

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

部分診療項目修正草案總說明

依據全民健康保險法第四十一條規定，及本署於一百零八年六月十三日召開之一百零八年度第二次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」會議結論，爰配合修正本支付標準。

本次修正重點說明如下：

一、第二部西醫

(一)第一章基本診療

1. 第一節門診診察費：調升西醫基層第1段（1-30人次）合理量內門診診察費。

(1) 一般門診診察費：開立慢箋之醫令，原1-40人次合理量拆分2段，1-30人次調升6點，31-40人次維持原點數，爰刪除編號00139C及00140C，併新增00197C至00200C四項診療項目。

(2) 山地離島地區：原1-50人次合理量拆分2段，1-30人次調升6點，31-50人次維持原點數，爰刪除編號00119C、00149C、00120C及00150C，併新增00230C至00237C八項診療項目。

(3) 精神科門診診察費：原1-45人次合理量拆分2段，1-30人次調升6點，31-45人次維持原點數，爰刪除編號01031C、00182C、01032C及00183C，併新增00238C至00245C八項診療項目。

2. 第三節病房費：修正編號03010E等3項「加護病房ICU(床/天)——病房費」，及編號03047E等3項「加護病房ICU(床/天)——護理費」之備註文字。

(二)第二章特定診療

1. 第一節檢查：新增診療項目「鐳223治療處置費」(編號26078A)，

支付點數 21,430 點，及「肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變實驗室自行研發檢測(LDT)」(編號 30102B)，支付點數 6,755 點。修訂編號 30101B「肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變體外診斷醫療器材檢測(IVD)」支付規範。

2. 第二節放射線診療：修訂編號 37016B「固定模具之設計及製作(大)」等二項診療項目備註文字。

3. 第六節治療處置：

(1) 新增診療項目「人工電子耳術後調圖(單耳)」(編號 54045B)，支付點數 1,311 點，及「分子吸附循環系統」(編號 58031A)支付點數 144,277 點。

(2) 修訂編號 48001C~48003C「淺部創傷處理」、48011C~48013C「手術、創傷處置及換藥」六項診療項目支付規範，及編號 48001C「淺部創傷處理—傷口長 5 公分以下者」等四項診療項目中文名稱；及修訂編號 58011C「連續性可攜帶式腹膜透析 3.腹膜透析追蹤處置費(1)連續性可攜帶式腹膜透析」等二項診療項目支付規範。

4. 第七節手術：修訂編號 63017B「前哨淋巴結摘除手術」等二項診療項目適應症，及修訂編號 68044A「經皮移除心臟內電極導線」支付規範。合併編號 68033B「心房-肺動脈迴路成形術(大於六歲)」及編號 68046B「心房-肺動脈迴路成形術(六歲以下)」二項診療項目，名稱改為「心房-肺動脈迴路成形術」(編號 68056B)，故原編號 62033B 及 68046B 併同刪除。

二、第三部牙醫

(一)修正第三部通則三(一)第 2、3 點文字規範，併同修訂附表 3.3.4 文字。

(二)修訂編號 89001C「銀粉充填—單面」等十三項診療項目支付規範、

編號 92096C「牙齒外傷急症處理」支付規範。

- (三)配合原列於第三章第四節第一項「處置及門診手術」項下編號 92015C「單純齒切除術」等十項診療項目移列至「門診手術」項下，爰修訂第三章第四節各項名稱。
- (四)修訂第五章牙周病統合治療方案通則三支付規範（三）VPN 登錄相關規定

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」配合修正頁碼如下：

部	章	節	修改頁碼
第二部 西醫	第一章 基本門診	第一節 門診診察費	第 4-6、8 頁
		第三節 病房費	第 7 頁
	第二章 特定診療	第一節 檢查	第 75、80、93-94 頁
		第二節 放射線診療	第 20 頁
		第六節 治療處置	第 11-12、26、28、 45、47 頁
		第七節 手術	第 3、5-7、33-34、 39-40、46、79 頁
第三部 牙醫			第 1 頁
	第三章 牙科處置及手術	第一節 牙體復形	第 1-3 頁
		第四節 口腔顎面外科	第 17-33、39 頁
	第五章 牙周病統合治療 方案		第 1 頁

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目
修正對照表

修正規定							現行規定							說明
第二部 西醫 第一章 基本診療 第一節 門診診察費							第二部 西醫 第一章 基本診療 第一節 門診診察費							一、調升西醫 基層第一段 （一至三十人 次）合理量內 門診診察費 6 點。 二、一般門診 診察費：開立 慢箋之醫令， 原 1-40 人次合 理量拆分 2 段，1-30 人次 調升 6 點， 31-40 人次維 持原點數，爰 刪除編號 00139C 及 00140C 共二 項診療項目， 併新增 00197C 至 00200C 共四 項診療項目。 三、山地離島 地區：原 1-50 人次合理量拆 分 2 段，1-30 人次調升 6 點，31-50 人 次維持原點數， 爰刪除編號 00119C、 00149C、 00120C 及 00150C 共四 項診療項目， 併新增 00230C 至 00237C 共八 項診療項目。 四、精神科門 診診察費：原 1-45 人次合理 量拆分 2 段， 1-30 人次調升 6 點，31-45 人 次維持原點 數，爰刪除編 號 01031C、 00182C、 01032C 及 00183C 共四 項診療項目， 併新增 00238C 至 00245C 共八 項診療項目。 五、為明確區 分慢性病處方 箋及慢性病連
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	
	一般門診診察費							一般門診診察費						
	－ 基層院所門診診察費							－ 基層院所門診診察費						
00109C	1.每位醫師每日門診量在四十人 次以下部分(≤40) 1-1)處方交付特約藥局調劑 (1-30人次)	v				358	00109C	1.每位醫師每日門診量在四十人 次以下部分(≤40) 1-1)處方交付特約藥局調劑 (1-30人次)	v				352	
00223C	1-2)處方交付特約藥局調劑 (31-40人次)	v				250	00223C	1-2)處方交付特約藥局調劑 (31-40人次)	v				250	
00197C	2-1)開具慢性病處方並交付特約 藥局調劑(1-30人)	v				381	00139C	2)開具慢性病連續處方並交付 特約藥局調劑	v				375	
00198C	2-2)開具慢性病處方並交付特約 藥局調劑(31-40人)	v				375								
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所 自行調劑(1-30人次)	v				358	00110C	3-1)未開處方或處方由本院所 自行調劑(1-30人次)	v				352	
00224C	3-2)未開處方或處方由本院所 自行調劑(31-40人次)	v				250	00224C	3-2)未開處方或處方由本院所 自行調劑(31-40人次)	v				250	
00199C	4-1)開具慢性病處方並由本院所 自行調劑(1-30人)	v				356	00140C	4)開具慢性病連續處方並由本 院所自行調劑	v				350	
00200C	4-2)開具慢性病處方並由本院所 自行調劑(31-40人)	v				350								
00158C	5)開具連續二次以上調劑，而且 每次給藥二十八天以上之慢 性病連續處方並交付特約藥 局調劑	v				555	00158C	5)開具連續二次以上調劑，而且 每次給藥二十八天以上之慢 性病連續處方並交付特約藥 局調劑	v				555	
00159C	6)開具連續二次以上調劑，而且 每次給藥二十八天以上之慢 性病連續處方並由本院所自 行調劑	v				530	00159C	6)開具連續二次以上調劑，而且 每次給藥二十八天以上之慢 性病連續處方並由本院所自 行調劑	v				530	
	2.每位醫師每日門診量超過四十 人次，但在六十人次以下部分 (41－60)							2.每位醫師每日門診量超過四十 人次，但在六十人次以下部分 (41－60)						
00111C	1)處方交付特約藥局調劑	v				220	00111C	1)處方交付特約藥局調劑	v				220	
00141C	2)開具慢性病處方並交付特約藥局調 劑	v				275	00141C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥 局調劑	v				275	
00112C	3)未開處方或處方由本院所自 行調劑	v				220	00112C	3)未開處方或處方由本院所自 行調劑	v				220	
00142C	4)開具慢性病處方並由本院所自行 調劑	v				250	00142C	4)開具慢性病連續處方並由本院所 自行調劑	v				250	
00160C	5)開具連續二次以上調劑，而且 每次給藥二十八天以上之慢 性病連續處方並交付特約藥 局調劑	v				475	00160C	5)開具連續二次以上調劑，而且 每次給藥二十八天以上之慢 性病連續處方並交付特約藥 局調劑	v				475	
00161C	6)開具連續二次以上調劑，而且 每次給藥二十八天以上之慢 性病連續處方並由本院所自 行調劑	v				450	00161C	6)開具連續二次以上調劑，而且 每次給藥二十八天以上之慢 性病連續處方並由本院所自 行調劑	v				450	

	3.每位醫師每日門診量超過六十人次，但在八十人次以下部分(61-80)																續處方箋，爰修正 00141C 等十八項診療項目名稱。
00113C	1)處方交付特約藥局調劑	v				160		00113C	1)處方交付特約藥局調劑	v						160	
00143C	2)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑	v				215		00143C	2)開具慢性病 連續 處方並交付特約藥局調劑	v						215	
00114C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				160		00114C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v						160	
00144C	4)開具慢性病處方並由本院所自行調劑	v				190		00144C	4)開具慢性病 連續 處方並由本院所自行調劑	v						190	
00162C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				415		00162C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v						415	
00163C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交由本院所自行調劑	v				390		00163C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交由本院所自行調劑	v						390	
	4.每位醫師每日門診量超過八十人次，但在一百五十人次以下部分(81-150)								4.每位醫師每日門診量超過八十人次，但在一百五十人次以下部分(81-150)								
00115C	1)處方交付特約藥局調劑	v				70		00115C	1)處方交付特約藥局調劑	v						70	
00145C	2)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑	v				125		00145C	2)開具慢性病 連續 處方並交付特約藥局調劑	v						125	
00116C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				70		00116C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v						70	
00146C	4)開具慢性病處方並由本院所自行調劑	v				100		00146C	4)開具慢性病 連續 處方並由本院所自行調劑	v						100	
00164C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				325		00164C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v						325	
00165C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				300		00165C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v						300	
	5.每位醫師每日門診量超過在一百五十人次部分(>150)								5.每位醫師每日門診量超過在一百五十人次部分(>150)								
00117C	1)處方交付特約藥局調劑	v				50		00117C	1)處方交付特約藥局調劑	v						50	
00147C	2)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑	v				105		00147C	2)開具慢性病 連續 處方並交付特約藥局調劑	v						105	
00118C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				50		00118C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v						50	
00148C	4)開具慢性病處方並由本院所自行調劑	v				80		00148C	4)開具慢性病 連續 處方並由本院所自行調劑	v						80	
00166C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				305		00166C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v						305	
00167C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				280		00167C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v						280	
	6.山地離島地區								6.山地離島地區								
	(1)每位醫師每日門診量在五十人次以下部分(≤50)								(1)每位醫師每日門診量在五十人次以下部分(≤50)								
00230C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	v				358		00119C	1)處方交付特約藥局調劑	v						352	
00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50人)	v				352											
								00149C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v						375	
00232C	2-1)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	v				381											
00233C	2-2)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑(31-50人)	v				375											

								00120C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				352	
00234C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	v					358								
00235C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50人)	v					352								
								00150C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				350	
00236C	4-1)開具慢性病處方並由本院所自行調劑(1-30人)	v					356								
00237C	4-2)開具慢性病處方並由本院所自行調劑(31-50人)	v					350								
00168C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v					555	00168C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				555	
00169C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v					530	00169C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				530	
	(2)每位醫師每日門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分(51－70)								(2)每位醫師每日門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分(51－70)						
00205C	1)處方交付特約藥局調劑	v					220	00205C	1)處方交付特約藥局調劑	v				220	
00206C	2)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑	v					275	00206C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				275	
00207C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v					220	00207C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				220	
00208C	4)開具慢性病處方並由本院所自行調劑	v					250	00208C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				250	
00209C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v					475	00209C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				475	
00210C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v					450	00210C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				450	
	(3)每位醫師每日門診量超過七十人次，但在在一百五十人次以下部分(71-150)								(3)每位醫師每日門診量超過七十人次，但在在一百五十人次以下部分(71-150)						
00211C	1)處方交付特約藥局調劑	v					160	00211C	1)處方交付特約藥局調劑	v				160	
00212C	2)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑	v					215	00212C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				215	
00213C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v					160	00213C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				160	
00214C	4)開具慢性病處方並由本院所自行調劑	v					190	00214C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				190	
00215C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v					415	00215C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				415	
00216C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交由本院所自行調劑	v					390	00216C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交由本院所自行調劑	v				390	
	(4)每位醫師每日門診量超過在一百五十人次部分 (>150)								(4)每位醫師每日門診量超過在一百五十人次部分 (>150)						
00217C	1)處方交付特約藥局調劑	v					90	00217C	1)處方交付特約藥局調劑	v				90	
00218C	2)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑	v					145	00218C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				145	
00219C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v					90	00219C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v				90	
00220C	4)開具慢性病處方並由本院所自行調劑	v					120	00220C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v				120	
00221C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v					345	00221C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v				345	

00222C	6)開具連續二次以上調劑，而且 每次給藥二十八天以上之慢 性病連續處方並由本院所自 行調劑 註： 1.以上第1至5點每月看診日數計算方 式： 每月實際看診日數不足二十五日(不 含二十五日)，應以實際看診日數 計；每月實際看診日數二十五日以上 者(含二十五日)，以二十五日計算合 理量。 2.第6點山地離島地區每月看診日數計 算方式： 每月實際看診日數不足二十五日(不 含二十五日)，應以實際看診日數 計；每月實際看診日數二十五日以上 者(含二十五日)，得以當月全月日數 計。 3.以上第1至6點限向衛生局登記為診 所(不含中醫診所及牙醫診所)之特約 醫事服務機構申報。 4.處方交付特約藥局調劑或未開處方 者，不得申報藥事服務費。 5.處方由本院所自行調劑者，得另申報 門診藥事服務費。 6.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付 慢性病連續處方箋至其他特約醫院 或衛生所調劑，得比照處方箋交付特 約藥局調劑申報。 7.本項支付點數含護理費29-39點。 8.山地離島地區經總額受託單位與保 險人共同協議認定之特殊地區院所 得除外，以山地離島地區 <u>三十</u> 人次以 下部分之支付點數申報。 9.基層診所醫師診治病人後，應交付處 方箋給病人，由病人自行選擇調劑之 場所。	v				320	00222C	6)開具連續二次以上調劑，而且 每次給藥二十八天以上之慢 性病連續處方並由本院所自 行調劑 註： 1.以上第1至5點每月看診日數計算方 式： 每月實際看診日數不足二十五日(不 含二十五日)，應以實際看診日數 計；每月實際看診日數二十五日以上 者(含二十五日)，以二十五日計算合 理量。 2.第6點山地離島地區每月看診日數計 算方式： 每月實際看診日數不足二十五日(不 含二十五日)，應以實際看診日數 計；每月實際看診日數二十五日以上 者(含二十五日)，得以當月全月日數 計。 3.以上第1至6點限向衛生局登記為診 所(不含中醫診所及牙醫診所)之特約 醫事服務機構申報。 4.處方交付特約藥局調劑或未開處方 者，不得申報藥事服務費。 5.處方由本院所自行調劑者，得另申報 門診藥事服務費。 6.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付 慢性病連續處方箋至其他特約醫院 或衛生所調劑，得比照處方箋交付特 約藥局調劑申報。 7.本項支付點數含護理費29-39點。 8.山地離島地區經總額受託單位與保 險人共同協議認定之特殊地區院所 得除外，以山地離島地區五十人次以 下部分之支付點數申報。 9.基層診所醫師診治病人後，應交付處 方箋給病人，由病人自行選擇調劑之 場所。	v				320			
	精神科門診診察費 —每位醫師每日門診量在四十五人次 以下部分(≤45) 1.醫院							精神科門診診察費 —每位醫師每日門診量在四十五人次 以下部分(≤45) 1.醫院								
01018B	1)處方交付特約藥局調劑	v	v	v		280	01018B	1)處方交付特約藥局調劑	v	v	v		280			
00178B	2)開具慢性病處方並交付特約 藥局調劑	v	v	v		332	00178B	2)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並交付 特約藥局調劑	v	v	v		332			
01019B	3)未開處方或處方由本院所自 行調劑	v	v	v		280	01019B	3)未開處方或處方由本院所自 行調劑	v	v	v		280			
00179B	4)開具慢性病處方並由本院所 自行調劑	v	v	v		310	00179B	4)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並由本 院所自行調劑	v	v	v		310			
00180B	5)開具連續二次以上調劑，而且 每次給藥二十八天以上之慢 性病連續處方並交付特約藥 局調劑	v	v	v		550	00180B	5)開具連續二次以上調劑，而且 每次給藥二十八天以上之慢 性病連續處方並交付特約藥 局調劑	v	v	v		550			
00181B	6)開具連續二次以上調劑，而且 每次給藥二十八天以上之慢 性病連續處方並由本院所自 行調劑	v	v	v		528	00181B	6)開具連續二次以上調劑，而且 每次給藥二十八天以上之慢 性病連續處方並由本院所自 行調劑	v	v	v		528			
	2.基層診所							2.基層診所								
00238C	1-1)處方交付特約藥局調劑 (1-30人)	v				344	01031C	1)處方交付特約藥局調劑	v				338			
00239C	1-2)處方交付特約藥局調劑 (31-45人)	v														
00240C	2-1)開具慢性病處方並交付特約 藥局調劑(1-30人)	v				395	00182C	2)開具慢性病連續處方並交付 特約藥局調劑	v				389			
00241C	2-2)開具慢性病處方並交付特約 藥局調劑(31-45人)	v				389										

									01032C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	y					338	
00242C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	y						344									
00243C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-45人)	y						338									
									00183C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	y					368	
00244C	4-1)開具慢性病處方並由本院所自行調劑(1-30人)	y						374									
00245C	4-2)開具慢性病處方並由本院所自行調劑(31-45人)	y						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	y						569	00184C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	y					569	
00185C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	y						548	00185C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	y					548	
	—每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45)									—每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45)							
00186C	1)處方交付特約藥局調劑	y	y	y	y			164	00186C	1)處方交付特約藥局調劑	y	y	y	y		164	
00187C	2)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑	y	y	y	y			218	00187C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	y	y	y	y		218	
00188C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	y	y	y	y			164	00188C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	y	y	y	y		164	
00189C	4)開具慢性病處方並由本院所自行調劑	y	y	y	y			196	00189C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	y	y	y	y		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	y	y	y	y			436	00190C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	y	y	y	y		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	y	y	y	y			414	00191C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	y	y	y	y		414	
	註： 1.處方交付特約藥局調劑或未開處方者，不得申報藥事服務費。 2.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。 3.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑申報。 4.本項支付點數含護理費31-41點。 5.基層院所精神科門診診察費限向衛生局登記為診所(不含中醫診所及牙醫診所)之特約醫事服務機構申報。 6.基層院所精神科每月看診日數計算方式： 每月實際看診日數不足二十五日(不含二十五日)，應以日計；每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日)，得以當月全月日數計。									註： 1.處方交付特約藥局調劑或未開處方者，不得申報藥事服務費。 2.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。 3.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑申報。 4.本項支付點數含護理費31-41點。 5.基層院所精神科門診診察費限向衛生局登記為診所(不含中醫診所及牙醫診所)之特約醫事服務機構申報。 6.基層院所精神科每月看診日數計算方式： 每月實際看診日數不足二十五日(不含二十五日)，應以日計；每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日)，得以當月全月日數計。							

附表 2.1.3 基層院所申報門診診察費「三歲以下不分科及四～六歲兒科 專科醫師加成 20%」與「七十五歲以上者加成 7.5%」支付 點數之計算					附表 2.1.3 基層院所申報門診診察費「三歲以下不分科及四～六歲兒科 專科醫師加成 20%」與「七十五歲以上者加成 7.5%」支付 點數之計算					配合本次提升 西醫基層第一 段（一至三十人 次）合理量內門 診診察費 6 點， 新增 00197C 等 二十項診療項 目，及刪除編號 00139C 等十項 診療項目，爰修 正附表 2.1.3、 2.1.4、2.1.5、 2.1.6。
代碼	名稱	支付 點數 A	不分科別 三歲以下 及四～六 歲兒科專 科醫師加 成(20%) 支付點數 =A*1.2	不分科別 七十五歲 以上者之 加成 (7.5%)支 付點數 =A*1.075	代碼	名稱	支付 點數 A	不分科別 三歲以下 及四～六 歲兒科專 科醫師加 成(20%) 支付點數 =A*1.2	不分科別 七十五歲 以上者之 加成 (7.5%)支 付點數 =A*1.075	
	一般門診診察費－基層院所門診診 察費 1.每位醫師每日門診量在四十人次 以下部分 （≤40）					一般門診診察費－基層院所門診診 察費 1.每位醫師每日門診量在四十人次 以下部分 （≤40）				
00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人 次)	358	430	385	00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人 次)	352	422	378	
00223C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-40 人次)	250	300	269	00223C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-40 人次)	250	300	269	
					00139C	2)開具慢性病連續處方並交付特約 藥局調劑	375	450	403	
00197C	2-1)開具慢性病處方並交付特約藥 局調劑(1-30人)	381	457	410						
00198C	2-2)開具慢性病處方並交付特約藥 局調劑(31-40人)	375	450	403						
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行 調劑(1-30人次)	358	430	385	00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行 調劑(1-30人次)	352	422	378	
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	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	
					00140C	4)開具慢性病連續處方並由本院所 自行調劑	350	420	376	
00199C	4-1)開具慢性病處方並由本院所自 行調劑(1-30人)	356	427	383						
00200C	4-2)開具慢性病處方並由本院所自 行調劑(31-40人)	350	420	376						
00158C	5)開具連續二次以上調劑，而且每 次給藥二十八天以 上之慢性病 連續處方並交付特約藥局調劑	555	666	597	00158C	5)開具連續二次以上調劑，而且每 次給藥二十八天以 上之慢性病 連續處方並交付特約藥局調劑	555	666	597	
00159C	6)開具連續二次以上調劑，而且每 次給藥二十八天以上之慢性病連 續處方並由本院所自行調劑	530	636	570	00159C	6)開具連續二次以上調劑，而且每 次給藥二十八天以上之慢性病連 續處方並由本院所自行調劑	530	636	570	
	2.每位醫師每日門診量超過四十人 次，但在六十人次以下部分（41-60）					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	00111C	1)處方交付特約藥局調劑	220	264	237	
00141C	2)開具慢性病處方並交付特約藥局 調劑	275	330	296	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	00112C	3)未開處方或處方由本院所自行調 劑	220	264	237	
00142C	4)開具慢性病處方並由本院所自行 調劑	250	300	269	00142C	4)開具慢性病連續處方並由本院所 自行調劑	250	300	269	
00160C	5)開具連續二次以上調劑，而且每 次給藥二十八天以上之慢性病連 續處方並交付特約藥局調劑	475	570	511	00160C	5)開具連續二次以上調劑，而且每 次給藥二十八天以上之慢性病連 續處方並交付特約藥局調劑	475	570	511	
00161C	6)開具連續二次以上調劑，而且每 次給藥二十八天以上之慢性病連 續處方並由本院所自行調劑	450	540	484	00161C	6)開具連續二次以上調劑，而且每 次給藥二十八天以上之慢性病連 續處方並由本院所自行調劑	450	540	484	
	3.每位醫師每日門診量超過六十人 次，但在八十人次以下部分（61－ 80）					3.每位醫師每日門診量超過六十人 次，但在八十人次以下部分（61－ 80）				
00113C	1)處方交付特約藥局調劑	160	192	172	00113C	1)處方交付特約藥局調劑	160	192	172	
00143C	2)開具慢性病處方並交付特約藥局 調劑	215	258	231	00143C	2)開具慢性病連續處方並交付特約 藥局調劑	215	258	231	
00114C	3)未開處方或處方由本院所自行調 劑	160	192	172	00114C	3)未開處方或處方由本院所自行調 劑	160	192	172	

00144C	4)開具慢性病處方由本院所自行調劑	190	228	204
00162C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	415	498	446
00163C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	390	468	419
	4.每位醫師每日門診量超過八十人次，但在一五〇人次以下部分(81-150)			
00115C	1)處方交付特約藥局調劑	70	84	75
00145C	2)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑	125	150	134
00116C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	70	84	75
00146C	4)開具慢性病處方並由本院所自行調劑	100	120	108
00164C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	325	390	349
00165C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	300	360	323
	5.每位醫師每日門診量超過一五〇人次部分(>150)			
00117C	1)處方交付特約藥局調劑	50	60	54
00147C	2)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑	105	126	113
00118C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	50	60	54
00148C	4)開具慢性病處方並由本院所自行調劑	80	96	86
00166C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	305	366	328
00167C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	280	336	301
	6.山地離島地區 (1)每位醫師每日門診量在五十人次以下部分(≤50)			
00230C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	358	430	385
00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50人)	352	422	378
00232C	2-1)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	457	410
00233C	2-2)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑(31-50人)	375	450	403
00234C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	358	430	385
00235C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50人)	352	422	378
00236C	4-1)開具慢性病處方並由本院所自行調劑(1-30人)	356	427	383
00237C	4-2)開具慢性病處方並由本院所自行調劑(31-50人)	350	420	376

00144C	4)開具慢性病 連續 處方由本院所自行調劑	190	228	204
00162C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	415	498	446
00163C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	390	468	419
	4.每位醫師每日門診量超過八十人次，但在一五〇人次以下部分(81-150)			
00115C	1)處方交付特約藥局調劑	70	84	75
00145C	2)開具慢性病 連續 處方並交付特約藥局調劑	125	150	134
00116C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	70	84	75
00146C	4)開具慢性病 連續 處方並由本院所自行調劑	100	120	108
00164C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	325	390	349
00165C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	300	360	323
	5.每位醫師每日門診量超過一五〇人次部分(>150)			
00117C	1)處方交付特約藥局調劑	50	60	54
00147C	2)開具慢性病 連續 處方並交付特約藥局調劑	105	126	113
00118C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	50	60	54
00148C	4)開具慢性病 連續 處方並由本院所自行調劑	80	96	86
00166C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	305	366	328
00167C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	280	336	301
	6.山地離島地區 (1)每位醫師每日門診量在五十人次以下部分(≤50)			
00119C	1)處方交付特約藥局調劑(<=50人次)	352	422	378
00149C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(≤50)	375	450	403
00120C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑(≤50)	352	422	378
00150C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(≤50)	350	420	376

00168C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(≤50)	555	666	597	00168C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(≤50)	555	666	597
00169C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑(≤50)	530	636	570	00169C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑(≤50)	530	636	570
	(2)每位醫師每日門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分(51－70)					(2)每位醫師每日門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分(51－70)			
00205C	1)處方交付特約藥局調劑(51-70)	220	264	237	00205C	1)處方交付特約藥局調劑(51-70)	220	264	237
00206C	2)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑(51-70)	275	330	296	00206C	2)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並交付特約藥局調劑(51-70)	275	330	296
00207C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑(51-70)	220	264	237	00207C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑(51-70)	220	264	237
00208C	4)開具慢性病處方並由本院所自行調劑(51-70)	250	300	269	00208C	4)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並由本院所自行調劑(51-70)	250	300	269
00209C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(51-70)	475	570	511	00209C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(51-70)	475	570	511
00210C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑(51-70)	450	540	484	00210C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑(51-70)	450	540	484
	(3)每位醫師每日門診量超過七十人次，但在一五〇人次以下部分(71-150)					(3)每位醫師每日門診量超過七十人次，但在一五〇人次以下部分(71-150)			
00211C	1)處方交付特約藥局調劑(71-150)	160	192	172	00211C	1)處方交付特約藥局調劑(71-150)	160	192	172
00212C	2)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑(71-150)	215	258	231	00212C	2)開具慢性病 <u>連續</u> 處方並交付特約藥局調劑(71-150)	215	258	231
00213C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑(71-150)	160	192	172	00213C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑(71-150)	160	192	172
00214C	4)開具慢性病處方並由本院所自行調劑(71-150)	190	228	204	00214C	4)開具慢性病 <u>連續</u> 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	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	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一五〇人次部分(>150)					(4)每位醫師每日門診量超過一五〇人次部分(>150)			
00217C	1)處方交付特約藥局調劑(>150)	90	108	97	00217C	1)處方交付特約藥局調劑(>150)	90	108	97
00218C	2)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑(>150)	145	174	156	00218C	2)開具慢性病 <u>連續</u> 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	00219C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑(>150)	90	108	97
00220C	4)開具慢性病處方並由本院所自行調劑(>150)	120	144	129	00220C	4)開具慢性病 <u>連續</u> 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	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	00222C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑(>150)	320	384	344
	精神科門診診察費－基層診所					精神科門診診察費－基層診所			
	每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)					每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)			
					<u>01031C</u>	<u>1)處方交付特約藥局調劑</u>	<u>338</u>	<u>406</u>	<u>363</u>
					<u>00182C</u>	<u>2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑</u>	<u>389</u>	<u>467</u>	<u>418</u>

00238C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	344	413	370
00239C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-45人)	338	406	363
00240C	2-1)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	395	450	425
00241C	2-2)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑(31-45人)	389	467	418
00242C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	344	413	370
00243C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-45人)	338	406	363
00244C	4-1)開具慢性病處方並由本院所自行調劑(1-30人)	374	449	402
00245C	4-2)開具慢性病處方並由本院所自行調劑(31-45人)	368	442	396
00184C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	569	683	612
00185C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	548	658	589
	—每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45)			
00186C	1)處方交付特約藥局調劑	164	197	176
00187C	2)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑	218	262	234
00188C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	164	197	176
00189C	4)開具慢性病處方並由本院所自行調劑	196	235	211
00190C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	436	523	469
00191C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	414	497	445
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	425	510	
01015C	急診診察費	521		560
01021C	精神科急診診察費	550		591

附表 2.1.4

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

代碼	名稱	支付點數A	婦外專科醫師加成9%支付點數=A*1.09	兒科專科醫師加成3%支付點數=A*1.03	內科專科醫師加成3.8%支付點數=A*1.038
	一般門診診察費－基層院所門診診察費 1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分（≤40）				
00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人次)	358	390	369	372

01032C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	338	406	363
00183C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	368	442	396
00184C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	569	683	612
00185C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	548	658	589
	—每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45)			
00186C	1)處方交付特約藥局調劑	164	197	176
00187C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	218	262	234
00188C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	164	197	176
00189C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	196	235	211
00190C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	436	523	469
00191C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	414	497	445
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	425	510	
01015C	急診診察費	521		560
01021C	精神科急診診察費	550		591

附表 2.1.4

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

代碼	名稱	支付點數A	婦外專科醫師加成9%支付點數=A*1.09	兒科專科醫師加成3%支付點數=A*1.03	內科專科醫師加成3.8%支付點數=A*1.038
	一般門診診察費－基層院所門診診察費 1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分（≤40）				
00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人次)	352	384	363	365
00139C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	375	409	386	389

00197C	2-1)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	415	392	395
00198C	2-2)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑(31-40人)	375	409	386	389
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30 人次)	358	390	369	372
00199C	4-1)開具慢性病處方並由本院所自行調劑(1-30人)	356	388	367	370
00200C	4-2)開具慢性病處方並由本院所自行調劑(31-40人)	350	382	361	363
00158C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	555	605	572	576
00159C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	530	578	546	550
	6.山地離島地區 (1)每位醫師每日門診量在五十人次以下部分(≤50)				
00230C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	358	390	369	372
00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50人)	352	384	363	365
00232C	2-1)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	415	392	395
00233C	2-2)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑(31-50人)	375	409	386	389
00234C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	358	390	369	372
00235C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50人)	352	384	363	365
00236C	4-1)開具慢性病處方並由本院所自行調劑(1-30人)	356	388	367	370
00237C	4-2)開具慢性病處方並由本院所自行調劑(31-50人)	350	382	361	363
00168C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(≤50)	555	605	572	576
00169C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑(≤50)	530	578	546	550
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	425	463	438	441

00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30 人次)	352	384	363	365
00140C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	350	382	361	363
00158C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	555	605	572	576
00159C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	530	578	546	550
	6.山地離島地區 (1)每位醫師每日門診量在五十人次以下部分(≤50)				
00119C	1)處方交付特約藥局調劑(<=50 人次)	352	384	363	365
00149C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(≤50)	375	409	386	389
00120C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑(≤50)	352	384	363	365
00150C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(≤50)	350	382	361	363
00168C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(≤50)	555	605	572	576
00169C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑(≤50)	530	578	546	550
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	425	463	438	441

附表 2.1.5

基層院所申報婦、兒、外、內專科醫師別加成併兒童加成第一段門診診察費支付點數之計算

代碼	名稱	支付點數 A	婦、外 專科醫 師看診 3歲(含) 以下兒 童加成 29%支 付點數 =A*1.2 9	兒專科 醫師看 診6歲 (含)以 下兒童 加成 23%支 付點數 =A*1.2 3	內專科 醫師看 診3歲 (含)以 下兒童 加成 23.8% 支付點 數 =A*1.2 38
	一般門診診察費－基層院所門診診察費 1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分（≤40）				
00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人次)	358	462	440	443
00197C	2-1)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	491	469	472
00198C	2-2)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑(31-40人)	375	484	461	464
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30 人次)	358	462	440	443
00199C	4-1)開具慢性病處方並由本院所自行調劑(1-30 人)	356	459	438	441
00200C	4-2)開具慢性病處方並由本院所自行調劑(31-40 人)	350	452	431	433
00158C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	555	716	683	687
00159C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	530	684	652	656
	6.山地離島地區 (1)每位醫師每日門診量在五十人次以下部分(≤50)				
00230C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)	358	462	440	443
00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50 人)	352	454	443	436
00232C	2-1)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑(1-30 人)	381	491	469	472
00233C	2-2)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑(31-50 人)	375	484	461	464
00234C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30 人)	358	462	440	443
00235C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50 人)	352	454	433	436
00236C	4-1)開具慢性病處方並由本院所	356	459	438	441

附表 2.1.5

基層院所申報婦、兒、外、內專科醫師別加成併兒童加成第一段門診診察費支付點數之計算

代碼	名稱	支付點數 A	婦、外 專科醫 師看診 3歲(含) 以下兒 童加成 29%支 付點數 =A*1.2 9	兒專科 醫師看 診6歲 (含)以 下兒童 加成 23%支 付點數 =A*1.2 3	內專科 醫師看 診3歲 (含)以 下兒童 加成 23.8% 支付點 數 =A*1.2 38
	一般門診診察費－基層院所門診診察費 1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分（≤40）				
00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人次)	352	454	433	436
00139C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	375	484	461	464
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30 人次)	352	454	433	436
00140C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	350	452	431	433
00158C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	555	716	683	687
00159C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	530	684	652	656
	6.山地離島地區 (1)每位醫師每日門診量在五十人次以下部分(≤50)				
00119C	1)處方交付特約藥局調劑(<=50 人次)	352	454	433	436
00149C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(≤50)	375	484	461	464
00120C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑(≤50)	352	454	433	436
00150C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(≤50)	350	452	431	433

	自行調劑(1-30 人)				
00237C	4-2)開具慢性病處方並由本院所自行調劑(31-50 人)	350	452	431	433
00168C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(≤50)	555	716	683	687
00169C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑(≤50)	530	684	652	656
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	425	548	523	526

附表 2.1.6

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

代碼	名 稱	支 付 點 數 A	婦、外專 科醫師 看診75 歲以上 者加成 16.5% 支付點 數 =A*1.16 5	兒科專 科醫師 看診75 歲以上 者加成 10.5%支 付點數 =A*1.10 5	內科專 科醫師 看診75 歲以上 者加成 11.3%支 付點數 =A*1.11 3
	一般門診診察費－基層院所門診診察費 1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分（≤40）				
00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30 人次)	358	417	396	398
00197C	2-1)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	444	421	424
00198C	2-2)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑(31-40人)	375	437	414	417
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人次)	358	417	396	398
00199C	4-1)開具慢性病處方並由本院所自行調劑(1-30 人)	356	415	393	396
00200C	4-2)開具慢性病處方並由本院所自行調劑(31-40 人)	350	408	387	390
00158C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	555	647	613	618
00159C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	530	617	586	590
	6.山地離島地區 (1)每位醫師每日門診量在五十人次以下部分(≤50)				

00168C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(≤50)	555	716	683	687
00169C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑(≤50)	530	684	652	656
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	425	548	523	526

附表 2.1.6

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

代碼	名 稱	支 付 點 數 A	婦、外專 科醫師 看診75 歲以上 者加成 16.5% 支付點 數 =A*1.16 5	兒科專 科醫師 看診75 歲以上 者加成 10.5%支 付點數 =A*1.10 5	內科專 科醫師 看診75 歲以上 者加成 11.3%支 付點數 =A*1.11 3
	一般門診診察費－基層院所門診診察費 1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分（≤40）				
00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30 人次)	352	410	389	392
00139C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	375	437	414	417
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人次)	352	410	389	392
00140C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	350	408	387	390
00158C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	555	647	613	618
00159C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	530	617	586	590
	6.山地離島地區 (1)每位醫師每日門診量在五十人次以下部分(≤50)				
00119C	1)處方交付特約藥局調劑(<=50 人次)	352	410	389	392
00149C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(≤50)	375	437	414	417
00120C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑(≤50)	352	410	389	392

							<u>00150C</u>	<u>4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(≤50)</u>	<u>350</u>	<u>408</u>	<u>387</u>	<u>390</u>		
<u>00230C</u>	<u>1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人)</u>	<u>358</u>	<u>417</u>	<u>396</u>	<u>398</u>									
<u>00231C</u>	<u>1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50人)</u>	<u>352</u>	<u>410</u>	<u>389</u>	<u>392</u>									
<u>00232C</u>	<u>2-1)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑(1-30人)</u>	<u>381</u>	<u>444</u>	<u>421</u>	<u>424</u>									
<u>00233C</u>	<u>2-2)開具慢性病處方並交付特約藥局調劑(31-50人)</u>	<u>375</u>	<u>437</u>	<u>414</u>	<u>417</u>									
<u>00234C</u>	<u>3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)</u>	<u>358</u>	<u>417</u>	<u>396</u>	<u>398</u>									
<u>00235C</u>	<u>3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50人)</u>	<u>352</u>	<u>410</u>	<u>389</u>	<u>392</u>									
<u>00236C</u>	<u>4-1)開具慢性病處方並由本院所自行調劑(1-30人)</u>	<u>356</u>	<u>415</u>	<u>393</u>	<u>396</u>									
<u>00237C</u>	<u>4-2)開具慢性病處方並由本院所自行調劑(31-50人)</u>	<u>350</u>	<u>408</u>	<u>387</u>	<u>390</u>									
00168C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(≤50)	555	647	613	618		00168C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(≤50)	555	647	613	618		
00169C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑(≤50)	530	617	586	590		00169C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑(≤50)	530	617	586	590		

第三節 病房費						第三節 病房費						修正病房費診療項目編號		
編號	診療項目	丁級	丙級	乙級	甲級	支付點數	編號	診療項目	丁級	丙級	乙級	甲級	支付點數	03010E、 03011F、 03012G、 03047E、 03048F、 03049G 共六項診療項目備註文字。
03010E	加護病床 ICU（床/天） --病房費				v	2852	03010E	加護病床 ICU（床/天） --病房費				v	2852	
03011F				v		2406	03011F				v		2406	
03012G			v			2406	03012G			v			2406	
03047E	--護理費				v	4491	03047E	--護理費				v	4491	
03048F				v		3789	03048F				v		3789	
03049G	註：1.監視器、C.V.P.處理費等已包括在所訂點數內，不得另計。 2.呼吸器、電擊、氧氣、C.V.P.置入及顱內壓監視置入等另按實際使用申報。 3.使用加護病床患者以下列為限： 1)急性心肌梗塞患者，不穩定型心絞痛或狹心症患者。 2)急性心臟衰竭、急性腎臟衰竭、急性肝臟衰竭患者。 3)急性呼吸衰竭、呼吸窘迫、間歇性呼吸暫停或重度窒息需積極呼吸治療患者。 4)手術後仍需輔助性治療或生命徵象不穩定者。 5)危命性不整脈（含心搏暫停後）患者。 6)休克患者。 7)嚴重新陳代謝及電解質、水分不平衡患者或內分泌異常需加強監視患者。 8)急性中毒性昏迷患者。 9)肝硬化性肝昏迷患者。 10)胸腔外科、心臟外科及神經外科術後患者需加強醫療者。 11)腦中風、腦膜炎、腦炎等腦病變急性期，合併意識障礙或昏迷者。 12)癲癇重積症患者。 13)急性顱內壓增高危及生命者。 14)急性腦幹病變者。 15)敗血症或疑敗血症且生命徵象不穩定者。 16)新生兒黃膽過高需換血者。 17)出生體重低於一千五百公克之極度早產兒。 18)其他危篤重症危及生命者。 4.入住加護病房之患者如符合下列條件，應予轉出： 1)血液動力學值穩定者(生命徵象、中心靜脈壓、肺動脈楔壓、心輸出量，· ·)。 2)脫離呼吸器。 3)病情穩定已不需使用特殊生理監測器者。 4)合併症已穩定控制者。 5)已脫離急性期不需加護醫療照護者。 6)家屬要求自動出院者。			v		2833	03049G	註：1.監視器、C.V.P.處理費等已包括在所訂點數內，不得另計。 2.呼吸器、電擊、氧氣、C.V.P.置入及顱內壓監視置入等另按實際使用申報。 3.使用加護病床患者以下列為限： 1)急性心肌梗塞患者，不穩定型心絞痛或狹心症患者。 2)急性心臟衰竭、急性腎臟衰竭、急性肝臟衰竭患者。 3)急性呼吸衰竭、呼吸窘迫、間歇性呼吸暫停或重度窒息需積極呼吸治療患者。 4)手術後仍需輔助性治療或生命徵象不穩定者。 5)危命性不整脈（含心搏暫停後）患者。 6)休克患者。 7)嚴重新陳代謝及電解質、水分不平衡患者或內分泌異常需加強監視患者。 8)急性中毒性昏迷患者。 9)肝硬化性肝昏迷患者。 10)胸腔外科、心臟外科及神經外科術後患者需加強醫療者。 11)腦中風、腦膜炎、腦炎等腦病變急性期，合併意識障礙或昏迷者。 12)癲癇重積症患者。 13)急性顱內壓增高危及生命者。 14)急性腦幹病變者。 15)敗血症或疑敗血症且生命徵象不穩定者。 16)新生兒黃膽過高需換血者。 17)出生體重低於一千五百公克之極度早產兒。 18)其他危篤重症危及生命者。 4.入住加護病房之患者如符合下列條件，應予轉出： 1)血液動力學值穩定者(生命徵象、中心靜脈壓、肺動脈楔壓、心輸出量，· ·)。 2)脫離呼吸器。 3)病情穩定已不需使用特殊生理監測器者。 4)合併症已穩定控制者。 5)已脫離急性期不需加護醫療照護者。 6)家屬要求自動出院者。			v		2833	

第二章 特定診療 Specific Diagnosisand Treatment							第二章 特定診療 Specific Diagnosisand Treatment							一、新增核子醫學檢查項目「鐳 223 治療處置費」（編號 26078A），支付點數 21,430 點。						
第一節 檢查 Laboratory Examination							第一節 檢查 Laboratory Examination							二、修訂伴隨式診斷診療項目編號 30101B 診療項目備註文字。						
第二十項 核子醫學檢查 Radioisotope Scanning							第二十項 核子醫學檢查 Radioisotope Scanning							三、新增伴隨式診斷項目「肺癌表皮生長因子受體 (EGFR)突變實驗室自行研發檢測」（編號 30102B），支付點數 6,755 點。						
一、造影 Scanning (26001-26078、P2105-P2108)							一、造影 Scanning (26001-26077、P2105-P2108)													
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														
26078A	鐳223治療處置費 Radium-223 treatment 註：適應症： 1.去勢抗性攝護腺癌（castration -resistant prostat cancer） ，合併有症狀的骨轉移且尚未有臟器轉移者（ICD-10-CM診斷為C61攝護腺惡性腫瘤、C79.5骨骼續發性惡性腫瘤）。 2.執行頻率：每月一次，每月為一療程，共六次療程。 3.使用規範及人員資格： (1)特殊人員限制：依據原子能委員會法規規定，須為合格輻射操作醫事人員，檢具合格輻射防護人員認可證書。 (2)特殊設備要求使用：經原子能委員會評估可操作「鐳-223」之場所，需檢具放射性物質許可證。 (3)費用申報時必要之附件：需癌症治療計畫書，檢附治療去勢抗性攝護腺癌病歷紀錄，及骨轉移之影像學報告。 4.本項不含鐳223注射液。			V	V	21430														
第二十四項 伴隨式診斷 Companion Diagnostics (30101- 30102)							第二十四項 伴隨式診斷 Companion Diagnostics (30101)													
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						
30101B	肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變體外診斷醫療器材檢測(IVD) EGFR mutation in vitro diagnostics testing 註： 1.適應症： (1)限復發或轉移性(第IV期)之非小細胞且非鱗狀上皮肺癌，於使用EGFR標靶藥物前得申請檢測。 (2)第IIIB期及第IIIC期，經肺癌多專科團隊討論，無法以外科手術完全切除、且不適合放射化學治療，於使用EGFR標靶藥物前得申請檢測。 2.支付規範： (1)限使用已確診之腫瘤病理組織或細胞檢體做檢測，並於檢測報告上註明診斷與腫瘤細胞百分比。 (2)限具肺癌EGFR基因檢測項目通過CAP(美國病理學家學會，The College of American Pathologists)、TAF(財團法人全國認證基金會，Taiwan Accreditation Foundation)或台灣病理學會之分子實驗室認證之實驗室。		V	V	V	8252		30101B	肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變體外診斷醫療器材檢測(IVD) EGFR mutation in vitro diagnostics testing 註： 1.適應症： (1)限復發或轉移性(第IV期)之非小細胞且非鱗狀上皮肺癌，於使用EGFR標靶藥物前得申請檢測。 (2)第IIIB期及第IIIC期，經肺癌多專科團隊討論，無法以外科手術完全切除、且不適合放射化學治療，於使用EGFR標靶藥物前得申請檢測。 2.支付規範： (1)限使用已確診之腫瘤病理組織或細胞檢體做檢測，並於檢測報告上註明診斷與腫瘤體積百分比。 (2)限具肺癌EGFR基因檢測項目通過CAP(美國病理學家學會，The College of American Pathologists)、TAF(財團法人全國認證基金會，Taiwan Accreditation Foundation)或台灣病理學會之分子實驗室認證之實驗室， <u>以醫療院所為單位進行申報。</u>		V	V	V	8252						

	(3)執行本項之醫事服務機構資格應向保險人申請核定，如有異動，仍應重行報請核定。 (4)限使用食品藥物管理署核准之第三等級醫療器材檢測試劑操作，並於檢測報告上註明方法學與檢測平台。 (5)限解剖病理專科醫師簽發報告，並於檢測報告上加註專科醫師證書字號。 (6)限符合適應症規範下用藥前之伴隨式檢測，每人終生限申報一次。 (7)不得同時申報編號30102B。																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment							第六節 治療處置 Therapeutic Treatment							一、為「淺部創傷處理」及「手術、創傷處置及換藥」診療項目之西醫基層支付點數與醫院一致，爰修訂創傷處置診療項目編號48001C、48002C、48003C、48011C、48012C、4/013C 共六項診療項目支付規範；併修正48001C 共四項診療項目中文名稱。 二、新增耳鼻喉處置項目「人工電子耳術後調圖(單耳)」(編號54045B)，支付點數1,311 點。
第一項 處置費 Treatment							第一項 處置費 Treatment							
二、創傷處置 Wound Treatment (48001-48035)							二、創傷處置 Wound Treatment (48001-48035)							
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	
48001C	淺部創傷處理 Wound treatment － 傷口長 <u>小於</u> 5公分者 <5cm	v	v	v	v	420	48001C	淺部創傷處理 Wound treatment － 傷口長 5公分 <u>以下</u> 者 <5cm	v	v	v	v	420	
48002C	－ 傷口長 5-10 公分者 5-10cm	v	v	v	v	562	48002C	－ 傷口長 5-10 公分者 5-10cm	v	v	v	v	562	
48003C	－ 傷口長 <u>大於</u> 10 公分者 >10cm 註：1.切傷、刺傷、割傷或挫減傷之複診患者依48011C-48013C申報。 2.含縫合、接紮、擴創處理。	v	v	v	v	739	48003C	－ 傷口長 10 公分 <u>以上</u> 者 >10cm 註：1.切傷、刺傷、割傷或挫減傷之複診患者依48011C-48013C申報。 2.含縫合、接紮、擴創處理。 <u>3.屬西醫基層總額部門院所，48001C以原支付點數350點申報，48002C以原支付點數468點申報，48003C以原支付點數616點申報。</u>	v	v	v	v	739	
48011C	手術、創傷處置及換藥 Change dressing － 小換藥（ <u>小於</u> 10公分）small (<10cm)	v	v	v	v	56	48011C	手術、創傷處置及換藥 Change dressing － 小換藥（10公分 <u>以下</u> ）small (<10cm)	v	v	v	v	56	
48012C	－ 中換藥（10－20公分）medium (10-20cm)	v	v	v	v	76	48012C	－ 中換藥（10－20公分）medium (10-20cm)	v	v	v	v	76	
48013C	－ 大換藥（ <u>大於</u> 20公分）large (>20cm) 註：1.包括材料費在內。 2.基層院所 <u>申報</u> 48011C得加計百分之四十。 3.基層院所 <u>申報</u> 48012C得加計百分之二十。	v	v	v	v	125	48013C	－ 大換藥（20公分 <u>以上</u> ）large (>20cm) 註：1.包括材料費在內。 2.屬西醫基層總額部門院所，48011C以原支付點數47點申報，並得加計百分之四十。 3.屬西醫基層總額部門院所，48012C以原支付點數63點申報，並得加計百分之二十。 <u>4.屬西醫基層總額部門院所，48013C以原支付點數104點申報。</u>	v	v	v	v	125	
八、耳鼻喉處置 E.N.T. Treatment (54001-5404 <u>5</u>)							八、耳鼻喉處置 E.N.T. Treatment (54001-54044)							
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								
<u>54045B</u>	<u>人工電子耳術後調圖（單耳）</u> <u>Mapping post Cochlear implantation</u> 註： <u>1.適應症：下列診斷且經植入人工電子耳者。</u> <u>(1)聽力喪失(Hearing loss)。</u> <u>(2)感音神經性耳聾(Sensorineural hearing loss)。</u> <u>(3)突發性自發性聽力喪失(Sudden idiopathic hearing loss)。</u> <u>(4)老年失聰(Presbycusis)。</u>		<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>1311</u>								

第二項 透析治療 Dialysis Therapy (58001~58031)							第二項 透析治療 Dialysis Therapy (58001~58030)							一、修訂透析治療診療項目編號 58011C 及 58017C 共二項診療項目文字。 二、新增透析治療項目「分子吸附循環系統」（編號 58031A），支付點數 144,277 點。
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	
58009B	連續性可攜帶式腹膜透析 Continuous ambulatory peritoneal dialysis, CAPD 1.初次CAPD患者指導費，CAPD instruction 註：1.限以經專案向保險人申請同意後之醫院申報。 2.限患者初次腹膜透析申報。 3.包括患者專門技術訓練，家屬指導及教材給予。		v	v	v	2847	58009B	連續性可攜帶式腹膜透析 Continuous ambulatory peritoneal dialysis, CAPD 1.初次CAPD患者指導費，CAPD instruction 註：1.限以經專案向保險人申請同意後之醫院申報。 2.限患者初次腹膜透析申報。 3.包括患者專門技術訓練，家屬指導及教材給予。		v	v	v	2847	
58010B	2.CAPD患者輸液連接管更換材料費 CAPD single unit P.D. set transfer material fee 註：1.包括輸液管組更換準備包、導管管夾、輸液連接管、腹膜透析引流袋。 2.限術後使用CAPD患者申報。 3.植管當次四周內以申報一次為原則，若有特殊阻塞或感染需更換管路者，得另申報一次，最多以二次為限。 3.腹膜透析追蹤處置費 Peritoneal Dialysis Follow up therapy		v	v	v	600	58010B	2.CAPD患者輸液連接管更換材料費 CAPD single unit P.D. set transfer material fee 註：1.包括輸液管組更換準備包、導管管夾、輸液連接管、腹膜透析引流袋。 2.限術後使用CAPD患者申報。 3.植管當次四周內以申報一次為原則，若有特殊阻塞或感染需更換管路者，得另申報一次，最多以二次為限。 3.腹膜透析追蹤處置費 Peritoneal Dialysis Follow up therapy		v	v	v	600	
58011C	(1)連續性可攜帶式腹膜透析 CAPD	v	v	v	v	8675	58011C	(1)連續性可攜帶式腹膜透析 CAPD	v	v	v	v	8675	
58017C	(2)全自動腹膜透析 Automated peritoneal dialysis 註：1.包括： (1)醫護人員費 (nursing care) 5235 點。 (2)特殊材料費 (CAPD special material) 440點。 (3)每月醫材消耗品 (monthly consumption) 1500點。 (4)每月檢查費 (monthly laboratory fee) 1500點。 2.每月申報一次。 3.患者因故中途停止治療或入院後未使用者，則按比例扣除未治療天數費用。	v	v	v	v	8675	58017C	(2)全自動腹膜透析 Automated peritoneal dialysis 註：1.包括： (1)醫護人員費 (nursing care) 5235 點。 (2)特殊材料費 (CAPD special material) 440點。 (3)每月醫材消耗品 (monthly consumption) 1500點。 (4)每月檢查費 (monthly laboratory fee) 1500點。 2.每月申報一次。 3.患者中途停止治療入院，則按比例扣除未治療天數費用。	v	v	v	v	8675	
58028C	(3)全自動腹膜透析機相關費用(ADP monthly fee) 註：1.限居家長期使用全自動腹膜透析治療患者申報。 2.每月每一病人限申報一次。包含租金、保養、維修及管理等費用。 3.患者因故中途停止治療或入院後未使用自動腹膜透析者，則按比例扣除未治療天數費用。	v	v	v	v	2000	58028C	(3)全自動腹膜透析機相關費用(ADP monthly fee) 註：1.限居家長期使用全自動腹膜透析治療患者申報。 2.每月每一病人限申報一次。包含租金、保養、維修及管理等費用。 3.患者因故中途停止治療或入院後未使用自動腹膜透析者，則按比例扣除未治療天數費用。	v	v	v	v	2000	
58012B	4.連續性可攜帶式腹膜透析導管植入術。CAPD,Tenckhoff catheter implantation 註：1.限以經專案向保險人申請同意後之醫院申報。 2.包含手術費及一般材料費。		v	v	v	4284	58012B	4.連續性可攜帶式腹膜透析導管植入術。CAPD,Tenckhoff catheter implantation 註：1.限以經專案向保險人申請同意後之醫院申報。 2.包含手術費及一般材料費。		v	v	v	4284	
58031A	分子吸附循環系統 Molecular absorbent recirculating system(MARS) 1.適應症：肝臟衰竭病患肝臟移植前的橋接治療，並須符合下列所有條件： (1)病人經傳統治療無法維持肝功能，而於短期內有致死之虞者（MELD score >30 或 PELD score >30）。 (2)經評估通過需要肝臟移植者。 (3)已有活體肝臟移植捐贈者。 2.終止條件：下列情況之一，應考慮中止治療或改為自費治療： (1)治療後一週內無明顯改善者（SOFA score仍未小於十一分，或MELD score仍未小於二十五分）。 (2)一週內無法接受肝移植者。 3.執行頻率：每人以給付三次為限。 4.含血清白蛋白注射液及血液淨化套組(MARS Treatment Kit)。			v	v	144277								

第七節 手術

第一項 皮膚 Integumentary System (62001-62072 , [63017](#))

註：本項編號 63017 與「第二項乳房」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
<u>63017B</u>	<u>前哨淋巴結摘除手術</u> <u>1.適應症：惡性乳癌、黑色素瘤及鱗狀上皮細胞癌。</u> <u>2.支付規範：</u> <u>(1)不可同時申報：70205B。</u> <u>(2)一般材料費，得另加計56%。</u>		<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>12656</u>

第二項 乳房 Breast (63001~63017)

註：本項編號 63017 與「第一項 皮膚」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
63017B	前哨淋巴結摘除手術 1.適應症：惡性乳癌、 <u>黑色素瘤及鱗狀上皮細胞癌。</u> 2.支付規範： (1)不可同時申報：70205B。 (2)一般材料費，得另加計56%。		√	√	√	12656

第六項 心臟及心包膜(68001-68056)

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
68044A	經皮移除心臟內電極導線 Removal of Cardiac Lead from Heart, Percutaneous Approach 註： 1.支付規範： (1)施行本項醫師資格須同時符合下列三項條件： A.具有心臟專科醫師資格(心臟內科、心臟外科、小兒心臟科)。 B.須於指導醫師在場協助下，完成至少五例或十條導線移除經驗，並經中華民國心臟學會或中華民國心律醫學會認證。 C.參加中華民國心臟學會或中華民國心律醫學會認證之講習及模擬課程(實際操作訓練或示範教學)。 <u>(2)執行本項手術之醫師條件應向保險人申請核定。</u> 2.含一般材料費，不另加計材料加成。			v	v	36963
<u>68056B</u>	<u>心房-肺動脈迴路成形術</u> <u>Fontan operation</u>		v	v	v	<u>56403</u>

第七節 手術

第一項 皮膚 Integumentary System (62001-62072)

第二項 乳房 Breast (63001~63017)

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
63017B	前哨淋巴結摘除手術 1.適應症：惡性乳癌 2.支付規範： (1)不可同時申報：70205B。 (2)一般材料費，得另加計56%。		√	√	√	12656

第六項 心臟及心包膜(68001-68055)

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
68044A	經皮移除心臟內電極導線 Removal of Cardiac Lead from Heart, Percutaneous Approach 註： 1.支付規範： (1)施行本項醫師資格須同時符合下列 三項條件： A.具有心臟專科醫師資格(心臟內 科、心臟外科、小兒心臟科)。 B.須於指導醫師在場協助下，完成至 少五例或十條導線移除經驗，並經 中華民國心臟學會或中華民國心 律醫學會認證。 C.參加中華民國心臟學會或中華民 國心律醫學會認證之講習及模擬 課程(實際操作訓練或示範教學)。 2.含一般材料費，不另加計材料加成。			v	v	36963
<u>68033B</u>	<u>心房-肺動脈迴路成形術 (大於六歲)</u> <u>Fontan operation(>6-year-old)</u>		<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>53305</u>
<u>68046B</u>	<u>心房-肺動脈迴路成形術 (六歲以下)</u> <u>Fontan operation(≤ 6-year-old)</u>		<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>56403</u>

一、修訂乳房診療項目編號 63017B 適應症，因本項與皮膚為共同項目，爰於「第一項皮膚」項下增列 63017B。

二、修訂心臟及心包膜診療項目編號 68044A 支付規範。

三、合併心臟及心包膜項目編號 68033B 「心房-肺動脈迴路成形術（大於六歲）」及編號 68046B 「心房-肺動脈迴路成形術（六歲以下）」二項診療項目，名稱改為「心房-肺動脈迴路成形術」（編號 68056B），原編號 62033B 及 68046B 併同刪除。

四、修訂根除性淋巴結切除診療項目編號 70205B 適應症。

五、修正「第十三項 女性生殖 一、會陰」之備註文字。

第八項 造血與淋巴系統 Hemic & Lymphatic System 二、根除性淋巴結切除 Radical Lymphadenectomy (70201-70214)							第八項 造血與淋巴系統 Hemic & Lymphatic System 二、根除性淋巴結切除 Radical Lymphadenectomy (70201-70214)							
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	
70205B	標準腋下淋巴廓清術 Axillary lymph node dissection 註： 1.適應症：惡性乳癌、 黑色素瘤及鱗狀上皮細胞癌 。 2.一般材料費，得另加計41%。		v	v	v	13515	70205B	標準腋下淋巴廓清術 Axillary lymph node dissection 註： 1.適應症：惡性乳癌 2.一般材料費，得另加計41%。		v	v	v	13515	
第十三項 女性生殖 一、會陰 Perineum (79601~79605) 註：本項與「第十二項 泌尿及男性生殖」項下「 十一 、會陰」為相同項目，但有 79603C 女陰白斑切除術。							第十三項 女性生殖 一、會陰 Perineum (79601~79605) 註：本項與「第十二項 泌尿及男性生殖」項下「一、會陰」為相同項目，但有 79603C 女陰白斑切除術。							
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。 6.兒童牙科：十二歲以下執行上述醫令項。							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 6 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百分之十五百分位數(含)以上者，其科別點數或件數占總申報點數或件數六十百分位(含)以上者(牙體復形除外)。本項名單產製由牙醫總額受託單位每年依附表 3.3.4 產製名單通知。 (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。 6.兒童牙科：十二歲以下執行上述醫令項。							修訂通則三 (一)第 2、3 點文字。

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，計畫醫師於院所執行轉診醫療則不限科別得轉診加成。 (三)轉診單開立後三個月內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、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。 六、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。	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，計畫醫師於院所執行轉診醫療則不限科別得轉診加成。 (三)轉診單開立後三個月內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、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。 六、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。	
--	--	--

第三章 牙科處置及手術 DentalTreatment & operation							第三章 牙科處置及手術 DentalTreatment & operation							修訂牙體復形 診療項目編號 89001C、 89002C、 89003C、 89004C、 89005C、 89008C、 89009C、 89010C、 89011C、 89012C、 89013C、 89014C、 89015C 共十 三診療項目支 付規範。
通則： 一、本章除第四節第二項開刀房手術各項目外，餘各項目之點數均包括牙科材料費在內。 二、牙體復形各項目之點數均包括牙科局部麻醉費(96001C)在內。							通則： 一、本章除第四節第二項開刀房手術各項目外，餘各項目之點數均包括牙科材料費在內。 二、牙體復形各項目之點數均包括牙科局部麻醉費(96001C)在內。							
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 － 單面 single surface	v	v	v	v	450	89001C	銀粉充填 Amalgam restoration － 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 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）費用， 以同一院所為限 。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。	v	v	v	v	750	89003C	－ 三面 three surfaces 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）費用。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。	v	v	v	v	750	
89004C	前牙複合樹脂充填 Composite resin restoration in anterior teeth －單面 single surface	v	v	v	v	500	89004C	前牙複合樹脂充填 Composite resin restoration in anterior teeth －單面 single surface	v	v	v	v	500	
89005C	－雙面 two surfaces 註： 1.同類牙申報前牙複合樹脂充填，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）費用， 以同一院所為限 。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以二面為限。	v	v	v	v	650	89005C	－雙面 two surfaces 註： 1.同類牙申報前牙複合樹脂充填，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）費用。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以二面為限。	v	v	v	v	650	
89008C	後牙複合樹脂充填 Composite resin restoration in posterior teeth －單面 single surface	v	v	v	v	600	89008C	後牙複合樹脂充填 Composite resin restoration in posterior teeth －單面 single surface	v	v	v	v	600	
89009C	－雙面 two surfaces	v	v	v	v	800	89009C	－雙面 two surfaces	v	v	v	v	800	
89010C	－三面 three surfaces 註： 1.同類牙申報複合樹脂充填，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）費用， 以同一院所為限 。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。	v	v	v	v	1000	89010C	－三面 three surfaces 註： 1.同類牙申報複合樹脂充填，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）費用。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。	v	v	v	v	1000	
89011C	玻璃離子體充填 Glass ionomer cement restoration 註： 1.同類牙申報玻璃離子體充填，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。	v	v	v	v	400	89011C	玻璃離子體充填 Glass ionomer cement restoration 註： 1.同類牙申報玻璃離子體充填，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。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。	v	v	v	v	400	

89012C	前牙三面複合樹脂充填 Three-surface composite resin restoration in anterior teeth 註： 1.同顆牙申報複合樹脂充填，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)費用， 以同一院所為限 。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。	v	v	v	v	1050
89013C	複合體充填 Compomer restoration 註： 1.限恆牙牙根齲齒申報。 2.每顆牙一年半內不得重複申報， 以同一院所為限 。 3.應於病歷詳列充填牙面部位。	v	v	v	v	1000
89014C	前牙雙鄰接面複合樹脂充填 Composite resin restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in anterior teeth 註： 1.同顆牙申報前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)費用， 以同一院所為限 。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。	v	v	v	v	1200
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.同顆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)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

89012C	前牙三面複合樹脂充填 Three-surface composite resin restoration in anterior teeth 註： 1.同顆牙申報複合樹脂充填，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)費用。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。	v	v	v	v	1050
89013C	複合體充填 Compomer restoration 註： 1.限恆牙牙根齲齒申報。 2.每顆牙一年半內不得重複申報。 3.應於病歷詳列充填牙面部位。	v	v	v	v	1000
89014C	前牙雙鄰接面複合樹脂充填 Composite resin restoration for two proximal (mesial and distal) surfaces in anterior teeth 註： 1.同顆牙申報前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)費用。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。	v	v	v	v	1200
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.同顆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)費用。 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

第四節 口腔顎面外科 Oral Surgery (92001~92073，92088-92100)							第四節 口腔顎面外科 Oral Surgery (92001~92073，92088-92100)							一、原列於第四節第一項「處置及門診手術」項下診療項目編號 92015C、92016C、92020B、92034B、92056C、92057C、92058C、92059C、92063C、92064C 共十項診療項目移列至「門診手術」項下；併修訂第四節第一項名稱為「處置」，第二項名稱修訂為「門診手術」，及修訂原第四節第二項「開刀房手術」項次編號為第三項。 二、修訂處置診療項目編號92096C 備註文字。
第一項 處置							第一項 處置及門診手術							
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	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	
92001C	非特定局部治療 Unspecified local treatment 註： 1.包括局部藥物治療或燒灼或簡易脫白及其他相關必要措施。 2.三天內視為同一療程，三十天內限申報二次。 3.此項不得申請轉診加成。	v	v	v	v	50	92001C	非特定局部治療 Unspecified local treatment 註： 1.包括局部藥物治療或燒灼或簡易脫白及其他相關必要措施。 2.三天內視為同一療程，三十天內限申報二次。 3.此項不得申請轉診加成。	v	v	v	v	50	
92066C	特定局部治療 Specified local treatment 註： 1.阻生齒手術、膺復前手術、頭頸部感染之手術處理、囊腫之手術處理、牙齒再植或移植手術、顏面骨折合併顏面軟組織外傷手術處理、良性腫瘤（含重建）之手術處理、放射治療之病患、顳顎關節疾病之手術處理、大唾液腺疾病外科處理之術後處理。 2.拔牙後乾性齒槽炎、燒燙傷、化學藥物灼傷、扁平苔癬及嚴重之口腔潰瘍。 3.牙周病咬合調整，90007C拆除牙冠後填補。 4.三天內視為同一療程。	v	v	v	v	50	92066C	特定局部治療 Specified local treatment 註： 1.阻生齒手術、膺復前手術、頭頸部感染之手術處理、囊腫之手術處理、牙齒再植或移植手術、顏面骨折合併顏面軟組織外傷手術處理、良性腫瘤（含重建）之手術處理、放射治療之病患、顳顎關節疾病之手術處理、大唾液腺疾病外科處理之術後處理。 2.拔牙後乾性齒槽炎、燒燙傷、化學藥物灼傷、扁平苔癬及嚴重之口腔潰瘍。 3.牙周病咬合調整，90007C拆除牙冠後填補。 4.三天內視為同一療程。	v	v	v	v	50	
92002C	齒間暫時固定術，每齒 Temporary splinting for one tooth 註：需附術後X光片舉證。	v	v	v	v	100	92002C	齒間暫時固定術，每齒 Temporary splinting for one tooth 註：需附術後X光片舉證。	v	v	v	v	100	
92003C	口內切開排膿 Intraoral incision & drainage with drains 註： 1.腫脹區切開，引流，清創放置引流裝置並以縫線固定，傷口縫合及局部麻醉費用已內含。 2.限蜂窩性組織炎及組織間隙膿瘍申報。	v	v	v	v	510	92003C	口內切開排膿 Intraoral incision & drainage with drains 註： 1.腫脹區切開，引流，清創放置引流裝置並以縫線固定，傷口縫合及局部麻醉費用已內含。 2.限蜂窩性組織炎及組織間隙膿瘍申報。	v	v	v	v	510	
92004C	口外切開排膿 Extraoral incision & drainage 註： 1.腫脹區切開，引流，清創放置引流裝置並以縫線固定，傷口縫合及局部麻醉費用已內含。 2.限蜂窩性組織炎及組織間隙膿瘍申報。	v	v	v	v	2000	92004C	口外切開排膿 Extraoral incision & drainage 註： 1.腫脹區切開，引流，清創放置引流裝置並以縫線固定，傷口縫合及局部麻醉費用已內含。 2.限蜂窩性組織炎及組織間隙膿瘍申報。	v	v	v	v	2000	
92005C	拆線 Removal of stitches 每次	v	v	v	v	50	92005C	拆線 Removal of stitches 每次	v	v	v	v	50	
92006C	固定鋼線移除 Removal of splinting wire	v	v	v	v	160	92006C	固定鋼線移除 Removal of splinting wire	v	v	v	v	160	
92007B	鋼線固定 三齒以內 Closed reduction with interdental wiring fixation for 3 or fewer teeth 註：本項支付點數已包含局部麻醉費用在內，但不含拆除費用。		v	v	v	1270	92007B	鋼線固定 三齒以內 Closed reduction with interdental wiring fixation for 3 or fewer teeth 註：本項支付點數已包含局部麻醉費用在內，但不含拆除費用。		v	v	v	1270	
92008B	鋼線固定(上顎或下顎固定術) 四齒以上 Closed reduction with wiring fixation for 4 or more teeth 註：本項支付點數已包含局部麻醉費用在內，但不含拆除費用。		v	v	v	2010	92008B	鋼線固定(上顎或下顎固定術) 四齒以上 Closed reduction with wiring fixation for 4 or more teeth 註：本項支付點數已包含局部麻醉費用在內，但不含拆除費用。		v	v	v	2010	
92009C	去除齒列夾板 Removal of splint	v	v	v	v	360	92009C	去除齒列夾板 Removal of splint	v	v	v	v	360	
92010B	顎間固定法 Intermaxillary fixation (I.M.F.) 註： 1.包含arch bar 材料費及局部麻醉費用在內。 2.申報費用應檢附手術記錄。		v	v	v	9780	92010B	顎間固定法 Intermaxillary fixation (I.M.F.) 註： 1.包含arch bar 材料費及局部麻醉費用在內。 2.申報費用應檢附手術記錄。		v	v	v	9780	

92011B	環繞結紮法 Circumferential wiring		v	v	v	2560
92012C	拔牙後特別處理 Post-operative care of extraction wound 註：包括Dry Socket 或縫合止血及局部麻醉。	v	v	v	v	160
92013C	簡單性拔牙 Simple extraction 註： 1.本項支付點數已包含局部麻醉費用在內。 2.此項不得申請轉診加成。	v	v	v	v	510
92014C	複雜性拔牙 Complex extraction 註： 一、依牙醫門診總額支付制度臨床指引申報。 二、全身性疾病患者或六十五歲以上患者或第三大白齒可依本項申報。 全身性疾病包含： 1.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。 2.心臟病必須術前抗生素預防或服用抗凝血劑。 3.服用抗凝血劑療程中。 4.洗腎病人。 5.張口困難(含口腔癌病人)不及 2.5 公分。 6.曾經接受器官移植病人。 7.凝血障礙或白血球障礙病人。 8.經診斷有糖尿病或高血壓患者。 9.曾經接受頭頸部放射治療或一年內接受過化學治療。 10.愛滋病。 11.免疫性疾病，長期服用類固醇病人。 12.肝硬化及癌症患者。 三、需檢附術前X光片以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含，「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象經安撫無法配合者不在此限）。	v	v	v	v	900
92017C	囊腫摘除術 Cystic enucleation － 小 Small < 2cm	v	v	v	v	3000
92018B	－ 中 Medium 2-4cm		v	v	v	3500
92019B	－ 大 Large > 4cm 註： 1.申報費用應檢附X光片及病理檢查報告。 2.92017C、92018B及92019B等三項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。		v	v	v	5000
92021B	軟組織切片 Biopsy, 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	610
92022B	硬組織切片 Biopsy, 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	1210
92023B	囊腫造袋術 Marsupialization 註：本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。		v	v	v	1510
92024B	瘻管切除術 Fistulectomy		v	v	v	800
92025B	腐骨清除術 Sequestrectomy － 簡單,1/3顎以下 Simple, involving less than 1/3 arch		v	v	v	2010
92026B	－ 複雜,1/3顎以上 Complex, involving more than 1/3 arch 註： 1.申報費用應檢附X光片。 2.本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。		v	v	v	3010
92011B	環繞結紮法 Circumferential wiring		v	v	v	2560
92012C	拔牙後特別處理 Post-operative care of extraction wound 註：包括Dry Socket 或縫合止血及局部麻醉。	v	v	v	v	160
92013C	簡單性拔牙 Simple extraction 註： 1.本項支付點數已包含局部麻醉費用在內。 2.此項不得申請轉診加成。	v	v	v	v	510
92014C	複雜性拔牙 Complex extraction 註： 一、依牙醫門診總額支付制度臨床指引申報。 二、全身性疾病患者或六十五歲以上患者或第三大白齒可依本項申報。 全身性疾病包含： 1.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。 2.心臟病必須術前抗生素預防或服用抗凝血劑。 3.服用抗凝血劑療程中。 4.洗腎病人。 5.張口困難(含口腔癌病人)不及 2.5 公分。 6.曾經接受器官移植病人。 7.凝血障礙或白血球障礙病人。 8.經診斷有糖尿病或高血壓患者。 9.曾經接受頭頸部放射治療或一年內接受過化學治療。 10.愛滋病。 11.免疫性疾病，長期服用類固醇病人。 12.肝硬化及癌症患者。 三、需檢附術前X光片以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含，「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象經安撫無法配合者不在此限）。	v	v	v	v	900
92017C	囊腫摘除術 Cystic enucleation － 小 Small < 2cm	v	v	v	v	3000
92018B	－ 中 Medium 2-4cm		v	v	v	3500
92019B	－ 大 Large > 4cm 註： 1.申報費用應檢附X光片及病理檢查報告。 2.92017C、92018B及92019B等三項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。		v	v	v	5000
92021B	軟組織切片 Biopsy, 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	610
92022B	硬組織切片 Biopsy, 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	1210
92023B	囊腫造袋術 Marsupialization 註：本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。		v	v	v	1510
92024B	瘻管切除術 Fistulectomy		v	v	v	800
92025B	腐骨清除術 Sequestrectomy － 簡單,1/3顎以下 Simple, involving less than 1/3 arch		v	v	v	2010
92026B	－ 複雜,1/3顎以上 Complex, involving more than 1/3 arch 註： 1.申報費用應檢附X光片。 2.本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。		v	v	v	3010

92027C	齦蓋切除術 Operculectomy 註：需附術前X光片或相片以為審核（X光片或相片及局部麻醉費用已內含）。	v	v	v	v	510
92028C	繫帶切除術 Frenectomy — 簡單法 Simple	v	v	v	v	410
92029C	— Z字法 Z-plasty 註：本項目局部麻醉費用已內含。	v	v	v	v	570
92030C	前齒根尖切除術 Apicoectomy：incisors and canines 註： 1.需附術前及術後X光片以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。 2.同一醫療院所二年內不得再申報此項。	v	v	v	v	1800
92031C	小白齒根尖切除術 Apicoectomy：premolars 註： 1.需附術前及術後X光片以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。 2.同一醫療院所二年內不得再申報此項。	v	v	v	v	2800
92032C	大白齒根尖切除術 Apicoectomy：molars 註： 1.需附術前及術後X光片以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。 2.同一醫療院所二年內不得再申報此項。	v	v	v	v	4000
92033C	牙齒切半術或牙根切斷術 Hemisection or root amputation 註：需附術前及術後X光片以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。	v	v	v	v	1500
92035B	神經撕除法 Neurectomy		v	v	v	1200
92036B	口內植皮 Skin or mucosal grafts for intraoral defects		v	v	v	2400
92037B	涎石切除術，在腺管中 Sialolithotomy, within duct 註：本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。		v	v	v	2010
92038B	皮瓣手術 Flap repair — 小（4平方公分以下）		v	v	v	720
92039B	— 中（4－16平方公分）		v	v	v	2000
92040B	— 大（16平方公分以上）		v	v	v	3200
92041C	齒槽骨成形術(1/2顎以內) Alveoloplasty, involving less 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）。	v	v	v	v	570
92042C	齒槽骨成形術(1/2顎以上) 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）。	v	v	v	v	1070
92043C	顫顎關節脫臼整復 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	2010
92046A	酒精注射 Alcohol injection			v	v	300
92047B	顎關節內注射 Intra-articular injection of temporomandibular joint		v	v	v	600
92027C	齦蓋切除術 Operculectomy 註：需附術前X光片或相片以為審核（X光片或相片及局部麻醉費用已內含）。	v	v	v	v	510
92028C	繫帶切除術 Frenectomy — 簡單法 Simple	v	v	v	v	410
92029C	— Z字法 Z-plasty 註：本項目局部麻醉費用已內含。	v	v	v	v	570
92030C	前齒根尖切除術 Apicoectomy：incisors and canines 註： 1.需附術前及術後X光片以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。 2.同一醫療院所二年內不得再申報此項。	v	v	v	v	1800
92031C	小白齒根尖切除術 Apicoectomy：premolars 註： 1.需附術前及術後X光片以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。 2.同一醫療院所二年內不得再申報此項。	v	v	v	v	2800
92032C	大白齒根尖切除術 Apicoectomy：molars 註： 1.需附術前及術後X光片以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。 2.同一醫療院所二年內不得再申報此項。	v	v	v	v	4000
92033C	牙齒切半術或牙根切斷術 Hemisection or root amputation 註：需附術前及術後X光片以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。	v	v	v	v	1500
92035B	神經撕除法 Neurectomy		v	v	v	1200
92036B	口內植皮 Skin or mucosal grafts for intraoral defects		v	v	v	2400
92037B	涎石切除術，在腺管中 Sialolithotomy, within duct 註：本項支付點數包含局部麻醉及拆線費用在內。		v	v	v	2010
92038B	皮瓣手術 Flap repair — 小（4平方公分以下）		v	v	v	720
92039B	— 中（4－16平方公分）		v	v	v	2000
92040B	— 大（16平方公分以上）		v	v	v	3200
92041C	齒槽骨成形術(1/2顎以內) Alveoloplasty, involving less 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）。	v	v	v	v	570
92042C	齒槽骨成形術(1/2顎以上) 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）。	v	v	v	v	1070
92043C	顫顎關節脫臼整復 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	2010
92046A	酒精注射 Alcohol injection			v	v	300
92047B	顎關節內注射 Intra-articular injection of temporomandibular joint		v	v	v	600

92048A	唾液腺導管 Salivary gland catheterization			v	v	200
92049B	黏膜下注射 Submucosal injection		v	v	v	400
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2/3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
92051B	塗氟 Fluoride application 註： 1.限頭頸部病患電療開始進行後施行申報。 2.含材料費。		v	v	v	500
92052B	閉塞器裝置或手術導引板治療 Obturator / Surgical splint therapy 註： 1.限顎骨齒列外傷、顎部手術及癌症或腫瘤病人手術後處理。 2.含材料費。		v	v	v	5000
92053B	硬式咬合板治療 Occlusal bite splint therapy 註： 1.為同一療程，含診斷、所有處置、日後調整費及材料費。 2.病歷應詳實記載處置過程並附術後照片(照片費用內含)。 3.一年內不得重複申報本項。		v	v	v	4000
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
92060B	手術用固定用焊鉤 Surgical hooks for IMF 註： 1.限非美容為目的之診療。 2.每個案上下顎各施行乙次為原則。 3.核定點數已包含處置費、材料費及術後調整費用。 4.個案需經事前審查同意後方可實施本項目。		v	v	v	2000
92061B	矯正後之活動維持裝置(每顎) Space retainer treatment per jaw 註： 1.限非美容為目的之診療。 2.每個案上下顎各施行乙次為原則。 3.核定點數已包含處置費、材料費及術後調整費用。 4.個案需經事前審查同意後方可實施本項目。		v	v	v	2000
92062C	唾液腺管沖洗 Salivary duct irrigation	v	v	v	v	150
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
92048A	唾液腺導管 Salivary gland catheterization			v	v	200
92049B	黏膜下注射 Submucosal injection		v	v	v	400
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2/3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
92051B	塗氟 Fluoride application 註： 1.限頭頸部病患電療開始進行後施行申報。 2.含材料費。		v	v	v	500
92052B	閉塞器裝置或手術導引板治療 Obturator / Surgical splint therapy 註： 1.限顎骨齒列外傷、顎部手術及癌症或腫瘤病人手術後處理。 2.含材料費。		v	v	v	5000
92053B	硬式咬合板治療 Occlusal bite splint therapy 註： 1.為同一療程，含診斷、所有處置、日後調整費及材料費。 2.病歷應詳實記載處置過程並附術後照片(照片費用內含)。 3.一年內不得重複申報本項。		v	v	v	4000
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
92060B	手術用固定用焊鉤 Surgical hooks for IMF 註： 1.限非美容為目的之診療。 2.每個案上下顎各施行乙次為原則。 3.核定點數已包含處置費、材料費及術後調整費用。 4.個案需經事前審查同意後方可實施本項目。		v	v	v	2000
92061B	矯正後之活動維持裝置(每顎) Space retainer treatment per jaw 註： 1.限非美容為目的之診療。 2.每個案上下顎各施行乙次為原則。 3.核定點數已包含處置費、材料費及術後調整費用。 4.個案需經事前審查同意後方可實施本項目。		v	v	v	2000
92062C	唾液腺管沖洗 Salivary duct irrigation	v	v	v	v	150
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

92065B	口腔顎顏面頸部惡性腫瘤術後照護 Post-operative care for oral- maxillofacial and neck malignancies 註： 1.口腔顎顏面頸部惡性腫瘤術後照護及其相關必要措施： a.口腔顎顏面頸部惡性腫瘤術後照護：皮膚的縫線囊腫、皮膚瘻管、淋巴液漏、皮膚、皮瓣供給處換藥。 b.無法開刀的癌末患者換藥，如：oro-facial communication、頸部淋巴結轉移導致 skin perforation。 c.電療或化療前口腔評估計畫(pre-RT or pre-CT assessment)。 d.電療後遺症，ORN 照護換藥。 2.術後三天同一療程。 3.病史、理學檢查，必要時麻醉及X光檢查。（麻醉及X光費用另計）。 4.不得同時申報92001C、92066C及非牙科處置。	v	v	v	600	92065B	口腔顎顏面頸部惡性腫瘤術後照護 Post-operative care for oral- maxillofacial and neck malignancies 註： 1.口腔顎顏面頸部惡性腫瘤術後照護及其相關必要措施： a.口腔顎顏面頸部惡性腫瘤術後照護：皮膚的縫線囊腫、皮膚瘻管、淋巴液漏、皮膚、皮瓣供給處換藥。 b.無法開刀的癌末患者換藥，如：oro-facial communication、頸部淋巴結轉移導致 skin perforation。 c.電療或化療前口腔評估計畫(pre-RT or pre-CT assessment)。 d.電療後遺症，ORN 照護換藥。 2.術後三天同一療程。 3.病史、理學檢查，必要時麻醉及X光檢查。（麻醉及X光費用另計）。 4.不得同時申報92001C、92066C及非牙科處置。	v	v	v	600	
92088C	口腔顎面外科轉出醫療院所之轉診費用 Referral fee for oral maxillofacial surgery 註： 1.交付病人牙醫醫療院所轉診單，且病歷應記載。 2.提供病人或家屬相關諮詢及轉出病歷摘要(不包含X光片)。 3.此項不得申請轉診加成。	v	v	v	200	92088C	口腔顎面外科轉出醫療院所之轉診費用 Referral fee for oral maxillofacial surgery 註： 1.交付病人牙醫醫療院所轉診單，且病歷應記載。 2.提供病人或家屬相關諮詢及轉出病歷摘要(不包含X光片)。 3.此項不得申請轉診加成。	v	v	v	200	
92069B	複雜型顱顎障礙症之特殊咬合板 Occlusal bite splint treatment for complicated craniomandibular disorders 註： 1.本項須符合下列顱顎障礙症功能檢查所述適應症中二項（含）以上，且經藥物或其他保守性治療一個月仍無效始得施行。 2.適應症： 1)下顎運動最大張口距：小於 35mm。 2)終極試驗：大於 5mm 或小於 1mm。 3)顱顎關節雜音之聽診：單或雙側具彈響(clicking sound)或軋髮音(crepitus sound)。 4)顱顎關節區觸診：單或雙側有壓痛。 5)外翼狀肌之拮抗試驗：單或雙側為「+」。 6)咀嚼肌觸診之檢查結果：一個以上肌肉之觸診結果為「+」。 3.一年內不得申報 92053 B 及本項。 4.病歷應詳實記載處置過程並附口內配戴照片(照片費用內含)。	v	v	v	7000	92069B	複雜型顱顎障礙症之特殊咬合板 Occlusal bite splint treatment for complicated craniomandibular disorders 註： 1.本項須符合下列顱顎障礙症功能檢查所述適應症中二項（含）以上，且經藥物或其他保守性治療一個月仍無效始得施行。 2.適應症： 1)下顎運動最大張口距：小於 35mm。 2)終極試驗：大於 5mm 或小於 1mm。 3)顱顎關節雜音之聽診：單或雙側具彈響(clicking sound)或軋髮音(crepitus sound)。 4)顱顎關節區觸診：單或雙側有壓痛。 5)外翼狀肌之拮抗試驗：單或雙側為「+」。 6)咀嚼肌觸診之檢查結果：一個以上肌肉之觸診結果為「+」。 3.一年內不得申報 92053 B 及本項。 4.病歷應詳實記載處置過程並附口內配戴照片(照片費用內含)。	v	v	v	7000	
92070B	複雜型顱顎障礙症之特殊咬合板治療追蹤檢查與調整 Follow up examination and the adjustment of occlusal bite splint for complicated craniomandibular disorders 註： 1.須先前有接受複雜型顱顎障礙症之特殊咬合板治療者方得申報本項。 2.咬合板臨床調整申報，一百八十天內每三十天得申報一次，一百八十天後每六十天得申報一次。	v	v	v	600	92070B	複雜型顱顎障礙症之特殊咬合板治療追蹤檢查與調整 Follow up examination and the adjustment of occlusal bite splint for complicated craniomandibular disorders 註： 1.須先前有接受複雜型顱顎障礙症之特殊咬合板治療者方得申報本項。 2.咬合板臨床調整申報，一百八十天內每三十天得申報一次，一百八十天後每六十天得申報一次。	v	v	v	600	
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	210	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	210	

92072C	口乾症塗氟 Topical fluoride application in xerostomia patients 註： 1.限口乾症患者施行申報。 2.含材料費。 3.九十天可申報乙次。	v	v	v	v	500	92072C	口乾症塗氟 Topical fluoride application in xerostomia patients 註： 1.限口乾症患者施行申報。 2.含材料費。 3.九十天可申報乙次。	v	v	v	v	500	
92073C	口腔黏膜難症特別處置 Management of difficult oral mucosal disease 註： 1.限經臨床特徵或病理報告確診為特殊口腔黏膜難症疾病患者申報。 2.每七天申報一次，診斷確立起三百六十天內不得申報超過二十四次。 3.病歷應詳實記載並檢附(1)病理切片報告(二年內)或(2)相關血液檢驗報告(二年內)或(3)詳細臨床病歷及當次照片(照片費用已內含)以為審核。 4.不得同時申報92001C、92066C處置。	v	v	v	v	600	92073C	口腔黏膜難症特別處置 Management of difficult oral mucosal disease 註： 1.限經臨床特徵或病理報告確診為特殊口腔黏膜難症疾病患者申報。 2.每七天申報一次，診斷確立起三百六十天內不得申報超過二十四次。 3.病歷應詳實記載並檢附(1)病理切片報告(二年內)或(2)相關血液檢驗報告(二年內)或(3)詳細臨床病歷及當次照片(照片費用已內含)以為審核。 4.不得同時申報92001C、92066C處置。	v	v	v	v	600	
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	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	
92090C	定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療 Periodic care for oral potentially malignant disorder (PMD) 註： 1.須附二年內病理切片報告或病歷載明詳細病史(照片)，且經確診為頭頸口腔癌或癌前病變(PMD)患者，臨床診斷類別(ICD-10-CM)：紅斑(D10.3)、白斑(K13.21、K13.3)、疣狀增生(D10.3)、口腔黏膜纖維化(K13.5)、扁平苔癬(L43.0-L43.9、L66.1)。 2.不得與「非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92091C)」同時申報。 3.病歷應詳實記載追蹤治療紀錄。 4.應含口腔清潔維護治療(包括視情況移除口腔內尖銳牙齒結構填補物、不良補綴物、癌前病變清除維護等)。 5.應含嚼檳榔、抽菸、喝酒等不良習慣(致癌因子)之戒除輔導。 6.滿六十天得申報一次；若距前次追蹤治療時間已超過一百八十天者，則以「非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92091C)」申報。	v	v	v	v	600	92090C	定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療 Periodic care for oral potentially malignant disorder (PMD) 註： 1.須附二年內病理切片報告或病歷載明詳細病史(照片)，且經確診為頭頸口腔癌或癌前病變(PMD)患者，臨床診斷類別(ICD-10-CM)：紅斑(D10.3)、白斑(K13.21、K13.3)、疣狀增生(D10.3)、口腔黏膜纖維化(K13.5)、扁平苔癬(L43.0-L43.9、L66.1)。 2.不得與「非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92091C)」同時申報。 3.病歷應詳實記載追蹤治療紀錄。 4.應含口腔清潔維護治療(包括視情況移除口腔內尖銳牙齒結構填補物、不良補綴物、癌前病變清除維護等)。 5.應含嚼檳榔、抽菸、喝酒等不良習慣(致癌因子)之戒除輔導。 6.滿六十天得申報一次；若距前次追蹤治療時間已超過一百八十天者，則以「非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92091C)」申報。	v	v	v	v	600	

92091C	非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療 Occasional care for oral potentially malignant disorder (PMD) 註： 1.不得與「定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92090C)」同時申報。 2.須附二年內病理切片報告或病歷載明詳細病史(照片)，且經確診為頭頸口腔癌或癌前病變(PMD)患者，臨床診斷類別(ICD-10-CM)：紅斑(D10.3)、白斑(K13.21、K13.3)、疣狀增生(D10.3)、口腔黏膜纖維化(K13.5)、扁平苔癬(L43.0-L43.9、L66.1)。 3.病歷應詳實記載追蹤治療紀錄。 4.應含口腔清潔維護治療(包括視情況移除口腔內尖銳牙齒結構填補物、不良補綴物、癌前病變清除維護等)。 5.應含嚼檳榔、抽菸、喝酒等不良習慣(致癌因子)之戒除輔導。 6.本項適用距前次追蹤治療時間超過一百八十天者申報。	v	v	v	v	400
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 > 1/2。 (3)恆牙異位萌發造成乳牙無法正常換牙。 (4)牙根骨黏合或 submerged tooth。 (5)外傷合併其它口內或嘴唇周圍的傷口。 (6)併生牙(fusion)。 (7)乳牙牙根彎曲。 (8)因外傷或齲齒造成之牙根斷裂。 (9)因外傷造成之牙齒牙齦內推(intrusion)。 3.需檢附術前 X 光片以為審核(X 光片及局部麻醉費用已內含)，「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 光片者不在此限。	v	v	v	v	560
92091C	非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療 Occasional care for oral potentially malignant disorder (PMD) 註： 1.不得與「定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療(92090C)」同時申報。 2.須附二年內病理切片報告或病歷載明詳細病史(照片)，且經確診為頭頸口腔癌或癌前病變(PMD)患者，臨床診斷類別(ICD-10-CM)：紅斑(D10.3)、白斑(K13.21、K13.3)、疣狀增生(D10.3)、口腔黏膜纖維化(K13.5)、扁平苔癬(L43.0-L43.9、L66.1)。 3.病歷應詳實記載追蹤治療紀錄。 4.應含口腔清潔維護治療(包括視情況移除口腔內尖銳牙齒結構填補物、不良補綴物、癌前病變清除維護等)。 5.應含嚼檳榔、抽菸、喝酒等不良習慣(致癌因子)之戒除輔導。 6.本項適用距前次追蹤治療時間超過一百八十天者申報。	v	v	v	v	400
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 > 1/2。 (3)恆牙異位萌發造成乳牙無法正常換牙。 (4)牙根骨黏合或 submerged tooth。 (5)外傷合併其它口內或嘴唇周圍的傷口。 (6)併生牙(fusion)。 (7)乳牙牙根彎曲。 (8)因外傷或齲齒造成之牙根斷裂。 (9)因外傷造成之牙齒牙齦內推(intrusion)。 3.需檢附術前 X 光片以為審核(X 光片及局部麻醉費用已內含)，「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 光片者不在此限。	v	v	v	v	560

92093B	牙醫急症處置 Management of dental emergencies 註： 1.適應症： (1)顏面及牙齒疼痛，經藥物控制不佳者 (K03.81,K04.0, K04.1-K04.99, K05.0, K05.2)。 (2)外傷導致之牙齒斷裂(S02.5)。 (3)拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血 (K91.840)。 (4)下顎關節脫臼(S03.0)。 (5)顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎 (K12.2, L03.221, L02.01,L03.211, L03.212)。 (6)口腔及顏面撕裂傷(S01.4, S01.5)。 2.進行緩解之相關處置：如止痛、局部非特定處理、齒內治療緊急處理、牙周緊急處理、止血。 3.需檢附檢傷分類等級、生命徵象(血壓、心跳速率、呼吸速率)與意識狀況 (Glasgow coma score)等護理紀錄。 4.不得同時申報34001C、34002C、90004C、91001C、92001C、92012C、92043C、 92066C、92071C、92094C、92096C。	v	v	v	1000
92094C	週六、日及國定假日牙醫門診急症處置 Management of dental emergencies on Saturdays, Sundays or in the national holidays 註： 1.限週六、日及國定假日申報，其日期認定同附表3.3.3牙醫相對合理門診點數給付原則。 2.當月看診天數需≤二十六日，超過二十六日則本項不予支付(排除當天僅執行院所外醫療服務之天數)。 3.院所需於前一個月於健保資訊網服務系統(VPN)完成當月門診時間登錄，始得申報本項目。（前一個月完成次月看診時段之登錄，若有異動者須修訂看診起日及時段並儲存，無異動者僅須點選「儲存」後，會自動完成登錄註記。） 4.適應症： (1)顏面及牙齒疼痛，經藥物控制不佳者 (K03.81,K04.0, K04.1-K04.99, K05.0, K05.2)。 (2)外傷導致之牙齒斷裂(S02.5)。 (3)拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血 (K91.840)。 (4)下顎關節脫臼(S03.0)。 (5)顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎 (K12.2, L03.221, L02.01,L03.211, L03.212)。 (6)口腔及顏面撕裂傷(S01.4, S01.5)。 5.進行緩解之相關處置：如止痛、局部非特定處理、齒內治療緊急處理、牙周緊急處理、止血。 6.不得同時申報34001C、34002C、90004C、91001C、92001C、92012C、92043C、 92066C、92071C、92093B、92096C。	v	v	v	800
92095C	顎顏面骨壞死術後傷口照護 Wound care for osteonecrosis of jaws 註： 1.需有病理學報告或相關影像佐證。 2.三日內之同一處置視為同一療程。	v	v	v	600

92093B	牙醫急症處置 Management of dental emergencies 註： 1.適應症： (1)顏面及牙齒疼痛，經藥物控制不佳者 (K03.81,K04.0, K04.1-K04.99, K05.0, K05.2)。 (2)外傷導致之牙齒斷裂(S02.5)。 (3)拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血 (K91.840)。 (4)下顎關節脫臼(S03.0)。 (5)顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎 (K12.2, L03.221, L02.01,L03.211, L03.212)。 (6)口腔及顏面撕裂傷(S01.4, S01.5)。 2.進行緩解之相關處置：如止痛、局部非特定處理、齒內治療緊急處理、牙周緊急處理、止血。 3.需檢附檢傷分類等級、生命徵象(血壓、心跳速率、呼吸速率)與意識狀況 (Glasgow coma score)等護理紀錄。 4.不得同時申報34001C、34002C、90004C、91001C、92001C、92012C、92043C、 92066C、92071C、92094C、92096C。	v	v	v	1000
92094C	週六、日及國定假日牙醫門診急症處置 Management of dental emergencies on Saturdays, Sundays or in the national holidays 註： 1.限週六、日及國定假日申報，其日期認定同附表3.3.3牙醫相對合理門診點數給付原則。 2.當月看診天數需≤二十六日，超過二十六日則本項不予支付(排除當天僅執行院所外醫療服務之天數)。 3.院所需於前一個月於健保資訊網服務系統(VPN)完成當月門診時間登錄，始得申報本項目。（前一個月完成次月看診時段之登錄，若有異動者須修訂看診起日及時段並儲存，無異動者僅須點選「儲存」後，會自動完成登錄註記。） 4.適應症： (1)顏面及牙齒疼痛，經藥物控制不佳者 (K03.81,K04.0, K04.1-K04.99, K05.0, K05.2)。 (2)外傷導致之牙齒斷裂(S02.5)。 (3)拔牙、腫瘤、手術後等口腔出血 (K91.840)。 (4)下顎關節脫臼(S03.0)。 (5)顏面與口腔間隙蜂窩性組織炎 (K12.2, L03.221, L02.01,L03.211, L03.212)。 (6)口腔及顏面撕裂傷(S01.4, S01.5)。 5.進行緩解之相關處置：如止痛、局部非特定處理、齒內治療緊急處理、牙周緊急處理、止血。 6.不得同時申報34001C、34002C、90004C、91001C、92001C、92012C、92043C、 92066C、92071C、92093B、92096C。	v	v	v	800
92095C	顎顏面骨壞死術後傷口照護 Wound care for osteonecrosis of jaws 註： 1.需有病理學報告或相關影像佐證。 2.三日內之同一處置視為同一療程。	v	v	v	600

92096C	牙齒外傷急症處理 註： 1.限恆牙申報。 2.適應症：外傷導致之牙齒脫落或脫位(S03.2, S02.42, S02.67)。 3.應檢附術前術後 X 光片或照片。 4.不得同時申報 89006C、90004C、92002C、92093B、92094C。 5.限經中華民國牙醫師公會全國聯合會 審查，函送所轄保險人分區業務組核定之院所 申報。	v	v	v	v	4976
92097C	顱顎關節障礙特殊檢查費-初診 Special evaluation for craniomandibular disorders-first visit 註： 1.申報費用時，須附顱顎關節障礙初診特殊檢查表。 2.每三年限申報一次。	v	v	v	v	1000
92098C	顱顎關節障礙特殊檢查費-複診 Special evaluation for craniomandibular disorders-return visit 註： 1.申報費用時，須附顱顎關節障礙複診特殊檢查表。 2.每三十天限申報一次。	v	v	v	v	500
92099B	單側顱顎關節障礙乾針治療 Dry needling for craniomandibular disorders 註： 1.應檢附術前一年內顱顎關節障礙初診特殊檢查表或顱顎關節障礙複診特殊檢查表。 2.每十四天限申報一次。		v	v	v	500
92100B	單側顱顎關節沖洗 Arthrocentesis of the temporomandibular joint 註： 1.應檢附術前一年內顱顎關節障礙初診特殊檢查表或顱顎關節障礙複診特殊檢查表。 2.限開口障礙使用。 3.每三十天限申報一次。		v	v	v	1400
92096C	牙齒外傷急症處理 註： 1.限恆牙申報。 2.適應症：外傷導致之牙齒脫落或脫位(S03.2, S02.42, S02.67)。 3.應檢附術前術後 X 光片或照片。 4.不得同時申報 89006C、90004C、92002C、92093B、92094C。 5.限經中華民國牙醫師公會全國聯合會 認證之醫師申報。	v	v	v	v	4976
92097C	顱顎關節障礙特殊檢查費-初診 Special evaluation for craniomandibular disorders-first visit 註： 1.申報費用時，須附顱顎關節障礙初診特殊檢查表。 2.每三年限申報一次。	v	v	v	v	1000
92098C	顱顎關節障礙特殊檢查費-複診 Special evaluation for craniomandibular disorders-return visit 註： 1.申報費用時，須附顱顎關節障礙複診特殊檢查表。 2.每三十天限申報一次。	v	v	v	v	500
92099B	單側顱顎關節障礙乾針治療 Dry needling for craniomandibular disorders 註： 1.應檢附術前一年內顱顎關節障礙初診特殊檢查表或顱顎關節障礙複診特殊檢查表。 2.每十四天限申報一次。		v	v	v	500
92100B	單側顱顎關節沖洗 Arthrocentesis of the temporomandibular joint 註： 1.應檢附術前一年內顱顎關節障礙初診特殊檢查表或顱顎關節障礙複診特殊檢查表。 2.限開口障礙使用。 3.每三十天限申報一次。		v	v	v	1400

第二項 [門診手術](#)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92015C	單純齒切除術 Simple odontectomy 註： 1.依牙醫門診總額支付制度臨床指引申報。 2.包括牙瓣修整術，需檢附 X 光片(flap repair) 3.本項目 X 光片及局部麻醉費用已內含。 4.適用於軟組織阻生齒或阻生齒骨頭覆蓋牙冠未及三分之二者。 5.阻生齒含智齒、白齒、小白齒、犬齒、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，需檢附 X 光片(flap repair)。 3.本項目 X 光片及局部麻醉費用已內含。	v	v	v	v	4300
編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92015C	單純齒切除術 Simple odontectomy 註： 1.依牙醫門診總額支付制度臨床指引申報。 2.包括牙瓣修整術，需檢附 X 光片(flap repair) 3.本項目 X 光片及局部麻醉費用已內含。 4.適用於軟組織阻生齒或阻生齒骨頭覆蓋牙冠未及三分之二者。 5.阻生齒含智齒、白齒、小白齒、犬齒、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，需檢附 X 光片(flap repair)。 3.本項目 X 光片及局部麻醉費用已內含。	v	v	v	v	4300

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	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	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	5010	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	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）。 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	10010	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）。 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	10010	
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	15010	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	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	6010	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	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、下顎阻生齒牙冠最低處低於鄰牙之根尖。 (2)上、下顎骨骨性阻生齒最深處距下顎骨邊緣垂直高度小於二分之一或低於齒槽骨脊下1.5公分者。 (3)下顎骨骨性阻生齒處之上升枝前緣距離第二大白齒後緣小於阻生齒牙冠三分之一，且阻生齒牙冠最上緣低於鄰牙咬合平面者。 (4)下顎骨骨性阻生齒處之上升枝前緣距離第二大白齒後緣小於阻生齒牙冠三分之一，且阻生齒牙冠三分之二位居上升枝內者。 2.須檢附X光片及手術記錄於病歷上以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。	v	v	v	v	8010	92063C	手術拔除深部阻生齒 Surgical removal of a deeply impacted tooth in jaw bone 註： 1.符合以下四者狀況之一者，得申報此項。 (1)上、下顎阻生齒牙冠最低處低於鄰牙之根尖。 (2)上、下顎骨骨性阻生齒最深處距下顎骨邊緣垂直高度小於二分之一或低於齒槽骨脊下1.5公分者。 (3)下顎骨骨性阻生齒處之上升枝前緣距離第二大白齒後緣小於阻生齒牙冠三分之一，且阻生齒牙冠最上緣低於鄰牙咬合平面者。 (4)下顎骨骨性阻生齒處之上升枝前緣距離第二大白齒後緣小於阻生齒牙冠三分之一，且阻生齒牙冠三分之二位居上升枝內者。 2.須檢附X光片及手術記錄於病歷上以為審核（X光片及局部麻醉費用已內含）。	v	v	v	v	8010
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	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
第 <u>三</u> 項 開刀房手術(92201～92230)							第二項 開刀房手術(92201～92230)						

附表 3.3.4 通則三之(一)第 3 項 符合轉診醫師資格之產製名單處理方式

項目	說 明
一、邏輯定義	1.以醫師為單位，前一年度申報轉診範圍各分科別醫令費用在十五百分位數(含)以上者。 2.符合前述條件之醫師，其分科點數或醫令數占總申報點數或醫令數 百分之六十 (含)以上者。
二、分區	六分區及全國
三、各分科定義	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)。 <u>5.口腔病理科：92049B、92065B、92073C、92090C、92091C、92095C。</u> <u>6.兒童牙科：十二歲以下執行上述醫令項。</u>
四、計算式	1.分子： (1)牙髓病科、牙周病科、口腔顎面外科、 <u>口腔病理科</u> ：以醫師歸戶，計算上述各分科定義之醫令項(醫令數或點數)。 (2)兒童牙科：以醫師歸戶，計算有執行病患年齡≤十二歲，上述牙髓病科、牙周病科、口腔顎面外科、 <u>口腔病理科</u> 及牙體復形科之醫令項(醫令數或點數)。 2.分母：以醫師歸戶，計算申報本標準第三部牙醫>第三章 牙科處置及手術項下醫令項 (醫令數或點數)，排除 89006C、89088C、90004C、90006C、90007C、90088C、91001C、91003C、91004C、91088C、92001C、92013C、92088C。

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(含)顆牙齒以上牙周囊袋深度≥5mm。

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。

(三) 醫師三年內不得有視同保險醫事服務機構違約記點（屬全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十六條第二款者不在此限）或扣減費用、六年內不得有視同保險醫事服務機構停止特約以上之處分。前述違規期間之認定，屬違約記點或扣減費用者以保險人第一次發函日起算，屬停止特約者以保險人第一次發函所載停約日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者）。

附表 3.3.4 通則三之(一)第 3 項 符合轉診醫師資格之產製名單處理方式

項目	說 明
一、邏輯定義	1.以醫師為單位，前一年度申報轉診範圍各分科別醫令費用在十五百分位數(含)以上者。 2.符合前述條件之醫師，其分科點數或醫令數占總申報點數或醫令數 六十 百分位(含)以上者。
二、分區	六分區及全國
三、各分科定義	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.兒童牙科：十二歲以下執行上述醫令項。
四、計算式	1.分子： (1)牙髓病科、牙周病科、口腔顎面外科：以醫師歸戶，計算上述各分科定義之醫令項(醫令數或點數)。 (2)兒童牙科：以醫師歸戶，計算有執行病患年齡≤十二歲，上述牙髓病科、牙周病科、口腔顎面外科及牙體復形科之醫令項(醫令數或點數)。 2.分母：以醫師歸戶，計算申報本標準第三部牙醫>第三章 牙科處置及手術項下醫令項 (醫令數或點數)，排除 89006C、89088C、90004C、90006C、90007C、90088C、91001C、91003C、91004C、91088C、92001C、92013C、92088C。

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(含)顆牙齒以上牙周囊袋深度≥5mm。

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。

(三) 醫師三年內不得有視同保險醫事服務機構違約記點（屬全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十六條第二款者不在此限）或扣減費用、六年內不得有視同保險醫事服務機構停止特約以上之處分。前述違規期間之認定，屬違約記點或扣減費用者以保險人第一次發函日起算，屬停止特約者以保險人第一次發函所載停約日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者）。

配合第三部通則三(一)第 3 點之文字修訂，修訂附表 3.3.4 相同文字。

修訂通則三支付規範（三）VPN 登錄資料規定。

(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<33.33%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。<u>VPN登錄後於次月 20 日(含)前，未執行牙周病統合治療第一階段支付(91021C)之申報，系統將自動刪除VPN登錄資料，如欲執行需重新登錄收案。</u> (四)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。 (五) 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）。 (六) 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。 (七) 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。	(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<33.33%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。 (四) 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。 (五) 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）。 (六) 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。 (七) 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。
---	---