



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

109 年第二次臨時會  
會議資料

109 年 12 月 3 日 (星期四) 下午 2 時  
本署 18 樓大禮堂



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

## 壹、主席致詞

貳、上次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形，請參閱(不宣讀)確認

第 01 頁

## 參、報告事項

一、修訂支付標準第四部中醫案。	報 1-1
二、修訂中醫五項專款照護計畫案。	報 2-1
三、訂定 110 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 3-1

## 肆、討論事項

一、應用 109 年醫院、西醫基層及牙醫總額之醫療服務成本指數改變率預算調整支付標準案。	討 1-1
--	-------

## 伍、臨時提案

## 陸、臨時動議

## 柒、散會



貳、確認本會 109 年度第 1 次臨時會

會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形

-請參閱(不宣讀)確認



「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」

109 年第 1 次臨時會會議紀錄

時間：109 年 11 月 12 日（星期四）下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：蕭晟儀

李代表偉強	廖秋鐳(代)	洪代表啟超	(請假)
黃代表雪玲	黃雪玲	吳代表國治	吳國治
林代表富滿	林富滿	李代表飛鵬	李飛鵬
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	黃克忠(代)
郭代表咏臻	郭咏臻	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	吳明訓(代)
謝代表景祥	周國旭(代)	郭代表素珍	許美月(代)
林代表茂隆	林茂隆	杜代表俊元	(請假)
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	葉宗義
王代表宏育	林誓揚(代)	馬代表海霞	(請假)
黃代表振國	黃振國	蔡代表麗娟	蔡麗娟
賴代表俊良	賴俊良	紀代表志賢	紀志賢
張代表孟源	張孟源	施代表壽全	施壽全
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

衛生福利部醫事司

衛生福利部社會保險司

中華民國中醫師公會全國聯合會

中華民國牙醫師公會全國聯合會

中華民國醫師公會全國聯合會

中華民國藥師公會全國聯合會

中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會

中華民國護理師護士公會全國聯合會

台灣醫院協會

台灣小兒外科醫學會

台灣消化系醫學會

台灣內科醫學會

台灣血管外科學會

台灣泌尿科醫學會

台灣婦產科醫學會

中華民國心律醫學會

本署臺北業務組

本署北區業務組

本署中區業務組

本署企劃組

本署資訊組

本署醫審及藥材組

本署醫務管理組

馬文娟、盛培珠

洪國豐、卓琍萍

周雯雯、白其怡

王逸年

潘佩筠

陳哲維、吳春樺、黃佩

宜、黃幼薰

洪鈺婷

宋佳玲

梁淑媛

魏秀美、賴淑芬、曹祐豪、

吳心華、顏正婷、吳亞筑、

王秀貞、許雅淇

謝明諭、周佳滿

李癸洲

李癸洲

林佳勳

梁景堯

謝卿宏

林亮宇、張世霖

林勢傑、莊茹婷、陳雅

惠、廖敏欣、馬賢悅

廖智強

石貴珊

趙偉翔、陳泰諭

廖志峯

黃育文

吳科屏、蔡翠珍、韓佩軒、

陳依婕、楊秀文、呂姿曄、

許博淇、宋兆喻、楊瑜真、

林美惠、簡詩蓉、鄧家佩、  
沈瑞玲、宋宛蓁、鄭碧恩、  
陳孜孜、林毓芬

一、主席致詞：略。

二、討論事項：會議決議陳核中。

- (一) 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準修訂編號 33074B「單純性血管整形術」等 8 項診療項目暨修正病房費章節「符合全日平均護病比之加成」之指標名稱案。
- (二) 修訂全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs) 3.4 版支付通則不適用範圍及分類表，暨 110 年 1 月-6 月適用之相對權重統計結果案。
- (三) 有關「全民健康保險遠距醫療給付計畫(草案)」案。
- (四) 修訂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議事規範第二點代理規定案。
- (五) 修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第一章第三節病房費支付通則案。

三、臨時提案

四、散會：下午 5 時 10 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。	<ol style="list-style-type: none"> <li>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%)。</li> <li>Tw-DRGs 實施時程                             <ol style="list-style-type: none"> <li>同意自 107 年 7 月 1 日起實施 4.0 版支付通則，扣除 80 項暫緩實施項目，分 3 階段實施第 3 至 5 階計 1,089 項 DRG，會中台灣醫院協會提出 45 項待討論之項目(第 3 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。</li> <li>各階段實施期程如下：                                     <ol style="list-style-type: none"> <li>第 3 階段 DRG：107 年 7 月 1 日實施，計 443 項。</li> <li>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)。</li> <li>第 5 階段 DRG：107 年 11 月 1 日實施，計 387 項。</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>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)。</li> <li>於 4.0 版 Tw-DRGs 支付通則規範中增列「論日支付案例」。</li> <li>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。</li> </ol>	健保署醫管組	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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，後因考量本署刻正研議 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。</li> <li>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。</li> </ol>		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。	<p>洽悉。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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</li> </ol>	健保署醫管組	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>未列項新增項目計 35 項，已於 109 年 8 月 20 日函請提報量最大之院所(共計</li> </ol>		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
				項，另有 15 項尚待徵詢專家意見，後續將依未列項作業流程辦理。		16 家)提供成本資料。截至 109 年 11 月 20 日，計有 6 家院所函復增修建議共 8 項，後續將辦理新增診療項目作業。 3. 另修訂診療項目計 10 項尚待徵詢學會及專家意見，另有 15 項尚需請院所補充說明。	
3	109-2-討 1	109.06.11	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)新增修訂「All-RAS 基因突變分析」等 10 項暨更新編號 30103B「PD-L1 免疫組織化學染色」估算財務支出案。	同意新增修訂重點如下： 1. 新增「All-RAS 基因突變分析」(支付點數 8,872 點)、「異常凝血酶原檢驗(PIVKA-II)」(支付點數 967 點)、「膀胱內注射術」(支付點數 6,220 點)、「經導管肺動脈瓣膜置換術(TPVI)」(支付點數 109,842 點)、「內視鏡修正式 Lothrop 手術」(支付點數 25,194 點)共五項診療項目。 2. 上述「All-RAS 基因突變分析」因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。 3. 新增「微創青光眼手術」一項請提案單位參酌與會代表之意見，重新評估手術名稱及支付點數後再提至專家諮詢會議討論。 4. 同意修訂編號 25012B「免疫組織化學染色(每一抗體)」及 19011C「高危險妊娠胎兒生理評估」之支付規範；併刪除編號 33144B「血管阻塞術-Lipiodol」適應症之 ICD-10-CM 代碼，及第二部第二章第八節第三項骨髓移植技術費刪除通則一「本項限經保險人同意施行之醫院申報」之文字。	健保署醫管組	1. 本案已於 109 年 8 月 7 日經衛部保字第 1091260294 號令公告自 109 年 9 月 1 日起生效。 2. 「All-RAS 基因突變分析」一項，待與藥商協定藥品支付事宜，再依程序辦理報部等相關行政作業，本項建議繼續列管。	V
4	109-3-討 3	109.9.10	有關新增轉診同體系統所名單案。	1. 修正後之同體系統所名單共 54 個體系，281 家醫院(增加 1 個體系，13 個醫院)。 2. 有關中華民國醫師公會全國聯合會提出北區業務組所轄之聯新、陽明醫院、中壢長榮醫院、東元醫院、仁慈醫院之同體系統所名單，因尚未獲得共識，俟與財團法人	健保署醫管組	1. 考量本署依法無法調查醫療院所之財務金流，且僅以健保資料恐難明確定義同體系統所，故仍維持現行同體系統名單認定方式，並參考院所回復說明及轉診費用核付情形輔以判斷。 2. 經查中華民國醫師公會全國聯合會所提本署北區業	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
				醫院評鑑暨醫療品質策進會釐清同體系之認定方式後再討論。		務組轄區內疑似同體系院所，統計108年上開各院所整體核付轉診獎勵費用中，僅1家診所之轉診對象為疑似同體系院所之比率>50%，且該診所並未提出具體非同體系之證明。故 <u>109年11月20日已請本署北區業務組協助請該診所及其疑似同體系院所提出非同體系之具體證明後再行研議。</u>	
5	109-1 臨-討 1	109.11.12	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)修訂編號33074B「單純性血管整形術」等8項診療項目暨修正病房費章節「符合全日平均護病比之加成」之指標名稱案。	會議決議陳核中。	健保署醫管組	於109年12月11日第4次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」說明辦理情形。	
6	109-1 臨-討 2	109.11.12	修訂全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs) 3.4版支付通則不適用範圍及分類表，暨110年1月-6月適用之相對權重統計結果案。	會議決議陳核中。	健保署醫管組	於109年12月11日第4次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」說明辦理情形。	
7	109-1 臨-討 3	109.11.12	有關「全民健康保險遠距醫療給付計畫(草案)」。	會議決議陳核中。	健保署醫管組	於109年12月11日第4次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」說明辦理情形。	
8	109-1 臨-討 4	109.11.12	修訂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議事規範(下稱共同擬訂會議議事規範)第二點代理規定案。	會議決議陳核中。	健保署醫管組	於109年12月11日第4次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」說明辦理情形。	

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	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(以下稱支付標準)第二部第一章第三節病房費支付通則案。	會議決議陳核中。	健保署醫管組	於109年12月11日第4次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」說明辦理情形。		



# 參、報告事項



## 報告事項

### 第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂支付標準第四部中醫案。

說明：

一、依據本署 109 年 11 月 19 日全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 109 年第 4 次研商議事會議決議辦理。

二、修訂中醫支付標準事宜，重點摘要如下，修訂支付標準如附件（頁次報 1-4~1-64）

(一)增訂中醫通則條文：

- 1.第四部通則增列「合併申報醫療費用之醫院，其醫院門診合理量採合併計算」。
- 2.第二章藥費及第三章藥品調劑費通則增列「限中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報」。
- 3.本項係依現行實務作業增列支付標準文字，使規範更臻明確，未涉及財務影響。

(二)修訂第七章其他：增列舌診儀及脈診儀檢查費之適應症，並限執業滿 4 年之專任中醫師申報，且研究教學目的不得申報；因屬申報條件限縮，爰不增加醫療費用。

(三)修訂第四章針灸治療：

- 1.現行針灸治療係依適應症及治療方式區分為「針灸/電針/複雜性針灸治療」，修訂後按不同適應症及治療方式區分為「針灸/電針/中度複雜性/高度複雜性針灸治療」，並明訂中度及高度複雜性針灸治療需含多部位治療、合併輔助治療及基本治療時間。
- 2.以 108 年各項針灸治療申報案件之主診斷進行重新分類，推估修訂後之財務影響：108 年原申報點數 4,599.2 百萬點，重新分類後，預估費用為 4,780.3 百萬點，增加 181.1 百萬

點。

(四)修訂第五章傷科治療，並配合刪除第六章脫臼整復費治療處置：

1.現行第五章傷科治療依適應症區分為「傷科/複雜性傷科治療」，另第六章脫臼整復費治療處置列有「脫臼整復費」，修訂後將脫臼整復項目整併於第五章傷科治療，並依不同適應症區分為「傷科/中度複雜性傷科/高度複雜性傷科治療」，另高度複雜性傷科治療再分為「多部位損傷、合併有特殊疾病、脫臼整復、骨折」。

2.上述項目支付方式為：

(1) 中度複雜性傷科治療之同療程第一次就醫按高點數（427 點）支付，療程第 2 次-第 6 次改以傷科治療（227 點）支付。

(2) 高度複雜性傷科治療起始次處置治療按高點數（877 點/1,177 點/1,277 點）支付，後續治療改以傷科治療（227 點）支付。

(3) 明訂中度及高度複雜性傷科治療基本治療時間及需合併輔助治療。

3.以 108 年各項傷科治療及脫臼整復費治療處置申報案件之主診斷進行重新分類，推估修訂後之財務影響：108 年原申報點數 598.4 百萬點，重新分類後預估費用為 692.7 百萬點，增加 94.3 百萬點。

(五)修訂第八章針灸（合併傷科）治療：

1.依前揭修訂後之針灸及傷科治療診療項目，修訂針灸合併傷科治療之支付標準。

2.以 108 年各項針灸（合併傷科）治療申報案件之主診斷進行重新分類，推估修訂後之財務影響：108 年原申報點數

115.1 百萬點，重新分類後預估費用為 120.0 百萬點，增加 4.9 百萬點。

(六)修訂針灸治療、傷科治療及針灸(合併傷科)治療之相關申報合理量通則：

- 1.通則五：現行支付標準規範複雜性傷科處置每位專任醫師每月上限為六十人次，超過六十人次部分改以通則七範圍醫令計算；修正後改為中度複雜性針灸處置每月上限為一百人次，超過一百人次部分改以一般針灸/電針治療醫令計算，以及高度複雜性針灸處置每月上限為七十人次，超過七十人次部分改以一般針灸/電針治療醫令計算。
- 2.通則六及通則七：將現行通則規範之針傷處置醫令代碼，取代之為修訂後之代碼。
- 3.以 108 年申報案件，依現行合理量規範計算，應核扣點數計約 61.3 百萬點；另依修訂後針傷處置醫令及合理量規範計算，應核扣點數計約 103.1 百萬點，合理量核扣點數預估增加 41.8 百萬點。

(七)配合第六章脫臼整復費治療處置刪除，進行部分章次調整：原第八章針灸(合併傷科)治療改列為第六章，第九章特定疾病門診加強照護遞補為第八章。

(八)預算來源：上述各項支付標準修訂，推估一年共增加 238.5 百萬點，由 110 年中醫門診總額預算非協商因素之「醫療服務成本指數改變率」(495.7 百萬元)、協商因素之「中醫針灸處置品質提升」(181.0 百萬元)及「中醫傷科處置品質提升」(153.0 百萬元)支應。

擬辦：本案經討論後如獲同意，將依程序報請衛生福利部核定後公告實施。

## 第四部 中 醫

通則：

- 一、中醫門診診察費所定點數包括中醫師診療、處方、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本（如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出）。
- 二、中醫每日門診合理量依下列計算方式分別設定：
  - (一)經中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格(可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新進中醫師)醫院，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者，得按下列計算方式申報門診診察費：
    - 1.專任醫師每月平均每日門診量＝【當月中醫門診診察費總人次/(當月專任中醫師數\*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、A84、A85。
    - 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、A88、A89。
  - (二)未符合(一)項之中醫醫療院所，其門診診察費依各中醫醫療院所費用申報當月每位中醫師每日門診量不同分訂不同支付點數。
  - (三)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~~、脫臼整復~~及針灸合併傷科治療不得同時申報，針灸、傷科及脫臼整復如同時治療處置，應申報針灸合併傷科治療(編號：~~B80、B81、B82、B83、B84、B85、B86、B87、B88、B89、B90、B91、B92、B93、B94~~F01、F02、F03、F04、F05、F06、F07、F08、F09、F10、F11、F12、F13、F14、F15、F16、F17、F18、F19、F20、F21、F22、F23、F24、F25、F26、F27、F28、F29、F30、F31、F32、F33、F34、F35、F36、F37、F38、F39、F40、F41、F42、F43、F44、F45、F46、F47、F48、F49、F50、F51、F52、F53、F54、F55、F56、F57、F58、F59、F60、F61、F62、F63、F64、F65、F66、F67、F68)。
- 四、針灸、傷科及脫臼整復需連續治療者，同一療程以六次為限，實施六次限申報一次診察費，並應於病歷載明治療計畫。
- 五、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科~~、脫臼整復~~及針灸(合併傷科)治療合計申報量限四十五人次以內，另依下列規範針灸處置每月申報上限：
  - (一)其中內含複雜性傷科處置(編號：~~B55、B56、B57、B82、B83、B84、B87、B88、B89、B92、B93、B94~~每位專任醫師每月上限為六十人次，超過六十人次部分中度複雜性針灸處置(編號：D05、D06、F35、F36、F37、F38、F39、F40、F41、F42、F43、F44、F45、F46、F47、F48、F49、F50、F51等)每位專任醫師每月上限為一百人次，超過一百人次部分改以通則七範圍D01、D02、D03、D04、F01、F02、F03、F04、F06、F07、F09、F10、F12、F13、

F15、F16、F18、F19、F20、F21、F23、F24、F26、F27、F29、F30、F32、F33 醫令計算。

(二)其中高度複雜性針灸處置(編號：D07、D08、F52、F53、F54、F55、F56、F57、F58、F59、F60、F61、F62、F63、F64、F65、F66、F67、F68等) 每位專任醫師每月上限為七十人次，超過七十人次部分改以通則七範圍D01、D02、D03、D04、F01、F02、F03、F04、F06、F07、F09、F10、F12、F13、F15、F16、F18、F19、F20、F21、F23、F24、F26、F27、F29、F30、F32、F33 醫令計算。

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

六、中醫醫療院所平均每位專任醫師每月申報另開內服藥之針灸、傷科~~→脫臼整復~~及針灸(合併傷科)治療處置費(編號：~~B41→B43→B45→B53→B62→B80→B85→B90~~D01、D03、D05、D07、E01、E03、E05、E07、E09、E11、F01、F03、F06、F09、F12、F15、F18、F20、F23、F26、F29、F32、F35、F37、F40、F43、F46、F49、F52、F54、F57、F60、F63、F66)每位專任醫師每月上限為一百五十人次，超出一百五十人次部分者五折支付。

七、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科~~→脫臼整復~~及針灸(合併傷科)治療合計申報量，依階段按下列方式計算：

(一)在三十人次以下者，按表訂點數支付→。

(二)在三十一至四十五人次之部分，編號：~~B42→B44→B46→B54→B61→B63→B81→B86→B91~~D02、D04、D06、D08、E02、F02、F19、F36、F53者，九折支付。

(三)四十六人次以上，編號：~~B41→B42→B43→B44→B45→B46→B53→B54→B55→B56→B57→B61→B62→B63→B80→B81→B82→B83→B84→B85→B86→B87→B88→B89→B90→B91→B92→B93→B94~~D01、D02、D03、D04、D05、D06、D07、D08、E01、E02、E03、E04、E05、E06、E07、E08、E09、E10、E11、E12、F01、F02、F03、F04、F05、F06、F07、F08、F09、F10、F11、F12、F13、F14、F15、F16、F17、F18、F19、F20、F21、F22、F23、F24、F25、F26、F27、F28、F29、F30、F31、F32、F33、F34、F35、F36、F37、F38、F39、F40、F41、F42、F43、F44、F45、F46、F47、F48、F49、F50、F51、F52、F53、F54、F55、F56、F57、F58、F59、F60、F61、F62、F63、F64、F65、F66、F67、F68者，支付點數以零計。

八、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科~~→脫臼整復~~及針灸(合併傷科)治療合計申報量＝(當月針灸、傷科~~→脫臼整復~~及針灸(合併傷科)治療處置總人次／當月專任中醫師總看診日數)。

九、中醫醫療院所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~~→脫臼整復~~及針灸

(合併傷科)治療處置費，其餘支援醫師依每段合理量之餘額總數，依序補入看診人次。

十、三歲(含)以下兒童之門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

## 第二章 藥費

通則：限中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。

編號	診療項目	支付點數
A21	每日藥費 註：1.同一疾病或症狀之診治需連續門診者，不得每次只給一日份用藥否則將累計其給藥日數，僅支付第一次就醫之診察費。 2.除指定之慢性病得最高給予三十日內之用藥量外，一般案件給藥天數不得超過七日。	37

### 第三章 藥品調劑費

通則：限中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。

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

#### 第四章 針灸治療

編號	診療項目	支付點數
	針灸治療處置費(含材料費)	
<del>B41</del> D01	—另開內服藥	227
<del>B42</del> D02	—未開內服藥	227
	電針治療	
<del>B43</del> D03	—另開內服藥	227
<del>B44</del> D04	—未開內服藥	227
	複雜性針灸治療	
<del>B45</del>	—另開內服藥	307
<del>B46</del>	—未開內服藥	307
	<del>註1：申報與審查方式依附表 4.4.1 規定辦理。</del>	
	<del>註2：本項申報適應症請詳附表 4.4.2。</del>	
	中度複雜性針灸治療	
<del>D05</del>	—另開內服藥	327
<del>D06</del>	—未開內服藥	327
	註：	
	<u>1：申報與審查方式依附表 4.4.3 規定辦理。</u>	
	<u>2：本項申報適應症請詳附表 4.4.4，或無合乎中度複雜性針灸治療適應症(詳附表 4.4.4)但合併有特殊疾病(詳附表 4.4.5)。</u>	
	<u>3：治療需針灸兩個部位或以上(頭頸部或軀幹部或四肢，任兩部位或以上)。</u>	
	<u>4：需合併輔助治療〔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，等任一治療〕。</u>	
	<u>5：治療總時間至少十分鐘以上。</u>	
	高度複雜性針灸治療	
<del>D07</del>	—另開內服藥	427
<del>D08</del>	—未開內服藥	427
	註：	
	<u>1：申報與審查方式依附表 4.4.3 規定辦理。</u>	
	<u>2：本項申報適應症請詳附表 4.4.6，或符合中度複雜針灸適應症(詳附表 4.4.4)合併有特殊疾病(詳附表 4.4.5)。</u>	
	<u>3：治療需針灸兩個部位或以上(頭頸部或軀幹部或四肢，任兩部位或以上)。</u>	

4：需合併輔助治療〔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，等任一治療〕。

5：治療總時間至少二十分鐘以上

## 第五章 傷科治療

通則：限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。

編號	診療項目	支付點數
<del>B53E01</del>	傷科治療處置費(含材料費)	
<del>B54E02</del>	—另開內服藥	227
	—未開內服藥	227
	註： 1.標準作業程序 (1)四診八綱辨證。 (2)診斷。 (3)理筋手法。 2.適應症 (1)急慢性扭、挫、瘀傷：踝扭傷、腰扭傷、頸部扭傷等。 (2)肌腱炎：網球肘、棒球肩、腕部橈側腱鞘炎等。 (3)關節病變：類風濕性關節炎、退化性關節炎、僵直性關節炎、痛風、冰凍肩（凝肩）等。	
<del>B55</del>	<del>複雜性傷科治療</del>	
<del>B56</del>	<del>—另開內服藥</del>	<del>307</del>
<del>B57</del>	<del>—未開內服藥</del>	<del>307</del>
	<del>—骨折、脫臼整復第一線復位處置治療</del>	<del>477</del>
	註： <del>1、申報與審查方式依附表4.5.1規定辦理。</del> <del>2、本項申報適應症請詳附表4.5.2。</del> <del>3、B57「骨折、脫臼整復第一線復位處置治療」係指該患者受傷部位初次到醫療院所做接骨、復位之處理治療，且不得與B61併同申報。</del>	
<del>E03</del>	<del>中度複雜性傷科治療療程第一次處置治療</del>	
<del>E04</del>	<del>—另開內服藥</del>	<del>427</del>
	<del>—未開內服藥</del>	<del>427</del>
	註： <del>1、申報與審查方式依附表4.5.3規定辦理。</del> <del>2、本項申報適應症請詳附表4.5.4，或無合乎中度複雜性傷科治療適應症(詳附表4.5.4)但合併有特殊疾病(詳附表4.4.5)。</del> <del>3、需合併輔助治療〔藥薰治療、拔罐治療、刮痧治療、電療、熱療(含紅外線治療)、膏布治療、或夾板固定治療等任一治療〕。</del> <del>4、總處置時間至少十分鐘以上。</del> <del>5、療程第2次-第6次以一般處置(E01、E02)申報。</del>	

	高度複雜性傷科	
<u>E05</u>	<u>多部位損傷起始次處置</u>	
<u>E06</u>	—另開內服藥	<u>877</u>
	—未開內服藥	<u>877</u>
	註： <u>本項多部位損傷起始次處置(E05、E06)申報適應症請詳附表4.5.5。</u>	
<u>E07</u>	<u>合併有特殊疾病起始次處置</u>	
<u>E08</u>	—另開內服藥	<u>877</u>
	—未開內服藥	<u>877</u>
	註： <u>本項合併有特殊疾病起始次處置(E07、E08)申報為合乎中度複雜性傷科治療適應症(詳附表4.5.4)合併有特殊疾病申報適應症(詳附表4.4.5)。</u>	
<u>E09</u>	<u>脫臼整復起始次復位處置治療(起始次定義含再次復位)</u>	
<u>E10</u>	—另開內服藥	<u>1177</u>
	—未開內服藥	<u>1177</u>
	註： <u>本項脫臼整復起始次復位處置治療(E09、E10)申報適應症請詳附表4.5.6。</u>	
<u>E11</u>	<u>骨折起始次復位處置治療(起始次定義含再次接骨)</u>	
<u>E12</u>	—另開內服藥	<u>1277</u>
	—未開內服藥	<u>1277</u>
	註： <u>本項骨折起始次復位處置治療(E11、E12)申報適應症請詳附表4.5.7。</u>	
	註：	
	1、 <u>高度複雜性傷科治療需合併輔助治療〔藥薰治療、拔罐治療、刮痧治療、電療、熱療(含紅外線治療)、膏布治療、或夾板固定治療等任一治療〕。</u>	
	2、 <u>高度複雜性傷科治療起始次處置治療〔包括合併有特殊疾病第一線處置(E07、E08)，多部位損傷起始次處置(E05、E06)，脫臼整復起始次復位處置治療(E09、E10)，骨折起始次復位處置治療(E11、E12)〕，係指該病人受傷部位初次到醫療院所做之處理治療。</u>	
	3、 <u>後續治療處置以一般處置(E01、E02)申報。</u>	
	4、 <u>總處置時間至少二十分鐘以上。</u>	

~~第六章 脫臼整復費治療處置~~

~~通則：限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。~~

<del>編號</del>	<del>診療項目</del>	<del>支付點數</del>
<del>B61</del>	<del>脫臼整復費(含材料費)</del> <del>—同療程第一次就醫—</del>	<del>327</del>
<del>B62</del>	<del>—同療程複診，另開內服藥</del>	<del>227</del>
<del>B63</del>	<del>—同療程複診，未開內服藥</del>	<del>227</del>

## 第六章 針灸(合併傷科)治療

通則：1.限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。

2.以下各診療項目適用其內含單項診療項目之各項規範

編號	診療項目	支付點數
<del>B80F01</del>	針灸(合併傷科)治療(含材料費) --另開內服藥	227
<del>B81F02</del>	--未開內服藥	227
	<del>針灸(合併複雜性傷科)治療(含材料費)</del>	
<del>B82</del>	<del>--另開內服藥</del>	<del>307</del>
<del>B83</del>	<del>--未開內服藥</del>	<del>307</del>
<del>B84</del>	<del>--骨折、脫臼整復第一線復位處置治療</del>	<del>477</del>
	<del>針灸(合併中度複雜性傷科治療)治療(含材料費)</del>	
<del>F03</del>	<del>--另開內服藥(療程 2-6 次)</del>	<del>227</del>
<del>F04</del>	<del>--未開內服藥(療程 2-6 次)</del>	<del>227</del>
<del>F05</del>	<del>--療程第一次處置治療</del>	<del>427</del>
	<del>針灸(合併高度複雜性傷科治療—多部位損傷)治療(含材料費)</del>	
<del>F06</del>	<del>--另開內服藥(後續治療)</del>	<del>227</del>
<del>F07</del>	<del>--未開內服藥(後續治療)</del>	<del>227</del>
<del>F08</del>	<del>--起始次處置治療</del>	<del>877</del>
	<del>針灸(合併高度複雜性傷科治療—合併有特殊疾病)治療(含材料費)</del>	
<del>F09</del>	<del>--另開內服藥(後續治療)</del>	<del>227</del>
<del>F10</del>	<del>--未開內服藥(後續治療)</del>	<del>227</del>
<del>F11</del>	<del>--起始次處置治療</del>	<del>877</del>
	<del>針灸(合併高度複雜性傷科治療—脫臼)治療(含材料費)</del>	
<del>F12</del>	<del>--另開內服藥(後續治療)</del>	<del>227</del>
<del>F13</del>	<del>--未開內服藥(後續治療)</del>	<del>227</del>
<del>F14</del>	<del>--起始次處置治療</del>	<del>1177</del>
	<del>針灸(合併高度複雜性傷科治療—骨折)治療(含材料費)</del>	
<del>F15</del>	<del>--另開內服藥(後續治療)</del>	<del>227</del>
<del>F16</del>	<del>--未開內服藥(後續治療)</del>	<del>227</del>
<del>F17</del>	<del>--起始次處置治療</del>	<del>1277</del>
	電針(合併傷科)治療(含材料費)	
B85F18	--另開內服藥	227
B86F19	--未開內服藥	227

編號	診療項目	支付點數
	<u>電針(合併複雜性傷科)治療(含材料費)</u>	
B87	<u>--另開內服藥</u>	307
B88	<u>--未開內服藥</u>	307
B89	<u>--骨折、脫臼整復第一線復位處置治療</u>	477
	<u>電針(合併中度複雜性傷科治療)治療(含材料費)</u>	
F20	<u>--另開內服藥(療程 2-6 次)</u>	227
F21	<u>--未開內服藥(療程 2-6 次)</u>	227
F22	<u>--療程第一次處置治療</u>	427
	<u>電針(合併高度複雜性傷科治療—多部位損傷)治療(含材料費)</u>	
F23	<u>--另開內服藥(後續治療)</u>	227
F24	<u>--未開內服藥(後續治療)</u>	227
F25	<u>--起始次處置治療</u>	877
	<u>電針(合併高度複雜性傷科治療—合併有特殊疾病)治療(含材料費)</u>	
F26	<u>--另開內服藥(後續治療)</u>	227
F27	<u>--未開內服藥(後續治療)</u>	227
F28	<u>--起始次處置治療</u>	877
	<u>電針(合併高度複雜性傷科治療—脫臼)治療(含材料費)</u>	
F29	<u>--另開內服藥(後續治療)</u>	227
F30	<u>--未開內服藥(後續治療)</u>	227
F31	<u>--起始次處置治療</u>	1177
	<u>電針(合併高度複雜性傷科治療—骨折)治療(含材料費)</u>	
F32	<u>--另開內服藥(後續治療)</u>	227
F33	<u>--未開內服藥(後續治療)</u>	227
F34	<u>--起始次處置治療</u>	1277
	<u>複雜性針灸(合併傷科)治療(含材料費)</u>	
B90	<u>--另開內服藥</u>	307
B91	<u>--未開內服藥</u>	307
	<u>複雜性針灸(合併複雜性傷科)治療(含材料費)</u>	
B92	<u>--另開內服藥</u>	307
B93	<u>--未開內服藥</u>	307

編號	診療項目	支付點數
B94	<del>骨折、脫臼整復第一線復位處置治療</del> 註：B84、B89、B94 係指該患者受傷部位初次到醫療院所做針灸合拼接骨、復位之處理治療，且不得與 B57、B61 併同申報。	477
F35	中度複雜性針灸(合併傷科)治療(含材料費) --另開內服藥	327
F36	--未開內服藥	327
F37	中度複雜性針灸(合併中度複雜性傷科治療)治療(含材料費) --另開內服藥(療程 2-6 次)	327
F38	--未開內服藥(療程 2-6 次)	327
F39	--療程第一次處置治療	427
F40	中度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療—多部位損傷)治療(含材料費) --另開內服藥(後續治療)	327
F41	--未開內服藥(後續治療)	327
F42	--起始次處置治療	877
F43	中度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療—合併有特殊疾病)治療(含材料費) --另開內服藥(後續治療)	327
F44	--未開內服藥(後續治療)	327
F45	--起始次處置治療	877
F46	中度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療—脫臼)治療(含材料費) --另開內服藥(後續治療)	327
F47	--未開內服藥(後續治療)	327
F48	--起始次處置治療	1177
F49	中度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療—骨折)治療(含材料費) --另開內服藥(後續治療)	327
F50	--未開內服藥(後續治療)	327
F51	--起始次處置治療	1277
F52	高度複雜性針灸(合併傷科)治療(含材料費) --另開內服藥	427
F53	--未開內服藥	427
F54	高度複雜性針灸(合併中度複雜性傷科治療)治療(含材料費) --另開內服藥(療程 2-6 次)	427

編號	診療項目	支付點數
<u>F55</u>	<u>--未開內服藥(療程 2-6 次)</u>	<u>427</u>
<u>F56</u>	<u>--療程第一次處置治療</u>	<u>427</u>
	<u>高度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療—多部位損傷)治療(含材料費)</u>	
<u>F57</u>	<u>--另開內服藥(後續治療)</u>	<u>427</u>
<u>F58</u>	<u>--未開內服藥(後續治療)</u>	<u>427</u>
<u>F59</u>	<u>--起始次處置治療</u>	<u>877</u>
	<u>高度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療—合併有特殊疾病)治療(含材料費)</u>	
<u>F60</u>	<u>--另開內服藥(後續治療)</u>	<u>427</u>
<u>F61</u>	<u>--未開內服藥(後續治療)</u>	<u>427</u>
<u>F62</u>	<u>--起始次處置治療</u>	<u>877</u>
	<u>高度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療—脫臼)治療(含材料費)</u>	
<u>F63</u>	<u>--另開內服藥(後續治療)</u>	<u>427</u>
<u>F64</u>	<u>--未開內服藥(後續治療)</u>	<u>427</u>
<u>F65</u>	<u>--起始次處置治療</u>	<u>1177</u>
	<u>高度複雜性針灸(合併高度複雜性傷科治療—骨折)治療(含材料費)</u>	
<u>F66</u>	<u>--另開內服藥(後續治療)</u>	<u>427</u>
<u>F67</u>	<u>--未開內服藥(後續治療)</u>	<u>427</u>
<u>F68</u>	<u>--起始次處置治療</u>	<u>1277</u>

## 第七章 其他

編號	診療項目	支付點數
B71	脈診儀檢查費	500
B72	舌診儀檢查費	500
<p>註：1.申報本項支付標準之中醫師及中醫特約醫事服務機構均應經中醫總額受託單位審查認定合格。</p> <p>2.前項經審查認定合格之中醫特約醫事服務機構及中醫師應每年提出申請計畫，經核可後始得申報。<u>惟研究教學目的不得申報。</u></p> <p>3.前項中醫特約醫事服務機構限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。</p> <p>4.申報使用輔助診斷，應依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載(應附有輔助診斷檢查圖像及判讀報告)。</p> <p>5.B71、B72 每項每位病人每月限申報一次。</p> <p><u>6. 本章節限執業滿4年之專任中醫師申報。</u></p> <p><u>7. 申報本章節適應症之定義需為附表4.7.1所列病名。</u></p>		

## 第九八章 特定疾病門診加強照護

通則：

一、個案適用範圍：

- (一)小兒氣喘疾病門診加強照護：年齡未滿十三歲之氣喘疾病(ICD-10：J45)患者，並於病歷中檢附西醫診斷證明或肺功能檢查報告。
- (二)小兒腦性麻痺疾病門診加強照護：年齡未滿十三歲之腦性麻痺疾病(ICD-10-CM：G80)患者。
- (三)腦血管疾病(ICD-10-CM：G45.0-G46.8 及 I60-I68)、顱腦損傷(ICD-10-CM：S02.1-S02.4、S02.6-S02.9、S06.0-S06.9)及脊髓損傷(ICD-10-CM：S14.0-S14.1、S24.0-S24.1、S34.0-S34.1)疾病門診加強照護：自診斷日起二年內之患者。

二、醫事服務機構及醫事人員均須符合下列條件始得申報本章費用：

- (一)中醫師需接受中醫全聯會辦理之「小兒氣喘疾病門診加強照護」、「小兒腦性麻痺疾病門診加強照護」及「腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷門診加強照護」課程各八小時，並由中醫全聯會於每季季底函送符合教育時數之中醫師新增名單給保險人登錄備查。
- (二)申報本章之中醫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，自保險人第一次發函處分停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

三、每位醫師每月本章節各項疾病照護申報上限為三百人次(合計上限為六百五十人次)，超出上限者費用點數支付為零，另小兒氣喘疾病及小兒腦性麻痺疾病每位患者每週限申報一次、腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷門診加強照護每位患者每月限申報一次。

四、看診醫師應對當次看診患者提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，並以標準作業流程與處置完成診療。(詳附表 4.98.1)

五、特定疾病門診加強照護不列入診察費及處置費合理量計算。

六、為避免病患重複收案，醫事人員收治病後應於保險人健保資訊網服務系統(VPN)登錄個案之基本資料，已被其他院所收案照護、不符適應症或已達結案條件者，不得收案。另腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷每季至少需於 VPN 填報巴氏量表分數乙次。

七、病患經加強照護病程穩定後，應教育病患自我照護，改按一般服務提供醫療照護；(1)小兒氣喘疾病門診加強照護穩定之指標詳附表 4.98.2 說明。(2)腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷門診以巴氏量表測量連續二季未改善之患者應改按一般服務提供服務。

八、申報本章節之案件，當次不得同時另行申報本標準第四部中醫其他章節之診療項目。(B71 脈診儀檢查費及 B72 舌診儀檢查費及 C05、C06、C07、C08、C09 之藥費及藥品調劑費除外)

編號	診療項目	支付點數
C01	特定疾病門診加強照護處置費--小兒氣喘(含氣霧吸入處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費、口服藥(不得少於五天)、針灸治療處置費、穴位推拿按摩、穴位敷貼處置費、氣霧吸入處置費，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	1500
C02	特定疾病門診加強照護處置費--小兒氣喘(不含氣霧吸入處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費、口服藥(不得少於五天)、針灸治療處置費、穴位推拿按摩、穴位敷貼處置費，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	1400
C03	特定疾病門診加強照護處置費--小兒腦性麻痺(含藥浴處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費、口服藥(不得少於五天)、頭皮針及體針半刺治療處置費、穴位推拿按摩、督脈及神闕藥灸、藥浴處置費，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	1500
C04	特定疾病門診加強照護處置費--小兒腦性麻痺(不含藥浴處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費、口服藥(不得少於五天)、頭皮針及體針半刺治療處置費、穴位推拿按摩、督脈及神闕藥灸，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	1400
C05	特定疾病門診加強照護處置費--腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷(治療處置一至三次) 註1：每月限申報一次，照護處置費包括中醫醫療診察費、同時執行針灸治療及傷科治療。首次收案即需進行衛教及巴氏量表，之後每三個月至少施行衛教及評估巴氏量表一次。 註2：藥費及藥品調劑費依本部第二、三章規定辦理。	2000
C06	特定疾病門診加強照護處置費--腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷(治療處置四至六次) 註1：每月限申報一次，照護處置費包括中醫醫療診察費、同時執行針灸治療及傷科治療。首次收案即需進行衛教及巴氏量表，之後每三個月至少施行衛教及評估巴氏量表一次。 註2：藥費及藥品調劑費依本部第二、三章規定辦理。	3500
C07	特定疾病門診加強照護處置費--腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷(治療處置七至九次) 註1：每月限申報一次，照護處置費包括中醫醫療診察費、同時執行針灸治療及傷科治療。首次收案即需進行衛教及巴氏量表，之後每三個月至少施行衛教及評估巴氏量表一次。 註2：藥費及藥品調劑費依本部第二、三章規定辦理。	5500
C08	特定疾病門診加強照護處置費--腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷(治療處置十至十二次) 註1：每月限申報一次，照護處置費包括中醫醫療診察費、同時執行針灸治療及傷科治療。首次收案即需進行衛教及巴氏量表，之後每三個月至少施行衛教及評估巴氏量表一次。 註2：藥費及藥品調劑費依本部第二、三章規定辦理。	7500

編號	診療項目	支付點數
C09	<p>特定疾病門診加強照護處置費--腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷(治療處置十三次以上)</p> <p>註1：每月限申報一次，照護處置費包括中醫醫療診察費、同時執行針灸治療及傷科治療。首次收案即需進行衛教及巴氏量表，之後每三個月至少施行衛教及評估巴氏量表一次。</p> <p>註2：藥費及藥品調劑費依本部第二、三章規定辦理。</p>	9500

(刪)

~~附表 4.4.1 複雜性針灸申請給付及支付原則~~

~~一、複雜性針灸適應症之定義需為附表 4.4.2 所列病名。~~

~~二、費用申報與審查相關規定：~~

~~1. 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執行審查。~~

~~2. 抽審病歷視醫療院所與前一年申報附表 4.4.2 所列疾病與去年同期相較之成長率，必要時得予全審。~~

(刪)

附表 4.4.2 ~~複雜性針灸適應症~~

ICD-9-CM	ICD-10-CM	中文病名
140-208	C00-C96	惡性腫瘤(衍生出的相關符合針灸適應症)
225	D33	腦瘤併發神經功能障礙(73)
290	F03-F05	<del>(一) 老年期及初老年期器質性精神病態【限由精神科或神經科專科醫師開具之診斷書並加註專科醫師證號】</del>
293.1	F05	<del>(二) 亞急性譫妄</del>
294	F02、F04、F09	<del>(三) 其他器質性精神病態</del>
295	F20、F21、F25	<del>(四) 思覺失調症</del>
296	F30-F39	<del>(五) 情感性精神病</del>
297	F22、F23、F24	<del>(六) 妄想狀態</del>
299	F84	<del>(七) 源自兒童期之精神病</del>
<del>小兒麻痺、腦性麻痺所引起之神經、肌肉、骨骼、肺臟等之併發症者(其身心障礙等級在中度以上者)</del>		
045.1	A80	<del>(一) 急性脊髓灰白質炎併有其他麻痺者</del>
343	G80	<del>(二) 嬰兒腦性麻痺</del>
344+ 138	G82-G83+B91	<del>(三) 其他麻痺性徵候群(急性脊髓灰白質炎之後期影響併有提及麻痺性徵候群)</del>
358.0	G70	重症肌無力症
<del>脊髓損傷或病變所引起之神經、肌肉、皮膚、骨骼、心肺、泌尿及腸胃等之併發症者(其身心障礙等級在中度以上者)</del>		
806	S14.1+S12.0- S12.6- S24.1+S22.0- S34.1+S22.0-S32.0	<del>(一) 脊柱骨折,伴有脊髓病灶</del>
952	S14.1、S24.1、 S34.1	<del>(二) 無明顯脊椎損傷之脊髓傷害</del>
336	G95	<del>(三) 其他脊髓病變</del>
急性腦血管疾病		
430	I60	<del>(一) 蛛網膜下腔出血</del>
431、 432	I61-I62	<del>(二) 腦內出血</del>
433、 434	I65、I66、I63	<del>(三) 腦梗塞</del>
435-437	G45、G46、I67	<del>(四) 其他腦血管疾病</del>
345	G40	癲癇
332	G20、G21	帕金森病
334	G11、G94	脊髓小腦症
851	S01.9、S06.3	腦裂傷及挫傷

<del>ICD-9-CM</del>	<del>ICD-10-CM</del>	中文病名
852	<del>S01.9-S06.4-S06.6</del>	受傷後之蜘蛛網膜下、硬腦膜下及硬腦膜外出血
950	<del>S04.01-S04.04</del>	視神經及神經徑之損傷
953	<del>S14.2-S14.3-S24.2-S34.2-S34.4</del>	神經根級脊神經叢之損傷
954	<del>S14.5-S24.3-S24.4-S24.8-S24.9-S34.5-S34.6-S34.8-S34.9</del>	肩及骨盆以外之軀幹神經損傷
955	<del>S44.0-S44.5-S44.8-S44.9-S54.0-S54.3-S54.8-S54.9-S64.0-S64.4-S64.8-S64.9</del>	肩及上肢末梢神經之損傷
956	<del>S74.0-S74.2-S74.8-S74.9-S84.0-S84.2-S84.8-S84.9-S94.0-S94.3-S94.8-S94.9</del>	骨盆及下肢末梢神經損傷

(刪)

~~附表 4.5.1 複雜性傷科申請給付及支付原則~~

~~一、複雜性傷科適應症之定義需為附表 4.5.2 所列之傷病病名。~~

~~二、費用申報與審查相關規定：~~

- ~~1. 院所每月專任中醫師平均申報上限為六十人次，超出部分依現行支付標準支付。~~
- ~~2. 按全民健康保險醫療費用申報與核付及服務審查辦法辦理執行審查。~~
- ~~3. 病歷記載應依規定書寫。~~
- ~~4. 申報診療項目時，主診斷碼需符合附表 4.5.2 所列之適應症。~~
- ~~5. 抽審病歷視醫療院所與前一年申報附表 4.5.2 所列疾病與去年同期相較之成長率，必要時得予全審。~~

(刪)

附表 4.5.2 ~~複雜性傷科適應症~~

ICD-9-CM	ICD-10-CM	中文病名
71119	M02.39	<del>雷特病之關節病變及有關病態，多處部位</del>
71129	M35.2	<del>畢賽徵候群之關節病變，多處部位</del>
71639	M13.89	<del>更年期關節炎，多處部位</del>
71659	M13.0	<del>未明示之多發性關節病變或多發性關節炎，多處部位</del>
71689	M12.89	<del>其他明示之關節病變，多處部位</del>
71699	M12.9	<del>未明示之關節病變，多處部位</del>
71809	M24.10	<del>關節軟骨疾患，多處部位</del>
71849	M24.50	<del>關節緊縮，多處部位</del>
71859	M24.60	<del>關節粘連，多處部位</del>
71889	M24.80	<del>其他關節障礙，他處未歸類，多處部位</del>
71899	M24.9	<del>未明示之關節障礙，多處部位</del>
71939	M12.39	<del>復發性風濕，多處部位</del>
71949	M25.50	<del>關節痛，多處部位</del>
71959	M25.60	<del>關節僵直，他處未歸類者，多處部位</del>
71979	R26.2	<del>行走障礙，多處部位</del>
71999	M25.9	<del>未明示之關節疾患，多處部位</del>
7338	<del>(S42、S49、S52、S59、S62、S72、S82、S92)</del>	<del>癒合不良及不癒合之骨折</del>
73381	<del>(S42、S49、S52、S59、S62、S72、S82、S92)</del>	<del>癒合不良之骨折</del>
73382	<del>(S42、S49、S52、S59、S62、S72、S82、S92)</del>	<del>不癒合之骨折</del>
8000-8004	S02.0	<del>顱骨穹窿骨折</del>
80100-80149	S02.1	<del>顱骨底部骨折</del>
802.0 及 802.2	S02.2、S02.6	<del>臉骨骨折</del>
8024	S02.4	<del>顴骨及上頷骨骨折，閉鎖性</del>
8026	S02.3	<del>眶底閉鎖性骨折</del>
8028	S02.8-S02.9	<del>其他顏面骨閉鎖性骨折</del>
8030-8034	S02.8-S02.9	<del>其他及性質不明之顱骨骨折</del>
8040-8044	S02.9	<del>多處骨折，侵及顱骨或顏面骨者</del>
80500-80508	S12.0-S12.9	<del>脊柱骨折，閉鎖性</del>
8060 及 8062	S12.0-S12.6、S22.0	<del>頸椎骨折，閉鎖性，</del>
8064	S32.0	<del>腰椎骨折，閉鎖性</del>

ICD-9-CM	ICD-10-CM	中文病名
8066	S32.1-S32.2	骶骨及尾骨骨折，閉鎖性
8068	S12.9-S22.0-S32.0-S32.1	未明示之脊柱骨折，閉鎖性
8070	S22.3-S22.4	肋骨閉鎖性骨折
8072	S22.2	胸骨閉鎖性骨折
8074	S22.5	連枷胸(多條肋骨塌陷性骨折)
8075	S12.9	喉部及氣管閉鎖性骨折
808.0	S32.3-S32.9	骨盆骨折
8080	S32.4	髌白閉鎖性骨折
8082	S32.5	恥骨閉鎖性骨折
8084-80843	S32.3-S32.6-S32.810-S32.811	骨盆其他明示部位之閉鎖性骨折
80849	S32.89	骨盆之其他骨折，閉鎖性
809.0	S22.9	診斷欠明之軀幹骨骨折
8090	S22.9	軀幹骨骨折，閉鎖性
81000-81003	S42.001-S42.036	鎖骨閉鎖性骨折
81100-81103	S42.101-S42.199	肩胛骨骨折
81109	S42.113-S42.116	其他之肩胛骨骨折，閉鎖性
81200-81209	S42.201-S42.296	肱骨上端閉鎖性骨折
8122	S42.301-S42.399	肱骨骨幹或未明示部位之閉鎖性骨折
8124	S42.1-S42.4	肱骨下端骨折，閉鎖性
81241-81249	S42.101-S42.496	肱骨踝上骨折，閉鎖性
81300-81308	S52.101-S52.189	橈骨及尺骨上端閉鎖性骨折
8132-81323	S52.201-S52.399	橈骨及尺骨骨幹閉鎖性骨折
8134-81344	S52.501-S52.699	橈骨及尺骨下端閉鎖性骨折
8138-81383	S52.90-S52.92	橈骨及尺骨之閉鎖性骨折
81400-81409	S62.001-S62.186	腕骨骨折
81500-81509	S62.201-S62.399	掌骨骨折
81600-81603	S62.501-S62.669	一個或多個手指骨骨折
8170	S62.90-S62.92	手骨之多處閉鎖性骨折
8190	S42.90-S42.92-S52.90-S52.92-S22.20-S22.39-S22.49	多發性骨折，侵及兩側上肢及上肢與肋骨和胸骨者，閉鎖性
82000-82009	S72.001-S72.099	股骨頸骨折
8202-82022	S72.101-S72.26	經由粗隆之骨折，閉鎖性
8208	S72.001-S72.009	未明示部位之股骨頸骨折，閉鎖性
8210-82129	S72.301-S72.499	股骨骨折，閉鎖性
8220	S82.001-S82.099	閉鎖性髌骨之骨折
8230-82302	S82.101-S82.199	脛骨與腓骨之上端閉鎖性骨折

ICD-9-CM	ICD-10-CM	中文病名
8232	<del>S82.201-S82.299</del> <del>S82.401-S82.499</del>	脛骨與腓骨幹之閉鎖性骨折
82320	<del>S82.201-S82.299</del>	僅脛骨幹閉鎖性骨折
82321	<del>S82.401-S82.499</del>	僅腓骨幹閉鎖性骨折
82322	<del>S82.201-S82.299</del> <del>S82.401-S82.499</del>	脛骨與腓骨幹之閉鎖性骨折
8238	<del>S82.201-S82.209</del> <del>S82.401-S82.409</del>	脛骨與腓骨未明示部位之閉鎖性骨折
82380	<del>S82.201-S82.209</del>	僅脛骨未明示部位之閉鎖性骨折
82381	<del>S82.401-S82.409</del>	僅腓骨未明示部位之閉鎖性骨折
82382	<del>S82.201-</del> <del>S82.209+S82.401-</del> <del>S82.409</del>	脛骨與腓骨未明示部位之閉鎖性骨折
8240-8248	<del>S82.51-S82.66</del>	閉鎖性踝骨折
8250	<del>S92.001-S92.066</del>	閉鎖性跟骨骨折
8252-82529	<del>S92.101-S92.5</del>	其他跗骨及蹠骨之骨折，閉鎖性
8260	<del>S92.401-S92.919</del>	閉鎖性一個或多個腳趾骨骨折
8270	<del>S82.90-S82.92</del>	閉鎖性下肢之其他多處及診斷欠明之骨折
8280	<del>T07</del>	閉鎖性多處骨折，侵及兩側下肢，下與上肢及 下肢與肋骨和胸骨者
8290	<del>T14.8</del>	閉鎖性未明示部位之骨折
8310-8320- 8330-8340- 8350-8360- 8363-8365- 8370-8380- 8390-8392- 8394-8396	<del>S43.0-S43.3</del> <del>S53.0-</del> <del>S53.1-S63.0</del> <del>S63.1-</del> <del>S63.2-S73.0</del> <del>S83.21-</del> <del>S83.24-S83.001-</del> <del>S83.096-S83.101-</del> <del>S83.196-S93.0</del> <del>S93.3-S13.1</del> <del>S13.2-</del> <del>S33.1-S33.3</del> <del>S23.1-</del> <del>S23.2-S43.2</del> <del>S33.30-</del> <del>S33.39</del>	脫臼
9228	<del>T14.8</del>	軀幹多處挫傷
9238	<del>S40.019</del>	上肢多處挫傷
9244	<del>S70.10-S70.12</del> <del>S80.10-</del> <del>S80.12</del>	下肢多處挫傷
9248	<del>T14.8</del>	下肢挫傷及其他與未明示位置之挫傷，多處位 置挫傷，他處未歸類者
92709	<del>S47</del>	肩及上臂多處位置壓砸傷
9278	<del>S47</del>	上肢多處位置壓砸傷
9288	<del>S77.0-S77.1</del> <del>S87.0-</del> <del>S87.8-S97.0</del> <del>S97.1-</del> <del>S97.8</del>	下肢多處壓砸傷

<del>ICD-9-CM</del>	<del>ICD-10-CM</del>	中文病名
929.0	S77.2	<del>多處及未明示位置之壓砸傷</del>
9290	S77.20	<del>多處位置壓砸傷，他處未歸類者</del>
9050	S02	<del>顱骨及面骨骨折之後期影響</del>
9051	<del>(S12.9、S22.0、S22.9、S32.9)</del>	<del>脊柱及軀幹骨折之後期影響，未提及脊髓病性者</del>
9052	<del>S42.2-S42.9、S52.9、S62.9</del>	<del>上肢骨折後期影響</del>
9053	<del>S72.0-S72.2、S72.8-S72.9、S79.0-S79.1</del>	<del>股骨頸骨折後期影響</del>
9054	<del>(S72.3-S72.4、S82.0-S82.6、S82.8-S82.9、S89.0-S89.3、S92.0-S92.9)</del>	<del>下肢骨折後期影響</del>
9055	T07	<del>多處及未明示骨折之後期影響</del>
9056	<del>S03.0-S03.1、S13.0-S13.2、S23.0-S23.2、S33.0-S33.3、S43.0-S43.3、S53.0-S53.1、S63.0-S63.2、S73.0、S83.0、S83.1、S93.0、S93.1、S93.3</del>	<del>脫臼之後期影響</del>
9598	T07	<del>其他明示位置之損傷，包括多處</del>

### 附表 4.4.3 複雜性針灸申請給付及支付原則

- 一、中度複雜性針灸適應症之定義需為附表 4.4.4 所列病名，或無合乎中度複雜性針灸治療適應症(附表 4.4.4 所列病名)但合併有特殊疾病附表 4.4.5 所列病名。
- 二、高度複雜性針灸適應症之定義需為附表 4.4.6 所列病名，或合乎中度複雜性針灸治療適應症(附表 4.4.4 所列病名)且合併有特殊疾病附表 4.4.5 所列病名。
- 三、費用申報與審查相關規定：
  - 1.院所每月專任中醫師平均申報中度複雜性針灸處置上限為一百人次、高度複雜性針灸處置上限為七十人次，超出人次部分改以 D01、D02、D03、D04 醫令計算。
  - 2.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執行審查。
  - 3.抽審病歷視醫療院所與前一年申報附表 4.4.4、附表 4.4.5 及附表 4.4.6 所列疾病與去年同期相較之成長率，必要時得予全審。

附表 4.4.4 中度複雜性針灸適應症

<u>ICD-10-CM</u>	<u>中文病名</u>
<u>G43</u>	<u>偏頭痛</u>
<u>G50</u>	<u>三叉神經疾患</u>
<u>G51</u>	<u>顏面神經疾患</u>
<u>G52</u>	<u>其他腦神經疾患</u>
<u>G90</u>	<u>自主神經系統疾患</u>
<u>G54</u>	<u>神經根及神經叢疾患</u>
<u>G61</u>	<u>發炎性多發神經病變</u>
<u>G62</u>	<u>其他及為明示之多發神經病變</u>
<u>G63</u>	<u>歸類於他處疾病所致之多發神經病變</u>
<u>G65</u>	<u>發炎性及毒性多發神經病變後遺症</u>
<u>M13.0</u>	<u>多發性關節炎</u>
<u>M15</u>	<u>多關節病症</u>
<u>M20</u>	<u>手指及(足)趾後天性變形</u>
<u>M21</u>	<u>其他後天性肢體變形</u>
<u>M66</u>	<u>滑膜及肌腱自發性破裂</u>
<u>H02</u>	<u>眼瞼其他疾患</u>
<u>H04</u>	<u>淚道系統之疾患</u>
<u>H05</u>	<u>眼窩疾患</u>
<u>H52</u>	<u>屈光及調節作用疾患</u>
<u>H10</u>	<u>結膜炎</u>
<u>H20</u>	<u>虹膜睫狀體炎</u>
<u>H25</u>	<u>老年性白內障</u>
<u>H26</u>	<u>其他白內障</u>

附表 4.4.5 特殊疾病適應症

<u>ICD-10-CM</u>	<u>中文病名</u>
<u>A15</u>	<u>呼吸道結核病</u>
<u>B01</u>	<u>水痘[水痘]</u>
<u>B02</u>	<u>帶狀疱疹[帶狀疱疹]</u>
<u>B05</u>	<u>麻疹</u>
<u>B06</u>	<u>德國麻疹[德國麻疹]</u>
<u>B20</u>	<u>人類免疫不全病毒疾病</u>
<u>B97.2</u>	<u>歸類於他處冠狀病毒所致的疾病</u>
<u>B97.3</u>	<u>歸類於他處反轉錄病毒所致的疾病</u>
<u>D65</u>	<u>瀰漫性血管內凝血症[去纖維蛋白徵候群]</u>
<u>D66</u>	<u>遺傳性第八凝血因子缺乏症</u>
<u>D67</u>	<u>遺傳性第九凝血因子缺乏症</u>
<u>D68</u>	<u>其他凝血缺乏</u>
<u>D69</u>	<u>紫斑症及其他出血性病態</u>
<u>D70</u>	<u>嗜中性白血球缺乏症</u>
<u>D82</u>	<u>與其他重大缺陷相關的免疫缺乏症</u>
<u>D83</u>	<u>常見多樣性免疫缺乏症</u>
<u>D84</u>	<u>其他免疫缺乏症</u>
<u>E04</u>	<u>其他非毒性甲狀腺腫</u>
<u>E05</u>	<u>甲狀腺毒症(甲狀腺機能亢進)</u>
<u>E06</u>	<u>甲狀腺炎</u>
<u>E10</u>	<u>第一型糖尿病</u>
<u>E11</u>	<u>第二型糖尿病</u>
<u>E13</u>	<u>其他特定糖尿病</u>
<u>E15</u>	<u>非糖尿病的低血糖性昏迷</u>
<u>E28</u>	<u>卵巢功能障礙</u>
<u>F90</u>	<u>注意力不足過動症</u>
<u>F95</u>	<u>抽搐症</u>
<u>I20</u>	<u>心絞痛</u>
<u>I21</u>	<u>ST 段上升之心肌梗塞 (STEMI) 與非 ST 段上升之心肌梗塞 (NSTEMI)</u>
<u>I22</u>	<u>續發性 ST 段上升之心肌梗塞 (STEMI) 與非 ST 段上升之心肌梗塞 (NSTEMI)</u>

<u>ICD-10-CM</u>	<u>中文病名</u>
<u>I23</u>	<u>ST 段上升之心肌梗塞 (STEMI) 與非 ST 段上升之心肌梗塞 (NSTEMI) 後造成之併發症 (28 天內)</u>
<u>I24</u>	<u>其他急性缺血性心臟病</u>
<u>I25</u>	<u>慢性缺血性心臟病</u>
<u>I26</u>	<u>肺栓塞</u>
<u>I27</u>	<u>其他肺性心臟病</u>
<u>I28</u>	<u>其他肺血管疾病</u>
<u>I42</u>	<u>心肌病變</u>
<u>I50</u>	<u>心臟衰竭</u>
<u>I71</u>	<u>主動脈瘤及剝離</u>
<u>I73</u>	<u>其他末梢血管疾病</u>
<u>I74</u>	<u>動脈栓塞及血栓症</u>
<u>I80</u>	<u>靜脈炎及血栓靜脈炎</u>
<u>I82</u>	<u>其他靜脈栓塞及血栓</u>
<u>I89</u>	<u>其他非感染性之淋巴管和淋巴結疾患</u>
<u>J44</u>	<u>慢性阻塞性肺病</u>
<u>J45</u>	<u>氣喘</u>
<u>J93</u>	<u>氣胸及氣漏</u>
<u>J96</u>	<u>呼吸衰竭，他處未歸類</u>
<u>J98</u>	<u>其他呼吸衰竭</u>
<u>K72</u>	<u>肝衰竭，他處未歸類者</u>
<u>K74</u>	<u>肝纖維化及硬化</u>
<u>K80</u>	<u>膽結石</u>
<u>L10</u>	<u>天庖瘡</u>
<u>L11</u>	<u>其他棘層鬆解性疾患</u>
<u>L12</u>	<u>類天庖瘡</u>
<u>L40</u>	<u>乾癬</u>
<u>L51</u>	<u>多形性紅斑</u>
<u>L52</u>	<u>結節性紅斑</u>
<u>L89</u>	<u>壓迫性潰瘍</u>
<u>L94</u>	<u>其他局限性結締組織疾患</u>
<u>L97</u>	<u>下肢非壓迫性慢性潰瘍，他處未歸類者</u>

<u>ICD-10-CM</u>	<u>中文病名</u>
<u>M33</u>	<u>皮多肌炎</u>
<u>M34</u>	<u>全身性硬化症(硬皮症)</u>
<u>M35</u>	<u>結締組織其他全身性侵犯</u>
<u>M35.0</u>	<u>乾燥症候群[Sjogren 氏]</u>
<u>M35.00</u>	<u>乾燥症候群</u>
<u>N18</u>	<u>慢性腎臟疾病</u>
<u>N19</u>	<u>腎衰竭</u>
<u>O10~O16、 O20~O29</u>	<u>妊娠</u>
<u>R64</u>	<u>惡病質</u>

附表 4.4.6 高度複雜性針灸適應症

<u>ICD-10-CM</u>	<u>中文病名</u>
<u>A80</u>	<u>急性脊髓灰白質炎</u>
<u>C00-C96</u>	<u>惡性腫瘤(衍生出的相關符合針灸適應症)</u>
<u>D32</u>	<u>腦膜良性腫瘤</u>
<u>D33</u>	<u>腦瘤併發神經功能障礙(73)</u>
<u>D48</u>	<u>Neoplasm of uncertain behavior of other and unspecified sites</u>
<u>D48</u>	<u>其他及未明示部位性態未明之腫瘤</u>
<u>D49</u>	<u>性態未明之腫瘤</u>
<u>F02、F04、F09</u>	<u>其他器質性精神病態</u>
<u>F03-F05</u>	<u>老年期及初老年期器質性精神病態【限由精神科或神經科專科醫師開具之診斷書並加註專科醫師證號】</u>
<u>F05</u>	<u>亞急性譫妄</u>
<u>F20、F21、F25</u>	<u>思覺失調症</u>
<u>F22、F23、F24</u>	<u>妄想狀態</u>
<u>F30-F39</u>	<u>情感性精神病</u>
<u>F84</u>	<u>源自兒童期之精神病</u>
<u>F80</u>	<u>特定的言語及語言發展障礙症</u>
<u>F82</u>	<u>特定的動作功能發展障礙症</u>
<u>G11、G94</u>	<u>脊髓小腦症</u>
<u>G12</u>	<u>脊髓性肌萎縮症及相關症候群</u>
<u>G20、G21</u>	<u>巴金森病</u>
<u>G35</u>	<u>多發性硬化症</u>
<u>G36</u>	<u>其他急性瀰漫性脫髓鞘</u>
<u>G40</u>	<u>癲癇</u>
<u>G45、G46、I67</u>	<u>其他腦血管疾病</u>
<u>G70</u>	<u>重症肌無力症</u>
<u>G71</u>	<u>肌肉特發性疾患</u>
<u>G80</u>	<u>嬰兒腦性麻痺</u>
<u>G81</u>	<u>偏癱</u>
<u>G82-G83+B91</u>	<u>其他麻痺性徵候群(急性脊髓灰白質炎之後期影響併有提及麻痺性徵候群)</u>

<u>ICD-10-CM</u>	<u>中文病名</u>
<u>G91</u>	<u>水腦症</u>
<u>G93.0</u>	<u>腦囊腫</u>
<u>G93.1</u>	<u>缺氧性腦損傷，他處未歸類者</u>
<u>G93.2</u>	<u>良性顱內高壓</u>
<u>G93.3</u>	<u>病毒感染後疲勞症候群</u>
<u>G93.4</u>	<u>其他及未明示腦病變</u>
<u>G93.5</u>	<u>腦壓迫</u>
<u>G93.6</u>	<u>腦水腫</u>
<u>G93.7</u>	<u>雷氏症候群</u>
<u>H30</u>	<u>脈絡膜視網膜發炎</u>
<u>H31</u>	<u>其他脈絡膜疾患</u>
<u>H33</u>	<u>視網膜退化及裂孔</u>
<u>H34</u>	<u>視網膜血管阻塞</u>
<u>H35</u>	<u>視網膜其他疾患</u>
<u>H36</u>	<u>歸類於他處疾病所致之視網膜疾患</u>
<u>H40</u>	<u>青光眼</u>
<u>H42</u>	<u>歸類於他處疾病所致之青光眼</u>
<u>H43</u>	<u>玻璃體疾患</u>
<u>H46</u>	<u>眼球神經炎</u>
<u>H47</u>	<u>視(第2)神經及視路之其他疾患</u>
<u>H49</u>	<u>麻痺性斜視</u>
<u>H50</u>	<u>其他斜視</u>
<u>H51</u>	<u>其他雙側眼運動疾患</u>
<u>H53</u>	<u>視覺障礙</u>
<u>H54</u>	<u>失明及低視力</u>
<u>H55</u>	<u>眼球震顫及不規則眼球運動</u>
<u>I60</u>	<u>蜘蛛膜下腔出血</u>
<u>I61、I62</u>	<u>腦內出血</u>
<u>I65、I66、I63</u>	<u>腦梗塞</u>
<u>M45</u>	<u>僵直性脊椎炎</u>
<u>M62.3</u>	<u>截癱性不動症候群</u>
<u>M99.0</u>	<u>節段及體結構功能障礙</u>
<u>M99.1</u>	<u>(脊椎)複雜性半脫位</u>

<u>ICD-10-CM</u>	<u>中文病名</u>
<u>M99.2</u>	<u>神經管半脫位性狹窄</u>
<u>M99.3</u>	<u>神經管骨性狹窄</u>
<u>M99.4</u>	<u>神經管結締組織狹窄</u>
<u>M99.5</u>	<u>神經管椎間盤狹窄</u>
<u>M99.6</u>	<u>椎間孔骨性及半脫位性狹窄</u>
<u>M99.7</u>	<u>椎間孔結締組織及椎間盤狹窄</u>
<u>Q11</u>	<u>無眼症、小眼畸形及巨眼畸形</u>
<u>Q13</u>	<u>前段眼先天性畸形</u>
<u>Q12</u>	<u>先天性水晶體畸形</u>
<u>Q14</u>	<u>後段眼先天性畸形</u>
<u>Q15</u>	<u>眼其他先天性畸形</u>
<u>S01.9、S06.3</u>	<u>腦裂傷及挫傷</u>
<u>S01.9、S06.4-S06.6</u>	<u>受傷後之蜘蛛網膜下、硬腦膜下及硬腦膜外出血</u>
<u>S04.01-S04.04</u>	<u>視神經及神經徑之損傷</u>
<u>S14.1、S24.1、S34.1</u>	<u>無明顯脊椎損傷之脊髓傷害</u>
<u>S14.1+S12.0-S12.6、 S24.1+S22.0、S34.1+S22.0- S32.0</u>	<u>脊柱骨折，伴有脊髓病灶</u>
<u>S14.2、S14.3、S24.2、 S34.2、S34.4</u>	<u>神經根級脊神經叢之損傷</u>
<u>S14.5、S24.3、</u>	<u>肩及骨盆以外之軀幹神經損傷</u>
<u>S24.4、S24.8、S24.9、 S34.5、S34.6、S34.8、S34.9</u>	<u>胸、腰椎、囊和骨盆神經損傷</u>
<u>S44.0-S44.5、S44.8-S44.9、 S54.0-S54.3、S54.8-S54.9、 S64.0-S64.4、S64.8-S64.9</u>	<u>肩及上肢末梢神經之損傷</u>
<u>S74.0-S74.2、S74.8-S74.9、 S84.0-S84.2、S84.8-S84.9、 S94.0-S94.3、S94.8-S94.9</u>	<u>骨盆及下肢末梢神經損傷</u>
<u>P91</u>	<u>其他新生兒腦狀態障礙</u>
<u>如附件</u>	<u>衛生福利部公告之罕見疾病名單</u>

**公告罕見疾病名單暨 ICD-10-CM 編碼一覽表(依疾病分類排序)**

<u>分類</u>	<u>序號</u>	<u>中文病名(僅供參考)</u>	<u>英文病名(縮寫)</u>	<u>ICD-10-CM 診斷代碼</u>
<b>A.先天性代謝異常</b>				
<b>◎A1 尿素循環代謝異常 Urea cycle disorders (高血氨症)</b>				
<b>A1</b>	<b>01</b>	<b>先天性尿素循環代謝障礙</b>	<b>Congenital Urea cycle disorders</b>	<b>E72.20</b>
	<b>02</b>	<b>瓜胺酸血症</b>	<b>Citrullinemia</b>	<b>E72.23</b>
	<b>03</b>	<b>乙醯穀胺酸合成酶缺乏症</b>	<b>Nitroacetylglutamate synthetase deficiency,NAG synthetase deficiency</b>	<b>E72.29</b>
	<b>04</b>	<b>鳥胺酸氨甲醯基轉移酶缺乏症</b>	<b>Ornithine transcarbamylase deficiency</b>	<b>E72.4</b>
	<b>05</b>	<b>高鳥胺酸血症-高氨血症-高瓜胺酸血症症候群</b>	<b>Hyperornithinemia-Hyperammonemia-Homocitrullinuria Syndrome</b>	<b>E72.4</b>
<b>◎ A2 胺基酸/有機酸代謝異常 Amino acid metabolic disorders / Organic acidemias</b>				
<b>A2</b>	<b>01</b>	<b>胺基酸代謝疾病</b>	<b>Amino acid metabolic disorders(Aminoacidopathies)</b>	<b>E72.8</b>
	<b>02</b>	<b>高胱胺酸血症</b>	<b>Homocystinuria</b>	<b>E72.11</b>
	<b>03</b>	<b>高甲硫胺酸血症</b>	<b>Hypermethioninemia</b>	<b>E72.19</b>
	<b>04</b>	<b>非酮性高甘胺酸血症</b>	<b>Nonketotic hyperglycinemia</b>	<b>E72.51</b>
	<b>05</b>	<b>苯酮尿症</b>	<b>Phenylketouria</b>	<b>E70.0</b>
	<b>06</b>	<b>四氫基喋呤缺乏症</b>	<b>Tetrahydrobiopterin deficiency</b>	<b>E70.1</b>
	<b>07</b>	<b>遺傳性高酪胺酸血症</b>	<b>Hereditary tyrosinemia</b>	<b>E70.21</b>
	<b>08</b>	<b>楓糖尿症</b>	<b>Maple syrup urine disease</b>	<b>E71.0</b>
	<b>09</b>	<b>有機酸血症</b>	<b>Organic acidemias</b>	<b>E71.118</b>
	<b>10</b>	<b>異戊酸血症</b>	<b>Isovaleric acidemia</b>	<b>E71.110</b>
	<b>11</b>	<b>戊二酸尿症，第一型、第二型</b>	<b>Glutaric aciduria type I、II</b>	<b>type I:E72.3 type11:E71.313</b>

	<u>12</u>	<u>丙酸血症</u>	<u>Propionic acidemia</u>	<u>E71.121</u>
	<u>13</u>	<u>甲基丙二酸血症</u>	<u>Methylmalonic acidemia</u>	<u>E71.120</u>
	<u>14</u>	<u>3-氫基-3-甲基戊二酸血症</u>	<u>3-Hydroxy-3-methyl-glutaric acidemia</u>	<u>E71.118</u>
	<u>15</u>	<u>典型苯酮尿症合併蔗糖酶同麥芽糖酶缺乏症</u>	<u>PAH type PKU combine with Sucrase-isomaltase deficiency</u>	<u>E74.31+E70.0</u>
	<u>16</u>	<u>高離氨基酸血症</u>	<u>Hyperlysinemia</u>	<u>E72.3</u>
	<u>17</u>	<u>組胺酸血症</u>	<u>Histidinemia</u>	<u>E70.41</u>
	<u>18</u>	<u>三甲基巴豆醯輔酶 A 羧化酵素缺乏症</u>	<u>3-Methylcrotonyl-CoA carboxylase deficiency</u>	<u>E71.19</u>
	<u>19</u>	<u>多發性羧化酶缺乏症</u>	<u>Multiple carboxylase deficiency</u>	<u>D81.819</u>
	<u>20</u>	<u>高脯胺酸血症</u>	<u>Hyperprolinemia</u>	<u>E72.59</u>
	<u>21</u>	<u>芳香族 L-胺基酸類脫羧基酶缺乏症</u>	<u>Aromatic L-amino acid decarboxylase deficiency</u>	<u>E70.9</u>
	<u>22</u>	<u>酪胺酸羥化酶缺乏症</u>	<u>Tyrosine hydroxylase deficiency</u>	<u>E70.20</u>
	<u>23</u>	<u>甲基丙二酸血症併高胱胺酸血症 (Cbl C 型)</u>	<u>Cobalamin C defect (Methylmalonic aciduria and Homocystinuria, cbl C type)</u>	<u>E71.120+E72.11</u>
<u>◎ A3 脂質儲積</u>				
<u>A3</u>	<u>01</u>	<u>高雪氏症</u>	<u>Gaucher's disease</u>	<u>E75.22</u>
	<u>02</u>	<u>GM1/GM2 神經節苷脂儲積症</u>	<u>GM1/GM2 gangliosidosis</u>	<u>GM1:E75.19</u> <u>GM2: E75.00</u>
	<u>03</u>	<u>Fabry 氏症</u>	<u>Fabry disease</u>	<u>E75.21</u>
	<u>04</u>	<u>Niemann-Pick 氏症，鞘髓磷脂儲積症</u>	<u>Niemann-Pick disease</u>	<u>E75.240:Type A</u> <u>E75.241:Type B</u> <u>E75.242:Type C</u> <u>E75.243:Type D</u> <u>E75.248:other</u> <u>E75.249:unspecified</u>
	<u>05</u>	<u>MLD 症候群</u>	<u>Metachromatic Leukodystrophy (MLD)</u>	<u>E75.25</u>
	<u>06</u>	<u>球細胞腦白質失養症</u>	<u>Globoid Cell Leukodystrophy (Krabbe's disease)</u>	<u>E75.23</u>

	<u>07</u>	<u>嬰兒型溶酶體酸性脂肪酶缺乏症（又稱伍爾曼氏症）</u>	<u>Infantile form Lysosomal Acid Lipase Deficiency (Wolman Disease)</u>	<u>E75.5</u>
<u>◎A4 碳水化合物代謝異常</u>				
<u>A4</u>	<u>01</u>	<u>半乳糖血症</u>	<u>Galactosemia</u>	<u>E74.21</u>
	<u>02</u>	<u>肝醣儲積症</u>	<u>Glycogen storage disease</u>	<u>E74.09:type 0</u> <u>E74.01:Type I</u> <u>E74.02:type II</u> <u>E74.03:type III</u> <u>E74.09:type IV</u> <u>E74.04:type V</u> <u>E74.09:type VI-XI</u> <u>E74.01:Von Gierke's</u>
	<u>03</u>	<u>腦血管屏障葡萄糖輸送缺陷</u>	<u>Glut (Glucose Transport) 1 deficiency syndrome</u>	<u>E74.8</u>
<u>◎ A5 脂肪酸氧化異常</u>				
	<u>01</u>	<u>脂肪酸氧化作用缺陷</u>	<u>Fatty acid oxidation defect</u>	<u>E71.30</u> <u>E71.310</u> <u>E71.311</u> <u>E71.312</u> <u>E71.313</u> <u>E71.314</u> <u>E71.318</u> <u>E71.32</u> <u>E71.39</u>
	<u>02</u>	<u>原發性肉鹼缺乏症</u>	<u>Carnitine deficiency syndrome, primary</u>	<u>E71.41</u>
	<u>03</u>	<u>中鏈脂肪酸去氫酵素缺乏症</u>	<u>Medium-chain acyl-coenzyme A dehydrogenase deficiency (MCAD)</u>	<u>E71.311</u>
	<u>04</u>	<u>短鏈脂肪酸去氫酶缺乏症</u>	<u>Short-chain acyl-CoA dehydrogenase deficiency</u>	<u>E71.312</u>
<u>◎ A6 粒線體代謝異常</u>				
<u>A6</u>	<u>01</u>	<u>粒線體缺陷</u>	<u>Mitochondrial defect</u>	<u>E88.40</u>
	<u>02</u>	<u>Kearns-Sayre 氏症候群</u>	<u>Kearns-Sayre syndrome</u>	<u>H49.811</u> <u>H49.812</u> <u>H49.813</u> <u>H49.819</u>
	<u>03</u>	<u>Leigh 氏童年期腦脊髓病變</u>	<u>Leigh disease</u>	<u>G31.82</u>

	<u>04</u>	<u>MELAS 症候群</u>	<u>MELAS</u>	<u>E88.41</u>
	<u>05</u>	<u>MNGIE 症候群粒線體性神經胃腸腦病變症候群</u>	<u>Mitochondrial Neurogastrointestinal Encephalopathy Syndrome</u>	<u>E88.49</u>
	<u>06</u>	<u>丙酮酸鹽脫氫酶缺乏症</u>	<u>Pyruvate dehydrogenase deficiency</u>	<u>E74.4</u>
	<u>07</u>	<u>巴氏症候群</u>	<u>Barth Syndrome</u>	<u>E78.71</u>
<u>◎ A7 溶小體代謝異常</u>				
<u>A7</u>	<u>01</u>	<u>胱胺酸血症</u>	<u>Cystinosis</u>	<u>E72.04</u>
	<u>02</u>	<u>黏多醣症</u>	<u>Mucopolysaccharidoses</u>	<u>Type1: E76.01</u> <u>E76.02</u> <u>E76.03</u> <u>Type2:E76.1</u> <u>other :</u> <u>E76.210</u> <u>E76.211</u> <u>E76.219</u> <u>E76.22</u> <u>E76.29</u> <u>Unspecified:E76.3</u>
	<u>03</u>	<u>岩藻糖代謝異常(儲積症)</u>	<u>Fucosidosis</u>	<u>E77.1</u>
	<u>04</u>	<u>涎酸酵素缺乏症</u>	<u>Sialidosis</u>	<u>E77.1</u>
	<u>05</u>	<u>黏脂質症</u>	<u>Mucopolipidosis</u>	<u>type I:E77.1</u> <u>type II、III:E77.0</u> <u>type IV:E75.11</u>
	<u>06</u>	<u>神經元蠟樣脂褐質儲積症</u>	<u>Neuronal ceroid lipofuscinosis</u>	<u>E75.4</u>
	<u>07</u>	<u>多發性硫酸脂酶缺乏症</u>	<u>Multiple Sulfatase deficiency</u>	<u>E75.29</u>
<u>◎A8 膽固醇及脂質代謝異常 Cholesterol and Lipid metabolism</u>				
<u>A8</u>	<u>01</u>	<u>同合子家族性高膽固醇血症</u>	<u>Homozygous familial hypercholesterolemia</u>	<u>E78.0</u>
	<u>02</u>	<u>家族性高乳糜微粒血症</u>	<u>Familial Hyperchylomicronemia</u>	<u>E78.3</u>
	<u>03</u>	<u>豆固醇血症〈植物性〉</u>	<u>Sitosterolemia</u>	<u>E78.0</u>
<u>◎A9 礦物離子缺陷</u>				

<u>A9</u>	<u>01</u>	<u>威爾森氏症</u>	<u>Wilson's disease</u>	<u>E83.01</u>
	<u>02</u>	<u>Menkes 症候群</u>	<u>Menkes syndrome</u>	<u>E83.09</u>
	<u>03</u>	<u>鉬輔酶缺乏症</u>	<u>Molybdenum cofactor deficiency</u>	<u>E61.5</u>
<u>◎ A10 過氧化體代謝異常</u>				
<u>A10</u>	<u>01</u>	<u>Zellweger 氏症候群</u>	<u>Zellweger syndrome</u>	<u>E71.510</u>
	<u>02</u>	<u>腎上腺腦白質失養症</u>	<u>Adrenoleukodystrophy</u>	<u>E71.511</u> <u>E71.520</u> <u>E71.521</u> <u>E71.528</u> <u>E71.529</u>
	<u>03</u>	<u>肢近端型點狀軟骨發育不良</u>	<u>Rhizomelic Chondrodysplasia Punctata</u>	<u>E71.540</u>
<u>◎ A11 其他代謝異常</u>				
	<u>01</u>	<u>紫質症</u>	<u>Porphyria</u>	<u>E80.20</u> <u>E80.21</u> <u>E80.29</u>
	<u>02</u>	<u>Lesch-Nyhan 氏症候群</u>	<u>Lesch-Nyhan syndrome</u>	<u>E79.1</u>
	<u>03</u>	<u>亞硫酸鹽氧化酶缺乏</u>	<u>Sulfite oxidase deficiency</u>	<u>E72.19</u>
	<u>04</u>	<u>碳水化合物缺乏醣蛋白症候群</u>	<u>Carbohydrate-deficiency glycoprotein syndrome</u>	<u>E77.8</u>
	<u>05</u>	<u>三甲基胺尿症</u>	<u>Trimethylaminuria</u>	<u>E72.52</u>
	<u>06</u>	<u>先天性全身脂質營養不良症</u>	<u>Congenital generalized lipodystrophy</u>	<u>E88.1</u>
	<u>07</u>	<u>腦腱性黃瘤症</u>	<u>Cerebrotendinous Xanthomatosis</u>	<u>E75.5</u>
	<u>08</u>	<u>低磷酸酯酶症</u>	<u>Hypophosphatasia</u>	<u>E83.39</u> <u>E83.31</u>
	<u>09</u>	<u>Beta 硫解酶缺乏症</u>	<u>Beta-Ketothiolase Deficiency</u>	<u>E71.19</u>
	<u>10</u>	<u>生物素酶缺乏症</u>	<u>Biotinidase Deficiency</u>	<u>D81.810</u>
<u>B 腦部或神經系統病變</u>				
<u>B1</u>	<u>01</u>	<u>多發性硬化症</u>	<u>Multiple sclerosis</u>	<u>G35</u>

02	<u>肌萎縮性側索硬化症</u>	<u>Amyotrophic lateral sclerosis (ALS)</u>	<u>G12.21</u>
03	<u>共濟失調微血管擴張症候群</u>	<u>Ataxia telangiectasia</u>	<u>G11.3</u>
04	<u>亨丁頓氏舞蹈症</u>	<u>Huntington disease(又稱 Huntington's chorea)</u>	<u>G10</u>
05	<u>雷特氏症</u>	<u>Rett syndrome</u>	<u>F84.2</u>
06	<u>脊髓性肌肉萎縮症</u>	<u>Spinal muscular atrophy</u>	<u>G12.9</u>
07	<u>脊髓小腦退化性動作協調障礙</u>	<u>Spinocerebellar ataxia</u>	<u>G11.1</u>
08	<u>結節性硬化症</u>	<u>Tuberous sclerosis</u>	<u>Q85.1</u>
09	<u>先天性痛不敏感症合併無汗症</u>	<u>Congenital insensitivity to pain with anhidrosis (CIPA)</u>	<u>L74.4</u>
10	<u>神經纖維瘤症候群第二型</u>	<u>Neurofibromatosis type II</u>	<u>Q85.02</u>
11	<u>Alexander 氏病</u>	<u>Alexander disease</u>	<u>E75.29</u>
12	<u>僵體症候群</u>	<u>Stiffperson syndrome</u>	<u>G25.82</u>
13	<u>遺傳性痙攣性下身麻痺</u>	<u>Hereditary spastic paraplegia</u>	<u>G11.4</u>
14	<u>Joubert 氏症候群 (家族性小腦蚓部發育不全)</u>	<u>Joubert syndrome</u>	<u>Q04.3</u>
15	<u>Pelizaeus-Merzbacher 氏症 (慢性兒童型腦硬化症)</u>	<u>Pelizaeus-Merzbacher Disease</u>	<u>E75.29</u>
16	<u>Charcot Maire Tooth 氏症(進行性神經性腓骨萎縮症)</u>	<u>Charcot Marie Tooth Disease</u>	<u>G60.0</u>
17	<u>甘迺迪氏症(脊髓延髓性肌肉萎縮症)</u>	<u>Kennedy Disease</u>	<u>G12.20</u> <u>G12.21</u> <u>G12.22</u> <u>G12.29</u>
18	<u>家族性澱粉樣多發性神經病變</u>	<u>Familial Amyloidotic Polyneuropathy</u>	<u>E85.1</u>
19	<u>Moebius 症候群</u>	<u>Moebius syndrome</u>	<u>Q87.0</u>
20	<u>McLeod 症候群</u>	<u>McLeod syndrome</u>	<u>Q97.8</u> <u>Q98.8</u>

<u>21</u>	<u>Aicardi-Goutieres 症候群</u>	<u>Aicardi-Goutieres syndrome</u>	<u>G31.89</u>
<u>22</u>	<u>普洛提斯症候群</u>	<u>Proteus Syndrome</u>	<u>Q87.3</u>
<u>23</u>	<u>MECP2 綜合症候群</u>	<u>Methyl CpG binding protein 2 Duplication Syndrome (MECP2 Duplication Syndrome)</u>	<u>Q99.8</u>
<u>24</u>	<u>腦肋小頷症候群</u>	<u>Cerebro-Costo-Mandibular Syndrome</u>	<u>Q87.89</u>
<u>25</u>	<u>Dravet 症候群</u>	<u>Dravet Syndrome, DS</u>	<u>G40.311</u>
<u>26</u>	<u>腦白質消失症</u>	<u>Vanishing White Matter Disease</u>	<u>G37.8</u>
<u>27</u>	<u>泛酸鹽激酶關聯之神經退化性疾病</u>	<u>Pantothenate Kinase Associated Neurodegeneration (PKAN)</u>	<u>G23.0</u>
<u>28</u>	<u>磷脂質脂解酶 A2 關聯之神經退化性疾病</u>	<u>Phospholipase A2-associated neurodegeneration(PLAN)</u>	<u>G23.0</u>
<u>C 呼吸循環系統病變</u>			
<u>C1 01</u>	<u>特發性嬰兒動脈硬化症</u>	<u>Idiopathic Infantile Arterial Calcification</u>	<u>Q28.8</u>
<u>02</u>	<u>囊狀纖維化症</u>	<u>Cystic fibrosis</u>	<u>E84.9</u>
<u>03</u>	<u>特發性或遺傳性肺動脈高壓</u>	<u>Idiopathic or Heritable pulmonary arterial hypertension (IPAH or HPAH)</u>	<u>I27.0</u>
<u>04</u>	<u>Holt-Oram 氏症候群</u>	<u>Holt-Oram Syndrome</u>	<u>Q87.2</u>
<u>05</u>	<u>Andersen 氏症候群 (心節律障礙暨週期性麻痺症候群；鉀離子通道病變)</u>	<u>Andersen syndrome</u>	<u>E74.09</u>
<u>06</u>	<u>遺傳性出血性血管擴張症</u>	<u>Hereditary Hemorrhagic Telangiectasia</u>	<u>I78.0</u>
<u>07</u>	<u>窒息性胸腔失養症</u>	<u>Asphyxiating thoracic dystrophy</u>	<u>Q77.2</u>
<u>08</u>	<u>先天性中樞性換氣不足症候群</u>	<u>Congenital Central Hypoventilation Syndrome</u>	<u>G47.35</u>
<u>D 消化系統病變</u>			
<u>01</u>	<u>進行性家族性肝內膽汁滯留症</u>	<u>Progressive intrahepatic cholestasis,PFIC</u>	<u>K83.1</u>

	<u>02</u>	<u>先天性膽酸合成障礙</u>	<u>Inborn errors of bile acid synthesis</u>	<u>E78.70</u>
	<u>03</u>	<u>α1-抗胰蛋白酶缺乏症</u>	<u>α1- Antitrypsin deficiency</u>	<u>E88.01</u>
	<u>04</u>	<u>先天性 Cajal 氏間質細胞增生合併腸道神經元發育異常</u>	<u>Congenital Interstitial Cell of Cajal Hyperplasia with Neuronal Intestinal Dysplasia</u>	<u>Q43.8</u>
	<u>05</u>	<u>阿拉吉歐症候群</u>	<u>Alagille Syndrome</u>	<u>Q44.7</u>
<u>E 腎臟泌尿系統病變</u>				
<u>E1</u>	<u>01</u>	<u>Lowe 氏症候群</u>	<u>Lowe syndrome</u>	<u>E72.03</u>
	<u>02</u>	<u>Bartter 氏症候群</u>	<u>Bartter's syndrome</u>	<u>E26.81</u>
	<u>03</u>	<u>體染色體隱性多囊性腎臟疾病</u>	<u>Autosomal recessive polycystic kidney disease</u>	<u>Q61.19</u>
<u>F 皮膚病變</u>				
<u>F1</u>	<u>01</u>	<u>遺傳性表皮分解性水泡症</u>	<u>Hereditary epidermolysis bullosa</u>	<u>Q81.9</u>
	<u>02</u>	<u>層狀魚鱗癬 (自體隱性遺傳型)</u>	<u>Ichthyosis, lamellar recessive</u>	<u>Q80.2</u>
	<u>03</u>	<u>膠膜兒</u>	<u>Collodion baby</u>	<u>Q80.2</u>
	<u>04</u>	<u>斑色魚鱗癬</u>	<u>Harlequin ichthyosis</u>	<u>Q80.4</u>
	<u>05</u>	<u>水泡型先天性魚鱗癬樣紅皮症 (表皮鬆解性角化過度症)</u>	<u>Bullous Congenital ichthyosiform erythroderma (epidermolytic hyperkeratosis)</u>	<u>Q80.3</u>
	<u>06</u>	<u>外胚層增生不良症</u>	<u>Ectodermal Dysplasias</u>	<u>Q82.4</u>
	<u>07</u>	<u>Meleda 島病</u>	<u>Meleda disease</u>	<u>Q82.8</u>
	<u>08</u>	<u>Darier 氏症 (毛囊角化病)</u>	<u>Darier's disease</u>	<u>Q82.8</u>
	<u>09</u>	<u>先天性角化不全症</u>	<u>Dyskeratosis Congenita</u>	<u>Q82.8</u>
	<u>10</u>	<u>皮膚過度角化症雅司病</u>	<u>Diffuse Non-epidermolytic Palmoplantar Keratoderma type Unna-Thost</u>	<u>Q82.8</u>
	<u>11</u>	<u>色素失調症</u>	<u>Incontinentia Pigmenti</u>	<u>Q82.3</u>
	<u>12</u>	<u>Netherton 症候群</u>	<u>Netherton Syndrome</u>	<u>Q80.3</u>
<u>G 肌肉病變</u>				

G1	01	<a href="#">裘馨氏肌肉失養症</a>	<a href="#">Duchenne muscular dystrophy</a>	<a href="#">G71.0</a>	
	02	<a href="#">Nemaline 線狀肌肉病變</a>	<a href="#">Nemaline Rod Myopathy</a>	<a href="#">G71.2</a>	
	03	<a href="#">Schwartz Jampel 氏症候群</a>	<a href="#">Schwartz Jampel syndrome</a>	<a href="#">G71.13</a>	
	04	<a href="#">肌肉強直症</a>	<a href="#">Myotonic dystrophy</a>	<a href="#">G71.11</a>	
	05	<a href="#">面肩胛肱肌失養症</a>	<a href="#">Facioscapulohumeral muscular dystrophy</a>	<a href="#">G71.0</a>	
	06	<a href="#">肌小管病變</a>	<a href="#">Myotubular Myopathy</a>	<a href="#">G71.2</a>	
	07	<a href="#">貝克型肌肉失養症</a>	<a href="#">Becker Muscular Dystrophy</a>	<a href="#">G71.0</a>	
	08	<a href="#">Freeman-Sheldon 氏症候群</a>	<a href="#">Freeman-Sheldon syndrome</a>	<a href="#">Q87.0</a>	
	09	<a href="#">肢帶型肌失養症</a>	<a href="#">Limb-girdle muscular dystrophy</a>	<a href="#">G71.0</a>	
	10	<a href="#">先天性肌失養症</a>	<a href="#">Congenital Muscular Dystrophy</a>	<a href="#">G71.0</a>	
	11	<a href="#">中心軸空肌病</a>	<a href="#">Central Core Disease</a>	<a href="#">G71.2</a>	
	12	<a href="#">多微小軸空肌病</a>	<a href="#">Multiminicore Disease</a>	<a href="#">G71.2</a>	
	13	<a href="#">Emery–Dreifuss 肌失養症</a>	<a href="#">Emery–Dreifuss Muscular Dystrophy (EDMD)</a>	<a href="#">G71.0</a>	
	14	<a href="#">GNE 遠端肌病變</a>	<a href="#">GNE myopathy</a>	<a href="#">G71.8</a>	
	15	<a href="#">史托摩根症候群</a>	<a href="#">Stormorken syndrome</a>	<a href="#">D69.8</a>	
<b>H 骨及軟骨病變</b>					
H1	01	<a href="#">軟骨發育不全症</a>	<a href="#">Achondroplasia</a>	<a href="#">Q77.4</a>	
	02	<a href="#">成骨不全症</a>	<a href="#">Osteogenesis imperfecta</a>	<a href="#">Q78.0</a>	
	03	<a href="#">原發性變形性骨炎</a>	<a href="#">Primary Paget disease</a>	<a href="#">M88.0</a> <a href="#">M88.1</a> <a href="#">M88.811</a> <a href="#">M88.812</a> <a href="#">M88.819</a> <a href="#">M88.821</a> <a href="#">M88.822</a> <a href="#">M88.829</a> <a href="#">M88.831</a> <a href="#">M88.832</a> <a href="#">M88.839</a> <a href="#">M88.841</a>	<a href="#">M88.851</a> <a href="#">M88.852</a> <a href="#">M88.859</a> <a href="#">M88.861</a> <a href="#">M88.862</a> <a href="#">M88.869</a> <a href="#">M88.871</a> <a href="#">M88.872</a> <a href="#">M88.879</a> <a href="#">M88.88</a> <a href="#">M88.89</a> <a href="#">M88.9</a>

				<a href="#">M88.842</a> <a href="#">M88.849</a>	
	<a href="#">04</a>	<a href="#">鎖骨顛骨發育異常</a>	<a href="#">Cleidocranial dysplasia</a>	<a href="#">Q74.0</a>	
	<a href="#">05</a>	<a href="#">進行性骨化性肌炎</a>	<a href="#">Fibrodysplasia Ossificans Progressiva</a>	<a href="#">M61.10</a> <a href="#">M61.111</a> <a href="#">M61.112</a> <a href="#">M61.119</a> <a href="#">M61.121</a> <a href="#">M61.122</a> <a href="#">M61.129</a> <a href="#">M61.131</a> <a href="#">M61.132</a> <a href="#">M61.139</a> <a href="#">M61.141</a> <a href="#">M61.142</a> <a href="#">M61.143</a> <a href="#">M61.144</a> <a href="#">M61.145</a> <a href="#">M61.146</a> <a href="#">M61.151</a>	<a href="#">M61.152</a> <a href="#">M61.159</a> <a href="#">M61.161</a> <a href="#">M61.162</a> <a href="#">M61.169</a> <a href="#">M61.171</a> <a href="#">M61.172</a> <a href="#">M61.173</a> <a href="#">M61.174</a> <a href="#">M61.175</a> <a href="#">M61.176</a> <a href="#">M61.177</a> <a href="#">M61.178</a> <a href="#">M61.179</a> <a href="#">M61.18</a> <a href="#">M61.19</a>
	<a href="#">06</a>	<a href="#">裂手裂足症</a>	<a href="#">Split-hand/ Split-foot malformation ( SHFM )</a>	<a href="#">Q71.60</a> <a href="#">Q71.61</a> <a href="#">Q71.62</a> <a href="#">Q71.63</a>	<a href="#">Q72.70</a> <a href="#">Q72.71</a> <a href="#">Q72.72</a> <a href="#">Q72.73</a>
	<a href="#">07</a>	<a href="#">骨質石化症</a>	<a href="#">Osteopetrosis</a>	<a href="#">Q78.2</a>	
	<a href="#">08</a>	<a href="#">假性軟骨發育不全</a>	<a href="#">Pseudoachondroplastic dysplasia</a>	<a href="#">Q77.8</a>	
	<a href="#">09</a>	<a href="#">多發性骨骺發育不全症</a>	<a href="#">Multiple Epiphyseal Dysplasia</a>	<a href="#">Q78.3</a>	
<a href="#">I 結締組織病變</a>					
<a href="#">II</a>	<a href="#">01</a>	<a href="#">先天結締組織異常第四型</a>	<a href="#">Ehlers Danlos syndrome IV</a>	<a href="#">Q79.6</a>	
<a href="#">J 血液疾病</a>					
	<a href="#">01</a>	<a href="#">重型海洋性貧血</a>	<a href="#">Thalassemia major</a>	<a href="#">D56.0</a> <a href="#">D56.1</a>	
	<a href="#">02</a>	<a href="#">血小板無力症</a>	<a href="#">Thrombasthenia</a>	<a href="#">D69.1</a>	
	<a href="#">03</a>	<a href="#">同基因合子蛋白質 C 缺乏症</a>	<a href="#">Homozygous protein C deficiency</a>	<a href="#">D68.59</a>	

	<u>04</u>	<u>陣發性夜間血紅素尿症</u>	<u>Paroxysmal Nocturnal Hemoglobinuria</u>	<u>D59.5</u>
	<u>05</u>	<u>非典型性尿毒溶血症候群</u>	<u>Atypical Hemolytic Uremic Syndrome</u>	<u>D59.3</u>
<u>K 免疫疾病</u>				
<u>K1</u>	<u>01</u>	<u>原發性慢性肉芽腫病</u>	<u>Chronic primary granulomatous disease</u>	<u>D71</u>
	<u>02</u>	<u>先天性高免疫球蛋白 E 症候群</u>	<u>Congenital Hyper IgE syndrome</u>	<u>D82.4</u>
	<u>03</u>	<u>布魯頓氏低免疫球蛋白血症</u>	<u>Bruton's agammaglobulinemia</u>	<u>D80.0</u>
	<u>04</u>	<u>Wiskott- Aldrich 氏症候群</u>	<u>Wiskott- Aldrich Syndrome</u>	<u>D82.0</u>
	<u>05</u>	<u>嚴重複合型免疫缺乏症</u>	<u>Severe combined immunodeficiency</u>	<u>D81.0</u> <u>D81.1</u> <u>D81.2</u> <u>D81.9</u>
	<u>06</u>	<u>補體成份 8 缺乏症</u>	<u>Complement Component 8 deficiency</u>	<u>D84.1</u>
	<u>07</u>	<u>IPEX 症候群</u>	<u>IPEX Syndrome</u>	<u>E31.0</u>
	<u>08</u>	<u>高免疫球蛋白 M 症候群</u>	<u>Hyper-IgM syndrome</u>	<u>D80.5</u>
	<u>09</u>	<u>γ 干擾素受體 1 缺陷</u>	<u>Interferon γ receptor 1 deficiency</u>	<u>D84.8</u>
	<u>10</u>	<u>遺傳性血管性水腫</u>	<u>Hereditary Angioedema (HAE)</u>	<u>D84.1</u>
<u>L 內分泌疾病</u>				
<u>L1</u>	<u>01</u>	<u>Kenny-Caffey 氏症候群</u>	<u>Kenny-Caffey syndrome</u>	<u>Q87.1</u>
	<u>02</u>	<u>假性副甲狀腺低能症</u>	<u>Pseudohypoparathyroidism</u>	<u>E20.1</u>
	<u>03</u>	<u>性連遺傳型低磷酸鹽佝僂症</u>	<u>X-linked hypophosphatemic rickets</u>	<u>E83.31</u>
	<u>04</u>	<u>Laron 氏侏儒症候群</u>	<u>Laron syndrome (Laron Dwarfism)</u>	<u>E34.3</u>
	<u>05</u>	<u>Bardet-Biedl 氏症候群</u>	<u>Bardet-Biedl syndrome</u>	<u>Q87.89</u>
	<u>06</u>	<u>Alstrom 氏症候群</u>	<u>Alstrom Syndrome</u>	<u>Q87.89</u>

07	<u>持續性幼兒型胰島素過度分泌低血糖症</u>	<u>Persistent hyperinsulinemic hypoglycemia of infancy (PHHI)</u>	<u>E16.1</u>
08	<u>Wolfram 氏症候群</u>	<u>Wolfram syndrome , DIDMOAD</u>	<u>E88.9</u>
09	<u>McCune Albright 氏症候群</u>	<u>McCune Albright syndrome</u>	<u>Q78.1</u>
10	<u>短指發育不良及性別顛倒</u>	<u>Campomelic dysplasia with autosomal sex reversal</u>	<u>Q99.8</u>
11	<u>腎上腺皮促素抗性</u>	<u>ACTH resistance</u>	<u>E27.49</u>
12	<u>第一型遺傳性維生素 D 依賴型佝僂症</u>	<u>25-Hydroxyvitamin D 1-Alpha-Hydroxylase Deficiency</u>	<u>E83.32</u>
13	<u>先天性腎上腺發育不全</u>	<u>Congenital adrenal hypoplasia</u>	<u>Q89.1</u>
14	<u>Kallmann 氏症候群</u>	<u>Kallmann syndrome</u>	<u>E23.0</u>
15	<u>永久性新生兒糖尿病</u>	<u>Permanent Neonatal Diabetes Mellitus</u>	<u>P70.2</u>

M 先天畸形症候群

<u>M</u> <u>1</u>	01	<u>Aarskog-Scott 氏症候群</u>	<u>Aarskog-Scott syndrome</u>	<u>Q87.1</u>
	02	<u>瓦登伯格氏症候群</u>	<u>Waardenburg syndrome</u>	<u>E70.8</u>
	03	<u>愛伯特氏症</u>	<u>Apert syndrome</u>	<u>Q87.0</u>
	04	<u>Smith-Lemli-Opitz 氏症候群</u>	<u>Smith-Lemli-Opitz syndrome</u>	<u>E78.72</u>
	05	<u>Larsen 氏症候群 (顎裂-先天性脫位症候群)</u>	<u>Larsen syndrome</u>	<u>Q74.8</u>
	06	<u>Beckwith Wiedemann 氏症候群</u>	<u>Beckwith Wiedemann syndrome</u>	<u>Q87.3</u>
	07	<u>Crouzon 氏症候群</u>	<u>Crouzon syndrome</u>	<u>Q75.1</u>
	08	<u>Fraser 氏症候群</u>	<u>Fraser syndrome</u>	<u>Q87.0</u>
	09	<u>多發性翼狀膜症候群</u>	<u>Multiple pterygium syndrome</u>	<u>Q79.8</u>
	10	<u>Cornelia de Lange 氏症候群</u>	<u>Cornelia de Lange syndrome</u>	<u>Q87.1</u>
	11	<u>海勒曼-史德萊夫氏症候群</u>	<u>Hallerman-Streiff Syndrome</u>	<u>Q87.0</u>
	12	<u>歌舞伎症候群</u>	<u>Kabuki syndrome</u>	<u>Q89.8</u>

<u>13</u>	<u>耳-齶-指（趾）症候群</u>	<u>Oto-Palato-Digital syndrome</u>	<u>Q87.0</u>
<u>14</u>	<u>Conradi-Hunermann 氏症候群</u>	<u>Conradi-Hunermann syndrome</u>	<u>Q77.3</u>
<u>15</u>	<u>Treacher Collins 氏症候群</u>	<u>Treacher Collins Syndrome</u>	<u>Q75.4</u>
<u>16</u>	<u>Robinow 氏症候群</u>	<u>Robinow Syndrome</u>	<u>Q87.1</u>
<u>17</u>	<u>Pfeiffer 氏症候群</u>	<u>Pfeiffer syndrome</u>	<u>Q87.0</u>
<u>18</u>	<u>(修正為 B1-27)</u>		
<u>19</u>	<u>指（趾）甲顛骨症候群</u>	<u>Nail-Patella Syndrome</u>	<u>Q87.2</u>
<u>20</u>	<u>CFC 症候群</u>	<u>Cardiofaciocutaneous Syndrome</u>	<u>Q87.89</u>
<u>21</u>	<u>Peters-Plus 症候群</u>	<u>Peters-Plus syndrome</u>	<u>Q13.4</u>
<u>22</u>	<u>Nager 症候群</u>	<u>Nager Syndrome</u>	<u>Q75.4</u>
<u>23</u>	<u>CHARGE 症候群</u>	<u>CHARGE Syndrome</u>	<u>Q89.8</u>
<u>24</u>	<u>懷特-薩頓症候群</u>	<u>White-Sutton syndrome</u>	<u>Q99.8</u> <u>F84.8</u> <u>F78</u>
<u>25</u>	<u>克斯提洛氏彈性蛋白缺陷症</u>	<u>Costello syndrome</u>	<u>Q87.89</u>
<u>26</u>	<u>Ayme-Gripp 症候群</u>	<u>Ayme-Gripp syndrome</u>	<u>Q87.89</u>
<u>27</u>	<u>Coffin-Lowry 症候群</u>	<u>Coffin-Lowry Syndrome</u>	<u>Q89.8</u>
<u>N 染色體異常</u>			
<u>N1 01</u>	<u>Angelman 氏症候群</u>	<u>Angelman syndrome</u>	<u>Q93.5</u>
<u>02</u>	<u>DiGeorge's 症候群</u>	<u>DiGeorge's syndrome</u>	<u>D82.1</u>
<u>03</u>	<u>Prader-Willi 氏症候群</u>	<u>Prader-Willi syndrome</u>	<u>Q87.1</u>
<u>04</u>	<u>威爾姆氏腫瘤、無虹膜、性器異常、智能障礙症候群（WAGR 症候群）</u>	<u>WAGR syndrome (Wilms' tumor-Aniridia-Genitourinary Anomalies-Mental Retardation)</u>	<u>Q87.89</u>
<u>05</u>	<u>Miller Dieker 症候群</u>	<u>Miller Dieker syndrome</u>	<u>Q93.88</u>
<u>06</u>	<u>Rubinstein-Taybi 氏症候群</u>	<u>Rubinstein-Taybi syndrome</u>	<u>Q87.2</u>

	<u>07</u>	<u>威廉斯氏症候群</u>	<u>Williams Syndrome</u>	<u>Q93.89</u>
	<u>08</u>	<u>Von Hippel–Lindau 症候群</u>	<u>Von Hippel–Lindau disease</u>	<u>Q85.8</u>
	<u>09</u>	<u>Branchio-Oto-Renal Syndrome (BOR Syndrome)</u>	<u>Branchio-Oto-Renal 症候群 (BOR 症候群)</u>	<u>Q87.89</u>
<u>Z 其他未分類或不明原因</u>				
	<u>Z1 01</u>	<u>Cockayne 氏症候群</u>	<u>Cockayne syndrome</u>	<u>Q87.1</u>
	<u>02</u>	<u>早老症</u>	<u>Hutchinson Gilford progeria syndrome</u>	<u>E34.8</u>
	<u>03</u>	<u>髮-肝-腸症候群</u>	<u>Tricho-hepato-enteric syndrome</u>	<u>Q89.7</u>
	<u>04</u>	<u>Stargardt's 氏症</u>	<u>Stargardt's disease</u>	<u>H35.50</u>
	<u>05</u>	<u>隱匿性黃斑部失養症</u>	<u>Occult Macular Dystrophy ; OMD</u>	<u>H35.50</u>

備註：

中華民國 93 年 1 月 7 日署授國字第 092401548 號 公告「胰島母細胞瘤 (Nesidioblastosis)」因屬舊的病名用法，自即日起併入罕見疾病序號 L07 號 Persistent hyperinsulinemic hypoglycemia of infancy (PHHI) 名單。

中華民國 95 年 9 月 12 日署授國字第 09504009072 號 公告「Tyrosinemia I、II、III (酪胺基酸症第一型、第二型、第三型)」，自即日起併入罕見疾病序號 A207 號 Hereditary tyrosinemia (遺傳性高酪胺酸血症) 名單。

中華民國 96 年 8 月 22 日署授國字第 09604006002 號 修正已公告 Urea cycle disorders 為 Congenital Urea cycle disorders。

中華民國 98 年 7 月 3 日署授國字第 0980400742 號公告 罕見疾病序號 B107 號 Spinocerebellar ataxia，原中文病名：脊髓小腦性共濟失調，修正為：脊髓小腦退化性動作協調障礙。

中華民國 99 年 3 月 19 日署授國字第 0990400103 號公告 罕見疾病序號 K102 號 Congenital Hyper IgE syndrome (先天性高免疫球蛋白 E 症候群)，原 ICD-9-CM 編碼：「279.9」，修正為：「288.1」。

### 附表 4.5.3 複雜性傷科申請給付及支付原則

#### 一、複雜性傷科適應症之定義

1. 中度複雜性傷科適應症之定義需為附表 4.5.4 所列之傷病病名，或無合乎中度複雜性傷科適應症(附表 4.5.4 所列病名)但合併有特殊疾病附表 4.4.5 所列病名。
2. 高度複雜性傷科之多部位損傷申報適應症請詳附表 4.5.5 所列之傷病病名。
3. 高度複雜性傷科之合併有特殊疾病申報適應症為合乎中度複雜性傷科適應症(附表 4.5.4 所列病名) 且合併有特殊疾病附表 4.4.5 所列病名。
4. 高度複雜性傷科之脫臼申報適應症請詳附表 4.5.6 所列之傷病病名。
5. 高度複雜性傷科之骨折申報適應症請詳附表 4.5.7 所列之傷病病名。

#### 二、費用申報與審查相關規定：

1. 按全民健康保險醫療費用申報與核付及服務審查辦法辦理執行審查。
2. 病歷記載應依規定書寫，脫臼患者需檢附影像紀錄(照相或錄影，含術前、術中、術後)、骨折患者需檢附術前影像紀錄(照相或錄影)及術後 X 光紀錄。
3. 申報診療項目時，主診斷碼需符合附表 4.4.5、附表 4.5.4 至表 4.5.7 所列之適應症。
4. 抽審病歷視醫療院所與前一年申報附表 4.4.5、附表 4.5.4 至表 4.5.7 所列疾病與去年同期相較之成長率，必要時得予全審。

附表 4.5.4 中度複雜性傷科治療 ICD-10-CM 表列

<u>ICD-10-CM</u>	<u>中英文病名</u>
<u>G45、G46</u>	<u>其他腦血管疾病</u>
<u>G54</u>	<u>神經根及神經叢疾患</u>
<u>G61</u>	<u>發炎性多發神經病變</u>
<u>G62</u>	<u>其他及為明示之多發神經病變</u>
<u>G63</u>	<u>歸類於他處疾病所致之多發神經病變</u>
<u>G65</u>	<u>發炎性及毒性多發神經病變後遺症</u>
<u>G81</u>	<u>偏癱</u>
<u>G90</u>	<u>自主神經系統疾患</u>
<u>G91</u>	<u>水腦症</u>
<u>G93.0</u>	<u>腦囊腫</u>
<u>G93.1</u>	<u>缺氧性腦損傷，他處未歸類者</u>
<u>G93.2</u>	<u>良性顱內高壓</u>
<u>G93.3</u>	<u>病毒感染後疲勞症候群</u>
<u>G93.4</u>	<u>其他及未明示腦病變</u>
<u>G93.5</u>	<u>腦壓迫</u>
<u>G93.6</u>	<u>腦水腫</u>
<u>I60</u>	<u>蜘蛛膜下腔出血</u>
<u>I61、I62</u>	<u>腦內出血</u>
<u>I65、I66、I63</u>	<u>腦梗塞</u>
<u>I67</u>	<u>其他腦血管疾病</u>
<u>M13.0</u>	<u>多發性關節炎</u>
<u>M15</u>	<u>多關節病症</u>
<u>M20</u>	<u>手指及(足)趾後天性變形</u>
<u>M21</u>	<u>其他後天性肢體變形</u>
<u>M40</u>	<u>脊椎後彎症及脊椎前彎症</u>
<u>M41</u>	<u>脊椎側彎症</u>
<u>M42</u>	<u>脊椎骨軟骨症</u>
<u>M43</u>	<u>其他變形性背部病變</u>
<u>M45</u>	<u>僵直性脊椎炎</u>
<u>M46</u>	<u>其他發炎性脊椎病變</u>
<u>M47</u>	<u>退化性脊椎炎</u>
<u>M48</u>	<u>其他脊椎病變</u>
<u>M50</u>	<u>頸椎椎間盤疾患</u>
<u>M51</u>	<u>胸椎、胸腰椎及腰薦椎椎間盤疾患</u>
<u>M53</u>	<u>其他背部病變，他處未歸類者</u>

<u>M62.3</u>	<u>截癱性不動症候群</u>
<u>M66</u>	<u>滑膜及肌腱自發性破裂</u>
<u>M80</u>	<u>骨質疏鬆症伴有病理性骨折</u>
<u>M87</u>	<u>骨壞死</u>
<u>M88</u>	<u>變形性骨炎 [骨 Paget (氏)病]</u>
<u>M90.5</u>	<u>歸類於他處疾病所致之骨壞死</u>
<u>M90.6</u>	<u>腫瘤疾病引起之變形性骨炎</u>
<u>M95.2</u>	<u>頭部其他後天性變形</u>
<u>M95.3</u>	<u>頸部後天性變形</u>
<u>M95.4</u>	<u>胸部及肋骨之後天性變形</u>
<u>M95.5</u>	<u>骨盆後天性變形</u>
<u>M95.8</u>	<u>肌肉骨骼系統，其他特定之後天性變形</u>
<u>M95.9</u>	<u>肌肉骨骼系統之後天性變形</u>
<u>M96</u>	<u>術中及術後併發症及肌肉骨骼系統疾患，他處未歸類者</u>
<u>M99.0</u>	<u>節段及體結構功能障礙</u>
<u>M99.1</u>	<u>(脊椎)複雜性半脫位</u>
<u>M99.2</u>	<u>神經管半脫位性狹窄</u>
<u>M99.3</u>	<u>神經管骨性狹窄</u>
<u>M99.4</u>	<u>神經管結締組織狹窄</u>
<u>M99.5</u>	<u>神經管椎間盤狹窄</u>
<u>M99.6</u>	<u>椎間孔骨性及半脫位性狹窄</u>
<u>M99.7</u>	<u>椎間孔結締組織及椎間盤狹窄</u>
<u>S14.1+S12.0-S12.6、 S24.1+S22.0、 S34.1+S22.0-S32.0</u>	<u>脊柱骨折，伴有脊髓病灶</u>
<u>S14.1、S24.1、S34.1</u>	<u>無明顯脊椎損傷之脊髓傷害</u>
<u>S01.9、S06.3</u>	<u>腦裂傷及挫傷</u>
<u>S01.9、S06.4-S06.6</u>	<u>受傷後之蜘蛛網膜下、硬腦膜下及硬腦膜外出血</u>
<u>S04.01-S04.04</u>	<u>視神經及神經徑之損傷</u>
<u>S14.2、S14.3、S24.2、 S34.2、S34.4</u>	<u>神經根級脊神經叢之損傷</u>
<u>S14.5、S24.3、</u>	<u>肩及骨盆以外之軀幹神經損傷</u>
<u>S24.4、S24.8、S24.9、 S34.5、S34.6、S34.8、 S34.9</u>	<u>胸交感神經系統的損傷、胸、腹部，下背部和骨 盆水平神經損傷</u>

<u>S44.0-S44.5</u> 、 <u>S44.8-S44.9</u> 、 <u>S54.0-S54.3</u> 、 <u>S54.8-S54.9</u> 、 <u>S64.0-S64.4</u> 、 <u>S64.8-S64.9</u>	<u>肩及上肢末梢神經之損傷</u>
<u>S74.0-S74.2</u> 、 <u>S74.8-S74.9</u> 、 <u>S84.0-S84.2</u> 、 <u>S84.8-S84.9</u> 、 <u>S94.0-S94.3</u> 、 <u>S94.8-S94.9</u>	<u>骨盆及下肢末梢神經損傷</u>

附表 4.5.5 高度複雜性傷科治療(多部位損傷)

<u>ICD-10-CM</u>	<u>中文病名</u>
<u>M02.39</u>	<u>雷特病之關節病變及有關病態，多處部位</u>
<u>M35.2</u>	<u>畢賽徵候群之關節病變，多處部位</u>
<u>M13.89</u>	<u>更年期關節炎，多處部位</u>
<u>M13.0</u>	<u>未明示之多發性關節病變或多發性關節炎，多處部位</u>
<u>M12.89</u>	<u>其他明示之關節病變，多處部位</u>
<u>M12.9</u>	<u>未明示之關節病變，多處部位</u>
<u>M24.10</u>	<u>關節軟骨疾患，多處部位</u>
<u>M24.50</u>	<u>關節緊縮，多處部位</u>
<u>M24.60</u>	<u>關節粘連，多處部位</u>
<u>M24.80</u>	<u>其他關節障礙，他處未歸類，多處部位</u>
<u>M24.9</u>	<u>未明示之關節障礙，多處部位</u>
<u>M12.39</u>	<u>復發性風濕，多處部位</u>
<u>M25.50</u>	<u>關節痛，多處部位</u>
<u>M25.60</u>	<u>關節僵直，他處未歸類者，多處部位</u>
<u>R26.2</u>	<u>行走障礙，多處部位</u>
<u>M25.9</u>	<u>未明示之關節疾患，多處部位</u>
<u>T14.8</u>	<u>軀幹多處挫傷</u>
<u>S40.019A</u>	<u>上肢多處挫傷</u>
<u>S70.10XA-S70.12XA、S80.10XA-S80.12XA</u>	<u>下肢多處挫傷</u>
<u>T14.8</u>	<u>下肢挫傷及其他與未明示位置之挫傷，多處位置挫傷，他處未歸類者</u>
<u>S47</u>	<u>肩及上臂多處位置壓砸傷</u>
<u>S47</u>	<u>上肢多處位置壓砸傷</u>
<u>S77.0、S77.1、S87.0、S87.8、S97.0、S97.1、S97.8</u>	<u>下肢多處壓砸傷</u>
<u>S77.2</u>	<u>多處及未明示位置之壓砸傷</u>
<u>S77.20XA</u>	<u>多處位置壓砸傷，他處未歸類者</u>
<u>T07</u>	<u>其他明示位置之損傷，包括多處</u>

附表 4.5.6 高度複雜性傷科治療(脫臼)

ICD-10-CM	中文病名
<u>S43.0-S43.3</u> 、 <u>S53.0-S53.1</u> 、 <u>S63.0</u> 、 <u>S63.1-S63.2</u> 、 <u>S73.0</u> 、 <u>S83.21-S83.24</u> 、 <u>S83.001A-</u> <u>S83.096A</u> 、 <u>S83.101A-S83.196A</u> 、 <u>S93.0</u> 、 <u>S93.3</u> 、 <u>S13.1-S13.2</u> 、 <u>S33.1-S33.3</u> 、 <u>S23.1-S23.2</u> 、 <u>S43.2</u> 、 <u>S33.30XA-S33.39XA</u>	<u>脫臼</u>
<u>S03.0-S03.1</u> 、 <u>S13.0-S13.2</u> 、 <u>S23.0-</u> <u>S23.2</u> 、 <u>S33.0-S33.3</u> 、 <u>S43.0-</u> <u>S43.3</u> 、 <u>S53.0-S53.1</u> 、 <u>S63.0-</u> <u>S63.2</u> 、 <u>S73.0</u> 、 <u>S83.0</u> 、 <u>S83.1</u> 、 <u>S93.0</u> 、 <u>S93.1</u> 、 <u>S93.3</u>	<u>脫臼之後期影響</u>

附表 4.5.7 高度複雜性傷科治療(骨折)

<u>ICD-10-CM</u>	<u>中文病名</u>
<u>(S42、S52、S62、S72、S82、S92)+第7位碼P、Q、R</u>	<u>癒合不良及不癒合之骨折</u>
<u>(S42、S52、S62、S72、S82、S92)+第7位碼P、Q、R</u>	<u>癒合不良之骨折</u>
<u>(S42、S52、S62、S72、S82、S92)+第7位碼P、Q、R</u>	<u>不癒合之骨折</u>
<u>S02.0+S06</u>	<u>顱骨穹窿骨折</u>
<u>S02.1+S06</u>	<u>顱骨底部骨折</u>
<u>S02.2、S02.6</u>	<u>臉骨骨折</u>
<u>S02.4</u>	<u>顴骨及上頷骨骨折，閉鎖性</u>
<u>S02.3</u>	<u>眶底閉鎖性骨折</u>
<u>S02.8-S02.9</u>	<u>其他顏面骨閉鎖性骨折</u>
<u>S02.8-S02.9+S06</u>	<u>其他及性質不明之顱骨骨折</u>
<u>S02.9+S06</u>	<u>多處骨折，侵及顱骨或顏面骨者</u>
<u>S12.0-S12.9</u>	<u>脊柱骨折，閉鎖性</u>
<u>S14.1、S24.1</u>	<u>頸椎骨折，閉鎖性，</u>
<u>S34.1</u>	<u>腰椎骨折，閉鎖性</u>
<u>S34.1</u>	<u>骶骨及尾骨骨折，閉鎖性</u>
<u>S14.1</u>	<u>未明示之脊柱骨折，閉鎖性</u>
<u>S22.3-S22.4</u>	<u>肋骨閉鎖性骨折</u>
<u>S22.2</u>	<u>胸骨閉鎖性骨折</u>
<u>S22.5</u>	<u>連枷胸（多條肋骨塌陷性骨折）</u>
<u>S12.9</u>	<u>喉部及氣管閉鎖性骨折</u>
<u>S32.3-S32.9</u>	<u>骨盆骨折</u>
<u>S32.4</u>	<u>髌白閉鎖性骨折</u>
<u>S32.5</u>	<u>恥骨閉鎖性骨折</u>
<u>S32.3、S32.6、S32.810A-S32.811A</u>	<u>骨盆其他明示部位之閉鎖性骨折</u>
<u>S32.89XA</u>	<u>骨盆之其他骨折，閉鎖性</u>
<u>S22.9</u>	<u>診斷欠明之軀幹骨骨折</u>
<u>S22.9XXA</u>	<u>軀幹骨骨折，閉鎖性</u>
<u>S42.001A-S42.036A</u>	<u>鎖骨閉鎖性骨折</u>
<u>S42.101A-S42.199A</u>	<u>肩胛骨骨折</u>
<u>S42.113A、S42.116A</u>	<u>其他之肩胛骨骨折，閉鎖性</u>
<u>S42.201A-S42.296A</u>	<u>肱骨上端閉鎖性骨折</u>
<u>S42.301A-S42.399A</u>	<u>肱骨骨幹或未明示部位之閉鎖性骨折</u>
<u>S42.1-S42.4</u>	<u>肱骨下端骨折，閉鎖性</u>
<u>S42.101A-S42.496A</u>	<u>肱骨踝上骨折，閉鎖性</u>

<u>ICD-10-CM</u>	<u>中文病名</u>
<u>S52.101A-S52.189A</u>	<u>橈骨及尺骨上端閉鎖性骨折</u>
<u>S52.201A-S52.399A</u>	<u>橈骨及尺骨骨幹閉鎖性骨折</u>
<u>S52.501A-S52.699A</u>	<u>橈骨及尺骨下端閉鎖性骨折</u>
<u>S52.90XA-S52.92XA</u>	<u>橈骨及尺骨之閉鎖性骨折</u>
<u>S62.001A-S62.186A</u>	<u>腕骨骨折</u>
<u>S62.201A-S62.399A</u>	<u>掌骨骨折</u>
<u>S62.501A-S62.669A</u>	<u>一個或多個手指骨骨折</u>
<u>S62.90XA-S62.92XA</u>	<u>手骨之多處閉鎖性骨折</u>
<u>S42.90XA-S42.92XA、S52.90XA-S52.92XA、S22.20XA、S22.39XA、S22.49XA</u>	<u>多發性骨折，侵及兩側上肢及上肢與肋骨和胸骨者，閉鎖性</u>
<u>S72.001A-S72.099A</u>	<u>股骨頸骨折</u>
<u>S72.101A-S72.26XA</u>	<u>經由粗隆之骨折，閉鎖性</u>
<u>S72.001A-S72.009A</u>	<u>未明示部位之股骨頸骨折，閉鎖性</u>
<u>S72.301A-S72.499A</u>	<u>股骨骨折，閉鎖性</u>
<u>S82.001A-S82.099A</u>	<u>閉鎖性髓骨之骨折</u>
<u>S82.101A-S82.199A</u>	<u>脛骨與腓骨之上端閉鎖性骨折</u>
<u>S82.201A-S82.299A、S82.401A-S82.499A</u>	<u>脛骨與腓骨幹之閉鎖性骨折</u>
<u>S82.201A-S82.299A</u>	<u>僅脛骨幹閉鎖性骨折</u>
<u>S82.401A-S82.499A</u>	<u>僅腓骨幹閉鎖性骨折</u>
<u>S82.201A-S82.299A+S82.401A-S82.499A</u>	<u>脛骨與腓骨幹之閉鎖性骨折</u>
<u>S82.201A-S82.209A、S82.401A-S82.409A</u>	<u>脛骨與腓骨未明示部位之閉鎖性骨折</u>
<u>S82.201A-S82.209A</u>	<u>僅脛骨未明示部位之閉鎖性骨折</u>
<u>S82.401A-S82.409A</u>	<u>僅腓骨未明示部位之閉鎖性骨折</u>
<u>S82.201A-S82.209A+S82.401A-S82.409A</u>	<u>脛骨與腓骨未明示部位之閉鎖性骨折</u>
<u>S82.51XA-S82.66XA</u>	<u>閉鎖性踝骨折</u>
<u>S92.001A-S92.066A</u>	<u>閉鎖性跟骨骨折</u>
<u>S92.101A-S92.56XA</u>	<u>其他跗骨及蹠骨之骨折，閉鎖性</u>
<u>S92.401A-S92.919A</u>	<u>閉鎖性一個或多個腳趾骨骨折</u>
<u>S82.90XA-S82.92XA</u>	<u>閉鎖性下肢之其他多處及診斷欠明之骨折</u>
<u>T07</u>	<u>閉鎖性多處骨折，侵及兩側下肢，下與上肢及下肢與肋骨和胸骨者</u>
<u>T14.8</u>	<u>閉鎖性未明示部位之骨折</u>
<u>S02+第7位碼S</u>	<u>顱骨及面骨骨折之後期影響</u>

<u>ICD-10-CM</u>	<u>中文病名</u>
<u>(S12.9、S22.0、S22.9、S32.9)+第7位碼 S</u>	<u>脊柱及軀幹骨折之後期影響，未提及脊髓病灶者</u>
<u>S42.2-S42.9、S52.9、S62.9</u>	<u>上肢骨折後期影響</u>
<u>S72.0-S72.2+第7位碼 S</u>	<u>股骨頸骨折後期影響</u>
<u>(S72.3-S72.4、S82.0-S82.6、S82.9、S92.0-S92.9)+第7位碼 S</u>	<u>下肢骨折後期影響</u>
<u>T07</u>	<u>多處及未明示骨折之後期影響</u>

附表 4.7.1 舌診儀、脈診儀檢查適應症

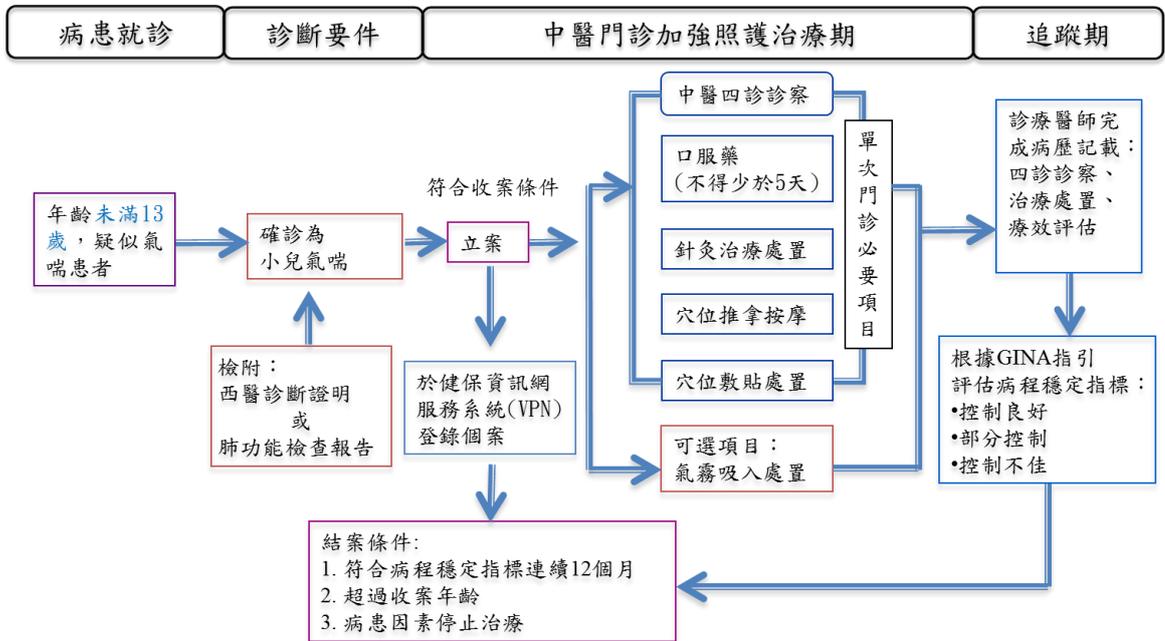
疾病分類	適應症 (ICD-10-CM)	診斷標準
心血管循環系統疾病	1.心臟衰竭 I50; I11.0; I13; I97.13; O75.4; I09.81	1.心臟衰竭： <u>左心室射出率<math>\leq</math>35%；左心室射出率介於36%-50%，合併典型心臟衰竭症狀；左心室射出率<math>&gt;</math>50%，合併典型心臟衰竭症狀，且經心臟專科醫師確診者。</u>
	2.急性冠狀動脈疾病 I24	2.急性冠狀動脈疾病： <u>3個月內曾因胸痛接受心導管檢查，確診有冠狀動脈阻塞或置入支架者。</u>
	3.深層靜脈栓塞 I82	3.深層靜脈栓塞： <u>靜脈超音波檢查或靜脈攝影檢查確診者。</u>
	4.心律不整 I47; I49; R00	4.心律不整： <u>經心臟專科醫師確診者。</u>
肝膽腸胃消化系統疾病	1.肝硬化 K70; K71; K74	1.肝硬化： <u>經肝臟超音波檢查或肝組織切片診斷為肝硬化者。</u>
	2.消化性潰瘍 K25~K28	2.消化性潰瘍： <u>經腸胃道內視鏡確定診斷者。</u>
	3.大腸激躁症 K58	3.大腸激躁症： <u>至少三個月(連續或反覆發作)有以下五項中符合兩項以上的條件：(1)排便次數改變(每天三次以上或每週少於三次)，(2)大便形態改變(硬團塊或是稀便、水便)，(3)排便感覺改變(如必須用力，急便，或是感覺排不乾淨)，(4)大便中帶黏液，(5)腹脹。</u>
	4.急慢性肝炎 B15~B19	4.急慢性肝炎： <u>經肝臟超音波檢查或實驗室檢查確立診斷者。</u>
肺部呼吸系統	1.慢性阻塞性肺病 J44	1.慢性阻塞性肺病： <u>肺功能檢查確診者 (FEV1/FVC<math>\leq</math>70%)</u>
	2.氣喘 J45	2.氣喘： <u>病史、理學檢查及實驗室的檢查，各方面的資料綜合判斷確立診斷者。</u>
腎泌尿系統	1.慢性腎衰竭 N18.3; N18.4; N18.5	1.慢性腎衰竭： <u>Stage III：中度慢性腎衰竭 GFR：30~59 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>；Stage IV：重度慢性腎衰竭 GFR：</u>

<u>疾病分類</u>	<u>適應症 (ICD-10-CM)</u>	<u>診斷標準</u>
		<u>15~29 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> ; Stag V : 末期腎臟病變 GFR : &lt; 15 ml/min/1.73 m<sup>2</sup></u>
	<u>2.腎或泌尿道結石 N20~N23</u>	<u>2.腎或泌尿道結石：影像學（超音波或電腦斷層）確診者。</u>
<u>免疫系統</u>	<u>1.全身性紅斑狼瘡 M32 2.類風濕性關節炎 M05; M06; M08 3.全身性硬化症 M34</u>	<u>經風濕免疫科專科醫師確診者。</u>
<u>耳鼻喉系統</u>	<u>過敏性鼻炎 J30</u>	<u>常見的臨床症狀為早上起床之後連續性打噴嚏、流鼻水及易鼻塞等三大症狀，其它常見的合併症狀有鼻子癢、眼睛癢、眼睛紅或是喉嚨常會有搔癢感。這些症狀再加上典型的過敏病史（包括家族史）、理學檢查與過敏病的實驗室檢查（包括嗜酸性白血球與 IgE 的總量、特異性 IgE 抗體、或過敏原皮膚試驗）就可確定診斷。</u>
<u>內分泌系統</u>	<u>1.糖尿病 E08~E11; E13; O24</u>	<u>1.糖尿病：以下四項符合一項者，糖化血色素(A1C)≥6.5%；二次以上空腹血漿葡萄糖濃度≥126mg/dl；葡萄糖耐量試驗二小時血漿葡萄糖濃度≥200mg/dl；典型糖尿病症狀，譬如：多尿、多渴、多食，無法解釋的體重減輕，加上任意血漿葡萄糖濃度≥200mg/dl</u>
	<u>2.甲狀腺功能亢進或低下 E02; E03; E05</u>	<u>2.實驗數據符合且有典型臨床表現者</u>
<u>神經精神系統</u>	<u>1.重度憂鬱症 F32; F33</u>	<u>1.重度憂鬱症：符合 DSM-IV 診斷標準，經精神科醫師診斷者。</u>
	<u>2.精神分裂症 F20; F21; F25</u>	<u>2.精神分裂症：符合 DSM-IV 診斷標準，經精神科醫師診斷者。</u>
	<u>3.腦中風 G45.0~G46.8; I60~I68</u>	<u>3.腦中風：臨床表現符合，經神經科醫師診斷，並有影像學依據者。</u>

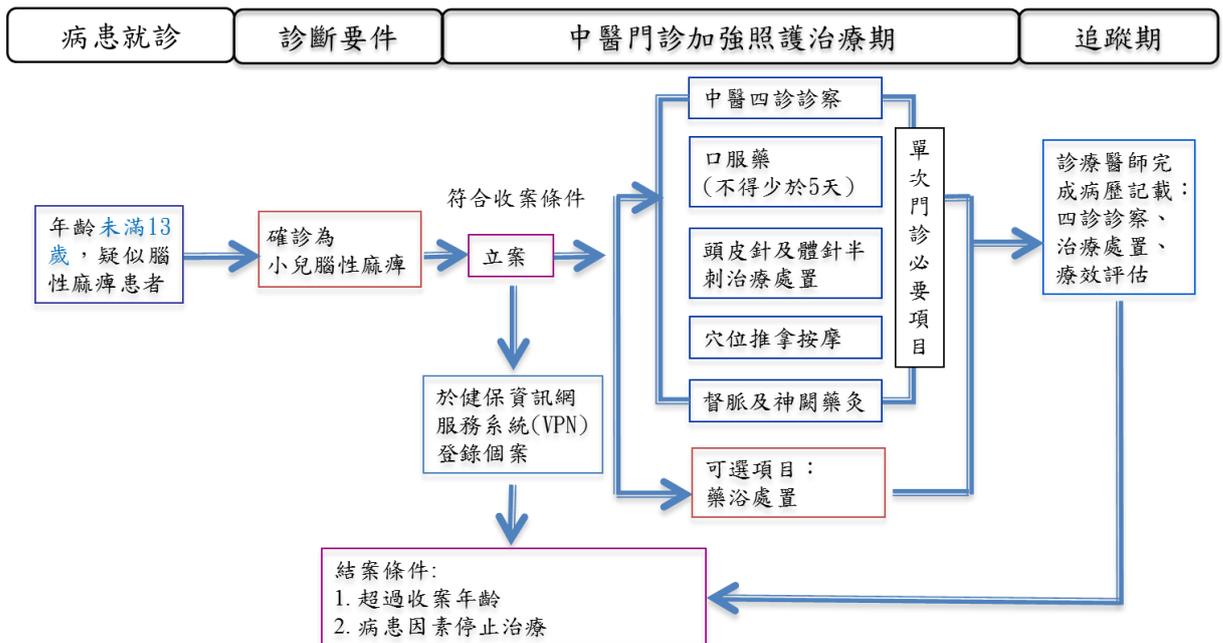
<u>疾病分類</u>	<u>適應症 (ICD-10-CM)</u>	<u>診斷標準</u>
	<u>4.帕金森氏症</u> <u>G20; G21</u>	<u>4.帕金森氏症：經神經科醫師診斷者。</u>
	<u>5.失智症</u> <u>F01~F03; G30; G31</u>	<u>5.失智症：經神經科醫師診斷者。</u>
<u>腫瘤系統</u>	<u>惡性腫瘤(癌症)</u> <u>C00~C96</u>	<u>經腫瘤專科醫師診斷，有影像學與病理切片依據者。</u>
<u>婦產科疾病</u>	<u>1.子宮肌瘤</u> <u>D25</u>	<u>1.子宮肌瘤：經婦產科醫師診斷，並有影像學依據者(超音波或磁振造影等)。</u>
	<u>2.子宮內膜異位症</u> <u>N80</u>	<u>2.子宮內膜異位症：有內診、超音波紀錄或腹腔鏡檢查，經婦產科醫師診斷者。</u>
	<u>3.不孕症</u> <u>N46; N97</u>	<u>3.不孕症：結婚一年內有正常之性行為仍無法懷孕，經婦產科醫師診斷者。</u>

附表 4.98.1 標準作業流程

中醫特定疾病門診加強照護-(一)小兒氣喘疾病門診加強照護

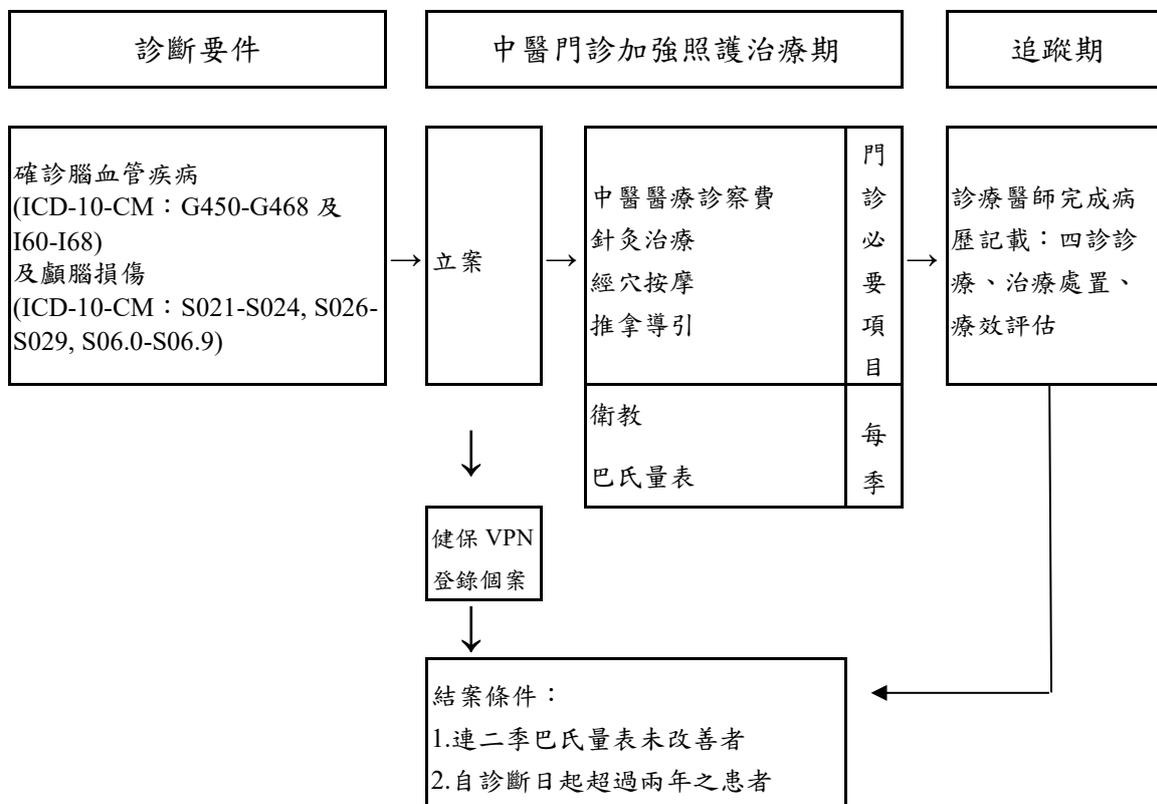


中醫特定疾病門診加強照護-(二)小兒腦性麻痺疾病門診加強照護



中醫特定疾病門診加強照護-(三)腦血管疾病及顱腦損傷門診加強照

護



附表 4.98.2 小兒氣喘疾病門診加強照護穩定之指標

根據 Global Initiative for Asthma (GINA) 2011 年的最新指引(如下表)，每次回診須紀錄於病歷上申報，治療穩定達控制良好(Controlled)者或連續十二個月以上未再發作者，轉入中醫一般門診：

病童情形	日間症狀	活動受限程度	夜間症狀/ 睡眠中斷	Rescue or reliever 藥物使用	肺功能 (PEF or FEV1)	急性 發作
控制良好 Controlled (右列項目須全 數達到)	每星期兩 次或以下	無	無	每星期兩次 或以下	正常	無
部分控制 Partly controlled (任一星期中有 任何一項出現)	每星期大 於兩次	有	有	每星期大於 兩次	小於預測值 或個人最佳 值的 80%	每年一次 或以上
控制不佳 Uncontrolled	任一星期中發生上列部分控制欄中五項的任三項或以上					任一星期 發生一次 或以上

## 報告事項

### 第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：修訂中醫五項專款照護計畫案。

說明：

一、依據本署 109 年 11 月 19 日全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 109 年第 4 次研商議事會議決議辦理。

二、修訂 5 項中醫專款照護計畫，重點摘要如下：

(一)西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫：（修訂後方案條文如附件 1，頁次報 2-4~2-10）

1.收案對象增列「呼吸困難」、對應之評估項目及「生理評估（限呼吸困難患者適用）」支付標準：以 108 年聘有中醫師之醫院申報主、次診斷符合呼吸困難之住院病人共計 319,233 人，108 年本計畫之腦血管等 3 項疾病住院病人平均每人醫療費用 16,091 點，以及中華民國中醫師公會全國聯合會於 109 年 11 月 19 日中醫門診總額 109 年第 4 次研商議事會議中提出，預計「呼吸困難」收案率為 0.5%，估算一年需增加 25.7 百萬點。

2.刪除本計畫「每二週不得申報超過七次」規範，推估一年需增加約 8.5 百萬點。

3.上述 2 項增修，一年共增加 34.2 百萬點，由 110 年度本項專款編列預算 234 百萬元支應。

(二)中醫癌症患者加強照護整合方案：（修訂後方案條文如附件 2，頁次報 2-11~2-24）

1.刪除本計畫「每二週不得申報超過七次」規範，推估一年需增加約 5.3 百萬點。

2.由 110 年度本項專款編列預算 245 百萬元支應。

(三)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 3，頁次報 2-25~2-32）

- 1.放寬結案條件，由現行照護滿三個月修改為滿六個月（以收案日起算滿 195 日）應予結案，推估一年增加 7.7 百萬點。
- 2.由 110 年度本項專款編列預算 24 百萬元支應。

(四)中醫提升孕產照護品質計畫：（修訂後方案條文如附件 4，頁次報 2-33~2-39）

- 1.刪除女性病人助孕執行方式之「體質證型」項目，並修改助孕診療紀錄表內容。
- 2.本計畫修正未涉及財務影響。

(五)中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫：（修訂後方案條文如附件 5，頁次報 2-40~2-55）

- 1.收案及執行「中醫慢性腎臟病治療功能性評估」（P64012）時，刪除需檢附「低密度脂蛋白（LDL）」檢查，CKD stage 3~5 刪除「UPCR（或糖尿病病人採 UACR）」檢查。
- 2.CKD stage 5 病人須重新檢附檢查數據之頻率，自每月改為每 3 個月。
- 3.本方案原訂「給藥日分不得重複」，致院所於條文限制下，無法提前開給病人連續用藥；為配合現行病人就醫模式，於給藥日屆滿前，病人為用藥銜接可能有提前就醫之情況，爰刪除「給藥日分不得重複」文字，惟院所仍應以給藥日分不得重複為原則，以避免資源重複配置。
- 4.原「中醫慢性腎臟病針灸照護費（同療程第 2 次~第 6 次）」（P64010）限與「中醫慢性腎臟病加強照護費（未給口服藥、針灸處置同療程第 1 次）」（P64009）合併申報，放寬可與「中醫慢性腎臟病加強照護費（針灸處置）」（P64005、

P64006、P64007、P64008、P64009) 合併申報，並規範同一療程 P64005、P64006、P64007、P64008、P64009 限擇一申報，推估一年共增加 4.1 百萬點。

- 5.現行規範 P64009 與 P64010 每週限申報 3 次，修訂後規範同一療程「中醫慢性腎臟病加強照護費(針灸處置)」及「中醫慢性腎臟病針灸照護費(同療程第 2 次~第 6 次)」合計每週限申報 3 次。
- 6.「疾病管理照護費」(P64011) 原限 60 天申報一次，改為限 49 天至 63 天申報一次，推估一年共增加 0.4 百萬點。
- 7.調升「尿微蛋白與尿液肌酸酐比值 UACR (Urine albumin/creatinine ratio)」(P64014) 支付點數，由原 80 點調至 350 點，推估一年共增加 0.02 百萬點。
- 8.上述條文增修訂，一年共增加 4.5 百萬點，由 110 年度本項專款編列預算 50 百萬元支應。

擬辦：本案經討論後如獲同意，將依程序報請衛生福利部核定後公告實施。

## 全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫

依\*\*\*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：

針對住院中之腦血管疾病、顱腦損傷及、脊髓損傷及呼吸困難患者，藉由具文獻依據之中醫輔助醫療介入措施，期使達到病患神經學功能進步、呼吸功能恢復、日常生活能力改善、生活品質提昇，併縮短住院天數，降低醫療費用支出的目的。

### 三、適用範圍：

(一)符合下列任一項適應症，自診斷日起六個月內之住院病人，需中醫輔助醫療協助者：

- 1.腦血管疾病(ICD-10： G45.0-G46.8 及 I60~I68)→。
- 2.顱腦損傷(ICD-10：S02.1-S02.4、S02.6-S02.9、S06.3-S06.6、S06.8-S06.9)及。
- 3.脊髓損傷(ICD-10：S14.0-S14.1、S24.0-S24.1、S34.0-S34.1)。自診斷日起六個月內之住院病患，需中醫輔助醫療協助者。

(二)呼吸困難(ICD-10： J12-J18、J43-J45、J69、J70、J80、J81、J84、J90、J91、J93、J94、J96、J98、J99、P23、P24、P28、R06)之住院病人，當次住院需中醫輔助醫療協助者。

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

### 五、申請資格及退場機制：

- (一)設有中醫門診之醫院，申請參與本計畫之中醫師：須執業滿三年以上，並參加中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)所辦理繼續教育受訓課程。
- (二)申請參與本計畫之保險醫事服務機構及中醫師：須二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特約管理辦法)第三十八條至第四十條所列違規情事之一者；前述違規期間之認定，以全民健康保險保險人(以下稱保險人)第一次處分函所載停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)。
- (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。

### 六、申請程序：

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

### 七、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。

### 八、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，並以標準作業流程與處置完成診療。

(二) 療效評估標準：

1. 腦血管疾病：以美國國家衛生研究院中風評量表(National Institutes of Health Stroke Scale, NIHSS)、巴氏量表(Barthel Index)做為評估標準。

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

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

4. 呼吸困難：以下列項目做為評估標準。

(1) 呼吸頻率 (respiratory rate ; RR)、心率 (heart rate ; HR)、血氧飽和度 (oxygen saturation as measured by pulse oximetry ; SpO2)。

(2) 巴氏量表(Barthel Index)。

(3) 依病人狀況進行以下其中一項量表：

A. 氣喘：氣喘評估測驗 ACT (Asthma Control Test)。

B. 慢性阻塞肺病：慢性阻塞肺病評估量表 CAT (COPD assessment test)。

C. 其他：呼吸困難評估量表 MMRC (Modified Medical Research Council)。

(三) 本計畫收案後應將個案之基本資料登錄於健保資訊網服務系統(以下稱VPN)。各項評估量表須於收案後三日內及出院前各執行一次，每次須完成各項支付標準所列之量表並於當月費用申報前，登錄於VPN。

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

九、支付方式：

(一) 本計畫之給付項目及支付標準如附件二。

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

十、醫療費用申報與審查：

(一) 醫療費用申報

1. 門診醫療費用點數申報格式之總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。

2. 門診醫療費用點數申報格式點數清單段：

(1) 案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。

(2)特定治療項目(一):請填報「C8(腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療)」、「JC(顱腦損傷西醫住院病患中醫輔助醫療)」及、「JD(脊髓損傷西醫住院病患中醫輔助醫療)」及「\*\*(呼吸困難西醫住院病患中醫輔助醫療)」。

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

#### 十一、執行報告：

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

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

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

附件一

全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫申請表

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

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

## 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 給付項目及支付標準

### 通則：

- 一、本標準所訂支付點數包括中醫師診療、處置、處方、藥費、調劑費、護理人員服務費，電子資料處理、污水廢棄物處理及其他基本執業成本(如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出)。
- 二、針灸、傷科及脫臼整復每次診療得合併申報本計畫之診察費項目(P33001)，不受同一療程規定之限制。
- 三、本計畫之中醫輔助醫療服務量、針灸、傷科及脫臼整復合計申報量，應獨立計算且申報時不併入該院所原門診合理量、針灸、傷科及脫臼整復原合計申報量計算。
- 四、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。
- 五、申報中醫護理衛教費及營養飲食指導費，應於該次診療服務合併實施治療評估，並於病歷詳細載明評估結果及治療方式。
- 六、本計畫之案件當次不得另行申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫各章節之診療項目。
- ~~七、本計畫之案件(同一個案)每二週不得申報超過七次(加護病房患者除外)。~~

支付標準表  
-腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷

第一章 中醫輔助醫療診察費

編號	診療項目	支付點數
P33001	中醫輔助醫療診察費	350

第二章 藥費

編號	診療項目	支付點數
P33021	每日藥費	100

第三章 針灸治療

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

註：P33031、P33032每次治療擇一申報。

第四章 傷外科治療

編號	診療項目	支付點數
P33041	一般治療	300

第五章 疾病管理照護費

編號	診療項目	支付點數
P33051	中醫護理衛教費	300
P33052	營養飲食指導費	250
P33053	生理評估(限腦中風患者適用) (1)美國國家衛生研究院中風評量表(NIHSS) (2)巴氏量表(Barthel Index)	1,000
P33054	生理評估(限顱腦損傷患者適用) (1)改良式創傷嚴重度指標(RTS) (2)巴氏量表(Barthel Index)	1,000
P33055	生理評估(限脊髓損傷患者適用) (1)美國脊髓損傷協會神經和功能評分(ASIA score) (2)巴氏量表(Barthel Index)	1,000
<u>P33056</u>	<u>生理評估(限呼吸困難患者適用)</u> <u>(1)呼吸頻率(RR)，心率(HR)，血氧飽和度(SpO2)</u> <u>(2)巴氏量表(Barthel Index)</u> <u>(3)依病人狀況進行以下其中一項量表：</u> <u>A.氣喘：氣喘評估測驗 ACT (Asthma Control Test)。</u> <u>B.慢性阻塞肺病：慢性阻塞肺病評估量表 CAT (COPD assessment test)。</u> <u>C.其他：呼吸困難評估量表 MMRC (Modified Medical Research Council)。</u>	<u>1,000</u>

註：1.每一個案住院期間限申報一次費用。

2.P33053、P33054、P33055、P33056生理評估：

(1)須以個案為單位。

(2)須於收案後三日內及出院前各執行一次。

(3)每次須同時完成各項所列之量表並登錄於VPN。

第六章 藥品調劑費

編號	診療項目	支付點數
P33061	藥品調劑費	50/次

第七章 中醫輔助醫療檢查費

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

註：每個月每項限申請一次，未檢查者不得申報。

## 全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案

~~依108年12月25日健保醫字第1080018006號公告自109年1月1日生效~~  
~~依\*\*\*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：

希望透過中西醫結合的治療方式，將腫瘤患者經手術、放化療後常出現的腸胃不適、眩暈、落髮，以及療程中常出現的口乾、口腔潰瘍、便秘、腹瀉、張口困難等症狀減輕到最低，讓患者能順利完成整個西醫療程，發揮最大療效；尤其對末期患者所出現的惡病質，諸如體重減輕，食慾不振，精神萎靡等不適，以及癌性疼痛問題，透過中醫的體質調理，提升患者的生活品質。

### 三、適用範圍：

(一)癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫：當次住院為接受癌症相關治療且需中醫輔助醫療之健保給付西醫住院患者。

(二)癌症患者中醫門診延長照護計畫：

1.術後或接受化學治療、放射線治療過程中副作用明顯之癌症患者，依據放化療副作用評估表(Common Terminology Criteria for Adverse Events，以下稱CTCAE評估表)，至少兩項症狀程度為grade 2以上者。

2.正在接受其他抗癌治療且出現嚴重副作用或後遺症，經醫師評估須延長照護之癌症患者，依據CTCAE評估表，至少兩項症狀程度為 grade 2以上者。

3. CTCAE評估表請至全民健康保險保險人(以下稱保險人)全球資訊網(網址 <http://www.nhi.gov.tw>)下載，其路徑為：首頁 > 醫事機構 > 網路申辦及查詢(醫事機構) > 中醫總額醫療照護試辦計畫。

(三)特定癌症患者中醫門診加強照護計畫：

1.西醫確診為乳癌ICD-10-CM：

(1)主診斷碼：C50、C79.81。

(2)(主診斷碼：C77、C78.0-C78.3、C78.7、C79.2、C79.3、C79.5-C79.7)+(次診斷碼：C50、Z85.3)。

2.西醫確診為肝癌ICD-10-CM：

(1)主診斷碼：C22、C23、C24。

(2)(主診斷碼：C77、C78.0-C78.2、C78.4-C78.8、C79.3、C79.5、C79.7、Z94.4)+(次診斷碼C22、C23、C24、Z85.05)。

3.西醫確診為肺癌ICD-10-CM：

(1)主診斷碼：C33、C34。

(2)(主診斷碼：C77、C78.0-C78.3、C78.7、C79.3、C79.5-C79.7、Z94.2)+(次診斷碼C33、C34、Z85.1)。

4.西醫確診為大腸癌ICD-10-CM：

(1)主診斷碼：C18、C19、C20、C21。

(2)(主診斷碼：C77、C78.0-C78.2、C78.4-C78.8、C79.0、C79.3、C79.5-C79.7)+(次診斷碼C18、C19、C20、C21、Z85.04)。

5.符合上述第1點至第4點之診斷併領有重大傷病證明，經手術後一年內或放化療(含標靶治療)或其它抗癌治療期間之患者。

註 1：癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫、癌症患者中醫門診延長照護計畫及特定癌症患者中醫門診加強照護計畫：同一患者不得於三項計畫併行收案。

註 2：癌症患者中醫門診延長照護計畫：同一患者，每月限收案兩次(含跨院)。

四、預算來源：

全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「中醫癌症患者加強照護整合方案」專款項目下支應。

五、申請資格及退場機制：

(一)癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫及癌症患者中醫門診延長照護計畫：限設有中醫門診之醫院方可提出申請。

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

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

(四)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，當年度不得承作本方案。

六、結案條件：

(一)癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫：自西醫住院出院者，應予結案。

(二)癌症患者中醫門診延長照護計畫患者符合下列條件之一者，應予結案：

1.依據CTCAE評估表，所有症狀程度改善至grade 1者。

2.中斷治療超過三天者。(以同次收案期間內申報「中醫門診延長照護費」案件之「後次就醫給藥首日」減「前次就醫給藥末日」，大於等於四天者，須結案)。

#### 七、申請程序：

(一)中醫門診特約保險醫事服務機構應檢送申請表(如附表)及其他檢附資料，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。

(二)其他檢附資料：

1.癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫：簡單說明中醫與西醫間人力資源配置及收案診治流程。

2.癌症患者中醫門診延長照護計畫：獨立照護空間之規劃配置圖。

#### 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一日起計。

#### 九、執行方式：

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

(二)開立中藥、針灸(或傷科)治療。

(三)疾病管理照護費(含中醫護理衛教及營養飲食指導)：

1.癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫及癌症患者中醫門診延長照護計畫：每一個案收案期間限申報一次。

2.特定癌症患者中醫門診加強照護計畫：每一個案收案期間限60日申報一次。

(四)填寫生理評估量表，各項計畫之評估量表如下：

1.癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫及特定癌症患者中醫門診加強照護計畫：一般性量表(Functional Assessment of Cancer Therapy-General Scale，以下稱FACT-G)(第四版)及生活品質評估(Eastern Cooperative Oncology Group，以下稱ECOG)。

2.癌症患者中醫門診延長照護計畫：CTCAE評估表(完整版本請至保險人全球資訊網下載)、台灣版簡明疲憊量表(The Taiwanese Version of the Brief Fatigue Inventory，以下稱BFI-T，詳附件一)及台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷(The World Health Organization Quality of Life-BREF，以下稱WHOQOL-BREF，詳附件二)。

(五)本方案收案後應將個案之基本資料登錄於健保資訊網服務系統(以下稱VPN)，各項評估量表之執行說明如下，每次須完成各項支付標準所列之量表並於當月費用申報前登錄於VPN。

1.癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫及癌症患者中醫門診延長照護計畫：須於收案三日內及結案(出院)前各執行一次評估量表。

2.特定癌症患者中醫門診加強照護計畫：須於收案三日內完成前測，60日內完成後測，之後每滿60日(「前次測量日+60天」至「前次測量日+120天」內)須執行一次。

(六)本方案執行期間，保險醫事服務機構欲變更方案申請表內容者，須先函送中醫全聯會進行評估，經保險人分區業務組核定後，始得變更。

十、支付方式：

(一)本方案之給付項目及支付標準如附件三。

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

十一、醫療費用申報與審查：

(一)醫療費用申報

1.門診醫療費用點數申報格式之總表段：本方案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「J7(癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫)」、「JE(乳癌中醫門診加強照護計畫)」、「JF(肝癌中醫門診加強照護計畫)」、「JH(癌症患者中醫門診延長照護計畫)」、「JI(肺癌中醫門診加強照護計畫)」及「JJ(大腸癌中醫門診加強照護計畫)」。

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

十二、執行報告：

執行本方案之保險醫事服務機構，應於計畫執行結束或年度結束後三十日內，檢送執行報告至中醫全聯會，做為下年度申請資格審查之依據。

- 十三、辦理本方案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，本方案執行資格將同步自處分停約或終止特約日起終止。
- 十四、執行本方案之保險醫事服務機構，未依本方案規定事項執行者，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方案。
- 十五、本方案實施成效由中醫全聯會進行評估，並於實施半年後進行期中檢討，於年終向健保會提送年度執行報告，其內容包括醫事人力之供給、醫療服務使用狀況及病患療效評估等資料(含登錄於VPN之量表資料分析)。
- 十六、本方案由保險人與中醫全聯會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。



附件 一

**台灣版簡明疲憊量表 (BFI-T)**

在我們生活中，大多數我們有時會感到疲倦或疲憊。在過去一週中，您是否曾感到不尋常的疲倦或疲憊？是 否

1.請在下面數字中圈選一個，以表示現在的疲憊(疲倦、疲勞)程度

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

2.請在下面數字中圈選一個，以表示過去24小時中一般疲憊(疲倦、疲勞)的程度

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

3.請在下面數字中圈選一個，以表示過去24小時中疲憊(疲倦、疲勞)最劇烈時的程度

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

4.請在下面數字中圈選一個，以表示過去24小時中，疲憊(疲倦、疲勞)影響您的程度

(1)一般活動

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

(2)情緒

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

(3)行走能力

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

(4)日常工作(包括外出工作及家事)

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

(5)與人交往

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

(6)生活樂趣

無疲憊 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 能想像最嚴重的程度

附件二

台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷 (WHOQOL-BREF)

1. 整體來說，您如何評價您的生活品質？  
極不好 不好 中等程度好 好 極好
2. 整體來說，您滿意自己的健康嗎？  
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
3. 您覺得身體疼痛會妨礙您處理需要做的事情嗎？  
完全沒有妨礙 有一點妨礙 中等程度妨礙 很妨礙 極妨礙
4. 您需要靠醫療的幫助應付日常生活嗎？  
完全沒有需要 有一點需要 中等程度需要 很需要 極需要
5. 您享受生活嗎？  
完全沒有享受 有一點享受 中等程度享受 很享受 極享受
6. 您覺得自己的生命有意義嗎？  
完全沒有 有一點有 中等程度有 很有 極有
7. 您集中精神（含思考、學習、記憶）的能力有多好？  
完全不好 有一點好 中等程度好 很好 極好
8. 在日常生活中，您感到安全嗎？  
完全不安全 有一點安全 中等程度安全 很安全 極安全
9. 您所處的環境健康嗎？(如污染、噪音、氣候、景觀等)  
完全不健康 有一點健康 中等程度健康 很健康 極健康
10. 您每天的生活有足夠的精力嗎？  
完全不足夠 少許足夠 中等程度足夠 很足夠 完全足夠
11. 您能接受自己的外表嗎？  
完全不能夠 少許能夠 中等程度能夠 很能夠 完全能夠
12. 您有足夠的金錢應付所需嗎？  
完全不足夠 少許足夠 中等程度足夠 很足夠 完全足夠
13. 您能方便得到每日生活所需的資訊嗎？  
完全不方便 少許方便 中等程度方便 很方便 完全方便

14. 您有機會從事休閒活動嗎？  
完全沒有機會 少許機會 中等程度機會 很有機會 完全有機會
15. 您四處行動的能力好嗎？  
完全不好 有一點好 中等程度好 很好 極好
16. 您滿意自己的睡眠狀況嗎？  
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
17. 您對自己從事日常活動的能力滿意嗎？  
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
18. 您滿意自己的工作能力嗎？  
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
19. 您對自己滿意嗎？  
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
20. 您滿意自己的人際關係嗎？  
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
21. 您滿意自己的性生活嗎？  
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
22. 您滿意朋友給您的支持嗎？  
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
23. 您滿意自己住所的狀況嗎？  
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
24. 您對醫療保健服務的方便程度滿意嗎？  
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
25. 您滿意所使用的交通運輸方式嗎？  
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
26. 您常有負面的感受嗎？（如擔心、傷心、緊張、焦慮、憂鬱等）  
從來沒有 不常有 一半有一半沒有 很常有 一直都有
27. 您覺得自己有面子或被尊重嗎？  
完全沒有 有一點有 中等程度有 很有 極有
28. 您想吃的食物通常都能吃到嗎？  
從來沒有 不常有 一半有一半沒有 很常有 一直都有

## 全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案 給付項目及支付標準

通則：

- 一、本標準所訂支付點數除另有規定外，係包括中醫師診療、處置、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、針灸、傷科及脫臼整復每次診療得合併申報本方案之診察費項目，不受同一療程規定之限制。
- 三、本方案之中醫輔助醫療服務量、針灸、傷科及脫臼整復合計申報量，應獨立計算且申報時不併入該院所原門診合理量、針灸、傷科及脫臼整復原合計申報量計算。
- 四、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。
- 五、申報中醫護理衛教費及營養飲食指導費，應於該次診療服務合併實施治療評估，並於病歷詳細載明評估結果及治療方式。
- 六、本方案之案件當次不得另行申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫各章節之診療項目。
- ~~七、癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫之案件(同一個案)每二週不得申報超過七次(加護病房患者除外)。~~

## 支付標準表(一)

### -癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫

#### 第一章 中醫輔助醫療診察費

編號	診療項目	支付點數
P34001	中醫輔助醫療診察費	350

#### 第二章 藥費

編號	診療項目	支付點數
P34021	每日藥費	100
註：出院患者必要時得開給7天藥品		

#### 第三章 針灸治療

編號	診療項目	支付點數
P34031	針灸治療處置費	400
P34032	電針治療	500
註：P34031、P34032 每次治療擇一申報。		

#### 第四章 傷外科治療

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

#### 第五章 疾病管理照護費

編號	診療項目	支付點數
P34051	中醫護理衛教費	300
P34052	營養飲食指導費	250
P34053	癌症治療功能性評估： (1)一般性量表(FACT-G) (第四版) (2)生活品質評估(ECOG)	1,000
註：1.P34051、P34052 每一個案住院期間限申報一次費用。 2.P34053 癌症治療功能性評估： (1)以個案為單位。 (2)須於收案後三日內及出院前各執行一次，前後測量表限各申報一次費用。 (3)每次須同時完成該項所列之量表並登錄於 VPN。		

#### 第六章 藥品調劑費

編號	診療項目	支付點數
P34061	藥品調劑費	50/次

#### 第七章 中醫輔助醫療檢查費

編號	診療項目	支付點數
P34071	中醫輔助醫療檢查費(舌診儀)	500/次
P34072	中醫輔助醫療檢查費(脈診儀)	500/次
註：每個月每項限申請一次，未檢查者不得申報。		

## 支付標準表(二)

### -癌症患者中醫門診延長照護計畫

#### 第一章 中醫門診延長照護費

編號	診療項目	支付點數
P59011	中醫門診延長照護費(全日照護時間大於六小時，包含醫師早晚診察至少兩次)	1,380/日

#### 第二章 藥費

編號	診療項目	支付點數
P59021	每日藥費	100

註：收案期間結束之患者必要時得加開七日藥費。

#### 第三章 藥品調劑費

編號	診療項目	支付點數
P59031	藥品調劑費	50

#### 第四章 治療處置費

編號	診療項目	支付點數
P59041	針灸(或電針)治療處置費	500/日
P59042	傷科(含推拿治療或外敷換藥處置)治療處置費	500/日

#### 第五章 中醫輔助醫療檢查費

編號	診療項目	支付點數
P59051	中醫輔助醫療檢查費(舌診儀)	500/次
P59052	中醫輔助醫療檢查費(脈診儀)	500/次

註：每一個案收案期間限申請一次。

#### 第六章 疾病管理照護費

編號	診療項目	支付點數
P59061	生理評估費(含前後測) 1.放化療副作用評估表(CTCAE) 2.台灣版簡明疲憊量表(BFI-T) 3.台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷(WHOQOL-BREF)	1,000
P59062	營養飲食指導費	250
P59063	護理衛教指導費	300

註 1.P59061：

- (1)須以個案為單位，每一個案收案期間限申請一次。
- (2)須完成 BFI-T、WHOQOL-BREF 及 CTCAE 評估表之前測及後測並登錄於 VPN，方可申請費用。

註 2.P59062、P59063：每一個案收案期間限申請一次。

### 支付標準表(三)

#### -特定癌症患者中醫門診加強照護計畫

編號	診療項目	支付點數
P56001	特定癌症門診加強照護費(給藥日數 7 天以下) 註：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥	700
P56002	特定癌症門診加強照護費(給藥日數 8-14 天) 註：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥	1,050
P56003	特定癌症門診加強照護費(給藥日數 15-21 天) 註：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥	1,400
P56004	特定癌症門診加強照護費(給藥日數 22-28 天) 註：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥	1,750
P56005	特定癌症針灸或傷科治療處置費 註：本項處置費每月申報上限為 12 次，超出部分支付點數以零計。	400
P56006	疾病管理照護費 註： 1.包含中醫護理衛教及營養飲食指導。 2.限 60 日申報一次，申報此項目者，須參考衛教表單(如附件四)提供照護指導，並應併入病患之病歷紀錄備查。	550
P56007	生理評估費 1.癌症治療功能性評估：一般性量表(FACT-G)(第四版) 2.生活品質評估(ECOG) 註：1.前測(收案三日內)及後測(收案 60 日內)量表皆完成，方可申請費用。 2.限 60 日申報一次，並於病歷詳細載明評估結果。	1,000
P56008	藥品調劑費	50
P56009	特定癌症門診加強照護費(給藥日數 29-35 天) 註 1：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥。 註 2：限預定出國或返回離島地區、遠洋漁船船員出海作業或國際航線船舶船員出海服務、罕見疾病病人及經保險人認定確有一次領取該處方箋總用藥量必要之特殊病人(需附相關證明)。	2,100
P56010	特定癌症門診加強照護費(給藥日數 36-42 天) 註 1：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥。 註 2：限預定出國或返回離島地區、遠洋漁船船員出海作業或國際航線船舶船員出海服務、罕見疾病病人及經保險人認定確有一次領取該處方箋總用藥量必要之特殊病人(需附相關證明)。	2,450
P56011	特定癌症門診加強照護費(給藥日數 43-49 天) 註 1：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥。 註 2：限預定出國或返回離島地區、遠洋漁船船員出海作業或國際航線船舶船員出海服務、罕見疾病病人及經保險人認定確有一次領取該處方箋總用藥量必要之特殊病人(需附相關證明)。	2,800
P56012	特定癌症門診加強照護費(給藥日數 50-56 天) 註 1：包含中醫輔助醫療診察費、口服藥。 註 2：限預定出國或返回離島地區、遠洋漁船船員出海作業或國際航線船舶船員出海服務、罕見疾病病人及經保險人認定確有一次領取該處方箋總用藥量必要之特殊病人(需附相關證明)。	3,150

#### 附件四

## 全民健康保險特定癌症患者中醫門診加強照護計畫 疾病管理照護衛教表單

接受放射線治療、化學治療時，大多數之副作用是暫時發生的，以下列出您應知道可能出現的副作用及建議處理方式：

### (一) 血球下降：

照護方式：

1. 經常使用肥皂或洗手乳洗手並養成良好衛生習慣。
2. 避免接觸有感冒症狀者。
3. 避免到公共場所，出門戴口罩，口罩潮濕後需立即更換。
4. 不可生食，生食及熟食之砧板應分開使用，水果一定要洗乾淨或削(剝)皮食用。
5. 充分的休息，以恢復體力，晚上充足睡眠，白天限制活動量，以減少體力的消耗。
6. 可多攝取補血的食物，例如深綠色的葉菜類(菠菜)、紅豆、番茄(需煮熟)、葡萄(乾)、肉類以及動物的肝臟。
7. 如果白血球不足時可選擇中藥的黃耆、黨參、枸杞、紅棗、雞血藤煮湯服用。
8. 姿勢改變時，如要從坐下或躺下的姿勢站起來時，動作宜放慢一點，以免感到頭暈目眩。
9. 注意步態，小心跌倒。

### (二) 噁心、嘔吐：

噁心、嘔吐是接受化學治療的人最擔心的副作用，但通常在化療後就會跟著逐漸消失。

照護方式：

1. 宜攝取易吸收的食物，可吃流質或半流質飲食，少量多餐，避免空腹太久。
2. 攝取清淡飲食，避免油膩、辛辣及含香料食物。
3. 選用有止嘔作用的食物(如，生薑...)，口感微酸的食物(如，酸梅、檸檬、山楂餅)，以減輕噁心症狀。

### (三) 謹慎選擇健康食品：

雞精、蜆精、人參(皂苷)、五味子芝麻錠、牛樟芝、靈芝、桑黃、巴西蘑菇、冬蟲夏草、七葉膽、蜂膠、薑黃、天山雪蓮、褐藻醣膠、諾利果、天仙液、酵素、左旋麩醯胺酸、魚油(Eicosa Pentaenoic Acid, EPA)、高蛋白素營養品。

### (四) 生活作息：

1. 飲食有節，起居有常，不妄作勞。
2. 在中醫的觀念中，保持充分休息，晚上 11 點前就寢，維持精神舒暢，不發怒，避免憂鬱緊張，不過度房事，飲食五～七分飽，如此可以使我們的身體得到良好的復原。

### (五) 其他事項補充：

## 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\*\*\*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。

## 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)個案照護滿三六個月(以收案日起算滿105195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(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料登錄於 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
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 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	院所名稱		院所代碼		
	本計畫負責醫師姓名		身分證字號		
	本計畫負責醫師學經歷		聯絡電話		
E-mail :					
本	醫師姓名	身分證字號	中醫師證書字號	中醫執業年資	受訓課程日期
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
			台中字第 號		
資	保險醫事服務機構自評項目		請 V 選		備註
	院所是否二年內未違反健保相關法規		<input type="checkbox"/> 未違反 <input type="checkbox"/> 違反		
	醫師是否二年內未違反健保相關法規		<input type="checkbox"/> 未違反 <input type="checkbox"/> 違反		
料	機構章戳				

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

### 附件三

## 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) 針灸治療處置費(含材料費)：B41、B42
  - (五) 傷科治療處置費(含材料費)：B53、B54
- 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、 五、 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

## 全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫

依108年12月25日健保醫字第1080018006號公告自109年1月1日生效  
依\*\*\*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。

### 二、目的：

鼓勵生育為國家當前重要政策，針對特定病理因素所致之原發性或繼發性不孕、有先兆流產傾向及有流產病歷者，由中醫給予適當照護，以提升受孕率及保胎率。

### 三、適用範圍：

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

### 四、預算來源：

全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「中醫提升孕產照護品質計畫」專款項目下支應。

### 五、結案條件：符合結案條件之患者當年度該院所不能再收案。

#### (一)助孕：

- 1.女性患者，自初次收案日起算六個月，基礎體溫未見高低溫雙相曲線、或雖有雙相曲線但高溫期短於10天者。(病歷應登載基礎體溫均溫、高溫期天數)。
- 2.男性患者，自初次收案日起算六個月，精液檢查報告異常項目無進步者。(病歷應登載各次檢驗報告，未登載驗報告即應結案)

#### (二)保胎：妊娠滿20週即應結案。

### 六、申請資格：

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

### 七、申請程序：

中醫門診特約醫事服務機構應檢送申請表(附件一)，向中醫全聯會提出申請。

### 八、申請資格審查：

中醫全聯會於每年3月、6月、9月中旬(以郵戳為憑)收齊申請案件後，5個工作日內將審

查完成結果造冊送保險人核定及公告新增承辦之保險醫事服務機構名單，執行日以公告院所名單日當月1日起計。

## 九、執行方式：

### (一)助孕

1. 女性患者：須包含望聞問切四診診療、排卵日指導、判讀基礎體溫(Basal Body Temperature, BBT)、~~體質證型~~濾泡期、排卵期、黃體期之月經週期療法、內服藥、針灸治療、營養指導。
2. 男性患者：須包含望聞問切四診診療、排卵日指導、內服藥、針灸治療、營養指導、運動指導、生活作息指導。

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

## 十、支付方式：

(一) 本計畫之給付項目及支付標準如附件二。

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

## 十一、醫療費用申報與審查

### (一) 醫療費用申報

1. 門診醫療費用點數申報格式之總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。
2. 門診醫療費用點數申報格式點數清單段：
  - (1). 案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。
  - (2). 特定治療項目(一)：請填報「J9(全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫)」。

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

## 十二、執行報告

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

(二) 實施效益須包含如下：

### 1.助孕：

(1)助孕成功率(=成功受孕個案數/助孕看診個案數)

註：

A.分子:分母個案中當年度至隔年六月間有申報第二次產檢之人數(無第二次者以第三次計)。

B.分母:當年度申報助孕照護處置費(P39001、P39002)女性人數。

(2)受孕成功者之完整治療過程、病歷報告(含診斷依據、基礎體溫表、中醫診療評估及記錄表等資訊如下附表)。

A.助孕診療紀錄表(每季提供予中醫全聯會)-女性

姓名	生日	初診日期	濾泡期平均溫度	排卵期平均溫度(加註排卵日期)	黃體期平均溫度	濾泡期天數	黃體期天數	是否受孕	次診斷(請填不孕症之其他病名)	是否曾接受西醫不孕治療 0.沒有 1.西醫藥物治療 2.人工受孕 3.試管嬰兒	其他

收案日期	低溫期天數 ①少於10天。 ②11-20天。 ③21天以上。 ④高低溫紊亂無規律	高溫期天數 ①少於10天。 ②11-20天。 ③21天以上。 ④高低溫紊亂無規律	本季排卵低溫 ①≥2次。 ②1次。 ③無。

B.助孕診療紀錄表(每半年提供予中醫全聯會)-男性

姓名	生日	初診日期	精蟲數	形態良率	液化	雜質	活動力	是否受孕	次診斷(請填不孕症之其他病名)	其他

收案日期	最近檢驗日期

2.保胎

(1)保胎成功率(=成功保胎個案數/保胎看診個案數)

A.分子:分母個案中當年度至隔年六月間有申報第三次以上產檢之人數。

B.分母:當年度申報保胎照護處置費(P39003、P39004)之人數。

(2)順利生產者之完整治療過程、病歷報告(含診斷依據、中醫診療評估及記錄表等資訊如下附表)。

懷孕初期症狀及心理評估量表(每季提供予中醫全聯會)

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

- 十三、辦理本計畫之保險醫事服務機構，如於執行期間，因有特約管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一（含行政救濟程序進行中尚未執行處分者），且經保險人予以停止特約或終止特約者，本計畫執行資格將同步自處分停約或終止特約日起終止。
- 十四、執行本計畫之保險醫事服務機構，未依本計畫規定事項執行或繳交之助孕診療紀錄表與懷孕初期症狀及心理評估量表未符合規定，並經全聯會要求改善而未改善者，由中醫全聯會重新評估後，函請保險人分區業務組予以停止執行本計畫。
- 十五、本計畫由保險人與中醫全聯會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。



附件二

全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫  
給付項目及支付標準

通則：

- 一、本標準所訂支付點數除另有規定外，係包括中醫師診療、處置、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、本計畫之醫療服務量、診察費、針灸申報量，應獨立計算且申報時不併入該院所原門診合理量、原針灸申報量計算。
- 三、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。
- 四、本計畫之案件當次不得另行申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫各章節之診療項目。
- 五、本計畫之案件(同一個案)每週限申報一次(P39007、P39008 不在此限)。

全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫  
支付標準表

編號	診療項目	支付點數
P39001	中醫助孕照護處置費(含針灸處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費〔排卵期評估，女性須含基礎體溫(BBT)、 <del>體質證型</del> 、濾泡期、排卵期、黃體期之月經週期療法之診療〕、口服藥(至少七天)、調劑費、針灸治療處置費、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	1200
P39002	中醫助孕照護處置費(不含針灸處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費〔排卵期評估，女性須含基礎體溫(BBT)、 <del>體質證型</del> 、濾泡期、排卵期、黃體期之月經週期療法之診療〕、口服藥(至少七天)、調劑費、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	900
P39003	中醫保胎照護處置費(含針灸處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費口服藥(至少七天)、調劑費、針灸治療處置費、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	1200
P39004	中醫保胎照護處置費(不含針灸處置費) 註：照護處置費包括中醫四診診察費、口服藥(至少七天)、調劑費、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	900

編號	診療項目	支付點數
P39005	中醫助孕照護處置費(不含藥費)(同療程第1次) 註：照護處置費包括中醫四診診察費〔排卵期評估，女性須含基礎體溫(BBT)、 <del>體質證型</del> 濾泡期、排卵期、黃體期之月經週期療法之診療〕、針灸治療處置費、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	900
P39006	中醫保胎照護處置費(不含藥費)(同療程第1次) 註：照護處置費包括中醫四診診察費、針灸治療處置費、衛教、營養飲食指導，單次門診須全部執行方能申請本項點數。	900
P39007	中醫助孕照護針灸處置費(不含藥費)(同療程第2~6次) 註：限與P39005合併申報、每週限申報3次。	300
P39008	中醫保胎照護針灸處置費(不含藥費)(同療程第2~6次) 註：限與P39006合併申報、每週限申報3次。	300
<p>註：</p> <p>1、P39003、P39004、P39006、P39008限受孕後0-20週之保胎照護患者適用。</p> <p>2、各照護模式(P39001、P39002、P39003、P39004、P39005、P39006)每週限擇一申報。</p> <p>3、含藥費之照護模式(P39001、P39002、P39003、P39004)與不含藥費之照護模式(P39005、P39006)，需<math>\geq 28</math>天始得相互轉換。</p> <p>4、P39005、P39006、P39007、P39008於同次療程結束後統一申報；療程案件每月限申報12次針灸(P39005與P39007合計每月限申報12次；P39006與P39008合計每月限申報12次)。</p>		

## 全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

依\*\*\*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

早期中醫介入腎病病人，減緩腎病惡化，延緩洗腎時程，提升病人生活品質，發展中西醫結合治療之醫療照護模式。

## 三、適用範圍

慢性腎臟疾病(Chronic Kidney Disease, 以下稱CKD) stage 2~5期之病人，主診斷為ICD-10-CM為N182-N186(慢性腎病)之病人。

(一) CKD stage 2：腎絲球過濾率估算值(estimated Glomerular filtration rate, 以下稱eGFR) 60~89.9 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>合併有蛋白尿〔尿蛋白與尿液肌酸酐比值(Urine protein/creatinine ratio, 以下稱UPCR) ≥150mg/gm，糖尿病患者的尿微蛋白與尿液肌酸酐比值(Urine albumin/creatinine ratio, 以下稱UACR) ≥30mg/gm 〕或血尿之各種疾病病人。

(二) CKD stage 3~5：eGFR < 60 ml/min /1.73m<sup>2</sup>之各種疾病病人。

## 四、預算來源

全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額中之「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」專款項目下支應。

## 五、申請資格

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

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

## 六、結案條件

- (一)腎功能持續改善至stage 1。
- (二)於收案期間，發生急性腎衰竭、接受器官移植、接受血液透析、腹膜透析者。
- (三)病人中斷照護超過90日。

## 七、申請程序

中醫門診特約保險醫事服務機構應檢送申請表(如附件一)及其他檢附資料，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

- (一)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一日起計算。
- (二)本計畫執行期間，保險醫事服務機構欲變更計畫申請表內容者，須先函送中醫全聯會進行評估，經保險人分區業務組核定後，始得變更。

## 九、執行方式

- (一)中醫師應對當次看診患者提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，並以標準作業流程與處置完成診療。
- (二)檢查數據：

1. 收案時 ~~須檢附之檢查數據：血壓、eGFR、血清肌酐酸(Serum creatinine, 以下稱Cr)、UPCR(或糖尿病病人採UACR)、低密度脂蛋白(LDL)及糖化血色素(Hemoglobin A1c, 以下稱HbA1C, 糖尿病病人必填)。~~

(1) CKD stage 2：須檢附之檢查數據包含血壓、eGFR、血清肌酐酸(Serum creatinine, 以下稱Cr)、UPCR(或糖尿病病人採UACR)及糖尿病病人必填糖化血色素(Hemoglobin A1c, 以下稱HbA1C)。

(2) CKD stage 3~5：須檢附之檢查數據包含血壓、eGFR、血清肌酐酸(Serum creatinine, 以下稱Cr)及糖尿病病人必填糖化血色素

(Hemoglobin A1c,以下稱HbA1C)。

2. 重新檢附檢查數據頻率：

(1)CKD stage 2者：每6個月須重新檢附本檢查數據。

(2)CKD stage 3~5者：每3個月須重新檢附本檢查數據。

~~2. 屬 CKD stage 2 者：每 6 個月須重新檢附本檢查數據。~~

~~3. 屬 CKD stage 3~4 者：每 3 個月須重新檢附本檢查數據。~~

~~4. 屬 CKD stage 5 者：每個月須重新檢附本檢查數據。~~

5. 本計畫所訂檢驗費限雲端藥歷健保醫療資訊雲端查詢系統查詢患者資料未紀錄檢查數據者及符合開具檢驗資格之中醫師申報，且以與西醫不重複檢驗為原則。

(三)疾病管理照護：

1. 收案時須填寫「CKD 新收個案基本資料與病史紀錄表」(附表一)及生活品質量表(EuroQol instrument,以下稱 EQ-5D)(附表二)，且每6個月執行一次。
2. 給予病人中醫衛教、營養飲食指導及運動指導並記載檢查數據(查詢健保醫療資訊雲端查詢系統)(疾病管理照護衛教表單詳附表三)。

(四)收案後應依本計畫進行照護，均須完成各項支付標準所列之量表，並將收案對象之基本資料(包含血壓、Cr、eGFR項目)、量表結果、腎功能評估及慢性腎疾病分期數據於執行期限之次月20日前登錄於健保資訊網服務系統(以下稱VPN)，每次須完成各項支付標準所列之量表需並於每季結束上傳中醫全聯會，未登錄VPN者不予支付該次費用。

(五)本計畫限單一診院所收案，不得重複。

十、支付方式

- (一)本計畫之給付項目及支付標準表如附件二。
- (二)本計畫預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

## 十一、醫療費用申報與審查

### (一)醫療費用申報

1. 門診醫療費用點數申報格式之總表段：本計畫申報之醫療費用列為專案案件。
2. 門診醫療費用點數申報格式點數清單段：
  - (1)案件分類：請填報「22(中醫其他案件)」。
  - (2)特定治療項目(一)：請填報「JP」(全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫)。

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

## 十二、執行報告

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

(二)實施效益須包含下列項目：

1. CKD stage 2~3a 者：eGFR 較新收案時改善 (eGFR>新收案時)。
2. CKD stage 3b~5 者：收案一年(或 12 個月)後，糖尿病病人 eGFR 下降速率 < 6 ml/min/1.73m<sup>2</sup> /year；非糖尿病病人 eGFR 下降速率 < 4 ml/min/1.73m<sup>2</sup> /year。

## 十三、退場機制：

(一)參加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。

(二)本計畫之承作院所於生活品質量表(EQ-5D)之回收率低於60%或CKD stage 3~5病人之檢查數據上傳率低於60%者，次年不得承作本計畫。

- 十四、執行本計畫之保險醫事服務機構，未依本計畫規定事項執行者，由中醫全聯會重新評估後，函請保險人分區業務組予以停止執行本計畫。
- 十五、本計畫由保險人與中醫全聯會共同研訂後，送健保會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附件一

全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫申請表

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

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

## 附件二

### 全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫 給付項目及支付標準表

#### 通則：

- 一、本標準所訂支付點數除另有規定外，係包括中醫師診療、處置、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、本計畫之中醫輔助醫療服務量、針灸及傷科申報量，應獨立計算且申報時不併入該院所原門診合理量、針灸及傷科申報量計算。
- 三、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，每一申報案件由保險人依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之規定扣留點數，所扣留點數作為委託辦理電子資料處理之費用。
- 四、申報疾病管理照護費，應於該次診療服務合併實施治療評估，並於病歷詳細載明評估結果及方式。
- 五、本計畫之案件當次不得另行申報全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫各章節之診療項目。

全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

支付標準表

編號	診療項目	支付點數
P64001	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數7天以下） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病患病歷記錄備查。	900
P64002	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數8-14天） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病患病歷記錄備查。	1,250
P64003	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數15-21天） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病患病歷記錄備查。	1,600
P64004	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數22-28天） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病患病歷記錄備查。	1,950
P64005	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數7天以下、針灸處置） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、針灸處置費、 穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病患病歷記錄備查。	1,300
P64006	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數8-14天、針灸處置） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、針灸處置費、 穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病患病歷記錄備查。	1,650
P64007	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數15-21天、針灸處置） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、針灸處置費、 穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病患病歷記錄備查。	2,000
P64008	中醫慢性腎臟病加強照護費（給藥日數22-28天、針灸處置） 註： 1.包括中醫醫療四診診察費、口服藥費、調劑費、針灸處置費、 穴位按摩指導。 2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病患病歷記錄備查。	2,350

編號	診療項目	支付點數
P64009	<p>中醫慢性腎臟病加強照護費(未給口服藥、針灸處置同療程第1次)</p> <p>註：</p> <p>1.包括中醫醫療四診診察費、針灸處置費、穴位按摩指導。</p> <p>2.第一次就診須檢附相關檢查數據，應併入病患病歷記錄備查。</p>	800
P64010	<p>中醫慢性腎臟病針灸照護費(同療程第2~6次)</p> <p>註：</p> <p>1.限與 <u>P64005、P64006、P64007、P64008、P64009</u> 合併申報；<u>同次療程結束後統一申報。</u></p> <p>2.<u>P64009 及 P64010 同一療程「中醫慢性腎臟病加強照護費(針灸處置)」及「中醫慢性腎臟病針灸照護費(同療程第2~6次)」合計每週限申報3次。</u></p>	300
P64011	<p>疾病管理照護費</p> <p>註：</p> <p>1.中醫衛教、營養飲食指導、運動指導及檢查數據記載(雲端查詢)。</p> <p>2.須檢附相關檢查數據：<u>CKD stage 2 病人後續每6個月須重新檢附於病歷；CKD stage 3~4 病人後續每3個月須重新檢附於病歷；CKD stage 5 病人後續每個月須重新檢附於病歷。</u>  <u>(1)CKD stage 2者：每6個月須重新檢附於病歷。</u>  <u>(2)CKD stage 3~5者：每3個月須重新檢附於病歷。</u></p> <p>3.限 <u>6049-63</u> 天申報一次。</p>	500
P64012	<p>中醫慢性腎臟病治療功能性評估：</p> <p><u>(1)CKD 新收個案基本資料與病史紀錄表(附表一)</u></p> <p><u>(2)生活品質量表(EQ-5D)(附表二)</u></p> <p><u>(3)需於病歷及本署 VPN 登錄下列項目：</u></p> <p><u>(1)CKD stage 2 者：病人血壓、eGFR、血清肌酐酸(Serum creatinine, Cr)、UPCR (或糖尿病患者的 UACR)、<del>低密度脂蛋白(LDL)</del>、<del>糖尿病病人必填糖化血色素(HbA1C)</del>、腎功能評估及慢性腎疾病分期。</u></p> <p><u>(2)CKD stage 3~5 者：血壓、eGFR、血清肌酐酸(Serum creatinine, Cr)、糖尿病病人必填糖化血色素(HbA1C)、腎功能評估及慢性腎疾病分期。</u></p> <p>註 1：每一個案限每 6 個月申報一次費用(每次須同時完成各項所列之量表)</p> <p>註 2：需有病人新收案或前一次功能性評估之量表及檢驗檢查，且已於 VPN 登錄者，<u>使始</u>得申報本項。</p> <p>註 3：申報 2 次加強照護費及 1 次疾病管理照護費後，始得申報本項。</p>	700

編號	診療項目	支付點數
註 1：含藥費之加強照護費(P64001-P64008)與不含藥費之加強照護費(P64009)，需 ≥28 天始得相互轉換。		
註 2：P64001、P64002、P64003、P64004、P64005、P64006、P64007、P64008、P64009 每次診療限擇一申報， <del>且給藥日分不得重複。</del>		
註 3： <del>(P64005、P64006、P64007、P64008)及(P64009、P64010)不得併報。</del> <u>同一療程 P64005、P64006、P64007、P64008、P64009 限擇一申報。</u>		

### 檢驗費

編號	診療項目	支付點數
P64013	尿蛋白與尿液肌酸酐比值 UPCR (Urine protein/creatinine ratio)	55
P64014	尿微蛋白與尿液肌酸酐比值 UACR (Urine albumin/creatinine ratio)	<del>80</del> <u>350</u>
09006C	<u>糖化血紅素</u> HbA1C (Hemoglobin A1c)	200
09015C	肌酐、血 Creatinine (B) CRTN	40
09044C	<u>低密度脂蛋白－膽固醇</u> LDL-C (Lowdensity lipoprotein cholesterol)	250

## 附表一

### 全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

#### CKD 新收個案基本資料與病史紀錄表

##### 一、基本資料：

姓名：            生日：            身分證字號：            病歷號：            性別：  
職業：            教育程度：

##### 二、病史記錄：

###### (1) 如何發現自己有腎臟病？

- 因出現不同之症狀就醫檢查發現  是  否  不知道  
因懷疑自己有腎臟病求醫檢查發現  是  否  不知道  
因服用若干藥物懷疑會影響腎臟求醫發現  是  否  不知道  
因其他疾病檢查時偶然發現是腎臟病  是  否  不知道  
因體檢或健康檢查偶然發現  是  否  不知道

###### \* (2) 發現腎臟疾病之後是否有下列症狀？

- a. 沒有症狀  是  否 (請續答)
- b. 有症狀如下，可多選
- 類似感冒症狀，一直未癒  是  否  不知道  
蛋白尿或血尿  是  否  不知道  
眼瞼浮腫或手腳水腫  是  否  不知道  
背部肋骨下緣疼痛  是  否  不知道  
時常覺得倦怠無力  是  否  不知道  
夜裡無法入睡  是  否  不知道  
血壓高，全身不適  是  否  不知道  
夜裡頻尿，無法入睡  是  否  不知道  
尿量減少  是  否  不知道  
胃口不好  是  否  不知道  
常有噁心、嘔吐之情形  是  否  不知道  
爬樓梯時，容易有呼吸喘之情形  是  否  不知道  
有頭暈、眼花之情形或貧血  是  否  不知道  
夜裡須採坐姿，才能入睡  是  否  不知道

###### \* (3) 使用藥物病史：

- 因疼痛服用止痛劑  沒有服用  偶爾服用  一個月1-2次  每周1-2次  幾乎每天使用  
常常打針，如 (消炎、止痛)  沒有  偶爾打針  時常打針(請填頻率)\_\_\_\_\_
- 服用 **中**草藥 **或** 偏方  沒有服用 (若有服用，請寫下藥名與勾選使用頻率)
- \_\_\_\_\_  偶爾服用  一個月1-2次  每周1-2次  幾乎每天使用  
\_\_\_\_\_  偶爾服用  一個月1-2次  每周1-2次  幾乎每天使用  
\_\_\_\_\_  偶爾服用  一個月1-2次  每周1-2次  幾乎每天使用  
\_\_\_\_\_  偶爾服用  一個月1-2次  每周1-2次  幾乎每天使用

附表二



健康問卷

台灣正體中文版

*(Traditional Chinese version for Taiwan)*

**EQ-5D-5L 照顧者版本：1**

**(請病人的照顧者設想他(她)[意指照顧者]  
會如何評價病人的健康狀況)**

Taiwan (Traditional Chinese) © 2015 EuroQol Research Foundation. EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Research Foundation

在每個標題下，請勾選一個最能描述(請插入受健康評量病人的姓氏或名字，  
如張先生或麗美) 今天健康狀況的方塊。

**行動能力**

- 他(她)可以四處走動，沒有任何問題
- 他(她)在四處走動方面有些問題
- 他(她)在四處走動方面有中度的問題
- 他(她)在四處走動方面有嚴重的問題
- 他(她)無法四處走動

**自我照顧**

- 他(她)能洗澡或穿衣，沒有任何問題
- 他(她)在洗澡或穿衣方面有些問題
- 他(她)在洗澡或穿衣方面有中度的問題
- 他(她)在洗澡或穿衣方面有嚴重的問題
- 他(她)無法自己洗澡或穿衣

**平常活動 (如工作、讀書、家事、家庭或休閒活動)**

- 他(她)能從事平常活動，沒有任何問題
- 他(她)在從事平常活動方面有些問題
- 他(她)在從事平常活動方面有中度的問題
- 他(她)在從事平常活動方面有嚴重的問題
- 他(她)無法從事平常活動

**疼痛 / 不舒服**

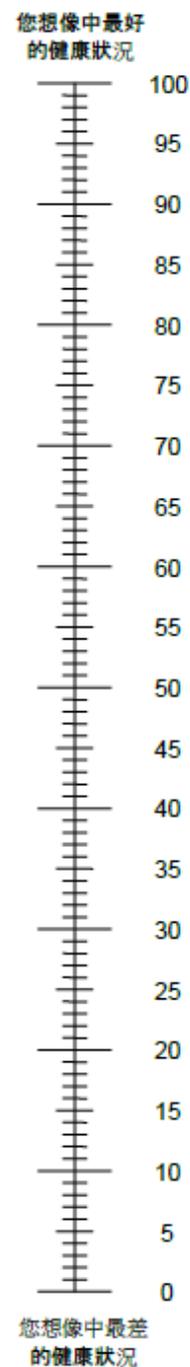
- 他(她)沒有任何疼痛或不舒服
- 他(她)覺得有些疼痛或不舒服
- 他(她)覺得中度疼痛或不舒服
- 他(她)覺得嚴重疼痛或不舒服
- 他(她)覺得極度疼痛或不舒服

**焦慮 / 沮喪**

- 他(她)不覺得焦慮或沮喪
- 他(她)覺得有些焦慮或沮喪
- 他(她)覺得中度焦慮或沮喪
- 他(她)覺得嚴重焦慮或沮喪
- 他(她)覺得極度焦慮或沮喪

- 我們想知道您認為 (請插入受健康評量病人的姓氏或名字, 如張先生或麗英) 今天健康狀況的好壞。
- 這個刻度尺有從 0 到 100 的數字。
- 100 代表您想像中最好的健康狀況。  
0 代表您想像中最差的健康狀況。
- 請在刻度尺上打個“X”，指出您認為 (請插入受健康評量病人的姓氏或名字, 如張先生或麗英) 今天的健康狀況的好壞。
- 現在請在以下空格中，寫下您在刻度尺上標示的那個數字。

病人今天的健康狀況



### 附表三

## 全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫

### 疾病管理照護衛教表單

#### □一、健康生活型態：

- 1.維持理想體重：BMI 介於 18.5~23.9。
- 2.適度運動：每週至少運動三次，如打太極拳、作用手功，每次 30 分鐘，可防止骨質疏鬆，並減緩及預防血管硬化，更可保持免疫力。
- 3.戒菸、不酗酒、不熬夜。
- 4.注意保暖。

#### □二、均衡飲食：

- 1.不宜大補特補，避免坊間常見的十全大補湯、藥燉排骨、薑母鴨、麻油雞等溫燥食物，會使邪氣留滯，火氣更大。忌油膩辛辣刺激食物，不宜進食生冷飲食。適量蛋白質攝取，避免大魚大肉。
- 2.水果：應避免楊桃，此外，富含鉀離子的香蕉和柿餅也要注意。
- 3.飲食宜營養豐富而清淡易消化，少鹽、少調味料、少加工品，減低腎臟負荷，以延緩腎功能惡化。
- 4.適量喝水、勿憋尿。運動飲料含有額外的電解質與鹽分，腎病患者宜少食這類飲料。

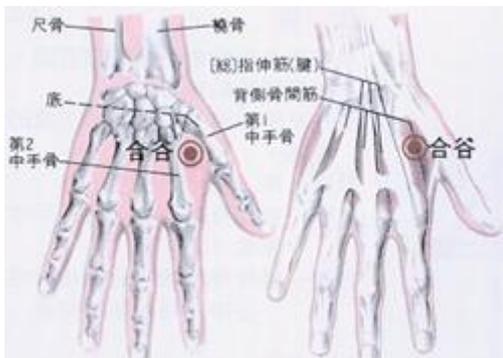
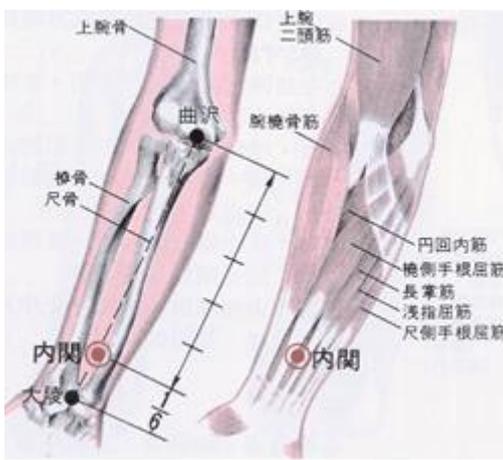
#### □三、不亂吃藥：

- 1.服用藥物應諮詢及遵從醫藥專業人員指導。
- 2.不濫用止痛藥及來路不明藥物。
- 3.不聽信偏方草藥。
- 4.不輕易聽信廣告成藥的藥效。

#### □四、自我監測及健康檢查：

- 1.原發性腎絲球腎炎需長期監控。
- 2.控制好原有的慢性病：糖尿病做好血糖控制，糖化血色素 $< 7\%$ ；高血壓做好血壓控制，血壓控制 130/80mmHg；痛風患者應控制尿酸。
- 3.觀察尿液型態：排尿頻率、尿液顏色、味道、尿量、是否為血尿或泡沫尿。
- 4.定期健康檢查：最好每半年做一次尿液和血液肌酸酐和尿素氮檢。40~64 歲者，每三年可做一次健康檢查；大於 65 歲，每年可做一次健康檢查。

穴位按摩：

	<p style="text-align: center;"><b>合谷穴</b></p> 	<p><b>位置：</b></p> <p>手背拇指掌骨～食指掌骨之間，食指掌骨的中點處。</p>
<p>手部</p>	<p style="text-align: center;"><b>內關穴</b></p> 	<p><b>位置：</b></p> <p>前臂內側 (掌側)，腕橫紋上 2 寸(三指橫幅)，兩筋 (掌長肌腱與橈側腕屈肌腱) 之間。</p>
<p>足部</p>	<p style="text-align: center;"><b>太谿穴</b></p> 	<p><b>位置：</b></p> <p>足內側部，內踝後方，內踝尖與跟腱之間凹陷處。</p>

以上圖片來源：《經絡與穴道》



## 報告事項

### 第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：訂定 110 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（下稱共同擬訂會議）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，至少每六個月召開乙次共同擬訂會議，並於必要時召開臨時會」。
- 二、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，110 年先行暫訂每季召開共同擬訂會議 1 次，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	110.3.11 (星期四)	110.6.10 (星期四)	110.9.9 (星期四)	110.12.9 (星期四)	視必要 再預約日期

- 三、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。
- 四、請各代表預留前述 110 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。



## 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：應用 109 年醫院、西醫基層及牙醫總額之醫療服務成本指數改變率預算調整支付標準案。

說明：

- 一、依衛生福利部公告 109 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式辦理，醫院、西醫基層及牙醫總額之醫療服務成本指數改變率預算及協定事項如下：
  - (一) 醫院總額預算 103.846 億元，協定事項為優先用於急重難症、藥事服務費、急重症護理費、因應住院醫師納入勞動基準法以及門診減量配套措施等支付標準之調整。
  - (二) 西醫基層總額預算 20.244 億元，協定事項為優先用於急重難症、內科門診診察費加成、藥事服務費、基層診所設立無障礙設施、離島假日開診之相關獎勵措施等支付標準之調整。
  - (三) 牙醫總額預算 7.475 億元，協定事項為優先併入「全面提升感染管制品質」項目使用，其餘預算用於藥事服務費、牙醫診所設立無障礙設施、離島假日開診之相關獎勵措施等支付標準之調整。
- 二、為先凝聚共識，本署於 109 年 11 月 6 日邀集台灣醫院協會、三層級醫院協會、醫師、牙醫師、藥師及護理師護士公會全國聯合會、急診醫學會、精神醫學會等 10 單位，就基本診療項目本署接獲之各界建議及本署調整草案，召開會前會議進行討論（會議紀錄如附件 1，頁次討 1-7~1-9）。除一般慢性精神病床住院照護費已達共識，其餘項目與會代表之意見（含以 108 年申報資料試算財務影響）及本署回應摘錄如下：

(一) 門診診察費：

1. 本署草案：

- (1) 醫院總額：調升一般及精神科合理量內門診診察費 10%（其中屬連續調劑 2 次以上且給藥日數 28 天以上慢連箋之門診診察費單價已高，故不調整），約增加 18.13 億點。
- (2) 西醫基層總額：調升第一階段門診診察費 5 點（其中屬連續調劑 2 次以上且給藥日數 28 天以上慢連箋之門診診察費單價已高，故不調整）；另調升內科專科醫師加成率至 9%，合計約增加 9.05 億點。

2. 諮詢會議與會代表意見：

- (1) 台灣醫學中心協會：「連續調劑 2 次以上且每次給藥天數 28 天以上之門診診察費」（以下稱慢連箋門診診察費）因減少病人再次就診，爰支付較高之門診診察費，且考量門診減量政策，建議醫院全部門診診察費同步按比率調升。醫院總額全部門診診察費皆加成 10%，約增加 30.13 億點。
- (2) 中華民國醫師公會全國聯合會：建議以病人為中心之概念調整支付標準，不應因醫師專科別而有不同，建議各專科醫師調整為相同加成率。西醫基層總額各專科醫師門診診察費皆加成 9%，約增加 28.07 億點（已逾西醫基層總額本項預算之 20.244 億元）。

3. 本署回應：

- (1) 查 90 年 10 月新增慢連箋門診診察費，其支付點數約為一般處方門診診察費之 2 倍，近年調整時，兩者亦維持相同點數差異，爰參考台灣醫學中心協會意見並考量預

算有限，醫院之慢連箋門診診察費酌予調升 3%。

- (2) 因西醫基層各專科加成率同步調升所需預算已超出西醫基層本項預算，故依總額公告之協定事項，先調升內科加成率至 9%，其餘科別俟來年總額預算編列情形再予調整；另考量總額間之衡平性，醫院總額內科門診診察費加成率亦調升 7%。

(二) 住院診察費：

1. 本署草案：調升除慢性病床外，其餘支付點數 5%，醫院總額約增加 9.03 億點。
2. 諮詢會議與會代表意見：台灣醫學中心協會表示，為鼓勵醫事人員投入急重難症及反應假日人力成本，建議假日基本診療項目（包含住院診察費、門診診察費、住院護理費、病房費）予以加成 30%；財務影響約增加 55.60 億點。
3. 本署回應：考量台灣醫學中心協會之建議財務衝擊過大，且急重難症之照護不限於假日，又 109 年 1 月甫調升一般病床、燒傷病床、加護病床、隔離病床、新生兒中重度、高危險妊娠等住院診察費 13.5%，爰暫不新增假日加成。

(三) 住院護理費：

1. 本署草案：調升除慢性病床外，其餘支付點數 5%，醫院總額約增加 14.04 億點。
2. 諮詢會議與會代表意見：中華民國護理師護士公會全國聯合會 109 年 11 月 9 日來函（[附件 2](#)，[頁次討 1-10~1-11](#)），建議加護病床護理費調升 10%、急診留觀床第一天/各類隔離病床護理費點數調升 50%，另經濟病床護理費點數調升至與急性一般病床相同；財務影響約增加 21.72 億點。
3. 本署回應：依協定事項本項預算優先用於急重症護理費，

又 109 年 1 月甫調升急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床等住院護理費 3%，爰維持本署草案。

(四) 藥事服務費：

1. 本署草案：藥局調升 6 點，其餘除特殊處方外之藥事服務費調升 10%，醫院總額約增加 10.13 億點，西醫基層總額約增加 7.96 億點，牙醫門診總額約增加 0.34 億點。
2. 諮詢會議與會代表意見：台灣醫院協會及中華民國醫師公會全國聯合會建議藥事服務費調升 2%；醫院總額約增加 2.10 億點、西醫基層 1.75 億點、牙醫總額 0.06 億點。
3. 本署回應：為配合醫藥分業政策，鼓勵處方箋釋出調劑，且考量近年診所及藥局之藥事服務費僅調整一次，爰維持本署草案。

(五) 急診診察費：

1. 本署草案：檢傷分類第三級由 606 點調升為 788 點（調幅 30%），醫院總額約增加 11.76 億點。
2. 諮詢會議與會代表意見：
  - (1) 社團法人台灣急診醫學會：建議 75 歲以上病人另加成 20%；財務影響約增加 0.6 億點。
  - (2) 台灣社區醫院協會：不分檢傷分類之急診診察費（01015C）支付點數，係以各級檢傷分類支付點數加權平均而訂，如調升檢傷分類第三級支付點數，建議應併同調整 01015C 支付點數；財務影響約增加 0.91 億點。
3. 本署回應：考量現已依檢傷分類訂有不同支付點數，暫不新增 75 歲以上者加成。另參考社區醫院協會意見並鑑於預算有限，以不超過原本署草案之財務影響，規劃檢傷分類

第三級及不分檢傷等 2 項急診診察費支付點數調升 28%。

三、綜上，擬具本項預算用於調整基本診療項目支付標準方案如下  
(財務影響係以 108 年申報資料試算)：

(一) 門診診察費：

1. 調整方式：

(1) 醫院總額：

甲、調升一般及精神科合理量內之門診診察費支付點數：

「連續調劑 2 次以上且每次給藥日數 28 天以上慢連箋」調升 3%，其餘門診診察費調升 10%。

乙、各層級內科門診診察費加成率均再調升 7%。

(2) 西醫基層總額：

甲、調升第一階段門診診察費 5 點(其中屬連續調劑 2 次以上且每次給藥日數 28 天以上慢連箋之門診診察費單價不調整)。

乙、內科專科醫師加成率由現行之 3.8% 調升至 9%。

2. 財務影響：

(1) 醫院總額：支付點數調升約增加 21.80 億點，再將各層級內科加成率調升 7% 約增加 9.11 億點，合計約增加 30.91 億點。

(2) 西醫基層總額：支付點數調升 5 點約增加 5.57 億點，再將內科專科醫師加成調升至 9% 約增加 3.49 億點，合計約增加 9.05 億點。

(二) 住院診察費：

1. 調整方式：調升除慢性病房以外之住院診察費 5%。

2. 財務影響：醫院總額約增加 9.03 億點。

(三) 住院護理費：

1. 調整方式：調升除慢性病房以外之住院護理費 5%。
2. 財務影響：醫院總額約增加 14.04 億點。

(四) 藥事服務費：

1. 調整方式：藥局調升 6 點，其餘除特殊處方外之藥事服務費調升 10%。
2. 財務影響：
  - (1) 醫院總額約增加 10.13 億點（含藥局 1.29 億點）。
  - (2) 西醫基層總額約增加 7.96 億點（含藥局 4.42 億點）。
  - (3) 牙醫門診總額約增加 0.34 億點（含藥局 0.31 億點）。

(五) 一般慢性精神病床住院照護費：

1. 調整方式：04001A（醫中、區域醫院適用）由 816 點調升至 922 點，04002B（地區醫院適用）由 714 點調升至 806 點。
2. 財務影響：醫院總額約增加 4.38 億點。

(六) 急診診察費：

1. 調整方式：00203B「檢傷分類第三級」由 606 點調升為 776 點、01015C「急診診察費」由 521 點調升為 667 點。
2. 財務影響：醫院總額約增加 11.69 億點。

四、上述各項調整，醫院總額約增加 80.18 億點，西醫基層總額約增加 17.02 億點，牙醫總額約增加 0.34 億點（詳附件 3，頁次討 1-12），研擬以各總額之醫療服務成本指數改變率預算支應。

擬辦：本案經討論後如獲同意，修正後支付標準如附件 4（詳頁次討 1-13~1-47），將依程序報請衛生福利部核定後公布實施。

「109 年醫院及西醫基層總額醫療服務成本指數改變率預算用於調整  
支付標準諮詢會議」會議紀錄

會議時間：109 年 11 月 6 日上午 9 點 30 分至 11 時 25 分

地點：衛生福利部中央健康保險署 18 樓禮堂

主席：吳副組長科屏

紀錄：鄧家佩

出席單位及代表：

台灣醫院協會	謝文輝、廖振成、陳瑞瑛
台灣醫學中心協會	李偉強、游進邦、黃雪玲
中華民國區域醫院協會	嚴玉華
台灣社區醫院協會	朱益宏、羅永達、王斯弘
中華民國醫師公會全國聯合會	黃啟嘉、黃振國、吳國治
中華民國牙醫師公會全國聯合會	林敬修
中華民國藥師公會全國聯合會	林憶君、陳智芳、李懿軒
中華民國護理師護士公會全國聯合會	劉淑芬、林綉珠、洪世欣
社團法人台灣急診醫學會	陳健驊、藍國徵
台灣精神醫學會	李新民、郭錫卿
本署醫務管理組	蔡翠珍、陳依婕、許博淇、 林毓芬、鄭碧恩

一、主席致詞：略。

二、討論事項(與會人員發言摘要)：

(一)門診診察費：

1. 台灣醫學中心協會：

健保署方案未調升「連續調劑 2 次以上且給藥天數 28 天以上之門診診察費」，惟是類診察費係因醫師開立慢連箋將減少病人再次就診，爰支付較高之門診診察費，且若不調整慢連箋之門診診察費，與門診減量政策相違背，建議全部門診診察費同步按比率調升。

2. 中華民國醫師公會全國聯合會：

- (1) 建議以病人為中心之概念調整支付標準，同病同酬，不應因醫師專科別而有不同，建議各專科醫師調為相同加成率。
- (2) 支付標準之調整應考量現行各類醫事人員之申報點數占率，調幅宜相近。

(3) 應長遠規劃並建立「最低合理工資概念」，並隨勞基法基本工資併同調升門診診察費。

(4) 健保會曾決議不依科別調整支付標準，內科專科醫師加成調升若通過，將違反健保會決議。

(二)住院診察費：

1. 台灣醫學中心協會：

為鼓勵醫事人員投入急重難症及反應假日人力成本，建議假日基本診療項目(包含住院診察費、門診診察費、住院護理費、病房費)予以加成 30%，如財務衝擊過大，可朝降低調幅研議。

2. 台灣社區醫院協會：

地區醫院假日門診加成係為鼓勵地區醫院假日開診，但病人住院不因假日而中斷，為反應人力成本而研議住院假日加成，其性質與地區醫院假日門診加成不同。

(三)住院護理費：

1. 中華民國護理師護士公會全國聯合會：

除健保署住院護理費調整方案外，建議增列加護病床護理費調升 10%、急診留觀床第一天/各類隔離病床護理費點數調升 50%，另經濟病床護理費點數調升至與急性一般病床相同。建請健保署會後提供上述調整各層級醫院之財務影響。

2. 台灣社區醫院協會：

若按中華民國護理師護士公會全國聯合會所提，由於地區醫院少有上述特殊病床，應考量地區醫院之衡平性酌予住院護理費加成。

(四)藥事服務費：

1. 中華民國藥師公會全國聯合會：

原建議將藥局之藥事服務費調升至與醫院相同，經意見交換後，建議採健保署方案，藥局調升 6 點，其餘調升 10%。

2. 台灣醫院協會：

健保署方案財務衝擊過大，將影響其他項目之調整幅度，且占本項預算之比率偏高，建議本項按原醫院協會方案，藥事服務費調升 2%，其餘項目同意本署調整方案。

3. 中華民國醫師公會全國聯合會：

請中華民國藥師公會全國聯合會提供社區藥局調劑相關數據供本案研議參考，若為反應藥師於防疫期間之貢獻，該會應爭取防疫基金支應；另本署方案藥事服務費調整之財務衝擊，占 109 年西醫基層本項預算達 40%，應符合比例原則，支持採台灣醫院協會方案之藥事服務費調升 2%。

4. 台灣社區醫院協會：

中華民國藥師公會全國聯合會函文建議藥事服務費調整方案，醫院總額財務衝擊為 6.51 億點(註：該數據為中華民國藥師公會全國聯合會內部之試算結果)，惟健保署藥事服務費調整方案醫院總額約增加 10.13 億點，有偏重藥事服務費之情形。

(五)一般慢性精神病床住院照護費：

1. 台灣精神醫學會：同意健保署方案，並請醫院代表支持。
2. 台灣社區醫院協會表達支持，另與會代表無人提反對意見。

(六)急診診察費：

1. 社團法人台灣急診醫學會：

同意健保署方案將檢傷分類第 3 級之急診診察費由 606 點調升為 788 點，惟建議 75 歲以上病人另加成 20%。

2. 台灣醫學中心協會：附議 75 歲以上病人另加成 20%。

3. 台灣社區醫院協會：

不分檢傷分類之 01015C「急診診察費」支付點數，係參採各級檢傷分類支付點數加權平均而訂，如調升第三級檢傷分類支付點數，建議應併同調整 01015C 支付點數。

三、會議決議：各界意見將留供本署研議修訂基本診療支付標準之參考。

四、臨時提案：無

五、散會：上午 11 時 25 分。

電子公文

檔 號：  
保存年限：

## 中華民國護理師護士公會全國聯合會 函

機關地址：103 台北市大同區承德路一段70-1號14樓  
承辦人：蔡淑媛  
電話：25502283#20  
傳真：25502249  
Email：shuyuan@nurse.org.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國109年11月9日  
發文字號：全聯護會靖字第0000109435號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：如文 (1024260\_0000109435\_Attach1.docx)

主旨：有關本會建議109年醫療成本指數改變率預算調整支付標準，修正建議如說明段，請查照惠覆。

說明：

- 一、有關109年醫療成本指數改變率預算調整支付標準，本會意見已於109年6月29日全聯護會靖字第109247號諒達。
- 二、依貴署於109年11月6日召開之「109年醫院及西醫基層總額醫療服務成本指數改變率預算用於調整支付標準諮詢會議」，針對住院護理費調整方式，貴署建議「慢性病房以外之住院護理費調升5%」，本會參考貴署提案及依協定事項用於調整急重難症及急重症護理費之原則，建議修正如下：
  - (一)慢性病房以外之住院護理費，除加護病床(含精神)護理費調升10%、隔離病床護理費調升50%、經濟病床(含精神)護理費比照急性一般病床外，餘住院護理費調升5%。
  - (二)另依本會原案，急診留觀床第一天護理費調升50%
- 三、請貴署提供本會建議修正案之醫院各層級增加點數及占率試算(如附件格式)供參。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：電子公文交換章  
2020/11/09 14:47:47

附件 108 年申報資料試算醫院總額各層級財務影響及占率

項目	調整內容	增加點數			醫院各層級占率		
		醫中	區域	地區	醫中	區域	地區
1.加護病床(含精神)護理費	調升 10%						
2.隔離病床護理費	調升 50%						
3.經濟病床(含精神)護理費	比照急性一般病床						
4.除上述 3 項及慢性病床外之住院護理費	調升 5%						
5.急診留觀床第一天護理費	調升 50%						

第 四 海

以108年申報資料試算醫院總額各層級財務影響(預算103.846億元)

單位：百萬點

項目	調整內容	醫院總額					醫院各層級占率		
		小計	增加點數			藥局	醫中	區域	地區
●藥事服務費	藥局調升6點，其餘調升10%	1,013.2	282.4	379.4	222.9	128.5	32%	43%	25%
●門診診察費	小計	3,091.2	829.4	1,180.3	1,081.5		27%	38%	35%
調升點數	連續調劑2次以上且每次給藥日數28天以上慢連箋調升3%，其餘調升10%(不含精神科合理量外診察費)	2,180.1	548.1	793.8	838.2		25%	36%	38%
內科加成	調升7%	911.1	281.3	386.5	243.4		31%	42%	27%
●住院護理費	點數調升5%(除慢性病床外，其餘病床)	1,403.8	576.8	593.1	233.9		41%	42%	17%
●住院診察費	點數調升5%(除慢性病床外，其餘病床)	903.0	352.2	387.2	163.6		39%	43%	18%
●慢性精神住院	一般慢性精神病床住院照護費 04001A(醫中、區域)調升106點 04002B(地區醫院)調升92點	437.7	3.8	153.1	280.8		1%	35%	64%
●急診診察費	00203B(檢傷分類第三級)及00105C(不分檢傷)調升28%	1,169.0	306.6	574.0	288.4		26%	49%	25%
<b>合計</b>		<b>8,017.9</b>	<b>2,351.1</b>	<b>3,267.2</b>	<b>2,271.1</b>	<b>128.5</b>	<b>30%</b>	<b>41%</b>	<b>29%</b>

以108年申報資料試算西醫基層總額之財務影響(預算20.244億元)

單位：百萬點

項目	調整內容	西醫基層總額		
		小計	診所	藥局
●藥事服務費	藥局調升6點，其餘調升10%	796.3	354.3	442.1
●門診診察費	小計	905.3	905.3	
調升點數	調升5點(除連續調劑2次以上且每次給藥日數28天以上之慢連箋，以及精神科合理量外診察費)	556.7	556.7	
內專加成	調升內科專科醫師加成由3.8%調至9%	348.6	348.6	
<b>合計</b>		<b>1,701.6</b>	<b>1,259.6</b>	<b>442.1</b>

以108年申報資料試算牙醫門診總額調整藥事服務費之財務影響

單位：百萬點

項目	調整內容	牙醫門診總額					
		小計	各層級財務影響				
●藥事服務費	藥局調升6點，其餘調升10%	33.6	1.1	1.2	0.4	0.1	30.8

## 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；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之二十。其他未註有兒童加成之診察費項目，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。

## 十一、西醫醫院門診診察費加成方式：

- (一)四歲(含)以下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~~二十三~~三十，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之~~四十三~~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、感染科及胸腔暨重症加護等科。
  - 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)：
  - 1.三歲以下兒童：不限科別各項門診診察費依表定點數加計百分之二十。
  - 2.四到六歲兒童：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)婦產科、外科、兒科及內科專科醫師加成方式(詳附表2.1.4~附表2.1.6)：
  - 1.婦產科、外科、兒科及內科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，其中婦產科及、外科及內科專科醫師加計百分之九、兒科專科醫師加計百分之三。~~內科專科醫師加計百分之三點八~~。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.加成專科別及門診診察費項目定義說明：
    - (1)外科：包括外科、整形外科、骨科、泌尿科、神經外科。

(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及01023C。

(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
	一般門診診察費					
	—醫院門診診察費(不含牙科門診)					
	1.醫學中心及區域醫院					
00154A	1)處方交付特約藥局調劑			v	v	<del>260</del> 286
00155A	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑			v	v	<del>287</del> 316
00156A	3)未開處方或處方由本院所自行調劑			v	v	<del>260</del> 286
00157A	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑			v	v	<del>265</del> 292
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			v	v	<del>505</del> 520
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			v	v	<del>483</del> 497
	2.地區醫院					
00101B	1)處方交付特約藥局調劑		v			<del>260</del> 286
00131B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v			<del>287</del> 316
00102B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		v			<del>260</del> 286
00132B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v			<del>265</del> 292
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		v			<del>505</del> 520
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		v			<del>483</del> 497
	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		v	v	v	<del>260</del> 286
00135B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	<del>287</del> 316
00106B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		v	v	v	<del>260</del> 286
00136B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	<del>265</del> 292
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		v	v	v	<del>505</del> 520
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		v	v	v	<del>483</del> 497

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
00107B	4.金門馬祖地區 1)處方交付特約藥局調劑		v	v	v	<del>262</del> 288
00137B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	<del>308</del> 339
00108B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		v	v	v	<del>262</del> 288
00138B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	<del>287</del> 316
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		v	v	v	<del>526</del> 542
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		v	v	v	<del>505</del> 520
00226B	5.地區醫院假日加計 地區醫院週六門診診察費加計		v			100
00227B	地區醫院週日及國定假日門診診察費加計		v			150
	註： 1.00226B 及 00227B 限地區醫院申報。 2.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之案件不得申報上述加計點數。 3.應於開診前至保險人健保資訊網服務系統 VPN 登錄開診資訊。 4.住院值班醫師不得為假日之門診看診醫師。					
	— 基層院所門診診察費					
00109C	1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分(≤40) 1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人次)	v				<del>358</del> 363
00223C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-40人次)	v				250
00197C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	v				<del>381</del> 386
00198C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-40人)	v				375
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人次)	v				<del>358</del> 363
00224C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-40人次)	v				250
00199C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	v				<del>356</del> 361
00200C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-40人)	v				350

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
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
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
	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
00141C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	√				275
00112C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	√				220
00142C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	√				250
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
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
	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
00143C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	√				215
00114C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	√				160
00144C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	√				190
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
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慢性病連續處方並交由本院所自行調劑	√				390
	4.每位醫師每日門診量超過八十人次，但在一百五十人次以下部分(81-150)					
00115C	1)處方交付特約藥局調劑	√				70
00145C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	√				125
00116C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	√				70
00146C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	√				100
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
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
	5.每位醫師每日門診量超過在一百五十人次部分(>150)					
00117C	1)處方交付特約藥局調劑	√				50
00147C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	√				105
00118C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	√				50
00148C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	√				80
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
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

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
	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)	v				358 363
00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50人)	v				352
00232C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	v				381 386
00233C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-50人)	v				375
00234C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	v				358 363
00235C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50人)	v				352
00236C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	v				356 361
00237C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-50人)	v				350
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	v				555
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	v				530
	(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	v				220
00206C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				275
00207C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				220
00208C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				250
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	v				475
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	v				450
	(3)每位醫師每日門診量超過七十人次，但在在一百五十人次以下部分(71-150)					
00211C	1)處方交付特約藥局調劑	v				160
00212C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				215
00213C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				160
00214C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				190
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	v				415
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交由本院所自行調劑	v				390
	(4)每位醫師每日門診量超過在一百五十人次部分(>150)					

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
00217C	1)處方交付特約藥局調劑	v				90
00218C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				145
00219C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				90
00220C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				120
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	v				345
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	v				320
	<p>註：1.以上第1至5點每月看診日數計算方式： 每月實際看診日數不足二十五日(不含二十五日)，應以實際看診日數計；每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日)，以二十五日計算合理量。</p> <p>2.第6點山地離島地區每月看診日數計算方式： 每月實際看診日數不足二十五日(不含二十五日)，應以實際看診日數計；每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日)，得以當月全月日數計。</p> <p>3.以上第1至6點限向衛生局登記為診所(不含中醫診所及牙醫診所)之特約醫事服務機構申報。</p> <p>4.處方交付特約藥局調劑或未開處方者，不得申報藥事服務費。</p> <p>5.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。</p> <p>6.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑申報。</p>					
	<p>7.本項支付點數含護理費29-39點。</p> <p>8.山地離島地區經總額受託單位與保險人共同協議認定之特殊地區院所得除外，以山地離島地區三十人次以下部分之支付點數申報。</p> <p>9.基層診所醫師診治病人後，應交付處方箋給病人，由病人自行選擇調劑之場所。</p>					

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	<p>急診診察費</p> <p>註：</p> <p>1.急診定義及適用範圍如附表2.1.1。</p> <p>2.本項支付點數含護理費46—73點。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>5.地區醫院得依表定點數加計百分之十九。</p> <p>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。</p> <p>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兒童者，得加計百分之五十。</p>	√	√			521 667
00201B	急診診察費(按檢傷分類)					
00201B	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		√	√	√	<del>606</del> 776
00204B	檢傷分類第四級		√	√	√	449
00225B	<p>檢傷分類第五級</p> <p>註：</p> <p>1.檢傷分類依衛生福利部規定。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>6.內含護理費比率為百分之三十二點零四。</p> <p>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。</p> <p>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兒童者，得加計百分之五十。</p>		√	√	√	390

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
	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		v	v	v	<del>280</del> 308
00178B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	<del>332</del> 365
01019B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		v	v	v	<del>280</del> 308
00179B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	<del>310</del> 341
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		v	v	v	<del>550</del> 567
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		v	v	v	<del>528</del> 544
	2.基層診所					
00238C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	v				<del>344</del> 349
00239C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-45人)	v				338
00240C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	v				<del>395</del> 400
00241C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-45人)	v				389
00242C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	v				<del>344</del> 349
00243C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-45人)	v				338
00244C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	v				<del>374</del> 379
00245C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-45人)	v				368
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	v				569
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	v				548
	—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	v	v	v	v	164
00187C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v	v	v	v	218
00188C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	v	164
00189C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v	v	v	v	196

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
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	v	v	v	v	436
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 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。	v	v	v	v	414
00228B 00229B	3.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑申報。 4.本項支付點數含護理費31-41點。 5.基層院所精神科門診診察費限向衛生局登記為診所(不含中醫診所及牙醫診所)之特約醫事服務機構申報。 6.基層院所精神科每月看診日數計算方式： 每月實際看診日數不足二十五日(不含二十五日)，應以日計；每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日)，得以當月全月日數計。 —地區醫院假日加計 地區醫院週六精神科門診診察費加計 地區醫院週日及國定假日精神科門診診察費加計 註： 1.00228B及00229B限地區醫院者申報。 2.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之案件不得申報上述加計點數。 3.應於開診前至保險人健保資訊網服務系統VPN登錄開診資訊。 4.住院值班醫師不得為假日之門診看診醫師。					100 150
01021C	精神科急診診察費 註： 1.精神科急診定義及範圍如附表2.1.1。 2.本項支付點數含護理費48-67點。 3.夜間(晚上十時至隔日早上六時)加成50%、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)加成20%，同時符合夜間及例假日者，則僅加成50%。 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成30%，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加成80%。 5.兒童加成項目。	v	v	v	v	901

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
	6.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數550點申報，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成20%規定。					
01023C	高危險早產兒特別門診診察費 註： 1.限出生時2000公克以下的早產兒於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.本支付點數含護理費49-65點。	v	v	v	v	<del>425</del> 468
01024C	山地離島地區醫療報酬 —山地離島地區醫師巡迴醫療費(半天)	v	v	v	v	1090
01027C	—山地離島地區護理人員巡迴醫療費(半天)	v	v	v	v	872
01033C	—山地離島地區藥事人員巡迴醫療費(半天)	v	v	v	v	872
01028C	—支援二、三、四級離島無醫師地區醫療費(一天) 註： 1.山地離島地區巡迴醫療每位醫師、藥事人員及護理人員每月以八次為限，每次以半天為單位。 2.申報01024C及01028C者，得另依規定申報醫療費。 3.相關規定請依「全民健康保險申請山地離島地區醫療報酬作業須知」辦理。	v	v	v	v	2180

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
01030D	<p>助產所產後檢查</p> <p>註：</p> <p>1.內容包括：產後恢復檢查、避孕指導、德國麻疹預防注射之諮詢及指導。</p> <p>2.原助產所接生之個案，每人每次產後一個月內得申報四次到宅產後檢查服務，各次產後檢查服務內容如下：</p> <p>(1)第一次檢查</p> <p>a.身體評估(囟門、頸部、肩膀、心跳、髖關節)、測量新生兒：體溫、呼吸、頭圍、身長、教導新生兒沐浴、臍帶護理。</p> <p>b.教導母乳哺餵方式、餵食注意事項(唇色變化、溢吐奶)、排氣技巧、測量產婦：體溫、呼吸、血壓、子宮收縮、子宮底高度、傷口評估、惡露評估、產後飲食衛教、家庭衛生環境評估。</p> <p>(2)第二次檢查</p> <p>第一次服務項目+黃疸評估、發奶及脹奶處理。</p> <p>(3)第三次檢查</p> <p>第一、二次服務項目+奶量評估、生理性脫水評估、新生兒體重測量、紅臀處理、分辨腹瀉及便秘差異及處理方式、回覆示教新生兒沐浴、臍帶護理。</p> <p>(4)第四次檢查</p> <p>第一、二、三次服務項目+新生兒預防注射注意事項、避孕措施、產後運動、回覆示教新生兒沐浴、臍帶護理、母乳哺餵技巧、溢吐奶處理、排氣技巧。</p>	v					320

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
01034B	辦理轉診費_回轉及下轉 -使用保險人電子轉診平台		v	v	v	500
01035B	-未使用保險人電子轉診平台 註： 1.適用對象： (1)回轉：醫院對收治之上轉病患，其病情穩定後，已無需於該院繼續接受治療，但仍需接受門診或住院相關醫療服務，經病患同意，轉回原診療或其他適當之特約院所。 (2)下轉：醫院對收治之病患，其病情穩定後，已無需於該院繼續接受治療，但仍需接受門診或住院相關醫療服務，經病患同意，轉診至特約類別較低層級之適當院所。 2.執行規範： (1)院所宜協助病患轉診就醫安排事宜，並應交付病患轉診單，提供接受轉診之院所必要之診療資訊，包含：保險對象基本資料、病歷摘要或處置情形、轉診目的、轉診單開立日期及有效期限、建議轉診之診療科別等，後續應確認該院所接受轉診。 (2)院所針對同一病患之轉診，應同院整合後辦理，不應分科分次轉出。 (3)執行前述及其餘轉診相關事宜，應依全民健康保險轉診實施辦法各項規定辦理。 3.支付規範： (1)院所除當次就醫之診察費外，可同時申報本項費用。 (2)下列情形不得申報本項費用： a.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件。 b.已申報「全民健康保險急診品質提升方案」轉診品質獎勵費用者。 c.已申報「全民健康保險急性後期整合照護計畫」轉出醫院轉銜作業獎勵費用者。		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
01036C	辦理轉診費_上轉 -使用保險人電子轉診平台	v	v	v	v	250
01037C	-未使用保險人電子轉診平台	v	v	v	v	200
<p>註：</p> <p>1.適用對象：院所對無法處理病情之病患，因醫療需要，經病患同意後，轉診至特約類別較高層級之適當醫院。</p> <p>2.執行規範：</p> <p>(1)院所宜協助病患轉診就醫安排事宜，並應交付病患轉診單，提供接受轉診之院所必要之診療資訊，包含：保險對象基本資料、病歷摘要或處置情形、轉診目的、轉診單開立日期及有效期限、建議轉診之診療科別等，後續應確認該院所接受轉診。</p> <p>(2)院所針對同一病患之轉診，應同院整合後辦理，不應分科分次轉出。</p> <p>(3)執行前述及其餘轉診相關事宜，應依全民健康保險轉診實施辦法各項規定辦理。</p> <p>3.支付規範：</p> <p>(1)院所除當次就醫之診察費外，可同時申報本項費用。</p> <p>(2)下列情形不得申報本項費用：</p> <p>a.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件。</p> <p>b.已申報「全民健康保險急診品質提升方案」轉診品質獎勵費用者。</p> <p>c.已申報「全民健康保險急性後期整合照護計畫」轉出醫院轉銜作業獎勵費用者。</p>						

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
01038C	<p>接受轉診門診診察費加算</p> <p>註：</p> <p>1.適用對象：接受申報01034B-01037C之轉診案件。</p> <p>2.執行規範：</p> <p>(1)院所應設置適當之設施及人員，為需要轉診之保險對象，提供適當就醫安排，並保留一定優先名額予轉診之病人。</p> <p>(2)接受轉診後，應依醫療法施行細則有關轉診之規定，將保險對象之初步診療處置情形，及後續診療疾病之相關檢查及處置結果，回復原轉診院所。</p> <p>(3)執行前述及其餘轉診相關事宜，應依全民健康保險轉診實施辦法各項規定辦理。</p> <p>3.支付規範：</p> <p>(1)申報本項費用者，當次就醫可同時申報門診診察費，且此次門診不列入院所原門診合理量計算。</p> <p>(2)下列情形不得申報本項費用：</p> <p>a.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件。</p> <p>b.屬全民健康保險轉診實施辦法第十一條所列之「視同轉診」情形者。</p> <p>c.已申報「全民健康保險急診品質提升方案」轉診品質獎勵費用者。</p> <p>d.已申報「全民健康保險急性後期整合照護計畫」承作醫院初評評估費者。</p>	v	v	v	v	200

### 附表 2.1.1 急診定義及適用範圍

- 一、急診定義：凡需立即給予患者緊急適當之處理，以拯救其生命、縮短其病程、保留其肢體或維持其功能者。
- 二、適用範圍如下：
  - (一) 急性腹瀉、嘔吐或脫水現象者。
  - (二) 急性腹痛、胸痛、頭痛、背痛(下背、腰協痛)、關節痛或牙痛、需要緊急處理以辨明病因者。
  - (三) 吐血、便血、鼻出血、咳血、溶血、血尿、陰道出血或急性外傷出血者。
  - (四) 急性中毒或急性過敏反應者。
  - (五) 突發性體溫不穩定者。
  - (六) 呼吸困難、喘鳴、口唇或指端發紺者。
  - (七) 意識不清、昏迷、痙攣或肢體運動功能失調者。
  - (八) 眼、耳、呼吸道、胃腸道、泌尿、生殖道異物存留或因體內病變導致阻塞者。
  - (九) 精神病患者有危及他人或自己之安全，或呈現精神疾病症狀須緊急處置者。
  - (十) 重大意外導致之急性傷害。
  - (十一) 應立即處理之法定或報告傳染病。
  - (十二) 生命徵象不穩定或其他可能造成生命危急症狀者。

## 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；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之二十。
- 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
02005B	住院會診費 註： 1.本項會診費，除急診期間外，每一保險對象每次住院最多限申報五次。 2.急診處暫留床病患，以申報一次為限。		V	V	V	<del>409</del> 429
02006K	一般病床住院診察費(天) 註： 1.經濟病床及急性精神病床比照申報。 2.留置急診處暫留床二日以上者，自第二天起比照申報。				V	<del>446</del> 468
02007A				V		<del>421</del> 442
02008B			V			<del>379</del> 398

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；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計百分之九十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之八十。		v	v	v	<del>764</del> <u>802</u>
02011K	加護病床住院診察費(天)				v	<del>1833</del> <u>1925</u>
02012A				v		<del>1647</del> <u>1729</u>
02013B	註：精神科加護病床、燒傷中心及骨髓移植隔離病床比照申報。		v			<del>1463</del> <u>1536</u>
02014K	隔離病床住院診察費(天)				v	<del>471</del> <u>495</u>
02015A				v		<del>440</del> <u>462</u>
02016B	註：核醫病床得比照申報。		v			<del>388</del> <u>407</u>
02017K	新生兒中重度住院診察費(天)				v	<del>780</del> <u>819</u>
02018A				v		<del>740</del> <u>777</u>
02019B	註：本項非兒童加成項目。		v			<del>676</del> <u>710</u>

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
02020B	緩和醫療家庭諮詢費 註： 1.適應症：以現行住院或急診重症病患，且已進入末期狀態者為主。 2.相關規範： (1)諮詢參與人員：包括主治醫療團隊、病患或病患家屬。 (2)諮詢時間：每一個案諮詢時間至少 1 小時。 (3)諮詢記錄：應有完整的諮詢溝通內容記錄，並應併入病患之病歷記錄留存，紀錄並有參與諮詢醫療團隊及病患或家屬簽名。 (4)申報規定： a.另已參與全民健康保險安寧共同照護試辦方案、住院安寧療護及居家安寧照護後，不得再申報。 b.每人每院限申報二次。		v	v	v	2250
02021K	慢性病床住院診察費(天)				v	393
02022A				v		371
02023B		v				334
02024B	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	<del>1422</del> <u>1493</u>

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
02025B	<p>出院準備及追蹤管理費</p> <p>註：</p> <p>1.醫事機構條件：須設有出院準備服務小組，定期召開會議，檢討、修訂出院照護計畫架構、流程等，並能具體解決問題，且記錄完整。</p> <p>2.服務項目：</p> <p>(1)出院準備服務計畫：提供營養、復健、用藥、後續門診追蹤、緊急就醫之醫療資源與途徑等資訊，提升病人及家屬居家自我照顧能力、提供生活適應訓練、社會經濟及心理層面諮詢等疾病相關之計畫及指導。</p> <p>(2)每位個案應進行一次以上之跨團隊溝通協調。</p> <p>(3)評估個案需求，協助轉介全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫社區醫療群、各類居家照護、全民健康保險居家醫療照護整合計畫、長照機構等後續照護資源。</p> <p>(4)提供電話專線諮詢服務。</p> <p>(5)出院後電訪追蹤至少一次。</p> <p>3.支付規範：</p> <p>(1)醫事服務機構應檢附計畫書(敘明收案對象及執行方式)及專業團隊名單向保險人分區業務組申請核備後執行。</p> <p>(2)每人每次住院得申請一次。</p> <p>4.品質監控指標：同一疾病三日內再急診比率(含跨院)、同一疾病十四日內非計畫性再住院率(含跨院)。</p>		v	v	v	1500
02027B	<p>器官移植協調管理費</p> <p>註：本項須併同下列器官摘取或移植手術之診療項目申報，不得單獨申報。</p> <p>(1)器官摘取：68034B、68038B、75021B、75022B、75419B、76018B、76019B、73050B。</p> <p>(2)器官移植：68035B、68037B、68047B、75020B、75418B、76020B、73049B。</p>		v	v	v	5000

### 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；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之二十。
- 九、本節註有「護理費加成」項目者，其加成之方式及申報規定：

(一)偏鄉醫院之加成：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「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」申請資格第一項、第二項之醫院。
- 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](http://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、年資未滿二年之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](http://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）。

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
03001K	急性一般病床(床/天) --病房費				v	598
03002A				v		532
03004B			v			532
03026K	--護理費				v	<del>752</del> 790
03027A				v		<del>663</del> 696
03029B			v			<del>623</del> 654
	註：護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。					
03005K	經濟病床(床/天) --病房費				v	336
03006A				v		302
03008B			v			302
03030K	--護理費				v	<del>316</del> 332
03031A				v		<del>279</del> 293
03033B			v			<del>217</del> 228
	註：1.指每一病室設四床(不含四床)以上之病床。 2.護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。					
03009K	嬰兒病床(床/天) --病房費				v	1187
03023A				v		1083
03024B			v			1083
03034K	--護理費				v	<del>2084</del> 2188
03035A				v		<del>1900</del> 1995
03036B			v			<del>1777</del> 1866

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
	<p>註：1. 指足月出生四個月內或早於三十五週出生之早產兒出生後矯正年齡五個月內之嬰兒(正常新生兒除外)因疾病而需特別觀察治療者，或因早產需要特別養育者，以入住時之年齡判定。</p> <p>2. 限無家屬照顧，二十四小時由醫護人員照顧者。</p> <p>3. 本項非兒童加成項目。</p> <p>4. 非註1之嬰兒住院者，以急性一般病床申報費用。</p>					
03055K	精神急性一般病床(床/天) --病房費				v	598
03056A				v		532
03057B			v			532
03058K	--護理費				v	<del>752</del> 790
03059A				v		<del>663</del> 696
03060B			v			<del>623</del> 654
	註：護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。					
03061K	精神急性經濟病床(床/天) --病房費				v	336
03062A				v		302
03063B			v			302
03064K	--護理費				v	<del>316</del> 332
03065A				v		<del>279</del> 293
03066B			v			<del>217</del> 228
	註：1. 指每一病室設四床(不含四床)以上之病床。 2. 護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。					
03067K	慢性病床(床/天) --病房費				v	336
03068A				v		302
03069B			v			302
03070K	--護理費				v	302

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
03071A				v		266
03072B			v			208
03014A	精神科加護病床(床/天) --病房費			v	v	1305
03025B			v			1305
03037A	--護理費			v	v	<del>1958</del> <u>2056</u>
03039B			v			<del>1812</del> <u>1903</u>
03016B	燒傷病房(床/天) --病房費		v	v	v	1246
03040B	--護理費		v	v	v	<del>1246</del> <u>1308</u>
03017A	燒傷加護病床(床/天) --病房費			v	v	6495
03041A	--護理費 註：1. C.V.P.處理費、矽砂床、監視器等費用已包括在所訂點數內，不得另計。 2.呼吸器、電擊、氧氣及C.V.P.置入等另按實際使用申報。 3.適應症：二度燒傷，燒傷面積成人大於全身20%，兒童大於10%；或三度燒傷，燒傷面積成人大於全身10%，兒童大於5%。 4.申報費用時應檢附病歷摘要，並保存病人入出院時皮表處理之彩色照片，以備審核。			v	v	<del>9742</del> <u>10229</u>
03073A	急診觀察床(床/天) --病房費(第一天)			v	v	367
03074B			v			306
03075A	--護理費(第一天)			v	v	<del>418</del> <u>439</u>
03076B			v			<del>348</del> <u>365</u>
03018A	--病房費(第二天起)			v	v	167
03019B			v			167
03042A	--護理費(第二天起)			v	v	<del>167</del> <u>175</u>

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
03043B			v			<del>144</del> <u>151</u>
	註：1.急診留觀或待床病人，入住滿六小時始得申報。 2.留置超過一日(二十四小時)者，比照住院病房費申報方式，依算進不算出原則計算。 3.僅作注射點滴、輸血或休息者，不予支付。 4.山地離島地區病患因故無法後送而須於衛生所(室)留觀者，依03019B及03074B「病床費」、03043B及03076B「護理費」申報。					
03020B	隔離病床(床/天) 1. 普通隔離病床 --病房費		v	v	v	960
03044B	--護理費		v	v	v	<del>960</del> <u>1008</u>
03021B	2. 正壓隔離病床 --病房費		v	v	v	1989
03045B	--護理費		v	v	v	<del>1989</del> <u>2088</u>
	註：指對免疫缺乏之重症患者，具有保護免於受外界感染源侵犯之特殊設計之病床。					
03051B	3. 負壓隔離病床 --病房費		v	v	v	1989
03052B	--護理費		v	v	v	<del>1989</del> <u>2088</u>
	註：指對患有具傳染性疾病之病人，能夠不讓其病源體散布於社區或醫院內之特殊設計之病床。					
03053B	核醫病床 --病房費		v	v	v	2236
03054B	--護理費		v	v	v	<del>1989</del> <u>2088</u>
	註：限行政院原子能委員會安全檢查及游離幅射測量合格之核醫病床申報					
03022K	骨髓移植隔離病床(床/天) --病房費				v	5337
03046K	--護理費				v	<del>8004</del> <u>8404</u>

編號	診療項目	丁 級	丙 級	乙 級	甲 級	支 付 點 數
03010E	加護病床 ICU (床/天)					
	--病房費				v	2852
03011F				v		2406
03012G			v			2406
03047E	--護理費				v	<del>4491</del>
03048F				v		<del>4716</del>
03049G			v			<del>3789</del>
						<del>3978</del>
						<del>2833</del>
						<del>2975</del>
	<p>註：1.監視器、C.V.P.處理費等已包括在所訂點數內，不得另計。</p> <p>2.呼吸器、電擊、氧氣、C.V.P.置入及顱內壓監視置入等另按實際使用申報。</p> <p>3.使用加護病床患者以下列為限：</p> <p>1)急性心肌梗塞患者，不穩定型心絞痛或狹心症患者。</p> <p>2)急性心臟衰竭、急性腎臟衰竭、急性肝臟衰竭患者。</p> <p>3)急性呼吸衰竭、呼吸窘迫、間歇性呼吸暫停或重度窒息需積極呼吸治療患者。</p> <p>4)手術後仍需輔助性治療或生命徵象不穩定者。</p> <p>5)危命性不整脈（含心搏暫停後）患者。</p> <p>6)休克患者。</p> <p>7)嚴重新陳代謝及電解質、水分不平衡患者或內分泌異常需加強監視患者。</p> <p>8)急性中毒性昏迷患者。</p> <p>9)肝硬化性肝昏迷患者。</p> <p>10)胸腔外科、心臟外科及神經外科術後患者需加強醫療者。</p> <p>11)腦中風、腦膜炎、腦炎等腦病變急性期，合併意識障礙或昏迷者。</p> <p>12)癲癇重積症患者。</p> <p>13)急性顱內壓增高危及生命者。</p> <p>14)急性腦幹病變者。</p> <p>15)敗血症或疑敗血症且生命徵象不穩定者。</p> <p>16)新生兒黃膽過高需換血者。</p> <p>17)出生體重低於一千五百公克之極度早產兒。</p> <p>18)其他危篤重症危及生命者。</p>					

編號	診療項目	丁 級	丙 級	乙 級	甲 級	支 付 點 數
	4.入住加護病房之患者如符合下列條件，應予轉出： 1)血液動力學值穩定者(生命徵象、中心靜脈壓、肺動脈楔壓、心輸出量···)。 2)脫離呼吸器。 3)病情穩定已不需使用特殊生理監測器者。 4)合併症已穩定控制者。 5)已脫離急性期不需加護醫療照護者。 6)家屬要求自動出院者。					

#### 第四節 精神科慢性病房住院照護費與日間住院治療費

通則：

- 一、精神科慢性病房應符合醫療機構設置標準之規定。
- 二、保險對象住精神科慢性病房，以入住一般慢性精神病床為原則，如一般慢性病床不敷供應，而願超等住院者，由保險對象自付其差額。
- 三、被保險人病房費之計算，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不予計算。
- 四、本節住院照護費、日間住院治療費所訂點數均已包括醫師診察費、病床費、護理費、精神醫療治療費及其他雜項成本，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，不得另外申報第二部第二章第五節之精神醫療治療費。
- 五、申報治療性院外適應治療者（04010A、04011B），每三個月不得超過二十天，並限由主治醫師評估開立醫囑後執行，且不得申報本節之其他項目。
- 六、精神科日間住院照護病患，因精神科相關疾病至同一院所就醫，其費用已包含在日間住院治療費內，不得另外申報其他費用；若因其他非精神科相關疾病至同一院所就醫之處置治療費，除通則四規定內含項目（如診察費、病床費、護理費等費用）外，得另核實申報。惟若醫療院所當日未申報精神科日間住院治療費（含日間全天及日間半天），仍得核實申報診察費、病床費、護理費等相關費用。

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
04001A	一般慢性精神病床住院照護費（床/天）			√	√	816
04002B			√			922 714 806
04004C	精神科日間住院治療費（日間全天） -成人	√	√	√	√	714
04012C	-6歲至15歲	√	√	√	√	795
04013C	-6歲以下 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。	√	√	√	√	877
04007C	精神科日間住院治療費（日間半天） -成人	√	√	√	√	357
04014C	-6歲至15歲	√	√	√	√	398
04015C	-6歲以下 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。	√	√	√	√	438
04010A	院外適應治療（天）			√	√	366
04011B			√			314

## 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；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之二十。(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。

編號	診療項目	特約藥局	基層院所		地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	
			醫師調劑	藥事調劑					
05201A	門診藥事服務費（醫院部分） —一般處方給藥(7天以內)  —慢性病處方給藥13天以內  —慢性病處方給藥14-27天  —慢性病處方給藥28天以上					v	v	<del>55</del> <u>61</u>	
05226B				v				<del>49</del> <u>54</u>	
05222A						v	v	<del>55</del> <u>61</u>	
05227B					v			<del>49</del> <u>54</u>	
05205A						v	v	<del>64</del> <u>70</u>	
05228B					v			<del>57</del> <u>63</u>	
05209A						v	v	<del>75</del> <u>83</u>	
05229B					v			<del>70</del> <u>77</u>	
05202B		門診藥事服務費（診所及藥局部分） 每人每日80件內 (山地離島地區每人每日100件內) —一般處方給付(7天以內)  —慢性病處方給藥13天以內  —慢性病處方給藥14-27天	v						<del>48</del> <u>54</u>
05203C					v				<del>33</del> <u>36</u>
05204D				v					<del>14</del> <u>15</u>
05223B				v					<del>48</del> <u>54</u>
05224C						v			<del>33</del> <u>36</u>
05225D					v				<del>14</del> <u>15</u>
05206B			v					<del>59</del> <u>65</u>	
05207C					v			<del>35</del> <u>39</u>	

編號	診療項目	特約藥局	基層院所		地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	
			醫師調劑	藥事調劑					
05208D	一慢性病處方給藥28天以上		v					24 26	
05210B		v						69 75	
05211C				v				45 50	
05212D			v					35 39	
05234D		門診藥事服務費(診所及藥局部分) 每人每日81-100件內 (山地離島地區每人每日101-120件內)	v		v				18 20
05213K		住院藥事服務費(天) —非單一劑量處方						v	51 56
05214A	—單一劑量處方						v	39 43	
05215B					v			35 39	
05216K							v	104 114	
05217A							v	90 99	
05218B						v		79 87	
		註： 1.精神科日間住院病患申報藥事服務費，應以該病患實際日間住院治療之日數為限；至院外適應治療期間，不得再申報本項費用。 2.留置急診處暫留床二日以上者，自第二天起比照申報。 3.精神科日間住院病患及留置急診處暫留床病患不得申報單一劑量藥事服務費。							
05219B	放射性藥品處方之藥事服務費(天) 註：凡設置核子醫學部或核醫科，使用放射性同位素(如口服I-131以及其他身體各部位之檢查所需之放射線製劑均屬之)，且調劑藥師具有放射性物質操作執照，於核醫科特殊配製環境內調配，				v	v	v	225	

編號	診療項目	特約藥局	基層院所		地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
			醫師調劑	藥事調劑				
	及申報本標準第二部第二章第一節第二十項核子醫學檢查一、「造影」所列項目(排除「26009B甲狀腺刺激素試驗」、「26049B核子斷層檢查術」、「26074C碘-131癌症追蹤檢查-施打Thyrogen」及「26078A鐳223治療處置費」四項)時，得申報本項。							
05220A	全靜脈營養注射劑處方之藥事服務費(TPN)(天) 註： 1.限設有經「台灣靜脈暨腸道營養學會」認定合格之「營養醫療小組」之特約醫院申報。 2.需為TPN處方，指含有胺基酸、碳水化合物、維生素及微量元素之重新混合注射劑，並於無菌環境中依無菌調配操作標準調配。 3.屬三合一營養注射劑之處方組合品項不得申報本項。				v	v		365
05221A	化學腫瘤藥品處方之藥事服務費(天) 註：在層流工作檯內操作或調配之化學腫瘤藥品〈係指所有細胞毒(cytotoxic)藥品針劑、非單一劑量包裝之口服細胞毒藥品及生物毒藥品類等〉者得申報本項，惟不包括藥廠製造之一般口服或外用化學腫瘤等，無需在層流工作檯調配之成品製劑者。				v	v		365
05235B	特殊輸注液處方藥事服務費(天) 註： 1.非重新組合之TPN混合注射劑僅添加少量微量元素或維生素者得申報本項。 2.須於無菌環境中調配。 3.本項適應症如下： 限水病患、透析病患、新生兒及小兒血液腫瘤科病患或其他經專業認定須自行調配特殊輸注液之個案，且無市售品項可供使用。				v	v	v	225