檔　　號:0573
保存年限:

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：106646臺北市大安區安和路1段29號9樓
承辦人：蘇慧珂
電話：(02)2752-7286分機172
傳真：(02)2771-8392
電子信箱：shk2024@mail.tma.tw

受文者：臺中市大臺中醫師公會

發文日期：中華民國114年5月6日
發文字號：全醫聯字第1140000577號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如文（0000577A00_ATTCH8.pdf、0000577A00_ATTCH7.pdf、0000577A00_ATTCH5.pdf、0000577A00_ATTCH6.pdf）

裝

主旨：轉知「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，業經衛生福利部於114年4月30日以衛部保字第1140116887號令修正發布，自114年5月1日生效，請 查照。

訂

說明：

一、依據衛生福利部114年4月30日衛部保字第1140116887C號函辦理。

二、本次主要反應投入急重症照護之醫事人力及解決急診壅塞問題，調整急診相關基本診療項目、一般住院護理費及急救責任醫院之支付；新增自然產手術加成規定；診療項目新增五項及放寬給付條件四項；糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案不符合成人預防保健肝炎篩檢資格者，得執行C型肝炎篩檢等。

線

三、西醫基層總額相關修訂重點摘要如下：

(一)「預立醫療照護諮詢費(02028C)」，開放適用表別至基

層院所，適用對象不限於住院病人，原適應症「65歲以上重大傷病，且罹患安寧療護收案條件所列之疾病別」，放寬為「65歲以上重大傷病病人」及「符合安寧療護收案條件者」兩項適用對象。新增家醫計劃或全人計劃之六十五歲以上多重慢性病人，並簡化申報項目。

(二)新增檢查12219C「酪氨酸磷酸酶自體抗體(EIA法)」及12086C「B型肝炎病毒表面抗原(HBsAg)定量檢驗」二項診療項目。

(三)修訂第八部第二章糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案：

1、初期慢性腎臟病可使用尿白蛋白與尿液肌酸酐比值(UACR)檢測。

2、糖尿病及初期慢性病病人，若不符合國民健康署成人預防保健資格者，可申報一次「C型肝炎病毒抗體檢查(14051C)」；已接受國民健康署成人預防保健之C型肝炎篩檢，惟系統查無檢驗者，也可申報一次前述C肝檢查。前述C肝檢查陽性者，應執行C型肝炎核醣核酸類定量擴增試驗(12185C)，如檢驗結果陽性者，應進行C型肝炎全口服藥治療。

(四)餘項修正詳附件。

正本：各縣市醫師公會
副本：電子公文交換章 2025/06/06 16:22:21

理事長　周 慶 明

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正總說明

本次醫療服務給付項目及支付標準之修正，為本(一百十四)年第二次修正，並自本年五月一日生效。

本次主要反應投入急重症照護之醫事人力及解決急診壅塞問題，調整急診相關基本診療項目、一般住院護理費及急救責任醫院之支付；新增自然產手術加成規定；診療項目新增五項及放寬給付條件四項；糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案不符合成人預防保健肝炎篩檢資格者，得執行 C 型肝炎篩檢等。修正要點如下：

一、 第一部總則：修正通則十四，為強化離島地區在地急重症照護量能，增列離島地區各急救責任醫院之急診案件加計規範。

二、 第二部西醫

（一）第一章基本診療

1. 第一節門診診察費：急診診察費拆分為診察費及護理費二類，及調升支付點數，爰：

(1)修正 01015C「急診診察費」等七項診療項目名稱、支付規範及支付點數。

(2)新增 00247C「急診（不分檢傷）-護理費」等七項診療項目。

2. 第二節住院診察費：

(1)修正第二節名稱為住院及急診觀察床診察費。

(2)新增通則九，增列「急救責任醫院加護病床」申報規範。

(3)新增 02030K「急診觀察床診察費（天）」等三項診療項目。

(4)02028B「預立醫療照護諮商費」適用對象新增「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」及「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」收案之六十五歲以上多重慢性病人，及開放適用表別至基層院所，併

同修正編號與項目名稱；刪除 02029B「預立醫療照護諮商費-同次住院申報二次 02020B『緩和醫療家庭諮詢費』者」診療項目。

(5)修正 02006K「一般病床住院診察費（天）」等四項支付規範。

3. 第三節病房費：

(1) 調整急救責任醫院加護病床基本診療項目，修正通則七：增列醫院依緊急醫療能力分級評定申報加護病床支付標準規範。

(2) 修正 03077K「急性一般病床（床/天）--護理費（第一天）」等二十八項支付點數或支付規範。

4. 第五節管灌飲食費及營養照護費：新增 05153B「早產兒母乳補充照護（每 25mL 母乳）」診療項目。

（二）第二章特定診療

1. 第一節檢查：

(1) 新增 12219C「酪氨酸磷酸酶自體抗體(EIA 法)」及 12086C「B 型肝炎病毒表面抗原(HBsAg)定量檢驗」二項診療項目。

(2) 修正 12184C「去氧核糖核酸類定量擴增試驗」等五項支付規範。

2. 第七節手術：

(1) 第十三項女性生殖之「八、自然生產、剖腹產及流產」項下，新增通則二，增列醫院夜間及例假日自然產手術案件加算成數規範。

(2) 新增 64284B「人工全肩關節再置換手術」及 64285B「反置人工全肩關節置換手術」二項診療項目。

(3) 修正 64121B「肩旋轉袖破裂修補術－小破裂」等十九項支付規範。

三、 第三部牙醫

（一）修正通則三(一)第 3 項：具牙科專科醫師訓練機構資格之教學醫院以醫師為單位。

（二）第三章牙科處置及手術：修正附表 3.3.4 項目一、邏輯定義說明「具牙科專科醫師訓練機構資格之教學醫院」。

（三）第五章牙周病統合治療方案：修正通則二文字。

四、 第四部中醫第七章其他：修正 B71「脈診儀檢查費」等二項支付規範。

五、 第八部品質支付服務

(一)第二章糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案：新增通則七，糖尿病及初期慢性腎臟病病人，符合特定條件者得執行 C 型肝炎篩檢規定，餘標號依序遞延；修正通則二、三、五、七內容，酌修文字。

(二)修正附表 8.2.4、附表 8.2.6、附表 8.2.7、附表 8.2.9 及附表 8.2.10 等五項附表。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正對照表

<table>
<tr><th>修正規定</th><th>現行規定</th><th>說明</th></tr>
<tr>
<td>

第一部 總則

十四、加成規範：

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

(二)離島地區各保險醫事服務機構之住診案件，申報第二部及第三部各診療項目，依各該編號項目所定點數加計百分之三十支付。

(三)離島地區急救責任醫院，按主管機關公布之醫院緊急醫療能力分級評定結果，其急診案件，申報第二部及第三部各診療項目，依各該編號項目所定點數加計規範如下：

1.全院緊急醫療能力分級評定為重度級急救責任醫院：加計百分之五十。

2.全院緊急醫療能力分級評定為中度級急救責任醫院：加計百分之三十。

3.全院緊急醫療能力分級評定為一般級急救責任醫院：加計百分之十。

4.「急診診察費」中，前述第 1 目至第 3 目加計與「山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」加計，僅可擇一採認。

</td>
<td>

第一部 總則

十四、加成規範：

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

(二)離島地區各保險醫事服務機構之住診案件，申報第二部及第三部各診療項目，依各該編號項目所定點數加計百分之三十支付。

</td>
<td>修正通則十四：為強化離島地區在地急重症照護量能，增列離島地區各急救責任醫院之急診案件加計規範。</td>
</tr>
<tr>
<td>

第二部 西醫

第一章 基本診療

第一節 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
	急診(不分檢傷)					
01015C	一診察費	v	v			630
00247C	一護理費	v	v			103
	註：					
	1.急診定義及適用範圍如附表2.1.1。					
	2.夜間(晚上十時至隔日早上六時)加計百分之五十、例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之二十，同時符合夜間及例假日者，則僅加計百分之五十；屬西醫基層總額部門院所，例假日加成維持原週六之中午十二時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時加計百分之二十規定。					
	3.山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加計百分之三十，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加計百分之八十。					
	4.地區醫院得依表定點數加計百分之十九。					
	5.本項年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之一百，其餘年齡為兒童加成項目，依本節通則十規定辦理。					
	6.地區醫院之兒科專科醫師申報得加計百分之五十，其餘專科醫師申報未滿七歲兒童者，得加計百分之五十。					
	7.屬西醫基層總額部門院所，急診（不分檢傷）診察費以原支付點數五百七十四點申報、急診（不分檢傷）護理費以原支付點數九十三點申報。					
	急診(按檢傷分類)					
00201B	檢傷分類第一級一診察費		v	v	v	1345
00248B	檢傷分類第一級一護理費		v	v	v	635
00202B	檢傷分類第二級一診察費		v	v	v	748
00249B	檢傷分類第二級一護理費		v	v	v	352
00203B	檢傷分類第三級一診察費		v	v	v	580

</td>
<td>

第二部 西醫

第一章 基本診療

第一節 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
01015C	急診診察費	v	v			667
	註：					
	1.急診定義及適用範圍如附表2.1.1。					
	2.內含護理費比率為百分之八點八至百分之十四。					
	3.夜間(晚上十時至隔日早上六時)加計百分之五十、例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之二十，同時符合夜間及例假日者，則僅加計百分之五十；屬西醫基層總額部門院所，例假日加成維持原週六之中午十二時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時加計百分之二十規定。					
	4.山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加計百分之三十，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加計百分之八十。					
	5.地區醫院得依表定點數加計百分之十九。					
	6.本項年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之一百，其餘年齡為兒童加成項目，依本節通則十規定辦理。					
	7.地區醫院之兒科專科醫師申報得加計百分之五十，其餘專科醫師申報未滿七歲兒童者，得加計百分之五十。					
	急診診察費(按檢傷分類)					
00201B	檢傷分類第一級		v	v	v	1800
00202B	檢傷分類第二級		v	v	v	1000
00203B	檢傷分類第三級		v	v	v	776
00204B	檢傷分類第四級		v	v	v	449
00225B	檢傷分類第五級		v	v	v	390
	註：					
	1.檢傷分類依衛生福利部規定。					

</td>
<td>一、應拆分急診診察費及其內含之護理費並調升支付點數，新增00247C「急診(不分檢傷)-護理費」等七項診療項目。
二、修正01015C「急診診察費」等七項診療項目名稱、支付規範及支付點數。</td>
</tr>
</table>

00250B	檢傷分類第三級－護理費		v	v	v	274			2.地區醫院得就本項費用與01015C急診診察費擇一申報，惟採行後一年始得變更。 3.夜間(晚上十時至隔日早上六時) 加計百分之五十、例假日(週六零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之二十，同時符合夜間及例假日者，則僅加計百分之五十。 4.山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加計百分之三十，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加計百分之八十。 5.地區醫院申報檢傷分類第四、五級之急診診察費得依表定點數加計百分之十九。 6.內含護理費比率為百分之三十二點零四。 7.本項年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之一百，其餘年齡為兒童加成項目，依本節通則十規定辦理。 8.兒科專科醫師申報得加計百分之五十，其餘專科醫師申報未滿七歲兒童者，得加計百分之五十。						
00204B	檢傷分類第四級－診察費		v	v	v	336											
00251B	檢傷分類第四級－護理費		v	v	v	158											
00225B	檢傷分類第五級－診察費		v	v	v	292											
00252B	檢傷分類第五級－護理費		v	v	v	138											
	註： 1.檢傷分類依衛生福利部規定。 2.地區醫院得就本項診察費與01015C急診診察費擇一申報、本項護理費與00247C急診護理費擇一申報，惟採行後一年始得變更。 3.夜間(晚上十時至隔日早上六時) 加計百分之五十、例假日(週六零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之二十，同時符合夜間及例假日者，則僅加計百分之五十。 4.山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加計百分之三十，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加計百分之八十。 5.地區醫院申報檢傷分類第四、五級之急診診察費及護理費得依表定點數加計百分之十九。 6.本項年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之一百，其餘年齡為兒童加成項目，依本節通則十規定辦理。 7.兒科專科醫師申報得加計百分之五十，其餘專科醫師申報未滿七歲兒童者，得加計百分之五十。																
01021C 00253C	精神科急診 －診察費 －護理費		v v	v v	v v	v v	917 74										
	註： 1.精神科急診定義及範圍如附表2.1.1。 2.夜間(晚上十時至隔日早上六時)加成百分之五十、例假日(週六零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加成百分之二十，同時符合夜間及例假日者，則僅加成百分之五十。 3.山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加成百分之三十，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加成百分之八十。 4.兒童加成項目。 5.屬西醫基層總額部門院所： (1)精神科急診診察費以原支付點數八百三十四點申報、精神科急診護理費以原支付點數六十七點申報。 (2)例假日加成維持原週六之中午十二時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時加成百分之二十規定。																

01021C	精神科急診診察費 註： 1.精神科急診定義及範圍如附表2.1.1。 2.本項支付點數含護理費48-67點。 3.夜間(晚上十時至隔日早上六時)加成百分之五十、例假日(週六零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加成百分之二十，同時符合夜間及例假日者，則僅加成百分之五十。 4.山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加成百分之三十，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加成百分之八十。 5.兒童加成項目。 6.屬西醫基層總額部門院所，例假日加成維持原週六之中午十二時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時加成百分之二十規定。	v	v	v	v	901

第二節 住院及急診觀察床診察費

通則：

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	一般病床住院診察費(天)				v	468
02007A				v		442
02008B			v			398
	註：經濟病床及急性精神病床比照申報。					

第二節 住院診察費

通則：

編號	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	一般病床住院診察費(天)				v	468
02007A				v		442
02008B			v			398
	註： 1.經濟病床及急性精神病床比照申報。 2.留置急診處暫留床二日以上者，自第二天起比照申報。					
02028B	預立醫療照護諮商費 - 同次住院未曾申報或僅申報一次02020B「緩和醫療家庭諮詢費」者		v	v	v	3000

一、新增通則九，增列「急救責任醫院加護病床」申報規範。

二、新增02030K「急診觀察床診察費（天）」等三項診療項目。配合修正第二節住

02030K 02031A 02032B	急診觀察床診察費（天） 註：留置急診觀察床二日以上者，自第二天起始得申報本項。		v	v	v	468 442 398										院診察費名稱。 三、擴大02028B「預立醫療照護諮商費」適用對象，配合修正編號與項目名稱及刪除02029B「預立醫療照護諮商費-同次住院申報二次02020B『緩和醫療家庭諮詢費』者」診療項目。 四、修正02006K「一般病床住院診察費(天)」等四項支付規範。
02028C	預立醫療照護諮商費 註： 1.符合下列任一適應症，且具完全行為能力之病人： (1)六十五歲以上重大傷病病人。 (2)符合安寧療護收案條件者。 (3)臨床失智評估量表(Clinical Dementia Rating, CDR)0.5至1分。 (4)病人自主權利法第十四條第一項第五款所公告之病名。 (5)「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」收案對象。 (6)「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」、「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」收案之六十五歲以上多重慢性病人。 2.相關規範： (1)諮商參與人員：依病人自主權利法之規定辦理。 (2)諮商紀錄：應有每次會議完整之諮商溝通內容紀錄，並應將影本併入病人之病歷紀錄留存，紀錄有參與諮商醫療團隊及病人或家屬簽名，並簽署預立醫療決定。 (3)申報規定： A.當次就醫前已於全民健康保險憑證註記預立醫療決定者，不得申報本項費用。 B.每人終生以申報一次為限。 C.應依病人自主權利法，於申報前完成預立醫療決定上傳至中央主管機關之資料庫，未完成者，本項費用不予支付。	v	v	v	v	3000	02029B	-同次住院申報二次02020B「緩和醫療家庭諮詢費」者 註：執行02028B及02029B 1.符合下列任一適應症，且具完全行為能力之住院病人： (1)六十五歲以上重大傷病，且罹患安寧療護收案條件所列之疾病別。 (2)臨床失智評估量表(Clinical Dementia Rating, CDR)0.5至1分。 (3)病人自主權利法第十四條第一項第五款所公告之病名。 (4)「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」收案對象。 2.相關規範： (1)諮商參與人員：依病人自主權利法之規定辦理。 (2)諮商紀錄：應有每次會議完整之諮商溝通內容紀錄，並應將影本併入病人之病歷紀錄留存，紀錄有參與諮商醫療團隊及病人或家屬簽名，並簽署預立醫療決定。 (3)申報規定： A.當次就醫前已於全民健康保險憑證註記預立醫療決定者，不得申報本項費用。 B.每人終生以申報一次為限。 C.應依病人自主權利法，於申報前完成預立醫療決定上傳至中央主管機關之資料庫，未完成者，本項費用不予支付。	v	v	v	1500	

第三節 病房費

通則：

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。另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，其加護病床得比照醫學中心-甲級申報；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），其加護病床得比照區域醫院-乙級申報。

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)。

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（暫不實施）：

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，

第三節 病房費

通則：

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。

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)。

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%

一、調整急救責任醫院加護病床基本診療項目，修正通則七：增列醫院依緊急醫療能力分級評定申報加護病床支付標準規範。

二、修正通則九(二)：配合一百十四年度醫院總額「全日護病比」項目移出健保總額，改由公務預算支應，修正「全日平均護病比」加成規範暫不實施。

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。

(2)於每季結束次次月二十日前，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）。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	急性一般病床（床/天）					
03077K	--護理費（第一天）				v	1154
03078A				v		1032
03079B			v			977
03026K	--護理費（第二天起）				v	888
03027A				v		794
03029B			v			752
	註：護理費為偏鄉醫院加成項目。					
	經濟病床（床/天）					
03080K	--護理費（第一天）				v	819
03081A				v		734
03082B			v			663
03030K	--護理費（第二天起）				v	631
03031A				v		565
03033B			v			511
	註：1.指每一病室設超過四床之病床。 2.護理費為偏鄉醫院加成項目。					
	精神急性一般病床（床/天）					
03086K	--護理費（第一天）				v	1154
03087A				v		1032
03088B			v			977
03058K	--護理費（第二天起）				v	888
03059A				v		794
03060B			v			752
	註：護理費為偏鄉醫院加成項目。					
	精神急性經濟病床（床/天）					
03089K	--護理費（第一天）				v	819
03090A				v		734
03091B			v			663
03064K	--護理費（第二天起）				v	631
03065A				v		565
03066B			v			511
	註：1.指每一病室設超過四床之病床。 2.護理費為偏鄉醫院加成項目。					
	急診觀察床(床/天)					

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。

(2)於每季結束次次月二十日前，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）。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	急性一般病床（床/天）					
03077K	--護理費（第一天）				v	1027
03078A				v		905
03079B			v			850
03026K	--護理費（第二天起）				v	790
03027A				v		696
03029B			v			654
	註：護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。					
	經濟病床（床/天）					
03080K	--護理費（第一天）				v	729
03081A				v		644
03082B			v			573
03030K	--護理費（第二天起）				v	561
03031A				v		495
03033B			v			441
	註：1.指每一病室設超過四床之病床。 2.護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。					
	精神急性一般病床（床/天）					
03086K	--護理費（第一天）				v	1027
03087A				v		905
03088B			v			850
03058K	--護理費（第二天起）				v	790
03059A				v		696
03060B			v			654
	註：護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。					
	精神急性經濟病床（床/天）					
03089K	--護理費（第一天）				v	729
03090A				v		644
03091B			v			573
03064K	--護理費（第二天起）				v	561
03065A				v		495
03066B			v			441
	註：1.指每一病室設超過四床之病床。 2.護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。					
	急診觀察床(床/天)					

三、修正03077K「急性一般病床（床/天）--護理費（第一天）」等二十八項支付點數或支付規範。

03075A	--護理費(第一天)			v	v	914		03075A	--護理費(第一天)			v	v	571	
03076B			v			818		03076B			v			475	
03042A	--護理費（第二天起）			v	v	703		03042A	--護理費（第二天起）			v	v	175	
03043B			v			629		03043B			v			151	
	註：1.急診留觀或待床病人，入住滿六小時始得申報。 2.留置超過一日(二十四小時)者，比照住院病房費申報方式，依算進不算出原則計算。 3.僅作注射點滴、輸血或休息者，不予支付。 4.山地離島地區病人因故無法後送而須於衛生所(室)留觀者，依03019B及03074B「病床費」、03043B及03076B「護理費」申報。								註：1.急診留觀或待床病人，入住滿六小時始得申報。 2.留置超過一日(二十四小時)者，比照住院病房費申報方式，依算進不算出原則計算。 3.僅作注射點滴、輸血或休息者，不予支付。 4.山地離島地區病人因故無法後送而須於衛生所(室)留觀者，依03019B及03074B「病床費」、03043B及03076B「護理費」申報。							

第五節 管灌飲食費及營養照護費

第二項 營養照護費

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
05153B	早產兒母乳補充照護（每25mL母乳） 註： 1.適用範圍：出生週數小於等於三十二週或出生體重小於等於一千八百公克之早產兒，採母乳餵食，且每日餵食量達100mL/kg者。 2.限住院期間申報。 3.限標示適用早產兒之嬰兒(輔助)食品。		v	v	v	30

第五節 管灌飲食費及營養照護費

第二項 營養照護費

新增05153B「早產兒母乳補充照護（每25mL母乳）」診療項目。

第二章 特定診療 Specific Diagnosisand Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

第六項 免疫學檢查 Immunology Examination (12001-12219)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
12184C	去氧核糖核酸類定量擴增試驗 DNA quantitative amplification test 註：不得同時申報14085C、14086C。	v	v	v	v	2000
12219C	酪氨酸磷酸酶自體抗體(EIA法) Tyrosine phosphatase Autoantibody (IA-2Ab)(EIA) 註： 1.適用範圍：疑似第一型糖尿病診斷。 2.支付規範： (1)限內分泌新陳代謝科、小兒內分泌專科醫師開立處方。 (2)限12180C「穀醯酸脫梭酶抗體」呈現陰性，始得申報本項。 (3)每人終生限給付一次。	v	v	v	v	1067

第二章 特定診療 Specific Diagnosisand Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

第六項 免疫學檢查 Immunology Examination (12001-12217)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
12184C	去氧核糖核酸類定量擴增試驗 DNA quantitative amplification test 註：不得同時申報14085C。	v	v	v	v	2000

第八項 病毒學檢查 Virology Examination (14001-14085)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	B型肝炎表面抗原 HBsAg（定性）					
14030C	— Latex 法	v	v	v	v	80
14031C	— RPHA 法	v	v	v	v	100
14032C	— EIA/LIA	v	v	v	v	160
	註：14030C至14032C不得同時申報14085C。					
14085C	B 型肝炎病毒核心關連抗原(HBcrAg)合併表面抗原(HBsAg)定量檢驗 Quantification of Hepatitis B virus core-related antigen (HBcrAg) combined with Hepatitis B surface antigen (HBsAg) 註： 1.適應症：慢性B型肝炎病人，因B型肝炎發作接受口服抗病毒藥物治療，得於停藥前執行本項檢測，而延長用藥期間之檢驗，每次檢驗須間隔二十四週以上。 2. 不得同時申報12184C、14030C、14031C、14032C。 3.須符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準附件六藥品給付規定第十節抗微生物劑10.7.3.暨10.7.4.之醫師資格。		v	v	v	1800

第八項 病毒學檢查 Virology Examination (14001-14086)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	B型肝炎表面抗原 HBsAg（定性）					
14030C	— Latex 法	v	v	v	v	80
14031C	— RPHA 法	v	v	v	v	100
14032C	— EIA/LIA	v	v	v	v	160
	註：14030C至14032C不得同時申報14085C、14086C。					
14085C	B 型肝炎病毒核心關連抗原(HBcrAg)合併表面抗原(HBsAg)定量檢驗 Quantification of Hepatitis B virus core-related antigen (HBcrAg) combined with Hepatitis B surface antigen (HBsAg) 註：		v	v	v	1800

一、新增12219C「酪氨酸磷酸酶自體抗體(EIA法)」及12086C「B型肝炎病毒表面抗原(HBsAg)定量檢驗」二項診療項目。

二、修正12184C「去氧核糖核酸類定量擴增試驗」等五項支付規範。

	1.適應症：慢性B型肝炎病人，因B型肝炎發作接受口服抗病毒藥物治療，得於停藥前執行本項檢測，而延長用藥期間之檢驗，每次檢驗須間隔二十四週以上。 2. 不得同時申報12184C、14030C、14031C、14032C、14086C。 3.須符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準附件六藥品給付規定第十節抗微生物劑10.7.3.暨10.7.4.之醫師資格。 4.本項須按「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」格式，於檢驗（查）申報前上傳檢驗（查）結果報告，未上傳者本項不予支付。					
14086C	B型肝炎病毒表面抗原(HBsAg)定量檢驗 Quantification of Hepatitis B surface antigen (HBsAg) 註： 1.適應症：慢性B型肝炎病人，因B型肝炎發作接受口服抗病毒藥物治療，得於停藥前執行本項檢測，而延長用藥期間之檢驗，每次檢驗須間隔二十四週以上。 2. 不得同時申報12184C、14030C、14031C、14032C、14085C。 3.須符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準附件六藥品給付規定第十節抗微生物劑10.7.3.暨10.7.4.之醫師資格。 4.本項須按「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」格式，於檢驗（查）申報前上傳檢驗（查）結果報告，未上傳者本項不予支付。	v	v	v	v	475

	4.本項須按「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」格式，於檢驗（查）申報前上傳檢驗（查）結果報告，未上傳者本項不予支付。					

第七節 手術

第三項 筋骨 Musculoskeletal System (64001-64285)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	肩旋轉袖破裂修補術 Rotator cuff tear repair					
64121B	－小破裂 small		v	v	v	5534
64122B	－大破裂 large or massive		v	v	v	7070
	註： 1.64122B一般材料費及單次使用小骨鋸片、鑽頭、關節鏡專用套管，得另加計百分之一百十二。 2.64121B及64122B不得同時申報64285B。					
64163B	全肩關節置換術 Total shoulder replacement 註：不得同時申報64284B、64285B。		v	v	v	9320
64198B	人工關節移除 Removal of prosthesis － 股、肩、膝 hip, shoulder, knee 註：不得同時申報64284B。		v	v	v	6000
	關節鏡手術 Arthroscopic surgery					
64243B	－關節鏡探查手術，併施行滑膜切片，灌洗，清創 Arthroscopy with synovial biopsy，irrigation & larvage ，debridement		v	v	v	3000
64244B	－關節鏡下關節面磨平成形術，打洞，游離體或骨軟骨碎片取出手術 Arthroscopic shaving or abrasion arthroplasty，drilling or pinning or removal of loose body or osteochrondral fragment 註： 1.以上64243B及64244B二項點數皆含鏡檢費用。		v	v	v	8000

第七節 手術

第三項 筋骨 Musculoskeletal System (64001-64283)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	肩旋轉袖破裂修補術 Rotator cuff tear repair					
64121B	－小破裂 small		v	v	v	5534
64122B	－大破裂 large or massive		v	v	v	7070
	註：64122B一般材料費及單次使用小骨鋸片、鑽頭、關節鏡專用套管，得另加計百分之一百十二。					
64163B	全肩關節置換術 Total shoulder replacement		v	v	v	9320
64198B	人工關節移除 Removal of prosthesis － 股、肩、膝 hip, shoulder, knee		v	v	v	6000
	關節鏡手術 Arthroscopic surgery					
64243B	－關節鏡探查手術，併施行滑膜切片，灌洗，清創 Arthroscopy with synovial biopsy，irrigation & larvage ，debridement		v	v	v	3000
64244B	－關節鏡下關節面磨平成形術，打洞，游離體或骨軟骨碎片取出手術 Arthroscopic shaving or abrasion arthroplasty，drilling or pinning or removal of loose body or osteochrondral fragment 註： 1.以上64243B及64244B二項點數皆含鏡檢費用。 2.64243B一般材料費及單次使用關節鏡磨刀，得另加計百分之一百七十三。 3.64244B一般材料費及單次使用刮刀及磨刀，得另加計百分之一百零三。		v	v	v	8000

一、新增64284B「人工全肩關節再置換手術」及64285B「反置人工全肩關節置換手術」二項診療項目。

二、修正64121B「肩旋轉袖破裂修補術－小破裂」等十九項支付規範。

三、第十三項女性生殖之「八、自然生產、剖腹產及流產」項下，新增通則二，增列醫院夜間及例假日自然產手術案件加算成數規範。

	2.64243B一般材料費及單次使用關節鏡磨刀，得另加計百分之一百七十三。 3.64244B一般材料費及單次使用刮刀及磨刀，得另加計百分之一百零三。 4.64243B 及 64244B 不得同時申報 64285B。					
64284B	人工全肩關節再置換手術 Revision total shoulder replacement 註： 1.須事前審查，須檢附病史清晰可判讀之X-RAY及MRI影像學檢查。 2.不得同時申報：64163B、64198B。 3.一般材料費，得另加計百分之二十。		v	v	v	30016
64285B	反置人工全肩關節置換手術 Revision total shoulder Arthroplasty 註： 1.符合下列適應症之一： (1)肩關節旋轉肌群無法修復且造成重大失能(達到顯著運動失能)，且六十五歲以上者。旋轉肌群無法修復之審查標準為肩核磁共振顯示旋轉肌群有巨大斷裂且合併旋轉肌群古塔里耶分級（Goutallier grade） 3 以上脂肪浸潤變化。 (2)肩盂骨性缺損合併關節病變需置換人工肩關節，且六十五歲以上者。肩盂骨性缺損之審查標準為肩關節盂骨缺損達威祿士分類（Walch classification）B 以上或肩盂後轉（glenoid retroversion）15 度以上。 (3)七十歲以上肱骨上端骨缺損，X 光顯示肱骨上端骨缺損且臨床需合併反覆性肩關節脫臼或慢性肩關節脫臼病史者。 (4)類風溼性關節炎合併肩關節旋轉肌群無法修復且造成重大失能者。旋轉肌群無法修復之審查標準為肩核磁共振顯示旋轉肌群有巨大斷裂且合併旋轉肌群 Goutallier grade3 以上脂肪浸潤變化。 2.須事前審查，須檢附病史清晰可判讀之X-RAY 及 MRI 影像學檢查。 3.不得同時申報：64121B、64122B、64163B、64243B、64244B。 4.一般材料費，得另加計百分之二十一。		v	v	v	29128

第十二項 泌尿及男性生殖

十一、會陰 Perineum (79601-79602、79604-79605)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
79604C	會陰修補及肛門損傷修補 Repair of perinueum with repair of anal defects 註：陰道生產致會陰裂傷四度，得依實際縫合情形申報，應檢附手術紀錄及術後傷口處置情形於病歷上備查。	v	v	v	v	9115
79605C	會陰修補及括約肌修補 Repair of perinueum with sphincter repair 註：陰道生產致會陰裂傷三度，得依實際縫合情形申報，應檢附手術紀錄及術後傷口處置情形於病歷上備查。	v	v	v	v	7762

第十三項 女性生殖

一、會陰 Perineum (79601-79605)

第十二項 泌尿及男性生殖

十一、會陰 Perineum (79601-79602、79604-79605)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
79604C	會陰修補及肛門損傷修補 Repair of perinueum with repair of anal defects	v	v	v	v	9115
79605C	會陰修補及括約肌修補 Repair of perinueum with sphincter repair	v	v	v	v	7762

第十三項 女性生殖

一、會陰 Perineum (79601-79605)

註：本項與「第十二項 泌尿及男性生殖」項下「十一、會陰」為相同項目，但有 79603C 女陰白斑切除術。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
79604C	會陰修補及肛門損傷修補 Repair of perinueum with repair of anal defects	v	v	v	v	9115
79605C	會陰修補及括約肌修補 Repair of perinueum with sphincter repair	v	v	v	v	7762

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
80401C	診斷性或治療性子宮擴張刮除術（非產科） Diagnostic or therapeutic dilation and curettage (Non- obstetric)	v	v	v	v	1799

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

通則：

剖腹產適應症如下（須符合下列任一情況）：

1.Fetal distress（須附胎兒監視器報告）。

2.Failure to progress in active labor（產程進展不良）。

3.APH（placenta previa, abruptio placenta)（產前出血）。

4.Malpresentation（including twin with malpresentation）（胎位不正）。

5.Cord prolapse（臍帶脫垂）。

6.Induction failure（催生失敗者）。

7.Active genital herpes（生殖道疱疹者）。

8.Previous C/S（前次剖腹產）。請註明前次剖腹產之理由，前次為自行要求剖腹產者，如無特殊理由須再度剖腹產者，僅得以自行要求剖腹產項目申報。

9.Previous uterine surgery（先前有子宮手術者）。

10.Vulvar and/or vaginal condyloma acuminata, diffuse（陰部或陰道長尖形濕疣）。

11.Treatable fetal anomalies（e.g.gastroschisis, omphalocele, hydrocephaly）（胎兒先天不正常可治療者）。

12.Preeclampsia（子癇前症）with Uncorrectable severe preeclampsia，HELLP syndrome，Eclampsia。

13.Extremly premature fetus<1500gm（限有 NICU 設備者）（嬰兒體重<1500 公克）。

14.Pelvic deformity（Sequal of poliomyelitis or traffic accident,etc.）（骨盤畸型）。

15.Fetal macrosomia（>4000gm EBW)（胎兒超音波預估體重過重>4000 公克）。

註：本項與「第十二項 泌尿及男性生殖」項下「十一、會陰」為相同項目，但有 79603C 女陰白斑切除術。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
79604C	會陰修補及肛門損傷修補 Repair of perinueum with repair of anal defects 註：陰道生產致會陰裂傷四度，得依實際縫合情形申報，應檢附手術紀錄及術後傷口處置情形於病歷上備查。	v	v	v	v	9115
79605C	會陰修補及括約肌修補 Repair of perinueum with sphincter repair 註：陰道生產致會陰裂傷三度，得依實際縫合情形申報，應檢附手術紀錄及術後傷口處置情形於病歷上備查。	v	v	v	v	7762

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
80401C	診斷性或治療性子宮擴張刮除術（非產科） Diagnostic or therapeutic dilation and curettage (Non- obstetric) 註： 1.適用範圍：子宮異常出血、子宮內膜過厚或懷疑子宮內膜病灶、子宮頸抹片腺體異常。 2.須檢附術後病理細胞學報告。	v	v	v	v	1799

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

通則：

1.剖腹產適應症如下（須符合下列任一情況）：

(1)Fetal distress（須附胎兒監視器報告）。

(2)Failure to progress in active labor（產程進展不良）。

(3)APH（placenta previa, abruptio placenta)（產前出血）。

(4)Malpresentation（including twin with malpresentation）（胎位不正）。

(5)Cord prolapse（臍帶脫垂）。

(6)Induction failure（催生失敗者）。

(7)Active genital herpes（生殖道疱疹者）。

(8)Previous C/S（前次剖腹產）。請註明前次剖腹產之理由，前次為自行要求剖腹產者，如無特殊理由須再度剖腹產者，僅得以自行要求剖腹產項目申報。

(9)Previous uterine surgery（先前有子宮手術者）。

(10)Vulvar and/or vaginal condyloma acuminata, diffuse（陰部或陰道長尖形濕疣）。

(11)Treatable fetal anomalies（e.g.gastroschisis, omphalocele, hydrocephaly）（胎兒先天不正常可治療者）。

(12)Preeclampsia（子癲前症）with Uncorrectable severe preeclampsia，HELLP syndrome，Eclampsia。

(13)Extremly premature fetus<1500gm（限有 NICU 設備者）（嬰兒體重<1500 公克）。

(14)Pelvic deformity（Sequal of poliomyelitis or traffic accident,etc.）（骨盤畸型）。

(15)Fetal macrosomia（>4000gm EBW)（胎兒超音波預估體重過重>4000 公克）。

(16)Cephalopelvic disproportion（CPD)（胎頭骨盆不對稱）。

(17)Obstructive labor（e.g.myoma,ovarian tumor）。

(18)Major medical complications（主要內科併發症）。

(19)經診斷為 HIV（+）者。

16.Cephalopelvic disproportion（CPD)（胎頭骨盆不對稱）。

17.Obstructive labor（e.g.myoma,ovarian tumor）。

18.Major medical complications（主要內科併發症）。

19.經診斷為 HIV（+）者。

20.曾因陰道分娩造成四度裂傷併發肛門瘻管者。

21.多胞胎妊娠。

22.其他特殊適應症，但須詳細說明。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
81031C	子宮內管刮除術 Endocervical curettage	v	v	v	v	612
81017C	無妊娠併發症之陰道產 Vaginal delivery in normal pregnancy 註：包括會陰切開術，縫合術及胎盤剝離等。	v	v	v	v	14000
81034C	有妊娠併發症之陰道產 Vaginal delivery in complicated pregnancy (defined as cases with preeclampsia, eclampsia, GDM, malpresentation, and documented major medical or surgical complications) 註： 1.妊娠併發症係指： (1)子癲前症、子癲症、妊娠糖尿病、胎位不正、和有病歷記載之內外科併發症者。 (2)妊娠二十二週以上至未滿三十三週早產病患。(排除胎死腹中，及符合優生保健法之中止妊娠) (3)四十歲以上初產婦。 (4) BMI≧35之初產婦。 (5)嚴重妊娠高血壓。 (6)胎兒生長遲緩或胎兒發育異常者(IUGR)或胎盤功能異常者。 (7)妊娠合併內科疾病：心臟病、糖尿病、甲狀腺疾病、腎臟疾病(NS,IgA,ESRD)、免疫性疾病(SLE)、血小板低下症。 (8)白血病。 (9)血友病(Coagulopathy)。 (10)愛滋病。 (11)產後大出血者。 (12)胎盤早期剝離。 (13)合併接受外科手術者。 (14)雙胞胎輸血症候群。 2.包括會陰切開術，縫合術及胎盤剝離等。	v	v	v	v	19999
81018C	雙胎分娩 Vaginal delivery of twins 註：包括會陰切開術，縫合術及胎盤剝離等。	v	v	v	v	26393
81019C	多胎分娩 Vaginal delivery of multiple pregnancy 註：包括會陰切開術，縫合術及胎盤剝離等。	v	v	v	v	29439
81024C	前胎剖腹產後之陰道生產（接生費） 註：包括會陰切開術，縫合術及胎盤剝離等。	v	v	v	v	23386
81025C	前胎剖腹產後之陰道生產（雙胎分娩） 註：包括會陰切開術，縫合術及胎盤剝離等。	v	v	v	v	27165
81026C	前胎剖腹產後之陰道生產（多胎分娩） 註：包括會陰切開術，縫合術及胎盤剝離等。	v	v	v	v	30907

(20)曾因陰道分娩造成四度裂傷併發肛門瘻管者。

(21)多胞胎妊娠。

(22)其他特殊適應症，但須詳細說明。

2.醫院夜間（晚上十時至隔日早上六時）及例假日（週六之零時至週日二十四時、國定假日零時至二十四時）之自然產手術案件（81017C、81018C、81019C、81024C、81025C、81026C、81034C），其「手術費」得按本節所定點數加算百分之三十，但「手術一般材料費」不得另按比例加算。同時符合夜間及例假日者，僅加計百分之三十。

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
81031C	子宮內管刮除術 Endocervical curettage 註： 1.適用範圍：子宮異常出血、子宮頸抹片異常、子宮頸錐形切除後，確認子宮內頸管病灶。 2.須檢附子宮頸抹片檢查報告及術後病理細胞學報告。	v	v	v	v	612
81017C	無妊娠併發症之陰道產 Vaginal delivery in normal pregnancy 註：包括會陰切開術，縫合術(縫合二度以內之裂傷)及胎盤剝離等。	v	v	v	v	14000
81034C	有妊娠併發症之陰道產 Vaginal delivery in complicated pregnancy (defined as cases with preeclampsia, eclampsia, GDM, malpresentation, and documented major medical or surgical complications) 註： 1.妊娠併發症係指： (1)子癲前症、子癲症、妊娠糖尿病、胎位不正、和有病歷記載之內外科併發症者。 (2)妊娠二十二週以上至未滿三十三週早產病人。(排除胎死腹中，及符合優生保健法之中止妊娠) (3)四十歲以上初產婦。 (4) BMI≧35之初產婦。 (5)嚴重妊娠高血壓。 (6)胎兒生長遲緩或胎兒發育異常者(IUGR)或胎盤功能異常者。 (7)妊娠合併內科疾病：心臟病、糖尿病、甲狀腺疾病、腎臟疾病(NS,IgA,ESRD)、免疫性疾病(SLE)、血小板低下症。 (8)白血病。 (9)血友病(Coagulopathy)。 (10)愛滋病。 (11)產後大出血者。 (12)胎盤早期剝離。 (13)合併接受外科手術者。 (14)雙胞胎輸血症候群。 2.包括會陰切開術，縫合術(縫合二度以內之裂傷)及胎盤剝離等。	v	v	v	v	19999
81018C	雙胎分娩 Vaginal delivery of twins 註：包括會陰切開術，縫合術(縫合二度以內之裂傷)及胎盤剝離等。	v	v	v	v	26393
81019C	多胎分娩 Vaginal delivery of multiple pregnancy 註：包括會陰切開術，縫合術(縫合二度以內之裂傷)及胎盤剝離等。	v	v	v	v	29439
81024C	前胎剖腹產後之陰道生產（接生費） 註：包括會陰切開術，縫合術(縫合二度以內之裂傷)及胎盤剝離等。	v	v	v	v	23386

81025C	前胎剖腹產後之陰道生產（雙胎分娩） 註：包括會陰切開術，縫合術(縫合二度以內之裂傷)及胎盤剝離等。	v	v	v	v	27165
81026C	前胎剖腹產後之陰道生產（多胎分娩） 註：包括會陰切開術，縫合術(縫合二度以內之裂傷)及胎盤剝離等。	v	v	v	v	30907

第三部 牙醫

通則：

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

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

1.具主管機關發給之專科證書或牙髓病科、牙周病科、兒童牙科及牙體復形各分科學會相關專科證明之醫師。

2.全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫執行院所之醫師，其轉診範圍限(二)之第 7 項範圍。

3.具牙科專科醫師訓練機構資格之教學醫院以醫師為單位，前一年度申報轉診範圍各科別醫令費用在十五百分位數以上者，其科別點數或件數占總申報點數或件數百分之六十以上者(牙體復形除外)。本項名單每年依附表 3.3.4 產製。

(二)轉診範圍，限於下列之科別與診療項目：

1. 牙髓病科：本標準第三章第二節根管治療(除 90004C、90006C、90007C、90088C 外)，及 91009B、92030C~92033C。
2. 牙周病科：本標準第三章第三節牙周病學(除 91001C、91003C、91004C、91088C 外），及 92030C~92033C、91021C~91023C。
3. 口腔顎面外科：本標準第三章第四節口腔顎面外科(除 92001C、92013C、92088C 外)。
4. 牙體復形科：本標準第三章第一節牙體復形(除 89006C、89088C 外)。
5. 口腔病理科：92049B、92065B、92073C、92090C、92091C、92095C、92021B、92022B、92053B、92054B、92067B、92068B、92069B、92070B、92097C、92098C、92161B。
6. 兒童牙科：未滿十三歲執行上述醫令項目。
7. 符合全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫之適用對象，參與該計畫醫師於院所執行轉診醫療者，不限科別皆得申報轉診加成。

(三)轉診加成規範：

1. 轉診加成同一療程之適用範圍：自轉診收治日起一百八十天內；屬同一療程之診療項目於該療程期間皆得申報加成。
2. 申報轉診加成之院所及醫師規範：
   (1) 轉出及接受轉診不得為同一醫師。
   (2) 基層院所可接受轉診之專科醫師互轉規範：
      A. 非屬附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則適用鄉鎮之基層院所：
         (a)同專科同層級受理轉診者，不得申報轉診加成；不同專科接受轉診者，不在此限。
         (b)該縣市無可上轉至上一層級之專科醫師者，得申報轉診加成。
      B. 屬附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則適用鄉鎮之基層院所：同層級受理轉診者，不得申報轉診加成。
3. 同一病人之轉出每次限轉診一種科別。
4. 基層院所專科醫師接受同一病人轉診加成，九十天內僅以一次為限。

(四)轉診單開立後九十天內，病人應至接受轉診之醫療院所就診，否則無效。

第三部 牙醫

通則：

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

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

1.具主管機關發給之專科證書或牙髓病科、牙周病科、兒童牙科及牙體復形各分科學會相關專科證明之醫師。

2.全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫執行院所之醫師，其轉診範圍限(二)之第 7 項範圍。

3.以醫師為單位，前一年度申報轉診範圍各科別醫令費用在十五百分位數(含)以上者，其科別點數或件數占總申報點數或件數百分之六十(含)以上者(牙體復形除外)。本項名單每年依附表 3.3.4 產製。

(二)轉診範圍，限於下列之科別與診療項目：

1. 牙髓病科：本標準第三章第二節根管治療(除 90004C、90006C、90007C、90088C 外)，及 91009B、92030C~92033C。
2. 牙周病科：本標準第三章第三節牙周病學(除 91001C、91003C、91004C、91088C 外），及 92030C~92033C、91021C~91023C。
3. 口腔顎面外科：本標準第三章第四節口腔顎面外科(除 92001C、92013C、92088C 外)。
4. 牙體復形科：本標準第三章第一節牙體復形(除 89006C、89088C 外)。
5. 口腔病理科：92049B、92065B、92073C、92090C、92091C、92095C、92021B、92022B、92053B、92054B、92067B、92068B、92069B、92070B、92097C、92098C、92161B。
6. 兒童牙科：未滿十三歲執行上述醫令項目。
7. 符合全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫之適用對象，參與該計畫醫師於院所執行轉診醫療者，不限科別皆得申報轉診加成。

(三)轉診加成規範：

1. 轉診加成同一療程之適用範圍：自轉診收治日起一百八十天內；屬同一療程之診療項目於該療程期間皆得申報加成。
2. 申報轉診加成之院所及醫師規範：
   (1) 轉出及接受轉診不得為同一醫師。
   (2) 基層院所可接受轉診之專科醫師互轉規範：
      A. 非屬附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則適用鄉鎮之基層院所：
         (a)同專科同層級受理轉診者，不得申報轉診加成；不同專科接受轉診者，不在此限。
         (b)該縣市無可上轉至上一層級之專科醫師者，得申報轉診加成。
      B. 屬附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則適用鄉鎮之基層院所：同層級受理轉診者，不得申報轉診加成。
3. 同一病人之轉出每次限轉診一種科別。
4. 基層院所專科醫師接受同一病人轉診加成，九十天內僅以一次為限。

(四)轉診單開立後九十天內，病人應至接受轉診之醫療院所就診，否則無效。

修正通則三(一)3.：具牙科專科醫師訓練機構資格之教學醫院以醫師為單位。

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

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

項目	說　明
一、邏輯定義	1.具牙科專科醫師訓練機構資格之教學醫院以醫師為單位，前一年度申報轉診範圍各分科別醫令費用在十五百分位數以上者。 2.符合前述條件之醫師，其分科點數或醫令數占總申報點數或醫令數百分之六十以上者。
二、分區	六分區及全國
三、各分科定義	1.牙髓病科：本標準第三章第二節根管治療(除90004C、90006C、90007C、90088C 外)，及91009B、92030C~92033C。 2.牙周病科：本標準第三章第三節牙周病學(除91001C、91003C、91004C、91088C 外) ，及92030C~92033C、91021C~91023C。 3.口腔顎面外科：本標準第三章第四節口腔顎面外科(除 92001C、92013C、92088C 外)。 4.牙體復形科：本標準第三章第一節牙體復形(除89006C、89088C 外)。 5.口腔病理科：92049B、92065B、92073C、92090C、92091C、92095C、92021B、92022B、92053B、92054B、92067B、92068B、92069B、92070B、92097C、92098C、92161B。 6.兒童牙科：未滿十三歲執行上述醫令項。
四、計算式	1.分子： (1)牙髓病科、牙周病科、口腔顎面外科、口腔病理科：以醫師歸戶，計算上述各分科定義之醫令項(醫令數或點數)。 (2)兒童牙科：以醫師歸戶，計算有執行病人年齡未滿十三歲，上述牙髓病科、牙周病科、口腔顎面外科、口腔病理科及牙體復形科之醫令項(醫令數或點數)。 2.分母：以醫師歸戶，計算申報本標準第三部牙醫>第三章 牙科處置及手術項下醫令項 (醫令數或點數)，排除 89006C、89088C、90004C、90006C、90007C、90088C、91001C、91003C、91004C、91088C、92001C、92013C、92088C。

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

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

項目	說　明
一、邏輯定義	1.以醫師為單位，前一年度申報轉診範圍各分科別醫令費用在十五百分位數以上者。 2.符合前述條件之醫師，其分科點數或醫令數占總申報點數或醫令數百分之六十以上者。
二、分區	六分區及全國
三、各分科定義	1.牙髓病科：本標準第三章第二節根管治療(除90004C、90006C、90007C、90088C 外)，及91009B、92030C~92033C。 2.牙周病科：本標準第三章第三節牙周病學(除91001C、91003C、91004C、91088C 外) ，及92030C~92033C、91021C~91023C。 3.口腔顎面外科：本標準第三章第四節口腔顎面外科(除 92001C、92013C、92088C 外)。 4.牙體復形科：本標準第三章第一節牙體復形(除89006C、89088C 外)。 5.口腔病理科：92049B、92065B、92073C、92090C、92091C、92095C、92021B、92022B、92053B、92054B、92067B、92068B、92069B、92070B、92097C、92098C、92161B。 6.兒童牙科：未滿十三歲執行上述醫令項。
四、計算式	1.分子： (1)牙髓病科、牙周病科、口腔顎面外科、口腔病理科：以醫師歸戶，計算上述各分科定義之醫令項(醫令數或點數)。 (2)兒童牙科：以醫師歸戶，計算有執行病人年齡未滿十三歲，上述牙髓病科、牙周病科、口腔顎面外科、口腔病理科及牙體復形科之醫令項(醫令數或點數)。 2.分母：以醫師歸戶，計算申報本標準第三部牙醫>第三章 牙科處置及手術項下醫令項 (醫令數或點數)，排除 89006C、89088C、90004C、90006C、90007C、90088C、91001C、91003C、91004C、91088C、92001C、92013C、92088C。

修正附表 3.3.4 項目一、邏輯定義說明「具牙科專科醫師訓練機構資格之教學醫院」。

第五章 牙周病統合治療方案

通則：

二、牙醫師資格、申請程序及審查程序：

(一)一般醫師須接受四學分以上牙周病統合治療方案相關之教育訓練（一學分行政課程；三學分專業課程）。

(二)臺灣牙周病醫學會與台灣牙周補綴醫學會專科醫師、一般會員均須接受一學分以上牙周病統合治療方案相關之行政部分教育訓練。

(三)醫師非二年內經保險人停約或終止特約醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函所載停約或終止特約日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者）。

(四)醫師當年合計治療個案數，由保險人於次年八月依病人歸戶統計，經歸戶並排除治療個案數五件以下者，若當年申報 91023C 個案數比率小於百分之三十三點三三者（限同院所，不限同醫師完成），自保險人文到日次年一月起，兩年內不得申報本章診療項目，屆滿須再接受相關教育訓練後，始得提出申請。

(五)特約醫療院所應檢附教育訓練學分證明等相關資料，於每月五日前將申請書及有關資料以掛號郵寄至中華民國牙醫師公會全國聯合會（以下稱牙醫全聯會），牙醫全聯會審查後，於每月二十日前將名單函送所轄保險人分區業務組核定，並由所轄保險人分區業務組行文通知相關院所，並副知牙醫全聯會；申請者得於核定之起迄期間執行本方案服務。

第五章 牙周病統合治療方案

通則：

二、牙醫師申請資格、申請程序及審查程序：

(一)一般醫師須接受四學分以上牙周病統合治療方案相關之教育訓練（一學分行政課程；三學分專業課程）。

(二)臺灣牙周病醫學會與台灣牙周補綴醫學會專科醫師、一般會員均須接受一學分以上牙周病統合治療方案相關之行政部分教育訓練。

(三)醫師非二年內經保險人停約或終止特約醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函所載停約或終止特約日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者）。

(四)醫師當年合計治療個案數，由保險人於次年八月依病人歸戶統計，經歸戶並排除治療個案數五件以下者，若當年申報 91023C 個案數比率小於百分之三十三點三三者（限同院所，不限同醫師完成），自保險人文到日次年一月起，兩年內不得申報本章診療項目，屆滿須再接受相關教育訓練後，始得提出申請。

(五)特約醫療院所應檢附教育訓練學分證明等相關資料，於每月五日前將申請書及有關資料以掛號郵寄至中華民國牙醫師公會全國聯合會（以下稱牙醫全聯會），牙醫全聯會審查後，於每月二十日前將名單函送所轄保險人分區業務組核定，並由所轄保險人分區業務組行文通知相關院所，並副知牙醫全聯會；申請者得於核定之起迄期間執行本方案服務。

修正通則二文字。

第四部 中醫

第七章 其他

編號	診療項目	支付點數
B71	脈診儀檢查費	500
B72	舌診儀檢查費	500

第四部 中醫

第七章 其他

編號	診療項目	支付點數
B71	脈診儀檢查費	500
B72	舌診儀檢查費	500

修正 B71「脈診儀檢查費」等二項支付規範。

	註： 1.適應症：附表 4.7 所列疾病。 2.支付規範： (1)申報使用輔助診斷，應依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載(應附有輔助診斷檢查圖像及判讀報告)。 (2)B71、B72 每項每位病人每月限申報一次。 3.申報資格： (1)申報本項支付標準之中醫師及中醫特約醫事服務機構均應經中醫總額受託單位審查認定合格。 (2)前項經審查認定合格之中醫特約醫事服務機構及中醫師應每年提出申請計畫，經核可後始得申報，惟研究教學目的不得申報。 (3)前項中醫特約醫事服務機構限中醫醫院評鑑合格、教學醫院評鑑合格醫院或主要訓練診所(可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新進中醫師)。 (4)限執業滿四年之專任中醫師申報。			註： 1.適應症：附表 4.7 所列疾病。 2.支付規範： (1)申報使用輔助診斷，應依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載(應附有輔助診斷檢查圖像及判讀報告)。 (2)B71、B72 每項每位病人每月限申報一次。 3.申報資格： (1)申報本項支付標準之中醫師及中醫特約醫事服務機構均應經中醫總額受託單位審查認定合格。 (2)前項經審查認定合格之中醫特約醫事服務機構及中醫師應每年提出申請計畫，經核可後始得申報，惟研究教學目的不得申報。 (3)前項中醫特約醫事服務機構限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。 (4)限執業滿四年之專任中醫師申報。		
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** 通則： 二、收案條件： (一)糖尿病：最近九十天曾在該院所診斷為糖尿病（ICD-10-CM 前三碼為 E08-E13）至少同院所就醫達二次以上者，才可收案，惟當次收案須以主診斷【門診醫療費用點數申報格式點數清單段之國際疾病分類碼（一）】收案。同一院所經結案對象一年內不得再收案，但院所仍可依本支付標準申報相關醫療費用。 (二)初期慢性腎臟病： 1.慢性腎臟疾病（Chronic Kidney Disease, CKD）Stage 1、2、3a 期病人，經尿液及血液檢查後，已達下列條件者： (1)CKD stage 1：腎功能正常但有蛋白尿、血尿等腎臟損傷狀況，腎絲球過濾率估算值（estimated Glomerular filtration rate,以下稱 eGFR）≧90 ml/min/1.73 m^2 且尿蛋白與尿液肌酸酐比值（Urine Protein and Creatinine Ratio，以下稱 UPCR）≧150 mg/gm 或尿白蛋白與尿液肌酸酐比值(Urine Albumin and Creatinine Ratio，以下稱 UACR)≧30 mg/gm 之病人。 (2)CKD stage 2：輕度慢性腎衰竭，併有蛋白尿、血尿等 eGFR 60~89.9 ml/min/1.73 m^2 且 UPCR≧150 mg/gm 或 UACR≧30 mg/gm 之病人。 (3)CKD stage 3a：中度慢性腎衰竭，eGFR 45~59.9 ml/min/1.73 m^2 之病人。 2.收案前九十天內曾在該院所就醫，新收案當次需以「慢性腎臟疾病」為主診斷【門診醫療費用點數申報格式點數清單段之國際疾病分類碼（一）】申報。 (三)糖尿病合併初期慢性腎臟病：於同院所同時由前開糖尿病及初期慢性腎臟病收案之病人，應於病人同一次就診中，完成糖尿病及初期慢性腎臟病追蹤管理照護。 三、結案條件： (一)可歸因於病人者，如長期失聯（糖尿病及糖尿病合併初期慢性腎臟病三個月以上；初期慢性腎臟病一百八十天以上）、拒絕再接受治療、死亡或病人未執行本章管理照護超過一年者等。 (二)經醫師評估已可自行照護者。 (三)初期慢性腎臟病及糖尿病合併初期慢性腎臟病病人，其腎功能持續惡化，UPCR≧1000 mg/gm，或 eGFR＜45 ml/min/1.73 m^2，應建議轉診至「全民健康保險末期腎臟病前期（Pre-ESRD）病人照護與衛教計畫」院所。（Stage 3b 或以上） (四)初期慢性腎臟病病人腎功能改善恢復正常，連續追蹤一年腎功能及蛋白尿並未達慢性腎臟病標準。			**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** 通則： 二、收案條件： (一)糖尿病：最近九十天曾在該院所診斷為糖尿病（ICD-10-CM 前三碼為 E08-E13）至少同院所就醫達二次以上者，才可收案，惟當次收案須以主診斷【門診醫療費用點數申報格式點數清單段之國際疾病分類碼（一）】收案。同一院所經結案對象一年內不得再收案，但院所仍可依本支付標準申報相關醫療費用。 (二)初期慢性腎臟病： 1.慢性腎臟疾病（Chronic Kidney Disease, CKD）Stage 1、2、3a 期病人，經尿液及血液檢查後，已達下列條件者： (1)CKD stage 1：腎功能正常但有蛋白尿、血尿等腎臟損傷狀況，腎絲球過濾率估算值（estimated Glomerular filtration rate,以下稱 eGFR）≧90 ml/min/1.73 m^2 且尿蛋白與尿液肌酸酐比值（Urine Protein and Creatinine Ratio，以下稱 UPCR）≧150 mg/gm （或糖尿病病人 UACR≧30 mg/gm）之病人。 (2)CKD stage 2：輕度慢性腎衰竭，併有蛋白尿、血尿等 eGFR 60~89.9 ml/min/1.73 m^2 且 UPCR≧150 mg/gm（或糖尿病病人 UACR≧30 mg/gm）之病人。 (3)CKD stage 3a：中度慢性腎衰竭，eGFR 45~59.9 ml/min/1.73 m^2 之病人。 2.收案前九十天內曾在該院所就醫，新收案當次需以「慢性腎臟疾病」為主診斷【門診醫療費用點數申報格式點數清單段之國際疾病分類碼（一）】申報。 (三)糖尿病合併初期慢性腎臟病：於同院所同時由前開糖尿病及初期慢性腎臟病收案之病人，應於病人同一次就診中，完成糖尿病及初期慢性腎臟病追蹤管理照護。 三、結案條件： (一)可歸因於病人者，如長期失聯（糖尿病及糖尿病合併初期慢性腎臟病三個月以上；初期慢性腎臟病一百八十天以上）、拒絕再接受治療、死亡或病人未執行本章管理照護超過一年者等。 (二)經醫師評估已可自行照護者。 (三)初期慢性腎臟病及糖尿病合併初期慢性腎臟病病人，其腎功能持續惡化，Urine protein / creatinine ratio （UPCR）≧1000 mg/gm，或 eGFR＜45 ml/min/1.73 m^2，應建議轉診至「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫」院所。（Stage 3b 或以上） (四)初期慢性腎臟病病人腎功能改善恢復正常，連續追蹤二次腎功能及蛋白尿並未達慢性腎臟病標準。	修正原通則二、三、五、七內容，酌修文字，另新增通則七，糖尿病及初期慢性腎臟病病人，符合特定條件者得執行C型肝炎篩檢規定，餘標號依序遞延。

五、醫療費用審查：

(一)申報原則：

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

2.門診醫療費用點數申報格式及填表說明：

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

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

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

C.P7001C、P7002C、P7003C：門診醫療費用點數清單段之案件分類應填『E1』、特定治療項目代號（一）應填『EK』。

(2)申報方式：併當月份送核費用申報。

(二)審查原則：

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

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

七、糖尿病及初期慢性腎臟病病人，院所執行C型肝炎篩檢前須至保險人健保醫療資訊雲端查詢系統確認：

(一)符合國民健康署成人預防保健服務終生一次補助資格者：請依成人預防保健之B、C型肝炎擴大篩檢方案補助規定辦理。(註：可單獨提供B、C型肝炎檢查或併同成人預防保健第一階段提供服務)。

(二)不符合上開國民健康署補助資格者：院所得依本章規定執行C型肝炎篩檢並申報14051C「C型肝炎病毒抗體檢查」一次。

(三)已接受國民健康署成人預防保健之C型肝炎篩檢，惟系統查無檢測結果者：得依本章規定執行C型肝炎篩檢並申報14051C「C型肝炎病毒抗體檢查」一次，相關系統查詢紀錄留存備查。

(四)上開「C型肝炎病毒抗體檢查」陽性者，應執行C型肝炎核醣核酸類定量擴增試驗(申報12185C)，如檢驗結果陽性者，應進行C型肝炎全口服藥治療。

八、本章之管理照護費用及品質獎勵措施費用來源：

(一)糖尿病、糖尿病合併初期慢性腎臟病及胰島素注射獎勵措施：由全民健康保險醫院總額及西醫基層總額之「醫療給付改善方案」專款項下支應，採浮動點值支付，即先以每點一元暫付，年度結束時併同本專款項下各方案計算浮動點值，且每點支付金額不高於一元。

(二)初期慢性腎臟病：由全民健康保險其他預算之「腎臟病照護及病人衛教計畫」專款項下支應。該預算先扣除預估之獎勵費用額度後，按季均分，以浮動點值計算管理照護費用，且每點金額不高於一元；當季預算若有結餘，則流用至下季；第四季併同獎勵費用進行每點支付金額計算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，但每點支付金額不高於一元。

(三)依本章規定申報14051C「C型肝炎病毒抗體檢查」：由全民健康保險醫院總額及西醫基層總額之「一般服務」項下支應。

九、保險人得公開參與本章之特約院所名單及相關醫療品質資訊供民眾參考。糖尿病以及糖尿病合併初期慢性腎臟病並公開各組

五、醫療費用審查：

(一)申報原則：

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

2.門診醫療費用點數申報格式及填表說明：

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

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

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

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

(2)申報方式：併當月份送核費用申報。

(二)審查原則：

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

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

七、本章之管理照護費用及品質獎勵措施費用來源：

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

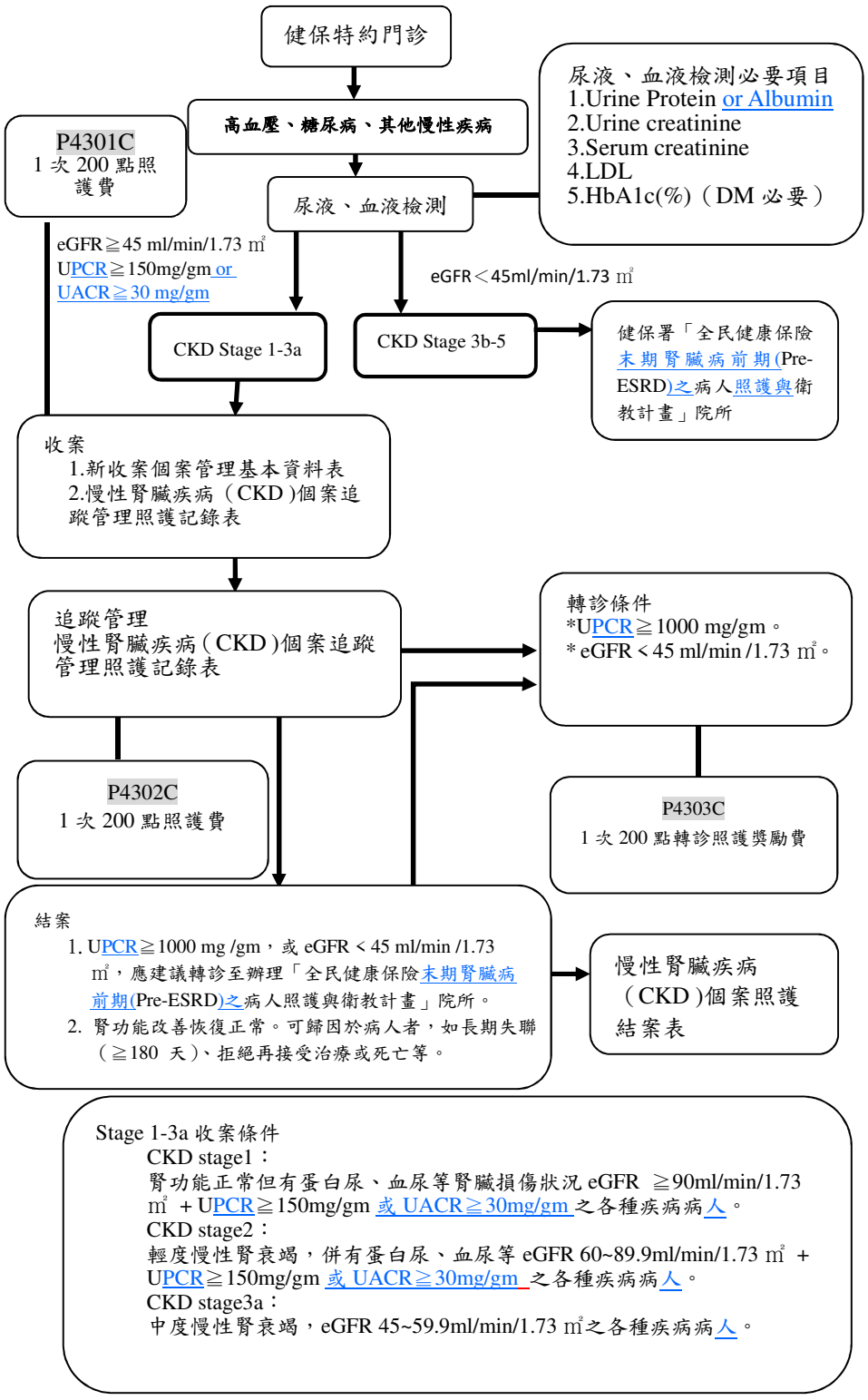
(二)初期慢性腎臟病：由全民健康保險其他預算之「腎臟病照護及病人衛教計畫」專款項下支應。該預算先扣除預估之獎勵費用額度後，按季均分，以浮動點值計算管理照護費用，且每點金額不高於1元；當季預算若有結餘，則流用至下季；第四季併同獎勵費用進行每點支付金額計算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，但每點支付金額不高於1元。

八、保險人得公開參與本章之特約院所名單及相關醫療品質資訊供民眾參考。糖尿病以及糖尿病合併初期慢性腎臟病並公開各組別每項品質指標第二十五、五十、七十五及一百百分位之指標值。

九、符合本章之個案，若合併其它疾病且分屬本保險其他方案或計畫收案對象時，除依本章支付標準申報外，得再依相關方案或計畫申報費用。

別每項品質指標第二十五、五十、七十五及一百百分位之指標值。 十、符合本章之個案，若合併其它疾病且分屬本保險其他方案或計畫收案對象時，除依本章支付標準申報外，得再依相關方案或計畫申報費用。		
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/1.73m² 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/1.73m² Stage 3 / 腎絲球過濾率中等程度下降 IIIa 期 / 45-59.9 ml/min/1.73m² IIIb 期 / 30-44.9 ml/min/1.73m² Stage 4 / 腎絲球過濾率嚴重下降 / 15-29.9 ml/min/1.73m² Stage 5 / 腎臟衰竭 / <15 ml/min/1.73m² 註:1.慢性腎臟疾病(CKD)分類中，腎傷害或腎絲球過濾率下降需持續大於三個月以上 2.腎臟損傷指有影像學變化(如腎萎縮)或傷害指標(如蛋白尿、血尿等) 二、慢性腎臟疾病之篩檢 1. 對於高危險群應定期檢查血中肌酸酐值及尿液(U_{PCR} 或 U_{ACR}) 2. 高危險群: (A)高血壓、高血糖患者 (B)長期服用藥物者 (C)心血管疾病患者 (D)結構性腎小管異常，腎結石或攝護腺腫大者 (E)洗腎家族史或家族性腎疾病 (F)潛在影響腎功能之系統性疾病(如 SLE) (G)長期食用中草藥者 (H)隨機性血尿或尿蛋白 (I)年紀六十一歲以上	**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/1.73m² 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/1.73m² Stage 3 / 腎絲球過濾率中等程度下降 IIIa 期 / 45-59.9 ml/min/1.73m² IIIb 期 / 30-44.9 ml/min/1.73m² Stage 4 / 腎絲球過濾率嚴重下降 / 15-29.9 ml/min/1.73m² Stage 5 / 腎臟衰竭 / <15 ml/min/1.73m² 註:1.慢性腎臟疾病(CKD)分類中，腎傷害或腎絲球過濾率下降需持續大於三個月以上 2.腎臟損傷指有影像學變化(如腎萎縮)或傷害指標(如蛋白尿、血尿等) 二、慢性腎臟疾病之篩檢 1.對於高危險群應定期檢查血中肌酸酐值及尿液(U_{PCR} 或 U_{ACR}) 2.高危險群: (A)高血壓、高血糖患者 (B)長期服用藥物者 (C)心血管疾病患者 (D)結構性腎小管異常，腎結石或攝護腺腫大者 (E)洗腎家族史或家族性腎疾病 (F)潛在影響腎功能之系統性疾病(如 SLE) (G)長期食用中草藥者 (H)隨機性血尿或尿蛋白 (I)年紀六十一歲以上	修正「附表 8.2.4 初期慢性腎臟疾病個案管理」等五項附表內容、酌修文字。

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

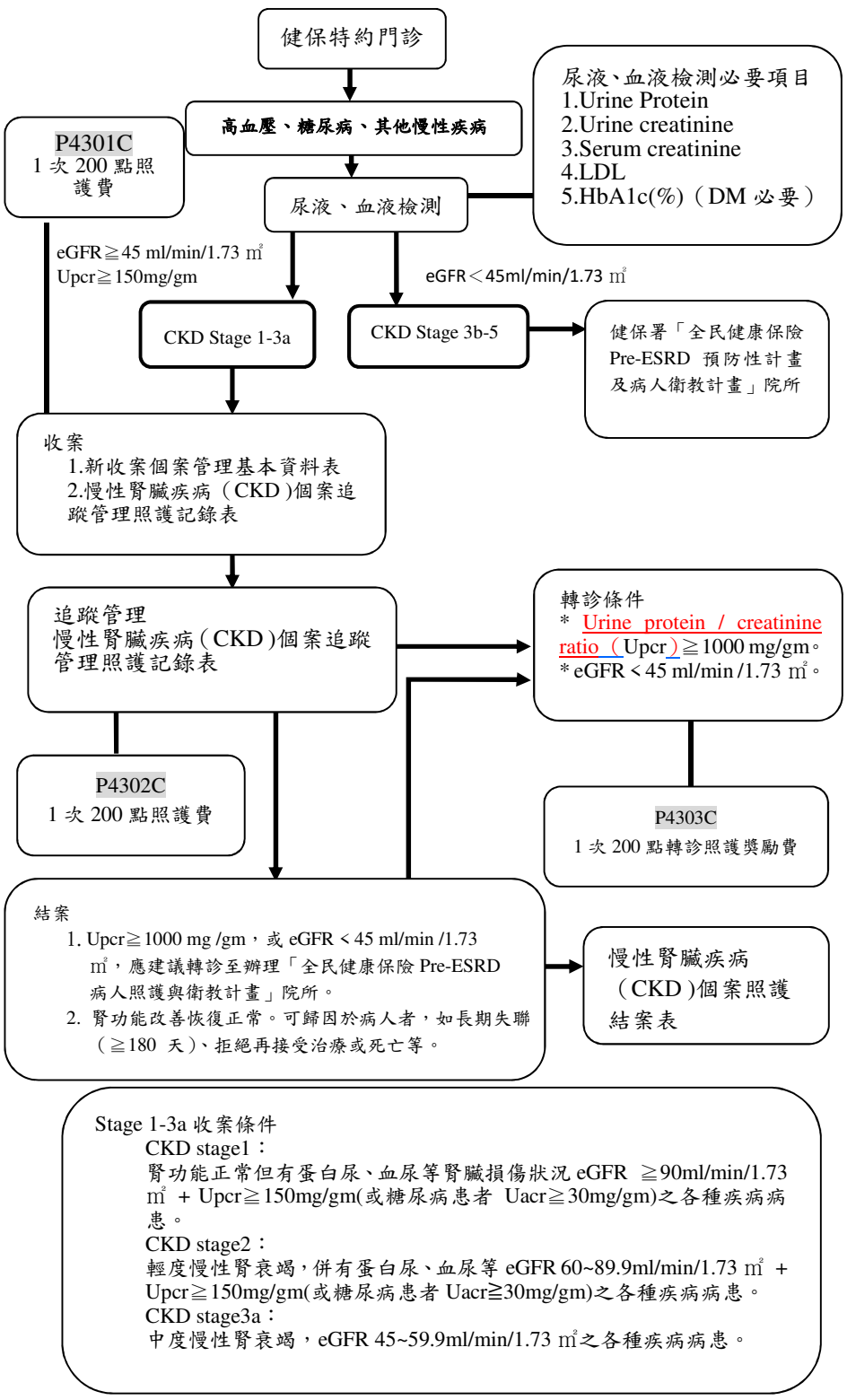
Stage 2：輕度慢性腎衰竭，併有蛋白尿、血尿等 eGFR：60~89.9 ml/min/1.73 m2，建議每六個月追蹤一次

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	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

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(UPCR	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

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、血糖、體種、腰圍與 BMI 之控制	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)

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

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

就診日期	年　月　日 新收案	年　月　日 個月後追蹤	年　月　日 個月後追蹤	年　月　日 個月後追蹤
血壓 (mmHg) 【必要】				
身高 (cm)【必要】				
體重 (kg) 【必要】				
腰圍 (cm) (參考)				
臀圍 (cm) (參考)				
抽煙【必要】 □1.無 □2.有				
BMI （參考)				
尿液試紙 (參考)				
蛋白質				
潛血				
尿糖				
UPCR(mg/gm) 【必要，與 UACR 擇一】				
UACR(mg/gm)【必要，與 UPCR 擇一】				
Uric acid (mg/dl) (參考)				
Serum creatinine (mg/dl)【必要】				
eGFR(MDRD) 【必要】				
CHOL (mg/dl) (參考)				
LDL (mg/dl) 【必要】				
$HbA1_C$ (%)（DM 必要）				
GA(%)(DM 病人且無 HbA1C 檢驗必填)				
Sugar AC （mg/dl)（DM 參考）				
長期藥物使用(＞3M) 降血壓藥 胰島素 降血糖藥 降血脂藥 降尿酸藥 NSAID 中草藥	 □ACEI □ARB □CCB □DRI □其他： □是□否 □是□否 □是□否 □是□否 □是□否 □是□否	 □ACEI □ARB □CCB □DRI □其他： □是□否 □是□否 □是□否 □是□否 □是□否 □是□否	 □ACEI □ARB □CCB □DRI □其他： □是□否 □是□否 □是□否 □是□否 □是□否 □是□否	 □ACEI □ARB □CCB □DRI □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 衛教方式	□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：
醫護人員簽名				

＞2,000 mg/gm 者)及轉診腎臟專科醫師 ● 認識高血脂、高血壓、糖尿病與腎臟病之相關性 ●血壓、血糖、血糖、體種、腰圍與 BMI 之控制	(U_{PCR}＞2,000 mg/gm 者)及轉診腎臟專科醫師 7.簡介高血壓及其併發症 8.簡介高血脂及其併發症 9.簡介糖尿病及其併發症 10.飲食原則之指導(含衛教單張發放)

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

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

就診日期	年　月　日 新收案	年　月　日 個月後追蹤	年　月　日 個月後追蹤	年　月　日 個月後追蹤
血壓 (mmHg) 【必要】				
身高 (cm)【必要】				
體重 (kg) 【必要】				
腰圍 (cm) (參考)				
臀圍 (cm) (參考)				
抽煙【必要】 □1.無 □2.有				
BMI （參考)				
尿液試紙 (參考)				
蛋白質				
潛血				
尿糖				
Urine PCR(mg/gm) 【必要】				
Urine ACR(mg/gm) (參考)				
Uric acid (mg/dl) (參考)				
Serum creatinine (mg/dl)【必要】				
eGFR(MDRD) 【必要】				
CHOL (mg/dl) (參考)				
LDL (mg/dl) 【必要】				
$HbA1_C$ (%)（DM 必要）				
GA(%)(DM 病人且無 HbA1C 檢驗必填)				
Sugar AC （mg/dl)（DM 參考）				
長期藥物使用(＞3M) 降血壓藥 胰島素 降血糖藥 降血脂藥 降尿酸藥 NSAID 中草藥	 □ACEI □ARB □CCB □DRI □其他： □是□否 □是□否 □是□否 □是□否 □是□否 □是□否	 □ACEI □ARB □CCB □DRI □其他： □是□否 □是□否 □是□否 □是□否 □是□否	 □ACEI □ARB □CCB □DRI □其他： □是□否 □是□否 □是□否 □是□否 □是□否	 □ACEI □ARB □CCB □DRI □其他： □是□否 □是□否 □是□否 □是□否 □是□否
護理營養衛教記錄 衛教對象 衛教方式	□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：
醫護人員簽名				

附表 8.2.7 初期慢性腎臟疾病個案照護結案參考表

姓　　名：　　性別：□男□女　　電話號碼：

病歷號碼：　　出生日期：　年　月　日　　身分證字號：

收案日期：　年　月　日　結案日期：　年　月　日　　原發疾病：

結案原因：

☐ 1.轉診 CKD 防治院所照護或進入「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」

轉診日期：　年　月　日

轉診院所名稱：　　、院所代號　　、　　科、醫師 ID

轉診原因：□ Urine protein/creatinine ratio (UPCR)≧1000 mg/gm。

□ 30 ml/min/1.73 m^2≦ eGFR＜45 ml/min/1.73 m^2(Stage3b)。

□15 ml/min/1.73 m^2≦eGFR＜30 ml/min/1.73 m^2 者(Stage 4)。

□eGFR＜15 ml/min/1.73 m^2 者(Stage 5)。

☐ 2.腎功能改善恢復正常

☐ 3.長期失聯(≧180 天)

☐ 4.拒絕再接受治療

☐ 5.死亡

☐ 6.病人未執行本章管理照護超過一年者。

附表 8.2.9 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；若兩者同時填報，則以填報值為主。

註 3.UACR=尿液中白蛋白/肌酸酐 (單位：mg/gm)。

註 4.eGFR 線上計算：台灣腎臟醫學會「腎利人生網站」

http://kidney.tsn.org.tw 點選「腎病指標」，輸入性別、年齡、血液 Creatinine 值即可線上計算。

附表 8.2.10　初期慢性腎臟病個案登錄系統必要欄位簡化表

一、新收案(身分證號、病人姓名、醫師ID、醫師姓名等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位:

1.新收案日期、個案性別、出生日期、CKD Stage（1：Stage1；2：Stage2；3a：Stage3a）、伴隨疾病(1.無；2.腎臟病；3.糖尿病；4.高血壓；5.心臟血管疾病；6.高血脂症；7.慢性肝病；8.癌症；9.其他)、抽煙（1.無 2.有）。

附表 8.2.7 初期慢性腎臟疾病個案照護結案參考表

姓　　名：　　性別：□男□女　　電話號碼：

病歷號碼：　　出生日期：　年　月　日　　身份證字號：

收案日期：　年　月　日　結案日期：　年　月　日　　原發疾病：

結案原因：

☐ 1.轉診 CKD 防治院所照護或進入「全民健康保險 Pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教計畫」

轉診日期：　年　月　日

轉診院所名稱：　　、院所代號　　、　　科、醫師 ID

轉診原因：□ Urine protein/creatinine ratio (U_{PCR})≧1000 mg/gm。

□ 30 ml/min/1.73 m^2≦ eGFR＜45 ml/min/1.73 m^2(Stage3b)。

□15 ml/min/1.73 m^2≦eGFR＜30 ml/min/1.73 m^2 者(Stage 4)。

□eGFR＜15 ml/min/1.73 m^2 者(Stage 5)。

☐ 2.腎功能改善恢復正常

☐ 3.長期失聯(≧180 天)

☐ 4.拒絕再接受治療

☐ 5.死亡

☐ 6.病人未執行本章管理照護超過一年者。

附表 8.2.9 糖尿病個案登錄系統必要欄位簡化表

一、新收案(P1407C)必填欄位：

1.新收案日期

2.基本檢查數據：收縮壓、舒張壓

3.Blood檢驗：檢查日期、HbA1C、Glucose(AC)、LDL、TG、Creatinine、eGFR、醣化白蛋白(無HbA1C檢驗者必填)

4.Urine檢驗：

(1)檢查日期、Urine ACR (mg/g)、Urine Routine(二者可視情形擇一填報)

(2)因洗腎導致無尿液檢驗者，無須填報

5.眼睛檢查及病變：正常、異常、未做

6.足部檢查：右腳正常(Y、N)　左腳正常(Y、N)

二、追蹤管理(P1408C、P1410C)必填欄位：

1.追蹤管理日期

2.Blood檢驗：檢查日期、HbA1c、Glucose(AC)、醣化白蛋白(無HbA1C檢驗者必填)

三、年度評估(P1409C、P1411C)必填欄位：

1.年度評估日期

2.基本檢查數據：收縮壓、舒張壓

3.Blood檢驗：檢查日期、HbA1c、Glucose(AC)　、LDL、TG、Creatinine、eGFR、醣化白蛋白(無HbA1C檢驗者必填)

4.Urine檢驗：

(1)檢查日期、Urine ACR (mg/g)、Urine Routine(二者可視情形擇一填報)

(2)因洗腎導致無尿液檢驗者，無須填報

5.眼睛檢查及病變：正常、異常、未做

6.足部檢查：右腳正常(Y、N)　左腳正常(Y、N)

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

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

(1)上述換算公式係參照「2018 糖尿病臨床照護指引」

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

註 3.UACR=尿液中白蛋白/肌酸酐 (單位：mg/g)

註 4.eGFR 線上計算：台灣腎臟醫學會「腎利人生網站」

http://kidney.tsn.org.tw 點選「腎病指標」，輸入性別、年齡、血液 Creatinine 值即可線上計算。

附表 8.2.10　初期慢性腎臟病個案登錄系統必要欄位簡化表

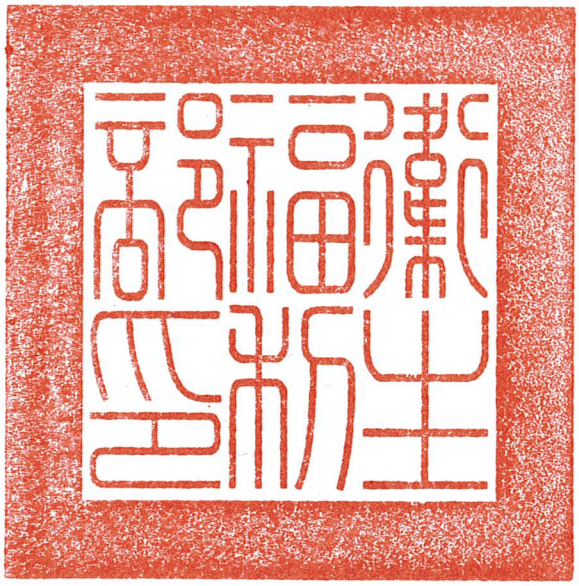
一、新收案(身分證號、病人姓名、醫師ID、醫師姓名等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位:

1.新收案日期、個案性別、出生日期、CKD Stage（1：Stage1；2：Stage2；3a：Stage3a）、伴隨疾病(1.無；2.腎臟病；3.糖尿病；4.高血壓；5.心臟血管疾病；6.高血脂症；7.慢性肝病；8.癌症；9.其他)、抽煙（1.無 2.有）

2.基本檢查數據：檢查日期、身高、體重、收縮壓、舒張壓、eGFR、UACR或UPCR (mg/gm) (二者視情形擇一填報)。 3.血液檢驗：Serum creatinine(mg/dl)、LDL (mg/dl)、HbA1c（DM必填、無HbA1C檢驗者須填GA(醣化白蛋白)）。 二、追蹤管理(身分證號、病人姓名、醫師ID、醫師姓名、複診次數等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位: 1.追蹤管理日期、CKD Stage（1：Stage1；2：Stage2；3a：Stage3a；3b：Stage3b；4：Stage4；5：Stage5、抽煙（1.無 2.有）。 2.追蹤必要檢查數據：檢查日期、身高、體重、收縮壓、舒張壓、eGFR、UACR或UPCR (mg/gm) (二者視情形擇一填報)。 3.血液檢驗：Serum creatinine(mg/dl)、LDL (mg/dl)、HbA1c（DM必填、無HbA1C檢驗者須填GA(醣化白蛋白)）。 三、結案（轉出）(身分證號、病人姓名、醫師ID、醫師姓名、複診次數等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位: 1.結案（或轉診）日期。 2.結案原因：1：轉診進入「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫」照護。2：恢復正常。3：長期失聯(≧180天)。4：拒絕再接受治療。5：死亡。6：病人未執行本章管理照護超過一年者。 3.轉診Pre-ESRD計畫院所原因：1：UPCR≧1000 mg/gm。3b：Stage3b。4：Stage 4。5：Stage 5。 4.接受轉診院所保險醫事服務機構代號。 註.系統會自動將醣化白蛋白欄位填入值換算成 HbA1C 後帶入 HbA1C 欄位： (1)若兩者同時填報，則以填報值為主。 (2)上述換算公式係參照「2018 糖尿病臨床照護指引」。 (3)換算後的 HbA1C，將作為方案獎勵評比計算。	2.基本檢查數據：檢查日期、身高、體重、收縮壓、舒張壓、eGFR、U_{PCR} (mg/gm) 3.血液檢驗：Serum creatinine(mg/dl)、LDL (mg/dl)、HbA1c（DM必填、無HbA1C檢驗者須填GA(醣化白蛋白)） 二、追蹤管理(身分證號、病人姓名、醫師ID、醫師姓名、複診次數等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位: 1.追蹤管理日期、CKD Stage（1：Stage1；2：Stage2；3a：Stage3a；3b：Stage3b；4：Stage4；5：Stage5、抽煙（1.無 2.有） 2.追蹤必要檢查數據：檢查日期、身高、體重、收縮壓、舒張壓、eGFR、U_{PCR} (mg/gm) 3.血液檢驗：Serum creatinine(mg/dl)、LDL (mg/dl)、HbA1c（DM必填、無HbA1C檢驗者須填GA(醣化白蛋白)） 三、結案（轉出）(身分證號、病人姓名、醫師ID、醫師姓名、複診次數等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位: 1.結案（或轉診）日期 2.結案原因：1：轉診進入「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫」照護。2：恢復正常。3：長期失聯(≧180天)。4：拒絕再接受治療。5：死亡。6：病人未執行本章管理照護超過一年者。 3.轉診Pre-ESRD計畫院所原因：1：U_{PCR}≧1000 mg/gm。3b：Stage3b。4：Stage 4。5：Stage 5。 4.接受轉診院所保險醫事服務機構代號： 註.系統會自動將醣化白蛋白欄位填入值換算成 HbA1C 後帶入 HbA1C 欄位： (1)若兩者同時填報，則以填報值為主 (2)上述換算公式係參照「2018 糖尿病臨床照護指引」 (3)換算後的 HbA1C，將作為方案獎勵評比計算	

檔　　號：
保存年限：

衛生福利部　令



發文日期：中華民國114年4月30日
發文字號：衛部保字第1140116887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，並自中華民國一百十四年五月一日生效。

附修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目

部長邱泰源

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正規定

第一部 總則

十四、加成規範：

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

(二)離島地區各保險醫事服務機構之住診案件，申報第二部及第三部各診療項目，依各該編號項目所定點數加計百分之三十支付。

(三)離島地區急救責任醫院，按主管機關公布之醫院緊急醫療能力分級評定結果，其急診案件，申報第二部及第三部各診療項目，依各該編號項目所定點數加計規範如下：

1.全院緊急醫療能力分級評定為重度級急救責任醫院：加計百分之五十。

2.全院緊急醫療能力分級評定為中度級急救責任醫院：加計百分之三十。

3.全院緊急醫療能力分級評定為一般級急救責任醫院：加計百分之十。

4.「急診診察費」中，前述第 1 目至第 3 目加計與「山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」加計，僅可擇一採認。

第二部 西醫

第一章 基本診療

第一節 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
	急診(不分檢傷)					
01015C	－診察費	v	v			630
00247C	－護理費	v	v			103
	註： 1.急診定義及適用範圍如附表2.1.1。 2.夜間(晚上十時至隔日早上六時)加計百分之五十、例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之二十，同時符合夜間及例假日者，則僅加計百分之五十；屬西醫基層總額部門院所，例假日加成維持原週六之中午十二時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時加計百分之二十規定。 3.山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加計百分之三十，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加計百分之八十。 4.地區醫院得依表定點數加計百分之十九。 5.本項年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之一百，其餘年齡為兒童加成項目，依本節通則十規定辦理。 6.地區醫院之兒科專科醫師申報得加計百分之五十，其餘專科醫師申報未滿七歲兒童者，得加計百分之五十。 7.屬西醫基層總額部門院所，急診（不分檢傷）診察費以原支付點數五百七十四點申報、急診（不分檢傷）護理費以原支付點數九十三點申報。					
	急診(按檢傷分類)					
00201B	檢傷分類第一級－診察費		v	v	v	1345
00248B	檢傷分類第一級－護理費		v	v	v	635
00202B	檢傷分類第二級－診察費		v	v	v	748
00249B	檢傷分類第二級－護理費		v	v	v	352
00203B	檢傷分類第三級－診察費		v	v	v	580
00250B	檢傷分類第三級－護理費		v	v	v	274
00204B	檢傷分類第四級－診察費		v	v	v	336
00251B	檢傷分類第四級－護理費		v	v	v	158
00225B	檢傷分類第五級－診察費		v	v	v	292
00252B	檢傷分類第五級－護理費		v	v	v	138

編號	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.檢傷分類依衛生福利部規定。 2.地區醫院得就本項診察費與01015C急診診察費擇一申報、本項護理費與00247C急診護理費擇一申報，惟採行後一年始得變更。 3.夜間(晚上十時至隔日早上六時) 加計百分之五十、例假日(週六零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之二十，同時符合夜間及例假日者，則僅加計百分之五十。 4.山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加計百分之三十，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加計百分之八十。 5.地區醫院申報檢傷分類第四、五級之急診診察費及護理費得依表定點數加計百分之十九。 6.本項年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之一百，其餘年齡為兒童加成項目，依本節通則十規定辦理。 7.兒科專科醫師申報得加計百分之五十，其餘專科醫師申報未滿七歲兒童者，得加計百分之五十。					
01021C 00253C	精神科急診 －診察費 －護理費 註： 1.精神科急診定義及範圍如附表2.1.1。 2.夜間(晚上十時至隔日早上六時)加成百分之五十、例假日(週六零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加成百分之二十，同時符合夜間及例假日者，則僅加成百分之五十。 3.山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加成百分之三十，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加成百分之八十。 4.兒童加成項目。 5.屬西醫基層總額部門院所： (1)精神科急診診察費以原支付點數八百三十四點申報、精神科急診護理費以原支付點數六十七點申報。 (2)例假日加成維持原週六之中午十二時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時加成百分之二十規定。	v v	v v	v v	v v	917 74

第二節　住院及急診觀察床診察費

通則：

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	一般病床住院診察費(天)				v	468
02007A				v		442
02008B			v			398
	註： 經濟病床及急性精神病床比照申報。					
02030K	急診觀察床診察費（天）				v	468
02031A				v		442
02032B			v			398
	註：留置急診觀察床二日以上者，自第二天起始得申報本項。					

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
02028C	預立醫療照護諮商費	v	v	v	v	3000
	註： 1.符合下列任一適應症，且具完全行為能力之病人： (1)六十五歲以上重大傷病病人。 (2)符合安寧療護收案條件者。 (3)臨床失智評估量表(Clinical Dementia Rating, CDR)0.5至1分。 (4)病人自主權利法第十四條第一項第五款所公告之病名。 (5)「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」收案對象。 (6)「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」、「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」收案之六十五歲以上多重慢性病人。 2.相關規範： (1)諮商參與人員：依病人自主權利法之規定辦理。 (2)諮商紀錄：應有每次會議完整之諮商溝通內容紀錄，並應將影本併入病人之病歷紀錄留存，紀錄有參與諮商醫療團隊及病人或家屬簽名，並簽署預立醫療決定。 (3)申報規定： A.當次就醫前已於全民健康保險憑證註記預立醫療決定					

	者，不得申報本項費用。 B.每人終生以申報一次為限。 C.應依病人自主權利法，於申報前完成預立醫療決定上傳至中央主管機關之資料庫，未完成者，本項費用不予支付。					

第三節　病房費

通則：

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。另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，其加護病床得比照醫學中心-甲級申報；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），其加護病床得比照區域醫院-乙級申報。

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)。

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（暫不實施）：

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。

(2)於每季結束次次月二十日前，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）。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	急性一般病床（床/天）					
03077K	--護理費（第一天）				v	1154
03078A				v		1032
03079B			v			977
03026K	--護理費（第二天起）				v	888
03027A				v		794
03029B			v			752
	註：護理費為偏鄉醫院加成項目。					
	經濟病床（床/天）					
03080K	--護理費（第一天）				v	819
03081A				v		734
03082B			v			663
03030K	--護理費（第二天起）				v	631
03031A				v		565
03033B			v			511
	註：1.指每一病室設超過四床之病床。 2.護理費為偏鄉醫院加成項目。					
	精神急性一般病床（床/天）					
03086K	--護理費（第一天）				v	1154
03087A				v		1032
03088B			v			977
03058K	--護理費（第二天起）				v	888
03059A				v		794
03060B			v			752
	註：護理費為偏鄉醫院加成項目。					
	精神急性經濟病床（床/天）					
03089K	--護理費（第一天）				v	819
03090A				v		734
03091B			v			663
03064K	--護理費（第二天起）				v	631
03065A				v		565
03066B			v			511
	註：1.指每一病室設超過四床之病床。 2.護理費為偏鄉醫院加成項目。					
	急診觀察床(床/天)					
03075A	--護理費(第一天)			v	v	914
03076B			v			818

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
03042A 03043B	--護理費（第二天起） 註：1.急診留觀或待床病人，入住滿六小時始得申報。 2.留置超過一日(二十四小時)者，比照住院病房費申報方式，依算進不算出原則計算。 3.僅作注射點滴、輸血或休息者，不予支付。 4.山地離島地區病人因故無法後送而須於衛生所(室)留觀者，依03019B及03074B「病床費」、03043B及03076B「護理費」申報。		 v	v	v	703 629

第五節　管灌飲食費及營養照護費

第二項 營養照護費

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
05153B	早產兒母乳補充照護（每25mL母乳） 註： 1.適用範圍：出生週數小於等於三十二週或出生體重小於等於一千八百公克之早產兒，採母乳餵食，且每日餵食量達100mL/kg者。 2.限住院期間申報。 3.限標示適用早產兒之嬰兒（輔助）食品。		v	v	v	30

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

第六項 免疫學檢查 Immunology Examination (12001-12219)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
12184C	去氧核糖核酸類定量擴增試驗 DNA quantitative amplification test 註：不得同時申報14085C、14086C。	v	v	v	v	2000
12219C	酪氨酸磷酸酶自體抗體(EIA法) Tyrosine phosphatase Autoantibody (IA-2Ab)(EIA) 註： 1.適用範圍：疑似第一型糖尿病診斷。 2.支付規範： (1)限內分泌新陳代謝科、小兒內分泌專科醫師開立處方。 (2)限12180C「穀醯酸脫梭酶抗體」呈現陰性，始得申報本項。 (3)每人終生限給付一次。	v	v	v	v	1067

第八項 病毒學檢查 Virology Examination (14001-14086)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	B型肝炎表面抗原 HBsAg（定性）					
14030C	— Latex 法	v	v	v	v	80
14031C	— RPHA 法	v	v	v	v	100
14032C	— EIA/LIA	v	v	v	v	160
	註：14030C至14032C不得同時申報14085C、14086C。					
14085C	B型肝炎病毒核心關連抗原(HBcrAg)合併表面抗原(HBsAg)定量檢驗 Quantification of Hepatitis B virus core-related antigen (HBcrAg) combined with Hepatitis B surface antigen (HBsAg) 註： 1.適應症：慢性B型肝炎病人，因B型肝炎發作接受口服抗病毒藥物治療，得於停藥前執行本項檢測，而延長用藥期間之檢驗，每次檢驗須間隔二十四週以上。 2.不得同時申報12184C、14030C、14031C、14032C、14086C。 3.須符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準附件六藥品給付規定第十節抗微生物劑10.7.3.暨10.7.4.之醫師資格。 4.本項須按「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」格式，於檢驗（查）申報前上傳檢驗（查）	v	v	v	v	1800

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	結果報告，未上傳者本項不予支付。					
14086C	B型肝炎病毒表面抗原(HBsAg)定量檢驗 Quantification of Hepatitis B surface antigen (HBsAg) 註： 1.適應症：慢性B型肝炎病人，因B型肝炎發作接受口服抗病毒藥物治療，得於停藥前執行本項檢測，而延長用藥期間之檢驗，每次檢驗須間隔二十四週以上。 2.不得同時申報12184C、14030C、14031C、14032C、14085C。 3.須符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準附件六藥品給付規定第十節抗微生物劑10.7.3.暨10.7.4.之醫師資格。 4.本項須按「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」格式，於檢驗（查）申報前上傳檢驗（查）結果報告，未上傳者本項不予支付。	v	v	v	v	475

第七節　手術

第三項　筋骨 Musculoskeletal System (64001-64285)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	肩旋轉袖破裂修補術 Rotator cuff tear repair					
64121B	－小破裂　small		v	v	v	5534
64122B	－大破裂　large or massive		v	v	v	7070
	註： 1.64122B一般材料費及單次使用小骨鋸片、鑽頭、關節鏡專用套管，得另加計百分之一百十二。 2.64121B及64122B不得同時申報64285B。					
64163B	全肩關節置換術 Total shoulder replacement 註：不得同時申報64284B、64285B。		v	v	v	9320
64198B	人工關節移除 Removal of prosthesis － 股、肩、膝 hip, shoulder, knee 註：不得同時申報64284B。		v	v	v	6000
	關節鏡手術 Arthroscopic surgery					
64243B	－關節鏡探查手術，併施行滑膜切片，灌洗，清創 Arthroscopy with synovial biopsy，irrigation & larvage ，debridement		v	v	v	3000
64244B	－關節鏡下關節面磨平成形術，打洞，游離體或骨軟骨碎片取出手術 Arthroscopic shaving or abrasion arthroplasty，drilling or pinning or removal of loose body or osteochrondral fragment		v	v	v	8000
	註： 1.以上64243B及64244B二項點數皆含鏡檢費用。 2.64243B一般材料費及單次使用關節鏡磨刀，得另加計百分之一百七十三。 3.64244B一般材料費及單次使用刮刀及磨刀，得另加計百分之一百零三。 4.64243B及64244B不得同時申報64285B。					
64284B	人工全肩關節再置換手術 Revision total shoulder replacement 註： 1.須事前審查，須檢附病史清晰可判讀之X-RAY及MRI影像學檢查。 2.不得同時申報：64163B、64198B。 3.一般材料費，得另加計百分之二十。		v	v	v	30016
64285B	反置人工全肩關節置換手術 Revision total shoulder Arthroplasty 註： 1.符合下列適應症之一：		v	v	v	29128

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	(1)肩關節旋轉肌群無法修復且造成重大失能(達到顯著運動失能)，且六十五歲以上者。旋轉肌群無法修復之審查標準為肩核磁共振顯示旋轉肌群有巨大斷裂且合併旋轉肌群古塔里耶分級（Goutallier grade）3 以上脂肪浸潤變化。 (2)肩盂骨性缺損合併關節病變需置換人工肩關節，且六十五歲以上者。肩盂骨性缺損之審查標準為肩關節盂骨缺損達威祿士分類（Walch classification）B 以上或肩盂後轉（glenoid retroversion）15 度以上。 (3)七十歲以上肱骨上端骨缺損，X 光顯示肱骨上端骨缺損且臨床需合併反覆性肩關節脫臼或慢性肩關節脫臼病史者。 (4)類風溼性關節炎合併肩關節旋轉肌群無法修復且造成重大失能者。旋轉肌群無法修復之審查標準為肩核磁共振顯示旋轉肌群有巨大斷裂且合併旋轉肌群 Goutallier grade3 以上脂肪浸潤變化。 2.須事前審查，須檢附病史清晰可判讀之 X-RAY 及 MRI 影像學檢查。 3.不得同時申報：64121B、64122B、64163B、64243B、64244B。 4.一般材料費，得另加計百分之二十一。					

第十二項 泌尿及男性生殖

十一、會陰 Perineum (79601-79602、79604-79605)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
79604C	會陰修補及肛門損傷修補 Repair of perinueum with repair of anal defects 註：陰道生產致會陰裂傷四度，得依實際縫合情形申報，應檢附手術紀錄及術後傷口處置情形於病歷上備查。	v	v	v	v	9115
79605C	會陰修補及括約肌修補 Repair of perinueum with sphincter repair 註：陰道生產致會陰裂傷三度，得依實際縫合情形申報，應檢附手術紀錄及術後傷口處置情形於病歷上備查。	v	v	v	v	7762

第十三項 女性生殖

一、會陰 Perineum (79601-79605)

註：本項與「第十二項 泌尿及男性生殖」項下「十一、會陰」為相同項目，但有 79603C 女陰白斑切除術。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
79604C	會陰修補及肛門損傷修補 Repair of perinueum with repair of anal defects 註：陰道生產致會陰裂傷四度，得依實際縫合情形申報，應檢附手術紀錄及術後傷口處置情形於病歷上備查。	v	v	v	v	9115
79605C	會陰修補及括約肌修補 Repair of perinueum with sphincter repair 註：陰道生產致會陰裂傷三度，得依實際縫合情形申報，應檢附手術紀錄及術後傷口處置情形於病歷上備查。	v	v	v	v	7762

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
80401C	診斷性或治療性子宮擴張刮除術（非產科） Diagnostic or therapeutic dilation and curettage (Non- obstetric) 註： 1.適用範圍：子宮異常出血、子宮內膜過厚或懷疑子宮內膜病灶、子宮頸抹片腺體異常。 2.須檢附術後病理細胞學報告。	v	v	v	v	1799

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

通則：

1.剖腹產適應症如下（須符合下列任一情況）：

(1)Fetal distress（須附胎兒監視器報告）。

(2)Failure to progress in active labor（產程進展不良）。

(3)APH（placenta previa, abruptio placenta)（產前出血）。

(4)Malpresentation（including twin with malpresentation）（胎位不正）。

(5)Cord prolapse（臍帶脫垂）。

(6)Induction failure（催生失敗者）。

(7)Active genital herpes（生殖道疱疹者）。

(8)Previous C/S（前次剖腹產）。請註明前次剖腹產之理由，前次為自行要求剖腹產者，如無特殊理由須再度剖腹產者，僅得以自行要求剖腹產項目申報。

(9)Previous uterine surgery（先前有子宮手術者）。

(10)Vulvar and/or vaginal condyloma acuminata, diffuse（陰部或陰道長尖形濕疣）。

(11)Treatable fetal anomalies（e.g.gastroschisis, omphalocele, hydrocephaly）（胎兒先天不正常可治療者）。

(12)Preeclampsia（子癇前症）with Uncorrectable severe preeclampsia，HELLP syndrome，Eclampsia。

(13)Extremly premature fetus<1500gm（限有 NICU 設備者）（嬰兒體重<1500 公克）。

(14)Pelvic deformity（Sequal of poliomyelitis or traffic accident,etc.）（骨盤畸型）。
(15)Fetal macrosomia（>4000gm EBW)（胎兒超音波預估體重過重>4000 公克）。
(16)Cephalopelvic disproportion（CPD)（胎頭骨盆不對稱）。
(17)Obstructive labor（e.g.myoma,ovarian tumor）。
(18)Major medical complications（主要內科併發症）。
(19)經診斷為 HIV（+）者。
(20)曾因陰道分娩造成四度裂傷併發肛門瘻管者。
(21)多胞胎妊娠。
(22)其他特殊適應症，但須詳細說明。

2.醫院夜間（晚上十時至隔日早上六時）及例假日（週六之零時至週日二十四時、國定假日零時至二十四時）之自然產手術案件（81017C、81018C、81019C、81024C、81025C、81026C、81034C），其「手術費」得按本節所定點數加算百分之三十，但「手術一般材料費」不得另按比例加算。同時符合夜間及例假日者，僅加計百分之三十。

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
81031C	子宮內管刮除術 Endocervical curettage 註： 1.適用範圍：子宮異常出血、子宮頸抹片異常、子宮頸錐形切除後，確認子宮內頸管病灶。 2.須檢附子宮頸抹片檢查報告及術後病理細胞學報告。	v	v	v	v	612
81017C	無妊娠併發症之陰道產 Vaginal delivery in normal pregnancy 註：包括會陰切開術，縫合術(縫合二度以內之裂傷)及胎盤剝離等。	v	v	v	v	14000
81034C	有妊娠併發症之陰道產 Vaginal delivery in complicated pregnancy (defined as cases with preeclampsia, eclampsia, GDM, malpresentation, and documented major medical or surgical complications) 註： 1.妊娠併發症係指： (1)子癲前症、子癲症、妊娠糖尿病、胎位不正、和有病歷記載之內外科併發症者。 (2)妊娠二十二週以上至未滿三十三週早產病人。(排除胎死腹中，及符合優生保健法之中止妊娠) (3)四十歲以上初產婦。 (4) BMI≧35之初產婦。 (5)嚴重妊娠高血壓。 (6)胎兒生長遲緩或胎兒發育異常者(IUGR)或胎盤功能異常者。 (7)妊娠合併內科疾病：心臟病、糖尿病、甲狀腺疾病、腎臟疾病 (NS,IgA,ESRD)、免疫性疾病(SLE)、血小板低下症。 (8)白血病。	v	v	v	v	19999

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	(9)血友病(Coagulopathy)。 (10)愛滋病。 (11)產後大出血者。 (12)胎盤早期剝離。 (13)合併接受外科手術者。 (14)雙胞胎輸血症候群。 2.包括會陰切開術，縫合術(縫合二度以內之裂傷)及胎盤剝離等。					
81018C	雙胎分娩 Vaginal delivery of twins 註：包括會陰切開術，縫合術(縫合二度以內之裂傷)及胎盤剝離等。	v	v	v	v	26393
81019C	多胎分娩 Vaginal delivery of multiple pregnancy 註：包括會陰切開術，縫合術(縫合二度以內之裂傷)及胎盤剝離等。	v	v	v	v	29439
81024C	前胎剖腹產後之陰道生產（接生費） 註：包括會陰切開術，縫合術(縫合二度以內之裂傷)及胎盤剝離等。	v	v	v	v	23386
81025C	前胎剖腹產後之陰道生產（雙胎分娩） 註：包括會陰切開術，縫合術(縫合二度以內之裂傷)及胎盤剝離等。	v	v	v	v	27165
81026C	前胎剖腹產後之陰道生產（多胎分娩） 註：包括會陰切開術，縫合術(縫合二度以內之裂傷)及胎盤剝離等。	v	v	v	v	30907

第三部 牙醫

通則：

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

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

1.具主管機關發給之專科證書或牙髓病科、牙周病科、兒童牙科及牙體復形各分科學會相關專科證明之醫師。

2.全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫執行院所之醫師，其轉診範圍限(二)之第 7 項範圍。

3.具牙科專科醫師訓練機構資格之教學醫院以醫師為單位，前一年度申報轉診範圍各科別醫令費用在十五百分位數以上者，其科別點數或件數占總申報點數或件數百分之六十以上者(牙體復形除外)。本項名單每年依附表 3.3.4 產製。

(二)轉診範圍，限於下列之科別與診療項目：

1.牙髓病科：本標準第三章第二節根管治療(除 90004C、90006C、90007C、90088C 外)，及 91009B、92030C~92033C。

2.牙周病科：本標準第三章第三節牙周病學(除 91001C、91003C、91004C、91088C 外) ，及 92030C~92033C、91021C~91023C。

3.口腔顎面外科：本標準第三章第四節口腔顎面外科(除 92001C、92013C、92088C 外)。

4.牙體復形科：本標準第三章第一節牙體復形(除 89006C、89088C 外)。

5.口腔病理科：92049B、92065B、92073C、92090C、92091C、92095C、92021B、92022B、92053B、92054B、92067B、92068B、92069B、92070B、92097C、92098C、92161B。

6.兒童牙科：未滿十三歲執行上述醫令項目。

7.符合全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫之適用對象，參與該計畫醫師於院所執行轉診醫療者，不限科別皆得申報轉診加成。

(三)轉診加成規範：

1. 轉診加成同一療程之適用範圍：自轉診收治日起一百八十天內；屬同一療程之診療項目於該療程期間皆得申報加成。

2. 申報轉診加成之院所及醫師規範：

(1) 轉出及接受轉診不得為同一醫師。

(2) 基層院所可接受轉診之專科醫師互轉規範：

A. 非屬附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則適用鄉鎮之基層院所：

(a)同專科同層級受理轉診者，不得申報轉診加成；不同專科接受轉診者，不在此限。

(b)該縣市無可上轉至上一層級之專科醫師者，得申報轉診加成。

B. 屬附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則適用鄉鎮之基層院所：同層級受理轉診者，不得申報轉診加成。

3. 同一病人之轉出每次限轉診一種科別。

4. 基層院所專科醫師接受同一病人轉診加成，九十天內僅以一次為限。

(四)轉診單開立後九十天內，病人應至接受轉診之醫療院所就診，否則無效。

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

項目	說 明
一、邏輯定義	1.具牙科專科醫師訓練機構資格之教學醫院以醫師為單位，前一年度申報轉診範圍各分科別醫令費用在十五百分位數以上者。 2.符合前述條件之醫師，其分科點數或醫令數占總申報點數或醫令數百分之六十以上者。
二、分區	六分區及全國
三、各分科定義	1.牙髓病科：本標準第三章第二節根管治療(除 90004C、90006C、90007C、90088C 外)，及 91009B、92030C~92033C。 2.牙周病科：本標準第三章第三節牙周病學(除 91001C、91003C、91004C、91088C 外) ，及 92030C~92033C、91021C~91023C。 3.口腔顎面外科：本標準第三章第四節口腔顎面外科(除 92001C、92013C、92088C 外)。 4.牙體復形科：本標準第三章第一節牙體復形(除 89006C、89088C 外)。 5.口腔病理科：92049B、92065B、92073C、92090C、92091C、92095C、92021B、92022B、92053B、92054B、92067B、92068B、92069B、92070B、92097C、92098C、92161B。 6.兒童牙科：未滿十三歲執行上述醫令項。
四、計算式	1.分子： (1)牙髓病科、牙周病科、口腔顎面外科、口腔病理科：以醫師歸戶，計算上述各分科定義之醫令項(醫令數或點數)。 (2)兒童牙科：以醫師歸戶，計算有執行病人年齡未滿十三歲，上述牙髓病科、牙周病科、口腔顎面外科、口腔病理科及牙體復形科之醫令項(醫令數或點數)。 2.分母：以醫師歸戶，計算申報本標準第三部牙醫>第三章 牙科處置及手術項下醫令項 (醫令數或點數)，排除 89006C、89088C、90004C、90006C、90007C、90088C、91001C、91003C、91004C、91088C、92001C、92013C、92088C。

第五章　牙周病統合治療方案

通則：

二、牙醫師資格、申請程序及審查程序：

(一) 一般醫師須接受四學分以上牙周病統合治療方案相關之教育訓練（一學分行政課程；三學分專業課程）。

(二) 臺灣牙周病醫學會與台灣牙周補綴醫學會專科醫師、一般會員均須接受一學分以上牙周病統合治療方案相關之行政部分教育訓練。

(三) 醫師非二年內經保險人停約或終止特約醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函所載停約或終止特約日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者）。

(四) 醫師當年合計治療個案數，由保險人於次年八月依病人歸戶統計，經歸戶並排除治療個案數五件以下者，若當年申報 91023C個案數比率小於百分之三十三點三三者（限同院所，不限同醫師完成），自保險人文到日次年一月起，兩年內不得申報本章診療項目，屆滿須再接受相關教育訓練後，始得提出申請。

(五) 特約醫療院所應檢附教育訓練學分證明等相關資料，於每月五日前將申請書及有關資料以掛號郵寄至中華民國牙醫師公會全國聯合會（以下稱牙醫全聯會），牙醫全聯會審查後，於每月二十日前將名單函送所轄保險人分區業務組核定，並由所轄保險人分區業務組行文通知相關院所，並副知牙醫全聯會；申請者得於核定之起迄期間執行本方案服務。

第四部　中　醫

第七章 其他

編號	診療項目	支付點數
B71	脈診儀檢查費	500
B72	舌診儀檢查費	500
	註： 1.適應症：附表 4.7 所列疾病。 2.支付規範： (1)申報使用輔助診斷，應依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載(應附有輔助診斷檢查圖像及判讀報告)。 (2)B71、B72 每項每位病人每月限申報一次。 3.申報資格： (1)申報本項支付標準之中醫師及中醫特約醫事服務機構均應經中醫總額受託單位審查認定合格。 (2)前項經審查認定合格之中醫特約醫事服務機構及中醫師應每年提出申請計畫，經核可後始得申報，惟研究教學目的不得申報。 (3)前項中醫特約醫事服務機構限中醫醫院評鑑合格、教學醫院評鑑合格醫院或主要訓練診所(可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新進中醫師)。 (4)限執業滿四年之專任中醫師申報。	

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

通則：

二、收案條件：

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

(二)初期慢性腎臟病：

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

(1)CKD stage 1：腎功能正常但有蛋白尿、血尿等腎臟損傷狀況，腎絲球過濾率估算值（estimated Glomerular filtration rate,以下稱 eGFR）≧90 ml/min/1.73 m^2 且尿蛋白與尿液肌酸酐比值（Urine Protein and Creatinine Ratio，以下稱 UPCR）≧150 mg/gm 或尿白蛋白與尿液肌酸酐比值(Urine Albumin and Creatinine Ratio，以下稱 UACR)≧30 mg/gm 之病人。

(2)CKD stage 2：輕度慢性腎衰竭，併有蛋白尿、血尿等 eGFR 60~89.9 ml/min/1.73 m^2 且 UPCR≧150 mg/gm 或 UACR≧30 mg/gm 之病人。

(3)CKD stage 3a：中度慢性腎衰竭，eGFR 45~59.9 ml/min/1.73 m^2 之病人。

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

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

三、結案條件：

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

(二)經醫師評估已可自行照護者。

(三)初期慢性腎臟病及糖尿病合併初期慢性腎臟病病人，其腎功能持續惡化，UPCR≧1000 mg/gm，或 eGFR＜45 ml/min/1.73 m^2，應建議轉診至「全民健康保險末期腎臟病前期（Pre-ESRD）病人照護與衛教計畫」院所。（Stage 3b 或以上）

(四)初期慢性腎臟病病人腎功能改善恢復正常，連續追蹤一年腎功能及蛋白尿並未達慢性腎臟病標準。

五、醫療費用審查：

(一)申報原則：

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

2.門診醫療費用點數申報格式及填表說明：

(1)屬本章收案之保險對象，符合申報下列醫令者，於申報費用時，應依下列規範申

報；未符合申報下列醫令者，依一般費用申報原則辦理。

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

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

C.P7001C、P7002C、P7003C：門診醫療費用點數清單段之案件分類應填『E1』、特定治療項目代號（一）應填『EK』。

(2)申報方式：併當月份送核費用申報。

(二)審查原則：

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

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

七、糖尿病及初期慢性腎臟病病人，院所執行C型肝炎篩檢前須至保險人健保醫療資訊雲端查詢系統確認：

(一)符合國民健康署成人預防保健服務終生一次補助資格者：請依成人預防保健之B、C型肝炎擴大篩檢方案補助規定辦理。(註：可單獨提供B、C型肝炎檢查或併同成人預防保健第一階段提供服務)。

(二)不符合上開國民健康署補助資格者：院所得依本章規定執行C型肝炎篩檢並申報14051C「C型肝炎病毒抗體檢查」一次。

(三)已接受國民健康署成人預防保健之C型肝炎篩檢，惟系統查無檢測結果者：得依本章規定執行C型肝炎篩檢並申報14051C「C型肝炎病毒抗體檢查」一次，相關系統查詢紀錄留存備查。

(四)上開「C型肝炎病毒抗體檢查」陽性者，應執行C型肝炎核醣核酸類定量擴增試驗(申報12185C)，如檢驗結果陽性者，應進行C型肝炎全口服藥治療。

八、本章之管理照護費用及品質獎勵措施費用來源：

(一)糖尿病、糖尿病合併初期慢性腎臟病及胰島素注射獎勵措施：由全民健康保險醫院總額及西醫基層總額之「醫療給付改善方案」專款項下支應，採浮動點值支付，即先以每點一元暫付，年度結束時併同本專款項下各方案計算浮動點值，且每點支付金額不高於一元。

(二)初期慢性腎臟病：由全民健康保險其他預算之「腎臟病照護及病人衛教計畫」專款項下支應。該預算先扣除預估之獎勵費用額度後，按季均分，以浮動點值計算管理照護費用，且每點金額不高於一元；當季預算若有結餘，則流用至下季；第四季併同獎勵費用進行每點支付金額計算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，但每點支付金額不高於一元。

(三)依本章規定申報14051C「C型肝炎病毒抗體檢查」：由全民健康保險醫院總額及西醫基層總額之「一般服務」項下支應。

九、保險人得公開參與本章之特約院所名單及相關醫療品質資訊供民眾參考。糖尿病以及糖尿病合併初期慢性腎臟病並公開各組別每項品質指標第二十五、五十、七十五及一百百分位之指標值。

十、符合本章之個案，若合併其它疾病且分屬本保險其他方案或計畫收案對象時，除依本章支付標準申報外，得再依相關方案或計畫申報費用。

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/1.73m²
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/1.73m²
Stage 3	腎絲球過濾率中等程度下降 IIIa 期 IIIb 期	30-59.9 ml/min/1.73m² 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/1.73m²
Stage 5	腎臟衰竭	<15 ml/min/1.73m²

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

2.腎臟損傷指有影像學變化(如腎萎縮)或傷害指標(如蛋白尿、血尿等)

二、慢性腎臟疾病之篩檢

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

2.高危險群:

(A)高血壓、高血糖患者

(B)長期服用藥物者

(C)心血管疾病患者

(D)結構性腎小管異常，腎結石或攝護腺腫大者

(E)洗腎家族史或家族性腎疾病

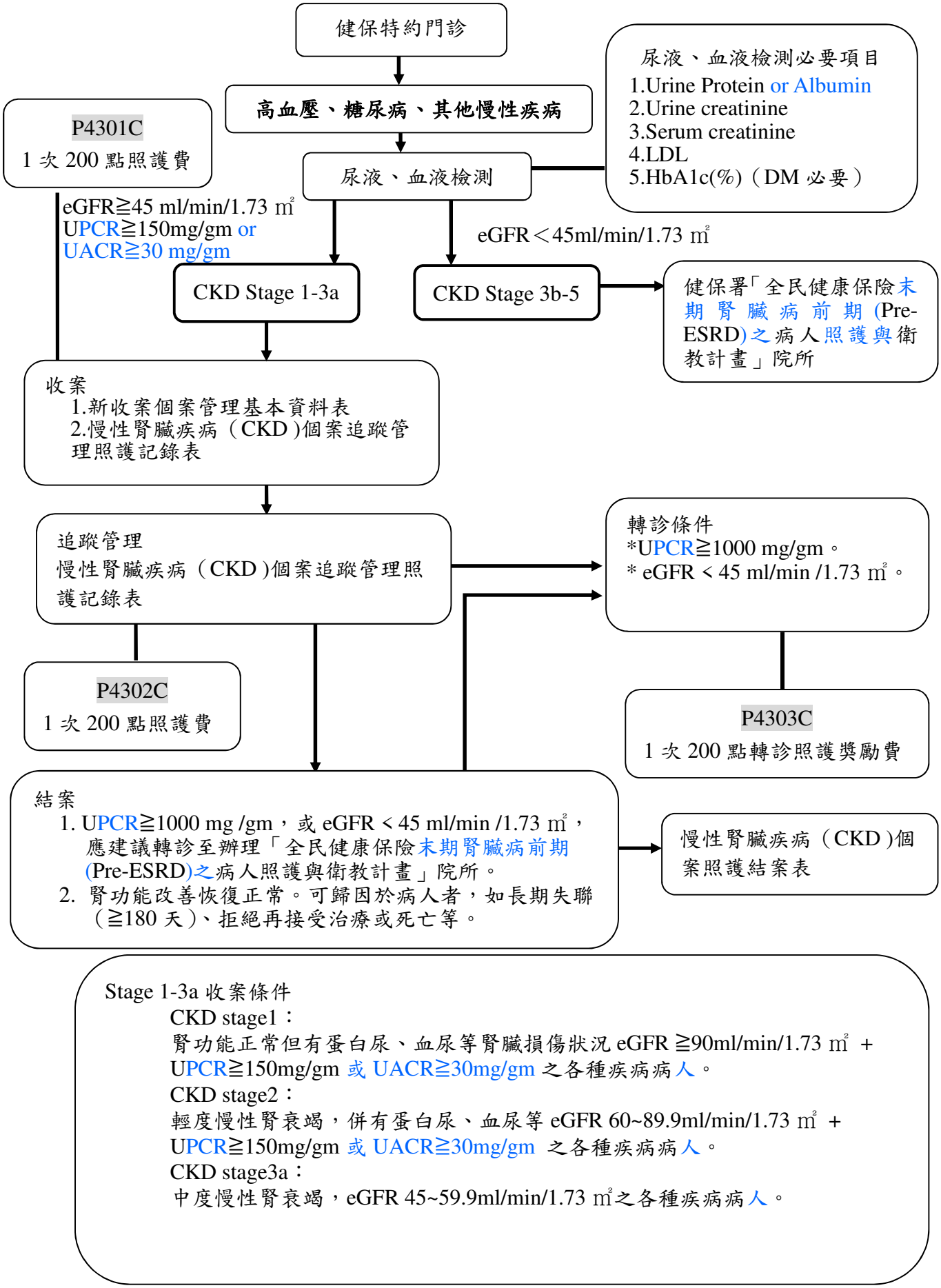
(F)潛在影響腎功能之系統性疾病(如 SLE)

(G)長期食用中草藥者

(H)隨機性血尿或尿蛋白

(I)年紀六十一歲以上

三、慢性腎臟疾病管理流程



四、初期慢性腎臟疾病照護之衛教內容

Stage 1：腎功能正常但有蛋白尿、血尿等腎臟損傷狀況 eGFR：≧90 ml/min/1.73 m2，建議每六個月追蹤一次 Stage 2：輕度慢性腎衰竭，併有蛋白尿、血尿等 eGFR：60~89.9 ml/min/1.73 m2，建議每六個月追蹤一次 Stage 3a：中度慢性腎衰竭，eGFR：45~59.9ml/min/1.73 m2，建議每六個月追蹤一次 Stage 3b：中度慢性腎衰竭，eGFR：30~44.9 ml/min/1.73 m2，建議每三個月追蹤一次	
目標	衛教指導項目
● 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、血糖、體種、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)

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

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

就診日期	年　月　日 新收案	年　月　日 個月後追蹤	年　月　日 個月後追蹤	年　月　日 個月後追蹤
血壓（mmHg）【必要】				
身高（cm）【必要】				
體重（kg）【必要】				
腰圍（cm）（參考）				
臀圍（cm）（參考）				
抽煙【必要】　□1. 無 □2. 有				
BMI　（參考）				
尿液試紙（參考）				
蛋白質				
潛血				
尿糖				
UPCR(mg/gm)【必要，與 UACR 擇一】				
UACR(mg/gm)【必要，與 UPCR 擇一】				
Uric acid（mg/dl）（參考）				
Serum creatinine（mg/dl）【必要】				
eGFR(MDRD)【必要】				
CHOL（mg/dl）（參考）				
LDL（mg/dl）【必要】				
$HbA1_C$（%）（DM 必要）				
GA(%)(DM 病人且無 HbA1C 檢驗必填)				
Sugar AC　(mg/dl)（DM 參考）				
長期藥物使用(＞3M) 降血壓藥 胰島素 降血糖藥 降血脂藥 降尿酸藥 NSAID 中草藥	 □ACEI □ARB □CCB □DRI □其他： □是□否 □是□否 □是□否 □是□否 □是□否 □是□否	 □ACEI □ARB □CCB □DRI □其他： □是□否 □是□否 □是□否 □是□否 □是□否 □是□否	 □ACEI □ARB □CCB □DRI □其他： □是□否 □是□否 □是□否 □是□否 □是□否 □是□否	 □ACEI □ARB □CCB □DRI □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 衛教方式	□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：
醫護人員簽名				

附表 8.2.7 初期慢性腎臟疾病個案照護結案參考表

姓　　名：　　性別：□男□女　　電話號碼：

病歷號碼：　　出生日期：　年　月　日　身分證字號：

收案日期：　年　月　日　結案日期：　年　月　日　原發疾病：

結案原因：

□ 1. 轉診 CKD 防治院所照護或進入「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」

轉診日期：　年　月　日

轉診院所名稱：　、院所代號　、　科、醫師 ID

轉診原因：□ Urine protein/creatinine ratio（UPCR）≧1000 mg/gm。

□ 30 ml/min/1.73 m^2≦ eGFR＜45 ml/min/1.73 m^2(Stage3b)。

□15 ml/min/1.73 m^2≦eGFR＜30 ml/min/1.73 m^2者(Stage 4)。

□eGFR＜15 ml/min/1.73 m^2者(Stage 5)。

□ 2. 腎功能改善恢復正常

□ 3. 長期失聯(≧180 天)

□ 4. 拒絕再接受治療

□ 5. 死亡

□ 6. 病人未執行本章管理照護超過一年者。

附表 8.2.9 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；若兩者同時填報，則以填報值為主。

註 3.UACR=尿液中白蛋白/肌酸酐 (單位：mg/gm)。

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

附表 8.2.10　初期慢性腎臟病個案登錄系統必要欄位簡化表

一、新收案(身分證號、病人姓名、醫師 ID、醫師姓名等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位:

1.新收案日期、個案性別、出生日期、CKD Stage（1：Stage1；2：Stage2；3a：Stage3a）、伴隨疾病(1.無；2.腎臟病；3.糖尿病；4.高血壓；5.心臟血管疾病；6.高血脂症；7.慢性肝病；8.癌症；9.其他)、抽煙（1.無 2.有）。

2.基本檢查數據：檢查日期、身高、體重、收縮壓、舒張壓、eGFR、UACR或UPCR(mg/gm) (二者視情形擇一填報)。

3.血液檢驗：Serum creatinine(mg/dl)、LDL (mg/dl)、HbA1c（DM必填、無HbA1C檢驗者須填GA(醣化白蛋白)）。

二、追蹤管理(身分證號、病人姓名、醫師 ID、醫師姓名、複診次數等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位:

1. 追蹤管理日期、CKD Stage（1：Stage1；2：Stage2；3a：Stage3a；3b：Stage3b；4：Stage4；5：Stage5、抽煙（1.無 2.有）。

2. 追蹤必要檢查數據：檢查日期、身高、體重、收縮壓、舒張壓、eGFR、UACR或UPCR (mg/gm) (二者視情形擇一填報)。

3. 血液檢驗：Serum creatinine(mg/dl)、LDL (mg/dl)、HbA1c（DM必填、無HbA1C檢驗者須填GA(醣化白蛋白)）。

三、結案（轉出）(身分證號、病人姓名、醫師 ID、醫師姓名、複診次數等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位:

1.結案（或轉診）日期。

2.結案原因：1：轉診進入「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫」照護。2：恢復正常。3：長期失聯(≧180天)。4：拒絕再接受治療。5：死亡。6：病人未執行本章管理照護超過一年者。

3.轉診Pre-ESRD計畫院所原因：1：UPCR≧1000 mg/gm。3b：Stage3b。4：Stage 4。5：Stage 5。

4.接受轉診院所保險醫事服務機構代號。

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

(1)若兩者同時填報，則以填報值為主。

(2)上述換算公式係參照「2018 糖尿病臨床照護指引」。

(3)換算後的 HbA1C，將作為方案獎勵評比計算。

檔　　號:
保存年限:

衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：白小姐
聯絡電話：(02)8590-6744
傳真：(02)8590-6048
電子郵件：lgpai@mohw.gov.tw

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國114年4月30日
發文字號：衛部保字第1140116887C號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：發布令影本(含法規規定)、修正總說明及修正對照表之pdf檔各1份
(A21000000I_1140116887C_doc5_Attach1.pdf、
A21000000I_1140116887C_doc5_Attach2.pdf、
A21000000I_1140116887C_doc5_Attach3.pdf)

主旨：「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，業經本部於中華民國114年4月30日以衛部保字第1140116887號令修正發布，並自114年5月1日生效，茲檢送發布令影本(含法規規定)、修正總說明及修正對照表各1份，請查照。

正本：台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國助產師助產士公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、勞動部勞工保險局、衛生福利部中央健康保險署
副本：衛生福利部國民健康署、衛生福利部疾病管制署、本部醫事司、本部中醫藥司、本部護理及健康照護司、本部心理健康司、本部口腔健康司、本部長期照顧司、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會(均含附件) 電子公文交換章 2025/05/01 11:06:46