

全民健康保險醫療費用支付標準

第一部 總則

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施行細則第58條規定辦理其與中央健康保險局(以下簡稱健保局)所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說明如下：

(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，以下簡稱基層院所)

(二)地區教學醫院(含申請第一類新制醫院評鑑合格(含)以上者；申請第二類新制醫院評鑑合格(含)以上，未列屬區域醫院者申請第一類新制醫院評鑑優等或申請教學醫院評鑑合格者，適用地區教學醫院支付標準)

(三)區域醫院(含申請醫學中心及新制醫院評鑑未核定為「醫學中心」及申請第二類新制醫院評鑑合格(含)以上者，經以下計分及排序方式後，列屬區域醫院給付之上限家數以內者；第二類新制醫院評鑑為優等者。)

(四)醫學中心

(五)(三)特約藥局

~~新制醫院評鑑合格(含)以上者為配合本支付標準適用表別，其計分及排序方式如下：~~

~~** 適用區域醫院支付標準表別之計分及排序方式如下：~~

~~1、申請醫學中心及新制醫院評鑑未核定為「醫學中心」及申請第二類新制醫院評鑑合格(含)以上者，依其評定為特優、優等、合格等級順序先行排序，再將各醫院各評鑑項目評鑑結果加權總分〔即評量結果A、B、C、D、E轉換為3、2、1、-1、-2之權重(不適用項目NA採0計)，再以(A項數*3+B項數*2+C項數*1+D項數*(-1)+E項數*(-2))公~~

~~式計算}排序。如有同分之情事，則依序以A、B、C項數占總適用項數之百分比進行排序。且以以下公式計算區域醫院給付之上限家數。~~

$$R: X + \{ Y * (X / (Z - Y)) + (M - N) \text{ 其中 } \}$$

~~R: 該年度申請醫學中心及新制醫院評鑑未核定為「醫學中心」及申請第二類新制醫院評鑑之醫院，可核定為「區域醫院給付」之上限家數。~~

~~X: 該年度申請第二類新制醫院評鑑，且原健保給付層級為區域醫院之家數。~~

~~Y: 該年度新設立醫院並申請第二類新制醫院評鑑之家數。~~

~~Z: 該年度申請新制醫院評鑑總家數。~~

~~M: 該年度申請醫學中心及新制醫院評鑑，且原健保給付層級為醫學中心之家數。~~

~~N: 該年度醫學中心及新制醫院評鑑定為「醫學中心」之家數。~~

~~2、新制醫院評鑑合格(含)以上醫院未能列屬「區域醫院」給付者，或經重點複查或全院複評之合格醫院，僅得以「地區醫院」等級支付；惟若有申請教學醫院評鑑合格或評鑑為優等者，得以「地區教學醫院」或「新制醫院評鑑優等地區醫院」支付標準給付。~~

第二部 西醫

第一章 基本診療

第三節 急性病房費

| 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 | 備註 |
|--------|--|------|------|------|------------|------|------|
| 03001K | 一般病床(床/天) --病房費 | | | | v | 537 | 修訂點數 |
| 03002A | | | | v | 478 | | |
| 03003B | | | v | | <u>434</u> | | |
| 03004B | | | v | | 457 | | |
| 03026K | --護理費 | | | | v | 643 | |
| 03027A | | | | v | 568 | | |
| 03028B | | | v | | <u>487</u> | | |
| 03029B | | | v | | 516 | | |
| | 註：1. 急性精神病床比照申報。 2. 地區教學醫院及新制評鑑優等地區醫院以03004B、03029B申報。 | | | | | | |
| 03005K | 經濟病床(床/天) --病房費 | | | | v | 302 | 修訂點數 |
| 03006A | | | | v | 271 | | |
| 03007B | | | v | | <u>224</u> | | |
| 03008B | | | v | | 232 | | |
| 03030K | --護理費 | | | | v | 271 | |
| 03031A | | | | v | 239 | | |
| 03032B | | | v | | <u>173</u> | | |
| 03033B | | | v | | 180 | | |
| | 註：1. 指每一病室設四床(不含四床)以上之病床。 2. 急性精神病床比照申報。 3. 地區教學醫院及新制評鑑優等地區醫院以03008B、03033B申報。 | | | | | | |

| 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 | 備註 |
|--------|---|------|------|------|------|-------------|------|
| 03014A | 精神科加護病床(床/天) --病房費 | | | v | v | 1172 | 修訂點數 |
| 03015B | | | v | | | <u>1031</u> | |
| 03025B | | | v | | | 1048 | |
| 03037A | | | | v | v | 1758 | |
| 03038B | | | v | | | <u>1546</u> | |
| 03039B | | | v | | | 1572 | |
| | 註：1. 指對急性或重症精神病患，無法以一般急性病房之人力與設施照護，需施以隔離治療及24小時密集監測之醫療床，其病房設施須先報經健保局核可後適用。 2. 地區教學醫院及新制評鑑優等地區醫院以03025B、03039B申報。 | | | | | | |

| 編號 | 診療項目 | 丁級 | 丙級 | 乙級 | 甲級 | 支付點數 | 備註 |
|--------|--|----|----|----|----|-------------|-----------|
| 03010E | 加護病床 ICU (床/天) --病房費 | | | | v | 2560 | 修訂丁級之支付點數 |
| 03011F | | | | v | | 2160 | |
| 03012G | | | v | | | 1560 | |
| 03013H | | v | | | | <u>1347</u> | |
| 03047E | | | | | v | 3840 | |
| 03048F | | | | v | | 3240 | |
| 03049G | | | | v | | 2340 | |
| 03050H | | | v | | | <u>2020</u> | |
| | 註：1. 監視器、C. V. P. 處理費等已包括在所訂點數內，不得另計。 2. 呼吸器、電擊、氧氣、C. V. P. 置入及顱內壓監視置入等另按實際使用申報。 3. 使用加護病床患者以下列為限： 1) 急性心肌梗塞患者，不穩定型心絞痛或狹心症患者。 2) 急性心臟衰竭、急性腎臟衰竭、急性肝臟衰竭患者。 | | | | | | |

| 編號 | 診療項目 | 丁 級 | 丙 級 | 乙 級 | 甲 級 | 支付 點 數 | 備 註 |
|----|--|--------|--------|--------|--------|--------------|--------|
| | <p>3)急性呼吸衰竭、呼吸窘迫、間歇性呼吸暫停或重度窒息需積極呼吸治療患者。</p> <p>4)手術後仍需輔助性治療或生命徵象不穩定者。</p> <p>5)危命性不整脈（含心搏暫停後）患者。</p> <p>6)休克患者。</p> <p>7)嚴重新陳代謝及電解質、水分不平衡患者或內分泌異常需加強監視患者。</p> <p>8)急性中毒性昏迷患者。</p> <p>9)肝硬化性肝昏迷患者。</p> <p>10)胸腔外科、心臟外科及神經外科術後患者需加強醫療者。</p> <p>11)腦中風、腦膜炎、腦炎等腦病變急性期，合併意識障礙或昏迷者。</p> <p>12)癲癇重積症患者。</p> <p>13)急性顱內壓增高危及生命者。</p> <p>14)急性腦幹病變者。</p> <p>15)敗血症或疑敗血症且生命徵象不穩定者。</p> <p>16)新生兒黃膽過高需換血者。</p> <p>17)出生體重低於1500公克之極度早產兒。</p> <p>18)其他危篤重症危及生命者。</p> <p>4. 入住加護病房之患者如符合下列條件，應予轉出：</p> <p>1)血液動力學值穩定者(生命徵象、中心靜脈壓、肺動脈楔壓、心輸出量··)。</p> <p>2)脫離呼吸器。</p> <p>3)病情穩定已不需使用特殊生理監測器者。</p> <p>4)合併症已穩定控制者。</p> <p>5)已脫離急性期不需加護醫療照護者。</p> <p>6)家屬要求自動出院者。</p> | | | | | | |

第七部 論病例計酬

第二章 婦科

通則：本章各項目「得核實申報上限點數」、「得核實申報個案數比率」如下表：

| 項目名稱 | 支付代碼 | 層級 | 得核實申報上限點數 | 得核實申報個案數比率 | 平均住院日數 | 備註 |
|---------------------------------|--------|------|---------------|------------|-----------|---------------------|
| 子宮肌瘤切除術（住院）、 子宮鏡子宮肌瘤切除術（住院） | 97010K | 醫學中心 | 45,594 | 15% | 6天、 3天 | 配合地區醫院基本診療項目點數調增而調整 |
| | 97011A | 區域醫院 | 45,113 | 10% | | |
| | 97012B | 地區教學 | 45,108 | 5% | | |
| | 97013B | 地區醫院 | <u>44,958</u> | 5% | | |
| 輸卵管外孕手術（住院） | 97015K | 醫學中心 | 38,752 | 15% | 4天 | |
| | 97016A | 區域醫院 | 38,284 | 10% | | |
| | 97017B | 地區醫院 | 38,062 | 5% | | |
| 子宮完全切除術（住院） | 97020K | 醫學中心 | 57,333 | 15% | 7天 | |
| | 97021A | 區域醫院 | 57,001 | 10% | | |
| | 97022B | 地區醫院 | 56,774 | 5% | | |
| 次全子宮切除術（住院） | 97025K | 醫學中心 | 54,829 | 15% | 7天 | |
| | 97026A | 區域醫院 | 52,335 | 10% | | |
| | 97027B | 地區醫院 | 51,967 | 5% | | |
| 卵巢部分（全部）切除術 或輸卵管卵巢切除術（住院） | 97030K | 醫學中心 | 45,054 | 15% | 5天 | 配合地區醫院基本診療項目點數調增而調整 |
| | 97031A | 區域醫院 | 42,357 | 10% | | |
| | 97032B | 地區教學 | 42,213 | 5% | | |
| | 97033B | 地區醫院 | <u>41,949</u> | 5% | | |
| 腹腔鏡子宮完全切除術（住院） | 97035K | 醫學中心 | 70,499 | 5% | 5天 | |
| | 97036A | 區域醫院 | 68,724 | 5% | | |
| | 97037B | 地區醫院 | 67,473 | 5% | | |
| 腹腔鏡卵巢部分（全部）切除術 或輸卵管卵巢切除術（住院） | 97041K | 醫學中心 | 56,547 | 5% | 5天 | 配合地區醫院基本診療項目點數調增而調整 |
| | 97042A | 區域醫院 | 56,146 | 5% | | |
| | 97043B | 地區教學 | 55,225 | 5% | | |
| | 97044B | 地區醫院 | <u>53,861</u> | 5% | | |
| 腹腔鏡子宮外孕手術（住院） | 97045K | 醫學中心 | 54,656 | 5% | 3天 | |
| | 97046A | 區域醫院 | 54,045 | 5% | | |
| | 97047B | 地區醫院 | 53,216 | 5% | | |

| 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 | 備註 |
|--------------------------------------|--|------|--------|------|------|---|---------------------|
| 97010K 97011A 97012B 97013B | 子宮肌瘤切除術(住院)、子宮鏡子宮肌瘤切除術(住院) 註：1. 診療項目要求表(詳附表 7.2.1) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2. 出院狀態 (1)出院前至少 24 小時內體溫低於 37.5°C (2)無合併症 (3)可自行解尿 (4)正常胃腸功能，出院前 24 小時內至少正常排便 1 次 (5)病人之衛教： A. 沐浴及個人衛生 B. 傷口之照料 C. 活動程度(包括性生活等)之衛教 D. 口服藥 E. 門診回診時間 3. 國際疾病分類臨床修正代碼： 主手術(或處置)碼：68.29、68.29+68.12 4. 地區教學醫院及新制評鑑優等地區醫院依 97012B 項申報 5. 地區醫院依 97013B 項申報 | | v v | v | v | 41,134 39,263 38,178 <u>37,458</u> | 配合地區醫院基本診療項目點數調增而調整 |
| 97030K 97031A 97032B 97033B | 卵巢部分(全部)切除術或輸卵管卵巢切除術(住院) 註：1. 診療項目要求表(詳附表 7.2.5) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2. 出院狀態 (1)出院前至少 24 小時內體溫低於 37.5°C (2)無合併症 (3)可自行解尿 (4)正常胃腸功能，出院前 24 小時內至少正常排便 1 次 (5)病人之衛教： A. 沐浴及個人衛生 B. 傷口之照料 | | v v | v | v | 36,354 34,397 33,523 <u>32,449</u> | 配合地區醫院基本診療項目點數調增而調整 |

| 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 | 備註 |
|--------------------------------------|---|------|--------|------|------|--|---------------------|
| | C. 活動程度(包括性生活等)之衛教 D. 口服藥 E. 回診時間 3. 國際疾病分類臨床修正代碼: 主手術(或處置)碼: 65.22、65.29、65.39、65.49、65.51、 65.52、65.61、65.62 4. 地區教學醫院及新制評鑑優等地區醫院依 97032B 項申報 5. 地區醫院依 97033B 項申報 | | | | | | |
| 97041K 97042A 97043B 97044B | 腹腔鏡卵巢部分(全部)切除術或輸卵管卵巢切除術(住院) 註：1. 診療項目要求表(詳附表 7.2.7) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2. 出院狀態 (1)出院前至少 24 小時內體溫低於 37.5°C (2)無合併症 (3)可自行解尿 (4)正常胃腸功能，出院前 24 小時內至少正常排便 1 次 (5)病人之衛教： a. 沐浴及個人衛生 b. 傷口之照料 c. 活動程度(包括性生活等)之衛教 d. 口服藥 e. 回診時間 3. 國際疾病分類臨床修正代碼: 主手術(或處置)碼: 65.24、65.25、65.31、65.41、65.53、 65.54、65.63、65.64 4. 地區教學醫院及新制評鑑優等地區醫院依 97043B 項申報 5. 地區醫院依 97044B 項申報 | | v v | v | v | 56,547 56,146 55,225 53,861 | 配合地區醫院基本診療項目點數調增而調整 |