

## 衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段  
140號

聯絡人：楊庭嫣

聯絡電話：02-27065866 分機：2607

傳真：02-27069043

電子郵件：A111300@nhi.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8日

發文字號：健保醫字第1130660878號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨 (A21030000I\_1130660878\_doc2\_Attach1.odt、  
A21030000I\_1130660878\_doc2\_Attach2.odt)

主旨：檢陳擬增修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」之部分診療項目案（附件），請鑒核。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第41條規定、本署113年1月16日召開之全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議113年第1次會議決議暨鈞部全民健康保險會113年1月24日召開第6屆113年第1次委員會議決議辦理。
- 二、本案經行政院公報編印中心於113年2月15日刊登，預告期間為113年2月15日起至113年2月22日止。刊登期間未有民眾於眾開講平台表示意見，另台灣消化系醫學會於113年1月21日提供建議，本署於預告期間電洽該會確認建議文字，該會於113年3月4日以電子郵件回復，及鈞部於113年2月20日提供意見，綜整本署意見，摘述如下：

(一) 第二部西醫：

- 1、第一章第一節門診診察費：依鈞部建議併同修正附表

2.1.4至附表2.1.7。

2、第二章第六節治療處置49027C、49032C、49033C「大腸息肉切除術」：

(1)為符合臨床實務，支付規範註1之「大腸纖維鏡檢查」修訂為「大腸鏡檢查」。

(2)考量本項係依息肉顆數支付不同點數，修訂支付規範註4為「應檢附照片及內視鏡報告(須參考「國民健康署大腸癌篩檢計畫之標準大腸鏡報告」)，於病歷呈現逐顆之描述。」，以利本署專業審查作業。

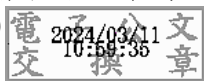
(3)考量2023年國際疾病分類第十版診斷碼多將「polyp」翻譯為「息肉」，爰統一支付規範文字為「息肉」。

(二)餘為文字酌修及依法規體例標示，與原意相同，同意酌修內容。

三、建議若支付標準修訂案公告日為當月15日(含)前，於次月1日生效；若公告日為當月15日後，則於次次月1日生效。

正本：衛生福利部

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國中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、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、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署企劃組、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組(均含附件)



# 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準 部分診療項目修正草案總說明

依據全民健康保險法第四十一條規定，及本署於一百十三年一月十六日召開之「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」一百十三年度第一次會議結論，爰配合修正本支付標準。

本次修正重點說明如下：

## 一、第二部西醫

### (一)第一章基本診療

1. 第一節門診診察費：通則十二(三)專科醫師加成方式，診治未滿四歲兒童第一段門診診察費專科醫師加成調升至百分之十三，並配合修訂附表2.1.4至附表2.1.7。「提升基層護理人員照護品質加計」改以獎勵計畫「提升基層護理人員照護品質獎勵方案(草案)」給付，爰刪除原診療項目00246C。

### (二)第二章特定診療

1. 第一節檢查：新增18047B「心內超音波」(8,385點)診療項目，配合修訂18033B「經食道超音波心圖」支付規範增列不得同時申報項目。
2. 第二節放射線診療：新增33146B「磁振造影使用 Primovist 造影劑加計」(5,686點)診療項目，修訂33049B「順行性靜脈 X 光攝影」等二項診療項目支付規範。
3. 第六節治療處置：新增49032C「大腸息肉切除術—4-9顆」(3,304點)、49033C「大腸息肉切除術—10顆以上」(6,304點)、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)」(3,712點)診療項目；修訂49027C「大腸息肉切除術—1-3顆」等六項診療項目名稱或支付規範增列備註，刪除49014C「大腸鏡息肉切除術」診療項目。
4. 第七節手術：修訂74207C「經直腸大腸息肉切除術」支付規範增列適應症、執行人員資格、須檢附報告及照片，及不得同時申報項目。

二、第三部牙醫：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」配合修正頁碼如下：

部	章	節	附表	修改頁碼
第二部 西醫	第一章 基本診療	第一節 門診診察費		第3、8頁
			附表2.1.4	第1頁
			附表2.1.5	第1、2頁
			附表2.1.6	第1頁
			附表2.1.7	第1頁
	第二章 特定診療	第一節 檢查		第57、59、62頁
		第二節 放射線診療		第4、7、14、17頁
		第六節 治療處置		第18-19、43、45-46頁
		第七節 手術		第70頁
第三部 牙醫	通則		第2頁	

# 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 修正規定修正草案對照表

修正規定	現行規定	說明																																																																																				
<p><b>第二部 西醫</b> <b>第一章 基本診療</b> <b>第一節 門診診察費</b></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<u>診治未滿四歲兒童加計百分之十三、診治四歲以上加計百分之十，其餘專科醫師診治未滿四歲兒童加計百分之十三、診治四歲以上加計百分之九</u>。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><b>第二部 西醫</b> <b>第一章 基本診療</b> <b>第一節 門診診察費</b></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>通則十二(三)專科醫師加成方式，診治未滿四歲兒童第一段門診診察費專科醫師加成調升至百分之十三，並配合修訂附表2.1.4至附表2.1.7。「提升基層護理人員照護品質加計」改以獎勵計畫「提升基層護理人員照護品質獎勵方案(草案)」給付，爰刪除原診療項目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 rowspan="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> <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 style="color: blue;">411</td> <td>400</td> <td style="color: blue;">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	<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 style="color: red;">00246C</td> <td style="color: red;">提升基層護理人員照護品質加計 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。</td> <td style="color: red;">√</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="color: red;">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 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。	√				6
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																																																																															
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																																																																																	
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 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。	√				6																																																																																





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
	<b>一般門診診察費—基層院所門診診察費</b> 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
	<b>6.山地離島地區</b> (1)每位醫師每日門診量在五十一人次以下部分(≤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

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
	<b>一般門診診察費—基層院所門診診察費</b> 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	473	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	503	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	489	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	473	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	471	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
	<b>6.山地離島地區</b> (1)每位醫師每日門診量在五十一人次以下部分(≤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

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

	約藥局調劑(1-30人)					
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
	<b>一般門診診察費—基層院所門診診察費</b> 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
	<b>6.山地離島地區</b> (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

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
	<b>一般門診診察費—基層院所門診診察費</b> 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
	<b>6.山地離島地區</b> (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

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	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

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
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	554	604	715	645

						方並由本院所自行調劑							
<b>第二部 西醫</b> <b>第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment</b> <b>第一節 檢查 Laboratory Examination</b> 第十二項 循環機能檢查 Circulative Function Examination (18001-18047)						<b>第二部 西醫</b> <b>第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment</b> <b>第一節 檢查 Laboratory Examination</b> 第十二項 循環機能檢查 Circulative Function Examination (18001-18046)						新增 18047B 「心內超音波」 (8,385 點) 診療項目，配合修訂 18033B 「經食道超音波心圖」支付規範增列不得同時申報項目。	
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	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	18033B	經食道超音波心圖 T.E.E		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							
<b>第二部 西醫</b> <b>第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment</b> <b>第二節 放射線診療 X-RAY</b> 第一項 X光檢查費 X-Ray Examination 二、特殊造影檢查 Scanning (33001-33146、P2101-P2104)						<b>第二部 西醫</b> <b>第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment</b> <b>第二節 放射線診療 X-RAY</b> 第一項 X光檢查費 X-Ray Examination 二、特殊造影檢查 Scanning (33001-33145、P2101-P2104)						新增 33146B 「磁振造影使用Primovist 造影劑加計」(5,686 點)診療項目，修訂 33049B 「順行性靜脈 X 光攝影」等 二項診療項目支付 規範。	
編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
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	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) 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	33126B	經皮椎體成形術(第一節) Percutaneous vertebroplasty (1st vertebra)		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(含肝癌根除性治療後)合併 AFP>100ng/ml，或 AFP>20ng/ml且一年內呈現兩倍以上上升趨勢，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							

第二部 西醫  
第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment  
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 (49001-49033)

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 —一至三類	v	v	v	v	2520
49032C	—四至九類	v	v	v	v	3304
49033C	—十類以上	v	v	v	v	6304
	註： 1.經由大腸鏡檢查時，依病情需要實施 <b>息肉切除者申報</b> 。本項目不含鏡檢費用。 2.內含單次使用息肉切除器比率為 <b>一至三類百分之二十七、四至九類百分之二十及十類以上百分之十一</b> 。 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計畫之標準大腸鏡報告」)，於病歷呈現逐類之描述。 6.不得同時申報74207C、73008B及72050B。					

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。		v	v	v	900

第二部 西醫  
第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment  
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 (49001-49031)

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.內含單次使用瘻肉切除器比率為 <b>百分之十四</b> 。 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 <b>纖維</b> 鏡檢查後，依病情需要 <b>加做處置</b> ，本項目不含鏡檢費用。 2.內含單次使用瘻肉切除器比率為 <b>百分之二十六</b> 。 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	2520

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

新增  
49032C  
「大腸息肉切除術—4-9類」  
(3,304點)、  
49033C  
「大腸息肉切除術—10類以上」(6,304點)、  
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)」  
(3,712點) 診療項目。修訂49027C  
「大腸息肉切除術—1-3類」等六項診療項目名稱或支付規範增列備註。刪除49014C  
「大腸鏡息肉切除術」診療項目。







<p>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。</p> <p>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>			
---	--	--	--

**第二部 西醫**  
**第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment**  
**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。

**第二部 西醫**  
**第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment**  
**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	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。

修訂  
74207C  
「經直腸大腸息肉切除術」支付規範增列適應症、執行人員資格、須檢附報告及照片，及不得同時申報項目。

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，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、神經外科專科醫師診治未滿四歲兒童加計百分之十三、診治四歲以上加計百分之十，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。

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
<del>00246C</del>	<del>提升基層護理人員照護品質加計 註：限聘有護理人員且有調升其薪資之西醫基層診所，申報一至二十人次門診診察費之案件得併報本項。</del>	<del>*</del>				<del>6</del>

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	診治四歲以上加計9%支付點數 =A*1.09
	<b>一般門診診察費－基層院所門診診察費</b>						
	<b>1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分(≤40)</b>						
00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人次)	364	411	<u>411</u>	400	<u>411</u>	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	<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
	<b>6.山地離島地區</b>						
	<b>(1)每位醫師每日門診量在五十人次以下部分(≤50)</b>						
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	<u>634</u>	617	<u>634</u>	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	<u>606</u>	590	<u>606</u>	584
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	426	481	<u>481</u>	469	<u>481</u>	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	<del>婦、外、內</del> 專科醫師看診診治未滿四歲兒童加計33%支付點數 =A*1.33	兒專科醫師看診診治四歲以上至未滿七歲兒童加計29%支付點數 =A*1.29	<del>整形外、骨、泌尿、神經外</del> 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
	<b>一般門診診察費－基層院所門診診察費</b> <b>1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分(≤40)</b>					
00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人次)	364	484	470	473	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	503	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	489	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	473	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	471	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
	<b>6.山地離島地區</b> <b>(1)每位醫師每日門診量在五十人次以下部分(≤50)</b>					
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



代碼	名稱	支付 點數 A	<del>婦、外、內</del> 專科醫師看 <u>診診治</u> 未滿 四歲兒童加 計33%支付 點數 =A*1.33	兒專科醫師 <u>看診診治四</u> <u>歲以上至未</u> 滿七歲兒童 加計29%支 付點數 =A*1.29	<del>整形外、</del> <del>骨、泌尿、</del> <del>神經外專科</del> 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
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 科醫師看診 診治七十五 歲以上者加 計16.5%支 付點數 =A*1.165
	<b>一般門診診察費—基層院所門診診察費</b> <b>1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分</b> <b>(≤40)</b>				
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
	<b>6.山地離島地區</b> <b>(1)每位醫師每日門診量在五十人次以下部分</b> <b>(≤50)</b>				
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	<u>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</u>	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	<u>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</u>	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 一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	<u>466</u>	382	<del>452</del>	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	<u>533</u>	437	<del>517</del>	467
00242C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	350	<u>466</u>	382	<del>452</del>	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	<u>505</u>	414	<del>490</del>	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	<u>765</u>	627	<del>742</del>	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	<u>737</u>	604	<del>715</del>	645

## 第二部 西醫

### 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 <u>註：不得同時申報18047B。</u>		v	v	v	4200
<u>18047B</u>	<u>心內超音波</u> <u>Intracardiac echocardiography</u> <u>註：</u> <u>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。</u> <u>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。</u> <u>3.申報費用時應檢附影像報告於病歷備查。</u> <u>4.不得同時申報18033B及33049B。</u>		<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>8385</u>



## 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 (33001-331456、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： <u>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。</u> <u>2.不得同時申報64144B。</u>		v	v	v	16356
33146B	<u>磁振造影使用Primovist造影劑加計</u> <u>Primovist for magnetic resonance imaging – additional payment</u> 註： <u>1.適應症須符合下列任一條件：</u> <u>(1)肝癌高危險病人（含肝癌根治性治療後）合併AFP&gt;100ng/ml，或AFP&gt;20ng/ml且一年內呈現兩倍以上上升趨勢，或PIVKA-II（&gt;40mAU/mL）腫瘤標記上升，惟超音波、電腦斷層未偵測到肝癌。</u> <u>(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。</u> <u>2.每年以申報一次為限。</u> <u>3.本項適用於磁振造影。</u> <u>4.本項不適用其他加成。</u> <u>5.限放射診斷專科醫師執行。</u>		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
<del>49014C</del>	<del>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。</del>	<del>×</del>	<del>×</del>	<del>×</del>	<del>×</del>	<del>4839</del>
49027C	大腸息肉切除術 Polypectomy —一至三顆	V	V	V	V	2520
<u>49032C</u>	<u>—四至九顆</u>	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>3304</u>
<u>49033C</u>	<u>—十顆以上</u>	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>6304</u>
	註： 1.經由大腸纖維鏡檢查後時，依病情需要加做處置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至三顆百分之二十七、四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計畫之標準大腸鏡報告」)，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 (57001-5703+2)

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	<p>侵襲性呼吸輔助器使用費一天 Pressure/Volume control respirator, day</p> <p>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。 <u>3.不得同時申報57032B。</u></p>		v	v	v	1800
57023B	<p>非侵襲性陽壓呼吸治療一天 Non-invasive positive pressure (day) (如Nasal PAP、CPAP、Bi-PAP)。</p> <p>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<u>57032B</u>。</p>		v	v	v	900
57029C	<p>震動式高頻呼吸器治療</p> <p><u>註：不得同時申報57032B。</u></p>	v	v	v	v	3500
57030B	<p>濕化高流量氧氣治療 Humidified high flow oxygen therapy</p> <p>— 第一天照護費（含管路特材）First time</p>		v	v	v	6000
57031B	<p>— 第二天後照護費（天）Daily care</p> <p>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<math>\leq</math>300時。 (b)RR&gt;25次/min，呼吸困難或呼吸窘迫。 (c)PaCO<sub>2</sub><math>\leq</math>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&gt;12分、BMI&gt;30 Kg/m<sup>2</sup>、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</p>		v	v	v	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
	<p>能。</p> <p>(2)兒童(未滿十九歲)</p> <p>A.缺氧性呼吸衰竭或呼吸窘迫，並有下列任一情形者：</p> <p>(a)血氧飽和濃度SpO<sub>2</sub>≤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>					
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></p> <p><u>Neurally adjusted ventilatory assist (NAVA) ventilation and Electrical activity of the diaphragm (Edi) monitoring/day</u></p> <p><u>註：</u></p> <p><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。</u></p> <p><u>2.支付規範：</u></p> <p><u>(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。</u></p> <p><u>(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。</u></p> <p><u>(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、FiO<sub>2</sub>、PEEP，視需要加填NAVA level。</u></p> <p><u>(4)限住院案件申報。</u></p> <p><u>(5)不得同時申報57001B、57023B、57029C、57030B及57031B。</u></p>		y	y	y	3712

## 第二部 西醫

### 第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

#### 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： <u>1.適應症：</u> <u>(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。</u> <u>(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)。</u> <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>	v	v	v	v	8213



## 第三部 牙醫

### 通則：

- 一、醫事服務機構實施牙科診療項目，除本部所表列外，得適用本標準其他章節之項目。
- 二、牙科治療項目應依循「牙醫門診總額支付制度臨床治療指引」施行。
- 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、92021B、92022B、92053B、92054B、92067B、92068B、92069B、92070B、92097C、92098C、92161B。
- 6.兒童牙科：未滿十三歲執行上述醫令項目。
- 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，參與該計畫醫師於院所執行轉診醫療者，不限科別皆得申報轉診加成。

(三)轉診加成規範：

- 1.轉診加成同一療程之適用範圍：自轉診收治日起一百八十天內；屬同一療程之診療項目於該療程期間皆得申報加成。
- 2.申報轉診加成之院所及醫師規範：
  - (1)轉出及接受轉診不得為同一醫師。
  - (2)基層院所可接受轉診之專科醫師互轉規範：
    - A.非屬附表3.3.3牙醫相對合理門診點數給付原則適用鄉鎮之基層院所：
      - (a)同專科同層級受理轉診者，不得申報轉診加成；不同專科接受轉診者，不在此限。
      - (b)該縣市無可上轉至上一層級之專科醫師者，得申報轉診加成。
    - B.屬附表3.3.3牙醫相對合理門診點數給付原則適用鄉鎮之基層院所：同層

級受理轉診者，不得申報轉診加成。

3. 同一病人之轉出每次限轉診一種科別。

4. 基層院所專科醫師接受同一病人轉診加成，九十天內僅以一次為限。

(四)轉診單開立後九十天內，病人應至接受轉診之醫療院所就診，否則無效。

四、「四歲以下嬰幼兒齲齒防治服務」(就醫年月減出生年月等於或小於四十八個月)之處置費(第一章門診診察費除外)加成百分之三十，若同時符合轉診加成者，合計加成百分之六十。

五、「高齡患者根管治療難症處理」：治療~~七十歲~~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。

(以下略)