

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市大安區安和路一段29號
9樓

承辦人：陳哲維

電話：(02)27527286-151

傳真：(02)2771-8392

Email：wei0508@tma.tw

受文者：社團法人臺中市大臺中醫師公會

發文日期：中華民國111年2月21日

發文字號：全醫聯字第1110000235號

速別：普通件

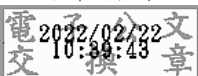
密等及解密條件或保密期限：

附件：如文 (1110000235_Attach1.pdf、1110000235_Attach2.pdf、
1110000235_Attach3.pdf、1110000235_Attach4.pdf)

主旨：轉知「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分
診療項目，業經衛生福利部於111年2月15日以衛部保字第
1110105209號令修正發布，並自111年3月1日生效，請查
照。

說明：依據衛生福利部111年2月15日衛部保字第1110105209C號函
辦理。

正本：各縣市醫師公會

副本： 2022/02/22
10:38:43
電子公文
交換章

理事長 邱 泰 源

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正總說明

本次醫療服務給付項目及支付標準（以下稱本標準）之修正，為本（一百一十一年）第一次修正。

本次修正，主要依據民法規定之年齡計算，修正相關文字，以明確定義及規範；依據本年度各總額部門醫療費用總額協定事項，新增給付項目及支付標準，或修正支付規範等，如醫院部門新增六項給付項目及支付標準、修正九項支付規範、新增糖尿病及初期慢性腎臟病共病照護項目，牙醫部門與中醫部門修正支付規範等。其要點如下：

一、總則（第一部）：增列年齡之計算公式(總則十五)，以及白內障手術刪除「每月門、住診白內障手術加總超過四十例之醫師需送事前審查之規範」(總則十附表)，並於本標準第二部第二章第七節第十七項水晶體，增列通則二有關第四十一例以上之支付規範。

二、西醫特定診療（第二部第二章）

（一）檢查（第一節）：修正「醣化白蛋白(GA)」(編號09139C)等七項支付規範。

（二）放射線診療（第二節）：新增「診斷性乳房攝影」(編號33145B，1,374點)。

（三）治療處置(第六節)：新增「俯臥通氣治療—每療程」(編號47104B，5,114點)、「高解析度直肛壓力測定術」(編號49030B，10,433點)及「環甲膜穿刺術/切開術」(編號56043C，4,331點)等三項診療項目，並配合修正「體位引流」(編號47045C)及「直肛壓力測定術」(編號49019B)之支付規範。

（四）手術（第七節）：新增「開放性股-股動脈或股-脛動脈或腋-股動脈繞道手術」(編號69041B，23,272點)、「開放性膝下動脈繞道手

術-一條血管/兩條血管」(編號69042B, 31,028點; 編號69043B, 40,724點) 等二項手術項目。

三、牙醫(第三部):新增「高風險疾病患者牙結石清除-全口」(編號91090C, 700點)及「高齲齒率患者氟化物治療」(編號P7301C, 500點)等二項診療項目(第三章);修正牙醫門診加強感染管制實施方案之門診診察費「山地離島地區」申報條件(第一章)及「牙周病統合治療方案」牙醫師申請資格(第五章通則二)。

四、中醫(第四部):修正專任醫師申報針灸、傷科及針灸合併傷科之合理量文字,並調升其合理量上限,由四十五人調升至六十人(通則五)。

五、安寧居家療護(第五部第三章):增列「機構」定義(通則八)。

六、糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案(第八部第二章):

(一) 整併第二章糖尿病及第三章初期慢性腎臟病至第二章,新增糖尿病合併初期慢性腎臟病整合照護診療項目及支付規範,及修正章名,並配合調整第四章章次。

(二) 修正糖尿病之良/不良率指標定義及增訂進步率指標(通則六)。

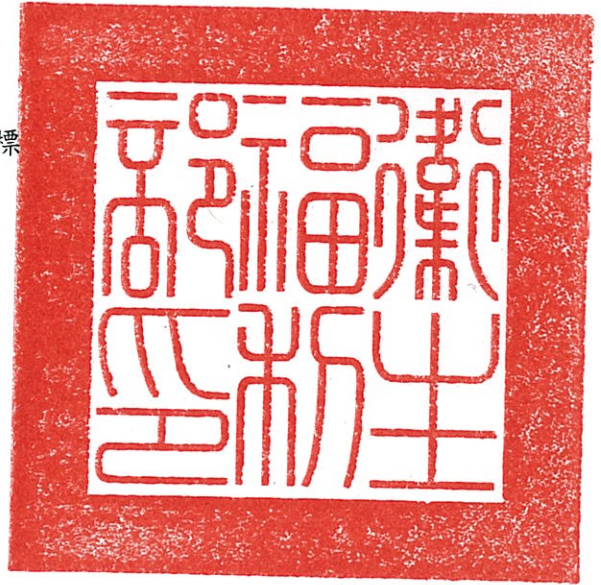
(三) 修正初期慢性腎臟病之進步評量基準,以及參與醫師及照護訓練課程之規範(通則六及通則一)。

七、其餘配合第一部總則十五年齡計算公式及「公文書橫式書寫數字使用原則」,刪除或調整文字呈現方式,以及修正文字。

八、本次修正自一百十一年三月一日生效。

衛生福利部 令

發文日期：中華民國111年2月15日
發文字號：衛部保字第1110105209號
附件：「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目修正規定1份



修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，並自中華民國一百十一年三月一日起生效。

附修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目

部長陳時中

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正規定

第一部 總則

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

第一部總則十 附表須事前審查之診療項目

序號	編號	診療項目名稱	適應症	備註
二	86006C 86007C 86008C 86011C 86012C 86013C 97605K 97606A 97607B 97608C	白內障手術		1. 未滿五十五歲施行白內障手術之個案，需事前審查。 2. 申請事前審查應檢附下列文件： (1) 白內障術前檢查記錄：包括 A. 裸視、矯正視力。 B. 眼壓。 C. 角膜、前房、水晶體。 D. 視網膜及玻璃體。 E. DBR 雙眼紀錄（包括角膜弧度、眼軸長度及 IOL 度數）。 F. 白內障照片。 (2) 病人之中文手術同意書。 3. 申報費用應檢附之資料依支付標準規定。

第二部 西醫

第一章 基本診療

第一節 門診診察費

通則：

十、本節之各項診察項目中，註有「兒童加成項目」者，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，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，未滿四歲兒童之門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

十一、西醫醫院門診診察費加成方式：

(一)未滿五歲兒童不限科別各項門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

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

(三)地區醫院加成方式：

1.婦產科、小兒科及新生兒科、外科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之四十，若同時符合未滿五歲兒童加成者，依表定點數加計百分之六十。

2.內科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之三十，若同時符合未滿五歲兒童加成者，依表定點數加計百分之五十。

3.其餘科別及精神科之門診診察費項目，得依表定點數加計百分之十五，若同時符合未滿五歲兒童加成者，依表定點數加計百分之三十五。

4.地區醫院申報夜間門診診察費項目（夜間門診係指晚上六時至十時之開診），得依表定點數加計百分之十：包括編號00101B、00131B、00102B、00132B、00172B、00173B、00105B、00135B、00106B、00136B、00174B、00175B、00107B、00137B、00108B、00138B、00176B、00177B。

(四)加成科別及門診診察費項目定義說明：

1.外科：包括就醫科別為外科、骨科、神經外科、泌尿科、整形外科、直腸外科、心血管外科、胸腔外科、消化外科、小兒外科及脊椎骨科等科。

2.內科：包括就醫科別為內科、神經科、消化內科、心臟血管內科、胸腔內科、腎臟內科、風濕免疫科、血液腫瘤科、內分泌科、感染科、胸腔暨重症加護及老人醫學科等科。

3.門診診察費項目：包括編號00154A、00155A、00156A、00157A、00170A、00171A、00101B、00131B、00102B、00132B、00172B、00173B、00105B、00135B、00106B、00136B、00174B、00175B、00107B、00137B、00108B、00138B、00176B、00177B及01023C。

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

十二、西醫基層院所門診診察費加成方式：

(一)兒童加成方式(詳附表2.1.3)：

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

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

(三)專科醫師加成方式(詳附表2.1.4至附表2.1.7)：

- 1.各專科醫師申報第一段門診量內之門診診察費得按表定點數加計，其中婦產科、外科及內科專科醫師加計百分之十三，整形外科、骨科、泌尿科、神經外科專科醫師加計百分之十，其餘專科醫師加計百分之九。若同時符合兒童加成或七十五歲以上者加成，依加成率合計後一併加計。
- 2.第一段門診量內之門診診察費項目：包括編號00109C、00110C、00197C、00198C、00199C、00200C、00158C、00159C、00230C、00231C、00232C、00233C、00234C、00235C、00236C、00237C、00168C、00169C、01023C、00238C、00240C、00242C、00244C、00184C、00185C。

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
01015C	急診診察費 註： 1.急診定義及適用範圍如附表2.1.1。 2.內含護理費比率为百分之八點八至百分之十四。 3.夜間(晚上十時至隔日早上六時)加計百分之五十、例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之二十，同時符合夜間及例假日者，則僅加計百分之五十；屬西醫基層總額部門院所，例假日加成維持原週六之中午十二時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時加計百分之二十規定。 4.山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加計百分之三十，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加計百分之八十。 5.地區醫院得依表定點數加計百分之十九。 6.本項年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之一百，其餘年齡為兒童加成項目，依本節通則十規定辦理。 7.地區醫院之兒科專科醫師申報得加計百分之五十，其餘專科醫師申報未滿七歲兒童者，得加計百分之五十。 8.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數521點申報。	v	v			667
00201B	急診診察費(按檢傷分類) 檢傷分類第一級		v	v	v	1800
00202B	檢傷分類第二級		v	v	v	1000

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
00203B	檢傷分類第三級		v	v	v	776
00204B	檢傷分類第四級		v	v	v	449
00225B	檢傷分類第五級		v	v	v	390
	註： 1.檢傷分類依衛生福利部規定。 2.地區醫院得就本項費用與01015C急診診察費擇一申報，惟採行後一年始得變更。 3.夜間(晚上十時至隔日早上六時) 加計百分之五十、例假日(週六零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之二十，同時符合夜間及例假日者，則僅加計百分之五十。 4.山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加計百分之三十，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加計百分之八十。 5.地區醫院申報檢傷分類第四、五級之急診診察費得依表定點數加計百分之十九。 6.內含護理費比率為百分之三十二點零四。 7.本項年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之一百，其餘年齡為兒童加成項目，依本節通則十規定辦理。 8.兒科專科醫師申報得加計百分之五十，其餘專科醫師申報未滿七歲兒童者，得加計百分之五十。					
01023C	高危險早產兒特別門診診察費 註： 1.限出生時二千公克以下的早產兒於未滿三歲前之特別門診追蹤治療，並限由小兒科專科醫師親自執行。 2.內含護理費比率為百分之十一點五至百分之十五點三。 3.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數425點申報。	v	v	v	v	468

附表 2.1.2.1

醫學中心及區域醫院申報門診診察費未滿五歲兒童加成及科別加成支付點數之計算

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

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

附表2.1.2.2

地區醫院申報門診診察費未滿五歲兒童加成、科別加成及夜間加成支付點數之
計算

附表 2.1.3

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

代碼	名稱	支付點數 A	不分科別未滿四歲及四歲以上至未滿七歲兒科專科醫師加計(20%)支付點數=A*1.2	不分科別七十五歲以上者之加計(7.5%)支付點數=A*1.075
一般門診診察費－基層院所門診診察費				
1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分 (≤40)				
00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人次)	358	430	385
00223C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-40人次)	250	300	269
00197C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	457	410
00198C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-40人)	375	450	403
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人次)	358	430	385
00224C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-40人次)	250	300	269
00199C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	356	427	383
00200C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-40人)	350	420	376
00158C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	555	666	597
00159C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	530	636	570
2.每位醫師每日門診量超過四十人次，但在六十人次以下部分 (41-60)				
00111C	1)處方交付特約藥局調劑	220	264	237
00141C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	275	330	296
00112C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	220	264	237
00142C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	250	300	269
00160C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	475	570	511
00161C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	450	540	484
3.每位醫師每日門診量超過六十人次，但在八十人次以下部分 (61-80)				
00113C	1)處方交付特約藥局調劑	160	192	172
00143C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	215	258	231
00114C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	160	192	172
00144C	4)開具慢性病連續處方由本院所自行調劑	190	228	204
00162C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	415	498	446
00163C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以	390	468	419

代碼	名稱	支付 點數 A	不分科別未滿 四歲及四歲以 上至未滿七歲 兒科專科醫師 加計(20%)支 付點數=A*1.2	不分科別 七十五歲 以上者之 加計(7.5%) 支付點數 =A*1.075
	上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑			
	4.每位醫師每日門診量超過八十人次，但在一百五十人次以下部分(81-150)			
00115C	1)處方交付特約藥局調劑	70	84	75
00145C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	125	150	134
00116C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	70	84	75
00146C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	100	120	108
00164C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	325	390	349
00165C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	300	360	323
	5.每位醫師每日門診量超過一百五十人次部分(>150)			
00117C	1)處方交付特約藥局調劑	50	60	54
00147C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	105	126	113
00118C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	50	60	54
00148C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	80	96	86
00166C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	305	366	328
00167C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	280	336	301
	6.山地離島地區			
	(1)每位醫師每日門診量在五十人次以下部分(≤50)			
00230C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	358	430	385
00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50人)	352	422	378
00232C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	457	410
00233C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-50人)	375	450	403
00234C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	358	430	385
00235C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50人)	352	422	378
00236C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	356	427	383
00237C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-50人)	350	420	376
00168C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(≤50)	555	666	597
00169C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑(≤50)	530	636	570
	(2)每位醫師每日門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分(51-70)			

代碼	名稱	支付 點數 A	不分科別未滿 四歲及四歲以 上至未滿七歲 兒科專科醫師 加計(20%)支 付點數=A*1.2	不分科別 七十五歲 以上者之 加計(7.5%) 支付點數 =A*1.075
00205C	1)處方交付特約藥局調劑(51-70)	220	264	237
00206C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(51-70)	275	330	296
00207C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑(51-70)	220	264	237
00208C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(51-70)	250	300	269
00209C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(51-70)	475	570	511
00210C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑(51-70)	450	540	484
	(3)每位醫師每日門診量超過七十人次，但在一百五十人次以下部分(71-150)			
00211C	1)處方交付特約藥局調劑(71-150)	160	192	172
00212C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(71-150)	215	258	231
00213C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑(71-150)	160	192	172
00214C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(71-150)	190	228	204
00215C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(71-150)	415	498	446
00216C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑(71-150)	390	468	419
	(4)每位醫師每日門診量超過一百五十人次部分(>150)			
00217C	1)處方交付特約藥局調劑(>150)	90	108	97
00218C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(>150)	145	174	156
00219C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑(>150)	90	108	97
00220C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(>150)	120	144	129
00221C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(>150)	345	414	371
00222C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑(>150)	320	384	344
	精神科門診診察費－基層診所			
	每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)			
00238C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	344	413	370
00239C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-45人)	338	406	363
00240C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	395	474	425
00241C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-45人)	389	467	418
00242C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	344	413	370
00243C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-45人)	338	406	363
00244C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30	374	449	402

代碼	名稱	支付 點數 A	不分科別未滿 四歲及四歲以 上至未滿七歲 兒科專科醫師 加計(20%)支 付點數=A*1.2	不分科別 七十五歲 以上者之 加計(7.5%) 支付點數 =A*1.075
	人)			
00245C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-45人)	368	442	396
00184C	5)開具連續二次以上調劑,而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	569	683	612
00185C	6)開具連續二次以上調劑,而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	548	658	589
	一每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45)			
00186C	1)處方交付特約藥局調劑	164	197	176
00187C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	218	262	234
00188C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	164	197	176
00189C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	196	235	211
00190C	5)開具連續二次以上調劑,而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	436	523	469
00191C	6)開具連續二次以上調劑,而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	414	497	445
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	425	510	
01015C	急診診察費	521		560
01021C	精神科急診診察費	550		591

附表 2.1.5

基層院所申報專科醫師別加成併兒童加成第一段門診診察費支付點數之計算

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

代碼	名稱	支付 點數 A	婦、外、內 專科醫師看 診未滿四歲 兒童加計 33%支付點 數 =A*1.33	兒專科醫師 看診未滿七 歲兒童加計 29%支付點 數 =A*1.29	整形外、 骨、泌尿、 神經外專科 醫師看診未 滿四歲兒童 加計 30%支 付點數 =A*1.3	其餘科別 專科醫師 看診未滿 四歲兒童 加計 29% 支付點數 =A*1.29
	行調劑(31-50 人)					
00236C	4-1)開具慢性病連續處方並由本 院所自行調劑(1-30 人)	356	473	459	463	459
00237C	4-2)開具慢性病連續處方並由本 院所自行調劑(31-50 人)	350	466	452	455	452
00168C	5)開具連續二次以上調劑，而且每 次給藥二十八天以上之慢性病 連續處方並交付特約藥局調劑 (≤50)	555	738	716	722	716
00169C	6)開具連續二次以上調劑，而且每 次給藥二十八天以上之慢性病 連續處方並由本院所自行調劑 (≤50)	530	705	684	689	684
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	425	565	548	553	548

附表 2.1.7

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

代碼	名稱	支付點數 A	精神科專科醫師加計9%支付點數 $=A*1.09$	精神科專科醫師看診未滿四歲兒童加計29%支付點數 $=A*1.29$	精神科專科醫師看診七十五歲以上者加計16.5%支付點數 $=A*1.165$
	精神科門診診察費 —每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)				
00238C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	344	375	444	401
00240C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	395	431	510	460
00242C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	344	375	444	401
00244C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	374	408	482	436
00184C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	569	620	734	663
00185C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	548	597	707	638

第二節 住院診察費

通則：

三、本節各診察項目皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
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；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之九十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之八十。		v	v	v	802
02024B	高危險妊娠住院診察費 註： 適應症： 1.妊娠二十二週以上至未滿三十三週早產病患。 2.四十歲以上初產婦。 3.BMI \geq 35 之初產婦。 4.嚴重妊娠高血壓。 5.前置胎盤患者。 6.多胞胎。 7.胎兒生長遲緩或胎兒發育異常者(IUGR)或胎盤功能異常者。 8.妊娠合併內科疾病：心臟病、糖尿病、甲狀腺疾病、腎臟疾病 (NS,IgA,ESRD)、免疫性疾病(SLE)、血小板低下症。 9.白血病。 10.血友病(Coagulopathy)。 11.愛滋病。 12.產後大出血者。 13.胎盤早期剝離。 14.合併接受外科手術者。 15.雙胞胎輸血症候群。		v	v	v	1493

第三節 病房費

通則：

八、本節各項病床之護理費皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十。

第四節 精神科慢性病房住院照護費與日間住院治療費

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
04004C	精神科日間住院治療費（日間全天） -成人	√	√	√	√	714
04012C	-六歲以上至未滿十六歲	√	√	√	√	795
04013C	-未滿六歲 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	-六歲以上至未滿十六歲	√	√	√	√	398
04015C	-未滿六歲 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

第六節 調劑

通則：

四、本節各項目，皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十。（除基層院所外）

第七節 藥費

編號	診療項目	特約藥局	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	-門診日劑藥費(每日)						
MA1	十三歲以上者及未滿十三歲未處方原瓶包裝口服液劑者 未滿十三歲處方原瓶包裝口服液劑者	v	v				22
MA2	-一種	v	v				31
MA3	-二種	v	v				37
MA4	-三種以上	v	v				41
	註： 1. 每件給藥日數不得超過三日。 2. 「健保用藥品項查詢一清單」之備註欄位，有「口服液劑(原瓶包裝)」註記者屬原瓶包裝口服液劑藥品。						

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

通則：

五、急診病人因緊急傷病必須立即檢查時，其檢查費用得按本節所定點數加計百分之二十。

六、本節之各項檢查中，註有「兒童加成項目」者，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十；但所有特材一律不加計。

第四項 生化學檢查 Biochemistry Examination

一、一般生化學檢查 (09001-09139)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
09139C	醣化白蛋白(GA) 註： 1.適應症： (1)糖尿病合併慢性腎病變。 (2)因血液疾病導致HbA1c無法反映血糖控制者。 (3)懷孕糖尿病人及妊娠糖尿病人。 (4)血糖數值顯示控制不良，但HbA1c數值仍於良好範圍者。 (5)禁忌症：血中白蛋白濃度<3g/dL。 2.支付規範： (1)不得同時申報編號09006C。 (2)一年限申報四次，若為懷孕糖尿病人、妊娠糖尿病人或當年度為糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案新收案個案，一年限申報六次。	v	v	v	v	200

四、血中毒物濃度測定 Toxicologic Examination (10801-10819)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
10810B	安非他命檢測(免疫分析) Amphetamine (EIA) 註：限鑑別診斷用。		v	v	v	250
10811B	嗎啡檢測(免疫分析) Morphine (EIA) 註：限鑑別診斷用。		v	v	v	250

編號	診療項目	基 層 院 所	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數
10812B	古柯鹼檢測(免疫分析) Cocaine (EIA) 註：限鑑別診斷用。		v	v	v	250
10813B	大麻檢測(免疫分析) Cannabinoids (EIA) 註：限鑑別診斷用。		v	v	v	250
10814B	天使塵檢測(免疫分析) Phonclidine (EIA) 註：限鑑別診斷用。		v	v	v	250

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
12117B	T 淋巴球交叉配合試驗 T lymphocyte crossmatch test 註：1. B淋巴球交叉配合試驗(B lymphocyte cross-match)比照申報。 2.此項檢查必須配合骨髓移植才能實施申報。		v	v	v	1000
12202C	C型肝炎病毒核酸基因檢測 HCV Genotyping Test —即時聚合酶連鎖反應法 (RealTime PCR)	v	v	v	v	2450
12203B	—一般聚合酶連鎖反應法 (PCR) 註： 適應症： 1.疑似感染C型肝炎(包含急性、慢性，及未知原因感染者)且C型肝炎核酸病毒量檢測結果為陽性患者。 2.未做過基因型檢測的C型肝炎陽性確定患者。		v	v	v	1280
12209B	類胰蛋白酶 Tryptase 註： 1.適應症：疑過敏性休克，臨床上出現以下任一狀況： (1)急性出現病徵累及皮膚/黏膜組織(如：全身性蕁麻疹、發癢或潮紅、嘴唇-舌-懸雍垂水腫)，且合併血壓下降或終器官失能(如：暈倒、昏厥、大小便失禁)。 (2)於接觸可能過敏原後，快速(幾秒至幾小時內)出現血壓下降或終器官失能(如：暈倒、昏厥、大小便失禁)，且出現A至C一項以上病徵： A.累及皮膚/黏膜組織(如：全身性蕁麻疹、發癢或潮紅、嘴唇-舌-懸雍垂水腫)。 B.危及呼吸(如：喘、哮鳴-支氣管攣縮)、喘鳴、尖峰流速下降、低血氧)。 C.持續腸胃道症狀(如：腹部絞痛、嘔吐)。 (3)接觸可能過敏原後血壓快速下降(數分鐘至數小時內)： A.成人血壓下降之定義：收縮壓小於90 mmHg或下降大於其人血壓基礎值30%以上。 B.嬰幼兒或兒童血壓下降之定義 a.一個月以上至未滿一歲：低於 70 mmHg。 b.一歲以上至未滿十一歲：低於[70 mmHg + (2 × age)]。 c.十一歲以上至未滿十八歲：低於 90 mmHg 或收縮壓下降大於其人血壓基礎值 30%以上。 2.支付規範：執行時點為症狀發生後六小時內及二十四至四十八小時。		v	v	v	1147

第八項 病毒學檢查 Virology Examination (14001-14083)

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
14074C	<p>HIV 病毒負荷量檢查 HIV viral load test</p> <p>註： 1.限下列任一情境使用 (1)人類免疫缺乏病毒感染診斷 A.使用時機：抗體初篩檢測(14049C 或 14050B 或 14082B)陽性後執行。 B.執行頻率：每人每年限一次。 C.執行院所：限衛生福利部人類免疫缺乏病毒指定醫事機構或疾病管制署病原體分生檢測認可之健保特約醫事服務機構申報。 (2)人類免疫缺乏病毒感染治療監測 A.執行院所：限衛生福利部人類免疫缺乏病毒指定醫事機構申報。 B.執行頻率：每人每年限四次。 2.屬西醫基層總額部門院所限由感染科專科醫師開立處方始可申報。 3.屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方始可申報。</p>	v	v	v	v	4000

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

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

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

通則：

- 2.本項各檢查項目皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十；但所有特材一律不加計。

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

通則：本項各檢查項目皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十；但所有特材一律不加計。

第二十項 核子醫學檢查 Radioisotope Scanning

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

通則：

2.本項各檢查項目，除編號P2105C、P2106C、P2107C及P2108C外，其餘皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十；但所有特材一律不加計。

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

通則：

3.本項各檢查項目皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十。

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

通則：本項各診療項目皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十。

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
30021C	過敏原檢驗(定性) Allergen test(qualitative) 註：限確診為Asthma、過敏性鼻炎者或未滿三歲有異位性皮膚炎。	v	v	v	v	505
30022C	特異過敏原免疫檢驗 Specific Allergen Test 註：限確診為Asthma、過敏性鼻炎者或未滿三歲有異位性皮膚炎。	v	v	v	v	1620

第二十五項 其他檢查 Other Test (30501-30526)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
30523B	<p>多管腔食道內阻抗及酸鹼度測定 Multi-channel Intraluminal Impedance and pH monitor, MII-pH</p> <p>註： 1.適應症： (1)難治之胃食道逆流症典型症狀（如持續的火燒心或胃酸逆流），經上消化道內視鏡或二十四小時食道酸鹼度測定檢查後，經藥物（如質子幫浦抑制劑，PPI）治療至少八週以上反應不佳者。 (2)胃食道逆流症非典型症狀（如不明原因胸痛、慢性咳嗽、氣喘、喉嚨異物感或聲音沙啞），經相關專科醫師診查後，經上消化道內視鏡或二十四小時食道酸鹼度測定檢查後，經藥物（如質子幫浦抑制劑，PPI）治療至少八週以上反應不佳者。 (3)未滿十九歲兒童及嬰兒胃食道逆流症典型症狀（如持續性嘔吐、火燒心或胃酸逆流），及胃食道逆流症之非典型症狀（如不明原因胸痛、慢性咳嗽、難治性兒童氣喘、喉嚨異物感、聲音沙啞、嬰幼兒呼吸中止或心搏過慢）。 (4)未滿十九歲兒童及嬰兒因吞嚥困難，進行胃造瘻術（gastrostomy）之術前評估。 (5)吞嚥困難，經上消化道內視鏡檢查或食道攝影檢查評估後，疑似食道蠕動功能異常疾病（如食道弛緩不能症者）。 (6)胃食道逆流症患者接受外科逆流手術治療前之評估，及術後仍有符合前述症狀之追蹤。 2.支付規範： (1)內含二十四小時食道阻抗酸鹼度單次用測量管。 (2)限由消化內、消化外科、消化兒科及胸腔外科專科醫師執行。</p>		v	v	v	13848
30526B	<p>高解析度食道壓力檢查 High Resolution Esophageal Manometry</p> <p>註： 1.適應症： (1)吞嚥困難，經上消化道內視鏡檢查或食道攝影檢查評估後，疑似食道蠕動功能異常疾病（如食道弛緩不能症</p>		v	v	v	11663

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p>者)。</p> <p>(2)難治性之胃食道逆流症狀(持續的火燒心、胃酸逆流、不明原因胸痛、慢性咳嗽、氣喘、喉嚨異物感或聲音沙啞)，經相關專科醫師診查後，經上消化道內視鏡或二十四小時食道酸鹼度測定檢查後，且經藥物(如質子幫浦抑制劑，PPI)治療八週以上反應不佳者。</p> <p>(3)未滿十九歲兒童及嬰兒胃食道逆流症狀(如持續性嘔吐、火燒心或胃酸逆流、不明原因胸痛、慢性咳嗽、難治性兒童氣喘、喉嚨異物感、聲音沙啞、嬰幼兒呼吸中止或心搏過慢)，經相關專科醫師診治四週以上反應不佳者。</p> <p>(4)未滿十九歲兒童及嬰兒因吞嚥困難，進行胃造瘻術(gastrostomy)之術前評估。</p> <p>(5)食道蠕動功能異常疾病(如食道弛緩不能症)接受內視鏡治療或手術治療後之評估。</p> <p>(6)胃食道逆流症患者接受外科逆流手術治療前之評估，及術後仍有符合前述症狀之追蹤。</p> <p>2.禁忌症：</p> <p>(1)造成食道管腔狹窄或阻塞之良性食道疾病或惡性食道腫瘤。</p> <p>(2)食道破裂。</p> <p>(3)食道出血。</p> <p>(4)急性上呼吸道感染。</p> <p>3.支付規範：</p> <p>(1)執行頻率：每人每年限執行一次，如有接受內視鏡或手術治療者，則最多可執行二次。</p> <p>(2)限內科、外科、兒科、耳鼻喉科及復健科醫師執行。</p> <p>(3)不得同時申報30506B食道機能檢查。</p> <p>(4)內含一般材料費及「微晶片導管」材料費。</p>					

第二節 放射線診療 X-RAY

通則：

四、急診病人因緊急傷病必須立即檢查時，其檢查費用得按本節所定點數加計百分之二十。

六、本節所謂兒童加成項目分為：

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

第一項 X光檢查費 X-Ray Examination

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

二、特殊造影檢查 Scanning (33001-33145、P2101-P2104)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
33114B	經由心導管治療直徑 2.5mm 以上之開放性動脈瘻管 Transcatheter closure of patent ductus arteriosus >2.5mm 註： 1.施行本項之醫院及醫師資格如下： (1)醫院資格： A 具臨床心臟外科設備。 B 具心臟內、外科醫師人力。 (2)醫師資格：具中華民國小兒心臟科專科醫師資格，且接受至少二年心導管經驗。 (3)須報經保險人同意後實施，且醫院及主持醫師資格有變更時應重新報保險人核備。 2.適應症： 限開放性動脈瘻管之直徑 2.5mm 以上，無合併主動脈縮窄及肺高血壓症者。 3.禁忌症： (1)嚴重肺高血壓導致右至左分流。 (2)早產兒且體重低於二千公克。 (3)年齡未滿十二歲之開放性動脈瘻管直徑大於 7mm 或年齡十二歲以上之開放性動脈瘻管直徑大於 9mm。 4.提升兒童加成項目。		v	v	v	20250
33142B	膠囊內視鏡術 註： 1.適應症：		v	v	v	18317

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>(1)不明原因消化道出血，經二次以上胃鏡及大腸內視鏡檢查仍無法找出出血原因，且經其他影像學檢查(如：CT/MRI，小腸攝影)及小腸內視鏡後或不適合小腸鏡者，仍無法確診者。</p> <p>(2)慢性或長期小腸病變患者（如小腸多發性息肉症，克隆氏症，celiac sprue，Behcet’s disease，Henoch-Schonlein purpura）不適合小腸鏡者需以內視鏡診斷或追蹤者。</p> <p>(3)兒童未滿十八歲，不明原因消化道出血者，經一次內視鏡及一次大腸內視鏡檢查仍無法找出出血原因，且經其他影像學檢查（如CT/MRI或血管攝影或核子醫學或小腸攝影）仍無法確診者。</p> <p>(4)兒童未滿十八歲，慢性或長期小腸病變患者(如小腸多發性息肉症，克隆氏症，celiac sprue，Behcet’s disease，Henoch-Schonlein purpura)。</p> <p>2.特殊專科別限制：消化內視鏡專科、兒科消化學專科、消化內視鏡外科。</p> <p>3.特殊材料費另計。</p>					
33145B	<p>診斷性乳房攝影 Diagnostic Mammography</p> <p>1.適應症：乳房攝影報告（BI-RADS）為0、3、4、5，同時符合下列情形之一者： (1)乳房診斷性影像發現乳房攝影微鈣化／鈣化。 (2)乳房攝影影像發現不對稱、結構扭曲及腫塊。</p> <p>2.限放射診斷科專科醫師執行。</p> <p>3.執行頻率：每人每年限執行二次。</p>		v	v	v	1374

第二項 癌症(腫瘤)治療 Cancer Therapy

二、其他治療方式 Other Therapy

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
37047B	<p>身體立體定位放射治療 Stereotactic body radiation therapy(SBRT)/Stereotactic ablative radiotherapy(SABR)</p> <p>註：</p> <p>1.施行本項之適應症如下：</p> <p>(1)原發性早期肺部惡性腫瘤(依據2009AJCC分期定義為N0之\leqstageII)患者，病灶最大徑\leq5公分，ECOG status\leq2(或Karnofsky Performance Scale/KPS\geq70)，且須符合以下(high surgical risk)條件之一：</p> <p>A.poor pulmonary function，不適合接受lobectomy手術者(依外科醫師檢視或會診紀錄)。</p> <p>B.年齡七十五歲以上，致開胸手術可能造成嚴重損傷或危險性大，不適手術者(依外科醫師檢視或會診紀錄)。</p> <p>C.有嚴重心肺疾病或其它內科疾病，經麻醉科評估不適全身麻醉者。</p> <p>(2)原發性肝膽單一病灶(可為原發性肝癌或肝內膽道癌，同時無肝外淋巴侵犯和遠端轉移)，肝功能為Child-Pugh A至B級，ECOG status\leq2(或Karnofsky Performance Scale/KPS\geq70)，病灶最大徑\leq5公分。且經評估無法進行下列之一的治療或下列之一的治療失敗者(依病歷紀錄)：</p> <p>A.手術切除</p> <p>B.血管栓塞治療</p> <p>C.電燒灼治療</p> <p>2.支付規範：</p> <p>(1)需事前審查。</p> <p>(2)全療程為二週且分次治療以六次(含)為限，採包裹給付，如未執行完全療程，依治療計畫之治療次數按等比例核扣。</p> <p>(3)不得同時申報支付標準編號33090B、36001B、36004B、36005B、36015B、36011B、36012B、36014B、36018B、36019B、36021C、37007B、37008B、37013B、37014B、37016B、37018B、37019B、37029B、37030B、37046B</p>		v	v	v	213662

第三節 注射 Injection (39001~39025)

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

第四節 復健治療 Rehabilitation Therapy

通則：

四、本節各復健項目除(43010C~43025C、43033C~43038C)及(44501B~44503B)外，皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿二歲所實施之診療項目點數，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者依表定點數加計百分之二十。

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

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

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>(1)限因上述診斷手術實施後三個月內。</p> <p>(2)治療項目三項以上，合計治療時間三十分鐘以上。</p> <p>(3)必須包含下列二項以上之治療項目： OT 2、OT 5、OT 6、OT 7、OT 8、OT 9、OT 10、OT 11。</p> <p>註：1. 治療項目</p> <p>OT 1. 姿態訓練 Posture training OT 2. 被動性關節運動 Passive R. O. M. OT 3. 坐站平衡訓練 Balance training OT 4. 移位訓練 Moving training OT 5. 日常生活訓練 ADL training OT 6. 肌力訓練 Muscle strength training OT 7. 運動知覺訓練 Motion - sensory training OT 8. 上肢(下肢)功能訓練 U/E or L/E function training OT 9. 上肢(下肢)義肢功能訓練 Prosthesis function training U/E or L/E OT 10. 手(足)功能訓練 (Hand or foot function training) OT 11. 協調訓練 Coordination training OT 12. 知覺認知訓練 Cognitive training OT 13. 團體治療 Group therapy OT 14. 娛樂治療 Recreation therapy OT 15. 活動治療 Activity therapy OT 16. 減痙攣活動 Spasticity reduction motion OT 17. 其他經保險人核可者</p> <p>2. 43030B、43031C、43032C限復健專科醫師開具處方後，交由相關治療專業人員親自實施始可申報。</p> <p>3. 43027C、43028C、43031C申報資格如下： (1)復健科專科醫師開設之基層院所。 (2)聘有專任復健專科醫師之基層院所且由復健專科(含專任及支援)醫師所開立之處方。</p>					

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
44014B	中度-複雜：		v	v	v	480
44015C	1.指治療項目三項以上，合計治療時間三十分鐘以上之中度	v				400
44016C	治療；若治療對象為未滿十三歲者，則無治療時間之限制。 2.需包含下列二項以上之治療項目：ST1、ST2、ST3、ST7、ST9、ST13、ST14。	v				290
44008B	複雜Complicated：		v	v	v	600
44012C	1.指治療項目四項以上，合計治療時間三十分鐘以上之複雜	v				500

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

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

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

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

通則：

二、本節各精神醫療治療項目除(45087C~45089C、45013C、45090C、45091C、45046C、45085B、45092B、45093B、45098C、45099C)外，皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿二歲所實施之診療項目點數，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者依表定點數加計百分之二十。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
45087C	特殊心理治療 Re-educative individual psychotherapy —成人 adult	v	v	v	v	344
45088C	—六歲以上至未滿十六歲 6 to 15 years old	v	v	v	v	430
45089C	—未滿六歲 under 6 years old 註：利用特殊心理治療技術，以協助病人了解自我、形成病識感、提升病人適應環境技巧、降低病人的主觀挫折及不良行為，本項治療限由精神科醫師或臨床心理師執行，申報時並應附精神科專科醫師之醫囑及簽名。	v	v	v	v	515
45013C	深度心理治療（每四十分鐘） Intensive individual psychotherapy —成人 adult	v	v	v	v	1203
45090C	—六歲以上至未滿十六歲 6 to 15 years old	v	v	v	v	1460
45091C	—未滿六歲 under 6 years old 註：利用深度心理治療技術，以協助病人改善客體關係（object relation）、強化心理防衛機轉、解決內在衝突或改善其認知行為偏差。本項治療限由精神科專科醫師執行，申報時並應附治療紀錄。	v	v	v	v	1718
45046C	生理心理功能檢查 Psychophysiological function examination —成人 adult	v	v	v	v	344
45098C	—六歲以上至未滿十六歲 6 to 15 years old	v	v	v	v	387
45099C	—未滿六歲 under 6 years old 註：包括MSE(Mini Mental State Test, BDI等)	v	v	v	v	430
45085B	精神科診斷性會談(次) Psychiatric diagnostic interview (time) —成人 adult		v	v	v	1031
45092B	—六歲以上至未滿十六歲 6 to 15 years old		v	v	v	1203
45093B	—未滿六歲 under 6 years old		v	v	v	1375

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.包括病史、心理狀態評估、社會功能評估及病人治療之計畫(安置)等。</p> <p>2.限精神科初診(含新住院病人)或他科要求會診時申報。</p> <p>3.限由精神專科醫師施行並於病歷詳細記載治療情形。</p> <p>4.申報時須附載有該精神科專科醫師簽名之治療紀錄。</p>					

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

通則：

六、本節所謂兒童加成項目分為：

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

第一項 處置費 Treatment

一、一般處置 General Treatment (47001~47104)

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
47041C	呼吸道抽吸(次) Suction (time) 註：每日實施八次以上者應按47042C申報。	v	v	v	v	30
47045C	體位引流 Postural drainage 註：不得同時申報47104B。	v	v	v	v	140
47065B	治療性導管植入術 — 末梢靜脈植入中心導管術 Therapeutic catheter implantation — PICC(Peripheral line for central venous catheterization) 註： 1.適應症： (1)癌症化學治療及癌症末期之疼痛治療。 (2)下列三項適應症且預期同時治療達二週以上之病人： A.使用全靜脈營養輸液(TPN)(未滿二歲嬰兒本項為靜脈營養輸液，不限TPN)。 B.免疫不全與使用免疫抑制劑。 C.須接受中心靜脈導管置入(CVP)。 2.提升兒童加成項目。		v	v	v	3101
47090B	高頻胸壁振盪模式呼吸道清潔(每次至少三十分鐘) 註：1.限住院病患無法有效清除痰液使用，每日限申報最多四次，每一療程最多十天。 2.不可同時申報47045C體外引流、57010B呼吸運動(次)、57012B復原運動。 3.提升兒童加成項目。		v	v	v	247
47091B	淋巴水腫照護-徒手淋巴引流(須達四十分鐘) Care of lymphoedema - manual lymphatic drainage		v	v	v	450

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	註：1.適應症：癌症末期淋巴水腫病人 2.執行人員：須接受淋巴照護相關訓練，執行完成後需有適應症、執行過程及執行時間的紀錄。 3.提升兒童加成項目。					
47093B	身體約束之護理監測照護費 Physical Restraint(Day) -日：使用八小時以上，每人每次住院限申報日數為四天。 註：1.適應症：限意識欠清且躁動不安的病患，無法遵從醫療措施或其行為可能對本身或他人具有傷害時執行。 2.必須每日有醫囑、每班有護理紀錄呈現、病患或家屬同意書、以及醫療團隊應適時討論或視情況解除行動限制並有紀錄。 3.精神科病患及加護病房不得適用本項。 4.提升兒童加成項目。		v	v	v	186
47104B	俯臥通氣治療—每療程 Prone positioning ventilation, each procedure 註： 1.每療程係指仰臥→俯臥→仰臥。 2.適應症： (1)成人(十九歲以上)：入住加護病房且插管使用呼吸器之急性呼吸窘迫症候群病人(J80)，同時符合下列各項條件： a.氧合指數(PaO ₂ /FiO ₂ ratio) ≤ 150。 b.七日內急性發作。 c.沒有心因性肺水腫的證據。 d.CXR 顯示兩側肺野浸潤。 (2)兒童(未滿十九歲)：入住加護病房且插管使用呼吸器，同時符合下列情形之一者： a.氧合指數(PaO ₂ /FiO ₂ ratio) ≤ 150 b.OI>16 c.OSI>12.3 3.禁忌症：心胸及腹腔主要手術、脊椎與骨盆不穩定、懷孕第二及第三期、頭部外傷、腦壓或眼壓過高之病人、正在發作之癲癇患者。 4.限內科、外科、麻醉科、兒科、急診醫學科、神經科、神經外科專科醫師執行。 5.不得同時申報 47045C。 備註： OI=(FiO ₂ ×mean airway pressure ×100)/PaO ₂ OSI=(FiO ₂ ×mean airway pressure ×100)/SpO ₂		v	v	v	5114

二、創傷處置 Wound Treatment (48001-48035)

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
48001C	淺部創傷處理 Wound treatment					
48002C	— 傷口長小於五公分者 <5cm	v	v	v	v	420
48003C	— 傷口長五至十公分者 5-10cm	v	v	v	v	562
48003C	— 傷口長大於十公分者 >10cm	v	v	v	v	739
	註：1.切傷、刺傷、割傷或挫滅傷之複診患者依48011C-48013C申報。 2.含縫合、接紮、擴創處理。					
48004C	深部複雜創傷處理 Debridement					
48005C	— 傷口長小於五公分者 <5cm	v	v	v	v	2419
48006C	— 傷口長五至十公分者 5-10cm	v	v	v	v	3043
48006C	— 傷口長大於十公分者 >10cm	v	v	v	v	4792
	註： 1.指創傷深及肌肉、神經、肌腱、骨膜時之處理。 2.含縫合、接紮、擴創處理。 3.申報費用時，請註明處置日期和部位，並附處置前後彩色照片或繪圖說明。 4.會陰部位擴創術按48006C申報。 5.屬西醫基層總額部門院所，48004C以原支付點數2016點申報，48005C以原支付點數2536點申報，48006C以原支付點數3993點申報。					
	手術、創傷處置及換藥					
	Change dressing					
48011C	— 小換藥（小於十公分）small (<10cm)	v	v	v	v	56
48012C	— 中換藥（十至二十公分）medium (10-20cm)	v	v	v	v	76
48013C	— 大換藥（大於二十公分）large (>20cm)	v	v	v	v	125
	註：1.包括材料費在內。 2.基層院所申報48011C得加計百分之四十。 3.基層院所申報48012C得加計百分之二十。					
	皮面創傷處理(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒膿瘍之處理及換藥)					
48014C	— 體表面積小於十一BSA (相當半肢面積)	v	v	v	v	2417
48015B	— 體表面積十一至三十五 BSA (相當一肢面積)		v	v	v	4431
48016B	— 體表面積三十六至五十BSA (相當二肢面積)		v	v	v	6663
48017B	— 體表面積五十一至七十 BSA (軀幹四肢者)		v	v	v	10071
48029B	— 體表面積七十一至九十BSA (軀幹四肢者)		v	v	v	13275

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
48030B	— 體表面積大於九十BSA (軀幹四肢者) 註：1.半肢為4.5 BSA 。 2.包括材料費在內。 3.申報費用時，請註明處置日期和部位。 4.除48014C屬兒童加成項目外，其餘項目為提升兒童加成項目。		v	v	v	17854
48018C	皮面創傷換藥 (火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒膿瘍之換藥) — 體表面積小於十一BSA (相當半肢面積)	v	v	v	v	1343
48019B	— 體表面積十一至三十五BSA (相當一肢面積)		v	v	v	2014
48020B	— 體表面積三十六至五十BSA (相當二肢面積)		v	v	v	3357
48021B	— 體表面積五十一至七十BSA (軀幹四肢者)		v	v	v	4029
48031B	— 體表面積七十一至九十BSA (軀幹四肢者)		v	v	v	7966
48032B	— 體表面積大於九十BSA (軀幹四肢者) 註：1.半肢為4.5 BSA 。 2.包括材料費、溼敷在內。 3.除48018C屬兒童加成項目外，其餘項目為提升兒童加成項目。		v	v	v	8926
48022C	臉部創傷處理 Treatment of facial laceration — 小 小於五公分 < 5cm	v	v	v	v	1566
48023C	— 中 五公分至十公分 5-10 cm	v	v	v	v	2515
48024C	— 大 超過十公分 > 10cm 註：1.縫合傷口包括皮膚及皮下。 2.含縫合、接紮、擴創處理。	v	v	v	v	3249
48033C	深部複雜臉部創傷處理 — 小 小於五公分	v	v	v	v	2445
48034C	Deep complicated facial wound debridement - < 5cm — 中 五公分至十公分	v	v	v	v	3534
48035C	Deep complicated facial wound debridement - 5-10 cm — 大 超過十公分 Deep complicated facial wound debridement - >10cm 註：1.縫合傷口包含皮膚、皮下、肌膜及肌肉層。 2.含縫合、接紮、擴創處理。	v	v	v	v	4101
48025C	拆線 Remove Stiches (次) — 傷口小於十公分 <10cm	v	v	v	v	97
48026C	— 傷口十公分以上 >10cm	v	v	v	v	303

三、大腸肛門處置 Colonand Anus Treatment (49001-49030)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
49019B	直肛壓力測定術 Anorectal manometry 註： 1.提升兒童加成項目。 2.不得同時申報 49030B。		v	v	v	748
49030B	高解析度直肛壓力測定術 High Resolution Anorectal Manometry 1.適應症及執行頻率： (1)巨結腸症：下消化道攝影後疑似巨結腸症診斷使用，每人限給付一次。 (2)先天性巨結腸症或肛門結構異常術後，仍有排便功能異常，需持續治療者，至多兩年一次。 2.支付規範： (1)限消化內科、消化兒科、小兒外科、消化外科、大腸直腸外科專科醫師執行。 (2)不得同時申報 49019B。 (3)內含一般材料費及「高解析直肛壓力測量管」費比率為百分之五十九。		v	v	v	10433

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
51005C	皮膚電燒灼治療－單純 Electro cauterization , simple 註：1.面積小於二平方公分。 2.限用於各種皮膚腫瘤、疣。	v	v	v	v	280
51006C	皮膚電燒灼治療－複雜 Electro cauterization , complicated 註：1.面積大於二平方公分。 2.限用於各種皮膚腫瘤、疣。	v	v	v	v	425
51009C	皮膚病灶內部注射 Intradermal injection －小於四平方公分 <4cm ²	v	v	v	v	250
51010C	－四至九平方公分 4~9cm ²	v	v	v	v	300
51011C	－超過九平方公分 >9cm ² 註：限用於蟹足腫、囊腫、圓禿及結節性癢疹，及其他經公認病灶內注射治療有效之皮症。	v	v	v	v	375

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
55021C	骨盆檢查費 Pelvic Examination 註： 1.限婦產科專科醫師申報，各醫療院所每月申報本項不得超過婦產科門診就診人次之百分之七十；另放射腫瘤專科醫師接受一個月婦科腫瘤相關訓練，於治療婦癌相關疾病時，亦可申報。 2.申報本項得加計百分之六十五。 3.無性經驗者施以肛診、會陰視診、外陰觸診亦可申報。	v	v	v	v	55

十、外科處置 General Surgery Treatment (56001-56043)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
56043C	環甲膜穿刺術／切開術 Needle／Surgical Cricothyroidotomy 1.適應症：經口腔或鼻腔進行氣管內管插管失敗或無法立即執行氣管切開造口術者，並有下列任一情形： (1)緊急顏面外傷、燒傷等困難插管情形 (2)呼吸道受阻(SpO ₂ <90%) 2.氣管套管另計。	v	v	v	v	4331

十一、呼吸治療處置 (57001~57031)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
57017C	脈動式或耳垂式血氧飽和監視器 Pulse or ear oximetry — 每次 time	v	v	v	v	30
57018B	— 一天 day 註： 1.同日使用五次以上者，按57018B計。 2.57017C屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方及執行始可申報。		v	v	v	360
57019C	氧氣帳吸入治療費 — 每小時	v	v	v	v	91
57020C	— 每天(使用六小時以上計一天) 註：含氧氣費。	v	v	v	v	1308

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
57021C	蒸氣或噴霧吸入治療 Humidity or aerosol therapy — 每次 time	v	v	v	v	40
57022C	— 每天 day 註： 1.含器材使用費。 2.同日實施四次以上者，按57022C計。	v	v	v	v	150
57025B	一氧化氮吸入療法/天 Inhaled Nitric oxide therapy 註：六小時以上以一天計，含氣體使用費、裝置費、呼吸器、監視器等費用。		v	v	v	9398
57027B	一氧化氮吸入療法/每小時 Inhaled Nitric oxide therapy 註：六小時以上以一天計，含氣體使用費、呼吸器、監視器等費用。		v	v	v	1260
57030B	濕化高流量氧氣治療 Humidified high flow oxygen therapy — 第一天照護費（含管路特材）First time		v	v	v	6000
57031B	— 第二天後照護費（天）Daily care 註： 1.限住院病人符合下列適應症者使用： (1)成人(十九歲以上) A.急性缺氧性呼吸衰竭，且需同時符合下列各項條件： (a)當以10L/min或更高的流速供應氧氣至少十五分鐘，P/F ratio \leq 300時。 (b)RR>25次/min，呼吸困難或呼吸窘迫。 (c)PaCO ₂ \leq 45 mmHg。 B.呼吸衰竭拔管後，預防再次插管使用，並有下列任一情形： (a)曾插管二十四小時以上之病人，且有下列任一高危險因子者：年紀六十五歲以上、APACHE II>12分、BMI>30 Kg/m ² 、呼吸道清除功能失效、困難脫離呼吸器病人或插管大於七天病人。 (b)經臨床負責醫師判定有再度發生呼吸衰竭之可能。 (2)兒童(未滿十九歲) A.缺氧性呼吸衰竭或呼吸窘迫，並有下列任一情形者： (a)血氧飽和濃度SpO ₂ \leq 94%。 (b)呼吸窘迫症狀（呼吸急促、使用呼吸輔助肌、鼻翼扇動、點頭式呼吸、胸凹或矛盾式呼吸等）。 B.脫離侵襲性或非侵襲性呼吸器後，預防再次使用呼吸器時使用。 2.限內科、外科、麻醉科、兒科、急診醫學科、神經科及神經外科專科醫師執行。		v	v	v	1937

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	3.不得同時申報57004C、57023B。 4.更換管路當日比照第一天照護費申報。 5.兒童(未滿十九歲)得依表定點數加計百分之二十。 6.若臨床上認為拔管後應使用非侵襲性陽壓呼吸治療的成人病人，則不建議使用本項。 7.57030B內含一般材料費、高流量鼻導管及高流量管路組費比率為百分之六十五。					

十二、嬰幼兒處置 (57101-57123)

通則：本節各項目限為未滿七歲嬰幼兒施行時申報。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
57113B	兒童經皮靜脈導管放置術 Percutaneous IV catheterization 註： 1.限使用PCVC材料之導管放置術，且需長期(三日以上)放置靜導管之未滿七兒童。 2.提升兒童加成項目。		v	v	v	2801
57120B	嬰兒靜脈留置導管(未滿六個月) 註： 1.不得重復申報39004C。 2.三日內限申報乙次。 3.本項包含57107B穿透照明檢查。		v	v	v	938
57121B	幼兒靜脈留置導管(六個月以上至未滿二歲) 註： 1.不得重復申報39004C。 2.三日內限申報乙次。 3.本項包含57107B穿透照明檢查。		v	v	v	716
57122B	兒童靜脈留置導管(二歲以上至未滿七歲) 註： 1.不得重復申報39004C。 2.三日內限申報乙次。 3.本項包含57107B穿透照明檢查。		v	v	v	604
57123B	小血袋無菌分裝處理費 註： 1.新生兒輸血(出生到四個月，早產兒出生體重<1500公克出生到六個月)。 2.限使用無菌導管接合器。		v	v	v	170

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

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

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
61002C	脛骨下三分之一骨折 tibia low 1/3 fracture 註：屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數140點申報。	v	v	v	v	168
61003C	脛骨上三分之一骨折 Tibia up 1/3 fracture (High tibia osteotomy) 註：屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數140點申報。	v	v	v	v	168
61004C	脛骨上三分之一粉碎性骨折 Tibia up 1/3 comminuted fracture 註：屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數200點申報。	v	v	v	v	240

第七節 手術

通則：

十二、本節各項手術均為提升兒童加成項目，但「手術一般材料費」不得另按比例加算。加成率如下：病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之百；年齡在六個月以上但未滿二歲者，依表定點數加計百分之八十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之六十，若同時符合緊急傷病必須立即手術者，依加成率合計後一併加成。

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	顏面皮膚及皮下腫瘤切除術 Excision of facial skin and subcutaneous tumor					
62001C	— 直徑小於一公分 within 1cm in diameter	v	v	v	v	1300
62002C	— 直徑一至二公分 1cm to 2cm in diameter	v	v	v	v	2520
62003C	— 直徑超過二公分 over 2cm in diameter	v	v	v	v	5514
62007C	皮膚全層植補術 FTSG - 小於十平方公分 Full thickness skin graft, (FTSG)	v	v	v	v	5929
62064C	皮膚全層植補術 FTSG - 每增加十平方公分 Full-thickness skin graft --add 10 c m ²	v	v	v	v	5416
62065C	臉、頸部植皮-五平方公分 Face, neck -5cm ²	v	v	v	v	6057
62066C	臉、頸部植皮- 每增加五平方公分 Face, neck -every 5 cm ² of increase	v	v	v	v	1730
62067C	手部、會陰、腳植皮 -五平方公分 Skin graft for hand,perineum, and foot-5cm ²	v	v	v	v	5954
62068C	手部、會陰、腳植皮 - 每增加五平方公分 Skin graft for hand,perineum, and foot-every 5cm ²	v	v	v	v	1644
	臉部以外皮膚及皮下腫瘤摘除術 Excision of skin or subcutaneous tumor (Except face)					
62010C	— 小 小於二公分 within 2cm	v	v	v	v	1623
62011C	— 中 二公分至四公分 2 to 4cm	v	v	v	v	1927
62012C	— 大 四公分至十公分 4 to 10cm	v	v	v	v	3371
	註：一般腫瘤的大小很少超過十公分，大部份小於五公分， 超過十公分之腫瘤以64208B申報。					
	多層皮膚移植 Split thickness skin graft S.T.S.G					
62014C	—小於二十五平方公分 within 25 cm ²	v	v	v	v	4544
62015B	— 二十五至一百平方公分 25 to 100 cm ²		v	v	v	5267
62016B	—每增加一百平方公分 every increase of 100cm ²		v	v	v	3588
	皮膚惡性腫瘤切除及植皮術 Excision of skin cancer & SSG					
62022C	— 直徑小於二公分 within 2cm in diameter	v	v	v	v	8700
62023B	— 直徑二至五公分 2cm to 5cm in diameter		v	v	v	10880

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
62024B	一直徑超過五公分 over 5cm in diameter 註：申報時應附病理報告。		v	v	v	13090
62041B	微晶 & 一般磨皮術(小於五公分) Micro & general dermabrasion(<5cm) 註：限皮膚類澱粉症及表皮母斑症病患申報。		v	v	v	1544
62042B	微晶 & 一般磨皮術(五至十公分) Micro & general dermabrasion(5-10cm) 註：限皮膚類澱粉症及表皮母斑症病患申報。		v	v	v	1640
62043B	微晶 & 一般磨皮術(超過十公分) Micro & general dermabrasion(>10cm) 註：限皮膚類澱粉症及表皮母斑症病患申報。		v	v	v	2130
62045B	局部皮瓣(小於一公分) Local flap (<1cm)		v	v	v	3336
62046C	局部皮瓣(一至二公分) Local flap (1-2cm) 註：屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方及執行始可申報。	v	v	v	v	3350
62047C	局部皮瓣(超過二公分) Local flap (>2cm) 註：屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方及執行始可申報。	v	v	v	v	7310
62071B	鉺雅銘雷射手術 Erb-YAG laser operation 註：含一般材料費，得另加計百分之四。		v	v	v	2848
62072B	水刀清創 Hydrosurgery debridement 1.適應症：二度燙傷以上及總燙傷面積百分之二十以上，接受自體皮膚移植手術當次得申報水刀清創。 2.支付規範： (1)同一醫院同一病患同一傷害，限申報一次。 (2)須事前審查。 (3)不得同時申報支付標準診療項目：48015B、48016B、48017B、48029B 及 48030B。 (4)一般材料費及單一使用拋棄式之微創噴射灌洗器，得另加計百分之三百零九。		v	v	v	10861
63017B	前哨淋巴結摘除手術 註： 1.適應症：惡性乳癌、黑色素瘤及鱗狀上皮細胞癌。 2.支付規範： (1)不可同時申報：70205B。 (2)一般材料費，得另加計百分之五十六。		v	v	v	12656

第二項 乳房 Breast (63001~63017)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
63007B 63008B	改良式乳房根除手術 Modified radical mastectomy — 單側 unilateral — 雙側 bilateral 註： 1.適應症：惡性乳癌 2.一般材料費，得另加計百分之二十六。		v v	v v	v v	25595 38393
63012B	乳房部分切除手術併前哨淋巴結摘除手術 Partial mastectomy and sentinel node(s) excision 註： 1.適應症：惡性乳癌 2.支付規範： (1)不得同時申報：63001B、63002B、63017B。 (2)一般材料費，得另加計百分之五十。		v	v	v	15798
63013B	乳房部分切除手術併標準腋下淋巴廓清術 Partial mastectomy + axillary lymph node dissection 註： 1.適應症：惡性乳癌 2.支付規範： (1)不得同時申報：63001B、63002B、70205B。 (2)一般材料費，得另加計百分之二十五。		v	v	v	23637
63014B	乳房全切除手術併前哨淋巴結摘除手術 Simple mastectomy + sentinel lymph node biopsy 註： 1.適應症：惡性乳癌 2.支付規範： (1)不得同時申報：63003B、63004B、63017B。 (2)一般材料費，得另加計百分之三十三。		v	v	v	23390
63015B	乳房部分切除手術 Partial mastectomy 註： 1.適應症：惡性乳癌 2.支付規範： (1)不得同時申報：63001B、63002B。 (2)一般材料費，得另加計百分之五十四。		v	v	v	10046
63016B	乳房全切除手術 Simple mastectomy 註： 1.適應症：惡性乳癌 2.支付規範： (1)不得同時申報：63003B、63004B。 (2)一般材料費，得另加計百分之三十三。		v	v	v	18555

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
63017B	前哨淋巴結摘除手術 註： 1.適應症：惡性乳癌、黑色素瘤及鱗狀上皮細胞癌。 2.支付規範： (1)不可同時申報：70205B。 (2)一般材料費，得另加計 百分之五十六 。		v	v	v	12656

第三項 筋骨 Musculoskeletal System (64001~64281)

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

第四項 呼吸器 Respiratory System

一、鼻 Nose (65001-65078)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
65016B	淚囊鼻腔造瘻術 Dacryocystorhinostomy 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 百分之九十六 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	6586

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
65078B	內視鏡修正式 Lothrop 手術 Endoscopic modified Lothrop procedure 註： 1.適應症： (1)須經 ESS 手術後仍失敗復發，或 frontal recess 骨質新生沾黏之慢性鼻竇炎、慢性額竇炎。 (2)急性復發性額竇炎。 (3)鼻腔與鼻竇惡性腫瘤、額葉惡性腫瘤、嗅覺神經惡性腫瘤、顱骨及顏面骨之惡性或良性腫瘤、腦膜良性腫瘤、腦良性腫瘤或倒生性乳突瘤，且必須侵犯額竇。 2.一般材料費，得加計百分之十。		v	v	v	22904

第五項 胸腔 Thoracic

一、胸腔 Thoracic (67001-67055)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
67038B	胸壁切除術(十公分以上) Chest wall resection $\geq 10\text{cm}$ 註： 1.胸壁切除至少應含蓋二個以上不同之組織(如骨骼、肌肉等)。 2.胸骨部分切除術(十公分以上)比照申報。		v	v	v	15316
67008B	簡單胸廓擴創術 小於十公分 Simple debridement of chest wall $< 10\text{cm}$ 註：包括傷口縫合 including wound closure。		v	v	v	5690
67041B	複雜胸廓擴創術 十公分以上 Complicated debridement of chest wall $\geq 10\text{cm}$ 註：包括傷口縫合 including wound closure。		v	v	v	8422
67043B	簡單凹凸胸矯正術 (小於六根) Reconstruction of congenital funnel or pigeon chest 註：年齡未滿十七歲。		v	v	v	19816
67044B	複雜凹凸胸矯正術 (六根以上) Complicated correction of chest wall deformity 註：年齡未滿十七歲。		v	v	v	26819
67052B	胸腔鏡胸管結紮術 VATS with thoracic duct ligation 註：含一般材料費，得另加計百分之三十二。		v	v	v	25199

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
67053B	胸腔鏡肺分葉切除術 Thoracoscopic segmentectomy of lung 註： 1.適應症 (1)早期侷限性肺癌 stage I。 (2)肺單元分葉內之癌症且心肺功不佳者,不適合肺葉切除術者。 (3)具合併症且內科治療無效之感染性疾病。 2.含一般材料費，得另加計 百分之十一 。		v	v	v	57344
67054B	胸腔鏡肺葉袖形切除術 Thoracoscopic sleeve lobectomy 註： 1.適應症 (1)肺癌病人腫瘤侵犯支氣管分歧處又不適合作全肺葉切除術的病人。 (2)良性腫瘤侵犯肺葉分歧處欲切除有病變之肺葉而保留功能正常之肺葉。 2.含一般材料費，得另加計 百分之四 。		v	v	v	58517
67055B	納氏胸廓異常矯正術 Nuss Procedure for chest wall deformity 1.適應症： (1)Haller index 或 CT index > 3.25。 (2)有呼吸功能障礙，慢性支氣管炎，或肺纖維化病變者。 (3)併有心理影響，經精神科醫師評估有矯治之需要者。 2.含一般材料費及單一使用拋棄式之內視鏡用保護套與高速切割系統（鑽頭），得另加計 百分之九十八 。		v	v	v	14930

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
70401B	良性簡單縱膈腔腫瘤切除(小於五公分) Benign mediastinal mass excision (< 5cm)		v	v	v	16389
70414B	良性複雜縱膈腔腫瘤切除(五公分以上) Benign complicated mediastinal mass excision (≥ 5 cm)		v	v	v	18966
70416B	胸腔鏡縱膈腔腫瘤切除術(小於五公分) Thoreoscopic Excision of Mediastinal Tumor (<5cm)		v	v	v	20457
70417B	胸腔鏡縱膈腔腫瘤切除術(五公分以上) Thoreoscopic Excision of Mediastinal Tumor (≥ 5 cm)		v	v	v	23673

第六項 心臟及心包膜(68001-68057)

編號	診療項目	基層 院所	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數
68034B	心臟摘取 Heart procurement		v	v	v	21166
68035B	心臟植入 Heart implantation 註： 1.施行診療項目68034B、68035B手術之醫院及醫師條件如下： (1)醫院條件： A.須為「中華民國心臟醫學會」及「台灣胸腔及心臟血管外科學會」所認定之專科醫師訓練醫院。 B.應有專任具臨床藥理、病理、移植免疫、感染症及血液學專長之醫師。 (2)醫師條件： 手術主持醫師須有主持開心手術五百例以上之經驗。 2.施行診療項目68035B之適應症如下，並應由醫院申報事前審查： (1)心臟衰竭且Maximal VO ₂ <10ml/kg/min者。 (2)心臟衰竭達紐約心臟功能第四度，且Maximal VO ₂ <14ml/kg/min者。 (3)心臟衰竭核醫檢查LVEF<20%，經六個月以上藥物(包括ACE inhibitors、Digoxin、Diuretics等)治療仍無法改善者；如有重度二尖瓣閉鎖不全，經核醫檢查LVEF<25%者。 (4)嚴重心肌缺血，核醫檢查LVEF<20%，經核醫心肌灌注掃描及心導管等檢查，證實無法以傳統冠狀動脈繞道手術治療者。 (5)紐約心臟功能第四度，持續使用Dopamine或Dobutamine>5μg/kg/min七天以上，經核醫檢查LVEF<25%或心臟指數Cardiac index<2.0L/min/m ² 者。 (6)心臟衰竭已使用ECMO、VAD等心臟輔助器且無法斷離者。 (7)復發有症狀的心室性不整，無法以公認有效的方法治療者。 (8)其他末期心臟衰竭，無法以傳統手術方法矯正者。 3.施行診療項目68035B之禁忌症： (1)年齡六十五歲以上(年齡超過者需專案申請核准)。 (2)有明顯感染者。 (3)愛滋病帶原者，應符合財團法人器官捐贈移植登錄中心訂定之「捐贈者基準及待移植者之絕對與相對禁忌症、適應症與各器官疾病嚴重度分級表」規定。 (4)肺結核經證實者。 (5)惡性腫瘤患者。 (6)心智不正常或無法長期配合藥物治療者。 (7)少年型或胰導素依賴型糖尿病患者。	v	v	v		183312

編號	診療項目	基層 院所	地 區 醫院	區 域 醫院	醫 學 中 心	支 付 點 數
	<p>(8) A B O 血型與捐贈者不相容者。</p> <p>(9) 嚴重肺高血壓，經治療仍大於6 Wood Unit者，不得做正位心臟移植(異位心臟移植者不得大於12 Wood Unit)。</p> <p>(10) 肝硬化或GPT在正常兩倍以上，且有凝血異常者。</p> <p>(11) 中度以上腎功能不全者(Creatinine > 3.0mg/dl或 Ccr<20ml/min)(需同時故腎臟移植之末期腎衰竭洗腎病人，不在此限)。</p> <p>(12) 嚴重的慢性阻塞性肺病患者(FEVI<50% of predicted或 FEVI/FVC<40% of predicted)。</p> <p>(13) 活動性消化性潰瘍患者。</p> <p>(14) 嚴重的腦血管或周邊血管病變，使日常生活無法自理，且無法接受重建手術者。</p> <p>(15) 免疫系統不全或其他全身性疾病，雖經治療仍預後不良者。</p> <p>(16) 藥癮患者。</p> <p>4. 不得加計急診加成。</p> <p>5. 心臟捐贈者若為非保險對象，其捐贈者摘取所需之檢驗費、手術費、麻醉費、手術材料費由保險人給付，而 ICU 費用及藥品費則僅給付施行摘取手術當日之費用。</p> <p>6. 一般材料費及器官保存液費用，得另加計百分之七十八。</p>					
68037B 68047B	<p>肺臟移植 Lung transplantation</p> <p>— 單肺 Unilateral lung</p> <p>— 雙肺，連續性或同時性 bilateral sequential or en bloc double lung</p> <p>註：</p> <p>1. 68037B、68047B 及68038B 手術之醫院及醫師條件應報請中央衛生主管機關核定，如醫院條件變更或主持醫師異動時，仍應重行報請核定。</p> <p>2. 施行68037B 及68047B 之適應症如下，並應由醫院申報事前審查：</p> <p>(1) Group A 阻塞性肺疾病 (Obstructive Lung Disease)：</p> <p>符合肺移植適應症之診斷並符合下列任一條件者：</p> <p>A. 第一秒最大呼氣量(FEV1.0) < 35 % 預測值。</p> <p>B. 氧合指數(PaO₂/FiO₂ ratio)<300。</p> <p>C. 血中二氧化碳分壓(PaCO₂)升高。</p> <p>D. 引起繼發性肺動脈高壓(mPAP>25mmHg)。</p> <p>E. 臨床上活動分級已達紐約心臟協會功能分類第三級或第四級者。</p> <p>F. 需長期依賴氧氣者。</p> <p>G. 雖經藥物治療，仍長期有慢性呼吸道感染或已出現呼吸窘迫症狀。</p> <p>(2) Group B 肺血管疾病 (Pulmonary Vascular Disease)：</p>		v v	v v	v v	178634 246516

編號	診療項目	基層 院所	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數
	<p>符合肺移植適應症之診斷並符合下列任一條件者：</p> <p>A.病人之活動分級已達紐約心臟協會功能分類第三級或第四級者。</p> <p>B.右心房平均壓力 > 6 mmHg。</p> <p>C.平均肺動脈壓 mPAP>25mmHg。</p> <p>D.心臟指數(Cardiac index) < 2.51 l/min/m²。</p> <p>E.病人之臨床病況逐漸惡化，需長期依賴氧氣者。</p> <p>(3)Group C 囊性纖維化症或免疫缺乏症(Cystic Fibrosis or Immunodeficiency Disorders)：符合肺移植適應症之診斷並符合下列任一條件者：</p> <p>A.第一秒最大呼氣量(FEV1.0) < 40%預測值。</p> <p>B.血中二氧化碳分壓(PaCO₂) 升高。</p> <p>C.雖經藥物治療無效或情況仍逐漸惡化者。</p> <p>(4) Group D 限制性肺疾病 (Restrictive Lung Disease)：符合肺移植適應症之診斷並符合下列任一條件者：</p> <p>A.雖經藥物治療無效或情況仍逐漸惡化者。</p> <p>B.需長期依賴氧氣者。</p> <p>3. 施行68037B 及68047B 之禁忌症：未控制及無法控制之感染。</p> <p>(1)有無法控制的感染者。</p> <p>(2)愛滋病帶原者，應符合財團法人器官捐贈移植登錄中心訂定之「捐贈者基準及待移植者之絕對與相對禁忌症、適應症與各器官疾病嚴重度分級表」規定。</p> <p>(3)肺結核未完全治療者。</p> <p>(4)有惡性腫瘤者，不宜肺臟移植：</p> <p>A.incidental renal carcinoma, in situ carcinoma(excluding bladder), Dukes' A colon cancer, basal cell carcinoma, 以上四者不影響肺臟移植。</p> <p>B. malignant melanoma, breast cancer, GI carcinoma, lung cancer, 完全治療後，無癌症復發，未達五年者 (disease-free interval < 5years)。</p> <p>C.其他癌症，完全治療後，無癌症復發，未達兩年者 (disease-free interval < 2years)。</p> <p>(5)心智不正常或無法長期配合藥物治療者。</p> <p>(6)肝硬化或 GPT 在正常值兩倍以上且有凝血異常者。</p> <p>(7)中度以上腎功能不全者(Creatinine > 3.0mg/dL 或 Ccr < 50 ml/min/1.73m²)(需同時做腎臟移植之末期腎衰竭洗腎病人，不在此限)。</p> <p>(8)嚴重的腦血管或周邊血管病變，使日常生活無法自理，且無法接受重建手術者。</p> <p>(9)免疫系統不全或其他全身性疾病，雖經治療仍預後不良者。</p> <p>(10)藥癮、酒癮患者。</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
	4.含合併施行體外循環之費用。 5.不得加計急診加成。 6.肺臟捐贈者若為非保險對象，捐贈者摘取所需之檢驗費、手術費、麻醉費、材料費由保險人給付，而 ICU 費用及藥品費則僅給付施行摘取手術當日之費用。 7.一般材料費及器官保存液費用，68037B 得另加計百分之六十九、68047B 得另加計百分之七十五。					
68040B	經導管主動脈瓣膜置換術 Transcatheter Aortic Valve Implantation(TAVI) 註： 1.適應症：適用於嚴重主動脈狹窄病人，須具備以下二項條件。 (1)必要條件：（此四項條件須全部具備） A.有New York Heart Association Function Class II-IV 之心衰竭症狀。 B.以心臟超音波測量主動脈開口面積 $<0.8\text{cm}^2$ 、 $<0.6\text{cm}^2/\text{m}^2$ 、經主動脈瓣壓力差 $\geq 40\text{mmHg}$ 或主動脈瓣血流流速 $\geq 4.0\text{m}/\text{sec}$ 。 C.必須至少二位心臟外科專科醫師判定無法以傳統開心手術進行主動脈瓣膜置換或開刀危險性過高。 D.臨床判定病人至少有一年以上之存活機率。 (2)同時具備以下條件之一： A.無法接受開刀進行主動脈瓣膜置換或開刀危險性過高，STS Score $>10\%$ ，或 Logistic EuroSCORE I $>20\%$ 。 B.年齡為八十歲以上。 C.有以下情形之一者：先前接受過心臟手術（冠狀動脈繞道、心臟瓣膜手術）、嚴重主動脈鈣化 (porcelain aorta)、胸腔燒灼後遺症，不可進行開心手術、曾接受過縱膈放射療法、嚴重結締組織疾病，導致不可進行手術、肝硬化（Child分級A或B），以及肺功能不全：FEV <1 公升。 2.支付規範： (1)醫院條件 A.專任之心臟內科、心臟外科醫師。 B.醫院每年需具五百例以上之心導管（含二百例以上介入性心臟導管手術）及二十五例以上主動脈瓣膜置換之手術案例。 C.需具有心導管X光攝影機等級及高效率空氣過濾器至少HEPA-10000等級之複合式（hybrid）手術室。 (2)醫師資格 A.須符合下述操作資格之心臟內科專科醫師及心臟外科專科醫師在場共同操作，隨時提供必要之緊急措		v	v	v	96975

編號	診療項目	基層 院所	地 區 醫院	區 域 醫院	醫 學 中 心	支 付 點 數
	<p>施。</p> <p>B.具有專科醫師五年以上資格。</p> <p>C.具二十五例以上主動脈瓣膜置換手術（編號68016B），或三百例以上心臟介入治療之經歷（編號33076B~33078B 經皮冠狀動脈擴張術）。</p> <p>(3)執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請核備。</p> <p>3.不得同時申報診療項目：暫時性人工心律調節器、心臟超音波掃描、體外循環心肺支持系統（編號68052B）、血氧EKG監測等支付項目。</p> <p>4.一般材料費，得加計百分之十一。</p> <p>5.需事前審查。</p>					
68057B	<p>經導管肺動脈瓣膜置換術 Transcatheter pulmonary valve implantation ,TPVI 註：</p> <p>1.適應症：須符合下列三項條件。</p> <p>(1)法洛氏四重症手術後或主動脈瓣狹窄接受 Ross 術後，發生肺動脈瓣嚴重逆流，造成右心室擴大，或有心衰竭症狀者。</p> <p>(2)以磁振造影 MRI 檢查(至少具備以下任三項條件)：</p> <p>A.肺動脈瓣逆流指數(Pulmonary Regurgitation Index fraction > 30 %。</p> <p>B.右心室舒張末期容積 > 150 ml/m²。</p> <p>C.右心室舒張末期容積(End-diastolic Volume)/左心室舒張末期容積比大於1.7者或是右心室收縮末期容積 >80ml/m²。</p> <p>D.右心室收縮分率小於45%。</p> <p>(3)病人年齡十二歲以上及未滿五十一歲，且體重三十公斤以上。</p> <p>2.禁忌症：</p> <p>(1)右心室出口有形成 aneurysm 或肺動脈環大於32mm 或小於14mm 者。</p> <p>(2)冠狀動脈有異常途徑，繞於肺動脈基部後方或可能被植入瓣膜壓迫者。</p> <p>(3)殘留心室中膈缺損或任一側肺動脈嚴重狹窄需手術修補者。</p> <p>(4)合併左心室衰竭或冠狀動脈疾病需開刀者或放置血管支架。</p> <p>(5)嚴重肺動脈高壓(平均肺動脈壓大於等於30 mmHg)。</p> <p>(6)任何感染症尚未痊癒者。</p> <p>(7)腎功能異常。</p> <p>3.醫院條件：</p> <p>(1)專任之兒童心臟內科及心臟外科醫師。</p> <p>(2)醫院每年需具三十例以上之先天性心臟病開心手術加</p>		v	v	v	98957

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p>上瓣膜手術之案例。</p> <p>(3)需具有心導管 X 光攝影機等級及高效率空氣過濾器至少 HEPA-10000等級之複合式(hybrid)手術室。</p> <p>4.醫師資格：</p> <p>(1)由符合下述資格之小兒心臟專科醫師執行，且經社團法人台灣兒童心臟學會核發認證。</p> <p>A.具有小兒心臟專科醫師五年以上資格。</p> <p>B.具有三百例以上的先天性心臟病心導管介入手術的經驗</p> <p>C.須完成「經導管肺動脈瓣置換術」相關講習或操作訓練時數三十小時，並擔任手術第一助手五例以上。</p> <p>(2)須有心臟外科專科醫師隨時提供必要之緊急措施。</p> <p>(3)執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請核定。</p> <p>5.不得同時申報診療項目：暫時性人工心律調節器、心臟超音波掃描、體外循環心肺支持系統（編號68052B）、血氧 EKG 監測，以及肺動脈瓣擴張術(編號68029B 及69033B)等項目。</p> <p>6.一般材料費，得加計百分之十一。</p> <p>7.需事前審查。</p>					
68042B	<p>右心室至肺動脈心導管連接術(萊斯特利術式) (Rastelli operation)</p> <p>註：</p> <p>1.適應症：法洛氏四合症、肺動脈發育不全合併心室中膈缺損、大動脈轉位症合併心室中膈缺損與右心室出口阻塞。</p> <p>2.含一般材料費，得另加計百分之二十九。</p>		v	v	v	48742
68043B	<p>A 型急性主動脈剝離術 Surgery for A type aortic dissection</p> <p>註：</p> <p>1.一般材料費，得加計百分之十一。</p> <p>2.不得同時申報編號68015B(係指主動脈瓣膜)、69024B、69036B。</p>		v	v	v	86451

第七項 動脈與靜脈 (69001-69043)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
69041B	<p>開放性股-股動脈或股-脛動脈或腋-股動脈繞道手術 Open Femoro-femoral bypass, Femoro-popliteal bypass, Axillo-femoral bypass</p>		v	v	v	23272

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	1.適應症：四肢自體動脈粥樣硬化（I70.2~I70.7）。 2.限外科專科醫師執行。 3.一般材料費得另加計百分之五十。					
69042B	開放性膝下動脈繞道手術 Open femoro-infraknee distal bypass, one vessel or two vessels — 一條血管 註： 1.適應症：四肢自體動脈粥樣硬化（I70.2~I70.7）。 2.限外科專科醫師執行。 3.一般材料費得另加計百分之三十八。		v	v	v	31028
69043B	— 兩條血管 註： 1.適應症：四肢自體動脈粥樣硬化（I70.2~I70.7）。 2.限外科專科醫師執行。 3.一般材料費得另加計百分之二十九。		v	v	v	40724

第八項 造血與淋巴系統 Hemic & Lymphatic System

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
70205B	標準腋下淋巴廓清術 Axillary lymph node dissection 註： 1.適應症：惡性乳癌、黑色素瘤及鱗狀上皮細胞癌。 2.一般材料費，得另加計百分之四十一。		v	v	v	13515

第九項 消化器 Digestive System

二、胃 Stomach (72001-72059)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
72050B	<p>內視鏡黏膜切除術</p> <p>註：</p> <p>1.適應症：</p> <p>(1)超過二公分無莖型之胃腸道息肉或黏膜病灶。</p> <p>(2)早期胃腸道癌症(包括食道、胃、十二指腸、大腸、直腸)。</p> <p>(3)胃腸道黏膜下腫瘤，如類癌(carcinoid)。</p> <p>2.支付規範：不得同時申報之診療項目及編號：28016C、28017C、28030C、28031C、47074C、49014C、47043C、49026C、49023C、73008B、74207C。</p> <p>3.內含一般材料費及拋棄式息肉切除環與先端部固定環費用，得另加計百分之六十三。</p>		v	v	v	8199
72051B	<p>腹腔鏡胃袖狀切除術</p> <p>Laparoscopic Sleeve Gastrectomy</p> <p>註：</p> <p>1.適應症（須符合下列各項條件）：</p> <p>(1)身體質量指數BMI\geq37.5Kg/m²；BMI\geq32.5Kg/m²合併有高危險併發症，如:第二型糖尿病病人糖化血色素經內科治療後仍\geq7.5%、高血壓、呼吸中止症候群等。</p> <p>(2)須減重門診滿半年(或門診相關佐證滿半年)及經運動及飲食控制在半年以上。</p> <p>(3)年齡在二十歲以上至未滿六十六歲。</p> <p>(4)無其它內分泌疾病引起之病態肥胖。</p> <p>(5)無酗酒、嗑藥及其它精神疾病。</p> <p>(6)精神狀態健全，經由精神科專科醫師會診認定無異常。</p> <p>2.限消化外科專科醫師執行。</p> <p>3.含一般材料費，得另加計百分之二十四。</p>		v	v	v	38360
72052B	<p>腹腔鏡胃繞道手術</p> <p>Laparoscopic Gastric Bypass</p> <p>註：</p> <p>1.適應症（須符合下列各項條件）：</p> <p>(1)身體質量指數BMI\geq37.5Kg/m²；BMI\geq32.5Kg/m²合併有高危險併發症，如:第二型糖尿病病人糖化血色素經內科治療後仍\geq7.5%、高血壓、呼吸中止症候群等。</p> <p>(2)須減重門診滿半年(或門診相關佐證滿半年)及經運動及飲食控制在半年以上。</p> <p>(3)年齡在二十歲以上至未滿六十六歲。</p> <p>(4)無其它內分泌疾病引起之病態肥胖。</p> <p>(5)無酗酒、嗑藥及其它精神疾病。</p> <p>(6)精神狀態健全，經由精神科專科醫師會診認定無異常。</p> <p>2.限消化外科專科醫師執行。</p> <p>3.含一般材料費，得另加計百分之二十三。</p>		v	v	v	41697

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
73049B	<p>小腸移植術 Isolated small bowel transplantation</p> <p>註： 1.適應症： (1)超短腸症：嬰兒或成人有超短腸的情形(嬰兒小於十分公分的空腸，或成人小於五十公分的空腸)並且沒有迴盲瓣。 (2)先天性黏膜病變，如： A.microvillus inclusion disease、B.tufting enteropathy。 (3)小腸局部性侵襲性腫瘤，如： A.家族性大腸瘻肉症、B.類結締纖維瘤 desmoid tumor。 (4)因先天性或後天性的原因造成腸衰竭，使用全靜脈營養治療引起之併發症，如： A.肝臟病變、B.主要靜脈管道栓塞(超過兩處)、C.人工血管感染引發之反覆敗血症。</p> <p>2.相關規範： (1)需事前審查。 (2)人員及設備資格：執行醫師及醫院須通過衛生福利部(前衛生署)小腸移植執行醫師及醫院資格審核。 (3)一般材料費及器官保存液費用，得另加計百分之二十五。</p>		v	v	v	198868
73050B	<p>屍體小腸摘取術 Cadaveric small intestine harvest</p> <p>註： 相關規範： 1.執行人員及醫院資格須通過衛生福利部(前衛生署)小腸移植執行醫師及醫院資格審核。 2.不得同時申報之診療項目及編號：73010B(小腸切除術加吻合術)。 3.一般材料費，得另加計百分之九十六。</p>		v	v	v	25970

第十一項 肝、膽、胰

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
75020B	<p>肝臟移植 Liver(Hepatic) transplantation</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.施行本項及75021B或75022B手術之醫院及醫師條件應報請中央衛生主管機關核定，並向保險人申請核備，如醫院條件變更或主持醫師異動時，仍應重行報請核定。 2.施行本項之適應症如下，並應由醫院申報事前審查： <ol style="list-style-type: none"> (1)先天性膽道閉鎖 (2)先天性肝臟代謝疾病，如 <ol style="list-style-type: none"> A.威爾遜氏病 B.酪胺酸代謝症 C.α1抗胰蛋白酶缺乏症 D.家族性高膽固醇血症 E.肝醣堆積疾病 (3)肝硬化，包括： <ol style="list-style-type: none"> A.病毒性肝炎引起之肝硬化 B.酒精性肝硬化 C.不明原因之肝硬化 (4)原發性膽汁性肝硬化 (5)硬化性膽管炎 (6)原發性肝惡性腫瘤：限於肝硬化病人合併有小型肝癌者 (7)Budd-Chiari症候群 (8)猛爆性肝炎或藥物引起之急性肝衰竭 3.含合併施行心肺體外循環之費用，全部或部份肝臟植入皆以本項申報。 4.不得加計急診加成。 5.肝臟捐贈者若為非保險對象，其捐贈者摘取所需之檢驗費、手術費、麻醉費、材料費由保險人給付，而ICU費用及藥品費則僅給付施行摘取手術當日之費用。 6.一般材料費及器官保存液費用，得另加計百分之八十一。 		v	v	v	248552

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
75418B	屍體胰臟器官移植 Cadaver Pancreas Transplant 註： 1.施行本項及75419B手術之醫院及醫師條件應報請中央衛生主管機關核定，並向保險人申請核備，如醫院條件變更或主持醫師異動時，仍應重行報請核定。 2.不得加計急診加成。 3.胰臟捐贈者若為非保險對象，其捐贈者摘取所需之檢查費、手術費、麻醉費、手術材料費由健保給付，而ICU費用及藥品費則僅給付施行摘取手術當日之費用。 4.施行本項適應症如下，並應由醫院申報事前審查： (1)第一型糖尿病或低胰島素分泌患者，併有糖尿病合併症產生，如腎病變、視網膜病變、神經病變、心腦血管病變。 (2)第一型糖尿病或低胰島素分泌患者，常因血糖過低或過高引發生命威脅者。 (3)第一型糖尿病或低胰島素分泌患者，因血糖控制不易產生求學、就業及日常生活困難者。 (4)第二型糖尿病患者，已使用胰島素注射治療，且合併有腎衰竭現象者，但胰島素注射量需少於1.5 units/kg/day，且無其他器官嚴重疾病。 5.一般材料費及器官保存液費用，得另加計百分之八十四。		v	v	v	178634
75419B	屍體捐胰摘取 Pancreas Harvest 註：一般材料費，得另加計百分之三十八。		v	v	v	115245

第十二項 泌尿及男性生殖

一、腎臟Kidney (76001-76037)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
76020B	腎臟移植 Renal implantation 註：一般材料費及器官保存液費用，得另加計百分之八十一。		v	v	v	106128

二、輸尿管 Ureter (77001-77040)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
77026B	輸尿管鏡取石術及碎石術 Ureteroscopy & removal of ureteral stone — 單純內視鏡操作方式 simple endoscopic 註：含鏡檢費用在內。		v	v	v	5537
77027B	— 併用超音波或電擊方式 with SONO/EHL 註：含鏡檢及超音波費用在內。		v	v	v	9259
77028B	— 併用雷射治療方式 註： 1.含鏡檢費用在內。 2.77028B含一般材料費及雷射光纖，得另加計百分之九十一。		v	v	v	7446
77030B	腹腔鏡輸尿管取石術 Laparoscopic Ureterolithotomy		v	v	v	7410

十、前列腺 Prostate (79401-79417)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
79416C	前列腺切片-超音波導引 Transrectal ultrasound guided prostate biopsy 註： 1.限泌尿科專科醫師執行。 2.不得同時申報編號79401C及19017C。 3.一般材料費，得另加計百分之十七。	v	v	v	v	3167

第十三項 女性生殖

五、子宮體 Corpus Uteri (80401-80430)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
80416B	腹腔鏡全子宮切除術 Laparoscopic hysterectomy 註：不得同時申報80430B。		v	v	v	29753
80425C	腹腔鏡子宮肌瘤切除術 Laparoscopic myomectomy 註：不得同時申報80430B。	v	v	v	v	25907

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
81011C	<p>有妊娠併發症之剖腹產術 Cesarean section in complicated pregnancy (defined as cases with preeclampsia, eclampsia, GDM, malpresentation, and documented major medical or surgical complications)</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.合併非治療性闌尾切除不另給付。 2.妊娠併發症係指： <ol style="list-style-type: none"> (1)子癩前症、子癩症、妊娠糖尿病、胎位不正、和有病歷記載之內外科併發症者。 (2)妊娠二十二週以上至未滿三十三週早產病患。(排除胎死腹中，及符合優生保健法之中止妊娠) (3)四十歲以上初產婦。 (4) BMI\geq35之初產婦。 (5)嚴重妊娠高血壓。 (6)胎兒生長遲緩或胎兒發育異常者(IUGR)或胎盤功能異常者。 (7)妊娠合併內科疾病：心臟病、糖尿病、甲狀腺疾病、腎臟疾病 (NS, IgA, ESRD)、免疫性疾病(SLE)、血小板低下症。 (8)白血病。 (9)血友病(Coagulopathy)。 (10)愛滋病。 (11)產後大出血者。 (12)胎盤早期剝離。 (13)合併接受外科手術者。 (14)雙胞胎輸血症候群。 3.屬西醫基層院所西醫基層總額部門院所，本項以原81004C支付點數8902點申報。 	v	v	v	v	19999
81034C	<p>有妊娠併發症之陰道產 Vaginal delivery in complicated pregnancy (defined as cases with preeclampsia, eclampsia, GDM, malpresentation, and documented major medical or surgical complications)</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.妊娠併發症係指： <ol style="list-style-type: none"> (1)子癩前症、子癩症、妊娠糖尿病、胎位不正、和有病歷記載之內外科併發症者。 (2)妊娠二十二週以上至未滿三十三週早產病患。(排除胎死腹中，及符合優生保健法之中止妊娠) (3)四十歲以上初產婦。 (4) BMI\geq35之初產婦。 	v	v	v	v	19999

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	(5)嚴重妊娠高血壓。 (6)胎兒生長遲緩或胎兒發育異常者(IUGR)或胎盤功能異常者。 (7)妊娠合併內科疾病：心臟病、糖尿病、甲狀腺疾病、腎臟疾病 (NS, IgA, ESRD)、免疫性疾病(SLE)、血小板低下症。 (8)白血病。 (9)血友病(Coagulopathy)。 (10)愛滋病。 (11)產後大出血者。 (12)胎盤早期剝離。 (13)合併接受外科手術者。 (14)雙胞胎輸血症候群。 2.包括會陰切開術，縫合術及胎盤剝離等。					

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
82007B	副甲狀腺切除術 Parathyroidectomy — 單純性 Simple		v	v	v	10799
82018B	— 亞全切除術 Subtotal 註： 1.適應症： (1)嚴重之腎性副甲狀腺機能亢進 (腎衰竭後併發之副甲狀腺機能亢進而無法以藥物控制者)。 (2)原發性副甲狀腺機能亢進中病理變化為多顆副甲狀腺增生者。 2.含一般材料費，得另加計百分之十六。		v	v	v	30119
82019B	— 全切除術 Total 註： 1.適應症： (1)嚴重之腎性副甲狀腺機能亢進 (腎衰竭後併發之副甲狀腺機能亢進而無法以藥物控制者)。 (2)原發性副甲狀腺機能亢進中病理變化為多顆副甲狀腺增生者。 2.含一般材料費，得另加計百分之十五。		v	v	v	42153

第十五項 神經外科 Neurosurgery (83001-83105)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
83001B	腦微血管減壓術 Microvascular decompression 註： 1.限神經外科專科醫師施行。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計 百分之一百零四 。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	19562
83013C	頭顱穿洞術（止血引流、穿刺檢查） Burr hole (trephination) for hemostasis, drainage or ventricular puncture 註： 1.如以顱骨穿孔術實施其他神經外科手術，按各該手術項目所訂點數申報。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計 百分之三百十四 。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v	v	3786
83014C	—每加一孔 one hole added	v	v	v	v	2571
83015C	顱骨切除術 Craniectomy 註： 1.包括異物移除(remove F.B) 或減壓(decompression) 或神經切斷(neurotomy)。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計 百分之一百三十一 。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。 4.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數12650點申報。	v	v	v	v	13662
83016B	頭顱成形術 Cranioplasty 註： 1.限神經外科專科醫師施行。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計 百分之一百四十八 。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	11210
83017B	腦瘤切除 Brain tumor (I.C.T. / cephalocele) 註：限神經外科專科醫師施行。 —腦瘤大小三公分以上 $\leq 3\text{cm}$ 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 百分之九十六 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	32193
83018B	—腦瘤大小介於三至六公分 $3\sim 6\text{cm}$ 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 百分之八十 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	52106
83019B	—腦瘤大小六公分以上 $> 6\text{cm}$ 註：		v	v	v	56942

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	1.一般材料費及特殊材料費，得另加計百分之七十八。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。					
83036C	硬腦膜外血腫清除術 Removal of epidural hematoma 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計百分之一百零四。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。 3.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數19371點申報。	v	v	v	v	20921
83037C	急性硬腦膜下血腫清除術 Removal of acute subdural hematoma 註： 1.限急診患者申報並不得加算急診加成。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計百分之一百零六。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。 4.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數18729點申報。	v	v	v	v	20227
83038C	慢性硬腦膜下血腫清除術 Removal of chronic subdural hematoma 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計百分之一百三十二。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v	v	12530
83039B	腦內血腫清除術 Removal of intracerebral hematoma 註： 1.限神經外科專科醫師施行。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計百分之百。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	22904
83047B	腦膜或脊髓膜突出修補術 Repair of meningocele or encephalocele 註： 1.限神經外科及骨科專科醫師施行。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計百分之一百十。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	17315
83056B	癲癇症腦葉切除術 Brain lobectomy for epilepsy 註： 1.包括腦皮質及深部腦波圖(EEG) 在內。 2.腦葉切斷術(lobotomy)、胼胝體 (corpus callasum)切斷術，焦點切除或破壞(focal excision or destruction)，腦下垂體切		v	v	v	49410

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
	除術(pituitectomy)及大腦半球切除術比照申報。 3.限神經外科專科醫師施行。 4.一般材料費及特殊材料費，得另加計百分之七十七。 5.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。					
83057B	經由蝶竇之腦下垂體瘤切除 Transsphenoidal removal of pituitary adenoma 註： 1.限神經外科專科醫師施行。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計百分之八十六。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	30571
83063B	顱內外血管吻合術 EC-IC by-pass 註： 1.限神經外科專科醫師施行。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計百分之九十九。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	21751
83064B	開顱術摘除血管病變 Craniotomy for vascular lesions 註：限神經外科專科醫師施行。 — 腦血管瘤 aneurysms 1. 無病徵的 asymptomatic 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計百分之七十四。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	48388
83065B	2.有病徵的 symptomatic 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計百分之七十三。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	50389
83066B	3.巨大的 giant 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計百分之七十三。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。 — 動靜脈畸型 Arteriovenous malformations 1.小型 small (D≤2.5cm)		v	v	v	53750
83067B	(1)表淺 superficial 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計百分之八十一。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	36000
83068B	(2)深部 deep 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計百分之七十七。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	42000

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
83069B	2. 中型 medium (2.5cm < D ≤ 5cm) (1) 表淺 superficial 註： 1. 一般材料費及特殊材料費，得另加計百分之七十四。 2. 上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	48000
83070B	(2) 深部 deep 註： 1. 一般材料費及特殊材料費，得另加計百分之七十二。 2. 上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	54000
83071B	2. 大型 large (D > 5cm) 註： 1. 一般材料費及特殊材料費，得另加計百分之七十。 2. 上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	64500
83079B	高頻熱凝療法 Radiofrequency coagulation 1. 申請人檢附資料應符合之要件： (1) 病歷應記載清楚、詳實及病史完整。須有理學檢查、術前術後Image-guided、OP note、疼痛量表等相關資料，以佐證實施之必要性。 (2) 需為中重度、慢性疼痛且經藥物、復健治療等保守療法三個月後未改善。 (3) 單一部位首次實施前需至少施行一次影像輔助診斷性阻斷(image-guided diagnostic block)，二週後倘症狀未緩解，才可施行RF，需檢附影像副本以資佐證。 2. 施行本項之適應症如下，並應由醫院申請事前審查： (1) 需為脊椎小關節症候群(Facet Joint Syndrome)引起的疼痛者。 (2) 三叉神經痛、惡性腫瘤引起神經疼痛者。 (3) Neuropathic pain，如postherpetic neuropathic pain等。 (4) 脊椎手術後疼痛症候群 (Failed Back Surgery Syndrome, FBSS)、慢性脊椎疼痛(Chronic spinal pain)、後背根神經節、其他周邊神經痛等。 3. 治療次數與限制： (1) 同區域重複治療以間隔六個月以上為原則，並應附施予高頻熱凝療法後之衛教紀錄與疼痛量表，個案病情如需於三至六個月內同區域重複施行者，應另檢附精神科醫師或心理治療師或疼痛科醫師之治療評估紀錄。 (2) 一次施行一個區域，共分五個區域：腰薦椎、胸椎、頸椎、頭部、周邊神經等五大部位。同一手術野內同時施行多點處置，視為單一處置申報。 4. 一般材料費及特殊材料費，得另加計百分之九十八。 5. 上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	5360

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
83087B	顏面神經減壓術 Facial nerve decompression 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 百分之一百四十四 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	10900
83088B	顱底瘤手術 Skull Base Tumor Surgery 註： 1.適應症：腫瘤必須大於三公分以上，或是位於 C-P angle 部位之腫瘤大於四公分以上。 2.申報時請附上術前以及術後之X光片。 3.一般材料費及特殊材料費，得另加計 百分之六十五 。 4.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	84082
83102K	迷走神經刺激術（VNS）—植入 註： 1.適應症： (1)無法以抗癲癇藥控制病情的頑固型癲癇病患。 (2)頑固型癲癇病患定義：已服用或曾服用二種以上具適應症並已達有效劑量之抗癲癇藥物至少一年以上，仍無法控制發作。 2.支付規範： (1)特殊專科別限制：神經外科。 (2)執行頻率：須事前審查，每人僅需執行一次。 (3)不得同時申報56037B「深部腦核電生理定位」、83056B「癲癇症腦葉切除術」、83084B「立體定位術-功能性失調」及72029B「迷走神經切斷術」。 (4)含一般材料費，得另加計 百分之十一 。				v	18242

第十六項 聽器 Auditory System

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
84038B	人工電子耳手術(人工耳蝸植入術) 註： 限設有聽語復健治療團隊(包括耳鼻喉科專科醫師或復健專科醫師、聽力師、語言治療師等)之醫院申報，施行本項適應症如下： 1.兒童(未滿十八歲)： (1)兩耳聽力損失呈 $\geq 90\text{dB HL}$ (0.5、1、2、4K Hz)。 (2)先前使用助聽器三~至六個月以上，助聽後開放式語言測試得分 (Speech perception score) < 50%，或是噪聲下語詞測驗得分 (Word recognition score) < 30%。		v	v	v	20250

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	無手術植入電極之禁忌。 2.成人： (1)學語後失聰且兩耳聽力損失呈 ≥ 70 dB HL (0.5、1、2、4K Hz)。 (2)先前使用助聽器六個月以上，助聽後開放式語言測試得分 (Speech perception score) < 50%。 (3)無手術植入電極之禁忌。					

第十七項、視器 Visual System

二、角膜Cornea (85201~85217)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
85212B	板層角膜移植術 Lamellar keratoplasty 註：1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 百分之一百零八 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	10560
85213B	穿透性角膜移植術 Penetrating keratoplasty 註：1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 百分之一百 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	14868
85215B	深層前角膜移植 Deep Anterior Lamellar Keratoplasty 註：1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 百分之六十七 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	17740
85216B	角膜內皮移植 Descemet's Stripping Automated Endothelial Keratoplasty 註：1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 百分之八十二 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	18585
85217B	角膜內皮移植 (使用已分離之角膜) Descemet's Stripping Automated Endothelial Keratoplasty with precut cornea 註：1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 百分之五十三 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	16478

六、水晶體 Crystalline Lens (86001-86013)

通則：

- 1.限眼科專科醫師施行後申報。
- 2.每月門、住診白內障手術(含 86006C、86007C、86008C、86011C、86012C，以及 97605K、97606A、97607B、97608C 所內含前揭項目)加總超過四十例之醫師，自事實發生之當月起算，第四十一例以上須於申報費用前，至 VPN「白內障手術個案登錄系統」，取得「登錄完成序號」，並於申報時填列此序號，方得支付。

七、玻璃體Vitreous (86201-86215)

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

八、網膜 Retina (86401-86415)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
86409B	眼坦部玻璃體切除術合併光線凝固治療 Pars plana vitrectomy (vitrector) with Photocoagulation therapy — 簡單 Simple 註：1.一般材料費、20Ga玻璃體切除術主體包及相關特殊材 料費，得另加計 百分之一百七十九 。 2.不得同時申報項目：86206C、86407C。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	11062
86410B	— 複雜 Complicated 註：1.一般材料費、20Ga玻璃體切除術主體包及相關特殊材 料費，得另加計 百分之一百七十五 。 2.不得同時申報項目：86207B、86408B。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	19345
86411B	複雜眼坦部玻璃體切除術合併鞏膜切除併植入或扣壓 Complication Pars plana vitrectomy (vitrector) with Reattachment retina with diathermy or cryopex 註：1.一般材料費、20Ga玻璃體切除術主體包及相關特殊材 料費，得另加計 百分之一百六十八 。 2.不得同時申報項目：86207B、86402C、85608B。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	20550

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
86412B	微創玻璃體黃斑部手術 Microincision vitreomacular surgery 註：1.一般材料費、23Ga（含）以上玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計 百分之一百五十四 。 2.不得同時申報項目：86207B。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	18475
86413B	微創複雜性玻璃體切除合併鞏膜扣環手術 Microincision vitreoretinal surgery combined with scleral buckle 註：1.一般材料費、23Ga（含）以上玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計 百分之一百九十四 。 2.不得同時申報項目：86207B、86402C、85608B、86411B。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	24181
86414B	微創玻璃體切除術 Microincision vitreoretinal surgery — 簡單 Simple 註：1.一般材料費、23Ga（含）以上玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計 百分之二百三十五 。 2.不得同時申報項目：86206C、86407C、86409B。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	12800
86415B	— 複雜 Complicated 註：1.一般材料費、23Ga（含）以上玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計 百分之一百八十九 。 2.不得同時申報項目：86207B、86408B、86410B。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	24181

十一、眼瞼 Eyelid (87001-87031)

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

十二、結膜Conjunctiva (87202-87219)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
87204C	結膜病灶切除 Excision lesion of conjunctiva, benign — 小於三mm less than 3mm	v	v	v	v	1315
87205C	— 大於三mm large than 3mm	v	v	v	v	1748

十三、淚腺道lacrimal (87401-87417)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
87405B	淚囊鼻腔造孔術 Dacryocystorhinostomy 註： 1.若使用矽質管留置，則加報53019C。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計百分之九十三。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	8593
87406B	結膜淚囊鼻腔造孔術 Conjunctivodacryocystorhinostomy 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計百分之八十八。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	9888
87415B	鼻淚管造口術 Dacrocysto-hinostomy — 簡單 simple 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計百分之九十。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	9312
87416B	— 複雜 complicated 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計百分之八十三。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	11640

第十八項 治療性先天殘缺手術 (88001-88064)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
88029C	嬰兒鼠蹊疝氣 Inguinal hernia operation 註： 1.限對未滿二歲嬰兒施行手術時申報。 2.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數8292點申報。	v	v	v	v	11642

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

第二項 輸血技術費(94001-94005)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
94001C	一般輸血：一次 General blood transfusion 註：輸血技術費以「次」為計算單位，即連續輸血者，僅核付第一次技術費，超過 250毫升以上部份，無加算之規定。	v	v	v	v	270
94005C	白血病、再生不良性貧血、骨髓移植病人、血液惡性腫瘤病人移植輸血 Blood transfusion for special hematological disorders 註：輸血技術費以「次」為計算單位，即連續輸血者，僅核付第一次技術費，超過 250毫升以上部份，無加算之規定。	v	v	v	v	424

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
94203B	造血幹細胞移植冷凍保存費 Stem cell Cryopreservation 冷凍保存一個月內 ≤ 1 month		v	v	v	10303
94208B	冷凍保存一至三個月 1-3 months		v	v	v	19732
94209B	冷凍保存三至六個月 3-6 months 註：1.包括人員、藥品、特殊材料、冷凍設備之消耗等費用在內。 2.保存超過六個月者不另給付。		v	v	v	29160

第十節 麻醉費 (96000~96028)

通則：

七、本節各麻醉項目之兒童加成方式如下：

- (一)西醫醫院皆為提升兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之百；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之八十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之六十，惟各麻醉項目另有規定者除外。
- (二)西醫基層院所皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十，惟各麻醉項目另有規定者除外。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
96027B	麻醉深度監測 Depth of Anesthesia monitoring —十三歲以上		v	v	v	1316
96028B	—未滿十三歲 註： 1.適應症： (1)重大手術：移植手術、心臟手術、胸腔及氣道手術，且在半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉下進行。 (2)創傷手術：ISS score \geq 15，且在半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉下進行。 (3)重症手術：APACHEII score \geq 16，且在半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉下進行。 (4)在半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉下進行相關手術，且需在麻醉紀錄單上全程載明TIVA (Total Intravenous Anesthesia) 劑量變化，且符合下列三項條件之一： a. 麻醉時間四小時以上。 b. 使用神經外科術中神經功能監測 (IONM)。 c. 顱內高壓 (IICP)。 2.支付規範： (1)不得申報本章節相關加成。 (2)96027B已內含一般材料費占百分之六十二；96028B已內含一般材料費占百分之七十七。		v	v	v	2133

第三部 牙醫

通則：

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

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

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

(二)轉診範圍，限於下列之科別與診療項目：

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

(三)轉診單開立後三個月內應至接受轉診之醫療院所就診，否則無效。

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

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

第一章 門診診察費

第二節 符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費

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

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

第三節 牙周病學 Periodontics(91001~91020，91088~91090，91103~91104，91114)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
91001C	牙周緊急處置 Management of periodontal emergencies 註： 1. 每月限申報二次，同一象限不得重複申報。 2. 申報費用以次為單位。 3. 不得與91003C、91004C、91005C、91017C、91103C、91104C、91019C、91089C或91090C同時申報。 3.不得與91003C、91004C、91005C、91017C、91103C、91104C、91019C或91089C同時申報。 4. 此項不得申請轉診加成。	v	v	v	v	150
91002C	牙周敷料每次 Periodontal packing 註：1. 二分之一額以下。 2. 合併手術主處置申報。	v	v	v	v	120
91003C	牙結石清除 Scaling	v	v	v	v	150
91004C	— 局部 Localized — 全口 Full mouth 註： 1. 限有治療需要之病人每半年最多申報一次。 2. 半年內全口分次執行之局部結石清除，均視為同一療程，其診察費僅給付一次。同療程時間內若另申報全口牙結石清除術，則刪除同療程內已申報之局部牙結石清除費用。(同象限不得重覆申報) 3. 牙結石清除須作潔牙說明，其後作刷牙復習。 4. 91003C需依四象限申報。 5. 未滿十二歲兒童(「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象除外)非全口性牙周病者不得申報全口牙結石清除，病歷上應詳實記載備查;申報91003C或91004C需附相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)或X光片以為審核。 6. 本項不得申請轉診加成。 7. 申報本項後九十天內不得再申報91005C、91017C、91089C、91090C、91103C及91104C。	v	v	v	v	600
	齒齦下刮除術(含牙根整平術) Subgingival curettage (including Root planing)					

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
91006C	— 全口 Full mouth	v	v	v	v	3200
91007C	— 二分之一顎 1/2 arch	v	v	v	v	800
91008C	— 局部 Localized (三齒以內) 註： 1.每顆牙應詳細記載六個測量部位之牙周囊袋深度，其中至少一個測量部位囊袋深度超過5mm以上。 2.申報費用應註明囊袋深度紀錄之病歷影本及治療前之X光片(限咬翼片或根尖片)。 3.以象限區域為單位，當該象限需接受治療為三齒以內時，申報一次91008C；當其需接受治療為四齒以上時，申報一次91007C。 4.半年內施行於同一象限之齒齦下刮除術均不得申報費用。 5.已申報91006C或91007C三次以上者，一年內不得申報牙周病統合治療方案91021C~91023C。	v	v	v	v	400
91009B	牙周骨膜翻開術 Periodontal flap operation — 局部 Localized (牙周囊袋 5mm以上 三齒以內)		v	v	v	3010
91010B	— 三分之一顎 1/3 arch (牙周囊袋 5mm以上 四至六齒) 註： 1.申報費用應註明囊袋深度紀錄之病歷影本及治療前之X光片(限咬翼片或根尖片)。 2.費用包括手術費、X光檢查、局部麻醉、牙周敷料、拆線及十四天之術後診察、處置費用。 3.以「區域」方式申報，如有跨相鄰區域，需治療之牙齒為三齒以內，擇一區域申報。同區域二年內不得重複申報，且應檢附二年內牙科完整病歷並附牙周手術同意書(參考格式附表3.3.2)。 4.牙周骨膜翻開術(91009B-91010B)囊袋紀錄表應以每顆牙六個測量部位為準。所需時間分別為四十分鐘及六十分鐘。		v	v	v	5010
91011C	牙齦切除術 Gingivectomy — 局部 Localized (三齒以內)	v	v	v	v	910
91012C	— 三分之一顎 1/3 arch	v	v	v	v	1510
	註： 1.包括牙齦修整術(Gingivoplasty)在內。 2.需附牙周囊袋記錄，每顆應詳細記載六個測量部位，其中至少一個測量部位為5mm以上。 3.局部麻醉費用已內含。					
	特殊狀況牙結石清除 Scaling for patients with special needs					

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
91103C	-局部 Localized	v	v	v	v	150
91104C	-全口 Full mouth 註： 1. 適用於「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、放射線治療病人之牙醫醫療服務申報。 2. 限有治療需要之病人每九十天最多申報一次。 3. 重度以上病人每六十天得申報一次。 4. 九十天內(重度以上六十天內)全口分次執行之局部結石清除，均視為同一療程，其診察費僅給付一次。同療程時間內若另申報全口牙結石清除術，則刪除同療程內已申報之局部牙結石清除費用(同象限不得重覆申報)。 5. 申報本項後九十天內(重度以上六十天內)不得再申報91003C、91004C、91005C、91017C、91089C及91090C。	v	v	v	v	600
91005C	口乾症牙結石清除-全口 Full mouth scaling for xerostomia patients 註： 1. 適用口乾症病人之牙醫醫療服務申報。 2. 限有治療需要之病人每九十天最多申報一次。 3. 申報本項後九十天內不得再申報91003C、91004C、91017C、91089C、91090C、91103C及91104C。	v	v	v	v	600
91015C	特定牙周保存治療 Comprehensive periodontal treatment for patients with special needs -全口總齒數九至十五顆 9<= no. of teeth<=15	v	v	v	v	2000
91016C	-全口總齒數四至八顆 4<= no. of teeth<=8 1. 限總齒數至少四顆且未達十六顆之患者申報。 2. 申報費用時，需附一年內牙菌斑控制紀錄及囊袋深度紀錄(其中全口總齒數九至十五顆者，至少四顆牙齒有測量部位囊袋深度超過5mm以上；全口總齒數四至八顆者，至少二顆牙齒有測量部位囊袋深度超過5mm以上。)及治療前全口X光片(須符合患者口腔現況，X光片費用另計，環口全景X光片費用不另計)以為審核。 3. 本項主要執行牙周檢查、牙菌斑控制紀錄及去除指導，並視患者病情提供全口牙結石清除、齒齦下刮除或牙根整平之治療。 4. 每九十天限申報一次。 5. 申報91006C~91008C半年內不得申報本項目。另申報此項九十天內不得再申報91003C~91004C、91005C、91006C~91008C、91017C、91089C、91090C、91103C、91104C。	v	v	v	v	1000

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
91017C	懷孕婦女牙結石清除-全口 Full mouth scaling for pregnant women 註： 1.適用懷孕婦女牙醫醫療服務並於當次病歷記載，懷孕期間每九十天限申報一次。 2.費用包括牙結石清除、牙菌斑偵測、去除維護教導及新生兒口腔照護及衛教指導。 3.申報本項後九十天內不得再申報91003C~91004C、91005C、91089C、91090C、91103C、91104C。	v	v	v	v	800
91018C	牙周病支持性治療 Supportive periodontal treatment 註： 1.限經「牙周病統合治療方案」核備之醫師，執行院所內已完成第三階段91023C患者之牙醫醫療服務，且需與第二階段91022C間隔九十天。 2.申報費用時，需附一年內牙菌斑控制紀錄及囊袋深度紀錄以為審核（其中至少一顆牙齒有測量部位囊袋深度超過5mm以上）。 3.本項主要執行牙結石清除、牙菌斑偵測及去除維護教導，並視患者病情提供齒齦下刮除或牙根整平之治療。 4.每九十天限申報一次。 5.申報91006C~91008C半年內不得申報本項目。另申報此項九十天內不得再申報91003C~91004C、91005C、91006C~91008C、91015C~91016C、91017C、91089C、91090C、91103C、91104C。	v	v	v	v	1000
91019C	懷孕婦女牙周緊急處置 Management of periodontal disease emergencies for pregnant women 註： 1.限懷孕婦女之患者申報。 2.本項主要施行懷孕期間口腔照顧及牙周病緊急處置，視患者實際需求提供局部沖洗、塗藥、口腔衛教、孕期急性牙周緊急處理等醫療服務，申報費用以次為單位。 3.不得與91001C、91003C、91004C、91005C、91089C、91090C、91017C、91103C或91104C同時申報。	v	v	v	v	500
91089C	糖尿病患者牙結石清除-全口 Full mouth scaling for patients with diabetes mellitus 註： 1.適用糖尿病患者之牙醫醫療服務申報，每九十天限申報一次。 2.費用包含牙菌斑偵測及去除維護教導。申報本項後九十天內不得再申報91003C~91005C、91017C、91090C、91103C及91104C。	v	v	v	v	700

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
91090C	<p>高風險疾病患者牙結石清除-全口 Full mouth scaling for patients at high risk for dental diseases</p> <p>註：</p> <p>1.適用高風險疾病患者之牙醫醫療服務申報，每九十天限申報一次。 高風險疾病患者包含： (1)腦血管疾病患者。 (2)血液透析及腹膜透析患者。 (3)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物患者。 (4)惡性腫瘤患者。 (5)不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之肢體障礙、慢性精神病患者或重要器官失去功能者。</p> <p>2.費用包含牙菌斑偵測及去除維護教導。申報本項後九十天內不得再申報91003C~91005C、91017C、91089C、91103C及91104C。</p>	V	V	V	V	700

第四節 口腔顎面外科 Oral Surgery (92001~92073, 92088~92100, 92129~92130, 92161, P7301)

第一項 處置

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92025B 92026B	腐骨清除術 Sequestrectomy — 簡單, 三分之一 顎以下 Simple, involving less than 1/3 arch — 複雜, 三分之一 顎以上 Complex, involving more than 1/3 arch 註： 1. 申報費用應檢附 X 光片。 2. 本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。		v v	v v	v v	2010 3010
92038B 92039B 92040B	皮瓣手術 Flap repair — 小 (未滿四平方公分) — 中 (四至十六平方公分) — 大 (十六平方公分以上)		v v v	v v v	v v v	720 2000 3200
92041C	齒槽骨成形術(二分之一 顎以內) Alveoloplasty, involving less than 1/2 arch 註：需檢附術前 X 光片或照片以為審核 (X 光片、照片及局部麻醉費用已內含)。	v	v	v	v	570
92042C	齒槽骨成形術(二分之一 顎以上) Alveoloplasty, involving more than 1/2 arch 註：需檢附術前 X 光片或照片以為審核 (X 光片、照片及局部麻醉費用已內含)。	v	v	v	v	1070
92050C	埋伏齒露出手術 Surgical exposure of impacted tooth 註： 1. 限骨性埋伏齒即骨頭覆蓋 三分之二 以上者。 2. 僅限永久齒，同類處置以一次為限。 3. 需檢附 X 光片以為審核 (X 光片及局部麻醉費用已內含)。	v	v	v	v	970

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92092C	乳牙複雜性拔牙 Complex extraction of primary tooth 註： 1.限乳牙申報。 2.適應症包含： (1)全身性疾病(同 92014C 複雜性拔牙)。 (2)乳牙牙根大於二分之一。 (3)恆牙異位萌發造成乳牙無法正常換牙。 (4)牙根骨黏合或 submerged tooth。 (5)外傷合併其它口內或嘴唇周圍的傷口。 (6)併生牙(fusion)。 (7)乳牙牙根彎曲。 (8)因外傷或齲齒造成之牙根斷裂。 (9)因外傷造成之牙齒牙齦內推(intrusion)。 3.需檢附術前 X 光片以為審核 (X 光片及局部麻醉費用已內含)，「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象，無法配合照射 X 光片者不在此限。	v	v	v	v	560

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92094C	<p>週六、日及國定假日牙醫門診急症處置-每次門診限申報一次</p> <p>Management of dental emergencies on Saturdays, Sundays or in the national holidays</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.限週六、日及國定假日申報，國定假日日期認定同附表3.3.3牙醫相對合理門診點數給付原則。 2.當月看診天數需於二十六日以內，超過二十六日則本項不予支付(排除當天僅執行院所外醫療服務之天數)。 3.院所需於前一個月於健保資訊網服務系統(VPN)完成當月門診時間登錄，始得申報本項目。(前一個月完成次月看診時段之登錄，若有異動者須修訂看診起日及時段並儲存，無異動者僅須點選「儲存」後，會自動完成登錄註記。) 4.適應症： <ol style="list-style-type: none"> (1)顏面及牙齒疼痛，經藥物控制不佳者(K03.81,K04.0, K04.1-K04.99,K05.0,K05.2)。 (2)外傷導致之牙齒斷裂(S02.5)。 (3)拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血(K91.840)。 (4)下顎關節脫臼(S03.0)。 (5)顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎(K12.2, L03.221, L02.01,L03.211, L03.212)。 (6)口腔及顏面撕裂傷(S01.4, S01.5)。 5.進行緩解之相關處置：如止痛、局部非特定處理、齒內治療緊急處理、牙周緊急處理、止血。 6.不得同時申報34001C、34002C、90004C、91001C、92001C、92012C、92043C、92066C、92071C、92093B、92096C，且同象限、同牙位不得同時與其他非緊急處置醫令合併申報(96001C除外)。 	v	v	v	v	800

第四項 高齲齒率患者氟化物治療

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
P7301C	<p>高齲齒率患者氟化物治療 Topical fluoride application for high caries risk patients</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.為提升病人牙齒之保存率，針對曾接受恆牙牙根齲齒複合體充填者，提供本項診療服務，並給予衛教資訊，由病人簽名確認，且留存病歷以供審查。 2.限同院所曾申報89013C或89113C者方可執行(含當次)。 3.每九十天限申報一次。 4.含材料費。 5.申報本項後九十天內不得再申報92051B、92072C及P30002。 	v	v	v	v	500

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

項目	說明
一、邏輯定義	1.以醫師為單位，前一年度申報轉診範圍各分科別醫令費用在十五百分位數以上者。 2.符合前述條件之醫師，其分科點數或醫令數占總申報點數或醫令數百分之六十以上者。
二、分區	六分區及全國
三、各分科定義	1.牙髓病科：本標準第三章第二節根管治療(除 90004C、90006C、90007C、90088C 外)，及 91009B、92030C~92033C。 2.牙周病科：本標準第三章第三節牙周病學(除 91001C、91003C、91004C、91088C 外)，及 92030C~92033C、91021C~91023C。 3.口腔顎面外科：本標準第三章第四節口腔顎面外科(除 92001C、92013C、92088C 外)。 4.牙體復形科：本標準第三章第一節牙體復形(除 89006C、89088C 外)。 5.口腔病理科：92049B、92065B、92073C、92090C、92091C、92095C。 6.兒童牙科：未滿十三歲執行上述醫令項。
四、計算式	1.分子： <ul style="list-style-type: none"> (1)牙髓病科、牙周病科、口腔顎面外科、口腔病理科：以醫師歸戶，計算上述各分科定義之醫令項(醫令數或點數)。 (2)兒童牙科：以醫師歸戶，計算有執行病人年齡未滿十三歲，上述牙髓病科、牙周病科、口腔顎面外科、口腔病理科及牙體復形科之醫令項(醫令數或點數)。 2.分母：以醫師歸戶，計算申報本標準第三部牙醫>第三章 牙科處置及手術項下醫令項(醫令數或點數)，排除 89006C、89088C、90004C、90006C、90007C、90088C、91001C、91003C、91004C、91088C、92001C、92013C、92088C。

第四章 牙科麻醉費

通則：

- 二、凡對未滿七歲兒童施行麻醉者予以加成支付，病人年齡未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，則依表定點數加計百分之二十。

第五章 牙周病統合治療方案

通則：

- 一、適用治療對象：為全口牙周炎患者，總齒數至少十六齒（專業認定需拔除者不列入總齒數計算），六顆牙齒以上牙周囊袋深度5mm以上。
- 二、牙醫師申請資格、申請程序及審查程序：
 - (一) 一般醫師須接受四學分以上牙周病統合治療方案相關之教育訓練（一學分行政課程；三學分專業課程）。
 - (二) 臺灣牙周病醫學會與台灣牙周補綴醫學會專科醫師、一般會員均須接受一學分以上牙周病統合治療方案相關之行政部分教育訓練。
 - (三) 醫師非二年內經保險人停約或終止特約醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函所載停約或終止特約日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者）。
 - (四) 醫師當年合計治療個案數，由保險人於次年八月依病人歸戶統計，經歸戶並排除治療個案數五件以下者，若當年申報 91023C 個案數比率小於百分之三十三點三三者（限同院所，不限同醫師完成），自保險人文到日次年一月起，兩年內不得申報本章診療項目，屆滿須再接受相關教育訓練後，始得提出申請。
 - (五) 特約醫療院所應檢附教育訓練學分證明等相關資料，於每月五日前將申請書及有關資料以掛號郵寄至中華民國牙醫師公會全國聯合會（以下稱牙醫全聯會），牙醫全聯會審查後，於每月二十日前將名單函送所轄保險人分區業務組核定，並由所轄保險人分區業務組行文通知相關院所，並副知牙醫全聯會；申請者得於核定之起迄期間執行本方案服務。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
91021C	<p>牙周病統合治療第一階段支付(comprehensive periodontal treatment)</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本項主要施行治療前全口 X 光檢查及牙周病檢查，並須檢附牙周病檢查紀錄表供審查。 2.應提供牙周病統合治療衛教照護資訊及口腔保健衛教指導。 3.應檢附病人基本資料暨接受牙周病統合治療確認書。 4.未滿三十一歲患者須附全口根尖片或咬翼片。 5.同院所於二年內再執行本方案之病人須附全口根尖片或咬翼片。 6.執行本方案前，須至健保資訊網服務系統(VPN)進行牙周病統合治療實施方案查詢及登錄，未登錄不得申報本方案。 	v	v	v	v	1800
91023C	<p>牙周病統合治療第三階段支付(comprehensive periodontal treatment)</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本項主要進行治療後牙周病檢查及牙菌斑控制紀錄及評估治療情形。 2.完成牙周病統合治療第二階段支付(91022C)治療日起四週（二十八天以上）後，經牙周病檢查原本牙周囊袋深度 5mm 以上之牙齒，至少一個部位深度降低2mm 者達七成以上，且無非適應症之拔牙時，方可申報。 3.須附治療前與治療後之牙菌斑控制紀錄表、牙周病檢查紀錄表及病歷供審查。 	v	v	v	v	3200

第四部 中 醫

通則：

五、**平均每位**專任醫師申報針灸、傷科及針灸合併傷科治療之合理量：

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

1.計算方式：

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

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

2.支付方式：

(1)申報量在三十人次以下部分，按表訂點數支付。

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

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

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

1.其中內含中度複雜性針灸：**平均**每位專任醫師每月上限為一百人次，包括編號：D05、D06、F35、F36、F37、F38、F39、F40、F41、F42、F43、F44、F45、F46、F47、F48、F49、F50、F51。

2.其中內含高度複雜性針灸：**平均**每位專任醫師每月上限為七十人次，包括編號：D07、D08、F52、F53、F54、F55、F56、F57、F58、F59、F60、F61、F62、F63、F64、F65、F66、F67、F68。

3.超過部分改以內含一般針灸醫令計算，包括編號：D01、D02、D03、D04、F01、F02、F04、F05、F07、F08、F10、F11、F13、F14、F16、F17、F18、F19、F21、F22、F24、F25、F27、F28、F30、F31、F33、F34。

八、**未滿四**歲兒童之門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

第一章 門診診察費

編號	診療項目	支付點數
	<p>一般門診診察費</p> <p>(一)中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格(可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新進中醫師)醫院，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者。</p> <p>(二)不符(一)項之中醫醫療院所</p>	
	4.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過七十人次，但在一百五十人次以下部分(71-150)	
A07	－未開具慢性病連續處方	90
A17	－開具慢性病連續處方	120
A51	－開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	325
	5.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過一百五十人次部分(>150)	
A08	－未開具慢性病連續處方	50
A18	－開具慢性病連續處方	80
A52	－開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	305
	<p>註：1.所稱「看診時聘有護理人員在場服務者」，指看診時須有護理人員在場服務。申報費用須先報備護理人員執照及執業登記地點。院所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『護理人員跟診時段』，包含：護理人員姓名、身分證字號、跟診日期、跟診時間(應有明確時間點)、搭配之中醫師姓名及身分證字號暨中醫師排班時段等項，未填報者，不予支付該類診察費。</p> <p>2.支援中醫師看診人次之計算：依各段各專任中醫師每段看診合理量之餘額總數，依序補入支援中醫之看診人次。若專任中醫師該月份均未看診，除通則九規定外，支援中醫師以看診合理量之最後一段支付點數申報。</p> <p>3.開具慢性病連續處方者，應列入每位專任中醫師每月看診日平均門診量優先計算。</p> <p>4.支援醫師診察費一律按未聘有護理人員在場服務者之支付標準代碼計算。</p> <p>5.每月看診日數計算方式：一般門診診察費申報第(一)項者，每月實際看診日數超過二十三日者，以二十三日計；一般門診診察費申報第(二)項者，每月實際看診日數超過二十六日者，以二十六日計；位於「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。</p>	

編號	診療項目	支付點數
A90	<p data-bbox="284 163 606 203">—初診門診診察費加計</p> <p data-bbox="284 208 1257 286">註：1.限特約中醫醫事服務機構需符合設立健保特約院所滿二年以上（東區及山地離島地區以簽約滿一年以上）申報。</p> <p data-bbox="339 291 1257 369">2.限患者需為二年內(費用年月相減)未到該全民健康保險中醫醫事服務機構看診方可提出。</p> <p data-bbox="339 374 1257 452">3.院所申報初診案件數以每月申報診察費不為零之就醫病人ID歸戶人數之百分之十為最高申請件數。</p>	50

第四章 針灸治療處置費

編號	診療項目	支付點數
D05	中度複雜性針灸 —另開內服藥	327
D06	—未開內服藥 註： 1.適應症： (1)附表 4.4.1 所列疾病。 (2)無附表 4.4.1 所列疾病，但有附表 4.4.2 所列特殊疾病者。 2.支付規範： (1)須針灸二個以上部位：頭頸部、軀幹部或四肢，任兩部位或以上。 (2)須合併以下任一輔助治療：拔罐治療、放血治療、刮痧治療、熱療(含紅外線治療)、艾灸治療、電療或眼部特殊針灸。 (3)治療時間合計十分鐘以上。	327
D07	高度複雜性針灸 —另開內服藥	427
D08	—未開內服藥 註： 1.適應症： (1)附表 4.4.3 所列疾病。 (2)中度複雜性針灸適應症(附表 4.4.1)合併有附表 4.4.2 特殊疾病。 2.支付規範： (1)須針灸二個以上部位：頭頸部、軀幹部或四肢，任兩部位或以上。 (2)須合併以下任一輔助治療：拔罐治療、放血治療、刮痧治療、熱療(含紅外線治療)、艾灸治療、電療或眼部特殊針灸。 (3)治療時間合計二十分鐘以上。	427

第五部 居家照護及精神病患者社區復健

第一章 居家照護

附表5.1.2 居家護理一般照護項目表

支付標準 編 號	診 療 項 目
(免填報)	小量注射：如肌肉注射、皮下注射、靜脈注射
	靜脈點滴加藥
	藥物敏感反應試驗(Cytomack test, Penicillin test 等)
	濕氣吸入治療 Humidity inhalation、呼吸道抽吸 Suction、體位引流 Postural drainage
	被動性關節運動 Passive R.O.M.
	置入器皮下注射(port-A)及護理
	小換藥(小於十公分) Change dressing small (<10 cm)
	中換藥(十至二十公分) Change dressing medium (10-20 cm)
	大換藥(超過二十公分) Change dressing large (>20 cm)
	拆線-傷口在十公分以下 Remove Stiches <10 cm
	拆線-傷口在十公分以上 Remove Stiches >10 cm
	一般導尿、更換尿袋、尿管護理、拔除尿管之膀胱訓練
	口腔護理
	塞劑給予、糞嵌塞清除 Cleaning fecal impaction
	甘油灌腸 Glycerin enema(大小量灌腸比照本項)
	礦物油留置灌腸 Retension enema(留置灌腸比照本項)
	一般身體檢查、護理指導(含胰島素注射及傷口照顧指導)
	酒精拭浴 Alcohol packing、薄荷擦拭 Menthol packing
會陰沖洗 Perineal irrigation care	
其它護理項目	

第三章 安寧居家療護

通則：

二、收案條件：

(一)符合安寧緩和醫療條例得接受安寧緩和醫療照護之末期病人（必要條件）。

(二)癌症末期病人：

1. 確定病患對各種治癒性治療效果不佳(必要條件)。

2. 居家照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。

3. 病情急劇轉變造成病人極大不適時，如

(1)高血鈣(Hypercalcemia)

(2)脊髓壓迫(Spinal Cord compression)

(3)急性疼痛(Acute pain)

(4)嚴重呼吸困難(Dyspnea severe)

(5)惡性腸阻塞(Malignant bowel obstruction)

(6)出血(Bleeding)

(7)腫瘤(塊)潰瘍(Ulcerated mass 如 breast cancer, buccal cancer)

(8)嚴重嘔吐(Vomiting severe)

(9)發燒，疑似感染(Fever R/O Infection)

(10)癲癇發作(Seizure)

(11)急性瞻妄(Delirium, acute)

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

(三)末期運動神經元病人：

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

(1)直接相關症狀：虛弱及萎縮、肌肉痙攣、吞嚥困難、呼吸困難。

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

2. 末期運動神經元患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者。

(四)主要診斷為下列疾病，且已進入末期狀態者(相關症狀等條件詳附表)：

1. 老年期及初老期器質性精神病態

2. 其他腦變質

3. 心臟衰竭

4. 慢性氣道阻塞，他處未歸類者

5. 肺部其他疾病

6. 慢性肝病及肝硬化

7. 急性腎衰竭，未明示者

8. 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

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

(六)病人之自我照顧能力及活動狀況需符合 ECOG scale(Eastern Cooperative Oncology Group Scale)二級以上(對照 Patient Staging Scales, PS, Karnofsky: 50-60)。

八、本章節診療項目「機構」係指依「護理機構分類設置標準」、「老人福利機構設立標準」、「長期照顧服務機構設立標準」、「身心障礙福利機構設施及人員配置標準」及「國軍退除役官兵輔導委員會各榮譽國民之家組織準則」等法規命令設置立案之老人安養、養護機構、護理之家、住宿式長照機構、身心障礙福利機構之住宿機構或榮譽國民之家。

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

第六部 論病例計酬

第一章 產科

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

第二章 婦科

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

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

附表 6.2.3 子宮完全切除術(住院)診療項目要求表

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

附表 6.2.4 次全子宮切除術(住院)診療項目要求表

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

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

基本診療項目		
手術前		手術中、手術後
I. Indication of admission	III. Management	IV. Management
II. Diagnostic study	1. Medication	1. Surgical
1. History taking	2. Nursing care	2. Post-OP care
2. Physical exam		V. Management
3. Lab test		1. Ward nursing care
4. Special procedure		2. Medication
收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目
1. 06012C 或 06013C 尿液檢查*1	17. 09029C 膽紅素總量*1	※28. 96005C 或 96007C 或 96017C
2. 08011C 或 08012C 或 08082C 全套血液檢查*2	18. 09038C 白蛋白*1	或 96020C 麻醉*1
3. 08013C 白血球分類計數*2	19. 12001C 梅毒檢查*1	29. 57017C 或 57018B
4. 08018C 或 08019C 出血時間*1	20. 18001C 心電圖*1	Pulse oximeter*1
5. 08020C 凝血時間*1	21. 19001C 或 19003C 超音波*1	※30. 80802C 或 80811C 子宮附屬
(4.5 項二項得以 08026C 及 08036C 項取代)	22. 32001C 胸腔檢查*1	器部份或全部切除(卵巢或輸
6. 09001C 總膽固醇*1	23. 32006C	卵管卵巢)*1
7. 09002C 血中尿素氮*1	腎臟、輸尿管、膀胱檢查*1	31. 96025B 麻醉恢復照護*1
8. 09005C 血液及體液葡萄糖*2	24. 39004C 大量液體點滴注射*3	※32. 25001C 或 25002C 或
9. 09011C 鈣*1	(未滿七歲兒童，本項得以	25003C 或 25004C 或 25024C
10. 09013C 尿酸*1	57113B 或 57120B 或 57121B 或	或 25025C 病理*1
11. 09015C 肌酐(血)*1	57122B 項目取代)	※33. 48011C 或 48012C 或
12. 09021C 鈉*1	25. 47003C 或 47004C 或 47006C 或	48013C 換藥*4
13. 09022C 鉀*1	47011C 灌腸*1	34. 55010C 會陰沖洗*3
14. 09023C 氯*1	26. 47014C 留置導尿*1	
15. 09025C 血清麩胺酸苯醋酸轉氨基酶*1	27. 96026B 麻醉前評估*1	
16. 09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉氨基酶*1		
選擇性診療項目：其他醫療需要之支付標準所列項目。		

附表 6.2.6 腹腔鏡子宮完全切除術(住院)診療項目要求表

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

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

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

第三章 一般外科

附表 6.3.5 股及腹股溝疝氣手術（單側，門診）診療項目要求表

基本診療項目		
	手術前	手術中、手術後
I. Indication of admission II. Diagnostic study 1. History taking 2. Physical exam 3. Lab test 4. Special procedure	III. Management 1. Medication 2. Nursing care	IV. Management 1. Surgical 2. Post-OP care V. Management 1. Ward nursing care 2. Medication
收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目
1.39004C 大量液體點滴注射 *1 (未滿七歲兒童，本項得以 57113B 或 57120B 或 57121B 或 57122B 項目取代)		※2.96004C 或 96005C 或 96007C 或 96017C 或 96020C 或 96000C(局部麻 醉-本項限年齡十八歲以上使用) 麻 醉*1 ※3.75606B 或 75607C 或 75613C 或 75614C 或 75615C (基層院所股及腹股溝疝氣手術 (AGE<1, 單側)(門診)得以 88029C 取代) 鼠蹊疝氣修補術*1 4.25001C 或 25002C 或 25003C 或 25004C 或 25024C 或 25025C 病理*1 5.57017C 或 57018B Pulse oximeter*1
選擇性診療項目：其他醫療需要之支付標準所列項目。		

第四章 泌尿科

通則：

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

第七章 耳鼻喉科

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

基本診療項目		
手術前		手術中、手術後
I. Indication of surgery	III. Management	IV. Management
II. Diagnostic study	1. Medication	1. Surgical
	2. Nursing care	2. Post-OP care
		V. Management
		1. Medication
收費代碼及處置項目		
※1. 96004C或96020C 麻醉*1		
※2. 66002B或66032B聲帶或會厭軟骨腫瘤切除或剝去*1		
※3. 25001C或25002C或25003C或25004C或25024C或25025C病理*1		
4. 39004C 大量液體點滴注射*1(未滿七歲兒童，本項得以57113B或57120B或57121B或57122B項目取代)		
5. 57017C 動脈式或耳垂式血氧飽和監視器*1		
選擇性診療項目：其他醫療需要之支付標準所列項目。		

第七部 全民健康保險住院診斷關聯群 (Taiwan Diagnosis Related Groups, Tw-DRGs) 第一章 Tw-DRGs 支付通則

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

(一) 實際醫療服務點數低於下限臨界點者，應核實申報。

(二) 實際醫療服務點數在上、下限臨界點範圍內者，計算公式如下：

1. Tw-DRG 支付定額 = $RW \times SPR \times (1 + \text{基本診療加成率} + \text{兒童加成率} + \text{CMI 加成率} + \text{山地離島地區醫院加成率})$ 。

2. 基本診療加成率：依據本標準第一部總則二規定，依醫療機構與保險人簽定合約之特約類別：

(1) 醫學中心：百分之七點一。

(2) 區域醫院：百分之六點一。

(3) 地區醫院：百分之五。

3. 兒童加成率：

(1) MDC15：「年齡未滿六個月者」為百分之二十三；「年齡六個月以上，未滿二歲者」為百分之九；「年齡二歲以上，未滿七歲者」為百分之十。

(2) 非 MDC15。

a. 內科系 Tw-DRG：「年齡未滿六個月者」為百分之九十一；「年齡六個月以上，未滿二歲者」為百分之二十三；「年齡二歲以上，未滿七歲者」為百分之十五。

b. 外科系 Tw-DRG：「年齡未滿六個月者」為百分之六十六；「年齡六個月以上，未滿二歲者」為百分之二十一；「年齡二歲以上，未滿七歲者」為百分之十。

(3) 內外科系認定表詳見「TW-DRG 分類手冊」。

4. 病例組合指標 Case Mix Index(CMI)加成率：各醫院依據保險人公布之 CMI 值及下列成數加成。

(1) CMI 值大於 1.1，小於等於 1.2 者，加計百分之一。

(2) CMI 值大於 1.2，小於等於 1.3 者，加計百分之二。

(3) CMI 值大於 1.3，加計百分之三。

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

5. 山地離島地區之醫院加成率：百分之二。

(三) 實際醫療服務點數高於點數上限臨界點者，計算方式如下：

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

ICD-9-CM	ICD-10-CM
----------	-----------

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

2.非本項第 1 點個案，按第(二)項原則計算之金額，加上超過上限臨界點部分之百分之八十支付，即 Tw-DRG 支付定額+(實際醫療服務點數-醫療服務點數上限臨界點)*80%；實際醫療服務點數高於點數上限臨界點，且 TW-DRG 支付定額高於上限臨界點但低於實際醫療服務點數之個案，上限臨界點以 TW-DRG 支付定額計算；實際醫療服務點數高於點數上限臨界點，惟 TW-DRG 支付定額高於實際醫療服務點數之個案，不得計算超過上限臨界點支付數。

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

(五) 死亡及病危自動出院個案，依前述(一)至(三)項計算。

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

- 1.生產 DRG 之權重僅計算當次產婦及一人次新生兒費用，新生兒如為雙胞胎以上得另計一人次新生兒費(多胞胎類推)。
- 2.同次住院期間之安胎費用不併入生產相關 DRG，俟所屬 MDC 導入時按其適當 DRG 申報及支付。
- 3.次診斷為癌症及性態未明腫瘤之個案核實申報之化療、放療費用，應符合下列三項要件：

(1) 次診斷為癌症或性態未明腫瘤：

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

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

	ICD-9-CM	ICD-10-PCS
化療	99.25	3E00X05、3E01305、3E02305、3E03005、3E0300P、 3E03305、3E0330P、3E04005、3E0400P、3E04305、 3E0430P、3E05005、3E0500P、3E05305、3E0530P、 3E06005、3E0600P、3E06305、3E0630P、3E09305、 3E09705、3E09X05、3E0A305、3E0B305、3E0B705、 3E0BX05、3E0C305、3E0C705、3E0CX05、3E0D305、 3E0D705、3E0DX05、3E0F305、3E0F705、3E0F805、 3E0G305、3E0G705、3E0G805、3E0H305、3E0H705、 3E0H805、3E0J305、3E0J705、3E0J805、3E0K305、 3E0K705、3E0K805、3E0L305、3E0L705、3E0M305、 3E0M705、3E0N305、3E0N705、3E0N805、3E0P305、 3E0P705、3E0P805、3E0Q305、3E0Q705、3E0R305、

	ICD-9-CM	ICD-10-PCS
		3E0S305、3E0U305、3E0V305、3E0W305、3E0Y305、3E0Y705
荷爾蒙注射療法	99.24	3E013VJ、3E030VJ、3E033VJ、3E040VJ、3E043VJ、3E050VJ、3E053VJ、3E060VJ、3E063VJ
放療	92.2X	詳附表 7.0

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

4.使用呼吸器之個案核實申報之呼吸器費用，應符合下列二項要件：

(1) 處置碼包含使用呼吸器：

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

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

5.施行洗腎之個案核實申報之洗腎費用，應符合下列二項要件：

(1) 處置碼包含洗腎：

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

(2) 核實申報項目為支付標準代碼為 58001C。

6.生物製劑。

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

第二章 Tw-DRGs 分類架構及原則

- 四、Tw-DRG 之編審依序，以 PRE MDC 優先，其次為 MDC24，再次為 MDC1-MDC23，惟 PRE MDC 中之 Tw-DRG48201、48202、48301、48302 等四項，若同時符合 MDC1 至 MDC24 之 Tw-DRG 條件者，得以權重高者認定。
- 六、MDC15 之出生天數以「入院日」減「出生日」計算。
- 七、正常新生兒照護仍併入生產DRG內。

第八部 品質支付服務

第一章 結核病

通則：

三、申報 A1001C 第一階段疾病管理照護費（連續管理三個月）之個案，初次診斷應做鏡檢塗片耐酸性染色三次（肺外結核除外），且進行分枝桿菌培養及鑑定，對於培養陽性者應作藥物感受性試驗；肺外結核之病理檢體應施行耐酸性染色及結核菌培養，並於培養陽性後執行菌種鑑定。

五、執行本項各診療項目須符合下列條件：

- （一）須具有胸腔、感染、結核任一專科或曾接受主管機關結核病學訓練並獲結業證明之醫師至少一名。
- （二）院所通報結核病發現新案達一百人以上，應設置專任結核病個案管理專員一人，並應依個案增加比率酌增個案管理員人數；惟通報結核病發現新案未滿一百人者得以專責人員任之。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
A1003C	第一階段疾病管理照護費 （連續管理三個月） 註：個案通報且申報A1001C後連續照護滿三個月後，於病患回診當次申報此費用。	v	v	v	v	1,500
A1004C	第一階段疾病管理照護費 （未連續管理三個月） 註：個案通報且申報A1001C後，且需有個案管理紀錄、就診紀錄等相關紀錄內容，方予每案每月個案管理費折半給付。	v	v	v	v	250/月
A1005C	第二階段疾病管理照護費 （連續管理六個月） 註： 1.個案須經檢驗檢查結果確定診斷並開始投藥。 2.個案通報且申報A1001C後連續照護滿六個月後，於病患回診當次申報此費用。	v	v	v	v	1,500
A1006C	第二階段疾病管理照護費 （未連續管理六個月） 註：個案通報且申報A1001C後，且需有個案管理紀錄、就診紀錄等相關紀錄內容，方予每案每月個案管理費折半給付。	v	v	v	v	250/月

第二章 糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案

通則：

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

(一)糖尿病：醫事機構須組成照護團隊，醫事人員並經地方政府共同照護網認證後向保險人之分區業務組申請同意。

1.第一階段照護：

(1)團隊醫事人員資格如下：

A.醫師、護理衛教及營養衛教之專業人員須經各地方政府糖尿病共同照護網認證合格，地區醫院及基層院所之護理衛教及營養衛教人員，得依相關法規規定以共聘或支援方式辦理。

B.地區醫院及基層院所團隊醫事人員可為醫師加另一專業人員執行(可包括護理師、營養師、藥師)，惟團隊仍需取得各地方政府糖尿病共同照護網醫師、護理衛教及營養衛教認證合格。

(2)上述參與資格如主管機關有最新規定，從其規定。

2.第二階段照護：個案完整申報新收案(P1407C)一次、追蹤(P1408C 或 P7001C)至少五次、年度評估(P1409C 或 P7002C)至少二次後，另得視病情需要進行衛教服務，申報第二階段照護項目。

(1)醫事人員資格如下：限內科、兒科、家醫科、新陳代謝、內分泌、心臟、腎臟專科醫師。除新陳代謝、內分泌、心臟、腎臟專科醫師及原第一階段照護醫師外，其他專科醫師需接受中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國糖尿病學會、中華民國糖尿病衛教學會、台灣醫療繼續教育推廣學會或國民健康署公布之糖尿病健康促進機構所主辦之糖尿病相關課程八小時，並取得證明。

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

3.申報本章糖尿病管理照護費用之醫師，第一階段其當季個案追蹤率小於百分之二十者(指前一季已收案之個案中，於本季完成追蹤者)，經輔導未改善，自保險人文到日之次月起，一年內不得再申報本章之相關費用。

(二)初期慢性腎臟病(Early Chronic Kidney Disease, Early CKD)：

1.健保特約院所之腎臟、心臟、新陳代謝專科醫師。

2.其他專科醫師需接受保險人認可之慢性腎臟病照護訓練，上課時數至少六小時(包含 Early CKD 核心課程及衛教課程，線上或實體均可)，並取得證明，且每年得接受繼續教育課程二小時。

3.設立於山地離島地區之特約院所，具醫師資格且接受保險人認可之慢性腎臟病照護訓練，上課時數至少六小時(包含 Early CKD 核心課程及衛教課程，線上或實體均可)，並取得證明，且每年得接受繼續教育課程二小時。

4.參與之院所與醫師，必須依照本章規定，提供初期慢性腎臟病人完整之治療模式與適當的轉診服務。

5.參與之醫師，年度追蹤率小於百分之二十者（指前一年度已收案之個案中，於本年度完成追蹤者），經輔導未改善，自保險人文到日之次月起，一年內不得再申報本章之相關費用。

二、收案條件：

(一)糖尿病：最近九十天曾在該院所診斷為糖尿病（ICD-10-CM 前三碼為 E08-E13）至少同院所就醫達二次以上者，才可收案，惟當次收案須以主診斷【門診醫療費用點數申報格式點數清單段之國際疾病分類碼（一）】收案。同一院所經結案對象一年內不得再收案，但院所仍可依本支付標準申報相關醫療費用。

(二)初期慢性腎臟病：

1.慢性腎臟疾病（Chronic Kidney Disease, CKD）Stage 1、2、3a 期病人，經尿液及血液檢查後，已達下列條件者：

(1)CKD stage 1：腎功能正常但有蛋白尿、血尿等腎臟損傷狀況，腎絲球過濾率估算值（estimated Glomerular filtration rate, 以下稱 eGFR） ≥ 90 ml/min/1.73 m² 且尿蛋白與尿液肌酸酐比值（Urine Protein and Creatinine Ratio，以下稱 UPCR） ≥ 150 mg/gm（或糖尿病病人 UACR ≥ 30 mg/gm）之病人。

(2)CKD stage 2：輕度慢性腎衰竭，併有蛋白尿、血尿等 eGFR 60~89.9 ml/min/1.73 m² 且 UPCR ≥ 150 mg/gm（或糖尿病病人 UACR ≥ 30 mg/gm）之病人。

(3)CKD stage 3a：中度慢性腎衰竭，eGFR 45~59.9 ml/min/1.73 m² 之病人。

2.收案前九十天內曾在該院所就醫，新收案當次需以「慢性腎臟疾病」為主診斷【門診醫療費用點數申報格式點數清單段之國際疾病分類碼（一）】申報。

(三)糖尿病合併初期慢性腎臟病：於同院所同時由前開糖尿病及初期慢性腎臟病收案之病人，應於病人同一次就診中，完成糖尿病及初期慢性腎臟病追蹤管理照護。

三、結案條件：

(一)可歸因於病人者，如長期失聯（糖尿病及糖尿病合併初期慢性腎臟病三個月以上；初期慢性腎臟病一百八十天以上）、拒絕再接受治療、死亡或病人未執行本章管理照護超過一年者等。

(二)經醫師評估已可自行照護者。

(三)初期慢性腎臟病及糖尿病合併初期慢性腎臟病病人，其腎功能持續惡化，Urine protein / creatinine ratio（UPCR） ≥ 1000 mg/gm，或 eGFR < 45 ml/min/1.73 m²，應建議轉診至「全民健康保險末期腎臟病前期（Pre-ESRD）病人照護與衛教計畫」院所。（Stage 3b 或以上）

(四)初期慢性腎臟病病人腎功能改善恢復正常，連續追蹤二次腎功能及蛋白尿並未達慢性腎臟病標準。

四、品質資訊之登錄及監測：

(一)特約院所應於健保資訊網服務系統系統(VPN)上傳必要欄位(糖尿病個案詳附表 8.2.9、初期慢性腎臟病個案詳附表 8.2.10、糖尿病合併初期慢性腎臟病個案詳附表 8.2.11)。

(二)特約醫療院所如依「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」規定，上傳收案個案之檢驗（查）結果，其值將自動轉入個案登錄系統。

五、醫療費用審查：

(一)申報原則：

1.醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。

2.門診醫療費用點數申報格式及填表說明：

(1)屬本章收案之保險對象，符合申報下列醫令者，於申報費用時，應依下列規範申報；未符合申報下列醫令者，依一般費用申報原則辦理。

A.P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C：門診醫療費用點數申報格式點數清單段之案件分類應填『E1』、特定治療項目代號（一）應填『E4』；住院醫療服務點數申報格式點數清單段之給付類別則填寫「C」。

B.P4301C、P4302C、P4303C：門診醫療費用點數清單段之案件分類應填『E1』、特定治療項目代號（一）應填『EB』。

C.P7001C、P7002C：門診醫療費用點數清單段之案件分類應填『E1』、特定治療項目代號（一）應填『EK』。

(2)申報方式：併當月份送核費用申報。

(二) 審查原則：

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

2.本章規範應於健保資訊網服務系統系統（VPN）登錄之檢驗（查）之任一病人檢驗值經保險人審查發現登載不實，將取消該年度之品質獎勵措施資格，並追扣該年度已核發之品質獎勵點數。如連續二年經保險人審查發現登載不實，自保險人文到日之次月起，二年內不得再申報本章費用。

六、品質獎勵措施

(一)糖尿病：

1.門檻指標：以申報本章費用之醫師為計算獎勵之單位，符合下列門檻指標目標值之醫師，方可進入品質卓越及品質進步獎勵之評比對象。

(1)新收案率：

A.定義：指當年度符合收案條件（最近九十天曾在該院所診斷為糖尿病（ICD-10-CM 前三碼為 E08-E13）同院所就醫達二次以上之病人）中，排除已被其他醫師收案且未結案或前曾經自己收案的人數後，新被收案的比率。

B.門檻目標值：醫師新收案率須百分之三十以上，限第一階段照護醫師有申報新收案 P1407C 者。

(2)收案人數五十人以上。

2.品質獎勵指標

(1)個案完整追蹤率：

▶定義：

A.分母：當年度該院所由該醫師收案之所有糖尿病個案，排除第四季新收案之人數。

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

(A)已申報年度評估者（P1409C 或 P1411C），其申報當年度追蹤管理（P1408C 或 P1410C 或 P7001C）次數達三次者。

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

a.如為第一季申報新收案, 其當年度追蹤管理+年度評估次數達三次者。

b.如為第二季申報新收案, 其當年度追蹤管理次數達二次者。

c.如為第三季申報新收案, 其當年度追蹤管理次數達一次者。

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

(2)HbA1C 控制良率

▶ 定義:

A.分母: 當年度該院所由該醫師收案之所有糖尿病病人數。

B.分子: 分母病人中, 其最後一次 HbA1C 檢驗值 $<7.0\%$ (八十歲以上病人 HbA1c $<8.0\%$) 之人數。

(3)HbA1C 控制不良率

▶ 定義:

A.分母: 當年度該院所由該醫師收案之所有糖尿病病人數。

B.分子: 分母病人中, 其最後一次 HbA1C 檢驗值 $>9.0\%$ 之人數。

(4)HbA1C 進步率

▶ 定義:

A.分母: 由該院所該醫師收案, 且當年度及前一年度均有登錄 HbA1C 檢驗值之糖尿病病人數。

B.分子: 分母病人中, 其當年度最後一次 HbA1C 檢驗值較前一年度最後一次 HbA1C 檢驗值進步達 5%以上 (檢驗值成長率 $\leq -5\%$) 之人數。

(5)LDL 控制良率

▶ 定義:

A.分母: 當年度該院所由該醫師收案之所有糖尿病病人數。

B.分子: 分母病人中, 其最後一次 LDL 檢驗值 $<100\text{mg/dL}$ 之人數。

(6)LDL 控制不良率

▶ 定義:

A.分母: 當年度該院所由該醫師收案之所有糖尿病病人數。

B.分子: 分母病人中, 其最後一次 LDL 檢驗值 $>130\text{mg/dL}$ 之人數。

(7)LDL 進步率

▶ 定義:

A.分母: 由該院所該醫師收案, 且當年度及前一年度均有登錄 LDL 檢驗值之糖尿病病人數。

B.分子: 分母病人中, 其當年度最後一次 LDL 檢驗值較前一年度最後一次 LDL

檢驗值進步達 10%以上（檢驗值成長率 \leq -10%）之人數。

3.品質卓越獎

- (1)以醫院、診所分組，並再依各醫師新收案率分為二組（以新收案率百分之五十五以下及超過百分之五十五區分），合計共分為四組。
- (2)各組依「2.品質獎勵指標」之七項指標比率分別排序（收案完整追蹤率、控制良率及進步率為由高排至低；控制不良率為由低排至高），再將各指標之序別各乘上七分之一後相加重新排序，取排序總和前百分之二十五之醫師，可獲得品質卓越獎。惟當年度新參與方案之醫師，須於次年方得參與品質獎勵評比。
- (3)獎勵費用：依該醫師所收個案中達成完整追蹤之個案數，每個個案數支付 1,000 點，當年度新收個案則依完整追蹤季數等比例支付。
 - ▶收案人數定義：當年度該院所由該醫師申報新收案（P1407C）或年度評估（P1409C）之病人歸戶數（如個案僅申報追蹤管理，則將無法被歸戶為某醫師所收案之個案；如醫師有兼任情形則會依院所分別歸戶）。

4.品質進步獎：

- (1)該年度品質卓越獎之得獎醫師以外之醫師，依「2.品質獎勵指標」之七項指標計算品質獎勵進步獎：以前一年度為基準年，當年度之七項品質指標比率與基準年相減，均為進步或持平者，可獲品質進步獎。惟醫師需有全曆年之指標為基準年，始得於基準年後之次年參與品質獎勵進步獎之計算（即醫師需有二個完整全曆年申報本章費用）。
- (2)獎勵費用：依該醫師所收個案中達成完整追蹤之個案數，每個個案數支付 500 點，當年度新收個案則依完整追蹤季數等比例支付。

5.品質卓越獎與品質進步獎，合計整體獎勵金額不得超過當年度糖尿病照護管理費用之百分之三十。

(二)初期慢性腎臟病：

- 1.獎勵單位：以參與醫師為計算獎勵單位，該醫師照護之初期慢性腎臟病病人當年度內完成二次追蹤管理方得列入。
- 2.門檻指標：該醫師完整追蹤率百分之五十以上。
 - ▶定義：
 - (1)分母：當年度該院所該醫師收案之所有初期慢性腎臟病病人，排除第四季新收案之人數。
 - (2)分子：符合上述分母條件之病人當中，於當年度該院所完成下列條件者，視為達成追蹤。
 - A.當年度未申報新收案者（P4301C），其申報當年度追蹤管理（P4302C）次數達二次者。
 - B.已申報新收案者（P4301C），視申報新收案之季別，完成下列追蹤管理次數者，視為達成追蹤。
 - (A)如為第一季申報新收案，其當年度追蹤管理（P4302C）次數應達二次。
 - (B)如為第二、三季申報新收案，其當年度追蹤管理（P4302C）次數應達一次。
- 3.品質獎勵指標：病人當年度連續二次追蹤資料皆需達成以下二者之一。
 - (1)CKD 分期較前一年度最後一次照護時改善（如由 stage 2 改善為 stage 1）。

(2)eGFR 較前一年度最後一次照護時改善 (eGFR > 前一年度最後一次檢驗值) , 且下列良好指標至少需有二項指標由異常改善為正常。

A. 血壓控制：由前一年度最後一次照護 $\geq 140/90$ mmHg 改善為 $< 130/80$ mmHg。

B. 糖尿病病人 HbA1c 控制：由前一年度最後一次照護 $\geq 7.0\%$ 改善為 $< 7.0\%$ 。

C. 低密度脂蛋白 (LDL)：由前一年度最後一次照護 ≥ 130 mg/dl 改善為 < 130 mg/dl。

D. 戒菸 (持續六個月以上無抽菸行為)：由前一年度最後一次照護抽菸改善為戒菸。

4. 獎勵費用：符合「門檻指標」之醫師，所照護病人符合上述「品質獎勵指標」(1)或(2)者，每個個案數支付 400 點。

(三)糖尿病合併初期慢性腎臟病：

1. 品質獎勵指標：

(1)UACR 控制良率

▶ 定義：

A. 分母：當年度該院所收案之所有糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。

B. 分子：分母病人中，其最後一次 UACR 檢驗值 < 30 mg/gm 之人數。

(2)UACR 控制不良率

▶ 定義：

A. 分母：當年度該院所收案之所有糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。

B. 分子：分母病人中，其最後一次 UACR 檢驗值 > 300 mg/gm 之人數。

(3)UACR 進步率

▶ 定義：

A. 分母：由該院所收案，且當年度及前一年度均有登錄 UACR 檢驗值之糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。

B. 分子：分母病人中，其當年度最後一次 UACR 檢驗值較前一年度最後一次 UACR 檢驗值進步達 5% 以上 (檢驗值成長率 $\leq -5\%$) 之人數。

(4)HbA1C 控制良率

▶ 定義：

A. 分母：當年度該院所收案之所有糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。

B. 分子：分母病人中，其最後一次 HbA1C 檢驗值 $< 7.0\%$ (八十歲以上病人 HbA1c $< 8\%$) 之人數。

(5)HbA1C 控制不良率

▶ 定義：

A. 分母：當年度該院所收案之所有糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。

B. 分子：分母病人中，其最後一次 HbA1C 檢驗值 $> 9.0\%$ 之人數。

(6)HbA1C 進步率

▶ 定義：

A. 分母：由該院所收案，且當年度及前一年度均有登錄 HbA1C 檢驗值之糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。

B. 分子：分母病人中，其當年度最後一次 HbA1C 檢驗值較前一年度最後一次

HbA1C 檢驗值進步達 5%以上（檢驗值成長率 \leq -5%）之人數。

(7)LDL 控制良率

▶定義：

A.分母：當年度該院所收案之所有糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。

B.分子：分母病人中，其最後一次 LDL 檢驗值 $<100\text{mg/dL}$ 之人數。

(8)LDL 控制不良率

▶定義：

A.分母：當年度該院所收案之所有糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。

B.分子：分母病人中，其最後一次 LDL 檢驗值 $>130\text{mg/dL}$ 之人數。

(9)LDL 進步率

▶定義：

A.分母：由該院所收案，且當年度及前一年度均有登錄 LDL 檢驗值之糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。

B.分子：分母病人中，其當年度最後一次 LDL 檢驗值較前一年度最後一次 LDL 檢驗值進步達 10%以上（檢驗值成長率 \leq -10%）之人數。

2.獎勵方式：

(1)以醫院、診所分組，依上述各項品質獎勵指標結果排序(良率及進步率為由高排至低，不良率為由低排至高)，再將各指標之序別各乘上九分之一後相加重新排序，取排序總和前百分之三十之院所，依該院所收案個案數，每個個案數支付 1,000 點。

(2)前項獎勵費，應有部分分配予參與方案之醫師及個案管理師等照護團隊人員。

3.參考指標：同時具高血壓病人使用血管收縮素轉化酶抑制劑（ACEI）或血管收縮素受體阻斷劑（ARB）藥物之病人比率。

(四)胰島素注射獎勵措施：

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

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

(1)胰島素注射定義為「胰島素注射天數達二十八天以上」。

(2)新增胰島素注射個案數係指「前一年未注射胰島素或注射未達二十八天者」。

七、本章之管理照護費用及品質獎勵措施費用來源：

(一)糖尿病、糖尿病合併初期慢性腎臟病及胰島素注射獎勵措施：由全民健康保險醫院總額及西醫基層總額之「醫療給付改善方案」專款項下支應，採浮動點值支付，即先以每點 1 元暫付，年度結束時併同本專款項下各方案計算浮動點值，且每點支付金額不高於 1 元。

(二)初期慢性腎臟病：由全民健康保險其他預算之「腎臟病照護及病人衛教計畫」專款項下支應。該預算先扣除預估之獎勵費用額度後，按季均分，以浮動點值計算管理照護費用，且每點金額不高於 1 元；當季預算若有結餘，則流用至下季；第四季併同獎勵費用進行每點支付金額計算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，但每點支付金額不高於 1 元。

- 八、保險人得公開參與本章之特約院所名單及相關醫療品質資訊供民眾參考。糖尿病以及糖尿病合併初期慢性腎臟病並公開各組別每項品質指標第二十五、五十、七十五及一百百分位之指標值。
- 九、符合本章之個案，若合併其它疾病且分屬本保險其他方案或計畫收案對象時，除依本章支付標準申報外，得再依相關方案或計畫申報費用。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
P1407C	<p>糖尿病</p> <p>—第一階段新收案管理照護費</p> <p>註：1.照護項目詳附表8.2.1，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。</p> <p>2.地區醫院及基層院所之團隊醫事人員可為醫師加另一專業人員執行。</p>	v	v	v	v	650
P1408C	<p>—第一階段追蹤管理照護費</p> <p>註：1.照護項目詳附表8.2.2，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。</p> <p>2.申報新收案後至少須間隔七週才能申報本項，本項每年度最多申報三次，每次間隔至少十週。若當年度同時有申報P1410C或P7001C，合計最多申報三次。</p> <p>3.地區醫院及基層院所之團隊醫事人員如為醫師加另一專業人員執行，則申報點數為本項點數之百分之八十。</p> <p>4.不得與P7001C同時申報。</p> <p>5.進入第二階段管理照護一年內不得再申報第一階段管理照護費P1408C、P1409C。</p>	v	v	v	v	200
P1409C	<p>—第一階段年度評估管理照護費</p> <p>註：1.照護項目詳附表8.2.3，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。</p> <p>2.申報追蹤管理照護費後至少間隔十週才能申報本項，本項限執行P1407C、P1408C或P7001C追蹤合計達三次以上者始得申報，本項每年度最多申報一次。</p> <p>3.地區醫院及基層院所之團隊醫事人員如為醫師加另一專業人員執行，則申報點數為本項點數之百分之八十。</p> <p>4.不得與P7002C同時申報。</p> <p>5.進入第二階段管理照護一年內不得再申報第一階段管理照護費P1408C、P1409C。</p>	v	v	v	v	800
P1410C	<p>—第二階段追蹤管理照護費</p> <p>註：1.照護項目參考附表8.2.2之檢驗項目，另得視病情需要進行衛教服務。除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。</p> <p>2.本項每年度最多申報三次，每次間隔至少十週。若當年度同時有申報P1408C或P7001C，合計最多申報三次。</p> <p>3.不得與P7001C同時申報。</p>	v	v	v	v	100

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
P1411C	<p>—第二階段年度評估管理照護費</p> <p>註：1.照護項目參考附表8.2.3之檢驗項目，另得視病情需要進行衛教服務。除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。</p> <p>2.申報追蹤管理照護費後至少間隔十週才能申報本項，本項限執行P1408C、P1410C或P7001C追蹤合計達三次以上者始得申報，本項每年度最多申報一次。</p> <p>3.不得與P7002C同時申報。</p>	v	v	v	v	300
P4301C	<p>初期慢性腎臟病</p> <p>—新收案管理照護費</p> <p>註：應記錄「新收案個案管理基本資料參考表」(詳附表8.2.5)及檢查、檢驗與衛教情形等資料(詳附表8.2.6)。除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。</p>	v	v	v	v	200
P4302C	<p>—追蹤管理照護費</p> <p>註：1.應記錄追蹤檢查、檢驗與衛教情形等資料(詳附表8.2.6)。除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。</p> <p>2.申報新收案管理照護費至少需間隔三個月才能申報本項，本項每年度最多申報二次，每次至少間隔六個月。若當年度同時有申報P7001C，兩者合計最多申報三次。</p> <p>3.不得與P7001C同時申報。</p>	v	v	v	v	200
P4303C	<p>—轉診照護獎勵費</p> <p>註：1.限個案符合轉診條件，並經轉診至參與「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫」院所，確認經該計畫收案後方可申報，每人限申報一次。</p> <p>2.跨院需填寫「全民健康保險轉診單」(如附表8.2.8，一份留存院所)，並提供患者腎臟功能相關資料(如：初期慢性腎臟病患者追蹤管理紀錄參考表及初期慢性腎臟病患者結案參考表等)予被轉診機構參考。若為院內跨科轉診，則須保留院內轉診單於病歷內，且於腎臟科收案追蹤後方予支付。(鼓勵跨院或跨科轉診，但排除已參加Pre-ESRD計畫同一院所的腎臟科互轉)</p> <p>3.結案原因為恢復正常、長期失聯(一百八十天以上)、拒絕再接受治療或死亡者，不可申報本項。</p> <p>4.不得與P7003C同時申報。</p> <p>5.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>	v	v	v	v	200

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
P7001C	糖尿病合併初期慢性腎臟病 一追蹤管理照護費 註：1.院所照護同時於糖尿病及初期慢性腎臟病收案之病人，需於同一次就診完成二項疾病之追蹤管理（照護項目同附表8.2.2及附表8.2.6），並以本項目申報，且當次就診不得再另申報P1408C、P1410C及P4302C。 2.除檢驗檢查項目外，表列照護項目之費用已內含於本項所訂點數內。 3.地區醫院及基層院所之團隊醫事人員如為醫師加另一專業人員執行，則申報點數為本項點數之百分之八十。 4.至少須間隔任一方案之新收案七週後才能申報本項，每年度最多申報三次，每次間隔至少十週。若年度中因個案尚未同時參與同院所糖尿病及初期慢性腎臟病收案照護，有單一疾病追蹤管理者，仍得以該次追蹤管理疾病別申報P1408C(或P1410C)或P4302C，惟每年度分別與本項合計最多申報仍為三次，每次間隔至少十週。	v	v	v	v	400
P7002C	一年度評估管理照護費 註：1.照護項目同附表8.2.3，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.申報任一追蹤管理照護費後至少間隔十週才能申報本項，本項限執行P1407C、P1408C、P1410C、P4301C、P4302C或P7001C合計達三次以上者始得申報，本項每年度最多申報一次。 3.地區醫院及基層院所之團隊醫事人員如為醫師加另一專業人員執行，則申報點數為本項點數之百分之八十。 4.不得與P1409C或P1411C同時申報。	v	v	v	v	800
P7003C	一轉診照護獎勵費 註：1.限個案符合轉診條件，並經轉診至參與「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫」院所，確認經該計畫收案後方可申報，每人限申報一次。 2.跨院需填寫「全民健康保險轉診單」(同附表8.2.8，一份留存院所)，並提供患者腎臟功能相關資料(如：初期慢性腎臟病患者追蹤管理紀錄參考表及初期慢性腎臟病患者結案參考表等)予被轉診機構參考。若為院內跨科轉診，則須保留院內轉診單於病歷內，且於腎臟科收案追蹤後方予支付。(鼓勵跨院或跨科轉診，但	v	v	v	v	200

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p>排除已參加Pre-ESRD計畫同一院所的腎臟科互轉)</p> <p>3.結案原因為恢復正常、長期失聯(一百八十天以上)、拒絕再接受治療或死亡者，不可申報本項。</p> <p>4.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>					

附表 8.2.1 糖尿病新收案診療項目參考表 (適用編號 P1407C)

Components of the initial visit

<p>1. 醫療病史 (Medical history)</p> <p>(1) 與診斷關聯之症狀、檢驗室結果 Symptoms, laboratory results related to diagnosis</p> <p>(2) 營養評估, 體重史 Nutritional assessment, weight history</p> <p>(3) 過去及現在治療計畫 Previous and present treatment plans</p> <p>A. 藥物 Medications</p> <p>B. 營養治療 Medical Nutrition Therapy</p> <p>C. 病人自主管理訓練 Self-management training</p> <p>D. 血糖自我管理及其使用結果 SMBG and use of results</p> <p>(4) 現在治療執行方案 Current treatment program</p> <p>(5) 運動史 Exercise history</p> <p>(6) 急性併發症 Acute complications</p> <p>(7) 感染病史 History of infections</p> <p>(8) 慢性糖尿病併發症 Chronic diabetic complications</p> <p>(9) 藥物史 Medication history</p> <p>(10) 家族史 Family history</p> <p>(11) 冠狀動脈心臟病危險因素 CHD risk factors</p> <p>(12) 心理社會/經濟因素 Psychosocial/economic factors</p> <p>(13) 菸酒之使用 Tobacco and alcohol use</p>	<p>2. 身體檢查 (Physical examination)</p> <p>(1) 身高與體重 Height and weight</p> <p>(2) 血壓 Blood pressure</p> <p>* (3) 23501C 眼底鏡檢 Ophthalmoscopic examination (視網膜散瞳檢查; 散瞳劑內含) 或 23502C 眼底攝影; 惟如由眼科專科醫師執行間接式眼底鏡檢查(23702C), 則不需再執行上述項目。</p> <p>(4) 甲狀腺觸診 Thyroid palpation</p> <p>(5) 心臟檢查 Cardiac examination</p> <p>(6) 脈搏評估 Evaluation of pulses</p> <p>(7) 足部檢查 Foot examination</p> <p>(8) 皮膚檢查 Skin examination</p> <p>(9) 神經學檢查 Neurological examination</p> <p>(10) 口腔檢查 Oral examination</p> <p>(11) 性成熟度評估 (如屬青春前期後) Sexual maturation (if peripubertal)</p>
<p>3. 檢驗室評估 (Laboratory evaluation)</p> <p>※(1)09005C 空腹血漿葡萄糖或微血管血糖 Fasting plasma glucose or capillary blood sugar</p> <p>※(2)09006C 糖化血紅素 HbA1C(符合糖化白蛋白檢驗適應症個案, 得以 09139C(糖化白蛋白)替代)</p> <p>※(3)空腹血脂 Fasting lipid profile (09001C 總膽固醇 cholesterol, total、09004C 三酸甘油脂 triglyceride(TG)、09043C 高密度脂蛋白膽固醇 HDL cholesterol、09044C 低密度脂蛋白膽固醇 LDL cholesterol)</p> <p>※(4)09015C 血清肌酸酐 Serum creatinine</p> <p>※(5)09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉胺基酶 SGPT (or ALT)</p> <p>※(6)06013C 尿液分析 (尿生化檢查) Urine biochemistry examination</p> <p>※(7)12111C 微量白蛋白</p> <p>※(8)09016C 肌酐、尿 Creatinine (U) CRTN</p> <p>⊗(9)13007C 細菌培養鑑定檢查 (視情況而定) Urine culture (if indicated)</p> <p>⊗(10)27004C 甲狀腺刺激素放射免疫分析(第一型病人)TSH (type 1 patients)</p> <p>⊗(11)18001C 心電圖(成人) Electrocardiogram (adults)</p>	<p>4. 管理計畫 (Management Plan)</p> <p>(1) 短期與長期目標 Short- and long-term goals</p> <p>(2) 藥物 Medications</p> <p>(3) 營養治療 Medical nutrition therapy</p> <p>(4) 生活型態改變 Lifestyle changes</p> <p>(5) 自主管理教育 Self-management education</p> <p>(6) 監測接受指導遵循度 Monitoring instructions</p> <p>* (7) 年度轉診至眼科專科醫師 (視情況而定) Annual referral to eye specialist (if indicated)</p> <p>(8) 其他專科醫師會診 (視情況而定) Specialty consultations (as indicated)</p> <p>(9) 同意接受持續性支持或追蹤的約定 Agreement on continuing support / follow-up</p> <p>(10) 協助預約流行感冒疫苗 (influenza vaccine) 接種 (視個別院所情況而定)</p>
<p>5. 糖尿病自主管理教育 (Diabetes Self-management Education)</p> <p>(1) 糖尿病自主管理教育 (Diabetes Self-management Education, DSME): 由糖尿病人和衛教人員共同參與的一種互動的、整合式及進行中的過程, 包括: a) 個體特殊教育需求的評估; b) 確認個體特殊的糖尿病自主管理目標之設定; c) 依個別的糖尿病自主管理目標進行教育及促進行為改變上的介入; d) 依個別的糖尿病自主管理目標進行評價。</p> <p>(2) 建議標準如下:</p> <p>A. 結構面: 病歷紀錄應包括: a) 描述糖尿病疾病過程及治療之選項; b) 營養管理之整合; c) 日常身體活動之整合; d) 針對治療效益來利用藥物 (必要時) 的情形; e) 血糖監測、尿酮 (必要時) 及運用相關檢驗數據來改善急性合併症之預防、偵測與治療之情形; f) 慢性合併症之預防 (由減少危險行為著手)、偵測及治療之情形; g) 生活型態改變—個人問題的診斷; h) 以促進健康為主來設定的目標, 及日常生活中問題解決的方式; i) 與日常生活中心理社會調適之整合; j) 懷孕婦女及妊娠性糖尿病的管理 (含 preconception care)。</p> <p>B. 過程面: 病歷紀錄應包括: 個案評估、衛生教育計畫、介入、評價及定期追蹤之情形, 並記錄衛教人員、醫師及轉診資源等醫療團隊之整體式照護。</p> <p>C. 結果面: 提供糖尿病自主管理教育的單位或機構, 應進行持續性品質改善計畫, 以結果面來評估衛生教育之效益及提出品質改善的機會。</p>	

附表 8.2.2 糖尿病及糖尿病合併初期慢性腎臟病追蹤管理診療項目參考表(適用編號 P1408C、P1410C、P7001C)

Potential components of continuing care visits

<p>1. 醫療病史 (Medical history)</p> <p>(1)評估治療型態 Assess treatment regimen</p> <p>A. 低或高血糖之頻率／嚴重度 Frequency/severity of hypo-/hyperglycemia</p> <p>B. 自我血糖監測結果 SMBG results</p> <p>C. 病人治療型態之調整 Patient regimen adjustments</p> <p>D. 病人接受專業指導遵循度之問題 Adherence problems</p> <p>E. 生活型態改變 Lifestyle changes</p> <p>F. 併發症的症狀 Symptoms of complications</p> <p>G. 其他醫療疾病 Other medical illness</p> <p>H. 藥物 Medications</p> <p>I. 心理社會方面 Psychosocial issues</p> <p>J. 菸酒之使用 Tobacco and alcohol use</p>	<p>2. 身體檢查 (Physical examination)</p> <p>(1)每次常規性糖尿病回診 Every regular diabetes visit</p> <p>A. 體重 weight</p> <p>B. 血壓 Blood pressure</p> <p>C. 先前身體檢查之異常點 Previous abnormalities on the physical exam</p> <p>(2)足部檢查(視情況而定)：足部狀況屬高危險性者需增加檢查次數 Foot examination (if indicated): more often in patients with high-risk foot conditions</p>
<p>3. 檢驗室評值 (Laboratory evaluation)</p> <p>※(1)09006C 糖化血紅素 HbA1C</p> <p>A. 三個月一次為原則，須配合初診及年度檢查的結果追蹤 (Quarterly if treatment changes or patient is not meeting goals)</p> <p>B. 如病情穩定一年至少二次 (At least twice per year if stable)</p> <p>C. 符合醣化白蛋白檢驗適應症個案，得以 09139C(醣化白蛋白)替代</p> <p>※(2)09005C 空腹血漿葡萄糖或微血管血糖 Fasting plasma glucose or capillary blood sugar</p>	<p>4. 管理計畫評值 (Evaluation of Management Plan)</p> <p>(1)短期與長期目標 Short- and long-term goals</p> <p>(2)藥物 Medications</p> <p>(3)血糖 Glycemia</p> <p>(4)低血糖之頻率／嚴重度 Frequency/severity of hypoglycemia</p> <p>(5)血糖自我管理結果 SMBG results</p> <p>(6)併發症 Complications</p> <p>(7)血脂異常之控制 Control of dyslipidemia</p> <p>(8)血壓 Blood pressure</p> <p>(9)體重 Weight</p> <p>(10)營養治療 Medical Nutrition Therapy</p> <p>(11)運動治療型態 Exercise regimen</p> <p>(12)病人接受自主管理訓練之遵循度 Adherence to self-management training</p> <p>(13)轉診之追蹤 Follow-up of referrals</p> <p>(14)心理社會之調適 Psychosocial adjustment</p> <p>(15)糖尿病知識 Knowledge of diabetes</p> <p>(16)自主管理技能 Self-management skills</p> <p>(17)戒菸(若為抽菸者) Smoking cessation, if indicated</p> <p>(18)協助預約流行感冒疫苗 (influenza vaccine) 接種(視個別院所情況而定)</p>
<p>5. 糖尿病自主管理教育 (Diabetes Self-management Education)</p>	
<p>建議標準如下：</p> <p>A. 結構面：按前次照護結果做追蹤應付，病歷紀錄應包括：a)描述糖尿病疾病過程及治療之選項；b)營養管理之整合；c)日常身體活動之整合；d)針對治療效益來利用藥物(必要時)的情形；e)血糖監測、尿酮(必要時)及運用相關檢驗數據來改善急性合併症之預防、偵測與治療之情形；f)慢性合併症之預防(由減少危險行為著手)、偵測及治療之情形；g)生活型態改變—個人問題的診斷；h)以促進健康為主來設定的目標，及日常生活中問題解決的方式；i)與日常生活中心理社會調適之整合；j)懷孕婦女及妊娠性糖尿病的管理(含 preconception care)。</p> <p>B. 過程面：病歷紀錄應包括：個案評估、衛生教育計畫、介入、評價及追蹤之情形，並記錄衛教人員、醫師及轉診資源等醫療團隊之整體式照護。</p> <p>C. 結果面：提供糖尿病自主管理教育的單位或機構，應進行持續性品質改善計畫，以結果面來評估衛生教育之效益及提出品質改善的機會。</p>	

註：

- 參照中華民國糖尿病學會「2010 糖尿病臨床照護指引」。
- 表列檢驗及服務項目中，「※」及「*」註記表示為診療指引建議必要執行診療項目。
- 本表所列項目除有「※」、「*」註記項目得另行核實申報費用以外，餘均內含於 P1408C、P1410C 及 P7001C 所訂費用之內，不得另行重複申報。

附表 8.2.3 糖尿病及糖尿病合併初期慢性腎臟病年度檢查診療項目參考表(適用編號 P1409C、P1411C、P7002C)

Potential components of continuing care visits (annual exam)

<p>1. 醫療病史 (Medical history)</p> <p>(1) 評估治療型態 Assess treatment regimen</p> <p>A. 低或高血糖之頻率/嚴重度 Frequency/severity of hypo-/hyperglycemia</p> <p>B. 自我血糖監測結果 SMBG results</p> <p>C. 病人治療型態之調整 Patient regimen adjustments</p> <p>D. 病人接受專業指導遵循度之問題 Adherence problems</p> <p>E. 生活型態改變 Lifestyle changes</p> <p>F. 併發症的症狀 Symptoms of complications</p> <p>G. 其他醫療疾病 Other medical illness</p> <p>H. 藥物 Medications</p> <p>I. 心理社會方面 Psychosocial issues</p> <p>J. 菸酒之使用 Tobacco and alcohol use</p>	<p>2. 身體檢查 (Physical examination)</p> <p>(1) 年度身體檢查 Physical examination annually</p> <p>* (2) 23501C 年度散瞳眼睛檢查 Dilated eye examination annually 或 23502C 眼底攝影；惟如由眼科專科醫師執行間接式眼底鏡檢查(23702C)，則不需再執行上述項目。</p> <p>(3) 每次常規性糖尿病回診 Every regular diabetes visit</p> <p>A. 體重 weight</p> <p>B. 血壓 Blood pressure</p> <p>C. 先前身體檢查之異常點 Previous abnormalities on the physical exam</p> <p>(4) 年度足部檢查：足部狀況屬高危險性者需增加檢查次數 Foot examination annually; more often in patients with high-risk foot conditions</p>
<p>3. 檢驗室評估 (Laboratory evaluation)</p> <p>※(1) 09006C 糖化血紅素 HbA1C(符合醣化白蛋白檢驗適應症個案，得以 09139C(醣化白蛋白)替代)</p> <p>※(2) 09005C 空腹血漿葡萄糖或微血管血糖 Fasting plasma glucose or capillary blood sugar</p> <p>※(3) 年度空腹血脂 Fasting lipid profile annually, unless low risk (09001C 總膽固醇 cholesterol, total、09004C 三酸甘油酯 triglyceride(TG)、09043C 高密度脂蛋白膽固醇 HDL cholesterol、09044C 低密度脂蛋白膽固醇 LDL cholesterol)</p> <p>※(4) 09015C 血清肌酸酐 Serum creatinine</p> <p>※(5) 09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉胺基酶 SGPT (or ALT)</p> <p>※(6) 06013C 尿液分析 (尿生化檢查) Urine biochemistry examination</p> <p>※(7) 12111C 微量白蛋白 Microalbumin (Nephelometry)</p> <p>※(8) 09016C 肌酐、尿 Creatinine (U) CRTN</p> <p>※(9) 18001C 心電圖(成人) Electrocardiogram (adults)</p>	<p>4. 管理計畫評估 (Evaluation of Management Plan)</p> <p>(1) 短期與長期目標 Short- and long-term goals</p> <p>(2) 藥物 Medications</p> <p>(3) 血糖 Glycemia</p> <p>(4) 低血糖之頻率/嚴重度 Frequency/severity of hypoglycemia</p> <p>(5) 血糖自我管理結果 SMBG results</p> <p>(6) 併發症 Complications</p> <p>(7) 血脂異常之控制 Control of dyslipidemia</p> <p>(8) 血壓 Blood pressure</p> <p>(9) 體重 Weight</p> <p>(10) 營養治療 Medical Nutrition Therapy</p> <p>(11) 運動治療型態 Exercise regimen</p> <p>(12) 病人接受自我管理訓練之遵循度 Adherence to self-management training</p> <p>(13) 轉診之追蹤 Follow-up of referrals</p> <p>(14) 心理社會之調適 Psychosocial adjustment</p> <p>(15) 糖尿病知識 Knowledge of diabetes</p> <p>(16) 自我管理技能 Self-management skills</p> <p>(17) 戒菸 (若為抽菸者) Smoking cessation, if indicated</p> <p>(18) 協助預約流行感冒疫苗 (influenza vaccine) 接種 (視個別院所情況而定)</p>
<p>5. 糖尿病自我管理教育 (Diabetes Self-management Education)</p>	
<p>建議標準如下：</p> <p>A. 結構面：按前次照護結果做追蹤應對，病歷紀錄應包括：a) 描述糖尿病疾病過程及治療之選項；b) 營養管理之整合；c) 日常身體活動之整合；d) 針對治療效益來利用藥物 (必要時) 的情形；e) 血糖監測、尿酮 (必要時) 及運用相關檢驗數據來改善急性合併症之預防、偵測與治療之情形；f) 慢性合併症之預防 (由減少危險行為著手)、偵測及治療之情形；g) 生活型態改變—個人問題的診斷；h) 以促進健康為主來設定的目標，及日常生活中問題解決的方式；i) 與日常生活中心理社會調適之整合；j) 懷孕婦女及妊娠性糖尿病的管理 (含 preconception care)。</p> <p>B. 過程面：病歷紀錄應包括：個案評估、衛生教育計畫、介入、評價及追蹤之情形，並記錄衛教人員、醫師及轉診資源等醫療團隊之整體式照護。</p> <p>C. 結果面：提供糖尿病自我管理教育的單位或機構，應進行持續性品質改善計畫，以結果面來評估衛生教育之效益及提出品質改善的機會。</p>	

註：

1. 參照中華民國糖尿病學會「2010 糖尿病臨床照護指引」。
2. 表列檢驗、檢查與服務項目中，「※」及「*」註記表示為診療指引建議必要執行診療項目，「☒」註記表示為診療指引建議視病人病情 (if indicated) 為選擇性執行項目。
3. 本表所列項目除有「※」、「*」及「☒」註記項目得另行核實申報費用以外，餘均內含於 P1409C、P1411C 及 P7002C 所訂費用之內，不得另行重複申報。

附表 8-2.4 初期慢性腎臟疾病個案管理

一、慢性腎臟疾病(CKD)之分期:

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

註:1.慢性腎臟疾病(CKD)分類中,腎傷害或腎絲球過濾率下降需持續大於三個月以上

2.腎臟損傷指有影像學變化(如腎萎縮)或傷害指標(如蛋白尿、血尿等)

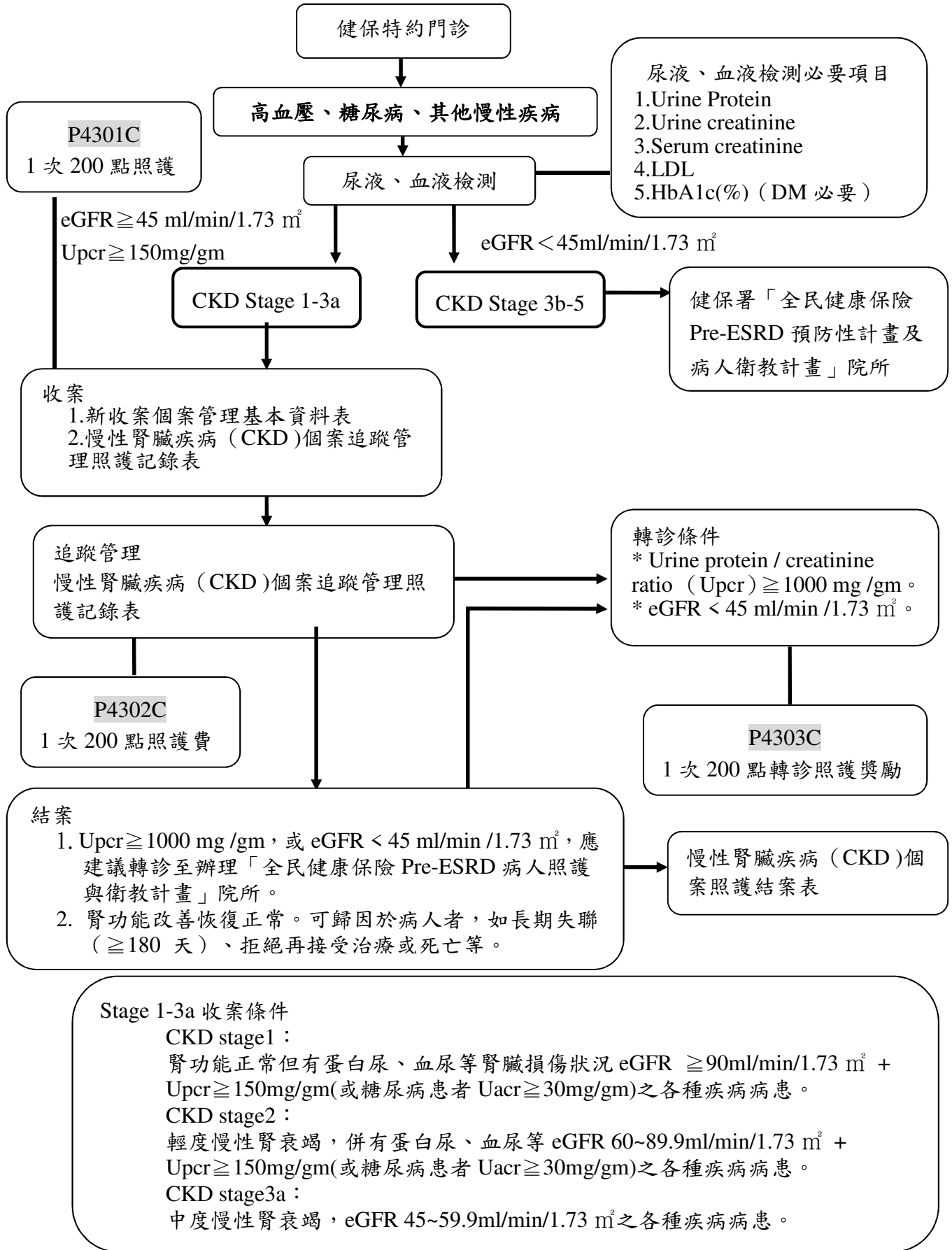
二、慢性腎臟疾病之篩檢

1.對於高危險群應定期檢查血中肌酸酐值及尿液(U_{PCR} 或 U_{ACR})

2.高危險群:

- (A)高血壓、高血糖患者
- (B)長期服用藥物者
- (C)心血管疾病患者
- (D)結構性腎小管異常,腎結石或攝護腺腫大者
- (E)洗腎家族史或家族性腎疾病
- (F)潛在影響腎功能之系統性疾病(如 SLE)
- (G)長期食用中草藥者
- (H)隨機性血尿或尿蛋白
- (I)年紀六十一歲以上

三、慢性腎臟疾病管理流程



四、初期慢性腎臟疾病照護之衛教內容

Stage 1：腎功能正常但有蛋白尿、血尿等腎臟損傷狀況 eGFR： ≥ 90 ml/min/1.73 m²，建議每六個月追蹤一次

Stage 2：輕度慢性腎衰竭，併有蛋白尿、血尿等 eGFR：60~89.9 ml/min/1.73 m²，建議每六個月追蹤一次

Stage 3a：中度慢性腎衰竭，eGFR：45~59.9ml/min/1.73 m²，建議每六個月追蹤一次

Stage 3b：中度慢性腎衰竭，eGFR：30~44.9 ml/min/1.73 m²，建議每三個月追蹤一次

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

附表 8.2.5 初期慢性腎臟病新收案個案管理基本資料參考表(適用編號 P4301C)

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

教育程度：	<input type="checkbox"/> 1.不識字 <input type="checkbox"/> 2.小學 <input type="checkbox"/> 3.初中 <input type="checkbox"/> 4.高中(職) <input type="checkbox"/> 5.大專(學)以上
職業：	<input type="checkbox"/> 1.退休 <input type="checkbox"/> 2.農 <input type="checkbox"/> 3.軍公教 <input type="checkbox"/> 4.工 <input type="checkbox"/> 5.商 <input type="checkbox"/> 6.服務業 <input type="checkbox"/> 7.家管 <input type="checkbox"/> 8.無 <input type="checkbox"/> 9.其它
家族史 (若有親人有罹患右側表列中疾病，請填入家屬代碼)	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/>8.惡性腫瘤【 】 <input type="checkbox"/> 2.糖尿病【 】 <input type="checkbox"/>9.遺傳性腎臟疾病【 】 <input type="checkbox"/> 3.高血壓【 】 <input type="checkbox"/>10.多囊腎【 】 <input type="checkbox"/> 4.心臟病【 】 <input type="checkbox"/>11.痛風【 】 <input type="checkbox"/> 5.腦血管病變(中風)【 】 <input type="checkbox"/>12.自體免疫性疾病【 】 <input type="checkbox"/> 6.高血脂【 】 <input type="checkbox"/>13.其他【 】 <input type="checkbox"/> 7.腎臟病或尿毒症【 】 <input type="checkbox"/>14.不知
A.父 B.母 C.兒女 D.兄弟姊妹 E.父系親戚 F.母系親戚 G.其他	

個人健康評估

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

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

附表 8.2.6 初期慢性腎臟病及糖尿病合併初期慢性腎臟病個案追蹤管理照護紀錄參考表 (適用編號 P4301C、P4302C、P7001C)

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

就診日期	年 月 日 新收案	年 月 日 個月後追蹤	年 月 日 個月後追蹤	年 月 日 個月後追蹤
血壓 (mmHg) 【必要】				
身高 (cm) 【必要】				
體重 (kg) 【必要】				
腰圍 (cm) (參考)				
臀圍 (cm) (參考)				
抽煙【必要】 <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.有				
BMI (參考)				
尿液試紙 (參考)				
蛋白質				
潛血				
尿糖				
Urine PCR(mg/gm) 【必要】				
Urine ACR(mg/gm) (參考)				
Uric acid (mg/dl) (參考)				
Serum creatinine (mg/dl) 【必要】				
eGFR(MDRD) 【必要】				
CHOL (mg/dl) (參考)				
LDL (mg/dl) 【必要】				
HbA1c (%) (DM 必要)				
GA%(DM病人且無HbA1C檢驗必填)				
Sugar AC (mg/dl)(DM 參考)				
長期藥物使用(>3M) 降血壓藥 胰島素 降血糖藥 降血脂藥 降尿酸藥 NSAID 中草藥	<input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> DRI <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> DRI <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> DRI <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> DRI <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
護理營養衛教記錄 衛教對象 衛教方式	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 個別衛教 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 團體衛教 <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 個別衛教 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 團體衛教 <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 個別衛教 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 團體衛教 <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 個別衛教 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 團體衛教 <input type="checkbox"/> 其他：
醫護人員簽名				

附表 8.2.7 初期慢性腎臟疾病個案照護結案參考表

姓名： 性別：男女 電話號碼：
病歷號碼： 出生日期： 年 月 日 身份證字號：
收案日期： 年 月 日 結案日期： 年 月 日 原發疾病：
結案原因：

1. 轉診 CKD 防治院所照護或進入「全民健康保險 Pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教計畫」
轉診日期： 年 月 日
轉診院所名稱： 、院所代號： 、 科、醫師 ID
轉診原因： Urine protein/creatinine ratio (U_{PCR}) ≥ 1000 mg/gm。
 $30 \text{ ml/min/1.73 m}^2 \leq eGFR < 45 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ (Stage 3b)。
 $15 \text{ ml/min/1.73 m}^2 \leq eGFR < 30 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ 者 (Stage 4)。
 $eGFR < 15 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ 者 (Stage 5)。
2. 腎功能改善恢復正常
3. 長期失聯 (≥ 180 天)
4. 拒絕再接受治療
5. 死亡
6. 病人未執行本章管理照護超過一年者。

附表 8.2.8 全民健康保險院所轉診單

全民健康保險 院(所)轉診單(轉診至 院所)(院所參考)

保險醫事服務機構代號：

原 診 醫 院	保險對象基本資料	姓名		性別	出生日期		身分證號		
				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	民國(前) 年 月 日				
		聯絡人		聯絡電話		聯絡地		址	
療 歷 摘 要	病 歷 摘 要	A.病情摘要(主訴及簡短病史)			D.藥物過敏史：				
		B.診斷		ICD-10-CM		病名			
醫 院	轉診目的	1. <input type="checkbox"/> 急診治療		4. <input type="checkbox"/> 進一步檢查，檢查項目					
		2. <input type="checkbox"/> 住院治療		5. <input type="checkbox"/> 轉回轉出或適當之院所繼續追蹤					
診 醫 師	院所 住址			傳真號碼：					
				電子信箱：					
所	診治醫師	姓名	科別	聯絡電話	醫師簽章				
所	建議轉診院所科別	開單日期		年 月 日		安排就醫日期		年 月 日	
								科 診 號	
接 受 轉 診 醫 院 診 所	處理情形	1. <input type="checkbox"/> 已予急診處置並轉診至 醫院		2. <input type="checkbox"/> 已予急診處置，並住本院 病房治療中					
		3. <input type="checkbox"/> 已安排住本院 病房治療中		4. <input type="checkbox"/> 已安排本院 科門診治療中					
所	治療摘要	1.主診斷		2.治療藥物或手術名稱		3.輔助診斷之檢查結果			
		ICD-10-CM：							
所	院所名稱			電話或傳真：					
				電子信箱：					
所	診治醫師	姓名	科別	醫師簽章	回覆日期	年 月 日			

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

第三聯：原診療醫院、診所留存

※本轉診單限使用一次

※以上欄位均屬必填，如無則填無

附表 8.2.9 糖尿病個案登錄系統必要欄位簡化表

一、新收案(P1407C)必填欄位：

- 1.新收案日期
- 2.基本檢查數據：收縮壓、舒張壓
- 3.Blood檢驗：檢查日期、HbA1C、Glucose(AC)、LDL、TG、Creatinine、eGFR、醣化白蛋白(無HbA1C檢驗者必填)
- 4.Urine檢驗：
 - (1)檢查日期、Urine ACR (mg/g)、Urine Routine(二者可視情形擇一填報)
 - (2)因洗腎導致無尿液檢驗者，無須填報
- 5.眼睛檢查及病變：正常、異常、未做
- 6.足部檢查：右腳正常(Y、N) 左腳正常(Y、N)

二、追蹤管理(P1408C、P1410C)必填欄位：

- 1.追蹤管理日期
- 2.Blood檢驗：檢查日期、HbA1c、Glucose(AC)、醣化白蛋白(無HbA1C檢驗者必填)

三、年度評估(P1409C、P1411C)必填欄位：

- 1.年度評估日期
- 2.基本檢查數據：收縮壓、舒張壓
- 3.Blood檢驗：檢查日期、HbA1c、Glucose(AC)、LDL、TG、Creatinine、eGFR、醣化白蛋白(無HbA1C檢驗者必填)
- 4.Urine檢驗：
 - (1) 檢查日期、Urine ACR (mg/g)、Urine Routine(二者可視情形擇一填報)
 - (2)因洗腎導致無尿液檢驗者，無須填報
- 5.眼睛檢查及病變：正常、異常、未做
- 6.足部檢查：右腳正常(Y、N) 左腳正常(Y、N)

註 1.建立病人基本資料後，病人身分證號、病人姓名、醫師 ID、醫師姓名、複診次數等欄位會自動帶出

註 2.系統會自動將醣化白蛋白欄位填入值換算成 HbA1C 後帶入 HbA1C 欄位：

(1)上述換算公式係參照「2018 糖尿病臨床照護指引」

(2)換算後的 HbA1C，將作為方案獎勵評比計算；若兩者同時填報，則以填報值為主

註 3.UACR=尿液中白蛋白/肌酸酐 (單位：mg/g)

註 4.eGFR 線上計算：台灣腎臟醫學會「腎利人生網站」<http://kidney.tsn.org.tw> 點

選「腎病指標」，輸入性別、年齡、血液 Creatinine 值即可線上計算。

附表 8.2.10 初期慢性腎臟病個案登錄系統必要欄位簡化表

- 一、新收案(身分證號、病人姓名、醫師 ID、醫師姓名等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位：
- 1.新收案日期、個案性別、出生日期、CKD Stage (1: Stage1; 2: Stage2; 3a: Stage3a)、伴隨疾病(1.無; 2.腎臟病; 3.糖尿病; 4.高血壓; 5.心臟血管疾病; 6.高血脂症; 7.慢性肝病; 8.癌症; 9.其他)、抽煙 (1.無 2.有)
 - 2.基本檢查數據：檢查日期、身高、體重、收縮壓、舒張壓、eGFR、U_{PCR} (mg/gm)
 - 3.血液檢驗：Serum creatinine(mg/dl)、LDL (mg/dl)、HbA1c (DM必填、無HbA1C檢驗者須填GA(醣化白蛋白))
- 二、追蹤管理(身分證號、病人姓名、醫師 ID、醫師姓名、複診次數等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位：
1. 追蹤管理日期、CKD Stage (1: Stage1; 2: Stage2; 3a: Stage3a; 3b: Stage3b; 4: Stage4; 5: Stage5、抽煙 (1.無 2.有)
 2. 追蹤必要檢查數據：檢查日期、身高、體重、收縮壓、舒張壓、eGFR、U_{PCR} (mg/gm)
 3. 血液檢驗：Serum creatinine(mg/dl)、LDL (mg/dl)、HbA1c (DM必填、無HbA1C檢驗者須填GA(醣化白蛋白))
- 三、結案 (轉出) (身分證號、病人姓名、醫師 ID、醫師姓名、複診次數等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位：
- 1.結案 (或轉診) 日期
 - 2.結案原因：1：轉診進入「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫」照護。2：恢復正常。3：長期失聯(≥180天)。4：拒絕再接受治療。5：死亡。6：病人未執行本章管理照護超過一年者。
 - 3.轉診Pre-ESRD計畫院所原因：1：U_{PCR}≥1000 mg/gm。3b：Stage3b。4：Stage 4。5：Stage 5。
 - 4.接受轉診院所保險醫事服務機構代號：
- 註.系統會自動將醣化白蛋白欄位填入值換算成 HbA1C 後帶入 HbA1C 欄位：
- (1)若兩者同時填報，則以填報值為主
 - (2)上述換算公式係參照「2018 糖尿病臨床照護指引」
 - (3)換算後的 HbA1C，將作為方案獎勵評比計算

附表 8.2.11 糖尿病合併初期慢性腎臟病個案登錄系統必要欄位簡化表

一、追蹤管理(P7001C)必填欄位：

1. 追蹤管理日期
2. 糖尿病照護醫師ID、Early-CKD照護醫師ID
3. CKD Stage：1、2、3a（1：Stage1；2：Stage2；3a：Stage3a）
4. 基本檢查數據：收縮壓、舒張壓
5. Blood檢驗：檢查日期、HbA1c、Glucose(AC)、醣化白蛋白(無HbA1C檢驗者必填)、LDL、Creatinine
6. Urine檢驗：檢查日期、Urine Routine、eGFR、UACR (mg/g)
7. 抽煙：1(無)、2(有)

二、年度評估(P7002C)必填欄位：

1. 年度評估日期
2. 糖尿病照護醫師ID、Early-CKD照護醫師ID
3. CKD Stage：1、2、3a（1：Stage1；2：Stage2；3a：Stage3a）
4. 基本檢查數據：收縮壓、舒張壓
5. Blood檢驗：檢查日期、HbA1c、Glucose(AC)、醣化白蛋白(無HbA1C檢驗者必填)、LDL、Creatinine
6. Urine檢驗：檢查日期、Urine Routine、eGFR、UACR (mg/g)
7. 抽煙：1(無)、2(有)
8. 眼睛檢查及病變：正常、異常、未做
9. 足部檢查：右腳正常(Y、N) 左腳正常(Y、N)

三、結案(轉出)必填欄位：

1. 結案(或轉診)日期
2. 結案原因：1-長期失聯、2-病人拒絕接受治療、3-經評估可自行照護、4-死亡、5-腎功能改善恢復正常、6-轉診進入Pre-ESRD計畫、7-其他。
3. 轉診Pre-ESRD計畫院所原因：1：UPCR \geq 1000 mg/gm。3b：Stage3b。4：Stage 4。5：Stage 5。
4. 接受轉診院所保險醫事服務機構代號：_____

註 1.建立病人基本資料後，病人身分證號、病人姓名、醫師 ID、醫師姓名、複診次數等欄位會自動帶出

註 2.系統會自動將醣化白蛋白欄位填入值換算成 HbA1C 後帶入 HbA1C 欄位：

(1)上述換算公式係參照「2018 糖尿病臨床照護指引」

(2)換算後的 HbA1C，將作為方案獎勵評比計算；若兩者同時填報，則以填報值為主

註 3.UACR=尿液中白蛋白/肌酸酐(單位：mg/g)

註 4.eGFR 線上計算：台灣腎臟醫學會「腎利人生網站」<http://kidney.tsn.org.tw> 點選「腎病指標」，輸入性別、年齡、血液 Creatinine 值即可線上計算。

第三章 糖尿病及初期慢性腎臟病個案資訊整合及鼓勵資料上傳 通則：

一、適用對象：

就醫主診診斷為糖尿病或慢性腎臟疾病 Stage1、2、3a 期個案；但若為本部第二章之收案對象，則依該章支付方式辦理。

附表 8.3.1、定期追蹤檢驗(查)項目表

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目 修正規定修正對照表

修正規定	現行規定	說明																				
<p>第一部 總則</p> <p><u>十五、有關年齡之認定，除本標準各部章節另有規定外，涉及年齡加減者，門診採就醫年月日、住院採診療項目實際執行年月日，減出生年月日計算；其餘年齡限制，採診療項目實際執行年月日減出生年月日計算，若無填報診療項目實際執行日期，則以就醫日期或入院日期認定。</u></p> <p>第一部總則十 附表須事前審查之診療項目</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>序號</th> <th>編號</th> <th>診療項目名稱</th> <th>適應症</th> <th>備註</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>二</td> <td>86006C 86007C 86008C 86011C 86012C 86013C 97605K 97606A 97607B 97608C</td> <td>白內障手術</td> <td></td> <td> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>未滿五十五歲</u>施行白內障手術之個案，<u>需事前審查</u>。 2. 申請事前審查應檢附下列文件： <ol style="list-style-type: none"> (1) 白內障術前檢查記錄：包括 <ol style="list-style-type: none"> A. <u>裸視、矯正視力</u>。 B. <u>眼壓</u>。 C. <u>角膜、前房、水晶體</u>。 D. <u>視網膜及玻璃體</u>。 E. <u>DBR雙眼紀錄（包括角膜弧度、眼軸長度及IOL度數）</u>。 F. <u>白內障照片</u>。 (2) 病人之中文手術同意書。 3. 申報費用應檢附之資料依支付標準規定。 </td> </tr> </tbody> </table>	序號	編號	診療項目名稱	適應症	備註	二	86006C 86007C 86008C 86011C 86012C 86013C 97605K 97606A 97607B 97608C	白內障手術		<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>未滿五十五歲</u>施行白內障手術之個案，<u>需事前審查</u>。 2. 申請事前審查應檢附下列文件： <ol style="list-style-type: none"> (1) 白內障術前檢查記錄：包括 <ol style="list-style-type: none"> A. <u>裸視、矯正視力</u>。 B. <u>眼壓</u>。 C. <u>角膜、前房、水晶體</u>。 D. <u>視網膜及玻璃體</u>。 E. <u>DBR雙眼紀錄（包括角膜弧度、眼軸長度及IOL度數）</u>。 F. <u>白內障照片</u>。 (2) 病人之中文手術同意書。 3. 申報費用應檢附之資料依支付標準規定。 	<p>第一部 總則</p> <p>第一部總則十 附表須事前審查之診療項目</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>序號</th> <th>編號</th> <th>診療項目名稱</th> <th>適應症</th> <th>備註</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>二</td> <td>86006C 86007C 86008C 86011C 86012C 86013C 97601K 97602A 97603B 97605K 97606A 97607B 97608C</td> <td>白內障手術</td> <td></td> <td> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>具下列條件之個案需事前專案向保險人申請</u>。 (1) <u>每月門住診白內障手術加總超過四十例之醫師；前開四十例計算不含執行醫令代碼86013C之個案，惟個案術前術後照片需保存於病歷內以供備查。</u> (自事實發生之次月起算，每超過四十例以上仍須申請事前審查，列管時間為六個月，期滿得由保險人評估是否繼續列管)。 (2) <u>五十五歲以下</u>施行白內障手術之個案。 2. 申請事前審查應檢附下列文件： <ol style="list-style-type: none"> (1) 白內障術前檢查記錄：包括 <ol style="list-style-type: none"> (一) 裸視、矯正視力； (二) 眼壓； (三) 角膜、前房、水晶體； (四) 視網膜及玻璃體； (五) DBR雙眼紀錄（包括角膜弧度、眼軸長度及IOL度數）； (六) 白內障照片。 (2) 病患之中文手術同意書。 3. 申報費用應檢附之資料依支付標準規定。 </td> </tr> </tbody> </table>	序號	編號	診療項目名稱	適應症	備註	二	86006C 86007C 86008C 86011C 86012C 86013C 97601K 97602A 97603B 97605K 97606A 97607B 97608C	白內障手術		<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>具下列條件之個案需事前專案向保險人申請</u>。 (1) <u>每月門住診白內障手術加總超過四十例之醫師；前開四十例計算不含執行醫令代碼86013C之個案，惟個案術前術後照片需保存於病歷內以供備查。</u> (自事實發生之次月起算，每超過四十例以上仍須申請事前審查，列管時間為六個月，期滿得由保險人評估是否繼續列管)。 (2) <u>五十五歲以下</u>施行白內障手術之個案。 2. 申請事前審查應檢附下列文件： <ol style="list-style-type: none"> (1) 白內障術前檢查記錄：包括 <ol style="list-style-type: none"> (一) 裸視、矯正視力； (二) 眼壓； (三) 角膜、前房、水晶體； (四) 視網膜及玻璃體； (五) DBR雙眼紀錄（包括角膜弧度、眼軸長度及IOL度數）； (六) 白內障照片。 (2) 病患之中文手術同意書。 3. 申報費用應檢附之資料依支付標準規定。 	<p>一、新增總則十五：配合民法年齡之計算增訂公式。並配合修正第三部牙醫通則五、刪除第七部第二章Tw-DRGs分類架構及原則之說明六。</p> <p>二、白內障手術刪除每月門、住診白內障手術加總超過四十例之醫師需送事前審查之規範，並於第二部第二章第七節第十七項六、水晶體，增列通則二有關第四十一例以上之支付規範。項次併同修正。</p> <p>三、其餘屬修正年齡限制用詞等文字修正。</p>
序號	編號	診療項目名稱	適應症	備註																		
二	86006C 86007C 86008C 86011C 86012C 86013C 97605K 97606A 97607B 97608C	白內障手術		<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>未滿五十五歲</u>施行白內障手術之個案，<u>需事前審查</u>。 2. 申請事前審查應檢附下列文件： <ol style="list-style-type: none"> (1) 白內障術前檢查記錄：包括 <ol style="list-style-type: none"> A. <u>裸視、矯正視力</u>。 B. <u>眼壓</u>。 C. <u>角膜、前房、水晶體</u>。 D. <u>視網膜及玻璃體</u>。 E. <u>DBR雙眼紀錄（包括角膜弧度、眼軸長度及IOL度數）</u>。 F. <u>白內障照片</u>。 (2) 病人之中文手術同意書。 3. 申報費用應檢附之資料依支付標準規定。 																		
序號	編號	診療項目名稱	適應症	備註																		
二	86006C 86007C 86008C 86011C 86012C 86013C 97601K 97602A 97603B 97605K 97606A 97607B 97608C	白內障手術		<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>具下列條件之個案需事前專案向保險人申請</u>。 (1) <u>每月門住診白內障手術加總超過四十例之醫師；前開四十例計算不含執行醫令代碼86013C之個案，惟個案術前術後照片需保存於病歷內以供備查。</u> (自事實發生之次月起算，每超過四十例以上仍須申請事前審查，列管時間為六個月，期滿得由保險人評估是否繼續列管)。 (2) <u>五十五歲以下</u>施行白內障手術之個案。 2. 申請事前審查應檢附下列文件： <ol style="list-style-type: none"> (1) 白內障術前檢查記錄：包括 <ol style="list-style-type: none"> (一) 裸視、矯正視力； (二) 眼壓； (三) 角膜、前房、水晶體； (四) 視網膜及玻璃體； (五) DBR雙眼紀錄（包括角膜弧度、眼軸長度及IOL度數）； (六) 白內障照片。 (2) 病患之中文手術同意書。 3. 申報費用應檢附之資料依支付標準規定。 																		

第二部 西醫

第一章 基本診療

第一節 門診診察費

通則：

十、本節之各項診察項目中，註有「兒童加成項目」者，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，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，未滿四歲兒童之門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

十一、西醫醫院門診診察費加成方式：

(一)未滿五歲兒童不限科別各項門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

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

(三)地區醫院加成方式：

1.婦產科、小兒科及新生兒科、外科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之四十，若同時符合未滿五歲兒童加成者，依表定點數加計百分之六十。

2.內科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之三十，若同時符合未滿五歲兒童加成者，依表定點數加計百分之五十。

3.其餘科別及精神科之門診診察費項目，得依表定點數加計百分之十五，若同時符合未滿五歲兒童加成者，依表定點數加計百分之三十五。

4.地區醫院申報夜間門診診察費項目（夜間門診係指晚上六時至十時之開診），得依表定點數加計百分之十：包括編號00101B、00131B、00102B、00132B、00172B、00173B、00105B、00135B、00106B、00136B、00174B、00175B、00107B、00137B、00108B、00138B、00176B、00177B。

(四)加成科別及門診診察費項目定義說明：

1.外科：包括就醫科別為外科、骨科、神經外科、泌尿科、整形外科、直腸外科、心血管外科、胸腔外科、消化外科、小兒外科及脊椎骨科等科。

2.內科：包括就醫科別為內科、神經科、消化內科、心臟血管內科、胸腔內科、腎臟內科、風濕免疫科、血液腫瘤科、內分泌科、感染科、胸腔暨重症加護及老人醫學科等科。

3.門診診察費項目：包括編號00154A、00155A、00156A、00157A、00170A、00171A、00101B、00131B、00102B、00132B、00172B、00173B、00105B、00135B、00106B、00136B、00174B、00175B、00107B、00137B、00108B、00138B、00176B、00177B及01023C。

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

十二、西醫基層院所門診診察費加成方式：

(一)兒童加成方式(詳附表2.1.3)：

1.未滿四歲兒童：不限科別各項門診診察費依表定點數加計百分之二十。

2.四歲以上至未滿七歲兒童：兒科專科醫師各項門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

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

(三)專科醫師加成方式(詳附表2.1.4至附表2.1.7)：

1.各專科醫師申報第一段門診量內之門診診察費得按表定點數加計，其中婦產科、外科及內科專科醫師加計百分之十三，整形外科、骨科、泌尿科、神經外科專科醫師

第二部 西醫

第一章 基本診療

第一節 門診診察費

通則：

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、胸腔暨重症加護及老人醫學科等科。

3.門診診察費項目：包括編號00154A、00155A、00156A、00157A、00170A、00171A、00101B、00131B、00102B、00132B、00172B、00173B、00105B、00135B、00106B、00136B、00174B、00175B、00107B、00137B、00108B、00138B、00176B、00177B及01023C。

(五)醫院申報門診診察費四歲以下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。

2.四歲至六歲兒童：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)專科醫師加成方式(詳附表2.1.4至附表2.1.7)：

1.各專科醫師申報第一段門診量內之門診診察費得按表定點數加計，其中婦產科、外科及內科專科醫師加計百分之十三，整形外科、骨科、泌尿科、神經外科專科醫師

屬修正年齡
限制用詞等
文字修正。

加計百分之十，其餘專科醫師加計百分之九。若同時符合兒童加成或七十五歲以上者加成，依加成率合計後一併加計。

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

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

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

加計百分之十，其餘專科醫師加計百分之九。若同時符合兒童加成或七十五歲以上者加成，依加成率合計後一併加計。

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

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
01015C	急診診察費 註： 1.急診定義及適用範圍如附表2.1.1。 2.內含護理費比率為百分之八點八至百分之十四。 3.夜間(晚上十時至隔日早上六時)加計百分之五十、例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之二十，同時符合夜間及例假日者，則僅加計百分之五十；屬西醫基層總額部門院所，例假日加成維持原週六之中午十二時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時加計百分之二十規定。 4.山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加計百分之三十，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加計百分之八十。 5.地區醫院得依表定點數加計百分之十九。 6.本項年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之一百，其餘年齡為兒童加成項目，依本節通則十規定辦理。 7.地區醫院之兒科專科醫師申報得加計百分之五十，其餘專科醫師申報六歲以下兒童者，得加計百分之五十。 8.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數521點申報。	v	v			667
00201B	急診診察費(按檢傷分類) 檢傷分類第一級		v	v	v	1800
00202B	檢傷分類第二級		v	v	v	1000
00203B	檢傷分類第三級		v	v	v	776
00204B	檢傷分類第四級		v	v	v	449
00225B	檢傷分類第五級 註： 1.檢傷分類依衛生福利部規定。 2.地區醫院得就本項費用與01015C急診診察費擇一申報，惟採行後一年始得變更。 3.夜間(晚上十時至隔日早上六時)加計百分之五十、例假日(週六零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之二十，同時符合夜間及例假日者，則僅加計百分之五十。 4.山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫		v	v	v	390

	院加計百分之三十，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加計百分之八十。 5.地區醫院申報檢傷分類第四、五級之急診診察費得依表定點數加計百分之十九。 6.內含護理費比率為百分之三十二點零四。 7.本項年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之一百，其餘年齡為兒童加成項目，依本節通則十規定辦理。 8.兒科專科醫師申報得加計百分之五十，其餘專科醫師申報未滿七歲兒童者，得加計百分之五十。																					
01023C	高危險早產兒特別門診診察費 註： 1.限出生時二千公克以下的早產兒於未滿三歲前之特別門診追蹤治療，並限由小兒科專科醫師親自執行。 2.內含護理費比率為百分之十一點五至百分之十五點三。 3.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數425點申報。	v	v	v	v																468	
01023C	高危險早產兒特別門診診察費 註： 1.限出生時二千公克以下的早產兒於二歲前之特別門診追蹤治療，並限由小兒科專科醫師親自執行。 2.內含護理費比率為百分之十一點五至百分之十五點三。 3.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數425點申報。	v	v	v	v																	468

附表 2.1.2.1

醫學中心及區域醫院申報門診診察費未滿五歲兒童加成及科別加成支付點數之計算

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

附表 2.1.2.1

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

代碼	名稱	支付點數 A	不分科別四歲以下兒童加成(20%) 支付=A*1.2	婦兒外科加成		內科加成	
				科別加成 支付點數 =A*1.17	同時符合兒童加成 支付點數 =A*1.37	科別加成 支付點數 =A*1.07	同時符合兒童加成 支付點數 =A*1.27
	一般門診診察費 —醫院門診診察費(不含牙科門診) 1.就診人次在合理量內： 醫學中心及區域醫院						
00154A	1)處方交付特約藥局調劑	286	343	335	392	306	363
00155A	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	316	379	370	433	338	401
00156A	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	286	343	335	392	306	363
00157A	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	292	350	342	400	312	371
00170A	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	520	624	608	712	556	660
00171A	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	497	596	581	681	532	631
	3.金門馬祖以外之山地離島地區						
00105B	1)處方交付特約藥局調劑	286	343	335	392	306	363
00135B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	316	379	370	433	338	401
00106B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	286	343	335	392	306	363
00136B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	292	350	342	400	312	371
00174B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	520	624	608	712	556	660

屬修正年齡限制用詞及統一將數字以文字呈現等文字修正。

00175B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	497	596	581	681	532	631	00175B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	497	596	581	681	532	631
4.金門馬祖地區								4.金門馬祖地區							
00107B	1)處方交付特約藥局調劑	288	346	337	395	308	366	00107B	1)處方交付特約藥局調劑	288	346	337	395	308	366
00137B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	339	407	397	464	363	431	00137B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	339	407	397	464	363	431
00108B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	288	346	337	395	308	366	00108B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	288	346	337	395	308	366
00138B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	316	379	370	433	338	401	00138B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	316	379	370	433	338	401
00176B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	542	650	634	743	580	688	00176B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	542	650	634	743	580	688
00177B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	520	624	608	712	556	660	00177B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	520	624	608	712	556	660
精神科門診診察費								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)								—每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)							
1.醫院								1.醫院							
01018B	1)處方交付特約藥局調劑	308	370					01018B	1)處方交付特約藥局調劑	308	370				
00178B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	365	438					00178B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	365	438				
01019B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	308	370					01019B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	308	370				
00179B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	341	409					00179B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	341	409				
00180B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	567	680					00180B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	567	680				
00181B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	544	653					00181B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	544	653				
—每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45)								—每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45)							
00186C	1)處方交付特約藥局調劑	164	197					00186C	1)處方交付特約藥局調劑	164	197				
00187C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	218	262					00187C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	218	262				
00188C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	164	197					00188C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	164	197				
00189C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	196	235					00189C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	196	235				
00190C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	436	523					00190C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	436	523				
00191C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	414	497					00191C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	414	497				
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	468	562	548	641	501	594	01023C	高危險早產兒特別門診診察費	468	562	548	641	501	594

附表2.1.2.2

地區醫院申報門診診察費未滿五歲兒童加成、科別加成及夜間加成支付點數之計算

附表 2.1.3

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

附表2.1.2.2

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

附表 2.1.3

基層院所申報門診診察費「三歲以下不分科及四至六歲兒科專科醫師加計百分之二十」與「七十五歲以上者加計百分之七點五」支付點數之計算

代碼	名稱	支付點數 A	不分科別未滿四歲及四歲以上至未滿七歲兒科專科醫師加計(20%)支付點數 =A*1.2	不分科別七十五歲以上者之加計(7.5%)支付點數 =A*1.075	代碼	名稱	支付點數 A	不分科別三歲以下及四至六歲兒科專科醫師加計(20%)支付點數 =A*1.2	不分科別七十五歲以上者之加計(7.5%)支付點數 =A*1.075
	一般門診診察費—基層院所門診診察費					一般門診診察費—基層院所門診診察費			
	1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分(≤40)					1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分(≤40)			
00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人次)	358	430	385	00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人次)	358	430	385
00223C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-40人次)	250	300	269	00223C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-40人次)	250	300	269
00197C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	457	410	00197C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	457	410
00198C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-40人)	375	450	403	00198C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-40人)	375	450	403
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人次)	358	430	385	00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人次)	358	430	385
00224C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-40人次)	250	300	269	00224C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-40人次)	250	300	269
00199C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	356	427	383	00199C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	356	427	383
00200C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-40人)	350	420	376	00200C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-40人)	350	420	376
00158C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	555	666	597	00158C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	555	666	597
00159C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	530	636	570	00159C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	530	636	570
	2.每位醫師每日門診量超過四十人次，但在六十人次以下部分(41-60)					2.每位醫師每日門診量超過四十人次，但在六十人次以下部分(41-60)			
00111C	1)處方交付特約藥局調劑	220	264	237	00111C	1)處方交付特約藥局調劑	220	264	237
00141C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	275	330	296	00141C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	275	330	296
00112C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	220	264	237	00112C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	220	264	237
00142C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	250	300	269	00142C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	250	300	269
00160C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	475	570	511	00160C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	475	570	511
00161C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	450	540	484	00161C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	450	540	484
	3.每位醫師每日門診量超過六十人次，但在八十人次以下部分(61-80)					3.每位醫師每日門診量超過六十人次，但在八十人次以下部分(61-80)			
00113C	1)處方交付特約藥局調劑	160	192	172	00113C	1)處方交付特約藥局調劑	160	192	172
00143C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	215	258	231	00143C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	215	258	231
00114C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	160	192	172	00114C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	160	192	172
00144C	4)開具慢性病連續處方由本院所自行調劑	190	228	204	00144C	4)開具慢性病連續處方由本院所自行調劑	190	228	204
00162C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	415	498	446	00162C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	415	498	446
00163C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之	390	468	419	00163C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之	390	468	419

	慢性病連續處方並由本院所自行調劑								
	4.每位醫師每日門診量超過八十人次，但在一百五十人次以下部分(81-150)								
00115C	1)處方交付特約藥局調劑	70	84	75	00115C	1)處方交付特約藥局調劑	70	84	75
00145C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	125	150	134	00145C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	125	150	134
00116C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	70	84	75	00116C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	70	84	75
00146C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	100	120	108	00146C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	100	120	108
00164C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	325	390	349	00164C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	325	390	349
00165C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	300	360	323	00165C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	300	360	323
	5.每位醫師每日門診量超過一百五十人次部分(>150)					5.每位醫師每日門診量超過一五〇人次部分(>150)			
00117C	1)處方交付特約藥局調劑	50	60	54	00117C	1)處方交付特約藥局調劑	50	60	54
00147C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	105	126	113	00147C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	105	126	113
00118C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	50	60	54	00118C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	50	60	54
00148C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	80	96	86	00148C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	80	96	86
00166C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	305	366	328	00166C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	305	366	328
00167C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	280	336	301	00167C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	280	336	301
	6.山地離島地區					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)					(1)每位醫師每日門診量在五十人次以下部分(≤50)			
00230C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	358	430	385	00230C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	358	430	385
00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50人)	352	422	378	00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50人)	352	422	378
00232C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	457	410	00232C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	457	410
00233C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-50人)	375	450	403	00233C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-50人)	375	450	403
00234C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	358	430	385	00234C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	358	430	385
00235C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50人)	352	422	378	00235C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50人)	352	422	378
00236C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	356	427	383	00236C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	356	427	383
00237C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-50人)	350	420	376	00237C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-50人)	350	420	376
00168C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(≤50)	555	666	597	00168C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(≤50)	555	666	597
00169C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑(≤50)	530	636	570	00169C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑(≤50)	530	636	570
	(2)每位醫師每日門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分(51-70)					(2)每位醫師每日門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分(51-70)			
00205C	1)處方交付特約藥局調劑(51-70)	220	264	237	00205C	1)處方交付特約藥局調劑(51-70)	220	264	237
00206C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(51-70)	275	330	296	00206C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(51-70)	275	330	296

00207C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑(51-70)	220	264	237	00207C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑(51-70)	220	264	237
00208C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(51-70)	250	300	269	00208C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(51-70)	250	300	269
00209C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(51-70)	475	570	511	00209C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(51-70)	475	570	511
00210C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑(51-70)	450	540	484	00210C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑(51-70)	450	540	484
	(3)每位醫師每日門診量超過七十人次，但在一百五十人次以下部分(71-150)					(3)每位醫師每日門診量超過七十人次，但在一五〇人次以下部分(71-150)			
00211C	1)處方交付特約藥局調劑(71-150)	160	192	172	00211C	1)處方交付特約藥局調劑(71-150)	160	192	172
00212C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(71-150)	215	258	231	00212C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(71-150)	215	258	231
00213C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑(71-150)	160	192	172	00213C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑(71-150)	160	192	172
00214C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(71-150)	190	228	204	00214C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(71-150)	190	228	204
00215C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(71-150)	415	498	446	00215C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(71-150)	415	498	446
00216C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑(71-150)	390	468	419	00216C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑(71-150)	390	468	419
	(4)每位醫師每日門診量超過一百五十人次部分(>150)					(4)每位醫師每日門診量超過一五〇人次部分(>150)			
00217C	1)處方交付特約藥局調劑(>150)	90	108	97	00217C	1)處方交付特約藥局調劑(>150)	90	108	97
00218C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(>150)	145	174	156	00218C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(>150)	145	174	156
00219C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑(>150)	90	108	97	00219C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑(>150)	90	108	97
00220C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(>150)	120	144	129	00220C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(>150)	120	144	129
00221C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(>150)	345	414	371	00221C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(>150)	345	414	371
00222C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑(>150)	320	384	344	00222C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑(>150)	320	384	344
	精神科門診診察費－基層診所					精神科門診診察費－基層診所			
	每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)					每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)			
00238C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	344	413	370	00238C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	344	413	370
00239C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-45人)	338	406	363	00239C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-45人)	338	406	363
00240C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	395	474	425	00240C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	395	474	425
00241C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-45人)	389	467	418	00241C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-45人)	389	467	418
00242C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	344	413	370	00242C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	344	413	370
00243C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-45人)	338	406	363	00243C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-45人)	338	406	363
00244C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	374	449	402	00244C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	374	449	402
00245C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-45人)	368	442	396	00245C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-45人)	368	442	396
00184C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之	569	683	612	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	569	683	612

	慢性病連續處方並交付特約藥局調劑			
00185C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	548	658	589
	—每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45)			
00186C	1)處方交付特約藥局調劑	164	197	176
00187C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	218	262	234
00188C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	164	197	176
00189C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	196	235	211
00190C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	436	523	469
00191C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	414	497	445
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	425	510	
01015C	急診診察費	521		560
01021C	精神科急診診察費	550		591

附表 2.1.5

基層院所申報專科醫師別加成併兒童加成第一段門診診察費支付點數之計算

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

	慢性病連續處方並交付特約藥局調劑			
00185C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	548	658	589
	—每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45)			
00186C	1)處方交付特約藥局調劑	164	197	176
00187C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	218	262	234
00188C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	164	197	176
00189C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	196	235	211
00190C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	436	523	469
00191C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	414	497	445
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	425	510	
01015C	急診診察費	521		560
01021C	精神科急診診察費	550		591

附表 2.1.5

基層院所申報專科醫師別加成併兒童加成第一段門診診察費支付點數之計算

代碼	名稱	支付點數 A	婦、外、內專科醫師看診三歲(含)以下兒童加計 33% 支付點數 =A*1.33	兒專科醫師看診六歲(含)以下兒童加計 29% 支付點數 =A*1.29	整形外、骨、泌尿、神經外專科醫師看診三歲(含)以下兒童加計 30% 支付點數 =A*1.3	其餘科別專科醫師看診三歲(含)以下兒童加計 29% 支付點數 =A*1.29
	一般門診診察費—基層院所門診診察費 1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分(≤40)					
00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30 人次)	358	476	462	465	462
00197C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	507	491	495	491
00198C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-40人)	375	499	484	488	484
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30 人次)	358	476	462	465	462
00199C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30 人)	356	473	459	463	459
00200C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-40 人)	350	466	452	455	452
00158C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	555	738	716	722	716
00159C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並	530	705	684	689	684

由本院所自行調劑						
6.山地離島地區						
(1)每位醫師每日門診量在五十八人次以下部分(≤50)						
00230C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	358	476	462	465	462
00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50人)	352	468	454	458	454
00232C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	507	491	495	491
00233C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-50人)	375	499	484	488	484
00234C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	358	476	462	465	462
00235C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50人)	352	468	454	458	454
00236C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	356	473	459	463	459
00237C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-50人)	350	466	452	455	452
00168C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(≤50)	555	738	716	722	716
00169C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑(≤50)	530	705	684	689	684
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	425	565	548	553	548

由本院所自行調劑						
6.山地離島地區						
(1)每位醫師每日門診量在五十八人次以下部分(≤50)						
00230C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	358	476	462	465	462
00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50人)	352	468	454	458	454
00232C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	507	491	495	491
00233C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-50人)	375	499	484	488	484
00234C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	358	476	462	465	462
00235C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50人)	352	468	454	458	454
00236C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	356	473	459	463	459
00237C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-50人)	350	466	452	455	452
00168C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(≤50)	555	738	716	722	716
00169C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑(≤50)	530	705	684	689	684
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	425	565	548	553	548

附表 2.1.7

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

代碼	名稱	支付點數 A	精神科專科醫師加計 9%支付點數 = A*1.09	精神科專科醫師看診未滿四歲兒童加計 29%支付點數 = A*1.29	精神科專科醫師看診七十五歲以上者加計 16.5%支付點數 = A*1.165
精神科門診診察費 — 每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)					
00238C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	344	375	444	401
00240C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	395	431	510	460
00242C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	344	375	444	401
00244C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	374	408	482	436

附表 2.1.7

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

代碼	名稱	支付點數 A	精神科專科醫師加計 9%支付點數 = A*1.09	精神科專科醫師看診三歲(含)以下兒童加計 29%支付點數 = A*1.29	精神科專科醫師看診七十五歲以上者加計 16.5%支付點數 = A*1.165
精神科門診診察費 — 每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)					
00238C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	344	375	444	401
00240C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	395	431	510	460
00242C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	344	375	444	401
00244C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	374	408	482	436

	劑(1-30人)										
00184C	5)開具連續二次以上調劑,而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	569	620	734	663	00184C	5)開具連續二次以上調劑,而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	569	620	734	663
00185C	6)開具連續二次以上調劑,而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	548	597	707	638	00185C	6)開具連續二次以上調劑,而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	548	597	707	638

第二節 住院診察費

通則：

三、本節各診察項目皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
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；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之九十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之八十。		v	v	v	802
02024B	高危險妊娠住院診察費 註： 適應症： 1.妊娠二十二週以上至未滿三十三週早產病患。 2.四十歲以上初產婦。 3.BMI≥35之初產婦。 4.嚴重妊娠高血壓。 5.前置胎盤患者。 6.多胞胎。 7.胎兒生長遲緩或胎兒發育異常者(IUGR)或胎盤功能異常者。 8.妊娠合併內科疾病：心臟病、糖尿病、甲狀腺疾病、腎臟疾病(NS,IgA,ESRD)、免疫性疾病(SLE)、血小板低下症。 9.白血病。 10.血友病(Coagulopathy)。 11.愛滋病。 12.產後大出血者。 13.胎盤早期剝離。 14.合併接受外科手術者。 15.雙胞胎輸血症候群。		v	v	v	1493

第二節 住院診察費

通則：

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。

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	802
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≥35之初產婦。 4.嚴重妊娠高血壓。 5.前置胎盤患者。 6.多胞胎。 7.胎兒生長遲緩或胎兒發育異常者(IUGR)或胎盤功能異常者。 8.妊娠合併內科疾病：心臟病、糖尿病、甲狀腺疾病、腎臟疾病(NS,IgA,ESRD)、免疫性疾病(SLE)、血小板低下症。 9.白血病。 10.血友病(Coagulopathy)。 11.愛滋病。 12.產後大出血者。 13.胎盤早期剝離。 14.合併接受外科手術者。 15.雙胞胎輸血症候群。		v	v	v	1493

屬修正年齡限制用詞等文字修正。

<p>第三節 病房費</p> <p>通則： 八、本節各項病床之護理費皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十。</p>	<p>第三節 病房費</p> <p>通則： 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。</p>	修正年齡限制用詞等文字修正。																																																																																																		
<p>第四節 精神科慢性病房住院照護費與日間住院治療費</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>編號</th> <th>診療項目</th> <th>基層院所</th> <th>地區醫院</th> <th>區域醫院</th> <th>醫學中心</th> <th>支付點數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>04004C</td> <td>精神科日間住院治療費(日間全天) -成人</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>714</td> </tr> <tr> <td>04012C</td> <td>-六歲以上至未滿十六歲</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>795</td> </tr> <tr> <td>04013C</td> <td>-未滿六歲 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。</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>877</td> </tr> <tr> <td>04007C</td> <td>精神科日間住院治療費(日間半天) -成人</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>357</td> </tr> <tr> <td>04014C</td> <td>-六歲以上至未滿十六歲</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>398</td> </tr> <tr> <td>04015C</td> <td>-未滿六歲 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。</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>438</td> </tr> </tbody> </table>	編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	04004C	精神科日間住院治療費(日間全天) -成人	v	v	v	v	714	04012C	-六歲以上至未滿十六歲	v	v	v	v	795	04013C	-未滿六歲 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。	v	v	v	v	877	04007C	精神科日間住院治療費(日間半天) -成人	v	v	v	v	357	04014C	-六歲以上至未滿十六歲	v	v	v	v	398	04015C	-未滿六歲 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。	v	v	v	v	438	<p>第四節 精神科慢性病房住院照護費與日間住院治療費</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>編號</th> <th>診療項目</th> <th>基層院所</th> <th>地區醫院</th> <th>區域醫院</th> <th>醫學中心</th> <th>支付點數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>04004C</td> <td>精神科日間住院治療費(日間全天) -成人</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>714</td> </tr> <tr> <td>04012C</td> <td>-6歲至15歲</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>795</td> </tr> <tr> <td>04013C</td> <td>-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。</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>877</td> </tr> <tr> <td>04007C</td> <td>精神科日間住院治療費(日間半天) -成人</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>357</td> </tr> <tr> <td>04014C</td> <td>-6歲至15歲</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>398</td> </tr> <tr> <td>04015C</td> <td>-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。</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>438</td> </tr> </tbody> </table>	編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	04004C	精神科日間住院治療費(日間全天) -成人	v	v	v	v	714	04012C	-6歲至15歲	v	v	v	v	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。	v	v	v	v	877	04007C	精神科日間住院治療費(日間半天) -成人	v	v	v	v	357	04014C	-6歲至15歲	v	v	v	v	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。	v	v	v	v	438	屬修正年齡限制用詞等文字修正。
編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數																																																																																														
04004C	精神科日間住院治療費(日間全天) -成人	v	v	v	v	714																																																																																														
04012C	-六歲以上至未滿十六歲	v	v	v	v	795																																																																																														
04013C	-未滿六歲 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。	v	v	v	v	877																																																																																														
04007C	精神科日間住院治療費(日間半天) -成人	v	v	v	v	357																																																																																														
04014C	-六歲以上至未滿十六歲	v	v	v	v	398																																																																																														
04015C	-未滿六歲 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。	v	v	v	v	438																																																																																														
編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數																																																																																														
04004C	精神科日間住院治療費(日間全天) -成人	v	v	v	v	714																																																																																														
04012C	-6歲至15歲	v	v	v	v	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。	v	v	v	v	877																																																																																														
04007C	精神科日間住院治療費(日間半天) -成人	v	v	v	v	357																																																																																														
04014C	-6歲至15歲	v	v	v	v	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。	v	v	v	v	438																																																																																														
<p>第六節 調劑</p> <p>通則： 四、本節各項目，皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十。(除基層院所外)</p>	<p>第六節 調劑</p> <p>通則： 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)</p>	屬修正年齡限制用詞等文字修正。																																																																																																		
<p>第七節 藥費</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>編號</th> <th>診療項目</th> <th>特約藥局</th> <th>基層院所</th> <th>地區醫院</th> <th>區域醫院</th> <th>醫學中心</th> <th>支付點數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MA1</td> <td>-門診日劑藥費(每日) 十三歲以上者及未滿十三歲未處方原瓶包裝口服液劑者</td> <td>v</td> <td>v</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>22</td> </tr> <tr> <td>MA2</td> <td>未滿十三歲處方原瓶包裝口服液劑者 -一種</td> <td>v</td> <td>v</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>31</td> </tr> <tr> <td>MA3</td> <td>-二種</td> <td>v</td> <td>v</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>37</td> </tr> <tr> <td>MA4</td> <td>-三種以上 註： 1.每件給藥日數不得超過三日。 2.「健保用藥品項查詢一清單」之備註欄位，有「口服液劑(原瓶包裝)」註記者屬原瓶包裝口服液劑藥品。</td> <td>v</td> <td>v</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>41</td> </tr> </tbody> </table>	編號	診療項目	特約藥局	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	MA1	-門診日劑藥費(每日) 十三歲以上者及未滿十三歲未處方原瓶包裝口服液劑者	v	v				22	MA2	未滿十三歲處方原瓶包裝口服液劑者 -一種	v	v				31	MA3	-二種	v	v				37	MA4	-三種以上 註： 1.每件給藥日數不得超過三日。 2.「健保用藥品項查詢一清單」之備註欄位，有「口服液劑(原瓶包裝)」註記者屬原瓶包裝口服液劑藥品。	v	v				41	<p>第七節 藥費</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>編號</th> <th>診療項目</th> <th>特約藥局</th> <th>基層院所</th> <th>地區醫院</th> <th>區域醫院</th> <th>醫學中心</th> <th>支付點數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MA1</td> <td>-門診日劑藥費(每日) 12歲以上者及12歲(含)以下未處方原瓶包裝口服液劑者</td> <td>v</td> <td>v</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>22</td> </tr> <tr> <td>MA2</td> <td>12歲(含)以下處方原瓶包裝口服液劑者 -1種</td> <td>v</td> <td>v</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>31</td> </tr> <tr> <td>MA3</td> <td>-2種</td> <td>v</td> <td>v</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>37</td> </tr> <tr> <td>MA4</td> <td>-3種或3種以上 註： 1.每件給藥日數不得超過3日。 2.「健保用藥品項查詢一清單」之備註欄位，有「口服液劑(原瓶包裝)」註記者屬原瓶包裝口服液劑藥品。</td> <td>v</td> <td>v</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>41</td> </tr> </tbody> </table>	編號	診療項目	特約藥局	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	MA1	-門診日劑藥費(每日) 12歲以上者及12歲(含)以下未處方原瓶包裝口服液劑者	v	v				22	MA2	12歲(含)以下處方原瓶包裝口服液劑者 -1種	v	v				31	MA3	-2種	v	v				37	MA4	-3種或3種以上 註： 1.每件給藥日數不得超過3日。 2.「健保用藥品項查詢一清單」之備註欄位，有「口服液劑(原瓶包裝)」註記者屬原瓶包裝口服液劑藥品。	v	v				41	屬修正年齡限制用詞及統一將數字以文字呈現等文字修正。																		
編號	診療項目	特約藥局	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數																																																																																													
MA1	-門診日劑藥費(每日) 十三歲以上者及未滿十三歲未處方原瓶包裝口服液劑者	v	v				22																																																																																													
MA2	未滿十三歲處方原瓶包裝口服液劑者 -一種	v	v				31																																																																																													
MA3	-二種	v	v				37																																																																																													
MA4	-三種以上 註： 1.每件給藥日數不得超過三日。 2.「健保用藥品項查詢一清單」之備註欄位，有「口服液劑(原瓶包裝)」註記者屬原瓶包裝口服液劑藥品。	v	v				41																																																																																													
編號	診療項目	特約藥局	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數																																																																																													
MA1	-門診日劑藥費(每日) 12歲以上者及12歲(含)以下未處方原瓶包裝口服液劑者	v	v				22																																																																																													
MA2	12歲(含)以下處方原瓶包裝口服液劑者 -1種	v	v				31																																																																																													
MA3	-2種	v	v				37																																																																																													
MA4	-3種或3種以上 註： 1.每件給藥日數不得超過3日。 2.「健保用藥品項查詢一清單」之備註欄位，有「口服液劑(原瓶包裝)」註記者屬原瓶包裝口服液劑藥品。	v	v				41																																																																																													

第二章 特定診療
第一節 檢查

通則：

五、急診病人因緊急傷病必須立即檢查時，其檢查費用得按本節所定點數加計百分之二十。

六、本節之各項檢查中，註有「兒童加成項目」者，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十；但所有特材一律不加計。

第四項 生化學檢查 Biochemistry Examination

一、一般生化學檢查 (09001-09139)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
09139C	醣化白蛋白(GA) 註： 1.適應症： (1)糖尿病合併慢性腎病變。 (2)因血液疾病導致HbA1c無法反映血糖控制者。 (3)懷孕糖尿病人及妊娠糖尿病人。 (4)血糖數值顯示控制不良，但HbA1c數值仍於良好範圍者。 (5)禁忌症：血中白蛋白濃度<3g/dL。 2.支付規範： (1)不得同時申報編號09006C。 (2)一年限申報四次，若為懷孕糖尿病人、妊娠糖尿病人或當年度為糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案新收案個案，一年限申報六次。	v	v	v	v	200

四、血中毒物濃度測定Toxicologic Examination (10801-10819)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
10810B	安非他命檢測(免疫分析) Amphetamine (EIA) 註：限鑑別診斷用。		v	v	v	250
10811B	嗎啡檢測(免疫分析) Morphine (EIA) 註：限鑑別診斷用。		v	v	v	250
10812B	古柯鹼檢測(免疫分析) Cocaine (EIA) 註：限鑑別診斷用。		v	v	v	250
10813B	大麻檢測(免疫分析) Cannabinoids (EIA) 註：限鑑別診斷用。		v	v	v	250
10814B	天使塵檢測(免疫分析) Phenclidine (EIA) 註：限鑑別診斷用。		v	v	v	250

第二章 特定診療
第一節 檢查

通則：

五、急診病人因緊急傷病必須立即檢查時，其檢查費用得按本節所定點數加算20%。

六、本節之各項檢查中，註有「兒童加成項目」者，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月至二歲者，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；但所有特材一律不加計。

第四項 生化學檢查 Biochemistry Examination

一、一般生化學檢查 (09001-09139)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
09139C	醣化白蛋白(GA) 註： 1.適應症： (1)糖尿病合併慢性腎病變。 (2)因血液疾病導致HbA1c無法反映血糖控制者。 (3)懷孕糖尿病患及妊娠糖尿病患。 (4)血糖數值顯示控制不良，但HbA1c數值仍於良好範圍者。 (5)禁忌症：血中白蛋白濃度<3g/dL。 2.支付規範： (1)不得同時申報編號09006C。 (2)一年限申報四次，若為懷孕糖尿病患及妊娠糖尿病患，一年限申報六次。	v	v	v	v	200

四、血中毒物濃度測定Toxicologic Examination (10801-10819)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
10810B	安非他命檢測(免疫分析) Amphetamine (EIA) 註： <u>1.限鑑別診斷用。</u> <u>2.限精神科教學醫院申報。</u>		v	v	v	250
10811B	嗎啡檢測(免疫分析) Morphine (EIA) 註： <u>1.限鑑別診斷用。</u> <u>2.限精神科教學醫院申報。</u>		v	v	v	250
10812B	古柯鹼檢測(免疫分析) Cocaine (EIA) 註： <u>1.限鑑別診斷用。</u> <u>2.限精神科教學醫院申報。</u>		v	v	v	250
10813B	大麻檢測(免疫分析) Cannabinoids (EIA) 註： <u>1.限鑑別診斷用。</u> <u>2.限精神科教學醫院申報。</u>		v	v	v	250
10814B	天使塵檢測(免疫分析) Phenclidine (EIA) 註： <u>1.限鑑別診斷用。</u> <u>2.限精神科教學醫院申報。</u>		v	v	v	250

一、修正「醣化白蛋白(GA)」(編號09139C)支付規範，增列一年限申報六次支付對象。

二、修正「安非他命檢測(免疫分析)」(編號10810B)等五項目支付規範，刪除限精神科教學醫院申報之規定，項次併同修正。

三、修正「T淋巴球交叉配合試驗」(編號12117B)項目支付規範，刪除須保險人同意實施骨髓移植醫院申報之規定。

四、修正「C型肝炎病毒核酸基因檢測—即時聚合酶連鎖反應法」(編號12202C)支付規範，刪除限由專任醫師開立處方及申報之規定。

五、其餘屬修正年齡限制用詞及統一將數字以文字呈現等文字修正。

第六項 免疫學檢查 Immunology Examination (12001-12212)						第六項 免疫學檢查 Immunology Examination (12001-12212)							
編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
12117B	T 淋巴球交叉配合試驗 T lymphocyte crossmatch test 註：1. B淋巴球交叉配合試驗(B lymphocyte cross-match)比照申報。 2.此項檢查必須配合骨髓移植才能實施申報。		v	v	v	1000	12117B	T 淋巴球交叉配合試驗 T lymphocyte crossmatch test 註：1. B淋巴球交叉配合試驗(B lymphocyte cross-match)比照申報。 2.此項檢查必須是保險人同意實施骨髓移植之醫院，配合骨髓移植才能實施申報。		v	v	v	1000
12202C 12203B	C型肝炎病毒核酸基因檢測 HCV Genotyping Test —即時聚合酶連鎖反應法 (RealTime PCR) —一般聚合酶連鎖反應法 (PCR) 註： 適應症： 1.疑似感染C型肝炎(包含急性、慢性，及未知原因感染者)且C型肝炎病毒量檢測結果為陽性患者。 2.未做過基因型檢測的C型肝炎陽性確定患者。	v	v	v	v	2450 1280	12202C 12203B	C型肝炎病毒核酸基因檢測 HCV Genotyping Test —即時聚合酶連鎖反應法 (RealTime PCR) —一般聚合酶連鎖反應法 (PCR) 註： 適應症： 1.疑似感染C型肝炎(包含急性、慢性，及未知原因感染者)且C型肝炎病毒量檢測結果為陽性患者。 2.未做過基因型檢測的C型肝炎陽性確定患者。 3. 12202C屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方始可申報。	v	v	v	v	2450 1280
12209B	類胰蛋白酶 Tryptase 註： 1.適應症：疑過敏性休克，臨床上出現以下任一狀況： (1)急性出現病徵累及皮膚/黏膜組織(如：全身性蕁麻疹、發癢或潮紅、嘴唇-舌-懸雍垂水腫)，且合併血壓下降或終器官失能(如：暈倒、昏厥、大小便失禁)。 (2)於接觸可能過敏原後，快速(幾秒至幾小時內)出現血壓下降或終器官失能(如：暈倒、昏厥、大小便失禁)，且出現A至C一項以上病徵： A.累及皮膚/黏膜組織(如：全身性蕁麻疹、發癢或潮紅、嘴唇-舌-懸雍垂水腫)。 B.危及呼吸(如：喘、哮鳴-支氣管攣縮)、喘鳴、尖峰流速下降、低血氧)。 C.持續腸胃道症狀(如：腹部絞痛、嘔吐)。 (3)接觸可能過敏原後血壓快速下降(數分鐘至數小時內)： A.成人血壓下降之定義：收縮壓小於90 mmHg或下降大於其人血壓基礎值30%以上。 B.嬰幼兒或兒童血壓下降之定義 a.一個月以上至未滿一歲：低於70 mmHg。 b.一歲以上至未滿十一歲：低於[70 mmHg + (2 × age)]。 c.十一歲以上至未滿十八歲：低於90 mmHg 或收縮壓下降大於其人血壓基礎值30%以上。 2.支付規範：執行時點為症狀發生後六小時內及二十四至四十八小時。		v	v	v	1147	12209B	類胰蛋白酶 Tryptase 註： 1.適應症：疑過敏性休克，臨床上出現以下任一狀況： (1)急性出現病徵累及皮膚/黏膜組織(如：全身性蕁麻疹、發癢或潮紅、嘴唇-舌-懸雍垂水腫)，且合併血壓下降或終器官失能(如：暈倒、昏厥、大小便失禁)。 (2)於接觸可能過敏原後，快速(幾秒至幾小時內)出現血壓下降或終器官失能(如：暈倒、昏厥、大小便失禁)，且出現A至C一項以上病徵： A.累及皮膚/黏膜組織(如：全身性蕁麻疹、發癢或潮紅、嘴唇-舌-懸雍垂水腫)。 B.危及呼吸(如：喘、哮鳴-支氣管攣縮)、喘鳴、尖峰流速下降、低血氧)。 C.持續腸胃道症狀(如：腹部絞痛、嘔吐)。 (3)接觸可能過敏原後血壓快速下降(數分鐘至數小時內)： A.成人血壓下降之定義：收縮壓小於90 mmHg或下降大於其人血壓基礎值30%以上。 B.嬰幼兒或兒童血壓下降之定義 a.一個月至一歲：低於70 mmHg。 b.一至十歲：低於[70 mmHg + (2 × age)]。 c.十一至十七歲：低於90 mmHg 或收縮壓下降大於其人血壓基礎值30%以上。 2.支付規範：執行時點為症狀發生後六小時內及二十四至四十八小時。		v	v	v	1147

第八項 病毒學檢查 Virology Examination (14001-14083)

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
14074C	HIV 病毒負荷量檢查 HIV viral load test 註： 1.限下列任一情境使用 (1)人類免疫缺乏病毒感染診斷 A.使用時機：抗體初篩檢測(14049C 或 14050B 或 14082B)陽性後執行。 B.執行頻率：每人每年限一次。 C.執行院所：限衛生福利部人類免疫缺乏病毒指定醫事機構或疾病管制署病原體分生檢測認可之健保特約醫事服務機構申報。 (2)人類免疫缺乏病毒感染治療監測 A.執行院所：限衛生福利部人類免疫缺乏病毒指定醫事機構申報。 B.執行頻率：每人每年限四次。 2.屬西醫基層總額部門院所限由感染科專科醫師開立處方始可申報。 3.屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方始可申報。	v	v	v	v	4000

第八項 病毒學檢查 Virology Examination (14001-14083)

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
14074C	HIV 病毒負荷量檢查 HIV viral load test 註： 1.限下列任一情境使用 (1)人類免疫缺乏病毒感染診斷 A.使用時機：抗體初篩檢測(14049C 或 15050B 或 14082B)陽性後執行。 B.執行頻率：每人每年限一次。 C.執行院所：限衛生福利部人類免疫缺乏病毒指定醫事機構或疾病管制署病原體分生檢測認可之健保特約醫事服務機構申報。 (2)人類免疫缺乏病毒感染治療監測 A.執行院所：限衛生福利部人類免疫缺乏病毒指定醫事機構申報。 B.執行頻率：每人每年限四次。 2.屬西醫基層總額部門院所限由感染科專科醫師開立處方始可申報。 3.屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方始可申報。	v	v	v	v	4000

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

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

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
17022B	呼氣一氧化氮監測(FeNO) 註： 1.適應症：六歲以上至十二歲以下確診氣喘患者追蹤使用。 2.支付規範： (1)申報次數：一年最多申報三次。 (2)申報專科別：兒科。 (3)執行限制：限受過操作訓練之醫療人員。 (4)費用申報時必要之附件：檢測報告。		v	v	v	748

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

通則：

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

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

通則：本項各檢查項目皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十；但所有特材一律不加計。

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

通則：

- 2.本項各檢查項目皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月至二歲者，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；但所有特材一律不加計。

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

通則：本項各檢查項目皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月至二歲者，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；但所有特材一律不加計。

第二十項 核子醫學檢查 Radioisotope Scanning
一、造影 Scanning (26001-26078、P2105-P2108)

通則：

- 2.本項各檢查項目，除編號P2105C、P2106C、P2107C及P2108C外，其餘皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十；但所有特材一律不加計。

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

通則：

- 3.本項各檢查項目皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十。

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

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

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
30021C	過敏原檢驗(定性) Allergen test(qualitative) 註：限確診為Asthma、過敏性鼻炎者或 <u>未滿三歲</u> 有異位性皮膚炎。	v	v	v	v	505
30022C	特異過敏原免疫檢驗 Specific Allergen Test 註：限確診為Asthma、過敏性鼻炎者或 <u>未滿三歲</u> 有異位性皮膚炎。	v	v	v	v	1620

第二十五項 其他檢查 Other Test (30501-30526)

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

第二十項 核子醫學檢查 Radioisotope Scanning
一、造影 Scanning (26001-26078、P2105-P2108)

通則：

- 2.本項各檢查項目，除編號P2105C、P2106C、P2107C及P2108C外，其餘皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月至二歲者，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；但所有特材一律不加計。

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

通則：

- 3.本項各檢查項目皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月至二歲者，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。

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

通則：本項各診療項目皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月至二歲者，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。

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
30021C	過敏原檢驗(定性) Allergen test(qualitative) 註：限確診為Asthma、過敏性鼻炎者或2歲 <u>以下</u> 有異位性皮膚炎。	v	v	v	v	505
30022C	特異過敏原免疫檢驗 Specific Allergen Test 註：限確診為Asthma、過敏性鼻炎者或2歲 <u>以下</u> 有異位性皮膚炎。	v	v	v	v	1620

第二十五項 其他檢查 Other Test (30501-30526)

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

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

<p>(3)食道出血。 (4)急性上呼吸道感染。 3.支付規範： (1)執行頻率：每人每年限執行一次，如有接受內視鏡或手術治療者，則最多可執行二次。 (2)限內科、外科、兒科、耳鼻喉科及復健科醫師執行。 (3)不得同時申報30506B食道機能檢查。 (4)內含一般材料費及「微晶片導管」材料費。</p>		<p>(3)食道出血。 (4)急性上呼吸道感染。 3.支付規範： (1)執行頻率：每人每年限執行一次，如有接受內視鏡或手術治療者，則最多可執行二次。 (2)限內科、外科、兒科、耳鼻喉科及復健科醫師執行。 (3)不得同時申報30506B食道機能檢查。 (4)內含一般材料費及「微晶片導管」材料費。</p>		
---	--	---	--	--

第二節 放射線診療 X-RAY

通則：
四、急診病人因緊急傷病必須立即檢查時，其檢查費用得按本節所定點數加計百分之二十。
六、本節所謂兒童加成項目分為：
(一)兒童加成項目：病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十。
(二)提升兒童加成項目：病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之百；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之八十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之六十。

第一項 X光檢查費 X-Ray Examination
通則：本項各檢查項目皆為兒童加成項目，另部分診療項目項下加註「提升兒童加成項目」者，其加成率適用本節通則六、(二)之規定。

二、特殊造影檢查 Scanning (33001-33145、P2101-P2104)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
33114B	經由心導管治療直徑 2.5mm 以上之開放性動脈瘻管 Transcatheter closure of patent ductus arteriosus >2.5mm 註： 1.施行本項之醫院及醫師資格如下： (1)醫院資格： A 具臨床心臟外科設備。 B 具心臟內、外科醫師人力。 (2)醫師資格：具中華民國小兒心臟科專科醫師資格，且接受至少二年心導管經驗。 (3)須報經保險人同意後實施，且醫院及主持醫師資格有變更時應重新報保險人核備。 2.適應症： 限開放性動脈瘻管之直徑 2.5mm 以上，無合併主動脈縮窄及肺高血壓症者。 3.禁忌症： (1)嚴重肺高血壓導致右至左分流。 (2)早產兒且體重低於二千公克。 (3)年齡未滿十二歲之開放性動脈瘻管直徑大於 7mm 或年齡十二歲以上之開放性動脈瘻管直徑大於 9mm。 4.提升兒童加成項目。		v	v	v	20250

第二節 放射線診療 X-RAY

通則：
四、急診病人因緊急傷病必須立即檢查時，其檢查費用得按本節所定點數加算20%。
六、本節所謂兒童加成項目分為：
1.兒童加成項目：病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月至二歲者，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。
2.提升兒童加成項目：病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之百；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計百分之八十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之六十。

第一項 X光檢查費 X-Ray Examination
通則：本項各檢查項目皆為兒童加成項目，另部分診療項目項下加註「提升兒童加成項目」者，其加成率適用本節通則六、2之規定。

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
33114B	經由心導管治療直徑 2.5mm(含)以上之開放性動脈瘻管 Transcatheter closure of patent ductus arteriosus >2.5mm 註： 1.施行本項之醫院及醫師資格如下： (1)醫院資格： A 具臨床心臟外科設備。 B 具心臟內、外科醫師人力。 (2)醫師資格：具中華民國小兒心臟科專科醫師資格，且接受至少二年心導管經驗。 (3)須報經保險人同意後實施，且醫院及主持醫師資格有變更時應重新報保險人核備。 2.適應症： 限開放性動脈瘻管之直徑 2.5mm 以上，無合併主動脈縮窄及肺高血壓症者。 3.禁忌症： (1)嚴重肺高血壓導致右至左分流。 (2)早產兒且體重低於 2000 公克。 (3)年齡小於 12 歲之開放性動脈瘻管直徑大於 7mm 或年齡 12 歲以上之開放性動脈瘻管直徑大於 9mm。 4.提升兒童加成項目。		v	v	v	20250

一、新增「診斷性乳房攝影」(編號 33145B，支付點數 1,374 點)。
二、其餘修正年齡限制用詞及統一將數字以文字呈現等文字修正。

<p>33142B 膠囊內視鏡術 註： 1.適應症： (1)不明原因消化道出血，經二次以上胃鏡及大腸內視鏡檢查仍無法找出出血原因，且經其他影像學檢查(如：CT/MRI，小腸攝影)及小腸內視鏡後或不適合小腸鏡者，仍無法確診者。 (2)慢性或長期小腸病變患者(如小腸多發性息肉症，克隆氏症，celiac sprue，Behcet's disease，Henoch-Schonlein purpura) 不適合小腸鏡者需以內視鏡診斷或追蹤者。 (3)兒童未滿十八歲，不明原因消化道出血者，經一次內視鏡及一次大腸內視鏡檢查仍無法找出出血原因，且經其他影像學檢查(如CT/MRI或血管攝影或核子醫學或小腸攝影)仍無法確診者。 (4)兒童未滿十八歲，慢性或長期小腸病變患者(如小腸多發性息肉症，克隆氏症，celiac sprue，Behcet's disease，Henoch-Schonlein purpura)。</p> <p>2.特殊專科別限制：消化內視鏡專科、兒科消化學專科、消化內視鏡外科。</p> <p>3.特殊材料費另計。</p>	v	v	v	18317	<p>33142B 膠囊內視鏡術 註： 1.適應症： (1)不明原因消化道出血，經二次以上胃鏡及大腸內視鏡檢查仍無法找出出血原因，且經其他影像學檢查(如：CT/MRI，小腸攝影)及小腸內視鏡後或不適合小腸鏡者，仍無法確診者。 (2)慢性或長期小腸病變患者(如小腸多發性息肉症，克隆氏症，celiac sprue，Behcet's disease，Henoch-Schonlein purpura) 不適合小腸鏡者需以內視鏡診斷或追蹤者。 (3)兒童小於18歲，不明原因消化道出血者，經一次內視鏡及一次大腸內視鏡檢查仍無法找出出血原因，且經其他影像學檢查(如CT/MRI或血管攝影或核子醫學或小腸攝影)仍無法確診者。 (4)兒童小於18歲，慢性或長期小腸病變患者(如小腸多發性息肉症，克隆氏症，celiac sprue，Behcet's disease，Henoch-Schonlein purpura)。</p> <p>2.特殊專科別限制：消化內視鏡專科、兒科消化學專科、消化內視鏡外科。</p> <p>3.特殊材料費另計。</p>	v	v	v	18317																									
<p>33145B 診斷性乳房攝影 Diagnostic Mammography 1.適應症：乳房攝影報告(BI-RADS)為0、3、4、5，同時符合下列情形之一者： (1)乳房診斷性影像發現乳房攝影微鈣化/鈣化。 (2)乳房攝影影像發現不對稱、結構扭曲及腫塊。 2.限放射診斷科專科醫師執行。 3.執行頻率：每人每年限執行二次。</p>	v	v	v	1374																														
<p>第二項 癌症(腫瘤)治療 Cancer Therapy 二、其他治療方式 Other Therapy</p>					<p>第二項 癌症(腫瘤)治療 Cancer Therapy 二、其他治療方式 Other Therapy</p>					<p>屬修正年齡限制用詞及統一將數字以文字呈現等文字修正。</p>																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="63 1902 195 2071">編號</th> <th data-bbox="195 1902 688 2071">診療項目</th> <th data-bbox="688 1902 730 2071">基層院所</th> <th data-bbox="730 1902 772 2071">地區醫院</th> <th data-bbox="772 1902 814 2071">區域醫院</th> <th data-bbox="814 1902 856 2071">醫學中心</th> <th data-bbox="856 1902 972 2071">支付點數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="63 2071 195 2781">37047B</td> <td data-bbox="195 2071 688 2781"> 身體立體定位放射治療 Stereotactic body radiation therapy(SBRT)/Stereotactic ablative radiotherapy(SABR) 註： 1.施行本項之適應症如下： (1)原發性早期肺部惡性腫瘤(依據2009AJCC分期定義為N0之≤stageII)患者，病灶最大徑≤5公分，ECOG status≤2(或Karnofsky Performance Scale/KPS≥70)，且須符合以下(high surgical risk)條件之一： A.poor pulmonary function，不適合接受lobectomy手術者(依外科醫師檢視或會診紀錄)。 B.年齡七十五歲以上，致開胸手術可能造成嚴重損傷或危險性大，不適手術者(依外科 </td> <td data-bbox="688 2071 730 2781">v</td> <td data-bbox="730 2071 772 2781">v</td> <td data-bbox="772 2071 814 2781">v</td> <td data-bbox="814 2071 856 2781">v</td> <td data-bbox="856 2071 972 2781">213662</td> </tr> </tbody> </table>	編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	37047B	身體立體定位放射治療 Stereotactic body radiation therapy(SBRT)/Stereotactic ablative radiotherapy(SABR) 註： 1.施行本項之適應症如下： (1)原發性早期肺部惡性腫瘤(依據2009AJCC分期定義為N0之≤stageII)患者，病灶最大徑≤5公分，ECOG status≤2(或Karnofsky Performance Scale/KPS≥70)，且須符合以下(high surgical risk)條件之一： A.poor pulmonary function，不適合接受lobectomy手術者(依外科醫師檢視或會診紀錄)。 B.年齡七十五歲以上，致開胸手術可能造成嚴重損傷或危險性大，不適手術者(依外科						v	v	v	v	213662	v	v	v	v	213662	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="972 1902 1115 2071">編號</th> <th data-bbox="1115 1902 1612 2071">診療項目</th> <th data-bbox="1612 1902 1654 2071">基層院所</th> <th data-bbox="1654 1902 1696 2071">地區醫院</th> <th data-bbox="1696 1902 1738 2071">區域醫院</th> <th data-bbox="1738 1902 1780 2071">醫學中心</th> <th data-bbox="1780 1902 1896 2071">支付點數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="972 2071 1115 2781">37047B</td> <td data-bbox="1115 2071 1612 2781"> 身體立體定位放射治療 Stereotactic body radiation therapy(SBRT)/Stereotactic ablative radiotherapy(SABR) 註： 1.施行本項之適應症如下： (1)原發性早期肺部惡性腫瘤(依據2009AJCC分期定義為N0之≤stage II)患者，病灶最大徑≤5公分，ECOG status≤2(或Karnofsky Performance Scale/KPS≥70)，且須符合以下(high surgical risk)條件之一： A.poor pulmonary function，不適合接受lobectomy手術者(依外科醫師檢視或會診紀錄)。 B.年齡≥75歲，致開胸手術可能造成嚴重損傷或危險性大，不適手術者(依外科醫師 </td> <td data-bbox="1612 2071 1654 2781">v</td> <td data-bbox="1654 2071 1696 2781">v</td> <td data-bbox="1696 2071 1738 2781">v</td> <td data-bbox="1738 2071 1780 2781">v</td> <td data-bbox="1780 2071 1896 2781">213662</td> </tr> </tbody> </table>	編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	37047B	身體立體定位放射治療 Stereotactic body radiation therapy(SBRT)/Stereotactic ablative radiotherapy(SABR) 註： 1.施行本項之適應症如下： (1)原發性早期肺部惡性腫瘤(依據2009AJCC分期定義為N0之≤stage II)患者，病灶最大徑≤5公分，ECOG status≤2(或Karnofsky Performance Scale/KPS≥70)，且須符合以下(high surgical risk)條件之一： A.poor pulmonary function，不適合接受lobectomy手術者(依外科醫師檢視或會診紀錄)。 B.年齡≥75歲，致開胸手術可能造成嚴重損傷或危險性大，不適手術者(依外科醫師
編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數																												
37047B	身體立體定位放射治療 Stereotactic body radiation therapy(SBRT)/Stereotactic ablative radiotherapy(SABR) 註： 1.施行本項之適應症如下： (1)原發性早期肺部惡性腫瘤(依據2009AJCC分期定義為N0之≤stageII)患者，病灶最大徑≤5公分，ECOG status≤2(或Karnofsky Performance Scale/KPS≥70)，且須符合以下(high surgical risk)條件之一： A.poor pulmonary function，不適合接受lobectomy手術者(依外科醫師檢視或會診紀錄)。 B.年齡七十五歲以上，致開胸手術可能造成嚴重損傷或危險性大，不適手術者(依外科	v	v	v	v	213662																												
編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數																												
37047B	身體立體定位放射治療 Stereotactic body radiation therapy(SBRT)/Stereotactic ablative radiotherapy(SABR) 註： 1.施行本項之適應症如下： (1)原發性早期肺部惡性腫瘤(依據2009AJCC分期定義為N0之≤stage II)患者，病灶最大徑≤5公分，ECOG status≤2(或Karnofsky Performance Scale/KPS≥70)，且須符合以下(high surgical risk)條件之一： A.poor pulmonary function，不適合接受lobectomy手術者(依外科醫師檢視或會診紀錄)。 B.年齡≥75歲，致開胸手術可能造成嚴重損傷或危險性大，不適手術者(依外科醫師	v	v	v	v	213662																												

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

第三節 注射 Injection (39001~39025)

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

第三節 注射 Injection (39001~39025)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
39004C	<p>大量液體點滴注射(林格兒氏液，Rock液，生理食鹽水，葡萄糖液，果糖液或血液代用劑等)注射。 IV drip 註：1.本款目指一次注入液達100c.c.以上者，惟六歲<u>以下</u>病患不在此限。 2.點滴注射以「次」計算，即每天連續點滴者，僅核付第一次注技術費，超過500c.c.以上無加算之規定。 3.點滴注射外漏重打時，不得申報注射技術費。 4.包括IV set在內。 5.兒童加成項目。 6.適應症： (1)恢復或維持液體。 (2)恢復或維持電解質之平衡。 (3)靜脈注射藥品。 (4)提供病人營養之需要。 (5)為維持中央靜脈壓、動脈壓監視器維持量。</p>	v	v	v	v	75

屬修正年齡限制用詞等文字修正。

第四節 復健治療 Rehabilitation Therapy

通則：

四、本節各復健項目除(43010C~43025C、43033C~43038C)及(44501B~44503B)外，皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿二歲所實施之診療項目點數，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者依表定點數加計百分之二十。

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

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

第四節 復健治療 Rehabilitation Therapy

通則：

四、本節各復健項目除(43010C~43025C、43033C~43038C)及(44501B~44503B)外，皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿二歲所實施之診療項目點數，依表定點數加計百分之三十；年齡在二(含)歲至六歲者依表定點數加計百分之二十。

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

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

屬修正年齡限制用詞等文字修正。

<p>3. 外科手術患者(含骨骼、神經、肌肉、燒燙傷之疾患)： 須符合下列診斷代碼(ICD-10-CM)： S62.3、S62.6、S68.0、S68.1、S68.4、S68.5、S68.6、S68.7、S47、S57.0、S57.8、S67.0、S67.1、S67.2、S67.3、S67.9、S77、T22-T25、S44 (1)限因上述診斷手術實施後三個月內。 (2)治療項目三項以上，合計治療時間三十分鐘以上。 (3)必須包含下列二項以上之治療項目： OT 2、OT 5、OT 6、OT 7、OT 8、OT 9、OT 10、OT 11。 註：1. 治療項目 OT 1. 姿態訓練 Posture training OT 2. 被動性關節運動 Passive R. O. M. OT 3. 坐站平衡訓練 Balance training OT 4. 移位訓練 Moving training OT 5. 日常生活訓練 ADL training OT 6. 肌力訓練 Muscle strength training OT 7. 運動知覺訓練 Motion - sensory training OT 8. 上肢(下肢)功能訓練U/E or L/E function training OT 9. 上肢(下肢)義肢功能訓練 Prosthesis function training U/E or L/E OT 10. 手(足)功能訓練(Hand or foot function training) OT 11. 協調訓練 Coordination training OT 12. 知覺認知訓練 Cognitive training OT 13. 團體治療 Group therapy OT 14. 娛樂治療 Recreation therapy OT 15. 活動治療 Activity therapy OT 16. 減痙攣活動 Spasticity reduction motion OT 17. 其他經保險人核可者 2. 43030B、43031C、43032C限復健專科醫師開具處方後，交由相關治療專業人員親自實施始可申報。 3. 43027C、43028C、43031C申報資格如下： (1)復健科專科醫師開設之基層院所。 (2)聘有專任復健專科醫師之基層院所且由復健專科(含專任及支援)醫師所開立之處方。</p>			<p>3. 外科手術患者(含骨骼、神經、肌肉、燒燙傷之疾患)： 須符合下列診斷代碼(ICD-10-CM)： S62.3、S62.6、S68.0、S68.1、S68.4、S68.5、S68.6、S68.7、S47、S57.0、S57.8、S67.0、S67.1、S67.2、S67.3、S67.9、S77、T22-T25、S44 (1)限因上述診斷手術實施後三個月內。 (2)治療項目三項(含)以上，合計治療時間三十分鐘以上。 (3)必須包含下列二項(含)以上之治療項目： OT 2、OT 5、OT 6、OT 7、OT 8、OT 9、OT 10、OT 11。 註：1. 治療項目 OT 1. 姿態訓練 Posture training OT 2. 被動性關節運動 Passive R. O. M. OT 3. 坐站平衡訓練 Balance training OT 4. 移位訓練 Moving training OT 5. 日常生活訓練 ADL training OT 6. 肌力訓練 Muscle strength training OT 7. 運動知覺訓練 Motion - sensory training OT 8. 上肢(下肢)功能訓練U/E or L/E function training OT 9. 上肢(下肢)義肢功能訓練 Prosthesis function training U/E or L/E OT 10. 手(足)功能訓練(Hand or foot function training) OT 11. 協調訓練 Coordination training OT 12. 知覺認知訓練 Cognitive training OT 13. 團體治療 Group therapy OT 14. 娛樂治療 Recreation therapy OT 15. 活動治療 Activity therapy OT 16. 減痙攣活動 Spasticity reduction motion OT 17. 其他經保險人核可者 2. 43030B、43031C、43032C限復健專科醫師開具處方後，交由相關治療專業人員親自實施始可申報。 3. 43027C、43028C、43031C申報資格如下： (1)復健科專科醫師開設之基層院所。 (2)聘有專任復健專科醫師之基層院所且由復健專科(含專任及支援)醫師所開立之處方。</p>		
--	--	--	--	--	--

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
44014B	中度-複雜：		v	v	v	480
44015C	1.指治療項目三項以上，合計治療時間	v				400

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
44014B	中度-複雜：		v	v	v	480
44015C	1.指治療項目三項以上，合計治療時間	v				400

44016C	三十分鐘以上之中度治療；若治療對象為未滿十三歲者，則無治療時間之限制。 2.需包含下列二項以上之治療項目：ST1、ST2、ST3、ST7、ST9、ST13、ST14。	v				290	44016C	三十分鐘以上之中度治療；若治療對象為十二歲(含)以下者，則無治療時間之限制。 2.需包含下列二項(含)以上之治療項目：ST1、ST2、ST3、ST7、ST9、ST13、ST14。	v				290
44008B	複雜Complicated：		v	v	v	600	44008B	複雜Complicated：		v	v	v	600
44012C	1.指治療項目四項以上，合計治療時間	v				500	44012C	1.指治療項目四項以上，合計治療時間	v				500
44009C	三十分鐘以上之複雜治療；若治療對象為未滿十三歲者，則無治療時間之限制。 2.個案需符合下列任一適應症，其診斷代碼(ICD-10-CM)如下： (1)C00-C41、C43-C58、C60-C86、C88、C90-C96、C4A、C7A、C7B、D03、D45、J910、R180、G450-G468、I60-I69、J380、R49、S019、S021-S024、S026-S029、S060、S063-S066、S068-S069，且限因上述診斷住院期間及出院後十二個月內。 (2)F840、G80、H90-H91、F80-F82、F88、F89、H9325、F480，且治療對象需為未滿十三歲。 3.需包含下列二項以上之治療項目：ST1、ST2、ST3、ST7、ST9、ST13、ST14。 註：1.治療項目 ST 1. 聽能瞭解訓練 Auditory comprehension training ST 2. 口語訓練 Verbal production ST 3. 輔導溝通法 Augmentative communication system ST 4. 認讀訓練 Reading training ST 5. 書寫訓練 Writing training ST 6. 視知覺訓練 Visual perception ST 7. 高階層認知訓練 High level cognitive function training ST 8. 觸覺肌動法 Tactile stimulation ST 9. 口腔動作訓練 Oral Tx. ST 10. 發音部位法 Phonetic placement ST 11. 聽辨訓練 Auditory discrimination ST 12. 節律訓練 Rhythm training ST 13. 視聽迴饋法 Audiovisual feedback monitoring ST 14. 語言分析 Acoustic analysis ST 15. 其他經保險人核可者 2. 44011C、44012C、44015C申報資格如下： (1)復健科專科醫師開設之基層院所。 (2)聘有專任復健專科醫師之基層院所且由復健專科(含專任及支援)醫師所開立之處方。	v				360	44009C	三十分鐘以上之複雜治療；若治療對象為十二歲(含)以下者，則無治療時間之限制。 2.個案需符合下列任一適應症，其診斷代碼(ICD-10-CM)如下： (1)C00-C41、C43-C58、C60-C86、C88、C90-C96、C4A、C7A、C7B、D03、D45、J910、R180、G450-G468、I60-I69、J380、R49、S019、S021-S024、S026-S029、S060、S063-S066、S068-S069，且限因上述診斷住院期間及出院後十二個月內。 (2)F840、G80、H90-H91、F80-F82、F88、F89、H9325、F480，且治療對象需為十二歲以下。 3.需包含下列二項(含)以上之治療項目：ST1、ST2、ST3、ST7、ST9、ST13、ST14。 註：1.治療項目 ST 1. 聽能瞭解訓練 Auditory comprehension training ST 2. 口語訓練 Verbal production ST 3. 輔導溝通法 Augmentative communication system ST 4. 認讀訓練 Reading training ST 5. 書寫訓練 Writing training ST 6. 視知覺訓練 Visual perception ST 7. 高階層認知訓練 High level cognitive function training ST 8. 觸覺肌動法 Tactile stimulation ST 9. 口腔動作訓練 Oral Tx. ST 10. 發音部位法 Phonetic placement ST 11. 聽辨訓練 Auditory discrimination ST 12. 節律訓練 Rhythm training ST 13. 視聽迴饋法 Audiovisual feedback monitoring ST 14. 語言分析 Acoustic analysis ST 15. 其他經保險人核可者 2. 44011C、44012C、44015C申報資格如下： (1)復健科專科醫師開設之基層院所。 (2)聘有專任復健專科醫師之基層院所且由復健專科(含專任及支援)醫師所開立之處方。	v				360

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
44501B	特殊心理社會治療 Re-educative psychosocial individual psychotherapy — 成人 adult		v	v	v	344

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
44501B	特殊心理社會治療 Re-educative psychosocial individual psychotherapy — 成人 adult		v	v	v	344

44502B	— 六歲以上至未滿十六歲 6 to 15 years old	v	v	v	430	44502B	— 六歲至十五歲 6 to 15 years old	v	v	v	430
44503B	<p>— 未滿六歲 under 6 years old</p> <p>註：從系統觀點探討個體本身與環境特質，運用心理治療原理介入，形成情緒、認知與行為的改變，以提昇病人社會心理適應能力。針對不同類型病人之治療內容包含：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 嬰幼兒發展治療 (Neurodevelopmental therapy) 2. 遊戲治療 (Play therapy) 3. 認知行為治療 (Rational-Emotive therapy) 4. 行為功能分析與行為改變技術 (Functional behavioral analysis and behavioral therapy) 5. 神經心理復健策略 (Neuropsychological rehabilitation strategies) 6. 職業諮商 (Vocational counseling) 7. 其他 (Others) <p>本項治療限由臨床心理師執行，申報時應附復健科專科醫師醫囑及簽名。</p>	v	v	v	515	44503B	<p>— 未滿六歲 under 6 years old</p> <p>註：從系統觀點探討個體本身與環境特質，運用心理治療原理介入，形成情緒、認知與行為的改變，以提昇病人社會心理適應能力。針對不同類型病人之治療內容包含：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 嬰幼兒發展治療 (Neurodevelopmental therapy) 2. 遊戲治療 (Play therapy) 3. 認知行為治療 (Rational-Emotive therapy) 4. 行為功能分析與行為改變技術 (Functional behavioral analysis and behavioral therapy) 5. 神經心理復健策略 (Neuropsychological rehabilitation strategies) 6. 職業諮商 (Vocational counseling) 7. 其他 (Others) <p>本項治療限由臨床心理師執行，申報時應附復健科專科醫師醫囑及簽名。</p>	v	v	v	515

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

通則：

二、本節各精神醫療治療項目除(45087C~45089C、45013C、45090C、45091C、45046C、45085B、45092B、45093B、45098C、45099C)外，皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿二歲所實施之診療項目點數，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者依表定點數加計百分之二十。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
45087C	特殊心理治療 Re-educative individual psychotherapy —成人 adult	v	v	v	v	344
45088C	—六歲以上至未滿十六歲 6 to 15 years old	v	v	v	v	430
45089C	—未滿六歲 under 6 years old 註：利用特殊心理治療技術，以協助病人了解自我、形成病識感、提升病人適應環境技巧、降低病人的主觀挫折及不良行為，本項治療限由精神科醫師或臨床心理師執行，申報時並應附精神科專科醫師之醫囑及簽名。	v	v	v	v	515
45013C	深度心理治療（每四十分鐘） Intensive individual psychotherapy —成人 adult	v	v	v	v	1203
45090C	—六歲以上至未滿十六歲 6 to 15 years old	v	v	v	v	1460
45091C	—未滿六歲 under 6 years old 註：利用深度心理治療技術，以協助病人改善客體關係（object relation）、強化心理防衛機轉、解決內在衝突或改善其認知行為偏差。本項治療限由精神科專科醫師執行，申報時並應附治療紀錄。	v	v	v	v	1718
45046C	生理心理功能檢查 Psychophysiological function examination —成人 adult	v	v	v	v	344
45098C	—六歲以上至未滿十六歲 6 to 15 years old	v	v	v	v	387
45099C	—未滿六歲 under 6 years old 註：包括MSE(Mini Mental State Test, BDI等)	v	v	v	v	430
45085B	精神科診斷性會談(次) Psychiatric diagnostic interview (time) —成人 adult		v	v	v	1031
45092B	—六歲以上至未滿十六歲 6 to 15 years old		v	v	v	1203
45093B	—未滿六歲 under 6 years old 註：1.包括病史、心理狀態評估、社會功能評估及病人治療之計畫(安置)等。 2.限精神科初診(含新住院病人)或其他科要求會診時申報。 3.限由精神專科醫師施行並於病歷詳細記載治療情形。 4.申報時須附載有該精神科專科醫師簽名之治療紀錄。		v	v	v	1375

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

通則：

二、本節各精神醫療治療項目除(45087C~45089C、45013C、45090C、45091C、45046C、45085B、45092B、45093B、45098C、45099C)外，皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿二歲所實施之診療項目點數，依表定點數加計百分之三十；年齡在二(含)歲至六歲者依表定點數加計百分之二十。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
45087C	特殊心理治療 Re-educative individual psychotherapy —成人 adult	v	v	v	v	344
45088C	—六歲至十五歲 6 to 15 years old	v	v	v	v	430
45089C	—未滿六歲 under 6 years old 註：利用特殊心理治療技術，以協助病人了解自我、形成病識感、提升病人適應環境技巧、降低病人的主觀挫折及不良行為，本項治療限由精神科醫師或臨床心理師執行，申報時並應附精神科專科醫師之醫囑及簽名。	v	v	v	v	515
45013C	深度心理治療（每四十分鐘） Intensive individual psychotherapy —成人 adult	v	v	v	v	1203
45090C	—六歲至十五歲 6 to 15 years old	v	v	v	v	1460
45091C	—未滿六歲 under 6 years old 註：利用深度心理治療技術，以協助病人改善客體關係（object relation）、強化心理防衛機轉、解決內在衝突或改善其認知行為偏差。本項治療限由精神科專科醫師執行，申報時並應附治療紀錄。	v	v	v	v	1718
45046C	生理心理功能檢查 Psychophysiological function examination —成人 adult	v	v	v	v	344
45098C	—六歲至十五歲 6 to 15 years old	v	v	v	v	387
45099C	—未滿六歲 under 6 years old 註：包括MSE(Mini Mental State Test, BDI等)	v	v	v	v	430
45085B	精神科診斷性會談(次) Psychiatric diagnostic interview (time) —成人 adult		v	v	v	1031
45092B	—六歲至十五歲 6 to 15 years old		v	v	v	1203
45093B	—未滿六歲 under 6 years old 註：1.包括病史、心理狀態評估、社會功能評估及病人治療之計畫(安置)等。 2.限精神科初診(含新住院病人)或其他科要求會診時申報。 3.限由精神專科醫師施行並於病歷詳細記載治療情形。 4.申報時須附載有該精神科專科醫師簽名之治療紀錄。		v	v	v	1375

屬修正年齡限制用詞等文字修正。

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

通則：

六、本節所謂兒童加成項目分為：

(一)兒童加成項目：病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十。

(二)提升兒童加成項目：病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之百；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之八十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之六十。

第一項 處置費 Treatment

一、一般處置 General Treatment (47001~47104)

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
47041C	呼吸道抽吸(次) Suction (time) 註：每日實施 <u>八</u> 次以上者應按47042C申報。	v	v	v	v	30
47045C	體位引流 Postural drainage 註：不得同時申報47104B。	v	v	v	v	140
47065B	治療性導管植入術 — 末梢靜脈植入中心導管術 Therapeutic catheter implantation — PICC(Peripheral line for central venous catheterization) 註： 1.適應症： (1)癌症化學治療及癌症末期之疼痛治療。 (2)下列三項適應症且預期同時治療達二週以上之病人： A.使用全靜脈營養輸液 (TPN) (未滿二歲嬰兒本項為靜脈營養輸液，不限TPN)。 B.免疫不全與使用免疫抑制劑。 C.須接受中心靜脈導管置入 (CVP)。 2.提升兒童加成項目。		v	v	v	3101
47090B	高頻胸壁振盪模式呼吸道清潔(每次至少 <u>三十</u> 分鐘) 註：1.限住院病患無法有效清除痰液使用，每日限申報最多 <u>四</u> 次，每一療程最多 <u>十</u> 天。 2.不可同時申報47045C體外引流、57010B呼吸運動(次)、57012B復原運動。 3.提升兒童加成項目。		v	v	v	247
47091B	淋巴水腫照護-徒手淋巴引流(須達 <u>四</u> <u>十</u> 分鐘) Care of lymphoedema - manual lymphatic drainage 註：1.適應症：癌症末期淋巴水腫病人 2.執行人員：須接受淋巴照護相關訓練，執行完成後需有適應症、執行過程及執行時間的紀錄。 3.提升兒童加成項目。		v	v	v	450
47093B	身體約束之護理監測照護費 Physical Restraint(Day) -日：使用 <u>八</u> 小時以上，每人每次住		v	v	v	186

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

通則：

六、本節所謂兒童加成項目分為：

1.兒童加成項目：病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月至二歲者，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。

2.提升兒童加成項目：病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之百；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計百分之八十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之六十。

第一項 處置費 Treatment

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

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
47041C	呼吸道抽吸(次) Suction (time) 註：每日實施8次(含)以上者應按47042C申報。	v	v	v	v	30
47045C	體位引流 Postural drainage	v	v	v	v	140
47065B	治療性導管植入術 — 末梢靜脈植入中心導管術 Therapeutic catheter implantation — PICC(Peripheral line for central venous catheterization) 註： 1.適應症： (1)癌症化學治療及癌症末期之疼痛治療。 (2)下列三項適應症且預期同時治療達二週以上之病人： A.使用全靜脈營養輸液 (TPN) (一歲以下嬰兒本項為靜脈營養輸液，不限TPN)。 B.免疫不全與使用免疫抑制劑。 C.須接受中心靜脈導管置入 (CVP)。 2.提升兒童加成項目。		v	v	v	3101
47090B	高頻胸壁振盪模式呼吸道清潔(每次至少30分鐘) 註：1.限住院病患無法有效清除痰液使用，每日限申報最多4次，每一療程最多10天。 2.不可同時申報47045C體外引流、57010B呼吸運動(次)、57012B復原運動。 3.提升兒童加成項目。		v	v	v	247
47091B	淋巴水腫照護-徒手淋巴引流(須達40分鐘) Care of lymphoedema - manual lymphatic drainage 註：1.適應症：癌症末期淋巴水腫病人 2.執行人員：須接受淋巴照護相關訓練，執行完成後需有適應症、執行過程及執行時間的紀錄。 3.提升兒童加成項目。		v	v	v	450
47093B	身體約束之護理監測照護費 Physical Restraint(Day) -日：使用 <u>超過</u> 8小時(含)，每人每		v	v	v	186

一、新增「俯臥通氣治療—每療程」(編號47104B，支付點數5,114點)。並配合修正「體位引流」(編號47045C)支付規範，增列不得同時申報規定。
二、其餘屬修正年齡限制用詞及統一將數字以文字呈現等文字修正。

<p>院限申報日數為<u>四</u>天。</p> <p>註：1.適應症：限意識欠清且躁動不安的病患，無法遵從醫療措施或其行為可能對本身或他人具有傷害時執行。</p> <p>2.必須每日有醫囑、每班有護理紀錄呈現、病患或家屬同意書、以及醫療團隊應適時討論或視情況解除行動限制並有紀錄。</p> <p>3.精神科病患及加護病房不得適用本項。</p> <p>4.提升兒童加成項目。</p>			<p>次住院限申報日數為4天。</p> <p>註：1.適應症：限意識欠清且躁動不安的病患，無法遵從醫療措施或其行為可能對本身或他人具有傷害時執行。</p> <p>2.必須每日有醫囑、每班有護理紀錄呈現、病患或家屬同意書、以及醫療團隊應適時討論或視情況解除行動限制並有紀錄。</p> <p>3.精神科病患及加護病房不得適用本項。</p> <p>4.提升兒童加成項目。</p>																																																										
<p><u>47104B</u> <u>俯臥通氣治療—每療程</u> <u>Prone positioning ventilation, each procedure</u></p> <p>註： 1.每療程係指仰臥→俯臥→仰臥。 2.適應症： (1)成人(十九歲以上)：入住加護病房且插管使用呼吸器之急性呼吸窘迫症候群病人(J80)，同時符合下列各項條件： a.氧合指數(PaO₂/FiO₂ ratio) ≤ 150。 b.七日內急性發作。 c.沒有心因性肺水腫的證據。 d.CXR 顯示兩側肺野浸潤。 (2)兒童(未滿十九歲)：入住加護病房且插管使用呼吸器，同時符合下列情形之一者： a.氧合指數(PaO₂/FiO₂ ratio) ≤ 150 b.OI>16 c.OSI>12.3 3.禁忌症：心胸及腹腔主要手術、脊椎與骨盆不穩定、懷孕第二及第三期、頭部外傷、腦壓或眼壓過高之病人、正在發作之癲癇患者。 4.限內科、外科、麻醉科、兒科、急診醫學科、神經科、神經外科專科醫師執行。 5.不得同時申報 47045C。</p> <p>備註： OI=(FiO₂×mean airway pressure ×100)/PaO₂ OSI=(FiO₂×mean airway pressure ×100)/SpO₂</p>	y	y	y	5114																																																									
<p>二、創傷處置 Wound Treatment (48001-48035)</p> <p>通則：本項各處置項目皆為兒童加成項目，另部分診療項目項下加註「提升兒童加成項目」者，其加成率適用本節通則六、(二)之規定。</p>		<p>二、創傷處置 Wound Treatment (48001-48035)</p> <p>通則：本項各處置項目皆為兒童加成項目，另部分診療項目項下加註「提升兒童加成項目」者，其加成率適用本節通則六、2之規定。</p>		<p>一、新增「高解析直肛壓力測定術」(編號49030B，支付點數10,433點)。</p> <p>並配合修正「直肛壓力測定術」(編號49019B)支付規範，增列不得同時申報規定。</p> <p>二、其餘屬修正統一將數字以文字呈現等文字修正。</p>																																																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>編號</th> <th>診療項目</th> <th>基層院所</th> <th>地區醫院</th> <th>區域醫院</th> <th>醫學中心</th> <th>支付點數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>48001C</td> <td>淺部創傷處理 Wound treatment — 傷口長小於<u>五</u>公分者 <5cm</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>420</td> </tr> <tr> <td>48002C</td> <td>— 傷口長<u>五至十</u>公分者 5-10cm</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>562</td> </tr> <tr> <td>48003C</td> <td>— 傷口長大於<u>十</u>公分者 >10cm</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>739</td> </tr> </tbody> </table> <p>註：1.切傷、刺傷、割傷或挫減傷之複診患者依48011C-48013C申報。</p> <p>2.含縫合、接紮、擴創處理。</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	48001C	淺部創傷處理 Wound treatment — 傷口長小於 <u>五</u> 公分者 <5cm	v	v	v	v	420	48002C	— 傷口長 <u>五至十</u> 公分者 5-10cm	v	v	v	v	562	48003C	— 傷口長大於 <u>十</u> 公分者 >10cm	v	v	v	v	739	v	v	v	v	<table border="1"> <thead> <tr> <th>編號</th> <th>診療項目</th> <th>基層院所</th> <th>地區醫院</th> <th>區域醫院</th> <th>醫學中心</th> <th>支付點數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>48001C</td> <td>淺部創傷處理 Wound treatment — 傷口長 小於5公分者 <5cm</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>420</td> </tr> <tr> <td>48002C</td> <td>— 傷口長 5-10 公分者 5-10cm</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>562</td> </tr> <tr> <td>48003C</td> <td>— 傷口長 大於10 公分者 >10cm</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>739</td> </tr> </tbody> </table> <p>註：1.切傷、刺傷、割傷或挫減傷之複診患者依48011C-48013C申報。</p> <p>2.含縫合、接紮、擴創處理。</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	48001C	淺部創傷處理 Wound treatment — 傷口長 小於5公分者 <5cm	v	v	v	v	420	48002C	— 傷口長 5-10 公分者 5-10cm	v	v	v	v	562	48003C	— 傷口長 大於10 公分者 >10cm	v	v	v	v	739
編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數																																																							
48001C	淺部創傷處理 Wound treatment — 傷口長小於 <u>五</u> 公分者 <5cm	v	v	v	v	420																																																							
48002C	— 傷口長 <u>五至十</u> 公分者 5-10cm	v	v	v	v	562																																																							
48003C	— 傷口長大於 <u>十</u> 公分者 >10cm	v	v	v	v	739																																																							
編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數																																																							
48001C	淺部創傷處理 Wound treatment — 傷口長 小於5公分者 <5cm	v	v	v	v	420																																																							
48002C	— 傷口長 5-10 公分者 5-10cm	v	v	v	v	562																																																							
48003C	— 傷口長 大於10 公分者 >10cm	v	v	v	v	739																																																							

48004C	深部複雜創傷處理 Debridement — 傷口長 <u>小於五</u> 公分者<5cm	v	v	v	v	2419	48004C	深部複雜創傷處理 Debridement — 傷口長 5公分 <u>以下</u> 者<5cm	v	v	v	v	2419
48005C	— 傷口長 <u>五至十</u> 公分者5-10cm	v	v	v	v	3043	48005C	— 傷口長 5-10 公分者5-10cm	v	v	v	v	3043
48006C	— 傷口長 <u>大於十</u> 公分者≥10cm 註： 1.指創傷深及肌肉、神經、肌腱、骨膜時之處理。 2.含縫合、接紮、擴創處理。 3.申報費用時，請註明處置日期和部位，並附處置前後彩色照片或繪圖說明。 4.會陰部位擴創術按48006C申報。 5.屬西醫基層總額部門院所，48004C以原支付點數2016點申報，48005C以原支付點數2536點申報，48006C以原支付點數3993點申報。	v	v	v	v	4792	48006C	— 傷口長 10 公分 <u>以上</u> 者10cm 註： 1.指創傷深及肌肉、神經、肌腱、骨膜時之處理。 2.含縫合、接紮、擴創處理。 3.申報費用時，請註明處置日期和部位，並附處置前後彩色照片或繪圖說明。 4.會陰部位擴創術按48006C申報。 5.屬西醫基層總額部門院所，48004C以原支付點數2016點申報，48005C以原支付點數2536點申報，48006C以原支付點數3993點申報。	v	v	v	v	4792
48011C	手術、創傷處置及換藥 Change dressing — 小換藥（小於 <u>十</u> 公分）small (<10cm)	v	v	v	v	56	48011C	手術、創傷處置及換藥 Change dressing — 小換藥（小於10公分）small (<10cm)	v	v	v	v	56
48012C	— 中換藥（ <u>十至二十</u> 公分）medium (10-20cm)	v	v	v	v	76	48012C	— 中換藥（10-20公分）medium (10-20cm)	v	v	v	v	76
48013C	— 大換藥（大於 <u>二十</u> 公分）large (>20cm) 註：1.包括材料費在內。 2.基層院所申報48011C得加計百分之四十。 3.基層院所申報48012C得加計百分之二十。	v	v	v	v	125	48013C	— 大換藥（大於20公分）large (>20cm) 註：1.包括材料費在內。 2.基層院所申報48011C得加計百分之四十。 3.基層院所申報48012C得加計百分之二十。	v	v	v	v	125
48014C	皮面創傷處理(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒膿瘍之處理及換藥) — 體表面積 <u>小於十一</u> BSA (相當半肢面積)	v	v	v	v	2417	48014C	皮面創傷處理(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒膿瘍之處理及換藥) — 體表面積 ≤10 BSA (相當半肢面積)	v	v	v	v	2417
48015B	— 體表面積 <u>十一至三十五</u> BSA (相當一肢面積)	v	v	v	v	4431	48015B	— 體表面積 11-35 BSA (相當一肢面積)	v	v	v	v	4431
48016B	— 體表面積 <u>三十六至五十</u> BSA (相當二肢面積)	v	v	v	v	6663	48016B	— 體表面積 36-50 BSA (相當二肢面積)	v	v	v	v	6663
48017B	— 體表面積 <u>五十一至七十</u> BSA (軀幹四肢者)	v	v	v	v	10071	48017B	— 體表面積 51-70 BSA (軀幹四肢者)	v	v	v	v	10071
48029B	— 體表面積 <u>七十一至九十</u> BSA (軀幹四肢者)	v	v	v	v	13275	48029B	— 體表面積 71-90 BSA (軀幹四肢者)	v	v	v	v	13275
48030B	— 體表面積 <u>大於九十</u> BSA (軀幹四肢者) 註：1.半肢為4.5 BSA。 2.包括材料費在內。 3.申報費用時，請註明處置日期和部位。 4.除48014C屬兒童加成項目外，其餘項目為提升兒童加成項目。	v	v	v	v	17854	48030B	— 體表面積 >90 BSA (軀幹四肢者) 註：1.半肢為4.5 BSA。 2.包括材料費在內。 3.申報費用時，請註明處置日期和部位。 4.除48014C屬兒童加成項目外，其餘項目為提升兒童加成項目。	v	v	v	v	17854
48018C	皮面創傷換藥 (火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒膿瘍之換藥) — 體表面積 <u>小於十一</u> BSA (相當半肢面積)	v	v	v	v	1343	48018C	皮面創傷換藥 (火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒膿瘍之換藥) — 體表面積 ≤10 BSA (相當半肢面積)	v	v	v	v	1343
48019B	— 體表面積 <u>十一至三十五</u> BSA (相當一肢面積)	v	v	v	v	2014	48019B	— 體表面積 11-35 BSA (相當一肢面積)	v	v	v	v	2014
48020B	— 體表面積 <u>三十六至五十</u> BSA (相當二肢面積)	v	v	v	v	3357	48020B	— 體表面積 36-50 BSA (相當二肢面積)	v	v	v	v	3357
48021B	— 體表面積 <u>五十一至七十</u> BSA (軀幹四肢者)	v	v	v	v	4029	48021B	— 體表面積 51-70 BSA (軀幹四肢者)	v	v	v	v	4029
48031B	— 體表面積 <u>七十一至九十</u> BSA (軀幹四肢者)	v	v	v	v	7966	48031B	— 體表面積 71-90 BSA (軀幹四肢者)	v	v	v	v	7966
48032B	— 體表面積 <u>大於九十</u> BSA (軀幹四肢者) 註：1.半肢為4.5 BSA。 2.包括材料費、溼敷在內。	v	v	v	v	8926	48032B	— 體表面積 >91 BSA (軀幹四肢者) 註：1.半肢為4.5 BSA。 2.包括材料費、溼敷在內。	v	v	v	v	8926

	3.除48018C屬兒童加成項目外，其餘項目為提升兒童加成項目。					
48022C	臉部創傷處理 Treatment of facial laceration - 小 <u>小於五</u> 公分 < 5cm	v	v	v	v	1566
48023C	- 中 <u>五公分至十</u> 公分 5-10 cm	v	v	v	v	2515
48024C	- 大 <u>超過十</u> 公分 > 10cm 註：1.縫合傷口包括皮膚及皮下。 2.含縫合、接紮、擴創處理。	v	v	v	v	3249
48033C	深部複雜臉部創傷處理 - 小 <u>小於五</u> 公分 Deep complicated facial wound debridement - < 5cm	v	v	v	v	2445
48034C	- 中 <u>五公分至十</u> 公分 Deep complicated facial wound debridement - 5-10 cm	v	v	v	v	3534
48035C	- 大 <u>超過十</u> 公分 Deep complicated facial wound debridement - >10cm 註：1.縫合傷口包含皮膚、皮下、肌膜及肌肉層。 2.含縫合、接紮、擴創處理。	v	v	v	v	4101
48025C	拆線 Remove Stiches (次) - 傷口 <u>小於十</u> 公分 <10cm	v	v	v	v	97
48026C	- 傷口 <u>十</u> 公分以上 >10cm	v	v	v	v	303

	3.除48018C屬兒童加成項目外，其餘項目為提升兒童加成項目。					
48022C	臉部創傷處理 Treatment of facial laceration - 小 5公分 <u>以內</u> < 5cm	v	v	v	v	1566
48023C	- 中 5公分至10公分 5-10 cm	v	v	v	v	2515
48024C	- 大 <u>超過十</u> 公分 > 10cm 註：1.縫合傷口包括皮膚及皮下。 2.含縫合、接紮、擴創處理。	v	v	v	v	3249
48033C	深部複雜臉部創傷處理 - 小 5公分 <u>以內</u> Deep complicated facial wound debridement - < 5cm	v	v	v	v	2445
48034C	- 中 5公分至10公分 Deep complicated facial wound debridement - 5-10 cm	v	v	v	v	3534
48035C	- 大 <u>超過十</u> 公分 Deep complicated facial wound debridement - >10cm 註：1.縫合傷口包含皮膚、皮下、肌膜及肌肉層。 2.含縫合、接紮、擴創處理。	v	v	v	v	4101
48025C	拆線 Remove Stiches (次) - 傷口在10公分 <u>以下</u> <10cm	v	v	v	v	97
48026C	- 傷口在10公分以上 >10cm	v	v	v	v	303

三、大腸肛門處置 Colonand Anus Treatment (49001-49030)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
49019B	直肛壓力測定術 Anorectal manometry 註： 1.提升兒童加成項目。 2.不得同時申報 49030B。		v	v	v	748
49030B	高解析度直肛壓力測定術 High Resolution Anorectal Manometry 1.適應症及執行頻率： (1)巨結腸症：下消化道攝影後疑似巨結腸症診斷使用，每人限給付一次。 (2)先天性巨結腸症或肛門結構異常術後，仍有排便功能異常，需持續治療者，至多兩年一次。 2.支付規範： (1)限消化內科、消化兒科、小兒外科、消化外科、大腸直腸外科專科醫師執行。 (2)不得同時申報 49019B。 (3)內含一般材料費及「高解析直肛壓力測量管」費比率為百分之五十九。		v	v	v	10433

三、大腸肛門處置 Colonand Anus Treatment (49001-49029)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
49019B	直肛壓力測定術 Anorectal manometry 註：提升兒童加成項目。		v	v	v	748

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
51005C	皮膚電燒灼治療—單純 Electro cauterization , simple 註：1.面積小於 <u>二</u> 平方公分。 2.限用於各種皮膚腫瘤、疣。	v	v	v	v	280
51006C	皮膚電燒灼治療—複雜 Electro cauterization , complicated 註：1.面積大於 <u>二</u> 平方公分。 2.限用於各種皮膚腫瘤、疣。	v	v	v	v	425
	皮膚病灶內部注射 Intradermal					

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
51005C	皮膚電燒灼治療—單純 Electro cauterization , simple 註：1.面積小於2平方公分。 2.限用於各種皮膚腫瘤、疣。	v	v	v	v	280
51006C	皮膚電燒灼治療—複雜 Electro cauterization , complicated 註：1.面積大於2平方公分。 2.限用於各種皮膚腫瘤、疣。	v	v	v	v	425
	皮膚病灶內部注射 Intradermal					

一、新增「環甲膜穿刺術／切開術」(編號56043C，支付點數4,331點)。
二、其餘屬修正年齡限制用詞及統一將數字以文字呈現等文字修正。

	injection					
51009C	— 小於四平方公分 <4cm ²	v	v	v	v	250
51010C	— 四至九平方公分 4~9cm ²	v	v	v	v	300
51011C	— 超過九平方公分 >9cm ²	v	v	v	v	375
註：限用於蟹足腫、囊腫、圓禿及結節性癢疹，及其他經公認病灶內注射治療有效之皮症。						

	injection					
51009C	— 4平方公分以下 <4cm ²	v	v	v	v	250
51010C	— 4-9平方公分 4~9cm ²	v	v	v	v	300
51011C	— 9平方公分以上 >9cm ²	v	v	v	v	375
註：限用於蟹足腫、囊腫、圓禿及結節性癢疹，及其他經公認病灶內注射治療有效之皮症。						

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

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

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

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

十、外科處置 General Surgery Treatment (56001-56043)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
56043C	環甲膜穿刺術／切開術 Needle/Surgical Cricothyroidotomy 1.適應症：經口腔或鼻腔進行氣管內管插管失敗或無法立即執行氣管切開造口術者，並有下列任一情形： (1)緊急顏面外傷、燒傷等困難插管情形 (2)呼吸道受阻(SpO ₂ <90%) 2.氣管套管另計。	v	v	v	v	4331

十、外科處置 General Surgery Treatment (56001-56042)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
56043C	環甲膜穿刺術／切開術 Needle/Surgical Cricothyroidotomy 1.適應症：經口腔或鼻腔進行氣管內管插管失敗或無法立即執行氣管切開造口術者，並有下列任一情形： (1)緊急顏面外傷、燒傷等困難插管情形 (2)呼吸道受阻(SpO ₂ <90%) 2.氣管套管另計。	v	v	v	v	4331

十一、呼吸治療處置 (57001~57031)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
57017C	脈動式或耳垂式血氧飽和監視器 Pulse or ear oximetry — 每次 time	v	v	v	v	30
57018B	— 一天 day 註： 1.同日使用五次以上者，按57018B計。 2. 57017C屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方及執行始可申報。	v	v	v	v	360
57019C	氧氣帳吸入治療費 —每小時	v	v	v	v	91
57020C	—每天(使用六小時以上計一天) 註：含氧氣費。	v	v	v	v	1308
57021C	蒸氣或噴霧吸入治療 Humidity or aerosol therapy — 每次 time	v	v	v	v	40
57022C	— 每天 day	v	v	v	v	150

十一、呼吸治療處置 (57001~57031)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
57017C	脈動式或耳垂式血氧飽和監視器 Pulse or ear oximetry — 每次 time	v	v	v	v	30
57018B	— 一天 day 註： 1.同日使用超過五次(含)者，按57018B計。 2. 57017C屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方及執行始可申報。	v	v	v	v	360
57019C	氧氣帳吸入治療費 —每小時	v	v	v	v	91
57020C	—每天(使用超過6小時計一天) 註：含氧氣費。	v	v	v	v	1308
57021C	蒸氣或噴霧吸入治療 Humidity or aerosol therapy — 每次 time	v	v	v	v	40
57022C	— 每天 day	v	v	v	v	150

屬修正年齡限制用詞及統一將數字以文字呈現等文字修正。

十二、嬰幼兒處置 (57101-57123)

通則：本節各項目限為未滿七歲嬰幼兒施行時申報。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
57113B	兒童經皮靜脈導管放置術 Percutaneous IV catheterization 註： 1.限使用PCVC材料之導管放置術，且需長期(三日以上)放置靜導管之 <u>未滿七歲</u> 兒童。 2.提升兒童加成項目。		v	v	v	2801
57120B	嬰兒靜脈留置導管(<u>未滿六個月</u>) 註： 1.不得重複申報39004C。 2. <u>三日</u> 內限申報乙次。 3.本項包含57107B穿透照明檢查。		v	v	v	938
57121B	幼兒靜脈留置導管(<u>六個月以上至未滿二歲</u>) 註： 1.不得重複申報39004C。 2. <u>三日</u> 內限申報乙次。 3.本項包含57107B穿透照明檢查。		v	v	v	716
57122B	兒童靜脈留置導管(<u>二歲以上至未滿七歲</u>) 註： 1.不得重複申報39004C。 2. <u>三日</u> 內限申報乙次。 3.本項包含57107B穿透照明檢查。		v	v	v	604
57123B	小血袋無菌分裝處理費 註： 1.新生兒輸血(出生到 <u>四個月</u> ，早產兒出生體重<1500公克出生到 <u>六個月</u>)。 2.限使用無菌導管接合器。		v	v	v	170

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

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

十二、嬰幼兒處置 (57101-57123)

通則：本節各項目限為六歲以下嬰幼兒施行時申報。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
57113B	兒童經皮靜脈導管放置術 Percutaneous IV catheterization 註： 1.限使用PCVC材料之導管放置術，且需長期(三日以上)放置靜導管之六歲 <u>以下</u> 兒童。 2.提升兒童加成項目。		v	v	v	2801
57120B	嬰兒靜脈留置導管(6個月 <u>以下</u>) 註： 1.不得重複申報39004C。 2. 3日內限申報乙次。 3.本項包含57107B穿透照明檢查。		v	v	v	938
57121B	幼兒靜脈留置導管(6個月以上~2歲) 註： 1.不得重複申報39004C。 2. 3日內限申報乙次。 3.本項包含57107B穿透照明檢查。		v	v	v	716
57122B	兒童靜脈留置導管(2歲~6歲) 註： 1.不得重複申報39004C。 2. 3日內限申報乙次。 3.本項包含57107B穿透照明檢查。		v	v	v	604
57123B	小血袋無菌分裝處理費 註： 1.新生兒輸血(出生到4個月，早產兒出生體重<1500公克出生到6個月)。 2.限使用無菌導管接合器。		v	v	v	170

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

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

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

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

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
61002C	脛骨下1/3 骨折 tibia low 1/3 fracture 註：屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數140點申報。	v	v	v	v	168
61003C	脛骨上1/3 骨折 Tibia up 1/3 fracture (High tibia osteotomy) 註：屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數140點申報。	v	v	v	v	168
61004C	脛骨上1/3 粉碎性骨折 Tibia up 1/3 comminuted fracture 註：屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數200點申報。	v	v	v	v	240

第七節 手術

通則：

十二、本節各項手術均為提升兒童加成項目，但「手術一般材料費」不得另按比例加算。加成率如下：病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之百；年齡在六個月以上但未滿二歲者，依表定點數加計百分之八十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之六十，若同時符合緊急傷病必須立即手術者，依加成率合計後一併加成。

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
62001C	顏面皮膚及皮下腫瘤切除術 Excision of facial skin and subcutaneous tumor — 直徑小於二公分 within 1cm in diameter	v	v	v	v	1300
62002C	— 直徑一至二公分 1cm to 2cm in diameter	v	v	v	v	2520
62003C	— 直徑超過二公分 over 2cm in diameter	v	v	v	v	5514
62007C	皮膚全層植補術 FTSG - 小於十平方公分 Full thickness skin graft, (FTSG)	v	v	v	v	5929
62064C	皮膚全層植補術 FTSG - 每增加十平方公分 Full-thickness skin graft --add 10 c m ²	v	v	v	v	5416
62065C	臉、頸部植皮- 五平方公分 Face, neck -5cm ²	v	v	v	v	6057
62066C	臉、頸部植皮- 每增加五平方公分 Face, neck -every 5 cm ² of increase	v	v	v	v	1730
62067C	手部、會陰、腳植皮 - 五平方公分 Skin graft for hand,perineum, and foot-5cm ²	v	v	v	v	5954
62068C	手部、會陰、腳植皮 - 每增加五平方公分 Skin graft for hand,perineum, and foot-every 5cm ²	v	v	v	v	1644
62010C	臉部以外皮膚及皮下腫瘤摘除術 Excision of skin or subcutaneous tumor (Except face) — 小 小於二公分 within 2cm	v	v	v	v	1623
62011C	— 中 二公分至四公分 2 to 4cm	v	v	v	v	1927
62012C	— 大 四公分至十公分 4 to 10cm 註：一般腫瘤的大小很少超過十公分，大部份小於五公分，超過十公分之腫瘤以64208B申報。	v	v	v	v	3371
62014C	多層皮膚移植 Split thickness skin graft S.T.S.G — 小於二十五平方公分 within 25 cm ²	v	v	v	v	4544
62015B	— 二十五至一百平方公分 25 to 100 c m ²	v	v	v	v	5267
62016B	— 每增加一百平方公分 every increase of 100cm ²	v	v	v	v	3588
62022C	皮膚惡性腫瘤切除及植皮術 Excision of skin cancer & SSG — 直徑小於二公分 within 2cm in diameter	v	v	v	v	8700
62023B	— 直徑二至五公分 2cm to 5cm in diameter	v	v	v	v	10880
62024B	— 直徑超過五公分 over 5cm in diameter 註：申報時應附病理報告。	v	v	v	v	13090

第七節 手術

通則：

十二、本節各項手術均為提升兒童加成項目，但「手術一般材料費」不得另按比例加算。加成率如下：病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之百；年齡在六個月以上但未滿二歲者，依表定點數加計百分之八十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之六十，若同時符合緊急傷病必須立即手術者，依加成率合計後一併加成。

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
62001C	顏面皮膚及皮下腫瘤切除術 Excision of facial skin and subcutaneous tumor — 直徑小於1公分 within 1cm in diameter	v	v	v	v	1300
62002C	— 直徑1~2公分 1cm to 2cm in diameter	v	v	v	v	2520
62003C	— 直徑超過 2公分 over 2cm in diameter	v	v	v	v	5514
62007C	皮膚全層植補術 FTSG - < 10平方公分 Full thickness skin graft, (FTSG)	v	v	v	v	5929
62064C	皮膚全層植補術 FTSG - 每增加 10平方公分 Full-thickness skin graft --add 10 c m ²	v	v	v	v	5416
62065C	臉、頸部植皮- 5平方公分 Face, neck -5cm ²	v	v	v	v	6057
62066C	臉、頸部植皮- 每增加5平方公分 Face, neck -every 5 cm ² of increase	v	v	v	v	1730
62067C	手部、會陰、腳植皮 - 5平方公分 Skin graft for hand,perineum, and foot-5cm ²	v	v	v	v	5954
62068C	手部、會陰、腳植皮 - 每增加5平方公分 Skin graft for hand,perineum, and foot-every 5cm ²	v	v	v	v	1644
62010C	臉部以外皮膚及皮下腫瘤摘除術 Excision of skin or subcutaneous tumor (Except face) — 小 小於2公分 within 2cm	v	v	v	v	1623
62011C	— 中 2公分至4公分 2 to 4cm	v	v	v	v	1927
62012C	— 大 4公分至10公分 4 to 10cm 註：一般腫瘤的大小很少超過10公分，大部份小於5公分，超過10公分之腫瘤以64208B申報。	v	v	v	v	3371
62014C	多層皮膚移植 Split thickness skin graft S. T. S. G — 小於25平方公分 within 25 cm ²	v	v	v	v	4544
62015B	— 25~100平方公分 25 to 100 cm ²	v	v	v	v	5267
62016B	— 每增加100平方公分 every increase of 100cm ²	v	v	v	v	3588
62022C	皮膚惡性腫瘤切除及植皮術 Excision of skin cancer & SSG — 直徑小於2公分 within 2cm in diameter	v	v	v	v	8700
62023B	— 直徑2-5公分 2cm to 5cm in diameter	v	v	v	v	10880
62024B	— 直徑超過5公分 over 5cm in diameter 註：申報時應附病理報告。	v	v	v	v	13090

一、新增「開放性股-股動脈或股-腳動脈或腋-股動脈繞道手術」(編號69041B, 支付點數23,272點)、「開放性膝下動脈繞道手術—一條血管」(編號69042B, 支付點數31,028點)及「開放性膝下動脈繞道手術—兩條血管」(編號69043B, 支付點數40,724點)等二項目。

二、其餘屬修正年齡限制用詞及統一將數字以文字呈現等文字修正。

62041B	微晶 & 一般磨皮術(小於五公分) Micro & general dermabrasion(<5cm) 註：限皮膚類澱粉症及表皮母斑症病患申報。		v	v	v	1544
62042B	微晶 & 一般磨皮術(五至十公分) Micro & general dermabrasion(5-10cm) 註：限皮膚類澱粉症及表皮母斑症病患申報。		v	v	v	1640
62043B	微晶 & 一般磨皮術(超過十公分) Micro & general dermabrasion(>10cm) 註：限皮膚類澱粉症及表皮母斑症病患申報。		v	v	v	2130
62045B	局部皮瓣(小於一公分) Local flap (<1cm)		v	v	v	3336
62046C	局部皮瓣(一至二公分) Local flap (1-2cm) 註：屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方及執行始可申報。	v	v	v	v	3350
62047C	局部皮瓣(超過二公分) Local flap (>2cm) 註：屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方及執行始可申報。	v	v	v	v	7310
62071B	鉕雅銘雷射手術 Erb-YAG laser operation 註：含一般材料費，得另加計 <u>百分之四</u> 。		v	v	v	2848
62072B	水刀清創 Hydrosurgery debridement 1.適應症：二度燙傷以上及總燙傷面積 <u>百分之二十</u> 以上，接受自體皮膚移植手術當次得申報水刀清創。 2.支付規範： (1)同一醫院同一病患同一傷害，限申報一次。 (2)須事前審查。 (3)不得同時申報支付標準診療項目：48015B、48016B、48017B、48029B及48030B。 (4)一般材料費及單一使用拋棄式之微創噴射灌洗器，得另加計 <u>百分之三百零九</u> 。		v	v	v	10861
63017B	前哨淋巴結摘除手術 註： 1.適應症：惡性乳癌、黑色素瘤及鱗狀上皮細胞癌。 2.支付規範： (1)不可同時申報：70205B。 (2)一般材料費，得另加計 <u>百分之五十六</u> 。		v	v	v	12656

62041B	微晶 & 一般磨皮術(5公分 <u>以內</u>) Micro & general dermabrasion(<5cm) 註：限皮膚類澱粉症及表皮母斑症病患申報。		v	v	v	1544
62042B	微晶 & 一般磨皮術(5-10公分) Micro & general dermabrasion(5-10cm) 註：限皮膚類澱粉症及表皮母斑症病患申報。		v	v	v	1640
62043B	微晶 & 一般磨皮術(超過10公分) Micro & general dermabrasion(>10cm) 註：限皮膚類澱粉症及表皮母斑症病患申報。		v	v	v	2130
62045B	局部皮瓣(1公分 <u>以內</u>) Local flap (<1cm)		v	v	v	3336
62046C	局部皮瓣(1-2公分) Local flap (1-2cm) 註：屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方及執行始可申報。	v	v	v	v	3350
62047C	局部皮瓣(2公分 <u>以上</u>) Local flap (>2cm) 註：屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方及執行始可申報。	v	v	v	v	7310
62071B	鉕雅銘雷射手術 Erb-YAG laser operation 註：含一般材料費，得另加計4%。		v	v	v	2848
62072B	水刀清創 Hydrosurgery debridement 1.適應症：二度燙傷(<u>含</u>)以上及總燙傷面積20%(<u>含</u>)以上，接受自體皮膚移植手術當次得申報水刀清創。 2.支付規範： (1)同一醫院同一病患同一傷害，限申報一次。 (2)須事前審查。 (3)不得同時申報支付標準診療項目：48015B、48016B、48017B、48029B及48030B。 (4)一般材料費及單一使用拋棄式之微創噴射灌洗器，得另加計309%。		v	v	v	10861
63017B	前哨淋巴結摘除手術 註： 1.適應症：惡性乳癌、黑色素瘤及鱗狀上皮細胞癌。 2.支付規範： (1)不可同時申報：70205B。 (2)一般材料費，得另加計56%。		v	v	v	12656

第二項 乳房 Breast (63001~63017)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
63007B	改良式乳房根除手術 Modified radical mastectomy — 單側 unilateral		v	v	v	25595
63008B	— 雙側 bilateral 註： 1.適應症：惡性乳癌 2.一般材料費，得另加計 <u>百分之二十六</u> 。		v	v	v	38393

第二項 乳房 Breast (63001~63017)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
63007B	改良式乳房根除手術 Modified radical mastectomy — 單側 unilateral		v	v	v	25595
63008B	— 雙側 bilateral 註： 1.適應症：惡性乳癌 2.一般材料費，得另加計26%。		v	v	v	38393

63012B	乳房部分切除手術併前哨淋巴結摘除手術 Partial mastectomy and sentinel node(s) excision 註： 1.適應症：惡性乳癌 2.支付規範： (1)不得同時申報：63001B、63002B、63017B。 (2)一般材料費，得另加計 <u>百分之五</u> 。	v	v	v	15798	63012B	乳房部分切除手術併前哨淋巴結摘除手術 Partial mastectomy and sentinel node(s) excision 註： 1.適應症：惡性乳癌 2.支付規範： (1)不得同時申報：63001B、63002B、63017B。 (2)一般材料費，得另加計50%。	v	v	v	15798
63013B	乳房部分切除手術併標準腋下淋巴廓清術 Partial mastectomy + axillary lymph node dissection 註： 1.適應症：惡性乳癌 2.支付規範： (1)不得同時申報：63001B、63002B、70205B。 (2)一般材料費，得另加計 <u>百分之二十五</u> 。	v	v	v	23637	63013B	乳房部分切除手術併標準腋下淋巴廓清術 Partial mastectomy + axillary lymph node dissection 註： 1.適應症：惡性乳癌 2.支付規範： (1)不得同時申報：63001B、63002B、70205B。 (2)一般材料費，得另加計25%。	v	v	v	23637
63014B	乳房全切除手術併前哨淋巴結摘除手術 Simple mastectomy + sentinel lymph node biopsy 註： 1.適應症：惡性乳癌 2.支付規範： (1)不得同時申報：63003B、63004B、63017B。 (2)一般材料費，得另加計 <u>百分之三十三</u> 。	v	v	v	23390	63014B	乳房全切除手術併前哨淋巴結摘除手術 Simple mastectomy + sentinel lymph node biopsy 註： 1.適應症：惡性乳癌 2.支付規範： (1)不得同時申報：63003B、63004B、63017B。 (2)一般材料費，得另加計33%。	v	v	v	23390
63015B	乳房部分切除手術 Partial mastectomy 註： 1.適應症：惡性乳癌 2.支付規範： (1)不得同時申報：63001B、63002B。 (2)一般材料費，得另加計 <u>百分之五十四</u> 。	v	v	v	10046	63015B	乳房部分切除手術 Partial mastectomy 註： 1.適應症：惡性乳癌 2.支付規範： (1)不得同時申報：63001B、63002B。 (2)一般材料費，得另加計54%。	v	v	v	10046
63016B	乳房全切除手術 Simple mastectomy 註： 1.適應症：惡性乳癌 2.支付規範： (1)不得同時申報：63003B、63004B。 (2)一般材料費，得另加計 <u>百分之三十三</u> 。	v	v	v	18555	63016B	乳房全切除手術 Simple mastectomy 註： 1.適應症：惡性乳癌 2.支付規範： (1)不得同時申報：63003B、63004B。 (2)一般材料費，得另加計33%。	v	v	v	18555
63017B	前哨淋巴結摘除手術 註： 1.適應症：惡性乳癌、黑色素瘤及鱗狀上皮細胞癌。 2.支付規範： (1)不可同時申報：70205B。 (2)一般材料費，得另加計 <u>百分之五十六</u> 。	v	v	v	12656	63017B	前哨淋巴結摘除手術 註： 1.適應症：惡性乳癌、黑色素瘤及鱗狀上皮細胞癌。 2.支付規範： (1)不可同時申報：70205B。 (2)一般材料費，得另加計56%。	v	v	v	12656

第三項 筋骨Musculoskeletal System (64001~64281)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
64243B	關節鏡手術 Arthroscopic surgery —關節鏡探查手術，併施行滑膜切片，灌洗，清創 Arthroscopy with synovial biopsy, irrigation & lavage, debridement		v	v	v	3000
64244B	—關節鏡下關節面磨平成形術，打洞，游離體或骨軟骨碎片取出手術		v	v	v	8000

第三項 筋骨Musculoskeletal System (64001~64281)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
64243B	關節鏡手術 Arthroscopic surgery —關節鏡探查手術，併施行滑膜切片，灌洗，清創 Arthroscopy with synovial biopsy, irrigation & lavage, debridement		v	v	v	3000
64244B	—關節鏡下關節面磨平成形術，打洞，游離體或骨軟骨碎片取出手術		v	v	v	8000

Arthroscopic shaving or abrasion arthroplasty, drilling or pinning or removal of loose body or osteochondral fragment 註： 1.以上64243B及64244B二項點數皆含鏡檢費用。 2.64244B內含一般材料費及單一使用拋棄式刮刀及磨刀，得另加計 <u>百分之一百零三</u> 。					
---	--	--	--	--	--

Arthroscopic shaving or abrasion arthroplasty, drilling or pinning or removal of loose body or osteochondral fragment 註： 1.以上64243B及64244B二項點數皆含鏡檢費用。 2.64244B內含一般材料費及單一使用拋棄式刮刀及磨刀，得另加計103%。					
---	--	--	--	--	--

第四項 呼吸器 Respiratory System

一、鼻 Nose (65001-65078)

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

第四項 呼吸器 Respiratory System

一、鼻 Nose (65001-65078)

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

第五項 胸腔 Thoracic

一、胸腔 Thoracic (67001-67055)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
67038B	胸壁切除術(十公分 <u>以上</u>) Chest wall resection $\geq 10\text{cm}$ 註： 1.胸壁切除至少應含蓋二個以上不同之組織(如骨骼、肌肉等)。 2.胸骨部分切除術(十公分 <u>以上</u>)比照申報。		v	v	v	15316
67008B	簡單胸廓擴創術 <u>小於</u> 十公分 Simple debridement of chest wall <10cm 註：包括傷口縫合 including wound closure。		v	v	v	5690
67041B	複雜胸廓擴創術 <u>十公分以上</u> Complicated debridement of chest wall $\geq 10\text{cm}$ 註：包括傷口縫合 including wound closure。		v	v	v	8422
67043B	簡單凹凸胸矯正術 (<u>小於</u> 六根) Reconstruction of congenital funnel or		v	v	v	19816

第五項 胸腔 Thoracic

一、胸腔 Thoracic (67001-67055)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
67038B	胸壁切除術(<u>\geq</u> 十公分) Chest wall resection $\geq 10\text{cm}$ 註： 1.胸壁切除至少應含蓋二個以上不同之組織(如骨骼、肌肉等)。 2.胸骨部分切除術(<u>\geq</u> 十公分)比照申報。		v	v	v	15316
67008B	簡單胸廓擴創術 <十公分 Simple debridement of chest wall <10cm 註：包括傷口縫合 including wound closure。		v	v	v	5690
67041B	複雜胸廓擴創術 <u>\geq</u> 十公分 Complicated debridement of chest wall $\geq 10\text{cm}$ 註：包括傷口縫合 including wound closure。		v	v	v	8422
67043B	簡單凹凸胸矯正術 (<六根) Reconstruction of congenital funnel or		v	v	v	19816

	pigeon chest 註：年齡未滿十七歲。				
67044B	複雜凹凸胸矯正術 (六根以上) Complicated correction of chest wall deformity 註：年齡未滿十七歲。	v	v	v	26819
67052B	胸腔鏡胸管結紮術 VATS with thoracic duct ligation 註：含一般材料費，得另加計百分之三十二。	v	v	v	25199
67053B	胸腔鏡肺分葉切除術 Thoracoscopic segmentectomy of lung 註： 1.適應症 (1)早期侷限性肺癌 stage I。 (2)肺單元分葉內之癌症且心肺功不佳者,不適合肺葉切除術者。 (3)具合併症且內科治療無效之感染性疾病。 2.含一般材料費，得另加計百分之十一。	v	v	v	57344
67054B	胸腔鏡肺葉袖形切除術 Thoracoscopic sleeve lobectomy 註： 1.適應症 (1)肺癌病人腫瘤侵犯支氣管分歧處又不適合作全肺葉切除術的病人。 (2)良性腫瘤侵犯肺葉分歧處欲切除有病變之肺葉而保留功能正常之肺葉。 2.含一般材料費，得另加計百分之四。	v	v	v	58517
67055B	納氏胸廓異常矯正術 Nuss Procedure for chest wall deformity 1.適應症： (1)Haller index 或 CT index > 3.25。 (2)有呼吸功能障礙，慢性支氣管炎，或肺纖維化病變者。 (3)併有心理影響，經精神科醫師評估有矯治之需要者。 2.含一般材料費及單一使用拋棄式之內視鏡用保護套與高速切割系統（鑽頭），得另加計百分之九十八。	v	v	v	14930

	pigeon chest 註：年齡≤十六歲。				
67044B	複雜凹凸胸矯正術 (≥六根) Complicated correction of chest wall deformity 註：年齡≤十六歲。	v	v	v	26819
67052B	胸腔鏡胸管結紮術 VATS with thoracic duct ligation 註：含一般材料費，得另加計 32%。	v	v	v	25199
67053B	胸腔鏡肺分葉切除術 Thoracoscopic segmentectomy of lung 註： 1.適應症 (1)早期侷限性肺癌 stage I。 (2)肺單元分葉內之癌症且心肺功不佳者,不適合肺葉切除術者。 (3)具合併症且內科治療無效之感染性疾病。 2.含一般材料費，得另加計 11%。	v	v	v	57344
67054B	胸腔鏡肺葉袖形切除術 Thoracoscopic sleeve lobectomy 註： 1.適應症 (1)肺癌病人腫瘤侵犯支氣管分歧處又不適合作全肺葉切除術的病人。 (2)良性腫瘤侵犯肺葉分歧處欲切除有病變之肺葉而保留功能正常之肺葉。 2.含一般材料費，得另加計 4%。	v	v	v	58517
67055B	納氏胸廓異常矯正術 Nuss Procedure for chest wall deformity 1.適應症： (1)Haller index 或 CT index > 3.25。 (2)有呼吸功能障礙，慢性支氣管炎，或肺纖維化病變者。 (3)併有心理影響，經精神科醫師評估有矯治之需要者。 2.含一般材料費及單一使用拋棄式之內視鏡用保護套與高速切割系統（鑽頭），得另加計 98%。	v	v	v	14930

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
70401B	良性簡單縱膈腔腫瘤切除(小於五公分) Benign mediastinal mass excision (< 5cm)		v	v	v	16389
70414B	良性複雜縱膈腔腫瘤切除(五公分以上) Benign complicated mediastinal mass excision (≥5cm)		v	v	v	18966
70416B	胸腔鏡縱膈腔腫瘤切除術(小於五公分) Thoreoscopic Excision of Mediastinal Tumor (<5cm)		v	v	v	20457
70417B	胸腔鏡縱膈腔腫瘤切除術(五公分以上) Thoreoscopic Excision of Mediastinal Tumor (≥5cm)		v	v	v	23673

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
70401B	良性簡單縱膈腔腫瘤切除(<五公分) Benign mediastinal mass excision (< 5cm)		v	v	v	16389
70414B	良性複雜縱膈腔腫瘤切除(≥五公分) Benign complicated mediastinal mass excision (≥5cm)		v	v	v	18966
70416B	胸腔鏡縱膈腔腫瘤切除術(<五公分) Thoreoscopic Excision of Mediastinal Tumor (<5cm)		v	v	v	20457
70417B	胸腔鏡縱膈腔腫瘤切除術(≥五公分) Thoreoscopic Excision of Mediastinal Tumor (≥5cm)		v	v	v	23673

	<p>Wood Unit者，不得做正位心臟移植(異位心臟移植者不得大於12 Wood Unit)。</p> <p>(10)肝硬化或GPT在正常兩倍以上，且有凝血異常者。</p> <p>(11)中度以上腎功能不全者(Creatinine > 3.0mg/dl或Ccr<20ml/min)(需同時故腎臟移植之末期腎衰竭洗腎病人，不在此限)。</p> <p>(12)嚴重的慢性阻塞性肺病患者(FEVI<50% of predicted或FEVI/FVC<40% of predicted)。</p> <p>(13)活動性消化性潰瘍患者。</p> <p>(14)嚴重的腦血管或周邊血管病變，使日常生活無法自理，且無法接受重建手術者。</p> <p>(15)免疫系統不全或其他全身性疾病，雖經治療仍預後不良者。</p> <p>(16)藥癮患者。</p> <p>4.不得加計急診加成。</p> <p>5.心臟捐贈者若為非保險對象，其捐贈者摘取所需之檢驗費、手術費、麻醉費、手術材料費由保險人給付，而ICU費用及藥品費則僅給付施行摘取手術當日之費用。</p> <p>6.一般材料費及器官保存液費用，得另加計<u>百分之七十八</u>。</p>																			
68037B	<p>Wood Unit者，不得做正位心臟移植(異位心臟移植者不得大於12 Wood Unit)。</p> <p>(10)肝硬化或GPT在正常兩倍以上，且有凝血異常者。</p> <p>(11)中度以上腎功能不全者(Creatinine > 3.0mg/dl或Ccr<20ml/min)(需同時故腎臟移植之末期腎衰竭洗腎病人，不在此限)。</p> <p>(12)嚴重的慢性阻塞性肺病患者(FEVI<50% of predicted或FEVI/FVC<40% of predicted)。</p> <p>(13)活動性消化性潰瘍患者。</p> <p>(14)嚴重的腦血管或周邊血管病變，使日常生活無法自理，且無法接受重建手術者。</p> <p>(15)免疫系統不全或其他全身性疾病，雖經治療仍預後不良者。</p> <p>(16)藥癮患者。</p> <p>4.不得加計急診加成。</p> <p>5.心臟捐贈者若為非保險對象，其捐贈者摘取所需之檢驗費、手術費、麻醉費、手術材料費由保險人給付，而ICU費用及藥品費則僅給付施行摘取手術當日之費用。</p> <p>6.一般材料費及器官保存液費用，得另加計78%。</p>																			
68037B	<p>肺臟移植 Lung transplantation</p> <p>—單肺 Unilateral lung</p>	v	v	v	178634	68037B	<p>肺臟移植 Lung transplantation</p> <p>—單肺 Unilateral lung</p>	v	v	v	178634									
68047B	<p>—雙肺，連續性或同時性 bilateral sequential or en bloc double lung</p> <p>註：</p> <p>1.68037B、68047B及68038B手術之醫院及醫師條件應報請中央衛生主管機關核定，如醫院條件變更或主持醫師異動時，仍應重行報請核定。</p> <p>2.施行68037B及68047B之適應症如下，並應由醫院申報事前審查：</p> <p>(1) Group A 阻塞性肺疾病 (Obstructive Lung Disease)：符合肺移植適應症之診斷並符合下列任一條件者：</p> <p>A.第一秒最大呼氣量(FEV1.0) < 35% 預測值。</p> <p>B.氧合指數(PaO₂/FiO₂ ratio)<300。</p> <p>C.血中二氧化碳分壓(PaCO₂)升高。</p> <p>D.引起繼發性肺動脈高壓(mPAP>25mmHg)。</p> <p>E.臨床上活動分級已達紐約心臟協會功能分類第三級或第四級者。</p> <p>F.需長期依賴氧氣者。</p> <p>G.雖經藥物治療，仍長期有慢性呼吸道感染或已出現呼吸窘迫症狀。</p> <p>(2)Group B 肺血管疾病 (Pulmonary Vascular Disease)：符合肺移植適應症之診斷並符合下列任一條件者：</p> <p>A.病人之活動分級已達紐約心臟協會功能分類第三級或第四級者。</p>	v	v	v	246516	68047B	<p>—雙肺，連續性或同時性 bilateral sequential or en bloc double lung</p> <p>註：</p> <p>1.68037B、68047B及68038B手術之醫院及醫師條件應報請中央衛生主管機關核定，如醫院條件變更或主持醫師異動時，仍應重行報請核定。</p> <p>2.施行68037B及68047B之適應症如下，並應由醫院申報事前審查：</p> <p>(1) Group A 阻塞性肺疾病 (Obstructive Lung Disease)：符合肺移植適應症之診斷並符合下列任一條件者：</p> <p>A.第一秒最大呼氣量(FEV1.0) < 35% 預測值。</p> <p>B.氧合指數(PaO₂/FiO₂) <300。</p> <p>C.血中二氧化碳分壓(PaCO₂)升高。</p> <p>D.引起繼發性肺動脈高壓(mPAP>25mmHg)。</p> <p>E.臨床上活動分級已達紐約心臟協會功能分類第三級或第四級者。</p> <p>F.需長期依賴氧氣者。</p> <p>G.雖經藥物治療，仍長期有慢性呼吸道感染或已出現呼吸窘迫症狀。</p> <p>(2)Group B 肺血管疾病 (Pulmonary Vascular Disease)：符合肺移植適應症之診斷並符合下列任一條件者：</p> <p>A.病人之活動分級已達紐約心臟協會功能分類第三級或第四級者。</p>	v	v	v	246516									

<p>B.右心房平均壓力 > 6 mmHg。 C.平均肺動脈壓 mPAP>25mmHg。 D.心臟指數(Cardiac index) < 2.51 l/min/m²。 E.病人之臨床病況逐漸惡化，需長期依賴氧氣者。</p> <p>(3)Group C 囊性纖維化症或免疫缺乏症(Cystic Fibrosis or Immunodeficiency Disorders)：符合肺移植適應症之診斷並符合下列任一條件者： A.第一秒最大呼氣量(FEV1.0) < 40%預測值。 B.血中二氧化碳分壓(PaCO₂) 升高。 C.雖經藥物治療無效或情況仍逐漸惡化者。</p> <p>(4) Group D 限制性肺疾病 (Restrictive Lung Disease)：符合肺移植適應症之診斷並符合下列任一條件者： A.雖經藥物治療無效或情況仍逐漸惡化者。 B.需長期依賴氧氣者。</p> <p>3. 施行68037B 及68047B 之禁忌症：未控制及無法控制之感染。 (1)有無法控制的感染者。 (2)愛滋病帶原者，應符合財團法人器官捐贈移植登錄中心訂定之「捐贈者基準及待移植者之絕對與相對禁忌症、適應症與各器官疾病嚴重度分級表」規定。 (3)肺結核未完全治療者。 (4)有惡性腫瘤者，不宜肺臟移植： A.incidental renal carcinoma, in situ carcinoma(excluding bladder), Dukes' A colon cancer, basal cell carcinoma, 以上四者不影響肺臟移植。 B. malignant melanoma, breast cancer, GI carcinoma, lung cancer, 完全治療後，無癌症復發，未達五年者(disease-free interval < 5years)。 C.其他癌症，完全治療後，無癌症復發，未達兩年者(disease-free interval < 2years)。 (5)心智不正常或無法長期配合藥物治療者。 (6)肝硬化或 GPT 在正常值兩倍以上且有凝血異常者。 (7)中度以上腎功能不全者 (Creatinine > 3.0mg/dL 或 Ccr < 50 ml/min/1.73m²)(需同時做腎臟移植之末期腎衰竭洗腎病人，不在此限)。 (8)嚴重的腦血管或周邊血管病變，使日常生活無法自理，且無法接受重建手術者。 (9)免疫系統不全或其他全身性疾病，雖經治療仍預後不良者。 (10)藥癮、酒癮患者。</p> <p>4.含合併施行體外循環之費用。 5.不得加計急診加成。 6.肺臟捐贈者若為非保險對象，捐贈者摘取所需之檢驗費、手術費、麻</p>			<p>B.右心房平均壓力 > 6 mmHg。 C.平均肺動脈壓 mPAP>25mmHg。 D.心臟指數(Cardiac index) < 2.51 l/min/m²。 E.病人之臨床病況逐漸惡化，需長期依賴氧氣者。</p> <p>(3)Group C 囊性纖維化症或免疫缺乏症(Cystic Fibrosis or Immunodeficiency Disorders)：符合肺移植適應症之診斷並符合下列任一條件者： A.第一秒最大呼氣量(FEV1.0) < 40%預測值。 B.血中二氧化碳分壓(PaCO₂) 升高。 C.雖經藥物治療無效或情況仍逐漸惡化者。</p> <p>(4) Group D 限制性肺疾病 (Restrictive Lung Disease)：符合肺移植適應症之診斷並符合下列任一條件者： A.雖經藥物治療無效或情況仍逐漸惡化者。 B.需長期依賴氧氣者。</p> <p>3. 施行68037B 及68047B 之禁忌症：未控制及無法控制之感染。 (1)有無法控制的感染者。 (2)愛滋病帶原者，應符合財團法人器官捐贈移植登錄中心訂定之「捐贈者基準及待移植者之絕對與相對禁忌症、適應症與各器官疾病嚴重度分級表」規定。 (3)肺結核未完全治療者。 (4)有惡性腫瘤者，不宜肺臟移植： A.incidental renal carcinoma, in situ carcinoma(excluding bladder), Dukes' A colon cancer, basal cell carcinoma, 以上四者不影響肺臟移植。 B. malignant melanoma, breast cancer, GI carcinoma, lung cancer, 完全治療後，無癌症復發，未達五年者(disease-free interval < 5years)。 C.其他癌症，完全治療後，無癌症復發，未達兩年者(disease-free interval < 2years)。 (5)心智不正常或無法長期配合藥物治療者。 (6)肝硬化或GPT在正常值兩倍以上且有凝血異常者。 (7)中度以上腎功能不全者 (Creatinine > 3.0mg/dL或Ccr < 50 ml/min/1.73 m²)(需同時做腎臟移植之末期腎衰竭洗腎病人，不在此限)。 (8)嚴重的腦血管或周邊血管病變，使日常生活無法自理，且無法接受重建手術者。 (9)免疫系統不全或其他全身性疾病，雖經治療仍預後不良者。 (10)藥癮、酒癮患者。</p> <p>4.含合併施行體外循環之費用。 5.不得加計急診加成。 6.肺臟捐贈者若為非保險對象，捐贈者摘取所需之檢驗費、手術費、麻</p>	
--	--	--	---	--

	<p>醉費、材料費由保險人給付，而ICU費用及藥品費則僅給付施行摘取手術當日之費用。</p> <p>7.一般材料費及器官保存液費用，68037B得另加計<u>百分之六十九</u>、68047B得另加計<u>百分之七十五</u>。</p>																		
68040B	<p>經導管主動脈瓣膜置換術 Transcatheter Aortic Valve Implantation(TAVI) 註： 1.適應症：適用於嚴重主動脈狹窄病人，須具備以下二項條件。 (1)必要條件：（此四項條件須全部具備） A.有New York Heart Association Function Class II-IV 之心衰竭症狀。 B.以心臟超音波測量主動脈開口面積$<0.8\text{cm}^2$、$<0.6\text{cm}^2/\text{m}^2$、經主動脈瓣壓力差$\geq 40\text{mmHg}$或主動脈瓣血流流速$\geq 4.0\text{m/sec}$。 C.必須至少二位心臟外科專科醫師判定無法以傳統開心手術進行主動脈瓣膜置換或開刀危險性過高。 D.臨床判定病人至少有一年以上之存活機率。 (2)同時具備以下條件之一： A.無法接受開刀進行主動脈瓣膜置換或開刀危險性過高，STS Score$>10\%$，或 Logistic EuroSCORE I $>20\%$。 B.年齡為八十歲<u>以上</u>。 C.有以下情形之一者：先前接受過心臟手術（冠狀動脈繞道、心臟瓣膜手術）、嚴重主動脈鈣化（porcelain aorta）、胸腔燒灼後遺症，不可進行開心手術、曾接受過縱膈放射療法、嚴重結締組織疾病，導致不可進行手術、肝硬化（Child分級A或B），以及肺功能不全：FEV<1公升。</p> <p>2.支付規範： (1)醫院條件 A.專任之心臟內科、心臟外科醫師。 B.醫院每年需具五百例以上之心導管（含二百例以上介入性心臟導管手術）及二十五例以上主動脈瓣膜置換之手術案例。 C.需具有心導管X光攝影機等級及高效率空氣過濾器至少HEPA-10000等級之複合式（hybrid）手術室。 (2)醫師資格 A.須符合下述操作資格之心臟內科專科醫師及心臟外科專科醫師在場共同操作，隨時提供必要之緊急措施。 B.具有專科醫師五年以上資格。 C.具二十五例以上主動脈瓣膜置換手術（編號68016B），或三百例以上心臟介入治療之</p>	v	v	v	96975	68040B	<p>醉費、材料費由保險人給付，而ICU費用及藥品費則僅給付施行摘取手術當日之費用。</p> <p>7.一般材料費及器官保存液費用，68037B得另加計69%、68047B得另加計75%。</p>												
68040B	<p>經導管主動脈瓣膜置換術 Transcatheter Aortic Valve Implantation(TAVI) 註： 1.適應症：適用於嚴重主動脈狹窄病人，須具備以下二項條件。 (1)必要條件：（此四項條件須全部具備） A.有New York Heart Association Function Class II-IV 之心衰竭症狀。 B.以心臟超音波測量主動脈開口面積$<0.8\text{cm}^2$、$<0.6\text{cm}^2/\text{m}^2$、經主動脈瓣壓力差$\geq 40\text{mmHg}$或主動脈瓣血流流速$\geq 4.0\text{m/sec}$。 C.必須至少二位心臟外科專科醫師判定無法以傳統開心手術進行主動脈瓣膜置換或開刀危險性過高。 D.臨床判定病人至少有一年以上之存活機率。 (2)同時具備以下條件之一： A.無法接受開刀進行主動脈瓣膜置換或開刀危險性過高，STS Score$>10\%$，或 Logistic EuroSCORE I $>20\%$。 B.年齡為八十歲或更大。 C.有以下情形之一者：先前接受過心臟手術（冠狀動脈繞道、心臟瓣膜手術）、嚴重主動脈鈣化（porcelain aorta）、胸腔燒灼後遺症，不可進行開心手術、曾接受過縱膈放射療法、嚴重結締組織疾病，導致不可進行手術、肝硬化（Child分級A或B），以及肺功能不全：FEV<1公升。</p> <p>2.支付規範： (1)醫院條件 A.專任之心臟內科、心臟外科醫師。 B.醫院每年需具五百例以上之心導管（含二百例以上介入性心臟導管手術）及二十五例以上主動脈瓣膜置換之手術案例。 C.需具有心導管X光攝影機等級及高效率空氣過濾器至少HEPA-10000等級之複合式（hybrid）手術室。 (2)醫師資格 A.須符合下述操作資格之心臟內科專科醫師及心臟外科專科醫師在場共同操作，隨時提供必要之緊急措施。 B.具有專科醫師五年以上資格。 C.具二十五例以上主動脈瓣膜置換手術（編號68016B），或三百例以上心臟介入治療之</p>	v	v	v	96975														

	<p>C.須完成「經導管肺動脈瓣置換術」相關講習或操作訓練時數三十小時，並擔任手術第一助手五例以上。</p> <p>(2)須有心臟外科專科醫師隨時提供必要之緊急措施。</p> <p>(3)執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請核定。</p> <p>5.不得同時申報診療項目：暫時性人工心律調節器、心臟超音波掃描、體外循環心肺支持系統(編號68052B)、血氧EKG監測，以及肺動脈瓣擴張術(編號68029B及69033B)等項目。</p> <p>6.一般材料費，得加計<u>百分之十一</u>。</p> <p>7.需事前審查。</p>								
68042B	<p>右心室至肺動脈心導管連接術(萊斯特利術式) (Rastelli operation)</p> <p>註： 1.適應症：法洛氏四合症、肺動脈發育不全合併心室中膈缺損、大動脈轉位症合併心室中膈缺損與右心室出口阻塞。 2.含一般材料費，得另加計<u>百分之二十九</u>。</p>	v	v	v	48742				
68043B	<p>A型急性主動脈剝離術 Surgery for A type aortic dissection</p> <p>註： 1.一般材料費，得加計<u>百分之十一</u>。 2.不得同時申報編號68015B(係指主動脈瓣膜)、69024B、69036B。</p>	v	v	v	86451				
	<p>C.須完成「經導管肺動脈瓣置換術」相關講習或操作訓練時數三十小時，並擔任手術第一助手五例以上。</p> <p>(2)須有心臟外科專科醫師隨時提供必要之緊急措施。</p> <p>(3)執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請核定。</p> <p>5.不得同時申報診療項目：暫時性人工心律調節器、心臟超音波掃描、體外循環心肺支持系統(編號68052B)、血氧EKG監測，以及肺動脈瓣擴張術(編號68029B及69033B)等項目。</p> <p>6.一般材料費，得加計11%。</p> <p>7.需事前審查。</p>								
68042B	<p>右心室至肺動脈心導管連接術(萊斯特利術式) (Rastelli operation)</p> <p>註： 1.適應症：法洛氏四合症、肺動脈發育不全合併心室中膈缺損、大動脈轉位症合併心室中膈缺損與右心室出口阻塞。 2.含一般材料費，得另加計29%。</p>	v	v	v	48742				
68043B	<p>A型急性主動脈剝離術 Surgery for A type aortic dissection</p> <p>註： 1.一般材料費，得加計11%。 2.不得同時申報編號68015B(係指主動脈瓣膜)、69024B、69036B。</p>	v	v	v	86451				

第七項 動脈與靜脈 (69001-69043)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
69041B	<p>開放性股-股動脈或股-腘動脈或腋-股動脈繞道手術 Open Femoro-femoral bypass, Femoro-popliteal bypass, Axillo-femoral bypass</p> <p>1.適應症：四肢自體動脈粥樣硬化(I70.2~I70.7)。 2.限外科專科醫師執行。 3.一般材料費得另加計<u>百分之五十</u>。</p>		v	v	v	23272
69042B	<p>開放性膝下動脈繞道手術 Open femoro-infraknee distal bypass, one vessel or two vessels — 一條血管</p> <p>註： 1.適應症：四肢自體動脈粥樣硬化(I70.2~I70.7)。 2.限外科專科醫師執行。 3.一般材料費得另加計<u>百分之三十八</u>。</p>		v	v	v	31028
69043B	<p>— 兩條血管</p> <p>註： 1.適應症：四肢自體動脈粥樣硬化(I70.2~I70.7)。 2.限外科專科醫師執行。 3.一般材料費得另加計<u>百分之二十九</u>。</p>		v	v	v	40724

第七項 動脈與靜脈 (69001-69040)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
69041B	<p>開放性股-股動脈或股-腘動脈或腋-股動脈繞道手術 Open Femoro-femoral bypass, Femoro-popliteal bypass, Axillo-femoral bypass</p> <p>1.適應症：四肢自體動脈粥樣硬化(I70.2~I70.7)。 2.限外科專科醫師執行。 3.一般材料費得另加計<u>百分之五十</u>。</p>		v	v	v	23272
69042B	<p>開放性膝下動脈繞道手術 Open femoro-infraknee distal bypass, one vessel or two vessels — 一條血管</p> <p>註： 1.適應症：四肢自體動脈粥樣硬化(I70.2~I70.7)。 2.限外科專科醫師執行。 3.一般材料費得另加計<u>百分之三十八</u>。</p>		v	v	v	31028
69043B	<p>— 兩條血管</p> <p>註： 1.適應症：四肢自體動脈粥樣硬化(I70.2~I70.7)。 2.限外科專科醫師執行。 3.一般材料費得另加計<u>百分之二十九</u>。</p>		v	v	v	40724

第八項 造血與淋巴系統 Hemic & Lymphatic System						
二、根治性淋巴結切除Radical Lymphadenectomy (70201-70216)						
編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
70205B	標準腋下淋巴廓清術 Axillary lymph node dissection 註： 1.適應症：惡性乳癌、黑色素瘤及鱗狀上皮細胞癌。 2.一般材料費，得另加計 <u>百分之四十二</u> 。		v	v	v	13515

第九項 消化器 Digestive System						
二、胃Stomach (72001-72059)						
編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
72050B	內視鏡黏膜切除術 註： 1.適應症： (1)超過二公分無莖型之胃腸道息肉或黏膜病灶。 (2)早期胃腸道癌症(包括食道、胃、十二指腸、大腸、直腸)。 (3)胃腸道黏膜下腫瘤，如類癌(carcinoid)。 2.支付規範：不得同時申報之診療項目及編號：28016C、28017C、28030C、28031C、47074C、49014C、47043C、49026C、49023C、73008B、74207C。 3.內含一般材料費及拋棄式息肉切除環與先端部固定環費用，得另加計 <u>百分之六十三</u> 。		v	v	v	8199
72051B	腹腔鏡胃袖狀切除術 Laparoscopic Sleeve Gastrectomy 註： 1.適應症(須符合下列各項條件)： (1)身體質量指數BMI \geq 37.5Kg/m ² ；BMI \geq 32.5Kg/m ² 合併有高危險併發症，如：第二型糖尿病病人糖化血色素經內科治療後仍 \geq 7.5%、高血壓、呼吸中止症候群等。 (2)須減重門診滿半年(或門診相關佐證滿半年)及經運動及飲食控制在半年以上。 (3)年齡在二十歲 <u>以上</u> 至 <u>未滿六十六</u> 歲。 (4)無其它內分泌疾病引起之病態肥胖。 (5)無酗酒、嗑藥及其它精神疾病。 (6)精神狀態健全，經由精神科專科醫師會診認定無異常。 2.限消化外科專科醫師執行。 3.含一般材料費，得另加計百分之二十四。		v	v	v	38360
72052B	腹腔鏡胃繞道手術 Laparoscopic Gastric Bypass 註： 1.適應症(須符合下列各項條件)： (1)身體質量指數BMI \geq 37.5Kg/m ² ；BMI \geq 32.5Kg/m ² 合併有高		v	v	v	41697

第八項 造血與淋巴系統 Hemic & Lymphatic System						
二、根治性淋巴結切除Radical Lymphadenectomy (70201-70216)						
編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
70205B	標準腋下淋巴廓清術 Axillary lymph node dissection 註： 1.適應症：惡性乳癌、黑色素瘤及鱗狀上皮細胞癌。 2.一般材料費，得另加計41%。		v	v	v	13515

第九項 消化器 Digestive System						
二、胃Stomach (72001-72059)						
編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
72050B	內視鏡黏膜切除術 註： 1.適應症： (1)超過二公分無莖型之胃腸道息肉或黏膜病灶。 (2)早期胃腸道癌症(包括食道、胃、十二指腸、大腸、直腸)。 (3)胃腸道黏膜下腫瘤，如類癌(carcinoid)。 2.支付規範：不得同時申報之診療項目及編號：28016C、28017C、28030C、28031C、47074C、49014C、47043C、49026C、49023C、73008B、74207C。 3.內含一般材料費及拋棄式息肉切除環與先端部固定環費用，得另加計63%。		v	v	v	8199
72051B	腹腔鏡胃袖狀切除術 Laparoscopic Sleeve Gastrectomy 註： 1.適應症(須符合下列各項條件)： (1)身體質量指數BMI \geq 37.5Kg/m ² ；BMI \geq 32.5Kg/m ² 合併有高危險併發症，如：第二型糖尿病病人糖化血色素經內科治療後仍 \geq 7.5%、高血壓、呼吸中止症候群等。 (2)須減重門診滿半年(或門診相關佐證滿半年)及經運動及飲食控制在半年以上。 (3)年齡在二十歲至六十五歲 <u>間</u> 。 (4)無其它內分泌疾病引起之病態肥胖。 (5)無酗酒、嗑藥及其它精神疾病。 (6)精神狀態健全，經由精神科專科醫師會診認定無異常。 2.限消化外科專科醫師執行。 3.含一般材料費，得另加計百分之二十四。		v	v	v	38360
72052B	腹腔鏡胃繞道手術 Laparoscopic Gastric Bypass 註： 1.適應症(須符合下列各項條件)： (1)身體質量指數BMI \geq 37.5Kg/m ² ；BMI \geq 32.5Kg/m ² 合併有高		v	v	v	41697

一、第十七項六、水晶體新增通則：增列每月門診及住診白內障手術加總超過四十例之醫師，自第四十一例起，須完成事前登錄規定。並配合刪除總則十附表須事前審查之診療項目序號二「白內障手術」事前審查規定。
二、其餘屬修正年齡限制用詞及統一將數字以文字呈現等文字修正。

<p>危險併發症，如：第二型糖尿病病人糖化血色素經內科治療後仍$\geq 7.5\%$、高血壓、呼吸中止症候群等。</p> <p>(2)須減重門診滿半年(或門診相關佐證滿半年)及經運動及飲食控制在半年以上。</p> <p>(3)年齡在二十歲以上至未滿六十六歲。</p> <p>(4)無其它內分泌疾病引起之病態肥胖。</p> <p>(5)無酗酒、嗑藥及其它精神疾病。</p> <p>(6)精神狀態健全，經由精神科專科醫師會診認定無異常。</p> <p>2.限消化外科專科醫師執行。</p> <p>3.含一般材料費，得另加計百分之二十三。</p>					
--	--	--	--	--	--

<p>危險併發症，如：第二型糖尿病病人糖化血色素經內科治療後仍$\geq 7.5\%$、高血壓、呼吸中止症候群等。</p> <p>(2)須減重門診滿半年(或門診相關佐證滿半年)及經運動及飲食控制在半年以上。</p> <p>(3)年齡在二十歲至六十五歲間。</p> <p>(4)無其它內分泌疾病引起之病態肥胖。</p> <p>(5)無酗酒、嗑藥及其它精神疾病。</p> <p>(6)精神狀態健全，經由精神科專科醫師會診認定無異常。</p> <p>2.限消化外科專科醫師執行。</p> <p>3.含一般材料費，得另加計百分之二十三。</p>					
---	--	--	--	--	--

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

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

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

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

第十一項 肝、膽、胰						第十一項 肝、膽、胰							
編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
75020B	肝臟移植 Liver(Hepatic) transplantation 註： 1.施行本項及75021B或75022B手術之醫院及醫師條件應報請中央衛生主管機關核定，並向保險人申請核備，如醫院條件變更或主持醫師異動時，仍應重行報請核定。 2.施行本項之適應症如下，並應由醫院申報事前審查： (1)先天性膽道閉鎖 (2)先天性肝臟代謝疾病，如 A.威爾遜氏病 B.酪胺酸代謝症 C.α1抗胰蛋白酶缺乏症 D.家族性高膽固醇血症 E.肝醣堆積疾病 (3)肝硬化，包括： A.病毒性肝炎引起之肝硬化 B.酒精性肝硬化 C.不明原因之肝硬化 (4)原發性膽汁性肝硬化 (5)硬化性膽管炎 (6)原發性肝惡性腫瘤：限於肝硬化病人合併有小型肝癌者 (7)Budd-Chiari症候群 (8)猛爆性肝炎或藥物引起之急性肝衰竭 3.含合併施行心肺體外循環之費用，全部或部份肝臟植入皆以本項申報。 4.不得加計急診加成。 5.肝臟捐贈者若為非保險對象，其捐贈者摘取所需之檢驗費、手術費、麻醉費、材料費由保險人給付，而ICU費用及藥品費則僅給付施行摘取手術當日之費用。 6.一般材料費及器官保存液費用，得另加計 <u>百分之八十一</u> 。		v	v	v	248552	75020B	肝臟移植 Liver(Hepatic) transplantation 註： 1.施行本項及75021B或75022B手術之醫院及醫師條件應報請中央衛生主管機關核定，並向保險人申請核備，如醫院條件變更或主持醫師異動時，仍應重行報請核定。 2.施行本項之適應症如下，並應由醫院申報事前審查： (1)先天性膽道閉鎖 (2)先天性肝臟代謝疾病，如 A.威爾遜氏病 B.酪胺酸代謝症 C.α1抗胰蛋白酶缺乏症 D.家族性高膽固醇血症 E.肝醣堆積疾病 (3)肝硬化，包括： A.病毒性肝炎引起之肝硬化 B.酒精性肝硬化 C.不明原因之肝硬化 (4)原發性膽汁性肝硬化 (5)硬化性膽管炎 (6)原發性肝惡性腫瘤：限於肝硬化病人合併有小型肝癌者 (7)Budd-Chiari症候群 (8)猛爆性肝炎或藥物引起之急性肝衰竭 3.含合併施行心肺體外循環之費用，全部或部份肝臟植入皆以本項申報。 4.不得加計急診加成。 5.肝臟捐贈者若為非保險對象，其捐贈者摘取所需之檢驗費、手術費、麻醉費、材料費由保險人給付，而ICU費用及藥品費則僅給付施行摘取手術當日之費用。 6.一般材料費及器官保存液費用，得另加計81%。		v	v	v	248552
75418B	屍體胰臟器官移植 Cadaver Pancreas Transplant 註： 1.施行本項及75419B手術之醫院及醫師條件應報請中央衛生主管機關核定，並向保險人申請核備，如醫院條件變更或主持醫師異動時，仍應重行報請核定。 2.不得加計急診加成。 3.胰臟捐贈者若為非保險對象，其捐贈者摘取所需之檢查費、手術費、麻醉費、手術材料費由健保給付，而ICU費用及藥品費則僅給付施行摘取手術當日之費用。 4.施行本項適應症如下，並應由醫院申報事前審查： (1)第一型糖尿病或低胰島素分泌患者，併有糖尿病合併症產生，如腎病變、視網膜病變、神經病變、心腦血管病變。 (2)第一型糖尿病或低胰島素分泌患者，常因血糖過低或過高引發生命威脅者。 (3)第一型糖尿病或低胰島素分泌患者，因血糖控制不易產生求學、就業及日常生活困難者。 (4)第二型糖尿病患者，已使用胰島		v	v	v	178634	75418B	屍體胰臟器官移植 Cadaver Pancreas Transplant 註： 1.施行本項及75419B手術之醫院及醫師條件應報請中央衛生主管機關核定，並向保險人申請核備，如醫院條件變更或主持醫師異動時，仍應重行報請核定。 2.不得加計急診加成。 3.胰臟捐贈者若為非保險對象，其捐贈者摘取所需之檢查費、手術費、麻醉費、手術材料費由健保給付，而ICU費用及藥品費則僅給付施行摘取手術當日之費用。 4.施行本項適應症如下，並應由醫院申報事前審查： (1)第一型糖尿病或低胰島素分泌患者，併有糖尿病合併症產生，如腎病變、視網膜病變、神經病變、心腦血管病變。 (2)第一型糖尿病或低胰島素分泌患者，常因血糖過低或過高引發生命威脅者。 (3)第一型糖尿病或低胰島素分泌患者，因血糖控制不易產生求學、就業及日常生活困難者。 (4)第二型糖尿病患者，已使用胰島		v	v	v	178634

	素注射治療，且合併有腎衰竭現象者，但胰島素注射量需少於1.5 units/kg/day，且無其他器官嚴重疾病。 5.一般材料費及器官保存液費用，得另加計 <u>百分之八十四</u> 。					
75419B	屍體捐胰摘取 Pancreas Harvest 註：一般材料費，得另加計 <u>百分之三十八</u> 。	v	v	v		115245

	素注射治療，且合併有腎衰竭現象者，但胰島素注射量需少於1.5 units/kg/day，且無其他器官嚴重疾病。 5.一般材料費及器官保存液費用，得另加計84%。					
75419B	屍體捐胰摘取 Pancreas Harvest 註：一般材料費，得另加計38%。	v	v	v		115245

第十二項 泌尿及男性生殖

一、腎臟Kidney (76001-76037)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
76020B	腎臟移植 Renal implantation 註：一般材料費及器官保存液費用，得另加計 <u>百分之八十一</u> 。		v	v	v	106128

第十二項 泌尿及男性生殖

一、腎臟Kidney (76001-76037)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
76020B	腎臟移植 Renal implantation 註：一般材料費及器官保存液費用，得另加計81%。		v	v	v	106128

二、輸尿管 Ureter (77001-77040)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
77026B	輸尿管鏡取石術及碎石術 Ureteroscopy & removal of ureteral stone — 單純內視鏡操作方式simple endoscopic 註：含鏡檢費用在內。		v	v	v	5537
77027B	— 併用超音波或電擊方式with SONO/EHL 註：含鏡檢及超音波費用在內。		v	v	v	9259
77028B	— 併用雷射治療方式 註： 1.含鏡檢費用在內。 2.77028B含一般材料費及雷射光纖，得另加計 <u>百分之九十一</u> 。		v	v	v	7446
77030B	腹腔鏡輸尿管取石術 <u>Laparoscopic</u> Ureterolithotomy		v	v	v	7410

二、輸尿管 Ureter (77001-77040)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
77026B	輸尿管鏡取石術及碎石術 Ureteroscopy & removal of ureteral stone — 單純內視鏡操作方式simple endoscopic 註：含鏡檢費用在內。		v	v	v	5537
77027B	— 併用超音波或電擊方式with SONO/EHL 註：含鏡檢及超音波費用在內。		v	v	v	9259
77028B	— 併用雷射治療方式 註： 1.含鏡檢費用在內。 2.77028B含一般材料費及雷射光纖，得另加計91%。		v	v	v	7446
77030B	腹腔鏡輸尿管取石術 Ureterolithotomy		v	v	v	7410

十、前列腺Prostate (79401-79417)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
79416C	前列腺切片-超音波導引 Transrectal ultrasound guided prostate biopsy 註： 1.限泌尿科專科醫師執行。 2.不得同時申報編號79401C及19017C。 3.一般材料費，得另加計 <u>百分之十七</u> 。	v	v	v	v	3167

十、前列腺Prostate (79401-79417)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
79416C	前列腺切片-超音波導引 Transrectal ultrasound guided prostate biopsy 註： 1.限泌尿科專科醫師執行。 2.不得同時申報編號79401C及19017C。 3.一般材料費，得另加計17%。	v	v	v	v	3167

第十三項 女性生殖

五、子宮體 Corpus Uteri (80401-80430)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
80416B	腹腔鏡全子宮切除術 <u>Laparoscopic</u> hysterectomy 註：不得同時申報80430B。		v	v	v	29753
80425C	腹腔鏡子宮肌瘤切除術	v	v	v	v	25907

第十三項 女性生殖

五、子宮體 Corpus Uteri (80401-80430)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
80416B	腹腔鏡全子宮切除術 Laparoscopy hysterectomy 註：不得同時申報80430B。		v	v	v	29753
80425C	腹腔鏡子宮肌瘤切除術	v	v	v	v	25907

Laparoscopic myomectomy 註：不得同時申報80430B。					
--	--	--	--	--	--

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
81011C	有妊娠併發症之剖腹產術 Cesarean section in complicated pregnancy (defined as cases with preeclampsia, eclampsia, GDM, malpresentation, and documented major medical or surgical complications) 註： 1.合併非治療性闌尾切除不另給付。 2.妊娠併發症係指： (1)子癩前症、子癩症、妊娠糖尿病、胎位不正、和有病歷記載之內外科併發症者。 (2)妊娠二十二週以上至未滿三十三週早產病患。(排除胎死腹中，及符合優生保健法之中止妊娠) (3)四十歲以上初產婦。 (4) BMI \geq 35之初產婦。 (5)嚴重妊娠高血壓。 (6)胎兒生長遲緩或胎兒發育異常者(IUGR)或胎盤功能異常者。 (7)妊娠合併內科疾病：心臟病、糖尿病、甲狀腺疾病、腎臟疾病(NS, IgA, ESRD)、免疫性疾病(SLE)、血小板低下症。 (8)白血病。 (9)血友病(Coagulopathy)。 (10)愛滋病。 (11)產後大出血者。 (12)胎盤早期剝離。 (13)合併接受外科手術者。 (14)雙胞胎輸血症候群。 3.屬西醫基層院所西醫基層總額部門院所，本項以原81004C支付點數8902點申報。	v	v	v	v	19999
81034C	有妊娠併發症之陰道產 Vaginal delivery in complicated pregnancy (defined as cases with preeclampsia, eclampsia, GDM, malpresentation, and documented major medical or surgical complications) 註： 1.妊娠併發症係指： (1)子癩前症、子癩症、妊娠糖尿病、胎位不正、和有病歷記載之內外科併發症者。 (2)妊娠二十二週以上至未滿三十三週早產病患。(排除胎死腹中，及符合優生保健法之中止妊娠) (3)四十歲以上初產婦。 (4) BMI \geq 35之初產婦。 (5)嚴重妊娠高血壓。 (6)胎兒生長遲緩或胎兒發育異常者(IUGR)或胎盤功能異常者。 (7)妊娠合併內科疾病：心臟病、糖尿病、甲狀腺疾病、腎臟疾病(NS, IgA, ESRD)、免疫性疾病	v	v	v	v	19999

Laparoscopy myomectomy 註：不得同時申報80430B。					
---	--	--	--	--	--

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
81011C	有妊娠併發症之剖腹產術 Cesarean section in complicated pregnancy (defined as cases with preeclampsia, eclampsia, GDM, malpresentation, and documented major medical or surgical complications) 註： 1.合併非治療性闌尾切除不另給付。 2.妊娠併發症係指： (1)子癩前症、子癩症、妊娠糖尿病、胎位不正、和有病歷記載之內外科併發症者。 (2)妊娠二十二週至三十二週早產病患。(排除胎死腹中，及符合優生保健法之中止妊娠) (3)四十歲(含)以上初產婦。 (4) BMI \geq 35之初產婦。 (5)嚴重妊娠高血壓。 (6)胎兒生長遲緩或胎兒發育異常者(IUGR)或胎盤功能異常者。 (7)妊娠合併內科疾病：心臟病、糖尿病、甲狀腺疾病、腎臟疾病(NS, IgA, ESRD)、免疫性疾病(SLE)、血小板低下症。 (8)白血病。 (9)血友病(Coagulopathy)。 (10)愛滋病。 (11)產後大出血者。 (12)胎盤早期剝離。 (13)合併接受外科手術者。 (14)雙胞胎輸血症候群。 3.屬西醫基層院所西醫基層總額部門院所，本項以原81004C支付點數8902點申報。	v	v	v	v	19999
81034C	有妊娠併發症之陰道產 Vaginal delivery in complicated pregnancy (defined as cases with preeclampsia, eclampsia, GDM, malpresentation, and documented major medical or surgical complications) 註： 1.妊娠併發症係指： (1)子癩前症、子癩症、妊娠糖尿病、胎位不正、和有病歷記載之內外科併發症者。 (2)妊娠二十二週至三十二週早產病患。(排除胎死腹中，及符合優生保健法之中止妊娠) (3)四十歲(含)以上初產婦。 (4) BMI \geq 35之初產婦。 (5)嚴重妊娠高血壓。 (6)胎兒生長遲緩或胎兒發育異常者(IUGR)或胎盤功能異常者。 (7)妊娠合併內科疾病：心臟病、糖尿病、甲狀腺疾病、腎臟疾病(NS, IgA, ESRD)、免疫性疾病	v	v	v	v	19999

(SLE)、血小板低下症。 (8)白血病。 (9)血友病(Coagulopathy)。 (10)愛滋病。 (11)產後大出血者。 (12)胎盤早期剝離。 (13)合併接受外科手術者。 (14)雙胞胎輸血症候群。 2.包括會陰切開術，縫合術及胎盤剝離等。					
--	--	--	--	--	--

(SLE)、血小板低下症。 (8)白血病。 (9)血友病(Coagulopathy)。 (10)愛滋病。 (11)產後大出血者。 (12)胎盤早期剝離。 (13)合併接受外科手術者。 (14)雙胞胎輸血症候群。 2.包括會陰切開術，縫合術及胎盤剝離等。					
--	--	--	--	--	--

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
82007B	副甲狀腺切除術 Parathyroidectomy —單純性 Simple		v	v	v	10799
82018B	—亞全切除術 Subtotal 註： 1.適應症： (1)嚴重之腎性副甲狀腺機能亢進 (腎衰竭後併發之副甲狀腺機能亢進而無法以藥物控制者)。 (2)原發性副甲狀腺機能亢進中病理變化為多顆副甲狀腺增生者。 2.含一般材料費，得另加計 <u>百分之十六</u> 。		v	v	v	30119
82019B	—全切除術 Total 註： 1.適應症： (1)嚴重之腎性副甲狀腺機能亢進 (腎衰竭後併發之副甲狀腺機能亢進而無法以藥物控制者)。 (2)原發性副甲狀腺機能亢進中病理變化為多顆副甲狀腺增生者。 2.含一般材料費，得另加計 <u>百分之十五</u> 。		v	v	v	42153

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
82007B	副甲狀腺切除術 Parathyroidectomy —單純性 Simple		v	v	v	10799
82018B	—亞全切除術 Subtotal 註： 1.適應症： (1)嚴重之腎性副甲狀腺機能亢進 (腎衰竭後併發之副甲狀腺機能亢進而無法以藥物控制者)。 (2)原發性副甲狀腺機能亢進中病理變化為多顆副甲狀腺增生者。 2.含一般材料費，得另加計16%。		v	v	v	30119
82019B	—全切除術 Total 註： 1.適應症： (1)嚴重之腎性副甲狀腺機能亢進 (腎衰竭後併發之副甲狀腺機能亢進而無法以藥物控制者)。 (2)原發性副甲狀腺機能亢進中病理變化為多顆副甲狀腺增生者。 2.含一般材料費，得另加計15%。		v	v	v	42153

第十五項 神經外科Neurosurgery (83001-83105)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
83001B	腦微血管減壓術 Microvascular decompression 註： 1.限神經外科專科醫師施行。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <u>百分之一百零四</u> 。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	19562
83013C	頭顱穿洞術（止血引流、穿刺檢查） Burr hole (trephination) for hemostasis, drainage or ventricular puncture 註： 1.如以顱骨穿孔術實施其他神經外科手術，按各該手術項目所訂點數申報。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <u>百分之三百十四</u> 。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v	v	3786
83014C	—每加一孔 one hole added	v	v	v	v	2571

第十五項 神經外科Neurosurgery (83001-83105)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
83001B	腦微血管減壓術 Microvascular decompression 註： 1.限神經外科專科醫師施行。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計104%。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	19562
83013C	頭顱穿洞術（止血引流、穿刺檢查） Burr hole (trephination) for hemostasis, drainage or ventricular puncture 註： 1.如以顱骨穿孔術實施其他神經外科手術，按各該手術項目所訂點數申報。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計314%。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v	v	3786
83014C	—每加一孔 one hole added	v	v	v	v	2571

83015C	顱骨切除術 Craniectomy 註： 1.包括異物移除(remove F.B) 或減壓(decompression) 或神經切斷(neurotomy)。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <u>百分之一百三十一</u> 。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。 4.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數12650點申報。	v	v	v	v	13662	83015C	顱骨切除術 Craniectomy 註： 1.包括異物移除(remove F.B) 或減壓(decompression) 或神經切斷(neurotomy)。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計131%。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。 4.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數12650點申報。	v	v	v	v	13662
83016B	頭顱成形術 Cranioplasty 註： 1.限神經外科專科醫師施行。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <u>百分之一百四十八</u> 。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	11210	83016B	頭顱成形術 Cranioplasty 註： 1.限神經外科專科醫師施行。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計148%。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	11210
83017B	腦瘤切除 Brain tumor (I.C.T. / cephalocele) 註：限神經外科專科醫師施行。 —腦瘤大小三公分以內 ≤3cm 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <u>百分之九十六</u> 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v		32193	83017B	腦瘤切除 Brain tumor (I.C.T. / cephalocele) 註：限神經外科專科醫師施行。 —腦瘤大小三公分以內 ≤3cm 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計96%。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v		32193
83018B	—腦瘤大小介於三至六公分 3~6cm 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <u>百分之八十</u> 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v		52106	83018B	—腦瘤大小介於三至六公分 3~6cm 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計80%。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v		52106
83019B	—腦瘤大小六公分以上 >6cm 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <u>百分之七十八</u> 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v		56942	83019B	—腦瘤大小六公分以上 >6cm 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計78%。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v		56942
83036C	硬腦膜外血腫清除術 Removal of epidural hematoma 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <u>百分之一百零四</u> 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。 3.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數19371點申報。	v	v	v	v	20921	83036C	硬腦膜外血腫清除術 Removal of epidural hematoma 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計104%。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。 3.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數19371點申報。	v	v	v	v	20921
83037C	急性硬腦膜下血腫清除術 Removal of acute subdural hematoma 註： 1.限急診患者申報並不得加算急診加成。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <u>百分之一百零六</u> 。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。 4.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數18729點申報。	v	v	v	v	20227	83037C	急性硬腦膜下血腫清除術 Removal of acute subdural hematoma 註： 1.限急診患者申報並不得加算急診加成。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計106%。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。 4.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數18729點申報。	v	v	v	v	20227
83038C	慢性硬腦膜下血腫清除術 Removal of chronic subdural hematoma 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <u>百分之一百三十二</u> 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v	v	12530	83038C	慢性硬腦膜下血腫清除術 Removal of chronic subdural hematoma 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計132%。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v	v	12530

83039B	腦內血腫清除術 Removal of intracerebral hematoma 註： 1.限神經外科專科醫師施行。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <u>百分之百</u> 。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v	22904	83039B	腦內血腫清除術 Removal of intracerebral hematoma 註： 1.限神經外科專科醫師施行。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計100%。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v	22904
83047B	腦膜或脊髓膜突出修補術 Repair of meningocele or encephalocele 註： 1.限神經外科及骨科專科醫師施行。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <u>百分之一百十</u> 。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v	17315	83047B	腦膜或脊髓膜突出修補術 Repair of meningocele or encephalocele 註： 1.限神經外科及骨科專科醫師施行。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計110%。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v	17315
83056B	癲癇症腦葉切除術 Brain lobectomy for epilepsy 註： 1.包括腦皮質及深部腦波圖(EEG)在內。 2.腦葉切斷術(lobotomy)、胼胝體(corpus callosum)切斷術，焦點切除或破壞(focal excision or destruction)，腦下垂體切除術(pituitectomy)及大腦半球切除術比照申報。 3.限神經外科專科醫師施行。 4.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <u>百分之七十七</u> 。 5.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v	49410	83056B	癲癇症腦葉切除術 Brain lobectomy for epilepsy 註： 1.包括腦皮質及深部腦波圖(EEG)在內。 2.腦葉切斷術(lobotomy)、胼胝體(corpus callosum)切斷術，焦點切除或破壞(focal excision or destruction)，腦下垂體切除術(pituitectomy)及大腦半球切除術比照申報。 3.限神經外科專科醫師施行。 4.一般材料費及特殊材料費，得另加計77%。 5.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v	49410
83057B	經由蝶竇之腦下垂體瘤切除 Transsphenoidal removal of pituitary adenoma 註： 1.限神經外科專科醫師施行。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <u>百分之八十六</u> 。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v	30571	83057B	經由蝶竇之腦下垂體瘤切除 Transsphenoidal removal of pituitary adenoma 註： 1.限神經外科專科醫師施行。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計86%。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v	30571
83063B	顱內外血管吻合術 EC-IC by-pass 註： 1.限神經外科專科醫師施行。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <u>百分之九十九</u> 。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v	21751	83063B	顱內外血管吻合術 EC-IC by-pass 註： 1.限神經外科專科醫師施行。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計99%。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v	21751
83064B	開顱術摘除血管病變 Craniotomy for vascular lesions 註：限神經外科專科醫師施行。 — 腦血管瘤 aneurysms 1. 無病徵的 asymptomatic 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <u>百分之七十四</u> 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v	48388	83064B	開顱術摘除血管病變 Craniotomy for vascular lesions 註：限神經外科專科醫師施行。 — 腦血管瘤 aneurysms 1. 無病徵的 asymptomatic 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計74%。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v	48388
83065B	2.有病徵的 symptomatic 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <u>百分之七十三</u> 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v	50389	83065B	2.有病徵的 symptomatic 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計73%。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v	50389
83066B	3.巨大的 giant 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加	v	v	v	53750	83066B	3.巨大的 giant 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加	v	v	v	53750

83067B	計 <u>百分之七十三</u> 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。 — 動靜脈畸型 Arteriovenous malformations 1.小型 small ($D \leq 2.5\text{cm}$) (1)表淺 superficial 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <u>百分之八十一</u> 。	v	v	v	36000	83067B	計73%。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。 — 動靜脈畸型 Arteriovenous malformations 1.小型 small ($D \leq 2.5\text{cm}$) (1)表淺 superficial 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計81%。	v	v	v	36000
83068B	2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。 (2)深部 deep 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <u>百分之七十七</u> 。	v	v	v	42000	83068B	2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。 (2)深部 deep 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計77%。	v	v	v	42000
83069B	2.中型 medium ($2.5\text{cm} < D \leq 5\text{cm}$) (1)表淺 superficial 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <u>百分之七十四</u> 。	v	v	v	48000	83069B	2.中型 medium ($2.5\text{cm} < D \leq 5\text{cm}$) (1)表淺 superficial 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計74%。	v	v	v	48000
83070B	2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。 (2)深部 deep 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <u>百分之七十二</u> 。	v	v	v	54000	83070B	2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。 (2)深部 deep 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計72%。	v	v	v	54000
83071B	2. 大型 large ($D > 5\text{cm}$) 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <u>百分之七十</u> 。	v	v	v	64500	83071B	2. 大型 large ($D > 5\text{cm}$) 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計70%。	v	v	v	64500
83079B	高頻熱凝療法 Radiofrequency coagulation 1.申請人檢附資料應符合之要件： (1)病歷應記載清楚、詳實及病史完整。須有理學檢查、術前術後 Image-guided、OP note、疼痛量表等相關資料，以佐證實施之必要性。 (2)需為中重度、慢性疼痛且經藥物、復健治療等保守療法三個月後未改善。 (3)單一部位首次實施前需至少施行一次影像輔助診斷性阻斷(image-guided diagnostic block)，二週後倘症狀未緩解，才可施行RF，需檢附影像副本以資佐證。 2.施行本項之適應症如下，並應由醫院申請事前審查： (1)需為脊椎小關節症候群(Facet Joint Syndrome)引起的疼痛者。 (2)三叉神經痛、惡性腫瘤引起神經疼痛者。 (3)Neuropathic pain，如postherpetic neuropathic pain等。 (4)脊椎手術後疼痛症候群 (Failed Back Surgery Syndrome,FBSS)、慢性脊椎疼痛(Chronic spinal pain)、後背根神經節、其他周邊神經痛等。 3.治療次數與限制：	v	v	v	5360	83079B	高頻熱凝療法 Radiofrequency coagulation 1.申請人檢附資料應符合之要件： (1)病歷應記載清楚、詳實及病史完整。須有理學檢查、術前術後 Image-guided、OP note、疼痛量表等相關資料，以佐證實施之必要性。 (2)需為中重度、慢性疼痛且經藥物、復健治療等保守療法三個月後未改善。 (3)單一部位首次實施前需至少施行一次影像輔助診斷性阻斷(image-guided diagnostic block)，二週後倘症狀未緩解，才可施行RF，需檢附影像副本以資佐證。 2.施行本項之適應症如下，並應由醫院申請事前審查： (1)需為脊椎小關節症候群(Facet Joint Syndrome)引起的疼痛者。 (2)三叉神經痛、惡性腫瘤引起神經疼痛者。 (3)Neuropathic pain，如postherpetic neuropathic pain等。 (4)脊椎手術後疼痛症候群 (Failed Back Surgery Syndrome,FBSS)、慢性脊椎疼痛(Chronic spinal pain)、後背根神經節、其他周邊神經痛等。 3.治療次數與限制：	v	v	v	5360

	(1)同區域重複治療以間隔六個月以上為原則，並應附施予高頻熱凝療法後之衛教紀錄與疼痛量表，個案病情如需於三至六個月內同區域重複施行者，應另檢附精神科醫師或心理治療師或疼痛科醫師之治療評估紀錄。 (2)一次施行一個區域，共分五個區域：腰薦椎、胸椎、頸椎、頭部、周邊神經等五大部位。同一手術野內同時施行多點處置，視為單一處置申報。 4.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <u>百分之九十八</u> 。 5.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。																					
83087B	顏面神經減壓術 Facial nerve decompression 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <u>百分之一百四十四</u> 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v	10900							v	v	v	10900							
83088B	顱底瘤手術 Skull Base Tumor Surgery 註： 1.適應症：腫瘤必須大於三公分以上，或是位於 C-P angle 部位之腫瘤大於四公分以上。 2.申報時請附上術前以及術後之X光片。 3.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <u>百分之六十五</u> 。 4.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v	84082							v	v	v	84082							
83102K	迷走神經刺激術（VNS）一植入 註： 1.適應症： (1)無法以抗癲癇藥控制病情的頑固型癲癇病患。 (2)頑固型癲癇病患定義：已服用或曾服用二種以上具適應症並已達有效劑量之抗癲癇藥物至少一年以上，仍無法控制發作。 2.支付規範： (1)特殊專科別限制：神經外科。 (2)執行頻率：須事前審查，每人僅需執行一次。 (3)不得同時申報56037B「深部腦核電生理定位」、83056B「癲癇症腦葉切除術」、83084B「立體定位術-功能性失調」及72029B「迷走神經切斷術」。 (4)含一般材料費，得另加計 <u>百分之十二</u> 。			v	18242									v	18242							

第十六項 聽器Auditory System

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
84038B	人工電子耳手術(人工耳蝸植入術) 註： 限設有聽語復健治療團隊(包括耳鼻喉科專科醫師或復健專科醫師、聽力師、語言治療師等)之醫院申報，施行本項適應症如下： 1.兒童(未滿十八歲)：		v	v	v	20250

第十六項 聽器Auditory System

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
84038B	人工電子耳手術(人工耳蝸植入術) 註： 限設有聽語復健治療團隊(包括耳鼻喉科專科醫師或復健專科醫師、聽力師、語言治療師等)之醫院申報，施行本項適應症如下： 1.兒童(小於十八歲)：		v	v	v	20250

<p>(1)兩耳聽力損失呈≥ 90dB HL (0.5、1、2、4K Hz)。</p> <p>(2)先前使用助聽器三至六個月以上，助聽後開放式語言測試得分 (Speech perception score) < 50%，或是噪聲下語詞測驗得分 (Word recognition score) < 30%。無手術植入電極之禁忌。</p> <p>2.成人：</p> <p>(1)學語後失聰且兩耳聽力損失呈≥ 70dB HL (0.5、1、2、4K Hz)。</p> <p>(2)先前使用助聽器六個月以上，助聽後開放式語言測試得分 (Speech perception score) < 50%。</p> <p>(3)無手術植入電極之禁忌。</p>					
---	--	--	--	--	--

<p>(1)兩耳聽力損失呈≥ 90dB HL (0.5、1、2、4K Hz)。</p> <p>(2)先前使用助聽器三至六個月以上，助聽後開放式語言測試得分 (Speech perception score) < 50%，或是噪聲下語詞測驗得分 (Word recognition score) < 30%。無手術植入電極之禁忌。</p> <p>2.成人：</p> <p>(1)學語後失聰且兩耳聽力損失呈≥ 70dB HL (0.5、1、2、4K Hz)。</p> <p>(2)先前使用助聽器六個月以上，助聽後開放式語言測試得分 (Speech perception score) < 50%。</p> <p>(3)無手術植入電極之禁忌。</p>					
---	--	--	--	--	--

第十七項、視器 Visual System

二、角膜Cornea (85201~85217)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
85212B	板層角膜移植術 Lamellar keratoplasty 註：1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <u>百分之一百零八</u> 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	10560
85213B	穿透性角膜移植術 Penetrating keratoplasty 註：1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <u>百分之一百</u> 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	14868
85215B	深層前角膜移植 Deep Anterior Lamellar Keratoplasty 註：1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <u>百分之六十七</u> 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	17740
85216B	角膜內皮移植 Descemet's Stripping Automated Endothelial Keratoplasty 註：1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <u>百分之八十二</u> 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	18585
85217B	角膜內皮移植 (使用已分離之角膜) Descemet's Stripping Automated Endothelial Keratoplasty with pre-cut cornea 註：1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <u>百分之五十三</u> 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	16478

六、水晶體 Crystalline Lens (86001-86013)

通則：

- 1.限眼科專科醫師施行後申報。
- 2.每月門、住診白內障手術(含86006C、86007C、86008C、86011C、86012C，以及97605K、97606A、97607B、97608C所內含前揭項目)加總超過四十例之醫師，自事實發生之當月起算，第四十一例以上須於申報費用前，至VPN「白內障手術個案登錄系統」，取得「登錄完成序號」，並於申報時填列此序號，方得支付。

第十七項、視器 Visual System

二、角膜Cornea (85201~85217)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
85212B	板層角膜移植術 Lamellar keratoplasty 註：1.一般材料費及特殊材料費，得另加計108%。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	10560
85213B	穿透性角膜移植術 Penetrating keratoplasty 註：1.一般材料費及特殊材料費，得另加計100%。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	14868
85215B	深層前角膜移植 Deep Anterior Lamellar Keratoplasty 註：1.一般材料費及特殊材料費，得另加計67%。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	17740
85216B	角膜內皮移植 Descemet's Stripping Automated Endothelial Keratoplasty 註：1.一般材料費及特殊材料費，得另加計82%。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	18585
85217B	角膜內皮移植 (使用已分離之角膜) Descemet's Stripping Automated Endothelial Keratoplasty with pre-cut cornea 註：1.一般材料費及特殊材料費，得另加計53%。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。		v	v	v	16478

六、水晶體 Crystalline Lens (86001-86013)

通則：限眼科專科醫師施行後申報

七、玻璃體Vitreous (86201-86215)						七、玻璃體Vitreous (86201-86215)						屬修正年齡限制用詞及統一將數字以文字呈現等文字修正。	
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	編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院		醫學中心
86206C	眼坦部玻璃體切除術 Pars plana vitrectomy (vitrector) — 簡單 simple 註：屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方及執行始可申報。	v	v	v	v	9266	86206C	眼坦部玻璃體切除術 Pars plana vitrectomy (vitrector) — 簡單 simple 註：屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方及執行始可申報。	v	v	v	v	9266
86207B	— 複雜 complicated 註： 86207B眼坦部玻璃體切除術 1.複雜之定義：加上網膜前纖維膜切除 (Removal of epiretinal Membrane)。 2.一般材料費、20Ga 玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計 <u>百分之一百二十五</u> 。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v	v	14780	86207B	— 複雜 complicated 註： 86207B眼坦部玻璃體切除術 1.複雜之定義：加上網膜前纖維膜切除 (Removal of epiretinal Membrane)。 2.一般材料費、20Ga 玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計125%。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v	v	14780
八、網膜Retina (86401-86415)						八、網膜Retina (86401-86415)							
編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
86409B	眼坦部玻璃體切除術合併光線凝固治療 Pars plana vitrectomy (vitrector) with Photocoagulation therapy — 簡單 Simple 註：1.一般材料費、20Ga玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計 <u>百分之一百七十九</u> 。 2.不得同時申報項目：86206C、86407C。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v	v	11062	86409B	眼坦部玻璃體切除術合併光線凝固治療 Pars plana vitrectomy (vitrector) with Photocoagulation therapy — 簡單 Simple 註：1.一般材料費、20Ga玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計179%。 2.不得同時申報項目：86206C、86407C。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v	v	11062
86410B	— 複雜 Complicated 註：1.一般材料費、20Ga玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計 <u>百分之一百七十五</u> 。 2.不得同時申報項目：86207B、86408B。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v	v	19345	86410B	— 複雜 Complicated 註：1.一般材料費、20Ga玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計175%。 2.不得同時申報項目：86207B、86408B。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v	v	19345
86411B	複雜眼坦部玻璃體切除術合併鞏膜切除併植入或扣壓 Complication Pars plana vitrectomy (vitrector) with Reattachment retina with diathermy or cryopex 註：1.一般材料費、20Ga玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計 <u>百分之一百六十八</u> 。 2.不得同時申報項目：86207B、86402C、85608B。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v	v	20550	86411B	複雜眼坦部玻璃體切除術合併鞏膜切除併植入或扣壓 Complication Pars plana vitrectomy (vitrector) with Reattachment retina with diathermy or cryopex 註：1.一般材料費、20Ga玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計168%。 2.不得同時申報項目：86207B、86402C、85608B。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v	v	20550
86412B	微創玻璃體黃斑部手術 Microincision vitreomacular surgery 註：1.一般材料費、23Ga (含) 以上玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計 <u>百分之一百五十四</u> 。 2.不得同時申報項目：86207B。	v	v	v	v	18475	86412B	微創玻璃體黃斑部手術 Microincision vitreomacular surgery 註：1.一般材料費、23Ga (含) 以上玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計154%。 2.不得同時申報項目：86207B。	v	v	v	v	18475

	3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。					
86413B	微創複雜性玻璃體切除合併鞏膜扣環手術 Microincision vitreoretinal surgery combined with scleral buckle 註：1.一般材料費、23Ga（含）以上玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計 <u>百分之一百九十四</u> 。 2.不得同時申報項目：86207B、86402C、85608B、86411B。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v		24181
86414B	微創玻璃體切除術 Microincision vitreoretinal surgery — 簡單 Simple 註：1.一般材料費、23Ga（含）以上玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計 <u>百分之二百三十五</u> 。 2.不得同時申報項目：86206C、86407C、86409B。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v		12800
86415B	— 複雜 Complicated 註：1.一般材料費、23Ga（含）以上玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計 <u>百分之一百八十九</u> 。 2.不得同時申報項目：86207B、86408B、86410B。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v		24181

十一、眼瞼 Eyelid (87001-87031)

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

十二、結膜Conjunctiva (87202-87219)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
87204C	結膜病灶切除 Excision lesion of conjunctiva, benign — 小於 <u>三</u> mm less than 3mm	v	v	v	v	1315
87205C	— 大於 <u>三</u> mm large than 3mm	v	v	v	v	1748

十三、淚腺道lacrima (87401-87417)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
87405B	淚囊鼻腔造孔術 Dacryocystorhinostomy 註： 1.若使用矽質管留置，則加報		v	v	v	8593

	3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。					
86413B	微創複雜性玻璃體切除合併鞏膜扣環手術 Microincision vitreoretinal surgery combined with scleral buckle 註：1.一般材料費、23Ga（含）以上玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計194%。 2.不得同時申報項目：86207B、86402C、85608B、86411B。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v		24181
86414B	微創玻璃體切除術 Microincision vitreoretinal surgery — 簡單 Simple 註：1.一般材料費、23Ga（含）以上玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計235%。 2.不得同時申報項目：86206C、86407C、86409B。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v		12800
86415B	— 複雜 Complicated 註：1.一般材料費、23Ga（含）以上玻璃體切除術主體包及相關特殊材料費，得另加計189%。 2.不得同時申報項目：86207B、86408B、86410B。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v		24181

十一、眼瞼 Eyelid (87001-87031)

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

十二、結膜Conjunctiva (87202-87219)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
87204C	結膜病灶切除 Excision lesion of conjunctiva, benign — 小於3mm less than 3mm	v	v	v	v	1315
87205C	— 大於3mm large than 3mm	v	v	v	v	1748

十三、淚腺道lacrima (87401-87417)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
87405B	淚囊鼻腔造孔術 Dacryocystorhinostomy 註： 1.若使用矽質管留置，則加報		v	v	v	8593

	53019C。 2.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <u>百分之九十三</u> 。 3.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。								
87406B	結膜淚囊鼻腔造孔術 Conjunctivodacryocystorhinostomy 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <u>百分之八十八</u> 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v					9888
87415B	鼻淚管造口術 Dacrocysto-hinostomy － 簡單 simple 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <u>百分之九十</u> 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v					9312
87416B	－ 複雜 complicated 註： 1.一般材料費及特殊材料費，得另加計 <u>百分之八十三</u> 。 2.上開特殊材料為單一使用之拋棄式特殊材料。	v	v	v					11640

第十八項 治療性先天殘缺手術 (88001-88064)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
88029C	嬰兒鼠蹊疝氣 Inguinal hernia operation 註： 1.限對 <u>未滿二歲</u> 嬰兒施行手術時申報。 2.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數8292點申報。	v	v	v	v	11642

第十八項 治療性先天殘缺手術 (88001-88064)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
88029C	嬰兒鼠蹊疝氣 Inguinal hernia operation 註： 1.限對一歲 <u>以下</u> 嬰兒施行手術時申報。 2.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數8292點申報。	v	v	v	v	11642

屬統一將數字以文字呈現等文字修正。

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

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

第二項 輸血技術費(94001-94005)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
94001C	一般輸血：一次 General blood transfusion 註：輸血技術費以「次」為計算單位，即連續輸血者，僅核付第一次技術費，超過250毫升以上部份，無加算之規定。	v	v	v	v	270
94005C	白血病、再生不良性貧血、骨髓移植病人、血液惡性腫瘤病人移植輸血 Blood transfusion for special hematological disorders 註：輸血技術費以「次」為計算單位，即連續輸血者，僅核付第一次技術費，超過250毫升以上部份，無加算之規定。	v	v	v	v	424

第二項 輸血技術費(94001-94005)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
94001C	一般輸血：一次 General blood transfusion 註：輸血技術費以「次」為計算單位，即連續輸血者，僅核付第一次技術費，超過250西西以上部份，無加算之規定。	v	v	v	v	270
94005C	白血病、再生不良性貧血、骨髓移植病人、血液惡性腫瘤病人移植輸血 Blood transfusion for special hematological disorders 註：輸血技術費以「次」為計算單位，即連續輸血者，僅核付第一次技術費，超過250西西以上部份，無加算之規定。	v	v	v	v	424

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
94203B	造血幹細胞移植冷凍保存費 Stem cell Cryopreservation 冷凍保存一個月內 ≤ 1 month		v	v	v	10303
94208B	冷凍保存一至三個月 1-3 months		v	v	v	19732
94209B	冷凍保存三至六個月 3-6 months 註：1.包括人員、藥品、特殊材料、冷凍設備之消耗等費用在內。 2. 保存超過六個月者不另給付。		v	v	v	29160

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
94203B	造血幹細胞移植冷凍保存費 Stem cell Cryopreservation 冷凍保存一個月內 ≤ 1 month		v	v	v	10303
94208B	冷凍保存一至三個月 1-3 months		v	v	v	19732
94209B	冷凍保存三至六個月 3-6 months 註：1.包括人員、藥品、特殊材料、冷凍設備之消耗等費用在內。 2. 保存超過6個月者不另給付。		v	v	v	29160

第十節 麻醉費 (96000~96028)

通則：

七、本節各麻醉項目之兒童加成方式如下：

- (一)西醫醫院皆為提升兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之百；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之八十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之六十，惟各麻醉項目另有規定者除外。
- (二)西醫基層院所皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十，惟各麻醉項目另有規定者除外。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
96027B	麻醉深度監測 Depth of Anesthesia monitoring — <u>十三歲以上</u>		v	v	v	1316
96028B	— <u>未滿十三歲</u> 註： 1.適應症： (1)重大手術：移植手術、心臟手術、胸腔及氣道手術，且在半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉下進行。 (2)創傷手術：ISS score ≥ 15，且在半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉下進行。 (3)重症手術：APACHE II score ≥ 16，且在半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉下進行。 (4)在半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉下進行相關手術，且需在麻醉紀錄單上全程載明 TIVA (Total Intravenous Anesthesia) 劑量變化，且符合下列三項條件之一： a. 麻醉時間四小時以上。 b. 使用神經外科術中神經功能監測 (IONM)。 c. 顱內高壓 (IICP)。 2.支付規範： (1)不得申報本章節相關加成。 (2)96027B 已內含一般材料費占 <u>百分之六十二</u> ；96028B 已內含一般材料費占 <u>百分之七十七</u> 。		v	v	v	2133

第十節 麻醉費 (96000~96028)

通則：

七、本節各麻醉項目之兒童加成方式如下：

- (一)西醫醫院皆為提升兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之百；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計百分之八十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之六十，惟各麻醉項目另有規定者除外。
- (二)西醫基層院所皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月至二歲者，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，惟各麻醉項目另有規定者除外。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
96027B	麻醉深度監測 Depth of Anesthesia monitoring — >12歲		v	v	v	1316
96028B	— ≤12歲 註： 1.適應症： (1)重大手術：移植手術、心臟手術、胸腔及氣道手術，且在半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉下進行。 (2)創傷手術：ISS score ≥ 15，且在半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉下進行。 (3)重症手術：APACHE II score ≥ 16，且在半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉下進行。 (4)在半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉下進行相關手術，且需在麻醉紀錄單上全程載明 TIVA (Total Intravenous Anesthesia) 劑量變化，且符合下列三項條件之一： a. 麻醉時間四小時以上。 b. 使用神經外科術中神經功能監測 (IONM)。 c. 顱內高壓 (IICP)。 2.支付規範： (1)不得申報本章節相關加成。 (2)96027B 已內含一般材料費占 62%；96028B 已內含一般材料費占 77%。		v	v	v	2133

屬修正年齡限制用詞及統一將數字以文字呈現等文字修正。

第三部 牙醫

通則：

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

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

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

(二)轉診範圍，限於下列之科別與診療項目：

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

(三)轉診單開立後三個月內應至接受轉診之醫療院所就診，否則無效。

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

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

第三部 牙醫

通則：

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

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

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

(二)轉診範圍，限於下列之科別與診療項目：

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

(三)轉診單開立後三個月內應至接受轉診之醫療院所就診，否則無效。

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

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

一、配合新增總則十五，增列年齡計算認定定義，刪除通則五之「高齡患者根管治療難症處理」日期之認定。
二、其餘屬修正年齡限制用詞等文字修正。

第一章 門診診察費

第二節 符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費

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

第一章 門診診察費

第二節 符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費					
	1. 每位醫師每日門診量在二十人次以下部份 (≤20)					
00305C	— 處方交付特約藥局調劑	v	v	v	v	355
00306C	— 未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	v	355
	2. 每位醫師每日門診量超過二十人次部分 (>20)					
00307C	— 處方交付特約藥局調劑	v	v	v	v	155
00308C	— 未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	v	155
	3. 山地離島地區					
00309C	— 處方交付特約藥局調劑	v	v	v	v	385
00310C	— 未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	v	385
	註： 1. 處方交付特約藥局調劑或未開處方者，不得申報藥事服務費。 2. 處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。 3. 偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑。 4. 本項支付點數含護理費 32-43 點。					

修正符合牙醫門診加強感染管制實施方案之門診診察費「山地離島地區」申報條件。

第三章 牙科處置及手術 Dental Treatment & operation						
第三節 牙周病學 Periodontics(91001~91020, 91088-91090, 91103-91104, 91114)						
編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
91001C	牙周緊急處置 Management of periodontal emergencies 註： 1. 每月限申報二次，同一象限不得重複申報。 2. 申報費用以次為單位。 3. 不得與91003C、91004C、91005C、91017C、91103C、91104C、91019C、91089C或91090C同時申報。 4. 此項不得申請轉診加成。	v	v	v	v	150
91002C	牙周敷料每次 Periodontal packing 註：1. 二分之一額以下。 2. 合併手術主處置申報。	v	v	v	v	120
91003C 91004C	牙結石清除 Scaling — 局部 Localized — 全口 Full mouth 註： 1. 限有治療需要之病人每半年最多申報一次。 2. 半年內全口分次執行之局部結石清除，均視為同一療程，其診察費僅給付一次。同療程時間內若另申報全口牙結石清除術，則刪除同療程內已申報之局部牙結石清除費用。(同象限不得重覆申報) 3. 牙結石清除須作潔牙說明，其後作刷牙復習。 4. 91003C需依四象限申報。 5. 未滿十二歲兒童(「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象除外)非全口性牙周病者不得申報全口牙結石清除，病歷上應詳實記載備查;申報91003C或91004C需附相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)或X光片以為審核。 6. 本項不得申請轉診加成。 7. 申報本項後九十天內不得再申報91005C、91017C、91089C、91090C、91103C及91104C。	v v	v v	v v	v v	150 600
91006C 91007C 91008C	齒齦下刮除術(含牙根整平術) Subgingival curettage (including Root planing) — 全口 Full mouth — 二分之一額 1/2 arch — 局部 Localized (三齒以內) 註： 1. 每顆牙應詳細記載六個測量部位之牙周囊袋深度，其中至少一個測量部位囊袋深度超過5mm以上。 2. 申報費用應註明囊袋深度紀錄之病歷影本及治療前之X光片(限咬翼片或根尖片)。 3. 以象限區域為單位，當該象限需接受治療為三齒以內時，申報一次91008C；當其需接受治療為四齒以	v v v	v v v	v v v	v v v	3200 800 400

第三章 牙科處置及手術 Dental Treatment & operation						
第三節 牙周病學 Periodontics (91001~91020, 91088, 91104, 91114, 91089)						
編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
91001C	牙周病緊急處置 Management of periodontal disease emergencies 註： 1. 每月限申報二次，同一象限不得重複申報。 2. 申報費用以次為單位。 3. 不得與91003C、91004C、91005C、91017C、91103C、91104C、91019C或91089C同時申報。 4. 此項不得申請轉診加成。	v	v	v	v	150
91002C	牙周敷料每次 Periodontal packing 註：1. 1/2 額以下。 2. 合併手術主處置申報。	v	v	v	v	120
91003C 91004C	牙結石清除 Scaling — 局部 Localized — 全口 Full mouth 註： 1. 限有治療需要之病人每半年最多申報一次。 2. 半年內全口分次執行之局部結石清除，均視為同一療程，其診察費僅給付一次。同療程時間內若另申報全口牙結石清除術，則刪除同療程內已申報之局部牙結石清除費用。(同象限不得重覆申報) 3. 牙結石清除須作潔牙說明，其後作刷牙復習。 4. 91003C需依四象限申報。 5. 未滿十二歲兒童(「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象除外)非全口性牙周病者不得申報全口牙結石清除，病歷上應詳實記載備查;申報91003C或91004C需附相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)或X光片以為審核。 6. 本項不得申請轉診加成。 7. 申報本項後九十天內不得再申報91005C、91017C、91089C、91103C及91104C。	v v	v v	v v	v v	150 600
91006C 91007C 91008C	齒齦下刮除術(含牙根整平術) Subgingival curettage (including Root planing) — 全口 Full mouth — 1/2 額 1/2 arch — 局部 Localized (三齒以內) 註： 1. 每顆牙應詳細記載六個測量部位之牙周囊袋深度，其中至少一個測量部位囊袋深度超過5mm(含)以上。 2. 申報費用應註明囊袋深度紀錄之病歷影本及治療前之X光片(限咬翼片或根尖片)。 3. 以象限區域為單位，當該象限需接受治療為三齒以內時，申報一次91008C；當其需接受治療為四齒	v v v	v v v	v v v	v v v	3200 800 400

一、新增「高風險疾病患者牙結石清除-全口」(編號91090C, 支付點數700點)。並配合修正「牙周緊急處置」(編號91001C)等九項目支付規範, 增列不得同時申報、或申報該項後九十天內不得再申報之規定。
二、其餘屬統一將數字以文字呈現等文字修正。

91005C	口乾症牙結石清除-全口 Full mouth scaling for xerostomia patients 註： 1. 適用口乾症病人之牙醫醫療服務申報。 2. 限有治療需要之病人每九十天最多申報一次。 3. 申報本項後九十天內不得再申報 91003C、91004C、91017C、91089C、 91090C 、91103C及91104C。	v	v	v	v	600	91005C	口乾症牙結石清除-全口 Full mouth scaling for xerostomia patients 註： 1. 適用口乾症病人之牙醫醫療服務申報。 2. 限有治療需要之病人每九十天最多申報一次。 3. 申報本項後九十天內不得再申報 91003C、91004C、91017C、91089C、91103C及91104C。	v	v	v	v	600
91015C	特定牙周保存治療 Comprehensive periodontal treatment for patients with special needs -全口總齒數九至十五顆 9<= no. of teeth<=15	v	v	v	v	2000	91015C	特定牙周保存治療 Comprehensive periodontal treatment for patients with special needs -全口總齒數九~十五顆 9<= no. of teeth<=15	v	v	v	v	2000
91016C	-全口總齒數四至八顆 4<= no. of teeth<=8 註： 1. 限總齒數至少四顆且未達十六顆之患者申報。 2. 申報費用時，需附一年內牙菌斑控制紀錄及囊袋深度紀錄（其中全口總齒數九至十五顆者，至少四顆牙齒有測量部位囊袋深度超過5mm以上；全口總齒數四至八顆者，至少二顆牙齒有測量部位囊袋深度超過5mm以上。）及治療前全口X光片（須符合患者口腔現況，X光片費用另計，環口全景X光片費用不另計）以為審核。 3. 本項主要執行牙周檢查、牙菌斑控制紀錄及去除指導，並視患者病情提供全口牙結石清除、齒齦下刮除或牙根整平之治療。 4. 每九十天限申報一次。 5. 申報 91006C~91008C 半年內不得申報本項目。另申報此項九十天內不得再申報 91003C~91004C、91005C、91006C~91008C、91017C、91089C、 91090C 、91103C、91104C。	v	v	v	v	1000	91016C	-全口總齒數四~八顆 4<= no. of teeth<=8 註： 1. 限總齒數至少四顆且未達十六顆之患者申報。 2. 申報費用時，需附一年內牙菌斑控制紀錄及囊袋深度紀錄（其中全口總齒數九~十五顆者，至少四顆牙齒有測量部位囊袋深度超過5mm(含)以上；全口總齒數四~八顆者，至少二顆牙齒有測量部位囊袋深度超過5mm(含)以上。）及治療前全口X光片（須符合患者口腔現況，X光片費用另計，環口全景X光片費用不另計）以為審核。 3. 本項主要執行牙周檢查、牙菌斑控制紀錄及去除指導，並視患者病情提供全口牙結石清除、齒齦下刮除或牙根整平之治療。 4. 每九十天限申報一次。 5. 申報 91006C~91008C 半年內不得申報本項目。另申報此項九十天內不得再申報 91003C~91004C、91005C、91006C~91008C、91017C、91089C、91103C、91104C。	v	v	v	v	1000
91017C	懷孕婦女牙結石清除-全口 Full mouth scaling for pregnant women 註： 1. 適用懷孕婦女牙醫醫療服務並於當次病歷記載，懷孕期間每九十天限申報一次。 2. 費用包括牙結石清除、牙菌斑偵測、去除維護教導及新生兒口腔照護及衛教指導。 3. 申報本項後九十天內不得再申報 91003C~91004C、91005C、91089C、 91090C 、91103C、91104C。	v	v	v	v	800	91017C	懷孕婦女牙結石清除-全口 Full mouth scaling for pregnant women 註： 1. 適用懷孕婦女牙醫醫療服務並於當次病歷記載，懷孕期間每九十天限申報一次。 2. 費用包括牙結石清除、牙菌斑偵測、去除維護教導及新生兒口腔照護及衛教指導。 3. 申報本項後九十天內不得再申報 91003C~91004C、91005C、91089C、91103C、91104C。	v	v	v	v	800

91018C	牙周病支持性治療 Supportive periodontal treatment 註： 1.限經「牙周病統合治療方案」核備之醫師，執行院所內已完成第三階段91023C患者之牙醫醫療服務，且需與第二階段91022C間隔九十天。 2.申報費用時，需附一年內牙菌斑控制紀錄及囊袋深度紀錄以為審核（其中至少一顆牙齒有測量部位囊袋深度超過5mm以上）。 3.本項主要執行牙結石清除、牙菌斑偵測及去除維護教導，並視患者病情提供齒齦下刮除或牙根整平之治療。 4.每九十天限申報一次。 5.申報91006C~91008C半年內不得申報本項目。另申報此項九十天內不得再申報91003C~91004C、91005C、91006C~91008C、91015C~91016C、91017C、91089C、 91090C 、91103C、91104C。	v	v	v	v	1000	91018C	牙周病支持性治療 Supportive periodontal treatment 註： 1.限經「牙周病統合治療方案」核備之醫師，執行院所內已完成第三階段91023C患者之牙醫醫療服務，且需與第二階段91022C間隔九十天。 2.申報費用時，需附一年內牙菌斑控制紀錄及囊袋深度紀錄以為審核（其中至少一顆牙齒有測量部位囊袋深度超過5mm(含)以上）。 3.本項主要執行牙結石清除、牙菌斑偵測及去除維護教導，並視患者病情提供齒齦下刮除或牙根整平之治療。 4.每九十天限申報一次。 5.申報91006C~91008C半年內不得申報本項目。另申報此項九十天內不得再申報91003C~91004C、91005C、91006C~91008C、91015C~91016C、91017C、91089C、91103C、91104C。	v	v	v	v	1000
91019C	懷孕婦女牙周緊急處置 Management of periodontal disease emergencies for pregnant women 註： 1.限懷孕婦女之患者申報。 2.本項主要施行懷孕期間口腔照顧及牙周病緊急處置，視患者實際需求提供局部沖洗、塗藥、口腔衛教、孕期急性牙周緊急處理等醫療服務，申報費用以次為單位。 3.不得與91001C、91003C、91004C、91005C、91089C、 91090C 、91017C、91103C或91104C同時申報。	v	v	v	v	500	91019C	懷孕婦女牙周緊急處置 Management of periodontal disease emergencies for pregnant women 註： 1.限懷孕婦女之患者申報。 2.本項主要施行懷孕期間口腔照顧及牙周病緊急處置，視患者實際需求提供局部沖洗、塗藥、口腔衛教、孕期急性牙周緊急處理等醫療服務，申報費用以次為單位。 3.不得與91001C、91003C、91004C、91005C、91089C、91017C、91103C或91104C同時申報。	v	v	v	v	500
91089C	糖尿病患者牙結石清除-全口 Full mouth scaling for patients with diabetes mellitus 註： 1.適用糖尿病患者之牙醫醫療服務申報，每九十天限申報一次。 2.費用包含牙菌斑偵測及去除維護教導。申報本項後九十天內不得再申報91003C~91005C、91017C、 91090C 、91103C及91104C。	v	v	v	v	700	91089C	糖尿病患者牙結石清除-全口 Full mouth scaling for patients with diabetes mellitus 註： 1.適用糖尿病患者之牙醫醫療服務申報，每九十天限申報一次。 2.費用包含牙菌斑偵測及去除維護教導。申報本項後九十天內不得再申報91003C~91005C、91017C、91103C及91104C。	v	v	v	v	700
91090C	高風險疾病患者牙結石清除-全口 Full mouth scaling for patients at high risk for dental diseases 註： 1.適用高風險疾病患者之牙醫醫療服務申報，每九十天限申報一次。 高風險疾病患者包含： (1)腦血管疾病患者。 (2)血液透析及腹膜透析患者。 (3)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物患者。 (4)惡性腫瘤患者。 (5)不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之肢體障礙、慢性精神病患者或重要器官失去功能者。 2.費用包含牙菌斑偵測及去除維護教導。申報本項後九十天內不得再申報 91003C~91005C 、 91017C 、 91089C 、 91103C 及91104C。	v	v	v	v	700							

第四節 口腔顎面外科 Oral Surgery
(92001~92073, 92088~92100, 92129~92130, 92161, [P7301](#))

第一項 處置

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92025B 92026B	腐骨清除術 Sequestrectomy — 簡單, <u>三分之一</u> 以下 Simple, involving less than 1/3 arch — 複雜, <u>三分之一</u> 以上 Complex, involving more than 1/3 arch 註： 1. 申報費用應檢附 X 光片。 2. 本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。		v v	v v	v v	2010 3010
92038B 92039B 92040B	皮瓣手術 Flap repair — 小 (<u>未滿四</u> 平方公分) — 中 (<u>四至十六</u> 平方公分) — 大 (<u>十六</u> 平方公分以上)		v v v	v v v	v v v	720 2000 3200
92041C	齒槽骨成形術(<u>二分之一</u> 以下) Alveoplasty, involving less than 1/2 arch 註：需檢附術前 X 光片或照片以為審核 (X 光片、照片及局部麻醉費用已內含)。	v	v	v	v	570
92042C	齒槽骨成形術(<u>二分之一</u> 以上) Alveoplasty, involving more than 1/2 arch 註：需檢附術前 X 光片或照片以為審核 (X 光片、照片及局部麻醉費用已內含)。	v	v	v	v	1070
92050C	埋伏齒露出手術 Surgical exposure of impacted tooth 註： 1. 限骨性埋伏齒即骨頭覆蓋 <u>三分之二</u> 以上者。 2. 僅限永久齒，同類處置以一次為限。 3. 需檢附 X 光片以為審核 (X 光片及局部麻醉費用已內含)。	v	v	v	v	970
92092C	乳牙複雜性拔牙 Complex extraction of primary tooth 註： 1. 限乳牙申報。 2. 適應症包含： (1) 全身性疾病(同 92014C 複雜性拔牙)。 (2) 乳牙牙根 <u>大於二分之一</u> 。 (3) 恆牙異位萌發造成乳牙無法正常換牙。 (4) 牙根骨黏合或 submerged tooth。 (5) 外傷合併其它口內或嘴唇周圍的傷口。 (6) 併生牙(fusion)。 (7) 乳牙牙根彎曲。 (8) 因外傷或齶齒造成之牙根斷裂。 (9) 因外傷造成之牙齒牙齦內推 (intrusion)。 3. 需檢附術前 X 光片以為審核 (X 光片及局部麻醉費用已內含)，「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象，無法配合照射 X 光片者不在此限。	v	v	v	v	560

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

第一項 處置

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92025B 92026B	腐骨清除術 Sequestrectomy — 簡單, 1/3 以下 Simple, involving less than 1/3 arch — 複雜, 1/3 以上 Complex, involving more than 1/3 arch 註： 1. 申報費用應檢附 X 光片。 2. 本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。		v v	v v	v v	2010 3010
92038B 92039B 92040B	皮瓣手術 Flap repair — 小 (4 平方公分以下) — 中 (4 - 16 平方公分) — 大 (16 平方公分以上)		v v v	v v v	v v v	720 2000 3200
92041C	齒槽骨成形術(1/2 以下) Alveoplasty, involving less than 1/2 arch 註：需檢附術前 X 光片或照片以為審核 (X 光片、照片及局部麻醉費用已內含)。	v	v	v	v	570
92042C	齒槽骨成形術(1/2 以上) Alveoplasty, involving more than 1/2 arch 註：需檢附術前 X 光片或照片以為審核 (X 光片、照片及局部麻醉費用已內含)。	v	v	v	v	1070
92050C	埋伏齒露出手術 Surgical exposure of impacted tooth 註： 1. 限骨性埋伏齒即骨頭覆蓋 2/3 以上者。 2. 僅限永久齒，同類處置以一次為限。 3. 需檢附 X 光片以為審核 (X 光片及局部麻醉費用已內含)。	v	v	v	v	970
92092C	乳牙複雜性拔牙 Complex extraction of primary tooth 註： 1. 限乳牙申報。 2. 適應症包含： (1) 全身性疾病(同 92014C 複雜性拔牙)。 (2) 乳牙牙根 > 1/2。 (3) 恆牙異位萌發造成乳牙無法正常換牙。 (4) 牙根骨黏合或 submerged tooth。 (5) 外傷合併其它口內或嘴唇周圍的傷口。 (6) 併生牙(fusion)。 (7) 乳牙牙根彎曲。 (8) 因外傷或齶齒造成之牙根斷裂。 (9) 因外傷造成之牙齒牙齦內推 (intrusion)。 3. 需檢附術前 X 光片以為審核 (X 光片及局部麻醉費用已內含)，「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象，無法配合照射 X 光片者不在此限。	v	v	v	v	560

一、新增「高齶齒率患者氟化物治療」(編號 P7301C, 支付點數 500 點)。
二、其餘屬統一將數字以文字呈現等文字修正。

92094C	週六、日及國定假日牙醫門診急症處置-每次門診限申報一次 Management of dental emergencies on Saturdays, Sundays or in the national holidays 註： 1.限週六、日及國定假日申報，國定假日日期認定同附表3.3.3牙醫相對合理門診點數給付原則。 2.當月看診天數需於二十六日以內，超過二十六日則本項不予支付(排除當天僅執行院所外醫療服務之天數)。 3.院所需於前一個月於健保資訊網服務系統(VPN)完成當月門診時間登錄，始得申報本項目。(前一個月完成次月看診時段之登錄，若有異動者須修訂看診起日及時段並儲存，無異動者僅須點選「儲存」後，會自動完成登錄註記。) 4.適應症： (1)顏面及牙齒疼痛，經藥物控制不佳者(K03.81,K04.0, K04.1-K04.99,K05.0,K05.2)。 (2)外傷導致之牙齒斷裂(S02.5)。 (3)拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血(K91.840)。 (4)下顎關節脫臼(S03.0)。 (5)顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎(K12.2, L03.221, L02.01,L03.211, L03.212)。 (6)口腔及顏面撕裂傷(S01.4, S01.5)。 5.進行緩解之相關處置：如止痛、局部非特定處理、齒內治療緊急處理、牙周緊急處理、止血。 6.不得同時申報34001C、34002C、90004C、91001C、92001C、92012C、92043C、92066C、92071C、92093B、92096C，且同象限、同牙位不得同時與其他非緊急處置醫令合併申報(96001C除外)。	v	v	v	v	800	92094C	週六、日及國定假日牙醫門診急症處置-每次門診限申報一次 Management of dental emergencies on Saturdays, Sundays or in the national holidays 註： 1. 限週六、日及國定假日申報，國定假日日期認定同附表3.3.3牙醫相對合理門診點數給付原則。 2. 當月看診天數需≤二十六日，超過二十六日則本項不予支付(排除當天僅執行院所外醫療服務之天數)。 3. 院所需於前一個月於健保資訊網服務系統(VPN)完成當月門診時間登錄，始得申報本項目。(前一個月完成次月看診時段之登錄，若有異動者須修訂看診起日及時段並儲存，無異動者僅須點選「儲存」後，會自動完成登錄註記。) 4. 適應症： (1)顏面及牙齒疼痛，經藥物控制不佳者(K03.81,K04.0, K04.1-K04.99,K05.0,K05.2)。 (2)外傷導致之牙齒斷裂(S02.5)。 (3)拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血(K91.840)。 (4)下顎關節脫臼(S03.0)。 (5)顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎(K12.2, L03.221, L02.01,L03.211, L03.212)。 (6)口腔及顏面撕裂傷(S01.4, S01.5)。 5. 進行緩解之相關處置：如止痛、局部非特定處理、齒內治療緊急處理、牙周緊急處理、止血。 6. 不得同時申報34001C、34002C、90004C、91001C、92001C、92012C、92043C、92066C、92071C、92093B、92096C，且同象限、同牙位不得同時與其他非緊急處置醫令合併申報(96001C除外)。	v	v	v	v	800
--------	---	---	---	---	---	-----	--------	---	---	---	---	---	-----

第四項 高齲齒率患者氟化物治療

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
P7301C	<p><u>高齲齒率患者氟化物治療</u> <u>Topical fluoride application for high caries risk patients</u> 註： 1.為提升高齲齒病人牙齒之保存率，針對曾接受恆牙牙根齲齒複合體充填者，提供本項診療服務，並給予衛教資訊，由病人簽名確認，且留存病歷以供審查。 2.限同院所曾申報89013C或89113C者方可執行(含當次)。 3.每九十天限申報一次。 4.含材料費。 5.申報本項後九十天內不得再申報92051B、92072C及P30002。</p>	v	v	v	v	500

附表 3.3.4 通則三之(一)第 3 項 符合轉診醫師資格之產製名單處理方式	附表 3.3.4 通則三之(一)第 3 項 符合轉診醫師資格之產製名單處理方式	屬修正年齡限制用詞等文字修正。																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="69 186 247 246">項目</th> <th data-bbox="247 186 968 246">說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="69 246 247 454">一、邏輯定義</td> <td data-bbox="247 246 968 454">1.以醫師為單位，前一年度申報轉診範圍各分科別醫令費用在十五百分位數以上者。 2.符合前述條件之醫師，其分科點數或醫令數占總申報點數或醫令數百分之六十以上者。</td> </tr> <tr> <td data-bbox="69 454 247 543">二、分區</td> <td data-bbox="247 454 968 543">六分區及全國</td> </tr> <tr> <td data-bbox="69 543 247 1190">三、各分科定義</td> <td data-bbox="247 543 968 1190">1.牙髓病科：本標準第三章第二節根管治療(除 90004C、90006C、90007C、90088C 外)，及 91009B、92030C~92033C。 2.牙周病科：本標準第三章第三節牙周病學(除 91001C、91003C、91004C、91088C 外)，及 92030C~92033C、91021C~91023C。 3.口腔顎面外科：本標準第三章第四節口腔顎面外科(除 92001C、92013C、92088C 外)。 4.牙體復形科：本標準第三章第一節牙體復形(除 89006C、89088C 外)。 5.口腔病理科：92049B、92065B、92073C、92090C、92091C、92095C。 6.兒童牙科：<u>未滿十三歲</u>執行上述醫令項。</td> </tr> <tr> <td data-bbox="69 1190 247 1834">四、計算式</td> <td data-bbox="247 1190 968 1834">1.分子： (1)牙髓病科、牙周病科、口腔顎面外科、口腔病理科：以醫師歸戶，計算上述各分科定義之醫令項(醫令數或點數)。 (2)兒童牙科：以醫師歸戶，計算有執行病人年齡 <u>未滿十三歲</u>，上述牙髓病科、牙周病科、口腔顎面外科、口腔病理科及牙體復形科之醫令項(醫令數或點數)。 2.分母：以醫師歸戶，計算申報本標準第三部牙醫>第三章 牙科處置及手術項下醫令項(醫令數或點數)，排除 89006C、89088C、90004C、90006C、90007C、90088C、91001C、91003C、91004C、91088C、92001C、92013C、92088C。</td> </tr> </tbody> </table>	項目	說明	一、邏輯定義	1.以醫師為單位，前一年度申報轉診範圍各分科別醫令費用在十五百分位數以上者。 2.符合前述條件之醫師，其分科點數或醫令數占總申報點數或醫令數百分之六十以上者。	二、分區	六分區及全國	三、各分科定義	1.牙髓病科：本標準第三章第二節根管治療(除 90004C、90006C、90007C、90088C 外)，及 91009B、92030C~92033C。 2.牙周病科：本標準第三章第三節牙周病學(除 91001C、91003C、91004C、91088C 外)，及 92030C~92033C、91021C~91023C。 3.口腔顎面外科：本標準第三章第四節口腔顎面外科(除 92001C、92013C、92088C 外)。 4.牙體復形科：本標準第三章第一節牙體復形(除 89006C、89088C 外)。 5.口腔病理科：92049B、92065B、92073C、92090C、92091C、92095C。 6.兒童牙科： <u>未滿十三歲</u> 執行上述醫令項。	四、計算式	1.分子： (1)牙髓病科、牙周病科、口腔顎面外科、口腔病理科：以醫師歸戶，計算上述各分科定義之醫令項(醫令數或點數)。 (2)兒童牙科：以醫師歸戶，計算有執行病人年齡 <u>未滿十三歲</u> ，上述牙髓病科、牙周病科、口腔顎面外科、口腔病理科及牙體復形科之醫令項(醫令數或點數)。 2.分母：以醫師歸戶，計算申報本標準第三部牙醫>第三章 牙科處置及手術項下醫令項(醫令數或點數)，排除 89006C、89088C、90004C、90006C、90007C、90088C、91001C、91003C、91004C、91088C、92001C、92013C、92088C。	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="999 186 1178 246">項目</th> <th data-bbox="1178 186 1892 246">說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="999 246 1178 454">一、邏輯定義</td> <td data-bbox="1178 246 1892 454">1.以醫師為單位，前一年度申報轉診範圍各分科別醫令費用在十五百分位數<u>(含)</u>以上者。 2.符合前述條件之醫師，其分科點數或醫令數占總申報點數或醫令數百分之六十 <u>(含)</u>以上者。</td> </tr> <tr> <td data-bbox="999 454 1178 543">二、分區</td> <td data-bbox="1178 454 1892 543">六分區及全國</td> </tr> <tr> <td data-bbox="999 543 1178 1190">三、各分科定義</td> <td data-bbox="1178 543 1892 1190">1.牙髓病科：本標準第三章第二節根管治療(除 90004C、90006C、90007C、90088C 外)，及 91009B、92030C~92033C。 2.牙周病科：本標準第三章第三節牙周病學(除 91001C、91003C、91004C、91088C 外)，及 92030C~92033C、91021C~91023C。 3.口腔顎面外科：本標準第三章第四節口腔顎面外科(除 92001C、92013C、92088C 外)。 4.牙體復形科：本標準第三章第一節牙體復形(除 89006C、89088C 外)。 5.口腔病理科：92049B、92065B、92073C、92090C、92091C、92095C。 6.兒童牙科：十二歲<u>以下</u>執行上述醫令項。</td> </tr> <tr> <td data-bbox="999 1190 1178 1834">四、計算式</td> <td data-bbox="1178 1190 1892 1834">1.分子： (1)牙髓病科、牙周病科、口腔顎面外科、口腔病理科：以醫師歸戶，計算上述各分科定義之醫令項(醫令數或點數)。 (2)兒童牙科：以醫師歸戶，計算有執行病人年齡 \leq十二歲，上述牙髓病科、牙周病科、口腔顎面外科、口腔病理科及牙體復形科之醫令項(醫令數或點數)。 2.分母：以醫師歸戶，計算申報本標準第三部牙醫>第三章 牙科處置及手術項下醫令項(醫令數或點數)，排除 89006C、89088C、90004C、90006C、90007C、90088C、91001C、91003C、91004C、91088C、92001C、92013C、92088C。</td> </tr> </tbody> </table>	項目	說明	一、邏輯定義	1.以醫師為單位，前一年度申報轉診範圍各分科別醫令費用在十五百分位數 <u>(含)</u> 以上者。 2.符合前述條件之醫師，其分科點數或醫令數占總申報點數或醫令數百分之六十 <u>(含)</u> 以上者。	二、分區	六分區及全國	三、各分科定義	1.牙髓病科：本標準第三章第二節根管治療(除 90004C、90006C、90007C、90088C 外)，及 91009B、92030C~92033C。 2.牙周病科：本標準第三章第三節牙周病學(除 91001C、91003C、91004C、91088C 外)，及 92030C~92033C、91021C~91023C。 3.口腔顎面外科：本標準第三章第四節口腔顎面外科(除 92001C、92013C、92088C 外)。 4.牙體復形科：本標準第三章第一節牙體復形(除 89006C、89088C 外)。 5.口腔病理科：92049B、92065B、92073C、92090C、92091C、92095C。 6.兒童牙科：十二歲 <u>以下</u> 執行上述醫令項。	四、計算式	1.分子： (1)牙髓病科、牙周病科、口腔顎面外科、口腔病理科：以醫師歸戶，計算上述各分科定義之醫令項(醫令數或點數)。 (2)兒童牙科：以醫師歸戶，計算有執行病人年齡 \leq 十二歲，上述牙髓病科、牙周病科、口腔顎面外科、口腔病理科及牙體復形科之醫令項(醫令數或點數)。 2.分母：以醫師歸戶，計算申報本標準第三部牙醫>第三章 牙科處置及手術項下醫令項(醫令數或點數)，排除 89006C、89088C、90004C、90006C、90007C、90088C、91001C、91003C、91004C、91088C、92001C、92013C、92088C。	
項目	說明																					
一、邏輯定義	1.以醫師為單位，前一年度申報轉診範圍各分科別醫令費用在十五百分位數以上者。 2.符合前述條件之醫師，其分科點數或醫令數占總申報點數或醫令數百分之六十以上者。																					
二、分區	六分區及全國																					
三、各分科定義	1.牙髓病科：本標準第三章第二節根管治療(除 90004C、90006C、90007C、90088C 外)，及 91009B、92030C~92033C。 2.牙周病科：本標準第三章第三節牙周病學(除 91001C、91003C、91004C、91088C 外)，及 92030C~92033C、91021C~91023C。 3.口腔顎面外科：本標準第三章第四節口腔顎面外科(除 92001C、92013C、92088C 外)。 4.牙體復形科：本標準第三章第一節牙體復形(除 89006C、89088C 外)。 5.口腔病理科：92049B、92065B、92073C、92090C、92091C、92095C。 6.兒童牙科： <u>未滿十三歲</u> 執行上述醫令項。																					
四、計算式	1.分子： (1)牙髓病科、牙周病科、口腔顎面外科、口腔病理科：以醫師歸戶，計算上述各分科定義之醫令項(醫令數或點數)。 (2)兒童牙科：以醫師歸戶，計算有執行病人年齡 <u>未滿十三歲</u> ，上述牙髓病科、牙周病科、口腔顎面外科、口腔病理科及牙體復形科之醫令項(醫令數或點數)。 2.分母：以醫師歸戶，計算申報本標準第三部牙醫>第三章 牙科處置及手術項下醫令項(醫令數或點數)，排除 89006C、89088C、90004C、90006C、90007C、90088C、91001C、91003C、91004C、91088C、92001C、92013C、92088C。																					
項目	說明																					
一、邏輯定義	1.以醫師為單位，前一年度申報轉診範圍各分科別醫令費用在十五百分位數 <u>(含)</u> 以上者。 2.符合前述條件之醫師，其分科點數或醫令數占總申報點數或醫令數百分之六十 <u>(含)</u> 以上者。																					
二、分區	六分區及全國																					
三、各分科定義	1.牙髓病科：本標準第三章第二節根管治療(除 90004C、90006C、90007C、90088C 外)，及 91009B、92030C~92033C。 2.牙周病科：本標準第三章第三節牙周病學(除 91001C、91003C、91004C、91088C 外)，及 92030C~92033C、91021C~91023C。 3.口腔顎面外科：本標準第三章第四節口腔顎面外科(除 92001C、92013C、92088C 外)。 4.牙體復形科：本標準第三章第一節牙體復形(除 89006C、89088C 外)。 5.口腔病理科：92049B、92065B、92073C、92090C、92091C、92095C。 6.兒童牙科：十二歲 <u>以下</u> 執行上述醫令項。																					
四、計算式	1.分子： (1)牙髓病科、牙周病科、口腔顎面外科、口腔病理科：以醫師歸戶，計算上述各分科定義之醫令項(醫令數或點數)。 (2)兒童牙科：以醫師歸戶，計算有執行病人年齡 \leq 十二歲，上述牙髓病科、牙周病科、口腔顎面外科、口腔病理科及牙體復形科之醫令項(醫令數或點數)。 2.分母：以醫師歸戶，計算申報本標準第三部牙醫>第三章 牙科處置及手術項下醫令項(醫令數或點數)，排除 89006C、89088C、90004C、90006C、90007C、90088C、91001C、91003C、91004C、91088C、92001C、92013C、92088C。																					
<p data-bbox="100 1902 457 1947">第四章 牙科麻醉費</p> <p data-bbox="69 2021 153 2056">通則：</p> <p data-bbox="117 2065 957 2190">二、凡對<u>未滿七歲</u>兒童施行麻醉者予以加成支付，病人年齡未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲<u>以上至未滿七歲</u>者，則依表定點數加計百分之二十。</p>	<p data-bbox="1024 1902 1381 1947">第四章 牙科麻醉費</p> <p data-bbox="999 2021 1083 2056">通則：</p> <p data-bbox="1047 2065 1887 2190">二、凡對六歲<u>以下</u>兒童施行麻醉者予以加成支付，病人年齡未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲至六歲者，則依表定點數加計百分之二十。</p>	屬修正年齡限制用詞等文字修正。																				

第五章 牙周病統合治療方案

通則：

- 一、適用治療對象：為全口牙周炎患者，總齒數至少十六齒（專業認定需拔除者不列入總齒數計算），六顆牙齒以上牙周囊袋深度5mm以上。
- 二、牙醫師申請資格、申請程序及審查程序：
 - (一) 一般醫師須接受四學分以上牙周病統合治療方案相關之教育訓練（一學分行政課程；三學分專業課程）。
 - (二) 臺灣牙周病醫學會與台灣牙周補綴醫學會專科醫師、一般會員均須接受一學分以上牙周病統合治療方案相關之行政部分教育訓練。
 - (三) 醫師非二年內經保險人停約或終止特約之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函所載停約或終止特約日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者）。
 - (四) 醫師當年合計治療個案數，由保險人於次年八月依病人歸戶統計，經歸戶並排除治療個案數五件以下者，若當年申報91023C個案數比率小於百分之三十三點三三者（限同院所，不限同醫師完成），自保險人文到日次年一月起，兩年內不得申報本章診療項目，屆滿須再接受相關教育訓練後，始得提出申請。
 - (五) 特約醫療院所應檢附教育訓練學分證明等相關資料，於每月五日前將申請書及有關資料以掛號郵寄至中華民國牙醫師公會全國聯合會（以下稱牙醫全聯會），牙醫全聯會審查後，於每月二十日前將名單函送所轄保險人分區業務組核定，並由所轄保險人分區業務組行文通知相關院所，並副知牙醫全聯會；申請者得於核定之起迄期間執行本方案服務。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
91021C	牙周病統合治療第一階段支付 (comprehensive periodontal treatment) 註： 1.本項主要施行治療前全口X光檢查及牙周病檢查，並須檢附牙周病檢查紀錄表供審查。 2.應提供牙周病統合治療衛教照護資訊及口腔保健衛教指導。 3.應檢附病人基本資料暨接受牙周病統合治療確認書。 4.未滿三十二歲患者須附全口根尖片或咬翼片。 5.同院所於二年內再執行本方案之病人須附全口根尖片或咬翼片。 6.執行本方案前，須至健保資訊網服務系統(VPN)進行牙周病統合治療實施方案查詢及登錄，未登錄不得申報本方案。	v	v	v	v	1800

第五章 牙周病統合治療方案

通則：

- 一、適用治療對象：為全口牙周炎患者，總齒數至少十六齒（專業認定需拔除者不列入總齒數計算），六(含)顆牙齒以上牙周囊袋深度≥5mm。
- 二、牙醫師申請資格、申請程序及審查程序：
 - (一) 一般醫師須接受四學分以上牙周病統合治療方案相關之教育訓練（一學分行政課程；三學分專業課程）。
 - (二) 臺灣牙周病醫學會與台灣牙周補綴醫學會專科醫師、一般會員均須接受一學分以上牙周病統合治療方案相關之行政部分教育訓練。
 - (三) 醫師三年內不得有視同保險醫事服務機構違約記點（屬全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十六條第二款者不在此限）或扣減費用、六年內不得有視同保險醫事服務機構停止特約以上之處分。前述違規期間之認定，屬違約記點或扣減費用者以保險人第一次發函日起算，屬停止特約者以保險人第一次發函所載停約日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者）。
 - (四) 醫師當年合計治療個案數，由保險人於次年八月依病人歸戶統計，經歸戶並排除治療個案數五件以下者，若當年申報91023C個案數比率<33.33%者(限同院所，不限同醫師完成)，自保險人文到日次年一月起，兩年內不得申報本章診療項目，屆滿須再接受相關教育訓練後，始得提出申請。
 - (五) 特約醫療院所應檢附教育訓練學分證明等相關資料，於每月五日前將申請書及有關資料以掛號郵寄至中華民國牙醫師公會全國聯合會（以下稱牙醫全聯會），牙醫全聯會審查後，於每月二十日前將名單函送所轄保險人分區業務組核定，並由所轄保險人分區業務組行文通知相關院所，並副知牙醫全聯會；申請者得於核定之起迄期間執行本方案服務。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
91021C	牙周病統合治療第一階段支付 (comprehensive periodontal treatment) 註： 1.本項主要施行治療前全口X光檢查及牙周病檢查，並須檢附牙周病檢查紀錄表供審查。 2.應提供牙周病統合治療衛教照護資訊及口腔保健衛教指導。 3.應檢附病人基本資料暨接受牙周病統合治療確認書。 4.≤三十歲患者須附全口根尖片或咬翼片。 5.同院所於二年內再執行本方案之病人須附全口根尖片或咬翼片。 6.執行本方案前，須至健保資訊網服務系統(VPN)進行牙周病統合治療實施方案查詢及登錄，未登錄不得申報本方案。	v	v	v	v	1800

一、修正通則
二(三)：修正牙醫師申請資格為非二年內經保險人停約或終止特約之醫事服務機構負責人或負有行為責任之人。
二、其餘屬修正年齡限制用詞及統一將數字以文字呈現等文字修正。

<p>91023C 牙周病統合治療第三階段支付 (comprehensive periodontal treatment) 註： 1.本項主要進行治療後牙周病檢查及牙菌斑控制紀錄及評估治療情形。 2.完成牙周病統合治療第二階段支付(91022C)治療日起四週(二十八天以上)後，經牙周病檢查原本牙周囊袋深度5mm以上之牙齒，至少一個部位深度降低2mm者達七成以上，且無非適應症之拔牙時，方可申報。 3.須附治療前與治療後之牙菌斑控制紀錄表、牙周病檢查紀錄表及病歷供審查。</p>	<p>v v v v 3200</p>	<p>91023C 牙周病統合治療第三階段支付 (comprehensive periodontal treatment) 註： 1.本項主要進行治療後牙周病檢查及牙菌斑控制紀錄及評估治療情形。 2.完成牙周病統合治療第二階段支付(91022C)治療日起四週(≥二十八天)後，經牙周病檢查原本牙周囊袋深度≥5mm之牙齒，至少一個部位深度降低2mm者達七成以上，且無非適應症之拔牙時，方可申報。 3.須附治療前與治療後之牙菌斑控制紀錄表、牙周病檢查紀錄表及病歷供審查。</p>	<p>v v v v 3200</p>
--	---------------------	--	---------------------

第四部 中醫

通則：

五、平均每位專任醫師申報針灸、傷科及針灸合併傷科治療之合理量：

(一)中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科及針灸合併傷科治療合計申報量限六十人次以內：

1.計算方式：

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

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

2.支付方式：

(1)申報量在三十人次以下部分，按表訂點數支付。

(2)申報量在三十一至六十人次之部分，未開內服藥之針灸治療(編號D02、D04、D06、D08)、一般傷科治療(編號E02)、針灸合併一般傷科治療(F02、F36、F53)、電針合併一般傷科治療(F19)以九折支付，其餘項目按表定點數支付。

(3)申報量在六十一人次以上之部分，第四章至第六章各診療項目支付點數以零計。

(二)除前項每看診日平均申報量上限六十人次以內，另依下列規範第四章針灸治療處置及第六章針灸合併傷科治療處置之每月申報上限：

1.其中內含中度複雜性針灸：平均每位專任醫師每月上限為一百人次，包括編號：D05、D06、F35、F36、F37、F38、F39、F40、F41、F42、F43、F44、F45、F46、F47、F48、F49、F50、F51。

2.其中內含高度複雜性針灸：平均每位專任醫師每月上限為七十人次，包括編號：D07、D08、F52、F53、F54、F55、F56、F57、F58、F59、F60、F61、F62、F63、F64、F65、F66、F67、F68。

3.超過部分改以內含一般針灸醫令計算，包括編號：D01、D02、D03、D04、F01、F02、F04、F05、F07、F08、F10、F11、F13、F14、F16、F17、F18、F19、F21、F22、F24、F25、F27、F28、F30、F31、F33、F34。

八、未滿四歲兒童之門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

第四部 中醫

通則：

五、個別專任醫師申報針灸、傷科及針灸合併傷科治療之合理量：

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

1.計算方式：

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

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

2.支付方式：

(1)申報量在三十人次以下部分，按表訂點數支付。

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

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

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

1.其中內含中度複雜性針灸：每位專任醫師每月上限為一百人次，包括編號：D05、D06、F35、F36、F37、F38、F39、F40、F41、F42、F43、F44、F45、F46、F47、F48、F49、F50、F51。

2.其中內含高度複雜性針灸：每位專任醫師每月上限為七十人次，包括編號：D07、D08、F52、F53、F54、F55、F56、F57、F58、F59、F60、F61、F62、F63、F64、F65、F66、F67、F68。

3.超過部分改以內含一般針灸醫令計算，包括編號：D01、D02、D03、D04、F01、F02、F04、F05、F07、F08、F10、F11、F13、F14、F16、F17、F18、F19、F21、F22、F24、F25、F27、F28、F30、F31、F33、F34。

八、三歲(含)以下兒童之門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

一、修正通則
五：調升針灸、傷科及針灸合併傷科之合理量上限及修正其計算單位，明定為平均每位專任醫師。
二、其餘屬修正年齡限制用詞等文字修正。

第一章 門診診察費

編號	診療項目	支付點數
	一般門診診察費 (一)中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格(可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新進中醫師)醫院，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者。 (二)不符(一)項之中醫醫療院所	
A07	4.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過七十人次，但在 <u>一百五十</u> 人次以下部分(71-150) —未開具慢性病連續處方	90
A17	—開具慢性病連續處方	120
A51	—開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	325
	5.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過 <u>一百五十</u> 人次部分(>150)	
A08	—未開具慢性病連續處方	50
A18	—開具慢性病連續處方	80
A52	—開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	305
	註：1.所稱「看診時聘有護理人員在場服務者」，指看診時須有護理人員在場服務。申報費用須先報備護理人員執照及執業登記地點。院所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『護理人員跟診時段』，包含：護理人員姓名、身分證字號、跟診日期、跟診時間(應有明確時間點)、搭配之中醫師姓名及身分證字號暨中醫師排班時段等項，未填報者，不予支付該類診察費。 2.支援中醫師看診人次之計算：依各段各專任中醫師每段看診合理量之餘額總數，依序補入支援中醫之看診人次。若專任中醫師該月份均未看診，除通則九規定外，支援中醫師以看診合理量之最後一段支付點數申報。 3.開具慢性病連續處方者，應列入每位專任中醫師每月看診日平均門診量優先計算。 4.支援醫師診察費一律按未聘有護理人員在場服務者之支付標準代碼計算。 5.每月看診日數計算方式：一般門診診察費申報第(一)項者，每月實際看診日數超過二十三日者，以二十三日計；一般門診診察費申報第(二)項者，每月實際看診日數超過二十六日者，以二十六日計；位於「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。	
A90	—初診門診診察費加計 註：1.限特約中醫醫事服務機構需符合設立健保特約院所滿二年以上(東區及山地離島地區以簽約滿一年以上)申報。 2.限患者需為二年內(費用年月相減)未到該全民健康保險中醫醫事服務機構看診方可提出。 3.院所申報初診案件數以每月申報診察費不為 <u>零</u> 之就醫病人ID歸戶人數之 <u>百分之十</u> 為最高申請件數。	50

第一章 門診診察費

編號	診療項目	支付點數
	一般門診診察費 (一)中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格(可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新進中醫師)醫院，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者。 (二)不符(一)項之中醫醫療院所	
A07	4.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過七十人次，但在 <u>一五〇</u> 人次以下部分(71-150) —未開具慢性病連續處方	90
A17	—開具慢性病連續處方	120
A51	—開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	325
	5.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過 <u>一五〇</u> 人次部分(>150)	
A08	—未開具慢性病連續處方	50
A18	—開具慢性病連續處方	80
A52	—開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	305
	註：1.所稱「看診時聘有護理人員在場服務者」，指看診時須有護理人員在場服務。申報費用須先報備護理人員執照及執業登記地點。院所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『護理人員跟診時段』，包含：護理人員姓名、身分證字號、跟診日期、跟診時間(應有明確時間點)、搭配之中醫師姓名及身分證字號暨中醫師排班時段等項，未填報者，不予支付該類診察費。 2.支援中醫師看診人次之計算：依各段各專任中醫師每段看診合理量之餘額總數，依序補入支援中醫之看診人次。若專任中醫師該月份均未看診，除通則九規定外，支援中醫師以看診合理量之最後一段支付點數申報。 3.開具慢性病連續處方者，應列入每位專任中醫師每月看診日平均門診量優先計算。 4.支援醫師診察費一律按未聘有護理人員在場服務者之支付標準代碼計算。 5.每月看診日數計算方式：一般門診診察費申報第(一)項者，每月實際看診日數超過二十三日者，以二十三日計；一般門診診察費申報第(二)項者，每月實際看診日數超過二十六日者，以二十六日計；位於「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。	
A90	—初診門診診察費加計 註：1.限特約中醫醫事服務機構需符合設立健保特約院所滿二年以上(東區及山地離島地區以簽約滿一年以上)申報。 2.限患者需為二年內(費用年月相減)未到該全民健康保險中醫醫事服務機構看診方可提出。 3.院所申報初診案件數以每月申報診察費不為 <u>0</u> 之就醫病人ID歸戶人數之 <u>10%</u> 為最高申請件數。	50

屬統一將數字以文字呈現等文字修正。

第四章 針灸治療處置費			第四章 針灸治療處置費			屬文字修正。
編號	診療項目	支付點數	編號	診療項目	支付點數	
D05	中度複雜性針灸 —另開內服藥	327	D05	中度複雜性針灸 —另開內服藥	327	
D06	—未開內服藥 註： 1.適應症： (1)附表 4.4.1 所列疾病。 (2)無附表 4.4.1 所列疾病，但有附表 4.4.2 所列特殊疾病者。 2.支付規範： (1)須針灸二個以上部位：頭頸部、軀幹部或四肢，任兩部位或以上。 (2)須合併以下任一輔助治療：拔罐治療、放血治療、刮痧治療、熱療(含紅外線治療)、艾灸治療、電療或眼部特殊針灸。 (3)治療時間合計十分鐘以上。	327	D06	—未開內服藥 註： 1.適應症： (1)附表 4.4.1 所列疾病。 (2)無附表 4.4.1 所列疾病，但有附表 4.4.2 所列特殊疾病者。 2.支付規範： (1)須針灸二個(含)以上部位：頭頸部、軀幹部或四肢，任兩部位或以上。 (2)須合併以下任一輔助治療：拔罐治療、放血治療、刮痧治療、熱療(含紅外線治療)、艾灸治療、電療或眼部特殊針灸。 (3)治療時間合計十分鐘以上。	327	
D07	高度複雜性針灸 —另開內服藥	427	D07	高度複雜性針灸 —另開內服藥	427	
D08	—未開內服藥 註： 1.適應症： (1)附表 4.4.3 所列疾病。 (2)中度複雜性針灸適應症(附表 4.4.1)合併有附表 4.4.2 特殊疾病。 2.支付規範： (1)須針灸二個以上部位：頭頸部、軀幹部或四肢，任兩部位或以上。 (2)須合併以下任一輔助治療：拔罐治療、放血治療、刮痧治療、熱療(含紅外線治療)、艾灸治療、電療或眼部特殊針灸。 (3)治療時間合計二十分鐘以上。	427	D08	—未開內服藥 註： 1.適應症： (1)附表 4.4.3 所列疾病。 (2)中度複雜性針灸適應症(附表 4.4.1)合併有附表 4.4.2 特殊疾病。 2.支付規範： (1)須針灸二個(含)以上部位：頭頸部、軀幹部或四肢，任兩部位或以上。 (2)須合併以下任一輔助治療：拔罐治療、放血治療、刮痧治療、熱療(含紅外線治療)、艾灸治療、電療或眼部特殊針灸。 (3)治療時間合計二十分鐘以上。	427	

第五部 居家照護及精神病患者社區復健

第一章 居家照護

附表5.1.2 居家護理一般照護項目表

支付標準 編號	診 療 項 目
(免填報)	小量注射：如肌肉注射、皮下注射、靜脈注射
	靜脈點滴加藥
	藥物敏感反應試驗(Cytomack test, Penicillin test 等)
	濕氣吸入治療 Humidity inhalation、呼吸道抽吸 Suction、體位引流 Postural drainage
	被動性關節運動 Passive R.O.M.
	置入器皮下注射(port-A)及護理
	小換藥(小於十公分) Change dressing small (<10 cm)
	中換藥(十至二十公分) Change dressing medium (10-20 cm)
	大換藥(超過二十公分) Change dressing large (>20 cm)
	拆線-傷口在十公分以下 Remove Stiches <10 cm
	拆線-傷口在十公分以上 Remove Stiches >10 cm
	一般導尿、更換尿袋、尿管護理、拔除尿管之膀胱訓練
	口腔護理
	塞劑給予、糞嵌塞清除 Cleaning fecal impaction
	甘油灌腸 Glycerin enema(大小量灌腸比照本項)
	礦物油留置灌腸 Retension enema(留置灌腸比照本項)
一般身體檢查、護理指導(含胰島素注射及傷口照顧指導)	
酒精拭浴 Alcohol packing、薄荷擦拭 Menthol packing	
會陰沖洗 Perineal irrigation care	
其它護理項目	

第三章 安寧居家療護

通則：

二、收案條件：

- (一)符合安寧緩和醫療條例得接受安寧緩和醫療照護之末期病人(必要條件)。
- (二)癌症末期病人：
 1. 確定病患對各種治癒性治療效果不佳(必要條件)。
 2. 居家照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。
 3. 病情急劇轉變造成病人極大不適時，如
 - (1)高血鈣(Hypercalcemia)
 - (2)脊髓壓迫(Spinal Cord compression)
 - (3)急性疼痛(Acute pain)
 - (4)嚴重呼吸困難(Dyspnea severe)
 - (5)惡性腸阻塞(Malignant bowel obstruction)
 - (6)出血(Bleeding)
 - (7)腫瘤(塊)潰瘍(Ulcerated mass 如 breast cancer, buccal cancer)
 - (8)嚴重嘔吐(Vomiting severe)
 - (9)發燒，疑似感染(Fever R/O Infection)
 - (10)癲癇發作(Seizure)
 - (11)急性瞻妄(Delirium, acute)
 - (12)急性精神壓力，如自殺意圖(Acute Psychological distress, Suicide attempt)
- (三)末期運動神經元病人：
 1. 末期運動神經元病人，不接受呼吸器處理，主要症狀有直接相關及／或間接相關症狀者。
 - (1)直接相關症狀：虛弱及萎縮、肌肉痙攣、吞嚥困難、呼吸困難。
 - (2)間接相關症狀：睡眠障礙、便秘、流口水、心理或靈性困擾、分泌物及黏稠物、低效型通氣不足、疼痛。
 2. 末期運動神經元患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡

第五部 居家照護及精神病患者社區復健

第一章 居家照護

附表5.1.2 居家護理一般照護項目表

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

第三章 安寧居家療護

通則：

二、收案條件：

- (一)符合安寧緩和醫療條例得接受安寧緩和醫療照護之末期病人(必要條件)。
- (二)癌症末期病患：
 1. 確定病患對各種治癒性治療效果不佳(必要條件)。
 2. 居家照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。
 3. 病情急劇轉變造成病人極大不適時，如
 - (1)高血鈣(Hypercalcemia)
 - (2)脊髓壓迫(Spinal Cord compression)
 - (3)急性疼痛(Acute pain)
 - (4)嚴重呼吸困難(Dyspnea severe)
 - (5)惡性腸阻塞(Malignant bowel obstruction)
 - (6)出血(Bleeding)
 - (7)腫瘤(塊)潰瘍(Ulcerated mass 如 breast cancer, buccal cancer)
 - (8)嚴重嘔吐(Vomiting severe)
 - (9)發燒，疑似感染(Fever R/O Infection)
 - (10)癲癇發作(Seizure)
 - (11)急性瞻妄(Delirium, acute)
 - (12)急性精神壓力，如自殺意圖(Acute Psychological distress, Suicide attempt)
- (三)末期運動神經元病患：
 1. 末期運動神經元病患，不接受呼吸器處理，主要症狀有直接相關及／或間接相關症狀者。
 - (1)直接相關症狀：虛弱及萎縮、肌肉痙攣、吞嚥困難、呼吸困難。
 - (2)間接相關症狀：睡眠障礙、便秘、流口水、心理或靈性困擾、分泌物及黏稠物、低效型通氣不足、疼痛。
 2. 末期運動神經元患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡

屬統一將數字以文字呈現等文字修正。

一、新增通則八：明定安寧居家療護章機構定義。
二、其餘屬文字修正。

徵象者。

(四)主要診斷為下列疾病，且已進入末期狀態者(相關症狀等條件詳附表)：

1. 老年期及初老期器質性精神病態
2. 其他腦變質
3. 心臟衰竭
4. 慢性氣道阻塞，他處未歸類者
5. 肺部其他疾病
6. 慢性肝病及肝硬化
7. 急性腎衰竭，未明示者
8. 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

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

(六)病人之自我照顧能力及活動狀況需符合 ECOG scale(Eastern Cooperative Oncology Group Scale)二級以上(對照 Patient Staging Scales，PS，Karnofsky： 50-60)。

八、本章節診療項目「機構」係指依「護理機構分類設置標準」、「老人福利機構設立標準」、「長期照顧服務機構設立標準」、「身心障礙福利機構設施及人員配置標準」及「國軍退除役官兵輔導委員會各榮譽國民之家組織準則」等法規命令設置立案之老人安養、養護機構、護理之家、住宿式長照機構、身心障礙福利機構之住宿機構或榮譽國民之家。

編號	診療項目	基層診所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
05326C	臨終病患訪視費	v	v	v	v	5000
05327C	臨終病患訪視費山地離島地區 註： 1.限訪視臨終病患，且 ECOG 三級以上之病患，實際訪視時間在二小時以上，始得申報此項費用，每位病患申報訪視次數僅限一次。 2.甲乙兩類醫事人員皆可申報。 3.服務內容需包含臨終訪視、善終準備及家屬哀傷輔導等。	v	v	v	v	5500

徵象者。

(四)主要診斷為下列疾病，且已進入末期狀態者(相關症狀等條件詳附表)：

1. 老年期及初老期器質性精神病態
2. 其他腦變質
3. 心臟衰竭
4. 慢性氣道阻塞，他處未歸類者
5. 肺部其他疾病
6. 慢性肝病及肝硬化
7. 急性腎衰竭，未明示者
8. 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

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

(六)病人之自我照顧能力及活動狀況需符合 ECOG scale(Eastern Cooperative Oncology Group Scale) 2 級以上(對照 Patient Staging Scales，PS，Karnofsky： 50-60)。

編號	診療項目	基層診所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
05326C	臨終病患訪視費	v	v	v	v	5000
05327C	臨終病患訪視費山地離島地區 註： 1.限訪視臨終病患，且 ECOG 大於 三級以上(含三級)之病患，實際訪視時間在二小時以上(含二小時)，始得申報此項費用，每位病患申報訪視次數僅限一次。 2.甲乙兩類醫事人員皆可申報。 3.服務內容需包含臨終訪視、善終準備及家屬哀傷輔導等。	v	v	v	v	5500

第六部 論病例計酬
第一章 產科

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

第六部 論病例計酬
第一章 產科

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

屬統一將數字以文字呈現等文字修正。

第二章 婦科

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

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

第二章 婦科

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

基本診療項目		
手術前	手術中、手術後	
I .Indication of admission	III. Management	IV.Management
II .Diagnostic study	1.Medication	1.Surgical
1.History taking	2.Nursing care	2.Post-OP care
2.Physical exam		V.Management
3.Lab test		1.Ward nursing care
4.Special procedure		2.Medication
收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目
1.06009C 尿沈渣顯微鏡檢查*1	20.09027C 鹼性磷酸酶*1	※37.96005C 或 96007C
2.06012C 或 06013C 尿液檢查*1	21.09029C 膽紅素總量*1	或 96017C 或 96020C 麻醉*1
3.08011C 或 08012C 或 08082C 全套血液檢查*2	22.09030C 直接膽紅素*1	38.57017C 或 57018B
4.08013C 白血球分類計數*2	23.09038C 白蛋白*1	Pulse oximeter*1
5.08018C 或 08019C 出血時間*1	24.09040C 全蛋白*1	※39.80402C 或 80420C
6.08020C 凝血時間*1 (5.6 項二項得以 08026C 及 08036C 項取代)	25.11001C 血型測定*1	或 80415C
7.09001C 總膽固醇*1	26.11003C RH (D) 型檢查*1	子宮肌瘤切除術或子宮鏡子宮肌瘤切除術*1
8.09002C 血中尿素氮*1	27.12001C 梅毒檢查*1	40.96025B 麻醉恢復
9.09004C 中性脂肪*1	28.13007C 細菌培養鑑定	※41.25001C 或 25002C
10.09005C 血液及體液葡萄糖*1	29.18001C 心電圖*1	或 25003C 或 25004C 或 25024C
11.09011C 鈣*1	30.19001C 或 19003C 超音波*1	或 25025C 病理*1
12.09012C 磷*1	31.32001C 胸腔檢查*1	42.47002C 薄荷擦拭*1
13.09013C 尿酸*1	32.32006C 腎臟、輸尿管、膀胱檢查*1	※43.48011C 或 48012C 或 48013C 換藥*3
14.09015C 肌酐(血)*1	33.39004C 大量液體點滴注射*3 (六歲以下兒童，本項得以 57113B 或 57120B 或 57121B 或 57122B 項目取代)	44.55010C 會陰沖洗*2
15.09021C 鈉*1	34.47003C 或 47004C 或 47006C 或 47011C 灌腸*1	
16.09022C 鉀*1	35.47014C 留置導尿*1	
17.09023C 氯*1	36.96026B 麻醉前評估*1	
18.09025C 血清麩胺酸苯醋酸轉氨基酶*1		
19.09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉氨基酶*1		
選擇性診療項目：其他醫療需要之支付標準所列項目。		

屬修正年齡限制用詞等文字修正。

附表 6.2.3 子宮完全切除術(住院)診療項目要求表

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

附表 6.2.3 子宮完全切除術(住院)診療項目要求表

基本診療項目		
手術前		手術中、手術後
I .Indication of admission	III . Management	IV.Management
II .Diagnostic study	1.Medication	1.Surgical
1.History taking	2.Nursing care	2..Post-OP care
2.Physical exam		V .Management
3.Lab test		1.Ward nursing care
4.Special procedure		2.Medication
收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目
1.06009C 尿沈渣顯微鏡檢查*1	21.09027C 鹼性磷酸酶*1	※38.96005C 或 96007C 或 96017C 或 96020C
2.06012C 或 06013C 尿液檢查*1	22.09029C 膽紅素總量*1	麻醉*1
3.08005C 紅血球沉降速度測定*1	23.09030C 直接膽紅素*1	39.57017C 或 57018B
4.08011C 或 08012C 或 08082C 全套血液檢查*2	24.09038C 白蛋白*1	Pulse oximeter*1
5.08013C 白血球分類計數*2	25.09040C 全蛋白*1	※40.80403B 或 80421B 子宮完全切除術*1
6.08018C 或 08019C 出血時間*1	26.11001C 血型測定*1	41.96025B 麻醉恢復照護*1
7.08020C 凝血時間*1 (6.7 二項得以 08026C 及 08036C 項取代)	27.11003C RH(D)型檢查*1	※42.25001C 或 25002C 或 25003C 或 25004C 或 25024C 或 25025C 病理*1
8.09001C 總膽固醇*1	28.12001C 梅毒檢查*1	43.47002C 薄荷擦拭*3
9.09002C 血中尿素氮*1	29.13007C 細菌培養鑑定檢查*2	44.47039C 熱或冷冰敷*1
10.09004C 中性脂肪*1	30.18001C 心電圖*1	※45.48011C 或 48012C 或 48013C
11.09005C 血液及體液葡萄糖*2	31.19001C 或 19003C 超音波*1	換藥*4
12.09011C 鈣*1	32.32001C 胸腔檢查*1	46.55010C 會陰沖洗*3
13.09012C 磷*1	33.32006C 腎臟、輸尿管、膀胱檢查*1	47.55011C 陰道灌洗*1
14.09013C 尿酸*1	34.39004C 大量液體點滴注射*4 (六歲以下兒童，本項得以57113B 或57120B或57121B或57122B項目取代)	
15.09015C 肌酐(血)*1	35.47003C或47004C或47006C或47011C 灌腸*1	
16.09021C 鈉*1		
17.09022C 鉀*1	36.47014C 留置導尿*1	
18.09023C 氯*1	37.96026B 麻醉前評估*1	
19.09025C 血清麩胺酸苯醋酸轉氨基酶*1		
20.09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉氨基酶*1		
選擇性診療項目：其他醫療需要之支付標準所列項目。		

附表 6.2.4 次全子宮切除術(住院)診療項目要求表

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

附表 6.2.4 次全子宮切除術(住院)診療項目要求表

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

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

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

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

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

附表 6.2.6 腹腔鏡子宮完全切除術(住院)診療項目要求表

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

附表 6.2.6 腹腔鏡子宮完全切除術(住院)診療項目要求表

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

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

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

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

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

第三章 一般外科

附表 6.3.5 股及腹股溝疝氣手術（單側，門診）診療項目要求表

基本診療項目		
手術前		手術中、手術後
I. Indication of admission	III. Management	IV. Management
II. Diagnostic study	1. Medication	1. Surgical
1. History taking	2. Nursing care	2. Post-OP care
2. Physical exam		V. Management
3. Lab test		1. Ward nursing care
4. Special procedure		2. Medication
收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目	收費代碼及處置項目
1.39004C 大量液體點滴注射*1 (未滿七歲兒童，本項得以57113B或57120B或57121B或57122B項目取代)		※2.96004C或96005C或96007C或96017C或96020C或96000C(局部麻醉-本項限年齡十八歲以上使用) 麻醉*1 ※3.75606B或75607C或75613C或75614C或75615C (基層院所股及腹股溝疝氣手術 (AGE<1, 單側)(門診)得以88029C取代) 鼠蹊疝氣修補術*1 4.25001C或25002C或25003C或25004C或25024C或25025C病理*1 5.57017C或57018B Pulse oximeter*1
選擇性診療項目：其他醫療需要之支付標準所列項目。		

第三章 一般外科

附表 6.3.5 股及腹股溝疝氣手術（單側，門診）診療項目要求表

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

屬修正年齡限制用詞等文字修正。

第四章 泌尿科

通則：

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

第四章 泌尿科

通則：

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

屬文字修正。

第七章 耳鼻喉科

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

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

第七章 耳鼻喉科

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

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

屬修正年齡限制用詞等文字修正。

**第七部 全民健康保險住院診斷關聯群
(Taiwan Diagnosis Related Groups, Tw-DRGs)
第一章 Tw-DRGs 支付通則**

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

- (一) 實際醫療服務點數低於下限臨界點者，應核實申報。
- (二) 實際醫療服務點數在上、下限臨界點範圍內者，計算公式如下：

1. Tw-DRG 支付定額=RW×SPR×(1+基本診療加成率+兒童加成率+CMI 加成率+山地離島地區醫院加成率)。

2. 基本診療加成率：依據本標準第一部總則二規定，依醫療機構與保險人簽定合約之特約類別：

- (1)醫學中心：百分之七點一。
- (2)區域醫院：百分之六點一。
- (3)地區醫院：百分之五。

3. 兒童加成率：

- (1)MDC15：「年齡未滿六個月者」為百分之二十三；「年齡六個月以上，未滿二歲者」為百分之九；「年齡二歲以上，未滿七歲者」為百分之十。

(2)非 MDC15。

a.內科系 Tw-DRG：「年齡未滿六個月者」為百分之九十一；「年齡六個月以上，未滿二歲者」為百分之二十三；「年齡二歲以上，未滿七歲者」為百分之十五。

b.外科系 Tw-DRG：「年齡未滿六個月者」為百分之六十六；「年齡六個月以上，未滿二歲者」為百分之二十一；「年齡二歲以上，未滿七歲者」為百分之十。

(3)內外科系認定表詳見「TW-DRG 分類手冊」。

4. 病例組合指標 Case Mix Index(CMI)加成率：各醫院依據保險人公布之 CMI 值及下列成數加成。

- (1)CMI 值大於 1.1，小於等於 1.2 者，加計百分之二。
- (2)CMI 值大於 1.2，小於等於 1.3 者，加計百分之三。
- (3)CMI 值大於 1.3，加計百分之三。

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

5. 山地離島地區之醫院加成率：百分之二。

- (三) 實際醫療服務點數高於點數上限臨界點者，計算方式如下：

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

ICD-9-CM	ICD-10-CM
----------	-----------

**第七部 全民健康保險住院診斷關聯群
(Taiwan Diagnosis Related Groups, Tw-DRGs)
第一章 Tw-DRGs 支付通則**

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

- (一) 實際醫療服務點數低於下限臨界點者，應核實申報。
- (二) 實際醫療服務點數在上、下限臨界點範圍內者，計算公式如下：

1. Tw-DRG 支付定額=RW×SPR×(1+基本診療加成率+兒童加成率+CMI 加成率+山地離島地區醫院加成率)。

2. 基本診療加成率：依據本標準第一部總則二規定，依醫療機構與保險人簽定合約之特約類別：

- (1)醫學中心，加成率 7.1%。
- (2)區域醫院，加成率 6.1%。
- (3)地區醫院，加成率 5.0%。

3. 兒童加成率：

- (1)MDC15：「年齡小於 6 個月者」為 23%；「年齡大於等於 6 個月，小於 2 歲者」為 9%；「年齡大於等於 2 歲，小於等於 6 歲者」為 10%。

(2)非 MDC15。

a.內科系 Tw-DRG：「年齡小於 6 個月者」為 91%；「年齡大於等於 6 個月，小於 2 歲者」為 23%；「年齡大於等於 2 歲，小於等於 6 歲者」為 15%。

b.外科系 Tw-DRG：「年齡小於 6 個月者」為 66%；「年齡大於等於 6 個月，小於 2 歲者」為 21%；「年齡大於等於 2 歲，小於等於 6 歲者」為 10%。

(3)內外科系認定表詳見「TW-DRG 分類手冊」。

4. 病例組合指標 Case Mix Index(CMI)加成率：各醫院依據保險人公布之 CMI 值及下列成數加成。

- (1)CMI 值大於 1.1，小於等於 1.2 者，加成 1%。
- (2)CMI 值大於 1.2，小於等於 1.3 者，加成 2%。
- (3)CMI 值大於 1.3，加成 3%。

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

5. 山地離島地區之醫院加成率：2%。

- (三) 實際醫療服務點數高於點數上限臨界點者，計算方式如下：

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

ICD-9-CM	ICD-10-CM
----------	-----------

屬修正年齡限制用詞及統一將數字以文字呈現等文字修正。

740.XX~759.XX (不包括 744.43、744.46、744.47、744.49、750.0、750.12、750.13、750.21、750.22、750.23、750.24、750.25、752.51、752.52、752.69、757.39)、478.33、389.11、389.9

Q00.0-Q99.9、E78.71、E78.72、G90.1、N64.82 (不包括 Q18.1、Q18.2、Q38.0、Q38.1、Q38.3、Q38.4、Q53.00-Q53.02、Q53.10-Q53.12、Q53.20-Q53.22、Q53.9、Q55.22、Q55.5、Q55.61、Q55.63、Q55.69、Q81.0-Q81.2、Q81.8、Q81.9、Q82.8、Q82.9)、J38.02、H90.3、H90.41、H90.42、H91.90-H91.93

2.非本項第1點個案，按第(二)項原則計算之金額，加上超過上限臨界點部分之百分之八十支付，即 Tw-DRG 支付定額+(實際醫療服務點數-醫療服務點數上限臨界點)*80%；實際醫療服務點數高於點數上限臨界點，且 TW-DRG 支付定額高於上限臨界點但低於實際醫療服務點數之個案，上限臨界點以 TW-DRG 支付定額計算；實際醫療服務點數高於點數上限臨界點，惟 TW-DRG 支付定額高於實際醫療服務點數之個案，不得計算超過上限臨界點支付數。

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

(五)死亡及病危自動出院個案，依前述(一)至(三)項計算。

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

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

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

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

(1)次診斷為癌症或性態未明腫瘤：

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

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

	ICD-9-CM	ICD-10-PCS
化療	99.25	3E00X05、3E01305、3E02305、 3E03005、3E0300P、3E03305、 3E0330P、3E04005、3E0400P、 3E04305、3E0430P、3E05005、 3E0500P、3E05305、3E0530P、 3E06005、3E0600P、3E06305、 3E0630P、3E09305、3E09705、 3E09X05、3E0A305、3E0B305、 3E0B705、3E0BX05、3E0C305、 3E0C705、3E0CX05、3E0D305、 3E0D705、3E0DX05、3E0F305、 3E0F705、3E0F805、3E0G305、 3E0G705、3E0G805、3E0H305、 3E0H705、3E0H805、3E0J305、 3E0J705、3E0J805、3E0K305、 3E0K705、3E0K805、3E0L305、 3E0L705、3E0M305、3E0M705、

740.XX~759.XX (不包括 744.43、744.46、744.47、744.49、750.0、750.12、750.13、750.21、750.22、750.23、750.24、750.25、752.51、752.52、752.69、757.39)、478.33、389.11、389.9

Q00.0-Q99.9、E78.71、E78.72、G90.1、N64.82 (不包括 Q18.1、Q18.2、Q38.0、Q38.1、Q38.3、Q38.4、Q53.00-Q53.02、Q53.10-Q53.12、Q53.20-Q53.22、Q53.9、Q55.22、Q55.5、Q55.61、Q55.63、Q55.69、Q81.0-Q81.2、Q81.8、Q81.9、Q82.8、Q82.9)、J38.02、H90.3、H90.41、H90.42、H91.90-H91.93

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

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

(五)死亡及病危自動出院個案，依前述(一)至(三)項計算。

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

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

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

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

(1)次診斷為癌症或性態未明腫瘤：

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

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

	ICD-9-CM	ICD-10-PCS
化療	99.25	3E00X05、3E01305、3E02305、 3E03005、3E0300P、3E03305、 3E0330P、3E04005、3E0400P、 3E04305、3E0430P、3E05005、 3E0500P、3E05305、3E0530P、 3E06005、3E0600P、3E06305、 3E0630P、3E09305、3E09705、 3E09X05、3E0A305、3E0B305、 3E0B705、3E0BX05、3E0C305、 3E0C705、3E0CX05、3E0D305、 3E0D705、3E0DX05、3E0F305、 3E0F705、3E0F805、3E0G305、 3E0G705、3E0G805、3E0H305、 3E0H705、3E0H805、3E0J305、 3E0J705、3E0J805、3E0K305、 3E0K705、3E0K805、3E0L305、

		3E0N305、3E0N705、3E0N805、3E0P305、3E0P705、3E0P805、3E0Q305、3E0Q705、3E0R305、3E0S305、3E0U305、3E0V305、3E0W305、3E0Y305、3E0Y705
荷爾蒙注射療法	99.24	3E013VJ、3E030VJ、3E033VJ、3E040VJ、3E043VJ、3E050VJ、3E053VJ、3E060VJ、3E063VJ
放療	92.2X	詳附表 7.0

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

4.使用呼吸器之個案核實申報之呼吸器費用，應符合下列二項要件：

(1) 處置碼包含使用呼吸器：

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

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

5.施行洗腎之個案核實申報之洗腎費用，應符合下列二項要件：

(1) 處置碼包含洗腎：

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

(2) 核實申報項目為支付標準代碼為 58001C。

6.生物製劑。

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

第二章 Tw-DRGs 分類架構及原則

四、Tw-DRG 之編審依序，以 PRE MDC 優先，其次為 MDC24，再次為 MDC1-MDC23，惟 PRE MDC 中之 Tw-DRG48201、48202、48301、48302 等四項，若同時符合 MDC1 至 MDC24 之 Tw-DRG 條件者，得以權重高者認定。

六、MDC15 之出生天數以「入院日」減「出生日」計算。

七、正常新生兒照護仍併入生產 DRG 內。

		3E0L705、3E0M305、3E0M705、3E0N305、3E0N705、3E0N805、3E0P305、3E0P705、3E0P805、3E0Q305、3E0Q705、3E0R305、3E0S305、3E0U305、3E0V305、3E0W305、3E0Y305、3E0Y705
荷爾蒙注射療法	99.24	3E013VJ、3E030VJ、3E033VJ、3E040VJ、3E043VJ、3E050VJ、3E053VJ、3E060VJ、3E063VJ
放療	92.2X	詳附表 7.0

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

4.使用呼吸器之個案核實申報之呼吸器費用，應符合下列二項要件：

(1) 處置碼包含使用呼吸器：

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

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

5.施行洗腎之個案核實申報之洗腎費用，應符合下列二項要件：

(1) 處置碼包含洗腎：

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

(2) 核實申報項目為支付標準代碼為 58001C。

6.生物製劑。

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

第二章 Tw-DRGs 分類架構及原則

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

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

七、MDC15 之出生天數以「入院日」減「出生日」計算。

八、正常新生兒照護仍併入生產 DRG 內。

一、配合新增總則十五，刪除通則六。項次併同修正。
二、其餘屬統一將數字以文字呈現等文字修正。

第八部 品質支付服務
第一章 結核病

通則：

三、申報 A1001C 第一階段疾病管理照護費（連續管理三個月）之個案，初次診斷應做鏡檢塗片耐酸性染色三次（肺外結核除外），且進行分枝桿菌培養及鑑定，對於培養陽性者應作藥物感受性試驗；肺外結核之病理檢體應施行耐酸性染色及結核菌培養，並於培養陽性後執行菌種鑑定。

五、執行本項各診療項目須符合下列條件：

- (一) 須具有胸腔、感染、結核任一專科或曾接受主管機關結核病學訓練並獲結業證明之醫師至少一名。
- (二) 院所通報結核病發現新案達一百人以上，應設置專任結核病個案管理專員一人，並應依個案增加比率酌增個案管理員人數；惟通報結核病發現新案未滿一百人者得以專責人員任之。

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

第八部 品質支付服務
第一章 結核病

通則：

三、申報 A1001C 第一階段疾病管理照護費（連續管理 3 個月）之個案，初次診斷應做鏡檢塗片耐酸性染色三次（肺外結核除外），且進行分枝桿菌培養及鑑定，對於培養陽性者應作藥物感受性試驗；肺外結核之病理檢體應施行耐酸性染色及結核菌培養，並於培養陽性後執行菌種鑑定。

五、執行本項各診療項目須符合下列條件：

- (一) 須具有胸腔、感染、結核任一專科或曾接受主管機關結核病學訓練並獲結業證明之醫師至少一名。
- (二) 院所通報結核病發現新案達 100 (含)人以上，應設置專任結核病個案管理專員 1 人，並應依個案增加比率酌增個案管理員人數；惟通報結核病發現新案 100 人以下者得以專責人員任之。

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

屬統一將數字以文字呈現等文字修正。

第二章 糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案

通則：

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

(一)糖尿病：醫事機構須組成照護團隊，醫事人員並經地方政府共同照護網認證後向保險人之分區業務組申請同意。

1. 第一階段照護：

(1)團隊醫事人員資格如下：

A.醫師、護理衛教及營養衛教之專業人員須經各地方政府糖尿病共同照護網認證合格，地區醫院及基層院所之護理衛教及營養衛教人員，得依相關法規規定以共聘或支援方式辦理。

B.地區醫院及基層院所團隊醫事人員可為醫師加另一專業人員執行（可包括護理師、營養師、藥師），惟團隊仍需取得各地方政府糖尿病共同照護網醫師、護理衛教及營養衛教認證合格。

(2)上述參與資格如主管機關有最新規定，從其規定。

2.第二階段照護：個案完整申報新收案（P1407C）一次、追蹤（P1408C 或 P7001C）至少五次、年度評估（P1409C 或 P7002C）至少二次後，另得視病情需要進行衛教服務，申報第二階段照護項目。

(1)醫事人員資格如下：限內科、兒科、家醫科、新陳代謝、內分泌、心臟、腎臟專科醫師。除新陳代謝、內分泌、心臟、腎臟專科醫師及原第一階段照護醫師外，其他專科醫師需接受中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國糖尿病學會、中華民國糖尿病衛教學會、台灣醫療繼續教育推廣學會或國民健康署公布之糖尿病健康促進機構所主辦之糖尿病相關課程八小時，並取得證明。

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

3.申報本章糖尿病管理照護費用之醫師，第一階段其當季個案追蹤率小於百分之二十者（指前一季已收案之個案中，於本季完成追蹤者），經輔導未改善，自保險人文到日之次月起，一年內不得再申報本章之相關費用。

(二)初期慢性腎臟病(Early Chronic Kidney Disease, Early CKD)：

1.健保特約院所之腎臟、心臟、新陳代謝專科醫師。

2.其他專科醫師需接受保險人認可之慢性腎臟病照護訓練，上課時數至少六小時（包含 Early CKD 核心課程及衛教課程，線上或實體均可），並取得證明，且每年得接受繼續教育課程二小時。

3.設立於山地離島地區之特約院所，具醫師資格且接受保險人認可之慢性腎臟病照護訓練，上課時數至少六小時（包含 Early CKD 核心課程及衛教課程，線上或實體均可），並取得證明，且每年得接受繼續教育課程二小時。

4.參與之院所與醫師，必須依照本章規定，提供初期慢性腎臟病人完整之治療模式與適當的轉診服務。

5.參與之醫師，年度追蹤率小於百分之二十者（指前一年度已收案之個案中，於本年度完成追蹤者），經輔導未改善，自保險人文到日之次月起，一年內不得再申報本章之相關費用。

二、收案條件：

(一)糖尿病：最近九十天曾在該院所診斷為糖尿病（ICD-10-CM 前三碼為 E08-E13）至少同院所就醫達二次以上者，才可收案，惟當次收案須以主診斷【門診醫療費用點數申報格式點數清單段之國際疾病分類碼（一）】收案。同一院所經結案對象一年內不得再收案，但院所仍可依本支付標準申報相關醫療費用。

第二章 糖尿病

通則：

一、參與資格：

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

(一)第一階段照護：

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

2. 上述參與資格如主管機關有最新規定，從其規定。

(二)第二階段照護

個案完整申報新收案(P1407C) 一次、追蹤(P1408C)至少五次、年度評估(P1409C)至少二次後，另得視病情需要進行衛教服務，申報第二階段照護項目。

1. 醫事人員資格如下：限內科、兒科、家醫科、新陳代謝、內分泌、心臟、腎臟專科醫師。除新陳代謝、內分泌、心臟、腎臟專科醫師及原第一階段照護醫師，其他專科醫師需接受中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國糖尿病學會、中華民國糖尿病衛教學會、台灣醫療繼續教育推廣學會或國民健康署公布之糖尿病健康促進機構所主辦之糖尿病相關課程八小時，並取得證明。

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

(三)申報本章費用之醫師，第一階段其當季個案追蹤率小於百分之二十者（指前一季已收案之個案中，於本季完成追蹤者），經輔導未改善，自保險人文到日之次月起，一年內不得再申報本章之相關費用（P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C）。

二、收案對象：

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

(二)經保險人健保資訊網服務系統(VPN)查詢，個案若已被其他院所收案照護中(一年內仍有追蹤紀錄)，不得收案。

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

(四)結案條件：

1. 可歸因於個案者，如失聯超過三個月、拒絕再接受治療等。
2. 經醫師評估已可自行照護者。
3. 個案未執行本章管理照護超過一年者。

三、品質資訊之登錄及監測：

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

(二)特約醫療院所如依「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」規定，上傳收案個案之檢驗(查)結果，其值將自動轉入個案登錄系統。

四、醫療費用審查：

(一)申報原則：

1. 醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。
2. 門診及住院醫療服務點數清單及醫令清單填表說明
(1)屬本章收案之保險對象，其就診當次符合申報 P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C 者，於申報費用時，門診醫療費用點數申報格式點數清

一、移列第三章初期慢性腎臟病至同部第二章，新增糖尿病合併初期慢性腎臟病整合照護通則及診療項目，按病人分類。並配合修正章名。

二、修正通則
一(二):初期慢性腎臟病之醫師資格，增列其他專科及山地離島地區院所醫師之照護訓練課程內涵及時數等規定。

三、新增通則
二(三):糖尿病合併初期慢性腎臟病之病人，須於同一次就診完成糖尿病及初期慢性腎臟病追蹤管理照護之規定。

四、修正通則
三、結案條件：由原第二章通則二(四)及原第三章通則二(四)整併。

五、修正通則
四、品質資訊之登錄及監測：由原第二章通則三及原第三章通則三整併。

六、修正通則
五、醫療費用審查：由原第二章通則四及原第三章通則四整併。並新增共病人案件分類及特定治療項目代號。

七、增修正通則
六、品質獎勵措施：由原第二章通則五及通則六及原第三章通則五整併。並糖尿病新增進步率指標、修正良/不良率等品質加成指標定義；修正初期慢性腎臟病品質獎勵

(二)初期慢性腎臟病：

1.慢性腎臟疾病（Chronic Kidney Disease, CKD）Stage 1、2、3a 期病人，經尿液及血液檢查後，已達下列條件者：

(1)CKD stage 1：腎功能正常但有蛋白尿、血尿等腎臟損傷狀況，腎絲球過濾率估算值（estimated Glomerular filtration rate, 以下稱 eGFR） ≥ 90 ml/min/1.73 m² 且尿蛋白與尿液肌酸酐比值（Urine Protein and Creatinine Ratio，以下稱 UPCR） ≥ 150 mg/gm（或糖尿病病人 UACR ≥ 30 mg/gm）之病人。

(2)CKD stage 2：輕度慢性腎衰竭，併有蛋白尿、血尿等 eGFR 60~89.9 ml/min/1.73 m² 且 UPCR ≥ 150 mg/gm（或糖尿病病人 UACR ≥ 30 mg/gm）之病人。

(3)CKD stage 3a：中度慢性腎衰竭，eGFR 45~59.9 ml/min/1.73 m²之病人。

2.收案前九十天內在該院所就醫，新收案當次需以「慢性腎臟疾病」為主診斷【門診醫療費用點數申報格式點數清單段之國際疾病分類碼（一）】申報。

(三)糖尿病合併初期慢性腎臟病：於同院所同時由前開糖尿病及初期慢性腎臟病收案之病人，應於病人同一次就診中，完成糖尿病及初期慢性腎臟病追蹤管理照護。

三、結案條件：

(一)可歸因於病人者，如長期失聯（糖尿病及糖尿病合併初期慢性腎臟病三個月以上；初期慢性腎臟病一百八十天以上）、拒絕再接受治療、死亡或病人未執行本章管理照護超過一年者等。

(二)經醫師評估已可自行照護者。

(三)初期慢性腎臟病及糖尿病合併初期慢性腎臟病病人，其腎功能持續惡化，Urine protein / creatinine ratio（UPCR） ≥ 1000 mg/gm，或 eGFR < 45 ml/min/1.73 m²，應建議轉診至「全民健康保險末期腎臟病前期（Pre-ESRD）病人照護與衛教計畫」院所。（Stage 3b 或以上）

(四)初期慢性腎臟病病人腎功能改善恢復正常，連續追蹤二次腎功能及蛋白尿並未達慢性腎臟病標準。

四、品質資訊之登錄及監測：

(一)特約院所應於健保資訊網服務系統（VPN）上傳必要欄位（糖尿病個案詳附表 8.2.9、初期慢性腎臟病個案詳附表 8.2.10、糖尿病合併初期慢性腎臟病個案詳附表 8.2.11）。

(二)特約醫療院所如依「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」規定，上傳收案個案之檢驗（查）結果，其值將自動轉入個案登錄系統。

五、醫療費用審查：

(一)申報原則：

1.醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。

2.門診醫療費用點數申報格式及填表說明：

(1)屬本章收案之保險對象，符合申報下列醫令者，於申報費用時，應依下列規範申報；未符合申報下列醫令者，依一般費用申報原則辦理。

A. P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C：門診醫療費用點數申報格式點數清單段之案件分類應填『E1』、特定治療項目代號（一）應填『E4』；住院醫療服務點數申報格式點數清單段之給付類別則填寫『C』。

B. P44301C、P4302C、P4303C：門診醫療費用點數清單段之案件分類應填『E1』、特定治療項目代號（一）應填『EB』。

C. P7001C、P7002C：門診醫療費用點數清單段之案件分類應填『E1』、特定治療項目代號（一）應填『EK』。

(2)申報方式：併當月份送核費用申報。

(二)審查原則：

1.未依保險人規定內容登錄相關品質資訊，或經保險人審查發

單段之案件分類應填『E1』、特定治療項目代號

(一)應填『E4』；住院醫療服務點數申報格式點數清單段之給付類別則填寫『C』。未符合申報上述醫令者，依一般費用申報原則辦理。

(2)申報方式：併當月份送核費用申報。

(二)審查原則

1.未依保險人規定內容登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付該筆管理照護費並依相關規定辦理；另該筆疾病管理費被核刪後不得再申報。

2.糖化血色素(HbA1C)及低密度脂蛋白(LDL)之任一病患檢驗值經保險人審查發現登載不實，將取消該年度之品質獎勵措施資格，並追扣該年度已核發之品質獎勵點數。如連續二年經保險人審查發現登載不實，自保險人文到日之次月起，二年內不得再申報本章費用。

五、品質獎勵措施：

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

1.新收案率：

➤定義：指當年度符合收案條件(最近九十天曾在該院所診斷為糖尿病（ICD-10-CM 前三碼為 E08-E13）同院所就醫達二次(含)以上之病人)中，排除已被其他醫師收案且未結案或前曾經自己收案的人數後，新被收案的比率。

➤門檻目標值：醫師新收案率須 $\geq 30\%$ 以上，限第一階段照護醫師有申報新收案 P1407C 者。

2.收案人數 ≥ 50 人。

(二)品質加成指標

1.個案完整追蹤率：

➤定義：

(1)分母：當年度該院所由該醫師收案之所有個案當

中，排除第四季新收案之人數。

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

A.已申報年度評估者(P1409C 或 P1411C)，其申報當年度追蹤管理(P1408C 或 P1410C)次數達三次者。

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

a.如為第一季申報新收案，其當年度追蹤管理+年度評估次數達三次者。

b.如為第二季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達二次者。

c.如為第三季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達一次者。

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

2. **HbA1C $< 7.0\%$ 比率**(HbA1C 控制良好率)

➤定義：

(1)分母：當年度該院所由該醫師收案之所有個案當中之完成當年度追蹤管理及年度評估次數，排除第四季新收案個案。

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

3. **HbA1C $> 9.0\%$ 比率**(HbA1C 不良率)

➤定義：

(1)分母：當年度該院所由該醫師收案之所有收案當中之完成當年度追蹤管理及年度評估次數，排除第四季新收案個案。

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

指標基準，修正為前一年度最後一次照護；及新增糖尿病合併初期慢性腎臟病品質獎勵指標。併同修正品質獎勵費用之計算。

八、修正通則七、管理照護費用及品質獎勵措施費用來源：由原第二章通則七及原第三章通則六整併。

九、修正通則八：由原第二章通則八及原第三章通則七整併。

十、新增「糖尿病合併初期慢性腎臟病—追蹤管理照護費」(編號 P7002C，支付點數 400 點)、「糖尿病合併初期慢性腎臟病—轉診照護獎勵費」(編號 P7003C，支付點數 200 點)等三項整合照護項目。並配合修正相關項目支付規範，增列不得同時申報、合計申報次數上限等規定。

十一、其餘屬項次、附表名稱及文字等修正。

現登載不實者，將不予支付該筆管理照護費並依相關規定辦理；另該筆管理照護費被核刪後不得再申報。

2. 本章規範應於健保資訊網服務系統系統 (VPN) 登錄之檢驗 (查) 之任一病人檢驗值經保險人審查發現登載不實，將取消該年度之品質獎勵措施資格，並追扣該年度已核發之品質獎勵點數。如連續二年經保險人審查發現登載不實，自保險人文到日之次月起，二年內不得再申報本章費用。

六、品質獎勵措施

(一) 糖尿病：

1. 門檻指標：以申報本章費用之醫師為計算獎勵之單位，符合下列門檻指標目標值之醫師，方可進入品質卓越及品質進步獎勵之評比對象。

(1) 新收案率：

A. 定義：指當年度符合收案條件（最近九十天曾在該院所診斷為糖尿病（ICD-10-CM 前三碼為 E08-E13）同院所就醫達二次以上之病人）中，排除已被其他醫師收案且未結案或前曾經自己收案的人數後，新被收案的比率。

B. 門檻目標值：醫師新收案率須百分之三十以上，限第一階段照護醫師有申報新收案 P1407C 者。

(2) 收案人數五十人以上。

2. 品質獎勵指標

(1) 個案完整追蹤率：

▶ 定義：

A. 分母：當年度該院所由該醫師收案之所有糖尿病個案，排除第四季新收案之人數。

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

(A) 已申報年度評估者 (P1409C 或 P1411C)，其申報當年度追蹤管理 (P1408C 或 P1410C 或 P7001C) 次數達三次者。

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

a. 如為第一季申報新收案，其當年度追蹤管理+年度評估次數達三次者。

b. 如為第二季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達二次者。

c. 如為第三季申報新收案，其當年度追蹤管理次數達一次者。

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

(2) HbA1C 控制良率

▶ 定義：

A. 分母：當年度該院所由該醫師收案之所有糖尿病病人數。

B. 分子：分母病人中，其最後一次 HbA1C 檢驗值 <7.0% (八十歲以上病人 HbA1c <8.0%) 之人數。

(3) HbA1C 控制不良率

▶ 定義：

A. 分母：當年度該院所由該醫師收案之所有糖尿病病人數。

B. 分子：分母病人中，其最後一次 HbA1C 檢驗值 >9.0% 之人數。

比率。

4. LDL >130mg/dl 比率 (LDL 不良率)

▶ 定義：(註：LDL 值係指年度評估之登錄值)

(1) 分母：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人數。

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

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

5. LDL <100mg/dl 比率 (LDL 良率)

▶ 定義：(註：LDL 值係指年度評估之登錄值)

(1) 分母：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人數。

(2) 分子：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人數中，其 LDL <100mg/dl 之次數比率。

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

(三) 品質卓越獎

1. 依各醫師新收案率分為二組(以新收案率 ≤ 55% 及 > 55% 予區分，合計共分為二組)。

2. 各組依上述收案完整追蹤率、HbA1C 控制良好率、HbA1C 不良率、LDL 不良率、LDL 良率等五項指標比率分別排序(收案完整追蹤率、HbA1C 控制良好率及 LDL 良率為由高排至低；HbA1C 不良率及 LDL 不良率為由低排至高)，再將各指標之序別各乘上五分之一後相加重新排序，取排序總和前百分之二十五之醫師，惟當年度新參與方案之醫師，須於次年方得參與品質獎勵評比，依該醫師所收個案中達成完整追蹤之個案數，每個個案數給予 1,000 點獎勵，當年度新收個案則依完整追蹤季數等比例支付。

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

(四) 品質進步獎

1. 依前一年度之各組個案完整追蹤率、HbA1C 不良率、HbA1C 控制良好率、LDL 不良率及 LDL 良率等五項指標為基準年，計算品質獎勵進步獎，惟醫師需有全曆年之指標為基準年，當得於基準年後之次年參與品質獎勵進步獎之計算(即醫師需有二個完整全曆年申報本章費用)。

2. 門檻指標及品質加成效標計算方式同本通則五之(一)(二)規定。

3. 各組依兩年度之五項品質指標比率相減，五項品質指標中均需進步或持平，依該醫師所收個案中達成完整追蹤之個案數，每個個案數給予 500 點獎勵，當年度新收個案則依完整追蹤季數等比例支付，並排除該年度品質卓越獎之得獎醫師。

(五) 品質進步獎與品質卓越獎，合計整體獎勵金額不得超過當年度糖尿病照護管理費用的百分之三十。

六、胰島素注射獎勵措施：

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

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

1. 胰島素注射定義為「胰島素注射天數達二十八天以上」。

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

七、本章之疾病管理照護費用(P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C) 及相關品質獎勵措施費用來源，由各總額別專款項目支應。

八、資訊公開：保險人得公開申報本章之名單及相關品質資訊供民眾參考，其品質獎勵措施，將於保險人全球資訊網公開獲得品質獎勵金前百分之二十五之院所醫師人數，並於 VPN 系統中公開各組別每項品質指標第二十五、五十、七十五及一百百分

(4)HbA1C 進步率

▶定義：

A.分母：由該院所該醫師收案，且當年度及前一年度均有登錄 HbA1C 檢驗值之糖尿病人數。

B.分子：分母病人中，其當年度最後一次 HbA1C 檢驗值較前一年度最後一次 HbA1C 檢驗值進步達 5% 以上（檢驗值成長率 ≤ -5%）之人數。

(5)LDL 控制良率

▶定義：

A.分母：當年度該院所由該醫師收案之所有糖尿病病人數。

B.分子：分母病人中，其最後一次 LDL 檢驗值 <100mg/dL 之人數。

(6)LDL 控制不良率

▶定義：

A.分母：當年度該院所由該醫師收案之所有糖尿病病人數。

B.分子：分母病人中，其最後一次 LDL 檢驗值 >130mg/dL 之人數。

(7)LDL 進步率

▶定義：

A.分母：由該院所該醫師收案，且當年度及前一年度均有登錄 LDL 檢驗值之糖尿病人數。

B.分子：分母病人中，其當年度最後一次 LDL 檢驗值較前一年度最後一次 LDL 檢驗值進步達 10% 以上（檢驗值成長率 ≤ -10%）之人數。

3.品質卓越獎

(1)以醫院、診所分組，並再依各醫師新收案率分為二組（以新收案率百分之五十五以下及超過百分之五十五區分），合計共分為四組。

(2)各組依「2.品質獎勵指標」之七項指標比率分別排序（收案完整追蹤率、控制良率及進步率為由高排至低；控制不良率為由低排至高），再將各指標之序別各乘上七分之一後相加重新排序，取排序總和前百分之二十五之醫師，可獲得品質卓越獎。惟當年度新參與方案之醫師，須於次年方得參與品質獎勵評比。

(3)獎勵費用：依該醫師所收個案中達成完整追蹤之個案數，每個個案數支付 1,000 點，當年度新收個案則依完整追蹤季數等比例支付。

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

4.品質進步獎：

(1)該年度品質卓越獎之得獎醫師以外之醫師，依「2.品質獎勵指標」之七項指標計算品質獎勵進步獎：以前一年度為基準年，當年度之七項品質指標比率與基準年相減，均為進步或持平者，可獲品質進步獎。惟醫師需有全曆年之指標為基準年，始得於基準年後之次年參與品質獎勵進步獎之計算（即醫師需有二個完整全曆年申報本章費用）。

(2)獎勵費用：依該醫師所收個案中達成完整追蹤之個案數，每個個案數支付 500 點，當年度新收個案則依完整追蹤季數等比例支付。

5.品質卓越獎與品質進步獎，合計整體獎勵金額不得超過當年度糖尿病照護管理費用之百分之三十。

(二)初期慢性腎臟病：

1.獎勵單位：以參與醫師為計算獎勵單位，該醫師照護之初期慢性腎臟病人當年度內完成二次追蹤管理方得列入。

位之指標值與各院所參與醫師門檻指標新收案率 ≥ 百分之三十及收案人數 ≥ 五十人之醫師各品質指標值，供參與醫師自行查詢與比較。

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

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
P1407C	糖尿病第一階段新收案管理照護費 註：1.照護項目詳附表8.2.1，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.地區醫院及基層院所之團隊醫事人員可為醫師加另一專業人員執行。	v	v	v	v	650
P1408C	糖尿病第一階段追蹤管理照護費 註：1.照護項目詳附表8.2.2，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.申報新收案後至少須間隔七週才能申報本項，本項每年度最多申報三次，每次間隔至少十週。 3.地區醫院及基層院所之團隊醫事人員如為醫師加另一專業人員執行，則申報點數為本項點數之80%。	v	v	v	v	200
P1409C	糖尿病第一階段年度評估管理照護費 註：1.照護項目詳附表8.2.3，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.申報追蹤管理照護費後至少間隔十週才能申報本項，本項限執行P1407C及P1408C合計達三次(含)以上者始得申報，本項每年度最多申報一次。 3.地區醫院及基層院所之團隊醫事人員如為醫師加另一專業人員執行，則申報點數為本項點數之80%。	v	v	v	v	800
P1410C	糖尿病第二階段追蹤管理照護費 註：1.照護項目參考附表8.2.2之檢驗項目，另得視病情需要進行衛教服務。除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.本項每年度最多申報三次，每次間隔至少十週。	v	v	v	v	100
P1411C	糖尿病第二階段年度評估管理照護費 註：1.照護項目參考附表8.2.3之檢驗項目，另得視病情需要進行衛教服務。除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.申報追蹤管理照護費後至少間隔十週才能申報本項，本項限執行P1408C及P1410C追蹤合計達三次(含)以上者始得申報，本項每年度最多申報一次。	v	v	v	v	300

附表 8.2.1 新收案診療項目參考表（適用編號 P1407C）

2. 門檻指標：該醫師完整追蹤率百分之五十以上。

▶ 定義：

(1) 分母：當年度該院所該醫師收案之所有初期慢性腎臟病病人，排除第四季新收案之人數。

(2) 分子：符合上述分母條件之病人當中，於當年度該院所完成下列條件者，視為達成追蹤。

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

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

(A) 如為第一季申報新收案，其當年度追蹤管理 (P4302C) 次數應達二次。

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

3. 品質獎勵指標：病人當年度連續二次追蹤資料皆需達成以下二者之一。

(1) CKD 分期較前一年度最後一次照護時改善 (如由 stage 2 改善為 stage 1)。

(2) eGFR 較前一年度最後一次照護時改善 (eGFR > 前一年度最後一次檢驗值)，且下列良好指標至少需有二項指標由異常改善為正常。

A. 血壓控制：由前一年度最後一次照護 $\geq 140/90$ mmHg 改善為 $< 130/80$ mmHg。

B. 糖尿病病人 HbA1c 控制：由前一年度最後一次照護 $\geq 7.0\%$ 改善為 $< 7.0\%$ 。

C. 低密度脂蛋白 (LDL)：由前一年度最後一次照護 ≥ 130 mg/dl 改善為 < 130 mg/dl。

D. 戒菸 (持續六個月以上無抽菸行為)：由前一年度最後一次照護抽菸改善為戒菸。

4. 獎勵費用：符合「門檻指標」之醫師，所照護病人符合上述「品質獎勵指標」(1)或(2)者，每個個案數支付 400 點。

(三) 糖尿病合併初期慢性腎臟病：

1. 品質獎勵指標：

(1) UACR 控制良率

▶ 定義：

A. 分母：當年度該院所收案之所有糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。

B. 分子：分母病人中，其最後一次 UACR 檢驗值 $< 30\text{mg/gm}$ 之人數。

(2) UACR 控制不良率

▶ 定義：

A. 分母：當年度該院所收案之所有糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。

B. 分子：分母病人中，其最後一次 UACR 檢驗值 $> 300\text{mg/gm}$ 之人數。

(3) UACR 進步率

▶ 定義：

A. 分母：由該院所收案，且當年度及前一年度均有登錄 UACR 檢驗值之糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。

B. 分子：分母病人中，其當年度最後一次 UACR 檢驗值較前一年度最後一次 UACR 檢驗值進步達 5% 以上 (檢驗值成長率 $\leq -5\%$) 之人數。

(4) HbA1c 控制良率

▶ 定義：

A. 分母：當年度該院所收案之所有糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。

B. 分子：分母病人中，其最後一次 HbA1c 檢驗值 $< 7.0\%$ (八十歲以上病人 HbA1c $< 8\%$) 之人數。

(5) HbA1c 控制不良率

▶ 定義：

Components of the initial visit

<p>1. 醫療病史 (Medical history)</p> <p>(1) 與診斷關聯之症狀、檢驗室結果 Symptoms, laboratory results related to diagnosis</p> <p>(2) 營養評估, 體重史 Nutritional assessment, weight history</p> <p>(3) 過去及現在治療計畫 Previous and present treatment plans</p> <p>A. 藥物 Medications</p> <p>B. 營養治療 Medical Nutrition Therapy</p> <p>C. 病人自主管理訓練 Self-management training</p> <p>D. 血糖自我管理及其使用結果 SMBG and use of results</p> <p>(4) 現在治療執行方案 Current treatment program</p> <p>(5) 運動史 Exercise history</p> <p>(6) 急性併發症 Acute complications</p> <p>(7) 感染病史 History of infections</p> <p>(8) 慢性糖尿病併發症 Chronic diabetic complications</p> <p>(9) 藥物史 Medication history</p> <p>(10) 家族史 Family history</p> <p>(11) 冠狀動脈心臟病危險因素 CHD risk factors</p> <p>(12) 心理社會 / 經濟因素 Psychosocial/economic factors</p> <p>(13) 菸酒之使用 Tobacco and alcohol use</p>	<p>2. 身體檢查 (Physical examination)</p> <p>(1) 身高與體重 Height and weight</p> <p>(2) 血壓 Blood pressure</p> <p>* (3) 23501C 眼底鏡檢 Ophthalmoscopic examination (視網膜散瞳檢查; 散瞳劑內含) 或 23502C 眼底攝影; 惟如由眼科專科醫師執行間接式眼底鏡檢查 (23702C), 則不需再執行上述項目。</p> <p>(4) 甲狀腺觸診 Thyroid palpation</p> <p>(5) 心臟檢查 Cardiac examination</p> <p>(6) 脈搏評估 Evaluation of pulses</p> <p>(7) 足部檢查 Foot examination</p> <p>(8) 皮膚檢查 Skin examination</p> <p>(9) 神經學檢查 Neurological examination</p> <p>(10) 口腔檢查 Oral examination</p> <p>(11) 性成熟度評估 (如屬青春前期後) Sexual maturation (if peripubertal)</p>
<p>3. 檢驗室評估 (Laboratory evaluation)</p> <p>※ (1) 09005C 空腹血漿葡萄糖或微血管血糖 Fasting plasma glucose or capillary blood sugar</p> <p>※ (2) 09006C 糖化血紅素 HbA1c (符合糖化白蛋白檢驗適應症個案, 得以 09139C (糖化白蛋白) 替代)</p> <p>※ (3) 空腹血脂 Fasting lipid profile (09001C 總膽固醇 cholesterol, total, 09004C 三酸甘油酯 triglyceride (TG), 09043C 高密度脂蛋白膽固醇 HDL cholesterol, 09044C 低密度脂蛋白膽固醇 LDL cholesterol)</p> <p>※ (4) 09015C 血清肌酸酐 Serum creatinine</p> <p>※ (5) 09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉胺基酶 SGPT (or ALT)</p> <p>※ (6) 06013C 尿液分析 (尿生化檢查) Urine biochemistry examination</p> <p>※ (7) 12111C 微量白蛋白</p> <p>※ (8) 09016C 肌酐、尿 Creatinine (U) CRTN</p> <p>□ (9) 13007C 細菌培養鑑定檢查 (視情況而定) Urine culture (if indicated)</p> <p>□ (10) 27004C 甲狀腺刺激素放射免疫分析 (第一型病人) TSH (type 1 patients)</p> <p>□ (11) 18001C 心電圖 (成人) Electrocardiogram (adults)</p>	<p>4. 管理計畫 (Management Plan)</p> <p>(1) 短期與長期目標 Short- and long-term goals</p> <p>(2) 藥物 Medications</p> <p>(3) 營養治療 Medical nutrition therapy</p> <p>(4) 生活型態改變 Lifestyle changes</p> <p>(5) 自主管理教育 Self-management education</p> <p>(6) 監測接受指導遵循度 Monitoring instructions</p> <p>* (7) 年度轉診至眼科專科醫師 (視情況而定) Annual referral to eye specialist (if indicated)</p> <p>(8) 其他專科醫師會診 (視情況而定) Specialty consultations (as indicated)</p> <p>(9) 同意接受持續性支持或追蹤的約定 Agreement on continuing support / follow-up</p> <p>(10) 協助預約流行感冒疫苗 (influenza vaccine) 接種 (視個別院所情況而定)</p>
<p>5. 糖尿病自主管理教育 (Diabetes Self-management Education)</p> <p>(1) 糖尿病自主管理教育 (Diabetes Self-management Education, DSME)：由糖尿病病人和衛教人員共同參與的一種互動的、整合式及進行中的過程，包括：a) 個體特殊教育需求的評估；b) 確認個體特殊的糖尿病自主管理目標之設定；c) 依個體的糖尿病自主管理目標進行教育及促進行為改變上的介入；d) 依個體的糖尿病自主管理目標進行評估。</p> <p>(2) 建議標準如下：</p> <p>A. 結構面：病歷紀錄應包括：a) 描述糖尿病疾病過程及治療之選項；b) 營養管理之整合；c) 日常身體活動之整合；d) 針對治療效益來利用藥物 (必要時) 的情形；e) 血糖監測、尿酮 (必要時) 及運用相關檢驗數據來改善急性合併症之預防、偵測與治療之情形；f) 慢性合併症之預防 (由減少危險行為著手)、偵測及治療之情形；g) 生活型態改變—個人問題的診斷；h) 以促進健康為主來設定的目標，及日常生活中問題解決的方式；i) 與日常生活中心理社會調適之整合；j) 懷孕婦女及妊娠性糖尿病的管理 (含 preconception care)。</p> <p>B. 過程面：病歷紀錄應包括：個案評估、衛生教育計畫、介入、評價及定期追蹤之情形，並記錄衛教人員、醫師及轉診資源等醫療團隊之整體式照護。</p> <p>C. 結果面：提供糖尿病自主管理教育的單位或機構，應進行持續性品質改善計畫，以結果面來評估衛生教育之效益及提出品質改善的機會。</p>	

附表 8.2.2 追蹤管理診療項目參考表 (適用編號 P1408C)

Potential components of continuing care visits

<p>1. 醫療病史 (Medical history)</p> <p>(1) 評估治療型態 Assess treatment regimen</p> <p>A. 低或高血糖之頻率/嚴重度 Frequency/severity of hypo-/hyperglycemia</p> <p>B. 自我血糖監測結果 SMBG results</p> <p>C. 病人治療型態之調整 Patient regimen adjustments</p> <p>D. 病人接受專業指導遵循度之問題 Adherence problems</p> <p>E. 生活型態改變 Lifestyle changes</p> <p>F. 併發症的症狀 Symptoms of complications</p> <p>G. 其他醫療疾病 Other medical illness</p> <p>H. 藥物 Medications</p> <p>I. 心理社會方面 Psychosocial issues</p> <p>J. 菸酒之使用 Tobacco and alcohol use</p>	<p>2. 身體檢查 (Physical examination)</p> <p>(1) 每次常規性糖尿病回診 Every regular diabetes visit</p> <p>A. 體重 weight</p> <p>B. 血壓 Blood pressure</p> <p>C. 先前身體檢查之異常點 Previous abnormalities on the physical exam</p> <p>(2) 足部檢查 (視情況而定)：足部狀況屬高危險性者需增加檢查次數 Foot examination (if indicated): more often in patients with high-risk foot conditions</p>
<p>3. 檢驗室評估 (Laboratory evaluation)</p> <p>※ (1) 09006C 糖化血紅素 HbA1c</p>	<p>4. 管理計畫評估 (Evaluation of Management Plan)</p> <p>(1) 短期與長期目標 Short- and long-</p>

A.分母：當年度該院所收案之所有糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。

B.分子：分母病人中，其最後一次HbA1C檢驗值>9.0%之人數。

(6)HbA1C進步率

▶定義：

A.分母：由該院所收案，且當年度及前一年度均有登錄HbA1C檢驗值之糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。

B.分子：分母病人中，其當年度最後一次HbA1C檢驗值較前一年度最後一次HbA1C檢驗值進步達5%以上(檢驗值成長率≤-5%)之人數。

(7)LDL控制良率

▶定義：

A.分母：當年度該院所收案之所有糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。

B.分子：分母病人中，其最後一次LDL檢驗值<100mg/dL之人數。

(8)LDL控制不良率

▶定義：

A.分母：當年度該院所收案之所有糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。

B.分子：分母病人中，其最後一次LDL檢驗值>130mg/dL之人數。

(9)LDL進步率

▶定義：

A.分母：由該院所收案，且當年度及前一年度均有登錄LDL檢驗值之糖尿病合併初期慢性腎臟病病人數。

B.分子：分母病人中，其當年度最後一次LDL檢驗值較前一年度最後一次LDL檢驗值進步達10%以上(檢驗值成長率≤-10%)之人數。

2.獎勵方式：

(1)以醫院、診所分組，依各品質獎勵指標結果排序(良率及進步率為由高排至低，不良率為由低排至高)，再將各指標之序別各乘上九分之一後相加重新排序，取排序總和前百分之三十之院所，依該院所收案個案數，每個個案數支付1,000點。

(2)前項獎勵費，應有部分分配予參與方案之醫師及個案管理師等照護團隊人員。

3.參考指標：同時具高血壓病人使用血管收縮素轉化酶抑制劑(ACEI)或血管收縮素受體阻斷劑(ARB)藥物之病人比率。

(四)胰島素注射獎勵措施：

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

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

(1)胰島素注射定義為「胰島素注射天數達二十八天以上」。

(2)新增胰島素注射個案數係指「前一年未注射胰島素或注射未達二十八天者」。

七、本章之管理照護費用及品質獎勵措施費用來源：

(一)糖尿病、糖尿病合併初期慢性腎臟病及胰島素注射獎勵措施：

由全民健康保險醫院總額及西醫基層總額之「醫療給付改善方案」專款項下支應，採浮動點值支付，即先以每點1元暫付，年度結束時併同本專款項下各方案計算浮動點值，且每點支付金額不高於1元。

(二)初期慢性腎臟病：由全民健康保險其他預算之「腎臟病照護及病人衛教計畫」專款項下支應。該預算先扣除預估之獎勵費用

額度後，按季均分，以浮動點值計算管理照護費用，且每點金額不高於1元；當季預算若有結餘，則流用至下季；第四季併同獎勵費用進行每點支付金額計算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，但每點支付金額不高於1元。

A. 三個月一次為原則，須配合初診及年度檢查的結果追蹤(Quarterly if treatment changes or patient is not meeting goals)
B. 如病情穩定一年至少二次(At least twice per year if stable)
C. 符合糖化白蛋白檢驗適應症個案，得以09139C(糖化白蛋白)替代
※(2)09005C 空腹血漿葡萄糖或微血管血糖 Fasting plasma glucose or capillary blood sugar

term goals
(2)藥物 Medications
(3)血糖 Glycemia
(4)低血糖之頻率/嚴重度 Frequency/severity of hypoglycemia
(5)血糖自我管理結果 SMBG results
(6)併發症 Complications
(7)血脂異常之控制 Control of dyslipidemia
(8)血壓 Blood pressure
(9)體重 Weight
(10)營養治療 Medical Nutrition Therapy
(11)運動治療型態 Exercise regimen
(12)病人接受自我管理訓練之遵循度 Adherence to self-management training
(13)轉診之追蹤 Follow-up of referrals
(14)心理社會之調適 Psychosocial adjustment
(15)糖尿病知識 Knowledge of diabetes
(16)自我管理技能 Self-management skills
(17)戒菸(若為抽菸者) Smoking cessation, if indicated
(18)協助預約流行感冒疫苗(influenza vaccine)接種(視個別院所情況而定)

5. 糖尿病自我管理教育 (Diabetes Self-management Education)

建議標準如下：

A. 結構面：按前次照護結果做追蹤應付，病歷紀錄應包括：a)描述糖尿病疾病過程及治療之選項；b)營養管理之整合；c)日常身體活動之整合；d)針對治療效益來利用藥物(必要時)的情形；e)血糖監測、尿酮(必要時)及運用相關檢驗數據來改善急性合併症之預防、偵測與治療之情形；f)慢性合併症之預防(由減少危險行為著手)、偵測及治療之情形；g)生活型態改變—個人問題的診斷；h)以促進健康為主來設定的目標，及日常生活中問題解決的方式；i)與日常生活中心理社會調適之整合；j)懷孕婦女及妊娠性糖尿病的管理(含 preconception care)。
B. 過程面：病歷紀錄應包括：個案評估、衛生教育計畫、介入、評價及追蹤之情形，並記錄衛教人員、醫師及轉診資源等醫療團隊之整體式照護。
C. 結果面：提供糖尿病自我管理教育的單位或機構，應進行持續性品質改善計畫，以結果面來評估衛生教育之效益及提出品質改善的機會。

註：

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

附表 8.2.3 年度檢查診療項目參考表(適用編號 P1409C)

Potential components of continuing care visits (annual exam)

1. 醫療病史 (Medical history)	2. 身體檢查 (Physical examination)
(1) 評估治療型態 Assess treatment regimen A. 低或高血糖之頻率/嚴重度 Frequency/severity of hypo-/hyperglycemia B. 自我血糖監測結果 SMBG results C. 病人治療型態之調整 Patient regimen adjustments D. 病人接受專業指導遵循度之問題 Adherence problems E. 生活型態改變 Lifestyle changes F. 併發症的症狀 Symptoms of complications G. 其他醫療疾病 Other medical illness H. 藥物 Medications I. 心理社會方面 Psychosocial issues J. 菸酒之使用 Tobacco and alcohol use	(1) 年度身體檢查 Physical examination annually * (2) 23501C 年度散瞳眼睛檢查 Dilated eye examination annually 或 23502C 眼底攝影；惟如由眼科專科醫師執行間接式眼底鏡檢查(23702C)，則不需再執行上述項目。 (3) 每次常規性糖尿病回診 Every regular diabetes visit A. 體重 weight B. 血壓 Blood pressure C. 先前身體檢查之異常點 Previous abnormalities on the physical exam (4) 年度足部檢查：足部狀況屬高危險性者需增加檢查次數 Foot examination annually; more often in patients with high-risk foot conditions
3. 檢驗室評估 (Laboratory evaluation)	4. 管理計畫評估 (Evaluation of Management Plan)
※(1) 09006C 糖化血紅素 HbA1C(符合糖化白蛋白檢驗適應症個案，得以09139C(糖化白蛋白)替代) ※(2) 09005C 空腹血漿葡萄糖或微血管血糖 Fasting plasma glucose or capillary blood sugar ※(3) 年度空腹血脂 Fasting lipid profile annually, unless low risk (09001C 總膽固醇 cholesterol, total、09004C 三酸甘油酯	(1) 短期與長期目標 Short- and long-term goals (2) 藥物 Medications (3) 血糖 Glycemia (4) 低血糖之頻率/嚴重度 Frequency/severity of hypoglycemia (5) 血糖自我管理結果 SMBG results (6) 併發症 Complications (7) 血脂異常之控制 Control of dyslipidemia (8) 血壓 Blood pressure

八、保險人得公開參與本章之特約院所名單及相關醫療品質資訊供民眾參考。[糖尿病以及糖尿病合併初期慢性腎臟病並](#)公開各組別每項品質指標第二十五、五十、七十五及一百百分位之指標值。

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
P1407C	糖尿病 一第一階段新收案管理照護費 註：1.照護項目詳附表8.2.1，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.地區醫院及基層院所之團隊醫事人員可為醫師加另一專業人員執行。	v	v	v	v	650
P1408C	一第一階段追蹤管理照護費 註：1.照護項目詳附表8.2.2，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.申報新收案後至少須間隔七週才能申報本項，本項每年度最多申報三次，每次間隔至少十週。 若當年度同時有申報P1410C或P7001C，合計最多申報三次。 3.地區醫院及基層院所之團隊醫事人員如為醫師加另一專業人員執行，則申報點數為本項點數之百分之八十。 4.不得與P7001C同時申報。 5.進入第二階段管理照護一年內不得再申報第一階段管理照護費P1408C、P1409C。	v	v	v	v	200
P1409C	一第一階段年度評估管理照護費 註：1.照護項目詳附表8.2.3，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.申報追蹤管理照護費後至少間隔十週才能申報本項，本項限執行P1407C、P1408C或 P7001C 追蹤合計達三次以上者始得申報，本項每年度最多申報一次。 3.地區醫院及基層院所之團隊醫事人員如為醫師加另一專業人員執行，則申報點數為本項點數之百分之八十。 4.不得與P7002C同時申報。 5.進入第二階段管理照護一年內不得再申報第一階段管理照護費P1408C、P1409C。	v	v	v	v	800
P1410C	二第二階段追蹤管理照護費 註：1.照護項目參考附表8.2.2之檢驗項目，另得視病情需要進行衛教服務。除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.本項每年度最多申報三次，每次間隔至少十週。 若當年度同時有申報P1408C或P7001C，合計最多申報三次。 3.不得與P7001C同時申報。	v	v	v	v	100

triglyceride(TG)、09043C 高密度脂蛋白膽固醇 HDL cholesterol、09044C 低密度脂蛋白膽固醇 LDL cholesterol)	(9) 體重 Weight
※(4)09015C 血清肌酸酐 Serum creatinine	(10) 營養治療 Medical Nutrition Therapy
※(5)09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉胺基酶 SGPT (or ALT)	(11) 運動治療型態 Exercise regimen
※(6)06013C 尿液分析 (尿生化檢查)	(12) 病人接受自我管理訓練之遵循度 Adherence to self-management training
Urine biochemistry examination	(13) 轉診之追蹤 Follow-up of referrals
※(7)12111C 微量白蛋白 Microalbumin (Nephelometry)	(14) 心理社會之調適 Psychosocial adjustment
※(8)09016C 肌酐、尿 Creatinine (U) CRTN	(15) 糖尿病知識 Knowledge of diabetes
※(9)18001C 心電圖(成人) Electrocardiogram (adults)	(16) 自我管理技能 Self-management skills
	(17) 戒菸 (若為抽菸者) Smoking cessation, if indicated
	(18) 協助預約流行感冒疫苗 (influenza vaccine) 接種 (視個別院所情況而定)

5. 糖尿病自我管理教育 (Diabetes Self-management Education)

建議標準如下：

A. 結構面：按前次照護結果做追蹤應對，病歷紀錄應包括：a)描述糖尿病疾病過程及治療之選項；b)營養管理之整合；c)日常身體活動之整合；d)針對治療效益來利用藥物 (必要時) 的情形；e)血糖監測、尿酮 (必要時) 及運用相關檢驗數據來改善急性合併症之預防、偵測與治療之情形；f)慢性合併症之預防 (由減少危險行為著手)、偵測及治療之情形；g)生活型態改變—個人問題的診斷；h)以促進健康為主來設定的目標，及日常生活中問題解決的方式；i)與日常生活中心理社會調適之整合；j)懷孕婦女及妊娠性糖尿病的管理 (含 preconception care)。

B. 過程面：病歷紀錄應包括：個案評估、衛生教育計畫、介入、評價及追蹤之情形，並記錄衛教人員、醫師及轉診資源等醫療團隊之整體式照護。

C. 結果面：提供糖尿病自我管理教育的單位或機構，應進行持續性品質改善計畫，以結果面來評估衛生教育之效益及提出品質改善的機會。

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

附表 8.2.4 個案登錄系統必要欄位簡化表

- 一、新收案(P1407C)必填欄位：
- 1.新收案日期
 - 2.基本檢查數據：收縮壓、舒張壓
 - 3.Blood檢驗：檢查日期、HbA1C、Glucose(AC)、LDL、TG、Creatinine、eGFR、醣化白蛋白(無HbA1C檢驗者必填)
 - 4.Urine檢驗：
 - (1)檢查日期、Urine ACR (mg/g)、Urine Routine(二者可視情形擇一填報)
 - (2)因洗腎導致無尿液檢驗者，無須填報
 - 5.眼睛檢查及病變：正常、異常、未做
 - 6.足部檢查：右腳正常(Y、N) 左腳正常(Y、N)
- 二、追蹤管理(P1408C、P1410C)必填欄位：
- 1.追蹤管理日期
 - 2.Blood檢驗：檢查日期、HbA1c、Glucose(AC)、醣化白蛋白(無HbA1C檢驗者必填)
- 三、年度評估(P1409C、P1411C)必填欄位：
- 1.年度評估日期
 - 2.基本檢查數據：收縮壓、舒張壓
 - 3.Blood檢驗：檢查日期、HbA1c、Glucose(AC)、LDL、TG、Creatinine、eGFR、醣化白蛋白(無HbA1C檢驗者必填)
 - 4.Urine檢驗：
 - (1)檢查日期、Urine ACR (mg/g)、Urine Routine(二者可視情形擇一填報)
 - (2)因洗腎導致無尿液檢驗者，無須填報
 - 5.眼睛檢查及病變：正常、異常、未做

P1411C	<u>第二階段年度評估管理照護費</u> 註：1.照護項目參考附表8.2.3之檢驗項目，另得視病情需要進行衛教服務。除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.申報追蹤管理照護費後至少間隔十週才能申報本項，本項限執行P1408C、P1410C或P7001C追蹤合計達三次以上者始得申報，本項每年度最多申報一次。 <u>3.不得與P7002C同時申報。</u>	v	v	v	v	300	6.足部檢查：右腳正常(Y、N) 左腳正常(Y、N) 註 1.建立病人基本資料後，病人身分證號、病人姓名、醫師 ID、醫師姓名、複診次數等欄位會自動帶出 註 2.系統會自動將糖化白蛋白欄位填入值換算成 HbA1C 後帶入 HbA1C 欄位： (1)上述換算公式係參照「2018 糖尿病臨床照護指引」 (2)換算後的 HbA1C，將作為方案獎勵評比計算；若兩者同時填報，則以填報值為主 註 3.UACR=尿液中白蛋白/肌酸酐 (單位：mg/g) 註 4.eGFR 線上計算：台灣腎臟醫學會「腎利人生網站」 http://kidney.tsn.org.tw 點選「腎病指標」，輸入性別、年齡、血液 Creatinine 值即可線上計算。
P4301C	<u>初期慢性腎臟病</u> <u>新收案管理照護費</u> 註：應記錄「新收案個案管理基本資料參考表」(詳附表8.2.5)及檢查、檢驗與衛教情形等資料(詳附表8.2.6)。除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。	v	v	v	v	200	<h3>第三章 初期慢性腎臟病</h3> <p>通則：</p> <p>一、<u>申報本章費用之</u>醫事人員及醫事機構，須向保險人之分區業務組申請同意，申請資格如下：</p> <p>(一) 健保特約院所，除腎臟、心臟、新陳代謝專科醫師外，其他專科醫師需接受保險人認可之慢性腎臟病照護訓練，上課時數至少六小時(四小時上課及二小時 e-learning 課程)，並取得證明。</p> <p>(二) 設立於山地離島地區之特約院所，具醫師資格且接受保險人認可慢性腎臟病照護訓練，上課時數至少六小時(四小時上課及二小時 e-learning 課程)，並取得證明。</p> <p>(三) 參與之院所與醫師，必須依照本章規定，提供初期慢性腎臟病患者完整之治療模式與適當的轉診服務。</p> <p>(四) 參與之醫師，年度追蹤率小於 20%者(指前一年度已收案之個案中，於本年度完成追蹤者)，經輔導未改善，自保險人文到日之次月起，一年內不得再申報本章之相關費用。</p> <p>二、收案對象：慢性腎臟疾病(Chronic Kidney Disease, CKD) Stage 1、2、3a 期病患</p> <p>(一) 收案條件：經尿液及血液檢查後，已達下列條件之慢性腎臟病患者。</p> <p>1.CKD stage 1：腎功能正常但有蛋白尿、血尿等腎臟損傷狀況，腎絲球過濾率估算值(estimated Glomerular filtration rate,以下稱 eGFR) ≥ 90 ml/min/1.73 m² 且尿蛋白與尿液肌酸酐比值(Urine Protein and Creatinine Ratio, 以下稱 UPCR) ≥ 150 mg/gm (或糖尿病患者 UACR ≥ 30 mg/gm)之病患。</p> <p>2.CKD stage 2：輕度慢性腎衰竭，併有蛋白尿、血尿等 eGFR 60~89.9 ml/min/1.73 m² 且 UPCR ≥ 150 mg/gm (或糖尿病患者 UACR ≥ 30 mg/gm)之病患。</p> <p>3.CKD stage 3a：中度慢性腎衰竭，eGFR 45~59.9 ml/min/1.73 m² 之病患。</p> <p>(二) 收案要求：</p> <p>1.收案前九十天內曾在該院所就醫，新收案當次需以「慢性腎臟疾病」為主診斷申報。</p> <p>2.收案時，需向病人解釋本章之目的及需病人配合定期回診等事項，並發給相關衛教文宣資料。</p> <p>3.同一個案不能同時被二家院所收案，但實際照護院所仍可依本標準其他章節申報相關醫療費用。</p> <p>(三) 定期追蹤：依患者慢性腎臟疾病期別執行慢性腎臟病患定期身體檢查、必要尿液檢查與血液檢查及衛教指導項目，並將結果記錄於「初期慢性腎臟疾病個案追蹤管理照護紀錄參考表」(附表 8.3.4)。</p> <p>(四) 結案條件：</p> <p>1. 腎功能持續惡化，其 Urine protein/creatinine ratio (UPCR) ≥ 1000 mg/gm，或 eGFR < 45 ml/min/1.73 m²，應建議轉診至「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫」院所。(Stage 3b 或以上)</p> <p>2. 腎功能改善恢復正常，連續追蹤二次腎功能及蛋白尿</p>
P4302C	<u>追蹤管理照護費</u> 註：1.應記錄追蹤檢查、檢驗與衛教情形等資料(詳附表8.2.6)。除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.申報新收案管理照護費至少需間隔三個月才能申報本項，本項每年度最多申報二次，每次至少間隔六個月。 <u>若當年度同時有申報P7001C，兩者合計最多申報三次。</u> <u>3.不得與P7001C同時申報。</u>	v	v	v	v	200	
P4303C	<u>轉診照護獎勵費</u> 註：1.限個案符合轉診條件，並經轉診至參與「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫」院所，確認經該計畫收案後方可申報，每人限申報一次。 2.跨院需填寫「全民健康保險轉診單」(如附表8.2.8，一份留存院所)，並提供患者腎臟功能相關資料(如：初期慢性腎臟病患者追蹤管理紀錄參考表及初期慢性腎臟病患者結案參考表等)予被轉診機構參考。若為院內跨科轉診，則須保留院內轉診單於病歷內，且於腎臟科收案追蹤後方予支付。(鼓勵跨院或跨科轉診，但排除已參加Pre-ESRD計畫同一院所的腎臟科互轉) 3.結案原因為恢復正常、長期失聯(一百八十天以上)、拒絕再接受治療或死亡者，不可申報本項。 <u>4.不得與P7003C同時申報。</u> <u>5.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。</u>	v	v	v	v	200	
P7001C	<u>糖尿病合併初期慢性腎臟病</u> <u>追蹤管理照護費</u> 註：1.院所照護同時於糖尿病及初期慢性腎臟病收案之病人，需於同一次就診完成二項疾病之追蹤管理(照護項目同附表8.2.2及附表8.2.6)，並以本項目申報，且當次就診不得再另申報P1408C、P1410C及P4302C。 2.除檢驗檢查項目外，表列照護項目之費用已內含於本項所訂點	v	v	v	v	400	

	數內。 3.地區醫院及基層院所之團隊醫事人員如為醫師加另一專業人員執行，則申報點數為本項點數之百分之八十。 4.至少須間隔任一方案之新收案七週後才能申報本項，每年度最多申報三次，每次間隔至少十週。若年度中因個案尚未同時參與同院所糖尿病及初期慢性腎臟病收案照護，有單一疾病追蹤管理者，仍得以該次追蹤管理疾病別申報P1408C(或P1410C)或P4302C，惟每年度分別與本項合計最多申報仍為三次，每次間隔至少十週。						
P7002C	一年度評估管理照護費 註：1.照護項目同附表8.2.3，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.申報任一追蹤管理照護費後至少間隔十週才能申報本項，本項限執行P1407C、P1408C、P1410C、P4301C、P4302C或P7001C合計達三次以上者始得申報，本項每年度最多申報一次。 3.地區醫院及基層院所之團隊醫事人員如為醫師加另一專業人員執行，則申報點數為本項點數之百分之八十。 4.不得與P1409C或P1411C同時申報。	Y	Y	Y	Y		800
P7003C	一轉診照護獎勵費 註：1.限個案符合轉診條件，並經轉診至參與「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫」院所，確認經該計畫收案後方可申報，每人限申報一次。 2.跨院需填寫「全民健康保險轉診單」(同附表8.2.8，一份留存院所)，並提供患者腎臟功能相關資料(如：初期慢性腎臟病患者追蹤管理紀錄參考表及初期慢性腎臟病患者結案參考表等)予被轉診機構參考。若為院內跨科轉診，則須保留院內轉診單於病歷內，且於腎臟科收案追蹤後方予支付。(鼓勵跨院或跨科轉診，但排除已參加Pre-ESRD計畫同一院所的腎臟科互轉) 3.結案原因為恢復正常、長期失聯(一百八十天以上)、拒絕再接受治療或死亡者，不可申報本項。 4.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。	Y	Y	Y	Y		200

附表 8.2.1 糖尿病新收案診療項目參考表 (適用編號 P1407C)

Components of the initial visit

1. 醫療病史 (Medical history)	2. 身體檢查 (Physical examination)
(1) 與診斷關聯之症狀、檢驗室結果 Symptoms, laboratory results related to diagnosis	(1) 身高與體重 Height and weight
(2) 營養評估, 體重史 Nutritional assessment, weight history	(2) 血壓 Blood pressure
(3) 過去及現在治療計畫 Previous and	* (3) 23501C 眼底鏡檢 Ophthalmoscopic examination (視網膜散瞳檢查; 散瞳劑內含) 或 23502C 眼底攝影; 惟如由眼科專科醫師執行間接式

並未達慢性腎臟病標準。
3.可歸因於病人者，如長期失聯(≥180天)、拒絕再接受治療、死亡或病人未執行本章管理照護超過一年者等。

(五) 照護標準

1.醫療：阻緩腎功能的惡化、蛋白尿的緩解、避免不當藥物的傷害、預防併發症發生。

(1)依照 K-DOQI(Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) Guideline(網址：

<http://www.kidney.org/PROFESSIONALS/kdoqi/guidelines.cfm>) 給予病患最適切之醫療。

(2)參考衛生福利部國民健康署(以下稱國健署)與台灣腎臟醫學會出版之「慢性腎臟病防治手冊」(國健署網站/搜尋)，或附表 8.3.1 之初期慢性腎臟疾病個案管理。

2.衛教諮詢：除必須提供與教導適切的腎病衛教知識與資料外，必須能掌握病患狀況，追蹤病況與檢驗結果，提供醫師與家屬在醫療上與照護上的必要訊息與溝通機會。

3.對於已收案照護至少三個月之初期慢性腎臟病患，因腎功能持續惡化，符合初期慢性腎臟病照護服務轉診條件者，經轉診(請填寫全民健康保險轉診單，如附表 8.3.6)至參加「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫」院所，並確認收案於該計畫。

(六) 病患照護目標：

1.必要指標：

(1)CKD 分期較新收案時改善(例如：由 stage 2 改善為 stage 1)。

(2)eGFR 較新收案時改善(eGFR > 新收案時)，且下列良好指標至少需有二項指標由異常改善為正常。

2.良好指標：

(1)血壓控制：<130/80 mmHg。

(2)糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)控制：<7.0%。

(3)低密度脂蛋白(LDL)控制：<130 mg/dl。

(4)戒菸：持續六個月以上無抽菸行為。

三、品質資訊之登錄及監測

(一)特約院所應於個案登錄系統(VPN)上傳必要欄位(如附表 8.3.2)。照護個案資料及檢驗資料，請登載於初期慢性腎臟病個案管理照護紀錄(如附表 8.3.3、8.3.4 及 8.3.5)，留存院所備查(報告日期於就醫日期前後三個月內，必要項目有一項未執行，則整筆費用不得申報)。

(二)特約院所如依「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」規定，上傳收案個案之檢驗(查)結果，其值將自動轉入個案登錄系統。

四、醫療費用申報及審查原則

(一)申報原則：

1.醫療費用申報、暫付、審查及核付，依本保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。

2.門診醫療費用點數申報格式及填表說明：

(1)屬本章收案之保險對象，其就診當次符合申報

P4301C、P4302C、P4303C 者，於申報費用時，門診醫療費用點數清單段之案件分類應填『E1』、特定治療項目代號(一)應填『EB』；未符合申報上述醫令者，依一般費用申報原則辦理。

(2)申報方式：併當月份送核費用申報。

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

五、品質獎勵措施

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

(二)門檻指標：該醫師完整追蹤率 ≥ 50%。

► 定義：

1.分母：當年度該院所該醫師收案之所有病人當中，排除第四季新收案之人數。

2.分子：符合上述分母條件之病人當中，於當年度該院

<p>present treatment plans A. 藥物 Medications B. 營養治療 Medical Nutrition Therapy C. 病人自主管理訓練 Self-management training D. 血糖自我管理及其使用結果 SMBG and use of results (4) 現在治療執行方案 Current treatment program (5) 運動史 Exercise history (6) 急性併發症 Acute complications (7) 感染病史 History of infections (8) 慢性糖尿病併發症 Chronic diabetic complications (9) 藥物史 Medication history (10) 家族史 Family history (11) 冠狀動脈心臟病危險因素 CHD risk factors (12) 心理社會 / 經濟因素 Psychosocial/economic factors (13) 菸酒之使用 Tobacco and alcohol use</p>	<p>眼底鏡檢查(23702C)，則不需再執行上述項目。 (4) 甲狀腺觸診 Thyroid palpation (5) 心臟檢查 Cardiac examination (6) 脈搏評值 Evaluation of pulses (7) 足部檢查 Foot examination (8) 皮膚檢查 Skin examination (9) 神經學檢查 Neurological examination (10) 口腔檢查 Oral examination (11) 性成熟度評估 (如屬青春前期後) Sexual maturation (if peripubertal)</p>	<p>所完成下列條件者，視為達成追蹤。 (1) 當年度未申報新收案者(P4301C)，其申報當年度追蹤管理(P4302C)次數達二次者。 (2) 已申報新收案者(P4301C)，視申報新收案之季別，完成下列追蹤管理次數者，視為達成追蹤。 a. 如為第一季申報新收案，其當年度追蹤管理(P4302C)次數應達二次。 b. 如為第二、三季申報新收案，其當年度追蹤管理(P4302C)次數應達一次。 (三) 獎勵指標：病人當年度連續二次追蹤資料皆需達成以下二者之一。 1. CKD 分期較新收案時改善 (如由 stage 2 改善為 stage 1)。 2. eGFR 較新收案時改善(eGFR > 新收案時)，且下列良好指標至少需有 2 項指標由異常改善為正常。 (1) 血壓控制：由新收案 $\geq 140/90$ mmHg 改善為 $< 130/80$ mmHg。 (2) 糖尿病病患 HbA1c 控制：由新收案 $\geq 7.0\%$ 改善為 $< 7.0\%$。 (3) 低密度脂蛋白(LDL)：由新收案 ≥ 130 mg/dl 改善為 < 130 mg/dl。 (4) 戒菸(持續六個月以上無抽菸行為)：由新收案抽菸改善為戒菸。 (四) 獎勵費用：符合「門檻指標」之醫師，所照護病人符合上述「獎勵指標」1 或 2 者，每個個案數給予 400 點獎勵。 六、本章之疾病管理費用 (P4301C、P4302C、P4303C) 及品質獎勵措施費用，由各年度全民健康保險總額其他部門預算「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」專款項目支應。該預算先扣除預估之獎勵費用額度後，按季均分，以浮動點值計算疾病管理費用，且每點金額不高於 1 元；當季預算若有結餘，則流用至下季；第四季併同獎勵費用進行每點支付金額計算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，但每點支付金額不高於 1 元。 七、資訊公開：保險人得公開參與本章之特約院所名單及相關醫療品質資訊供民眾參考。 八、符合本章之個案，若合併其它疾病且分屬本保險其他方案或計畫收案對象時(例如：糖尿病等)，除依本章支付標準申報外，得再依相關方案或計畫申報費用。</p>	
<p>3. 檢驗室評值 (Laboratory evaluation) ※(1)09005C 空腹血漿葡萄糖或微血管血糖 Fasting plasma glucose or capillary blood sugar ※(2)09006C 糖化血紅素 HbA1C(符合糖化白蛋白檢驗適應症個案，得以 09139C(糖化白蛋白)替代) ※(3) 空腹血脂 Fasting lipid profile (09001C 總膽固醇 cholesterol, total、09004C 三酸甘油酯 triglyceride(TG)、09043C 高密度脂蛋白膽固醇 HDL cholesterol、09044C 低密度脂蛋白膽固醇 LDL cholesterol) ※(4)09015C 血清肌酸酐 Serum creatinine ※(5)09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉胺基酶 SGPT (or ALT) ※(6)06013C 尿液分析 (尿生化檢查) Urine biochemistry examination ※(7)12111C 微量白蛋白 ※(8)09016C 肌酐、尿 Creatinine (U) CRTN □(9)13007C 細菌培養鑑定檢查 (視情況而定) Urine culture (if indicated) □(10)27004C 甲狀腺刺激素放射免疫分析(第一型病人)TSH (type 1 patients) □(11)18001C 心電圖 (成人) Electrocardiogram (adults)</p>	<p>4. 管理計畫 (Management Plan) (1) 短期與長期目標 Short- and long-term goals (2) 藥物 Medications (3) 營養治療 Medical nutrition therapy (4) 生活型態改變 Lifestyle changes (5) 自主管理教育 Self-management education (6) 監測接受指導遵循度 Monitoring instructions * (7) 年度轉診至眼科專科醫師 (視情況而定) Annual referral to eye specialist (if indicated) (8) 其他專科醫師會診 (視情況而定) Specialty consultations (as indicated) (9) 同意接受持續性支持或追蹤的約定 Agreement on continuing support / follow-up (10) 協助預約流行感冒疫苗 (influenza vaccine) 接種 (視個別院所情況而定)</p>		
<p>5. 糖尿病自主管理教育 (Diabetes Self-management Education)</p>			
<p>(1) 糖尿病自主管理教育 (Diabetes Self-management Education, DSME)：由糖尿病病人和衛教人員共同參與的一種互動的、整合式及進行中的過程，包括：a) 個別特殊教育需求的評估；b) 確認個別特殊的糖尿病自主管理目標之設定；c) 依個別的糖尿病自主管理目標進行教育及促進行為改變上的介入；d) 依個別的糖尿病自主管理目標進行評價。 (2) 建議標準如下： A. 結構面：病歷紀錄應包括：a) 描述糖尿病疾病過程及治療之選項；b) 營養管理之整合；c) 日常身體活動之整合；d) 針對治療效益來利用藥物 (必要時) 的情形；e) 血糖監測、尿酮 (必要時) 及運用相關檢驗數據來改善急性合併症之預防、偵測與治療之情形；f) 慢性合併症之預防 (由減少危險行為著手)、偵測及治療之情形；g) 生活型態改變—個人問題的診斷；h) 以促進健康為主來設定的目標，及日常生活中問題解決的方式；i) 與日常生活中心理社會調適之整合；j) 懷孕婦女及妊娠性糖尿病的管理 (含 preconception care)。 B. 過程面：病歷紀錄應包括：個案評估、衛生教育計畫、介入、評價及定期追蹤之情形，並記錄衛教人員、醫師及轉診資源等醫療團隊之整體式照護。 C. 結果面：提供糖尿病自主管理教育的單位或機構，應進行持續性品質改善計畫，以結果面來評估衛生教育之效益及提出品質改善的機會。</p>			
<p>註 1. 參照中華民國糖尿病學會「2010 糖尿病臨床照護指引」。 2. 表列檢驗、檢查與服務項目中，「※」及「*」註記表示為診療指引建議必要執行診療項目，「□」註記表示為診療指引建議得視病人病情 (if indicated) 為選擇性執行項目。 3. 本表所列項目除有「※」、「*」及「□」註記項目得另行核實申報費用以外，餘均內含於 P1407C 所訂費用之內，不得另行重複申報。 4. 糖尿病學會建議若糖尿病人尿液常規檢查若未驗出蛋白尿，可加做微量白蛋白檢查，將微量白蛋白改為有條件式之必要檢查項目(註：尿液常規檢查未驗出蛋白尿者。)</p>			
<p>附表 8.2.2 糖尿病及糖尿病合併初期慢性腎臟病追蹤管理診療項目參考表 (適用編號 P1408C、P1410C、P7001C) Potential components of continuing care visits</p>			
<p>1. 醫療病史 (Medical history) (1) 評估治療型態 Assess treatment regimen A. 低或高血糖之頻率/嚴重度 Frequency/severity of hypo-/hyperglycemia B. 自我血糖監測結果 SMBG results C. 病人治療型態之調整 Patient regimen adjustments D. 病人接受專業指導遵循度之問題 Adherence problems E. 生活型態改變 Lifestyle changes F. 併發症的症狀 Symptoms of complications G. 其他醫療疾病 Other medical illness H. 藥物 Medications I. 心理社會方面 Psychosocial issues J. 菸酒之使用 Tobacco and alcohol use</p>	<p>2. 身體檢查 (Physical examination) (1) 每次常規性糖尿病回診 Every regular diabetes visit A. 體重 weight B. 血壓 Blood pressure C. 先前身體檢查之異常點 Previous abnormalities on the physical exam (2) 足部檢查 (視情況而定)：足部狀況屬高危險性者需增加檢查次數 Foot examination (if indicated): more often in patients with high-risk foot conditions</p>		
<p>3. 檢驗室評值 (Laboratory evaluation)</p>	<p>4. 管理計畫評值 (Evaluation of</p>		

	Management Plan)
※(1)09006C 糖化血紅素 HbA1C A. 三個月一次為原則，須配合初診及年度檢查的結果追蹤 (Quarterly if treatment changes or patient is not meeting goals) B. 如病情穩定一年至少二次 (At least twice per year if stable) C. 符合糖化白蛋白檢驗適應症個案，得以 09139C(糖化白蛋白) 替代 ※(2)09005C 空腹血漿葡萄糖或微血管血糖 Fasting plasma glucose or capillary blood sugar	(1)短期與長期目標 Short- and long-term goals (2)藥物 Medications (3)血糖 Glycemia (4)低血糖之頻率/嚴重度 Frequency/severity of hypoglycemia (5)血糖自我管理結果 SMBG results (6)併發症 Complications (7)血脂異常之控制 Control of dyslipidemia (8)血壓 Blood pressure (9)體重 Weight (10)營養治療 Medical Nutrition Therapy (11)運動治療型態 Exercise regimen (12)病人接受自我管理訓練之遵循度 Adherence to self-management training (13)轉診之追蹤 Follow-up of referrals (14)心理社會之調適 Psychosocial adjustment (15)糖尿病知識 Knowledge of diabetes (16)自我管理技能 Self-management skills (17)戒菸(若為抽菸者) Smoking cessation, if indicated (18)協助預約流行感冒疫苗 (influenza vaccine) 接種(視個別院所情況而定)
5. 糖尿病自我管理教育	(Diabetes Self-management Education)
建議標準如下： A. 結構面：按前次照護結果做追蹤應付，病歷紀錄應包括：a)描述糖尿病疾病過程及治療之選項；b)營養管理之整合；c)日常身體活動之整合；d)針對治療效益來利用藥物(必要時)的情形；e)血糖監測、尿酮(必要時)及運用相關檢驗數據來改善急性合併症之預防、偵測與治療之情形；f)慢性合併症之預防(由減少危險行為著手)、偵測及治療之情形；g)生活型態改變—個人問題的診斷；h)以促進健康為主來設定的目標，及日常生活中問題解決的方式；i)與日常生活中心理社會調適之整合；j)懷孕婦女及妊娠性糖尿病的管理(含 preconception care)。 B. 過程面：病歷紀錄應包括：個案評估、衛生教育計畫、介入、評價及追蹤之情形，並記錄衛教人員、醫師及轉診資源等醫療團隊之整體式照護。 C. 結果面：提供糖尿病自我管理教育的單位或機構，應進行持續性品質改善計畫，以結果面來評估衛生教育之效益及提出品質改善的機會。 註： 1.參照中華民國糖尿病學會「2010 糖尿病臨床照護指引」。 2.表列檢驗及服務項目中，「※」及「*」註記表示為診療指引建議必要執行診療項目。 3.本表所列項目除有「※」、「*」註記項目得另行核實申報費用以外，餘均內含於 P1408C、P1410C 及 P7001C 所訂費用之內，不得另行重複申報。	

附表 8.2.3 糖尿病及糖尿病合併初期慢性腎臟病年度檢查診療項目參考表 (適用編號 P1409C、P1411C、P7002C)

Potential components of continuing care visits (annual exam)

1. 醫療病史 (Medical history)	2. 身體檢查 (Physical examination)
(1)評估治療型態 Assess treatment regimen A. 低或高血糖之頻率/嚴重度 Frequency/severity of hypo-/hyperglycemia B. 自我血糖監測結果 SMBG results C. 病人治療型態之調整 Patient regimen adjustments D. 病人接受專業指導遵循度之問題 Adherence problems E. 生活型態改變 Lifestyle changes F. 併發症的症狀 Symptoms of complications G. 其他醫療疾病 Other medical illness H. 藥物 Medications I. 心理社會方面 Psychosocial issues J. 菸酒之使用 Tobacco and alcohol use	(1)年度身體檢查 Physical examination annually * (2) 23501C 年度散瞳眼睛檢查 Dilated eye examination annually 或 23502C 眼底攝影；惟如由眼科專科醫師執行間接式眼底鏡檢查(23702C)，則不需再執行上述項目。 (3)每次常規性糖尿病回診 Every regular diabetes visit A. 體重 weight B. 血壓 Blood pressure C. 先前身體檢查之異常點 Previous abnormalities on the physical exam (4)年度足部檢查：足部狀況屬高危險性者需增加檢查次數 Foot examination annually; more often in patients with high-risk foot conditions
3. 檢驗室評值 (Laboratory evaluation)	4. 管理計畫評值 (Evaluation of Management Plan)
※(1) 09006C 糖化血紅素 HbA1C(符合糖化白蛋白檢驗適應症個案，得以 09139C(糖化白蛋白) 替代) ※(2) 09005C 空腹血漿葡萄糖或微血管血糖 Fasting plasma glucose or capillary blood sugar ※(3)年度空腹血脂 Fasting lipid profile annually, unless low risk (09001C 總膽固醇 cholesterol, total、09004C 三酸甘油酯 triglyceride(TG)、09043C 高密度脂蛋白膽固醇 HDL cholesterol、09044C 低密度脂蛋白膽固醇 LDL cholesterol) ※(4)09015C 血清肌酸酐 Serum creatinine ※(5)09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉胺	(1)短期與長期目標 Short- and long-term goals (2)藥物 Medications (3)血糖 Glycemia (4)低血糖之頻率/嚴重度 Frequency/severity of hypoglycemia (5)血糖自我管理結果 SMBG results (6)併發症 Complications (7)血脂異常之控制 Control of dyslipidemia (8)血壓 Blood pressure (9)體重 Weight (10)營養治療 Medical Nutrition Therapy (11)運動治療型態 Exercise regimen (12)病人接受自我管理訓練之遵循度 Adherence to self-management training (13)轉診之追蹤 Follow-up of referrals

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
P4301C	初期慢性腎臟病新收案管理照護費 註：應記錄「新收案個案管理基本資料參考表」(詳附表8.3.3)及檢查、檢驗與衛教情形等資料(詳附表8.3.4)。除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。	v	v	v	v	200
P4302C	初期慢性腎臟病追蹤管理照護費 註：1.應記錄追蹤檢查、檢驗與衛教情形等資料(詳附表8.3.4)。除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.申報新收案管理照護費至少需間隔三個月才能申報本項，本項每年度最多申報二次，每次至少間隔六個月。	v	v	v	v	200
P4303C	初期慢性腎臟病轉診照護獎勵費 註：1.限個案符合轉診條件，並經轉診至參與「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫」院所，確認經該計畫收案後方可申報，每人限申報一次。 2.跨院需填寫「全民健康保險轉診單」(如附表8.3.6，一份留存院所)，並提供患者腎臟功能相關資料(如：初期慢性腎臟病患者追蹤管理紀錄參考表及初期慢性腎臟病患者結案參考表等)予被轉診機構參考。若為院內跨科轉診，則須保留院內轉診單於病歷內，且於腎臟科收案追蹤後方予支付。(鼓勵跨院或跨科轉診，但排除已參加Pre-ESRD計畫同一院所的腎臟科互轉) 3.結案原因為恢復正常、長期失聯(≥180天)、拒絕再接受治療或死亡者，不可申報本項。	v	v	v	v	200

附表 8.3.1 初期慢性腎臟疾病個案管理

一、慢性腎臟疾病(CKD)之分期:

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

註:1.慢性腎臟疾病(CKD)分類中，腎傷害或腎絲球過濾率下降需持續三個月以上

2.腎臟損傷指有影像學變化(如腎萎縮)或傷害指標(如蛋白尿、血尿等)

二、慢性腎臟疾病之篩檢

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

基酶 SGPT (or ALT) ※(6)06013C 尿液分析 (尿生化檢查) Urine biochemistry examination ※(7)12111C 微量白蛋白 Microalbumin (Nephelometry) ※(8)09016C 肌酐、尿 Creatinine (U) CRTN ※(9)18001C 心電圖(成人) Electrocardiogram (adults)	(14)心理社會之調適 Psychosocial adjustment (15)糖尿病知識 Knowledge of diabetes (16)自我管理技能 Self-management skills (17)戒菸 (若為抽菸者) Smoking cessation, if indicated (18)協助預約流行感冒疫苗 (influenza vaccine) 接種 (視個別院所情況而定)
---	--

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

建議標準如下：

A. 結構面：按前次照護結果做追蹤應對，病歷紀錄應包括：a)描述糖尿病疾病過程及治療之選項；b)營養管理之整合；c)日常身體活動之整合；d)針對治療效益來利用藥物 (必要時) 的情形；e)血糖監測、尿酮 (必要時) 及運用相關檢驗數據來改善急性合併症之預防、偵測與治療之情形；f)慢性合併症之預防 (由減少危險行為著手)、偵測及治療之情形；g)生活型態改變—個人問題的診斷；h)以促進健康為主來設定的目標，及日常生活中問題解決的方式；i)與日常生活中心理社會調適之整合；j)懷孕婦女及妊娠性糖尿病的管理 (含 preconception care)。

B. 過程面：病歷紀錄應包括：個案評估、衛生教育計畫、介入、評價及追蹤之情形，並記錄衛教人員、醫師及轉診資源等醫療團隊之整體式照護。

C. 結果面：提供糖尿病自主管理教育的單位或機構，應進行持續性品質改善計畫，以結果面來評估衛生教育之效益及提出品質改善的機會。

註：

1.參照中華民國糖尿病學會「2010 糖尿病臨床照護指引」。

2.表列檢驗、檢查與服務項目中，「※」及「*」註記表示為診療指引建議必要執行診療項目，「□」註記表示為診療指引建議得視病人病情 (if indicated) 為選擇性執行項目。

3.本表所列項目除有「※」、「*」及「□」註記項目得另行核實申報費用以外，餘均內含於 P1409C、P1411C 及 P7002C 所訂費用之內，不得另行重複申報。

附表 8.2.4 初期慢性腎臟疾病個案管理

一、慢性腎臟疾病(CKD)之分期：

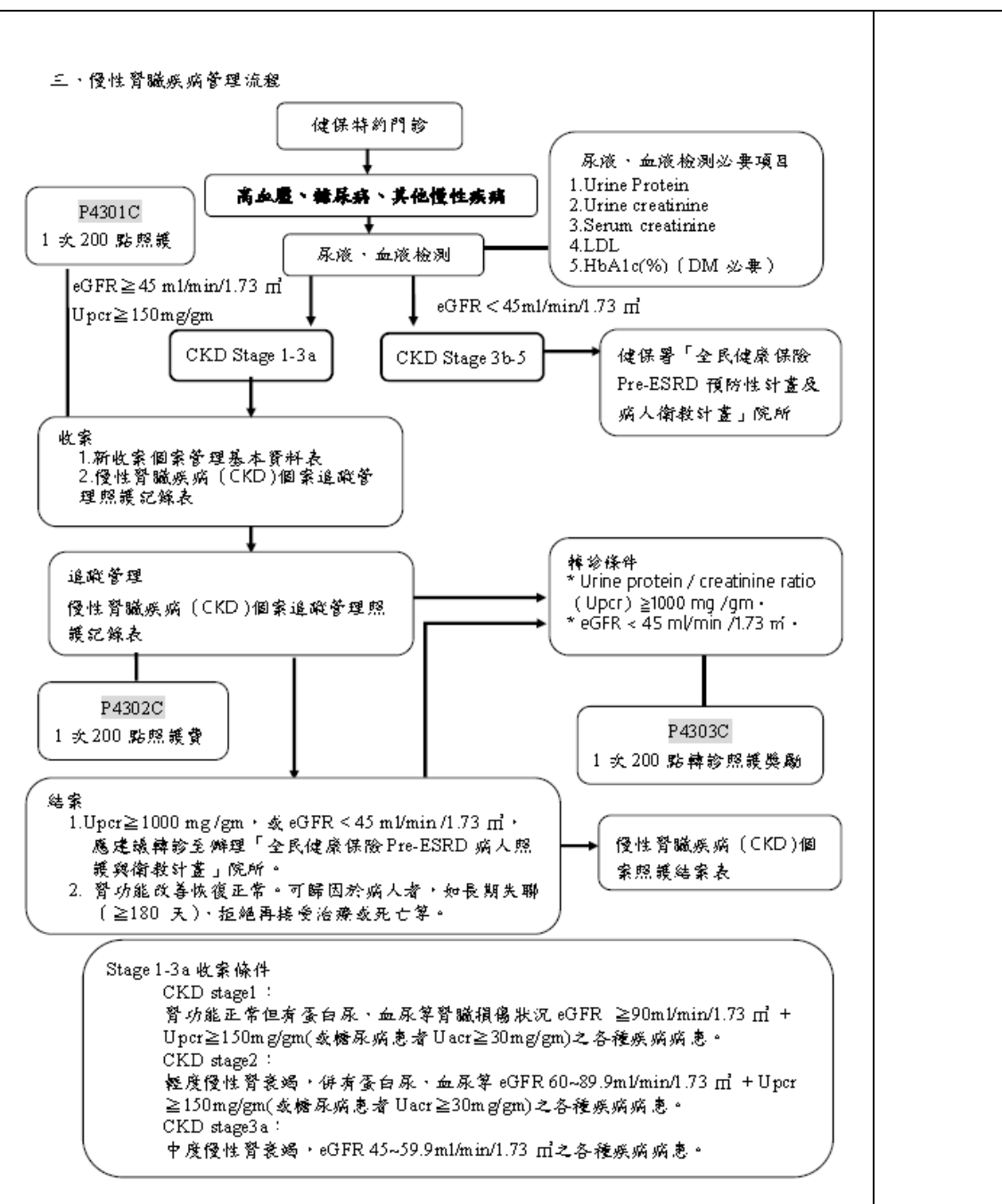
分期	描述	估計腎絲球過濾率(eGFR)
Stage 1	腎絲球過濾率正常或增加，但有蛋白尿、血尿等腎臟損傷狀況	≥ 90 ml/min/1.73m ²
Stage 2	腎絲球過濾率輕微下降，併有蛋白尿、血尿等狀況	60-89.9 ml/min/1.73m ²
Stage 3	腎絲球過濾率中等程度下降	30-59.9 ml/min/1.73m ²
	IIIa 期	45-59.9 ml/min/1.73m ²
	IIIb 期	30-44.9 ml/min/1.73m ²
Stage 4	腎絲球過濾率嚴重下降	15-29.9 ml/min/1.73m ²
Stage 5	腎臟衰竭	<15 ml/min/1.73m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

註:1.慢性腎臟疾病(CKD)分類中，腎傷害或腎絲球過濾率下降需持續三個月以上

2.腎臟損傷指有影像學變化(如腎萎縮)或傷害指標(如蛋白尿、血尿等)

二、慢性腎臟疾病之篩檢

- 對於高危險群應定期檢查血中肌酸酐值及尿液(UPCR 或 UACR)
- 高危險群:
 - 高血壓、高血糖患者
 - 長期服用藥物者
 - 心血管疾病患者
 - 結構性腎小管異常，腎結石或攝護腺腫大者
 - 洗腎家族史或家族性腎疾病
 - 潛在影響腎功能之系統性疾病(如 SLE)
 - 長期食用中草藥者
 - 隨機性血尿或尿蛋白
 - 年紀 六十一歲 以上



四、初期慢性腎臟疾病照護之衛教內容

Stage 1：腎功能正常但有蛋白尿、血尿等腎臟損傷狀況 eGFR：≥ 90 ml/min/1.73 m²，建議每六個月追蹤一次

Stage 2：輕度慢性腎衰竭，併有蛋白尿、血尿等 eGFR：60~89.9 ml/min/1.73 m²，建議每六個月追蹤一次

Stage 3a：中度慢性腎衰竭，eGFR：45~59.9ml/min/1.73 m²，建議每六個月追蹤一次

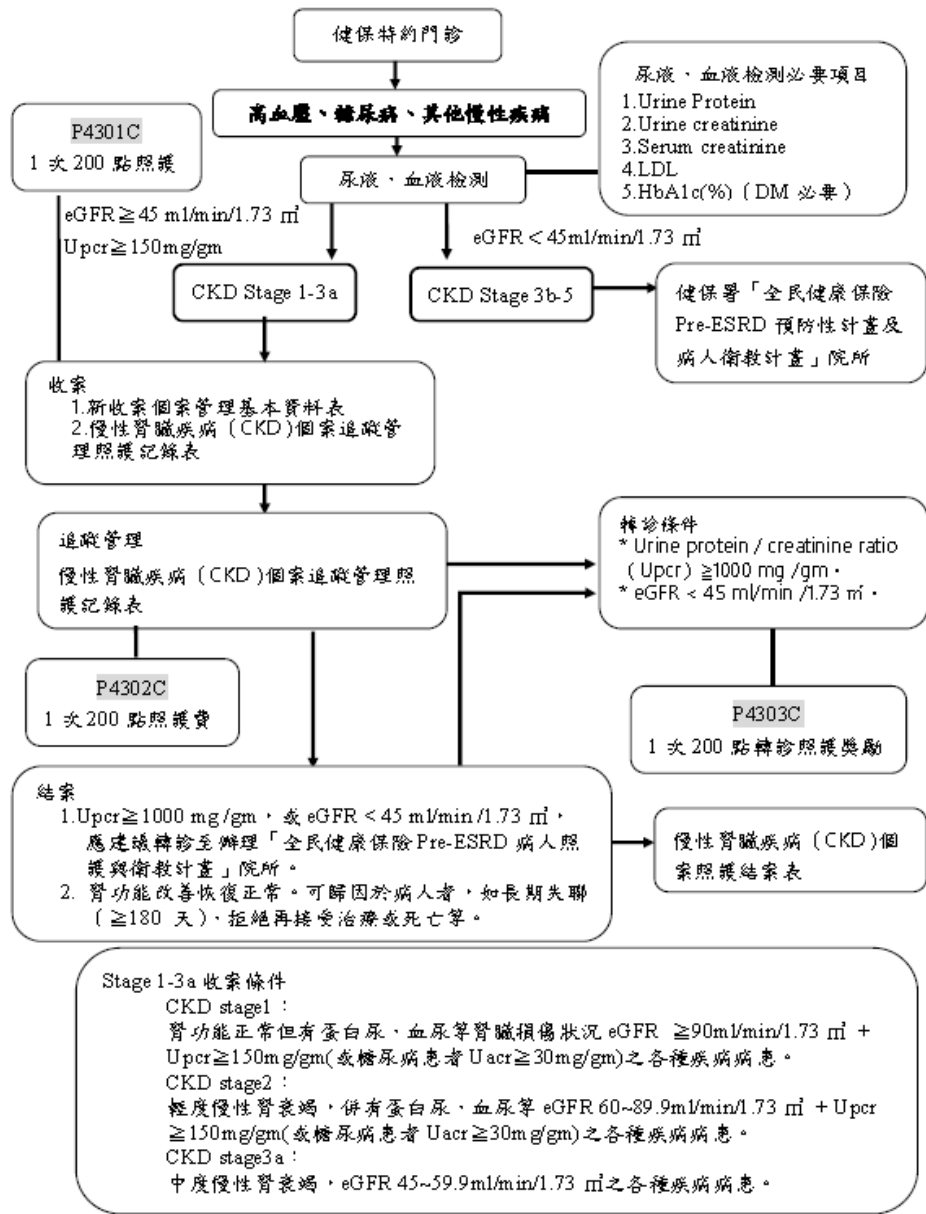
Stage 3b：中度慢性腎衰竭，eGFR：30~44.9 ml/min/1.73 m²，建議每三個月追蹤一次

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

附表 8.3.2 個案登錄系統必要欄位簡化表

- 新收案(身分證號、病人姓名、醫師 ID、醫師姓名等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位:
 - 新收案日期、個案性別、出生日期、CKD Stage (1: Stage1;

三、慢性腎臟疾病管理流程



四、初期慢性腎臟疾病照護之衛教內容

Stage 1：腎功能正常但有蛋白尿、血尿等腎臟損傷狀況 eGFR：≥ 90 ml/min/1.73 m²，建議每六個月追蹤一次

Stage 2：輕度慢性腎衰竭，併有蛋白尿、血尿等 eGFR：60~89.9 ml/min/1.73 m²，建議每六個月追蹤一次

Stage 3a：中度慢性腎衰竭，eGFR：45~59.9ml/min/1.73 m²，建議每六個月追蹤一次

Stage 3b：中度慢性腎衰竭，eGFR：30~44.9 ml/min/1.73 m²，建議每三個月追蹤一次

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

- 2：Stage2；3a：Stage3a）、伴隨疾病(1.無；2.腎臟病；3.糖尿病；4.高血壓；5.心臟血管疾病；6.高血壓症；7.慢性肝病；8.癌症；9.其他)、抽煙(1.無 2.有)
- 2.基本檢查數據：檢查日期、身高、體重、收縮壓、舒張壓、eGFR、U_{PCR} (mg/gm)

- 3.血液檢驗：Serum creatinine(mg/dl)、LDL (mg/dl)、HbA1c (DM必填、無HbA1C檢驗者須填GA(醣化白蛋白))

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

1. 追蹤管理日期、CKD Stage (1：Stage1；2：Stage2；3a：Stage3a；3b：Stage3b；4：Stage4；5：Stage5、抽煙(1.無 2.有)
2. 追蹤必要檢查數據：檢查日期、身高、體重、收縮壓、舒張壓、eGFR、U_{PCR} (mg/gm)
3. 血液檢驗：Serum creatinine(mg/dl)、LDL (mg/dl)、HbA1c (DM必填、無HbA1C檢驗者須填GA(醣化白蛋白))

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

- 1.結案(或轉診)日期
- 2.結案原因：1：轉診進入「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫」照護。2：恢復正常。3：長期失聯(≥180天)。4：拒絕再接受治療。5：死亡。6：病人未執行本章管理照護超過一年者。
- 3.轉診Pre-ESRD計畫院所原因：1：U_{PCR} ≥ 1000 mg/gm。3b：Stage3b。4：Stage 4。5：Stage 5。
- 4.接受轉診院所保險醫事服務機構代號：_____

註.系統會自動將醣化白蛋白欄位填入值換算成 HbA1C 後帶入 HbA1C 欄位：

- (1)若兩者同時填報，則以填報值為主
- (2)上述換算公式係參照「2018 糖尿病臨床照護指引」
- (3)換算後的 HbA1C，將作為方案獎勵評比計算

附表 8.2.5 初期慢性腎臟病新收案個案管理基本資料參考表 (適用編號 P4301C)

收案編號：_____ 病歷號碼：_____

姓名：_____ 身分證字號：_____

性別：□1.男 □2.女 生日西元：_____年_____月_____日 年齡：_____

收案日期：西元：_____年_____月_____日

聯絡電話：(_____) _____ (_____) _____

通訊地址：_____縣、市 _____區鄉市鎮 _____村里 _____路街 _____段 _____巷 _____弄 _____號 _____樓

教育程度：□1.不識字 □2.小學 □3.初中 □4.高中(職) □5.大學(學)以上

職業：□1.退休 □2.農 □3.軍公教 □4.工 □5.商 □6.服務業 □7.家管 □8.無 □9.其它_____

家族史 (若有親人有罹患右側表列中疾病，請填入家屬代碼)

□1.無	□8.惡性腫瘤【】
□2.糖尿病【】	□9.遺傳性腎臟疾病【】
□3.高血壓【】	□10.多囊腎【】
□4.心臟病【】	□11.痛風【】
□5.腦血管病變(中風)【】	□12.自體免疫性疾病【】
□6.高血脂【】	□13.其他【】
□7.腎臟病或尿毒症【】	□14.不知

A.父 B.母 C.兒女 D.兄弟姊妹 E.父系親戚 F.母系親戚 G.其他

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

危險因子

□1.血壓高(130/85以上) □2.蛋白尿 □3.高血脂(TG>150) □4.低白蛋白血症

□5.高血糖(AC>100) □6.肥胖(BMI) □7.懷孕

抽煙：□1.無 □2.有 煙量每日：_____支/每日 □3.戒煙_____年

嗜酒：□1.無 □2.有 煙量：_____年 □4.戒煙_____年

□3.交際應酬 □4.戒煙 □5.習慣性_____CC/每日

檳榔：□1.無 □2.有 煙量：_____年 _____瓶/每日 □3.戒檳榔_____年

平時用藥習慣

□1.處方用藥 □2.中醫(中醫師處方)

□3.傳統草藥(無醫師處方) □4.成藥

□5.提神飲料 □6.偏方

□7.健康食品 □8.口服止痛劑

□9.針劑止痛劑 □10.使用不明藥物

□11.其他_____

健康知識與態度

1.如患慢性腎臟病是否按時就醫 □a.是 □b.否，原因_____

2.請問您是否覺得嚴重與慢性腎臟病有相關？ □a.否 □b.是

3.請問您是否瞭解慢性腎臟病與飲食生活習慣有相關？ □a.否 □b.是

4.請問您是否每週至少運動三次，每次持續30分鐘以上？ □a.否 □b.是

5.整體來說，您認為自己的健康狀況如何？

□a.非常不好 □b.不好 □c.普通 □d.好 □e.非常好

附表 8.2.6 初期慢性腎臟病及糖尿病合併初期慢性腎臟病個案追蹤管理照護紀錄參考表 (適用編號 P4301C、P4302C、P7001C)

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

就診日期	年月日 新收案	年月日 個月後追蹤	年月日 個月後追蹤	年月日 個月後追蹤
血壓 (mmHg)【必要】				
身高 (cm)【必要】				
體重 (kg)【必要】				
腰圍 (cm)(參考)				
臀圍 (cm)(參考)				
抽煙【必要】 □1.無 □2.有				
BMI (參考)				
尿液試紙 (參考)				
蛋白質				
潛血				
尿糖				
Urine				

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

收案編號：_____ 病歷號碼：_____

姓名：_____ 身分證字號：_____

性別：□1.男 □2.女 生日西元：_____年_____月_____日 年齡：_____

收案日期：西元：_____年_____月_____日

聯絡電話：(_____) _____ (_____) _____

通訊地址：_____縣、市 _____區鄉市鎮 _____村里 _____路街 _____段 _____巷 _____弄 _____號 _____樓

教育程度：□1.不識字 □2.小學 □3.初中 □4.高中(職) □5.大學(學)以上

職業：□1.退休 □2.農 □3.軍公教 □4.工 □5.商 □6.服務業 □7.家管 □8.無 □9.其它_____

家族史 (若有親人有罹患右側表列中疾病，請填入家屬代碼)

□1.無	□8.惡性腫瘤【】
□2.糖尿病【】	□9.遺傳性腎臟疾病【】
□3.高血壓【】	□10.多囊腎【】
□4.心臟病【】	□11.痛風【】
□5.腦血管病變(中風)【】	□12.自體免疫性疾病【】
□6.高血脂【】	□13.其他【】
□7.腎臟病或尿毒症【】	□14.不知

A.父 B.母 C.兒女 D.兄弟姊妹 E.父系親戚 F.母系親戚 G.其他

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

危險因子

□1.血壓高(130/85以上) □2.蛋白尿 □3.高血脂(TG>150) □4.低白蛋白血症

□5.高血糖(AC>100) □6.肥胖(BMI) □7.懷孕

抽煙：□1.無 □2.有 煙量每日：_____支/每日 □3.戒煙_____年

嗜酒：□1.無 □2.有 煙量：_____年 □4.戒煙_____年

□3.交際應酬 □4.戒煙 □5.習慣性_____CC/每日

檳榔：□1.無 □2.有 煙量：_____年 _____瓶/每日 □3.戒檳榔_____年

平時用藥習慣

□1.處方用藥 □2.中醫(中醫師處方)

□3.傳統草藥(無醫師處方) □4.成藥

□5.提神飲料 □6.偏方

□7.健康食品 □8.口服止痛劑

□9.針劑止痛劑 □10.使用不明藥物

□11.其他_____

健康知識與態度

1.如患慢性腎臟病是否按時就醫 □a.是 □b.否，原因_____

2.請問您是否覺得嚴重與慢性腎臟病有相關？ □a.否 □b.是

3.請問您是否瞭解慢性腎臟病與飲食生活習慣有相關？ □a.否 □b.是

4.請問您是否每週至少運動三次，每次持續30分鐘以上？ □a.否 □b.是

5.整體來說，您認為自己的健康狀況如何？

□a.非常不好 □b.不好 □c.普通 □d.好 □e.非常好

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

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

就診日期	年月日 新收案	年月日 個月後追蹤	年月日 個月後追蹤	年月日 個月後追蹤
血壓 (mmHg)【必要】				
身高 (cm)【必要】				
體重 (kg)【必要】				
腰圍 (cm)(參考)				
臀圍 (cm)(參考)				
抽煙【必要】 □1.無 □2.有				
BMI (參考)				
尿液試紙 (參考)				
蛋白質				
潛血				
尿糖				
Urine				

PCR(mg/gm)【必要】				
Urine ACR(mg/gm) (參考)				
Uric acid (mg/dl) (參考)				
Serum creatinine (mg/dl)【必要】				
eGFR(MDRD)【必要】				
CHOL (mg/dl) (參考)				
LDL (mg/dl)【必要】				
HbA1c (%) (DM 必要)				
GA(%) (DM 病人且無 HbA1C 檢驗必填)				
Sugar AC (mg/dl) (DM 參考)				
長期藥物使用(>3M) 降血壓藥	<input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> DRI <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> DRI <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> DRI <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> DRI <input type="checkbox"/> 其他：_____
胰島素 降血糖藥 降血脂藥 降尿酸藥 NSAID 中草藥	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
護理營養衛教記錄 衛教對象	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他：_____
衛教方式	<input type="checkbox"/> 個別衛教 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 團體衛教 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 個別衛教 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 團體衛教 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 個別衛教 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 團體衛教 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 個別衛教 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 團體衛教 <input type="checkbox"/> 其他：_____
醫護人員簽名				

附表 8.2.7 初期慢性腎臟疾病個案照護結案參考表

姓名：_____ 性別：男女 電話號碼：_____
 病歷號碼：_____ 出生日期：____年__月__日 身份證字號：_____
 收案日期：____年__月__日 結案日期：____年__月__日 原發疾病：_____
 結案原因：

- 1.轉診 CKD 防治院所照護或進入「全民健康保險 Pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教計畫」
 轉診日期：____年__月__日
 轉診院所名稱：____、院所代號____、____科、醫師 ID____
 轉診原因： Urine protein/creatinine ratio (U_{PCR}) ≥ 1000 mg/gm。
 $30 \text{ ml/min/1.73 m}^2 \leq eGFR < 45 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ (Stage 3b)。
 $15 \text{ ml/min/1.73 m}^2 \leq eGFR < 30 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ 者 (Stage 4)。
 $eGFR < 15 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ 者 (Stage 5)。
- 2.腎功能改善恢復正常
- 3.長期失聯(≥ 180 天)
- 4.拒絕再接受治療
- 5.死亡
- 6.病人未執行本章管理照護超過一年者。

PCR(mg/gm)【必要】				
Urine ACR(mg/gm) (參考)				
Uric acid (mg/dl) (參考)				
Serum creatinine (mg/dl)【必要】				
eGFR(MDRD)【必要】				
CHOL (mg/dl) (參考)				
LDL (mg/dl)【必要】				
HbA1c (%) (DM 必要)				
GA(%) (DM 病人且無 HbA1C 檢驗必填)				
Sugar AC (mg/dl) (DM 參考)				
長期藥物使用(>3M) 降血壓藥	<input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> DRI <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> DRI <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> DRI <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> ACEI <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> DRI <input type="checkbox"/> 其他：_____
胰島素 降血糖藥 降血脂藥 降尿酸藥 NSAID 中草藥	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
護理營養衛教記錄 衛教對象	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬： <input type="checkbox"/> 其他：_____
衛教方式	<input type="checkbox"/> 個別衛教 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 團體衛教 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 個別衛教 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 團體衛教 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 個別衛教 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 團體衛教 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 個別衛教 <input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 團體衛教 <input type="checkbox"/> 其他：_____
醫護人員簽名				

附表 8.3.5 初期慢性腎臟疾病個案照護結案參考表

姓名：_____ 性別：男女 電話號碼：_____
 病歷號碼：_____ 出生日期：____年__月__日 身份證字號：_____
 收案日期：____年__月__日 結案日期：____年__月__日 原發疾病：_____
 結案原因：

- 1.轉診 CKD 防治院所照護或進入「全民健康保險 Pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教計畫」
 轉診日期：____年__月__日
 轉診院所名稱：____、院所代號____、____科、醫師 ID____
 轉診原因： Urine protein/creatinine ratio (U_{PCR}) ≥ 1000 mg/gm。
 $30 \text{ ml/min/1.73 m}^2 \leq eGFR < 45 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ (Stage 3b)。
 $15 \text{ ml/min/1.73 m}^2 \leq eGFR < 30 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ 者 (Stage 4)。
 $eGFR < 15 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ 者 (Stage 5)。
- 2.腎功能改善恢復正常
- 3.長期失聯(≥ 180 天)
- 4.拒絕再接受治療
- 5.死亡
- 6.病人未執行本章管理照護超過一年者。

附表 8.2.8 全民健康保險院所轉診單

全民健康保險 院(所)轉診單(轉診至 院所)(院所參考)		保險醫事服務機構代號:	
原 診 醫 院	姓名	性別	出生日期
	身分證號	民國(前)	年 月 日
原 診 醫 院	聯絡人	聯絡電話	聯絡地址
	D.藥物過敏史:		
原 診 醫 院	A.病情摘要(主訴及簡短病史)		B.診斷 ICD-10-CM 病名
	C.檢查及治療摘要		
原 診 醫 院	1.最近一次檢查結果		2.最近一次用藥或手術名稱
	日期: 報告:		
原 診 醫 院	轉診目的		轉診院所
	1. 急診治療 2. 進一步檢查, 檢查項目 3. 住院治療 4. 轉回轉出或適當之院所繼續追蹤 5. 門診治療 6. 其他		
原 診 醫 院	院所地址		傳真號碼: 電子信箱:
	診治醫師	姓名	科別
原 診 醫 院	醫師	簽章	日期
	建議轉診院所	(必填)醫院 (必填)科 醫師	轉診院所地址及專線電話
原 診 醫 院	處理情形		地址: 電話:
	1. 已予急診處置並轉診至醫院 2. 已予急診處置, 並住本院病房治療中 3. 已安排住本院病房治療中 4. 已安排本院科門診治療中 5. 已予適當處理並轉回原院所, 建議事項如下		
原 診 醫 院	治療摘要		診所名稱
	1. 主診斷 ICD-10-CM: 病名: 2. 治療藥物或手術名稱 3. 輔助診斷之檢查結果		
原 診 醫 院	院所名稱		電話或傳真: 電子信箱:
	診治醫師	姓名	科別
原 診 醫 院	醫師	簽章	日期

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

第三聯: 原診醫院、診所留存

※本轉診單限使用一次 ※以上欄位均屬必填, 如無則填無

附表 8.3.6 全民健康保險院所轉診單

全民健康保險 院(所)轉診單(轉診至 院所)(院所參考)		保險醫事服務機構代號:	
原 診 醫 院	姓名	性別	出生日期
	身分證號	民國(前)	年 月 日
原 診 醫 院	聯絡人	聯絡電話	聯絡地址
	D.藥物過敏史:		
原 診 醫 院	A.病情摘要(主訴及簡短病史)		B.診斷 ICD-10-CM 病名
	C.檢查及治療摘要		
原 診 醫 院	1.最近一次檢查結果		2.最近一次用藥或手術名稱
	日期: 報告:		
原 診 醫 院	轉診目的		轉診院所
	1. 急診治療 2. 進一步檢查, 檢查項目 3. 住院治療 4. 轉回轉出或適當之院所繼續追蹤 5. 門診治療 6. 其他		
原 診 醫 院	院所地址		傳真號碼: 電子信箱:
	診治醫師	姓名	科別
原 診 醫 院	醫師	簽章	日期
	建議轉診院所	(必填)醫院 (必填)科 醫師	轉診院所地址及專線電話
原 診 醫 院	處理情形		地址: 電話:
	1. 已予急診處置並轉診至醫院 2. 已予急診處置, 並住本院病房治療中 3. 已安排住本院病房治療中 4. 已安排本院科門診治療中 5. 已予適當處理並轉回原院所, 建議事項如下		
原 診 醫 院	治療摘要		診所名稱
	1. 主診斷 ICD-10-CM: 病名: 2. 治療藥物或手術名稱 3. 輔助診斷之檢查結果		
原 診 醫 院	院所名稱		電話或傳真: 電子信箱:
	診治醫師	姓名	科別
原 診 醫 院	醫師	簽章	日期

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

第三聯: 原診醫院、診所留存

※本轉診單限使用一次 ※以上欄位均屬必填, 如無則填無

附表 8.2.9 糖尿病個案登錄系統必要欄位簡化表

一、新收案(P1407C)必填欄位:

- 1.新收案日期
- 2.基本檢查數據: 收縮壓、舒張壓
- 3.Blood檢驗: 檢查日期、HbA1C、Glucose(AC)、LDL、TG、Creatinine、eGFR、醣化白蛋白(無HbA1C檢驗者必填)
- 4.Urine檢驗:
 - (1)檢查日期、Urine ACR (mg/g)、Urine Routine(二者可視情形擇一填報)
 - (2)因洗腎導致無尿液檢驗者, 無須填報
- 5.眼睛檢查及病變: 正常、異常、未做
- 6.足部檢查: 右腳正常(Y、N) 左腳正常(Y、N)

二、追蹤管理(P1408C、P1410C)必填欄位:

- 1.追蹤管理日期
- 2.Blood檢驗: 檢查日期、HbA1c、Glucose(AC)、醣化白蛋白(無HbA1C檢驗者必填)

三、年度評估(P1409C、P1411C)必填欄位:

- 1.年度評估日期
- 2.基本檢查數據: 收縮壓、舒張壓
- 3.Blood檢驗: 檢查日期、HbA1c、Glucose(AC)、LDL、TG、Creatinine、eGFR、醣化白蛋白(無HbA1C檢驗者必填)
- 4.Urine檢驗:
 - (1)檢查日期、Urine ACR (mg/g)、Urine Routine(二者可視情形擇一填報)
 - (2)因洗腎導致無尿液檢驗者, 無須填報
- 5.眼睛檢查及病變: 正常、異常、未做
- 6.足部檢查: 右腳正常(Y、N) 左腳正常(Y、N)

註 1.建立病人基本資料後, 病人身分證號、病人姓名、醫師 ID、醫師姓名、複診次數等欄位會自動帶出

註 2.系統會自動將醣化白蛋白欄位填入值換算成 HbA1C 後帶入 HbA1C 欄位:

- (1)上述換算公式係參照「2018 糖尿病臨床照護指引」
(2)換算後的 HbA1C，將作為方案獎勵評比計算；若兩者同時填報，則以填報值為主

註 3.UACR=尿液中白蛋白/肌酸酐 (單位：mg/g)

註 4.eGFR 線上計算：台灣腎臟醫學會「腎利人生網站」

<http://kidney.tsn.org.tw> 點選「腎病指標」，輸入性別、年齡、血液 Creatinine 值即可線上計算。

附表 8.2.10 初期慢性腎臟病個案登錄系統必要欄位簡化表

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

- 1.新收案日期、個案性別、出生日期、CKD Stage (1：Stage1；2：Stage2；3a：Stage3a)、伴隨疾病(1.無；2.腎臟病；3.糖尿病；4.高血壓；5.心臟血管疾病；6.高血脂症；7.慢性肝病；8.癌症；9.其他)、抽煙 (1.無 2.有)
- 2.基本檢查數據：檢查日期、身高、體重、收縮壓、舒張壓、eGFR、UPCR (mg/gm)
- 3.血液檢驗：Serum creatinine(mg/dl)、LDL (mg/dl)、HbA1c (DM必填、無HbA1C檢驗者須填GA(醣化白蛋白))

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

- 1.追蹤管理日期、CKD Stage (1：Stage1；2：Stage2；3a：Stage3a；3b：Stage3b；4：Stage4；5：Stage5、抽煙 (1.無 2.有)
- 2.追蹤必要檢查數據：檢查日期、身高、體重、收縮壓、舒張壓、eGFR、UPCR (mg/gm)
- 3.血液檢驗：Serum creatinine(mg/dl)、LDL (mg/dl)、HbA1c (DM必填、無HbA1C檢驗者須填GA(醣化白蛋白))

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

- 1.結案(或轉診)日期
- 2.結案原因：1：轉診進入「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫」照護。2：恢復正常。3：長期失聯(≥180天)。4：拒絕再接受治療。5：死亡。6：病人未執行本章管理照護超過一年者。
- 3.轉診Pre-ESRD計畫院所原因：1：UPCR≥1000 mg/gm。3b：Stage3b。4：Stage 4。5：Stage 5。
- 4.接受轉診院所保險醫事服務機構代號：_____

註.系統會自動將醣化白蛋白欄位填入值換算成 HbA1C 後帶入 HbA1C 欄位：

- (1)若兩者同時填報，則以填報值為主
- (2)上述換算公式係參照「2018 糖尿病臨床照護指引」
- (3)換算後的 HbA1C，將作為方案獎勵評比計算

附表 8.2.11 糖尿病合併初期慢性腎臟病個案登錄系統必要欄位簡化表

一、追蹤管理(P7001C)必填欄位：

1. 追蹤管理日期
2. 糖尿病照護醫師ID、Early-CKD照護醫師ID
3. CKD Stage：1、2、3a（1：Stage1；2：Stage2；3a：Stage3a）
4. 基本檢查數據：收縮壓、舒張壓
5. Blood檢驗：檢查日期、HbA1c、Glucose(AC)、醣化白蛋白（無HbA1C檢驗者必填）、LDL、Creatinine
6. Urine檢驗：檢查日期、Urine Routine、eGFR、UACR (mg/g)
7. 抽煙：1(無)、2(有)

二、年度評估(P7002C)必填欄位：

1. 年度評估日期
2. 糖尿病照護醫師ID、Early-CKD照護醫師ID
3. CKD Stage：1、2、3a（1：Stage1；2：Stage2；3a：Stage3a）
4. 基本檢查數據：收縮壓、舒張壓
5. Blood檢驗：檢查日期、HbA1c、Glucose(AC)、醣化白蛋白（無HbA1C檢驗者必填）、LDL、Creatinine
6. Urine檢驗：檢查日期、Urine Routine、eGFR、UACR (mg/g)
7. 抽煙：1(無)、2(有)
8. 眼睛檢查及病變：正常、異常、未做
9. 足部檢查：右腳正常(Y、N) 左腳正常(Y、N)

三、結案(轉出)必填欄位：

1. 結案（或轉診）日期
2. 結案原因：1-長期失聯、2-病人拒絕接受治療、3-經評估可自行照護、4-死亡、5-腎功能改善恢復正常、6-轉診進入Pre-ESRD計畫、7-其他。
3. 轉診Pre-ESRD計畫院所原因：1：UPCR \geq 1000 mg/gm。3b：Stage3b。4：Stage 4。5：Stage 5。
4. 接受轉診院所保險醫事服務機構代號：

註 1.建立病人基本資料後，病人身分證號、病人姓名、醫師 ID、醫師姓名、複診次數等欄位會自動帶出

註 2.系統會自動將醣化白蛋白欄位填入值換算成 HbA1C 後帶入 HbA1C 欄位：

- (1)上述換算公式係參照「2018 糖尿病臨床照護指引」
- (2)換算後的 HbA1C，將作為方案獎勵評比計算；若兩者同時填報，則以填報值為主

註 3.UACR=尿液中白蛋白/肌酸酐（單位：mg/g）

註 4.eGFR 線上計算：台灣腎臟醫學會「腎利人生網站」

<http://kidney.tsn.org.tw> 點選「腎病指標」，輸入性別、年齡、血液 Creatinine 值即可線上計算。

第三章 糖尿病及初期慢性腎臟病個案資訊整合及鼓勵資料上傳

通則：

一、適用對象：

就醫主診診斷為糖尿病或慢性腎臟疾病 Stage1、2、3a 期個案；但若為本部第二章之收案對象，則依該章支付方式辦理。

附表 8.3.1、定期追蹤檢驗(查)項目表

第四章 糖尿病及初期慢性腎臟病個案資訊整合及鼓勵資料上傳

通則：

一、適用對象：

就醫主診診斷為糖尿病或慢性腎臟疾病 Stage1、2、3a 期個案；但若為本部第二章及第三章之收案對象，則依該三章支付方式辦理。

附表 8.4.1、定期追蹤檢驗(查)項目表

配合第三章移列至第二章，章次修正。