



全民健康保險醫療服務給付項目  
及支付標準共同擬訂會議

106 年第四次臨時會會議資料

106 年 12 月 26 日（星期二）下午 2 時  
本署 18 樓大禮堂



# 106 年度第四次「全民健康保險醫療服務給付項目及 支付標準共同擬訂會議」臨時會會議議程

## 壹、主席致詞

貳、上次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形，請參閱(不宣  
讀)確認..... 第 01 頁

## 參、報告事項

一、107 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準 案報告案(原臨時報告案)。	原會議補充資料(二) 第 131 頁
二、山地離島與緊急醫療資源不足地區急救責任醫院 之急診診察費點值保障提升案。	第 1 頁

## 肆、討論事項

一、有關放寬「全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給 付改善方案」參與院所資格案(原討論案第二案)。	原會議資料(二) 第 319 頁
二、論病例計酬支付點數調整案(原報告案第四案)。	第 3 頁
三、有關醫師公會全聯會協調醫師週日開診事宜，輔 導結果報告案(原報告案第八案)。	原會議資料(二) 第 271 頁
四、全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)4.0 版 支付通則及未實施項目實施時程案(原討論案第 三案)。	原會議補充資料(二) 第 125 頁
五、106 年上半年本保險特約院所執行支付標準未列 項目之申報情形及處理流程(原報告案第九案)。	原會議補充資料 第 1 頁

## 伍、臨時動議

## 陸、散會



貳、確認本會 106 年度第 4 次會議

會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形

-請參閱(不宣讀)確認



「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」

106 年第 4 次會議紀錄

時 間：106 年 12 月 14 日（星期四）下午 2 時

地 點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主 席：蔡副署長淑鈴

紀錄：宋兆喻

後補

# 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議

## 決議辦理情形追蹤表

序號	編號	會議時間	案由	決議(結論)事項	辦理單位	辦理情形	列管	
							建議 解除列管	繼續列管
1	105-2-報6	105.06.23	現行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目以成本分析方式向醫療院所進行全面成本調查案。	現行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準診療項目以成本分析方式向醫療院所進行全面成本調查案，請於下次會議中進行後續調查情形說明，改為繼續列管。	健保署醫管組	1. 本署已於106年4月26日以健保醫字第1060033091號函請三層級協會提供所調查之各醫院成本分析資料(含成本參數表、作業流程表及成本分析表)。 2. 已回復協會提供之資料摘要如下： (1) 醫學中心協會：將21項診療項目拆分送予18家醫學中心，爰醫院僅回復部分調查項目之成本分析資料；另，檢送資料未含成本參數表及作業流程表。 (2) 區域醫院協會：將21項診療項目拆分送予37家區域醫院，醫院回復之成本係用人成本、不計價材料等費用之中位數，且未含明細資料。 3. 綜上，考量地區醫院尚未提供資料及已回復之資料未齊全，建議俟資料完備後再提至本會議報告。		V
2	105-3(臨)-討2	105.11.29	本保險特約院所執行支付標準未列項目之申報方式案。	同意本保險特約院所執行支付標準未列項目之申報方式自費用年月106年1月起至107年12月止，由醫療院所選擇逐案或批次申報，並列入本會議追蹤事項列管兩年。	健保署醫管組	1. 106年1月至6月本保險特約院所執行支付標準未列項目之提報情形及本署處理情形，將於本次會議報告。 2. 另，本項與本次追蹤表序號15相同，爰追蹤情形併該項辦理，建議解除列管。		V
3	105-4(臨)-討1	105.12.30	有關調整西醫基層第一段合理量內門診診察費案。	洽悉。 1. 同意調高第一段合理量內門診診察費20點。 2. 「假日開診率低於25%之地區」請醫師公會全聯會參考目前開診之科別分布，協助後續協調醫師週日開診事宜，並回復輔導結果。	健保署醫管組	1. 調高診察費20點已自106年3月1日生效。 2. 全聯會將於本次會議報告輔導結果，且本項與本次追蹤表序號14相同，爰追蹤情形併該項辦理，建議解除列管。		V



序號	編號	會議時間	案由	決議(結論)事項	辦理單位	辦理情形	列管建議	
							解除列管	繼續列管
4	106-3(臨)-討1	106.09.01	應用 106 年醫院總額醫療服務成本指數改變率預算(29.67 億元)調整支付標準案。	同意，財務推估約增加22.18億點，修訂重點如下： 1. 各項調整及財務影響評估，摘要如下： (1) 偏鄉醫院住院護理費由原 3.5% 調升為 15%，推估增加 1.55 億點。 (2) 調升地區醫院病房費點數 15%，病房費如超過區域醫院點數則調至與區域醫院相同，原推估預算之餘額用於調升地區醫院住院護理費點數 3.5%，本項合計增加 5.13 億點。 (3) 地區醫院門診診察費加成率再提高 15%，推估增加 14.15 億點。 (4) 地區醫院之急診診察費保障每點一元，推估增加 1.35 億點。 2. 與會代表建議偏鄉地區醫院急診診察費點值保障再提高乙案，俟重新估算費用再提會討論。	健保署醫管組	1. 本項業於 106 年 9 月 30 日以衛部保字第 1061260461 號令發布修正，並自 106 年 10 月 1 日起生效。 2. 偏鄉地區醫院急診診察費點值保障再提高一案，將提報本次會議討論，如經決議通過，依程序辦理報部等相關行政作業。		V
5	106-3(臨)-臨時動議 1	106.09.01	全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs) 4.0 版支付通則實施時程案。	1. 將以 105 年申報資料採 4.0 版重新編審後，試算各醫院之財務影響評估，並置於 VPN 上供各醫院參考。 2. 4.0 版實施時程將視各醫院準備情形另行提案討論。	健保署醫管組	1. 本項已於 106 年 10 月 20 日轉請各分區業務組將各醫院各個案件之財務影響評估，放置於 VPN 供各醫院下載。 2. 4.0 版實施時程規劃案，將提本次會議討論，且本項與本次追蹤表序號 18 相同，爰追蹤情形併該項辦理，建議解除列管。		V
6	106-3(臨)-臨時動議 2	106.09.01	中華民國藥師公會全國聯合會代表賴振榕提出有關「藥事服務費」調整案。	請藥師公會全國聯合會提供具體提案內容及財務影響評估，將併同 107 年總額協商確定後辦理。	健保署醫管組	1. 有關藥師公會全國聯合會所提「新增新增臨床藥師照護費」案，107 年總額協商協定結果已編列相關預算，且本署已於 106 年 12 月 1 日函請藥師公會全國聯合會提供新增「重症加護住院臨床藥事照護」診療項目相關資料，據以辦理後續修訂支付標準事宜。 2. 擬俟該會提供相關資料後，依程序辦理後續診療項目增修事宜，建議繼續列管。		V
7	106-4-報 1	106.12.14	全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs, 3.4 版, 1,062 項) 107 年適用之相對權重統計結果報告案。	洽悉，修訂摘要如下： 修正後 107 年標準給付額(SPR)為 42,835 點，其餘適用參數詳會議紀錄附件 1。	健保署醫管組	將依程序辦理報部等相關行政作業。		V

序號	編號	會議時間	案由	決議(結論)事項	辦理單位	辦理情形	列管	建議
							解除	繼續
8	106-4-報 2	106.12.14	增修訂中醫支付標準及計畫報告案。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 同意修訂第四部中醫支付標準：調升每日藥費支付點數，由31點調升至33點，及調升各項針傷科治療處置費支付點數，各項均調升5點、增列複雜性傷科ICD-10-CM適應症範圍等。</li> <li>2. 同意修訂全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫、全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫、全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫、全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案等四項中醫總額醫療照護試辦計畫。</li> </ol>	健保署醫管組	將依程序辦理報部等相關行政作業。		V
9	106-4-報 3	106.12.14	修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫、全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫及全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫案。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 同意增修訂支付標準第三部牙醫案：調升「符合加強感染管制之牙科門診診察費」編號00129C等4項診察費、調升編號90008C「去除釘柱」等3項手術及處置費點數。</li> <li>2. 同意修訂全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫及全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫等。</li> </ol>	健保署醫管組	將依程序辦理報部等相關行政作業。		V
10	106-4-報 4	106.12.14	論病例計酬與乳癌醫療給付改善方案支付點數調整案。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 論病例計酬案考量與會代表建議應審酌支付合理性，再行試算後提案報告。</li> <li>2. 配合106年10月1日支付標準調整案，同意調升乳癌醫療給付改善方案治療組合支付點數。</li> </ol>	健保署醫管組	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 論病例計酬案將提報本次會議報告，如經決議通過，依程序辦理報部等相關行政作業。</li> <li>2. 乳癌醫療給付改善方案將依程序辦理報部等相關行政作業。</li> </ol>		V
11	106-4-報 5	106.12.14	有關修訂107年度「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫方案」。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 為鼓勵院所即時上傳醫療檢查影像，固接網路擴增補助醫院層級如有傳送醫療檢查影像，得選擇企業型光纖頻寬20M、30M、40M或50M。</li> <li>2. 新增「上傳醫療檢查影像獎勵金」，獎勵項目包括CT、MRI、齒顎全景X光片攝影、胃鏡、大腸鏡、超音波。</li> <li>3. 修訂「即時上傳檢驗(查)結果額外獎勵金」，增訂報告型資料即時上傳獎勵。</li> </ol>	健保署醫管組	將依程序辦理報部等相關行政作業。		V
12	106-4-報 6	106.12.14	107年全民健康保險高診次者藥事照護計畫(草案)。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 至照護個案家中或指定之公開場所訪視(支付標準代碼為「P4101C」)及藥事人員之訪視地點屬「全民健康保險山地離島地區」、107年「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」(支付標準代碼為「P4102C」)等2項、支付點數各調升100點。</li> </ol>	健保署醫管組	將依程序辦理報部等相關行政作業。		V

序號	編號	會議時間	案由	決議(結論)事項	辦理單位	辦理情形	列管建議	
							解除列管	繼續列管
				2. 新增藥師輔導個案期間,個案屬於慢性病且病情穩定且於區域醫院層級(含)以上就醫者,藥師得評估個案狀況後轉介至地區醫院或社區醫療群接受診療服務,併前開調整附表文字。 3. 請藥師公會全國聯合會邀請社區醫院協會,雙方共同建立轉介的管道。				
13	106-4-報 7	106.12.14	訂定 107 年召開全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議時程案。	洽悉。	健保署醫管組	1. 原訂 107 年 3 月 22 日召開 107 年第一次共同擬訂會議,因同日健保會預計安排共識營暨參訪活動,故建議改至 107 年 3 月 29 日召開會議。 2. 本案如經確認同意,建議解除列管。	V	
14	106-4-報 8	106.12.14	有關醫師公會全聯會協調醫師週日開診事宜,輔導結果報告案。	因時間因素未及討論,將於下次會議另行討論。	醫師公會全國聯合會	將於本次會議進行報告,如經確認同意,建議解除列管。	V	
15	106-4-報 9	106.12.14	106 年上半年本保險特約院所執行支付標準未列項目之申報情形及處理流程。	因時間因素未及討論,將於下次會議另行討論。	健保署醫管組	將本次會議進行報告,如經確認同意,建議解除列管。	V	
16	106-4-討 1	106.12.14	106 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準增修「神經外科術中神經功能監測」等 14 項診療項目案。	1. 同意新增「神經外科術中神經功能監測 (IONM)」等 8 項診療項目,推估增加預算約 3.16 億點。 2. 同意修訂 11007B 血小板抗體等 6 項診療項目,推估增加預算約 0.12 億點。	健保署醫管組	將依程序辦理報部等相關行政作業。		V
17	106-4-討 2	106.12.14	關放寬「全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案」(下稱 COPD 改善方案)參與院所資格案。	因時間因素未及討論,將於下次會議另行討論。	健保署醫管組	將提本次會議討論,如經決議通過,依程序辦理報部等相關行政作業。		V

序號	編號	會議時間	案由	決議(結論)事項	辦理單位	辦理情形	列管建議
							解除列管
18	106-4-討 2	106.12.14	全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)4.0版支付通則及未實施項目實施時程案。	因時間因素未及討論，將於下次會議另行討論。	健保署醫管組	4.0 版實施時程規劃案，將提本次會議討論，如經決議通過，依程序辦理報部等相關行政作業。	V
19	106-4-臨時報告 1	106.12.14	107 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準案。	因時間因素未及討論，將於下次會議另行討論。	健保署醫管組	將提本次會議討論，如經決議通過，依程序辦理報部等相關行政作業。	V

# 參、報告事項



## 報告事項

### 第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：山地離島與緊急醫療資源不足地區急救責任醫院之急診診察費點值保障提升案。

#### 說明：

- 一、依 106 年 9 月 1 日本會議 106 年第三次臨時會議決議辦理。
- 二、前次會議就 106 年度醫院醫療給付費用總額，醫療服務成本指數改變率 29.674 億元之預算執行方式進行討論，其中與會代表就地區醫院急診診察費保障至每點 1 元，建議目前已保障每點 1 元之偏鄉醫院急診診察費點值保障再提高，會議決議本項重新估算費用後提本會議討論。
- 三、考量目前各總額保障項目均至每點 1 元，健保管控係以逐步達成各項費用均 1 點 1 元為目標，為達前述目標之相關配套如「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」可因跨院分享達到節省醫療費用浪費；且考量目前「山地離島及符合衛生福利部緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」及一般地區醫院之急診診察費已符前述目標，故本次建議不再調整。

#### 決定：





# 肆、討論事項



## 討論事項

### 第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：論病例計酬支付點數調整案。

說明：

- 一、依本會議 106 年 12 月 14 日 106 年第 4 次會議決議辦理，與會代表提出論病例計酬調整後支付點數應審酌支付合理性，建議重新試算後再提會報告。
- 二、本案係配合 106 年醫院總額調整急重症、偏鄉與地區醫院支付標準，校正定額支付點數，本次參酌前次與會代表之建議，以及地區醫院近期調整病房費之原則，擬定調整方式如下：
  - (一)調整內容：
    1. 門診診察費地區醫院加成率再提升 15%。
    2. 手術項目由「兒童加成」調整為「提升兒童加成」。
  - (二)調整原則：各層級點數調整為一致，並以校正後最高點數訂定。
  - (三)調整結果（調整對照表如附件 2-1，P5）：

點數由現行 15,448 點-51,332 點，調整為 15,608 點-51,368 點，推估將增加 541 萬點，擬由 106 年醫院總額醫療服務成本指數改變率項下預算 89.674 億元支應。
- 三、修訂後支付標準如附件 2-2，P7~P9，後續依程序陳報衛生福利部公告實施。

決定：



## 論病例計酬(門診)依106.12.14共擬會議決議後，擬具之調整方案

論病例計酬名稱	醫令碼	適用 層級別	現行	106.12.14共擬提案		件數	均採最高點數	
				增加 點數	依實際醫令 調整後點數		調整後 點數	增加點數
股及腹股溝疝氣手術 (AGE>1·單側)(門診)	97220K	醫學中心	28,478	4,245	32,723	1,672	32,723	0
	97221A	區域醫院	27,948	4,228	32,176	700	32,723	382,900
	97222B	地區醫院	27,725	4,719	32,444	387	32,723	107,973
尿路結石體外震波碎石術 (單側)(門診)	97405K	醫學中心	29,070	0	29,070	16,288	29,103	537,504
	97406A	區域醫院	29,070	0	29,070	55,577	29,103	1,834,041
	97420B	地區醫院	29,069	34	29,103	28,186	29,103	0
尿路結石體外震波碎石術 (雙側)(門診)	97407K	醫學中心	51,332	0	51,332	97	51,368	3,492
	97408A	區域醫院	51,332	0	51,332	414	51,368	14,904
	97421B	地區醫院	51,331	37	51,368	369	51,368	0
尿路結石體外震波碎石術 (三十日內施行第二次·單 側)(門診)	97409K	醫學中心	23,020	0	23,020	346	23,056	12,456
	97410A	區域醫院	23,020	0	23,020	1,622	23,056	58,392
	97422B	地區醫院	23,019	37	23,056	511	23,056	0
尿路結石體外震波碎石術 (三十日內施行第二次·雙 側)(門診)	97411K	醫學中心	45,282	0	45,282	4	45,318	144
	97412A	區域醫院	45,282	0	45,282	25	45,318	900
	97423B	地區醫院	45,281	37	45,318	2	45,318	0
水晶體囊內(外)摘除術及人 工水晶體置入術(單側)(門診)	97605K	醫學中心	20,706	0	20,706	37,827	20,739	1,248,291
	97606A	區域醫院	20,706	0	20,706	34,812	20,739	1,148,796
	97607B	地區醫院	20,703	36	20,739	10,981	20,739	0
喉直達鏡並做聲帶或會厭軟 骨腫瘤切除或剝去·無主要 合併症或併發症(門診)	97716K	醫學中心	15,581	0	15,581	790	15,608	21,330
	97717A	區域醫院	15,448	0	15,448	273	15,608	43,680
	97718B	地區醫院	15,569	39	15,608	128	15,608	0
							合計	5,414,803



第六部 論病例計酬  
第三章 一般外科

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
97220K	股及腹股溝疝氣手術(AGE>1, 單側)(門診)				v	<del>28,478</del> 32,723
97221A				v		<del>27,948</del> 32,723
97222B			v			<del>27,725</del> 32,723
97223C	註：1.診療項目要求表(詳附表 6.3.5) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)：0YQ50ZZ、0YQ60ZZ、0YQ70ZZ、0YQ80ZZ	v				27,078
97224P	股及腹股溝疝氣手術(AGE<1, 單側)(門診) 註：1.診療項目要求表(詳附表 6.3.5) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)：0YQ50ZZ、0YQ60ZZ、0YQ70ZZ、0YQ80ZZ 3.限由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。	v				23,908

## 第四章 泌尿科

編號	診療項目	基層醫院	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
97405K	尿路結石體外震波碎石術(單側)(門診)				v	<del>29,070</del> 29,103
97406A					v	<del>29,070</del> 29,103
97420B	尿路結石體外震波碎石術(雙側)(門診)		v			<del>29,069</del> 29,103
97407K			v			<del>51,332</del> 51,368
97408A	尿路結石體外震波碎石術(三十日內施行第二次，單側)(門診)			v		<del>51,332</del> 51,368
97421B				v		<del>51,331</del> 51,368
97409K	尿路結石體外震波碎石術(三十日內施行第二次，雙側)(門診)			v		<del>23,020</del> 23,056
97410A				v		<del>23,020</del> 23,056
97422B	尿路結石體外震波碎石術(三十日內施行第二次，雙側)(門診)		v			<del>23,019</del> 23,056
97411K			v			<del>45,282</del> 45,318
97412A	注：1.診療項目要求表(詳附表 6.4.2) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.主診斷碼及主手術(或處置)碼： 主診斷碼(ICD-10-CM)：N20.0、N20.0-N20.9 主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)：0TF3XZZ、0TF4XZZ、 0TF6XZZ、0TF7XZZ、0TFBXZZ、0TFCXZZ、0WFRXZZ			v		<del>45,282</del> 45,318
97423B				v		<del>45,281</del> 45,318



## 第六章 眼科

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
97605K	水晶體囊內(外)摘除術及人工水晶體置入術(單側)(門診)  註：1.診療項目要求表(詳附表 6.6.2) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)：08RJ3JZ、08RK3JZ				v	<del>20,706</del> <u>20,739</u>
97606A			v	v		<del>20,706</del> <u>20,739</u>
97607B			v			<del>20,703</del> <u>20,739</u>
97608C		v				20,674

## 第七章 耳鼻喉科

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
97716K	喉直達鏡並做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）  註：1.診療項目要求表（詳附表 6.7.4） (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.主診斷碼及主手術(或處置)碼： 詳附表 6.7.0 3.主要合併症或併發症診斷碼(詳附表 6.7.5、6.7.5.1、6.7.5.2)				v	<del>15,581</del> <u>15,608</u>
97717A				v		<del>15,448</del> <u>15,608</u>
97718B			v			<del>15,569</del> <u>15,608</u>



全民健康保險醫療服務給付項目  
及支付標準共同擬訂會議

**106 年第四次臨時會**

**補充資料**

106 年 12 月 26 日 (星期二) 下午 2 時  
本署 18 樓大禮堂



「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」

106 年第 4 次會議紀錄

時間：106 年 12 月 14 日（星期四）下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：宋兆喻

李代表偉強	李偉強	詹代表永兆	詹永兆
黃代表雪玲	黃雪玲	吳代表國治	吳國治
林代表富滿	林富滿	李代表飛鵬	李飛鵬
潘代表延健	潘延健	許代表世明	吳迪(代)
璩代表大成	王雪月(代)	羅代表界山	羅界山
陳代表志忠	嚴玉華(代)	林代表綉珠	林綉珠
劉代表碧珠	劉碧珠	賴代表振榕	賴振榕
林代表淑霞	林淑霞	朱代表世瑋	朱世瑋
羅代表永達	羅永達	王代表榮濱	王榮濱
謝代表文輝	謝文輝	郭代表素珍	(請假)
謝代表武吉	謝武吉	廖代表大富	黃美蘭(代)
朱代表益宏	朱益宏	梁代表淑政	梁淑政
李代表紹誠	(請假)	葉代表宗義	葉宗義
林代表恒立	林恒立	劉代表志棟	何語(代)
王代表宏育	(請假)	王代表雅馨	王雅馨
黃代表振國	顏鴻順(代)	張代表清田	張清田
張代表金石	張金石	羅代表紀琮	羅紀琮
張代表孟源	張孟源	施代表壽全	(請假)
陳代表俊良	陳俊良		

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司	周雯雯
衛生福利部全民健康保險會	黃尚阡、馬文娟
中華民國中醫師公會全國聯合會	王逸年
中華民國牙醫師公會全國聯合會	潘佩筠
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	宋佳玲
中華民國醫師公會全國聯合會	陳哲維、林筱庭
中華民國藥師公會全國聯合會	洪鈺婷、賴香螢
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
台灣醫院協會	林佩荻、吳心華、吳洵伶、 洪毓婷、王秀貞
中華民國血液病學會	陳滢如、劉學玫
台灣消化系內視鏡醫學會	朱正心
台灣神經外科醫學會	曾仁河
台灣胸腔暨重症加護醫學會	簡榮彥
台灣麻醉醫學會	劉書麟
台灣腦中風學會	陳啟仁
社團法人中華民國風濕病醫學會	陳一銘
臺中榮民總醫院	陳怡行
臺北榮民總醫院	鍾文裕
本署臺北業務組	莫翠蘭、余千子、王文君、 黃艾青、林雨亭、黃昭瑤、 儲鳳英
本署北區業務組	陳孟函
本署醫審及藥材組	曾玫富
本署資訊組	張齡芝
本署企劃組	余侑婕

本署醫務管理組

李純馥、劉玉娟、谷祖棣、  
王玲玲、林右鈞、陳依婕、  
宋兆喻、涂奇君、吳明純、  
簡詩蓉、陳逸嫻、張艾琪、  
蔡孟好、宋思嫻、林煜翔、  
林芝螢、江雯珊

一、主席致詞：略。

二、確認上次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形

三、報告事項

(一) 全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs, 3.4 版, 1,062 項) 107 年適用之相對權重統計結果報告案。

決定：洽悉。修正後 107 年標準給付額(SPR)為 42,835 點，其餘適用參數詳附件 1，P9~P35。

(二) 增修訂中醫支付標準及計畫報告案。

決定：洽悉。修訂摘要如下，詳附件 2，P36~P76。

1. 同意修定第四部中醫支付標準：

(1) 同意調升每日藥費支付點數，由 31 點調升至 33 點，及調升各項針傷科治療處置費支付點數，各項均調升 5 點。

(2) 同意增列複雜性傷科 ICD-10-CM 適應症範圍。

(3) 同意「特殊疾病照護處置費-腦血管及顱腦損傷」由每二週改為每月申報一次、新增 C08 及 C09 兩項醫令代碼，並增列「脊髓損傷」乙項適應症。

2. 全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫：原計畫項下「腫瘤患者手術、化療、放射線療法」整併至 107 年新增之「中醫癌症患者加強照護整合方案」持續辦理、修訂退場機制、訂定前測及後測量表完成率閾值。

3. 全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫：新增退場機制、取消包裹支付，回歸支付標準核實申報、「管理

照護費」納入原包裹支付中之「經穴按摩指導費」並調高點數為 200 點。

4. 全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫：新增退場機制，訂定量表未符合規定之後續處理程序。

5. 全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案：

(1) 整併原「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」項下「腫瘤患者手術、化療、放射線療法」、「癌症患者中醫門診延長照護計畫」及「乳肝癌患者中醫門診加強照護計畫」，其中「乳肝癌患者中醫門診加強照護計畫」因新增肺癌及大腸癌兩項適應症，更名為「特定癌症患者中醫門診加強照護計畫」。

(2) 修訂退場機制，訂定前測及後測量表完成率閾值。

(三) 修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第三部牙醫、全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫及全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫案。

決定：洽悉。修訂摘要如下，詳附件 3，P77~P154。

1. 增修訂支付標準第三部牙醫案：

(1) 同意調升「符合加強感染管制之牙科門診診察費」編號 00129C、00130C、00133C 及 00134C 計 4 項診察費。

(2) 同意調升 90008C「去除釘柱」、92015C「單純齒切除術」、92016C「複雜齒切除術」，共 3 項手術及處置費點數。

(3) 同意修訂 34004C 齒顎全景 X 光片攝影等 6 項診療項目支付規範文字，及修訂第四章牙科麻醉費通則文字。

2. 牙醫門診總額牙周病統合照護計畫：

(1) 修訂目標服務人次及經費來源、修訂 X 光檢查於計畫治療期間僅能申報一次規定，及新增不得收取自費規定文字等。

(2) 請牙醫師公會全國聯合會研議牙周病統合照護計畫第十一點有關「牙周組織引導再生手術(含骨粉、再生膜)」及「牙周去敏感治療(排除頭頸部腫瘤電療後病患)」納入健保給付

之可行性，及如何保障消費者的權益，並提至牙醫總額研商會議討論。

3. 牙醫門診總額特殊醫療服務計畫：修訂目標服務人次及經費來源、到宅牙醫醫療服務費用改由其他預算「居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務」項下支應、新增醫療團服務地點增加「社區醫療站」服務、整併特定需求者牙醫服務與醫療團服務之文字、修訂計畫照護院所施行全身麻醉規範等。

(四) 論病例計酬與乳癌醫療給付改善方案支付點數調整案。

決定：洽悉，摘要如下。

1. 論病例計酬案考量與會代表建議應審酌支付合理性，再行試算後提案報告。
2. 配合 106 年 10 月 1 日支付標準調整案，同意調升乳癌醫療給付改善方案治療組合支付點數，詳附件 4，P155~P160。

(五) 有關修訂 107 年度「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫方案」。

決定：洽悉。修訂摘要如下，詳附件 5，P161~P229。

1. 為鼓勵院所即時上傳醫療檢查影像，固接網路擴增補助醫院層級如有傳送醫療檢查影像，得選擇企業型光纖頻寬 20M、30M、40M 或 50M。
2. 新增「上傳醫療檢查影像獎勵金」，獎勵項目包括 CT、MRI、齒顎全景 X 光片攝影、胃鏡、大腸鏡、超音波。
3. 修訂「即時上傳檢驗(查)結果額外獎勵金」，增訂報告型資料即時上傳獎勵。

(六) 「107 年全民健康保險高診次者藥事照護計畫」(草案)。

決定：洽悉。修訂摘要如下，詳附件 6，P230~P263。

1. 至照護個案家中或指定之公開場所訪視(支付標準代碼為「P4101C」)及藥事人員之訪視地點屬「全民健康保險山地離島地區」、107 年「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」(支付標準代碼為「P4102C」)等 2 項、支付點數各調升



100 點。

2. 新增藥師輔導個案期間，個案屬於慢性病且病情穩定且於區域醫院層級(含)以上就醫者，藥師得評估個案狀況後轉介至地區醫院或社區醫療群接受診療服務，併前開調整附表文字。
3. 成效監測指標及 3 項獎勵資格，總獎勵金額上限調整為 10%。
4. 請藥師公會全國聯合會邀請社區醫院協會，雙方共同建立轉介的管道。

(七) 訂定 107 年召開全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議時程案。

決定：洽悉。

(八) 有關醫師公會全聯會協調醫師週日開診事宜，輔導結果報告案。

決定：因時間因素未及討論，將於臨時會議另行討論。

(九) 106 年上半年本保險特約院所執行支付標準未列項目之申報情形及處理流程。

決定：因時間因素未及討論，將於下次會議另行討論。

#### 四、討論事項

(一) 106 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準增修「神經外科術中神經功能監測」等 14 項診療項目案。

決議：同意增修訂 14 項診療項目如下，詳附件 7(P264~P271)。

1. 同意新增診療項目 8 項：「神經外科術中神經功能監測(IONM)(序號 1 至 3)」、「麻醉深度監測(BIS)(序號 4 至 5)」、「類胰蛋白酶(序號 6)」、「導管式膽胰管內視鏡術(序號 7)」、「急性缺血性腦中風機械取栓術(序號 8)」，推估增加預算約 3.16 億點。
2. 同意修訂 6 項診療項目：11007B 血小板抗體、12162B 組織壞死因子(TNF)、47101B 急性缺血性中風靜脈血栓溶解治療處置費、81034C 有妊娠併發症之陰道產、81011C 有妊娠併發症之剖腹產術 Cesarean section、25015B 免疫組織化學染色(每一抗體)，推估增加預算約 0.12 億點。

(二) 有關放寬「全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案」(下稱 COPD 改善方案) 參與院所資格案。

決議：因時間因素未及討論，將於臨時會議另行討論。

(三) 全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)4.0 版支付通則及未實施項目實施時程案。

決議：因時間因素未及討論，將於臨時會議另行討論。

## **五、 臨時動議**

(一) 「107 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準」案。

決議：因時間因素未及討論，將於臨時會議另行討論。

## **六、 散會：下午 17 時 30 分**



### 原討論事項第三案：

案由：全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)4.0 版支付通則及未實施項目實施時程案。

#### 補充說明：

一、現行 DRG 支付通則係將住院天數超過 30 天者排除 DRG 適用範圍，經統計 99 至 105 年除 DRG 排除之特定疾病範圍外，住院超過 30 天之案件統計情形如下（統計表如附件，P11）：

（一）住院超過 30 天總件數：

99 年共 5.3 萬件，占 DRG 範圍與住院超過 30 天之合計件數 2.3%；105 年共 4.0 萬件，占 DRG 範圍與住院超過 30 天之合計件數 1.7%。

（二）已導入項目住院超過 30 天者：

99 年共 1.1 萬件，占已導入及住院超過 30 天且屬已導入之合計件數 1.2%；105 年共 0.5 萬件，占已導入及住院超過 30 天且屬已導入之合計件數 0.8%。

（三）未導入項目住院超過 30 天者：

99 年共 4.2 萬件，占未導入及住院超過 30 天且屬未導入之合計件數 2.9%；105 年共 3.4 萬件，占未導入及住院超過 30 天且屬未導入之合計件數 2.1%。

（四）小結：近年住院超過 30 天之案件件數逐年下降，其中已導入項目件數占率之年平均下降幅度為 7.6%，高於未導入項目之 4.8%。

二、4.0 版支付通則中，對實際醫療服務點數高於點數上限臨界點者之支付方式，由現行 8 折支付修訂為「經醫院認定係個案病情複雜因素造成之醫療耗用，應於病歷述明理由，得採經專業審查通過核實支付」。考量前揭通則對於病情複雜個案已可依專業審

查結果獲得核實支付，對於住院日超過 30 日之案件，已具適宜之處理方式，故建議於 4.0 版納入 DRG 適用範圍。

三、配合上述修正，後續辦理情形說明如下：

- (一) 重新計算 RW、SPR 及相關參數。
- (二) 配合修正申報檢核邏輯及問答輯。

## 99-105年住院天數大於30天之件數、點數統計表

單位：萬件

年度	合計			已導入範圍			未導入範圍		
	住院 >30天 件數 (A)	DRG範圍+ 住院>30天 件數 (B)	占率 (A/B)	住院 >30天 件數 (C)	DRG範圍+ 住院>30天 件數 (D)	占率 (C/D)	住院 >30天 件數 (E)	DRG範圍+ 住院>30天 件數 (F)	占率 (E/F)
99	5.3	236.3	2.3%	1.1	89.2	1.2%	4.2	147.1	2.9%
100	5.1	241.3	2.1%	1.1	91.9	1.2%	4.0	149.3	2.7%
101	4.7	227.7	2.1%	0.9	85.1	1.1%	3.8	142.6	2.6%
102	4.4	223.4	1.9%	0.6	72.1	0.9%	3.7	151.3	2.5%
103	4.2	228.3	1.8%	0.8	84.0	1.0%	3.4	144.3	2.4%
104	4.2	231.1	1.8%	0.5	71.6	0.8%	3.6	159.5	2.3%
105	4.0	231.4	1.7%	0.5	71.0	0.8%	3.4	160.3	2.1%
105 (屬outlier)	3.5	231.4	1.5%	0.5	71.0	0.7%	3.0	160.3	1.9%

註：outlier為住院&gt;30天案件中，實際醫療點數超過上限臨界點之件數



## 討論事項

### 第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：論病例計酬支付點數調整案。

說明：

- 一、依本會議 106 年 12 月 14 日 106 年第 4 次會議決議辦理，與會代表提出論病例計酬調整後支付點數應審酌支付合理性，建議重新試算後再提會報告。
- 二、本案係配合 106 年醫院總額調整急重症、偏鄉與地區醫院支付標準，校正定額支付點數，本次參酌前次與會代表之建議，以及地區醫院近期調整病房費之原則，擬定調整方式如下：
  - (一) 調整內容：
    1. 門診診察費地區醫院加成率再提升 15%。
    2. 手術項目由「兒童加成」調整為「提升兒童加成」。
  - (二) 調整原則：各層級點數調整為一致，並以校正後最高點數訂定。
  - (三) 調整結果（調整對照表如附件 2-1，P14；調整明細如附件 2-2，P15~P17）：

點數由現行 15,448 點-51,332 點，調整為 15,608 點-51,368 點，推估將增加 544 萬點，擬由 106 年醫院總額醫療服務成本指數改變率項下預算 89.674 億元支應。
- 三、修訂後支付標準如附件 2-3，P19~P21，後續依程序陳報衛生福利部公告實施。



## 論病例計酬(門診)依106.12.14共擬會議決議後，擬具之調整方案

論病例計酬名稱	醫令碼	適用 層級別	現行	106.12.14共擬提案		件數	均採最高點數	
				增加 點數	依實際醫令 調整後點數		調整後 點數	增加點數
股及腹股溝疝氣手術 (AGE>1，單側)(門 診)	97220K	醫學中心	28,478	4,282	32,760	1,672	32,760	0
	97221A	區域醫院	27,948	4,247	32,195	700	32,760	395,500
	97222B	地區醫院	27,725	4,722	32,447	387	32,760	121,131
尿路結石體外震波碎 石術(單側)(門診)	97405K	醫學中心	29,070	0	29,070	16,288	29,103	537,504
	97406A	區域醫院	29,070	0	29,070	55,577	29,103	1,834,041
	97420B	地區醫院	29,069	34	29,103	28,186	29,103	0
尿路結石體外震波碎 石術(雙側)(門診)	97407K	醫學中心	51,332	0	51,332	97	51,368	3,492
	97408A	區域醫院	51,332	0	51,332	414	51,368	14,904
	97421B	地區醫院	51,331	37	51,368	369	51,368	0
尿路結石體外震波碎 石術(三十日內施行 第二次，單側)(門診)	97409K	醫學中心	23,020	0	23,020	346	23,056	12,456
	97410A	區域醫院	23,020	0	23,020	1,622	23,056	58,392
	97422B	地區醫院	23,019	37	23,056	511	23,056	0
尿路結石體外震波碎 石術(三十日內施行 第二次，雙側)(門診)	97411K	醫學中心	45,282	0	45,282	4	45,318	144
	97412A	區域醫院	45,282	0	45,282	25	45,318	900
	97423B	地區醫院	45,281	37	45,318	2	45,318	0
水晶體囊內(外)摘除 術及人工水晶體置入 術(單側)(門診)	97605K	醫學中心	20,706	0	20,706	37,827	20,739	1,248,291
	97606A	區域醫院	20,706	0	20,706	34,812	20,739	1,148,796
	97607B	地區醫院	20,703	36	20,739	10,981	20,739	0
喉直達鏡並做聲帶或 會厭軟骨腫瘤切除或 剝去，無主要合併症 或併發症(門診)	97716K	醫學中心	15,581	0	15,581	790	15,608	21,330
	97717A	區域醫院	15,448	0	15,448	273	15,608	43,680
	97718B	地區醫院	15,569	39	15,608	128	15,608	0
							合計	5,440,561

序號	項目名稱	醫令代碼	105年申報件數(A)	105年申報醫令編號	申報醫令名稱	調整前點數(B)	調整後點數(C)	調升點數或地區醫院門診診察費加成率調整						手術項目兒童加成調整(成數調升)					調升點數加總(K=H+J)	調整前支付點數(L)	調整後支付點數(M=L+K)	調幅(M-L)/L			
								類別 1調點數 2地區醫院加成15%	點數差(D=C-B)	醫令量(E)	平均成數(F)	影響點數小計(G=D*E*F)	平均調整點數(H=ΣG/A)	<6個月醫令量(+40%)	6個月至未滿2歲醫令量(+50%)	2歲至6歲醫令量(+40%)	調整點數*醫令量 <sup>註3</sup> (I)	平均調整點數(J=ΣI/A)							
																							未調整點數	未調整點數	未調整點數
1		97220K	1,672	62001C	顏面皮膚及皮下腫瘤切除術-直徑小於1公分	1,300	1,300								0	0	1	520	4,282	28,478	32,760	15.0%			
				62003C	顏面皮膚及皮下腫瘤切除術-直徑超過2公分	5,514	5,514										0	0					1	2,206	
				62010C	臉部以外皮膚及皮下腫瘤摘除術-小於2公分	1,623	1,623										0	1					1	1,461	
				62018C	Z-形皮瓣	4,352	4,352										0	1					2	5,658	
				75602C	腹壁腫瘤切除術-良性	5,719	5,719										0	0					1	2,288	
				75605C	腹壁疝氣修補術-無腸切除	10,778	14,011	1	3,233	2	1.30	8,406					0	0					2	11,209	
				75607C	鼠蹊疝氣修補術-無腸切除	11,292	11,292						37				1	303					1,088	6,629,533	
				75613C	鼠蹊疝氣修補術·嵌頓性-無腸切除	11,935	11,935										0	0					5	23,870	
				75614C	鼠蹊疝氣修補術·復發性-無腸切除	12,565	12,565										0	3					9	64,082	
				78407C	陰囊水腫切除術	5,425	5,425										0	36					75	260,400	
				78605C	睪丸固定術-單側	5,874	5,874										0	0					1	2,350	
				78607C	隱睪單側睪丸固定術	9,631	12,520	1	2,889	19	0.97	53,244					0	7					10	93,900	
				79203C	精索靜脈高位結紮術	5,522	5,522										0	0					0	0	
				87407C	淚管切開術	1,063	1,063										0	0					2	850	
2	股及腹股溝疝氣手術(AGE>1·單側)(門診)	97221A	700	62010C	臉部以外皮膚及皮下腫瘤摘除術-小於2公分	1,623	1,623							0	2	0	1,623	4,162	4,247	27,948	32,195	15.2%			
				62018C	Z-形皮瓣	4,352	4,352										0						0	1	1,741
				75607C	鼠蹊疝氣修補術-無腸切除	11,292	11,292										2						137	440	2,769,928
				75613C	鼠蹊疝氣修補術·嵌頓性-無腸切除	11,935	11,935										0						0	0	0
				75614C	鼠蹊疝氣修補術·復發性-無腸切除	12,565	12,565										0						0	1	5,026
				78047B	(後)腹腔鏡膀胱頸懸吊術	14,332	14,332										0						0	1	5,733
				78407C	陰囊水腫切除術	5,425	5,425										0						9	20	67,813
				78605C	睪丸固定術-單側	5,874	5,874										0						0	1	2,350
				78607C	隱睪單側睪丸固定術	9,631	12,520	1	2,889	11	1.04	33,050					0						7	3	58,844
				88029C	嬰兒鼠蹊疝氣	8,292	10,780	1	2,488	2	5.43	27,020					已屬提升兒童加成								
3		97222B	387	00102B	一般門診診察費-醫院門診診察費(不含牙科門診) 2.地區醫院(3)未開處方或處方由本院所自行調劑	260	260	2	39	342	1.00	13,338		非手術項目				4,676	4,722	27,725	32,447	17.0%			
				75607C	鼠蹊疝氣修補術-無腸切除	11,292	11,292									5	49						315	1,722,030	
				75613C	鼠蹊疝氣修補術·嵌頓性-無腸切除	11,935	11,935										0						0	1	4,774
				75614C	鼠蹊疝氣修補術·復發性-無腸切除	12,565	12,565										0						0	15	75,390
				75615C	股疝氣修補術-無腸切除	9,915	12,890	1	2,975	1	1.53	4,552					0						0	1	5,156
				78407C	陰囊水腫切除術	5,425	5,425										1						0	0	2,170

序號	項目名稱	醫令代碼	105年 申報 件數 (A)	105年 申報 醫令 編號	申報醫令名稱	調整前 點數 (B)	調整後 點數 (C)	調升點數或 地區醫院門診診察費加成率調整						手術項目兒童加成調整 (成數調升)					調升 點數 加總 (K=H+J)	調整前 支付 點數 (L)	調整後 支付 點數 (M=L+K)	調幅 (M-L)/L	
								類別	點數差 (D= C-B)	醫令 量 (E)	平均 成數 (F)	影響點 數小計 (G= D*E*F)	平均調 整點數 (H= ΣG/A)	<6個月 醫令量 (+40%)	6個月至未 滿2歲醫令 量 (+50%)	2歲至6歲 醫令量 (+40%)	調整點數* 醫令量 <sup>註3</sup> (I)	平均調 整點數 (J= ΣI/A)					
																							1調點數
4	尿路結石體 外震波碎石 術(單側)(門 診)	97405K	16,288	47079B 96007C	癌症治療計畫諮詢規劃費 脊髓麻醉	2,536 1,500	2,800 2,250	1 1	264 750	1 1	1.00 1.50	264 1,125	0	非手術項目					0	0	29,070	29,070	0.0%
5		97406A	55,577	19007B	超音波導引(為組織切片· 抽吸·注射等)	1,302	1,500	1	198	1	1.00	198	0	非手術項目					0	0	29,070	29,070	0.0%
6		97420B	28,186	00102B	一般門診診察費-醫院門 診診察費(不含牙科門診) 2.地區醫院(3)未開處方 或處方由本院所自行調劑	260	260	2	39	24,044	1.00	937,716	34	非手術項目					0	34	29,069	29,103	0.1%
				00106B	一般門診診察費-醫院門 診診察費(不含牙科門診) 4.金門馬祖以外之山地離 島地區(3)未開處方或處 方由本院所自行調劑	260	260	2	39	208	1.00	8,112		非手術項目									
	00108B			一般門診診察費-醫院門 診診察費(不含牙科門診) 5.金門馬祖地區(3)未開 處方或處方由本院所自行 調劑	262	262	2	39	16	1.00	629	非手術項目											
00173B	一般門診診察費-醫院門 診診察費(不含牙科門診) 2.地區醫院(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			483	483	2	72	22	1.00	1,594	非手術項目												
7	97407K	97	無調整項目													51,332	51,332	0.0%					
8	97408A	414	無調整項目													51,332	51,332	0.0%					
9	97421B	369	00102B	一般門診診察費-醫院門 診診察費(不含牙科門診) 2.地區醫院(3)未開處方 或處方由本院所自行調劑	260	260	2	39	348	1.00	13,572	37	非手術項目					0	37	51,331	51,368	0.1%	
10	97409K	346	無調整項目													23,020	23,020	0.0%					
11	97410A	1,622	無調整項目													23,020	23,020	0.0%					
12	97422B	511	00102B	一般門診診察費-醫院門 診診察費(不含牙科門 診) 2.地區醫院〔3 〕未開處方或處方由本院 所自行調劑	260	260	2	39	488	1.00	19,032	37	非手術項目					0	37	23,019	23,056	0.2%	
13	97411K	4	無調整項目													45,282	45,282	0.0%					
14	97412A	25	無調整項目													45,282	45,282	0.0%					
15	97423B	2	00102B	一般門診診察費-醫院門 診診察費(不含牙科門 診) 2.地區醫院〔3 〕未開處方或處方由本院 所自行調劑	260	260	2	39	2	1.00	78	39	非手術項目					0	37	45,281	45,318	0.1%	

序號	項目名稱	醫令代碼	105年 申報 件數 (A)	105年 申報 醫令 編號	申報醫令名稱	調整前 點數 (B)	調整後 點數 (C)	調升點數或 地區醫院門診診察費加成率調整					手術項目兒童加成調整 (成數調升)					調升 點數 加總 (K=H+J)	調整前 支付 點數 (L)	調整後 支付 點數 (M=L+K)	調幅 (M-L)/L		
								類別 1調點數 2地區醫 院加成 15%	點數差 (D= C-B)	醫令 量 (E)	平均 成數 (F)	影響點 數小計 (G= D*E*F)	平均調 整點數 (H= ΣG/A)	<6個月 醫令量 (+40%)	6個月至未 滿2歲醫令 量 (+50%)	2歲至6歲 醫令量 (+40%)	調整點數* 醫令量 <sup>註3</sup> (I)					平均調 整點數 (J= ΣI/A)	
																							非手術項目
16		97605K	37,827	無調整項目													20,706	20,706	0.0%				
17		97606A	34,812	無調整項目													20,706	20,706	0.0%				
18	水晶體囊內 (外)摘除術及 人工水晶體 置入術(單 側)(門診)	97607B	10,981	00102B	一般門診診察費-醫院門 診診察費(不含牙科門診) 2.地區醫院(3)未開處方 或處方由本院所自行調劑	260	260	2	39	9,947	1.00	387,933	36	非手術項目					0	36	20,703	20,739	0.2%
				00106B	一般門診診察費-醫院門 診診察費(不含牙科門診) 4.金門馬祖以外之山地離 島地區(3)未開處方或處 方由本院所自行調劑	260	260	2	39	21	1.00	819		非手術項目									
				00108B	一般門診診察費-醫院門 診診察費(不含牙科門診) 5.金門馬祖地區(3)未開 處方或處方由本院所自行 調劑	262	262	2	39	165	1.00	6,485		非手術項目									
20	喉直達鏡並 做聲帶或會 厭軟骨腫瘤 切除或剝去 ·無主要合 併症或併發 症(門診)	97716K	790	無調整項目													15,581	15,581	0.0%				
21		97717A	273	無調整項目													15,448	15,448	0.0%				
22		97718B	128	00102B	一般門診診察費-醫院門 診診察費(不含牙科門診) 2.地區醫院(3)未開處方 或處方由本院所自行調劑	260	260	2	39	128	1.00	4,992	39	非手術項目					0	39	15,569	15,608	0.3%

註：  
1.資料來源：105年本署三代倉儲門診清單醫令明細檔。  
2.資料條件：費用年月為105年1月至105年12月，案件分類門診C1。  
3.兒童加成調整點數=各年齡層之調整前點數(B)\*成數差+調整前後點數差異(C-B)\*該年齡層調整後加成率之合計。(各年齡層調整後加成率：<6個月加成率為1.6，6個月至未滿2歲加成率為1.8，2歲至6歲加成率為2)  
4.灰底為該論病例計酬之基本診療項目。



第六部 論病例計酬  
第三章 一般外科

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
97220K	股及腹股溝疝氣手術(AGE>1, 單側)(門診)				v	<del>28,478</del>
97221A				v		<del>27,948</del>
97222B			v			<del>27,725</del>
97223C		v				<del>32,760</del>
						27,078
	註：1.診療項目要求表(詳附表 6.3.5) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)：0YQ50ZZ、0YQ60ZZ、0YQ70ZZ、0YQ80ZZ					

## 第四章 泌尿科

編號	診療項目	基層醫院	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
97405K	尿路結石體外震波碎石術(單側)(門診)				v	<del>29,070</del> 29,103
97406A				v		<del>29,070</del> 29,103
97420B	尿路結石體外震波碎石術(雙側)(門診)		v			<del>29,069</del> 29,103
97407K					v	<del>51,332</del> 51,368
97408A	尿路結石體外震波碎石術(三十日內施行第二次,單側)(門診)			v		<del>51,332</del> 51,368
97421B			v			<del>51,331</del> 51,368
97409K	尿路結石體外震波碎石術(三十日內施行第二次,雙側)(門診)				v	<del>23,020</del> 23,056
97410A				v		<del>23,020</del> 23,056
97422B	尿路結石體外震波碎石術(三十日內施行第二次,雙側)(門診)		v			<del>23,019</del> 23,056
97411K					v	<del>45,282</del> 45,318
97412A				v		<del>45,282</del> 45,318
97423B			v			<del>45,281</del> 45,318
註：1.診療項目要求表(詳附表 6.4.2) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.主診斷碼及主手術(或處置)碼： 主診斷碼(ICD-10-CM)：N20.0、N20.0-N20.9 主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)：0TF3XZZ、0TF4XZZ、 0TF6XZZ、0TF7XZZ、0TFBXZZ、0TFCXZZ、0WFRXZZ						

## 第六章 眼科

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
97605K	水晶體囊內(外)摘除術及人工水晶體置入術(單側)(門診)  註：1.診療項目要求表(詳附表 6.6.2) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)：08RJ3JZ、08RK3JZ				v	<del>20,706</del> 20,739
97606A				v		<del>20,706</del> 20,739
97607B			v			<del>20,703</del> 20,739
97608C		v				<del>20,739</del> 20,674

## 第七章 耳鼻喉科

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
97716K	喉直達鏡並做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）  註：1.診療項目要求表（詳附表 6.7.4） (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.主診斷碼及主手術(或處置)碼： 詳附表 6.7.0 3.主要合併症或併發症診斷碼(詳附表 6.7.5、6.7.5.1、6.7.5.2)				v	<del>15,581</del> 15,608
97717A				v		<del>15,448</del> 15,608
97718B			v			<del>15,569</del> 15,608