

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項目

第二部 西醫

第一章 基本診療

第一節 門診診察費

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
	一般門診診察費					
	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)					
00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人次)	v				358
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
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
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
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
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)					
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
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
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
	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
00143C	2)開具慢性病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)開具慢性病處方並由本院所自行調劑	v				190

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
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八十人次，但在一百五十人次以下部分(81-150)					
00115C	1)處方交付特約藥局調劑	v				70
00145C	2)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑	v				125
00116C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				70
00146C	4)開具慢性病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
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
	5.每位醫師每日門診量超過在一百五十人次部分(>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)					
00230C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	v				358
00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50人)	v				352
00232C	2-1)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	v				381
00233C	2-2)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑(31-50人)	v				375
00234C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	v				358
00235C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50人)	v				352
00236C	4-1)開具慢性病處方並由本院所自行調劑(1-30人)	v				356
00237C	4-2)開具慢性病處方並由本院所自行調劑(31-50人)	v				350
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，但在在一百五十人次以下部分(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由本院所自行調劑	v				390
	(4)每位醫師每日門診量超過在一百五十人次部分(>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.以上第1至5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)，應以實際看診日數計；每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日)，以二十五日計算合理量。					
	2.第6點山地離島地區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)，應以實際看診日數計；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。					
	3.以上第1至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。					
	4.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。					
	5.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
	6.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。 7.本項支付點數含護理費29-39點。 8.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，以山地離島地區三十人次以下部分之支付點數申報。 9.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。					
	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		√	√	√	280
00178B	2)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑		√	√	√	332
01019B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		√	√	√	280
00179B	4)開具慢性病處方並由本院所自行調劑		√	√	√	310
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		√	√	√	550
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		√	√	√	528
	2.基層診所					
00238C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	√				344
00239C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-45人)	√				338
00240C	2-1)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	√				395
00241C	2-2)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑(31-45人)	√				389
00242C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	√				344
00243C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-45人)	√				338
00244C	4-1)開具慢性病處方並由本院所自行調劑(1-30人)	√				374
00245C	4-2)開具慢性病處方並由本院所自行調劑(31-45人)	√				368
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	√	√	√	√	164
00187C	2)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑	√	√	√	√	218
00188C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	√	√	√	√	164
00189C	4)開具慢性病處方並由本院所自行調劑	√	√	√	√	196
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

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
00191C	<p>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</p> <p>註：</p> <p>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。</p> <p>2.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。</p> <p>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。</p> <p>4.本項支付點數含護理費31-41點。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	v	v	v	v	414

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
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
	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
00143C	2)開具慢性病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
00144C	4)開具慢性病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

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
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)			
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
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
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
	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
00147C	2)開具慢性病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
00148C	4)開具慢性病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
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五十五人次以下部分(≤50)			
00230C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	358	430	385
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
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
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)開具慢性病處方並由本院所自行調劑(1-30人)	356	427	383
00237C	4-2)開具慢性病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病連續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病連續處方並由本院所自行調劑(≤50)	530	636	570

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
	(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
00206C	2)開具慢性病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
00208C	4)開具慢性病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病連續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病連續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)			
00211C	1)處方交付特約藥局調劑(71-150)	160	192	172
00212C	2)開具慢性病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
00214C	4)開具慢性病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病連續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病連續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)			
00217C	1)處方交付特約藥局調劑(>150)	90	108	97
00218C	2)開具慢性病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
00220C	4)開具慢性病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病連續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病連續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

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
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

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 2.1.5

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
	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 2.1.6

基層院所申報婦、兒、外、內專科醫師別加成併「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

第三節 病房費

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	2852
03011F				v		2406
03012G			v			2406
03047E	--護理費				v	4491
03048F				v		3789
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。					

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>鐳223治療處置費 Radium-223 treatment</p> <p>註： 1.適應症：去勢抗性攝護腺癌（castration-resistant prostate 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攝護腺惡性腫瘤、C79.5骨骼續發性惡性腫瘤）。 2.執行頻率：每月一次，每月為一療程，共六次療程。 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</p> <p>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IIIB期及第IIIC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</p>		v	v	v	8252

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>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。</p> <p>(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> <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>					
30102B	<p>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</p> <p>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IIIB期及第IIIC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。 (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>	v	v	v		6755

第二節 放射線診療 X-RAY

第二項 癌症(腫瘤)治療 Cancer Therapy

二、其他治療方式 Other Therapy (37001~37048)

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

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 — 傷口長 小於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 大於10 公分者 >10cm 註：1.切傷、刺傷、割傷或挫滅傷之複診患者依48011C-48013C申報。 2.含縫合、接紮、擴創處理。	v	v	v	v	739
48011C	手術、創傷處置及換藥 Change dressing — 小換藥 (小於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 (大於20公分) large (>20cm) 註：1.包括材料費在內。 2.基層院所申報48011C得加計百分之四十。 3.基層院所申報48012C得加計百分之二十。	v	v	v	v	125

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	人工電子耳術後調圖 (單耳) Mapping post Cochlear implantation 註：適應症：符合下列診斷且經植入人工電子耳者。 1.聽力喪失(Hearing loss)。 2.感音神經性耳聾(Sensorineural hearing loss)。 3.突發性自發性聽力喪失(Sudden idiopathic hearing loss)。 4.老年失聰(Presbycusis)。		v	v	v	1311

第二項 透析治療 Dialysis Therapy (58001~58031)

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
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
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
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
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、維修及管理等費用。 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
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

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
58031A	<p>分子吸附循環系統 Molecular absorbent recirculating system(MARS)</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>3.當次移植以給付三次為限。</p> <p>4.含血清白蛋白注射液及血液淨化套組(MARS Treatment Kit)。</p>			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、黑色素瘤及鱗狀上皮細胞癌。 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「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	銀粉充填 Amalgam restoration — 單面 single surface	v	v	v	v	450
89002C	— 雙面 two surfaces	v	v	v	v	600
89003C	— 三面 three surfaces	v	v	v	v	750
	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，以同一院所為限。 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。					
89004C	前牙複合樹脂充填 Composite resin restoration in anterior teeth — 單面 single surface	v	v	v	v	500
89005C	— 雙面 two surfaces	v	v	v	v	650
	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，以同一院所為限。 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。					
89008C	後牙複合樹脂充填 Composite resin restoration in posterior teeth — 單面 single surface	v	v	v	v	600
89009C	— 雙面 two surfaces	v	v	v	v	800
89010C	— 三面 three surfaces	v	v	v	v	1000
	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，以同一院所為限。 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。					

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
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，以同一院所為限。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。	v	v	v	v	400
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，以同一院所為限。 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，以同一院所為限。 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，以同一院所為限。 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，以同一院所為限。 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審查後，報經所轄保險人分區業務組核定之院所申報。	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

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
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	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	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
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

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
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位居上升枝內者。 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

第三項 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百分之六十(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.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。
四、計算式	1.分子： (1)牙髓病科、牙周病科、口腔顎面外科、口腔病理科：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，計算有執行病人年齡≤十二歲，上述牙髓病科、牙周病科、口腔顎面外科、口腔病理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。

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，如欲執行需重新登錄收案。
- (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）。

本則命令之總說明及對照表請參閱行政院公報資訊網（<http://gazette.nat.gov.tw/>）。