檔　　號:
保存年限:

衛生福利部　函

地址：11558台北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：周小姐
聯絡電話：(02)8590-6745
傳真：(02)8590-6048
電子郵件：hpwwchou@mohw.gov.tw

受文者：中華民國全國建築師公會

發文日期：中華民國109年3月30日
發文字號：衛部保字第1091260111C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)、修正總說明及對照表之pdf檔各1份
(A21000000I_1091260111CC_doc5_1_Attach1.pdf、
A21000000I_1091260111CC_doc5_1_Attach2.pdf、
A21000000I_1091260111CC_doc5_1_Attach3.pdf、
A21000000I_1091260111CC_doc5_1_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109年3月30日以衛部保字第1091260111號令修正發布，除第二部第一章第一節門診診察費通則十二之(四)及第三部牙醫通則八，自109年1月1日生效外，自109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、中華民國藥劑生公會全國聯合會、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、中華民國農會、中華民國全國漁會、社團法人台灣社會福利總盟、全國產業總工會、中華民國全國總工會、全國工人總工會、中華民國全國職業總工會、中華民國會計師公會全國聯合會、中華民國律師公會全國聯合會、中華民國全國建築師公會、中華民國全國工業總會、中華民國全國商業總會、社團法人中華民國工商協進會、社團法人中華民國工業協進會、社團法人中華民國全國中小企業總會、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、本部心理及口腔健康司、本部長期照顧司、本部全民健

理事長	會務常務理事	財務常務理事	主任委員	秘書長	秘書	承辦人

全國建築師公會
收文 109年3月30日
第 0656 號

康保險會、本部全民健康保險爭議審議會(均含附件)

電子公文交換章 2020/03/30 08:51:30

裝 訂 線

檔　　號：
保存年限：

衛生福利部　令

發文日期：中華民國109年3月30日
發文字號：衛部保字第1091260111號
附件：「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目修正項目1份

裝

訂

線

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，除第二部第一章第一節門診診察費通則十二之(四)及第三部牙醫通則八，自中華民國一百零九年一月一日生效外，自一百零九年四月一日生效。

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

部長陳時中

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

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)：

1.三歲以下兒童：不限科別各項門診診察費依表定點數加計百分之二十。

2.四到六歲兒童：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)婦產科、外科、兒科及內科專科醫師加成方式(詳附表2.1.4~附表2.1.6)：

1. 婦產科、外科、兒科及內科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，其中婦產科及外科專科醫師加計百分之九、兒科專科醫師加計百分之三，內科專科醫師加計百分之三點八。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.加成專科別及門診診察費項目定義說明：

(1)外科：包括外科、整形外科、骨科、泌尿科、神經外科。

(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及01023C。

(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。

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)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	v				381
00198C	2-2)開具慢性病連續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)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	v				356
00200C	4-2)開具慢性病連續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)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				275
00112C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				220
00142C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				250
00160C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				475
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)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				215
00114C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				160
00144C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				190
00162C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之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)開具慢性病連續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

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
00146C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				100
00164C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				325
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)開具慢性病連續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)開具慢性病連續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)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	v				381
00233C	2-2)開具慢性病連續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)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	v				356
00237C	4-2)開具慢性病連續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
	(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)開具慢性病連續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)開具慢性病連續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)					

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
00211C	1)處方交付特約藥局調劑	v				160
00212C	2)開具慢性病連續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)開具慢性病連續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交由本院所自行調劑	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)開具慢性病連續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)開具慢性病連續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。 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。					

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
	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		v	v	v	280
00178B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	332
01019B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		v	v	v	280
00179B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	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		v	v	v	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		v	v	v	528
	2.基層診所					
00238C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	v				344
00239C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-45人)	v				338
00240C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	v				395
00241C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-45人)	v				389
00242C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	v				344
00243C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-45人)	v				338
00244C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	v				374
00245C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-45人)	v				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	v				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	v				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	v	v	v	v	164
00187C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v	v	v	v	218
00188C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	v	164
00189C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v	v	v	v	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	v	v	v	v	436
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	v	v	v	v	414
	註：					
	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。					
	2.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。					
	3.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑申報。					
	4.本項支付點數含護理費31-41點。					
	5.基層院所精神科門診診察費限向衛生局登記為診所(不含中醫診所及牙醫診所)之特約醫事服務機構申報。					

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.基層院所精神科每月看診日數計算方式： 每月實際看診日數不足二十五日(不含二十五日)，應以日計；每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日)，得以當月全月日數計。					

附表 2.1.3

基層院所申報門診診察費「三歲以下不分科及四～六歲兒科專科醫師加計百分之二十」與「七十五歲以上者加計百分之七點五」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至六歲兒科專科醫師加計(20%)支付點數=A*1.2	不分科別七十五歲以上者之加計(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)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	457	410
00198C	2-2)開具慢性病連續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)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	356	427	383
00200C	4-2)開具慢性病連續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)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	275	330	296
00112C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	220	264	237
00142C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	250	300	269
00160C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	475	570	511
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)開具慢性病連續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)開具慢性病連續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至六歲兒科專科醫師加計(20%)支付點數=A*1.2	不分科別七十五歲以上者之加計(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○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)開具慢性病連續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)開具慢性病連續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○人次部分（＞150）			
00117C	1)處方交付特約藥局調劑	50	60	54
00147C	2)開具慢性病連續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)開具慢性病連續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)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	457	410
00233C	2-2)開具慢性病連續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)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	356	427	383
00237C	4-2)開具慢性病連續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至六歲兒科專科醫師加計(20%)支付點數=A*1.2	不分科別七十五歲以上者之加計(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)開具慢性病連續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)開具慢性病連續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○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)開具慢性病連續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)開具慢性病連續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○人次部分(>150)			
00217C	1)處方交付特約藥局調劑(>150)	90	108	97
00218C	2)開具慢性病連續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)開具慢性病連續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)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	395	474	425
00241C	2-2)開具慢性病連續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至六歲兒科專科醫師加計(20%)支付點數=A*1.2	不分科別七十五歲以上者之加計(7.5%)支付點數=A*1.075
00244C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	374	449	402
00245C	4-2)開具慢性病連續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)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	218	262	234
00188C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	164	197	176
00189C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	196	235	211
00190C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	436	523	469
00191C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	414	497	445
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	425	510	
01015C	急診診察費	521		560
01021C	精神科急診診察費	550		591

附表 2.1.4
基層院所申報婦、兒、外、內專科醫師別申報第一段合理量內門診診察費加成支付點數之計算

代碼	名稱	支付點數 A	婦外專科醫師加計 9% 支付點數 =A*1.09	兒科專科醫師加計 3% 支付點數 =A*1.03	內科專科醫師加計 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)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	415	392	395
00198C	2-2)開具慢性病連續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)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	356	388	367	370
00200C	4-2)開具慢性病連續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)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	415	392	395
00233C	2-2)開具慢性病連續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)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	356	388	367	370
00237C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-50人)	350	382	361	363

代碼	名稱	支付點數A	婦外專科醫師加計 9%支付點數=A*1.09	兒科專科醫師加計 3%支付點數=A*1.03	內科專科醫師加計 3.8%支付點數=A*1.038
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、外專科醫師看診三歲(含)以下兒童加計 29% 支付點數 =A*1.29	兒專科醫師看診六歲(含)以下兒童加計 23% 支付點數 =A*1.23	內專科醫師看診三歲(含)以下兒童加計 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)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30 人)	381	491	469	472
00198C	2-2)開具慢性病連續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)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30 人)	356	459	438	441
00200C	4-2)開具慢性病連續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	433	436
00232C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30 人)	381	491	469	472
00233C	2-2)開具慢性病連續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)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30 人)	356	459	438	441
00237C	4-2)開具慢性病連續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、外專科醫師看診七十五歲以上者加計16.5%支付點數=A*1.165	兒科專科醫師看診七十五歲以上者加計10.5%支付點數=A*1.105	內科專科醫師看診七十五歲以上者加計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)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	444	421	424
00198C	2-2)開具慢性病連續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)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	356	415	393	396
00200C	4-2)開具慢性病連續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)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	444	421	424
00233C	2-2)開具慢性病連續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

代碼	名　稱	支付點數A	婦、外專科醫師看診七十五歲以上者加計16.5%支付點數=A*1.165	兒科專科醫師看診七十五歲以上者加計10.5%支付點數=A*1.105	內科專科醫師看診七十五歲以上者加計11.3%支付點數=A*1.113
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)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	356	415	393	396
00237C	4-2)開具慢性病連續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

通則：

九、本節註有「護理費加成」項目者，其加成之方式及申報規定：

(一)偏鄉醫院之加成：以下醫院依表定點數加計百分之十五。

1.列於衛生福利部「偏鄉護理菁英計畫公費生管理要點」所定偏鄉地區範圍之醫院，排除僅屬於「衛生福利部公費醫師訓練後服務醫療機構及開業地區」之指定支援山地或離島地區之醫院。

2.符合「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」申請資格第一項、第二項之醫院。

3.符合條件之醫院名單可參閱保險人全球資訊網，網址：www.nhi.gov.tw，資料路徑如下：首頁＞ 健保表單下載 >其他> 提升住院護理照護品質方案。

(二)符合全日平均護病比之加成：

1. 各醫院之急性一般及經濟病床（皆含精神病床）「全日平均護病比」，符合下表所列各該層級「全日平均護病比」之範圍者，其加成率如下：

全日平均護病比範圍			加成率
醫學中心	區域醫院	地區醫院	
8.5-8.9	11.5-11.9	14.5-14.9	2%
8.0-8.4	11.0-11.4	14.0-14.4	5%
7.5-7.9	10.5-10.9	13.5-13.9	14%
7.0-7.4	10.0-10.4	13.0-13.4	17%
< 7.0	< 10.0	< 13.0	20%

註：(1)各醫院之「全日平均護病比」採四捨五入至小數位第一位計算。

(2)精神科教學醫院比照區域醫院層級加成，精神科醫院比照地區醫院層級加成。

2.醫院應依下列時程至健保資訊網服務系統(VPN)填報「品質報告」，未填報者，本項不予加成：

(1)於費用年月次次月二十日前，填報急性一般病房住院跌倒人數比率、急性一般病房感染人數比率、急性一般病房新發生之壓瘡人數比率等三項指標。

(2)於每季結束次次月二十日前，填報年資三個月以上護理人員離職率、年資二年以上護理人員比率、年資未滿二年之護理人員離職率等三項指標。

(三)醫院應於費用年月次月二十日前，至健保資訊網服務系統(VPN)填報「結構性資料」，包含：急性一般及經濟病床（皆含精神病床）全日平均三班護理人員數、占床率、急性病床數、實際提供照護之護理人員數等資料；醫院並應保存每月「全日平均護病比」資料備查(參考格式請至保險人全球資訊網下載，網址：www.nhi.gov.tw，資料路徑如下：首頁＞ 健保資料站 ＞ 健保統計資料 ＞ 重要統計資料)。

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

第六項 免疫學檢查 Immunology Examination (12001-12210)

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
12210B	水通道蛋白4抗體 Aquaporin-4 antibody 註： 1.適應症： (1)泛視神經脊髓炎症候群(Neuromyelitis Optica Spectrum Disorders, NMOSD)之診斷。 (2)多發性硬化症(Multiple Sclerosis, MS)、視神經炎(Optical Neuritis, ON)、橫截性脊髓炎(Transverse Myelitis, TM)、自體免疫性腦炎(Autoimmune Encephalitis, AE)之鑑別診斷。 2.專科別：過敏免疫風濕科(含兒科)、眼科(含兒科)、神經科(含兒科)。 3.檢查次數：除下列情形，每人每年限執行一次。 (1)檢測結果為陽性者，不得再檢驗。 (2)檢測結果為陰性者，疑似泛視神經脊髓炎症候群且疾病明顯惡化時，得再次檢驗(需於病歷記載)。		v	v	v	1781

第二十項 核子醫學檢查 Radioisotope Scanning

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

通則：

3. 編號P2105C至P2108C適用下列規定：

(1)保險對象經醫師診治因病情需要，得由第二次處方院所檢具「全民健康保險特殊造影檢查影像及報告申請同意書」向原檢查醫院申請特殊造影檢查影像報告，以供診斷疾病之參考，若參考後仍重新施行檢查，則不得申報本項費用。本項申請程序、同意書格式、受理與回饋及作業流程圖等全民健康保險特殊造影檢查影像及報告作業說明，請至保險人全球資訊網(網址 http://www.nhi.gov.tw)下載，資料路徑如下：首頁 > 健保表單下載 > 醫療相關表單 > 特殊造影檢查影像及報告申請(原特定檢查資源共享試辦計畫)。

第二十四項 伴隨式診斷 Companion Diagnostics (30101-30103)

通則：本項各診療項目須按「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」格式上傳檢驗(查)結果報告，未上傳者本項不予支付。

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
30103B	PD-L1免疫組織化學染色 PD-L1 immunohistochemistry 註： 1.適應症：符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準第6編第83條之藥品給付規定第9節抗癌瘤藥物9.69.免疫檢查點PD-1、PD-L1抑制劑之使用條件，且申請時需檢附生物標記(PD-L1)表現量檢測報告之疾病。 2.支付規範： (1)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(IVD)操作，並於檢測報告上註明方法學與檢測平台。 (2)應檢附經解剖病理或口腔病理專科醫師簽名與加註專科醫師證書字號之病理報告。 (3)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。 (4)申報本項除依通則規定外，尚須上傳檢測試劑代碼，未上傳者不予支付。		v	v	v	5984

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（33001-33144、P2101-P2104）

通則：

編號 P2101C 至 P2104C 適用下列規定：

(1) 保險對象經醫師診治因病情需要，得由第二次處方院所檢具「全民健康保險特殊造影檢查影像及報告申請同意書」向原檢查醫院申請特殊造影檢查影像報告，以供診斷疾病之參考，若參考後仍重新施行檢查，則不得申報本項費用。本項申請程序、同意書格式、受理與回饋及作業流程圖等全民健康保險特殊造影檢查影像及報告申請作業說明，請至保險人全球資訊網(網址 http://www.nhi.gov.tw)下載，資料路徑如下：首頁 > 健保表單下載 > 醫療相關表單> 特殊造影檢查影像及報告申請(原特定檢查資源共享試辦計畫)。

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
33129B	Amplatzer 心房中膈缺損關閉器治療中膈缺損 Amplatzer septal occluder (ASO) 註：提升兒童加成項目。		v	v	v	20250

第三部 牙醫

通則：

七、地區醫院、區域醫院、醫學中心於夜間(晚上九時至隔日早上九時)限牙醫師申報牙醫急診案件(案件分類為12)之本部第三章第四節口腔顎面外科(92004C、92007B、92008B、92010B、92011B、92014C、92015C、92016C、92020B、92025B、92026B、92037B、92038B、92039B、92040B、92044B、92059C、92064C、92065B、92093B、92096C)及第二部第二章第六節治療處置臉部創傷處理(48022C、48023C、48024C)之處置費，加計百分之五十。若經西醫急診照會牙科，由牙醫師申報上述醫令項目亦加計百分之五十，費用由牙醫門診總額支應。

八、離島地區牙醫基層診所週六、週日及國定假日之牙醫門診案件，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。

第一章 門診診察費

通則：本章所訂點數包括醫師診療、處方、護理人員服務、電子資料處理、污水及廢棄物處理及其他基本執業成本（如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出）。

第一節 一般牙科門診診察費

通則：申報本節各項門診診察費者，不得同時申報本章第二節「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費」。

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
	牙科門診診察費					
	1.每位醫師每日門診量在二十人次以下部分(≦20)					
00121C	1)處方交付特約藥局調劑	v	v	v	v	230
00122C	2)未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	v	230
	2.每位醫師每日門診量超過二十人次部分(>20)					
00123C	1)處方交付特約藥局調劑	v	v	v	v	120
00124C	2)未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	v	120
	3.山地離島地區					
00125C	1)處方交付特約藥局調劑	v	v	v	v	260
00126C	2)未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	v	260
	註： 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。 2.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。 3.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑申報。 4.本項支付點數含護理費 29-39 點。					
00128C	重度以上特定身心障礙(非精神疾病)者診察費 註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。	v	v	v	v	520
00301C	中度特定身心障礙(非精神疾病)者診察費 註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。	v	v	v	v	420
00302C	中度以上精神疾病病人診察費 註：1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。 2.限精神病及精神分裂之病人。	v	v	v	v	320
00303C	輕度特定身心障礙者(非精神疾病)及失能老人診察費 註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。	v	v	v	v	320

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
00304C	身心障礙者轉出醫療院所至特殊醫療服務計畫院所之轉診費用 註： 1.交付病人牙醫醫療院所轉診單，且病歷應記載。 2.提供病人或家屬相關諮詢及轉出病歷摘要(不包含 X 光片)。	v	v	v	v	200
01271C	環口全景 X 光初診診察 註： 1.係指病人在該院所從未執行本項初診診察或三年以上未就診，且該病人基於醫師之專業判斷，有施行環口全景X光初診診察之需要，醫師得於主訴處理完畢後擇適當時機執行。 2.申報時應檢附 Panoramic radiography 環口全景 X 光片攝影。 3.同次診察內含34001C至34004C之X光費用，不得另行申報。 4.病歷中除應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生齒外，應記載 X 光片呈現之診斷與發現。 5.三年限申報一次，申報本項一年內不得申報 01272C、01273C、00315C、00316C、00317C。	v	v	v	v	600
01272C	年度初診 X 光檢查 註： 1.係指病人間隔一年以上未就診或二年以上未執行本項，且經醫師專業判斷疑有鄰接面齲齒或疑似牙周炎者，醫師得於主訴處理完畢後擇適當時機執行。 2.申報時應檢附雙側咬翼片 Bite-Wing(後牙)及至少二張根尖周 X 光攝影(前牙)或至少四張根尖周 X 光片（不同部位，後牙優先）。 3.同次診察內含34001C至34004C之X光費用，不得另行申報。 4.病歷中除應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生齒以及鄰接面齲齒齒位及部位外，應記載 X 光片呈現之診斷與發現。 5.申報本項一年內不得申報 01271C、01273C、00315C、00316C、00317C。	v	v	v	v	600
01273C	高齲齒罹患率族群年度初診 X 光片檢查 註： 1.適應症係指一年以上未執行本項，且符合高齲齒罹患率的族群者，經醫師專業判斷有執行初診X光檢查需要者，醫師可於病患之主訴處理完畢後擇適當時機執行。 2.申報時應檢附雙側咬翼片 Bite-Wing（後牙）及至少二張根尖周 X 光攝影（前牙）。 3.高齲齒罹患率的族群為： (1)化療、放射線治療病人。 (2)中風病人。 (3)自體免疫疾病病人。 (4)糖尿病病人。 (5)心血管疾病病人。	v	v	v	v	600

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)巴金氏症 Parkinson's disease。 (7)透析治療(洗腎)病人。 (8)經醫師專業判斷為高齲齒罹患率族群者。(須詳細註明原因) 4.同次診察內含34001C至34004C之X光費用，不得另行申報。 5.病歷中除應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生齒以及鄰接面齲齒齒位及部位外，應記載 X 光片呈現之診斷與發現。 6.申報本項一年內不得申報 01271C、01272C、00315C、00316C、00317C。					

第二節 符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費

通則：

一、申報本節各項門診診察費者，不得同時申報本章第一節「一般牙科門診診察費」，惟00304C除外。

二、牙醫特約醫事服務機構須依「牙醫門診加強感染管制實施方案」申報本節各項目。

三、初次申報本節各項目時，須檢附「牙醫院所感染管制SOP作業考評表」備查。

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
	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費 1.每位醫師每日門診量在二十人次以下部份（≦20）					
00305C	－處方交付特約藥局調劑	v	v	v	v	355
00306C	－未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	v	355
	2.每位醫師每日門診量超過二十人次部分(＞20)					
00307C	－處方交付特約藥局調劑	v	v	v	v	155
00308C	－未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	v	155
	3.山地離島地區					
00309C	－處方交付特約藥局調劑	v	v	v	v	385
00310C	－未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	v	385
	註： 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。 2.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。 3.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑。 4.本項支付點數含護理費 32-43 點。					
00311C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之重度以上特定身心障礙(非精神疾病)者診察費 註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。	v	v	v	v	555
00312C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之中度特定身心障礙(非精神疾病)者診察費 註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。	v	v	v	v	455
00313C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之中度以上精神疾病病人診察費 註： 1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。 2.限精神病及精神分裂之病人。	v	v	v	v	355

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
00314C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之輕度特定身心障礙者(非精神疾病)及失能老人診察費 註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。	v	v	v	v	355
00315C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之環口全景 X 光初診診察 註： 1.係指病人在該院所從未執行本項初診診察或三年以上未就診，且該病人基於醫師之專業判斷，有施行環口全景X光初診診察之需要，醫師得於主訴處理完畢後擇適當時機執行。 2.申報時應檢附Panoramic radiography環口全景X光片攝影。 3.同次診察內含34001C至34004C之X光費用，不得另行申報。 4.病歷中除應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生齒外，應記載X光片呈現之診斷與發現。 5.三年限申報一次，申報本項一年內不得申報01271C、01272C、01273C、00316C、00317C。	v	v	v	v	635
00316C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之年度初診 X 光檢查 註： 1.係指病人間隔一年以上未就診或二年以上未執行本項，且經醫師專業判斷疑有鄰接面齲齒或疑似牙周炎者，醫師得於主訴處理完畢後擇適當時機執行。 2.申報時應檢附雙側咬翼片Bite-Wing(後牙) 及至少二張根尖周X光攝影(前牙)或至少四張根尖周X光片（不同部位，後牙優先）。 3.同次診察內含34001C至34004C之X光費用，不得另行申報。 4.病歷中除應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生齒以及鄰接面齲齒齒位及部位外，應記載X光片呈現之診斷與發現。 5.申報本項一年內不得申報01271C、01272C、01273C、00315C、00317C。	v	v	v	v	635
00317C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之高齲齒罹患率族群年度初診 X 光片檢查 註： 1.適應症係指一年以上未執行本項，且符合高齲齒罹患率的族群者，經醫師專業判斷有執行初診 X 光檢查需要者，醫師可於病人之主訴處理完畢後擇適當時機執行。 2.申報時應檢附雙側咬翼片 Bite-Wing（後牙）及至少二張根尖周 X 光攝影（前牙）。 3.高齲齒罹患率的族群為： (1)化療、放射線治療病人。 (2)中風病人。 (3)自體免疫疾病病人。	v	v	v	v	635

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)糖尿病病人。 (5)心血管疾病病人。 (6)巴金氏症 Parkinson's disease。 (7)透析治療(洗腎)病人。 (8)經醫師專業判斷為高齲齒罹患率族群者。（須詳細註明原因） 4.同次診察內含 34001C 至 34004C 之 X 光費用，不得另行申報。 5.病歷中除應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生齒以及鄰接面齲齒齒位及部位外，應記載 X 光片呈現之診斷與發現。 6.申報本項一年內不得申報 01271C、01272C、01273C、00315C、00316C。					

第三章 牙科處置及手術 DentalTreatment & operation

第二節 根管治療

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
90001C	恆牙根管治療（單根） Endodontic treatment of a permanent tooth with single root canal	v	v	v	v	1010
90002C	恆牙根管治療（雙根） Endodontic treatment of a permanent tooth with two root canals	v	v	v	v	2010
90003C	恆牙根管治療（三根） Endodontic treatment of a permanent tooth with three root canals	v	v	v	v	3010
90019C	恆牙根管治療（四根） Endodontic treatment of a permanent tooth with four root canals	v	v	v	v	4010
90020C	恆牙根管治療（五根(含)以上） Endodontic treatment of a permanent tooth with five(and above) root canals	v	v	v	v	5010
	註： 1.本項費用包括X光費用、局部麻醉、斷髓治療、根管沖洗、換藥、擴大及根管充填等各有關治療項目費用在內。 2.本項目於全部治療過程完畢併加90015C專案申報；如未完成，改以90015C申報。（期間限申報一次診療費） 3.申報費用時，需附治療前與治療後X光片以為審核；「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象無法配合照射X光片不在此限。 4.六十天之同一牙位重新治療為同一療程。 5.如同牙位九十天內重覆申報90001C、90002C、90003C、90019C、90020C者，則以支付點數最高者支付。					

第三節 牙周病學 Periodontics (91001~91020，91088，91104，91114)

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
91003C 91004C	牙結石清除 Scaling — 局部 Localized — 全口 Full mouth 註： 1.限有治療需要之病人每半年最多申報一次。 2.半年內全口分次執行之局部結石清除，均視為同一療程，其診察費僅給付一次。同療程時間內若另申報全口牙結石清除術，則刪除同療程內已申報之局部牙結石清除費用。(同象限不得重覆申報) 3.牙結石清除須作潔牙說明，其後作刷牙復習。 4.91003C需依四象限申報。 5.未滿十二歲兒童（「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象除外）非全口性牙周病者不得申報全口牙結石清除，病歷上應詳實記載備查;申報91003C或91004C需附相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)或X光片以為審核。 6.本項不得申請轉診加成。	 v v	 v v	 v v	 v v	 150 600
91103C 91104C	特殊狀況牙結石清除 Scaling for patients with special needs -局部 Localized -全口 Full mouth 註： 1.適用於「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、化療、放射線治療病人之牙醫醫療服務申報。 2.限有治療需要之病人每九十天最多申報一次。 3.重度以上病人每六十天得申報一次。 4.九十天內(重度以上六十天內)全口分次執行之局部結石清除，均視為同一療程，其診察費僅給付一次。同療程時間內若另申報全口牙結石清除術，則刪除同療程內已申報之局部牙結石清除費用 (同象限不得重覆申報) 。 5.申報本項後九十天內(重度以上六十天內)不得再申報91003C及91004C。	 v v	 v v	 v v	 v v	 150 600
91005C	口乾症牙結石清除-全口 Full mouth scaling for xerostomia patients 註： 1.適用口乾症病人之牙醫醫療服務申報。 2.限有治療需要之病人每九十天最多申報一次。 3.申報本項後九十天內不得再申報91003C及91004C。	v	v	v	v	600

第四節　口腔顎面外科 Oral Surgery (92001~92073，92088-92100、92129-92130)

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
92066C	特定局部治療 Specified local treatment 註： 1.阻生齒手術、膺復前手術、頭頸部感染之手術處理、囊腫之手術處理、牙齒再植或移植手術、良性腫瘤（含重建）之手術處理、放射治療之病人、顳顎關節疾病之手術處理、大唾液腺疾病外科處理之術後處理。 2.拔牙後乾性齒槽炎、燒燙傷、化學藥物灼傷、扁平苔癬及嚴重之口腔潰瘍。 3.牙周病咬合調整，90007C拆除牙冠後填補。 4.三天內視為同一療程。	v	v	v	v	50
92129B	顎顏面外傷術後初次門診檢查與照護費 Primary Post-operative Recroding, Care for Maxillofacial Trauma 備註： 1.顎顏面外傷病人之診斷至少須包含下列 ICD-10-CM碼之任一項，方得申報： S02.2 Nasal bone fracture S02.3 Orbital wall fracture S02.4 Maxilla & malar bone fracture S02.6 Mandible fracture S02.8 Skull bone fracture 2.須檢附「顎顏面外傷術後初次門診檢查紀錄與計畫表」、病歷供審查。 3.限同一病人於出院後三十天內申報一次，且須檢附手術紀錄及X光片或相片或其他影像佐證。 4.不得與89006C、90004C、91001C、91003C、91004C、91103C、91104C、91005C、91017C、92001C、92066C、92130B合併申報。 5.本項限牙醫門診申報。		v	v	v	2500
92130B	顎顏面外傷術後照護費 Post-operative Care for Maxillofacial Trauma 備註： 1.須申報92129B後一百八十天內申報。 2.口腔顎顏面外傷術後照護，至少須執行下列任一項： (1)口腔黏膜或皮膚傷口清創、黏膜或皮膚瘻管換藥。 (2)顎間固定鋼絲與相關固定物調整、咬合調整。 (3)牙周腫脹治療與衛生指導。 (4)牙齒斷裂相關覆髓或臨時填補治療、牙髓活性測試。 (5)張口訓練。 3.限出院後一百八十天內申報，同次住院後門診最多能申報十次。三天內屬同一療程。 4.不得與89006C、90004C、91001C、91003C、91004C、91103C、91104C、91005C、91017C、92001C、92066C、92129B合併申報。		v	v	v	1000

第二項 門診手術

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92015C	單純齒切除術 Simple odontectomy 註： 1.依牙醫門診總額支付制度臨床指引申報。 2.包括牙瓣修整術(flap repair)，需檢附X光片。 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、臼齒、小臼齒、犬齒、門齒、側門齒及贅生齒等。	v	v	v	v	2730
92016C	複雜齒切除術 Complex odontectomy 註： 1.依臨床治療指引相關條文申報。 2.包括牙瓣修整術(flap repair)，需檢附X光片。 3.本項目X光片及局部麻醉費用已內含。	v	v	v	v	4300
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低於齒槽骨脊下1.5公分者，或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者。 (3)下顎骨骨性阻生齒處之上升枝前緣距離第二大臼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臼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

附表　乙類(社區安寧照護)醫護人員教育訓練課程內容

序號	課程名稱	時數
1	安寧緩和療護的哲理、現況與展望	1
2	末期疾病症狀評估與控制總論	1
3	末期病人的心理社會需求	1
4	末期病人的靈性需求	1
5	末期病人之家屬的照護及悲傷輔導之臨床實務運用	2
6	安寧緩和醫療條例與相關法律之臨床運用	1.5
7	安寧療護臨床決策的倫理與困境	1.5
8	出院準備與安寧居家療護	1
9	老人及十大末期疾病的安寧緩和療護	2
10	社區安寧緩和療護	1
合計		13

●另臨床見習八小時學習目標放置於衛生福利部中央健康保險署全球資訊網，路徑如下：首頁 > 健保服務 > 健保醫療計畫 > 安寧療護(住院、居家及共照)網路查詢服務。

第七部 全民健康保險住院診斷關聯群
(Taiwan Diagnosis Related Groups，Tw-DRGs)

第一章 Tw-DRGs 支付通則

十五、「TW-DRG分類手冊」請至保險人全球資訊網(網址http://www.nhi.gov.tw)下載，其路徑為：首頁 > 健保服務 > 健保醫療費用 > 醫療費用申報與給付 >DRG 支付制度 >DRG住院診斷關聯群支付制度 > Tw-DRGs支付標準 > 2)3.4版1,062項Tw-DRGs。

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(以下稱本支付標準)之修正，為本(一百零九)年第三次修正。

本次修正包括新增西醫基層診所及牙醫診所離島假日門診診察費加成、新增西醫診療項目二項、調升符合牙醫門診加強感染管制實施方案之門診診察費並增列章節、新增牙醫診療項目二項及夜間急診案件加成等。重點如下：

一、西醫(第二部)

(一)門診診察費(第一章第一節)：

1. 新增通則十二之(四)：離島地區西醫基層診所周六、週日及國定假日之西醫基層門診案件，門診診察費得加計百分之二十。
2. 修正「開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑門診診察費」等二十八項診療項目中文名稱，並配合修正附表 2.1.3 至 2.1.6。

(二)特定診療-檢查(第二章第一節)：

1. 第六項免疫學檢查：新增診療項目「水通道蛋白 4 抗體」(編號 12210B，1,781 點)。
2. 第二十四項伴隨式診斷：
   (1)新增通則：申報本項各診療項目，須按「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」格式上傳檢驗(查)結果報告，未上傳者不予支付。
   (2)新增診療項目「PD-L1 免疫組織化學染色」(編號 30103B，5,984 點)。

二、牙醫(第三部)

(一)新增通則七：地區醫院、區域醫院及醫學中心牙醫師之夜間(晚上九時至隔日早上九時)急診案件申報特定處置費，得加計百分之五十。

(二)新增通則八：離島地區牙醫診所週六、週日及國定假日之牙醫門診案件，門診診察費得加計百分之二十。

(三)第一章門診診察費：

1. 拆分為為第一節「一般牙科門診診察費」、第二節「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費」。
2. 第二節「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費」：
   (1)調升原「符合加強感染管制之牙科門診診察費」支付點數三十五點，並配合修正編號及名稱，計四項。
   (2)新增符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費項目，以對應之一般牙科門診診察費診療項目加計三十五點，共九項(編號 00307C、00308C 及 00311C 至 00317C)。

(四)第三章牙科處置及手術：

1. 新增「顎顏面外傷術後初次門診檢查與照護費」(編號 92129B，2,500 點)及「顎顏面外傷術後照護費」(編號 92130B，1,000 點)共二項診療項目。
2. 修正 91003C「牙結石清除－局部」等診療項目支付規範。

三、其餘為文字修正或更新保險人全球資訊網資料路徑。

四、本次修正項目除第二部第一章第一節門診診察費「通則十二之(四)」及第三部牙醫「通則八」，自一百零九年一月一日起生效外，其餘自同年四月一日起生效。

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

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)：

1.三歲以下兒童：不限科別各項門診診察費依表定點數加計百分之二十。

2.四到六歲兒童：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)婦產科、外科、兒科及內科專科醫師加成方式(詳附表2.1.4~附表2.1.6)：

1. 婦產科、外科、兒科及內科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，其中婦產科及外科專科醫師加計百分之九、兒科專科醫師加計百分之三，內科專科醫師加計百分之三點八。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.加成專科別及門診診察費項目定義說明：

(1)外科：包括外科、整形外科、骨科、泌尿科、神經外科。

(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及01023C。

(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。

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)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	v				381
00198C	2-2)開具慢性病連續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)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	v				356
00200C	4-2)開具慢性病連續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	v				555

現行規定

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)：

1.三歲以下兒童：不限科別各項門診診察費依表定點數加計百分之二十。

2.四到六歲兒童：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)婦產科、外科、兒科及內科專科醫師加成方式(詳附表2.1.4~附表2.1.6)：

1. 婦產科、外科、兒科及內科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，其中婦產科及外科專科醫師加計百分之九、兒科專科醫師加計百分之三，內科專科醫師加計百分之三點八。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.加成專科別及門診診察費項目定義說明：

(1)外科：包括外科、整形外科、骨科、泌尿科、神經外科。

(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及01023C。

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	v				555

說明

一、通則十二新增離島地區基層診所假日開診，申報門診診察費得加計百分之二十支付之規定。本項並追溯自一百零九年一月一日生效。

二、修正00197C等二十二項基層院所門診診察費名稱，及00178B等八項精神科門診診察費名稱。

	劑								劑								
00159C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				530		00159C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				530		
	2.每位醫師每日門診量超過四十人次，但在六十人次以下部分(41－60)								2.每位醫師每日門診量超過四十人次，但在六十人次以下部分(41－60)								
00111C	1)處方交付特約藥局調劑	v				220		00111C	1)處方交付特約藥局調劑	v				220		
00141C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				275		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		00112C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				220		
00142C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				250		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		00160C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				475		
00161C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				450		00161C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				450		
	3.每位醫師每日門診量超過六十人次，但在八十人次以下部分(61-80)								3.每位醫師每日門診量超過六十人次，但在八十人次以下部分(61-80)								
00113C	1)處方交付特約藥局調劑	v				160		00113C	1)處方交付特約藥局調劑	v				160		
00143C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				215		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		00114C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				160		
00144C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				190		00144C	4)開具慢性病處方並由本院所自行調劑	v				190		
00162C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				415		00162C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之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		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)								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		00115C	1)處方交付特約藥局調劑	v				70		
00145C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				125		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		00116C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				70		
00146C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				100		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		00164C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				325		
00165C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				300		00165C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				300		
	5.每位醫師每日門診量超過在一百五十人次部分(>150)								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		00117C	1)處方交付特約藥局調劑	v				50		
00147C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				105		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		00118C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				50		
00148C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				80		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	v				305		

00166C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				305				病連續處方並交付特約藥局調劑							
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		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								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)								(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		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		00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50人)	v				352		
00232C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	v				381		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)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-50人)	v				375		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		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		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)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	v				356		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)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-50人)	v				350		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		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		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		
	(2)每位醫師每日門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分(51－70)								(2)每位醫師每日門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分(51－70)							
00205C	1)處方交付特約藥局調劑	v				220		00205C	1)處方交付特約藥局調劑	v				220		
00206C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				275		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		00207C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				220		
00208C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				250		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		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		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)								(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		00211C	1)處方交付特約藥局調劑	v				160		
00212C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				215		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		00213C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				160		
00214C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				190		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		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	v				390		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交由本院所自行調劑	v				390		

	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								(4)每位醫師每日門診量超過在一百五十人次部分 (>150)							
	(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		
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		
00218C	2)開具慢性病連續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		
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		
00220C	4)開具慢性病連續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		
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		
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。 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。								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。 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								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		v	v	v	280		01018B	1)處方交付特約藥局調劑		v	v	v	280		
00178B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	332		00178B	2)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	332		
01019B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		v	v	v	280		01019B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		v	v	v	280		
00179B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	310		00179B	4)開具慢性病處方並由本院所自行調劑		v	v	v	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		v	v	v	550		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		v	v	v	550		
00181B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次		v	v	v	528		00181B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次		v	v	v	528		

	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 2.基層診所								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 2.基層診所								
00238C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	v				344		00238C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	v				344		
00239C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-45人)	v				338		00239C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-45人)	v				338		
00240C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	v				395		00240C	2-1)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	v				395		
00241C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-45人)	v				389		00241C	2-2)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑(31-45人)	v				389		
00242C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	v				344		00242C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	v				344		
00243C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-45人)	v				338		00243C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-45人)	v				338		
00244C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	v				374		00244C	4-1)開具慢性病處方並由本院所自行調劑(1-30人)	v				374		
00245C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-45人)	v				368		00245C	4-2)開具慢性病處方並由本院所自行調劑(31-45人)	v				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	v				569		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	v				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	v				548		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	v				548		
	—每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(＞45)								—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	v	v	v	v	164		00186C	1)處方交付特約藥局調劑	v	v	v	v	164		
00187C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v	v	v	v	218		00187C	2)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑	v	v	v	v	218		
00188C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	v	164		00188C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	v	164		
00189C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v	v	v	v	196		00189C	4)開具慢性病處方並由本院所自行調劑	v	v	v	v	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	v	v	v	v	436		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	v	v	v	v	436		
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	v	v	v	v	414		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	v	v	v	v	414		
	註： 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。 2.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。 3.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑申報。 4.本項支付點數含護理費31-41點。 5.基層院所精神科門診診察費限向衛生局登記為診所(不含中醫診所及牙醫診所)之特約醫事服務機構申報。 6.基層院所精神科每月看診日數計算方式： 每月實際看診日數不足二十五日(不含二十五日)，應以日計；每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日)，得以當月全月日數計。								註： 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。 2.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。 3.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑申報。 4.本項支付點數含護理費31-41點。 5.基層院所精神科門診診察費限向衛生局登記為診所(不含中醫診所及牙醫診所)之特約醫事服務機構申報。 6.基層院所精神科每月看診日數計算方式： 每月實際看診日數不足二十五日(不含二十五日)，應以日計；每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日)，得以當月全月日數計。							

附表 2.1.3

基層院所申報門診診察費「三歲以下不分科及四～六歲兒科專科醫師加計百分之二十」與「七十五歲以上者加計百分之七點五」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至六歲兒科專科醫師加計(20%)支付點數=A*1.2	不分科別七十五歲以上者之加計(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)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	457	410
00198C	2-2)開具慢性病連續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)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	356	427	383
00200C	4-2)開具慢性病連續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)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	275	330	296
00112C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	220	264	237
00142C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	250	300	269
00160C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	475	570	511
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)開具慢性病連續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)開具慢性病連續處方由本院所自行調劑	190	228	204

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

配合 00197C 等三十項門診診察費修正名稱，併修正附表 2.1.3 至 2.1.6 四個附表。

00162C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	415	498	446
00163C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	390	468	419
	4.每位醫師每日門診量超過八十人次，但在一五○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)開具慢性病連續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)開具慢性病連續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○人次部分（＞150）			
00117C	1)處方交付特約藥局調劑	50	60	54
00147C	2)開具慢性病連續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)開具慢性病連續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)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	457	410
00233C	2-2)開具慢性病連續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)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	356	427	383
00237C	4-2)開具慢性病連續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

00162C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	415	498	446
00163C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	390	468	419
	4.每位醫師每日門診量超過八十人次，但在一五○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○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

	(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)開具慢性病連續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)開具慢性病連續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○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)開具慢性病連續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)開具慢性病連續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○人次部分(>150)			
00217C	1)處方交付特約藥局調劑(>150)	90	108	97
00218C	2)開具慢性病連續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)開具慢性病連續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)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	395	474	425
00241C	2-2)開具慢性病連續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

	(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○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○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
00244C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	374	449	402
00245C	4-2)開具慢性病連續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)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	218	262	234
00188C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	164	197	176
00189C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	196	235	211
00190C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	436	523	469
00191C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	414	497	445
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	425	510	
01015C	急診診察費	521		560
01021C	精神科急診診察費	550		591

附表 2.1.4

基層院所申報婦、兒、外、內專科醫師別申報第一段合理量內門診診察費加成支付點數之計算

代碼	名稱	支付點數A	婦外專科醫師加計9%支付點數=A*1.09	兒科專科醫師加計3%支付點數=A*1.03	內科專科醫師加計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)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	415	392	395
00198C	2-2)開具慢性病連續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)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	356	388	367	370
00200C	4-2)開具慢性病連續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

00243C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-45人)	338	406	363
00244C	4-1)開具慢性病處方並由本院所自行調劑(1-30人)	374	449	402
00245C	4-2)開具慢性病處方並由本院所自行調劑(31-45人)	368	442	396
00184C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	569	683	612
00185C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	548	658	589
	－每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(＞45)			
00186C	1)處方交付特約藥局調劑	164	197	176
00187C	2)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑	218	262	234
00188C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	164	197	176
00189C	4)開具慢性病處方並由本院所自行調劑	196	235	211
00190C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	436	523	469
00191C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	414	497	445
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	425	510	
01015C	急診診察費	521		560
01021C	精神科急診診察費	550		591

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)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	415	392	395
00233C	2-2)開具慢性病連續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)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	356	388	367	370
00237C	4-2)開具慢性病連續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、外專科醫師看診三歲(含)以下兒童加計29%支付點數=A*1.29	兒專科醫師看診六歲(含)以下兒童加計23%支付點數=A*1.23	內專科醫師看診三歲(含)以下兒童加計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)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	491	469	472
00198C	2-2)開具慢性病連續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)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	356	459	438	441
00200C	4-2)開具慢性病連續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

	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	433	436
00232C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	491	469	472
00233C	2-2)開具慢性病連續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)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	356	459	438	441
00237C	4-2)開具慢性病連續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、外專科醫師看診七十五歲以上者加計16.5%支付點數=A*1.165	兒科專科醫師看診七十五歲以上者加計10.5%支付點數=A*1.105	內科專科醫師看診七十五歲以上者加計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)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	444	421	424
00198C	2-2)開具慢性病連續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)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	356	415	393	396
00200C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-40人)	350	408	387	390

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	433	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		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		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)							**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		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		00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50人)	352	410	389	392
00232C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	444	421	424		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)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-50人)	375	437	414	417		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		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		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)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	356	415	393	396		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)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-50人)	350	408	387	390		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		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		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 通則： 九、本節註有「護理費加成」項目者，其加成之方式及申報規定： (一)偏鄉醫院之加成：以下醫院依表定點數加計百分之十五。 1.列於衛生福利部「偏鄉護理菁英計畫公費生管理要點」所定偏鄉地區範圍之醫院，排除僅屬於「衛生福利部公費醫師訓練後服務醫療機構及開業地區」之指定支援山地或離島地區之醫院。 2.符合「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」申請資格第一項、第二項之醫院。 3.符合條件之醫院名單可參閱保險人全球資訊網，網址：www.nhi.gov.tw，資料路徑如下：首頁＞健保表單下載 ＞ 其他 ＞ 提升住院護理照護品質方案。 (三)醫院應於費用年月次月二十日前，至健保資訊網服務系統(VPN)填報「結構性資料」，包含：急性一般及經濟病床（皆含精神病床）全日平均三班護理人員數、占床率、急性病床數、實際提供照護之護理人員數等資料；醫院並應保存每月「全日平均護病比」資料備查(參考格式請至保險人全球資訊網下載，網址：www.nhi.gov.tw，資料路徑如下：首頁＞健保資料站 ＞ 健保統計資料 ＞ 重要統計資料)。	第三節　病房費 通則： 九、本節註有「護理費加成」項目者，其加成之方式及申報規定： (一)偏鄉醫院之加成：以下醫院依表定點數加成百分之十五。 1.列於衛生福利部「偏鄉護理菁英計畫公費生管理要點」所定偏鄉地區範圍之醫院，排除僅屬於「衛生福利部公費醫師訓練後服務醫療機構及開業地區」之指定支援山地或離島地區之醫院。 2.符合「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」申請資格第一項、第二項之醫院。 3.符合條件之醫院名單可參閱保險人全球資訊網，網址：www.nhi.gov.tw，資料路徑如下：首頁＞下載及應用＞檔案下載＞《其他》。 (三)醫院應於費用年月次月二十日前，至健保資訊網服務系統(VPN)填報「結構性資料」，包含：急性一般及經濟病床（皆含精神病床）全日平均三班護理人員數、占床率、急性病床數、實際提供照護之護理人員數等資料；醫院並應保存每月「全日平均護病比」資料備查(參考格式請至保險人全球資訊網下載，網址：www.nhi.gov.tw，資料路徑如下：首頁＞下載及應用＞檔案下載＞《其他》)。	修正通則九保險人全球資訊網資料路徑。

<table>
<tr>
<td>
第二章 特定診療 Specific Diagnosisand Treatment
第一節 檢查 Laboratory Examination

第六項 免疫學檢查 Immunology Examination (12001-12210)
<table>
<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>
<tr><td>12210B</td><td>水通道蛋白4抗體
Aquaporin-4 antibody
註：
1.適應症：
(1)泛視神經脊髓炎症候群(Neuromyelitis Optica Spectrum Disorders, NMOSD)之診斷。
(2)多發性硬化症(Multiple Sclerosis, MS)、視神經炎(Optical Neuritis, ON)、橫截性脊髓炎(Transverse Myelitis, TM)、自體免疫性腦炎(Autoimmune Encephalitis, AE)之鑑別診斷。
2.專科別：過敏免疫風濕科(含兒科)、眼科(含兒科)、神經科(含兒科)。
3.檢查次數：除下列情形，每人每年限執行一次。
(1)檢測結果為陽性者，不得再檢驗。
(2)檢測結果為陰性者，疑似泛視神經脊髓炎症候群且疾病明顯惡化時，得再次檢驗(需於病歷記載)。</td><td></td><td>v</td><td>v</td><td>v</td><td>1781</td></tr>
</table>

第二十項 核子醫學檢查 Radioisotope Scanning
一、造影 Scanning（26001-26078、P2105-P2108）
通則：
3. 編號P2105C至P2108C適用下列規定：
(1)保險對象經醫師診治因病情需要，得由第二次處方院所檢具「全民健康保險特殊造影檢查影像及報告申請同意書」向原檢查醫院申請特殊造影檢查影像報告，以供診斷疾病之參考，若參考後仍重新施行檢查，則不得申報本項費用。本項申請程序、同意書格式、受理與回饋及作業流程圖等全民健康保險特殊造影檢查影像及報告作業說明，請至保險人全球資訊網(網址 http://www.nhi.gov.tw)下載，資料路徑如下：首頁 ＞ 健保表單下載 ＞ 醫療相關表單 ＞ 特殊造影檢查影像及報告申請(原特定檢查資源共享試辦計畫)。
</td>
<td>
第二章 特定診療 Specific Diagnosisand Treatment
第一節 檢查 Laboratory Examination

第六項 免疫學檢查 Immunology Examination (12001-12209)

第二十項 核子醫學檢查 Radioisotope Scanning
一、造影 Scanning（26001-26078、P2105-P2108）
通則：
3. 編號P2105C至P2108C適用下列規定：
(1)保險對象經醫師診治因病情需要，得由第二次處方院所檢具「全民健康保險特殊造影檢查影像及報告申請同意書」向原檢查醫院申請特殊造影檢查影像報告，以供診斷疾病之參考，若參考後仍重新施行檢查，則不得申報本項費用。本項申請程序、同意書格式、受理與回饋及作業流程圖等全民健康保險特殊造影檢查影像及報告作業說明，請至保險人全球資訊網(網址 http://www.nhi.gov.tw)下載，資料路徑如下：首頁 ＞ 資料下載 ＞ 表單下載 ＞ 醫療服務表單。
</td>
<td>
一、新增免疫學檢查項目「水通道蛋白4抗體」（編號12210B），支付點數1,781點。
二、修正第二十項核子醫學檢查第一點造影通則保險人全球資訊網資料路徑。
三、第二十四項伴隨性診斷：
(一)新增通則，明訂須上傳檢驗結果，未上傳者不予支付。
(二)新增「PD-L1免疫組織化學染色」(編號30103B)，支付點數5,984點。
</td>
</tr>
</table>

第二十四項 伴隨式診斷 Companion Diagnostics (30101-30103)

通則：本項各診療項目須按「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」格式上傳檢驗(查)結果報告，未上傳者本項不予支付。

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
30103B	PD-L1免疫組織化學染色 PD-L1 immunohistochemistry 註： 1.適應症：符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準第6編第83條之藥品給付規定第9節抗癌瘤藥物9.69.免疫檢查點PD-1、PD-L1抑制劑之使用條件，且申請時需檢附生物標記(PD-L1)表現量檢測報告之疾病。 2.支付規範： (1)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(IVD)操作，並於檢測報告上註明方法學與檢測平台。 (2)應檢附經解剖病理或口腔病理專科醫師簽名與加註專科醫師證書字號之病理報告。 (3)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。 (4)申報本項除依通則規定外，尚須上傳檢測試劑代碼，未上傳者不予支付。		v	v	v	5984

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

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（33001-33144、P2101-P2104）

通則：

編號 P2101C 至 P2104C 適用下列規定：

(1) 保險對象經醫師診治因病情需要，得由第二次處方院所檢具「全民健康保險特殊造影檢查影像及報告申請同意書」向原檢查醫院申請特殊造影檢查影像報告，以供診斷疾病之參考，若參考後仍重新施行檢查，則不得申報本項費用。本項申請程序、同意書格式、受理與回饋及作業流程圖等全民健康保險特殊造影檢查影像及報告申請作業說明，請至保險人全球資訊網(網址 http://www.nhi.gov.tw)下載，資料路徑如下：首頁 > 健保表單下載 > 醫療相關表單> 特殊造影檢查影像及報告申請(原特定檢查資源共享試辦計畫)。

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
33129B	Amplatzer 心房中膈缺損關閉器治療中膈缺損 Amplatzer septal occluder（ASO) 註：提升兒童加成項目。		v	v	v	20250

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 (33001-33144、P2101-P2104)

通則：

編號 P2101C 至 P2104C 適用下列規定：

(1) 保險對象經醫師診治因病情需要，得由第二次處方院所檢具「全民健康保險特殊造影檢查影像及報告申請同意書」向原檢查醫院申請特殊造影檢查影像報告，以供診斷疾病之參考，若參考後仍重新施行檢查，則不得申報本項費用。本項申請程序、同意書格式、受理與回饋及作業流程圖等全民健康保險特殊造影檢查影像及報告申請作業說明，請至保險人全球資訊網(網址 http://www.nhi.gov.tw)下載，資料路徑如下：首頁 > 資料下載 > 表單下載 > 醫療服務表單。

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
33129B	Amplatzer 心房中膈缺損關閉器治療中膈缺損 AOS 註：提升兒童加成項目。		v	v	v	20250

一、第一項 X 光檢查費第二點特殊造影檢查通則，修正保險人全球資訊網資料路徑。

二、修正診療項目編號 33129B 英文名稱。

第三部 牙醫

通則：

七、地區醫院、區域醫院、醫學中心於夜間(晚上九時至隔日早上九時)限牙醫師申報牙醫急診案件(案件分類為12)之本部第三章第四節口腔顎面外科(92004C、92007B、92008B、92010B、92011B、92014C、92015C、92016C、92020B、92025B、92026B、92037B、92038B、92039B、92040B、92044B、92059C、92064C、92065B、92093B、92096C)及第二部第二章第六節治療處置臉部創傷處理(48022C、48023C、48024C)之處置費，加計百分之五十。若經西醫急診照會牙科，由牙醫師申報上述醫令項目亦加計百分之五十，費用由牙醫門診總額支應。

八、離島地區牙醫基層診所週六、週日及國定假日之牙醫門診案件，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。

第一章 門診診察費

通則：本章所訂點數包括醫師診療、處方、護理人員服務、電子資料處理、污水及廢棄物處理及其他基本執業成本（如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出）。

第一節 一般牙科門診診察費

通則：申報本節各項門診診察費者，不得同時申報本章第二節「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費」。

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
	牙科門診診察費 1.每位醫師每日門診量在二十人次以下部分(≦20)					
00121C	1)處方交付特約藥局調劑	v	v	v	v	230
00122C	2)未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	v	230
	2.每位醫師每日門診量超過二十人次部分(＞20)					
00123C	1)處方交付特約藥局調劑	v	v	v	v	120
00124C	2)未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	v	120
	3.山地離島地區					
00125C	1)處方交付特約藥局調劑	v	v	v	v	260
00126C	2)未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	v	260
	註： 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。 2.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。 3.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑申報。 4.本項支付點數含護理費 29-39 點。					
00128C	重度以上特定身心障礙(非精神疾病)者診察費 註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。	v	v	v	v	520
00301C	中度特定身心障礙(非精神疾病)者診察費 註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。	v	v	v	v	420
00302C	中度以上精神疾病病人診察費 註：1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。 2.限精神病及精神分裂之病人。	v	v	v	v	320

第三部 牙醫

通則：

一、新增牙醫夜間急診案件申報特定處置費得加計百分之五十之支付之規定。

二、新增離島地區牙醫基層診所假日開診，其門診診察費得加計百分之二十支付之規定。本項並追溯自一百零九年一月一日生效。

第一章 門診診察費

通則：本章所訂點數包括醫師診療、處方、護理人員服務、電子資料處理、污水及廢棄物處理及其他基本執業成本（如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出）。

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
	一牙科門診診察費 1. 每位醫師每日門診量在二十人次以下部分（≦20）					
00121C	1)處方交付特約藥局調劑	v	v	v	v	230
00122C	2)未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	v	230
	2. 每位醫師每日門診量超過二〇人次部分(＞20)					
00123C	1)處方交付特約藥局調劑	v	v	v	v	120
00124C	2)未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	v	120
	3. 山地離島地區					
00125C	1)處方交付特約藥局調劑	v	v	v	v	260
00126C	2)未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	v	260
	註： 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。 2. 處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。 3. 偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑申報。 4. 本項支付點數含護理費29–39點。					
00128C	一重度以上特定身心障礙(非精神疾病)者診察費 註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。	v	v	v	v	520
00301C	一中度特定身心障礙(非精神疾病)者診察費 註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。	v	v	v	v	420
00302C	一中度以上精神疾病患者診察費 註：1. 限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。 2. 限精神病及精神分裂之患者。	v	v	v	v	320

一、第一章門診診察費拆分為第一節「一般牙科門診診察費」、第二節「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費」。

二、修訂診療項目編號01271C等三項支付規範。

00303C	輕度特定身心障礙者(非精神疾病)及失能老人診察費 註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。	v	v	v	v	320		00303C	一輕度特定身心障礙者(非精神疾病)及失能老人診察費 註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。	v	v	v	v	320
00304C	身心障礙者轉出醫療院所至特殊醫療服務計畫院所之轉診費用 註： 1.交付病人牙醫醫療院所轉診單，且病歷應記載。 2.提供病人或家屬相關諮詢及轉出病歷摘要(不包含 X 光片)。	v	v	v	v	200		00304C	身心障礙者轉出醫療院所至特殊醫療服務計畫院所之轉診費用 註： 1. 交付病人牙醫醫療院所轉診單，且病歷應記載。 2. 提供病人或家屬相關諮詢及轉出病歷摘要(不包含 X 光片)。	v	v	v	v	200
01271C	環口全景 X 光初診診察 註： 1.係指病人在該院所從未執行本項初診診察或三年以上未就診，且該病人基於醫師之專業判斷，有施行環口全景X光初診診察之需要，醫師得於主訴處理完畢後擇適當時機執行。 2.申報時應檢附 Panoramic radiography 環口全景 X 光片攝影。 3.同次診察內含 34001C 至 34004C 之 X 光費用，不得另行申報。 4.病歷中除應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生齒外，應記載 X 光片呈現之診斷與發現。 5.三年限申報一次，申報本項一年內不得申報 01272C、01273C、00315C、00316C、00317C。	v	v	v	v	600		01271C	環口全景 X 光初診診察 註： 1. 係指病患在該院所從未執行本項初診診察或三年以上未就診，且該病患基於醫師之專業判斷，有施行環口全景X光初診診察之需要，醫師得於主訴處理完畢後擇適當時機執行。 2. 申報時應檢附 Panoramic radiography 環口全景 X 光片攝影。 3. 同次診察內 34001C~34004C 之 X 光費用不再另外給付。 4. 病歷中除應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生齒外，應記載 X 光片呈現之診斷與發現。 5. 三年限申報一次，申報本項一年內不得申報 01272C 及 01273C。	v	v	v	v	600
01272C	年度初診 X 光檢查 註： 1.係指病人間隔一年以上未就診或二年以上未執行本項，且經醫師專業判斷疑有鄰接面齲齒或疑似牙周炎者，醫師得於主訴處理完畢後擇適當時機執行。 2.申報時應檢附雙側咬翼片 Bite-Wing(後牙)及至少二張根尖周 X 光攝影(前牙)或至少四張根尖周 X 光片（不同部位，後牙優先）。 3.同次診察內含 34001C 至 34004C 之 X 光費用，不得另行申報。 4.病歷中除應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生齒以及鄰接面齲齒齒位及部位外，應記載 X 光片呈現之診斷與發現。 5.申報本項一年內不得申報 01271C、01273C、00315C、00316C、00317C。	v	v	v	v	600		1	年度初診 X 光檢查 註： 1. 係指病患間隔一年以上未就診或二年以上未執行本項，且經醫師專業判斷疑有鄰接面齲齒或疑似牙周炎者，醫師得於主訴處理完畢後擇適當時機執行。 2. 申報時應檢附雙側咬翼片 Bite-Wing(後牙）+至少 2 張根尖周 X 光攝影(前牙)或至少 4 張根尖周 X 光片（不同部位，後牙優先）。 3. 同次診察內 34001C~34004C 之 X 光費用不再另外給付。 4. 病歷中除應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生齒以及鄰接面齲齒齒位及部位外，應記載 X 光片呈現之診斷與發現。 5. 申報本項一年內不得申報 01271C 及 01273C。	v	v	v	v	600
01273C	高齲齒罹患率族群年度初診 X 光片檢查 註： 1.適應症係指一年以上未執行本項，且符合高齲齒罹患率的族群者，經醫師專業判斷有執行初診X光檢查需要者，醫師可於病患之主訴處理完畢後擇適當時機執行。 2.申報時應檢附雙側咬翼片 Bite-Wing（後牙）及至少二張根尖周 X 光攝影（前牙）。 3.高齲齒罹患率的族群為： (1)化療、放射線治療病人。 (2)中風病人。 (3)自體免疫疾病病人。 (4)糖尿病病人。 (5)心血管疾病病人。 (6)巴金氏症 Parkinson's disease。 (7)透析治療(洗腎)病人。	v	v	v	v	600		01273C	高齲齒罹患率族群年度初診 X 光片檢查 註： 1. 適應症係指一年以上未執行本項，且符合高齲齒罹患率的族群者，經醫師專業判斷有執行初診X光檢查需要者，醫師可於病患之主訴處理完畢後擇適當時機執行。 2. 申報時應檢附雙側咬翼片 Bite-Wing（後牙）+至少 2 張根尖周 X 光攝影（前牙）。 3. 高齲齒罹患率的族群為： (1)化療、放射線治療患者。 (2)中風病人。 (3)自體免疫疾病病人。 (4)糖尿病患者。 (5)心血管疾病患者。 (6)巴金氏症 Parkinson’s disease。 (7)洗腎病患。	v	v	v	v	600

	(8)經醫師專業判斷為高齲齒罹患率族群者。（須詳細註明原因） 4.同次診察內含 34001C 至 34004C 之 X 光費用，不得另行申報。 5.病歷中除應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生齒以及鄰接面齲齒齒位及部位外，應記載 X 光片呈現之診斷與發現。 6.申報本項一年內不得申報 01271C、01272C、00315C、00316C、00317C。					

	(8)經醫師專業判斷為高齲齒罹患率族群者。 （需詳細註明原因） 4. 同次診察內 34001C~34004C 之 X 光費用不再另外給付。 5. 病歷中除應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生齒以及鄰接面齲齒齒位及部位外，應記載 X 光片呈現之診斷與發現。 6. 申報本項一年內不得申報 01271C 及 01272C。					

第二節 符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費

通則：

一、申報本節各項門診診察費者，不得同時申報本章第一節「一般牙科門診診察費」，惟00304C除外。

二、牙醫特約醫事服務機構須依「牙醫門診加強感染管制實施方案」申報本節各項目。

三、初次申報本節各項目時，須檢附「牙醫院所感染管制SOP作業考評表」備查。

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
	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費 1.每位醫師每日門診量在二十人次以下部份（≦20）					
00305C	－處方交付特約藥局調劑	v	v	v	v	355
00306C	－未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	v	355
	2.每位醫師每日門診量超過二十人次部分(＞20)					
00307C	－處方交付特約藥局調劑	v	v	v	v	155
00308C	－未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	v	155
	3.山地離島地區					
00309C	－處方交付特約藥局調劑	v	v	v	v	385
00310C	－未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	v	385
	註： 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。 2.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。 3.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑。 4.本項支付點數含護理費 32-43 點。					
00311C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之重度以上特定身心障礙(非精神疾病)者診察費 註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。	v	v	v	v	555
00312C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之中度特定身心障礙(非精神疾病)者診察費 註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。	v	v	v	v	455

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
	一符合加強感染管制之牙科門診診察費 1. 每位醫師每日門診量在二十人次以下部份（≦20）					
00129C	－處方交付特約藥局調劑	v	v	v	v	320
00130C	－未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	v	320
	2. 山地離島地區					
00133C	－處方交付特約藥局調劑	v	v	v	v	350
00134C	－未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	v	350
	註： 1. 牙醫特約醫事服務機構須依「牙醫門診加強感染管制實施方案」申報。 2. 初次申報此項時，附上「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」以為核備。 3. 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。 4. 處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。 5. 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。 6. 本項支付點數含護理費 29–39 點。					

一、本節新增。
二、修正原編號 00129C、00130C、00133C、00134C 等四項之編號、名稱及支付點數，各調升三十五點。並新增編號 00307C 及 00308C 等二項診察費項目。
三、新增符合牙醫門診加強感染管制實施方案之特定身心障礙者診察費共四項(編號 00311C 至 00314C)。
四、新增符合牙醫門診加強感染管制實施方案之 X 光初診診察費等三項(編號 00315C 至 00317C)。

00313C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之中度以上精神疾病患者診察費 註： 1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。 2.限精神病及精神分裂之病人。	v	v	v	v	355			
00314C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之輕度特定身心障礙者(非精神疾病)及失能老人診察費 註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。	v	v	v	v	355			
00315C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之環口全景 X 光初診診察 註： 1.係指病人在該院所從未執行本項初診診察或三年以上未就診，且該病人基於醫師之專業判斷，有施行環口全景X光初診診察之需要，醫師得於主訴處理完畢後擇適當時機執行。 2.申報時應檢附Panoramic radiography環口全景X光片攝影。 3.同次診察內含34001C至34004C之X光費用，不得另行申報。 4.病歷中除應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生齒外，應記載X光片呈現之診斷與發現。 5.三年限申報一次，申報本項一年內不得申報01271C、01272C、01273C、00316C、00317C。	v	v	v	v	635			
00316C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之年度初診 X 光檢查 註： 1.係指病患間隔一年以上未就診或二年以上未執行本項，且經醫師專業判斷疑有鄰接面齲齒或疑似牙周炎者，醫師得於主訴處理完畢後擇適當時機執行。 2.申報時應檢附雙側咬翼片Bite-Wing(後牙) 及至少二張根尖周X光攝影(前牙)或至少四張根尖周X光片（不同部位，後牙優先）。 3.同次診察內含34001C至34004C之X光費用，不得另行申報。 4.病歷中除應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生齒以及鄰接面齲齒齒位及部位外，應記載X光片呈現之診斷與發現。 5.申報本項一年內不得申報01271C、01272C、01273C、00315C、00317C。	v	v	v	v	635			
00317C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之高齲齒罹患率族群年度初診 X 光片檢查 註： 1.適應症係指一年以上未執行本項，且符合高齲齒罹患率的族群者，經醫師專業判斷有執行初診 X 光檢查需要者，醫師可於病人之主訴處理完畢後擇適當時機執行。 2.申報時應檢附雙側咬翼片 Bite-Wing（後牙）及至少二張根尖周 X 光攝影（前牙）。 3.高齲齒罹患率的族群為： (1)化療、放射線治療病人。 (2)中風病人。	v	v	v	v	635			

	(3)自體免疫疾病病人。 (4)糖尿病病人。 (5)心血管疾病病人。 (6)巴金氏症 Parkinson's disease。 (7)透析治療(洗腎)病患人。 (8)經醫師專業判斷為高齲齒罹患率族群者。（須詳細註明原因） 4.同次診察內含 34001C 至 34004C 之 X 光費用，不得另行申報。 5.病歷中除應記載缺牙部位、牙冠牙橋與阻生齒以及鄰接面齲齒齒位及部位外，應記載 X 光片呈現之診斷與發現。 6.申報本項一年內不得申報 01271C、01272C、01273C、00315C、00316C。					

第三章 牙科處置及手術 DentalTreatment & operation

第二節 根管治療

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
90001C	恆牙根管治療（單根） Endodontic treatment of a permanent tooth with single root canal	v	v	v	v	1010
90002C	恆牙根管治療（雙根） Endodontic treatment of a permanent tooth with two root canals	v	v	v	v	2010
90003C	恆牙根管治療（三根） Endodontic treatment of a permanent tooth with three root canals	v	v	v	v	3010
90019C	恆牙根管治療（四根） Endodontic treatment of a permanent tooth with four root canals	v	v	v	v	4010
90020C	恆牙根管治療（五根(含)以上） Endodontic treatment of a permanent tooth with five(and above) root canals 註： 1.本項費用包括X光費用、局部麻醉、斷髓治療、根管沖洗、換藥、擴大及根管充填等各有關治療項目費用在內。 2.本項目於全部治療過程完畢併加90015C專案申報；如未完成，改以90015C申報。（期間限申報一次診療費） 3.申報費用時，需附治療前與治療後X光片以為審核；「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象無法配合照射X光片不在此限。 4.六十天之同一牙位重新治療為同一療程。 5.如同牙位九十天內重覆申報90001C、90002C、90003C、90019C、90020C者，則以支付點數最高者支付。	v	v	v	v	5010

第三節 牙周病學 Periodontics (91001~91020，91088，91104，91114)

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
	牙結石清除 Scaling					
91003C	— 局部 Localized	v	v	v	v	150
91004C	— 全口 Full mouth	v	v	v	v	600
	註： 1.限有治療需要之病人每半年最多申報一次。					

第三章 牙科處置及手術 DentalTreatment & operation

第二節 根管治療

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
90001C	恆牙根管治療（單根） Endodontic treatment of a permanent tooth with single root canal	v	v	v	v	1010
90002C	恆牙根管治療（雙根） Endodontic treatment of a permanent tooth with two root canals	v	v	v	v	2010
90003C	恆牙根管治療（三根以上） Endodontic treatment of a permanent tooth with three root canals	v	v	v	v	3010
90019C	恆牙根管治療（四根） Endodontic treatment of a permanent tooth with four root canals	v	v	v	v	4010
90020C	恆牙根管治療（五根(含)以上） Endodontic treatment of a permanent tooth with five(and above) root canals 註： 1.本項費用包括X光費用、局部麻醉、斷髓治療、根管沖洗、換藥、擴大及根管充填等各有關治療項目費用在內。 2.本項目於全部治療過程完畢併加90015C專案申報；如未完成，改以90015C申報。（期間限申報一次診療費） 3.申報費用時，需附治療前與治療後X光片以為審核；「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象無法配合照射X光片不在此限。 4.六十天之同一牙位重新治療為同一療程。 5.如同牙位九十天內重覆申報90001、90002C、90003C、90019C、90020C者，則以支付點數最高者申報。	v	v	v	v	5010

第三節 牙周病學 Periodontics (91001~91020，91088，91104，91114)

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
	牙結石清除 Scaling					
91003C	— 局部 Localized	v	v	v	v	150
91004C	— 全口 Full mouth	v	v	v	v	600
	註： 1.限有治療需要之患者每半年最多申報一次。					

一、修正診療項目編號90003C「恆牙根管治療(三根)」中文名稱。
二、修訂編號91003C「牙結石清除－局部」共九項診療項目支付規範。
三、第四節口腔顎面外科新增處置項目「顎顏面外傷術後初次門診檢查與照護費」(編號92129B)，支付點數2,500點，及「顎顏面外傷術後照護費」（編號92130B），支付點數1,000點。

	2.半年內全口分次執行之局部結石清除，均視為同一療程，其診察費僅給付一次。同療程時間內若另申報全口牙結石清除術，則刪除同療程內已申報之局部牙結石清除費用。(同象限不得重覆申報) 3.牙結石清除須作潔牙說明，其後作刷牙復習。 4.91003C需依四象限申報。 5.未滿十二歲兒童（「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象除外）非全口性牙周病者不得申報全口牙結石清除，病歷上應詳實記載備查;申報91003C或91004C需附相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)或X光片以為審核。 6.本項不得申請轉診加成。					
91103C 91104C	特殊狀況牙結石清除 Scaling for patients with special needs -局部 Localized -全口 Full mouth 註： 1.適用於「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、化療、放射線治療病人之牙醫醫療服務申報。 2.限有治療需要之病人每九十天最多申報一次。 3.重度以上病人每六十天得申報一次。 4.九十天內(重度以上六十天內)全口分次執行之局部結石清除，均視為同一療程，其診察費僅給付一次。同療程時間內若另申報全口牙結石清除術，則刪除同療程內已申報之局部牙結石清除費用 (同象限不得重覆申報) 。 5.申報本項後九十天內(重度以上六十天內)不得再申報91003C及91004C。	v v	v v	v v	v v	150 600
91005C	口乾症牙結石清除-全口 Full mouth scaling for xerostomia patients 註： 1.適用口乾症病人之牙醫醫療服務申報。 2.限有治療需要之病人每九十天最多申報一次。 3.申報本項後九十天內不得再申報91003C及91004C。	v	v	v	v	600

第四節 口腔顎面外科 Oral Surgery (92001~92073，92088-92100、92129-92130)

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
92066C	特定局部治療 Specified local treatment 註： 1.阻生齒手術、膺復前手術、頭頸部感染之手術處理、囊腫之手術處理、牙齒再植或移植手術、良性腫瘤（含重建）之手術處理、放射治療之病人、顳顎關節疾病之手術處理、大唾液腺疾病外科處理之術後處理。 2.拔牙後乾性齒槽炎、燒燙傷、化學藥物灼傷、扁平苔癬及嚴重之口腔潰瘍。	v	v	v	v	50

	2.半年內全口分次執行之局部結石清除，均視為同一療程，其診察費僅給付一次。同療程時間內若另申報全口牙結石清除術，則刪除同療程內已申報之局部牙結石清除費用。(同限象不得重覆申報) 3.牙結石清除須作潔牙說明，其後作刷牙復習。 4.91003C需依四象限申報。 5.未滿十二歲兒童（「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象除外）非全口性牙周病者不得申報全口牙結石清除，病歷上應詳實記載備查;申報91003C或91004C需附相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)或X光片以為審核。 6.此項不得申請轉診加成。					
91103C 91104C	特殊狀況牙結石清除 Scaling for patients with special needs -局部 Localized -全口 Full mouth 註： 1.適用於「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、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。 2.限有治療需要之患者每九十天最多申報一次。 3.重度以上患者每六十天得申報一次。 4.九十天內(重度以上六十天內)全口分次執行之局部結石清除，均視為同一療程，其診察費僅給付一次。同療程時間內若另申報全口牙結石清除術，則刪除同療程內已申報之局部牙結石清除費用 (同象限不得重覆申報) 。	v v	v v	v v	v v	150 600
91005C	口乾症牙結石清除-全口 Full mouth scaling for xerostomia patients 註： 1.適用口乾症患者之牙醫醫療服務申報。 2.限有治療需要之患者每九十天最多申報一次。	v	v	v	v	600

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
92066C	特定局部治療 Specified local treatment 註： 1.阻生齒手術、膺復前手術、頭頸部感染之手術處理、囊腫之手術處理、牙齒再植或移植手術、顏面骨折合併顏面軟組織外傷手術處理、良性腫瘤（含重建）之手術處理、放射治療之病患、顳顎關節疾病之手術處理、大唾液腺疾病外科處理之術後處理。 2.拔牙後乾性齒槽炎、燒燙傷、化學藥	v	v	v	v	50

	3.牙周病咬合調整，90007C拆除牙冠後填補。 4.三天內視為同一療程。					
92129B	顎顏面外傷術後初次門診檢查與照護費 Primary Post-operative Recroding, Care for Maxillofacial Trauma 備註： 1.顎顏面外傷病人之診斷至少須包含下列 ICD-10-CM碼之任一項，方得申報： S02.2 Nasal bone fracture S02.3 Orbital wall fracture S02.4 Maxilla & malar bone fracture S02.6 Mandible fracture S02.8 Skull bone fracture 2.須檢附「顎顏面外傷術後初次門診檢查紀錄與計畫表」、病歷供審查。 3.限同一病人於出院後三十天內申報一次，且須檢附手術紀錄及X光片或相片或其他影像佐證。 4.不得與89006C、90004C、91001C、91003C、91004C、91103C、91104C、91005C、91017C、92001C、92066C、92130B合併申報。 5.本項限牙醫門診申報。		v	v	v	2500
92130B	顎顏面外傷術後照護費 Post-operative Care for Maxillofacial Trauma 備註： 1.須申報92129B後一百八十天內申報。 2.口腔顎顏面外傷術後照護，至少須執行下列任一項： (1)口腔黏膜或皮膚傷口清創、黏膜或皮膚瘻管換藥。 (2)顎間固定鋼絲與相關固定物調整、咬合調整。 (3)牙周腫脹治療與衛生指導。 (4)牙齒斷裂相關覆髓或臨時填補治療、牙髓活性測試。 (5)張口訓練。 3.限出院後一百八十天內申報，同次住院後門診最多能申報十次。三天內屬同一療程。 4.不得與89006C、90004C、91001C、91003C、91004C、91103C、91104C、91005C、91017C、92001C、92066C、92129B合併申報。		v	v	v	1000

第二項 門診手術

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92015C	單純齒切除術 Simple odontectomy 註： 1.依牙醫門診總額支付制度臨床指引申報。 2.包括牙瓣修整術(flap repair)，需檢附X光片。 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

	物灼傷、扁平苔癬及嚴重之口腔潰瘍。 3.牙周病咬合調整，90007C拆除牙冠後填補。 4.三天內視為同一療程。					

第二項 門診手術

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92015C	單純齒切除術 Simple odontectomy 註： 1.依牙醫門診總額支付制度臨床指引申報。 2.包括牙瓣修整術，需檢附X光片(flap repair) 3.本項目X光片及局部麻醉費用已內含。 4.適用於軟組織阻生齒或阻生齒骨頭覆蓋牙冠未及三分之二者。 5.阻生齒含智齒、白齒、小白齒、犬齒、	v	v	v	v	2730

92016C	複雜齒切除術 Complex odontectomy 註： 1.依臨床治療指引相關條文申報。 2.包括牙瓣修整術(flap repair)，需檢附X光片。 3.本項目X光片及局部麻醉費用已內含。	v	v	v	v	4300
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低於齒槽骨脊下1.5公分者，或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者。 (3)下顎骨骨性阻生齒處之上升枝前緣距離第二大臼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臼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

	門齒、側門齒及贅生齒等。					
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
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臼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臼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

第五部 居家照護及精神病患者社區復健
第三章 安寧居家療護
附表 乙類(社區安寧照護)醫護人員教育訓練課程內容

序號	課程名稱	時數
1	安寧緩和療護的哲理、現況與展望	1
2	末期疾病症狀評估與控制總論	1
3	末期病人的心理社會需求	1
4	末期病人的靈性需求	1
5	末期病人之家屬的照護及悲傷輔導之臨床實務運用	2
6	安寧緩和醫療條例與相關法律之臨床運用	1.5
7	安寧療護臨床決策的倫理與困境	1.5
8	出院準備與安寧居家療護	1
9	老人及十大末期疾病的安寧緩和療護	2
10	社區安寧緩和療護	1
合計		13

●另臨床見習八小時學習目標放置於衛生福利部中央健康保險署全球資訊網，路徑如下：首頁 > 健保服務 > 健保醫療計畫 > 安寧療護(住院、居家及共照)網路查詢服務。

第五部 居家照護及精神病患者社區復健
第三章 安寧居家療護
附表 乙類(社區安寧照護)醫護人員教育訓練課程內容

序號	課程名稱	時數
1	安寧緩和療護的哲理、現況與展望	1
2	末期疾病症狀評估與控制總論	1
3	末期病人的心理社會需求	1
4	末期病人的靈性需求	1
5	末期病人之家屬的照護及悲傷輔導之臨床實務運用	2
6	安寧緩和醫療條例與相關法律之臨床運用	1.5
7	安寧療護臨床決策的倫理與困境	1.5
8	出院準備與安寧居家療護	1
9	老人及十大末期疾病的安寧緩和療護	2
10	社區安寧緩和療護	1
合計		13

●另臨床見習八小時學習目標放置於衛生福利部中央健康保險署全球資訊網，路徑如下：首頁 > 醫事機構 > 網路申辦及查詢 > 安寧療護(住院、居家及共照)網路查詢服務。

修正保險人全球資訊網資料路徑。

第七部 全民健康保險住院診斷關聯群
(Taiwan Diagnosis Related Groups，Tw-DRGs)
第一章 Tw-DRGs 支付通則

十五、「TW-DRG分類手冊」請至保險人全球資訊網(網址http://www.nhi.gov.tw)下載，其路徑為：首頁 > 健保服務 > 健保醫療費用 > 醫療費用申報與給付 > DRG 支付制度 > DRG住院診斷關聯群支付制度 > Tw-DRGs支付標準 > 2)3.4版1,062項Tw-DRGs。

第七部 全民健康保險住院診斷關聯群
(Taiwan Diagnosis Related Groups，Tw-DRGs)
第一章 Tw-DRGs 支付通則

十五、「TW-DRG 分類手冊」請至保險人全球資訊網(網址http://www.nhi.gov.tw)下載，其路徑為：首頁 > 主題專區 > DRG 住院診斷關聯群支付制度。

修正保險人全球資訊網資料路徑。