

衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段
488號

聯絡人：白其怡

聯絡電話：(02)8590-6744

傳真：(02)8590-6048

電子郵件：lgpai@mohw.gov.tw

受文者：中華民國藥師公會全國聯合會

發文日期：中華民國113年3月21日

發文字號：衛部保字第1131260143C號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：發布令影本(含法規規定)、修正總說明及修正對照表之pdf檔各1份

(A21000000I_1131260143C_doc5_Attach1.pdf、

A21000000I_1131260143C_doc5_Attach2.pdf、

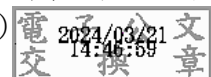
A21000000I_1131260143C_doc5_Attach3.pdf、

A21000000I_1131260143C_doc5_Attach4.pdf)

主旨：「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，業經本部於中華民國113年3月21日以衛部保字第1131260143號令修正發布，並自113年4月1日生效，茲檢送發布令影本(含法規規定)、修正總說明及修正對照表各1份，請查照。

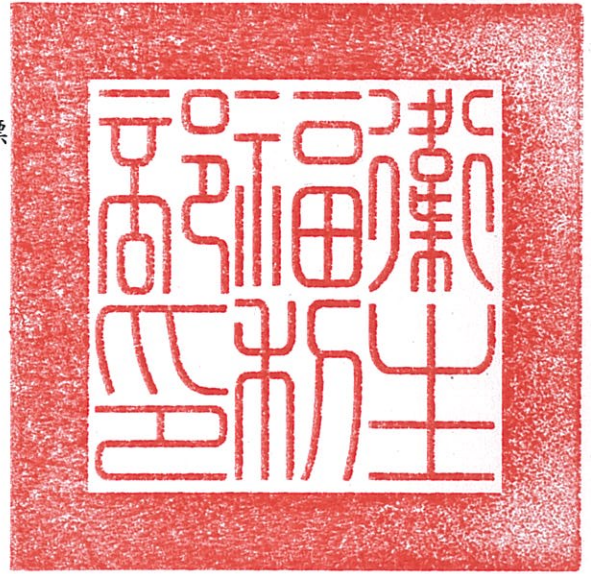
正本：台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國助產師助產士公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、勞動部勞工保險局、衛生福利部中央健康保險署

副本：衛生福利部國民健康署、衛生福利部疾病管制署、本部醫事司、本部中醫藥司、本部護理及健康照護司、本部心理健康司、本部口腔健康司、本部長期照顧司、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會(均含附件)



衛生福利部 令

發文日期：中華民國113年3月21日
發文字號：衛部保字第1131260143號
附件：「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目修正規定1份



修正「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，並自中華民國一百十三年四月一日生效。

附修正「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

部長 薛瑞元

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規定

第二部 西醫

第一章 基本診療

第一節 門診診察費

通則：

十二、西醫基層院所門診診察費加成方式：

(一)兒童加成方式(詳附表2.1.3)：

- 1.未滿四歲兒童：不限科別各項門診診察費依表定點數加計百分之二十。
- 2.四歲以上至未滿七歲兒童：兒科專科醫師各項門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

(二)七十五歲以上者加成方式(詳附表2.1.3)：不限科別各項門診診察費依表訂點數加計百分之七點五。

(三)專科醫師加成方式(詳附表2.1.4至附表2.1.7)：

- 1.各專科醫師申報第一段門診量內之門診診察費得按表定點數加計，若同時符合兒童加成或七十五歲以上者加成，依加成率合計後一併加計。各專科醫師加成率如下：
 - (1)婦產科、外科及內科之專科醫師：加計百分之十三。
 - (2)整形外科、骨科、泌尿科及神經外科之專科醫師：診治未滿四歲兒童加計百分之十三，診治四歲以上者加計百分之十。
 - (3)其餘專科醫師：診治未滿四歲兒童加計百分之十三，診治四歲以上者加計百分之九。
- 2.第一段門診量內之門診診察費項目：包括編號00109C、00110C、00197C、00198C、00199C、00200C、00158C、00159C、00230C、00231C、00232C、00233C、00234C、00235C、00236C、00237C、00168C、00169C、01023C、00238C、00240C、00242C、00244C、00184C、00185C。

附表2.1.4

基層院所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、 內專科醫 師加計 13%支付 點數 =A*1.13	整形外、骨、泌 尿、神經外專科醫 師		其餘科別專科醫師	
				診治未滿 四歲兒童 加計13% 支付點數 =A*1.13	診治四歲 以上者加 計10%支 付點數 =A*1.1	診治未滿 四歲兒童 加計13% 支付點數 =A*1.13	診治四 歲以上 者加計 9%支付 點數 =A*1.09
	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)	364	411	411	400	411	397
00197C	2-1)開具慢性病連續處方並交付 特約藥局調劑(1-30人)	387	437	437	426	437	422
00198C	2-2)開具慢性病連續處方並交付 特約藥局調劑(31-40人)	376	425	425	414	425	410
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自 行調劑(1-30人次)	364	411	411	400	411	397
00199C	4-1)開具慢性病連續處方並由本 院所自行調劑(1-30人)	362	409	409	398	409	395
00200C	4-2)開具慢性病連續處方並由本 院所自行調劑(31-40人)	351	397	397	386	397	383
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	561	634	634	617	634	611
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	536	606	606	590	606	584
	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)	364	411	411	400	411	397
00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50 人)	353	399	399	388	399	385
00232C	2-1)開具慢性病連續處方並交付 特約藥局調劑(1-30人)	387	437	437	426	437	422
00233C	2-2)開具慢性病連續處方並交付 特約藥局調劑(31-50人)	376	425	425	414	425	410
00234C	3-1)未開處方或處方由本院所自 行調劑(1-30人)	364	411	411	400	411	397
00235C	3-2)未開處方或處方由本院所自 行調劑(31-50人)	353	399	399	388	399	385
00236C	4-1)開具慢性病連續處方並由本 院所自行調劑(1-30人)	362	409	409	398	409	395
00237C	4-2)開具慢性病連續處方並由本 院所自行調劑(31-50人)	351	397	397	386	397	383
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	561	634	634	617	634	611

代碼	名稱	支付點數 A	婦、外、 內專科醫 師加計	整形外、骨、泌 尿、神經外專科醫 師		其餘科別專科醫師	
			13%支付 點數 =A*1.13	診治未滿 四歲兒童 加計13% 支付點數 =A*1.13	診治四歲 以上者加 計10%支 付點數 =A*1.1	診治未滿 四歲兒童 加計13% 支付點數 =A*1.13	診治四 歲以上 者加計 9%支付 點數 =A*1.09
	病連續處方並交付特約藥局調劑(≤50)						
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)	536	606	606	590	606	584
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	426	481	481	469	481	464

附表2.1.5

基層院所申報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	專科醫師診治未 滿四歲兒童加計 33%支付點數 =A*1.33	兒專科醫師診治 四歲以上至未滿 七歲兒童加計 29%支付點數 =A*1.29
	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)	364	484	470
00197C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	387	515	499
00198C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-40人)	376	500	485
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人次)	364	484	470
00199C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	362	481	467
00200C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-40人)	351	467	453
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	561	746	724
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	536	713	691
	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)	364	484	470
00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50人)	353	469	455
00232C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	387	515	499
00233C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-50人)	376	500	485
00234C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	364	484	470
00235C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50人)	353	469	455
00236C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	362	481	467
00237C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-50人)	351	467	453
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)	561	746	724
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)	536	713	691
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	426	567	550

附表2.1.6

基層院所申報專科醫師別加成併「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、內專科醫師診治七十五歲以上者加計 20.5% 支付點數=A*1.205	整形外、骨、泌尿、神經外專科醫師加計 17.5% 支付點數=A*1.175	其餘科別專科醫師診治七十五歲以上者加計 16.5% 支付點數=A*1.165
	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)	364	439	428	424
00197C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	387	466	455	451
00198C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-40人)	376	453	442	438
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人次)	364	439	428	424
00199C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	362	436	425	422
00200C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-40人)	351	423	412	409
00158C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	561	676	659	654
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	536	646	630	624
	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)	364	439	428	424
00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50人)	353	425	415	411
00232C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	387	466	455	451
00233C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-50人)	376	453	442	438
00234C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	364	439	428	424
00235C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50人)	353	425	415	411
00236C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	362	436	425	422
00237C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-50人)	351	423	412	409
00168C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(≤50)	561	676	659	654
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)	536	646	630	624

附表2.1.7

基層院所精神科專科醫師申報精神科門診第一段門診診察費加成及併兒童、七十五歲以上者加成支付點數之計算

代碼	名稱	支付點數 A	精神科專科醫師診治未滿四歲兒童加計33%支付點數 =A*1.33	精神科專科醫師診治四歲以上未滿七十五歲者加計9%支付點數 =A*1.09	精神科專科醫師診治七十五歲以上者加計16.5%支付點數 =A*1.165
	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)				
00238C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	350	466	382	408
00240C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	401	533	437	467
00242C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	350	466	382	408
00244C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	380	505	414	443
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	575	765	627	670
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	554	737	604	645

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

第十二項 循環機能檢查 Circulative Function Examination (18001-180467)

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
18033B	經食道超音波心圖 T.E.E 註：不得同時申報18047B。		v	v	v	4200
18047B	心內超音波 Intracardiac echocardiography 註： 1.適應症：心房顫動，曾接受電氣燒灼手術(33139B、33140B，含冷凍消融手術)，須再次執行電氣燒灼手術(含冷凍消融手術)者。 2.限中華民國心臟學會、中華民國心律醫學會核發「心臟電生理暨介入治療專科醫師認證」之心臟專科醫師執行。 3.申報費用時應檢附影像報告於病歷備查。 4.不得同時申報18033B及33049B。		v	v	v	8385

第二節 放射線診療 X-RAY

第一項 X光檢查費 X-Ray Examination

二、特殊造影檢查 Scanning (33001-33146、P2101-P2104)

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
33049B	順行性靜脈 X光攝影 Antegrade venography 註：不得同時申報33097B及18047B。		v	v	v	6000
33126B	經皮椎體成形術(第一節) Percutaneous vertebroplasty (1st vertebra) 註： 1.病人因病情需要，取部分組織進行化驗，得併報29032B、29033B或33103B，並於病歷敘明理由。 2.不得同時申報64144B。		v	v	v	16356
33146B	磁振造影使用Primovist造影劑加計 Primovist for magnetic resonance imaging – additional payment 註： 1.適應症須符合下列任一條件： (1)肝癌高危險病人（含肝癌根治性治療後）合併AFP>100ng/ml，或AFP>20ng/ml且一年內呈現二倍以上上升趨勢，或PIVKA-II（>40mAU/mL）腫瘤標記上升，惟超音波、電腦斷層未偵測到肝癌。 (2)肝硬化或肝癌經治療後病人，電腦斷層顯示疑似肝腫瘤，但無法確診或排除肝癌。 2.每年以申報一次為限。 3.本項適用於磁振造影。 4.本項不適用其他加成。 5.限放射診斷專科醫師執行。		v	v	v	5686

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

第一項 處置費 Treatment

三、大腸肛門處置 Colon and Anus Treatment (49001-49034)

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
49027C	大腸息肉切除術 Polypectomy — 一顆至三顆	√	√	√	√	2520
49032C	— 四顆至九顆	√	√	√	√	3304
49033C	— 十顆以上	√	√	√	√	6304
	註： 1.經由大腸鏡檢查時，依病情需要實施息肉切除者申報。本項目不含鏡檢費用。 2.內含單次使用息肉切除器比率為一顆至三顆百分之二十七、四顆至九顆百分之二十及十顆以上百分之十一。 3.限由消化內科、消化外科、大腸直腸外科、兒科消化學及小兒外科專科醫師執行。 4.提升兒童加成項目。 5.應檢附照片及內視鏡報告(須參考「國民健康署大腸癌篩檢指引手冊之大腸鏡報告」)，於病歷呈現逐顆之描述。 6.不得同時申報74207C、73008B及72050B。					

十一、呼吸治療處置 (57001-57032)

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
57001B	侵襲性呼吸輔助器使用費一天 Pressure/Volume control respirator, day 註： 1.須經由人工氣道使用，含氧氣吸入使用費、濕氣吸入治療及氧氣濃度分析器等費用。 2.已內含Ambu bag之使用及抽痰，不得另申報57009B（甦醒器使用/天）及47041C或47042C（呼吸道抽吸）之費用。 3.不得同時申報57032B。		√	√	√	1800

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
57023B	非侵襲性陽壓呼吸治療一天 Non-invasive positive pressure (day) (如Nasal PAP、CPAP、Bi-PAP)。 註： 1.含氧氣吸入使用費、濕氣吸入治療費及器材使用費用。 2.已內含Ambu bag之使用及抽痰，不得另申報57009B(甦醒器使用/天)及47041C或47042C(呼吸道抽吸)之費用。 3.不得同時申報57030B、57031B及57032B。		v	v	v	900
57029C	震動式高頻呼吸器治療 註：不得同時申報57032B。	v	v	v	v	3500
57030B 57031B	濕化高流量氧氣治療 Humidified high flow oxygen therapy — 第一天照護費(含管路特材) First time — 第二天後照護費(天) Daily care 註： 1.限急診或住院病人符合下列適應症者使用： (1)成人(十九歲以上) A.急性缺氧性呼吸衰竭，且需同時符合下列各項條件： (a)當以10L/min或更高的流速供應氧氣至少十五分鐘，P/F ratio \leq 300時。 (b)RR>25次/min，呼吸困難或呼吸窘迫。 (c)PaCO ₂ \leq 45 mmHg。 B.呼吸衰竭拔管後，預防再次插管使用，並有下列任一情形： (a)曾插管二十四小時以上之病人，且有下列任一高危險因子者：年紀六十五歲以上、APACHE II > 12分、BMI>30 Kg/m ² 、呼吸道清除功能失效、困難脫離呼吸器病人或插管大於七天病人。 (b)經臨床負責醫師判定有再度發生呼吸衰竭之可能。 (2)兒童(未滿十九歲) A.缺氧性呼吸衰竭或呼吸窘迫，並有下列任一情形者： (a)血氧飽和濃度SpO ₂ \leq 94%。 (b)呼吸窘迫症狀(呼吸急促、使用呼吸輔助肌、鼻翼扇動、點頭式呼吸、胸凹或矛盾式呼吸等)。 B.脫離侵襲性或非侵襲性呼吸器後，預防再次使用呼吸器時使用。 2.限內科、外科、麻醉科、兒科、急診醫學科、神經科及神經外科專科醫師執行。 3.不得同時申報57004C、57023B及57032B。		v	v	v	6000 1937

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
	4.更換管路當日比照第一天照護費申報。 5.兒童(未滿十九歲)得依表定點數加計百分之二十。 6.若臨床上認為拔管後應使用非侵襲性陽壓呼吸治療的成人病人，則不建議使用本項。 7.57030B內含一般材料費、高流量鼻導管及高流量管路組費比率為百分之六十五。					
57032B	神經調控通氣輔助呼吸治療及橫膈膜電位訊號監測（一天） Neurally adjusted ventilatory assist (NAVA) ventilation and Electrical activity of the diaphragm (Edi) monitoring/day 註： 1.適應症：限用於患有支氣管肺發育不全的未滿兩歲嬰幼兒，且符合插管天數十四天以上，無法拔管之病人。 2.支付規範： (1)限醫院緊急醫療能力分級評定基準評定結果，屬高危險妊娠及新生兒醫療中度級以上急救責任醫院申報。 (2)限新生兒科、兒童胸腔暨重症科、兒童重症醫學科、兒童神經科專科醫師申報。 (3)申報費用時應檢附下列呼吸治療項目之紀錄：呼吸器使用模式、Edi min、Edi peak、FiO2、PEEP，視需要加填NAVA level。 (4)限住院案件申報。 (5)不得同時申報57001B、57023B、57029C、57030B及57031B。		v	v	v	3712

第七節 手術

第十項 大腸、直腸、肛門 (73001-73009、73011-73015、73017-73018、73020、73022、73026-73032、73037-73040、73042-73043、73045-73048、73051-73053、73056-73057、74201-74225、74401-74420)

註：本項編號73001-73009，73020，73022，73030-73032，73037，73039，73043，73051-73053與「第九項消化器 三、腸(除大腸、直腸外)」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
74207C	經直腸大腸息肉切除術 Transrectal colonic Polypectomy 註： 1.適應症： (1)內視鏡切除後之疤痕殘留腫瘤性息肉，以49027C、49032C、49033C或72050B清除仍無法成功者。 (2)至少有一顆息肉大於一公分且為困難型息肉(例如扁平型、沒有根蒂息肉)。 2.限外科專科醫師執行。 3.須檢附報告及照片，且照片內容至少須包括下列三項： (1)切除前病灶整體型態。 (2)切除後傷口。 (3)息肉切除含尺之相片。 4.不得同時申報49027C、49032C及49033C。	v	v	v	v	8213

第三部 牙醫

通則：

五、「高齡患者根管治療難症處理」：治療六十五歲以上病人申報第三章第二節根管治療之90001C-90003C、90019C、90020C、90015C、90091C-90098C處置治療項目，得加計百分之三十，若同時符合轉診加成者，合計加計百分之六十。

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總說明

本次醫療服務給付項目及支付標準之修正，為本（一百十三）年第二次修正，並自一百十三年四月一日生效。

本次主要依據本年度醫療給付費用總額決定事項，新增給付項目五項及修正支付規範二項、調升西醫基層診所專科醫師診治未滿四歲兒童第一段門診診察費之加成率，以及牙醫放寬「高齡患者根管治療難症處理」加成計算之年齡等。要點如下：

一、西醫基本診療（第二部第一章）：

- （一）修正通則十二（三），調升西醫基層院所診治未滿四歲兒童第一段門診診察費專科醫師加成至百分之十三，並配合修正附表2.1.4、附表2.1.5及附表2.1.7（第一節門診診察費）。
- （二）「提升基層護理人員照護品質加計」（編號00246C）項目改以「全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案」支付，爰予刪除。

二、西醫特定診療（第二部第二章）：

- （一）新增診療項目：新增「心內超音波」（編號18047B，8,385點）、「磁共振造影使用Primovist造影劑加計」（編號33146B，5,686點）、「大腸息肉切除術—四顆至九顆」（編號49032C，3,304點）、「大腸息肉切除術—十顆以上」（編號49033C，6,304點）及「神經調控通氣輔助呼吸治療及橫膈膜電位訊號監測（一天）」（編號57032B，3,712點）等五項；並配合前開新增項目，刪除「大腸鏡息肉切除術」（編號49014C），及修正診療項目名稱或支付規範共七項（第一節檢查、第二節放射線診療及第六節治療處置）。
- （二）修正支付規範：「經皮椎體成形術（第一節）」（編號33126B）及「經直腸大腸息肉切除術」（編號74207C），增列申報規定、適應症或施行人員資格（第二節放射線診療及第七節手術）。

三、牙醫（第三部）：修正通則五「高齡患者根管治療難症處理」加計之年齡認定，由七十歲以上放寬至六十五歲以上。

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																																																																	
<p>第二部 西醫 第一章 基本診療 第一節 門診診察費</p> <p>通則： 十二、西醫基層院所門診診察費加成方式： (一)兒童加成方式(詳附表2.1.3)： 1.未滿四歲兒童：不限科別各項門診診察費依表定點數加計百分之二十。 2.四歲以上至未滿七歲兒童：兒科專科醫師各項門診診察費得依表定點數加計百分之二十。 (二)七十五歲以上者加成方式(詳附表2.1.3)：不限科別各項門診診察費依表訂點數加計百分之七點五。 (三)專科醫師加成方式(詳附表2.1.4至附表2.1.7)： 1.各專科醫師申報第一段門診量內之門診診察費得按表定點數加計，若同時符合兒童加成或七十五歲以上者加成，依加成率合計後一併加計。<u>各專科醫師加成率如下：</u> <u>(1)婦產科、外科及內科之專科醫師：加計百分之十三。</u> <u>(2)整形外科、骨科、泌尿科及神經外科之專科醫師：診治未滿四歲兒童加計百分之十三，診治四歲以上者加計百分之十。</u> <u>(3)其餘專科醫師：診治未滿四歲兒童加計百分之十三，診治四歲以上者加計百分之九。</u> 2.第一段門診量內之門診診察費項目：包括編號00109C、00110C、00197C、00198C、00199C、00200C、00158C、00159C、00230C、00231C、00232C、00233C、00234C、00235C、00236C、00237C、00168C、00169C、01023C、00238C、00240C、00242C、00244C、00184C、00185C。 (四)離島地區西醫基層診所週六、週日及國定假日之西醫基層門診案件，申報本部第一章之山地離島地區門診診察費，得加計百分之二十。</p>	<p>第二部 西醫 第一章 基本診療 第一節 門診診察費</p> <p>通則： 十二、西醫基層院所門診診察費加成方式： (一)兒童加成方式(詳附表2.1.3)： 1.未滿四歲兒童：不限科別各項門診診察費依表定點數加計百分之二十。 2.四歲以上至未滿七歲兒童：兒科專科醫師各項門診診察費得依表定點數加計百分之二十。 (二)七十五歲以上者加成方式(詳附表2.1.3)：不限科別各項門診診察費依表訂點數加計百分之七點五。 (三)專科醫師加成方式(詳附表2.1.4至附表2.1.7)： 1.各專科醫師申報第一段門診量內之門診診察費得按表定點數加計，其中婦產科、外科及內科專科醫師加計百分之十三，整形外科、骨科、泌尿科、神經外科專科醫師加計百分之十，其餘專科醫師加計百分之九。若同時符合兒童加成或七十五歲以上者加成，依加成率合計後一併加計。 2.第一段門診量內之門診診察費項目：包括編號00109C、00110C、00197C、00198C、00199C、00200C、00158C、00159C、00230C、00231C、00232C、00233C、00234C、00235C、00236C、00237C、00168C、00169C、01023C、00238C、00240C、00242C、00244C、00184C、00185C。 (四)離島地區西醫基層診所週六、週日及國定假日之西醫基層門診案件，申報本部第一章之山地離島地區門診診察費，得加計百分之二十。</p>	<p>一、修正通則十二(三)專科醫師加成方式，調升診治未滿四歲兒童第一段門診診察費專科醫師加成至百分之十三。</p> <p>二、「提升基層護理人員照護品質加計」(編號00246C)改以「全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案」支付，刪除原診療項目(編號00246C)。</p>																																																																	
<p>附表2.1.4 基層院所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</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">代碼</th> <th rowspan="2">名稱</th> <th rowspan="2">支付點數A</th> <th colspan="2">婦、外、內專科醫師加計13%支付點數=A*1.13</th> <th colspan="2">整形外、骨、泌尿、神經外科專科醫師</th> <th colspan="2">其餘科別專科醫師</th> </tr> <tr> <th>診治未滿四歲兒童加計13%支付點數=A*1.13</th> <th>診治四歲以上者加計10%支付點數=A*1.1</th> <th>診治未滿四歲兒童加計13%支付點數=A*1.13</th> <th>診治四歲以上者加計9%支付點數=A*1.09</th> <th>診治未滿四歲兒童加計13%支付點數=A*1.13</th> <th>診治四歲以上者加計9%支付點數=A*1.09</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00109C</td> <td>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)</td> <td>364</td> <td>411</td> <td>411</td> <td>400</td> <td>411</td> <td>397</td> </tr> </tbody> </table>	代碼	名稱	支付點數A	婦、外、內專科醫師加計13%支付點數=A*1.13		整形外、骨、泌尿、神經外科專科醫師		其餘科別專科醫師		診治未滿四歲兒童加計13%支付點數=A*1.13	診治四歲以上者加計10%支付點數=A*1.1	診治未滿四歲兒童加計13%支付點數=A*1.13	診治四歲以上者加計9%支付點數=A*1.09	診治未滿四歲兒童加計13%支付點數=A*1.13	診治四歲以上者加計9%支付點數=A*1.09	00109C	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)	364	411	411	400	411	397	<p>附表2.1.4 基層院所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</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>代碼</th> <th>名稱</th> <th>支付點數A</th> <th>婦、外、內專科醫師加計13%支付點數=A*1.13</th> <th>整形外、骨、泌尿、神經外科專科醫師加計10%支付點數=A*1.1</th> <th>其餘科別專科醫師加計9%支付點數=A*1.09</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>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)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00109C</td> <td>1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人次)</td> <td>364</td> <td>411</td> <td>400</td> <td>397</td> </tr> <tr> <td>00197C</td> <td>2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)</td> <td>387</td> <td>437</td> <td>426</td> <td>422</td> </tr> <tr> <td>00198C</td> <td>2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-40人)</td> <td>376</td> <td>425</td> <td>414</td> <td>410</td> </tr> <tr> <td>00110C</td> <td>3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人次)</td> <td>364</td> <td>411</td> <td>400</td> <td>397</td> </tr> <tr> <td>00199C</td> <td>4-1)開具慢性病連續處方並</td> <td>362</td> <td>409</td> <td>398</td> <td>395</td> </tr> </tbody> </table>	代碼	名稱	支付點數A	婦、外、內專科醫師加計13%支付點數=A*1.13	整形外、骨、泌尿、神經外科專科醫師加計10%支付點數=A*1.1	其餘科別專科醫師加計9%支付點數=A*1.09		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)	364	411	400	397	00197C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	387	437	426	422	00198C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-40人)	376	425	414	410	00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人次)	364	411	400	397	00199C	4-1)開具慢性病連續處方並	362	409	398	395	<p>配合第二部第一章第一節通則十二(三)修正，修正附表2.1.4、附表2.1.5及附表2.1.7。</p>
代碼				名稱	支付點數A	婦、外、內專科醫師加計13%支付點數=A*1.13		整形外、骨、泌尿、神經外科專科醫師		其餘科別專科醫師																																																									
	診治未滿四歲兒童加計13%支付點數=A*1.13	診治四歲以上者加計10%支付點數=A*1.1	診治未滿四歲兒童加計13%支付點數=A*1.13			診治四歲以上者加計9%支付點數=A*1.09	診治未滿四歲兒童加計13%支付點數=A*1.13	診治四歲以上者加計9%支付點數=A*1.09																																																											
00109C	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)	364	411	411	400	411	397																																																												
代碼	名稱	支付點數A	婦、外、內專科醫師加計13%支付點數=A*1.13	整形外、骨、泌尿、神經外科專科醫師加計10%支付點數=A*1.1	其餘科別專科醫師加計9%支付點數=A*1.09																																																														
	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)	364	411	400	397																																																														
00197C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	387	437	426	422																																																														
00198C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-40人)	376	425	414	410																																																														
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人次)	364	411	400	397																																																														
00199C	4-1)開具慢性病連續處方並	362	409	398	395																																																														
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <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>00246C</td> <td>提升基層護理人員照護品質加計 <u>註：限聘有護理人員且有調升其薪資之西醫基層診所，申報一至三十人次門診診察費之案件得併報本項。</u></td> <td style="text-align: center;">√</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">6</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	00246C	提升基層護理人員照護品質加計 <u>註：限聘有護理人員且有調升其薪資之西醫基層診所，申報一至三十人次門診診察費之案件得併報本項。</u>	√				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																																																													
00246C	提升基層護理人員照護品質加計 <u>註：限聘有護理人員且有調升其薪資之西醫基層診所，申報一至三十人次門診診察費之案件得併報本項。</u>	√				6																																																													

00197C	2-1)開具慢性 病連續處方 並交付特約 藥局調劑 (1-30人)	387	437	<u>437</u>	426	<u>437</u>	422
00198C	2-2)開具慢性 病連續處方 並交付特約 藥局調劑 (31-40人)	376	425	<u>425</u>	414	<u>425</u>	410
00110C	3-1)未開處方 或處方由本 院所自行調 劑(1-30人 次)	364	411	<u>411</u>	400	<u>411</u>	397
00199C	4-1)開具慢性 病連續處方 並由本院所 自行調劑 (1-30人)	362	409	<u>409</u>	398	<u>409</u>	395
00200C	4-2)開具慢性 病連續處方 並由本院所 自行調劑 (31-40人)	351	397	<u>397</u>	386	<u>397</u>	383
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	561	634	<u>634</u>	617	<u>634</u>	611
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	536	606	<u>606</u>	590	<u>606</u>	584
	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)	364	411	<u>411</u>	400	<u>411</u>	397
00231C	1-2)處方交付 特約藥局調 劑(31-50人)	353	399	<u>399</u>	388	<u>399</u>	385
00232C	2-1)開具慢性 病連續處方 並交付特約 藥局調劑 (1-30人)	387	437	<u>437</u>	426	<u>437</u>	422
00233C	2-2)開具慢性 病連續處方 並交付特約 藥局調劑 (31-50人)	376	425	<u>425</u>	414	<u>425</u>	410
00234C	3-1)未開處方 或處方由本 院所自行調 劑(1-30人)	364	411	<u>411</u>	400	<u>411</u>	397
00235C	3-2)未開處方 或處方由本 院所自行調 劑(31-50人)	353	399	<u>399</u>	388	<u>399</u>	385
00236C	4-1)開具慢性 病連續處方 並由本院所 自行調劑 (1-30人)	362	409	<u>409</u>	398	<u>409</u>	395
00237C	4-2)開具慢性 病連續處方 並由本院所 自行調劑 (31-50人)	351	397	<u>397</u>	386	<u>397</u>	383
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)	561	634		617		611
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)	536	606		590		584
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	426	481		469		464

附表2.1.5
基層院所申報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、 內專科醫 師看診未 滿四歲兒 童加計 33%支付 點數 =A*1.33	兒專科 醫師看 診未滿 七歲兒 童加計 29%支 付點數 =A*1.29	整形外、 骨、泌尿、 神經外專科 醫師看診未 滿四歲兒童 加計30%支 付點數 =A*1.3	其餘科別 專科醫師 看診未滿 四歲兒童 加計29% 支付點數 =A*1.29
	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)	364	484	470	<u>473</u>	<u>470</u>
00197C	2-1)開具慢性病連 續處方並交付特 約藥局調劑(1-30 人)	387	515	499	<u>503</u>	<u>499</u>
00198C	2-2)開具慢性病連 續處方並交付特 約藥局調劑(31-40 人)	376	500	485	<u>489</u>	<u>485</u>
00110C	3-1)未開處方或處 方由本院所自行 調劑(1-30人次)	364	484	470	<u>473</u>	<u>470</u>
00199C	4-1)開具慢性病連 續處方並由本院所 自行調劑(1-30人)	362	481	467	<u>471</u>	<u>467</u>

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)	561	634	634	617	634	611
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)	536	606	606	590	606	584
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	426	481	481	469	481	464

附表2.1.5
基層院所申報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	專科醫師診治未滿四歲兒童加計33%支付點數 =A*1.33	兒專科醫師診治四歲以上至未滿七歲兒童加計29%支付點數 =A*1.29
	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)	364	484	470
00197C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	387	515	499
00198C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-40人)	376	500	485
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人次)	364	484	470
00199C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	362	481	467
00200C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-40人)	351	467	453
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	561	746	724
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	536	713	691
	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)	364	484	470
00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50人)	353	469	455
00232C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	387	515	499
00233C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-50人)	376	500	485
00234C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	364	484	470
00235C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50人)	353	469	455
00236C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	362	481	467

00200C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-40人)	351	467	453	456	453
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	561	746	724	729	724
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	536	713	691	697	691
	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)	364	484	470	473	470
00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50人)	353	469	455	459	455
00232C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	387	515	499	503	499
00233C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-50人)	376	500	485	489	485
00234C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	364	484	470	473	470
00235C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50人)	353	469	455	459	455
00236C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	362	481	467	471	467
00237C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-50人)	351	467	453	456	453
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)	561	746	724	729	724
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)	536	713	691	697	691
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	426	567	550	554	550

附表2.1.6
基層院所申報專科醫師別加成併「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、內專科醫師看診七十五歲以上者加計20.5%支付點數=A*1.205	整形外、骨、泌尿、神經外專科醫師加計17.5%支付點數=A*1.175	其餘科別專科醫師看診七十五歲以上者加計16.5%支付點數=A*1.165
	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)	364	439	428	424
00197C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	387	466	455	451
00198C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-40人)	376	453	442	438

00237C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-50人)	351	467	453	00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人次)	364	439	428	424
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)	561	746	724	00199C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	362	436	425	422
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)	536	713	691	00200C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-40人)	351	423	412	409
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	426	567	550	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	561	676	659	654
					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	536	646	630	624

附表2.1.6
基層院所申報專科醫師別加併「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、內專科醫師診治七十五歲以上者加計20.5%支付點數=A*1.205	整形外、骨、泌尿、神經外專科醫師加計17.5%支付點數=A*1.175	其餘科別專科醫師診治七十五歲以上者加計16.5%支付點數=A*1.165
	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)	364	439	428	424
00197C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	387	466	455	451
00198C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-40人)	376	453	442	438
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人次)	364	439	428	424
00199C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	362	436	425	422
00200C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-40人)	351	423	412	409
00158C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	561	676	659	654
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	536	646	630	624
	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)	364	439	428	424
00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50人)	353	425	415	411
00232C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	387	466	455	451
00233C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-50人)	376	453	442	438
00234C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	364	439	428	424
00235C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50人)	353	425	415	411
00236C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	362	436	425	422

附表2.1.7
基層院所精神科專科醫師申報精神科門診第一段門診診察費加成及併兒童、七十五歲以上者加成支付點數之計算

代碼	名稱	支付點數 A	精神科專科醫師加計9%支付點數=A*1.09	精神科專科醫師看診未滿四歲兒童加計29%支付點數=A*1.29	精神科專科醫師看診七十五歲以上者加計16.5%支付點數=A*1.165
	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)				
00238C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	350	382	452	408
00240C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	401	437	517	467

00237C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-50人)	351	423	412	409
00168C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(≤50)	561	676	659	654
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)	536	646	630	624

附表2.1.7

基層院所精神科專科醫師申報精神科門診第一段門診診察費加成及併兒童、七十五歲以上者加成支付點數之計算

代碼	名稱	支付點數 A	精神科專科醫師診治未滿四歲兒童加計33%支付點數 =A*1.33	精神科專科醫師診治四歲以上未滿七十五歲者加計9%支付點數 =A*1.09	精神科專科醫師診治七十五歲以上者加計16.5%支付點數 =A*1.165
	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)				
00238C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	350	466	382	408
00240C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	401	533	437	467
00242C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	350	466	382	408
00244C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	380	505	414	443
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	575	765	627	670
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	554	737	604	645

00242C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	350	382	452	408
00244C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	380	414	490	443
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	575	627	742	670
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	554	604	715	645

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

第十二項 循環機能檢查 Circulative Function Examination (18001-18047)

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
18033B	經食道超音波心圖 T.E.E 註：不得同時申報18047B。		v	v	v	4200
18047B	心內超音波 Intracardiac echocardiography 註： 1.適應症：心房顫動，曾接受電氣燒灼手術(33139B、33140B，含冷凍消融手術)，須再次執行電氣燒灼手術(含冷凍		v	v	v	8385

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

第十二項 循環機能檢查 Circulative Function Examination (18001-18046)

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
18033B	經食道超音波心圖 T.E.E		v	v	v	4200

新增「心內超音波」(編號18047B，8,385點)項目，配合編號18033B及編號33049B二項支付規範增列不得同時申報規定。

<p>消融手術)者。</p> <p>2.限中華民國心臟學會、中華民國心律醫學會核發「心臟電生理暨介入治療專科醫師認證」之心臟專科醫師執行。</p> <p>3.申報費用時應檢附影像報告於病歷備查。</p> <p>4.不得同時申報18033B及33049B。</p>																																																				
<p>第二節 放射線診療 X-RAY</p>		<p>第二節 放射線診療 X-RAY</p>		<p>一、新增「磁振造影使用Primovist造影劑加計」(編號33146B, 5,686點)項目。</p> <p>二、修正「經皮椎體成形術(第一節)」(編號33126B)支付規範,增列得併報項目及理由,及不得同時申報項目。</p>																																																
<p>第一項 X光檢查費 X-Ray Examination</p> <p>二、特殊造影檢查 Scanning (33001-33146、P2101-P2104)</p>		<p>第一項 X光檢查費 X-Ray Examination</p> <p>二、特殊造影檢查 Scanning (33001-33145、P2101-P2104)</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>33049B</td> <td>順行性靜脈 X光攝影 Antegrade venography 註:不得同時申報33097B及18047B。</td> <td></td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>6000</td> </tr> <tr> <td>33126B</td> <td>經皮椎體成形術(第一節) Percutaneous vertebroplasty (1st vertebra) 註: 1.病人因病情需要,取部分組織進行化驗,得併報29032B、29033B或33103B,並於病歷敘明理由。 2.不得同時申報64144B。</td> <td></td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>16356</td> </tr> <tr> <td>33146B</td> <td>磁振造影使用Primovist造影劑加計 Primovist for magnetic resonance imaging – additional payment 註: 1.適應症須符合下列任一條件: (1)肝癌高危險病人(含肝癌根治性治療後)合併AFP>100ng/ml,或AFP>20ng/ml且一年內呈現二倍以上上升趨勢,或PIVKA-II(>40mAU/mL)腫瘤標記上升,惟超音波、電腦斷層未偵測到肝癌。 (2)肝硬化或肝癌經治療後病人,電腦斷層顯示疑似肝腫瘤,但無法確診或排除肝癌。 2.每年以申報一次為限。 3.本項適用於磁振造影。 4.本項不適用其他加成。 5.限放射診斷專科醫師執行。</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td></td> <td>5686</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	33049B	順行性靜脈 X光攝影 Antegrade venography 註:不得同時申報33097B及18047B。		v	v	v	6000	33126B	經皮椎體成形術(第一節) Percutaneous vertebroplasty (1st vertebra) 註: 1.病人因病情需要,取部分組織進行化驗,得併報29032B、29033B或33103B,並於病歷敘明理由。 2.不得同時申報64144B。		v	v	v	16356	33146B	磁振造影使用Primovist造影劑加計 Primovist for magnetic resonance imaging – additional payment 註: 1.適應症須符合下列任一條件: (1)肝癌高危險病人(含肝癌根治性治療後)合併AFP>100ng/ml,或AFP>20ng/ml且一年內呈現二倍以上上升趨勢,或PIVKA-II(>40mAU/mL)腫瘤標記上升,惟超音波、電腦斷層未偵測到肝癌。 (2)肝硬化或肝癌經治療後病人,電腦斷層顯示疑似肝腫瘤,但無法確診或排除肝癌。 2.每年以申報一次為限。 3.本項適用於磁振造影。 4.本項不適用其他加成。 5.限放射診斷專科醫師執行。	v	v	v		5686		<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>33049B</td> <td>順行性靜脈 X光攝影 Antegrade venography 註:不得同時申報33097B。</td> <td></td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>6000</td> </tr> <tr> <td>33126B</td> <td>經皮椎體成形術(第一節) Percutaneous vertebroplasty (1st vertebra)</td> <td></td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>16356</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	33049B	順行性靜脈 X光攝影 Antegrade venography 註:不得同時申報33097B。		v	v	v	6000	33126B	經皮椎體成形術(第一節) Percutaneous vertebroplasty (1st vertebra)		v	v	v	16356
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																																														
33049B	順行性靜脈 X光攝影 Antegrade venography 註:不得同時申報33097B及18047B。		v	v	v	6000																																														
33126B	經皮椎體成形術(第一節) Percutaneous vertebroplasty (1st vertebra) 註: 1.病人因病情需要,取部分組織進行化驗,得併報29032B、29033B或33103B,並於病歷敘明理由。 2.不得同時申報64144B。		v	v	v	16356																																														
33146B	磁振造影使用Primovist造影劑加計 Primovist for magnetic resonance imaging – additional payment 註: 1.適應症須符合下列任一條件: (1)肝癌高危險病人(含肝癌根治性治療後)合併AFP>100ng/ml,或AFP>20ng/ml且一年內呈現二倍以上上升趨勢,或PIVKA-II(>40mAU/mL)腫瘤標記上升,惟超音波、電腦斷層未偵測到肝癌。 (2)肝硬化或肝癌經治療後病人,電腦斷層顯示疑似肝腫瘤,但無法確診或排除肝癌。 2.每年以申報一次為限。 3.本項適用於磁振造影。 4.本項不適用其他加成。 5.限放射診斷專科醫師執行。	v	v	v		5686																																														
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																																														
33049B	順行性靜脈 X光攝影 Antegrade venography 註:不得同時申報33097B。		v	v	v	6000																																														
33126B	經皮椎體成形術(第一節) Percutaneous vertebroplasty (1st vertebra)		v	v	v	16356																																														
<p>第六節 治療處置 Therapeutic Treatment</p>		<p>第六節 治療處置 Therapeutic Treatment</p>		<p>一、原「大腸息肉切除術」(編號49027C)依息肉顆數由一項目拆分為三項目,新增「大腸息肉切除術一四至九顆」(編號49032C, 3,304點)及「大腸息肉切除術一十顆以上」(編號49033C, 6,304點)二項目及修正編號49027C項目名稱。</p>																																																
<p>第一項 處置費 Treatment</p> <p>三、大腸肛門處置 Colon and Anus Treatment (49001-49033)</p>		<p>第一項 處置費 Treatment</p> <p>三、大腸肛門處置 Colon and Anus Treatment (49001-49031)</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>49027C</td> <td>大腸息肉切除術 Polypectomy —一類至三類</td> <td></td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>2520</td> </tr> <tr> <td>49032C</td> <td>—四類至九類</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>3304</td> </tr> <tr> <td>49033C</td> <td>—十類以上</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>6304</td> </tr> </tbody> </table> <p>註: 1.經由大腸鏡檢查時,依病情需要實施息肉切除者申報。本項目不含鏡檢費用。 2.內含單次使用息肉切除器比率為一類至三類百分之二十七、四類至九類百分之二十及十類以上百分之十一。 3.限由消化內科、消化外科、大腸直腸外科、兒科消化學及小兒外科專科醫師執行。</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	49027C	大腸息肉切除術 Polypectomy —一類至三類		v	v	v	2520	49032C	—四類至九類	v	v	v	v	3304	49033C	—十類以上	v	v	v	v	6304		<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>49014C</td> <td>大腸鏡息肉切除術 Colonoscopic polypectomy 註: 1.包括大腸纖維鏡檢查。 2.內含單次使用息肉切除器比率為百分之十四。 3.限由消化內科、消化外科、大腸直腸外科、兒科消化學及小兒外科專科醫師執行。 4.提升兒童加成項目。</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>4839</td> </tr> <tr> <td>49027C</td> <td>大腸息肉切除術 Polypectomy 註: 1.經由大腸纖維鏡檢查後,依病情需要加做處置,本項目不含鏡檢費用。 2.內含單次使用息肉切除器比率為百分</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>v</td> <td>2520</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	49014C	大腸鏡息肉切除術 Colonoscopic polypectomy 註: 1.包括大腸纖維鏡檢查。 2.內含單次使用息肉切除器比率為百分之十四。 3.限由消化內科、消化外科、大腸直腸外科、兒科消化學及小兒外科專科醫師執行。 4.提升兒童加成項目。	v	v	v	v	4839	49027C	大腸息肉切除術 Polypectomy 註: 1.經由大腸纖維鏡檢查後,依病情需要加做處置,本項目不含鏡檢費用。 2.內含單次使用息肉切除器比率為百分	v	v	v	v	2520
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																																														
49027C	大腸息肉切除術 Polypectomy —一類至三類		v	v	v	2520																																														
49032C	—四類至九類	v	v	v	v	3304																																														
49033C	—十類以上	v	v	v	v	6304																																														
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																																														
49014C	大腸鏡息肉切除術 Colonoscopic polypectomy 註: 1.包括大腸纖維鏡檢查。 2.內含單次使用息肉切除器比率為百分之十四。 3.限由消化內科、消化外科、大腸直腸外科、兒科消化學及小兒外科專科醫師執行。 4.提升兒童加成項目。	v	v	v	v	4839																																														
49027C	大腸息肉切除術 Polypectomy 註: 1.經由大腸纖維鏡檢查後,依病情需要加做處置,本項目不含鏡檢費用。 2.內含單次使用息肉切除器比率為百分	v	v	v	v	2520																																														

4.提升兒童加成項目。 5.應檢附照片及內視鏡報告(須參考「 國民健康署大腸癌篩檢指引手冊之大腸鏡報告 」),於病歷呈現逐類之描述。 6.不得同時申報74207C、73008B及72050B。					
--	--	--	--	--	--

之二十六。 3.限由消化內科、消化外科、大腸直腸外科、兒科消化學及小兒外科專科醫師執行。 4.提升兒童加成項目。					
--	--	--	--	--	--

二、配合臨床實務另行申報大腸鏡檢費用，刪除內含前述鏡檢費用之「大腸鏡息肉切除術」(編號49014C)。

十一、呼吸治療處置(57001-57032)

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
57001B	侵襲性呼吸輔助器使用費一天 Pressure/Volume control respirator, day 註： 1.須經由人工氣道使用，含氧氣吸入使用費、濕氣吸入治療及氧氣濃度分析器等費用。 2.已內含Ambu bag之使用及抽痰，不得另申報57009B(甦醒器使用/天)及47041C或47042C(呼吸道抽吸)之費用。 3.不得同時申報57032B。		v	v	v	1800
57023B	非侵襲性陽壓呼吸治療一天 Non-invasive positive pressure (day) (如Nasal PAP、CPAP、Bi-PAP)。 註： 1.含氧氣吸入使用費、濕氣吸入治療費及器材使用費用。 2.已內含Ambu bag之使用及抽痰，不得另申報57009B(甦醒器使用/天)及47041C或47042C(呼吸道抽吸)之費用。 3.不得同時申報57030B、57031B及57032B。		v	v	v	900
57029C	震動式高頻呼吸器治療 註：不得同時申報57032B。	v	v	v	v	3500
57030B	濕化高流量氧氣治療 Humidified high flow oxygen therapy — 第一天照護費(含管路特材) First time		v	v	v	6000
57031B	— 第二天後照護費(天) Daily care 註： 1.限急診或住院病人符合下列適應症者使用： (1)成人(十九歲以上) A.急性缺氧性呼吸衰竭，且需同時符合下列各項條件： (a)當以10L/min或更高的流速供應氧氣至少十五分鐘，P/F ratio ≤ 300時。 (b)RR>25次/min，呼吸困難或呼吸窘迫。 (c)PaCO ₂ ≤ 45 mmHg。 B.呼吸衰竭拔管後，預防再次插管使用，並有下列任一情形： (a)曾插管二十四小時以上之病人，且有下列任一高危險因子者：年紀六十五歲以上、APACHE II>12分、BMI>30 Kg/m ² 、呼吸道清除功能失效、困難脫離呼吸器病人或插管大於七天病人。 (b)經臨床負責醫師判定有再度發生呼吸衰竭之可能。 (2)兒童(未滿十九歲) A.缺氧性呼吸衰竭或呼吸窘迫，並		v	v	v	1937

十一、呼吸治療處置(57001-57031)

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
57001B	侵襲性呼吸輔助器使用費一天 Pressure/Volume control respirator, day 註： 1.須經由人工氣道使用，含氧氣吸入使用費、濕氣吸入治療及氧氣濃度分析器等費用。 2.已內含Ambu bag之使用及抽痰，不得另申報57009B(甦醒器使用/天)及47041C或47042C(呼吸道抽吸)之費用。		v	v	v	1800
57023B	非侵襲性陽壓呼吸治療一天 Non-invasive positive pressure (day) (如Nasal PAP、CPAP、Bi-PAP)。 註： 1.含氧氣吸入使用費、濕氣吸入治療費及器材使用費用。 2.已內含Ambu bag之使用及抽痰，不得另申報57009B(甦醒器使用/天)及47041C或47042C(呼吸道抽吸)之費用。 3.不得同時申報57030B、57031B。		v	v	v	900
57029C	震動式高頻呼吸器治療	v	v	v	v	3500
57030B	濕化高流量氧氣治療 Humidified high flow oxygen therapy — 第一天照護費(含管路特材) First time		v	v	v	6000
57031B	— 第二天後照護費(天) Daily care 註： 1.限急診或住院病人符合下列適應症者使用： (1)成人(十九歲以上) A.急性缺氧性呼吸衰竭，且需同時符合下列各項條件： (a)當以10L/min或更高的流速供應氧氣至少十五分鐘，P/F ratio ≤ 300時。 (b)RR>25次/min，呼吸困難或呼吸窘迫。 (c)PaCO ₂ ≤ 45 mmHg。 B.呼吸衰竭拔管後，預防再次插管使用，並有下列任一情形： (a)曾插管二十四小時以上之病人，且有下列任一高危險因子者：年紀六十五歲以上、APACHE II>12分、BMI>30 Kg/m ² 、呼吸道清除功能失效、困難脫離呼吸器病人或插管大於七天病人。 (b)經臨床負責醫師判定有再度發生呼吸衰竭之可能。 (2)兒童(未滿十九歲) A.缺氧性呼吸衰竭或呼吸窘迫，並		v	v	v	1937

三、新增「神經調控通氣輔助呼吸治療及橫膈膜電位訊號監測(一天)」(編號57032B, 3,712點)診療項目，配合57001B等四項支付規範增列不得同時申報規定，

	<p>有下列任一情形者：</p> <p>(a)血氧飽和濃度SpO₂≤94%。</p> <p>(b)呼吸窘迫症狀（呼吸急促、使用呼吸輔助肌、鼻翼扇動、點頭式呼吸、胸凹或矛盾式呼吸等）。</p> <p>B.脫離侵襲性或非侵襲性呼吸器後，預防再次使用呼吸器時使用。</p> <p>2.限內科、外科、麻醉科、兒科、急診醫學科、神經科及神經外科專科醫師執行。</p> <p>3.不得同時申報57004C、57023B及57032B。</p> <p>4.更換管路當日比照第一天照護費申報。</p> <p>5.兒童(未滿十九歲)得依表定點數加計百分之二十。</p> <p>6.若臨床上認為拔管後應使用非侵襲性陽壓呼吸治療的成人病人，則不建議使用本項。</p> <p>7.57030B內含一般材料費、高流量鼻導管及高流量管路組費比率為百分之六十五。</p>						<p>有下列任一情形者：</p> <p>(a)血氧飽和濃度SpO₂≤94%。</p> <p>(b)呼吸窘迫症狀（呼吸急促、使用呼吸輔助肌、鼻翼扇動、點頭式呼吸、胸凹或矛盾式呼吸等）。</p> <p>B.脫離侵襲性或非侵襲性呼吸器後，預防再次使用呼吸器時使用。</p> <p>2.限內科、外科、麻醉科、兒科、急診醫學科、神經科及神經外科專科醫師執行。</p> <p>3.不得同時申報57004C、57023B。</p> <p>4.更換管路當日比照第一天照護費申報。</p> <p>5.兒童(未滿十九歲)得依表定點數加計百分之二十。</p> <p>6.若臨床上認為拔管後應使用非侵襲性陽壓呼吸治療的成人病人，則不建議使用本項。</p> <p>7.57030B內含一般材料費、高流量鼻導管及高流量管路組費比率為百分之六十五。</p>						
57032B	<p><u>神經調控通氣輔助呼吸治療及橫膈膜電位訊號監測（一天）</u> <u>Neurally adjusted ventilatory assist (NAVA) ventilation and Electrical activity of the diaphragm (Edi) monitoring/day</u> <u>註：</u> 1.適應症：限用於患有支氣管肺發育不全的未滿兩歲嬰幼兒，且符合插管天數十四天以上，無法拔管之病人。 2.支付規範： (1)限醫院緊急醫療能力分級評定基準評定結果，屬高危險妊娠及新生兒醫療中度級以上急救責任醫院申報。 (2)限新生兒科、兒童胸腔暨重症科、兒童重症醫學科、兒童神經科專科醫師申報。 (3)申報費用時應檢附下列呼吸治療項目之紀錄：呼吸器使用模式、Edi min、Edi peak、FiO₂、PEEP，視需要加填NAVA level。 (4)限住院案件申報。 (5)不得同時申報57001B、57023B、57029C、57030B及57031B。</p>	v	v	v	3712								
<p>第七節 手術</p> <p>第十項 大腸、直腸、肛門(73001-73009、73011-73015、73017-73018、73020、73022、73026-73032、73037-73040、73042-73043、73045-73048、73051-73053、73056-73057、74201-74225、74401-74420) 註：本項編號73001-73009，73020，73022，73030-73032，73037，73039，73043，73051-73053與「第九項消化器 三、腸(除大腸、直腸外)」為共同項目。</p>						<p>第七節 手術</p> <p>第十項 大腸、直腸、肛門(73001-73009、73011-73015、73017-73018、73020、73022、73026-73032、73037-73040、73042-73043、73045-73048、73051-73053、73056-73057、74201-74225、74401-74420) 註：本項編號73001-73009，73020，73022，73030-73032，73037，73039，73043，73051-73053與「第九項消化器 三、腸(除大腸、直腸外)」為共同項目。</p>						修正「經直腸大腸息肉切除術」(編號74207C)支付規範，增列適應症、執行人員資格及申報規定。	
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							
74207C	<p>經直腸大腸息肉切除術 Transrectal colonic Polypectomy <u>註：</u> 1.適應症： (1)內視鏡切除後之疤痕殘留腫瘤性息肉，以49027C、49032C、49033C或72050B清除仍無法成功者。 (2)至少有一顆息肉大於一公分且為困難型息肉(例如扁平型、沒有根蒂</p>	v	v	v	v	8213							
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							
74207C	<p>經直腸大腸息肉切除術 Transrectal colonic Polypectomy</p>	v	v	v	v	8213							

	<p>息肉)。 <u>2.限外科專科醫師執行。</u> <u>3.須檢附報告及照片，且照片內容至少須包括下列三項：</u> <u>(1)切除前病灶整體型態。</u> <u>(2)切除後傷口。</u> <u>(3)息肉切除含尺之相片。</u> <u>4.不得同時申報49027C、49032C及49033C。</u></p>			
<p>第三部 牙醫 通則： 五、「高齡患者根管治療難症處理」：治療<u>六十五</u>歲以上病人申報第三章第二節根管治療之90001C-90003C、90019C、90020C、90015C、90091C-90098C處置治療項目，得加計百分之三十，若同時符合轉診加成者，合計加計百分之六十。</p>	<p>第三部 牙醫 通則： 五、「高齡患者根管治療難症處理」：治療七十歲以上病人申報第三章第二節根管治療之90001C-90003C、90019C、90020C、90015C、90091C-90098C處置治療項目，得加計百分之三十，若同時符合轉診加成者，合計加計百分之六十。</p>	<p>通則五 「高齡患者根管治療難症處理」加計之年齡認定，由七十歲以上放寬至六十五歲以上。</p>		