

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：吳倍儀

聯絡電話：02-27065866 分機：3620

傳真：02-27069043

電子郵件：A111314@nhi.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113年8月15日

發文字號：健保醫字第1130663544號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨 (A21030000I_1130663544_doc2_1_Attach1.pdf、
A21030000I_1130663544_doc2_1_Attach2.pdf)


主旨：檢陳擬增修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」之部分診療項目（附件），請鑒核。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第41條規定，本署113年7月12日召開之「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」113年第3次會議暨同年7月18日召開之「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」特材部分第71次會議決議辦理。
- 二、本案經行政院公報編印中心於113年8月1日刊登，預告期間為113年8月1日起至113年8月8日止。刊登期間未有民眾於眾開講平台表示意見，另鈞部於113年8月7日提供意見，綜整本署意見，摘述如下：

(一)建議：

- 1、第二部西醫第一章第三節病房費通則九(一)2之(1)及(2)所定「護理費加成」：其偏鄉醫院範圍原係參酌



「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」申請資格一之(一)及(二)訂定，建議配合該計畫113年7月18日公告內容修正。

2、其餘屬參照法規體例或現行支付標準之文字修正建議。

(二)本署回應：

1、考量偏鄉「護理費加成」之醫院須參考「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」之參與名單，同意修正通則九(一)2之(1)及(2)「護理費加成」之偏鄉醫院條件文字。

2、其餘建議屬文字酌修及依法規體例標示等，經檢視與原意相同，同意酌修內容。

(三)另經檢視「第二部西醫第二章特定診療」須修正內容，說明如下：

1、第二節放射線診療

(1)33074B/33115B「單純性/複雜性血管整形術」：註6誤植相同部位不得同時申報之診療項目，「33113B」修正為「33133B」。

(2)33113B/33147B「單純性/複雜性周邊血管支架置放術」：為臻明確註3之意旨，增列「得分別申報」文字。

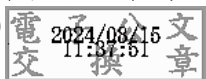
2、第七節手術：68015B「瓣膜成形術」等4項機械手臂輔助手術得比照胸(腹)腔鏡手術費申報之診療項目，除醫師資格外另訂有醫院資格，為保障病人醫療品質，修正「執行手術之醫師名單應報經保險人核定」

為「執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請
同意」。

三、因應全民健康保險門診、住診醫療申報資料自114年1月1日
起全面改版為2023年版國際疾病分類第十版(ICD-10-CM
/PCM)，研擬建議診斷代碼轉版部分於114年1月1日生效。
其餘增修之診療項目，為儘早使病人受惠，建議於113年9
月1日生效。

正本：衛生福利部

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國中醫師公會全國聯合
會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、
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、
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、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、衛生福利部全民健康保險
會、本署各分區業務組、本署企劃組、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組(均
含附件)



署 長 石 崇 良

出 國

副 署 長 龐 一 鳴

代 行



裝

訂

線



全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準 部分診療項目修正草案總說明

依據全民健康保險法第四十一條規定，本署於一百十三年七月十二日召開之「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」一百十三年度第三次會議結論及一百十三年七月十八日召開之「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」特材部分第七十一次會議結論，爰配合修正本支付標準。

本次修正重點說明如下：

一、第二部西醫

(一)第一章基本診療

1. 第三節病房費：修訂通則九(二)護理品質報告三項指標名稱為急性一般病房住院跌倒率、急性一般病房院內感染密度及急性一般病房新發生之壓力性損傷人數比率；另配合「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」酌修通則九(一)2 之(1)及(2)「護理費加成」之偏鄉醫院條件文字。
2. 第六節調劑：修訂通則四基層診所藥服費得加計兒童加成。
3. 第八節住院安寧療護：附表一、失智症、十一、符合病人自主權利法第十四條第一項第二款至第五款所列臨床條件者及十二、罕見疾病或其他預估生命受限者增修四十項 ICD-10-CM 代碼。

(二)第二章特定診療

1. 第一節檢查：修訂 08134B「連續血糖監測」新增適應症及調整支付規範文字。
2. 第二節放射線診療：新增 33147B「複雜性周邊血管支架置放術」(24,278 點)；修訂 33074B「單純性血管整形術」等三項診療項目名稱或支付規範，及不得同時申報項目。
3. 第四節復健治療：修訂物理治療及職能治療通則一增列「小兒神經次專科專任醫師」限醫院治療十八歲以下病人予以給付。

4. 第六節治療處置：新增 57033B/57034B「脈動式或耳垂式血氧飽和監視器未滿二歲者—每次/一天」(36 點/430 點)。

5. 第七節手術：新增 62073B/62074B/62075B「顯微血管游離瓣手術—穿通枝瓣移植—單區塊/雙區塊/三區塊以上組織瓣」(47,775 點/55,237 點/62,698 點)；修訂 68040B「經導管主動脈瓣膜置換術」及 71220B「食道再造術—以大腸重建」等四十六項機械手臂輔助手術得比照胸(腹)腔鏡手術費申報。

(三)酌修文字「病患、患者」改為病人。

二、第三部牙醫第三章牙科處置及手術

(一)第四節口腔顎面外科：修訂 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」不得同時合併申報之除外項目。

(二)附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則：增列不列入牙醫相對合理門診點數計算之診療項目。

三、第四部中醫

(一)第五章傷科治療處置費：修訂 E01/E02「一般傷科」支付規範之「標準作業程序」移列至本章通則五，另將「拔罐」納入前述作業程序傷科處置。

(二)第八章特定疾病門診加強照護：通則一(三)及附表增修五十一項 ICD-10-CM 代碼。

(三)酌修文字「患者」改為病人。

四、第五部居家照護及精神病患者社區復健第三章安寧居家療護：附表一、失智症、十一、符合病人自主權利法第十四條第一項第二款至第五款所列臨床條件者及十二、罕見疾病或其他預估生命受限者增修四十項 ICD-10-CM 代碼。

五、第六部論病例計酬第二章婦科：修訂 97017C「輸卵管外孕手術(住院)」等二項目支付規範增修三十二項 ICD-10-CM 代碼。

六、第七部全民健康保險住院診斷關聯群第一章 Tw-DRGs 支付通則：

(一)增修六十四項 ICD-10-CM 代碼；另檢視申報規範配合修訂通則三癌症之

診斷碼增列 C96.A、C96.Z 及 O9A.1-並刪除 Z51.1 等代碼；愛滋病之診斷碼增列 Z21。

(二)酌修文字「患者」改為病人。

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」配合修正頁碼如下：

部	章	節	附表	修改頁碼
目錄				第 4-5 頁
第二部 西醫	第一章 基本診療	第三節 病房費		第 2 頁
		第六節 調劑		第 1 頁
		第八節 住院安寧療護	附表 1	第 1、4-5 頁
第二部 西醫	第二章 特定診療	第一節 檢查		第 10 頁
		第二節 放射線診療		第 4、8-9、15 頁
		第四節 復健治療		第 2、6 頁
		第六節 治療處置		第 43、46 頁
		第七節 手術		第 3、6、36-39、45-46、48、 56-59、64-65、69-70、72、 78、83-84、89、103-104、 109-110 頁
第三部 牙醫	第三章 牙科處置及 手術	第四節 口腔顎面外科		第 12 頁
			附表 3.3.3	第 1 頁
第四部 中醫	第五章 傷科治療處 置費			第 1 頁
	第八章 特定疾病門 診加強照護			第 1 頁
			附表 4.4.1	第 1 頁
			附表 4.4.2	第 1-2 頁
			附表 4.4.3	第 1-3 頁
			附表 4.5.1	第 1-2 頁
			附表 4.5.2	第 1-8 頁
			附表 4.5.4	第 1 頁
		附表 4.7	第 1-2 頁	

			附表 4.8.1	第 2 頁
部	章	節	附表	修改頁碼
第五部 居家照 護及精 神病患 者社區 復健	第三章 安寧居家療 護		附表	第 2、5-6 頁
第六部 論病例 計酬	第二章 婦科			第 2、5 頁
第七部 全民健 康保險 住院診 斷關聯 群	第一章 Tw-DRGs 支付通則			第 2-5、7-8 頁

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>第二部 西醫 第一章 基本診療 第三節 病房費</p> <p>通則：</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>三、各類病床應符合醫療機構設置標準之規定。</p> <p>四、本節各項病房費所定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、行政作業成本或其他成本。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>七、加護病床支付標準，原則依主管機關八十七年「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。</p> <p>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>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：除第 3 目外，其他醫院依表定點數加計百分之十五。 1. 列於主管機關「偏鄉護理菁英計畫公費生管理要點」所定偏鄉地區範圍之醫院，排除僅屬於「衛生福利部公費醫師訓練後服務醫療機構及開業地區」之指定支援山地或離島地區之醫院。 2. 符合下列任一項之醫院： (1) 設立於保險人公告山地鄉之<u>地區級</u>醫院；如前述地區未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮(區)之醫院，屬區域級醫院則須距離最近之醫學中心達三十公里以上者。 (2) 設立於全民健保西醫醫療資源不足地區(鄉鎮(區))之醫院；如前述鄉鎮(區)未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮(區)之醫院，但排除已設立區域級(含)以上醫院(不含精神科醫院)之鄉鎮(區)。 3. 離島地區之醫院，其加成規範以第一部總則十四(二)為限。 4. 符合條件之醫院名單可參閱保險人全球資訊網，網址：www.nhi.gov.tw，資料路徑如下：首頁>健保表單下載>其他>提升住院護理照護品質方案。 (二)符合全日平均護病比之加成： 1. 各醫院之急性一般及經濟病床(皆含精神病床)「全日平均護病比」，符合下表所列各該層級「全日平均護病比」之範圍者，其加成率如下：</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th colspan="3" style="text-align: center;">全日平均護病比範圍</th> <th rowspan="2" style="text-align: center;">加成率</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">醫學中心</th> <th style="text-align: center;">區域醫院</th> <th style="text-align: center;">地區醫院</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">8.5-8.9</td> <td style="text-align: center;">11.5-11.9</td> <td style="text-align: center;">14.5-14.9</td> <td style="text-align: center;">2%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">8.0-8.4</td> <td style="text-align: center;">11.0-11.4</td> <td style="text-align: center;">14.0-14.4</td> <td style="text-align: center;">5%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">7.5-7.9</td> <td style="text-align: center;">10.5-10.9</td> <td style="text-align: center;">13.5-13.9</td> <td style="text-align: center;">14%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">7.0-7.4</td> <td style="text-align: center;">10.0-10.4</td> <td style="text-align: center;">13.0-13.4</td> <td style="text-align: center;">17%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">< 7.0</td> <td style="text-align: center;">< 10.0</td> <td style="text-align: center;">< 13.0</td> <td style="text-align: center;">20%</td> </tr> </tbody> </table> <p>註：</p>	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%	<p>第二部 西醫 第一章 基本診療 第三節 病房費</p> <p>通則：</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>三、各類病床應符合醫療機構設置標準之規定。</p> <p>四、本節各項病房費所定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、行政作業成本或其他成本。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>七、加護病床支付標準，原則依主管機關八十七年「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。</p> <p>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>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：除第 3 目外，其他醫院依表定點數加計百分之十五。 1. 列於主管機關「偏鄉護理菁英計畫公費生管理要點」所定偏鄉地區範圍之醫院，排除僅屬於「衛生福利部公費醫師訓練後服務醫療機構及開業地區」之指定支援山地或離島地區之醫院。 2. 符合下列任一項之醫院： (1) 設立於保險人公告山地鄉之醫院；如前述地區未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，屬區域級醫院則須距離最近之醫學中心達三十公里以上者。 (2) 設立於全民健保醫療資源不足地區(鄉鎮)之醫院；如前述鄉鎮未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，但排除已設立區域級醫院之鄉鎮。 3. 離島地區之醫院，其加成規範以第一部總則十四(二)為限。 4. 符合條件之醫院名單可參閱保險人全球資訊網，網址：www.nhi.gov.tw，資料路徑如下：首頁>健保表單下載>其他>提升住院護理照護品質方案。 (二)符合全日平均護病比之加成： 1. 各醫院之急性一般及經濟病床(皆含精神病床)「全日平均護病比」，符合下表所列各該層級「全日平均護病比」之範圍者，其加成率如下：</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th colspan="3" style="text-align: center;">全日平均護病比範圍</th> <th rowspan="2" style="text-align: center;">加成率</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">醫學中心</th> <th style="text-align: center;">區域醫院</th> <th style="text-align: center;">地區醫院</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">8.5-8.9</td> <td style="text-align: center;">11.5-11.9</td> <td style="text-align: center;">14.5-14.9</td> <td style="text-align: center;">2%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">8.0-8.4</td> <td style="text-align: center;">11.0-11.4</td> <td style="text-align: center;">14.0-14.4</td> <td style="text-align: center;">5%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">7.5-7.9</td> <td style="text-align: center;">10.5-10.9</td> <td style="text-align: center;">13.5-13.9</td> <td style="text-align: center;">14%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">7.0-7.4</td> <td style="text-align: center;">10.0-10.4</td> <td style="text-align: center;">13.0-13.4</td> <td style="text-align: center;">17%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">< 7.0</td> <td style="text-align: center;">< 10.0</td> <td style="text-align: center;">< 13.0</td> <td style="text-align: center;">20%</td> </tr> </tbody> </table> <p>註：</p>	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%	<p>修訂通則九(二)護理品質報告三項指標名稱為急性一般病房住院跌倒率、急性一般病房院內感染密度及急性一般病房新發生之壓力性損傷人數比率；另配合「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」酌修通則九(一)2之(1)及(2)「護理費加成」之偏鄉醫院條件文字。</p>
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%																																																					
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%																																																					

<p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>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：</p> <p>(1)於費用年月次月二十日前，填報急性一般病房住院跌倒率、急性一般病房院內感染密度、急性一般病房新發生之壓力性損傷人數比率三項指標。</p> <p>(2)於每季結束次月二十日前，填報年資三個月以上護理人員離職率、年資二年以上護理人員比率、年資三個月以上但未滿二年護理人員離職率三項指標。</p> <p>(三)醫院應於費用年月次月二十日前，至健保資訊網服務系統(VPN)填報「結構性資料」，包含：急性一般及經濟病床(皆含精神病床)全日平均三班護理人員數、占床率、急性病床數、實際提供照護之護理人員數等資料；醫院並應保存每月「全日平均護病比」資料備查(參考格式請至保險人全球資訊網下載，網址：www.nhi.gov.tw，資料路徑如下：首頁> 健保資料站 > 健保統計資料 > 重要統計資料)。</p> <p>十、兒科及新生兒科加護病房之加護病床病房費及護理費，得依表定點數另加計百分之二十，包含加護病床病房費(03010E、03011F、03012G)、加護病床護理費(03104E、03105F、03106G、03047E、03048F、03049G)、精神科加護病床病房費(03014A、03025B)、精神科加護病床護理費(03095A、03096B、03037A、03039B)、燒傷加護病床病房費(03017A)、燒傷加護病床護理費(03098A、03041A)。</p>	<p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>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：</p> <p>(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三項指標。</p> <p>(2)於每季結束次月二十日前，填報年資三個月以上護理人員離職率、年資二年以上護理人員比率、年資三個月以上但未滿二年護理人員離職率三項指標。</p> <p>(三)醫院應於費用年月次月二十日前，至健保資訊網服務系統(VPN)填報「結構性資料」，包含：急性一般及經濟病床(皆含精神病床)全日平均三班護理人員數、占床率、急性病床數、實際提供照護之護理人員數等資料；醫院並應保存每月「全日平均護病比」資料備查(參考格式請至保險人全球資訊網下載，網址：www.nhi.gov.tw，資料路徑如下：首頁> 健保資料站 > 健保統計資料 > 重要統計資料)。</p> <p>十、兒科及新生兒科加護病房之加護病床病房費及護理費，得依表定點數另加計百分之二十，包含加護病床病房費(03010E、03011F、03012G)、加護病床護理費(03104E、03105F、03106G、03047E、03048F、03049G)、精神科加護病床病房費(03014A、03025B)、精神科加護病床護理費(03095A、03096B、03037A、03039B)、燒傷加護病床病房費(03017A)、燒傷加護病床護理費(03098A、03041A)。</p>	
<p>第六節 調劑</p> <p>通則：</p> <p>一、藥品費依「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」有關規定辦理。</p> <p>二、藥事服務費之成本，包含處方確認、處方查核、藥品調配、核對及交付藥品、用藥指導、藥歷管理及藥品耗損、包裝、倉儲、管理等費用。</p> <p>三、醫院牙科門診申報本節門診藥事服務費用，應按調劑人員及處方類別，限申報 05203C、05204D、05224C、05225D、05207C、05208D、05211C 及 05212D 等項，惟 05219B、05220A 及 05221A 如符合相關規定，亦得申報。</p> <p>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。</p> <p>五、交付調劑醫療服務案件，診療之保險醫事服務機構，不得申報藥事服務費用。</p> <p>六、依全民健康保險醫療辦法規定一次領取二個月或三個月用藥量之慢性病連續處方箋案件，其藥事服務費得相對申報二次或三次。</p> <p>七、特約醫院藥事人員合理調劑量之計算，按月計算醫院各藥事人員合理調劑量，超過下列件數規定部分，其藥事服務費按支付點數之百分之五十支付。</p> <p>(一)綜合醫院藥事人員合理調劑量：經參考財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會公告醫院評鑑基準及評量項目之藥事人員 C 級設置標準，各層級醫院合理調劑量如下：</p> <p>1.醫學中心</p> <p>(1)住院處方每人每日四十件。</p> <p>(2)門、急診處方每人每日七十件。</p> <p>(3)特殊藥品處方每人每日十五件。</p> <p>2.區域醫院</p> <p>(1)住院處方每人每日五十件；如採單一劑量每人每日四十件。</p> <p>(2)門、急診處方每人每日八十件。</p> <p>(3)特殊藥品處方每人每日十五件。</p> <p>3.地區醫院</p> <p>(1)住院處方每人每日五十件；如採單一劑量每人每日四十件。</p> <p>(2)門、急診處方每人每日一百件。</p> <p>(3)特殊藥品處方每人每日十五件。</p> <p>4.上述綜合醫院所提供之精神科住院處方調劑藥事服務，比照本項(二)之 1.「精神科醫院」計算合理調劑量。</p> <p>(二)精神科醫院藥事人員合理調劑量：經參考財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會公告精神科醫院評鑑基準及評量項目之 C 級設置標準，各類精神科醫院合理調劑量如下：</p> <p>1.精神科醫院</p>	<p>第六節 調劑</p> <p>通則：</p> <p>一、藥品費依「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」有關規定辦理。</p> <p>二、藥事服務費之成本，包含處方確認、處方查核、藥品調配、核對及交付藥品、用藥指導、藥歷管理及藥品耗損、包裝、倉儲、管理等費用。</p> <p>三、醫院牙科門診申報本節門診藥事服務費用，應按調劑人員及處方類別，限申報 05203C、05204D、05224C、05225D、05207C、05208D、05211C 及 05212D 等項，惟 05219B、05220A 及 05221A 如符合相關規定，亦得申報。</p> <p>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。<u>(除基層院所外)</u></p> <p>五、交付調劑醫療服務案件，診療之保險醫事服務機構，不得申報藥事服務費用。</p> <p>六、依全民健康保險醫療辦法規定一次領取二個月或三個月用藥量之慢性病連續處方箋案件，其藥事服務費得相對申報二次或三次。</p> <p>七、特約醫院藥事人員合理調劑量之計算，按月計算醫院各藥事人員合理調劑量，超過下列件數規定部分，其藥事服務費按支付點數之百分之五十支付。</p> <p>(一)綜合醫院藥事人員合理調劑量：經參考財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會公告醫院評鑑基準及評量項目之藥事人員 C 級設置標準，各層級醫院合理調劑量如下：</p> <p>1.醫學中心</p> <p>(1)住院處方每人每日四十件。</p> <p>(2)門、急診處方每人每日七十件。</p> <p>(3)特殊藥品處方每人每日十五件。</p> <p>2.區域醫院</p> <p>(1)住院處方每人每日五十件；如採單一劑量每人每日四十件。</p> <p>(2)門、急診處方每人每日八十件。</p> <p>(3)特殊藥品處方每人每日十五件。</p> <p>3.地區醫院</p> <p>(1)住院處方每人每日五十件；如採單一劑量每人每日四十件。</p> <p>(2)門、急診處方每人每日一百件。</p> <p>(3)特殊藥品處方每人每日十五件。</p> <p>4.上述綜合醫院所提供之精神科住院處方調劑藥事服務，比照本項(二)之 1.「精神科醫院」計算合理調劑量。</p> <p>(二)精神科醫院藥事人員合理調劑量：經參考財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會公告精神科醫院評鑑基準及評量項目之 C 級設置標準，各類精神科醫院合理調劑量如下：</p> <p>1.精神科醫院</p>	<p>修訂通則 四基層診所藥服費得加計兒童加成。</p>

<p>(1)住院處方 A.急性精神病床及精神科加護病床合計，每人每日五十件。 B.慢性精神病床每人每日二百件。 C.精神科日間病房每人每日二百件。</p> <p>(2)門、急診處方比照其對應之綜合醫院評鑑等級標準。</p> <p>2.精神科教學醫院</p> <p>(1)住院處方 A.急性精神病床及精神科加護病床合計，每人每日四十件。 B.慢性精神病床每人每日一百六十件。 C.精神科日間病房每人每日一百六十件。</p> <p>(2)門、急診處方比照其對應之綜合醫院評鑑等級標準。</p> <p>(三)各醫院應於次月十五日前至保險人健保資訊服務系統(VPN)登錄藥師人數及藥師總工作人日數，若該月十五日適逢國定假日或例假日，則順延至下一個工作日。一百零四年一月起，醫院若無特殊理由未依規定於VPN登錄，則該院該月藥師總工作人日數以零計算。</p> <p>八、前項醫院藥事人員合理調劑量計算原則： (一)門、急診處方：係指本節各項門診藥事服務費診療項目。 (二)住院處方：係指本節各項住院藥事服務費診療項目。 (三)特殊藥品處方：係指本節放射性藥品處方之藥事服務費、全靜脈營養注射劑處方之藥事服務費、化學腫瘤藥品處方之藥事服務費等診療項目。 (四)藥事人員合理調劑量計算次序為特殊藥品、住院處方、門急診處方，超過合理調劑量依支付點數之百分之五十支付。</p> <p>九、特約藥局如不符主管機關公告之「藥局設置作業注意事項」，其藥事服務費比照基層院所藥事人員調劑標準支付。</p> <p>十、特約藥局及基層院所藥事人員合理調劑量(以每日實際調劑量計算)每人每日一百件，山地離島地區每人每日一百二十件，超過不予給付藥事服務費，特約藥局調劑件數不分處方來源一併計算。</p> <p>十一、基層診所醫師兼具藥師資格者，於執登處所，依自開處方親自為藥品調劑者，以醫師親自調劑支付標準核給藥事服務費，且每日親自調劑處方以五十件為限，超過五十件不予給付藥費及藥事服務費。</p> <p>十二、特約醫院、診所及藥局執業藥事人員依法提供報備支援之調劑服務，併入接受支援特約醫院、診所及藥局之合理調劑量計算，採遞補專任藥師剩餘之合理量。</p> <p>十三、特約醫院、診所及藥局執業藥事人員產假期間，支援藥事人員得以該專任藥事人員數，依合理調劑量規定申報藥事服務費，其餘支援藥事人員則遞補剩餘之合理量。</p>	<p>(1)住院處方 A.急性精神病床及精神科加護病床合計，每人每日五十件。 B.慢性精神病床每人每日二百件。 C.精神科日間病房每人每日二百件。</p> <p>(2)門、急診處方比照其對應之綜合醫院評鑑等級標準。</p> <p>2.精神科教學醫院</p> <p>(1)住院處方 A.急性精神病床及精神科加護病床合計，每人每日四十件。 B.慢性精神病床每人每日一百六十件。 C.精神科日間病房每人每日一百六十件。</p> <p>(2)門、急診處方比照其對應之綜合醫院評鑑等級標準。</p> <p>(三)各醫院應於次月十五日前至保險人健保資訊服務系統(VPN)登錄藥師人數及藥師總工作人日數，若該月十五日適逢國定假日或例假日，則順延至下一個工作日。一百零四年一月起，醫院若無特殊理由未依規定於VPN登錄，則該院該月藥師總工作人日數以零計算。</p> <p>八、前項醫院藥事人員合理調劑量計算原則： (一)門、急診處方：係指本節各項門診藥事服務費診療項目。 (二)住院處方：係指本節各項住院藥事服務費診療項目。 (三)特殊藥品處方：係指本節放射性藥品處方之藥事服務費、全靜脈營養注射劑處方之藥事服務費、化學腫瘤藥品處方之藥事服務費等診療項目。 (四)藥事人員合理調劑量計算次序為特殊藥品、住院處方、門急診處方，超過合理調劑量依支付點數之百分之五十支付。</p> <p>九、特約藥局如不符主管機關公告之「藥局設置作業注意事項」，其藥事服務費比照基層院所藥事人員調劑標準支付。</p> <p>十、特約藥局及基層院所藥事人員合理調劑量(以每日實際調劑量計算)每人每日一百件，山地離島地區每人每日一百二十件，超過不予給付藥事服務費，特約藥局調劑件數不分處方來源一併計算。</p> <p>十一、基層診所醫師兼具藥師資格者，於執登處所，依自開處方親自為藥品調劑者，以醫師親自調劑支付標準核給藥事服務費，且每日親自調劑處方以五十件為限，超過五十件不予給付藥費及藥事服務費。</p> <p>十二、特約醫院、診所及藥局執業藥事人員依法提供報備支援之調劑服務，併入接受支援特約醫院、診所及藥局之合理調劑量計算，採遞補專任藥師剩餘之合理量。</p> <p>十三、特約醫院、診所及藥局執業藥事人員產假期間，支援藥事人員得以該專任藥事人員數，依合理調劑量規定申報藥事服務費，其餘支援藥事人員則遞補剩餘之合理量。</p>	
--	--	--

第八節 住院安寧療護

附表

一、失智症

失智症末期須符合下列三項條件：

- 1.確診失智症(ICD-10-CM 代碼：F01-F03、[F06.70](#)、[F06.71](#)、F1027、F1097、F1327、F1397、F1827、F1897、F1927、F1997、G30、G31)。
- 2.臨床失智評估量表(Clinical Dementia Rating, CDR) 3分且日常體能狀況已超過半數時間臥床或依賴輪椅(如 ECOG 3分以上)，或失智症功能評估分級量表(Functional [Assessment Staging Test](#), FAST)等級 7C 以上。
- 3.一年內，合併發生以下任一種臨床狀況：
 - (1)居家照護或一般支持性醫療照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。
 - (2)營養不良(下列任一情境)
 - 吞嚥困難，進食喝水減少，但選擇不接受管灌餵食。
 - 明顯體重減輕:過去三個月下降 5%或六個月內下降 10%。
 - 身體質量指數(BMI)小於 16，或白蛋白小於 2.5g/dL。
 - (3)二次以上跌倒，或者大腿骨骨折。
 - (4)吸入性肺炎。
 - (5)腎盂腎炎或其他上泌尿道感染。
 - (6)多處皮膚壓力性損傷(第 3、4 期)。
 - (7)敗血症。
 - (8)反覆發燒，既使已使用抗生素。
 - (9)過去六個月中，出現二次以上非計畫性的住院，或有一次加護病房的住院。

十一、符合病人自主權利法第十四條第一項第二款至第五

第八節 住院安寧療護

附表

一、失智症

失智症末期須符合下列三項條件：

- 1.確診失智症(ICD-10-CM 代碼：F01-F03、F1027、F1097、F1327、F1397、F1827、F1897、F1927、F1997、G30、G31)。
- 2.臨床失智評估量表(Clinical Dementia Rating, CDR) 3分且日常體能狀況已超過半數時間臥床或依賴輪椅(如 ECOG 3分以上)，或失智症功能評估分級量表(Functional [assessment staging](#), FAST)等級 7C 以上。
- 3.一年內，合併發生以下任一種臨床狀況：
 - (1)居家照護或一般支持性醫療照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。
 - (2)營養不良(下列任一情境)
 - 吞嚥困難，進食喝水減少，但選擇不接受管灌餵食。
 - 明顯體重減輕:過去三個月下降 5%或六個月內下降 10%。
 - 身體質量指數(BMI)小於 16，或白蛋白小於 2.5g/dL。
 - (3)兩次以上跌倒，或者大腿骨骨折。
 - (4)吸入性肺炎。
 - (5)腎盂腎炎或其他上泌尿道感染。
 - (6)多處皮膚壓力性損傷(第 3、4 期)。
 - (7)敗血症。
 - (8)反覆發燒，既使已使用抗生素。
 - (9)過去六個月中，出現兩次以上非計畫性的住院，或有一次加護病房的住院。

十一、符合病人自主權利法第十四條第一項第二款至第五

附表一、失智症、十一、符合病人自主權利法第十四條第一項第二款至第五款所列臨床條件者及十二、罕見疾病或其他預估生命受限者增修四十項 ICD-10-CM 代碼。

款所列臨床條件者

- 1.第十四條第一項第二款至第四款：
 - (1)處於不可逆轉之昏迷狀況
 - (2)永久植物人狀態 (ICD-10-CM代碼：R40.3)
 - (3)極重度失智 (CDR3分以上或FAST7分以上)
- 2.第十四條第一項第五款：其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形。(ICD-10-CM代碼參考如下)
 - (1)囊狀纖維化症：E84.9
 - (2)亨丁頓氏舞蹈症：G10
 - (3)脊髓小腦退化性動作協調障礙：G11.0、[G11.10](#)、[G11.11](#)、[G11.19](#)、G11.2、G11.3、G11.4、G11.8、G11.9、G31.2、G32.81、G32.89、G60.2、R27.0、R27.8、R27.9、R29.810、R29.818、R29.890、R29.891、R29.898
 - (4)脊髓性肌肉萎縮症：G12.9
 - (5)肌萎縮性側索硬化症：G12.21、[G12.25](#)
 - (6)多發性系統萎縮症：G90.3
 - (7)裘馨氏肌肉失養症：[G71.01](#)
 - (8)肢帶型肌失養症：[G71.031](#)、[G71.032](#)、[G71.033](#)、[G71.0340](#)、[G71.0341](#)、[G71.0342](#)、[G71.0349](#)、[G71.035](#)、[G71.038](#)、[G71.039](#)
 - (9)Nemaline線狀肌肉病變：[G71.20](#)、[G71.21](#)、[G71.220](#)、[G71.228](#)、[G71.29](#)
 - (10)原發性肺動脈高壓：I27.0
 - (11)遺傳性表皮分解性水泡症：Q81.0、Q81.1、Q81.2、Q81.8、Q81.9
 - (12)先天性多發性關節攣縮症：Q74.3

款所列臨床條件者

- 1.第十四條第一項第二款至第四款：
 - (1)處於不可逆轉之昏迷狀況
 - (2)永久植物人狀態 (ICD-10-CM代碼：R40.3)
 - (3)極重度失智 (CDR3分以上或FAST7分以上)
- 2.第十四條第一項第五款：其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形。(ICD-10-CM代碼參考如下)
 - (1)囊狀纖維化症：E84.9
 - (2)亨丁頓氏舞蹈症：G10
 - (3)脊髓小腦退化性動作協調障礙：G11.0、G11.1、G11.2、G11.3、G11.4、G11.8、G11.9、G31.2、G32.81、G32.89、G60.2、R27.0、R27.8、R27.9、R29.810、R29.818、R29.890、R29.891、R29.898
 - (4)脊髓性肌肉萎縮症：G12.9
 - (5)肌萎縮性側索硬化症：G12.21
 - (6)多發性系統萎縮症：G90.3
 - (7)裘馨氏肌肉失養症：G71.0
 - (8)肢帶型肌失養症：G71.0
 - (9)Nemaline線狀肌肉病變：G71.2
 - (10)原發性肺動脈高壓：I27.0
 - (11)遺傳性表皮分解性水泡症：Q81.0、Q81.1、Q81.2、Q81.8、Q81.9
 - (12)先天性多發性關節攣縮症：Q74.3

十二、罕見疾病或其他預估生命受限者

- 1.罕見疾病 (依據衛生福利部國民健康署公告罕見疾病名單暨 ICD-10-CM 編碼一覽表)，預估生命受限者。
- 2.先天染色體異常疾病、先天畸形(屬全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第二條附表一之重大傷病項目第八類染色體異常、先天性畸形者)，預估生命受限者。
- 3.源於周產期的病況 (P00-P96、[Z05.0](#)、[Z05.1](#)、[Z05.2](#)、[Z05.3](#)、[Z05.41](#)、[Z05.42](#)、[Z05.43](#)、[Z05.5](#)、[Z05.6](#)、[Z05.71](#)、[Z05.72](#)、[Z05.73](#)、[Z05.8](#)、[Z05.9](#))，預估生命受限者。
- 4.染色體異常 (如 Trisomy13、Trisomy18、或其他染色體異常合併多重器官先天異常：Q91.0~Q91.7、Q97.0~Q97.9)，預估無法活至成年者。
- 5.嚴重之先天腦部異常 (如無腦症：Q00.0、神經系統先天性畸形：Q07.9)，預估無法活至成年者。

十二、罕見疾病或其他預估生命受限者

- 1.罕見疾病 (依據衛生福利部國民健康署公告罕見疾病名單暨 ICD-10-CM 編碼一覽表)，預估生命受限者。
- 2.先天染色體異常疾病、先天畸形(屬全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第二條附表一之重大傷病項目第八類染色體異常、先天性畸形者)，預估生命受限者。
- 3.源於周產期的病況 (P00-P96)，預估生命受限者。
- 4.染色體異常 (如 Trisomy13、Trisomy18、或其他染色體異常合併多重器官先天異常：Q91.0~Q91.7、Q97.0~Q97.9)，預估無法活至成年者。
- 5.嚴重之先天腦部異常 (如無腦症：Q00.0、神經系統先天性畸形：Q07.9)，預估無法活至成年者。

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

第三項 血液學檢查 Hematology Test (08001-08134)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
08134B	連續血糖監測 Continuous glucose monitoring 註： 1.適應症： (1)第一型糖尿病(領有重大傷病證明)、新生兒糖尿病，或因 Near-total pancreatectomy所致糖尿病等個案，且須符合下列任一條件： A.血糖過度起伏且最近六個月二次糖化血紅素(HbA1c)值都大於(含)8%。 B.低血糖無感症。 C.常有嚴重低血糖，須他人協助治療，最近三個月有因低血糖曾至急診診治或住院。 D.懷孕。 (2)懷孕之第二型糖尿病或妊娠糖尿病，且接受胰島素注射者。 (3) 肝糖儲積症第零型、第一型、第三型、第六型、第九型，有嚴重低血糖病史		v	v	v	4842

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

第三項 血液學檢查 Hematology Test (08001-08134)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
08134B	連續血糖監測 Continuous glucose monitoring 註： 1.適應症： (1)第一型糖尿病(領有重大傷病證明)、新生兒糖尿病，或因 Near-total pancreatectomy所致糖尿病等個案，且須符合下列任一條件： A.血糖過度起伏且最近六個月兩次糖化血紅素(HbA1c)值都大於(含)8%。 B.低血糖無感症。 C.常有嚴重低血糖，須他人協助治療，最近三個月有因低血糖曾至急診診治或住院。 D.懷孕。 (2)懷孕之第二型糖尿病或妊娠糖尿病，且接受胰島素注射者。		v	v	v	4842

修訂
08134B
「連續血糖監測」
新增適應症及調整
支付規範
文字。

<p>或仍持續使用玉米粉治療者。</p> <p>2. 支付規範： (1) 門診使用，<u>一年至多執行二次，且間隔一個月以上。若一年執行超過二次者，應事前審查。</u> (2) <u>住院使用應事前審查。</u>一年至多執行二次，且間隔一個月以上。 (3) 限糖尿病共同照護網醫療機構申報，執行檢查人員和判讀醫師、營養師、衛教師必須參加過有關連續血糖監測之訓練課程。</p>			<p>2. 支付規範： (1) <u>限門診使用</u>，若為住院使用應事前審查。 (2) 一年至多執行兩次，且間隔一個月以上。若一年執行超過兩次者，須事前審查。 (3) 限糖尿病共同照護網醫療機構申報，執行檢查人員和判讀醫師、營養師、衛教師必須參加過有關連續血糖監測之訓練課程。</p>		
--	--	--	---	--	--

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 (33001-33147、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
33074B	單純性血管整形術 P.T.A. (percutaneous transluminal angioplasty): simple		v	v	v	10800
33115B	複雜性血管整形術 P.T.A. (percutaneous transluminal angioplasty): complex 註： 1. 應有血管造影設備並報經保險人同意後實施。 2. <u>本項費用已</u> 包括選擇性血管造影 (Including selective angiography)。 3. 施行33074B或33115B「單純性/複雜性血管整形術」原則上應已含括33048B「四肢血管造影」及33062B「鎖骨下血管造影」(不得同時併報)，惟如因病情需要屬不同側時，得分別申報，其他特殊案例，則由專業審查認定。 4. 血管數計算方式： (1) 動脈： A. 上肢分為五部分(鎖骨下動脈、腋臂動脈、橈動脈、尺動脈、手部動脈)，每部分算同一條血管。 B. 下肢分六部分(腸骨動脈、股腘動脈、前脛動脈、後脛動脈、腓腸骨動脈、足部動脈)，每部分算同一條血管。 C. 動脈同一條血管內多處病灶，仍算同一條血管。 D. 33074B係指一條動脈血管之治療，33115B係指二條動脈血管(含)以上之治療。 (2) 靜脈： A. 上肢分為二部位(前臂上臂靜脈、鎖骨下及頭臂靜脈)。 B. 下肢分為二部位(小腿大腿靜脈、腸骨靜脈)。 C. 33074B係指一部位靜脈血管之治療，33115B係指二部位靜脈血管之治療。 (3) 血管吻合處同動脈段或靜脈段(如動靜脈瘻管)，仍算同一條血管。 (4) 若同時執行一條動脈及同一部位靜脈之血管整形術(非血管吻合處同動脈段或靜脈段)，以33115B申報。 5. 提升兒童加成項目。 6. <u>施行本項原則上應已含括33048B及33062B，相同部位不得同時申報33097B、33133B、33147B。</u>		v	v	v	20250
33133B	單純性周邊血管支架置放術 Stenting for <u>peripheral vessels, artery and vein: simple</u>		v	v	v	12948

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 (33001-33146、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
33074B	單純性血管整形術 P.T.A. (percutaneous transluminal angioplasty): simple		v	v	v	10800
33115B	複雜性血管整形術 P.T.A. (percutaneous transluminal angioplasty): complex 註： 1. 應有血管造影設備並報經保險人同意後實施。 2. 包括選擇性血管造影(Including selective angiography)。 3. 施行33074B或33115B「單純性/複雜性血管整形術」原則上應已含括33048B「四肢血管造影」及33062B「鎖骨下血管造影」(不得同時併報)，惟如因病情需要屬不同側時，得分別申報，其他特殊案例，則由專業審查認定。 4. 血管數計算方式： (1) 動脈： A. 上肢分為五部分(鎖骨下動脈、腋臂動脈、橈動脈、尺動脈、手部動脈)，每部分算同一條血管。 B. 下肢分六部分(腸骨動脈、股腘動脈、前脛動脈、後脛動脈、腓腸骨動脈、足部動脈)，每部分算同一條血管。 C. 動脈同一條血管內多處病灶，仍算同一條血管。 D. 33074B係指一條動脈血管之治療，33115B係指二條動脈血管(含)以上之治療。 (2) 靜脈： A. 上肢分為兩部位(前臂上臂靜脈、鎖骨下及頭臂靜脈)。 B. 下肢分為兩部位(小腿大腿靜脈、腸骨靜脈)。 C. 33074B係指一部位靜脈血管之治療，33115B係指二部位靜脈血管之治療。 (3) 血管吻合處同動脈段或靜脈段(如動靜脈瘻管)，仍算同一條血管。 (4) 若同時執行一條動脈及同一部位靜脈之血管整形術(非血管吻合處同動脈段或靜脈段)，以33115B申報。 5. 提升兒童加成項目。 6. 不得同時申報33097B。		v	v	v	20250

新增
33147B
「複雜性
周邊血管
支架置放
術」
(24,278
點)；修訂
33074B
「單純性
血管整形
術」等三
項診療項
目名稱或
支付規
範，及不
得同時申
報項目。

33147B	<u>複雜性周邊血管支架置放術</u> <u>Stenting for peripheral vessels, artery and vein : complex</u> 註： 1.應有血管造影設備並報經保險人同意後實施。 2.本項費用已包括選擇性血管造影 (Including selective angiography)、診斷性血管造影及當日術後追蹤造影。 3.如因病情需要屬不同側時，或屬同側之特殊案例，得分別申報，須於病歷註明原因，由專業審查認定。 4.血管數計算方式： (1)動脈： A.上肢分為四部分(鎖骨下動脈、腋臂動脈、橈動脈、尺動脈)，每部分算同一條血管。 B.下肢分六部分(腸骨動脈、股腓動脈、前脛動脈、後脛動脈、腓腸骨動脈、足部動脈)，每部分算同一條血管。 C.動脈同一條血管內多處病灶，仍算同一條血管。 D.33133B 係指一條動脈血管之治療，33147B 係指二條動脈血管以上之治療。 (2)靜脈： A.上肢分為三部位(上腔靜脈、鎖骨下靜脈、頭臂靜脈)。 B.下肢分為三部位(大腿靜脈、腸骨靜脈、下腔靜脈)。 C.33133B 係指一條靜脈血管之治療，33147B 係指二條靜脈血管以上之治療。 (3)排除洗腎瘻管。 (4)若同時執行一條動脈及同一部位靜脈之血管支架置放術(非血管吻合處同動脈段或靜脈段)，以「複雜性周邊血管支架置放術」申報。 5.施行本項原則上應已含括 33048B 及 33062B，相同部位不得同時申報 33097B、33074B、33115B。	v	v	v	24278	33133B	<u>腸骨動脈血管支架置放術</u> <u>Stenting for Iliac vessel</u> 註： (1)應有血管造影設備並報經保險人同意後實施。 (2)包括選擇性血管造影、診斷性血管造影及當日術後追蹤造影。	v	v	v	12948	
--------	--	---	---	---	-------	--------	---	---	---	---	-------	--

第四節 復健治療 Rehabilitation Therapy

第二項 物理治療 Physical Therapy (42001-42019)

通則：

- 一、執行本項各診療項目須符合下列條件：
 - (一)至少有復健科、神經科、骨科、神經外科、整型外科專科專任醫師、小兒神經次專科專任醫師(限醫院治療十八歲以下病人)或內科專科醫師具風濕病次專科專任醫師一名。
 - (二)前列內科專科醫師具風濕病次專科專任醫師資格者，除於無復健科醫師提供服務之偏遠地區執業者外，須曾接受風溼關節相關復健治療訓練課程三十二小時。
- 二、同時實施簡單治療項目及中度治療項目者，僅可申報一次中度治療；同時實施簡單治療項目、中度治療項目及複雜治療項目者，僅可申報一次複雜治療。
- 三、物理治療人員每日可申報上限為四十五人次。
 - (一)保險醫事服務機構物理治療每月可申報人次上限，以每月專任物理治療人員實際執行物理治療總日數乘以四十五。
 - (二)保險醫事服務機構應填報簡單、中度、複雜之治療申請件數、金額及專任物理治療人員實際執行物理治療總日數，其表格由保險人定之。
 - (三)物理治療案件申報超出上限之金額，計算公式如下：
 物理治療超次金額=【(總申報件數-每月申報上限件數)／總申報件數】×總申報金額。
 - (四)復健科專科醫師親自實施物理治療、職能治療或語言治療者，每日可申報上限為四十五人次，且其人次併入醫師門診合理量計算。
- 四、病人同一天限申報一次簡單治療、中度治療或複雜治療。
- 五、實施物理治療之適應症：

第四節 復健治療 Rehabilitation Therapy

第二項 物理治療 Physical Therapy (42001-42019)

通則：

- 一、執行本項各診療項目須符合下列條件：
 - (一)至少有復健科、神經科、骨科、神經外科、整型外科專科專任醫師或內科專科醫師具風濕病次專科專任醫師一名。
 - (二)前列內科專科醫師具風濕病次專科專任醫師資格者，除於無復健科醫師提供服務之偏遠地區執業者外，須曾接受風溼關節相關復健治療訓練課程三十二小時。
- 二、同時實施簡單治療項目及中度治療項目者，僅可申報一次中度治療；同時實施簡單治療項目、中度治療項目及複雜治療項目者，僅可申報一次複雜治療。
- 三、物理治療人員每日可申報上限為四十五人次。
 - (一)保險醫事服務機構物理治療每月可申報人次上限，以每月專任物理治療人員實際執行物理治療總日數乘以四十五。
 - (二)保險醫事服務機構應填報簡單、中度、複雜之治療申請件數、金額及專任物理治療人員實際執行物理治療總日數，其表格由保險人定之。
 - (三)物理治療案件申報超出上限之金額，計算公式如下：
 物理治療超次金額=【(總申報件數-每月申報上限件數)／總申報件數】×總申報金額。
 - (四)復健科專科醫師親自實施物理治療、職能治療或語言治療者，每日可申報上限為四十五人次，且其人次併入醫師門診合理量計算。
- 四、病患同一天限申報一次簡單治療、中度治療或複雜治療。
- 五、實施物理治療之適應症：

1.修訂物理治療及職能治療通則一增列「小兒神經次專科專任醫師」限醫院治療十八歲以下病人予以給付。
 2.酌修文字「病患」改為病人。

- (一)腦血管意外 (CVA) Cerebrovascular accidents
- (二)頸部症候群，合併手部感覺麻痺或無力 Cervical syndrome
- (三)下背症候群，合併腳部感覺麻痺或無力 Low back syndrome
- (四)脊索(髓)傷害 Spinal cord injury
- (五)截肢 Amputation
- (六)冷凍肩(五十肩) Frozen shoulder
- (七)顏面麻痺 Facial palsy
- (八)關節炎 Arthritis
- (九)骨折(癒後不良攣縮) Fractures
- (十)其他骨科疾病 Other orthopaedic disease
- (十一)扭傷與挫傷 Sprain & strain
- (十二)腦性麻痺 Cerebral palsy
- (十三)頭部外傷 Head injury
- (十四)脊髓灰質炎，小兒麻痺 Poliomyelitis
- (十五)周邊神經傷害(肌肉麻痺) Peripheral nerves injury
- (十六)其他神經疾病 Other neurological disease
- (十七)全人工膝(股)關節一換術後 Total hip & knee replacement
- (十八)胸腔復健 Chest rehabilitation
 - (1)胸腔手術前後 Pre & post chest operation
 - (2)慢性阻塞性肺疾病 COPD
- (十九)其他 Others

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

通則：

- 一、執行本項各診療項目須至少有復健科、神經科、骨科、神經外科、整型外科專科專任醫師、[小兒神經次專科專任醫師\(限醫院治療十八歲以下病人\)](#)一名。
- 二、實施職能治療之適應症，包括凡神經生理、骨骼肌肉、心肺循環等系統疾病或意外傷害經評估其關節活動度、肌力、感覺、平衡、認知性、知覺動作、功能性動作、協調度、及日常生活能力等需職能治療者。

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

第一項 處置費 Treatment

十一、呼吸治療處置 (57001-57034)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
57033B	脈動式或耳垂式血氧飽和監視器未滿二歲者—每次 Pulse or ear oximetry- time-under-2 years old		√	√	√	36
57034B	脈動式或耳垂式血氧飽和監視器未滿二歲者—一天 Pulse or ear oximetry- day-under 2 years old 註： 1.57033B 同日使用五次以上者，以57034B申報。 2.限於急診、新生兒中重度病房或加護病房申報。		√	√	√	430

- (一)腦血管意外 (CVA) Cerebrovascular accidents
- (二)頸部症候群，合併手部感覺麻痺或無力 Cervical syndrome
- (三)下背症候群，合併腳部感覺麻痺或無力 Low back syndrome
- (四)脊索(髓)傷害 Spinal cord injury
- (五)截肢 Amputation
- (六)冷凍肩(五十肩) Frozen shoulder
- (七)顏面麻痺 Facial palsy
- (八)關節炎 Arthritis
- (九)骨折(癒後不良攣縮) Fractures
- (十)其他骨科疾病 Other orthopaedic disease
- (十一)扭傷與挫傷 Sprain & strain
- (十二)腦性麻痺 Cerebral palsy
- (十三)頭部外傷 Head injury
- (十四)脊髓灰質炎，小兒麻痺 Poliomyelitis
- (十五)周邊神經傷害(肌肉麻痺) Peripheral nerves injury
- (十六)其他神經疾病 Other neurological disease
- (十七)全人工膝(股)關節一換術後 Total hip & knee replacement
- (十八)胸腔復健 Chest rehabilitation
 - (1)胸腔手術前後 Pre & post chest operation
 - (2)慢性阻塞性肺疾病 COPD
- (十九)其他 Others

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

通則：

- 一、執行本項各診療項目須至少有復健科、神經科、骨科、神經外科、整型外科專科專任醫師一名。
- 二、實施職能治療之適應症，包括凡神經生理、骨骼肌肉、心肺循環等系統疾病或意外傷害經評估其關節活動度、肌力、感覺、平衡、認知性、知覺動作、功能性動作、協調度、及日常生活能力等需職能治療者。

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

第一項 處置費 Treatment

十一、呼吸治療處置 (57001-57032)

新增
57033B/57034B「脈動式或耳垂式血氧飽和監視器未滿二歲者—每次/一天」(36點/430點)。

第七節 手術

第一項 皮膚 Integumentary System (62001-62075, 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
62073B	顯微血管游離瓣手術—穿通枝瓣移植 Microvascular free flap - perforator flap —單區塊組織瓣 one-perforator		√	√	√	47775
62074B	—雙區塊組織瓣 two-perforators		√	√	√	55237
62075B	—三區塊以上組織瓣 three-perforators and above		√	√	√	62698
	註： 1.適應症：因遺傳性缺損、腫瘤、外傷等因素，以致位於頭頸部、軀幹與四肢軟組織缺損需重建，且無法以縫合、植皮、局部皮瓣等方式重建之損傷，依供應皮瓣的血管分支數量計算區塊。 2.支付規範： (1)限整形外科、口腔顎面外科專科醫師，或具手外科訓練之骨科專科醫師、顯微重建訓練資格之耳鼻喉科專科醫師。 (2)須檢附手術中缺損照片、游離區塊瓣照片及術後縫合完成照片。 (3)不得與顯微游離皮瓣手術(62032B-62038B)合併申報為原則，若因病情需要，須於病歷上註明原因並加強審查。 (4)本項包含組織瓣之摘取及移植，申報時檢附手術紀錄備查。 3.單區塊組織瓣：一般材料費得另加計百分之二十三。 4.雙區塊組織瓣：一般材料費得另加計百分之二十。 5.三區塊以上組織瓣：一般材料費得另加計百分之十七。					

第五項 胸腔 Thoracic

二、食道 Esophagus (71201-71229)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
71213B	食道再造術 Esophageal reconstruction —以胃管重建 with gastric tube		√	√	√	49521
71220B	—以大腸重建 with colon		√	√	√	35926
71221B	—以小腸重建 with small intestine		√	√	√	39024
	註：執行「機械手臂輔助食道再造術—以大腸重建」、「機械手臂輔助食道再造術—以小腸重建」須符合下列規範： 1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範： (1)具有胸腔及心臟血管外科、胸腔外科專科醫師資格。 (2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。 (3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核					

第七節 手術

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

第五項 胸腔 Thoracic

二、食道 Esophagus (71201-71229)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
71213B	食道再造術 Esophageal reconstruction —以胃管重建 with gastric tube		√	√	√	49521
71220B	—以大腸重建 with colon		√	√	√	35926
71221B	—以小腸重建 with small intestine		√	√	√	39024

1.新增
62073B/62074B/62075B「顯微血管游離瓣手術—穿通枝瓣移植—單區塊/雙區塊/三區塊以上組織瓣」(47,775點/55,237點/62,698點)；修訂68040B「經導管主動脈瓣膜置換術」及71220B「食道再造術—以大腸重建」等四十六項機械手臂輔助手術得比照胸(腹)腔鏡手術費申報。
2.酌修文字「病患、患者」改為病人。

	定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，分別比照 71220B、71221B 併同 28014C「腹腔鏡檢查」申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。					
71227B	胸(腹)腔鏡食道胃管重建術 Thoracoscopic (Laparoscopic) esophageal reconstruction with gastric conduit 註：執行「機械手臂輔助食道胃管重建術」須符合下列規範： 1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範： (1)具有胸腔及心臟血管外科、胸腔外科專科醫師資格。 (2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。 (3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。	v	v	v	74282	
71224B	胸腔鏡食道切除術 Thoracoscopic Esophagectomy 註：執行「機械手臂輔助食道切除術」須符合下列規範： 1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範： (1)具有胸腔及心臟血管外科、胸腔外科專科醫師資格。 (2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。 (3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。	v	v	v	60155	

三、縱膈與橫膈膜 Mediasrinumand 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
70416B	胸腔鏡縱膈腔腫瘤切除術(小於五公分) Thorecoscopic Excision of Mediastinal Tumor (<5cm) 註：執行「機械手臂輔助縱膈腔腫瘤切除術(<5cm)」須符合下列規範： 1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範： (1)具有胸腔及心臟血管外科、胸腔外科專科醫師資格。	v	v	v		20457

71227B	胸(腹)腔鏡食道胃管重建術 Thoracoscopic (Laparoscopic) esophageal reconstruction with gastric conduit	v	v	v	74282	
71224B	胸腔鏡食道切除術 Thoracoscopic Esophagectomy	v	v	v	60155	

三、縱膈與橫膈膜 Mediasrinumand 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
70416B	胸腔鏡縱膈腔腫瘤切除術(小於五公分) Thorecoscopic Excision of Mediastinal Tumor (<5cm)	v	v	v		20457

	<p>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</p> <p>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</p> <p>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</p> <p>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理,比照本項申報,並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊,未上傳者本項不予支付;惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳,可檢具理由後補登錄。</p>								
70417B	<p>胸腔鏡縱膈腔腫瘤切除術(五公分以上) Thoreoscopic Excision of Mediastinal Tumor (≥5cm)</p> <p>註:執行「機械手臂輔助縱膈腔腫瘤切除術(≥5cm)」須符合下列規範:</p> <p>1.執行機械手臂輔助手術者,須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範:</p> <p>(1)具有胸腔及心臟血管外科、胸腔外科專科醫師資格。</p> <p>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</p> <p>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</p> <p>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</p> <p>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理,比照本項申報,並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊,未上傳者本項不予支付;惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳,可檢具理由後補登錄。</p>	v	v	v	23673				
70417B	<p>胸腔鏡縱膈腔腫瘤切除術(五公分以上) Thoreoscopic Excision of Mediastinal Tumor (≥5cm)</p>	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
68015B	<p>瓣膜成形術 Valvular and/or annuloplasty</p> <p>註:執行「機械手臂輔助瓣膜成形術」須符合下列規範:</p> <p>1.適應症:低風險之主動脈或二尖瓣病人,且 STS Score ≤ 3%。</p> <p>2.醫院條件:</p> <p>(1)專任之心臟外科醫師。</p> <p>(2)醫院每年需具五十例以上之瓣膜成形或置換之手術案例。</p> <p>3.醫師資格須符合下列所有規範:</p> <p>(1)胸腔及心臟血管外科之心臟外科專科醫師。</p> <p>(2)具有專科醫師五年以上資格。</p> <p>(3)具一百例以上二尖瓣瓣膜成形術(編號68015B)。</p> <p>(4)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</p> <p>(5)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</p> <p>4.執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請同意。</p> <p>5.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理,比照本項得加計百分之一</p>	v	v	v	46285	

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
68015B	瓣膜成形術 Valvular and/or annuloplasty	v	v	v	46285	

	<u>百三十申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u>								
68016B	主動脈瓣或二尖瓣或三尖瓣之置換手術 Single valve replacement 註：執行「機械手臂輔助主動脈瓣或二尖瓣或三尖瓣之置換手術」須符合下列規範： 1.適應症：低風險之二尖瓣及三尖瓣逆流病人，且STS Score ≤ 3%。 2.醫院條件： (1)專任之心臟外科醫師。 (2)醫院每年需具五十例以上之瓣膜成形或置換之手術案例。 3.醫師資格須符合下列所有規範： (1)胸腔及心臟血管外科之心臟外科專科醫師。 (2)具有專科醫師五年以上資格。 (3)具一百例以上主動脈瓣或二尖瓣置換術（編號68016B）。 (4)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。 (5)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 4.執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請同意。 5.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項得加計百分之一百三十申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。	v	v	v	52377				
68016B	主動脈瓣或二尖瓣或三尖瓣之置換手術 Single valve replacement	v	v	v	52377				
68020B	A.S.D.修補 Repair, atrial septal defect, secundum 註： 1.有（無）繞道之手術費用一致。 2.執行「機械手臂輔助心房中膈缺損修補術」須符合下列規範： (1)適應症： A.成人第二型心房中膈缺損且Qp/Qs > 1.5。 B.無不可逆肺動脈高壓。 (2)醫院條件： A.專任之心臟外科醫師。 B.醫院每年需具十例以上之心房或心室中膈缺損之手術案例。 (3)醫師資格須符合下列所有規範： A.胸腔及心臟血管外科之心臟外科專科醫師。 B.具有專科醫師五年以上資格。 C.具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。 D.前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 (4)執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請同意。 (5)其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項得加計百分之一百三十申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。	v	v	v	26388				
68020B	A.S.D.修補 Repair, atrial septal defect, secundum 註：有（無）繞道之手術費用一致。	v	v	v	26388				
68040B	經導管主動脈瓣膜置換術 Transcatheter Aortic Valve Implantation(TAVI) 註：	v	v	v	96975				

	<p>1. 適應症：</p> <p>(1)嚴重主動脈狹窄病人須全部具備下列四項條件：</p> <p>A. 有 New York Heart Association Function Class II-IV 之心衰竭症狀。</p> <p>B. 以心臟超音波測量主動脈開口面積 $<0.8\text{cm}^2$、$<0.6\text{cm}^2/\text{m}^2$、經主動脈瓣平均壓力差 $\geq 40\text{mmHg}$ 或主動脈瓣血流流速 $\geq 4.0\text{m/sec}$。</p> <p>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。</p> <p>D. 臨床判定病人至少有一年以上之存活機率。</p> <p>(2)嚴重主動脈人工生物瓣膜損壞病人，須全部具備下列四項必要條件：</p> <p>A. 有 New York Heart Association Function Class II-IV 之心衰竭症狀。</p> <p>B. 須具備以下條件之一：</p> <p>(a)狹窄以心臟超音波測量主動脈開口面積 $< 0.8 \text{ cm}^2$、$< 0.6\text{cm}^2/\text{m}^2$、經主動脈瓣平均壓力差 $\geq 40\text{mmHg}$ 或主動脈瓣血流流速 $\geq 4.0\text{m/sec}$。</p> <p>(b)返流的必要項目(不得加計瓣膜旁漏之返流量):寬或多重的都卜勒噴射返流，加上以下重度返流的測量之一：</p> <p>I. Vena contracta width $\geq 6\text{mm}$。</p> <p>II. Vena contracta area $\geq 30\text{mm}^2$。</p> <p>III. Jet width at origin $\geq 60\%$ of LOVT。</p> <p>IV. Holo-diastolic flow reversal in proximal descending aorta。</p> <p>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。</p> <p>D. 臨床判定病人至少有一年以上之存活機率。</p> <p>(3)上述二項適應症病人，須具備以下條件之一：</p> <p>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 $>20\%$。</p> <p>B. 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：</p> <p>(1)醫院條件</p> <p>A. 專任之心臟內科、心臟外科醫師。</p> <p>B. 醫院過去三年每年平均或近一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（含A型急性主動脈剝離）之手</p>		68040B	<p>經導管主動脈瓣膜置換術 Transcatheter Aortic Valve Implantation(TAVI)</p> <p>註：</p> <p>1. 適應症：<u>適用於嚴重主動脈狹窄病人，須同時具備以下二項條件。</u></p> <p>(1)<u>必要條件</u>，須全部具備下列四項條件：</p> <p>A. 有 New York Heart Association Function Class II-IV 之心衰竭症狀。</p> <p>B. 以心臟超音波測量主動脈開口面積 $<0.8\text{cm}^2$、$<0.6\text{cm}^2/\text{m}^2$、經主動脈瓣平均壓力差 $\geq 40\text{mmHg}$ 或主動脈瓣血流流速 $\geq 4.0\text{m/sec}$。</p> <p>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。</p> <p>D. 臨床判定病人至少有一年以上之存活機率。</p> <p>(2)須具備以下條件之一：</p> <p>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 $>20\%$。</p> <p>B. 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：</p> <p>(1)醫院條件</p> <p>A. 專任之心臟內科、心臟外科醫師。</p> <p>B. 醫院過去三年每年平均或近一年</p>	v	v	v	96975	
--	---	--	--------	---	---	---	---	-------	--

	<p>術案例。</p> <p>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。</p> <p>(2)醫師資格</p> <p>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。</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同意。</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監測等診療項目。</p> <p>4.一般材料費，得另加計百分之十一。</p> <p>5.需事前審查。</p>					<p>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(含A型急性主動脈剝離)之手術案例。</p> <p>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。</p> <p>(2)醫師資格</p> <p>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。</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同意。</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監測等診療項目。</p> <p>4.一般材料費，得另加計百分之十一。</p> <p>5.需事前審查。</p>				
68050B	<p>心房切割隔間之不整脈手術 Arrhythmia surgery via atriotomy 註： 1.適應症： (1)心房振顫有栓子之年輕病人不能口服抗凝劑者。 (2)瓣膜性心臟病病人同時伴有慢性心房振顫，尤其接受瓣成型術或組織瓣置換者。 (3)口服抗凝劑下尚再發血栓塞症者。 (4)冠心病手術同時併有持續性心房振顫者。 (5)對左心房衰竭選擇性手術能改變心臟功能者。 (6)對內科藥物及燒灼術無效之心房振顫者。 2.執行「機械手臂輔助心房切割隔間之不整脈手術」須符合下列規範： (1)適應症：低風險之心房顫動心臟病人，且 STS Score ≤ 3%。 (2)醫院條件： A.專任之心臟外科醫師。 B.醫院每年需具二十五例以上之心房切割隔間之不整脈手術之手術案例。 (3)醫師資格須符合下列所有規範： A.胸腔及心臟血管外科之心臟外科專科醫師。 B.具有專科醫師五年以上資格。 C.具五十例以上心房切割隔間之不整脈手術(編號68050B)。 D.具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。 E.前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 (4)執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請同意。 (5)其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項得加計百分之一百三十申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢</p>	v	v	v	27272	<p>68050B 心房切割隔間之不整脈手術 Arrhythmia surgery via atriotomy 註：適應症： (1)心房振顫有栓子之年輕病患不能口服抗凝劑者。 (2)瓣膜性心臟病患者同時伴有慢性心房振顫，尤其接受瓣成型術或組織瓣置換者。 (3)口服抗凝劑下尚再發血栓塞症者。 (4)冠心病手術同時併有持續性心房振顫者。 (5)對左心房衰竭選擇性手術能改變心臟功能者。 (6)對內科藥物及燒灼術無效之心房振顫者。</p>	v	v	v	27272

具理由後補登錄。

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
72054B	腹腔鏡胃部分切除術（潰瘍或腫瘤） Laparoscopic partial gastrectomy (ulcer or tumor) 註：執行「機械手臂輔助胃部分切除術」須符合下列規範： 1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範： (1)具有消化外科專科醫師資格。 (2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。 (3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。	v	v	v		22646
72055B	腹腔鏡胃空腸造口吻合術 Laparoscopic gastrojejunostomy 註：執行「機械手臂輔助胃空腸造口吻合術」須符合下列規範： 1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範： (1)具有消化外科專科醫師資格。 (2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。 (3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。	v	v	v		18125
72058B	腹腔鏡全胃切除-併淋巴清除及腸胃重建 Laparoscopic total gastrectomy with lymph node dissection,with reconstruction (any type) 註：執行「機械手臂輔助全胃切除-併淋巴清除及腸胃重建」須符合下列規範： 1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範： (1)具有消化外科專科醫師資格。 (2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格	v	v	v		70546

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
72054B	腹腔鏡胃部分切除術（潰瘍或腫瘤） Laparoscopic partial gastrectomy (ulcer or tumor)		v	v	v	22646
72055B	腹腔鏡胃空腸造口吻合術 Laparoscopic gastrojejunostomy		v	v	v	18125
72058B	腹腔鏡全胃切除-併淋巴清除及腸胃重建 Laparoscopic total gastrectomy with lymph node dissection,with reconstruction (any type)		v	v	v	70546

	<p>醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</p> <p>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</p> <p>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</p> <p>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理,比照本項申報,並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊,未上傳者本項不予支付;惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳,可檢具理由後補登錄。</p>									
72059B	<p>腹腔鏡次全胃切除-併淋巴清除及腸胃重建</p> <p>Laparoscopic subtotal gastrectomy with lymph node dissection,with reconstruction (any type)</p> <p>註:執行「機械手臂輔助次全胃切除-併淋巴清除及腸胃重建」須符合下列規範:</p> <p>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範:</p> <p>(1)具有消化外科專科醫師資格。</p> <p>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</p> <p>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</p> <p>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</p> <p>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理,比照本項申報,並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊,未上傳者本項不予支付;惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳,可檢具理由後補登錄。</p>	v	v	v	60163					
72048B	<p>腹腔鏡胃亞全切除術</p> <p>Laparoscopic subtotal gastrectomy</p> <p>註:執行「機械手臂輔助胃亞全切除術」須符合下列規範:</p> <p>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範:</p> <p>(1)具有消化外科專科醫師資格。</p> <p>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</p> <p>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</p> <p>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</p> <p>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理,比照本項申報,並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊,未上傳者本項不予支付;惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳,可檢具理由後補登錄。</p>	v	v	v	33357					
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紅素經內科治療後仍\geq7.5%、高血</p>	v	v	v	38360					
72059B	<p>腹腔鏡次全胃切除-併淋巴清除及腸胃重建</p> <p>Laparoscopic subtotal gastrectomy with lymph node dissection,with reconstruction (any type)</p>	v	v	v	60163					
72048B	<p>腹腔鏡胃亞全切除術</p> <p>Laparoscopic subtotal gastrectomy</p>	v	v	v	33357					
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紅素經內科治療後仍\geq7.5%、高血壓、呼吸中止症候群等。</p>	v	v	v	38360					

	<p>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> <p>4.執行「機械手臂輔助胃袖狀切除術」須符合下列規範： <u>(1)須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u> <u>A.具有消化外科專科醫師資格。</u> <u>B.具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u> <u>C.前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> <u>(2)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u> <u>(3)其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u></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>						
72052B	<p>腹腔鏡胃繞道手術 Laparoscopic Gastric Bypass</p> <p>註：</p> <p>1.適應症（須符合下列各項條件）： (1)身體質量指數BMI ≥ 37.5Kg/m²；BMI ≥ 32.5Kg/m²合併有高危險併發症，如：第二型糖尿病病人糖化血紅素經內科治療後仍 ≥ 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)年齡在二十歲以上至未滿六十六歲。 (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。</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>4.執行「機械手臂輔助胃繞道手術」須符合下列規範： <u>(1)須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u> <u>A.具有消化外科專科醫師資格。</u> <u>B.具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u> <u>C.前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u></p>	v	v	v	41697	72052B	<p>腹腔鏡胃繞道手術 Laparoscopic Gastric Bypass</p> <p>註：</p> <p>1.適應症（須符合下列各項條件）： (1)身體質量指數BMI ≥ 37.5Kg/m²；BMI ≥ 32.5Kg/m²合併有高危險併發症，如：第二型糖尿病病人糖化血紅素經內科治療後仍 ≥ 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)年齡在二十歲以上至未滿六十六歲。 (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。</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	

(2)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。					
(3)其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。					

五、腹壁 Abdominal Wall (75601-75625)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
75616B	腹腔鏡腹壁疝氣修補術 Laparoscopic Repair of ventral hernia — 併腸切除with bowel resection		v	v	v	29271
75617C	— 無腸切除without bowel resection 1.割口疝氣(Incisional hernia) 修補術比照。 2.執行「機械手臂輔助腹壁疝氣修補術-併腸切除」、「機械手臂輔助腹壁疝氣修補術-無腸切除」須符合下列規範： (1)須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範： A.具有外科、泌尿科專科醫師資格。 B.具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。 C.前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 (2)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 (3)其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，分別比照75616B、75617C申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。	v	v	v	v	23263
75621C	腹腔鏡腹壁疝氣修補術，嵌頓性—無腸切除 Laparoscopic Repair of ventral hernia incarceration-without bowel resection 註：執行「機械手臂輔助腹壁疝氣修補術，嵌頓性-無腸切除」須符合下列規範： 1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範： (1)具有外科、泌尿科專科醫師資格。 (2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。 (3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。	v	v	v	v	27644

--	--	--	--	--	--

五、腹壁 Abdominal Wall (75601-75625)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
75616B	腹腔鏡腹壁疝氣修補術 Laparoscopic Repair of ventral hernia — 併腸切除with bowel resection		v	v	v	29271
75617C	— 無腸切除without bowel resection 註：割口疝氣(Incisional hernia) 修補術比照。	v	v	v	v	23263
75621C	腹腔鏡腹壁疝氣修補術，嵌頓性—無腸切除 Laparoscopic Repair of ventral hernia incarceration-without bowel resection	v	v	v	v	27644

75622C	<p>腹腔鏡腹壁疝氣修補術，復發性－無腸切除 Laparoscopic Repair of ventral hernia recurrence-without bowel resection</p> <p>註：執行「機械手臂輔助腹壁疝氣修補術，復發性-無腸切除」須符合下列規範：</p> <p>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範： (1)具有外科、泌尿科專科醫師資格。 (2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。 (3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</p> <p>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</p> <p>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</p>	v	v	v	v	26597	75622C	<p>腹腔鏡腹壁疝氣修補術，復發性－無腸切除 Laparoscopic Repair of ventral hernia recurrence-without bowel resection</p>	v	v	v	v	26597
75618B 75619C	<p>腹腔鏡鼠蹊疝氣修補術 Laparoscopic Repair of inguinal hernia</p> <p>－ 併腸切除 with bowel resection － 無腸切除 without bowel resection</p> <p>註：執行「機械手臂輔助鼠蹊疝氣修補術-併腸切除」、「機械手臂輔助鼠蹊疝氣修補術-無腸切除」須符合下列規範：</p> <p>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範： (1)具有外科、泌尿科專科醫師資格。 (2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。 (3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</p> <p>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</p> <p>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，分別比照 75618B、75619C 申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</p>	v	v	v	v	22920 19987	75618B 75619C	<p>腹腔鏡鼠蹊疝氣修補術 Laparoscopic Repair of inguinal hernia</p> <p>－ 併腸切除 with bowel resection － 無腸切除 without bowel resection</p>	v	v	v	v	22920 19987

75623C	<p>腹腔鏡鼠蹊疝氣修補術，嵌頓性－無腸切除</p> <p>Laparoscopic Repair of inguinal hernia incarceration -without bowel resection</p> <p>註：執行「機械手臂輔助鼠蹊疝氣修補術，嵌頓性-無腸切除」須符合下列規範：</p> <p>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</p> <p>(1)具有外科、泌尿科專科醫師資格。</p> <p>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</p> <p>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</p> <p>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</p> <p>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</p>	v	v	v	v	21125	75623C	<p>腹腔鏡鼠蹊疝氣修補術，嵌頓性－無腸切除</p> <p>Laparoscopic Repair of inguinal hernia incarceration -without bowel resection</p>	v	v	v	v	21125	
75624C	<p>腹腔鏡鼠蹊疝氣修補術，復發性－無腸切除</p> <p>Laparoscopic Repair of inguinal hernia recurrence - without bowel resection</p> <p>註：執行「機械手臂輔助鼠蹊疝氣修補術，復發性-無腸切除」須符合下列規範：</p> <p>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</p> <p>(1)具有外科、泌尿科專科醫師資格。</p> <p>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</p> <p>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</p> <p>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</p> <p>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</p>	v	v	v	v	22239	75624C	<p>腹腔鏡鼠蹊疝氣修補術，復發性－無腸切除</p> <p>Laparoscopic Repair of inguinal hernia recurrence - without bowel resection</p>	v	v	v	v	22239	

第十項 大腸、直腸、肛門 (73001-73009、73011-73015、73017-73018、73020、73022、73026-73032、73037-73040、73042-73043、73045-73048、73051-73053、73056-73057、74201-74225、74401-74420)

註：本項編號 73001-73009，73020，73022，73030-73032，73037，73039，73043，73051-73053 與「第九項消化器 三、腸(除大腸、直腸外)」為共同項目。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
73057B	腹腔鏡左半結腸切除術 Laparoscopic left hemicolectomy 註：執行「機械手臂輔助左半結腸切除術」須符合下列規範： 1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範： (1)具有大腸直腸外科專科醫師資格。 (2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。 (3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。	v	v	v		46327
73045B	經腹腔鏡右側大腸切除術加吻合術 Laparoscopic right colectomy and anastomosis 註：執行「機械手臂輔助右側大腸切除術加吻合術」須符合下列規範： 1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範： (1)具有大腸直腸外科專科醫師資格。 (2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。 (3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。	v	v	v		40409
	經腹腔鏡乙狀結腸切除術加吻合術					

第十項 大腸、直腸、肛門 (73001-73009、73011-73015、73017-73018、73020、73022、73026-73032、73037-73040、73042-73043、73045-73048、73051-73053、73056-73057、74201-74225、74401-74420)

註：本項編號 73001-73009，73020，73022，73030-73032，73037，73039，73043，73051-73053 與「第九項消化器 三、腸(除大腸、直腸外)」為共同項目。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
73057B	腹腔鏡左半結腸切除術 Laparoscopic left hemicolectomy	v	v	v		46327
73045B	經腹腔鏡右側大腸切除術加吻合術 Laparoscopic right colectomy and anastomosis	v	v	v		40409
	經腹腔鏡乙狀結腸切除術加吻合術					

73046B	Laparoscopic Anterior resection and anastomosis (sigmoid colon resection) — 良性 benign	v	v	v	30394	73046B	Laparoscopic Anterior resection and anastomosis (sigmoid colon resection) — 良性 benign	v	v	v	30394
73048B	— 惡性 malignant 註：執行「機械手臂輔助乙狀結腸切除術加吻合術-良性」、「機械手臂輔助乙狀結腸切除術加吻合術-惡性」須符合下列規範： 1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範： (1)具有大腸直腸外科專科醫師資格。 (2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。 (3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，分別比照 73046B、73048B 申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。	v	v	v	38097	73048B	— 惡性 malignant	v	v	v	38097
74224B	腹腔鏡腹部會陰聯合切除術 Laparoscopic combined abdominoperineal resection 註：執行「機械手臂輔助直腸癌腹部會陰聯合切除術」須符合下列規範： 1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範： (1)具有大腸直腸外科專科醫師資格。 (2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。 (3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。	v	v	v	58927	74224B	腹腔鏡腹部會陰聯合切除術 Laparoscopic combined abdominoperineal resection	v	v	v	58927

第十一項 肝、膽、胰 (75001-75034、75201-75222、75401-75430)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
75219B	腹腔鏡總膽管空腸吻合術 Laparoscopic choledochojejunostomy 註：執行「機械手臂輔助總膽管空腸吻合術」須符合下列規範： 1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範： (1)具有外科、消化外科專科醫師資格。 (2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。 (3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報	v	v	v		27927

第十一項 肝、膽、胰 (75001-75034、75201-75222、75401-75430)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
75219B	腹腔鏡總膽管空腸吻合術 Laparoscopic choledochojejunostomy	v	v	v		27927

	在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。					
75218B	<p>腹腔鏡膽管截石術 Laparoscopic choledocholithotripsy</p> <p>註： 1.經 T-tube 者比照申報。 2.執行「機械手臂輔助膽管截石術」須符合下列規範： (1)須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範： A.具有外科、消化外科專科醫師資格。 B.具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。 C.前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 (2)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 (3)其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</p>	v	v	v	24586	

75218B	<p>腹腔鏡膽管截石術 Laparoscopic choledocholithotripsy</p> <p>註：經T-tube者比照申報。</p>	v	v	v	24586	

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
76037B	<p>腹腔鏡根治性腎切除術 Laparoscopic radical nephrectomy</p> <p>註：執行「機械手臂輔助根治性腎切除術」須符合下列規範： 1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範： (1)具有泌尿科專科醫師資格。 (2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。 (3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</p>	v	v	v		46385
76030B	<p>(後)腹腔鏡腎臟輸尿管切除術 (Retroperitoneoscopy) Laparoscopy,Nephroureterectomy</p> <p>註：執行「機械手臂輔助腎臟輸尿管切除術」須符合下列規範： 1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範： (1)具有泌尿科專科醫師資格。 (2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。 (3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書</p>	v	v	v		35790

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
76037B	<p>腹腔鏡根治性腎切除術 Laparoscopic radical nephrectomy</p>		v	v	v	46385
76030B	<p>(後)腹腔鏡腎臟輸尿管切除術 (Retroperitoneoscopy) Laparoscopy,Nephroureterectomy</p>		v	v	v	35790

<p>書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</p> <p>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</p> <p>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</p>					
--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

三、膀胱 Bladder (78001-78051)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
78050B	<p>腹腔鏡膀胱全切除術合併骨盆腔淋巴切除術合併正位新膀胱重建</p> <p>Laparoscopic Cystectomy with pelvis LND with orthotopic neo-bladder reconstruction</p> <p>註：執行「機械手臂輔助膀胱全切除術合併骨盆腔淋巴切除術合併正位新膀胱重建」須符合下列規範：</p> <p>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</p> <p>(1)具有泌尿科專科醫師資格。</p> <p>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</p> <p>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</p> <p>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</p> <p>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</p>	v	v	v		65785
78051B	<p>腹腔鏡膀胱全切除術及骨盆腔淋巴切除術合併雙側輸尿管迴腸經皮分流術</p> <p>Laparoscopic radical cystectomy with pelvis LND with ileal conduit</p> <p>註：執行「機械手臂輔助膀胱全切除術及骨盆腔淋巴切除術合併雙側輸尿管迴腸經皮分流術」須符合下列規範：</p> <p>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</p> <p>(1)具有泌尿科專科醫師資格。</p> <p>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</p> <p>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</p> <p>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</p> <p>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</p>	v	v	v		65785

第十三項 女性生殖
三、陰道 Vagina (80001-80038)

三、膀胱 Bladder (78001-78051)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
78050B	<p>腹腔鏡膀胱全切除術合併骨盆腔淋巴切除術合併正位新膀胱重建</p> <p>Laparoscopic Cystectomy with pelvis LND with orthotopic neo-bladder reconstruction</p>		v	v	v	65785
78051B	<p>腹腔鏡膀胱全切除術及骨盆腔淋巴切除術合併雙側輸尿管迴腸經皮分流術</p> <p>Laparoscopic radical cystectomy with pelvis LND with ileal conduit</p>		v	v	v	65785

第十三項 女性生殖
三、陰道 Vagina (80001-80038)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
80031C	<p>腹腔鏡式骨盆腔子宮內膜異位症電燒及切除 — 重度：子宮內膜異位症分級指數大於四十分。</p> <p>Laparoscopic fulguration or excision of pelvic endometriosis — Severe</p> <p>註：</p> <p>1.子宮內膜異位症分級指數依照美國不孕症醫學會一九八五年之分級標準。</p> <p>2.執行「機械手臂輔助骨盆腔子宮內膜異位症切除術(重度)」須符合下列規範： <u>(1)須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u> <u>A.具有婦產科專科醫師資格。</u> <u>B.具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u> <u>C.前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> <u>(2)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u> <u>(3)其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u></p>	v	v	v	v	18507
80025B	<p>腹腔鏡陰道懸吊術</p> <p>Laparoscopic colpopexy</p> <p>註：執行「機械手臂輔助陰道懸吊術」須符合下列規範： <u>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u> <u>(1)具有婦產科、泌尿科專科醫師資格。</u> <u>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u> <u>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> <u>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u> <u>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u></p>	v	v	v		15801

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
80031C	<p>腹腔鏡式骨盆腔子宮內膜異位症電燒及切除 — 重度：子宮內膜異位症分級指數大於四十分。</p> <p>Laparoscopic fulguration or excision of pelvic endometriosis — Severe</p> <p>註：子宮內膜異位症分級指數依照美國不孕症醫學會一九八五年之分級標準。</p>	v	v	v	v	18507
80025B	<p>腹腔鏡陰道懸吊術</p> <p>Laparoscopic colpopexy</p>	v	v	v		15801

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	編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
80429B	腹腔鏡子宮頸癌全子宮根除術 Laparoscopic radical hysterectomy for cervical cancer 註： 1. 不含淋巴結切除。 2. 執行「機械手臂輔助子宮頸癌全子宮根除術」須符合下列規範： (1) 須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範： A. 具有婦產科專科醫師資格。 B. 具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。 C. 前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 (2) 執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 (3) 其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。	v	v	v		48183	80429B	腹腔鏡子宮頸癌全子宮根除術 Laparoscopic radical hysterectomy for cervical cancer 註：不含淋巴結切除。	v	v	v		48183
80416B	腹腔鏡全子宮切除術 Laparoscopic hysterectomy 註： 1. 不得同時申報80430B。 2. 執行「機械手臂輔助全子宮切除術」須符合下列規範： (1) 須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範： A. 具有婦產科專科醫師資格。 B. 具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。 C. 前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 (2) 執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 (3) 其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。	v	v	v		29753	80416B	腹腔鏡全子宮切除術 Laparoscopic hysterectomy 註：不得同時申報80430B。	v	v	v		29753
80424B	腹腔鏡式婦癌分期手術 Laparoscopic gynecologic oncology staging surgery 註：執行「機械手臂輔助婦癌分期手術」須符合下列規範： 1. 須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範： (1) 具有婦產科專科醫師資格。 (2) 具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。 (3) 前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 2. 執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3. 其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。	v	v	v		46270	80424B	腹腔鏡式婦癌分期手術 Laparoscopic gynecologic oncology staging surgery	v	v	v		46270

80425C	<p>腹腔鏡子宮肌瘤切除術 Laparoscopic myomectomy</p> <p>註： 1.不得同時申報80430B。 2.執行「機械手臂輔助子宮肌瘤切除術」須符合下列規範： (1)須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範： A.具有婦產科專科醫師資格。 B.具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。 C.前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 (2)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 (3)其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</p>	v	v	v	v	25907
80430B	<p>腹腔鏡次全子宮切除術 Laparoscopic subtotal hysterectomy</p> <p>註： 1.適應症： (1)子宮體之良性腫瘤/疾病(例如子宮肌瘤、子宮肌腺症或其他良性疾病)所引起之腹痛、異常出血、貧血或骨盆壓迫等症狀。 (2)執行子宮脫垂行經腹腔鏡陰道懸吊手術時，依病情需要同時併行本項，本項不得單獨為子宮脫垂之手術。 2.禁忌症：子宮頸惡性腫瘤、子宮體惡性腫瘤、子宮頸異常增生。 3.不得併報項目：全子宮切除術(80403B、80421B、80416B)、子宮肌瘤切除術(80402C、80420C、80415C、80425C)、次全子宮切除術(80404C)。 4.執行「機械手臂輔助次全子宮切除術」須符合下列規範： (1)須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範： A.具有婦產科專科醫師資格。 B.具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。 C.前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 (2)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 (3)其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</p>	v	v	v	25885	
80425C	<p>腹腔鏡子宮肌瘤切除術 Laparoscopic myomectomy</p> <p>註：不得同時申報80430B。</p>	v	v	v	v	25907
80430B	<p>腹腔鏡次全子宮切除術 Laparoscopic subtotal hysterectomy</p> <p>註： 1.適應症： (1)子宮體之良性腫瘤/疾病(例如子宮肌瘤、子宮肌腺症或其他良性疾病)所引起之腹痛、異常出血、貧血或骨盆壓迫等症狀。 (2)執行子宮脫垂行經腹腔鏡陰道懸吊手術時，依病情需要同時併行本項，本項不得單獨為子宮脫垂之手術。 2.禁忌症：子宮頸惡性腫瘤、子宮體惡性腫瘤、子宮頸異常增生。 3.不得併報項目：全子宮切除術(80403B、80421B、80416B)、子宮肌瘤切除術(80402C、80420C、80415C、80425C)、次全子宮切除術(80404C)。</p>	v	v	v	25885	

第三部 牙醫

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

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
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、90088C、91088C、92088C、 <u>P3601C</u> 除外)。	v	v	v	v	800

附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則

一、實施範圍定義：

(一)醫療費用

- 申報之總醫療費用點數(含部分負擔)。
- 下列項目費用，不列入計算：
 - (1)週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。
 - (2)支付標準適用地區以上醫院之表別(A、B表)項目。
 - (3)案件分類為14、16等專款專用之試辦計畫項目。
 - (4)案件分類為19—牙周病統合治療第一階段支付(91021C)、牙周病統合治療第二階段支付(91022C)、牙周病統合治療第三階段支付(91023C)。
 - (5)案件分類為19—特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。
 - (6)案件分類為19—特殊治療項目代號為「JA」或「JB」全

第三部 牙醫

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

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
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、90088C、91088C、92088C除外)。	v	v	v	v	800

附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則

一、實施範圍定義：

(一)醫療費用

- 申報之總醫療費用點數(含部分負擔)。
- 下列項目費用，不列入計算：
 - (1)週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。
 - (2)支付標準適用地區以上醫院之表別(A、B表)項目。
 - (3)案件分類為14、16等專款專用之試辦計畫項目。
 - (4)案件分類為19—牙周病統合治療第一階段支付(91021C)、牙周病統合治療第二階段支付(91022C)、牙周病統合治療第三階段支付(91023C)。
 - (5)案件分類為19—特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。
 - (6)案件分類為19—特殊治療項目代號為「JA」或「JB」全

1.第四節 口腔顎面外科：修訂 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」不得同時合併申報之除外項目。
2.附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則：增列不列入牙醫相對合理門診點數計算之診療項目。

民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫。

- (7)案件分類為A3—牙齒預防保健案件。
- (8)案件分類為B6—職災代辦案件。
- (9)案件分類為19—定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92090C)、非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92091C)。
- (10)案件分類為19—口腔黏膜難症特別處置(92073C)。
- (11)案件分類為B7—行政協助門診戒菸部分。
- (12)加成之點數。
- (13)初診診察費差額。
- (14)加強感染管制實施方案診察費差額。
- (15)山地離島診察費差額。
- (16)牙醫急診診察費差額。
- (17)特定牙周保存治療(91015C、91016C、91091C)、牙周病支持性治療(91018C)。
- (18)糖尿病病人牙結石清除-全口(91089C)。

- (19)唾液腺摘取術(每部位)(92161B)、超音波根管沖洗(P7303C)。
- (20)青少年齲齒控制照護處置(P7101C)、青少年齲齒氟化物治療(P7102C)。

(21)特定疾病病人牙科就醫安全(P3601C)。

(22)高風險疾病口腔照護計畫：

- A.高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)。
- B.齲齒經驗之高風險病人氟化物治療(P7302C)。
- C.高風險疾病病人複雜性複合體充填診療項目(89204C、89205C、89208C、89209C、89210C、89212C、89214C、89215C)每項支付點數差額400點。

(二)適用鄉鎮：

- 1.臺北市、原臺灣省轄內之臺中市、原直轄市之高雄市(不含旗津區)。
- 2.該鄉鎮市區(縣轄市)戶籍人口數大於十萬且人口密度大於四千人/平方公里。
- 3.保險人每年依上開條件公告適用鄉鎮(區)名單。

註：

- 1.臺北市【松山區、信義區、大安區、中山區、中正區、大同區、萬華區、文山區、南港區、內湖區、士林區、北投區】
- 2.臺中市【中區、東區、南區、西區、北區、西屯區、南屯區、北屯區】
- 3.高雄市【楠梓區、左營區、鼓山區、三民區、苓雅區、新興區、前金區、鹽埕區、前鎮區、小港區】
- 4.鄉鎮市區人口數以內政部統計為準。

(三)前述適用鄉鎮牙醫師如有以下各項情形之一，不適用本原則之折付方式：

- 1.該分區已結算之最近四季浮動點值之平均值超過 1.05 元，則該年度該分區專任牙醫師不適用本原則之折付。
- 2.專科醫師。
- 3.該鄉鎮市區只有一位之專任牙醫師。
- 4.除第 1 項至第 3 項所列以外之山地離島地區牙醫師如有特殊情況，得向總額受託單位提出申請，並經牙醫門診總額研商議事會議同意者。

註：(三)第 2 項專科醫師，係中華民國牙醫師公會全國聯合會按季提供之轉診加成醫師名單之醫師；牙醫師以同期保險人醫院及基層院所牙醫師數統計為準；第 1 項、第 3 項每年公告一次名單。

二、折付方式：以醫師為單位計算各院所各醫師合計折付點數上限，並與院所審查核付點數比較，計算實際核付點數

(一)先計算每位醫師每月申報醫療費用(=申報總醫療點數(含部分負擔)-排除項目費用點數)，點數在五十五萬點以下時維持原費用點數，超過五十五萬點時，則按下列分級予以折付：在五十五-六十五萬點部分乘以0.78，在六十五-七十五萬點部分乘以0.39，在七十五萬點以上部分乘以0.10之方式，計算當月該醫師折付上限總點數。

民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫。

- (7)案件分類為A3—牙齒預防保健案件。
- (8)案件分類為B6—職災代辦案件。
- (9)案件分類為19—定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92090C)、非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92091C)。
- (10)案件分類為19—口腔黏膜難症特別處置(92073C)。
- (11)案件分類為B7—行政協助門診戒菸部分。
- (12)加成之點數。
- (13)初診診察費差額。
- (14)加強感染管制實施方案診察費差額。
- (15)山地離島診察費差額。
- (16)牙醫急診診察費差額。
- (17)特定牙周保存治療(91015C、91016C、91091C)、牙周病支持性治療(91018C)。
- (18)糖尿病病人牙結石清除-全口(91089C)、高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)。

- (19)唾液腺摘取術(每部位)(92161B)、超音波根管沖洗(P7303C)。

- (20)青少年齲齒控制照護處置(P7101C)、青少年齲齒氟化物治療(P7102C)。

(21)齲齒經驗之高風險病人氟化物治療(P7302C)。

(二)適用鄉鎮：

- 1.臺北市、原臺灣省轄內之臺中市、原直轄市之高雄市(不含旗津區)。
- 2.該鄉鎮市區(縣轄市)戶籍人口數大於十萬且人口密度大於四千人/平方公里。
- 3.保險人每年依上開條件公告適用鄉鎮(區)名單。

註：

- 1.臺北市【松山區、信義區、大安區、中山區、中正區、大同區、萬華區、文山區、南港區、內湖區、士林區、北投區】
- 2.臺中市【中區、東區、南區、西區、北區、西屯區、南屯區、北屯區】
- 3.高雄市【楠梓區、左營區、鼓山區、三民區、苓雅區、新興區、前金區、鹽埕區、前鎮區、小港區】
- 4.鄉鎮市區人口數以內政部統計為準。

(三)前述適用鄉鎮牙醫師如有以下各項情形之一，不適用本原則之折付方式：

- 1.該分區已結算之最近四季浮動點值之平均值超過 1.05 元，則該年度該分區專任牙醫師不適用本原則之折付。
- 2.專科醫師。
- 3.該鄉鎮市區只有一位之專任牙醫師。
- 4.除第 1 項至第 3 項所列以外之山地離島地區牙醫師如有特殊情況，得向總額受託單位提出申請，並經牙醫門診總額研商議事會議同意者。

註：(三)第 2 項專科醫師，係中華民國牙醫師公會全國聯合會按季提供之轉診加成醫師名單之醫師；牙醫師以同期保險人醫院及基層院所牙醫師數統計為準；第 1 項、第 3 項每年公告一次名單。

二、折付方式：以醫師為單位計算各院所各醫師合計折付點數上限，並與院所審查核付點數比較，計算實際核付點數

(一)先計算每位醫師每月申報醫療費用(=申報總醫療點數(含部分負擔)-排除項目費用點數)，點數在五十五萬點以下時維持原費用點數，超過五十五萬點時，則按下列分級予以折付：在五十五-六十五萬點部分乘以0.78，在六十五-七十五萬點部分乘以0.39，在七十五萬點以上部分乘以0.10之方式，計算當月該醫師折付上限總點數。

<p>註 1：各醫師每月申報費用之計算，係於每月底針對已受理並完成轉檔之資料，啟動全國醫師別總費用歸戶，將各院所申報上月費用及當月補送上月以前之補報費用中該醫師申報之點數加計。因故上月執業費用於次月以後申報者(限發生年月費用未曾申報者)，追溯計算費用發生年月該醫師於其他院所執業費用之點數，並按規定加計折算費用，原已完成歸戶計算費用之院所則不予追扣或補付費用。</p> <p>註 2：全國醫師別總費用歸戶後，申報醫師 ID 檢核錯誤及醫師以 A 報 B 者均不予支付，且不得申復，但重大行政或系統問題所致者，由保險人衡酌處理，且同院所一年不得超過一次。</p> <p>(二)前開醫師折付上限總點數，按該醫師在多處院所申報醫療費用比例，計算該醫師在某院所之折付上限點數。</p> <p>(三)計算各院所各醫師合計折付點數上限(=所有醫師折付上限點數合計+排除項目費用點數)。嗣後，該院所審查核付點數如大於折付點數上限，按折付點數上限核給費用；如小於折付點數上限，則按核付點數核給費用。</p> <p>三、核付院所費用後，若有申復，致使審查補付點數加原核定點數大於折付點數上限時，以折付點數上限為給付限額。</p>	<p>註 1：各醫師每月申報費用之計算，係於每月底針對已受理並完成轉檔之資料，啟動全國醫師別總費用歸戶，將各院所申報上月費用及當月補送上月以前之補報費用中該醫師申報之點數加計。因故上月執業費用於次月以後申報者(限發生年月費用未曾申報者)，追溯計算費用發生年月該醫師於其他院所執業費用之點數，並按規定加計折算費用，原已完成歸戶計算費用之院所則不予追扣或補付費用。</p> <p>註 2：全國醫師別總費用歸戶後，申報醫師 ID 檢核錯誤及醫師以 A 報 B 者均不予支付，且不得申復，但重大行政或系統問題所致者，由保險人衡酌處理，且同院所一年不得超過一次。</p> <p>(二)前開醫師折付上限總點數，按該醫師在多處院所申報醫療費用比例，計算該醫師在某院所之折付上限點數。</p> <p>(三)計算各院所各醫師合計折付點數上限(=所有醫師折付上限點數合計+排除項目費用點數)。嗣後，該院所審查核付點數如大於折付點數上限，按折付點數上限核給費用；如小於折付點數上限，則按核付點數核給費用。</p> <p>三、核付院所費用後，若有申復，致使審查補付點數加原核定點數大於折付點數上限時，以折付點數上限為給付限額。</p>	
---	---	--

第四部 中 醫
第五章 傷科治療處置費

- 通則：
- 一、限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。
 - 二、本章治療處置費用均內含材料費。
 - 三、複雜性傷科之審查：
 - (一)病歷記載應依規定書寫，脫白病人需檢附影像紀錄(照相或錄影，含術前、術中、術後)、骨折病人需檢附術前影像紀錄(照相或錄影)及術後 X 光紀錄。
 - (二)抽審病歷視醫療院所與前一年申報附表 4.4.2、附表 4.5.1 至表 4.5.4 所列疾病與去年同期相較之成長率，必要時得予全審。
 - 四、未滿七歲兒童執行傷科治療處置得同時申報 E90，同一療程以申報一次為限。

五、標準作業程序：

- (一)診斷 (四診八綱辨證、理學檢查或症狀描述)。
- (二)傷科處置：傷科手法〔理筋手法(推、拿、揉、滾、按及其他方式)、正骨八法(摸、接、端、提、按、摩、推、拿及其他方式)]、冰敷、熱敷、藥布、外敷、固定、拔罐及其他各類傷科處置。

編號	診療項目	支付點數
E01	一般傷科	227
E02	一另開內服藥 一未開內服藥	227
	註： 適應症 (1)急慢性扭、挫、瘀傷：踝扭傷、腰扭傷、頸部扭傷等。 (2)肌腱炎：網球肘、棒球肩、腕部橈側腱鞘炎等。 (3)關節病變：類風濕性關節炎、退化性關節炎、僵直性關節炎、痛風、冰凍肩(凝肩)等。	

第四部 中 醫
第五章 傷科治療處置費

- 通則：
- 一、限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。
 - 二、本章治療處置費用均內含材料費。
 - 三、複雜性傷科之審查：
 - (一)病歷記載應依規定書寫，脫白患者需檢附影像紀錄(照相或錄影，含術前、術中、術後)、骨折患者需檢附術前影像紀錄(照相或錄影)及術後 X 光紀錄。
 - (二)抽審病歷視醫療院所與前一年申報附表 4.4.2、附表 4.5.1 至表 4.5.4 所列疾病與去年同期相較之成長率，必要時得予全審。
 - 四、未滿七歲兒童執行傷科治療處置得同時申報 E90，同一療程以申報一次為限。

編號	診療項目	支付點數
E01	一般傷科	227
E02	一另開內服藥 一未開內服藥	227
	註： <u>1.標準作業程序</u> <u>(1)四診八綱辨證(含理學檢查)。</u> <u>(2)診斷。</u> <u>(3)傷科處置：傷科手法〔理筋手法(推、拿、揉、滾、按及其他方式)、正骨八法(摸、接、端、提、按、摩、推、拿及其他方式)]、冰敷、熱敷、藥布、外敷、固定及其他各類傷科處置。</u> <u>2.適應症</u> (1)急慢性扭、挫、瘀傷：踝扭傷、腰扭傷、頸部扭傷等。 (2)肌腱炎：網球肘、棒球肩、腕部橈側腱鞘炎等。 (3)關節病變：類風濕性關節炎、退化性關節炎、僵直性關節炎、痛風、冰凍肩(凝肩)等。	

修訂
E01/E02
「一般傷科」支付規範之「標準作業程序」移列至本章通則五，另將「拔罐」納入前述作業程序傷科處置。
2.酌修文字「患者」改為病人。

第八章 特定疾病門診加強照護

通則：

一、個案適用範圍：

- (一)小兒氣喘疾病門診加強照護：年齡未滿十三歲之氣喘疾病(ICD-10:J45)者，並於病歷中檢附西醫診斷證明或肺功能檢查報告。
- (二)小兒腦性麻痺疾病門診加強照護：年齡未滿十三歲之腦性麻痺疾病(ICD-10-CM:G80)者。
- (三)腦血管疾病(ICD-10-CM:G45.0-G46.8、I60-I69、[P91.821](#)、[P91.822](#)、[P91.823](#)、[P91.829](#))、顱腦損傷(ICD-10-CM:S02.1-S02.4、S02.6-S02.9、S06.0-S06.9)及脊髓損傷(ICD-10-CM:S14.0-S14.1、S24.0-S24.1、S34.0-S34.1)疾病門診加強照護：自診斷日起二年內者。

二、醫事服務機構及醫事人員均須符合下列條件始得申報本章費用：

- (一)中醫師需接受中醫全聯會辦理之「小兒氣喘疾病門診加強照護」、「小兒腦性麻痺疾病門診加強照護」及「腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷門診加強照護」課程各八小時，並由中醫全聯會於每季季底函送符合教育時數之中醫師新增名單給保險人登錄備查。
- (二)申報本章之中醫醫事服務機構及醫事人員，須最近二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一者，前述違規期間之認定，自保險人第一次發函處分停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

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

四、看診醫師應對當次看診**病人**提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，並以標準作業流程與處置完成診療(詳附表 4.8.1)。

五、特定疾病門診加強照護不列入診察費及處置費合理量計算。

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

七、病人經加強照護病程穩定後，應教育病人自我照護，改按一般服務提供醫療照護；(1)小兒氣喘疾病門診加強照護穩定之指標詳附表 4.8.2 說明。(2)腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷門診以巴氏量表測量連續二季未改善之**病人**應改按一般服務提供服務。

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

附表 4.4.1 中度複雜性針灸適應症

ICD-10-CM	中文病名
G43	偏頭痛
G50	三叉神經疾患
G51	顏面神經疾患
G52	其他腦神經疾患
G54	神經根及神經叢疾患
G90	自主神經系統疾患
G61	發炎性多發神經病變
G62	其他及為明示之多發神經病變
G63	歸類於他處疾病所致之多發神經病變

第八章 特定疾病門診加強照護

通則：

一、個案適用範圍：

- (一)小兒氣喘疾病門診加強照護：年齡未滿十三歲之氣喘疾病(ICD-10:J45)者，並於病歷中檢附西醫診斷證明或肺功能檢查報告。
- (二)小兒腦性麻痺疾病門診加強照護：年齡未滿十三歲之腦性麻痺疾病(ICD-10-CM:G80)者。
- (三)腦血管疾病(ICD-10-CM:G45.0-G46.8、I60-I69)、顱腦損傷(ICD-10-CM:S02.1-S02.4、S02.6-S02.9、S06.0-S06.9)及脊髓損傷(ICD-10-CM:S14.0-S14.1、S24.0-S24.1、S34.0-S34.1)疾病門診加強照護：自診斷日起二年內者。

二、醫事服務機構及醫事人員均須符合下列條件始得申報本章費用：

- (一)中醫師需接受中醫全聯會辦理之「小兒氣喘疾病門診加強照護」、「小兒腦性麻痺疾病門診加強照護」及「腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷門診加強照護」課程各八小時，並由中醫全聯會於每季季底函送符合教育時數之中醫師新增名單給保險人登錄備查。
- (二)申報本章之中醫醫事服務機構及醫事人員，須最近二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一者，前述違規期間之認定，自保險人第一次發函處分停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

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

四、看診醫師應對當次看診患者提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，並以標準作業流程與處置完成診療。(詳附表 4.8.1)

五、特定疾病門診加強照護不列入診察費及處置費合理量計算。

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

七、病人經加強照護病程穩定後，應教育病人自我照護，改按一般服務提供醫療照護；(1)小兒氣喘疾病門診加強照護穩定之指標詳附表 4.8.2 說明。(2)腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷門診以巴氏量表測量連續二季未改善之患者應改按一般服務提供服務。

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

附表 4.4.1 中度複雜性針灸適應症

ICD-10-CM	中文病名
G43	偏頭痛
G50	三叉神經疾患
G51	顏面神經疾患
G52	其他腦神經疾患
G90	自主神經系統疾患
G54	神經根及神經叢疾患
G61	發炎性多發神經病變
G62	其他及為明示之多發神經病變
G63	歸類於他處疾病所致之多發神經病變

通則一
(三)及附表增修五十一項 ICD-10-CM 代碼。
2.酌修文字「患者」改為病人

G65	發炎性及毒性多發神經病變後遺症
M13.0	多發性關節炎
M15	多關節病症
M20	手指及(足)趾後天性變形
M21	其他後天性肢體變形
M66	滑膜及肌腱自發性破裂
H02	眼瞼其他疾患
H04	淚道系統之疾患
H05、L03.213	眼窩疾患
H52	屈光及調節作用疾患
H10	結膜炎
H20	虹膜睫狀體炎
H25	老年性白內障
H26	其他白內障

附表 4.4.2 特殊疾病

一、衛生福利部公告之罕見疾病。

二、下表所列疾病：

ICD-10-CM	中文病名
A15	呼吸道結核病
B01	水痘
B02	帶狀疱疹
B05	麻疹
B06	德國麻疹
B20	人類免疫不全病毒疾病
B97.2、U07.1	歸類於他處冠狀病毒所致的疾病
B97.3	歸類於他處反轉錄病毒所致的疾病
D65	瀰漫性血管內凝血症
D66	遺傳性第VIII凝血因子缺乏症
D67	遺傳性第IX凝血因子缺乏症
D68	其他凝血缺乏
D69	紫斑症及其他出血性病態
D70	嗜中性白血球缺乏症
D82	與其他重大缺陷相關的免疫缺乏症
D83	常見多樣性免疫缺乏症
D84	其他免疫缺乏症
E04	其他非毒性甲狀腺腫
E05	甲狀腺毒症
E06	甲狀腺炎
E10	第一型糖尿病
E11	第二型糖尿病
E13	其他特定糖尿病
E15	非糖尿病的低血糖性昏迷
E28	卵巢功能障礙
F90	注意力不足過動症
F95	抽搐症
I20	心絞痛
I21	ST 段上升之心肌梗塞 (STEMI)與非 ST 段上升之心肌梗塞(NSTEMI)
I22	續發性 ST 段上升之心肌梗塞 (STEMI)與非 ST 段上升之心肌梗塞(NSTEMI)
I23	ST 段上升之心肌梗塞 (STEMI)與非 ST 段上升之心肌梗塞(NSTEMI)後造成之併發症(二十八天內)
I24	其他急性缺血性心臟病
I25	慢性缺血性心臟病
I26	肺栓塞
I27	其他肺性心臟病
I28	其他肺血管疾病
I42	心肌病變
I50	心臟衰竭
I71	主動脈瘤及剝離
I73	其他末梢血管疾病
I74	動脈栓塞及血栓症
I80	靜脈炎及血栓靜脈炎
I82	其他靜脈栓塞及血栓

G65	發炎性及毒性多發神經病變後遺症
M13.0	多發性關節炎
M15	多關節病症
M20	手指及(足)趾後天性變形
M21	其他後天性肢體變形
M66	滑膜及肌腱自發性破裂
H02	眼瞼其他疾患
H04	淚道系統之疾患
H05	眼窩疾患
H52	屈光及調節作用疾患
H10	結膜炎
H20	虹膜睫狀體炎
H25	老年性白內障
H26	其他白內障

附表 4.4.2 特殊疾病

一、衛生福利部公告之罕見疾病。

二、下表所列疾病：

ICD-10-CM	中文病名
A15	呼吸道結核病
B01	水痘
B02	帶狀疱疹
B05	麻疹
B06	德國麻疹
B20	人類免疫不全病毒疾病
B97.2	歸類於他處冠狀病毒所致的疾病
B97.3	歸類於他處反轉錄病毒所致的疾病
D65	瀰漫性血管內凝血症
D66	遺傳性第VIII凝血因子缺乏症
D67	遺傳性第IX凝血因子缺乏症
D68	其他凝血缺乏
D69	紫斑症及其他出血性病態
D70	嗜中性白血球缺乏症
D82	與其他重大缺陷相關的免疫缺乏症
D83	常見多樣性免疫缺乏症
D84	其他免疫缺乏症
E04	其他非毒性甲狀腺腫
E05	甲狀腺毒症
E06	甲狀腺炎
E10	第一型糖尿病
E11	第二型糖尿病
E13	其他特定糖尿病
E15	非糖尿病的低血糖性昏迷
E28	卵巢功能障礙
F90	注意力不足過動症
F95	抽搐症
I20	心絞痛
I21	ST 段上升之心肌梗塞 (STEMI)與非 ST 段上升之心肌梗塞(NSTEMI)
I22	續發性 ST 段上升之心肌梗塞 (STEMI)與非 ST 段上升之心肌梗塞(NSTEMI)
I23	ST 段上升之心肌梗塞 (STEMI)與非 ST 段上升之心肌梗塞(NSTEMI)後造成之併發症(二十八天內)
I24	其他急性缺血性心臟病
I25	慢性缺血性心臟病
I26	肺栓塞
I27	其他肺性心臟病
I28	其他肺血管疾病
I42	心肌病變
I50	心臟衰竭
I71	主動脈瘤及剝離
I73	其他末梢血管疾病
I74	動脈栓塞及血栓症
I80	靜脈炎及血栓靜脈炎
I82	其他靜脈栓塞及血栓

I89	其他非感染性之淋巴管和淋巴結疾患
J44	慢性阻塞性肺病
J45	氣喘
J93	氣胸及氣漏
J96	呼吸衰竭，他處未歸類
J98	其他呼吸衰竭
K72、K76.82	肝衰竭，他處未歸類者
K74	肝纖維化及硬化
K80	膽結石
L10	天疱瘡
L11	其他棘層鬆解性疾患
L12	類天疱瘡
L40	乾癬
L51	多形性紅斑
L52	結節性紅斑
L89	壓迫性潰瘍
L94	其他局限性結締組織疾患
L97	下肢非壓迫性慢性潰瘍，他處未歸類者
M33	皮多肌炎
M34	全身性硬化症(硬皮症)
M35	結締組織其他全身性侵犯
M35.0	乾燥症候群(Sjogren 氏)
M35.00	乾燥症候群
N18	慢性腎臟疾病
N19	腎衰竭
O10~O16、 O20~O29	妊娠
R64	惡病質

附表 4.4.3 高度複雜性針灸適應症

ICD-10-CM	中英文病名
A80	急性脊髓灰白質炎
C00-C96	惡性腫瘤(衍生出的相關符合針灸適應症)
D32	腦膜良性腫瘤
D33	腦瘤併發神經功能障礙
D48	Neoplasm of uncertain behavior of other and unspecified sites
D48	其他及未明示部位性態未明之腫瘤
D49	性態未明之腫瘤
F02、F04、F09	其他器質性精神病態
F03-F05	老年期及初老年期器質性精神病態限由精神科或神經科專科醫師開具之診斷書並加註專科醫師證號
F05	亞急性譫妄
F20、F21、F25	思覺失調症
F22、F23、F24	妄想狀態
F30-F39	情感性精神病
F84	源自兒童期之精神病
F80	特定的言語及語言發展障礙症
F82	特定的動作功能發展障礙症
G11、G94	脊髓小腦症
G12	脊髓性肌萎縮症及相關症候群
G20、G21	巴金森病
G35	多發性硬化症
G36	其他急性瀰漫性脫髓鞘
G40	癲癇
G45、G46、I67	其他腦血管疾病
G70	重症肌無力症
G71	肌肉特發性疾患
G80	嬰兒腦性麻痺
G81	偏癱
G82-G83+B91	其他麻痺性徵候群(急性脊髓灰白質炎之後期影響併有提及麻痺性徵候群)
G91	水腦症
G93.0	腦囊腫
G93.1	缺氧性腦損傷，他處未歸類者

I89	其他非感染性之淋巴管和淋巴結疾患
J44	慢性阻塞性肺病
J45	氣喘
J93	氣胸及氣漏
J96	呼吸衰竭，他處未歸類
J98	其他呼吸衰竭
K72	肝衰竭，他處未歸類者
K74	肝纖維化及硬化
K80	膽結石
L10	天疱瘡
L11	其他棘層鬆解性疾患
L12	類天疱瘡
L40	乾癬
L51	多形性紅斑
L52	結節性紅斑
L89	壓迫性潰瘍
L94	其他局限性結締組織疾患
L97	下肢非壓迫性慢性潰瘍，他處未歸類者
M33	皮多肌炎
M34	全身性硬化症(硬皮症)
M35	結締組織其他全身性侵犯
M35.0	乾燥症候群(Sjogren 氏)
M35.00	乾燥症候群
N18	慢性腎臟疾病
N19	腎衰竭
O10~O16、 O20~O29	妊娠
R64	惡病質

附表 4.4.3 高度複雜性針灸適應症

ICD-10-CM	中英文病名
A80	急性脊髓灰白質炎
C00-C96	惡性腫瘤(衍生出的相關符合針灸適應症)
D32	腦膜良性腫瘤
D33	腦瘤併發神經功能障礙
D48	Neoplasm of uncertain behavior of other and unspecified sites
D48	其他及未明示部位性態未明之腫瘤
D49	性態未明之腫瘤
F02、F04、F09	其他器質性精神病態
F03-F05	老年期及初老年期器質性精神病態限由精神科或神經科專科醫師開具之診斷書並加註專科醫師證號
F05	亞急性譫妄
F20、F21、F25	思覺失調症
F22、F23、F24	妄想狀態
F30-F39	情感性精神病
F84	源自兒童期之精神病
F80	特定的言語及語言發展障礙症
F82	特定的動作功能發展障礙症
G11、G94	脊髓小腦症
G12	脊髓性肌萎縮症及相關症候群
G20、G21	巴金森病
G35	多發性硬化症
G36	其他急性瀰漫性脫髓鞘
G40	癲癇
G45、G46、I67	其他腦血管疾病
G70	重症肌無力症
G71	肌肉特發性疾患
G80	嬰兒腦性麻痺
G81	偏癱
G82-G83+B91	其他麻痺性徵候群(急性脊髓灰白質炎之後期影響併有提及麻痺性徵候群)
G91	水腦症
G93.0	腦囊腫
G93.1	缺氧性腦損傷，他處未歸類者

G93.2	良性顱內高壓
G93.31 、 G93.32 、 G93.39	病毒感染後疲勞症候群
G93.4	其他及未明示腦病變
G93.5	腦壓迫
G93.6	腦水腫
G93.7	雷氏症候群
H30	脈絡膜視網膜發炎
H31	其他脈絡膜疾患
H33 、 H44.2C1 、 H44.2C2 、 H44.2C3 、 H44.2C9	視網膜退化及裂孔
H34	視網膜血管阻塞
H35	視網膜其他疾患
H36	歸類於他處疾病所致之視網膜疾患
H40	青光眼
H42	歸類於他處疾病所致之青光眼
H43	玻璃體疾患
H46	眼球神經炎
H47	視(第二)神經及視路之其他疾患
H49	麻痺性斜視
H50	其他斜視
H51	其他雙側眼運動疾患
H53	視覺障礙
H54	失明及低視力
H55	眼球震顫及不規則眼球運動
I60	蜘蛛膜下腔出血
I61、I62	腦內出血
I65、I66、I63、 P91.821 、 P91.822 、 P91.823 、 P91.829	腦梗塞
M45	僵直性脊椎炎
M62.3	截癱性不動症候群
M99.0	節段及體結構功能障礙
M99.1	(脊椎)複雜性半脫位
M99.2	神經管半脫位性狹窄
M99.3	神經管骨性狹窄
M99.4	神經管結締組織狹窄
M99.5	神經管椎間盤狹窄
M99.6	椎間孔骨性及半脫位性狹窄
M99.7	椎間孔結締組織及椎間盤狹窄
Q11	無眼症、小眼畸形及巨眼畸形
Q13	前段眼先天性畸形
Q12	先天性水晶體畸形
Q14	後段眼先天性畸形
Q15	眼其他先天性畸形
S01.9、S06.3	腦裂傷及挫傷
S01.9、S06.4-S06.6	受傷後之蜘蛛網膜下、硬腦膜下及硬腦膜外出血
S04.01-S04.04	視神經及神經徑之損傷
S14.1、S24.1、S34.1	無明顯脊椎損傷之脊髓傷害
S14.1+S12.0-S12.6、S24.1+S22.0、S34.1+S22.0-S32.0	脊柱骨折，伴有脊髓病灶
S14.2、S14.3、S24.2、S34.2、S34.4	神經根級脊神經叢之損傷
S14.5、S24.3	肩及骨盆以外之軀幹神經損傷
S24.4、S24.8、S24.9、S34.5、S34.6、S34.8、S34.9	胸、腰椎、囊和骨盆神經損傷
S44.0-S44.5、S44.8-S44.9、S54.0-S54.3、S54.8-S54.9、S64.0-S64.4、S64.8-S64.9	肩及上肢末梢神經之損傷
S74.0-S74.2、S74.8-S74.9、S84.0-S84.2、S84.8-S84.9、S94.0-S94.3、S94.8-S94.9	骨盆及下肢末梢神經損傷
P91	其他新生兒腦狀態障礙

附表 4.5.1 中度複雜性傷科適應症

ICD-10-CM	中文病名
G45、G46	其他腦血管疾病
G54	神經根及神經叢疾患

G93.2	良性顱內高壓
G93.3	病毒感染後疲勞症候群
G93.4	其他及未明示腦病變
G93.5	腦壓迫
G93.6	腦水腫
G93.7	雷氏症候群
H30	脈絡膜視網膜發炎
H31	其他脈絡膜疾患
H33	視網膜退化及裂孔
H34	視網膜血管阻塞
H35	視網膜其他疾患
H36	歸類於他處疾病所致之視網膜疾患
H40	青光眼
H42	歸類於他處疾病所致之青光眼
H43	玻璃體疾患
H46	眼球神經炎
H47	視(第二)神經及視路之其他疾患
H49	麻痺性斜視
H50	其他斜視
H51	其他雙側眼運動疾患
H53	視覺障礙
H54	失明及低視力
H55	眼球震顫及不規則眼球運動
I60	蜘蛛膜下腔出血
I61、I62	腦內出血
I65、I66、I63	腦梗塞
M45	僵直性脊椎炎
M62.3	截癱性不動症候群
M99.0	節段及體結構功能障礙
M99.1	(脊椎)複雜性半脫位
M99.2	神經管半脫位性狹窄
M99.3	神經管骨性狹窄
M99.4	神經管結締組織狹窄
M99.5	神經管椎間盤狹窄
M99.6	椎間孔骨性及半脫位性狹窄
M99.7	椎間孔結締組織及椎間盤狹窄
Q11	無眼症、小眼畸形及巨眼畸形
Q13	前段眼先天性畸形
Q12	先天性水晶體畸形
Q14	後段眼先天性畸形
Q15	眼其他先天性畸形
S01.9、S06.3	腦裂傷及挫傷
S01.9、S06.4-S06.6	受傷後之蜘蛛網膜下、硬腦膜下及硬腦膜外出血
S04.01-S04.04	視神經及神經徑之損傷
S14.1、S24.1、S34.1	無明顯脊椎損傷之脊髓傷害
S14.1+S12.0-S12.6、S24.1+S22.0、S34.1+S22.0-S32.0	脊柱骨折，伴有脊髓病灶
S14.2、S14.3、S24.2、S34.2、S34.4	神經根級脊神經叢之損傷
S14.5、S24.3	肩及骨盆以外之軀幹神經損傷
S24.4、S24.8、S24.9、S34.5、S34.6、S34.8、S34.9	胸、腰椎、囊和骨盆神經損傷
S44.0-S44.5、S44.8-S44.9、S54.0-S54.3、S54.8-S54.9、S64.0-S64.4、S64.8-S64.9	肩及上肢末梢神經之損傷
S74.0-S74.2、S74.8-S74.9、S84.0-S84.2、S84.8-S84.9、S94.0-S94.3、S94.8-S94.9	骨盆及下肢末梢神經損傷
P91	其他新生兒腦狀態障礙

附表 4.5.1 中度複雜性傷科適應症

ICD-10-CM	中文病名
G45、G46	其他腦血管疾病
G54	神經根及神經叢疾患

G61	發炎性多發神經病變	G61	發炎性多發神經病變
G62	其他及為明示之多發神經病變	G62	其他及為明示之多發神經病變
G63	歸類於他處疾病所致之多發神經病變	G63	歸類於他處疾病所致之多發神經病變
G65	發炎性及毒性多發神經病變後遺症	G65	發炎性及毒性多發神經病變後遺症
G81	偏癱	G81	偏癱
G90	自主神經系統疾患	G90	自主神經系統疾患
G91	水腦症	G91	水腦症
G93.0	腦囊腫	G93.0	腦囊腫
G93.1	缺氧性腦損傷，他處未歸類者	G93.1	缺氧性腦損傷，他處未歸類者
G93.2	良性顱內高壓	G93.2	良性顱內高壓
G93.31 、 G93.32 、 G93.39	病毒感染後疲勞症候群	G93.3	病毒感染後疲勞症候群
G93.4	其他及未明示腦病變	G93.4	其他及未明示腦病變
G93.5	腦壓迫	G93.5	腦壓迫
G93.6	腦水腫	G93.6	腦水腫
I60	蜘蛛膜下腔出血	I60	蜘蛛膜下腔出血
I61、I62	腦內出血	I61、I62	腦內出血
I65、I66、I63、 P91.821 、 P91.822 、 P91.823 、 P91.829	腦梗塞	I65、I66、I63	腦梗塞
I67	其他腦血管疾病	I67	其他腦血管疾病
M13.0	多發性關節炎	M13.0	多發性關節炎
M15	多關節病症	M15	多關節病症
M20	手指及(足)趾後天性變形	M20	手指及(足)趾後天性變形
M21	其他後天性肢體變形	M21	其他後天性肢體變形
M40	脊椎後彎症及脊椎前彎症	M40	脊椎後彎症及脊椎前彎症
M41	脊椎側彎症	M41	脊椎側彎症
M42	脊椎骨軟骨症	M42	脊椎骨軟骨症
M43	其他變形性背部病變	M43	其他變形性背部病變
M45	僵直性脊椎炎	M45	僵直性脊椎炎
M46	其他發炎性脊椎病變	M46	其他發炎性脊椎病變
M47	退化性脊椎炎	M47	退化性脊椎炎
M48	其他脊椎病變	M48	其他脊椎病變
M50	頸椎椎間盤疾患	M50	頸椎椎間盤疾患
M51	胸椎、胸腰椎及腰薦椎椎間盤疾患	M51	胸椎、胸腰椎及腰薦椎椎間盤疾患
M53	其他背部病變，他處未歸類者	M53	其他背部病變，他處未歸類者
M62.3	截癱性不動症候群	M62.3	截癱性不動症候群
M66	滑膜及肌腱自發性破裂	M66	滑膜及肌腱自發性破裂
M80	骨質疏鬆症伴有病理性骨折	M80	骨質疏鬆症伴有病理性骨折
M87	骨壞死	M87	骨壞死
M88	變形性骨炎 [骨 Paget (氏)病]	M88	變形性骨炎 [骨 Paget (氏)病]
M90.5	歸類於他處疾病所致之骨壞死	M90.5	歸類於他處疾病所致之骨壞死
M90.6	腫瘤疾病引起之變形性骨炎	M90.6	腫瘤疾病引起之變形性骨炎
M95.2	頭部其他後天性變形	M95.2	頭部其他後天性變形
M95.3	頸部後天性變形	M95.3	頸部後天性變形
M95.4	胸部及肋骨之後天性變形	M95.4	胸部及肋骨之後天性變形
M95.5	骨盆後天性變形	M95.5	骨盆後天性變形
M95.8	肌肉骨骼系統，其他特定之後天性變形	M95.8	肌肉骨骼系統，其他特定之後天性變形
M95.9	肌肉骨骼系統之後天性變形	M95.9	肌肉骨骼系統之後天性變形
M96	術中及術後併發症及肌肉骨骼系統疾患，他處未歸類者	M96	術中及術後併發症及肌肉骨骼系統疾患，他處未歸類者
M99.0	節段及體結構功能障礙	M99.0	節段及體結構功能障礙
M99.1	(脊椎)複雜性半脫位	M99.1	(脊椎)複雜性半脫位
M99.2	神經管半脫位性狹窄	M99.2	神經管半脫位性狹窄
M99.3	神經管骨性狹窄	M99.3	神經管骨性狹窄
M99.4	神經管結締組織狹窄	M99.4	神經管結締組織狹窄
M99.5	神經管椎間盤狹窄	M99.5	神經管椎間盤狹窄
M99.6	椎間孔骨性及半脫位性狹窄	M99.6	椎間孔骨性及半脫位性狹窄
M99.7	椎間孔結締組織及椎間盤狹窄	M99.7	椎間孔結締組織及椎間盤狹窄
S14.1+S12.0-S12.6、	脊柱骨折，伴有脊髓病灶	S14.1+S12.0-S12.6、	脊柱骨折，伴有脊髓病灶

S24.1+S22.0、 S34.1+S22.0-S32.0	
S14.1、S24.1、S34.1	無明顯脊椎損傷之脊髓傷害
S01.9、S06.3	腦裂傷及挫傷
S01.9、S06.4-S06.6	受傷後之蜘蛛網膜下、硬腦膜下及硬腦膜外出血
S04.01-S04.04	視神經及神經徑之損傷
S14.2、S14.3、 S24.2、S34.2、S34.4	神經根級脊神經叢之損傷
S14.5、S24.3、	肩及骨盆以外之軀幹神經損傷
S24.4、S24.8、 S24.9、S34.5、 S34.6、S34.8、S34.9	胸交感神經系統的損傷、胸、腹部，下背部和骨盆水平神經損傷
S44.0-S44.5、S44.8- S44.9、S54.0-S54.3、 S54.8-S54.9、S64.0- S64.4、S64.8-S64.9	肩及上肢末梢神經之損傷
S74.0-S74.2、S74.8- S74.9、S84.0-S84.2、 S84.8-S84.9、S94.0- S94.3、S94.8-S94.9	骨盆及下肢末梢神經損傷

附表 4.5.2 高度複雜性傷科(多部位損傷)適應症

說明：損傷包含鈍傷(挫傷)(Contusion)，表淺損傷(superficial injury)，壓砸傷(Crushing injury)，擦傷(Abrasion)，拉傷(Strain)，扭傷(Sprain)，同時病歷主訴內容，診斷疾病須記載大於(含)二個損傷部位。

ICD-10-CM	中文病名
M02.39	雷特病之關節病變及有關病態，多處部位
M35.2	畢賽徵候群之關節病變，多處部位
M13.89	更年期關節炎，多處部位
M12.89	其他明示之關節病變，多處部位
M12.9	未明示之關節病變，多處部位
M24.10、 M24.19	關節軟骨疾患，多處部位
M24.50、 M24.59	關節緊縮，多處部位
M24.60、 M24.69	關節粘連，多處部位
M24.80、 M24.89	其他關節障礙，他處未歸類，多處部位
M24.9	未明示之關節障礙，多處部位
M12.39	復發性風濕，多處部位
M25.50、 M25.59	關節痛，多處部位
M25.60、 M25.69	關節僵直，他處未歸類者，多處部位
M25.9	未明示之關節疾患，多處部位
R26.2	行走障礙，多處部位
S00.00	頭皮表淺損傷
S00.01	頭皮擦傷
S00.03	頭皮鈍傷
S00.1	眼瞼及眼周圍區域鈍傷
S00.20	眼瞼及眼周圍區域的表淺損傷
S00.21	眼瞼及眼周圍區域擦傷
S00.30	鼻子表淺損傷
S00.31	鼻子擦傷
S00.33	鼻子鈍傷
S00.40	耳表淺損傷
S00.41	耳擦傷
S00.43	耳鈍傷
S00.50	唇及口腔未明示表淺損傷
S00.51	唇及口腔擦傷
S00.53	唇及口腔鈍傷
S00.80	頭部其他部位表淺損傷
S00.81	頭部其他部位擦傷
S00.83	頭部其他部位鈍傷
S00.90	頭部未明示部位表淺損傷
S00.91	頭部未明示部位擦傷
S00.93	頭部未明示部位鈍傷
S03.4	下頷扭傷

S24.1+S22.0、 S34.1+S22.0-S32.0	
S14.1、S24.1、S34.1	無明顯脊椎損傷之脊髓傷害
S01.9、S06.3	腦裂傷及挫傷
S01.9、S06.4-S06.6	受傷後之蜘蛛網膜下、硬腦膜下及硬腦膜外出血
S04.01-S04.04	視神經及神經徑之損傷
S14.2、S14.3、 S24.2、S34.2、S34.4	神經根級脊神經叢之損傷
S14.5、S24.3、	肩及骨盆以外之軀幹神經損傷
S24.4、S24.8、 S24.9、S34.5、 S34.6、S34.8、S34.9	胸交感神經系統的損傷、胸、腹部，下背部和骨盆水平神經損傷
S44.0-S44.5、S44.8- S44.9、S54.0-S54.3、 S54.8-S54.9、S64.0- S64.4、S64.8-S64.9	肩及上肢末梢神經之損傷
S74.0-S74.2、S74.8- S74.9、S84.0-S84.2、 S84.8-S84.9、S94.0- S94.3、S94.8-S94.9	骨盆及下肢末梢神經損傷

附表 4.5.2 高度複雜性傷科(多部位損傷)適應症

說明：損傷包含鈍傷(挫傷)(Contusion)，表淺損傷(superficial injury)，壓砸傷(Crushing injury)，擦傷(Abrasion)，拉傷(Strain)，扭傷(Sprain)，同時病歷主訴內容，診斷疾病須記載大於(含)兩個損傷部位。

ICD-10-CM	中文病名
M02.39	雷特病之關節病變及有關病態，多處部位
M35.2	畢賽徵候群之關節病變，多處部位
M13.89	更年期關節炎，多處部位
M12.89	其他明示之關節病變，多處部位
M12.9	未明示之關節病變，多處部位
M24.10	關節軟骨疾患，多處部位
M24.50	關節緊縮，多處部位
M24.60	關節粘連，多處部位
M24.80	其他關節障礙，他處未歸類，多處部位
M24.9	未明示之關節障礙，多處部位
M12.39	復發性風濕，多處部位
M25.50	關節痛，多處部位
M25.60	關節僵直，他處未歸類者，多處部位
R26.2	行走障礙，多處部位
M25.9	未明示之關節疾患，多處部位
S00.00	頭皮表淺損傷
S00.01	頭皮擦傷
S00.03	頭皮鈍傷
S00.1	眼瞼及眼周圍區域鈍傷
S00.20	眼瞼及眼周圍區域的表淺損傷
S00.21	眼瞼及眼周圍區域擦傷
S00.30	鼻子表淺損傷
S00.31	鼻子擦傷
S00.33	鼻子鈍傷
S00.40	耳表淺損傷
S00.41	耳擦傷
S00.43	耳鈍傷
S00.50	唇及口腔未明示表淺損傷
S00.51	唇及口腔擦傷
S00.53	唇及口腔鈍傷
S00.80	頭部其他部位表淺損傷
S00.81	頭部其他部位擦傷
S00.83	頭部其他部位鈍傷
S00.90	頭部未明示部位表淺損傷
S00.91	頭部未明示部位擦傷
S00.93	頭部未明示部位鈍傷
S03.4	下頷扭傷

S03.8	頭部其他關節及韌帶扭傷	S03.8	頭部其他關節及韌帶扭傷
S03.9	頭部未明示關節及韌帶扭傷	S03.9	頭部未明示關節及韌帶扭傷
S05.0	結膜及角膜損傷未伴有異物	S05.0	結膜及角膜損傷未伴有異物
S05.1	眼球及眼眶組織鈍傷	S05.1	眼球及眼眶組織鈍傷
S06.31	右側大腦鈍傷及撕裂傷	S06.31	右側大腦鈍傷及撕裂傷
S06.32	左側大腦挫傷及裂傷	S06.32	左側大腦挫傷及裂傷
S06.33	大腦挫傷及裂傷，未明示側性	S06.33	大腦挫傷及裂傷，未明示側性
S06.37	小腦挫傷，裂傷及出血	S06.37	小腦挫傷，裂傷及出血
S06.38	腦幹挫傷，裂傷及出血	S06.38	腦幹挫傷，裂傷及出血
S07	頭部壓砸傷	S07	頭部壓砸傷
S09.10	頭部肌肉及肌腱損傷	S09.10	頭部肌肉及肌腱損傷
S09.11	頭部肌肉及肌腱拉傷	S09.11	頭部肌肉及肌腱拉傷
S09.19	頭部肌肉及肌腱其他特定損傷	S09.19	頭部肌肉及肌腱其他特定損傷
S09.8	頭部其他特定損傷	S09.8	頭部其他特定損傷
S09.9	臉部及頭部損傷	S09.9	臉部及頭部損傷
S10.0	咽喉挫傷	S10.0	咽喉挫傷
S10.11	咽喉擦傷	S10.11	咽喉擦傷
S10.80	頸部其他特定部位表淺性損傷	S10.80	頸部其他特定部位表淺性損傷
S10.81	頸部其他特定部位擦傷	S10.81	頸部其他特定部位擦傷
S10.83	頸部其他特定部位挫傷	S10.83	頸部其他特定部位挫傷
S10.90	頸部表淺性損傷	S10.90	頸部表淺性損傷
S10.91	頸部擦傷	S10.91	頸部擦傷
S10.93	頸部挫傷	S10.93	頸部挫傷
S13.4	頸椎韌帶扭傷	S13.4	頸椎韌帶扭傷
S13.5	甲狀腺區域扭傷	S13.5	甲狀腺區域扭傷
S13.8	頸部其他部位之關節和韌帶扭傷	S13.8	頸部其他部位之關節和韌帶扭傷
S13.9	頸部未明示部位關節和韌帶扭傷	S13.9	頸部未明示部位關節和韌帶扭傷
S16.1	頸部肌肉，筋膜和肌腱拉傷	S16.1	頸部肌肉，筋膜和肌腱拉傷
S17	頸部壓砸傷	S17	頸部壓砸傷
S19	頸部其他特定及未明示損傷	S19	頸部其他特定及未明示損傷
S20.0	乳房挫傷	S20.0	乳房挫傷
S20.11	乳房擦傷	S20.11	乳房擦傷
S20.2	胸部挫傷	S20.2	胸部挫傷
S20.30	前胸壁表淺性損傷	S20.30	前胸壁表淺性損傷
S20.31	前胸壁擦傷	S20.31	前胸壁擦傷
S20.40	後胸壁表淺性損傷	S20.40	後胸壁表淺性損傷
S20.41	後胸壁擦傷	S20.41	後胸壁擦傷
S20.90	胸部表淺性損傷	S20.90	胸部表淺性損傷
S20.91	胸部擦傷	S20.91	胸部擦傷
S23.3	胸椎韌帶扭傷	S23.3	胸椎韌帶扭傷
S23.4	肋骨及胸骨扭傷	S23.4	肋骨及胸骨扭傷
S23.8	胸部其他特定部位扭傷	S23.8	胸部其他特定部位扭傷
S23.9	胸部未明示部位扭傷	S23.9	胸部未明示部位扭傷
S29.00	胸部肌肉和肌腱未明示之損傷	S29.00	胸部肌肉和肌腱未明示之損傷
S29.01	胸部肌肉和肌腱扭傷	S29.01	胸部肌肉和肌腱扭傷
S29.09	胸部肌肉和肌腱其他損傷	S29.09	胸部肌肉和肌腱其他損傷
S29.8	胸部其他特定損傷	S29.8	胸部其他特定損傷
S29.9	胸部未明示損傷	S29.9	胸部未明示損傷
S30.0	下背和骨盆挫傷	S30.0	下背和骨盆挫傷
S30.1	腹壁挫傷	S30.1	腹壁挫傷
S30.2	外生殖器官挫傷	S30.2	外生殖器官挫傷
S30.3	肛門挫傷	S30.3	肛門挫傷
S30.810	下背部和骨盆擦傷	S30.810	下背部和骨盆擦傷
S30.811	腹壁擦傷	S30.811	腹壁擦傷
S30.91	下背部和骨盆未明示表淺性損傷	S30.91	下背部和骨盆未明示表淺性損傷
S30.92	腹壁未明示表淺性損傷	S30.92	腹壁未明示表淺性損傷
S33.5	腰(部)脊椎[腰椎]韌帶扭傷及拉傷(勞損)	S33.5	腰(部)脊椎[腰椎]韌帶扭傷及拉傷(勞損)
S33.6	薦髂骨間關節扭傷及拉傷(勞損)	S33.6	薦髂骨間關節扭傷及拉傷(勞損)
S33.8	腰(部)脊椎[腰椎]與骨盆(腔)其他部位的扭傷及拉傷(勞損)	S33.8	腰(部)脊椎[腰椎]與骨盆(腔)其他部位的扭傷及拉傷(勞損)
S33.9	腰(部)脊椎[腰椎]與骨盆(腔)未明示部位的扭傷及拉傷(勞損)	S33.9	腰(部)脊椎[腰椎]與骨盆(腔)未明示部位的扭傷及拉傷(勞損)

S38.1	腹部、下背部及骨盆壓砸傷	S38.1	腹部、下背部及骨盆壓砸傷
S39.00	腹部、下背部及骨盆肌肉,筋膜及韌帶損傷	S39.00	腹部、下背部及骨盆肌肉,筋膜及韌帶損傷
S39.01	腹部,下背部及骨盆肌肉、筋膜及韌帶拉傷	S39.01	腹部,下背部及骨盆肌肉、筋膜及韌帶拉傷
S39.09	腹部、下背部及骨盆之肌肉、筋膜及韌帶其他損傷	S39.09	腹部、下背部及骨盆之肌肉、筋膜及韌帶其他損傷
S40.0	肩膀和上臂挫傷	S40.0	肩膀和上臂挫傷
S40.21	肩膀擦傷	S40.21	肩膀擦傷
S40.81	上臂擦傷	S40.81	上臂擦傷
S40.9	肩膀及上臂表淺性損傷	S40.9	肩膀及上臂表淺性損傷
S43.40	肩關節扭傷	S43.40	肩關節扭傷
S43.41	喙突肱骨間(韌帶)扭傷	S43.41	喙突肱骨間(韌帶)扭傷
S43.42	旋轉環膜囊扭傷	S43.42	旋轉環膜囊扭傷
S43.49	肩關節其他扭傷	S43.49	肩關節其他扭傷
S43.5	肩胛峰鎖骨間關節扭傷	S43.5	肩胛峰鎖骨間關節扭傷
S43.6	肩胛峰鎖骨間關節扭傷	S43.6	肩胛峰鎖骨間關節扭傷
S43.8	肩帶其他特定部位扭傷	S43.8	肩帶其他特定部位扭傷
S43.9	肩帶未明示部位扭傷	S43.9	肩帶未明示部位扭傷
S46.00	右側肩部旋轉肌環肌肉和肌腱損傷	S46.00	右側肩部旋轉肌環肌肉和肌腱損傷
S46.01	肩部旋轉肌環肌肉和肌腱拉傷	S46.01	肩部旋轉肌環肌肉和肌腱拉傷
S46.09	肩部旋轉肌環肌肉和肌腱其他損傷	S46.09	肩部旋轉肌環肌肉和肌腱其他損傷
S46.10	二頭肌長頭部肌肉、筋膜和肌腱損傷	S46.10	二頭肌長頭部肌肉、筋膜和肌腱損傷
S46.11	二頭肌長頭部肌肉、筋膜和肌腱拉傷	S46.11	二頭肌長頭部肌肉、筋膜和肌腱拉傷
S46.19	二頭肌長頭部肌肉、筋膜和肌腱其他損傷	S46.19	二頭肌長頭部肌肉、筋膜和肌腱其他損傷
S46.20	二頭肌其他部位肌肉、筋膜和肌腱損傷	S46.20	二頭肌其他部位肌肉、筋膜和肌腱損傷
S46.21	二頭肌其他部位肌肉、筋膜和肌腱拉傷	S46.21	二頭肌其他部位肌肉、筋膜和肌腱拉傷
S46.29	二頭肌其他部位肌肉、筋膜和肌腱其他損傷	S46.29	二頭肌其他部位肌肉、筋膜和肌腱其他損傷
S46.30	三頭肌肌肉、筋膜和肌腱損傷	S46.30	三頭肌肌肉、筋膜和肌腱損傷
S46.31	三頭肌肌肉、筋膜和肌腱拉傷	S46.31	三頭肌肌肉、筋膜和肌腱拉傷
S46.39	三頭肌肌肉、筋膜和肌腱其他損傷	S46.39	三頭肌肌肉、筋膜和肌腱其他損傷
S46.80	手臂肩及上臂區位其他肌肉、筋膜和肌腱損傷	S46.80	手臂肩及上臂區位其他肌肉、筋膜和肌腱損傷
S46.81	肩及上臂區位其他肌肉、筋膜和肌腱拉傷	S46.81	肩及上臂區位其他肌肉、筋膜和肌腱拉傷
S46.89	肩及上臂區位其他肌肉、筋膜和肌腱損傷	S46.89	肩及上臂區位其他肌肉、筋膜和肌腱損傷
S46.90	肩及上臂區位肌肉、筋膜和肌腱損傷	S46.90	肩及上臂區位肌肉、筋膜和肌腱損傷
S46.91	肩及上臂區位未明示肌肉、筋膜和肌腱拉傷	S46.91	肩及上臂區位未明示肌肉、筋膜和肌腱拉傷
S46.99	肩及上臂區位未明示肌肉、筋膜和肌腱其他損傷	S46.99	肩及上臂區位未明示肌肉、筋膜和肌腱其他損傷
S47	肩部和上臂壓砸傷	S47	肩部和上臂壓砸傷
S50.0	手肘挫傷	S50.0	手肘挫傷
S50.1	前臂挫傷	S50.1	前臂挫傷
S50.31	手肘擦傷	S50.31	手肘擦傷
S50.81	前臂擦傷	S50.81	前臂擦傷
S50.9	手肘及前臂表淺性損傷	S50.9	手肘及前臂表淺性損傷
S53.4	手肘扭傷	S53.4	手肘扭傷
S56.00	前臂區位拇指屈肌、筋膜及肌腱損傷	S56.00	前臂區位拇指屈肌、筋膜及肌腱損傷
S56.01	前臂區位拇指屈肌、筋膜及肌腱拉傷	S56.01	前臂區位拇指屈肌、筋膜及肌腱拉傷
S56.09	前臂區位拇指屈肌、筋膜及肌腱其他損傷	S56.09	前臂區位拇指屈肌、筋膜及肌腱其他損傷
S56.10	前臂區位其他及未明示手指屈肌、筋膜及肌腱損傷	S56.10	前臂區位其他及未明示手指屈肌、筋膜及肌腱損傷
S56.19	前臂區位其他及未明示手指屈肌、筋膜及肌腱其他損傷	S56.19	前臂區位其他及未明示手指屈肌、筋膜及肌腱其他損傷
S56.20	前臂區位其他屈肌、筋膜及肌腱損傷	S56.20	前臂區位其他屈肌、筋膜及肌腱損傷
S56.21	前臂區位其他屈肌、筋膜及肌腱拉傷	S56.21	前臂區位其他屈肌、筋膜及肌腱拉傷
S56.29	前臂區位其他屈肌、筋膜及肌腱其他損傷	S56.29	前臂區位其他屈肌、筋膜及肌腱其他損傷
S56.30	前臂區位拇指伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱損傷	S56.30	前臂區位拇指伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱損傷
S56.31	前臂區位拇指伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱拉傷	S56.31	前臂區位拇指伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱拉傷
S56.39	前臂區位拇指伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱其他損傷	S56.39	前臂區位拇指伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱其他損傷
S56.40	前臂區位其他及未明示手指伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱損傷	S56.40	前臂區位其他及未明示手指伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱損傷
S56.41	前臂區位未明示手指伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱拉傷	S56.41	前臂區位未明示手指伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱拉傷
S56.49	前臂區位其他及未明示手指伸展肌或外展肌、	S56.49	前臂區位其他及未明示手指伸展肌或外展肌、

	筋膜及肌腱其他損傷		筋膜及肌腱其他損傷
S56.50	前臂區位其他伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱損傷	S56.50	前臂區位其他伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱損傷
S56.51	前臂區位其他伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱拉傷	S56.51	前臂區位其他伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱拉傷
S56.59	前臂區位其他伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱其他損傷	S56.59	前臂區位其他伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱其他損傷
S56.80	前臂區位其他肌肉、筋膜及肌腱損傷	S56.80	前臂區位其他肌肉、筋膜及肌腱損傷
S56.81	前臂區位其他肌肉、筋膜及肌腱拉傷	S56.81	前臂區位其他肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S56.89	前臂區位其他肌肉、筋膜及肌腱其他損傷	S56.89	前臂區位其他肌肉、筋膜及肌腱其他損傷
S56.90	前臂區位未明示肌肉、筋膜及肌腱損傷	S56.90	前臂區位未明示肌肉、筋膜及肌腱損傷
S56.91	前臂區位未明示肌肉、筋膜及肌腱拉傷	S56.91	前臂區位未明示肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S56.99	前臂區位未明示肌肉、筋膜及肌腱其他損傷	S56.99	前臂區位未明示肌肉、筋膜及肌腱其他損傷
S57	手肘及前臂壓砸傷	S57	手肘及前臂壓砸傷
S60.0	手指挫傷未伴有指甲受損	S60.0	手指挫傷未伴有指甲受損
S60.1	手指挫傷伴有指甲受損	S60.1	手指挫傷伴有指甲受損
S60.2	腕部及手部挫傷	S60.2	腕部及手部挫傷
S60.31	拇指擦傷	S60.31	拇指擦傷
S60.41	手指擦傷	S60.41	手指擦傷
S60.51	手部擦傷	S60.51	手部擦傷
S60.81	腕部擦傷	S60.81	腕部擦傷
S60.9	腕部、手部及手指表淺性損傷	S60.9	腕部、手部及手指表淺性損傷
S63.5	腕部其他及未明示扭傷	S63.5	腕部其他及未明示扭傷
S63.6	手指其他及未明示扭傷	S63.6	手指其他及未明示扭傷
S63.8	腕部及手部其他部位扭傷	S63.8	腕部及手部其他部位扭傷
S63.9	腕部及手部未明示部位扭傷	S63.9	腕部及手部未明示部位扭傷
S66.00	拇指腕部及手部區位長屈肌、筋膜及肌腱損傷	S66.00	拇指腕部及手部區位長屈肌、筋膜及肌腱損傷
S66.01	拇指腕部及手部區位長屈肌、筋膜及肌腱拉傷	S66.01	拇指腕部及手部區位長屈肌、筋膜及肌腱拉傷
S66.09	拇指腕部及手部區位長屈肌、筋膜及肌腱其他特定損傷	S66.09	拇指腕部及手部區位長屈肌、筋膜及肌腱其他特定損傷
S66.10	其他及未明手指腕部及手部區位屈肌、筋膜及肌腱損傷	S66.10	其他及未明手指腕部及手部區位屈肌、筋膜及肌腱損傷
S66.11	其他或未明示手指腕部及手部區位屈肌、筋膜及肌腱拉傷	S66.11	其他或未明示手指腕部及手部區位屈肌、筋膜及肌腱拉傷
S66.19	其他或未明示手指腕部及手部區位屈肌、筋膜及肌腱其他損傷	S66.19	其他或未明示手指腕部及手部區位屈肌、筋膜及肌腱其他損傷
S66.20	拇指腕部及手部區位伸指肌、筋膜及肌腱損傷	S66.20	拇指腕部及手部區位伸指肌、筋膜及肌腱損傷
S66.21	拇指腕部及手部區位伸指肌、筋膜及肌腱拉傷	S66.21	拇指腕部及手部區位伸指肌、筋膜及肌腱拉傷
S66.29	拇指腕部及手部區位伸指肌、筋膜及肌腱其他特定損傷	S66.29	拇指腕部及手部區位伸指肌、筋膜及肌腱其他特定損傷
S66.30	其他或未明示手指腕部及手部區位伸指肌、筋膜及肌腱損傷	S66.30	其他或未明示手指腕部及手部區位伸指肌、筋膜及肌腱損傷
S66.31	其他或未明示手指腕部及手部區位伸指肌、筋膜及肌腱拉傷	S66.31	其他或未明示手指腕部及手部區位伸指肌、筋膜及肌腱拉傷
S66.39	其他及未明示手指腕部及手部區位伸指肌肉、筋膜及肌腱其他損傷	S66.39	其他及未明示手指腕部及手部區位伸指肌肉、筋膜及肌腱其他損傷
S66.40	拇指內腕部及手部區位肌肉、筋膜及肌腱損傷	S66.40	拇指內腕部及手部區位肌肉、筋膜及肌腱損傷
S66.41	拇指內腕部及手部區位肌肉、筋膜及肌腱拉傷	S66.41	拇指內腕部及手部區位肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S66.49	拇指內腕部及手部區位肌肉、筋膜及肌腱其他特定損傷	S66.49	拇指內腕部及手部區位肌肉、筋膜及肌腱其他特定損傷
S66.50	食指內腕部及手部區位肌肉、筋膜及肌腱損傷	S66.50	食指內腕部及手部區位肌肉、筋膜及肌腱損傷
S66.51	其他及未明示手指內腕部及手部區位肌肉、筋膜及肌腱拉傷	S66.51	其他及未明示手指內腕部及手部區位肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S66.59	其他及未明示手指內腕部及手部區位肌肉、筋膜及肌腱其他損傷	S66.59	其他及未明示手指內腕部及手部區位肌肉、筋膜及肌腱其他損傷
S66.80	腕部及手部其他特定肌肉、筋膜及肌腱損傷	S66.80	腕部及手部其他特定肌肉、筋膜及肌腱損傷
S66.81	腕部及手部其他特定肌肉、筋膜及肌腱拉傷	S66.81	腕部及手部其他特定肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S66.89	腕部及手部其他特定肌肉、筋膜及肌腱其他損傷	S66.89	腕部及手部其他特定肌肉、筋膜及肌腱其他損傷
S66.90	腕部及手部未明示肌肉、筋膜及肌腱損傷	S66.90	腕部及手部未明示肌肉、筋膜及肌腱損傷
S66.91	腕部及手部未明示肌肉、筋膜及肌腱拉傷	S66.91	腕部及手部未明示肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S66.99	腕部及手部未明示肌肉、筋膜及肌腱其他損傷	S66.99	腕部及手部未明示肌肉、筋膜及肌腱其他損傷
S67	腕部、手部及手指壓砸傷	S67	腕部、手部及手指壓砸傷
S69	腕部、手部及手指其他及未明示損傷	S69	腕部、手部及手指其他及未明示損傷

S70.0	髖部挫傷
S70.1	大腿挫傷
S70.21	髖部擦傷
S70.31	大腿擦傷
S70.34	大腿外部壓傷
S70.9	髖部及大腿表淺性損傷
S73.1	髖部扭傷
S76.00	髖部肌肉、筋膜及肌腱損傷
S76.01	髖部肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S76.09	髖部肌肉、筋膜及肌腱其他特定損傷
S76.10	股四頭肌、筋膜及肌腱損傷
S76.11	股四頭肌、筋膜及肌腱拉傷
S76.19	股四頭肌、筋膜及肌腱其他特定損傷
S76.20	大腿內收肌、筋膜及肌腱損傷
S76.21	大腿內收肌、筋膜及肌腱拉傷
S76.29	大腿內收肌、筋膜及肌腱其他損傷
S76.30	大腿區位後側肌肉群之肌肉、筋膜及肌腱損傷
S76.31	大腿區位後側肌肉群之肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S76.39	大腿區位後側肌肉群之肌肉、筋膜及肌腱其他特定損傷
S76.80	大腿區位其他特定肌肉、筋膜及肌腱損傷
S76.81	大腿區位其他特定肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S76.89	大腿區位其他特定肌肉、筋膜及肌腱其他損傷
S76.90	大腿大腿區位未明示肌肉、筋膜及肌腱損傷
S76.91	大腿區位未明示肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S76.99	大腿區位未明示肌肉、筋膜及肌腱其他特定損傷
S77	髖部及大腿壓砸傷
S80.0	膝部挫傷
S80.1	小腿挫傷
S80.21	膝部擦傷
S80.81	小腿擦傷
S80.9	膝部及小腿表淺性損傷
S83.4	膝部副韌帶扭傷
S83.5	膝部十字韌帶扭傷
S83.6	上脛腓關節面及韌帶扭傷
S83.8	膝部其他特定部位扭傷
S83.9	膝部未明示部位扭傷
S86.00	阿基里斯跟腱損傷
S86.01	阿基里斯跟腱扭傷
S86.09	阿基里斯跟腱其他特定損傷
S86.10	小腿後肌群肌肉及肌腱損傷
S86.11	小腿後肌群肌肉及肌腱扭傷
S86.19	小腿後肌群其他肌肉及肌腱其他損傷
S86.20	小腿前肌群肌肉及肌腱損傷
S86.21	小腿前肌群肌肉及肌腱扭傷
S86.29	小腿前肌群肌肉及肌腱其他損傷
S86.30	小腿腓肌群肌肉及肌腱損傷
S86.31	小腿腓肌群肌肉及肌腱扭傷
S86.39	小腿腓肌群肌肉及肌腱其他損傷
S86.80	小腿其他肌肉及肌腱損傷
S86.81	小腿其他肌肉及肌腱扭傷
S86.89	小腿其他肌肉及肌腱其他損傷
S86.90	小腿未明示肌肉及肌腱損傷
S86.91	小腿未明示肌肉及肌腱扭傷
S86.99	小腿未明示肌肉及肌腱其他損傷
S87	小腿壓砸傷
S90.0	踝部挫傷
S90.1	腳趾挫傷未伴有趾甲損傷
S90.2	腳趾挫傷伴有趾甲損傷
S90.3	足部挫傷
S90.41	腳趾擦傷

S70.0	髖部挫傷
S70.1	大腿挫傷
S70.21	髖部擦傷
S70.31	大腿擦傷
S70.34	大腿外部壓傷
S70.9	髖部及大腿表淺性損傷
S73.1	髖部扭傷
S76.00	髖部肌肉、筋膜及肌腱損傷
S76.01	髖部肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S76.09	髖部肌肉、筋膜及肌腱其他特定損傷
S76.10	股四頭肌、筋膜及肌腱損傷
S76.11	股四頭肌、筋膜及肌腱拉傷
S76.19	股四頭肌、筋膜及肌腱其他特定損傷
S76.20	大腿內收肌、筋膜及肌腱損傷
S76.21	大腿內收肌、筋膜及肌腱拉傷
S76.29	大腿內收肌、筋膜及肌腱其他損傷
S76.30	大腿區位後側肌肉群之肌肉、筋膜及肌腱損傷
S76.31	大腿區位後側肌肉群之肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S76.39	大腿區位後側肌肉群之肌肉、筋膜及肌腱其他特定損傷
S76.80	大腿區位其他特定肌肉、筋膜及肌腱損傷
S76.81	大腿區位其他特定肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S76.89	大腿區位其他特定肌肉、筋膜及肌腱其他損傷
S76.90	大腿大腿區位未明示肌肉、筋膜及肌腱損傷
S76.91	大腿區位未明示肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S76.99	大腿區位未明示肌肉、筋膜及肌腱其他特定損傷
S77	髖部及大腿壓砸傷
S80.0	膝部挫傷
S80.1	小腿挫傷
S80.21	膝部擦傷
S80.81	小腿擦傷
S80.9	膝部及小腿表淺性損傷
S83.4	膝部副韌帶扭傷
S83.5	膝部十字韌帶扭傷
S83.6	上脛腓關節面及韌帶扭傷
S83.8	膝部其他特定部位扭傷
S83.9	膝部未明示部位扭傷
S86.00	阿基里斯跟腱損傷
S86.01	阿基里斯跟腱扭傷
S86.09	阿基里斯跟腱其他特定損傷
S86.10	小腿後肌群肌肉及肌腱損傷
S86.11	小腿後肌群肌肉及肌腱扭傷
S86.19	小腿後肌群其他肌肉及肌腱其他損傷
S86.20	小腿前肌群肌肉及肌腱損傷
S86.21	小腿前肌群肌肉及肌腱扭傷
S86.29	小腿前肌群肌肉及肌腱其他損傷
S86.30	小腿腓肌群肌肉及肌腱損傷
S86.31	小腿腓肌群肌肉及肌腱扭傷
S86.39	小腿腓肌群肌肉及肌腱其他損傷
S86.80	小腿其他肌肉及肌腱損傷
S86.81	小腿其他肌肉及肌腱扭傷
S86.89	小腿其他肌肉及肌腱其他損傷
S86.90	小腿未明示肌肉及肌腱損傷
S86.91	小腿未明示肌肉及肌腱扭傷
S86.99	小腿未明示肌肉及肌腱其他損傷
S87	小腿壓砸傷
S90.0	踝部挫傷
S90.1	腳趾挫傷未伴有趾甲損傷
S90.2	腳趾挫傷伴有趾甲損傷
S90.3	足部挫傷
S90.41	腳趾擦傷

S90.51	踝部擦傷
S90.81	足部擦傷
S90.9	踝部，足部及腳趾表淺性損傷
S93.4	踝部拉傷
S93.5	腳趾扭傷
S93.6	足部扭傷
S96.00	踝部及足部區位姆長屈肌和肌腱損傷
S96.01	踝部及足部區位姆長屈肌和肌腱拉傷
S96.09	踝部及足部區位姆長屈肌和肌腱其他損傷
S96.10	踝部及足部區位姆長伸肌和肌腱損傷
S96.11	踝部及足部區位肌腱之姆長伸肌和肌腱扭傷
S96.19	踝部及足部區位姆長伸肌和肌腱其他特定損傷
S96.20	踝部及足部區位內在肌和肌腱損傷
S96.21	踝部及足部區位內在肌和肌腱拉傷
S96.29	踝部及足部區位內在肌和肌腱其他特定損傷
S96.80	踝部及足部區位其他特定肌肉和肌腱損傷
S96.81	踝部及足部區位其他特定肌肉和肌腱拉傷
S96.89	踝部及足部區位其他特定肌肉和肌腱其他特定損傷
S96.90	踝部及足部區位未明示肌肉和肌腱損傷
S96.91	踝部及足部區位未明示肌肉和肌腱拉傷
S96.99	踝部及足部區位未明示肌肉和肌腱其他特定損傷
S97	踝部及足部壓砸傷
S99	踝部和足部其他特定損傷

S90.51	踝部擦傷
S90.81	足部擦傷
S90.9	踝部，足部及腳趾表淺性損傷
S93.4	踝部拉傷
S93.5	腳趾扭傷
S93.6	足部扭傷
S96.00	踝部及足部區位姆長屈肌和肌腱損傷
S96.01	踝部及足部區位姆長屈肌和肌腱拉傷
S96.09	踝部及足部區位姆長屈肌和肌腱其他損傷
S96.10	踝部及足部區位姆長伸肌和肌腱損傷
S96.11	踝部及足部區位肌腱之姆長伸肌和肌腱扭傷
S96.19	踝部及足部區位姆長伸肌和肌腱其他特定損傷
S96.20	踝部及足部區位內在肌和肌腱損傷
S96.21	踝部及足部區位內在肌和肌腱拉傷
S96.29	踝部及足部區位內在肌和肌腱其他特定損傷
S96.80	踝部及足部區位其他特定肌肉和肌腱損傷
S96.81	踝部及足部區位其他特定肌肉和肌腱拉傷
S96.89	踝部及足部區位其他特定肌肉和肌腱其他特定損傷
S96.90	踝部及足部區位未明示肌肉和肌腱損傷
S96.91	踝部及足部區位未明示肌肉和肌腱拉傷
S96.99	踝部及足部區位未明示肌肉和肌腱其他特定損傷
S97	踝部及足部壓砸傷
S99	踝部和足部其他特定損傷

附表 4.5.4 高度複雜性傷科(骨折)適應症

ICD-10-CM	中文病名
S02	顱骨及臉骨骨折
S12	頸椎和頸部其他部位骨折
S22	肋骨、胸骨及胸椎骨折
S32	腰(部)脊椎和骨盆骨折
S42	肩膀及上臂骨折
S49.0	肱骨上段生長板骨折
S49.1	肱骨下段生長板骨折
S52	前臂骨折
S59.0	尺骨下端生長板骨折
S59.1	橈骨上端生長板骨折
S59.2	橈骨下端生長板骨折
S62	腕部及手部骨折
S72	股骨骨折
S79.0	股骨近端骨后骨折
S79.1	股骨遠端骨后骨折
S82	小腿，包括踝部閉鎖性骨折
S89.0	脛骨上端生長板骨折
S89.1	脛骨下端生長板骨折
S89.2	腓骨上端生長板骨折
S89.3	腓骨下端生長板骨折
S92、 S99.0-S99.2	足部與腳趾骨折，足踝除外

附表 4.5.4 高度複雜性傷科(骨折)適應症

ICD-10-CM	中文病名
S02	顱骨及臉骨骨折
S12	頸椎和頸部其他部位骨折
S22	肋骨、胸骨及胸椎骨折
S32	腰(部)脊椎和骨盆骨折
S42	肩膀及上臂骨折
S49.0	肱骨上段生長板骨折
S49.1	肱骨下段生長板骨折
S52	前臂骨折
S59.0	尺骨下端生長板骨折
S59.1	橈骨上端生長板骨折
S59.2	橈骨下端生長板骨折
S62	腕部及手部骨折
S72	股骨骨折
S79.0	股骨近端骨后骨折
S79.1	股骨遠端骨后骨折
S82	小腿，包括踝部閉鎖性骨折
S89.0	脛骨上端生長板骨折
S89.1	脛骨下端生長板骨折
S89.2	腓骨上端生長板骨折
S89.3	腓骨下端生長板骨折
S92	足部與腳趾骨折，足踝除外

附表 4.7 舌診儀、脈診儀檢查適應症

疾病分類	適應症(ICD-10-CM)	診斷標準
心血管循環系統疾病	1.心臟衰竭(I50; I11.0; I13; I97.13; O75.4; I09.81)	左心室射出率≤35%；左心室射出率介於36%-50%，合併典型心臟衰竭症狀；左心室射出率>50%，合併典型心臟衰竭症狀，

附表 4.7 舌診儀、脈診儀檢查適應症

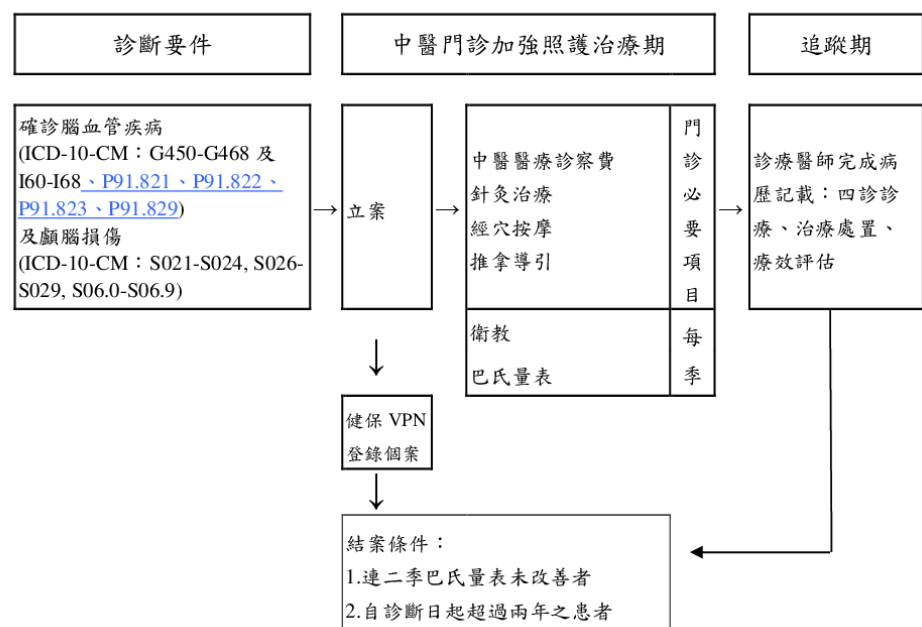
疾病分類	適應症(ICD-10-CM)	診斷標準
心血管循環系統疾病	1.心臟衰竭(I50; I11.0; I13; I97.13; O75.4; I09.81)	左心室射出率≤35%；左心室射出率介於36%-50%，合併典型心臟衰竭症狀；左心室射出率>50%，合併典型心臟衰竭症狀，

疾病分類	適應症(ICD-10-CM)	診斷標準			
心血管循環系統疾病	1.心臟衰竭(I50; I11.0; I13; I97.13; O75.4; I09.81)	左心室射出率 $\leq 35\%$; 左心室射出率介於 $36\%-50\%$, 合併典型心臟衰竭症狀; 左心室射出率 $> 50\%$, 合併典型心臟衰竭症狀, 且經心臟專科醫師確診者。			且經心臟專科醫師確診者。
	2.急性冠狀動脈疾病(I24)	3個月內曾因胸痛接受心導管檢查, 確診有冠狀動脈阻塞或置入支架者。		2.急性冠狀動脈疾病(I24)	3個月內曾因胸痛接受心導管檢查, 確診有冠狀動脈阻塞或置入支架者。
	3.深層靜脈栓塞(I82)	靜脈超音波檢查或靜脈攝影檢查確診者。		3.深層靜脈栓塞(I82)	靜脈超音波檢查或靜脈攝影檢查確診者。
	4.心律不整(I47; I49; R00; G90.A)	經心臟專科醫師確診者。		4.心律不整(I47; I49; R00)	經心臟專科醫師確診者。
肝膽腸胃消化系統疾病	1.肝硬化(K70; K71; K74)	經肝臟超音波檢查或肝組織切片診斷為肝硬化者。	肝膽腸胃消化系統疾病	1.肝硬化(K70; K71; K74)	經肝臟超音波檢查或肝組織切片診斷為肝硬化者。
	2.消化性潰瘍(K25~K28)	經腸胃道內視鏡確定診斷者。		2.消化性潰瘍(K25~K28)	經腸胃道內視鏡確定診斷者。
	3.大腸激躁症(K58)	至少三個月(連續或反覆發作)有以下五項中符合二項以上的條件: (1)排便次數改變(每天三次以上或每週少於三次)。 (2)大便形態改變(硬團塊或是稀便、水便)。 (3)排便感覺改變(如必須用力, 急便, 或是感覺排不乾淨)。 (4)大便中帶黏液。 (5)腹脹。		3.大腸激躁症(K58)	至少三個月(連續或反覆發作)有以下五項中符合兩項以上的條件: (1)排便次數改變(每天三次以上或每週少於三次)。 (2)大便形態改變(硬團塊或是稀便、水便)。 (3)排便感覺改變(如必須用力, 急便, 或是感覺排不乾淨)。 (4)大便中帶黏液。 (5)腹脹。
	4.急慢性肝炎(B15~B19)	經肝臟超音波檢查或實驗室檢查確立診斷者。		4.急慢性肝炎(B15~B19)	經肝臟超音波檢查或實驗室檢查確立診斷者。
肺部呼吸系統	1.慢性阻塞性肺病(J44)	慢性阻塞性肺病: 肺功能檢查確診者($FEV_1/FVC \leq 70\%$)。	肺部呼吸系統	1.慢性阻塞性肺病(J44)	慢性阻塞性肺病: 肺功能檢查確診者($FEV_1/FVC \leq 70\%$)。
	2.氣喘(J45)	病史、理學檢查及實驗室的檢查, 各方面的資料綜合判斷確立診斷者。		2.氣喘(J45)	病史、理學檢查及實驗室的檢查, 各方面的資料綜合判斷確立診斷者。
腎泌尿系統	1.慢性腎衰竭(N18.3; N18.4; N18.5)	Stage III: 中度慢性腎衰竭 $eGFR: 30\sim 59\text{ ml/min/1.73 m}^2$; Stage IV: 重度慢性腎衰竭 $eGFR: 15\sim 29\text{ ml/min/1.73 m}^2$; Stage V: 末期腎臟病變 $eGFR: < 15\text{ ml/min/1.73 m}^2$ 。	腎泌尿系統	1.慢性腎衰竭(N18.3; N18.4; N18.5)	Stage III: 中度慢性腎衰竭 $eGFR: 30\sim 59\text{ ml/min/1.73 m}^2$; Stage IV: 重度慢性腎衰竭 $eGFR: 15\sim 29\text{ ml/min/1.73 m}^2$; Stage V: 末期腎臟病變 $eGFR: < 15\text{ ml/min/1.73 m}^2$ 。
	2.腎或泌尿道結石(N20~N23)	影像學(超音波或電腦斷層)確診者。		2.腎或泌尿道結石(N20~N23)	影像學(超音波或電腦斷層)確診者。
免疫系統	1.全身性紅斑狼瘡(M32)	經風濕免疫科專科醫師確診者。	免疫系統	1.全身性紅斑狼瘡(M32)	經風濕免疫科專科醫師確診者。
	2.類風濕性關節炎(M05; M06; M08)			2.類風濕性關節炎(M05; M06; M08)	
耳鼻喉系統	3.全身性硬化症(M34)		耳鼻喉系統	3.全身性硬化症(M34)	
	過敏性鼻炎(J30)	常見的臨床症狀為早上起床之後連續性打噴嚏、流鼻水及易鼻塞等三大症狀, 其它常見的合併症狀有鼻子癢、眼睛癢、眼睛紅或是喉嚨常會有搔癢感。這些症狀再加上典型的過敏病史(包括家族史)、理學檢查與過敏病的實驗室檢查(包括嗜酸性白血球與 IgE		過敏性鼻炎(J30)	常見的臨床症狀為早上起床之後連續性打噴嚏、流鼻水及易鼻塞等三大症狀, 其它常見的合併症狀有鼻子癢、眼睛癢、眼睛紅或是喉嚨常會有搔癢感。這些症狀再加上典型的過敏病史(包括家族史)、理學檢查與過敏病的實驗室檢查(包括嗜酸性白血球與 IgE
			內分泌系統	1.糖尿病(E08~E11; E13; O24)	符合以下四項之一者: (1)糖化血色素(HbA_{1c}) $\geq 6.5\%$ 。 (2)二次以上空腹血漿葡萄糖濃度

		的總量、特異性 IgE 抗體、或過敏原皮膚試驗)就可確定診斷。			≥126mg/dl。 (3)葡萄糖耐量試驗二小時血漿葡萄糖濃度≥200mg/dl。 (4)典型糖尿病症狀，譬如:多尿、多渴、多食，無法解釋的體重減輕，加上任意血漿葡萄糖濃度≥200mg/dl。
內分泌系統	1.糖尿病(E08~E11; E13; O24)	符合以下四項之一者： (1)糖化血色素(HbA1c)≥6.5%。 (2)二次以上空腹血漿葡萄糖濃度≥126mg/dl。 (3)葡萄糖耐量試驗二小時血漿葡萄糖濃度≥200mg/dl。 (4)典型糖尿病症狀，譬如:多尿、多渴、多食，無法解釋的體重減輕，加上任意血漿葡萄糖濃度≥200mg/dl。		2.甲狀腺功能亢進或低下(E02; E03; E05)	實驗數據符合且有典型臨床表現者。
	2.甲狀腺功能亢進或低下(E02; E03; E05)	實驗數據符合且有典型臨床表現者。			
神經精神系統	1.重度憂鬱症(F32; F33)	符合 DSM-IV 診斷標準，經精神科醫師診斷者。	神經精神系統	1.重度憂鬱症(F32; F33)	符合 DSM-IV 診斷標準，經精神科醫師診斷者。
	2.精神分裂症(F20; F21; F25)	符合 DSM-IV 診斷標準，經精神科醫師診斷者。		2.精神分裂症(F20; F21; F25)	符合 DSM-IV 診斷標準，經精神科醫師診斷者。
	3.腦中風 (G45.0~G46.8; I60~I68; P91.821 ; P91.822 ; P91.823 ; P91.829)	臨床表現符合，經神經科醫師診斷，並有影像學依據者。		3.腦中風 (G45.0~G46.8; I60~I68)	臨床表現符合，經神經科醫師診斷，並有影像學依據者。
	4.帕金森氏症(G20; G21)	經神經科醫師診斷者。		4.帕金森氏症(G20; G21)	經神經科醫師診斷者。
	5.失智症(F01~F03; F06.70 ; F06.71 ; G30; G31)	經神經科醫師診斷者。		5.失智症(F01~F03; G30; G31)	經神經科醫師診斷者。
腫瘤系統	惡性腫瘤(癌症)(C00~C96)	經腫瘤專科醫師診斷，有影像學與病理切片依據者。	腫瘤系統	惡性腫瘤(癌症)(C00~C96)	經腫瘤專科醫師診斷，有影像學與病理切片依據者。
婦產科疾病	1.子宮肌瘤(D25)	經婦產科醫師診斷，並有影像學依據者(超音波或磁振造影等)。	婦產科疾病	1.子宮肌瘤(D25)	經婦產科醫師診斷，並有影像學依據者(超音波或磁振造影等)。
	2.子宮內膜異位症(N80)	有內診、超音波紀錄或腹腔鏡檢查，經婦產科醫師診斷者。		2.子宮內膜異位症(N80)	有內診、超音波紀錄或腹腔鏡檢查，經婦產科醫師診斷者。
	3.不孕症(N46; N97)	結婚一年內有正常之性行為仍無法懷孕，經婦產科醫師診斷者。		3.不孕症(N46; N97)	結婚一年內有正常之性行為仍無法懷孕，經婦產科醫師診斷者。

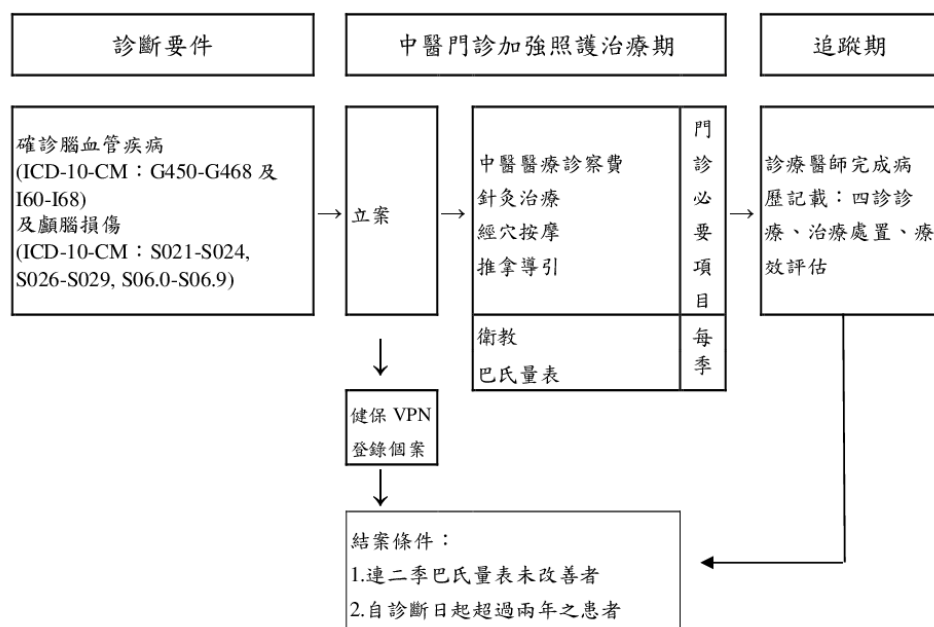
附表 4.8.1 標準作業流程

中醫特定疾病門診加強照護-(三)腦血管疾病及顱腦損傷門診加強照護



附表 4.8.1 標準作業流程

中醫特定疾病門診加強照護-(三)腦血管疾病及顱腦損傷門診加強照護



第五部 居家照護及精神病患者社區復健

第三章 安寧居家療護

附表

一、失智症

失智症末期須符合下列三項條件：

1. 確診失智症(ICD-10-CM 代碼：F01-F03、[F06.70](#)、[F06.71](#)、F1027、F1097、F1327、F1397、F1827、F1897、F1927、F1997、G30、G31)。
2. 臨床失智評估量表(Clinical Dementia Rating, CDR) 3 分且日常體能狀況已超過半數時間臥床或依賴輪椅(如 ECOG 3 分以上)，或失智症功能評估分級量表(Functional Assessment Staging Test, FAST)等級 7C 以上。
3. 一年內，合併發生以下任一種臨床狀況：
 - (1) 居家照護或一般支持性醫療照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。
 - (2) 營養不良（下列任一情境）
 - 吞嚥困難，進食喝水減少，但選擇不接受管灌餵食。
 - 明顯體重減輕:過去三個月下降 5%或六個月內下降 10%。
 - 身體質量指數(BMI)小於 16，或白蛋白小於 2.5g/dL。
 - (3) 二次以上跌倒，或者大腿骨骨折。
 - (4) 吸入性肺炎。
 - (5) 腎盂腎炎或其他上泌尿道感染。
 - (6) 多處皮膚壓力性損傷(第 3、4 期)。
 - (7) 敗血症。
 - (8) 反覆發燒，既使已使用抗生素。
 - (9) 過去六個月中，出現二次以上非計畫性的住院，或有一次加護病房的住院。

十一、符合病人自主權利法第十四條第一項第二款至第五款所列臨床條件者

1. 第十四條第一項第二款至第四款：
 - (1) 處於不可逆轉之昏迷狀況
 - (2) 永久植物人狀態 (ICD-10-CM代碼：R40.3)
 - (3) 極重度失智 (CDR3分以上或FAST7分以上)
2. 第十四條第一項第五款：其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形。(ICD-10-CM代碼參考如下)
 - (1) 囊狀纖維化症：E84.9
 - (2) 亨丁頓氏舞蹈症：G10
 - (3) 脊髓小腦退化性動作協調障礙：G11.0、[G11.10](#)、[G11.11](#)、[G11.19](#)、G11.2、G11.3、G11.4、G11.8、G11.9、G31.2、G32.81、G32.89、G60.2、R27.0、R27.8、R27.9、R29.810、R29.818、R29.890、R29.891、R29.898
 - (4) 脊髓性肌肉萎縮症：G12.9
 - (5) 肌萎縮性側索硬化症：G12.21、[G12.25](#)
 - (6) 多發性系統萎縮症：G90.3
 - (7) 裘馨氏肌肉失養症：[G71.01](#)
 - (8) 肢帶型肌失養症：[G71.031](#)、[G71.032](#)、[G71.033](#)、[G71.0340](#)、[G71.0341](#)、[G71.0342](#)、[G71.0349](#)、[G71.035](#)、[G71.038](#)、[G71.039](#)
 - (9) Nemaline線狀肌肉病變：[G71.20](#)、[G71.21](#)、[G71.220](#)、[G71.228](#)、[G71.29](#)
 - (10) 原發性肺動脈高壓：I27.0
 - (11) 遺傳性表皮分解性水泡症：Q81.0、Q81.1、Q81.2、Q81.8、Q81.9
 - (12) 先天性多發性關節攣縮症：Q74.3

十二、罕見疾病或其他預估生命受限者

第五部 居家照護及精神病患者社區復健

第三章 安寧居家療護

附表

一、失智症

失智症末期須符合下列三項條件：

1. 確診失智症(ICD-10-CM 代碼：F01-F03、F1027、F1097、F1327、F1397、F1827、F1897、F1927、F1997、G30、G31)。
2. 臨床失智評估量表(Clinical Dementia Rating, CDR) 3 分且日常體能狀況已超過半數時間臥床或依賴輪椅(如 ECOG 3 分以上)，或失智症功能評估分級量表(Functional assessment staging, FAST)等級 7C 以上。
3. 一年內，合併發生以下任一種臨床狀況：
 - (1) 居家照護或一般支持性醫療照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。
 - (2) 營養不良（下列任一情境）
 - 吞嚥困難，進食喝水減少，但選擇不接受管灌餵食。
 - 明顯體重減輕:過去三個月下降 5%或六個月內下降 10%。
 - 身體質量指數(BMI)小於 16，或白蛋白小於 2.5g/dL。
 - (3) 兩次以上跌倒，或者大腿骨骨折。
 - (4) 吸入性肺炎。
 - (5) 腎盂腎炎或其他上泌尿道感染。
 - (6) 多處皮膚壓力性損傷(第 3、4 期)。
 - (7) 敗血症。
 - (8) 反覆發燒，既使已使用抗生素。
 - (9) 過去六個月中，出現兩次以上非計畫性的住院，或有一次加護病房的住院。

十一、符合病人自主權利法第十四條第一項第二款至第五款所列臨床條件者

1. 第十四條第一項第二款至第四款：
 - (1) 處於不可逆轉之昏迷狀況
 - (2) 永久植物人狀態 (ICD-10-CM代碼：R40.3)
 - (3) 極重度失智 (CDR3分以上或FAST7分以上)
2. 第十四條第一項第五款：其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形。(ICD-10-CM代碼參考如下)
 - (1) 囊狀纖維化症：E84.9
 - (2) 亨丁頓氏舞蹈症：G10
 - (3) 脊髓小腦退化性動作協調障礙：G11.0、G11.1、G11.2、G11.3、G11.4、G11.8、G11.9、G31.2、G32.81、G32.89、G60.2、R27.0、R27.8、R27.9、R29.810、R29.818、R29.890、R29.891、R29.898
 - (4) 脊髓性肌肉萎縮症：G12.9
 - (5) 肌萎縮性側索硬化症：G12.21
 - (6) 多發性系統萎縮症：G90.3
 - (7) 裘馨氏肌肉失養症：G71.0
 - (8) 肢帶型肌失養症：G71.0
- (9) Nemaline線狀肌肉病變：G71.2
- (10) 原發性肺動脈高壓：I27.0
- (11) 遺傳性表皮分解性水泡症：Q81.0、Q81.1、Q81.2、Q81.8、Q81.9
- (12) 先天性多發性關節攣縮症：Q74.3

十二、罕見疾病或其他預估生命受限者

附表一、失智症、十一、符合病人自主權利法第十四條第一項第二款至第五款所列臨床條件者及十二、罕見疾病或其他預估生命受限者增修四十項 ICD-10-CM 代碼。

<ol style="list-style-type: none"> 1.罕見疾病（依據衛生福利部國民健康署公告罕見疾病名單暨 ICD-10-CM 編碼一覽表），預估生命受限者。 2.先天染色體異常疾病、先天畸形(屬全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第二條附表一之重大傷病項目第八類染色體異常、先天性畸形者)，預估生命受限者。 3.源於周產期的病況（P00-P96、Z05.0、Z05.1、Z05.2、Z05.3、Z05.41、Z05.42、Z05.43、Z05.5、Z05.6、Z05.71、Z05.72、Z05.73、Z05.8、Z05.9），預估生命受限者。 4.染色體異常（如 Trisomy13、Trisomy18、或其他染色體異常合併多重器官先天異常：Q91.0-Q91.7、Q97.0-Q97.9），預估無法活至成年者。 5.嚴重之先天腦部異常(如無腦症：Q00.0、神經系統先天性畸形：Q07.9)，預估無法活至成年者。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.罕見疾病（依據衛生福利部國民健康署公告罕見疾病名單暨 ICD-10-CM 編碼一覽表），預估生命受限者。 2.先天染色體異常疾病、先天畸形(屬全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第二條附表一之重大傷病項目第八類染色體異常、先天性畸形者)，預估生命受限者。 3.源於周產期的病況（P00-P96），預估生命受限者。 4.染色體異常（如 Trisomy13、Trisomy18、或其他染色體異常合併多重器官先天異常：Q91.0~Q91.7、Q97.0~Q97.9），預估無法活至成年者。 5.嚴重之先天腦部異常(如無腦症：Q00.0、神經系統先天性畸形：Q07.9)，預估無法活至成年者。
---	---

第六部 論病例計酬

第二章 婦科

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
97017C	輸卵管外孕手術(住院) 註： 1.診療項目要求表(詳附表 6.2.2) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.出院狀態 (1)出院前至少二十四小時內體溫低於 37.5°C (2)無合併症 (3)可自行解尿 (4)正常胃腸功能，出院前二十四小時內至少正常排便一次 (5)病人之衛教： A.沐浴及個人衛生 B.傷口之照料 C.活動程度(包括性生活等)之衛教 D.口服藥 E.回診時間 3.主診斷碼及主手術(或處置)碼： 主診斷碼(ICD-10-CM)： O00.101 、 O00.102 、 O00.109 、 O00.111 、 O00.112 、 O00.119 主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)： 0U950ZZ、0U960ZZ、0U970ZZ、10T20ZZ、10D27ZZ、10D28ZZ、 10D20ZZ 、 10D24ZZ 、10T23ZZ、10T27ZZ、10T28ZZ、10T20ZZ+0UB50ZZ、10T20ZZ+0UB60ZZ 4.西醫基層申報限設置有門診手術室及觀察病床者。	v				39615
97047C	腹腔鏡子宮外孕手術(住院) 註： 1.診療項目要求表(詳附表 6.2.8) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.出院狀態 (1)出院前至少二十四小時內體溫低於 37.5°C (2)無合併症 (3)可自行解尿 (4)正常胃腸功能，出院前二十四小時內至少正常排便一次 (5)病人之衛教： A.沐浴及個人衛生 B.傷口之照料 C.活動程度(包括性生活等)之衛教 D.口服藥 E.回診時間 3.主診斷碼及主手術(或處置)碼： 主診斷碼(ICD-10-CM)： O00.00 、 O00.01 、 O00.101 、 O00.102 、 O00.109 、 O00.111 、 O00.112 、 O00.119 、 O00.201 、 O00.202 、 O00.209 、 O00.211 、 O00.212 、 O00.219 、 O00.80 、 O00.89 、 O00.90 、 O00.91 主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)： 0U954ZZ、0U964ZZ、0U974ZZ、10T24ZZ 4.西醫基層院所申報限設置有門診手術室及觀察病床者。	v				60052

第六部 論病例計酬

第二章 婦科

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
97017C	輸卵管外孕手術(住院) 註： 1.診療項目要求表(詳附表 6.2.2) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.出院狀態 (1)出院前至少二十四小時內體溫低於 37.5°C (2)無合併症 (3)可自行解尿 (4)正常胃腸功能，出院前二十四小時內至少正常排便一次 (5)病人之衛教： A.沐浴及個人衛生 B.傷口之照料 C.活動程度(包括性生活等)之衛教 D.口服藥 E.回診時間 3.主診斷碼及主手術(或處置)碼： 主診斷碼(ICD-10-CM)：O00.1 主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)： 0U950ZZ、0U960ZZ、0U970ZZ、10T20ZZ、10D27ZZ、10D28ZZ、10T23ZZ、10T27ZZ、10T28ZZ、10T20ZZ+0UB50ZZ、10T20ZZ+0UB60ZZ 4.西醫基層申報限設置有門診手術室及觀察病床者。	v				39615
97047C	腹腔鏡子宮外孕手術(住院) 註： 1.診療項目要求表(詳附表 6.2.8) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.出院狀態 (1)出院前至少二十四小時內體溫低於 37.5°C (2)無合併症 (3)可自行解尿 (4)正常胃腸功能，出院前二十四小時內至少正常排便一次 (5)病人之衛教： A.沐浴及個人衛生 B.傷口之照料 C.活動程度(包括性生活等)之衛教 D.口服藥 E.回診時間 3.主診斷碼及主手術(或處置)碼： 主診斷碼(ICD-10-CM)：O00.0、O00.1、O00.2、O00.8、O00.9 主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)： 0U954ZZ、0U964ZZ、0U974ZZ、10T24ZZ 4.西醫基層院所申報限設置有門診手術室及觀察病床者。	v				60052

修訂
97017C
「輸卵管外孕手術(住院)」等二項目支付規範增修三十二項 ICD-10-CM 代碼。

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

一、名詞定義

(一)相對權重(Relative Weight, 以下簡稱RW):

1. 計算資料排除通則三所列不適用第七部支付標準之案件、通則六之(六)得另行核實申報點數、通則六之(七)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。
2. 計算資料之基本診療項目支付點數以地區醫院支付標準校正。
3. 計算公式:「某Tw-DRG平均每人次點數/全國平均每人次點數」。

(二)標準給付額(Standardized Payment Rate, 以下簡稱SPR):

1. 計算資料排除通則三所列不適用第七部支付標準之案件、通則六之(三)超過上限臨界點之醫療服務點數、通則六之(六)得另行核實申報點數、通則六之(七)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。
2. 計算公式:「全國合計點數/全國總權重」並經調整之給付值。
3. SPR係按「實施前後總點數中平原則」及「超過上限臨界點之支付點數占總Tw-DRG支付點數之5.1%原則」計算之「標準給付額」。

(三)病例組合指標(Case Mix Index, 以下簡稱CMI):
CMI值計算公式: $\Sigma(\text{各DRG案件數} * \text{各DRG相對權重}) / \text{DRG總案件數}$ 。

(四)主要疾病類別(Major Diagnostic Category, 以下簡稱MDC): Tw-DRG之主要疾病類別為PRE MDC、MDC1至MDC24, 其內容及Tw-DRG分類條件如「全民健康保險住院診斷關聯群分類手冊(以下稱TW-DRG分類手冊)」。

(五)醫療服務點數上限臨界點: 各Tw-DRG之上限臨界點, 係以「實施前後總點數中平」及「全國超過上限臨界點部分之總支付點數占率為5.1%」原則計算之各Tw-DRG之相同百分位值。

(六)醫療服務點數下限臨界點: 各Tw-DRG之下限臨界點, 以該Tw-DRG醫療服務點數之2.5百分位值訂定。

(七)醫療服務點數: 醫事服務機構依據本標準及全民健康保險藥物給付項目及支付標準, 申報其所提供醫療服務之點數。

(八)幾何平均住院日: 依相對權重計算範圍之資料, 計算各DRG之幾何平均住院日, 病人所需之住院日數應由臨床醫師專業判斷, 若病人病情尚未穩定或治癒, 各特約醫院不得以此要求病人出院; 若經醫師認定應出院者, 病人亦不得以此要求繼續住院。

二、各Tw-DRG之給付, 已包含當次住院屬本標準及全民健康保險藥物給付項目及支付標準所定各項相關費用, 特約醫療院所不得將屬當次住院範圍之相關費用移轉至門診或急診申報, 或採分次住院, 或除病人同意使用符合「全民健保尚未納入給付特材管理作業要點」規定之特材外, 另行向保險對象收取給付範圍費用, 違反規定

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

一、名詞定義

(一)相對權重(Relative Weight, 以下簡稱RW):

1. 計算資料排除通則三所列不適用第七部支付標準之案件、通則六之(六)得另行核實申報點數、通則六之(七)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。
2. 計算資料之基本診療項目支付點數以地區醫院支付標準校正。
3. 計算公式:「某Tw-DRG平均每人次點數/全國平均每人次點數」。

(二)標準給付額(Standardized Payment Rate, 以下簡稱SPR):

1. 計算資料排除通則三所列不適用第七部支付標準之案件、通則六之(三)超過上限臨界點之醫療服務點數、通則六之(六)得另行核實申報點數、通則六之(七)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。
2. 計算公式:「全國合計點數/全國總權重」並經調整之給付值。
3. SPR係按「實施前後總點數中平原則」及「超過上限臨界點之支付點數占總Tw-DRG支付點數之5.1%原則」計算之「標準給付額」。

(三)病例組合指標(Case Mix Index, 以下簡稱CMI):
CMI值計算公式: $\Sigma(\text{各DRG案件數} * \text{各DRG相對權重}) / \text{DRG總案件數}$ 。

(四)主要疾病類別(Major Diagnostic Category, 以下簡稱MDC): Tw-DRG之主要疾病類別為PRE MDC、MDC1至MDC24, 其內容及Tw-DRG分類條件如「全民健康保險住院診斷關聯群分類手冊(以下稱TW-DRG分類手冊)」。

(五)醫療服務點數上限臨界點: 各Tw-DRG之上限臨界點, 係以「實施前後總點數中平」及「全國超過上限臨界點部分之總支付點數占率為5.1%」原則計算之各Tw-DRG之相同百分位值。

(六)醫療服務點數下限臨界點: 各Tw-DRG之下限臨界點, 以該Tw-DRG醫療服務點數之2.5百分位值訂定。

(七)醫療服務點數: 醫事服務機構依據本標準及全民健康保險藥物給付項目及支付標準, 申報其所提供醫療服務之點數。

(八)幾何平均住院日: 依相對權重計算範圍之資料, 計算各DRG之幾何平均住院日, 病人所需之住院日數應由臨床醫師專業判斷, 若病人病情尚未穩定或治癒, 各特約醫院不得以此要求病人出院; 若經醫師認定應出院者, 病人亦不得以此要求繼續住院。

二、各Tw-DRG之給付, 已包含當次住院屬本標準及全民健康保險藥物給付項目及支付標準所定各項相關費用, 特約醫療院所不得將屬當次住院範圍之相關費用移轉至門診或急診申報, 或採分次住院, 或除病人同意使用符合「全民健保尚未納入給付特材管理作業要點」規定之特材外, 另行向保險對象收取給付範圍費用, 違反規定

1. 增修六十四項 ICD-10-CM 代碼; 另檢視申報規範配合修訂通則三癌症之診斷碼增列 C96.A、C96.Z 及 O9A.1- 並刪除 Z51.1 等代碼; 愛滋病之診斷碼增列 Z21。
2. 酌修文字「病患、患者」改為病人。

者，整筆醫療費用不予支付。

三、下列案件不適用第七部支付標準：

(一)主診斷為癌症、性態未明腫瘤案件：

	ICD-9-CM	ICD-10-CM
癌症	140.XX-176.XX、 179.XX-208.XX、 V58.0、V58.1、 V67.1、V67.2	C00.0-C94.32、 C94.80-C96.9、 C96.A 、 C96.Z 、 O9A.1 、Z51.0、 Z51.11、Z51.12、 Z08
性態未明腫瘤	235.XX、236.XX、 237.XX、238.XX	D37-D48、J84.81、 C94.4、C94.6

(二)主或次診斷為臟器移植併發症及後續住院：

ICD-9-CM	ICD-10-CM
996.8X V42.XX	D89.810-D89.813、T86.00-T86.09、 T86.10-T86.19、T86.20-T86.29、T86.30- T86.39、T86.40-T86.49、T86.5、T86.810- T86.819、T86.850-T86.859、T86.90- T86.99、Z94.0-Z94.4、Z94.6、Z94.81- Z94.84、Z94.89、Z94.9

(三)MDC19、MDC20之精神科案件。

(四)主或次診斷為愛滋病、凝血因子異常或主管機關公告之罕見疾病案件。

	ICD-9-CM	ICD-10-CM
愛滋病	042	B20、 Z21
凝血因子異常	286.0-286.3、286.7	D66、D67、 D68.1、D68.2、 D68.4

(五)計畫型案件。

(六)住院日超過三十日之案件。

(七)使用 Extracorporeal Membrane Oxygenation(ECMO)之案件。

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
39.65	5A1522F 、 5A1522G 、 5A1522H 、 5A15A2F 、 5A15A2G 、 5A15A2H

(八)住院安寧療護案件。

(九)其他非屬「醫院醫療給付費用總額」範圍之案件。

(十)使用主動脈內氣球幫浦(IABP)個案。

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
37.61	5A02110、5A02210

(十一)生產有合併植入性胎盤、產後大出血或產後血液凝固缺損之案件。

	ICD-9-CM	ICD-10-CM
合併植入性胎盤	656.7X、 666.0X、 666.2X、 667.0X、 667.1X	O43.011-O43.199 O43.211-O43.239 O43.811- O43.93、O72.0- O72.3、 O73.0- O73.1
產後大出血	666.1X	O72.1
產後血液凝固缺損	666.3X	O72.3

(十二)複雜性多重骨盆腔器官脫垂，須同時施行骨盆腔多器官重建手術之個案，共計十組：

1.

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
68.4+70.7 7+70.50	(0UT90ZZ、0UT94ZZ、0UTC0ZZ、 0UTC4ZZ) +(0USG0ZZ、0USG4ZZ、0USGXZZ、 0USG7ZZ 、 0USG8ZZ) +(0JQC0ZZ、0JQC3ZZ、0JUC07Z、0JUC0JZ、 0JUC0KZ、0JUC37Z、0JUC3JZ、0JUC3KZ、 0UUG07Z、0UUG0JZ、0UUG0KZ、0UUG47Z、 0UUG4JZ、0UUG4KZ、0UUG77Z、0UUG7JZ、 0UUG7KZ、0UUG87Z、0UUG8JZ、0UUG8KZ)

者，整筆醫療費用不予支付。

三、下列案件不適用第七部支付標準：

(一)主診斷為癌症、性態未明腫瘤案件：

	ICD-9-CM	ICD-10-CM
癌症	140.XX-176.XX、 179.XX-208.XX、 V58.0、V58.1、 V67.1、V67.2	C00.0-C94.32、 C94.80-C96.9、 Z51.0、Z51.1、 Z51.11、Z51.12、 Z08
性態未明腫瘤	235.XX、236.XX、 237.XX、238.XX	D37-D48、J84.81、 C94.4、C94.6

(二)主或次診斷為臟器移植併發症及後續住院：

ICD-9-CM	ICD-10-CM
996.8X V42.XX	D89.810-D89.813、T86.00-T86.09、 T86.10-T86.19、T86.20-T86.29、T86.30- T86.39、T86.40-T86.49、T86.5、T86.810- T86.819、T86.850-T86.859、T86.90- T86.99、Z94.0-Z94.4、Z94.6、Z94.81- Z94.84、Z94.89、Z94.9

(三)MDC19、MDC20之精神科案件。

(四)主或次診斷為愛滋病、凝血因子異常或主管機關公告之罕見疾病案件。

	ICD-9-CM	ICD-10-CM
愛滋病	042	B20
凝血因子異常	286.0-286.3、286.7	D66、D67、 D68.1、D68.2、 D68.4

(五)計畫型案件。

(六)住院日超過三十日之案件。

(七)使用 Extracorporeal Membrane Oxygenation(ECMO)之案件。

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
39.65	5A15223

(八)住院安寧療護案件。

(九)其他非屬「醫院醫療給付費用總額」範圍之案件。

(十)使用主動脈內氣球幫浦(IABP)個案。

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
37.61	5A02110、5A02210

(十一)生產有合併植入性胎盤、產後大出血或產後血液凝固缺損之案件。

	ICD-9-CM	ICD-10-CM
合併植入性胎盤	656.7X、 666.0X、 666.2X、 667.0X、 667.1X	O43.011-O43.199 O43.211-O43.239 O43.811- O43.93、O72.0- O72.3、 O73.0- O73.1
產後大出血	666.1X	O72.1
產後血液凝固缺損	666.3X	O72.3

(十二)複雜性多重骨盆腔器官脫垂，須同時施行骨盆腔多器官重建手術之個案，共計十組：

1.

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
68.4+70.7 7+70.50	(0UT90ZZ、0UT94ZZ、0UTC0ZZ、 0UTC4ZZ) +(0USG0ZZ、0USG4ZZ、0USGXZZ) +(0JQC0ZZ、0JQC3ZZ、0JUC07Z、0JUC0JZ、 0JUC0KZ、0JUC37Z、0JUC3JZ、0JUC3KZ、 0UUG07Z、0UUG0JZ、0UUG0KZ、0UUG47Z、 0UUG4JZ、0UUG4KZ、0UUG77Z、0UUG7JZ、 0UUG7KZ、0UUG87Z、0UUG8JZ、0UUG8KZ)

上述處置合併 59.79、 59.5	上述處置外，另加 (0TQD0ZZ、0TQD3ZZ、0TQD4ZZ、0TQD7ZZ、 0TQD8ZZ、0TQDXZZ、0TUC0JZ、0TUC4JZ、 0TUC7JZ、0TUC8JZ、0TSD0ZZ、0TSD4ZZ、 0TUC07Z、0TUC0KZ、0TUC47Z、0TUC4KZ、 0TUC77Z、0TUC7KZ、0TUC87Z、0TUC8KZ、 0TUD07Z、0TUD0JZ、0TUD0KZ、0TUD47Z、 0TUD4JZ、0TUD4KZ、0TUD77Z、0TUD7JZ、 0TUD7KZ、0TUD87Z、0TUD8JZ、0TUD8KZ、 0TUDX7Z、0TUDXJZ、0TUDXKZ、0TQC0ZZ、 0TQC3ZZ、0TQC4ZZ、0TQC7ZZ、0TQC8ZZ)	上述處置合併 59.79、 59.5	上述處置外，另加 (0TQD0ZZ、0TQD3ZZ、0TQD4ZZ、0TQD7ZZ、 0TQD8ZZ、0TQDXZZ、0TUC0JZ、0TUC4JZ、 0TUC7JZ、0TUC8JZ、0TSD0ZZ、0TSD4ZZ、 0TUC07Z、0TUC0KZ、0TUC47Z、0TUC4KZ、 0TUC77Z、0TUC7KZ、0TUC87Z、0TUC8KZ、 0TUD07Z、0TUD0JZ、0TUD0KZ、0TUD47Z、 0TUD4JZ、0TUD4KZ、0TUD77Z、0TUD7JZ、 0TUD7KZ、0TUD87Z、0TUD8JZ、0TUD8KZ、 0TUDX7Z、0TUDXJZ、0TUDXKZ、0TQC0ZZ、 0TQC3ZZ、0TQC4ZZ、0TQC7ZZ、0TQC8ZZ)
2.		2.	
ICD-9-CM	ICD-10-PCS	ICD-9-CM	ICD-10-PCS
68.59+70.77 +70.50	(0UT97ZZ、0UT98ZZ、 0UTC7ZZ、0UTC8ZZ) +(0USG0ZZ、0USG4ZZ、 0USGXZZ、 0USG7ZZ 、 0USG8ZZ) +(0JQC0ZZ、0JQC3ZZ、0JUC07Z、 0JUC0JZ、0JUC0KZ、0JUC37Z、 0JUC3JZ、0JUC3KZ、0UUG07Z、 0UUG0JZ、0UUG0KZ、0UUG47Z、 0UUG4JZ、0UUG4KZ、0UUG77Z、 0UUG7JZ、0UUG7KZ、0UUG87Z、 0UUG8JZ、0UUG8KZ)	68.59+70.77 +70.50	(0UT97ZZ、0UT98ZZ、 0UTC7ZZ、0UTC8ZZ) +(0USG0ZZ、0USG4ZZ、0USGXZZ) +(0JQC0ZZ、0JQC3ZZ、 0JUC07Z、0JUC0JZ、0JUC0KZ、 0JUC37Z、0JUC3JZ、0JUC3KZ、 0UUG07Z、0UUG0JZ、 0UUG0KZ、0UUG47Z、 0UUG4JZ、0UUG4KZ、 0UUG77Z、0UUG7JZ、 0UUG7KZ、0UUG87Z、 0UUG8JZ、0UUG8KZ)
上述處置合併 59.79、59.5	上述處置外，另加 (0TQD0ZZ、0TQD3ZZ、0TQD4ZZ、 0TQD7ZZ、0TQD8ZZ、0TQDXZZ、 0TUC0JZ、0TUC4JZ、0TUC7JZ、 0TUC8JZ、0TSD0ZZ、0TSD4ZZ、 0TUC07Z、0TUC0KZ、0TUC47Z、 0TUC4KZ、0TUC77Z、0TUC7KZ、 0TUC87Z、0TUC8KZ、0TUD07Z、 0TUD0JZ、0TUD0KZ、0TUD47Z、 0TUD4JZ、0TUD4KZ、0TUD77Z、 0TUD7JZ、0TUD7KZ、0TUD87Z、 0TUD8JZ、0TUD8KZ、0TUDX7Z、 0TUDXJZ、0TUDXKZ、0TQC0ZZ、 0TQC3ZZ、0TQC4ZZ、0TQC7ZZ、 0TQC8ZZ)	上述處置合併 59.79、59.5	上述處置外，另加 (0TQD0ZZ、0TQD3ZZ、0TQD4ZZ、 0TQD7ZZ、0TQD8ZZ、0TQDXZZ、 0TUC0JZ、0TUC4JZ、0TUC7JZ、 0TUC8JZ、0TSD0ZZ、0TSD4ZZ、 0TUC07Z、0TUC0KZ、0TUC47Z、 0TUC4KZ、0TUC77Z、0TUC7KZ、 0TUC87Z、0TUC8KZ、0TUD07Z、 0TUD0JZ、0TUD0KZ、0TUD47Z、 0TUD4JZ、0TUD4KZ、0TUD77Z、 0TUD7JZ、0TUD7KZ、0TUD87Z、 0TUD8JZ、0TUD8KZ、0TUDX7Z、 0TUDXJZ、0TUDXKZ、0TQC0ZZ、 0TQC3ZZ、0TQC4ZZ、0TQC7ZZ、 0TQC8ZZ)
3.		3.	
ICD-9-CM	ICD-10-PCS	ICD-9-CM	ICD-10-PCS
70.50+69.22+70.92	(0JQC0ZZ、0JQC3ZZ、0JUC07Z、 0JUC0JZ、0JUC0KZ、0JUC37Z、 0JUC3JZ、0JUC3KZ、0UUG07Z、 0UUG0JZ、0UUG0KZ、0UUG47Z、 0UUG4JZ、0UUG4KZ、0UUG77Z、 0UUG7JZ、0UUG7KZ、0UUG87Z、 0UUG8JZ、0UUG8KZ) + (0US90ZZ、0US94ZZ、 0US97ZZ 、 0US98ZZ) +(0ULF7DZ、0ULF7ZZ、0ULF8DZ、 0ULF8ZZ、0UMF0ZZ、0UMF4ZZ、 0UNF0ZZ、0UNF3ZZ、0UNF4ZZ、 0UNF7ZZ、0UNF8ZZ、0UQF0ZZ、 0UQF3ZZ、0UQF4ZZ、0UQF7ZZ、 0UQF8ZZ、0USF0ZZ、0USF4ZZ、 0UTF0ZZ、0UTF4ZZ、0UTF7ZZ、 0UTF8ZZ、0UUF07Z、0UUF0JZ、 0UUF0KZ、0UUF47Z、0UUF4JZ、 0UUF4KZ、0UUF77Z、0UUF7JZ、 0UUF7KZ、0UUF87Z、0UUF8JZ、 0UUF8KZ、 0USF8ZZ)	70.50+69.22+70.92	(0JQC0ZZ、0JQC3ZZ、0JUC07Z、 0JUC0JZ、0JUC0KZ、0JUC37Z、 0JUC3JZ、0JUC3KZ、0UUG07Z、 0UUG0JZ、0UUG0KZ、0UUG47Z、 0UUG4JZ、0UUG4KZ、0UUG77Z、 0UUG7JZ、0UUG7KZ、0UUG87Z、 0UUG8JZ、0UUG8KZ) + (0US90ZZ、0US94ZZ) +(0ULF7DZ、0ULF7ZZ、0ULF8DZ、 0ULF8ZZ、0UMF0ZZ、0UMF4ZZ、 0UNF0ZZ、0UNF3ZZ、0UNF4ZZ、 0UNF7ZZ、0UNF8ZZ、0UQF0ZZ、 0UQF3ZZ、0UQF4ZZ、0UQF7ZZ、 0UQF8ZZ、0USF0ZZ、0USF4ZZ、 0UTF0ZZ、0UTF4ZZ、0UTF7ZZ、 0UTF8ZZ、0UUF07Z、0UUF0JZ、 0UUF0KZ、0UUF47Z、0UUF4JZ、 0UUF4KZ、0UUF77Z、0UUF7JZ、 0UUF7KZ、0UUF87Z、0UUF8JZ、 0UUF8KZ)
上述處置合併 59.79、59.5	上述處置外，另加 (0TQD0ZZ、0TQD3ZZ、0TQD4ZZ、 0TQD7ZZ、0TQD8ZZ、0TQDXZZ、 0TUC0JZ、0TUC4JZ、0TUC7JZ、 0TUC8JZ、0TSD0ZZ、0TSD4ZZ、 0TUC07Z、0TUC0KZ、0TUC47Z、 0TUC4KZ、0TUC77Z、0TUC7KZ、	上述處置合併 59.79、59.5	上述處置外，另加 (0TQD0ZZ、0TQD3ZZ、0TQD4ZZ、 0TQD7ZZ、0TQD8ZZ、0TQDXZZ、 0TUC0JZ、0TUC4JZ、0TUC7JZ、 0TUC8JZ、0TSD0ZZ、0TSD4ZZ、 0TUC07Z、0TUC0KZ、0TUC47Z、 0TUC4KZ、0TUC77Z、0TUC7KZ、

	0TUC87Z、0TUC8KZ、0TUD07Z、0TUD0JZ、0TUD0KZ、0TUD47Z、0TUD4JZ、0TUD4KZ、0TUD77Z、0TUD7JZ、0TUD7KZ、0TUD87Z、0TUD8JZ、0TUD8KZ、0TUDX7Z、0TUDXJZ、0TUDXKZ、0TQC0ZZ、0TQC3ZZ、0TQC4ZZ、0TQC7ZZ、0TQC8ZZ)		0TUC87Z、0TUC8KZ、0TUD07Z、0TUD0JZ、0TUD0KZ、0TUD47Z、0TUD4JZ、0TUD4KZ、0TUD77Z、0TUD7JZ、0TUD7KZ、0TUD87Z、0TUD8JZ、0TUD8KZ、0TUDX7Z、0TUDXJZ、0TUDXKZ、0TQC0ZZ、0TQC3ZZ、0TQC4ZZ、0TQC7ZZ、0TQC8ZZ)
4.		4.	
ICD-9-CM	ICD-10-PCS	ICD-9-CM	ICD-10-PCS
70.79 +69.22+70.92	(0U7G0DZ、0U7G0ZZ、0U7G3DZ、0U7G3ZZ、0U7G4DZ、0U7G4ZZ、0UMG0ZZ、0UMG4ZZ、0UNG0ZZ、0UNG3ZZ、0UNG4ZZ、0UQG0ZZ、0UQG3ZZ、0UQG4ZZ、0UQG7ZZ、0UQG8ZZ、0UQGXZZ、0UQG0ZZ、0UQG3ZZ、0UQG4ZZ、0UQG7ZZ、0UQG8ZZ、0UQGXZZ、0WQN0ZZ、0WQN3ZZ、0WQN4ZZ、0WQNXZZ) +(0US90ZZ、0US94ZZ、 0US97ZZ 、 0US98ZZ) +(0ULF7DZ、0ULF7ZZ、0ULF8DZ、0ULF8ZZ、0UMF0ZZ、0UMF4ZZ、0UNF0ZZ、0UNF3ZZ、0UNF4ZZ、0UNF7ZZ、0UNF8ZZ、0UQF0ZZ、0UQF3ZZ、0UQF4ZZ、0UQF7ZZ、0UQF8ZZ、0USF0ZZ、0USF4ZZ、0UTF0ZZ、0UTF4ZZ、0UTF7ZZ、0UTF8ZZ、0UUF07Z、0UUF0JZ、0UUF0KZ、0UUF47Z、0UUF4JZ、0UUF4KZ、0UUF77Z、0UUF7JZ、0UUF7KZ、0UUF87Z、0UUF8JZ、0UUF8KZ、 0USF8ZZ)	70.79 +69.22+70.92	(0U7G0DZ、0U7G0ZZ、0U7G3DZ、0U7G3ZZ、0U7G4DZ、0U7G4ZZ、0UMG0ZZ、0UMG4ZZ、0UNG0ZZ、0UNG3ZZ、0UNG4ZZ、0UQG0ZZ、0UQG3ZZ、0UQG4ZZ、0UQG7ZZ、0UQG8ZZ、0UQGXZZ、0UQG0ZZ、0UQG3ZZ、0UQG4ZZ、0UQG7ZZ、0UQG8ZZ、0UQGXZZ、0WQN0ZZ、0WQN3ZZ、0WQN4ZZ、0WQNXZZ) +(0US90ZZ、0US94ZZ) +(0ULF7DZ、0ULF7ZZ、0ULF8DZ、0ULF8ZZ、0UMF0ZZ、0UMF4ZZ、0UNF0ZZ、0UNF3ZZ、0UNF4ZZ、0UNF7ZZ、0UNF8ZZ、0UQF0ZZ、0UQF3ZZ、0UQF4ZZ、0UQF7ZZ、0UQF8ZZ、0USF0ZZ、0USF4ZZ、0UTF0ZZ、0UTF4ZZ、0UTF7ZZ、0UTF8ZZ、0UUF07Z、0UUF0JZ、0UUF0KZ、0UUF47Z、0UUF4JZ、0UUF4KZ、0UUF77Z、0UUF7JZ、0UUF7KZ、0UUF87Z、0UUF8JZ、0UUF8KZ)
上述處置合併 59.79、59.5	上述處置外，另加 (0TQD0ZZ、0TQD3ZZ、0TQD4ZZ、0TQD7ZZ、0TQD8ZZ、0TQDXZZ、0TUC0JZ、0TUC4JZ、0TUC7JZ、0TUC8JZ、0TSD0ZZ、0TSD4ZZ、0TUC07Z、0TUC0KZ、0TUC47Z、0TUC4KZ、0TUC77Z、0TUC7KZ、0TUC87Z、0TUC8KZ、0TUD07Z、0TUD0JZ、0TUD0KZ、0TUD47Z、0TUD4JZ、0TUD4KZ、0TUD77Z、0TUD7JZ、0TUD7KZ、0TUD87Z、0TUD8JZ、0TUD8KZ、0TUDX7Z、0TUDXJZ、0TUDXKZ、0TQC0ZZ、0TQC3ZZ、0TQC4ZZ、0TQC7ZZ、0TQC8ZZ)	上述處置合併 59.79、59.5	上述處置外，另加 (0TQD0ZZ、0TQD3ZZ、0TQD4ZZ、0TQD7ZZ、0TQD8ZZ、0TQDXZZ、0TUC0JZ、0TUC4JZ、0TUC7JZ、0TUC8JZ、0TSD0ZZ、0TSD4ZZ、0TUC07Z、0TUC0KZ、0TUC47Z、0TUC4KZ、0TUC77Z、0TUC7KZ、0TUC87Z、0TUC8KZ、0TUD07Z、0TUD0JZ、0TUD0KZ、0TUD47Z、0TUD4JZ、0TUD4KZ、0TUD77Z、0TUD7JZ、0TUD7KZ、0TUD87Z、0TUD8JZ、0TUD8KZ、0TUDX7Z、0TUDXJZ、0TUDXKZ、0TQC0ZZ、0TQC3ZZ、0TQC4ZZ、0TQC7ZZ、0TQC8ZZ)
5.		5.	
ICD-9-CM	ICD-10-PCS	ICD-9-CM	ICD-10-PCS
70.77 +70.50	(0USG0ZZ、0USG4ZZ、0USGXZZ、 0USG7ZZ 、 0USG8ZZ) +(0JQC0ZZ、0JQC3ZZ、0JUC07Z、0JUC0JZ、0JUC0KZ、0JUC37Z、0JUC3JZ、0JUC3KZ、0UUG07Z、0UUG0JZ、0UUG0KZ、0UUG47Z、0UUG4JZ、0UUG4KZ、0UUG77Z、0UUG7JZ、0UUG7KZ、0UUG87Z、0UUG8JZ、0UUG8KZ)	70.77 +70.50	(0USG0ZZ、0USG4ZZ、0USGXZZ) +(0JQC0ZZ、0JQC3ZZ、0JUC07Z、0JUC0JZ、0JUC0KZ、0JUC37Z、0JUC3JZ、0JUC3KZ、0UUG07Z、0UUG0JZ、0UUG0KZ、0UUG47Z、0UUG4JZ、0UUG4KZ、0UUG77Z、0UUG7JZ、0UUG7KZ、0UUG87Z、0UUG8JZ、0UUG8KZ)
上述處置合併 59.79、59.5	上述處置外，另加 (0TQD0ZZ、0TQD3ZZ、0TQD4ZZ、0TQD7ZZ、0TQD8ZZ、0TQDXZZ、0TUC0JZ、0TUC4JZ、0TUC7JZ、0TUC8JZ、0TSD0ZZ、0TSD4ZZ、0TUC07Z、0TUC0KZ、0TUC47Z、0TUC4KZ、0TUC77Z、0TUC7KZ、0TUC87Z、0TUC8KZ、0TUD07Z、0TUD0JZ、0TUD0KZ、0TUD47Z、0TUD4JZ、0TUD4KZ、0TUD77Z、0TUD7JZ、0TUD7KZ、0TUD87Z、0TUD8JZ、0TUD8KZ、0TUDX7Z、0TUDXJZ、	上述處置合併 59.79、59.5	上述處置外，另加 (0TQD0ZZ、0TQD3ZZ、0TQD4ZZ、0TQD7ZZ、0TQD8ZZ、0TQDXZZ、0TUC0JZ、0TUC4JZ、0TUC7JZ、0TUC8JZ、0TSD0ZZ、0TSD4ZZ、0TUC07Z、0TUC0KZ、0TUC47Z、0TUC4KZ、0TUC77Z、0TUC7KZ、0TUC87Z、0TUC8KZ、0TUD07Z、0TUD0JZ、0TUD0KZ、0TUD47Z、0TUD4JZ、0TUD4KZ、0TUD77Z、0TUD7JZ、0TUD7KZ、0TUD87Z、0TUD8JZ、0TUD8KZ、0TUDX7Z、0TUDXJZ、

0TUDXKZ、0TQC0ZZ、0TQC3ZZ、
0TQC4ZZ、0TQC7ZZ、0TQC8ZZ)

- 四、參與各項醫療給付改善方案、計畫，依其所定支付標準申報，不適用第七部各章節支付標準。
- 五、符合第六部「論病例計酬」所定條件之案件，應依本章通則所定時程及支付標準優先適用。
- 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(不含精神病人、入住 RCW 及一般病房之呼吸器依賴病人)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：
 - (1) 山地地區：百分之二。
 - (2) 離島地區：百分之二十。
- (三) 實際醫療服務點數高於點數上限臨界點者，計算方

0TUDXKZ、0TQC0ZZ、0TQC3ZZ、
0TQC4ZZ、0TQC7ZZ、0TQC8ZZ)

- 四、參與各項醫療給付改善方案、計畫，依其所定支付標準申報，不適用第七部各章節支付標準。
- 五、符合第六部「論病例計酬」所定條件之案件，應依本章通則所定時程及支付標準優先適用。
- 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(不含精神病人、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：
 - (1) 山地地區：百分之二。
 - (2) 離島地區：百分之二十。
- (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. 非前述個案，按(二)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(一)至(三)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、

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. 非前述個案，按(二)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(一)至(三)計算。

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

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

(1) 次診斷為癌症或性態未明腫瘤：

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

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

	ICD-9-CM	ICD-10-PCS
化療	99.25	3E00X05、3E01305、3E02305、 3E03005、3E0300P、3E03305、 3E0330P、3E04005、3E0400P、 3E04305、3E0430P、3E05005、 3E0500P、3E05305、3E0530P、

		3E06005、3E0600P、3E06305、3E0630P、3E09305、3E09705、3E09X05、3E0A305、3E0B305、3E0B705、3E0BX05、3E0C305、3E0C705、3E0CX05、3E0D305、3E0D705、3E0DX05、3E0F305、3E0F705、3E0F805、3E0G305、3E0G705、3E0G805、3E0H305、3E0H705、3E0H805、3E0J305、3E0J705、3E0J805、3E0K305、3E0K705、3E0K805、3E0L305、3E0L705、3E0M305、3E0M705、3E0N305、3E0N705、3E0N805、3E0P305、3E0P705、3E0P805、3E0Q305、3E0Q705、3E0R305、3E0S305、3E0U305、3E0V305、3E0W305、3E0Y305、3E0Y705、 XW01348 、 XW03358 、 XW03368 、 XW03378 、 XW03387 、 XW033A7 、 XW033B3 、 XW033C7 、 XW033D6 、 XW033H7 、 XW033J7 、 XW033K7 、 XW033M7 、 XW033N7 、 XW033Q5 、 XW033S5 、 XW04358 、 XW04368 、 XW04378 、 XW04387 、 XW043A7 、 XW043B3 、 XW043C7 、 XW043D6 、 XW043H7 、 XW043J7 、 XW043K7 、 XW043M7 、 XW043N7 、 XW043Q5 、 XW043S5 、 XW0DXJ5 、 XW0DXL5 、 XW0DXR5 、 XW0DXV5 、 3E0M30Y 、 3E0Q005
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、 5A0935A 、 5A0945A 、 5A0955A

(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	5A1D70Z 、 5A1D80Z 、 5A1D90Z

(2) 核實申報項目為支付標準代碼為 58001C。

		3E06005、3E0600P、3E06305、3E0630P、3E09305、3E09705、3E09X05、3E0A305、3E0B305、3E0B705、3E0BX05、3E0C305、3E0C705、3E0CX05、3E0D305、3E0D705、3E0DX05、3E0F305、3E0F705、3E0F805、3E0G305、3E0G705、3E0G805、3E0H305、3E0H705、3E0H805、3E0J305、3E0J705、3E0J805、3E0K305、3E0K705、3E0K805、3E0L305、3E0L705、3E0M305、3E0M705、3E0N305、3E0N705、3E0N805、3E0P305、3E0P705、3E0P805、3E0Q305、3E0Q705、3E0R305、3E0S305、3E0U305、3E0V305、3E0W305、3E0Y305、3E0Y705
荷爾蒙注射療法	99.24	3E013VJ、3E030VJ、3E033VJ、3E040VJ、3E043VJ、3E050VJ、3E053VJ、3E060VJ、3E063VJ
放療	92.2X	詳附表 7.0

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

4.使用呼吸器之個案核實申報之呼吸器費用，應符合下列二項要件：

(1)處置碼包含使用呼吸器：

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

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

5.施行洗腎之個案核實申報之洗腎費用，應符合下列二項要件：

(1) 處置碼包含洗腎：

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

(2) 核實申報項目為支付標準代碼為 58001C。

6.生物製劑。

7.新增診療項目且無替代既有項目者：因無法進行點數差額校正，故自公告實施日期起，得採核實申報。核實申報診療項目自核實申報迄日之次日起，即應於 DRG 內申報。核實申報相關規定公布於保險人全球資訊網 Tw-DRGs 支付標準。

(七)使用新增全新功能類別特殊材料之個案，除依(一)至(三)、(六)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。

七、Tw-DRG 導入後申報醫療點數：本章通則六計算所得之 Tw-DRG 支付點數及通則六之(六)得另行申報項目之支付點數。

八、各 MDC 導入時程如下：

時程	DRG 或 MDC
第一階段(九十九年一月一日起)	170 項 DRG(附表 7.2.1)
第二階段(一百零三年七月一日起)	MDC5、8、12、13、14 共 237 項 ^註 DRG(附表 7.2.2)
第三階段	(暫定)2、3、6、7、9、10
第四階段	(暫定)PRE、4、11、17、23、24
第五階段	(暫定)1、15、16、18、21、22

註：安胎相關之六項 DRG (DRG37901、37902、37903、38301、38302、384)、MDC5「循環系統」之十項 DRG(DRG11601、11602、11603、11604、11605、126、12701、12702、47804、47904)、MDC8「肌肉骨骼、肌肉系統及結締組織」之七項 DRG(DRG496、49701、49702、49801、49802、499、500)，第二階段暫不導入。

九、無權重之 Tw-DRG 應核實申報醫療服務點數，附表 7.3 註記※之 Tw-DRG 因個案數小於二十暫採核實申報醫療服務點數；依時程尚未導入之 MDC 案件，核實支付。

十、各 Tw-DRG 點值計算方式，依全民健康保險會年度總額協商結果辦理。

十一、第七部各章節支付標準修正時，跨月案件依出院日支付標準申報。

十二、若有經公認之新療法，醫事服務機構應檢具相關成本資料向保險人提出申請，由保險人評估後，先行訂定診療項目，供醫事服務機構適用，俟彙集項目及完整資料後，再依本法第四十一條第一項之程序辦理。

十三、DRG 參數計算方式及頻率：

(一)各 TW-DRG 權重(RW)、幾何平均住院日、醫療服務點數上限臨界點、醫療服務點數下限臨界點及標準給付額(SCR)，由保險人每半年計算一次，每下半年依前一年度資料計算次年上半年度適用參數；每上半年依前前一年度資料計算當年下半年度適用參數，如附表 7.3。例如：一百十年下半年及一百十一年上半年公告之參數，係以一百零九年度申報資料計算，並分別於一百十一年上、下半年度適用。

(二)參數校正：如當年度增修正支付標準，因無法於前一年申報資料反應出調整後之支付點數，故進行醫療服務點數差額校正，將調整前後支付點數之差值點數，加入(或扣除)申報資料之醫療費用點數，並依每年特材價量調查結果之調整前後差值點數，校正

6.生物製劑。

7.新增診療項目且無替代既有項目者：因無法進行點數差額校正，故自公告實施日期起，得採核實申報。核實申報診療項目自核實申報迄日之次日起，即應於 DRG 內申報。核實申報相關規定公布於保險人全球資訊網 Tw-DRGs 支付標準。

(七)使用新增全新功能類別特殊材料之個案，除依(一)至(三)、(六)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。

七、Tw-DRG 導入後申報醫療點數：本章通則六計算所得之 Tw-DRG 支付點數及通則六之(六)得另行申報項目之支付點數。

八、各 MDC 導入時程如下：

時程	DRG 或 MDC
第一階段(九十九年一月一日起)	170 項 DRG(附表 7.2.1)
第二階段(一百零三年七月一日起)	MDC5、8、12、13、14 共 237 項 ^註 DRG(附表 7.2.2)
第三階段	(暫定)2、3、6、7、9、10
第四階段	(暫定)PRE、4、11、17、23、24
第五階段	(暫定)1、15、16、18、21、22

註：安胎相關之六項 DRG (DRG37901、37902、37903、38301、38302、384)、MDC5「循環系統」之十項 DRG(DRG11601、11602、11603、11604、11605、126、12701、12702、47804、47904)、MDC8「肌肉骨骼、肌肉系統及結締組織」之七項 DRG(DRG496、49701、49702、49801、49802、499、500)，第二階段暫不導入。

九、無權重之 Tw-DRG 應核實申報醫療服務點數，附表 7.3 註記※之 Tw-DRG 因個案數小於二十暫採核實申報醫療服務點數；依時程尚未導入之 MDC 案件，核實支付。

十、各 Tw-DRG 點值計算方式，依全民健康保險會年度總額協商結果辦理。

十一、第七部各章節支付標準修正時，跨月案件依出院日支付標準申報。

十二、若有經公認之新療法，醫事服務機構應檢具相關成本資料向保險人提出申請，由保險人評估後，先行訂定診療項目，供醫事服務機構適用，俟彙集項目及完整資料後，再依本法第四十一條第一項之程序辦理。

十三、DRG 參數計算方式及頻率：

(一)各 TW-DRG 權重(RW)、幾何平均住院日、醫療服務點數上限臨界點、醫療服務點數下限臨界點及標準給付額(SCR)，由保險人每半年計算一次，每下半年依前一年度資料計算次年上半年度適用參數；每上半年依前前一年度資料計算當年下半年度適用參數，如附表 7.3。例如：一百十年下半年及一百十一年上半年公告之參數，係以一百零九年度申報資料計算，並分別於一百十一年上、下半年度適用。

(二)參數校正：如當年度增修正支付標準，因無法於前一年申報資料反應出調整後之支付點數，故進行醫療服務點數差額校正，將調整前後支付點數之差值點數，加入(或扣除)申報資料之醫療費用點數，並依每年特材價量調查結果之調整前後差值點數，校正

<p>DRG 相關參數。</p> <p>十四、DRG 案件使用符合「全民健保尚未納入給付特材管理作業要點」之「全民健保尚未納入給付特材品項表」(下稱品項表)所列特材，保險醫事服務機構收費及健保申報方式如下：</p> <p>(一)病人同意使用符合品項表之特材，保險醫事服務機構應依醫療法第二十一條規定辦理。</p> <p>(二)如收取特材自付費用，保險醫事服務機構於申報 DRG 時，應扣除被品項表特材替代之健保給付特材之支付點數，且應併同醫療費用申報。對照檔請參閱保險人全球資訊網公布之「全民健保尚未納入給付特殊材料品項與替代健保給付特材品項對照檔」。</p> <p>(三)併同醫療費用申報資料：品項表（含不給付項目及不符適應症之個案）之品項代碼、單價、數量、收取特材自付費用總金額；被替代之健保給付特材品項代碼、單價、數量及支付點數。</p> <p>(四)品項表特材收取之特材自付費用金額，不得計入通則六所稱實際醫療服務點數計算。</p> <p>十五、「TW-DRG 分類手冊」請至保險人全球資訊網(網址 http://www.nhi.gov.tw)下載，其路徑為：首頁 > 健保服務 > 健保醫療費用 > 醫療費用申報與給付 > DRG 支付制度 > <u>DRG 住院診斷關聯群支付制度</u> > Tw-DRGs 支付標準 > 3.4 版 1,068 項 Tw-DRGs。</p>	<p>DRG 相關參數。</p> <p>十四、DRG 案件使用符合「全民健保尚未納入給付特材管理作業要點」之「全民健保尚未納入給付特材品項表」(下稱品項表)所列特材，保險醫事服務機構收費及健保申報方式如下：</p> <p>(一)病人同意使用符合品項表之特材，保險醫事服務機構應依醫療法第二十一條規定辦理。</p> <p>(二)如收取特材自付費用，保險醫事服務機構於申報 DRG 時，應扣除被品項表特材替代之健保給付特材之支付點數，且應併同醫療費用申報。對照檔請參閱保險人全球資訊網公布之「全民健保尚未納入給付特殊材料品項與替代健保給付特材品項對照檔」。</p> <p>(三)併同醫療費用申報資料：品項表（含不給付項目及不符適應症之個案）之品項代碼、單價、數量、收取特材自付費用總金額；被替代之健保給付特材品項代碼、單價、數量及支付點數。</p> <p>(四)品項表特材收取之特材自付費用金額，不得計入通則六所稱實際醫療服務點數計算。</p> <p>十五、「TW-DRG 分類手冊」請至保險人全球資訊網(網址 http://www.nhi.gov.tw)下載，其路徑為：首頁 > 健保服務 > 健保醫療費用 > 醫療費用申報與給付 > DRG 支付制度 > DRG 住院診斷關聯群支付制度 > Tw-DRGs 支付標準 > 3.4 版 1,068 項 Tw-DRGs。</p>	
---	--	--

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目

修正規定

第二部 西醫

第一章 基本診療

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、本節各項病房費所定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、行政作業成本或其他成本。
- 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，原則依主管機關八十七年「加護病房評定」等級認定；惟新設立、增床者及自八十九年起醫院評鑑層級異動者，加護病床支付標準，依其當時醫院評鑑之特約層級，按醫學中心-甲級、區域醫院-乙級、地區醫院-丙級方式認定。
- 八、本節各項病床之護理費皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十。
- 九、本節註有「護理費加成」項目者，其加成之方式及申報規定：
 - (一)偏鄉醫院之加成：除第 3 目外，其他醫院依表定點數加計百分之十五。
 - 1.列於主管機關「偏鄉護理菁英計畫公費生管理要點」所定偏鄉地區範圍之醫院，排除僅屬於「衛生福利部公費醫師訓練後服務醫療機構及開業地區」之指定支援山地或離島地區之醫院。
 - 2.符合下列任一項之醫院：
 - (1)設立於保險人公告山地鄉之地區級醫院；如前述地區未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮(區)之醫院，屬區域級醫院則須距離最近之醫學中心達三十公里以上者。
 - (2)設立於全民健保西醫醫療資源不足地區(鄉鎮(區))之醫院；如前述鄉鎮(區)未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮(區)之醫院，但排除已設立區域級(含)以上醫院(不含精神科醫院)之鄉鎮(區)。鎮。
 - 3.離島地區之醫院，其加成規範以第一部總則十四(二)為限。

4.符合條件之醫院名單可參閱保險人全球資訊網，網址：www.nhi.gov.tw，資料路徑如下：首頁>健保表單下載>其他>提升住院護理照護品質方案。

(二)符合全日平均護病比之加成：

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

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

註：

(1)各醫院之「全日平均護病比」採四捨五入至小數位第一位計算。

(2)精神科教學醫院比照區域醫院層級加成，精神科醫院比照地區醫院層級加成。

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

(1)於費用年月次月二十日前，填報急性一般病房住院跌倒~~人數比率~~、急性一般病房院內感染~~人數比率~~密度、急性一般病房新發生之~~壓瘡~~壓力性損傷人數比率三項指標。

(2)於每季結束次月二十日前，填報年資三個月以上護理人員離職率、年資二年以上護理人員比率、年資三個月以上但未滿二年護理人員離職率三項指標。

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

十、兒科及新生兒科加護病房之加護病床病房費及護理費，得依表定點數另加計百分之二十，包含加護病床病房費(03010E、03011F、03012G)、加護病床護理費(03104E、03105F、03106G、03047E、03048F、03049G)、精神科加護病床病房費(03014A、03025B)、精神科加護病床護理費(03095A、03096B、03037A、03039B)、燒傷加護病床病房費(03017A)、燒傷加護病床護理費(03098A、03041A)。

第二部 西醫

第一章 基本診療

第六節 調劑

通則：

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

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

1.醫學中心

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

2.區域醫院

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

3.地區醫院

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

4.上述綜合醫院所提供之精神科住院處方調劑藥事服務，比照本項(二)之 1.「精神

科醫院」計算合理調劑量。

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

1.精神科醫院

(1)住院處方

- A.急性精神病床及精神科加護病床合計，每人每日五十件。
- B.慢性精神病床每人每日二百件。
- C.精神科日間病房每人每日二百件。

(2)門、急診處方比照其對應之綜合醫院評鑑等級標準。

2.精神科教學醫院

(1)住院處方

- A.急性精神病床及精神科加護病床合計，每人每日四十件。
- B.慢性精神病床每人每日一百六十件。
- C.精神科日間病房每人每日一百六十件。

(2)門、急診處方比照其對應之綜合醫院評鑑等級標準。

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

八、前項醫院藥事人員合理調劑量計算原則：

(一)門、急診處方：係指本節各項門診藥事服務費診療項目。

(二)住院處方：係指本節各項住院藥事服務費診療項目。

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

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

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

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

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

十二、特約醫院、診所及藥局執業藥事人員依法提供報備支援之調劑服務，併入接受支援特約醫院、診所及藥局之合理調劑量計算，採遞補專任藥師剩餘之合理量。

十三、特約醫院、診所及藥局執業藥事人員產假期間，支援藥事人員得以該專任藥事人員數，依合理調劑量規定申報藥事服務費，其餘支援藥事人員則遞補剩餘之合理量。

第二部 西醫

第一章 基本診療

第八節 住院安寧療護

附表

一、失智症

失智症末期須符合下列三項條件：

1. 確診失智症(ICD-10-CM 代碼：F01-F03、[F06.70](#)、[F06.71](#)、F1027、F1097、F1327、F1397、F1827、F1897、F1927、F1997、G30、G31)。
2. 臨床失智評估量表(Clinical Dementia Rating, CDR) 3 分且日常體能狀況已超過半數時間臥床或依賴輪椅(如 ECOG 3 分以上)，或失智症功能評估分級量表(Functional ~~Assessment~~ ~~Staging~~ [Test](#), FAST)等級 7C 以上。
3. 一年內，合併發生以下任一種臨床狀況：
 - (1) 居家照護或一般支持性醫療照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。
 - (2) 營養不良（下列任一情境）
 - 吞嚥困難，進食喝水減少，但選擇不接受管灌餵食。
 - 明顯體重減輕:過去三個月下降 5%或六個月內下降 10%。
 - 身體質量指數(BMI)小於 16，或白蛋白小於 2.5g/dL。
 - (3) ~~再~~[二](#)次以上跌倒，或者大腿骨骨折。
 - (4) 吸入性肺炎。
 - (5) 腎盂腎炎或其他上泌尿道感染。
 - (6) 多處皮膚壓力性損傷(第 3、4 期)。
 - (7) 敗血症。
 - (8) 反覆發燒，既使已使用抗生素。
 - (9) 過去六個月中，出現~~再~~[二](#)次以上非計畫性的住院，或有一次加護病房的住院。

十一、符合病人自主權利法第十四條第一項第二款至第五款所列臨床條件者

1. 第十四條第一項第二款至第四款：

- (1) 處於不可逆轉之昏迷狀況
- (2) 永久植物人狀態 (ICD-10-CM代碼：R40.3)
- (3) 極重度失智 (CDR3分以上或FAST7分以上)

2. 第十四條第一項第五款：其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形。(ICD-10-CM代碼參考如下)

- (1) 囊狀纖維化症：E84.9
- (2) 亨丁頓氏舞蹈症：G10
- (3) 脊髓小腦退化性動作協調障礙：~~G11.0~~、[G11.10](#)、[G11.11](#)、[G11.19](#)、G11.2、G11.3、G11.4、G11.8、G11.9、G31.2、G32.81、G32.89、G60.2、R27.0、R27.8、R27.9、R29.810、R29.818、R29.890、R29.891、R29.898
- (4) 脊髓性肌肉萎縮症：G12.9
- (5) 肌萎縮性側索硬化症：[G12.21](#)、[G12.25](#)
- (6) 多發性系統萎縮症：G90.3
- (7) 裘馨氏肌肉失養症：~~G71.0~~[G71.01](#)
- (8) 肢帶型肌失養症：~~G71.0~~[G71.031](#)、[G71.032](#)、[G71.033](#)、[G71.0340](#)、[G71.0341](#)、[G71.0342](#)、[G71.0349](#)、[G71.035](#)、[G71.038](#)、[G71.039](#)
- (9) Nemaline線狀肌肉病變：~~G71.2~~[G71.20](#)、[G71.21](#)、[G71.220](#)、[G71.228](#)、[G71.29](#)
- (10) 原發性肺動脈高壓：I27.0
- (11) 遺傳性表皮分解性水泡症：Q81.0、Q81.1、Q81.2、Q81.8、Q81.9
- (12) 先天性多發性關節攣縮症：Q74.3

十二、罕見疾病或其他預估生命受限者

1. 罕見疾病 (依據衛生福利部國民健康署公告罕見疾病名單暨 ICD-10-CM 編碼一覽表)，預估生命受限者。

2. 先天染色體異常疾病、先天畸形(屬全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第二條附表一之重大傷病項目第八類染色體異常、先天性畸形者)，預估生命受限者。

3. 源於周產期的病況 ([P00-P96](#)、[Z05.0](#)、[Z05.1](#)、[Z05.2](#)、[Z05.3](#)、[Z05.41](#)、[Z05.42](#)、[Z05.43](#)、[Z05.5](#)、[Z05.6](#)、[Z05.71](#)、[Z05.72](#)、[Z05.73](#)、[Z05.8](#)、[Z05.9](#))，預估生命受限者。

4. 染色體異常 (如 Trisomy13、Trisomy18、或其他染色體異常合併多重器官先天異常：[Q91.0-Q91.7](#)、[Q97.0-Q97.9](#))，預估無法活至成年者。

5. 嚴重之先天腦部異常 (如無腦症：[Q00.0](#)、神經系統先天性畸形：[Q07.9](#))，預估無法活至成年者。

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

第三項 血液學檢查 Hematology Test (08001-08134)

編號	診療項目	基 層 院 所	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數
08134B	<p>連續血糖監測 Continuous glucose monitoring</p> <p>註：</p> <p>1.適應症：</p> <p>(1)第一型糖尿病(領有重大傷病證明)、新生兒糖尿病，或因 Near-total pancreatectomy所致糖尿病等個案，且須符合下列任一條件：</p> <p>A.血糖過度起伏且最近六個月再二次糖化血紅素(HbA1c)值都大於(含)8%。</p> <p>B.低血糖無感症。</p> <p>C.常有嚴重低血糖，須他人協助治療，最近三個月有因低血糖曾至急診診治或住院。</p> <p>D.懷孕。</p> <p>(2)懷孕之第二型糖尿病或妊娠糖尿病，且接受胰島素注射者。</p> <p><u>(3)肝醣儲積症第零型、第一型、第三型、第六型、第九型，有嚴重低血糖病史或仍持續使用玉米粉治療者。</u></p> <p>2.支付規範：</p> <p>(1)限門診使用，<u>若為住院使用一年至多執行二次，且間隔一個月以上。若一年執行超過二次者，應事前審查。</u></p> <p>(2)<u>住院使用應事前審查。一年至多執行再二次，且間隔一個月以上。</u>若一年執行超過二次者，須事前審查。</p> <p>(3)限糖尿病共同照護網醫療機構申報，執行檢查人員和判讀醫師、營養師、衛教師必須參加過有關連續血糖監測之訓練課程。</p>		v	v	v	4842

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

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 (33001-33146、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
33074B	單純性血管整形術 P.T.A. (percutaneous transluminal angioplasty): simple		v	v	v	10800
33115B	複雜性血管整形術 P.T.A. (percutaneous transluminal angioplasty): complex 註： 1.應有血管造影設備並報經保險人同意後實施。 2. <u>本項費用已</u> 包括選擇性血管造影 (Including selective angiography)。 3.施行33074B或33115B「單純性/複雜性血管整形術」原則上應已含括33048B「四肢血管造影」及33062B「鎖骨下血管造影」(不得同時併報)，惟如因病情需要屬不同側時，得分別申報，其他特殊案例，則由專業審查認定。 4.血管數計算方式： (1)動脈： A.上肢分為五部分（鎖骨下動脈、腋臂動脈、橈動脈、尺動脈、手部動脈），每部分算同一條血管。 B.下肢分六部分（腸骨動脈、股腘動脈、前脛動脈、後脛動脈、腓腸骨動脈、足部動脈），每部分算同一條血管。 C.動脈同一條血管內多處病灶，仍算同一條血管。 D.33074B係指一條動脈血管之治療，33115B係指二條動脈血管（含）以上之治療。 (2)靜脈： A.上肢分為 <u>再二</u> 部位（前臂上臂靜脈、鎖骨下及頭臂靜脈）。 B.下肢分為 <u>再二</u> 部位（小腿大腿靜脈、腸骨靜脈）。 C.33074B係指一部位靜脈血管之治療，33115B係指二部位靜脈血管之治療。 (3)血管吻合處同動脈段或靜脈段（如動靜脈瘻管），仍算同一條血管。 (4)若同時執行一條動脈及同一部位靜脈之血管整形術（非血管吻合處同動脈段或靜脈段），以33115B申報。 5.提升兒童加成項目。 6. <u>施行本項原則上應已含括33048B及33062B，相同部位</u> 不得同時申報33097B、 <u>33133B、33147B</u> 。		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
33133B	腸骨動脈 單純性周邊血管支架置放術 <u>Stenting for iliac vessel</u> <u>Stenting for peripheral vessels, artery and vein : simple</u>		v	v	v	12948
33147B	複雜性周邊血管支架置放術 <u>Stenting for peripheral vessels, artery and vein : complex</u> 註： (1) 應有血管造影設備並報經保險人同意後實施。 (2) 本項費用已包括選擇性血管造影(<u>Including selective angiography</u>)、診斷性血管造影及當日術後追蹤造影。 3. 如因病情需要屬不同側時，或屬同側之特殊案例，得分別申報，須於病歷註明原因，由專業審查認定。 4. 血管數計算方式： (1) 動脈： A. 上肢分為四部分（鎖骨下動脈、腋臂動脈、橈動脈、尺動脈），每部分算同一條血管。 B. 下肢分為六部分（腸骨動脈、股腘動脈、前脛動脈、後脛動脈、腓腸骨動脈、足部動脈），每部分算同一條血管。 C. 動脈同一條血管內多處病灶，仍算同一條血管。 D. 33133B係指一條動脈血管之治療，33147B係指二條動脈血管以上之治療。 (2) 靜脈： A. 上肢分為三部位(上腔靜脈、鎖骨下靜脈、頭臂靜脈)。 B. 下肢分為三部位（大腿靜脈、腸骨靜脈、下腔靜脈）。 C. 33133B係指一條靜脈血管之治療，33147B係指二條靜脈血管以上之治療。 (3) 排除洗腎瘻管。 (4) 若同時執行一條動脈及同一部位靜脈之血管支架置放術（非血管吻合處同動脈段或靜脈段），以「複雜性周邊血管支架置放術」申報。 5. 施行本項原則上應已含括 33048B 及 33062B，相同部位不得同時申報 33097B、33074B、33115B。		v	v	v	24278

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第四節 復健治療 Rehabilitation Therapy

第二項 物理治療 Physical Therapy (42001-42019)

通則：

一、執行本項各診療項目須符合下列條件：

(一)至少有復健科、神經科、骨科、神經外科、整型外科專科專任醫師、小兒神經次專科專任醫師(限醫院治療十八歲以下病人)或內科專科醫師具風濕病次專科專任醫師一名。

(二)前列內科專科醫師具風濕病次專醫師資格者，除於無復健科醫師提供服務之偏遠地區執業者外，須曾接受風溼關節相關復健治療訓練課程三十二小時。

二、同時實施簡單治療項目及中度治療項目者，僅可申報一次中度治療；同時實施簡單治療項目、中度治療項目及複雜治療項目者，僅可申報一次複雜治療。

三、物理治療人員每日可申報上限為四十五人次。

(一)保險醫事服務機構物理治療每月可申報人次上限，以每月專任物理治療人員實際執行物理治療總日數乘以四十五。

(二)保險醫事服務機構應填報簡單、中度、複雜之治療申請件數、金額及專任物理治療人員實際執行物理治療總日數，其表格由保險人定之。

(三)物理治療案件申報超出上限之金額，計算公式如下：

物理治療超次金額=【(總申報件數-每月申報上限件數)／總申報件數】×總申報金額。

(四)復健科專科醫師親自實施物理治療、職能治療或語言治療者，每日可申報上限為四十五人次，且其人次併入醫師門診合理量計算。

四、病人同一天限申報一次簡單治療、中度治療或複雜治療。

五、實施物理治療之適應症：

(一)腦血管意外 (CVA) Cerebrovascular accidents

(二)頸部症候群，合併手部感覺麻痺或無力 Cervical syndrome

(三)下背症候群，合併腳部感覺麻痺或無力 Low back syndrome

(四)脊索(髓)傷害 Spinal cord injury

(五)截肢 Amputation

(六)冷凍肩(五十肩) Frozen shoulder

(七)顏面麻痺 Facial palsy

(八)關節炎 Arthritis

(九)骨折(癒後不良攣縮) Fractures

(十)其他骨科疾病 Other orthopaedic disease

(十一)扭傷與挫傷 Sprain & strain

(十二)腦性麻痺 Cerebral palsy

(十三)頭部外傷 Head injury

- (十四)脊髓灰質炎，小兒麻痺 Poliomyelitis
- (十五)周邊神經傷害(肌肉麻痺) Peripheral nerves injury
- (十六)其他神經疾病 Other neurological disease
- (十七)全人工膝(股)關節－換術後 Total hip & knee replacement
- (十八)胸腔復健 Chest rehabilitation
 - (1)胸腔手術前後 Pre & post chest operation
 - (2)慢性阻塞性肺疾病 COPD
- (十九)其他 Others

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

通則：

- 一、執行本項各診療項目須至少有復健科、神經科、骨科、神經外科、整型外科專科專任醫師、小兒神經次專科專任醫師(限醫院治療十八歲以下病人)一名。
- 二、實施職能治療之適應症，包括凡神經生理、骨骼肌肉、心肺循環等系統疾病或意外傷害經評估其關節活動度、肌力、感覺、平衡、認知性、知覺動作、功能性動作、協調度、及日常生活能力等需職能治療者。

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

第一項 處置費 Treatment

十一、呼吸治療處置 (57001-5703~~24~~)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
57033B	脈動式或耳垂式血氧飽和監視器未滿二歲者—每次 Pulse or ear oximetry- time-under-2years old		√	√	√	36
57034B	脈動式或耳垂式血氧飽和監視器未滿二歲者—一天 Pulse or ear oximetry- day-under 2years old 註： 1.57033B同日使用五次以上者，以57034B申報。 2.限於急診、新生兒中重度病房或加護病房申報。		√	√	√	430

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第七節 手術

第一項 皮膚 Integumentary System (62001-6207~~25~~5, 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
62073B	顯微血管游離瓣手術－穿通枝瓣移植 Microvascular free flap - perforator flap －單區塊組織瓣 one-perforator		Y	Y	Y	47775
62074B	－雙區塊組織瓣 two-perforators		Y	Y	Y	55237
62075B	－三區塊以上組織瓣 three-perforators and above 註： 1.適應症：因遺傳性缺損、腫瘤、外傷等因素，以致位於頭頸部、軀幹與四肢軟組織缺損需重建，且無法以縫合、植皮、局部皮瓣等方式重建之損傷，依供應皮瓣的血管分支數量計算區塊。 2.支付規範： (1)限整形外科、口腔顎面外科專科醫師，或具手外科訓練之骨科專科醫師、顯微重建訓練資格之耳鼻喉科專科醫師。 (2)須檢附手術中缺損照片、游離區塊瓣照片及術後縫合完成照片。 (3)不得與顯微游離皮瓣手術（62032B-62038B）合併申報為原則，若因病情需要，須於病歷上註明原因並加強審查。 (4)申報時檢附手術紀錄備查，紀錄須包含： A.醫師人數：一位主治醫師/三位住院醫師或兩位主治醫師/一位或無住院醫師。 B.手術時間：單區塊大於 720 分鐘、雙區塊大於 840 分鐘、三區塊大於 960 分鐘。 3.單區塊組織瓣：一般材料費得另加計百分之二十三。 4.雙區塊組織瓣：一般材料費得另加計百分之二十。 5.三區塊以上組織瓣：一般材料費得另加計百分之十七。		Y	Y	Y	62698

第五項 胸腔 Thoracic

二、食道 Esophagus (71201-71229)

編號	診療項目	基 層 院 所	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數
71213B	食道再造術 Esophageal reconstruction —以胃管重建 with gastric tube		v	v	v	49521
71220B	—以大腸重建 with colon		v	v	v	35926
71221B	—以小腸重建 with small intestine		v	v	v	39024
	<p>註：執行「機械手臂輔助食道再造術—以大腸重建」、「機械手臂輔助食道再造術—以小腸重建」須符合下列規範：</p> <p>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</p> <p>(1)具有胸腔及心臟血管外科、胸腔外科專科醫師資格。</p> <p>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</p> <p>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</p> <p>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</p> <p>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，分別比照71220B、71221B 併同 28014C「腹腔鏡檢查」申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</p>					
71227B	<p>胸(腹)腔鏡食道胃管重建術 Thoracoscopic (Laparoscopic) esophageal reconstruction with gastric conduit</p> <p>註：執行「機械手臂輔助食道胃管重建術」須符合下列規範：</p> <p>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</p> <p>(1)具有胸腔及心臟血管外科、胸腔外科專科醫師資格。</p> <p>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</p> <p>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</p> <p>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</p> <p>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</p>		v	v	v	74282

編號	診療項目	基 層 院 所	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數
71224B	<p>胸腔鏡食道切除術 Thoracoscopic Esophagectomy</p> <p>註：執行「機械手臂輔助食道切除術」須符合下列規範： <u>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u> <u>(1)具有胸腔及心臟血管外科、胸腔外科專科醫師資格。</u> <u>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u> <u>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> <u>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u> <u>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u></p>		v	v	v	60155

三、縱膈與橫膈膜 Mediasrinumand 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
70416B	<p>胸腔鏡縱膈腔腫瘤切除術(小於五公分) Thoreoscopic Excision of Mediastinal Tumor (<5cm)</p> <p>註：執行「機械手臂輔助縱膈腔腫瘤切除術(<5cm)」須符合下列規範：</p> <p>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範： <u>(1)具有胸腔及心臟血管外科、胸腔外科專科醫師資格。</u> <u>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u> <u>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u></p> <p>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</p>		v	v	v	20457
70417B	<p>胸腔鏡縱膈腔腫瘤切除術(五公分以上) Thoreoscopic Excision of Mediastinal Tumor (≥5cm)</p> <p>註：執行「機械手臂輔助縱膈腔腫瘤切除術(≥5cm)」須符合下列規範：</p> <p>1.執行機械手臂輔助手術者，須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範： <u>(1)具有胸腔及心臟血管外科、胸腔外科專科醫師資格。</u> <u>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u> <u>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u></p> <p>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</p>		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
68015B	<p>瓣膜成形術 Valvular and/or annuloplasty</p> <p>註：執行「機械手臂輔助瓣膜成形術」須符合下列規範：</p> <p>1.適應症：低風險之主動脈或二尖瓣病人，且 STS Score\leq3%。</p> <p>2.醫院條件：</p> <p>(1)專任之心臟外科醫師。</p> <p>(2)醫院每年需具五十例以上之瓣膜成形或置換之手術案例。</p> <p>3.醫師資格須符合下列所有規範：</p> <p>(1)胸腔及心臟血管外科之心臟外科專科醫師。</p> <p>(2)具有專科醫師五年以上資格。</p> <p>(3)具一百例以上二尖瓣瓣膜成形術（編號 68015B）。</p> <p>(4)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</p> <p>(5)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</p> <p>4.執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請同意。</p> <p>5.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項得加計百分之一百三十申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</p>		v	v	v	46285
68016B	<p>主動脈瓣或二尖瓣或三尖瓣之置換手術</p> <p>Single valve replacement</p> <p>註：執行「機械手臂輔助主動脈瓣或二尖瓣或三尖瓣之置換手術」須符合下列規範：</p> <p>1.適應症：低風險之二尖瓣及三尖瓣逆流病人，且STS Score\leq3%。</p> <p>2.醫院條件：</p> <p>(1)專任之心臟外科醫師。</p> <p>(2)醫院每年需具五十例以上之瓣膜成形或置換之手術案例。</p> <p>3.醫師資格須符合下列所有規範：</p> <p>(1)胸腔及心臟血管外科之心臟外科專科醫師。</p> <p>(2)具有專科醫師五年以上資格。</p> <p>(3)具一百例以上主動脈瓣或二尖瓣膜置換術（編號 68016B）。</p> <p>(4)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</p> <p>(5)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</p> <p>4.執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請同意。</p> <p>5.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項得加計百分之一百三十申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</p>		v	v	v	52377

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
68020B	<p>A.S.D.修補 Repair, atrial septal defect, secundum</p> <p>註： 1.有（無）繞道之手術費用一致。 2.執行「機械手臂輔助心房中膈缺損修補術」須符合下列規範：</p> <p>(1)適應症： A.成人第二型心房中膈缺損且$Qp/Qs > 1.5$。 B.無不可逆肺動脈高壓。</p> <p>(2)醫院條件： A.專任之心臟外科醫師。 B.醫院每年需具十例以上之心房或心室中膈缺損之手術案例。</p> <p>(3)醫師資格須符合下列所有規範： A.胸腔及心臟血管外科之心臟外科專科醫師。 B.具有專科醫師五年以上資格。 C.具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。 D.前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</p> <p>(4)執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請同意。 (5)其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項得加計百分之一百三十申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</p>		v	v	v	26388
68040B	<p>經導管主動脈瓣膜置換術 Transcatheter Aortic Valve Implantation(TAVI)</p> <p>註： 1.適應症：適用於嚴重主動脈狹窄病人，須同時具備以下三項條件。</p> <p>(1)必要條件，嚴重主動脈狹窄病人須全部具備下列四項條件： 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$< 0.8\text{cm}^2$、$< 0.6\text{cm}^2/\text{m}^2$、經主動脈瓣平均壓力差$\geq 40\text{mmHg}$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。</p> <p>(2)嚴重主動脈人工生物瓣膜損壞病人，須全部具備下列四項必要條件： A.有New York Heart Association Function Class II-IV 之心衰竭症狀。 B.須具備以下條件之一：</p>		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><u>(a)狹窄以心臟超音波測量主動脈開口面積$<0.8\text{ cm}^2$、$<0.6\text{cm}^2/\text{m}^2$、經主動脈瓣平均壓力差$\geq 40\text{mmHg}$或主動脈瓣血流流速$\geq 4.0\text{m/sec}$。</u></p> <p><u>(b)返流的必要項目(不得加計瓣膜旁漏之返流量)：寬或多重的都卜勒噴射返流，加上以下重度返流的測量之一：</u></p> <p><u>I.Vena contracta width $\geq 6\text{mm}$。</u></p> <p><u>II.Vena contracta area $\geq 30\text{mm}^2$。</u></p> <p><u>III.Jet width at origin $\geq 60\%$ of LOVT。</u></p> <p><u>IV.Holo-diastolic flowreversal in proximal descending aorta。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>D.臨床判定病人至少有一年以上之存活機率。</u></p> <p><u>(2)(3)上述二項適應症病人，須具備以下條件之一：</u></p> <p>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 $>20\%$。</p> <p>B.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：</p> <p>(1)醫院條件</p> <p>A.專任之心臟內科、心臟外科醫師。</p> <p>B.醫院過去三年每年平均或近一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（含A型急性主動脈剝離）之手術案例。</p> <p>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。</p> <p>(2)醫師資格</p> <p>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。</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同意。</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</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
	測等診療項目。 4.一般材料費，得另加計百分之十一。 5.需事前審查。					
68050B	心房切割隔間之不整脈手術 Arrhythmia surgery via atriotomy 註： <u>1.適應症：</u> (1)心房振顫有栓子之年輕病 <u>患</u> 人不能口服抗凝劑者。 (2)瓣膜性心臟 <u>患</u> 人者同時伴有慢性心房振顫，尤其接受瓣成型術或組織瓣置換者。 (3)口服抗凝劑下尚再發血栓塞症者。 (4)冠心病手術同時併有持續性心房振顫者。 (5)對左心房衰竭選擇性手術能改變心臟功能者。 (6)對內科藥物及燒灼術無效之心房振顫者。 <u>2.執行「機械手臂輔助心房切割隔間之不整脈手術」須符合下列規範：</u> <u>(1)適應症：低風險之心房顫動心臟病病人，且 STS Score ≤ 3%。</u> <u>(2)醫院條件：</u> <u>A.專任之心臟外科醫師。</u> <u>B.醫院每年需具二十五例以上之心房切割隔間之不整脈手術之手術案例。</u> <u>(3)醫師資格須符合下列所有規範：</u> <u>A.胸腔及心臟血管外科之心臟外科專科醫師。</u> <u>B.具有專科醫師五年以上資格。</u> <u>C.具五十例以上心房切割隔間之不整脈手術（編號68050B）。</u> <u>D.具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u> <u>E.前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> <u>(4)執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請同意。</u> <u>(5)其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項得加計百分之一百三十申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u>	v	v	v	27272	

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
72054B	<p>腹腔鏡胃部分切除術（潰瘍或腫瘤） Laparoscopic partial gastrectomy (ulcer or tumor)</p> <p>註：執行「機械手臂輔助胃部分切除術」須符合下列規範： 1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範： <u>(1)具有消化外科專科醫師資格。</u> <u>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u> <u>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</p>		v	v	v	22646
72055B	<p>腹腔鏡胃空腸造口吻合術 Laparoscopic gastrojejunostomy</p> <p>註：執行「機械手臂輔助胃空腸造口吻合術」須符合下列規範： 1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範： <u>(1)具有消化外科專科醫師資格。</u> <u>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u> <u>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</p>		v	v	v	18125
72058B	<p>腹腔鏡全胃切除-併淋巴清除及腸胃重建 Laparoscopic total gastrectomy with lymph node dissection,with reconstruction (any type)</p> <p>註：執行「機械手臂輔助全胃切除-併淋巴清除及腸胃重建」須符合下列規範： 1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範： <u>(1)具有消化外科專科醫師資格。</u> <u>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u> <u>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</p>		v	v	v	70546

編號	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><u>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u></p>					
72059B	<p>腹腔鏡次全胃切除-併淋巴清除及腸胃重建 Laparoscopic subtotal gastrectomy with lymph node dissection,with reconstruction (any type) 註：執行「機械手臂輔助次全胃切除-併淋巴清除及腸胃重建」須符合下列規範： 1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範： <u>(1)具有消化外科專科醫師資格。</u> <u>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u> <u>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 <u>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u></p>		v	v	v	60163
72048B	<p>腹腔鏡胃亞全切除術 Laparoscopic subtotal gastrectomy 註：執行「機械手臂輔助胃亞全切除術」須符合下列規範： 1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範： <u>(1)具有消化外科專科醫師資格。</u> <u>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u> <u>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 <u>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u></p>		v	v	v	33357
72051B	<p>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）： <u>(1)身體質量指數BMI\geq37.5Kg/m²；BMI\geq32.5Kg/m²合併有高危併發症，如:第二型糖尿病病人醣化血紅素經內科治療後仍\geq7.5%、高血壓、呼吸中止症候群等。</u></p>		v	v	v	38360

編號	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>(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> <p>4.執行「機械手臂輔助胃袖狀切除術」須符合下列規範：</p> <p><u>(1)須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u></p> <p><u>A.具有消化外科專科醫師資格。</u></p> <p><u>B.具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u></p> <p><u>C.前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u></p> <p><u>(2)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u></p> <p><u>(3)其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u></p>					
72052B	<p>腹腔鏡胃繞道手術 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紅素經內科治療後仍\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> <p>4.執行「機械手臂輔助胃繞道手術」須符合下列規範：</p> <p><u>(1)須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u></p> <p><u>A.具有消化外科專科醫師資格。</u></p> <p><u>B.具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練</u></p>	v	v	v		41697

編號	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><u>習或操作達二十小時)。</u></p> <p><u>C.前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u></p> <p><u>(2)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u></p> <p><u>(3)其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u></p>					

五、腹壁 Abdominal Wall (75601-75625)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
75616B	腹腔鏡腹壁疝氣修補術 Laparoscopic Repair of ventral hernia — 併腸切除with bowel resection		v	v	v	29271
75617C	— 無腸切除without bowel resection <u>1. 割口疝氣(Incisional hernia) 修補術比照。</u> <u>2. 執行「機械手臂輔助腹壁疝氣修補術-併腸切除」、「機械手臂輔助腹壁疝氣修補術-無腸切除」須符合下列規範：</u> <u>(1) 須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u> <u>A. 具有外科、泌尿科專科醫師資格。</u> <u>B. 具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u> <u>C. 前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> <u>(2) 執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u> <u>(3) 其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，分別比照75616B、75617C 申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u>	v	v	v	v	23263
75621C	腹腔鏡腹壁疝氣修補術，嵌頓性—無腸切除 Laparoscopic Repair of ventral hernia incarceration-without bowel resection <u>註：執行「機械手臂輔助腹壁疝氣修補術，嵌頓性-無腸切除」須符合下列規範：</u> <u>1. 須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u> <u>(1) 具有外科、泌尿科專科醫師資格。</u> <u>(2) 具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u> <u>(3) 前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> <u>2. 執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u> <u>3. 其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u>	v	v	v	v	27644
75622C	腹腔鏡腹壁疝氣修補術，復發性—無腸切除 Laparoscopic Repair of ventral hernia recurrence-without bowel resection <u>註：執行「機械手臂輔助腹壁疝氣修補術，復發性-無腸切除」須符合下列規範：</u> <u>1. 須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u> <u>(1) 具有外科、泌尿科專科醫師資格。</u>	v	v	v	v	26597

編號	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><u>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u></p> <p><u>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u></p> <p><u>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u></p> <p><u>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u></p>					
75618B 75619C	<p>腹腔鏡鼠蹊疝氣修補術 Laparoscopic Repair of inguinal hernia</p> <p>— 併腸切除 with bowel resection</p> <p>— 無腸切除 without bowel resection</p> <p>註：執行「<u>機械手臂輔助鼠蹊疝氣修補術-併腸切除</u>」、「<u>機械手臂輔助鼠蹊疝氣修補術-無腸切除</u>」須符合下列規範：</p> <p><u>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u></p> <p><u>(1)具有外科、泌尿科專科醫師資格。</u></p> <p><u>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u></p> <p><u>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u></p> <p><u>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u></p> <p><u>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，分別比照75618B、75619C申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u></p>	v	v	v	v	22920 19987
75623C	<p>腹腔鏡鼠蹊疝氣修補術，嵌頓性—無腸切除 Laparoscopic Repair of inguinal hernia incarceration -without bowel resection</p> <p>註：執行「<u>機械手臂輔助鼠蹊疝氣修補術，嵌頓性-無腸切除</u>」須符合下列規範：</p> <p><u>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u></p> <p><u>(1)具有外科、泌尿科專科醫師資格。</u></p> <p><u>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u></p> <p><u>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u></p> <p><u>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u></p> <p><u>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由</u></p>	v	v	v	v	21125

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	後補登錄。					
75624C	<p>腹腔鏡鼠蹊疝氣修補術，復發性－無腸切除 Laparoscopic Repair of inguinal hernia recurrence - without bowel resection</p> <p><u>註：執行「機械手臂輔助鼠蹊疝氣修補術，復發性-無腸切除」須符合下列規範：</u></p> <p><u>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u></p> <p><u>(1)具有外科、泌尿科專科醫師資格。</u></p> <p><u>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u></p> <p><u>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u></p> <p><u>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u></p> <p><u>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u></p>	v	v	v	v	22239

第十項 大腸、直腸、肛門 (73001-73009、73011-73015、73017-73018、73020、73022、73026-73032、73037-73040、73042-73043、73045-73048、73051-73053、73056-73057、74201-74225、74401-74420)

註：本項編號 73001-73009，73020，73022，73030-73032，73037，73039，73043，73051-73053 與「第九項消化器 三、腸(除大腸、直腸外)」為共同項目。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
73057B	腹腔鏡左半結腸切除術 Laparoscopic left hemicolectomy 註：執行「機械手臂輔助左半結腸切除術」須符合下列規範： <u>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u> <u>(1)具有大腸直腸外科專科醫師資格。</u> <u>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u> <u>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> <u>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u> <u>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄</u>		v	v	v	46327
73045B	經腹腔鏡右側大腸切除術加吻合術 Laparoscopic right colectomy and anastomosis 註：執行「機械手臂輔助右側大腸切除術加吻合術」須符合下列規範： <u>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u> <u>(1)具有大腸直腸外科專科醫師資格。</u> <u>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u> <u>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> <u>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u> <u>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u>		v	v	v	40409
73046B	經腹腔鏡乙狀結腸切除術加吻合術 Laparoscopic Anterior resection and anastomosis (sigmoid colon resection) — 良性 benign		v	v	v	30394
73048B	— 惡性 malignant 註：執行「機械手臂輔助乙狀結腸切除術加吻合術-良性」、「機械手臂輔助乙狀結腸切除術加吻合術-惡性」須符合下列規範： <u>註：執行「機械手臂輔助乙狀結腸切除術加吻合術-良性」、「機械手臂輔助乙狀結腸切除術加吻合術-惡性」須符合下列規範：</u>		v	v	v	38097

編號	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><u>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u></p> <p><u>(1)具有大腸直腸外科專科醫師資格。</u></p> <p><u>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u></p> <p><u>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u></p> <p><u>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u></p> <p><u>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，分別比照73046B、73048B申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u></p>					
74224B	<p>腹腔鏡腹部會陰聯合切除術 Laparoscopic combined abdominoperineal resection</p> <p>註：<u>執行「機械手臂輔助直腸癌腹部會陰聯合切除術」須符合下列規範：</u></p> <p><u>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u></p> <p><u>(1)具有大腸直腸外科專科醫師資格。</u></p> <p><u>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u></p> <p><u>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u></p> <p><u>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u></p> <p><u>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u></p>		v	v	v	58927

第十一項 肝、膽、胰 (75001-75034、75201-75222、75401-75430)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
75219B	<p>腹腔鏡總膽管空腸吻合術 Laparoscopic choledochojejunostomy</p> <p>註：執行「機械手臂輔助總膽管空腸吻合術」須符合下列規範： <u>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u> (1)具有外科、消化外科專科醫師資格。 (2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。 (3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 <u>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u> <u>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u></p>		v	v	v	27927
75220B	<p>腹腔鏡總膽管切開摘石術（無或有T型管引流） Laparoscopic choledocholithotomy with/without placement of T-tube</p> <p>註：執行「機械手臂輔助總膽管切開摘石術(無或有T型管引流)」須符合下列規範： <u>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u> (1)具有外科、消化外科專科醫師資格。 (2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。 (3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 <u>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u> <u>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u></p>		v	v	v	27824
75222B	<p>腹腔鏡肝外膽管成形術 Laparoscopic plasty of extrahepatic bile duct</p> <p>註：執行「機械手臂輔助肝外膽管成形術」須符合下列規範： <u>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u> (1)具有外科、消化外科專科醫師資格。 (2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。 (3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 <u>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u> <u>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項</u></p>		v	v	v	28143

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<u>不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u>					
75215B	<p>腹腔鏡膽囊切除術 Laparoscopic cholecystectomy</p> <p>註：<u>執行「機械手臂輔助膽囊切除術」須符合下列規範：</u></p> <p><u>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u></p> <p><u>(1)具有外科、消化外科專科醫師資格。</u></p> <p><u>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u></p> <p><u>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u></p> <p><u>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u></p> <p><u>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u></p>		v	v	v	16209
75218B	<p>腹腔鏡膽管截石術 Laparoscopic choledocholithotripsy</p> <p>註：</p> <p><u>1.經 T-tube 者比照申報。</u></p> <p><u>2.執行「機械手臂輔助膽管截石術」須符合下列規範：</u></p> <p><u>(1)須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u></p> <p><u>A.具有外科、消化外科專科醫師資格。</u></p> <p><u>B.具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u></p> <p><u>C.前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u></p> <p><u>(2)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u></p> <p><u>(3)其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u></p>		v	v	v	24586

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
76037B	<p>腹腔鏡根治性腎切除術 Laparoscopic radical nephrectomy</p> <p>註：執行「<u>機械手臂輔助根治性腎切除術</u>」須符合下列規範： <u>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u> (1)<u>具有泌尿科專科醫師資格。</u> (2)<u>具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u> (3)<u>前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> <u>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u> <u>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u></p>		v	v	v	46385
76030B	<p>(後)腹腔鏡腎臟輸尿管切除術(Retroperitoneoscopy) Laparoscopy,Nephroureterectomy</p> <p>註：執行「<u>機械手臂輔助腎臟輸尿管切除術</u>」須符合下列規範： <u>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u> (1)<u>具有泌尿科專科醫師資格。</u> (2)<u>具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u> (3)<u>前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> <u>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u> <u>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u></p>		v	v	v	35790

三、膀胱 Bladder (78001-78051)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
78050B	<p>腹腔鏡膀胱全切除術合併骨盆腔淋巴切除術合併正位新膀胱重建 Laparoscopic Cystectomy with pelvis LND with orthotopic neo-bladder reconstruction</p> <p>註：執行「<u>機械手臂輔助膀胱全切除術合併骨盆腔淋巴切除術合併正位新膀胱重建</u>」須符合下列規範：</p> <p>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</p> <p>(1)具有泌尿科專科醫師資格。</p> <p>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</p> <p>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</p> <p>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</p> <p>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</p>	v	v	v		65785
78051B	<p>腹腔鏡膀胱全切除術及骨盆腔淋巴切除術合併雙側輸尿管迴腸經皮分流術 Laparoscopic radical cystectomy with pelvis LND with ileal conduit</p> <p>註：執行「<u>機械手臂輔助膀胱全切除術及骨盆腔淋巴切除術合併雙側輸尿管迴腸經皮分流術</u>」須符合下列規範：</p> <p>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</p> <p>(1)具有泌尿科專科醫師資格。</p> <p>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</p> <p>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</p> <p>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</p> <p>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</p>	v	v	v		65785

第十三項 女性生殖

三、陰道 Vagina (80001-80038)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
80031C	<p>腹腔鏡式骨盆腔子宮內膜異位症電燒及切除 — 重度：子宮內膜異位症分級指數大於四十分。</p> <p>Laparoscopic fulguration or excision of pelvic endometriosis — Severe</p> <p>註：</p> <p><u>1.子宮內膜異位症分級指數依照美國不孕症醫學會一九八五年之分級標準。</u></p> <p><u>2.執行「機械手臂輔助骨盆腔子宮內膜異位症切除術(重度)」須符合下列規範：</u></p> <p><u>(1)須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u></p> <p><u>A.具有婦產科專科醫師資格。</u></p> <p><u>B.具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u></p> <p><u>C.前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u></p> <p><u>(2)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u></p> <p><u>(3)其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u></p>	v	v	v	v	18507
80025B	<p>腹腔鏡陰道懸吊術</p> <p>Laparoscopic colpopexy</p> <p>註：執行「機械手臂輔助陰道懸吊術」須符合下列規範：</p> <p><u>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u></p> <p><u>(1)具有婦產科、泌尿科專科醫師資格。</u></p> <p><u>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u></p> <p><u>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u></p> <p><u>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u></p> <p><u>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u></p>		v	v	v	15801

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
80429B	<p>腹腔鏡子宮頸癌全子宮根除術 Laparoscopic radical hysterectomy for cervical cancer</p> <p>註： <u>1.不含淋巴結切除。</u> <u>2.執行「機械手臂輔助子宮頸癌全子宮根除術」須符合下列規範：</u> <u>(1)須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u> <u>A.具有婦產科專科醫師資格。</u> <u>B.具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u> <u>C.前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> <u>(2)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u> <u>(3)其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u></p>		v	v	v	48183
80416B	<p>腹腔鏡全子宮切除術 Laparoscopic hysterectomy</p> <p>註： <u>1.不得同時申報80430B。</u> <u>2.執行「機械手臂輔助全子宮切除術」須符合下列規範：</u> <u>(1)須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u> <u>A.具有婦產科專科醫師資格。</u> <u>B.具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u> <u>C.前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> <u>(2)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u> <u>(3)其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u></p>		v	v	v	29753
80424B	<p>腹腔鏡式婦癌分期手術 Laparoscopic gynecologic oncology staging surgery</p> <p>註：執行「機械手臂輔助婦癌分期手術」須符合下列規範： <u>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u> <u>(1)具有婦產科專科醫師資格。</u> <u>(2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u></p>		v	v	v	46270

編號	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><u>(3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u></p> <p><u>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u></p> <p><u>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u></p>					
80425C	<p>腹腔鏡子宮肌瘤切除術 Laparoscopic myomectomy</p> <p>註： <u>1.不得同時申報80430B。</u> <u>2.執行「機械手臂輔助子宮肌瘤切除術」須符合下列規範：</u> <u>(1)須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u> <u>A.具有婦產科專科醫師資格。</u> <u>B.具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。</u> <u>C.前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> <u>(2)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u> <u>(3)其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u></p>	v	v	v	v	25907
80430B	<p>腹腔鏡次全子宮切除術 Laparoscopic subtotal hysterectomy</p> <p>註： 1.適應症： <u>(1)子宮體之良性腫瘤/疾病(例如子宮肌瘤、子宮肌腺症或其他良性疾病)所引起之腹痛、異常出血、貧血或骨盆壓迫等症狀。</u> <u>(2)執行子宮脫垂行經腹腔鏡陰道懸吊手術時，依病情需要同時併行本項，本項不得單獨為子宮脫垂之手術。</u> 2.禁忌症：子宮頸惡性腫瘤、子宮體惡性腫瘤、子宮頸異常增生。 3.不得併報項目：全子宮切除術(80403B、80421B、80416B)、子宮肌瘤切除術(80402C、80420C、80415C、80425C)、次全子宮切除術(80404C)。 <u>4.執行「機械手臂輔助次全子宮切除術」須符合下列規範：</u> <u>(1)須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u> <u>A.具有婦產科專科醫師資格。</u> <u>B.具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練</u></p>		v	v	v	25885

編號	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><u>習或操作達二十小時)。</u></p> <p><u>C.前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u></p> <p><u>(2)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u></p> <p><u>(3)其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u></p>					

第三部 牙醫

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

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
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、90088C、91088C、92088C、<u>P3601C</u>除外)。 	v	v	v	v	800

第三部 牙醫

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

附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則

一、實施範圍定義：

(一)醫療費用

1. 申報之總醫療費用點數（含部分負擔）。
2. 下列項目費用，不列入計算：
 - (1)週日及國定假日申報點數(以申報就醫日期認定)。
 - (2)支付標準適用地區以上醫院之表別(A、B表)項目。
 - (3)案件分類為14、16等專款專用之試辦計畫項目。
 - (4)案件分類為19—牙周病統合治療第一階段支付(91021C)、牙周病統合治療第二階段支付(91022C)、牙周病統合治療第三階段支付(91023C)。
 - (5)案件分類為19—特殊治療項目代號為「G9」山地離島醫療給付效益計畫服務。
 - (6)案件分類為19—特殊治療項目代號為「JA」或「JB」全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫。
 - (7)案件分類為A3—牙齒預防保健案件。
 - (8)案件分類為B6—職災代辦案件。
 - (9)案件分類為19—定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92090C)、非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92091C)。
 - (10)案件分類為19—口腔黏膜難症特別處置(92073C)。
 - (11)案件分類為B7—行政協助門診戒菸部分。
 - (12)加成之點數。
 - (13)初診診察費差額。
 - (14)加強感染管制實施方案診察費差額。
 - (15)山地離島診察費差額。
 - (16)牙醫急診診察費差額。
 - (17)特定牙周保存治療(91015C、91016C、91091C)、牙周病支持性治療(91018C)。
 - (18)糖尿病病人牙結石清除-全口(91089C) ~~→高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)~~。
 - (19)唾液腺摘取術(每部位)(92161B)、超音波根管沖洗(P7303C)。
 - (20)青少年齲齒控制照護處置(P7101C)、青少年齲齒氟化物治療(P7102C)。
 - ~~(21)齲齒經驗之高風險病人氟化物治療(P7302C)。~~
 - ~~(22)~~ (21)特定疾病患者牙科就醫安全(P3601C)。
 - ~~(23)~~ (22)高風險疾病口腔照護計畫：
 - A.高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)。
 - B.齲齒經驗之高風險病人氟化物治療(P7302C)。
 - C.高風險疾病病人複雜性複合體充填診療項目(89204C、89205C、89208C、

89209C、89210C、89212C、89214C、89215C)每項支付點數差額400點。

(二)適用鄉鎮：

- 1.臺北市、原臺灣省轄內之臺中市、原直轄市之高雄市(不含旗津區)。
- 2.該鄉鎮市區(縣轄市)戶籍人口數大於十萬且人口密度大於四千人/平方公里。
- 3.保險人每年依上開條件公告適用鄉鎮(區)名單。

註：

- 1.臺北市【松山區、信義區、大安區、中山區、中正區、大同區、萬華區、文山區、南港區、內湖區、士林區、北投區】
- 2.臺中市【中區、東區、南區、西區、北區、西屯區、南屯區、北屯區】
- 3.高雄市【楠梓區、左營區、鼓山區、三民區、苓雅區、新興區、前金區、鹽埕區、前鎮區、小港區】
- 4.鄉鎮市區人口數以內政部統計為準。

(三)前述適用鄉鎮牙醫師如有以下各項情形之一，不適用本原則之折付方式：

- 1.該分區已結算之最近四季浮動點值之平均值超過 1.05 元，則該年度該分區專任牙醫師不適用本原則之折付。
- 2.專科醫師。
- 3.該鄉鎮市區只有一位之專任牙醫師。
- 4.除第 1 項至第 3 項所列以外之山地離島地區牙醫師如有特殊情況，得向總額受託單位提出申請，並經牙醫門診總額研商議事會議同意者。

註：(三)第 2 項專科醫師，係中華民國牙醫師公會全國聯合會按季提供之轉診加成醫師名單之醫師；牙醫師以同期保險人醫院及基層院所牙醫師數統計為準；第 1 項、第 3 項每年公告一次名單。

二、折付方式：以醫師為單位計算各院所各醫師合計折付點數上限，並與院所審查核付點數比較，計算實際核付點數

(一)先計算每位醫師每月申報醫療費用(=申報總醫療點數(含部分負擔)-排除項目費用點數)，點數在五十五萬點以下時維持原費用點數，超過五十五萬點時，則按下列分級予以折付：在五十五-六十五萬點部分乘以0.78，在六十五-七十五萬點部分乘以0.39，在七十五萬點以上部分乘以0.10之方式，計算當月該醫師折付上限總點數。

註 1：各醫師每月申報費用之計算，係於每月底針對已受理並完成轉檔之資料，啟動全國醫師別總費用歸戶，將各院所申報上月費用及當月補送上月以前之補報費用中該醫師申報之點數加計。因故上月執業費用於次月以後申報者(限發生年月費用未曾申報者)，追溯計算費用發生年月該醫師於其他院所執業費用之點數，並按規定加計折算費用，原已完成歸戶計算費用之院所則不予追扣或補付費用。

註 2：全國醫師別總費用歸戶後，申報醫師 ID 檢核錯誤及醫師以 A 報 B 者均不予支付，且不得申復，但重大行政或系統問題所致者，由保險人衡酌處理，且同院所一年不得超過一次。

(二)前開醫師折付上限總點數，按該醫師在多處院所申報醫療費用比例，計算該醫師在某院所之折付上限點數。

(三)計算各院所各醫師合計折付點數上限(=所有醫師折付上限點數合計+排除項目費

用點數)。嗣後，該院所審查核付點數如大於折付點數上限，按折付點數上限核給費用；如小於折付點數上限，則按核付點數核給費用。

三、核付院所費用後，若有申復，致使審查補付點數加原核定點數大於折付點數上限時，以折付點數上限為給付限額。

第四部 中 醫

第五章 傷科治療處置費

通則：

- 一、限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。
- 二、本章治療處置費用均內含材料費。
- 三、複雜性傷科之審查：
 - (一)病歷記載應依規定書寫，脫白~~患者病人~~需檢附影像紀錄(照相或錄影，含術前、術中、術後)、骨折~~患者病人~~需檢附術前影像紀錄(照相或錄影)及術後 X 光紀錄。
 - (二)抽審病歷視醫療院所與前一年申報附表 4.4.2、附表 4.5.1 至表 4.5.4 所列疾病與去年同期相較之成長率，必要時得予全審。
- 四、未滿七歲兒童執行傷科治療處置得同時申報 E90，同一療程以申報一次為限。

五、標準作業程序：

(一)診斷（四診八綱辨證、理學檢查或症狀描述）。

(二)傷科處置：傷科手法〔理筋手法(推、拿、揉、滾、按及其他方式)、正骨八法(摸、接、端、提、按、摩、推、拿及其他方式)〕、冰敷、熱敷、藥布、外敷、固定、拔罐及其他各類傷科處置。

編號	診療項目	支付點數
E01	一般傷科	227
E02	—另開內服藥 —未開內服藥 註： 1.標準作業程序 (1)四診八綱辨證(合理學檢查)。 (2)診斷。 (3)傷科處置：傷科手法〔理筋手法(推、拿、揉、滾、按及其他方式)〕、 正骨八法(摸、接、端、提、按、摩、推、拿及其他方式)〕、冰敷、熱敷、 藥布、外敷、固定及其他各類傷科處置。 2.適應症 (1)急慢性扭、挫、瘀傷：踝扭傷、腰扭傷、頸部扭傷等。 (2)肌腱炎：網球肘、棒球肩、腕部橈側韌鞘炎等。 (3)關節病變：類風濕性關節炎、退化性關節炎、僵直性關節炎、痛風、 冰凍肩(凝肩)等。	227

第四部 中醫

第八章 特定疾病門診加強照護

通則：

一、個案適用範圍：

- (一)小兒氣喘疾病門診加強照護：年齡未滿十三歲之氣喘疾病(ICD-10：J45)者，並於病歷中檢附西醫診斷證明或肺功能檢查報告。
- (二)小兒腦性麻痺疾病門診加強照護：年齡未滿十三歲之腦性麻痺疾病(ICD-10-CM：G80)者。
- (三)腦血管疾病(ICD-10-CM：G45.0-G46.8、I60-I69、[P91.821](#)、[P91.822](#)、[P91.823](#)、[P91.829](#))、顱腦損傷(ICD-10-CM：S02.1-S02.4、S02.6-S02.9、S06.0-S06.9)及脊髓損傷(ICD-10-CM：S14.0-S14.1、S24.0-S24.1、S34.0-S34.1)疾病門診加強照護：自診斷日起二年內者。

二、醫事服務機構及醫事人員均須符合下列條件始得申報本章費用：

- (一)中醫師需接受中醫全聯會辦理之「小兒氣喘疾病門診加強照護」、「小兒腦性麻痺疾病門診加強照護」及「腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷門診加強照護」課程各八小時，並由中醫全聯會於每季季底函送符合教育時數之中醫師新增名單給保險人登錄備查。
- (二)申報本章之中醫醫事服務機構及醫事人員，須最近二年內未曾涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一者，前述違規期間之認定，自保險人第一次發函處分停約日起算(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)。

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

四、看診醫師應對當次看診~~患者~~[病人](#)提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，並以標準作業流程與處置完成診療~~→~~(詳附表 4.8.1)。

五、特定疾病門診加強照護不列入診察費及處置費合理量計算。

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

七、病人經加強照護病程穩定後，應教育病人自我照護，改按一般服務提供醫療照護；(1)小兒氣喘疾病門診加強照護穩定之指標詳附表 4.8.2 說明。(2)腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷門診以巴氏量表測量連續二季未改善之~~患者~~[病人](#)應改按一般服務提供服務。

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

調劑費除外)。

附表 4.4.1 中度複雜性針灸適應症

ICD-10-CM	中文病名
G43	偏頭痛
G50	三叉神經疾患
G51	顏面神經疾患
G52	其他腦神經疾患
G54	神經根及神經叢疾患
G90	自主神經系統疾患
G54	神經根及神經叢疾患
G61	發炎性多發神經病變
G62	其他及為明示之多發神經病變
G63	歸類於他處疾病所致之多發神經病變
G65	發炎性及毒性多發神經病變後遺症
M13.0	多發性關節炎
M15	多關節病症
M20	手指及(足)趾後天性變形
M21	其他後天性肢體變形
M66	滑膜及肌腱自發性破裂
H02	眼瞼其他疾患
H04	淚道系統之疾患
H05、 L03.213	眼窩疾患
H52	屈光及調節作用疾患
H10	結膜炎
H20	虹膜睫狀體炎
H25	老年性白內障
H26	其他白內障

附表 4.4.2 特殊疾病

一、衛生福利部公告之罕見疾病。

二、下表所列疾病：

ICD-10-CM	中文病名
A15	呼吸道結核病
B01	水痘
B02	帶狀疱疹
B05	麻疹
B06	德國麻疹
B20	人類免疫不全病毒疾病
B97.2、U07.1	歸類於他處冠狀病毒所致的疾病
B97.3	歸類於他處反轉錄病毒所致的疾病
D65	瀰漫性血管內凝血症
D66	遺傳性第VIII凝血因子缺乏症
D67	遺傳性第IX凝血因子缺乏症
D68	其他凝血缺乏
D69	紫斑症及其他出血性病態
D70	嗜中性白血球缺乏症
D82	與其他重大缺陷相關的免疫缺乏症
D83	常見多樣性免疫缺乏症
D84	其他免疫缺乏症
E04	其他非毒性甲狀腺腫
E05	甲狀腺毒症
E06	甲狀腺炎
E10	第一型糖尿病
E11	第二型糖尿病
E13	其他特定糖尿病
E15	非糖尿病的低血糖性昏迷
E28	卵巢功能障礙
F90	注意力不足過動症
F95	抽搐症
I20	心絞痛
I21	ST 段上升之心肌梗塞 (STEMI)與非 ST 段上升之心肌梗塞(NSTEMI)
I22	續發性 ST 段上升之心肌梗塞 (STEMI)與非 ST 段上升之心肌梗塞 (NSTEMI)
I23	ST 段上升之心肌梗塞 (STEMI)與非 ST 段上升之心肌梗塞(NSTEMI)後造成之併發症(二十八天內)
I24	其他急性缺血性心臟病
I25	慢性缺血性心臟病
I26	肺栓塞

ICD-10-CM	中文病名
I27	其他肺性心臟病
I28	其他肺血管疾病
I42	心肌病變
I50	心臟衰竭
I71	主動脈瘤及剝離
I73	其他末梢血管疾病
I74	動脈栓塞及血栓症
I80	靜脈炎及血栓靜脈炎
I82	其他靜脈栓塞及血栓
I89	其他非感染性之淋巴管和淋巴結疾患
J44	慢性阻塞性肺病
J45	氣喘
J93	氣胸及氣漏
J96	呼吸衰竭，他處未歸類
J98	其他呼吸衰竭
K72、 K76.82	肝衰竭，他處未歸類者
K74	肝纖維化及硬化
K80	膽結石
L10	天庖瘡
L11	其他棘層鬆解性疾患
L12	類天庖瘡
L40	乾癬
L51	多形性紅斑
L52	結節性紅斑
L89	壓迫性潰瘍
L94	其他局限性結締組織疾患
L97	下肢非壓迫性慢性潰瘍，他處未歸類者
M33	皮多肌炎
M34	全身性硬化症(硬皮症)
M35	結締組織其他全身性侵犯
M35.0	乾燥症候群(Sjogren 氏)
M35.00	乾燥症候群
N18	慢性腎臟疾病
N19	腎衰竭
O10~O16 O20~O29	、 妊娠
R64	惡病質

附表 4.4.3 高度複雜性針灸適應症

ICD-10-CM	中英文病名
A80	急性脊髓灰白質炎
C00-C96	惡性腫瘤(衍生出的相關符合針灸適應症)
D32	腦膜良性腫瘤
D33	腦瘤併發神經功能障礙
D48	Neoplasm of uncertain behavior of other and unspecified sites
D48	其他及未明示部位性態未明之腫瘤
D49	性態未明之腫瘤
F02、F04、F09	其他器質性精神病態
F03-F05	老年期及初老年期器質性精神病態限由精神科或神經科專科醫師開具之診斷書並加註專科醫師證號
F05	亞急性譫妄
F20、F21、F25	思覺失調症
F22、F23、F24	妄想狀態
F30-F39	情感性精神病
F84	源自兒童期之精神病
F80	特定的言語及語言發展障礙症
F82	特定的動作功能發展障礙症
G11、G94	脊髓小腦症
G12	脊髓性肌萎縮症及相關症候群
G20、G21	巴金森病
G35	多發性硬化症
G36	其他急性瀰漫性脫髓鞘
G40	癲癇
G45、G46、I67	其他腦血管疾病
G70	重症肌無力症
G71	肌肉特發性疾患
G80	嬰兒腦性麻痺
G81	偏癱
G82-G83+B91	其他麻痺性徵候群(急性脊髓灰白質炎之後期影響併有提及麻痺性徵候群)
G91	水腦症
G93.0	腦囊腫
G93.1	缺氧性腦損傷，他處未歸類者
G93.2	良性顱內高壓
G93.3 G93.31、G93.32、 G93.39	病毒感染後疲勞症候群
G93.4	其他及未明示腦病變
G93.5	腦壓迫
G93.6	腦水腫
G93.7	雷氏症候群
H30	脈絡膜視網膜發炎
H31	其他脈絡膜疾患

ICD-10-CM	中英文病名
H33、 H44.2C1 、 H44.2C2 、 H44.2C3 、 H44.2C9	視網膜退化及裂孔
H34	視網膜血管阻塞
H35	視網膜其他疾患
H36	歸類於他處疾病所致之視網膜疾患
H40	青光眼
H42	歸類於他處疾病所致之青光眼
H43	玻璃體疾患
H46	眼球神經炎
H47	視(第二)神經及視路之其他疾患
H49	麻痺性斜視
H50	其他斜視
H51	其他雙側眼運動疾患
H53	視覺障礙
H54	失明及低視力
H55	眼球震顫及不規則眼球運動
I60	蜘蛛膜下腔出血
I61、I62	腦內出血
I65、I66、I63、 P91.821 、 P91.822 、 P91.823 、 P91.829	腦梗塞
M45	僵直性脊椎炎
M62.3	截癱性不動症候群
M99.0	節段及體結構功能障礙
M99.1	(脊椎)複雜性半脫位
M99.2	神經管半脫位性狹窄
M99.3	神經管骨性狹窄
M99.4	神經管結締組織狹窄
M99.5	神經管椎間盤狹窄
M99.6	椎間孔骨性及半脫位性狹窄
M99.7	椎間孔結締組織及椎間盤狹窄
Q11	無眼症、小眼畸形及巨眼畸形
Q13	前段眼先天性畸形
Q12	先天性水晶體畸形
Q14	後段眼先天性畸形
Q15	眼其他先天性畸形
S01.9、S06.3	腦裂傷及挫傷
S01.9、S06.4-S06.6	受傷後之蜘蛛網膜下、硬腦膜下及硬腦膜外出血
S04.01-S04.04	視神經及神經徑之損傷
S14.1、S24.1、S34.1	無明顯脊椎損傷之脊髓傷害
S14.1+S12.0-S12.6、 S24.1+S22.0、S34.1+S22.0- S32.0	脊柱骨折，伴有脊髓病灶
S14.2、S14.3、S24.2、S34.2、	神經根級脊神經叢之損傷

ICD-10-CM	中英文病名
S34.4	
S14.5、S24.3⇒	肩及骨盆以外之軀幹神經損傷
S24.4、S24.8、S24.9、S34.5、 S34.6、S34.8、S34.9	胸、腰椎、囊和骨盆神經損傷
S44.0-S44.5、S44.8-S44.9、 S54.0-S54.3、S54.8-S54.9、 S64.0-S64.4、S64.8-S64.9	肩及上肢末梢神經之損傷
S74.0-S74.2、S74.8-S74.9、 S84.0-S84.2、S84.8-S84.9、 S94.0-S94.3、S94.8-S94.9	骨盆及下肢末梢神經損傷
P91	其他新生兒腦狀態障礙

附表 4.5.1 中度複雜性傷科適應症

ICD-10-CM	中文病名
G45、G46	其他腦血管疾病
G54	神經根及神經叢疾患
G61	發炎性多發神經病變
G62	其他及為明示之多發神經病變
G63	歸類於他處疾病所致之多發神經病變
G65	發炎性及毒性多發神經病變後遺症
G81	偏癱
G90	自主神經系統疾患
G91	水腦症
G93.0	腦囊腫
G93.1	缺氧性腦損傷，他處未歸類者
G93.2	良性顱內高壓
G93.3 G93.31 、 G93.32 、 G93.39	病毒感染後疲勞症候群
G93.4	其他及未明示腦病變
G93.5	腦壓迫
G93.6	腦水腫
I60	蜘蛛膜下腔出血
I61、I62	腦內出血
I65、I66、I63、 P91.821 、 P91.822 、 P91.823 、 P91.829	腦梗塞
I67	其他腦血管疾病
M13.0	多發性關節炎
M15	多關節病症
M20	手指及(足)趾後天性變形
M21	其他後天性肢體變形
M40	脊椎後彎症及脊椎前彎症
M41	脊椎側彎症
M42	脊椎骨軟骨症
M43	其他變形性背部病變
M45	僵直性脊椎炎
M46	其他發炎性脊椎病變
M47	退化性脊椎炎
M48	其他脊椎病變
M50	頸椎椎間盤疾患

ICD-10-CM	中文病名
M51	胸椎、胸腰椎及腰薦椎椎間盤疾患
M53	其他背部病變，他處未歸類者
M62.3	截癱性不動症候群
M66	滑膜及肌腱自發性破裂
M80	骨質疏鬆症伴有病理性骨折
M87	骨壞死
M88	變形性骨炎 [骨 Paget (氏)病]
M90.5	歸類於他處疾病所致之骨壞死
M90.6	腫瘤疾病引起之變形性骨炎
M95.2	頭部其他後天性變形
M95.3	頸部後天性變形
M95.4	胸部及肋骨之後天性變形
M95.5	骨盆後天性變形
M95.8	肌肉骨骼系統，其他特定之後天性變形
M95.9	肌肉骨骼系統之後天性變形
M96	術中及術後併發症及肌肉骨骼系統疾患，他處未歸類者
M99.0	節段及體結構功能障礙
M99.1	(脊椎)複雜性半脫位
M99.2	神經管半脫位性狹窄
M99.3	神經管骨性狹窄
M99.4	神經管結締組織狹窄
M99.5	神經管椎間盤狹窄
M99.6	椎間孔骨性及半脫位性狹窄
M99.7	椎間孔結締組織及椎間盤狹窄
S14.1+S12.0-S12.6、 S24.1+S22.0、 S34.1+S22.0-S32.0	脊柱骨折，伴有脊髓病灶
S14.1、S24.1、S34.1	無明顯脊椎損傷之脊髓傷害
S01.9、S06.3	腦裂傷及挫傷
S01.9、S06.4-S06.6	受傷後之蜘蛛網膜下、硬腦膜下及硬腦膜外出血
S04.01-S04.04	視神經及神經徑之損傷
S14.2、S14.3、 S24.2、S34.2、S34.4	神經根級脊神經叢之損傷
S14.5、S24.3、	肩及骨盆以外之軀幹神經損傷
S24.4、S24.8、 S24.9、S34.5、 S34.6、S34.8、S34.9	胸交感神經系統的損傷、胸、腹部，下背部和骨盆水平神經損傷
S44.0-S44.5、S44.8- S44.9、S54.0-S54.3、	肩及上肢末梢神經之損傷

ICD-10-CM	中文病名
S54.8-S54.9、S64.0-S64.4、S64.8-S64.9	
S74.0-S74.2、S74.8-S74.9、S84.0-S84.2、S84.8-S84.9、S94.0-S94.3、S94.8-S94.9	骨盆及下肢末梢神經損傷

附表 4.5.2 高度複雜性傷科(多部位損傷)適應症

說明：損傷包含鈍傷(挫傷)(Contusion)，表淺損傷(superficial injury)，壓砸傷(Crushing injury)，擦傷(Abrasion)，拉傷(Strain)，扭傷(Sprain)，同時病歷主訴內容，診斷疾病須記載大於(含)~~再~~二損傷部位。

ICD-10-CM	中文病名
M02.39	雷特病之關節病變及有關病態，多處部位
M35.2	畢賽徵候群之關節病變，多處部位
M13.89	更年期關節炎，多處部位
M12.89	其他明示之關節病變，多處部位
M12.9	未明示之關節病變，多處部位
M24.10、 M24.19	關節軟骨疾患，多處部位
M24.50、 M24.59	關節緊縮，多處部位
M24.60、 M24.69	關節粘連，多處部位
M24.80、 M24.89	其他關節障礙，他處未歸類，多處部位
M24.9	未明示之關節障礙，多處部位
M12.39	復發性風濕，多處部位
M25.50、 M25.59	關節痛，多處部位
M25.60、 M25.69	關節僵直，他處未歸類者，多處部位
M25.9	未明示之關節疾患，多處部位
R26.2	行走障礙，多處部位
M25.9	未明示之關節疾患，多處部位
S00.00	頭皮表淺損傷
S00.01	頭皮擦傷
S00.03	頭皮鈍傷
S00.1	眼瞼及眼周圍區域鈍傷
S00.20	眼瞼及眼周圍區域的表淺損傷
S00.21	眼瞼及眼周圍區域擦傷
S00.30	鼻子表淺損傷
S00.31	鼻子擦傷
S00.33	鼻子鈍傷
S00.40	耳表淺損傷
S00.41	耳擦傷
S00.43	耳鈍傷
S00.50	唇及口腔未明示表淺損傷
S00.51	唇及口腔擦傷
S00.53	唇及口腔鈍傷
S00.80	頭部其他部位表淺損傷
S00.81	頭部其他部位擦傷
S00.83	頭部其他部位鈍傷

ICD-10-CM	中文病名
S00.90	頭部未明示部位表淺損傷
S00.91	頭部未明示部位擦傷
S00.93	頭部未明示部位鈍傷
S03.4	下頷扭傷
S03.8	頭部其他關節及韌帶扭傷
S03.9	頭部未明示關節及韌帶扭傷
S05.0	結膜及角膜損傷未伴有異物
S05.1	眼球及眼眶組織鈍傷
S06.31	右側大腦鈍傷及撕裂傷
S06.32	左側大腦挫傷及裂傷
S06.33	大腦挫傷及裂傷，未明示側性
S06.37	小腦挫傷，裂傷及出血
S06.38	腦幹挫傷，裂傷及出血
S07	頭部壓砸傷
S09.10	頭部肌肉及肌腱損傷
S09.11	頭部肌肉及肌腱拉傷
S09.19	頭部肌肉及肌腱其他特定損傷
S09.8	頭部其他特定損傷
S09.9	臉部及頭部損傷
S10.0	咽喉挫傷
S10.11	咽喉擦傷
S10.80	頸部其他特定部位表淺性損傷
S10.81	頸部其他特定部位擦傷
S10.83	頸部其他特定部位挫傷
S10.90	頸部表淺性損傷
S10.91	頸部擦傷
S10.93	頸部挫傷
S13.4	頸椎韌帶扭傷
S13.5	甲狀腺區域扭傷
S13.8	頸部其他部位之關節和韌帶扭傷
S13.9	頸部未明示部位關節和韌帶扭傷
S16.1	頸部肌肉，筋膜和肌腱拉傷
S17	頸部壓砸傷
S19	頸部其他特定及未明示損傷
S20.0	乳房挫傷
S20.11	乳房擦傷
S20.2	胸部挫傷
S20.30	前胸壁表淺性損傷
S20.31	前胸壁擦傷

ICD-10-CM	中文病名
S20.40	後胸壁表淺性損傷
S20.41	後胸壁擦傷
S20.90	胸部表淺性損傷
S20.91	胸部擦傷
S23.3	胸椎韌帶扭傷
S23.4	肋骨及胸骨扭傷
S23.8	胸部其他特定部位扭傷
S23.9	胸部未明示部位扭傷
S29.00	胸部肌肉和肌腱未明示之損傷
S29.01	胸部肌肉和肌腱扭傷
S29.09	胸部肌肉和肌腱其他損傷
S29.8	胸部其他特定損傷
S29.9	胸部未明示損傷
S30.0	下背和骨盆挫傷
S30.1	腹壁挫傷
S30.2	外生殖器官挫傷
S30.3	肛門挫傷
S30.810	下背部和骨盆擦傷
S30.811	腹壁擦傷
S30.91	下背部和骨盆未明示表淺性損傷
S30.92	腹壁未明示表淺性損傷
S33.5	腰(部)脊椎[腰椎]韌帶扭傷及拉傷(勞損)
S33.6	薦髂骨間關節扭傷及拉傷(勞損)
S33.8	腰(部)脊椎[腰椎]與骨盆(腔)其他部位的扭傷及拉傷(勞損)
S33.9	腰(部)脊椎[腰椎]與骨盆(腔)未明示部位的扭傷及拉傷(勞損)
S38.1	腹部、下背部及骨盆壓砸傷
S39.00	腹部、下背部及骨盆肌肉,筋膜及韌帶損傷
S39.01	腹部,下背部及骨盆肌肉、筋膜及韌帶拉傷
S39.09	腹部、下背部及骨盆之肌肉、筋膜及韌帶其他損傷
S40.0	肩膀和上臂挫傷
S40.21	肩膀擦傷
S40.81	上臂擦傷
S40.9	肩膀及上臂表淺性損傷
S43.40	肩關節扭傷
S43.41	喙突肱骨間(韌帶)扭傷
S43.42	旋轉環膜囊扭傷
S43.49	肩關節其他扭傷
S43.5	肩胛峰鎖骨間關節扭傷
S43.6	肩胛峰鎖骨間關節扭傷

ICD-10-CM	中文病名
S43.8	肩帶其他特定部位扭傷
S43.9	肩帶未明示部位扭傷
S46.00	右側肩部旋轉肌環肌肉和肌腱損傷
S46.01	肩部旋轉肌環肌肉和肌腱拉傷
S46.09	肩部旋轉肌環肌肉和肌腱其他損傷
S46.10	二頭肌長頭部肌肉、筋膜和肌腱損傷
S46.11	二頭肌長頭部肌肉、筋膜和肌腱拉傷
S46.19	二頭肌長頭部肌肉、筋膜和肌腱其他損傷
S46.20	二頭肌其他部位肌肉、筋膜和肌腱損傷
S46.21	二頭肌其他部位肌肉、筋膜和肌腱拉傷
S46.29	二頭肌其他部位肌肉、筋膜和肌腱其他損傷
S46.30	三頭肌肌肉、筋膜和肌腱損傷
S46.31	三頭肌肌肉、筋膜和肌腱拉傷
S46.39	三頭肌肌肉、筋膜和肌腱其他損傷
S46.80	手臂肩及上臂區位其他肌肉、筋膜和肌腱損傷
S46.81	肩及上臂區位其他肌肉、筋膜和肌腱拉傷
S46.89	肩及上臂區位其他肌肉、筋膜和肌腱損傷
S46.90	肩及上臂區位肌肉、筋膜和肌腱損傷
S46.91	肩及上臂區位未明示肌肉、筋膜和肌腱拉傷
S46.99	肩及上臂區位未明示肌肉、筋膜和肌腱其他損傷
S47	肩部和上臂壓砸傷
S50.0	手肘挫傷
S50.1	前臂挫傷
S50.31	手肘擦傷
S50.81	前臂擦傷
S50.9	手肘及前臂表淺性損傷
S53.4	手肘扭傷
S56.00	前臂區位拇指屈肌、筋膜及肌腱損傷
S56.01	前臂區位拇指屈肌、筋膜及肌腱拉傷
S56.09	前臂區位拇指屈肌、筋膜及肌腱其他損傷
S56.10	前臂區位其他及未明示手指屈肌、筋膜及肌腱損傷
S56.19	前臂區位其他及未明示手指屈肌、筋膜及肌腱其他損傷
S56.20	前臂區位其他屈肌、筋膜及肌腱損傷
S56.21	前臂區位其他屈肌、筋膜及肌腱拉傷
S56.29	前臂區位其他屈肌、筋膜及肌腱其他損傷
S56.30	前臂區位拇指伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱損傷
S56.31	前臂區位拇指伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱拉傷
S56.39	前臂區位拇指伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱其他損傷
S56.40	前臂區位其他及未明示手指伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱損傷

ICD-10-CM	中文病名
S56.41	前臂區位未明示手指伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱拉傷
S56.49	前臂區位其他及未明示手指伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱其他損傷
S56.50	前臂區位其他伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱損傷
S56.51	前臂區位其他伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱拉傷
S56.59	前臂區位其他伸展肌或外展肌、筋膜及肌腱其他損傷
S56.80	前臂區位其他肌肉、筋膜及肌腱損傷
S56.81	前臂區位其他肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S56.89	前臂區位其他肌肉、筋膜及肌腱其他損傷
S56.90	前臂區位未明示肌肉、筋膜及肌腱損傷
S56.91	前臂區位未明示肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S56.99	前臂區位未明示肌肉、筋膜及肌腱其他損傷
S57	手肘及前臂壓砸傷
S60.0	手指挫傷未伴有指甲受損
S60.1	手指挫傷伴有指甲受損
S60.2	腕部及手部挫傷
S60.31	拇指擦傷
S60.41	手指擦傷
S60.51	手部擦傷
S60.81	腕部擦傷
S60.9	腕部、手部及手指表淺性損傷
S63.5	腕部其他及未明示扭傷
S63.6	手指其他及未明示扭傷
S63.8	腕部及手部其他部位扭傷
S63.9	腕部及手部未明示部位扭傷
S66.00	拇指腕部及手部區位長屈肌、筋膜及肌腱損傷
S66.01	拇指腕部及手部區位長屈肌、筋膜及肌腱拉傷
S66.09	拇指腕部及手部區位長屈肌、筋膜及肌腱其他特定損傷
S66.10	其他及未明手指腕部及手部區位屈肌、筋膜及肌腱損傷
S66.11	其他或未明示手指腕部及手部區位屈肌、筋膜及肌腱拉傷
S66.19	其他或未明示手指腕部及手部區位屈肌、筋膜及肌腱其他損傷
S66.20	拇指腕部及手部區位伸指肌、筋膜及肌腱損傷
S66.21	拇指腕部及手部區位伸指肌、筋膜及肌腱拉傷
S66.29	拇指腕部及手部區位伸指肌、筋膜及肌腱其他特定損傷
S66.30	其他或未明示手指腕部及手部區位伸指肌、筋膜及肌腱損傷
S66.31	其他或未明示手指腕部及手部區位伸指肌、筋膜及肌腱拉傷
S66.39	其他及未明示手指腕部及手部區位伸指肌肉、筋膜及肌腱其他損傷
S66.40	拇指內腕部及手部區位肌肉、筋膜及肌腱損傷

ICD-10-CM	中文病名
S66.41	拇指內腕部及手部區位肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S66.49	拇指內腕部及手部區位肌肉、筋膜及肌腱其他特定損傷
S66.50	食指內腕部及手部區位肌肉、筋膜及肌腱損傷
S66.51	其他及未明示手指內腕部及手部區位肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S66.59	其他及未明示手指內腕部及手部區位肌肉、筋膜及肌腱其他損傷
S66.80	腕部及手部其他特定肌肉、筋膜及肌腱損傷
S66.81	腕部及手部其他特定肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S66.89	腕部及手部其他特定肌肉、筋膜及肌腱其他損傷
S66.90	腕部及手部未明示肌肉、筋膜及肌腱損傷
S66.91	腕部及手部未明示肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S66.99	腕部及手部未明示肌肉、筋膜及肌腱其他損傷
S67	腕部、手部及手指壓砸傷
S69	腕部、手部及手指其他及未明示損傷
S70.0	髖部挫傷
S70.1	大腿挫傷
S70.21	髖部擦傷
S70.31	大腿擦傷
S70.34	大腿外部壓傷
S70.9	髖部及大腿表淺性損傷
S73.1	髖部扭傷
S76.00	髖部肌肉、筋膜及肌腱損傷
S76.01	髖部肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S76.09	髖部肌肉、筋膜及肌腱其他特定損傷
S76.10	股四頭肌、筋膜及肌腱損傷
S76.11	股四頭肌、筋膜及肌腱拉傷
S76.19	股四頭肌、筋膜及肌腱其他特定損傷
S76.20	大腿內收肌、筋膜及肌腱損傷
S76.21	大腿內收肌、筋膜及肌腱拉傷
S76.29	大腿內收肌、筋膜及肌腱其他損傷
S76.30	大腿區位後側肌肉群之肌肉、筋膜及肌腱損傷
S76.31	大腿區位後側肌肉群之肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S76.39	大腿區位後側肌肉群之肌肉、筋膜及肌腱其他特定損傷
S76.80	大腿區位其他特定肌肉、筋膜及肌腱損傷
S76.81	大腿區位其他特定肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S76.89	大腿區位其他特定肌肉、筋膜及肌腱其他損傷
S76.90	大腿區位未明示肌肉、筋膜及肌腱損傷
S76.91	大腿區位未明示肌肉、筋膜及肌腱拉傷
S76.99	大腿區位未明示肌肉、筋膜及肌腱其他特定損傷
S77	髖部及大腿壓砸傷

ICD-10-CM	中文病名
S80.0	膝部挫傷
S80.1	小腿挫傷
S80.21	膝部擦傷
S80.81	小腿擦傷
S80.9	膝部及小腿表淺性損傷
S83.4	膝部副韌帶扭傷
S83.5	膝部十字韌帶扭傷
S83.6	上脛腓關節面及韌帶扭傷
S83.8	膝部其他特定部位扭傷
S83.9	膝部未明示部位扭傷
S86.00	阿基里斯跟腱損傷
S86.01	阿基里斯跟腱扭傷
S86.09	阿基里斯跟腱其他特定損傷
S86.10	小腿後肌群肌肉及肌腱損傷
S86.11	小腿後肌群肌肉及肌腱扭傷
S86.19	小腿後肌群其他肌肉及肌腱其他損傷
S86.20	小腿前肌群肌肉及肌腱損傷
S86.21	小腿前肌群肌肉及肌腱扭傷
S86.29	小腿前肌群肌肉及肌腱其他損傷
S86.30	小腿腓肌群肌肉及肌腱損傷
S86.31	小腿腓肌群肌肉及肌腱扭傷
S86.39	小腿腓肌群肌肉及肌腱其他損傷
S86.80	小腿其他肌肉及肌腱損傷
S86.81	小腿其他肌肉及肌腱扭傷
S86.89	小腿其他肌肉及肌腱其他損傷
S86.90	小腿未明示肌肉及肌腱損傷
S86.91	小腿未明示肌肉及肌腱扭傷
S86.99	小腿未明示肌肉及肌腱其他損傷
S87	小腿壓砸傷
S90.0	踝部挫傷
S90.1	腳趾挫傷未伴有趾甲損傷
S90.2	腳趾挫傷伴有趾甲損傷
S90.3	足部挫傷
S90.41	腳趾擦傷
S90.51	踝部擦傷
S90.81	足部擦傷
S90.9	踝部，足部及腳趾表淺性損傷
S93.4	踝部拉傷
S93.5	腳趾扭傷

ICD-10-CM	中文病名
S93.6	足部扭傷
S96.00	踝部及足部區位姆長屈肌和肌腱損傷
S96.01	踝部及足部區位姆長屈肌和肌腱拉傷
S96.09	踝部及足部區位姆長屈肌和肌腱其他損傷
S96.10	踝部及足部區位姆長伸肌和肌腱損傷
S96.11	踝部及足部區位肌腱之姆長伸肌和肌腱扭傷
S96.19	踝部及足部區位姆長伸肌和肌腱其他特定損傷
S96.20	踝部及足部區位內在肌和肌腱損傷
S96.21	踝部及足部區位內在肌和肌腱拉傷
S96.29	踝部及足部區位內在肌和肌腱其他特定損傷
S96.80	踝部及足部區位其他特定肌肉和肌腱損傷
S96.81	踝部及足部區位其他特定肌肉和肌腱拉傷
S96.89	踝部及足部區位其他特定肌肉和肌腱其他特定損傷
S96.90	踝部及足部區位未明示肌肉和肌腱損傷
S96.91	踝部及足部區位未明示肌肉和肌腱拉傷
S96.99	踝部及足部區位未明示肌肉和肌腱其他特定損傷
S97	踝部及足部壓砸傷
S99	踝部和足部其他特定損傷

附表 4.5.4 高度複雜性傷科(骨折)適應症

ICD-10-CM	中文病名
S02	顱骨及臉骨骨折
S12	頸椎和頸部其他部位骨折
S22	肋骨、胸骨及胸椎骨折
S32	腰(部)脊椎和骨盆骨折
S42	肩膀及上臂骨折
S49.0	肱骨上段生長板骨折
S49.1	肱骨下段生長板骨折
S52	前臂骨折
S59.0	尺骨下端生長板骨折
S59.1	橈骨上端生長板骨折
S59.2	橈骨下端生長板骨折
S62	腕部及手部骨折
S72	股骨骨折
S79.0	股骨近端骨后骨折
S79.1	股骨遠端骨后骨折
S82	小腿，包括踝部閉鎖性骨折
S89.0	脛骨上端生長板骨折
S89.1	脛骨下端生長板骨折
S89.2	腓骨上端生長板骨折
S89.3	腓骨下端生長板骨折
S92、 S99.0-S99.2	足部與腳趾骨折，足踝除外

附表 4.7 舌診儀、脈診儀檢查適應症

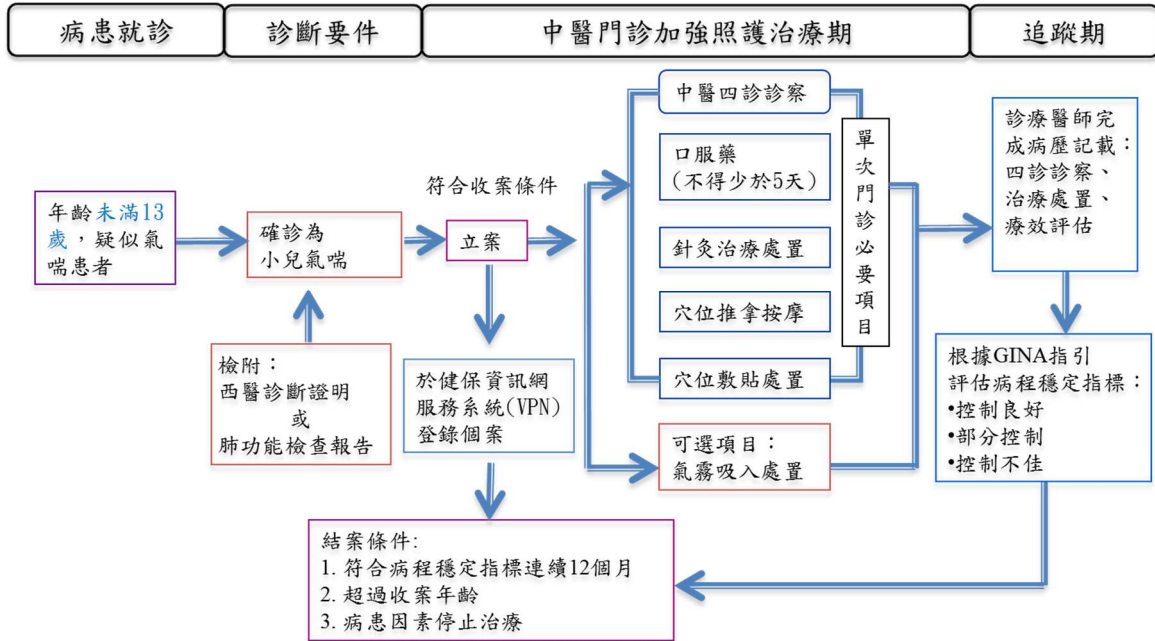
疾病分類	適應症(ICD-10-CM)	診斷標準
心血管循環系統疾	1.心臟衰竭(I50; I11.0; I13; I97.13; O75.4; I09.81)	左心室射出率 $\leq 35\%$ ；左心室射出率介於36%-50%，合併典型心臟衰竭症狀；左心室射出率 $> 50\%$ ，合併典型心臟衰竭症狀，且經心臟專科醫師確診者。
	2.急性冠狀動脈疾病(I24)	3個月內曾因胸痛接受心導管檢查，確診有冠狀動脈阻塞或置入支架者。
	3.深層靜脈栓塞(I82)	靜脈超音波檢查或靜脈攝影檢查確診者。
	4.心律不整(I47; I49; R00; G90.A)	經心臟專科醫師確診者。
肝膽腸胃消化系統疾病	1.肝硬化(K70; K71; K74)	經肝臟超音波檢查或肝組織切片診斷為肝硬化者。
	2.消化性潰瘍(K25~K28)	經腸胃道內視鏡確定診斷者。
	3.大腸激躁症(K58)	至少三個月(連續或反覆發作)有以下五項中符合 再 <u>二</u> 項以上的條件： (1)排便次數改變(每天三次以上或每週少於三次)。 (2)大便形態改變(硬團塊或是稀便、水便)。 (3)排便感覺改變(如必須用力，急便，或是感覺排不乾淨)。 (4)大便中帶黏液。 (5)腹脹。
	4.急慢性肝炎(B15~B19)	經肝臟超音波檢查或實驗室檢查確立診斷者。
肺部呼吸系統	1.慢性阻塞性肺病(J44)	慢性阻塞性肺病：肺功能檢查確診者($FEV_1/FVC \leq 70\%$)。
	2.氣喘(J45)	病史、理學檢查及實驗室的檢查，各方面的資料綜合判斷確立診斷者。
腎泌尿系統	1.慢性腎衰竭(N18.3 N18.30;N18.31;N18.32 ; N18.4; N18.5)	Stage III：中度慢性腎衰竭 eGFR：30~59 ml/min/1.73 m ² ；Stage IV：重度慢性腎衰竭 eGFR：15~29 ml/min/1.73 m ² ；Stag V：末期腎臟病變 eGFR：<15 ml/min/1.73 m ² 。
	2.腎或泌尿道結石(N20~N23)	影像學(超音波或電腦斷層)確診者。
免疫系統	1.全身性紅斑狼瘡(M32) 2.類風濕性關節炎(M05; M06; M08)	經風濕免疫科專科醫師確診者。

疾病分類	適應症(ICD-10-CM)	診斷標準
	3.全身性硬化症(M34)	
耳鼻喉系統	過敏性鼻炎(J30)	常見的臨床症狀為早上起床之後連續性打噴嚏、流鼻水及易鼻塞等三大症狀，其它常見的合併症狀有鼻子癢、眼睛癢、眼睛紅或是喉嚨常會有搔癢感。這些症狀再加上典型的過敏病史(包括家族史)、理學檢查與過敏病的實驗室檢查(包括嗜酸性白血球與IgE的總量、特異性IgE抗體、或過敏原皮膚試驗)就可確定診斷。
內分泌系統	1.糖尿病(E08~E11; E13; O24)	符合以下四項之一者： (1)糖化血色素(HbA1c)≥6.5%。 (2)二次以上空腹血漿葡萄糖濃度≥126mg/dl。 (3)葡萄糖耐量試驗二小時血漿葡萄糖濃度≥200mg/dl。 (4)典型糖尿病症狀，譬如:多尿、多渴、多食，無法解釋的體重減輕，加上任意血漿葡萄糖濃度≥200mg/dl。
	2.甲狀腺功能亢進或低下(E02; E03; E05)	實驗數據符合且有典型臨床表現者。
神經精神系統	1.重度憂鬱症(F32; F33)	符合 DSM-IV 診斷標準，經精神科醫師診斷者。
	2.精神分裂症(F20; F21; F25)	符合 DSM-IV 診斷標準，經精神科醫師診斷者。
	3.腦中風 (G45.0~G46.8; I60~I68; P91.821;P91.822;P91.823;P91.829)	臨床表現符合，經神經科醫師診斷，並有影像學依據者。
	4.帕金森氏症(G20; G21)	經神經科醫師診斷者。
	5.失智症 (F01~F03; F06.70;F06.71 ; G30; G31)	經神經科醫師診斷者。
腫瘤系統	惡性腫瘤(癌症)(C00~C96)	經腫瘤專科醫師診斷，有影像學與病理切片依據者。
婦產科疾病	1.子宮肌瘤(D25)	經婦產科醫師診斷，並有影像學依據者(超音波或磁振造影等)。
	2.子宮內膜異位症	有內診、超音波紀錄或腹腔鏡檢查，經婦產科醫師診

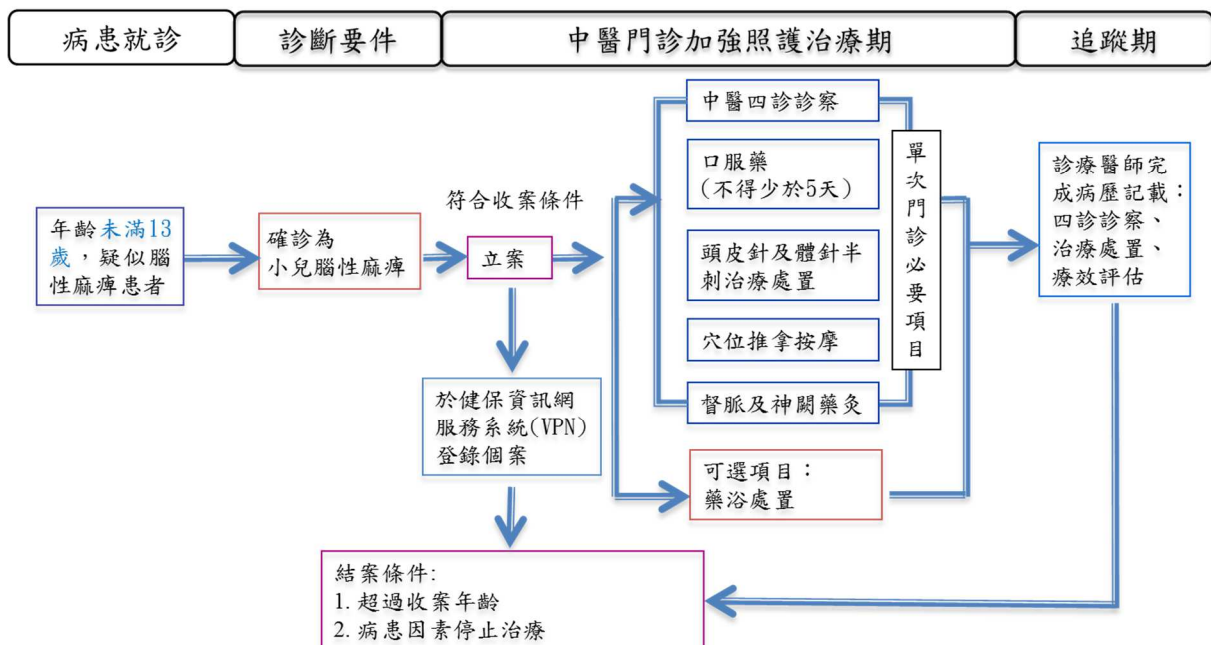
疾病分類	適應症(ICD-10-CM)	診斷標準
	(N80)	斷者。
	3.不孕症(N46; N97)	結婚一年內有正常之性行為仍無法懷孕，經婦產科醫師診斷者。

附表 4.8.1 標準作業流程

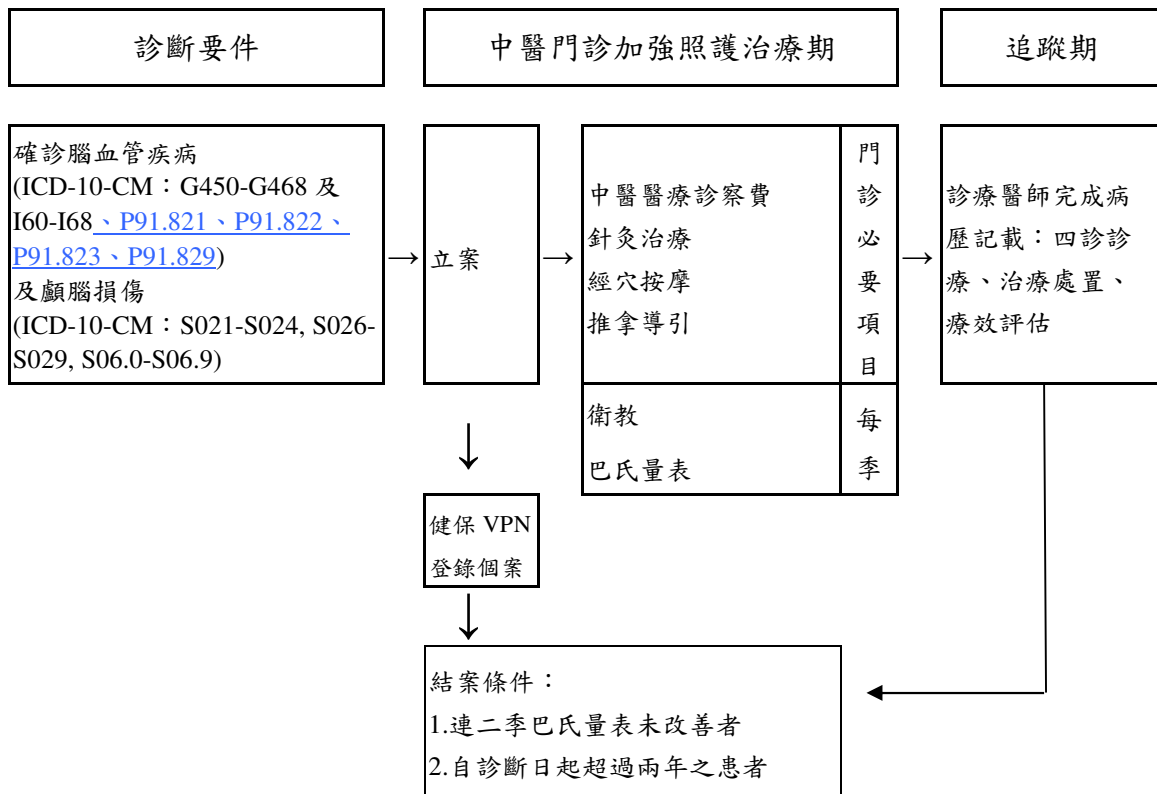
中醫特定疾病門診加強照護-(一)小兒氣喘疾病門診加強照護



中醫特定疾病門診加強照護-(二)小兒腦性麻痺疾病門診加強照護



中醫特定疾病門診加強照護-(三)腦血管疾病及顱腦損傷門診加強照護



第五部 居家照護及精神病患者社區復健

第三章 安寧居家療護

附表

一、失智症

失智症末期須符合下列三項條件：

1. 確診失智症(ICD-10-CM 代碼：F01-F03、[F06.70](#)、[F06.71](#)、F1027、F1097、F1327、F1397、F1827、F1897、F1927、F1997、G30、G31)。
2. 臨床失智評估量表(Clinical Dementia Rating, CDR) 3 分且日常體能狀況已超過半數時間臥床或依賴輪椅(如 ECOG 3 分以上)，或失智症功能評估分級量表(Functional ~~Assessment~~ ~~Staging~~ [Test](#), FAST)等級 7C 以上。
3. 一年內，合併發生以下任一種臨床狀況：
 - (1) 居家照護或一般支持性醫療照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。
 - (2) 營養不良（下列任一情境）
 - 吞嚥困難，進食喝水減少，但選擇不接受管灌餵食。
 - 明顯體重減輕:過去三個月下降 5%或六個月內下降 10%。
 - 身體質量指數(BMI)小於 16，或白蛋白小於 2.5g/dL。
 - (3) ~~再~~[再](#)二次以上跌倒，或者大腿骨骨折。
 - (4) 吸入性肺炎。
 - (5) 腎盂腎炎或其他上泌尿道感染。
 - (6) 多處皮膚壓力性損傷(第 3、4 期)。
 - (7) 敗血症。
 - (8) 反覆發燒，既使已使用抗生素。
 - (9) 過去六個月中，出現~~再~~[再](#)二次以上非計畫性的住院，或有一次加護病房的住院。

十一、符合病人自主權利法第十四條第一項第二款至第五款所列臨床條件者

1. 第十四條第一項第二款至第四款：
 - (1) 處於不可逆轉之昏迷狀況
 - (2) 永久植物人狀態 (ICD-10-CM代碼：R40.3)
 - (3) 極重度失智 (CDR3分以上或FAST7分以上)
2. 第十四條第一項第五款：其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形。(ICD-10-CM代碼參考如下)
 - (1) 囊狀纖維化症：E84.9
 - (2) 亨丁頓氏舞蹈症：G10
 - (3) 脊髓小腦退化性動作協調障礙：G11.0、~~G11.1~~ [G11.10](#)、[G11.11](#)、[G11.19](#)、[G11.2](#)、[G11.3](#)、[G11.4](#)、[G11.8](#)、[G11.9](#)、[G31.2](#)、[G32.81](#)、[G32.89](#)、[G60.2](#)、[R27.0](#)、[R27.8](#)、[R27.9](#)、[R29.810](#)、[R29.818](#)、[R29.890](#)、[R29.891](#)、[R29.898](#)
 - (4) 脊髓性肌肉萎縮症：G12.9
 - (5) 肌萎縮性側索硬化症：G12.21、[G12.25](#)
 - (6) 多發性系統萎縮症：G90.3
 - (7) 裘馨氏肌肉失養症：~~G71.0~~ [G71.01](#)
 - (8) 肢帶型肌失養症：~~G71.0~~ [G71.031](#)、[G71.032](#)、[G71.033](#)、[G71.0340](#)、[G71.0341](#)、[G71.0342](#)、[G71.0349](#)、[G71.035](#)、[G71.038](#)、[G71.039](#)
 - (9) Nemaline線狀肌肉病變：~~G71.2~~ [G71.20](#)、[G71.21](#)、[G71.220](#)、[G71.228](#)、[G71.29](#)
 - (10) 原發性肺動脈高壓：I27.0
 - (11) 遺傳性表皮分解性水泡症：Q81.0、Q81.1、Q81.2、Q81.8、Q81.9
 - (12) 先天性多發性關節攣縮症：Q74.3

十二、罕見疾病或其他預估生命受限者

1. 罕見疾病 (依據衛生福利部國民健康署公告罕見疾病名單暨 ICD-10-CM 編碼一覽表)，預估生命受限者。
2. 先天染色體異常疾病、先天畸形(屬全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第二條附表一之重大傷病項目第八類染色體異常、先天性畸形者)，預估生命受限者。
3. 源於周產期的病況 ([P00-P96](#)、[Z05.0](#)、[Z05.1](#)、[Z05.2](#)、[Z05.3](#)、[Z05.41](#)、[Z05.42](#)、[Z05.43](#)、[Z05.5](#)、[Z05.6](#)、[Z05.71](#)、[Z05.72](#)、[Z05.73](#)、[Z05.8](#)、[Z05.9](#))，預估生命受限者。
4. 染色體異常 (如 Trisomy13、Trisomy18、或其他染色體異常合併多重器官先天異常：[Q91.0-Q91.7](#)、[Q97.0-Q97.9](#))，預估無法活至成年者。
5. 嚴重之先天腦部異常 (如無腦症：[Q00.0](#)、神經系統先天性畸形：[Q07.9](#))，預估無法活至成年者。

第六部 論病例計酬

第二章 婦科

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
97017C	<p>輸卵管外孕手術(住院)</p> <p>註：1.診療項目要求表(詳附表 6.2.2)</p> <p>(1)基本診療項目</p> <p>(2)選擇性診療項目</p> <p>2.出院狀態</p> <p>(1)出院前至少二十四小時內體溫低於 37.5°C</p> <p>(2)無合併症</p> <p>(3)可自行解尿</p> <p>(4)正常胃腸功能，出院前二十四小時內至少正常排便一次</p> <p>(5)病人之衛教：</p> <p>A.沐浴及個人衛生</p> <p>B.傷口之照料</p> <p>C.活動程度(包括性生活等)之衛教</p> <p>D.口服藥</p> <p>E.回診時間</p> <p>3.主診斷碼及主手術(或處置)碼：</p> <p>主診斷碼(ICD-10-CM)：000.1<u>000.101、000.102、000.109、000.111、000.112、000.119</u></p> <p>主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)：0U950ZZ、0U960ZZ、0U970ZZ、10T20ZZ、10D27ZZ、10D28ZZ、<u>10D20ZZ、10D24ZZ</u>、10T23ZZ、10T27ZZ、10T28ZZ、10T20ZZ+0UB50ZZ、10T20ZZ+0UB60ZZ</p> <p>4.西醫基層申報限設置有門診手術室及觀察病床者。</p>	v				39615
97047C	<p>腹腔鏡子宮外孕手術(住院)</p> <p>註：1.診療項目要求表(詳附表 6.2.8)</p> <p>(1)基本診療項目</p> <p>(2)選擇性診療項目</p> <p>2.出院狀態</p> <p>(1)出院前至少二十四小時內體溫低於 37.5°C</p> <p>(2)無合併症</p> <p>(3)可自行解尿</p> <p>(4)正常胃腸功能，出院前二十四小時內至少正常排便一次</p> <p>(5)病人之衛教：</p> <p>A.沐浴及個人衛生</p> <p>B.傷口之照料</p>	v				60052

編號	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>C.活動程度(包括性生活等)之衛教 D.口服藥 E.回診時間</p> <p>3.主診斷碼及主手術(或處置)碼： 主診斷碼(ICD-10-CM)：000.0<u>000.00</u>、<u>000.01</u>、000.1 <u>000.101</u>、<u>000.102</u>、<u>000.109</u>、<u>000.111</u>、<u>000.112</u>、 <u>000.119</u>、000.2<u>000.201</u>、<u>000.202</u>、<u>000.209</u>、 <u>000.211</u>、<u>000.212</u>、<u>000.219</u>、000.8<u>000.80</u>、 <u>000.89</u>、000.9<u>000.90</u>、<u>000.91</u></p> <p>主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)：0U954ZZ、0U964ZZ、 0U974ZZ、10T24ZZ</p> <p>4.西醫基層院所申報限設置有門診手術室及觀察病床者。</p>					

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

一、名詞定義

(一)相對權重(Relative Weight, 以下簡稱 RW)：

1. 計算資料排除通則三所列不適用第七部支付標準之案件、通則六之(六)得另行核實申報點數、通則六之(七)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。
2. 計算資料之基本診療項目支付點數以地區醫院支付標準校正。
3. 計算公式：「某Tw-DRG平均每人次點數/全國平均每人次點數」。

(二)標準給付額 (Standardized Payment Rate, 以下簡稱 SPR)：

1. 計算資料排除通則三所列不適用第七部支付標準之案件、通則六之(三)超過上限臨界點之醫療服務點數、通則六之(六)得另行核實申報點數、通則六之(七)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。
2. 計算公式：「全國合計點數/全國總權重」並經調整之給付值。
3. SPR係按「實施前後總點數中平原則」及「超過上限臨界點之支付點數占總Tw-DRG支付點數之5.1%原則」計算之「標準給付額」。

(三)病例組合指標(Case Mix Index, 以下簡稱 CMI)：

CMI 值計算公式： $\Sigma(\text{各 DRG 案件數} * \text{各 DRG 相對權重}) / \text{DRG 總案件數}$ 。

(四)主要疾病類別 (Major Diagnostic Category, 以下簡稱 MDC)：Tw-DRG 之主要疾病類別為 PRE MDC、MDC1 至 MDC24，其內容及 Tw-DRG 分類條件如「全民健康保險住院診斷關聯群分類手冊(以下稱 TW-DRG 分類手冊)」。

(五)醫療服務點數上限臨界點：各 Tw-DRG 之上限臨界點，係以「實施前後總點數中平」及「全國超過上限臨界點部分之總支付點數占率為 5.1%」原則計算之各 Tw-DRG 之相同百分位值。

(六)醫療服務點數下限臨界點：各 Tw-DRG 之下限臨界點，以該 Tw-DRG 醫療服務點數之 2.5 百分位值訂定。

(七)醫療服務點數：醫事服務機構依據本標準及全民健康保險藥物給付項目及支付標準，申報其所提供醫療服務之點數。

(八)幾何平均住院日：依相對權重計算範圍之資料，計算各 DRG 之幾何平均住院日，病人所需之住院日數應由臨床醫師專業判斷，若病人病情尚未穩定或治癒，各特約醫院不得以此要求病人出院；若經醫師認定應出院者，病人亦不得以此要求繼續住院。

二、各 Tw-DRG 之給付，已包含當次住院屬本標準及全民健康保險藥物給付項

目及支付標準所定各項相關費用，特約醫療院所不得將屬當次住院範圍之相關費用移轉至門診或急診申報，或採分次住院，或除病人同意使用符合「全民健保尚未納入給付特材管理作業要點」規定之特材外，另行向保險對象收取給付範圍費用，違反規定者，整筆醫療費用不予支付。

三、下列案件不適用第七部支付標準：

(一)主診斷為癌症、性態未明腫瘤案件：

	ICD-9-CM	ICD-10-CM
癌症	140.XX-176.XX、179.XX-208.XX、V58.0、V58.1、V67.1、V67.2	C00.0-C94.32、C94.80-C96.9、Z51.0、 Z51.1 、 C96.A 、 C96.Z 、 O9A.1 -Z51.11、Z51.12、Z08
性態未明腫瘤	235.XX、236.XX、237.XX、238.XX	D37-D48、J84.81、C94.4、C94.6

(二)主或次診斷為臟器移植併發症及後續住院：

ICD-9-CM	ICD-10-CM
996.8X V42.XX	D89.810-D89.813、T86.00-T86.09、T86.10-T86.19、T86.20-T86.29、T86.30-T86.39、T86.40-T86.49、T86.5、T86.810-T86.819、T86.850-T86.859、T86.90-T86.99、Z94.0-Z94.4、Z94.6、Z94.81-Z94.84、Z94.89、Z94.9

(三)MDC19、MDC20 之精神科案件。

(四)主或次診斷為愛滋病、凝血因子異常或主管機關公告之罕見疾病案件。

	ICD-9-CM	ICD-10-CM
愛滋病	042	B20、 Z21
凝血因子異常	286.0-286.3、286.7	D66、D67、D68.1、D68.2、D68.4

(五)計畫型案件。

(六)住院日超過三十日之案件。

(七)使用 Extracorporeal Membrane Oxygenation(ECMO)之案件。

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
39.65	5A15223 5A1522F 、 5A1522G 、 5A1522H 、 5A15A2F 、 5A15A2G 、 5A15A2H

(八)住院安寧療護案件。

(九)其他非屬「醫院醫療給付費用總額」範圍之案件。

(十)使用主動脈內氣球幫浦(IABP)個案。

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
37.61	5A02110、5A02210

(十一)生產有合併植入性胎盤、產後大出血或產後血液凝固缺損之案件。

	ICD-9-CM	ICD-10-CM
合併植入性胎盤	656.7X、 666.0X、 666.2X、 667.0X、667.1X	O43.011-O43.199 O43.211-O43.239 O43.811-O43.93、O72.0-O72.3、 O73.0- O73.1
產後大出血	666.1X	O72.1
產後血液凝固缺損	666.3X	O72.3

(十二)複雜性多重骨盆腔器官脫垂，須同時施行骨盆腔多器官重建手術之個案，共計十組：

1.

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
68.4+70.77 +70.50	(0UT90ZZ、0UT94ZZ、0UTC0ZZ、0UTC4ZZ) +(0USG0ZZ、0USG4ZZ、0USGXZZ、 0USG7ZZ 、 0USG8ZZ) +(0JQC0ZZ、0JQC3ZZ、0JUC07Z、0JUC0JZ、0JUC0KZ、 0JUC37Z、0JUC3JZ、0JUC3KZ、0UUG07Z、0UUG0JZ、 0UUG0KZ、0UUG47Z、0UUG4JZ、0UUG4KZ、 0UUG77Z、0UUG7JZ、0UUG7KZ、0UUG87Z、 0UUG8JZ、0UUG8KZ)
上述處置合併 59.79、59.5	上述處置外，另加 (0TQD0ZZ、0TQD3ZZ、0TQD4ZZ、0TQD7ZZ、 0TQD8ZZ、0TQDXZZ、0TUC0JZ、0TUC4JZ、0TUC7JZ、 0TUC8JZ、0TSD0ZZ、0TSD4ZZ、0TUC07Z、0TUC0KZ、 0TUC47Z、0TUC4KZ、0TUC77Z、0TUC7KZ、 0TUC87Z、0TUC8KZ、0TUD07Z、0TUD0JZ、 0TUD0KZ、0TUD47Z、0TUD4JZ、0TUD4KZ、 0TUD77Z、0TUD7JZ、0TUD7KZ、0TUD87Z、0TUD8JZ、 0TUD8KZ、0TUDX7Z、0TUDXJZ、0TUDXKZ、 0TQC0ZZ、0TQC3ZZ、0TQC4ZZ、0TQC7ZZ、0TQC8ZZ)

2.

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
68.59+70.77 +70.50	(0UT97ZZ、0UT98ZZ、0UTC7ZZ、0UTC8ZZ) +(0USG0ZZ、0USG4ZZ、0USGXZZ、 0USG7ZZ 、 0USG8ZZ) +(0JQC0ZZ、0JQC3ZZ、0JUC07Z、0JUC0JZ、0JUC0KZ、 0JUC37Z、0JUC3JZ、0JUC3KZ、0UUG07Z、0UUG0JZ、 0UUG0KZ、0UUG47Z、0UUG4JZ、0UUG4KZ、 0UUG77Z、0UUG7JZ、0UUG7KZ、0UUG87Z、 0UUG8JZ、0UUG8KZ)
上述處置合併 59.79、59.5	上述處置外，另加 (0TQD0ZZ、0TQD3ZZ、0TQD4ZZ、0TQD7ZZ、 0TQD8ZZ、0TQDXZZ、0TUC0JZ、0TUC4JZ、0TUC7JZ、 0TUC8JZ、0TSD0ZZ、0TSD4ZZ、0TUC07Z、0TUC0KZ、

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
	0TUC47Z、0TUC4KZ、0TUC77Z、0TUC7KZ、 0TUC87Z、0TUC8KZ、0TUD07Z、0TUD0JZ、 0TUD0KZ、0TUD47Z、0TUD4JZ、0TUD4KZ、 0TUD77Z、0TUD7JZ、0TUD7KZ、0TUD87Z、0TUD8JZ、 0TUD8KZ、0TUDX7Z、0TUDXJZ、0TUDXKZ、 0TQC0ZZ、0TQC3ZZ、0TQC4ZZ、0TQC7ZZ、0TQC8ZZ)

3.

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
70.50+69.22+70.92	(0JQC0ZZ、0JQC3ZZ、0JUC07Z、0JUC0JZ、0JUC0KZ、 0JUC37Z、0JUC3JZ、0JUC3KZ、0UUG07Z、 0UUG0JZ、0UUG0KZ、0UUG47Z、0UUG4JZ、 0UUG4KZ、0UUG77Z、0UUG7JZ、0UUG7KZ、 0UUG87Z、0UUG8JZ、0UUG8KZ) + (0US90ZZ、0US94ZZ、 <u>0US97ZZ</u> 、 <u>0US98ZZ</u>) +(0ULF7DZ、0ULF7ZZ、0ULF8DZ、0ULF8ZZ、 0UMF0ZZ、0UMF4ZZ、0UNF0ZZ、0UNF3ZZ、 0UNF4ZZ、0UNF7ZZ、0UNF8ZZ、0UQF0ZZ、 0UQF3ZZ、0UQF4ZZ、0UQF7ZZ、0UQF8ZZ、 0USF0ZZ、0USF4ZZ、0UTF0ZZ、0UTF4ZZ、 0UTF7ZZ、0UTF8ZZ、0UUF07Z、0UUF0JZ、 0UUF0KZ、0UUF47Z、0UUF4JZ、0UUF4KZ、 0UUF77Z、0UUF7JZ、0UUF7KZ、0UUF87Z、 0UUF8JZ、0UUF8KZ、 <u>0USF8ZZ</u>)
上述處置合併 59.79、59.5	上述處置外，另加 (0TQD0ZZ、0TQD3ZZ、0TQD4ZZ、0TQD7ZZ、 0TQD8ZZ、0TQDXZZ、0TUC0JZ、0TUC4JZ、 0TUC7JZ、0TUC8JZ、0TSD0ZZ、0TSD4ZZ、 0TUC07Z、0TUC0KZ、0TUC47Z、0TUC4KZ、 0TUC77Z、0TUC7KZ、0TUC87Z、0TUC8KZ、 0TUD07Z、0TUD0JZ、0TUD0KZ、0TUD47Z、 0TUD4JZ、0TUD4KZ、0TUD77Z、0TUD7JZ、 0TUD7KZ、0TUD87Z、0TUD8JZ、0TUD8KZ、 0TUDX7Z、0TUDXJZ、0TUDXKZ、0TQC0ZZ、 0TQC3ZZ、0TQC4ZZ、0TQC7ZZ、0TQC8ZZ)

4.

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
70.79 +69.22+70.92	(0U7G0DZ、0U7G0ZZ、0U7G3DZ、0U7G3ZZ、 0U7G4DZ、0U7G4ZZ、0UMG0ZZ、0UMG4ZZ、 0UNG0ZZ、0UNG3ZZ、0UNG4ZZ、0UQG0ZZ、 0UQG3ZZ、0UQG4ZZ、0UQG7ZZ、0UQG8ZZ、 0UQGXZZ、0UQG0ZZ、0UQG3ZZ、0UQG4ZZ、 0UQG7ZZ、0UQG8ZZ、0UQGXZZ、0WQN0ZZ、 0WQN3ZZ、0WQN4ZZ、0WQNXZZ) +(0US90ZZ、0US94ZZ、 <u>0US97ZZ</u> 、 <u>0US98ZZ</u>) +(0ULF7DZ、0ULF7ZZ、0ULF8DZ、0ULF8ZZ、 0UMF0ZZ、0UMF4ZZ、0UNF0ZZ、0UNF3ZZ、

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
	0UNF4ZZ、0UNF7ZZ、0UNF8ZZ、0UQF0ZZ、0UQF3ZZ、0UQF4ZZ、0UQF7ZZ、0UQF8ZZ、0USF0ZZ、0USF4ZZ、0UTF0ZZ、0UTF4ZZ、0UTF7ZZ、0UTF8ZZ、0UUF07Z、0UUF0JZ、0UUF0KZ、0UUF47Z、0UUF4JZ、0UUF4KZ、0UUF77Z、0UUF7JZ、0UUF7KZ、0UUF87Z、0UUF8JZ、0UUF8KZ、 <u>0USF8ZZ</u>)
上述處置合併 59.79、59.5	上述處置外，另加 (0TQD0ZZ、0TQD3ZZ、0TQD4ZZ、0TQD7ZZ、0TQD8ZZ、0TQDXZZ、0TUC0JZ、0TUC4JZ、0TUC7JZ、0TUC8JZ、0TSD0ZZ、0TSD4ZZ、0TUC07Z、0TUC0KZ、0TUC47Z、0TUC4KZ、0TUC77Z、0TUC7KZ、0TUC87Z、0TUC8KZ、0TUD07Z、0TUD0JZ、0TUD0KZ、0TUD47Z、0TUD4JZ、0TUD4KZ、0TUD77Z、0TUD7JZ、0TUD7KZ、0TUD87Z、0TUD8JZ、0TUD8KZ、0TUDX7Z、0TUDXJZ、0TUDXKZ、0TQC0ZZ、0TQC3ZZ、0TQC4ZZ、0TQC7ZZ、0TQC8ZZ)

5.

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
70.77 +70.50	(0USG0ZZ、0USG4ZZ、0USGXZZ、 <u>0USG7ZZ、0USG8ZZ</u>) +(0JQC0ZZ、0JQC3ZZ、0JUC07Z、0JUC0JZ、0JUC0KZ、0JUC37Z、0JUC3JZ、0JUC3KZ、0UUG07Z、0UUG0JZ、0UUG0KZ、0UUG47Z、0UUG4JZ、0UUG4KZ、0UUG77Z、0UUG7JZ、0UUG7KZ、0UUG87Z、0UUG8JZ、0UUG8KZ)
上述處置合併 59.79、59.5	上述處置外，另加 (0TQD0ZZ、0TQD3ZZ、0TQD4ZZ、0TQD7ZZ、0TQD8ZZ、0TQDXZZ、0TUC0JZ、0TUC4JZ、0TUC7JZ、0TUC8JZ、0TSD0ZZ、0TSD4ZZ、0TUC07Z、0TUC0KZ、0TUC47Z、0TUC4KZ、0TUC77Z、0TUC7KZ、0TUC87Z、0TUC8KZ、0TUD07Z、0TUD0JZ、0TUD0KZ、0TUD47Z、0TUD4JZ、0TUD4KZ、0TUD77Z、0TUD7JZ、0TUD7KZ、0TUD87Z、0TUD8JZ、0TUD8KZ、0TUDX7Z、0TUDXJZ、0TUDXKZ、0TQC0ZZ、0TQC3ZZ、0TQC4ZZ、0TQC7ZZ、0TQC8ZZ)

四、參與各項醫療給付改善方案、計畫，依其所定支付標準申報，不適用第七部各章節支付標準。

五、符合第六部「論病例計酬」所定條件之案件，應依本章通則所定時程及支付標準優先適用。

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(不含精神病人、入住 RCW 及一般病房之呼吸器依賴患者病人)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：

(1)山地地區：百分之二。

(2)離島地區：百分之二十。

(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.非前述個案，按(二)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(一)至(三)計算。

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

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

(1) 次診斷為癌症或性態未明腫瘤：

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

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

	ICD-9-CM	ICD-10-PCS
化療	99.25	3E00X05、3E01305、3E02305、3E03005、3E0300P、3E03305、3E0330P、3E04005、3E0400P、3E04305、3E0430P、3E05005、3E0500P、3E05305、3E0530P、3E06005、

		3E0600P、3E06305、3E0630P、3E09305、3E09705、3E09X05、3E0A305、3E0B305、3E0B705、3E0BX05、3E0C305、3E0C705、3E0CX05、3E0D305、3E0D705、3E0DX05、3E0F305、3E0F705、3E0F805、3E0G305、3E0G705、3E0G805、3E0H305、3E0H705、3E0H805、3E0J305、3E0J705、3E0J805、3E0K305、3E0K705、3E0K805、3E0L305、3E0L705、3E0M305、3E0M705、3E0N305、3E0N705、3E0N805、3E0P305、3E0P705、3E0P805、3E0Q305、3E0Q705、3E0R305、3E0S305、3E0U305、3E0V305、3E0W305、3E0Y305、3E0Y705、 XW01348 、 XW03358 、 XW03368 、 XW03378 、 XW03387 、 XW033A7 、 XW033B3 、 XW033C7 、 XW033D6 、 XW033H7 、 XW033J7 、 XW033K7 、 XW033M7 、 XW033N7 、 XW033Q5 、 XW033S5 、 XW04358 、 XW04368 、 XW04378 、 XW04387 、 XW043A7 、 XW043B3 、 XW043C7 、 XW043D6 、 XW043H7 、 XW043J7 、 XW043K7 、 XW043M7 、 XW043N7 、 XW043Q5 、 XW043S5 、 XW0DXJ5 、 XW0DXL5 、 XW0DXR5 、 XW0DXV5 、3E0M30Y、 3E0Q005
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、 5A0935A 、 5A0945A 、 5A0955A

- (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 <u>5A1D70Z、5A1D80Z、5A1D90Z</u>

(2) 核實申報項目為支付標準代碼為 58001C。

6. 生物製劑。

7. 新增診療項目且無替代既有項目者：因無法進行點數差額校正，故自公告實施日期起，得採核實申報。核實申報診療項目自核實申報迄日之次日起，即應於 DRG 內申報。核實申報相關規定公布於保險人全球資訊網 Tw-DRGs 支付標準。

(七) 使用新增全新功能類別特殊材料之個案，除依(一)至(三)、(六)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。

七、Tw-DRG 導入後申報醫療點數：本章通則六計算所得之 Tw-DRG 支付點數及通則六之(六)得另行申報項目之支付點數。

八、各 MDC 導入時程如下：

時程	DRG 或 MDC
第一階段(九十九年一月一日起)	170 項 DRG(附表 7.2.1)
第二階段(一百零三年七月一日起)	MDC5、8、12、13、14 共 237 項 ^註 DRG(附表 7.2.2)
第三階段	(暫定)2、3、6、7、9、10
第四階段	(暫定)PRE、4、11、17、23、24
第五階段	(暫定)1、15、16、18、21、22

註：安胎相關之六項 DRG (DRG37901、37902、37903、38301、38302、384)、MDC5 「循環系統」之十項 DRG(DRG11601、11602、11603、11604、11605、126、12701、12702、47804、47904)、MDC8 「肌肉骨骼、肌肉系統及結締組織」之七項 DRG(DRG496、49701、49702、49801、49802、499、500)，第二階段暫不導入。

九、無權重之 Tw-DRG 應核實申報醫療服務點數，附表 7.3 註記※之 Tw-DRG 因個案數小於二十暫採核實申報醫療服務點數；依時程尚未導入之 MDC 案件，核實支付。

十、各 Tw-DRG 點值計算方式，依全民健康保險會年度總額協商結果辦理。

十一、第七部各章節支付標準修正時，跨月案件依出院日支付標準申報。

十二、若有經公認之新療法，醫事服務機構應檢具相關成本資料向保險人提出申

請，由保險人評估後，先行訂定診療項目，供醫事服務機構適用，俟彙集項目及完整資料後，再依本法第四十一條第一項之程序辦理。

十三、DRG 參數計算方式及頻率：

- (一)各 TW-DRG 權重(RW)、幾何平均住院日、醫療服務點數上限臨界點、醫療服務點數下限臨界點及標準給付額(SCR)，由保險人每半年計算一次，每下半年依前一年度資料計算次年上半年度適用參數；每上半年依前一年度資料計算當年下半年度適用參數，如附表 7.3。例如：一百十年下半年及一百十一年上半年公告之參數，係以一百零九年度申報資料計算，並分別於一百十一年上、下半年度適用。
- (二)參數校正：如當年度增修正支付標準，因無法於前一年申報資料反應出調整後之支付點數，故進行醫療服務點數差額校正，將調整前後支付點數之差值點數，加入(或扣除)申報資料之醫療費用點數，並依每年特材價量調查結果之調整前後差值點數，校正 DRG 相關參數。

十四、DRG 案件使用符合「全民健保尚未納入給付特材管理作業要點」之「全民健保尚未納入給付特材品項表」(下稱品項表)所列特材，保險醫事服務機構收費及健保申報方式如下：

- (一)病人同意使用符合品項表之特材，保險醫事服務機構應依醫療法第二十一條規定辦理。
- (二)如收取特材自付費用，保險醫事服務機構於申報 DRG 時，應扣除被品項表特材替代之健保給付特材之支付點數，且應併同醫療費用申報。對照檔請參閱保險人全球資訊網公布之「全民健保尚未納入給付特殊材料品項與替代健保給付特材品項對照檔」。
- (三)併同醫療費用申報資料：品項表(含不給付項目及不符適應症之個案)之品項代碼、單價、數量、收取特材自付費用總金額；被替代之健保給付特材品項代碼、單價、數量及支付點數。
- (四)品項表特材收取之特材自付費用金額，不得計入通則六所稱實際醫療服務點數計算。

十五、「TW-DRG 分類手冊」請至保險人全球資訊網(網址

<http://www.nhi.gov.tw>)下載，其路徑為：首頁 > 健保服務 > 健保醫療費用 > 醫療費用申報與給付 > DRG 支付制度 > DRG 住院診斷關聯群支付制度 > Tw-DRGs 支付標準 > 3.4 版 1,068 項 Tw-DRGs。