

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療 項目修正規定

第二部 西醫

第一章 基本診療

第三節 病房費

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
03053B	核醫病床 --病房費		v	v	v	2236
03099B	--護理費（第一天）		v	v	v	2714
03054B	--護理費（第二天起） 註：限原子能業務主管機關安全檢查及游離幅射測量合格之核醫病床申報。	v	v	v	v	2088

第九節 醫療照護諮詢費

通則：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；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
02020C	<p>緩和醫療家庭諮詢費</p> <p>註：</p> <p>1.適用範圍：符合安寧緩和醫療條例之住院、急診、接受居家醫療照護(含在宅、機構)末期病人，且未曾接受安寧療護服務。</p> <p>2.相關規範：</p> <p>(1)諮詢參與人員：包括主治醫療團隊、病人或病人家屬。</p> <p>(2)諮詢時間：每一個案諮詢時間至少一小時。</p> <p>(3)諮詢紀錄：應有完整之諮詢溝通內容紀錄，並應併入病人之病歷紀錄留存，紀錄並有參與諮詢醫療團隊及病人或家屬簽名。</p> <p>(4)申報規定：</p> <p>A.已參與全民健康保險安寧共同照護試辦方案、住院安寧療護及安寧居家療護之病人，不得再申報本項費用。</p> <p>B.同一院所限申報二次。</p>					2250
02028C	<p>預立醫療照護諮商費</p> <p>註：</p> <p>1.符合下列任一條件，且具完全行為能力之病人：</p> <p>(1)六十五歲以上重大傷病病人。</p> <p>(2)符合安寧療護收案條件者。</p> <p>(3)臨床失智評估量表 (Clinical Dementia Rating, CDR)0.5 分至 1 分。</p> <p>(4)病人自主權利法第十四條第一項第五款所公告之病名。</p> <p>(5)「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」收案對象。</p> <p>(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。</p> <p>2.相關規範：</p> <p>(1)諮商參與人員：依病人自主權利法之規定辦理。</p> <p>(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</p>					3000

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p>決定。</p> <p>(3)申報規定：</p> <p>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。</p> <p>B.每人終生以申報一次為限。</p> <p>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。</p>					

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and 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
12081C	<p>攝護腺特異抗原(EIA/LIA法) Prostate specific antigen-EIA/LIA (PSA-EIA/LIA)</p> <p>註：</p> <p>1.適用範圍：</p> <p>(1)符合下列任一條件之五十歲以上男性或四十五歲以上有攝護腺癌家族病史男性，得每年檢測攝護腺特異抗原(PSA)一次：</p> <p>A.超音波檢查發現攝護腺腫大者。</p> <p>B.肛門指診發現攝護腺腫大、攝護腺硬塊或表面不規則。</p> <p>(2)PSA 值檢測異常者，一週後可再複檢一次，其後得每半年檢測 PSA 一次；PSA 值超過 10ng/ml，得每三個月檢測 PSA 一次。</p> <p>(3)接受 5α-還原酶抑制劑治療者，得每半年檢測 PSA 一次。</p> <p>(4)男性罹患排尿障礙。</p> <p>(5)因疾病接受睪固酮補充療法者應在第三個月、第六個月、第十二個月及之後每年檢測 PSA。</p> <p>(6)攝護腺癌確診後之評估與追蹤。</p> <p>2.不得同時申報27052C。</p>	v	v	v	v	400

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

編號	診療項目	基層 院所	地區 醫院	區域 醫院	醫學 中心	支付 點數
18048B	<p>非侵入式區域腦／身體血氧飽和監測 Non-invasive regional cerebral / somatic oximetry monitoring</p> <p>註：</p> <p>1.適用範圍：</p> <p>(1)心臟手術，包含心瓣膜置換術、心瓣膜附屬組織之修整、心中膈成形術、心房及心室中膈修補、冠狀動脈繞道術。</p> <p>(2)頸動脈手術。</p> <p>(3)心臟、肺臟及肝臟移植手術。</p> <p>2.支付規範：</p> <p>(1)限麻醉科專科醫師執行。</p>	v	v	v	v	13976

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)執行頻率：每次手術限申報一次。 (3)申報時應檢附麻醉紀錄單或監測報告。					
18049B	<p>非侵入性連續性血壓及血液動力學目標導向監護治療 Non-invasive continuous blood pressure and hemodynamic goal directed therapy</p> <p>註：</p> <p>1.適用範圍：符合休克 (ICD-10-CM : R57.0、R57.1、R57.8)、敗血性休克 (ICD-10-CM : R65.21) 病人，應符合下列所有情況：</p> <p>(1)急診或加護病房內休克病人：MAP<65 mmHg 且乳酸值 >2 mmol/L。</p> <p>(2)已接受適當治療後仍持續休克，定義為下列任一情形：</p> <p> A.已接受足量輸液治療 (>30 mL/kg)。</p> <p> B.需使用 Norepinephrine 連續輸注劑量介於 0.05mcg/kg/min 至 0.15 mcg/kg/min 以維持血壓。</p> <p>(3)排除下列任一情況之病人：</p> <p> A.重度休克：需使用 Norepinephrine 連續輸注劑量 >0.15 mcg/kg/min。</p> <p> B.晚期休克：休克發生時間已超過六小時，自符合 MAP<65 mmHg 且乳酸值 >2 mmol/L 時起算；或乳酸值 >10 mmol/L。</p> <p> C.已置放動脈導管 (arterial catheter) 進行其他侵入性血流動力學監測。</p> <p>2.支付規範：</p> <p>(1)應於病歷詳實記載符合適用範圍之情況，及無排除條件之理由，並記錄使用治療之情形與療效。</p> <p>(2)住院期間限申報一次，且四十八小時內不得同時申報其他侵入性血流動力學監測。</p>	v	v	v		11467

第二十項 核子醫學檢查 Radioisotope Scanning

一、造影 Scanning (26001-26078、P2105-P2108)

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
26078A	<p>鐳223治療處置費 Radium-223 treatment</p> <p>註：</p>		v	v	v	21430

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p>1.適用範圍：去勢抗性攝護腺癌（castration-resistant prostate cancer），合併有症狀之骨轉移且尚未有臟器轉移者（ICD-10-CM診斷為C61攝護腺惡性腫瘤、C79.5骨骼續發性惡性腫瘤）。</p> <p>2.執行頻率：每四週一次，每四週為一療程，共六次療程。</p> <p>3.使用規範及人員資格：</p> <p>(1)操作人員：</p> <p>A.核子醫學科專科醫師。</p> <p>B.受過核子醫學相關訓練之醫事放射師。</p> <p>C.受過核子醫學相關訓練之護理師。</p> <p>(2)上開人員均應符合游離輻射防護法相關規定。</p> <p>(3)特殊設備要求使用：經原子能業務主管機關評估可操作「鐳-223」之場所，應檢具放射性物質許可證。</p> <p>(4)費用申報時應檢具癌症治療計畫書、治療去勢抗性攝護腺癌病歷紀錄及骨轉移之影像學報告等資料。</p> <p>4.本項不含鐳223注射液。</p>					

二、試管 Tube Method (27001-27083)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
27052C	<p>攝護腺特異抗原 Prostate specific antigen(PSA)</p> <p>註：</p> <p>1.適用範圍：</p> <p>(1)符合下列任一條件之五十歲以上男性或四十五歲以上有攝護腺癌家族病史男性，得每年檢測攝護腺特異抗原(PSA)一次：</p> <p>A.超音波檢查發現攝護腺腫大者。</p> <p>B.肛門指診發現攝護腺腫大、攝護腺硬塊或表面不規則。</p> <p>(2)PSA值檢測異常者，一週後可再複檢一次，其後得每半年檢測PSA一次；PSA值超過10ng/ml，得每三個月檢測PSA一次。</p> <p>(3)接受5α-還原酶抑制劑治療者，得每半年檢測PSA一次。</p> <p>(4)男性罹患排尿障礙。</p>	V	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
	<p>(5)因疾病接受睪固酮補充療法者應在第三個月、第六個月、第十二個月及之後每年檢測PSA。</p> <p>(6)攝護腺癌確診後之評估與追蹤。</p> <p>2.不得同時申報12081C。</p>					

第二十四項 伴隨式診斷 Companion Diagnostics (30101-30111)

通則：本項各診療項目應按「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病人就醫資訊方案」格式，於檢驗（查）申報後一個月內上傳檢驗(查)結果報告，未上傳者本項不予支付，前述上傳截止日為「申報日之次月月底之日」；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳報告，可檢具理由後補上傳。

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

通則：

- 一、各診療項目於檢測前，應於健保資訊網服務系統(VPN)取得 NGS 檢測編號，並於申報時應填報於醫令段「事前審查受理編號」欄位，未填報者不予支付。
- 二、各診療項目檢測結果應於申報後一個月內依指定格式上傳至保險人，未上傳者不予支付，前述上傳截止日為「申報日之次月月底之日」；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳報告，可檢具理由後補上傳。

第二節 放射線診療 X-RAY

通則：

- 一、放射線診療之費用，依第一項各項目所定點數或依第二項所定點數核給之。
- 二、第一項各診療項目所定點數，包括所需之X光底片，顯影、定影、速洗、造影技術費，造影藥劑費、機器耗損、電費、片整理、判讀及手術等之費用。
- 三、於施行特殊造時，如併行普通檢查時，不得加算普通檢查費用。
- 四、急診病人之加成規範：下列二款，擇一申報：

(一)急診病人因緊急傷病必需立即檢查時，其檢查費用得按本節所定點數加計百分之二十。

(二)符合重大外傷之急診病人，且緊急執行 33075B 或 33144B 診療項目者：

1.二小時以內執行，得按本節所定點數加計百分之百；大於二小時至四小時以內執行，得按本節所定點數加計百分之六十。

2.重大外傷係指主診斷為：

(1)ICD-10-CM : T07.XXXA。

(2)ICD-10-CM : S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79 (前述第七位碼皆應為"A")。

(3)ICD-10-CM : S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92、S99 (前述第七位碼皆應為"A"或"B")。

(4)ICD-10-CM : S52、S72、S82 (前述第七位碼皆應為"A"或"B"或"C")。

(5)體表面積>20%之重大燒傷，且主診斷碼(ICD-10-CM)為 T31.20-T31.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T32.20-T32.99、T26.00XA-T26.92XA。

3.本項加成獎勵費用優先分配於第一線執行人員，並每年提報獎勵費用之運用情形予保險人分區業務組。

五、X光片子與紀錄之保留，請依醫療法規定辦理。

六、本節所謂兒童加成項目分為：

(一)兒童加成項目：病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十。

(二)提升兒童加成項目：病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之百；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之八十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之六十。

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
33146B	磁振造影使用Primovist造影劑加計		v	v	v	5686

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p>Primovist for magnetic resonance imaging – additional payment 註： 1.適用範圍應符合下列任一條件： (1)肝癌高危險病人（含肝癌根除性治療後）合併 AFP>100ng/ml，或AFP>20ng/ml且一年內呈現二倍以上 上升趨勢，或PIVKA-II (>40mAU/mL或>28.4ng/mL)腫 瘤標記上升，惟超音波、電腦斷層未偵測到肝癌。 (2)肝硬化或肝癌經治療後病人，電腦斷層顯示疑似肝腫 瘤，但無法確診或排除肝癌。 2.每年以申報一次為限。 3.本項適用於磁振造影。 4.本項不適用其他加成。 5.限放射診斷專科醫師執行。</p>					

第二項 癌症(腫瘤)治療 Cancer Therapy

一、放射線治療 Radiation Therapy (36001-36027)

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	<p>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.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。 2.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。 3.本項原則限國民健康署公告「通過癌症診療品質認證醫院 單」申報，如不符資格之院所，應向保險人提出申請，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。</p>		v	v	v	279986
36023B	<p>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.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。 2.不得同時申報項目：33090B、36001B、36002B、36004B、 36005B、36011B、36012B、36013B、36015B、36018B、 36019B、36020B、36021C、37006B、37013B、37014B、</p>		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
	<p>37015B、37016B、37030B、37046B。</p> <p>3.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，應向保險人提出申請，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。</p>					
36025B	<p>低度生物等效劑量質子放射治療 Low biological equivalent dose proton radiotherapy</p> <p>註：</p> <p>1.適用範圍：年齡未滿十九歲病人，且符合下列任一條件者：</p> <p>(1)威爾姆氏腫瘤(Wilms' Tumor)、何杰金氏淋巴瘤或神經母細胞瘤，接受治癒性照射劑量。</p> <p>(2)非屬上列疾病，以治療所需之生物等效劑量(Biological equivalent dose)於組織或腫瘤對劑量分次之敏感度$\alpha/\beta=10$ Gy時小於40 GyE。限ECOG status≤ 2。</p> <p>2.支付規範：</p> <p>(1)應事前審查。</p> <p>(2)執行頻率：每人每原發性癌症終生限給付一次。</p> <p>(3)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」計算核扣之比例點數。</p> <p>(4)不得同時申報36001B～36024B、37006B～37030B、37046B、37047B。</p>	v	v	v	676111	
36026B	<p>中度生物等效劑量質子放射治療 Intermediate biological equivalent dose proton radiotherapy</p> <p>註：</p> <p>1.適用範圍：年齡未滿十九歲病人，且符合下列任一條件者：</p> <p>(1)惡性軟組織肉瘤(除骨肉瘤外)、非何杰金氏淋巴瘤或生殖胚芽瘤(Seminoma or Germinoma)，接受治癒性照射劑量。</p> <p>(2)非屬上列疾病，以照射治療所需之生物等效劑量(Biological equivalent dose)於組織或腫瘤對劑量分次之敏感度$\alpha/\beta=10$ Gy時大於等於40 GyE而小於72 GyE(限健保申報欄位記載為C、Ph或Pm，且ECOG status≤ 2)。</p> <p>2.支付規範：</p> <p>(1)應事前審查。</p> <p>(2)執行頻率：每人每原發性癌症終生限給付一次。</p> <p>(3)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」計算核扣之比例點數。</p> <p>(4)不得同時申報36001B～36024B、37006B～37030B、37046B、37047B。</p>	v	v	v	1030540	

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
36027B	<p>高度生物等效劑量質子放射治療 High biological equivalent dose proton radiotherapy</p> <p>註：</p> <p>1.適用範圍：年齡未滿十九歲病人，且符合下列任一條件者：</p> <p>(1)中樞神經腫瘤需實施全顱脊髓照射者，或眼部腫瘤、骨肉瘤接受治癒性照射劑量。</p> <p>(2)非屬上列疾病，以治療所需之生物等效劑量(Biological equivalent dose)於組織或腫瘤對劑量分次之敏感度$\alpha/\beta=10$ Gy時大於等於72 GyE(限健保申報欄位記載為C或Ph且ECOG status≤ 2)。</p> <p>2.支付規範：</p> <p>(1)應事前審查。</p> <p>(2)執行頻率：每人每原發性癌症終生限給付一次。</p> <p>(3)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」計算核扣之比例點數。</p> <p>(4)不得同時申報36001B～36024B、37006B～37030B、37046B、37047B。</p>	v	v	v		1266499

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

通則：

- 一、治療處置費（不分門診及住院）依照本節各項所定支付點數計算之。
- 二、本節共分五項，各項處置費點數包括一般材料，表面麻醉、浸潤麻醉及簡單之傳導麻醉等費用在內，不另給付。治療處置過程如需用到特殊治療材料、特殊藥劑或其他麻醉時得另加算其費用，但另有規定者除外。
- 三、前項所謂一般材料係指全民健康保險藥物給付項目及支付標準所列以外之各種治療材料，如治療處置過程所需之敷料、一般縫合線、刀片、外用消毒藥劑、生理鹽水、導尿管、鼻胃管或其他材料均屬之。
- 四、對稱器官之治療處置，係指二側之器官，特殊規定者除外。
- 五、同一手術部位或同一病灶同時施行二種以上之處置時，按其主要處置項目所定點數計算之。

六、本節所謂兒童加成項目分為：

- (一)兒童加成項目：病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十。
- (二)提升兒童加成項目：病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之百；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之八十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之六十。

七、急診病人之加成規範：下列二款，擇一申報：

- (一)急診病人因緊急傷病而必需四小時以內立即治療處置者，其「處置費」得按本節所定點數加計百分之二十，但「一般材料費」不得另按比例加計。
- (二)符合重大外傷之急診病人，且緊急執行 48014C、48015B、48016B、48017B、48029B 或 48030B 診療項目者：
 - 1.二小時以內執行，得按本節所定點數加計百分之百；大於二小時至四小時以內執行，得按本節所定點數加計百分之六十。
 - 2.重大外傷係指主診斷為：
 - (1)ICD-10-CM：T07.XXXA。
 - (2)ICD-10-CM：S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79（前述第七位碼皆應為"A"）。
 - (3)ICD-10-CM：S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92、S99（前述第七位碼皆應為"A"或"B"）。
 - (4)ICD-10-CM：S52、S72、S82（前述第七位碼皆應為"A"或"B"或"C"）。
 - (5)體表面積>20%之重大燒傷，且主診斷碼(ICD-10-CM)為 T31.20-T31.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T32.20-T32.99、T26.00XA-T26.92XA。
 - 3.本項加成獎勵費用優先分配於第一線執行人員，並每年提報獎勵費用之運用情形予保險人分區業務組。

第一項 處置費 Treatment

一、一般處置 General Treatment (47001-47110)

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
47101B	<p>急性缺血性腦中風處置費</p> <p>註：適用範圍：</p> <p>1.急性缺血性中風病人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二節心臟血管及腎臟藥物2.1.2血栓溶解劑用於急性缺血性腦中風之使用條件。</p> <p>2.執行83106B者。</p>		v	v	v	14559
47107B	<p>成功移除長期留置鼻胃管並恢復經口進食</p> <p>註：</p> <p>1.適用範圍（應符合下列各項條件）：</p> <p>(1)因腦中風、神經疾病、頭頸部癌症、喉部疾病、老年退化、結構異常或其他原因，導致吞嚥功能障礙而置入鼻胃管長期留置達三個月以上者。</p> <p>(2)恢復以口進食並有相關評估紀錄且未重置鼻胃管一個月以上。</p> <p>2.限由復健科、耳鼻喉科、神經科或兒科之專科醫師或牙醫師，及語言治療師與營養師組成之照護團隊執行及申報。</p> <p>3.本項限由執行吞嚥等口腔功能訓練且成功移除長期留置鼻胃管之照護團隊人員申報。</p> <p>4.申報頻率：每人每年同一傷病限申報一次。</p>		v	v	v	3000
47109B	<p>植入式心臟節律器參數程控調整作業</p> <p>Exam and adjustment of implanted pacemaker</p> <p>註：</p> <p>1.適用範圍：植入心臟節律器之病人。</p> <p>2.支付規範：</p> <p>(1)執行人員：心臟內科、心臟外科或小兒心臟科專科醫師。</p> <p>(2)執行頻率：每年限申報二次，因疾病需執行MRI或手術者，得再申報一次。</p> <p>(3)申報時應檢附：裝置讀值報告，內容包括電池剩餘壽命、導線狀況（電阻、感應、閾值）、調節器設定模式、心律不整紀錄、程控操作報告摘要。</p>		v	v	v	556
47110B	<p>植入式心臟去顫器或再同步治療參數程控調整作業</p> <p>Exam and adjustment of implanted cardioverter defibrillator and cardiac resynchronization therapy devices</p> <p>註：</p>		v	v	v	822

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p>1.適用範圍：植入心臟去顫器(ICD)及再同步治療(CRT)裝置之病人。</p> <p>2.支付規範：</p> <p>(1)執行人員：心臟內科、心臟外科或小兒心臟科專科醫師。</p> <p>(2)執行頻率：每年限申報四次，因疾病需執行MRI或手術者，得再申報一次。</p> <p>(3)申報時應檢附：裝置讀值報告，內容包括電池剩餘壽命、導線狀況（電阻、感應、閥值）、調節器設定模式、心律不整紀錄及程控操作報告摘要。</p>					

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
59009B	<p>肢體壓傷伴有創傷性缺血 Crush injury with acute traumatic Ischemia</p> <p>註：</p> <p>1.應符合下列任一條件：</p> <p>(1)必需遲延之病人。</p> <p>(2)無法輸血之病人。</p> <p>(3)無法外科治療之病人。</p> <p>(4)經緊急適當處置(如：血管腔內手術 Endovascular surgery、血管重建、血管修復、血管繞道、血管吻合、血管內取栓、暫時性血管架接術、筋膜切開減壓手術、清創及其他)後或59010B 治療後仍療效不佳病人。</p> <p>2.申報時應檢附肢體處置前後照片備查。</p>	50	120		v	v	v	2400
59010B	<p>肢體壓傷伴有創傷性缺血 Crush injury with acute traumatic Ischemia</p> <p>註：應事前審查。</p>	33	90		v	v	v	1800

第七節 手術

通則：

- 一、各特約醫院實施手術，可申報「手術費」及「手術一般材料費」。
- 二、各項「手術費」依各節所定點數計算之。「手術費」包括術前皮膚剃蘿預備與刷手消毒等費用在內。
- 三、各項手術所需之「手術一般材料費」及「過程面特殊材料費」，得依本節所定點數及表列加計比率計算；未表列者，其「手術一般材料費」，均依本節所定點數之百分之五十三計算之，包括：手術中使用之敷料，各類縫合線、刀片、外用消毒藥劑及生理鹽水、開刀巾、一般材料與器械折舊等費用在內。需用及特殊治療材料者，依全民健康保險藥物給付項目及支付標準相關規定申報。
- 四、各項所定點數均包括表面麻醉、浸潤麻醉或簡單之導麻醉等之費用。如使用特殊藥劑或特殊治療材料或其他麻醉時，得另加算申報。
- 五、同一手術野內之對稱器官，除有特殊規定者外，係指二側之手術費用。
- 六、同一手術野或同一病巢內，同時做二種以上手術時，或依病情可同時手術，而未同時施行者，依下列規定辦理：
 - (一)施行之多項同類手術或二側性手術，第一項手術（支付點數較高者）按其所定點數申報，第二項手術及第三項手術均按其所定點數之一半計算；其餘不計。其餘附帶施行之手術則不另計算。
 - (二)施行多項不同類手術時，第一項及第二項均依其所定支付點數計算；第三項依其所定支付點數之一半計算，其餘不計。
 - (三)施行手術時，附加非治療必需之其他手術，不另給付。本項所稱同一手術野或同一病巢，係指在同一手術區內，有不同器官，因同一病灶影響，需同時手術者；同類手術，係指手術項目列在本支付標準表之手術章中同項內之各手術項屬之（如第二部第二章第七節第一項皮膚之各項手術 62001C-62072B，均依同類手術項目計費，其餘類推）。
 - (四)多重創傷 (ISS>=16) 符合重大創傷之重大傷病資格者，進行胸、腹多項手術均依其所定支付點數計算。
- 七、凡為達手術最終目的過程中之各項切開、剝離、摘除、吻合、切片、縫合、灌洗或其他附帶之手術及處置，雖為本標準表所列項目亦不得視為副手術另報。
- 八、因第一次手術所引起併發症之手術，依其所定支付點數之一半計算之，並僅計算一項；但第一次手術在他院者不受限制。
- 九、手術開始後，如因病人病況發生變化而中止者，按已實施之步驟最近似之手術項目申報。
- 十、凡門診可行之小手術，不得住院。
- 十一、急診病人之加成規範：下列二款，擇一申報：
 - (一)急診病人因緊急傷病而必需立即手術者，其「手術費」得按本節所定點數加計百分之三十，但「手術一般材料費」不得另按比例加計。
 - (二)符合重大外傷之急診病人，且緊急執行64022B、64023B、64024B、64197C、64158B、69038C、64237C、67013B、67002B、67010B、67011B、67022B、67023B、

67024B、68036B、68006B、68005B、68001B、69009B、75007B、75009B、75805B、83036C、83037C、83039B、73010B、71206B、72014B、73017B、74206B、70001B、70002B或83080B診療項目者：

1.二小時以內執行，得按本節所定點數加計百分之百；大於二小時至四小時以內執行，得按本節所定點數加計百分之六十。

2.重大外傷係指主診斷為：

(1)ICD-10-CM：T07.XXXA。

(2)ICD-10-CM：S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79（前述第七位碼皆應為"A"）。

(3)ICD-10-CM：S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92、S99（前述第七位碼皆應為"A"或"B"）。

(4)ICD-10-CM：S52、S72、S82（前述第七位碼皆應為"A"或"B"或"C"）。

(5)體表面積>20%之重大燒傷，且主診斷碼(ICD-10-CM)為T31.20-T31.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T32.20-T32.99、T26.00XA-T26.92XA。

3.本項加成獎勵費用優先分配於第一線執行人員，並每年提報獎勵費用之運用情形予保險人分區業務組。

4.「手術一般材料費」不得另按比例加計。

十二、本節各項手術均為提升兒童加成項目，但「手術一般材料費」不得另按比例加算。

加成率如下：病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之百；年齡在六個月以上但未滿二歲者，依表定點數加計百分之八十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之六十，若同時符合緊急傷病必需立即手術者，依加成率合計後一併加成。

第三項 筋骨 Musculoskeletal System (64001-64287)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
64286B	關節鏡下旋轉肌腱破裂縫合術 Arthroscopic rotator cuff repair 註： 1.適用範圍：肩旋轉肌袖破裂(ICD-10-CM：M75.1或S46.0)。 2.申報時應檢附關節鏡下手術照片。 3.不得同時申報項目：64243B、64244B。 4.本項不含氣化棒之費用。 5.一般材料費及高壓沖洗套管，得另加計百分之四十五。		v	v	v	29198

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

第六項 心臟及心包膜(68001-68061)

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	<p>經導管二尖瓣緣對緣修補術 Transcatheter edge-to-edge Mitral valve repair</p> <p>註：</p> <p>1.適用範圍：</p> <p>(1)顯著症狀之重度二尖瓣逆流 (經超音波檢查應符合下列任一條件：Central jet MR >40% LA or holosystolic eccentric jet MR/Vena contracta \geq 0.7cm/Regurgitant volume \geq 60 mL/Regurgitant fraction \geq 50%/ERO \geq 0.40cm²)，且符合下列任一條件：</p> <p>A.因瓣膜結構異常造成之原發性二尖瓣逆流病人(Primary MR)，需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，且有二位心臟外科醫師判定手術風險高，無法接受傳統開心手術進行二尖瓣膜修補或置換：</p> <p>(a)手術後三十天死亡風險評估(STS score)，二尖瓣置換手術達10%以上或二尖瓣修補手術達10%以上。</p> <p>(b)嚴重主動脈鈣化(Porcelain aorta)。</p> <p>(c)險惡性胸腔或肺功能不全：FEV1<1公升。</p> <p>(d)嚴重肝病變/肝硬化 (MELD分數>12)。</p> <p>(e)重度肺高壓(肺動脈收縮壓高於全身收縮壓三分之二)。</p> <p>(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、嚴重出血性體質、後天免疫不全症候群(AIDS)、吸入異物高風險。</p> <p>B.合併心臟衰竭之繼發性功能性二尖瓣逆流(Secondary MR)者，需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)達六個月以上，但症狀及二尖</p>		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
	<p>瓣逆流嚴重度仍持續存在，同時左心室射血率(LVEF)介於35%至50%，左心室收縮末期直徑(LVESD)≤70mm，肺動脈收縮壓≤70mmHg。</p> <p>(2)二尖瓣膜結構需符合夾合器適用範圍。</p> <p>(3)有New York Heart Association Function Class II-IV之心衰竭症狀。</p> <p>(4)排除下列條件：</p> <ul style="list-style-type: none"> A.末期嚴重心臟衰竭。 B.嚴重主動脈瓣膜狹窄或閉鎖不全。 C.嚴重三尖瓣膜閉鎖不全。 D.接受惡性腫瘤化療。 E.心源性休克LVEF<20%病人。 <p>2.支付規範：</p> <p>(1)醫院條件：</p> <ul style="list-style-type: none"> 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應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.應具下列設備： <ul style="list-style-type: none"> (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。 <p>(2)醫師資格應符合下列所有規範：</p> <ul style="list-style-type: none"> A.心臟內科、心臟外科、心臟介入、兒童心臟科專科醫師。 B.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)；心臟介入專科醫師具三百例以上心臟介入治療(33076B~33078B經皮冠狀動脈擴張術)。 <p>(3)執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請同意。</p> <p>(4)申報時應檢附手術中心臟超音波及X光影像。</p> <p>3.不得同時申報：29031B、18047B。</p> <p>4.一般材料費，得另加計百分之三。</p> <p>5.應事前審查。</p>					
68061B	<p>經靜脈心臟再同步治療裝置植入術 Transvenous cardiac resynchronization therapy devices implantation 註：</p> <p>1.適用範圍：應符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準第六</p>	v	v	v		50421

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	<p>編第八十四條特殊材料給付規定B103-2或B104-1所定之適應症及禁忌症之相關規定。</p> <p>2.限心臟內科、心臟外科或小兒心臟科專科醫師執行。</p> <p>3.申報時應檢附裝置左心室導線過程之X光、裝置導線之數值報告及放置完成之X光與二條至三條導線之數值報告。</p> <p>4.置換心臟再同步治療裝置(CRT)者，申報68041B，不得申報本項目。</p> <p>5.不得同時申報68041B。</p> <p>6.一般材料費，得另加計百分之七。</p>					

第九項 消化器 Digestive System

二、胃 Stomach (72001-72060)

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
72060B	<p>內視鏡及透視鏡導引腸胃道金屬支架置放術 Endoscopy and fluoroscopy guided metallic gastroduodenal stent placement</p> <p>註：</p> <p>1.適用範圍應符合下列所有條件：</p> <p>(1)ICD-10-CM : C16.1、C16.2、C16.3、C16.4、C16.5、C16.6、C16.8、C16.9、C49.A2、C17.0、C23、C24.0、C24.1、C24.8、C24.9、C25.0、C25.1、C25.2、C25.4、C25.7、C25.8、C25.9。</p> <p>(2)Stage III或IV惡性腫瘤造成之胃出口狹窄，且一般胃鏡無法通過者。</p> <p>(3)若後續治療計畫有放射治療者不適用。</p> <p>2.支付規範：</p> <p>(1)醫院條件：應有Fluoroscopy透視X光內視鏡室。</p> <p>(2)執行人員資格：限上消化道內視鏡（胃鏡）技術及游離輻射（X光機）操作資格。</p> <p>(3)申報時病歷應檢附惡性胃出口阻塞之臨床佐證（內視鏡及影像學檢查資料）。</p> <p>(4)不得同時申報：47058B、49029B。</p> <p>3.一般材料費，得另加計百分之七十九。</p>		v	v	v	15384

第十五項 神經外科 Neurosurgery (83001-83106)

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
83106B	<p>急性缺血性腦中風機械取栓術</p> <p>Fee for neurovascular mechanical endovascular thrombectomy in acute ischemic stroke</p> <p>註：</p> <p>1.適用範圍：急性腦血管缺血性中風病人符合顱內血管支架取栓裝置使用條件，並使用該裝置進行機械性血管內血栓移除術治療，且同時符合下列條件：</p> <p>(1)發作後二十四小時內。</p> <p>(2)影像診斷為顱內大動脈阻塞，包括內頸動脈、大腦中動脈之第一段及第二段、大腦前動脈、基底動脈及脊椎動脈。</p> <p>(3)美國國衛院腦中風評估表(NIH Stroke Scale)評分6分至30分。</p> <p>2.禁忌症：</p> <p>(1)蜘蛛網膜下腔出血。</p> <p>(2)腦內出血。</p> <p>(3)硬腦膜下出血/顱內出血。</p> <p>3.支付規範：</p> <p>(1)限經下列任一學會之相關腦神經血管內介入治療專長訓練與認證之醫師施行：</p> <p>A.中華民國放射線醫學會授權之中華民國神經放射線醫學會。</p> <p>B.台灣神經外科醫學會授權之台灣神經血管外科與介入治療醫學會。</p> <p>C.台灣神經學會授權之台灣腦中風學會。</p> <p>(2)不得同時申報69001B、69002B、69003B。</p> <p>(3)一般材料費，得另加計百分之七。</p> <p>4.前循環若於發作後八小時至二十四小時執行，申報時應於病歷檢附影像報告(CTP、MR或CTA collaterals)。</p>	v	v	v		42730

第十六項 聽器 Auditory System (84001-84038)

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
84038B	<p>人工電子耳手術(人工耳蝸植入術)</p> <p>註：</p> <p>限設有聽語復健治療團隊（包括耳鼻喉科專科醫師或復健專科</p>	v	v	v		20250

編號	診療項目	基層 院所	地區 醫院	區域 醫院	醫學 中心	支付 點數
	<p>醫師、聽力師、語言治療師等) 之醫院申報，施行本項適用範圍如下：</p> <p>1. 嬰幼兒（未滿二歲）：</p> <p>(1)二耳聽力損失呈≥ 90dB HL (0.5、1、2、4K Hz)。</p> <p>(2)先前使用助聽器三個月至六個月以上，聽能訓練後言語辨識或語言能力無進展。</p> <p>(3)無手術植入電極之禁忌。</p> <p>2. 兒童（二歲以上）及成人：</p> <p>(1)學語後失聰且二耳聽力損失呈≥ 70dB HL (0.5、1、2、4K Hz)。</p> <p>(2)先前使用助聽器六個月以上，助聽後開放式語言測試得分 (Speech perception score) <50%，或是噪音下語詞測驗得分 (Word recognition score) <30%。</p> <p>(3)無手術植入電極之禁忌。</p> <p>3. 單耳全聾：</p> <p>(1)劣耳聽力損失呈≥ 80dB HL，優耳聽力損失呈<30dB HL (0.5、1、2、4K Hz)。</p> <p>(2)助聽後單字詞測試中得分低於或等於5%，建議先前使用之跨傳助聽器 (CROS) 或其他合適之助聽器三個月以上之經驗。</p> <p>(3)無手術植入電極之禁忌。</p> <p>4. 一般材料費及單次使用鑽頭，得另加計百分之六十九。</p>					

第十節 麻醉費(96000-96030)

通則：

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