

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9月5日

發文字號：全醫聯字第1140001188號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文 (0001188A00_ATTCH2. pdf、0001188A00_ATTCH3. pdf、0001188A00_ATTCH4. pdf、0001188A00_ATTCH1. pdf)

主旨：轉知「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分
診療項目，業經衛生福利部於114年8月29日以衛部保字第
1141260375號令修正發布，自114年9月1日生效，請 查
照。

說明：

一、依據衛生福利部114年8月29日衛部保字第1141260375C號函
辦理。

二、本次主要特定診療項目新增二項、放寬支付規範六項、整
併造血幹細胞移植術項目及修正轉診支付標準。

三、西醫基層總額相關修訂重點摘要如下：

(一)第一節門診診察費：為鼓勵醫療院所使用電子轉診平台
及分級醫療轉診：

1、調升下轉及接受下轉等診療項目：新增00193C「接受
下轉門診診察費加算－使用保險人電子轉診平台」。

2、調降上轉辦理轉診費：修正01036C「辦理轉診費_上

轉－使用保險人電子轉診平台」支付點數、支付規範。

3、刪除01037C「辦理轉診費_上轉－未使用保險人電子轉診平台」。

4、配合00193C新增，修正01038C「接受轉診門診診察費加算」診療項目適用對象及支付規範。

(二)新增20049C「多發性硬化症／視神經脊髓炎EDSS量表評估」。

(三)修訂14074C「HIV病毒負荷量檢查」。

(四)餘項修正詳附件。

正本：各縣市醫師公會

副本：



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
修正對照表

修正規定						現行規定						說明			
第二部 西醫 第一章 基本診療 第一節 門診診察費						第二部 西醫 第一章 基本診療 第一節 門診診察費						一、調升下轉及接受下轉等診療項目：新增00192A「辦理轉診費—回轉及下轉—使用保險人電子轉診平台」，併同修正01034B「辦理轉診費—回轉及下轉—使用保險人電子轉診平台」院所表別、適用對象、支付規範；新增00193C「接受下轉門診診察費加算—使用保險人電子轉診平台」。二、調降上轉辦理轉診費：修正01036C「辦理轉診費—上轉—使用保險人電子轉診平台」院所表別、支付點數、支付規範。三、刪除01035B「辦理轉診費—回轉及下轉—未使用保險人電子轉診平台」及01037C「辦理轉診費—上轉-未使用保險人電子轉診平台」。四、配合00193C 新增，修正01038C「接受轉診門診診察費加算」診療項目適用對象及支付規範。			
編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院		醫學中心	支付點數	
00192A 01034B	辦理轉診費_回轉及下轉-使用保險人電子轉診平台 註： 1.適用對象： (1)回轉：醫院對收治之上轉病人，其病情穩定後，已無需於該院繼續接受治療，但仍需接受門診或住院相關醫療服務，經病人同意，轉回原診療或其他適當之特約院所。 (2)下轉：醫院對收治之病人，其病情穩定後，已無需於該院繼續接受治療，但仍需接受門診或住院相關醫療服務，經病人同意，轉診至特約類別較低層級之適當院所。 (3)00192A：限醫學中心或區域醫院回轉或下轉至地區醫院或基層診所申報。 (4)01034B：限醫學中心回轉或下轉至區域醫院、地區醫院回轉或下轉至基層診所申報。 2.執行規範： (1)院所宜協助病人轉診就醫安排事宜，並應交付病人轉診單，提供接受轉診之院所必要之診療資訊，包含：保險對象基本資料、病歷摘要或處置情形、轉診目的、轉診單開立日期及有效期限、建議轉診之診療科別等，後續應確認該院所接受轉診。 (2)院所針對同一病人之轉診，應同院整合後辦理，不應分科分次轉出。 (3)執行前述及其餘轉診相關事宜，應依全民健康保險轉診實施辦法各項規定辦理。 3.支付規範： (1)院所除當次就醫之診察費外，可同時申報本項費用。 (2)下列情形不得申報本項費用： A.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件。 B.已申報全民健康保險任一品質提升方案或照護計畫之相關轉診獎勵者。			√	√		01034B 01035B	辦理轉診費_回轉及下轉-使用保險人電子轉診平台-未使用保險人電子轉診平台 註： 1.適用對象： (1)回轉：醫院對收治之上轉病患，其病情穩定後，已無需於該院繼續接受治療，但仍需接受門診或住院相關醫療服務，經病患同意，轉回原診療或其他適當之特約院所。 (2)下轉：醫院對收治之病患，其病情穩定後，已無需於該院繼續接受治療，但仍需接受門診或住院相關醫療服務，經病患同意，轉診至特約類別較低層級之適當院所。 2.執行規範： (1)院所宜協助病患轉診就醫安排事宜，並應交付病患轉診單，提供接受轉診之院所必要之診療資訊，包含：保險對象基本資料、病歷摘要或處置情形、轉診目的、轉診單開立日期及有效期限、建議轉診之診療科別等，後續應確認該院所接受轉診。 (2)院所針對同一病患之轉診，應同院整合後辦理，不應分科分次轉出。 (3)執行前述及其餘轉診相關事宜，應依全民健康保險轉診實施辦法各項規定辦理。 3.支付規範： (1)院所除當次就醫之診察費外，可同時申報本項費用。 (2)下列情形不得申報本項費用： a.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件。 b.已申報「全民健康保險急診品質提升方案」轉診品質獎勵費用者。 c.已申報「全民健康保險急性後期整合照護計畫」轉出醫院轉銜作業獎勵費者。		√	√		√		500 400
01036C	辦理轉診費_上轉-使用保險人電子轉診平台 註： 1.適用對象：院所對無法處理病情之病人，因醫療需要，經病人同意後，轉診至特約類別較高層級之適當醫院。 2.執行規範： (1)院所宜協助病人轉診就醫安排事宜，並應交付病人轉診單，提供接受轉診	√	√	√		150	01036C 01037C	辦理轉診費_上轉-使用保險人電子轉診平台-未使用保險人電子轉診平台 註： 1.適用對象：院所對無法處理病情之病患，因醫療需要，經病患同意後，轉診至特約類別較高層級之適當醫院。 2.執行規範： (1)院所宜協助病患轉診就醫安排事宜，並應交付病患轉診單，提供接受轉診之院所必要之診療資訊，包含：保險對象基本資料、病歷摘要或處置情形、轉診目的、轉診單開立日期及有效期限、建議轉診之診療科別	√	√	√		√		250 200

	之院所必要之診療資訊，包含：保險對象基本資料、病歷摘要或處置情形、轉診目的、轉診單開立日期及有效期限、建議轉診之診療科別等，後續應確認該院所接受轉診。 (2)院所針對同一病人之轉診，應同院整合後辦理，不應分科分次轉出。 (3)執行前述及其餘轉診相關事宜，應依全民健康保險轉診實施辦法各項規定辦理。 3.支付規範： (1)院所除當次就醫之診察費外，可同時申報本項費用。 (2)下列情形不得申報本項費用： <u>A.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件。</u> <u>B.已申報全民健康保險任一品質提升方案或照護計畫之相關轉診獎勵者。</u>	v	v	v	v	200
01038C	接受轉診門診診察費加算 註： 1.適用對象<u>須符合下列任一條件者：</u> <u>(1)接受申報01036C之上轉案件。</u> <u>(2)接受以紙本轉診單辦理轉診案件：申報資料比對轉出院所申報「病患是否轉出(d18)」及「轉往之醫事服務機構代號(d55)」，如未能正確比對轉出院所，得以書面方式舉證。</u> 2.執行規範： (1)院所應設置適當之設施及人員，為需要轉診之保險對象，提供適當就醫安排，並保留一定優先名額予轉診之病人。 (2)接受轉診後，應依醫療法施行細則有關轉診之規定，將保險對象之初步診療處置情形，及後續診療疾病之相關檢查及處置結果，回復原轉診院所。 (3)執行前述及其餘轉診相關事宜，應依全民健康保險轉診實施辦法各項規定辦理。 3.支付規範： (1)申報本項費用者，當次就醫可同時申報門診診察費，且此次門診不列入院所原門診合理量計算。 (2)下列情形不得申報本項費用： A.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件。 B.屬全民健康保險轉診實施辦法第十一條所列之「視同轉診」情形者。 C.已申報全民健康保險任一品質提升方案或照護計畫之相關轉診獎勵者。	v	v	v	v	200
00193C	接受下轉門診診察費加算 -使用保險人電子轉診平台 註： 1.適用對象：接受申報00192A、01034B之轉診案件。 2.執行規範： (1)<u>院所應設置適當之設施及人員，為需要轉診之保險對象，提供適當就醫安排，並保留一定優先名額予轉診之病人。</u> (2)<u>接受轉診後，應依醫療法施行細則有關轉診之規定，將保險對象之初步診療處置情形，及後續診療疾病之相關檢查及處置結果，回復原轉診院所。</u> (3)<u>執行前述及其餘轉診相關事宜，應依全民健康保險轉診實施辦法各項規定辦理。</u>	v	v	v		500

3.支付規範： (1)申報本項費用者，當次就醫可同時申報門診診察費，且此次門診不列入院所原門診合理量計算。 (2)下列情形不得申報本項費用： A.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件。 B.屬全民健康保險轉診實施辦法第十一條所列之「視同轉診」情形者。 C.已申報全民健康保險任一品質提升方案或照護計畫之相關轉診獎勵時，不得再申報此費用。																				
第二節 住院及急診觀察床診察費							第二節 住院及急診觀察床診察費							配合本次修正 94201B 中文名稱及刪除 94206B 診療項目，爰修正 02027B「器官移植協調管理費」支付規範。						
編號	診療項目						基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數									
02027B	器官移植協調管理費 註： 本項須併同下列器官摘取或移植手術之診療項目申報，不得單獨申報。 1.器官摘取：68034B、68038B、75021B、75022B、75419B、76018B、76019B、73050B、75034B、76036B。 2.器官移植：68035B、68037B、68047B、75020B、75418B、76020B、73049B。 3.異體造血幹細胞移植：94201B。							v	v	v	5000									
第二章 特定診療 Specific Diagnosisand Treatment							第二章 特定診療 Specific Diagnosisand Treatment							第一節 檢查 Laboratory Examination						
第三項 血液學檢查 Hematology Test (08001-08135)							第三項 血液學檢查 Hematology Test (08001-08134)							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									
08135B	<u>第十三因子測定 Factor XIII assay</u> 註： <u>1.適用範圍：先天性或後天性第十三因子缺乏症之確認診斷及追蹤。</u> <u>2.每三個月限申報一次，緊急開刀或其他特殊情形不在此限。</u> <u>3.不得同時申報08063B。</u> <u>4.申報時檢附Factor XIII活性定量報告。</u> <u>5.限血液病專科醫師開立。</u>							v	v	v	2084									
第六項 免疫學檢查 Immunology Examination (12001-12219)							第六項 免疫學檢查 Immunology Examination (12001-12219)							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									
12207B	白血病即時定量聚合酶連鎖反應法實驗室開發檢測(LDTs) RQ-PCR(Real Time Quantitative PCR) for leukemia(LDTs) 註： 1.適應症： (1)含有BCR-ABL1之慢性骨髓性白血病(chronic myelogenous leukemia，CML)與急性白血病。 (2)含有PML-RARA、RUNX1-ETO與CBFB-MYH11之急性骨髓性白血病(acute myeloid leukemia，AML)。 2.支付規範：限衛生福利部核准之實驗室開發檢測施行計畫表列醫療機構申報。 3.執行本項之醫事服務機構應報經保險人核定，如有異動，應重行報請核定。 4.不得同時申報編號12217B。							v	v	v	3571									
第八項 病毒學檢查 Virology Examination (14001-14086)							第八項 病毒學檢查 Virology Examination (14001-14086)							第十項 其他診療項目						
編號	診療項目						基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數									
14074C	HIV 病毒負荷量檢查 HIV viral load test 註： 1.限下列任一情境使用 (1)人類免疫缺乏病毒感染診斷 A.使用時機：抗體初篩檢測(14049C或14050B或14082B)陽性後執行。						v	v	v	v	4000									

	3.執行本項之醫事服務機構應報經保險人核定，如有異動，應重行報請核定。 4.不得同時申報編號12217B。				
--	--	--	--	--	--

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
14074C	HIV 病毒負荷量檢查 HIV viral load test 註： 1.限下列任一情境使用 (1)人類免疫缺乏病毒感染診斷 A.使用時機： (a)抗原或抗體初篩檢測(14049C、14050B或14082C)陽性後執行。 (b)抗原或抗體初篩檢測(14049C、14050B或14082C) 為陰性，經感染科醫師評估有感染風險行為，且臨床上有急性初期感染之相關症狀或檢驗數值。 B.執行頻率：每人每年限一次。 C.執行院所：限衛生福利部人類免疫缺乏病毒指定醫事機構或疾病管制署病原體分生檢測認可之健保特約醫事服務機構申報。 (2)人類免疫缺乏病毒感染治療監測 A.執行院所：限衛生福利部人類免疫缺乏病毒指定醫事機構申報。 B.執行頻率：每人每年限四次，若屬新服藥或有抗藥性病毒需多執行一次者，應於病歷詳述執行原因。 2.屬西醫基層總額部門，限由院所專任之感染科專科醫師開立處方始可申報，但山地離島地區得由支援報備之感染科專科醫師為之。	v	v	v	v	4000
14075C	HIV-I 抗體檢查(西方墨點法) HIV-I Ab (Western blot) 註： 1.限衛生福利部人類免疫缺乏病毒指定醫事機構或疾病管制署西方墨點法認可之健保特約醫事服務機構執行。 2.限於14049C、14050B或14082C陽性時，確定診斷用。	v	v	v	v	1564
14076C	HIV-II 抗體檢查(西方墨點法) HIV-II Ab (Western blot) 註： 1.限衛生福利部人類免疫缺乏病毒指定醫事機構或疾病管制署西方墨點法認可之健保特約醫事服務機構執行。 2.限於14049C、14050B或14082B陽性時，確定診斷用。 3.HIV-II 限於 HIV-I 檢查時未出現 gp120band。	v	v	v	v	1564
14083C	HIV 1/2 抗體確認檢驗(抗體免疫層析檢驗法) HIV 1/2 Confirmatory Test (Immunochromatographic Test) 註： 1.使用時機：限於14049C、14050B或14082C陽性時，確定診斷用。 2.限衛生福利部人類免疫缺乏病毒指定醫事機構或疾病管制署抗體免疫層析法認可之健保特約醫事服務機構執行。 3.不得同時申報14075C、14076C。	v	v	v	v	2011

第九項 細胞學檢查 Cytology Examination (15001-15022)

	B.執行頻率：每人每年限一次。 C.執行院所：限衛生福利部人類免疫缺乏病毒指定醫事機構或疾病管制署病原體分生檢測認可之健保特約醫事服務機構申報。 (2)人類免疫缺乏病毒感染治療監測 A.執行院所：限衛生福利部人類免疫缺乏病毒指定醫事機構申報。 B.執行頻率：每人每年限四次。 2.屬西醫基層總額部門院所限由感染科專科醫師開立處方始可申報。 <u>3.屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方始可申報。</u>					
14075C	HIV-I 抗體檢查(西方墨點法) HIV-I Ab (Western blot) 註： 1.限衛生福利部人類免疫缺乏病毒指定醫事機構或疾病管制署西方墨點法認可之健保特約醫事服務機構執行。 2.限於14049C、14050B或14082B陽性時，確定診斷用。	v	v	v	v	1564
14076C	HIV-II 抗體檢查(西方墨點法) HIV-II Ab (Western blot) 註： 1.限衛生福利部人類免疫缺乏病毒指定醫事機構或疾病管制署西方墨點法認可之健保特約醫事服務機構執行。 2.限於14049C、14050B或14082B陽性時，確定診斷用。 3.HIV-II 限於 HIV-I 檢查時未出現 gp120band。	v	v	v	v	1564
14083C	HIV 1/2 抗體確認檢驗(抗體免疫層析檢驗法) HIV 1/2 Confirmatory Test (Immunochromatographic Test) 註： 1.使用時機：限於14049C、14050B或14082B陽性時，確定診斷用。 2.限衛生福利部人類免疫缺乏病毒指定醫事機構或疾病管制署抗體免疫層析法認可之健保特約醫事服務機構執行。 3.不得同時申報14075C、14076C。	v	v	v	v	2011

第九項 細胞學檢查 Cytology Examination (15001-15022)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
15020B	支氣管切片奈印 Impint bronchial biopsy-CM		v	v	v	265

第十四項 神經系統檢查 Neurological Test (20001-20048)

目 英 文 名 稱。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
15020B	支氣管切片奈印 Imprint bronchial biopsy-CM		v	v	v	265

第十四項 神經系統檢查 Neurological Test (20001-20049)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
20049C	多發性硬化症/視神經脊髓炎EDSS量表評估 Evaluation of Expanded Disability Status Scale (EDSS) in Multiple Sclerosis/Neuromyelitis Optic 註： 1.限神經專科醫師執行。 2.每人每年限給付二次。 3.申報時須檢附EDSS量表及各項目分數。	v	v	v	v	1328

第二節 放射線診療 X-RAY						
第一項 X光檢查費 X-Ray Examination						
二、特殊造影檢查 Scanning (33001-33147、P2101-P2104)						
編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
33064B	雙能量X光骨質密度檢查 Dual-energy X-ray absorptiometry, DXA 註： 1.適應症如下： (1)內分泌失調可能加速骨質流失者： A.副甲狀腺機能過高須接受治療者。 B.腎上腺皮質過高者。 C.腦下垂體機能不全影響鈣代謝者。 D.甲狀腺機能亢進症者。 E.醫源性庫興氏症候群者。 F.四十歲以上全身性類固醇持續使用三個月以上且Prednisolone每日劑量≥10mg或equivalent之紅斑性狼瘡病人。 (2)非創傷性之骨折者。 (3)停經後婦女及五十歲以上接受骨質疏鬆症追蹤治療(符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準第六編第八十三條之藥品給付規定第5節5.6骨質疏鬆症治療藥物)者。 (4)攝護腺癌病人在接受男性賀爾蒙阻斷治療前與治療後，得因病情需要施行骨質密度檢查。 (5)乳癌病人在接受Aromatase Inhibitors治療前與治療後，因病情需要施行骨質密度檢查。 (6)成骨不全症。 2.支付規範： (1)符合前述第(1)至(5)項適應症者，因病情需要再次施行骨質密度檢查時，間隔時間應為二年以上，且是項檢查以三次為限。 (2)符合前述第(6)項適應症者，因病情需要再次施行骨質密度檢查時，間隔時間應為一年以上。 3.篩檢性檢查不列入本保險給付範圍。		v	v	v	600
第二項 癌症(腫瘤)治療 Cancer Therapy						
一、放射線治療 Radiation Therapy (36001-36024)						

第二節 放射線診療 X-RAY						
第一項 X光檢查費 X-Ray Examination						
二、特殊造影檢查 Scanning (33001-33147、P2101-P2104)						
編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
33064B	雙能量X光骨質密度檢查 Dual-energy X-ray absorptiometry, DXA 註： 1.適應症如下： (1)內分泌失調可能加速骨質流失者(限副甲狀腺機能過高須接受治療者、腎上腺皮質過高者、腦下垂體機能不全影響鈣代謝者、甲狀腺機能亢進症者、醫源性庫興氏症候群者)。 (2)非創傷性之骨折者。 (3)停經後婦女及五十歲以上接受骨質疏鬆症追蹤治療(符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準第六編第八十三條之藥品給付規定第5節5.6骨質疏鬆症治療藥物)者。 (4)攝護腺癌病人在接受男性賀爾蒙阻斷治療前與治療後，得因病情需要施行骨質密度檢查。 (5)乳癌病人在接受Aromatase Inhibitors治療前與治療後，因病情需要施行骨質密度檢查。 (6)成骨不全症。 2.支付規範： (1)符合前述第(1)至(5)項適應症者，因病情需要再次施行骨質密度檢查時，間隔時間應為二年以上，且是項檢查以三次為限。 (2)符合前述第(6)項適應症者，因病情需要再次施行骨質密度檢查時，間隔時間應為一年以上。 3.篩檢性檢查不列入本保險給付範圍。		v	v	v	600
第二項 癌症(腫瘤)治療 Cancer Therapy						
一、放射線治療 Radiation Therapy (36001-36024)						

一、修正33064B「雙能量X光骨質密度檢查」支付規範。
二、修正36022B「乳癌術後低分次全乳照射合併局部加強照射放射治療」、36023B「乳癌術後低分次全乳照射無合併局部加強照射放射治療」中、英文名稱及支付規範。

編號		診療項目		基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
36022B	乳癌術後低分次照射合併局部加強照射放射治療 Hypofractionated irradiation with tumor bed boost 註： <u>1.禁忌症：</u> (1)淋巴結轉移。 (2)遠端轉移。 (3)化學治療同步進行。 (4)少見之病理形態，如：metaplastic carcinoma、squamous cell carcinoma、sarcoma or adenoid cystic carcinoma。 <u>2.本療程採包裹給付，如未執行完<u>成</u>療程，則按「<u>規劃療程總次數</u>」計算核扣點數之比例。</u> <u>3.不得同時申報項目：33090B、36001B、36002B、36004B、36005B、36011B、36012B、36013B、36015B、36018B、36019B、36020B、36021C、37006B、37013B、37014B、37015B、37016B、37030B、37046B。</u> <u>4.本項原則限國民健康署公告「通過癌症診療品質認證醫院名單」申報，如不符資格之院所，須向保險人提出申請，由台灣乳房醫學會與台灣放射腫瘤醫學會共同訪視認證，檢附學會認證證明始得申報。</u>		v	v	v	279986		
36023B	乳癌術後低分次照射無合併局部加強照射放射治療 Hypofractionated irradiation without tumor bed boost 註： <u>1.禁忌症：</u> (1)淋巴結轉移。 (2)遠端轉移。 (3)化學治療同步進行。 (4)少見之病理形態，如：metaplastic carcinoma、squamous cell carcinoma、sarcoma or adenoid cystic carcinoma。 <u>2.本療程採包裹給付，如未執行完<u>成</u>療程，則按「<u>規劃療程總次數</u>」計算核扣點數之比例。</u> <u>3.不得同時申報項目：33090B、36001B、36002B、36004B、36005B、36011B、36012B、36013B、36015B、36018B、36019B、36020B、36021C、37006B、37013B、37014B、37015B、37016B、37030B、37046B。</u> <u>4.本項原則限國民健康署公告「通過癌症診療品質認證醫院名單」申報，如不符資格之院所，須向保險人提出申請，由台灣乳房醫學會與台灣放射腫瘤醫學會共同訪視認證，檢附學會認證證明始得申報。</u>		v	v	v	246960		

編號		診療項目		基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
36022B	乳癌術後低分次 <u>全乳</u> 照射合併局部加強照射放射治療 Hypofractionated <u>whole breast</u> irradiation with tumor bed boost 註： <u>1.適應症：早期乳癌或原位癌接受乳房腫瘤局部切除（+/-前哨或腋下淋巴結清除）後加上術後放射線治療，治療範圍包含全乳房（不包含鎖骨上淋巴結、腋下淋巴結或內乳淋巴結）。</u> <u>2.禁忌症：</u> (1)淋巴結轉移。 (2)遠端轉移。 (3)化學治療同步進行。 (4)少見之病理形態，如：metaplastic carcinoma、squamous cell carcinoma、sarcoma or adenoid cystic carcinoma。 <u>3.本療程採包裹給付，如未執行完全療程，依療程次數二十次，按等比例核扣點數。</u> <u>4.不得同時申報項目：33090B、36001B、36002B、36004B、36005B、36011B、36012B、36013B、36015B、36018B、36019B、36020B、36021C、37006B、37013B、37014B、37015B、37016B、37030B、37046B。</u>		v	v	v	279986		
36023B	乳癌術後低分次 <u>全乳</u> 照射無合併局部加強照射放射治療 Hypofractionated <u>whole breast</u> irradiation without tumor bed boost 註： <u>1.適應症：早期乳癌或原位癌接受乳房腫瘤局部切除（+/-前哨或腋下淋巴結清除）後加上術後放射線治療，治療範圍包含全乳房（不包含鎖骨上淋巴結、腋下淋巴結或內乳淋巴結）。</u> <u>2.禁忌症：</u> (1)淋巴結轉移。 (2)遠端轉移。 (3)化學治療同步進行。 (4)少見之病理形態，如：metaplastic carcinoma、squamous cell carcinoma、sarcoma or adenoid cystic carcinoma。 <u>3.本療程採包裹給付，如未執行完全療程，依療程次數十六次，按等比例核扣點數。</u> <u>4.不得同時申報項目：33090B、36001B、36002B、36004B、36005B、36011B、36012B、36013B、36015B、36018B、36019B、36020B、36021C、37006B、37013B、37014B、37015B、37016B、37030B、37046B。</u>		v	v	v	246960		

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment										修正59014B「潛水病（減壓病）或急性氣栓塞症Decompression sickness and acute gas embolism (including post operative) 之高壓氧治療									
第三項 高壓氧治療 Hyperbaric Oxygen Therapy (59002-59016)										編號	診療項目	深度（呎）	時間（分）	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	
59014B										潛水病（減壓病）或急性氣栓塞症Decompression sickness and acute gas embolism (including post operative) 之高壓氧治療	165	319		v	v	v		30836	

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment										修正59014B「潛水病（減壓病）或急性氣栓塞症Decompression sickness and acute gas embolism (including post operative) 之高壓氧治療									
第三項 高壓氧治療 Hyperbaric Oxygen Therapy (59002-59016)										編號	診療項目	深度（呎）	時間（分）	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	
59014B										潛水病（減壓病）或急性氣栓塞症Decompression sickness and acute gas embolism (including post operative)之高壓氧治療	165	319		v	v	v		30836	

註： 1.限治療第二型潛水減壓病（Decompression Sickness, DCSII）及空氣栓塞症（Arterial Gas Embolism, AGE）之急診與住院病人申報，且申報時應檢附詳細記載症狀及身體檢查之病歷紀錄。 2.急診病人限申報一次。										註： 1.限治療第二型潛水減壓病（Decompression Sickness, DCSII）及空氣栓塞症（Arterial Gas Embolism, AGE）病患申報。 2.限住院病人申報。										post operative) 之高壓氧治療」支付規範。																												
第七節 手術 第三項 筋骨 Musculoskeletal System (64001-64285)										第七節 手術 第三項 筋骨 Musculoskeletal System (64001-64285)										一、修正 64285B「反置人工全肩關節置換手術」英文名稱。 二、修正 68060B「經導管二尖瓣緣對緣修補術」支付規範文字。																												
<table><tr><td>編號</td><td>診療項目</td><td>基層院所</td><td>地區醫院</td><td>區域醫院</td><td>醫學中心</td><td>支付點數</td></tr><tr><td>64285B</td><td>反置人工全肩關節置換手術 Reverse total shoulder replacement 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。</td><td></td><td>v</td><td>v</td><td>v</td><td>29128</td></tr></table>										編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	64285B	反置人工全肩關節置換手術 Reverse total shoulder replacement 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	<table><tr><td>編號</td><td>診療項目</td><td>基層院所</td><td>地區醫院</td><td>區域醫院</td><td>醫學中心</td><td>支付點數</td></tr><tr><td>64285B</td><td>反置人工全肩關節置換手術 Revision total shoulder replacement 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。</td><td></td><td>v</td><td>v</td><td>v</td><td>29128</td></tr></table>										編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	64285B	反置人工全肩關節置換手術 Revision total shoulder replacement 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	
編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數																																										
64285B	反置人工全肩關節置換手術 Reverse total shoulder replacement 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																																										
編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數																																										
64285B	反置人工全肩關節置換手術 Revision total shoulder replacement 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																																										
第六項 心臟及心包膜(68001-68060)										第六項 心臟及心包膜(68001-68060)																																						
<table><tr><td>編號</td><td>診療項目</td><td>基層院所</td><td>地區醫院</td><td>區域醫院</td><td>醫學中心</td><td>支付點數</td></tr><tr><td>68060B</td><td>經導管二尖瓣緣對緣修補術 Transcatheter edge-to-edge Mitral valve repair 註： 1.適應症： (1)顯著症狀之重度二尖瓣逆流（經超音波檢查須符合下列任一條件：Central jet MR >40% LA or holosystolic eccentric jet MR/Vena contracta≥0.7cm/Regurgitant volume ≥ 60 mL/Regurgitant fraction ≥ 50%/ERO≥0.40cm2），且符合下列任一適應症： A.因瓣膜結構異常造成之原發性二尖瓣逆流病人(Primary MR)，須經</td><td></td><td>v</td><td>v</td><td>v</td><td>99428</td></tr></table>										編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	68060B	經導管二尖瓣緣對緣修補術 Transcatheter edge-to-edge Mitral valve repair 註： 1.適應症： (1)顯著症狀之重度二尖瓣逆流（經超音波檢查須符合下列任一條件：Central jet MR >40% LA or holosystolic eccentric jet MR/Vena contracta≥0.7cm/Regurgitant volume ≥ 60 mL/Regurgitant fraction ≥ 50%/ERO≥0.40cm2），且符合下列任一適應症： A.因瓣膜結構異常造成之原發性二尖瓣逆流病人(Primary MR)，須經		v	v	v	99428	<table><tr><td>編號</td><td>診療項目</td><td>基層院所</td><td>地區醫院</td><td>區域醫院</td><td>醫學中心</td><td>支付點數</td></tr><tr><td>68060B</td><td>經導管二尖瓣緣對緣修補術 Transcatheter edge-to-edge Mitral valve repair 註： 1.適應症： (1)顯著症狀之重度二尖瓣逆流（經超音波檢查須符合下列任一條件：Central jet MR >40% LA or holosystolic eccentric jet MR/Vena contracta≥0.7cm/Regurgitant volume ≥ 60 mL/Regurgitant fraction ≥ 50%/ERO≥0.40cm2），且符合下列任一適應症： A.因瓣膜結構異常造成之原發性二尖瓣逆流病人(Primary MR)，須經</td><td></td><td>v</td><td>v</td><td>v</td><td>99428</td></tr></table>										編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	68060B	經導管二尖瓣緣對緣修補術 Transcatheter edge-to-edge Mitral valve repair 註： 1.適應症： (1)顯著症狀之重度二尖瓣逆流（經超音波檢查須符合下列任一條件：Central jet MR >40% LA or holosystolic eccentric jet MR/Vena contracta≥0.7cm/Regurgitant volume ≥ 60 mL/Regurgitant fraction ≥ 50%/ERO≥0.40cm2），且符合下列任一適應症： A.因瓣膜結構異常造成之原發性二尖瓣逆流病人(Primary MR)，須經		v	v	v	99428	
編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數																																										
68060B	經導管二尖瓣緣對緣修補術 Transcatheter edge-to-edge Mitral valve repair 註： 1.適應症： (1)顯著症狀之重度二尖瓣逆流（經超音波檢查須符合下列任一條件：Central jet MR >40% LA or holosystolic eccentric jet MR/Vena contracta≥0.7cm/Regurgitant volume ≥ 60 mL/Regurgitant fraction ≥ 50%/ERO≥0.40cm2），且符合下列任一適應症： A.因瓣膜結構異常造成之原發性二尖瓣逆流病人(Primary MR)，須經		v	v	v	99428																																										
編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數																																										
68060B	經導管二尖瓣緣對緣修補術 Transcatheter edge-to-edge Mitral valve repair 註： 1.適應症： (1)顯著症狀之重度二尖瓣逆流（經超音波檢查須符合下列任一條件：Central jet MR >40% LA or holosystolic eccentric jet MR/Vena contracta≥0.7cm/Regurgitant volume ≥ 60 mL/Regurgitant fraction ≥ 50%/ERO≥0.40cm2），且符合下列任一適應症： A.因瓣膜結構異常造成之原發性二尖瓣逆流病人(Primary MR)，須經		v	v	v	99428																																										

[illegible]

	(33076B~33078B 經皮冠狀動脈擴張術)。 (3)執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請同意。 (4)申報時應檢附手術中心臟超音波及X光影像。 3.不得同時申報：29031B、18047B。 4.一般材料費，得另加計百分之三。 5.須事前審查。						
	(33076B~33078B 經皮冠狀動脈擴張術)。 (3)執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請同意。 (4)申報時應檢附手術中心臟超音波及X光影像。 3.不得同時申報：29031B、18047B。 4.一般材料費，得另加計百分之三。 5.須事前審查。						
第八節 輸血及造血幹細胞移植 Blood Transfusion and Hematopoietic Stem Cell Transplantation							
第三項 造血幹細胞移植技術費 Hematopoietic Stem Cell Transplantation (94201~94209)							
編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	
94201B	異體造血幹細胞移植術 Allogeneic Hematopoietic Stem Cell Transplantation ,一次 註： 1.包括植入異體造血幹細胞，幹細胞來源得為骨髓、周邊造血細胞或臍帶造血細胞；包含周邊造血細胞輸注。 2.其他各項診療費用依本標準表所定項目及支付點數申報。 3.受贈者需為本保險之保險對象。		v	v	v	14495	
94202B	自體造血幹細胞移植術 Autologous Hematopoietic Stem Cell Transplantation ,一次 註： 1.包括植入自體造血幹細胞，涵蓋骨髓或周邊血幹細胞。 2.其他各項診療費用依本標準表所定項目及支付點數申報。		v	v	v	7498	
94205B	骨髓移植－抽髓（自體或異體） Bone marrow transplantation harvesting (allo-or auto-)		v	v	v	7200	

	(33076B~33078B 經皮冠狀動脈擴張術)。 (3)執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請同意。 (4)申報時應檢附手術中心臟超音波及X光影像。 3.不得同時申報：29031B、18047B。 4.一般材料費，得另加計百分之三。 5.須事前審查。						
	(33076B~33078B 經皮冠狀動脈擴張術)。 (3)執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請同意。 (4)申報時應檢附手術中心臟超音波及X光影像。 3.不得同時申報：29031B、18047B。 4.一般材料費，得另加計百分之三。 5.須事前審查。						
第八節 輸血及骨髓移植 Blood Transfusion and Bone Marrow Transplantation							
第三項 骨髓移植技術費 Bone Marrow Transplantation (94201～94209)							
編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	
94201B	異體骨髓移植術 Bone marrow allogeneic transplantation,一次 註：1.包括抽髓及植髓。 <u>2.捐髓者之費用經註明後得合併申報。</u> 3.其他各項診療費用依本標準表所訂項目及支付點數申報。 4.受贈者需為本保險之保險對象。		v	v	v	14495	
94202B	自體骨髓移植術 Bone marrow autotransplantation,一次 註：1.包括抽髓及植髓。 2.其他各項診療費用依本標準表所訂項目及支付點數申報。		v	v	v	15383	
<u>94206B</u>	<u>異體周邊造血細胞移植</u> <u>Allogeneic peripheral blood stem cell transplantation，一次</u> 註：1.包括捐贈者皮下注射白血球生長激素(藥物另計)、幹細胞收集(不包含造血幹細胞移植冷凍保存費)及周邊造血細胞輸注。 <u>2.不得同時申報輸血項目。</u> <u>3.受贈者需為本保險之保險對象。</u> <u>4.非何杰金氏淋巴瘤、何杰金氏淋巴瘤及多發性骨髓瘤等病患免事前審查。</u>		<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>1540</u>	
<u>94207B</u>	<u>自體周邊造血細胞移植</u> <u>Autologus peripheral blood stem cell transplantation，一次</u> 註：1.包括皮下注射白血球生長激素(藥物另計)、幹細胞收集(不包含造血幹細胞移植冷凍保存費)及周邊造血細胞輸注。 <u>2.不得同時申報輸血項目。</u> <u>3.非何杰金氏淋巴瘤、何杰金氏淋巴瘤及多發性骨髓瘤等病患免事前審查。</u>		<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>1540</u>	
<u>94204B</u>	<u>骨髓移植－植髓（自體或異體）</u> <u>Bone marrow transplantation-infusion (allo-or auto-)</u>		<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>3630</u>	
94205B	骨髓移植－抽髓（自體或異體） Bone marrow harvesting (allo-or auto-)		v	v	v	7200	

一、整併「骨髓移植術」及「周邊造血細胞移植」為「造血幹細胞移植術」，爰修正本節中、英文名稱為輸血及造血幹細胞移植 Blood Transfusion and Hematopoietic Stem Cell Transplantation，第三項中、英文名稱修正為造血幹細胞移植技術費 Hematopoietic Stem Cell Transplantation。

二、修正94201B「異體骨髓移植術」、94202B「自體骨髓移植術」及94205B「骨髓移植－抽髓（自體或異體）」三項診療項目中、英文名稱、支付規範或支付點數。

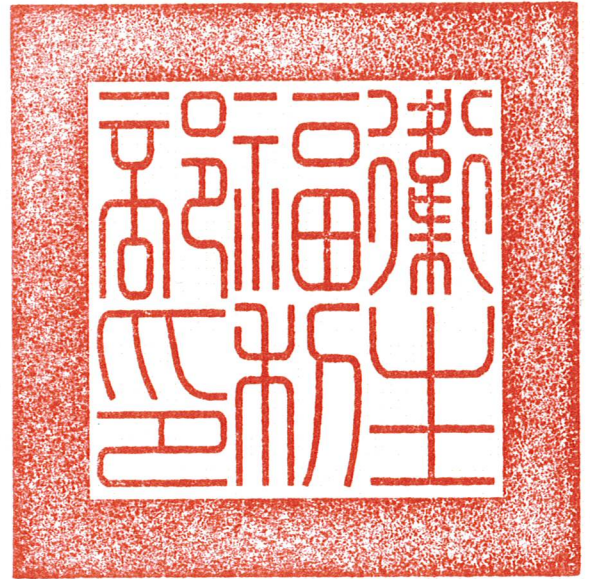
三、刪除94206B「異體周邊造血細胞移植」、94207B「自體周邊造血細胞移植」及94204B「骨髓移

														植－植髓（自體或異體）」三項診療項目。						
第六部 論病例計酬 第二章 婦科							第六部 論病例計酬 第二章 婦科							配合國際疾病分類第十版 (ICD-10-CM/PCS) 改版為西元二〇二三年版，修正 97027C「次全子宮切除術(住院)」診療項目支付規範主手術碼代碼。						
編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數							
97027C	次全子宮切除術(住院) 註： 1.診療項目要求表(詳附表 6.2.4) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.出院狀態 (1)出院前至少二十四小時內體溫低於 37.5℃ (2)無合併症 (3)可自行解尿 (4)正常胃腸功能，出院前二十四小時內至少正常排便一次 (5)病人之衛教： A.沐浴及個人衛生 B.傷口之照料 C.活動程度(包括性生活等)之衛教 D.口服藥 E.回診時間 3.主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)： 0UT90ZL 4.西醫基層院所申報限設置有門診手術室及觀察病床者。	v				51597	97027C	次全子宮切除術(住院) 註： 1.診療項目要求表(詳附表 6.2.4) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.出院狀態 (1)出院前至少二十四小時內體溫低於 37.5℃ (2)無合併症 (3)可自行解尿 (4)正常胃腸功能，出院前二十四小時內至少正常排便一次 (5)病人之衛教： A.沐浴及個人衛生 B.傷口之照料 C.活動程度(包括性生活等)之衛教 D.口服藥 E.回診時間 3.主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)： 0UT90ZZ 4.西醫基層院所申報限設置有門診手術室及觀察病床者。	v				51597							
第七部 全民健康保險住院診斷關聯群 (Taiwan Diagnosis Related Groups，Tw-DRGs) 第二章 Tw-DRGs 分類架構及原則 一、Tw-DRG 之診斷及處置代碼，以美國「2023 ICD-10-CM/PCS」版本為基礎。 二、名詞定義 (一)主診斷(Principal Diagnosis)：經研判後，被確定為引起病人此次住院醫療主要原因，引起病人此次住院醫療之多重診斷，得擇取醫療資源耗用高者為主要診斷，住院中產生之併發症或住院中管理不當產生之危害不得為主要診斷。 (二)開刀房手術或處置(Operating Room Procedure)：依「TW-DRG 分類手冊」所列項目認定。 (三)合併症或併發症(Comorbidity & Complication) 之認定條件如「TW-DRG 分類手冊」。 三、除 PRE MDC 外，MDC1 至 MDC24 之各 Tw-DRG，其主診斷須為該 Tw-DRG 所屬 MDC 主診斷範圍，詳如「TW-DRG 分類手冊」。 四、Tw-DRG 之編審依序，以 PRE MDC 優先，其次為 MDC24，再次為 MDC1-MDC23，惟 PRE MDC 中之 Tw-DRG48201、48202、48301、48302 等四項，若同時符合 MDC1 至 MDC24 之 Tw-DRG 條件者，得以權重高者認定。 五、在同一 MDC 中 Tw-DRG 之認定順序： (一)外科系 Tw-DRG 1.有 OR PROCEDURE，且 OR PROCEDURE 與主診斷相關 Tw-DRG。 2.有 OR PROCEDURE，但 OR PROCEDURE 與主診斷不相關之 Tw-DRG。							第七部 全民健康保險住院診斷關聯群 (Taiwan Diagnosis Related Groups，Tw-DRGs) 第二章 Tw-DRGs 分類架構及原則 一、Tw-DRG 之診斷及處置代碼，以美國「2014 ICD-10-CM/PCS」版本為基礎。 二、名詞定義 (一)主診斷(Principal Diagnosis)：經研判後，被確定為引起病人此次住院醫療主要原因，引起病人此次住院醫療之多重診斷，得擇取醫療資源耗用高者為主要診斷，住院中產生之併發症或住院中管理不當產生之危害不得為主要診斷。 (二)開刀房手術或處置(Operating Room Procedure)：依「TW-DRG 分類手冊」所列項目認定。 (三)合併症或併發症(Comorbidity & Complication) 之認定條件如「TW-DRG 分類手冊」。 三、除 PRE MDC 外，MDC1 至 MDC24 之各 Tw-DRG，其主診斷須為該 Tw-DRG 所屬 MDC 主診斷範圍，詳如「TW-DRG 分類手冊」。 四、Tw-DRG 之編審依序，以 PRE MDC 優先，其次為 MDC24，再次為 MDC1-MDC23，惟 PRE MDC 中之 Tw-DRG48201、48202、48301、48302 等四項，若同時符合 MDC1 至 MDC24 之 Tw-DRG 條件者，得以權重高者認定。 五、在同一 MDC 中 Tw-DRG 之認定順序： (一)外科系 Tw-DRG 1.有 OR PROCEDURE，且 OR PROCEDURE 與主診斷相關之 Tw-DRG。 2.有 OR PROCEDURE，但 OR PROCEDURE 與主診斷不相關之 Tw-DRG。							配合國際疾病分類第十版 (ICD-10-CM/PCS) 改版為西元二〇二三年版，修正 Tw-DRG 之診斷及處置代碼之使用版本年份。						

(二)內科系 Tw-DRG。 (三)前述(一)及(二)中，複合條件者較其中單一或部分條件者優先；其他若出現符合二個以上 Tw-DRG 條件者，Tw-DRG 編審結果得以權重高者申報，若其中任一項無權重者，以該個案點數除以全國平均點數，所得值大於等於其他 Tw-DRG 權重者，歸類於無權重之 Tw-DRG，若屬二個以上無權重 DRG 者依「TW-DRG 分類手冊」內流程圖順序認定，核實申報費用；所得值小於其他 Tw-DRG 權重者，歸類於該有權重之 Tw-DRG。 六、年齡之認定採「入院年月日」減「出生年月日」計算。 七、MDC15 之出生天數以「入院日」減「出生日」計算。 八、正常新生兒照護仍併入生產 DRG 內。	(二)內科系 Tw-DRG。 (三)前述(一)及(二)中，複合條件者較其中單一或部分條件者優先；其他若出現符合二個以上 Tw-DRG 條件者，Tw-DRG 編審結果得以權重高者申報，若其中任一項無權重者，以該個案點數除以全國平均點數，所得值大於等於其他 Tw-DRG 權重者，歸類於無權重之 Tw-DRG，若屬二個以上無權重 DRG 者依「TW-DRG 分類手冊」內流程圖順序認定，核實申報費用；所得值小於其他 Tw-DRG 權重者，歸類於該有權重之 Tw-DRG。 六、年齡之認定採「入院年月日」減「出生年月日」計算。 七、MDC15 之出生天數以「入院日」減「出生日」計算。 八、正常新生兒照護仍併入生產 DRG 內。	
--	--	--

衛生福利部 令

發文日期：中華民國114年8月29日
發文字號：衛部保字第1141260375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九月一日生效。

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
00192A 01034B	辦理轉診費_回轉及下轉-使用保險人電子轉診平台 註： 1.適用對象： (1)回轉：醫院對收治之上轉病人，其病情穩定後，已無需於該院繼續接受治療，但仍需接受門診或住院相關醫療服務，經病人同意，轉回原診療或其他適當之特約院所。 (2)下轉：醫院對收治之病人，其病情穩定後，已無需於該院繼續接受治療，但仍需接受門診或住院相關醫療服務，經病人同意，轉診至特約類別較低層級之適當院所。 (3)00192A：限醫學中心或區域醫院回轉或下轉至地區醫院或基層診所申報。 (4)01034B：限醫學中心回轉或下轉至區域醫院、地區醫院回轉或下轉至基層診所申報。 2.執行規範： (1)院所宜協助病人轉診就醫安排事宜，並應交付病人轉診單，提供接受轉診之院所必要之診療資訊，包含：保險對象基本資料、病歷摘要或處置情形、轉診目的、轉診單開立日期及有效期限、建議轉診之診療科別等，後續應確認該院所接受轉診。 (2)院所針對同一病人之轉診，應同院整合後辦理，不應分科分次轉出。 (3)執行前述及其餘轉診相關事宜，應依全民健康保險轉診實施辦法各項規定辦理。 3.支付規範： (1)院所除當次就醫之診察費外，可同時申報本項費用。 (2)下列情形不得申報本項費用： A.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件。 B.已申報全民健康保險任一品質提升方案或照護計畫		V	V	V	700 500

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	之相關轉診獎勵者。					
01036C	辦理轉診費_上轉 -使用保險人電子轉診平台 註： 1.適用對象：院所對無法處理病情之病人，因醫療需要，經病人同意後，轉診至特約類別較高層級之適當醫院。 2.執行規範： (1)院所宜協助病人轉診就醫安排事宜，並應交付病人轉診單，提供接受轉診之院所必要之診療資訊，包含：保險對象基本資料、病歷摘要或處置情形、轉診目的、轉診單開立日期及有效期限、建議轉診之診療科別等，後續應確認該院所接受轉診。 (2)院所針對同一病人之轉診，應同院整合後辦理，不應分科分次轉出。 (3)執行前述及其餘轉診相關事宜，應依全民健康保險轉診實施辦法各項規定辦理。 3.支付規範： (1)院所除當次就醫之診察費外，可同時申報本項費用。 (2)下列情形不得申報本項費用： A.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件。 B.已申報全民健康保險任一品質提升方案或照護計畫之相關轉診獎勵者。	V	V	V		150
01038C	接受轉診門診診察費加算 註： 1.適用對象須符合下列任一條件者： (1)接受申報01036C之上轉案件。 (2)接受以紙本轉診單辦理轉診案件：申報資料比對轉出院所申報「病患是否轉出(d18)」及「轉往之醫事服務機構代號(d55)」，如未能正確比對轉出院所，得以書面方式舉證。 2.執行規範： (1)院所應設置適當之設施及人員，為需要轉診之保險對象，提供適當就醫安排，並保留一定優先名額予轉診之病人。 (2)接受轉診後，應依醫療法施行細則有關轉診之規定，將保險對象之初步診療處置情形，及後續診療疾病之相關檢查及處置結果，回復原轉診院所。 (3)執行前述及其餘轉診相關事宜，應依全民健康保險轉診實施辦法各項規定辦理。 3.支付規範：	V	V	V	V	200

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	(1)申報本項費用者，當次就醫可同時申報門診診察費，且此次門診不列入院所原門診合理量計算。 (2)下列情形不得申報本項費用： A.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件。 B.屬全民健康保險轉診實施辦法第十一條所列之「視同轉診」情形者。 C.已申報全民健康保險任一品質提升方案或照護計畫之相關轉診獎勵者。					
00193C	接受下轉門診診察費加算 -使用保險人電子轉診平台 註： 1.適用對象：接受申報00192A、01034B之轉診案件。 2.執行規範： (1)院所應設置適當之設施及人員，為需要轉診之保險對象，提供適當就醫安排，並保留一定優先名額予轉診之病人。 (2)接受轉診後，應依醫療法施行細則有關轉診之規定，將保險對象之初步診療處置情形，及後續診療疾病之相關檢查及處置結果，回復原轉診院所。 (3)執行前述及其餘轉診相關事宜，應依全民健康保險轉診實施辦法各項規定辦理。 3.支付規範： (1)申報本項費用者，當次就醫可同時申報門診診察費，且此次門診不列入院所原門診合理量計算。 (2)下列情形不得申報本項費用： A.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件。 B.屬全民健康保險轉診實施辦法第十一條所列之「視同轉診」情形者。 C.已申報全民健康保險任一品質提升方案或照護計畫之相關轉診獎勵時，不得再申報此費用。	V	V	V		500

第二節 住院及急診觀察床診察費

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
02027B	器官移植協調管理費 註：本項須併同下列器官摘取或移植手術之診療項目申報，不得單獨申報。 1.器官摘取：68034B、68038B、75021B、75022B、75419B、76018B、76019B、73050B、75034B、76036B。 2.器官移植：68035B、68037B、68047B、75020B、75418B、76020B、73049B。 3.異體造血幹細胞移植：94201B。		√	√	√	5000

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

第三項 血液學檢查 Hematology Test (08001-08135)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
08135B	第十三因子測定 Factor XIII assay 註： 1.適用範圍：先天性或後天性第十三因子缺乏症之確認診斷及追蹤。 2.每三個月限申報一次，緊急開刀或其他特殊情形不在此限。 3.不得同時申報08063B。 4.申報時檢附Factor XIII活性定量報告。 5.限血液病專科醫師開立。		√	√	√	2084

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
12207B	白血病即時定量聚合酶連鎖反應法實驗室開發檢測(LDTs) RQ-PCR(Real Time Quantitative PCR) for leukemia(LDTs) 註： 1.適應症： (1)含有 BCR-ABL1 之慢性骨髓性白血病 (chronic myelogenous leukemia, CML)與急性白血病。 (2)含有PML-RARA、RUNX1-ETO、CBFB-MYH11與IDH1之急慢性骨髓性白血病(acute myeloid leukemia, AML)。 2.支付規範：限衛生福利部核准之實驗室開發檢測施行計畫表列醫療機構申報。 3.執行本項之醫事服務機構應報經保險人核定，如有異動，應重行報請核定。 4.不得同時申報編號 12217B。		√	√	√	3571

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
14074C	HIV 病毒負荷量檢查	√	√	√	√	4000

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	HIV viral load test 註： 1.限下列任一情境使用 (1)人類免疫缺乏病毒感染診斷 A.使用時機： (a)抗原或抗體初篩檢測(14049C、14050B或14082C)陽性後執行。 (b)抗原或抗體初篩檢測(14049C、14050B或14082C)為陰性，經感染科醫師評估有感染風險行為，且臨床上有急性初期感染之相關症狀或檢驗數值。 B.執行頻率：每人每年限一次。 C.執行院所：限衛生福利部人類免疫缺乏病毒指定醫事機構或疾病管制署病原體分生檢測認可之健保特約醫事服務機構申報。 (2)人類免疫缺乏病毒感染治療監測 A.執行院所：限衛生福利部人類免疫缺乏病毒指定醫事機構申報。 B.執行頻率：每人每年限四次，若屬新服藥或有抗藥性病毒需多執行一次者，應於病歷詳述執行原因。 2.屬西醫基層總額部門，限由院所專任之感染科專科醫師開立處方始可申報，但山地離島地區得由支援報備之感染科專科醫師為之。					
14075C	HIV-I 抗體檢查(西方墨點法) HIV-I Ab (Western blot) 註： 1.限衛生福利部人類免疫缺乏病毒指定醫事機構或疾病管制署西方墨點法認可之健保特約醫事服務機構執行。 2.限於14049C、14050B或14082C陽性時，確定診斷用。	v	v	v	v	1564
14076C	HIV-II 抗體檢查(西方墨點法) HIV-II Ab (Western blot) 註： 1.限衛生福利部人類免疫缺乏病毒指定醫事機構或疾病管制署西方墨點法認可之健保特約醫事服務機構執行。 2.限於14049C、14050B或14082C陽性時，確定診斷用。 3.HIV-II限於HIV-I檢查時未出現gp120band。	v	v	v	v	1564

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
14083C	HIV 1/2 抗體確認檢驗(抗體免疫層析檢驗法) HIV 1/2 Confirmatory Test(Immunochromatographic Test) 註： 1.使用時機：限於14049C、14050B或14082C陽性時，確定診斷用。 2.限衛生福利部人類免疫缺乏病毒指定醫事機構或疾病管制署抗體免疫層析法認可之健保特約醫事服務機構執行。 3.不得同時申報14075C、14076C。	v	v	v	v	2011

第九項 細胞學檢查 Cytology Examination (15001-15022)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
15020B	支氣管切片奈印 Imprint bronchial biopsy-CM		v	v	v	265

第十四項 神經系統檢查 Neurological Test (20001-20049)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
20049C	多發性硬化症/視神經脊髓炎EDSS量表評估 Evaluation of Expanded Disability Status Scale (EDSS) in Multiple Sclerosis/ Neuromyelitis Optic 註： 1.限神經專科醫師執行。 2.每人每年限給付二次。 3.申報時須檢附EDSS量表及各項目分數。	v	v	v	v	1328

第二節 放射線診療 X-RAY

第一項 X光檢查費 X-Ray Examination

二、特殊造影檢查 Scanning (33001-33147、P2101-P2104)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
33064B	雙能量X光骨質密度檢查 Dual-energy X-ray absorptiometry, DXA 註： 1.適應症如下： (1)內分泌失調可能加速骨質流失者： A.副甲狀腺機能過高須接受治者。 B.腎上腺皮質過高者。 C.腦下垂體機能不全影響鈣代謝者。 D.甲狀腺機能亢進症者。 E.醫源性庫興氏症候群者。 F.四十歲以上全身性類固醇持續使用三個月以上且Prednisolone每日劑量$\geq 10\text{mg}$或equivalent之紅斑性狼瘡病人。 (2)非創傷性之骨折者。 (3)停經後婦女及五十歲以上接受骨質疏鬆症追蹤治療（符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準第六編第八十三條之藥品給付規定第5節5.6骨質疏鬆症治療藥物）者。 (4)攝護腺癌病人在接受男性賀爾蒙阻斷治療前與治療後，得因病情需要施行骨質密度檢查。 (5)乳癌病人在接受Aromatase Inhibitors治療前與治療後，因病情需要施行骨質密度檢查。 (6)成骨不全症。 2.支付規範： (1)符合前述第(1)至(5)項適應症者，因病情需要再次施行骨質密度檢查時，間隔時間應為二年以上，且是項檢查以三次為限。 (2)符合前述第(6)項適應症者，因病情需要再次施行骨質密度檢查時，間隔時間應為一年以上。 3.篩檢性檢查不列入本保險給付範圍。		v	v	v	600

第二項 癌症(腫瘤)治療 Cancer Therapy

一、放射線治療 Radiation Therapy (36001-36024)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
36022B	乳癌術後低分次照射合併局部加強照射放射治療 Hypofractionated irradiation with tumor bed boost 註： 1.禁忌症： (1)淋巴結轉移。 (2)遠端轉移。 (3)化學治療同步進行。 (4)少見之病理形態，如：metaplastic carcinoma、squamous cell carcinoma、sarcoma or adenoid cystic carcinoma。 2.本療程採包裹給付，如未執行完成療程，則按「規劃療程總次數」計算核扣點數之比例。 3.不得同時申報項目：33090B、36001B、36002B、36004B、36005B、36011B、36012B、36013B、36015B、36018B、36019B、36020B、36021C、37006B、37013B、37014B、37015B、37016B、37030B、37046B。 4.本項原則限國民健康署公告「通過癌症診療品質認證醫院名單」申報，如不符資格之院所，須向保險人提出申請，由台灣乳房醫學會與台灣放射腫瘤醫學會共同訪視認證，檢附學會認證證明始得申報。		v	v	v	279986
36023B	乳癌術後低分次照射無合併局部加強照射放射治療 Hypofractionated irradiation without tumor bed boost 註： 1.禁忌症： (1)淋巴結轉移。 (2)遠端轉移。 (3)化學治療同步進行。 (4)少見之病理形態，如：metaplastic carcinoma、squamous cell carcinoma、sarcoma or adenoid cystic carcinoma。 2.本療程採包裹給付，如未執行完成療程，則按「規劃療程總次數」計算核扣點數之比例。 3.不得同時申報項目：33090B、36001B、36002B、36004B、36005B、36011B、36012B、36013B、36015B、36018B、36019B、36020B、36021C、37006B、37013B、37014B、37015B、37016B、37030B、37046B。 4.本項原則限國民健康署公告「通過癌症診療品質認證醫院名單」申報，如不符資格之院所，須向保險人提出申請，由台灣乳房醫學會與台灣放射腫瘤醫學會共同訪視認證，檢附學會認證證明始得申報。		v	v	v	246960

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

第三項 高壓氧治療 Hyperbaric Oxygen Therapy (59002-59016)

編號	診療項目	深度 (呎)	時間 (分)	基層 院所	地區 醫院	區域 醫院	醫學 中心	支付 點數
59014B	潛水病（減壓病）或急性氣栓塞症 Decompression sickness and acute gas embolism (including post operative) 之高壓氧治療 註： 1.限治療第二型潛水減壓病（Decompression Sickness, DCSII）及空氣栓塞症（Arterial Gas Embolism, AGE）之急診與住院病人申報，且 申報時應檢附詳細記載症狀及身體檢查之病 歷紀錄。 2.急診病人限申報一次。	165	319		v	v	v	30836

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
64285B	反置人工全肩關節置換手術 Reverse total shoulder replacement 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

第六項 心臟及心包膜(68001-68060)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
68060B	經導管二尖瓣緣對緣修補術 Transcatheter edge-to-edge Mitral valve repair 註： 1.適應症： (1)顯著症狀之重度二尖瓣逆流（經超音波檢查須符合下列任一條件：Central jet MR >40% LA or holosystolic		v	v	v	99428

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	eccentric jet MR/Vena contracta $\geq 0.7\text{cm}$/Regurgitant volume $\geq 60\text{ mL}$/Regurgitant fraction $\geq 50\%$/ERO $\geq 0.40\text{cm}^2$), 且符合下列任一適應症： A. 因瓣膜結構異常造成之原發性二尖瓣逆流病人 (Primary MR), 須經多科別心臟團隊評估認定二尖瓣解剖結構適合緣對緣修補、臨床判定病人至少有一年以上之存活機率, 且現有伴隨疾病不至妨礙二尖瓣逆流減少之預期效益。高手術風險之判定應具有下列一項以上手術風險因子： (a) 手術後三十天死亡風險評估(STS score), 二尖瓣置換手術達8%以上或二尖瓣修補手術達6%以上。 (b) 嚴重主動脈鈣化(Porcelain aorta)。 (c) 險惡性胸腔。 (d) 嚴重肝病變/肝硬化 (MELD分數>12)。 (e) 重度肺高壓 (肺動脈收縮壓高於全身收縮壓三分之二)。 (f) 導致體弱不尋常情況, 例如右心室功能障礙伴隨重度三尖瓣逆流、接受惡性腫瘤化療、嚴重出血性體質、後天免疫不全症候群(AIDS)、吸入異物高風險。 B. 合併心臟衰竭之繼發性功能二尖瓣逆流(Secondary MR)者, 須經多科別心臟團隊評估, 符合已接受臨床指南藥物治療之最大容許劑量(GDMT), 但症狀及二尖瓣逆流嚴重度仍持續存在, 同時左心室射血率(LVEF)介於20%至50%, 左心室收縮末期直徑(LVESD) $\leq 70\text{mm}$。 (2) 二尖瓣膜結構須符合夾合器適用範圍。 (3) 排除末期嚴重心臟衰竭或心源性休克LVEF$<20\%$病人。 2. 支付規範： (1) 醫院條件： A. 專任之心臟內科、心臟外科醫師。 B. 醫院過去三年每年平均或近一年須具三百例以上之心導管(含一百例以上介入心臟導管手術)、一百例經食道心臟超音波及連續五年每年三十例以上二尖瓣膜修復或置換(68015B~68018B)之手術案例。 C. 須具下列設備： (a) 心導管X光攝影機等級及高效率空氣過濾器至少HEPA-10000等級之複合式(hybrid)手術室。 (b) 具3D、4D影像功能之心臟超音波設備。 (c) 體外循環設備。 (d) 64切片以上之電腦斷層或磁振造影機。					

編號	診療項目	基層 院所	地區 醫院	區域 醫院	醫學 中心	支付 點數
	(2)醫師資格須符合下列所有規範： A.心臟內科、心臟外科、心臟介入、兒童心臟科專科醫師。 B.須符合下述操作資格之心臟內科專科醫師及心臟外科專科醫師在場共同操作，隨時提供必要之緊急措施。 C.具有心臟專科醫師五年以上資格。 D.心臟外科醫師須具二十例以上二尖瓣膜手術(68015B~68018B)；心臟內科及兒童心臟科醫師須具五十例以上心臟結構疾病手術及二十例以上心房中膈穿刺術(29031B)；心臟介入專科醫師須具三百例以上心臟介入治療(33076B~33078B經皮冠狀動脈擴張術)。 (3)執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請同意。 (4)申報時應檢附手術中心臟超音波及X光影像。 3.不得同時申報：29031B、18047B。 4.一般材料費，得另加計百分之三。 5.須事前審查。					

第八節 輸血及造血幹細胞移植 Blood Transfusion and Hematopoietic Stem Cell Transplantation

第三項 造血幹細胞移植技術費 Hematopoietic Stem Cell Transplantation (94201～94209)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
94201B	異體造血幹細胞移植術 Allogeneic Hematopoietic Stem Cell Transplantation, 一次 註： 1. 包括植入異體造血幹細胞，幹細胞來源得為骨髓、周邊造血細胞或臍帶造血細胞；包含周邊造血細胞輸注。 2. 其他各項診療費用依本標準表所定項目及支付點數申報。 3. 受贈者需為本保險之保險對象。		v	v	v	14495
94202B	自體造血幹細胞移植術 Autologous Hematopoietic Stem Cell Transplantation, 一次 註： 1. 包括植入自體造血幹細胞，涵蓋骨髓或周邊血幹細胞。 2. 其他各項診療費用依本標準表所定項目及支付點數申報。		v	v	v	7498
94205B	骨髓移植－抽髓（自體或異體） Bone marrow transplantation harvesting (allo-or auto-)		v	v	v	7200

第六部 論病例計酬

第二章 婦科

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
97027C	次全子宮切除術(住院) 註： 1.診療項目要求表(詳附表 6.2.4) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.出院狀態 (1)出院前至少二十四小時內體溫低於37.5℃ (2)無合併症 (3)可自行解尿 (4)正常胃腸功能，出院前二十四小時內至少正常排便一次 (5)病人之衛教： A.沐浴及個人衛生 B.傷口之照料 C.活動程度(包括性生活等)之衛教 D.口服藥 E.回診時間 3.主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)： 0UT90ZL 4.西醫基層院所申報限設置有門診手術室及觀察病床者。	V				51597

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

第二章 Tw-DRGs 分類架構及原則

一、Tw-DRG 之診斷及處置代碼，以美國「2023 ICD-10-CM/PCS」版本為基礎。

二、名詞定義

(一)主診斷(Principal Diagnosis)：經研判後，被確定為引起病人此次住院醫療主要原因，引起病人此次住院醫療之多重診斷，得擇取醫療資源耗用高者為主要診斷，住院中產生之併發症或住院中管理不當產生之危害不得為主要診斷。

(二)開刀房手術或處置(Operating Room Procedure)：依「TW-DRG 分類手冊」所列項目認定。

(三)合併症或併發症(Comorbidity & Complication) 之認定條件如「TW-DRG 分類手冊」。

三、除 PRE MDC 外，MDC1 至 MDC24 之各 Tw-DRG，其主診斷須為該 Tw-DRG 所屬 MDC 主診斷範圍，詳如「TW-DRG 分類手冊」。

四、Tw-DRG 之編審依序，以 PRE MDC 優先，其次為 MDC24，再次為 MDC1-MDC23，惟 PRE MDC 中之 Tw-DRG48201、48202、48301、48302 等四項，若同時符合 MDC1 至 MDC24 之 Tw-DRG 條件者，得以權重高者認定。

五、在同一 MDC 中 Tw-DRG 之認定順序：

(一)外科系 Tw-DRG

1.有 OR PROCEDURE，且 OR PROCEDURE 與主診斷相關之 Tw-DRG。

2.有 OR PROCEDURE，但 OR PROCEDURE 與主診斷不相關之 Tw-DRG。

(二)內科系 Tw-DRG。

(三)前述(一)及(二)中，複合條件者較其中單一或部分條件者優先；其他若出現符合二個以上 Tw-DRG 條件者，Tw-DRG 編審結果得以權重高者申報，若其中任一項無權重者，以該個案點數除以全國平均點數，所得值大於等於其他 Tw-DRG 權重者，歸類於無權重之 Tw-DRG，若屬二個以上無權重 DRG 者依「TW-DRG 分類手冊」內流程圖順序認定，核實申報費用；所得值小於其他 Tw-DRG 權重者，歸類於該有權重之 Tw-DRG。

六、年齡之認定採「入院年月日」減「出生年月日」計算。

七、MDC15 之出生天數以「入院日」減「出生日」計算。

八、正常新生兒照護仍併入生產 DRG 內。

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）年第三次修正，並自本年九月一日生效。

本次主要特定診療項目新增二項、放寬支付規範六項、整併造血幹細胞移植術項目及修正轉診支付標準。修正重點如下：

一、第二部西醫：

（一）第一章基本診療

1. 第一節門診診察費：為鼓勵醫療院所使用電子轉診平台及分級醫療轉診：

(1)調升下轉及接受下轉等診療項目：

A.新增 00192A「辦理轉診費_回轉及下轉—使用保險人電子轉診平台」，併同修正 01034B「辦理轉診費_回轉及下轉—使用保險人電子轉診平台」院所表別、適用對象、支付規範。

B.新增 00193C「接受下轉門診診察費加算—使用保險人電子轉診平台」。

(2)調降上轉辦理轉診費：修正 01036C「辦理轉診費_上轉—使用保險人電子轉診平台」支付點數、支付規範。

(3)刪除 01035B「辦理轉診費_回轉及下轉—未使用保險人電子轉診平台」及 01037C「辦理轉診費_上轉—未使用保險人電子轉診平台」。

(4)配合 00193C 新增，修正 01038C「接受轉診門診診察費加算」診療項目適用對象及支付規範。

2. 第二節住院及急診觀察床診察費：配合本次修正 94201B 中文名稱及刪除 94206B 診療項目，爰修正 02027B「器官移植協調管理費」支付規範。

(二) 第二章特定診療

1. 第一節檢查：

- (1)新增 08135B「第十三因子測定」及 20049C「多發性硬化症／視神經脊髓炎 EDSS 量表評估」。
- (2)修正 12207B「白血病即時定量聚合酶連鎖反應法實驗室開發檢測(LDTs)」等五項診療項目支付規範。
- (3)修正 15020B「支氣管切片奈印」診療項目英文名稱。
2. 第二節放射線診療：修正 33064B「雙能量 X 光骨質密度檢查」等三項診療項目名稱或支付規範。
3. 第六節治療處置：修正 59014B「潛水病（減壓病）或急性氣栓塞症之高壓氧治療」支付規範。
4. 第七節手術：修正 64285B「反置人工全肩關節置換手術」等二項診療項目英文名稱或支付規範文字。
5. 第八節輸血及骨髓移植：整併「骨髓移植術」及「周邊造血細胞移植」為「造血幹細胞移植術」。

- (1)修正本節中、英文名稱為輸血及造血幹細胞移植 Blood Transfusion and Hematopoietic Stem Cell Transplantation，第三項名稱修正為造血幹細胞移植技術費 Hematopoietic Stem Cell Transplantation。

- (2)修正 94201B「異體骨髓移植術」、94202B「自體骨髓移植術」及 94205B「骨髓移植－抽髓（自體或異體）」三項診療項目中、英文名稱、支付規範或支付點數。

(3)刪除 94206B「異體周邊造血細胞移植」、94207B「自體周邊造血細胞移植」及 94204B「骨髓移植—植髓（自體或異體）」三項診療項目。

二、第六部論病例計酬第二章婦科及第七部全民健康保險住院診斷關聯群第二章 Tw-DRGs 分類架構及原則：配合國際疾病分類第十版(ICD-10-CM/PCS)改版為西元二〇二三年版，修正相關文字。

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：白其怡

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8月29日

發文字號：衛部保字第1141260375C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_1141260375C_doc5_Attach1.pdf、

A21000000I_1141260375C_doc5_Attach2.pdf、

A21000000I_1141260375C_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8月29日以衛部保字第
1141260375號令修正發布，並自114年9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)

