

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

條文對照表

修正條文						現行條文		說明
第二部 西醫 第一章 基本診療 第二節 住院診察費						第二部 西醫 第一章 基本診療 第二節 住院診察費		新增本項
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		
02024B	高危險妊娠住院診察費 註：適應症： 1. <u>妊娠 22 周至 32 周早產病患。</u> 2. <u>40 歲(含)以上初產婦。</u> 3. <u>BMI ≥ 35 之初產婦。</u> 4. <u>嚴重妊娠高血壓。</u> 5. <u>前置胎盤患者。</u> 6. <u>多胞胎。</u> 7. <u>胎兒生長遲緩或胎兒發育異常者(IUGR)或胎盤功能異常者。</u> 8. <u>妊娠合併內科疾病：心臟病、糖尿病、甲狀腺疾病、腎臟疾病(NS,IgA,ESRD)、免疫性疾病(SLE)、血小板低下症。</u> 9. <u>白血病。</u> 10. <u>血友病(Coagulopathy)。</u> 11. <u>愛滋病。</u> 12. <u>產後大出血者。</u> 13. <u>胎盤早期剝離。</u> 14. <u>合併接受外科手術者。</u> 15. <u>雙胞胎輸血症候群。</u>		v	v	v	450		

第二章 特定診療

第一節 檢查 Laboratory Examination

第十三項 超音波檢查 Sonography

通則：須將診斷結果附於病歷，申報費用應檢附報告。(19001-19018)

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
19005C	其他超音波 Echo for others 註：1.本節未列之超音波檢查，得以本項申報。 2.兒童加成項目。	v	v	v	v	600

第二十一項 內視鏡檢查 Endoscopy Examination (28001-28039)

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
28039B	支氣管鏡螢光透視檢查（含支氣管鏡檢查費用） <u>Bronchofluoroscopy</u> 註： 1.適應症：支氣管鏡直接目視下不可見之肺週邊病灶，並經螢光導引定位進行之切片（biopsy）、刷拭（brushing）、沖洗（washing, lavage）。 2.不得與 28006C 支氣管鏡檢查合併申報。	v	v	v	v	4872

第二章 特定診療

第一節 檢查 Laboratory Examination

第十三項 超音波檢查 Sonography

通則：須將診斷結果附於病歷，申報費用應檢附報告。(19001-19018)

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
19005B	其他超音波 Echo for others 註：1.本節未列之超音波檢查，得以本項申報。 2.兒童加成項目。		v	v	v	600

第二十一項 內視鏡檢查 Endoscopy Examination (28001-28038)

現行基層以 19005B1 申報，為回歸支付標準之常態，修訂適用層級別

新增本項

第二節 放射線診療 X-RAY

二、特殊造影檢查 Scanning (33001-33133)

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
33074B	單純性血管整形術 P.T.A. (percutaneous transluminal angioplasty): simple		v	v	v	10800
33115B	複雜性血管整形術 P.T.A. (percutaneous transluminal angioplasty): complex 註：1.應有血管造影設備並報經保險人同意後實施。 2.包括選擇性血管造影 (Including selective angiography)。 3.施行「血管整形術」原則上應已含括「四肢動靜脈造影 33048B」，惟如因病情需要屬不同側時，得分別申報，其他特殊案例，則由專業審查認定。 4.單純性血管整形術係指一條血管之治療，複雜性血管整形術則包含2條血管(含)以上之治療。血管數計算方式： (1)上肢，以實際執行之血管數計算。 (2)下肢，分為五部份(腸動脈、股膝髖動脈、前脛動脈、後脛動脈及腓腸骨動脈)，每部份算同一條血管。 (3)同一條血管內多處病灶仍算同一條血管。		v	v	v	17327

第二節 放射線診療 X-RAY

二、特殊造影檢查 Scanning (33001-33133)

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
33074B	血管整形術 P.T.A. (percutaneous transluminal angiography) 註：1.應有血管造影設備並報經保險人同意後實施。 2.包括選擇性血管造影 (Including selective angiography)。 3.施行「血管整形術 (33074B)」原則上應已含括「四肢動靜脈造影 33048B」，惟如因病情需要屬不同側時，得分別申報，其他特殊案例，則由專業審查認定。		v	v	v	10800

修訂中英文名稱

新增本項

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

第一項 處置費 Treatment

十、外科處置 General Surgery Treatment (56001-56038)

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
56038B	內視鏡冷凍治療(含內視鏡檢查費用) Endoscopic Cryotherapy 註： 1.適應症： (1)氣管、支氣管內病灶之切片(biopsy)。 (2)氣管、支氣管內異物之移除。 (3)氣管、支氣管狹窄、肉芽之處置。		V	V	V	3655

第二項 透析治療 Dialysis Therapy (58001~58030)

通則：血液透析採定額支付，惟如有下列特殊病例得核實申報：

- 一、如每人每月使用EPO劑量連續三個月均達20,000單位，但Hb值小於8.5g/dl時，應尋找抗性原因，若其 $URR \geq 65\%$ 、血清ferritin $\geq 300ng/ml$ ，而且無引起貧血之非腎臟因素時，得以檢附病人臨床相關資料及說明使用理由專案申請增加每月注射劑量，經同意後始能提高EPO注射劑量。

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

第一項 處置費 Treatment

十、外科處置 General Surgery Treatment (56001-56037)

第二項 透析治療 Dialysis Therapy (58001~58030)

通則：血液透析採定額支付，惟如有下列特殊病例得核實申報：

- 一、如每人每月使用EPO劑量連續三個月均達20,000單位，但Hct值仍小於26%時，應尋找抗性原因，若其 $KT/V \geq 1.0$ 、血清ferritin $\geq 300ng/ml$ ，而且無引起貧血之非腎臟因素時，得以檢附病人臨床相關資料及說明使用理由專案申請增加每月注射劑量，經同意後始能提高EPO注射劑量。

新增本項

修訂指標及
閾值

第四部 中 醫

通則：

- 六、中醫醫療院所平均每位專任醫師每月申報另開內服藥之針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置費(編號：B41、B43、B45、B53、B55、B62、B80、B82、B85、B87、B90、B92)上限為四十五人次，超出四十五人次部分者五折支付。

附表 4.4.1 複雜性針灸申請給付及支付原則

一、複雜性針灸適應症之定義需為附表 4.4.2 所列之重大傷病及癱瘓病名。

二、費用申報與審查相關規定：

- 1.按全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法辦理執行審查。
- 2.病歷記載應依規定書寫，重大傷病應詳述記載重大傷病史及健保 IC 卡序號(十二碼)。
- 3.抽審病歷視醫療院所與前一年申報附表 4.4.2 所列疾病與去年同期相較之成長率，必要時得予全審。

附表 4.5.1 複雜性傷科申請給付及支付原則

一、複雜性傷科適應症之定義需為附表 4.5.2 所列之傷病病名。

二、費用申報與審查相關規定：

- 1.院所每月專任中醫師平均申報上限為三十人次，超出部分依現行支付標準支付。
- 2.按全民健康保險醫療費用申報與核付及服務審查辦法辦理執行審查。
- 3.病歷記載應依規定書寫。
- 4.申報診療項目時，主診斷碼需符合附表 4.5.2 所列之適應症 ICD-9 代碼。
- 5.抽審病歷視醫療院所與前一年申報附表 4.5.2 所列疾病與去年同期相較之成長率，必要時得予全審。

第四部 中 醫

通則：

- 六、中醫醫療院所平均每位專任醫師每月申報另開內服藥之針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置費(編號：B41、B43、B45、B53、B55、B62、B80、B82、B85、B87、B90、B92)上限為三十人次，超出三十人次部分者五折支付。

附表 4.4.1 複雜性針灸申請給付及支付原則

一、複雜性針灸適應症之定義需為附表 4.4.2 所列之重大傷病及癱瘓病名。

二、費用申報與審查相關規定：

- (1) 本項依本標準第四部中醫之給付項目及支付標準申報，案件類別為 26 案件。
- (2) 按全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法辦理執行審查。
- (3) 病歷記載應依規定書寫，重大傷病應詳述記載重大傷病史及健保 IC 卡序號(十二碼)。
- (4) 抽審病歷視醫療院所與前一年申報附表 4.4.2 所列疾病與去年同期相較之成長率，必要時得予全審。

附表 4.5.1 複雜性傷科申請給付及支付原則

一、複雜性傷科適應症之定義需為附表 4.5.2 所列之傷病病名。

二、費用申報與審查相關規定：

- (1) 本項依本標準第四部中醫之給付項目及支付標準申報，案件類別為 27 案件。
- (2) 院所每月專任中醫師平均申報上限為三十人次，超出部分依現行支付標準支付。
- (3) 按全民健康保險醫療費用申報與核付及服務審查辦法辦理執行審查。
- (4) 病歷記載應依規定書寫。
- (5) 申報診療項目時，主診斷碼需符合附表 4.5.2 所列之適應症 ICD-9 代碼。
- (6) 抽審病歷視醫療院所與前一年申報附表 4.5.2 所列疾病與去年同期相較之成長率，必要時得予全審。

刪除

刪除

第八部 品質支付服務

第二章 糖尿病

通則：

一、參與資格：

申報本章費用之醫事機構須組成照護團隊，醫事人員並經縣市共同照護網認證後向保險人之分區業務組申請同意。

(一)第一階段照護：

1.團隊醫事人員資格如下：醫師、護理衛教及營養衛教之專業人員須經各縣市糖尿病共同照護網認證合格，地區醫院及基層院所之護理衛教及營養衛教人員，得依相關法規規定以共聘或支援方式辦理。地區醫院及基層院所團隊醫事人員可為醫師加另一專業人員執行(可包括護理師、營養師、藥師)，惟團隊仍需取得各縣市糖尿病共同照護網醫師、護理衛教及營養衛教認證合格。

(二)第二階段照護

個案完整申報新收案(P1407C) 1次、追蹤(P1408C)至少5次、年度評估(P1409C)至少2次後，另得視病情需要進行衛教服務，申報第二階段照護項目。

1.醫事人員資格如下：限內科、兒科、家醫科、新陳代謝、內分泌、心臟、腎臟專科醫師。除新陳代謝、內分泌、心臟、腎臟專科醫師及原第一階段照護醫師，其他專科醫師需接受中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國糖尿病學會、中華民國糖尿病衛教學會、台灣醫療繼續教育推廣學會或國民健康署公布之糖尿病健康促進機構所主辦之糖尿病相關課程8小時，並取得證明。

2.限參與第一階段照護之醫事機構方能提供第二階段照護，第二階段照護醫師名單，醫事機構須向保險人各分區業務組申請同意。另第一階段照護醫師第一、二階段照護皆可執行。

(三)申報本章費用之醫師，第一階段其當季個案追蹤率小於20%者(指前一季已收案之個案中，於本季完成追蹤者)，經輔導未改善，自保險人文到日之次月起，一年內不得再申報本章之相關費用(P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C)。

二、收案對象：

(三)參與方案院所新收案對象，經保險人健保資訊網服務系統(VPN)查詢，若已被其他院所收案照護中(1年內仍有追蹤紀錄)，不得收案。

四、醫療費用審查：

(一)申報原則：

1.醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。

2.門診及住院醫療服務點數清單及醫令清單填表說明

(1)屬本方案收案之保險對象，其就診當次符合申報P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C者，於申報費用時，門診醫療服務點數清單之案件分類應填『E1』、特定治療項目代號(一)應填『E4』；住院案件之醫療服務點數清單之給付類別則填寫「C」。未符合申報上述醫令者，依一般費用申報原則辦理。

(2)申報方式：併當月份送核費用申報。

(二)審查原則

2.糖化血色素(HbA1C)及低密度脂蛋白(LDL)之任一病患檢驗值經保險人審查發現登載不實，將取消該年度之品質獎勵措施資格，並追扣該年度已核發之品質獎勵點數。如連續二年經保險人審查發現登載不實，自保險人文到日之次月起，二年內不得再申報本章費用。

五、品質獎勵措施：

(二)品質加成指標

3.HbA1C>9.0%比率(HbA1C不良率)

➤ 定義：

(1)分母：當年度該院所由該醫師收案之所有收案當中之完成當年度追蹤管理及年度評估次數，排除第4季新收

第八部 品質支付服務

第二章 糖尿病

通則：

一、參與資格：

申報本章費用之醫事機構須組成照護團隊，醫事人員並經縣市共同照護網認證後向保險人之分區業務組申請同意。

(一)第一階段照護：

1.團隊醫事人員資格如下：醫師、護理衛教及營養衛教之專業人員須經各縣市糖尿病共同照護網認證合格，地區醫院及基層院所之護理衛教及營養衛教人員，得依相關法規規定以共聘或支援方式辦理。基層診所團隊醫事人員可為醫師加另一專業執行(可包括護理師、營養師、藥師)，惟團隊仍需取得各縣市糖尿病共同照護網醫師、護理衛教及營養衛教認證合格。

(二)第二階段照護

個案完整申報新收案(P1407C) 1次、追蹤(P1408C)至少5次、年度評估(P1409C)至少2次後，另得視病情需要進行衛教服務，申報第二階段照護項目。

1.醫事人員資格如下：限內科、兒科、家醫科、新陳代謝、內分泌、心臟、腎臟專科醫師。除新陳代謝、內分泌、心臟、腎臟專科醫師及原第一階段照護醫師，其他專科醫師需接受中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國糖尿病學會、中華民國糖尿病衛教學會或國健局公布之糖尿病健康促進機構所主辦之糖尿病相關課程8小時，並取得證明。

2.限參與第一階段照護之醫事機構方能提供第二階段照護，第二階段照護醫師名單，醫事機構須向本局各分區業務組申請同意。另第一階段照護醫師第一、二階段照護皆可執行。

(三)申報本章費用之醫師，第一階段其當季個案追蹤率小於20%者(指前一季已收案之個案中，於本季完成追蹤者)，經輔導未改善，自本局文到日之次月起，一年內不得再申報本章之相關費用(P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C)。

二、收案對象：

(三)參與方案院所新收案對象，經本局健保資訊網服務系統(VPN)查詢，若已被其他院所收案照護中(1年內仍有追蹤紀錄)，不得收案。

四、醫療費用審查：

(一)申報原則：

1.醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法規定辦理。

2.門診及住院醫療服務點數清單及醫令清單填表說明

(1)屬本方案收案之保險對象，其就診當次符合申報P1407C、P1408C、P1409C、P1410C、P1411C者，於申報費用時，門診醫療服務點數清單之案件分類應填『E1』、特定治療項目代號(一)應填『E4』；住院案件之醫療服務點數清單之給付類別則填寫「C」。未符合申報上述醫令者，依一般費用申報原則辦理。

(2)申報方式：併當月份送核費用申報。

(二)審查原則

2.糖化血色素(HbA1C)及低密度脂蛋白(LDL)之任一病患檢驗值經保險人審查發現登載不實，將取消該年度之品質獎勵措施資格，並追扣該年度已核發之品質獎勵點數。如連續二年經保險人審查發現登載不實，自本局文到日之次月起，二年內不得再申報本章費用。

五、品質獎勵措施：

(二)品質加成指標

3.HbA1C>9.5%比率(HbA1C不良率)

➤ 定義：

(1)分母：當年度該院所由該醫師收案之所有收案當中之完成當年度追蹤管理及年度評估次數，排除第4季新收案個

放寬地區醫院團隊醫事人員資格。

增列糖尿病相關課程主辦單位。

文字修正

文字修正

文字修正

文字修正

<p>案個案。</p> <p>(2)分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之收案當中，其 HbA1C>9.0%之次數比率。</p> <p>5.LDL<100mg/dl 比率(LDL 良率)</p> <p>➢ 定義：(註：LDL 值係指年度評估之登錄值)</p> <p>(1)分母：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人次。</p> <p>(2)分子：該院所收案對象於本年度有登錄 LDL 值之人次中，其 LDL<100mg/dl 之次數比率。</p> <p>註：配合第二階段照護，年度評估者計算包含 P1409C 或 P1411C，追蹤管理計算包含 P1408C 或 P1410C。</p> <p>(三)品質卓越獎</p> <p>1.依各醫師新收案率分為 2 組(以新收案率<= 55%及> 55%予區分，合計共分為 2 組)。</p> <p>2.各組依上述收案完整追蹤率、HbA1C 控制良好率、HbA1C 不良率、LDL 不良率、LDL 良率等五項指標比率分別排序(收案完整追蹤率、HbA1C 控制良好率及 LDL 良率為由高排至低；HbA1C 不良率及 LDL 不良率為由低排至高)，再將各指標之序別各乘上 1/5 後相加重新排序，取排序總和前 25%之醫師，惟當年度新參與方案之醫師，須於次年方得參與品質獎勵評比，依該醫師所收個案中達成完整追蹤之個案數，每個個案數給予 1,000 點獎勵，當年度新收個案則依完整追蹤季數等比例支付。</p> <p>➢ 收案人數定義：當年度該院所由該醫師申報新收案(P1407C)或年度評估(P1409C)之病人歸戶數(如個案僅申報追蹤管理，則將無法被歸戶為某醫師所收案之個案；如醫師有兼任情形則會依院所分別歸戶)。</p> <p>(四)品質進步獎</p> <p>1.依前一年度之各組個案完整追蹤率、HbA1C 不良率、HbA1C 控制良好率、LDL 不良率及 LDL 良率等五項指標為基準年，計算品質獎勵進步獎，惟醫師需有全曆年之指標為基準年，當得於基準年後之次年參與品質獎勵進步獎之計算(即醫師需有 2 個完整全曆年申報本章費用)。</p> <p>3.各組依兩年度之 5 項品質指標比率相減，5 項品質指標中均需進步或持平，依該醫師所收個案中達成完整追蹤之個案數，每個個案數給予 500 點獎勵，當年度新收個案則依完整追蹤季數等比例支付，並排除該年度品質卓越獎之得獎醫師。</p> <p>八、符合本章節之個案，若合併其它疾病且分屬保險人辦理之不同方案收案對象時，除依本章節支付標準申報外，得再依相關方案申報費用。</p>	<p>案。</p> <p>➢ (2)分子：當年度該院所由該醫師收案符合上述分母條件之收案當中，其 HbA1C>9.5%之次數比率。</p> <p>(三)品質卓越獎</p> <p>1.依各醫師新收案率分為 2 組(以新收案率<=66%及>66%予區分，合計共分為 2 組)。</p> <p>2.各組依上述收案完整追蹤率、HbA1C 控制良好率、HbA1C 不良率及 LDL 不良率等四項指標比率分別排序(收案完整追蹤率、HbA1C 控制良好率為由高排至低；HbA1C 不良率及 LDL 不良率為由低排至高)，再將各指標之序別各乘上 1/4 後相加重新排序，取排序總和前 25%之醫師，惟當年度新參與方案之醫師，須於次年方得參與品質獎勵評比，依該醫師所收個案中達成完整追蹤之個案數，每個個案數給予 1,000 點獎勵，當年度新收個案則依完整追蹤季數等比例支付。</p> <p>➢ 收案人數定義：當年度該院所由該醫師申報新收案(P1407C)或年度評估(P1409C)之病人歸戶數(如個案僅申報追蹤管理，則將無法被歸戶為某醫師所收案之個案；如醫師有兼任情形則會依院所分別歸戶)。</p> <p>(四)品質進步獎</p> <p>1.依前一年度之各組個案完整追蹤率、HbA1C 不良率、HbA1C 控制良好率及 LDL 不良率等四項指標為基準年，計算品質獎勵進步獎，惟醫師需有全曆年之指標為基準年，當得於基準年後之次年參與品質獎勵進步獎之計算(即醫師需有 2 個完整全曆年申報本章費用)。</p> <p>3.各組依兩年度之 4 項品質指標比率相減，4 項品質指標中均需進步或持平，依該醫師所收個案中達成完整追蹤之個案數，每個個案數給予 500 點獎勵，當年度新收個案則依完整追蹤季數等比例支付。</p> <p>八、符合本章節之個案，若合併其它疾病且分屬保險人本局辦理之不同方案收案對象時，除依本章節支付標準申報外，得再依相關方案申報費用。</p>	<p>增列指標</p> <p>修正分組依據</p> <p>配合指標增列修正文字</p> <p>配合指標增列修正文字</p>
--	---	---

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	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	
P1407C	糖尿病第一階段新收案管理照護費 註：1.照護項目詳附表一，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.地區醫院及基層院所之團隊醫事人員可為醫師加另一專業人員執行。	v	v	v	v	650	P1407C	糖尿病第一階段新收案管理照護費 註：1.照護項目詳附表一，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.基層院所之團隊醫事人員如為醫師加另一專業執行，則申報點數為本項點數之80%。	v	v	v	v	400	為提高新收案率，調升支付點數，並放寬地區醫院之團隊醫事人員條件比照基層診所，其申報點數提高為全額給付。
P1408C	糖尿病第一階段追蹤管理照護費 註：1.照護項目詳附表二，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.申報新收案後至少須間隔7週才能申報本項，本項每年度最多申報三次，每次間隔至少10週。 3.地區醫院及基層院所之團隊醫事人員如為醫師加另一專業人員執行，則申報點數為本項點數之80%。	v	v	v	v	200	P1408C	糖尿病第一階段追蹤管理照護費 註：1.照護項目詳附表二，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.申報新收案後至少須間隔7週才能申報本項，本項每年度最多申報三次，每次間隔至少11週。 3.基層院所之團隊醫事人員如為醫師加另一專業執行，則申報點數為本項點數之80%。	v	v	v	v	200	配合慢性處方簽病患領藥日數，評估間隔時程縮短至10週，並放寬地區醫院之團隊醫事人員條件比照基層診所。
P1409C	糖尿病第一階段年度評估管理照護費 註：1.照護項目詳附表三，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.申報追蹤管理後至少間隔10週才能申報本項，本項限執行P1407C及P1408C合計達三次(含)以上者始得申報，本項每年度最多申報一次。 3.地區醫院及基層院所之團隊醫事人員如為醫師加另一專業人員執行，則申報點數為本項點數之80%。	v	v	v	v	800	P1409C	糖尿病第一階段年度評估管理照護費 註：1.照護項目詳附表三，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.申報追蹤管理後至少間隔11週才能申報本項，本項限執行P1407C及P1408C合計達三次(含)以上者始得申報，本項每年度最多申報一次。 3.基層院所之團隊醫事人員如為醫師加另一專業執行，則申報點數為本項點數之80%。	v	v	v	v	800	配合慢性處方簽病患領藥日數，評估間隔時程縮短至10週，並放寬地區醫院之團隊醫事人員條件比照基層診所。
P1410C	糖尿病第二階段追蹤管理照護費 註：1.照護項目參考附表二之檢驗項目，另得視病情需要進行衛教服務。除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.本項每年度最多申報三次，每次間隔至少10週。	v	v	v	v	100	P1410C	糖尿病第二階段追蹤管理照護費 註：1.照護項目參考附表二之檢驗項目，另得視病情需要進行衛教服務。除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.本項每年度最多申報三次，每次間隔至少11週。	v	v	v	v	100	配合慢性處方簽病患領藥日數，評估間隔時程縮短至10週。
P1411C	糖尿病第二階段年度評估管理照護費 註：1.照護項目參考附表三之檢驗項目，另得視病情需要進行衛教服務。除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.申報追蹤管理後至少間隔10週才能申報本項，本項限執行P1408C及P1410C合計達三次(含)以上者始得申報，本項每年度最多申報一次。	v	v	v	v	300	P1411C	糖尿病第二階段年度評估管理照護費 註：1.照護項目參考附表三之檢驗項目，另得視病情需要進行衛教服務。除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 2.申報追蹤管理後至少間隔11週才能申報本項，本項限執行P1408C及P1410C合計達三次(含)以上者始得申報，本項每年度最多申報一次。	v	v	v	v	300	配合慢性處方簽病患領藥日數，評估間隔時程縮短至10週。