

## 第二部 西醫

### 第一章 基本診療

#### 第一節 門診診察費

通則：

- 一、本節所定點數包括醫師診療、處方、護理人員服務、電子資料處理、污水及廢棄物處理及其他基本執業成本（如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出）。
- 二、本節所稱醫院每日門診合理量依下列計算方式分別設定：

##### (一)醫學中心

$$\left[ \frac{\text{前一年門診量} \times 0.85 \div 270 \times 2}{3} + \frac{\text{急、慢性病床數} \times 3.55}{6} + \frac{\text{專任醫師數} \times 10.71}{6} \right] \times 0.9$$

##### (二)區域醫院

$$\left[ \frac{\text{前一年門診量} \times 0.85 \div 270 \times 2}{3} + \frac{\text{急、慢性病床數} \times 2.60}{6} + \frac{\text{專任醫師數} \times 15.24}{6} \right] \times 0.9$$

註1.前一年門診量以前二年七月至前一年六月之門診量扣除急診、洗腎、慢性病連續處方箋、居家照護、精神疾病社區復健、預防保健、安寧居家照護、門診論病例計酬、職業傷病、65歲以上接種流行性感感冒疫苗等醫療案件計算。

- 2.急、慢性病床應符合全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之規定，並扣除洗腎及急診暫留床；專任醫師應符合醫師法之規定，並扣除牙醫師及中醫師。
- 3.急、慢性病床數及專任醫師數以保險人特約醫事機構管理子系統(MA檔)、特約醫事人員管理子系統(MB檔)中每月第一日之登錄資料為計算基礎。

- 三、合併申報醫療費用之醫院，其醫院門診合理量應合併計算。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 九、全民健康保險醫療辦法第九條規定之同一療程疾病，各療程之診察費限申報一次。
- 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，三歲(含)以下兒童之門診診察費得依表定點數加計20%。

- 十一、西醫醫院四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(包括編號：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%，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計37%。(有關醫院申報門診診察費四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)
- 十二、西醫基層院所四到六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)、兒科及內科專科醫師申報第一段門診量內案件門診診察費(包括編號：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%，內科專科醫師加成3.8%；若同時符合兒童加成者，依加成率合計後一併加成。(有關基層院所申報門診診察費三歲以下不分科及四-六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、內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，婦、兒、外、內專科醫師別加成併兒童加成之計算詳附表2.1.5)。

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
	一般門診診察費					
	— 醫院門診診察費(不含牙科門診)					
	1.就診人次在合理量內：					
	醫學中心及區域醫院					
00154A	1)處方交付特約藥局調劑			√	√	228
00155A	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑			√	√	263
00156A	3)未開處方或處方由本院所自行調劑			√	√	228
00157A	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑			√	√	243
00170A	5)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交付特約藥局調劑			√	√	463
00171A	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			√	√	443
	2.地區醫院					
00101B	1)處方交付特約藥局調劑		√			228
00131B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		√			263
00102B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		√			228
00132B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		√			243
00172B	5)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交付特約藥局調劑		√			463
00173B	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		√			443
	3.就診人次超出合理量部分：					
00151B	1)處方交付特約藥局調劑		√	√	√	120
00103B	2)未開處方或處方由本院所自行調劑		√	√	√	120
	4.金門馬祖以外之山地離島地區					
00105B	1)處方交付特約藥局調劑		√	√	√	228
00135B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		√	√	√	263
00106B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		√	√	√	228
00136B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		√	√	√	243
00174B	5)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交付特約藥局調劑		√	√	√	463
00175B	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		√	√	√	443

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
	5.金門馬祖地區					
00107B	1)處方交付特約藥局調劑		v	v	v	240
00137B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	283
00108B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		v	v	v	240
00138B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	263
00176B	5) 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交付特約藥局調劑		v	v	v	483
00177B	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		v	v	v	463
	一 基層院所門診診察費					
	1.每位醫師每日門診量在三十人次以下部分(≤30)					
00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-25人次)		v			320
00223C	1-2)處方交付特約藥局調劑(26-30人次)		v			250
00139C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v			355
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-25人次)		v			320
00224C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(26-30人次)		v			250
00140C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v			330
00158C	5)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交付特約藥局調劑		v			555
00159C	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		v			530
	2.每位醫師每日門診量超過三十人次，但在五十人次以下部分(31-50)					
00111C	1)處方交付特約藥局調劑		v			220
00141C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v			275
00112C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		v			220
00142C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v			250
00160C	5)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交付特約藥局調劑		v			475
00161C	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		v			450

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
	3.每位醫師每日門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分(51-70)					
00113C	1)處方交付特約藥局調劑	v				160
00143C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				215
00114C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				160
00144C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				190
00162C	5)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交付特約藥局調劑	v				415
00163C	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交由本院所自行調劑	v				390
	4.每位醫師每日門診量超過七十人次，但在一五〇人次以下部分(71-150)					
00115C	1)處方交付特約藥局調劑	v				90
00145C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				145
00116C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				90
00146C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				120
00164C	5)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交付特約藥局調劑	v				345
00165C	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	v				320
	5.每位醫師每日門診量超過一五〇人次部分(>150)					
00117C	1)處方交付特約藥局調劑	v				50
00147C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				105
00118C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				50
00148C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				80
00166C	5)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交付特約藥局調劑	v				305
00167C	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	v				280
	6.山地離島地區					
	(1)每位醫師每日門診量在五十人次以下部分(≤50)					
00119C	1)處方交付特約藥局調劑	v				300
00149C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				355
00120C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				300
00150C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				330
00168C	5)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交付特約藥局調劑	v				555
00169C	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	v				530

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)每位醫師每日門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分(51-70)					
00205C	1)處方交付特約藥局調劑	v				220
00206C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				275
00207C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				220
00208C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				250
00209C	5)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交付特約藥局調劑	v				475
00210C	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	v				450
	(3)每位醫師每日門診量超過七十人次，但在一五〇人次以下部分(71-150)					
00211C	1)處方交付特約藥局調劑	v				160
00212C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				215
00213C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				160
00214C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				190
00215C	5)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交付特約藥局調劑	v				415
00216C	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交由本院所自行調劑	v				390
	(4)每位醫師每日門診量超過一五〇人次部分 (>150)					
00217C	1)處方交付特約藥局調劑	v				90
00218C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				145
00219C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				90
00220C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				120
00221C	5)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交付特約藥局調劑	v				345
00222C	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	v				320
	註：1.以上1-6點每月看診日數計算方式： 每月實際看診日數不足二十五日(不含二十五日)，應以日計；每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日)，得以當月全月日數計。 2.以上1-6點限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。 3.處方交付特約藥局調劑或未開處方者，不得申報藥事服務費。 4.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。					

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
	<p>5.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑申報。</p> <p>6.本項支付點數含護理費29-39點。</p> <p>7.山地離島地區經總額受託單位與保險人共同協議認定之特殊地區院所得除外，以山地離島地區50人次以下部分之支付點數申報。</p> <p>8.基層診所醫師診治病人後，應交付處方箋給病人，由病人自行選擇調劑之場所。</p>					
01015C	<p>急診診察費</p> <p>註：1.急診定義及適用範圍如附表2.1.1。</p> <p>2.本項支付點數含護理費46—73點。</p> <p>3.夜間(晚上十時至隔日早上六時)加成 50%、例假日(週六之中午十二時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加成 20%，同時符合夜間及例假日者，則僅加成 50%。</p> <p>4.山地離島及符合行政院衛生署公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加成30%，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加成80%。</p> <p>5.兒童加成項目。</p>	v	v			478
00201B	急診診察費(按檢傷分類) 檢傷分類第一級		v	v	v	918
00202B	檢傷分類第二級		v	v	v	683
00203B	檢傷分類第三級		v	v	v	509
00204B	檢傷分類第四級		v	v	v	412
00225B	<p>檢傷分類第五級</p> <p>註：1.檢傷分類依行政院衛生署規定。</p> <p>2.地區醫院得就本項費用與01015C急診診察費擇一申報，惟採行後一年始得變更。</p> <p>3.夜間(晚上十時至隔日早上六時) 加成50%、例假日(週六之中午十二時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加成20%，同時符合夜間及例假日者，則僅加成50%。</p> <p>4.山地離島及符合行政院衛生署公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加成30%，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加成80%。</p> <p>5.兒童加成項目。</p> <p>6.內含護理費比率為32.04%，點數介於115點~294點。</p>		v	v	v	358

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
	精神科門診診察費 —每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)					
	1.醫院					
01018B	1)處方交付特約藥局調劑		√	√	√	257
00178B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		√	√	√	305
01019B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		√	√	√	257
00179B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		√	√	√	284
00180B	5)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交付特約藥局調劑		√	√	√	505
00181B	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		√	√	√	484
	2.基層診所					
01031C	1)處方交付特約藥局調劑	√				318
00182C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	√				369
01032C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	√				318
00183C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	√				348
00184C	5)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交付特約藥局調劑	√				569
00185C	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	√				548
	—每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45)					
00186C	1)處方交付特約藥局調劑	√	√	√	√	150
00187C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	√	√	√	√	200
00188C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	√	√	√	√	150
00189C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	√	√	√	√	180
00190C	5)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交付特約藥局調劑	√	√	√	√	400
00191C	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	√	√	√	√	380
	註：1.處方交付特約藥局調劑或未開處方者，不得申報藥事服務費。 2.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。 3.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑申報。 4.本項支付點數含護理費31-41點。 5.基層院所精神科門診診察費限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。 6.基層院所精神科每月看診日數計算方式： 每月實際看診日數不足二十五日(不含二十五日)，應以日計；每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日)，得以當月全月日數計。					

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
01021C	精神科急診診察費 註：1.精神科急診定義及範圍如附表2.1.1。 2.本項支付點數含護理費48-67點。 3.夜間(晚上十時至隔日早上六時)加成50%、例假日(週六之中午十二時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加成20%，同時符合夜間及例假日者，則僅加成50%。 4.山地離島及符合行政院衛生署公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加成30%，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加成80%。 5.兒童加成項目。	√	√	√	√	505
01023C	高危險早產兒特別門診診察費 註：1.限出生時2000公克以下的早產兒於二歲前之特別門診追蹤治療，並限由小兒科專科醫師親自執行。 2.本支付點數含護理費49-65點。	√	√	√	√	390
01024C	山地離島地區醫療報酬 —離島地區醫師巡迴醫療費(半天)	√	√	√	√	1000
01027C	—山地離島地區護理人員巡迴醫療費(半天)	√	√	√	√	800
01033C	—山地離島地區藥事人員巡迴醫療費(半天)	√	√	√	√	800
01028C	—支援二、三、四級離島無醫師地區醫療費(一天) 註：1. 山地離島地區巡迴醫療每位醫師、藥事人員及護理人員每月以八次為限，每次以半天為單位。 2.申報01024C及01028C者，得另依規定申報醫療費。 3.相關規定請依「全民健康保險申請山地離島地區醫療報酬作業須知」辦理。	√	√	√	√	2000
01030D	助產所產後檢查 註：1.內容包括：產後恢復檢查、避孕指導、德國麻疹預防注射之諮商及指導。 2.每人每次產後以申報一次為限。					160

## 附表 2.1.1 急診定義及適用範圍

- 一、急診定義：凡需立即給予患者緊急適當之處理，以拯救其生命、縮短其病程、保留其肢體或維持其功能者。
- 二、適用範圍如下：
  - (一) 急性腹瀉、嘔吐或脫水現象者。
  - (二) 急性腹痛、胸痛、頭痛、背痛(下背、腰協痛)、關節痛或牙痛、需要緊急處理以辨明病因者。
  - (三) 吐血、便血、鼻出血、咳血、溶血、血尿、陰道出血或急性外傷出血者。
  - (四) 急性中毒或急性過敏反應者。
  - (五) 突發性體溫不穩定者。
  - (六) 呼吸困難、喘鳴、口唇或指端發紺者。
  - (七) 意識不清、昏迷、痙攣或肢體運動功能失調者。
  - (八) 眼、耳、呼吸道、胃腸道、泌尿、生殖道異物存留或因體內病變導致阻塞者。
  - (九) 精神病患者有危及他人或自己之安全，或呈現精神疾病症狀須緊急處置者。
  - (十) 重大意外導致之急性傷害。
  - (十一) 應立即處理之法定或報告傳染病。
  - (十二) 生命徵象不穩定或其他可能造成生命危急症狀者。

附表 2.1.2

醫院申報門診診察費四歲(含)以下兒童加成及科別加成支付點數之計算

代碼	名稱	支付 點數 A	不分科別 四歲以下兒 童加成 20% 支付點數 =A*1.2	婦兒外科加成 17%	
				科別加 成支付 點數 =A*1.17	同時符合 兒童加成 支付點數 =A*1.37
	<b>一般門診診察費</b> —醫院門診診察費(不含牙科門診)				
	<b>1.就診人次在合理量內：</b>				
	<b>醫學中心及區域醫院</b>				
00154A	1)處方交付特約藥局調劑	228	274	267	312
00155A	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	263	316	308	360
00156A	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	228	274	267	312
00157A	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	243	292	284	333
00170A	5)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交付特約藥局調劑	463	556	542	634
00171A	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	443	532	518	607
	<b>2.地區醫院</b>				
00101B	1)處方交付特約藥局調劑	228	274	267	312
00131B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	263	316	308	360
00102B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	228	274	267	312
00132B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	243	292	284	333
00172B	5)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交付特約藥局調劑	463	556	542	634
00173B	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	443	532	518	607
	<b>3.就診人次超出合理量部分：</b>				
00151B	1)處方交付特約藥局調劑	120	144		
00103B	2)未開處方或處方由本院所自行調劑	120	144		
	<b>4.金門馬祖以外之山地離島地區</b>				
00105B	1)處方交付特約藥局調劑	228	274	267	312
00135B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	263	316	308	360
00106B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	228	274	267	312
00136B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	243	292	284	333
00174B	5)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交付特約藥局調劑	463	556	542	634
00175B	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	443	532	518	607

代碼	名稱	支付 點數 A	不分科別 四歲以下兒 童加成 20% 支付點數 =A*1.2	婦兒外科加成 17%	
				科別加 成支付 點數 =A*1.17	同時符合 兒童加成 支付點數 =A*1.37
<b>5.金門馬祖地區</b>					
00107B	1)處方交付特約藥局調劑	240	288	281	329
00137B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	283	340	331	388
00108B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	240	288	281	329
00138B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	263	316	308	360
00176B	5) 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交付特約藥局調劑	483	580	565	662
00177B	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	463	556	542	634
<b>精神科門診診察費</b>					
—每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)					
<b>1.醫院</b>					
01018B	1)處方交付特約藥局調劑	257	308		
00178B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	305	366		
01019B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	257	308		
00179B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	284	341		
00180B	5)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交付特約藥局調劑	505	606		
00181B	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	484	581		
—每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45)					
00186C	1)處方交付特約藥局調劑	150	180		
00187C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	200	240		
00188C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	150	180		
00189C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	180	216		
00190C	5)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交付特約藥局調劑	400	480		
00191C	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	380	456		
01023C	<b>高危險早產兒特別門診診察費</b>	390	468	456	534

附表 2.1.3

基層院所申報門診診察費四歲以下不分科及四-六歲兒童專科醫師  
 加成 20% 之點數計算

代碼	名稱	支付點數	加成後點數
	<b>一般門診診察費—基層院所門診診察費</b>		
	<b>1.每位醫師每日門診量在三十人次以下部分 (≤30)</b>		
00109C	1-1) 處方交付特約藥局調劑(1-25 人次)	320	384
00223C	1-2) 處方交付特約藥局調劑(26-30 人次)	250	300
00139C	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	355	426
00110C	3-1) 未開處方或處方由本院所自行調劑(1-25 人次)	320	384
00224C	3-2) 未開處方或處方由本院所自行調劑(26-30 人次)	250	300
00140C	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	330	396
00158C	5) 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交付特約藥局調劑	555	666
00159C	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	530	636
	<b>2.每位醫師每日門診量超過三十人次，但在五十人次以下部分 (31-50)</b>		
00111C	1) 處方交付特約藥局調劑	220	264
00141C	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	275	330
00112C	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑	220	264
00142C	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	250	300
00160C	5) 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交付特約藥局調劑	475	570
00161C	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	450	540
	<b>3.每位醫師每日門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分 (51-70)</b>		
00113C	1) 處方交付特約藥局調劑	160	192
00143C	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	215	258
00114C	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑	160	192
00144C	4) 開具慢性病連續處方由本院所自行調劑	190	228
00162C	5) 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交付特約藥局調劑	415	498
00163C	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	390	468
	<b>4.每位醫師每日門診量超過七十人次，但在一五〇人次以下部分 (71-150)</b>		
00115C	1) 處方交付特約藥局調劑	90	108
00145C	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	145	174
00116C	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑	90	108

代碼	名稱	支付點數	加成後點數
00146C	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	120	144
00164C	5) 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交付特約藥局調劑	345	414
00165C	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	320	384
	<b>5.每位醫師每日門診量超過一五〇人次部分 (&gt;150)</b>		
00117C	1) 處方交付特約藥局調劑	50	60
00147C	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	105	126
00118C	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑	50	60
00148C	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	80	96
00166C	5) 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交付特約藥局調劑	305	366
00167C	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	280	336
	<b>6.山地離島地區</b>		
	<b>(1)每位醫師每日門診量在五十八人次以下部分(≤50)</b>		
00119C	1) 處方交付特約藥局調劑(<=50 人次)	300	360
00149C	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(≤50)	355	426
00120C	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑(≤50)	300	360
00150C	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(≤50)	330	396
00168C	5) 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交付特約藥局調劑(≤50)	555	666
00169C	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(≤50)	530	636
	<b>(2)每位醫師每日門診量超過五十八人次，但在七十八人次以下部分(51-70)</b>		
00205C	1) 處方交付特約藥局調劑(51-70)	220	264
00206C	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(51-70)	275	330
00207C	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑(51-70)	220	264
00208C	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(51-70)	250	300
00209C	5) 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交付特約藥局調劑(51-70)	475	570
00210C	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(51-70)	450	540
	<b>(3)每位醫師每日門診量超過七十八人次，但在一五〇人次以下部分(71-150)</b>		
00211C	1) 處方交付特約藥局調劑(71-150)	160	192
00212C	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(71-150)	215	258
00213C	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑(71-150)	160	192
00214C	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(71-150)	190	228

代碼	名稱	支付點數	加成後點數
00215C	5) 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交付特約藥局調劑(71-150)	415	498
00216C	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(71-150)	390	468
	<b>(4)每位醫師每日門診量超過一五〇人次部分(&gt;150)</b>		
00217C	1) 處方交付特約藥局調劑(>150)	90	108
00218C	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(>150)	145	174
00219C	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑(>150)	90	108
00220C	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(>150)	120	144
00221C	5) 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交付特約藥局調劑(>150)	345	414
00222C	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(>150)	320	384
	<b>精神科門診診察費－基層診所 每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)</b>		
01031C	1) 處方交付特約藥局調劑	318	382
00182C	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	369	443
01032C	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑	318	382
00183C	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	348	418
00184C	5) 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交付特約藥局調劑	569	683
00185C	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	548	658
	<b>－每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(&gt;45)</b>		
00186C	1) 處方交付特約藥局調劑	150	180
00187C	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	200	240
00188C	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑	150	180
00189C	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	180	216
00190C	5) 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交付特約藥局調劑	400	480
00191C	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	380	456
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	390	468

附表 2.1.4

基層院所申報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

代碼	名稱	支付 點數 A	婦外專科醫 師加成 9% 支 付點數 =A*1.09	兒童專科醫 師加成 3% 支 付點數 =A*1.03	內科專科醫師 加成 3.8% 支 付點數 =A*1.038
	<b>一般門診診察費－基層院所門診診察費</b>				
	<b>1.每位醫師每日門診量在三十人次以下部分(≤30)</b>				
00109C	1-1) 處方交付特約藥局調劑(1-25 人次)	320	349	330	332
00139C	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	355	387	366	368
00110C	3-1) 未開處方或處方由本院所自行調劑(1-25 人次)	320	349	330	332
00140C	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	330	360	340	343
00158C	5) 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交付特約藥局調劑	555	605	572	576
00159C	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	530	578	546	550
	<b>6.山地離島地區</b>				
	<b>(1)每位醫師每日門診量在五十八人次以下部分(≤50)</b>				
00119C	1) 處方交付特約藥局調劑(≤50 人次)	300	327	309	311
00149C	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(≤50)	355	387	366	368
00120C	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑(≤50)	300	327	309	311
00150C	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(≤50)	330	360	340	343
00168C	5) 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交付特約藥局調劑(≤50)	555	605	572	576
00169C	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(≤50)	530	578	546	550
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	390	425	402	405

附表 2.1.5

基層院所申報婦、兒、外、內專科醫師別加成併兒童加成第一段門診診察費支付點數之計算

代碼	名稱	支付點數 A	婦、外專科醫師看診 3 歲(含)以下兒童加成 29% 支付點數 =A*1.29	兒專科醫師看診 6 歲(含)以下兒童加成 23% 支付點數 =A*1.23	內專科醫師看診 3 歲(含)以下兒童加成 23.8% 支付點數 =A*1.238
	<b>一般門診診察費—基層院所門診診察費</b>				
	<b>1.每位醫師每日門診量在三十人次以下部分 (≤30)</b>				
00109C	1-1) 處方交付特約藥局調劑(1-25 人次)	320	413	394	396
00139C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	355	458	437	439
00110C	3-1) 未開處方或處方由本院所自行調劑(1-25 人次)	320	413	394	396
00140C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	330	426	406	409
00158C	5)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交付特約藥局調劑	555	716	683	687
00159C	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	530	684	652	656
	<b>6.山地離島地區</b>				
	<b>(1)每位醫師每日門診量在五十二人次以下部分(≤50)</b>				
00119C	1)處方交付特約藥局調劑(<=50 人次)	300	387	369	371
00149C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(≤50)	355	458	437	439
00120C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑(≤50)	300	387	369	371
00150C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(≤50)	330	426	406	409
00168C	5)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交付特約藥局調劑(≤50)	555	716	683	687
00169C	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(≤50)	530	684	652	656
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	390	503	480	483





## 第二節 住院診察費

通則：

- 一、嬰幼兒病床得按主管機關登記之病床別，適用本節各項費用。
- 二、正常新生兒費用，以 570114C、57115C「新生兒費」項目併母親分娩費用申報，不得重複申報本節各項費用。
- 三、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；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之二十。
- 四、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。
- 五、醫師應每日按規定巡房，未巡房者，不予支付住院診察費。

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
02005B	住院會診費 註：1.本項會診費，除急診期間外，每一保險對象每次住院最多限申報五次。 2. 急診處暫留床病患，以申報一次為限。		v	v	v	367
02006K	一般病床住院診察費(天) 註：1.經濟病床及急性精神病床比照申報。 2.留置急診處暫留床二日以上者，自第二天起比照申報。				v	353
02007A				v		333
02008B		v				300
02010B	燒傷病床住院診察費(天)		v	v	v	604
02011K	加護病床住院診察費(天) 註：精神科加護病床、燒傷中心及骨髓移植隔離病床比照申報。				v	712
02012A				v		631
02013B		v				550
02014K	隔離病床住院診察費(天) 註：核醫病床得比照申報。				v	373
02015A				v		348
02016B		v				307
02017K	新生兒中重度住院診察費(天) 註：本項非兒童加成項目。				v	482
02018A				v		447
02019B		v				391

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
02020B	緩和醫療家庭諮詢費 註： 1.適應症：以現行住院重症病患，且已進入末期狀態者為主。 2. 相關規範： (1)諮詢參與人員：包括主治醫療團隊、病患或病患家屬。 (2)諮詢時間：每一個案諮詢時間至少 1 小時。 (3)諮詢記錄：應有完整的諮詢溝通內容記錄，並應併入病患之病歷記錄留存，紀錄並有參與諮詢醫療團隊及病患或家屬簽名。 (4)申報規定： a.另已參與全民健康保險安寧共同照護試辦方案、住院安寧療護及居家安寧照護後，不得再申報。 b.每人每院限申報乙次。		v	v	v	1500
02021K	慢性病床住院診察費(天)				v	353
02022A				v		333
02023B		v				300

### 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。
- 七、加護病床支付標準，原則依行政院衛生署87年「加護病房評定」等級認定；惟新設立、增床者及自89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；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲至六歲者，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
03001K	急性一般病床(床/天) --病房費				v	537
03002A				v		478
03004B			v			457
03026K	--護理費				v	643
03027A				v		568
03029B			v			516
03005K	經濟病床(床/天) --病房費				v	302
03006A				v		271
03008B			v			232
03030K	--護理費				v	271
03031A				v		239
03033B			v			180
	註：指每一病室設四床(不含四床)以上之病床。					

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
03009K 03023A 03024B 03034K 03035A 03036B	嬰兒病床 (床/天) --病房費 --護理費 註：1. 指足月出生四個月內或早於三十五週出生之早產兒出生後矯正年齡五個月內之嬰兒(正常新生兒除外)因疾病而需特別觀察治療者，或因早產需要特別養育者，以入住時之年齡判定。 2. 限無家屬照顧，二十四小時由醫護人員照顧者。 3. 本項非兒童加成項目。 4. 非註1之嬰兒住院者，以急性一般病床申報費用。					1066 972 878 1871 1706 1541
03055K 03056A 03057B 03058K 03059A 03060B	急性精神一般病床 (床/天) --病房費 --護理費					537 478 457 643 568 516
03061K 03062A 03063B 03064K 03065A 03066B	急性精神經濟病床 (床/天) --病房費 --護理費 註：指每一病室設四床(不含四床)以上之病床。					302 271 232 271 239 180
03067K 03068A 03069B 03070K 03071A 03072B	慢性病床 (床/天) --病房費 --護理費					302 271 232 271 239 180

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
03014A 03025B 03037A 03039B	精神科加護病床(床/天) --病房費 --護理費 註：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保險人核可後適用。		v	v	v	1172 1048 1758 1572
03016B 03040B	燒傷病房(床/天) --病房費 --護理費 註：指有隔離技術及加護病房設施並具有燒傷醫療計畫等特別整合以提供專門醫療燒傷之病房，其病房設施須先報經保險人核可適用。		v	v	v	1119 1119
03017A 03041A	燒傷加護病床(床/天) --病房費 --護理費 註：1.指除具有燒傷病房之功能外，另有專業人員包括醫師、護理師(士)、營養師、復健師、社工師、呼吸治療師及心理治療師為特別燒傷醫療團隊的病房，其病房設施須先報經保險人核可後適用。 2. C.V.P.處理費、矽砂床、監視器等費用已包括在所訂點數內，不得另計。 3.呼吸器、電擊、氧氣及C.V.P.置入等另按實際使用申報。 4.適應症：二度燒傷，燒傷面積成人大於全身20%，兒童大於10%；或三度燒傷，燒傷面積成人大於全身10%，兒童大於5%。 5.申報費用時應檢附病歷摘要，並保存病人入出院時皮表處理之彩色照片，以備審核。			v	v	5831 8746
03018A 03019B 03042A 03043B	急診觀察床(床/天) --病房費 --護理費 註：1.急診留觀或待床病人，入住滿六小時始得申報。 2.留置超過一日(二十四小時)者，比照住院病房費申報方式，依算進不算出原則計算。 3.僅作注射點滴、輸血或休息者，不予支付。		v	v	v	150 125 150 125

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
	隔離病床(床/天)					
03020B	1. 普通隔離病床 --病房費		v	v	v	862
03044B	--護理費		v	v	v	862
	2. 正壓隔離病床					
03021B	--病房費		v	v	v	1786
03045B	--護理費		v	v	v	1786
	註：指對免疫缺乏之重症患者，具有保護免於受外界感染源侵犯之特殊設計之病床，其病房設施須先報經保險人核可後適用。					
	3. 負壓隔離病床					
03051B	--病房費		v	v	v	1786
03052B	--護理費		v	v	v	1786
	註：指對患有具傳染性疾病之病人，能夠不讓其病源體散布於社區或醫院內之特殊設計之病床。					
	核醫病床					
03053B	--病房費		v	v	v	2007
03054B	--護理費		v	v	v	1786
	註：限行政院原子能委員會安全檢查及游離幅射測量合格之核醫病床申報					
	骨髓移植隔離病床(床/天)					
03022K	--病房費				v	4791
03046K	--護理費				v	7186
	註：指具高效率過濾網(HEPA Filter)及水平層流無菌室(LAF)設備並需符合美國太空總署class 100標準(每公升微塵粒子數不超過3.5個)之隔離病床，其病房設施須先報經保險人核可後適用。					

編號	診療項目	丁	丙	乙	甲	支付點數
		級	級	級	級	
03010E	加護病床 ICU (床/天) --病房費				v	2560
03011F				v		2160
03012G			v			1560
03047E	--護理費				v	3840
03048F				v		3240
03049G			v			2340
	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>3.使用加護病床患者以下列為限：</p> <p>1)急性心肌梗塞患者，不穩定型心絞痛或狹心症患者。</p> <p>2)急性心臟衰竭、急性腎臟衰竭、急性肝臟衰竭患者。</p> <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>					

編號	診療項目	丁 級	丙 級	乙 級	甲 級	支 付 點 數
	4. 入住加護病房之患者如符合下列條件，應予轉出： 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···)。 2) 脫離呼吸器。 3) 病情穩定已不需使用特殊生理監測器者。 4) 合併症已穩定控制者。 5) 已脫離急性期不需加護醫療照護者。 6) 家屬要求自動出院者。					

## 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醫療機構設置標準之規定。
- 二、保險對象住精神科慢性病房，以入住一般慢性精神病床為原則，如一般慢性病床不敷供應，而願超等住院者，由保險對象自付其差額。
- 三、被保險人病房費之計算，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不予計算。
- 四、本節住院照護費、日間住院治療費所訂點數均已包括醫師診察費、病床費、護理費、精神醫療治療費及其他雜項成本，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，不得另外申報第二部第二章第五節之精神醫療治療費。
- 五、申報治療性院外適應治療者（04010A、04011B），每三個月不得超過二十天，並限由主治醫師評估開立醫囑後執行，且不得申報本節之其他項目。
- 六、精神科日間住院照護病患，因精神科相關疾病至同一院所就醫，其費用已包含在日間住院治療費內，不得另外申報其他費用；若因其他非精神科相關疾病至同一院所就醫之處置治療費，除通則四規定內含項目（如診察費、病床費、護理費等費用）外，得另核實申報。惟若醫療院所當日未申報精神科日間住院治療費（含日間全天及日間半天），仍得核實申報診察費、病床費、護理費等相關費用。

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
04001A	一般慢性精神病床住院照護費（床/天）			√	√	816
04002B			√			714
04004C	精神科日間住院治療費（日間全天） -成人	√	√	√	√	714
04012C		√	√	√	√	795
04013C		√	√	√	√	877
	註：限經中央衛生主管機關精神醫療院所(科)評鑑合格且辦理日間住院業務者申報。					
04007C	精神科日間住院治療費（日間半天） -成人	√	√	√	√	357
04014C		√	√	√	√	398
04015C		√	√	√	√	438
	註：限經中央衛生主管機關精神醫療院所(科)評鑑合格且辦理日間住院業務者申報。					
04010A	院外適應治療（天）			√	√	336
04011B			√			288



## 第五節 管灌飲食費

通則：

- 一、管灌飲食以醫院聘有專任之營養師並由主治醫師處方指定者為限。
- 二、特約住診醫院對於被保險人管灌食之計算，凡住院之日，不論何時入院均作一天論；出院之日，不論何時出院，其出院當日之管灌食費，不予計算。
- 三、本節所訂點數包括提供管灌飲食之所有相關成本。

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
05101B	一般灌食 (天) 2500卡以下 ≤ 2500卡		v	v	v	340
05102B	超過2500卡 > 2500卡 註：一般管灌食之適用症 1.因口腔、頭頸部外傷或疾病而吞食困難者，但無代謝改變，可以一般成份比例供應者。例如：口腔癌、下顎骨折、消化道灼傷、食道狹窄、食道切除、食道癌者。 2.輕至中度灼傷、外傷以致無法經口進食或經口進食不足者 3.因意識不清或昏迷無法控制進食，而無代謝改變，可以一般成份比例供應者。 4.神經性厭食、習慣性嘔吐，輕至中度者。 5.癌症病人進食不足或無法進食，但無代謝改變，可以一般成份比例供應者。 6.免疫功能過低，需以無菌飲食供應者。 7.胃造口或空腸造口等手術病患。		v	v	v	420
05103B	營養成份調整配方灌食 (天) 2500卡以下 ≤ 2500卡		v	v	v	390
05104B	超過2500卡 > 2500卡 註：管灌進食病人需調整營養成份配方之適用症： 1.便秘或長期臥床腸道功能不足者。 2.腹瀉或敏感性腸症。 3.純素食而需管灌飲食者。 4.對牛奶蛋白過敏者。 5.嚴重營養不良。 6.神經性厭食症。 7.中至重度灼傷或外傷。 8.新陳代謝亢進或異化代謝期。(例如敗血症、癌症) 9.外科手術後嚴重營養流失者。 10.急、慢性腎衰竭。 11.肝性腦病變。 12.慢性阻塞性肺部疾病。 13.呼吸衰竭。 14.用呼吸器者。 15.因壓力造成高血糖症或糖尿病者。 16.胰臟炎、膽囊炎、膽道阻塞。		v	v	v	480

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
	17.慢性或中至重度脂肪痢。					
05105B	預解及元素食灌食(天) 1000卡以下 $\leq$ 1000卡		v	v	v	560
05106B	1001卡-2000卡		v	v	v	1010
05107B	>2000卡 註：管灌進食病人需部分水解配方之適用症： 1.短腸症、小腸截腸、慢性發炎性腸疾病、腸道管。 2.胰臟功能不全、糜管及膽汁缺乏等造成之嚴重脂肪痢頑固性腹瀉。 3.其他經專案報准之個案。		v	v	v	1440
05108B	免疫調節管灌食(天) 1000卡以下 $\leq$ 1000卡		v	v	v	550
05109B	1001卡-2000卡		v	v	v	800
05110B	>2000卡 註： 1.本項適用症如下，且使用至全身發炎徵候群消失，即行停止。 (1)嚴重敗血症：臨床上懷疑或證實有感染，加上符合至少二項SIRS(全身性發炎反應徵候群)條件，及臨床上併有至少一個器官衰竭。 (2)急性肺損傷：PaO <sub>2</sub> /Fi O <sub>2</sub> <300 mmHg (3)急性呼吸窘迫症：Pa O <sub>2</sub> /Fi O <sub>2</sub> <200 mmHg 2.實證醫學被証實的免疫配方內含EPA/GLA(含魚油、琉璃苣油和抗氧化劑等)等成分為主者。 3.施行本項不得同時申報05101B、05102B、05103 B、05104B、05105B、05106B、05107B。 4.SIRS(全身性發炎反應症候群)：四項條件如下。 (1)體溫大於38°C或低於36°C。 (2)心跳大於90次/每分鐘。 (3)呼吸大於20/每分鐘或血中二氧化碳分壓小於32mmHg。 (4)白血球總數高於12000/ $\mu$ L或低於4000/ $\mu$ L或不成熟的白血球比例高於10%。		v	v	v	1200

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. 器官衰竭定義如下</p> <p>(1) 休克：臨床出現低血壓經過足夠的輸液灌救後，血壓仍低於90 mmHg或平均血壓低於65mmHg，或者需要使用強心劑以維持血壓。</p> <p>(2) 急性肺損傷：PaO<sub>2</sub>/Fi O<sub>2</sub>&lt;300 mmHg</p> <p>(3) 急性腎衰竭：體液容積足夠下，尿量&lt;0.5c.c./Kg/hr 至少二小時。</p> <p>(4) 血小板低下症：血小板數量低於100000/<math>\mu</math>L或比平常低50%以上。</p> <p>(5) 代謝性酸血症：Ph&lt;7.30或Base deficit <math>\geq</math> 5.0mmoL/L或血清乳酸值&gt;2.2mmoL/L。</p>					



## 第六節 調劑

通則：

- 一、藥品費依「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」有關規定辦理。
- 二、藥事服務費之成本，包含處方確認、處方查核、藥品調配、核對及交付藥品、用藥指導、藥歷管理及藥品耗損、包裝、倉儲、管理等費用。
- 三、醫院牙科門診申報本節門診藥事服務費用，應按調劑人員及處方類別，限申報 05203C、05204D、05224C、05225D、05207C、05208D、05211C 及 05212D 等項，惟 05219B、05220A 及 05221A 如符合相關規定，亦得申報。
- 四、本節各項目，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；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之二十。（除基層院所外）
- 五、交付調劑醫療服務案件，診療之保險醫事服務機構，不得申報藥事服務費用。
- 六、依全民健康保險醫療辦法規定一次領取二個月或三個月用藥量之慢性病連續處方箋案件，其藥事服務費得相對申報二次或三次。
- 七、特約藥局如不符行政院衛生署公告之「藥局設置作業注意事項」，其藥事服務費比照基層院所藥事人員調劑標準支付。
- 八、特約藥局及基層院所藥事人員合理調劑量(以每日實際調劑量計算)每人每日 100 件，山地離島地區每人每日 120 件，超過不予給付藥事服務費，特約藥局調劑件數不分處方來源一併計算。
- 九、基層診所醫師兼具藥師資格者，於執登處所，依自開處方親自為藥品調劑者，以醫師親自調劑支付標準核給藥事服務費，且每日親自調劑處方以 50 件為限，超過 50 件不予給付藥費及藥事服務費。

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				
05201A	門診藥事服務費（醫院部分） — 一般處方給藥(7天以內)					v	v	47
05226B					v			42
05222A	— 慢性病處方給藥13天以內					v	v	47
05227B					v			42
05205A	— 慢性病處方給藥14-27天					v	v	59
05228B					v			52
05209A	— 慢性病處方給藥28天以上					v	v	69
05229B					v			64

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	
			醫師調劑	藥員調劑					
05202B	門診藥事服務費（診所及藥局部分） 每人每日80件內 (山地離島地區每人每日100件內) —一般處方給付(7天以內)  —慢性病處方給藥13天以內  —慢性病處方給藥14-27天  —慢性病處方給藥28天以上	v						45	
05203C				v				30	
05204D			v					11	
05223B			v					45	
05224C					v			30	
05225D				v				11	
05206B			v					56	
05207C					v			32	
05208D				v				21	
05210B			v					66	
05211C					v			42	
05212D				v				32	
05234D		門診藥事服務費（診所及藥局部分） 每人每日81-100件內 (山地離島地區每人每日101-120件內)	v		v				15
05213K		住院藥事服務費(天) —非單一劑量處方  —單一劑量處方						v	44
05214A							v		33
05215B						v			29
05216K							v	88	
05217A						v		76	
05218B						v		66	
	註：1.精神科日間住院病患申報藥事服務費，應以該病患實際日間住院治療之日數為限；至院外適應治療期間，不得再申報本項費用。 2.留置急診處暫留床二日以上者，自第二天起比照申報。 3.精神科日間住院病患及留置急診處暫留床病患不得申報單一劑量藥事服務費。								

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。				v	v	v	190
05220A	全靜脈營養注射劑處方之藥事服務費(TPN)(天) 註：限設有經「中華民國靜脈暨腸道營養學會」認定合格之「營養醫療小組」之特約醫院申報。					v	v	307
05221A	化學腫瘤藥品處方之藥事服務費(天) 註：在層流工作檯內操作或調配之化學腫瘤藥品〈係指所有細胞毒(cytotoxic)藥品針劑、非單一劑量包裝之口服細胞毒藥品及生物毒藥品類等〉者得申報本項，惟不包括藥廠製造之一般口服或外用化學腫瘤等，無需在層流工作檯調配之成品製劑者。					v	v	307



## 第七節 藥費

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
	-門診日劑藥費(每日)						
MA1	12歲以上者及12歲(含)以下未處方原瓶包裝口服液劑者	v	v				22
	12歲(含)以下處方原瓶包裝口服液劑者						
MA2	-1種	v	v				31
MA3	-2種	v	v				37
MA4	-3種或3種以上	v	v				41
	註：						
	1. 每件給藥日數不得超過3日。						
	2. 「健保用藥品項查詢一清單」之備註欄位，有「口服液劑(原瓶包裝)」註記者屬原瓶包裝口服液劑藥品。						



## 第八節 住院安寧療護

通則：

一、安寧療護是以完整的醫療團隊，運用積極的醫療措施及護理照顧，儘可能緩解病人因得到威脅生命疾病所造成之身、心、靈痛苦，以提升病人與家屬的生活品質。

二、本節各項目限經核准設有安寧療護住院病床之醫事服務機構申報。

三、收案條件：

(一) 病患或家屬同意接受安寧療護，並簽署選擇安寧緩和醫療意願書或同意書(必要條件)。

(二) 癌症末期病患：

1. 確定病患對各種治癒性治療效果不佳(必要條件)。

2. 居家照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。

3. 病情急劇轉變造成病人極大不適時，如

(1) 高血鈣 (Hypercalcemia)

(2) 脊髓壓迫 (Spinal Cord compression)

(3) 急性疼痛 (Acute pain)

(4) 嚴重呼吸困難 (Dyspnea severe)

(5) 惡性腸阻塞 (Malignant bowel obstruction)

(6) 出血 (Bleeding)

(7) 腫瘤 (塊) 潰瘍 (Ulcerated mass 如 breast cancer, buccal cancer)

(8) 嚴重嘔吐 (Vomiting severe)

(9) 發燒，疑似感染 (Fever R/O Infection)

(10) 癲癇發作 (Seizure)

(11) 急性瞻妄 (Delirium, acute)

(12) 急性精神壓力，如自殺意圖 (Acute Psychological distress, Suicide attempt)

(三) 末期運動神經元病患：

1. 末期運動神經元病患，不接受呼吸器處理，主要症狀有直接相關及／或間接相關症狀者。

(1) 直接相關症狀：虛弱及萎縮、肌肉痙攣、吞嚥困難、呼吸困難。

(2) 間接相關症狀：睡眠障礙、便秘、流口水、心理或靈性困擾、分泌物及黏稠物、低效型通氣不足、疼痛。

2. 末期運動神經元患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者。

(四) 主要診斷為下列疾病，且已進入末期狀態者 (相關入住症狀等條件詳附表)：

1. 老年期及初老期器質性精神病態

2. 其他大腦變質

3. 心臟衰竭

4. 慢性氣道阻塞，他處未歸類者

5. 肺部其他疾病

6. 慢性肝病及肝硬化

7. 急性腎衰竭，未明示者

8. 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

- 四、住院照護費之計算，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，其出院當日不予計算。
- 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，不得另外申報本標準所列項目，亦不得以其他名目向保險對象收取費用。
- 六、本標準第二部第二章第二節第二項放射線治療、第六節第一項處置費 47091B「淋巴水腫照護-徒手淋巴引流」及第六節第二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。
- 七、病患屬癌症骨轉移病人並有頑固性之骨疼痛者、高血鈣末期病人，經心理、社會、靈性層面評估，需要繼續降低血鈣者，及癌症骨轉移病人經評估為病理性骨折之高危險群者，得另行核實申報雙磷酸鹽類（bisphosphonate）藥物，於使用期間需有成效評估紀錄備查，惟使用該類藥物需符合全民健康保險藥品給付之規定並採逐案審查。
- 八、當申報本章節之病患住院日數大於 30 天以上者，且占該院當月總照護人數 50% 以上者，採逐案審查。
- 九、以本章節支付標準申報之個案不適用本標準第七部全民健康保險住院診斷關聯群 (Tw-DRGs)。

編號	診療項目	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
05601K	安寧住院照護費（每日）			v	4930
05602A			v		4930
05603B		v			4930

## 附表

### 一、老年期及初老期器質性精神病態

1. 必要條件：CDR 臨床失智評分量表為一末期(CDR=5)者：病人沒有反應或毫無理解力。認不出人。需旁人餵食，可能需用鼻胃管。吞食困難。大小便完全失禁。長期躺在床上，不能坐也不能站，全身關節攣縮。
2. 居家照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。
3. 病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：
  - (1) 電解值不平衡(Electrolyte imbalance)
  - (2) 急性疼痛(Acute pain)
  - (3) 嚴重呼吸困難(Severe dyspnea)
  - (4) 惡性腸阻塞(Malignant bowel obstruction)
  - (5) 嚴重嘔吐(Severe vomiting)
  - (6) 發燒，疑似感染(Fever, suspect infection)
  - (7) 癲癇發作(Seizure)
  - (8) 急性瞻妄(Acute delirium)
  - (9) 瀕死狀態(Predying state)

### 二、其他大腦變質

嚴重神經疾病如：嚴重中風，嚴重腦傷，Multiple sclerosis, Parkinson's disease, Huntington's disease 等退化性疾病末期，合併以下狀況：

1. 末期大腦變質病患，不需使用呼吸器維生者，病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：
  - (1) 電解值不平衡(Electrolyte imbalance)
  - (2) 急性疼痛(Acute pain)
  - (3) 嚴重呼吸困難(Severe dyspnea)
  - (4) 惡性腸阻塞(Malignant bowel obstruction)
  - (5) 嚴重嘔吐(Severe vomiting)
  - (6) 發燒，疑似感染(Fever, suspect infection)
  - (7) 癲癇發作(Seizure)
  - (8) 急性瞻妄(Acute delirium)
  - (9) 瀕死狀態(Predying state)
2. 末期大腦變質患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者。

### 三、心臟衰竭

心衰竭末期應最少符合下列二個指標：

1. CHF NYHA stage III 或 IV – 休息或輕度活動時會喘。
2. 原心臟照顧團隊認為病人很可能在近期內死亡。
3. 經常因嚴重心臟衰竭症狀住院。
4. 雖經最大的醫療處置但仍有極不容易控制的生理或心理症狀如下：
  - (1) 因心律不整而造成的昏厥等嚴重症狀者
  - (2) 曾有心臟停止或心肺復甦術病史
  - (3) 常有不明原因的昏厥
  - (4) 心因性腦栓塞
  - (5) 左心室射出分率(LV ejection fraction)  $\leq 20\%$



#### 四、慢性氣道阻塞疾病，他處未歸類者

慢性阻塞性肺病 Chronic Obstructive Pulmonary Disease – COPD

休息時就會喘，且病況持續惡化 (如：反覆因肺炎或呼吸衰竭需送至醫院急診或住院)，合併以下任一狀況：

1. 即使使用氧氣，然而 PaO<sub>2</sub>  $\leq 55$  mmHg 或 50% saturation
2. FEV<sub>1</sub>  $\leq 30\%$  of predicted
3. FEV<sub>1</sub> 持續下降且速度每年大於 40 mL。
4. 六個月內體重減少 10% 以上。
5. 休息時心跳超過 100/min。
6. 肺心症或肺病造成之右心衰竭。
7. 合併有其他症狀 (如：惡質病、反覆感染、重度憂鬱) 或多重合併症。

#### 五、肺部其他疾病

Cystic fibrosis, severe fibrotic lung disease 等末期肺病，休息時就會喘，且病況持續惡化 (如：反覆因肺炎或呼吸衰竭需送至醫院急診或住院)，合併以下任一狀況：

1. 即使使用氧氣，然而 PaO<sub>2</sub>  $\leq 55$  mmHg 或 50% saturation 88%。
2. FEV<sub>1</sub>  $\leq 30\%$  of predicted
3. FEV<sub>1</sub> 持續下降且速度每年大於 40 mL。
4. 六個月內體重減少 10% 以上。
5. 休息時心跳超過 100/min。
6. 肺心症或肺病造成之右心衰竭。
7. 合併有其他症狀 (如：惡質病、反覆感染、重度憂鬱) 或多重合併症。

#### 六、慢性肝病及肝硬化

必要條件：肝病或肝硬化末期，不適合肝臟移植，且

- (1) PT > 5 sec above control 或 INR > 1.5
- (2) Serum albumin < 2.5 g/dl

合併下列任一項症狀

1. 困難處理之腹水 (Refractory ascites)。
2. 自發性細菌性腹膜炎 (Spontaneous bacterial peritonitis)。
3. 肝腎症候群 (Hepatorenal syndrome)。
4. 肝腦病變合併坐立不安、昏睡和昏迷 (Encephalopathy with asterixis, somnolence, coma)。
5. 復發性食道靜脈瘤出血 (Recurrent variceal bleeding)。
6. 多重器官衰竭 (Multiple organ failure)。
7. 惡病質與消瘦 (Cachexia and asthenia)。

## 七、急性腎衰竭，未明示者

acute renal failure, unspecified

1. 已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病患。
2. 病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病患可能在近期內死亡。
3. 病人在自由意識的選擇與自主的決定下不願意，或因合併下列疾病狀況之一，不適合繼續接受長期透析治療或接受腎臟移植者：
  - (1) 其他重要器官衰竭及危及生命之合併症
  - (2) 長期使用呼吸器
  - (3) 嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症
  - (4) 惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者
  - (5) 惡性腫瘤末期患者
  - (6) 因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者

## 八、慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

本項適用主診斷 585 (慢性腎衰竭; chronic renal failure)及 586 (腎衰竭，未明示者; renal failure, unspecified)兩項疾病末期定義

1. 慢性腎臟病至末期腎臟病階段，尚未接受腎臟替代療法病患，屬慢性腎臟病(CKD)第 4, 5 期病患( $GFR < 30 \text{ ml/min/1.73m}^2$ )，或已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病患。
2. 病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病患可能在近期內死亡。
3. 病人在自由意識的選擇與自主的決定下不願意，或因合併下列疾病狀況之一，不適合新接受或繼續接受長期透析治療或腎臟移植者：
  - (1) 其他重要器官衰竭及危及生命之合併症
  - (2) 長期使用呼吸器
  - (3) 嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症
  - (4) 惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者
  - (5) 惡性腫瘤末期患者
  - (6) 因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者