全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正規定

第二部 西醫

第一章 基本診療

第一節 門診診察費

通則：

十二、西醫基層院所門診診察費加成方式：

(一)兒童加成方式(詳附表2.1.3)：

1.未滿四歲兒童：不限科別各項門診診察費依表定點數加計百分之二十。

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

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

(三)專科醫師加成方式(詳附表2.1.4至附表2.1.7)：

1.各專科醫師申報第一段門診量內之門診診察費得按表定點數加計，若同時符合兒童加成或七十五歲以上者加成，依加成率合計後一併加計。各專科醫師加成率如下：

(1)婦產科、外科及內科之專科醫師：加計百分之十三。

(2)整形外科、骨科、泌尿科及神經外科之專科醫師：診治未滿四歲兒童加計百分之十三，診治四歲以上者加計百分之十。

(3)其餘專科醫師：診治未滿四歲兒童加計百分之十三，診治四歲以上者加計百分之九。

2.第一段門診量內之門診診察費項目：包括編號00109C、00110C、00197C、00198C、00199C、00200C、00158C、00159C、00230C、00231C、00232C、00233C、00234C、00235C、00236C、00237C、00168C、00169C、01023C、00238C、00240C、00242C、00244C、00184C、00185C。

附表2.1.4

基層院所專科醫師別申報第一段合理量內門診診察費加成支付點數之計算

代碼	名稱	支付點數 A	婦、外、內專科醫師加計13%支付點數 =A*1.13	整形外、骨、泌尿、神經外專科醫師		其餘科別專科醫師	
				診治未滿四歲兒童加計13%支付點數 =A*1.13	診治四歲以上者加計10%支付點數 =A*1.1	診治未滿四歲兒童加計13%支付點數 =A*1.13	診治四歲以上者加計9%支付點數 =A*1.09
	一般門診診察費－基層院所門診診察費 1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分（≦40）						
00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人次)	364	411	411	400	411	397
00197C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	387	437	437	426	437	422
00198C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-40人)	376	425	425	414	425	410
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人次)	364	411	411	400	411	397
00199C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	362	409	409	398	409	395
00200C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-40人)	351	397	397	386	397	383
00158C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	561	634	634	617	634	611
00159C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	536	606	606	590	606	584
	6.山地離島地區 (1)每位醫師每日門診量在五十人次以下部分(≦50)						
00230C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	364	411	411	400	411	397
00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50人)	353	399	399	388	399	385
00232C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	387	437	437	426	437	422
00233C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-50人)	376	425	425	414	425	410
00234C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	364	411	411	400	411	397
00235C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50人)	353	399	399	388	399	385
00236C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	362	409	409	398	409	395
00237C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-50人)	351	397	397	386	397	383
00168C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性	561	634	634	617	634	611

代碼	名稱	支付點數A	婦、外、內專科醫師加計13%支付點數=A*1.13	整形外、骨、泌尿、神經外專科醫師		其餘科別專科醫師	
				診治未滿四歲兒童加計13%支付點數=A*1.13	診治四歲以上者加計10%支付點數=A*1.1	診治未滿四歲兒童加計13%支付點數=A*1.13	診治四歲以上者加計9%支付點數=A*1.09
	病連續處方並交付特約藥局調劑(≦50)						
00169C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑(≦50)	536	606	606	590	606	584
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	426	481	481	469	481	464

附表2.1.5

基層院所申報專科醫師別加成併兒童加成第一段門診診察費支付點數之計算

代碼	名稱	支付點數A	專科醫師診治未滿四歲兒童加計33%支付點數=A*1.33	兒專科醫師診治四歲以上至未滿七歲兒童加計29%支付點數=A*1.29
	一般門診診察費－基層院所門診診察費 **1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分（≦40）**			
00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人次）	364	484	470
00197C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	387	515	499
00198C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-40人)	376	500	485
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人次)	364	484	470
00199C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	362	481	467
00200C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-40人)	351	467	453
00158C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	561	746	724
00159C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	536	713	691
	6.山地離島地區 **(1)每位醫師每日門診量在五十人次以下部分(≦50)**			
00230C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	364	484	470
00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50人)	353	469	455
00232C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	387	515	499
00233C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-50人)	376	500	485
00234C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	364	484	470
00235C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50人)	353	469	455
00236C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	362	481	467
00237C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-50人)	351	467	453
00168C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(≦50)	561	746	724
00169C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑(≦50)	536	713	691
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	426	567	550

附表2.1.6

基層院所申報專科醫師別加成併「七十五歲以上者加成」第一段門診診察費支付點數之計算

代碼	名　稱	支付點數A	婦、外、內專科醫師診治七十五歲以上者加計20.5%支付點數=A*1.205	整形外、骨、泌尿、神經外專科醫師加計17.5%支付點數=A*1.175	其餘科別專科醫師診治七十五歲以上者加計16.5%支付點數=A*1.165
	一般門診診察費－基層院所門診診察費 **1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分（≦40）**				
00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人次）	364	439	428	424
00197C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	387	466	455	451
00198C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-40人)	376	453	442	438
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人次)	364	439	428	424
00199C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	362	436	425	422
00200C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-40人)	351	423	412	409
00158C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	561	676	659	654
00159C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	536	646	630	624
	6.山地離島地區 **(1)每位醫師每日門診量在五十人次以下部分(≦50)**				
00230C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	364	439	428	424
00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50人)	353	425	415	411
00232C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	387	466	455	451
00233C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-50人)	376	453	442	438
00234C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	364	439	428	424
00235C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50人)	353	425	415	411
00236C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	362	436	425	422
00237C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-50人)	351	423	412	409
00168C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(≦50)	561	676	659	654
00169C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑(≦50)	536	646	630	624

附表2.1.7

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

代碼	名稱	支付點數A	精神科專科醫師診治未滿四歲兒童加計33%支付點數=A*1.33	精神科專科醫師診治四歲以上未滿七十五歲者加計9%支付點數=A*1.09	精神科專科醫師診治七十五歲以上者加計16.5%支付點數=A*1.165
	精神科門診診察費　－每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≦45)				
00238C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	350	466	382	408
00240C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	401	533	437	467
00242C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	350	466	382	408
00244C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	380	505	414	443
00184C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	575	765	627	670
00185C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	554	737	604	645

第二章 特定診療 Specific Diagnosisand Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

第十二項 循環機能檢查 Circulative Function Examination (18001-18046~~6~~7)

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

第二節 放射線診療 X-RAY

第一項　X光檢查費 X-Ray Examination

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

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

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

第一項 處置費 Treatment

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

十一、呼吸治療處置 (57001-57032)

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
57023B	非侵襲性陽壓呼吸治療一天 Non-invasive positive pressure（day）(如Nasal PAP、CPAP、Bi-PAP)。 註： 1.含氧氣吸入使用費、濕氣吸入治療費及器材使用費用。 2.已內含Ambu bag之使用及抽痰，不得另申報57009B(甦醒器使用/天)及47041C或47042C(呼吸道抽吸)之費用。 3.不得同時申報57030B、57031B及57032B。		v	v	v	900
57029C	震動式高頻呼吸器治療 註：不得同時申報57032B。	v	v	v	v	3500
57030B 57031B	濕化高流量氧氣治療 Humidified high flow oxygen therapy － 第一天照護費（含管路特材）First time － 第二天後照護費（天）Daily care 註： 1.限急診或住院病人符合下列適應症者使用： (1)成人(十九歲以上) A.急性缺氧性呼吸衰竭，且需同時符合下列各項條件： (a)當以10L/min或更高的流速供應氧氣至少十五分鐘，P/F ratio≦300時。 (b)RR>25次/min，呼吸困難或呼吸窘迫。 (c)$PaCO_2$≦45 mmHg。 B.呼吸衰竭拔管後，預防再次插管使用，並有下列任一情形： (a)曾插管二十四小時以上之病人，且有下列任一高危險因子者：年紀六十五歲以上、APACHE II＞12分、BMI>30 Kg/㎡、呼吸道清除功能失效、困難脫離呼吸器病人或插管大於七天病人。 (b)經臨床負責醫師判定有再度發生呼吸衰竭之可能。 (2)兒童(未滿十九歲) A.缺氧性呼吸衰竭或呼吸窘迫，並有下列任一情形者： (a)血氧飽和濃度SpO_2≦94%。 (b)呼吸窘迫症狀（呼吸急促、使用呼吸輔助肌、鼻翼扇動、點頭式呼吸、胸凹或矛盾式呼吸等）。 B.脫離侵襲性或非侵襲性呼吸器後，預防再次使用呼吸器時使用。 2.限內科、外科、麻醉科、兒科、急診醫學科、神經科及神經外科專科醫師執行。 3.不得同時申報57004C、57023B及57032B。		 v v	 v v	 v v	 6000 1937

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	4.更換管路當日比照第一天照護費申報。 5.兒童(未滿十九歲)得依表定點數加計百分之二十。 6.若臨床上認為拔管後應使用非侵襲性陽壓呼吸治療的成人病人，則不建議使用本項。 7. 57030B內含一般材料費、高流量鼻導管及高流量管路組費比率為百分之六十五。					
57032B	神經調控通氣輔助呼吸治療及橫膈膜電位訊號監測（一天） Neurally adjusted ventilatory assist（NAVA）ventilation and Electrical activity of the diaphragm（Edi）monitoring／day 註： 1.適應症：限用於患有支氣管肺發育不全的未滿兩歲嬰幼兒，且符合插管天數十四天以上，無法拔管之病人。 2.支付規範： (1)限醫院緊急醫療能力分級評定基準評定結果，屬高危險妊娠及新生兒醫療中度級以上急救責任醫院申報。 (2)限新生兒科、兒童胸腔暨重症科、兒童重症醫學科、兒童神經科專科醫師申報。 (3)申報費用時應檢附下列呼吸治療項目之紀錄：呼吸器使用模式、Edi min、Edi peak、FiO2、PEEP，視需要加填NAVA level。 (4)限住院案件申報。 (5)不得同時申報57001B、57023B、57029C、57030B及57031B。		v	v	v	3712

第七節 手術

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

註：本項編號73001-73009，73020，73022，73030-73032，73037，73039，73043，73051-73053與「第九項消化器 三、腸(除大腸、直腸外)」為共同項目。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
74207C	經直腸大腸息肉切除術 Transrectal colonic Polypectomy 註： 1.適應症： (1)內視鏡切除後之疤痕殘留腫瘤性息肉，以49027C、49032C、49033C或72050B清除仍無法成功者。 (2)至少有一顆息肉大於一公分且為困難型息肉(例如扁平型、沒有根蒂息肉)。 2.限外科專科醫師執行。 3.須檢附報告及照片，且照片內容至少須包括下列三項： (1)切除前病灶整體型態。 (2)切除後傷口。 (3)息肉切除含尺之相片。 4.不得同時申報49027C、49032C及49033C。	v	v	v	v	8213

第三部 牙醫

通則：

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