

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分 診療項目修正總說明

本次醫療服務給付項目及支付標準之修正，為本（一百十四）年第一次修正，除第二部西醫通則自本年七月一日生效外，自本年五月一日生效。

本次主要西醫新增「西醫基層相對合理門診點數給付原則」、基本診療章修正基層診所精神科門診診察費支付方式、特定診療章新增五項、放寬給付支付規範四項及手術項目刪除基層適用十四項；牙醫新增二項診療項目及調升支付點數；中醫調升每日藥費與增訂申報規範。修正要點如下：

一、第二部西醫：

（一）新增通則規範西醫基層醫事服務機構申報門診診療項目點數，依「西醫基層相對合理門診點數給付原則」辦理核付。

（二）第一章基本診療第一節門診診察費

1. 基層診所之「精神科門診診察費」改以「一般門診診察費」申報，爰：

(1)刪除基層診所適用之精神科門診診察費計十項診療項目，併同修正通則十二規範、附表 2.1.2.1、附表 2.1.2.2、附表 2.1.3 及刪除附表 2.1.7。

(2)修正精神科門診診察費—每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45)計六項編號及支付規範，改為限醫院層級申報。

2. 修正 01030D「助產所產後檢查」支付規範。

（三）第二章特定診療

1. 第一節檢查：

(1)新增 20046B「癲癇腦波檢查」、20047B「腦皮質／皮下功能定位」及 20048B「急性缺血性腦中風腦血流加護監測」三項診療項目。

(2) 27084C「二胺基酸攝護腺特異抗原前驅物(p2PSA)」診療項目由原第二十項核子醫學檢查移列至第六項免疫學檢查，併同修正編號及項目名稱。

(3)修正 17022B「呼氣一氧化氮監測(FeNO)」等四項診療項目名稱或支付規範。

2. 第三節注射：修正 39023B「肉毒桿菌素注射費」支付規範。

3. 第四節復健治療：修正 44008B 等三項「複雜」支付規範。

4. 第五節精神醫療治療費：修正 45055C「人格特質評鑑」支付規範。

5. 第六節治療處置：

(1)新增 47108B「心臟監測器植入術」診療項目。

(2)修正 56039B「神經外科術中神經功能監測(IONM)」支付規範。

6. 第七節手術：

(1)新增 68060B「經導管二尖瓣緣對緣修補術」診療項目。

(2)修正 65001C「鼻息肉切除術 -孤立性」等十四項限醫院層級申報並修正編號。

(3)修正 65018B「鼻中膈鼻道成形術－單側」支付規範。

(4)修正 67050B「胸腔鏡肺葉切除術」等六十五項支付規範具機械手臂輔助手術系統專科認證醫師資格。

(5)修正 68058B「尾崎式手術（主動脈瓣之自體/人工心包膜新瓣葉重建手術）」等二項支付規範。

(6)修正 79808C「處女膜切開術」診療項目名稱。

7. 第十節麻醉費：修正 96017C「半開放式或半閉鎖式面罩吸入全身麻醉法—未滿二小時」等八項支付規範。

二、第三部牙醫：

(一) 修正通則四規範：「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，放寬加成規範適用對象至五歲(六十個月)以下。

(二) 第三章牙科處置及手術：

1. 第一節牙體復形：修正 89001C「銀粉充填—單面」等十二項支付規範。

2. 第二節根管治療：修正 90001C「恆牙根管治療(單根)」等十項調升支付點數或支付規範。

3. 第三節牙周病學：修正 91009B「牙周骨膜翻開術—局部」等十二項調升支付點數或支付規範。

4. 第四節口腔顎面外科：

(1)新增 92131B「非齒源性口腔疼痛處置-初診」等二項診療項目。

(2)修正 92003C「口內切開排膿」等四十九項調升支付點數或支付規範。

(三) 第四章牙科麻醉費：調升 96001C「牙科局部麻醉」支付點數。

(四) 第五章牙周病統合治療方案：

1. 修正通則三規範：牙結石清除治療不得另行申報之項目，增列 91005C「口乾症牙結石清除-全口」等六項診療項目。

2. 修正 91021C「牙周病統合治療第一階段支付」支付規範。

三、第四部中醫：

(一) 修正通則五規範：平均每位專任醫師申報針灸、傷科及針灸合併傷科治療之合理量，增列第五章傷科治療處置及第六章針灸合併傷科治療處置之每月申報上限。

(二) 第二章藥費：調升 A21「每日藥費」支付點數。

四、第六部論病例計酬：修正 97004C「陰道生產」等三項支付規範。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正對照表

修正規定	現行規定	說明
第二部 西醫 <u>通則：西醫基層醫事服務機構實施西醫基層門診診療項目，其申報點數依「西醫基層相對合理門診點數給付原則」辦理核付，原則如下：</u> <u>一、適用對象：醫事人員執業登記於醫院，並至西醫基層醫療院所(以下稱西醫基層院所)支援之醫師。</u> <u>二、實施範圍定義：</u> <u>(一)醫療費用：</u> <u>1.申報西醫基層門診總額之總醫療費用點數（含部分負擔）。</u> <u>2.下列排除項目費用，不列入計算：</u> <u>(1)屬行政協助之代辦案件。</u> <u>(2)B 型肝炎藥費、C 型肝炎藥費、精神科長效針劑藥費。</u> <u>(3)其他政策鼓勵項目。</u> <u>(二)不適用地區：</u> <u>1.全民健康保險山地離島地區。</u> <u>2.全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案施行鄉鎮。</u> <u>3.全民健康保險醫療資源缺乏地區。</u> <u>三、折付方式：執登於醫院之醫師，以醫師為單位計算各西醫基層院所各醫師合計折付點數上限，並與西醫基層院所審查核付點數比較，計算實際核付點數。</u> <u>(一)先計算每位醫師每月申報西醫基層門診醫療費用(=申報總醫療點數(含部分負擔)-排除項目費用點數)計算實際核付點數，點數在十萬點以下時維持原費用點數，超過十萬點時，乘以 0.75 予以折付方式，計算當月該醫師折付上限總點數。</u> <u>註 1：各醫師每月申報費用之計算，係於每月底針對已受理並完成轉檔之資料，啟動全國醫師別總費用歸戶，將各西醫基層院所申報上月費用及當月補送上月以前之補報費用中該醫師申報之點數加計。因故上月執業費用於次次月以後申報者(限發生年月費用未曾申報者)，追溯計算費用發生年月該醫師於其他院所執業費用之點數，並按規定加計折算費用，原已完成歸戶計算費用之西醫基層院所則不予追扣或補付費用。</u> <u>註 2：全國醫師別總費用歸戶後，申報醫師身分證檢核錯誤及醫師以 A 報 B 者均不予支付，且不得申復，但重大行政或系統問題所致者，由保險人衡酌處理，且同院所一年不得超過一次。</u> <u>(二)前開醫師折付上限總點數，按該醫師在多處院所申報醫療費用比例，計算該醫師在某院所之折付上限點數。</u> <u>(三)計算各西醫基層院所各醫師合計折付點數上限(=所有西醫基層院所及醫師折付上限點數合計+排除項目費用點數)。該院所審查核付點數如大於折付點數上限，按折付點數上限核給費用；如小於折付點數上限，按核付點數核給費用。</u> <u>四、核付院所費用後，若有申復，致使審查補付點數加原核定點數大於折付點數上限時，以折付點數上限為給付限額。</u>	第二部 西醫	新增通則規範西醫基層醫事服務機構申報門診診療項目點數，依「西醫基層相對合理門診點數給付原則」辦理核付。
第一章 基本診療 第一節 門診診察費 通則： 一、本節所定點數包括醫師診療、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）。 註：醫院一般門診診察費支付點數內含百分之十護理費。 二、本節所稱醫院每日門診合理量暫不實施： (一)醫學中心 前一年門診量×0.85÷270×2 急、慢性病床數×3.55 專任醫師數×10.71 【—————+—————+—————】×0.9 3 6 6 (二)區域醫院 前一年門診量×0.85÷270×2 急、慢性病床數×2.60 專任醫師數×15.24 【—————+—————+—————】×0.9	第一章 基本診療 第一節 門診診察費 通則： 一、本節所定點數包括醫師診療、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）。 註：醫院一般門診診察費支付點數內含百分之十護理費。 二、本節所稱醫院每日門診合理量暫不實施： (一)醫學中心 前一年門診量×0.85÷270×2 急、慢性病床數×3.55 專任醫師數×10.71 【—————+—————+—————】×0.9 3 6 6 (二)區域醫院 前一年門診量×0.85÷270×2 急、慢性病床數×2.60 專任醫師數×15.24 【—————+—————+—————】×0.9	一、因應西醫基層診所「精神科門診診察費」改以比照「一般門診診察費」給付，爰刪除精神科門診診察費計十項診療項目。 二、修正精神科門診診察費—每位醫師每日門診

3	6	6	3	6	6	
註1.前一年門診量以前二年七月至前一年六月之門診量扣除急診、洗腎、慢性病連續處方箋、居家照護、精神疾病社區復健、預防保健、安寧居家照護、門診論病例計酬、職業傷病、六十五歲以上接種流行性感疫苗等醫療案件計算。 2.急、慢性病床應符合全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之規定，並扣除洗腎及急診暫留床；專任醫師應符合醫師法之規定，並扣除牙醫師及中醫師。 3.急、慢性病床數及專任醫師數以保險人特約醫事機構管理子系統(MA檔)、特約醫事人員管理子系統(MB檔)中每月第一日之登錄資料為計算基礎。 三、合併申報醫療費用之醫院，其醫院門診合理量應合併計算。 四、經衛生局登記為醫院但未經評鑑且未同意辦理住診者或評鑑不合格者，門診診察費適用地區醫院類別申報。 五、門診當日開立之檢查醫囑，另排定其他日期實施或轉檢者，檢查當日不得申報診察費，但檢查過程中因病情需要併實施其他診療處置，視為另次診療，申報診察費一次。 六、預防保健服務視病情需要，由同一診治醫師併行其他一般診療，不得另外申報診察費。 七、門診或急診當次轉住院，如仍由同科醫師診治，門診診察費或住院診察費應擇一申報。 八、由同一醫師診療之同日兩次以上之門診相同病情案件，限申報門診診察費一次。 九、全民健康保險醫療辦法第八條規定之同一療程疾病，各療程之診察費限申報一次，下列情形除外： (一)癌症放射線治療：每二週得申報一次。 (二)高壓氧治療：每十次得申報一次。 (三)減敏治療：每次得申報。 十、本節之各項診察項目中，註有「兒童加成項目」者，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十。其他未註有兒童加成之診察費項目，未滿四歲兒童之門診診察費得依表定點數加計百分之二十。 十一、西醫醫院門診診察費加成方式： (一)未滿五歲兒童不限科別各項門診診察費得依表定點數加計百分之二十。 (二)醫學中心及區域醫院之婦產科、小兒科及新生兒科、外科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之十七，若同時符合未滿五歲兒童加成者，依表定點數加計百分之三十七。內科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之七，若同時符合未滿五歲兒童加成者，依表定點數加計百分之二十七。 (三)地區醫院加成方式： 1.婦產科、小兒科及新生兒科、外科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之四十，若同時符合未滿五歲兒童加成者，依表定點數加計百分之六十。 2.內科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之三十，若同時符合未滿五歲兒童加成者，依表定點數加計百分之五十。 3.其餘科別及精神科之門診診察費項目，得依表定點數加計百分之十五，若同時符合未滿五歲兒童加成者，依表定點數加計百分之三十五。 4.地區醫院申報夜間門診診察費項目（夜間門診係指晚上六時至十時之開診），得依表定點數加計百分之十：包括編號00101B、00131B、00102B、00132B、00172B、00173B、00105B、00135B、00106B、00136B、00174B、00175B、00107B、00137B、00108B、00138B、00176B、00177B。 (四)加成科別及門診診察費項目定義說明： 1.外科：包括就醫科別為外科、骨科、神經外科、泌尿科、整形外科、直腸外科、心血管外科、胸腔外科、消化外科、小兒外科及脊椎骨科等科。 2.內科：包括就醫科別為內科、神經科、消化內科、心臟血管內科、胸腔內科、腎臟內科、風濕免疫科、血液腫瘤科、內分泌科、感染科、胸腔暨重症加護及老人醫學科等科。			註1.前一年門診量以前二年七月至前一年六月之門診量扣除急診、洗腎、慢性病連續處方箋、居家照護、精神疾病社區復健、預防保健、安寧居家照護、門診論病例計酬、職業傷病、六十五歲以上接種流行性感疫苗等醫療案件計算。 2.急、慢性病床應符合全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之規定，並扣除洗腎及急診暫留床；專任醫師應符合醫師法之規定，並扣除牙醫師及中醫師。 3.急、慢性病床數及專任醫師數以保險人特約醫事機構管理子系統(MA檔)、特約醫事人員管理子系統(MB檔)中每月第一日之登錄資料為計算基礎。 三、合併申報醫療費用之醫院，其醫院門診合理量應合併計算。 四、經衛生局登記為醫院但未經評鑑且未同意辦理住診者或評鑑不合格者，門診診察費適用地區醫院類別申報。 五、門診當日開立之檢查醫囑，另排定其他日期實施或轉檢者，檢查當日不得申報診察費，但檢查過程中因病情需要併實施其他診療處置，視為另次診療，申報診察費一次。 六、預防保健服務視病情需要，由同一診治醫師併行其他一般診療，不得另外申報診察費。 七、門診或急診當次轉住院，如仍由同科醫師診治，門診診察費或住院診察費應擇一申報。 八、由同一醫師診療之同日兩次以上之門診相同病情案件，限申報門診診察費一次。 九、全民健康保險醫療辦法第八條規定之同一療程疾病，各療程之診察費限申報一次，下列情形除外： (一)癌症放射線治療：每二週得申報一次。 (二)高壓氧治療：每十次得申報一次。 (三)減敏治療：每次得申報。 十、本節之各項診察項目中，註有「兒童加成項目」者，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十。其他未註有兒童加成之診察費項目，未滿四歲兒童之門診診察費得依表定點數加計百分之二十。 十一、西醫醫院門診診察費加成方式： (一)未滿五歲兒童不限科別各項門診診察費得依表定點數加計百分之二十。 (二)醫學中心及區域醫院之婦產科、小兒科及新生兒科、外科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之十七，若同時符合未滿五歲兒童加成者，依表定點數加計百分之三十七。內科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之七，若同時符合未滿五歲兒童加成者，依表定點數加計百分之二十七。 (三)地區醫院加成方式： 1.婦產科、小兒科及新生兒科、外科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之四十，若同時符合未滿五歲兒童加成者，依表定點數加計百分之六十。 2.內科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計百分之三十，若同時符合未滿五歲兒童加成者，依表定點數加計百分之五十。 3.其餘科別及精神科之門診診察費項目，得依表定點數加計百分之十五，若同時符合未滿五歲兒童加成者，依表定點數加計百分之三十五。 4.地區醫院申報夜間門診診察費項目（夜間門診係指晚上六時至十時之開診），得依表定點數加計百分之十：包括編號00101B、00131B、00102B、00132B、00172B、00173B、00105B、00135B、00106B、00136B、00174B、00175B、00107B、00137B、00108B、00138B、00176B、00177B。 (四)加成科別及門診診察費項目定義說明： 1.外科：包括就醫科別為外科、骨科、神經外科、泌尿科、整形外科、直腸外科、心血管外科、胸腔外科、消化外科、小兒外科及脊椎骨科等科。 2.內科：包括就醫科別為內科、神經科、消化內科、心臟血管內科、胸腔內科、腎臟內科、風濕免疫科、血液腫瘤科、內分泌科、感染科、胸腔暨重症加護及老人醫學科等科。			量在超過四十五人次部分(>45)項下計六項支付規範限醫院層級申報改列編號。 三、配合上述二項，併同修正通則規範十二編號、附表 2.1.2.1、附表 2.1.2.2、附表 2.1.3 及刪除附表 2.1.7。 四、修正 01030D 「助產所產後檢查」支付規範文字惡露改為產後排出物。

3.門診診察費項目：包括編號00154A、00155A、00156A、00157A、00170A、00171A、00101B、00131B、00102B、00132B、00172B、00173B、00105B、00135B、00106B、00136B、00174B、00175B、00107B、00137B、00108B、00138B、00176B、00177B及01023C。						
(五)醫院申報門診診察費未滿五歲兒童加成及科別加成支付點數之計算結果詳附表2.1.2.1及附表2.1.2.2。						
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2.1.6)：						
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。						
(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
	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)					
01018B	1)處方交付特約藥局調劑		v	v	v	308
00178B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	365
01019B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		v	v	v	308
00179B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	341
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	567
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 —每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45)		v	v	v	544
00186B	1)處方交付特約藥局調劑		v	v	v	164
00187B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	218
00188B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		v	v	v	164
00189B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	196
00190B	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	436
00191B	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		v	v	v	414

3.門診診察費項目：包括編號00154A、00155A、00156A、00157A、00170A、00171A、00101B、00131B、00102B、00132B、00172B、00173B、00105B、00135B、00106B、00136B、00174B、00175B、00107B、00137B、00108B、00138B、00176B、00177B及01023C。						
(五)醫院申報門診診察費未滿五歲兒童加成及科別加成支付點數之計算結果詳附表2.1.2.1及附表2.1.2.2。						
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、 <u>00238C、00240C、00242C、00244C、00184C、00185C</u> 。						
(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
	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) <u>1.醫院</u>					
01018B	1)處方交付特約藥局調劑		v	v	v	308
00178B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	365
01019B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		v	v	v	308
00179B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	341
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	567
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	544
<u>00238C</u>	<u>2.基層診所</u> <u>1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)</u>	<u>v</u>				<u>350</u>
<u>00239C</u>	<u>1-2)處方交付特約藥局調劑(31-45人)</u>	<u>v</u>				<u>338</u>
<u>00240C</u>	<u>2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)</u>	<u>v</u>				<u>401</u>
<u>00241C</u>	<u>2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-45人)</u>	<u>v</u>				<u>389</u>
<u>00242C</u>	<u>3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)</u>	<u>v</u>				<u>350</u>
<u>00243C</u>	<u>3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-45人)</u>	<u>v</u>				<u>338</u>

	連續處方並由本院所自行調劑 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.內含護理費比率為百分之八點七至百分之十一點五。					
--	--	--	--	--	--	--

編號	診療項目	助產所	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
01030D	助產所產後檢查 註： 1.內容包括：產後恢復檢查、避孕指導、德國麻疹預防注射之諮商及指導。 2.原助產所接生之個案，每人每次產後一個月內得申報四次到宅產後檢查服務，各次產後檢查服務內容如下： (1)第一次檢查 A.身體評估(囟門、頸部、肩膀、心跳、髕關節)、測量新生兒：體溫、呼吸、頭圍、身長、教導新生兒沐浴、臍帶護理。 B.教導母乳哺餵方式、餵食注意事項(唇色變化、溢吐奶)、排氣技巧、測量產婦：體溫、呼吸、血壓、子宮收縮、子宮底高度、傷口評估、 產後排出物 評估、產後飲食衛教、家庭衛生環境評估。 (2)第二次檢查 第一次服務項目+黃疸評估、發奶及脹奶處理。 (3)第三次檢查 第一、二次服務項目+奶量評估、生理性脫水評估、新生兒體重測量、紅臀處理、分辨腹瀉及便秘差異及處理方式、回覆示教新生兒沐浴、臍帶護理。 (4)第四次檢查 第一、二、三次服務項目+新生兒預防注射注意事項、避孕措施、產後運動、回覆示教新生兒沐浴、臍帶護理、母乳哺餵技巧、溢吐奶處理、排氣技巧。	v					320

附表2.1.2.1
醫學中心及區域醫院申報門診診察費未滿五歲兒童加成及科別加成支付點數之計算

代碼	名稱	支付點數 A	不分科	婦兒外科加成		內科加成	
			別未滿五歲兒童加成(20%) 支付=A*1.2	科別加成支付點數 =A*1.17	同時符合兒童加成支付點數 =A*1.37	科別加成支付點數 =A*1.07	同時符合兒童加成支付點數 =A*1.27
	一般門診診察費 — 醫院門診診察費(不含牙科門診) 1.就診人次在合理量內： 醫學中心及區域醫院						
00154A	1)處方交付特約藥局調劑	286	343	335	392	306	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)	v					380
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					575
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					554
一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.內含護理費比率為百分之八點七至百分之十一點五。 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。							

編號	診療項目	助產所	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
01030D	助產所產後檢查 註： 1.內容包括：產後恢復檢查、避孕指導、德國麻疹預防注射之諮商及指導。 2.原助產所接生之個案，每人每次產後一個月內得申報四次到宅產後檢查服務，各次產後檢查服務內容如下： (1)第一次檢查 A.身體評估(囟門、頸部、肩膀、心跳、髕關節)、測量新生兒：體溫、呼吸、頭圍、身長、教導新生兒沐浴、臍帶護理。 B.教導母乳哺餵方式、餵食注意事項(唇色變化、溢吐奶)、排氣技巧、測量產婦：體溫、呼吸、血壓、子宮收縮、子宮底高度、傷口評估、	v					320

00155A	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	316	379	370	433	338	401	惡露評估、產後飲食衛教、家庭衛生環境評估。 (2)第二次檢查 第一次服務項目+黃疸評估、發奶及脹奶處理。 (3)第三次檢查 第一、二次服務項目+奶量評估、生理性脫水評估、新生兒體重測量、紅臀處理、分辨腹瀉及便秘差異及處理方式、回覆示教新生兒沐浴、臍帶護理。 (4)第四次檢查 第一、二、三次服務項目+新生兒預防注射注意事項、避孕措施、產後運動、回覆示教新生兒沐浴、臍帶護理、母乳哺餵技巧、溢吐奶處理、排氣技巧。							
00156A	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	286	343	335	392	306	363								
00157A	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	292	350	342	400	312	371								
00170A	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	520	624	608	712	556	660								
00171A	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	497	596	581	681	532	631								
	3.金門馬祖以外之山地離島地區							附表2.1.2.1 醫學中心及區域醫院申報門診診察費未滿五歲兒童加成及科別加成支付點數之計算							
00105B	1)處方交付特約藥局調劑	286	343	335	392	306	363	代碼 名稱 支付點數A	不分科別未滿五歲兒童加成(20%)支付=A*1.2	婦兒外科加成		內科加成			
00135B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	316	379	370	433	338	401			科別加成支付點數=A*1.17	同時符合兒童加成支付點數=A*1.37	科別加成支付點數=A*1.07	同時符合兒童加成支付點數=A*1.27		
00106B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	286	343	335	392	306	363								
00136B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	292	350	342	400	312	371								
00174B	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	520	624	608	712	556	660								
00175B	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	497	596	581	681	532	631								
	4.金門馬祖地區							一般門診診察費 －醫院門診診察費(不含牙科門診) 1.就診人次在合理量內： 醫學中心及區域醫院							
00107B	1)處方交付特約藥局調劑	288	346	337	395	308	366								
00137B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	339	407	397	464	363	431								
00108B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	288	346	337	395	308	366								
00138B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	316	379	370	433	338	401								
00176B	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	542	650	634	743	580	688								
00177B	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	520	624	608	712	556	660								
	醫院精神科門診診察費							3.金門馬祖以外之山地離島地區							
	－每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)														
01018B	1)處方交付特約藥局調劑	308	370												
00178B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	365	438												
01019B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	308	370					00154A	1)處方交付特約藥局調劑	286	343	335	392	306	363
								00155A	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	316	379	370	433	338	401
								00156A	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	286	343	335	392	306	363
								00157A	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	292	350	342	400	312	371
								00170A	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	520	624	608	712	556	660
								00171A	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	497	596	581	681	532	631
									3.金門馬祖以外之山地離島地區						
								00105B	1)處方交付特約藥局調劑	286	343	335	392	306	363
								00135B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	316	379	370	433	338	401
								00106B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	286	343	335	392	306	363
								00136B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	292	350	342	400	312	371
								00174B	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	520	624	608	712	556	660
								00175B	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	497	596	581	681	532	631

[illegible]

	性病連續處方並交付特約藥局調劑											附表2.1.2.2 地區醫院申報門診診察費未滿五歲兒童加成、科別加成及夜間加成支付點數之計算											
00173B	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	497	572	671	721	696	795	845	646	746	795	代碼	名稱	支付點數 A	其餘科別加成			婦兒外科加成			內科加成		
											科別加成支付點數=A*1.15				同時符合兒童加成支付點數=A*1.15	同時符合兒童加成及夜間加成支付點數=A*1.35	科別加成支付點數=A*1.4	同時符合兒童加成及夜間加成支付點數=A*1.6	同時符合兒童加成支付點數=A*1.3	同時符合兒童加成及夜間加成支付點數=A*1.5	同時符合兒童加成及夜間加成支付點數=A*1.6		
	3.金門馬祖以外之地離島地區											代碼	名稱	支付點數 A	其餘科別加成			婦兒外科加成			內科加成		
00105B	1)處方交付特約藥局調劑	286	329	386	415	400	458	486	372	429	458				科別加成支付點數=A*1.15	同時符合兒童加成支付點數=A*1.15	同時符合兒童加成及夜間加成支付點數=A*1.35	科別加成支付點數=A*1.4	同時符合兒童加成及夜間加成支付點數=A*1.6	同時符合兒童加成支付點數=A*1.3	同時符合兒童加成及夜間加成支付點數=A*1.5	同時符合兒童加成及夜間加成支付點數=A*1.6	
00135B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	316	363	427	458	442	506	537	411	474	506												
00106B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	286	329	386	415	400	458	486	372	429	458												
00136B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	292	336	394	423	409	467	496	380	438	467	代碼	名稱	支付點數 A	其餘科別加成			婦兒外科加成			內科加成		
00174B	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	520	598	702	754	728	832	884	676	780	832				科別加成支付點數=A*1.15	同時符合兒童加成支付點數=A*1.15	同時符合兒童加成及夜間加成支付點數=A*1.35	科別加成支付點數=A*1.4	同時符合兒童加成及夜間加成支付點數=A*1.6	同時符合兒童加成支付點數=A*1.3	同時符合兒童加成及夜間加成支付點數=A*1.5	同時符合兒童加成及夜間加成支付點數=A*1.6	
00101B	1)處方交付特約藥局調劑	286	329	386	415	400	458	486	372	429	458												
00131B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	316	363	427	458	442	506	537	411	474	506												
00175B	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	497	572	671	721	696	795	845	646	746	795	00102B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	286	329	386	415	400	458	486	372	429	458
												00132B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	292	336	394	423	409	467	496	380	438	467
	4.金門馬祖地區											00172B	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	520	598	702	754	728	832	884	676	780	832
00107B	1)處方交付特約藥局調劑	288	331	389	418	403	461	490	374	432	461	代碼	名稱	支付點數 A	其餘科別加成			婦兒外科加成			內科加成		
00137B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	339	390	458	492	475	542	576	441	509	542				科別加成支付點數=A*1.15	同時符合兒童加成支付點數=A*1.15	同時符合兒童加成及夜間加成支付點數=A*1.35	科別加成支付點數=A*1.4	同時符合兒童加成及夜間加成支付點數=A*1.6	同時符合兒童加成支付點數=A*1.3	同時符合兒童加成及夜間加成支付點數=A*1.5	同時符合兒童加成及夜間加成支付點數=A*1.6	
00108B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	288	331	389	418	403	461	490	374	432	461												
00138B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	316	363	427	458	442	506	537	411	474	506												
00176B	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	542	623	732	786	759	867	921	705	813	867	代碼	名稱	支付點數 A	其餘科別加成			婦兒外科加成			內科加成		
															科別加成支付點數=A*1.15	同時符合兒童加成支付點數=A*1.15	同時符合兒童加成及夜間加成支付點數=A*1.35	科別加成支付點數=A*1.4	同時符合兒童加成及夜間加成支付點數=A*1.6	同時符合兒童加成支付點數=A*1.3	同時符合兒童加成及夜間加成支付點數=A*1.5	同時符合兒童加成及夜間加成支付點數=A*1.6	
00177B	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	520	598	702	754	728	832	884	676	780	832												
	醫院精神科門診診察費											00174B	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	520	598	702	754	728	832	884	676	780	832
	一每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)											代碼	名稱	支付點數 A	其餘科別加成			婦兒外科加成			內科加成		
															科別加成支付點數=A*1.15	同時符合兒童加成支付點數=A*1.15	同時符合兒童加成及夜間加成支付點數=A*1.35	科別加成支付點數=A*1.4	同時符合兒童加成及夜間加成支付點數=A*1.6	同時符合兒童加成支付點數=A*1.3	同時符合兒童加成及夜間加成支付點數=A*1.5	同時符合兒童加成及夜間加成支付點數=A*1.6	
01018B	1)處方交付特約藥局調劑	308	354	416																			
00178B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	365	420	493																			
01019B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	308	354	416								代碼	名稱	支付點數 A	其餘科別加成			婦兒外科加成			內科加成		
00179B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	341	392	460											科別加成支付點數=A*1.15	同時符合兒童加成支付點數=A*1.15	同時符合兒童加成及夜間加成支付點數=A*1.35	科別加成支付點數=A*1.4	同時符合兒童加成及夜間加成支付點數=A*1.6	同時符合兒童加成支付點數=A*1.3	同時符合兒童加成及夜間加成支付點數=A*1.5	同時符合兒童加成及夜間加成支付點數=A*1.6	

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	567	652	765								00108B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	288	331	389	418	403	461	490	374	432	461		
												00138B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	316	363	427	458	442	506	537	411	474	506		
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	544	626	734								00176B	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	542	623	732	786	759	867	921	705	813	867		
	一每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45)											00177B	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	520	598	702	754	728	832	884	676	780	832		
00186B	1)處方交付特約藥局調劑	164	189	221									精神科門診診察費												
00187B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	218	251	294									一每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)												
00188B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	164	189	221									醫院												
00189B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	196	225	265								01018B	1)處方交付特約藥局調劑	308	354	416									
00190B	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	501	589								00178B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	365	420	493									
												01019B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	308	354	416									
00191B	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	476	559								00179B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	341	392	460									
												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	567	652	765									
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	468	538	632		655	749		608	702															
附表 2.1.3 基層院所申報門診診察費「未滿四歲不分科及四歲以上至未滿七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												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	544	626	734									
代碼	名稱	支付點數 A	不分科別未滿四歲及四歲以上至未滿七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	189	221									
												00187C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	218	251	294									
	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）											00188C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	164	189	221									
00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人次)	364		437		391						00189C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	196	225	265									
00223C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-40人次)	250		300		269						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	501	589									
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		464		416						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	476	559									
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		451		404																			
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人次)	364		437		391						01023C	高危險早產兒特別門診診察費	468	538	632		655	749		608	702			
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						附表 2.1.3 基層院所申報門診診察費「未滿四歲不分科及四歲以上													
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		434		389																			
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		421		377																			

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	673	603	至未滿七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				
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	643	576	代碼	名稱	支付點數A	不分科別未滿四歲及四歲以上至未滿七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		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）			
00142C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	250	300	269	00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人次)	364	437	391
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	00223C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-40人次)	250	300	269
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	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	464	416
	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）				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	451	404
00113C	1)處方交付特約藥局調劑	160	192	172	00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人次)	364	437	391
00143C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	215	258	231	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
00114C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	160	192	172	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	434	389
00144C	4)開具慢性病連續處方由本院所自行調劑	190	228	204	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	421	377
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	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	673	603
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	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	643	576
	4.每位醫師每日門診量超過八十人次，但在一五十人次以下部分（81-150）					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）			
00115C	1)處方交付特約藥局調劑	70	84	75	00111C	1)處方交付特約藥局調劑	220	264	237
00145C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	125	150	134	00141C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	275	330	296
00116C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	70	84	75	00112C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	220	264	237
00146C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	100	120	108	00142C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	250	300	269
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	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
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	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
	5.每位醫師每日門診量超過一五十人次部分（>150）					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）			
00117C	1)處方交付特約藥局調劑	50	60	54	00113C	1)處方交付特約藥局調劑	160	192	172
00147C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	105	126	113	00143C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	215	258	231
00118C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	50	60	54	00114C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	160	192	172
00148C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	80	96	86	00144C	4)開具慢性病連續處方由本院所自行調劑	190	228	204
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	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
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	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
	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)					4.每位醫師每日門診量超過八十人次，但在一五十人次以下部分（81-150）			
					00115C	1)處方交付特約藥局調劑	70	84	75

00230C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	364	437	391	00145C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	125	150	134
00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50人)	353	424	379					
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	464	416	00116C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	70	84	75
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	451	404	00146C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	100	120	108
00234C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	364	437	391	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
00235C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50人)	353	424	379	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
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	434	389		5.每位醫師每日門診量超過一五十人次部分（>150）			
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	421	377	00117C	1)處方交付特約藥局調劑	50	60	54
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	673	603	00147C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	105	126	113
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	643	576	00118C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	50	60	54
	(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)				00148C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	80	96	86
00205C	1)處方交付特約藥局調劑(51-70)	220	264	237	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
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	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
00207C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑(51-70)	220	264	237		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)			
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	00230C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	364	437	391
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	00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50人)	353	424	379
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	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	464	416
	(3)每位醫師每日門診量超過七十人次，但在一五十人次以下部分(71-150)				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	451	404
00211C	1)處方交付特約藥局調劑(71-150)	160	192	172	00234C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	364	437	391
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	00235C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50人)	353	424	379
00213C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑(71-150)	160	192	172	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	434	389
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	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	421	377
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	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	673	603
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	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	643	576
	(4)每位醫師每日門診量超過一五十人次部分(>150)					(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)			
00217C	1)處方交付特約藥局調劑(>150)	90	108	97	00205C	1)處方交付特約藥局調劑(51-70)	220	264	237
00218C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(>150)	145	174	156	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
00219C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑(>150)	90	108	97	00207C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑(51-70)	220	264	237
00220C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(>150)	120	144	129	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
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	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
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	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
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	426	511			(3)每位醫師每日門診量超過七十人次，但在一五十人次以下部分(71-150)			
01015C	急診診察費	521		560	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

01021C	精神科急診診察費	550		591
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一五十人次部分(>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
	<u>精神科門診診察費－基層診所</u>			
	<u>每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)</u>			
00238C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	350	420	376
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)	401	481	431
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)	350	420	376
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)	380	456	409
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	575	690	618
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	665	596
	<u>－每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45)</u>			
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	426	511	
01015C	急診診察費	521		560
01021C	精神科急診診察費	550		591

							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 <table><tr><th>代碼</th><th>名稱</th><th>支付點數A</th><th>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</th><th>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</th><th>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</th></tr><tr><td></td><td>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)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>00238C</td><td>1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30 人)</td><td>350</td><td>466</td><td>382</td><td>408</td></tr><tr><td>00240C</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>401</td><td>533</td><td>437</td><td>467</td></tr><tr><td>00242C</td><td>3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30 人)</td><td>350</td><td>466</td><td>382</td><td>408</td></tr><tr><td>00244C</td><td>4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30 人)</td><td>380</td><td>505</td><td>414</td><td>443</td></tr><tr><td>00184C</td><td>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</td><td>575</td><td>765</td><td>627</td><td>670</td></tr><tr><td>00185C</td><td>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</td><td>554</td><td>737</td><td>604</td><td>645</td></tr></table>						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				
代碼	名稱	支付點數A	精神科專科醫師診治未滿四歲兒童加計33%支付點數=A*1.33	精神科專科醫師診治四歲以上未滿七十五歲者加計9%支付點數=A*1.09	精神科專科醫師診治七十五歲以上者加計16.5%支付點數=A*1.165																																																											
	精神科門診診察費 –每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)																																																															
00238C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30 人)	350	466	382	408																																																											
00240C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30 人)	401	533	437	467																																																											
00242C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30 人)	350	466	382	408																																																											
00244C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30 人)	380	505	414	443																																																											
00184C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	575	765	627	670																																																											
00185C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	554	737	604	645																																																											
第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment 第一節 檢查 Laboratory Examination 第六項 免疫學檢查 Immunology Examination (12001-12218) <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>12218C</td><td>二胺基酸攝護腺特異抗原前驅物p2PSA(EIA法) 註： 1.適應症須符合下列各項條件： (1)攝護腺特異抗原(PSA)介於 4.0 ng/ml 至 10.0 ng/ml間者。 (2)尿液分析及臨床症狀已排除攝護腺感染或發炎。 (3)肛門指診無異常。 (4)五十歲以上，或未滿五十歲但有攝護腺癌家族史。 2.限由泌尿科專科醫師開立處方始可申報。 3.須檢附八週內PSA報告及本次攝護腺健康指數(PHI)於病歷紀錄備查。 4.每十二個月限執行一次，若因PHI顯示為攝護腺癌低風險(PHI<30)，再次施行檢測PSA至少間隔二十四週。</td><td>√</td><td>√</td><td>√</td><td>√</td><td>1606</td></tr></table> 第十一項 呼吸機能檢查 Respiratory Function Examination (17001-17024)							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	12218C	二胺基酸攝護腺特異抗原前驅物p2PSA(EIA法) 註： 1.適應症須符合下列各項條件： (1)攝護腺特異抗原(PSA)介於 4.0 ng/ml 至 10.0 ng/ml間者。 (2)尿液分析及臨床症狀已排除攝護腺感染或發炎。 (3)肛門指診無異常。 (4)五十歲以上，或未滿五十歲但有攝護腺癌家族史。 2.限由泌尿科專科醫師開立處方始可申報。 3.須檢附八週內PSA報告及本次攝護腺健康指數(PHI)於病歷紀錄備查。 4.每十二個月限執行一次，若因PHI顯示為攝護腺癌低風險(PHI<30)，再次施行檢測PSA至少間隔二十四週。	√	√	√	√	1606	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 (12001-12217) 第十一項 呼吸機能檢查 Respiratory Function Examination (17001-17024) <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>17022B</td><td>呼氣一氧化氮監測(FeNO) 註： 1.適應症：六歲以上至未滿十三歲確診氣喘患者追蹤使用。 2.支付規範： (1)申報次數：一年最多申報三次。 (2)申報專科別：兒科。 (3)執行限制：限受過操作訓練之醫療人員。 (4)費用申報時必要之附件：檢測報告。</td><td></td><td>√</td><td>√</td><td>√</td><td>748</td></tr></table> 第十四項 神經系統檢查 Neurological Test (20001-20045) <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>20006B</td><td>鼻咽電極腦波檢查 Nasopharyngeal lead EEG 註：申報應附檢查報告。</td><td></td><td>√</td><td>√</td><td>√</td><td>1200</td></tr><tr><td>20026B</td><td>穿顱杜卜勒超音波檢查(顱內血管超音波檢查)</td><td></td><td>√</td><td>√</td><td>√</td><td>2000</td></tr></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	17022B	呼氣一氧化氮監測(FeNO) 註： 1.適應症：六歲以上至未滿十三歲確診氣喘患者追蹤使用。 2.支付規範： (1)申報次數：一年最多申報三次。 (2)申報專科別：兒科。 (3)執行限制：限受過操作訓練之醫療人員。 (4)費用申報時必要之附件：檢測報告。		√	√	√	748	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	20006B	鼻咽電極腦波檢查 Nasopharyngeal lead EEG 註：申報應附檢查報告。		√	√	√	1200	20026B	穿顱杜卜勒超音波檢查(顱內血管超音波檢查)		√	√	√	2000	一、新增20046B「癲癇腦波檢查」、20047B「腦皮質／皮下功能定位」及20048B「急性缺血性腦中風腦血流加護監測」三項診療項目。 二、27084C「二胺基酸攝護腺特異抗原前驅物(p2PSA)」診療項目由原第二十項核子醫學檢查移列至第六項免疫學檢查，併同修正編號及項目名稱。	
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																																																										
12218C	二胺基酸攝護腺特異抗原前驅物p2PSA(EIA法) 註： 1.適應症須符合下列各項條件： (1)攝護腺特異抗原(PSA)介於 4.0 ng/ml 至 10.0 ng/ml間者。 (2)尿液分析及臨床症狀已排除攝護腺感染或發炎。 (3)肛門指診無異常。 (4)五十歲以上，或未滿五十歲但有攝護腺癌家族史。 2.限由泌尿科專科醫師開立處方始可申報。 3.須檢附八週內PSA報告及本次攝護腺健康指數(PHI)於病歷紀錄備查。 4.每十二個月限執行一次，若因PHI顯示為攝護腺癌低風險(PHI<30)，再次施行檢測PSA至少間隔二十四週。	√	√	√	√	1606																																																										
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																																																										
17022B	呼氣一氧化氮監測(FeNO) 註： 1.適應症：六歲以上至未滿十三歲確診氣喘患者追蹤使用。 2.支付規範： (1)申報次數：一年最多申報三次。 (2)申報專科別：兒科。 (3)執行限制：限受過操作訓練之醫療人員。 (4)費用申報時必要之附件：檢測報告。		√	√	√	748																																																										
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																																																										
20006B	鼻咽電極腦波檢查 Nasopharyngeal lead EEG 註：申報應附檢查報告。		√	√	√	1200																																																										
20026B	穿顱杜卜勒超音波檢查(顱內血管超音波檢查)		√	√	√	2000																																																										

	(Transcranial Doppler sonography)					
20027B	數位影像腦波監測 (Digital video EEG long term monitoring) 註：限設有癲癇治療小組之醫院申報。	v	v	v		4000

第二十項 核子醫學檢查 Radioisotope Scanning
二、試管 Tube Method (27001-27084)

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
27084C	二胺基酸攝護腺特異抗原前驅物(p2PSA) 註： <u>1.適應症須符合下列各項條件：</u> <u>(1)PSA介於 4.0 ng/ml至 10.0 ng/ml間者。</u> <u>(2)尿液分析及臨床症狀已排除攝護腺感染或發炎。</u> <u>(3)肛門指診無異常。</u> <u>(4)五十歲以上，或未滿五十歲但有攝護腺癌家族史。</u> <u>2.每十二個月限執行一次。</u> <u>3.限由泌尿科專科醫師開立處方始可申報。</u> <u>4.須檢附八週內PSA報告及本次PHI指數於病歷紀錄備查。</u> <u>5.若 PHI指數顯示為攝護腺癌低風險(PHI<30)，再檢測PSA至少間隔二十四週。</u>	v	v	v	v	1606

三、修正	17022B	「呼氣一氧化氮監測(FeNO)」等三項支付規範，酌修文字患者改為病人。	四、修正	20027B	「數位影像腦波監測」診療項目名稱及支付規範。	

第十四項 神經系統檢查 Neurological Test (20001-20048)						
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
20006B	鼻咽電極腦波檢查 Nasopharyngeal lead EEG 註： <u>1.申報應附檢查報告。</u> <u>2.不得同時申報20046B。</u>		v	v	v	1200
20026B	穿顱杜卜勒超音波檢查(顱內血管超音波檢查) (Transcranial Doppler sonography) 註： <u>不得同時申報20048B。</u>		v	v	v	2000
20027B	<u>長程</u> 數位影像腦波監測 (Digital video EEG long term monitoring) 註： <u>1.適應症：</u> <u>(1)藥物控制不良癲癇之術前評估。</u> <u>(2)陣發性異常動作或意識障礙之鑑別診斷。</u> <u>(3)抽搐型／非抽搐型持續癲癇發作狀態之診療。</u> <u>2.支付規範：</u> <u>(1)限設有癲癇治療小組之醫院申報。</u> <u>(2)監測紀錄時間須至少為四小時，一日至多二次。</u> <u>(3)記錄電極須符合國際 10-20 系統，最少使用二十一條電極並加上心電圖導極一組。</u>		v	v	v	4000
20046B	<u>癲癇腦波檢查</u> <u>EEG for seizure</u>		v	v	v	3103

	註： 1.適應症：癲癇之鑑別診斷或具癲癇診斷病人之追蹤，且限施作於具(疑)癲癇診斷且曾接受過一般腦波檢查(20001C、20002C)之病人。 2.支付規範： (1)限設有癲癇治療小組之醫院申報。 (2)申報次數以每年一次為原則，如有特殊狀況（新診斷）得增加頻率，須於病歷敘明原因。 (3)不得同時申報：20006B。 (4)申報須檢附腦波報告。 (5)記錄電極須符合國際 10-20 系統，最少使用二十七條電極並加上心電圖導極一組；未滿六歲兒童不在此限。						
20047B	腦皮質／皮下功能定位 Functional cortical and subcortical mapping 註： 1.適應症：藥物控制不良癲癇之術前評估，且限該次住院需植入顱內電極定位。 2.支付規範： (1)限設有癲癇治療小組之醫院申報。 (2)申報次數以每年一次為原則，第二次起應於病歷詳載再次執行原因。 (3)不得同時申報：56039B。 (4)申報須檢附報告。		v	v	v		15611
20048B	急性缺血性腦中風腦血流加護監測 Intensive cerebral blood flow and hemodynamic monitoring in acute ischemic stroke 註： 1.適應症：腦梗塞(ICD-10-CM：I63)。 2.支付規範： (1)限於加護病房(ICU)申報，同次ICU至多申報二次。若同次住院再中風進入ICU者，同次住院限申報四次，並應於病歷中敘明。 (2)限神經科、神經外科、小兒神經科、急診醫學科專科醫師執行，並取得超音波訓練課程認證。 (3)不得同時申報：20026B。 (4)申報時應檢附下列任二項報告： A.顱內血管血流基礎評估。 B.中線偏移與腦疝脫檢查。 C.栓子連續偵測。		v	v	v		4337
第二十項 核子醫學檢查 Radioisotope Scanning 二、試管 Tube Method (27001-27083)							
第三節 注射 Injection (39001-39026)				第三節 注射 Injection (39001-39026)			
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	
39023B	肉毒桿菌素注射費 Botolinum toxin local injection 註： 1.下列適應症，每個注射點得申報一次注射費，每個療程申報之注射費上限如下： (1)半面痙攣(ICD-10-CM：G51.3)：四點(次)。 -ICD-10-CM(2023年版)：G51.31、G51.32、G51.33（自一百十四年一月一日起適用）。 (2)眼瞼痙攣(ICD-10-CM：G24.5)或口頸部肌張力不全(ICD-10-CM：G24.4)：六點(次)。		v	v	v	200	
39023B	肉毒桿菌素注射費 Botolinum toxin local injection 註： 1.下列適應症，每個注射點得申報一次注射費，每個療程申報之注射費上限如下： (1)半面痙攣(ICD-10-CM：G51.3)：四點(次)。 -ICD-10-CM(2023年版)：G51.31、G51.32、G51.33（自一百十四年一月一日起適用）。 (2)眼瞼痙攣(ICD-10-CM：G24.5)：六點(次)。		v	v	v	200	
							修正 39023B 「肉毒桿菌素注射費」支付規範。

	(3)斜頸症(ICD-10-CM：G24.3、M43.6)：八點(次)。 (4)眼瞼痙攣合併口顎部肌張力不全(ICD-10-CM：G24.4合併G24.5)或書寫性痙攣(ICD-10-CM：G24.8)：十二點(次)。 2.非上述任一適應症，僅可申報一次。 3.支付規範： (1)需符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準附件六藥品給付規定第一節神經系統藥物1.6.2.Botulinum toxin type A-使用於眼瞼痙攣或半面痙攣或局部肌張力不全症之使用條件。 (2)不得同時申報：39026C。							(3)斜頸症(ICD-10-CM：G24.3、M43.6)：八點(次)。 2.非上述任一適應症，僅可申報一次。 3.支付規範： (1)需符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準附件六藥品給付規定第一節神經系統藥物1.6.2.Botulinum toxin type A-使用於眼瞼痙攣或半面痙攣或局部肌張力不全症之使用條件。 (2)不得同時申報：39026C。						
第四節 復健治療 Rehabilitation Therapy 第四項 語言治療 Communication Therapy (44001～44016)							第四節 復健治療 Rehabilitation Therapy 第四項 語言治療 Communication Therapy (44001～44016)							修正 44008B 等 三項「複 雜」支付規 範刪除適 應症 F480 診斷碼。
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	
44008B	複雜Complicated：		v	v	v	600	44008B	複雜Complicated：		v	v	v	600	
44012C	1.指治療項目四項以上，合計治療時間三十分鐘以上之複雜治療；若治療對象為未滿十三歲者，則無治療時間之限制。	v				500	44012C	1.指治療項目四項以上，合計治療時間三十分鐘以上之複雜治療；若治療對象為未滿十三歲者，則無治療時間之限制。	v				500	
44009C	2.個案需符合下列任一適應症，其診斷代碼(ICD-10-CM)如下： (1)C00-C41、C43-C58、C60-C86、C88、C90-C96、C4A、C7A、C7B、D03、D45、J91.0、R18.0、G45.0-G46.8、I60-I69、J380、R49、S019、S021-S024、S026-S029、S060、S063-S066、S068-S069，且限因上述診斷住院期間及出院後十二個月內。 -ICD-10-CM(2023年版)：C00-C41、C43-C58、C60-C86、C88、C90-C96、C4A、C7A、C7B、D03、D45、J91.0、R18.0、G45.0-G46.8、I60-I69、P91.821、P91.822、P91.823、P91.829、J38.0、R49、S01.9、S02.1-S02.4、S02.6-S02.9、S06.0、S06.3-S06.6、S06.8-S06.9、S06.8A1A、S06.8A2A、S06.8A3A、S06.8A4A、S06.8A5A、S06.8A6A、S06.8A7A及S06.8A8A，且限因上述診斷住院期間及出院後十二個月內(自一百十四年一月一日起適用)。 (2)F840、G80、H90-H91、F80-F82、F88、F89、H9325，且治療對象需為未滿十三歲。 3.需包含下列二項以上之治療項目：ST1、ST2、ST3、ST7、ST9、ST13、ST14。 註： 1.治療項目 ST 1. 聽能瞭解訓練 Auditory comprehension training ST 2. 口語訓練 Verbal production ST 3. 輔導溝通法 Augmentative cemmunication system ST 4. 認讀訓練 Readinhg training ST 5. 書寫訓練 Writing training ST 6. 視知覺訓練 Visual perception ST 7. 高階層認知訓練 High level cognitive function training ST 8. 觸覺肌動法 Tactile stimulation ST 9. 口腔動作訓練 Oral Tx. ST 10 發音部位法 Phonetic placement ST 11. 聽辨訓練 Auditory discrimination	v				360	44009C	2.個案需符合下列任一適應症，其診斷代碼(ICD-10-CM)如下： (1)C00-C41、C43-C58、C60-C86、C88、C90-C96、C4A、C7A、C7B、D03、D45、J91.0、R18.0、G45.0-G46.8、I60-I69、P91.821、P91.822、P91.823、P91.829、J38.0、R49、S01.9、S02.1-S02.4、S02.6-S02.9、S06.0、S06.3-S06.6、S06.8-S06.9、S06.8A1A、S06.8A2A、S06.8A3A、S06.8A4A、S06.8A5A、S06.8A6A、S06.8A7A及S06.8A8A，且限因上述診斷住院期間及出院後十二個月內(自一百十四年一月一日起適用)。 (2)F840、G80、H90-H91、F80-F82、F88、F89、H9325、 F480 ，且治療對象需為未滿十三歲。 3.需包含下列二項以上之治療項目：ST1、ST2、ST3、ST7、ST9、ST13、ST14。 註： 1.治療項目 ST 1. 聽能瞭解訓練 Auditory comprehension training ST 2. 口語訓練 Verbal production ST 3. 輔導溝通法 Augmentative cemmunication system ST 4. 認讀訓練 Readinhg training ST 5. 書寫訓練 Writing training ST 6. 視知覺訓練 Visual perception ST 7. 高階層認知訓練 High level cognitive function training ST 8. 觸覺肌動法 Tactile stimulation ST 9. 口腔動作訓練 Oral Tx. ST 10 發音部位法 Phonetic placement ST 11. 聽辨訓練 Auditory discrimination	v				360	

ST 12. 節律訓練 Rhythm training ST 13. 視聽迴饋法 Audiovisual feedback monitoring ST 14. 語言分析 Acoustic analysis ST 15. 其他經保險人核可者 2. 44011C、44012C、44015C申報資格如下： (1)復健科專科醫師開設之基層院所。 (2)聘有專任復健專科醫師之基層院所且由復健專科(含專任及支援)醫師所開立之處方。								ST 12. 節律訓練 Rhythm training ST 13. 視聽迴饋法 Audiovisual feedback monitoring ST 14. 語言分析 Acoustic analysis ST 15. 其他經保險人核可者 2. 44011C、44012C、44015C申報資格如下： (1)復健科專科醫師開設之基層院所。 (2)聘有專任復健專科醫師之基層院所且由復健專科(含專任及支援)醫師所開立之處方。									
第五節 精神醫療治療費 Psychiatric Treatment Fee (45001-45104)								第五節 精神醫療治療費 Psychiatric Treatment Fee (45001-45104)								修正 45055C 「人格特質評鑑」支付規範增列執行人員及檢查項目。	
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		
45055C	人格特質評鑑 Personality assessment 註： 1.限由精神科醫師、神經科醫師或臨床心理師施行。 2.包括NPI(Neuropsychiatric Inventory)、NPI-Q(Neuropsychiatric Inventory Questionnaire)等。	v	v	v	v	859			45055C	人格特質評鑑 Personality assessment 註：限由精神科醫師或臨床心理師施行	v	v	v	v	859		
第六節 治療處置 Therapeutic Treatment 第一項 處置費 Treatment 一、一般處置 General Treatment (47001-47108)								第六節 治療處置 Therapeutic Treatment 第一項 處置費 Treatment 一、一般處置 General Treatment (47001-47107)								一、新增 47108B 「心臟監測器植入術」診療項目。 二、修正 56039B 「神經外科術中神經功能監測(IONM)」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		
47108B	心臟監測器植入術 Procedure of Insertable Loop Recorder 註： 1.適應症： (1)反覆不明原因暈厥。 (2)高風險不明原因暈厥且經18019C及18034B仍無法查明病因者。 2. 支付規範： (1)醫師資格：心臟內科、心臟外科、小兒心臟內科醫師。 (2)需事前審查，應檢附Holter二十四小時心電圖、手腕式心律紀錄檢查或電生理學檢查報告。 (3)不得同時申報：18019C、18034B。		v	v	v	4722			56039B	神經外科術中神經功能監測(IONM) Intra-operative neuromonitoring(IONM) 註： 1.適用條件： (1)Brain surgery (含 supratentorial glioma, epilepsy surgery, brain tumor involved cranial nerve, brain stem lesion)：限施行83017B、83018B、83019B、83056B、83066B、83068B、83070B、83071B、83088B申報，且腦部病灶必須位於eloquent area (定義為 brainstem, thalamus, insula cortex, basal ganglia, paracentral region, language area, cranial nerve 2-12 involvement)。 (2)Intradural spinal surgery (含intradural tumor, intradural vascular lesion, spinal bifida, lipomyelomeningocele, dorsal rhizotomy)：限施行83042B、83072B、83073B申報，且脊椎病灶限intradural lesion。 (3)Scoliosis surgery：限施行83097B、83096B、83046B、83044B、67044B、64241B、67043B、67036B申報。 2.支付規範： (1)限神經外科專科醫師、神經內科專科醫師、小兒神經科專科醫師、復健科專科醫師、骨科專科醫師、麻醉科專科醫師執行，主刀醫師、手術團隊其它成員及執行麻醉醫師自行監測則不予支付。 (2)不得同時申報56018B。 (3)申報費用時應檢附監測報告及簽名。		v	v	v	15271		
十、外科處置 General Surgery Treatment (56001-56043)								十、外科處置 General Surgery Treatment (56001-56043)									
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		
56039B	神經外科術中神經功能監測(IONM) Intra-operative neuromonitoring(IONM) 註： 1.適用條件： (1)Brain surgery (含 supratentorial glioma, epilepsy surgery, brain tumor involved cranial nerve, brain stem lesion)：限施行83017B、83018B、83019B、83056B、83066B、83068B、83070B、83071B、83088B申報，且腦部病灶必須位於eloquent area (定義為 brainstem, thalamus, insula cortex, basal ganglia, paracentral region, language area, cranial nerve 2-12 involvement)。		v	v	v	15271											

	(2)Intradural spinal surgery (含intradural tumor, intradural vascular lesion, spinal bifida, lipomyelomeningocele, dorsal rhizotomy)：限施行83042B、83072B、83073B申報，且脊椎病灶限intradural lesion。 (3)Scoliosis surgery：限施行83097B、83096B、83046B、83044B、67044B、64241B、67043B、67036B申報。 2.支付規範： (1)限神經外科專科醫師、神經內科專科醫師、小兒神經科專科醫師、復健科專科醫師、骨科專科醫師、麻醉科專科醫師執行，主刀醫師、手術團隊其它成員及執行麻醉醫師自行監測則不予支付。 (2)不得同時申報： 56018B 、 20047B 。 (3)申報費用時應檢附監測報告及簽名。																						
第七節 手術 第四項 呼吸器 Reapiratory System 一、鼻 Nose (65001-65079)								第七節 手術 第四項 呼吸器 Reapiratory System 一、鼻 Nose (65001-65079)								一、新增68060B「經導管二尖瓣緣對緣修補術」診療項目。 二、修正65001C「鼻息肉切除術-孤立性」等十四項限醫院層級申報並修正編號。 三、修正65018B「鼻中膈鼻道成形術－單側」支付規範。 四、修正67050B「胸腔鏡肺葉切除術」等六十五項支付規範具機械手臂輔助手術系統專科認證醫師資格。 五、修正68058B「尾崎式手術(主動脈瓣之自體/人工心包膜新瓣葉重建手術)」等二項支付規範。 六、修正79808C「處女膜切開術」診							
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									
65001B	鼻息肉切除術 Nasal polypectomy					2034		65001C	鼻息肉切除術 Nasal polypectomy	v	v	v	v	2034									
65002B	－ 孤立性 single		v	v	v			65002C	－ 孤立性 single	v	v	v	v										
	－ 多發性 multiple		v	v	v	2314			－ 多發性 multiple	v	v	v	v	2314									
	註：多處切除(multiple polypectomy)比照申報。								註：多處切除(multiple polypectomy)比照申報。														
65003B	鼻甲電燒灼 Nasal turbinate, electric cauterization		v	v	v	1755		65003C	鼻甲電燒灼 Nasal turbinate, electric cauterization	v	v	v	v	1755									
	註： 1.單側或雙側(uni or bil)。 2.須檢附經藥物治療三個月以上無效之證明。								註： 1.單側或雙側(uni or bil)。 2.須檢附經藥物治療三個月以上無效之證明。														
65004B	粘膜下中膈矯正術 (S.M.R) Submucous resection of septum		v	v	v	4860		65004C	粘膜下中膈矯正術 (S.M.R) Submucous resection of septum	v	v	v	v	4860									
	註： 1.單側或雙側(uni or bil)。 2.一般材料費及單次使用切割工具及潤滑器/散熱器，得另加計百分之一百二十二。								註： 1.單側或雙側(uni or bil)。 2.一般材料費及單次使用切割工具及潤滑器/散熱器，得另加計百分之一百二十二。														
65005B	全部或部分鼻甲切除 Turbinectomy, total or partial		v	v	v	2419		65005C	全部或部分鼻甲切除 Turbinectomy, total or partial	v	v	v	v	2419									
65006B	上頷竇造口術 Antrostomy for maxillary sinus		v	v	v	2314		65006C	上頷竇造口術 Antrostomy for maxillary sinus	v	v	v	v	2314									
65007B	冷凍手術 Cryosurgery		v	v	v	1867		65007C	冷凍手術 Cryosurgery	v	v	v	v	1867									
65011B	竇瘻管修復術 Repair of sinus fistula		v	v	v	4650		65011C	竇瘻管修復術 Repair of sinus fistula	v	v	v	v	4650									
65018B	鼻中膈鼻道成形術 Septomeatal plasty								鼻中膈鼻道成形術 Septomeatal plasty														
	－ 單側 unilateral		v	v	v	6750		65018B	－ 單側 unilateral	v	v	v	v	6750									
65019B	－ 雙側 bilateral		v	v	v	8911		65019C	－ 雙側 bilateral	v	v	v	v	8911									
	註： 1.須檢附X光片或照片，並經藥物治療三個月以上無效之證明。 2.單側（65018B）指合併單側下鼻甲之全部或部分切除，雙側（65019B）指合併雙側下鼻甲之全部或部分切除，二者皆不得同時申報65005B。								註：須檢附X光片或照片，並經藥物治療三個月以上無效之證明。														
	粘膜下鼻甲切除術(SMT)							65023C	粘膜下鼻甲切除術(SMT)	v	v	v	v	4860									
65023B	－ 單側 unilateral		v	v	v	4860		65024C	－ 單側 unilateral	v	v	v	v	6264									
65024B	－ 雙側 bilateral		v	v	v	6264			－ 雙側 bilateral	v	v	v	v										
65025B	鼻竇探查術 Exploratory antrotomy		v	v	v	3711		65025C	鼻竇探查術 Exploratory antrotomy	v	v	v	v	3711									
65033B	一般鼻甲黏膜切除術 Ordinary conchotomy		v	v	v	3711		65033C	一般鼻甲黏膜切除術 Ordinary conchotomy	v	v	v	v	3711									
65074B	黏膜下透熱法 Submucosal diathermy		v	v	v	1570		65074C	黏膜下透熱法 Submucosal diathermy	v	v	v	v	1570									
									註：須檢附經藥物治療三個月以上無效之證明。														
第五項 胸腔 Thoracic 一、胸腔 Thoracic (67001-67055)																							

	註：須檢附經藥物治療三個月以上無效之證明。					
第五項 胸腔 Thoracic						
一、胸腔 Thoracic (67001-67055)						
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
67050B	胸腔鏡肺葉切除術 Thoracoscopic Lobectomy 註：執行「機械手臂輔助肺葉切除術」， <u>須符合下列規範：</u> <u>1.醫師資格：</u> <u>(1) 具機械手臂輔助手術系統「胸腔心臟科」認證學會認證醫師資格。</u> <u>(2) 前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> <u>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u> <u>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u>		v	v	v	41752
67053B	胸腔鏡肺分葉切除術 Thoracoscopic segmentectomy of lung 註： 1.適應症： (1)早期局限性肺癌 stage I。 (2)肺單元分葉內之癌症且心肺功能不佳者，不適合肺葉切除術者。 (3)具合併症且內科治療無效之感染性疾病。 2.含一般材料費，得另加計百分之十一。 3.執行「機械手臂輔助肺分葉切除術」， <u>須符合下列規範：</u> <u>(1)醫師資格：</u> <u>A.具機械手臂輔助手術系統「胸腔心臟科」認證學會認證醫師資格。</u> <u>B.前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> <u>(2)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u> <u>(3)其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u>		v	v	v	57344
二、食道 Esophagus (71201-71229)						
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
71213B	食道再造術 Esophageal reconstruction		v	v	v	49521
71220B	－以胃管重建 with gastric tube		v	v	v	35926
71221B	－以大腸重建 with colon		v	v	v	39024
	－以小腸重建 with small intestine 註：執行「機械手臂輔助食道再造術－以大腸重建」、「機械手臂輔助食道再造術－以小腸重建」， <u>須符合下列規</u>		v	v	v	39024

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	療項目名稱。
67050B	胸腔鏡肺葉切除術 Thoracoscopic Lobectomy 註： 1.執行「機械手臂輔助肺葉切除術」，其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。 <u>2.執行機械手臂輔助手術者，須符合下列專科別及執行醫師訓練規範：</u> <u>(1)具有胸腔及心臟血管外科或胸腔外科專科醫師資格。</u> (2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證 <u>(包括系統練習或操作達二十小時)</u> 。 (3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 3.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。		v	v	v	41752	
67053B	胸腔鏡肺分葉切除術 Thoracoscopic segmentectomy of lung 註： 1.適應症： (1)早期局限性肺癌 stage I。 (2)肺單元分葉內之癌症且心肺功能不佳者，不適合肺葉切除術者。 (3)具合併症且內科治療無效之感染性疾病。 2.含一般材料費，得另加計百分之十一。 3.執行「機械手臂輔助肺分葉切除術」，其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。 <u>4.執行機械手臂輔助手術者，須符合下列專科別及執行醫師訓練規範：</u> <u>(1)具有胸腔及心臟血管外科或胸腔外科專科醫師資格。</u> (2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證 <u>(包括系統練習或操作達二十小時)</u> 。 (3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 5.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。		v	v	v	57344	
二、食道 Esophagus (71201-71229)							
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	
71213B	食道再造術 Esophageal reconstruction		v	v	v	49521	
71220B	－以胃管重建 with gastric tube		v	v	v	35926	
71221B	－以大腸重建 with colon		v	v	v	39024	
	－以小腸重建 with small intestine 註：執行「機械手臂輔助食道再造術－以		v	v	v	39024	

[illegible]

	<u>(1)具機械手臂輔助手術系統「胸腔心臟科」認證學會認證醫師資格。</u> <u>(2)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付;惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。					
70417B	胸腔鏡縱膈腔腫瘤切除術(五公分以上) Thoreoscopic Excision of Mediastinal Tumor (≥5cm) 註：執行「機械手臂輔助縱膈腔腫瘤切除術(≥5cm)」，須符合下列規範： <u>1.醫師資格：</u> <u>(1)具機械手臂輔助手術系統「胸腔心臟科」認證學會認證醫師資格。</u> <u>(2)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付;惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。	v	v	v		23673

第六項 心臟及心包膜(68001-68060)

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
68015B	瓣膜成形術 Valvular and/or annuloplasty 註：執行「機械手臂輔助瓣膜成形術」，須符合下列規範： 1.適應症：低風險之主動脈或二尖瓣病人，且 STS Score≤3%。 2.醫院條件： (1)專任之心臟外科醫師。 (2)醫院每年需具五十例以上之瓣膜成形或置換之手術案例。 3.醫師資格須符合下列所有規範： <u>(1)具有專科醫師五年以上資格。</u> <u>(2)具一百例以上二尖瓣瓣膜成形術（編號68015B）。</u> <u>(3)具機械手臂輔助手術系統「胸腔心臟科」認證學會認證醫師資格。</u> <u>(4)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> 4.執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請同意。 5.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項得加計百分之一百三十申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付;惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。		v	v	v	46285

	理由後補登錄。					
三、縱膈與橫膈膜 Mediasrinumand Diaphragm (70401-70420)						
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
70416B	胸腔鏡縱膈腔腫瘤切除術(小於五公分) Thoreoscopic Excision of Mediastinal Tumor (<5cm) 註：執行「機械手臂輔助縱膈腔腫瘤切除術(<5cm)」須符合下列規範： <u>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u> <u>(1)具有胸腔及心臟血管外科、胸腔外科專科醫師資格。</u> (2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證 <u>(包括系統練習或操作達二十小時)</u> 。 (3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付;惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。		v	v	v	20457
70417B	胸腔鏡縱膈腔腫瘤切除術(五公分以上) Thoreoscopic Excision of Mediastinal Tumor (≥5cm) 註：執行「機械手臂輔助縱膈腔腫瘤切除術(≥5cm)」須符合下列規範： <u>1.執行機械手臂輔助手術者，須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u> <u>(1)具有胸腔及心臟血管外科、胸腔外科專科醫師資格。</u> (2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證 <u>(包括系統練習或操作達二十小時)</u> 。 (3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付;惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。		v	v	v	23673

第六項 心臟及心包膜(68001-68059)

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
68015B	瓣膜成形術 Valvular and/or annuloplasty 註：執行「機械手臂輔助瓣膜成形術」須符合下列規範： 1.適應症：低風險之主動脈或二尖瓣病人，且 STS Score≤3%。 2.醫院條件： (1)專任之心臟外科醫師。 (2)醫院每年需具五十例以上之瓣膜成		v	v	v	46285

68016B	主動脈瓣或二尖瓣或三尖瓣之置換手術 Single valve replacement 註：執行「機械手臂輔助主動脈瓣或二尖瓣或三尖瓣之置換手術」，須符合下列規範： 1.適應症：低風險之二尖瓣及三尖瓣逆流病人，且STS Score≤3%。 2.醫院條件： (1)專任之心臟外科醫師。 (2)醫院每年需具五十例以上之瓣膜成形或置換之手術案例。 3.醫師資格須符合下列所有規範： (1)具有專科醫師五年以上資格。 (2)具一百例以上主動脈瓣或二尖瓣膜置換術（編號68016B）。 (3)具機械手臂輔助手術系統「 胸腔心臟科 」認證學會認證醫師資格。 (4)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 4.執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請同意。 5.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項得加計百分之一百三十申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。		v	v	v	52377		形或置換之手術案例。 3.醫師資格須符合下列所有規範： (1) 胸腔及心臟血管外科之心臟外科專科醫師 。 (2)具有專科醫師五年以上資格。 (3)具一百例以上二尖瓣瓣膜成形術（編號68015B）。 (4)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。 (5)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 4.執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請同意。 5.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項得加計百分之一百三十申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。						
	68016B	主動脈瓣或二尖瓣或三尖瓣之置換手術 Single valve replacement 註：執行「機械手臂輔助主動脈瓣或二尖瓣或三尖瓣之置換手術」須符合下列規範： 1.適應症：低風險之二尖瓣及三尖瓣逆流病人，且STS Score≤3%。 2.醫院條件： (1)專任之心臟外科醫師。 (2)醫院每年需具五十例以上之瓣膜成形或置換之手術案例。 3.醫師資格須符合下列所有規範： (1) 胸腔及心臟血管外科之心臟外科專科醫師 。 (2)具有專科醫師五年以上資格。 (3)具一百例以上主動脈瓣或二尖瓣膜置換術（編號68016B）。 (4)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。 (5)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 4.執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請同意。 5.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項得加計百分之一百三十申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。		v	v	v	52377							
68020B	A.S.D.修補 Repair, atrial septal defect, secundum 註： 1.有（無）繞道之手術費用一致。 2.執行「機械手臂輔助心房中膈缺損修補術」，須符合下列規範： (1)適應症： A.成人第二型心房中膈缺損且Qp/Qs >1.5。 B.無不可逆肺動脈高壓。 (2)醫院條件： A.專任之心臟外科醫師。 B.醫院每年需具十例以上之心房或心室中膈缺損之手術案例。 (3)醫師資格須符合下列所有規範： A. 具有專科醫師五年以上資格 。 B. 具機械手臂輔助手術系統「胸腔心臟科」認證學會認證醫師資格 。 C. 前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過 。 (4)執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請同意。 (5)其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項得加計百分之一百三十申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。		v	v	v	26388		68020B	A.S.D.修補 Repair, atrial septal defect, secundum 註： 1.有（無）繞道之手術費用一致。 2.執行「機械手臂輔助心房中膈缺損修補術」須符合下列規範： (1)適應症： A.成人第二型心房中膈缺損且Qp/Qs >1.5。 B.無不可逆肺動脈高壓。 (2)醫院條件： A.專任之心臟外科醫師。 B.醫院每年需具十例以上之心房或心室中膈缺損之手術案例。 (3)醫師資格須符合下列所有規範：	v	v	v	26388	
68050B	心房切割隔間之不整脈手術 Arrhythmia surgery via atriotomy 註： 1.適應症： (1)心房振顫有栓子之年輕病人不能口服抗凝劑者。 (2)瓣膜性心臟病病人同時伴有慢性心房振顫，尤其接受瓣成型術或組織瓣置換者。		v	v	v	27272								

	(3)口服抗凝劑下尚再發血栓栓塞症者。 (4)冠心病手術同時併有持續性心房振顫者。 (5)對左心房衰竭選擇性手術能改變心臟功能者。 (6)對內科藥物及燒灼術無效之心房振顫者。 2.執行「機械手臂輔助心房切割隔間之不整脈手術」，須符合下列規範： (1)適應症：低風險之心房顫動心臟病人，且 STS Score≤3%。 (2)醫院條件： A.專任之心臟外科醫師。 B.醫院每年需具二十五例以上之心房切割隔間之不整脈手術之手術案例。 (3)醫師資格須符合下列所有規範： <u>A.具有專科醫師五年以上資格。</u> <u>B.具五十例以上心房切割隔間之不整脈手術（編號68050B）。</u> <u>C.具機械手臂輔助手術系統「胸腔心臟科」認證學會認證醫師資格。</u> <u>D.前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> (4)執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請同意。 (5)其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項得加計百分之一百三十申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。						<u>A.胸腔及心臟血管外科之心臟外科專科醫師。</u> B.具有專科醫師五年以上資格。 C.具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(<u>包括系統練習或操作達二十小時</u>)。 D.前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 (4)執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請同意。 (5)其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項得加計百分之一百三十申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。						
68058B	尾崎式手術（主動脈瓣之自體/人工心包膜新瓣葉重建手術） Ozaki procedure: Aortic Valve Neocuspidization with Glutaraldehyde-treated Autologous Pericardium	v	v	v	106339		68050B	心房切割隔間之不整脈手術 Arrhythmia surgery via atriotomy 註： 1.適應症： (1)心房振顫有栓子之年輕病人不能口服抗凝劑者。 (2)瓣膜性心臟病病人同時伴有慢性心房振顫，尤其接受瓣成型術或組織瓣置換者。 (3)口服抗凝劑下尚再發血栓栓塞症者。 (4)冠心病手術同時併有持續性心房振顫者。 (5)對左心房衰竭選擇性手術能改變心臟功能者。 (6)對內科藥物及燒灼術無效之心房振顫者。 2.執行「機械手臂輔助心房切割隔間之不整脈手術」須符合下列規範： (1)適應症：低風險之心房顫動心臟病人，且 STS Score≤3%。 (2)醫院條件： A.專任之心臟外科醫師。 B.醫院每年需具二十五例以上之心房切割隔間之不整脈手術之手術案例。 (3)醫師資格須符合下列所有規範： <u>A.胸腔及心臟血管外科之心臟外科專科醫師。</u> B.具有專科醫師五年以上資格。 C.具五十例以上心房切割隔間之不整脈手術（編號68050B）。 D.具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(<u>包括系統練習或操作達二十小時</u>)。 E.前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 (4)執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請同意。 (5)其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項得加計百分之一百三十申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。	v	v	v	27272	
68059B	尾崎式手術（主動脈瓣之自體/人工心包膜新瓣葉重建手術）-包含心臟瓣膜彌補物尺寸器 Ozaki procedure: Aortic Valve Neocuspidization with Glutaraldehyde-treated Autologous Pericardium-with Ozaki AVNeo Sizer 註： 1.十八歲以下且主動脈瓣環術前預估直徑小於二公分且符合下列任一適應症： (1)先天性主動脈瓣狹窄或瓣閉鎖不全。 (2)先天性主動脈瓣混合病變(同時存在狹窄和閉鎖不全)。 (3)急性及亞急性感染性心內膜炎。 (4)風濕性主動脈瓣病變。 (5)感染性心內膜炎導致的主動脈瓣損傷。 (6)主動脈假體瓣膜失敗。 2.支付規範： (1)醫院條件： A.具專任心臟外科及兒童心臟專科醫師。 B.醫院過去三年每年平均須達三百例以上開心手術案例。 C.須具術中心臟超音波、體外循環機等設備。 (2)醫師資格:限台灣胸腔及心臟血管外科醫學會認證之心臟外科專科醫師執行。	v	v	v	146634			2.執行「機械手臂輔助心房切割隔間之不整脈手術」須符合下列規範： (1)適應症：低風險之心房顫動心臟病人，且 STS Score≤3%。 (2)醫院條件： A.專任之心臟外科醫師。 B.醫院每年需具二十五例以上之心房切割隔間之不整脈手術之手術案例。 (3)醫師資格須符合下列所有規範： <u>A.胸腔及心臟血管外科之心臟外科專科醫師。</u> B.具有專科醫師五年以上資格。 C.具五十例以上心房切割隔間之不整脈手術（編號68050B）。 D.具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(<u>包括系統練習或操作達二十小時</u>)。 E.前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 (4)執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請同意。 (5)其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項得加計百分之一百三十申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。	v	v	v	106339	
							68058B	尾崎式手術（主動脈瓣之自體/人工心包膜新瓣葉重建手術） Ozaki procedure: Aortic Valve	v	v	v	106339	

	(3)執行本項手術之醫院及醫師條件應報保險人同意。 3.不得同時申報項目：68016B、68024B、68032B。 4.執行「主動脈瓣膜置換術」不得同時申報68016B「主動脈瓣或二尖瓣或三尖瓣之置換手術」。 5.執行「原位重建冠狀動脈」不得同時申報68023B、68024B、68025B、68053B、68054B、68055B「冠狀動脈繞道手術」。 6.68058B一般材料費得另加計百分之二十。 7.68059B一般材料費及心臟瓣膜彌補物尺寸器，得另加計百分之二百二十四。									
68060B	經導管二尖瓣緣對緣修補術 Transcatheter edge-to-edge Mitral valve repair 註： 1.適應症： (1)顯著症狀之重度二尖瓣逆流(經超音波檢查須符合下列任一條件:Central jet MR >40% LA or holosystolic eccentric jet MR/Vena contracta ≥ 0.7cm/Regurgitant volume ≥ 60 mL/Regurgitant fraction ≥ 50%/ERO ≥ 0.40cm²)，且符合下列任一適應症： A.因瓣膜結構異常造成之原發性二尖瓣逆流病人(Primary MR)，須經多科別心臟團隊評估認定二尖瓣解剖結構適合緣對緣修補、臨床判定病人至少有一年以上之存活機率，且現有伴隨疾病不至妨礙二尖瓣逆流減少之預期效益。高手術風險之判定應具有下列一項以上手術風險因子： (a)手術後三十天死亡風險評估(STS score)，二尖瓣置換手術達8%以上或二尖瓣修補手術達6%以上。 (b)嚴重主動脈鈣化(Porcelain aorta)。 (c)險惡性胸腔。 (d)嚴重肝病變/肝硬化 (MELD分數>12)。 (e)重度肺高壓 (肺動脈收縮壓高於全身收縮壓三分之二)。 (f)導致體弱不尋常情況，例如右心室功能障礙伴隨重度三尖瓣逆流、接受惡性腫瘤化療、嚴重出血性體質、後天免疫不全症候群(AIDS)、吸入異物高風險。 B.合併心臟衰竭之繼發性功能二尖瓣逆流(Secondary MR)者，須經多科別心臟團隊評估，符合已接受臨床指南藥物治療之最大容許劑量(GDMT)，但症狀及二尖瓣逆流嚴重度仍持續存在，同時左心室射血率(LVEF)介於20%至50%，左心室收縮末期直徑(LVESD) ≤70mm。 (2)二尖瓣膜結構須符合夾合器適用範圍。 (3)排除末期嚴重心臟衰竭或心源性休克LVEF<20%病人。 2.支付規範： (1)醫院條件： A.專任之心臟內科、心臟外科醫師。 B.醫院過去三年每年平均或近一年	v	v	v	99428					
68059B	Neocuspidization with Glutaraldehyde-treated Autologous Pericardium 尾崎式手術（主動脈瓣之自體/人工心包膜新瓣葉重建手術）-包含心臟瓣膜彌補物尺寸器 Ozaki procedure: Aortic Valve Neocuspidization with Glutaraldehyde-treated Autologous Pericardium-with Ozaki AVNeo Sizer 註： 1.十八歲以下且主動脈瓣環術前預估直徑小於二公分且符合下列任一適應症： (1)先天性主動脈瓣狹窄或瓣閉鎖不全。 (2)先天性主動脈瓣混合病變(同時存在狹窄和閉鎖不全)。 (3)急性及亞急性感染性心內膜炎。 (4)風濕性主動脈瓣病變。 (5)感染性心內膜炎導致的主動脈瓣損傷。 (6)主動脈假體瓣膜失敗。 2.支付規範： (1)醫院條件： A.具專任心臟外科及兒童心臟專科醫師。 B.醫院過去三年每年平均須達三百例以上開心手術案例。 C.須具術中心臟超音波、體外循環機等設備。 (2)醫師資格:限台灣胸腔及心臟血管外科醫學會認證之心臟外科專科醫師執行。 3.不得同時申報項目：68016B、68024B、68032B。 4.執行「主動脈瓣膜置換術」不得同時申報68016B「主動脈瓣或二尖瓣或三尖瓣之置換手術」。 5.執行「原位重建冠狀動脈」不得同時申報68023B、68024B、68025B、68053B、68054B、68055B「冠狀動脈繞道手術」。 6.68058B一般材料費得另加計百分之二十。 7.68059B一般材料費及心臟瓣膜彌補物尺寸器，得另加計百分之二百二十四。	v	v	v	146634					

第九項 消化器 Digestive System

二、胃 Stomach (72001-72059)

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
72054B	腹腔鏡胃部分切除術（潰瘍或腫瘤） Laparoscopic partial gastrectomy（ulcer or tumor） 註：執行「機械手臂輔助胃部分切除術」須符合下列規範： 1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範： (1)具有消化外科專科醫師資格。 (2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。 (3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報	v	v	v	22646	

[illegible]

[illegible]

(6)精神狀態健全，經由精神科專科醫師會診認定無異常。 2.限消化外科專科醫師執行。 3.含一般材料費，得另加計百分之二十三。 4.執行「機械手臂輔助胃繞道手術」，須符合下列規範： <u>(1)醫師資格：</u> <u>A.具機械手臂輔助手術系統「消化外科」認證學會認證醫師資格。</u> <u>B.前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> (2)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 (3)其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，分別比照75616B、75617C申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。											
五、腹壁 Abdominal Wall (75601-75625)											
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					
75616B	腹腔鏡腹壁疝氣修補術 Laparoscopic Repair of ventral hernia — 併腸切除with bowel resection		v	v	v	29271					
75617C	— 無腸切除without bowel resection 註： 1.割口疝氣(Incisional hernia) 修補術比照。 2.執行「機械手臂輔助腹壁疝氣修補術-併腸切除」、「機械手臂輔助腹壁疝氣修補術-無腸切除」，須符合下列規範： <u>(1)醫師資格：</u> <u>A.具機械手臂輔助手術系統「消化外科」、「泌尿科」認證學會認證醫師資格。</u> <u>B.前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> (2)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 (3)其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，分別比照75616B、75617C申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。	v	v	v	v	23263					
75621C	腹腔鏡腹壁疝氣修補術，嵌頓性—無腸切除 Laparoscopic Repair of ventral hernia incarceration-without bowel resection 註：執行「機械手臂輔助腹壁疝氣修補術，嵌頓性-無腸切除」，須符合下列規範： <u>1.醫師資格：</u> <u>(1)具機械手臂輔助手術系統「消化外科」、「泌尿科」認證學會認證醫師資格。</u> (2)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。	v	v	v	v	27644					
75622C	腹腔鏡腹壁疝氣修補術，復發性—無腸切除 Laparoscopic Repair of ventral hernia recurrence-without bowel resection 註：執行「機械手臂輔助腹壁疝氣修補術，復發性-無腸切除」須符合下列規範： <u>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u> <u>(1)具有外科、泌尿科專科醫師資格。</u> (2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證 <u>(包括系統練習或操作達二十小時)</u> 。 (3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。	v	v	v	v	26597					
75618B	腹腔鏡鼠蹊疝氣修補術 Laparoscopic Repair of inguinal hernia — 併腸切除 with bowel resection			v	v	22920					
75619C	— 無腸切除 without bowel resection 註：執行「機械手臂輔助鼠蹊疝氣修補術-併腸切除」、「機械手臂輔助鼠蹊疝氣修補術-無腸切除」須符合下列規	v	v	v	v	19987					

[illegible]

	證培訓機構證明)予保險人審核通過。 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。					
75624C	腹腔鏡鼠蹊疝氣修補術，復發性－無腸切除 Laparoscopic Repair of inguinal hernia recurrence - without bowel resection 註：執行「機械手臂輔助鼠蹊疝氣修補術，復發性-無腸切除」，須符合下列規範： <u>1.醫師資格：</u> <u>(1)具機械手臂輔助手術系統「消化外科」、「泌尿科」認證學會認證醫師資格。</u> <u>(2)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。	v	v	v	v	22239

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
73057B	腹腔鏡左半結腸切除術 Laparoscopic left hemicolectomy 註：執行「機械手臂輔助左半結腸切除術」，須符合下列規範： <u>1.醫師資格：</u> <u>(1)具機械手臂輔助手術系統「大腸直腸外科」認證學會認證醫師資格。</u> <u>(2)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。		v	v	v	46327

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
73057B	腹腔鏡左半結腸切除術 Laparoscopic left hemicolectomy 註：執行「機械手臂輔助左半結腸切除術」須符合下列規範： <u>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u> <u>(1)具有大腸直腸外科專科醫師資格。</u> (2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證<u>(包括系統練習或操作達二十小時)</u>。 (3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。		v	v	v	46327
73045B	經腹腔鏡右側大腸切除術加吻合術 Laparoscopic right colectomy and anastomosis 註：執行「機械手臂輔助右側大腸切除術加吻合術」須符合下列規範： <u>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u> <u>(1)具有大腸直腸外科專科醫師資格。</u> (2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證<u>(包括系統練習或操作達二十小時)</u>。 (3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。		v	v	v	40409
73046B 73048B	經腹腔鏡乙狀結腸切除術加吻合術 Laparoscopic Anterior resection and anastomosis (sigmoid colon resection) － 良性 benign － 惡性 malignant 註：執行「機械手臂輔助乙狀結腸切除術加吻合術-良性」、「機械手臂輔助乙狀結腸切除術加吻合術-惡性」須符合下列規範： <u>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u> <u>(1)具有大腸直腸外科專科醫師資格。</u>		v v	v v	v v	30394 38097

73045B	經腹腔鏡右側大腸切除術加吻合術 Laparoscopic right colectomy and anastomosis 註：執行「機械手臂輔助右側大腸切除術加吻合術」，須符合下列規範： <u>1.醫師資格：</u> <u>(1)具機械手臂輔助手術系統「大腸直腸外科」認證學會認證醫師資格。</u> <u>(2)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。		v	v	v	40409
73046B 73048B	經腹腔鏡乙狀結腸切除術加吻合術 Laparoscopic Anterior resection and anastomosis (sigmoid colon resection) — 良性 benign — 惡性 malignant 註：執行「機械手臂輔助乙狀結腸切除術加吻合術-良性」、「機械手臂輔助乙狀結腸切除術加吻合術-惡性」，須符合下列規範： <u>1.醫師資格：</u> <u>(1)具機械手臂輔助手術系統「大腸直腸外科」認證學會認證醫師資格。</u> <u>(2)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，分別比照 73046B、73048B 申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。		v v	v v	v v	30394 38097
74221B	腹腔鏡低前位直腸切除術 Laparoscopic low anterior resection of rectum 註： 1.本項不含加做之大腸或小腸造口（not including colostomy or ileostomy）。 2.執行「機械手臂輔助低前位直腸切除術」，其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。 <u>3.執行機械手臂輔助手術者，須符合下列專科別及執行醫師訓練規範：</u> <u>(1)具有大腸直腸外科專科醫師資格。</u> (2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。 (3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 4.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。		v	v	v	63767
74224B	腹腔鏡腹部會陰聯合切除術 Laparoscopic combined abdominoperineal resection 註：執行「機械手臂輔助直腸癌腹部會陰聯合切除術」須符合下列規範： <u>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u> <u>(1)具有大腸直腸外科專科醫師資格。</u> (2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。 (3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。		v	v	v	58927
74221B	腹腔鏡低前位直腸切除術 Laparoscopic low anterior resection of rectum 註： 1.本項不含加做之大腸或小腸造口（not including colostomy or ileostomy）。 2.執行「機械手臂輔助低前位直腸切除術」，須符合下列規範： <u>(1)醫師資格：</u> <u>A.具機械手臂輔助手術系統「大腸直腸外科」認證學會認證醫師資格。</u> <u>B.前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> <u>(2)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u> <u>(3)其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。</u>		v	v	v	63767

第十一項 肝、膽、胰 (75001-75034、75201-75222、75401-75430)

74224B	腹腔鏡腹部會陰聯合切除術 Laparoscopic combined abdominoperineal resection 註：執行「機械手臂輔助直腸癌腹部會陰聯合切除術」，須符合下列規範： <u>1.醫師資格：</u> <u>(1)具機械手臂輔助手術系統「大腸直腸外科」認證學會認證醫師資格。</u> <u>(2)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。	v	v	v	58927
--------	---	---	---	---	-------

第十一項 肝、膽、胰 (75001-75034、75201-75222、75401-75430)

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
75025B	腹腔鏡肝部分切除術 Laparoscopic liver resection - partial hepatectomy 註：執行「機械手臂輔助肝部分切除術」， <u>須符合下列規範：</u> <u>1.醫師資格：</u> <u>(1)具機械手臂輔助手術系統「消化外科」認證學會認證醫師資格。</u> <u>(2)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。		v	v	v	38161
75026B	腹腔鏡肝區域切除術 Laparoscopic liver resection — 一區域 one segment		v	v	v	50722
75027B	— 二區域 two segments		v	v	v	54799
75028B	— 三區域 three segments <u>註：</u> 執行「機械手臂輔助肝區域切除術（一區域/二區域/三區域）」， <u>須符合下列規範：</u> <u>1.醫師資格：</u> <u>(1)具機械手臂輔助手術系統「消化外科」認證學會認證醫師資格。</u> <u>(2)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後		v	v	v	84096

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
75025B	腹腔鏡肝部分切除術 Laparoscopic liver resection - partial hepatectomy 註： 1.執行「機械手臂輔助肝部分切除術」，其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。 <u>2.執行機械手臂輔助手術者，須符合下列專科別及執行醫師訓練規範：</u> <u>(1)具有消化系外科專科醫師資格。</u> (2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證 <u>(包括系統練習或操作達二十小時)。</u> (3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 3.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。		v	v	v	38161
75026B	腹腔鏡肝區域切除術 Laparoscopic liver resection — 一區域 one segment		v	v	v	50722
75027B	— 二區域 two segments		v	v	v	54799
75028B	— 三區域 three segments 1.執行「機械手臂輔助肝區域切除術（一區域/二區域/三區域）」，其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。 <u>2.執行機械手臂輔助手術者，須符合下列專科別及執行醫師訓練規範：</u> <u>(1)具有消化系外科專科醫師資格。</u> (2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證 <u>(包括系統練習或操作達二十小時)。</u> (3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 3.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。		v	v	v	84096
75030B	腹腔鏡右肝葉切除術 Laparoscopic liver resection - right lobectomy 註： 1.執行「機械手臂輔助右肝葉切除術」，其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。 <u>2.執行機械手臂輔助手術者，須符合下列專科別及執行醫師訓練規範：</u> <u>(1)具有消化系外科專科醫師資格。</u> (2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證 <u>(包括系統練習或操作達二十小時)。</u> (3)前述核發認證單位應檢附認證計畫		v	v	v	70844

[illegible]

	(2)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。									書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 3.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。					
75034B	腹腔鏡活體捐肝摘取 Laparoscopic living donor hepatectomy 註： 1.不得加計急診加成。 2.執行「機械手臂輔助肝臟移植—活體捐肝摘取」，須符合下列規範： (1)醫師資格： <u>A.具機械手臂輔助手術系統「消化外科」認證學會認證醫師資格。</u> <u>B.前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> (2)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 (3)其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。	v	v	v						75034B 腹腔鏡活體捐肝摘取 Laparoscopic living donor hepatectomy 註： 1.不得加計急診加成。 2.執行「機械手臂輔助肝臟移植—活體捐肝摘取」，其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。 <u>執行機械手臂輔助手術者須符合下列專科別及執行醫師訓練規範：</u> (1) <u>具有消化系外科專科</u> 醫師資格。 (2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(<u>包括系統練習或操作達二十小時</u>)。 (3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 4.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。	v	v	v		90483
75219B	腹腔鏡總膽管空腸吻合術 Laparoscopic choledochojejunostomy 註：執行「機械手臂輔助總膽管空腸吻合術」，須符合下列規範： 1.醫師資格： (1)具機械手臂輔助手術系統「 <u>消化外科</u> 」認證學會認證醫師資格。 (2)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。	v	v	v						75219B 腹腔鏡總膽管空腸吻合術 Laparoscopic choledochojejunostomy 註：執行「機械手臂輔助總膽管空腸吻合術」須符合下列規範： <u>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u> (1) <u>具有外科、消化外科專科醫師資格。</u> (2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(<u>包括系統練習或操作達二十小時</u>)。 (3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。	v	v	v		27927
75220B	腹腔鏡總膽管切開摘石術（無或有T型管引流） Laparoscopic choledocholithotomy with/without placement of T-tube 註：執行「機械手臂輔助總膽管切開摘石術(無或有T型管引流)」，須符合下列規範： 1.醫師資格： (1)具機械手臂輔助手術系統「 <u>消化外科</u> 」認證學會認證醫師資格。 (2)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報	v	v	v						75220B 腹腔鏡總膽管切開摘石術（無或有T型管引流） Laparoscopic choledocholithotomy with/without placement of T-tube 註：執行「機械手臂輔助總膽管切開摘石術(無或有T型管引流)」須符合下列規範： <u>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u> (1) <u>具有外科、消化外科專科醫師資格。</u> (2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(<u>包括系統練習或操作達二十小時</u>)。 (3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。	v	v	v		27824

[illegible]

[illegible]

	證培訓機構證明)予保險人審核通過。 (2) 執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 (3) 其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。				
75430B	腹腔鏡Whipple氏胰、十二指腸切除術(幽門保留) Laparoscopic pancreatico-duodenectomy,Whipple type,with reconstruction (pylorus- preserving) 註：執行「機械手臂輔助Whipple氏胰、十二指腸切除術-幽門保留式」， 須符合下列規範： 1.醫師資格： (1) 具機械手臂輔助手術系統「 消化外科 」 認證學會認證醫師資格 。 (2) 前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 2. 執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3. 其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。	v	v	v	105087

第十二項 泌尿及男性生殖
一、腎臟 Kidney (76001-76037)

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
76037B	腹腔鏡根治性腎切除術 Laparoscopic radical nephrectomy 註：執行「機械手臂輔助根治性腎切除術」， 須符合下列規範： 1.醫師資格： (1) 具機械手臂輔助手術系統「 泌尿科 」 認證學會認證醫師資格 。 (2) 前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付;惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳,可檢具理由後補登錄。		v	v	v	46385
76030B	(後)腹腔鏡腎臟輸尿管切除術(Retroperitoneoscopy) Laparoscopy,Nephroureterectomy 註：執行「機械手臂輔助腎臟輸尿管切除術」， 須符合下列規範： 1.醫師資格： (1) 具機械手臂輔助手術系統「 泌尿科 」 認證學會認證醫師資格 。 (2) 前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認		v	v	v	35790

	書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 3.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。				
75427B	腹腔鏡胰十二指腸切除術 Laparoscopic pancreatico-duodenectomy,Whipple type,with reconstruction (including partial gastrectomy) 註： 1.包括部分胃切除(Including Partial Gastrectomy)。 2.執行「機械手臂輔助 Whipple 氏胰、十二指腸切除術」，其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。 3.執行機械手臂輔助手術者，須符合下列專科別及執行醫師訓練規範： (1)具有消化系外科專科醫師資格。 (2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。 (3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 4.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。	v	v	v	105087
75430B	腹腔鏡Whipple氏胰、十二指腸切除術(幽門保留) Laparoscopic pancreatico-duodenectomy,Whipple type,with reconstruction (pylorus- preserving) 註： 1.執行「機械手臂輔助 Whipple 氏胰、十二指腸切除術-幽門保留式」，其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。 2.執行機械手臂輔助手術者，須符合下列專科別及執行醫師訓練規範： (1)具有消化系外科專科醫師資格。 (2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證(包括系統練習或操作達二十小時)。 (3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 3.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。	v	v	v	105087

第十二項 泌尿及男性生殖
一、腎臟 Kidney (76001-76037)

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
76037B	腹腔鏡根治性腎切除術 Laparoscopic radical nephrectomy 註：執行「機械手臂輔助根治性腎切除術」 須符合下列規範： 1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓		v	v	v	46385

[illegible]

	在規定期限內完成上傳,可檢具理由後補登錄。				
78051B	腹腔鏡膀胱全切除術及骨盆腔淋巴切除術合併雙側輸尿管迴腸經皮分流術 Laparoscopic radical cystectomy with pelvis LND with ileal conduit 註：執行「機械手臂輔助膀胱全切除術及骨盆腔淋巴切除術合併雙側輸尿管迴腸經皮分流術」,須符合下列規範： <u>1.醫師資格：</u> <u>(1)具機械手臂輔助手術系統「泌尿科」認證學會認證醫師資格。</u> <u>(2)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊,未上傳者本項不予支付;惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳,可檢具理由後補登錄。	v	v	v	65785

十、前列腺 Prostate (79401-79417)

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
79417B	腹腔鏡攝護腺癌根治性攝護腺切除術併雙側骨盆腔淋巴切除術 Laparoscopic Radical prostatectomy with bilateral pelvic lymph node dissection 註：執行「機械手臂輔助根治性前列腺切除術」,須符合下列規範： <u>1.醫師資格：</u> <u>(1)具機械手臂輔助手術系統「泌尿科」認證學會認證醫師資格。</u> <u>(2)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> <u>2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。</u> <u>3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並應於申報費用後二個月內上傳手術相關資訊,未上傳者本項不予支付;惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳,可檢具理由後補登錄。</u>		v	v	v	46756

第十三項 女性生殖
二、外陰及陰道口 Vulva & Introitus (79801-79810)

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
79808C	<u>陰道前</u> 膜切開術 Hymenotomy	v	v	v	v	597

三、陰道 Vagina (80001-80038)

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
80031C	腹腔鏡式骨盆腔子宮內膜異位症電燒及切除 — 重度：子宮內膜異位症分級指數大於四十分。	v	v	v	v	18507

	腎臟腫瘤，符合下列任一條件且須事前審查： A.符合影像學上腫瘤大於四公分或有出血疑慮。 B.單一腎臟或腎功能不全，需接受部分腎切除者。				
--	---	--	--	--	--

三、膀胱 Bladder (78001-78051)

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
78050B	腹腔鏡膀胱全切除術合併骨盆腔淋巴切除術合併正位新膀胱重建 Laparoscopic Cystectomy with pelvis LND with orthotopic neo-bladder reconstruction 註：執行「機械手臂輔助膀胱全切除術合併骨盆腔淋巴切除術合併正位新膀胱重建」須符合下列規範： <u>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u> <u>(1)具有泌尿科專科醫師資格。</u> (2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證 <u>(包括系統練習或操作達二十小時)</u> 。 (3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊,未上傳者本項不予支付;惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳,可檢具理由後補登錄。		v	v	v	65785
78051B	腹腔鏡膀胱全切除術及骨盆腔淋巴切除術合併雙側輸尿管迴腸經皮分流術 Laparoscopic radical cystectomy with pelvis LND with ileal conduit 註：執行「機械手臂輔助膀胱全切除術及骨盆腔淋巴切除術合併雙側輸尿管迴腸經皮分流術」須符合下列規範： <u>1.須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u> <u>(1)具有泌尿科專科醫師資格。</u> (2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證 <u>(包括系統練習或操作達二十小時)</u> 。 (3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊,未上傳者本項不予支付;惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳,可檢具理由後補登錄。		v	v	v	65785

十、前列腺 Prostate (79401-79417)

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
79417B	腹腔鏡攝護腺癌根治性攝護腺切除術併		v	v	v	46756

	Laparoscopic fulguration or excision of pelvic endometriosis — Severe 註： 1.子宮內膜異位症分級指數依照美國不孕症醫學會一九八五年之分級標準。 2.執行「機械手臂輔助骨盆腔子宮內膜異位症切除術(重度)」，須符合下列規範： <u>(1)醫師資格：</u> <u>A.具機械手臂輔助手術系統「婦科」認證學會認證醫師資格。</u> <u>B.前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> (2)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 (3)其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。					
80025B	腹腔鏡陰道懸吊術 Laparoscopic colpopexy 註：執行「機械手臂輔助陰道懸吊術」，須符合下列規範： <u>1.醫師資格：</u> <u>(1)具機械手臂輔助手術系統「婦科」、「泌尿科」認證學會認證醫師資格。</u> <u>(2)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> 2.執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 3.其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。		v	v	v	15801
五、子宮體 Corpus Uteri (80401-80430)						
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
80429B	腹腔鏡子宮頸癌全子宮根除術 Laparoscopic radical hysterectomy for cervical cancer 註： 1.不含淋巴結切除。 2.執行「機械手臂輔助子宮頸癌全子宮根除術」，須符合下列規範： <u>(1)醫師資格：</u> <u>A.具機械手臂輔助手術系統「婦科」認證學會認證醫師資格。</u> <u>B.前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。</u> (2)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 (3)其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。		v	v	v	48183

	雙側骨盆腔淋巴切除術 Laparoscopic Radical prostatectomy with bilateral pelvic lymph node dissection 註： 1.執行「機械手臂輔助根治性前列腺切除術」，其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並應於申報費用後二個月內上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。 <u>2.執行機械手臂輔助手術者，須符合下列專科別及執行醫師訓練規範：</u> <u>(1)具有泌尿科專科醫師資格。</u> (2)具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證 <u>(包括系統練習或操作達二十小時)</u> 。 (3)前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 (4)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。					
第十三項 女性生殖						
二、外陰及陰道口 Vulva & Introitus (79801-79810)						
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
79808C	處女膜切開術 Hymenotomy	v	v	v	v	597
三、陰道 Vagina (80001-80038)						
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
80031C	腹腔鏡式骨盆腔子宮內膜異位症電燒及切除 — 重度：子宮內膜異位症分級指數大於四十分。 Laparoscopic fulguration or excision of pelvic endometriosis — Severe 註： 1.子宮內膜異位症分級指數依照美國不孕症醫學會一九八五年之分級標準。 2.執行「機械手臂輔助骨盆腔子宮內膜異位症切除術(重度)」須符合下列規範： <u>(1)須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u> <u>A.具有婦產科專科醫師資格。</u> B.具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證 <u>(包括系統練習或操作達二十小時)</u> 。 C.前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 (2)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 (3)其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。	v	v	v	v	18507
80025B	腹腔鏡陰道懸吊術 Laparoscopic colpopexy 註：執行「機械手臂輔助陰道懸吊術」須符合下列規範：		v	v	v	15801

[illegible]

[illegible]

						須符合下列規範： <u>(1)須符合下列專科別限制及執行醫師訓練規範：</u> <u>A.具有婦產科專科醫師資格。</u> B.具機械手臂輔助手術系統訓練資格醫師認證 <u>(包括系統練習或操作達二十小時)</u> 。 C.前述核發認證單位應檢附認證計畫書(須檢附訓練課程、認證方式及認證培訓機構證明)予保險人審核通過。 (2)執行手術之醫師名單應報經保險人核定。 (3)其手術費按保險人規範之未列項申報方式辦理，比照本項申報，並於申報費用後二個月內應上傳手術相關資訊，未上傳者本項不予支付；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳，可檢具理由後補登錄。											
第十節 麻醉費 (96000-96030)						第十節 麻醉費 (96000-96030)						修正					
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	96017C 「半開放式或半閉鎖式面罩吸入全身麻醉法—未滿二小時」等八項支付規範增列發展遲緩兒童及酌作文字修正。			
96017C	半開放式或半閉鎖式面罩吸入全身麻醉法 Semi-opened or semi-closed mask Inhalation general anesthesia — 未滿二小時 under 2 hours	v	v	v	v	3582	96017C	半開放式或半閉鎖式面罩吸入全身麻醉法 Semi-opened or semi-closed mask Inhalation general anesthesia — 未滿二小時 under 2 hours	v	v	v	v	3582				
96018C	— 二小時至四小時，每增加三十分鐘 2-4 hours,each 30 minutes added	v	v	v	v	895	96018C	— 二小時至四小時，每增加三十分鐘 2-4 hours,each 30 minutes added	v	v	v	v	895				
96019C	— 四小時以上，每增加三十分鐘 over 4 hours,each 30 minutes added 註： 1.限麻醉科專科醫師施行。 2.牙科施行本項目須符合下列情況： (1)施行口腔顎面外科開刀房手術。 (2)智能障礙、自閉症、發展遲緩兒童及重度以上身心障礙病人。 (3)兒童罹患全身性重大傷病或極端不合作，恐懼或焦慮，罹患廣泛牙疾（含阻生齒）且無法獲得良好門診治療，經行為控制無效，無法施行局部麻醉，須以全身麻醉進行牙科治療者，須事前專案向保險人申請。	v	v	v	v	1119	96019C	— 四小時以上，每增加三十分鐘 over 4 hours,each 30 minutes added 註： 1.限麻醉科專科醫師施行。 2.牙科施行本項目須符合下列情況： (1)施行口腔顎面外科開刀房手術。 (2)智障、自閉症、重度以上身心障礙病患。 (3)兒童罹患全身性重大傷病或極端不合作，恐懼或焦慮，罹患廣泛的牙疾（含阻生齒）且無法獲得良好的門診治療，經行為控制無效，無法施行局部麻醉，須以全身麻醉進行牙科治療者，須事前專案向保險人申請。	v	v	v	v	1119				
96020C	半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法 Semi-closed or closed-circulative intratracheal intubation general anesthesia — 未滿二小時 under 2 hours	v	v	v	v	3917	96020C	半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法 Semi-closed or closed-circulative intratracheal intubation general anesthesia — 未滿二小時 under 2 hours	v	v	v	v	3917				
96029C	— 未滿二小時-以影像導引氣管內插管-疑似或確診空氣或飛沫傳染性疾病	v	v	v	v	5155	96029C	— 未滿二小時-以影像導引氣管內插管-疑似或確診空氣或飛沫傳染性疾病	v	v	v	v	5155				
96030C	— 未滿二小時-以影像導引氣管內插管-困難氣道或緊急狀況	v	v	v	v	4597	96030C	— 未滿二小時-以影像導引氣管內插管-困難氣道或緊急狀況	v	v	v	v	4597				
96021C	— 二小時至四小時，每增加三十分鐘 2-4 hours,each 30 minutes added	v	v	v	v	895	96021C	— 二小時至四小時，每增加三十分鐘 2-4 hours,each 30 minutes added	v	v	v	v	895				
96022C	— 超過四小時，每增加三十分鐘 over 4 hours,each 30 minutes added 註： 1.限麻醉科專科醫師施行。 2.牙科施行「半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法」須符合下列情況： (1)施行口腔顎面外科開刀房手術。 (2)智能障礙、自閉症、發展遲緩兒童及重度以上身心障礙病人。 (3)兒童罹患全身性重大傷病或極端不合作，恐懼或焦慮，罹患廣泛牙疾（含阻生齒）且無法獲得良好門診治療，經行為控制無效，無法施行局	v	v	v	v	1119	96022C	— 超過四小時，每增加三十分鐘 over 4 hours,each 30 minutes added 註： 1.限麻醉科專科醫師施行。 2.牙科施行「半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法」須符合下列情況： (1)施行口腔顎面外科開刀房手術。 (2)智障、自閉症、重度以上身心障礙病人。 (3)兒童罹患全身性重大傷病或極端不合作，恐懼或焦慮，罹患廣泛的牙疾（含阻生齒）且無法獲得良好的門診治療，經行為控制無效，無法施行	v	v	v	v	1119				

	部麻醉，須以全身麻醉進行牙科治療者，須事前專案向保險人申請。 3.96020C 不得同時申報 96029C、96030C。 4.96029C 適應症： (1)疑似或確診空氣或飛沫傳染法定傳染病、疑似或確診空氣或飛沫傳染其他傳染病。 (2)兒童(未滿十九歲)符合下列任一情形： A.困難氣道：頭頸部癌症、甲狀腺癌/副甲狀腺癌、氣道狹窄、頸椎骨關節相關的病變或處置、重大頭頸部外傷、張口困難、肥胖。 B.緊急狀況：心跳停止及呼吸窘迫之緊急插管。 (3)不得同時申報96020C、96030C。 5.96029C 內含一般材料費、「甦醒球」及「單次拋棄式影像喉頭鏡葉片」。 6.96030C適應症： (1)成人(十九歲以上)符合下列任一情形： A.困難氣道：頭頸部癌症、甲狀腺癌/副甲狀腺癌、氣道狹窄、頸椎骨關節相關病變或處置、重大頭頸部外傷、張口困難、肥胖。 B.緊急狀況：心跳停止及呼吸窘迫之緊急插管。 (2)不得同時申報96020C、96029C。																			
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：							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：							修正通則 四規範： 「四歲以下嬰幼兒齲齒防治服務」(就醫年月減出生年月至五歲(六十個月)以下。						

(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、「五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六十個月)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、「高齡病人根管治療難症處理」：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。 六、醫事服務機構實施牙醫門診診療項目，其申報點數依「相對合理門診點數給付原則」(附表 3.3.3)辦理核付。 七、牙周炎病人收取自費規範： (一)牙周炎病人治療過程中，醫師若因病人病情特殊需要，應向其詳述理由，經病人同意並簽署自費同意書後，除下列項目及本法第五十一條所定不列入本保險給付範圍項目外，不得再自立名目向病人收取自費；本項自費項目之收費標準，應報請地方主管機關核定： 1.牙周抗生素凝膠、牙周消炎凝膠（激進型牙周病病人及頑固型牙周病病人適用）。 2.因美容目的而作的牙周整形手術。 3.牙周組織引導再生手術(含骨粉、再生膜)。 4.牙周去敏感治療(排除頭頸部腫瘤電療後病人)。 (二)違反前項規定者，依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第十三條規定辦理外，並自保險人分區業務組通知日之次月起一年內，不得再申報本部第五章「牙周病統合治療方案」相關費用。 八、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 及 B6)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。 九、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。	(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。 六、醫事服務機構實施牙醫門診診療項目，其申報點數依「相對合理門診點數給付原則」(附表 3.3.3)辦理核付。 七、牙周炎病人收取自費規範： (一)牙周炎病人治療過程中，醫師若因病人病情特殊需要，應向其詳述理由，經病人同意並簽署自費同意書後，除下列項目及本法第五十一條所定不列入本保險給付範圍項目外，不得再自立名目向病人收取自費；本項自費項目之收費標準，應報請地方主管機關核定： 1.牙周抗生素凝膠、牙周消炎凝膠（激進型牙周病患者及頑固型牙周病患者適用）。 2.因美容目的而作的牙周整形手術。 3.牙周組織引導再生手術(含骨粉、再生膜)。 4.牙周去敏感治療(排除頭頸部腫瘤電療後病人)。 (二)違反前項規定者，依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第十三條規定辦理外，並自保險人分區業務組通知日之次月起一年內，不得再申報本部第五章「牙周病統合治療方案」相關費用。 八、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 及 B6)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脸部創傷處理(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。 九、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。												
第三章 牙科處置及手術 Dental Treatment & operation						第三章 牙科處置及手術 Dental Treatment & operation						修正 89001C 「銀粉充填一單面」等十二項支付規範增列不得同時申報項目。	
第一節 牙體復形 Operative Dentistry (89001-89015，89088，89101-89115)						第一節 牙體復形 Operative Dentistry (89001-89015，89088，89101-89115)							
編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
89001C	銀粉充填 Amalgam restoration						89001C	銀粉充填 Amalgam restoration					
	— 單面 single surface	v	v	v	v	450		— 單面 single surface	v	v	v	v	450
89002C	— 雙面 two surfaces	v	v	v	v	600	89002C	— 雙面 two surfaces	v	v	v	v	600
89003C	— 三面 three surfaces	v	v	v	v	750	89003C	— 三面 three surfaces	v	v	v	v	750
	註：							註：					
	1.同類牙申報銀粉充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C～89005C，89008C～89012C，89014C～89015C， 89204C~89205C ， 89208C~89210C ， 89212C，89214C~89215C)費用，以同							1.同類牙申報銀粉充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C～89005C，89008C～89012C，89014C～89015C)費用，以同一院所為限。					
								2.應於病歷詳列充填牙面部位。					

[illegible]

	之再填補，皆不得再申報充填(89001C～89005C，89008C～89012C，89014C～89015C， 89204C~89205C ， 89208C~89210C ， 89212C ， 89214C~89215C)費用，以同一院所為限。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。							填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C～89005C，89008C～89012C，89014C～89015C)費用，以同一院所為限。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.充填牙面部位應包含雙鄰接面(Mesial, M; Distal, D)及咬合面(Occlusal, O)。						
89015C	後牙雙鄰接面複合樹脂充填 Composite resin restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in posterior teeth 註： 1.同類牙申報後牙雙鄰接面複合樹脂充填，乳牙一年、恆牙一年半內，不論任何原因，所做任何形式（窩洞及材質）之再填補，皆不得再申報充填(89001C～89005C，89008C～89012C，89014C～89015C， 89204C~89205C ， 89208C~89210C ， 89212C ， 89214C~89215C)費用，以同一院所為限。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.充填牙面部位應包含雙鄰接面(Mesial, M; Distal, D)及咬合面(Occlusal, O)。	v	v	v	v		1450							
第二節 根管治療 Endodontics (90001-90020，90088，90091-90098，90112，P7303)														
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
90001C	恆牙根管治療（單根） Endodontic treatment of a permanent tooth with single root canal	v	v	v	v		1240	90001C	恆牙根管治療（單根） Endodontic treatment of a permanent tooth with single root canal	v	v	v	v	1210
90002C	恆牙根管治療（雙根） Endodontic treatment of a permanent tooth with two root canals	v	v	v	v		2440	90002C	恆牙根管治療（雙根） Endodontic treatment of a permanent tooth with two root canals	v	v	v	v	2410
90003C	恆牙根管治療（三根） Endodontic treatment of a permanent tooth with three root canals	v	v	v	v		4290	90003C	恆牙根管治療（三根） Endodontic treatment of a permanent tooth with three root canals	v	v	v	v	3610
90019C	恆牙根管治療（四根） Endodontic treatment of a permanent tooth with four root canals	v	v	v	v		5720	90019C	恆牙根管治療（四根） Endodontic treatment of a permanent tooth with four root canals	v	v	v	v	4810
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		7130	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	6010
90005C	乳牙斷髓處理 Pulpotomy of primary tooth 註： 1.需附治療前X光片以為審核（X光片費用已內含）。 2.六十天內，不得再申報90015C。 3.麻醉費用內含。	v	v	v	v		830	90005C	乳牙斷髓處理 Pulpotomy of primary tooth 註： 1.需附治療前X光片以為審核（X光片費用已內含）。 2.六十天內，不得再申報90015C。 3.麻醉費用內含。	v	v	v	v	800
第二節 根管治療 Endodontics (90001-90020，90088，90091-90098，90112，P7303)														
														修正 90001C 「恆牙根管治療(單根)」等十項調升支付點數或支付規範。

90015C	根管開擴及清創 Access cavity preparation, cleaning and shaping of the root canal system 註： 1.單獨申報此費用時，需檢附未完成充填前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」之適用對象不在此限。 2.已申報斷髓處理，六十天內不得再申報此項費用。 3.六十天內不得重覆申報。 4.本項目X光片費用已內含。 5.麻醉費用內含。	v	v	v	v	630	90015C	根管開擴及清創 Access cavity preparation, cleaning and shaping of the root canal system 註： 1.單獨申報此費用時，需檢附未完成充填前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」之適用對象不在此限。 2.已申報斷髓處理，六十天內不得再申報此項費用。 3.六十天內不得重覆申報。 4.本項目X光片費用已內含。 5.麻醉費用內含。	v	v	v	v	600		
90016C	乳牙根管治療 Endodontic treatment of primary tooth 註： 1.本項費用包括X光費用、局部麻醉、拔髓治療、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(如已申報90005C，六十天內不得再併加90015C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，如情況特殊無法配合，得不在此限，但應於病歷詳細記錄原因。 4.九十天內不得重複申報。	v	v	v	v	1040	90016C	乳牙根管治療 Endodontic treatment of primary tooth 註： 1.本項費用包括X光費用、局部麻醉、拔髓治療、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(如已申報90005C，六十天內不得再併加90015C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，如情況特殊無法配合，得不在此限，但應於病歷詳細記錄原因。 4.九十天內不得重複申報。	v	v	v	v	1010		
90018C	乳牙多根管治療 Endodontic treatment of a primary tooth with multiple canal 註： 1.本項費用包括X光費用、局部麻醉、拔髓治療、根管沖洗、換藥、擴大及根管充填或其他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(如已申報90005C，六十天內不得再併加90015C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，如情況特殊無法配合，得不在此限，但應於病歷詳細記錄原因。 4.九十天內不得重複申報。	v	v	v	v	1720	90018C	乳牙多根管治療 Endodontic treatment of a primary tooth with multiple canal 註： 1.本項費用包括X光費用、局部麻醉、拔髓治療、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(如已申報90005C，六十天內不得再併加90015C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，如情況特殊無法配合，得不在此限，但應於病歷詳細記錄原因。 4.九十天內不得重複申報。	v	v	v	v	1690		
90021C	特殊狀況—保護性肢體制約 Protective physical restraint for patients with special needs 註： 1.治療需使用束縛帶於身心障礙者之四肢以防止躁動。 2.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」自閉症、失智症及中度以上適用對象之牙醫醫療服務申報。 3.須檢附病人或監護人同意書及接受治療病人使用束縛帶之診療照片一張。	v	v	v	v	300	90021C	特殊狀況—保護性肢體制約 Protective physical restraint for patients with special needs 註： 1.治療需使用束縛帶於身心障礙者的四肢以防止躁動。 2.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」中度以上適用對象之牙醫醫療服務申報。 3.須檢附病患或監護人同意書及接受治療患者使用束縛帶的診療照片乙張。	v	v	v	v	300		
第三節 牙周病學 Periodontics (101-91020，91088-91091，91103-91104，91114)							第三節 牙周病學 Periodontics (91001-91020，91088-91091，91103-91104，91114)							一、修正91009B 「牙周骨膜翻開術—局部」等五項調升支付點數。 二、修正91103C 「特殊狀	
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		
91009B	牙周骨膜翻開術 Periodontal flap operation — 局部 Localized (牙周囊袋 5mm以上 三齒以內)		v	v	v	4530	91009B	牙周骨膜翻開術 Periodontal flap operation — 局部 Localized (牙周囊袋 5mm以上 三齒以內)		v	v	v	4500		

91010B	— 三分之一顎 1/3 arch (牙周囊袋 5mm以上 四齒至六齒) 註： 1.申報費用應註明囊袋深度紀錄之病歷影本及治療前之X光片（限咬翼片或根尖片）。 2.費用包括手術費、X光檢查、局部麻醉、牙周敷料、拆線及十四天內之術後診察、處置費用。 3.以「區域」方式申報，如有跨相鄰區域，需治療之牙齒為三齒以內，擇一區域申報。同區域二年內不得重複申報，且應檢附二年內牙科完整病歷並附牙周手術同意書(參考格式附表3.3.2)。 4.牙周骨膜翻開術(91009B-91010B)囊袋紀錄表應以每顆牙六個測量部位為準。所需時間分別為四十分鐘及六十分鐘。	v	v	v	7530
91011C	牙齦切除術 Gingivectomy — 局部 Localized (三齒以內)	v	v	v	940
91012C	— 三分之一顎 1/3 arch 註： 1.包括牙齦修整術(Gingivoplasty)在內。 2.需附牙周囊袋紀錄，每顆應詳細記載六個測量部位，其中至少一個測量部位為5mm以上。 3.局部麻醉費用已內含。	v	v	v	1540
91013C	牙齦切除術 Gingivectomy for endodontic or restorative purposes 施行根管治療或牙體復形時，所需之牙齦切除術 註： 1.不得同時申報 91011C及 91012C。 2.應與根管治療或牙體復形合併申報。 3.局部麻醉費用已內含。 4.以合併之主處置齒位申報。	v	v	v	360
91103C	特殊狀況牙結石清除 Scaling for patients with special needs -局部 Localized	v	v	v	165
91104C	-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.自閉症、失智症及重度以上病人每六十天得申報一次。 4.九十天內(自閉症、失智症及重度以上六十天內)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(自閉症、失智症及重度以上六十天內)不得再申報 91003C、91004C、91005C、91017C、91089C及91090C。 6.四十歲以上病人，本項另得加計百分之九點一。	v	v	v	660
91114C	特殊牙周暨齲齒控制基本處置 Plaque control for patients with special needs 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.牙菌斑偵測及去除維護教導。 3.九十天可申報一次。	v	v	v	250

91010B	— 三分之一顎 1/3 arch (牙周囊袋 5mm以上 四至六齒) 註： 1.申報費用應註明囊袋深度紀錄之病歷影本及治療前之X光片（限咬翼片或根尖片）。 2.費用包括手術費、X光檢查、局部麻醉、牙周敷料、拆線及十四天內之術後診察、處置費用。 3.以「區域」方式申報，如有跨相鄰區域，需治療之牙齒為三齒以內，擇一區域申報。同區域二年內不得重複申報，且應檢附二年內牙科完整病歷並附牙周手術同意書(參考格式附表3.3.2)。 4.牙周骨膜翻開術(91009B-91010B)囊袋紀錄表應以每顆牙六個測量部位為準。所需時間分別為四十分鐘及六十分鐘。	v	v	v	7500
91011C	牙齦切除術 Gingivectomy — 局部 Localized (三齒以內)	v	v	v	910
91012C	— 三分之一顎 1/3 arch 註： 1.包括牙齦修整術(Gingivoplasty)在內。 2.需附牙周囊袋記錄，每顆應詳細記載六個測量部位，其中至少一個測量部位為5mm以上。 3.局部麻醉費用已內含。	v	v	v	1510
91013C	牙齦切除術 Gingivectomy for endodontic or restorative purposes 施行根管治療或牙體復形時，所需之牙齦切除術 註： 1.不得同時申報 91011C及 91012C。 2.應與根管治療或牙體復形合併申報。 3.局部麻醉費用已內含。 4.以合併之主處置齒位申報。	v	v	v	330
91103C	特殊狀況牙結石清除 Scaling for patients with special needs -局部 Localized	v	v	v	165
91104C	-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、91004C、91005C、91017C、91089C及91090C。 6.四十歲以上病人，本項另得加計百分之九點一。	v	v	v	660
91114C	特殊牙周暨齲齒控制基本處置 Plaque control for patients with special needs 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.牙菌斑偵測及去除維護教導。 3.九十天可申報一次。	v	v	v	250

況牙結石清除 - 局部」等七項支付規範。

[illegible]

	Alveoloplasty, involving more than 1/2 arch 註：需檢附術前X光片或照片以為審核（X光片、照片及局部麻醉費用已內含）。						
92043C	顳顎關節脫臼整復 Closed reduction of TMJ dislocation — 無固定 Without fixation 註：年度第一次可申報此項，第二次後只限申報92001C。	v	v	v	v	340	
92044B	— 有固定 With fixation 註： 1.申報費用應檢附手術 紀錄 。 2.本項目局部麻醉費用已內含。		v	v	v	2040	
92045B	自體牙齒移植 Tooth autotransplantation 註： 1.需檢附術前X光片以為審核（局部麻醉費用已內含）。 2.含拔牙至固定為止。		v	v	v	4050	
92050C	埋伏齒露出手術 Surgical exposure of impacted tooth 註： 1.限骨性埋伏齒即骨頭覆蓋三分之二以上者。 2.僅限永久齒，同顆處置以一次為限。 3.需檢附X光片以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。	v	v	v	v	1000	
92054B	軟性咬合器治療 Soft splint therapy 註： 1.半年內不得再申報此項。 2.含材料費。		v	v	v	1500	
92055C	乳牙拔除Primary tooth extration 註：本項目局部麻醉費用已內含。	v	v	v	v	290	
92067B	癌前病變軟組織切片 Incisional biopsy for precancerous lesion, soft tissue 註： 1.本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。 2.應附病理報告。		v	v	v	1840	
92068B	癌前病變硬組織切片 Incisional biopsy for precancerous lesion, hard tissue 註： 1.本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。 2.應附病理報告。		v	v	v	2540	
92071C	簡單性口內切開排膿 Simple intraoral incision & drainage 註： 1.腫脹區切開、沖洗，局部麻醉費用已內含。 2.限口腔內軟組織膿瘍申報。	v	v	v	v	240	
92089B	氟托(單顎) Fluoride tray/per jaw 註： 1.限頭頸部癌症病 人 放射性治療後施行申報。 2.需經印模後以乙烯-乙烯聚合醇共聚物(Ethylene-vinyl Copolymer)材質客製化氟托。 3. 半 年內不得重覆申報本項。		v	v	v	1500	
92092C	乳牙複雜性拔牙 Complex extraction of primary tooth 註： 1.限乳牙申報。 2.適應症包含： (1)全身性疾病(同 92014C 複雜性拔牙)。 (2)乳牙牙根大於二分之一。	v	v	v	v	590	

	Alveoloplasty, involving more than 1/2 arch 註：需檢附術前X光片或照片以為審核（X光片、照片及局部麻醉費用已內含）。						
92043C	顳顎關節脫臼整復 Closed reduction of TMJ dislocation — 無固定 Without fixation 註：年度第一次可申報此項，第二次後只限申報92001C。	v	v	v	v	310	
92044B	— 有固定 With fixation 註： 1.申報費用應檢附手術記錄。 2.本項目局部麻醉費用已內含。		v	v	v	2010	
92045B	自體牙齒移植 Tooth autotransplantation 註： 1.需檢附術前X光片以為審核（局部麻醉費用已內含）。 2.含拔牙至固定為止。		v	v	v	4020	
92050C	埋伏齒露出手術 Surgical exposure of impacted tooth 註： 1.限骨性埋伏齒即骨頭覆蓋三分之二以上者。 2.僅限永久齒，同顆處置以一次為限。 3.需檢附X光片以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。	v	v	v	v	970	
92054B	軟性咬合器治療 Soft splint therapy 註： 含材料費。		v	v	v	800	
92055C	乳牙拔除Primary tooth extration 註：本項目局部麻醉費用已內含。	v	v	v	v	260	
92067B	癌前病變軟組織切片 Incisional biopsy for precancerous lesion, soft tissue 註： 1.本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。 2.應附病理報告。		v	v	v	1810	
92068B	癌前病變硬組織切片 Incisional biopsy for precancerous lesion, hard tissue 註： 1.本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。 2.應附病理報告。		v	v	v	2510	
92071C	簡單性口內切開排膿 Simple intraoral incision & drainage 註： 1.腫脹區切開、沖洗，局部麻醉費用已內含。 2.限口腔內軟組織膿瘍申報。	v	v	v	v	210	
92089B	氟托(單顎) Fluoride tray/per jaw 註： 1.限頭頸部癌症病患放射性治療後施行申報。 2.需經印模後以乙烯-乙烯聚合醇共聚物(Ethylene-vinyl Copolymer)材質客製化氟托。 3.一年內不得重覆申報本項。		v	v	v	1500	
92092C	乳牙複雜性拔牙 Complex extraction of primary tooth 註： 1.限乳牙申報。 2.適應症包含： (1)全身性疾病(同 92014C 複雜性拔牙)。 (2)乳牙牙根大於二分之一。 (3)恆牙異位萌發造成乳牙無法正常換	v	v	v	v	560	

[illegible]

	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.限出院或急診後一百八十天內申報，同次住院或急診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。					
92131B	非齒源性口腔疼痛處置-初診 Evaluation of oral intractable disorders 註： 1.須檢附非齒源性口腔疼痛處置檢查表及以下任一項： (1)病理切片報告(二年內)。 (2)相關血液檢驗報告(二年內)。 (3)神經學檢查結果。 (4)憂鬱與焦慮評估表。 2.每一年限申報一次。 3.不得同時申報非特定局部治療(92001C)、特定局部治療(92066C)、口腔黏膜難症特別處置(92073C)。 4.本項限牙醫門診申報。 5.醫師資格： (1)除口腔病理科專科醫師外，申報本項須完成由中華民國口腔病理學會辦理之相關教育訓練。 (2)限經中華民國牙醫師公會全國聯合會審查後，報經保險人分區業務組核定之醫師申報。		v	v	v	1800
92132B	非齒源性口腔疼痛處置-複診 Control of oral intractable disorders 註： 1.須檢附非齒源性口腔疼痛處置檢查表及以下任一項： (1)病理切片報告(二年內)。 (2)相關血液檢驗報告(二年內)。 (3)神經學檢查結果。 (4)憂鬱與焦慮評估表。 2.三百六十天內不得申報超過二十四次。 3.不得同時申報非特定局部治療(92001C)、特定局部治療(92066C)、口腔黏膜難症特別處置(92073C)。 4.本項限牙醫門診申報。 5.醫師資格： (1)除口腔病理科專科醫師外，申報本項須完成由中華民國口腔病理學會辦理之相關教育訓練。 (2)限經中華民國牙醫師公會全國聯合會審查後，報經保險人分區業務組核定之醫師申報。		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
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
92020B	口內軟組織腫瘤切除 Excision of soft tissue tumor in oral cavity 註： 1.淋巴切除(lymphadectomy)比照申報。 2.本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。 3.應附病理報告。		v	v	v	1800
92034B	口竇瘻管／相通修補術 Repair oro-antral fistula or communication 註： 1.本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。 2.需檢附X光片或相片佐證。		v	v	v	5710
92056C	骨瘤切除術 Excision of Bone tumor, <1 cm 註： 1.需檢附X光片、病理檢查報告及手術記錄於病歷上以為審核(X光片及局部麻醉費用已內含)。 2.torus之切除應檢附術前照片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)舉證影響口腔功能。	v	v	v	v	5010
92057C	骨瘤切除術 Excision of Bone tumor, 1 cm≤Bone tumor≤2 cm 註： 1.需檢附X光片、病理檢查報告及手術記錄於病歷上以為審核(X光片及局部麻醉費用已內含)。	v	v	v	v	10010
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	v	v	v	v	2760

	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。						
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	4330	
92020B	口內軟組織腫瘤切除 Excision of soft tissue tumor in oral cavity 註： 1.淋巴切除(lymphadectomy)比照申報。 2.本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。 3.應附病理報告。		v	v	v	1830	
92034B	口竇瘻管／相通修補術 Repair oro-antral fistula or communication 註： 1.本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。 2.需檢附 X 光片或相片佐證。			v	v	5740	
92056C	骨瘤切除術 Excision of Bone tumor, < 1 cm 註： 1.需檢附 X 光片、病理檢查報告及手術 紀 錄於病歷上以為審核(X 光片及局部麻醉費用已內含)。 2.torus之切除應檢附術前照片(規格需為 3*5吋以上且可清晰判讀)舉證影響口腔功能。	v	v	v	v	5040	
92057C	骨瘤切除術 Excision of Bone tumor, 1 cm ≤ Bone tumor ≤ 2 cm 註： 1.需檢附 X 光片、病理檢查報告及手術 紀 錄於病歷上以為審核(X 光片及局部麻醉費用已內含)。 2.torus之切除應檢附術前照片(規格需為 3*5吋以上且可清晰判讀)舉證影響口腔功能。	v	v	v	v	10040	
92058C	骨瘤切除術 Excision of Bone tumor, > 2 cm 註： 1.需檢附 X 光片、病理檢查報告及手術 紀 錄於病歷上以為審核(X 光片及局部麻醉費用已內含)。 2.torus之切除應檢附術前照片(規格需為 3*5吋以上且可清晰判讀)舉證影響口腔功能。	v	v	v	v	15040	
92059C	手術去除陷入上顎竇內牙齒或異物 Surgical removal of tooth or foreign body within the maxillary sinus 註： 1.需檢附 X 光片及手術 紀 錄於病歷上以為審核(X 光片及局部麻醉費用已內含)。 2.限不同醫師執行。	v	v	v	v	6040	
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。	v	v	v	v	9000	

	2.torus之切除應檢附術前照片(規格需為 3*5吋以上且可清晰判讀)舉證影響口腔功能。						
92058C	骨瘤切除術 Excision of Bone tumor, > 2 cm 註： 1.需檢附 X 光片、病理檢查報告及手術記錄於病歷上以為審核(X 光片及局部麻醉費用已內含)。 2.torus之切除應檢附術前照片(規格需為 3*5吋以上且可清晰判讀)舉證影響口腔功能。	v	v	v	v	15010	
92059C	手術去除陷入上顎竇內牙齒或異物 Surgical removal of tooth or foreign body within the maxillary sinus 註： 1.需檢附 X 光片及手術記錄於病歷上以為審核(X 光片及局部麻醉費用已內含)。 2.限不同醫師執行。	v	v	v	v	6010	
92063C	手術拔除深部阻生齒 Surgical removal of a deeply impacted tooth in jaw bone 註： 1.符合以下四者狀況之一者，得申報此項。 (1)上、下顎完全骨性阻生齒牙冠最低處低於鄰牙之根尖。 (2)上、下顎骨完全骨性阻生齒牙冠最深處低於齒槽骨脊下1.5公分者，或下顎骨完全骨性阻生齒牙冠最深處距下顎骨邊緣垂直高度小於二分之一者。 (3)下顎骨完全骨性阻生齒第三大白齒處之後白齒空間retromolar space(臨近下顎白齒，其臨床牙冠最近心點至最遠心點為參考寬度及寬度參考點，以兩點為一直線，直線碰至下顎骨上升枝前緣為距離參考線)小於第二大白齒近遠心寬度三分之一，且阻生齒牙冠最上緣低於鄰牙距離參考線者。 (4)下顎骨完全骨性阻生齒第三大白齒處之後白齒空間retromolar space(臨近下顎白齒，其臨床牙冠最近心點至最遠心點為參考寬度及寬度參考點，以兩點為一直線，直線碰至下顎骨上升枝前緣為距離參考線)小於阻生齒牙冠寬度三分之一，且阻生齒牙冠三分之二位居上升枝內者。 2.須檢附Panoramic radiography環口全景 X 光片攝影及手術紀錄於病歷上以為審核(X 光片及局部麻醉費用已內含)。 3.本項支付點數內含單次使用鑽頭費，占百分之十一。	v	v	v	v	8970	
92064C	手術去除解剖間隙內異物或牙齒 Surgical removal of a tooth or foreign body within fascial spaces 註： 1.需檢附 X 光片及手術記錄於病歷上以為審核(X 光片及局部麻醉費用已內含)。 2.限不同醫師執行。	v	v	v	v	10510	

	(1)上、下顎完全骨性阻生齒牙冠最低處低於鄰牙之根尖。 (2)上、下顎骨完全骨性阻生齒牙冠最深處低於齒槽骨脊下1.5公分者，或下顎骨完全骨性阻生齒牙冠最深處距下顎骨邊緣垂直高度小於二分之一者。 (3)下顎骨完全骨性阻生齒第三大白齒處之後白齒空間retromolar space(臨近下顎白齒，其臨床牙冠最近心點至最遠心點為參考寬度及寬度參考點，以兩點為一直線，直線碰至下顎骨上升枝前緣為距離參考線)小於第二大白齒近遠心寬度三分之一，且阻生齒牙冠最上緣低於鄰牙距離參考線者。 (4)下顎骨完全骨性阻生齒第三大白齒處之後白齒空間retromolar space(臨近下顎白齒，其臨床牙冠最近心點至最遠心點為參考寬度及寬度參考點，以兩點為一直線，直線碰至下顎骨上升枝前緣為距離參考線)小於阻生齒牙冠寬度三分之一，且阻生齒牙冠三分之二位居上升枝內者。 2.須檢附Panoramic radiography環口全景X光片攝影及手術紀錄於病歷上以為審核(X光片及局部麻醉費用已內含)。 3.本項支付點數內含單次使用鑽頭費，占百分之十一。 <u>4.未滿十七歲個案之第三大白齒需經事前審查同意後方可實施本項目，以下狀況除外：</u> <u>(1)影像學上 (Panoramic x-ray)，該患齒周圍有清楚可見骨頭破壞、顎骨病灶之情形。</u> <u>(2)齒濾泡 (Dental Follicle) 與牙冠表面距離大於5mm。</u> <u>(3)外傷骨折處附近之患齒。</u> <u>(4)顎骨感染病灶附近之患齒。</u>						
92064C	手術去除解剖間隙內異物或牙齒 Surgical removal of a tooth or foreign body within fascial spaces 註： 1.需檢附 X 光片及手術紀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		10540
第四章 牙科麻醉費							
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	
96001C	牙科局部麻醉 Dental localized anesthesia 註： 1.應就牙齒六區域（UR、UA、UL、LR、LA、LL）併同主處置申報，惟須於病歷上詳實記載。	v	v	v	v		120
第五章 牙周病統合治療方案							
通則： 一、適用治療對象：為全口牙周炎病人，總齒數至少十六齒（專業認定需拔除者不列入總齒數計算），六顆牙齒以上牙周囊袋深度5mm以上。 二、牙醫師申請資格、申請程序及審查程序： （一）一般醫師須接受四學分以上牙周病統合治療方案相關之教育訓練（一學分行政課程；三學分專業課程）。 （二）臺灣牙周病醫學會與台灣牙周補綴醫學會專科醫師、一般會員均須接受一學分以上牙周病統合治療方案相關之行政部分教育訓練。							
第四章 牙科麻醉費							
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	
96001C	牙科局部麻醉 Dental localized anesthesia 註： 1.應就牙齒六區域（UR、UA、UL、LR、LA、LL）併同主處置申報，惟須於病歷上詳實記載。	v	v	v	v		90
第五章 牙周病統合治療方案							
通則： 一、適用治療對象：為全口牙周炎患者，總齒數至少十六齒（專業認定需拔除者不列入總齒數計算），六顆牙齒以上牙周囊袋深度5mm以上。 二、牙醫師申請資格、申請程序及審查程序： （一）一般醫師須接受四學分以上牙周病統合治療方案相關之教育訓練（一學分行政課程；三學分專業課程）。 （二）臺灣牙周病醫學會與台灣牙周補綴醫學會專科醫師、一般會員均須接受一學分以上牙周病統合治療方案相關之行政部分教育訓練。							
							調 升 96001C 「牙科局部麻醉」支付點數。
							一、修正通則三規範：牙結石清除治療不得另行申報之項目，增 列 91005C 「口乾症牙結石清除-全口」

(三)醫師非二年內經保險人停約或終止特約醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函所載停約或終止特約日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者）。 (四)醫師當年合計治療個案數，由保險人於次年八月依病人歸戶統計，經歸戶並排除治療個案數五件以下者，若當年申報 91023C 個案數比率小於百分之三十三點三三者（限同院所，不限同醫師完成），自保險人文到日次年一月起，兩年內不得申報本章診療項目，屆滿須再接受相關教育訓練後，始得提出申請。 (五)特約醫療院所應檢附教育訓練學分證明等相關資料，於每月五日前將申請書及有關資料以掛號郵寄至中華民國牙醫師公會全國聯合會（以下稱牙醫全聯會），牙醫全聯會審查後，於每月二十日前將名單函送所轄保險人分區業務組核定，並由所轄保險人分區業務組行文通知相關院所，並副知牙醫全聯會；申請者得於核定之起迄期間執行本方案服務。 三、支付規範： (一)本方案診療項目限經保險人分區業務組核定之醫師申報。 (二)若病人曾於最近一年內，在同一特約醫療院所施行並申報 91006C 或 91007C 三次者，不得申報本方案中所列診療項目。 (三)執行本方案須至健保資訊網服務系統(VPN)進行牙周病統合治療方案登錄及查詢該病人是否曾接受牙周病統合治療，如一年內未曾收案（以執行 91021C 起算），始得收案執行，未登錄不得申報本方案所列診療項目。VPN 登錄後於次月二十日(含)前，未申報牙周病統合治療第一階段支付(91021C)者，系統將自動刪除 VPN 登錄資料，如欲執行須重新登錄收案。 (四) 91021C~91023C 治療期間內，或自申報 91021C 起一百八十天內且未完成執行本方案三階段者，不得申報本部第三章第三節牙周病學診療項目(除 91001C、91013C、91019C、91088C 外)。 (五)院所申報 91022C 起，一年內不得申報 91006C 至 91008C 之診療項目服務費用。 (六)每一個案一年內僅能執行一次牙周病統合治療(以執行 91021C 起算)。 (七)本方案屬同一療程分三階段支付，其療程最長為一百八十天，療程中 91021C 至 91023C 各項目僅能申報一次，另申報 91022C 治療日起九十天內，依病情需要施行之牙結石清除治療，不得另行申報 91003C、91004C、91005C、91017C、91089C、91090C、91103C、91104C。 (八)X 光片費用另計，治療期間內限申報一次全口 X 光檢查(限申報 34001C 及 34002C)。 四、相關規範： (一)醫療服務管控實務如下： 1.醫管措施 (1)執行本方案之醫師每月申報件數以不超過二十件為原則（以 91022C 列計），醫師支援不同院所應合併計算。申報件數超過時，應以立意審查，以確保醫療品質。 (2)符合下列條件者，得提出申請增加每月申報件數，經保險人核定後，始得增加申報件數。 A. 專科醫師(臺灣牙周病醫學會或台灣牙周補綴醫學會)，或有教學計畫（教學醫院、畢業後一般醫學訓練《post-graduated year, PGY》院所），得提出申請，經保險人核定後，每月 91022C 申報件數不限，隨一般案件抽審。 B. 有醫療需求者，於最近兩個月內每月完成 91023C 申報件數達十件以上，得提出申請，經保險人核定後得增加為 91022C 每月三十件（如當年三月提出申請，則以當年一月、二月申報 91023C 之件數核定）。申報件數超過核定數時，採立意審查。 (3)專科醫師、有教學計畫或另有醫療需求者，請於每月五日前將申請表及相關資料以掛號郵寄牙醫全聯會，牙醫全聯會初審後，於每月二十日前將名單函送所轄保險人分區業務組核定，並由保險人分區業務組函復申請醫師，並副知牙醫師全聯會。 (二)參加本方案之院所，應提供院所及機構之電話、地址等資訊，置放於保險人全球資訊網網站（http://www.nhi.gov.tw）及牙醫全聯會網站（http://www.cda.org.tw），俾利民眾查詢就醫。	(三)醫師非二年內經保險人停約或終止特約醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函所載停約或終止特約日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者）。 (四)醫師當年合計治療個案數，由保險人於次年八月依病人歸戶統計，經歸戶並排除治療個案數五件以下者，若當年申報 91023C 個案數比率小於百分之三十三點三三者（限同院所，不限同醫師完成），自保險人文到日次年一月起，兩年內不得申報本章診療項目，屆滿須再接受相關教育訓練後，始得提出申請。 (五)特約醫療院所應檢附教育訓練學分證明等相關資料，於每月五日前將申請書及有關資料以掛號郵寄至中華民國牙醫師公會全國聯合會（以下稱牙醫全聯會），牙醫全聯會審查後，於每月二十日前將名單函送所轄保險人分區業務組核定，並由所轄保險人分區業務組行文通知相關院所，並副知牙醫全聯會；申請者得於核定之起迄期間執行本方案服務。 三、支付規範： (一)本方案診療項目限經保險人分區業務組核定之醫師申報。 (二)若病人曾於最近一年內，在同一特約醫療院所施行並申報 91006C 或 91007C 三次者，不得申報本方案中所列診療項目。 (三)執行本方案須至健保資訊網服務系統(VPN)進行牙周病統合治療方案登錄及查詢該病人是否曾接受牙周病統合治療，如一年內未曾收案（以執行 91021C 起算），始得收案執行，未登錄不得申報本方案所列診療項目。VPN 登錄後於次月二十日(含)前，未申報牙周病統合治療第一階段支付(91021C)者，系統將自動刪除 VPN 登錄資料，如欲執行須重新登錄收案。 (四) 91021C~91023C 治療期間內，或自申報 91021C 起一百八十天內且未完成執行本方案三階段者，不得申報本部第三章第三節牙周病學診療項目(除 91001C、91013C、91019C、91088C 外)。 (五)院所申報 91022C 起，一年內不得申報 91006C 至 91008C 之診療項目服務費用。 (六)每一個案一年內僅能執行一次牙周病統合治療(以執行 91021C 起算)。 (七)本方案屬同一療程分三階段支付，其療程最長為一百八十天，療程中 91021C 至 91023C 各項目僅能申報一次，另申報 91022C 治療日起九十天內，依病情需要施行之牙結石清除治療，不得另行申報 91003C、91004C。 (八)X 光片費用另計，治療期間內限申報一次全口 X 光檢查(限申報 34001C 及 34002C)。 四、相關規範： (一)醫療服務管控實務如下： 1.醫管措施 (1)執行本方案之醫師每月申報件數以不超過二十件為原則（以 91022C 列計），醫師支援不同院所應合併計算。申報件數超過時，應以立意審查，以確保醫療品質。 (2)符合下列條件者，得提出申請增加每月申報件數，經保險人核定後，始得增加申報件數。 A. 專科醫師(臺灣牙周病醫學會或台灣牙周補綴醫學會)，或有教學計畫（教學醫院、畢業後一般醫學訓練《post-graduated year, PGY》院所），得提出申請，經保險人核定後，每月 91022C 申報件數不限，隨一般案件抽審。 B. 有醫療需求者，於最近兩個月內每月完成 91023C 申報件數達十件以上，得提出申請，經保險人核定後得增加為 91022C 每月三十件（如當年三月提出申請，則以當年一月、二月申報 91023C 之件數核定）。申報件數超過核定數時，採立意審查。 (3)專科醫師、有教學計畫或另有醫療需求者，請於每月五日前將申請表及相關資料以掛號郵寄牙醫全聯會，牙醫全聯會初審後，於每月二十日前將名單函送所轄保險人分區業務組核定，並由保險人分區業務組函復申請醫師，並副知牙醫師全聯會。 (二)參加本方案之院所，應提供院所及機構之電話、地址等資訊，置放於保險人全球資訊網網站（http://www.nhi.gov.tw）及牙醫全聯會網站（http://www.cda.org.tw），俾利民眾查詢就醫。	等六項診療項目及酌修文字。	二、修正 91021C 「牙周病統合治療第一階段支付」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	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
91021C	牙周病統合治療第一階段支付	v	v	v	v	1800	91021C	牙周病統合治療第一階段支付 (comprehensive periodontal treatment)	v	v	v	v	1800							

	(comprehensive periodontal treatment) 註： 1.本項主要施行治療前全口 X 光檢查及牙周病檢查，並須檢附牙周病檢查紀錄表供審查。 2.應提供牙周病統合治療衛教照護資訊及口腔保健衛教指導。 3.應檢附病人基本資料暨接受牙周病統合治療確認書。 4.未滿三十一歲 病人 須附全口根尖片。 5.同院所於二年內再執行本方案之病人須附全口根尖片。 6.執行本方案前，須至健保資訊網服務系統(VPN)進行牙周病統合治療實施方案查詢及登錄，未登錄不得申報本方案。								
	註： 1.本項主要施行治療前全口 X 光檢查及牙周病檢查，並須檢附牙周病檢查紀錄表供審查。 2.應提供牙周病統合治療衛教照護資訊及口腔保健衛教指導。 3.應檢附病人基本資料暨接受牙周病統合治療確認書。 4.未滿三十一歲患者須附全口根尖片 或咬翼片 。 5.同院所於二年內再執行本方案之病人須附全口根尖片 或咬翼片 。 6.執行本方案前，須至健保資訊網服務系統(VPN)進行牙周病統合治療實施方案查詢及登錄，未登錄不得申報本方案。								

第四部 中醫 通則： 一、中醫門診診察費所定點數包括中醫師診療、處方、護理人員服務費，電子資料處理、污水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）。 二、中醫每日門診合理量依下列計算方式分別設定： (一)經中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格(可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新進中醫師)醫院，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者，得按下列計算方式申報門診診察費： 1.專任醫師每月平均每日門診量＝【當月中醫門診診察費總人次/(當月專任中醫師數*二十三日)】 2.中醫醫療院所專任醫師每月平均每日門診量為五十人(含)以下，申報編號 A82、A83、A41、A84、A85、A42。 3.中醫醫療院所專任醫師每月平均每日門診量超出五十人以上，申報編號 A86、A87、A43、A88、A89、A44。 (二)未符合(一)項之中醫醫療院所，其門診診察費依各中醫醫療院所費用申報當月每位中醫師每日門診量不同分訂不同支付點數。 (三)合併申報醫療費用之醫院，其醫院門診合理量應合併計算。 三、針灸、傷科及針灸合併傷科治療不得同時申報，針灸及傷科如同時治療處置，應申報本部第六章針灸合併傷科治療處置費之診療項目。 四、針灸、傷科需連續治療者，同一療程以六次為限，實施六次限申報一次診察費，並應於病歷載明治療計畫。 五、平均每位專任醫師申報針灸、傷科及針灸合併傷科治療之合理量： (一)中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科及針灸合併傷科治療合計申報量限六十人次以內： 1.計算方式： (1)公式：專任醫師每月看診日平均針灸、傷科及針灸合併傷科治療合計申報量＝當月針灸、傷科及針灸合併傷科治療處置總人次／當月總看診日數。 (2)每月看診日數計算方式：每月實際看診日數超過二十六日者，以二十六日計；位於「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」施行區域、山地離島地區、花蓮縣及臺東縣之院所，每月以實際看診日數計。 2.支付方式： (1)申報量在三十人次以下部分，按表訂點數支付。 (2)申報量在三十一至六十人次之部分，未開內服藥之針灸治療(編號D02、D04、D06、D08)、一般傷科治療(編號E02)、針灸合併一般傷科治療(F02、F36、F53)、電針合併一般傷科治療(F19)以九折支付，其餘項目按表定點數支付。 (3)申報量在六十一人次以上之部分，第四章至第六章各診療項目支付點數以零計。 (二)除前項每看診日平均申報量上限六十人次以內，另依下列規範每月申報上限： 1. <u>第四章針灸治療處置及第六章針灸合併傷科治療處置：</u> (1)內含中度複雜性針灸：平均每位專任醫師每月上限為一百人次，包括編號：D05、D06、F35、F36、F37、F38、F39、F40、F41、F42、F43、F44、F45、F46、F47、F48、F49、F50、F51。 (2)內含高度複雜性針灸：平均每位專任醫師每月上限為七十	第四部 中醫 通則： 一、中醫門診診察費所定點數包括中醫師診療、處方、護理人員服務費，電子資料處理、污水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）。 二、中醫每日門診合理量依下列計算方式分別設定： (一)經中醫醫院評鑑合格或教學醫院評鑑合格(可收訓中醫職類中醫實習醫學生、新進中醫師)醫院，經向中醫總額支付制度受託單位申請且審查合格者，得按下列計算方式申報門診診察費： 1.專任醫師每月平均每日門診量＝【當月中醫門診診察費總人次/(當月專任中醫師數*二十三日)】 2.中醫醫療院所專任醫師每月平均每日門診量為五十人(含)以下，申報編號 A82、A83、A41、A84、A85、A42。 3.中醫醫療院所專任醫師每月平均每日門診量超出五十人以上，申報編號 A86、A87、A43、A88、A89、A44。 (二)未符合(一)項之中醫醫療院所，其門診診察費依各中醫醫療院所費用申報當月每位中醫師每日門診量不同分訂不同支付點數。 (三)合併申報醫療費用之醫院，其醫院門診合理量應合併計算。 三、針灸、傷科及針灸合併傷科治療不得同時申報，針灸及傷科如同時治療處置，應申報本部第六章針灸合併傷科治療處置費之診療項目。 四、針灸、傷科需連續治療者，同一療程以六次為限，實施六次限申報一次診察費，並應於病歷載明治療計畫。 五、平均每位專任醫師申報針灸、傷科及針灸合併傷科治療之合理量： (一)中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科及針灸合併傷科治療合計申報量限六十人次以內： 1.計算方式： (1)公式：專任醫師每月看診日平均針灸、傷科及針灸合併傷科治療合計申報量＝當月針灸、傷科及針灸合併傷科治療處置總人次／當月總看診日數。 (2)每月看診日數計算方式：每月實際看診日數超過二十六日者，以二十六日計；位於「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」施行區域、山地離島地區、花蓮縣及臺東縣之院所，每月以實際看診日數計。 2.支付方式： (1)申報量在三十人次以下部分，按表訂點數支付。 (2)申報量在三十一至六十人次之部分，未開內服藥之針灸治療(編號D02、D04、D06、D08)、一般傷科治療(編號E02)、針灸合併一般傷科治療(F02、F36、F53)、電針合併一般傷科治療(F19)以九折支付，其餘項目按表定點數支付。 (3)申報量在六十一人次以上之部分，第四章至第六章各診療項目支付點數以零計。 (二)除前項每看診日平均申報量上限六十人次以內，另依下列規範 <u>第四章針灸治療處置及第六章針灸合併傷科治療處置之</u> 每月申報上限： 1.其中內含中度複雜性針灸：平均每位專任醫師每月上限為一百人次，包括編號：D05、D06、F35、F36、F37、F38、F39、F40、F41、F42、F43、F44、F45、F46、F47、F48、F49、F50、F51。 2.其中內含高度複雜性針灸：平均每位專任醫師每月上限為	修正通則 五規範：平均每位專任醫師申報針灸、傷科及針灸合併傷科治療之合理量，增列第五章傷科治療處置及第六章針灸合併傷科治療處置之每月申報上限。
---	--	--

人次，包括編號：D07、D08、F52、F53、F54、F55、F56、F57、F58、F59、F60、F61、F62、F63、F64、F65、F66、F67、F68。 <u>(3)內含中度、高度複雜性針灸</u>超過部分改以內含一般針灸醫令計算，包括編號：D01、D02、D03、D04、F01、F02、F04、F05、F07、F08、F10、F11、F13、F14、F16、F17、F18、F19、F21、F22、F24、F25、F27、F28、F30、F31、F33、F34。 <u>2.第五章傷科治療處置及第六章針灸合併傷科治療處置：</u> <u>(1)內含中度複雜性傷科：平均每位專任醫師每月上限為一百人次，包括編號：E03、E04、F03、F20、F37、F54。</u> <u>(2)內含高度複雜性傷科：平均每位專任醫師每月上限為七十人次，包括編號：E05、E06、E07、E08、E09、E10、E11、E12、F06、F09、F12、F15、F23、F26、F29、F32、F40、F43、F46、F49、F57、F60、F63、F66。</u> <u>(3)內含中度、高度複雜性傷科超過部分改以內含一般傷科醫令計算，包括編號：E01、E02、F01、F02、F18、F19、F35、F36、F52、F53。</u> 六、中醫醫療院所平均每位專任醫師每月申報另開內服藥之針灸、傷科及針灸合併傷科治療處置費上限為一百五十人次，超出一百五十人次部分以五折支付。包括編號：D01、D03、D05、D07、E01、E03、E05、E07、E09、E11、F01、F04、F07、F10、F13、F16、F18、F21、F24、F27、F30、F33、F35、F38、F41、F44、F47、F50、F52、F55、F58、F61、F64、F67。 七、中醫醫療院所平均每位專任醫師每月申報第六章針灸合併傷科治療處置費上限為六十人次，超出六十人次部分以五折支付。 八、中醫醫療院所專任醫師於產假期間全月未看診，支援醫師得以該全月未看診之專任醫師數，依合理量規定申報該月份門診診察費及針灸、傷科及針灸合併傷科治療處置費，其餘支援醫師依每段合理量之餘額總數，依序補入看診人次。 九、未滿四歲兒童之門診診察費得依表定點數加計百分之二十。			七十人次，包括編號：D07、D08、F52、F53、F54、F55、F56、F57、F58、F59、F60、F61、F62、F63、F64、F65、F66、F67、F68。 3.超過部分改以內含一般針灸醫令計算，包括編號：D01、D02、D03、D04、F01、F02、F04、F05、F07、F08、F10、F11、F13、F14、F16、F17、F18、F19、F21、F22、F24、F25、F27、F28、F30、F31、F33、F34。 六、中醫醫療院所平均每位專任醫師每月申報另開內服藥之針灸、傷科及針灸合併傷科治療處置費上限為一百五十人次，超出一百五十人次部分以五折支付。包括編號：D01、D03、D05、D07、E01、E03、E05、E07、E09、E11、F01、F04、F07、F10、F13、F16、F18、F21、F24、F27、F30、F33、F35、F38、F41、F44、F47、F50、F52、F55、F58、F61、F64、F67。 七、中醫醫療院所平均每位專任醫師每月申報第六章針灸合併傷科治療處置費上限為六十人次，超出六十人次部分以五折支付。 八、中醫醫療院所專任醫師於產假期間全月未看診，支援醫師得以該全月未看診之專任醫師數，依合理量規定申報該月份門診診察費及針灸、傷科及針灸合併傷科治療處置費，其餘支援醫師依每段合理量之餘額總數，依序補入看診人次。<u>。</u> 九、未滿四歲兒童之門診診察費得依表定點數加計百分之二十。					
第二章 藥費			第二章 藥費					
編號	診療項目	支付點數	編號	診療項目	支付點數			
A21	每日藥費 註：1.同一疾病或症狀之診治需連續門診者，不得每次只給一日份用藥否則將累計其給藥日數，僅支付第一次就醫之診察費。 2.除指定之慢性病得最高給予三十日內之用藥量外，一般案件給藥天數不得超過七日。	38	A21	每日藥費 註：1.同一疾病或症狀之診治需連續門診者，不得每次只給一日份用藥否則將累計其給藥日數，僅支付第一次就醫之診察費。 2.除指定之慢性病得最高給予三十日內之用藥量外，一般案件給藥天數不得超過七日。	37	調升 A21「每日藥費」支付點數。		

第六部 論病例計酬							第六部 論病例計酬							修正		
第一章 產科							第一章 產科							97004C		
編號	診療項目	助產所	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	助產所	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	「陰道生產」等三項支付規範文字惡露量改為產後排出物。
97004C	陰道生產		v				38822	97004C	陰道生產		v				38822	
97005D	註：1.診療項目要求表(詳附表 6.1.1) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.出院狀態 (1)子宮收縮良好 (2) <u>產後排出物</u> 正常 (3)會陰傷口癒合良好 (4)生命跡象穩定及自行解尿順暢 (5)教導病人 A.日常生活活動包括性生活 B.沐浴及個人衛生 C.乳房及傷口護理重點 D.排定返診檢查 (6)教導病人 A.嬰兒餵哺 B.嬰兒沐浴及照顧 C.小兒科醫師返診檢查	v					35833	97005D	註：1.診療項目要求表(詳附表 6.1.1) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.出院狀態 (1)子宮收縮良好 (2)惡露量正常 (3)會陰傷口癒合良好 (4)生命跡象穩定及自行解尿順暢 (5)教導病人 A.日常生活活動包括性生活 B.沐浴及個人衛生 C.乳房及傷口護理重點 D.排定返診檢查 (6)教導病人 A.嬰兒餵哺 B.嬰兒沐浴及照顧 C.小兒科醫師返診檢查	v					35833	

	3.主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)： 10D07Z3-10D07Z8、10S07ZZ、 10E0XZZ、10A07Z6								3.主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)： 10D07Z3-10D07Z8、10S07ZZ、 10E0XZZ、10A07Z6							
97934C	前胎剖腹產之陰道生產 註：1.診療項目要求表(詳附表 6.1.1) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.出院狀態 (1)子宮收縮良好 (2)產後排出物正常 (3)會陰傷口癒合良好 (4)生命跡象穩定及自行解尿順暢 (5)教導病人 A.日常生活活動包括性生活 B.沐浴及個人衛生 C.乳房及傷口護理重點 D.排定返診檢查 (6)教導病人 A.嬰兒餵哺 B.嬰兒沐浴及照顧 C.小兒科醫師返診檢查 3.主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)： 10D07Z3-10D07Z8、10S07ZZ、 10E0XZZ、10A07Z6	v					50191	97934C	前胎剖腹產之陰道生產 註：1.診療項目要求表(詳附表 6.1.1) (1)基本診療項目 (2)選擇性診療項目 2.出院狀態 (1)子宮收縮良好 (2)惡露量正常 (3)會陰傷口癒合良好 (4)生命跡象穩定及自行解尿順暢 (5)教導病人 A.日常生活活動包括性生活 B.沐浴及個人衛生 C.乳房及傷口護理重點 D.排定返診檢查 (6)教導病人 A.嬰兒餵哺 B.嬰兒沐浴及照顧 C.小兒科醫師返診檢查 3.主手術(或處置)碼(ICD-10-PCS)： 10D07Z3-10D07Z8、10S07ZZ、 10E0XZZ、10A07Z6	v					50191	