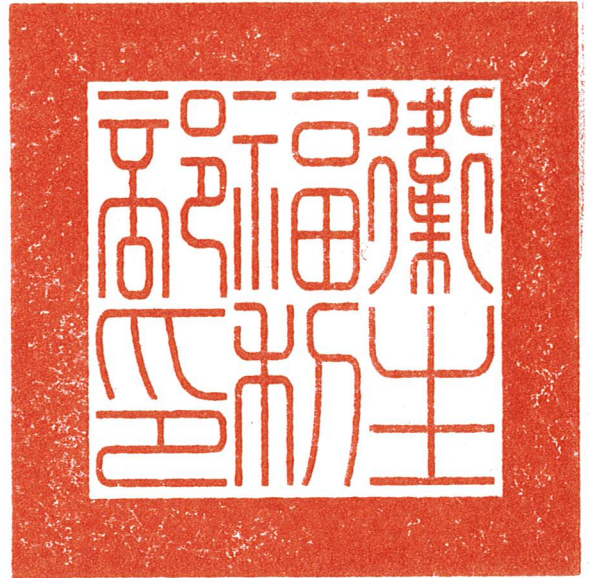


衛生福利部 令

發文日期：中華民國115年3月17日
發文字號：衛部保字第1151260123號
附件：「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目修正規定1份



修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，並自中華民國一百十五年四月一日起生效。

附修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目

部長 石崇良

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

第二節 住院及急診觀察床診察費

通則：

- 一、嬰幼兒病床得按主管機關登記之病床別，適用本節各項費用。
- 二、正常新生兒費用，以 57114C、57115C「新生兒費」項目併母親分娩費用申報，不得重複申報本節各項費用。
- 三、本節各診察項目皆為兒童加成項目，**除另有規定外**，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。
- 四、門診或急診當次轉住院，如仍由同科醫師診治，門診診察費或住院診察費應擇一申報。
- 五、醫師應每日按規定巡房，未巡房者，不予支付住院診察費。
- 六、兒科專科醫師申報部分住院診察費得加成，說明如下：
 - (一) 加護病床住院診察費(包括編號 02011K、02012A、02013B)，兒科專科醫師得加計百分之一百二十，若同時符合兒童加成或兒科及新生兒科加護病房加成者，依加成率合計後一併加成，最高加成上限為百分之一百**六十**。
 - (二) 住院會診費(編號 02005B)，兒科專科醫師得加計百分之一百二十，若同時符合兒童加成者，依加成率合計後一併加成，最高加成上限為百分之一百二十。
 - (三) 一般**病床**住院診察費(包括編號 02006K、02007A、02008B)，兒科專科醫師得加計百分之一百五十，若同時符合兒童加成者，依加成率合計後一併加成，**病人年齡未滿二歲者**最高加成上限為百分之**二百十**；**二歲以上至未滿七歲者**最高加成上限為百分之一百七十。
 - (四) 隔離病床住院診察費(包括編號 **02014K、02015A、02016B**)，兒科專科醫師得加計百分之一百五十，若同時符合兒童加成者，依加成率合計後一併加成，最高加成上限為百分之一百五十。
 - (五) 小兒外科專科醫師診治未滿十九歲病人之案件，得依前述規範加成。
- 七、七十五歲以上病人之住院診察費得依表定點數加計百分之二十，其項目為：一般病床住院診察費(02006K、02007A、02008B)、燒傷病床住院診察費(02010B)、加護病床住院診察費(02011K、02012A、02013B)、隔離病床住院診察費(02014K、02015A、02016B)。
- 八、兒科及新生兒科加護病房之加護病床住院診察費(02011K、02012A、02013B)，得依表定點數另加計百分之二十。
- 九、依據主管機關公布全院經醫院緊急醫療能力分級評定為「重度級急救責任醫院」者，其加護病床得以醫學中心加護病床住院診察費(02011K)申報；經醫院緊急醫療能力分級評定為「中度級急救責任醫院」者(高危險妊娠及新生兒醫療章節除外)，其加護病床得以區域醫院加護病床住院診察費(02012A)申報。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
02006K 02007A 02008B	一般病床住院診察費(天)				v	468
			v	v		442
						398
	註： 1.經濟病床及急性精神病床比照申報。 2.本項兒童加成方式：病人年齡未滿二歲者，依表定點數加計百分之六十；年齡二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十。					

第四節 精神科慢性病房住院照護費與日間住院治療費

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
04004C	精神科日間住院治療費（日間全天） -成人	√	√	√	√	714
04012C	-六歲以上至未滿十六歲	√	√	√	√	795
04013C	-未滿六歲 註：限經主管機關精神醫療院所(科)評鑑合格且辦理日間住院業務者申報。	√	√	√	√	1623
04007C	精神科日間住院治療費（日間半天） -成人	√	√	√	√	357
04014C	-六歲以上至未滿十六歲	√	√	√	√	398
04015C	-未滿六歲 註：限經主管機關精神醫療院所(科)評鑑合格且辦理日間住院業務者申報。	√	√	√	√	800

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

第十二項 循環機能檢查 Circulative Function Examination (18001-18049)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
18046B	生物電抗非侵入式心輸出量及血流動力學監測 Bioreactance non-invasive cardiac output and hemodynamic monitoring 註： 1.適用範圍： (1)心臟手術病人或未滿十九歲施行心導管介入性治療病人，手術中或手術後心臟功能衰竭，有立即生命危險者。 (2)持續性血流動力學不穩定病人，使用升壓劑或強心劑六小時以上。 2.支付規範： (1)限急診及加護病房病人申報。 (2)同次入院，未滿十九歲者每二週得申報一次，其餘病人限申報一次。 (3)執行本項時不得同時執行 18029B「心輸出量測定」及 18030B「第二次心輸出量測定」。		v	v	v	3322

第二十項 核子醫學檢查 Radioisotope Scanning

二、試管 Tube Method (27001-27083)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
27049B	甲－胎兒蛋白 AFP		v	v	v	360

第二十一項 內視鏡檢查 Endoscopy Examination (28001-28046)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
28006C	支氣管鏡檢查 Bronchoscopy	v	v	v	v	2938

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
30022C	特異過敏原免疫檢驗 Specific Allergen Test 註： 1.限免疫球蛋白IgE(12031C)大於其標準值或過敏原定性檢驗(30021C)異常，且為確認診斷氣喘、過敏性鼻炎、異位性皮膚炎、其他IgE-mediated疾病(含急性蕁麻疹、食物或藥物過敏或全身性過敏)者申報。 2.一年內相同過敏原不可重複申報本項。 3.一年申報一次，最多不超過二次，若有特殊情況需增加檢驗次數者，應於病歷記載檢查之適應症並檢附相關資料佐證，以四次為限。申報超過二次以上者，應加強審查。 4.屬西醫基層總額部門院所，限確認診斷為氣喘、過敏性鼻炎者或未滿三歲有異位性皮膚炎者申報。 原則上二年內不得重複申報本項，並應於病歷記載檢查之適應症及檢附相關資料佐證。	v	v	v	v	1620

第二十五項 次世代基因定序 Next Generation Sequencing (30301-30307)

附表 2.2.2 血液腫瘤次世代基因定序(30304B-30305B)給付癌別列表

癌別	適應症 (符合下列任一條件)	應先執行之檢測項目	必須包含之檢測基因及變異別	NGS 檢測 (符合左列條件者，得申報下列任一NGS 檢測)
急性骨髓性白血病 Acute myeloid leukemia	1.新診斷急性骨髓性白血病。 2.復發之急性骨髓性白血病。	無	FLT3 (mutation) ASXL1 (mutation) CEBPA (mutation) DNMT3A (mutation) IDH1 (mutation) IDH2 (mutation) JAK2 (mutation) KIT (mutation) KRAS (mutation) NPM1 (mutation) NRAS (mutation) PTPN11 (mutation) RUNX1 (mutation) SETBP1 (mutation)	•小套組(≤100 個基因) •大套組(> 100 個基因)

癌別	適應症 (符合下列任一條件)	應先執行之檢測 項目	必須包含之檢 測基因及變異 別	NGS 檢測 (符合左列條件者， 得申報下列任一 NGS 檢測)
			SF3B1 (mutation) SRSF2 (mutation) TET2 (mutation) TP53 (mutation) U2AF1 (mutation) WT1 (mutation) ZRSR2 (mutation) RUNX1- RUNX1T1 (fusion) PML-RARA (fusion) CBFB-MYH11 (fusion) BCR-ABL1 (fusion)	
高風險之 骨髓分化 不良症候 群 Myelodysp lastic syndrome	1.新診斷為高風險骨 髓分化不良症候群 (定義為骨髓或周邊 血液之芽細胞 ≥5%)。 2.復發之高風險骨髓 分化不良症候群 (定義為骨髓或周邊 血液之芽細胞 ≥5%)。	無	FLT3 (mutation) ASXL1 (mutation) CEBPA (mutation) DNMT3A (mutation) IDH1 (mutation) IDH2 (mutation) JAK2 (mutation) KIT (mutation) KRAS (mutation) NPM1 (mutation) NRAS (mutation) PTPN11 (mutation) RUNX1 (mutation) SETBP1 (mutation) SF3B1 (mutation) SRSF2 (mutation) TET2 (mutation) TP53 (mutation) U2AF1 (mutation) WT1 (mutation) ZRSR2 (mutation) RUNX1-	•小套組 (≤100 個 基因) •大套組 (> 100 個 基因)

癌別	適應症 (符合下列任一條件)	應先執行之檢測 項目	必須包含之檢 測基因及變異 別	NGS 檢測 (符合左列條件者， 得申報下列任一 NGS 檢測)
			RUNX1T1 (fusion) PML-RARA (fusion) CBFB-MYH11 (fusion) BCR-ABL1 (fusion)	
急性淋巴 芽細胞白 血病 (B細胞、T 細胞) Acute lymphobla stic leukemia (B-ALL and T- ALL)	1.新診斷之 B 細胞急 性淋巴性白血病(B- cell acute lymphoblastic leukemia : B- ALL) 。 2.復發之 B 細胞急性 淋巴性白血病。	無	BCR::ABL1 (fusion) KMT2A (fusion, expression) ETV6::RUNX1 (fusion, expression) IKZF1 (mutation, deletion) PAX5 (mutation, fusion) TCF3::PBX1 (fusion) IGH::IL3 (fusion) iAMP21 (amplification) BCR::ABL1- like (ABL class) (fusion) BCR::ABL1- like (JAK-STAT class)(fusion) BCR::ABL1- like (NOS) (mutation) ZEB2 (mutation and fusion) IGH::CEBPE (fusion) MYC (fusion) DUX4 (fusion, expression) MEF2D (fusion) ZNF384/362 (fusion) NUTM1 (fusion) HLF (fusion) UBTF/CDX2(fu sion, expression) TPMT (mutation) NUTP15 (mutation)	• 小套組 (≤100 個 基因) • 大套組 (> 100 個 基因)

癌別	適應症 (符合下列任一條件)	應先執行之檢測 項目	必須包含之檢 測基因及變異 別	NGS 檢測 (符合左列條件者， 得申報下列任一 NGS 檢測)
	1.新診斷之 T 細胞急性淋巴性白血病 (T-cell acute lymphoblastic leukemia : T-ALL) 。 2.復發之 T 細胞急性淋巴性白血病。	無	SIL::TAL1 (fusion) KMT2A (fusion) CALM::AF10 (PICALM::MLL T10) (fusion) HOXA (fusion) SPI1 (fusion) TAL1 (fusion, mutation) TAL2 (fusion, mutation) TLX1 (fusion) TLX3 (fusion) NKX2 (fusion) LMO1 (fusion, mutation) LMO2 (fusion, mutation) LYL1 (fusion) OL1G2 (fusion) BHLHB (fusion)	• 小套組 (≤ 100 個基因) • 大套組 (> 100 個基因)

第二節 放射線診療 X-RAY

第二項 癌症(腫瘤)治療 Cancer Therapy

二、其他治療方式 Other Therapy (37001~37048)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
37028B	三度空間X光刀立體定位放射手術 3-Dimensional Stereotactic Radiosurgery with X-knife 註： 1.含括一般及特殊材料費。 2.須符合適用範圍： (1)以顱內病灶直徑小於三公分或容積十五立方公分以下之病灶數目小於或等於三處之動靜脈畸型(含腦膜動靜脈瘻管)、聽神經瘤、腦膜瘤、腦下垂體瘤、顱咽管瘤或其他腫瘤(應附相關療效文獻佐證)，或顱內病灶(大小限制同前)數目小於或等於五處之轉移性腦瘤，惟轉移性腎臟細胞瘤及黑色素瘤不受病灶數目限制。且須符合下列條件之一： A.曾接受開顱手術，但有殘餘腫瘤或腫瘤復發者。 B.開顱手術可能造成神經損傷或危險性大者。 C.有嚴重心肺疾病或其他內科疾病，不適合侵入性手術或全身麻醉者。 D.轉移性腦瘤，限Karnofsky Performance Scale(KPS) ≥70或ECOG 0-1者，且含其他病灶部位屬少部分惡化者(oligoprogression/惡化病灶總數不超過五個且惡化器官不超過三處)。 E.海綿狀血管瘤限病灶位於深部腦核或腦幹，曾有出血病史者。 F.顱內單側小腦橋腦角聽神經瘤寬度小於2.5公分(不含內耳道)者。 (2)不適用手術或其他傳統治療方式之三叉神經痛。 3.全部個案須事前專案向保險人申請。 4.須有專任放射線治療醫師與專任輻射劑量計算人員，並向保險人申請核可實施。		v	v	v	82000
37029B	影像導引強度調控X光刀立體定位放射手術 Image-guided Intensity Modulated Stereotactic Radiosurgery with X-knife 註： 1.含括手術技術費、定位技術費、一般材料費及特殊材料費等。 2.須符合適用範圍： (1)以顱內病灶之三度空間直徑不大於3.5×3.5×3.5公分或		v	v	v	153229

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	容積二十立方公分，病灶數目小於或等於三處之動靜脈畸型（含腦膜動靜脈瘻管）、聽神經瘤、腦膜瘤、腦下垂體瘤、顱咽管瘤或其他腫瘤(應附相關療效文獻佐證)、或顱內病灶(大小限制同前)數目小於或等於五處之轉移性腦瘤，惟轉移性腎臟細胞瘤及黑色素瘤不受病灶數目限制。且須符合下列條件之一： A.曾接受開顱手術，但有殘餘腫瘤或腫瘤復發者。 B.開顱手術可能造成神經損傷或危險性大者。 C.有嚴重心肺疾病或其他內科疾病，不適合侵入性手術或全身麻醉者。 D.轉移性腦瘤，限Karnofsky Performance Scale(KPS) ≥ 70或ECOG 0-1者，且含其他病灶部位屬少部分惡化者(oligoprogression/惡化病灶總數不超過五個且惡化器官不超過三處)。 E.海綿狀血管瘤限病灶位於深部腦核或腦幹，曾有出血病史者。 F.顱內單側小腦橋腦角之聽神經瘤寬度小於2.5公分（不含內耳道）者。 (2)不適用手術或其他傳統治療方式之三叉神經痛。 3.加馬機立體定位放射手術（Stereotactic radiosurgery with γ-knife）項目比照申報。 4.全部個案須事前專案向保險人申請。 5.須有專任放射線治療醫師與專任輻射劑量計算人員，並向保險人申請核可實施。					
37047B	身體立體定位放射治療 Stereotactic body radiation therapy(SBRT)/Stereotactic ablative radiotherapy(SABR) 註： 1.施行本項之適用範圍如下： (1)原發性肺部單一病灶（且無縱膈腔或鎖骨下窩淋巴轉移）之惡性腫瘤，無合併其他器官之轉移且AJCC分期定義$\leq T+N1M0$。 (2)原發性肝臟單一病灶(可為肝細胞癌或肝內膽道癌、攝護腺（限低度與中度復發風險）等惡性腫瘤，無合併其他區域淋巴及遠端器官之轉移（即AJCC分期定義為$T+N0M0$）。 (3)寡轉移：同時侵犯$\leq$三種器官及五處病灶之轉移性肝、肺腫瘤，且經腫瘤科醫師評估（每次影像評估惡化之病程變化期間，37047B以申報一次為限）。 2.ECOG status 須 ≤ 2（或 Karnofsky Performance Scale/KPS≥ 70），且前項第(1)(2)款須經麻醉科醫師評估、外		v	v	v	213662

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	科醫師會診（附病歷紀錄）或癌症聯合討論會之結論認為不適合接受治癒性切除手術者（附會議紀錄）。另治療肝臟病灶時之肝功能須為Child-Pugh A至B級。 3.支付規範： (1)需事前審查。 (2)全療程為二週且分次治療以六次為限，採包裹給付，如未執行完全療程，依治療計畫之治療次數按等比例核扣。 (3)不得同時申報支付標準編號33090B、36001B、36004B、36005B、36015B、36011B、36012B、36014B、36018B、36019B、36021C、37007B、37008B、37013B、37014B、37016B、37018B、37019B、37029B、37030B、37046B。					

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

通則：

- 一、治療處置費（不分門診及住院）依照本節各項所定支付點數計算之。
- 二、本節共分五項，各項處置費點數包括一般材料，表面麻醉、浸潤麻醉及簡單之傳導麻醉等費用在內，不另給付。治療處置過程如需用到特殊治療材料、特殊藥劑或其他麻醉時得另加算其費用，但另有規定者除外。
- 三、前項所謂一般材料係指全民健康保險藥物給付項目及支付標準所列以外之各種治療材料，如治療處置過程所需之敷料、一般縫合線、刀片、外用消毒藥劑、生理鹽水、導尿管、鼻胃管或其他材料等均屬之。
- 四、對稱器官之治療處置，係指二側之器官，特殊規定者除外。
- 五、同一手術部位或同一病灶同時施行二種以上之處置時，按其**主要處置項目**所定點數計算之。
- 六、本節所謂兒童加成項目分為：
 - (一)兒童加成項目：病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十。
 - (二)提升兒童加成項目：病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之百；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之八十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之六十。
- 七、急診病人之加成規範：下列二款，擇一申報：
 - (一)急診病人因緊急傷病而必需四小時以內立即治療處置者，其「處置費」得按本節所定點數加計百分之二十，但「一般材料費」不得另按比例加計。
 - (二)符合重大外傷之急診病人，且緊急執行 48014C、48015B、48016B、48017B、48029B、48030B 或 56044B 診療項目者：
 - 1.二小時以內執行，得按本節所定點數加計百分之百；大於二小時至四小時以內執行，得按本節所定點數加計百分之六十。
 - 2.重大外傷係指主診斷為：
 - (1)ICD-10-CM：T07.XXXA。
 - (2)ICD-10-CM：S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79（前述第七位碼皆應為"A"）。
 - (3)ICD-10-CM：S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92、S99（前述第七位碼皆應為"A"或"B"）。
 - (4)ICD-10-CM：S52、S72、S82（前述第七位碼皆應為"A"或"B"或"C"）。
 - (5)體表面積>20%之重大燒傷，且主診斷碼(ICD-10-CM)為 T31.20-T31.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T32.20-T32.99、T26.00XA-T26.92XA。
 - 3.本項加成獎勵費用優先分配於第一線執行人員，並每年提報獎勵費用之運用情形予保險人分區業務組。

第一項 處置費 Treatment

十、外科處置 General Surgery Treatment (56001-56044)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
56044B	主動脈復甦性血管內球囊閉合術 Resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta (REBOA) 註：適用範圍為腹腔或骨盆腔大量出血導致休克，需阻斷主動脈血流以暫時控制出血者。		v	v	v	7753

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
58001C	血液透析（一次） Hemodialysis —住院 —門診	v	v	v	v	4192
58027C	1.急重症透析	v	v	v	v	4192
58029C	2.一般透析 註： 1.以上項目所定點數包括技術費、檢驗費、藥劑費、一般材料費、特殊材料費、特殊藥劑費用(含EPO、Vadadustat)及腎性貧血之輸血費在內。 2.58027C僅限符合下列條件之一者申報。 (1)領有慢性腎衰竭、腎囊腫性疾病或腎臟移植手術後追蹤照護之重大傷病證明外，同時領有第二張其他疾病之重大傷病證明者。 (2)未滿十三歲病人。 (3)急診案件(緊急傷病必須立即血液透析當次申報)。 (4)金門、馬祖、澎湖、小琉球、蘭嶼及綠島院所。 (5)急性期個案透析(限首次領取慢性腎衰竭且必須接受定期透析治療之重大傷病卡之有效起日三十日內申報，含有效卡三個月)。 3.腹膜透析追蹤處置費 Peritoneal Dialysis Follow up therapy	v	v	v	v	4000
58011C	(1)連續性可攜帶式腹膜透析 CAPD	v	v	v	v	8870
58017C	(2)全自動腹膜透析 Automated peritoneal dialysis	v	v	v	v	8870

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	註： 1.包括： (1)醫護人員費(nursing care) 5350點。 (2)特殊材料費(CAPD special material) 450點。 (3)每月醫材消耗品(monthly consumption) 1535點。 (4)每月檢查費(monthly laboratory fee) 1535點。 2.每月申報一次。 3.病人改變治療模式(如腹膜透析改為血液透析)或停止腹膜透析治療者，則按比率扣除腹膜透析未治療天數費用。 4.病人因故住院仍持續接受腹膜透析治療，費用由住院之院所申報。 5.申報腹膜透析追蹤處置費應確實追蹤病人治療情形，病人由門診轉住院治療，住院醫院應聯繫原腹膜透析診治院所，告知病人住院期間、透析治療方式及儀器使用情形等，並於病歷記載。					

第七節 手術

通則：

- 一、各特約醫院實施手術，可申報「手術費」及「手術一般材料費」。
- 二、各項「手術費」依各節所定點數計算之。「手術費」包括術前皮膚剃蘚預備與刷手消毒等費用在內。
- 三、各項手術所需之「手術一般材料費」及「過程面特殊材料費」，得依本節所定點數及表列加計比率計算；未表列者，其「手術一般材料費」，均依本節所定點數之百分之五十三計算之，包括：手術中使用之敷料，各類縫合線、刀片、外用消毒藥劑及生理鹽水、開刀巾、一般材料與器械折舊等費用在內。需用及特殊治療材料者，依全民健康保險藥物給付項目及支付標準相關規定申報。
- 四、各項所定點數均包括表面麻醉、浸潤麻醉或簡單之傳導麻醉等之費用。如使用特殊藥劑或特殊治療材料或其他麻醉時，得另加算申報。
- 五、同一手術野內之對稱器官，除有特殊規定者外，係指二側之手術費用。
- 六、同一手術野或同一病巢內，同時做二種以上手術時，或依病情可同時手術，而未同時施行者，依下列規定辦理：
 - (一)施行之多項同類手術或二側性手術，第一項手術（支付點數較高者）按其所定點數申報，第二項手術及第三項手術均按其所定點數之一半計算；其餘不計。其餘附帶施行之手術則不另計算。
 - (二)施行多項不同類手術時，第一項及第二項均依其所定支付點數計算；第三項依其所定支付點數之一半計算，其餘不計。
 - (三)施行手術時，附加非治療必需之其他手術，不另給付。本項所稱同一手術野或同一病巢，係指在同一手術區內，有不同器官，因同一病灶影響，需同時手術者；同類手術，係指手術項目列在本支付標準表之手術章中同項內之各手術項屬之（如第二部第二章第七節第一項皮膚之各項手術 62001C-62072B，均依同類手術項目計費，其餘類推）。
 - (四)施行本節第十八項「治療性先天殘缺手術 (88001-88064)」之各項手術，均依其所定支付點數計算。
 - (五)多重創傷 (ISS $\geq$ 16) 符合重大創傷之重大傷病資格者，進行胸、腹多項手術均依其所定支付點數計算。
- 七、凡為達手術最終目的過程中之各項切開、剝離、摘除、吻合、切片、縫合、灌洗或其他附帶之手術及處置，雖為本標準表所列項目亦不得視為副手術另報。
- 八、因第一次手術所引起併發症之手術，依其所定支付點數之一半計算之，並僅計算一項；但第一次手術在他院者不受限制。
- 九、手術開始後，如因病人病況發生變化而中止者，按已實施之步驟最近似之手術項目申報。
- 十、凡門診可行之小手術，不得住院。
- 十一、急診病人之加成規範：下列二款，擇一申報：
 - (一)急診病人因緊急傷病而必需立即手術者，其「手術費」得按本節所定點數加計百分之三十，但「手術一般材料費」不得另按比例加計。
 - (二)符合重大外傷之急診病人，且緊急執行64022B、64023B、64024B、64197C、64158B、

69038C、64237C、67013B、67002B、67010B、67011B、67022B、67023B、67024B、68036B、68006B、68005B、68001B、69009B、69044B、75007B、75009B、75805B、83036C、83037C、83039B、73010B、71206B、72014B、73017B、74206B、70001B、70002B、75827B或83080B診療項目者：

- 1.二小時以內執行，得按本節所定點數加計百分之百；大於二小時至四小時以內執行，得按本節所定點數加計百分之六十。
- 2.重大外傷係指主診斷為：
 - (1)ICD-10-CM：T07.XXXA。
 - (2)ICD-10-CM：S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79（前述第七位碼皆應為"A"）。
 - (3)ICD-10-CM：S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92、S99（前述第七位碼皆應為"A"或"B"）。
 - (4)ICD-10-CM：S52、S72、S82（前述第七位碼皆應為"A"或"B"或"C"）。
 - (5)體表面積>20%之重大燒傷，且主診斷碼(ICD-10-CM)為T31.20-T31.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T32.20-T32.99、T26.00XA-T26.92XA。
- 3.本項加成獎勵費用優先分配於第一線執行人員，並每年提報獎勵費用之運用情形予保險人分區業務組。
- 4.「手術一般材料費」不得另按比例加計。

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

第三項 筋骨 Musculoskeletal System (64001-64287)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
64287B	關節鏡下肩關節盂唇修補手術（單一部位肩盂唇修補） Arthroscopic labrum repair 註： 1.適用範圍：肩盂唇破裂（ICD-10-CM：S43.0或S43.43）。 2.申報時應檢附關節鏡下手術照片。 3.不得同時申報項目：64243B、64244B。 4.本項不含氣化棒之費用。 5.一般材料費及高壓沖洗套管，得另加計百分之四十三。		v	v	v	29146

第四項 呼吸器 Respiratory System

一、鼻 Nose (65001-65081)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
65013B	多竇副鼻竇手術 Multiple sinusectomy 註：不得同時申報83081B及83082B。		v	v	v	8855
65014B	全副鼻竇切除術 Pansinusectomy 註： 1.含鼻外及口內徑路。 2.不得同時申報83081B及83082B。		v	v	v	10307
65080B	立體定位多竇副鼻竇手術 Multiple sinusectomy under navigation 註： 1.適用範圍： (1)修正式鼻竇手術(Revision sinus surgery)。 (2)因先天鼻竇發育異常、術後或外傷造成之鼻竇解剖扭曲 (Distorted sinus anatomy of development, postoperative or traumatic origin)。 (3)廣泛性鼻竇息肉症(Extensive sinonasal polyposis)。 (4)病變涉及額竇、後篩竇或蝶竇(Pathology involving the frontal, posterior ethmoid or sphenoid sinuses)。 (5)病變鄰近顱底、眼眶、視神經或頸動脈附近(Disease abutting the skull base, orbit, optic nerve or carotid artery)。 (6)腦脊溢漏或顱底缺陷(CSF rhinorrhea or conditions in which there is a skull base defect)。 (7)良性、惡性鼻竇或顱底腫瘤(Benign, malignant sinonasal or skull base neoplasms)。 2.一般材料費及單次使用電磁器械追蹤器或病人追蹤器，得另加計百分之一百二十一。 3.併同申報83081B或83082B。		v	v	v	8855
65081B	立體定位全副鼻竇切除術 Pansinusectomy under navigation 註： 1.適用範圍： (1)修正式鼻竇手術(Revision sinus surgery)。 (2)因先天鼻竇發育異常、術後或外傷造成之鼻竇解剖扭曲 (Distorted sinus anatomy of development, postoperative or traumatic origin)。 (3)廣泛性鼻竇息肉症(Extensive sinonasal polyposis)。 (4)病變涉及額竇、後篩竇或蝶竇(Pathology involving the frontal, posterior ethmoid or sphenoid sinuses)。 (5)病變鄰近顱底、眼眶、視神經或頸動脈附近(Disease abutting the skull base, orbit, optic nerve or carotid artery)。 (6)腦脊溢漏或顱底缺陷(CSF rhinorrhea or conditions in which there is a skull base defect)。		v	v	v	10307

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	(7)良性、惡性鼻竇或顱底腫瘤(Benign, malignant sinonasal or skull base neoplasms)。 2.含鼻外及口內徑路。 3.一般材料費及單次使用器械追蹤器或病人追蹤器，得另加計百分之一百十二。 4.併同申報83081B或83082B。					

第七項 動脈與靜脈 (69001-69044)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
69044B	頸部外傷探查術 Exploration of neck for trauma 註： 1.適用範圍：頸部外傷深度突破頸闊肌（Platysma）。 2.限外科或耳鼻喉科專科醫師執行。 3.一般材料費，得另加計百分之八。		√	√	√	10407

第九項 消化器 Digestive System

六、其他腹部手術(75801-75827)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
75827B	軀幹體腔出血緊急填塞止血手術（損傷控制手術） Torso cavity packing for hemostasis 註： 1.適用範圍：胸腔、腹腔、後腹腔及骨盆腔之大量出血，需暫時以大量紗布填塞腹腔，以達到暫時壓迫止血目的之病人。 2.支付規範： (1)不得同時申報：75805B、67002B。 (2)一般材料費，得另加計百分之四十五。		√	√	√	10297

第十二項 泌尿及男性生殖

六、睪丸 Testis (78601-78612)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
78612C	隱睪雙側睪丸固定術 Orchiopexy for undescended testis, bilateral	v	v	v	v	20283

九、精索 Spermatic Cord (79201-79204)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
79204C	腹腔鏡精索靜脈曲張結紮 Laparoscopic high ligation of internal spermatic vein	v	v	v	v	8283

第十八項 治療性先天殘缺手術 (88001-88064)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
88001B	新生兒壞死性腸炎手術 Extensive necrotizing enterocolitis — 含腸切除及吻合術 resection & anastomosis		v	v	v	34034
88002B	— 含腸造口 jejunostomy/ileostomy		v	v	v	27443
88007B	新生兒胃穿孔修補術 Repair of Idiopathic Gastric Perforation, neonatal		v	v	v	26650
88020B	新生兒臍疝氣修補術 Omphalocele repair, primary closure — 單純性simple		v	v	v	8202
88021B	— 複雜性complex		v	v	v	22000
88029C	嬰兒鼠蹊疝氣 Inguinal hernia operation 註：限對未滿二歲嬰兒施行手術時申報。	v	v	v	v	14379

第十節 麻醉費(96000-96030)

通則：

- 一、麻醉材料費及藥劑費除 96002C、96003C、96023B、96025B 及 96026B 外，餘按麻醉費所定點數之百分之五十計算。
- 二、表面麻醉、浸潤麻醉或簡單之傳導麻醉之費用均已包含在手術費用內，不另給付；另麻醉材料費已包括蘇打石灰 Soda lime，笑氣 Nitrous oxide，氧氣 Oxygen 及麻醉藥膏 Anesthetic jelly 及麻醉用氣體等在內，不另給付。
- 三、為同一目的施行二種以上之麻醉費，應按主麻醉所定點數計算之。
- 四、凡未列之其他麻醉技術費用，應就已列項目中，按其最為近似之麻醉項目所定點數計算之。
- 五、麻醉時間之計算，以手術室麻醉開始為起點，手術完畢為止點；住院病人得另加十五分鐘為麻醉前之準備時間。
- 六、病人因器官移植及摘取手術、心臟手術、腦部手術、休克或急診而必需立即手術者，同次手術之麻醉費得按所定支付點數加計，其中器官移植及摘取手術得加計百分之百，其他所列手術項目得加計百分之二十，但麻醉材料費及藥劑費不得按比例加算。若同時符合二類型手術，以加計成數高者計之（如心臟移植手術）。
- 七、本節各麻醉項目皆為提升兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之百；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之八十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之六十，惟各麻醉項目另有規定者除外。
- 八、符合重大外傷之急診病人，且緊急執行 33075B、33144B、48014C、48015B、48016B、48017B、48029B、48030B、56044B、64022B、64023B、64024B、64197C、64158B、69038C、64237C、67013B、67002B、67010B、67011B、67022B、67023B、67024B、68036B、68006B、68005B、68001B、69009B、69044B、75007B、75009B、75805B、83036C、83037C、83039B、73010B、71206B、72014B、73017B、74206B、70001B、70002B、75827B 或 83080B 診療項目者，其麻醉費加成方式如下：
 - (一)二小時以內執行，得按本節所定點數加計百分之百；大於二小時至四小時以內執行，得按本節所定點數加計百分之六十。
 - (二)重大外傷係指主診斷：
 - 1.ICD-10-CM：T07.XXXA。
 - 2.ICD-10-CM：S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79（前述第七位碼皆應為"A"）。
 - 3.ICD-10-CM：S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92、S99（前述第七位碼皆應為"A"或"B"）。
 - 4.ICD-10-CM：S52、S72、S82（前述第七位碼皆應為"A"或"B"或"C"）。
 - 5.體表面積>20%之重大燒傷，且主診斷碼(ICD-10-CM)為T31.20-T31.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T32.20-T32.99、T26.00XA-T26.92XA。
 - (三)本項加成獎勵費用優先分配於第一線執行人員，並每年提報獎勵費用之運用情形予保險人分區業務組。
 - (四)本項與符合第六項急診而必需立即手術者之加成，擇一加計。

第三部 牙醫

第一章 門診診察費

第二節 符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
00305C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費 1.每位醫師每日門診量在二十人次以下部分(≤20) —處方交付特約藥局調劑	√	√	√	√	378
00306C	—未開處方或處方由本院所自行調劑	√	√	√	√	378
00307C	2.每位醫師每日門診量超過二十人次部分(>20) —處方交付特約藥局調劑	√	√	√	√	178
00308C	—未開處方或處方由本院所自行調劑	√	√	√	√	178
00309C	3.山地離島地區(包含「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」山地離島地區之門診及巡迴案件) —處方交付特約藥局調劑	√	√	√	√	408
00310C	—未開處方或處方由本院所自行調劑	√	√	√	√	408
	註： 1.處方交付特約藥局調劑或未開處方者，不得申報藥事服務費。 2.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。 3.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑。 4.本項支付點數含護理費 32 點至 43 點。					
00318C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之自閉症、失智症及極重度特定身心障礙(非精神疾病)者診察費 註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。	√	√	√	√	778
00311C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之重度特定身心障礙(非精神疾病)者診察費 註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。	√	√	√	√	678
00312C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之中度特定身心障礙(非精神疾病)者診察費 註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。	√	√	√	√	578

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
00313C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之中度以上精神疾病病人診察費 註： 1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。 2.限精神疾病及思覺失調症之病人。	V	V	V	V	478
00314C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之輕度特定身心障礙者(非精神疾病)及失能老人診察費 註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。	V	V	V	V	478
00315C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之環口全景 X 光片診察 註： 1.係指病人在該院所從未執行本項診察或01271C，或三年以上未就診，且該病人基於醫師之專業判斷，有施行環口全景X光片診察之需要，醫師得於主訴處理完畢後擇適當時機執行。 2.申報時應檢附Panoramic radiography環口全景X光片攝影。 3.同次診察內含34001C至34004C之X光費用，不得另行申報。 4.病歷中除應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生齒外，應記載X光片呈現之診斷與發現。 5.本項與01271C三年內限擇一申報一次，申報本項一年內不得申報01272C、01273C、00316C、00317C。	V	V	V	V	658
00316C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之年度 X 光片診察 註： 1.係指病人間隔一年以上未就診或二年以上未執行本項，且經醫師專業判斷疑有鄰接面齙齒或疑似牙周炎者，醫師得於主訴處理完畢後擇適當時機執行。 2.申報時應檢附雙側咬翼片Bite-Wing(後牙)及至少二張根尖周X光攝影(前牙)或至少四張根尖周X光片(不同部位，後牙優先)。 3.同次診察內含34001C至34004C之X光費用，不得另行申報。 4.病歷中除應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生齒以及鄰接面齙齒齒位及部位外，應記載X光片呈現之診斷與發現。 5.申報本項一年內不得申報01271C、01272C、01273C、00315C、00317C。	V	V	V	V	658

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
00317C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之高齲齒罹患率族群年度 X 光片診察 註： - 適應症係指一年以上未執行本項，且符合高齲齒罹患率的族群者，經醫師專業判斷有執行X光片診察需要者，醫師可於病人之主訴處理完畢後擇適當時機執行。 - 申報時應檢附雙側咬翼片Bite-Wing（後牙）及至少二張根尖周X光攝影（前牙）。 - 高齲齒罹患率的族群為： (1)化療、放射線治療病人。 (2)中風病人。 (3)自體免疫疾病病人。 (4)糖尿病病人。 (5)心血管疾病病人。 (6)巴金氏症 Parkinson's disease。 (7)透析治療(洗腎)病人。 (8)經醫師專業判斷為高齲齒罹患率族群者。（須詳細註明原因） - 同次診察內含34001C至34004C之X光費用，不得另行申報。 - 病歷中除應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生齒以及鄰接面齲齒齒位及部位外，應記載X光片呈現之診斷與發現。 - 申報本項一年內不得申報01271C、01272C、01273C、00315C、00316C。	V	V	V	V	658

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

第一節 牙體復形 Operative Dentistry (89001-89015，89088，89101-89115)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
89011C	玻璃離子體充填 Glass ionomer cement restoration 註： 1.同顆牙申報玻璃離子體充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C～89005C，89008C～89012C，89014C～89015C，89204C～89205C，89208C～89210C，89212C，89214C～89215C)費用，以同一院所為限。 2.若為牙醫醫療資源不足地區執行之巡迴醫療，乳牙治療以半年一次為限。 3.應於病歷詳列充填牙面部位。	V	V	V	V	400

第二節 根管治療 Endodontics (90001-90020, 90088, 90091-90098, 90112, P7303)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
90001C	恆牙根管治療（單根） Endodontic treatment of a permanent tooth with single root canal	v	v	v	v	1240
90002C	恆牙根管治療（雙根） Endodontic treatment of a permanent tooth with two root canals	v	v	v	v	2440
90003C	恆牙根管治療（三根） Endodontic treatment of a permanent tooth with three root canals	v	v	v	v	4530
90019C	恆牙根管治療（四根） Endodontic treatment of a permanent tooth with four root canals	v	v	v	v	6000
90020C	恆牙根管治療（五根(含)以上） Endodontic treatment of a permanent tooth with five(and above) root canals 註： 1.本項費用包括X光費用、局部麻醉、斷髓治療、根管沖洗、換藥、擴大及根管充填等各有關治療項目費用在內。 2.本項目於全部治療過程完畢併加90015C專案申報；如未完成，改以90015C申報。（期間限申報一次診療費） 3.申報費用時，需附治療前與治療後X光片以為審核；「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象無法配合照射X光片不在此限。 4.六十天之同一牙位重新治療為同一療程。 5.如同牙位九十天內重覆申報90001C、90002C、90003C、90019C、90020C者，則以支付點數最高者支付。	v	v	v	v	7500
90004C	齒內治療緊急處理 Management of endodontic emergencies 註： 1.需記載具體處置內容。 2.此項不得申請轉診加成。	v	v	v	v	300

第四節 口腔顎面外科 Oral Surgery (92001-92073，92088-92100，92129-92133，92161)

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
92043C	顫顎關節脫臼整復 Closed reduction of TMJ dislocation — 無固定 Without fixation 註： 1.年度第一次可申報此項，第二次後只限申報92001C。 2.本項目局部麻醉費用已內含。	v	v	v	v	340
92044B	— 有固定 With fixation 註： 1.申報費用應檢附手術紀錄。 2.本項目局部麻醉費用已內含。		v	v	v	2040
92093B	牙醫急症處置-每次門診限申報一次 Management of dental emergencies 註： 1.適應症： (1)顏面及牙齒疼痛，經藥物控制不佳者(ICD-10-CM：K03.81, K04.01, K04.02, K04.1-K04.99, K05.0-, K05.2-, M27.2, J01.00)。 (2)外傷導致之牙齒斷裂(ICD-10-CM：S02.5-, S02.2-, S02.3-, S02.4-, S02.6-, S02.8-)。 (3)拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血(ICD-10-CM：K91.840, K91.870, K91.872)。 (4)下顎關節脫臼(ICD-10-CM：S03.0-)。 (5)顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎(ICD-10-CM：K12.2, L03.221, L02.01, L03.211, L03.212, L03.90)。 (6)口腔及顏面撕裂傷、顏面骨折(ICD-10-CM：S01.4-, S01.5-, S02.92XA, S09.93XA)。 2.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。 3.需檢附檢傷分類等級、生命徵象(血壓、心跳速率、呼吸速率)與意識狀況(Glasgow coma score)等護理紀錄。 4.不得同時申報34001C、34002C、90004C、91001C、92001C、92012C、92043C、92066C、92071C、92094C、92096C。		v	v	v	3000
92094C	週六牙醫門診疼痛緊急處理-每次門診限申報一次 Dental urgent management on Saturdays 註： 1.院所需於前一個月於健保資訊網服務系統(VPN)完成當月門診時間及專款計畫(方案)之外展點時間登錄，始得申報	v	v	v	v	800

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	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。) 2.適應症： (1)顏面及牙齒疼痛(ICD-10-CM：K03.81, K04.01, K04.02, K04.1-K04.99, K05.0-, K05.2, M27.2, J01.00)。 (2)外傷導致之牙齒斷裂(ICD-10-CM：S02.5-, S02.2-, S02.3-, S02.4-, S02.6-, S02.8-)。 (3)牙齒龜裂、補綴物脫落或斷裂影響咀嚼進食者。 (4)拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血(ICD-10-CM：K91.840, K91.870, K91.872)。 (5)下顎關節脫臼(ICD-10-CM：S03.0-)。 (6)顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎(ICD-10-CM：K12.2, L03.221, L02.01, L03.211, L03.212, L03.90)。 (7)口腔及顏面撕裂傷、顏面骨折(ICD-10-CM：S01.4-, S01.5-, S09.93XA, S02.92XA)。 (8)軟組織潰瘍，疼痛無法自行緩解者。 3.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。 4.不得同時申報90004C、91001C、92001C、92012C、92043C、92066C、92071C、92093B、92096C。					
92133C	週日及國定假日牙醫門診處理-每次門診限申報一次 Dental management on Sundays or in the national holidays 註：院所需於前一個月於健保資訊網服務系統(VPN)完成當月門診時間及專款計畫(方案)之外展點時間登錄，始得申報本項目。(前一個月完成次月看診時段之登錄，若有異動者須修正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。)	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

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」、「JB」或「JV」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)。
 - (19)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.高風險疾病病人牙結石清除-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下列各項情形之一，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

第一章 門診診察費

編號	診療項目	支付點數
	一般門診診察費	
	(一) 中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格(可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新進中醫師)醫院，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者。	
	1.每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十人次以下部分(≤ 50)	
A82	一看診時聘有護理人員在場服務者	293
A83	一看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	323
A41	一看診時聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	508
A84	一看診時未聘有護理人員在場服務者	283
A85	一看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	313
A42	一看診時未聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	498
	2.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過五十人次部分(> 50)	
A86	一看診時聘有護理人員在場服務者	215
A87	一看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	240
A43	一看診時聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	435
A88	一看診時未聘有護理人員在場服務者	200
A89	一看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	230
A44	一看診時未聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	425
	(二) 不符(一)項之中醫醫療院所	
	1.每位專任中醫師每月看診日平均門診量在三十人次以下部分(≤ 30)	
A01	一看診時聘有護理人員在場服務者	340
A11	一看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	370
A45	一看診時聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	560
A02	一看診時未聘有護理人員在場服務者	330
A12	一看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	360
A46	一看診時未聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	550
	2.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過三十人次，但在五十人次以下部分 (31-50)	
A03	一看診時聘有護理人員在場服務者	230
A13	一看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	260
A47	一看診時聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	475
A04	一看診時未聘有護理人員在場服務者	220

編號	診療項目	支付點數
A14	一看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	250
A48	一看診時未聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	465
	3.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分 (51-70)	
A05	一看診時聘有護理人員在場服務者	160
A15	一看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	190
A49	一看診時聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	415
A06	一看診時未聘有護理人員在場服務者	150
A16	一看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	180
A50	一看診時未聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	405
	4.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過七十人次，但在一百五十人次以下部分(71-150)	
A07	一未開具慢性病連續處方	90
A17	一開具慢性病連續處方	120
A51	一開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	325
	5.每位專任中醫師每月看診日平均門診量超過一百五十人次部分(>150)	
A08	一未開具慢性病連續處方	50
A18	一開具慢性病連續處方	80
A52	一開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	305
	6.山地離島地區	
A09	一看診時聘有護理人員在場服務者	340
A19	一看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	370
A53	一看診時聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	560
A10	一看診時未聘有護理人員在場服務者	330
A20	一看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	360
A54	一看診時未聘有護理人員在場服務者，且開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方	550
	註：	
	1.所稱「看診時聘有護理人員在場服務者」，指看診時須有護理人員在場服務。申報費用須先報備護理人員執照及執業登記地點。院所應於費用年月次月二十日前，至健保資訊網服務系統(VPN)填報『護理人員跟診時段』，包含：護理人員姓名、身分證字號、跟診日期、跟診時間(應有明確時間點)、搭配之中醫師姓名及身分證字號暨中醫師排班時段等項，未填報者，不予支付該類診察費。	
	2.支援中醫師看診人次之計算：依各段各專任中醫師每段看診合理量之餘額總數，依序補入支援中醫之看診人次。若專任中醫師該月份均未看診，除通則七規定外，支援中醫師以看診合理量之最後一段支付點數申報。	
	3.開具慢性病連續處方者，應列入每位專任中醫師每月看診日平均門診量	

編號	診療項目	支付點數
	優先計算。 4.每月看診日數計算方式：一般門診診察費申報第(一)項者，每月實際看診日數超過二十三日者，以二十三日計；一般門診診察費申報第(二)項者，每月實際看診日數超過二十六日者，以二十六日計；位於「中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」施行區域、山地離島地區、花蓮縣及臺東縣之院所，每月以實際看診日數計。	

附表 4.4.3 高度複雜性針灸適應症

ICD-10-CM	ICD-10-CM(2023 年版) 自一百十四年一月一日起適用	中英文病名
A80	A80	急性脊髓灰白質炎
C00-C96	C00-C96	惡性腫瘤(衍生出的相關符合針灸適應症)
D32	D32	腦膜良性腫瘤
D33	D33	腦瘤併發神經功能障礙
D48	D48	Neoplasm of uncertain behavior of other and unspecified sites
D48	D48	其他及未明示部位性態未明之腫瘤
D49	D49	性態未明之腫瘤
F02、F04、F09	F02、F04、F09	其他器質性精神病態
F03-F05	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	F05	亞急性譫妄
F20、F21、F25	F20、F21、F25	思覺失調症
F22、F23、F24	F22、F23、F24	妄想狀態
F30-F39	F30-F39	情感性精神病
F84	F84	源自兒童期之精神病
F80	F80	特定的言語及語言發展障礙症
F82	F82	特定的動作功能發展障礙症
G11、G94	G11、G94	脊髓小腦症
G12	G12	脊髓性肌萎縮症及相關症候群
G20、G21	G20、G21	巴金森病
G35	G35	多發性硬化症
G36	G36	其他急性瀰漫性脫髓鞘
G40	G40	癲癇
G45、G46、I67	G45、G46、I67	其他腦血管疾病
G70	G70	重症肌無力症
G71	G71	肌肉特發性疾患
G80	G80	嬰兒腦性麻痺
G81	G81	偏癱
G82-G83+B91	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	G91	水腦症
G93.0	G93.0	腦囊腫
G93.1	G93.1	缺氧性腦損傷，他處未歸類者
G93.2	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

ICD-10-CM	ICD-10-CM(2023 年版) 自一百十四年一月一日起適用	中英文病名
G93.4	G93.4	其他及未明示腦病變
G93.5	G93.5	腦壓迫
G93.6	G93.6	腦水腫
G93.7	G93.7	雷氏症候群
H30	H30	脈絡膜視網膜發炎
H31	H31	其他脈絡膜疾患
H33	H33、H44.2C1、 H44.2C2、H44.2C3、 H44.2C9	視網膜退化及裂孔
H34	H34	視網膜血管阻塞
H35	H35	視網膜其他疾患
H36	H36	歸類於他處疾病所致之視網膜疾患
H40	H40	青光眼
H42	H42	歸類於他處疾病所致之青光眼
H43	H43	玻璃體疾患
H46	H46	眼球神經炎
H47	H47	視(第二)神經及視路之其他疾患
H49	H49	麻痺性斜視
H50	H50	其他斜視
H51	H51	其他雙側眼運動疾患
H53	H53	視覺障礙
H54	H54	失明及低視力
H55	H55	眼球震顫及不規則眼球運動
I60	I60	蜘蛛膜下腔出血
I61、I62	I61、I62	腦內出血
I65、I66、I63	I65、I66、I63、 P91.821、P91.822、 P91.823、P91.829	腦梗塞
I69	I69	腦血管疾病後遺症
M45	M45	僵直性脊椎炎
M62.3	M62.3	截癱性不動症候群
M99.0	M99.0	節段及體結構功能障礙
M99.1	M99.1	(脊椎)複雜性半脫位
M99.2	M99.2	神經管半脫位性狹窄
M99.3	M99.3	神經管骨性狹窄
M99.4	M99.4	神經管結締組織狹窄
M99.5	M99.5	神經管椎間盤狹窄
M99.6	M99.6	椎間孔骨性及半脫位性狹窄
M99.7	M99.7	椎間孔結締組織及椎間盤狹窄
Q11	Q11	無眼症、小眼畸形及巨眼畸形
Q13	Q13	前段眼先天性畸形
Q12	Q12	先天性水晶體畸形

ICD-10-CM	ICD-10-CM(2023 年版) 自一百十四年一月一日起適用	中英文病名
Q14	Q14	後段眼先天性畸形
Q15	Q15	眼其他先天性畸形
S01.9、S06.3	S01.9、S06.3	腦裂傷及挫傷
S01.9、S06.4-S06.6	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	S04.01-S04.04	視神經及神經徑之損傷
S14.1、S24.1、S34.1	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	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	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	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	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	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	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	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	ICD-10-CM(2023 年版) 自一百十四年一月一日起適用	中文病名
G45、G46	G45、G46	其他腦血管疾病
G54	G54	神經根及神經叢疾患
G61	G61	發炎性多發神經病變
G62	G62	其他及為明示之多發神經病變
G63	G63	歸類於他處疾病所致之多發神經病變
G65	G65	發炎性及毒性多發神經病變後遺症
G81	G81	偏癱
G90	G90	自主神經系統疾患
G91	G91	水腦症
G93.0	G93.0	腦囊腫
G93.1	G93.1	缺氧性腦損傷，他處未歸類者
G93.2	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	G93.4	其他及未明示腦病變
G93.5	G93.5	腦壓迫
G93.6	G93.6	腦水腫
I60	I60	蜘蛛膜下腔出血
I61、I62	I61、I62	腦內出血
I65、I66、I63	I65、I66、I63、 P91.821、P91.822、P91.823、 P91.829	腦梗塞
I67	I67	其他腦血管疾病
I69	I69	腦血管疾病後遺症
M13.0	M13.0	多發性關節炎
M15	M15	多關節病症
M20	M20	手指及(足)趾後天性變形
M21	M21	其他後天性肢體變形
M40	M40	脊椎後彎症及脊椎前彎症
M41	M41	脊椎側彎症
M42	M42	脊椎骨軟骨症
M43	M43	其他變形性背部病變
M45	M45	僵直性脊椎炎
M46	M46	其他發炎性脊椎病變
M47	M47	退化性脊椎炎
M48	M48	其他脊椎病變
M50	M50	頸椎椎間盤疾患
M51	M51	胸椎、胸腰椎及腰薦椎椎間盤疾患

ICD-10-CM	ICD-10-CM(2023 年版) 自一百十四年一月一日起適用	中文病名
M53	M53	其他背部病變，他處未歸類者
M62.3	M62.3	截癱性不動症候群
M66	M66	滑膜及肌腱自發性破裂
M80	M80	骨質疏鬆症伴有病理性骨折
M87	M87	骨壞死
M88	M88	變形性骨炎 [骨 Paget (氏)病]
M90.5	M90.5	歸類於他處疾病所致之骨壞死
M90.6	M90.6	腫瘤疾病引起之變形性骨炎
M95.2	M95.2	頭部其他後天性變形
M95.3	M95.3	頸部後天性變形
M95.4	M95.4	胸部及肋骨之後天性變形
M95.5	M95.5	骨盆後天性變形
M95.8	M95.8	肌肉骨骼系統，其他特定之後天性變形
M95.9	M95.9	肌肉骨骼系統之後天性變形
M96	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	M99.0	節段及體結構功能障礙
M99.1	M99.1	(脊椎)複雜性半脫位
M99.2	M99.2	神經管半脫位性狹窄
M99.3	M99.3	神經管骨性狹窄
M99.4	M99.4	神經管結締組織狹窄
M99.5	M99.5	神經管椎間盤狹窄
M99.6	M99.6	椎間孔骨性及半脫位性狹窄
M99.7	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	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	S14.1、S24.1、S34.1	無明顯脊椎損傷之脊髓傷害
S01.9、S06.3	S01.9、S06.3	腦裂傷及挫傷
S01.9、S06.4-S06.6	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	S04.01-S04.04	視神經及神經徑之損傷
S14.2、S14.3、 S24.2、S34.2、 S34.4	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、	S14.5、S24.3、	肩及骨盆以外之軀幹神經損傷

ICD-10-CM	ICD-10-CM(2023 年版) 自一百十四年一月一日起適用	中文病名
S24.4、S24.8、 S24.9、S34.5、 S34.6、S34.8、 S34.9	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	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	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

第五部 居家照護及精神病病患社區復健

第一章 居家照護

通則：

一、本章限經主管機關核准設有居家護理服務業務項目之醫事服務機構或護理機構申報。

二、收案條件；收案對象須符合下列各項條件：

(一)病人只能維持有限之自我照顧能力，即清醒時，百分之五十以上活動限制在床上或椅子上，或因疾病特性致外出就醫不便（指所患疾病雖不影響運動功能，但外出就醫確有困難者）。

(二)有明確之醫療與護理服務項目需要服務者。

(三)罹患慢性病需長期護理之病人或出院後需繼續護理之病人。

三、收案對象屬住院個案，須經診治醫師評估，由診治醫師開立居家照護醫囑單，由診治醫院直接收案或轉介至其他設有居家護理服務部門之保險醫療機構或護理機構收案；非住院個案符合前條所列收案條件者，可向設有居家護理服務部門之保險醫療機構或護理機構申請。

四、保險醫療機構或護理機構受理申請後，經書面審查符合收案條件者，應排定訪視時間，符合保險收案條件者，應查驗保險對象保險憑證、身分條件及居家照護醫囑單(自開立日起三十日內有效，其中非住院個案應由照護機構之執業醫師或契約醫院之醫師訪視評估，開立居家照護醫囑單)等文件，並於保險憑證登錄就醫紀錄，嗣後於每月第一次訪視時登錄一次，並應於登錄後二十四小時內，將之上傳予保險人備查；其不符合收案條件者，應即拒絕收案。

五、保險醫療機構或護理機構應擬訂完整居家照護計畫，並於收案後二週內(如遇例假日得順延之)，連同居家照護申請書、居家照護醫囑單影本，送保險人備查，保險人得視情況實地評估其需要性。

六、每一個案收案期限以一年為限，每次訪視應有詳實之訪視紀錄，若病情需要申請延長照護，應經醫師診斷填具居家照護申請書送保險人備查；照護期限之計算，新收個案以收案日起算；申請延長照護個案以申請日起算(於原照護期限內申請者，以接續日起算)。同一照護機構同一個案，於照護期限截止日起三十日內再申請照護者，應以延長照護申請，不得以新個案申請。

七、照護項目以附表5.1.1居家護理特殊照護項目表及表5.1.2居家護理一般照護項目表為限；施行特殊照護項目者，申報費用時，應填報項目編號、名稱及數量。

八、院所申報護理訪視費，每位居家護理人員每月訪視個案數以一百人次為合理量（含同時執行第五部第三章安寧居家療護乙類【社區安寧】）；超過一百人次者，自第一百零一人次起，屬超出合理量。

九、為能快速回應病人發生之緊急狀況，申報本章之保險醫事服務機構或護理機構應提供居家照護專業人員二十四小時電話諮詢服務。

十、緊急訪視適應症與加成方式：適用醫師訪視費、護理人員訪視費。

(一)適應症：

1.生命徵象不穩定。

2.呼吸喘急持續未改善。

3.譫妄或意識狀態不穩定。

4.急性疼痛發作。

- 5.發燒或突發性體溫不穩定。
- 6.急性腹瀉。
- 7.須立即處理之管路問題。
- 8.其他經醫師評估有立即前往需要者。

(二)前述適應症除已有長期醫囑之須立即處理之管路問題外，其他適應症須先由醫師就病人病情進行評估後，決定適當醫事人員至案家緊急訪視，緊急訪視相關醫囑應載於訪視紀錄。

(三)同一醫事人員對同一病人之緊急訪視，每日以一人次為限，超過不予支付。

(四)加成方式：

- 1.以抵達案家時起算，若離開案家時跨不同加成區間逾三十分鐘，則以較高加成區間計算。
- 2.夜間(下午五時到未達晚上十時)加計百分之五十。
- 3.深夜(晚上十時至隔日早上八時)加計百分之七十。
- 4.例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之四十。
- 5.同時符合夜間及例假日，則加計百分之五十；同時符合深夜及例假日，則加計百分之七十。

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

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	一 資源耗用群為第一類					
	護理訪視費(次)(在合理量內)					
05301C	1.在宅	√	√	√	√	1103
05342C	2.機構	√	√	√	√	882
	山地離島地區護理訪視費(次)(在合理量內)					
05302C	1.在宅	√	√	√	√	1455
05343C	2.機構	√	√	√	√	1164
	護理訪視費(次)(超出合理量)					
05328C	1.在宅	√	√	√	√	441
05344C	2.機構	√	√	√	√	441
	山地離島地區護理訪視費(次)(超出合理量)					
05329C	1.在宅	√	√	√	√	580
05345C	2.機構	√	√	√	√	580

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	—資源耗用群為第二類					
	護理訪視費(次)(在合理量內)					
05303C	1.在宅	√	√	√	√	1528
05346C	2.機構	√	√	√	√	1222
	山地離島地區護理訪視費(次)(在合理量內)					
05304C	1.在宅	√	√	√	√	2017
05347C	2.機構	√	√	√	√	1613
	護理訪視費(次)(超出合理量)					
05330C	1.在宅	√	√	√	√	609
05348C	2.機構	√	√	√	√	609
	山地離島地區護理訪視費(次)(超出合理量)					
05331C	1.在宅	√	√	√	√	806
05349C	2.機構	√	√	√	√	806
	—資源耗用群為第三類					
	護理訪視費(次)(在合理量內)					
05305C	1.在宅	√	√	√	√	1843
05350C	2.機構	√	√	√	√	1474
	山地離島地區護理訪視費(次)(在合理量內)					
05306C	1.在宅	√	√	√	√	2433
05351C	2.機構	√	√	√	√	1946
	護理訪視費(次)(超出合理量)					
05332C	1.在宅	√	√	√	√	735
05352C	2.機構	√	√	√	√	735
	山地離島地區護理訪視費(次)(超出合理量)					
05333C	1.在宅	√	√	√	√	970
05353C	2.機構	√	√	√	√	970
	—資源耗用群為第四類					
	護理訪視費(次)(在合理量內)					
05321C	1.在宅	√	√	√	√	2158
05354C	2.機構	√	√	√	√	1726
	山地離島地區護理訪視費(次)(在合理量內)					
05322C	1.在宅	√	√	√	√	2849
05355C	2.機構	√	√	√	√	2279
	護理訪視費(次)(超出合理量)					
05334C	1.在宅	√	√	√	√	861
05356C	2.機構	√	√	√	√	861
	山地離島地區護理訪視費(次)(超出合理量)					
05335C	1.在宅	√	√	√	√	1134
05357C	2.機構	√	√	√	√	1134
	註：					
	1.資源耗用群分類：					

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	第一類：需居家護理一般照護項目之病人 第二類：需居家護理特殊照護群組任一組之病人 第三類：需居家護理特殊照護群組任二組之病人 第四類：需居家護理特殊照護群組任三組及以上之病人 2.所定點數含訪視、護理服務、治療處置、代採檢體及送檢之檢查費、治療材料及電子資料處理等費用在內。 3.上項代採之檢體，委託代檢機構應以保險醫事服務機構或保險人指定之醫事檢驗機構為限。 4.視訪時間應記錄於訪視紀錄內，並請病人或其家屬簽章。 5.訪視次數每一個案每月以二次為限，出院後新收個案當次之訪視，不計算於當月訪視次數內；依病情需要多於二次者，申報費用時應檢附護理計畫，並詳述理由。					
05307C	醫師訪視費(次) 1.在宅	√	√	√	√	1631
05358C	2.機構	√	√	√	√	1304
	山地離島地區醫師訪視費(次)					
05308C	1.在宅	√	√	√	√	2154
05359C	2.機構	√	√	√	√	1722
	—同一醫師，應同一承辦居家照護業務機構之請，當日訪視個案在五個以上者，自第五個個案起，其訪視費依本項申報。					
05309C	1.在宅	√	√	√	√	630
05360C	2.機構	√	√	√	√	630
	—山地離島地區同一醫師，應同一承辦居家照護業務機構之請，當日訪視個案在五個以上者，自第五個個案起，其訪視費依本項申報。					
05310C	1.在宅	√	√	√	√	832
05361C	2.機構	√	√	√	√	832
	註： 1.訪視次數每一個案至少每三個月訪視一次，每二個月申報一次為限，若病人病情有顯著變化，需要多於一次者，申報費用時應檢附訪視紀錄，並詳述理由。 2.每位醫師訪視個案數，每日以八人次為原則；每月以一百八十人次為限。 3.訪視醫師，以與保險人特約之保險醫事服務機構之醫師為限。					

第三章 安寧居家療護

通則：

一、申報本章各項費用之保險醫事服務機構需向保險人提出申請經同意後始可申報，並依醫事人員教育訓練資格分為甲、乙二類：

(一)甲類：

- 1.設有安寧居家療護小組，小組內須包括安寧療護專責醫師、社工師及專任護理師等至少一名，且小組成員皆需受過安寧療護教育訓練八十小時(含四十小時病房見習)以上，另繼續教育時數為每年二十小時，小組成員更改時亦須通知保險人各分區業務組。
- 2.地區醫院層級以下，且過去三個月內，平均每月每位護理人員訪視次數在三十人次以下之院所，其安寧居家療護小組內之「專任護理師」得以「專責護理師」為之；「專責」係指專門負責特定安寧業務，另可執行其他業務。

(二)乙類：

- 1.醫師及護理人員皆需接受安寧療護教育訓練十三小時(教育訓練課程如附表)及臨床見習八小時(其中至少於安寧病房見習二小時，以視訊及 e-learning 方式進行亦可)，始得提供社區安寧照護服務。醫師及護理人員每訪視一位居家病人可抵免見習時數二小時。
- 2.辦理本項業務之基層診所，應以現行辦理安寧緩和醫療之醫院為後援醫院，後援醫院資格如下：
 - (1) 設有安寧病房或聘有安寧緩和醫學專長之醫師及護理人員。
 - (2) 設專門窗口負責個案管理。
- 3.每年繼續教育時數為四小時(以視訊及 e-learning 方式進行亦可)。

二、收案條件：

(一)符合安寧緩和醫療條例得接受安寧緩和醫療照護之末期病人（必要條件）。

(二)符合下列任一疾病之病人：（相關症狀條件詳附表）

1.癌症末期病人：

- (1)確定病人對各種治癒性治療效果不佳(必要條件)。
- (2)居家照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。
- (3)病情急劇轉變造成病人極大不適時，如下：

- A.高血鈣（Hypercalcemia）
- B.脊髓壓迫（Spinal Cord compression）
- C.急性疼痛（Acute pain）
- D.嚴重呼吸困難（Dyspnea severe）
- E.惡性腸阻塞（Malignant bowel obstruction）
- F.出血（Bleeding）
- G.腫瘤（塊）潰瘍（Ulcerated mass；如 breast cancer，buccal cancer）
- H.嚴重嘔吐（Vomiting severe）
- I.發燒，疑似感染（FeverR/O Infection）
- J.癲癇發作（Seizure）
- K.急性譫妄（Delirium，acute）
- L.急性精神壓力，如自殺意圖（Acute Psychological distress，Suicide attempt）

2.末期運動神經元病人：

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

A.直接相關症狀：虛弱及萎縮、肌肉痙攣、吞嚥困難、呼吸困難。

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

(2)末期運動神經元病人，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者。

3.主要診斷為下列疾病，且已進入末期狀態者：

(1)失智症

(2)其他腦變質

(3)心臟衰竭

(4)慢性氣道阻塞，他處未歸類者

(5)肺部其他疾病

(6)慢性肝病及肝硬化

(7)急性腎衰竭，未明示者

(8)慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

(9)末期骨髓增生不良症候群(Myelodysplastic syndromes，MDS)

(10)末期衰弱老人

4.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。

5.罕見疾病或其他預估生命受限者。

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

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

三、服務項目：

(一)訪視、一般診療與處置。

(二)末期狀態病人及其家屬心理、社會及靈性等方面問題之照護。

四、收案及核備程序：

(一)收案對象需經院所甲類安寧居家療護小組專責醫師評估或乙類醫師評估，開立「安寧居家療護收案申請書」(申請書一式二聯，第一聯送保險人備查、第二聯院所備查)，始得申請收案；保險事服務機構或護理機構應擬定完整居家照護計畫，並於收案後二週內(如遇例假日得順延之)，檢具安寧居家療護收案申請書，送保險人各分區業務組備查，保險人各分區業務組得視情況實地評估其需要性。經核定不符收案條件者，保險人不支付費用，相關費用由院所自行處理。

(二)保險醫事服務機構或護理機構受理申請後，經書面審查符合收案條件者，應排定訪視時間，符合保險收案條件者，應查驗保險對象保險憑證、身分證明文件及居家照護醫囑單(非住院個案應由照護機構之執業醫師或契約醫院之醫師訪視評估，開立居家照護醫囑單)等文件，並於保險憑證登錄就醫紀錄，嗣後於每月第一次訪視時登錄一次，並應於登錄後二十四小時內，將之上傳予保險人備查；其不符合收案條件者，應即拒絕收案。

(三)對保險人各分區業務組核定結果如有異議，自核定通知之日起六十日內，應依序循申復及爭議審議途徑申請複核或審議，不得以新個案重新申請送核，否則不予受理。

(四)安寧居家療護收案及延長照護申請案件，回歸一般醫療費用抽審作業。

五、照護期限：

(一)每一個案收案期限以四個月為限，每次訪視應有詳實之訪視紀錄，若病情需要申請延長照護，應經醫師診斷填具安寧居家療護收案申請書送保險人分區業務組備查。

(二)照護期限之計算，新收個案以收案日起算；申請延長照護個案以申請日起算(於原照護期限內申請者，以接續日起算)。同一照護機構同一個案，於照護期限截止日起三十日內再申請照護者，應以延長照護申請並以接續日起算，每次延長照護以三個月為限，不得以新個案申請。

六、為能快速回應病人發生之緊急狀況，申報本章節之保險醫事服務機構或護理機構應提供安寧療護專業人員二十四小時電話諮詢服務。

七、本章節「訪視時間」之計算，自到達病人家中起算，至離開病人家中為止，且訪視時間應記錄於訪視紀錄內，並請病人或其家屬簽章。

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

九、緊急訪視適應症與加成方式：適用醫師訪視費、護理人員訪視費。

(一)適應症：

- 1.生命徵象不穩定。
- 2.呼吸喘急持續未改善。
- 3.譫妄或意識狀態不穩定。
- 4.急性疼痛發作。
- 5.發燒或突發性體溫不穩定。
- 6.急性腹瀉。
- 7.須立即處理之管路問題。
- 8.其他經醫師評估有立即前往需要者。

(二)前述適應症除已有長期醫囑之須立即處理之管路問題外，其他適應症須先由醫師就病人病情進行評估後，決定適當醫事人員至案家緊急訪視，緊急訪視相關醫囑應載於訪視紀錄。

(三)同一醫事人員對同一病人之緊急訪視，每日以一人次為限，超過不予支付。

(四)加成方式：

- 1.以抵達案家時起算，若離開案家時跨不同加成區間逾三十分鐘，則以較高加成區間計算。
- 2.夜間(下午五時到未達晚上十時)加計百分之五十。
- 3.深夜(晚上十時至隔日早上八時)加計百分之七十。
- 4.例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之四十。
- 5.同時符合夜間及例假日，則加計百分之五十；同時符合深夜及例假日，則加計百分之七十。

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
05312C	甲類： 醫師訪視費用(次) —在宅	√	√	√	√	1631
05362C	—機構	√	√	√	√	1304
05323C	醫師訪視費用山地離島地區(次) —在宅	√	√	√	√	2154
05363C	—機構	√	√	√	√	1722
05336C	乙類： 醫師訪視費用(次) —在宅	√	√	√	√	1142
05364C	—機構	√	√	√	√	914
05337C	醫師訪視費用山地離島地區(次) —在宅	√	√	√	√	1507
05365C	—機構	√	√	√	√	1204
	註： 1. 訪視次數每一個案每週以二次為原則，若病人病情有顯著變化，需要多於每週二次者，申報費用時應檢附訪視紀錄，並詳述理由。 2. 每位醫師每月訪視次數以四十五次為限。					
05313C	—訪視時間一小時以內 (≤1小時) 甲類： 護理訪視費(次) —在宅	√	√	√	√	1733
05366C	—機構	√	√	√	√	1386
05324C	護理訪視費山地離島地區(次) —在宅	√	√	√	√	2287
05367C	—機構	√	√	√	√	1829
05338C	乙類： 護理訪視費(次) —在宅	√	√	√	√	1213
05368C	—機構	√	√	√	√	970
05339C	護理訪視費山地離島地區(次) —在宅	√	√	√	√	1601
05369C	—機構	√	√	√	√	1280
05314C	—訪視時間一小時以上 (>1小時) 甲類： 護理訪視費(次) —在宅	√	√	√	√	2363
05370C	—機構	√	√	√	√	1890
05325C	護理訪視費山地離島地區(次) —在宅	√	√	√	√	3119
05371C	—機構	√	√	√	√	2495
	乙類：					

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
05340C	護理訪視費(次) —在宅	v	v	v	v	1654
05372C	—機構	v	v	v	v	1323
05341C	護理訪視費山地離島地區(次) —在宅	v	v	v	v	2184
05373C	—機構	v	v	v	v	1746
	註： 1.護理人員訪視次數每一個案每週以二次為原則，若病人病情有顯著變化，需要多於每週二次者，申報費用時應檢附訪視紀錄，並詳述理由。 2.每位護理人員每月訪視次數以四十五次為限。 3.護理訪視費所定點數含訪視、護理服務、治療處置、代取藥、代採檢體及送檢之檢查費、治療材料及電子資料處理等費用在內。					
05326C	臨終病人訪視費	v	v	v	v	5250
05327C	臨終病人訪視費山地離島地區	v	v	v	v	6930
	註： 1.限訪視臨終病人，且 ECOG 三級以上之病人，實際訪視時間在二小時以上，始得申報此項費用，每位病人申報訪視次數僅限一次。 2.甲乙二類醫事人員皆可申報。 3.服務內容需包含臨終訪視、善終準備及家屬哀傷輔導等。					
05315C	其他專業人員處置費 (次)：目前僅限於社會工作人員或心理師 —在宅	v	v	v	v	1103
05374C	—機構					882
	註： 1.現暫定為社會工作人員或心理師。訪視次數每一個案每週以一次為原則，若病人病情有顯著變化，需要多於每週一次者，申報費用時應檢附訪視紀錄，並詳述理由。 2.每位專業人員每月訪視次數以四十五次為限。					
05316C	病患自控式止痛處置及材料費 (Patient- Controlled Analgesia, PCA) 註： 1.所定點數含 PCA 幫浦注射費、PCA 裝置(set)、PCA 袋(bag)等。 2.每一個案每月限申報二次。	v	v	v	v	1890

第八部 品質支付服務

第二章 糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案

附表 8.2.4 初期慢性腎臟疾病個案管理

一、慢性腎臟疾病(CKD)之分期：

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

註：1.慢性腎臟疾病(CKD)分類中，腎傷害或腎絲球過濾率下降需持續大於三個月以上
2.腎臟損傷指有影像學變化(如腎萎縮)或傷害指標(如蛋白尿、血尿等)

二、慢性腎臟疾病之篩檢

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

2.高危險群：

(A)高血壓、高血糖患者

(B)長期服用藥物者

(C)心血管疾病人者

(D)結構性腎小管異常，腎結石或攝護腺腫大者

(E)洗腎家族史或家族性腎疾病

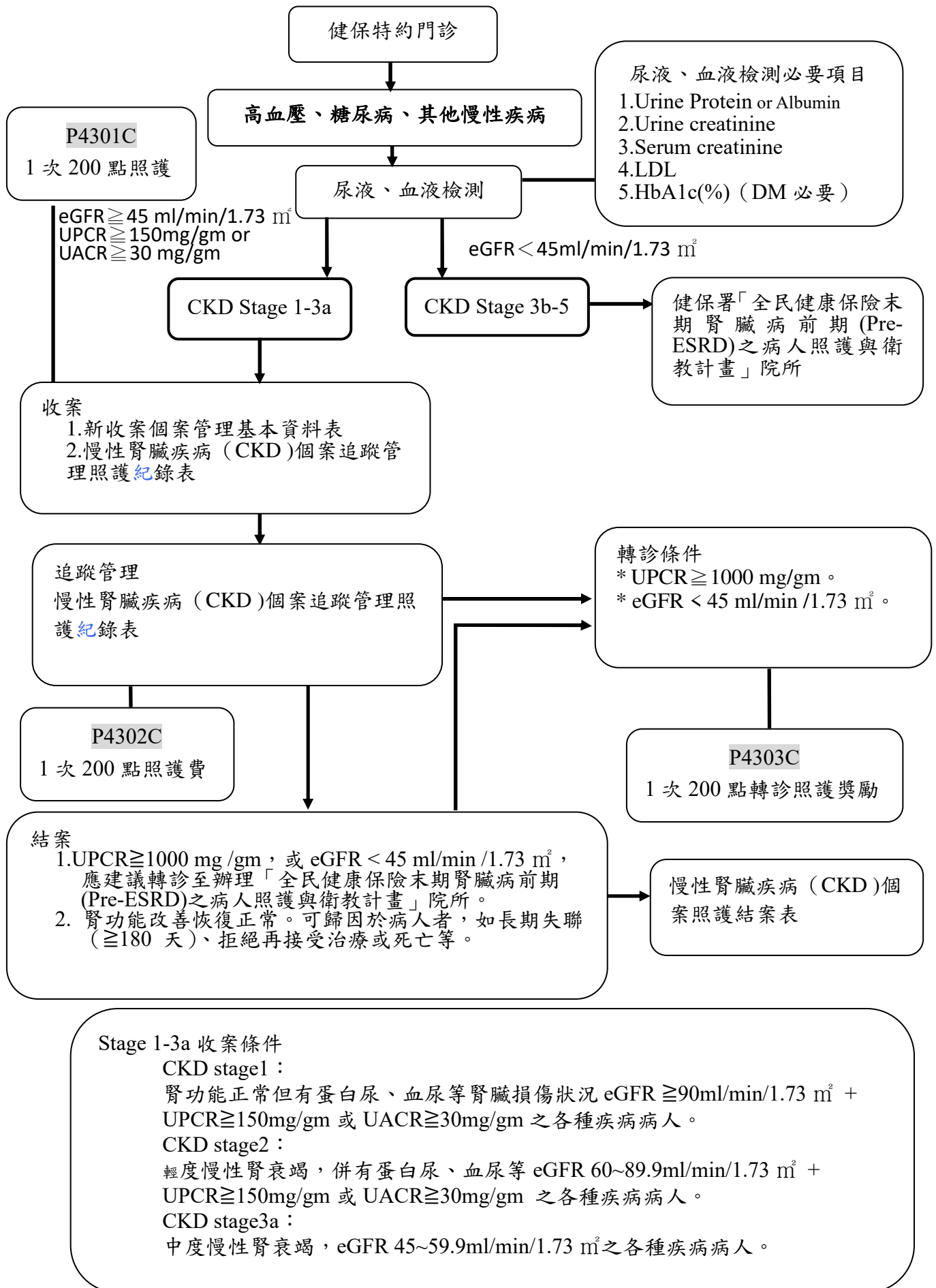
(F)潛在影響腎功能之系統性疾病(如 SLE)

(G)長期食用中草藥者

(H)隨機性血尿或尿蛋白

(I)年齡六十歲以上

三、慢性腎臟疾病管理流程



四、初期慢性腎臟疾病照護之衛教內容

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

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

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

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

目標	衛教指導項目
● 認識腎臟的構造與功能 ● 認識腎臟疾病常見的症狀及檢查值 ● 如何預防腎臟疾病及其惡化，請勿擅自服食藥物 ● 願意配合定期門診追蹤 ● 願意接受定期護理指導計劃方案 ● 認識腎臟穿刺之必要性及轉診腎臟專科醫師(例如：明顯蛋白尿) ● 認識高血脂、高血壓、糖尿病與腎臟病之相關性 ● 血壓、血糖、體重、腰圍與 BMI 之控制	1.認識腎臟的基本構造與功能 2.簡介腎臟疾病常見症狀及檢查值 3.腎臟病日常生活保健與預防 4.教導定期追蹤之重要性 5.教導服用藥物(包括中草藥及健康食品)前，須先徵詢醫師意見 6.腎臟穿刺切片檢查之介紹及轉診腎臟專科醫師(例如：明顯蛋白尿) 7.簡介高血壓及其併發症 8.簡介高血脂及其併發症 9.簡介糖尿病及其併發症 10.飲食原則之指導(含衛教單張發放)

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

就診日期	年 月 日 新收案	年 月 日 個月後追蹤	年 月 日 個月後追蹤	年 月 日 個月後追蹤
血壓 (mmHg) 【必要】				
身高 (cm) 【必要】				
體重 (kg) 【必要】				
腰圍 (cm) (參考)				
臀圍 (cm) (參考)				
抽煙【必要】 □1.無 □2.有				
BMI (參考)				
尿液試紙 (參考)				
蛋白質				
潛血				
尿糖				
UPCR(mg/gm) 【必要，與 UACR 擇一】				
UACR(mg/gm)【必要，與 UPCR 擇一】(註 1)				
Uric acid (mg/dl) (參考)				
Serum creatinine (mg/dl) 【必要】				
eGFR 【必要】(註 2) 年齡未滿十八歲：以新版 Bedside Schwartz 公式計算。 年齡滿十八歲以上：以 CKD-EPI 公式計算。				
CHOL (mg/dl) (參考)				
LDL (mg/dl) 【必要】				
HbA _{1c} (%) (DM 必要)				
GA(%)(DM 病人且無 HbA _{1c} 檢驗必填)				
Sugar AC (mg/dl) (DM 參考)				
長期藥物使用(>3M) 降血壓藥 胰島素 降血糖藥 降血脂藥 降尿酸藥 NSAID 中草藥	□ACEI □ARB □CCB □DRI □SGLT2i □其他： □是□否 □是□否 □是□否 □是□否 □是□否 □是□否	□ACEI □ARB □CCB □DRI □SGLT2i □其他： □是□否 □是□否 □是□否 □是□否 □是□否 □是□否	□ACEI □ARB □CCB □DRI □SGLT2i □其他： □是□否 □是□否 □是□否 □是□否 □是□否 □是□否	□ACEI □ARB □CCB □DRI □SGLT2i □其他： □是□否 □是□否 □是□否 □是□否 □是□否 □是□否

護理營養衛教記錄 衛教對象	☐ 有 ☐ 無 ☐ 本人 ☐ 家屬： ☐ 其他： ☐ 個別衛教 ☐ 電訪 ☐ 團體衛教 ☐ 其他：	☐ 有 ☐ 無 ☐ 本人 ☐ 家屬： ☐ 其他： ☐ 個別衛教 ☐ 電訪 ☐ 團體衛教 ☐ 其他：	☐ 有 ☐ 無 ☐ 本人 ☐ 家屬： ☐ 其他： ☐ 個別衛教 ☐ 電訪 ☐ 團體衛教 ☐ 其他：	☐ 有 ☐ 無 ☐ 本人 ☐ 家屬： ☐ 其他： ☐ 個別衛教 ☐ 電訪 ☐ 團體衛教 ☐ 其他：
衛教方式				
醫護人員簽名				

註：

1. 糖尿病合併初期慢性腎臟病個案應執行 UACR。

2. eGFR 計算公式：

(1) 年齡未滿十八歲：以新版 Bedside Schwartz 公式計算。

$$eGFR \text{ ml/min/1.73 m}^2 \text{ (Schwartz)} = 0.413 \times (\text{height in cm}) \div \text{serum Cr}。$$

(2) 年齡滿十八歲以上：以 CKD-EPI 公式計算：

$$eGFR = 142 * \min(\text{Scr}/\kappa, 1)^\alpha * \max(\text{Scr}/\kappa, 1)^{-1.200} * 0.9938^{\text{Age}} * 1.012[\text{if female}]。$$

Scr：血清肌酸酐濃度（mg/dL）帶入值至小數點後二位，第三位四捨五入。

κ ：0.7（女性）或 0.9（男性）。

α ：-0.241（女性）或 -0.302（男性）。

min：Scr/ κ 和 1 之間之最小值。

max：Scr/ κ 和 1 之間之最大值。

Age：年齡（年）。

if Female：如果病人為女性，則乘以 1.012。

附表 8.2.9 糖尿病個案登錄系統必要欄位簡化表

一、新收案(P1407C)必填欄位：

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

二、追蹤管理(P1408C、P1410C)必填欄位：

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

三、年度評估(P1409C、P1411C)必填欄位：

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

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

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

- (1)上述換算公式係參照「2018 糖尿病臨床照護指引」。
- (2)換算後的 HbA1C，將作為方案獎勵評比計算；若二者同時填報，則以填報值為主。

註 3.UACR=尿液中白蛋白/肌酸酐 (單位：mg/gm)。

註 4.eGFR 線上計算：台灣腎臟醫學會「腎利人生網站」(<https://www.ckd-tsn.org.tw/>)首頁，輸入性別、年齡、血液 Creatinine 值即可線上計算。

附表 8.2.11 糖尿病合併初期慢性腎臟病個案登錄系統必要欄位簡化表

一、追蹤管理(P7001C)必填欄位：

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

二、年度評估(P7002C)必填欄位：

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

三、結案(轉出)必填欄位：

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

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

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

(1)上述換算公式係參照「2018 糖尿病臨床照護指引」

(2)換算後的 HbA1C，將作為方案獎勵評比計算；若二者同時填報，則以填報值為主

註 3.UACR=尿液中白蛋白/肌酸酐（單位：mg/g）

註 4.eGFR 線上計算：台灣腎臟醫學會「腎利人生網站」(<https://www.ckd-tsn.org.tw/>)首
頁，輸入性別、年齡、血液 Creatinine 值即可線上計算。