

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 | |
|---------------------------------|--|-------------------|------|------|------|---------------------------------|------------------------|--|-------------------|------|------|---|---------------------|
| 第二部 西醫 第一章 基本診療 第一節 門診診察費 | | | | | | 第二部 西醫 第一章 基本診療 第一節 門診診察費 | | | | | | 一、調升西醫基層院所每位醫師每日門診量三十人次以下之一般門診診察費支付點數，共計六項；配合本項修正，刪除編號00139C、00140C、00119C、00149C、00120C及00150C等六項，新增編號00197C至00230C至00237C等十二項。 二、調升西醫基層院所每位醫師每日門診量三十人次以下之精神科門診診察費支付點數，共計四項。配合本項修正，刪除編號01031C、00182C、01032C及00183C等四項，新增編號00238C至00245C等八項。 三、針對僅調劑一次之慢性病處方箋，刪除「連續」二字，爰修正00141C等十八項診療項目名稱。 四、配合前述三項修正附表2.1.3至2.1.6。 | |
| 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 |
| | 一般門診診察費 | | | | | | | 一般門診診察費 | | | | | |
| | 一 基層院所門診診察費 | | | | | | | 一 基層院所門診診察費 | | | | | |
| | 1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分(≤40) | | | | | | | 1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分(≤40) | | | | | |
| 00109C | 1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人次) | v | | | | 358 | 00109C | 1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人次) | v | | | | 352 |
| 00223C | 1-2)處方交付特約藥局調劑(31-40人次) | v | | | | 250 | 00223C | 1-2)處方交付特約藥局調劑(31-40人次) | v | | | | 250 |
| 00197C | 2-1)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑(1-30人) | v | | | | 381 | 00139C | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 | v | | | | 375 |
| 00198C | 2-2)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑(31-40人) | v | | | | 375 | | | | | | | |
| 00110C | 3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人次) | v | | | | 358 | 00110C | 3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人次) | v | | | | 352 |
| 00224C | 3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-40人次) | v | | | | 250 | 00224C | 3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-40人次) | v | | | | 250 |
| 00199C | 4-1)開具慢性病處方並由本院所自行調劑(1-30人) | v | | | | 356 | 00140C | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑 | v | | | | 350 |
| 00200C | 4-2)開具慢性病處方並由本院所自行調劑(31-40人) | v | | | | 350 | | | | | | | |
| 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 | 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 | 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四十人次，但在六十人次以下部分(41-60) | | | | | | | 2.每位醫師每日門診量超過四十人次，但在六十人次以下部分(41-60) | | | | | |
| 00111C | 1)處方交付特約藥局調劑 | v | | | | 220 | 00111C | 1)處方交付特約藥局調劑 | v | | | | 220 |
| 00141C | 2)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑 | v | | | | 275 | 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 | 00112C | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑 | v | | | | 220 |
| 00142C | 4)開具慢性病處方並由本院所自行調劑 | v | | | | 250 | 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 | 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 | 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 |
| | 3.每位醫師每日門診量超過六十人次，但在八十人次以下部分(61-80) | | | | | | | 3.每位醫師每日門診量超過六十人次，但在八十人次以下部分(61-80) | | | | | |
| 00113C | 1)處方交付特約藥局調劑 | v | | | | 160 | 00113C | 1)處方交付特約藥局調劑 | v | | | | 160 |
| 00143C | 2)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑 | v | | | | 215 | 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 | 00114C | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑 | v | | | | 160 |
| 00144C | 4)開具慢性病處方並由本院所自行調劑 | v | | | | 190 | 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 | v | | | | 415 | 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 | v | | | | 415 |

| | | | | | | | |
|--------|---|---|-----|--------|---|---|-----|
| 00163C | 慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 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 | 00163C | 慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 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 |
| 00115C | 4.每位醫師每日門診量超過八十人次，但在一百五十人次以下部分(81-150) | | | 00115C | 4.每位醫師每日門診量超過八十人次，但在一百五十人次以下部分(81-150) | | |
| 00145C | 1)處方交付特約藥局調劑 | v | 70 | 00145C | 1)處方交付特約藥局調劑 | v | 70 |
| 00116C | 2)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑 | v | 125 | 00145C | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 | v | 125 |
| 00146C | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑 | v | 70 | 00116C | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑 | v | 70 |
| 00164C | 4)開具慢性病處方並由本院所自行調劑 | v | 100 | 00146C | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑 | v | 100 |
| 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 | 325 | 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 | 325 |
| 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 | 300 | 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 | 300 |
| 00117C | 5.每位醫師每日門診量超過在一百五十人次部分(>150) | | | 00117C | 5.每位醫師每日門診量超過在一百五十人次部分(>150) | | |
| 00147C | 1)處方交付特約藥局調劑 | v | 50 | 00147C | 1)處方交付特約藥局調劑 | v | 50 |
| 00118C | 2)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑 | v | 105 | 00147C | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 | v | 105 |
| 00148C | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑 | v | 50 | 00118C | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑 | v | 50 |
| 00166C | 4)開具慢性病處方並由本院所自行調劑 | v | 80 | 00148C | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑 | v | 80 |
| 00167C | 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 | 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 |
| 00230C | 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 | 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 |
| 00231C | 6.山地離島地區 | | | 00119C | 6.山地離島地區 | | |
| 00232C | (1)每位醫師每日門診量在五十八人次以下部分(≤50) | | | 00120C | (1)每位醫師每日門診量在五十八人次以下部分(≤50) | | |
| 00233C | 1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人) | v | 358 | 00150C | 1)處方交付特約藥局調劑 | v | 352 |
| 00234C | 1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50人) | v | 352 | 00149C | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 | v | 375 |
| 00235C | 2-1)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑(1-30人) | v | 381 | 00120C | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑 | v | 352 |
| 00236C | 2-2)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑(31-50人) | v | 375 | 00150C | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑 | v | 350 |
| 00237C | 3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人) | v | 358 | 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 |
| 00238C | 3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50人) | v | 352 | 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 |
| 00239C | 4-1)開具慢性病處方並由本院所自行調劑(1-30人) | v | 356 | | | | |
| 00240C | 4-2)開具慢性病處方並由本院所自行調劑(31-50人) | v | 350 | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 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。 | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 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。 | | | | |

附表 2.1.3

基層院所申報門診診察費「三歲以下不分科及四~六歲兒科專科醫師加成 20%」與「七十五歲以上者加成 7.5%」支付點數之計算

| 代碼 | 名稱 | 支付點數 A | 不分科別三歲以下及四~六歲兒科專科醫師加成(20%) 支付點數=A*1.2 | 不分科別七十五歲以上者之加成(7.5%) 支付點數=A*1.075 |
|--------|--|--------|--|--------------------------------------|
| | 一般門診診察費—基層院所門診診察費 1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分(≤40) | | | |
| 00109C | 1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人次) | 358 | 430 | 385 |
| 00223C | 1-2)處方交付特約藥局調劑(31-40人次) | 250 | 300 | 269 |
| 00197C | 2-1)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑(1-30人) | 381 | 457 | 410 |
| 00198C | 2-2)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑(31-40人) | 375 | 450 | 403 |
| 00110C | 3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人次) | 358 | 430 | 385 |
| 00224C | 3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-40人次) | 250 | 300 | 269 |
| 00199C | 4-1)開具慢性病處方並由本院所自行調劑(1-30人) | 356 | 427 | 383 |
| 00200C | 4-2)開具慢性病處方並由本院所自行調劑(31-40人) | 350 | 420 | 376 |
| 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 | 597 |
| 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 | 570 |
| | 2.每位醫師每日門診量超過四十人次，但在六十人次以下部分(41-60) | | | |
| 00111C | 1)處方交付特約藥局調劑 | 220 | 264 | 237 |
| 00141C | 2)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑 | 275 | 330 | 296 |
| 00112C | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑 | 220 | 264 | 237 |
| 00142C | 4)開具慢性病處方並由本院所自行調劑 | 250 | 300 | 269 |

附表 2.1.3

基層院所申報門診診察費「三歲以下不分科及四~六歲兒科專科醫師加成 20%」與「七十五歲以上者加成 7.5%」支付點數之計算

| 代碼 | 名稱 | 支付點數 A | 不分科別三歲以下及四~六歲兒科專科醫師加成(20%) 支付點數=A*1.2 | 不分科別七十五歲以上者之加成(7.5%) 支付點數=A*1.075 |
|--------|--|--------|--|--------------------------------------|
| | 一般門診診察費—基層院所門診診察費 1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分(≤40) | | | |
| 00109C | 1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人次) | 352 | 422 | 378 |
| 00223C | 1-2)處方交付特約藥局調劑(31-40人次) | 250 | 300 | 269 |
| 00139C | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 | 375 | 450 | 403 |
| 00110C | 3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人次) | 352 | 422 | 378 |
| 00224C | 3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-40人次) | 250 | 300 | 269 |
| 00140C | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑 | 350 | 420 | 376 |
| 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 | 597 |
| 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 | 570 |
| | 2.每位醫師每日門診量超過四十人次，但在六十人次以下部分(41-60) | | | |
| 00111C | 1)處方交付特約藥局調劑 | 220 | 264 | 237 |
| 00141C | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 | 275 | 330 | 296 |
| 00112C | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑 | 220 | 264 | 237 |
| 00142C | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑 | 250 | 300 | 269 |

| | | | | | | | | | |
|--------|--|-----|-----|-----|--------|--|-----|-----|-----|
| 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 | 511 | 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 | 511 |
| 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 | 484 | 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 | 484 |
| | 3.每位醫師每日門診量超過六十人次，但在八十人次以下部分(61-80) | | | | | 3.每位醫師每日門診量超過六十人次，但在八十人次以下部分(61-80) | | | |
| 00113C | 1)處方交付特約藥局調劑 | 160 | 192 | 172 | 00113C | 1)處方交付特約藥局調劑 | 160 | 192 | 172 |
| 00143C | 2)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑 | 215 | 258 | 231 | 00143C | 2)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並交付特約藥局調劑 | 215 | 258 | 231 |
| 00114C | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑 | 160 | 192 | 172 | 00114C | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑 | 160 | 192 | 172 |
| 00144C | 4)開具慢性病處方由本院所自行調劑 | 190 | 228 | 204 | 00144C | 4)開具慢性病 <u>連續</u> 處方由本院所自行調劑 | 190 | 228 | 204 |
| 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 | 446 | 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 | 446 |
| 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 | 419 | 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 | 419 |
| | 4.每位醫師每日門診量超過八十人次，但在一五〇人次以下部分(81-150) | | | | | 4.每位醫師每日門診量超過八十人次，但在一五〇人次以下部分(81-150) | | | |
| 00115C | 1)處方交付特約藥局調劑 | 70 | 84 | 75 | 00115C | 1)處方交付特約藥局調劑 | 70 | 84 | 75 |
| 00145C | 2)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑 | 125 | 150 | 134 | 00145C | 2)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並交付特約藥局調劑 | 125 | 150 | 134 |
| 00116C | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑 | 70 | 84 | 75 | 00116C | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑 | 70 | 84 | 75 |
| 00146C | 4)開具慢性病處方並由本院所自行調劑 | 100 | 120 | 108 | 00146C | 4)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並由本院所自行調劑 | 100 | 120 | 108 |
| 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 | 325 | 390 | 349 | 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 | 325 | 390 | 349 |
| 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 | 300 | 360 | 323 | 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 | 300 | 360 | 323 |
| | 5.每位醫師每日門診量超過一五〇人次部分(>150) | | | | | 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 | 50 | 60 | 54 | 00117C | 1)處方交付特約藥局調劑 | 50 | 60 | 54 |
| 00147C | 2)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑 | 105 | 126 | 113 | 00147C | 2)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並交付特約藥局調劑 | 105 | 126 | 113 |
| 00118C | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑 | 50 | 60 | 54 | 00118C | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑 | 50 | 60 | 54 |
| 00148C | 4)開具慢性病處方並由本院所自行調劑 | 80 | 96 | 86 | 00148C | 4)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並由本院所自行調劑 | 80 | 96 | 86 |
| 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 | 328 | 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 | 328 |
| 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 | 301 | 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 | 301 |
| | 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) | | | | | 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) | | | |
| 00230C | 1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人) | 358 | 430 | 385 | 00119C | 1)處方交付特約藥局調劑(≤50人次) | 352 | 422 | 378 |
| 00231C | 1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50人) | 352 | 422 | 378 | | | | | |
| 00232C | 2-1)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑(1-30人) | 381 | 457 | 410 | 00149C | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(≤50) | 375 | 450 | 403 |
| 00233C | 2-2)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑(31-50人) | 375 | 450 | 403 | | | | | |
| 00234C | 3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人) | 358 | 430 | 385 | 00120C | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑(≤50) | 352 | 422 | 378 |
| 00235C | 3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50人) | 352 | 422 | 378 | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--------|---|-----|-----|-----|--------|---|-----|-----|-----|
| 00236C | 4-1)開具慢性處方並由本院所自行調劑(1-30人) | 356 | 427 | 383 | 00150C | 4)開具慢性處方並由本院所自行調劑(≤50) | 350 | 420 | 376 |
| 00237C | 4-2)開具慢性處方並由本院所自行調劑(31-50人) | 350 | 420 | 376 | | | | | |
| 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處方並交付特約藥局調劑(≤50) | 555 | 666 | 597 | 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處方並交付特約藥局調劑(≤50) | 555 | 666 | 597 |
| 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處方並由本院所自行調劑(≤50) | 530 | 636 | 570 | 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處方並由本院所自行調劑(≤50) | 530 | 636 | 570 |
| | (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) | | | | | (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(51-70) | 220 | 264 | 237 | 00205C | 1)處方交付特約藥局調劑(51-70) | 220 | 264 | 237 |
| 00206C | 2)開具慢性處方並交付特約藥局調劑(51-70) | 275 | 330 | 296 | 00206C | 2)開具慢性處方並交付特約藥局調劑(51-70) | 275 | 330 | 296 |
| 00207C | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑(51-70) | 220 | 264 | 237 | 00207C | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑(51-70) | 220 | 264 | 237 |
| 00208C | 4)開具慢性處方並由本院所自行調劑(51-70) | 250 | 300 | 269 | 00208C | 4)開具慢性處方並由本院所自行調劑(51-70) | 250 | 300 | 269 |
| 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處方並交付特約藥局調劑(51-70) | 475 | 570 | 511 | 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處方並交付特約藥局調劑(51-70) | 475 | 570 | 511 |
| 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處方並由本院所自行調劑(51-70) | 450 | 540 | 484 | 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處方並由本院所自行調劑(51-70) | 450 | 540 | 484 |
| | (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) | | | | | (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(71-150) | 160 | 192 | 172 | 00211C | 1)處方交付特約藥局調劑(71-150) | 160 | 192 | 172 |
| 00212C | 2)開具慢性處方並交付特約藥局調劑(71-150) | 215 | 258 | 231 | 00212C | 2)開具慢性處方並交付特約藥局調劑(71-150) | 215 | 258 | 231 |
| 00213C | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑(71-150) | 160 | 192 | 172 | 00213C | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑(71-150) | 160 | 192 | 172 |
| 00214C | 4)開具慢性處方並由本院所自行調劑(71-150) | 190 | 228 | 204 | 00214C | 4)開具慢性處方並由本院所自行調劑(71-150) | 190 | 228 | 204 |
| 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處方並交付特約藥局調劑(71-150) | 415 | 498 | 446 | 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處方並交付特約藥局調劑(71-150) | 415 | 498 | 446 |
| 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處方並由本院所自行調劑(71-150) | 390 | 468 | 419 | 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處方並由本院所自行調劑(71-150) | 390 | 468 | 419 |
| | (4)每位醫師每日門診量超過一五〇人次部分(>150) | | | | | (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(>150) | 90 | 108 | 97 | 00217C | 1)處方交付特約藥局調劑(>150) | 90 | 108 | 97 |
| 00218C | 2)開具慢性處方並交付特約藥局調劑(>150) | 145 | 174 | 156 | 00218C | 2)開具慢性處方並交付特約藥局調劑(>150) | 145 | 174 | 156 |
| 00219C | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑(>150) | 90 | 108 | 97 | 00219C | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑(>150) | 90 | 108 | 97 |
| 00220C | 4)開具慢性處方並由本院所自行調劑(>150) | 120 | 144 | 129 | 00220C | 4)開具慢性處方並由本院所自行調劑(>150) | 120 | 144 | 129 |
| 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處方並交付特約藥局調劑(>150) | 345 | 414 | 371 | 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處方並交付特約藥局調劑(>150) | 345 | 414 | 371 |
| 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處方並由本院所自行調劑(>150) | 320 | 384 | 344 | 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處方並由本院所自行調劑(>150) | 320 | 384 | 344 |

| 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) | | | | |
|---|--|-----|-----|-----|
| 00238C | 1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人) | 344 | 413 | 370 |
| 00239C | 1-2)處方交付特約藥局調劑(31-45人) | 338 | 406 | 363 |
| 00240C | 2-1)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑(1-30人) | 395 | 474 | 425 |
| 00241C | 2-2)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑(31-45人) | 389 | 467 | 418 |
| 00242C | 3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人) | 344 | 413 | 370 |
| 00243C | 3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-45人) | 338 | 406 | 363 |
| 00244C | 4-1)開具慢性病處方並由本院所自行調劑(1-30人) | 374 | 449 | 402 |
| 00245C | 4-2)開具慢性病處方並由本院所自行調劑(31-45人) | 368 | 442 | 396 |
| 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 | 612 |
| 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 | 589 |
| —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 | 164 | 197 | 176 |
| 00187C | 2)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑 | 218 | 262 | 234 |
| 00188C | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑 | 164 | 197 | 176 |
| 00189C | 4)開具慢性病處方並由本院所自行調劑 | 196 | 235 | 211 |
| 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 | 436 | 523 | 469 |
| 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 | 414 | 497 | 445 |
| 01023C | 高危險早產兒特別門診診察費 | 425 | 510 | |
| 01015C | 急診診察費 | 521 | | 560 |
| 01021C | 精神科急診診察費 | 550 | | 591 |

| 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) | | | | |
|---|--|-----|-----|-----|
| 01031C | 1)處方交付特約藥局調劑 | 338 | 406 | 363 |
| 00182C | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 | 389 | 467 | 418 |
| 01032C | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑 | 338 | 406 | 363 |
| 00183C | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑 | 368 | 442 | 396 |
| 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 | 612 |
| 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 | 589 |
| —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 | 164 | 197 | 176 |
| 00187C | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 | 218 | 262 | 234 |
| 00188C | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑 | 164 | 197 | 176 |
| 00189C | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑 | 196 | 235 | 211 |
| 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 | 436 | 523 | 469 |
| 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 | 414 | 497 | 445 |
| 01023C | 高危險早產兒特別門診診察費 | 425 | 510 | |
| 01015C | 急診診察費 | 521 | | 560 |
| 01021C | 精神科急診診察費 | 550 | | 591 |

附表 2.1.4

基層院所申報婦、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

| 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 | 兒科專科醫師 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 |
|--------|--|--------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|
| | 一般門診診察費—基層院所門診診察費 1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分(≤40) | | | | |
| 00109C | 1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人次) | 358 | 390 | 369 | 372 |
| 00197C | 2-1)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑(1-30人) | 381 | 415 | 392 | 395 |
| 00198C | 2-2)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑(31-40人) | 375 | 409 | 386 | 389 |
| 00110C | 3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人次) | 358 | 390 | 369 | 372 |
| 00199C | 4-1)開具慢性病處方並由本院所自行調劑(1-30人) | 356 | 388 | 367 | 370 |
| 00200C | 4-2)開具慢性病處方並由本院所自行調劑(31-40人) | 350 | 382 | 361 | 363 |
| 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 |
| | 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) | | | | |
| 00230C | 1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人) | 358 | 390 | 369 | 372 |
| 00231C | 1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50人) | 352 | 384 | 363 | 365 |
| 00232C | 2-1)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑(1-30人) | 381 | 415 | 392 | 395 |
| 00233C | 2-2)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑(31-50人) | 375 | 409 | 386 | 389 |
| 00234C | 3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人) | 358 | 390 | 369 | 372 |
| 00235C | 3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50人) | 352 | 384 | 363 | 365 |
| 00236C | 4-1)開具慢性病處方並由本院所自行調劑(1-30人) | 356 | 388 | 367 | 370 |
| 00237C | 4-2)開具慢性病處方並由本院所自行調劑(31-50人) | 350 | 382 | 361 | 363 |
| 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 | 425 | 463 | 438 | 441 |

附表 2.1.4

基層院所申報婦、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

| 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 | 兒科專科醫師 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 |
|--------|--|--------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|
| | 一般門診診察費—基層院所門診診察費 1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分(≤40) | | | | |
| 00109C | 1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人次) | 352 | 384 | 363 | 365 |
| 00139C | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 | 375 | 409 | 386 | 389 |
| 00110C | 3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人次) | 352 | 384 | 363 | 365 |
| 00140C | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑 | 350 | 382 | 361 | 363 |
| 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 |
| | 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(≤50人次) | 352 | 384 | 363 | 365 |
| 00149C | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(≤50) | 375 | 409 | 386 | 389 |
| 00120C | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑(≤50) | 352 | 384 | 363 | 365 |
| 00150C | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(≤50) | 350 | 382 | 361 | 363 |
| 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 | 425 | 463 | 438 | 441 |

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*1.2 9 | 兒專科 醫師看 診6歲 (含)以 下兒童 加成 23%支 付點數 =A*1.2 3 | 內專科 醫師看 診3歲 (含)以 下兒童 加成 23.8% 支付點 數 =A*1.2 38 |
|--------|--|---------------|--|--|---|
| | 一般門診診察費—基層院所門 診診察費 1.每位醫師每日門診量在四十人 次以下部分(≤40) | | | | |
| 00109C | 1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30 人次) | 358 | 462 | 440 | 443 |
| 00197C | 2-1)開具慢性病處方並交付特約 藥局調劑(1-30人) | 381 | 491 | 469 | 472 |
| 00198C | 2-2)開具慢性病處方並交付特約 藥局調劑(31-40人) | 375 | 484 | 461 | 464 |
| 00110C | 3-1)未開處方或處方由本院所自 行調劑(1-30人次) | 358 | 462 | 440 | 443 |
| 00199C | 4-1)開具慢性病處方並由本院所 自行調劑(1-30人) | 356 | 459 | 438 | 441 |
| 00200C | 4-2)開具慢性病處方並由本院所 自行調劑(31-40人) | 350 | 452 | 431 | 433 |
| 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 |
| | 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) | | | | |
| 00230C | 1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30 人) | 358 | 462 | 440 | 443 |
| 00231C | 1-2)處方交付特約藥局調劑(31- 50人) | 352 | 454 | 443 | 436 |
| 00232C | 2-1)開具慢性病處方並交付特約 藥局調劑(1-30人) | 381 | 491 | 469 | 472 |
| 00233C | 2-2)開具慢性病處方並交付特約 藥局調劑(31-50人) | 375 | 484 | 461 | 464 |
| 00234C | 3-1)未開處方或處方由本院所自 行調劑(1-30人) | 358 | 462 | 440 | 443 |
| 00235C | 3-2)未開處方或處方由本院所自 行調劑(31-50人) | 352 | 454 | 433 | 436 |
| 00236C | 4-1)開具慢性病處方並由本院所 自行調劑(1-30人) | 356 | 459 | 438 | 441 |
| 00237C | 4-2)開具慢性病處方並由本院所 自行調劑(31-50人) | 350 | 452 | 431 | 433 |
| 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 | 425 | 548 | 523 | 526 |

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*1.2 9 | 兒專科 醫師看 診6歲 (含)以 下兒童 加成 23%支 付點數 =A*1.2 3 | 內專科 醫師看 診3歲 (含)以 下兒童 加成 23.8% 支付點 數 =A*1.2 38 |
|--------|--|---------------|--|--|---|
| | 一般門診診察費—基層院所門 診診察費 1.每位醫師每日門診量在四十人 次以下部分(≤40) | | | | |
| 00109C | 1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30 人次) | 352 | 454 | 433 | 436 |
| 00139C | 2)開具慢性病連續處方並交付特 約藥局調劑 | 375 | 484 | 461 | 464 |
| 00110C | 3-1)未開處方或處方由本院所自 行調劑(1-30人次) | 352 | 454 | 433 | 436 |
| 00140C | 4)開具慢性病連續處方並由本院 所自行調劑 | 350 | 452 | 431 | 433 |
| 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 |
| | 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(≤50 人次) | 352 | 454 | 433 | 436 |
| 00149C | 2)開具慢性病連續處方並交付特 約藥局調劑(≤50) | 375 | 484 | 461 | 464 |
| 00120C | 3)未開處方或處方由本院所自行 調劑(≤50) | 352 | 454 | 433 | 436 |
| 00150C | 4)開具慢性病連續處方並由本院 所自行調劑(≤50) | 350 | 452 | 431 | 433 |
| 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 | 425 | 548 | 523 | 526 |

附表 2.1.6

基層院所申報婦、兒、外、內專科醫師別加併「七十五歲以上者加成」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75歲以上者加成16.5%支付點數=A*1.165 | 兒科專科醫師看診75歲以上者加成10.5%支付點數=A*1.105 | 內科專科醫師看診75歲以上者加成11.3%支付點數=A*1.113 |
|--------|---|--------|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| | 一般門診診察費—基層院所門診診察費 1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分(≤40) | | | | |
| 00109C | 1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人次) | 358 | 417 | 396 | 398 |
| 00197C | 2-1)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑(1-30人) | 381 | 444 | 421 | 424 |
| 00198C | 2-2)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑(31-40人) | 375 | 437 | 414 | 417 |
| 00110C | 3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人次) | 358 | 417 | 396 | 398 |
| 00199C | 4-1)開具慢性病處方並由本院所自行調劑(1-30人) | 356 | 415 | 393 | 396 |
| 00200C | 4-2)開具慢性病處方並由本院所自行調劑(31-40人) | 350 | 408 | 387 | 390 |
| 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 | 647 | 613 | 618 |
| 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 | 617 | 586 | 590 |
| | 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) | | | | |
| 00230C | 1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人) | 358 | 417 | 396 | 398 |
| 00231C | 1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50人) | 352 | 410 | 389 | 392 |
| 00232C | 2-1)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑(1-30人) | 381 | 444 | 421 | 424 |
| 00233C | 2-2)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑(31-50人) | 375 | 437 | 414 | 417 |
| 00234C | 3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人) | 358 | 417 | 396 | 398 |
| 00235C | 3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50人) | 352 | 410 | 389 | 392 |
| 00236C | 4-1)開具慢性病處方並由本院所自行調劑(1-30人) | 356 | 415 | 393 | 396 |
| 00237C | 4-2)開具慢性病處方並由本院所自行調劑(31-50人) | 350 | 408 | 387 | 390 |
| 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 | 647 | 613 | 618 |
| 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 | 617 | 586 | 590 |

附表 2.1.6

基層院所申報婦、兒、外、內專科醫師別加併「七十五歲以上者加成」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75歲以上者加成16.5%支付點數=A*1.165 | 兒科專科醫師看診75歲以上者加成10.5%支付點數=A*1.105 | 內科專科醫師看診75歲以上者加成11.3%支付點數=A*1.113 |
|--------|---|--------|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| | 一般門診診察費—基層院所門診診察費 1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分(≤40) | | | | |
| 00109C | 1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人次) | 352 | 410 | 389 | 392 |
| 00139C | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 | 375 | 437 | 414 | 417 |
| 00110C | 3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人次) | 352 | 410 | 389 | 392 |
| 00140C | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑 | 350 | 408 | 387 | 390 |
| 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 | 647 | 613 | 618 |
| 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 | 617 | 586 | 590 |
| | 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(≤50人次) | 352 | 410 | 389 | 392 |
| 00149C | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(≤50) | 375 | 437 | 414 | 417 |
| 00120C | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑(≤50) | 352 | 410 | 389 | 392 |
| 00150C | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(≤50) | 350 | 408 | 387 | 390 |
| 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 | 647 | 613 | 618 |
| 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 | 617 | 586 | 590 |

| 第三節 病房費 | | | | | | 第三節 病房費 | | | | | | 修正加護病床 ICU 病房費及護 理費診療項目之 備註文字。 | |
|---------|---|--------|--------|--------|--------|------------------|--------|---|--------|--------|--------|---|--------|
| 編號 | 診療項目 | 丁 級 | 丙 級 | 乙 級 | 甲 級 | 支 付 點 數 | 編號 | 診療項目 | 丁 級 | 丙 級 | 乙 級 | | 甲 級 |
| 03010E | 加護病床 ICU (床/天) | | | | | | 03010E | 加護病床 ICU (床/天) | | | | | |
| | --病房費 | | | | v | 2852 | | --病房費 | | | | v | 2852 |
| 03011F | | | | | v | 2406 | 03011F | | | | | v | 2406 |
| 03012G | | | v | | | 2406 | 03012G | | v | | | | 2406 |
| 03047E | --護理費 | | | | v | 4491 | 03047E | --護理費 | | | | v | 4491 |
| 03048F | | | | | v | 3789 | 03048F | | | | | v | 3789 |
| 03049G | | | v | | | 2833 | 03049G | | v | | | | 2833 |
| | 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。 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。 4)手術後仍需輔助性治療或生命徵象不 穩定者。 5)危命性不整脈(含心搏暫停後)患者。 6)休克患者。 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。 8)急性中毒性昏迷患者。 9)肝硬化性肝昏迷患者。 10)胸腔外科、心臟外科及神經外科術 後患者需加強醫療者。 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。 12)癲癇重積症患者。 13)急性顱內壓增高危及生命者。 14)急性腦幹病變者。 15)敗血症或疑敗血症且生命徵象不穩 定者。 16)新生兒黃膽過高需換血者。 17)出生體重低於一千五百公克之極度 早產兒。 18)其他危篤重症危及生命者。 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。 | | | | | | | 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。 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。 4)手術後仍需輔助性治療或生命徵象不 穩定者。 5)危命性不整脈(含心搏暫停後)患者。 6)休克患者。 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。 8)急性中毒性昏迷患者。 9)肝硬化性肝昏迷患者。 10)胸腔外科、心臟外科及神經外科術 後患者需加強醫療者。 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。 12)癲癇重積症患者。 13)急性顱內壓增高危及生命者。 14)急性腦幹病變者。 15)敗血症或疑敗血症且生命徵象不穩 定者。 16)新生兒黃膽過高需換血者。 17)出生體重低於一千五百公克之極度 早產兒。 18)其他危篤重症危及生命者。 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。 | | | | | |

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

第二十項 核子醫學檢查 Radioisotope Scanning

一、造影 Scanning (26001-26078、P2105-P2108)

| 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 |
|--------|--|------|------|------|------|-------|
| 26078A | <p><u>鐳223治療處置費</u> <u>Radium-223 treatment</u> 註： 1.適應症：去勢抗性攝護腺癌（castration-resistant prostatic cancer），合併有症狀的骨轉移且尚未有臟器轉移者（ICD-10-CM診斷為C61攝護腺癌、C79.5骨轉移發性惡性腫瘤）。</p> <p>2.執行頻率：每月一次，每月為一療程，共六次療程。</p> <p>3.使用規範及人員資格： (1)特殊人員限制：依據原子能委員會法規規定，須為合格輻射操作醫事人員，檢具合格輻射防護人員認可證書。 (2)特殊設備要求使用：經原子能委員會評估可操作「鐳-223」之場所，須檢具放射性物質許可證。 (3)費用申報時須檢具癌症治療計畫書、治療去勢抗性攝護腺癌病歷紀錄及骨轉移之影像學報告等資料。 4.本項不含鐳223注射液。</p> | | | v | v | 21430 |

第二十四項 伴隨式診斷 Companion Diagnostics (30101-30102)

| 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 |
|--------|--|------|------|------|------|------|
| 30101B | <p>肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變體外診斷醫療器材檢測(IVD) EGFR mutation in vitro diagnostics testing 註： 1.適應症： (1)限復發或轉移性(第IV期)之非小細胞且非鱗狀上皮肺癌，於使用EGFR標靶藥物前得申請檢測。 (2)第III B期及第III C期，經肺癌多專科團隊討論，無法以外科手術完全切除、且不適合放射化學治療，於使用EGFR標靶藥物前得申請檢測。</p> <p>2.支付規範： (1)限使用已確診之腫瘤病理組織或細胞檢體做檢測，並於檢測報告上註明診斷與腫瘤細胞百分比。 (2)限具肺癌EGFR基因檢測項目通過CAP(美國病理學家學會，The College of American Pathologists)、TAF(財團法人全國認證基金會，Taiwan Accreditation Foundation)或台灣病理學會之分子實驗室認證之實驗室。 (3)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> | v | v | v | | 8252 |

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

第二十項 核子醫學檢查 Radioisotope Scanning

一、造影 Scanning (26001-26077、P2105-P2108)

| 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 |
|--------|---|------|------|------|------|------|
| 30101B | <p>肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變體外診斷醫療器材檢測(IVD) EGFR mutation in vitro diagnostics testing 註： 1.適應症： (1)限復發或轉移性(第IV期)之非小細胞且非鱗狀上皮肺癌，於使用EGFR標靶藥物前得申請檢測。 (2)第III B期及第III C期，經肺癌多專科團隊討論，無法以外科手術完全切除、且不適合放射化學治療，於使用EGFR標靶藥物前得申請檢測。</p> <p>2.支付規範： (1)限使用已確診之腫瘤病理組織或細胞檢體做檢測，並於檢測報告上註明診斷與腫瘤體積百分比。 (2)限具肺癌EGFR基因檢測項目通過CAP(美國病理學家學會，The College of American Pathologists)、TAF(財團法人全國認證基金會，Taiwan Accreditation Foundation)或台灣病理學會之分子實驗室認證之實驗室，<u>以醫療院所為單位進行申報</u>。 (3)限使用食品藥物管理署核准之第三等級醫療器材檢測試劑操作，並於檢</p> | v | v | v | | 8252 |

第二十四項 伴隨式診斷 Companion Diagnostics (30101)

| 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 |
|--------|---|------|------|------|------|------|
| 30101B | <p>肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變體外診斷醫療器材檢測(IVD) EGFR mutation in vitro diagnostics testing 註： 1.適應症： (1)限復發或轉移性(第IV期)之非小細胞且非鱗狀上皮肺癌，於使用EGFR標靶藥物前得申請檢測。 (2)第III B期及第III C期，經肺癌多專科團隊討論，無法以外科手術完全切除、且不適合放射化學治療，於使用EGFR標靶藥物前得申請檢測。</p> <p>2.支付規範： (1)限使用已確診之腫瘤病理組織或細胞檢體做檢測，並於檢測報告上註明診斷與腫瘤體積百分比。 (2)限具肺癌EGFR基因檢測項目通過CAP(美國病理學家學會，The College of American Pathologists)、TAF(財團法人全國認證基金會，Taiwan Accreditation Foundation)或台灣病理學會之分子實驗室認證之實驗室，<u>以醫療院所為單位進行申報</u>。 (3)限使用食品藥物管理署核准之第三等級醫療器材檢測試劑操作，並於檢</p> | v | v | v | | 8252 |

一、新增核子醫學檢查項目「鐳223治療處置費」(編號26078A)，支付點數21,430點。
三、新增伴隨式診斷項目「肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變實驗室自行研發檢測(LDT)」(編號30102B)，支付點數6,755點。
二、修正伴隨式診斷診療項目編號30101B診療項目支付規範：配合本次新增編號30102B項目，增訂不得同時申報之規定。

| <p>(4)限使用食品藥物管理署核准之第三等級醫療器材檢測試劑操作，並於檢測報告上註明方法學與檢測平台。</p> <p>(5)限解剖病理專科醫師簽發報告，並於檢測報告上加註專科醫師證書字號。</p> <p>(6)限符合適應症規範者用藥前之伴隨式檢測，每人終生限給付一次。</p> <p>(7)不得同時申報編號30102B。</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|------|------|------|------|------|------|--------|--|--|---|---|---|------|--------|--|--|---|---|---|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <p>30102B 肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變實驗室自行研發檢測(LDT) EGFR mutation Laboratory Developed Test 註： 1.適應症： (1)限復發或轉移性(第IV期)之非小細胞且非鱗狀上皮肺癌，於使用EGFR標靶藥物前得申請檢測。 (2)第III B期及第III C期，經肺癌多專科團隊討論，無法以外科手術完全切除、且不適合放射化學治療，於使用EGFR標靶藥物前得申請檢測。 2.支付規範： (1)限使用已確診之腫瘤病理組織或細胞檢體做檢測，並於檢測報告上註明診斷與腫瘤細胞百分比。 (2)限具肺癌EGFR基因檢測項目通過CAP(美國病理學家學會，The College of American Pathologists)、TAF(財團法人全國認證基金會，Taiwan Accreditation Foundation)或台灣病理學會之分子實驗室認證之實驗室。 (3)執行本項之醫事服務機構應報經保險人核定，如有異動，仍應重行報請經核定。 (4)檢測報告上應註明方法學與檢測平台。 (5)限解剖病理專科醫師簽發報告，並於檢測報告上加註專科醫師證書字號。 (6)限符合適應症規範者用藥前之伴隨式檢測，每人終生限給付一次。 (7)不得同時申報編號30101B。</p> | <p>v v v 6755</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>第二節 放射線診療 X-RAY</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>第二項 癌症(腫瘤)治療 Cancer Therapy</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>二、其他治療方式 Other Therapy (37001~37048)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>編號</th> <th>診療項目</th> <th>基層院所</th> <th>地區醫院</th> <th>區域醫院</th> <th>醫學中心</th> <th>支付點數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>37016B</td> <td>固定模具之設計及製作(大) Design & formulate of cast (large) 註： 1.胸腔、腹腔、骨盆腔及四肢使用。 2.包括技術費及材料費在內。</td> <td></td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>1943</td> </tr> <tr> <td>37030B</td> <td>固定模具之設計及製作(小) Design & formulate of cast (small) 註： 1.頭、頸部使用。 2.包括技術費及材料費在內。</td> <td></td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>1556</td> </tr> </tbody> </table> | 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 | 37016B | 固定模具之設計及製作(大) Design & formulate of cast (large) 註： 1.胸腔、腹腔、骨盆腔及四肢使用。 2.包括技術費及材料費在內。 | | v | v | v | 1943 | 37030B | 固定模具之設計及製作(小) Design & formulate of cast (small) 註： 1.頭、頸部使用。 2.包括技術費及材料費在內。 | | v | v | v | 1556 | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 37016B | 固定模具之設計及製作(大) Design & formulate of cast (large) 註： 1.胸腔、腹腔、骨盆腔及四肢使用。 2.包括技術費及材料費在內。 | | v | v | v | 1943 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 37030B | 固定模具之設計及製作(小) Design & formulate of cast (small) 註： 1.頭、頸部使用。 2.包括技術費及材料費在內。 | | v | v | v | 1556 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>第二節 放射線診療 X-RAY</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>第二項 癌症(腫瘤)治療 Cancer Therapy</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>二、其他治療方式 Other Therapy (37001~37048)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>編號</th> <th>診療項目</th> <th>基層院所</th> <th>地區醫院</th> <th>區域醫院</th> <th>醫學中心</th> <th>支付點數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>37016B</td> <td>固定模具之設計及製作(大) Design & formulate of cast (large) 註：胸腔、腹腔、骨盆腔及四肢使用。</td> <td></td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>1943</td> </tr> <tr> <td>37030B</td> <td>固定模具之設計及製作(小) Design & formulate of cast (small) 註：頭、頸部使用</td> <td></td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>1556</td> </tr> </tbody> </table> | 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 | 37016B | 固定模具之設計及製作(大) Design & formulate of cast (large) 註：胸腔、腹腔、骨盆腔及四肢使用。 | | v | v | v | 1943 | 37030B | 固定模具之設計及製作(小) Design & formulate of cast (small) 註：頭、頸部使用 | | v | v | v | 1556 | | | | | | | | | | <p>修正癌症治療其他治療方式之診療項目編號37016B及37030B共二項之備註，增列支付點數包含技術費及材料費。</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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 37016B | 固定模具之設計及製作(大) Design & formulate of cast (large) 註：胸腔、腹腔、骨盆腔及四肢使用。 | | v | v | v | 1943 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 37030B | 固定模具之設計及製作(小) Design & formulate of cast (small) 註：頭、頸部使用 | | v | v | v | 1556 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 第六節 治療處置 Therapeutic Treatment | | | | | | |
|--------------------------------------|--|------|------|------|------|------|
| 第一項 處置費 Treatment | | | | | | |
| 二、創傷處置 Wound Treatment (48001-48035) | | | | | | |
| 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 |
| 48001C | 淺部創傷處理 Wound treatment | | | | | |
| 48002C | — 傷口長 <u>小於</u> 5公分者 <5cm | v | v | v | v | 420 |
| 48002C | — 傷口長 5-10 公分者 5-10cm | v | v | v | v | 562 |
| 48003C | — 傷口長 <u>大於</u> 10 公分者 >10cm | v | v | v | v | 739 |
| | 註：1.切傷、刺傷、割傷或挫減傷之複診患者依48011C-48013C申報。 2.含縫合、接紮、擴創處理。 | | | | | |
| 48011C | 手術、創傷處置及換藥 Change dressing | | | | | |
| 48012C | — 小換藥 (<u>小於</u> 10公分) small (<10cm) | v | v | v | v | 56 |
| 48012C | — 中換藥 (10—20公分) medium (10-20cm) | v | v | v | v | 76 |
| 48013C | — 大換藥 (<u>大於</u> 20公分) large (>20cm) | v | v | v | v | 125 |
| | 註：1.包括材料費在內。 2.基層院所 <u>申報</u> 48011C得加計百分之四十。 3.基層院所 <u>申報</u> 48012C得加計百分之二十。 | | | | | |

| 八、耳鼻喉處置 E.N.T. Treatment (54001-54045) | | | | | | |
|--|--|------|------|------|------|------|
| 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 |
| 54045B | <u>人工電子耳術後調圖 (單耳)</u> <u>Mapping post Cochlear implantation</u> 註：適應症：符合下列診斷且經植入人工電子耳者。 <u>1.聽力喪失(Hearing loss)。</u> <u>2.感音神經性耳聾 (Sensorineural hearing loss)。</u> <u>3.突發性自發性聽力喪失(Sudden idiopathic hearing loss)。</u> <u>4.老年失聰(Presbycusis)。</u> | | v | v | v | 1311 |

| 第六節 治療處置 Therapeutic Treatment | | | | | | |
|--------------------------------------|--|------|------|------|------|------|
| 第一項 處置費 Treatment | | | | | | |
| 二、創傷處置 Wound Treatment (48001-48035) | | | | | | |
| 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 |
| 48001C | 淺部創傷處理 Wound treatment | | | | | |
| 48002C | — 傷口長 5公分以下者 <5cm | v | v | v | v | 420 |
| 48002C | — 傷口長 5-10 公分者 5-10cm | v | v | v | v | 562 |
| 48003C | — 傷口長 10 公分以上者 >10cm | v | v | v | v | 739 |
| | 註：1.切傷、刺傷、割傷或挫減傷之複診患者依48011C-48013C申報。 2.含縫合、接紮、擴創處理。 <u>3.屬西醫基層總額部門院所， 48001C以原支付點數350點申報， 48002C以原支付點數468點申報， 48003C以原支付點數616點申報。</u> | | | | | |
| 48011C | 手術、創傷處置及換藥 Change dressing | | | | | |
| 48012C | — 小換藥 (10公分以下) small (<10cm) | v | v | v | v | 56 |
| 48012C | — 中換藥 (10—20公分) medium (10-20cm) | v | v | v | v | 76 |
| 48013C | — 大換藥 (20公分以上) large (>20cm) | v | v | v | v | 125 |
| | 註：1.包括材料費在內。 2. <u>屬西醫基層總額部門院所， 48011C以原支付點數47點申報， 並得加計百分之四十。</u> 3. <u>屬西醫基層總額部門院所， 48012C以原支付點數63點申報， 並得加計百分之二十。</u> 4. <u>屬西醫基層總額部門院所， 48013C以原支付點數104點申報。</u> | | | | | |

| 八、耳鼻喉處置 E.N.T. Treatment (54001-54044) | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
|--|--|--|--|--|--|--|

一、調升基層院所創傷處置診療項目「淺部創傷處理」及「手術、創傷處置及換藥」各三項診療項目支付點數，至與醫院一致，爰刪除或修正相關備註。併修正48001C共四項診療項目中文名稱。

二、新增耳鼻喉處置診療項目「人工電子耳術後調圖(單耳)」(編號54045B)，支付點數1,311點。

| 第二項 透析治療 Dialysis Therapy (58001~58031) | | | | | | 第二項 透析治療 Dialysis Therapy (58001~58030) | | | | | | 一、修正透析治療診療項目編號58011C及58017C共二項診療項目備註文字，以與編號58028C之備註文字一致。 二、新增透析治療診療項目「分子吸附循環系統」(編號58031A)，支付點數144,277點。 | |
|---|--|------|------|------|------|---|--------|--|------|------|------|---|------|
| 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 |
| 58009B | 連續性可攜帶式腹膜透析 Continuous ambulatory peritoneal dialysis, CAPD 1.初次CAPD病人指導費，CAPD instruction 註：1.限以經專案向保險人申請同意後之醫院申報。 2.限病人初次腹膜透析申報。 3.包括病人專門技術訓練，家屬指導及教材給予。 | | v | v | v | 2847 | 58009B | 連續性可攜帶式腹膜透析 Continuous ambulatory peritoneal dialysis, CAPD 1.初次CAPD患者指導費，CAPD instruction 註：1.限以經專案向保險人申請同意後之醫院申報。 2.限患者初次腹膜透析申報。 3.包括患者專門技術訓練，家屬指導及教材給予。 | | v | v | v | 2847 |
| 58010B | 2.CAPD病人輸液連接管更換材料費 CAPD single unit P.D. set transfer material fee 註：1.包括輸液管組更換準備包、導管管夾、輸液連接管、腹膜透析引流袋。 2.限術後使用CAPD病人申報。 3.植管當次四周內以申報一次為原則，若有特殊阻塞或感染需更換管路者，得另申報一次，最多以二次為限。 | | v | v | v | 600 | 58010B | 2.CAPD患者輸液連接管更換材料費 CAPD single unit P.D. set transfer material fee 註：1.包括輸液管組更換準備包、導管管夾、輸液連接管、腹膜透析引流袋。 2.限術後使用CAPD患者申報。 3.植管當次四周內以申報一次為原則，若有特殊阻塞或感染需更換管路者，得另申報一次，最多以二次為限。 | | v | v | v | 600 |
| 58011C | 3.腹膜透析追蹤處置費 Peritoneal Dialysis Follow up therapy (1)連續性可攜帶式腹膜透析 CAPD | v | v | v | v | 8675 | 58011C | 3.腹膜透析追蹤處置費 Peritoneal Dialysis Follow up therapy (1)連續性可攜帶式腹膜透析 CAPD | v | v | v | v | 8675 |
| 58017C | (2)全自動腹膜透析 Automated peritoneal dialysis 註：1.包括： (1)醫護人員費 (nursing care) 5235點。 (2)特殊材料費 (CAPD special material) 440點。 (3)每月醫材消耗品 (monthly consumption) 1500點。 (4)每月檢查費 (monthly laboratory fee) 1500點。 2.每月申報一次。 3.病人因故中途停止治療或入院後未使用者，則按比例扣除未治療天數費用。 | v | v | v | v | 8675 | 58017C | (2)全自動腹膜透析 Automated peritoneal dialysis 註：1.包括： (1)醫護人員費 (nursing care) 5235點。 (2)特殊材料費 (CAPD special material) 440點。 (3)每月醫材消耗品 (monthly consumption) 1500點。 (4)每月檢查費 (monthly laboratory fee) 1500點。 2.每月申報一次。 3.患者中途停止治療入院，則按比例扣除未治療天數費用。 | v | v | v | v | 8675 |
| 58028C | (3)全自動腹膜透析機相關費用(APD monthly fee) 註：1.限居家長期使用全自動腹膜透析治療病人申報。 2.每月每一病人限申報一次。包含租金、保養、維修及管理費用。 3.病人因故中途停止治療或入院後未使用自動腹膜透析者，則按比例扣除未治療天數費用。 | v | v | v | v | 2000 | 58028C | (3)全自動腹膜透析機相關費用(ADP monthly fee) 註：1.限居家長期使用全自動腹膜透析治療患者申報。 2.每月每一病人限申報一次。包含租金、保養、維修及管理費用。 3.患者因故中途停止治療或入院後未使用自動腹膜透析者，則按比例扣除未治療天數費用。 | v | v | v | v | 2000 |
| 58012B | 4.連續性可攜帶式腹膜透析導管植入術 CAPD,Tenckhoff catheter implantation 註：1.限以經專案向保險人申請同意後之醫院申報。 2.包含手術費及一般材料費。 | | v | v | v | 4284 | 58012B | 4.連續性可攜帶式腹膜透析導管植入術 CAPD,Tenckhoff catheter implantation 註：1.限以經專案向保險人申請同意後之醫院申報。 2.包含手術費及一般材料費。 | | v | v | v | 4284 |
| 58031A | 分子吸附循環系統 Molecular adsorbent recirculating system(MARS) 註： 1.適應症：肝臟衰竭病人肝臟移植前的橋接治療，並須符合下列所有條件： (1)病人經傳統治療無法維持肝功能，而於短期內有致死之虞者 (MELD score >30 或 PELD score >30)。 (2)經評估通過需要肝臟移植者。 (3)已有活體肝臟移植捐贈者。 2.終止條件：下列情況之一，應考慮中止治療或改為自費治療： (1)治療後一週內無明顯改善者 (SOFA score仍未小於十一分，或 MELD score仍未小於二十五分)。 (2)一週內無法接受肝移植者。 3.當次移植以給付三次為限。 4.含血清白蛋白注射液及血液淨化套組 (MARS Treatment Kit)。 | | | v | v | 144277 | | | | | | | |

| 第七節 手術 | | | | | | |
|---|--|------|------|------|------|-------|
| 第一項 皮膚 Integumentary System (62001-62072, 63017) | | | | | | |
| 註：本項編號 63017 與「第二項 乳房」為共同項目。 | | | | | | |
| 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 |
| 63017B | 前哨淋巴結摘除手術 註： 1.適應症：惡性乳癌、黑色素瘤及鱗狀上皮細胞癌。 2.支付規範： (1)不可同時申報：70205B。 (2)一般材料費，得另加計56%。 | | v | v | v | 12656 |

| 第二項 乳房 Breast (63001~63017) | | | | | | |
|------------------------------|--|------|------|------|------|-------|
| 註：本項編號 63017 與「第一項 皮膚」為共同項目。 | | | | | | |
| 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 |
| 63017B | 前哨淋巴結摘除手術 註： 1.適應症：惡性乳癌、黑色素瘤及鱗狀上皮細胞癌。 2.支付規範： (1)不可同時申報：70205B。 (2)一般材料費，得另加計56%。 | | v | v | v | 12656 |

| 第六項 心臟及心包膜(68001-68056) | | | | | | |
|-------------------------|--|------|------|------|------|-------|
| 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 |
| 68044A | 經皮移除心臟內電極導線 Removal of Cardiac Lead from Heart, Percutaneous Approach 註： 1.支付規範： (1)施行本項醫師資格須同時符合下列三項條件： A.具有心臟專科醫師資格(心臟內科、心臟外科、小兒心臟科)。 B.須於指導醫師在場協助下，完成至少五例或十條導線移除經驗，並經中華民國心臟學會或中華民國心律醫學會認證。 C.參加中華民國心臟學會或中華民國心律醫學會認證之講習及模擬課程(實際操作訓練或示範教學)。 (2)執行本項手術之醫師名單應報經保險人核定。 2.含一般材料費，不另加計材料加成。 | | | v | v | 36963 |
| 68056B | 心房-肺動脈迴路成形術 Fontan operation | | v | v | v | 56403 |

| 第七節 手術 | | | | | | |
|---|--|------|------|------|------|-------|
| 第一項 皮膚 Integumentary System (62001-62072) | | | | | | |
| 第二項 乳房 Breast (63001~63017) | | | | | | |
| 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 |
| 63017B | 前哨淋巴結摘除手術 註： 1.適應症：惡性乳癌 2.支付規範： (1)不可同時申報：70205B。 (2)一般材料費，得另加計56%。 | | v | v | v | 12656 |

| 第六項 心臟及心包膜(68001-68055) | | | | | | |
|-------------------------|---|------|------|------|------|-------|
| 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 |
| 68044A | 經皮移除心臟內電極導線 Removal of Cardiac Lead from Heart, Percutaneous Approach 註： 1.支付規範： (1)施行本項醫師資格須同時符合下列三項條件： A.具有心臟專科醫師資格(心臟內科、心臟外科、小兒心臟科)。 B.須於指導醫師在場協助下，完成至少五例或十條導線移除經驗，並經中華民國心臟學會或中華民國心律醫學會認證。 C.參加中華民國心臟學會或中華民國心律醫學會認證之講習及模擬課程(實際操作訓練或示範教學)。 2.含一般材料費，不另加計材料加成。 | | | v | v | 36963 |
| 68033B | 心房-肺動脈迴路成形術(大於六歲) Fontan operation(>6-year-old) | | v | v | v | 53305 |
| 68046B | 心房-肺動脈迴路成形術(六歲以下) Fontan operation(≤6-year-old) | | v | v | v | 56403 |

一、修正增列乳房診療項目「前哨淋巴結摘除手術」(編號 63017B)之適應症「黑色素瘤及鱗狀上皮細胞癌」，爰將 63017B 增列於皮膚項下。

二、修正增列心臟及心包膜診療項目編號 68044A 支付規範，明訂施行本項手術醫師資格應經保險人核定。

三、調升心臟及心包膜診療項目「心房-肺動脈迴路成形術(大於六歲)」(編號 68033B)支付點數與編號 68046B(六歲以下)相同，並配合刪除前二項編號，增列新編號 68056B。

四、修正增列造血與淋巴系統診療項目「標準腋下淋巴廓清術」(編號 70205B)之適應症「黑色素瘤及鱗狀上皮細胞癌」。

五、其餘屬文字修正。

第八項 造血與淋巴系統 Hemic & Lymphatic System
二、根治性淋巴結切除 Radical Lymphadenectomy (70201-70214)

| 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 |
|--------|--|------|------|------|------|-------|
| 70205B | 標準腋下淋巴廓清術 Axillary lymph node dissection 註： 1.適應症：惡性乳癌、 <u>黑色素瘤及鱗狀上皮細胞癌</u> 。 2.一般材料費，得另加計41%。 | | v | v | v | 13515 |

第十三項 女性生殖

一、會陰 Perineum (79601~79605)

註：本項與「第十二項 泌尿及男性生殖」項下「十一、會陰」為相同項目，但有 79603C 女陰白斑切除術。

第三部 牙醫

通則：

三、牙科門診分科醫師親自執行轉診個案醫療服務，應依「全民健康保險轉診實施辦法」規定辦理，符合下列規定者，得申報百分之三十加成費用。

(一)醫師資格：符合下列任一資格者得檢附相關資料，提供牙醫總額受託單位彙整後，送保險人分區業務組核定，已核定者次年如繼續符合資格，得繼續沿用：

- 1.具主管機關發給之專科證書或牙髓病科、牙周病科、兒童牙科及牙體復形各分科學會相關專科證明之醫師。
- 2.全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫執行院所之醫師，其轉診範圍限(二)之第 7 項範圍。
- 3.以醫師為單位，前一年度申報轉診範圍各科別醫令費用在十五百分位數(含)以上者，其科別點數或件數占總申報點數或件數百分之六十(含)以上者(牙體復形除外)。本項名單每年依附表 3.3.4 產製。

(二)轉診範圍，限於下列之科別與診療項目：

- 1.牙髓病科：本標準第三章第二節根管治療(除 90004C、90006C、90007C、90088C 外)，及 91009B、92030C~92033C。
- 2.牙周病科：本標準第三章第三節牙周病學(除 91001C、91003C、91004C、91088C 外)，及 92030C~92033C、91021C~91023C。
- 3.口腔顎面外科：本標準第三章第四節口腔顎面外科(除 92001C、92013C、92088C 外)。
- 4.牙體復形科：本標準第三章第一節牙體復形(除 89006C、89088C 外)。
- 5.口腔病理科：92049B、92065B、92073C、92090C、92091C、92095C。
- 6.兒童牙科：十二歲以下執行上述醫令項。
- 7.符合全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫之適用對象，計畫醫師於院所執行轉診醫療則不限科別得轉診加成。

(三)轉診單開立後三個月內應至接受轉診之醫療院所就診，否則無效。

第八項 造血與淋巴系統 Hemic & Lymphatic System
二、根治性淋巴結切除 Radical Lymphadenectomy (70201-70214)

| 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 |
|--------|---|------|------|------|------|-------|
| 70205B | 標準腋下淋巴廓清術 Axillary lymph node dissection 註： 1.適應症：惡性乳癌 2.一般材料費，得另加計41%。 | | v | v | v | 13515 |

第十三項 女性生殖

一、會陰 Perineum (79601~79605)

註：本項與「第十二項 泌尿及男性生殖」項下「一、會陰」為相同項目，但有 79603C 女陰白斑切除術。

第三部 牙醫

通則：

三、牙科門診分科醫師親自執行轉診個案醫療服務，應依「全民健康保險轉診實施辦法」規定辦理，符合下列規定者，得申報百分之三十加成費用。

(一)醫師資格：符合下列任一資格者得檢附相關資料，提供牙醫總額受託單位彙整後，送保險人分區業務組核定，已核定者次年如繼續符合資格，得繼續沿用：

- 1.具主管機關發給之專科證書或牙髓病科、牙周病科、兒童牙科及牙體復形各分科學會相關專科證明之醫師。
- 2.全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫執行院所之醫師，其轉診範圍限(二)之第 6 項範圍。
- 3.以醫師為單位，前一年度申報轉診範圍各科別醫令費用在百分之十五百分位數(含)以上者，其科別點數或件數占總申報點數或件數六十百分位(含)以上者(牙體復形除外)。本項名單產製由牙醫總額受託單位每年依附表 3.3.4 產製名單通知。

(二)轉診範圍，限於下列之科別與診療項目：

- 1.牙髓病科：本標準第三章第二節根管治療(除 90004C、90006C、90007C、90088C 外)，及 91009B、92030C~92033C。
- 2.牙周病科：本標準第三章第三節牙周病學(除 91001C、91003C、91004C、91088C 外)，及 92030C~92033C、91021C~91023C。
- 3.口腔顎面外科：本標準第三章第四節口腔顎面外科(除 92001C、92013C、92088C 外)。
- 4.牙體復形科：本標準第三章第一節牙體復形(除 89006C、89088C 外)。
- 5.口腔病理科：92049B、92065B、92073C、92090C、92091C、92095C。
- 6.兒童牙科：十二歲以下執行上述醫令項。
- 7.符合全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫之適用對象，計畫醫師於院所執行轉診醫療則不限科別得轉診加成。

(三)轉診單開立後三個月內應至接受轉診之醫療院所就診，否則無效。

修正牙醫支付通則三(一)文字。

第三章 牙科處置及手術 Dental Treatment & operation
 第一節 牙體復形 Operative Dentistry (89001-89015, 89088, 89101-89115)

| 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 |
|----------------------------|--|------|------|------|------|--------------------|
| 89001C 89002C 89003C | 銀粉充填 Amalgam restoration — 單面 single surface — 雙面 two surfaces — 三面 three surfaces 註： 1.同類牙申報銀粉充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填（89001C~89005C，89008C~89012C，89014C~89015C）費用， <u>以同一院所為限</u> 。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。 | v | v | v | v | 450 600 750 |
| 89004C 89005C | 前牙複合樹脂充填 Composite resin restoration in anterior teeth — 單面 single surface — 雙面 two surfaces 註： 1.同類牙申報前牙複合樹脂充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，89008C~89012C，89014C~89015C)費用， <u>以同一院所為限</u> 。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以二面為限。 | v | v | v | v | 500 650 |
| 89008C 89009C 89010C | 後牙複合樹脂充填 Composite resin restoration in posterior teeth — 單面 single surface — 雙面 two surfaces — 三面 three surfaces 註： 1.同類牙申報複合樹脂充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，89008C~89012C，89014C~89015C)費用， <u>以同一院所為限</u> 。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。 | v | v | v | v | 600 800 1000 |
| 89011C | 玻璃離子體充填 Glass ionomer cement restoration 註： 1.同類牙申報玻璃離子體充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，89008C~89012C，89014C~89015C)費用， <u>以同一院所為限</u> 。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 | v | v | v | v | 400 |

第三章 牙科處置及手術 Dental Treatment & operation
 第一節 牙體復形 Operative Dentistry (89001-89015, 89088, 89101-89115)

| 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 |
|----------------------------|---|------|------|------|------|--------------------|
| 89001C 89002C 89003C | 銀粉充填 Amalgam restoration — 單面 single surface — 雙面 two surfaces — 三面 three surfaces 註： 1.同類牙申報銀粉充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填（89001C~89005C，89008C~89012C，89014C~89015C）費用。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。 | v | v | v | v | 450 600 750 |
| 89004C 89005C | 前牙複合樹脂充填 Composite resin restoration in anterior teeth — 單面 single surface — 雙面 two surfaces 註： 1.同類牙申報前牙複合樹脂充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，89008C~89012C，89014C~89015C)費用。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以二面為限。 | v | v | v | v | 500 650 |
| 89008C 89009C 89010C | 後牙複合樹脂充填 Composite resin restoration in posterior teeth — 單面 single surface — 雙面 two surfaces — 三面 three surfaces 註： 1.同類牙申報複合樹脂充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，89008C~89012C，89014C~89015C)費用。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。 | v | v | v | v | 600 800 1000 |
| 89011C | 玻璃離子體充填 Glass ionomer cement restoration 註： 1.同類牙申報玻璃離子體充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，89008C~89012C，89014C~89015C)費用。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 | v | v | v | v | 400 |

修正牙體復形診療項目編號 89001C 等十三
 診療項目支付規範，有關一定期間內再填補之規定，增列「以同一院所為限」，以臻明確。

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------|--|---|---|---|---|------|--------|---|---|---|---|---|------|
| 89012C | 前牙三面複合樹脂充填 Three-surface composite resin restoration in anterior teeth 註： 1.同類牙申報複合樹脂充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，89008C~89012C，89014C~89015C)費用， <u>以同一院所為限</u> 。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。 | v | v | v | v | 1050 | 89012C | 前牙三面複合樹脂充填 Three-surface composite resin restoration in anterior teeth 註： 1.同類牙申報複合樹脂充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，89008C~89012C，89014C~89015C)費用。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。 | v | v | v | v | 1050 |
| 89013C | 複合體充填 Compomer restoration 註： 1.限恆牙牙根齲齒申報。 2.每顆牙一年半內不得重複申報， <u>以同一院所為限</u> 。 3.應於病歷詳列充填牙面部位。 | v | v | v | v | 1000 | 89013C | 複合體充填 Compomer restoration 註： 1.限恆牙牙根齲齒申報。 2.每顆牙一年半內不得重複申報。 3.應於病歷詳列充填牙面部位。 | v | v | v | v | 1000 |
| 89014C | 前牙雙鄰接面複合樹脂充填 Composite resin restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in anterior teeth 註： 1.同類牙申報前牙雙鄰接面複合樹脂充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，89008C~89012C，89014C~89015C)費用， <u>以同一院所為限</u> 。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 | v | v | v | v | 1200 | 89014C | 前牙雙鄰接面複合樹脂充填 Composite resin restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in anterior teeth 註： 1.同類牙申報前牙雙鄰接面複合樹脂充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，89008C~89012C，89014C~89015C)費用。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 | v | v | v | v | 1200 |
| 89015C | 後牙雙鄰接面複合樹脂充填 Composite resin restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in posterior teeth 註： 1.同類牙申報後牙雙鄰接面複合樹脂充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，89008C~89012C，89014C~89015C)費用， <u>以同一院所為限</u> 。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.充填牙面部位應包含雙鄰接面(Mesial, M; Distal, D)及咬合面(Occlusal, O)。 | v | v | v | v | 1450 | 89015C | 後牙雙鄰接面複合樹脂充填 Composite resin restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in posterior teeth 註： 1.同類牙申報後牙雙鄰接面複合樹脂充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C~89005C，89008C~89012C，89014C~89015C)費用。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.充填牙面部位應包含雙鄰接面(Mesial, M; Distal, D)及咬合面(Occlusal, O)。 | v | v | v | v | 1450 |

第四節 口腔顎面外科 Oral Surgery (92001~92073, 92088-92100)

第一項 處置

| 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 |
|--------|---|------|------|------|------|------|
| 92096C | 牙齒外傷急症處理 註： 1.限恆牙申報。 2.適應症：外傷導致之牙齒脫落或脫位(S03.2, S02.42, S02.67)。 3.應檢附術前術後 X 光片或照片。 4.不得同時申報 89006C、90004C、92002C、92093B、92094C。 5.限經中華民國牙醫師公會全國聯合會 <u>審查後，報經保險人分區業務組核定之院所</u> 申報。 | v | v | v | v | 4976 |

第二項 門診手術

| 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 |
|--------|---|------|------|------|------|------|
| 92015C | 單純齒切除術 Simple odontectomy 註： 1.依牙醫門診總額支付制度臨床指引申報。 2.包括牙瓣修整術，需檢附 X 光片(flap repair) 3.本項目 X 光片及局部麻醉費用已內含。 4.適用於軟組織阻生齒或阻生齒骨頭覆蓋牙冠未及三分之二者。 5.阻生齒含智齒、白齒、小白齒、犬齒、門齒、側門齒及贅生齒等。 | v | v | v | v | 2730 |
| 92016C | 複雜齒切除術 Complex odontectomy 註： 1.依臨床治療指引相關條文申報。 2.包括牙瓣修整術，需檢附 X 光片(flap repair)。 3.本項目 X 光片及局部麻醉費用已內含。 | v | v | v | v | 4300 |
| 92020B | 口內軟組織腫瘤切除 Excision of soft tissue tumor in oral cavity 註： 1.淋巴切除(lymphadectomy)比照申報。 2.本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。 3.應附病理報告。 | v | v | v | v | 1800 |
| 92034B | 口竇瘻管／相通修補術 Repair oro-antral fistula or communication 註： 1.本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。 2.需檢附 X 光片或相片佐證。 | v | v | v | v | 5710 |
| 92056C | 骨瘤切除術 Excision of Bone tumor, <1 cm 註： 1.需檢附 X 光片、病理檢查報告及手術記錄於病歷上以為審核 (X 光片及局部麻醉費用已內含)。 2.torus之切除應檢附術前照片(規格需為 3*5吋以上且可清晰判讀)舉證影響口腔功能。 | v | v | v | v | 5010 |

第四節 口腔顎面外科 Oral Surgery (92001~92073, 92088-92100)

第一項 處置及門診手術

| 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 |
|--------|---|------|------|------|------|------|
| 92096C | 牙齒外傷急症處理 註： 1.限恆牙申報。 2.適應症：外傷導致之牙齒脫落或脫位(S03.2, S02.42, S02.67)。 3.應檢附術前術後 X 光片或照片。 4.不得同時申報 89006C、90004C、92002C、92093B、92094C。 5.限經中華民國牙醫師公會全國聯合會認證之醫師申報。 | v | v | v | v | 4976 |
| 92015C | 單純齒切除術 Simple odontectomy 註： 1.依牙醫門診總額支付制度臨床指引申報。 2.包括牙瓣修整術，需檢附 X 光片(flap repair) 3.本項目 X 光片及局部麻醉費用已內含。 4.適用於軟組織阻生齒或阻生齒骨頭覆蓋牙冠未及三分之二者。 5.阻生齒含智齒、白齒、小白齒、犬齒、門齒、側門齒及贅生齒等。 | v | v | v | v | 2730 |
| 92016C | 複雜齒切除術 Complex odontectomy 註： 1.依臨床治療指引相關條文申報。 2.包括牙瓣修整術，需檢附 X 光片(flap repair)。 3.本項目 X 光片及局部麻醉費用已內含。 | v | v | v | v | 4300 |
| 92020B | 口內軟組織腫瘤切除 Excision of soft tissue tumor in oral cavity 註： 1.淋巴切除(lymphadectomy)比照申報。 2.本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。 3.應附病理報告。 | v | v | v | v | 1800 |
| 92034B | 口竇瘻管／相通修補術 Repair oro-antral fistula or communication 註： 1.本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。 2.需檢附 X 光片或相片佐證。 | v | v | v | v | 5710 |
| 92056C | 骨瘤切除術 Excision of Bone tumor, <1 cm 註： 1.需檢附 X 光片、病理檢查報告及手術記錄於病歷上以為審核 (X 光片及局部麻醉費用已內含)。 2.torus之切除應檢附術前照片(規格需為 3*5吋以上且可清晰判讀)舉證影響口腔功能。 | v | v | v | v | 5010 |

一、修正處置診療項目編號 92096C 備註文字，明訂可申報本項之院所名單應送保險人分區業務組核定。
二、增列「第二項、門診手術」，並將原列於「第一項、處置及門診手術」項下之編號 92015C、92016C、92020B、92034B、92056C、92057C、92058C、92059C、92063C、92064C 等十項診療項目移列至「第二項、門診手術」項下，原第一項名稱及第二項「開刀房手術」項次併同修正。

| | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|--|---|---|---|---|-------|------------------------|--|---|---|---|---|-------|
| 92057C | 骨瘤切除術 Excision of Bone tumor, 1 cm ≤ Bone tumor ≤ 2 cm 註： 1.需檢附X光片、病理檢查報告及手術記錄於病歷上以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。 2.torus之切除應檢附術前照片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)舉證影響口腔功能。 | v | v | v | v | 10010 | 92057C | 骨瘤切除術 Excision of Bone tumor, 1 cm ≤ Bone tumor ≤ 2 cm 註： 1.需檢附X光片、病理檢查報告及手術記錄於病歷上以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。 2.torus之切除應檢附術前照片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)舉證影響口腔功能。 | v | v | v | v | 10010 |
| 92058C | 骨瘤切除術 Excision of Bone tumor, >2 cm 註： 1.需檢附X光片、病理檢查報告及手術記錄於病歷上以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。 2.torus之切除應檢附術前照片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)舉證影響口腔功能。 | v | v | v | v | 15010 | 92058C | 骨瘤切除術 Excision of Bone tumor, >2 cm 註： 1.需檢附X光片、病理檢查報告及手術記錄於病歷上以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。 2.torus之切除應檢附術前照片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)舉證影響口腔功能。 | v | v | v | v | 15010 |
| 92059C | 手術去除陷入上顎竇內牙齒或異物 Surgical removal of tooth or foreign body within the maxillary sinus 註： 1.需檢附X光片及手術記錄於病歷上以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。 2.限不同醫師執行。 | v | v | v | v | 6010 | 92059C | 手術去除陷入上顎竇內牙齒或異物 Surgical removal of tooth or foreign body within the maxillary sinus 註： 1.需檢附X光片及手術記錄於病歷上以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。 2.限不同醫師執行。 | v | v | v | v | 6010 |
| 92063C | 手術拔除深部阻生齒 Surgical removal of a deeply impacted tooth in jaw bone 註： 1.符合以下四者狀況之一者，得申報此項。 (1)上、下顎阻生齒牙冠最低處低於鄰牙之根尖。 (2)上、下顎骨性阻生齒最深處距下顎骨邊緣垂直高度小於二分之一或低於齒槽骨脊下1.5公分者。 (3)下顎骨性阻生齒處之上升枝前緣距離第二大白齒後緣小於阻生齒牙冠三分之一，且阻生齒牙冠最上緣低於鄰牙咬合平面者。 (4)下顎骨性阻生齒處之上升枝前緣距離第二大白齒後緣小於阻生齒牙冠三分之一，且阻生齒牙冠三分之二居上升枝內者。 2.須檢附X光片及手術記錄於病歷上以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。 | v | v | v | v | 8010 | 92063C | 手術拔除深部阻生齒 Surgical removal of a deeply impacted tooth in jaw bone 註： 1.符合以下四者狀況之一者，得申報此項。 (1)上、下顎阻生齒牙冠最低處低於鄰牙之根尖。 (2)上、下顎骨性阻生齒最深處距下顎骨邊緣垂直高度小於二分之一或低於齒槽骨脊下1.5公分者。 (3)下顎骨性阻生齒處之上升枝前緣距離第二大白齒後緣小於阻生齒牙冠三分之一，且阻生齒牙冠最上緣低於鄰牙咬合平面者。 (4)下顎骨性阻生齒處之上升枝前緣距離第二大白齒後緣小於阻生齒牙冠三分之一，且阻生齒牙冠三分之二居上升枝內者。 2.須檢附X光片及手術記錄於病歷上以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。 | v | v | v | v | 8010 |
| 92064C | 手術去除解剖間隙內異物或牙齒 Surgical removal of a tooth or foreign body within fascial spaces 註： 1.需檢附X光片及手術記錄於病歷上以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。 2.限不同醫師執行。 | v | v | v | v | 10510 | 92064C | 手術去除解剖間隙內異物或牙齒 Surgical removal of a tooth or foreign body within fascial spaces 註： 1.需檢附X光片及手術記錄於病歷上以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。 2.限不同醫師執行。 | v | v | v | v | 10510 |
| 第三項 開刀房手術(92201~92230) | | | | | | | 第二項 開刀房手術(92201~92230) | | | | | | |

附表 3.3.4 通則三之一第 3 項 符合轉診醫師資格之產製名單處理方式

| 項目 | 說明 |
|---------|--|
| 一、邏輯定義 | 1.以醫師為單位，前一年度申報轉診範圍各分科別醫令費用在十五百分位數(含)以上者。 2.符合前述條件之醫師，其分科點數或醫令數占總申報點數或醫令數 <u>百分之六十</u> (含)以上者。 |
| 二、分區 | 六分區及全國 |
| 三、各分科定義 | 1.牙髓病科：本標準第三章第二節根管治療(除 90004C、90006C、90007C、90088C 外)，及 91009B、92030C~92033C。 2.牙周病科：本標準第三章第三節牙周病學(除 91001C、91003C、91004C、91088C 外)，及 92030C~92033C、91021C~91023C。 3.口腔顎面外科：本標準第三章第四節口腔顎面外科(除 92001C、92013C、92088C 外)。 4.牙體復形科：本標準第三章第一節牙體復形(除 89006C、89088C 外)。 <u>5.口腔病理科：92049B、92065B、92073C、92090C、92091C、92095C。</u> 6.兒童牙科：十二歲以下執行上述醫令項。 |
| 四、計算式 | 1.分子： (1)牙髓病科、牙周病科、口腔顎面外科、 <u>口腔病理科</u> ：以醫師歸戶，計算上述各分科定義之醫令項(醫令數或點數)。 (2)兒童牙科：以醫師歸戶，計算有執行病人年齡≤十二歲，上述牙髓病科、牙周病科、口腔顎面外科、 <u>口腔病理科</u> 及牙體復形科之醫令項(醫令數或點數)。 2.分母：以醫師歸戶，計算申報本標準第三部牙醫>第三章 牙科處置及手術項下醫令項(醫令數或點數)，排除 89006C、89088C、90004C、90006C、90007C、90088C、91001C、91003C、91004C、91088C、92001C、92013C、92088C。 |

附表 3.3.4 通則三之一第 3 項 符合轉診醫師資格之產製名單處理方式

| 項目 | 說明 |
|---------|---|
| 一、邏輯定義 | 1.以醫師為單位，前一年度申報轉診範圍各分科別醫令費用在十五百分位數(含)以上者。 2.符合前述條件之醫師，其分科點數或醫令數占總申報點數或醫令數六十百分位(含)以上者。 |
| 二、分區 | 六分區及全國 |
| 三、各分科定義 | 1.牙髓病科：本標準第三章第二節根管治療(除 90004C、90006C、90007C、90088C 外)，及 91009B、92030C~92033C。 2.牙周病科：本標準第三章第三節牙周病學(除 91001C、91003C、91004C、91088C 外)，及 92030C~92033C、91021C~91023C。 3.口腔顎面外科：本標準第三章第四節口腔顎面外科(除 92001C、92013C、92088C 外)。 4.牙體復形科：本標準第三章第一節牙體復形(除 89006C、89088C 外)。 5.兒童牙科：十二歲以下執行上述醫令項。 |
| 四、計算式 | 1.分子： (1)牙髓病科、牙周病科、口腔顎面外科：以醫師歸戶，計算上述各分科定義之醫令項(醫令數或點數)。 (2)兒童牙科：以醫師歸戶，計算有執行病患年齡≤十二歲，上述牙髓病科、牙周病科、口腔顎面外科及牙體復形科之醫令項(醫令數或點數)。 2.分母：以醫師歸戶，計算申報本標準第三部牙醫>第三章 牙科處置及手術項下醫令項(醫令數或點數)，排除 89006C、89088C、90004C、90006C、90007C、90088C、91001C、91003C、91004C、91088C、92001C、92013C、92088C。 |

一、配合第三部通則三之一第 3 點之文字修訂，修訂附表 3.3.4 相同文字。
二、配合一百零八年二月十九日修正發布牙科門診得申報轉診加收費用之範圍增列口腔病理科及其診療項目，修正附表相關內容。

第五章 牙周病統合治療方案

通則：

三、支付規範：

- (一) 本方案診療項目限經保險人分區業務組核定之醫師申報。
- (二) 若病人曾於最近一年內，在同一特約醫療院所施行並申報 91006C 或 91007C 三次者，不得申報本方案中所列診療項目。
- (三) 執行本方案須至健保資訊網服務系統(VPN)進行牙周病統合治療方案登錄及查詢該病人是否曾接受牙周病統合治療，如一年內未曾收案(以執行 91021C 起算)，始得收案執行，未登錄不得申報本方案所列診療項目。VPN 登錄後於次月二十日(含)前，未申報牙周病統合治療第一階支付(91021C)者，系統將自動刪除 VPN 登錄資料，如欲執行須重新登錄收案。
- (四) 院所申報 91022C 起，一年內不得申報 91006C 至 91008C 之診療項目服務費用。
- (五) 每一個案一年內僅能執行一次牙周病統合治療(以執行 91021C 起算)。
- (六) 本方案屬同一療程分三階段支付，其療程最長為一百八十天，療程中 91021C 至 91023C 各項目僅能申報一次，另申報 91022C 治療日起九十天內，依病情需要施行之牙結石清除治療，不得另行申報 91003C、91004C。
- (七) X 光片費用另計，治療期間內限申報一次全口 X 光檢查(限申報 34001C 及 34002C)。

第五章 牙周病統合治療方案

通則：

三、支付規範：

- (一) 本方案診療項目限經保險人分區業務組核定之醫師申報。
- (二) 若病人曾於最近一年內，在同一特約醫療院所施行並申報 91006C 或 91007C 三次者，不得申報本方案中所列診療項目。
- (三) 執行本方案須至健保資訊網服務系統(VPN)進行牙周病統合治療方案登錄及查詢該病人是否曾接受牙周病統合治療，如一年內未曾收案(以執行 91021C 起算)，始得收案執行，未登錄不得申報本方案所列診療項目。
- (四) 院所申報 91022C 起，一年內不得申報 91006C 至 91008C 之診療項目服務費用。
- (五) 每一個案一年內僅能執行一次牙周病統合治療(以執行 91021C 起算)。
- (六) 本方案屬同一療程分三階段支付，其療程最長為一百八十天，療程中 91021C 至 91023C 各項目僅能申報一次，另申報 91022C 治療日起九十天內，依病情需要施行之牙結石清除治療，不得另行申報 91003C、91004C。
- (七) X 光片費用另計，治療期間內限申報一次全口 X 光檢查(限申報 34001C 及 34002C)。

修訂牙周病統合治療方案通則三「支付規範(三)」VPN 登錄資料與申報之規定。