

第二部 西醫

第一章 基本診療

第一節 門診診察費

通則：

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

註：醫院一般門診診察費支付點數內含百分之十護理費。

二、本節所稱醫院每日門診合理量暫不實施：

(一)醫學中心

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

(二)區域醫院

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

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

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

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

三、合併申報醫療費用之醫院，其醫院門診合理量應合併計算。

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

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

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

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

八、由同一醫師診療之同日兩次以上之門診相同病情案件，限申報門診診察費一次。

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

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

十一、西醫醫院門診診察費加成方式：

(一)四歲(含)以下兒童不限科別各項門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

(二)醫學中心及區域醫院之婦產科、小兒科及新生兒科、外科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之十七，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之三十七。內科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之七，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之二十七。

(三)地區醫院加成方式：

- 1.婦產科、小兒科及新生兒科、外科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之四十，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之六十。
- 2.內科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之三十，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之五十。
- 3.其餘科別及精神科之門診診察費項目，得依表定點數加計百分之十五，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之三十五。
- 4.地區醫院申報夜間門診診察費項目(夜間門診係指晚上六時至十時之開診)，得依表定點數加計百分之十：包括編號00101B、00131B、00102B、00132B、00172B、00173B、00105B、00135B、00106B、00136B、00174B、00175B、00107B、00137B、00108B、00138B、00176B、00177B。

(四)加成科別及門診診察費項目定義說明：

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

(五)醫院申報門診診察費四歲以下兒童加成及科別加成支付點數之計算結果詳附表2.1.2.1及附表2.1.2.2。

十二、西醫基層院所門診診察費加成方式：

(一)兒童加成方式(詳附表2.1.3)：

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

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

(三)專科醫師加成方式(詳附表2.1.4~附表2.1.6)：

- 1.各專科醫師申報第一段門診量內之門診診察費得按表定點數加計，其中婦產科、外科及內科專科醫師加計百分之十三，整形外科、骨科、泌尿科、神經外科專科醫師加計百分之十，其餘專科醫師加計百分之九。若同時符合兒童加成或七十五歲以上者加成，依加成率合計後一併加計。
- 2.第一段門診量內之門診診察費項目：包括編號00109C、00110C、00197C、00198C、00199C、00200C、00158C、00159C、00230C、00231C、00232C、00233C、00234C、00235C、00236C、00237C、00168C、00169C及01023C。

(四)離島地區西醫基層診所週六、週日及國定假日之西醫基層門診案件，申報本部第一章之山地離島地區門診診察費，得加計百分之二十。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	一般門診診察費					
	一 醫院門診診察費(不含牙科門診)					
	1. 醫學中心及區域醫院					
00154A	1) 處方交付特約藥局調劑			√	√	286
00155A	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑			√	√	316
00156A	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑			√	√	286
00157A	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑			√	√	292
00170A	5) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑			√	√	520
00171A	6) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑			√	√	497
	2. 地區醫院					
00101B	1) 處方交付特約藥局調劑		√			286
00131B	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		√			316
00102B	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑		√			286
00132B	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		√			292
00172B	5) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		√			520
00173B	6) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑		√			497
	3. 金門馬祖以外之山地離島地區					
00105B	1) 處方交付特約藥局調劑		√	√	√	286
00135B	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		√	√	√	316
00106B	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑		√	√	√	286
00136B	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		√	√	√	292
00174B	5) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		√	√	√	520
00175B	6) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑		√	√	√	497
	4. 金門馬祖地區					
00107B	1) 處方交付特約藥局調劑		√	√	√	288
00137B	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		√	√	√	339
00108B	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑		√	√	√	288
00138B	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		√	√	√	316
00176B	5) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		√	√	√	542
00177B	6) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑		√	√	√	520

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
00226B	5.地區醫院假日加計					
	地區醫院週六門診診察費加計		v			100
00227B	地區醫院週日及國定假日門診診察費加計		v			150
	註：					
	1.00226B 及 00227B 限地區醫院申報。					
	2.開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方之案件不得申報上述加計點數。					
	3.應於開診前至保險人健保資訊網服務系統VPN登錄開診資訊。					
	4.住院值班醫師不得為假日之門診看診醫師。					
	— 基層院所門診診察費					
	1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分(≤40)					
00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人次)	v				358
00223C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-40人次)	v				250
00197C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	v				381
00198C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-40人)	v				375
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人次)	v				358
00224C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-40人次)	v				250
00199C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	v				356
00200C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-40人)	v				350
00158C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				555
00159C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				530
	2.每位醫師每日門診量超過四十人次，但在六十人次以下部分(41-60)					
00111C	1)處方交付特約藥局調劑	v				220
00141C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				275
00112C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				220
00142C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				250
00160C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				475
00161C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				450
	3.每位醫師每日門診量超過六十人次，但在八十人次以下部分(61-80)					
00113C	1)處方交付特約藥局調劑	v				160
00143C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				215
00114C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				160
00144C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				190

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
00162C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				415
00163C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交由本院所自行調劑	v				390
	4.每位醫師每日門診量超過八十人次，但在一百五十人次以下部分(81-150)					
00115C	1)處方交付特約藥局調劑	v				70
00145C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				125
00116C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				70
00146C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				100
00164C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				325
00165C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				300
	5.每位醫師每日門診量超過在一百五十人次部分(>150)					
00117C	1)處方交付特約藥局調劑	v				50
00147C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				105
00118C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				50
00148C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				80
00166C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				305
00167C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				280
	6.山地離島地區					
	(1)每位醫師每日門診量在五十人次以下部分(≤50)					
00230C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	v				358
00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50人)	v				352
00232C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	v				381
00233C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-50人)	v				375
00234C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	v				358
00235C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50人)	v				352
00236C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	v				356
00237C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-50人)	v				350
00168C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				555
00169C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				530
	(2)每位醫師每日門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分(51-70)					
00205C	1)處方交付特約藥局調劑	v				220

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
00206C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	√				275
00207C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	√				220
00208C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	√				250
00209C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	√				475
00210C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑 (3)每位醫師每日門診量超過七十人次，但在在一百五十人次以下部分(71-150)	√				450
00211C	1)處方交付特約藥局調劑	√				160
00212C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	√				215
00213C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	√				160
00214C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	√				190
00215C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	√				415
00216C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交由本院所自行調劑 (4)每位醫師每日門診量超過在一百五十人次部分(>150)	√				390
00217C	1)處方交付特約藥局調劑	√				90
00218C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	√				145
00219C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	√				90
00220C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	√				120
00221C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	√				345
00222C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	√				320
	<p>註：1.以上第1至5點每月看診日數計算方式： 每月實際看診日數不足二十五日(不含二十五日)，應以實際看診日數計；每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日)，以二十五日計算合理量。</p> <p>2.第6點山地離島地區每月看診日數計算方式： 每月實際看診日數不足二十五日(不含二十五日)，應以實際看診日數計；每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日)，得以當月全月日數計。</p> <p>3.以上第1至6點限向衛生局登記為診所(不含中醫診所及牙醫診所)之特約醫事服務機構申報。</p> <p>4.處方交付特約藥局調劑或未開處方者，不得申報藥事服務費。</p> <p>5.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。</p> <p>6.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑申報。</p>					

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	7.本項支付點數含護理費29-39點。 8.山地離島地區經總額受託單位與保險人共同協議認定之特殊地區院所得除外，以山地離島地區三十人次以下部分之支付點數申報。 9.基層診所醫師診治病人後，應交付處方箋給病人，由病人自行選擇調劑之場所。					
01015C	急診診察費 註： 1.急診定義及適用範圍如附表2.1.1。 2.本項支付點數含護理費46—73點。 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，其餘專科醫師申報六歲以下兒童者，得加計百分之五十。 8.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數521點申報。	v	v			667
00201B	急診診察費(按檢傷分類) 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 註： 1.檢傷分類依衛生福利部規定。 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，其餘專科醫師申報六歲以下兒童者，得加計百分之五十。		v	v	v	390

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
	精神科門診診察費 —每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)					
	1.醫院					
01018B	1)處方交付特約藥局調劑		√	√	√	308
00178B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		√	√	√	365
01019B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		√	√	√	308
00179B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		√	√	√	341
00180B	5)開具連續二次以上調劑,而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		√	√	√	567
00181B	6)開具連續二次以上調劑,而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑		√	√	√	544
	2.基層診所					
00238C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	√				344
00239C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-45人)	√				338
00240C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	√				395
00241C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-45人)	√				389
00242C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	√				344
00243C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-45人)	√				338
00244C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	√				374
00245C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-45人)	√				368
00184C	5)開具連續二次以上調劑,而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	√				569
00185C	6)開具連續二次以上調劑,而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	√				548
	—每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45)					
00186C	1)處方交付特約藥局調劑	√	√	√	√	164
00187C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	√	√	√	√	218
00188C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	√	√	√	√	164
00189C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	√	√	√	√	196
00190C	5)開具連續二次以上調劑,而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	√	√	√	√	436
00191C	6)開具連續二次以上調劑,而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	√	√	√	√	414
	註：					
	1.處方交付特約藥局調劑或未開處方者,不得申報藥事服務費。					
	2.處方由本院所自行調劑者,得另申報門診藥事服務費。					

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
00228B	3.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑申報。 4.本項支付點數含護理費31-41點。 5.基層院所精神科門診診察費限向衛生局登記為診所(不含中醫診所及牙醫診所)之特約醫事服務機構申報。 6.基層院所精神科每月看診日數計算方式： 每月實際看診日數不足二十五日(不含二十五日)，應以日計；每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日)，得以當月全月日數計。 —地區醫院假日加計 地區醫院週六精神科門診診察費加計		v			100
00229B	地區醫院週日及國定假日精神科門診診察費加計 註： 1.00228B及00229B限地區醫院者申報。 2.開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方之案件不得申報上述加計點數。 3.應於開診前至保險人健保資訊網服務系統VPN登錄開診資訊。 4.住院值班醫師不得為假日之門診看診醫師。		v			150
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50%、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20%，同時符合夜間及例假日者，則僅加成50%。 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30%，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加成80%。 5.兒童加成項目。 6.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數550點申報，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20%規定。	v	v	v	v	901
01023C	高危險早產兒特別門診診察費 註： 1.限出生時二千公克以下的早產兒於二歲前之特別門診追蹤治療，並限由小兒科專科醫師親自執行。 2.本支付點數含護理費49-65點。 3.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數425點申	v	v	v	v	468

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
	報。					
	山地離島地區醫療報酬					
01024C	—山地離島地區醫師巡迴醫療費(半天)	√	√	√	√	1090
01027C	—山地離島地區護理人員巡迴醫療費(半天)	√	√	√	√	872
01033C	—山地離島地區藥事人員巡迴醫療費(半天)	√	√	√	√	872
01028C	—支援二、三、四級離島無醫師地區醫療費(一天)	√	√	√	√	2180
	註： 1.山地離島地區巡迴醫療每位醫師、藥事人員及護理人員每月以八次為限，每次以半天為單位。 2.申報01024C及01028C者，得另依規定申報醫療費。 3.相關規定請依「全民健康保險申請山地離島地區醫療報酬作業須知」辦理。					

編號	診療項目	助產所	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
01030D	<p>助產所產後檢查</p> <p>註：</p> <p>1.內容包括：產後恢復檢查、避孕指導、德國麻疹預防注射之諮商及指導。</p> <p>2.原助產所接生之個案，每人每次產後一個月內得申報四次到宅產後檢查服務，各次產後檢查服務內容如下：</p> <p>(1)第一次檢查</p> <p>a.身體評估(胸門、頸部、肩膀、心跳、髖關節)、測量新生兒：體溫、呼吸、頭圍、身長、教導新生兒沐浴、臍帶護理。</p> <p>b.教導母乳哺餵方式、餵食注意事項(唇色變化、溢吐奶)、排氣技巧、測量產婦：體溫、呼吸、血壓、子宮收縮、子宮底高度、傷口評估、惡露評估、產後飲食衛教、家庭衛生環境評估。</p> <p>(2)第二次檢查</p> <p>第一次服務項目+黃疸評估、發奶及脹奶處理。</p> <p>(3)第三次檢查</p> <p>第一、二次服務項目+奶量評估、生理性脫水評估、新生兒體重測量、紅臀處理、分辨腹瀉及便秘差異及處理方式、回覆示教新生兒沐浴、臍帶護理。</p> <p>(4)第四次檢查</p> <p>第一、二、三次服務項目+新生兒預防注射注意事項、避孕措施、產後運動、回覆示教新生兒沐浴、臍帶護理、母乳哺餵技巧、溢吐奶處理、排氣技巧。</p>	v					320

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
01034B	辦理轉診費_回轉及下轉 -使用保險人電子轉診平台		v	v	v	500
01035B	-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用者。		v	v	v	400

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
01036C	辦理轉診費_上轉 -使用保險人電子轉診平台	v	v	v	v	250
01037C	-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用者。	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
01038C	<p>接受轉診門診診察費加算</p> <p>註：</p> <p>1.適用對象：接受申報01034B-01037C之轉診案件。</p> <p>2.執行規範：</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>3.支付規範：</p> <p>(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。</p> <p>(2)下列情形不得申報本項費用：</p> <p>a.同體系醫療院所間(含委託經營)之轉診案件。</p> <p>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。</p> <p>c.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。</p> <p>d.已申報「全民健康保險急性後期整合照護計畫」承作醫院初評評估費者。</p>	v	v	v	v	200

附表 2.1.1 急診定義及適用範圍

一、急診定義：凡需立即給予患者緊急適當之處理，以拯救其生命、縮短其病程、保留其肢體或維持其功能者。

二、適用範圍如下：

- (一) 急性腹瀉、嘔吐或脫水現象者。
- (二) 急性腹痛、胸痛、頭痛、背痛(下背、腰協痛)、關節痛或牙痛、需要緊急處理以辨明病因者。
- (三) 吐血、便血、鼻出血、咳血、溶血、血尿、陰道出血或急性外傷出血者。
- (四) 急性中毒或急性過敏反應者。
- (五) 突發性體溫不穩定者。
- (六) 呼吸困難、喘鳴、口唇或指端發紺者。
- (七) 意識不清、昏迷、痙攣或肢體運動功能失調者。
- (八) 眼、耳、呼吸道、胃腸道、泌尿、生殖道異物存留或因體內病變導致阻塞者。
- (九) 精神病患者有危及他人或自己之安全，或呈現精神疾病症狀須緊急處置者。
- (十) 重大意外導致之急性傷害。
- (十一) 應立即處理之法定或報告傳染病。
- (十二) 生命徵象不穩定或其他可能造成生命危急症狀者。

附表 2.1.2.1

醫學中心及區域醫院申報門診診察費四歲(含)以下兒童加成及科別加成支付點數之計算

代碼	名稱	支付點數 A	不分科別 四歲以下 兒童加成 (20%)支付 =A*1.2	婦兒外科加成		內科加成	
				科別加成 支付點數 =A*1.17	同時符合兒 童加成支付 點數 =A*1.37	科別加成 支付點數 =A*1.07	同時符合兒 童加成支付 點數 =A*1.27
一般門診診察費							
— 醫院門診診察費(不含牙科門診)							
1.就診人次在合理量內：							
醫學中心及區域醫院							
00154 A	1)處方交付特約藥局調劑	286	343	335	392	306	363
00155 A	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	316	379	370	433	338	401
00156 A	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	286	343	335	392	306	363
00157 A	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	292	350	342	400	312	371
00170 A	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	520	624	608	712	556	660
00171 A	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	497	596	581	681	532	631
3.金門馬祖以外之山地離島地區							
00105B	1)處方交付特約藥局調劑	286	343	335	392	306	363
00135B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	316	379	370	433	338	401
00106B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	286	343	335	392	306	363
00136B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	292	350	342	400	312	371
00174B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	520	624	608	712	556	660
00175B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	497	596	581	681	532	631
4.金門馬祖地區							
00107B	1)處方交付特約藥局調劑	288	346	337	395	308	366
00137B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	339	407	397	464	363	431
00108B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	288	346	337	395	308	366
00138B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	316	379	370	433	338	401
00176B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	542	650	634	743	580	688

代碼	名稱	支付 點數 A	不分科別 四歲以下 兒童加成 (20%)支付 =A*1.2	婦兒外科加成		內科加成	
				科別加成 支付點數 =A*1.17	同時符合兒 童加成支付 點數 =A*1.37	科別加成 支付點數 =A*1.07	同時符合兒 童加成支付 點數 =A*1.27
00177B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	520	624	608	712	556	660
	精神科門診診察費						
	—每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)						
	1.醫院						
01018B	1)處方交付特約藥局調劑	308	370				
00178B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	365	438				
01019B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	308	370				
00179B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	341	409				
00180B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	567	680				
00181B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	544	653				
	—每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45)						
00186C	1)處方交付特約藥局調劑	164	197				
00187C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	218	262				
00188C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	164	197				
00189C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	196	235				
00190C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	436	523				
00191C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	414	497				
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	468	562	548	641	501	594

附表2.1.2.2

地區醫院申報門診診察費四歲(含)以下兒童加成、科別加成及夜間加成支付點數之計算

代碼	名稱	支付點數 A	其餘科別加成			婦兒外科加成			內科加成		
			科別加 成支付 點數 = A*1.15	同時符 合兒童 加成支 付點數 = A*1.35	同時符 合兒童 加成及 夜間加 成支付 點數= A*1.45	科別加 成支付 點數= A*1.4	同時符 合兒童 加成支 付點數 = A*1.6	同時符 合兒童 加成及 夜間加 成支付 點數 = A*1.7	科別加 成支付 點數 = A*1.3	同時符 合兒童 加成支 付點數 = A*1.5	同時符 合兒童 加成及 夜間加 成支付 點數 = A*1.6
	一般門診診察費 一醫院門診診察費(不含牙科門診)										
	2.地區醫院										
00101B	1)處方交付特約藥局調劑	286	329	386	415	400	458	486	372	429	458
00131B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	316	363	427	458	442	506	537	411	474	506
00102B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	286	329	386	415	400	458	486	372	429	458
00132B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	292	336	394	423	409	467	496	380	438	467
00172B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	520	598	702	754	728	832	884	676	780	832
00173B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	497	572	671	721	696	795	845	646	746	795
	3.金門馬祖以外之山地離島地區										
00105B	1)處方交付特約藥局調劑	286	329	386	415	400	458	486	372	429	458
00135B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	316	363	427	458	442	506	537	411	474	506
00106B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	286	329	386	415	400	458	486	372	429	458
00136B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	292	336	394	423	409	467	496	380	438	467
00174B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	520	598	702	754	728	832	884	676	780	832
00175B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	497	572	671	721	696	795	845	646	746	795
	4.金門馬祖地區										
00107B	1)處方交付特約藥局調劑	288	331	389	418	403	461	490	374	432	461
00137B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	339	390	458	492	475	542	576	441	509	542
00108B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	288	331	389	418	403	461	490	374	432	461
00138B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	316	363	427	458	442	506	537	411	474	506

代碼	名稱	支付 點數 A	其餘科別加成			婦兒外科加成			內科加成		
			科別加 成支付 點數 = A*1.15	同時符 合兒童 加成支 付點數 = A*1.35	同時符 合兒童 加成及 夜間加 成支付 點數= A*1.45	科別加 成支付 點數= A*1.4	同時符 合兒童 加成支 付點數 = A*1.6	同時符 合兒童 加成及 夜間加 成支付 點數 = A*1.7	科別加 成支付 點數 = A*1.3	同時符 合兒童 加成支 付點數 = A*1.5	同時符 合兒童 加成及 夜間加 成支付 點數 = A*1.6
00176B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	542	623	732	786	759	867	921	705	813	867
00177B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	520	598	702	754	728	832	884	676	780	832
	精神科門診診察費										
	—每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)										
	1.醫院										
01018B	1)處方交付特約藥局調劑	308	354	416							
00178B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	365	420	493							
01019B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	308	354	416							
00179B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	341	392	460							
00180B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	567	652	765							
00181B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	544	626	734							
	—每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45)										
00186C	1)處方交付特約藥局調劑	164	189	221							
00187C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	218	251	294							
00188C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	164	189	221							
00189C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	196	225	265							
00190C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	436	501	589							
00191C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	414	476	559							
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	468	538	632		655	749		608	702	

附表 2.1.3

基層院所申報門診診察費「三歲以下不分科及四至六歲兒科專科醫師加計百分之二十」與「七十五歲以上者加計百分之七點五」支付點數之計算

代碼	名稱	支付點數 A	不分科別三歲以下及四至六歲兒科專科醫師加計(20%)支付點數 =A*1.2	不分科別七十五歲以上者之加計(7.5%)支付點數 =A*1.075
一般門診診察費－基層院所門診診察費				
1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分 (≤40)				
00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人次)	358	430	385
00223C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-40人次)	250	300	269
00197C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	457	410
00198C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-40人)	375	450	403
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人次)	358	430	385
00224C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-40人次)	250	300	269
00199C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	356	427	383
00200C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-40人)	350	420	376
00158C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	555	666	597
00159C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	530	636	570
2.每位醫師每日門診量超過四十人次，但在六十人次以下部分 (41-60)				
00111C	1)處方交付特約藥局調劑	220	264	237
00141C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	275	330	296
00112C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	220	264	237
00142C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	250	300	269
00160C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	475	570	511
00161C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	450	540	484
3.每位醫師每日門診量超過六十人次，但在八十人次以下部分 (61-80)				
00113C	1)處方交付特約藥局調劑	160	192	172
00143C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	215	258	231
00114C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	160	192	172
00144C	4)開具慢性病連續處方由本院所自行調劑	190	228	204
00162C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	415	498	446
00163C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	390	468	419

代碼	名稱	支付點數 A	不分科別三歲以下及四至六歲兒科專科醫師加計(20%)支付點數 =A*1.2	不分科別七十五歲以上者之加計(7.5%)支付點數 =A*1.075
	4.每位醫師每日門診量超過八十人次，但在一五〇人次以下部分(81-150)			
00115C	1)處方交付特約藥局調劑	70	84	75
00145C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	125	150	134
00116C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	70	84	75
00146C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	100	120	108
00164C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	325	390	349
00165C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	300	360	323
	5.每位醫師每日門診量超過一五〇人次部分(>150)			
00117C	1)處方交付特約藥局調劑	50	60	54
00147C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	105	126	113
00118C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	50	60	54
00148C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	80	96	86
00166C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	305	366	328
00167C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	280	336	301
	6.山地離島地區			
	(1)每位醫師每日門診量在五十人次以下部分(≤50)			
00230C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	358	430	385
00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50人)	352	422	378
00232C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	457	410
00233C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-50人)	375	450	403
00234C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	358	430	385
00235C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50人)	352	422	378
00236C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	356	427	383
00237C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-50人)	350	420	376
00168C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(≤50)	555	666	597
00169C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑(≤50)	530	636	570
	(2)每位醫師每日門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分(51-70)			
00205C	1)處方交付特約藥局調劑(51-70)	220	264	237
00206C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(51-70)	275	330	296
00207C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑(51-70)	220	264	237
00208C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(51-70)	250	300	269

代碼	名稱	支付 點數 A	不分科別三 歲以下及四 至六歲兒科 專科醫師加 計(20%)支 付點數 =A*1.2	不分科別七 十五歲以上 者之加計 (7.5%)支付 點數 =A*1.075
00209C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(51-70)	475	570	511
00210C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑(51-70)	450	540	484
	(3)每位醫師每日門診量超過七十人次，但在一五〇人次以下部分(71-150)			
00211C	1)處方交付特約藥局調劑(71-150)	160	192	172
00212C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(71-150)	215	258	231
00213C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑(71-150)	160	192	172
00214C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(71-150)	190	228	204
00215C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(71-150)	415	498	446
00216C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑(71-150)	390	468	419
	(4)每位醫師每日門診量超過一五〇人次部分(>150)			
00217C	1)處方交付特約藥局調劑(>150)	90	108	97
00218C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(>150)	145	174	156
00219C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑(>150)	90	108	97
00220C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(>150)	120	144	129
00221C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(>150)	345	414	371
00222C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑(>150)	320	384	344
	精神科門診診察費－基層診所			
	每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)			
00238C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	344	413	370
00239C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-45人)	338	406	363
00240C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	395	474	425
00241C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-45人)	389	467	418
00242C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	344	413	370
00243C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-45人)	338	406	363
00244C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	374	449	402
00245C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-45人)	368	442	396
00184C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	569	683	612
00185C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	548	658	589
	－每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45)			
00186C	1)處方交付特約藥局調劑	164	197	176
00187C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	218	262	234

代碼	名稱	支付 點數 A	不分科別三 歲以下及四 至六歲兒科 專科醫師加 計(20%)支 付點數 =A*1.2	不分科別七 十五歲以上 者之加計 (7.5%)支付 點數 =A*1.075
00188C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	164	197	176
00189C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	196	235	211
00190C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之 慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	436	523	469
00191C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之 慢性病連續處方並由本院所自行調劑	414	497	445
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	425	510	
01015C	急診診察費	521		560
01021C	精神科急診診察費	550		591

附表 2.1.4

基層院所專科醫師別申報第一段合理量內門診診察費加成支付點數之計算

代碼	名稱	支付點數 A	婦、外、內專科醫師加計 13% 支付點數 =A*1.13	整形外、骨、泌尿、神經外專科醫師加計 10% 支付點數 =A*1.1	其餘科別專科醫師加計 9% 支付點數 =A*1.09
	一般門診診察費－基層院所門診診察費				
	1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分(≤40)				
00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30 人次)	358	405	394	390
00197C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30 人)	381	431	419	415
00198C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-40 人)	375	424	413	409
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30 人次)	358	405	394	390
00199C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30 人)	356	402	392	388
00200C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-40 人)	350	396	385	382
00158C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	555	627	611	605
00159C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	530	599	583	578
	6.山地離島地區				
	(1)每位醫師每日門診量在五十人次以下部分(≤50)				
00230C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30 人)	358	405	394	390
00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50 人)	352	398	387	384
00232C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30 人)	381	431	419	415
00233C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-50 人)	375	424	413	409
00234C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30 人)	358	405	394	390
00235C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50 人)	352	398	387	384
00236C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30 人)	356	402	392	388
00237C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-50 人)	350	396	385	382
00168C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(≤50)	555	627	611	605
00169C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑(≤50)	530	599	583	578
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	425	480	468	463

附表 2.1.5

基層院所申報專科醫師別加成併兒童加成第一段門診診察費支付點數之計算

代碼	名稱	支付點數 A	婦、外、內專 科醫師看診 三歲(含)以 下兒童加計 33%支付點 數 =A*1.33	兒專科醫師 看診六歲 (含)以下兒 童加計 29% 支付點數 =A*1.29	整形外、 骨、泌尿、 神經外專科 醫師看診三 歲(含)以下 兒童加計 30%支付點 數 =A*1.3	其餘科別專 科醫師看診 三歲(含)以 下兒童加計 29%支付點 數 =A*1.29
	一般門診診察費—基層院所門診診察費 1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分(≤40)					
00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30 人次)	358	476	462	465	462
00197C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	507	491	495	491
00198C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-40人)	375	499	484	488	484
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30 人次)	358	476	462	465	462
00199C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30 人)	356	473	459	463	459
00200C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-40 人)	350	466	452	455	452
00158C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	555	738	716	722	716
00159C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	530	705	684	689	684
	6.山地離島地區 (1)每位醫師每日門診量在五十人次以下部分(≤50)					
00230C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30 人)	358	476	462	465	462
00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50 人)	352	468	454	458	454
00232C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30 人)	381	507	491	495	491
00233C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-50 人)	375	499	484	488	484
00234C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30 人)	358	476	462	465	462
00235C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50 人)	352	468	454	458	454
00236C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30 人)	356	473	459	463	459
00237C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-50 人)	350	466	452	455	452

代碼	名稱	支付 點數 A	婦、外、內專 科醫師看診 三歲(含)以 下兒童加計 33%支付點 數 =A*1.33	兒專科醫師 看診六歲 (含)以下兒 童加計 29% 支付點數 =A*1.29	整形外、 骨、泌尿、 神經外專科 醫師看診三 歲(含)以下 兒童加計 30%支付點 數 =A*1.3	其餘科別專 科醫師看診 三歲(含)以 下兒童加計 29%支付點 數 =A*1.29
00168C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(≤50)	555	738	716	722	716
00169C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑(≤50)	530	705	684	689	684
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	425	565	548	553	548

附表 2.1.6

基層院所申報專科醫師別加成併「七十五歲以上者加成」第一段門診診察費支付點數之計算

代碼	名稱	支付點數 A	婦、外、內專科醫師看診七十五歲以上者加計 20.5% 支付點數 =A*1.205	整形外、骨、泌尿、神經外專科醫師加計 17.5% 支付點數 =A*1.175	其餘科別專科醫師看診七十五歲以上者加計 16.5% 支付點數 =A*1.165
	一般門診診察費—基層院所門診診察費				
	1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分 (≤ 40)				
00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30 人次)	358	431	421	417
00197C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 (1-30 人)	381	459	448	444
00198C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 (31-40 人)	375	452	441	437
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30 人次)	358	431	421	417
00199C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑 (1-30 人)	356	429	418	415
00200C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑 (31-40 人)	350	422	411	408
00158C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	555	669	652	647
00159C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	530	639	623	617
	6.山地離島地區				
	(1)每位醫師每日門診量在五十人次以下部分(≤ 50)				
00230C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30 人)	358	431	421	417
00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50 人)	352	424	414	410
00232C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 (1-30 人)	381	459	448	444
00233C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 (31-50 人)	375	452	441	437
00234C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30 人)	358	431	421	417
00235C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50 人)	352	424	414	410
00236C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑 (1-30 人)	356	429	418	415
00237C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑 (31-50 人)	350	422	411	408
00168C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 (≤50)	555	669	652	647
00169C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑 (≤50)	530	639	623	617

第二節 住院診察費

通則：

- 一、嬰幼兒病床得按主管機關登記之病床別，適用本節各項費用。
- 二、正常新生兒費用，以 57114C、57115C「新生兒費」項目併母親分娩費用申報，不得重複申報本節各項費用。
- 三、本節各診察項目皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之二十。
- 四、門診或急診當次轉住院，如仍由同科醫師診治，門診診察費或住院診察費應擇一申報。
- 五、醫師應每日按規定巡房，未巡房者，不予支付住院診察費。
- 六、兒科專科醫師申報部分住院診察費得加成，說明如下：
 - (一) 加護病房診察費及住院會診費(包括編號 02005B、02011K、02012A、02013B)，兒科專科醫師得加計百分之一百二十，若同時符合兒童加成者，依加成率合計後一併加成，最高加成上限為百分之一百二十。
 - (二) 一般住院診察費及隔離病床住院診察費(包括編號 02006K、02007A、02008B、02014K、02015A、02016B)，兒科專科醫師得加計百分之一百五十，若同時符合兒童加成者，依加成率合計後一併加成，最高加成上限為百分之一百五十。
- 七、七十五歲以上病人之住院診察費得依表定點數加計百分之二十，其項目為：一般病床住院診察費(02006K、02007A、02008B)、燒傷病床住院診察費(02010B)、加護病床住院診察費(02011K、02012A、02013B)、隔離病床住院診察費(02014K、02015A、02016B)。

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
02005B	住院會診費 註： 1.本項會診費，除急診期間外，每一保險對象每次住院最多限申報五次。 2.急診處暫留床病患，以申報一次為限。		v	v	v	429
02006K 02007A 02008B	一般病床住院診察費(天) 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。		v	v	v	468 442 398
02010B	燒傷病床住院診察費(天) 註：本項兒童加成方式：病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之一百二十；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計百分之九十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之八十。		v	v	v	802
02011K 02012A 02013B	加護病床住院診察費(天) 註：精神科加護病床、燒傷中心及骨髓移植隔離病床比照申報。		v	v	v	1925 1729 1536

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
02014K 02015A 02016B	隔離病床住院診察費(天) 註：核醫病床得比照申報。		v	v	v	495 462 407
02017K 02018A 02019B	新生兒中重度住院診察費(天) 註：本項非兒童加成項目。		v	v	v	819 777 710
02020B	緩和醫療家庭諮詢費 註： 1.適應症：以現行住院或急診重症病患，且已進入末期狀態者為主。 2.相關規範： (1)諮詢參與人員：包括主治醫療團隊、病患或病患家屬。 (2)諮詢時間：每一個案諮詢時間至少1小時。 (3)諮詢記錄：應有完整的諮詢溝通內容記錄，並應併入病患之病歷記錄留存，紀錄並有參與諮詢醫療團隊及病患或家屬簽名。 (4)申報規定： a.另已參與全民健康保險安寧共同照護試辦方案、住院安寧療護及居家安寧照護後，不得再申報。 b.每人每院限申報二次。		v	v	v	2250
02021K 02022A 02023B	慢性病床住院診察費(天)		v	v	v	393 371 334

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
02024B	高危險妊娠住院診察費 註： 適應症： 1. 妊娠二十二週至三十二週早產病患。 2. 四十歲(含)以上初產婦。 3. BMI \geq 35 之初產婦。 4. 嚴重妊娠高血壓。 5. 前置胎盤患者。 6. 多胞胎。 7. 胎兒生長遲緩或胎兒發育異常者(IUGR)或胎盤功能異常者。 8. 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。 9. 白血病。 10. 血友病(Coagulopathy)。 11. 愛滋病。 12. 產後大出血者。 13. 胎盤早期剝離。 14. 合併接受外科手術者。 15. 雙胞胎輸血症候群。		V	V	V	1493

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
02025B	<p>出院準備及追蹤管理費</p> <p>註：</p> <p>1.醫事機構條件：須設有出院準備服務小組，定期召開會議，檢討、修訂出院照護計畫架構、流程等，並能具體解決問題，且記錄完整。</p> <p>2.服務項目：</p> <p>(1)出院準備服務計畫：提供營養、復健、用藥、後續門診追蹤、緊急就醫之醫療資源與途徑等資訊，提升病人及家屬居家自我照顧能力、提供生活適應訓練、社會經濟及心理層面諮詢等疾病相關之計畫及指導。</p> <p>(2)每位個案應進行一次以上之跨團隊溝通協調。</p> <p>(3)評估個案需求，協助轉介全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫社區醫療群、各類居家照護、全民健康保險居家醫療照護整合計畫、長照機構等後續照護資源。</p> <p>(4)提供電話專線諮詢服務。</p> <p>(5)出院後電訪追蹤至少一次。</p> <p>3.支付規範：</p> <p>(1)醫事服務機構應檢附計畫書(敘明收案對象及執行方式)及專業團隊名單向保險人分區業務組申請核備後執行。</p> <p>(2)每人每次住院得申請一次。</p> <p>4.品質監控指標：同一疾病三日內再急診比率(含跨院)、同一疾病十四日內非計畫性再住院率(含跨院)。</p> <p>5.施行本項須依保險人公布之「02025B出院準備及追蹤管理費作業規範」辦理。</p>		v	v	v	1500
02027B	<p>器官移植協調管理費</p> <p>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。</p> <p>(1)器官摘取：68034B、68038B、75021B、75022B、75419B、76018B、76019B、73050B。</p> <p>(2)器官移植：68035B、68037B、68047B、75020B、75418B、76020B、73049B。</p>		v	v	v	5000

第三節 病房費

通則：

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

(一)偏鄉醫院之加成：以下醫院依表定點數加計百分之十五。

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

(二)符合全日平均護病比之加成：

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

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

註：(1)各醫院之「全日平均護病比」採四捨五入至小數位第一位計算。

(2)精神科教學醫院比照區域醫院層級加成，精神科醫院比照地區醫院層級加成。

2. 醫院應依下列時程至健保資訊網服務系統(VPN)填報「品質報告」，未填報者，本項不予加成：
- (1) 於費用年月次月二十日前，填報急性一般病房住院跌倒人數比率、急性一般病房感染人數比率、急性一般病房新發生之壓瘡人數比率等三項指標。
 - (2) 於每季結束次月二十日前，填報年資三個月以上護理人員離職率、年資二年以上護理人員比率、年資三個月以上但未滿二年護理人員離職率等三項指標。
- (三) 醫院應於費用年月次月二十日前，至健保資訊網服務系統(VPN)填報「結構性資料」，包含：急性一般及經濟病床（皆含精神病床）全日平均三班護理人員數、占床率、急性病床數、實際提供照護之護理人員數等資料；醫院並應保存每月「全日平均護病比」資料備查（參考格式請至保險人全球資訊網下載，網址：www.nhi.gov.tw，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
03001K	急性一般病床 (床/天) --病房費				v	598
03002A				v		532
03004B			v			532
03026K	--護理費				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。					
03005K	經濟病床 (床/天) --病房費				v	336
03006A				v		302
03008B			v			302
03030K	--護理費				v	561
03031A				v		495
03033B			v			441
	註：1.指每一病室設四床(不含四床)以上之病床。 2.護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。					
03009K	嬰兒病床 (床/天) --病房費				v	1187
03023A				v		1083
03024B			v			1083
03034K	--護理費				v	2188
03035A				v		1995
03036B			v			1866
	註：1.指足月出生四個月內或早於三十五週出生之早產兒出生後矯正年齡五個月內之嬰兒(正常新生兒除外)因疾病而需特別觀察治療者，或因早產需要特別養育者，以入住時之年齡判定。 2.限無家屬照顧，二十四小時由醫護人員照顧者。 3.本項非兒童加成項目。 4.非註1之嬰兒住院者，以急性一般病床申報費用。					

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
03055K	精神急性一般病床(床/天) --病房費				v	598
03056A				v		532
03057B			v			532
03058K	--護理費				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。					
03061K	精神急性經濟病床(床/天) --病房費				v	336
03062A				v		302
03063B			v			302
03064K	--護理費				v	561
03065A				v		495
03066B			v			441
	註：1.指每一病室設四床(不含四床)以上之病床。 2.護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。					
03067K	慢性病床(床/天) --病房費				v	336
03068A				v		302
03069B			v			302
03070K	--護理費				v	302
03071A				v		266
03072B			v			208
03014A	精神科加護病床(床/天) --病房費			v	v	1305
03025B			v			1305
03037A	--護理費			v	v	2056
03039B			v			1903
03016B	燒傷病房(床/天) --病房費		v	v	v	1246
03040B	--護理費		v	v	v	1308

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
03017A	燒傷加護病床(床/天) --病房費			v	v	6495
03041A	--護理費 註：1. C.V.P.處理費、矽砂床、監視器等費用已包括在所訂 點數內，不得另計。 2. 呼吸器、電擊、氧氣及C.V.P.置入等另按實際使用申報。 3. 適應症：二度燒傷，燒傷面積成人大於全身20%，兒童 大於10%；或三度燒傷，燒傷面積成人大於全身10%， 兒童大於5%。 4. 申報費用時應檢附病歷摘要，並保存病人入出院時皮 表處理之彩色照片，以備審核。			v	v	10229
03073A	急診觀察床(床/天) --病房費(第一天)			v	v	367
03074B			v			306
03075A	--護理費(第一天)			v	v	439
03076B			v			365
03018A	--病房費(第二天起)			v	v	167
03019B			v			167
03042A	--護理費(第二天起)			v	v	175
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. 山地離島地區病患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。					
03020B	隔離病床(床/天) 1. 普通隔離病床 --病房費		v	v	v	960
03044B	--護理費		v	v	v	1225
03021B	2. 正壓隔離病床 --病房費		v	v	v	1989
03045B	--護理費 註：指對免疫缺乏之重症患者，具有保護免於受外界感染源 侵犯之特殊設計之病床。		v	v	v	2539

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
03051B	3. 負壓隔離病床 --病房費		v	v	v	1989
03052B	--護理費 註：指對患有具傳染性疾病之病人，能夠不讓其病源體散布於社區或醫院內之特殊設計之病床。		v	v	v	2539
03053B	核醫病床 --病房費		v	v	v	2236
03054B	--護理費 註：限行政院原子能委員會安全檢查及游離幅射測量合格之核醫病床申報		v	v	v	2088
03022K	骨髓移植隔離病床(床/天) --病房費				v	5337
03046K	--護理費				v	8404

編號	診療項目	丁	丙	乙	甲	支付點數
		級	級	級	級	
03010E	加護病床 ICU (床/天)					
	--病房費				v	2852
03011F				v		2406
03012G			v			2406
03047E	--護理費				v	4716
03048F				v		3978
03049G			v			2975
	<p>註：1.監視器、C.V.P.處理費等已包括在所訂點數內，不得另計。</p> <p>2.呼吸器、電擊、氧氣、C.V.P.置入及顱內壓監視置入等另按實際使用申報。</p> <p>3.使用加護病床患者以下列為限：</p> <p>1)急性心肌梗塞患者，不穩定型心絞痛或狹心症患者。</p> <p>2)急性心臟衰竭、急性腎臟衰竭、急性肝臟衰竭患者。</p> <p>3)急性呼吸衰竭、呼吸窘迫、間歇性呼吸暫停或重度窒息需積極呼吸治療患者。</p> <p>4)手術後仍需輔助性治療或生命徵象不穩定者。</p> <p>5)危命性不整脈（含心搏暫停後）患者。</p> <p>6)休克患者。</p> <p>7)嚴重新陳代謝及電解質、水分不平衡患者或內分泌異常需加強監視患者。</p> <p>8)急性中毒性昏迷患者。</p> <p>9)肝硬化性肝昏迷患者。</p> <p>10)胸腔外科、心臟外科及神經外科術後患者需加強醫療者。</p> <p>11)腦中風、腦膜炎、腦炎等腦病變急性期，合併意識障礙或昏迷者。</p> <p>12)癲癇重積症患者。</p> <p>13)急性顱內壓增高危及生命者。</p> <p>14)急性腦幹病變者。</p> <p>15)敗血症或疑敗血症且生命徵象不穩定者。</p> <p>16)新生兒黃膽過高需換血者。</p> <p>17)出生體重低於一千五百公克之極度早產兒。</p> <p>18)其他危篤重症危及生命者。</p>					

編號	診療項目	丁 級	丙 級	乙 級	甲 級	支 付 點 數
	4.入住加護病房之患者如符合下列條件，應予轉出： 1)血液動力學值穩定者(生命徵象、中心靜脈壓、肺動脈楔壓、心輸出量··)。 2)脫離呼吸器。 3)病情穩定已不需使用特殊生理監測器者。 4)合併症已穩定控制者。 5)已脫離急性期不需加護醫療照護者。 6)家屬要求自動出院者。					

第四節 精神科慢性病房住院照護費與日間住院治療費

通則：

- 一、精神科慢性病房應符合醫療機構設置標準之規定。
- 二、保險對象住精神科慢性病房，以入住一般慢性精神病床為原則，如一般慢性病床不敷供應，而願超等住院者，由保險對象自付其差額。
- 三、被保險人病房費之計算，凡住院之日，不論何時進院，均作一天論，出院之日，不論何時出院，其出院當日之病房費不予計算。
- 四、本節住院照護費、日間住院治療費所訂點數均已包括醫師診察費、病床費、護理費、精神醫療治療費及其他雜項成本，如不計價藥材成本、建築與設備成本、水電費支出、廢棄物處理、電子資料處理及行政作業成本等，不得另外申報第二部第二章第五節之精神醫療治療費。
- 五、申報治療性院外適應治療者（04010A、04011B），每三個月不得超過二十天，並限由主治醫師評估開立醫囑後執行，且不得申報本節之其他項目。
- 六、精神科日間住院照護病患，因精神科相關疾病至同一院所就醫，其費用已包含在日間住院治療費內，不得另外申報其他費用；若因其他非精神科相關疾病至同一院所就醫之處置治療費，除通則四規定內含項目（如診察費、病床費、護理費等費用）外，得另核實申報。惟若醫療院所當日未申報精神科日間住院治療費（含日間全天及日間半天），仍得核實申報診察費、病床費、護理費等相關費用。

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
04001A	一般慢性精神病床住院照護費（床/天）			√	√	922
04002B			√			806
04004C	精神科日間住院治療費（日間全天） -成人	√	√	√	√	714
04012C	-6歲至15歲	√	√	√	√	795
04013C	-6歲以下 註：限經中央衛生主管機關精神醫療院所(科)評鑑合格且辦理日間住院業務者申報。	√	√	√	√	877
04007C	精神科日間住院治療費（日間半天） -成人	√	√	√	√	357
04014C	-6歲至15歲	√	√	√	√	398
04015C	-6歲以下 註：限經中央衛生主管機關精神醫療院所(科)評鑑合格且辦理日間住院業務者申報。	√	√	√	√	438
04010A	院外適應治療（天）			√	√	366
04011B			√			314

第五節 管灌飲食費及營養照護費

第一項 管灌飲食費

通則：

- 一、管灌飲食以醫院聘有專任之營養師並由主治醫師處方指定者為限。
- 二、特約住診醫院對於被保險人管灌食之計算，凡住院之日，不論何時入院均作一天論；出院之日，不論何時出院，其出院當日之管灌食費，不予計算。
- 三、本節所訂點數包括提供管灌飲食之所有相關成本。

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
05101B 05102B	一般灌食 (天) 2500卡以下 \leq 2500卡 超過2500卡 $>$ 2500卡 註：一般管灌食之適用症 1.因口腔、頭頸部外傷或疾病而吞食困難者，但無代謝改變，可以一般成份比例供應者。例如：口腔癌、下顎骨折、消化道灼傷、食道狹窄、食道切除、食道癌者。 2.輕至中度灼傷、外傷以致無法經口進食或經口進食不足者 3.因意識不清或昏迷無法控制進食，而無代謝改變，可以一般成份比例供應者。 4.神經性厭食、習慣性嘔吐，輕至中度者。 5.癌症病人進食不足或無法進食，但無代謝改變，可以一般成份比例供應者。 6.免疫功能過低，需以無菌飲食供應者。 7.胃造口或空腸造口等手術病患。		v v	v v	v v	340 420
05103B 05104B	營養成份調整配方灌食 (天) 2500卡以下 \leq 2500卡 超過2500卡 $>$ 2500卡 註：管灌進食病人需調整營養成份配方之適用症： 1.便秘或長期臥床腸道功能不足者。 2.腹瀉或敏感性腸症。 3.純素食而需管灌飲食者。 4.對牛奶蛋白過敏者。 5.嚴重營養不良。 6.神經性厭食症。 7.中至重度灼傷或外傷。 8.新陳代謝亢進或異化代謝期。(例如敗血症、癌症) 9.外科手術後嚴重營養流失者。 10.急、慢性腎衰竭。 11.肝性腦病變。 12.慢性阻塞性肺部疾病。 13.呼吸衰竭。 14.用呼吸器者。 15.因壓力造成高血糖症或糖尿病者。 16.胰臟炎、膽囊炎、膽道阻塞。		v v	v v	v v	390 480

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
	17.慢性或中至重度脂肪痢。					
05105B	預解及元素食灌食(天) 1000卡以下 \leq 1000卡		v	v	v	560
05106B	1001卡-2000卡		v	v	v	1010
05107B	>2000卡 註：管灌進食病人需部分水解配方之適用症： 1.短腸症、小腸截腸、慢性發炎性腸疾病、腸道管。 2.胰臟功能不全、膽管及膽汁缺乏等造成之嚴重脂肪痢頑固性腹瀉。 3.其他經專案報准之個案。		v	v	v	1440
05108B	免疫調節管灌食(天) 1000卡以下 \leq 1000卡		v	v	v	550
05109B	1001卡-2000卡		v	v	v	800
05110B	>2000卡 註： 1.本項適用症如下，且使用至全身發炎徵候群消失，即行停止。 (1)嚴重敗血症：臨床上懷疑或證實有感染，加上符合至少二項SIRS(全身性發炎反應徵候群)條件，及臨床上併有至少一個器官衰竭。 (2)急性肺損傷：PaO ₂ /Fi O ₂ <300 mmHg (3)急性呼吸窘迫症：Pa O ₂ /Fi O ₂ <200 mmHg 2.實證醫學被証實的免疫配方內含EPA/GLA(含魚油、琉璃苣油和抗氧化劑等)等成分為主者。 3.施行本項不得同時申報05101B、05102B、05103 B、05104B、05105B、05106B、05107B。 4.SIRS(全身性發炎反應症候群)：四項條件如下。 (1)體溫大於38°C或低於36°C。 (2)心跳大於90次/每分鐘。 (3)呼吸大於20/每分鐘或血中二氧化碳分壓小於32mmHg。 (4)白血球總數高於12000/ μ L或低於4000/ μ L或不成熟的白血球比例高於10%。 5.器官衰竭定義如下 (1)休克：臨床出現低血壓經過足夠的輸液灌救後，血壓仍低於90 mmHg或平均血壓低於65mmHg，或者需要使用強心劑以維持血壓。 (2)急性肺損傷：PaO ₂ /Fi O ₂ <300 mmHg (3)急性腎衰竭：體液容積足夠下，尿量<0.5c.c./Kg/hr至少二小時。 (4)血小板低下症：血小板數量低於100000/ μ L或比平常低50%以上。 (5)代謝性酸血症：Ph<7.30或Base deficit \geq 5.0mmoL/L或血清乳酸值>2.2mmoL/L。		v	v	v	1200

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
05151B	加護病房營養照護費 － 初次照護費		v	v	v	360
05152B	－ 追蹤照護費		v	v	v	240
註： 1.適應症： (1)一歲以上且入住 ICU 超過二天之個案。 (2)未滿一歲且入住 ICU 超過二天之個案，須由醫師會診。 2.申報次數：每案入住 ICU 最多申報六次，同日內限申報一次。 (1)七天內：限申報 05151B 一次、05152B 最多二次。 (2)超過七天部分：限申報 05152B 最多三次。 (3)不得同時申報編號 05151B、05152B。 (4)同院不同 ICU 病房之入住天數須合併計算。 3.執行人員資格：經中華民國營養師公會全國聯合會認證之營養師，並應報經保險人核定，如有異動，仍應重行報請核定。 4.申報時應有營養照護紀錄於病歷備查，內容須涵蓋： (1)營養評估。 (2)營養診斷及處置。 (3)營養評值及追蹤。						

第六節 調劑

通則：

- 一、藥品費依「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」有關規定辦理。
- 二、藥事服務費之成本，包含處方確認、處方查核、藥品調配、核對及交付藥品、用藥指導、藥歷管理及藥品耗損、包裝、倉儲、管理等費用。
- 三、醫院牙科門診申報本節門診藥事服務費用，應按調劑人員及處方類別，限申報 05203C、05204D、05224C、05225D、05207C、05208D、05211C 及 05212D 等項，惟 05219B、05220A 及 05221A 如符合相關規定，亦得申報。
- 四、本節各項目，皆為兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之二十。（除基層院所外）
- 五、交付調劑醫療服務案件，診療之保險醫事服務機構，不得申報藥事服務費用。
- 六、依全民健康保險醫療辦法規定一次領取二個月或三個月用藥量之慢性病連續處方箋案件，其藥事服務費得相對申報二次或三次。
- 七、特約醫院藥事人員合理調劑量之計算，按月計算醫院各藥事人員合理調劑量，超過下列件數規定部分，其藥事服務費按支付點數之百分之五十支付。

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

1. 醫學中心

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

2. 區域醫院

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

3. 地區醫院

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

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

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

1.精神科醫院

(1)住院處方

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

(2)門、急診處方比照其對應之綜合醫院評鑑等級標準。

2.精神科教學醫院

(1)住院處方

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

(2)門、急診處方比照其對應之綜合醫院評鑑等級標準。

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

八、前項醫院藥事人員合理調劑量計算原則：

- (一)門、急診處方：係指本節各項門診藥事服務費診療項目。
- (二)住院處方：係指本節各項住院藥事服務費診療項目。
- (三)特殊藥品處方：係指本節放射性藥品處方之藥事服務費、全靜脈營養注射劑處方之藥事服務費、化學腫瘤藥品處方之藥事服務費等診療項目。
- (四)藥事人員合理調劑量計算次序為特殊藥品、住院處方、門急診處方，超過合理調劑量依支付點數之百分之五十支付。

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

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

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

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

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

編號	診療項目	特約藥局	基層院所		地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
			醫自 師調 親劑	藥員 事調 人劑				
05201A	門診藥事服務費（醫院部分） —一般處方給藥(七天以內)					v	v	61
05226B					v			54
05222A	—慢性病處方給藥十三天以內					v	v	61
05227B					v			54
05205A	—慢性病處方給藥十四至二十七天					v	v	70
05228B					v			63
05209A	—慢性病處方給藥二十八天以上					v	v	83
05229B					v			77
05202B	門診藥事服務費（診所及藥局部分） 每人每日八十件內 (山地離島地區每人每日一百件內) —一般處方給付(七天以內)	v						54
05203C				v				39
05204D			v					20
05223B	—慢性病處方給藥十三天以內	v						54
05224C				v				39
05225D			v					20
05206B	—慢性病處方給藥十四至二十七天	v						65
05207C				v				41
05208D			v					30
05210B	—慢性病處方給藥二十八天以上	v						75
05211C				v				51
05212D			v					41
05234D	門診藥事服務費（診所及藥局部分） 每人每日八十一至一百件內(山地離島地區每人每日 一百零一至一百二十件內)	v		v				20

編號	診療項目	特約藥局	基層院所		地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
			醫師調劑	藥事調劑				
05213K	住院藥事服務費(天) —非單一劑量處方						v	56
05214A						v		43
05215B					v			39
05216K	—單一劑量處方						v	114
05217A						v		99
05218B					v			87
	註： 1.精神科日間住院病患申報藥事服務費，應以該病患實際日間住院治療之日數為限；至院外適應治療期間，不得再申報本項費用。 2.留置急診處暫留床二日以上者，自第二天起比照申報。 3.精神科日間住院病患及留置急診處暫留床病患不得申報單一劑量藥事服務費。							
05219B	放射性藥品處方之藥事服務費(天) 註：凡設置核子醫學部或核醫科，使用放射性同位素(如口服I-131以及其他身體各部位之檢查所需之放射線製劑均屬之)，且調劑藥師具有放射性物質操作執照，於核醫科特殊配製環境內調配，及申報本標準第二部第二章第一節第二十項核子醫學檢查一、「造影」所列項目(排除「26009B甲狀腺刺激素試驗」、「26049B核子斷層檢查術」、「26074C碘-131癌症追蹤檢查-施打Thyrogen」及「26078A鐳223治療處置費」四項)時，得申報本項。				v	v	v	225
05220A	全靜脈營養注射劑處方之藥事服務費(TPN)(天) 註： 1.限設有經「台灣靜脈暨腸道營養學會」認定合格之「營養醫療小組」之特約醫院申報。 2.需為TPN處方，指含有胺基酸、碳水化合物、維生素及微量元素之重新混合注射劑，並於無菌環境中依無菌調配操作標準調配。 3.屬三合一營養注射劑之處方組合品項不得申報本項。					v	v	365

編號	診療項目	特約藥局	基層院所		地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
			醫自 師調 親劑	藥員 事調 人劑				
05221A	化學腫瘤藥品處方之藥事服務費(天) 註：在層流工作檯內操作或調配之化學腫瘤藥品〈係指所有細胞毒(cytotoxic)藥品針劑、非單一劑量包裝之口服細胞毒藥品及生物毒藥品類等〉者得申報本項，惟不包括藥廠製造之一般口服或外用化學腫瘤等，無需在層流工作檯調配之成品製劑者。					v	v	365
05235B	特殊輸注液處方藥事服務費(天) 註： 1.非重新組合之TPN混合注射劑僅添加少量微量元素或維生素者得申報本項。 2.須於無菌環境中調配。 3.本項適應症如下： 限水病患、透析病患、新生兒及小兒血液腫瘤科病患或其他經專業認定須自行調配特殊輸注液之個案，且無市售品項可供使用。				v	v	v	225

第七節 藥費

編號	診療項目	特約藥局	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
MA1	-門診日劑藥費(每日) 12歲以上者及12歲(含)以下未處方原瓶包裝口服液劑者	v	v				22
MA2	12歲(含)以下處方原瓶包裝口服液劑者 -1種	v	v				31
MA3	-2種	v	v				37
MA4	-3種或3種以上	v	v				41
	註： 1. 每件給藥日數不得超過3日。 2. 「健保用藥品項查詢一清單」之備註欄位，有「口服液劑(原瓶包裝)」註記者屬原瓶包裝口服液劑藥品。						

第八節 住院安寧療護

通則：

一、安寧療護是以完整的醫療團隊，運用積極的醫療措施及護理照顧，儘可能緩解病人因得到威脅生命疾病所造成之身、心、靈痛苦，以提升病人與家屬的生活品質。

二、本節各項目限經核准設有安寧療護住院病床之醫事服務機構申報。

三、收案條件：

(一) 符合安寧緩和醫療條例得接受安寧緩和醫療照護之末期病人（必要條件）。

(二) 癌症末期病患：

1. 確定病患對各種治癒性治療效果不佳(必要條件)。

2. 居家照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。

3. 病情急劇轉變造成病人極大不適時，如

(1) 高血鈣 (Hypercalcemia)

(2) 脊髓壓迫 (Spinal Cord compression)

(3) 急性疼痛 (Acute pain)

(4) 嚴重呼吸困難 (Dyspnea severe)

(5) 惡性腸阻塞 (Malignant bowel obstruction)

(6) 出血 (Bleeding)

(7) 腫瘤 (塊) 潰瘍 (Ulcerated mass 如 breast cancer, buccal cancer)

(8) 嚴重嘔吐 (Vomiting severe)

(9) 發燒，疑似感染 (Fever R/O Infection)

(10) 癲癇發作 (Seizure)

(11) 急性瞻妄 (Delirium, acute)

(12) 急性精神壓力，如自殺意圖 (Acute Psychological distress, Suicide attempt)

(三) 末期運動神經元病患：

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

(1) 直接相關症狀：虛弱及萎縮、肌肉痙攣、吞嚥困難、呼吸困難。

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

2. 末期運動神經元患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者。

(四) 主要診斷為下列疾病，且已進入末期狀態者（相關入住症狀等條件詳附表）：

1. 老年期及初老期器質性精神病態

2. 其他腦變質

3. 心臟衰竭

4. 慢性氣道阻塞，他處未歸類者

5. 肺部其他疾病

6. 慢性肝病及肝硬化

7. 急性腎衰竭，未明示者

8. 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

- 四、住院照護費之計算，凡住院之日，不論何時進院，均作一天論，出院之日，不論何時出院，其出院當日不予計算。
- 五、本節住院照護費所訂點數已包括醫師診察費、護理費、病床費、相關醫療團隊照護費(包含如社工師、心理師、物理治療師、職能治療師等安寧療護相關人員之照護費用)、各項診療、處置費、藥劑費、藥事服務費、特殊材料費及其他雜項成本，如不計價藥材成本、建築與設備成本、水電費支出、廢棄物處理、電子資料處理及行政作業成本等，不得另外申報本標準所列項目，亦不得以其他名目向保險對象收取費用。
- 六、本標準第二部第二章第二節第二項放射線治療、第六節第一項處置費 47091B「淋巴水腫照護-徒手淋巴引流」及第六節第二項血液透析治療等特定診療項目，得另行申報費用，惟該類案件採逐案審查。
- 七、病患屬癌症骨轉移病人並有頑固性之骨疼痛者、高血鈣末期病人，經心理、社會、靈性層面評估，需要繼續降低血鈣者，及癌症骨轉移病人經評估為病理性骨折之高危險群者，得另行核實申報雙磷酸鹽類 (bisphosphonate) 或 RANK Ligand 抑制劑 (denosumab)，於使用期間需有成效評估紀錄備查，惟使用該類藥物需符合全民健康保險藥品給付之規定並採逐案審查。
- 八、當申報本章節之病患住院日數大於 30 天以上者，且占該院當月總照護人數 50% 以上者，採逐案審查。
- 九、以本章節支付標準申報之個案不適用本標準第七部全民健康保險住院診斷關聯群 (Tw-DRGs)。

編號	診療項目	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
05601K	安寧住院照護費 (每日)			v	6409
05602A			v		6409
05603B		v			6409

附表

一、老年期及初老期器質性精神病態

1. 必要條件：CDR 臨床失智評分量表為一末期(CDR=5)者：病人沒有反應或毫無理解力。認不出人。需旁人餵食，可能需用鼻胃管。吞食困難。大小便完全失禁。長期躺在床上，不能坐也不能站，全身關節攣縮。
2. 居家照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。
3. 病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：
 - (1) 電解值不平衡(Electrolyte imbalance)
 - (2) 急性疼痛(Acute pain)
 - (3) 嚴重呼吸困難(Severe dyspnea)
 - (4) 惡性腸阻塞(Malignant bowel obstruction)
 - (5) 嚴重嘔吐(Severe vomiting)
 - (6) 發燒，疑似感染(Fever, suspect infection)
 - (7) 癲癇發作(Seizure)
 - (8) 急性瞻妄(Acute delirium)
 - (9) 瀕死狀態(Predying state)

二、其他腦變質

嚴重神經疾病如：嚴重中風，嚴重腦傷，Multiple sclerosis, Parkinson's disease, Huntington's disease 等退化性疾病末期，合併以下狀況：

1. 末期腦變質病患，不需使用呼吸器維生者，病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：
 - (1) 電解值不平衡(Electrolyte imbalance)
 - (2) 急性疼痛(Acute pain)
 - (3) 嚴重呼吸困難(Severe dyspnea)
 - (4) 惡性腸阻塞(Malignant bowel obstruction)
 - (5) 嚴重嘔吐(Severe vomiting)
 - (6) 發燒，疑似感染(Fever, suspect infection)
 - (7) 癲癇發作(Seizure)
 - (8) 急性瞻妄(Acute delirium)
 - (9) 瀕死狀態(Predying state)
2. 末期腦變質患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者。

三、心臟衰竭

心臟衰竭末期應最少符合下列二個指標：

1. CHF NYHA stage III 或 IV – 休息或輕度活動時會喘。
2. 原心臟照顧團隊認為病人很可能在近期內死亡。
3. 經常因嚴重心臟衰竭症狀住院。
4. 雖經最大的醫療處置但仍有極不容易控制的生理或心理症狀如下：
 - (1) 因心律不整而造成的昏厥等嚴重症狀者
 - (2) 曾有心臟停止或心肺復甦術病史
 - (3) 常有不明原因的昏厥
 - (4) 心因性腦栓塞
 - (5) 左心室射出分率(LV ejection fraction) $\leq 20\%$

四、慢性氣道阻塞疾病，他處未歸類者

慢性阻塞性肺病 Chronic Obstructive Pulmonary Disease – COPD

休息時就會喘，且病況持續惡化 (如：反覆因肺炎或呼吸衰竭需送至醫院急診或住院)，合併以下任一狀況：

1. 即使使用氧氣，然而 $\text{PaO}_2 \leq 55\text{mmHg}$ 、 $\text{PaCO}_2 \geq 50\text{mmHg}$ 或 O_2 saturation $\leq 88\%$ 。
2. $\text{FEV}_1 \leq 30\%$ of predicted。
3. FEV_1 持續下降且速度每年大於 40 mL。
4. 六個月內體重減少 10%以上。
5. 休息時心跳超過 100/min。
6. 肺心症或肺病造成之右心衰竭。
7. 合併有其他症狀 (如：惡質病、反覆感染、重度憂鬱)或多重合併症。

五、肺部其他疾病

Cystic fibrosis, severe fibrotic lung disease 等末期肺病，休息時就會喘，且病況持續惡化 (如：反覆因肺炎或呼吸衰竭需送至醫院急診或住院)，合併以下任一狀況：

1. 即使使用氧氣，然而 $\text{PaO}_2 \leq 55\text{mmHg}$ 、 $\text{PaCO}_2 \geq 50\text{mmHg}$ 或 O_2 saturation $\leq 88\%$ 。
2. $\text{FEV}_1 \leq 30\%$ of predicted。
3. FEV_1 持續下降且速度每年大於 40 mL。
4. 六個月內體重減少 10%以上。
5. 休息時心跳超過 100/min。
6. 肺心症或肺病造成之右心衰竭。
7. 合併有其他症狀 (如：惡質病、反覆感染、重度憂鬱)或多重合併症。

六、慢性肝病及肝硬化

必要條件：肝病或肝硬化末期，不適合肝臟移植，且

(1) $\text{PT} > 5$ sec above control 或 $\text{INR} > 1.5$

(2) Serum albumin < 2.5 g/dl

合併下列任一項症狀

1. 困難處理之腹水 (Refractory ascites)。
2. 自發性細菌性腹膜炎 (Spontaneous bacterial peritonitis)。
3. 肝腎症候群 (Hepatorenal syndrome)。
4. 肝腦病變合併坐立不安、昏睡和昏迷 (Encephalopathy with asterixis, somnolence, coma)。
5. 復發性食道靜脈瘤出血 (Recurrent variceal bleeding)。
6. 多重器官衰竭 (Multiple organ failure)。
7. 惡病質與消瘦 (Cachexia and asthenia)。

七、急性腎衰竭，未明示者

acute renal failure, unspecified

1. 已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病患。
2. 病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病患可能在近期內死亡。
3. 病人在自由意識的選擇與自主的決定下不願意，或因合併下列疾病狀況之一，不適合繼續接受長期透析治療或接受腎臟移植者：
 - (1) 其他重要器官衰竭及危及生命之合併症
 - (2) 長期使用呼吸器
 - (3) 嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症
 - (4) 惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者
 - (5) 惡性腫瘤末期患者
 - (6) 因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者

八、慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

本項適用主診斷 585 (慢性腎衰竭; chronic renal failure)及 586 (腎衰竭，未明示者; renal failure, unspecified)兩項疾病末期定義

1. 慢性腎臟病至末期腎臟病階段，尚未接受腎臟替代療法病患，屬慢性腎臟病(CKD)第 4, 5 期病患($GFR < 30 \text{ ml/min/1.73m}^2$)，或已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病患。
2. 病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病患可能在近期內死亡。
3. 病人在自由意識的選擇與自主的決定下不願意，或因合併下列疾病狀況之一，不適合新接受或繼續接受長期透析治療或腎臟移植者：
 - (1) 其他重要器官衰竭及危及生命之合併症
 - (2) 長期使用呼吸器
 - (3) 嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症
 - (4) 惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者
 - (5) 惡性腫瘤末期患者
 - (6) 因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者

