

Tw-DRGs 支付方案問答輯(3)-支付通則

目錄

- 1.公告 Tw-DRGs 之權重(RW)、標準給付額(SCR)、上(下)限臨界點、幾何平均住院天數、各醫院 CMI 值是否每年會重新計算及公告? 1
- 2.由門或急診當次轉住院之門、急診費用是否包含於當次 DRG 支付點數內? 1
- 3.個案實際醫療點數費用大於上限臨界點之邊際成本如何計算? 2
- 4.上限臨界點以 Tw-DRGs 支付定額計算之規定，可能導致相關加成率高之案件(例如兒童加成)，因此反而給付變少，設計原則有失公平。 3
- 5.同次住院期間，安胎後生產個案之 DRG 支付點數如何計算? 3
- 6.多胞胎生產是否可比照論病例計酬—雙胞胎以定額再加計一人之新生兒費用為界限，多胞胎類推之規定，外加多胞胎費用。 4
- 7.核實申報點數在認定是否有超過上限臨界點時，是不是可以併入實際醫療點數計算? 4
- 8.基本診療加成之認定方式及期間? 5
- 9.Tw-DRGs 中有關年齡-年及月齡(如兒童加成率-6個月)的計算規則? 5
- 10.基本診療加成率如何計算得之，地區醫院是否也可以加成? 6
- 11.兒童加成率的目的為何?如何計算得之? 7
- 12.支付通則規定的住院日 30 日如何計算?..... 7
- 13.不適用 Tw-DRGs 案件範圍有哪些?..... 8
- 14.不適用 Tw-DRGs 案件中，試辦計畫之操作型定義為何? 8
- 15.住院安寧療護案件之操作型定義為何? 9

16.住院過程中加入試辦計畫，後又離開該試辦計畫者，是否屬 Tw-DRGs 適用個案？.....	9
17.住院時為一般案件，後發現有肺結核需強制隔離治療，於隔離病房期間費用由疾病管制局支付，後再度由隔離病房轉至一般病房，此類案件是否屬 Tw-DRGs 適用個案？.....	9
18.如住院期間中間某幾天接受臨床試驗(其費用亦非健保支付)，其住院天數應如何計算？.....	9
19.請說明主診斷定義？.....	10
20.Tw-DRGs 支付制度第二章 Tw-DRGs 分類架構及原則通則五、(三)...若屬二個以上無權重 DRG 者依附表 7.1.11 流程圖順序認定，核實申報費用」之用意？.....	10
21.裝置「腹主動脈瘤支架暨輸送引導系統」之個案，原應屬 DRG 範圍暫以論量計酬方式申報乙項，所稱「腹主動脈瘤支架暨輸送引導系統」是指那些特材？.....	11
22.執行 2 項 DRG，是否可以選擇權重低的 DRG 申報？.....	11
23.次診斷為癌症及性態未明腫瘤之個案核實申報之化療藥品有那些項目？	12
24.得加計額外點數之新增全新功能類別特殊材料項目有那些？102 年新增之全新功能特材在 DRG 下可否額外加計點數(add on)?	12
25.次診斷為癌症及性態未明腫瘤之個案核實申報化療費用之處置碼申報方式？.....	12
26.單一特材因使用數量不同，造成同一 DRG 下費用差異大或同功能類別特材單價差異大，占總費用比率高，造成部分使用單價高之病人其支付不足，如何處理?.....	13

- 27.支付通則六之(三)規定-「年齡小於 18 歲之先天性疾病個案，超過上限臨
界點之實際醫療服務點數全數支付」，假設個案之定額高於上限臨界點
時如何計算？..... 13
- 28.實際醫療服務點數高於點數上限臨界點之計算方式為何?.....14
- 29.「DRG 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」第四點（二）
1 之（2）規範實際醫療服務點數小於 DRG 定額不得加計額外點數，且不得
向病患收取費用，假設實際醫療服務點數等於定額如何處理？..... 14
- 30.參加「孕產婦照護品質確保及諮詢服務計畫」個案，其試辦計畫之管理
照護費與生產之醫療服務點數如何申報？..... 14
- 31.實際醫療服務點數高於上限臨界點，且 Tw-DRGs 支付定額高於上限臨
界點及等於實際醫療服點數時應如何申報？..... 15
- 32.「DRG 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」四（二）2 之
（2）規定以實際醫療服務點數計算額外加計點數，假設實際醫療服務點
數等於上限臨界點，且大於 DRG 定額時，其額外加計之特材點數應如何
計算及申報？..... 15
- 33.通則六、(六)所列各項得另行核實申報項目如：多胞胎新生兒費、特定
範圍生物製劑、化(放)療、呼吸器及洗腎點數等，是否可以選擇部份醫令
數採核實申報或部份含於 DRG 定額內申報？（例如住院中總共洗腎 3
次，其中 1 次含於 DRG 定額內，另 2 次採核實申報。）..... 15
- 34.手術中使用呼吸器之個案，於手術後轉至恢復室或病房續用呼吸器小於
48 小時者，此類案件使用呼吸器之費用可以核實申報嗎？..... 16
- 35.「DRG 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」之四之(一)
「使用第一類新特殊材料之個案暫以論量計酬方式申報」之新增全新功
能類別特殊材料項目有那些？..... 16
- 36.參加「全民健康保險急診品質提升方案」個案，其方案之品質獎勵金與
DRG 案件醫療服務點數如何申報？..... 17

37.有關符合「DRG 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」得加計額外點數之新增全新功能類別特殊材料，於申報加計額外點數時，醫令代碼「H00021-22、H00031-32」得否含特材管理費？	17
38.DRGs 實施後，是否可另外向民眾收取新增之新功能類別特殊材料費用？	17
39.使用人工血管接環（特材代碼：FHP41V1017VW）」之主動脈剝離（主動脈瘤）重建手術之案例，是否可採論量計酬方式申報？	18
40.自行要求剖腹產之 RW 如何計算所得？是否得加計各項加成率？	18
41.IABP(Intraaortic balloon pump)手術之住院案件是否排除於 DRG 範圍？.	19
42.支付通則六之第（六）-6.生物製劑之藥品範圍為何？	19
43.不適用 DRG 案件「複雜性多重骨盆腔器官脫垂，須同時施行骨盆腔多器官重建手術之個案」之操作型定義為何？	20
44.安胎個案因安胎不成功而流產，其安胎期間費用是否可比照安胎後生產個案採核實申報？	20
45.有關原應屬 Tw-DRGs 範圍案件，因接受「醫療科技評估（以下稱 HTA）期間或已完成 HTA 評估後不同意納入健保給付」之診療項目者排除 Tw-DRGs 範圍。	20
46.新增診療項目無替代既有項目之申報方式	20
47.出院準備及追蹤管理費之申報方式	21
48. DRG 案件使用自費特材，未依規定申報被替代健保給付特材品項之處理方式？	21
49.矯正機關收容對象戒護外醫住院案件之申報方式？.....	22

問題	保險人說明
<p>1.公告 Tw-DRGs 之權重(RW)、標準給付額(SCR)、上(下)限臨界點、幾何平均住院天數是否每年會重新計算及公告？</p>	<p>1.RW 部分：</p> <p>(1)99 年至 102 年適用之權重、上/下限臨界點、幾何平均住院日，因為避免不同 MDC 導入年度差異，導致上述參數有系統性的計算誤差，經 99.11.11 召開之 99 年度第 3 次全民健康保險醫療給付協議會議討論，於 DRG 全部導入後適當時機，整體重新計算，導入過程中維持以 97 年申報資料進行統計。</p> <p>(2)103 年起適用之參數：依 102 年度第 6 次(102 年 12 月 19 日)「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議決議，103 年起適用之 RW、SCR、醫療服務點數上限臨界點、醫療服務點數下限臨界點等相關計算參數修訂為依前一年(101)醫療服務點數計算，並於次年(103)年適用。</p> <p>2.標準給付額：每年依時間遞延依序，按通則規定-「實施前後總點數中平原則」及「超過上限臨界點之支付點數占總 Tw-DRGs 支付點數之 5.1%原則」之原則重新計算，例如目前 103 年採 101 年住院申報資料計算，同時校正 101 年、102 年期間支付標準調整內容。</p>
<p>2.由門或急診當次轉住院之門、急診費用是否包含於當次 DRG 支付點數內？</p>	<p>1.依 Tw-DRGs 支付通則二：各 Tw-DRGs 之給付，已包含當次住院屬本標準及全民健康保險藥物給付項目及支付標準所訂各項相關費用，特約醫療院所不得將屬當次住院範圍之相關費用移轉至門診或急診申報，或採分次住院，或除病患同意使用符合「全</p>

問題	保險人說明
	<p>民健康保險保險醫事服務機構收取自費特材費用規範」規定之特材外，另行向保險對象收取給付範圍費用，違反本項規定者，整筆醫療費用不予支付。</p> <p>2. 考量由急診轉住院之個案，其主要處置項目大部分在急診已完成，如未包括急診費用，恐低估 DRG 之醫療費用，本署經與專科醫學會溝通並經與醫界協商，本署計算 DRG 參數(如相對權重、標準給付額)時，按當次住院申報資料進行統計，並包含當次由急診轉住院之急診費用。</p>
<p>3. 個案實際醫療點數費用大於上限臨界點之邊際成本如何計算？</p>	<p>「實際醫療服務點數」大於「上限臨界點」者，依規定加計邊際成本。在實際醫療服務點數大於上限臨界點的前題下，與「Tw-DRGs 支付定額」有下列三種情況，其邊際成本計算方式一併說明如下：</p> <p>1. Tw-DRGs 支付定額 < 上限臨界點 < 實際醫療服務點數：邊際成本 = (實際醫療服務點數 - 上限臨界點) × 80%。(18 歲以下先天性疾病或領有重大傷病之腦性麻痺個案則全額支付不折付)</p> <p>2. 上限臨界點 < DRG 支付定額 < 實際醫療點數：邊際成本 = (實際醫療服務點數 - Tw-DRG 支付定額) × 80%。(18 歲以下先天性疾病或領有重大傷病之腦性麻痺個案則全額支付不折付)</p> <p>3. 上限臨界點 < 實際醫療點數 < DRG 支付定額：由於 Tw-DRG 支付定額大於實際醫療服務點數，邊際成本為 0。</p>

問題	保險人說明
<p>4. 上限臨界點以 Tw-DRGs 支付定額計算之規定，可能導致相關加成率高之案件(例如兒童加成)，因此反而給付變少，設計原則有失公平。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 依 Tw-DRGs 支付通則六之(三)規定，「當實際醫療點數高於點數上限臨界點，且 Tw-DRGs 支付定額高於上限臨界點，上限臨界點應以 Tw-DRGs 支付定額計算」。 2. 部分個案發生 Tw-DRGs 支付定額高於上限臨界點，主要是因為該 DRG 的醫療費用分布非常集中-中位數、眾數及 91 百分位相當接近，所以適用加成條件的個案，在計算各加成項目後的 Tw-DRGs 支付定額極可能大於上限臨界點。 3. 上限臨界點之例外計算規定係為避免 Tw-DRGs 支付定額及上限臨界點間的點數重複計算，並無給付變少的情形。
<p>5. 同次住院期間，安胎後生產個案之 DRG 支付點數如何計算？</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 按 DRG 支付方式之精神，其支付範圍是包括該 DRG 個案同一住院期間，醫院提供醫療服務之實際點數。因考量同次住院期間安胎及生產個案，其安胎期間可能很長，為免影響孕婦住院安胎之權益，本署於 Tw-DRGs 第一章支付通則六之(四)增列，「同次住院期間之安胎費用不併入生產相關 DRG，俟所屬 MDC 導入時按其適當 DRG 申報及支付」。 2. 因上述修訂，本署已將生產相關 DRG 中將同次住院安胎個案回歸適當 DRG，並重新計算相關 DRG 之權重、SPR、上下限臨界點、幾何平均住院日數，安胎費用得核實申報。

問題	保險人說明
<p>6.多胞胎生產是否可比照論病例計酬—雙胞胎以定額再加計一人之新生兒費用為界限，多胞胎類推之規定，外加多胞胎費用。</p>	<p>1.考量現行論病例計酬多胞胎第 2 胎以上(含)之新生兒照護費採核實申報，DRG(3.4 版)已於 Tw-DRGs 第一章支付通則六之(四)增列「生產 DRG 之權重僅計算當次產婦及一人次新生兒費用，新生兒如為雙胞胎以上得另計一人次新生兒費(多胞胎類推)。」之規定。</p> <p>2.為使申報資料正確，對於上述核實申報之多胞胎新生兒照護費，於住院醫療服務點數清單將增加檢核邏輯-必須是 MDC14(妊娠、生產與產褥期)且同時申報醫令碼 57114C(自然生產新生兒照護/每人次)、57115C(剖腹產新生兒照護/每人次)、57116B(嬰兒室繼續治療照護費/天)。</p>
<p>7.核實申報點數在認定是否有超過上限臨界點時，是不是可以併入實際醫療點數計算？</p>	<p>1.按 Tw-DRGs 第一章支付通則六規範，核實申報項目包括多胞胎(第 2 胎以上)之新生兒費、第 1 年導入期間同次住院期間之安胎費用、個案使用化(放)療之診療及藥費、呼吸器、洗腎費用、特定範圍生物製劑等項，其核實申報點數不含於 DRG 支付點數，其點數亦不得計入本通則六所稱實際醫療服務點數計算。</p> <p>2.案例(1)有合併症/併發生之剖腹生產(雙胞胎)，DRG370，上限臨界點為 40,896，該產婦 DRG 申報點數為 36,500 點，雙胞胎另計 1 人新生兒照護費為 4,000 點，此個案判斷上限臨界點之實際醫療點數為 36,500 點(非 36,500 點+4,000 點)未超過上限臨界</p>

問題	保險人說明
	<p>點，不支付超過上限臨界點之邊際成本；案例（2）顱骨切開術，創傷除外，年齡大於等於 18 歲，有合併症或併發症，DRG00101，上限臨界點為 352,959，該病患 DRG 之實際醫療點數為 327,342 點，另有得核實申報之洗腎費用為 41,800 點，此個案判斷上限臨界點之實際醫療點數為 327,342 點(非 327,342 點+41,800 點) 未超過上限臨界點，不支付超過上限臨界點之邊際成本。</p>
<p>8.基本診療加成之認定方式及期間？</p>	<p>1.Tw-DRGs 第一章支付通則六(二)之 2，各層級之認定方式如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 醫學中心為特約類別「1」。 (2) 區域醫院為特約類別「2」。 (3) 地區醫院為特約類別「3」且評鑑別為下列任一項者「06、08、31~38、40~42」。 <p>2.適用期間：以評鑑生效月計算，例如某醫院新制評鑑之評鑑生效為 99 年 1 月 1 日，則 99 年 1 月起醫療費用適用新制醫院評鑑之加成率，至下次評鑑生效月前一個月。</p>
<p>9.Tw-DRGs 中有關年齡-年及月齡(如兒童加成率-6 個月)的計算規則？</p>	<p>Tw-DRGs 第二章 Tw-DRGs 分類架構及原則，通則六規定：</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. 月齡的計算方式：採「入院年月」減「出生年月」計算。 2. 年齡的計算方式：採「入院年月」減「出生年月」，計算後取其「年」，若「月」為負值，則

問題	保險人說明
	<p>「年」減1。</p> <p>3. 出生天數：MDC15之出生天數以「入院日」減「出生日」計算。</p>
<p>10.基本診療加成率如何計算得之，地區醫院是否也可以加成？</p>	<p>1. 由申報資料統計基本診療加成率：</p> <p>(1) 計算各DRG 權重之資料，有關基本診療項目支付點數係以地區醫院支付標準校正後計算得之，即醫學中心、區域醫院、地區教學醫院及新制醫院評鑑優等地區醫院之基本診療醫令，以地區醫院點數校正。</p> <p>(2) 現行支付標準中基本診療項目之病房費、護理費、藥事服務費等支付項目，因醫院設置基準、評鑑標準對各層級人力及設備的要求不同，層級間的支付點數有所區別。</p> <p>(3) 上述計算權重時已按地區醫院支付標準計算，因此在此計算DRG 支付點數時必須以基本診療加成反映現有支付標準層級間的差異。</p> <p>(4) 基本診療加成率計算公式：依資料期間年底的特約類別調整之醫療服務點數/依地區醫院支付標準校正後的醫療點數-1。</p> <p>2. 為逐步落實同病同酬，朝向縮小層級間基本診療支付點數的方向努力，同意擴大基本診療加成對象及加成率，將地區教學醫院的基本診療加成率由3.2%調整為5%，地區醫院由0%調整為5%。因調整基本診療加成率所增加點數由各年度醫院總額</p>

問題	保險人說明
	- 「推動及鼓勵 DRG」之專款及醫院總額一般部門之點值反映。
11. 兒童加成率的目的為何？如何計算得之？	<p>1. 兒童加成係反映支付標準兒童加成規定及為提昇對兒童之照顧、保障兒童於 Tw-DRGs 實施後各段年齡總體成長 15%：現行支付標準考量臨床上兒童診療的困難度，在急診、檢驗、處置、手術、麻醉等章節，按小於 6 個月、6 個月至 2 歲，2 歲至 6 歲兒童設計不同的加成率，所以由 DRG 支付定額加計加成率，係反映支付標準兒童加成的規定。</p> <p>2. 為提昇對兒童之照顧，每年於醫院總額協商時協定調整與鼓勵推動 DRG 的預算，以支應保障兒童總體成長所需預算，加成適用各層級醫院收治之兒童加成。</p> <p>3. 計算公式：</p> <p>(1) 反映支付標準兒童加成規定部分(不含 MDC15)：(各段年齡層的醫療點數總合/各段年齡層 DRG 平均費用的總合)-1。</p> <p>(2) 保障兒童於 DRG 實施後各段年齡總體成長至 15% 部分(含 MDC15)：各段兒童年齡層的醫療點數*1.15=各段兒童年齡層導入後 DRG 支付點數。</p> <p>(3) MDC15 各段兒童年齡層加成率=上述(2)之成長率-(1)之成長率。</p>
12. 支付通則規定的住院日 30 日如	Tw-DRGs 第一章支付通則三規定「住院日超過 30 日

問題	保險人說明
何計算?	<p>之案件」不適用 Tw-DRGs 之個案，其認定方式為歸戶後同一住院人次之急性病床天數+慢性病床天數>30 天者。</p> <p>例如：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 住院日 9 月 1 日(9 月有 30 天)，出院日 10 月 1 日，急性病床天數 30 天，屬 Tw-DRGs 適用範圍。 2. 住院日 10 月 1 日(10 月有 31 日)，出院日 11 月 1 日，急性病床天數 31 天，此個案住院日超過 30 日，不屬 Tw-DRGs 適用範圍。 3. 住院日 9 月 1 日，出院日 10 月 5 日，急性病床天數 21 天，慢性病床天數 13 天，總住院天數 34 日，此個案住院日超過 30 日，不屬 Tw-DRGs 適用範圍。
13.不適用 Tw-DRGs 案件範圍有哪些?	<p>考量重症疾病病情較複雜與不穩定，醫療資源耗用大、支付較高點數，不納入 DRG 範圍內，如癌症、精神病患、血友病、愛滋病、罕見疾病、住院天數超過 30 天者、使用 ECMO 個案、臟器移植併發症及後續住院、安寧療護、使用主動脈氣球幫浦個案、高危險生產個案、同時施行骨盆腔多器官重建手術個案，死亡及病危自動出院之個案。</p>
14.不適用 Tw-DRGs 案件中，試辦計畫之操作型定義為何?	<p>特約醫事機構住院醫療費用點數申報格式-點數清單段項次 ID-d102 「不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記」6，已說明試辦計畫為給付類別 9(呼吸照護)、A (安寧療護)、M(B、C 型肝炎治療試辦計畫)、D(週產期論人</p>

問題	保險人說明
	支付制度試辦計畫)、d111 試辦計畫：1 (提升急性後期照護品質試辦計畫) 或病患來源 N、C、R(乳癌試辦計畫)者。
15.住院安寧療護案件之操作型定義為何？	<ol style="list-style-type: none"> 1. 住院安寧療護個案，即申報支付標準第二部第一章第八節之個案，原為試辦計畫，98年9月納入支付標準並按日定額支付，仍排除於 DRG 範圍。 2. 此類個案為「特約醫事機構住院醫療費用點數申報格式」項次 11 給付類別「A」及 13 案件分類「6」安寧療護案件。
16.住院過程中加入試辦計畫，後又離開該試辦計畫者，是否屬 Tw-DRGs 適用個案？	<ol style="list-style-type: none"> 1.按 Tw-DRGs 第一章支付通則三所列不適用條件係包含同次住院之範圍，又本通則三(五)已排除試辦計畫個案，若住院後轉安寧病房係為同次住院，即使後來離開試辦計畫，亦不列入 Tw-DRGs 範圍。 2.DRG 係涵蓋一住院人次，同一住院人次中涉試辦計畫案件者即為 Tw-DRGs 排除案件。
17.住院時為一般案件，後發現有肺結核需強制隔離治療，於隔離病房期間費用由疾病管制局支付，後再度由隔離病房轉至一般病房，此類案件是否屬 Tw-DRGs 適用個案？	當次住院過程中若涉強制住院，整筆費用中有部分費用由政府編列預算補助者，因拆分後即不是完整住院費用，不列入 Tw-DRGs 適用範圍。
18.如住院期間中間某幾天接受臨床試驗(其費用亦非健保支	臨床試驗項目應為不得另行計費，臨床試驗期間之其他醫療費用是否為保險給付或因為臨床試驗而不給

問題	保險人說明
付)，其住院天數應如何計算？	付，二者不易明確切割，故整件案件仍應依 Tw-DRGs 通則認定，住院日數部分不另排除。
19.請說明主診斷定義？	<p>1.按 Tw-DRGs 第二章 Tw-DRGs 分類架構及原則之通則三規定，主診斷之定義為「經研判後，被確定為引起病人此次住院醫療主要原因，引起病人此次住院醫療之多重診斷，得擇取醫療資源耗用高者為主要診斷」，其主診斷之選取是指當有多個診斷均可當主診斷時，得擇取資源耗用較大者為主診斷。</p> <p>2.例如患者在入院時存在癌症，如此次入院不是進行癌症治療，即不是引起病人此次住院醫療之診斷，不得為主診斷。</p>
20.Tw-DRGs 支付制度第二章 Tw-DRGs 分類架構及原則通則五、(三)...若屬二個以上無權重 DRG 者依附表 7.1.11 流程圖順序認定，核實申報費用」之用意？	<p>通則五、(三)規定「其他若出現符合二個以上 Tw-DRGs 條件者，Tw-DRGs 編審結果得以權重高者申報，若其中任一項無權重者，以該個案點數除以全國平均點數，所得值大於等於其他 Tw-DRGs 權重者，歸類於無權重之 Tw-DRGs，若屬二個以上無權重 DRG 者依附表 7.1.11 流程圖順序認定，核實申報費用；所得值小於其他 Tw-DRG 權重者，歸類於該有權重之 Tw-DRGs」，其中若屬二個以上無權重 DRG 者依附表 7.1.11 流程圖順序認定，核實申報費用，係為同時符合有權重及無權重的二個以上 Tw-DRGs 條件時，DRG 落點的優先順序：例如</p> <p>1.情況一：若出現符合有權重及無權重各乙個以上(含)Tw-DRGs 條件時，以計算後權重大者為 DRG</p>

問題	保險人說明
	<p>落點。</p> <p>2.情況二：若出現二個(含)DRG 落點均為無權重者，則以附表 7.1.11 流程圖中無權重 DRG 項目之順序認定。</p>
<p>21.裝置「腹主動脈瘤支架暨輸送引導系統」之個案，原應屬 DRG 範圍暫以論量計酬方式申報乙項，所稱「腹主動脈瘤支架暨輸送引導系統」是指那些特材？</p>	<p>1.99 年 2 月 1 日起納入本保險給付之「腹主動脈瘤支架暨輸送引導系統」之特材代碼範圍，參閱本署全球資訊網/DRG 住院診斷關聯群支付制度專區/「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第七部全民健康保險住院診斷關聯群/全新功能類別特殊材料項目。</p> <p>2.個案當次住院期間使用上述特材時，其 DRG 落點雖屬第 1 年 DRG 項目，惟該特材取代傳統之腹主動脈瘤手術，臨床醫療型態改變，暫以論量計酬方式申報，俟實施一段時間，有完整申報資料後，將恢復以 DRG 方式申報。</p>
<p>22.執行 2 項 DRG，是否可以選擇權重低的 DRG 申報？</p>	<p>1.按 Tw-DRGs 第二章分類架構及原則五之(三)規定，其他若出現符合二個以上 Tw-DRGs 條件者，Tw-DRGs 編審結果得以權重高者申報。就其意旨是支付醫院最高的支付點數(權重高時原則上支付點數高)，所以 DRG 編審系統的最後、惟一的落點採權重高者。</p> <p>2.個案有 2 個以上 DRG 落點，如屬個案情況，已導入且權重低的 DRG 項目，反而可申報較高的 DRG 支付點數，目前已可由「補報」方式進行申報。</p>

問題	保險人說明
23.次診斷為癌症及性態未明腫瘤之個案核實申報之化療藥品有那些項目？	<p>依據 99.11.11 全民健康保險醫療給付協議會議確認之化療個案核實申報之化療藥品項目，包括：</p> <p>1.ATC 碼前 3 碼為 L01(ANTINEOPLASTIC AGENTS)、L02(ENDOCRINE THERAPY)之健保支付品項。</p> <p>2.上述品項以外項目如附表 1。</p>
24.得加計額外點數之新增全新功能類別特殊材料項目有那些？	<p>依據「DRG 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」規定，得加計額外點數之新增全新功能類別特殊材料項目，請參閱本署全球資訊網/DRG 住院診斷關聯群支付制度專區/「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第七部全民健康保險住院診斷關聯群/全新功能類別特殊材料項目。</p>
25.次診斷為癌症及性態未明腫瘤之個案核實申報化療費用之處置碼申報方式？	<p>1.按 Tw-DRGs 第一章支付通則六、(六)之 4 規定，次診斷為癌症及性態未明腫瘤之個案核實申報化療費用，應符合下列三項要件：</p> <p>(1)次診斷為癌症或性態未明腫瘤（癌症及性態未明腫瘤之個案之診斷碼詳支付通則）。</p> <p>(2)處置碼為化療、荷爾蒙療法（處置碼詳支付通則）。</p> <p>(3)核實申報項目：支付標準醫令代碼為 37005B、37025B、37031B~37041B（口服化療藥除外），或個案使用之化療藥品。</p> <p>2.但礙於疾病編碼原則，病患使用化療注射劑及荷爾蒙注射劑應編處置碼，於費用申報時，化療注射劑</p>

問題	保險人說明
	<p>將檢核次診斷、處置碼及醫令代碼（KC00756252 及 KC00757255 只檢核次診斷），荷爾蒙注射劑檢核次診斷碼及處置碼，如為一般錠劑膠囊劑、內服液劑、外用噴霧劑之化療藥品，則檢核次診斷及醫令代碼。</p>
<p>26.單一特材因使用數量不同，造成同一 DRG 下費用差異大或同功能類別特材單價差異大，占總費用比率高，造成部分使用單價高之病人其支付不足，如何處理？</p>	<p>考量部分特材占醫療費用比率高且價差大、使用數量不一，增加得另行核實申報不含於 DRG 支付點數之特材項目如下十大類，核價類別詳支付通則，品項代碼公布本署網站 DRG 專區。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.脊椎固定系統。 2.血管氣球擴張導管、血管支架。 3.心律調節器、去顫器等心內裝置。 4.心臟電燒導管。 5.人工電子耳。 6.白金線圈。 7.血栓清除裝置。 8.液態栓塞系統。 9.壓力偵測組。 10.心室中膈缺損關閉器。
<p>27.支付通則六之(三)規定-「年齡小於 18 歲之先天性疾病個案，超過上限臨界點之實際醫療服務點數全數支付」，假設個案之定額高於上限臨界點時如何</p>	<p>1.個案之實際醫療點數高於上限臨界點時，本署支付 80%的邊際成本。由於醫院反映 18 歲之先天性疾病個案或領有重大傷病之腦性麻痺個案之病情複雜，經本署與醫界代表協商，此類個案超過上限臨界點之實際醫療服務點數全數支付。</p>

問題	保險人說明
計算？	2.對於個案之 Tw-DRGs 支付定額高於上限臨界點時，應依支付通則六、(三)之 2「實際醫療服務點數高於點數上限臨界點，且 Tw-DRGs 支付定額高於上限臨界點但低於實際醫療服務點數之個案，上限臨界點以 Tw-DRGs 支付定額計算；實際醫療服務點數高於點數上限臨界點，惟 Tw-DRGs 支付定額高於實際醫療服務點數之個案，不得計算超過上限臨界點支付點數。」，以不重複支付之規定辦理。
28.實際醫療服務點數高於點數上限臨界點之計算方式為何？	1.年齡小於 18 歲之先天性疾病個案領有重大傷病之腦性麻痺個案，超過上限臨界點之實際醫療服務點數全額支付。 2.上述以外之個案，超過上限之醫療點數仍支付八成。考量 DRG 再分類之限制，增加經醫院認定係個案病情複雜因素造成之醫療耗用，應於病歷述明理由，得採經專業審查通過核實支付。
29.「DRG 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」第四點(二)1之(2)規範實際醫療服務點數小於 DRG 定額不得加計額外點數，且不得向病患收取費用，假設實際醫療服務點數等於定額如何處理？	由於加計點數之計算方式為實際醫療點數減定額，如果 2 者相等，相減後差為 0，亦無加成，所以實際醫療服務點數小於或等於定額不得加計額外點數。第四點(二)1之(1)、(3)比照辦理，實際醫療服務點數小於(等於)下限臨界點、實際醫療服務點數大於 DRG 定額，惟 DRG 定額大於(等於)上限臨界點，亦不得加計額外點數。
30.參加「孕產婦照護品質確保及諮詢服務計畫」個案，其試辦	「孕產婦照護品質確保及諮詢服務計畫」之 P3903C(孕產期管理照護費(全程產檢不含生產))、P3904C(母嬰親

問題	保險人說明
計畫之管理照護費與生產之醫療服務點數如何申報？	善機構孕產期管理照護費(全程產檢暨生產))、P3905C(非母嬰親善機構孕產期管理照護費(全程產檢暨生產))係屬於醫療服務點數以外之獎勵金給付，因此，參加該試辦計畫個案，其生產案件屬 DRG 案件，惟得另加計該試辦計畫申報項目：醫令清單之醫令類別請填寫「X」，醫令代碼請填寫「P3904C」或「P3905C」。
31. 實際醫療服務點數高於上限臨界點，且 Tw-DRGs 支付定額高於上限臨界點及等於實際醫療服務點數時應如何申報？	實際醫療服務點數高於上限臨界點，且 Tw-DRGs 支付定額等於實際醫療服務點數之個案，無邊際成本，按支付通則六（三）之 2「上限臨界點以 DRG 定額計算」，其邊際成本=（實際醫療服務點數-DRG 定額）*80%=0，以住院醫療服務醫令清單之醫令代碼 C00003 申報。
32. 「DRG 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」四（二）2 之（2）規定以實際醫療服務點數計算額外加計點數，假設實際醫療服務點數等於上限臨界點，且大於 DRG 定額時，其額外加計之特材點數應如何計算及申報？	實際醫療服務點數等於上限臨界點，且大於 DRG 定額時，其額外加計之特材點數應以 DRG 定額至實際醫療服務點數（上限臨界點）差額之 70% 計算，即【實際醫療服務點數（上限臨界點）- DRG 定額】*70%，以特約醫事機構住院醫療費用點數申報格式之 ID-p3 醫令代碼 H00021/22 申報。
33. 通則六、(六)所列各項得另行核實申報項目如：多胞胎新生兒	考量目前住院處置碼僅 20 個申報欄位，對於少數病情複雜個案，申報欄位數恐有不足，故醫院提供個案得

問題	保險人說明
<p>費、特定範圍生物製劑、化(放)療、呼吸器及洗腎點數等，是否可以選擇部份醫令數採核實申報或部份含於 DRG 定額內申報？（例如住院中總共洗腎 3 次，其中 1 次含於 DRG 定額內，另 2 次採核實申報。）</p>	<p>核實申報之醫療服務內容時，應以「項目」為單位採核實申報或內含於 DRG 支付點數，不可選擇部份醫令核實申報。（例如住院中總共洗腎 3 次，則 3 次洗腎點數均採核實申報，或 3 次均含於 DRG 定額內。）</p>
<p>34.手術中使用呼吸器之個案，於手術後轉至恢復室或病房續用呼吸器小於 48 小時者，此類案件使用呼吸器之費用可以核實申報嗎？</p>	<p>按支付標準通則六、(六)、5 規範，使用呼吸器之個案核實申報之呼吸器費用，應符合處置碼及支付標準代碼二項要件。依編碼原則規範，手術後使用呼吸器應視為手術及麻醉的一部分，不編使用呼吸器處置碼，因此，此類個案使用呼吸器之點數，應含於 DRG 支付點數，不得核實申報，另 CPAP、IPPB 及其他呼吸系統處置雖無此限制，然非所有手術後 48 小時內使用呼吸器者皆可編碼，應依病歷紀錄內容正確編碼，並仍需符合支付通則規範之處置碼及支付標準代碼二項要件（使用呼吸器個案之處置碼詳支付通則）。</p>
<p>35.「DRG 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」之四之(一)「使用第一類新特殊材料之個案暫以論量計酬方式申報」之新增全新功能類別特殊材料項目有那些？</p>	<p>依據「DRG 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」規定，得暫以論量計酬方式申報個案之新增全新功能類別特殊材料項目，請參閱本署全球資訊網/DRG 住院診斷關聯群支付制度專區/「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第七部全民健康保險住院診斷關聯群/全新功能類別特殊材料項目。</p>

問題	保險人說明
36.參加「全民健康保險急診品質提升方案」個案，其方案之品質獎勵金與 DRG 案件醫療服務點數如何申報？	「全民健康保險急診品質提升方案」之醫令代碼品項 P4601B~P4608B 醫療費用係屬於醫療服務點數以外之獎勵金給付，因此，參加該方案個案如屬 DRG 案件，其醫療服務點數仍依 Tw-DRGs 支付通則規定申報，惟得另加計該方案申報項目：醫令清單之醫令類別請填寫「X」，醫令代碼請填寫 P4601B~P4608B。
37.有關符合「DRG 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」得加計額外點數之新增全新功能類別特殊材料，於申報加計額外點數時，醫令代碼「H00021-22、H00031-32」得否含特材管理費？	實際醫療點數已含括特材管理費，為免重複給付之虞，特約醫事服務機構住院醫療費用醫令清單段之「醫令代碼」欄位 10.Tw-DRGs 案件使用第二類得加計額外點數特殊材料之醫令代碼「H00021-22、H00031-32」，不含特材管理費。
38.DRGs 實施後，是否可另外向民眾收取新增之新功能類別特殊材料費用？	1.99 年 12 月 28 日起本署公告「DRG 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」新功能類別之特殊材料，經本署評估後醫院申報方式如下： (1)應包含於 DRG 支付點數之項目，例如：「"安普拉茲" II 型血管塞（含遞送導管）"AMPLATZER" VASCULAR PLUG II」等品項。 (2)第 1 類:經評估得暫以論量計酬方式申報之項目。 (3)第 2 類:經評估屬於得額外加計點數之項目。 (4)上述第 1 類及第 2 類品項表請參閱本署全球資訊網 / DRG 住院診斷關聯群支付制度專區/「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第七部全民健

問題	保險人說明
	<p>康保險住院診斷關聯群/全新功能類別特殊材料項目。</p> <p>2.上述項目均不可再向民眾收費。</p>
<p>39.使用人工血管接環（特材代碼：FHP41V1017VW）」之主動脈剝離（主動脈瘤）重建手術之案例，是否可採論量計酬方式申報？</p>	<p>考量人工血管接環（特材代碼：FHP41V1017VW）提供主動脈剝離（主動脈瘤）重建手術重症病患另一種新的治療選擇，增加病患醫療權益與安全之保障，本署同意使用「人工血管接環」之主動脈剝離（主動脈瘤）重建手術之案例，自 103 年 1 月 1 日起該次就醫資料整件暫採核實申報，俟實施一段時間後再進行評估檢討。</p> <p>是類案件應符合「人工血管接環」之特材給付規定（備註代碼：A213-6），住院申報資料之「不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記」欄位請填寫"G（原應屬 Tw-DRGs 範圍暫以論量計酬方式申報者）"。</p>
<p>40.自行要求剖腹產之 RW 如何計算所得？是否得加計各項加成率？</p>	<p>1.DRG513 原為論病例計酬項目，其 RW 係由論病例計酬支付點及各年度的 SPR 值回推，故無上/下限臨界點，且實施 DRG 後不得加計層級別、山地離島加成。</p> <p>2.依 Tw-DRGs 支付通則規定，計算 Tw-DRGs 支付點數計算公式為 $RW \times SPR \times (1 + \text{基本診療加成率} + \text{兒童加成率} + \text{山地離島地區醫院加成率})$，現因該 DRG 以回推計算後之 RW、當年度的 SPR 值及不得加計層級別、山地離島加成計算後之支付點數，因 RW 取至小數點第 4 位之因素，不等於 15,669 點，產生支付</p>

問題	保險人說明
	<p>點數之計算疑義。</p> <p>3.為避免醫院產生 DRG 支付點數之計算疑義，DRG513 之支付點數計算為 $RW \times SPR$（不得加計層級別、山地離島加成），不為固定之 15,669 點，惟 RW 之計算方式同說明 2。</p>
<p>41.IABP(Intraaortic balloon pump) 手術之住院案件是否排除於 DRG 範圍?</p>	<p>1.自 103 年 7 月 1 日起執行 IABP(Intraaortic balloon pump)手術之住院案件不適用 DRG 範圍，該類案件自 103 年 7 月 1 日（依申報期間-迄認定）起，應於住院醫療費用點數申報格式「不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記」欄位申報「J」（執行搏氣球植入術），應同時符合下列條件：</p> <p>(1)「主手術（處置）代碼」或「次手術（處置）代碼（一）」至「次手術（處置）代碼（十九）」欄位之任一，需有 IABP 處置碼填報值，IABP 處置碼詳「支付通則」。</p> <p>(2)特材醫令代碼前 5 碼有「CBA01」或「CBA02」之任一申報者。</p> <p>2.住院申報案件同時符合前述(1)及(2)條件者，「不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記」不為 0。</p>
<p>42.支付通則六之第（六）-6.生物製劑之藥品範圍為何? (106.9.22 修訂)</p>	<p>1. 本項得核實申報「生物製劑」包括適用於 SLE（Systemic lupus erythematosus）、Kawasaki disease、乾癬性關節炎病變、類風濕性關節炎、幼年型類風濕性關節炎、發炎性腸炎（克隆氏症）、局部性腸炎、丙型球蛋白低下症、僵直性脊椎炎、</p>

問題	保險人說明
	<p>潰瘍性結腸炎、多發性肌炎、原發性血小板缺乏症 ITP、乾燥徵候群、全身性硬化症、其他及非特定性免疫學發現、發炎後肺部纖維化、動脈炎、虹膜睫狀體炎（使用「生物製劑」個案之主次診斷範圍及生物製劑品項詳支付通則，生物製劑品項表詳附表 5）。</p> <p>2.上述醫令增列於住院醫療費用點數申報格式（三）醫令清單段 ID：p2 醫令類別「X」代碼。</p>
<p>43.不適用 DRG 案件「複雜性多重骨盆腔器官脫垂，須同時施行骨盆腔多器官重建手術之個案」之操作型定義為何？</p>	<p>1.「複雜性多重骨盆腔器官脫垂，須同時施行骨盆腔多器官重建手術之個案」處置碼組合詳支付通則。</p> <p>2.不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記：L（施行骨盆腔多器官重建手術之個案），DRG 代碼以「HHH」表示。</p>
<p>44.安胎個案因安胎不成功而流產，其安胎期間費用是否可比照安胎後生產個案採核實申報？</p>	<p>同次住院期間因安胎不成功而流產之安胎個案，其安胎期間費用可採核實申報。</p>
<p>45.有關原應屬 Tw-DRGs 範圍案件，因接受「醫療科技評估（以下稱 HTA）期間或已完成 HTA 評估後不同意納入健保給付」之診療項目者，當次住院之診察費等相關住院費用如何申報？</p>	<p>「醫療科技評估（以下稱 HTA）期間或已完成 HTA 評估後不同意納入健保給付」之診療項目健保尚未給付，故不屬於 Tw-DRGs 範圍，是類案件不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記請填寫「M-HTA 診察費等論量申報」，當次手術費以及所需之相關特材由保險對象全額自費；其他住院費用（包含診察費、病房費、檢查費、藥費、麻醉費等）醫療院所仍得以論量計酬方式向本署申請給付（不得要求民眾自費）。</p>

問題	保險人說明
<p>46.新增診療項目無替代既有項目之申報方式</p> <p>(106.9.22 修訂)</p>	<p>1.各 Tw-DRGs 費用相關參數，由保險人每年年底依前一年醫療服務點數計算，並於次年適用。例如：104 年年底公告之參數，係以 103 年申報資料計算，並於 105 年適用。</p> <p>2.如當年度增修訂支付標準，因無法於前一年申報資料反映出調整後之支付點數，故進行醫療服務點數差額校正，將新、舊支付點數之差值點數，加入(或扣除)申報資料之醫療費用點數。</p> <p>3.新增診療項目且無替代既有項目者，因無法進行點數差額校正，故自實施日期起，採核實申報，核實申報診療項目及申報期限詳附表 2。核實申報診療項目自核實申報迄日之次日起，即於 DRG 內申報，不採核實申報。</p> <p>4.另既有品項之改良功能特材，因非屬全新功能類別特材，且無法於前一年申報資料反映出調整後之支付點數，亦無替代品項可供點數差額校正，故自實施日期起，採核實申報，核實申報特材項目及申報期限詳附表 3。核實申報特材項目自核實申報迄日之次日起，即於 DRG 內申報，不採核實申報。</p> <p>5.全新功能類別特材項目因使用數量不同或占率高且價差大得另行核實申報，項目內容如附表 4。</p> <p>6.上述醫令增列於住院醫療費用點數申報格式 (三) 醫令清單段 ID：p2 醫令類別「X」代碼。</p>
<p>47.出院準備及追蹤管理費之申報</p>	<p>1.「02025B 出院準備及追蹤管理費」係由醫院評估病</p>

問題	保險人說明
方式	<p>患後，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，並非所有 DRG 個案均會使用本項服務，不含於 DRG 包裹支付中。</p> <p>2.自 105 年 4 月 1 日起，醫院提供 DRG 個案本項服務時，得另加計該申報項目：醫令清單之醫令類別請填寫「X」，醫令代碼請填寫「02025B」。</p>
48. DRG 案件使用自費特材，未依規定申報被替代健保給付特材品項之處理方式？	<p>1. 依 Tw-DRGs 支付通則規定，DRG 案件使用符合「全民健康保險保險醫事服務機構收取自費特材費用規範」之自費特材，DRG 支付點數需扣除自費特材替代之原健保給付特材品項之支付點數，替代之特材品項由保險醫事服務機構自行併同醫療費用申報。</p> <p>2. 為配合上述支付通則規定，本署已完成「人工膝關節及髖關節之自費醫材與被替代健保品項對照檔」，並將檔案建置本署全球資訊網(首頁/藥材專區/特殊材料/自費醫材健保替代品項對照檔 http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=21&menu_id=713&WD_ID=850&webdata_id=5422)，此對照檔自 106 年 7 月 1 日起列為審核不予支付作業。請各醫療院所配合辦理。</p> <p>3.其餘特材項目，醫院未依規定申報自費特材或被替</p>

問題	保險人說明
	代之健保特材，應依醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法及專業審查核定結果辦理。
49.矯正機關收容對象戒護外醫住院案件之申報方式?	1.矯正機關收容對象戒護外醫住院案件，為 DRG 支付通則三(不適用 Tw-DRGs 支付標準)中「其他非屬『醫院醫療給付費用總額』範圍之案件」。 2.不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記填報：B（矯正機關戒護外醫住院案件）。

附表 1、屬化療之藥品代碼

序號	CODE	藥品名稱	ATC7 碼	價格生效日
1	KC00670282	FILGRASTIM INJECTION M300	L03AA02	104.01.01
2	KC00711280	FILGRASTIM INJECTION 150 µG/0.6ML	L03AA02	104.01.01
3	KC00712266	FILGRASTIM INJECTION 75 µG/0.3ML	L03AA02	104.01.01
4	KC00756265	GRANOCYTE 250	L03AA10	104.01.01
5	KC00757255	GRANOCYTE 100	L03AA10	104.01.01
6	KC00700216	ROFERON-A (SOLUTION FOR INJECTION)	L03AB04	104.04.01
7	K000700220	ROFERON-A (SOLUTION FOR INJECTION)	L03AB04	100.12.01
8	K000700223	ROFERON-A (SOLUTION FOR INJECTION)	L03AB04	100.12.01
9	KC00589237	INTRON A MULTIDOSE PEN 15MIU/ML 1.2ML	L03AB05	104.02.01
10	K000650237	PROLEUKIN FOR INJECTION	L03AC01	104.04.01
11	BC19924221	PICIBANIL 5KE	J01CE01	104.04.01
12	KC003692BC	BCG IMMUNOTHERAPEUTIC IMMUCYST	L03AX03	104.02.01
13	BC19316109	KRESTIN	L01XX	104.01.01
14	AB48969100	THADO CAPSULES 50 MG	L04AX02	104.04.01

附表 2、核實申報新增診療項目

序號	醫令代碼	診療項目	支付點數	核實申報起日	核實申報迄日
1	33142B	膠囊內視鏡術	18,317	105 年 1 月 1 日	106 年 12 月 31 日
2	53034B	角膜處理費	15,897	106 年 1 月 1 日	107 年 12 月 31 日
3	47102B	心室輔助器置放後，第二天起之每日照護費	3,486	106 年 3 月 1 日	107 年 12 月 31 日
4	30523B	多管腔食道內阻抗及酸鹼度測定	13,848	106 年 3 月 1 日	107 年 12 月 31 日
5	13028B	困難梭狀桿菌抗原快速檢驗 (GDH)	402	106 年 3 月 1 日	107 年 12 月 31 日
6	13029B	困難梭狀桿菌毒素 A、B 快速檢驗 (Toxin A/B)	402	106 年 3 月 1 日	107 年 12 月 31 日
7	68040B	經導管主動脈瓣膜置換術	96,975	106 年 3 月 1 日	107 年 12 月 31 日

附表 3、核實申報既有品項之改良功能特材項目

序號	特材代碼	特材品項	支付點數	核實申報起日	核實申報迄日
1	SAU08030812C	"柯惠" 內視鏡 GIA 自動手術縫合器及縫合釘-縫合器	10,000	105 年 4 月 1 日	107 年 12 月 31 日
2	SAU08030442C	"柯惠" GIA 內視鏡自動手術縫合器	10,000	105 年 4 月 1 日	107 年 12 月 31 日
3	SAU08UN1XL2C	"柯惠" 內視鏡自動手術縫合器	10,000	105 年 4 月 1 日	107 年 12 月 31 日
4	SAU08ULTRA2C	"柯惠" 內視鏡自動手術縫合槍及縫合釘-縫合槍	10,000	105 年 4 月 1 日	107 年 12 月 31 日
5	SAU08ETS45ET	"愛惜康"安德派思切割縫合器	10,000	105 年 4 月 1 日	107 年 12 月 31 日
6	SAU08EEC45ET	"愛惜康"愛喜龍 45 安德派思縫合器	10,000	105 年 4 月 1 日	107 年 12 月 31 日
7	SAU08EEC60ET	"愛惜康"愛喜龍安德派思縫合器(60)	10,000	105 年 4 月 1 日	107 年 12 月 31 日
8	SAU08ECFLEET	"愛惜康"愛喜龍弗雷斯安德派思可彎式縫合器	10,000	105 年 4 月 1 日	107 年 12 月 31 日
9	SAU08TA30S2C	"柯惠"TA 自動手術縫合器及縫合釘-縫合器	6,589	105 年 4 月 1 日	107 年 12 月 31 日
10	SAU08TX30VET	"愛惜康"普路善美縫合器	6,589	105 年 4 月 1 日	107 年 12 月 31 日
11	SAU08MLCFNJ8	"南京邁迪欣"一次性使用旋轉切割吻合器	1,0000	105 年 9 月 1 日	107 年 12 月 31 日

附表 4、得另行核實申報特材項目

序號	特材代碼	特材品項	支付點數	核實申報起日
1	FEC01M10008M	"美樂迪"人工電子耳	334,409	106 年 7 月 1 日
2	FEC02SPUS28M	"美樂迪"語音處理器	265,664	106 年 7 月 1 日
3	FEC01H901J4V	"艾德尼斯"人工電子耳	334,409	106 年 7 月 1 日
4	FEC01H90MS4V	"艾德尼斯"人工電子耳	334,409	106 年 7 月 1 日
5	FEC02C52454V	"艾德尼斯"聲音處理器	265,664	106 年 7 月 1 日
6	FEC02C52404V	"艾德尼斯"尼普頓聲音處理器	265,664	106 年 7 月 1 日
7	FEC01C24RE7C	"可立耳"人工耳蝸植入物	334,409	106 年 7 月 1 日
8	FEC01C42207C	"可立耳"人工耳蝸植入物	334,409	106 年 7 月 1 日
9	FEC02CP8107C	"可立耳"人工耳蝸植入系統-語言處理器	265,664	106 年 7 月 1 日
10	FEC01M12008M	"美樂迪"人工電子耳	334,409	106 年 7 月 1 日
11	FEC02SNEAS8M	美樂迪聲音處理器	265,664	106 年 7 月 1 日
12	FEC02RND008M	美樂迪聲音處理器	265,664	106 年 7 月 1 日

附表 5、生物製劑品項

序號	醫令代碼										
1	K000471221	11	KC00796229	21	KC00776283	31	KC00308240	41	KC00895263	51	KC00965248
2	K000471229	12	KC00796240	22	KC00812248	32	KC00911206	42	BC23291100	52	KC00965255
3	AC57915100	13	KC00796248	23	KC00835261	33	KC00920206	43	BC24027100	53	KC00965263
4	KC00846248	14	KC00796255	24	KC00879205	34	BC24794100	44	BC24834100	54	KC00977208
5	KC00841248	15	KC00796263	25	KC008792FM	35	BC24800100	45	KC00911209	55	KC00775283
6	KC00841263	16	KC00957206	26	KC00928229	36	BC24813100	46	AC59272100	56	KC010222FY
7	KC00672248	17	KC00713240	27	KC00928248	37	KC00897265	47	KC01010206	___	___
8	KC00672255	18	BC26383100	28	KC00907219	38	KC00945258	48	BB26613100	___	___
9	KC00672263	19	AC58288100	29	KC00907229	39	KC00895248	49	BB26614100	___	___
10	KC00851240	20	BC25317100	30	KC00907238	40	KC00895255	50	KC00990288	___	___