六歲~~ ~~(含)以下未~~ <u>滿七歲</u> 兒童 加計 29%支 付點數 =A*1.29	整形外、 骨、泌尿、 神經外專科 醫師看診 ~~二~~ ~~歲(含)以下~~ <u>未滿四歲</u> 兒 童加計 30% 支付點數 =A*1.3	其餘科別專 科醫師看診 ~~二歲(含)以~~ ~~下未滿四歲~~ 兒童加計 29%支付點 數 =A*1.29
00168C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次 給藥二十八天以上之慢性病連續 處方並交付特約藥局調劑(≤50)	555	738	716	722	716
00169C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次 給藥二十八天以上之慢性病連續 處方並由本院所自行調劑(≤50)	530	705	684	689	684
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	425	565	548	553	548

附表 2.1.7

基層院所精神科專科醫師申報精神科門診第一段門診診察費加成及併
兒童、七十五歲以上者加成支付點數之計算

代碼	名稱	支付 點數 A	精神科專 科醫師加 計 9% 支付 點數 =A*1.09	精神科專科 醫師看診 ~~三~~ ~~歲(含)以下未~~ <u>滿四歲</u> 兒童 加計 29% 支 付點數 =A*1.29	精神科專 科醫師看 診七十五 歲以上者 加計 16.5% 支 付點數 =A*1.165
	精神科門診診察費 —每位醫師每日門診 量在四十五人次以下部分(≤45)				
00238C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30 人)	344	375	444	401
00240C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥 局調劑(1-30 人)	395	431	510	460
00242C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑 (1-30 人)	344	375	444	401
00244C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自 行調劑(1-30 人)	374	408	482	436
00184C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給 藥二十八天以上之慢性病連續處方並 交付特約藥局調劑	569	620	734	663
00185C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給 藥二十八天以上之慢性病連續處方並 由本院所自行調劑	548	597	707	638

第二節 住院診察費

通則：

- 一、嬰幼兒病床得按主管機關登記之病床別，適用本節各項費用。
- 二、正常新生兒費用，以 57114C、57115C「新生兒費」項目併母親分娩費用申報，不得重複申報本節各項費用。
- 三、本節各診察項目皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至六歲未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十。
- 四、門診或急診當次轉住院，如仍由同科醫師診治，門診診察費或住院診察費應擇一申報。
- 五、醫師應每日按規定巡房，未巡房者，不予支付住院診察費。
- 六、兒科專科醫師申報部分住院診察費得加成，說明如下：
 - (一) 加護病房診察費及住院會診費(包括編號 02005B、02011K、02012A、02013B)，兒科專科醫師得加計百分之一百二十，若同時符合兒童加成者，依加成率合計後一併加成，最高加成上限為百分之一百二十。
 - (二) 一般住院診察費及隔離病床住院診察費(包括編號 02006K、02007A、02008B、02014K、02015A、02016B)，兒科專科醫師得加計百分之一百五十，若同時符合兒童加成者，依加成率合計後一併加成，最高加成上限為百分之一百五十。
- 七、七十五歲以上病人之住院診察費得依表定點數加計百分之二十，其項目為：一般病床住院診察費(02006K、02007A、02008B)、燒傷病床住院診察費(02010B)、加護病床住院診察費(02011K、02012A、02013B)、隔離病床住院診察費(02014K、02015A、02016B)。

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
02010B	燒傷病床住院診察費(天) 註：本項兒童加成方式：病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之一百二十；年齡在六個月 <u>以上</u> 至 <u>未滿</u> 二歲者，依表定點數加計百分之九十；年齡在二歲 <u>以上</u> 至 <u>六歲未滿七歲</u> 者，依表定點數加計百分之八十。		v	v	v	802

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
2024B	高危險妊娠住院診察費 註： 適應症： 1. 妊娠二十二週至三十二週早產病患。 2. 四十歲(含)以上初產婦。 3. BMI $\geq$ 35 之初產婦。 4. 嚴重妊娠高血壓。 5. 前置胎盤患者。 6. 多胞胎。 7. 胎兒生長遲緩或胎兒發育異常者(IUGR)或胎盤功能異常者。 8. 妊娠合併內科疾病：心臟病、糖尿病、甲狀腺疾病、腎臟疾病(NS,IgA,ESRD)、免疫性疾病(SLE)、血小板低下症。 9. 白血病。 10. 血友病(Coagulopathy)。 11. 愛滋病。 12. 產後大出血者。 13. 胎盤早期剝離。 14. 合併接受外科手術者。 15. 雙胞胎輸血症候群。		V	V	V	1493

第三節 病房費

通則：

- 一、病房費及護理費之計算，凡住院之日，不論何時進院，均作一天論，出院之日，不論何時出院，其出院當日之病房費及護理費不予計算；住院日期僅一天者，以當日最後入住之病房種類計算一次病房費及護理費，住院日期二天(含)以上者，其出院當日之病房費及護理費不予計算，另住院期間於非出院日轉床者，其轉床當日之病房費及護理費，以當日最後入住之病房種類計算。
- 二、保險對象住院，以入住一般病床為原則，如一般病床不敷供應，而願入住其他經濟病床者，應按經濟病床標準申報費用；超等住院者，由保險對象自付其差額。
- 三、各類病床應符合醫療機構設置標準之規定。
- 四、本節各項病房費所訂點數均已包括病床費及其他雜項成本，如不計價藥材成本、建築與設備成本、水電費支出、廢棄物處理、電子資料處理及行政作業成本等。
- 五、一般病床支付點數不包括非保險病床自付差額費用及可另行計價之特定診療項目費用，但有特殊規定者除外。
- 六、正常新生兒費用，以57114C「新生兒費」項目，併母親分娩費用中申報，不得重複申報本章各項費用。
- 七、加護病床支付標準，原則依衛生福利部八十七年「加護病房評定」等級認定；惟新設立、增床者及自八十九年起醫院評鑑層級異動者，加護病床支付標準，依其當時醫院評鑑之特約層級，按醫學中心-甲級、區域醫院-乙級、地區醫院-丙級方式認定。
- 八、本節各項病床之護理費皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至六歲未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十。
- 九、本節註有「護理費加成」項目者，其加成之方式及申報規定：

(一)偏鄉醫院之加成：以下醫院依表定點數加計百分之十五。

- 1.列於衛生福利部「偏鄉護理菁英計畫公費生管理要點」所定偏鄉地區範圍之醫院，排除僅屬於「衛生福利部公費醫師訓練後服務醫療機構及開業地區」之指定支援山地或離島地區之醫院。
- 2.符合下列任一項之醫院：
 - (1)設立於保險人公告之離島、山地鄉之醫院；如前述地區未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，屬區域級醫院則須距離最近之醫學中心達三十公里以上者。
 - (2)設立於全民健保醫療資源不足地區(鄉鎮)之醫院；如前述鄉鎮未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，但排除已設立區域級醫院之鄉鎮。
- 3.符合條件之醫院名單可參閱保險人全球資訊網，網址：www.nhi.gov.tw，資料路徑如下：首頁> 健保表單下載 >其他> 提升住院護理照護品質方案。

(二)符合全日平均護病比之加成：

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

全日平均護病比範圍			加成率
醫學中心	區域醫院	地區醫院	
8.5-8.9	11.5-11.9	14.5-14.9	2%
8.0-8.4	11.0-11.4	14.0-14.4	5%
7.5-7.9	10.5-10.9	13.5-13.9	14%
7.0-7.4	10.0-10.4	13.0-13.4	17%
< 7.0	< 10.0	< 13.0	20%

註：(1)各醫院之「全日平均護病比」採四捨五入至小數位第一位計算。

(2)精神科教學醫院比照區域醫院層級加成，精神科醫院比照地區醫院層級加成。

2.醫院應依下列時程至健保資訊網服務系統(VPN)填報「品質報告」，未填報者，本項不予加成：

(1)於費用年月次月二十日前，填報急性一般病房住院跌倒人數比率、急性一般病房感染人數比率、急性一般病房新發生之壓瘡人數比率等三項指標。

(2)於每季結束次月二十日前，填報年資三個月以上護理人員離職率、年資二年以上護理人員比率、年資三個月以上但未滿二年護理人員離職率等三項指標。

(三)醫院應於費用年月次月二十日前，至健保資訊網服務系統(VPN)填報「結構性資料」，包含：急性一般及經濟病床（皆含精神病床）全日平均三班護理人員數、占床率、急性病床數、實際提供照護之護理人員數等資料；醫院並應保存每月「全日平均護病比」資料備查（參考格式請至保險人全球資訊網下載，網址：www.nhi.gov.tw，資料路徑如下：首頁＞ 健保資料站＞ 健保統計資料＞ 重要統計資料）。

第四節 精神科慢性病房住院照護費與日間住院治療費

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
04004C	精神科日間住院治療費（日間全天）					
-成人		v	v	v	v	714
04012C	~~-6~~ <u>六歲以上至15歲未滿十六歲</u>	v	v	v	v	795
04013C	~~-6未滿六歲~~ <u>以下</u>	v	v	v	v	877
	註：限經中央衛生主管機關精神醫療院所(科)評鑑合格且辦理日間住院業務者申報。					
04007C	精神科日間住院治療費（日間半天）					
-成人		v	v	v	v	357
04014C	~~-6~~ <u>六歲以上至15歲未滿十六歲</u>	v	v	v	v	398
04015C	~~-6未滿六歲~~ <u>以下</u>	v	v	v	v	438
	註：限經中央衛生主管機關精神醫療院所(科)評鑑合格且辦理日間住院業務者申報。					

第六節 調劑

通則：

- 一、藥品費依「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」有關規定辦理。
- 二、藥事服務費之成本，包含處方確認、處方查核、藥品調配、核對及交付藥品、用藥指導、藥歷管理及藥品耗損、包裝、倉儲、管理等費用。
- 三、醫院牙科門診申報本節門診藥事服務費用，應按調劑人員及處方類別，限申報05203C、05204D、05224C、05225D、05207C、05208D、05211C及05212D等項，惟05219B、05220A及05221A如符合相關規定，亦得申報。
- 四、本節各項目，皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至六歲未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十。（除基層院所外）
- 五、交付調劑醫療服務案件，診療之保險醫事服務機構，不得申報藥事服務費用。
- 六、依全民健康保險醫療辦法規定一次領取二個月或三個月用藥量之慢性病連續處方箋案件，其藥事服務費得相對申報二次或三次。
- 七、特約醫院藥事人員合理調劑量之計算，按月計算醫院各藥事人員合理調劑量，超過下列件數規定部分，其藥事服務費按支付點數之百分之五十支付。

(一)綜合醫院藥事人員合理調劑量：經參考財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會公告醫院評鑑基準及評量項目之藥事人員C級設置標準，各層級醫院合理調劑量如下：

1.醫學中心

- (1)住院處方每人每日四十件。
- (2)門、急診處方每人每日七十件。
- (3)特殊藥品處方每人每日十五件。

2.區域醫院

- (1)住院處方每人每日五十件；如採單一劑量每人每日四十件。
- (2)門、急診處方每人每日八十件。
- (3)特殊藥品處方每人每日十五件。

3.地區醫院

- (1)住院處方每人每日五十件；如採單一劑量每人每日四十件。
- (2)門、急診處方每人每日一百件。
- (3)特殊藥品處方每人每日十五件。

- 4.上述綜合醫院所提供之精神科住院處方調劑藥事服務，比照本項(二)之1.「精神科醫院」計算合理調劑量。

(二)精神科醫院藥事人員合理調劑量：經參考財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會公告精神科醫院評鑑基準及評量項目之C級設置標準，各類精神科醫院合理調劑量如下：

1.精神科醫院

(1)住院處方

A.急性精神病床及精神科加護病床合計，每人每日五十件。

B.慢性精神病床每人每日二百件。

C.精神科日間病房每人每日二百件。

(2)門、急診處方比照其對應之綜合醫院評鑑等級標準。

2.精神科教學醫院

(1)住院處方

A.急性精神病床及精神科加護病床合計，每人每日四十件。

B.慢性精神病床每人每日一百六十件。

C.精神科日間病房每人每日一百六十件。

(2)門、急診處方比照其對應之綜合醫院評鑑等級標準。

(三)各醫院應於次月十五日前至保險人健保資訊服務系統(VPN)登錄藥師人數及藥師總工作人日數，若該月十五日適逢國定假日或例假日，則順延至下一個工作日。一百零四年一月起，醫院若無特殊理由未依規定於VPN登錄，則該院該月藥師總工作人日數以零計算。

八、前項醫院藥事人員合理調劑量計算原則：

(一)門、急診處方：係指本節各項門診藥事服務費診療項目。

(二)住院處方：係指本節各項住院藥事服務費診療項目。

(三)特殊藥品處方：係指本節放射性藥品處方之藥事服務費、全靜脈營養注射劑處方之藥事服務費、化學腫瘤藥品處方之藥事服務費等診療項目。

(四)藥事人員合理調劑量計算次序為特殊藥品、住院處方、門急診處方，超過合理調劑量依支付點數之百分之五十支付。

九、特約藥局如不符主管機關公告之「藥局設置作業注意事項」，其藥事服務費比照基層院所藥事人員調劑標準支付。

十、特約藥局及基層院所藥事人員合理調劑量(以每日實際調劑量計算)每人每日一百件，山地離島地區每人每日一百二十件，超過不予給付藥事服務費，特約藥局調劑件數不分處方來源一併計算。

十一、基層診所醫師兼具藥師資格者，於執登處所，依自開處方親自為藥品調劑者，以醫師親自調劑支付標準核給藥事服務費，且每日親自調劑處方以五十件為限，超過五十件不予給付藥費及藥事服務費。

- 十二、特約醫院、診所及藥局執業藥事人員依法提供報備支援之調劑服務，併入接受支援特約醫院、診所及藥局之合理調劑量計算，採遞補專任藥師剩餘之合理量。
- 十三、特約醫院、診所及藥局執業藥事人員產假期間，支援藥事人員得以該專任藥事人員數，依合理調劑量規定申報藥事服務費，其餘支援藥事人員則遞補剩餘之合理量。

第七節 藥費

編 號	診療項目	特約藥局	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
MA1	-門診日劑藥費(每日) ~~12歲~~ <u>十三歲</u> 以上者及 ~~12歲-(含)以下~~ <u>未滿十三歲</u> 未處方原瓶包裝口服液劑者	v	v				22
MA2	~~12歲-(含)以下~~ <u>未滿十三歲</u> 處方原瓶包裝口服液劑者 ~~1~~ <u>二</u> 種	v	v				31
MA3	~~2~~ <u>二</u> 種	v	v				37
MA4	~~3~~ <u>三</u> 種或 ~~3~~ <u>種</u> 以上 註： 1. 每件給藥日數不得超過 ~~3~~ <u>三</u> 日。 2. 「健保用藥品項查詢一清單」之備註欄位，有「口服液劑(原瓶包裝)」註記者屬原瓶包裝口服液劑藥品。	v	v				41

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

通則：

- 一、檢查之費用，包括人員、試藥、內服藥劑、檢驗器材、一般材料、管理費及採取檢體之費用在內；如需使用特殊材料部分，另依全民健康保險藥物給付項目及支付標準申報。
- 二、於施行檢查時，需使用特殊麻醉者，得依本標準第二部第二章第十節麻醉項目所定點數加算。
- 三、對稱器官之檢查，各項目所定點數，除有特殊規定者外，係指兩側器官之檢查。
- 四、不得為研究、預防或健康檢查而作與診療無關之檢查，但有特殊規定者，從其規定。
- 五、急診病人因緊急傷病必須立即檢查時，其檢查費用得按本節所定點數加算20%百分之二十。
- 六、本節之各項檢查中，註有「兒童加成項目」者，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至六歲未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十；但所有特材一律不加計。
- 七、本節第一項至第四項之檢查項目，除各類癌症、臟器移植、糖尿病及加護病房與燙傷病房(中心)病人所作檢查項目外，於每次門診或住診施行檢查，合併累計至一定項次數後，總給付金額予以折扣支付，累計項次數折扣數如下：

折扣數 累計項次數 門診診別		累計項次數之總給付額折扣數		
		全 額 給 付	九 折	八 折
門診檢查	區域醫院、醫學中心、 地區醫院	合計20項次以下	合計21-30項次	合計31項次以上
	基層院所	合計10項次以下	合計11-15項次	合計16項次以上
住診檢查	區域醫院、醫學中心、 地區醫院	合計40項次以下	合計41-60項次	合計61項次以上
	基層院所	合計30項次以下	合計31-40項次	合計41項次以上

第六項 免疫學檢查 Immunology Examination (12001-12212)

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
12209B	類胰蛋白酶 Tryptase 註： 1.適應症：疑過敏性休克，臨床上出現以下任一狀況： (1)急性出現病徵累及皮膚/黏膜組織(如：全身性蕁麻疹、發癢或潮紅、嘴唇-舌-懸雍垂水腫)，且合併血壓下降或終器官失能(如：暈倒、昏厥、大小便失禁)。 (2)於接觸可能過敏原後，快速(幾秒至幾小時內)出現血壓下降或終器官失能(如：暈倒、昏厥、大小便失禁)，且出現A至C一項以上病徵： A.累及皮膚/黏膜組織(如：全身性蕁麻疹、發癢或潮紅、嘴唇-舌-懸雍垂水腫)。 B.危及呼吸(如：喘、哮鳴-支氣管攣縮)、喘鳴、尖峰流速下降、低血氧)。 C.持續腸胃道症狀(如：腹部絞痛、嘔吐)。 (3)接觸可能過敏原後血壓快速下降(數分鐘至數小時內)： A.成人血壓下降之定義：收縮壓小於90 mmHg或下降大於其人血壓基礎值30%以上。 B.嬰幼兒或兒童血壓下降之定義 a.一個月<u>以上</u>至<u>未滿</u>一歲：低於 70 mmHg。 b.一<u>歲以上</u>至<u>未滿</u>十二歲：低於[70 mmHg + (2 × age)]。 c.十一<u>歲以上</u>至~~十七~~<u>未滿十八</u>歲：低於 90 mmHg 或收縮壓下降大於其人血壓基礎值 30%以上。 2.支付規範：執行時點為症狀發生後六小時內及二十四至四十八小時。		v	v	v	1147

第十一項 呼吸機能檢查 Respiratory Function Examination (17001-17023)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
17022B	呼氣一氧化氮監測(FeNO) 註： 1.適應症：六歲以上至~~十二歲以下~~<u>未滿十三歲</u>確診氣喘患者追蹤使用。 2.支付規範： (1)申報次數：一年最多申報三次。 (2)申報專科別：兒科。 (3)執行限制：限受過操作訓練之醫療人員。 (4)費用申報時必要之附件：檢測報告。		v	v	v	748

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

通則：

- 1.特殊造影檢查所定點數包括速洗費、注射費、造影藥劑費、手術費在內，不得另行申報。
- 2.本項各檢查項目皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡二歲以上至六歲未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十；但所有特材一律不加計。

第十四項 神經系統檢查 Neurological Test (20001-20044)

通則：本項各檢查項目皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡二歲以上至六歲未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十；但所有特材一律不加計。

第二十項 核子醫學檢查 Radioisotope Scanning

一、造影 Scanning (26001-26078、P2105-P2108)

通則：

- 1.本項所定點數包括放射性藥物、注射、技術費、底片費及診斷費在內。
2. 本項各檢查項目，除編號P2105C、P2106C、P2107C及P2108C外，其餘皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡二歲以上至六歲未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十；但所有特材一律不加計。
- 3.編號P2105C至P2108C適用下列規定：
 - (1)保險對象經醫師診治因病情需要，得由第二次處方院所檢具「全民健康保險特殊造影檢查影像及報告申請同意書」向原檢查醫院申請特殊造影檢查影像報告，以供診斷疾病之參考，若參考後仍重新施行檢查，則不得申報本項費用。本項申請程序、同意書格式、受理與回饋及作業流程圖等全民健康保險特殊造影檢查影像及報告作業說明，請至保險人全球資訊網(網址<http://www.nhi.gov.tw>)下載，資料路徑如下:首頁 > 健保表單下載 > 醫療相關表單 > 特殊造影檢查影像及報告申請(原特定檢查資源共享試辦計畫)。
 - (2)原檢查醫院提供特殊造影檢查影像及報告費，所訂點數包含檢查報告、製作影像、傳輸影像、造影複製片、X光底片、行政管理及郵寄等費用在內；第二次處方院所申請特殊造影檢查影像及報告費，所訂點數除鼓勵資源共享外，並包含影像下載、診斷判定費、底片整理及相關行政等費用在內。
 - (3)保險對象特殊造影檢查影像及報告於原檢查醫院及第二次處方院所間之提供與申請，以乙次為限；病人自行攜帶複製片，經第二次處方院所使用並作成診斷報告，給予第二次處方院所申請特殊造影檢查影像及報告費。
 - (4)影像之提供得以PACS(Picture Archiving and Communication System，影像儲存及傳輸管理系統)、中央主管機關之全國醫療影像交換中心或複製片等方式提供。

第二十一項 內視鏡檢查 Endoscopy Examination (28001-28045)

通則：1.本項所定點數包括材料費在內，申報費用應檢附報告。

- 2.同時連續做兩項以上Fiberscopy時，其檢查之費用應按其主檢查所定點數計算之
- 3.本項各檢查項目皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡二歲以上至~~六歲~~未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十。

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

通則：本項各診療項目皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡二歲以上至~~六歲~~未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十。

第二十三項 過敏免疫檢查 Allergy Immunologic Test (30001-30030)

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
30021C	過敏原檢驗(定性) Allergen test(qualitative) 註：限確診為Asthma、過敏性鼻炎者或 ~~2歲以下~~ <u>未滿三歲</u> 有異位性皮膚炎。	v	v	v	v	505
30022C	特異過敏原免疫檢驗 Specific Allergen Test 註：限確診為Asthma、過敏性鼻炎者或 ~~2歲以下~~ <u>未滿三歲</u> 有異位性皮膚炎。	v	v	v	v	1620

第二十五項 其他檢查 Other Test (30501-30526)

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
30523B	多管腔食道內阻抗及酸鹼度測定 Multi-channel Intraluminal Impedance and pH monitor, MII-pH 註： 1.適應症： (1)難治之胃食道逆流症典型症狀(如持續的火燒心或胃酸逆流)，經上消化道內視鏡或 ~~24~~ <u>二十四</u> 小時食道酸鹼度測定檢查後，經藥物(如質子幫浦抑制劑，PPI)治療至少八週以上反應不佳者。 (2)胃食道逆流症非典型症狀(如不明原因胸痛、慢性咳嗽、氣喘、喉嚨異物感或聲音沙啞)，經相關專科醫師診查後，經上消化道內視鏡或 ~~24~~ <u>二十四</u> 小時食道酸鹼度測定檢查後，經藥物(如質子幫浦抑制劑，PPI)治療		v	v	v	13848

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
	至少八週以上反應不佳者。 (3)~~18歲以下~~<u>未滿十九歲</u>兒童及嬰兒胃食道逆流症典型症狀（如持續性嘔吐、火燒心或胃酸逆流），及胃食道逆流症之非典型症狀（如不明原因胸痛、慢性咳嗽、難治性兒童氣喘、喉嚨異物感、聲音沙啞、嬰幼兒呼吸中止或心搏過慢）。 (4)~~18歲以下~~<u>未滿十九歲</u>兒童及嬰兒因吞嚥困難，進行胃造瘻術（gastrostomy）之術前評估。 (5)吞嚥困難，經上消化道內視鏡檢查或食道攝影檢查評估後，疑似食道蠕動功能異常疾病（如食道弛緩不能症者）。 (6)胃食道逆流症患者接受外科逆流手術治療前之評估，及術後仍有符合前述症狀之追蹤。 2.支付規範： (1)內含~~24~~<u>二十四</u>小時食道阻抗酸鹼度單次用測量管。 (2)限由消化內、消化外科、消化兒科及胸腔外科專科醫師執行。					
30526B	高解析度食道壓力檢查 High Resolution Esophageal Manometry 註： 1.適應症： (1)吞嚥困難，經上消化道內視鏡檢查或食道攝影檢查評估後，疑似食道蠕動功能異常疾病（如食道弛緩不能症者）。 (2)難治性之胃食道逆流症狀（持續的火燒心、胃酸逆流、不明原因胸痛、慢性咳嗽、氣喘、喉嚨異物感或聲音沙啞），經相關專科醫師診查後，經上消化道內視鏡或二十四小時食道酸鹼度測定檢查後，且經藥物（如質子幫浦抑制劑，PPI）治療八週以上反應不佳者。 (3)~~十八歲以下~~<u>未滿十九歲</u>兒童及嬰兒胃食道逆流症狀（如持續性嘔吐、火燒心或胃酸逆流、不明原因胸痛、慢性咳嗽、難治性兒童氣喘、喉嚨異物感、聲音沙啞、嬰幼兒呼吸中止或心搏過慢），經相關專科醫師診治四週以上反應不佳者。		v	v	v	11663

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
	(4) ~~十八歲以下~~未滿十九歲兒童及嬰兒因吞嚥困難，進行胃造瘻術（gastrostomy）之術前評估。 (5)食道蠕動功能異常疾病（如食道弛緩不能症）接受內視鏡治療或手術治療後之評估。 (6)胃食道逆流症患者接受外科逆流手術治療前之評估，及術後仍有符合前述症狀之追蹤。 2.禁忌症： (1)造成食道管腔狹窄或阻塞之良性食道疾病或惡性食道腫瘤。 (2)食道破裂。 (3)食道出血。 (4)急性上呼吸道感染。 3.支付規範： (1)執行頻率：每人每年限執行一次，如有接受內視鏡或手術治療者，則最多可執行二次。 (2)限內科、外科、兒科、耳鼻喉科及復健科醫師執行。 (3)不得同時申報30506B食道機能檢查。 (4)內含一般材料費及「微晶片導管」材料費。					

第二節 放射線診療 X-RAY

通則：

- 一、放射線診療之費用，依第一項各項目所定點數或依第二項所定點數核給之。
- 二、第一項各診療項目所定點數，包括所需之X光底片，顯影、定影、速洗、造影技術費，造影藥劑費、機器耗損、電費、片整理、判讀及手術等之費用。
- 三、於施行特殊造時，如併行普通檢查時，不得加算普通檢查費用。
- 四、急診病人因緊急傷病必須立即檢查時，其檢查費用得按本節所定點數加算~~20%~~百分之二十。
- 五、X光片子與紀錄之保留，請依醫療法規定辦理。
- 六、本節所謂兒童加成項目分為：

- ~~1.~~(一)兒童加成項目：病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至六歲未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十。
- ~~2.~~(二)提升兒童加成項目：病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之百；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之八十；年齡在二歲以上至六歲未滿七歲者，依表定點數加計百分之六十。

第一項 X光檢查費 X-Ray Examination

通則：本項各檢查項目皆為兒童加成項目，另部分診療項目項下加註「提升兒童加成項目」者，其加成率適用本節通則六、~~2.~~(二)之規定。

二、特殊造影檢查 Scanning (33001-33144、P2101-P2104)

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
33114B	經由心導管治療直徑 2.5mm(含)以上之開放性動脈瘻管 Transcatheter closure of patent ductus arteriosus >2.5mm 註： 1.施行本項之醫院及醫師資格如下： (1)醫院資格： A 具臨床心臟外科設備。 B 具心臟內、外科醫師人力。 (2)醫師資格：具中華民國小兒心臟科專科醫師資格，且接受至少二年心導管經驗。 (3)須報經保險人同意後實施，且醫院及主持醫師資格有變更時應重新報保險人核備。 2.適應症： 限開放性動脈瘻管之直徑 2.5mm 以上，無合併主動脈縮窄及肺高血壓症者。 3.禁忌症：		V	V	V	20250

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
	(1)嚴重肺高血壓導致右至左分流。 (2)早產兒且體重低於 2000 公克。 (3)年齡 ~~小於12~~ <u>未滿十二</u> 歲之開放性動脈瘻管直徑大於 7mm 或年齡 ~~12~~ <u>十二</u> 歲以上之開放性動脈瘻管直徑大於 9mm。 4.提升兒童加成項目。					
33142B	膠囊內視鏡術 註： 1.適應症： (1)不明原因消化道出血，經二次以上胃鏡及大腸內視鏡檢查仍無法找出出血原因，且經其他影像學檢查(如：CT/MRI，小腸攝影)及小腸內視鏡後或不適合小腸鏡者，仍無法確診者。 (2)慢性或長期小腸病變患者（如小腸多發性息肉症，克隆氏症，celiac sprue，Behcet's disease，Henoch-Schonlein purpura）不適合小腸鏡者需以內視鏡診斷或追蹤者。 (3)兒童 ~~小於18~~ <u>未滿十八</u> 歲，不明原因消化道出血者，經一次內視鏡及一次大腸內視鏡檢查仍無法找出出血原因，且經其他影像學檢查（如CT/MRI或血管攝影或核子醫學或小腸攝影）仍無法確診者。 (4)兒童 ~~小於18~~ <u>未滿十八</u> 歲，慢性或長期小腸病變患者(如小腸多發性息肉症，克隆氏症，celiac sprue，Behcet's disease，Henoch-Schonlein purpura)。 2.特殊專科別限制：消化內視鏡專科、兒科消化學專科、消化內視鏡外科。 3.特殊材料費另計。		v	v	v	18317

第二項 癌症(腫瘤)治療 Cancer Therapy

二、其他治療方式 Other Therapy

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
37047B	身體立體定位放射治療 Stereotactic body radiation therapy(SBRT)/Stereotactic ablative radiotherapy(SABR) 註： 1.施行本項之適應症如下： (1)原發性早期肺部惡性腫瘤(依據2009AJCC分期定義為 N0之 $\leq$ stageII)患者，病灶最大徑 $\leq$ 5公分，ECOG status $\leq$ 2(或Karnofsky Performance Scale/KPS $\geq$ 70)，且須符合以下(high surgical risk)條件之一：		v	v	v	213662

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
	A. poor pulmonary function，不適合接受lobectomy手術者(依外科醫師檢視或會診紀錄)。 B. 年齡~~≥75~~<u>七十五</u>歲<u>以上</u>，致開胸手術可能造成嚴重損傷或危險性大，不適手術者(依外科醫師檢視或會診紀錄)。 C. 有嚴重心肺疾病或其它內科疾病，經麻醉科評估不適全身麻醉者。 (2) 原發性肝膽單一病灶(可為原發性肝癌或肝內膽道癌，同時無肝外淋巴侵犯和遠端轉移)，肝功能為Child-Pugh A至B級，ECOG status ≤2(或Karnofsky Performance Scale/KPS ≥70)，病灶最大徑 ≤5公分。且經評估無法進行下列之一的治療或下列之一的治療失敗者(依病歷紀錄)： A. 手術切除 B. 血管栓塞治療 C. 電燒灼治療 2. 支付規範： (1) 需事前審查。 (2) 全療程為~~2~~<u>二</u>週且分次治療以~~6~~<u>六</u>次(含)為限，採包裹給付，如未執行完全療程，依治療計畫之治療次數按等比例核扣。 (3) 不得同時申報支付標準編號33090B、36001B、36004B、36005B、36015B、36011B、36012B、36014B、36018B、36019B、36021C、37007B、37008B、37013B、37014B、37016B、37018B、37019B、37029B、37030B、37046B					

第三節 注射 Injection (39001~39025)

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
39004C	大量液體點滴注射(林格兒氏液，Rock液，生理食鹽水，葡萄糖液，果糖液或血液代用劑等)注射。 IV drip 註：1.本款目指一次注入液達100c.c.以上者，惟~~六歲以下~~<u>未滿七歲</u>病<u>患</u><u>人</u>不在此限。 2.點滴注射以「次」計算，即每天連續點滴者，僅核付第一次注技術費，超過500c.c.以上無加算之規定。 3.點滴注射外漏重打時，不得申報注射技術費。 4.包括IV set在內。 5.兒童加成項目。 6.適應症： (1)恢復或維持液體。 (2)恢復或維持電解質之平衡。 (3)靜脈注射藥品。 (4)提供病人營養之需要。 (5)為維持中央靜脈壓、動脈壓監視器維持量。	v	v	v	v	75

第四節 復健治療 Rehabilitation Therapy

通則：

- 一、本節各項治療費用限醫療機構開業執照診療科別登記設有復健科者申報；未設復健科之醫療院所，如具其他與復健相關之專科醫師與復健治療專業人員及設備並有能力實施者，得向保險人提出申請，經核可後依基層院所類別申報。
- 二、第四項語言治療項目限聘有受過該類專業訓練之相關醫師之院所始可實施並申報費用。
- 三、申報費用應同時詳細註明「治療內容代碼」，並附復健治療紀錄表。
- 四、本節各復健項目除(43010C~43025C、43033C~43038C)及(44501B~44503B)外，皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿二歲所實施之診療項目點數，依表定點數加計百分之三十；年齡在二(含)歲以上至六歲未滿七歲者依表定點數加計百分之二十。

第三項 職能治療 Occupational Therapy (43001-43038)

43008B	中度-複雜：		V	V	V	480
43028C	1.指治療項目三項(含)以上，合計治療時間三十分鐘以上之治療。	V				400
43009C	2.且必須包含下列二項(含)以上之治療項目(兒童病患從出生至未滿十二歲以前不予限制)： OT 1、OT 3、OT 4、OT 5、OT 7、 OT 8、OT 9、OT 10、OT 11、OT 12。	V				290
43030B	複雜 Complicated：實施本項須符合於下列適應症及其項目規定：		V	V	V	600
43031C	1.成人中樞神經系統疾患(含外傷造成)：	V				500
43032C	須符合下列診斷代碼(ICD-10-CM)： A39、B20、C71、C72、G00-G09、G23、G11、G95、G35-G37、 G81、G54、I60-I67、S14.1+S12.0-S12.6, S24.1+S22.0, S34.1+S22.0-S32.0、S06.2-S06.9、S12.0-S12.6、S22.0、 S22.0-S32.0、S14.1、S24.1、S34.1、S14.2、S14.3、S24.2、 S34.4 (1)限因上述診斷住院期間及出院後六個月內。 (2)治療項目三項(含)以上，合計治療時間三十分鐘以上。 (3)必須包含下列二項(含)以上之治療項目： OT 1、OT 3、OT 4、OT 5、OT 7、OT 8、OT 9、OT 10、 OT 11、OT 12。 2.兒童中樞神經系統疾患(含外傷造成及罕見疾病)： (1)限從出生至未滿十二歲以前。 (2)治療項目三項(含)以上，合計治療時間三十分鐘以上。 3.外科手術患者(含骨骼、神經、肌肉、燒燙傷之疾患)： 須符合下列診斷代碼(ICD-10-CM)： S62.3、S62.6、S68.0、S68.1、S68.4、S68.5、S68.6、S68.7、 S47、S57.0、S57.8、S67.0、S67.1、S67.2、S67.3、S67.9、 S77、T22-T25、S44	V				360

	(1)限因上述診斷手術實施後三個月內。 (2)治療項目三項(含)以上，合計治療時間三十分鐘以上。 (3)必須包含下列二項(含)以上之治療項目： OT 2、OT 5、OT 6、OT 7、OT 8、OT 9、 OT 10、OT 11。 註：1.治療項目 OT 1.姿態訓練 Posture training OT 2.被動性關節運動 Passive R.O.M. OT 3.坐站平衡訓練 Balance training OT 4.移位訓練 Moving training OT 5.日常生活訓練 ADL training OT 6.肌力訓練 Muscle strength training OT 7.運動知覺訓練 Motion - sensory training OT 8.上肢(下肢)功能訓練U/E or L/E function training OT 9.上肢(下肢)義肢功能訓練 Prosthesis function training U/E or L/E OT 10.手(足)功能訓練(Hand or foot function training) OT 11.協調訓練 Coordination training OT 12.知覺認知訓練 Cognitive training OT 13.團體治療 Group therapy OT 14.娛樂治療 Recreation therapy OT 15.活動治療 Activity therapy OT 16.減痙攣活動 Spasticity reduction motion OT 17.其他經保險人核可者 2.43030B、43031C、43032C限復健專科醫師開具處方後，交由相關治療專業人員親自實施始可申報。 3.43027C、43028C、43031C申報資格如下： (1)復健科專科醫師開設之基層院所。 (2)聘有專任復健專科醫師之基層院所且由復健專科(含專任及支援)醫師所開立之處方。					

第四項 語言治療 Communication Therapy (44001~44016)

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
44014B	中度-複雜：		v	v	v	480
44015C	1.指治療項目三項以上，合計治療時間三十分鐘以上之	v				400
44016C	中度治療；若治療對象為 ~~十二歲(含)以下~~ 未滿十三歲者，則無治療時間之限制。	v				290
	2.需包含下列二項(含)以上之治療項目：ST1、ST2、ST3、ST7、ST9、ST13、ST14。					

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
44008B	複雜Complicated：		v	v	v	600
44012C	1.指治療項目四項以上，合計治療時間三十分鐘以上之	v				500
44009C	複雜治療；若治療對象為 ~~十二歲(含)~~ 以下未滿十三歲者，則無治療時間之限制。 2.個案需符合下列任一適應症，其診斷代碼(ICD-10-CM)如下： (1)C00-C41、C43-C58、C60-C86、C88、C90-C96、C4A、C7A、C7B、D03、D45、J910、R180、G450-G468、I60-I69、J380、R49、S019、S021-S024、S026-S029、S060、S063-S066、S068-S069，且限因上述診斷住院期間及出院後十二個月內。 (2)F840、G80、H90-H91、F80-F82、F88、F89、H9325、F480，且治療對象需為 ~~十二歲以下~~ 未滿十三歲。 3.需包含下列二項(含)以上之治療項目：ST1、ST2、ST3、ST7、ST9、ST13、ST14。 註：1.治療項目 ST 1. 聽能瞭解訓練 Auditory comprehension training ST 2. 口語訓練 Verbal production ST 3. 輔導溝通法 Augmentative cemmunication system ST 4. 認讀訓練 Readinhg training ST 5. 書寫訓練 Writing training ST 6. 視知覺訓練 Visual perception ST 7. 高階層認知訓練 High level cognitive function training ST 8. 觸覺肌動法 Tactile stimulation ST 9. 口腔動作訓練 Oral Tx. ST 10 發音部位法 Phonetic placement ST 11. 聽辨訓練 Auditory discrimination ST 12. 節律訓練 Rhythm training ST 13. 視聽迴饋法 Audiovisual feedback monitoring ST 14. 語言分析 Acoustic analysis ST 15. 其他經保險人核可者 2. 44011C、44012C、44015C申報資格如下： (1)復健科專科醫師開設之基層院所。 (2)聘有專任復健專科醫師之基層院所且由復健專科(含專任及支援)醫師所開立之處方。	v				360

第五項 心理社會復健治療費 Psychosocial Rehabilitation Treatment Fee (44501~44505)

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
	特殊心理社會治療 Re-educative psychosocial individual psychotherapy					
44501B	— 成人 adult		v	v	v	344
44502B	— 六歲以上至十五未滿十六歲 6 to 15 years old		v	v	v	430
44503B	— 未滿六歲 under 6 years old		v	v	v	515
	註：從系統觀點探討個體本身與環境特質，運用心理治療原理介入，形成情緒、認知與行為的改變，以提昇病人社會心理適應能力。針對不同類型病人之治療內容包含： 1.嬰幼兒發展治療（Neurodevelopmental therapy） 2.遊戲治療（Play therapy） 3.認知行為治療（Rational-Emotive therapy） 4.行為功能分析與行為改變技術（Functional behavioral analysis and behavioral therapy） 5.神經心理復健策略（Neuropsychological rehabilitation strategies） 6.職業諮商（Vocational counseling） 7.其他（Others） 本項治療限由臨床心理師執行，申報時應附復健科專科醫師醫囑及簽名。					

第五節 精神醫療治療費 Psychiatric Treatment Fee (45001～45102)

通則：

- 一、除有特殊規定者外，所訂支付點數均包括治療費及材料費在內。
- 二、本節各精神醫療治療項目除(45087C~45089C、45013C、45090C、45091C、45046C、45085B、45092B、45093B、45098C、45099C)外，皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿二歲所實施之診療項目點數，依表定點數加計百分之三十；年齡在二(含)歲以上至六歲未滿七歲者依表定點數加計百分之二十。

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
45087C	特殊心理治療 Re-educative individual psychotherapy — 成人 adult	v	v	v	v	344
45088C	— 六歲 <u>以上</u> 至 <u>十五未滿十六歲</u> 6 to 15 years old	v	v	v	v	430
45089C	— 未滿六歲 under 6 years old 註：利用特殊心理治療技術，以協助病人了解自我、形成病識感、提升病人適應環境技巧、降低病人的主觀挫折及不良行為，本項治療限由精神科醫師或臨床心理師執行，申報時並應附精神科專科醫師之醫囑及簽名。	v	v	v	v	515
45013C	深度心理治療（每四十分鐘） Intensive individual psychotherapy — 成人 adult	v	v	v	v	1203
45090C	— 六歲 <u>以上</u> 至 <u>十五未滿十六歲</u> 6 to 15 years old	v	v	v	v	1460
45091C	— 未滿六歲 under 6 years old 註：利用深度心理治療技術，以協助病人改善客體關係(object relation)、強化心理防衛機轉、解決內在衝突或改善其認知行為偏差。本項治療限由精神科專科醫師執行，申報時並應附治療紀錄。	v	v	v	v	1718
45046C	生理心理功能檢查 Psychophysiological function examination — 成人 adult	v	v	v	v	344
45098C	— 六歲 <u>以上</u> 至 <u>十五未滿十六歲</u> 6 to 15 years old	v	v	v	v	387
45099C	— 未滿六歲 under 6 years old 註：包括MSE(Mini Mental State Test, BDI等)	v	v	v	v	430

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
45085B	精神科診斷性會談(次) Psychiatric diagnostic interview (time) — 成人 adult		v	v	v	1031
45092B	— 六歲 <u>以上</u> 至 ~~十五~~ <u>未滿十六歲</u> 6 to 15 years old		v	v	v	1203
45093B	— 未滿六歲 under 6 years old		v	v	v	1375
	註：1.包括病史、心理狀態評估、社會功能評估及病人治療之計畫(安置)等。 2.限精神科初診(含新住院病人)或他科要求會診時申報。 3.限由精神專科醫師施行並於病歷詳細記載治療情形。 4.申報時須附載有該精神科專科醫師簽名之治療紀錄。					

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

通則：

- 一、治療處置費（不分門診及住院）依照本節各項所定支付點數計算之。
- 二、本節共分五項，各項處置費點數包括一般材料，表面麻醉、浸潤麻醉及簡單之傳導麻醉等費用在內，不另給付。治療處置過程如需用到特殊治療材料、特殊藥劑或其他麻醉時得另加算其費用，但另有規定者除外。
- 三、前項所謂一般材料係指全民健康保險藥物給付項目及支付標準所列以外之各種治療材料，如治療處置過程所需之敷料、一般縫合線、刀片、外用消毒藥劑、生理鹽水、導尿管、鼻胃管．．．等均屬之。
- 四、對稱器官之治療處置，係指兩側之器官，特殊規定者除外。
- 五、同一手術部位或同一病灶同時施行兩種以上之處置時，按其主要處置項目所定點數計算之。
- 六、本節所謂兒童加成項目分為：
 1. (一) 兒童加成項目：病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至六歲未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十。
 2. (二) 提升兒童加成項目：病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之百；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之八十；年齡在二歲以上至六歲未滿七歲者，依表定點數加計百分之六十。

第一項 處置費 Treatment

一、一般處置 General Treatment (47001~47103)

通則：本項各處置項目皆為兒童加成項目，另部分診療項目項下加註「提升兒童加成項目」者，其加成率適用本節通則六、2(二)之規定。

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
47041C	呼吸道抽吸(次) Suction (time) 註：每日實施8次(含)以上者應按47042C申報。	v	v	v	v	30
47065B	治療性導管植入術 — 末梢靜脈植入中心導管術 Therapeutic catheter implantation — PICC(Peripheral line for central venous catheterization) 註： 1.適應症： (1)癌症化學治療及癌症末期之疼痛治療。 (2)下列三項適應症且預期同時治療達二週以上之病人： A.使用全靜脈營養輸液（TPN）（一歲以下未滿二歲嬰兒本項為靜脈營養輸液，不限TPN）。 B.免疫不全與使用免疫抑制劑。 C.須接受中心靜脈導管置入（CVP）。 2.提升兒童加成項目。		v	v	v	3101

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
47090B	高頻胸壁振盪模式呼吸道清潔(每次至少 ~~30~~ <u>三十</u> 分鐘) 註：1.限住院病患無法有效清除痰液使用，每日限申報最多 ~~4~~ <u>四</u> 次，每一療程最多 ~~10~~ <u>十</u> 天。 2.不可同時申報47045C體外引流、57010B呼吸運動(次)、57012B復原運動。 3.提升兒童加成項目。		v	v	v	247
47091B	淋巴水腫照護-徒手淋巴引流(須達 ~~40~~ <u>四十</u> 分鐘) Care of lymphoedema - manual lymphatic drainage 註：1.適應症：癌症末期淋巴水腫病人 2.執行人員：須接受淋巴照護相關訓練，執行完成後需有適應症、執行過程及執行時間的紀錄。 3.提升兒童加成項目。		v	v	v	450
47093B	身體約束之護理監測照護費 Physical Restraint(Day) -日：使用 ~~超過8~~ <u>八</u> 小時(~~含~~) <u>以上</u> ，每人每次住院限申報日數為 ~~4~~ <u>四</u> 天。 註：1.適應症：限意識欠清且躁動不安的病患，無法遵從醫療措施或其行為可能對本身或他人具有傷害時執行。 2.必須每日有醫囑、每班有護理紀錄呈現、病患或家屬同意書、以及醫療團隊應適時討論或視情況解除行動限制並有紀錄。 3.精神科病患及加護病房不得適用本項。 4.提升兒童加成項目。		v	v	v	186

二、創傷處置 Wound Treatment (48001-48035)

通則：本項各處置項目皆為兒童加成項目，另部分診療項目項下加註「提升兒童加成項目」者，其加成率適用本節通則六、~~2~~(二)之規定。

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
48001C	淺部創傷處理 Wound treatment — 傷口長小於 ~~5~~ <u>五</u> 公分者 <5cm	v	v	v	v	420
48002C	— 傷口長 ~~5-10~~ <u>五至十</u> 公分者 5-10cm	v	v	v	v	562
48003C	— 傷口長大於 ~~10~~ <u>十</u> 公分者 >10cm 註：1.切傷、刺傷、割傷或挫滅傷之複診患者依48011C-48013C申報。 2.含縫合、接紮、擴創處理。	v	v	v	v	739

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
48004C	深部複雜創傷處理 Debridement — 傷口長 <u>小於5五</u> 公分 <u>以下</u> 者<5cm	v	v	v	v	2419
48005C	— 傷口長 ~~5-10~~ <u>五至十</u> 公分者5-10cm	v	v	v	v	3043
48006C	— 傷口長 <u>大於10十</u> 公分 <u>以上</u> 者≥10cm 註： 1.指創傷深及肌肉、神經、肌腱、骨膜時之處理。 2.含縫合、接紮、擴創處理。 3.申報費用時，請註明處置日期和部位，並附處置前後彩色照片或繪圖說明。 4.會陰部位擴創術按48006C申報。 5.屬西醫基層總額部門院所，48004C以原支付點數2016點申報，48005C以原支付點數2536點申報，48006C以原支付點數3993點申報。	v	v	v	v	4792
48011C	手術、創傷處置及換藥 Change dressing — 小換藥（小於 ~~10~~ <u>十</u> 公分）small (<10cm)	v	v	v	v	56
48012C	— 中換藥（ ~~10—20~~ <u>十至二十</u> 公分）medium (10-20cm)	v	v	v	v	76
48013C	— 大換藥（大於 ~~20~~ <u>二十</u> 公分）large (>20cm) 註：1.包括材料費在內。 2.基層院所申報48011C得加計百分之四十。 3.基層院所申報48012C得加計百分之二十。	v	v	v	v	125
48014C	皮面創傷處理(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒膿瘍之處理及換藥) — 體表面積 ~~≤10~~ <u>小於十一</u> BSA(相當半肢面積)	v	v	v	v	2417
48015B	— 體表面積 ~~11-35~~ <u>十一至三十五</u> BSA(相當一肢面積)		v	v	v	4431
48016B	— 體表面積 ~~36-50~~ <u>三十六至五十</u> BSA(相當二肢面積)		v	v	v	6663
48017B	— 體表面積 ~~51-70~~ <u>五十一至七十</u> BSA(軀幹四肢者)		v	v	v	10071
48029B	— 體表面積 ~~71-90~~ <u>七十一至九十</u> BSA(軀幹四肢者)		v	v	v	13275
48030B	— 體表面積 ~~>90~~ <u>大於九十</u> BSA(軀幹四肢者) 註：1.半肢為4.5 BSA 。 2.包括材料費在內。 3.申報費用時，請註明處置日期和部位。 4.除48014C屬兒童加成項目外，其餘項目為提升兒童加成項目。		v	v	v	17854

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
48018C	皮面創傷換藥 (火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒膿瘍之換藥) — 體表面積 ~~≤10~~ <u>小於十一</u> BSA (相當半肢面積)	v	v	v	v	1343
48019B	— 體表面積 ~~11-35~~ <u>十一至三十五</u> BSA (相當一肢面積)		v	v	v	2014
48020B	— 體表面積 ~~36-50~~ <u>三十六至五十</u> BSA (相當二肢面積)		v	v	v	3357
48021B	— 體表面積 ~~51-70~~ <u>五十一至七十</u> BSA (軀幹四肢者)		v	v	v	4029
48031B	— 體表面積 ~~71-90~~ <u>七十一至九十</u> BSA (軀幹四肢者)		v	v	v	7966
48032B	— 體表面積 ~~>91~~ <u>大於九十</u> BSA (軀幹四肢者) 註：1.半肢為4.5 BSA。 2.包括材料費、溼敷在內。 3.除48018C屬兒童加成項目外，其餘項目為提升兒童加成項目。		v	v	v	8926
48022C	臉部創傷處理 Treatment of facial laceration — 小 ~~5~~ <u>小於五</u> 公分 ~~以內~~ < 5cm	v	v	v	v	1566
48023C	— 中 ~~5~~ <u>五</u> 公分至 ~~10~~ <u>十</u> 公分 5-10 cm	v	v	v	v	2515
48024C	— 大 超過 ~~10~~ <u>十</u> 公分 > 10cm 註：1.縫合傷口包括皮膚及皮下。 2.含縫合、接紮、擴創處理。	v	v	v	v	3249
48033C	深部複雜臉部創傷處理 — 小 ~~5~~ <u>小於五</u> 公分 ~~以內~~	v	v	v	v	2445
48034C	Deep complicated facial wound debridement - < 5cm — 中 ~~5~~ <u>五</u> 公分至 ~~10~~ <u>十</u> 公分	v	v	v	v	3534
48035C	Deep complicated facial wound debridement - 5-10 cm — 大 超過 ~~10~~ <u>十</u> 公分 Deep complicated facial wound debridement - >10cm 註：1.縫合傷口包含皮膚、皮下、肌膜及肌肉層。 2.含縫合、接紮、擴創處理。	v	v	v	v	4101
48025C	拆線 Remove Stiches (次) — 傷口 ~~在10~~ <u>小於十</u> 公分 ~~以下~~ <10cm	v	v	v	v	97
48026C	— 傷口 ~~在10~~ <u>十</u> 公分以上 ~~>~~ <u>≥</u> 10cm	v	v	v	v	303

五、皮膚處置 Dermatology Treatment (51001-51033)

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
51005C	皮膚電燒灼治療－單純 Electro cauterization , simple 註：1.面積小於 ~~2~~ <u>二</u> 平方公分。 2.限用於各種皮膚腫瘤、疣。	v	v	v	v	280
51006C	皮膚電燒灼治療－複雜 Electro cauterization , complicated 註：1.面積大於 ~~2~~ <u>二</u> 平方公分。 2.限用於各種皮膚腫瘤、疣。	v	v	v	v	425
51009C	皮膚病灶內部注射 Intradermal injection － ~~4~~ <u>小於四</u> 平方公分 ~~以下~~ <4cm ²	v	v	v	v	250
51010C	－ ~~4~~ <u>四至九</u> 平方公分 4~9cm ²	v	v	v	v	300
51011C	－ ~~9~~ <u>超過九</u> 平方公分 ~~以上~~ >9cm ² 註：限用於蟹足腫、囊腫、圓禿及結節性癢疹，及其他經公認病灶內注射治療有效之皮症。	v	v	v	v	375

九、婦科處置 GYM & OBS Treatment (55001-55025)

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
55021C	骨盆檢查費 Pelvic Examination 註： 1.限婦產科專科醫師申報，各醫療院所每月申報本項不得超過婦產科門診就診人次之百分之七十；另放射腫瘤專科醫師接受一個月婦科腫瘤相關訓練，於治療婦癌相關疾病時，亦可申報。 2.申報本項得加計 ~~65%~~ <u>百分之六十五</u> 。 3.無性經驗者施以肛診、會陰視診、外陰觸診亦可申報。	v	v	v	v	55

十一、呼吸治療處置 (57001~57031)

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
57017C 57018B	脈動式或耳垂式血氧飽和監視器 Pulse or ear oximetry — 每次 time — 一天 day 註： 1.同日使用 <u>超過五次(含)以上</u> 者，按57018B計。 2. 57017C屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方及執行始可申報。	v v	v v	v v	v v	30 360
57019C 57020C	氧氣帳吸入治療費 —每小時 — 每天(使用 <u>超過6六</u> 小時 <u>以上</u> 計一天) 註：含氧氣費。	v v	v v	v v	v v	91 1308
57021C 57022C	蒸氣或噴霧吸入治療 Humidity or aerosol therapy — 每次 time — 每天 day 註： 1.含器材使用費。 2.同日實施 <u>超過四次(含)以上</u> 者，按57022C計。	v v	v v	v v	v v	40 150
57025B	一氧化氮吸入療法/天 Inhaled Nitric oxide therapy 註： <u>超過六小時(含六小時)以上</u> 以一天計，含氣體使用費、裝置費、呼吸器、監視器等費用。		v	v	v	9398
57027B	一氧化氮吸入療法/每小時 Inhaled Nitric oxide therapy 註： <u>超過六小時(含六小時)以上</u> 以一天計，含氣體使用費、呼吸器、監視器等費用。		v	v	v	1260
57030B 57031B	濕化高流量氧氣治療 Humidified high flow oxygen therapy — 第一日照護費（含管路特材）First time — 第二天後照護費（天）Daily care 註： 1.限住院病人符合下列適應症者使用： (1)成人(> <u>18歲十九歲以上</u>) A.急性缺氧性呼吸衰竭，且需同時符合下列各項條件：		v v	v v	v v	6000 1937

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
	(a)當以10L/min或更高的流速供應氧氣至少十五分鐘，P/F ratio$\leq$300時。 (b)RR>25次/min，呼吸困難或呼吸窘迫。 (c)PaCO₂$\leq$45 mmHg。 B.呼吸衰竭拔管後，預防再次插管使用，並有下列任一情形： (a)曾插管二十四小時以上之病人，且有下列任一高危險因子者：年紀六十五歲以上、APACHE II>12分、BMI>30 Kg/m²、呼吸道清除功能失效、困難脫離呼吸器病人或插管大於七天病人。 (b)經臨床負責醫師判定有再度發生呼吸衰竭之可能。 (2)兒童(~~≤18歲~~未滿十九歲) A.缺氧性呼吸衰竭或呼吸窘迫，並有下列任一情形者： (a)血氧飽和濃度SpO₂$\leq$94%。 (b)呼吸窘迫症狀（呼吸急促、使用呼吸輔助肌、鼻翼扇動、點頭式呼吸、胸凹或矛盾式呼吸等）。 B.脫離侵襲性或非侵襲性呼吸器後，預防再次使用呼吸器時使用。 2.限內科、外科、麻醉科、兒科、急診醫學科、神經科及神經外科專科醫師執行。 3.不得同時申報57004C、57023B。 4.更換管路當日比照第一天照護費申報。 5.兒童(~~≤18歲~~未滿十九歲)得依表定點數加計百分之二十。 6.若臨床上認為拔管後應使用非侵襲性陽壓呼吸治療的成人病人，則不建議使用本項。 7.57030B內含一般材料費、高流量鼻導管及高流量管路組費比率為百分之六十五。					

十二、嬰幼兒處置 (57101-57123)

通則：本節各項目限為~~六歲以下~~未滿七歲嬰幼兒施行時申報。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
57113B	兒童經皮靜脈導管放置術 Percutaneous IV catheterization 註： 1.限使用PCVC材料之導管放置術，且需長期(三日以上)放置靜導管之 ~~六歲以下~~ <u>未滿七歲</u> 兒童。 2.提升兒童加成項目。		v	v	v	2801
57120B	嬰兒靜脈留置導管(~~6個月以下~~ <u>未滿六個月</u>) 註： 1.不得重複申報39004C。 2. ~~3三~~ 日內限申報乙次。 3.本項包含57107B穿透照明檢查。		v	v	v	938
57121B	幼兒靜脈留置導管(~~6六~~ 個月以上~ ~~2~~ <u>未滿二歲</u>) 註： 1.不得重複申報39004C。 2. ~~3三~~ 日內限申報乙次。 3.本項包含57107B穿透照明檢查。		v	v	v	716
57122B	兒童靜脈留置導管(~~2二~~ 歲 <u>以上</u> ~ ~~6歲~~ <u>未滿七歲</u>) 註： 1.不得重複申報39004C。 2. ~~3三~~ 日內限申報乙次。 3.本項包含57107B穿透照明檢查。		v	v	v	604
57123B	小血袋無菌分裝處理費 註： 1.新生兒輸血(出生到 ~~4四~~ 個月，早產兒出生體重<1500公克出生到 ~~6六~~ 個月)。 2.限使用無菌導管接合器。		v	v	v	170

第二項 透析治療 Dialysis Therapy (58001~58031)

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
58001C	血液透析（一次） Hemodialysis —住院 —門診	v	v	v	v	4100
58027C	1.急重症透析	v	v	v	v	4100
58029C	2.一般透析 註： 1.以上項目所定點數包括技術費、檢驗費、藥劑費、一般材料費、特殊材料費、特殊藥劑費用(含EPO)及腎性貧血之輸血費在內。 2. 58027C僅限符合下列條件之一者申報。 (1)領有慢性腎衰竭、腎囊腫性疾病或腎臟移植手術後追蹤照護之重大傷病證明外，同時領有第二張其他疾病之重大傷病證明者。 (2) ~~十二歲以下(含十二歲)~~ 未滿十三歲病人。 (3)急診案件(緊急傷病必須立即血液透析當次申報)。 (4)金門、馬祖、澎湖、小琉球、蘭嶼及綠島院所。 (5)急性期個案透析(限首次領取慢性腎衰竭且必須接受定期透析治療之重大傷病卡之有效起日三十日內申報，含有效卡三個月)。	v	v	v	v	3912

第五項 骨骼外固定器使用 Application of External Fixation Apparatus (61001-61020)

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
61002C	脛骨下 ~~1/3~~ <u>三分之一</u> 骨折 tibia low 1/3 fracture 註：屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數140點申報。	v	v	v	v	168
61003C	脛骨上 ~~1/3~~ <u>三分之一</u> 骨折 Tibia up 1/3 fracture (High tibia osteotomy) 註：屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數140點申報。	v	v	v	v	168
61004C	脛骨上 ~~1/3~~ <u>三分之一</u> 粉碎性骨折 Tibia up 1/3 comminuted fracture 註：屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數200點申報。	v	v	v	v	240

第七節 手術

通則：

- 一、各特約醫院實施手術，可申報「手術費」及「手術一般材料費」。
- 二、各項「手術費」依各節所定點數計算之。「手術費」包括術前皮膚剃薙預備與刷手消毒等費用在內。
- 三、各項手術所需之「手術一般材料費」及「過程面特殊材料費」，得依本節所定點數及表列加計比率計算；未表列者，其「手術一般材料費」，均依本節所定點數之百分之五十三計算之，包括：手術中使用之敷料，各類縫合線、刀片、外用消毒藥劑及生理鹽水、開刀巾、一般材料與器械折舊等費用在內。需用及特殊治療材料者，依全民健康保險藥物給付項目及支付標準相關規定申報。
- 四、各項所定點數均包括表面麻醉、浸潤麻醉或簡單之傳導麻醉等之費用。如使用特殊藥劑或特殊治療材料或其他麻醉時，得另加算申報。
- 五、同一手術野內之對稱器官，除有特殊規定者外，係指兩側之手術費用。
- 六、同一手術野或同一病巢內，同時做兩種以上手術時，或依病情可同時手術，而未同時施行者，依下列規定辦理：
 - (一)施行之多項同類手術或兩側性手術，第一項手術（支付點數較高者）按其所定點數申報，第二項手術及第三項手術均按其所定點數之一半計算；其餘不計。其餘附帶施行之手術則不另計算。
 - (二)施行多項不同類手術時，第一項及第二項均依其所定支付點數計算；第三項依其所定支付點數之一半計算，其餘不計。
 - (三)施行手術時，附加非治療必須之其他手術，不另給付。本條所稱同一手術野或同一病巢，係指在同一手術區內，有不同器官，因同一病灶影響，須同時手術者，同類手術，係指手術項目列在本支付標準表之手術章中同項內之各手術項屬之（如第二部第二章第七節第一項皮膚之各項手術 62001C-62072B，均依同類手術項目計費，其餘類推）。
 - (四)多重創傷（ISS $\geq$ 16）符合重大創傷之重大傷病資格者，進行胸、腹多項手術均依其所定支付點數計算。

- 七、凡為達手術最終目的過程中之各項切開、剝離、摘除、吻合、切片、縫合、灌洗等，附帶之手術及處置，雖為本標準表所列項目亦不得視為副手術另報。
- 八、因第一次手術所引起併發症之手術，依其所定支付點數之一半計算之，並僅計算一項；但第一次手術在他院者不受限制。
- 九、手術開始後，如因患者病況發生變化而中止者，按已實施之步驟最近似之手術項目申報。
- 十、凡門診可行之小手術，不得住院。
- 十一、急診病人因緊急傷病而必需立即手術者，其「手術費」得按本節所定點數加算百分之三十，但「手術一般材料費」不得另按比例加算。
- 十二、本節各項手術均為提升兒童加成項目，但「手術一般材料費」不得另按比例加算。加成率如下：病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之百；年齡在六個月以上但未滿二歲者，依表定點數加計百分之八十；年齡在二歲以上至六歲未滿七歲者，依表定點數加計百分之六十，若同時符合緊急傷病必須立即手術者，依加成率合計後一併加成。

第一項 皮膚 Integumentary System (62001-62072, 63017)

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
62001C	顏面皮膚及皮下腫瘤切除術 Excision of facial skin and subcutaneous tumor					
62002C	— 直徑小於 ~~1~~ <u>2</u> 公分 within 1cm in diameter	v	v	v	v	1300
62002C	— 直徑 ~~1~~ <u>2</u> 至 ~~2~~ <u>2</u> 公分 1cm to 2cm in diameter	v	v	v	v	2520
62003C	— 直徑超過 ~~2~~ <u>2</u> 公分 over 2cm in diameter	v	v	v	v	5514
62007C	皮膚全層植補術 FTSG - ~~40~~ <u>小於10</u> 平方公分 Full thickness skin graft, (FTSG)	v	v	v	v	5929
62064C	皮膚全層植補術 FTSG - 每增加 ~~10~~ <u>10</u> 平方公分 Full-thickness skin graft --add 10 c m ²	v	v	v	v	5416
62065C	臉、頸部植皮- ~~5~~ <u>5</u> 平方公分 Face, neck -5cm ²	v	v	v	v	6057

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
62066C	臉、頸部植皮- 每增加 ~~5~~ <u>五</u> 平方公分 Face, neck -every 5 cm ² of increase	v	v	v	v	1730
62067C	手部、會陰、腳植皮 - ~~5~~ <u>五</u> 平方公分 Skin graft for hand,perineum, and foot-5cm ²	v	v	v	v	5954
62068C	手部、會陰、腳植皮 - 每增加 ~~5~~ <u>五</u> 平方公分 Skin graft for hand,perineum, and foot-every 5cm ²	v	v	v	v	1644
62010C	臉部以外皮膚及皮下腫瘤摘除術 Excision of skin or subcutaneous tumor (Except face) — 小 小於 ~~2~~ <u>二</u> 公分 within 2cm	v	v	v	v	1623
62011C	— 中 ~~2~~ <u>二</u> 公分至 ~~4~~ <u>四</u> 公分 2 to 4cm	v	v	v	v	1927
62012C	— 大 ~~4~~ <u>四</u> 公分至 ~~10~~ <u>十</u> 公分 4 to 10cm 註：一般腫瘤的大小很少超過 ~~10~~ <u>十</u> 公分，大部份小於 ~~5~~ <u>五</u> 公分，超過 ~~10~~ <u>十</u> 公分之腫瘤以64208B申報。	v	v	v	v	3371
62014C	多層皮膚移植 Split thickness skin graft S.T.S.G — 小於 ~~25~~ <u>二十五</u> 平方公分 within 25 cm ²	v	v	v	v	4544
62015B	— ~~25-100~~ <u>二十五至一百</u> 平方公分 25 to 100 cm ²		v	v	v	5267
62016B	— 每增加 ~~100~~ <u>一百</u> 平方公分 every increase of 100cm ²		v	v	v	3588
62022C	皮膚惡性腫瘤切除及植皮術 Excision of skin cancer & SSG — 直徑小於 ~~2~~ <u>二</u> 公分 within 2cm in diameter	v	v	v	v	8700
62023B	— 直徑 ~~2-5~~ <u>二至五</u> 公分 2cm to 5cm in diameter		v	v	v	10880
62024B	— 直徑超過 ~~5~~ <u>五</u> 公分 over 5cm in diameter 註：申報時應附病理報告。		v	v	v	13090
62041B	微晶 & 一般磨皮術(~~5~~ <u>小於五</u> 公分 ~~以內~~) Micro & general dermabrasion(<5cm) 註：限皮膚類澱粉症及表皮母斑症病患申報。		v	v	v	1544
62042B	微晶 & 一般磨皮術(~~5-10~~ <u>五至十</u> 公分) Micro & general dermabrasion(5-10cm) 註：限皮膚類澱粉症及表皮母斑症病患申報。		v	v	v	1640
62043B	微晶 & 一般磨皮術(超過 ~~10~~ <u>十</u> 公分) Micro & general dermabrasion(>10cm) 註：限皮膚類澱粉症及表皮母斑症病患申報。		v	v	v	2130
62045B	局部皮瓣(~~1~~ <u>小於一</u> 公分 ~~以內~~) Local flap (<1cm)		v	v	v	3336
62046C	局部皮瓣(~~1-2~~ <u>一至二</u> 公分) Local flap (1-2cm) 註：屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方及執行始可申報。	v	v	v	v	3350

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
62047C	局部皮瓣(~~2~~ <u>超過二公分以上</u>) Local flap (>2cm) 註：屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方及執行始可申報。	v	v	v	v	7310
62071B	鉅雅銘雷射手術 Erb-YAG laser operation 註：含一般材料費，得另加計 ~~4%~~ <u>百分之四</u> 。		v	v	v	2848
62072B	水刀清創 Hydrosurgery debridement 1.適應症：二度燙傷(~~含~~)以上及總燙傷面積 ~~20%(含)~~ <u>百分之二十</u> 以上，接受自體皮膚移植手術當次得申報水刀清創。 2.支付規範： (1)同一醫院同一病患同一傷害，限申報一次。 (2)須事前審查。 (3)不得同時申報支付標準診療項目：48015B、48016B、48017B、48029B 及 48030B。 (4)一般材料費及單一使用拋棄式之微創噴射灌洗器，得另加計 ~~309%~~ <u>百分之三百零九</u> 。		v	v	v	10861
63017B	前哨淋巴結摘除手術 註： 1.適應症：惡性乳癌、黑色素瘤及鱗狀上皮細胞癌。 2.支付規範： (1)不可同時申報：70205B。 (2)一般材料費，得另加計 ~~56%~~ <u>百分之五十六</u> 。		v	v	v	12656

第二項 乳房 Breast (63001~63017)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
63007B	改良式乳房根除手術 Modified radical mastectomy					
— 單側 unilateral			v	v	v	25595
63008B	— 雙側 bilateral		v	v	v	38393
	註： 1.適應症：惡性乳癌 2.一般材料費，得另加計 ~~26%~~ <u>百分之二十六</u> 。					
63012B	乳房部分切除手術併前哨淋巴結摘除手術 Partial mastectomy and sentinel node(s) excision 註： 1.適應症：惡性乳癌 2.支付規範： (1)不得同時申報：63001B、63002B、63017B。 (2)一般材料費，得另加計 ~~50%~~ <u>百分之五十</u> 。		v	v	v	15798

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
63013B	乳房部分切除手術併標準腋下淋巴廓清術 Partial mastectomy + axillary lymph node dissection 註： 1.適應症：惡性乳癌 2.支付規範： (1)不得同時申報：63001B、63002B、70205B。 (2)一般材料費，得另加計 ~~25%~~ <u>百分之二十五</u> 。		v	v	v	23637
63014B	乳房全切除手術併前哨淋巴結摘除手術 Simple mastectomy + sentinel lymph node biopsy 註： 1.適應症：惡性乳癌 2.支付規範： (1)不得同時申報：63003B、63004B、63017B。 (2)一般材料費，得另加計 ~~33%~~ <u>百分之三十三</u> 。		v	v	v	23390
63015B	乳房部分切除手術 Partial mastectomy 註： 1.適應症：惡性乳癌 2.支付規範： (1)不得同時申報：63001B、63002B。 (2)一般材料費，得另加計 ~~54%~~ <u>百分之五十四</u> 。		v	v	v	10046
63016B	乳房全切除手術 Simple mastectomy 註： 1.適應症：惡性乳癌 2.支付規範： (1)不得同時申報：63003B、63004B。 (2)一般材料費，得另加計 ~~33%~~ <u>百分之三十三</u> 。		v	v	v	18555
63017B	前哨淋巴結摘除手術 註： 1.適應症：惡性乳癌、黑色素瘤及鱗狀上皮細胞癌。 2.支付規範： (1)不可同時申報：70205B。 (2)一般材料費，得另加計 ~~56%~~ <u>百分之五十六</u> 。		v	v	v	12656

第三項 筋骨 Musculoskeletal System (64001~64281)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
64243B	關節鏡手術 Arthroscopic surgery —關節鏡探查手術，併施行滑膜切片，灌洗，清創 Arthroscopy with synovial biopsy, irrigation & lavage, debridement		v	v	v	3000
64244B	—關節鏡下關節面磨平成形成術，打洞，游離體或骨軟骨碎片取出手術 Arthroscopic shaving or abrasion arthroplasty, drilling or pinning or removal of loose body or osteochondral fragment 註： 1.以上64243B及64244B二項點數皆含鏡檢費用。 2.64244B內含一般材料費及單一使用拋棄式刮刀及磨刀，得另加計 <u>103%百分之一百零三</u> 。		v	v	v	8000

第四項 呼吸器 Respiratory System

一、鼻 Nose (65001-65078)

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
65016B	淚囊鼻腔造瘻術 Dacryocystorhinostomy 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <u>96%百分之九十六</u> 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	6586
65078B	內視鏡修正式 Lothrop 手術 Endoscopic modified Lothrop procedure 註： 1.適應症： (1)須經 ESS 手術後仍失敗復發，或 frontal recess 骨質新生沾黏之慢性鼻竇炎、慢性額竇炎。 (2)急性復發性額竇炎。 (3)鼻腔與鼻竇惡性腫瘤、額葉惡性腫瘤、嗅覺神經惡性腫瘤、顱骨及顏面骨之惡性或良性腫瘤、腦膜良性腫瘤、腦良性腫瘤或倒生性乳突瘤，且必須侵犯額竇。 2.一般材料費，得加計 <u>10%百分之十</u> 。		v	v	v	22904

第五項 胸腔 Thoracic

一、胸腔 Thoracic (67001-67055)

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
67001B	胸壁切除術(小於十公分) Chest wall resection<10cm 註： 1.胸壁切除至少應含蓋二個以上不同之組織(如骨骼、肌肉等)。 2.胸骨部分切除術(小於十公分)比照申報。		v	v	v	10858
67038B	胸壁切除術(<u>≥</u> 十公分 <u>以上</u>) Chest wall resection ≥ 10cm 註： 1.胸壁切除至少應含蓋二個以上不同之組織(如骨骼、肌肉等)。 2.胸骨部分切除術(<u>≥</u> 十公分 <u>以上</u>)比照申報。		v	v	v	15316
67008B	簡單胸廓擴創術 <u><</u> 十公分 Simple debridement of chest wall <10cm 註：包括傷口縫合 including wound closure。		v	v	v	5690
67041B	複雜胸廓擴創術 <u>≥</u> 十公分 <u>以上</u> Complicated debridement of chest wall ≥ 10cm 註：包括傷口縫合 including wound closure。		v	v	v	8422
67043B	簡單凹凸胸矯正術 (<u><</u> 六根) Reconstruction of congenital funnel or pigeon chest 註：年齡 <u>≤</u> ~~十六~~ <u>未滿十七</u> 歲。		v	v	v	19816
67044B	複雜凹凸胸矯正術 (<u>≥</u> 六根 <u>以上</u>) Complicated correction of chest wall deformity 註：年齡 <u>≤</u> ~~十六~~ <u>未滿十七</u> 歲。		v	v	v	26819
67052B	胸腔鏡胸管結紮術 VATS with thoracic duct ligation 註：含一般材料費，得另加計 ~~32%~~ <u>百分之三十二</u> 。		v	v	v	25199
67053B	胸腔鏡肺分葉切除術 Thoracoscopic segmentectomy of lung 註： 1.適應症 (1)早期局限性肺癌 stage I。 (2)肺單元分葉內之癌症且心肺功不佳者,不適合肺葉切除術者。 (3)具合併症且內科治療無效之感染性疾病。 2.含一般材料費，得另加計 ~~44%~~ <u>百分之十一</u> 。		v	v	v	57344
67054B	胸腔鏡肺葉袖形切除術 Thoracoscopic sleeve lobectomy 註： 1.適應症 (1)肺癌病人腫瘤侵犯支氣管分岐處又不適合作全肺葉切除術的病人。		v	v	v	58517

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
	(2)良性腫瘤侵犯肺葉分歧處欲切除有病變之肺葉而保留功能正常之肺葉。 2.含一般材料費，得另加計 4%百分之四 。					
67055B	納氏胸廓異常矯正術 Nuss Procedure for chest wall deformity 1.適應症： (1)Haller index 或 CT index > 3.25。 (2)有呼吸功能障礙，慢性支氣管炎，或肺纖維化病變者。 (3)併有心理影響，經精神科醫師評估有矯治之需要者。 2.含一般材料費及單一使用拋棄式之內視鏡用保護套與高速切割系統（鑽頭），得另加計 98%百分之九十八 。		v	v	v	14930

三、縱膈與橫膈膜 Mediastinum and Diaphragm (70401-70420)

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
70401B	良性簡單縱膈腔腫瘤切除(<小於五公分) Benign mediastinal mass excision (< 5cm)		v	v	v	16389
70414B	良性複雜縱膈腔腫瘤切除(≥五公分以上) Benign complicated mediastinal mass excision (≥5cm)		v	v	v	18966
70416B	胸腔鏡縱膈腔腫瘤切除術(<小於五公分) Thoreoscopic Excision of Mediastinal Tumor (<5cm)		v	v	v	20457
70417B	胸腔鏡縱膈腔腫瘤切除術(≥五公分以上) Thoreoscopic Excision of Mediastinal Tumor (≥5cm)		v	v	v	23673

第六項 心臟及心包膜(68001-68057)

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
68034B	心臟摘取 Heart procurement		v	v	v	21166
68035B	心臟植入 Heart implantation 註： 1.施行診療項目68034B、68035B 手術之醫院及醫師條件如下： (1)醫院條件： A.須為「中華民國心臟醫學會」及「台灣胸腔及心臟血管外科學會」所認定之專科醫師訓練醫院。 B.應有專任具臨床藥理、病理、移植免疫、感染症及血液學專長之醫師。 (2)醫師條件： 手術主持醫師須有主持開心手術五百例以上之經驗。		v	v	v	183312

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
	2.施行診療項目68035B之適應症如下，並應由醫院申報事前審查： (1)心臟衰竭且 Maximal VO₂<10ml /kg/min 者。 (2)心臟衰竭達紐約心臟功能第四度，且 Maximal VO₂<14ml/kg/min 者。 (3)心臟衰竭核醫檢查 LVEF<20%，經六個月以上藥物(包括 ACE inhibitors、Digoxin、Diuretics 等)治療仍無法改善者；如有重度二尖瓣閉鎖不全，經核醫檢查 LVEF<25%者。 (4)嚴重心肌缺血，核醫檢查 LVEF<20%，經核醫心肌灌注掃描及心導管等檢查，證實無法以傳統冠狀動脈繞道手術治療者。 (5)紐約心臟功能第四度，持續使用 Dopamine 或 Dobutamine>5μg/kg/min 七天以上，經核醫檢查 LVEF<25%或心臟指數 Cardiac index<2.0L/min/m²者。 (6)心臟衰竭已使用 ECMO、VAD 等心臟輔助器且無法斷離者。 (7)復發有症狀的心室性不整，無法以公認有效的方法治療者。 (8)其他末期心臟衰竭，無法以傳統手術方法矯正者。 3.施行診療項目68035B之禁忌症： (1)年齡六十五歲以上(年齡超過者需專案申請核准)。 (2)有明顯感染者。 (3)愛滋病帶原者，應符合財團法人器官捐贈移植登錄中心訂定之「捐贈者基準及待移植者之絕對與相對禁忌症、適應症與各器官疾病嚴重度分級表」規定。 (4)肺結核經證實者。 (5)惡性腫瘤患者。 (6)心智不正常或無法長期配合藥物治療者。 (7)少年型或胰導素依賴型糖尿病患者。 (8)A B O 血型與捐贈者不相容者。 (9)嚴重肺高血壓，經治療仍大於6 Wood Unit 者，不得做正位心臟移植(異位心臟移植者不得大於12 Wood Unit)。 (10)肝硬化或 GPT 在正常兩倍以上，且有凝血異常者。 (11)中度以上腎功能不全者(Creatinine > 3.0mg/dl 或 Ccr<20ml/min)(需同時故腎臟移植之末期腎衰竭洗腎病人，不在此限)。 (12)嚴重的慢性阻塞性肺病患者(FEVI<50% of predicted 或 FEVI/FVC<40% of predicted)。 (13)活動性消化性潰瘍患者。 (14)嚴重的腦血管或周邊血管病變，使日常生活無法自理，且無法接受重建手術者。 (15)免疫系統不全或其他全身性疾病，雖經治療仍預後不良者。 (16)藥癮患者。 4.不得加計急診加成。					

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
	5.心臟捐贈者若為非保險對象，其捐贈者摘取所需之檢驗費、手術費、麻醉費、手術材料費由保險人給付，而 ICU 費用及藥品費則僅給付施行摘取手術當日之費用。 6.一般材料費及器官保存液費用，得另加計 <u>78%百分之七十八</u> 。					
68037B 68047B	肺臟移植 Lung transplantation —單肺 Unilateral lung —雙肺，連續性或同時性 bilateral sequential or en bloc double lung 註： 1.68037B、68047B 及68038B 手術之醫院及醫師條件應報請中央衛生主管機關核定，如醫院條件變更或主持醫師異動時，仍應重行報請核定。 2.施行68037B 及68047B 之適應症如下，並應由醫院申報事前審查： (1) Group A 阻塞性肺疾病 (Obstructive Lung Disease)：符合肺移植適應症之診斷並符合下列任一條件者： A.第一秒最大呼氣量(FEV1.0) < 35 % 預測值。 B.氧合指數(PaO2/FiO2) <300。 C.血中二氧化碳分壓(PaCO2)升高。 D.引起繼發性肺動脈高壓(mPAP>25mmHg)。 E.臨床上活動分級已達紐約心臟協會功能分類第三級或第四級者。 F.需長期依賴氧氣者。 G.雖經藥物治療，仍長期有慢性呼吸道感染或已出現呼吸窘迫症狀。 (2)Group B 肺血管疾病 (Pulmonary Vascular Disease)：符合肺移植適應症之診斷並符合下列任一條件者： A. 病人之活動分級已達紐約心臟協會功能分類第三級或第四級者。 B. 右心房平均壓力 > 6 mmHg。 C. 平均肺動脈壓 mPAP>25mmHg。 D. 心臟指數(Cardiac index) < 2.51 l/min/m2。 E. 病人之臨床病況逐漸惡化，需長期依賴氧氣者。 (3)Group C 囊性纖維化症或免疫缺乏症(Cystic Fibrosis or Immunodeficiency Disorders)：符合肺移植適應症之診斷並符合下列任一條件者： A. 第一秒最大呼氣量(FEV1.0) < 40%預測值。 B. 血中二氧化碳分壓(PaCO2) 升高。 C. 雖經藥物治療無效或情況仍逐漸惡化者。	v v	v v	v v	178634 246516	

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
	(4) Group D 限制性肺疾病 (Restrictive Lung Disease)：符合肺移植適應症之診斷並符合下列任一條件者： A. 雖經藥物治療無效或情況仍逐漸惡化者。 B. 需長期依賴氧氣者。 3. 施行68037B 及68047B 之禁忌症：未控制及無法控制之感染。 (1)有無法控制的感染者。 (2)愛滋病帶原者，應符合財團法人器官捐贈移植登錄中心訂定之「捐贈者基準及待移植者之絕對與相對禁忌症、適應症與各器官疾病嚴重度分級表」規定。 (3)肺結核未完全治療者。 (4)有惡性腫瘤者，不宜肺臟移植： A.incidental renal carcinoma，in situ carcinoma(excluding bladder)，Dukes' A colon cancer，basal cell carcinoma，以上四者不影響肺臟移植。 B. malignant melanoma，breast cancer，GI carcinoma，lung cancer，完全治療後，無癌症復發，未達五年者(disease-free interval < 5years)。 C.其他癌症，完全治療後，無癌症復發，未達兩年者(disease-free interval < 2years)。 (5)心智不正常或無法長期配合藥物治療者。 (6)肝硬化或 GPT 在正常值兩倍以上且有凝血異常者。 (7)中度以上腎功能不全者(Creatinine > 3.0mg/dL 或 Ccr < 50 ml/min/1.73 m2)(需同時做腎臟移植之末期腎衰竭洗腎病人，不在此限)。 (8)嚴重的腦血管或周邊血管病變，使日常生活無法自理，且無法接受重建手術者。 (9)免疫系統不全或其他全身性疾病，雖經治療仍預後不良者。 (10)藥癮、酒癮患者。 4.含合併施行體外循環之費用。 5.不得加計急診加成。 6.肺臟捐贈者若為非保險對象，捐贈者摘取所需之檢驗費、手術費、麻醉費、材料費由保險人給付，而 ICU 費用及藥品費則僅給付施行摘取手術當日之費用。 7.一般材料費及器官保存液費用，68037B 得另加計<u>69%百分之六十九</u>、68047B 得另加計<u>75%百分之七十五</u>。					
68040B	經導管主動脈瓣膜置換術 Transcatheter Aortic Valve Implantation(TAVI) 註： 1.適應症：適用於嚴重主動脈狹窄病人，須具備以下二項條件。 (1)必要條件：(此四項條件須全部具備)		v	v	v	96975

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
	A.有New York Heart Association Function Class II-IV 之心衰竭症狀。 B.以心臟超音波測量主動脈開口面積$<0.8\text{cm}^2$、$<0.6\text{cm}^2/\text{m}^2$、經主動脈瓣壓力差$\geq 40\text{mmHg}$或主動脈瓣血流流速$\geq 4.0\text{m/sec}$。 C.必須至少二位心臟外科專科醫師判定無法以傳統開心手術進行主動脈瓣膜置換或開刀危險性過高。 D.臨床判定病人至少有一年以上之存活機率。 (2)同時具備以下條件之一： A.無法接受開刀進行主動脈瓣膜置換或開刀危險性過高，STS Score$>10\%$，或 Logistic EuroSCORE I$>20\%$。 B.年齡為八十歲或更大以上。 C.有以下情形之一者：先前接受過心臟手術（冠狀動脈繞道、心臟瓣膜手術）、嚴重主動脈鈣化（porcelain aorta）、胸腔燒灼後遺症，不可進行開心手術、曾接受過縱膈放射療法、嚴重結締組織疾病，導致不可進行手術、肝硬化（Child分級A或B），以及肺功能不全：FEV<1公升。 2.支付規範： (1)醫院條件 A.專任之心臟內科、心臟外科醫師。 B.醫院每年需具五百例以上之心導管（含二百例以上介入性心臟導管手術）及二十五例以上主動脈瓣膜置換之手術案例。 C.需具有心導管X光攝影機等級及高效率空氣過濾器至少HEPA-10000等級之複合式（hybrid）手術室。 (2)醫師資格 A.須符合下述操作資格之心臟內科專科醫師及心臟外科專科醫師在場共同操作，隨時提供必要之緊急措施。 B.具有專科醫師五年以上資格。 C.具二十五例以上主動脈瓣膜置換手術（編號68016B），或三百例以上心臟介入治療之經歷（編號33076B~33078B經皮冠狀動脈擴張術）。 (3)執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請核備。 3.不得同時申報診療項目：暫時性人工心律調節器、心臟超音波掃描、體外循環心肺支持系統（編號68052B）、血氧EKG監測等支付項目。 4.一般材料費，得加計H%<u>百分之十一</u>。 5.需事前審查。					
68057B	經導管肺動脈瓣膜置換術 Transcatheter pulmonary valve implantation ,TPVI 註： 1.適應症：須符合下列三項條件。 (1)法洛氏四重症手術後或主動脈瓣狹窄接受 Ross 術後，發生肺動脈瓣嚴重逆流，造成右心室擴大，或有心衰竭症狀者。		v	v	v	98957

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
	(2)以磁振造影 MRI 檢查(至少具備以下任三項條件)： A.肺動脈瓣逆流指數(Pulmonary Regurgitation Index fraction > 30 %。 B.右心室舒張末期容積 > 150 ml/m²。 C.右心室舒張末期容積(End-diastolic Volume)/左心室舒張末期容積比大於1.7者或是右心室收縮末期容積>80ml/m²。 D.右心室收縮分率小於45%。 (3)病人年齡十二~~足~~歲以上及~~五十歲以下~~<u>未滿五十一歲</u>，且體重三十公斤以上。 2.禁忌症： (1)右心室出口有形成 aneurysm 或肺動脈環大於32mm 或小於14mm 者。 (2)冠狀動脈有異常途徑，繞於肺動脈基部後方或可能被植入瓣膜壓迫者。 (3)殘留心室中膈缺損或任一側肺動脈嚴重狹窄需手術修補者。 (4)合併左心室衰竭或冠狀動脈疾病需開刀者或放置血管支架。 (5)嚴重肺動脈高壓(平均肺動脈壓大於等於30 mmHg)。 (6)任何感染症尚未痊癒者。 (7)腎功能異常。 3.醫院條件： (1)專任之兒童心臟內科及心臟外科醫師。 (2)醫院每年需具三十例以上之先天性心臟病開心手術加上瓣膜手術之案例。 (3)需具有心導管 X 光攝影機等級及高效率空氣過濾器至少 HEPA-10000等級之複合式(hybrid)手術室。 4.醫師資格： (1)由符合下述資格之小兒心臟專科醫師執行，且經社團法人台灣兒童心臟學會核發認證。 A.具有小兒心臟專科醫師五年以上資格。 B.具有三百例以上的先天性心臟病心導管介入手術的經驗 C.須完成「經導管肺動脈瓣置換術」相關講習或操作訓練時數三十小時，並擔任手術第一助手五例以上。 (2)須有心臟外科專科醫師隨時提供必要之緊急措施。 (3)執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請核定。 5.不得同時申報診療項目：暫時性人工心律調節器、心臟超音波掃描、體外循環心肺支持系統(編號68052B)、血氧 EKG 監測，以及肺動脈瓣擴張術(編號68029B 及69033B)等項目。 6.一般材料費，得加計~~H%~~<u>百分之十一</u>。 7.需事前審查。					

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
68042B	右心室至肺動脈心導管連接術(萊斯特利術式) (Rastelli operation) 註： 1.適應症：法洛氏四合症、肺動脈發育不全合併心室中膈缺損、大動脈轉位症合併心室中膈缺損與右心室出口阻塞。 2.含一般材料費，得另加計 ~~29%~~ <u>百分之二十九</u> 。		v	v	v	48742
68043B	A 型急性主動脈剝離術 Surgery for A type aortic dissection 註： 1.一般材料費，得加計 ~~11%~~ <u>百分之十一</u> 。 2.不得同時申報編號68015B(係指主動脈瓣膜)、69024B、69036B。		v	v	v	86451

第八項 造血與淋巴系統 Hemic & Lymphatic System

二、根除性淋巴結切除 Radical Lymphadenectomy (70201-70216)

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
70205B	標準腋下淋巴廓清術 Axillary lymph node dissection 註： 1.適應症：惡性乳癌、黑色素瘤及鱗狀上皮細胞癌。 2.一般材料費，得另加計 ~~41%~~ <u>百分之四十一</u> 。		v	v	v	13515

第九項 消化器 Digestive System

二、胃 Stomach (72001-72059)

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
72050B	內視鏡黏膜切除術 註： 1.適應症： (1)超過二公分無莖型之胃腸道息肉或黏膜病灶。 (2)早期胃腸道癌症(包括食道、胃、十二指腸、大腸、直腸)。 (3)胃腸道黏膜下腫瘤，如類癌(carcinoid)。 2.支付規範：不得同時申報之診療項目及編號：28016C、28017C、28030C、28031C、47074C、49014C、47043C、49026C、49023C、73008B、74207C。		v	v	v	8199

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
	3.內含一般材料費及拋棄式息肉切除環與先端部固定環費用，得另加計 ~~63%~~ <u>百分之六十三</u> 。					
72051B	腹腔鏡胃袖狀切除術 Laparoscopic Sleeve Gastrectomy 註： 1.適應症（須符合下列各項條件）： (1)身體質量指數BMI $\geq$ 37.5Kg/m ² ；BMI $\geq$ 32.5Kg/m ² 合併有高危險併發症，如：第二型糖尿病病人糖化血色素經內科治療後仍 $\geq$ 7.5%、高血壓、呼吸中止症候群等。 (2)須減重門診滿半年(或門診相關佐證滿半年)及經運動及飲食控制在半年以上。 (3)年齡在二十歲 <u>以上</u> 至 ~~六十五歲間~~ <u>未滿六十六歲</u> 。 (4)無其它內分泌疾病引起之病態肥胖。 (5)無酗酒、嗑藥及其它精神疾病。 (6)精神狀態健全，經由精神科專科醫師會診認定無異常。 2.限消化外科專科醫師執行。 3.含一般材料費，得另加計百分之二十四。		v	v	v	38360
72052B	腹腔鏡胃繞道手術 Laparoscopic Gastric Bypass 註： 1.適應症（須符合下列各項條件）： (1)身體質量指數BMI $\geq$ 37.5Kg/m ² ；BMI $\geq$ 32.5Kg/m ² 合併有高危險併發症，如：第二型糖尿病病人糖化血色素經內科治療後仍 $\geq$ 7.5%、高血壓、呼吸中止症候群等。 (2)須減重門診滿半年(或門診相關佐證滿半年)及經運動及飲食控制在半年以上。 (3)年齡在二十歲 <u>以上</u> 至 ~~六十五歲間~~ <u>未滿六十六歲</u> 。 (4)無其它內分泌疾病引起之病態肥胖。 (5)無酗酒、嗑藥及其它精神疾病。 (6)精神狀態健全，經由精神科專科醫師會診認定無異常。 2.限消化外科專科醫師執行。 3.含一般材料費，得另加計百分之二十三。		v	v	v	41697

三、腸(除大腸、直腸外) Intestine (Except Colon and Rectum)

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
73049B	小腸移植術 Isolated small bowel transplantation 註： 1.適應症： (1)超短腸症：嬰兒或成人有超短腸的情形(嬰兒小於十公分的空腸，或成人小於五十公分的空腸)並且沒有迴盲瓣。 (2)先天性黏膜病變，如： A.microvillus inclusion disease、B.tufting enteropathy。 (3)小腸局部性侵襲性腫瘤，如： A.家族性大腸癌肉症、B.類結締纖維瘤 desmoid tumor。 (4)因先天性或後天性的原因造成腸衰竭，使用全靜脈營養治療引起之併發症，如： A.肝臟病變、B.主要靜脈管道栓塞(超過兩處)、C.人工血管感染引發之反覆敗血症。 2.相關規範： (1)需事前審查。 (2)人員及設備資格：執行醫師及醫院須通過衛生福利部（前衛生署）小腸移植執行醫師及醫院資格審核。 (3)一般材料費及器官保存液費用，得另加計~~25%~~<u>百分之二十五</u>。		v	v	v	198868
73050B	屍體小腸摘取術 Cadaveric small intestine harvest 註： 相關規範： 1.執行人員及醫院資格須通過衛生福利部（前衛生署）小腸移植執行醫師及醫院資格審核。 2.不得同時申報之診療項目及編號：73010B(小腸切除術加吻合術)。 3.一般材料費，得另加計~~96%~~<u>百分之九十六</u>。		v	v	v	25970

第十一項 肝、膽、胰

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
75020B	肝臟移植 Liver(Hepatic) transplantation 註： 1.施行本項及75021B或75022B手術之醫院及醫師條件應報請中央衛生主管機關核定，並向保險人申請核備，如醫院條件變更或主持醫師異動時，仍應重行報請核定。		v	v	v	248552

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
	2.施行本項之適應症如下，並應由醫院申報事前審查： (1)先天性膽道閉鎖 (2)先天性肝臟代謝疾病，如 A.威爾遜氏病 B.酪胺酸代謝症 C.α1抗胰蛋白酶缺乏症 D.家族性高膽固醇血症 E.肝醣堆積疾病 (3)肝硬化，包括： A.病毒性肝炎引起之肝硬化 B.酒精性肝硬化 C.不明原因之肝硬化 (4)原發性膽汁性肝硬化 (5)硬化性膽管炎 (6)原發性肝惡性腫瘤：限於肝硬化病人合併有小型肝癌者 (7)Budd-Chiari症候群 (8)猛爆性肝炎或藥物引起之急性肝衰竭 3.含合併施行心肺體外循環之費用，全部或部份肝臟植入皆以本項申報。 4.不得加計急診加成。 5.肝臟捐贈者若為非保險對象，其捐贈者摘取所需之檢驗費、手術費、麻醉費、材料費由保險人給付，而ICU費用及藥品費則僅給付施行摘取手術當日之費用。 6.一般材料費及器官保存液費用，得另加計 <u>81%百分之八十一</u>。					
75411B	胰臟全切除術 Total pancreatectomy (<u>95%百分之九十五</u>)		v	v	v	34271
75418B	屍體胰臟器官移植 Cadaver Pancreas Transplant 註： 1.施行本項及75419B手術之醫院及醫師條件應報請中央衛生主管機關核定，並向保險人申請核備，如醫院條件變更或主持醫師異動時，仍應重行報請核定。 2.不得加計急診加成。 3.胰臟捐贈者若為非保險對象，其捐贈者摘取所需之檢查費、手術費、麻醉費、手術材料費由健保給付，而ICU費用及藥品費則僅給付施行摘取手術當日之費用。 4.施行本項適應症如下，並應由醫院申報事前審查： (1)第一型糖尿病或低胰島素分泌患者，併有糖尿病合併症產生，如腎病變、視網膜病變、神經病變、心腦血管病變。 (2)第一型糖尿病或低胰島素分泌患者，常因血糖過低或過高引發生命威脅者。 (3)第一型糖尿病或低胰島素分泌患者，因血糖控制不易產生求學、就業及日常生活困難者。		v	v	v	178634

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
	(4)第二型糖尿病患者，已使用胰島素注射治療，且合併有腎衰竭現象者，但胰島素注射量需少於1.5 units/kg/day，且無其他器官嚴重疾病。 5.一般材料費及器官保存液費用，得另加計 ~~84%~~ 百分之八十四。					
75419B	屍體捐胰摘取 Pancreas Harvest 註：一般材料費，得另加計 ~~38%~~ 百分之三十八。		v	v	v	115245

第十二項 泌尿及男性生殖

一、腎臟 Kidney (76001-76037)

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
76020B	腎臟移植 Renal implantation 註：一般材料費及器官保存液費用，得另加計 ~~81%~~ 百分之八十一。		v	v	v	106128

二、輸尿管 Ureter (77001-77040)

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
77026B	輸尿管鏡取石術及碎石術 Ureteroscopy & removal of ureteral stone — 單純內視鏡操作方式simple endoscopic 註：含鏡檢費用在內。		v	v	v	5537
77027B	— 併用超音波或電擊方式with SONO/EHL 註：含鏡檢及超音波費用在內。		v	v	v	9259
77028B	— 併用雷射治療方式 註： 1.含鏡檢費用在內。 2.77028B含一般材料費及雷射光纖，得另加計 ~~91%~~ 百分之九十一。		v	v	v	7446

十、前列腺 Prostate (79401-79417)

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
79416C	前列腺切片-超音波導引 Transrectal ultrasound guided prostate biopsy 註： 1.限泌尿科專科醫師執行。 2.不得同時申報編號79401C及19017C。 3.一般材料費，得另加計 ~~17%~~ <u>百分之十七</u> 。	v	v	v	v	3167

第十三項 女性生殖

八、自然生產、剖腹產及流產 Deliverysection、Cesarean & Abortion (81001-81037)

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
81011C	有妊娠併發症之剖腹產術 Cesarean section in complicated pregnancy (defined as cases with preeclampsia, eclampsia, GDM, malpresentation, and documented major medical or surgical complications) 註： 1.合併非治療性闌尾切除不另給付。 2.妊娠併發症係指： (1)子癰前症、子癰症、妊娠糖尿病、胎位不正、和有病歷記載之內外科併發症者。 (2)妊娠二十二週<u>以上</u>至~~三十三~~<u>未滿三十三</u>週早產病患。(排除胎死腹中，及符合優生保健法之中止妊娠) (3)四十歲(~~含~~)以上初產婦。 (4) BMI$\geq$35之初產婦。 (5)嚴重妊娠高血壓。 (6)胎兒生長遲緩或胎兒發育異常者(IUGR)或胎盤功能異常者。 (7)妊娠合併內科疾病：心臟病、糖尿病、甲狀腺疾病、腎臟疾病 (NS, IgA, ESRD)、免疫性疾病(SLE)、血小板低下症。 (8)白血病。 (9)血友病(Coagulopathy)。 (10)愛滋病。 (11)產後大出血者。 (12)胎盤早期剝離。 (13)合併接受外科手術者。 (14)雙胞胎輸血症候群。 3.屬西醫基層院所西醫基層總額部門院所，本項以原81004C支付點數8902點申報。	v	v	v	v	19999
81034C	有妊娠併發症之陰道產 Vaginal delivery in complicated pregnancy (defined as cases with preeclampsia, eclampsia, GDM, malpresentation, and documented major medical or surgical complications) 註： 1.妊娠併發症係指： (1)子癰前症、子癰症、妊娠糖尿病、胎位不正、和有病歷記載之內外科併發症者。	v	v	v	v	19999

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
	(2)妊娠二十二週 <u>以上</u> 至 ~~三十二~~ <u>未滿三十三</u> 週早產病患。(排除胎死腹中，及符合優生保健法之中止妊娠) (3)四十歲(~~含~~)以上初產婦。 (4) BMI $\geq$ 35之初產婦。 (5)嚴重妊娠高血壓。 (6)胎兒生長遲緩或胎兒發育異常者(IUGR)或胎盤功能異常者。 (7)妊娠合併內科疾病：心臟病、糖尿病、甲狀腺疾病、腎臟疾病(NS, IgA, ESRD)、免疫性疾病(SLE)、血小板低下症。 (8)白血病。 (9)血友病(Coagulopathy)。 (10)愛滋病。 (11)產後大出血者。 (12)胎盤早期剝離。 (13)合併接受外科手術者。 (14)雙胞胎輸血症候群。 2.包括會陰切開術，縫合術及胎盤剝離等。					

第十四項 內分泌器 Endocrine System (82001-82019)

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
82007B	副甲狀腺切除術 Parathyroidectomy —單純性 Simple		v	v	v	10799
82018B	—亞全切除術 Subtotal 註： 1.適應症： (1)嚴重之腎性副甲狀腺機能亢進（腎衰竭後併發之副甲狀腺機能亢進而無法以藥物控制者）。 (2)原發性副甲狀腺機能亢進中病理變化為多顆副甲狀腺增生者。 2.含一般材料費，得另加計 ~~16%~~ <u>百分之十六</u> 。		v	v	v	30119
82019B	—全切除術 Total 註： 1.適應症： (1)嚴重之腎性副甲狀腺機能亢進（腎衰竭後併發之副甲狀腺機能亢進而無法以藥物控制者）。 (2)原發性副甲狀腺機能亢進中病理變化為多顆副甲狀腺增生		v	v	v	42153

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
	者。 2.含一般材料費，得另加計 ~~15%~~ <u>百分之十五</u> 。					

第十五項 神經外科 Neurosurgery (83001-83105)

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
83001B	腦微血管減壓術 Microvascular decompression 註： 1.限神經外科專科醫師施行。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計 ~~104%~~ <u>百分之一百零四</u> 。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	19562
83013C	頭顱穿洞術（止血引流、穿刺檢查） Burr hole (trephination) for hemostasis, drainage or ventricular puncture 註： 1.如以顱骨穿孔術實施其他神經外科手術，按各該手術項目所訂點數申報。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計 ~~314%~~ <u>百分之三百一十四</u> 。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v	v	3786
83015C	顱骨切除術 Craniectomy 註： 1.包括異物移除(remove F.B) 或減壓(decompression) 或神經切斷(neurotomy)。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計 ~~131%~~ <u>百分之一百三十一</u> 。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。 4.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數12650點申報。	v	v	v	v	13662
83016B	頭顱成形術 Cranioplasty 註： 1.限神經外科專科醫師施行。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計 ~~148%~~ <u>百分之一百四十八</u> 。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	11210

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
83017B	腦瘤切除 Brain tumor (I.C.T. / cephalocele) 註：限神經外科專科醫師施行。 一腦瘤大小三公分以內 $\leq 3\text{cm}$ 註： - 一般材料費及特殊材料費，得另加計~~96%~~<u>百分之九十六</u>。 - 上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	32193
83018B	一腦瘤大小介於三至六公分 $3\sim 6\text{cm}$ 註： - 一般材料費及特殊材料費，得另加計~~80%~~<u>百分之八十</u>。 - 上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	52106
83019B	一腦瘤大小六公分以上 $> 6\text{cm}$ 註： - 一般材料費及特殊材料費，得另加計~~78%~~<u>百分之七十八</u>。 - 上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	56942
83036C	硬腦膜外血腫清除術 Removal of epidural hematoma 註： - 一般材料費及特殊材料費，得另加計~~104%~~<u>百分之一百零四</u>。 - 上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。 - 屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數19371點申報。	v	v	v	v	20921
83037C	急性硬腦膜下血腫清除術 Removal of acute subdural hematoma 註： - 限急診患者申報並不得加算急診加成。 - 一般材料費及特殊材料費，得另加計~~106%~~<u>百分之一百零六</u>。 - 上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。 - 屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數18729點申報。	v	v	v	v	20227
83038C	慢性硬腦膜下血腫清除術 Removal of chronic subdural hematoma 註： - 一般材料費及特殊材料費，得另加計~~132%~~<u>百分之一百三十二</u>。 - 上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v	v	12530

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
83039B	腦內血腫清除術 Removal of intracerebral hematoma 註： 1.限神經外科專科醫師施行。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計 ~~100%~~ <u>百分之百</u> 。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	22904
83047B	腦膜或脊髓膜突出修補術 Repair of meningocele or encephalocele 註： 1.限神經外科及骨科專科醫師施行。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計 ~~110%~~ <u>百分之一百一十</u> 。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	17315
83056B	癲癇症腦葉切除術 Brain lobectomy for epilepsy 註： 1.包括腦皮質及深部腦波圖(EEG) 在內。 2.腦葉切斷術(lobotomy)、胼胝體 (corpus callasum)切斷術，焦點切除或破壞(focal excision or destruction)，腦下垂體切除術(pituitectomy)及大腦半球切除術比照申報。 3.限神經外科專科醫師施行。 4.一般材料費及特殊材料費，得另加計 ~~77%~~ <u>百分之七十七</u> 。 5.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	49410
83057B	經由蝶竇之腦下垂體瘤切除 Transsphenoidal removal of pituitary adenoma 註： 1.限神經外科專科醫師施行。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計 ~~86%~~ <u>百分之八十六</u> 。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	30571
83063B	顱內外血管吻合術 EC-IC by-pass 註： 1.限神經外科專科醫師施行。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計 ~~99%~~ <u>百分之九十九</u> 。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	21751

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
83064B	開顱術摘除血管病變 Craniotomy for vascular lesions 註：限神經外科專科醫師施行。 — 腦血管瘤 aneurysms 1. 無病徵的 asymptomatic 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 ~~74%~~ <u>百分之七十四</u> 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	48388
83065B	2.有病徵的 symptomatic 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 ~~73%~~ <u>百分之七十三</u> 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	50389
83066B	3.巨大的 giant 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 ~~73%~~ <u>百分之七十三</u> 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。 — 動靜脈畸型 Arteriovenous malformations 1.小型 small ($D \leq 2.5\text{cm}$)		v	v	v	53750
83067B	(1)表淺 superficial 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 ~~81%~~ <u>百分之八十一</u> 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	36000
83068B	(2)深部 deep 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 ~~77%~~ <u>百分之七十七</u> 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	42000
83069B	2.中型 medium ($2.5\text{cm} < D \leq 5\text{cm}$) (1)表淺 superficial 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 ~~74%~~ <u>百分之七十四</u> 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	48000
83070B	(2)深部 deep 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 ~~72%~~ <u>百分之七十二</u> 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	54000
83071B	2. 大型 large ($D > 5\text{cm}$)		v	v	v	64500

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
	註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計~~70%~~<u>百分之七十</u>。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。					
83079B	高頻熱凝療法 Radiofrequency coagulation 1.申請人檢附資料應符合之要件： (1)病歷應記載清楚、詳實及病史完整。須有理學檢查、術前術後Image-guided、OP note、疼痛量表等相關資料，以佐證實施之必要性。 (2)需為中重度、慢性疼痛且經藥物、復健治療等保守療法三個月後未改善。 (3)單一部位首次實施前需至少施行一次影像輔助診斷性阻斷(image-guided diagnostic block)，二週後倘症狀未緩解，才可施行RF，需檢附影像副本以資佐證。 2.施行本項之適應症如下，並應由醫院申請事前審查： (1)需為脊椎小關節症候群(Facet Joint Syndrome)引起的疼痛者。 (2)三叉神經痛、惡性腫瘤引起神經疼痛者。 (3)Neuropathic pain，如postherpetic neuropathic pain等。 (4)脊椎手術後疼痛症候群（Failed Back Surgery Syndrome,FBSS）、慢性脊椎疼痛(Chronic spinal pain)、後背根神經節、其他周邊神經痛等。 3.治療次數與限制： (1)同區域重複治療以間隔六個月以上為原則，並應附施予高頻熱凝療法後之衛教紀錄與疼痛量表，個案病情如需於三至六個月內同區域重複施行者，應另檢附精神科醫師或心理治療師或疼痛科醫師之治療評估紀錄。 (2)一次施行一個區域，共分五個區域：腰薦椎、胸椎、頸椎、頭部、周邊神經等五大部位。同一手術野內同時施行多點處置，視為單一處置申報。 4.一般材料費及特殊材料費，得另加計~~98%~~<u>百分之九十八</u>。 5.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	5360

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
83087B	顏面神經減壓術 Facial nerve decompression 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 ~~144%~~ <u>百分之一百四十四</u> 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	10900
83088B	顱底瘤手術 Skull Base Tumor Surgery 註： 1.適應症：腫瘤必須大於三公分以上，或是位於 C-P angle 部位之腫瘤大於四公分以上。 2.申報時請附上術前以及術後之X光片。 3.一般材料費及特殊材料費，得另加計 ~~65%~~ <u>百分之六十五</u> 。 4.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	84082
83102K	迷走神經刺激術（VNS）—植入 註： 1.適應症： (1)無法以抗癲癇藥控制病情的頑固型癲癇病患。 (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。 2.支付規範： (1)特殊專科別限制：神經外科。 (2)執行頻率：須事前審查，每人僅需執行一次。 (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」。 (4)含一般材料費，得另加計 ~~11%~~ <u>百分之十一</u> 。				v	18242

第十六項 聽器 Auditory System

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	人工電子耳手術(人工耳蝸植入術) 註： 限設有聽語復健治療團隊(包括耳鼻喉科專科醫師或復健專科醫師、聽力師、語言治療師等)之醫院申報，施行本項適應症如下： 1.兒童(~~小於~~<u>未滿</u>十八歲)： (1)兩耳聽力損失呈$\geq 90\text{dB HL}$ (0.5、1、2、4K Hz)。 (2)先前使用助聽器三~~至~~<u>至</u>六個月以上，助聽後開放式語言測試得分 (Speech perception score) $< 50\%$，或是噪聲下語詞測驗得分 (Word recognition score) $< 30\%$。無手術植入電極之禁忌。 2.成人： (1)學語後失聰且兩耳聽力損失呈$\geq 70\text{dB HL}$ (0.5、1、2、4K Hz)。 (2)先前使用助聽器六個月以上，助聽後開放式語言測試得分 (Speech perception score) $< 50\%$。 (3)無手術植入電極之禁忌。		V	V	V	20250

第十七項、視器 Visual System
二、角膜 Cornea (85201~85217)

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
85212B	板層角膜移植術 Lamellar keratoplasty 註：1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 ~~108%~~ <u>百分之一百零八</u> 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	10560
85213B	穿透性角膜移植術 Penetrating keratoplasty 註：1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 ~~100%~~ <u>百分之百</u> 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	14868
85215B	深層前角膜移植 Deep Anterior Lamellar Keratoplasty 註：1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 ~~67%~~ <u>百分之六十七</u> 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	17740
85216B	角膜內皮移植 Descemet's Stripping Automated Endothelial Keratoplasty 註：1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 ~~82%~~ <u>百分之八十二</u> 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	18585
85217B	角膜內皮移植（使用已分離之角膜） Descemet's Stripping Automated Endothelial Keratoplasty with precut cornea 註：1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 ~~53%~~ <u>百分之五十三</u> 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	16478

七、玻璃體 Vitreous (86201-86215)

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
86206C	眼坦部玻璃體切除術 Pars plana vitrectomy (vitrector) — 簡單 simple 註：屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方及執行始可申報。	v	v	v	v	9266
86207B	— 複雜 complicated 註： 86207B眼坦部玻璃體切除術 1.複雜之定義：加上網膜前纖維膜切除（Removal of epiretinal Membrane）。 2.一般材料費、20Ga 玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計 ~~125%~~ <u>百分之一百二十五</u> 。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	14780

八、網膜 Retina (86401-86415)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
86409B	眼坦部玻璃體切除術合併光線凝固治療 Pars plana vitrectomy (vitrector) with Photocoagulation therapy — 簡單 Simple 註：1.一般材料費、20Ga玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計 ~~179%~~ <u>百分之一百七十九</u> 。 2.不得同時申報項目：86206C、86407C。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	11062
86410B	— 複雜 Complicated 註：1.一般材料費、20Ga玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計 ~~175%~~ <u>百分之一百七十五</u> 。 2.不得同時申報項目：86207B、86408B。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	19345
86411B	複雜眼坦部玻璃體切除術合併鞏膜切除併植入或扣壓 Complication Pars plana vitrectomy (vitrector) with Reattachment retina with diathermy or cryopex 註：1.一般材料費、20Ga玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計 ~~168%~~ <u>百分之一百六十八</u> 。 2.不得同時申報項目：86207B、86402C、85608B。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	20550
86412B	微創玻璃體黃斑部手術 Microincision vitreomacular surgery 註：1.一般材料費、23Ga（含）以上玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計 ~~154%~~ <u>百分之一百五十四</u> 。 2.不得同時申報項目：86207B。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	18475
86413B	微創複雜性玻璃體切除合併鞏膜扣環手術 Microincision vitreoretinal surgery combined with scleral buckle 註：1.一般材料費、23Ga（含）以上玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計 ~~194%~~ <u>百分之一百九十四</u> 。 2.不得同時申報項目：86207B、86402C、85608B、86411B。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	24181
86414B	微創玻璃體切除術 Microincision vitreoretinal surgery — 簡單 Simple 註：1.一般材料費、23Ga（含）以上玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計 ~~235%~~ <u>百分之二百三十五</u> 。 2.不得同時申報項目：86206C、86407C、86409B。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	12800

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
86415B	一 複雜 Complicated 註：1.一般材料費、23Ga（含）以上玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計 ~~189%~~ <u>百分之一百八十九</u> 。 2.不得同時申報項目：86207B、86408B、86410B。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	24181

十一、眼瞼 Eyelid (87001-87031)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
87029B	HUGHES 皮瓣 Hughes flap 註： 適應症 1.嚴重下眼瞼切損(下眼瞼切損大於 ~~50%~~ <u>百分之五十</u>)之重建。 2.下眼瞼惡性腫瘤切除。		v	v	v	7970

十二、結膜 Conjunctiva (87202-87219)

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
87204C	結膜病灶切除 Excision lesion of conjunctiva, benign					
—	小於 ~~3~~ <u>三</u> mm less than 3mm	v	v	v	v	1315
87205C	— 大於 ~~3~~ <u>三</u> mm large than 3mm	v	v	v	v	1748

十三、淚腺道 lacrimal (87401-87417)

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
87405B	淚囊鼻腔造孔術 Dacryocystorhinostomy 註： 1.若使用矽質管留置，則加報53019C。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計 ~~93%~~ <u>百分之九十三</u> 。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	8593
87406B	結膜淚囊鼻腔造孔術 Conjunctivodacryocystorhinostomy 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 ~~88%~~ <u>百分之八十八</u> 。		v	v	v	9888

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
	2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。					
87415B	鼻淚管造口術 Dacrocysto-hinostomy — 簡單 simple 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 ~~90%~~ <u>百分之九十</u> 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	9312
87416B	— 複雜 complicated 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 ~~83%~~ <u>百分之八十三</u> 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	11640

第十八項 治療性先天殘缺手術 (88001-88064)

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
88029C	嬰兒鼠蹊疝氣 Inguinal hernia operation 註： 1.限對 ~~一歲以下~~ <u>未滿二歲</u> 嬰兒施行手術時申報。 2.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數8292點申報。	v	v	v	v	11642

第八節 輸血及骨髓移植 Blood Transfusion and Bone Marrow Transplantation

第二項 輸血技術費(94001-94005)

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
94001C	一般輸血：一次 General blood transfusion 註：輸血技術費以「次」為計算單位，即連續輸血者，僅核付第一次技術費，超過 250 ~~西西~~ 毫升以上部份，無加算之規定。	v	v	v	v	270
94005C	白血病、再生不良性貧血、骨髓移植病人、血液惡性腫瘤病人移植輸血 Blood transfusion for special hematological disorders 註：輸血技術費以「次」為計算單位，即連續輸血者，僅核付第一次技術費，超過 250 ~~西西~~ 毫升以上部份，無加算之規定。	v	v	v	v	424

第三項 骨髓移植技術費 Bone Marrow Transplantation (94201~94209)

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
	造血幹細胞移植冷凍保存費 Stem cell Cryopreservation					
94203B	冷凍保存一個月內 ≤ 1 month		v	v	v	10303
94208B	冷凍保存一至三個月 1-3 months		v	v	v	19732
94209B	冷凍保存三至六個月 3-6 months 註：1.包括人員、藥品、特殊材料、冷凍設備之消耗等費用在內。 2. 保存超過 ~~6~~ 六個月者不另給付。		v	v	v	29160

第十節 麻醉費 (96000~96028)

通則：

- 一、麻醉材料費及藥劑費除 96002C、96003C、96023B、96025B 及 96026B 外，餘按麻醉費所定點數之百分之五十計算。
- 二、表面麻醉、浸潤麻醉或簡單之傳導麻醉之費用均已包含在手術費用內，不另給付；另麻醉材料費已包括蘇打石灰 Soda lime，笑氣 Nitrous oxide，氧氣 Oxygen 及麻醉藥膏 Anesthetic jelly 及麻醉用氣體等在內，不另給付。
- 三、為同一目的施行二種以上之麻醉費，應按主麻醉所定點數計算之。
- 四、凡未列之其他麻醉技術費用，應就已列項目中，按其最為近似之麻醉項目所定點數計算之。
- 五、麻醉時間之計算，以手術室麻醉開始為起點，手術完畢為止點；住院病患得另加十五分鐘為麻醉前之準備時間。
- 六、病人因心臟手術、腦部手術、休克或急診而必須立即手術者，同次手術之麻醉費得按所定支付點數加計百分之二十，但麻醉材料費及藥劑費不得按比例加算。
- 七、本節各麻醉項目之兒童加成方式如下：
 - (一)西醫醫院皆為提升兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之百；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之八十；年齡在二歲以上至六歲未滿七歲者，依表定點數加計百分之六十，惟各麻醉項目另有規定者除外。
 - (二)西醫基層院所皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至六歲未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十，惟各麻醉項目另有規定者除外。

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
96027B	麻醉深度監測 Depth of Anesthesia monitoring					
96028B	— <u>>12歲十三歲以上</u> — <u>≤12歲未滿十三歲</u>		v	v	v	1316
	註： 1.適應症： (1)重大手術：移植手術、心臟手術、胸腔及氣道手術，且在半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉下進行。 (2)創傷手術：ISS score ≥ 15，且在半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉下進行。 (3)重症手術：APACHE II score ≥ 16，且在半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉下進行。 (4)在半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉下進行相關手術，且需在麻醉紀錄單上全程載明TIVA (Total Intravenous Anesthesia) 劑量變化，且符合下列三項條		v	v	v	2133

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
	件之一： a. 麻醉時間四小時以上。 b. 使用神經外科術中神經功能監測（IONM）。 c. 顱內高壓（IICP）。 2. 支付規範： (1) 不得申報本章節相關加成。 (2) 96027B 已內含一般材料費占 ~~62%~~ <u>百分之六十二</u>； 96028B 已內含一般材料費占 ~~77%~~ <u>百分之七十七</u>。					

第三部 牙醫

通則：

一、醫事服務機構實施牙科診療項目，除本部所表列外，得適用本標準其他章節之項目。

二、牙科治療項目應依循「牙醫門診總額支付制度臨床治療指引」施行。

三、牙科門診分科醫師親自執行轉診個案醫療服務，應依「全民健康保險轉診實施辦法」規定辦理，符合下列規定者，得申報百分之三十加成費用。

(一)醫師資格：符合下列任一資格者得檢附相關資料，提供牙醫總額受託單位彙整後，送保險人分區業務組核定，已核定者次年如繼續符合資格，得繼續沿用：

- 1.具主管機關發給之專科證書或牙髓病科、牙周病科、兒童牙科及牙體復形各分科學會相關專科證明之醫師。
- 2.全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫執行院所之醫師，其轉診範圍限(二)之第7項範圍。
- 3.以醫師為單位，前一年度申報轉診範圍各科別醫令費用在十五百分位數(含)以上者，其科別點數或件數占總申報點數或件數百分之六十(含)以上者(牙體復形除外)。本項名單每年依附表3.3.4產製。

(二)轉診範圍，限於下列之科別與診療項目：

- 1.牙髓病科：本標準第三章第二節根管治療(除90004C、90006C、90007C、90088C外)，及91009B、92030C~92033C。
- 2.牙周病科：本標準第三章第三節牙周病學(除91001C、91003C、91004C、91088C外)，及92030C~92033C、91021C~91023C。
- 3.口腔顎面外科：本標準第三章第四節口腔顎面外科(除92001C、92013C、92088C外)。
- 4.牙體復形科：本標準第三章第一節牙體復形(除89006C、89088C外)。
- 5.口腔病理科：92049B、92065B、92073C、92090C、92091C、92095C。
- 6.兒童牙科：~~十二歲以下~~未滿十三歲執行上述醫令項。
- 7.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，計畫醫師於院所執行轉診醫療則不限科別得轉診加成。

(三)轉診單開立後三個月內應至接受轉診之醫療院所就診，否則無效。

四、「四歲以下嬰幼兒齲齒防治服務」(就醫年月減出生年月等於或小於四十八個月)之處置費(第一章門診診察費除外)加成百分之三十，若同時符合轉診加成者，合計加成百分之六十。

五、「高齡患者根管治療難症處理」：治療七十歲以上(以就醫日期認定)病人申報第三章第二節根管治療之90001C-90003C、90019C、90020C、90015C、90091C-90098C處置治療項目，得加計百分之三十，若同時符合轉診加成者，合計加計百分之六十。

六、醫事服務機構實施牙醫門診診療項目，其申報點數依「相對合理門診點數給付原則」(附表3.3.3)辦理核付。

七、牙周炎病人收取自費規範：

(一)牙周炎病人治療過程中，醫師若因病人病情特殊需要，應向其詳述理由，經病人同意並簽署自費同意書後，除下列項目及本法第五十一條所定不列入本保險給付範圍項目外，不得再自立名目向病人收取自費；本項自費項目之收費標準，應報請地方主管機關核定：

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

(二)違反前項規定者，依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第十三條規定辦理外，並自保險人分區業務組通知日之次月起一年內，不得再申報本部第五章「牙周病統合治療方案」相關費用。

八、地區醫院、區域醫院、醫學中心於夜間(晚上九時至隔日早上九時)限牙醫師申報牙醫急診案件(案件分類為12)之本部第三章第四節口腔顎面外科(92004C、92007B、92008B、92010B、92011B、92014C、92015C、92016C、92020B、92025B、92026B、92037B、92038B、92039B、92040B、92044B、92059C、92064C、92065B、92093B、92096C)及第二部第二章第六節治療處置臉部創傷處理(48022C、48023C、48024C)之處置費，加計百分之五十。若經西醫急診照會牙科，由牙醫師申報上述醫令項目亦加計百分之五十，費用由牙醫門診總額支應。

九、離島地區牙醫基層診所週六、週日及國定假日之牙醫門診案件，申報本部第一章之山地離島地區門診診察費，得加計百分之二十。

第三節 牙周病學 Periodontics

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
91002C	牙周敷料每次 Periodontal packing 註：1. ~~1/2~~ <u>二分之一</u> 顎以下。 2.合併手術主處置申報。	v	v	v	v	120
91006C	齒齦下刮除術(含牙根整平術) Subgingival curettage (including Root planing) — 全口 Full mouth	v	v	v	v	3200
91007C	— ~~1/2~~ <u>二分之一</u> 顎 1/2 arch	v	v	v	v	800
91008C	— 局部 Localized (三齒以內) 註： 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。	v	v	v	v	400

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	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)。 3.以象限區域為單位，當該象限需接受治療為三齒以內時，申報一次91008C；當其需接受治療為四齒(含)以上時，申報一次91007C。 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。 5.已申報91006C或91007C三次以上者，一年內不得申報牙周病統合治療方案91021C~91023C。					
91009B	牙周骨膜翻開術 Periodontal flap operation — 局部 Localized (牙周囊袋 5mm(含)以上 三齒以內)		v	v	v	3010
91010B	— ~~1/3~~ <u>三分之一</u> 顎 1/3 arch (牙周囊袋 5mm(含)以上 四至六齒) 註： 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)。 2.費用包括手術費、X光檢查、局部麻醉、牙周敷料、拆線及十四天之術後診察、處置費用。 3.以「區域」方式申報，如有跨相鄰區域，需治療之牙齒為三齒以內，擇一區域申報。同區域二年內不得重複申報，且應檢附二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)。 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 — 局部 Localized (三齒以內)	v	v	v	v	910
91012C	— ~~1/3~~ <u>三分之一</u> 顎 1/3 arch 註： 1.包括牙齦修整術(Gingivoplasty)在內。 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。 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
91015C	特定牙周保存治療 Comprehensive periodontal treatment for patients with special needs -全口總齒數九 ~~至~~ 至十五顆 9≤ no. of teeth≤15	v	v	v	v	2000
91016C	-全口總齒數四 ~~至~~ 至八顆 4≤ no. of teeth≤8 註： 1.限總齒數至少四顆且未達十六顆之患者申報。 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（其中全口總齒數九 ~~至~~ 至十五顆者，至少四顆牙齒有測量部位囊袋深度超過 5mm(含)以上；全口總齒數四 ~~至~~ 至八顆者，至少二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。 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。 4.每九十天限申報一次。 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、91005C、91006C~91008C、91017C、91089C、91103C、91104C。	v	v	v	v	1000
91018C	牙周病支持性治療 Supportive periodontal treatment 註： 1.限經「牙周病統合治療方案」核備之醫師，執行院所內已完成第三階段91023C患者之牙醫醫療服務，且需與第二階段91022C間隔九十天。 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）。 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。 4.每九十天限申報一次。 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、91005C、91006C~91008C、91015C~91016C、91017C、91089C、91103C、91104C。	v	v	v	v	1000

第四節 口腔顎面外科 Oral Surgery

第一項 處置

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
92025B 92026B	腐骨清除術 Sequestrectomy — 簡單, ~~1/3~~ <u>三分之一</u> 顎以下 Simple, involving less than 1/3 arch — 複雜, ~~1/3~~ <u>三分之一</u> 顎以上 Complex, involving more than 1/3 arch 註： 1. 申報費用應檢附 X 光片。 2. 本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。		v v	v v	v v	2010 3010
92038B 92039B 92040B	皮瓣手術 Flap repair — 小 (~~4~~ <u>未滿四</u> 平方公分 <u>以下</u>) — 中 (~~4—16~~ <u>四至十六</u> 平方公分) — 大 (~~16~~ <u>十六</u> 平方公分以上)		v v v	v v v	v v v	720 2000 3200
92041C	齒槽骨成形術(~~1/2~~ <u>二分之一</u> 顎以內) Alveoloplasty, involving less than 1/2 arch 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~~ <u>二分之一</u> 顎以上) Alveoloplasty, involving more than 1/2 arch 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
92050C	埋伏齒露出手術 Surgical exposure of impacted tooth 註： 1. 限骨性埋伏齒即骨頭覆蓋 ~~2/3~~ <u>三分之二</u> 以上者。 2. 僅限永久齒，同顆處置以一次為限。 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

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
92092C	乳牙複雜性拔牙 Complex extraction of primary tooth 註： 1.限乳牙申報。 2.適應症包含： (1)全身性疾病(同 92014C 複雜性拔牙)。 (2)乳牙牙根→ ~~1/2~~ <u>大於二分之一</u> 。 (3)恆牙異位萌發造成乳牙無法正常換牙。 (4)牙根骨黏合或 submerged tooth。 (5)外傷合併其它口內或嘴唇周圍的傷口。 (6)併生牙(fusion)。 (7)乳牙牙根彎曲。 (8)因外傷或齲齒造成之牙根斷裂。 (9)因外傷造成之牙齒牙齦內推(intrusion)。 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
92094C	週六、日及國定假日牙醫門診急症處置-每次門診限申報一次 Management of dental emergencies on Saturdays, Sundays or in the national holidays 註： 1.限週六、日及國定假日申報，國定假日日期認定同附表3.3.3牙醫相對合理門診點數給付原則。 2.當月看診天數需$\leq$於二十六日<u>以內</u>，超過二十六日則本項不予支付(排除當天僅執行院所外醫療服務之天數)。 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。) 4.適應症： (1)顏面及牙齒疼痛，經藥物控制不佳者(K03.81,K04.0, K04.1-K04.99,K05.0,K05.2)。 (2)外傷導致之牙齒斷裂(S02.5)。 (3)拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血(K91.840)。 (4)下顎關節脫臼(S03.0)。 (5)顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎(K12.2, L03.221, L02.01,L03.211, L03.212)。 (6)口腔及顏面撕裂傷(S01.4, S01.5)。 5.進行緩解之相關處置：如止痛、局部非特定處理、齒內治療緊急處理、牙周緊急處理、止血。 6.不得同時申報34001C、34002C、90004C、91001C、92001C、92012C、92043C、92066C、92071C、92093B、92096C，且同象限、同牙位不得同時與其他非緊急處置醫令合併申報(96001C除外)。	v	v	v	v	800

附表 3.3.4 通則三之(一)第 3 項 符合轉診醫師資格之產製名單處理方式

項目	說 明
一、邏輯定義	1.以醫師為單位，前一年度申報轉診範圍各分科別醫令費用在十五百分位數~~(含)~~以上者。 2.符合前述條件之醫師，其分科點數或醫令數占總申報點數或醫令數百分之六十~~(含)~~以上者。
二、分區	六分區及全國
三、各分科定義	1.牙髓病科：本標準第三章第二節根管治療(除 90004C、90006C、90007C、90088C 外)，及 91009B、92030C~92033C。 2.牙周病科：本標準第三章第三節牙周病學(除 91001C、91003C、91004C、91088C 外)，及 92030C~92033C、91021C~91023C。 3.口腔顎面外科：本標準第三章第四節口腔顎面外科(除 92001C、92013C、92088C 外)。 4.牙體復形科：本標準第三章第一節牙體復形(除 89006C、89088C 外)。 5.口腔病理科：92049B、92065B、92073C、92090C、92091C、92095C。 6.兒童牙科：~~十二歲以下~~未滿十三歲執行上述醫令項。
四、計算式	1.分子： (1)牙髓病科、牙周病科、口腔顎面外科、口腔病理科：以醫師歸戶，計算上述各分科定義之醫令項(醫令數或點數)。 (2)兒童牙科：以醫師歸戶，計算有執行病人年齡~~≤十二歲~~未滿十三歲，上述牙髓病科、牙周病科、口腔顎面外科、口腔病理科及牙體復形科之醫令項(醫令數或點數)。 2.分母：以醫師歸戶，計算申報本標準第三部牙醫>第三章牙科處置及手術項下醫令項(醫令數或點數)，排除 89006C、89088C、90004C、90006C、90007C、90088C、91001C、91003C、91004C、91088C、92001C、92013C、92088C。

第四章 牙科麻醉費

通則：

- 一、表面麻醉、浸潤麻醉或簡單之傳導麻醉之費用均已包含在手術費用內，不另支付；另麻醉材料費已包括蘇打石灰 Soda lime，笑氣 Nitrous oxide，氧氣 Oxygen 及麻醉藥膏 Anesthetic jelly 及麻醉用氣體等在內，不另支付。
- 二、凡對~~六歲以下~~未滿七歲兒童施行麻醉者予以加成支付，病人年齡未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至~~六歲~~未滿七歲者，則依表定點數加計百分之二十。

第五章 牙周病統合治療方案

通則：

- 一、適用治療對象：為全口牙周炎患者，總齒數至少十六齒（專業認定需拔除者不列入總齒數計算），六~~（含）~~顆牙齒以上牙周囊袋深度 $\geq 5\text{mm}$ 以上。
- 二、牙醫師申請資格、申請程序及審查程序：
 - （一）一般醫師須接受四學分以上牙周病統合治療方案相關之教育訓練（一學分行政課程；三學分專業課程）。
 - （二）臺灣牙周病醫學會與台灣牙周補綴醫學會專科醫師、一般會員均須接受一學分以上牙周病統合治療方案相關之行政部分教育訓練。
 - （三）醫師三年內不得有視同保險醫事服務機構違約記點（屬全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十六條第二款者不在此限）或扣減費用、六年內不得有視同保險醫事服務機構停止特約以上之處分。前述違規期間之認定，屬違約記點或扣減費用者以保險人第一次發函日起算，屬停止特約者以保險人第一次發函所載停約日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者）。
 - （四）醫師當年合計治療個案數，由保險人於次年八月依病人歸戶統計，經歸戶並排除治療個案數五件以下者，若當年申報 91023C 個案數比率~~<33.33%~~小於百分之三十三點三三者（限同院所，不限同醫師完成），自保險人文到日次年一月起，兩年內不得申報本章診療項目，屆滿須再接受相關教育訓練後，始得提出申請。
 - （五）特約醫療院所應檢附教育訓練學分證明等相關資料，於每月五日前將申請書及有關資料以掛號郵寄至中華民國牙醫師公會全國聯合會（以下稱牙醫全聯會），牙醫全聯會審查後，於每月二十日前將名單函送所轄保險人分區業務組核定，並由所轄保險人分區業務組行文通知相關院所，並副知牙醫全聯會；申請者得於核定之起迄期間執行本方案服務。
- 三、支付規範：
 - （一）本方案診療項目限經保險人分區業務組核定之醫師申報。
 - （二）若病人曾於最近一年內，在同一特約醫療院所施行並申報 91006C 或 91007C 三次者，不得申報本方案中所列診療項目。
 - （三）執行本方案須至健保資訊網服務系統(VPN)進行牙周病統合治療方案登錄及查詢該病人是否曾接受牙周病統合治療，如一年內未曾收案（以執行 91021C 起算），始得收案執行，未登錄不得申報本方案所列診療項目。VPN 登錄後於次月二十日（含）前，未申報牙周病統合治療第一階支付(91021C)者，系統將自動刪除 VPN 登錄資料，如欲執行須重新登錄收案。

- (四) 91021C~91023C治療期間內，或自申報 91021C起一百八十天內且未完成執行本方案三階段者，不得申報本部第三章第三節牙周病學診療項目(除 91001C、91013C、91019C、91088C外)。
- (五) 院所申報 91022C起，一年內不得申報 91006C至 91008C之診療項目服務費用。
- (六) 每一個案一年內僅能執行一次牙周病統合治療（以執行 91021C起算）。
- (七) 本方案屬同一療程分三階段支付，其療程最長為一百八十天，療程中 91021C至 91023C各項目僅能申報一次，另申報 91022C治療日起九十天內，依病情需要施行之牙結石清除治療，不得另行申報 91003C、91004C。
- (八) X光片費用另計，治療期間內限申報一次全口X光檢查（限申報 34001C及 34002C）。

四、相關規範：

(一) 醫療服務管控實務如下：

1. 醫管措施

- (1)執行本方案之醫師每月申報件數以不超過二十件為原則(以 91022C 列計)，醫師支援不同院所應合併計算。申報件數超過時，應以立意審查，以確保醫療品質。
 - (2) 符合下列條件者，得提出申請增加每月申報件數，經保險人核定後，始得增加申報件數。
 - A. 專科醫師（臺灣牙周病醫學會或台灣牙周補綴醫學會），或有教學計畫(教學醫院、畢業後一般醫學訓練《post-graduated year, PGY》院所)，得提出申請，經保險人核定後，每月 91022C 申報件數不限，隨一般案件抽審。
 - B. 有醫療需求者，於最近兩個月內每月完成 91023C 申報件數達十件以上，得提出申請，經保險人核定後得增加為 91022C 每月三十件（如當年三月提出申請，則以當年一月、二月申報 91023C 之件數核定）。申報件數超過核定數時，採立意審查。
 - (3) 專科醫師、有教學計畫或另有醫療需求者，請於每月五日前將申請表及相關資料以掛號郵寄牙醫全聯會，牙醫全聯會初審後，於每月二十日前將名單函送所轄保險人分區業務組核定，並由保險人分區業務組函復申請醫師，並副知牙醫師全聯會。
- (二) 參加本方案之院所，應提供院所及機構之電話、地址等資訊，置放於保險人全球資訊網網站 (<http://www.nhi.gov.tw>) 及牙醫全聯會網站 (<http://www.cda.org.tw>)，俾利民眾查詢就醫。

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
91021C	牙周病統合治療第一階段支付(comprehensive periodontal treatment) 註： 1.本項主要施行治療前全口 X 光檢查及牙周病檢查，並須檢附牙周病檢查紀錄表供審查。 2.應提供牙周病統合治療衛教照護資訊及口腔保健衛教指導。 3.應檢附病人基本資料暨接受牙周病統合治療確認書。 4.~~≤三十歲~~未滿三十一歲患者須附全口根尖片或咬翼片。 5.同院所於二年內再執行本方案之病人須附全口根尖片或咬翼片。 6.執行本方案前，須至健保資訊網服務系統(VPN)進行牙周病統合治療實施方案查詢及登錄，未登錄不得申報本方案。	v	v	v	v	1800
91023C	牙周病統合治療第三階段支付(comprehensive periodontal treatment) 註： 1.本項主要進行治療後牙周病檢查及牙菌斑控制紀錄及評估治療情形。 2.完成牙周病統合治療第二階段支付(91022C)治療日起四週（~~≥~~二十八天以上）後，經牙周病檢查原本牙周囊袋深度~~≥~~5mm 以上之牙齒，至少一個部位深度降低2mm 者達七成以上，且無非適應症之拔牙時，方可申報。 3.須附治療前與治療後之牙菌斑控制紀錄表、牙周病檢查紀錄表及病歷供審查。	v	v	v	v	3200

第四部 中 醫

通則：

一、中醫門診診察費所定點數包括中醫師診療、處方、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本（如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出）。

二、中醫每日門診合理量依下列計算方式分別設定：

(一)經中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格(可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新進中醫師)醫院，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者，得按下列計算方式申報門診診察費：

- 1.專任醫師每月平均每日門診量＝【當月中醫門診診察費總人次/(當月專任中醫師數*二十三日)】
- 2.中醫醫療院所專任醫師每月平均每日門診量為五十人(含)以下，申報編號 A82、A83、A41、A84、A85、A42。
- 3.中醫醫療院所專任醫師每月平均每日門診量超出五十人以上，申報編號 A86、A87、A43、A88、A89、A44。

(二)未符合(一)項之中醫醫療院所，其門診診察費依各中醫醫療院所費用申報當月每位中醫師每日門診量不同分訂不同支付點數。

(三)合併申報醫療費用之醫院，其醫院門診合理量應合併計算。

三、針灸、傷科及針灸合併傷科治療不得同時申報，針灸及傷科如同時治療處置，應申報本部第六章針灸合併傷科治療處置費之診療項目。

四、針灸、傷科需連續治療者，同一療程以六次為限，實施六次限申報一次診察費，並應於病歷載明治療計畫。

五、個別專任醫師申報針灸、傷科及針灸合併傷科治療之合理量：

(一)中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科及針灸合併傷科治療合計申報量限四十五人次以內：

1.計算方式：

(1)公式：專任醫師每月看診日平均針灸、傷科及針灸合併傷科治療合計申報量＝當月針灸、傷科及針灸合併傷科治療處置總人次／當月總看診日數。

(2)每月看診日數計算方式：每月實際看診日數超過二十六日者，以二十六日計；位於「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」施行區域、山地離島地區、花蓮縣及臺東縣之院所，每月以實際看診日數計。

2.支付方式：

(1)申報量在三十人次以下部分，按表訂點數支付。

(2)申報量在三十一至四十五人次之部分，未開內服藥之針灸治療(編號D02、D04、D06、D08)、一般傷科治療(編號E02)、針灸合併一般傷科治療(F02、F36、F53)、電針合併一般傷科治療(F19)以九折支付，其餘項目按表定點數支付。

(3)申報量在四十六人次以上之部分，第四章至第六章各診療項目支付點數以零計。

(二)除前項每看診日平均申報量上限四十五人次以內，另依下列規範第四章針灸治療處置及第六章針灸合併傷科治療處置之每月申報上限：

- 1.其中內含中度複雜性針灸：每位專任醫師每月上限為一百人次，包括編號：D05、D06、F35、F36、F37、F38、F39、F40、F41、F42、F43、F44、F45、F46、F47、F48、F49、F50、F51。
- 2.其中內含高度複雜性針灸：每位專任醫師每月上限為七十人次，包括編號：D07、D08、F52、F53、F54、F55、F56、F57、F58、F59、F60、F61、F62、F63、F64、F65、F66、F67、F68。
- 3.超過部分改以內含一般針灸醫令計算，包括編號：D01、D02、D03、D04、F01、F02、F04、F05、F07、F08、F10、F11、F13、F14、F16、F17、F18、F19、F21、F22、F24、F25、F27、F28、F30、F31、F33、F34。

六、中醫醫療院所平均每位專任醫師每月申報另開內服藥之針灸、傷科及針灸合併傷科治療處置費上限為一百五十人次，超出一百五十人次部分以五折支付。包括編號：D01、D03、D05、D07、E01、E03、E05、E07、E09、E11、F01、F04、F07、F10、F13、F16、F18、F21、F24、F27、F30、F33、F35、F38、F41、F44、F47、F50、F52、F55、F58、F61、F64、F67。。

七、中醫醫療院所專任醫師於產假期間全月未看診，支援醫師得以該全月未看診之專任醫師數，依合理量規定申報該月份門診診察費及針灸、傷科及針灸合併傷科治療處置費，其餘支援醫師依每段合理量之餘額總數，依序補入看診人次。

八、~~三歲(含)以下~~未滿四歲兒童之門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

第一章 門診診察費

編號	診療項目	支付點數
	一般門診診察費 (一) 中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格(可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新進中醫師)醫院，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者。 (二) 不符(一)項之中醫醫療院所	
A07	4.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過七十人次，但在 ~~一五〇~~ <u>一百五十</u> 人次以下部分(71-150) — 未開具慢性病連續處方	90
A17	— 開具慢性病連續處方	120
A51	— 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	325
	5.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過 ~~一五〇~~ <u>一百五十</u> 人次部分(>150)	
A08	— 未開具慢性病連續處方	50
A18	— 開具慢性病連續處方	80
A52	— 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	305
A90	— 初診門診診察費加計 註：1.限特約中醫醫事服務機構需符合設立健保特約院所滿二年以上（東區及山地離島地區以簽約滿一年以上）申報。 2.限患者需為二年內(費用年月相減)未到該全民健康保險中醫醫事服務機構看診方可提出。 3.院所申報初診案件件數以每月申報診察費不為 ~~〇~~ <u>零</u> 之就醫病人ID歸戶人數之 ~~10%~~ <u>百分之十</u> 為最高申請件數。	50

第四章 針灸治療處置費

編號	診療項目	支付點數
D05	中度複雜性針灸 — 另開內服藥	327
D06	— 未開內服藥	327
	註： 1.適應症： (1)附表 4.4.1 所列疾病。 (2)無附表 4.4.1 所列疾病，但有附表 4.4.2 所列特殊疾病者。 2.支付規範： (1)須針灸二個 ~~(含)~~ 以上部位：頭頸部、軀幹部或四肢，任兩部位或以上。 (2)須合併以下任一輔助治療：拔罐治療、放血治療、刮痧治療、熱療(含紅外線治療)、艾灸治療、電療或眼部特殊針灸。 (3)治療時間合計十分鐘以上。	

D07	高度複雜性針灸	427
D08	—另開內服藥	427
	—未開內服藥	
	註：	
	1.適應症：	
	(1)附表 4.4.3 所列疾病。	
	(2)中度複雜性針灸適應症(附表 4.4.1)合併有附表 4.4.2 特殊疾病。	
	2.支付規範：	
	(1)須針灸二個(含)以上部位：頭頸部、軀幹部或四肢，任兩部位或以上。	
	(2)須合併以下任一輔助治療：拔罐治療、放血治療、刮痧治療、熱療(含紅外線治療)、艾灸治療、電療或眼部特殊針灸。	
	(3)治療時間合計二十分鐘以上。	

第五部 居家照護及精神病患者社區復健

第一章 居家照護

通則：

一、本章限經主管機關核准設有居家護理服務業務項目之醫事服務機構或護理機構申報。

二、收案條件；收案對象需符合下列各項條件：

(一)病人只能維持有限之自我照顧能力，即清醒時，百分之五十以上活動限制在床上或椅子上。

(二)有明確之醫療與護理服務項目需要服務者。

(三)罹患慢性病需長期護理之病人或出院後需繼續護理之病人。

三、收案對象屬住院個案，須經診治醫師評估，由診治醫師開立居家照護醫囑單，由診治醫院直接收案或轉介至其他設有居家護理服務部門之保險醫療機構或護理機構收案；非住院個案符合前條所列收案條件者，可向設有居家護理服務部門之保險醫療機構或護理機構申請。

四、保險醫療機構或護理機構受理申請後，經書面審查符合收案條件者，應排定訪視時間，符合保險收案條件者，應查驗保險對象保險憑證、身分條件及居家照護醫囑單(非住院個案應由照護機構之執業醫師或契約醫院之醫師訪視評估，開立居家照護醫囑單)等文件，並於保險憑證登錄就醫紀錄，嗣後於每月第一次訪視時登錄一次，並應於登錄後二十四小時內，將之上傳予保險人備查；其不符合收案條件者，應即拒絕收案。

五、保險醫療機構或護理機構應擬定完整居家照護計畫，並於收案後二週內(如遇例假日得順延之)，連同居家照護申請書、居家照護醫囑單影本，送保險人備查，保險人得視情況實地評估其需要性。

六、每一個案收案期限以四個月為限，每次訪視應有詳實之訪視紀錄，若病情需要申請延長照護，應經醫師診斷填具居家照護申請書送保險人備查；照護期限之計算，新收個案以收案日起算；申請延長照護個案以申請日起算(於原照護期限內申請者，以接續日起算)。同一照護機構同一個案，於照護期限截止日起三十日內再申請照護者，應以延長照護申請，不得以新個案申請。

七、照護項目以附表5.1.1居家護理特殊照護項目表及表5.1.2居家護理一般照護項目表為限；施行特殊照護項目者，申報費用時，應填報項目編號、名稱及數量。

八、本章所稱山地離島地區依衛生福利部公告之「山地離島地區醫療服務促進方案」辦理。

九、院所申報護理訪視費，每位居家護理人員每月訪視個案數以~~100~~一百人次~~(含)~~以內為合理量；超過~~100~~一百人次者，自第~~101~~一百零一人次起，屬超出合理量。若同時執行第五部第三章安寧居家療護乙類(社區安寧)，則每位居家護理人員每月訪視個案數以~~75~~七十五人次~~(含)~~以內為合理量，超過~~75~~七十五人次者，自第~~76~~七十六人次起，屬超出合理量。

十、為能快速回應病人發生之緊急狀況，申報本章之保險醫事服務機構或護理機構應提供居家照護專業人員~~24~~二十四小時電話諮詢服務。

附表 5.1.2 居家護理一般照護項目表

支付標準 編 號	診 療 項 目
(免填報)	小量注射：如肌肉注射、皮下注射、靜脈注射
	靜脈點滴加藥
	藥物敏感反應試驗(Cytomack test, Penicillin test 等)
	濕氣吸入治療 Humidity inhalation、呼吸道抽吸 Suction、體位引流 Postural drainage
	被動性關節運動 Passive R.O.M.
	置入器皮下注射(port-A)及護理
	小換藥(~~10~~ - <u>小於十公分</u> 以下) Change dressing small (<10 cm)
	中換藥(~~10-20~~ - <u>十至二十公分</u>) Change dressing medium (10-20 cm)
	大換藥(~~20~~ - <u>超過二十公分</u> 以上) Change dressing large (>20 cm)
	拆線-傷口在 ~~10cm~~ - <u>十公分</u> 以下 Remove Stiches <10 cm
	拆線-傷口在 ~~10cm~~ - <u>十公分</u> 以上 Remove Stiches >10 cm
	一般導尿、更換尿袋、尿管護理、拔除尿管之膀胱訓練
	口腔護理
	塞劑給予、糞嵌塞清除 Cleaning fecal impaction
	甘油灌腸 Glycerin enema(大小量灌腸比照本項)
	礦物油留置灌腸 Retension enema(留置灌腸比照本項)
	一般身體檢查、護理指導(含胰島素注射及傷口照顧指導)
	酒精拭浴 Alcohol packing、薄荷擦拭 Menthol packing
	會陰沖洗 Perineal irrigation care
	其它護理項目

第三章 安寧居家療護

通則：

一、申報本章各項費用之保險醫事服務機構需向保險人提出申請經同意後始可申報，並依醫事人員教育訓練資格分為甲、乙兩類：

(一) 甲類：

1. 設有安寧居家療護小組，小組內須包括安寧療護專責醫師、社工師及專任護理師等至少一名，且小組成員皆需受過安寧療護教育訓練八十小時(含四十小時病房見習)以上，另繼續教育時數為每年二十小時，小組成員更改時亦須通知保險人各分區業務組。
2. 地區醫院(含)層級以下，且過去三個月內，平均每月每位護理人員訪視次數在三十人次(含)以下之院所，其安寧居家療護小組內之「專任護理師」得以「專責護理師」為之；「專責」係指專門負責特定安寧業務，另可執行其他業務。

(二) 乙類：

1. 醫師及護理人員皆需接受安寧療護教育訓練十三小時(教育訓練課程如附表)及臨床見習八小時(其中至少於安寧病房見習二小時，以視訊及 e-learning 方式進行亦可)，始得提供社區安寧照護服務。醫師及護理人員每訪視一位居家病人可抵免見習時數二小時。
2. 辦理本項業務之基層診所，應以現行辦理安寧緩和醫療之醫院為後援醫院，後援醫院資格如下：
 - (1) 設有安寧病房或聘有安寧緩和醫學專長之醫師及護理人員。
 - (2) 設專門窗口負責個案管理。
3. 每年繼續教育時數為四小時(以視訊及 e-learning 方式進行亦可)。

二、收案條件：

(一) 符合安寧緩和醫療條例得接受安寧緩和醫療照護之末期病人（必要條件）。

(二) 癌症末期病患：

1. 確定病患對各種治癒性治療效果不佳(必要條件)。
2. 居家照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。
3. 病情急劇轉變造成病人極大不適時，如
 - (1) 高血鈣(Hypercalcemia)
 - (2) 脊髓壓迫(Spinal Cord compression)
 - (3) 急性疼痛(Acute pain)
 - (4) 嚴重呼吸困難(Dyspnea severe)
 - (5) 惡性腸阻塞(Malignant bowel obstruction)
 - (6) 出血(Bleeding)
 - (7) 腫瘤(塊)潰瘍(Ulcerated mass 如 breast cancer, buccal cancer)
 - (8) 嚴重嘔吐(Vomiting severe)
 - (9) 發燒，疑似感染(Fever R/O Infection)
 - (10) 癲癇發作(Seizure)
 - (11) 急性譫妄(Delirium, acute)

(12) 急性精神壓力，如自殺意圖(Acute Psychological distress, Suicide attempt)

(三)末期運動神經元病患：

1. 末期運動神經元病患，不接受呼吸器處理，主要症狀有直接相關及／或間接相關症狀者。

(1) 直接相關症狀：虛弱及萎縮、肌肉痙攣、吞嚥困難、呼吸困難。

(2) 間接相關症狀：睡眠障礙、便秘、流口水、心理或靈性困擾、分泌物及黏稠物、低效型通氣不足、疼痛。

2. 末期運動神經元患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者。

(四)主要診斷為下列疾病，且已進入末期狀態者(相關症狀等條件詳附表)：

1. 老年期及初老期器質性精神病態

2. 其他腦變質

3. 心臟衰竭

4. 慢性氣道阻塞，他處未歸類者

5. 肺部其他疾病

6. 慢性肝病及肝硬化

7. 急性腎衰竭，未明示者

8. 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

(五)經醫師診斷或轉介之末期狀態病患，其病情不需住院治療，但仍需安寧居家療護者。

(六)病人之自我照顧能力及活動狀況需符合 ECOG scale(Eastern Cooperative

Oncology Group Scale) ~~2~~二級以上(對照 Patient Staging Scales, PS, Karnofsky : 50-60)。

三、 服務項目：

(一)訪視、一般診療與處置。

(二)末期狀態病患及其家屬心理、社會及靈性等方面問題之照護。

四、 收案及核備程序：

(一)收案對象需經院所甲類安寧居家療護小組專責醫師評估或乙類醫師評估，開立「安寧居家療護收案申請書」(申請書一式二聯，第一聯送保險人備查、第二聯院所備查)，始得申請收案；保險事服務機構或護理機構應擬定完整居家照護計畫，並於收案後二週內(如遇例假日得順延之)，檢具安寧居家療護收案申請書，送保險人各分區業務組備查，保險人各分區業務組得視情況實地評估其需要性。經核定不符收案條件者，保險人不支付費用，相關費用由院所自行處理。

(二)保險醫事服務機構或護理機構受理申請後，經書面審查符合收案條件者，應排定訪視時間，符合保險收案條件者，應查驗保險對象保險憑證、身分證明文件及居家照護醫囑單(非住院個案應由照護機構之執業醫師或契約醫院之醫師訪視評估，開立居家照護醫囑單)等文件，並於保險憑證登錄就醫紀錄，嗣後於每月第一次訪視時登錄一次，並應於登錄後二十四小時內，將之上傳予保險人備查；其不符合收案條件者，應即拒絕收案。

(三)對保險人各分區業務組核定結果如有異議，自核定通知之日起六十日內，應依序循申復及爭議審議途徑申請複核或審議，不得以新個案重新申請送核，否則不予

受理。

(四)安寧居家療護收案及延長照護申請案件，回歸一般醫療費用抽審作業。

五、 照護期限：

(一)每一個案收案期限以四個月為限，每次訪視應有詳實之訪視紀錄，若病情需要申請延長照護，應經醫師診斷填具安寧居家療護收案申請書送保險人分區業務組備查。

(二)照護期限之計算，新收個案以收案日起算；申請延長照護個案以申請日起算(於原照護期限內申請者，以接續日起算)。同一照護機構同一個案，於照護期限截止日起三十日內再申請照護者，應以延長照護申請並以接續日起算，每次延長照護以三個月為限，不得以新個案申請。

六、 為能快速回應病人發生之緊急狀況，申報本章節之保險醫事服務機構或護理機構應提供安寧療護專業人員二十四小時電話諮詢服務。

七、 本章節「訪視時間」之計算，自到達病患家中起算，至離開病患家中為止，且訪視時間應記錄於訪視紀錄內，並請患者或其家屬簽章。

編 號	診 療 項 目	基 層 診 所	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數
05326C	臨終病患訪視費	√	√	√	√	5000
05327C	臨終病患訪視費山地離島地區 註： 1. 限訪視臨終病患，且 ECOG ~~大於~~ 三級以上(含三級)之病患，實際訪視時間在二小時以上(含二小時)，始得申報此項費用，每位病患申報訪視次數僅限一次。 2. 甲乙兩類醫事人員皆可申報。 3. 服務內容需包含臨終訪視、善終準備及家屬哀傷輔導等。	√	√	√	√	5500

第六部 論病例計酬

第一章 產科

編號	診療項目	助產所	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
97014C	自行要求剖腹產 註：1.不符醫學上適應症而自行要求施行剖腹產者，依本項點數支付。 2.診療項目要求表(詳附表 6.1.2) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 3.出院狀態 (1)體溫低於 37.7°C 至少 ~~24~~<u>二十四</u> 小時 (2)傷口乾燥並癒合 (3)病人可進全食 例外：有其他因素必需改變飲食 (4)無併發症 (5)教導病人 A.日常生活活動包括性生活 B.沐浴及個人衛生 C.乳房及傷口護理重點 D.排定返診檢查 (6)教導病人 A.嬰兒餵哺 B.嬰兒沐浴及照顧 C.小兒科醫師返診檢查 4.主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)：10D00Z0、10D00Z1、10D00Z2		V				15669

附表 6.2.1 子宮肌瘤切除術(住院)、子宮鏡子宮肌瘤切除術(住院)診療項目要求表

基本診療項目		
手術前		手術中、手術後
I. Indication of admission II. Diagnostic study 1. History taking 2. Physical exam 3. Lab test 4. Special procedure	III. Management 1. Medication 2. Nursing care	IV. Management 1. Surgical 2. Post-OP care V. Management 1. Ward nursing care 2. Medication
收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目
1.06009C 尿沈渣顯微鏡檢查*1 2.06012C 或 06013C 尿液檢查*1 3.08011C 或 08012C 或 08082C 全套血液檢查*2 4.08013C 白血球分類計數*2 5.08018C 或 08019C 出血時間*1 6.08020C 凝血時間*1 (5.6 項二項得以 08026C 及 08036C 項取代) 7.09001C 總膽固醇*1 8.09002C 血中尿素氮*1 9.09004C 中性脂肪*1 10.09005C 血液及體液葡萄糖*1 11.09011C 鈣*1 12.09012C 磷*1 13.09013C 尿酸*1 14.09015C 肌酐(血)*1 15.09021C 鈉*1 16.09022C 鉀*1 17.09023C 氯*1 18.09025C 血清麩胺酸苯醋酸轉 氨基酶*1 19.09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉 氨基酶*1	20.09027C 鹼性磷酸酯酶*1 21.09029C 膽紅素總量*1 22.09030C 直接膽紅素*1 23.09038C 白蛋白*1 24.09040C 全蛋白*1 25.11001C 血型測定*1 26.11003C RH (D) 型檢查*1 27.12001C 梅毒檢查*1 28.13007C 細菌培養鑑定檢查*2 29.18001C 心電圖*1 30.19001C 或 19003C 超音波*1 31.32001C 胸腔檢查*1 32.32006C 腎臟、輸尿管、膀胱檢查 *1 33.39004C 大量液體點滴注射*3 (✕ 歲以下未滿七歲兒童，本項得以 57113B 或 57120B 或 57121B 或 57122B 項目取代) 34.47003C 或 47004C 或 47006C 或 47011C 灌腸*1 35.47014C 留置導尿*1 36.96026B 麻醉前評估*1	※37.96005C 或 96007C 或 96017C 或 96020C 麻醉*1 38.57017C 或 57018B Pulse oximeter*1 ※39.80402C 或 80420C 或 80415C 子宮肌瘤切除術或 子宮鏡子宮肌瘤切除術*1 40.96025B 麻醉恢復照護*1 ※41.25001C 或 25002C 或 25003C 或 25004C 或 25024C 或 25025C 病理*1 42.47002C 薄荷擦拭*1 ※43.48011C 或 48012C 或 48013C 換藥*3 44.55010C 會陰沖洗*2
選擇性診療項目：其他醫療需要之支付標準所列項目。		

附表 6.2.3 子宮完全切除術(住院)診療項目要求表

基本診療項目		
手術前		手術中、手術後
I.Indication of admission II.Diagnostic study 1.History taking 2.Physical exam 3.Lab test 4.Special procedure	III. Management 1.Medication 2.Nursing care	IV.Management 1.Surgical 2..Post-OP care V.Management 1.Ward nursing care 2.Medication
收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目
1.06009C 尿沈渣顯微鏡檢查*1 2.06012C 或 06013C 尿液檢查*1 3.08005C 紅血球沈降速度測定*1 4.08011C 或 08012C 或 08082C 全套血液檢查*2 5.08013C 白血球分類計數*2 6.08018C 或 08019C 出血時間*1 7.08020C 凝血時間*1 (6.7 二項得以 08026C 及 08036C 項 取代) 8.09001C 總膽固醇*1 9.09002C 血中尿素氮*1 10.09004C 中性脂肪*1 11.09005C 血液及體液葡萄糖*2 12.09011C 鈣*1 13.09012C 磷*1 14.09013C 尿酸*1 15.09015C 肌酐(血)*1 16.09021C 鈉*1 17.09022C 鉀*1 18.09023C 氯*1 19.09025C 血清麩胺酸苯醋酸轉氨 基酶*1 20.09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉氨 基酶*1	21.09027C 鹼性磷酸酯酶*1 22.09029C 膽紅素總量*1 23.09030C 直接膽紅素*1 24.09038C 白蛋白*1 25.09040C 全蛋白*1 26.11001C 血型測定*1 27.11003C RH(D)型檢查*1 28.12001C 梅毒檢查*1 29.13007C 細菌培養鑑定檢查*2 30.18001C 心電圖*1 31.19001C或19003C 超音波*1 32.32001C 胸腔檢查*1 33.32006C 腎臟、輸尿管、 膀胱檢查*1 34.39004C 大量液體點滴注射*4 (~~六~~ ~~歲以下~~ 未滿七歲兒童，本項得以 57113B或57120B或57121B或 57122B項目取代) 35.47003C或47004C或 47006C或47011C 灌腸*1 36.47014C 留置導尿*1 37.96026B 麻醉前評估*1	※ 38.96005C 或 96007C 或 或 96017C 或 96020C 麻醉*1 39.57017C 或 57018B Pulse oximeter*1 ※40.80403B 或80421B 子宮完全 切除術*1 41.96025B 麻醉恢復照護*1 ※42.25001C 或 25002C 或 25003C 或 25004C 或 25024C 或 25025C 病理*1 43.47002C 薄荷擦拭*3 44.47039C 熱或冷冰敷*1 ※45.48011C或48012C或48013C 換藥*4 46.55010C 會陰沖洗*3 47.55011C 陰道灌洗*1
選擇性診療項目：其他醫療需要之支付標準所列項目。		

附表 6.2.4 次全子宮切除術(住院)診療項目要求表

基本診療項目		
手術前		手術中、手術後
I.Indication of admission II.Diagnostic study 1.History taking 2.Physical exam 3.Lab test 4.Special procedure	III. Management 1.Medication 2.Nursing care	IV.Management 1.Surgical 2..Post-OP care V.Management 1.Ward nursing care 2.Medication
收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目
1.06009C 尿沈渣顯微鏡檢查*1 2.06012C 或 06013C 尿液檢查*1 3.08005C 紅血球沉降速度測定*1 4.08011C 或 08012C 或 08082C 全套血液檢查*2 5.08013C 白血球分類計數*2 6.08018C 或 08019C 出血時間*1 7.08020C 凝血時間*1 (6.7 二項得以 08026C 及 08036C 項取代) 8.09001C 總膽固醇*1 9.09002C 血中尿素氮*1 10.09004C 中性脂肪*1 11.09005C 血液及體液葡萄糖*2 12.09011C 鈣*1 13.09012C 磷*1 14.09013C 尿酸*1 15.09015C 肌酐(血)*1 16.09021C 鈉*1 17.09022C 鉀*1 18.09023C 氯*1 19.09025C 血清麩胺酸苯醋酸轉氨 基酶*1 20.09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉氨 基酶*1	21.09027C 鹼性磷酸酯酶*1 22.09029C 膽紅素總量*1 23.09030C 直接膽紅素*1 24.09038C 白蛋白*1 25.09040C 全蛋白*1 26.11001C 血型測定*1 27.11003C RH(D)型檢查*1 28.12001C 梅毒檢查*1 29.13007C 細菌培養鑑定檢查*2 30.18001C 心電圖*1 31.19001C或19003C 超音波*1 32.32001C 胸腔檢查*1 33.32006C 腎臟、輸尿管、膀胱檢 查*1 34.39004C 大量液體點滴注射*4 (~~六歲以下~~ 未滿七歲兒童，本項 得以57113B或57120B或57121B 或57122B項目取代) 35.47003C或47004C或47006C或 47011C 灌腸*1 36.47014C 留置導尿*1 37.96026B 麻醉前評估*1	※ 38.96005C 或 96007C 或 96017C 或 96020C 麻醉*1 39.57017C 或 57018B Pulse oximeter*1 ※40.80404C 次全子宮切除術*1 41.96025B 麻醉恢復照護*1 ※42.25001C 或 25002C 或 25003C 或 25004C 或 25024C 或 25025C 病理*1 43.47002C 薄荷擦拭*3 44.47039C 熱或冷冰敷*1 ※45.48011C 或48012C或48013C換 藥*4 46.55010C 會陰沖洗*3 47.55011C 陰道灌洗*1
選擇性診療項目：其他醫療需要之支付標準所列項目。		

附表 6.2.5 卵巢部分（全部）切除術或輸卵管卵巢切除術(住院)診療項目要求表

基本診療項目		
手術前		手術中、手術後
I. Indication of admission II. Diagnostic study 1. History taking 2. Physical exam 3. Lab test 4. Special procedure	III. Management 1. Medication 2. Nursing care	IV. Management 1. Surgical 2. Post-OP care V. Management 1. Ward nursing care 2. Medication
收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目
1.06012C 或 06013C 尿液檢查*1 2.08011C 或 08012C 或 08082C 全套血液檢查*2 3.08013C 白血球分類計數*2 4.08018C 或 08019C 出血時間*1 5.08020C 凝血時間*1 (4.5 項二項得以 08026C 及 08036C 項取代) 6.09001C 總膽固醇*1 7.09002C 血中尿素氮*1 8.09005C 血液及體液葡萄糖*2 9.09011C 鈣*1 10.09013C 尿酸*1 11.09015C 肌酐(血)*1 12.09021C 鈉*1 13.09022C 鉀*1 14.09023C 氯*1 15.09025C 血清麩胺酸苯醋酸轉氨基酶*1 16.09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉氨基酶*1	17.09029C 膽紅素總量*1 18.09038C 白蛋白*1 19.12001C 梅毒檢查*1 20.18001C 心電圖*1 21.19001C 或 19003C 超音波*1 22.32001C 胸腔檢查*1 23.32006C 腎臟、輸尿管、膀胱檢查*1 24.39004C 大量液體點滴注射*3 (~~六歲~~ <u>以十歲</u> 未滿七歲兒童，本項得以 57113B 或 57120B 或 57121B 或 57122B 項目取代) 25.47003C 或 47004C 或 47006C 或 47011C 灌腸*1 26.47014C 留置導尿*1 27.96026B 麻醉前評估*1	※28.96005C 或 96007C 或 96017C 或 96020C 麻醉*1 29.57017C 或 57018B Pulse oximeter*1 ※30.80802C 或 80811C 子宮附 屬器部份或全部切除(卵巢 或輸卵管卵巢)*1 31.96025B 麻醉恢復照護*1 ※32.25001C 或 25002C 或 25003C 或 25004C 或 25024C 或 25025C 病理*1 ※33.48011C 或 48012C 或 48013C 換藥*4 34.55010C 會陰沖洗*3
選擇性診療項目：其他醫療需要之支付標準所列項目。		

附表 6.2.6 腹腔鏡子宮完全切除術(住院)診療項目要求表

基本診療項目		
手術前		手術中、手術後
I.Indication of admission II.Diagnostic study 1.History taking 2.Physical exam 3.Lab test 4.Special procedure	III. Management 1.Medication 2.Nursing care	IV.Management 1.Surgical 2.Post-OP care V.Management 1.Ward nursing care 2.Medication
收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目
1.06009C 尿沈渣顯微鏡檢查*1 2.06012C 或 06013C 尿液檢查*1 3.08005C 紅血球沉降速度測定*1 4.08011C 或 08012C 或 08082C 全套血液檢查*2 5.08013C 白血球分類計數*2 6.08018C 或 08019C 出血時間*1 7.08020C 凝血時間*1 (6.7 二項得以 08026C 及 08036C 項 取代) 8.09001C 總膽固醇*1 9.09002C 血中尿素氮*1 10.09004C 中性脂肪*1 11.09005C 血液及體液葡萄糖*2 12.09011C 鈣*1 13.09012C 磷*1 14.09013C 尿酸*1 15.09015C 肌酐(血)*1 16.09021C 鈉*1 17.09022C 鉀*1 18.09023C 氯*1 19.09025C 血清麩胺酸苯醋酸轉氨基酶*1 20.09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉氨基酶*1	21.09027C 鹼性磷酸酶*1 22.09029C 膽紅素總量*1 23.09030C 直接膽紅素*1 24.09038C 白蛋白*1 25.09040C 全蛋白*1 26.11001C 血型測定*1 27.11003C RH(D)型檢查*1 28.12001C 梅毒檢查*1 29.13007C細菌培養鑑定檢查*2 30.18001C 心電圖*1 31.19001C或19003C 超音波*1 32.32001C 胸腔檢查*1 33.32006C 腎臟、輸尿管、膀胱檢查*1 34.39004C 大量液體點滴注射 *4 (六歲以下未滿七歲兒 童，本項得以57113B或 57120B或57121B或57122B 項目取代) 35.47003C 或 47004C 或 47006C 或 47011C 灌腸*1 36.47014C 留置導尿*1 37.96026B 麻醉前評估*1	※38.96005C或96007C或或96017C或 96020C 麻醉*1 39.57017C或57018B Pulse oximeter*1 ※40.80416B 腹腔鏡全子宮完全切除術*1 41.96025B 麻醉恢復照護*1 ※42.25001C或25002C或25003C或 25004C或25024C或25025C病理 *1 43.47002C 薄荷擦拭*3 44.47039C 熱或冷冰敷*1 45.48011C 或48012C或48013C 換藥*4 46.55010C 會陰沖洗*3 47.55011C 陰道灌洗*1
選擇性診療項目：其他醫療需要之支付標準所列項目		

附表 6.2.7 腹腔鏡卵巢部分(全部)切除術或輸卵管卵巢切除術(住院)診療項目要求表

基本診療項目		
手術前		手術中、手術後
I. Indication of admission II. Diagnostic study 1. History taking 2. Physical exam 3. Lab test 4. Special procedure	III. Management 1. Medication 2. Nursing care	IV. Management 1. Surgical 2. Post-OP care V. Management 1. Ward nursing care 2. Medication
收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目
1.06012C 或 06013C 尿液檢查*1 2.08011C 或 08012C 或 08082C 全套血液檢查*2 3.08013C 白血球分類計數*2 4.08018C 或 08019C 出血時間*1 5.08020C 凝血時間*1 (4.5 項二項得以 08026C 及 08036C 項取代) 6.09001C 總膽固醇*1 7.09002C 血中尿素氮*1 8.09005C 血液及體液葡萄糖*2 9.09011C 鈣*1 10.09013C 尿酸*1 11.09015C 肌酐(血)*1 12.09021C 鈉*1 13.09022C 鉀*1 14.09023C 氯*1 15.09025C 血清麩胺酸苯醋酸轉氨基酶*1 16.09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉氨基酶*1	17.09029C 膽紅素總量*1 18.09038C 白蛋白*1 19.12001C 梅毒檢查*1 20.18001C 心電圖*1 21.19001C 或 19003C 超音波*1 22.32001C 胸腔檢查*1 23.32006C 腎臟、輸尿管、膀胱檢查*1 24.39004C 大量液體點滴注射 *3 (六歲以下未滿七歲兒 童，本項得以 57113B 或 57120B 或 57121B 或 57122B 項目取代) 25.47003C 或 47004C 或 47006C 或 47011C 灌 腸*1 26.47014C 留置導尿*1 27.96026B 麻醉前評估*1	※28.96005C 或 96007C 或 96017C 或 96020C 麻醉*1 29.57017C 或 57018B Pulse oximeter*1 ※30.80807C 或 80812C 腹腔鏡子宮附屬器部分或全部切 除術(卵巢或輸卵管卵巢)*1 31.96025B 麻醉恢復照護*1 ※32.25001C 或 25002C 或 25003C 或 25004C 或 25024C 或 25025C 病理 *1 33.48011C 或 48012C 或 48013C 換藥*4 34.55010C 會陰沖洗*3
選擇性診療項目：其他醫療需要之支付標準所列項目。		

第三章 一般外科

附表 6.3.5 股及腹股溝疝氣手術（單側，門診）診療項目要求表

基本診療項目		
手術前		手術中、手術後
I. Indication of admission II. Diagnostic study 1. History taking 2. Physical exam 3. Lab test 4. Special procedure	III. Management 1. Medication 2. Nursing care	IV. Management 1. Surgical 2. Post-OP care V. Management 1. Ward nursing care 2. Medication
收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目
1.39004C 大量液體點滴注射*1 (~~6歲以下~~ <u>未滿七歲</u> 兒童，本項得以 57113B 或 57120B 或 57121B 或 57122B 項目取代)		※ 2.96004C 或 96005C 或 96007C 或 96017C 或 96020C 或 96000C (局部麻醉-本項限年齡 <u>≧18歲</u> <u>十八歲</u> <u>以上</u> 使用) 麻醉*1 ※ 3.75606B 或 75607C 或 75613C 或 75614C 或 75615C (基層院所股及腹股溝疝氣手術 (AGE<1，單側)(門診)得以 88029C 取代) 鼠蹊疝氣修補術*1 4.25001C 或 25002C 或 25003C 或 25004C 或 25024C 或 25025C 病理*1 5.57017C 或 57018B Pulse oximeter*1
選擇性診療項目：其他醫療需要之支付標準所列項目。		

第四章 泌尿科

通則：

一、本章各項目「得核實申報上限點數」、「得核實申報個案數比率」如下表：

項目名稱	支付代碼	層級	得核實申報 上限點數	得核實申報 個案數比率	平均住 院日數
尿路結石體外震波碎石術(單側)(門診)	97405K	醫學中心	-	0%	-
	97406A	區域醫院			
	97420B	地區醫院			
尿路結石體外震波碎石術(雙側)(門診)	97407K	醫學中心			
	97408A	區域醫院			
	97421B	地區醫院			
尿路結石體外震波碎石術(三十日內施行第二次，單側)(門診)	97409K	醫學中心			
	97410A	區域醫院			
	97422B	地區醫院			
尿路結石體外震波碎石術(三十日內施行第二次，雙側)(門診)	97411K	醫學中心			
	97412A	區域醫院			
	97423B	地區醫院			

二、施行第一次尿路結石體外震波碎石術起三十日內施行第二次者，按 97409K-97412A 及 97422B-97423B 申報。

三、尿路結石體外震波碎石術三十日內同側第三次以上(含)治療，應檢具 X 光片專案申請，經保險人同意後施行，費用比照第二次申報；申報費用時應檢附保險人同意函影本以憑核付。

四、尿路結石體外震波碎石術個案申報費用應檢附尿路結石體外震波碎石術之紀錄影本。

第七章 耳鼻喉科

附表 6.7.4 喉直達鏡並作聲帶或會厭軟骨腫瘤切除或剝去，無主要合併症或併發症(門診)診療項目要求表

基本診療項目		
手術前		手術中、手術後
I.Indication of surgery II.Diagnostic study	III.Management 1.Medication 2.Nursing care	IV.Management 1.Surgical 2.Post-OP care V.Management 1.Medication
收費代碼及處置項目		
※1. 96004C或96020C 麻醉*1 ※2.66002B或66032B聲帶或會厭軟骨腫瘤切除或剝去*1 ※3.25001C或25002C或25003C或25004C或25024C或25025C病理*1 4.39004C 大量液體點滴注射*1（ ~~6歲以下~~ <u>未滿七歲</u> 兒童，本項得以57113B或57120B或57121B或57122B項目取代） 5.57017C 動脈式或耳垂式血氧飽和監視器*1		
選擇性診療項目：其他醫療需要之支付標準所列項目。		

第七部 全民健康保險住院診斷關聯群 (Taiwan Diagnosis Related Groups, Tw-DRGs)

第一章 Tw-DRGs 支付通則

六、各案件依全民健康保險住院診斷關聯群分類表認定 Tw-DRG 後，依下列原則計算 Tw-DRG 支付點數：

(一) 實際醫療服務點數低於下限臨界點者，應核實申報。

(二) 實際醫療服務點數在上、下限臨界點範圍內者，計算公式如下：

1. $\text{Tw-DRG 支付定額} = \text{RW} \times \text{SPR} \times (1 + \text{基本診療加成率} + \text{兒童加成率} + \text{CMI 加成率} + \text{山地離島地區醫院加成率})$ 。
2. 基本診療加成率：依據本標準第一部總則二規定，依醫療機構與保險人簽定合約之特約類別：
 - (1) 醫學中心，加成率 ~~7.1%~~ 百分之七點一。
 - (2) 區域醫院，加成率 ~~6.1%~~ 百分之六點一。
 - (3) 地區醫院，加成率 ~~5.0%~~ 百分之五。
3. 兒童加成率：
 - (1) MDC15：「年齡 ~~小於 6 歲~~ 未滿六個月者」為 ~~23%~~ 百分之二十三；「年齡 ~~大於等於 6 歲~~ 六個月以上，~~小於 2 歲~~ 未滿二歲者」為 ~~9%~~ 百分之九；「年齡 ~~大於等於 2 歲~~ 二歲以上，~~小於等於 6 歲~~ 未滿七歲者」為 ~~10%~~ 百分之十。
 - (2) 非 MDC15。
 - a. 內科系 Tw-DRG：「年齡 ~~小於 6 歲~~ 未滿六個月者」為 ~~91%~~ 百分之九十一；「年齡 ~~大於等於 6 歲~~ 六個月以上，~~小於 2 歲~~ 未滿二歲者」為 ~~23%~~ 百分之二十三；「年齡 ~~大於等於 2 歲~~ 二歲以上，~~小於等於 6 歲~~ 未滿七歲者」為 ~~15%~~ 百分之十五。
 - b. 外科系 Tw-DRG：「年齡 ~~小於 6 歲~~ 未滿六個月者」為 ~~66%~~ 百分之六十六；「年齡 ~~大於等於 6 歲~~ 六個月以上，~~小於 2 歲~~ 未滿二歲者」為 ~~21%~~ 百分之二十一；「年齡 ~~大於等於 2 歲~~ 二歲以上，~~小於等於 6 歲~~ 未滿七歲者」為 ~~10%~~ 百分之十。
 - (3) 內外科系認定表詳見「TW-DRG 分類手冊」。
4. 病例組合指標 Case Mix Index(CMI)加成率：各醫院依據保險人公布之 CMI 值及下列成數加成。
 - (1) CMI 值大於 1.1，小於等於 1.2 者，加成 ~~1%~~ 百分之一。
 - (2) CMI 值大於 1.2，小於等於 1.3 者，加成 ~~2%~~ 百分之二。
 - (3) CMI 值大於 1.3，加成 ~~3%~~ 百分之三。

(4)各醫院 CMI 值依各醫院全部住院案件(不含精神病患、入住 RCW 及一般病房之呼吸器依賴患者)為基礎計算，由保險人每年年底公布，依前一年醫療服務點數計算之結果，並於次年適用。變更負責醫師或權屬別之醫院得向本保險之分區申請同意後比照原醫事機構代號之 CMI 值，資料統計期間後新設立醫院不得申請比照事宜。

5. 山地離島地區之醫院加成率：~~2%~~百分之二。

(三) 實際醫療服務點數高於點數上限臨界點者，計算方式如下：

1. 年齡~~小於18~~未滿十八歲之先天性疾病個案，超過上限臨界點之實際醫療服務點數全數支付。先天性疾病個案係指主診斷如下：

ICD-9-CM	ICD-10-CM
740.XX~759.XX (不包括 744.43、744.46、744.47、 744.49、750.0、750.12、 750.13、750.21、750.22、 750.23、750.24、750.25、 752.51、752.52、752.69、 757.39)、478.33、389.11、389.9	Q00.0-Q99.9、E78.71、E78.72、G90.1、N64.82 (不包括 Q18.1、Q18.2、Q38.0、Q38.1、Q38.3、 Q38.4、Q53.00-Q53.02、Q53.10-Q53.12、 Q53.20-Q53.22、Q53.9、Q55.22、Q55.5、Q55.61、 Q55.63、Q55.69、Q81.0-Q81.2、Q81.8、Q81.9、 Q82.8、Q82.9)、J38.02、H90.3、H90.41、H90.42、 H91.90-H91.93

2. 非本項第 1 點個案，按第(二)項原則計算之金額，加上超過上限臨界點部分之 ~~80%~~百分之八十 支付，即 Tw-DRG 支付定額+(實際醫療服務點數-醫療服務點數上限臨界點)*80%；實際醫療服務點數高於點數上限臨界點，且 TW-DRG 支付定額高於上限臨界點但低於實際醫療服務點數之個案，上限臨界點以 TW-DRG 支付定額計算；實際醫療服務點數高於點數上限臨界點，惟 TW-DRG 支付定額高於實際醫療服務點數之個案，不得計算超過上限臨界點支付數。

(四) 一般自動出院或轉院個案，若其住院日數小於「該 Tw-DRG 幾何平均住院日」且實際醫療服務點數介於上下限臨界點範圍內者，依前述(二)公式計算之 Tw-DRG 支付定額，除以該 Tw-DRG 幾何平均住院日數，論日支付。

(五) 死亡及病危自動出院個案，依前述(一)至(三)項計算。

(六) 下列項目得另行核實申報不含於 DRG 支付點數，其點數亦不得計入本通則六所稱實際醫療服務點數計算。

1. 生產 DRG 之權重僅計算當次產婦及一人次新生兒費用，新生兒如為雙胞胎以上得另計一人次新生兒費(多胞胎類推)。

2. 同次住院期間之安胎費用不併入生產相關 DRG，俟所屬 MDC 導入時按其適當 DRG 申報及支付。

3.次診斷為癌症及性態未明腫瘤之個案核實申報之化療、放療費用，應符合下列三項要件：

(1) 次診斷為癌症或性態未明腫瘤：

	ICD-9-CM	ICD-10-CM
癌症	140.XX-176.XX、 179.XX-208.XX、	C00.0-C94.32、 C94.80-C96.9
性態未明腫瘤	235.XX、236.XX、237.XX、 238.XX	D37-D48、J84.81、C94.4、 C94.6

(2) 處置碼包括化療(化療注射劑始需編處置碼)、荷爾蒙注射療法(荷爾蒙注射療法始需編處置碼)或放療：

	ICD-9-CM	ICD-10-PCS
化療	99.25	3E00X05、3E01305、3E02305、3E03005、 3E0300P、3E03305、3E0330P、3E04005、 3E0400P、3E04305、3E0430P、3E05005、 3E0500P、3E05305、3E0530P、3E06005、 3E0600P、3E06305、3E0630P、3E09305、 3E09705、3E09X05、3E0A305、3E0B305、 3E0B705、3E0BX05、3E0C305、3E0C705、 3E0CX05、3E0D305、3E0D705、3E0DX05、 3E0F305、3E0F705、3E0F805、3E0G305、 3E0G705、3E0G805、3E0H305、3E0H705、 3E0H805、3E0J305、3E0J705、3E0J805、 3E0K305、3E0K705、3E0K805、3E0L305、 3E0L705、3E0M305、3E0M705、3E0N305、 3E0N705、3E0N805、3E0P305、3E0P705、 3E0P805、3E0Q305、3E0Q705、3E0R305、 3E0S305、3E0U305、3E0V305、3E0W305、 3E0Y305、3E0Y705
荷爾蒙注射療法	99.24	3E013VJ、3E030VJ、3E033VJ、3E040VJ、 3E043VJ、3E050VJ、3E053VJ、3E060VJ、 3E063VJ
放療	92.2X	詳附表 7.0

(3)核實申報項目：化療之核實申報項目為支付標準代碼為 37005B、37025B、37031B~37041B，或個案使用之化療藥品。放療之核實申報項目為支付標準代碼為 36001B~36015B、36018B~36021C、37006B~37019B、37026B、37030B、37046B。

4.使用呼吸器之個案核實申報之呼吸器費用，應符合下列二項要件：

(1) 處置碼包含使用呼吸器：

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
96.7X、93.90、 93.91、93.99	5A1935Z、5A1945Z、5A1955Z、5A09357、5A09457、 5A09557、5A09358、5A09458、5A09558、5A09359、 5A0935B、5A0935Z、5A09459、5A0945B、5A0945Z、 5A09559、5A0955B、5A0955Z

(2) 核實申報項目為支付標準代碼為 57001B~57002B、57023B)。

5.施行洗腎之個案核實申報之洗腎費用，應符合下列二項要件：

(1) 處置碼包含洗腎：

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
39.95	5A1D00Z、5A1D60Z

(2) 核實申報項目為支付標準代碼為 58001C。

6.生物製劑。

(七)使用新增全新功能類別特殊材料之個案，除依前述(一)至(三)、(六)項計算 DRG 支付點數及另行核實申報點數外，得依「DRG 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」(附表 7.1)規定加計額外醫療點數。

第二章 Tw-DRGs 分類架構及原則

一、Tw-DRG 之診斷及處置代碼，以美國「2014 ICD-10-CM/PCS」版本為基礎。

二、名詞定義

(一)主診斷(Principal Diagnosis)：經研判後，被確定為引起病人此次住院醫療主要原因，引起病人此次住院醫療之多重診斷，得擇取醫療資源耗用高者為主要診斷，住院中產生之併發症或住院中管理不當產生之危害不得為主要診斷。

(二)開刀房手術或處置(Operating Room Procedure)：依「TW-DRG 分類手冊」所列項目認定。

(三)合併症或併發症(Comorbidity & Complication) 之認定條件如「TW-DRG 分類手冊」。

三、除 PRE MDC 外，MDC1 至 MDC24 之各 Tw-DRG，其主診斷須為該 Tw-DRG 所屬 MDC 主診斷範圍，詳如「TW-DRG 分類手冊」。

四、Tw-DRG 之編審依序，以 PRE MDC 優先，其次為 MDC24，再次為 MDC1-MDC23，惟 PRE MDC 中之 Tw-DRG48201、48202、48301、48302 等 ~~4~~四項，若同時符合 MDC1 至 MDC24 之 Tw-DRG 條件者，得以權重高者認定。

五、在同一 MDC 中 Tw-DRG 之認定順序：

(一)外科系 Tw-DRG

- 1.有 OR PROCEDURE，且 OR PROCEDURE 與主診斷相關之 Tw-DRG。
- 2.有 OR PROCEDURE，但 OR PROCEDURE 與主診斷不相關之 Tw-DRG。
- 3.其他。

(二)內科系 Tw-DRG。

(三)前述(一)各點及(二)中，複合條件者較其中單一或部分條件者優先；其他若出現符合二個以上 Tw-DRG 條件者，Tw-DRG 編審結果得以權重高者申報，若其中任一項無權重者，以該個案點數除以全國平均點數，所得值大於等於其他 Tw-DRG 權重者，歸類於無權重之 Tw-DRG，若屬二個以上無權重 DRG 者依「TW-DRG 分類手冊」內流程圖順序認定，核實申報費用；所得值小於其他 Tw-DRG 權重者，歸類於該有權重之 Tw-DRG。

~~六、年齡之認定採「入院年月」減「出生年月」計算。其中以「歲」區分之 DRG，計算後取其「年」，若「月」為負值，則「年」減1。~~

~~七~~六、MDC15 之出生天數以「入院日」減「出生日」計算。

~~八~~七、正常新生兒照護仍併入生產 DRG 內。

第八部 品質支付服務

第一章 結核病

通則：

- 一、本章各診療項目，得另依規定申報其他相關醫療費用。
- 二、個案經檢驗檢查確定診斷後，連續照護三個月得申報第一階段疾病管理照護費，每一階段符合連續管理者並附個案管理紀錄（每月乙次）、就診紀錄，各階段結核病管理照護費按本標準所定點數支付。
- 三、申報 A1001C 第一階段疾病管理照護費（連續管理 ~~3~~ 三 個月）之個案，初次診斷應做鏡檢塗片耐酸性染色三次（肺外結核除外），且進行分枝桿菌培養及鑑定，對於培養陽性者應作藥物感受性試驗；肺外結核之病理檢體應施行耐酸性染色及結核菌培養，並於培養陽性後執行菌種鑑定。
- 四、個案病歷上每一階段至少需記載下列檢驗檢查結果：
 - （一）一次胸部 X 光檢查結果；肺外結核者（肋膜積水除外）第二階段後免輸入胸部 X 光檢查結果。
 - （二）一次驗痰結果（痰培養陽性者需含藥物敏感試驗結果）；肺外結核者（肋膜積水除外）第二階段後免輸入驗痰檢查結果。
 - （三）一次生化檢查結果。
 - （四）肺外結核者第一階段需輸入病理檢查或結核菌培養結果。
- 五、執行本項各診療項目須符合下列條件：
 - （一）須具有胸腔、感染、結核任一專科或曾接受主管機關結核病學訓練並獲結業證明之醫師至少一名。
 - （二）院所通報結核病發現新案達 ~~100（含）~~ 一百 人以上，應設置專任結核病個案管理專員 ~~1~~ 二 人，並應依個案增加比率酌增個案管理員人數；惟通報結核病發現新案 ~~100 人以~~ 未滿一百人 者得以專責人員任之。
- 六、限符合本章節服務內容，包括自確診、持續服藥至完治，含括過程中相關之診療、檢驗、教育宣導及追蹤管理等項目者申報。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
A1003C	第一階段疾病管理照護費 (連續管理 ~~3~~ <u>三</u> 個月) 註：個案通報且申報A1001C後連續照護滿三個月後，於病患回診當次申報此費用。	v	v	v	v	1,500
A1004C	第一階段疾病管理照護費 (未連續管理 ~~3~~ <u>三</u> 個月) 註：個案通報且申報A1001C後，且需有個案管理紀錄、就診紀錄等相關紀錄內容，方予每案每月個案管理費折半給付。	v	v	v	v	250/月
A1005C	第二階段疾病管理照護費 (連續管理 ~~6~~ <u>六</u> 個月) 註： 1.個案須經檢驗檢查結果確定診斷並開始投藥。 2.個案通報且申報A1001C後連續照護滿六個月後，於病患回診當次申報此費用。	v	v	v	v	1,500
A1006C	第二階段疾病管理照護費 (未連續管理 ~~6~~ <u>六</u> 個月) 註：個案通報且申報A1001C後，且需有個案管理紀錄、就診紀錄等相關紀錄內容，方予每案每月個案管理費折半給付。	v	v	v	v	250/月

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百分之二十者(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. 糖化血色素(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 $\geq 30\%$ 百分之三十以上，限第一階段照護醫師有申報新收案 P1407C 者。

2. 收案人數 ≥ 50 人以上。

(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%~~ 小於百分之七 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%~~ 小於百分之七 之次數比率。

3. HbA1C ~~>9.0%~~ 大於百分之九 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%~~ 大於百分之九 之次數比率。

4. LDL ~~>~~ 大於 130mg/dl 比率(LDL 不良率)

➤ 定義：(註：LDL 值係指年度評估之登錄值)

(1)分母：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人次。

(2)分子：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人次中，其 LDL ~~>~~ 大於 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 ~~<~~ 小於 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 ~~<~~ 小於 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 ~~≤55%~~ 百分之五十五以下 及 ~~>55%~~ 超過百分之五十五 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五分之一後相加重新排序，取排序總和前百分之二十五之醫師，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) 品質進步獎與品質卓越獎，合計整體獎勵金額不得超過當年度糖尿病照護管理費用的百分之三十。

六、胰島素注射獎勵措施：

(一) 適用對象：因糖尿病主診斷就醫且使用糖尿病藥品(ATC 前三碼為 A10)者，收案及非收案之糖尿病病人皆適用。

(二) 獎勵方式：按當年度糖尿病病人中新增胰島素注射個案數計算，每新增加一人，獎勵 500 點。

1. 胰島素注射定義為「胰島素注射天數達二十八天以上」。

2 新增胰島素注射個案數係指「前一年未注射胰島素或注射未達二十八天以上者」。

七、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。

八、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百分之二十五之院所醫師人數，並於 VPN 系統中公開各組別每項品質指標第二十五、五十、七十五及一百百分位之指標值與各院所參與醫師門檻指標新收案率 $\geq$ 百分之三十 以上 及收案人數 $\geq$ 五十人 以上 之醫師各品質指標值，供參與醫師自行查詢與比較。

九、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。

十、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
P1408C	糖尿病第一階段追蹤管理照護費 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。 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。 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%~~ <u>百分之八十</u> 。	V	V	V	V	200

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
P1409C	糖尿病第一階段年度評估管理照護費 註：1.照護項目詳附表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。 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。 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%~~ <u>百分之八十</u> 。	v	v	v	v	800
P1411C	糖尿病第二階段年度評估管理照護費 註：1.照護項目參考附表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。 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

第三章 初期慢性腎臟病

通則：

一、申報本章費用之醫事人員及醫事機構，須向保險人之分區業務組申請同意，申請資格如下：

- (一) 健保特約院所，除腎臟、心臟、新陳代謝專科醫師外，其他專科醫師需接受保險人認可之慢性腎臟病照護訓練，上課時數至少六小時(四小時上課及二小時 e-learning 課程)，並取得證明。
- (二) 設立於山地離島地區之特約院所，具醫師資格且接受保險人認可慢性腎臟病照護訓練，上課時數至少六小時(四小時上課及二小時 e-learning 課程)，並取得證明。
- (三) 參與之院所與醫師，必須依照本章規定，提供初期慢性腎臟病患者完整之治療模式與適當的轉診服務。
- (四) 參與之醫師，年度追蹤率小於 ~~20%~~ 百分之二十 者(指前一年度已收案之個案中，於本年度完成追蹤者)，經輔導未改善，自保險人文到日之次月起，一年內不得再申報本章之相關費用。

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

(一) 收案條件：經尿液及血液檢查後，已達下列條件之慢性腎臟病患者。

- 1. CKD stage 1：腎功能正常但有蛋白尿、血尿等腎臟損傷狀況，腎絲球過濾率估算值(estimated Glomerular filtration rate, 以下稱 eGFR) ≥ 90 ml/min/1.73 m² 且尿蛋白與尿液肌酸酐比值(Urine Protein and Creatinine Ratio, 以下稱 U_{PCR}) ≥ 150 mg/gm (或糖尿病患者 U_{ACR} ≥ 30 mg/gm) 之病患。
- 2. CKD stage 2：輕度慢性腎衰竭，併有蛋白尿、血尿等 eGFR 60~89.9 ml/min/1.73 m² 且 U_{PCR} ≥ 150 mg/gm (或糖尿病患者 U_{ACR} ≥ 30 mg/gm) 之病患。
- 3. CKD stage 3a：中度慢性腎衰竭，eGFR 45~59.9 ml/min/1.73 m² 之病患。

(二) 收案要求：

- 1. 收案前九十天內曾在該院所就醫，新收案當次需以「慢性腎臟疾病」為主診斷申報。
- 2. 收案時，需向病人解釋本章之目的及需病人配合定期回診等事項，並發給相關衛教文宣資料。
- 3. 同一個案不能同時被二家院所收案，但實際照護院所仍可依本標準其他章節申報相關醫療費用。

(三) 定期追蹤：依患者慢性腎臟疾病期別執行慢性腎臟病患定期身體檢查、必要尿液檢查與血液檢查及衛教指導項目，並將結果記錄於「初期慢性腎臟疾病個案追蹤管理照護紀錄參考表」(附表 8.3.4)。

(四) 結案條件：

- 1. 腎功能持續惡化，其 Urine protein/creatinine ratio (UPCR) ≥ 1000 mg/gm，或 eGFR < 45 ml/min/1.73 m²，應建議轉診至「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫」院所。(Stage 3b 或以上)
- 2. 腎功能改善恢復正常，連續追蹤二次腎功能及蛋白尿並未達慢性腎臟病標準。
- 3. 可歸因於病人者，如長期失聯(≥ 180 天 以上)、拒絕再接受治療、死亡或病人未執行本章管理照護超過一年者等。

(五) 照護標準

- 1.醫療：阻緩腎功能的惡化、蛋白尿的緩解、避免不當藥物的傷害、預防併發症發生。
 - (1)依照 K-DOQI(Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) Guideline(網址：<http://www.kidney.org/PROFESSIONALS/kdoqi/guidelines.cfm>) 給予病患最適切之醫療。
 - (2)參考衛生福利部國民健康署(以下稱國健署)與台灣腎臟醫學會出版之「慢性腎臟病防治手冊」(國健署網站/搜尋)，或附表 8.3.1 之初期慢性腎臟疾病個案管理。
- 2.衛教諮詢：除必須提供與教導適切的腎病衛教知識與資料外，必須能掌握病患狀況，追蹤病況與檢驗結果，提供醫師與家屬在醫療上與照護上的必要訊息與溝通機會。
- 3.對於已收案照護至少三個月之初期慢性腎臟病患，因腎功能持續惡化，符合初期慢性腎臟病照護服務轉診條件者，經轉診(請填寫全民健康保險轉診單，如附表 8.3.6)至參加「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫」院所，並確認收案於該計畫。

(六) 病患照護目標：

- 1.必要指標：
 - (1)CKD 分期較新收案時改善(例如：由 stage 2 改善為 stage 1)。
 - (2)eGFR 較新收案時改善(eGFR>新收案時)，且下列良好指標至少需有二項指標由異常改善為正常。
- 2.良好指標：
 - (1)血壓控制：<130/80 mmHg。
 - (2)糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)控制：<7.0%。
 - (3)低密度脂蛋白(LDL)控制：<130 mg/dl。
 - (4)戒菸：持續六個月以上無抽菸行為。

三、品質資訊之登錄及監測

- (一)特約院所應於個案登錄系統(VPN)上傳必要欄位(如附表 8.3.2)。照護個案資料及檢驗資料，請登載於初期慢性腎臟病個案管理照護紀錄(如附表 8.3.3、8.3.4 及 8.3.5)，留存院所備查(報告日期於就醫日期前後三個月內，必要項目有一項未執行，則整筆費用不得申報)。
- (二)特約院所如依「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」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、醫療費用申報及審查原則

(一) 申報原則：

- 1.醫療費用申報、暫付、審查及核付，依本保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。
- 2.門診醫療費用點數申報格式及填表說明：
 - (1)屬本章收案之保險對象，其就診當次符合申報 P4301C、P4302C、P4303C 者，於申報費用時，門診醫療費用點數清單段之案件分類應填『E1』、特定治療項目代號(一)應填『EB』；未符合申報上述醫令者，依一般費用申報原則辦理。
 - (2)申報方式：併當月份送核費用申報。

- (二) 審查原則：未依保險人規定內容登錄相關品質資訊，或經保險人審查發現登載不實者，將不予支付該筆管理照護費並依相關規定辦理；另該筆疾病管理費被核刪後不得再申報。

五、品質獎勵措施

- (一) 獎勵單位：以參與醫師為計算獎勵單位，該醫師照護之病人當年度內完成二次追蹤管理方得列入。

- (二) 門檻指標：該醫師完整追蹤率 $\geq 50\%$ 百分之五十以上。

➤ 定義：

1. 分母：當年度該院所該醫師收案之所有病人當中，排除第四季新收案之人數。
2. 分子：符合上述分母條件之病人當中，於當年度該院所完成下列條件者，視為達成追蹤。

- (1) 當年度未申報新收案者(P4301C)，其申報當年度追蹤管理(P4302C)次數達二次者。

- (2) 已申報新收案者(P4301C)，視申報新收案之季別，完成下列追蹤管理次數者，視為達成追蹤。

a. 如為第一季申報新收案，其當年度追蹤管理(P4302C)次數應達二次。

b. 如為第二、三季申報新收案，其當年度追蹤管理(P4302C)次數應達一次。

- (三) 獎勵指標：病人當年度連續二次追蹤資料皆需達成以下二者之一。

1. CKD 分期較新收案時改善（如由 stage 2 改善為 stage 1）。

2. eGFR 較新收案時改善(eGFR > 新收案時)，且下列良好指標至少需有 2 項指標由異常改善為正常。

(1) 血壓控制：由新收案 $\geq 140/90$ mmHg 改善為 $< 130/80$ mmHg。

(2) 糖尿病病患 HbA1c 控制：由新收案 $\geq 7.0\%$ 改善為 $< 7.0\%$ 。

(3) 低密度脂蛋白(LDL)：由新收案 ≥ 130 mg/dl 改善為 < 130 mg/dl。

(4) 戒菸(持續六個月以上無抽菸行為)：由新收案抽菸改善為戒菸。

- (四) 獎勵費用：符合「門檻指標」之醫師，所照護病人符合上述「獎勵指標」1 或 2 者，每個個案數給予 400 點獎勵。

六、本章之疾病管理費用（P4301C、P4302C、P4303C）及品質獎勵措施費用，由各年度全民健康保險總額其他部門預算「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」專款項目支應。該預算先扣除預估之獎勵費用額度後，按季均分，以浮動點值計算疾病管理費用，且每點金額不高於 1 元；當季預算若有結餘，則流用至下季；第四季併同獎勵費用進行每點支付金額計算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，但每點支付金額不高於 1 元。

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

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
P4303C	初期慢性腎臟病轉診照護獎勵費 註：1.限個案符合轉診條件，並經轉診至參與「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫」院所，確認經該計畫收案後方可申報，每人限申報一次。 2.跨院需填寫「全民健康保險轉診單」(如附表8.3.6，一份留存院所)，並提供患者腎臟功能相關資料(如：初期慢性腎臟病患者追蹤管理紀錄參考表及初期慢性腎臟病患者結案參考表等)予被轉診機構參考。若為院內跨科轉診，則須保留院內轉診單於病歷內，且於腎臟科收案追蹤後方予支付。(鼓勵跨院或跨科轉診，但排除已參加Pre-ESRD計畫同一院所的腎臟科互轉) 3.結案原因為恢復正常、長期失聯($\geq$180天以上)、拒絕再接受治療或死亡者，不可申報本項。	v	v	v	v	200

附表 8.3.1 初期慢性腎臟疾病個案管理

一、慢性腎臟疾病(CKD)之分期:

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

註:1.慢性腎臟疾病(CKD)分類中，腎傷害或腎絲球過濾率下降需持續~~大於~~三個月以上

2.腎臟損傷指有影像學變化(如腎萎縮)或傷害指標(如蛋白尿、血尿等)

二、慢性腎臟疾病之篩檢

- 對於高危險群應定期檢查血中肌酸酐值及尿液(UPCR 或 UACR)
- 高危險群:
 - 高血壓、高血糖患者
 - 長期服用藥物者
 - 心血管疾病患者
 - 結構性腎小管異常，腎結石或攝護腺腫大者
 - 洗腎家族史或家族性腎疾病
 - 潛在影響腎功能之系統性疾病(如 SLE)
 - 長期食用中草藥者
 - 隨機性血尿或尿蛋白
 - 年紀~~>~~60 歲以上

報告事項

第 六 案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案」(下稱孕產婦方案)之全程產檢及早產定義案。

說明：

- 一、依衛生福利部 110 年 6 月 15 日衛授國字第 1100401550 號函辦理、台灣周產期醫學會 110 年 11 月 29 日台周醫字(17)第 32 號函及台灣婦產科醫學會 110 年 11 月 30 日台婦醫會總字第 110187 號函辦理。
- 二、衛生福利部國民健康署(下稱國健署)自 110 年 7 月 1 日起新增及調整部分孕產服務內容及補助金額等(附件 1, 頁次報 6-4~6-10), 其中產檢次數由原 10 次調整為 14 次(增加妊娠第 8、24、30 及 37 週各 1 次), 惟前述調整涉本署孕產婦方案之孕產期管理照護費及品質提升費之全程產檢定義修正, 說明如下:
 - (一)孕產期管理照護費：需完成「全程產檢」, 其定義為國健署「預防保健服務補助標準」所列之原 10 次孕婦產前檢查, 惟孕產婦如因早產等醫療因素僅執行前 8 次(含以上)產檢者, 得比照申報孕產期管理照護費。
 - (二)品質提升費：符合本方案所訂指標之院所, 其所有核定「孕產期管理照護費」之案件, 每件加給「品質提升費」, 指標之一為「孕產期全程照護率大於等於 45%」。
- 三、為配合國健署實施之擴大孕婦產前健康檢查服務, 本署研議調整孕產婦方案之孕產期管理照護費之全程產檢及早產定義如下:
 - (一)全程產檢：本方案孕產期管理照護費之全程產檢係依國健署「預防保健服務補助標準」訂定, 爰研擬比照由原 10 次調整為 14 次。
 - (二)早產：現行孕產婦方案係執行「前 8 次(含以上)」產檢即符合申報管理照護費資格, 查國健署「預防保健服務補助標準」原係以第 38

週須完成第 8 次產檢，爰研擬配合產檢週數調整為執行「前 12 次(含以上)」產檢者。

四、考量早產定義涉臨床醫療專業，爰本署前於 110 年 11 月 16 日函請相關專科醫學會針對上述配合調整之產檢次數提供意見，摘要各學會意見如下：

(一)台灣周產期醫學會（附件 2，頁次報 6-11）：達 37 週生產即為足月，且國健署新增給付第 11 次產檢即係第 37 週，建議完成「前 11 次(含以上)」產檢者，得申報孕產期照護費。

(二)台灣婦產科醫學會（附件 3，頁次報 6-12）：為鼓勵醫療機構在孕婦懷孕至生產期間給予完整照護，門檻不宜過高，原產檢次數需達原補助次數 80%實已不易達成，建議以「達 10 次產檢者」為門檻較為合理。

五、承上，綜整相關專科醫學會意見，本署研擬修正孕產婦方案之孕產期管理照護費之全程產檢及早產定義，說明如下：

(一)全程產檢：各學會針對此項修正均無表示意見，爰研擬由原 10 次調整為 14 次。

(二)早產：

1. 查國健署早產兒居家照顧手冊中針對早產兒定義為懷孕不足 37 週出生者，惟國健署本次產檢次數調整為第 37 週須完成第 11 次產檢，孕婦如為早產恐多不及完成第 11 次產檢。
2. 另查本方案 109 年參與院所孕產期全程照護率僅 54.08%，達成指標確實不易，亦有其他不可歸責於醫院之因素致使無法完成全程產檢。
3. 綜上，考量本方案之目的係為鼓勵醫療院所提供孕產婦從懷孕至生產之全程照護，為避免產檢次數定義過於嚴苛，致院所難以達成，本署研擬調整為「孕產婦如因早產等醫療因素僅執行『前 10 次(含

以上)』產檢者，得比照申報孕產期管理照護費」。

六、預算來源及財務影響：

(一)以醫院及西醫基層總額之「醫療給付改善方案」專款支應：

1. 醫院：111 年醫院總額醫療給付改善方案預算(待部核定)，本署建議編列預算 1,435 百萬元。
2. 西醫基層：111 年西醫基層總額醫療給付改善方案預算(待部核定)，本署建議編列預算 805 百萬元。

(二)財務影響(附件 4，頁次報 6-13~6-15)：本次方案修訂得申報孕產期管理照護費條件由原 38 週產檢(原 10 次中第 8 次)放寬至 36 週產檢(14 次中第 10 次)，推估增加之管理照護費及品質提升費約增加 1.84 百萬點，說明如下：

1. 管理照護費：約增加 1.69 百萬點(醫院 1.47 百萬點；西醫基層 0.22 百萬點)。
2. 品質提升費：約增加 0.15 百萬點(醫院 0.15 百萬點；西醫基層無增加)。

(三)綜上，考量 105 年至 109 年本項專款執行率醫院平均約 83.6%、西醫基層約 95.2%推估，111 年醫院及西醫基層總額預算應足以支應。

七、另有關方案中「全民健康保險週產期論人支付制度試辦計畫」，考量該計畫自 104 年 1 月 1 日起已停辦，爰本次修訂一併刪除方案內相關文字，並配合國健署「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」酌修方案相關文字(附件 5，頁次報 6-16~6-22)。

八、本案計畫內容如獲同意，將依程序報請衛生福利部核定後公布實施。

決定：

衛生福利部 函

機關地址：11558台北市南港區忠孝東路6段488號

傳 真：(02)25220629

聯絡人及電話：劉寶云(02)25220625

電子郵件信箱：paoyun@hpa.gov.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國110年6月15日

發文字號：衛授國字第1100401550號

類別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：附件1-注意事項部分規定修正、附件2-孕婦產前預防保健服務附表2.1-2.13、附件3-問答集 (1313905_1100401550-1.pdf, 1313905_1100401550-2.pdf, 1313905_1100401550-3.pdf)

主旨：因應本(110)年7月1日實施之擴大孕婦產前健康檢查服務，檢送「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」部分規定修正、孕婦產前預防保健服務附表及問答集各1份(附件1-3)，惠請配合辦理，請查照。

說明：

- 一、為周全孕期照護，行政院110年5月6日第3750次院會通過「少子女化對策-建構安心懷孕友善生養環境」，擴大產檢次數及項目，並自110年7月1日上路。
- 二、因應前述政策之施行，修正旨揭注意事項重點如下：
 - (一)新增4次產檢(妊娠第8、24、30及37週各1次)。
 - (二)經醫療專業判斷有特殊產檢需求者之專案申請。
 - (三)調高產檢醫師診察費，醫療院所為340元，助產所為272元。
 - (四)調高Rubella IgG、B肝及VDRL檢驗費。
 - (五)第24-28週新增妊娠糖尿病篩檢及貧血檢驗，醫療院所及助產所之檢驗費均為妊娠糖尿病篩檢194元，貧血檢驗130元，並規定2項檢驗數值及結果檔應於採檢日次日起14日內登錄上傳至本部國民健康署指定之系統，逾期或登錄上傳之資料不完整、不正確者，將不支付該項費用。
 - (六)第8-16週及第32週後各新增1次一般超音波檢查，醫療院所為550元，助產所為526元。
- 三、請各醫療院所依旨揭規定及時程提供服務，並完成醫療資訊系統之新增醫令代碼及就醫序號設定。
- 四、請本部中央健康保險署協助轉知各區業務組，並於健保資訊網服務系統(VPN)公告相關訊息。
- 五、旨揭資訊同步刊登於本部國民健康署網站(<https://reurl>



cc/NrplKq)->健康促進法規之預防保健服務類專區。

六、本案聯絡人：本部國民健康署劉寶云技士、蔡怡蓁約用專業人員，地址：台北市大同區塔城街36號，電話：02-2522-0626，電子郵件信箱：yichen0326@hpa.gov.tw。

正本：衛生福利部中央健康保險署、孕婦產檢健保特約醫事機構(1258家)

副本：台灣婦產科醫學會、台灣家庭醫學醫學會、台灣周產期醫學會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國助產師助產士公會全國聯合會、地方政府衛生局
(均含附件)

電子公文交換章
2021/06/15 14:34:15

醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項部分規定修正 (孕婦產前預防保健服務部分之規定)

第二章 預防保健服務項目及辦理方式

三、醫事服務機構執行各項預防保健服務之項目、機構資格、執行人員資格、服務對象、時程、服務內容、補助金額、服務對象資格查核、表單填寫與保存及相關作業流程、申請書、檢查紀錄結果表單、申報格式等規定如下：

- (一) 兒童預防保健服務如附表1.1至附表1.11。
- (二) 孕婦產前預防保健服務如附表2.1至附表2.13。
- (三) 婦女子宮頸抹片檢查服務如附表3.1至附表3.5。
- (四) 婦女乳房 X 光攝影檢查服務如附表4.1至附表4.7。
- (五) 定量免疫法糞便潛血檢查服務如附表5.1至附表5.4。
- (六) 口腔黏膜檢查服務如附表6.1至附表6.6。
- (七) 成人預防保健服務如附表7.1至附表7.6。

第六章 辦理預防保健服務之費用申報及資料登錄上傳

九、醫事服務機構應自提供各項預防保健服務日之次月一日起六十日內，依各項預防保健服務規定，詳實登錄上傳該項目之檢查表單至健康署指定之系統。逾期未登錄上傳相關資料或登錄上傳之資料不完整、不正確，經通知限期補正，屆期仍未補正者，本部不予核付費用。

醫事服務機構應自提供新生兒聽力篩檢、孕婦乙型鏈球菌篩檢預防保健服務日起十四日內，妊娠糖尿病篩檢及貧血檢驗之檢驗值及結果檔於採檢日次日起十四日內，依各項預防保健服務規定，詳實登錄上傳該項目之檢查結果至健康署指定之系統。

附表 2.2、產前檢查服務對象、時程、服務內容及補助金額

(單位：新臺幣元)

醫令代碼		就醫序號		服務對象及 時程	服務內容	補助金額	
醫療 院所	助產 所	醫療 院所	助產所			醫療 院所	助產所
<u>4A</u>	<u>5A</u>	<u>IC4A</u>	<u>IC5A</u>	妊娠 第1期 孕婦 (妊娠 未滿 13週)	一、 <u>例行檢查項目(註1)</u> 二、 <u>流產徵兆、高危險妊娠及孕期 營養衛教指導</u>	<u>340</u>	<u>272</u>
41	51	IC41	IC51		一、於妊娠第8週以後或第2次檢查 須包括下列檢查項目 (一)問診：家庭疾病史、過去疾病 史、過去孕產史、本胎不適症 狀、戒煙習慣查詢 (二)身體檢查：體重、身高、血壓、 甲狀腺、乳房、骨盆腔檢查、 胸部及腹部檢查 (三)實驗室檢驗：血液常規項目(包 括白血球(WBC)、紅血球 (RBC)、血小板(Plt)、血球容積 比(Hct)、血色素(Hb)、平均紅 血球體積(MCV)、血型、Rh因 子、德國麻疹抗體Rubella IgG 及B型肝炎血清標誌檢驗 HBsAg、HBeAg(惟因特殊情況 無法於本次檢查者，可於第8 次孕婦產前檢查時接受本項檢 查)、VDRL或RPR(梅毒檢查) 及尿液常規。 二、 <u>例行檢查項目(註1)</u> 三、德國麻疹抗體檢查呈陰性之孕 婦，應在產後儘速注射1劑麻疹 腮腺炎德國麻疹混合疫苗，該 劑疫苗免費。	<u>735</u> (不含 Rubella IgG及 HBsAg、 HBeAg)	<u>652</u> (不含 Rubella IgG及 HBsAg、 HBeAg)
42	52	IC42	IC52	妊娠 第2期 孕婦 (妊娠 13週 至未 滿29 週)	第3次 (第16週) 一、 <u>例行檢查項目(註1)</u> 二、 <u>早產防治衛教指導</u>	<u>340</u>	<u>272</u>
43	53	IC43	IC53	妊娠 第2期 孕婦 (妊娠 13週 至未 滿29 週)	第4次 (第20週) 一、 <u>例行檢查項目(註1)</u> 二、 <u>早產防治衛教指導</u>	<u>340</u>	<u>272</u>
<u>4B</u>	<u>5B</u>	<u>IC4B</u>	<u>IC5B</u>		第5次 (第24週) 一、 <u>例行檢查項目(註1)</u> 二、 <u>早產徵兆及孕期營養衛教指導</u>	<u>340</u>	<u>272</u>
44	54	IC44	IC54	妊娠 第3期 孕婦 (妊娠 29週 以上)	第6次 (第28週) 例行檢查項目(註1)	<u>340</u>	<u>272</u>
<u>4C</u>	<u>5C</u>	<u>IC4C</u>	<u>IC5C</u>		第7次 (第30週) 例行檢查項目(註1)	<u>340</u>	<u>272</u>
45	55	IC45	IC55	妊娠 第3期 孕婦 (妊娠 29週 以上)	第8次 (第32週) 一、 <u>例行檢查項目(註1)</u> 二、於妊娠32週前後提供VDRL等 實驗室檢驗	<u>403</u>	<u>335</u>
46	56	IC46	IC56		第9次 (第34週) 例行檢查項目(註1)	<u>340</u>	<u>272</u>

47	57	IC47	IC57	第10次 (第36週)	例行檢查項目(註1)	340	272
4D	5D	IC4D	IC5D	第11次 (第37週)	例行檢查項目(註1)	340	272
48	58	IC48	IC58	第12次 (第38週)	例行檢查項目(註1)	340	272
49	59	IC49	IC59	第13次 (第39週)	例行檢查項目(註1)	340	272
50	60	IC50	IC60	第14次 (第40週)	例行檢查項目(註1)	340	272
4E	=	IC4E	=	經醫療專業判斷有特殊產檢需求者之專案申請： 因妊娠超過40週仍有產檢需求且不符合健保給付範圍者，由醫事服務機構於事前填具理由向健康署申請。(註2)		340	-
6A	6E	IC4A、 IC41~ IC42	IC5A、 IC51~ IC52	第1次超音波檢查：建議於妊娠第8-16週提供1次超音波檢查。確定胎兒心跳，評估著床位置、胎數、胎兒大小及預產期。(註3)		550	526
6I	62	IC43、 IC4B、 IC44、 IC4C	IC53、 IC5B、 IC54、 IC5C	第2次超音波檢查：建議於妊娠第20週前後提供1次超音波檢查。檢查胎數、胎兒大小測量、心跳、胎盤位置、羊水量。(註3)		550	526
6B	6F	IC45~ IC47、 IC4D、 IC48~ IC50	IC55~ IC57、 IC5D、 IC58~ IC60	第3次超音波檢查：建議於妊娠第32週後提供1次超音波檢查。在妊娠後期或生產前，確定胎兒胎位等情形，以利生產方式的決定。檢查心跳、胎位、胎兒大小測量、胎盤位置及羊水量。(註3)		550	526
6C	6G	IC4B、 IC44	IC5B、 IC54	妊娠第24-28週	貧血檢驗(全套血液檢查CBCII (08082C)及血小板計數(08006C)) (註4)	130 (註4)	130 (註4)
6D	6H	IC4B、 IC44	IC5B、 IC54	妊娠第24-28週	妊娠糖尿病篩檢(空腹及口服75公 克葡萄糖1小時及2小時後血漿葡萄 糖測定)(註5)	194 (註5)	194 (註5)
63	63	IC4A~ IC4D、 IC41~ IC50	IC5A~ IC5D、 IC51~ IC60	母嬰親善醫療機構產前檢查母乳衛教指導，每案每次增加之費用。 限本署認證之母嬰親善醫療機構始得申報。		20	20
64	65	IC41、 IC45	IC51、 IC55	Rubella IgG實驗室檢驗(於第2次孕婦產前檢查提供1次檢驗服務，惟因特殊情況無法於本次檢查者，可改於第8次孕婦產前檢查接受本項檢查。)(註6)		216	216
69	70	IC41、 IC45	IC51、 IC55	HBsAG、HBeAG(於第2次孕婦產前檢查提供1次檢驗服務，惟因特殊情況無法於本次檢查者，可改於第8次孕婦產前檢查接受本項檢查。)(註7)		450	450
66	67	IC47、 IC4D、 IC48~ IC50	IC57、 IC5D、 IC58~ IC60	產前乙型鏈球菌篩檢： 一、孕婦於妊娠第3期(建議於懷孕滿第35週至未達第38週前)產前檢查提供1次。 二、若因早產而住院之懷孕婦女，得由醫師專業醫療判定，提供本項篩檢，不受前項受檢時程限制。(註8) 三、因早產而住院並已接受乙型鏈球菌篩檢之孕婦後，若距上次篩檢時間已超過5週以上，且仍未生產者，仍可依醫師判斷於前項所列受檢時程內再次進行本項篩檢。		500 (註11)	500 (註11)

98	98	IC4A、 IC41~ IC42	IC5A、 IC51~ IC52	經醫師診斷、確 認懷孕後至妊 娠未滿17週	產前健康照護衛教指導： 一、針對具有危害健康行為之因子 (如吸菸、二手菸、喝酒、嚼檳 榔及使用毒品)，及孕期重要健 康議題(如維持母胎安全、孕期 營養、兩性平權)，提供衛教評 估及個別衛教指導。 二、依孕婦健康需求執行， <u>可搭配 第1次至第3次孕婦產前檢查執 行。</u>	100	100
99	99	IC4C、 IC45~ IC47、 IC4D、 IC48~ IC50	IC5C、 IC55~ IC57、 IC5D、 IC58~ IC60	妊娠第29週以 上	產前健康照護衛教指導： 一、針對具有危害健康行為之因子 (如吸菸、二手菸、喝酒、嚼檳 榔及使用毒品)，及孕期重要健 康議題(如維持母胎安全、孕期 營養、孕期心理適應、生產準 備計畫及母乳哺育)，提供衛教 評估及個別衛教指導。 二、依孕婦健康需求執行， <u>可搭配 第7次至第14次孕婦產檢任1次 執行指導。</u>	100	100

備註：

一、產前檢查內容包括：

- (一) 問診內容：本胎不適症狀如出血、腹痛、頭痛、痙攣等。
- (二) 身體檢查：體重、血壓、胎心音、胎位、水腫、靜脈曲張。
- (三) 實驗室檢查：尿蛋白、尿糖。

二、經醫療專業判斷有特殊產檢需求者之專案申請：醫令代碼4E，因妊娠超過40週仍有產檢需求且不符合健保給付範圍者，由醫療服務機構於事前填具理由向健康署申請，限於妊娠第41週或第42週申報。

三、超音波檢查：

- (一) 醫令代碼6A、6E，限併同就醫序號IC4A或5A；IC41或51；IC42或52擇一作申報。
- (二) 醫令代碼61、62，限併同就醫序號IC43或53；IC4B或5B；IC44或54；IC4C或5C擇一作申報。
- (三) 醫令代碼6B、6F，限併同就醫序號IC45~IC47或IC55~IC57；IC4D或5D；IC48~IC50或IC58~IC60擇一作申報。

四、貧血檢驗：

- (一) 醫令代碼6C、6G，限併同就醫序號IC4B或IC5B；IC44或54擇一作申報。
- (二) 於妊娠第24-28週時接受CBC III-(WBC、RBC、HB、HCT、MCV)及血小板計數。孕婦貧血診斷標準，第2孕期血色素 $\leq 10.5\text{g/dL}$ 。
- (三) 貧血檢驗之實際收費高於補助金額者(每案新臺幣130元)，須對民眾作合理說明，並獲得民眾接受，始得收取差額。

五、妊娠糖尿病篩檢：

- (一) 醫令代碼6D、6H，限併同就醫序號IC4B或IC5B；IC44或54擇一作申報。
- (二) 於妊娠第24-28週時接受空腹及口服75公克葡萄糖1小時及2小時後血漿葡萄糖測定：以空腹血糖 $\geq 92\text{mg/dL}$ ；口服葡萄糖後1小時血糖 $\geq 180\text{mg/dL}$ ；第2小時血糖 $\geq 153\text{mg/dL}$ 為標準，符合以上三項當中一項(含)以上，即診斷為妊娠糖尿病。對檢驗確診GDM者，提供說明、初步衛教及轉介至相關門診治療，持續提供後續照護。
- (三) 妊娠糖尿病篩檢之實際收費高於補助金額者(每案新臺幣194元)，須對民眾作合理說明，並獲得民眾接受，始得收取差額。

六、產檢後因麻藥抗體檢驗：每一孕婦產檢，若於醫療院所產檢，其醫令代碼64須與就醫序號IC41或IC45擇一申報；若於助產所產檢，其醫令代碼65須與就醫序號IC51或IC55擇一申報；不得重複申報。未依規定申報者，不予核付該費用。

七、產檢B型肝炎血清標誌檢驗：每一孕婦產檢，若於醫療院所產檢，其醫令代碼69須與就醫序號IC41或IC45擇一申報；若於助產所產檢，其醫令代碼70須與就醫序號IC51或IC55擇一申報；不得重複申報。未依規定申報者，不予核付該費用。

八、產前乙型肝炎篩檢：醫令代碼66、67，限併同就醫序號IC47或57；IC4D或5D；IC48或58；IC49或59；IC50或60擇一作申報。

- (一) 早產住院安胎執行者，分開2筆申報，孕婦乙型肝炎篩檢費用以68之醫令代碼，就醫序號為IC4A、IC41~IC43、IC4B、IC44、IC4C、IC45~IC46，擇一於門診申報該筆費用。
- (二) 若因早產現象而住院之懷孕婦女在補助孕婦乙型肝炎篩檢前，其就醫序號已使用過IC46時，於提供該項篩檢服務後，可依下列方式申報：
 - 1. 若懷孕週數「已滿35週未達38週」時，得以66醫令代碼，及採用IC47、IC4D、IC48~IC50就醫序號，擇一作申報。
 - 2. 若「懷孕週數未滿35週」時，仍可依醫師判斷進行孕婦乙型肝炎篩檢，並以68醫令代碼及就醫序號IC46申報該筆費用。

九、有關重複受檢檢核條件如下：

- (一) 醫令代碼4A(5A)、41(51)、6A(6E)、64(65)、69(70)、98同院所、同身分證字號、同月或連續2個月皆不得重複申報。
- (二) 醫令代碼42(52)4個月內不得重複申報。
- (三) 醫令代碼43(53)、4B(5B)、44(54)、4C(5C)、45(55)、46(56)、47(57)、4D(5D)、48(58)、49(59)、50(60)、66(67)、99、61(62)、6B(6F)、6C(6G)、6D(6H)，同身分證字號7個月內不得重複申報。
- (四) 醫令代碼64(65)、69(70)、及98，同院所、同身分證字號一年內不得重複3次(含)以上。
- (五) 醫令代碼4E，同院所、同身分證字號7個月內不得重複3次(含)以上。

十、性別條件為女性。

十一、低收入戶、中低收入戶、設籍山地原住民地區、離島偏遠地區之產前乙型肝炎篩檢，不得再收取差額。另實際收費高於健康署補助金額者(每案新臺幣500元)，須對服務對象作合理說明，並獲得服務對象接受，始得收取差額。

台灣周產期醫學會 函

地址：台北市常德街 1 號台大景福館 2 樓
聯絡人及電話：吳敏智 (02) 2381-6198
傳 真：(02) 2381-4234

106 台北市
信義路 3 段 140 號
衛生福利部中央健康保險署 收

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 110 年 11 月 29 日

發文字號：台周醫字(17)第 32 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：回覆健保醫字第 1100034665 號，有關全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案之全程產檢定義及次數規範案，本會意見如下。

說明：依定義，達 37 0/7 週生產即為足月。而 110 年 7 月 1 日起新增給付 37 週產檢。故建議將第二點條文更改為：孕產婦如因醫療因素僅執行「前 11 次（含以上）」產檢者，即第 37 週須完成第 11 次產檢，得比照申報孕產期照護費。

正本：衛生福利部中央健康保險署

理事長 吳 敏 智

台灣婦產科醫學會 函

本會地址：104 台北市民權西路七十號五樓

電話：02-25684819 傳真：02-2100-1476

聯絡人：林家翎



受文者：衛生福利部中央健康保險署

速別：速件

密等： 解密條件：

發文日期：中華民國 110 年 11 月 30 日

發文字號：台婦醫會總字第 110187 號

附件：如文

主旨：有關研議修訂「全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案」之
全程產檢定義及次數規範本會復如說明 敬請參卓。

說明：全程照護旨在鼓勵醫療機構在懷孕至生產期間給予產婦完整照護，使
產婦在熟悉的環境及人員照護下生產，但為使鼓勵方案得能達到目
的，門檻不宜過高，以原來之產檢次數需達原補助次數 80% 來看，實
已不易達成，而台灣孕婦產檢流動性又高，為讓實際上提升照護品質
之目的達成，建議以提升至 10 次為門檻較為合理。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：

理事長 黃閔照

孕產婦醫療給付改善方案-財務推估

單位：百萬元(點)

一、醫療給付改善方案預算：

項目	醫院	西醫基層	合計
110 總預算	1,368	655	2,073
111 年總預算(待部核定)	1,435	805	2,240
109 年孕產婦方案管理照護費執行數	50.47	9.91	60.38
109 年孕產婦方案獎勵金	11.49	1.55	13.04

註：1. 醫療給付改善方案預算係為所有醫療給付改善方案共用

2. 111 年預算待衛生福利部核定，本署建議 111 年編列預算為 2,240 百萬元(醫院 1,435 百萬元；西醫基層 805 百萬元)

二、推估 111 年管理照護費及品質提升費：

(一) 推估管理照護費增加件數 1,426 件。

	醫院	西醫基層	總計
109 年全國生產案件符合原產檢前 8 次(含以上)件數(A)	58,214	25,990	84,204
109 年全國生產件數符合原產檢前 7 次(含以上)件數 ^{註 1}	59,905	26,559	86,464
推估 111 年全國生產件數符合現行產檢前 10 次(含以上)件數(B) ^{註 2}	59,905	26,559	86,464
推估 111 年符合申報管理照護費增加件數(C)=(B)-(A)	1,691	569	2,260
109 年申報管理照護費件數(D)	42,300	8,997	51,297
109 年申報管理照護費比率(E)=(D)/(A)	72.67%	34.62%	-
推估 111 年申報管理照護費增加件數(F)=(C)*(E) ^{註 3}	1,229	197	1,426

註：1. 依國健署預防保健服務補助標準(110 年 7 月 1 日起實施)規範第 10 次產檢對應週數為第 36 週，該週數於舊規範為第 7 次產檢，爰以 109 年完成前 7 次產檢(含以上)件數推估。

2. 因 109 年全國生產案件(15.1 萬件)相較 108 年(16.3 萬件)為負成長，爰以零成長推估 111 年全國生產件數。

3. 以原第 38 週產檢(舊規範之 10 次中第 8 次)放寬至第 36 週產檢(舊規範之 10 次中第 7 次，等同現行規範 14 次中第 10 次)增加之生產件數，以 109 年生產案件中有申報孕產婦方案之管理照護費之比率推估，以推估 111 年符合申報管理照護費增加件數*109 年申報管理照護費比率計算。

(二) 推估 111 年增加之管理照護費：預計增加 1.69 百萬點(醫院 1.47 百萬點；西醫基層 0.22 百萬點)

機構分類	支付點數(A)	醫院				西醫基層			
		109 年申報件數	占率 ^註	111 年預估增加件數(B)	預估增加管理照護費(點)(C)=(A)*(B)	109 年申報件數	占率	111 年預估增加件數(B)	預估增加管理照護費(點)(C)=(A)*(B)
母嬰親善機構	1200 點/件	41,288	97.57%	1,199	1,438,800	6,026	66.93%	132	158,400
非母嬰親善機構	900 點/件	1,028	2.43%	30	27,000	2,977	33.07%	65	58,500
所有參與院所		42,316	100.00%	1,229	1,465,800	9,003	100.00%	197	216,900

註：109 年醫院及西醫基層申報孕產婦方案管理照護費中屬母嬰親善及非母嬰親善機構之占率

(三) 推估 111 年增加品質提升費：預計增加 0.15 百萬點(醫院 0.15 百萬點；西醫基層無增加)

1. 依方案規定符合指標 1 至指標 5 者，每件核定案件家給 450 點。

2. 依 109 年獎勵情形推估 111 年獎勵金：

查 109 年發放各院所獎勵金情形統計，其中 8 家院所僅差指標 1 未達標(目標值為 45%)即可獲得獎勵金，若以 109 年各院所完成前 7 次產檢(含以上)件數推估，111 年共 1 家院所(醫院)達標，以該醫院符合全程產檢件數 330 件，推估約增加獎勵金 148,500 點(330 件*450 點)。

附表、新舊產檢次數對照表

舊規範		現行規範		服務對象	時程
醫令代碼	次數	醫令代碼	次數		
		<u>4A</u>	第1次	妊娠第1期孕婦 (妊娠未滿13週)	第8週
41	第1次	41	第2次		第12週
42	第2次	42	第3次	妊娠第2期孕婦 (妊娠13週至未滿29週)	第16週
43	第3次	43	第4次		第20週
		<u>4B</u>	第4次		第24週
44	第4次	44	第6次		第28週
		<u>4C</u>	第7次	妊娠第3期孕婦 (妊娠29週以上)	第30週
45	第5次	45	第8次		第32週
46	第6次	46	第9次		第34週
47	第7次	47	第10次		第36週
		<u>4D</u>	第11次		第37週
48	第8次	48	第12次		第38週
49	第9次	49	第13次		第39週
50	第10次	50	第14次		第40週

全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案

(99.4.1~103.12.31 屬醫療發展基金項下計畫)

104.01.01 第一版實施

108.01.01 第二版實施

111.01.01 第三版草案

壹、前言

有鑑於我國生育率逐年下降，為提升孕產婦醫療照護品質，爰自 99 年起，以衛生福利部醫療發展基金推動本方案(原名：孕產婦照護品質確保及諮詢服務計畫)，將「懷孕」至「生產」期間視為一完整療程以達全人照護，並透過全程醫療照護諮詢管理模式，提供孕產婦在懷孕期間至產後 1 個月內之 24 小時無間斷之優質醫療照護諮詢服務，期能提升孕產婦在同一醫療院所全程醫療照護之品質，並降低生產風險，達到確保照護品質之目的。本方案實施後，孕產婦全程照護率持續增加，辦理成效良好，經醫療發展基金審議小組 103 年 3 月 17 日委員會議決議，應回歸健保基金支應，並經全民健康保險會(以下稱健保會)104 年總額協商同意，於醫院及西醫基層總額醫療給付改善方案專款項目項下增列本方案。

貳、依據

依據健保會協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

參、目的

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

肆、執行內容

一、孕產婦收案條件

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

二、參與院所及人員資格

醫事人員及醫事服務機構須向全民健康保險保險人(以下稱保險人)之分區業務組申請同意，惟 103 年已參加原「孕產婦照護品質確保及諮詢服務計畫」之醫事服務機構得持續辦理。資格如下：

- (一)醫院診所須登記有婦產科診療科別及專任婦產科專科醫師資格，並設有符合醫療機構設置標準規定之產房及嬰兒室。
- (二)院所配合條件：提供孕產婦於懷孕期間及產後 1 個月內電話或網路等各類 24 小時無間斷之醫療照護諮詢服務。

三、給付項目與支付標準(如附件一)

參與本方案之院所，提供懷孕至產後一月整合性醫療照護之孕產期全程管理照護，得依本方案規定申報「孕產期管理照護費」及「品質提升費」。但產檢、生產及相關門、住診診療服務仍得依現行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱醫療服務支付標準)規定申報。

(一)孕產期管理照護費(詳附件一)：

- 1.母嬰親善機構認證院所照顧個案，妊娠期間依次產檢(未中斷產檢者)至生產皆在同一院所執行，且生產當次非採自行要求剖腹產之產婦，每一案件得合併生產申報「母嬰親善機構孕產期管理照護費(全程產檢暨生產)」(P3904C/1,200點)。
- 2.非母嬰親善機構認證院所照顧個案，妊娠期間依次產檢(未中斷產檢者)至生產皆在同一院所執行，且生產當次非採自行要求剖腹產之產婦，每一案件得合併生產申報「非母嬰親善機構孕產期管理照護費(全程產檢暨生產)」(P3905C/900點)。
- 3.如產婦自行要求剖腹產，或產前階段孕產婦所接受之產檢服務曾在其他醫療院所執行者，不得申報「孕產期管理照護費」。
- ~~4.同時加入「全民健康保險週產期論人支付制度試辦計畫」之產婦，因醫療照護需要等非可歸責院所之因素，轉送該計畫之後送醫院生產且非採自行要求剖腹產者，改以「孕產期管理照護費(全程產檢不含生產)」(P3903C/900點)單獨申報。~~

4.本項孕產期管理照護費所指全程產檢，係指完成衛生福利部國民健康署「預防保健服務補助標準醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」所列之~~40~~14次孕婦產前檢查，惟孕產婦如因早產等醫療因素僅執行前810次(含以上)產檢者，得比照申報孕產期管理照護費。

(二)品質提升費：由保險人各分區業務組每年針對參與院所進行評核。

院所符合下列指標者，保險人得於次年依該院所當年度所有核定「孕產期管理照護費」之案件數，每件加給「品質提升費」：符合第 1 至 5 項指標者，每件加給 450 點；符合第 6 項指標者，按「助產人員執業登記人數」，每有一名助產人員，每件加給 50 點，每件最高加給 300 點。

1.孕產期全程照護率 $\geq 45\%$ 。

分子：院所年度符合申報全程照護案件數。

分母：院所年度申報不含自行要求剖腹產之生產案件數。

2.產後14日內再住院率(含跨院) $< 1\%$ 。

分子：院所年度生產後 14 日再入院之案件數。

分母：院所年度申報生產案件數。

3.剖腹產管控率：院所剖腹產率不超過保險人各分區業務組所轄地區院所之70百分位，且低於該年全國平均值。

分子：院所年度申報剖腹產含自行要求剖腹產案件數。

分母：院所年度申報生產案件數。

4.低出生體重率不超過院所前一年度低出生體重率 1% 。

分子：院所年度出生體重小於 2500 公克之活產人數。

分母：院所年度出生通報之活產人數。

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

5.院所向「自行要求剖腹產」產婦收取之自費醫療費用(非屬健保給付之醫療費用項目不納入計算)，未超過下表所列上限金額：

層級	上限(元)
醫學中心	21,800
區域醫院	19,995
地區醫院	18,252
基層診所	14,901

註：本表係參照各層級院所原論病例計酬支付之生產點數與「自行要求剖腹產」(編號97014C)點數之價差(每點以1元計算)推算而得。

6.助產人員執業登記人數：年度內於保險人「醫事人員基本資料檔」登錄且實際執行助產業務之助產師(士)人數，最高採計上限為6人。

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

四、醫療費用之申報、暫付、審查及核付方式

(一)費用申報時，請依產前及生產分別申報如下：

1.產前部分：各次產檢請依現行規定申報。

2.生產部分依特約醫事服務機構住院醫療費用點數申報格式及填表說明申報：

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

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

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

(二)暫付、審查及核付：

1、依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」辦理。

2、保險人視審查需要得請院所提供門診各次產檢資料送審，如經查有妊娠至生產期間中斷產檢或採「自行要求剖腹產」未確實申報者，除核減溢領費用，自通知日起一年內不得申請本方案相關費用。

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

五、品質監控及評估方式：(依附件二格式填寫)

參與院所每季最後一個月須提報下列相關指標供保險人各分區業務組進行監控。

(一)結構指標：人員專業素質與醫療行政品質（專科資格、在職教育）。

(二)過程指標：方案前後平均住院天數比較。

(三)結果指標：全院性之產檢利用率、週產期死亡率、出生性別比。

(四)危險因子指標：子癰前症、子癰症、早產兒、低體重兒比率。

(五)其他指標：住院期間總母乳哺育率、住院期間純母乳哺育率。

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

附件一

「全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案」

給付項目及支付標準

通則：

- 一、不符醫學上適應症而自行要求剖腹產者，須回歸現行醫療服務支付標準申報，依自行要求剖腹產點數支付，不得申報本方案各項支付標準。
- 二、其他未列入本方案之支付標準規定項目，依現行醫療服務支付標準規定辦理。
- 三、高風險及急重症孕產婦經醫師診斷如有需要之必要轉診，依醫療服務支付標準及相關轉診規定辦理，不得申報本方案。
- 四、每一孕產婦就下列 P3904C ~~→~~及 P3905C 與 ~~P3903C~~，擇一申報。

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

附件二

「全民健康保險孕產婦全程照護醫療給付改善方案」醫療品質 指標報告表

院所名稱：

院所代號：

○年第○季

表 1 結構、過程、結果指標

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

表 2 危險因子指標

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

表 3 其他指標

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

註：1.本表請於每季最後 1 月(3、6、9、12 月)申報醫療費用時一併提供分區業務組。

2.總哺育母乳率之哺育母乳人數係指有哺育母乳之產婦人數。

3.純哺育母乳率之哺育母乳人數係指純哺育母乳(僅餵母乳或加維他命、礦物補充劑或藥品)之產婦人數。

4.專科資格：本方案相關專科醫師人數、相關專業人員數(如護理師)

5.在職教育：本方案相關訓練如新生兒急救等教育訓練時數。

6.週產期死亡率：(懷孕 28 週以上之死胎數+活產後 1 週內死亡數)/(懷孕 28 週以上之死胎數+1 年中的活產數)*1000

肆、討論事項

討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（下稱支付標準）

新增修訂「開放性股-股動脈或股-髖動脈或腋-股動脈繞道手術」等診療項目案，提請討論。

說明：

- 一、依據本署 110 年第 6、7、8 次支付標準專家諮詢會議、110 年 11 月 29 日「新增糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理支付項目及獎勵措施（下稱共管措施）暨修訂支付標準第八部第二章糖尿病（下稱 DM 方案）及第三章初期慢性腎臟病（下稱 CKD 方案）第二次討論會」決議及本署南區業務組 110 年 11 月 12 日 110EVK0419 號請辦單辦理（[附件 1-1~1-4](#)，[頁次討 1-6~1-18](#)）。
- 二、新增「開放性股-股動脈或股-髖動脈或腋-股動脈繞道手術」等 7 項診療項目，推估增加支出約 31.76 百萬點（[附件 2](#)，[頁次討 1-19~1-20](#)）：
 - （一）新增「開放性股-股動脈或股-髖動脈或腋-股動脈繞道手術」、「開放性膝下動脈繞道手術-一條血管/兩條血管」等 3 項診療項目，詳表一序號 1、2、3（[附件 2](#)，[頁次討 1-19](#)）：
 1. 依 110 年第 7 次專家諮詢會議結論（[同附件 1-2](#)，[頁次討 1-8~1-12](#)），本項可避免患者下肢組織缺血壞死、免除截肢風險，惟下肢繞道手術現行無相對應之診療項目，爰建議新增以明確支付標準，並訂有適應症。
 2. 財務評估：
 - （1）開放性股-股動脈或股-髖動脈或腋-股動脈繞道手術：建議支付點數為 34,908 點，年執行量約 119 件，扣除替代後推估醫院增加支出 1.70 百萬點。
 - （2）開放性膝下動脈繞道手術-一條血管/兩條血管等 2 項，

建議支付點數分別為 42,819 點、52,534 點，年執行量約 33 件，扣除替代後推估醫院增加支出 0.78 百萬點。

(二) 新增「高解析直肛壓力測定術」診療項目，詳表一序號 4(附件 2，頁次討 1-19)：

1. 依 110 年第 6、8 次專家諮詢會議結論(同附件 1-1、1-3，頁次討 1-6~1-7、討 1-13~1-15)，本項相較傳統檢查 49019B「直肛壓力測定術」可縮短檢測時間、增加準確度及減少病人不適，故建議新增並訂定適應症及執行頻率。
2. 財務評估：建議支付點數為 10,433 點，以 108 年申報 49019B「直肛壓力測定術」執行量之 6 成及現行自費比率 1 成推估，扣除替代後推估醫院增加支出 2.55 百萬點。

(三) 新增「環甲膜穿刺術/切開術」診療項目，詳表一序號 5(附件 2，頁次討 1-20)：

1. 依 110 年第 8 次專家諮詢會議結論(同附件 1-3，頁次討 1-13~1-15)，本項針對部分顏面外傷等困難插管之病人，無法執行氣管內插管時或無法立即執行氣管切開造口術，建立緊急氣道的方式，比起氣管造口術所需手術時間較短，故建議新增並訂定適應症。
2. 財務評估：建議支付點數為 4,331 點，以 109 年門、住診同一案件申報 2 次以上氣管切開造口術者推估年執行量約 92 件，扣除替代後，不增加健保財務支出。

(四) 新增「俯臥通氣治療-每療程」，詳表一序號 6(附件 2，頁次討 1-20)：

1. 依 110 年第 7 次專家諮詢會議結論(同附件 1-2，頁次討 1-8~1-12)，本項可促進急性呼吸窘迫症候群病人氧氣交

換、提升氧合能力，另臨床上病人由翻身至俯臥後皆會再翻回到仰臥，爰建議新增本項以療程給付（以仰臥→俯臥→仰臥為 1 療程）並訂有適應症及禁忌症。

2. 財務評估：建議支付點數為 5,114 點，以 108 年主次診斷為急性呼吸窘迫症候群並插管使用呼吸器者，依臨床專家建議適用比率 20%，另以每人平均執行 6 次療程計算年執行量約 2,725 人次，推估醫院增加支出 13.94 百萬點。

(五) 新增「診斷性乳房攝影」診療項目，詳表一序號 7 (附件 2，頁次討 1-20)：

1. 依 110 年第 7 次專家諮詢會議結論 (同附件 1-2，頁次討 1-8~1-12)，本項針對乳房 X 光攝影發現之可疑鈣化點，藉由放大攝影能清楚分析可疑鈣化的形態特徵及分布，爰建議新增並訂定適應症範圍、執行頻率等支付規範。
2. 財務評估：建議支付點數為 1,374 點，以 108 年申報乳房攝影相關醫令 (33005B「乳房造影術」及 91、93「乳房 X 光攝影」) 且一週內再申報 33005B 者，加計每人每年追蹤 2 次持續追蹤 2 年，推估執行量約 99,212 件，扣除替代後推估醫院增加支出 12.80 百萬點。

三、修訂編號 09139C「醣化白蛋白 (GA)」等 7 項診療項目，推估增加支出約 0.09 百萬點 (附件 2，頁次討 1-21)：

(一) 修訂編號 10810B「安非他命檢測 (免疫分析)」等 5 項診療項目，詳表二序號 1 至 5 (附件 2，頁次討 1-21)：依 110 年第 8 次專家諮詢會議結論 (同附件 1-3，頁次討 1-13~1-15)，考量現行限制精神科教學醫院申報不符臨床實務，爰修訂支付規範為「限精神科或急診科專科醫師申報」，本項不增加健保財務支出。

(二) 修訂 09139C「醣化白蛋白 (GA)」診療項目，詳表二序號 6

(附件 2，頁次討 1-21)：

1. 依本署 110 年 11 月 29 日「新增糖尿病及初期慢性腎臟病共管措施暨修訂支付標準 DM 方案及 CKD 方案第二次討論會」決議(同附件 1-4，頁次討 1-16~1-18)，現行收案個案倘符合申報 GA 之適應症，得以 GA 替代 HbA1c 檢驗。若 DM 病人或 DM CKD 共病病人為當年 1 月至 3 月新收個案，一年可能申報 GA 超過現行限制之 4 次(DM 病人 5 次；DM 及 CKD 共病病人 6 次)，爰研擬修訂是類病人執行頻率。
2. 財務評估：以 108 年及 109 年新收案人數，推估 111 年新收案人數，並以共病病人及純 DM 病人占率及 109 年 1-3 月醫院及西醫基層新收案比率、申報 GA 檢驗比率等，推估增加 492 次，約增加 0.09 百萬點(醫院：0.05 百萬點、西醫基層：0.04 百萬點)。

(三) 修訂編號 12202C「C 型肝炎病毒核酸基因檢測-即時聚合酶連鎖反應法」診療項目，詳表二序號 7(附件 2，頁次討 1-21)：

1. 本項支付規範訂有「西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方始可申報」，為配合「國家消除 C 肝政策綱領」2025 消除 C 肝政策，爰建議刪除專任醫師開立處方之限制。
2. 財務評估：本項目前於 108 年本會第 1 次臨時會議討論開放適用表別之財務評估已包含專、兼任醫師，爰不增加健保財務支出。

四、修訂編號 47045C「體位引流」等 6 項診療項目之英文名稱及支付規範文字，不增加健保財務支出，重點說明如下：

(一) 編號 47045C「體位引流」，詳表三序號 1(附件 2，頁次討

1-22)：如通過前述新增「俯臥通氣治療-每療程」，因目的與 47045C 相近，故增列不得同時申報之規範。

(二) 編號 49019B「直肛壓力測定術」診療項目，詳表三序號 2 (附件 2，頁次討 1-22)：如通過前述新增「高解析直肛壓力測定術」，因目的與 49019B 相近，故增列不得同時申報之規範。

(三) 編號 77030B「腹腔鏡輸尿管取石術」等 3 項診療項目，詳表三序號 3 至 5：修正英文名稱，使支付標準中英文名稱一致。

(四) 編號 12117B「T 淋巴球交叉配合試驗」，詳表三序號 6：因「醫療機構設置標準」已將骨髓移植病房納入規範，爰刪除「保險人同意實施骨髓移植之醫院」等文字。

五、預算來源：本次增修 20 項診療項目案，推估增加支出約 31.85 百萬點，由醫院總額新醫療科技項下 110 年剩餘預算 7.5 百萬元及 111 年同項預算 275 百萬元（待部核定）支應。

六、110 年新醫療科技項下-新增診療項目預算執行情形如下 (附件 3，頁次討 1-33~1-36)：

(一) 110 年本會議決議通過目前已公告之診療項目計 134 項，推估增加支出約 442.86 百萬點。

(二) 倘本次提案均獲通過，則預算執行數已達 474.72 百萬點，醫院總額 110 年已執行 447.58 百萬點（含本次新增第 1~5 項及修訂項），另 26.73 百萬點（含本次新增之第 6、7 項）將以 111 年度預算支應，西醫基層總額推估執行數為 0.41 百萬點，尚餘 39.59 百萬元。

擬辦：本案經討論後如獲同意，增修支付標準表 (詳附件 4，頁次討 1-37~1-44)，並依程序報請衛生福利部核定後公布實施。

110 年度第 6 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：110 年 8 月 11 日上午 9 點 30 分

地點：台北市信義路 3 段 140 號 18 樓禮堂

主持人：蔡副署長淑鈴

紀錄：蔡金玲

壹、出席專家（*以視訊參加）：略。

貳、請假專家：略。

參、列席單位及人員（*以視訊參加）：略。

肆、主席致詞：略。

伍、確認上次會議紀錄：確認。

陸、報告事項：

一、專家諮詢會議未結案辦理追蹤進度表。

決定：洽悉。

柒、討論事項：

一、臺灣兒科醫學會建議新增「高解析直肛壓力檢查」診療項目案。

討論重點：

（一）提案單位表示此檢查非侵入性、低風險，準確度較傳統高，與會專家均同意新增。

（二）與會專家表示「功能性腸障礙」是成人腸胃科常見診斷，可能因身體功能或心理因素所致，且並非所有病人均需接受檢查，另兒科及成人之功能性腸障礙後續治療及預後不同，經與會專家討論後，考量衝擊財務影響太大，爰同意以臺灣兒科醫學會會議中所研擬之二項適應症及執行頻率先納入健保給付，另「功能性腸障礙」暫不納入適應症。

（三）本案業已訂定專科別限制，基於尊重專業，建議不須另訂學會訓練及認證限制。

結論：本案經與會專家討論後同意新增，說明如下：

(一)項目名稱：高解析直肛壓力測定術（High Resolution Anorectal Manometry）。

(二)支付點數：10,433 點。

(三)適用類別：限地區醫院以上執行。

(四)專科別限制：消化內科、消化兒科、小兒外科、一般外科、大腸直腸外科。

(五)適應症及執行頻率：

1. 巨結腸症：疑似巨結腸症診斷使用，限一次。
2. 先天性巨結腸症或肛門結構異常術後，仍有排便功能異常，需持續治療者，至多兩年一次。

(六)不得併報項目：

1. 增列「不得同時申報 49019B 直肛壓力測定術」。
2. 49019B「直肛壓力測定術」增列「不得同時申報本項目」。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：12 時 52 分。

110 年度第 7 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：110 年 10 月 6 日上午 9 點 30 分

地點：台北市信義路 3 段 140 號 18 樓禮堂

主持人：李署長伯璋

紀錄：張玉婷

壹、出席專家（*以視訊參加）：略。

貳、請假專家：略。

參、列席單位及人員（*以視訊參加）：略。

肆、主席致詞：略。

伍、確認上次會議紀錄：確認。

陸、報告事項：

一、「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作業說明」。

決定：洽悉。

二、專家諮詢會議未結案辦理追蹤進度表。

決定：洽悉。

柒、討論事項：

一、台灣胸腔暨重症加護醫學會建議新增「俯臥通氣治療」診療項目案。

討論重點：

1. 經提案單位及專家共同討論，本項目於執行翻身後（由仰臥調整為俯臥）多數需觀察 12 至 16 小時後再執行翻身（由俯臥調整為仰臥），考量若以按次給付可能造成院所申報及申報後稽核上的困難，以按日給付亦會有跨日重複申報問題，由於臨床上病人由翻身至俯臥後皆會再翻回到仰臥，故改以療程（以仰臥→俯臥→仰臥為 1 療程）給付。
2. 考量本項目風險較高且觀察時間長，與會專家多數建議調升

主治醫師每人每分鐘為 49.1 元、耗用時間為 25 分鐘，又經與護理全聯會確認本診療項目至少需 4 位護理人員執行，經修正成本分析表後，本項建議支付點數為 5,114 點。另護理全聯會建議未來應重新審視成本分析表中，護理人員每人每分鐘成本。

3. 提案單位表示血行動力學不穩定者，臨床上較無證據證實此類病人不適合施行本項目，爰禁忌症中刪除「血行動力學不穩定而不適合進行俯臥通氣治療」，由臨床醫師專業判斷。
4. 提案單位表示本項目有少數病人可能與體外維生系統(ECMO)併同使用，爰不將 ECMO 相關診療項目(47056B、47089B、68036B)納入不可併報項目。

結論：本案經專家充分討論後建議新增，說明如下：

(一)名稱：俯臥通氣治療-每療程 (Prone positioning ventilation, each procedure)。

(二)適應症範圍：

1. 成人 (>18 歲)：入住加護病房且插管使用呼吸器之急性呼吸窘迫症候群病人 (J80)，同時伴有下列全部情形者：
 - (1) 氧合指數 ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ ratio) ≤ 150 。
 - (2) 七日內急性發作。
 - (3) 沒有心因性肺水腫的證據。
 - (4) CXR 顯示兩側肺野浸潤。
2. 兒童 (≤ 18 歲)：入住加護病房且插管使用呼吸器，同時伴有下列情形之一者：
 - (1) 氧合指數 ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ ratio) ≤ 150
 - (2) $\text{OI} > 16$
 - (3) $\text{OSI} > 12.3$

註：

$$OI=(FiO_2 \times \text{mean airway pressure} \times 100)/PaO_2$$

$$OSI=(FiO_2 \times \text{mean airway pressure} \times 100)/SpO_2$$

(三) 支付點數：5,114 點。

(四) 禁忌症：心胸及腹腔主要手術、脊椎與骨盆不穩定病人、懷孕第二及第三期婦女、頭部外傷、腦壓或眼壓過高病人、正在發作之癲癇患者。

(五) 適用類別：限地區醫院以上之加護病房病人執行。

(六) 專科別限制：內科、外科、麻醉科、兒科、急診醫學科、神經科、神經外科。

(七) 不得併報項目：體位引流 (47045C)。

二、台灣血管外科學會建議新增「開放性股-股動脈或股-髖動脈或腋-股動脈繞道手術」及「開放性膝下動脈繞道手術-一條血管/兩條血管」三項診療項目案。

討論重點：

(一) 提案單位表示下肢繞道手術現行無相對應之診療項目且比照申報項目支付點數無法反應實務成本，爰提案新增。又下肢繞道手術係依病人的症狀判斷是否適合施行，故不建議於適應症明列病人需符合 TASC-II C 或 D 等嚴重度條件，經與會專家討論，適應症建議僅列四肢自體動脈粥樣硬化。

(二) 考量於地區醫院一般外科醫師亦有可能施行本項目，故與會專家建議不以次專科訂定執行專科別，改為限外科醫師執行。

結論：本案經與會專家討論後同意新增，說明如下：

(一) 適應症範圍：四肢自體動脈粥樣硬化 (I70.2~I70.7)。

(二) 支付點數：

1. 開放性股-股動脈或股-髖動脈或腋-股動脈繞道手術：

34,792 點。

2. 開放性膝下動脈繞道手術-一條血管：42,548 點。

3. 開放性膝下動脈繞道手術-兩條血管：52,244 點。

(三)適用類別：限地區醫院以上執行。

(四)專科別限制：外科。

三、建議新增「乳房局部放大攝影(Diagnostic Magnification Mammography)」診療項目案。

討論重點：

(一)由於診斷性乳房攝影包括局部放大及觀察結構上的異常等檢查，有些病人亦會以加壓放大、單點壓迫等方式執行，故本項目名稱建議改為診斷性乳房攝影。

(二)與會專家表示懷孕婦女應盡量避免施行乳房攝影，但執行單位多會主動提醒病人，故建議不訂禁忌症，由醫師依專業判斷及臨床指引進行診療。

(三)考量傳統項目 33005B「乳房造影術」限地區醫院以上執行，故本項目亦限制地區醫院以上執行。

(四)與會專家表示執行診斷性乳房攝影後才執行病理組織檢查，病人一般每半年檢查一次，故本項目建議每人每年限執行二次。

(五)因有些病人須於同日執行 33005B「乳房造影術」，且同時執行可減少一次後續門診之費用，故不列入不得併報項目。

結論：本案經與會專家討論後同意新增，說明如下：

(一)項目名稱：診斷性乳房攝影 (Diagnostic Mammography)。

(二)適應症範圍：乳房攝影報告 (BI-RADS) 為 0、3、4、5 且符合下列任一適應症者：

1. 乳房診斷性影像發現乳房攝影微鈣化/鈣化。

2. 乳房攝影影像發現不對稱、結構扭曲及腫塊。

(三) 支付點數：1,374 點。

(四) 適用類別：限地區醫院以上執行。

(五) 專科別限制：放射診斷科。

(六) 執行頻率：每人每年限執行二次。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：12 時 10 分。

110 年第 8 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：110 年 11 月 10 日上午 9 點 30 分

地點：台北市信義路 3 段 140 號 18 樓禮堂

主持人：李署長伯璋

紀錄：周筱妘

壹、出席專家（*以視訊參加）：略。

貳、請假專家：略。

參、列席單位及人員（*以視訊參加）：略。

肆、主席致詞：略。

伍、確認上次會議紀錄：確認。

陸、報告事項：

一、專家諮詢會議未結案辦理追蹤進度表。

決定：洽悉。

二、臺灣兒科醫學會建議新增「高解析直肛壓力檢測」診療項目案。

決定：

（一）本案經 110 年第 6 次會議討論，惟考量小兒外科醫師亦有執行本項之臨床需求，或依本項檢查結果進行後續治療，爰本署邀請台灣小兒外科醫學會併同審視本案內容，並建議原適應症「疑似巨結腸症診斷使用」改為「下消化道攝影後疑似巨結腸症診斷使用」，另該會與會代表建議，專科別限制中「一般外科」改由「消化外科」。

（二）經提案單位、相關醫學會及與會專家表示意見後，支付規範共識修訂如下，其餘內容同 110 年第 6 次結論：

1. 專科別限制：消化內科、消化兒科、小兒外科、消化外科、大腸直腸外科。

2. 適應症及執行頻率：

(1) 巨結腸症：下消化道攝影後疑似巨結腸症診斷使用，限一次。

- (2) 先天性巨結腸症或肛門結構異常術後，仍有排便功能異常，需持續治療者，至多兩年一次。

柒、討論事項：

四、社團法人台灣急診醫學會建議新增「環甲膜穿刺術/環甲膜切開術」診療項目案。

討論重點：

- (一) 提案單位表示適應症範圍限制插管失敗且無法立即執行氣管切開造口術，臨床上部分病人恐無法同時符合前述條件，經與會專家討論爰改為符合其中一項即可。
- (二) 考量本項目使用情況屬急救措施，多數與會專家建議不應限制醫院層級，爰比照 47031C「氣管內插管」及 56003C「氣管切開造口術」，適用類別為基層院所門、住診以上均可適用。
- (三) 以作業流程所列 3 位護理人員計算人力成本，另刪除已核價之特材，此外生命監測器等另有診療項目可供申報，經修正成本分析表後，建議本項支付點數為 4,331 點。另提案單位表示環甲膜穿刺組/環甲膜切開組非每個案均須使用，爰不列入支付點數之不計價材料中。
- (四) 與會專家表示，本項多已列入醫師之基本緊急處置訓練中，故建議不限定醫師專科別。

結論：本案經專家充分討論後同意新增，說明如下：

(一) 項目名稱：環甲膜穿刺術/切開術 (Needle/Surgical Cricothyroidotomy)。

(二) 適應症範圍：

經口腔或鼻腔進行氣管內管插管失敗或無法立即執行氣管切開造口術，並有下列任一情形者：

1. 緊急顏面外傷、燒傷等困難插管情形

2. 呼吸道受阻($\text{SpO}_2 < 90\%$)

(三) 支付點數：4,331 點。

(四) 適用類別：基層院所以上之門、住診均可使用。

(五) 專科別限制：不限

(六) 支付規範備註：氣管套管另計。

三、社團法人台灣急診醫學會建議修訂編號 10810B-10813B「安非他命、嗎啡、古柯鹼及大麻檢測(免疫分析)」之支付規範案。

討論重點：

(一) 與會專家表示現行限制精神科教學醫院申報，已不符臨床實務面，爰建議修訂現行支付規範。

(二) 與會學會表示本項於急診科對於意識不清或昏迷病人之鑑別診斷上，實有迫切性，故建議增加急診科專科醫師可申報。

結論：本案經與會專家討論後同意將原支付規範「限精神科教學醫院申報」修訂為「限精神科或急診科專科醫師申報」。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：12 時 00 分。

新增糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理支付項目及獎勵措施暨修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部第二章糖尿病及第三章初期慢性腎臟病第二次討論會議紀錄

時間：110 年 11 月 29 日（星期一）上午 9 時 30 分

地點：本署 9 樓第一會議室（視訊會議）

主席：李署長伯璋（張組長禹斌代理）

紀錄：宋宛蓁

出席人員：（*表示以視訊方式參加）

社團法人中華民國糖尿病學會

林嘉鴻*

社團法人中華民國糖尿病衛教學會

王治元*、歐弘毅*

台灣腎臟醫學會

黃尚志*、邱怡文*

中華民國醫師公會全國聯合會

黃啟嘉*、黃振國*、張孟源*

台灣家庭醫學醫學會

李祥和*、曾良達*

台灣醫院協會

吳淑芬、蔡味娟、林佩菽、

劉碧珠*

台灣內科醫學會

王治元*、張孟源*

本署醫務管理組

張禹斌、黃兆杰、游慧真、

韓佩軒、陳依婕、王智廣、

陳玫吟、蔡孟芸、詹文成、

蘇明雪

壹、主席致詞：略。

貳、討論事項：

第一案

案由：新增「糖尿病及初期性腎臟病照護整合方案」案。

決議：

一、同意糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理支付項目及獎勵措施（草案）（下稱共管措施）、全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部第二章糖尿病（下稱 DM 方案）及第三章初期慢性腎臟病（下稱 CKD 方案）整併為「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」。

二、同意下列品質指標及獎勵金計算方式：

(一) 共管措施：

1. 確認健保署於議程中擬訂之9項品質指標，以及獎勵金計算方式如下：

(1)同意本署說明有關共管措施係參考原 DM 方案訂定 HbA1c、LDL 之良/不良率指標，並考量倘僅將檢驗值達良/不良之人數（或次數）納入指標計算，恐致院所傾向選擇較易照護之病人收案，而不主動追蹤病情相對嚴重或難治之個案，故共管措施及 DM 方案研擬新增「進步率」指標，當個案之檢驗值較前一年進步達一定比率者仍有機會獲得獎勵。

(2)共管措施研擬訂定下列9項品質指標：

A. 檢驗值良/不良率：以病人當年度最後一次檢驗檢查值計算。

a. UACR：<30mg/gm 為良、>300mg/gm 為不良。

b.HbA1c：<7.0%（80 歲以上病人 HbA1c<8.0%）為良、>9.0%為不良。

c.LDL：<100mg/dL 為良、>130 mg/dL 為不良。

B.進步率：以當年度該院所照護之個案數為分母，另以病人當年度最後一次及前一年度最後一次之檢驗檢查值相比，UACR、HbA1c 進步比率達 5%以上、LDL 進步比率達 10% 以上者，列為當年度進步率指標之分子。

2. 共管措施獎勵金以「院所」為單位計算，惟請健保署將「獎勵金應部分分配予參與方案之醫師及個案管理師等照護團隊成員」等文字規劃訂於方案內，以實質鼓勵提供照護之團隊成員。

(二) DM 方案：確認健保署增修訂之7項品質指標如下：

1. 修訂良/不良率指標定義：原 HbA1c 及 LDL 之良/不良率，係以當年度病人檢驗檢查之「良/不良次數比率」計算，改以「病人當年度最後一次檢驗值」計算。

2. 增訂 HbA1c 進步比率達 5%以上及 LDL 進步比率達 10%以上之進

步率指標。

- (三) CKD 方案：同意計算獎勵指標時，評量病人當年度檢驗值是否進步之基準，由「與新收案時之檢驗值比較」改為「與前一年度最後一次檢驗值比較」。

三、有關台灣腎臟醫學會建議調升 CKD 方案管理照護費支付點數一事，考量 111 年預算恐不足以支應，共識同意暫不予修訂。健保署將考量支付衡平性，並於預算範圍內逐步檢討 CKD 方案之管理照護費點數。

第二案

案由：修訂 CKD 方案醫事人員申請資格案。

決議：

- 一、同意修訂慢性腎臟病照護訓練課程上課時數至少 6 小時備註之「4 小時上課+2 小時 e-learning 課程規範」，改為課程應包含「Early CKD 核心課程及衛教課程，線上或實體均可」。
- 二、同意新增「參與醫師除腎臟、心臟、新陳代謝專科醫師外，其他專科醫師每年『得』接受繼續教育課程 2 小時」規範，另本規範修正實施半年至一年後，將分析未受繼續教育課程醫師之人數及其相關執行成效，做為未來是否應強制參與 CKD 方案醫師每年接受繼續教育課程之評估依據。

第三案

案由：09139C 糖化白蛋白 (GA) 執行頻率是否配合 DM 及 CKD 方案修訂案。

決議：

考量 DM 病人之 HbA1c 或 GA 檢驗數值，對於病人病情監測及管理照護具臨床重要性，共識同意朝修訂 GA 之申報頻次辦理，倘院所係配合 DM (CKD) 方案追蹤，且符合申報 GA 適應症之案件，新收案病人之 GA 申報頻次由「一年限申報四次」放寬為「一年限申報六次」。惟請健保署就本案評估健保財務衝擊後，提供台灣醫院協會確認。

參、臨時動議：無

肆、散會：上午 10 時 40 分

表一、110 年建議新增醫療服務給付項目及財務影響評估彙整表(計 7 項目)

附件 2

序號	中文名稱	主要臨床功能及目的	適應症/支付規範	建議支付點數		建議支付點數(含一般材料費) A	被替代項目及替代率					預估年執行量 E	預估年增點數(百萬點) F=①A*B*C*D ②A*E	
				表定點數	表列材料費%		被替代診療項目	中文名稱	支付點數 B	替代成數 C	醫令申報量 D (108/109 年)			
1	開放性股-股動脈或股-腘動脈或腋-股動脈繞道手術	治療(膝下肢)動脈血管阻塞導致下肢供血不足而有壞死與截肢風險之患者，以避免患者下肢組織缺血壞死、免除截肢風險，提升生活品質。	1.適應症：四肢自體動脈粥樣硬化（I70.2～I70.7） 2.限外科專科醫師執行。 3.含一般材料費及雙叉導尿管等費用，得另加計百分之五十。	23,272	50%	34,908	69001B	動脈栓塞物切除術	10,731	9%	101	9	1.70	②
							69002B	經動脈導管之栓塞物切除術	10,731	5%	104	5		
							69003B	靜脈血栓切除術	10,731	18%	17	3		
							69004B	動脈內膜切除術	25,735	18%	322	57		
							69006C	血液透析用之血管插管（自靜脈到靜脈）	2,081	5%	61	3		
							69023B	頸（肢體）動靜瘻管之切除移植及直接修補，右繞道手術	20,063	18%	198	36		
							69032C	末稍血管修補及吻合術	9,954	4%	24	1		
							69034C	動靜脈造瘻術合併人工血管使用(兩處吻合)	14,312	67%	6	4		
							69038C	末稍血管修補及吻合術併血管移植	12,812	14%	7	1 (註 1)		
2	開放性膝下動脈繞道手術-一條血管	治療(膝下肢)動脈血管阻塞導致下肢供血不足而有壞死與截肢風險之患者，以避免患者下肢組織缺血壞死、免除截肢風險，提升生活品質。	1.適應症：四肢自體動脈粥樣硬化（I70.2～I70.7） 2.限外科專科醫師執行。 3.含一般材料費及雙叉導尿管等費用，得另加計百分之三十八。	31,028	38%	42,819	69001B	動脈栓塞物切除術	10,731	1%	101	1	0.57	①*0.8
							69002B	經動脈導管之栓塞物切除術	10,731	1%	104	1		
							69004B	動脈內膜切除術	25,735	5%	322	17		
							69013B	長隱靜脈於隱一股交接處的結紮和分離	8,355	100%	1	1		
							69014B	長或短隱靜脈的結紮，分離和完全剝出-單側	8,854	33%	3	1		
							69016B	長及短隱靜脈的結紮，分離和完全剝出-單側	10,877	25%	4	1		
							69023B	頸（肢體）動靜瘻管之切除移植及直接修補，右繞道手術	20,063	5%	198	10		
							69032C	末稍血管修補及吻合術	9,954	4%	24	1 (註 2)		
3	開放性膝下動脈繞道手術-兩條血管	治療(膝下肢)動脈血管阻塞導致下肢供血不足而有壞死與截肢風險之患者，以避免患者下肢組織缺血壞死、免除截肢風險，提升生活品質。	1.適應症：四肢自體動脈粥樣硬化（I70.2～I70.7） 2.限外科專科醫師執行。 3.含一般材料費及雙叉導尿管等費用，得另加計百分之二十九。	40,724	29%	52,534	69001B	動脈栓塞物切除術	10,731	1%	101	1	0.21	①*0.2
							69002B	經動脈導管之栓塞物切除術	10,731	1%	104	1		
							69004B	動脈內膜切除術	25,735	5%	322	17		
							69013B	長隱靜脈於隱一股交接處的結紮和分離	8,355	100%	1	1		
							69014B	長或短隱靜脈的結紮，分離和完全剝出-單側	8,854	33%	3	1		
							69016B	長及短隱靜脈的結紮，分離和完全剝出-單側	10,877	25%	4	1		
							69023B	頸（肢體）動靜瘻管之切除移植及直接修補，右繞道手術	20,063	5%	198	10		
							69032C	末稍血管修補及吻合術	9,954	4%	24	1 (註 2)		
4	高解析直肛壓力測定術	使用 8 頻道以上之壓力測量感應器，測量肛門括約肌壓力功能、直腸肛門抑制反射、直腸容量感覺閾值、評估肛門靜態壓力等，可做為手術前後評估與追蹤之必要檢查，相較傳統檢查可縮短檢測時間、增加準確度及減少檢查病人之不適。	1.適應症及執行頻率： (1)巨結腸症：下消化道攝影後疑似巨結腸症診斷使用，限一次。 (2)先天性巨結腸症或肛門結構異常術後，仍有排便功能異常，需持續治療者，至多兩年一次。	10,433	59%	10,433	49019B	直肛壓力測定術	748	60%	391	261 (註 3)	2.55	①
			2.支付規範： (1)限消化內科、消化兒科、小兒外科、消化外科、大腸直腸外科專科醫師執行。											

序號	中文名稱	主要臨床功能及目的	適應症/支付規範	建議支付點數		建議支付點數 (含一般材料費) A	被替代項目及替代率					預估 年執行 量 E	預估年增點數 (百萬點) F= ①A*E-B*C*D ②A*E	
				表定點數	表列材料費%		被替代診療項目	中文名稱	支付點數 B	替代成數 C	醫令申報量 D (108/109 年)			
5	環甲膜穿刺術/切開術	部分顏面外傷等困難插管之病人，無法執行氣管內插管時，建立緊急氣道的方式，比起氣管造口術所需手術時間較短，造成的出血量也較少，為更安全與適宜的處置。	<u>1.適應症：經口腔或鼻腔進行氣管內管插管失敗或無法立即執行氣管切開造口術者，並有下列任一情形：</u> <u>(1)緊急顏面外傷、燒傷等困難插管情形</u> <u>(2)呼吸道受阻(SpO₂<90%)</u> <u>2.氣管套管另計。</u>	4,331		4,331	56003C	氣管切開造口術	6,745	0.86%	10,740	92 (註 4)	不增加支出	②
6	俯臥通氣治療-每療程	利用物理學方式改善病人低血氧、促進氧氣交換、提升氧合能力，為急性呼吸窘迫症候群(acute respiratory distress syndrome, ARDS)病人重要治療方式。	<u>1.適應症：(1)成人（十九歲以上）：入住加護病房且插管使用呼吸器之急性呼吸窘迫症候群病人（J80），同時符合下列各項條件：a.氧合指數（PaO₂/FiO₂ ratio）≤150。b.七日內急性發作。c.沒有心因性肺水腫的證據。d.CXR 顯示兩側肺野浸潤。(2)兒童（未滿十九歲）：入住加護病房且插管使用呼吸器，同時符合下列情形之一者：a.氧合指數（PaO₂/FiO₂ ratio）≤150b.OI>16c.OSI>12.3</u> <u>2.禁忌症：心胸及腹腔主要手術、脊椎與骨盆不穩定病人、懷孕第二及第三期婦女、頭部外傷、腦壓或眼壓過高病人、正在發作之癲癇患者</u> <u>3.限內科、外科、麻醉科、兒科、急診醫學科、神經科、神經外科專科醫師執行。</u> <u>4.不得同時申報 47045C。備註：OI=(FiO₂×mean airway pressure ×100)/PaO₂ OSI=(FiO₂×mean airway pressure ×100)/SpO₂</u>	5,114		5,114						2,725 (註 5)	13.94	
7	診斷性乳房攝影	針對乳房 X 光攝影發現之可疑鈣化點，藉由放大攝影能清楚分析可疑鈣化的形態特徵及分布，以減少非必要的切片或手術。	<u>1.適應症：乳房攝影報告（BI-RADS）為 0、3、4、5，同時符合下列情形之一者：</u> <u>(1)乳房診斷性影像發現乳房攝影微鈣化/鈣化。</u> <u>(2)乳房攝影影像發現不對稱、結構扭曲及腫塊。</u> <u>2.限放射診斷科專科醫師執行。</u> <u>3.執行頻率：每人每年限執行二次。</u>	1,374		1,374	33005B	乳房造影術	1245	40.4%	245,429	99,212 (註 6)	12.80	①
(1) 7 項新增項目 小計													31.76	

註 1：以 108 年符合本案診斷碼及處置碼之第二部第二章第七節第七項動脈與靜脈手術項目(69001-69040)119 人次及零成長率估算。

註 2：以 108 年符合本案診斷碼及處置碼之第二部第二章第七節第七項動脈與靜脈手術項目(69001-69040)33 人次及零成長率，又以提案單位預估一條血管占率為 80%，二條血管占率為 20%。

註 3：

(1)申報健保件數：以 108 年申報 49019B「直肛壓力測定術」391 次及零成長率推估，並參考臨床專業意見，可替代 50%-70%(以 60%計算)之 49019B「直肛壓力測定術」，推估 110 年執行 235 次。

(2)自費件數：參考提案單位表示本項自費比例低於 10%，以上述 110 年估計 235 次占 90%，推估 110 年自費次數為 26 次，合計 261 次。

註 4：統計 109 年門、住診同一案件申報 2 次以上氣管切開造口術者，預估本項執行量約 92 人。

註 5：統計 108 年、109 年加護病房住院病人主次診斷為急性呼吸窘迫症候群並插管使用呼吸器者計 2,271、1,885 人次，110 年以 108 年申報量及零成長率推估計 2,271 人次，並依臨床專家意見約 20%適用本項治療，每人平均執行 6 次療程，執行量約 2,725 次(=2,271*20%*6)。

註 6：統計 108 年申報乳房攝影相關醫令（33005B「乳房造影術」及 91、93「乳房 X 光攝影」）且一週內再申報 33005B 者，預估本項執行量約 24,803 人。每人每年追蹤 2 次持續追蹤 2 年，年執行量約 99,212 次。

表二、110 年建議修訂醫療服務給付項目及財務影響評估彙整表(計 7 項目)

序號	診療編號	名稱	修訂說明	適應症/相關規範	建議支付點數 A	原支付點數 B	預估全國 執行量 D	預估年增 點數 (百萬點) E=C*D	
1	10810B	安非他命檢測(免疫分析)	現行限制精神科教學醫院申報不符臨床實務，急診科對於意識不清或昏迷病人之鑑別診斷上，實有迫切性需要。	1.限鑑別診斷用。 ~~2.限精神科教學醫院申報。~~ <u>2.限精神科或急診科專科醫師申報。</u>	250			不影響財務支出	
2	10811B	嗎啡檢測(免疫分析)		1.限鑑別診斷用。 ~~2.限精神科教學醫院申報。~~ <u>2.限精神科或急診科專科醫師申報。</u>	250				
3	10812B	古柯鹼檢測(免疫分析)		1.限鑑別診斷用。 ~~2.限精神科教學醫院申報。~~ <u>2.限精神科或急診科專科醫師申報。</u>	250				
4	10813B	大麻檢測(免疫分析)		1.限鑑別診斷用。 ~~2.限精神科教學醫院申報。~~ <u>2.限精神科或急診科專科醫師申報。</u>	250				
5	10814B	天使塵檢測(免疫分析)		1.限鑑別診斷用。 ~~2.限精神科教學醫院申報。~~ <u>2.限精神科或急診科專科醫師申報。</u>	250				
6	09139C	醣化白蛋白(GA)	依 110 年 11 月 29 日「新增糖尿病及初期慢性腎臟病共管措施暨修訂支付標準 DM 方案及 CKD 方案第二次討論會」決議，院所照護 DM 病人，應依方案完成相關檢驗檢查及提供衛教等，始得申報方案管理照護費。倘於當年 1 月至 3 月新收個案，一年可能申報超過 4 次 GA（DM 病人可能 5 次；DM 及 CKD 共病病人可能 6 次），爰研擬修訂支付規範。	1.適應症： (1)糖尿病合併慢性腎病變。 (2)因血液疾病導致 HbA1c 無法反映血糖控制者。(3)懷孕糖尿病患及妊娠糖尿病患。 (4)血糖數值顯示控制不良，但 HbA1c 數值仍於良好範圍者。(5)禁忌症：血中白蛋白濃度<3g/dL。 2.支付規範： (1)不得同時申報編號 09006C。 (2)一年限申報四次，若為懷孕糖尿病人及妊娠糖尿病人 <u>或當年度為糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案新收案個案</u> ，一年限申報六次。	200	200	492 (註 1)	0.09	
7	12202C	C 型肝炎病毒核酸基因檢測-即時聚合酶連鎖反應法	本署為配合「國家消除 C 肝政策綱領」2025 消除 C 肝政策，爰建議刪除專任醫師開立處方之限制。	註： 適應症： 1.疑似感染 C 型肝炎(包含急性、慢性，及未知原因感染者)且 C 型肝炎核酸病毒量檢測結果為陽性患者。 2.未做過基因型檢測的 C 型肝炎陽性確定患者。 ~~3.12202C 屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方始可申報。~~	200			不影響財務支出	
(2) 7 項修訂項目 小計									0.09

註 1：
醫院：以 108 年及 109 年新收案人數，推估 111 年新收案 117,182 人（共病者 26.1%，DM 病人 73.9%），109 年申報 GA 比率 0.8%，1-3 月新收案比率 23.2%，共病病人每年增加 2 次、DM 病人每年增加 1 次，推估約增加 275 次。【117,182 人*26.1%*23.2%*0.8%*2 次+117,182 人*73.9%*23.2%*0.8%*1 次】
西醫基層：以 108 年及 109 年新收案人數，推估 111 年推估新收案 104,275 人（共病者 26.1%，DM 病人 73.9%），109 年申報 GA 比率 0.7%，1-3 月新收案比率 23.5%，共病病人每年增加 2 次、DM 病人每年增加 1 次，推估約增加 217 次。【104,275 人*26.1%*23.5%*0.7%*2 次+104,275 人*73.9%*23.5%*0.7%*1 次】

表三、110 年建議修訂醫療服務給付項目文字彙整表(計 6 項目)

序號	診療 編號	名稱	修訂說明	適應症/相關規範	備註
1	47045C	體位引流	配合新增 俯臥通氣治療 ，其目的與 47045C 相近，兩項不得同時申報。	註：不得同時申報 49030B。	修訂支付規範，不增加支出。
2	49019B	直肛壓力測定術	配合新增 高解析直肛壓力 測定術，其目的與 49019B 相近，兩項不得同時申報。	註： 1.提升兒童加成項目。 2.不得同時申報 47104B。	修訂支付規範，不增加支出。
3	77030B	腹腔鏡輸尿管取石術 Laparoscopic Ureterolithotomy	配合中文名稱修正英文名稱		修訂英文名稱，不增加支出。
4	80416B	腹腔鏡全子宮切除術 Laparosco py ic hysterectomy	修正英文名稱		修訂英文名稱，不增加支出。
5	80425C	腹腔鏡子宮肌瘤切除術 Laparosco py ic myomectomy	修正英文名稱		修訂英文名稱，不增加支出。
6	12117B	T 淋巴球交叉配合試驗	因「醫療機構設置標準」已將骨髓移植納入規範，爰刪除「保險人同意實施骨髓移植之醫院」等文字。	1.B 淋巴球交叉配合試驗 B lymphocyte cross-match 比照申報。 2.此項檢查必須 ~~是保險人同意實施骨髓移植之醫院~~ 配合骨髓移植才能實施申報。	修訂英文名稱，不增加支出。

003-1診療項目成本分析表(108年新參數校正)

☐現有項目 ☒新增項目

項目名稱：開放性股-股動脈或股-腦動脈或腋-股動脈繞道手術

提案單位：台灣血管外科學會

錄案編號：1081014

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	備註
	品名	單位	單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計	
用人成本	1.主治醫師以上	1	39.1	120	4,692	14,736	刪除醫事人員、行政人員、工友、技工之用人成本，已含於行政及作業管理費中。
	2.住院醫師	2	16.5	180	5,940		
	3.護理人員	3	7.6	180	4,104		
	4.醫事人員	1	8				
	5.行政人員	1	5.9				
	6.工友、技工	2	5.4				
不計價材料或藥品成本	Sindine surgi. scrub 75mg/ml 3800ml	瓶	450.00	0.08	36	11,520	現行已核價項目(如：注射器帶針、針頭)，得核實申報不列入計算。
	Polvidine solution 10% 250ml "VPP"	瓶	67.40	0.50	34		
	Sindine alcoholic tr 10% 200ml	瓶	43.67	1.50	66		
	無菌Ringer's 500ML	袋	14.80	5.00	74		
	無菌注射用水	瓶	3.20	5.00	16		
	無菌生理鹽水1000ML	袋	18.60	10.00	186		
	無菌外用生理鹽水	瓶	5.74	4.00	23		
	無菌外用蒸餾水	瓶	19.30	2.00	39		
	阻力線紗布塊10片／包	包	17.00	6.00	102		
	非阻力線紗布塊10片／包	包	17.00	2.00	34		
	阻力線腹部墊5片／包	包	27.00	2.00	54		
	塑膠注射器帶針1CC						
	塑膠注射器帶針3CC						
	塑膠注射器帶針5CC						
	塑膠注射器帶針10CC						
	塑膠注射器20CC						
	塑膠注射器30CC						
	塑膠注射器50CC						
	26G針頭						
	抽取式手套(未消毒)	100EA/BX	88.00	0.50	44		
	無菌外科手套	雙	11.00	35.00	385		
	手術大棉棒	包	25.00	4.00	100		
	酒精棉片(小)	200片／盒	60.00	0.25	15		
	報告照片黏貼紙	100張／本	33.00	0.02	1		
	心電圖貼紙	片	1.60	7.00	11		
	宜拉膠布	捲	38.00	0.05	2		
	氧氣輸入管	個	5.60	1.00	6		
	心導管光碟片	片	7.00	2.00	14		
	男紙帽(綠色)	100EA/BX	161.00	0.10	16		
	女紙帽(綠色)	100EA/BX	69.00	0.05	3		
	外科口罩	50EA/BX	46.00	0.50	23		
	外科刀片10 #	片	1.64	1.00	2		
	外科刀片11 #	片	1.73	3.00	5		
	外科刀片20 #	片	1.64	2.00	3		
	外科刀片7515	片	130.00	1.00	130		
	外科刀片6400	片	200.00	1.00	200		
	尖銳廢棄物收集器	個	45.00	1.00	45		
	導尿包	包	32.80	1.00	33		
	二叉導尿管		18.50	1.00	19		
	塑膠舊尿袋	包	29.30	1.00	29		
	Tegaderm	片	2.82	1.00	3		
	6吋布膠	捲	8.70	0.10	1		
	2吋3M紙膠	捲	5.40	0.05	0		

直接成本	6吋紗繃	捲	69.30	1.00	69			
	簡易剃毛刀	支	3.20	1.00	3			
	塑膠抽痰管	包	1.55	10.00	16			
	耐熱吸管（外科接管）	包	24.30	1.00	24			
	VICRYL PLUS 2-0	包	110.00	4.00	440			
	SILK No.2	包	48.00	1.00	48			
	SILK 4-0	包	13.50	3.00	41			
	SILK 3-0	包	13.50	2.00	27			
	SILK 2-0	包	13.60	2.00	27			
	D-T SILK 2-0	包	276.00	2.00	552			
	5-0 prolene 大	包	170.00	2.00	340			
	6-0 prolene	包	244.00	4.00	976			
	7-0 prolene	包	124.50	8.00	996			
	NYLON 3-0	包	21.80	4.00	87			
	NYLON 4-0	包	21.80	4.00	87			
	1 1/2圓針	包	38.00	1.00	38			
	血管識別帶	包	135.00	2.00	270			
	Suture Boots	包	160.00	1.00	160			
	Bulldog	包	360.00	2.00	720			
	電刀迴路片	片	19.00	1.00	19			
	D. K吸水球	個	36.50	2.00	73			
	廢液收集袋（綠色）	包	37.00	2.00	74			
	廢液收集袋（白）	包	38.00	3.00	114			
	縫針計數器	個	10.00	3.00	30			
	電刀清潔片	包	8.40	2.00	17			
	手控電燒刀	包	45.00	2.00	90			
	下肢無菌手術包	包	480.00	1.00	480			
	單件防水衣包	包	98.00	8.00	784			
	防水單	包	300.00	2.00	600			
	中單包	包	150.00	3.00	450			
	中單包-大	包	216.00	2.00	432			
	雙層治療巾包	包	76.00	8.00	608			
	雙層治療巾包-大	包	216.00	2.00	432			
	特大盤套包	包	68.00	1.00	68			
	紗布計數盒	個	6.35	6.00	38			
	外科手術衣加長型	件	95.00	2.00	190			
	感染性束口垃圾袋	個	15.60	6.00	94			
	非感染性束口垃圾袋	個	42.33	6.00	254			
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	
	生理記錄分析系統（雙向 心導管X光系統二之二）	2,144,000	7	3.2	180	567	4,506	校正設備每分鐘折舊 金額、刪除水電已含 於行政及作業管理費 中。
	治療台車	8,900	7	0.0	180	2		
	保溫燈	9,800	7	0.0	180	3		
	手術燈	970,000	7	1.4	180	257		
	手術煙霧收集過濾器	240,000	7	0.4	180	63		
	手術床	3,495,000	7	5.1	180	925		
	光源機	300,000	7	0.4	180	79		
	電刀	300,000	7	0.4	180	79		
	保溫箱	265,000	7	0.4	180	70		
	工作站(電腦)	52,200	7	0.1	180	14		
	滅菌鍋	1,600,000	7	2.4	120	282		
	器械清洗機	2,618,000	7	3.8	60	231		
	超音波清洗機	1,070,000	7	1.6	60	94		
	病人轉運架	180,000	7	0.3	10	3		
	封口機	125,000	7	0.2	20	4		
	水+電(月)	85,000						
	小計					2,673		
	非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %					757		
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	4,506	校正房屋折舊每分鐘 金額及占用時間。
	75m2	2,048,625	50	0.40	180	71.1		
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)×28.7%						1,005		
直接成本合計							30,762	
作業及管理費用(直接成本×13.1%)							4,030	
成本總計							34,792	

003-1診療項目成本分析表(108年新參數校正)

附件 2-2

□ 現有項目 ■ 新增項目

項目名稱：膝下動脈繞道手術(一條血管)

提案單位：台灣血管外科學會

錄案編號：1081015-1

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	備註
	1.主治醫師以上	1	39.1	180	7,038	20,430	刪除醫事人員、行政人員、工友、技工之用人成本，已含於行政及作業管理費中。
	2.住院醫師	2	16.5	240	7,920		
	3.護理人員	3	7.6	240	5,472		
	4.醫事人員	1	8		-		
	5.行政人員	1	5.9		-		
	6.工友、技工	2	5.4		-		
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	現行已核價項目(如：注射器帶針、針頭)，得核實申報不列入計算。
	Sindine surgi. scrub 75mg/ml 3800ml	瓶	450.00	0.08	36	11,520	
	Polvidine solution 10% 250ml "VPP"	瓶	67.40	0.50	34		
	Sindine alcoholic tr 10% 200ml	瓶	43.67	1.50	66		
	無菌Ringer's 500ML	袋	14.80	5.00	74		
	無菌注射用水	瓶	3.20	5.00	16		
	無菌生理鹽水1000ML	袋	18.60	10.00	186		
	無菌外用生理鹽水	瓶	5.74	4.00	23		
	無菌外用蒸餾水	瓶	19.30	2.00	39		
	阻力線紗布塊10片／包	包	17.00	6.00	102		
	非阻力線紗布塊10片／包	包	17.00	2.00	34		
	阻力線腹部墊5片／包	包	27.00	2.00	54		
	塑膠注射器帶針1CC						
	塑膠注射器帶針3CC						
	塑膠注射器帶針5CC						
	塑膠注射器帶針10CC						
	塑膠注射器20CC						
	塑膠注射器30CC						
	塑膠注射器50CC						
	26G針頭						
	抽取式手套（未消毒）	100EA/BX	88.00	0.50	44		
	無菌外科手套	雙	11.00	35.00	385		
	手術大棉棒	包	25.00	4.00	100		
	酒精棉片（小）	200片／盒	60.00	0.25	15		
	報告照片黏貼紙	100張／本	33.00	0.02	1		
	心電圖貼紙	片	1.60	7.00	11		
	宜拉膠布	捲	38.00	0.05	2		
	氧氣輸入管	個	5.60	1.00	6		
	心導管光碟片	片	7.00	2.00	14		
	男紙帽（綠色）	100EA/BX	161.00	0.10	16		
	女紙帽（綠色）	100EA/BX	69.00	0.05	3		
	外科口罩	50EA/BX	46.00	0.50	23		
	外科刀片10 #	片	1.64	1.00	2		
	外科刀片11 #	片	1.73	3.00	5		
	外科刀片20 #	片	1.64	2.00	3		
	外科刀片7515	片	130.00	1.00	130		
	外科刀片6400	片	200.00	1.00	200		
	尖銳廢棄物收集器	個	45.00	1.00	45		
	導尿包	包	32.80	1.00	33		
	二叉導尿管		18.50	1.00	19		
	塑膠蓄尿袋	包	29.30	1.00	29		
	Tegaderm	片	2.82	1.00	3		
	6吋布膠	捲	8.70	0.10	1		
	2吋3M紙膠	捲	5.40	0.05	0		
	6吋紗網	捲	69.30	1.00	69		
	簡易剃毛刀	支	3.20	1.00	3		
	塑膠抽痰管	包	1.55	10.00	16		
耐熱吸管（外科接管）	包	24.30	1.00	24			

成本	VICRYL PLUS 2-0		包	110.00	4.00	440			
	SILK No. 2		包	48.00	1.00	48			
	SILK 4-0		包	13.50	3.00	41			
	SILK 3-0		包	13.50	2.00	27			
	SILK 2-0		包	13.60	2.00	27			
	D-T SILK 2-0		包	276.00	2.00	552			
	5-0 prolene 大		包	170.00	2.00	340			
	6-0 prolene		包	244.00	4.00	976			
	7-0 prolene		包	124.50	8.00	996			
	NYLON 3-0		包	21.80	4.00	87			
	NYLON 4-0		包	21.80	4.00	87			
	1 1/2圓針		包	38.00	1.00	38			
	血管識別帶		包	135.00	2.00	270			
	Suture Boots		包	160.00	1.00	160			
	Bulldog								
	一次性耗材		包	360.00	2.00	720			
	電刀迴路板		片	19.00	1.00	19			
	D.K吸水球		個	36.50	2.00	73			
	廢液收集袋(綠色)		包	37.00	2.00	74			
	廢液收集袋(白)		包	38.00	3.00	114			
	縫針計數器		個	10.00	3.00	30			
	電刀清潔片		包	8.40	2.00	17			
	手控電燒刀 一次性								
	耗材		包	45.00	2.00	90			
	下肢無菌手術包		包	480.00	1.00	480			
	單件防水衣包		包	98.00	8.00	784			
	防水衣包 因手術時間長有時替換人力故以4x2=8 計算								
	防水單		包	300.00	2.00	600			
	中單包		包	150.00	3.00	450			
	中單包-大		包	216.00	2.00	432			
	雙層治療巾包		包	76.00	8.00	608			
	雙層治療巾包-大		包	216.00	2.00	432			
	特大盤套包		包	68.00	1.00	68			
	紗布計數盒		個	6.35	6.00	38			
	外科手術衣加長型		件	95.00	2.00	190			
	感染性束口垃圾袋		個	15.60	6.00	94			
	非感染性束口垃圾袋		個	42.33	6.00	254			
	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
		生理記錄分析系統(雙向心導管X光系統二之二)		2,144,000	7	3.2	240	756	校正設備每分鐘折舊金額、刪除水電已含於行政及作業管理費中。
		治療台車		8,900	7	0.0	240	3.1	
保溫燈		9,800	7	0.0	240	3.5			
手術燈		970,000	7	1.4	240	342.2			
手術煙霧收集過濾器		240,000	7	0.4	240	84.7			
手術床		3,495,000	7	5.1	240	1,232.8			
光源機		300,000	7	0.4	240	105.8			
電刀		300,000	7	0.4	240	105.8			
保溫箱		265,000	7	0.4	240	93.5			
工作站(電腦)		52,200	7	0.1	240	18.4			
滅菌鍋		1,600,000	7	2.4	120	282.2			
器械清洗機		2,618,000	7	3.8	60	230.9			
超音波清洗機		1,070,000	7	1.6	60	94.4			
病人轉運架		180,000	7	0.3	10	2.6			
封口機		125,000	7	0.2	20	3.7			
水+電(月)		85,000							
小計						3,360			
非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %						951			
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	校正房屋折舊每分鐘金額及占用時間。	
	75m2	2,048,625	50	0.40	240	94.8			
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用) × 28.7%							1,264		
直接成本合計							37,620		
作業及管理費用(直接成本 × 13.1 %)							4,928		
成本總計							42,548		

003-1 診療項目成本分析表(108年新參數校正)

☐ 現有項目 ☒ 新增項目

項目名稱：開放性膝下動脈繞道手術(兩條血管)

提案單位：台灣血管外科學會

錄案編號：1081015-2

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	備註
	1.主治醫師以上	1	39.1	255	9,971	27,548	刪除醫事人員、行政人員、工友、技工之用人成本，已含於行政及作業管理費中。
	2.住院醫師	2	16.5	315	10,395		
	3.護理人員	3	7.6	315	7,182		
	4.醫事人員	1	8		-		
	5.行政人員	1	5.9		-		
	6.工友、技工	2	5.4		-		
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	現行已核價項目 (如：注射器帶針、針頭)，得核實申報不列入計算。
	Sindine surgi. scrub 75mg/ml 3800ml	瓶	450.00	0.08	36	11,520	
	Polvidine solution 10% 250ml "VPP"	瓶	67.40	0.50	34		
	Sindine alcoholic tr 10% 200ml	瓶	43.67	1.50	66		
	無菌Ringer's 500ML	袋	14.80	5.00	74		
	無菌注射用水	瓶	3.20	5.00	16		
	無菌生理鹽水1000ML	袋	18.60	10.00	186		
	無菌外用生理鹽水	瓶	5.74	4.00	23		
	無菌外用蒸餾水	瓶	19.30	2.00	39		
	阻力線紗布塊10片／包	包	17.00	6.00	102		
	非阻力線紗布塊10片／包	包	17.00	2.00	34		
	阻力線腹部墊5片／包	包	27.00	2.00	54		
	塑膠注射器帶針1CC						
	塑膠注射器帶針3CC						
	塑膠注射器帶針5CC						
	塑膠注射器帶針10CC						
	塑膠注射器20CC						
	塑膠注射器30CC						
	塑膠注射器50CC						
	26G針頭						
	抽取式手套（未消毒）	100EA/BX	88.00	0.50	44		
	無菌外科手套	雙	11.00	35.00	385		
	手術大棉棒	包	25.00	4.00	100		
	酒精棉片（小）	200片／盒	60.00	0.25	15		
	報告照片黏貼紙	100張／本	33.00	0.02	1		
	心電圖貼紙	片	1.60	7.00	11		
	宜拉膠布	捲	38.00	0.05	2		
	氧氣輸入管	個	5.60	1.00	6		
	心導管光碟片	片	7.00	2.00	14		
	男紙帽（綠色）	100EA/BX	161.00	0.10	16		
	女紙帽（綠色）	100EA/BX	69.00	0.05	3		
	外科口罩	50EA/BX	46.00	0.50	23		
	外科刀片10＃	片	1.64	1.00	2		
	外科刀片11＃	片	1.73	3.00	5		
	外科刀片20＃	片	1.64	2.00	3		
	外科刀片7515	片	130.00	1.00	130		
	外科刀片6400	片	200.00	1.00	200		
	尖銳廢棄物收集器	個	45.00	1.00	45		
	導尿包	包	32.80	1.00	33		
	二叉導尿管		18.50	1.00	19		
	塑膠蓄尿袋	包	29.30	1.00	29		
	Tegaderm	片	2.82	1.00	3		
	6吋布膠	捲	8.70	0.10	1		
	2吋3M紙膠	捲	5.40	0.05	0		

直接成本	6吋紗繃	捲	69.30	1.00	69			
	簡易剃毛刀	支	3.20	1.00	3			
	塑膠抽痰管	包	1.55	10.00	16			
	耐熱吸管（外科接管）	包	24.30	1.00	24			
	VICRYL PLUS 2-0	包	110.00	4.00	440			
	SILK No.2	包	48.00	1.00	48			
	SILK 4-0	包	13.50	3.00	41			
	SILK 3-0	包	13.50	2.00	27			
	SILK 2-0	包	13.60	2.00	27			
	D-T SILK 2-0	包	276.00	2.00	552			
	5-0 prolene 大	包	170.00	2.00	340			
	6-0 prolene	包	244.00	4.00	976			
	7-0 prolene	包	124.50	8.00	996			
	NYLON 3-0	包	21.80	4.00	87			
	NYLON 4-0	包	21.80	4.00	87			
	1 1/2圓針	包	38.00	1.00	38			
	血管識別帶	包	135.00	2.00	270			
	Suture Boots	包	160.00	1.00	160			
	Bulldog	包	360.00	2.00	720			
	電刀迴路板	片	19.00	1.00	19			
	D.K吸水球	個	36.50	2.00	73			
	廢液收集袋（綠色）	包	37.00	2.00	74			
	廢液收集袋（白）	包	38.00	3.00	114			
	縫針計數器	個	10.00	3.00	30			
	電刀清潔片	包	8.40	2.00	17			
	手控電燒刀	包	45.00	2.00	90			
	下肢無菌手術包	包	480.00	1.00	480			
	單件防水衣包	包	98.00	8.00	784			
	防水單	包	300.00	2.00	600			
	中單包	包	150.00	3.00	450			
	中單包-大	包	216.00	2.00	432			
	雙層治療巾包	包	76.00	8.00	608			
	雙層治療巾包-大	包	216.00	2.00	432			
	特大盤套包	包	68.00	1.00	68			
	紗布計數盒	個	6.35	6.00	38			
	外科手術衣加長型	件	95.00	2.00	190			
	感染性束口垃圾袋	個	15.60	6.00	94			
	非感染性束口垃圾袋	個	42.33	6.00	254			
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	校正設備每分鐘折舊 金額、刪除水電已含 於行政及作業管理費 中。
	生理記錄分析系統（雙 向心導管X 光系統二之 二）	2,144,000	7	3.2	315	993	7,125	
	治療台車	8,900	7	0.0	315	4		
	保溫燈	9,800	7	0.0	315	5		
	手術燈	970,000	7	1.4	315	449		
	手術煙霧收集過濾器	240,000	7	0.4	315	111		
	手術床	3,495,000	7	5.1	315	1,618		
	光源機	300,000	7	0.4	315	139		
	電刀	300,000	7	0.4	315	139		
	保溫箱	265,000	7	0.4	315	123		
	工作站(電腦)	52,200	7	0.1	315	24		
	滅菌鍋	1,600,000	7	2.4	120	282		
	器械清洗機	2,618,000	7	3.8	60	231		
	超音波清洗機	1,070,000	7	1.6	60	94		
	病人轉運架	180,000	7	0.3	10	3		
	封口機	125,000	7	0.2	20	4		
	水+電(月)	85,000						
	小計					4,218		
	非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %					1,194		
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	7,125	校正房屋折舊每分 鐘金額及占用時間。
	75m2	2,048,625	50	0.40	315	124.5		
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)×28.7%						1,589		
直接成本合計							46,193	
作業及管理費用(直接成本×13.1 %)							6,051	
成本總計							52,244	

003-1診療項目成本分析表(108年新參數校正)

☐現有項目 ☒新增項目

項目名稱：高解析直肛壓力檢查
提案單位：台灣兒科醫學會
錄案編號：1071014

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	備註	
		1.主治醫師以上	1		39.1	55	2,151	2,721	應納入作業及管理費用	
		2.住院醫師								
		3.護理人員	1		7.6	75	570			
		4.醫事人員								
		5.行政人員								
		6.工友、技工				5				
	不計 價材或 藥品 成本	品 名	單 位		單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計		
		1. 高解析直肛壓力測量管	條		5,610.00	1.000	6,106	6,146	1. 國內醫學中心之醫材價格介於4,000~7,500元，取平均數5,610元。 2. 除以近4季醫院總額部門浮動點值之平均值(109Q1~109Q4為0.0197)。	
		2. 手套	雙		5.50	4.00	22			
		3. 3M膠帶	組		5.95	0.05	0			
		4. 治療紙巾	捆		350.00	0.05	18			
		5. Xylocaine jelly	條		2.90	0.05	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	
			1. 高解析直肛壓力測量檢查主機	3,200,000	7	4.7	35	164.6	358	
			2. 三合一血壓測量器	102,500	7	0.2	5	0.8		
			3. 檢查床	9,800	7	0.0	35	0.5		
小計						166				
非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %						47				
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			
	128.93	5,634,757	50	1.09	60	65.2				
	維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用) × 28.7%						80			
直接成本合計								9,225		
作業及管理費用(直接成本 × 13.1 %)								1,208		
成本總計								10,433		

003-1 診療項目成本分析表(校正)

☐ 現有項目
☒ 新增項目

項目名稱：環甲膜切開術

提案單位：急診醫學會

錄案編號：108-1051

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	25	978	2,766
		2.住院醫師	2		16.5	30	990	
		3.護理人員	3		7.6	35	798	
		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
		刀片	片		25.00	1.00	25	489
		縫合針線	組		35.00	1.00	35	
		消毒液	CC		5.0	10.00	50	
		注射用針筒/針頭	組		35.0	0.00	-	
		消毒棉球	包		25.0	1.00	25	
		生命監測器貼片	個		100.0	3.00	300	
		器械包盤	組		18	1.00	18	
		手術器械	組		36	1	36	
	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
		Bag Valve Mask	5,000	7	0.0	35	0	574
		急救設備	100,000	7	0.1	45	7	
		電擊器	200,000	7	0.3	45		
		生命監測器	300,000	7	0.4	55		
		推床	30,000	7	0.0	55	2	
小計					9			
非醫療設備=醫療設備 × 33.5 %					3			
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	
	3	50,000,000	50	9.65	45	434.0		
	維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)×28.7%					128		
直接成本合計							3,829	
作業及管理費用(直接成本×13.1 %)							502	
成本總計							4,331	

特材已核價

成本內含於47028C「去顫術」

成本內含於47033B「無侵害性血壓監視器」

003-1診療項目成本分析表(108年新參數校正)

☐現有項目 ☒新增項目

項目名稱：俯臥通氣治療（每療程）

提案單位：社團法人台灣胸腔暨重症加護醫學會

錄案編號：106年60億案35-05

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	備註
		1.主治醫師以上	1		49.1	25	1,228	4,522	1. 以每次耗用 60分鐘計算， 主治醫師改以 耗用25分鐘計 算 2. 增加呼 吸治療師1人
		2.住院醫師	1		16.5	60	990		
		3.護理人員	4		7.6	60	1,824		
		4.醫事人員	1		8	60	480		
		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
小計					-				
非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %					-				
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			
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)×28.7%							-		
直接成本合計								4,522	
作業及管理費用(直接成本×13.1 %)								592	
成本總計								5,114	

003-1 診療項目成本分析表_綜整版(108年新參數校正)

☐ 現有項目 ☒ 新增項目

項目名稱：乳房局部放大攝影

提案單位：中華民國放射線醫學會

錄案編號：109-1007

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	備註 1. 用人成本刪除工友、技工之用人成本(已含於行政及作業管理費中)。 2. 校正醫事人員每人每分鐘成本。	
		1.主治醫師以上	1		39.1	10	391	511		
		2.住院醫師								
		3.護理人員								
		4.醫事人員	1		8	15	120			
		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	704	校正房屋折舊使用年限、每分鐘折舊金額。
		立體數位乳房斷層攝影及定位系統及周邊設備	19,090,000	7	28.1	15	420.86			
		小計					421			
		非醫療設備=醫療設備 × 28.3 %					119			
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				
	50	2,481,360	50	0.48	15	7.2				
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)×28.7%						157				
直接成本合計								1,215		
作業及管理費用(直接成本×13.1 %)								159		
成本總計								1,374		

110 年新增修診療項目預算執行進度表

辦理進度	會議時間	序號	內容		推估預算 (百萬點)	
			類別	新增修診療項目	醫院	基層
110.7.1 生效實施		1	新增	前列腺切片-超音波導引	6.56	0.02
		1	修訂	編號 47103A 經導管無導線心律調節器置放或置換術	不影響	
		(1) 通過 2 項 小計			6.56	0.02
110.11.1 生效實施	110.7.29 共擬會議 討論通過	2	新增	胸(腹)腔鏡食道胃管重建術	5.37	
		3	新增	胸(腹)腔鏡食道憩室切除術	0.06	
		4	新增	胸(腹)腔鏡橫膈疝氣修補術	0.33	
		5	新增	腹腔鏡食道靜脈瘤曲張結紮,經胸或經腹	0.01	
		6	新增	腹腔鏡食道靜脈瘤曲張結紮,脾臟切除併近心端胃血管去除-經腹	0.09	
		7	新增	腹腔鏡經由腹腔之橫膈赫尼亞之修補	1.18	
		8	新增	腹腔鏡膈下膿瘍引流術	0.63	
		9	新增	腹腔鏡胃部分切除術(潰瘍或腫瘤)	2.56	
		10	新增	腹腔鏡胃空腸造口吻合術	0.14	
		11	新增	腹腔鏡胃縫合術(胃潰瘍穿孔及胃損傷縫合)	9.67	
		12	新增	腹腔鏡全胃切除及淋巴清除及腸胃重建	3.71	
		13	新增	腹腔鏡次全胃切除及淋巴清除及腸胃重建	17.21	
		14	新增	腹腔鏡十二指腸縫合術(十二指腸潰瘍穿孔的縫合)	5.27	
		15	新增	腹腔鏡部分小腸切除術加吻合術	4.03	
		16	新增	腹腔鏡良性小腸病灶切除術	0.31	
		17	新增	腹腔鏡總膽管空腸吻合術	0.15	
		18	新增	腹腔鏡總膽管囊腫切除術,膽管空腸吻合術	1.44	
		19	新增	腹腔鏡膽道組織切片術	0.01	
		20	新增	腹腔鏡總膽管切開摘石術(無或有 T 型管引流)	0.68	
		21	新增	腹腔鏡肝外膽管成形術	0.09	
		22	新增	楔狀肝臟切片(腹腔鏡)	1.61	
		23	新增	腹腔鏡肝部分切除術	9.41	
		24	新增	腹腔鏡肝區域切除術-一區域	13.32	
		25	新增	腹腔鏡肝區域切除術-二區域	14.18	
		26	新增	腹腔鏡右肝葉切除術	2.05	
		27	新增	腹腔鏡左肝葉切除術	2.52	
		28	新增	腹腔鏡肝區域切除術-三區域	4.19	
		29	新增	腹腔鏡擴大右肝葉切除術	1.39	
		30	新增	腹腔鏡擴大左肝葉切除術	1.10	
		31	新增	腹腔鏡縫肝術(肝損傷縫合,小於五公分)	0.12	
		32	新增	腹腔鏡活體捐肝摘取	1.48	
		33	新增	腹腔鏡胰組織切片術	0.22	
		34	新增	腹腔鏡胰臟腫瘤或囊腫切除或摘除術	0.03	
		35	新增	腹腔鏡遠端胰臟尾端切除術	1.27	
		36	新增	腹腔鏡胰臟尾端切除術-脾臟保留	0.61	
		37	新增	腹腔鏡胰臟體部分切除術	0.15	
		38	新增	腹腔鏡胰臟結石去除術	不影響	
		39	新增	腹腔鏡次全胰臟切除術	0.20	
		40	新增	腹腔鏡胰臟全切除術	0.06	
		41	新增	腹腔鏡胰十二指腸切除術	4.60	
		42	新增	腹腔鏡 Whipple 氏胰、十二指腸切除術(幽門保留)	3.33	

辦理進度	會議 時間	序 號	內容		推估預算 (百萬點)	
			類別	新增修診療項目	醫院	基層
		43	新增	腹腔鏡胰臟空腸吻合術	0.14	
		44	新增	腹腔鏡腹壁疝氣修補術－併腸切除	0.24	
		45	新增	腹腔鏡腹壁疝氣修補術－無腸切除	2.13	0.03
		46	新增	腹腔鏡腹壁疝氣修補術，嵌頓性－無腸切除	0.73	0.01
		47	新增	腹腔鏡腹壁疝氣修補術，復發性－無腸切除	0.23	0.00
		48	新增	腹腔鏡鼠蹊疝氣修補術－併腸切除	0.14	
		49	新增	腹腔鏡鼠蹊疝氣修補術－無腸切除	3.34	0.05
		50	新增	腹腔鏡鼠蹊疝氣修補術，嵌頓性－無腸切除	0.86	0.01
		51	新增	腹腔鏡鼠蹊疝氣修補術，復發性－無腸切除	0.74	0.01
		52	新增	腹腔鏡股疝氣修補術－無腸切除	0.08	0.00
		53	新增	腹腔鏡腰椎疝氣修補術	0.01	
		54	新增	腹腔鏡腹腔探查術	2.83	
		55	新增	腹腔鏡後腹腔探查術	0.08	
		56	新增	腹腔鏡腹腔良性腫瘤切除術	2.42	
		57	新增	腹腔鏡腹腔惡性腫瘤切除術	4.71	
		58	新增	腹腔鏡腹腔內異物卻除術	1.73	
		59	新增	腹腔鏡闌尾膿瘍之引流	0.11	
		60	新增	腹腔鏡腹腔內膿瘍引流術治療急性穿孔性腹膜炎	10.93	0.17
		61	新增	腹腔鏡骨盆腔膿瘍引流術－經腹	0.75	0.01
		62	新增	腹腔鏡活體捐腎切除術	6.56	
		63	新增	腹腔鏡部分大腸切除術	0.81	
		64	新增	腹腔鏡左半結腸切除術	5.08	
		65	新增	腹腔鏡低前位直腸切除術	15.24	
		66	新增	腹腔鏡 Hartmann 氏直腸手術	0.75	
		67	新增	腹腔鏡腹部會陰聯合切除術	3.05	
		68	新增	腹腔鏡腸套疊還原及腸切除和吻合	0.21	
		69	新增	腹腔鏡先天性巨結腸症	0.10	
		70	新增	腹腔鏡幽門肌肉切開術	0.17	
		71	新增	腹腔鏡腸套疊之還原	2.01	
		72	新增	腹腔鏡腸套疊還原及腸造口或結腸造口	0.01	
		73	新增	腹腔鏡先天性膽道閉鎖，葛西手術或其他肝腸吻合手術	0.29	
		74	新增	腹腔鏡先天性膽道閉鎖探查術	0.02	
		75	新增	腹腔鏡腸旋轉復形術	0.16	
		76	新增	腹腔鏡腸閉鎖，腸切除及吻合術	0.21	
		77	新增	腹腔鏡先天性十二指腸閉鎖或輪狀胰	0.07	
		78	新增	腹腔鏡食道閉鎖及食道氣管瘻管手術	0.19	
		79	新增	腹腔鏡高位肛門成形術	0.43	
		80	新增	腹腔鏡腎盂成形術	0.08	
		81	新增	腹腔鏡輸尿管膀胱重建術－單側	1.12	
		82	新增	腹腔鏡輸尿管膀胱重建術－雙側	0.28	
		83	新增	腹腔鏡後腹腔良性腫瘤切除術	1.82	
		84	新增	腹腔鏡後腹腔惡性腫瘤切除術併後腹腔淋巴腺摘除術	2.97	
		85	新增	腹腔鏡根治性腎切除術	2.77	
		86	新增	腹腔鏡攝護腺癌根治性攝護腺切除術併雙側骨盆腔淋巴切 除術	43.02	
		87	新增	腹腔鏡膀胱全切除術合併骨盆腔淋巴切除術	0.41	

辦理進度	會議時間	序號	內容		推估預算 (百萬點)	
			類別	新增修診療項目	醫院	基層
		88	新增	腹腔鏡膀胱全切除術及骨盆腔淋巴切除術合併雙側輸尿管迴腸經皮分流術	0.41	
		89	新增	腹腔鏡輸尿管成形術－單側	0.09	
		90	新增	腹腔鏡後腹膜腔淋巴腺切除術，腹腔鏡主動脈旁淋巴腺切除術比照申報	1.52	
		91	新增	腹腔鏡骨盆腔淋巴腺切除術	2.42	
		92	新增	腹腔鏡骨盆腔粘連分離術	1.11	0.02
		93	新增	腹腔鏡子宮懸吊術	0.06	
		94	新增	腹腔鏡子宮頸癌全子宮根除術	0.60	
		95	新增	腹腔鏡卵巢懸吊術	0.06	
		96	新增	腹腔鏡輸卵管整形術	1.15	0.02
		97	新增	Nissen 氏胃摺疊術	不影響	
		98	新增	腦膜炎/腦炎病原體多標的核酸檢測	30.06	
		99	新增	HIV 1/2 抗體確認檢驗(抗體免疫層析檢驗法)	1.11	不影響
		2	修訂	編號 14082B 人類免疫缺陷病毒抗原-抗體試驗	10.97	
		3	修訂	編號 14074C HIV 病毒負荷量檢查	8.46	0.01
		4	修訂	編號 36022B 乳癌術後低分次全乳照射合併局部加強照射放射治療	不影響	
		5	修訂	編號 36023B 乳癌術後低分次全乳照射無合併局部加強照射放射治療	不影響	
		6	修訂	編號 22017C 平衡檢查	不影響	
		7	修訂	編號 12185C 核糖核酸類定量擴增試驗	不影響	
		8	修訂	編號 14075CHIV-I 抗體檢查(西方墨點法)	不影響	
		9	修訂	編號 14076CHIV-II 抗體檢查(西方墨點法)	不影響	
		10	修訂	編號 17007B 標準支氣管擴張劑試劑	不影響	
		11	修訂	編號 17020B 多次呼吸肺氣廓清試驗	不影響	
		12	修訂	編號 77030B 腹腔鏡輸尿管取石術	不影響	
		13	修訂	編號 80014C 腹腔鏡式骨盆腔子宮內膜異位症電燒及切除-輕度：子宮內膜異位症分級指數小於或等於五分。	不影響	
		14	修訂	編號 80029C 腹腔鏡式骨盆腔子宮內膜異位症電燒及切除-中度：子宮內膜異位症分級指數六至四十分。	不影響	
		15	修訂	編號 80031C 腹腔鏡式骨盆腔子宮內膜異位症電燒及切除-重度：子宮內膜異位症分級指數大於四十分。	不影響	
		16	修訂	編號 79410B 攝護腺癌根治性攝護腺切除術併雙側骨盆腔淋巴切除術	不影響	
		17	修訂	編號 26078A 鐳 223 治療處置費	不影響	
		(2) 通過 114 項 小計			292.85	0.35
110.12.1 生效實施	110.9.9 共 擬會議討 論通過	100	新增	大腸金屬支架置放術	3.16	-
		101		腹腔鏡次全子宮切除術	不影響	-
		102		濕化高流量氧氣治療－第一天照護費(含管路特材)	77.97	-
		103		濕化高流量氧氣治療－第二天後照護費(天)	60.02	-
		18	修訂	編號 56041K 迷走神經刺激術(VNS)-參數調整	1.95	-
		19		編號 57004C 氧氣吸入使用費一天	不影響	-
		20		編號 57023B 非侵襲性陽壓呼吸治療一天	不影響	-
		21		編號 80402C 一般子宮肌瘤切除術	不影響	-
		22		編號 80403B 一般全子宮切除術	不影響	-
		23		編號 80404C 次全子宮切除術	不影響	-

辦理進度	會議時間	序號	內容		推估預算 (百萬點)	
			類別	新增修診療項目	醫院	基層
		24		編號 80415C 子宮鏡切除子宮腔隔膜或子宮肌瘤	不影響	-
25	編號 80416B 腹腔鏡全子宮切除術	不影響		-		
26	編號 80420C 複雜性子宮肌瘤切除術	不影響		-		
27	編號 80421B 複雜性全子宮切除術	不影響		-		
28	編號 80425C 腹腔鏡子宮肌瘤切除術	不影響		-		
29	編號 29035B 乳房病灶粗針穿刺組織切片（單側）	不影響		-		
30	編號 39025B 經皮甲狀腺腫瘤酒精注射	不影響		-		
31	第二部第二章第八節輸血及骨髓移植通則	不影響		-		
(3) 通過 18 項 小計					143.09	-
(1)~(3)共計增修訂 134 項 合計					442.50	0.36
待本會議 討論	110.12.9	104	新增	開放性股-股動脈或股-髖動脈或腋-股動脈繞道手術	1.70	-
		105		開放性膝下動脈繞道手術-一條血管	0.57	-
		106		開放性膝下動脈繞道手術-兩條血管	0.21	-
		107		高解析直肛壓力測定術	2.55	-
		108		環甲膜穿刺術/切開術	不影響	-
		109		俯臥通氣治療-每療程	13.94	-
		110		診斷性乳房攝影	12.80	-
		32	修訂	編號 09139C 醣化白蛋白(GA)	0.05	0.04
		33		編號 12202CC 型肝炎病毒核酸基因檢測-即時聚合酶連鎖反應法	不影響	-
		34		編號 10810B 安非他命檢測(免疫分析)	不影響	-
		35		編號 10811B 嗎啡檢測(免疫分析)	不影響	-
		36		編號 10812B 古柯鹼檢測(免疫分析)	不影響	-
		37		編號 10813B 大麻檢測(免疫分析)	不影響	-
		38		編號 10814B 天使塵檢測(免疫分析)	不影響	-
		39		編號 47045C 體位引流	不影響	-
		40		編號 49019B 直肛壓力測定術	不影響	-
		41		編號 77030B 腹腔鏡輸尿管取石術	不影響	-
		42		編號 12117B T 淋巴球交叉配合試驗	不影響	-
		43		編號 80416B 腹腔鏡全子宮切除術	不影響	-
		44		編號 80425C 腹腔鏡子宮肌瘤切除術	不影響	-
(4) 通過 20 項 小計					31.81	0.04
(1)~(4)共計增修訂 154 項 合計					474.31	0.41

1.醫院總額：110 年新增診療項目預算 450 百萬元，110 年第 4 次共擬會議預估增加 31.81 百萬元，預算推估執行數已達 474.31 百萬點(新增序號 1~108 及修訂序號 1~32 項，其中 26.73 百點(新增序號 109、110 項)將以 111 年度預算支應。

2.西醫基層總額：110 年新增診療項目預算 40 百萬元，110 年預估增加 0.41 百萬點，尚餘 39.59 百萬元。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目 修正規定

第二部 西醫

第二章 特定診療

第一節 檢查 Laboratory Examination

第四項 生化學檢查 Biochemistry Examination

一、一般生化學檢查 (09001-09139)

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
09139C	醣化白蛋白(GA) 註： 1.適應症： (1)糖尿病合併慢性腎病變。 (2)因血液疾病導致HbA1c無法反映血糖控制者。 (3)懷孕糖尿病患及妊娠糖尿病患。 (4)血糖數值顯示控制不良，但HbA1c數值仍於良好範圍者。 (5)禁忌症：血中白蛋白濃度<3g/dL。 2.支付規範： (1)不得同時申報編號09006C。 (2)一年限申報四次，若為懷孕糖尿病人及妊娠糖尿病人 <u>或當年度為糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案新收案個案</u> ，一年限申報六次。	V	V	V	V	200

四、血中毒物濃度測定Toxicologic Examination (10801-10819)

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
10810B	安非他命檢測(免疫分析) Amphetamine (EIA) 註：1.限鑑別診斷用。 2.限精神科 ~~教學醫院~~ 或急診科專科醫師申報。		v	v	v	250
10811B	嗎啡檢測(免疫分析) Morphine (EIA) 註：1.限鑑別診斷用。 2.限精神科 ~~教學醫院~~ 或急診科專科醫師申報。		v	v	v	250
10812B	古柯鹼檢測(免疫分析) Cocaine (EIA) 註：1.限鑑別診斷用。 2.限精神科 ~~教學醫院~~ 或急診科專科醫師申報。		v	v	v	250
10813B	大麻檢測(免疫分析) Cannabinoids (EIA) 註：1.限鑑別診斷用。 2.限精神科 ~~教學醫院~~ 或急診科專科醫師申報。		v	v	v	250
10814B	天使塵檢測(免疫分析) Phencyclidine (EIA) 註：1.限鑑別診斷用。 2.限精神科 ~~教學醫院~~ 或急診科專科醫師申報。		v	v	v	250

第六項 免疫學檢查 Immunology Examination (12001-12212)

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
12117B	T 淋巴球交叉配合試驗 T lymphocyte crossmatch test 註：1. B淋巴球交叉配合試驗(B lymphocyte cross-match)比照申報。 2.此項檢查必須 ~~是保險人同意實施骨髓移植之醫院，配合骨髓移植才能實施申報。~~		v	v	v	1000
12202C	C型肝炎病毒核酸基因檢測 HCV Genotyping Test —即時聚合酶連鎖反應法（RealTime PCR）	v	v	v	v	2450
12203B	—一般聚合酶連鎖反應法（PCR） 註： 適應症： 1.疑似感染C型肝炎(包含急性、慢性，及未知原因感染者)且C型肝炎核酸病毒量檢測結果為陽性患者。 2.未做過基因型檢測的C型肝炎陽性確定患者。 ~~3.12202C屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方始可申報。~~		v	v	v	1280

第二節 放射線診療 X-RAY

第一項 X光檢查費 X-Ray Examination

二、特殊造影檢查Scanning (33001-3314~~4~~5、P2101-P2104)

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
33145B	<u>診斷性乳房攝影</u> <u>Diagnostic Mammography</u> <u>1.適應症：乳房攝影報告（BI-RADS）為 0、3、4、5，同時符合下列情形之一者：</u> <u>(1)乳房診斷性影像發現乳房攝影微鈣化／鈣化。</u> <u>(2)乳房攝影影像發現不對稱、結構扭曲及腫塊。</u> <u>2.限放射診斷科專科醫師執行。</u> <u>3.執行頻率：每人每年限執行二次。</u>		Y	Y	Y	1374

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

第一項 處置費 Treatment

一、一般處置 General Treatment (47001~4710~~3~~4)

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
47045C	體位引流 Postural drainage <u>註：不得同時申報47104B。</u>	v	v	v	v	140
47104B	俯臥通氣治療—每療程 <u>Prone positioning ventilation, each procedure</u> <u>1.適應症：</u> <u>(1)成人（十九歲以上）：入住加護病房且插管使用呼吸器之急性呼吸窘迫症候群病人（J80），同時符合下列各項條件：</u> <u>a.氧合指數（PaO₂/FiO₂ ratio）≤150。</u> <u>b.七日內急性發作。</u> <u>c.沒有心因性肺水腫的證據。</u> <u>d.CXR 顯示兩側肺野浸潤。</u> <u>(2)兒童（未滿十九歲）：入住加護病房且插管使用呼吸器，同時符合下列情形之一者：</u> <u>a.氧合指數（PaO₂/FiO₂ ratio）≤150</u> <u>b.OI>16</u> <u>c.OSI>12.3</u> <u>2.禁忌症：心胸及腹腔主要手術、脊椎與骨盆不穩定病人、懷孕第二及第三期婦女、頭部外傷、腦壓或眼壓過高病人、正在發作之癲癇患者。</u> <u>3.限內科、外科、麻醉科、兒科、急診醫學科、神經科、神經外科專科醫師執行。</u> <u>4.不得同時申報 47045C。</u> <u>備註：</u> <u>OI=(FiO₂×mean airway pressure ×100)/PaO₂</u> <u>OSI=(FiO₂×mean airway pressure ×100)/SpO₂</u>		v	v	v	5114

三、大腸肛門處置Colonand Anus Treatment (49001-490~~29~~30)

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
49019B	直肛壓力測定術 Anorectal manometry 註： 1.提升兒童加成項目。 2.不得同時申報 49030B。		√	√	√	748
49030B	高解析直肛壓力測定術 High Resolution Anorectal Manometry 1.適應症及執行頻率： (1)巨結腸症：下消化道攝影後疑似巨結腸症診斷使用，限一次。 (2)先天性巨結腸症或肛門結構異常術後，仍有排便功能異常，需持續治療者，至多兩年一次。 2.支付規範： (1)限消化內科、消化兒科、小兒外科、消化外科、大腸直腸外科專科醫師執行。 (2)不得同時申報 49019B。 (3)內含一般材料費及「高解析直肛壓力測量管」比率為百分之五十九。		√	√	√	10433

十、外科處置General Surgery Treatment (56001-5604~~2~~3)

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
56043C	環甲膜穿刺術／切開術 Needle／Surgical Cricothyroidotomy 1.適應症：經口腔或鼻腔進行氣管內管插管失敗或無法立即執行氣管切開造口術者，並有下列任一情形： (1)緊急顏面外傷、燒傷等困難插管情形 (2)呼吸道受阻(SpO₂<90%) 2.氣管套管另計。	√	√	√	√	4331

第七節 手術

第七項 動脈與靜脈 (69001-69043)

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
69041B	開放性股-股動脈或股-髖動脈或腋-股動脈繞道手術 1.適應症：四肢自體動脈粥樣硬化（I70.2～I70.7） 2.限外科專科醫師執行。 3.一般材料費得另加計百分之五十。		v	v	v	23272
69042B	開放性膝下動脈繞道手術 — 一條血管 註： 1.適應症：四肢自體動脈粥樣硬化（I70.2～I70.7） 2.限外科專科醫師執行。 3.一般材料費得另加計百分之三十八。		v	v	v	31028
69043B	— 兩條血管 註： 1.適應症：四肢自體動脈粥樣硬化（I70.2～I70.7） 2.限外科專科醫師執行。 3.一般材料費得另加計百分之二十九。		v	v	v	40724

第十二項 泌尿及男性生殖

二、輸尿管 Ureter (77001-77040)

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
77030B	腹腔鏡輸尿管取石術 Laparoscopic Ureterolithotomy		v	v	v	7410

第十三項 女性生殖

五、子宮體 Corpus Uteri (80401-80430)

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
80416B	腹腔鏡全子宮切除術 ~~Laparoscopy~~ Laparoscopic hysterectomy 註：不得同時申報80430B。		v	v	v	29753
80425C	腹腔鏡子宮肌瘤切除術 ~~Laparoscopy~~ Laparoscopic myomectomy 註：不得同時申報80430B。	v	v	v	v	25907

討論事項

第 二 案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關修訂「白內障手術個案須送事前審查相關規定」案，提請討論。

說明：

一、依據本署 110 年 7 月 29 日 110 年第 2 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」(下稱共擬會議)決議辦理。

二、為研議「白內障手術個案須送事前審查相關規定」之合宜性，本署於 109 年 5 月起多次以會議或公文徵詢相關學協會意見並提 110 年 7 月 29 日共擬會議，決議如下(附件 1，頁次討 2-4 ~2-10)：

(一)同意新增白內障手術限眼科專科醫師施行後申報。

(二)有關執行白內障手術需送事前審查之 40 例上限放寬，考量尚無共識，暫保留，待與相關學協會凝聚共識後再議。

三、經本署參酌 C 型肝炎全口服新藥個案登錄及管控作業並綜整各分區業務組及眼科專科醫師意見，初擬白內障手術若開放 40 例需事前審查之管理方案如下：

(一)以 VPN 進行白內障手術個案資料事前登錄作業。

1.登錄對象：第 41 例以後之個案須事前登錄。

2.經醫師評估符合手術條件，醫事服務機構必須於申報前上傳病人資料(基本資料、白內障手術術前檢查紀錄、特材品項等)，並於 VPN「白內障手術個案登錄系統」取得「登錄完成序號」後，方得申報醫療費用，否則不予支付，申報時於醫令段填報登錄完成序號。

(二)訂定白內障手術適應症：矯正視力限制在 0.5(含)以下，若矯正視力高於 0.5，須於病歷詳細註明理由備查。

(三)「執行醫事人員代號」列為必填欄位，並應以實際負責執行白內障手術醫師填列。

(四)請總額委託單位依「醫療服務審查勞務委託採購案契約」第二條(二)訂定全署一致性之白內障手術審查或事後管理機制。

四、擬具甲、乙兩案如下：

(一)甲案：如同意前揭管理方案，並刪除支付標準第一部總則十附表所列「每月門、住診白內障手術加總超過 40 例之醫師」，另修訂事項如下：

- 1.為明確年齡定義及配合現行實務作業，由「55 歲以下」修改為「未滿 55 歲」施行白內障手術之個案，需事前審查。
- 2.第二部第二章第七節第十七項視器六、水晶體增列通則「每月門、住診白內障手術（含 86006C、86007C、86008C、86011C、86012C，以及 97605K、97606A、97607B、97608C 所內含前揭項目）加總超過四十例之醫師，自事實發生之當月起算，第四十一例以上須於申報費用前，至 VPN「白內障個案登錄系統」登錄，取得「登錄完成序號」，並於申報時填列此序號後，方得支付。

(二)乙案：如不同意前揭管理方案，酌修內容如下：

- 1.考量眼科手術日益更新、人口老化及 3C 產品造成手術需求人數增加，白內障手術多在門診執行且恢復時間縮短，原規定個案數調升至五十例。
- 2.為明確送審個案範疇，爰自事實發生之次月起算，「每超過四十例以上」修改為「第五十一例起每案例均須」申請事前審查。
- 3.為明確年齡定義及配合現行實務作業，由「55 歲以下」修改為「未滿 55 歲」施行白內障手術之個案，需事前審查。

五、特約醫事服務機構負有核實申報醫療費用之責，白內障手術(含論病例計酬及 Tw-DRGs 案件)，醫令段之「執行醫事人員代

號」應以實際執行白內障手術醫師填列。

六、財務影響：以全面開放「白內障手術超過 40 例需事前審查」之限制，推估財務影響如下：

(一)108 年申報計 246,998 件(成長率 7.9%)、109 年計 243,723 件(成長率-1.3%)。

(二)109 年白內障手術量申報分佈情形：

- 1.單月手術加總 41 例以上醫師計 336 人月（占整體 2.5%），每月手術平均執行量為 54 例。
- 2.剛好執行 40 例之醫師共 589 人月（占 4.4%），醫院占 41.9%，基層占 58.1%。

(三)以 109 年申報資料推估，鑑於疫情因素及手術量限制而受抑制之手術需求，爰以成長率 10%及平均每件醫療費用推估 111 年財務影響，合計 214.36 百萬點：

- 1.醫院約 94.36 百萬點 $[589*(1+10%)*(1+10%)*(54-40)*41.9\%*22,570]$ 。
- 2.基層約 120 百萬點 $[589*(1+10%)*(1+10%)*(54-40)*58.1\%*20,679]$ 。

擬辦：本案經討論後，擬修訂支付標準表(附件 2，頁次討 2-11～2-13)，並依程序報請衛生福利部核定後公布實施。

「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」

110 年第 2 次會議紀錄

時 間：110 年 7 月 29 日（星期四）下午 2 時

地 點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主 席：李署長伯璋

紀錄：蔡孟芸

*表示以視訊方式參加

李代表偉強	李偉強	蘇代表守毅	蘇守毅
黃代表雪玲	黃雪玲	吳代表國治	吳國治*
林代表富滿	林富滿*	李代表飛鵬	李飛鵬*
游代表進邦	游進邦	徐代表邦賢	徐邦賢
李代表佳珂	李佳珂*	謝代表偉明	謝偉明*
陳代表志忠	陳志忠	林代表綉珠	林綉珠
劉代表碧珠	劉碧珠*	李代表懿軒	李懿軒
嚴代表玉華	嚴玉華*	朱代表世瑋	朱世瑋*
羅代表永達	羅永達	林代表鳳珠	李承光(代)
謝代表景祥	謝景祥*	林代表桂美	林桂美*
朱代表文洋	朱文洋*	杜代表俊元	溫建雄(代)
朱代表益宏	朱益宏	梁代表淑政	梁淑政
李代表紹誠	李紹誠	何代表語	何語
林代表恒立	林恒立*	葉代表宗義	(請假)
王代表宏育	王宏育*	劉代表國隆	劉國隆*
黃代表振國	黃振國	陳代表莉茵	陳莉茵
賴代表俊良	賴俊良*	江代表銘基	江銘基
洪代表德仁	洪德仁*	陳代表志鴻	(請假)
吳代表清源	吳清源*		

列席單位及人員：

衛生福利部全民健康保險會
衛生福利部社會保險司
中華民國醫師公會全國聯合會
台灣醫院協會

中華民國藥師公會全國聯合會
台灣婦產科醫學會
台灣助產學會
衛生福利部心理及口腔健康司
台灣精神醫學會
台灣胸腔外科醫學會
台灣泌尿科醫學會
台灣內視鏡外科醫學會
台灣胸腔及心臟血管外科學會
台灣消化系外科醫學會
台灣移植醫學學會
台灣小兒外科醫學會
中華民國大腸直腸外科醫學會
台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會
台灣急診醫學會
國立成功大學醫學院附設醫院病理部
台灣感染症醫學會
台灣愛滋病學會
衛生福利部疾病管制署
台灣胸腔暨重症加護醫學會
中華民國眼科醫學會
台灣眼科學教授學術醫學會
本署副署長室

馬文娟、邱臻麗、劉于鳳
周雯雯、白其怡、陳淑華
陳哲維
林佩菽、吳心華、吳亞筑、許雅淇
常宏傳*
黃建霈*
高千惠、藍芳貞
陳少卿*、賴淑玲
黃文翔*
劉洪彰*
溫玉清*
陳國鉉*
黃才旺*
樊修龍*
王叙涵*
謝明諭*、周佳滿*
鄭厚軒*
黃仲鋒*、詹文祥*
李建璋*、黃集仁*
鄭光雄*
林錫勳*
黃崧溪*
詹珮君*
郭耀文*
吳孟憲*
王一中*、謝易庭*
蔡淑鈴

本署北區業務組

本署企劃組

本署違規查處室

本署醫審及藥材組

本署醫務管理組

利雅萍

楊先斌、沈德政

董玉芸、白嫻綺

黃育文

張禹斌、吳科屏、游慧真、韓
佩軒、林右鈞、李雨育、陳依
婕、洪于淇、呂姿曄、張作貞、
王金桂、楊秀文、王智廣、許
博淇、蔡金玲、宋宛蓁、陳玫
孜、陳玫吟、林毓芬、張玉婷、
蔡孟臻、賴昱廷、魏長麒、楊
峻歲

一、主席致詞：略。

二、決議辦理情形追蹤：

有關全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增修訂「腹腔鏡胃袖狀切除術」支付標準案(序號 12)，其中「經直腸大腸息肉切除術」項，內、外科系未達成共識，決議回到專家諮詢會議通過再提本會議討論，因代表認為本項係減少日後發生大腸直腸癌之關鍵項目，應持續研議，改為繼續列管。

三、報告事項：

(一)「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」修訂案(詳附件 1，P9~P65)。

決定：洽悉，修訂重點如下：

1. 新增符合本計畫收案條件之急性腎臟病(AKD)病人，另照護團隊新增藥師，並配合新增相關支付標準。
2. 為明確獎勵院所條件，有關活體腎臟移植獎勵費，如病人已進入透析，由說服病人接受活體腎臟移植之院所申報，而非由施

行腎臟移植之院所申報。

3. 同意新增Pre-ESRD轉診獎勵費(200點)，惟已申報本項者，不得再申報轉診支付標準(01034B-01038B)且不得與初期慢性腎臟病轉診照護獎勵費(P4303C)重複申報。

(二) 修訂「110 年全民健康保險偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫」為「110 年度全民健康保險偏鄉地區基層診所/助產機構產婦生產補助試辦計畫」(詳附件 2，P66~P78)。

決定：洽悉，修訂重點如下：

1. 助產所生產案件補助點數按第一章基層診所生產補助點數9折訂定，第一級區域補助27,000點，第二級區域補助10,800點，第三級區域補助6,300點。
2. 助產所無法執行之產檢項目，經協助轉介至醫療院所進行，若於醫院或西醫基層婦產科診所執行唐氏症篩檢及超音波檢查，本署仍將其納入產檢次數計算。
3. 另有關計畫施行區域之偏遠鄉鎮分級認定疑義，本署將納入年度計畫檢討及修訂參考。

(三) 全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs) 3.4 版 110 年 7-12 月適用之相對權重統計結果案 (詳附件 3，P79~P107)。

決定：洽悉，同意 110 年 7-12 月適用之相對權重統計結果，標準給付額 (SPR) 為 45,837 點。

(四) 有關 110 年「全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫」草案 (詳附件 4，P108~P117)。

決定如下：

1. 請藥師全聯會會後於計畫「遵循醫囑領藥與使用藥物量表」增列尺度及區間評估等備註文字，使量表使用及定義更臻明確。
2. 每位藥師申報「藥師判斷性服務」及「用藥配合度諮詢服務」費用，皆維持以120人次為上限，其餘內容依藥師全聯會修訂內容通過。

(五) 新增修訂轉診支付標準之同體系院所名單案 (詳附件 5, P118~P130)。

決定：洽悉，同意臺北市立聯合醫院附設松山、大安等 13 個門診部納入北市聯醫體系；宏仁診所納入為恭體系。

(六) 論病例計酬與乳癌醫療給付改善方案支付點數調整案。

決定：同意修訂，配合 110 年 7 月 1 日調整特定診療章支付點數，調整重點如下：

1. 修訂第六部論病例計酬，編號97220K「股及腹股溝疝氣手術(AGE>1,單側)(門診)」等15項診療項目支付點數，調整為17,479點至51,415點，調幅介於0%至0.22% (詳附件6, P131~P133)。
2. 修訂「乳癌醫療給付改善方案」支付點數，各項治療組合調整為691點至232,129點，調幅介於0%至1.1% (詳附件7, P134~P142)。

(七) 為配合 110 年本署公告修訂「全民健康保險醫療資源不足地區服務提升計畫(下稱醫不足提升計畫)」，修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(下稱支付標準)「住院護理費偏鄉醫院」加成規定案 (詳附件 8, P143~P144)。

決定：同意修訂支付標準「住院護理費偏鄉醫院」加成第 2 點之規定，需符合下列任一項之醫院：

- (一) 設立於全民健康保險保險人公告之離島、山地鄉之醫院；如前述地區未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，屬區域級醫院則須距離最近之醫學中心達 30 公里以上者。
- (二) 設立於全民健保醫療資源不足地區(鄉鎮)之醫院；如前述鄉鎮未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，但排除已設立區域級醫院之鄉鎮。

四、討論事項：

(一) 修訂全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案 (詳附件 9, P145~P151)。

決議：

1. 同意通過方案新增「長效針劑注射獎勵措施」為額外獎勵項目，每新增加 1 名符合本指標之固定就醫個案，獎勵 1,000 點；每新增加 1 名符合本指標之非固定就醫及久未就醫個案獎勵點數 1,500 點。定義如下：
 - (1) 連續施打定義為「長效針劑施打 4 個月以上」。
 - (2) 新增之定義為「前一年未施打長效針劑或施打未滿 4 個月者」。
2. 同意增訂「風險病人規則門診比率」品質評量之參考指標，定義修正為「高風險病人門診就醫間隔未滿 30 天(含診療追蹤後就醫)人次／高風險病人總人次」。

(二) 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增修訂「胸(腹)腔鏡食道胃管重建術」等診療項目案(詳附件 10，P152~P170)。

決議：

1. 同意新增「胸(腹)腔鏡食道胃管重建術」等 95 項診療項目及「Nissen 氏胃摺疊術手術」。
2. 同意新增「腦膜炎/腦炎病原體多標的核酸檢測項目」及 14083C「HIV 1/2 抗體確認試驗」2 項，其中 14083C 支付規範 2.「限衛生福利部愛滋病指定醫院」，本署將於會後確認是否包含基層診所後併修文字。因 14083C 依專家表示將取代 14075C、14076C「HIV-I/II 抗體檢查(西方墨點法)」，爰一年後將檢討刪除 14075C、14076C。
註：會後經向衛生福利部疾病管制署確認全國指定醫事機構包含醫院及診所，爰修改為「限衛生福利部愛滋病指定醫事機構」。
3. 同意修訂編號 14082B「人類免疫缺陷病毒抗原/抗體試驗」等 4 項診療項目，另 14082B 開放至基層院所適用，因涉開放表別，後續將與中華民國醫師公會全國聯合會討論；36022B、36023B 申報疑義，本署後續將研議修正 Q & A 內容供院所參考。因 14082B 依專家表示將逐步取代 14049C、14050B「後天免疫不全症候群檢查 EIA/LIA、顆粒凝集法」，

爰一年後將檢討刪除 14049C、14050B。

4. 同意修訂編號 22017C「平衡檢查」等 12 項診療項目之中文名稱及支付規範文字

(三) 有關 110 年度「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」修正案（詳附件 11，P171~P204）。

決議：

1. 同意新增「All-RAS基因突變分析」為方案獎勵項目，並配合19007B「超音波導引」適用開放至西醫基層，修正該項醫令為「19007C」。
2. 同意修正放寬上傳獎勵金之條件

(1) 門診：於報告日期(或實際檢查日期)1日至3日內上傳，支付50%上傳獎勵金。

(2) 住診：報告日期落在住院期間，於住院期間或出院後24小時內上傳，支付100%獎勵金；於出院後1至3日內上傳，支付50%獎勵金。惟報告日期在出院日期後之案件，獎勵起算時間仍維持以「報告日期」計算。

(四) 有關全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（下稱支付標準）第五部第三章安寧居家療護通則新增「機構」定義案。

決議：本案未獲共識暫保留，待釐清長期照顧端有無安寧相關服務及預算後再議。

(五) 有關修訂「白內障手術個案須送事前審查相關規定」案。

決議：

1. 同意支付標準新增白內障手術限眼科專科醫師施行後申報（詳附件 12，P205~P206）。
2. 有關執行白內障手術需送事前審查之 40 例上限放寬，考量尚無共識，暫保留，待與相關學協會凝聚共識後再議。

五、臨時提案：無。

六、散會：下午 17 時 54 分

甲案：

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正規定

第一部總則十 附表須事前審查之診療項目

序號	編號	診療項目名稱	適應症	備註
二	86006C 86007C 86008C 86011C 86012C 86013C ~~97601K~~ ~~97602A~~ ~~97603B~~ 97605K 97606A 97607B 97608C	白內障手術		~~1. 具下列條件之個案需事前專案向保險人申請。~~ ~~(1) 每月門住診白內障手術加總超過四十例之醫師；前開四十例計算不含執行醫令代碼86013C之個案；惟個案術前術後照片需保存於病歷內以供備查。~~ ~~(白事實發生之次月起算，每超過四十例以上仍須申請事前審查，列管時間為六個月，期滿得由保險人評估是否繼續列管)。~~ 1. <u>五十五歲以下未滿五十五歲</u>施行白內障手術之個案，<u>需事前審查</u>。 2. 申請事前審查應檢附下列文件： (1) 白內障術前檢查記錄：包括（一）裸視、矯正視力；（二）眼壓；（三）角膜、前房、水晶體；（四）視網膜及玻璃體；（五）DBR雙眼紀錄（包括角膜弧度、眼軸長度及IOL度數）；（六）白內障照片。 (2) 病患之中文手術同意書。 3. 申報費用應檢附之資料依支付標準規定。

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第七節 手術

第十七項、視器 Visual System

六、水晶體 Crystalline Lens (86001-86013)

通則：

1. 限眼科專科醫師施行後申報
2. 每月門、住診白內障手術(含 86006C、86007C、86008C、86011C、86012C，以及 97605K、97606A、97607B、97608C 所內含前揭項目)加總超過四十例之醫師，自事實發生之當月起算，第四十一例以上須於申報費用前，至 VPN「白內障個案登錄系統」，取得「登錄完成序號」，並於申報時填列此序號，方得支付

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
86001C	膜性白內障切開術 Dissection of membranous cataract under microscope	v	v	v	v	3500
86002C	白內障線狀摘出術 Linear extraction for cataract 註：屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數4070點申報。	v	v	v	v	4884
86005C	白內障切囊術 Capsulectomy for cataract 註：屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數4070點申報。	v	v	v	v	4884
86006C	水晶體囊切開吸引術 Lens capsulotomy and aspiration of lens under microscope	v	v	v	v	4488
86007C	水晶體囊外（內）摘除術 Extracapsular (intracapsular) lens extraction (ECLE) (ICLE) 註： 1.包括虹膜切開術(including iridotomy)。 2.申報費用應檢附術前檢查結果、病歷影本、手術摘要。	v	v	v	v	7500
86008C	水晶體囊內（外）摘除術及人工水晶體置入術 Intracapsular (extracapsular) lens extraction under microscope + IOL insertion 註： 1.包括虹膜切開術(including iridotomy)。 2.申報費用應檢附術前檢查結果、病歷影本、手術摘要。 3. Phacoemulsification + PCIOL比照申報。	v	v	v	v	9000
86009C	囊外水晶體超音波乳化術 Phacoemulsification	v	v	v	v	7055
86010B	平坦部水晶體切除術 Pars plana lensectomy (ocutome)		v	v	v	7960
86011C	人工水晶體植入術 IOL implantation －第一次植入 primary	v	v	v	v	1960
86012C	－第二次植入secondary	v	v	v	v	5000
86013C	－調整術reposition	v	v	v	v	5000

乙案：

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正規定

第一部總則十 附表須事前審查之診療項目

序號	編號	診療項目名稱	適應症	備註
二	86006C 86007C 86008C 86011C 86012C 86013C ~~97601K~~ ~~97602A~~ ~~97603B~~ 97605K 97606A 97607B 97608C	白內障手術		1. 具下列條件之個案~~需事前專案向保險人申請~~<u>需事前審查</u>。 (1) 每月門住診白內障手術加總超過~~四十五~~<u>五十</u>例之醫師；前開~~四十五~~<u>五十</u>例計算不含執行醫令代碼86013C之個案，惟個案術前術後照片需保存於病歷內以供備查。 (自事實發生之次月起算，~~每超過四十例以上~~<u>第五十一例起每案例均須</u>申請事前審查，列管時間為六個月，期滿得由保險人評估是否繼續列管) ~~一~~ (2) ~~五十五歲以下~~<u>未滿五十五歲</u>施行白內障手術之個案。 2. 申請事前審查應檢附下列文件： (1) 白內障術前檢查記錄：包括 (一) 裸視、矯正視力； (二) 眼壓； (三) 角膜、前房、水晶體； (四) 視網膜及玻璃體； (五) DBR雙眼紀錄（包括角膜弧度、眼軸長度及IOL度數）； (六) 白內障照片。 (2) 病患之中文手術同意書。 3. 申報費用應檢附之資料依支付標準規定。

討論事項

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：新增「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」案。

說明：

- 一、依據本署 110 年 8 月 10 日及同年 11 月 29 日「新增糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理支付項目及獎勵措施（下稱共管措施）暨修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部第二章糖尿病（下稱 DM）及第三章初期慢性腎臟病（下稱 CKD）討論會」會議決議辦理（會議紀錄詳附件 1、2，頁次討 3-6～3-12）。
- 二、本署研擬就同院所同時由 DM 及 CKD 方案收案之共病病人新增共管措施，並整併共管措施、DM 方案及 CKD 方案為「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」。摘要共管措施規範、DM 及 CKD 方案修訂內容如下（方案草案詳附件 3，頁次討 3-13～3-37）：

（一）共管措施：

1. 收案條件：於同院所同時由 DM 及 CKD 方案收案之病人，應於病人同一次就診中，完成 DM 及 CKD 追蹤管理照護。
2. 管理照護費（應完成各階段之檢查、檢驗及衛教等照護項目）：
 - （1）新收案：依原 DM、CKD 方案分別新收案。
 - （2）追蹤：考量 DM 及 CKD 多由不同專科醫師分別照護，為鼓勵整合照護，以及回應個案管理師衛教及追蹤共病病人所耗人力及照護成本高，爰調高追蹤管理照護費為 400 點（DM 及 CKD 方案均為 200 點）。
 - （3）年度評估：800 點（同 DM 方案年度評估管理照護費）。
 - （4）轉診照護獎勵費：倘個案病情變化，達轉診至參與「全民健康保險末期腎臟病前期（Pre-ESRD）病人照護與衛教計畫」

條件，確認病人經該計畫收案後，比照 CKD 方案得申報轉診照護獎勵費 200 點。

3. 品質指標：

(1)經參考原 DM 方案之品質指標包含 HbA1c、LDL 之良/不良率，惟考量倘僅將檢驗值達良/不良之人數（或次數）納入指標計算，恐致院所傾向選擇較易照護之病人收案，故本次共管措施及 DM 方案研擬新增「進步率」指標，鼓勵院所主動追蹤病情相對嚴重或難治之個案，當個案之檢驗值較前一年進步達一定比率者仍有機會獲得獎勵。

(2)共管措施研擬訂定下列 9 項品質指標：

A.UACR、HbA1c 及 LDL 之良/不良率：以病人當年度最後一次檢驗檢查值計算。

a. UACR：<30mg/gm 為良、>300mg/gm 為不良。

b.HbA1c：<7.0%（80 歲以上病人 HbA1c<8.0%）為良、>9.0%為不良。

c.LDL：<100mg/dL 為良、>130 mg/dL 為不良。

B.UACR、HbA1c 及 LDL 之進步率：以當年度該院所照護之個案數為分母；另以病人當年度最後一次及前一年度最後一次之檢驗檢查值相比，UACR、HbA1c 進步比率達 5%以上或 LDL 進步比率達 10%以上者，列為當年度進步率指標之分子。

4. 品質獎勵金計算方式：

(1)原 DM 及 CKD 方案以「醫師」為獎勵單位，共管措施改以「院所」為獎勵單位。

(2)上述 9 項品質指標，以醫院及診所分別排名，取排序總和前百分之三十之院所，依該院所收案個案數，每個案數給予 1,000 點獎勵。

(二)DM 方案：增修訂品質指標：

- 1.修訂良/不良率指標定義：原 HbA1c 及 LDL 之良/不良率，係以病人當年度檢驗檢查之「良/不良次數比率」計算，本修正指標改以「病人當年度最後一次檢驗值」計算。
- 2.增訂進步率指標：以當年度該醫師照護之個案數為分母；另以病人當年度最後一次及前一年度最後一次之檢驗檢查值相比，HbA1c 進步比率達 5%以上或 LDL 進步比率達 10%以上者，列為當年度進步率指標之分子。

(三)CKD 方案：

- 1.評量病人當年度檢驗值是否進步之基準，由「與新收案時之檢驗值比較」改為「與前一年度最後一次檢驗值比較」。
- 2.修訂慢性腎臟病照護訓練課程上課時數至少 6 小時備註之「4 小時上課+2 小時 e-learning 課程規範」，改為課程應包含「Early CKD 核心課程及衛教課程，線上或實體均可」；另新增「參與醫師除腎臟、心臟、新陳代謝專科醫師外，其他專科醫師每年『得』接受繼續教育課程 2 小時」規範。

三、 預算來源及財務影響：

(一)現行方案之預算來源：

- 1.DM 方案：以醫院及西醫基層總額之「醫療給付改善方案」專款支應。
- 2.CKD 方案：以其他預算「腎臟病照護及病人衛教計畫」支應。

(二)新增共管措施之預算來源：

- 1.共管措施以醫院及西醫基層總額「醫療給付改善方案」專款支應。
- 2.111 年總額預算（待部核定），本署建議共管措施編列預算醫院總額 155.4 百萬元，西醫基層總額 104.4 百萬元。

(三)財務影響：

1. 新增共管措施（詳附件 4，頁次討 3-38～3-43）：

- (1)管理照護費：醫院總額約增加 102.0 百萬點、西醫基層總額約增加 69.3 百萬點。
- (2)品質獎勵金：醫院總額約增加 29.4 百萬點、西醫基層總額約增加 24.0 百萬點。
- (3)合計：醫院總額約增加 131.4 百萬點、西醫基層總額約增加 93.3 百萬點。

2. 修訂 DM 方案品質獎勵金：

(1)109 年發放之品質獎勵金：

- A.醫院總額計 107.6 百萬點（品質卓越獎 88.8 百萬點、品質進步獎 18.8 百萬點）。
- B.西醫基層總額計 62.9 百萬點（品質卓越獎 59.6 百萬點、品質進步獎 3.3 百萬點）。

(2)倘改以本案修訂之指標計算，推估品質獎勵金：

- A.醫院總額計 92.9 百萬點（品質卓越獎 83.7 百萬點，品質進步獎 9.2 百萬點）。
- B.西醫總額計 66.1 百萬點（品質卓越獎 64.0 百萬點、品質進步獎 2.1 百萬點）。

3. 修訂 CKD 方案品質獎勵金：

- (1)109 年發放品質獎勵金 10.9 百萬點。
- (2)倘改以本案修訂之指標計算方式，推估品質獎勵金約 4.8 百萬點。

4. 綜上，本案預算尚足以支應。

四、原第八部第二章糖尿病及第三章初期慢性腎臟病刪除，第八部第二章修正為「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」（同附件 3，頁次討 3-13～3-37），另原第四章糖尿病及初期慢性腎

臟病個案資訊整合及鼓勵資料上傳配合章節調整，改列為第三章。

擬辦：本案如經確認同意，依程序報請衛生福利部核定後公告實施。

新增糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理支付項目及獎勵措施暨修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部第二章糖尿病及第三章初期慢性腎臟病討論會議會議紀錄

時 間：110 年 8 月 10 日（星期三）14 時

地 點：本署 9 樓第一會議室（視訊會議）

主 席：李署長伯璋（蔡副署長淑鈴代理）

紀錄：宋宛蓁

出席人員：（*表示以視訊方式參加）

社團法人中華民國糖尿病學會

李亭儀*、張恬君*

社團法人中華民國糖尿病衛教學會

歐弘毅*

台灣腎臟醫學會

黃尚志*

中華民國醫師公會全國聯合會

黃振國、黃啟嘉*、張孟源*、

吳韻婕、黃瑋絜*

台灣家庭醫學醫學會

施錦泉、王三郎*、李祥和*、

林惠珍*

台灣醫院協會

吳淑芬、王秀貞、林佩菽、

張恬君*、林富滿*、劉碧珠*、

周貝珊、何宛青、許雅淇*、

曹祐豪*

台灣內科醫學會

王治元*

衛生福利部國民健康署

魏璽倫*、吳建遠*、周燕玉*、

李惠蘭*、黃紀彥*、薛筱筑*、

林瑟嫻*

本署醫務管理組

張禹斌、吳科屏、游慧真、

韓佩軒、陳依婕、王智廣、

陳玫吟、詹文成、高嘉慧

肆、主席致詞：略。

伍、討論事項：

為強化共病整合照護，針對符合糖尿病（下稱 DM）及初期慢性腎臟病（下稱 CKD）方案收案條件並由同一院所收案個案，本署研議新增

糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理支付項目及獎勵措施（下稱共管措施），並於本會議討論及研訂符合臨床實務需求之品質獎勵方式。

陸、 會議決議：

一、 獎勵計算單位：原 DM 及 CKD 方案以「醫師」為單位，共管措施改以「院所」為單位，藉以鼓勵院所組成團隊提供共同照護。

二、 品質獎勵及參考指標定義：

(一) 品質獎勵指標：

1. UACR 控制良（不良）率：以病人當年度最後一次 UACR 與前一年度最後一次 UACR 檢驗值（分為 $<30\text{mg/gm}$ 、 $30\text{-}300\text{ mg/gm}$ 、 $>300\text{ mg/gm}$ ）進行比較，願所照護之個案屬維持或進步之病人比率，視為控制良率，退步之病人比率，則為控制不良率。
2. HbA1c 控制良（不良）率：以病人當年度最後一次 HbA1c 檢驗數值判定，院所照護之個案 HbA1c $<7\%$ （80 歲以上病人 HbA1c $<8\%$ ）之病人比率上升特定幅度（如 5%）為良率，下降特定幅度為不良率；HbA1c $>9\%$ 之病人比率上升特定幅度為不良率，下降特定幅度為良率。
3. LDL 控制良（不良）率：以病人當年度最後一次 LDL 檢驗數值判定，院所照護之個案 LDL $<100\text{mg/dl}$ 之病人比率為良率；LDL $\geq 100\text{mg/dl}$ 之病人比率為不良率。

(二) 參考指標：考量血壓控制之量化指標易受病人本身或量測環境等因素影響，爰以「同時具高血壓病人使用血管收縮素轉化酶抑制劑（ACEI）或血管收縮素受體阻斷劑（ARB）藥物之病人比率」做為參考指標。

三、 品質獎勵金計算方式：區分醫院及西醫基層，依所有參與院所之各項品質獎勵指標執行成果進行排名，總排名前 30%之院所

方可獲得獎勵。

四、本次共管措施研訂之部分品質獎勵指標，若與原 DM 及 CKD 方案指標定義不同，為確保病人獲得相同照護品質，共識同意 DM 及 CKD 方案之品質獎勵指標將依上開討論結果併同修訂。

五、本署資訊面將配合調整相關作業，針對特約醫事服務機構檢驗檢查結果已上傳之資料，VPN 可免再登錄；惟檢驗檢查未上傳項目，請院所仍應至 VPN 登錄。

六、本署將依會議決議擬訂共管措施及 DM、CKD 方案修正草案，並召開第二次會議確認內容後，依程序辦理支付標準增修訂事宜。

柒、散會：16時55分

新增糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理支付項目及獎勵措施暨修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部第二章糖尿病及第三章初期慢性腎臟病第二次討論會議紀錄

時間：110 年 11 月 29 日（星期一）上午 9 時 30 分

地點：本署 9 樓第一會議室（視訊會議）

主席：李署長伯璋（張組長禹斌代理） 紀錄：宋宛蓁

出席人員：（*表示以視訊方式參加）

社團法人中華民國糖尿病學會	林嘉鴻*
社團法人中華民國糖尿病衛教學會	王治元*、歐弘毅*
台灣腎臟醫學會	黃尚志*、邱怡文*
中華民國醫師公會全國聯合會	黃啟嘉*、黃振國*、張孟源*
台灣家庭醫學醫學會	李祥和*、曾良達*
台灣醫院協會	吳淑芬、蔡味娟、林佩菽、 劉碧珠*
台灣內科醫學會	王治元*、張孟源*
本署醫務管理組	張禹斌、黃兆杰、游慧真、 韓佩軒、陳依婕、王智廣、 陳玫吟、蔡孟芸、詹文成、 蘇明雪

壹、主席致詞：略。

貳、討論事項：

第一案

案由：新增「糖尿病及初期性腎臟病照護整合方案」案。

決議：

一、同意糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理支付項目及獎勵措施（草案）（下稱共管措施）、全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第八部第二章糖尿病（下稱 DM 方案）及第三章初期慢性腎臟病（下稱 CKD 方案）整併為「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」。

二、同意下列品質指標及獎勵金計算方式：

(一) 共管措施：

1. 確認健保署於議程中擬訂之 9 項品質指標，以及獎勵金計算方式如下：

(1) 同意本署說明有關共管措施係參考原 DM 方案訂定 HbA1c、LDL 之良/不良率指標，並考量倘僅將檢驗值達良/不良之人數（或次數）納入指標計算，恐致院所傾向選擇較易照護之病人收案，而不主動追蹤病情相對嚴重或難治之個案，故共管措施及 DM 方案研擬新增「進步率」指標，當個案之檢驗值較前一年進步達一定比率者仍有機會獲得獎勵。

(2) 共管措施研擬訂定下列 9 項品質指標：

A. 檢驗值良/不良率：以病人當年度最後一次檢驗檢查值計算。

a. UACR： $<30\text{mg/gm}$ 為良、 $>300\text{mg/gm}$ 為不良。

b. HbA1c： $<7.0\%$ （80 歲以上病人 HbA1c $<8.0\%$ ）為良、 $>9.0\%$ 為不良。

c. LDL： $<100\text{mg/dL}$ 為良、 $>130\text{mg/dL}$ 為不良。

B. 進步率：以當年度該院所照護之個案數為分母，另以病人當年度最後一次及前一年度最後一次之檢驗檢查值相比，UACR、HbA1c 進步比率達 5% 以上、LDL 進步比率達 10% 以上者，列為當年度進步率指標之分子。

2. 共管措施獎勵金以「院所」為單位計算，惟請健保署將「獎勵金應部分分配予參與方案之醫師及個案管理師等照護團隊成員」等文字規劃訂於方案內，以實質鼓勵提供照護之團隊成員。

(二) DM 方案：確認健保署增修訂之 7 項品質指標如下：

1. 修訂良/不良率指標定義：原 HbA1c 及 LDL 之良/不良率，係以當年度病人檢驗檢查之「良/不良次數比率」計算，改以「病人當年度最後一次檢驗值」計算。
2. 增訂 HbA1c 進步比率達 5% 以上及 LDL 進步比率達 10% 以上之進步率指標。

(三) CKD 方案：同意計算獎勵指標時，評量病人當年度檢驗值是否進步之基準，由「與新收案時之檢驗值比較」改為「與前一年度最後一次檢驗值比較」。

三、有關台灣腎臟醫學會建議調升 CKD 方案管理照護費支付點數一事，考量 111 年預算恐不足以支應，共識同意暫不予修訂。健保署將考量支付衡平性，並於預算範圍內逐步檢討 CKD 方案之管理照護費點數。

第二案

案由：修訂 CKD 方案醫事人員申請資格案。

決議：

- 一、同意修訂慢性腎臟病照護訓練課程上課時數至少 6 小時備註之「4 小時上課+2 小時 e-learning 課程規範」，改為課程應包含「Early CKD 核心課程及衛教課程，線上或實體均可」。
- 二、同意新增「參與醫師除腎臟、心臟、新陳代謝專科醫師外，其他專科醫師每年『得』接受繼續教育課程 2 小時」規範，另本規範修正實施半年至一年後，將分析未受繼續教育課程醫師之人數及其相關執行成效，做為未來是否應強制參與 CKD 方案醫師每年接受繼續教育課程之評估依據。

第三案

案由：09139C 糖化白蛋白（GA）執行頻率是否配合 DM 及 CKD 方案修訂案。

決議：

考量 DM 病人之 HbA1c 或 GA 檢驗數值，對於病人病情監測及管理照護具臨床重要性，共識同意朝修訂 GA 之申報頻次辦理，倘院所係配合 DM (CKD) 方案追蹤，且符合申報 GA 適應症之案件，新收案病人之 GA 申報頻次由「一年限申報四次」放寬為「一年限申報六次」。惟請健保署就本案評估健保財務衝擊後，提供台灣醫院協會確認。

參、臨時動議：無

肆、散會：上午 10 時 40 分

第二章 糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案

通則：

一、參與資格：申報本章費用之醫事人員及醫事機構，須向保險人之分區業務組申請同意，申請資格如下：

(一)糖尿病：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。

1.第一階段照護：

(1)團隊醫事人員資格如下：

A.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。

B.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。

2.第二階段照護：個案完整申報新收案（P1407C）一次、追蹤（P1408C 或 P7001C）至少五次、年度評估（P1409C 或 P7002C）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。

3.申報本章費用之醫師，第一階段其當季個案追蹤率小於百分之二十者（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)初期慢性腎臟病：

1.健保特約院所~~一除之~~腎臟、心臟、新陳代謝專科醫師。~~外一~~

2.其他專科醫師需接受保險人認可之慢性腎臟病照護訓練，上課時數至少六小時（~~四小時上課及二小時 e-learning 課程~~包含 Early CKD 核心課程及衛教課程，線上或實體均可），並取得證明，且每年得接受繼續教育課程 2 小時。

3.2.設立於山地離島地區之特約院所，具醫師資格且接受保險人認可慢性腎臟病照護訓練，上課時數至少六小時（~~四小時上課及二小時 e-learning 課程~~包含 Early CKD 核心課程及衛教課程，線上或實體均可），並取得證明，且每年得接受繼續教育課程 2 小時。

4.3.參與之院所與醫師，必須依照本章規定，提供初期慢性腎臟病人完整之治療模式與適當的轉診服務。

5.4.參與之醫師，年度追蹤率小於 20%者（指前一年度已收案之個案中，於本年度完成追蹤者），經輔導未改善，自保險人文到日之次月起，一年內不得再申報本章之相關費用。

二、收案條件：

(一)糖尿病：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)初期慢性腎臟病：

1.慢性腎臟疾病（Chronic Kidney Disease, CKD）Stage 1、2、3a 期病人患，經尿液及血液檢查後，已達下列條件者之慢性腎臟病患者：

(1)CKD stage 1：腎功能正常但有蛋白尿、血尿等腎臟損傷狀況，腎絲球過濾率估算值（estimated Glomerular filtration rate,以下稱 eGFR） ≥ 90 ml/min/1.73 m² 且尿蛋白與尿液肌酸酐比值（Urine Protein and Creatinine Ratio，以下稱 UPCR） ≥ 150 mg/gm（或糖尿病病人患者-UACR ≥ 30 mg/gm）之病人患。

(2)CKD stage 2：輕度慢性腎衰竭，併有蛋白尿、血尿等 eGFR 60~89.9 ml/min/1.73 m² 且 UPCR ≥ 150 mg/gm（或糖尿病病人患者-UACR ≥ 30 mg/gm）之病人患。

(3)CKD stage 3a：中度慢性腎衰竭，eGFR 45~59.9 ml/min/1.73 m² 之病人患。

2.收案前九十天內曾在該院所就醫，新收案當次需以「慢性腎臟疾病」為主診斷【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）】申報。

(三)糖尿病合併初期慢性腎臟病：於同院所同時由前開糖尿病及初期慢性腎臟病收案之病人，應於病人同一次就診中，完成糖尿病及初期慢性腎臟病追蹤管理照護。

三、結案條件：(下列整併各方案結案條件)

1.可歸因於病人者，如長期失聯（糖尿病及糖尿病合併初期慢性腎臟病 $\geq$ 三個月；初期慢性腎臟病 ≥ 180 天）、拒絕再接受治療、死亡或病人未執行本章管理照護超過一年者等。

2.經醫師評估已可自行照護者。

3.初期慢性腎臟病及糖尿病合併初期慢性腎臟病病人，其腎功能持續惡化，Urine protein / creatinine ratio（UPCR） ≥ 1000 mg/gm，或 eGFR < 45 ml/min/1.73 m²，應建議轉診至「全民健康保險末期腎臟病前期（Pre-ESRD）病人照護與衛教計畫」院所。（Stage 3b 或以上）

4.初期慢性腎臟病病人腎功能改善恢復正常，連續追蹤二次腎功能及蛋白尿並未達慢性腎臟病標準。

四、品質資訊之登錄及監測：(下列整併各方案品質資訊之登錄及監測規範)

(一)特約院所應於健保資訊網服務系統系統（VPN）上傳必要欄位（如附表 8.2.9、8.2.10、8.2.11）。

(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。

五、醫療費用審查：(下列整併各方案醫療費用審查規範)

(一) 申報原則：

1. 醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。

2. 門診醫療費用點數申報格式及填表說明：

(1) 屬本章收案之保險對象，符合申報下列醫令者，於申報費用時，應依下列規範申報；未符合申報下列醫令者，依一般費用申報原則辦理。

A. P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C：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」。

B. P4301C、P4302C、P4303C：門診醫療費用點數清單段之案件分類應填『E1』、特定治療項目代號（一）應填『EB』。

C. P7001C、P7002C：門診醫療費用點數清單段之案件分類應填『E1』、特定治療項目代號（一）應填『**』。

(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品質資訊，或經保險人審查發現登載不實者，將不予支付該筆管理照護費並依相關規定辦理；另該筆疾病管理費被核刪後不得再申報。

2. 本章規範應於健保資訊網服務系統系統（VPN）登錄之檢驗（查）之任一病人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。

六、品質獎勵措施

(一) 糖尿病：

1. 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：

A. 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。

B. 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 ≥ 50 人。

2. 品質加成指標

(1) 個案完整追蹤率：

► 定義：

A. 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。

B.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 或 P7001C)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。

(C)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B項之(B)原則辦理。

(2)HbA1C 控制良率 ~~HbA1C<7.0%比率(HbA1C 控制良好率)~~

► 定義：

A.分母：當年度該院所由該醫師收案之所有病人數。

~~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。~~

B.分子：分母病人中，其最後一次 HbA1C 檢驗值<7.0% (80 歲以上病人 HbA1c<8.0%) 之人數。

~~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 控制不良率 ~~HbA1C>9.0%比率(HbA1C 不良率)~~

► 定義：

A.分母：當年度該院所由該醫師收案之所有病人數。

~~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。~~

B.分子：分母病人中，其最後一次 HbA1C 檢驗值>9.0%之人數。

~~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)HbA1C 進步率

► 定義：

A.分母：由該院所該醫師收案，且當年度及前一年度均有登錄 HbA1C 檢驗值之人數。

B.分子：分母病人中，其當年度最後一次 HbA1C 檢驗值較前一年度最後一次 HbA1C 檢驗值進步達 5%以上 (檢驗值成長率 $\geq$ -5%) 之人數。

(5)LDL 控制良率 ~~LDL<100mg/dl 比率(LDL 良率)~~

► 定義：

A.分母：當年度該院所由該醫師收案之所有病人數。

~~該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人數。~~

B.分子：分母病人中，其最後一次 LDL 檢驗值<100mg/dL 之人數。

~~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。~~

(6)LDL 控制不良率 LDL>130mg/dl 比率(~~LDL 不良率~~)

► 定義：

A.分母：當年度該院所由該醫師收案之所有病人數。

~~該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人次。~~

B.分子：分母病人中，其最後一次 LDL 檢驗值>130mg/dL 之人數。

~~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。~~

(7)LDL 進步率

► 定義：

A.分母：由該院所該醫師收案，且當年度及前一年度均有登錄 LDL 檢驗值之人數。

B.分子：分母病人中，其當年度最後一次 LDL 檢驗值較前一年度最後一次 LDL 檢驗值進步達 10%以上（檢驗值成長率 $\leq$ -10%）之人數。

3.品質卓越獎

(1)以醫院、診所分組，並再依各醫師新收案率分為二組（以新收案率 $\leq$ 55%及 $>$ 55%予區分），合計共分為四~~二~~組。

(2)各組依上述個案完整追蹤率、HbA1C 控制良率、HbA1C 控制不良率、HbA1C 進步率、LDL 控制良率、LDL 控制不良率、LDL 進步率等七~~五~~項指標比率分別排序（收案完整追蹤率、控制良率及進步率為由高排至低；控制不良率為由低排至高），再將各指標之序別各乘上七~~五~~分之一後相加重新排序，取排序總和前百分之二十五之醫師，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、P7002C）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）。

4.品質進步獎：

(1)依前一年度之各組個案收案完整追蹤率、HbA1C 控制良率、HbA1C 控制不良率、HbA1C 進步率、LDL 控制良率、LDL 控制不良率、LDL 進步率等七~~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效指標計算方式同本通則五之（一）之 1.2 規定。

(3)各組依兩年度之七~~五~~項品質指標比率相減，七~~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。

5.品質進步獎與品質卓越獎，合計整體獎勵金額不得超過當年度糖尿病照護管理費用的百分之三十。

(二)初期慢性腎臟病：

1.獎勵單位：以參與醫師為計算獎勵單位，該醫師照護之病人當年度內完成二次追蹤管理方得列入。

2.門檻指標：該醫師完整追蹤率 $\geq 50\%$ 。

►定義：

(1)分母：當年度該院所該醫師收案之所有病人當中，排除第四季新收案之人數。

(2)分子：符合上述分母條件之病人當中，於當年度該院所完成下列條件者，視為達成追蹤。

A.當年度未申報新收案者(P4301C)，其申報當年度追蹤管理(P4302C)次數達二次者。

B.已申報新收案者(P4301C)，視申報新收案之季別，完成下列追蹤管理次數者，視為達成追蹤。

(A)如為第一季申報新收案，其當年度追蹤管理(P4302C)次數應達二次。

(B)如為第二、三季申報新收案，其當年度追蹤管理(P4302C)次數應達一次。

3.獎勵指標：病人當年度連續二次追蹤資料皆需達成以下二者之一。

(1)CKD 分期較前一年度最後一次照護新收案時改善(如由 stage 2 改善為 stage 1)。

(2)eGFR 較前一年度最後一次照護新收案時改善(eGFR > 前一年度最後一次檢驗值新收案時)，且下列良好指標至少需有 2 項指標由異常改善為正常。

A.血壓控制：由前一年度最後一次照護新收案 $\geq 140/90$ mmHg 改善為 < 130/80 mmHg。

B.糖尿病病人患-HbA1c 控制：由前一年度最後一次照護新收案 $\geq 7.0\%$ 改善為 < 7.0%。

C.低密度脂蛋白(LDL)：由前一年度最後一次照護新收案 ≥ 130 mg/dl 改善為 < 130 mg/dl。

D.戒菸(持續六個月以上無抽菸行為)：由前一年度最後一次照護新收案抽菸改善為戒菸。

4.獎勵費用：符合「門檻指標」之醫師，所照護病人符合上述「獎勵指標」1 或 2 者，每個個案數給予 400 點獎勵。

(三)糖尿病合併初期慢性腎臟病：

1.品質獎勵指標：

(1)UACR 控制良率

►定義：

A.分母：當年度該院所收案之所有病人數。

B.分子：分母病人中，其最後一次 UACR 檢驗值 < 30mg/gm 之人數。

(2)UACR 控制不良率

►定義：

A.分母：當年度該院所收案之所有病人數。

B.分子：分母病人中，其最後一次 UACR 檢驗值 $>300\text{mg/gm}$ 之人數。

(3)UACR 進步率

►定義：

A.分母：由該院所收案，且當年度及前一年度均有登錄 UACR 檢驗值之人數。

B.分子：分母病人中，其當年度最後一次 UACR 檢驗值較前一年度最後一次 UACR 檢驗值進步達 5%以上（檢驗值成長率 $\leq -5\%$ ）之人數。

(4)HbA1C 控制良率

►定義：

A.分母：當年度該院所收案之所有病人數。

B.分子：分母病人中，其最後一次 HbA1C 檢驗值 $<7.0\%$ （80 歲以上病人 HbA1c $<8\%$ ）之人數。

(5)HbA1C 控制不良率

►定義：

A.分母：當年度該院所收案之所有病人數。

B.分子：分母病人中，其最後一次 HbA1C 檢驗值 $>9.0\%$ 之人數。

(6)HbA1C 進步率

►定義：

A.分母：由該院所收案，且當年度及前一年度均有登錄 HbA1C 檢驗值之人數。

B.分子：分母病人中，其當年度最後一次 HbA1C 檢驗值較前一年度最後一次 HbA1C 檢驗值進步達 5%以上（檢驗值成長率 $\leq -5\%$ ）之人數。

(7)LDL 控制良率

►定義：

A.分母：當年度該院所收案之所有病人數。

B.分子：分母病人中，其最後一次 LDL 檢驗值 $<100\text{mg/dL}$ 之人數。

(8)LDL 控制不良率

►定義：

A.分母：當年度該院所收案之所有病人數。

B.分子：分母病人中，其最後一次 LDL 檢驗值 $>130\text{mg/dL}$ 之人數。

(9)LDL 進步率

►定義：

A.分母：由該院所收案，且當年度及前一年度均有登錄 LDL 檢驗值之人數。

B.分子：分母病人中，其當年度最後一次 LDL 檢驗值較前一年度最後一次 LDL 檢驗值進步達 10%以上（檢驗值成長率 $\leq -10\%$ ）之人數。

2.獎勵方式：

(1)以醫院、診所分組，依上述 UACR 控制良率、UACR 控制不良率、UACR 進步率、HbA1c 控制良率、HbA1c 控制不良率、HbA1c 進步率、LDL 控制良率、LDL 控制不良率、LDL 進步率 9 項指標結果排序，良率及進步率為由高排至低，不良率為由低排至高，再將各指標之序別各乘上九分之一後相加重新排序，取排序總和前百分之三十之院所，依該院所收案個案數，每個個案數給予 1,000 點獎勵。

(2)前項獎勵費，應有部分分配予參與方案之醫師及個案管理師等照護團隊人員。

3.參考指標：同時具高血壓病人使用血管收縮素轉化酶抑制劑（ACEI）或血管收縮素受體阻斷劑（ARB）藥物之病人比率。

(四)胰島素注射獎勵措施：

- 1.適用對象：因糖尿病主診斷就醫且使用糖尿病藥品（ATC 前三碼為 A10）者，收案及非收案之糖尿病病人皆適用。
- 2.獎勵方式：按當年度糖尿病病人中新增胰島素注射個案數計算，每新增加一人，獎勵 500 點。
 - (1)胰島素注射定義為「胰島素注射天數達二十八天以上」。
 - (2)新增胰島素注射個案數係指「前一年未注射胰島素或注射未達二十八天以上者」。

七、本章之疾病管理照護費用及品質獎勵措施費用來源：

- (一)糖尿病、糖尿病合併初期慢性腎臟病及胰島素注射獎勵措施：由全民健康保險醫院總額及西醫基層總額之「醫療給付改善方案」專款項下支應，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。

- (二)初期慢性腎臟病：由全民健康保險其他預算之「腎臟病照護及病人衛教計畫」專款項下支應。該預算先扣除預估之獎勵費用額度後，按季均分，以浮動點值計算疾病管理費用，且每點金額不高於 1 元；當季預算若有結餘，則流用至下季；第四季併同獎勵費用進行每點支付金額計算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，但每點支付金額不高於 1 元。

八、保險人得公開參與本章之特約院所名單及相關醫療品質資訊供民眾參考。

九、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。

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	<u>糖尿病</u> 一第一階段新收案管理照護費 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。 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	一第一階段追蹤管理照護費 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。 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。 <u>若當年度同時有申報P1410C或P7001C，兩者合計最多申報三次。</u> 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%。 <u>4.不得與P7001C同時申報。</u> <u>5.4.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。</u>	v	v	v	v	200
P1409C	一第一階段年度評估管理照護費 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。 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或 ~~及~~ P1408C或P7001C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。 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%。 <u>4.不得與P7002C同時申報。</u> <u>5.4.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。</u>	v	v	v	v	800
P1410C	一第二階段追蹤管理照護費 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。 2.本項每年度最多申報三次，每次間隔至少十週。 <u>若當年度同時有申報P1408C或P7001C，兩者合計最多申報三次。</u> <u>3.不得與P7001C同時申報。</u>	v	v	v	v	100

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
P1411C	一第二階段年度評估管理照護費 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。 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或 ~~P1410C~~ 或P7001C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。 <u>3.不得與P7002C同時申報。</u>	v	v	v	v	300
P4301C	<u>初期慢性腎臟病</u> 一新收案管理照護費 註：應記錄「新收案個案管理基本資料參考表」(詳附表 <u>8.2.58.3.3</u>)及檢查、檢驗與衛教情形等資料(詳附表 <u>8.2.58.3.4</u>)。除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。	v	v	v	v	200
P4302C	一追蹤管理照護費 註：1.應記錄追蹤檢查、檢驗與衛教情形等資料(詳附表 <u>8.2.58.3.4</u>)。除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.申報新收案管理照護費至少需間隔三個月才能申報本項，本項每年度最多申報二次，每次至少間隔六個月。 <u>若當年度同時有申報P7001C，兩者合計最多申報三次。</u> <u>3.不得與P7001C同時申報。</u>	v	v	v	v	200
P4303C	一轉診照護獎勵費 註：1.限個案符合轉診條件，並經轉診至參與「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫」院所，確認經該計畫收案後方可申報，每人限申報一次。 2.跨院需填寫「全民健康保險轉診單」(如附表 <u>8.2.88.3.6</u> ，一份留存院所)，並提供患者腎臟功能相關資料(如：初期慢性腎臟病患者追蹤管理紀錄參考表及初期慢性腎臟病患者結案參考表等)予被轉診機構參考。若為院內跨科轉診，則須保留院內轉診單於病歷內，且於腎臟科收案追蹤後方予支付。(鼓勵跨院或跨科轉診，但排除已參加Pre-ESRD計畫同一院所的腎臟科互轉) 3.結案原因為恢復正常、長期失聯(≥ 180 天)、拒絕再接受治療或死亡者，不可申報本項。 <u>4.不得與P7003C同時申報。</u>	v	v	v	v	200
P7001C	<u>糖尿病合併初期慢性腎臟病</u> 一追蹤管理照護費 註： <u>1.院所照護同時於糖尿病及初期慢性腎臟病收案之病人，需於同一次就診完成二項疾病之追蹤管理(照護項目同附表8.2.2及附表8.2.5)，並以本項目申報，且當次就診不得再另申報P1408C、P1410C及P4302C。</u>	v	v	v	v	400

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<u>2.除檢驗檢查項目外，表列照護項目之費用已內含於本項所訂點數內。</u> <u>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%。</u> <u>4.至少須間隔任一方案之新收案後七週才能申報本項，每年度最多申報三次，每次間隔至少十週。若年度中因個案尚未同時參與同院所糖尿病及初期慢性腎臟病收案照護，有單一疾病追蹤管理者，仍得以該次追蹤管理疾病別申報 P1408C(或 P1410C)或 P4302C，惟每年度分別與本項合計最多申報仍為三次，每次間隔至少十週。</u>					
P7002C	<u>一年度評估管理照護費</u> 註：1.照護項目同附表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。 <u>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或P7001C合計達三次(含)以上者始得申報，本項每年度最多申報一次。</u> <u>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%。</u>	Y	Y	Y	Y	800
P7003C	<u>一轉診照護獎勵費</u> 註：1.限個案符合轉診條件，並經轉診至參與「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫」院所，確認經該計畫收案後方可申報，每人限申報一次。 <u>2.跨院需填寫「全民健康保險轉診單」(同附表8.2.8，一份留存院所)，並提供患者腎臟功能相關資料(如：初期慢性腎臟病患者追蹤管理紀錄參考表及初期慢性腎臟病患者結案參考表等)予被轉診機構參考。若為院內跨科轉診，則須保留院內轉診單於病歷內，且於腎臟科收案追蹤後方予支付。(鼓勵跨院或跨科轉診，但排除已參加Pre-ESRD計畫同一院所的腎臟科互轉)</u> <u>3.結案原因為恢復正常、長期失聯(≥180天)、拒絕再接受治療或死亡者，不可申報本項。</u>	Y	Y	Y	Y	200

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

1. 醫療病史 (Medical history)	2. 身體檢查 (Physical examination)
(1) 與診斷關聯之症狀、檢驗室結果 Symptoms, laboratory results related to diagnosis (2) 營養評估, 體重史 Nutritional assessment, weight history (3) 過去及現在治療計畫 Previous and present treatment plans A. 藥物 Medications B. 營養治療 Medical Nutrition Therapy C. 病人自主管理訓練 Self-management training D. 血糖自我管理及其使用結果 SMBG and use of results (4) 現在治療執行方案 Current treatment program (5) 運動史 Exercise history (6) 急性併發症 Acute complications (7) 感染病史 History of infections (8) 慢性糖尿病併發症 Chronic diabetic complications (9) 藥物史 Medication history (10) 家族史 Family history (11) 冠狀動脈心臟病危險因素 CHD risk factors (12) 心理社會／經濟因素 Psychosocial/economic factors (13) 菸酒之使用 Tobacco and alcohol use	(1) 身高與體重 Height and weight (2) 血壓 Blood pressure * (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。 (4) 甲狀腺觸診 Thyroid palpation (5) 心臟檢查 Cardiac examination (6) 脈搏評估 Evaluation of pulses (7) 足部檢查 Foot examination (8) 皮膚檢查 Skin examination (9) 神經學檢查 Neurological examination (10) 口腔檢查 Oral examination (11) 性成熟度評估 (如屬青春前期後) Sexual maturation (if peripubertal)
3. 檢驗室評估 (Laboratory evaluation)	4. 管理計畫 (Management Plan)
※(1)09005C 空腹血漿葡萄糖或微血管血糖 Fasting plasma glucose or capillary blood sugar ※(2)09006C 糖化血紅素 HbA1C(符合糖化白蛋白檢驗適應症個案，得以 09139C(糖化白蛋白)替代) ※(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) ※(4)09015C 血清肌酸酐 Serum creatinine ※(5)09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉胺基酶 SGPT (or ALT) ※(6)06013C 尿液分析 (尿生化檢查) Urine biochemistry examination ※(7)12111C 微量白蛋白 ※(8)09016C 肌酐、尿 Creatinine (U) CRTN □(9)13007C 細菌培養鑑定檢查 (視情況而定) Urine culture (if indicated) □(10)27004C 甲狀腺刺激素放射免疫分析(第一型病人)TSH (type 1 patients) □(11)18001C 心電圖 (成人) Electrocardiogram (adults)	(1)短期與長期目標 Short- and long-term goals (2)藥物 Medications (3)營養治療 Medical nutrition therapy (4)生活型態改變 Lifestyle changes (5)自主管理教育 Self-management education (6)監測接受指導遵循度 Monitoring instructions * (7)年度轉診至眼科專科醫師 (視情況而定) Annual referral to eye specialist (if indicated) (8)其他專科醫師會診 (視情況而定) Specialty consultations (as indicated) (9)同意接受持續性支持或追蹤的約定 Agreement on continuing support / follow-up (10)協助預約流行感冒疫苗 (influenza vaccine) 接種 (視個別院所情況而定)
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)
(1) 評估治療型態 Assess treatment regimen A. 低或高血糖之頻率／嚴重度 Frequency/severity of hypo-/hyperglycemia B. 自我血糖監測結果 SMBG results C. 病人治療型態之調整 Patient regimen adjustments D. 病人接受專業指導遵循度之問題 Adherence problems E. 生活型態改變 Lifestyle changes F. 併發症的症狀 Symptoms of complications G. 其他醫療疾病 Other medical illness H. 藥物 Medications I. 心理社會方面 Psychosocial issues J. 菸酒之使用 Tobacco and alcohol use	(1) 每次常規性糖尿病回診 Every regular diabetes visit A. 體重 weight B. 血壓 Blood pressure C. 先前身體檢查之異常點 Previous abnormalities on the physical exam (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
3. 檢驗室評估 (Laboratory evaluation)	4. 管理計畫評估 (Evaluation of Management Plan)
※(1)09006C 糖化血紅素 HbA1C 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) B. 如病情穩定一年至少二次 (At least twice per year if stable) C. 符合醣化白蛋白檢驗適應症個案，得以 09139C(醣化白蛋白)替代 ※(2)09005C 空腹血漿葡萄糖或微血管血糖 Fasting plasma glucose or capillary blood sugar	(1) 短期與長期目標 Short- and long-term goals (2) 藥物 Medications (3) 血糖 Glycemia (4) 低血糖之頻率／嚴重度 Frequency/severity of hypoglycemia (5) 血糖自我管理結果 SMBG results (6) 併發症 Complications (7) 血脂異常之控制 Control of dyslipidemia (8) 血壓 Blood pressure (9) 體重 Weight (10) 營養治療 Medical Nutrition Therapy (11) 運動治療型態 Exercise regimen (12) 病人接受自我管理訓練之遵循度 Adherence to self-management training (13) 轉診之追蹤 Follow-up of referrals (14) 心理社會之調適 Psychosocial adjustment (15) 糖尿病知識 Knowledge of diabetes (16) 自我管理技能 Self-management skills (17) 戒菸 (若為抽菸者) Smoking cessation, if indicated (18) 協助預約流行感冒疫苗 (influenza vaccine) 接種 (視個別院所情況而定)
5. 糖尿病自我管理教育	(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：提供糖尿病自我管理教育的單位或機構，應進行持續性品質改善計畫，以結果面來評估衛生教育之效益及提出品質改善的機會。	

註：

- 參照中華民國糖尿病學會「2010 糖尿病臨床照護指引」。
- 表列檢驗及服務項目中，「※」及「*」註記表示為診療指引建議必要執行診療項目。
- 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)

1. 醫療病史 (Medical history)	2. 身體檢查 (Physical examination)
(1) 評估治療型態 Assess treatment regimen A. 低或高血糖之頻率／嚴重度 Frequency/severity of hypo-/hyperglycemia B. 自我血糖監測結果 SMBG results C. 病人治療型態之調整 Patient regimen adjustments D. 病人接受專業指導遵循度之問題 Adherence problems E. 生活型態改變 Lifestyle changes F. 併發症的症狀 Symptoms of complications G. 其他醫療疾病 Other medical illness H. 藥物 Medications I. 心理社會方面 Psychosocial issues J. 菸酒之使用 Tobacco and alcohol use	(1) 年度身體檢查 Physical examination annually * (2) 23501C 年度散瞳眼睛檢查 Dilated eye examination annually 或 23502C 眼底攝影；惟如由眼科專科醫師執行間接式眼底鏡檢查(23702C)，則不需再執行上述項目。 (3) 每次常規性糖尿病回診 Every regular diabetes visit A. 體重 weight B. 血壓 Blood pressure C. 先前身體檢查之異常點 Previous abnormalities on the physical exam (4) 年度足部檢查：足部狀況屬高危險性者需增加檢查次數 Foot examination annually; more often in patients with high-risk foot conditions
3. 檢驗室評估 (Laboratory evaluation)	4. 管理計畫評估 (Evaluation of Management Plan)
※(1) 09006C 糖化血紅素 HbA1C(符合糖化白蛋白檢驗適應症個案，得以 09139C(糖化白蛋白)替代) ※(2) 09005C 空腹血漿葡萄糖或微血管血糖 Fasting plasma glucose or capillary blood sugar ※(3) 年度空腹血脂 Fasting lipid profile annually, unless low risk (09001C 總膽固醇 cholesterol, total、09004C 三酸甘油脂 triglyceride(TG)、09043C 高密度脂蛋白膽固醇 HDL cholesterol、09044C 低密度脂蛋白膽固醇 LDL cholesterol) ※(4) 09015C 血清肌酸酐 Serum creatinine ※(5) 09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉胺基酶 SGPT (or ALT) ※(6) 06013C 尿液分析 (尿生化檢查) Urine biochemistry examination ※(7) 12111C 微量白蛋白 Microalbumin (Nephelometry) ※(8) 09016C 肌酐、尿 Creatinine (U) CRTN ※(9) 18001C 心電圖(成人) Electrocardiogram (adults)	(1) 短期與長期目標 Short- and long-term goals (2) 藥物 Medications (3) 血糖 Glycemia (4) 低血糖之頻率／嚴重度 Frequency/severity of hypoglycemia (5) 血糖自我管理結果 SMBG results (6) 併發症 Complications (7) 血脂異常之控制 Control of dyslipidemia (8) 血壓 Blood pressure (9) 體重 Weight (10) 營養治療 Medical Nutrition Therapy (11) 運動治療型態 Exercise regimen (12) 病人接受自我管理訓練之遵循度 Adherence to self-management training (13) 轉診之追蹤 Follow-up of referrals (14) 心理社會之調適 Psychosocial adjustment (15) 糖尿病知識 Knowledge of diabetes (16) 自我管理技能 Self-management skills (17) 戒菸 (若為抽菸者) Smoking cessation, if indicated (18) 協助預約流行感冒疫苗 (influenza vaccine) 接種 (視個別院所情況而定)
5. 糖尿病自我管理教育 (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：提供糖尿病自我管理教育的單位或機構，應進行持續性品質改善計畫，以結果面來評估衛生教育之效益及提出品質改善的機會。	

註：

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

附表 8.2.4 初期慢性腎臟疾病個案管理

一、慢性腎臟疾病(CKD)之分期:

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

註:1.慢性腎臟疾病(CKD)分類中，腎傷害或腎絲球過濾率下降需持續大於三個月以上

2.腎臟損傷指有影像學變化(如腎萎縮)或傷害指標(如蛋白尿、血尿等)

三、慢性腎臟疾病之篩檢

1.對於高危險群應定期檢查血中肌酸酐值及尿液(U_{PCR} 或 U_{ACR})

2.高危險群:

(A)高血壓、高血糖患者

(B)長期服用藥物者

(C)心血管疾病患者

(D)結構性腎小管異常，腎結石或攝護腺腫大者

(E)洗腎家族史或家族性腎疾病

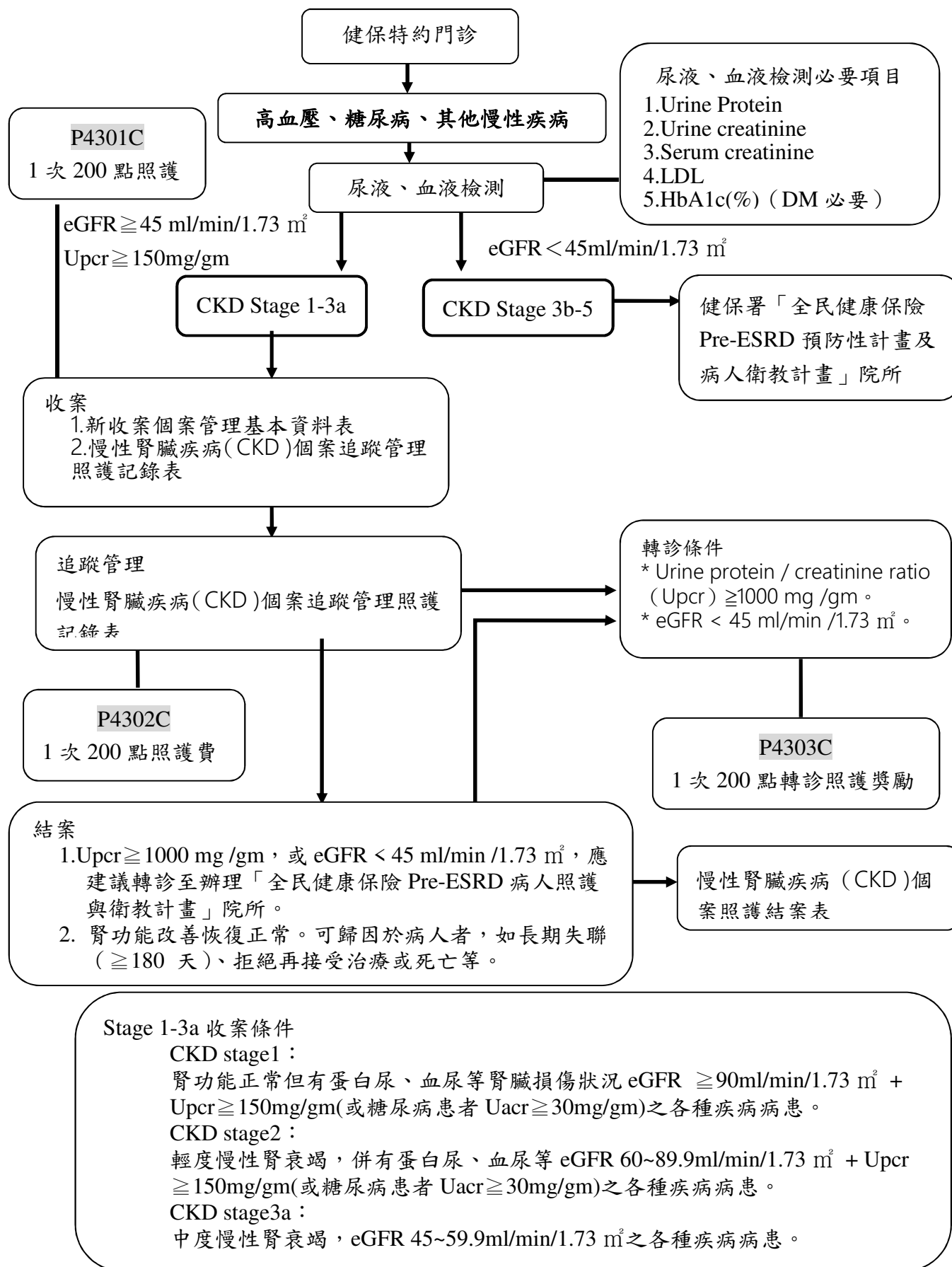
(F)潛在影響腎功能之系統性疾病(如 SLE)

(G)長期食用中草藥者

(H)隨機性血尿或尿蛋白

(I)年紀>60 歲

三、慢性腎臟疾病管理流程



四、初期慢性腎臟疾病照護之衛教內容

Stage 1：腎功能正常但有蛋白尿、血尿等腎臟損傷狀況 eGFR：≥ 90 ml/min/1.73 m²，建議每六個月追蹤一次 Stage 2：輕度慢性腎衰竭，併有蛋白尿、血尿等 eGFR：60~89.9 ml/min/1.73 m²，建議每六個月追蹤一次 Stage 3a：中度慢性腎衰竭，eGFR：45~59.9ml/min/1.73 m²，建議每六個月追蹤一次 Stage 3b：中度慢性腎衰竭，eGFR：30~44.9 ml/min/1.73 m²，建議每三個月追蹤一次	
目標	衛教指導項目
● 認識腎臟的構造與功能 ● 認識腎臟疾病常見的症狀及檢查值 ● 如何預防腎臟疾病及其惡化，請勿擅自服食藥物 ● 願意配合定期門診追蹤 ● 願意接受定期護理指導計劃方案 ● 認識腎臟穿刺之必要性($U_{PCR} > 2,000$ mg/gm 者)及轉診腎臟專科醫師 ● 認識高血脂、高血壓、糖尿病與腎臟病之相關性 ● 血壓、血糖、血脂、體種、腰圍與 BMI 之控制	1. 認識腎臟的基本構造與功能 2. 簡介腎臟疾病常見症狀及檢查值 3. 腎臟病日常生活保健與預防 4. 教導定期追蹤之重要性 5. 教導服用藥物(包括中草藥及健康食品)前，須先徵詢醫師意見 6. 腎臟穿刺切片檢查之介紹($U_{PCR} > 2,000$ mg/gm 者)及轉診腎臟專科醫師 7. 簡介高血壓及其併發症 8. 簡介高血脂及其併發症 9. 簡介糖尿病及其併發症 10. 飲食原則之指導(含衛教單張發放)

**附表 8.2.5 初期慢性腎臟病新收案個案管理基本資料參考表
(適用編號 P4301C)**

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

教育程度：	☐ 1.不識字 ☐ 2.小學 ☐ 3.初中 ☐ 4.高中(職) ☐ 5.大專(學)以上			
職 業：	☐ 1.退休 ☐ 2.農 ☐ 3.軍公教 ☐ 4.工 ☐ 5.商 ☐ 6.服務業 ☐ 7.家管 ☐ 8.無 ☐ 9.其它_____			
家 族 史 (若有親人有 罹患右側表列 中疾病，請填入 家屬代碼)	☐ 1.無		☐ 8.惡性腫瘤【 】	
	☐ 2.糖尿病【 】		☐ 9.遺傳性腎臟疾病【 】	
	☐ 3.高血壓【 】		☐ 10.多囊腎【 】	
	☐ 4.心臟病【 】		☐ 11.痛風【 】	
	☐ 5.腦血管病變(中風)【 】		☐ 12.自體免疫性疾病【 】	
	☐ 6.高血脂【 】		☐ 13.其他【 】	
	☐ 7.腎臟病或尿毒症【 】		☐ 14.不知	
	A.父 B.母 C.兒女 D.兄弟姊妹 E.父系親戚 F.母系親戚 G.其他			
個 人 健 康 評 估				
伴隨系統性疾 病	☐ 無			
	病 名		初 次 診 斷 時 間	
	☐ 1.高血壓	年 月 日	☐ 18.視力衰退	年 月 日
	☐ 2.糖尿病	年 月 日	☐ 19.視網膜病變	年 月 日
	☐ 3.腎臟病	年 月 日	☐ 20.B型肝炎	年 月 日
	☐ 4.缺血性心臟病	年 月 日	☐ 21.C型肝炎	年 月 日
	☐ 5.心律不整	年 月 日	☐ 22.慢性肝疾病／肝硬化	年 月 日
	☐ 6.心臟衰竭	年 月 日	☐ 23.結核	年 月 日
	☐ 7.腦血管疾病	年 月 日	☐ 24.甲狀腺腫	年 月 日
	☐ 8.腫瘤	年 月 日	☐ 25.癲癇	年 月 日
	☐ 9.貧血	年 月 日	☐ 26.精神疾病	年 月 日
	☐ 10.關節炎	年 月 日	☐ 27.攝護腺肥大	年 月 日
	☐ 11.高膽固醇血症	年 月 日	☐ 28.皮膚病	年 月 日
	☐ 12.痛風或高尿酸血症	年 月 日	☐ 29.良性腫瘤	年 月 日
	☐ 13.過敏性鼻炎	年 月 日	☐ 30.惡性腫瘤	年 月 日
	☐ 14.氣喘	年 月 日	☐ 31.神經病變	年 月 日
	☐ 15.慢性肺疾病	年 月 日	☐ 32.自體免疫疾病	年 月 日
	☐ 16.消化性潰瘍	年 月 日	☐ 33.其他	年 月 日
	☐ 17.功能性腸胃問題	年 月 日	☐ 34.藥物過敏 藥物名：	

	□35.食物過敏 食物名稱：

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

附表 8.2.6 初期慢性腎臟病個案追蹤管理照護紀錄參考表
(適用編號 P4301C、P4302C)

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

就診日期	年 月 日 新收案	年 月 日 個月後追蹤	年 月 日 個月後追蹤	年 月 日 個月後追蹤
血壓 (mmHg) 【必要】				
身高 (cm) 【必要】				
體重 (kg) 【必要】				
腰圍 (cm) (參考)				
臀圍 (cm) (參考)				
抽煙【必要】 □1.無 □2.有				
BMI (參考)				
尿液試紙 (參考)				
蛋白質				
潛血				
尿糖				
Urine PCR(mg/gm) 【必要】				
Urine ACR(mg/gm) (參考)				
Uric acid (mg/dl) (參考)				
Serum creatinine (mg/dl) 【必要】				
eGFR(MDRD) 【必要】				
CHOL (mg/dl) (參考)				
LDL (mg/dl) 【必要】				
HbA1c (%) (DM 必要)				
GA(%) (DM 病人且無 HbA1C 檢驗必填)				
Sugar AC (mg/dl) (DM 參考)				
長期藥物使用(>3M) 降血壓藥 胰島素 降血糖藥 降血脂藥 降尿酸藥 NSAID 中草藥	☐ ACEI ☐ ARB ☐ CCB ☐ DRI ☐ 其他：_____	☐ ACEI ☐ ARB ☐ CCB ☐ DRI ☐ 其他：_____	☐ ACEI ☐ ARB ☐ CCB ☐ DRI ☐ 其他：_____	☐ ACEI ☐ ARB ☐ CCB ☐ DRI ☐ 其他：_____
護理營養衛教記錄 衛教對象 衛教方式	☐ 有 ☐ 無 ☐ 本人 ☐ 家屬： ☐ 其他：_____	☐ 有 ☐ 無 ☐ 本人 ☐ 家屬： ☐ 其他：_____	☐ 有 ☐ 無 ☐ 本人 ☐ 家屬： ☐ 其他：_____	☐ 有 ☐ 無 ☐ 本人 ☐ 家屬： ☐ 其他：_____
	☐ 個別衛教 ☐ 電訪 ☐ 團體衛教 ☐ 其他：_____	☐ 個別衛教 ☐ 電訪 ☐ 團體衛教 ☐ 其他：_____	☐ 個別衛教 ☐ 電訪 ☐ 團體衛教 ☐ 其他：_____	☐ 個別衛教 ☐ 電訪 ☐ 團體衛教 ☐ 其他：_____
醫護人員簽名				

附表 8.2.7 初期慢性腎臟疾病個案照護結案參考表

姓 名：_____ 性別：☐男☐女 電話號碼：_____

病歷號碼：_____ 出生日期：____年__月__日 身份證字號：_____

收案日期：____年__月__日 結案日期：____年__月__日 原發疾病：_____

結案原因：

- ☐ 1.轉診 CKD 防治院所照護或進入「全民健康保險 Pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教計畫」
- 轉診日期：____年__月__日
- 轉診院所名稱：_____、院所代號_____、____科、醫師 ID _____
- 轉診原因：☐ Urine protein/creatinine ratio (U_{PCR}) ≥ 1000 mg/gm。
- ☐ $30 \text{ ml/min/1.73 m}^2 \leq eGFR < 45 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ (Stage 3b)。
- ☐ $15 \text{ ml/min/1.73 m}^2 \leq eGFR < 30 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ 者 (Stage 4)。
- ☐ $eGFR < 15 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ 者 (Stage 5)。
- ☐ 2.腎功能改善恢復正常
- ☐ 3.長期失聯(≥ 180 天)
- ☐ 4.拒絕再接受治療
- ☐ 5.死亡
- ☐ 6.病人未執行本章管理照護超過一年者。

附表 8.2.8 全民健康保險院所轉診單

全民健康保險 院(所)轉診單(轉診至 院所)(院所參考)
保險醫事服務機構代號：

原 診 醫 院	保險對象基本資料	姓 名		性 別	出 生 日 期			身 分 證 號			
				☐ 男 ☐ 女	民國(前) 年 月 日						
		聯 絡 人		聯 絡 電 話		聯 絡 地 址					
療 歷 摘 要	病 歷 摘 要	A.病情摘要(主訴及簡短病史) D.藥物過敏史：									
		B.診斷 ICD-10-CM 病名									
		1.(主診斷) 2. 3.									
		C.檢查及治療摘要 1.最近一次檢查結果 2.最近一次用藥或手術名稱 日期： 日期： 報告：									
診 所	轉診目的	1. ☐ 急診治療 4. ☐ 進一步檢查，檢查項目 2. ☐ 住院治療 5. ☐ 轉回轉出或適當之院所繼續追蹤 3. ☐ 門診治療 6. ☐ 其他									
		院所住址						傳真號碼： 電子信箱：			
		診治醫師姓名		科別		聯絡電話		醫師簽章			
		開單日期	年 月 日			安排就醫日期		年 月 日		科 診 號	
接 受 轉 診 醫 院 診 所	建議轉診院所科別	(必填)醫院 (必填)科 醫師						轉診院所地址及專線電話		地址： 電話：	
		處理情形									
		1. ☐ 已予急診處置並轉診至 醫院 2. ☐ 已予急診處置，並住本院 病房治療中 3. ☐ 已安排住本院 病房治療中 4. ☐ 已安排本院 科門診治療中 5. ☐ 已予適當處理並轉回原院所，建議事項如下									
		治療摘要									
接 受 轉 診 醫 院 診 所	治療摘要	1.主診斷 ICD-10-CM： 2.治療藥物或手術名稱 3.輔助診斷之檢查結果 病名：									
		院所名稱						電話或傳真： 電子信箱：			
		診治醫師姓名		科別		醫師簽章		回覆日期	年 月 日		

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

第三聯：原診療醫院、診所留存

※本轉診單限使用一次

※以上欄位均屬必填，如無則填無

附表 8.2.9 糖尿病個案登錄系統必要欄位簡化表

一、新收案(P1407C)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、醣化白蛋白(無HbA1C檢驗者必填)
- 4.Urine檢驗：
 - (1)檢查日期、Urine ACR (mg/g)、Urine Routine(二者可視情形擇一填報)
 - (2)因洗腎導致無尿液檢驗者，無須填報
- 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)必填欄位：

- 1.追蹤管理日期
- 2.Blood檢驗：檢查日期、HbA1c、Glucose(AC)、醣化白蛋白(無HbA1C檢驗者必填)

三、年度評估(P1409C、P1411C)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、醣化白蛋白(無HbA1C檢驗者必填)
- 4.Urine檢驗：
 - (1)檢查日期、Urine ACR (mg/g)、Urine Routine(二者可視情形擇一填報)
 - (2)因洗腎導致無尿液檢驗者，無須填報
- 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)

註 1.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、複診次數等欄位會自動帶出

註 2.系統會自動將醣化白蛋白欄位填入值換算成 HbA1C 後帶入 HbA1C 欄位：

(1)上述換算公式係參照「2018 糖尿病臨床照護指引」

(2)換算後的 HbA1C，將作為方案獎勵評比計算；若兩者同時填報，則以填報值為主

註 3.UACR=尿液中白蛋白/肌酸酐 (單位：mg/g)

註 4.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。

附表 8.2.10 初期慢性腎臟病個案登錄系統必要欄位簡化表

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

- 1.新收案日期、個案性別、出生日期、CKD Stage (1: Stage1; 2: Stage2; 3a: Stage3a)、伴隨疾病(1.無; 2.腎臟病; 3.糖尿病; 4.高血壓; 5.心臟血管疾病; 6.高血脂症; 7.慢性肝病; 8.癌症; 9.其他)、抽煙 (1.無 2.有)
- 2.基本檢查數據：檢查日期、身高、體重、收縮壓、舒張壓、eGFR、U_{PCR} (mg/gm)
- 3.血液檢驗：Serum creatinine(mg/dl)、LDL (mg/dl)、HbA1c (DM必填、無HbA1C檢驗者須填GA(醣化白蛋白))

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

1. 追蹤管理日期、CKD Stage (1: Stage1; 2: Stage2; 3a: Stage3a; 3b: Stage3b; 4: Stage4; 5: Stage5、抽煙 (1.無 2.有)
2. 追蹤必要檢查數據：檢查日期、身高、體重、收縮壓、舒張壓、eGFR、U_{PCR} (mg/gm)
3. 血液檢驗：Serum creatinine(mg/dl)、LDL (mg/dl)、HbA1c (DM必填、無HbA1C檢驗者須填GA(醣化白蛋白))

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

- 1.結案(或轉診)日期
- 2.結案原因：1：轉診進入「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫」照護。2：恢復正常。3：長期失聯(≥ 180 天)。4：拒絕再接受治療。5：死亡。6：病人未執行本章管理照護超過一年者。
- 3.轉診Pre-ESRD計畫院所原因：1：U_{PCR} ≥ 1000 mg/gm。3b：Stage3b。4：Stage 4。5：Stage 5。
- 4.接受轉診院所保險醫事服務機構代號：_____

註.系統會自動將醣化白蛋白欄位填入值換算成 HbA1C 後帶入 HbA1C 欄位：

- (1)若兩者同時填報，則以填報值為主
- (2)上述換算公式係參照「2018 糖尿病臨床照護指引」
- (3)換算後的 HbA1C，將作為方案獎勵評比計算

附表 8.2.11 個案登錄系統必要欄位簡化表

糖尿病及初期慢性腎臟病共同追蹤管理照護(P7001C) 必填欄位：

1. 追蹤管理日期
2. 糖尿病照護醫師ID、Early-CKD照護醫師ID
3. CKD Stage：1、2、3a（1：Stage1；2：Stage2；3a：Stage3a）
4. 基本檢查數據：收縮壓、舒張壓
5. Blood檢驗：檢查日期、HbA1c、Glucose(AC)、醣化白蛋白(無HbA1C檢驗者必填)、LDL、Creatinine
6. Urine檢驗：檢查日期、Urine Routine、eGFR、UACR (mg/g)
7. 抽煙：1(無)、2(有)

註 1.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、複診次數等欄位會自動帶出

註 2.系統會自動將醣化白蛋白欄位填入值換算成 HbA1C 後帶入 HbA1C 欄位：

(1)上述換算公式係參照「2018 糖尿病臨床照護指引」

(2)換算後的 HbA1C，將作為方案獎勵評比計算；若兩者同時填報，則以填報值為主

註 3.UACR=尿液中白蛋白/肌酸酐（單位：mg/g）

註 4.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。

現行制度與新制度之個案年管理照護費比較表

✓新收案

過程	現行制度			新制度		
新收案	糖尿病(P1407C)	1 次	650 點*1=650 點	糖尿病(P1407C)	1 次	650 點*1=650 點
	CKD(P4301C)	1 次	200 點*1=200 點	CKD(P4301C)	1 次	200 點*1=200 點
追蹤	糖尿病(P1408C)	3 次	200 點*3=600 點	共病管理(P7001C)	3 次	400 點*3=1,200 點
	CKD (P4302C)	1 次	200 點*1=200 點			
年度評估	糖尿病(P1409C)	1 次	800 點*1=800 點	共病管理(P7002C)	1 次	800 點*1=800 點
合計			2,450 點			2,850 點

✓舊個案(糖尿病第一階段)

過程	現行制度			新制度		
追蹤	糖尿病(P1408C)	3 次	200 點*3=600 點	共病管理(P7001C)	3 次	400 點*3=1,200 點
	CKD (P4302C)	2 次	200 點*2=400 點			
年度評估	糖尿病(P1409C)	1 次	800 點*1=800 點	共病管理(P7002C)	1 次	800 點*1=800 點
合計			1,800 點			2,000 點

✓舊個案(糖尿病第二階段)

過程	現行制度			新制度		
追蹤	糖尿病(P1410C)	3 次	100 點*3=300 點	共病管理(P7001C)	3 次	400 點*3=1,200 點
	CKD (P4302C)	2 次	200 點*2=400 點			
年度評估	糖尿病(P1411C)	1 次	300 點*1=300 點	共病管理(P7002C)	1 次	800 點*1=800 點
合計			1,000 點			2,000 點

新增「共同追蹤管理費」前後之照護個案年支付點數比較表(分開)

單位：點

(一) 新個案：

現行制度					新增共同追蹤管理費						每一個案之年支出點數較原制度之增幅		
											全數以醫療給付改善方案支應		
DM (A1)		Early-CKD (A2)		合計 (A3=A1+A2)	DM (B1)		Early-CKD (B2)		共同追蹤 (B3)		合計 (B4=B1+B2+B3)	與原 DM 增幅 (C1=B1+B3-A1)	較原 CKD 增幅 (C2= B2-A2)
新收案	650*1	新收案	200*1	2,450	新收案	650*1	新收案	200*1	追蹤	400*3	2,850	600	-200
追蹤	200*3		200*1										
年評	800*1												
2,050		400			650		200		2,000				

註：以 DM 新個案為例：表格呈現係指新個案一年最多會有二次新收案(650 點*1 次+200 點*1 次)+追蹤管理(400 點*3 次)+一次年度評估(800 點*1 次)=2,850 點

(二) 舊個案：

單位：點

現行制度					新增共同追蹤管理照護費							每一個案之年支出點數較原制度之增幅	
												全數以醫療給付改善方案支應	
DM (a1)		Early-CKD (a2)		合計 (a3=a1+a2)	DM (b1)		Early-CKD (b2)		共同追蹤 (b3)		合計 (b4=b1+b2+b3)	較原 DM 增幅 (c1= b1+b3-a1)	較原 CKD 增幅 (c2=b2-a2)
追蹤 年評	200*3 800*1	追蹤	200*2	1,800	N	N	N	N	追蹤 年評	400*3 800*1	2,000	600	-400
1,400		400			0		0		2,000				

註：以 DM 舊個案為例：表格呈現係指舊個案一年最多會有三次追蹤管理(400 點*3 次)+一次年度評估(800 點*1 次)=2,000 點

109 年糖尿病方案照護狀況

總額別	院所數	照護人數	照護率	參與醫師數
醫院	278	574,308	62.1%	2,534
基層	1,027	299,753	46.4%	1,743

109 年慢性腎臟病方案照護狀況

總額別	院所數	照護人數	照護率	參與醫師數
醫院	258	284,218	28.6%	2,950
基層	841	149,672	44.4%	1,273

109 年糖尿病與慢性腎臟病方案之院所參與及收案情形

層級別	參與院所數		同時參與 DM 及 CKD 方案		
	DM 方案(A)	CKD 方案(B)	院所數(C)	占 DM 方案 院所比率(D=C/A)	占 CKD 方案 院所比率(E=C/B)
醫院	278	258	240	86.3%	93.0%
基層	1,027	841	600	58.4%	71.3%
合計	1,305	1,099	840	64.4%	76.4%

層級別	照護人數		同時被 DM 及 CKD 方案收案			DM 及 CKD 皆由同一院所收案			
	DM 方案 (F)	CKD 方案 (G)	照護人數 (H)	占 DM 方案 收案人數比率 (I=H/F)	占 CKD 方案 收案人數比率 (J=H/G)	照護人數 (K)	占 DM 方案 收案人數比率 (L=K/F)	占 CKD 方案 收案人數比率 (N=K/G)	同時參與兩方案 之照護人數占率 (M=K/H)
醫院	574,308	284,218	153,467	26.7%	54.0%	150,000	26.1%	52.8%	97.7%
基層	299,753	149,672	81,391	27.2%	54.4%	78,230	26.1%	52.3%	96.1%
合計	870,787	433,694	234,011	26.9%	54.0%	228,204	26.2%	52.6%	97.5%

註 1.資料來源：健保三代倉儲系統

註 2.參與院所：當年度有申報該項方案 P 碼醫令之院所

註 3.照護人數：當年度有報該項方案 P 碼醫令之人數(歸戶後)

註 4.照護率：

分母：當年度 90 天內同院所診斷糖尿病(主診斷 ICD10:E08-E13)，至少就醫達二次(含)以上之人數。

分子：當年度申報醫令前 3 碼為 P14 之人數。

推估 111 年參加 DM 方案、Early-CKD 方案及同院參與 DM 及 CKD 方案之人數分布

總額別	CKD 人數 (A)	DM 人數 (B)	共病病人中同一院所收案 人數占 DM 方案人數之比率(C)	DM 舊個案(110 年 DM 方 案人數)(b2)	DM 新個案 (b1=B-b2)	於同一院所參加 DM 及 CKD 方案人數		
						新個案 (d1=b1*C)	舊個案 (d2=b2*C)	合計 (D=d1+d2)
醫院	423,263	651,312	26.10%	610,983	40,329	10,526	159,467	169,993
診所	222,895	442,375	26.10%	363,788	78,587	20,511	94,949	115,460

註 110 年及 111 年 DM 方案及 CKD 方案之收案人數係以 110 年及 111 年總額協商推估預算版本為依據(以就醫率及收案率成長狀況推估)。

111 年各總額預算增減之推估：

一、由醫療給付改善方案專款支應(糖尿病)之共管個案對各總額預算之財務影響

(一) 管理照護費：

1. 醫院及西醫基層

總額別	預估同院所 人數 (D=d1+d2)	新個案			舊個案			管理照護費增額總 計(H=h1+h2)
		預估同院所新個 案人數(d1)	與原 DM 方案點 數增幅(C1)	增額點數小計 (h1=d1*C1)	預估同院所舊個 案人數(d2)	與原 DM 方案點 數增幅(c1)	增額點數小計 (h2=d2*c1)	
醫院	169,993	10,526	600	6,315,600	159,467	600	95,680,200	101,995,200
診所	115,460	20,511	600	12,306,600	94,949	600	56,969,400	69,276,000

2. 其他部門

總額別	預估同院所 人數(D=d1+d2)	新個案			舊個案			管理照護費增額總 計(K=k1+k2)
		預估同院所新個 案人數(d1)	與原 CKD 方案 點數增幅(C2)	增額點數小計 (k1=d1*C2)	預估同院所舊個 案人數(d2)	與原 CKD 方案 點數增幅(c2)	增額點數小計 (k2=d2*c2)	
醫院	169,993	10,526	-200	-2,105,200	159,467	-400	-63,786,800	-65,892,000
診所	115,460	20,511	-200	-4,102,200	94,949	-400	-37,979,600	-42,081,800

3. 總計

醫院(H)	西醫基層(H)	其他部門(K)
101,995,200	69,276,000	-107,973,800

(二) 品質獎勵金：

總額別	共病院所數	獲獎院所數	獎勵金 (獎勵金=總排名前 30%院所照護個案數*1,000 點)
醫院	233	69	29,397,000
診所	575	172	24,043,000

二、111 年醫院總額、西醫基層總額及其他部門總額之增幅

醫院(H)	西醫基層(H)	其他部門(K)
131,392,200	93,319,000	-107,973,800

註. 111 年總額預算（待部核定），本署建議共管措施編列預算分別為醫院總額 1.554 億元(較 110 年編列預算增加 0.489 億元)，西醫基層總額 1.044 億元(較 110 年編列預算增加 0.474 億)。

討論事項

第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：全民健康保險居家醫療照護整合計畫(下稱本計畫)之針灸治療處置費不列合理量計算案。

說明：

一、依據中華民國中醫師公會全國聯合會110年10月6日(110)全聯醫總富字第1358號函辦理(附件1，頁次討4-3~4-4)。

二、中醫師公會全國聯合會考量本計畫照護個案大多病情複雜須更多心力照顧，其「針灸處置費」建議比照各項中醫專案計畫(如：支付標準第四部中醫第八章「特定疾病門診加強照護」及中醫醫療資源不足地區改善方案之巡迴醫療服務等)，不列入一般部門合理量計算，並於本計畫條文新增備註。

三、本署說明：

(一)查現行本計畫各照護階段給付項目及支付標準原則之針灸治療，依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第四部第四章針灸治療處置費規範核實申報；其相關費用由中醫一般部門門診總額支應。

(二)經統計 109 年及 110 年 1-8 月本計畫針灸治療處置費申報情形摘述如下(附件 2，頁次討 4-5)：

1. 109年共60家院所、37名中醫師申報針灸治療處置共14,623件，申報約389萬點；平均每位醫師每月申報約33件、每月申報0.88萬點。

2. 110年1-8月共94家院所、196名中醫師申報針灸治療處置共22,862件，申報約738萬點；平均每位醫師每月申報約15件、每月申報0.47萬點。

(三)考量本計畫已經訂有中醫師每月訪視上限(以 180 人次為限)，且針灸治療處置費由中醫一般部門門診總額支應，擬依中醫師

公會全國聯合會建議，於本計畫增列「針灸治療處置費不列入一般部門合理量計算」之備註。

- 四、本計畫條文修訂（附件3，頁次討4-6～4-7）：十一、醫療費用申報、支付及審查原則(五)給付項目及支付標準之各照護階段之給付項目及支付標準原則，增列備註第2點：本計畫中醫師針灸治療處置費不列入門診合理量計算。

擬辦：本案如獲同意，將依程序報請衛生福利部核定後公布實施。

中華民國中醫師公會全國聯合會 函

會址：新北市板橋區民生路一段33號11樓之2

電話：(02)2959-4939

傳真：(02)2959-2499

E-mail：twtm09@gmail.com

承辦人：李敬 分機：13

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國110年10月6日

發文字號：(110)全聯醫總富字第1358號

速 別：

附 件：附件乙份

主 旨：建請大署於居家醫療整合照護計畫中比照支付標準第四部中醫第八章「特定疾病門診加強照護」不列入處置費合理量計算，請鑒察。

說 明：

- 一、依本會110年10月3日中醫門診醫療服務審查執行會第43次會議決議事項辦理。
- 二、查現行支付標準第四部中醫第八章「特定疾病門診加強照護」及中醫各項專案計畫處置費皆不列入合理量計算，獨居家醫療整合照護計畫被列入合理量計算。
- 三、符合居家醫療整合照護計畫收案標準之個案，大多病情複雜，需要更多心力照護，職是之故，針灸處置宜比照各項中醫專案計畫，不予納入一般部門合理量計算，如蒙所請，不勝感激。

中醫全聯會
校對章(四)

正 本：衛生福利部中央健康保險署

副 本：

理事長 柯富揚

附件

修訂後			修訂前		
(五)給付項目及支付標準：			(五)給付項目及支付標準：		
2、各照護階段之給付項目及支付標準原則如下：			2、各照護階段之給付項目及支付標準原則如下：		
照護階段	給付項目	支付標準	照護階段	給付項目	支付標準
居家醫療	醫師訪視 中醫師訪視 藥師訪視	訪視費論次計酬 藥費、藥事服務費核實 檢驗(查)費核實 針灸治療核實	居家醫療	醫師訪視 中醫師訪視 藥師訪視	訪視費論次計酬 藥費、藥事服務費核實 檢驗(查)費核實 針灸治療核實
重度居家醫療	醫師訪視 中醫師訪視 護理人員訪視 呼吸治療人員訪視 藥師訪視 其他專業人員訪視	訪視費論次計酬 藥費、藥事服務費核實 檢驗(查)費核實 呼吸器使用論日計酬 緩和醫療家庭諮詢費論次計酬 針灸治療核實	重度居家醫療	醫師訪視 中醫師訪視 護理人員訪視 呼吸治療人員訪視 藥師訪視 其他專業人員訪視	訪視費論次計酬 藥費、藥事服務費核實 檢驗(查)費核實 呼吸器使用論日計酬 緩和醫療家庭諮詢費論次計酬 針灸治療核實
安寧療護	醫師訪視 中醫師訪視 護理人員訪視 呼吸治療人員訪視 藥師訪視 其他專業人員訪視	訪視費論次計酬 藥費、藥事服務費核實 檢驗(查)費核實 呼吸器使用論日計酬 病患自控式止痛論次計酬 針灸治療核實	安寧療護	醫師訪視 中醫師訪視 護理人員訪視 呼吸治療人員訪視 藥師訪視 其他專業人員訪視	訪視費論次計酬 藥費、藥事服務費核實 檢驗(查)費核實 呼吸器使用論日計酬 病患自控式止痛論次計酬 針灸治療核實
備註： 1.各照護階段內之給付項目應依病人病情實際需要提供，並非照護階段內各類訪視人員訪視均須提供。 2. 本計畫中醫師申報之針灸處置費不納入門診合理量計算。			備註：各照護階段內之給付項目應依病人病情實際需要提供，並非照護階段內各類訪視人員訪視均須提供。		

109年及110年1-8月居家醫療照護整合計畫居家中醫申報針灸處置費用情形

年度	醫令 編號	醫令名稱	院所 數	申報醫 師數	醫令 件數	醫令點數	平均每位醫師申 報情形		平均每位醫師申報 每月情形	
							件數	醫令點數	件數	醫令點數
109年	B41	針灸治療處置費 (含材料費)－另 開內服藥	53	90	1,926	434,264	21	4,825	1.8	402
	B42	針灸治療處置費 (含材料費)－未 開內服藥	56	115	5,549	1,259,163	48	10,949	4.0	912
	B45	複雜性針灸治療－ 另開內服藥	29	50	1,892	580,844	38	11,617	3.2	968
	B46	複雜性針灸治療－ 未開內服藥	29	62	5,256	1,612,972	85	26,016	7.1	2,168
	合計	4	60	37	14,623	3,887,243	395	105,061	32.9	8,755
110年 1-8月	B41	針灸治療處置費 (含材料費)－另 開內服藥	48	72	640	145,054	9	2,015	1.1	252
	B42	針灸治療處置費 (含材料費)－未 開內服藥	52	94	1,805	409,735	19	4,359	2.4	545
	B45	複雜性針灸治療－ 另開內服藥	29	42	545	167,315	13	3,984	1.6	498
	B46	複雜性針灸治療－ 未開內服藥	34	60	1,491	457,737	25	7,629	3.1	954
	D01	一般針灸－另開 內服藥	51	93	1,920	435,159	21	4,679	2.6	585
	D02	一般針灸－未開 內服藥	65	127	5,503	1,236,416	43	9,736	5.4	1,217
	D03	電針治療－另開 內服藥	3	3	12	2,724	4	908	0.5	114
	D04	電針治療－未開 內服藥	7	9	54	12,258	6	1,362	0.8	170
	D05	中度複雜性針灸 －另開內服藥	22	31	440	143,228	14	4,620	1.8	578
	D06	中度複雜性針灸 －未開內服藥	29	43	929	303,783	22	7,065	2.7	883
	D07	高度複雜性針灸 －另開內服藥	65	107	2,178	928,315	20	8,676	2.5	1,084
	D08	高度複雜性針灸 －未開內服藥	73	140	7,345	3,134,542	52	22,390	6.6	2,799
	合計	12	94	196	22,862	7,376,266	117	37,634	14.6	4,704

備註：

1. 資料來源中央健康保險署三代倉儲系統(條件為案件分類31且特定治療項目任一為EC案件中，申報支付標準第四部第四章 針灸治療處置費案件)。

2. 平均每位醫師申報情形為該統計期間平均每位醫師申報件數及點數。

3. 平均每位醫師申報每月情形為「平均每位醫師申報件數及點數」/統計月份。

全民健康保險居家醫療照護整合計畫(草案)修正彙整表

修訂後條文			原條文			說明
十一、醫療費用申報、支付及審查原則 (一) 給付項目及支付標準： 1、各照護階段之給付項目及支付標準原則如下：			十一、醫療費用申報、支付及審查原則 (一) 給付項目及支付標準： 1、各照護階段之給付項目及支付標準原則如下：			
照護階段	給付項目	支付標準	照護階段	給付項目	支付標準	
居家醫療	醫師訪視 中醫師訪視 藥師訪視	訪視費論次計酬 藥費、藥事服務費核實 檢驗(查)費核實 針灸治療核實	居家醫療	醫師訪視 中醫師訪視 藥師訪視	訪視費論次計酬 藥費、藥事服務費核實 檢驗(查)費核實 針灸治療核實	
重度居家醫療	醫師訪視 中醫師訪視 護理人員訪視 呼吸治療人員訪視 藥師訪視	訪視費論次計酬 藥費、藥事服務費核實 檢驗(查)費核實 呼吸器使用論日計酬 緩和醫療家庭諮詢費論次計酬 針灸治療核實	重度居家醫療	醫師訪視 中醫師訪視 護理人員訪視 呼吸治療人員訪視 藥師訪視	訪視費論次計酬 藥費、藥事服務費核實 檢驗(查)費核實 呼吸器使用論日計酬 緩和醫療家庭諮詢費論次計酬 針灸治療核實	

修訂後條文				原條文				說明
		視 其 他 專 業 人 員 訪視				視 其 他 專 業 人 員 訪視		
安寧療 護	醫 師 訪 視 中 醫 師 訪視 護 理 人 員訪視 呼 吸 治 療 人 員 訪視 藥 師 訪 視 其 他 專 業 人 員 訪視	訪視費論次計酬 藥費、藥事服務 費核實 檢驗（查）費核 實 呼吸器使用論日 計酬 病患自控式止痛 論次計酬 針灸治療核實		安寧療 護	醫 師 訪 視 中 醫 師 訪視 護 理 人 員訪視 呼 吸 治 療 人 員 訪視 藥 師 訪 視 其 他 專 業 人 員 訪視	訪視費論次計酬 藥費、藥事服務 費核實 檢驗（查）費核 實 呼吸器使用論日 計酬 病患自控式止痛 論次計酬 針灸治療核實		
備註：				備註：				
1. 各照護階段內之給付項目應依病人病情實際需要提供，並非照護階段內各類訪視人員訪視均須提供。				各照護階段內之給付項目應依病人病情實際需要提供，並非照護階段內各類訪視人員訪視均須提供。				
2. <u>本計畫中醫師針灸治療處置費不列入門診合理量計算。</u>								

討論事項

第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（下稱支付標準）第五部第三章安寧居家療護通則新增「機構」定義再提會案，提請討論。

說明：

一、依據本署 110 年 7 月 29 日本會議紀錄（[附件 1](#)，頁次討 5-4～5-10）暨衛生福利部長期照顧司 110 年 9 月 24 日請辦事項辦理。

二、本案前曾提至本會議討論，摘要如下：

（一）案係衛生福利部癌症防治政策委員會 110 年第 1 次會議決定「針對住宿型長照機構的給付，請儘速研議如何以安寧照護團隊方式提供支付」。另衛生福利部已將「提供緩和醫療及臨終照護措施」納入住宿式長照機構評鑑指標，長照專區公開住宿式服務機構共計 32 家。

（二）目前居家安寧給付分為在宅及機構，機構包含老人安養、養護機構或身心障礙福利機構、護理之家（[附件 2](#)，頁次討 5-11）。查住宿式長照機構與「老人福利機構設立標準」長期照顧機構之設施及人員配置相近，又查「國軍退除役官兵輔導委員會各榮譽國民之家組織準則」設立之榮譽國民之家機構住民特性與前揭機構相似。

（三）爰擬於安寧居家療護通則明確定義「機構」，並納入住宿式長照機構及榮譽國民之家於機構範疇，前次會議決議待釐清長期照顧端有無安寧相關服務及預算後再議。

三、本署前於 110 年 8 月 30 日請長期照顧司（下稱長照司）依共擬會議代表所提出疑義提供相關說明，長照司於同年 9 月 24 日回復（[附件 3](#)，頁次討 5-12）摘述如下：

（一）安寧療護相關服務係屬醫事照顧服務，醫事照顧服務對象與長

期照顧服務法(以下稱長服法)服務身心失能持續已達或預期達六個月以上者，不盡相同，故目前長照基金對於長服法設立之住宿式長照機構並未編列預算。

(二)醫事照顧服務應與其他機構相同由健保支付，不宜僅住宿式長照機構一類單獨由長照基金編列預算支應。

四、考量長照司無編列安寧療護相關長照預算，且本保險係給付健保特約醫事服務機構至在宅或機構提供的安寧居家療護，為持續推動安寧居家療護，擴大服務場域，建議放寬支付標準居家安寧服務場域之機構定義，除前揭依「護理機構分類設置標準」、「老人福利機構設立標準」及「身心障礙福利機構設施及人員配置標準」設立之機構外，亦包括「長期照顧服務機構設立標準」之住宿式長照機構及「國軍退除役官兵輔導委員會各榮譽國民之家組織準則」之榮譽國民之家，並為明確支付標準第五部第三章安寧居家療護之機構定義，建議新增機構定義於該章節之通則，修訂後支付標準如附件 4（頁次討 5-13～5-18）。

五、財務評估如下（附件 5，頁次討 5-19）：

(一)109 年安寧居家平均每人全年申報點數 6,443 點，現行機構住民安寧居家人數占率為 3.15%。

(二)「國軍退除役官兵輔導委員會各榮譽國民之家組織準則」之榮譽國民之家計 16 家，2,429 人，長照司統計「長期照顧服務機構設立標準」之住宿式長照機構住民計 32 家，197 人。

(三)以上述資料推估，如新增上述機構於安寧居家範疇，費用約增加 53 萬點。

六、本項擬以總額其他預算「居家醫療照護、助產所及轉銜長照 2.0 之服務」111 年編列 73.00 億元(較 110 年增加 7.56 億元)支應。

擬辦：

一、本案如經確認同意，依程序報請衛生福利部核定公告實施。

二、後續將建請長照司研議安寧療護配套措施，說明如下：

- (一)為提升機構住民照護的延續性，建議修正「減少照護機構住民至醫療機構就醫方案」(附件 6，頁次討 5-20～5-37)，納入安寧療護配套措施，如機構住民有安寧照護需求，應由機構簽約之專責管理醫療機構，其主責醫師評估住民醫療需求，提供轉介或由其執行安寧療護服務，以落實各類照護機構皆由單一簽約醫療機構專責住民之診療及轉診等服務。
- (二)請住宿式長照機構負責人依照「住宿式長期照顧機構評鑑基準：D8 提供緩和醫療及臨終照護措施」(附件 7，頁次討 5-38～5-40)，提供住宿式長照機構服務對象或家屬安寧療護相關資訊、訂定安寧療護處理作業流程、步驟等規範，並請機構確實落實評鑑基準相關規範。

「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」

110 年第 2 次會議紀錄

時 間：110 年 7 月 29 日（星期四）下午 2 時

地 點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主 席：李署長伯璋

紀錄：蔡孟芸

*表示以視訊方式參加

李代表偉強	李偉強	蘇代表守毅	蘇守毅
黃代表雪玲	黃雪玲	吳代表國治	吳國治*
林代表富滿	林富滿*	李代表飛鵬	李飛鵬*
游代表進邦	游進邦	徐代表邦賢	徐邦賢
李代表佳珂	李佳珂*	謝代表偉明	謝偉明*
陳代表志忠	陳志忠	林代表綉珠	林綉珠
劉代表碧珠	劉碧珠*	李代表懿軒	李懿軒
嚴代表玉華	嚴玉華*	朱代表世瑋	朱世瑋*
羅代表永達	羅永達	林代表鳳珠	李承光(代)
謝代表景祥	謝景祥*	林代表桂美	林桂美*
朱代表文洋	朱文洋*	杜代表俊元	溫建雄(代)
朱代表益宏	朱益宏	梁代表淑政	梁淑政
李代表紹誠	李紹誠	何代表語	何語
林代表恒立	林恒立*	葉代表宗義	(請假)
王代表宏育	王宏育*	劉代表國隆	劉國隆*
黃代表振國	黃振國	陳代表莉茵	陳莉茵
賴代表俊良	賴俊良*	江代表銘基	江銘基
洪代表德仁	洪德仁*	陳代表志鴻	(請假)
吳代表清源	吳清源*		

列席單位及人員：

衛生福利部全民健康保險會
衛生福利部社會保險司
中華民國醫師公會全國聯合會
台灣醫院協會

中華民國藥師公會全國聯合會
台灣婦產科醫學會
台灣助產學會
衛生福利部心理及口腔健康司
台灣精神醫學會
台灣胸腔外科醫學會
台灣泌尿科醫學會
台灣內視鏡外科醫學會
台灣胸腔及心臟血管外科學會
台灣消化系外科醫學會
台灣移植醫學學會
台灣小兒外科醫學會
中華民國大腸直腸外科醫學會
台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會
台灣急診醫學會
國立成功大學醫學院附設醫院病理部
台灣感染症醫學會
台灣愛滋病學會
衛生福利部疾病管制署
台灣胸腔暨重症加護醫學會
中華民國眼科醫學會
台灣眼科學教授學術醫學會
本署副署長室

馬文娟、邱臻麗、劉于鳳
周雯雯、白其怡、陳淑華
陳哲維
林佩菽、吳心華、吳亞筑、許雅淇
常宏傳*
黃建霈*
高千惠、藍芳貞
陳少卿*、賴淑玲
黃文翔*
劉洪彰*
溫玉清*
陳國鉉*
黃才旺*
樊修龍*
王叙涵*
謝明諭*、周佳滿*
鄭厚軒*
黃仲鋒*、詹文祥*
李建璋*、黃集仁*
鄭光雄*
林錫勳*
黃崧溪*
詹珮君*
郭耀文*
吳孟憲*
王一中*、謝易庭*
蔡淑鈴

本署北區業務組

本署企劃組

本署違規查處室

本署醫審及藥材組

本署醫務管理組

利雅萍

楊先斌、沈德政

董玉芸、白嫻綺

黃育文

張禹斌、吳科屏、游慧真、韓
佩軒、林右鈞、李雨育、陳依
婕、洪于淇、呂姿曄、張作貞、
王金桂、楊秀文、王智廣、許
博淇、蔡金玲、宋宛蓁、陳玫
孜、陳玫吟、林毓芬、張玉婷、
蔡孟臻、賴昱廷、魏長麒、楊
竣歲

一、主席致詞：略。

二、決議辦理情形追蹤：

有關全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增修訂「腹腔鏡胃袖狀切除術」支付標準案(序號 12)，其中「經直腸大腸息肉切除術」項，內、外科系未達成共識，決議回到專家諮詢會議通過再提本會議討論，因代表認為本項係減少日後發生大腸直腸癌之關鍵項目，應持續研議，改為繼續列管。

三、報告事項：

- (一)「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」修訂案（詳附件 1，P9~P65）。

決定：洽悉，修訂重點如下：

1. 新增符合本計畫收案條件之急性腎臟病(AKD)病人，另照護團隊新增藥師，並配合新增相關支付標準。
2. 為明確獎勵院所條件，有關活體腎臟移植獎勵費，如病人已進入透析，由說服病人接受活體腎臟移植之院所申報，而非由施

行腎臟移植之院所申報。

3. 同意新增Pre-ESRD轉診獎勵費(200點)，惟已申報本項者，不得再申報轉診支付標準(01034B-01038B)且不得與初期慢性腎臟病轉診照護獎勵費(P4303C)重複申報。

(二) 修訂「110 年全民健康保險偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫」為「110 年度全民健康保險偏鄉地區基層診所/助產機構產婦生產補助試辦計畫」(詳附件 2，P66~P78)。

決定：洽悉，修訂重點如下：

1. 助產所生產案件補助點數按第一章基層診所生產補助點數9折訂定，第一級區域補助27,000點，第二級區域補助10,800點，第三級區域補助6,300點。
2. 助產所無法執行之產檢項目，經協助轉介至醫療院所進行，若於醫院或西醫基層婦產科診所執行唐氏症篩檢及超音波檢查，本署仍將其納入產檢次數計算。
3. 另有關計畫施行區域之偏遠鄉鎮分級認定疑義，本署將納入年度計畫檢討及修訂參考。

(三) 全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs) 3.4 版 110 年 7-12 月適用之相對權重統計結果案 (詳附件 3，P79~P107)。

決定：洽悉，同意 110 年 7-12 月適用之相對權重統計結果，標準給付額 (SPR) 為 45,837 點。

(四) 有關 110 年「全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫」草案 (詳附件 4，P108~P117)。

決定如下：

1. 請藥師全聯會會後於計畫「遵循醫囑領藥與使用藥物量表」增列尺度及區間評估等備註文字，使量表使用及定義更臻明確。
2. 每位藥師申報「藥師判斷性服務」及「用藥配合度諮詢服務」費用，皆維持以120人次為上限，其餘內容依藥師全聯會修訂內容通過。

(五) 新增修訂轉診支付標準之同體系院所名單案 (詳附件 5, P118~P130)。

決定：洽悉，同意臺北市立聯合醫院附設松山、大安等 13 個門診部納入北市聯醫體系；宏仁診所納入為恭體系。

(六) 論病例計酬與乳癌醫療給付改善方案支付點數調整案。

決定：同意修訂，配合 110 年 7 月 1 日調整特定診療章支付點數，調整重點如下：

1. 修訂第六部論病例計酬，編號97220K「股及腹股溝疝氣手術 (AGE>1,單側)(門診)」等15項診療項目支付點數，調整為17,479點至51,415點，調幅介於0%至0.22% (詳附件6, P131~P133)。
2. 修訂「乳癌醫療給付改善方案」支付點數，各項治療組合調整為691點至232,129點，調幅介於0%至1.1% (詳附件7, P134~P142)。

(七) 為配合 110 年本署公告修訂「全民健康保險醫療資源不足地區服務提升計畫(下稱醫不足提升計畫)」，修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(下稱支付標準)「住院護理費偏鄉醫院」加成規定案 (詳附件 8, P143~P144)。

決定：同意修訂支付標準「住院護理費偏鄉醫院」加成第 2 點之規定，需符合下列任一項之醫院：

1. 設立於全民健康保險保險人公告之離島、山地鄉之醫院；如前述地區未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，屬區域級醫院則須距離最近之醫學中心達30公里以上者。
2. 設立於全民健保醫療資源不足地區(鄉鎮)之醫院；如前述鄉鎮未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，但排除已設立區域級醫院之鄉鎮。

四、討論事項：

(一) 修訂全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案 (詳附件 9, P145~P151)。

決議：

1. 同意通過方案新增「長效針劑注射獎勵措施」為額外獎勵項目，每新增加 1 名符合本指標之固定就醫個案，獎勵 1,000 點；每新增加 1 名符合本指標之非固定就醫及久未就醫個案獎勵點數 1,500 點。定義如下：

(1)連續施打定義為「長效針劑施打 4 個月以上」。

(2)新增之定義為「前一年未施打長效針劑或施打未滿 4 個月者」。

2. 同意增訂「風險病人規則門診比率」品質評量之參考指標，定義修正為「高風險病人門診就醫間隔未滿 30 天(含診療追蹤後就醫)人次／高風險病人總人次」。

(二)全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增修訂「胸(腹)腔鏡食道胃管重建術」等診療項目案(詳附件 10，P152~P170)。

決議：

1. 同意新增「胸(腹)腔鏡食道胃管重建術」等 95 項診療項目及「Nissen 氏胃摺疊術手術」。
2. 同意新增「腦膜炎/腦炎病原體多標的核酸檢測項目」及 14083C「HIV 1/2 抗體確認試驗」2 項，其中 14083C 支付規範 2.「限衛生福利部愛滋病指定醫院」，本署將於會後確認是否包含基層診所後併修文字。因 14083C 依專家表示將取代 14075C、14076C「HIV-I/II 抗體檢查(西方墨點法)」，爰一年後將檢討刪除 14075C、14076C。

註：會後經向衛生福利部疾病管制署確認全國指定醫事機構包含醫院及診所，爰修改為「限衛生福利部愛滋病指定醫事機構」。

3. 同意修訂編號 14082B「人類免疫缺陷病毒抗原/抗體試驗」等 4 項診療項目，另 14082B 開放至基層院所適用，因涉開放表別，後續將與中華民國醫師公會全國聯合會討論；36022B、36023B 申報疑義，本署後續將研議修正 Q & A 內容供院所參考。因 14082B 依專家表示將逐步取代 14049C、14050B「後天免疫不全症候群檢查 EIA/LIA、顆粒凝集法」，爰一年後將檢討刪除 14049C、14050B。

4. 同意修訂編號 22017C「平衡檢查」等 12 項診療項目之中文名稱及支付規範文字

(三) 有關 110 年度「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」修正案（詳附件 11，P171~P204）。

決議：

1. 同意新增「All-RAS基因突變分析」為方案獎勵項目，並配合19007B「超音波導引」適用開放至西醫基層，修正該項醫令為「19007C」。

2. 同意修正放寬上傳獎勵金之條件

(1)門診：於報告日期(或實際檢查日期)1日至3日內上傳，支付50%上傳獎勵金。

(2)住診：報告日期落在住院期間，於住院期間或出院後24小時內上傳，支付100%獎勵金；於出院後1至3日內上傳，支付50%獎勵金。惟報告日期在出院日期後之案件，獎勵起算時間仍維持以「報告日期」計算。

(四) 有關全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（下稱支付標準）第五部第三章安寧居家療護通則新增「機構」定義案。

決議：本案未獲共識暫保留，待釐清長期照顧端有無安寧相關服務及預算後再議。

(五) 有關修訂「白內障手術個案須送事前審查相關規定」案。

決議：

1. 同意支付標準新增白內障手術限眼科專科醫師施行後申報（詳附件 12，P205~P206）。

2. 有關執行白內障手術需送事前審查之 40 例上限放寬，考量尚無共識，暫保留，待與相關學協會凝聚共識後再議。

五、臨時提案：無。

六、散會：下午 17 時 54 分

衛生福利部中央健康保險署 函

機關地址：臺北市信義路3段140號

傳真：(02)27026324

承辦人及電話：吳柏彥(02)27065866轉2658

電子信箱：A110926@nhi.gov.tw

受文者：

發文日期：中華民國108年8月14日

發文字號：健保醫字第1080033783號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：所詢健保特約醫事服務機構可否至未立案之機構，提供住民「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」(以下稱本計畫)或「全民健康保險醫療給付項目及支付標準」(以下稱支付標準)之居家醫療照護服務一事，詳如說明，請查照。

說明：

- 一、依本署臺北業務組108年7月18日請辦單轉貴會108年7月9日宅醫行字第08070902號函辦理。
- 二、依本計畫第七點規定，收案條件限居住於住家，經照護團隊醫事人員評估有明確醫療需求，因失能或疾病特性致外出就醫不便者。故機構住民非本計畫收案對象。
- 三、另依支付標準第五部第一章居家照護及第三章安寧居家療護之各類醫事人員訪視費之服務場域包含在宅及機構，係指個案住家及依「護理機構分類設置標準」、「老人福利機構設立標準」等法規命令設置立案之老人安養、養護機構或身心障礙福利機構、護理之家。
- 四、考量保險對象入住無立案證明之機構，照護品質堪慮及安全疑慮等因素，建議機構應向相關單位申請立案。

正本：台灣在宅醫療學會

副本：本署各分區業務組

長照司回復說明

有關 110 年 7 月 29 日「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」110 年第 2 次會議紀錄，修訂支付標準第五部第三章安寧居家療護，明確定義該章節「機構」包括「長期照顧服務機構設立標準」之住宿式長照機構，並於會議提出以下 2 項疑義，本司說明如下：

(一) 住宿式長照機構現行是否已有安寧療護相關服務及預算，如無，是否可由長照基金編列預算支應。

說明：

1. 安寧療護相關服務係屬醫事照顧服務，醫事照顧服務對象與長期照顧服務法(以下稱長服法)服務身心失能持續已達或預期達六個月以上者，不盡相同。
2. 爰此，長期照顧服務十年計畫 2.0，提供從支持家庭、居家、社區到住宿式照顧之多元連續服務，惟為鼓勵民眾使用居家及社區照顧，訂有「長期照顧給付及支付基準」，故目前長照基金對於依長服法設立之提供機構住宿式長照服務之機構(以下簡稱住宿式長照機構)並未編列預算進行相關補助。
3. 綜上，醫事照顧服務應與其他機構相同由健保支付，不宜僅住宿式長照機構一類單獨由長照基金編列預算支應。

(二) 住宿式長照機構設置標準已有編列相關醫事人員，是否可由其提供安寧療護服務。

說明：

1. 依健保署全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第三章安寧居家療護規定，對提供安寧居家療護之人員有明確定義其教育訓練之資格始能提供服務，因此若需由依長期照顧服務法設立之住宿式長照機構所置之醫事人員提供前開醫事服務，為保障所有納保人醫療之權益，提供安寧居家療護之人員應具一致之資格，合先敘明。
2. 另查 110 年度住宿式長期照顧機構評鑑基準 D8「提供緩和醫療及臨終照護措施」，針對住宿式長照機構提供服務對象或家屬安寧療護相關資訊、訂有處理作業流程規範、步驟等進行評量，鼓勵機構提供相關措施。

第三章 安寧居家療護

通則：

一、申報本章各項費用之保險醫事服務機構需向保險人提出申請經同意後始可申報，並依醫事人員教育訓練資格分為甲、乙兩類：

(一)甲類：

1. 設有安寧居家療護小組，小組內須包括安寧療護專責醫師、社工師及專任護理師等至少一名，且小組成員皆需受過安寧療護教育訓練八十小時(含四十小時病房見習)以上，另繼續教育時數為每年二十小時，小組成員更改時亦須通知保險人各分區業務組。
2. 地區醫院(含)層級以下，且過去三個月內，平均每月每位護理人員訪視次數在三十人次(含)以下之院所，其安寧居家療護小組內之「專任護理師」得以「專責護理師」為之；「專責」係指專門負責特定安寧業務，另可執行其他業務。

(二)乙類：

1. 醫師及護理人員皆需接受安寧療護教育訓練十三小時(教育訓練課程如附表)及臨床見習八小時(其中至少於安寧病房見習二小時，以視訊及 e-learning 方式進行亦可)，始得提供社區安寧照護服務。醫師及護理人員每訪視一位居家病人可抵免見習時數二小時。
2. 辦理本項業務之基層診所，應以現行辦理安寧緩和醫療之醫院為後援醫院，後援醫院資格如下：
 - (3) 設有安寧病房或聘有安寧緩和醫學專長之醫師及護理人員。
 - (4) 設專門窗口負責個案管理。
3. 每年繼續教育時數為四小時(以視訊及 e-learning 方式進行亦可)。

二、收案條件：

(一)符合安寧緩和醫療條例得接受安寧緩和醫療照護之末期病人（必要條件）。

(二)癌症末期病患：

1. 確定病患對各種治癒性治療效果不佳(必要條件)。
2. 居家照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。
3. 病情急劇轉變造成病人極大不適時，如
 - (1) 高血鈣(Hypercalcemia)
 - (2) 脊髓壓迫(Spinal Cord compression)
 - (3) 急性疼痛(Acute pain)
 - (4) 嚴重呼吸困難(Dyspnea severe)
 - (5) 惡性腸阻塞(Malignant bowel obstruction)
 - (6) 出血(Bleeding)
 - (7) 腫瘤(塊)潰瘍(Ulcerated mass 如 breast cancer, buccal cancer)
 - (8) 嚴重嘔吐(Vomiting severe)
 - (9) 發燒，疑似感染(Fever R/O Infection)
 - (10) 癲癇發作(Seizure)
 - (11) 急性譫妄(Delirium, acute)
 - (12) 急性精神壓力，如自殺意圖(Acute Psychological distress, Suicide attempt)

(三)末期運動神經元病患：

1. 末期運動神經元病患，不接受呼吸器處理，主要症狀有直接相關及／或間接相關症狀者。

(1) 直接相關症狀：虛弱及萎縮、肌肉痙攣、吞嚥困難、呼吸困難。

(2) 間接相關症狀：睡眠障礙、便秘、流口水、心理或靈性困擾、分泌物及黏稠物、低效型通氣不足、疼痛。

2. 末期運動神經元患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者。

(四)主要診斷為下列疾病，且已進入末期狀態者(相關症狀等條件詳附表)：

1. 老年期及初老期器質性精神病態

2. 其他腦變質

3. 心臟衰竭

4. 慢性氣道阻塞，他處未歸類者

5. 肺部其他疾病

6. 慢性肝病及肝硬化

7. 急性腎衰竭，未明示者

8. 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

(五)經醫師診斷或轉介之末期狀態病患，其病情不需住院治療，但仍需安寧居家療護者。

(六)病人之自我照顧能力及活動狀況需符合 ECOG scale(Eastern Cooperative Oncology Group Scale) 2 級以上(對照 Patient Staging Scales，PS，Karnofsky： 50-60)。

三、服務項目：

(一)訪視、一般診療與處置。

(二)末期狀態病患及其家屬心理、社會及靈性等方面問題之照護。

四、收案及核備程序：

(一)收案對象需經院所甲類安寧居家療護小組專責醫師評估或乙類醫師評估，開立「安寧居家療護收案申請書」(申請書一式二聯，第一聯送保險人備查、第二聯院所備查)，始得申請收案；保險事服務機構或護理機構應擬定完整居家照護計畫，並於收案後二週內(如遇例假日得順延之)，檢具安寧居家療護收案申請書，送保險人各分區業務組備查，保險人各分區業務組得視情況實地評估其需要性。經核定不符收案條件者，保險人不支付費用，相關費用由院所自行處理。

(二)保險醫事服務機構或護理機構受理申請後，經書面審查符合收案條件者，應排定訪視時間，符合保險收案條件者，應查驗保險對象保險憑證、身分證明文件及居家照護醫囑單(非住院個案應由照護機構之執業醫師或契約醫院之醫師訪視評估，開立居家照護醫囑單)等文件，並於保險憑證登錄就醫紀錄，嗣後於每月第一次訪視時登錄一次，並應於登錄後二十四小時內，將之上傳予保險人備查；其不符合收案條件者，應即拒絕收案。

(三)對保險人各分區業務組核定結果如有異議，自核定通知之日起六十日內，應依序循申復及爭議審議途徑申請複核或審議，不得以新個案重新申請送核，否則不予受理。

(四)安寧居家療護收案及延長照護申請案件，回歸一般醫療費用抽審作業。

五、照護期限：

(一)每一個案收案期限以四個月為限，每次訪視應有詳實之訪視紀錄，若病情需要申請延長照護，應經醫師診斷填具安寧居家療護收案申請書送保險人分區業務組備查。

(二)照護期限之計算，新收個案以收案日起算；申請延長照護個案以申請日起算(於原照

護期限內申請者，以接續日起算)。同一照護機構同一個案，於照護期限截止日起三十日內再申請照護者，應以延長照護申請並以接續日起算，每次延長照護以三個月為限，不得以新個案申請。

六、 為能快速回應病人發生之緊急狀況，申報本章節之保險醫事服務機構或護理機構應提供安寧療護專業人員二十四小時電話諮詢服務。

七、 本章節「訪視時間」之計算，自到達病患家中起算，至離開病患家中為止，且訪視時間應記錄於訪視紀錄內，並請患者或其家屬簽章。

八、 本章節診療項目「機構」係指依「護理機構分類設置標準」、「老人福利機構設置標準」、「長期照顧服務機構設立標準」、「身心障礙福利機構設施及人員配置標準」及「國軍退除役官兵輔導委員會各榮譽國民之家組織準則」等法規命令設置立案之老人安養、養護機構、護理之家、住宿式長照機構、身心障礙福利機構之住宿機構或榮譽國民之家。

編 號	診 療 項 目	基 層 診 所	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數
	甲類： 醫師訪視費用(次)					
05312C	—在宅	√	√	√	√	1553
05362C	—機構	√	√	√	√	1242
	醫師訪視費用山地離島地區(次)					
05323C	—在宅	√	√	√	√	1709
05363C	—機構	√	√	√	√	1367
	乙類： 醫師訪視費用(次)					
05336C	—在宅	√	√	√	√	1088
05364C	—機構	√	√	√	√	870
	醫師訪視費用山地離島地區(次)					
05337C	—在宅	√	√	√	√	1196
05365C	—機構	√	√	√	√	956
	註： 1. 訪視次數每一個案每週以兩次為原則，若病人病情有顯著變化，需要多於每週兩次者，申報費用時應檢附訪視記錄，並詳述理由。 2. 每位醫師每月訪視次數以四十五次為限。					
	—訪視時間一小時以內 (≤1 小時)					
	甲類： 護理訪視費(次)					
05313C	—在宅	√	√	√	√	1650
05366C	—機構	√	√	√	√	1320
	護理訪視費山地離島地區(次)					
05324C	—在宅	√	√	√	√	1815
05367C	—機構	√	√	√	√	1452
	乙類： 護理訪視費(次)					
05338C	—在宅	√	√	√	√	1155
05368C	—機構	√	√	√	√	924
	護理訪視費山地離島地區(次)					
05339C	—在宅	√	√	√	√	1271
05369C	—機構	√	√	√	√	1016

編 號	診 療 項 目	基 層 診 所	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數
	一訪視時間一小時以上 (>1小時)					
	甲類：					
	護理訪視費(次)					
05314C	—在宅	v	v	v	v	2250
05370C	—機構	v	v	v	v	1800
	護理訪視費山地離島地區(次)					
05325C	—在宅	v	v	v	v	2475
05371C	—機構	v	v	v	v	1980
	乙類：					
	護理訪視費(次)					
05340C	—在宅	v	v	v	v	1575
05372C	—機構	v	v	v	v	1260
	護理訪視費山地離島地區(次)					
05341C	—在宅	v	v	v	v	1733
05373C	—機構	v	v	v	v	1386
	註：					
	1. 護理人員訪視次數每一個案每週以二次為原則，若病人病情有顯著變化，需要多於每週二次者，申報費用時應檢附訪視記錄，並詳述理由。					
	2. 每位護理人員每月訪視次數以四十五次為限。					
	3. 護理訪視費所訂點數含訪視、護理服務、治療處置、代取藥、代採檢體及送檢之檢查費、治療材料及電子資料處理等費用在內。					
05326C	臨終病患訪視費	v	v	v	v	5000
05327C	臨終病患訪視費山地離島地區	v	v	v	v	5500
	註：					
	1. 限訪視臨終病患，且 ECOG 大於三級以上(含三級)之病患，實際訪視時間在二小時以上(含二小時)，始得申報此項費用，每位病患申報訪視次數僅限一次。					
	2. 甲乙兩類醫事人員皆可申報。					
	3. 服務內容需包含臨終訪視、善終準備及家屬哀傷輔導等。					

編 號	診 療 項 目	基 層 診 所	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數
05315C 05374C	其他專業人員處置費 (次): 目前僅限於社會工作人員或心理師 — 在宅 — 機構 註： 1. 現暫定為社會工作人員或心理師。訪視次數每一個案每週以乙次為原則，若病人病情有顯著變化，需要多於每週乙次者，申報費用時應檢附訪視記錄，並詳述理由。 2. 每位專業人員每月訪視次數以四十五次為限。	v	v	v	v	1050 840
05316C	病患自控式止痛處置及材料費 (Patient- Controlled Anagesia, PCA) 註： 1. 所訂點數含 PCA 幫浦注射費、PCA 裝置(set)、 PCA 袋(bag)等。 2. 每一個案每月限申報二次。	v	v	v	v	1890

特約醫事服務機構至住宿型長照機構及榮譽國民之家執行安寧居家服務案

經費估算：

1. 109 年平均每人安寧居家費用為 6,443 點(9,121 萬點/1.4 萬人)。
2. 住宿型長照機構收治人數，截至 109 年 2 月止為 197 人；榮譽國民之家收治人數，截至 109 年 2 月止為 2,429 人。
3. 依老人福利法、護理人員法及身心障礙者權益保障法設置之機構住民為 10 萬 5,373 人，其中申報安寧居家之機構醫令人數為 3,319 人，現行機構住民安寧居家使用占率為 3.15%。
4. 估計經費增加計算如下：
 - (1) 若住宿型長照機構及榮譽國民之家全部住民皆符合安寧收案條件：約增加 1,691 萬 $[6,443 \times (197 + 2,429)]$ 。
 - (2) 若以現有機構住民安寧居家人數占率(3.15%)：約增加 53 萬 $[6,443 \times (197 + 2,429) \times 3.15\%]$ 。



減少照護機構住民至醫療機構就醫方案

衛生福利部
中華民國 109 年 7 月

減少照護機構住民至醫療機構就醫方案

壹、依據：

依據本部長照服務發展獎助作業要點第 3 點(一)「政策性獎助計畫:為本部各單位及所屬機關推動長期照顧重要政策所訂定之計畫」辦理。

貳、背景說明：

因應嚴重特殊傳染性肺炎疫情，考量住宿式機構住民慢性疾病患者比例高，部分需定期至醫療機構就醫領藥；又醫療機構出入人數眾多且較具感染風險，高頻率之外出就醫，將致使機構住民或機構陪同就醫人員暴露於高風險之場所。

另依本部調查，截至 109 年 3 月止，全台計有 2,152 家照護機構，其中共 217 家未有特約醫療機構(10.08%)，有 335 家有變更簽約醫療機構之規劃(15.6%)，已簽約者有 1,935 家，另依健保之資料所示，108 年僅 1,458 家照護機構接受健保特約醫事服務機構提供診療服務；惟特約家數不一，未有專責管理之概念。

又因應疫情，本部中央健康保險署已放寬健保特約醫事服務機構至照護機構提供診療之服務時段上限，由每週 3 個時段提高至 5 個時段，收住達 300 人以上之住宿型身心障礙福利機構，由每週 6 個時段提高至 10 個時段。

綜上，擬藉本方案輔導各類照護機構皆由單一特約醫療機

構專責住民之健康管理、必要診療及轉診，並訂定獎勵指標，針對達成指標之醫療機構及照護機構提供獎勵加計，期可落實照護機構專責醫療機構機制，減少住民外出就醫，降低住民及陪同就醫人員往返醫療機構之感染風險，並藉由醫療機構之專責管理，掌握住民之健康情形及控制慢性病之惡化，維護照護機構住民之健康。

參、目的：

- 一、落實各類照護機構皆由單一簽約醫療機構專責住民之健康管理、必要診療及轉診。
- 二、降低頻繁外出就醫可能造成住民及陪同就醫人員之感染風險。
- 三、藉由醫療機構之專責管理，掌握住民之健康情形及控制慢性病之惡化，維持照護機構住民之健康。

肆、實施日期：自計畫公告日起至113年12月31日。

伍、補助原則及對象：

- 一、補助對象：直轄市、縣(市)政府。

二、補助原則：

(一) 地方政府獎勵對象：

1. 照護機構：老人福利機構(安養型除外)、一般護理之家、精神護理之家、長期照顧服務機構(住宿式)、長期照顧服務機

構(團體家屋)、身心障礙福利機構(住宿式)及榮譽國民之家(安養型除外)。老人福利機構及榮譽國民之家內設置之安養床排除於本方案。

2. 醫療機構：與前項所列照護機構簽約提供專責管理之醫療機構。

(二) 本計畫由直轄市、縣(市)政府盤整所轄醫療機構及照護機構之需求，於109年8月底前提出109年及110年預計加入之機構家數及所需經費表(含獎勵經費與地方政府行政費用)，向本部提出申請，提報前應先由地方政府進行審查，並由本部予以核定；111年至113年之需求另於110年及以後年度提出。

陸、方案架構及權責：

一、地方政府

- (一) 協助輔導及媒合醫療機構及照護機構(包含本部所屬照護機構、社會及家庭署主管照護機構及國軍退除役官兵輔導委員會主管之榮民之家等機構)加入本計畫方案，並作為甲方與醫療機構及照護機構雙方簽訂合約，主責受理及審核。
- (二) 每半年至長照2.0服務費用支付審核系統進行評核指標之查核。
- (三) 以長照2.0服務費用支付審核系統定期支付獎勵費用予達成指標之機構。
- (四) 辦理相關教育訓練及業務聯繫會議。

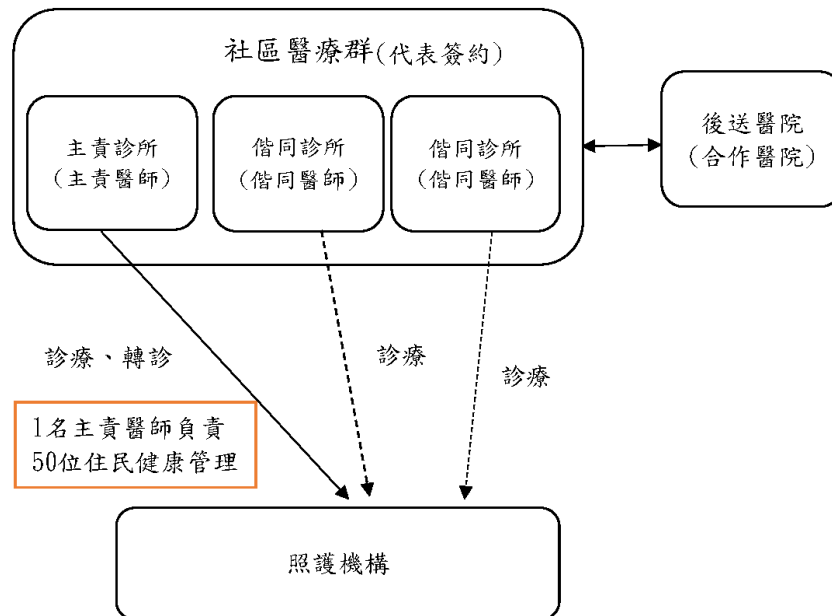
二、醫療機構：

- (一) 簽訂契約醫療機構針對該照護機構之所有住民進行專責健康管理、必要診療及轉診。
- (二) 針對照護機構之住民進行慢性病管理，包含糖尿病患者之HbA1c良率，並即時上傳檢驗結果。
- (三) 如照護機構住民有轉診之需求，由主責醫師開立轉診單協助住民外出就診，轉診需為合約社區醫療群及後送醫院皆無設置之科別，並須向上轉診。
- (四) 配合地方政府參與品質提升相關教育訓練及會議。

三、照護機構：

- (一) 將住民資料詳實登錄於長照機構暨長照人員相關管理資訊系統。
- (二) 依收住住民之特性及健康管理需求，擇定適宜之單一醫療機構簽訂契約提供服務。
- (三) 結合專責營養師，針對所有機構住民進行營養照護，並提供合宜之飲食。
- (四) 配合地方政府參與品質提升相關教育訓練及會議。

四、方案示意圖



柒、參與方案之醫療機構及醫師條件：

一、簽約醫療機構之資格條件：

- (一) 已加入社區醫療群之診所：已加入社區醫療群並結合不同科別之西醫診所為單位組成互相支援，並推派1間診所為簽約代表，並應與1家醫院(後送醫院)作為合作對象。
- (二) 醫院：依醫療機構設置標準第 2 條所訂之醫院。
- (三) 衛生所：設立於原住民族地區及離島之73鄉鎮市區之照護機構得與當地衛生所簽約，衛生所並應與 1 家醫院(後送醫院)作為合作對象。
- (四) 榮譽國民之家醫務室：榮譽國民之家得與該家醫務室簽約

，醫務室並應與1家醫院(後送醫院)作為合作對象。

(五) 其他：

1. 如為醫學中心者，僅得與其附設之照護機構簽約，但可為社區醫療群及衛生所之合作醫院。
2. 如醫學中心及未加入社區醫療群之診所於本方案施行前已與照護機構簽約者，得加入本方案並繼續提供服務。又，未加入社區醫療群之診所須於一年內加入社區醫療群提供服務，一年內未加入則取消獎勵資格。
3. 簽約之醫療機構應為健保特約醫事機構。

二、簽約醫療機構醫師之資格條件：

- (一) 簽約之醫療機構應推派主責醫師，對單一之照護機構，每50位住民應有1名主責醫師，並負責照護機構住民之健康管理、必要診療及轉診。
- (二) 主責醫師資格條件：符合醫師法第 6 條規定領有醫師證書之西醫師，並須執登於簽約之醫療機構；考量住宿式機構住民多患慢性疾病，主要相關專科涉及內科、家庭醫學科、神經科、復健科等，以具有該等專科資格之醫師優先。
- (三) 簽約之醫療機構如為社區醫療群之診所，除主責醫師外亦得由社區醫療群中之偕同醫師於照護機構診療服務時段提供診療；惟同一時段提供診療服務之醫師，以一名為限。

捌、其他說明：

- 一、地方主管機關將主責醫師姓名、偕同醫師姓名及其證書號碼、簽約之醫療機構及照護機構名稱及契約期限等欄位登錄於長照機構暨長照人員相關管理資訊系統。
- 二、地方政府各照護機構主管機關輔導所轄機構，僅與單一特約醫療機構簽約，由固定醫師專責進行住民之健康管理、必要診療及轉診。必要時，得由中央各照護機構主管機關提供協助。
- 三、依據醫療法第73條之規定，醫院、診所因限於人員、設備及專長能力，無法確定病人之病因或提供完整治療時，應建議病人轉診，並由簽約醫療機構之醫師開立轉診單予照護機構住民，並使用健保系統電子轉診平台傳送轉診單，住民得外出就醫(急診及轉診不在此限)；轉診須為合約社區醫療群及後送醫院皆無設置之科別，並須向上轉診。
- 四、訂定獎勵指標，針對達成各項指標之照護機構及醫療機構給予獎勵加計。獎勵指標將視達成情形分階段逐年檢討修訂。
- 五、資訊系統配合本方案增列欄位及功能：
 - (一)長照機構暨長照人員相關管理資訊系統：增列每間照護機構之主責醫師姓名、偕同醫師姓名及其醫師證號、簽約醫療機構，及契約期限登錄等欄位。
 - (二)長照2.0服務費用支付審核系統：增加匯入醫療機構及照護

機構各項指標之資料及審核各項指標達成情形等功能，並可作為地方政府支付費用予各機構之依據。

玖、評核指標及獎勵費用：

一、醫療機構(以照護機構每 50 位住民為 1 單位，未滿 50 位之部分者，按比率計算獎勵費)：

編號	性質	指標	說明	目標值	獎勵費用 (年度經費分配占比)
1	必要指標	醫療機構與照護機構簽訂專責管理機制	醫療機構輔導照護機構僅與單一醫療機構簽訂契約，並由該醫療機構進行住民之專責健康管理、必要診療及轉診。	☐ 達成本指標即得40%經費。 ☐ 未達成本指標即不符合獎勵。	48,000元/半年(40%)
2	必要指標	管理照護機構住民平均就醫次數	照護機構住民每人每半年平均就醫次數低於(含)14次。 公式： 每人每半年平均就醫次數： 每半年照護機構住民就醫總次數(扣除住院)/每半年照護機構住民總人數。	☐ 達成本指標即得40%經費。 ☐ 未達成本指標即不符合獎勵。	48,000元/半年(40%)

編號	性質	指標	說明	目標值	獎勵費用 (年度經費分配占比)
3	一般指標	照護機構住民診斷為糖尿病患者，其HbA1c良率(HbA1c<8.5%)達成率	1. 分母係指機構住民診斷為糖尿病(診斷碼為ICD10 E8-E13，包含主診斷碼及次診斷碼)之人數。 2. 分子係指分母中，其HbA1c檢測值達<8.5%之人數。 3. 檢驗結果資料取得，係依據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之即時上傳檢驗(查)結果。	☐ 本指標達成率達30%，即得20%經費。 ☐ 未達成本指標即本指標獎勵為0%。	24,000元/半年(20%)

註：

1. 依上開獎勵費用計算，醫療機構如全年均達成 3 項指標，則平均每月可有 20,000 元之獎勵。
2. 為達成指標，醫療機構獎勵費用內容包含相關行政配合事項。
3. 醫療機構之獎勵費用係依據與其簽約之照護機構該期之住民人數，以1:50 之比率給予獎勵費用，而未滿 50 位住民之部分者，按比率計算。
4. 依各醫療機構加入之時間點，按比率計算獎勵費用(如：4 月 1 日加入者，該期費用為 1/2)；必要指標2亦按比率計算平均就醫次數(如：4月1日加入者，則4至6月每人平均就醫次數需低於(含)7次)。
5. 各項指標之經費占比係依必要/一般指標分配。

二、照護機構(以每50位住民為1單位，未滿50位之部分者，按比率計算獎勵費)：

編號	性質	指標	說明	目標值	獎勵費用 (年度經費分配占比)
1	必要指標	照護機構僅與單一醫療機構簽約專責健康管理及診療	照護機構僅與單一醫療機構簽訂契約(該醫療機構應為健保特約醫事機構)，並由該醫療機構進行住民之專責健康管理、必要診療及轉診。	☐ 達成本指標即得40%經費。 ☐ 未達成本指標即不符合獎勵。	24,000元/半年(40%)
2	必要指標	管理照護機構住民平均就醫次數	照護機構住民每人每半年平均就醫次數低於(含)14次。 公式： 每人每半年平均就醫次數：每半年照護機構住民就醫總次數(扣除住院)/每半年照護機構住民總人數。	☐ 達成本指標即得40%經費。 ☐ 未達成本指標即不符合獎勵。	24,000元/半年(40%)
3	必要指標	結合或媒合專責營養師負責住民營養照護	依據個案活動狀況、疾病、體型及藥物使用，由專責營養師針對機構所有住民進行營養照護，包含提供符合個案之營養諮詢及評估。	☐ 達成本指標即得20%經費。 ☐ 未達成本指標即不符合獎勵。	12,000元/半年(20%)

註：

1. 依上開獎勵費用計算，照護機構如全年均達成 3 項指標，則平均每月可有 10,000 元之獎勵。

2. 為達成指標，照護機構獎勵費用內容包含相關行政配合事項。
3. 照護機構之獎勵費用係以50位住民為1單位，而未滿 50 位住民之部分者，按比率計算。
4. 依各照護機構加入之時間點，按比率計算獎勵費用(如：4月1日加入者，該期費用為 1/2)；必要指標2亦按比率計算平均就醫次數(如：4月1日加入者，則4至6月每人平均就醫次數需低於(含)7次)。

拾、費用審核及支付方式：

- 一、原則每半年撥付 1 次醫療機構及照護機構之獎勵費用。
- 二、健保署定期產製醫療機構指標2、指標3及照護機構指標2所需資料，匯入長照 2.0服務費用支付審核系統。
- 三、各縣市政府登錄與轄內照護機構及醫療機構之簽約資料於長照機構暨長照人員相關管理資訊系統並確認醫療機構及照護機構指標達成情形。
- 四、由各縣市政府至「長照2.0服務費用支付審核系統」負責審核機構各類指標達成情形，並撥付獎勵費用予照護機構及醫療機構。
- 五、醫療機構及照護機構之獎勵費用係依據與其簽約之照護機構該期之住民人數，以1:50 之比率給予獎勵費用，而未滿 50 位住民之部分者，按比率計算。
- 六、依各醫療機構及照護機構加入之時間點，按比率計算獎勵費用(如：4 月 1 日加入者，該期費用為 1/2)。
- 七、直轄市、縣(市)政府輔導轄內機構參與本計畫並與其簽約，補助其相關行政作業費用，最高上限為獎勵經費之5%，免編列自籌款配合支應；經費編列及基準應參照本部及所屬機關長照服務發展基金獎助計畫經費編列基準及使用範圍辦理，並僅得編列業務費(不得編列專業服務費)。

拾壹、經費之請領及核撥

一、經費撥付：本計畫經費由直轄市、縣(市)政府向本部請領，109年度不分期撥付，110年及以後年度，各年度分二期款撥付：

(一)109年度：直轄市、縣(市)政府於本部獎勵費及行政費核定函到日起1個月內，檢具領款收據、核定函及核定經費表影本向本部辦理請款作業，註明撥款指定帳戶(戶名、帳號及金融機構全銜)，無待解決事項後，本部據以撥付獎勵經費及行政費。

(二)110年及以後年度：

1. 第一期款(分配經費之70%)：1至6月獎勵費及行政費，由直轄市、縣(市)政府於每年3月15日前檢具領款收據、核定函及核定經費表影本向本部辦理請款作業，註明撥款指定帳戶(戶名、帳號及金融機構全銜)，無待解決事項後，本部據以撥付該期獎勵經費及行政費。
2. 第二期款(分配經費之30%)：7至12月獎勵費及行政費，由直轄市、縣(市)政府於每年9月底前檢具領款收據、核定函及核定經費表影本向本部辦理請款作業，註明撥款指定帳戶(戶名、帳號及金融機構全銜)，無待解決事項後，本部據以撥付該期獎勵經費及行政費。

二、經費之核銷：

(一) 直轄市、縣(市)政府核撥獎勵費予照護機構及醫療機構之原則：每半年經審核各指標達成情形後予以撥付。

(二) 直轄市、縣(市)政府應於每年7月底前及次年1月底前受理照護機構及醫療機構獎勵費請領之申請(機構應檢附前半年獎勵費領據)，並完成審核及撥付獎勵費作業。

(三) 直轄市、縣(市)政府應於每年7月底前及次年1月底前完成獎勵經費之核撥後，分別於每年9月底前及次年3月15日前，併附下一期款之請款資料，檢附當期收支明細表、核定函、核定經費表影本、賸餘款及其他收入等，向本部辦理核銷。

(四) 本案經費經核定後，各直轄市、縣(市)政府應設立專戶儲存將本案經費單獨設帳處理，專款專用，其由專戶存款所產生之孳息，不得抵用或移用，應於核銷時辦理繳回，但每年孳息為300元以下者，得免予繳回。

三、本計畫地方政府得免編列自籌款，並免納入地方政府預算。

四、本獎勵費用及行政費之支出原始憑證，請各直轄市、縣(市)政府依規定審核，並妥善保存，以備審計機關及本部查核，除依會計法規定妥為保存外，並須因應審計法第二十七條規定再審查之需要，妥善保存十年，已屆保存年限之銷毀，應函報本部轉請審計機關同意。

拾貳、經費來源：由本部長照發展基金支應。

拾參、各單位配合事項：

- 一、本部長照司負責本計畫之研訂、修正及經費籌措。
- 二、健保署負責定期產製醫療機構指標2、指標3及照護機構指標2所需之資料。
- 三、各照護機構中央主管單位督導地方政府輔導轄區照護機構辦理本方案，諮詢電話如下：
 - (一) 老人福利機構：鍾小姐 02-26531990
 - (二) 一般護理之家：蔡先生 02-85907136
 - (三) 精神護之家：成小姐 02-85907449
 - (四) 長期照顧服務機構(住宿式)：王小姐 02-85906211
 - (五) 長期照顧服務機構(團體家屋)：謝小姐 02-859063234
 - (六) 身心障礙福利機構：黃先生 02-26531925
 - (七) 榮譽國民之家：黃小姐 02-27570592
- 四、地方政府負責與轄內照護機構及醫療機構簽約，並將契約資料登錄於資訊系統，定期確認並審核指標達成情形，撥付獎勵費用予各醫療機構及照護機構。
- 五、本計畫相關規定如有未詳盡事宜，本部將視業務需要以公文書補充或修正相關規定，並視同為公告內容。
- 拾肆、本方案作業流程及作業說明如附錄。

簽約、審核及支付之作業事項及圖示

	單位	作業事項	圖示
簽約	照護機構及醫療機構	一、醫療機構及照護機構與地方政府簽訂契約(甲方為地方政府，乙方為醫療機構，丙方為照護機構)。 二、地方主管機關登錄簽約資料於長照機構暨長照人員相關管理資訊系統。	<pre> graph TD A[地方政府 (甲方)] B[醫療機構 (乙方)] C[照護機構 (丙方)] D[住民] A -- 支付 --> B A -- 支付 --> C B -- "專責醫師 1:50" --> D C -- "專責醫師 1:50" --> D A --- B A --- C A --- D B --- D C --- D </pre> 甲方與乙、丙方簽訂同一份契約
審核	地方主管機關	一、本部定期產製並匯出醫療機構指標2、指標3及照護機構指標2之資料。 二、由地方主管機關定期至長照2.0服務費用支付審核系統審核醫療機構及照護機構各項指標達成情形。	
支付	地方主管機關	達成指標之照護機構及醫療機構，由地方主管機關支付獎勵費用。	

110 年度住宿式長期照顧機構評鑑基準 (節錄)

級別	項次	指標內容	基準說明	評核方式/ 操作說明	評分標準	備註
經營管理效能(9 項)						
	A1	工作人員權益相關制度訂定及執行情形	1. 訂定工作手冊，內容應明列機構組織架構、各單位及人員業務執掌、重要工作流程、緊急事件求助與通報等聯繫窗口、電話等資料，以及住民及家屬防火衛教、針對吸菸及情緒不穩住民之防範措施、危險物品保管安全之定期查檢。 2. 訂定工作人員權益相關制度，包括：工作人員差假制度、教育訓練、薪資給付制度、退休撫恤制度、申訴制度、考核獎勵制度、勞健保之辦理及身心健康維護措施等。 3. 確實依據制度執行，並有佐證資料。 4. 至少每年1次修訂工作手冊及相關制度。	文件檢閱 現場訪談 1. 檢視工作手冊內容及權益相關制度內容。 2. 請工作人員說明如何執行各項工作、本身之職責、機構中現有之申訴、福利、教育訓練、進用原則及薪資等規定。 3. 工作人員勞保不得以農保等其他保險替代。 4. 身心健康維護措施係指如聚餐、旅遊、紓壓講座、健康操...等。	E. 完全不符合。 D. 符合第 1 項。 C. 符合第 1、2 項。 B. 符合第 1、2、3 項。 A. 完全符合。	
二級加強	A2	入出機構之管理	1. 收容個案類型符合主管機關許可立案時收案類型。 2. 機構收容人數符合主管機關許可立案床數。 3. 訂有服務對象入出機構辦法，內容至少包含服務對象、流程與評估機制、服務計畫及收費標準等，並有定期修訂。	文件檢閱 現場訪談 1. 「入機構」指入住；「出機構」指退住，退住之情形包含：疾病改變、返家、轉介其他機構、往生...等。 2. 檢閱入住流程。	E. 完全不符合。 D. 符合第 1、2 項。 C. 符合第 1、2、3 項。 B. 符合第 1、2、3、4 項。 A. 完全符合。	

級別	項次	指標內容	基準說明	評核方式/ 操作說明	評分標準	備註
				關資料中提供服務的資訊即算。 4.無家屬或家屬失聯服務對象應再檢視： (1)親屬關係建立及服務對象生前筆跡、書信等資料之完整性。 (2)查察遺物管理作業各項流程是否完整與如期辦理。		
	D8	提供緩和醫療及臨終照護措施	1.提供服務對象或家屬緩和醫療(如：DNR簽立、預立醫囑等)、安寧療護或病人自主權利法相關資訊。 2.訂有上述緩和醫療或安寧療護相關處理之作業流程規範、步驟，且訂有鼓勵家屬針對DNR共同討論共識決定的機制。 3.訂有已簽訂DNR及未簽訂DNR的處理作業流程，並有實際案例。 4.提供服務對象或家屬臨終照護關懷相關處理流程或手冊。 5.協助家屬處理喪葬事宜，並有紀錄。	現場訪談 文件檢閱 1.檢閱機構提供之緩和醫療、安寧療護或病人自主權利法相關資訊，是否將資訊張貼於明顯處。 2.檢閱機構提供之臨終照護或關懷處理作業流程、規範及與家屬共同討論的紀錄。 3.現場訪談提供臨終關懷之人員，了解熟悉作業程度及辦理情形；並有不施	E.完全不符合。 D.符合其中2項。 C.符合其中3項。 B.符合其中4項。 A.完全符合。	

級別	項次	指標內容	基準說明	評核方式/ 操作說明	評分標準	備註
				行心肺復甦術或維生醫療註記之實際案例。		
	D9	辦理服務滿意度調查情形	1. 每年至少辦理 1 次不具名滿意度調查。 2. 滿意度調查包含服務內容、服務人員態度、設施設備等項目。 3. 有調查分析報告，並提供予住民及其家屬。 4. 依據調查結果分析及檢討，提出改善之措施。	文件檢閱 現場訪談 1. 檢閱調查問卷及改善方案內容。 2. 與家屬或服務對象訪談。	E. 完全不符合。 D. 符合第 1 項。 C. 符合第 1、2 項。 B. 符合第 1、2、3 項。 A. 完全符合。	
加減分項目						
	1.	【加分項目】 創新或配合政策執行	1. 提供具有創新或特色之相關措施，包括：住民安全(如優於法令之更高規格之設施設備等)、特殊族群照護、配合(參與)政策或試辦等相關計畫至少 1 項。 2. 前述服務具有具體實績(成效)。 3. 配合長期照顧服務法第 46 條之政策執行。	現場訪談 文件檢閱 1. 與負責人員現場會談。 2. 配合(參與)政策或試辦等相關計畫由主管機關認定。	由評鑑委員共識決，最多加總分 2 分。	
	2.	【加分項目】 機構內空氣品質	室內二氧化碳濃度小於 1,000ppm(體積濃度百萬分之一)	1. 符合行政院環境保護署「室內空氣品質標準」二氧化碳(CO ₂)濃度標準，採用二氧化碳測量器進行檢測，檢測時該檢測器應在有效校正範圍內且按其操作方式進行檢測，並注意下列事項： (1) 日常人員活動時進行檢測，並記錄地點、現場人數、是	由評鑑委員共識決，最多加總分 1 分。	