

檔 號：

保存年限：

## 衛生福利部 函

地址：11558台北市南港區忠孝東路六段488號

傳 真：02-85906048

聯絡人及電話：周小姐02-85906666(分機6745)

電子郵件信箱：hpwwchou@mohw.gov.tw

受文者：中華民國藥師公會全國聯合會

發文日期：中華民國107年12月27日

發文字號：衛部保字第1071260609C號

速別：普通件

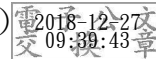
密等及解密條件或保密期限：

附件：發布令影本(含法規規定)、修正總說明及對照表各1份(1071260609C-1.pdf、1071260609C-2.pdf、1071260609C-3.pdf、1071260609C-4.pdf)

主旨：「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，業經本部於中華民國107年12月27日以衛部保字第1271260609號令修正發布，並自107年12月1日生效，茲檢送發布令影本(含法規規定)、修正總說明及對照表各1份，請查照。

正本：台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國助產師助產士公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、勞動部勞工保險局、衛生福利部中央健康保險署

副本：衛生福利部國民健康署、衛生福利部疾病管制署、本部醫事司、本部中醫藥司、本部護理及健康照護司、本部心理及口腔健康司、本部長期間照顧司、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會(均含附件)



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項目

## 第一部 總則

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

2.足供審查判斷之病歷及相關資料。

3.前項應事前審查項目規定之必備文件資料。

(三)保險人應於收到保險醫事服務機構送達事前審查申報文件起二週內完成核定，逾期未核定者，視同完成事前審查。但資料不全經保險人通知補件者，不在此限。

(四)經保險醫事服務機構認定因事出緊急，得以書面說明電傳保險人報備後，先行處理治療，並立即備齊應附文件補件審查。

(五)依規定應事前審查項目，保險醫事服務機構未於事前提出申請或報備，或未經保險人核定即施予者，得依程序審查不支付費用。事前審查案件，申報或報備後未及經審查回復即因急迫需要而施行者，應依專業審查核定結果辦理。

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

十二、經主管機關核定公告不給付之醫療服務項目如下：

(一)近視手術治療。

(二)非治療需要之人工流產，惟因性侵害受孕之人工流產醫療費用不在此限。非治療需要之人工流產係指以下項目以外之人工流產：

1.本人或其配偶患有礙優生之遺傳性、傳染性疾病或精神疾病者。

2.本人或其配偶之四親等以內之血親患有礙優生之遺傳性、傳染性疾病或精神疾病者。

3.有醫學上理由，足以認定懷孕或分娩有招致生命危險或危害身體或精神健康者。

4.有醫學上理由，足以認定胎兒有畸形發育之虞者。

(三)酒癮、煙癮之戒斷治療。

(四)以裝配眼鏡(含隱形眼鏡)為目的之診療項目，包括：眼科驗光檢查、交付配鏡處方及診察費等。(中華民國一百零四年十月二十二日衛部保字第一〇四一二六〇七一五號公告)

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

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
一		先天性唇顎裂疾病患者因無法咀嚼需進行之齒列矯正及正顎手術	1.限非美容為目的之診療。 2.每個案上下顎各施行乙次為原則。	全部個案須事前專案向保險人申請。
二	86006C 86007C 86008C 86011C 86012C 86013C 97601K 97602A 97603B 97605K 97606A 97607B 97608C	白內障手術		1.具下列條件之個案需事前專案向保險人申請。 (1) 每月門住診白內障手術加總超過四十例之醫師；前開四十例計算不含執行醫令代碼 86013C 之個案，惟個案術前術後照片需保存於病歷內以供備查。 (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) 五十五歲以下施行白內障手術之個案。 (3) 非眼科專科醫師施行之白內障手術個案。 2.申請事前審查應檢附下列文件： (1) 白內障術前檢查記錄：包括(一)裸視、矯正視力；(二)眼壓；(三)角膜、前房、水晶體；(四)視網膜及玻璃體；(五)DBR雙眼紀錄(包括角膜弧度、眼軸長度及IOL度數)；(六)白內障照片。 (2) 病患之中文手術同意書。 3.申報費用應檢附之資料依支付標準規定。
三	50023B 50024B 97405K 97406A 97420B 97407K 97408A 97421B 97409K 97410A 97422B 97411K 97412A 97423B	尿路結石體外震波碎石術(Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy (ESWL) for urolithiasis)	病患之腎臟結石最大徑限於(等於)0.5公分以上或尿管結石小於0.5公分，但合併有明顯阻塞性腎水腫、有重複感染或重複腎絞痛者，方得申請。	1.除現有支付標準之事前審查規定外，平均同一病人ESWL重複執行率過高(百分之三十)之醫院，且病患有血尿、疼痛、水腎或有感染等病狀，且符合以下條件的個案，須事前專案向保險人申請。 (1) 同側結石於一個月內已於同一或不同醫療機構施行過體外電震波碎石術。 (2) 腎結石大於(等於)2.5公分。 (3) 輸尿管結石寬徑大於(等於)1公分。 (4) 完全鹿角結石患者第一次取石治療，如有特殊情形必須施行體外電震波碎石術時，須申請事前審查。 2.申請事前審查應檢附下列文件： (1) 病患在該院之最近二年內泌尿係

序號	編號	診療項目名稱	適應症	備註
				<p>統X光片、超音波影像或影本。</p> <p>(2) 病患在該院之最近二年病歷影本。</p> <p>(3) 治療計畫。</p> <p>(4) 病患之中文手術同意書(需載明施行體外電震波腎臟碎石術之副作用)。</p> <p>3.申報費用應檢附之資料依支付標準規定。</p>
四	83025C 83026C 83027C 83085B	交感神經切除應用於手汗症治療	<p>一、年齡需滿二十歲以上。</p> <p>二、必須因多汗症嚴重影響日常生活、工作，造成病患職業上或社交上極度不便。</p>	<p>必須申請事前審查，檢附手術同意書及醫師依衛生福利部提供之手術說明書內容向病患說明，並有病患及醫師簽名。</p>

## 第二部 西醫

### 第一章 基本診療

#### 第一節 門診診察費

通則：

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

註：醫院一般門診診察費支付點數內含百分之十護理費。

二、本節所稱醫院每日門診合理量暫不實施：

(一)醫學中心

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

(二)區域醫院

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

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

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

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

三、合併申報醫療費用之醫院，其醫院門診合理量應合併計算。

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

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

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

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

八、由同一醫師診療之同日兩次以上之門診相同病情案件，限申報門診診察費一次。

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

十、本節之各項診察項目中，註有「兒童加成項目」者，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之二十。其他未註有兒童加成之診察費項目，三歲(含)以下兒童之門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

十一、西醫醫院門診診察費加成方式：

(一)四歲(含)以下兒童不限科別各項門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

(二)醫學中心及區域醫院之婦產科、小兒科及新生兒科、外科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之十七，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之三十七。

(三)地區醫院加成方式：

- 1.婦產科、小兒科及新生兒科、外科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之四十，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之六十。
- 2.內科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之二十三，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之四十三。
- 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。

(四)加成科別及門診診察費項目定義說明：

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

(五)醫院申報門診診察費四歲以下兒童加成及科別加成支付點數之計算結果詳附表2.1.2。

十二、西醫基層院所門診診察費加成方式：

(一)兒童加成方式(詳附表2.1.3)：

- 1.三歲以下兒童：不限科別各項門診診察費依表定點數加計百分之二十。
- 2.四到六歲兒童：兒科專科醫師各項門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

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

(三)婦產科、外科、兒科及內科專科醫師加成方式(詳附表2.1.4~附表2.1.6)：

- 1.婦產科、外科、兒科及內科專科醫師申報第一段門診量內之門診診察費得按表定點數加成，其中婦產科及外科專科醫師加成百分之九、兒科專科醫師加成百分之三，內科專科醫師加成百分之三點八。若同時符合兒童加成或七十五歲以上者加成，依加成率合計後一併加成。

2.加成專科別及門診診察費項目定義說明：

(1)外科：包括外科、整形外科、骨科、泌尿科、神經外科。

(2)第一段門診量內之門診診察費項目：包括編號00109C、00110C、00139C、00140C、00158C、00159C、00119C、00149C、00120C、00150C、00168C、00169C及01023C。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	一般門診診察費					
	一 醫院門診診察費(不含牙科門診)					
	1. 醫學中心及區域醫院					
00154A	1)處方交付特約藥局調劑			v	v	260
00155A	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑			v	v	287
00156A	3)未開處方或處方由本院所自行調劑			v	v	260
00157A	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑			v	v	265
00170A	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑			v	v	505
00171A	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑			v	v	483
	2. 地區醫院					
00101B	1)處方交付特約藥局調劑		v			260
00131B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v			287
00102B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		v			260
00132B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v			265
00172B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v			505
00173B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v			483
	3. 金門馬祖以外之山地離島地區					
00105B	1)處方交付特約藥局調劑		v	v	v	260
00135B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	287
00106B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		v	v	v	260
00136B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	265
00174B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	505
00175B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	483
	4. 金門馬祖地區					
00107B	1)處方交付特約藥局調劑		v	v	v	262
00137B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	308
00108B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		v	v	v	262
00138B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	287
00176B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	526
00177B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	505



編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
00226B	5.地區醫院假日加計 地區醫院週六門診診察費加計		v			100
00227B	地區醫院週日及國定假日門診診察費加計		v			150
	註： 1.00226B 及 00227B 限地區醫院申報。 2.開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方之案件不得申報上述加計點數。 3.應於開診前至保險人健保資訊網服務系統 VPN 登錄開診資訊。 4.住院值班醫師不得為假日之門診看診醫師。					
	一 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)	v				352
00223C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-40人次)	v				250
00139C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				375
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑 (1-30人次)	v				352
00224C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑 (31-40人次)	v				250
00140C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				350
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	v				555
00159C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				530
	2.每位醫師每日門診量超過四十人次，但在六十人次以下部分(41-60)					
00111C	1)處方交付特約藥局調劑	v				220
00141C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				275
00112C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				220
00142C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				250
00160C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				475
00161C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	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
	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	v				160
00143C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				215
00114C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				160
00144C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				190
00162C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				415
00163C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交由本院所自行調劑	v				390
	4.每位醫師每日門診量超過八十人次，但在一百五十人次以下部分(81-150)					
00115C	1)處方交付特約藥局調劑	v				70
00145C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				125
00116C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				70
00146C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				100
00164C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				325
00165C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				300
	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	v				50
00147C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				105
00118C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				50
00148C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				80
00166C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				305
00167C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				280
	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)					
00119C	1)處方交付特約藥局調劑	v				352
00149C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				375
00120C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				352
00150C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				350
00168C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				555
00169C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				530

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	(2)每位醫師每日門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分(51-70)					
00205C	1)處方交付特約藥局調劑	v				220
00206C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				275
00207C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				220
00208C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				250
00209C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				475
00210C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				450
	(3)每位醫師每日門診量超過七十人次，但在一百五十人次以下部分(71-150)					
00211C	1)處方交付特約藥局調劑	v				160
00212C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				215
00213C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				160
00214C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				190
00215C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				415
00216C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交由本院所自行調劑	v				390
	(4)每位醫師每日門診量超過一百五十人次部分 (>150)					
00217C	1)處方交付特約藥局調劑	v				90
00218C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				145
00219C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				90
00220C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				120
00221C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				345
00222C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				320
	註：1.以上第1至5點每月看診日數計算方式： 每月實際看診日數不足二十五日(不含二十五日)，應以實際看診日數計；每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日)，以二十五日計算合理量。 2.第6點山地離島地區每月看診日數計算方式： 每月實際看診日數不足二十五日(不含二十五日)，應以實際看診日數計；每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日)，得以當月全月日數計。 3.以上第1至6點限向衛生局登記為診所(不含中醫診所及牙醫診所)之特約醫事服務機構申報。					

編號	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.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。 5.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。 6.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑申報。 7.本項支付點數含護理費29-39點。 8.山地離島地區經總額受託單位與保險人共同協議認定之特殊地區院所得除外，以山地離島地區五十人次以下部分之支付點數申報。 9.基層診所醫師診治病人後，應交付處方箋給病人，由病人自行選擇調劑之場所。					
	精神科門診診察費 —每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)					
	1.醫院					
01018B	1)處方交付特約藥局調劑		v	v	v	280
00178B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	332
01019B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		v	v	v	280
00179B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	310
00180B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	550
00181B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	528
	2.基層診所					
01031C	1)處方交付特約藥局調劑	v				338
00182C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				389
01032C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				338
00183C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				368
00184C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				569
00185C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				548
	—每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45)					
00186C	1)處方交付特約藥局調劑	v	v	v	v	164
00187C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v	v	v	v	218
00188C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	v	164
00189C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v	v	v	v	196
00190C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v	v	v	v	436
00191C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v	v	v	v	414

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
00228B 00229B	<p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>2.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。</li> <li>3.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑申報。</li> <li>4.本項支付點數含護理費31-41點。</li> <li>5.基層院所精神科門診診察費限向衛生局登記為診所(不含中醫診所及牙醫診所)之特約醫事服務機構申報。</li> <li>6.基層院所精神科每月看診日數計算方式： 每月實際看診日數不足二十五日(不含二十五日)，應以日計；每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日)，得以當月全月日數計。</li> </ol> <p>—地區醫院假日加計</p> <p>地區醫院週六精神科門診診察費加計</p> <p>地區醫院週日及國定假日精神科門診診察費加計</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.00228B及00229B限地區醫院申報。</li> <li>2.開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方之案件不得申報上述加計點數。</li> <li>3.應於開診前至保險人健保資訊網服務系統VPN登錄開診資訊。</li> <li>4.住院值班醫師不得為假日之門診看診醫師。</li> </ol>		v			100 150

### 第三節 病房費

通則：

- 一、病房費及護理費之計算，凡住院之日，不論何時進院，均作一天論，出院之日，不論何時出院，其出院當日之病房費及護理費不予計算；住院日期僅一天者，以當日最後入住之病房種類計算一次病房費及護理費，住院日期二天(含)以上者，其出院當日之病房費及護理費不予計算，另住院期間於非出院日轉床者，其轉床當日之病房費及護理費，以當日最後入住之病房種類計算。
- 二、保險對象住院，以入住一般病床為原則，如一般病床不敷供應，而願入住其他經濟病床者，應按經濟病床標準申報費用；超等住院者，由保險對象自付其差額。
- 三、各類病床應符合醫療機構設置標準之規定。
- 四、本節各項病房費所訂點數均已包括病床費及其他雜項成本，如不計價藥材成本、建築與設備成本、水電費支出、廢棄物處理、電子資料處理及行政作業成本等。
- 五、一般病床支付點數不包括非保險病床自付差額費用及可另行計價之特定診療項目費用，但有特殊規定者除外。
- 六、正常新生兒費用，以57114C「新生兒費」項目，併母親分娩費用中申報，不得重複申報本章各項費用。
- 七、加護病床支付標準，原則依衛生福利部八十七年「加護病房評定」等級認定；惟新設立、增床者及自八十九年起醫院評鑑層級異動者，加護病床支付標準，依其當時醫院評鑑之特約層級，按醫學中心-甲級、區域醫院-乙級、地區醫院-丙級方式認定。
- 八、本節各項病床之護理費皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之二十。
- 九、本節註有「護理費加成」項目者，其加成之方式及申報規定：
  - (一)偏鄉醫院之加成：以下醫院依表定點數加成百分之十五。
    - 1.列於衛生福利部「偏鄉護理菁英計畫公費生管理要點」所定偏鄉地區範圍之醫院，排除僅屬於「衛生福利部公費醫師訓練後服務醫療機構及開業地區」之指定支援山地或離島地區之醫院。
    - 2.符合「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」申請資格第一項、第二項之醫院。
    - 3.符合條件之醫院名單可參閱保險人全球資訊網，網址：[www.nhi.gov.tw](http://www.nhi.gov.tw)，資料路徑如下：首頁>下載及應用>資料下載>檔案下載>《其他》。
  - (二)符合全日平均護病比之加成：
    - 1.各醫院之急性一般及經濟病床（皆含精神病床）「全日平均護病比」，符合下表所列各該層級「全日平均護病比」之範圍者，其加成率如下：

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

註：(1)各醫院之「全日平均護病比」採四捨五入至小數位第一位計算。

(2)精神科教學醫院比照區域醫院層級加成，精神科醫院比照地區醫院層級加成。

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

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

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

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

編號	診療項目	丁	丙	乙	甲	支付點數
		級	級	級	級	
03010E	加護病床 ICU (床/天)					2852
03011F	--病房費			v		2406
03012G			v			2406
03047E	--護理費				v	4491
03048F				v		3789
03049G			v			2833
<p>註：1.監視器、C.V.P.處理費等已包括在所訂點數內，不得另計。</p> <p>2.呼吸器、電擊、氧氣、C.V.P.置入及顱內壓監視置入等另按實際使用申報。</p> <p>3.使用加護病床患者以下列為限：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1)急性心肌梗塞患者，不穩定型心絞痛或狹心症患者。</li> <li>2)急性心臟衰竭、急性腎臟衰竭、急性肝臟衰竭患者。</li> <li>3)急性呼吸衰竭、呼吸窘迫、間歇性呼吸暫停或重度窒息需積極呼吸治療患者。</li> <li>4)手術後仍需輔助性治療或生命徵象不穩定者。</li> <li>5)危命性不整脈（含心搏暫停後）患者。</li> <li>6)休克患者。</li> <li>7)嚴重新陳代謝及電解質、水分不平衡患者或內分泌異常需加強監視患者。</li> <li>8)急性中毒性昏迷患者。</li> <li>9)肝硬化性肝昏迷患者。</li> <li>10)胸腔外科、心臟外科及神經外科術後患者需加強醫療者。</li> <li>11)腦中風、腦膜炎、腦炎等腦病變急性期，合併意識障礙或昏迷者。</li> <li>12)癲癇重積症患者。</li> <li>13)急性顱內壓增高危及生命者。</li> <li>14)急性腦幹病變者。</li> <li>15)敗血症或疑敗血症且生命徵象不穩定者。</li> <li>16)新生兒黃膽過高需換血者。</li> <li>17)出生體重低於一千五百公克之極度早產兒。</li> <li>18)其他危篤重症危及生命者。</li> </ol> <p>4.入住加護病房之患者如符合下列條件，應予轉出：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1)血液動力學值穩定者(生命徵象、中心靜脈壓、肺動脈楔壓、心輸出量··)。</li> <li>2)脫離呼吸器。</li> <li>3)病情穩定已不需使用特殊生理監測器者。</li> <li>4)合併症已穩定控制者。</li> <li>5)已脫離急性期不需加護醫療照護者。</li> <li>6)家屬要求自動出院者。</li> </ol>						



## 第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

### 第一節 檢查 Laboratory Examination

#### 第四項 生化學檢查 Biochemistry Examination

##### 一、一般生化學檢查 (09001-09139)

編號	診療項目	基 層 院 所	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數
09088B	先天代謝異常有關之酵素定量檢查 Enzyme test for inborn errors of metabolism 註： 1.限衛生福利部委託具優生保健諮詢中心之醫院申請實施。 2.限由小兒科遺傳專科醫師主持。 3.本項目如已申請衛生福利部補助者，本保險不另支付該次檢查費用。 4.如做為一般性篩檢者，非屬本保險給付範圍。 5.每單項酵素檢查400點，酵素定量檢查總點數以3500點為上限。		v	v	v	400
09089B	有機酸定量檢查 Organic acids analysis quantitative 註： 1.限衛生福利部委託具優生保健諮詢中心之醫院申請實施。 2.限由小兒科遺傳專科醫師主持。 3.本項目如已申請衛生福利部補助者，本保險不另支付該次檢查費用。 4.如做為一般性篩檢者，非屬本保險給付範圍。		v	v	v	1800
09090B	有機酸定性檢查 Organic acids analysis qualitative 註： 1.限衛生福利部委託具優生保健諮詢中心之醫院申請實施。 2.限由小兒科遺傳專科醫師主持。 3.本項目如已申請衛生福利部補助者，本保險不另支付該次檢查費用。 4.如做為一般性篩檢者，非屬本保險給付範圍。		v	v	v	1080
09096B	胺基酸定性檢查 Amino acids analysis qualitative 註： 1.限衛生福利部委託具優生保健諮詢中心之醫院申請實施。 2.限由小兒科遺傳專科醫師主持。 3.本項目如已申請衛生福利部補助者，本保險不另支付該次檢查費用。 4.如做為一般性篩檢者，非屬本保險給付範圍。		v	v	v	350

第六項 免疫學檢查 Immunology Examination (12001-12209)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
12150B	胺基酸定量檢查 Amino acids analysis (quantitative) 註： 1.限衛生福利部委託具優生保健諮詢中心之醫院申請實施。 2.限由小兒科遺傳專科醫師主持。 3.本項目如已申請衛生福利部補助者，本保險不另支付該次檢查費用。 4.如做為一般性篩檢者，非屬本保險給付範圍。		v	v	v	2000
12194B	代謝產物串聯質譜儀分析 Tandem Mass Analysis of Metabolites 註： 1.限衛生福利部委託具優生保健諮詢中心之醫院申請實施。 2.限由遺傳專科醫師主持。 3.本項目如已申請衛生福利部補助者，本保險不另支付該次檢查費用。 4.如做為一般性篩檢者，非屬本保險給付範圍。		v	v	v	500

第七項 細菌學與黴菌檢查 Bacteriology & Fungus Test (13001-13029)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
13025C	抗酸性濃縮抹片染色檢查 註： 1.適應症： (1)懷疑分枝桿菌感染。 (2)分枝桿菌治療監控。 2.相關規範： (1)需在負壓實驗室操作。 (2)需附抗酸菌濃縮抹片染色檢查報告。 (3)不得與 13006C 同時申報。 (4)限疾病管制署認可之結核病檢驗機構執行。	v	v	v	v	74
13026C	抗酸菌培養(限同時使用固態培養基及具自動化偵測功能之液態培養系統) 註： 1.適應症： (1)懷疑分枝桿菌感染。 (2)分枝桿菌治療監控。 2.相關規範： (1)需在負壓實驗室操作，且具自動化偵測之液態培養基系統。 (2)需附抗酸菌培養報告。 (3)不得與 13012C 同時申報。 (4)限疾病管制署認可之結核病檢驗機構執行。	v	v	v	v	304

第八項 病毒學檢查 Virology Examination (14001-14082)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
14005C	單純疱疹病毒I II補體結合抗體(各項) Herpes simplex virus CF HSV Ab (each)	v	v	v	v	135
14012B	水痘帶狀疱疹病毒補體結合抗體 Varicella-zoster virus CF Ab		v	v	v	120
14013B	水痘帶狀疱疹病毒IgM抗體 Varicella-zoster virus IgM		v	v	v	1080
14052B	單純疱疹病毒 IgM抗體 Herpes simplex virus IgM Ab		v	v	v	750
14053B	單純疱疹病毒-1或-2抗原 Herpes Simplex Virus-1 Ag or-2 Ag。		v	v	v	150
14056B	腸病毒71型-IgM抗體快速檢驗試驗 Enterovirus 71 IgM antibody 註： 適應症 1.臨床上出現手足口症或疱疹性咽喉炎症狀之患者。 2.臨床上出現病毒性腦膜炎、心肌炎、急性心肺衰竭等疑似腸病毒感染之患者。		v	v	v	600
14068B	帶狀疱疹病毒IgG連酶抗體試驗 Varicella/zoster-IgG		v	v	v	200
14069B	單純性疱疹病毒IgG連酶抗體試驗 HSV-IgG		v	v	v	180
14074B	HIV 病毒負荷量檢查 HIV viral load test 註： 1.限衛生福利部愛滋病指定醫院申報。 2.限用於愛滋病治療監測，每人每年限四次。		v	v	v	4000
14075C	HIV-I 抗體檢查(西方墨點法) HIV-I Ab (Western blot) 註： 1.限衛生福利部愛滋病指定醫院或疾病管制署西方墨點法認可之健保特約醫事服務機構執行。 2.限於14049C或14050B陽性時，確定診斷用。	v	v	v	v	1564
14076C	HIV-II 抗體檢查(西方墨點法) HIV-II Ab (Western blot) 註： 1.限衛生福利部愛滋病指定醫院或疾病管制署西方墨點法認可之健保特約醫事服務機構執行。 2.限於14049C或14050B陽性時，確定診斷用。 3.HIV-II限於HIV-I檢查時未出現gp120band。	v	v	v	v	1564

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
18019B	攜帶式心電圖記錄檢查 24hrs. Holter's scan 註： 1.包括材料費(patient kit)在內。 2.限心臟專科醫師實施，申報費用應附檢查報告。		v	v	v	2800

第十九項 病理組織檢查 Specimen Examination (25001-25026)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
25021B	染色體檢查(特殊) Chromosomal analysis , special 註： 1.限衛生福利部認證之遺傳諮詢中心申請實施。 2.人員資格依遺傳諮詢中心相關規定辦理。 3.本項目如已申請衛生福利部補助者，本保險不另支付該次檢查費用。 4.如做為一般性篩檢者，非屬本保險給付範圍。 5.每一個案限給付一次。		v	v	v	4067

## 第二節 放射線診療 X-RAY

### 第二節 放射線診療 X-RAY

#### 第一項 X光檢查費 X-Ray Examination

#### 二、特殊造影檢查 Scanning (33001-33143、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
33141B	<p>左心耳閉合術 Left Atrial Appendage occlusion</p> <p>註：</p> <p>1.適應症：非瓣膜性心房顫動且臨床危險因子符合應使用抗凝血劑治療，同時有下列二者之一： (1)無法長期使用抗凝血劑治療。 (2)使用抗凝血劑治療下仍有全身性栓塞症。</p> <p>2.醫師條件： (1)須具心臟專科醫師資格。 (2)須具心房中膈穿刺經驗十五例以上。 (3)須有國內、外專家指導下親自操作經驗五例以上。</p> <p>3.醫院條件：需有心導管室設備同時具有心臟內科訓練機構資格及專任心臟外科專科醫師即時支援。</p> <p>4.禁忌症： (1)心臟超音波影像(echocardiographic imaging)發現心腔內血栓。 (2)左心耳(LAA)解剖構造不適合。</p> <p>5.不得同時申報之診療項目及編號：29031B「心房中膈穿刺術」、18033B「經食道超音波心圖T.E.E」及18026B「心室造影」。</p>		v	v	v	28636

第二項 癌症(腫瘤)治療 Cancer Therapy

二、其他治療方式 Other Therapy (37001~37048)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
37042C	肝腫瘤無線頻率電熱療法 Radiofrequency ablation in hepatic malignancy —小於 3 公分	√	√	√	√	7600
37043C	—大於 3 公分(含)小於 5 公分	√	√	√	√	11400
37044C	—大於 5 公分(含) 註：1.含超音波及電腦斷層費用。 2.特材另計。	√	√	√	√	15200
37048B	內視鏡射頻消融術 (RFA) Endoscopic Radiofrequency Ablation 註： 1.適應症(須有病理切片證實)： (1)扁平性之食道癌前病變、食道鱗狀細胞高度分化不良病變。 (2)巴瑞特氏食道合併分化不良病變。 (3)長度大於三公分且有腸黏膜化生之巴瑞特氏食道。 2.支付規範： (1)同一病人以申報一次為限，六個月內若須再次執行RFA者，應同時符合以下三項條件，並經事前審查同意： a.須符合原始內視鏡射頻消融術治療之適應症。 b.須檢附內視鏡影像及病理組織學切片報告，確認有腫瘤殘存或復發。 c.須進行腫瘤重新臨床分期，且與第一次治療前分期比較，不能有惡化現象。 (2)內含一般材料費及單一使用拋棄式之guidewire及spray catheter、內視鏡透明套。 (3)不得同時申報72050B、28016C、47074C、47043B、47077B、71209B。 (4)執行本項之麻醉費用另計。		√	√	√	17350

## 第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

### 第一項 處置費 Treatment

#### 一、一般處置 General Treatment (47001~47102)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
47029C	心肺甦醒術(每十分鐘)CPR 註：1.不足十分鐘者，以十分鐘申報。 2.每次以六十分鐘為上限。 3.提升兒童加成項目 4.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數755點申報。	v	v	v	v	1000
47064B	遺傳疾病家族會談治療 Genetic consulting 註： 1.本項目請統稱為遺傳疾病家族會談治療。 2.每個案申報本項目以一次為原則。 3.限衛生福利部委託具優生保健諮詢中心之醫院申報。 4.提升兒童加成項目。		v	v	v	1359

#### 二、創傷處置 Wound Treatment (48001-48035)

編號	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 5公分以下者 <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 10 公分以上者 >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。 3.屬西醫基層總額部門院所，48001C以原支付點數350點申報，48002C以原支付點數468點申報，48003C以原支付點數616點申報。					



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
48011C	手術、創傷處置及換藥 Change dressing — 小換藥（10公分以下）small (<10cm)	v	v	v	v	56
48012C	— 中換藥（10—20公分）medium (10-20cm)	v	v	v	v	76
48013C	— 大換藥（20公分以上）large (>20cm)	v	v	v	v	125
	註：1.包括材料費在內。 2.屬西醫基層總額部門院所，48011C以原支付點數47點申報，並得加計百分之四十。 3.屬西醫基層總額部門院所，48012C以原支付點數63點申報，並得加計百分之二十。 4.屬西醫基層總額部門院所，48013C以原支付點數104點申報。					

#### 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
51001C	皮膚切片、穿片與縫合 Skin biopsy, and suture — 一針以下 one punch	v	v	v	v	348
51002C	— 二針two punches	v	v	v	v	432
51003C	— 二針以上over two punches	v	v	v	v	564
	註：屬西醫基層總額部門院所，51001C以原支付點數290點申報，51002C以原支付點數360點申報，51003C以原支付點數470點申報。					
51004C	皮膚簡單切開或切除不縫合(含膿疱切開) Skin surgery, no suture, each	v	v	v	v	95

第二項 透析治療 Dialysis Therapy (58001~58030)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
58009B	連續性可攜帶式腹膜透析 Continuous ambulatory peritoneal dialysis, CAPD 1.初次CAPD患者指導費，CAPD instruction 註：1.限以經專案向保險人申請同意後之醫院申報。 2.限患者初次腹膜透析申報。 3.包括患者專門技術訓練，家屬指導及教材給予。		v	v	v	2847
58010B	2.CAPD患者輸液連接管更換材料費 CAPD single unit P.D. set transfer material fee 註：1.包括輸液管組更換準備包、導管管夾、輸液連接管、腹膜透析引流袋。 2.限術後使用CAPD患者申報。 3.植管當次四周內以申報一次為原則，若有特殊阻塞或感染需更換管路者，得另申報一次，最多以二次為限。		v	v	v	600
58011C	3.腹膜透析追蹤處置費 Peritoneal Dialysis Follow up therapy (1)連續性可攜帶式腹膜透析 CAPD	v	v	v	v	8675
58017C	(2)全自動腹膜透析 Automated peritoneal dialysis 註：1.包括： (1)醫護人員費 (nursing care) 5235點。 (2)特殊材料費 (CAPD special material) 440點。 (3)每月醫材消耗品 (monthly consumption) 1500點。 (4)每月檢查費 (monthly laboratory fee) 1500點。 2.每月申報一次。 3.患者中途停止治療入院，則按比例扣除未治療天數費用。	v	v	v	v	8675
58028C	(3)全自動腹膜透析機相關費用(ADP monthly fee) 註：1.限居家長期使用全自動腹膜透析治療患者申報。 2.每月每一病人限申報一次。包含租金、保養、維修及管理費用。 3.患者因故中途停止治療或入院後未使用自動腹膜透析者，則按比例扣除未治療天數費用。	v	v	v	v	2000
58012B	4.連續性可攜帶式腹膜透析導管植入術。 CAPD,Tenckhoff catheter implantation 註：1.限以經專案向保險人申請同意後之醫院申報。 2.包含手術費及一般材料費。		v	v	v	4284

## 第七節 手術

### 第五項 循環器 Cardiovascular System

#### 一、心臟及心包膜 (68001-68055)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	冠狀動脈繞道手術 Coronary artery bypass grafting(CABG)					
68023B	— 一條血管 one vessel		v	v	v	44014
68024B	— 二條血管 two vessels		v	v	v	54161
68025B	— 三條血管 three vessels		v	v	v	60603
68053B	— 四條血管 four vessels		v	v	v	82610
68054B	— 五條血管 five vessels		v	v	v	87684
68055B	— 六條血管 six vessels		v	v	v	90905
	註：以實際執行血管數目申報，不得拆分項目申報。					
68034B	心臟摘取 Heart procurement		v	v	v	21166
68035B	心臟植入 Heart implantation		v	v	v	183312
	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 <sub>2</sub> <10ml /kg/min者。 (2)心臟衰竭達紐約心臟功能第四度，且Maximal VO <sub>2</sub> <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。					

編號	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>(5)紐約心臟功能第四度，持續使用Dopamine或Dobutamine<math>&gt;5\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}</math>七天以上，經核醫檢查LVEF<math>&lt;25\%</math>或心臟指數Cardiac index<math>&lt;2.0\text{L}/\text{min}/\text{m}^2</math>者。</p> <p>(6)心臟衰竭已使用ECMO、VAD等心臟輔助器且無法斷離者。</p> <p>(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。</p> <p>(8)其他末期心臟衰竭，無法以傳統手術方法矯正者。</p> <p>3.施行診療項目68035B之禁忌症：</p> <p>(1)年齡六十五歲以上(年齡超過者需專案申請核准)。</p> <p>(2)有明顯感染者。</p> <p>(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。</p> <p>(4)肺結核經證實者。</p> <p>(5)惡性腫瘤患者。</p> <p>(6)心智不正常或無法長期配合藥物治療者。</p> <p>(7)少年型或胰導素依賴型糖尿病患者。</p> <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 <math>&gt; 3.0\text{mg}/\text{dl}</math>或Ccr<math>&lt;20\text{ml}/\text{min}</math>)(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<math>&lt;50\%</math> of predicted或FEVI/FVC<math>&lt;40\%</math> 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68%。</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
68051B	<p>心室輔助裝置植入 Ventricular Assist System implantation</p> <p>註：</p> <p>1.適應症：</p> <p>(1)心臟衰竭且Maximal VO<sub>2</sub>&lt;10ml /kg/min者。</p> <p>(2)心臟衰竭達紐約心臟功能第四度，且Maximal VO<sub>2</sub>&lt;14ml/kg/min者。</p> <p>(3)心臟衰竭核醫檢查LVEF&lt;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&lt;25%者。</p> <p>(4)嚴重心肌缺血，核醫檢查LVEF&lt;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。</p> <p>(5)紐約心臟功能第四度，持續使用Dopamine或Dobutamine&gt;5μg/kg/min七天以上，經核醫檢查LVEF&lt;25%或心臟指數Cardiac index&lt;2.0L/min/m<sup>2</sup>者。</p> <p>(6)心臟衰竭已使用ECMO等心臟輔助器且無法斷離者。</p> <p>(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。</p> <p>(8)其他末期心臟衰竭，無法以傳統手術方法矯正者。</p> <p>2.支付規範：</p> <p>(1)醫院條件：</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>(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。</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>		v	v	v	91656

第八項 尿、性器 Urinary & Genital System

十五、子宮體 Corpus Uteri (80401-80425)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
80403B	一般全子宮切除術 Uncomplicated total <b>hysterectomy</b> 註：經陰道(transvaginal hysterectomy, TVH)或經腹部 (transabdominal hysterectomy, TAH)。		v	v	v	15191

十八、自然生產、剖腹產及流產 Deliverysection、Cesarean & Abortion (81001-81036)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
81004C	無妊娠併發症之剖腹產術 Cesarean section <b>in normal pregnancy</b> 註： 1.合併非治療性闌尾切除不另給付。 2.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數8902點申報。	v	v	v	v	10237
81011C	有妊娠併發症之剖腹產術 Cesarean section <b>in complicated pregnancy (defined as cases with preeclampsia, eclampsia, GDM, malpresentation, and documented major medical or surgical complications)</b> 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 ≥ 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

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
93023C	<p>減除白血球分離術血小板 Platelets pheresis, leukocytes reduced</p> <p>註： 1.限 (1)須長期輸血之病患，包括aplastic anemia、 dyserythropoiesis、chemotherapy、thalassemia。 (2)器官移植、骨髓移植、新生兒及免疫不全之病患。 (3)因白血球引起發燒發冷反應二次以上之病患須再次輸血者。</p> <p>2.衛生福利部委託進行之「建立輸血反應監視回報系統及其應用」計畫中，使用計畫經費提供之血品者，不得申報本項目。</p> <p>3.醫療院所申報時，應按實際血小板使用量，申報成數如下： (1)使用數量一單位者，申報成數為0.47。 (2)使用數量二單位者，申報成數為0.51。 (3)使用數量三單位者，申報成數為0.56。 (4)使用數量四單位者，申報成數為0.61。 (5)使用數量五單位者，申報成數為0.66。 (6)使用數量六單位者，申報成數為0.71。 (7)使用數量七單位者，申報成數為0.76。 (8)使用數量八單位者，申報成數為0.81。 (9)使用數量九單位者，申報成數為0.85。 (10)使用數量十單位者，申報成數為0.90。 (11)使用數量十一單位者，申報成數為0.95。 (12)使用數量十二單位者，申報成數為1.00。</p> <p>4.本項支付點數包含血品處理過程使用之白血球過濾器等特殊材、血液費及處理技術費。</p>	v	v	v	v	7300

## 第十節 麻醉費 (96000~96028)

編號	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：		v	v	v	2133
1.適應症： <ul style="list-style-type: none"> <li>(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。</li> <li>(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。</li> <li>(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。</li> <li>(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：               <ul style="list-style-type: none"> <li>a. 麻醉時間四小時以上。</li> <li>b. 使用神經外科術中神經功能監測 (IONM)。</li> <li>c. 顱內高壓 (IICP)。</li> </ul> </li> </ul> 2.支付規範： <ul style="list-style-type: none"> <li>(1)不得申報本章節相關加成。</li> <li>(2)96027B已內含一般材料費占62%；96028B已內含一般 材料費占77%。</li> </ul>						



## 第五部 居家照護及精神病患者社區復健

### 第一章 居家照護

通則：

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

## 第八部 品質支付服務

### 第一章 結核病

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
A1001C	結核病例發現確診費 註：該病例須經疾病管制署確認登記	v	v	v	v	750
A1002C	結核病治療成功費 註：該病例須經疾病管制署確認完成	v	v	v	v	2,000

# 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之修正，為本(一百零七)年第五次修正。

本次修正主要依據一百零七年度全民健康保險醫療給付費用總額醫院部門協定結果，以一百零七年「醫療服務成本指數改變率」增加之預算約二十七億元，用於調整本支付標準點數(含提升重症護理照護品質、持續推動「護病比與健保支付連動」)；以及一百零七年新醫療科技預算，新增四項西醫診療項目。其增修訂重點如下：

一、醫院部門「醫療服務成本指數改變率」增加之預算調整支付點數：

(一)提升重症護理照護品質及持續推動「護病比與健保支付連動」(約增加九點九億點)(第二部第一章基本診療)

1. 住院護理費按「全日平均護病比」之加成率，由現行百分之三、百分之六、百分之九、百分之十二、百分之十四，調整為加成百分之二、百分之五、百分之十四、百分之十七、百分之二十。
2. 護理品質指標：增列「年資未滿二年之護理人員離職率」一項。
3. 加護病床護理費調升百分之五：調升「加護病床ICU(床/天)－護理費」(編號03047E、03048F、03049G)共三項診療項目支付點數。

(二)調整特定處置項目支付點數(約增加二點八億點)：調升外科「淺部創傷處理」(編號48001C-48003C)、「手術、創傷處置及換藥」(編號47011C-48013C)、「皮膚切片、穿片與縫合」(編號51001C-51003C)，一般處置之「心肺甦醒術(每十分鐘)」(編號47029C)，以及透析治療之「連續性可攜式腹膜透析導管植入術」(編號58012B)等十一項診療項目支付點數併同修正支付規範。(第二部第二章特定診療)

(三)配合一百零七年起實施之醫學中心、區域醫院門診件數逐年減量政策(以五年降低百分之十為目標值)，爰暫不實施醫學中心及區域醫院門診合理量措施(約增加七點六億點)，並刪除「醫院門診診察費3.就診人次超出合理量部分」(編號00151B、00103B)計二項診療項目。(第二部第一章基本診療)

(四)地區醫院假日西醫門診案件加成(約增加六點八億點)：

1.週六、週日及國定假日門診診察費(含精神科)加計：包括週六門診診察費加計一百點(編號00226B、00228B)、週日及國定假日門診診察費加計一百五十點(編號00227B、00229B)。

2.週六、週日及國定假日西醫門診(不含急診)案件，申報本標準第二部各診療項目(不含第一章第一節門診診察費)，依各該編號項目所訂點數加計百分之三十。(增訂第一部總則第十三項)

二、以「新醫療科技」預算增修醫療服務給付項目：

(一)第二部第二章第二節放射線診療：新增「內視鏡射頻消融術(RFA)」(編號 37048B，17,350 點)一項。

(二)第二部第二章第七節手術：新增「冠狀動脈繞道手術—四條血管」(編號 68053B，82,610 點)、「冠狀動脈繞道手術—五條血管」(編號 68054B，87,684 點)、「冠狀動脈繞道手術—六條血管」(編號 68055B，90,905 點)，共三項診療項目。

(三)第二部第二章第十節麻醉費：修正「麻醉深度監測」(編號 96027B 及 96028B)適應症。

三、其餘診療項目之文字修正：包括第二部第二章特定診療第一節檢查、第二節放射線診療、第六節治療處置、第七節手術、第八節輸血及骨髓移植、第五部第一章居家照護、第八部第一章結核病之部分診療項目適應症或文字、名稱修正。

四、本次各修正項目自一百零七年十二月一日生效。

# 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 修正對照表

修正規定	現行規定	說明
<p><b>第一部 總則</b></p> <p>一、本標準依全民健康保險法(以下稱本法)第四十一條第一項規定訂定之。</p> <p>二、各保險醫事服務機構適用本標準所列各診療項目，醫學中心、區域醫院及地區醫院依全民健康保險法施行細則第五十九條規定辦理簽定合約之特約類別及支付適用表別，該條文未明列之類別如下：</p> <p>(一)基層醫療院所：指醫學中心、區域醫院及地區醫院以外之醫療機構(以下稱基層院所)。</p> <p>(二)特約藥局。</p> <p>三、經主管機關評鑑合格之各層級醫院精神科，依該院之支付適用表別點數申報；經評鑑合格之精神科專科教學醫院，依區域醫院點數申報；經評鑑合格之精神科專科醫院，依地區醫院點數申報。</p> <p>四、各保險醫事服務機構，依其專任醫師專長、設備及地區需要性，從事適用類別以外之診療項目時，得定期向保險人申請核可適用。</p> <p>五、各保險醫事服務機構實施本標準未列項目，應就適用之類別已列款目中，按其最近似之各該編號項目所訂點數申報，惟新療法須經保險人報由中央主管機關核定後實施。</p> <p>六、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所訂點數申報後，由保險人按門診每一申報案件扣留十點、住院每一申報案件扣留五十點，作為委託辦理電子資料處理之費用。</p> <p>七、本標準各診療項目支付費用一律以點數計算，每點支付金額依據全民健康保險法第六十二條定之。</p> <p>八、全民健康保險會協定之年度預算所訂之計畫或方案，其給付項目及支付標準依本法第四十一條所定程序辦理，並依各該計畫或方案之規定給付與支付。</p> <p>九、本標準所稱「山地離島地區」，依「全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法」之規定辦理。</p> <p>十、事前審查：</p> <p>(一)依本法第四十二條規定，保險醫事服務機構為保險對象施行附表所列項目及各診療項目已規定應事前審查者，保險醫事服務機構應依規定申請事前審查。</p> <p>(二)保險醫事服務機構向保險人申報事前審查時，應檢附下列文件：</p> <p>1.事前審查申報書。</p> <p>2.足供審查判斷之病歷及相關資料。</p> <p>3.前項應事前審查項目規定之必備文件資料。</p> <p>(三)保險人應於收到保險醫事服務機構送達事前審查申報文件起二週內完成核定，逾期未核定者，視同完成事前審查。但資料不全經保險人通知補件者，不在此限。</p> <p>(四)經保險醫事服務機構認定因事出緊急，得以書面說明電傳保險人報備後，先行處理治療，並立即備齊應附文件補件審查。</p> <p>(五)依規定應事前審查項目，保險醫事服務機構未於事前提出申請或報備，或未經保險人核定即施予者，得依程序審查不支付費用。事前審查案件，申報或報備後未及經審查回復即因急迫需要而施行者，應依專業審查核定結果辦理。</p> <p>十一、施行特定治療檢查檢驗項目，除本標準已明定適應症外，應符合衛生福利部公告之「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」。</p>	<p><b>第一部 總則</b></p> <p>一、本標準依全民健康保險法(以下稱本法)第四十一條第一項規定訂定之。</p> <p>二、各保險醫事服務機構適用本標準所列各診療項目，醫學中心、區域醫院及地區醫院依全民健康保險法施行細則第五十九條規定辦理簽定合約之特約類別及支付適用表別，該條文未明列之類別如下：</p> <p>(一)基層醫療院所：指醫學中心、區域醫院及地區醫院以外之醫療機構(以下稱基層院所)。</p> <p>(二)特約藥局。</p> <p>三、經主管機關評鑑合格之各層級醫院精神科，依該院之支付適用表別點數申報；經評鑑合格之精神科專科教學醫院，依區域醫院點數申報；經評鑑合格之精神科專科醫院，依地區醫院點數申報。</p> <p>四、各保險醫事服務機構，依其專任醫師專長、設備及地區需要性，從事適用類別以外之診療項目時，得定期向保險人申請核可適用。</p> <p>五、各保險醫事服務機構實施本標準未列項目，應就適用之類別已列款目中，按其最近似之各該編號項目所訂點數申報，惟新療法須經保險人報由中央主管機關核定後實施。</p> <p>六、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所訂點數申報後，由保險人按門診每一申報案件扣留十點、住院每一申報案件扣留五十點，作為委託辦理電子資料處理之費用。</p> <p>七、本標準各診療項目支付費用一律以點數計算，每點支付金額依據全民健康保險法第六十二條定之。</p> <p>八、全民健康保險會協定之年度預算所訂之計畫或方案，其給付項目及支付標準依本法第四十一條所定程序辦理，並依各該計畫或方案之規定給付與支付。</p> <p>九、本標準所稱「山地離島地區」，依「全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法」之規定辦理。</p> <p>十、事前審查：</p> <p>(一)依本法第四十二條規定，保險醫事服務機構為保險對象施行附表所列項目及各診療項目已規定應事前審查者，保險醫事服務機構應依規定申請事前審查。</p> <p>(二)保險醫事服務機構向保險人申報事前審查時，應檢附下列文件：</p> <p>1.事前審查申報書。</p> <p>2.足供審查判斷之病歷及相關資料。</p> <p>3.前項應事前審查項目規定之必備文件資料。</p> <p>(三)保險人應於收到保險醫事服務機構送達事前審查申報文件起二週內完成核定，逾期未核定者，視同完成事前審查。但資料不全經保險人通知補件者，不在此限。</p> <p>(四)經保險醫事服務機構認定因事出緊急，得以書面說明電傳保險人報備後，先行處理治療，並立即備齊應附文件補件審查。</p> <p>(五)依規定應事前審查項目，保險醫事服務機構未於事前提出申請或報備，或未經保險人核定即施予者，得依程序審查不支付費用。事前審查案件，申報或報備後未及經審查回復即因急迫需要而施行者，應依專業審查核定結果辦理。</p> <p>十一、施行特定治療檢查檢驗項目，除本標準已明定適應症外，應符合行政院衛生署公告之「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」。</p>	<p>一、為鼓勵地區醫院假日開診，增列第十三項：地區醫院週六、週日及國定假日門診案件之醫療服務診療項目點數加成支付。</p> <p>二、酌修第十一項、第十二項文字。</p>

十二、經主管機關核定公告不給付之醫療服務項目如下：

- (一)近視手術治療。
- (二)非治療需要之人工流產，惟因性侵害受孕之人工流產醫療費用不在此限。非治療需要之人工流產係指以下項目以外之人工流產：
  - 1.本人或其配偶患有礙優生之遺傳性、傳染性疾病或精神疾病者。
  - 2.本人或其配偶之四親等以內之血親患有礙優生之遺傳性、傳染性疾病或精神疾病者。
  - 3.有醫學上理由，足以認定懷孕或分娩有招致生命危險或危害身體或精神健康者。
  - 4.有醫學上理由，足以認定胎兒有畸形發育之虞者。
- (三)酒癮、煙癮之戒斷治療。
- (四)以裝配眼鏡(含隱形眼鏡)為目的之診療項目，包括：眼科驗光檢查、交付配鏡處方及診察費等。(中華民國一百零四年十月二十二日衛部保字第1041260715號公告)

十三、地區醫院週六、週日及國定假日之西醫門診(不含急診)案件，申報本標準第二部各診療項目(不含第二章第一節門診診察費)，依各該編號項目所訂點數加計百分之三十支付。

十二、經主管機關核定公告不給付之醫療服務項目如下：

- (一)近視手術治療。
- (二)非治療需要之人工流產，惟因性侵害受孕之人工流產醫療費用不在此限。非治療需要之人工流產係指以下項目以外之人工流產：
  - 1.本人或其配偶患有礙優生之遺傳性、傳染性疾病或精神疾病者。
  - 2.本人或其配偶之四親等以內之血親患有礙優生之遺傳性、傳染性疾病或精神疾病者。
  - 3.有醫學上理由，足以認定懷孕或分娩有招致生命危險或危害身體或精神健康者。
  - 4.有醫學上理由，足以認定胎兒有畸形發育之虞者。
- (三)酒癮、煙癮之戒斷治療。
- (四)以裝配眼鏡(含隱形眼鏡)為目的之診療項目，包括：眼科驗光檢查、交付配鏡處方及診察費等。(中華民國104年10月22日衛部保字第1041260715號公告)

**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
一		先天性唇顎裂疾病患者因無法咀嚼需進行之齒列矯正及正顎手術	1.限非美容為目的之診療。 2.每個案上下顎各施行乙次為原則。	全部個案須事前專案向保險人申請。
二	86006C 86007C 86008C 86011C 86012C 86013C 97601K 97602A 97603B 97605K 97606A 97607B 97608C	白內障手術		1.具下列條件之個案需事前專案向保險人申請。 (1)每月門住診白內障手術加總超過四十例之醫師；前開四十例計算不含執行醫令代碼 86013C之個案，惟個案術前術後照片需保存於病歷內以供備查。 (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)五十五歲以下施行白內障手術之個案。 (3)非眼科專科醫師施行之白內障手術個案。 2.申請事前審查應檢附下列文件： (1)白內障術前檢查記錄：包括(一)裸視、矯正視力；(二)眼壓；(三)角膜、前房、水晶體；(四)視網膜及玻璃體；(五)DBR雙眼紀錄(包括角膜弧度、眼軸長度及IOL度數)；(六)白內障照片。 (2)病患之中文手術同意書。 3.申報費用應檢附之資料依支付標準規定。
三	50023B 50024B 97405K 97406A 97420B 97407K 97408A 97421B	尿路結石體外震波碎石術(Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy)	病患之腎臟結石最大徑限於(等於)0.5公分以上或尿管結石小於0.5公分，但合併有明顯阻塞	1.除現有支付標準之事前審查規定外，平均同一病人ESWL重複執行率過高(百分之三十)之醫院，且病患患有血尿、疼痛、水腎或有感染等病狀，且符合以下條件的個案，須事前專案向保險人申請。

**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
一		先天性唇顎裂疾病患者因無法咀嚼需進行之齒列矯正及正顎手術	1.限非美容為目的之診療。 2.每個案上下顎各施行乙次為原則。	全部個案須事前專案向保險人申請。
二	86006C 86007C 86008C 86011C 86012C 86013C 97601K 97602A 97603B 97605K 97606A 97607B 97608C	白內障手術		1.具下列條件之個案需事前專案向保險人申請。 (1)每月門住診白內障手術加總超過四十例之醫師；前開40例計算不含執行醫令代碼 86013C之個案，惟個案術前術後照片需保存於病歷內以供備查。 (自事實發生之次月起算，每超過40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)五十五歲以下施行白內障手術之個案。 (3)非眼科專科醫師施行之白內障手術個案。 2.申請事前審查應檢付下列文件： (1)白內障術前檢查記錄：包括(一)裸視、矯正視力；(二)眼壓；(三)角膜、前房、水晶體；(四)視網膜及玻璃體；(五)DBR雙眼紀錄(包括角膜弧度、眼軸長度及IOL度數)；(六)白內障照片。 (2)病患之中文手術同意書。 3.申報費用應檢附之資料依支付標準規定。
三	50023B 50024B 97405K 97406A 97420B 97407K 97408A 97421B	尿路結石體外震波碎石術(Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy)	病患之腎臟結石最大徑限於(等於)0.5公分以上或尿管結石小於0.5公分，但合併有明	1.除現有支付標準之事前審查規定外，平均同一病人ESWL重複執行率過高(30%)之醫院，且病患患有血尿、疼痛、水腎或有感染等病狀，且符合以下條件的個案，須事前專案向保險人申請。

修正總則十附表序號二、序號三、序號四備註文字。

	97409K 97410A 97422B 97411K 97412A 97423B	(ESWL) for urolithiasis )	性腎水腫、有 重複感染或 重複腎絞痛 者，方得申 請。	(1)同側結石於一個月內已 於同一或不同醫療機 構施行過體外電震波 碎石術。 (2)腎結石大於(等於)2.5 公分。 (3)輸尿管結石寬徑大於 (等於)1公分。 (4)完全鹿角結石患者第一 次取石治療，如有特殊 情形必須施行體外電 震波碎石術時，須申請 事前審查。 2.申請事前審查應檢附下列 文件： (1)病患在該院之最近二年 內泌尿系統X光片、超 音波影像或影本。 (2)病患在該院之最近二年 病歷影本。 (3)治療計畫。 (4)病患之中文手術同意書 (需載明施行體外電 震波腎臟碎石術之副 作用)。 3.申報費用應檢附之資料依 支付標準規定。		97409K 97410A 97422B 97411K 97412A 97423B	(ESWL) for urolithiasis )	顯阻塞性腎 水腫、有重複 感染或重複 腎絞痛者，方 得申請。	(1)同側結石於一個月內已 於同一或不同醫療機 構施行過體外電震波 碎石術。 (2)腎結石大於(等於)2.5 公分。 (3)輸尿管結石寬徑大於 (等於)1公分。 (4)完全鹿角結石患者第一 次取石治療，如有特殊 情形必須施行體外電 震波碎石術時，須申請 事前審查。 2.申請事前審查應檢付下列 文件： (1)病患在該院之最近二年 內泌尿系統X光片、超 音波影像或影本。 (2)病患在該院之最近二年 病歷影本。 (3)治療計畫。 (4)病患之中文手術同意書 (需載明施行體外電 震波腎臟碎石術之副 作用)。 3.申報費用應檢附之資料依 支付標準規定。	
四	83025C 83026C 83027C 83085B	交感神經 切除應用 於手汗症 治療	一、年齡需 滿 <u>二十</u> 歲以 上。 二、必須因 多汗症 嚴重影 響日常 生活、工 作，造成 病患職 業上或 社交上 極度不 便。	必須申請事前審查，檢附手 術同意書及醫師依衛生福利 部提供之手術說明書內容向 病患說明，並有病患及醫師 簽名。	四	83025C 83026C 83027C 83085B	交感神經 切除應用 於手汗症 治療	一、年齡需 滿 20 歲 以上。 二、必須因 多汗症 嚴重影 響日常 生活、工 作，造成 病患職 業上或 社交上 極度不 便。	必須申請事前審查，檢附手 術同意書及醫師依衛生署提 供之手術說明書內容向病患 說明，並有病患及醫師簽 名。	

## 第二部 西醫

### 第一章 基本診療

#### 第一節 門診診察費

通則：

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

註：醫院一般門診診察費支付點數內含百分之十護理費。

二、本節所稱醫院每日門診合理量暫不實施：

(一)醫學中心

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

(二)區域醫院

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

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

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

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

三、合併申報醫療費用之醫院，其醫院門診合理量應合併計算。

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

## 第二部 西醫

### 第一章 基本診療

#### 第一節 門診診察費

通則：

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

註：醫院一般門診診察費支付點數內含10%護理費。

二、本節所稱醫院每日門診合理量依下列計算方式分別設定：

(一)醫學中心

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

(二)區域醫院

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

註 1.前一年門診量以前二年七月至前一年六月之門診量扣除急診、洗腎、慢性病連續處方箋、居家照護、精神疾病社區復健、預防保健、安寧居家照護、門診論病例計酬、職業傷病、65歲以上接種流行性感冒疫苗等醫療案件計算。

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

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

三、合併申報醫療費用之醫院，其醫院門診合理量應合併計算。

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

一、配合一百零七年起實施之醫學中心、區域醫院門診件數逐年減量政策，爰暫停實施醫學中心及區域醫院門診合理量措施，修正通則二。

二、酌修通則一、通則十及通則十二文字。

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

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

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

八、由同一醫師診療之同日兩次以上之門診相同病情案件，限申報門診診察費一次。

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

十、本節之各項診察項目中，註有「兒童加成項目」者，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之二十。其他未註有兒童加成之診察費項目，三歲(含)以下兒童之門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

十一、西醫醫院門診診察費加成方式：

(一)四歲(含)以下兒童不限科別各項門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

(二)醫學中心及區域醫院之婦產科、小兒科及新生兒科、外科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之十七，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之三十七。

(三)地區醫院加成方式：

- 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。
- 內科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之二十三，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之四十三。
- 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。

(四)加成科別及門診診察費項目定義說明：

- 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。
- 內科：包括就醫科別為內科、神經科、消化內科、心臟血管內科、胸腔內科、腎臟內科、風濕免疫科、血液腫瘤科、內分泌科、感染科及胸腔暨重症加護等科。
- 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。

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)：

- 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。
- 四到六歲兒童：兒科專科醫師各項門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

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

(三)婦產科、外科、兒科及內科專科醫師加成方式(詳附表2.1.4~附表2.1.6)：

- 婦產科、外科、兒科及內科專科醫師申報第一段門診量內之門診診察費得按表定點數加成，其中婦產科及外科專科醫師加成百分之九、兒科專科醫師加成百分之三，內科專科醫師加成百分之三點八。若同時符合兒童加成或七十五歲以上者加成，依加成率合計後一併加成。
- 加成專科別及門診診察費項目定義說明：
  - 外科：包括外科、整形外科、骨科、泌尿科、神經外科。
  - 第一段門診量內之門診診察費項目：包括編號00109C、00110C、00139C、00140C、00158C、00159C、00119C、00149C、00120C、00150C、00168C、00169C及01023C。

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

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

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

八、由同一醫師診療之同日兩次以上之門診相同病情案件，限申報門診診察費一次。

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

十、本節之各項診察項目中，註有「兒童加成項目」者，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計60%；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計30%；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計20%。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20%。

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。

(三)地區醫院加成方式：

- 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。
- 內科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之二十三，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之四十三。
- 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。

(四)加成科別及門診診察費項目定義說明：

- 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。
- 內科：包括就醫科別為內科、神經科、消化內科、心臟血管內科、胸腔內科、腎臟內科、風濕免疫科、血液腫瘤科、內分泌科、感染科及胸腔暨重症加護等科。
- 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。

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)：

- 三歲以下兒童：不限科別各項門診診察費依表定點數加計20%。
- 四到六歲兒童：兒科專科醫師各項門診診察費得依表定點數加計20%。

(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7.5%。

(三)婦產科、外科、兒科及內科專科醫師加成方式(詳附表2.1.4~附表2.1.6)：

- 婦產科、外科、兒科及內科專科醫師申報第一段門診量內之門診診察費得按表定點數加成，其中婦產科及外科專科醫師加成9%、兒科專科醫師加成3%，內科專科醫師加成3.8%。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成。
- 加成專科別及門診診察費項目定義說明：
  - 外科：包括外科、整形外科、骨科、泌尿科、神經外科。
  - 第一段門診量內之門診診察費項目：包括編號00109C、00110C、00139C、00140C、00158C、00159C、00119C、00149C、00120C、00150C、00168C、00169C及01023C。

編號	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
	一般門診診察費 —醫院門診診察費(不含牙科門診)							一般門診診察費 —醫院門診診察費(不含牙科門診)					
	1.醫學中心及區域醫院							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			v	v	260	00154A	1)處方交付特約藥局調劑			v	v	260
00155A	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑			v	v	287	00155A	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑			v	v	287
00156A	3)未開處方或處方由本院所自行調劑			v	v	260	00156A	3)未開處方或處方由本院所自行調劑			v	v	260
00157A	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑			v	v	265	00157A	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑			v	v	265
00170A	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑			v	v	505	00170A	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑			v	v	505
00171A	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑			v	v	483	00171A	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑			v	v	483
	2.地區醫院							2.地區醫院					
00101B	1)處方交付特約藥局調劑		v			260	00101B	1)處方交付特約藥局調劑		v			260
00131B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v			287	00131B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v			287
00102B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		v			260	00102B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		v			260
00132B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v			265	00132B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v			265
00172B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v			505	00172B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v			505
00173B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v			483	00173B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v			483
	3.金門馬祖以外之山地離島地區							3.就診人次超出合理量部分：					
							<u>00151B</u>	1)處方交付特約藥局調劑	v	v	v		131
							<u>00103B</u>	2)未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v		131
								4.金門馬祖以外之山地離島地區					
00105B	1)處方交付特約藥局調劑		v	v	v	260	00105B	1)處方交付特約藥局調劑		v	v	v	260
00135B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	287	00135B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	287
00106B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		v	v	v	260	00106B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		v	v	v	260
00136B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	265	00136B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	265
00174B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	505	00174B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	505
00175B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	483	00175B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	483
	4.金門馬祖地區							5.金門馬祖地區					
00107B	1)處方交付特約藥局調劑		v	v	v	262	00107B	1)處方交付特約藥局調劑		v	v	v	262
00137B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	308	00137B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	308
00108B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		v	v	v	262	00108B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		v	v	v	262
00138B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	287	00138B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	287
00176B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	526	00176B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	526
00177B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	505	00177B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	505

一、配合門診診察費通則二修正暫不實施門診合理量，修訂醫學中心及區域醫院門診診察費診療項目文字，及刪除00151B與00103B共二項診療項目。

二、為鼓勵地區醫院假日開診，新增「地區醫院週六門診診察費加計」、「地區醫院週日及國定假日門診診察費加計」、「地區醫院週六精神科門診診察費加計」、「地區醫院週日及國定假日精神科門診診察費加計」等四項診療項目。

三、酌修基層門診診察費文字。





00115C	1)處方交付特約藥局調劑	v		70	00115C	1)處方交付特約藥局調劑	v		70
00145C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v		125	00145C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v		125
00116C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v		70	00116C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v		70
00146C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v		100	00146C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v		100
00164C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v		325	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	v		325
00165C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v		300	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	v		300
	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	v		50	00117C	1)處方交付特約藥局調劑	v		50
00147C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v		105	00147C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v		105
00118C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v		50	00118C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v		50
00148C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v		80	00148C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v		80
00166C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v		305	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	v		305
00167C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v		280	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	v		280
	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)			
00119C	1)處方交付特約藥局調劑	v		352	00119C	1)處方交付特約藥局調劑	v		352
00149C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v		375	00149C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v		375
00120C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v		352	00120C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v		352
00150C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v		350	00150C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v		350
00168C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v		555	00168C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v		555
00169C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v		530	00169C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v		530
	(2)每位醫師每日門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分(51-70)					(2)每位醫師每日門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分(51-70)			
00205C	1)處方交付特約藥局調劑	v		220	00205C	1)處方交付特約藥局調劑	v		220
00206C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v		275	00206C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v		275
00207C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v		220	00207C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v		220
00208C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v		250	00208C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v		250
00209C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v		475	00209C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v		475
00210C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v		450	00210C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v		450
	(3)每位醫師每日門診量超過七十人次，但在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，但在在一五〇人次以下部分(71-150)			
00211C	1)處方交付特約藥局調劑	v		160	00211C	1)處方交付特約藥局調劑	v		160
00212C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v		215	00212C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v		215
00213C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v		160	00213C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v		160

00214C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v			190	00214C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v			190
00215C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v			415	00215C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v			415
00216C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交由本院所自行調劑	v			390	00216C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交由本院所自行調劑	v			390
	(4)每位醫師每日門診量超過一百五十人次部分 (>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	v			90	00217C	1)處方交付特約藥局調劑	v			90
00218C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v			145	00218C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v			145
00219C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v			90	00219C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v			90
00220C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v			120	00220C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v			120
00221C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v			345	00221C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v			345
00222C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v			320	00222C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v			320
	註：1.以上第1至5點每月看診日數計算方式： 每月實際看診日數不足二十五日(不含二十五日)，應以實際看診日數計；每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日)，以二十五日計算合理量。 2.第6點山地離島地區每月看診日數計算方式： 每月實際看診日數不足二十五日(不含二十五日)，應以實際看診日數計；每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日)，得以當月全月日數計。 3.以上第1至6點限向衛生局登記為診所(不含中醫診所及牙醫診所)之特約醫事服務機構申報。 4.處方交付特約藥局調劑或未開處方者，不得申報藥事服務費。 5.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。 6.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑申報。 7.本項支付點數含護理費29-39點。 8.山地離島地區經總額受託單位與保險人共同協議認定之特殊地區院所得除外，以山地離島地區五十人次以下部分之支付點數申報。 9.基層診所醫師診治病人後，應交付處方箋給病人，由病人自行選擇調劑之場所。						註：1.以上第1至5點每月看診日數計算方式： 每月實際看診日數不足二十五日(不含二十五日)，應以實際看診日數計；每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日)，以二十五日計算合理量。 2.第6點山地離島地區每月看診日數計算方式： 每月實際看診日數不足二十五日(不含二十五日)，應以實際看診日數計；每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日)，得以當月全月日數計。 3.以上第1至6點限向衛生局登記為診所(不含中醫診所及牙醫診所)之特約醫事服務機構申報。 4.處方交付特約藥局調劑或未開處方者，不得申報藥事服務費。 5.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。 6.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑申報。 7.本項支付點數含護理費29-39點。 8.山地離島地區經總額受託單位與保險人共同協議認定之特殊地區院所得除外，以山地離島地區50人次以下部分之支付點數申報。 9.基層診所醫師診治病人後，應交付處方箋給病人，由病人自行選擇調劑之場所。				
	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)						精神科門診診察費 —每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)				
	1.醫院						1.醫院				
01018B	1)處方交付特約藥局調劑	v	v	v	280	01018B	1)處方交付特約藥局調劑	v	v	v	280
00178B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v	v	v	332	00178B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v	v	v	332
01019B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	280	01019B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	280
00179B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v	v	v	310	00179B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v	v	v	310
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	v	v	v	550	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	v	v	v	550

00181B	續處方並交付特約藥局調劑 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v	v	v	528	00181B	續處方並交付特約藥局調劑 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v	v	v	528
01031C	2.基層診所 1)處方交付特約藥局調劑	v			338	01031C	2.基層診所 1)處方交付特約藥局調劑	v			338
00182C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v			389	00182C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v			389
01032C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v			338	01032C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v			338
00183C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v			368	00183C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v			368
00184C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v			569	00184C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v			569
00185C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v			548	00185C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v			548
00186C	—每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45) 1)處方交付特約藥局調劑	v	v	v	164	00186C	—每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45) 1)處方交付特約藥局調劑	v	v	v	164
00187C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v	v	v	218	00187C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v	v	v	218
00188C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	164	00188C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	164
00189C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v	v	v	196	00189C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v	v	v	196
00190C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v	v	v	436	00190C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v	v	v	436
00191C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v	v	v	414	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	v	v	v	414
	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申報。 4.本項支付點數含護理費31-41點。 5.基層院所精神科門診診察費限向衛生局登記為診所(不含中醫診所及牙醫診所)之特約醫事服務機構申報。 6.基層院所精神科每月看診日數計算方式： 每月實際看診日數不足二十五日(不含二十五日)，應以日計；每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日)，得以當月全月日數計。						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申報。 4.本項支付點數含護理費31-41點。 5.基層院所精神科門診診察費限向衛生局登記為診所(不含中醫診所及牙醫診所)之特約醫事服務機構申報。 6.基層院所精神科每月看診日數計算方式： 每月實際看診日數不足二十五日(不含二十五日)，應以日計；每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日)，得以當月全月日數計。				
00228B	—地區醫院假日加計 地區醫院週六精神科門診診察費加計	v			100						
00229B	地區醫院週日及國定假日精神科門診診察費加計	v			150						
	註： 1.00228B 及 00229B 限地區醫院申報。 2.開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方之案件不得申報上述加計點數。 3.應於開診前至保險人健保資訊網服務系統 VPN 登錄開診資訊。 4.住院值班醫師不得為假日之門診看診醫師。										

### 第三節 病房費

通則：

- 一、病房費及護理費之計算，凡住院之日，不論何時進院，均作一天論，出院之日，不論何時出院，其出院當日之病房費及護理費不予計算；住院日期僅一天者，以當日最後入住之病房種類計算一次病房費及護理費，住院日期二天(含)以上者，其出院當日之病房費及護理費不予計算，另住院期間於非出院日轉床者，其轉床當日之病房費及護理費，以當日最後入住之病房種類計算。
- 二、保險對象住院，以入住一般病床為原則，如一般病床不敷供應，而願入住其他經濟病床者，應按經濟病床標準申報費用；超等住院者，由保險對象自付其差額。
- 三、各類病床應符合醫療機構設置標準之規定。
- 四、本節各項病房費所訂點數均已包括病床費及其他雜項成本，如不計價藥材成本、建築與設備成本、水電費支出、廢棄物處理、電子資料處理及行政作業成本等。
- 五、一般病床支付點數不包括非保險病床自付差額費用及可另行計價之特定診療項目費用，但有特殊規定者除外。
- 六、正常新生兒費用，以57114C「新生兒費」項目，併母親分娩費用中申報，不得重複申報本章各項費用。
- 七、加護病床支付標準，原則依衛生福利部八十七年「加護病房評定」等級認定；惟新設立、增床者及自八十九年起醫院評鑑層級異動者，加護病床支付標準，依其當時醫院評鑑之特約層級，按醫學中心-甲級、區域醫院-乙級、地區醫院-丙級方式認定。
- 八、本節各項病床之護理費皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之二十。
- 九、本節註有「護理費加成」項目者，其加成之方式及申報規定：

(一)偏鄉醫院之加成：以下醫院依表定點數加成百分之十五。

- 1.列於衛生福利部「偏鄉護理菁英計畫公費生管理要點」所定偏鄉地區範圍之醫院，排除僅屬於「衛生福利部公費醫師訓練後服務醫療機構及開業地區」之指定支援山地或離島地區之醫院。
- 2.符合「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」申請資格第一項、第二項之醫院。
- 3.符合條件之醫院名單可參閱保險人全球資訊網，網址：[www.nhi.gov.tw](http://www.nhi.gov.tw)，資料路徑如下：首頁>下載及應用>資料下載>檔案下載>《其他》。

(二)符合全日平均護病比之加成：

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

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

註：(1)各醫院之「全日平均護病比」採四捨五入至小數位第一位計算。

(2)精神科教學醫院比照區域醫院層級加成，精神科醫院比照地區醫院層級加成。

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

- (1)於費用年月次月二十日前，填報急性一般病房住院跌倒人數比率、急性一般病房感染人數比率、急性一般病房新發生之壓瘡人數比率等三項指標。
- (2)於每季結束次月二十日前，填報年資三個月以上護理人員離職率、年資二年以上護理人員比率、年資未滿二年之護理人員離職率等三項指標。

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

### 第三節 病房費

通則：

- 一、病房費及護理費之計算，凡住院之日，不論何時進院，均作一天論，出院之日，不論何時出院，其出院當日之病房費及護理費不予計算；住院日期僅一天者，以當日最後入住之病房種類計算一次病房費及護理費，住院日期二天(含)以上者，其出院當日之病房費及護理費不予計算，另住院期間於非出院日轉床者，其轉床當日之病房費及護理費，以當日最後入住之病房種類計算。
- 二、保險對象住院，以入住一般病床為原則，如一般病床不敷供應，而願入住其他經濟病床者，應按經濟病床標準申報費用；超等住院者，由保險對象自付其差額。
- 三、各類病床應符合醫療機構設置標準之規定。
- 四、本節各項病房費所訂點數均已包括病床費及其他雜項成本，如不計價藥材成本、建築與設備成本、水電費支出、廢棄物處理、電子資料處理及行政作業成本等。
- 五、一般病床支付點數不包括非保險病床自付差額費用及可另行計價之特定診療項目費用，但有特殊規定者除外。
- 六、正常新生兒費用，以57114C「新生兒費」項目，併母親分娩費用中申報，不得重複申報本章各項費用。
- 七、加護病床支付標準，原則依行政院衛生署87年「加護病房評定」等級認定；惟新設立、增床者及自89年起醫院評鑑層級異動者，加護病床支付標準，依其當時醫院評鑑之特約層級，按醫學中心-甲級、區域醫院-乙級、地區醫院-丙級方式認定。
- 八、本節各項病床之護理費皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之二十。
- 九、本節註有「護理費加成」項目者，其加成之方式及申報規定：

(一)偏鄉醫院之加成：以下醫院依表定點數加成百分之十五。

- 1.列於衛生福利部「偏鄉護理菁英計畫公費生管理要點」所定偏鄉地區範圍之醫院，排除僅屬於「衛生福利部公費醫師訓練後服務醫療機構及開業地區」之指定支援山地或離島地區之醫院。
- 2.符合「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」申請資格第一項、第二項之醫院。
- 3.符合條件之醫院名單可參閱保險人全球資訊網，網址：[www.nhi.gov.tw](http://www.nhi.gov.tw)，資料路徑如下：首頁>資料下載>檔案下載>《其他》。

(二)符合全日平均護病比之加成：

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

全日平均護病比範圍			加成率
醫學中心	區域醫院	地區醫院	
8.5-8.9	11.5-11.9	14.5-14.9	3%
8.0-8.4	11.0-11.4	14.0-14.4	6%
7.5-7.9	10.5-10.9	13.5-13.9	9%
7.0-7.4	10.0-10.4	13.0-13.4	12%
< 7.0	< 10.0	< 13.0	14%

註：(1)各醫院之「全日平均護病比」採四捨五入至小數位第一位計算。

(2)精神科教學醫院比照區域醫院層級加成，精神科醫院比照地區醫院層級加成。

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

- (1)於費用年月次月二十日前，填報急性一般病房住院跌倒人數比率、急性一般病房感染人數比率、急性一般病房新發生之壓瘡人數比率等三項指標。
- (2)於每季結束次月二十日前，填報年資三個月以上護理人員離職率、年資二年以上護理人員比率等二項指標。

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

一、為持續推動「護病比與健保支付連動」，修正通則九，調整「全日平均護病比」級距及加成率，並增列品質報告指標「年資未滿二年之護理人員離職率」一項。  
二、酌修通則七文字。

編號	診療項目	丁	丙	乙	甲	支付點數	編號	診療項目	丁	丙	乙	甲	支付點數
		級	級	級	級				級	級	級	級	
03010E	加護病床 ICU (床/天)					2852	03010E	加護病床 ICU (床/天)					2852
	--病房費				v			--病房費				v	
03011F				v		2406	03011F				v		2406
03012G			v			2406	03012G			v			2406
03047E	--護理費				v	4491	03047E	--護理費				v	4277
03048F				v		3789	03048F				v		3609
03049G			v			2833	03049G			v			2698
	註：1.監視器、C.V.P.處理費等已包括在所訂點數內，不得另計。 2.呼吸器、電擊、氧氣、C.V.P.置入及顱內壓監視置入等另按實際使用申報。 3.使用加護病床患者以下列為限： 1)急性心肌梗塞患者，不穩定型心絞痛或狹心症患者。 2)急性心臟衰竭、急性腎臟衰竭、急性肝臟衰竭患者。 3)急性呼吸衰竭、呼吸窘迫、間歇性呼吸暫停或重度窒息需積極呼吸治療患者。 4)手術後仍需輔助性治療或生命徵象不穩定者。 5)危命性不整脈(含心搏暫停後)患者。 6)休克患者。 7)嚴重新陳代謝及電解質、水分不平衡患者或內分泌異常需加強監視患者。 8)急性中毒性昏迷患者。 9)肝硬化性肝昏迷患者。 10)胸腔外科、心臟外科及神經外科術後患者需加強醫療者。 11)腦中風、腦膜炎、腦炎等腦病變急性期，合併意識障礙或昏迷者。 12)癲癇重積症患者。 13)急性顱內壓增高危及生命者。 14)急性腦幹病變者。 15)敗血症或疑敗血症且生命徵象不穩定者。 16)新生兒黃膽過高需換血者。 17)出生體重低於 <u>一千五百公克</u> 之極度早產兒。 18)其他危篤重症危及生命者。 4.入住加護病房之患者如符合下列條件，應予轉出： 1)血液動力學值穩定者(生命徵象、中心靜脈壓、肺動脈楔壓、心輸出量··)。 2)脫離呼吸器。 3)病情穩定已不需使用特殊生理監測器者。 4)合併症已穩定控制者。 5)已脫離急性期不需加護醫療照護者。 6)家屬要求自動出院者。							註：1.監視器、C.V.P.處理費等已包括在所訂點數內，不得另計。 2.呼吸器、電擊、氧氣、C.V.P.置入及顱內壓監視置入等另按實際使用申報。 3.使用加護病床患者以下列為限： 1)急性心肌梗塞患者，不穩定型心絞痛或狹心症患者。 2)急性心臟衰竭、急性腎臟衰竭、急性肝臟衰竭患者。 3)急性呼吸衰竭、呼吸窘迫、間歇性呼吸暫停或重度窒息需積極呼吸治療患者。 4)手術後仍需輔助性治療或生命徵象不穩定者。 5)危命性不整脈(含心搏暫停後)患者。 6)休克患者。 7)嚴重新陳代謝及電解質、水分不平衡患者或內分泌異常需加強監視患者。 8)急性中毒性昏迷患者。 9)肝硬化性肝昏迷患者。 10)胸腔外科、心臟外科及神經外科術後患者需加強醫療者。 11)腦中風、腦膜炎、腦炎等腦病變急性期，合併意識障礙或昏迷者。 12)癲癇重積症患者。 13)急性顱內壓增高危及生命者。 14)急性腦幹病變者。 15)敗血症或疑敗血症且生命徵象不穩定者。 16)新生兒黃膽過高需換血者。 17)出生體重低於1500公克之極度早產兒。 18)其他危篤重症危及生命者。 4.入住加護病房之患者如符合下列條件，應予轉出： 1)血液動力學值穩定者(生命徵象、中心靜脈壓、肺動脈楔壓、心輸出量··)。 2)脫離呼吸器。 3)病情穩定已不需使用特殊生理監測器者。 4)合併症已穩定控制者。 5)已脫離急性期不需加護醫療照護者。 6)家屬要求自動出院者。					

為提升重症護理照護品質，調升加護病床護理費診療項目編號03047E、03048F、03049G共三項支付點數百分之五，另酌修備註文字。

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment  
第一節 檢查 Laboratory Examination

第四項 生化學檢查 Biochemistry Examination

一、一般生化學檢查 (09001-09139)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
09088B	先天代謝異常有關之酵素定量檢查 Enzyme test for inborn errors of metabolism 註： 1.限衛生福利部委託具優生保健諮詢中心之醫院申請實施。 2.限由小兒科遺傳專科醫師主持。 3.本項目如已申請衛生福利部補助者，本保險不另支付該次檢查費用。 4.如做為一般性篩檢者，非屬本保險給付範圍。 5.每單項酵素檢查400點，酵素定量檢查總點數以3500點為上限。		v	v	v	400
09089B	有機酸定量檢查 Organic acids analysis quantitative 註： 1.限衛生福利部委託具優生保健諮詢中心之醫院申請實施。 2.限由小兒科遺傳專科醫師主持。 3.本項目如已申請衛生福利部補助者，本保險不另支付該次檢查費用。 4.如做為一般性篩檢者，非屬本保險給付範圍。		v	v	v	1800
09090B	有機酸定性檢查 Organic acids analysis qualitative 註： 1.限衛生福利部委託具優生保健諮詢中心之醫院申請實施。 2.限由小兒科遺傳專科醫師主持。 3.本項目如已申請衛生福利部補助者，本保險不另支付該次檢查費用。 4.如做為一般性篩檢者，非屬本保險給付範圍。		v	v	v	1080
09096B	胺基酸定性檢查 Amino acids analysis qualitative 註： 1.限衛生福利部委託具優生保健諮詢中心之醫院申請實施。 2.限由小兒科遺傳專科醫師主持。 3.本項目如已申請衛生福利部補助者，本保險不另支付該次檢查費用。 4.如做為一般性篩檢者，非屬本保險給付範圍。		v	v	v	350

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment  
第一節 檢查 Laboratory Examination

第四項 生化學檢查 Biochemistry Examination

一、一般生化學檢查 (09001-09139)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
09088B	先天代謝異常有關之酵素定量檢查 Enzyme test for inborn errors of metabolism 註： 1.限衛生署委託具優生保健諮詢中心之醫院申請實施。 2.限由小兒科遺傳專科醫師主持。 3.本項目如已申請衛生署補助者，本保險不另支付該次檢查費用。 4.如做為一般性篩檢者，非屬本保險給付範圍。 5.每單項酵素檢查400元，酵素定量檢查總金額以3500元為上限。		v	v	v	400
09089B	有機酸定量檢查 Organic acids analysis quantitative 註： 1.限衛生署委託具優生保健諮詢中心之醫院申請實施。 2.限由小兒科遺傳專科醫師主持。 3.本項目如已申請衛生署補助者，本保險不另支付該次檢查費用。 4.如做為一般性篩檢者，非屬本保險給付範圍。		v	v	v	1800
09090B	有機酸定性檢查 Organic acids analysis qualitative 註： 1.限衛生署委託具優生保健諮詢中心之醫院申請實施。 2.限由小兒科遺傳專科醫師主持。 3.本項目如已申請衛生署補助者，本保險不另支付該次檢查費用。 4.如做為一般性篩檢者，非屬本保險給付範圍。		v	v	v	1080
09096B	胺基酸定性檢查 Amino acids analysis qualitative 註： 1.限衛生署委託具優生保健諮詢中心之醫院申請實施。 2.限由小兒科遺傳專科醫師主持。 3.本項目如已申請衛生署補助者，本保險不另支付該次檢查費用。 4.如做為一般性篩檢者，非屬本保險給付範圍。		v	v	v	350

修正一般生化學檢查診療項目編號  
09088B、  
09089B、  
09090B、  
09096B 共四項  
診療項目備註  
文字。

第六項 免疫學檢查 Immunology Examination (12001-12209)						第六項 免疫學檢查 Immunology Examination (12001-12209)						修正免疫學檢查診療項目編號 12150B、12194B 共二項診療項目備註文字。	
編號	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
12150B	胺基酸定量檢查 Amino acids analysis (quantitative) 註： 1.限衛生福利部委託具優生保健諮詢中心之醫院申請實施。 2.限由小兒科遺傳專科醫師主持。 3.本項目如已申請衛生福利部補助者，本保險不另支付該次檢查費用。 4.如做為一般性篩檢者，非屬本保險給付範圍。		v	v	v	2000	12150B	胺基酸定量檢查 Amino acids analysis (quantitative) 註： 1.限衛生署委託具優生保健諮詢中心之醫院申請實施。 2.限由小兒科遺傳專科醫師主持。 3.本項目如已申請衛生署補助者，本保險不另支付該次檢查費用。 4.如做為一般性篩檢者，非屬本保險給付範圍。		v	v	v	2000
12194B	代謝產物串聯質譜儀分析 Tandem Mass Analysis of Metabolites 註： 1.限衛生福利部委託具優生保健諮詢中心之醫院申請實施。 2.限由遺傳專科醫師主持。 3.本項目如已申請衛生福利部補助者，本保險不另支付該次檢查費用。 4.如做為一般性篩檢者，非屬本保險給付範圍。		v	v	v	500	12194B	代謝產物串聯質譜儀分析 Tandem Mass Analysis of Metabolites 註： 1.限衛生署委託具優生保健諮詢中心之醫院申請實施。 2.限由遺傳專科醫師主持。 3.本項目如已申請衛生署補助者，本保險不另支付該次檢查費用。 4.如作為一般性篩檢者，非屬本保險給付範圍。		v	v	v	500
第七項 細菌學與黴菌檢查 Bacteriology & Fungus Test (13001-13029)						第七項 細菌學與黴菌檢查 Bacteriology & Fungus Test (13001-13029)						修正細菌學與黴菌檢查診療項目編號 13025C、13026C 共二項診療項目備註文字。	
編號	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
13025C	抗酸性濃縮抹片染色檢查 註： 1.適應症： (1)懷疑分枝桿菌感染。 (2)分枝桿菌治療監控。 2.相關規範： (1)需在負壓實驗室操作。 (2)需附抗酸菌濃縮抹片染色檢查報告。 (3)不得與 13006C 同時申報。 (4)限疾病管制署認可之結核病檢驗機構執行。	v	v	v	v	74	13025C	抗酸性濃縮抹片染色檢查 註： 1.適應症： (1)懷疑分枝桿菌感染。 (2)分枝桿菌治療監控。 2.相關規範： (1)需在負壓實驗室操作。 (2)需附抗酸菌濃縮抹片染色檢查報告。 (3)不得與 13006C 同時申報。 (4)限疾管局認可之結核病檢驗機構執行。	v	v	v	v	74
13026C	抗酸菌培養(限同時使用固態培養基及具自動化偵測功能之液態培養系統) 註： 1.適應症： (1)懷疑分枝桿菌感染。 (2)分枝桿菌治療監控。 2.相關規範： (1)需在負壓實驗室操作，且具自動化偵測之液態培養系統。 (2)需附抗酸菌培養報告。 (3)不得與 13012C 同時申報。 (4)限疾病管制署認可之結核病檢驗機構執行。	v	v	v	v	304	13026C	抗酸菌培養(限同時使用固態培養基及具自動化偵測功能之液態培養系統) 註： 1.適應症： (1)懷疑分枝桿菌感染。 (2)分枝桿菌治療監控。 2.相關規範： (1)需在負壓實驗室操作，且具自動化偵測之液態培養系統。 (2)需附抗酸菌培養報告。 (3)不得與 13012C 同時申報。 (4)限疾管局認可之結核病檢驗機構執行。	v	v	v	v	304



第八項 病毒學檢查 Virology Examination (14001-14082)						
編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
14005C	單純疱疹病毒I II補體結合抗體(各項) Herpes simplex virus CF HSV Ab (each)	v	v	v	v	135
14012B	水痘帶狀疱疹病毒補體結合抗體 Varicella-zoster virus CF Ab		v	v	v	120
14013B	水痘帶狀疱疹病毒IgM抗體 Varicella-zoster virus IgM		v	v	v	1080
14052B	單純疱疹病毒 IgM抗體 Herpes simplex virus IgM Ab		v	v	v	750
14053B	單純疱疹病毒-1或-2抗原 Herpes Simplex Virus-1 Ag or-2 Ag。		v	v	v	150
14056B	腸病毒71型-IgM抗體快速檢驗試驗 Enterovirus 71 IgM antibody 註： 適應症 1.臨床上出現手足口症或疱疹性咽喉炎症狀之患者。 2.臨床上出現病毒性腦膜炎、心肌炎、急性心肺衰竭等疑似腸病毒感染之患者。		v	v	v	600
14068B	帶狀疱疹病毒IgG連酶抗體試驗 Varicella/zoster-IgG		v	v	v	200
14069B	單純性疱疹病毒IgG連酶抗體試驗 HSV-IgG		v	v	v	180
14074B	HIV 病毒負荷量檢查 HIV viral load test 註： 1.限衛生福利部愛滋病指定醫院申報。 2.限用於愛滋病治療監測，每人每年限四次。		v	v	v	4000
14075C	HIV-I 抗體檢查(西方墨點法) HIV-I Ab (Western blot) 註： 1.限衛生福利部愛滋病指定醫院或疾病管制署西方墨點法認可之健保特約醫事服務機構執行。 2.限於14049C或14050B陽性時，確定診斷用。		v	v	v	1564
14076C	HIV-II 抗體檢查(西方墨點法) HIV-II Ab (Western blot) 註： 1.限衛生福利部愛滋病指定醫院或疾病管制署西方墨點法認可之健保特約醫事服務機構執行。 2.限於14049C或14050B陽性時，確定診斷用。 3.HIV-II限於HIV-I檢查時未出現gp120band。		v	v	v	1564

第十二項 循環機能檢查Circulative Function Examination (18001-18046)						
編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
18019B	攜帶式心電圖記錄檢查 24hrs. Holter's scan 註： 1.包括材料費 (patient kit)在內。 2.限心臟專科醫師實施，申報費用應附檢查報告。		v	v	v	2800

第八項 病毒學檢查 Virology Examination (14001-14082)						
編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
14005C	單純疱疹病毒I II補體結合抗體(各項) Herpes simplex virus CF HSV Ab (each)	v	v	v	v	135
14012B	水痘帶狀疱疹病毒補體結合抗體 Varicella-zoster virus CF Ab		v	v	v	120
14013B	水痘帶狀疱疹病毒IgM抗體 Varicella-zoster virus IgM		v	v	v	1080
14052B	單純疱疹病毒 IgM抗體 Herpes simplex virus IgM Ab		v	v	v	750
14053B	單純疱疹病毒-1或-2抗原 Herpes Simplex Virus-1 Ag or-2 Ag。		v	v	v	150
14056B	腸病毒71型-IgM抗體快速檢驗試驗 Enterovirus 71 IgM antibody 註： 適應症 1.臨床上出現手足口症或疱疹性咽喉炎症狀之患者。 2.臨床上出現病毒性腦膜炎、心肌炎、急性心肺衰竭等疑似腸病毒感染之患者。		v	v	v	600
14068B	帶狀疱疹病毒IgG連酶抗體試驗 Varicella/zoster-IgG		v	v	v	200
14069B	單純性疱疹病毒IgG連酶抗體試驗 HSV-IgG		v	v	v	180
14074B	HIV 病毒負荷量檢查 HIV viral load test 註： 1.限行政院衛生署愛滋病指定醫院申報。 2.限用於愛滋病治療監測，每人每年限四次。		v	v	v	4000
14075C	HIV-I 抗體檢查(西方墨點法) HIV-I Ab (Western blot) 註： 1.限行政院衛生署愛滋病指定醫院或疾病管制局西方墨點法認可之健保特約醫事服務機構執行。 2.限於14049C或14050B陽性時，確定診斷用。		v	v	v	1564
14076C	HIV-II 抗體檢查(西方墨點法) HIV-II Ab (Western blot) 註： 1.限行政院衛生署愛滋病指定醫院或疾病管制局西方墨點法認可之健保特約醫事服務機構執行。 2.限於14049C或14050B陽性時，確定診斷用。 3.HIV-II限於HIV-I檢查時未出現gp120band。		v	v	v	1564

第十二項 循環機能檢查Circulative Function Examination (18001-18046)						
編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
18019B	攜帶式心電圖記錄檢查 24hrs. Holter's scan 註： 1.包括材料費 (patient kit)在內。 2.限心臟專科醫師實施，申報費用應附檢查報告。		v	v	v	2800

一、修正病毒學檢查診療項目 14005C、14012B、14013B、14052B、14053B、14056B、14068B、14069B 共八項診療項目中文名稱。  
二、修正病毒學檢查診療項目 編號 14074B、14075B、14076B 共三項診療項目備註文字。

修正循環機能檢查診療項目 編號 18019B 英文名稱。

第十九項 病理組織檢查 Specimen Examination (25001-25026)						第十九項 病理組織檢查 Specimen Examination (25001-25026)						修正病理組織 檢查診療項目 編號 25021B 備 註文字。	
編號	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
25021B	染色體檢查(特殊) Chromosomal analysis , special 註： 1.限衛生福利部認證之遺傳諮詢中心申請實施。 2.人員資格依遺傳諮詢中心相關規定辦理。 3.本項目如已申請衛生福利部補助者，本保險不另支付該次檢查費用。 4.如做為一般性篩檢者，非屬本保險給付範圍。 5.每一個案限給付一次。		v	v	v	4067	25021B	染色體檢查(特殊) Chromosomal analysis , special 註： 1.限衛生署認證之遺傳諮詢中心申請實施。 2.人員資格依遺傳諮詢中心相關規定辦理。 3.本項目如已申請衛生署補助者，本保險不另支付該次檢查費用。 4.如做為一般性篩檢者，非屬本保險給付範圍。 5.每一個案限給付一次。		v	v	v	4067
<b>第二節 放射線診療 X-RAY</b> 第一項 X光檢查費 X-Ray Examination 二、特殊造影檢查Scanning (33001-33143、P2101-P2104)						<b>第二節 放射線診療 X-RAY</b> 第一項 X光檢查費 X-Ray Examination 二、特殊造影檢查Scanning (33001-33143、P2101-P2104)						修訂特殊造影 檢查項目編號 33141B 註3 醫 院條件規定。	
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	編號	診療項目	基層 院所	地區 醫院	區域 醫院		醫學 中心
33141B	左心耳閉合術 Left Atrial Appendage occlusion 註： 1.適應症：非瓣膜性心房顫動且臨床危險因子符合應使用抗凝血劑治療，同時有下列二者之一： (1)無法長期使用抗凝血劑治療。 (2)使用抗凝血劑治療下仍有全身性栓塞症。 2.醫師條件： (1)須具心臟專科醫師資格。 (2)須具心房中膈穿刺經驗十五例以上。 (3)須有國內、外專家指導下親自操作經驗五例以上。 3.醫院條件：需有心導管室設備同時具有心臟內科訓練機構資格及專任心臟外科專科醫師即時支援。 4.禁忌症： (1)心臟超音波影像(echocardiographic imaging)發現心腔內血栓。 (2)左心耳(LAA)解剖構造不適合。 5.不得同時申報之診療項目及編號： 29031B「心房中膈穿刺術」、18033B「經食道超音波心圖T.E.E」及18026B「心室造影」。		v	v	v	28636	33141B	左心耳閉合術 Left Atrial Appendage occlusion 註： 1.適應症：非瓣膜性心房顫動且臨床危險因子符合應使用抗凝血劑治療，同時有下列二者之一： (1)無法長期使用抗凝血劑治療。 (2)使用抗凝血劑治療下仍有全身性栓塞症。 2.醫師條件： (1)須具心臟專科醫師資格。 (2)須具心房中膈穿刺經驗十五例以上。 (3)須有國內、外專家指導下親自操作經驗五例以上。 3.醫院條件：需有心導管室設備同時具有心臟內、外科訓練機構資格。 4.禁忌症： (1)心臟超音波影像(echocardiographic imaging)發現心腔內血栓。 (2)左心耳(LAA)解剖構造不適合。 5.不得同時申報之診療項目及編號： 29031B「心房中膈穿刺術」、18033B「經食道超音波心圖T.E.E」及18026B「心室造影」。		v	v	v	28636

第二項 癌症(腫瘤)治療 Cancer Therapy						
二、其他治療方式 Other Therapy (37001~37048)						
編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
37042C	肝腫瘤無線頻率電熱療法 Radiofrequency ablation in hepatic malignancy —小於3公分	v	v	v	v	7600
37043C	—大於3公分(含)小於5公分	v	v	v	v	11400
37044C	—大於5公分(含) 註：1.含超音波及電腦斷層費用。 2.特材另計。	v	v	v	v	15200
37048B	內視鏡射頻消融術(RFA) Endoscopic Radiofrequency Ablation 註： 1.適應症(須有病理切片證實)： (1)扁平性之食道癌前病變、食道鱗狀細胞高度分化不良病變。 (2)巴瑞特氏食道合併分化不良病變。 (3)長度大於三公分且有腸黏膜化生之巴瑞特氏食道。 2.支付規範： (1)同一病人以申報一次為限，六個月內若須再次執行RFA者，應同時符合以下三項條件，並經事前審查同意： a.須符合原始內視鏡射頻消融術治療之適應症。 b.須檢附內視鏡影像及病理組織學切片報告，確認有腫瘤殘存或復發。 c.須進行腫瘤重新臨床分期，且與第一次治療前分期比較，不能有惡化現象。 (2)內含一般材料費及單一使用拋棄式之guidewire及spray catheter、內視鏡透明套。 (3)不得同時申報72050B、28016C、47074C、47043B、47077B、71209B。 (4)執行本項之麻醉費用另計。	v	v	v	v	17350

第二項 癌症(腫瘤)治療 Cancer Therapy						
二、其他治療方式 Other Therapy (37001~37047)						
編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
37042C	肝腫瘤無線頻率電熱療法 Radiofrequency ablation in hepatic malignancy —小於3公分	v	v	v	v	7600
37043C	—大於3公分(含)小於5公分	v	v	v	v	11400
37044C	—大於5公分(含) 註：1.含超音波及電腦斷層費用。 2.特材另計。	v	v	v	v	15200

一、新增其他治療方式診療項目「內視鏡射頻消融術(RFA)」(編號37048B)，支付點數17,350點。  
二、修正其他治療方式診療項目編號37042C、37043C、37044C共三項診療項目英文名稱。

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment						第六節 治療處置 Therapeutic Treatment						一、調升一般處置診療項目編號 47029C 支付點數，並配合增列備註：西醫基層總額部門院所之支付點數。 二、修正一般處置診療項目編號 47064B 備註文字。	
第一項 處置費 Treatment						第一項 處置費 Treatment							
一、一般處置 General Treatment (47001~47102)						一、一般處置 General Treatment (47001~47102)							
編號	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
47029C	心肺甦醒術(每十分鐘)CPR 註：1.不足十分鐘者，以十分鐘申報。 2.每次以六十分鐘為上限。 3.提升兒童加成項目 4.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數755點申報。	v	v	v	v	1000	47029C	心肺甦醒術(每十分鐘)CPR 註：1.不足十分鐘者，以十分鐘申報。 2.每次以六十分鐘為上限。 3.提升兒童加成項目	v	v	v	v	755
47064B	遺傳疾病家族會談治療 Genetic consulting 註： 1.本項目請統稱為遺傳疾病家族會談治療。 2.每個案申報本項目以一次為原則。 3.限衛生福利部委託具優生保健諮詢中心之醫院申報。 4.提升兒童加成項目。		v	v	v	1359	47064B	遺傳疾病家族會談治療 Genetic consulting 註： 1.本項目請統稱為遺傳疾病家族會談治療。 2.每個案申報本項目以一次為原則。 3.限衛生署委託具優生保健諮詢中心之醫院申報。 4.提升兒童加成項目。		v	v	v	1359
二、創傷處置 Wound Treatment (48001-48035)						二、創傷處置 Wound Treatment (48001-48035)						調升創傷處置診療項目編號 48001C、48002C、48003C、48011C、48012C、48013B 共六項診療項目支付點數，並配合增列備註：西醫基層總額部門院所之支付點數。	
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	編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院		醫學中心
48001C	淺部創傷處理 Wound treatment — 傷口長 5公分以下者 <5cm	v	v	v	v	420	48001C	淺部創傷處理 Wound treatment — 傷口長 5公分以下者 <5cm	v	v	v	v	350
48002C	— 傷口長 5-10 公分者 5-10cm	v	v	v	v	562	48002C	— 傷口長 5-10 公分者 5-10cm	v	v	v	v	468
48003C	— 傷口長 10 公分以上者 >10cm 註：1.切傷、刺傷、割傷或挫滅傷之複診患者依48011C-48013C申報。 2.含縫合、接紮、擴創處理。 3.屬西醫基層總額部門院所，48001C以原支付點數350點申報，48002C以原支付點數468點申報，48003C以原支付點數616點申報。	v	v	v	v	739	48003C	— 傷口長 10 公分以上者 >10cm 註：1.切傷、刺傷、割傷或挫滅傷之複診患者依48011C-48013C申報。 2.含縫合、接紮、擴創處理。	v	v	v	v	616
48011C	手術、創傷處置及換藥 Change dressing — 小換藥 (10公分以下) small (<10cm)	v	v	v	v	56	48011C	手術、創傷處置及換藥 Change dressing — 小換藥 (10公分以下) small (<10cm)	v	v	v	v	47
48012C	— 中換藥 (10-20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	63
48013C	— 大換藥 (20公分以上) large (>20cm) 註：1.包括材料費在內。 2.屬西醫基層總額部門院所，48011C以原支付點數47點申報，並得加計百分之四十。 3.屬西醫基層總額部門院所，48012C以原支付點數63點申報，並得加計百分之二十。 4.屬西醫基層總額部門院所，48013C以原支付點數104點申報	v	v	v	v	125	48013C	— 大換藥 (20公分以上) large (>20cm) 註：1.包括材料費在內。 2.基層院所申報48011C得加計40%。 3.基層院所申報48012C得加計20%。	v	v	v	v	104

五、皮膚處置Dermatology Treatment (51001-51033)						五、皮膚處置Dermatology Treatment (51001-51033)						一、調升皮膚處置 診療項目編號 51001C、 51002C、 51003C 共三 項診療項目支 付點數，並配 合增列備註： 西醫基層總額 部門院所之支 付點數。 二、修正皮膚處 置項目編號 51004C 中文 名稱。	
編號	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
51001C	皮膚切片、穿片與縫合 Skin biopsy, and suture — 一針以下 one punch	v	v	v	v	348	51001C	皮膚切片、穿片與縫合 Skin biopsy, and suture — 一針以下 one punch	v	v	v	v	290
51002C	— 二針two punches	v	v	v	v	432	51002C	— 二針two punches	v	v	v	v	360
51003C	— 二針以上over two punches 註：屬西醫基層總額部門院所，51001C以 原支付點數290點申報，51002C以原 支付點數360點申報，51003C以原支 付點數470點申報。	v	v	v	v	564	51003C	— 二針以上over two punches	v	v	v	v	470
51004C	皮膚簡單切開或切除不縫合(含膿疱切開) Skin surgery, no suture, each	v	v	v	v	95	51004C	皮膚簡單切開或切除不縫合(含膿疱切開) Skin surgery, no suture, each	v	v	v	v	95

第二項 透析治療Dialysis Therapy (58001~58030)						第二項 透析治療Dialysis Therapy (58001~58030)						調升透析治療診療項目「連續性可攜帶式腹膜透析導管植入術」(編號58012B)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	編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院		醫學中心	支付點數
58009B	連續性可攜帶式腹膜透析 Continuous ambulatory peritoneal dialysis, CAPD 1.初次CAPD患者指導費, CAPD instruction 註: 1.限以經專案向保險人申請同意後之醫院申報。 2.限患者初次腹膜透析申報。 3.包括患者專門技術訓練, 家屬指導及教材給予。		v	v	v	2847	58009B	連續性可攜帶式腹膜透析 Continuous ambulatory peritoneal dialysis, CAPD 1.初次CAPD患者指導費, CAPD instruction 註: 1.限以經專案向保險人申請同意後之醫院申報。 2.限患者初次腹膜透析申報。 3.包括患者專門技術訓練, 家屬指導及教材給予。		v	v	v	2847	
58010B	2.CAPD患者輸液連接管更換材料費 CAPD single unit P.D. set transfer material fee 註: 1.包括輸液管組更換準備包、導管管夾、輸液連接管、腹膜透析引流袋。 2.限術後使用CAPD患者申報。 3.植管當次四周內以申報一次為原則, 若有特殊阻塞或感染需更換管路者, 得另申報一次, 最多以二次為限。		v	v	v	600	58010B	2.CAPD患者輸液連接管更換材料費 CAPD single unit P.D. set transfer material fee 註: 1.包括輸液管組更換準備包、導管管夾、輸液連接管、腹膜透析引流袋。 2.限術後使用CAPD患者申報。 3.植管當次四周內以申報一次為原則, 若有特殊阻塞或感染需更換管路者, 得另申報一次, 最多以二次為限。		v	v	v	600	
58011C	3.腹膜透析追蹤處置費 Peritoneal Dialysis Follow up therapy (1)連續性可攜帶式腹膜透析 CAPD	v	v	v	v	8675	58011C	3.腹膜透析追蹤處置費 Peritoneal Dialysis Follow up therapy (1)連續性可攜帶式腹膜透析 CAPD	v	v	v	v	8675	
58017C	(2)全自動腹膜透析 Automated peritoneal dialysis 註: 1.包括: (1)醫護人員費 (nursing care) 5235點。 (2)特殊材料費 (CAPD special material) 440點。 (3)每月醫材消耗品 (monthly consumption) 1500點。 (4)每月檢查費 (monthly laboratory fee) 1500點。 2.每月申報一次。 3.患者中途停止治療入院, 則按比例扣除未治療天數費用。	v	v	v	v	8675	58017C	(2)全自動腹膜透析 Automated peritoneal dialysis 註: 1.包括: (1)醫護人員費 (nursing care) 5235點。 (2)特殊材料費 (CAPD special material) 440點。 (3)每月醫材消耗品 (monthly consumption) 1500點。 (4)每月檢查費 (monthly laboratory fee) 1500點。 2.每月申報一次。 3.患者中途停止治療入院, 則按比例扣除未治療天數費用。	v	v	v	v	8675	
58028C	(3)全自動腹膜透析機相關費用(ADP monthly fee) 註: 1.限居家長期使用全自動腹膜透析治療患者申報。 2.每月每一病人限申報一次。包含租金、保養、維修及管理費用。 3.患者因故中途停止治療或入院後未使用自動腹膜透析者, 則按比例扣除未治療天數費用。	v	v	v	v	2000	58028C	(4)全自動腹膜透析機相關費用(ADP monthly fee) 註: 1.限居家長期使用全自動腹膜透析治療患者申報。 2.每月每一病人限申報一次。包含租金、保養、維修及管理費用。 3.患者因故中途停止治療或入院後未使用自動腹膜透析者, 則按比例扣除未治療天數費用。	v	v	v	v	2000	
58012B	4.連續性可攜帶式腹膜透析導管植入術。 CAPD,Tenckhoff catheter implantation 註: 1.限以經專案向保險人申請同意後之醫院申報。 2.包含手術費及一般材料費。		v	v	v	4284	58012B	4.連續性可攜帶式腹膜透析導管植入術。 CAPD,Tenckhoff catheter implantation 註: 1.限以經專案向保險人申請同意後之醫院申報。 2.包含手術費及一般材料費。		v	v	v	3570	

第七節 手術						第七節 手術						一、新增心臟及心包膜診療項目「冠狀動脈繞道手術—四條血管」(編號68053B), 支付點數82,610點; 「冠狀動脈繞道手術—五條血管」(編號68054B), 支付點數87,684點; 「冠狀動脈繞道手術—六條血管」(編號68055B), 支付點數90,905點, 共三項診療項目。 二、修正68034B、68035B 共二項診療項目支付規範: 刪除「心臟摘取」(編號68034B) 須事前審查之規定及文字修正。 三、修正68051B 註。		
第五項 循環器 Cardiovascular System						第五項 循環器 Cardiovascular System								
一、心臟及心包膜 (68001-68055)						一、心臟及心包膜 (68001-68052)								
編號	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	
68023B	冠狀動脈繞道手術 Coronary artery bypass grafting(CABG) — 一條血管 one vessel		v	v	v	44014	68023B	冠狀動脈繞道手術 Coronary artery bypass grafting(CABG) — 一條血管 one vessel		v	v	v	44014	
68024B	— 二條血管 two vessels		v	v	v	54161	68024B	— 二條血管 two vessels		v	v	v	54161	
68025B	— 三條血管 three vessels		v	v	v	60603	68025B	— 三條血管 three vessels		v	v	v	60603	
68053B	— 四條血管 four vessels		v	v	v	82610								
68054B	— 五條血管 five vessels		v	v	v	87684								
68055B	— 六條血管 six vessels		v	v	v	90905								
	註：以實際執行血管數目申報，不得拆分項目申報。													
68034B	心臟摘取 Heart procurement		v	v	v	21166	68034B	心臟摘取 Heart procurement		v	v	v	21166	
68035B	心臟植入 Heart implantation		v	v	v	183312	68035B	心臟植入 Heart implantation		v	v	v	183312	
	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 <sub>2</sub> <10ml/kg/min者。 (2)心臟衰竭達紐約心臟功能第四度，且Maximal VO <sub>2</sub> <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 <sup>2</sup> 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													
								註：施行診療項目68034B、68035B之規定如下： 1.施行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「中華民國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.適應症： (1)心臟衰竭且Maximal VO <sub>2</sub> <10ml/kg/min者。 (2)心臟衰竭達紐約心臟功能第四度，且Maximal VO <sub>2</sub> <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>5g/kg/min七天以上，經核醫檢查LVEF<25%或心臟指數Cardiac index<2.0L/min/m <sup>2</sup> 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.禁忌症： (1)年齡65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						

	<p>症、適應症與各器官疾病嚴重度分級表」規定。</p> <p>(4)肺結核經證實者。</p> <p>(5)惡性腫瘤患者。</p> <p>(6)心智不正常或無法長期配合藥物治療者。</p> <p>(7)少年型或胰導素依賴型糖尿病患者。</p> <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 &gt; 3.0mg/dl或Ccr&lt;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&lt;50% of predicted或 FEVI/FVC&lt;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 68%。</p>										
68051B	<p>心室輔助裝置植入 Ventricular Assist System implantation 註： 1.適應症： (1)心臟衰竭且Maximal VO2&lt;10ml/kg/min者。 (2)心臟衰竭達紐約心臟功能第四度，且Maximal VO2&lt;14ml/kg/min者。 (3)心臟衰竭核醫檢查LVEF&lt;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&lt;25%者。 (4)嚴重心肌缺血，核醫檢查LVEF&lt;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&gt;5µg/kg/min七天以上，經核醫檢查LVEF&lt;25%或心臟指數Cardiac index&lt;2.0L/min/m<sup>2</sup>者。 (6)心臟衰竭已使用ECMO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。 2.支付規範： (1)醫院條件： A.須為「中華民國心臟醫學會」及</p>	v	v	v	91656	68051B	<p>心室輔助裝置植入 Ventricular Assist System implantation 註： 1.適應症： (1)心臟衰竭且Maximal VO2&lt;10ml/kg/min者。 (2)心臟衰竭達紐約心臟功能第四度，且Maximal VO2&lt;14ml/kg/min者。 (3)心臟衰竭核醫檢查LVEF&lt;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&lt;25%者。 (4)嚴重心肌缺血，核醫檢查LVEF&lt;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&gt;5g/kg/min七天以上，經核醫檢查LVEF&lt;25%或心臟指數Cardiac index&lt;2.0L/min/m<sup>2</sup>者。 (6)心臟衰竭已使用ECMO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。 2.支付規範： (1)醫院條件： A.須為「中華民國心臟醫學會」及</p>	v	v	v	91656



<p>「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。 (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>「中華民國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。 (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>第八項 尿、性器 Uninary &amp; Genital System 十五、子宮體 Corpus Uteri (80401-80425)</p>		<p>修正子宮體診療項目編號 80403B 英文名稱。</p>																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="71 679 178 857">編號</th> <th data-bbox="178 679 722 857">診療項目</th> <th data-bbox="722 679 758 857">基層院所</th> <th data-bbox="758 679 793 857">地區醫院</th> <th data-bbox="793 679 829 857">區域醫院</th> <th data-bbox="829 679 865 857">醫學中心</th> <th data-bbox="865 679 961 857">支付點數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="71 857 178 1062">80403B</td> <td data-bbox="178 857 722 1062">           一般全子宮切除術            Uncomplicated total <u>hysterectomy</u>            註：經陰道(transvaginal hysterectomy, TVH)或經腹部(transabdominal hysterectomy, TAH)。         </td> <td data-bbox="722 857 758 1062"></td> <td data-bbox="758 857 793 1062">v</td> <td data-bbox="793 857 829 1062">v</td> <td data-bbox="829 857 865 1062">v</td> <td data-bbox="865 857 961 1062">15191</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	80403B	一般全子宮切除術 Uncomplicated total <u>hysterectomy</u> 註：經陰道(transvaginal hysterectomy, TVH)或經腹部(transabdominal hysterectomy, TAH)。		v	v	v	15191	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="991 679 1098 857">編號</th> <th data-bbox="1098 679 1642 857">診療項目</th> <th data-bbox="1642 679 1677 857">基層院所</th> <th data-bbox="1677 679 1713 857">地區醫院</th> <th data-bbox="1713 679 1749 857">區域醫院</th> <th data-bbox="1749 679 1785 857">醫學中心</th> <th data-bbox="1785 679 1881 857">支付點數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="991 857 1098 1062">80403B</td> <td data-bbox="1098 857 1642 1062">           一般全子宮切除術            Uncomplicated total hysterectom            註：經陰道(transvaginal hysterectomy, TVH)或經腹部(transabdominal hysterectomy, TAH)。         </td> <td data-bbox="1642 857 1677 1062"></td> <td data-bbox="1677 857 1713 1062">v</td> <td data-bbox="1713 857 1749 1062">v</td> <td data-bbox="1749 857 1785 1062">v</td> <td data-bbox="1785 857 1881 1062">15191</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	80403B	一般全子宮切除術 Uncomplicated total hysterectom 註：經陰道(transvaginal hysterectomy, TVH)或經腹部(transabdominal hysterectomy, TAH)。		v	v	v	15191	
編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數																								
80403B	一般全子宮切除術 Uncomplicated total <u>hysterectomy</u> 註：經陰道(transvaginal hysterectomy, TVH)或經腹部(transabdominal hysterectomy, TAH)。		v	v	v	15191																								
編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數																								
80403B	一般全子宮切除術 Uncomplicated total hysterectom 註：經陰道(transvaginal hysterectomy, TVH)或經腹部(transabdominal hysterectomy, TAH)。		v	v	v	15191																								

十八、自然生產、剖腹產及流產 Deliverysection、Cesarean & Abortion (81001-81036)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
81004C	無妊娠併發症之剖腹產術 Cesarean section <u>in normal pregnancy</u> 註： 1.合併非治療性闌尾切除不另給付。 2.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數8902點申報。	v	v	v	v	10237
81011C	有妊娠併發症之剖腹產術 Cesarean section <u>in complicated pregnancy (defined as cases with preeclampsia, eclampsia, GDM, malpresentation, and documented major medical or surgical complications)</u> 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

十八、自然生產、剖腹產及流產 Deliverysection、Cesarean & Abortion (81001-81036)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
81004C	無妊娠併發症之剖腹產術 Cesarean section 註： 1.合併非治療性闌尾切除不另給付。 2.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數8902點申報。	v	v	v	v	10237
81011C	有妊娠併發症之剖腹產術 Cesarean section 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

修正自然生產、剖腹產及流產診療項目編號 81004C 及 81011C 共二項診療項目英文名稱。

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
93023C	<p>減除白血球分離術血小板 Platelets pheresis, leukocytes reduced</p> <p>註： 1.限 (1)須長期輸血之病患，包括aplastic anemia、dyserythropoiesis、chemotherapy、thalassemia。 (2)器官移植、骨髓移植、新生兒及免疫功能不全之病患。 (3)因白血球引起發燒發冷反應二次以上之病患須再次輸血者。</p> <p>2.衛生福利部委託進行之「建立輸血反應監視回報系統及其應用」計畫中，使用計畫經費提供之血品者，不得申報本項目。</p> <p>3.醫療院所申報時，應按實際血小板使用量，申報成數如下： (1)使用數量一單位者，申報成數為0.47。 (2)使用數量二單位者，申報成數為0.51。 (3)使用數量三單位者，申報成數為0.56。 (4)使用數量四單位者，申報成數為0.61。 (5)使用數量五單位者，申報成數為0.66。 (6)使用數量六單位者，申報成數為0.71。 (7)使用數量七單位者，申報成數為0.76。 (8)使用數量八單位者，申報成數為0.81。 (9)使用數量九單位者，申報成數為0.85。 (10)使用數量十單位者，申報成數為0.90。 (11)使用數量十一單位者，申報成數為0.95。 (12)使用數量十二單位者，申報成數為1.00。</p> <p>4.本項支付點數包含血品處理過程使用之白血球過濾器等特殊材、血液費及處理技術費。</p>	v	v	v	v	7300

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
93023C	<p>減除白血球分離術血小板 Platelets pheresis, leukocytes reduced</p> <p>註： 1.限 (1)須長期輸血之病患，包括aplastic anemia、dyserythropoiesis、chemotherapy、thalassemia。 (2)器官移植、骨髓移植、新生兒及免疫功能不全之病患。 (3)因白血球引起發燒發冷反應二次以上之病患須再次輸血者。</p> <p>2.行政院衛生署委託進行之「建立輸血反映監視回報系統及其應用」計畫中，使用計畫經費提供之血品者，不得申報本項目。</p> <p>3.醫療院所申報時，應按實際血小板使用量，申報成數如下： (1)使用數量一單位者，申報成數為0.47。 (2)使用數量二單位者，申報成數為0.51。 (3)使用數量三單位者，申報成數為0.56。 (4)使用數量四單位者，申報成數為0.61。 (5)使用數量五單位者，申報成數為0.66。 (6)使用數量六單位者，申報成數為0.71。 (7)使用數量七單位者，申報成數為0.76。 (8)使用數量八單位者，申報成數為0.81。 (9)使用數量九單位者，申報成數為0.85。 (10)使用數量十單位者，申報成數為0.90。 (11)使用數量十一單位者，申報成數為0.95。 (12)使用數量十二單位者，申報成數為1.00。</p> <p>4.本項支付點數包含血品處理過程使用之白血球過濾器等特殊材、血液費及處理技術費。</p>	v	v	v	v	7300

修正輸血及骨髓移植診療項目編號 93023C 之註2文字。

第十節 麻醉費 (96000~96028)						第十節 麻醉費 (96000~96026)						一、修正麻醉費支付代碼區間。 二、增列96027B及96028B共二項診療項目適應症範圍。	
編號	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
96027B	麻醉深度監測 Depth of Anesthesia monitoring — >12歲		v	v	v	1316	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	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。 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
第五部 居家照護及精神病患者社區復健 第一章 居家照護 通則： 八、本章所稱山地離島地區依衛生福利部公告之「山地離島地區醫療服務促進方案」辦理。						第五部 居家照護及精神病患者社區復健 第一章 居家照護 通則： 八、本章所稱山地離島地區依行政院衛生署公告之「山地離島地區醫療服務促進方案」辦理。						修正居家照護通則第八點文字。	
第八部 品質支付服務 第一章 結核病						第八部 品質支付服務 第一章 結核病						修正結核病診療項目編號A1001C、及A1002C共二項診療項目備註文字。	
編號	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
A1001C	結核病例發現確診費 註：該病例須經疾病管制署確認登記	v	v	v	v	750	A1001C	結核病例發現確診費 註：該病例須經疾病管制局確認登記	v	v	v	v	750
A1002C	結核病治療成功費 註：該病例須經疾病管制署確認完成	v	v	v	v	2,000	A1002C	結核病治療成功費 註：該病例須經疾病管制局確認完成	v	v	v	v	2,000

# 衛生福利部 令

發文日期：中華民國107年12月27日

發文字號：衛部保字第1071260609號

附件：「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目修正項目1份  
(1071260609-1.pdf)



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，  
並自中華民國一百零七年十二月一日生效。

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