

檔 號：

保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市安和路一段29號9樓

承辦人：吳春樺

電話：(02)2752-7286#172

傳真：(02)2771-8392

電子信箱：chunhua@tma.tw

受文者：各縣市醫師公會

發文日期：中華民國101年12月24日

發文字號：全醫聯字第1010002629號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨

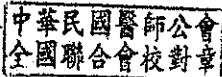
主旨：轉知行政院衛生署中央健康保險局為配合二代健保，修正「全民健康保險醫療費用支付標準」部分診療項目案，如附件，請查照

說明：

- 一、依據行政院衛生署中央健康保險局101年12月19日健保醫字第1010051785號函副本辦理。
- 二、依據100年1月26日總統華總一義字第10000011861號令公布之全民健康保險法暨行政院101年10月9日院臺衛字第1010144186號令發布除已施行之條文外，定自102年1月1日施行辦理。
- 三、本案係依二代全民健康保險法公告條文進行修訂，102年1月1日起除「全民健康保險醫療費用支付標準」名稱將修正為「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」外，尚包括引用法令規定條次及名稱異動修正、部分重疊內容之刪除及配合法源異動增刪資料等項，未涉實質變更。經於101年12月6日以健保醫字第1010040065號預告，期間均無外界反應意見，僅該局再予檢視加以補充修訂。

正本：各縣市醫師公會

副本：



理事長 **李明濱**

如
 1/28

撥公布網站

1/26

董：

彰化縣醫師公會	
收文日期	101. 12. 26
收文字號	彰醫字第 1589 號

全民健康保險醫療費用服務給付項目及支付標準(修改名稱)

目 錄

章	節	頁 碼
《上冊》	(本項刪除)	
《中冊》	(本項刪除)	
第七部	第六部 論病例計酬 (修訂部名及附表名)	第六部 -1
第一章	產科	第六部第一章-1
	附表 6.1.1 陰道生產診療項目要求表	第六部第一章-4
	附表 6.1.2 剖腹生產診療項目要求表	第六部第一章-5
第二章	婦科	第六部第二章-1
	附表 6.2.1 子宮肌瘤切除術(住院)、子宮鏡子 宮肌瘤切除術(住院)診療目要求表	第六部第二章-5
	附表 6.2.2 輸卵管外孕手術(住院)診療項目要 求表	第六部第二章-6
	附表 6.2.3 子宮完全切除術(住院)診療項目要 求表	第六部第二章-7
	附表 6.2.4 次全子宮切除術(住院)診療項目要 求表	第六部第二章-8
	附表 6.2.5 卵巢部分(全部)切除術或輸卵管卵 巢切除術(住院)診療項目要求表	第六部第二章-9
	附表 6.2.6 腹腔鏡子宮完全切除術(住院)診療 項目要求表	第六部第二章-10
	附表 6.2.7 腹腔鏡卵巢部分(全部)切除術或輸 卵管卵巢切除術(住院)診療項目要 求表	第六部第二章-11
	附表 6.2.8 腹腔鏡子宮外孕手術(住院)診療項 目要求表	第六部第二章-12
第三章	一般外科	第六部第三章-1
	附表 6.3.5 股及腹股溝疝氣手術(單側,門診)診療項目要求表	第六部第三章-3
第四章	泌尿科	第六部第四章-1
	附表 6.4.2 尿路結石體外震波碎石術診療項目要 求表	第六部第四章-3
第六章	眼科	第六部第六章-1
	附表 6.6.2 水晶體囊內(外)摘除術及人工水晶 體置入術(單側)(門診)診療項目要	

第七章 耳鼻喉科	求表	第六部第六章-3
附表 6.7.4 喉直達鏡並作聲帶或會厭軟骨腫瘤切除或剝去，無主要合併症或併發症（門診）診療項目要求表		第六部第七章-1
		第六部第七章-4

〈下冊〉 (本項刪除)

第八部 特殊材料 (刪除本部所有章節資料)

第一章 通則	第八部第一章-1
第二章 特殊材料分類代碼編訂原則	第八部第二章-1
第三章 特材品名適應症及使用規範	第八部第三章-1
第四章 品名代碼一覽表	第八部第四章-1
第五章 廠牌名稱對照表	第八部第五章-1
第六章 特殊材料品項表	
第一節 接頭類	第八部第六章第一節-1
第二節 容器類	第八部第六章第二節-1
第三節 管套類	第八部第六章第三節-1
第四節 人工機能	第八部第六章第四節-1
第五節 過濾類	第八部第六章第五節-1
第六節 傳導類	第八部第六章第六節-1
第七節 針具類	第八部第六章第七節-1
第八節 復健類	第八部第六章第八節-1
第九節 縫合結紮類	第八部第六章第九節-1
第十節 工具類	第八部第六章第十節-1
第十一節 傷口護理類	第八部第六章第十一節-1

第九部 第七部 全民健康保險住院診斷關聯群 (修訂部名)

第一章 Tw-DRGs 支付通則	第七部第一章-1
第二章 Tw-DRGs 分類架構及原則	第七部第二章-1

第十部 第八部 品質支付服務 (修訂部名)

第一部 總則

一、本標準依全民健康保險法(以下稱本法)第四十一條第一項規定訂定之。
(修訂)

二、各保險醫事服務機構適用本標準所列各診療項目，醫學中心、區域醫院及地區醫院依全民健康保險法施行細則第五十九條規定辦理簽定合約之特約類別及支付適用表別，該條文未明列之類別如下：(修訂)

(一)基層醫療院所：指醫學中心、區域醫院及地區醫院以外之醫療機構
(以下稱基層院所)。

(二)特約藥局

三、經主管機關評鑑合格之各層級醫院精神科，依該院之支付適用表別點數申報；經評鑑合格之精神科專科教學醫院，依區域醫院點數申報；經評鑑合格之精神科專科醫院，依地區醫院點數申報。(修訂)

六、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所訂點數申報後，由保險人按門診每一申報案件扣留十點、住院每一申報案件扣留五十點，
作為委託辦理電子資料處理之費用。(修訂)

七、本標準各診療項目支付費用一律以點數計算，每點金額依據全民健康保險法第六十二條定之。(修訂)

八、全民健康保險醫療費用協定委員會協定之年度預算所訂之計畫或方案，其支付標準依本法第四十一條所定程序辦理，並依各該計畫或方案之規定給付與支付。(修訂)

九、本標準所稱「山地離島地區」，依「全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法」之規定辦理。(新增)

十、事前審查：(新增)

(一)依本法第四十二條規定，保險醫事服務機構為保險對象施行附件一所列項目及各診療項目已規定應事前審查者，保險醫事服務機構應依規定申請事前審查。

(二)保險醫事服務機構向保險人申報事前審查時，應檢附下列文件：

1. 事前審查申報書。

2. 足供審查判斷之病歷及相關資料。

3. 前項應事前審查項目規定之必備文件資料。

(三) 保險人應於收到保險醫事服務機構送達事前審查申報文件起二週內完成核定，逾期未核定者，視同完成事前審查。但資料不全經保險人通知補件者，不在此限。

(四) 經保險醫事服務機構認定因事出緊急，得以書面說明電傳保險人報備後，先行處理治療，並立即備齊應附文件補件審查。

(五) 依規定應事前審查項目，保險醫事服務機構未於事前提出申請或報備，或未經保險人核定即施予者，得依程序審查不支付費用。事前審查案件，申報或報備後未及經審查回復即因急迫需要而施行者，應依專業審查核定結果辦理。

十一、施行特定治療檢查檢驗項目，除本標準已明定適應症外，應符合行政院衛生署公告之「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」。(修訂)

十二、經主管機關核定公告不給付之醫療服務項目如下：(新增)

(一) 近視手術治療。

(二) 非治療需要之人工流產，惟因性侵害受孕之人工流產醫療費用不在此限。非治療需要之人工流產係指以下項目以外之人工流產：

1. 本人或其配偶患有礙優生之遺傳性、傳染性疾病或精神疾病者。
2. 本人或其配偶之四親等以內之血親患有礙優生之遺傳性、傳染性疾病或精神疾病者。
3. 有醫學上理由，足以認定懷孕或分娩有招致生命危險或危害身體或精神健康者。
4. 有醫學上理由，足以認定胎兒有畸形發育之虞者。

(三) 酒癮、煙癮之戒斷治療。

(四) 眼科驗光檢查。

第二部 西醫

第一章 基本診療

第一節 門診診察費

通則：

~~四、本節所稱山地離島地區由保險人列舉公告之。(刪除，移列總則九)~~

~~五、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本節所定點數申報後，由保險人按每一案件扣留五點至十點，以為委外辦理電子資料處理之費用。(刪除，已列於總則六)~~

~~六四、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。(修訂編號)~~

~~七五、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。(修訂編號)~~

~~六六、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。(修訂編號)~~

~~九七、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。(修訂編號)~~

~~十~~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。(修訂編號)~~

~~十一~~九~~、全民健康保險醫療辦法第十二條規定之同一療程疾病，各療程之診察費限申報一次。(修訂編號)~~

~~十二~~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60%；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計30%；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計20%。其他未註有兒童加成之診察費項目，3歲(含)以下兒童之門診診察費得依表定點數加計20%。(修訂編號)~~

~~十三~~十一~~、西醫醫院4歲兒童不限科別門診診察費得依表定點數加計20%；西醫醫院婦產科、小兒科及新生兒科、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)申報門診診察費項目(包括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)，得依表定點數加計17%，若同時符合4歲以下兒童加成者，依表定點數加計37%。(有關醫院申報門診診察費4歲以下兒童加成及科別加成支付點數之計算詳附表2.1.2)(修訂編號)~~

~~十四~~十二~~、西醫基層院所4到6歲兒童門診診察費兒科專科醫師得依表定點數加計20%；另婦產科、外科(含外科、整形外科、骨科、泌尿科、神經外科)及兒科專科醫師申報第一段門診量內案件門診診察費(包括00109C、00110C、00139C、00140C、00158C、00159C、00119C、00149C、00120C、00150C、00168C、00169C及01023C)，得按表~~

定點數加成，其中婦產科及外科專科醫師加成9%、兒科專科醫師加成3%，後者若同時符合4到6歲兒童專科醫師加成者，依表定點數加成23%。(有關基層院所申報門診診察費3歲以下不分科及4-6歲兒童專科醫師加成20%之點數計算詳附表2.1.3及婦兒外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詳附表2.1.4)(修訂編號)

第二節 急性病房住院診察費

通則：

一、嬰幼兒病床得按衛生主管機關登記之病床別，適用本節各項費用。(修訂)

第三節 病房費

通則：

三、各類病床應符合全民健康保險病房設置基準醫療機構設置標準之規定。(修訂)

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全民健康保險病房設置基準醫療機構設置標準之規定。(修訂)

第六節 調劑

通則：

一、藥品費依「全民健康保險藥價基準藥物給付項目及支付標準」有關規定辦理。(修訂)

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				
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，及申報全民健康保險醫療費用支付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三項)時，得申報本項。(修訂)				√	√	√	190

第八節 住院安寧療護

通則：

五、本章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、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，不得另外申報全民健康保險醫療費用支付本標準所列項目，亦不得以其他名目向保險對象收取費用。(修訂)

六、支付本標準第2部第2章第2節第2項放射線治療、第6節第1項處置費47091B「淋巴水腫照護-徒手淋巴引流」及第6節第2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。(修訂)

九、以本章節支付標準申報之個案不適用本支付標準第9部全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)。(修訂)

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

通則：

一、檢查之費用，包括人員、試藥、內服藥劑、檢驗器材、一般材料、管理費及採取檢體之費用在內；如需使用特殊材料部分，另依第八部全民健康保險藥物給付項目及支付標準申報。(修訂)

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

通則：

三、前項所謂一般材料係指第八部特殊材料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．．．等均屬之。(修訂)

第七節 手術

通則：

三、各項手術所需之「手術一般材料費」均依本節所定點數之53%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，依第八部特殊材料全民健康保險藥物給付項目及支付標準相關規定申報。(修訂)

第八節 輸血及骨髓移植 Blood Transfusion and Bone Marrow Transplantation

通則：

五、供血者需符合中央衛生主管機關公告之「供血者健康標準」。(修訂)

第三部 牙醫

通則：

~~二、醫事服務機構實施牙科門診診療項目，其支付點數之每點金額依「牙醫門診總額支付制度」之規定辦理。(刪除，已列於總則七)~~

~~三、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本部所定點數申報後，由保險人按每一案件扣留五點至十點，以為委外辦理電子資料處理之費用。(刪除，已列於總則六)~~

二、牙科治療項目應依循「牙醫門診總額支付制度臨床治療指引」施行。

三、牙科門診之專科轉診加成作業，依「全民健康保險牙醫門診總額支付制度專科轉診加成作業要點」執行。(修訂編號)

四、「四歲以下嬰幼兒齲齒防治服務」(就醫年月減出生年月等於或小於四十八個月)之處置費(第一章門診診察費除外)加成百分之三十給付。(修訂編號)

五、診療項目備註中有關期間天數之定義方式：3個月係指90天，半年係指180天，一年係指365天，一年半係指545天，兩年係指730天。每年係以日曆年計。(修訂編號)

六、醫事服務機構實施牙醫門診診療項目，其中申報點數依「相對合理門診點數給付原則」(附表3.3.3)辦理核付。(修訂編號)

第一章 門診診察費

通則：

~~二、本章所稱山地離島地區由保險人列舉公告之。(刪除，已列於總則九)~~

第四部 中 醫

通則：

- ~~四、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所定點數申報後，由保險人按每一申報案件扣留五點至十點以為委託辦理電子資料處理之費用。(刪除，已列於總則六)~~
- 四、針灸、傷科及脫臼整復需連續治療者，同一療程以六次為限，實施六次限申報一次診察費，並應於病歷載明治療計畫。(修訂編號)
- 五、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療合計申報量限四十五人次以內，其中內含複雜性傷科處置(B55、B56、B57、B82、B83、B84、B87、B88、B89、B92、B93、B94)每月上限為16人次(每月申報日數計算方式：每月申報日數超過26日者以26日計；中醫總額支付制度受託單位與保險人認定之醫療資源不足地區，每月以實際看診日數計)。(修訂編號)
- 六、中醫醫療院所平均每位專任醫師每月申報另開內服藥之針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置費(支付標準代碼B41、B43、B45、B53、B55、B62、B80、B82、B85、B87、B90、B92)上限為30人次，超出30人次部分者五折支付。(修訂編號)
- 七、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療合計申報量在三十一至四十五人次之部分申報編號B42、B44、B46、B54、B56、B57、B61、B63、B81、B83、B84、B86、B88、B89、B91、B93、B94者九折支付，四十六人次以上B41、B42、B43、B44、B45、B46、B53、B54、B55、B56、B57、B61、B62、B63、B80、B81、B82、B83、B84、B85、B86、B87、B88、B89、B90、B91、B92、B93、B94者支付點數以零計。(修訂編號)
- 八、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療合計申報量＝(當月針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置總人次／當月專任中醫師總看診日數)。(修訂編號)
- 九、3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。(修訂編號)

附表 4.4.1 複雜性針灸申請給付原則

二、申報與審查相關限制：

- (1) 按全民健康保險醫事機構療費用申報與核付及醫療服務審查辦法辦理執行審查。(修訂)

附表 5.5.1 複雜性傷科申請給付原則

- (1) 按全民健康保險醫事機構療費用申報與核付及醫療服務審查辦法辦理執行審查。(修訂)

第五部 居家照護及精神病患者社區復健

第一章 居家照護

通則：

- 一、本章限經中央衛生主管機關核准設有居家護理服務業務項目之醫療機構或護理機構申報。(修訂)

第六七部 論病例計酬(修訂部名)

通則：

十二、本部各章節所訂項目，若有公認新療法或公認新手術方式，醫療院所應檢具相關成本資料向保險人提出申請，由保險人評估後先行訂定申報項目，供特約醫療院所適用，俟彙集項目及完整資料後，再另依全民健康保險法第五四十一條辦理。(修訂)

十五、本部各章節所訂項目執行率為百分之百之診療項目(例如第二部第一章病房費、診察費、藥事服務費等，以及本部之必要診療項目)之支付點數有異動時，依上述診療項目計算前後點數差額，配合調整本部定額支付點數及核實申報上限點數，其中第二部第一章項目次數，依全民健康保險醫療費用支付本標準所列各論病例計酬平均住院日數計算；必要診療項目次數，則依本部各診療項目要求表所列次數計算。(修訂)

第七九部 全民健康保險住院診斷關聯群 (修訂部名)

(Taiwan Diagnosis Related Groups, Tw-DRGs)

第一章 Tw-DRGs 支付通則

一、名詞定義

(七)醫療服務點數：醫事服務機構依據全民健康保險醫療費用支付本標準(以下簡稱支付標準)上、下冊及藥價基準全民健康保險藥物給付項目及支付標準，申報其所提供醫療服務之點數。(修訂)

二、各 Tw-DRG 之給付，已包含當次住院屬支付本標準及藥價基準全民健康保險藥物給付項目及支付標準所訂各項相關費用，特約醫療院所不得將屬當次住院範圍之相關費用移轉至門診或急診申報，或採分次住院，或除病患同意使用符合「全民健康保險保險醫事服務機構收取自費特材費用規範」規定之特材外，另行向保險對象收取給付範圍費用，違反本項規定者，整筆醫療費用不予支付。(修訂)

五、符合支付本標準中冊第六部「論病例計酬」所訂條件之案件，應依本章通則所訂時程及支付標準優先適用。(修訂)

六、各案件依全民健康保險住院診斷關聯群分類表認定 Tw-DRG 後，依下列原則計算 Tw-DRG 支付點數：

(二) 實際醫療服務點數在上、下限臨界點範圍內者，計算公式如下：

2.基本診療加成率：依據支付本標準第一部總則二規定，依醫療機構與本局簽定合約之特約類別：(修訂)

(1)醫學中心，加成率 7.1%。

(2)區域醫院，加成率 6.1%。

(3)地區醫院，加成率 5.0%。

5.山地離島地區之醫院加成率：2%。上述山地離島地區係指符合行政院衛生署公告之「山地離島地區醫療服務促進方案」第三點適用範圍所列鄉鎮市區。(修訂，山地離島地區定義已列於總則九)

十二、若有經公認之新療法，醫療院所應檢具相關成本資料向保險人提

出申請，由保險人評估後先行訂定申報項目，供特約醫療院所適用，俟彙集項目及完整資料後，再依全民健康保險法第五四十一條辦理。(修訂)

十五、本部第一章及第二章之附表請至本局保險人全球資訊網下載，網址：<http://www.nhi.gov.tw/>下載檔案/全民健康保險住院診斷關聯群。(修訂)

附表 7.4

DRG 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案

一、目的

全民健康保險醫療費用服務給付項目及支付標準第九七部，各 DRG 之支付點數已包含當次住院屬本標準及藥價基準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準所訂各項相關費用，為使 DRG 支付制度與高科技同時並進，避免影響新特殊材料之引進及保障病患之就醫權益，特訂定本因應方案。(修訂)

二、全新功能類別特殊材料(以下簡稱新特殊材料)：係指經中央健康保險局保險人「全民健康保險特材專家小組藥物給付項目及支付標準擬訂會議」決議具全新功能類別特殊材料之品項。(修訂)

四、個案 DRG 支付點數之計算方式：

(一)使用第一類新特殊材料之個案：此類個案原應屬 DRG 實施期程範圍者，暫以論量計酬方式申報，俟有完整申報資料，經評估後恢復按全民健康保險醫療費用支付標準第九七部規定申報。(修訂)

(二)使用第二類得加計額外點數特殊材料項目之個案：個案按全民健康保險醫療費用支付標準第九七部第一章支付通則六之(一)至

(三)、(六)項計算 DRG 支付點數及另行核實申報點數外，依下列規定計算加計額外點數。以下所稱定額為權重乘以標準給付額乘以加成項目($RW*SPR*(1+各加成項目)$)。(修訂)

1. 有下列情形之一者，不得加計額外點數，且不得向病患收取費用：
 - (1) 實際醫療服務點數小於下限臨界點。
 - (2) 實際醫療服務點數小於 DRG 定額。
 - (3) 實際醫療服務點數大於 DRG 定額，惟 DRG 定額大於上限臨界點。
2. 額外加計算點數以下列情況之一且取低者：
 - (1) 新功能特材總點數之 50%。
 - (2) 以實際醫療服務點數計算額外加計算點數。
 - A. 實際醫療點數大於定額，但小於上限臨界點者，加計定額至實際醫療點數差額之 70%。
 - B. 實際醫療點數大於上限臨界點，且上限臨界點大於定額者，加計定額至上限臨界點差額之 70%。

五、本局保險人將定期於本局保險人網站公布得論量計酬或得加計額外點數之特殊材料代碼，及後續新增之同類既有類別品項代碼。當使用新特殊材料項目之醫療型態改變或特殊材料項調整支付價格時，本局保險人將重新評估新特殊材料對 DRG 支付點數之影響，重新公布得論量計酬或得加計額外點數之特殊材料代碼。(修訂)

目錄(修訂附表序號)

附表序號	名稱
附表 7.1	TW-DRGs 分類表
附表 7.1.1	診斷碼編碼限制
附表 7.1.2	手術碼編碼限制
附表 7.1.3	各 MDC 主診斷碼
附表 7.1.4	合併症或併發症診斷碼
附表 7.1.5	主診斷與手術不相關 DRG
附表 7.1.6	MDC2 複雜次診斷
附表 7.1.7	MDC15 MAJOR PROBLEM
附表 7.1.8	MDC15 MINOR PROBLEM
附表 7.1.9	MDC22 SIGNIFICANT TRAUMA DIAGNOSIS LIST
附表 7.1.10	MDC24 各部位外傷診斷碼
附表 7.1.11	DRG 流程圖
附表 7.2	各 Tw-DRG 科系對照表
附表 7.3	Tw-DRG 權重表

第八十部 品質支付服務(修訂部名)

第一章 結核病

通則：

五、執行本項各診療項目須符合下列條件：

- (一) 須具有胸腔、感染、結核任一專科或曾接受衛生主管機關結核病學訓練並獲結業證明之醫師至少一名。(修訂)

第二章 糖尿病

通則：

一、參與資格：

(一) 第一階段照護：

2. 上述參與資格如衛生主管機關有最新規定，從其規定。(修訂)

二、收案對象：

- (一) 最近 90 天曾在該院所診斷為糖尿病 (ICD-9-CM 前三碼為 250) 至少同院所就醫達 2 次(含)以上者，才可收案，惟當次收案須以主診斷【門診醫療費用服務點數清單媒體申報格式及填表說明點數清單段之第 18 欄位國際疾病分類碼號 (一)】收案。(修訂)

四、醫療費用審查：

(一) 申報原則：

1. 醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療費用申報與核付及專服務機構醫療服務審查辦法規定辦理。(修訂)
2. 門診及住院醫療服務點數清單及醫令清單填表說明
 - (1) 屬本方案收案之保險對象，其就診當次符合申報 P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C 者，於申報費用時，門診醫療費用服務點數申報格式點數清單段之案件分類應填『E1』、特定治療項目代號(一)應填『E4』；住院案件之醫療服務點數申報格式點數清單段之給付類別則填寫『C』。未符合申報上述醫令者，依一般費用申報原則辦理。(修訂)