

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
<p>第一部 總則</p> <p>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。</p> <p>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除第一部第四點外，其餘依全民健康保險法施行細則第五十九條規定辦理簽訂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：</p> <p>(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)。</p> <p>(二)特約藥局。</p> <p>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。</p> <p>四、依據主管機關公告之「醫院評鑑及教學醫院評鑑作業程序」規定，屬「應申請區域醫院評鑑」之地區醫院，且經評鑑結果未達區域醫院合格基準者，依下列支付方式辦理：</p> <p>(一)自地區醫院評鑑合格之日起一年內：依地區醫院點數申報，且不得適用地區醫院加成規範及特定保障項目；如其醫院評鑑基準「適當的護病比」符合區域醫院評鑑標準者，依區域醫院點數申報，並適用區域醫院加成規範及特定保障項目。</p> <p>(二)自地區醫院評鑑合格之日起逾一年：未達區域醫院合格基準者，依地區醫院點數申報，且不得適用地區醫院加成規範及特定保障項目。</p> <p>五、各保險醫事服務機構，依其專任醫師專長、設備及地區需要性，從事適用類別以外之診療項目時，得定期向保險人申請核可適用。</p> <p>六、各保險醫事服務機構實施本標準未列項目，應就適用之類別已列款目中，按其最近似之各該編號項目所定點數申報，<u>但</u>新療法須經保險人報由中央主管機關核定後實施。</p> <p>七、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所<u>定</u>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。</p> <p>八、本標準各診療項目支付費用一律以點數計算，每點支付金額依據全民健康保險法第六十二條定之。</p> <p>九、全民健康保險會協定之年度預算所<u>定</u>之計畫或方案，其給付項目及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。</p> <p>十、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。</p> <p>十一、事前審查：</p> <p>(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表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。</p> <p>(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：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 <p>(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，<u>屆</u>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。</p> <p>(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。</p> <p>(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</p>	<p>第一部 總則</p> <p>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。</p> <p>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除<u>本標準</u>第一部第四點外，其餘依全民健康保險法施行細則第五十九條規定辦理簽訂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：</p> <p>(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)。</p> <p>(二)特約藥局。</p> <p>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。</p> <p>四、依據主管機關公告之「醫院評鑑及教學醫院評鑑作業程序」規定，屬「應申請區域醫院評鑑」之地區醫院，且經評鑑結果未達區域醫院合格基準者，依下列支付方式辦理：</p> <p>(一)自地區醫院評鑑合格之日起一年內：依地區醫院點數申報，且不得適用地區醫院加成規範及特定保障項目；如其醫院評鑑基準「適當的護病比」符合區域醫院評鑑標準者，依區域醫院點數申報，並適用區域醫院加成規範及特定保障項目。</p> <p>(二)自地區醫院評鑑合格之日起逾一年：未達區域醫院合格基準者，依地區醫院點數申報，且不得適用地區醫院加成規範及特定保障項目。</p> <p>五、各保險醫事服務機構，依其專任醫師專長、設備及地區需要性，從事適用類別以外之診療項目時，得定期向保險人申請核可適用。</p> <p>六、各保險醫事服務機構實施本標準未列項目，應就適用之類別已列款目中，按其最近似之各該編號項目所定點數申報，<u>惟</u>新療法須經保險人報由中央主管機關核定後實施。</p> <p>七、保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所<u>訂</u>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。</p> <p>八、本標準各診療項目支付費用一律以點數計算，每點支付金額依據全民健康保險法第六十二條定之。</p> <p>九、全民健康保險會協定之年度預算所<u>訂</u>之計畫或方案，其給付項目及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。</p> <p>十、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。</p> <p>十一、事前審查：</p> <p>(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表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。</p> <p>(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：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 <p>(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，<u>逾</u>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。</p> <p>(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。</p> <p>(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</p>	<p>一、修正總則十四，增列離島地區保險醫事服務機構住診案件，申報本標準第二部西醫及第三部牙醫診療項目支付點數加計百分之三十規定。</p> <p>二、其餘屬文字修正。</p>

<p>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。</p> <p>十二、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<u>主管機關</u>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」。</p> <p>十三、經主管機關核定公告不給付之醫療服務項目如下： (一)近視手術治療。 (二)非治療需要之人工流產，<u>但因性侵害受孕之人工流產醫療費用者</u>，不在此限。非治療需要之人工流產，指<u>下列</u>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)以裝配眼鏡(含隱形眼鏡)為目的之診療項目，包括：眼科驗光檢查、交付配鏡處方及診察費<u>或其他項目</u>。(中華民國一百零四年十月二十二日衛部保字第一〇四一二六〇七一五號公告)</p> <p>十四、<u>加成規範</u>： (一)地區醫院週六、週日及國定假日之西醫門診(不含急診)案件，申報第二部各診療項目(不含第二章第一節門診診察費)，依各該編號項目所<u>定</u>點數加計百分之三十支付。 (二)<u>離島地區各保險醫事服務機構之住診案件，申報第二部及第三部各診療項目，依各該編號項目所定點數加計百分之三十支付。</u></p> <p>十五、第二部、第三部及第六部中有關期間天數之定義如下：每週(每星期)係指七天，一個月係指三十天，三個月(一季)係指九十天，六個月(半年)係指一百八十天，十二個月(一年)係指三百六十五天，十八個月(一年半)係指五百四十五天，二十四個月(兩年)係指七百三十天。每年係以日曆年計。</p> <p>十六、有關年齡之認定，除各部章節另有規定外，涉及年齡加成者，門診採就醫年月日、住院採診療項目實際執行年月日，減出生年月日計算；其餘年齡限制，採診療項目實際執行年月日減出生年月日計算，若無填報診療項目實際執行日期，則以就醫日期或入院日期認定。</p>	<p>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。</p> <p>十二、施行特定治療檢查檢驗項目，除本標準已明定適應症外，應符合衛生福利部公告之「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」。</p> <p>十三、經主管機關核定公告不給付之醫療服務項目如下： (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)以裝配眼鏡(含隱形眼鏡)為目的之診療項目，包括：眼科驗光檢查、交付配鏡處方及診察費等。(中華民國一百零四年十月二十二日衛部保字第一〇四一二六〇七一五號公告)</p> <p>十四、地區醫院週六、週日及國定假日之西醫門診(不含急診)案件，申報<u>本標準</u>第二部各診療項目(不含第二章第一節門診診察費)，依各該編號項目所訂點數加計百分之三十支付。</p> <p>十五、<u>本標準</u>第二部、第三部及第六部中有關期間天數之定義如下：每週(每星期)係指七天，一個月係指三十天，三個月(一季)係指九十天，六個月(半年)係指一百八十天，十二個月(一年)係指三百六十五天，十八個月(一年半)係指五百四十五天，二十四個月(兩年)係指七百三十天。每年係以日曆年計。</p> <p>十六、有關年齡之認定，除<u>本標準</u>各部章節另有規定外，涉及年齡加成者，門診採就醫年月日、住院採診療項目實際執行年月日，減出生年月日計算；其餘年齡限制，採診療項目實際執行年月日減出生年月日計算，若無填報診療項目實際執行日期，則以就醫日期或入院日期認定。</p>	
<p>第二部 西醫 第一章 基本診療 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<u>定</u>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、<u>行政作業成本</u>或<u>其他成本</u>。 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。</p>	<p>第二部 西醫 第一章 基本診療 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。</p>	<p>一、配合第一部總則十四之修正，通則九(一)增訂第3款離島地區醫院之護理費加成規定，及修正通則九(一)文字，明定第3款除外規定。 二、其餘屬文字修正。</p>

七、加護病床支付標準，原則依主管機關八十七年「加護病房評定」等級認定；惟新設立、增床者及自八十九年起醫院評鑑層級異動者，加護病床支付標準，依其當時醫院評鑑之特約層級，按醫學中心-甲級、區域醫院-乙級、地區醫院-丙級方式認定。

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。

九、本節註有「護理費加成」項目者，其加成之方式及申報規定：

(一)偏鄉醫院之加成：除第3目外，其他醫院依表定點數加計百分之十五。

1.列於主管機關「偏鄉護理菁英計畫公費生管理要點」所定偏鄉地區範圍之醫院，排除僅屬於「衛生福利部公費醫師訓練後服務醫療機構及開業地區」之指定支援山地或離島地區之醫院。

2.符合下列任一項之醫院：

(1)設立於保險人公告山地鄉之醫院；如前述地區未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，屬區域級醫院則須距離最近之醫學中心達三十公里以上者。

(2)設立於全民健保醫療資源不足地區(鄉鎮)之醫院；如前述鄉鎮未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，但排除已設立區域級醫院之鄉鎮。

3.離島地區之醫院之，其加成規範以第一部總則十四(二)為限。

4.符合條件之醫院名單可參閱保險人全球資訊網，網址：www.nhi.gov.tw，資料路徑如下：首頁>健保表單下載>其他>提升住院護理照護品質方案。

(二)符合全日平均護病比之加成：

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

全日平均護病比範圍			加成率
醫學中心	區域醫院	地區醫院	
8.5-8.9	11.5-11.9	14.5-14.9	2%
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)。

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。

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.符合下列任一項之醫院：

(1)設立於保險人公告之離島、山地鄉之醫院；如前述地區未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，屬區域級醫院則須距離最近之醫學中心達三十公里以上者。

(2)設立於全民健保醫療資源不足地區(鄉鎮)之醫院；如前述鄉鎮未設立醫院者，則為其鄰近鄉鎮之醫院，但排除已設立區域級醫院之鄉鎮。

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)。

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

第二十五項 次世代基因定序 Next Generation Sequencing (30301B-30305B)

編號	診療項目	基 層 醫 院 所	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數
30301B	實體腫瘤次世代基因定序 Solid tumor next generation sequencing, NGS — BRCA1/2基因檢測 BRCA testing (germline or somatic)	√	√	√		10000
30302B	— 小套組(≤100個基因) Small panel(≤100 genes)	√	√	√		20000
30303B	— 大套組(>100個基因) Large panel(> 100 genes) 註： 1.適應症：如附表2.2.1。 2.支付規範： (1)醫院資格須符合下列各項條件： A.限區域級以上醫院或主管機關公 告通過「癌症診療品質認證醫 院」者。 B.須院內設立或跨院聯合組成分子 腫瘤委員會(Molecular Tumor Board, MTB)。 C.限主管機關核定之實驗室開發檢 測施行計畫表列醫療機構(檢測 項目類別為「抗腫瘤藥物之伴隨 檢測」及「癌症篩檢、診斷、治 療及預後之基因檢測」)。 (2)核發檢測報告人員及報告簽署醫 師：依「特定醫療技術檢查檢驗醫 療儀器施行或使用管理辦法」之規 定辦理。 (3)除Germline BRCA1/2基因檢測使用 血液檢體外，其他檢測限使用已確 診之腫瘤病理組織，且檢測項目須 包含附表2.2.1所列該癌別必須檢測 之位點及變異別，始予給付。 (4)每人各癌別限30301B、30302B或 30303B擇一申報且終生給付一次。 (5)執行本項之醫事服務機構應報經保 險人核定，如有異動，仍應重行報 請核定。 (6)檢測結果須於申報後一個月內依指 定格式上傳至保險人，未上傳者本 項不予支付。	√	√	√		30000
30304B	血液腫瘤次世代基因定序 Hematologic malignancies next generation sequencing, NGS — 小套組(≤100個基因) Small panel(≤100 genes)	√	√	√		20000
30305B	— 大套組(>100個基因) Large panel(> 100 genes) 註： 1.適應症：如附表2.2.2。 2.支付規範： (1)醫院資格符合下列各項條件： A.區域級以上醫院或主管機關公告 通過「癌症診療品質認證醫院」 者。 B.須院內設立或跨院聯合組成分子 腫瘤委員會(Molecular Tumor Board, MTB)。 C.限主管機關核定之實驗室開發檢 測施行計畫表列醫療機構(檢測 項目類別為「抗腫瘤藥物之伴隨 檢測」及「癌症篩檢、診斷、治 療及預後之基因檢測」)。	√	√	√		30000

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

新增「實體腫瘤次世代基因定序—BRCA1/2基因檢測/小套組(≤100個基因)/大套組(>100個基因)」(編號30301B, 10,000點/編號30302B, 20,000點/編號30303B, 30,000點)及「血液腫瘤次世代基因定序—小套組(≤100個基因)/大套組(>100個基因)」(編號30304B, 20,000點/編號30305B, 30,000點)計五項目與相關附表。配合新增第二十五項「次世代基因定序」。

	<p>(2)核發檢測報告人員及報告簽署醫師：依「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」之規定辦理。</p> <p>(3)限使用已確診之血液腫瘤檢測，且檢測項目須包含附表2.2.2所列各該癌別檢測位點及變異別，始予給付。</p> <p>(4)每人各癌別限30304B或30305B擇一申報且終生給付一次。</p> <p>(5)執行本項之醫事服務機構應報經保險人核定，如有異動，仍應重行報請核定。</p> <p>(6)檢測結果須於申報後一個月內依指定格式上傳至保險人，未上傳者本項不予支付。</p>				
--	--	--	--	--	--

附表2.2.1 實體腫瘤次世代基因定序(30301B-30303B)給付癌別列表

癌別	適應症 (符合下列任一條件)	應先執行之檢測項目	必須包含之檢測基因及變異別	NGS檢測 (符合左列條件者，得申報下列任一NGS檢測)
非小細胞肺癌 Non-small cell lung cancer	限復發或轉移性(第IV期)之非鱗狀上皮癌之非小細胞肺癌，且須符合下列任一檢測時機： 1.新診斷或復發時，確定為晚期且無法接受根治治療者。 2.第一線標靶治療後疾病惡化。	表皮生長因子受體(EGFR)呈現陰性，始得申報本項。	EGFR (mutation)、ALK (fusion)、MET (exon 14 skipping)、NTRK(fusion)、ROS1 (fusion)、BRAF (mutation)、ERBB2(mutation)、KRAS (mutation)、RET (fusion)	<ul style="list-style-type: none"> 小套組 (≤100個基因) 大套組 (>100個基因)
	第IIIB期及第IIIC期，檢測時機為經肺癌多專科團隊討論，無法以外科手術切除，且不適合放射化學或放射治療者，且須符合下列任一檢測時機： 1.新診斷且無法接受根治治療者。 2.第一線標靶治療後疾病惡化。	表皮生長因子受體(EGFR)呈現陰性，始得申報本項。	EGFR (mutation)、ALK (fusion)、MET (exon 14 skipping)、NTRK(fusion)、ROS1 (fusion)、BRAF (mutation)、ERBB2(mutation)、KRAS (mutation)、RET (fusion)	<ul style="list-style-type: none"> 小套組 (≤100個基因) 大套組 (>100個基因)
	<p>註：</p> <p>1.替代或可先執行之檢測項目如下： (1) EGFR：30101B「肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變體外診斷醫療器材檢測(IVD)」，30102B「肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變實驗室自行研發檢測(LDT)」。 (2) ALK：30105B「間變性淋巴瘤激酶(ALK)突變體外診斷醫療器材檢測(IVD)-IHC法」。 2.直接以NGS進行基因檢測，未先執行EGFR檢測者，依檢測結果，支付點數如下： (1) EGFR陽性：比照30102B支付，檢測差額由保險對象自行負擔。 (2) EGFR陰性：以實際採用之NGS小套組或大套組支付。</p>			
三陰性乳癌 Triple-negative breast cancer	局部晚期或轉移性三陰性乳癌，檢測時機為曾接受前導性、術後輔助性或轉移性化療者，或無法	第二型人類表皮生長因子受體(HER2)、雌激	Germline BRCA1及BRCA2(全外顯子分析)	BRCA1/2基因檢測(限使用血液檢體)

	接受化療者。	素受體(ER)以及黃體素受體(PR)均呈現陰性，始得申報本項。			
	早期三陰性乳癌，且須符合下列任一檢測時機： 1.未接受前導性化療若腫瘤大於二公分或者具腋下淋巴結轉移者。 2.接受前導性化療後未完全病理緩解者。	第二型人類表皮生長因子接受體(HER2)、雌激素受體(ER)以及黃體素受體(PR)均呈現陰性，始得申報本項。	Germline BRCA1及BRCA2(全外顯子分析)	•BRCA1/2基因檢測(限使用血液檢體)	
	<p>註：</p> <p>1.BRCA1/2全外顯子分析，包含 Single nucleotide variants(SNV)、Insertion/deletions (Indels)等。</p> <p>2.應先執行之檢測項目：雌激素受體(ER)、黃體素受體(PR)、第二型人類表皮生長因子接受體(HER2)之免疫組織化學染色(IHC)：25012B「免疫組織化學染色(每一抗體)」，若HER2 IHC為2+，應加做HER2 FISH：12195B「Her-2/neu原位雜交」。</p>				
卵巢癌、輸卵管癌、原發性腹膜癌 Ovarian Cancer, fallopian tube cancer and primary peritoneal cancer	晚期(FIGO Stage III or IV)且對第一線含鉑化療有治療反應者。	無。	Germline或somatic BRCA1、BRCA2(全外顯子分析)。	•BRCA1/2基因檢測	
攝護腺癌 Prostate cancer	去勢療法無效之轉移性攝護腺癌，口服PARP抑制劑前。	無。	Germline或somatic BRCA1、BRCA2(全外顯子分析)	•BRCA1/2基因檢測	
胰臟癌 Pancreatic cancer	經多專科團隊評估無法接受根除手術者。	無。	Germline BRCA1、BRCA2(全外顯子分析)	•BRCA1/2基因檢測(限使用血液檢體)	
神經營養受體酪胺酸激酶(NTRK)基因融合實體腫瘤 NTRK fusion-positive cancers	1.病理診斷為嬰兒型纖維肉瘤(infantile fibrosarcoma)或分泌性癌(secretory carcinoma)，經多專科團隊評估無法接受根除手術者或已有轉移者。 2.小於十八歲兒童之腦瘤患者，且須符合下列任一適應症： (1)小於三歲，位於大腦半球之高惡性度膠質細胞瘤(high-grade glioma)。 (2)位於大腦半球，無法切	無。	NTRK1(fusion)、NTRK2(fusion)、NTRK3(fusion)	•小套組(≤100個基因) •大套組(>100個基因)	

	除或復發之毛狀星細胞瘤 (pilocytic astrocytoma) 或神經節膠質細胞瘤 (ganglioglioma)。 (3) 帶有 H3K27M 突變之瀰漫性中線神經膠質細胞瘤 (diffuse midline glioma)。			
肝內膽管癌 <u>Intrahepatic cholangiocarcinoma</u>	經多專科團隊評估無法手術切除或已有轉移者。	無。	<u>FGFR1 (fusion)</u> 、 <u>FGFR2(fusion)</u> 、 <u>FGFR3 (fusion)</u> 、 <u>BRAF(mutation)</u> 、 <u>IDH1 (mutation)</u> 、 <u>IDH2(mutation)</u> 、 <u>RET(fusion)</u>	<ul style="list-style-type: none"> • 小套組 (≤100個基因) • 大套組 (>100個基因)
甲狀腺癌 (不包含髓質癌) <u>Thyroid cancer (excluding medullary thyroid carcinoma)</u>	1. 乳突性及濾泡性甲狀腺癌經碘131及抑制血管新生標靶藥物治療無效者。 2. 無分化甲狀腺癌經多專科團隊評估無法接受根治手術者。	<u>BRAF V600E</u>	<u>BRAF(mutation nonV600E)</u> 、 <u>RET (fusion)</u>	<ul style="list-style-type: none"> • 小套組 (≤100個基因) • 大套組 (>100個基因)
甲狀腺髓質癌 <u>Medullary thyroid carcinoma</u>	甲狀腺髓質癌經多專科團隊評估無法接受根治手術者。	無。	<u>RET (mutation)</u>	<ul style="list-style-type: none"> • 小套組 (≤100個基因) • 大套組 (>100個基因)

附表2.2.2 血液腫瘤次世代基因定序(30304B-30305B)給付癌別列表

癌別	適應症 (符合下列任一條件)	應先執行之檢測項目	必須包含之檢測基因及變異別	NGS 檢測 (符合左列條件者，得申報下列任一 NGS 檢測)
急性骨髓性白血病 <u>Acute myeloid leukemia</u>	1. 新診斷急性骨髓性白血病。 2. 復發之急性骨髓性白血病。	無。	<u>FLT3 (mutation)</u> <u>ASXL1 (mutation)</u> <u>BCOR (mutation)</u> <u>CEBPA (mutation)</u> <u>DNMT3A (mutation)</u> <u>EZH2 (mutation)</u> <u>IDH1 (mutation)</u> <u>IDH2 (mutation)</u> <u>JAK2 (mutation)</u> <u>KIT (mutation)</u> <u>KRAS (mutation)</u> <u>NPM1 (mutation)</u> <u>NRAS (mutation)</u> <u>PTPN11 (mutation)</u> <u>RUNX1 (mutation)</u> <u>SETBP1 (mutation)</u> <u>SF3B1 (mutation)</u> <u>SRSF2 (mutation)</u> <u>STAG2 (mutation)</u> <u>TET2 (mutation)</u> <u>TP53 (mutation)</u>	<ul style="list-style-type: none"> • 小套組 (≤100個基因) • 大套組 (>100個基因)

			U2AF1 (mutation) WT1 (mutation) ZRSR2 (mutation) KMT2A/PTD (duplication) KMT2A (fusion) NUP98 (fusion) ETV6 (fusion) RUNX1-RUNX1T1 (fusion) DEK-NUP214 (fusion) PML-RARA (fusion) CBFB-MYH11 (fusion) BCR-ABL1 (fusion)	
高風險之骨髓分化不良症候群 Myelodysplastic syndrome	<p>1. 新診斷為高風險骨髓分化不良症候群(定義為骨髓或周邊血液之芽細胞 $\geq 5\%$)。</p> <p>2. 復發之高風險骨髓分化不良症候群(定義為骨髓或周邊血液之芽細胞 $\geq 5\%$)。</p>	無。	FLT3 (mutation) ASXL1 (mutation) BCOR (mutation) CEBPA (mutation) DNMT3A (mutation) EZH2 (mutation) IDH1 (mutation) IDH2 (mutation) JAK2 (mutation) KIT (mutation) KRAS (mutation) NPM1 (mutation) NRAS (mutation) PTPN11 (mutation) RUNX1 (mutation) SETBP1 (mutation) SF3B1 (mutation) SRSF2 (mutation) STAG2 (mutation) TET2 (mutation) TP53 (mutation) U2AF1 (mutation) WT1 (mutation) ZRSR2 (mutation) KMT2A/PTD (duplication) KMT2A (fusion) NUP98 (fusion) ETV6 (fusion) RUNX1-RUNX1T1 (fusion) DEK-NUP214 (fusion) PML-RARA (fusion) CBFB-MYH11 (fusion) BCR-ABL1 (fusion)	<ul style="list-style-type: none"> • 小套組 (≤ 100 個基因) • 大套組 (> 100 個基因)
急性淋巴芽細胞白血病 (B細胞、T細胞) Acute lymphoblastic leukemia (B-ALL and	<p>1. 新診斷之 B 細胞急性淋巴性白血病 (B-cell acute lymphoblastic leukemia : B-ALL)。</p>	無。	BCR::ABL1 (fusion) KMT2A (fusion, expression) EETV6::RUNX1 (fusion, expression) IKZF1 (mutation,	<ul style="list-style-type: none"> • 小套組 (≤ 100 個基因) • 大套組 (> 100 個基因)

<p><u>T-ALL)</u></p>	<p>2.復發之 B 細胞急性淋巴性白血病。</p>		<p>deletion) PAX5 (mutation, fusion) TCF3::PBX1 (fusion) IGH::IL3 (fusion) iAMP21 (amplification) BCR::ABL1-like (ABL class) (fusion) BCR::ABL1-like (JAK-STAT class)(fusion) BCR::ABL1-like (NOS) (mutation) ZEB2 (mutation and fusion) IGH::CEBPE (fusion) MYC (fusion) DUX4 (fusion, expression) MEF2D (fusion) ZNF384/362 (fusion) NUTM1 (fusion) HLF (fusion) UBTF/CDX2(fusion, expression) TPMT (mutation) NUTP15 (mutation)</p>			
	<p>1.新診斷之 T 細胞急性淋巴性白血病 (T-cell acute lymphoblastic leukemia : T-ALL)。 2.復發之 T 細胞急性淋巴性白血病。</p>	<p>無。</p>	<p>SIL::TAL1 (fusion) KMT2A (fusion) CALM::AF10 (PICALM::MLLT10) (fusion) HOXA (fusion) SPI1 (fusion) TAL1 (fusion, mutation) TAL2 (fusion, mutation) TLX1 (fusion) TLX3 (fusion) NKX2 (fusion) LMO1 (fusion, mutation) LMO2 (fusion, mutation) LYL1 (fusion) OLIG2 (fusion) BHLHB (fusion)</p>	<ul style="list-style-type: none"> •小套組 (≤100 個基因) •大套組 (>100 個基因) 		
<p>第二十六項 其他檢查 Other Test (30501-30526)</p>			<p>第二十五項 其他檢查 Other Test (30501-30526)</p>			<p>配合新增第二十五項「次世代基因定序」，原第二十五項修正為第二十六項。</p>

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

五、皮膚處置 Dermatology Treatment (51001-51033)

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
51018C	光化治療一天 Photochemotherapy (PUVA) daily 註： 1.應於病歷上註明每次治療日期及劑量。 2.病情穩定者，同一療程以六次為原則。 3.每週至多可申報三至四次為原則。 4.適應症：乾癬、皮膚淋巴瘤及尿毒性皮膚症，或其他經公認照光治療有效之皮膚症。但屬西醫基層總額部門院所限申報乾癬(ICD-10-CM：L40.0-L40.4、L40.8、L40.9)。 5.限皮膚科專科醫師執行及申報。 6.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及執行始可申報。	v	v	v	v	855
51019C	光線治療(包括太陽光、紫外線、紅外線)一天 Phototherapy (including sun-lamp、ultraviolet light、infra red)daily 註： 1.應於病歷上註明每次治療日期及劑量。 2.病情穩定者，同一療程以六次為原則。 3.每週至多可申報六次為原則。 4.適應症：乾癬、皮膚淋巴瘤及尿毒性皮膚症，或其他經公認照光治療有效之皮膚症。但屬西醫基層總額部門院所限申報乾癬 (ICD-10-CM：L40.0-L40.4、L40.8、L40.9)。 5.限皮膚科專科醫師執行及申報。 6.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及執行始可申報。	v	v	v	v	430

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

第一章 Tw-DRGs 支付通則

一、名詞定義

(一)相對權重(Relative Weight, 以下簡稱RW)：

- 1.計算資料排除通則三所列不適用第七部支付標準之案件、通則六之(六)得另行核實申報點數、通則六之(七)依「DRG支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」(附表7.1)規定加計額外醫療點數。
- 2.計算資料之基本診療項目支付點數以地區醫院支付標準校正。
- 3.計算公式：「某Tw-DRG平均每人次點數/全國平均每人次點數」。

(二)標準給付額(Standardized Payment Rate, 以下簡稱SPR)：

- 1.計算資料排除通則三所列不適用第七部支付標準之案件、通則六之(三)超過上限臨界點之醫療服務點數、通則六之(六)得另行核實申報點數、通則六之(七)依「DRG支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」(附表7.1)規定加計額外醫療點數。
- 2.計算公式：「全國合計點數/全國總權重」並經調整之給付值。
- 3.SPR係按「實施前後總點數中平原則」及「超過上限臨

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

五、皮膚處置 Dermatology Treatment (51001-51033)

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
51018C	光化治療一天 Photochemotherapy (PUVA) daily 註： 1.應於病歷上註明每次治療日期及劑量。 2.病情穩定者，同一療程以六次為原則。 3.每週至多可申報三至四次為原則。 4.適應症：乾癬、皮膚淋巴瘤及尿毒性皮膚症，或其他經公認照光治療有效之皮膚症。但屬西醫基層總額部門院所限申報乾癬。 5.限皮膚科專科醫師執行及申報。 6.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及執行始可申報。	v	v	v	v	855
51019C	光線治療(包括太陽光、紫外線、紅外線)一天 Phototherapy (including sun-lamp、ultraviolet light、infra red)daily 註： 1.應於病歷上註明每次治療日期及劑量。 2.病情穩定者，同一療程以六次為原則。 3.每週至多可申報六次為原則。 4.適應症：乾癬、皮膚淋巴瘤及尿毒性皮膚症，或其他經公認照光治療有效之皮膚症。但屬西醫基層總額部門院所限申報乾癬。 5.限皮膚科專科醫師執行及申報。 6.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及執行始可申報。	v	v	v	v	430

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

第一章 Tw-DRGs 支付通則

一、名詞定義

(一)相對權重(Relative Weight, 以下簡稱RW)：

- 1.計算資料排除通則三所列不適用本部支付標準之案件、通則六之(六)得另行核實申報點數、通則六之(七)依「DRG支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」(附表7.1)規定加計額外醫療點數。
- 2.計算資料之基本診療項目支付點數以地區醫院支付標準校正。
- 3.計算公式：「某Tw-DRG平均每人次點數/全國平均每人次點數」。

(二)標準給付額(Standardized Payment Rate, 以下簡稱SPR)：

- 1.計算資料排除通則三所列不適用本部支付標準之案件、通則六之(三)超過上限臨界點之醫療服務點數、通則六之(六)得另行核實申報點數、通則六之(七)依「DRG支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」(附表7.1)規定加計額外醫療點數。
- 2.計算公式：「全國合計點數/全國總權重」並經調整之給付值。
- 3.SPR係按「實施前後總點數中平原則」及「超過上限臨

修正「光化治療一天」(編號51018C)及「光線治療(包括太陽光、紫外線、紅外線)一天」(編號51019C)二項支付規範，屬西醫基層總額部門院所限申報乾癬增列ICD-10-CM代碼。

一、配合第一節總則十四之修正，通則六(二)第5款調整離島地區醫院加成率為百分之二十。
二、其餘屬文字修正。

界點之支付點數占總Tw-DRG支付點數之5.1%原則」計算之「標準給付額」。

(三)病例組合指標(Case Mix Index, 以下簡稱CMI):

CMI值計算公式： $\Sigma(\text{各DRG案件數} * \text{各DRG相對權重}) / \text{DRG總案件數}$ 。

(四)主要疾病類別 (Major Diagnostic Category, 以下簡稱MDC):

Tw-DRG之主要疾病類別為PRE MDC、MDC1至MDC24，其內容及Tw-DRG分類條件如「全民健康保險住院診斷關聯群分類手冊(以下稱TW-DRG分類手冊)」。

(五)醫療服務點數上限臨界點：各Tw-DRG之上限臨界點，係以「實施前後總點數中平」及「全國超過上限臨界點部分之總支付點數占率為5.1%」原則計算之各Tw-DRG之相同百分位值。

(六)醫療服務點數下限臨界點：各Tw-DRG之下限臨界點，以該Tw-DRG醫療服務點數之2.5百分位值訂定。

(七)醫療服務點數：醫事服務機構依據本標準及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。

(八)幾何平均住院日：依相對權重計算範圍之資料，計算各DRG之幾何平均住院日，病人所需之住院日數應由臨床醫師專業判斷，若病人病情尚未穩定或治癒，各特約醫院不得以此要求病人出院；若經醫師認定應出院者，病人亦不得以此要求繼續住院。

二、各Tw-DRG之給付，已包含當次住院屬本標準及全民健康保險藥物給付項目及支付標準所定各項相關費用，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，或除病人同意使用符合「全民健保尚未納入給付特材管理作業要點」規定之特材外，另行向保險對象收取給付範圍費用，違反規定者，整筆醫療費用不予支付。

三、下列案件不適用第七部支付標準：

(一)主診斷為癌症、性態未明腫瘤案件：

	ICD-9-CM	ICD-10-CM
癌症	140.XX-176.XX、 179.XX-208.XX、 V58.0、V58.1、 V67.1、V67.2	C00.0-C94.32、 C94.80-C96.9、 Z51.0、Z51.1、 Z51.11、Z51.12、 Z08
性態未明腫瘤	235.XX、 236.XX、 237.XX、238.XX	D37-D48、 J84.81、C94.4、 C94.6

(二)主或次診斷為臟器移植併發症及後續住院：

ICD-9-CM	ICD-10-CM
996.8X V42.XX	D89.810-D89.813、T86.00-T86.09、 T86.10-T86.19、T86.20-T86.29、T86.30- T86.39、T86.40-T86.49、T86.5、 T86.810-T86.819、T86.850-T86.859、 T86.90-T86.99、Z94.0-Z94.4、Z94.6、 Z94.81-Z94.84、Z94.89、Z94.9

(三)MDC19、MDC20之精神科案件。

(四)主或次診斷為愛滋病、凝血因子異常或主管機關公告之罕見疾病案件。

	ICD-9-CM	ICD-10-CM
愛滋病	042	B20
凝血因子異常	286.0-286.3、 286.7	D66、D67、 D68.1、D68.2、 D68.4

(五)計畫型案件。

(六)住院日超過三十日之案件。

(七)使用 Extracorporeal Membrane Oxygenation(ECMO)之案件。

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
39.65	5A15223

(八)住院安寧療護案件。

界點之支付點數占總Tw-DRG支付點數之5.1%原則」計算之「標準給付額」。

(三)病例組合指標(Case Mix Index, 以下簡稱CMI):

CMI值計算公式： $\Sigma(\text{各DRG案件數} * \text{各DRG相對權重}) / \text{DRG總案件數}$ 。

(四)主要疾病類別 (Major Diagnostic Category, 以下簡稱MDC):

Tw-DRG之主要疾病類別為PRE MDC、MDC1至MDC24，其內容及Tw-DRG分類條件如「全民健康保險住院診斷關聯群分類手冊(以下稱TW-DRG分類手冊)」。

(五)醫療服務點數上限臨界點：各Tw-DRG之上限臨界點，係以「實施前後總點數中平」及「全國超過上限臨界點部分之總支付點數占率為5.1%」原則計算之各Tw-DRG之相同百分位值。

(六)醫療服務點數下限臨界點：各Tw-DRG之下限臨界點，以該Tw-DRG醫療服務點數之2.5百分位值訂定。

(七)醫療服務點數：醫事服務機構依據本標準及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。

(八)幾何平均住院日：依相對權重計算範圍之資料，計算各DRG之幾何平均住院日，病患所需之住院日數應由臨床醫師專業判斷，若病患病情尚未穩定或治癒，各特約醫院不得以此要求病患出院；若經醫師認定應出院者，病患亦不得以此要求繼續住院。

二、各Tw-DRG之給付，已包含當次住院屬本標準及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，或除病人同意使用符合「全民健保尚未納入給付特材管理作業要點」規定之特材外，另行向保險對象收取給付範圍費用，違反規定者，整筆醫療費用不予支付。

三、下列案件不適用本部支付標準：

(一)主診斷為癌症、性態未明腫瘤案件：

	ICD-9-CM	ICD-10-CM
癌症	140.XX- 176.XX、 179.XX- 208.XX、 V58.0、V58.1、 V67.1、V67.2	C00.0-C94.32、 C94.80-C96.9、 Z51.0、Z51.1、 Z51.11、Z51.12、 Z08
性態未明腫瘤	235.XX、 236.XX、 237.XX、238.XX	D37-D48、 J84.81、C94.4、 C94.6

(二)主或次診斷為臟器移植併發症及後續住院：

ICD-9-CM	ICD-10-CM
996.8X V42.XX	D89.810-D89.813、T86.00-T86.09、 T86.10-T86.19、T86.20-T86.29、T86.30- T86.39、T86.40-T86.49、T86.5、 T86.810-T86.819、T86.850-T86.859、 T86.90-T86.99、Z94.0-Z94.4、Z94.6、 Z94.81-Z94.84、Z94.89、Z94.9

(三)MDC19、MDC20之精神科案件。

(四)主或次診斷為愛滋病、凝血因子異常或衛生福利部公告之罕見疾病案件。

	ICD-9-CM	ICD-10-CM
愛滋病	042	B20
凝血因子異常	286.0- 286.3、286.7	D66、D67、 D68.1、D68.2、 D68.4

(五)計畫型案件。

(六)住院日超過三十日之案件。

(七)使用 Extracorporeal Membrane Oxygenation(ECMO)之案件。

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
39.65	5A15223

(九)其他非屬「醫院醫療給付費用總額」範圍之案件。

(十)使用主動脈內氣球幫浦(IABP)個案。

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
37.61	5A02110、5A02210

(十一)生產有合併植入性胎盤、產後大出血或產後血液凝固缺損之案件。

	ICD-9-CM	ICD-10-CM
合併植入性胎盤	656.7X	O43.011-O43.199
	666.0X	O43.211-O43.239
	666.2X、 667.0X、667.1X	O43.811-O43.93 O72.0-O72.3、 O73.0- O73.1
產後大出血	666.1X	O72.1
產後血液凝固缺損	666.3X	O72.3

(十二)複雜性多重骨盆腔器官脫垂，須同時施行骨盆腔多器官重建手術之個案，共計十組：

1.

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
68.4+70.77 +70.50	(0UT90ZZ、0UT94ZZ、 0UTC0ZZ、0UTC4ZZ) +(0USG0ZZ、0USG4ZZ、 0USGXZZ) +(0JQC0ZZ、0JQC3ZZ、 0JUC07Z、0JUC0JZ、0JUC0KZ、 0JUC37Z、0JUC3JZ、0JUC3KZ、 0UUG07Z、0UUG0JZ、 0UUG0KZ、0UUG47Z、 0UUG4JZ、0UUG4KZ、 0UUG77Z、0UUG7JZ、 0UUG7KZ、0UUG87Z、 0UUG8JZ、0UUG8KZ)
上述處置合併 59.79、59.5	上述處置外，另加 (0TQD0ZZ、0TQD3ZZ、 0TQD4ZZ、0TQD7ZZ、 0TQD8ZZ、0TQDXZZ、 0TUC0JZ、0TUC4JZ、0TUC7JZ、 0TUC8JZ、0TSD0ZZ、0TSD4ZZ、 0TUC07Z、0TUC0KZ、 0TUC47Z、0TUC4KZ、 0TUC77Z、0TUC7KZ、 0TUC87Z、0TUC8KZ、 0TUD07Z、0TUD0JZ、 0TUD0KZ、0TUD47Z、 0TUD4JZ、0TUD4KZ、 0TUD77Z、0TUD7JZ、 0TUD7KZ、0TUD87Z、 0TUD8JZ、0TUD8KZ、 0TUDX7Z、0TUDXJZ、 0TUDXKZ、0TQC0ZZ、 0TQC3ZZ、0TQC4ZZ、 0TQC7ZZ、0TQC8ZZ)

2.

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
68.59+70.77 +70.50	(0UT97ZZ、0UT98ZZ、 0UTC7ZZ、0UTC8ZZ) +(0USG0ZZ、0USG4ZZ、 0USGXZZ) +(0JQC0ZZ、0JQC3ZZ、 0JUC07Z、0JUC0JZ、0JUC0KZ、

(八)住院安寧療護案件。

(九)其他非屬「醫院醫療給付費用總額」範圍之案件。

(十)使用主動脈內氣球幫浦(IABP)個案。

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
37.61	5A02110、5A02210

(十一)生產有合併植入性胎盤、產後大出血或產後血液凝固缺損之案件。

	ICD-9-CM	ICD-10-CM
合併植入性胎盤	656.7X	O43.011-O43.199
	666.0X	O43.211-O43.239
	666.2X、 667.0X、667.1X	O43.811-O43.93 O72.0-O72.3、 O73.0- O73.1
產後大出血	666.1X	O72.1
產後血液凝固缺損	666.3X	O72.3

(十二)複雜性多重骨盆腔器官脫垂，須同時施行骨盆腔多器官重建手術之個案，共計十組：

1.

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
68.4+70.77 +70.50	(0UT90ZZ、0UT94ZZ、 0UTC0ZZ、0UTC4ZZ) +(0USG0ZZ、0USG4ZZ、 0USGXZZ) +(0JQC0ZZ、0JQC3ZZ、 0JUC07Z、0JUC0JZ、0JUC0KZ、 0JUC37Z、0JUC3JZ、0JUC3KZ、 0UUG07Z、0UUG0JZ、 0UUG0KZ、0UUG47Z、 0UUG4JZ、0UUG4KZ、 0UUG77Z、0UUG7JZ、 0UUG7KZ、0UUG87Z、 0UUG8JZ、0UUG8KZ)
上述處置合併 59.79、59.5	上述處置外，另加 (0TQD0ZZ、0TQD3ZZ、 0TQD4ZZ、0TQD7ZZ、 0TQD8ZZ、0TQDXZZ、 0TUC0JZ、0TUC4JZ、0TUC7JZ、 0TUC8JZ、0TSD0ZZ、0TSD4ZZ、 0TUC07Z、0TUC0KZ、 0TUC47Z、0TUC4KZ、 0TUC77Z、0TUC7KZ、 0TUC87Z、0TUC8KZ、 0TUD07Z、0TUD0JZ、 0TUD0KZ、0TUD47Z、 0TUD4JZ、0TUD4KZ、 0TUD77Z、0TUD7JZ、 0TUD7KZ、0TUD87Z、 0TUD8JZ、0TUD8KZ、 0TUDX7Z、0TUDXJZ、 0TUDXKZ、0TQC0ZZ、 0TQC3ZZ、0TQC4ZZ、 0TQC7ZZ、0TQC8ZZ)

2.

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
68.59+70.77 +70.50	(0UT97ZZ、0UT98ZZ、 0UTC7ZZ、0UTC8ZZ) +(0USG0ZZ、0USG4ZZ、 0USGXZZ) +(0JQC0ZZ、0JQC3ZZ、

	0JUC37Z、0JUC3JZ、0JUC3KZ、 0UUG07Z、0UUG0JZ、 0UUG0KZ、0UUG47Z、 0UUG4JZ、0UUG4KZ、 0UUG77Z、0UUG7JZ、 0UUG7KZ、0UUG87Z、 0UUG8JZ、0UUG8KZ)
上述處置合併 59.79、59.5	上述處置外，另加 (0TQD0ZZ、0TQD3ZZ、 0TQD4ZZ、0TQD7ZZ、 0TQD8ZZ、0TQDXZZ、 0TUC0JZ、0TUC4JZ、0TUC7JZ、 0TUC8JZ、0TSD0ZZ、0TSD4ZZ、 0TUC07Z、0TUC0KZ、 0TUC47Z、0TUC4KZ、 0TUC77Z、0TUC7KZ、 0TUC87Z、0TUC8KZ、 0TUD07Z、0TUD0JZ、 0TUD0KZ、0TUD47Z、 0TUD4JZ、0TUD4KZ、 0TUD77Z、0TUD7JZ、 0TUD7KZ、0TUD87Z、 0TUD8JZ、0TUD8KZ、 0TUDX7Z、0TUDXJZ、 0TUDXKZ、0TQC0ZZ、 0TQC3ZZ、0TQC4ZZ、 0TQC7ZZ、0TQC8ZZ)

3.

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
70.50+69.22+70.92	(0JQC0ZZ、0JQC3ZZ、0JUC07Z、 0JUC0JZ、0JUC0KZ、0JUC37Z、 0JUC3JZ、0JUC3KZ、0UUG07Z、 0UUG0JZ、0UUG0KZ、 0UUG47Z、0UUG4JZ、 0UUG4KZ、0UUG77Z、 0UUG7JZ、0UUG7KZ、 0UUG87Z、0UUG8JZ、0UUG8KZ) + (0US90ZZ、0US94ZZ) +(0ULF7DZ、0ULF7ZZ、 0ULF8DZ、0ULF8ZZ、 0UMF0ZZ、0UMF4ZZ、 0UNF0ZZ、0UNF3ZZ、 0UNF4ZZ、0UNF7ZZ、 0UNF8ZZ、0UQF0ZZ、 0UQF3ZZ、0UQF4ZZ、 0UQF7ZZ、0UQF8ZZ、 0USF0ZZ、0USF4ZZ、0UTF0ZZ、 0UTF4ZZ、0UTF7ZZ、0UTF8ZZ、 0UUF07Z、0UUF0JZ、0UUF0KZ、 0UUF47Z、0UUF4JZ、0UUF4KZ、 0UUF77Z、0UUF7JZ、0UUF7KZ、 0UUF87Z、0UUF8JZ、0UUF8KZ)
上述處置合併 59.79、59.5	上述處置外，另加 (0TQD0ZZ、0TQD3ZZ、 0TQD4ZZ、0TQD7ZZ、 0TQD8ZZ、0TQDXZZ、 0TUC0JZ、0TUC4JZ、0TUC7JZ、 0TUC8JZ、0TSD0ZZ、0TSD4ZZ、 0TUC07Z、0TUC0KZ、 0TUC47Z、0TUC4KZ、 0TUC77Z、0TUC7KZ、

	0JUC07Z、0JUC0JZ、0JUC0KZ、 0JUC37Z、0JUC3JZ、0JUC3KZ、 0UUG07Z、0UUG0JZ、 0UUG0KZ、0UUG47Z、 0UUG4JZ、0UUG4KZ、 0UUG77Z、0UUG7JZ、 0UUG7KZ、0UUG87Z、 0UUG8JZ、0UUG8KZ)
上述處置合併 59.79、59.5	上述處置外，另加 (0TQD0ZZ、0TQD3ZZ、 0TQD4ZZ、0TQD7ZZ、 0TQD8ZZ、0TQDXZZ、 0TUC0JZ、0TUC4JZ、0TUC7JZ、 0TUC8JZ、0TSD0ZZ、0TSD4ZZ、 0TUC07Z、0TUC0KZ、 0TUC47Z、0TUC4KZ、 0TUC77Z、0TUC7KZ、 0TUC87Z、0TUC8KZ、 0TUD07Z、0TUD0JZ、 0TUD0KZ、0TUD47Z、 0TUD4JZ、0TUD4KZ、 0TUD77Z、0TUD7JZ、 0TUD7KZ、0TUD87Z、 0TUD8JZ、0TUD8KZ、 0TUDX7Z、0TUDXJZ、 0TUDXKZ、0TQC0ZZ、 0TQC3ZZ、0TQC4ZZ、 0TQC7ZZ、0TQC8ZZ)

3.

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
70.50+69.22+70.92	(0JQC0ZZ、0JQC3ZZ、0JUC07Z、 0JUC0JZ、0JUC0KZ、0JUC37Z、 0JUC3JZ、0JUC3KZ、0UUG07Z、 0UUG0JZ、0UUG0KZ、 0UUG47Z、0UUG4JZ、 0UUG4KZ、0UUG77Z、 0UUG7JZ、0UUG7KZ、 0UUG87Z、0UUG8JZ、0UUG8KZ) + (0US90ZZ、0US94ZZ) +(0ULF7DZ、0ULF7ZZ、 0ULF8DZ、0ULF8ZZ、 0UMF0ZZ、0UMF4ZZ、 0UNF0ZZ、0UNF3ZZ、 0UNF4ZZ、0UNF7ZZ、 0UNF8ZZ、0UQF0ZZ、 0UQF3ZZ、0UQF4ZZ、 0UQF7ZZ、0UQF8ZZ、 0USF0ZZ、0USF4ZZ、0UTF0ZZ、 0UTF4ZZ、0UTF7ZZ、0UTF8ZZ、 0UUF07Z、0UUF0JZ、0UUF0KZ、 0UUF47Z、0UUF4JZ、0UUF4KZ、 0UUF77Z、0UUF7JZ、0UUF7KZ、 0UUF87Z、0UUF8JZ、0UUF8KZ)
上述處置合併 59.79、59.5	上述處置外，另加 (0TQD0ZZ、0TQD3ZZ、 0TQD4ZZ、0TQD7ZZ、 0TQD8ZZ、0TQDXZZ、 0TUC0JZ、0TUC4JZ、0TUC7JZ、 0TUC8JZ、0TSD0ZZ、0TSD4ZZ、 0TUC07Z、0TUC0KZ、 0TUC47Z、0TUC4KZ、

		0TUC87Z 、 0TUC8KZ 、 0TUD07Z 、 0TUD0JZ 、 0TUD0KZ 、 0TUD47Z 、 0TUD4JZ 、 0TUD4KZ 、 0TUD77Z 、 0TUD7JZ 、 0TUD7KZ 、 0TUD87Z 、 0TUD8JZ 、 0TUD8KZ 、 0TUDX7Z 、 0TUDXJZ 、 0TUDXKZ 、 0TQC0ZZ 、 0TQC3ZZ 、 0TQC4ZZ 、 0TQC7ZZ 、 0TQC8ZZ)				0TUC77Z 、 0TUC7KZ 、 0TUC87Z 、 0TUC8KZ 、 0TUD07Z 、 0TUD0JZ 、 0TUD0KZ 、 0TUD47Z 、 0TUD4JZ 、 0TUD4KZ 、 0TUD77Z 、 0TUD7JZ 、 0TUD7KZ 、 0TUD87Z 、 0TUD8JZ 、 0TUD8KZ 、 0TUDX7Z 、 0TUDXJZ 、 0TUDXKZ 、 0TQC0ZZ 、 0TQC3ZZ 、 0TQC4ZZ 、 0TQC7ZZ 、 0TQC8ZZ)	
4.			4.				
ICD-9-CM	ICD-10-PCS		ICD-9-CM	ICD-10-PCS			
70.79 +69.22+70.92	(0U7G0DZ 、 0U7G0ZZ 、 0U7G3DZ 、 0U7G3ZZ 、 0U7G4DZ 、 0U7G4ZZ 、 0UMG0ZZ 、 0UMG4ZZ 、 0UNG0ZZ 、 0UNG3ZZ 、 0UNG4ZZ 、 0UQG0ZZ 、 0UQG3ZZ 、 0UQG4ZZ 、 0UQG7ZZ 、 0UQG8ZZ 、 0UQGXZZ 、 0UQG0ZZ 、 0UQG3ZZ 、 0UQG4ZZ 、 0UQG7ZZ 、 0UQG8ZZ 、 0UQGXZZ 、 0WQN0ZZ 、 0WQN3ZZ 、 0WQN4ZZ 、 0WQNXZZ) +(0US90ZZ 、 0US94ZZ) +(0ULF7DZ 、 0ULF7ZZ 、 0ULF8DZ 、 0ULF8ZZ 、 0UMF0ZZ 、 0UMF4ZZ 、 0UNF0ZZ 、 0UNF3ZZ 、 0UNF4ZZ 、 0UNF7ZZ 、 0UNF8ZZ 、 0UQF0ZZ 、 0UQF3ZZ 、 0UQF4ZZ 、 0UQF7ZZ 、 0UQF8ZZ 、 0USF0ZZ 、 0USF4ZZ 、 0UTF0ZZ 、 0UTF4ZZ 、 0UTF7ZZ 、 0UTF8ZZ 、 0UUF07Z 、 0UUF0JZ 、 0UUF0KZ 、 0UUF47Z 、 0UUF4JZ 、 0UUF4KZ 、 0UUF77Z 、 0UUF7JZ 、 0UUF7KZ 、 0UUF87Z 、 0UUF8JZ 、 0UUF8KZ)		70.79 +69.22+70.92	(0U7G0DZ 、 0U7G0ZZ 、 0U7G3DZ 、 0U7G3ZZ 、 0U7G4DZ 、 0U7G4ZZ 、 0UMG0ZZ 、 0UMG4ZZ 、 0UNG0ZZ 、 0UNG3ZZ 、 0UNG4ZZ 、 0UQG0ZZ 、 0UQG3ZZ 、 0UQG4ZZ 、 0UQG7ZZ 、 0UQG8ZZ 、 0UQGXZZ 、 0UQG0ZZ 、 0UQG3ZZ 、 0UQG4ZZ 、 0UQG7ZZ 、 0UQG8ZZ 、 0UQGXZZ 、 0WQN0ZZ 、 0WQN3ZZ 、 0WQN4ZZ 、 0WQNXZZ) +(0US90ZZ 、 0US94ZZ) +(0ULF7DZ 、 0ULF7ZZ 、 0ULF8DZ 、 0ULF8ZZ 、 0UMF0ZZ 、 0UMF4ZZ 、 0UNF0ZZ 、 0UNF3ZZ 、 0UNF4ZZ 、 0UNF7ZZ 、 0UNF8ZZ 、 0UQF0ZZ 、 0UQF3ZZ 、 0UQF4ZZ 、 0UQF7ZZ 、 0UQF8ZZ 、 0USF0ZZ 、 0USF4ZZ 、 0UTF0ZZ 、 0UTF4ZZ 、 0UTF7ZZ 、 0UTF8ZZ 、 0UUF07Z 、 0UUF0JZ 、 0UUF0KZ 、 0UUF47Z 、 0UUF4JZ 、 0UUF4KZ 、 0UUF77Z 、 0UUF7JZ 、 0UUF7KZ 、 0UUF87Z 、 0UUF8JZ 、 0UUF8KZ)			
上述處置合併 59.79 、 59.5	上述處置外，另加 (0TQD0ZZ 、 0TQD3ZZ 、 0TQD4ZZ 、 0TQD7ZZ 、 0TQD8ZZ 、 0TQDXZZ 、 0TUC0JZ 、 0TUC4JZ 、 0TUC7JZ 、 0TUC8JZ 、 0TSD0ZZ 、 0TSD4ZZ 、 0TUC07Z 、 0TUC0KZ 、 0TUC47Z 、 0TUC4KZ 、 0TUC77Z 、 0TUC7KZ 、 0TUC87Z 、 0TUC8KZ 、 0TUD07Z 、 0TUD0JZ 、 0TUD0KZ 、 0TUD47Z 、 0TUD4JZ 、 0TUD4KZ 、 0TUD77Z 、 0TUD7JZ 、 0TUD7KZ 、 0TUD87Z 、 0TUD8JZ 、 0TUD8KZ 、 0TUDX7Z 、 0TUDXJZ 、		上述處置合併 59.79 、 59.5	上述處置外，另加 (0TQD0ZZ 、 0TQD3ZZ 、 0TQD4ZZ 、 0TQD7ZZ 、 0TQD8ZZ 、 0TQDXZZ 、 0TUC0JZ 、 0TUC4JZ 、 0TUC7JZ 、 0TUC8JZ 、 0TSD0ZZ 、 0TSD4ZZ 、 0TUC07Z 、 0TUC0KZ 、 0TUC47Z 、 0TUC4KZ 、 0TUC77Z 、 0TUC7KZ 、 0TUC87Z 、 0TUC8KZ 、 0TUD07Z 、 0TUD0JZ 、 0TUD0KZ 、 0TUD47Z 、 0TUD4JZ 、 0TUD4KZ 、 0TUD77Z 、 0TUD7JZ 、 0TUD7KZ 、 0TUD87Z 、 0TUD8JZ 、 0TUD8KZ 、			

	0TUDXKZ 、 0TQC0ZZ 、 0TQC3ZZ 、 0TQC4ZZ 、 0TQC7ZZ、0TQC8ZZ)
5.	
ICD-9-CM	ICD-10-PCS
70.77 +70.50	(0USG0ZZ、0USG4ZZ、0USGXZZ) +(0JQC0ZZ、0JQC3ZZ、 0JUC07Z、0JUC0JZ、0JUC0KZ、 0JUC37Z、0JUC3JZ、0JUC3KZ、 0UUG07Z、0UUG0JZ、 0UUG0KZ、0UUG47Z、 0UUG4JZ、0UUG4KZ、 0UUG77Z、0UUG7JZ、 0UUG7KZ、0UUG87Z、 0UUG8JZ、0UUG8KZ)
上述處置合併 59.79、59.5	上述處置外，另加 (0TQD0ZZ、0TQD3ZZ、 0TQD4ZZ、0TQD7ZZ、 0TQD8ZZ、0TQDXZZ、 0TUC0JZ、0TUC4JZ、0TUC7JZ、 0TUC8JZ、0TSD0ZZ、0TSD4ZZ、 0TUC07Z、0TUC0KZ、0TUC47Z、 0TUC4KZ、0TUC77Z、 0TUC7KZ、0TUC87Z、 0TUC8KZ、0TUD07Z、0TUD0JZ、 0TUD0KZ、0TUD47Z、0TUD4JZ、 0TUD4KZ、0TUD77Z、0TUD7JZ、 0TUD7KZ、0TUD87Z、0TUD8JZ、 0TUD8KZ、0TUDX7Z、 0TUDXJZ、0TUDXKZ、 0TQC0ZZ、0TQC3ZZ、 0TQC4ZZ、0TQC7ZZ、0TQC8ZZ)

四、參與各項醫療給付改善方案、計畫，依其所定支付標準申報，不適用第七部各章節支付標準。

五、符合第六部「論病例計酬」所定條件之案件，應依本章通則所定時程及支付標準優先適用。

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：

(一) 實際醫療服務點數低於下限臨界點者，應核實申報。

(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：

- Tw-DRG 支付定額 = RW × SPR × (1 + 基本診療加成率 + 兒童加成率 + CMI 加成率 + 山地離島地區醫院加成率)。
- 基本診療加成率：依據本標準第一部總則二規定，依醫療機構與保險人簽定合約之特約類別：
 - 醫學中心：百分之七點一。
 - 區域醫院：百分之六點一。
 - 地區醫院：百分之五。
- 兒童加成率：
 - MDC15：「年齡未滿六個月者」為百分之二十三；「年齡六個月以上，未滿二歲者」為百分之九；「年齡二歲以上，未滿七歲者」為百分之十。
 - 非 MDC15。
 - 內科系 Tw-DRG：「年齡未滿六個月者」為百分之九十一；「年齡六個月以上，未滿二歲者」為百分之二十三；「年齡二歲以上，未滿七歲者」為百分之十五。
 - 外科系 Tw-DRG：「年齡未滿六個月者」為百分之六十六；「年齡六個月以上，未滿二歲者」為百分之二十一；「年齡二歲以上，未滿七歲者」

	0TUDX7Z 、 0TUDXJZ 、 0TUDXKZ 、 0TQC0ZZ 、 0TQC3ZZ 、 0TQC4ZZ 、 0TQC7ZZ、0TQC8ZZ)
5.	
ICD-9-CM	ICD-10-PCS
70.77 +70.50	(0USG0ZZ、0USG4ZZ、 0USGXZZ) +(0JQC0ZZ、0JQC3ZZ、 0JUC07Z、0JUC0JZ、0JUC0KZ、 0JUC37Z、0JUC3JZ、0JUC3KZ、 0UUG07Z、0UUG0JZ、 0UUG0KZ、0UUG47Z、 0UUG4JZ、0UUG4KZ、 0UUG77Z、0UUG7JZ、 0UUG7KZ、0UUG87Z、 0UUG8JZ、0UUG8KZ)
上述處置合併 59.79、59.5	上述處置外，另加 (0TQD0ZZ、0TQD3ZZ、 0TQD4ZZ、0TQD7ZZ、 0TQD8ZZ、0TQDXZZ、 0TUC0JZ、0TUC4JZ、0TUC7JZ、 0TUC8JZ、0TSD0ZZ、 0TSD4ZZ、0TUC07Z、 0TUC0KZ、0TUC47Z、 0TUC4KZ、0TUC77Z、 0TUC7KZ、0TUC87Z、 0TUC8KZ、0TUD07Z、 0TUD0JZ、0TUD0KZ、 0TUD47Z、0TUD4JZ、 0TUD4KZ、0TUD77Z、 0TUD7JZ、0TUD7KZ、 0TUD87Z、0TUD8JZ、 0TUD8KZ、0TUDX7Z、 0TUDXJZ、0TUDXKZ、 0TQC0ZZ、0TQC3ZZ、 0TQC4ZZ、0TQC7ZZ、0TQC8ZZ)

四、參與各項醫療給付改善方案、計畫，依其所訂支付標準申報，不適用本部各章節支付標準。

五、符合本標準第六部「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。

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：

(一) 實際醫療服務點數低於下限臨界點者，應核實申報。

(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：

- Tw-DRG 支付定額 = RW × SPR × (1 + 基本診療加成率 + 兒童加成率 + CMI 加成率 + 山地離島地區醫院加成率)。
- 基本診療加成率：依據本標準第一部總則二規定，依醫療機構與保險人簽定合約之特約類別：
 - 醫學中心：百分之七點一。
 - 區域醫院：百分之六點一。
 - 地區醫院：百分之五。
- 兒童加成率：
 - MDC15：「年齡未滿六個月者」為百分之二十三；「年齡六個月以上，未滿二歲者」為百分之九；「年齡二歲以上，未滿七歲者」為百分之十。
 - 非 MDC15。
 - 內科系 Tw-DRG：「年齡未滿六個月者」為百分之九十一；「年齡六個月以上，未滿二歲者」為

為百分之十。

(3)內外科系認定表詳見「TW-DRG 分類手冊」。

4. 病例組合指標Case Mix Index(CMI)加成率：各醫院依據保險人公布之CMI值及下列成數加成。

(1)CMI 值大於1.1，小於等於1.2者，加計百分之一。

(2)CMI 值大於1.2，小於等於1.3者，加計百分之二。

(3)CMI 值大於1.3，加計百分之三。

(4)各醫院 CMI 值依各醫院全部住院案件(不含精神病人、入住 RCW 及一般病房之呼吸器依賴患者)為基礎計算，由保險人每年年底公布，依前一年醫療服務點數計算之結果，並於次年適用。變更負責醫師或權屬別之醫院得向本保險之分區申請同意後比照原醫事機構代號之 CMI 值，資料統計期間後新設立醫院不得申請比照事宜。

5. 山地離島地區之醫院加成率：

(1)山地地區：百分之二。

(2)離島地區：百分之二十。

(三) 實際醫療服務點數高於點數上限臨界點者，計算方式如下：

1.年齡未滿十八歲之先天性疾病個案，超過上限臨界點之實際醫療服務點數全數支付。先天性疾病個案係指主診斷如下：

ICD-9-CM	ICD-10-CM
740.XX~759.XX (不包括 744.43、744.46、744.47、 744.49、750.0、750.12、 750.13、750.21、750.22、 750.23、750.24、750.25、 752.51、752.52、752.69、 757.39)、478.33、389.11、 389.9	Q00.0-Q99.9、 E78.71、E78.72、 G90.1、N64.82(不包括 Q18.1、Q18.2、 Q38.0、Q38.1、 Q38.3、Q38.4、 Q53.00-Q53.02、 Q53.10-Q53.12、 Q53.20-Q53.22、 Q53.9、Q55.22、 Q55.5、Q55.61、 Q55.63、Q55.69、 Q81.0-Q81.2、 Q81.8、Q81.9、 Q82.8、Q82.9)、 J38.02、H90.3、 H90.41、H90.42、 H91.90-H91.93

2.非前述個案，按(二)原則計算之金額，加上超過上限臨界點部分之百分之八十支付，即 Tw-DRG 支付定額+(實際醫療服務點數-醫療服務點數上限臨界點)*80%；實際醫療服務點數高於點數上限臨界點，且 TW-DRG 支付定額高於上限臨界點但低於實際醫療服務點數之個案，上限臨界點以 TW-DRG 支付定額計算；實際醫療服務點數高於點數上限臨界點，惟 TW-DRG 支付定額高於實際醫療服務點數之個案，不得計算超過上限臨界點支付數。

(四) 一般自動出院或轉院個案，若其住院日數小於「該 Tw-DRG 幾何平均住院日」且實際醫療服務點數介於上下限臨界點範圍內者，依前述(二)公式計算之 Tw-DRG 支付定額，除以該 Tw-DRG 幾何平均住院日數，論日支付。

(五) 死亡及病危自動出院個案，依(一)至(三)計算。

(六) 下列項目得另行核實申報不含於 DRG 支付點數，其點數亦不得計入通則六所稱實際醫療服務點數計算。

1.生產 DRG 之權重僅計算當次產婦及一人次新生兒費用，新生兒如為雙胞胎以上得另計一人次新生兒費(多胞胎類推)。

2.同次住院期間之安胎費用不併入生產相關 DRG，俟所屬 MDC 導入時按其適當 DRG 申報及支付。

百分之二十三；「年齡二歲以上，未滿七歲者」為百分之十五。

b.外科系 Tw-DRG：「年齡未滿六個月者」為百分之六十六；「年齡六個月以上，未滿二歲者」為百分之二十一；「年齡二歲以上，未滿七歲者」為百分之十。

(3)內外科系認定表詳見「TW-DRG 分類手冊」。

4. 病例組合指標Case Mix Index(CMI)加成率：各醫院依據保險人公布之CMI值及下列成數加成。

(1)CMI 值大於1.1，小於等於1.2者，加計百分之一。

(2)CMI 值大於1.2，小於等於1.3者，加計百分之二。

(3)CMI 值大於1.3，加計百分之三。

(4)各醫院 CMI 值依各醫院全部住院案件(不含精神病人、入住 RCW 及一般病房之呼吸器依賴患者)為基礎計算，由保險人每年年底公布，依前一年醫療服務點數計算之結果，並於次年適用。變更負責醫師或權屬別之醫院得向本保險之分區申請同意後比照原醫事機構代號之 CMI 值，資料統計期間後新設立醫院不得申請比照事宜。

5. 山地離島地區之醫院加成率：百分之二。

(三) 實際醫療服務點數高於點數上限臨界點者，計算方式如下：

1.年齡未滿十八歲之先天性疾病個案，超過上限臨界點之實際醫療服務點數全數支付。先天性疾病個案係指主診斷如下：

ICD-9-CM	ICD-10-CM
740.XX~759.XX (不包括 744.43、744.46、744.47、 744.49、750.0、750.12、 750.13、750.21、750.22、 750.23、750.24、750.25、 752.51、752.52、752.69、 757.39)、478.33、389.11、 389.9	Q00.0-Q99.9、 E78.71、E78.72、 G90.1、N64.82(不包括 Q18.1、Q18.2、 Q38.0、Q38.1、 Q38.3、Q38.4、 Q53.00-Q53.02、 Q53.10-Q53.12、 Q53.20-Q53.22、 Q53.9、Q55.22、 Q55.5、Q55.61、 Q55.63、Q55.69、 Q81.0-Q81.2、 Q81.8、Q81.9、 Q82.8、Q82.9)、 J38.02、H90.3、 H90.41、H90.42、 H91.90-H91.93

2.非前述個案，按(二)原則計算之金額，加上超過上限臨界點部分之百分之八十支付，即 Tw-DRG 支付定額+(實際醫療服務點數-醫療服務點數上限臨界點)*80%；實際醫療服務點數高於點數上限臨界點，且 TW-DRG 支付定額高於上限臨界點但低於實際醫療服務點數之個案，上限臨界點以 TW-DRG 支付定額計算；實際醫療服務點數高於點數上限臨界點，惟 TW-DRG 支付定額高於實際醫療服務點數之個案，不得計算超過上限臨界點支付數。

(四) 一般自動出院或轉院個案，若其住院日數小於「該 Tw-DRG 幾何平均住院日」且實際醫療服務點數介於上下限臨界點範圍內者，依前述(二)公式計算之 Tw-DRG 支付定額，除以該 Tw-DRG 幾何平均住院日數，論日支付。

(五) 死亡及病危自動出院個案，依(一)至(三)計算。

(六) 下列項目得另行核實申報不含於 DRG 支付點數，其點數亦不得計入本通則六所稱實際醫療服務點數計算。

1.生產 DRG 之權重僅計算當次產婦及一人次新生兒費用，新生兒如為雙胞胎以上得另計一人次新生兒費(多胞胎類

3.次診斷為癌症及性態未明腫瘤之個案核實申報之化療、放療費用，應符合下列三項要件：

(1)次診斷為癌症或性態未明腫瘤：

	ICD-9-CM	ICD-10-CM
癌症	140.XX-176.XX、 179.XX-208.XX	C00.0-C94.32、 C94.80-C96.9
性態未明腫瘤	235.XX、 236.XX、 237.XX、238.XX	D37-D48、 J84.81、C94.4、 C94.6

(2)處置碼包括化療(化療注射劑始需編處置碼)、荷爾蒙注射療法(荷爾蒙注射療法始需編處置碼)或放療：

	ICD-9-CM	ICD-10-PCS
化療	99.25	3E00X05、3E01305、 3E02305、3E03005、 3E0300P、3E03305、 3E0330P、3E04005、 3E0400P、3E04305、 3E0430P、3E05005、 3E0500P、3E05305、 3E0530P、3E06005、 3E0600P、3E06305、 3E0630P、3E09305、 3E09705、3E09X05、 3E0A305、 3E0B305、 3E0B705、 3E0BX05、 3E0C305、 3E0C705、 3E0CX05、 3E0D305、 3E0D705、 3E0DX05、 3E0F305、3E0F705、 3E0F805、3E0G305、 3E0G705、 3E0G805、 3E0H305、 3E0H705、 3E0H805、3E0J305、 3E0J705、3E0J805、 3E0K305、 3E0K705、 3E0K805、 3E0L305、3E0L705、 3E0M305、 3E0M705、 3E0N305、 3E0N705、 3E0N805、3E0P305、 3E0P705、3E0P805、 3E0Q305、 3E0Q705、 3E0R305、3E0S305、 3E0U305、 3E0V305、 3E0W305、 3E0Y305、3E0Y705
荷爾蒙注射療法	99.24	3E013VJ、3E030VJ、 3E033VJ、3E040VJ、

推)。

2.同次住院期間之安胎費用不併入生產相關 DRG，俟所屬 MDC 導入時按其適當 DRG 申報及支付。

3.次診斷為癌症及性態未明腫瘤之個案核實申報之化療、放療費用，應符合下列三項要件：

(1)次診斷為癌症或性態未明腫瘤：

	ICD-9-CM	ICD-10-CM
癌症	140.XX-176.XX、 179.XX-208.XX	C00.0-C94.32、 C94.80-C96.9
性態未明腫瘤	235.XX、 236.XX、 237.XX、238.XX	D37-D48、 J84.81、C94.4、 C94.6

(2)處置碼包括化療(化療注射劑始需編處置碼)、荷爾蒙注射療法(荷爾蒙注射療法始需編處置碼)或放療：

	ICD-9-CM	ICD-10-PCS
化療	99.25	3E00X05、3E01305、 3E02305、3E03005、 3E0300P、3E03305、 3E0330P、3E04005、 3E0400P、3E04305、 3E0430P、3E05005、 3E0500P、3E05305、 3E0530P、3E06005、 3E0600P、3E06305、 3E0630P、3E09305、 3E09705、3E09X05、 3E0A305、 3E0B305、 3E0B705、 3E0BX05、 3E0C305、 3E0C705、 3E0CX05、 3E0D305、 3E0D705、 3E0DX05、 3E0F305、3E0F705、 3E0F805、3E0G305、 3E0G705、 3E0G805、 3E0H305、 3E0H705、 3E0H805、3E0J305、 3E0J705、3E0J805、 3E0K305、 3E0K705、 3E0K805、 3E0L305、3E0L705、 3E0M305、 3E0M705、 3E0N305、 3E0N705、 3E0N805、3E0P305、 3E0P705、3E0P805、 3E0Q305、 3E0Q705、 3E0R305、3E0S305、 3E0U305、 3E0V305、 3E0W305

		3E043VJ、3E050VJ、 3E053VJ、3E060VJ、 3E063VJ
放療	92.2X	詳附表7.0

(3)核實申報項目：化療之核實申報項目為支付標準代碼為37005B、37025B、37031B~37041B，或個案使用之化療藥品。放療之核實申報項目為支付標準代碼為 36001B~36015B 、 36018B~36021C 、 37006B~37019B、37026B、37030B、37046B。

4.使用呼吸器之個案核實申報之呼吸器費用，應符合下列二項要件：

(1)處置碼包含使用呼吸器：

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
96.7X、93.90、 93.91、93.99	5A1935Z、5A1945Z、 5A1955Z、5A09357、 5A09457、5A09557、 5A09358、5A09458、 5A09558、5A09359、 5A0935B、5A0935Z、 5A09459、5A0945B、 5A0945Z、5A09559、 5A0955B、5A0955Z

(2)核實申報項目為支付標準代碼為57001B~57002B、57023B)。

5.施行洗腎之個案核實申報之洗腎費用，應符合下列二項要件：

(1)處置碼包含洗腎：

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
39.95	5A1D00Z、5A1D60Z

(2)核實申報項目為支付標準代碼為58001C。

6.生物製劑。

7.新增診療項目且無替代既有項目者：因無法進行點數差額校正，故自公告實施日期起，得採核實申報。核實申報診療項目自核實申報迄日之次日起，即應於DRG內申報。核實申報相關規定公布於保險人全球資訊網 Tw-DRGs 支付標準。

(七) 使用新增全新功能類別特殊材料之個案，除依(一)至(三)、(六)計算 DRG 支付點數及另行核實申報點數外，得依「DRG 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」(附表7.1)規定加計額外醫療點數。

七、Tw-DRG 導入後申報醫療點數：本章通則六計算所得之 Tw-DRG 支付點數及通則六之(六)得另行申報項目之支付點數。

八、各 MDC 導入時程如下：

時程	DRG 或 MDC
第一階段(九十九年一月一日起)	170項 DRG(附表7.2.1)
第二階段(一百零三年七月一日起)	MDC5、8、12、13、14 共237項 ^註 DRG(附表7.2.2)
第三階段	(暫定)2、3、6、7、9、10
第四階段	(暫定)PRE、4、11、17、 23、24
第五階段	(暫定)1、15、16、18、21、 22

註：安胎相關之六項DRG (DRG37901、37902、37903、38301、38302、384)、MDC5「循環系統」之十項DRG(DRG11601、11602、11603、11604、11605、126、12701、12702、47804、47904)、MDC8「肌肉骨骼、肌肉系統及結締組織」之七項DRG(DRG496、49701、49702、49801、49802、499、500)，第二階段暫不導入。

九、無權重之 Tw-DRG 應核實申報醫療服務點數，附表7.3註記※之

		3E0Y305、3E0Y705
荷爾蒙注射療法	99.24	3E013VJ、3E030VJ、 3E033VJ、3E040VJ、 3E043VJ、3E050VJ、 3E053VJ、3E060VJ、 3E063VJ
放療	92.2X	詳附表7.0

(3)核實申報項目：化療之核實申報項目為支付標準代碼為37005B、37025B、37031B~37041B，或個案使用之化療藥品。放療之核實申報項目為支付標準代碼為 36001B~36015B 、 36018B~36021C 、 37006B~37019B、37026B、37030B、37046B。

4.使用呼吸器之個案核實申報之呼吸器費用，應符合下列二項要件：

(1)處置碼包含使用呼吸器：

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
96.7X、93.90、 93.91、93.99	5A1935Z、5A1945Z、 5A1955Z、5A09357、 5A09457、5A09557、 5A09358、5A09458、 5A09558、5A09359、 5A0935B、5A0935Z、 5A09459、5A0945B、 5A0945Z、5A09559、 5A0955B、5A0955Z

(2)核實申報項目為支付標準代碼為57001B~57002B、57023B)。

5.施行洗腎之個案核實申報之洗腎費用，應符合下列二項要件：

(1)處置碼包含洗腎：

ICD-9-CM	ICD-10-PCS
39.95	5A1D00Z、5A1D60Z

(2)核實申報項目為支付標準代碼為58001C。

6.生物製劑。

7.新增診療項目且無替代既有項目者：因無法進行點數差額校正，故自公告實施日期起，得採核實申報。核實申報診療項目自核實申報迄日之次日起，即應於DRG內申報。核實申報相關規定公布於保險人全球資訊網 Tw-DRGs 支付標準。

(七) 使用新增全新功能類別特殊材料之個案，除依(一)至(三)、(六)計算 DRG 支付點數及另行核實申報點數外，得依「DRG 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」(附表7.1)規定加計額外醫療點數。

七、Tw-DRG 導入後申報醫療點數：本章通則六計算所得之 Tw-DRG 支付點數及通則六之(六)得另行申報項目之支付點數。

八、各 MDC 導入時程如下：

時程	DRG 或 MDC
第一階段(九十九年一月一日起)	170項 DRG(附表7.2.1)
第二階段(一百零三年七月一日起)	MDC5、8、12、13、14 共237項 ^註 DRG(附表7.2.2)
第三階段	(暫定)2、3、6、7、9、10
第四階段	(暫定)PRE、4、11、17、23、 24
第五階段	(暫定)1、15、16、18、21、 22

註：安胎相關之六項DRG (DRG37901、37902、37903、38301、38302、384)、MDC5「循環系統」之十項DRG(DRG11601、11602、11603、11604、11605、126、12701、12702、47804、47904)、MDC8「肌肉骨骼、肌肉系統及結締組織」之七項DRG(DRG496、

<p>Tw-DRG 因個案數小於二十暫採核實申報醫療服務點數；依時程尚未導入之 MDC 案件，核實支付。</p> <p>十、各 Tw-DRG 點值計算方式，依全民健康保險會年度總額協商結果辦理。</p> <p>十一、<u>第七</u>部各章節支付標準修正時，跨月案件依出院日支付標準申報。</p> <p>十二、若有經公認之新療法，醫事服務機構應檢具相關成本資料向保險人提出申請，由保險人評估後，先行訂定診療項目，供醫事服務機構適用，俟彙集項目及完整資料後，再依本法第四十一條第一項之程序辦理。</p> <p>十三、DRG 參數計算方式及頻率：</p> <p>(一)各 TW-DRG 權重(RW)、幾何平均住院日、醫療服務點數上限臨界點、醫療服務點數下限臨界點及標準給付額(SCR)，由保險人每半年計算一次，每下半年依前一年度資料計算次年上半年度適用參數；每上半年依前前一年度資料計算當年下半年度適用參數，如附表 7.3。例如：一百十年下半年及一百十一年上半年公告之參數，係以一百零九年度申報資料計算，並分別於一百十一年上、下半年度適用。</p> <p>(二)參數校正：如當年度增修正支付標準，因無法於前一年申報資料反應出調整後之支付點數，故進行醫療服務點數差額校正，將調整前後支付點數之差值點數，加入(或扣除)申報資料之醫療費用點數，並依每年特材價量調查結果之調整前後差值點數，校正 DRG 相關參數。</p> <p>十四、DRG 案件使用符合「全民健保尚未納入給付特材管理作業要點」之「全民健保尚未納入給付特材品項表」(下稱品項表)所列特材，保險醫事服務機構收費及健保申報方式如下：</p> <p>(一)病人同意使用符合品項表之特材，保險醫事服務機構應依醫療法第二十一條規定辦理。</p> <p>(二)如收取特材自付費用，保險醫事服務機構於申報 DRG 時，應扣除被品項表特材替代之健保給付特材之支付點數，且應併同醫療費用申報。對照檔請參閱保險人全球資訊網公布之「全民健保尚未納入給付特殊材料品項與替代健保給付特材品項對照檔」。</p> <p>(三)併同醫療費用申報資料：品項表(含不給付項目及不符適應症之個案)之品項代碼、單價、數量、收取特材自付費用總金額；被替代之健保給付特材品項代碼、單價、數量及支付點數。</p> <p>(四)品項表特材收取之特材自付費用金額，不得計入通則六所稱實際醫療服務點數計算。</p> <p>十五、「TW-DRG 分類手冊」請至保險人全球資訊網(網址 http://www.nhi.gov.tw)下載，其路徑為：首頁 > 健保服務 > 健保醫療費用 > 醫療費用申報與給付 > DRG 支付制度 > DRG 住院診斷關聯群支付制度 > Tw-DRGs 支付標準 > 3.4版1,068項 Tw-DRGs。</p>	<p>49701、49702、49801、49802、499、500)，第二階段暫不導入。</p> <p>九、無權重之 Tw-DRG 應核實申報醫療服務點數，附表 7.3 註記※之 Tw-DRG 因個案數小於二十暫採核實申報醫療服務點數；依時程尚未導入之 MDC 案件，核實支付。</p> <p>十、各 Tw-DRG 點值計算方式，依全民健康保險會年度總額協商結果辦理。</p> <p>十一、本部各章節支付標準修訂時，跨月案件依出院日支付標準申報。</p> <p>十二、若有經公認之新療法，醫事服務機構應檢具相關成本資料向保險人提出申請，由保險人評估後，先行訂定診療項目，供醫事服務機構適用，俟彙集項目及完整資料後，再依本法第四十一條第一項之程序辦理。</p> <p>十三、DRG 參數計算方式及頻率：</p> <p>(一)各 TW-DRG 權重(RW)、幾何平均住院日、醫療服務點數上限臨界點、醫療服務點數下限臨界點及標準給付額(SCR)，由保險人每半年計算一次，每下半年依前一年度資料計算次年上半年度適用參數；每上半年依前前一年度資料計算當年下半年度適用參數，如附表 7.3。例如：一百十年下半年及一百十一年上半年公告之參數，係以一百零九年度申報資料計算，並分別於一百十一年上、下半年度適用。</p> <p>(二)參數校正：如當年度增修訂支付標準，因無法於前一年申報資料反應出調整後之支付點數，故進行醫療服務點數差額校正，將調整前後支付點數之差值點數，加入(或扣除)申報資料之醫療費用點數，並依每年特材價量調查結果之調整前後差值點數，校正 DRG 相關參數。</p> <p>十四、DRG 案件使用符合「全民健保尚未納入給付特材管理作業要點」之「全民健保尚未納入給付特材品項表」(下稱品項表)所列特材，保險醫事服務機構收費及健保申報方式如下：</p> <p>(一)病人同意使用符合品項表之特材，保險醫事服務機構應依醫療法第二十一條規定辦理。</p> <p>(二)如收取特材自付費用，保險醫事服務機構於申報 DRG 時，應扣除被品項表特材替代之健保給付特材之支付點數，且應併同醫療費用申報。對照檔請參閱保險人全球資訊網公布之「全民健保尚未納入給付特殊材料品項與替代健保給付特材品項對照檔」。</p> <p>(三)併同醫療費用申報資料：品項表(含不給付項目及不符適應症之個案)之品項代碼、單價、數量、收取特材自付費用總金額；被替代之健保給付特材品項代碼、單價、數量及支付點數。</p> <p>(四)品項表特材收取之特材自付費用金額，不得計入<u>本</u>通則六所稱實際醫療服務點數計算。</p> <p>十五、「TW-DRG 分類手冊」請至保險人全球資訊網(網址 http://www.nhi.gov.tw)下載，其路徑為：首頁 > 健保服務 > 健保醫療費用 > 醫療費用申報與給付 > DRG 支付制度 > DRG 住院診斷關聯群支付制度 > Tw-DRGs 支付標準 > 3.4版1,068項 Tw-DRGs。</p>	
--	--	--