

衛生福利部 函

地址：115204 台北市南港區忠孝東路6段
488號

聯絡人：周小姐

聯絡電話：(02)8590-6745

傳真：(02)8590-6048

電子郵件：hpwwchou@mohw.gov.tw

受文者：中華民國全國建築師公會

發文日期：中華民國110年2月9日

發文字號：衛部保字第1101260023C號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：發布令影本(含法規規定)、修正總說明及修正對照表之pdf檔各1份

(A210000001_1101260023C_doc5_Attach1.pdf、

A210000001_1101260023C_doc5_Attach2.pdf、

A210000001_1101260023C_doc5_Attach3.pdf、

A210000001_1101260023C_doc5_Attach4.pdf)

主旨：「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，業經本部於中華民國110年2月9日以衛部保字第1101260023號令修正發布，並自110年3月1日生效，茲檢送發布令影本(含法規規定)、修正總說明及修正對照表各1份，請查照。

正本：台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國助產師助產士公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、中華民國農會、中華民國全國漁會、社團法人台灣社會福利總盟、全國產業總工會、中華民國全國總工會、全國工人總工會、中華民國全國職業總工會、中華民國會計師公會全國聯合會、中華民國律師公會全國聯合會、中華民國全國建築師公會、中華民國全國工業總會、中華民國全國商業總會、社團法人中華民國工商協進會、社團法人中華民國工業協進會、社團法人中華民國全國中小企業總會、勞動部勞工保險局、衛生福利部中央健康保險署

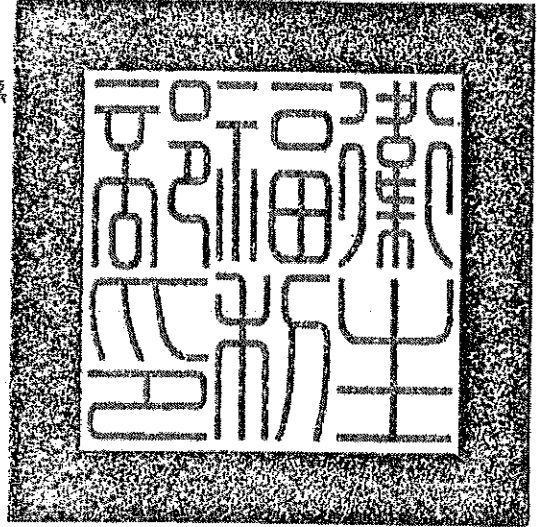
副本：衛生福利部國民健康署、衛生福利部疾病管制署、本部醫事司、本部中醫藥司、本部護理及健康照護司、本部心理及口腔健康司、本部長期照顧司、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會(均含附件)

電 2021/02/09 文
交 換 章

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 令

發文日期：中華民國110年2月9日
發文字號：衛部保字第1101260023號
附件：「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目修正規定1份



修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，並自中華民國一百一十年三月一日起生效。

附修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目

部長陳時中

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正規定

第二部 西醫

第一章 基本診療

第一節 門診診察費

通則：

十一、西醫醫院門診診察費加成方式：

(一)四歲(含)以下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，若同時符合四歲以下兒童加成者，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，若同時符合四歲以下兒童加成者，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，若同時符合四歲以下兒童加成者，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，若同時符合四歲以下兒童加成者，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，若同時符合四歲以下兒童加成者，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。
- 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四歲以下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)：

- 1.三歲以下兒童：不限科別各項門診診察費依表定點數加計百分之二十。
- 2.四到六歲兒童：兒科專科醫師各項門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

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

(三)專科醫師加成方式(詳附表2.1.4~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，其中婦產科、外科及內科專科醫師加計百分之十三，整形外科、骨科、泌尿科、神經外科專科醫師加計百分之十，其餘專科醫師加計百分之九。若同時符合兒童加成或七十五歲以上者加成，依加成率合計後一併加計。
- 2.第一段門診量內之門診診察費項目：包括編號00109C、00110C、00197C、00198C、00199C、00200C、00158C、00159C、00230C、00231C、00232C、00233C、00234C、00235C、00236C、00237C、00168C、00169C及01023C。

(四)離島地區西醫基層診所週六、週日及國定假日之西醫基層門診案件，申報本部第一章之山地離島地區門診診察費，得加計百分之二十。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	一般門診診察費					
	一醫院門診診察費(不含牙科門診)					
	1.醫學中心及區域醫院					
00154A	1)處方交付特約藥局調劑			v	v	286
00155A	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑			v	v	316
00156A	3)未開處方或處方由本院所自行調劑			v	v	286
00157A	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑			v	v	292
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			v	v	520
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			v	v	497
	2.地區醫院					
00101B	1)處方交付特約藥局調劑		v			286
00131B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v			316
00102B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		v			286
00132B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v			292
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		v			520
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		v			497
	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		v	v	v	286
00135B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	316
00106B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		v	v	v	286
00136B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	292
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		v	v	v	520
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		v	v	v	497

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	4.金門馬祖地區					
00107B	1)處方交付特約藥局調劑		v	v	v	288
00137B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	339
00108B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		v	v	v	288
00138B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	316
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		v	v	v	542
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		v	v	v	520
01015C	<p>急診診察費</p> <p>註：</p> <p>1.急診定義及適用範圍如附表2.1.1。</p> <p>2.本項支付點數含護理費46—73點。</p> <p>3.夜間(晚上十時至隔日早上六時)加計百分之五十、例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之二十，同時符合夜間及例假日者，則僅加計百分之五十；屬西醫基層總額部門院所，例假日加成維持原週六之中午十二時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時加計百分之二十規定。</p> <p>4.山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加計百分之三十，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加計百分之八十。</p> <p>5.地區醫院得依表定點數加計百分之十九。</p> <p>6.本項年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之一百，其餘年齡為兒童加成項目，依本節通則十規定辦理。</p> <p>7.地區醫院之兒科專科醫師申報得加計百分之五十，其餘專科醫師申報六歲以下兒童者，得加計百分之五十。</p> <p>8.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數521點申報。</p>	v	v			667

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
00201B	檢傷分類第一級		√	√	√	1800
00202B	檢傷分類第二級		√	√	√	1000
00203B	檢傷分類第三級		√	√	√	776
00204B	檢傷分類第四級		√	√	√	449
00225B	檢傷分類第五級		√	√	√	390
	註： 1.檢傷分類依衛生福利部規定。 2.地區醫院得就本項費用與01015C急診診察費擇一申報，惟採行後一年始得變更。 3.夜間(晚上十時至隔日早上六時) 加計百分之五十、例假日(週六零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之二十，同時符合夜間及例假日者，則僅加計百分之五十。 4.山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加計百分之三十，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加計百分之八十。 5.地區醫院申報檢傷分類第四、五級之急診診察費得依表定點數加計百分之十九。 6.內含護理費比率為百分之三十二點零四。 7.本項年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之一百，其餘年齡為兒童加成項目，依本節通則十規定辦理。 8.兒科專科醫師申報得加計百分之五十，其餘專科醫師申報六歲以下兒童者，得加計百分之五十。					
	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		√	√	√	308
00178B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		√	√	√	365
01019B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		√	√	√	308
00179B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		√	√	√	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		√	√	√	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		√	√	√	544

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
01023C	高危險早產兒特別門診診察費 註： 1.限出生時二千公克以下的早產兒於二歲前之特別門診追蹤治療，並限由小兒科專科醫師親自執行。 2.本支付點數含護理費49-65點。 3.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數425點申報。	v	v	v	v	468

附表 2.1.2.1

醫學中心及區域醫院申報門診診察費四歲(含)以下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	不分科別 四歲以下 兒童加成 (20%)支 付=A*1.2	婦兒外科加成		內科加成	
				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.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
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						
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

代碼	名稱	支付 點數 A	不分科別 四歲以下 兒童加成 (20%)支 付=A*1.2	婦兒外科加成		內科加成	
				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
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
	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	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				
00179B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	341	409				
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	680				
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	653				
	—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				
00187C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	218	262				
00188C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	164	197				
00189C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	196	235				
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				
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				
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	468	562	548	641	501	594

附表2.1.2.2

地區醫院申報門診診察費四歲(含)以下兒童加成、科別加成及夜間加成
支付點數之計算

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*1.35	同時符 合兒童 加成及 夜間加 成支付 點數= A*1.45	科別加 成支付 點數= A*1.4	同時符 合兒童 加成支 付點數 = A*1.6	同時符 合兒童 加成及 夜間加 成支付 點數 = A*1.7	科別加 成支付 點數 = A*1.3	同時符 合兒童 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
	一般門診診察費										
	—醫院門診診察費(不含牙科門診)										
	2.地區醫院										
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
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
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
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
	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	329	386	415	400	458	486	372	429	458
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
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
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
	4.金門馬祖地區										
00107B	1)處方交付特約藥局調劑	288	331	389	418	403	461	490	374	432	461
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
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*1.35	同時符 合兒童 加成及 夜間加 成支付 點數= A*1.45	科別加 成支付 點數= A*1.4	同時符 合兒童 加成支 付點數 = A*1.6	同時符 合兒童 加成及 夜間加 成支付 點數 = A*1.7	科別加 成支付 點數 = A*1.3	同時符 合兒童 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
	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	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							
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							
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							
	—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							
00188C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	164	189	221							
00189C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	196	225	265							
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							
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							
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	468	538	632		655	749		608	702	

附表 2.1.4

基層院所專科醫師別申報第一段合理量內門診診察費加成支付點數之計算

代碼	名稱	支付點數 A	婦、外、內專科醫師加計 13% 支付點數 =A*1.13	整形外、骨、泌尿、神經外專科醫師加計 10% 支付點數 =A*1.1	其餘科別專科醫師加計 9% 支付點數 =A*1.09
	一般門診診察費—基層院所門診診察費 1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分(≤40)				
00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30 人次)	358	405	394	390
00197C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	431	419	415
00198C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-40人)	375	424	413	409
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人次)	358	405	394	390
00199C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	356	402	392	388
00200C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-40人)	350	396	385	382
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	627	611	605
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	599	583	578
	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	405	394	390
00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50 人)	352	398	387	384
00232C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	431	419	415
00233C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-50人)	375	424	413	409
00234C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	358	405	394	390
00235C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50人)	352	398	387	384
00236C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	356	402	392	388
00237C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-50人)	350	396	385	382

代碼	名稱	支付 點數 A	婦、外、內專 科醫師加計 13%支付點數 =A*1.13	整形外、骨、 泌尿、神經外 專科醫師加計 10%支付點數 =A*1.1	其餘科別專科 醫師加計 9% 支付點數 =A*1.09
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	627	611	605
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	599	583	578
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	425	480	468	463

附表 2.1.5

基層院所申報專科醫師別加成併兒童加成第一段門診診察費支付點數之計算

代碼	名稱	支付點數 A	婦、外、內專科醫師看診三歲(含)以下兒童加計 33% 支付點數=A*1.33	兒專科醫師看診六歲(含)以下兒童加計 29% 支付點數=A*1.29	整形外、骨、泌尿、神經外專科醫師看診三歲(含)以下兒童加計 30% 支付點數=A*1.3	其餘科別專科醫師看診三歲(含)以下兒童加計 29% 支付點數=A*1.29
	一般門診診察費－基層院所門診診察費 1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分(≤40)					
00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30 人次)	358	476	462	465	462
00197C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	507	491	495	491
00198C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-40人)	375	499	484	488	484
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30 人次)	358	476	462	465	462
00199C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30 人)	356	473	459	463	459
00200C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-40 人)	350	466	452	455	452
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	738	716	722	716
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	705	684	689	684
	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	476	462	465	462
00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50 人)	352	468	454	458	454

代碼	名稱	支付 點數 A	婦、外、內 專科醫師看 診三歲(含)以 下兒童加計 33%支付點 數=A*1.33	兒專科醫師 看診六歲(含) 以下兒童加 計 29%支付 點數=A*1.29	整形外、骨、 泌尿、神經外 專科醫師看 診三歲(含)以 下兒童加計 30% 支付點 數=A*1.3	其餘科別專 科醫師看診 三歲(含)以下 兒童加計 29%支付點 數=A*1.29
00232C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30 人)	381	507	491	495	491
00233C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-50 人)	375	499	484	488	484
00234C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30 人)	358	476	462	465	462
00235C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50 人)	352	468	454	458	454
00236C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30 人)	356	473	459	463	459
00237C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-50 人)	350	466	452	455	452
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	738	716	722	716
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	705	684	689	684
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	425	565	548	553	548

附表 2.1.6

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

代碼	名稱	支付點數 A	婦、外、內專科醫師看診七十五歲以上者加計20.5%支付點數=A*1.205	整形外、骨、泌尿、神經外專科醫師加計17.5%支付點數=A*1.175	其餘科別專科醫師看診七十五歲以上者加計16.5%支付點數=A*1.165
	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	431	421	417
00197C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	459	448	444
00198C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-40人)	375	452	441	437
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人次)	358	431	421	417
00199C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	356	429	418	415
00200C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-40人)	350	422	411	408
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	669	652	647
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	639	623	617
	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	431	421	417
00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50人)	352	424	414	410

代碼	名稱	支付 點數 A	婦、外、內專 科醫師看診七 十五歲以上者 加計20.5%支付 點數=A*1.205	整形外、骨、 泌尿、神經外 專科醫師加計 17.5%支付點數 =A*1.175	其餘科別專科 醫師看診七十 五歲以上者加 計 16.5%支付 點數=A*1.165
00232C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30 人)	381	459	448	444
00233C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-50 人)	375	452	441	437
00234C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30 人)	358	431	421	417
00235C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50 人)	352	424	414	410
00236C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30 人)	356	429	418	415
00237C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-50 人)	350	422	411	408
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	669	652	647
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	639	623	617

第二節 住院診察費

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
02005B	住院會診費 註： 1.本項會診費，除急診期間外，每一保險對象每次住院最多限申報五次。 2.急診處暫留床病患，以申報一次為限。		v	v	v	429
02006K 02007A 02008B	一般病床住院診察費(天) 註： 1.經濟病床及急性精神病床比照申報。 2.留置急診處暫留床二日以上者，自第二天起比照申報。			v	v	468 442 398
02010B	燒傷病床住院診察費(天) 註：本項兒童加成方式：病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之一百二十；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計百分之九十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之八十。		v	v	v	802
02011K 02012A 02013B	加護病床住院診察費(天) 註：精神科加護病床、燒傷中心及骨髓移植隔離病床比照申報。			v	v	1925 1729 1536
02014K 02015A 02016B	隔離病床住院診察費(天) 註：核醫病床得比照申報。			v	v	495 462 407
02017K 02018A 02019B	新生兒中重度住院診察費(天) 註：本項非兒童加成項目。			v	v	819 777 710

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
02024B	高危險妊娠住院診察費 註： 適應症： 1. 妊娠二十二週至三十二週早產病患。 2. 四十歲(含)以上初產婦。 3. BMI \geq 35 之初產婦。 4. 嚴重妊娠高血壓。 5. 前置胎盤患者。 6. 多胞胎。 7. 胎兒生長遲緩或胎兒發育異常者(IUGR)或胎盤功能異常者。 8. 妊娠合併內科疾病：心臟病、糖尿病、甲狀腺疾病、腎臟疾病 (NS,IgA,ESRD)、免疫性疾病(SLE)、血小板低下症。 9. 白血病。 10. 血友病(Coagulopathy)。 11. 愛滋病。 12. 產後大出血者。 13. 胎盤早期剝離。 14. 合併接受外科手術者。 15. 雙胞胎輸血症候群。		v	v	v	1493

第三節 病房費

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
03001K	急性一般病床(床/天) --病房費				v	598
03002A				v		532
03004B			v			532
03026K	--護理費				v	790
03027A				v		696
03029B			v			654
	註：護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。					
03005K	經濟病床(床/天) --病房費				v	336
03006A				v		302
03008B			v			302
03030K	--護理費				v	561
03031A				v		495
03033B			v			441
	註：1.指每一病室設四床(不含四床)以上之病床。 2.護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。					
03009K	嬰兒病床(床/天) --病房費				v	1187
03023A				v		1083
03024B			v			1083
03034K	--護理費				v	2188
03035A				v		1995
03036B			v			1866
	註： 1.指足月出生四個月內或早於三十五週出生之早產兒出生後矯正年齡五個月內之嬰兒(正常新生兒除外)因疾病而需特別觀察治療者，或因早產需要特別養育者，以入住時之年齡判定。 2.限無家屬照顧，二十四小時由醫護人員照顧者。 3.本項非兒童加成項目。 4.非註1之嬰兒住院者，以急性一般病床申報費用。					

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
03055K	精神急性一般病床(床/天)					
	--病房費				v	598
03056A				v		532
03057B			v			532
03058K	--護理費				v	790
03059A				v		696
03060B			v			654
	註：護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。					
03061K	精神急性經濟病床(床/天)					
	--病房費				v	336
03062A				v		302
03063B			v			302
03064K	--護理費				v	561
03065A				v		495
03066B			v			441
	註： 1.指每一病室設四床(不含四床)以上之病床。 2.護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。					
03014A	精神科加護病床(床/天)					
	--病房費			v	v	1305
03025B			v			1305
03037A	--護理費			v	v	2056
03039B			v			1903
03016B	燒傷病房(床/天)					
	--病房費		v	v	v	1246
03040B	--護理費		v	v	v	1308
03017A	燒傷加護病床(床/天)					
	--病房費			v	v	6495
03041A	--護理費			v	v	10229
	註： 1. C.V.P.處理費、矽砂床、監視器等費用已包括在所訂點數內，不得另計。 2.呼吸器、電擊、氧氣及C.V.P.置入等另按實際使用申報。 3.適應症：二度燒傷，燒傷面積成人大於全身20%，兒童大於10%；或三度燒傷，燒傷面積成人大於全身10%，兒童大於5%。 4.申報費用時應檢附病歷摘要，並保存病人入出院時皮表處理之彩色照片，以備審核。					

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
03073A	急診觀察床(床/天)					
	--病房費(第一天)			v	v	367
03074B			v			306
03075A	--護理費(第一天)			v	v	439
03076B			v			365
03018A	--病房費(第二天起)			v	v	167
03019B			v			167
03042A	--護理費(第二天起)			v	v	175
03043B			v			151
	註：1.急診留觀或待床病人，入住滿六小時始得申報。 2.留置超過一日(二十四小時)者，比照住院病房費申報方式，依算進不算出原則計算。 3.僅作注射點滴、輸血或休息者，不予支付。 4.山地離島地區病患因故無法後送而須於衛生所(室)留觀者，依03019B及03074B「病床費」、03043B及03076B「護理費」申報。					
	隔離病床(床/天)					
03020B	1.普通隔離病床 --病房費		v	v	v	960
03044B	--護理費		v	v	v	1225
	2.正壓隔離病床					
03021B	--病房費		v	v	v	1989
03045B	--護理費		v	v	v	2539
	註：指對免疫缺乏之重症患者，具有保護免於受外界感染源侵犯之特殊設計之病床。					
	3.負壓隔離病床					
03051B	--病房費		v	v	v	1989
03052B	--護理費		v	v	v	2539
	註：指對患有具傳染性疾病之病人，能夠不讓其病源體散布於社區或醫院內之特殊設計之病床。					
	核醫病床					
03053B	--病房費		v	v	v	2236
03054B	--護理費		v	v	v	2088
	註：限行政院原子能委員會安全檢查及游離輻射測量合格之核醫病床申報					
	骨髓移植隔離病床(床/天)					
03022K	--病房費				v	5337
03046K	--護理費				v	8404

編號	診療項目	丁	丙	乙	甲	支付點數
		級	級	級	級	
03010E	加護病床 ICU (床/天)				v	2852
	--病房費					
03011F				v		2406
03012G			v			2406
03047E	--護理費				v	4716
03048F				v		3978
03049G			v			2975
	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) 危急性不整脈（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。					

第四節 精神科慢性病房住院照護費與日間住院治療費

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
04001A	一般慢性精神病床住院照護費(床/天)			v	v	922
04002B			v			806

第六節 調劑

編號	診療項目	特約藥局	基層院所		地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數		
			醫自師調親劑	藥員事調人劑						
05201A	門診藥事服務費(醫院部分) —一般處方給藥(七天以內)					v	v	61		
05226B					v			54		
05222A		—慢性病處方給藥十三天以內					v	v	61	
05227B						v			54	
05205A			—慢性病處方給藥十四至二十七天					v	v	70
05228B							v			63
05209A		—慢性病處方給藥二十八天以上					v	v	83	
05229B						v			77	
05202B		門診藥事服務費(診所及藥局部分) 每人每日八十件內 (山地離島地區每人每日一百件內) —一般處方給付(七天以內)	v						54	
05203C				v				39		
05204D			v					20		
05223B	—慢性病處方給藥十三天以內		v						54	
05224C					v				39	
05225D				v					20	
05206B	—慢性病處方給藥十四至二十七天		v						65	
05207C						v			41	
05208D					v				30	
05210B				v					75	
05211C						v			51	
05212D					v				41	

編號	診療項目	特約藥局	基層院所		地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	
			醫自 師調 親劑	藥員 事調 人劑					
05234D	門診藥事服務費（診所及藥局部分） 每人每日八十一至一百件內 （山地離島地區每人每日一百零一至一百二十件內）	v		v				20	
05213K	住院藥事服務費(天) —非單一劑量處方 —單一劑量處方 註： 1.精神科日間住院病患申報藥事服務費，應以該病患實際日間住院治療之日數為限；至院外適應治療期間，不得再申報本項費用。 2.留置急診處暫留床二日以上者，自第二天起比照申報。 3.精神科日間住院病患及留置急診處暫留床病患不得申報單一劑量藥事服務費。						v	56	
05214A						v		43	
05215B					v				39
05216K								v	114
05217A							v		99
05218B						v			87

第二章 特定診療

第一節 檢查

第十四項 神經系統檢查 Neurological Test (20001-20044)

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
20044B	多次入睡睡眠檢查 Multiple Sleep Latency Test(MSLT) 註： 1.適應症： (1)疑似猝睡症之診斷與追蹤。 (2)疑似原發性嗜睡症之診斷。 (3)以下二項情況不適用： A.不得作為阻塞性睡眠呼吸中止症起初評估或診斷的工具，或接受治療後的療效評估。 B.不得作為例行性內科或神經系統疾病(除猝睡症)、失眠症、晝夜節律失調的嗜睡度評估。 2.支付規範： (1)每人每年限執行一次。 (2)限胸腔內科、神經內科、精神科、耳鼻喉科、兒童神經科及兒童胸腔科醫師執行。 (3)申報時須檢附本項檢查報告。		v	v	v	7623

第二十一項 內視鏡檢查 Endoscopy Examination (28001-28045)

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
28045B	耳內視鏡檢查 Otoendoscopy 註： 1.適應症： (1)外耳道狹窄或異物。 (2)中耳或外耳道腫瘤。 (3)膽脂瘤。 (4)慢性中耳炎或積液性中耳炎，且需評估耳科手術者。 2.禁忌症：外耳道閉鎖。 3.支付規範： (1)限耳鼻喉科專科醫師執行。 (2)限手術前後各執行一次。 (3)申報時檢附之病歷紀錄須包含鼓膜、耳道、中耳腔影像。		v	v	v	645

第二十五項 其他檢查 Other Test (30501-30526)

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
30526B	<p>高解析度食道壓力檢查 High Resolution Esophageal Manometry</p> <p>註： 1.適應症： (1)吞嚥困難，經上消化道內視鏡檢查或食道攝影檢查評估後，疑似食道蠕動功能異常疾病（如食道弛緩不能症者）。 (2)難治性之胃食道逆流症狀（持續的火燒心、胃酸逆流、不明原因胸痛、慢性咳嗽、氣喘、喉嚨異物感或聲音沙啞），經相關專科醫師診查後，經上消化道內視鏡或二十四小時食道酸鹼度測定檢查後，且經藥物（如質子幫浦抑制劑，PPI）治療八週以上反應不佳者。 (3)十八歲以下兒童及嬰兒胃食道逆流症狀（如持續性嘔吐、火燒心或胃酸逆流、不明原因胸痛、慢性咳嗽、難治性兒童氣喘、喉嚨異物感、聲音沙啞、嬰幼兒呼吸中止或心搏過慢），經相關專科醫師診治四週以上反應不佳者。 (4)十八歲以下兒童及嬰兒因吞嚥困難，進行胃造瘻術（gastrostomy）之術前評估。 (5)食道蠕動功能異常疾病（如食道弛緩不能症）接受內視鏡治療或手術治療後之評估。 (6)胃食道逆流症患者接受外科逆流手術治療前之評估，及術後仍有符合前述症狀之追蹤。</p> <p>2.禁忌症： (1)造成食道管腔狹窄或阻塞之良性食道疾病或惡性食道腫瘤。 (2)食道破裂。 (3)食道出血。 (4)急性上呼吸道感染。</p> <p>3.支付規範： (1)執行頻率：每人每年限執行一次，如有接受內視鏡或手術治療者，則最多可執行二次。 (2)限內科、外科、兒科、耳鼻喉科及復健科醫師執行。 (3)不得同時申報30506B食道機能檢查。 (4)內含一般材料費及「微晶片導管」材料費。</p>		v	v	v	11663

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

第二項 透析治療 Dialysis Therapy (58001~58031)

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病人指導費，CAPD instruction 註：1.限以經專案向保險人申請同意後之醫院申報。 2.限病人初次腹膜透析申報。 3.包括病人專門技術訓練，家屬指導及教材給予。		v	v	v	2847
58010B	2.CAPD病人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病人申報。 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。		v	v	v	600
58011C	3.腹膜透析追蹤處置費 Peritoneal Dialysis Follow up therapy (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.病人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
58028C	(3)全自動腹膜透析機相關費用-每日 (APD daily fee) 註：1.限長期使用全自動腹膜透析治療病人申報。 2.每日每一病人限申報一次。包含租金、保養、維修及管理等費用。	v	v	v	v	67
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

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、個別專任醫師申報針灸、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四十五人次以內：
 - 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)申報量在三十一至四十五人次之部分，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)申報量在四十六人次以上之部分，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四十五人次以內，另依下列規範第四章針灸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：

1.其中內含中度複雜性針灸：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：每位專任醫師每月上限為七十人次，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。

八、三歲(含)以下兒童之門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

第四章 針灸治療處置費

通則：

一、本章治療處置費用均內含材料費。

二、複雜性針灸治療之審查：抽審病歷視醫療院所與前一年申報附表 4.4.1、附表 4.4.2 及附表 4.4.3 所列疾病與去年同期相較之成長率，必要時得予全審。

編號	診療項目	支付點數
D01	一般針灸	227
D02	—另開內服藥 —未開內服藥	227
D03	電針治療	227
D04	—另開內服藥 —未開內服藥	227
D05	中度複雜性針灸	327
D06	—另開內服藥 —未開內服藥	327
	註： 1.適應症： (1)附表 4.4.1 所列疾病。 (2)無附表 4.4.1 所列疾病，但有附表 4.4.2 所列特殊疾病者。 2.支付規範： (1)須針灸二個(含)以上部位：頭頸部、軀幹部或四肢，任兩部位或以上。 (2)須合併以下任一輔助治療：拔罐治療、放血治療、刮痧治療、熱療(含紅外線治療)、艾灸治療、電療或眼部特殊針灸。 (3)治療時間合計十分鐘以上。	
D07	高度複雜性針灸	427
D08	—另開內服藥 —未開內服藥	427
	註： 1.適應症： (1)附表 4.4.3 所列疾病。 (2)中度複雜性針灸適應症(附表 4.4.1)合併有附表 4.4.2 特殊疾病。 2.支付規範： (1)須針灸二個(含)以上部位：頭頸部、軀幹部或四肢，任兩部位或以上。 (2)須合併以下任一輔助治療：拔罐治療、放血治療、刮痧治療、熱療(含紅外線治療)、艾灸治療、電療或眼部特殊針灸。 (3)治療時間合計二十分鐘以上。	

第五章 傷科治療處置費

通則：

一、限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。

二、本章治療處置費用均內含材料費。

三、複雜性傷科之審查：

(一)病歷記載應依規定書寫，脫臼患者需檢附影像紀錄(照相或錄影，含術前、術中、術後)、骨折患者需檢附術前影像紀錄(照相或錄影)及術後 X 光紀錄。

(二)抽審病歷視醫療院所與前一年申報附表 4.4.2、附表 4.5.1 至表 4.5.4 所列疾病與去年同期相較之成長率，必要時得予全審。

編號	診療項目	支付點數
E01	一般傷科	
	—另開內服藥	227
E02	—未開內服藥	227
	註： 1.標準作業程序 (1)四診八綱辨證。 (2)診斷。 (3)理筋手法。 2.適應症 (1)急慢性扭、挫、瘀傷：踝扭傷、腰扭傷、頸部扭傷等。 (2)肌腱炎：網球肘、棒球肩、腕部橈側韌鞘炎等。 (3)關節病變：類風濕性關節炎、退化性關節炎、僵直性關節炎、痛風、冰凍肩（凝肩）等。	
E03	中度複雜性傷科—療程第一次	427
	—另開內服藥	
E04	—未開內服藥	427
	註： 1.適應症： (1)附表 4.5.1 所列疾病。 (2)無附表 4.5.1 所列疾病，但有附表 4.4.2 所列特殊疾病者。 2.支付規範： (1)須合併以下任一輔助治療：藥薰治療、拔罐治療、刮痧治療、電療、熱療(含紅外線治療)、膏布治療或夾板固定治療。 (2)治療時間合計十分鐘以上。 (3)療程第二次-第六次以一般傷科(E01、E02)申報。	

編號	診療項目	支付點數
	高度複雜性傷科一起始次 通則： 1. 起始次治療處置：係指該病人受傷部位初次到醫療院所做之治療處置。 2. 後續治療處置以一般傷科(E01、E02)申報。 3. 須合併以下任一輔助治療：藥薰治療、拔罐治療、刮痧治療、電療、熱療(含紅外線治療)、膏布治療或夾板固定治療。 4. 治療時間合計二十分鐘以上。	
E05	1. 多部位損傷一起始次	877
	— 另開內服藥	
E06	— 未開內服藥	877
	註：適應症詳附表4.5.2。	
	2. 中度複雜性傷科合併特殊疾病一起始次	
E07	— 另開內服藥	877
E08	— 未開內服藥	877
	註：適應症為中度複雜性傷科適應症(附表4.5.1)且合併有特殊疾病(附表4.4.2)。	
	3. 脫臼整復復位一起始次	
E09	— 另開內服藥	1177
E10	— 未開內服藥	1177
	註：	
	1. 適應症詳附表4.5.3。	
	2. 起始次定義含再次復位。	
	4. 骨折復位一起始次	
E11	— 另開內服藥	1277
E12	— 未開內服藥	1277
	註：	
	1. 適應症詳附表4.5.4。	
	2. 起始次定義含再次接骨。	

第六章 針灸合併傷科治療處置費

通則：

- 一、限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。
- 二、本章各診療項目適用其內含單項針灸或傷科診療項目於第四章、第五章所列各項規範。
- 三、本章治療處置費用均內含材料費。

編號	診療項目	支付點數
F01	一般針灸合併一般傷科 --另開內服藥	227
F02	--未開內服藥	227
F03	一般針灸合併中度複雜性傷科 --療程第一次	427
F04	--療程第二至六次—另開內服藥	227
F05	--療程第二至六次—未開內服藥	227
F06	一般針灸合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷) --起始次	877
F07	--後續治療—另開內服藥	227
F08	--後續治療—未開內服藥	227
F09	一般針灸合併高度複雜性傷科(2.中度複雜性傷科合併特殊疾病) --起始次	877
F10	--後續治療—另開內服藥	227
F11	--後續治療—未開內服藥	227
F12	一般針灸合併高度複雜性傷科(3.脫臼) --起始次	1177
F13	--後續治療—另開內服藥	227
F14	--後續治療—未開內服藥	227
F15	一般針灸合併高度複雜性傷科(4.骨折) --起始次	1277
F16	--後續治療—另開內服藥	227
F17	--後續治療—未開內服藥	227

編號	診療項目	支付點數
F18	電針合併一般傷科 --另開內服藥	227
F19	--未開內服藥	227
F20	電針合併中度複雜性傷科 --療程第一次	427
F21	--療程第二至六次—另開內服藥	227
F22	--療程第二至六次—未開內服藥	227
F23	電針合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷) --起始次	877
F24	--後續治療—另開內服藥	227
F25	--後續治療—未開內服藥	227
F26	電針合併高度複雜性傷科(2.中度複雜性傷科合併特殊疾病) --起始次	877
F27	--後續治療—另開內服藥	227
F28	--後續治療—未開內服藥	227
F29	電針合併高度複雜性傷科(3.脫臼) --起始次	1177
F30	--後續治療—另開內服藥	227
F31	--後續治療—未開內服藥	227
F32	電針合併高度複雜性傷科(4.骨折) --起始次	1277
F33	--後續治療—另開內服藥	227
F34	--後續治療—未開內服藥	227
F35	中度複雜性針灸合併一般傷科 --另開內服藥	327
F36	--未開內服藥	327
F37	中度複雜性針灸合併中度複雜性傷科 --療程第一次	427
F38	--療程第二至六次—另開內服藥	327
F39	--療程第二至六次—未開內服藥	327
F40	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷) --起始次	877
F41	--後續治療—另開內服藥	327
F42	--後續治療—未開內服藥	327

編號	診療項目	支付點數
F43	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(2.中度複雜性傷科合併特殊疾病) --起始次	877
F44	--後續治療—另開內服藥	327
F45	--後續治療—未開內服藥	327
F46	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(3.脫臼) --起始次	1177
F47	--後續治療—另開內服藥	327
F48	--後續治療—未開內服藥	327
F49	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(4.骨折) --起始次	1277
F50	--後續治療—另開內服藥	327
F51	--後續治療—未開內服藥	327
F52	高度複雜性針灸合併一般傷科 --另開內服藥	427
F53	--未開內服藥	427
F54	高度複雜性針灸合併中度複雜性傷科 --療程第一次	427
F55	--療程第二至六次—另開內服藥	427
F56	--療程第二至六次—未開內服藥	427
F57	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷) --起始次	877
F58	--後續治療—另開內服藥	427
F59	--後續治療—未開內服藥	427
F60	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(2.中度複雜性傷科合併特殊疾病) --起始次	877
F61	--後續治療—另開內服藥	427
F62	--後續治療—未開內服藥	427
F63	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(3.脫臼) --起始次	1177
F64	--後續治療—另開內服藥	427
F65	--後續治療—未開內服藥	427

編號	診療項目	支付點數
F66	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(4.骨折) --起始次	1277
F67	--後續治療—另開內服藥	427
F68	--後續治療—未開內服藥	427

第七章 其他

編號	診療項目	支付點數
B71	脈診儀檢查費	500
B72	舌診儀檢查費	500
	註： 1.適應症：附表 4.7 所列疾病。 2.支付規範： (1)申報使用輔助診斷，應依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載（應附有輔助診斷檢查圖像及判讀報告）。 (2)B71、B72 每項每位病人每月限申報一次。 3.申報資格： (1)申報本項支付標準之中醫師及中醫特約醫事服務機構均應經中醫總額受託單位審查認定合格。 (2)前項經審查認定合格之中醫特約醫事服務機構及中醫師應每年提出申請計畫，經核可後始得申報，惟研究教學目的不得申報。 (3)前項中醫特約醫事服務機構限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。 (4)限執業滿四年之專任中醫師申報。	

第八章 特定疾病門診加強照護

通則：

四、看診醫師應對當次看診患者提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，並以標準作業流程與處置完成診療。(詳附表 4.8.1)

七、病患經加強照護病程穩定後，應教育病患自我照護，改按一般服務提供醫療照護；(1)小兒氣喘疾病門診加強照護穩定之指標詳附表 4.8.2 說明。(2) 腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷門診以巴氏量表測量連續二季未改善之患者應改按一般服務提供服務。

附表 4.4.1 中度複雜性針灸適應症

ICD-10-CM	中文病名
G43	偏頭痛
G50	三叉神經疾患
G51	顏面神經疾患
G52	其他腦神經疾患
G90	自主神經系統疾患
G54	神經根及神經叢疾患
G61	發炎性多發神經病變
G62	其他及為明示之多發神經病變
G63	歸類於他處疾病所致之多發神經病變
G65	發炎性及毒性多發神經病變後遺症
M13.0	多發性關節炎
M15	多關節病症
M20	手指及(足)趾後天性變形
M21	其他後天性肢體變形
M66	滑膜及肌腱自發性破裂
H02	眼瞼其他疾患
H04	淚道系統之疾患
H05	眼窩疾患
H52	屈光及調節作用疾患
H10	結膜炎
H20	虹膜睫狀體炎
H25	老年性白內障
H26	其他白內障

附表 4.4.2 特殊疾病

一、衛生福利部公告之罕見疾病。

二、下表所列疾病：

ICD-10-CM	中文病名
A15	呼吸道結核病
B01	水痘
B02	帶狀疱疹
B05	麻疹
B06	德國麻疹
B20	人類免疫不全病毒疾病
B97.2	歸類於他處冠狀病毒所致的疾病
B97.3	歸類於他處反轉錄病毒所致的疾病
D65	瀰漫性血管內凝血症
D66	遺傳性第Ⅷ凝血因子缺乏症
D67	遺傳性第Ⅸ凝血因子缺乏症
D68	其他凝血缺乏
D69	紫斑症及其他出血性病態
D70	嗜中性白血球缺乏症
D82	與其他重大缺陷相關的免疫缺乏症
D83	常見多樣性免疫缺乏症
D84	其他免疫缺乏症
E04	其他非毒性甲狀腺腫
E05	甲狀腺毒症
E06	甲狀腺炎
E10	第一型糖尿病
E11	第二型糖尿病
E13	其他特定糖尿病
E15	非糖尿病的低血糖性昏迷
E28	卵巢功能障礙
F90	注意力不足過動症
F95	抽搐症
I20	心絞痛
I21	ST 段上升之心肌梗塞 (STEMI)與非 ST 段上升之心肌梗塞(NSTEMI)

ICD-10-CM	中文病名
I22	續發性 ST 段上升之心肌梗塞 (STEMI)與非 ST 段上升之心肌梗塞 (NSTEMI)
I23	ST 段上升之心肌梗塞 (STEMI)與非 ST 段上升之心肌梗塞(NSTEMI)後造成之併發症(二十八天內)
I24	其他急性缺血性心臟病
I25	慢性缺血性心臟病
I26	肺栓塞
I27	其他肺性心臟病
I28	其他肺血管疾病
I42	心肌病變
I50	心臟衰竭
I71	主動脈瘤及剝離
I73	其他末梢血管疾病
I74	動脈栓塞及血栓症
I80	靜脈炎及血栓靜脈炎
I82	其他靜脈栓塞及血栓
I89	其他非感染性之淋巴管和淋巴結疾患
J44	慢性阻塞性肺病
J45	氣喘
J93	氣胸及氣漏
J96	呼吸衰竭，他處未歸類
J98	其他呼吸衰竭
K72	肝衰竭，他處未歸類者
K74	肝纖維化及硬化
K80	膽結石
L10	天庖瘡
L11	其他棘層鬆解性疾患
L12	類天庖瘡
L40	乾癬
L51	多形性紅斑
L52	結節性紅斑
L89	壓迫性潰瘍
L94	其他局限性結締組織疾患

ICD-10-CM	中文病名
L97	下肢非壓迫性慢性潰瘍，他處未歸類者
M33	皮多肌炎
M34	全身性硬化症(硬皮症)
M35	結締組織其他全身性侵犯
M35.0	乾燥症候群(Sjogren 氏)
M35.00	乾燥症候群
N18	慢性腎臟疾病
N19	腎衰竭
O10~O16、 O20~O29	妊娠
R64	惡病質

附表 4.4.3 高度複雜性針灸適應症

ICD-10-CM	中英文病名
A80	急性脊髓灰白質炎
C00-C96	惡性腫瘤(衍生出的相關符合針灸適應症)
D32	腦膜良性腫瘤
D33	腦瘤併發神經功能障礙
D48	Neoplasm of uncertain behavior of other and unspecified sites
D48	其他及未明示部位性態未明之腫瘤
D49	性態未明之腫瘤
F02、F04、F09	其他器質性精神病態
F03-F05	老年期及初老年期器質性精神病態限由精神科或神經科專科醫師開具之診斷書並加註專科醫師證號
F05	亞急性譫妄
F20、F21、F25	思覺失調症
F22、F23、F24	妄想狀態
F30-F39	情感性精神病
F84	源自兒童期之精神病
F80	特定的言語及語言發展障礙症
F82	特定的動作功能發展障礙症
G11、G94	脊髓小腦症
G12	脊髓性肌萎縮症及相關症候群
G20、G21	巴金森病
G35	多發性硬化症
G36	其他急性瀰漫性脫髓鞘
G40	癲癇
G45、G46、I67	其他腦血管疾病
G70	重症肌無力症
G71	肌肉特發性疾患
G80	嬰兒腦性麻痺
G81	偏癱
G82-G83+B91	其他麻痺性徵候群(急性脊髓灰白質炎之後期影響併

ICD-10-CM	中英文病名
	有提及麻痺性徵候群)
G91	水腦症
G93.0	腦囊腫
G93.1	缺氧性腦損傷，他處未歸類者
G93.2	良性顱內高壓
G93.3	病毒感染後疲勞症候群
G93.4	其他及未明示腦病變
G93.5	腦壓迫
G93.6	腦水腫
G93.7	雷氏症候群
H30	脈絡膜視網膜發炎
H31	其他脈絡膜疾患
H33	視網膜退化及裂孔
H34	視網膜血管阻塞
H35	視網膜其他疾患
H36	歸類於他處疾病所致之視網膜疾患
H40	青光眼
H42	歸類於他處疾病所致之青光眼
H43	玻璃體疾患
H46	眼球神經炎
H47	視(第二)神經及視路之其他疾患
H49	麻痺性斜視
H50	其他斜視
H51	其他雙側眼運動疾患
H53	視覺障礙
H54	失明及低視力
H55	眼球震顫及不規則眼球運動
I60	蜘蛛膜下腔出血
I61、I62	腦內出血
I65、I66、I63	腦梗塞
M45	僵直性脊椎炎
M62.3	截癱性不動症候群
M99.0	節段及體結構功能障礙

ICD-10-CM	中英文病名
M99.1	(脊椎)複雜性半脫位
M99.2	神經管半脫位性狹窄
M99.3	神經管骨性狹窄
M99.4	神經管結締組織狹窄
M99.5	神經管椎間盤狹窄
M99.6	椎間孔骨性及半脫位性狹窄
M99.7	椎間孔結締組織及椎間盤狹窄
Q11	無眼症、小眼畸形及巨眼畸形
Q13	前段眼先天性畸形
Q12	先天性水晶體畸形
Q14	後段眼先天性畸形
Q15	眼其他先天性畸形
S01.9、S06.3	腦裂傷及挫傷
S01.9、S06.4-S06.6	受傷後之蜘蛛網膜下、硬腦膜下及硬腦膜外出血
S04.01-S04.04	視神經及神經徑之損傷
S14.1、S24.1、S34.1	無明顯脊椎損傷之脊髓傷害
S14.1+S12.0-S12.6、 S24.1+S22.0、S34.1+S22.0-S32.0	脊柱骨折，伴有脊髓病灶
S14.2、S14.3、S24.2、S34.2、 S34.4	神經根級脊神經叢之損傷
S14.5、S24.3、	肩及骨盆以外之軀幹神經損傷
S24.4、S24.8、S24.9、S34.5、 S34.6、S34.8、S34.9	胸、腰椎、囊和骨盆神經損傷
S44.0-S44.5、S44.8-S44.9、S54.0- S54.3、S54.8-S54.9、S64.0- S64.4、S64.8-S64.9	肩及上肢末梢神經之損傷
S74.0-S74.2、S74.8-S74.9、S84.0- S84.2、S84.8-S84.9、S94.0- S94.3、S94.8-S94.9	骨盆及下肢末梢神經損傷
P91	其他新生兒腦狀態障礙

附表 4.5.1 中度複雜性傷科適應症

ICD-10-CM	中文病名
G45、G46	其他腦血管疾病
G54	神經根及神經叢疾患
G61	發炎性多發神經病變
G62	其他及為明示之多發神經病變
G63	歸類於他處疾病所致之多發神經病變
G65	發炎性及毒性多發神經病變後遺症
G81	偏癱
G90	自主神經系統疾患
G91	水腦症
G93.0	腦囊腫
G93.1	缺氧性腦損傷，他處未歸類者
G93.2	良性顱內高壓
G93.3	病毒感染後疲勞症候群
G93.4	其他及未明示腦病變
G93.5	腦壓迫
G93.6	腦水腫
I60	蜘蛛膜下腔出血
I61、I62	腦內出血
I65、I66、I63	腦梗塞
I67	其他腦血管疾病
M13.0	多發性關節炎
M15	多關節病症
M20	手指及(足)趾後天性變形
M21	其他後天性肢體變形
M40	脊椎後彎症及脊椎前彎症
M41	脊椎側彎症
M42	脊椎骨軟骨症
M43	其他變形性背部病變
M45	僵直性脊椎炎
M46	其他發炎性脊椎病變
M47	退化性脊椎炎
M48	其他脊椎病變
M50	頸椎椎間盤疾患
M51	胸椎、胸腰椎及腰薦椎椎間盤疾患
M53	其他背部病變，他處未歸類者

ICD-10-CM	中文病名
M62.3	截癱性不動症候群
M66	滑膜及肌腱自發性破裂
M80	骨質疏鬆症伴有病理性骨折
M87	骨壞死
M88	變形性骨炎 [骨 Paget (氏)病]
M90.5	歸類於他處疾病所致之骨壞死
M90.6	腫瘤疾病引起之變形性骨炎
M95.2	頭部其他後天性變形
M95.3	頭部後天性變形
M95.4	胸部及肋骨之後天性變形
M95.5	骨盆後天性變形
M95.8	肌肉骨骼系統，其他特定之後天性變形
M95.9	肌肉骨骼系統之後天性變形
M96	術中及術後併發症及肌肉骨骼系統疾患，他處未歸類者
M99.0	節段及體結構功能障礙
M99.1	(脊椎)複雜性半脫位
M99.2	神經管半脫位性狹窄
M99.3	神經管骨性狹窄
M99.4	神經管結締組織狹窄
M99.5	神經管椎間盤狹窄
M99.6	椎間孔骨性及半脫位性狹窄
M99.7	椎間孔結締組織及椎間盤狹窄
S14.1+S12.0-S12.6、 S24.1+S22.0、S34.1+S22.0-S32.0	脊柱骨折，伴有脊髓病灶
S14.1、S24.1、S34.1	無明顯脊椎損傷之脊髓傷害
S01.9、S06.3	腦裂傷及挫傷
S01.9、S06.4-S06.6	受傷後之蜘蛛網膜下、硬腦膜下及硬腦膜外出血
S04.01-S04.04	視神經及神經徑之損傷
S14.2、S14.3、S24.2、S34.2、 S34.4	神經根級脊神經叢之損傷
S14.5、S24.3、 S24.4、S24.8、S24.9、S34.5、 S34.6、S34.8、S34.9	肩及骨盆以外之軀幹神經損傷 胸交感神經系統的損傷、胸、腹部，下背部和骨盆水平神經損傷
S44.0-S44.5、S44.8-S44.9、 S54.0-S54.3、S54.8-S54.9、 S64.0-S64.4、S64.8-S64.9	肩及上肢末梢神經之損傷
S74.0-S74.2、S74.8-S74.9、 S84.0-S84.2、S84.8-S84.9、 S94.0-S94.3、S94.8-S94.9	骨盆及下肢末梢神經損傷

附表 4.5.2 高度複雜性傷科(多部位損傷)適應症

ICD-10-CM	中文病名
M02.39	雷特病之關節病變及有關病態，多處部位
M35.2	畢賽徵候群之關節病變，多處部位
M13.89	更年期關節炎，多處部位
M13.0	未明示之多發性關節病變或多發性關節炎，多處部位
M12.89	其他明示之關節病變，多處部位
M12.9	未明示之關節病變，多處部位
M24.10	關節軟骨疾患，多處部位
M24.50	關節緊縮，多處部位
M24.60	關節粘連，多處部位
M24.80	其他關節障礙，他處未歸類，多處部位
M24.9	未明示之關節障礙，多處部位
M12.39	復發性風濕，多處部位
M25.50	關節痛，多處部位
M25.60	關節僵直，他處未歸類者，多處部位
R26.2	行走障礙，多處部位
M25.9	未明示之關節疾患，多處部位
T14.8	軀幹多處挫傷
S40.019A	上肢多處挫傷
S70.10XA-S70.12XA、 S80.10XA-S80.12XA	下肢多處挫傷
T14.8	下肢挫傷及其他與未明示位置之挫傷，多處位置挫傷，他處未歸類者
S47	肩及上臂多處位置壓砸傷
S47	上肢多處位置壓砸傷
S77.0、S77.1、S87.0、 S87.8、S97.0、S97.1、 S97.8	下肢多處壓砸傷
S77.2	多處及未明示位置之壓砸傷
S77.20XA	多處位置壓砸傷，他處未歸類者
T07	其他明示位置之損傷，包括多處

附表 4.5.3 高度複雜性傷科 (脫臼)適應症

ICD-10-CM	中文病名
S43.0-S43.3、S53.0-S53.1、S63.0、S63.1-S63.2、S73.0、S83.21-S83.24、S83.001A-S83.096A、S83.101A-S83.196A、S93.0、S93.3、S13.1-S13.2、S33.1-S33.3、S23.1-S23.2、S43.2、S33.30XA-S33.39XA	脫臼
S03.0-S03.1、S13.0-S13.2、S23.0-S23.2、S33.0-S33.3、S43.0-S43.3、S53.0-S53.1、S63.0-S63.2、S73.0、S83.0、S83.1、S93.0、S93.1、S93.3	脫臼之後期影響

附表 4.5.4 高度複雜性傷科(骨折)適應症

ICD-10-CM	中文病名
(S42、S52、S62、S72、S82、S92)+第 7 位碼 P、Q、R	癒合不良及不癒合之骨折
S02.0+S06	顱骨穹窿骨折
S02.1+S06	顱骨底部骨折
S02.2、S02.6	臉骨骨折
S02.4	顴骨及上頷骨骨折，閉鎖性
S02.3	眶底閉鎖性骨折
S02.8-S02.9	其他顏面骨閉鎖性骨折
S02.8-S02.9+S06	其他及性質不明之顱骨骨折
S02.9+S06	多處骨折，侵及顱骨或顏面骨者
S12.0-S12.9	脊柱骨折，閉鎖性
S14.1、S24.1	頸椎骨折，閉鎖性，
S34.1	腰椎骨折，閉鎖性
S34.1	骶骨及尾骨骨折，閉鎖性
S14.1	未明示之脊柱骨折，閉鎖性
S22.3-S22.4	肋骨閉鎖性骨折
S22.2	胸骨閉鎖性骨折
S22.5	連枷胸(多條肋骨塌陷性骨折)
S12.9	喉部及氣管閉鎖性骨折
S32.3-S32.9	骨盆骨折
S32.4	髌臼閉鎖性骨折
S32.5	恥骨閉鎖性骨折
S32.3、S32.6、S32.810A-S32.811A	骨盆其他明示部位之閉鎖性骨折
S32.89XA	骨盆之其他骨折，閉鎖性

ICD-10-CM	中文病名
S22.9	診斷欠明之軀幹骨骨折
S22.9XXA	軀幹骨骨折，閉鎖性
S42.001A-S42.036A	鎖骨閉鎖性骨折
S42.101A-S42.199A	肩胛骨骨折
S42.113A、S42.116A	其他之肩胛骨骨折，閉鎖性
S42.201A-S42.296A	肱骨上端閉鎖性骨折
S42.301A-S42.399A	肱骨骨幹或未明示部位之閉鎖性骨折
S42.1-S42.4	肱骨下端骨折，閉鎖性
S42.101A-S42.496A	肱骨踝上骨折，閉鎖性
S52.101A-S52.189A	橈骨及尺骨上端閉鎖性骨折
S52.201A-S52.399A	橈骨及尺骨骨幹閉鎖性骨折
S52.501A-S52.699A	橈骨及尺骨下端閉鎖性骨折
S52.90XA-S52.92XA	橈骨及尺骨之閉鎖性骨折
S62.001A-S62.186A	腕骨骨折
S62.201A-S62.399A	掌骨骨折
S62.501A-S62.669A	一個或多個手指骨骨折
S62.90XA-S62.92XA	手骨之多處閉鎖性骨折
S42.90XA-S42.92XA、S52.90XA-S52.92XA、 S22.20XA、S22.39XA、S22.49XA	多發性骨折，侵及兩側上肢及上肢與肋骨和胸骨者，閉鎖性
S72.001A-S72.099A	股骨頸骨折
S72.101A-S72.26XA	經由粗隆之骨折，閉鎖性
S72.001A-S72.009A	未明示部位之股骨頸骨折，閉鎖性
S72.301A-S72.499A	股骨骨折，閉鎖性
S82.001A-S82.099A	閉鎖性髌骨之骨折
S82.101A-S82.199A	脛骨與腓骨之上端閉鎖性骨折
S82.201A-S82.299A、S82.401A-S82.499A	脛骨與腓骨幹之閉鎖性骨折
S82.201A-S82.299A	僅脛骨幹閉鎖性骨折
S82.401A-S82.499A	僅腓骨幹閉鎖性骨折
S82.201A-S82.299A+S82.401A-S82.499A	脛骨與腓骨幹之閉鎖性骨折
S82.201A-S82.209A、S82.401A-S82.409A	脛骨與腓骨未明示部位之閉鎖性骨折
S82.201A-S82.209A	僅脛骨未明示部位之閉鎖性骨折

ICD-10-CM	中文病名
S82.401A-S82.409A	僅腓骨未明示部位之閉鎖性骨折
S82.201A-S82.209A+S82.401A-S82.409A	脛骨與腓骨未明示部位之閉鎖性骨折
S82.51XA-S82.66XA	閉鎖性踝骨折
S92.001A-S92.066A	閉鎖性跟骨骨折
S92.101A-S92.56XA	其他跗骨及蹠骨之骨折，閉鎖性
S92.401A-S92.919A	閉鎖性一個或多個腳趾骨骨折
S82.90XA-S82.92XA	閉鎖性下肢之其他多處及診斷欠明之骨折
T07	閉鎖性多處骨折，侵及兩側下肢，下與上肢及下肢與肋骨和胸骨者；多處及未明示骨折之後期影響
T14.8	閉鎖性未明示部位之骨折
S02+第 7 位碼 S	顱骨及面骨骨折之後期影響
(S12.9、S22.0、S22.9、S32.9)+第 7 位碼 S	脊柱及軀幹骨折之後期影響，未提及脊髓病灶者
S42.2-S42.9、S52.9、S62.9	上肢骨折後期影響
S72.0-S72.2+第 7 位碼 S	股骨頸骨折後期影響
(S72.3-S72.4、S82.0-S82.6、S82.9、S92.0-S92.9)+第 7 位碼 S	下肢骨折後期影響

附表 4.7 舌診儀、脈診儀檢查適應症

疾病分類	適應症(ICD-10-CM)	診斷標準
心血管循環系統疾病	1.心臟衰竭(I50; I11.0; I13; I97.13; O75.4; I09.81)	左心室射出率 $\leq 35\%$; 左心室射出率介於 $36\%-50\%$, 合併典型心臟衰竭症狀; 左心室射出率 $>50\%$, 合併典型心臟衰竭症狀, 且經心臟專科醫師確診者。
	2.急性冠狀動脈疾病(I24)	3個月內曾因胸痛接受心導管檢查, 確診有冠狀動脈阻塞或置入支架者。
	3.深層靜脈栓塞(I82)	靜脈超音波檢查或靜脈攝影檢查確診者。
	4.心律不整(I47; I49; R00)	經心臟專科醫師確診者。
肝膽腸胃消化系統疾病	1.肝硬化(K70; K71; K74)	經肝臟超音波檢查或肝組織切片診斷為肝硬化者。
	2.消化性潰瘍(K25~K28)	經腸胃道內視鏡確定診斷者。
	3.大腸激躁症(K58)	至少三個月(連續或反覆發作)有以下五項中符合兩項以上的條件: (1)排便次數改變(每天三次以上或每週少於三次)。 (2)大便形態改變(硬團塊或是稀便、水便)。 (3)排便感覺改變(如必須用力, 急便, 或是感覺排不乾淨)。 (4)大便中帶黏液。 (5)腹脹。
	4.急慢性肝炎(B15~B19)	經肝臟超音波檢查或實驗室檢查確立診斷者。
肺部呼吸系統	1.慢性阻塞性肺病(J44)	慢性阻塞性肺病: 肺功能檢查確診者(FEV1/FVC $\leq 70\%$)。
	2.氣喘(J45)	病史、理學檢查及實驗室的檢查, 各方面的資料綜合判斷確立診斷者。
腎泌尿系統	1.慢性腎衰竭(N18.3; N18.4; N18.5)	Stage III: 中度慢性腎衰竭 eGFR: $30\sim 59$ ml/min/1.73 m ² ; Stage IV: 重度慢性腎衰竭 eGFR: $15\sim 29$ ml/min/1.73 m ² ; Stage V: 末期腎臟病變 eGFR: < 15 ml/min/1.73 m ² 。
	2.腎或泌尿道結石(N20~N23)	影像學(超音波或電腦斷層)確診者。
免疫系統	1.全身性紅斑狼瘡(M32) 2.類風濕性關節炎(M05; M06; M08) 3.全身性硬化症(M34)	經風濕免疫科專科醫師確診者。

疾病分類	適應症(ICD-10-CM)	診斷標準
耳鼻喉系統	過敏性鼻炎(J30)	常見的臨床症狀為早上起床之後連續性打噴嚏、流鼻水及易鼻塞等三大症狀，其它常見的合併症狀有鼻子癢、眼睛癢、眼睛紅或是喉嚨常會有搔癢感。這些症狀再加上典型的過敏病史(包括家族史)、理學檢查與過敏病的實驗室檢查(包括嗜酸性白血球與 IgE 的總量、特異性 IgE 抗體、或過敏原皮膚試驗)就可確定診斷。
內分泌系統	1.糖尿病(E08~E11; E13; O24)	符合以下四項之一者： (1)糖化血色素(HbA1c) \geq 6.5%。 (2)二次以上空腹血漿葡萄糖濃度 \geq 126mg/dl。 (3)葡萄糖耐量試驗二小時血漿葡萄糖濃度 \geq 200mg/dl。 (4)典型糖尿病症狀，譬如：多尿、多渴、多食，無法解釋的體重減輕，加上任意血漿葡萄糖濃度 \geq 200mg/dl。
	2.甲狀腺功能亢進或低下(E02; E03; E05)	實驗數據符合且有典型臨床表現者。
神經精神系統	1.重度憂鬱症(F32; F33)	符合 DSM-IV 診斷標準，經精神科醫師診斷者。
	2.精神分裂症(F20; F21; F25)	符合 DSM-IV 診斷標準，經精神科醫師診斷者。
	3.腦中風(G45.0~G46.8; I60~I68)	臨床表現符合，經神經科醫師診斷，並有影像學依據者。
	4.帕金森氏症(G20; G21)	經神經科醫師診斷者。
	5.失智症(F01~F03; G30; G31)	經神經科醫師診斷者。
腫瘤系統	惡性腫瘤(癌症)(C00~C96)	經腫瘤專科醫師診斷，有影像學與病理切片依據者。
婦產科疾病	1.子宮肌瘤(D25)	經婦產科醫師診斷，並有影像學依據者(超音波或磁振造影等)。
	2.子宮內膜異位症(N80)	有內診、超音波紀錄或腹腔鏡檢查，經婦產科醫師診斷者。
	3.不孕症(N46; N97)	結婚一年內有正常之性行為仍無法懷孕，經婦產科醫師診斷者。

附表 4.8.1 標準作業流程

附表 4.8.2 小兒氣喘疾病門診加強照護穩定之指標

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)年第一次修正。本次修正主要運用全民健康保險醫療給付費用總額醫院部門(一百零九年)及西醫基層總額部門(一百零九年及一百十年)之「醫療服務成本指數改變率」所增加預算，調整本標準西醫基本診療之支付點數及加成規定、依據一百十年醫院總額部門新醫療科技項目預算，新增西醫特定診療項目三項，以及一百十年中醫門診總額協定事項，修正中醫針灸處置及中醫傷科處置等相關之給付與支付規定，重點如下：

一、西醫(第二部)

(一)第一章基本診療

1.門診診察費(第一章第一節)

- (1)修正西醫醫院及西醫基層院所之門診診察費加成方式；另西醫醫院內科加成科別新增「老人醫學科」(通則十一及十二)。
- (2)調升西醫醫院一般門診診察費及精神科合理量內之門診診察費支付點數。
- (3)調升急診診察費(編號01015C)及急診診察費檢傷分類第三級(編號00203B)支付點數。
- (4)其中急診診察費(編號01015C)及高危險早產兒特別門診診察費(編號01023C)係以醫院總額部門預算調升支付點數，爰屬西醫基層總額部門院所，維持以原支付點數申報。

2.住院診察費(第一章第二節)：除慢性病床外，調升其餘病床診察費、住院會診費、新生兒中重度住院診察費及高危險妊娠住院診察費。

3.病房費(第一章第三節)：除慢性病床外，調升其餘病床之護理費。

4.精神科慢性病房住院照護費與日間住院治療費(第一章第四節)：調升一般慢性精神病床住院照護費。

5.調劑(第一章第六節)：調升門診及住院藥事服務費(不含特殊處方)。

(二)第二章特定診療

- 1.第一節檢查：新增「多次入睡睡眠檢查」(編號 20044B，支付點數 7,623 點)、「耳內視鏡檢查」(編號 28045B，支付點數 645 點)及「高解析度食道壓力檢查」(編號 30526B，支付點數 11,663 點)，共三項診療項目。
- 2.第六節治療處置：修正「全自動腹膜透析機相關費用」(編號 58028C)支付規範，放寬不限居家病人申報，並由按「月」改為按「日」支付，爰支付點數由每月 2,000 點，修正為每日 67 點。

二、中醫(第四部)

(一)依據一百十年中醫部門總額之「中醫針灸處置品質提升」及「中醫傷科處置品質提升」協定項目及預算，修正相關診療項目及支付標準：

- 1.針灸治療處置費(第四章)：按不同適應症及治療方式，修正「中度複雜性針灸」(編號 D05、D06)及「高度複雜性針灸」(編號 D07、D08)，並調升支付點數與增訂支付規範。另現有之診療項目重新編號。
- 2.傷科治療處置費(第五章)：整併原第六章脫臼整復治療項目，按不同適應症及治療方式，修正「中度複雜性傷科」(編號 E03、E04)及「高度複雜性傷科」(編號 E05~E012)，並調升支付點數與增訂支付規範。另刪除原第六章「脫臼整復治療處置」及現有之診療項目重新編號。
- 3.針灸合併傷科治療處置費(第六章)：依據第四章及第五章之修正，修正「針灸合併傷科治療處置費」之診療項目及支付標準，計六十四項。另現有之診療項目重新編號。

(二)其他(第七章)：增訂舌診儀檢查費及脈診儀檢查費之適應症、支付規範及申報資格。

(三)配合前述修正，修訂通則、合理量規定及調整章次。

三、本次修正項目自一百十年三月一日起生效。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目 修正規定修正對照表

修正規定	現行規定	說明
<p>第二部 西醫</p> <p>第一章 基本診療</p> <p>第一節 門診診察費</p> <p>通則：</p> <p>十一、西醫醫院門診診察費加成方式：</p> <p>(一)四歲(含)以下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。</p> <p>(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，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之三十七。<u>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，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之二十七。</u></p> <p>(三)地區醫院加成方式：</p> <p>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，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之六十。</p> <p>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，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之五十。</p> <p>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，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之三十五。</p> <p>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。</p> <p>(四)加成科別及門診診察費項目定義說明：</p> <p>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。</p> <p>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、<u>胸腔暨重症加護及老人醫學科</u>等科。</p> <p>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。</p> <p>(五)醫院申報門診診察費四歲以下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。</p> <p>十二、西醫基層院所門診診察費加成方式：</p> <p>(一)兒童加成方式(詳附表2.1.3)：</p> <p>1.三歲以下兒童：不限科別各項門診診察費依表定點數加計百分之二十。</p> <p>2.四到六歲兒童：兒科專科醫師各項門診診察費得依表定點數加計百分之二十。</p> <p>(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。</p> <p>(三)專科醫師加成方式(詳附表2.1.4-附表2.1.6)：</p> <p>1.各專科醫師申報第一段門診量內之門診診察費得按表定點數加計，其中婦產科、外科及內科專科醫師加計百分之十三，整形外科、骨科、泌尿科、神經外科專科醫師加計百分之十，其餘專科醫師加計百分之九。若同時符合兒童加成或七十五歲以上者加成，依加成率合計後一併加計。</p> <p>2.第一段門診量內之門診診察費項目：包括編號</p>	<p>第二部 西醫</p> <p>第一章 基本診療</p> <p>第一節 門診診察費</p> <p>通則：</p> <p>十一、西醫醫院門診診察費加成方式：</p> <p>(一)四歲(含)以下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。</p> <p>(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，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之三十七。</p> <p>(三)地區醫院加成方式：</p> <p>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，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之六十。</p> <p>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二十三，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之四十三。</p> <p>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，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計百分之三十五。</p> <p>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。</p> <p>(四)加成科別及門診診察費項目定義說明：</p> <p>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。</p> <p>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、感染科及胸腔暨重症加護等科。</p> <p>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。</p> <p>(五)醫院申報門診診察費四歲以下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。</p> <p>十二、西醫基層院所門診診察費加成方式：</p> <p>(一)兒童加成方式(詳附表2.1.3)：</p> <p>1.三歲以下兒童：不限科別各項門診診察費依表定點數加計百分之二十。</p> <p>2.四到六歲兒童：兒科專科醫師各項門診診察費得依表定點數加計百分之二十。</p> <p>(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。</p> <p>(三)婦產科、外科、兒科及內科專科醫師加成方式(詳附表2.1.4-附表2.1.6)：</p> <p>1.婦產科、外科、兒科及內科專科醫師申報第一段門診量內之門診診察費得按表定點數加計，其中婦產科及外科專科醫師加計百分之九，兒科專科醫師加計百分之三，內科專科醫師加計百分之三點八。若同時符合兒童加成或七十五歲以上者加成，依加成率合計後一併加計。</p> <p>2.加成專科別及門診診察費項目定義說明：</p> <p>(1)外科：包括外科、整形外科、骨科、泌尿科、神經</p>	<p>一、修正西醫醫院門診診察費加成方式(通則十一)：增列醫學中心及區域醫院之內科，依表定點數加計百分之七；修正地區醫院內科加計由百分之二十三調升為百分之三十。內科加成科別增列老人醫學科。</p> <p>二、修正西醫基層院所門診診察費加成方式(通則十二)：調升婦產科、外科及內科專科醫師加計為百分之十三；調升整形外科、骨科、泌尿科、神經外科專科醫師加計為百分之十；增列其餘專科醫師加計百分之九。</p> <p>三、調升西醫醫院一般門診診察費及精神科合理量內之門診診察費：除「開具連續二次以上調劑」而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方」診療項目調升百分之三外，其餘項目調升百分之十。</p> <p>四、調升急診診察費(編號01015C)及急診診察費檢傷分類第三級(編號00203B)支付點數(幅度為百分之二十八)、調升高危險產兒特別門診診察費(編號01023C)百分之十。</p> <p>五、急診診察費(編號01015C)及高危險產兒特別門診診察費(編號01023C)係</p>

00109C、00110C、00197C、00198C、00199C、00200C、00158C、00159C、00230C、00231C、00232C、00233C、00234C、00235C、00236C、00237C、00168C、00169C及01023C。

(四)離島地區西醫基層診所週六、週日及國定假日之西醫基層門診案件，申報本部第一章之山地離島地區門診診察費，得加計百分之二十。

外科。

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

(四)離島地區西醫基層診所週六、週日及國定假日之西醫基層門診案件，申報本部第一章之山地離島地區門診診察費，得加計百分之二十。

以醫院總額部門預算調升支付點數，爰西醫基層總額部門院所者，維持以原支付點數申報。

六、配合前述醫院及西醫基層門診診察費通則之修正及醫院一般門診診察費點數之調升，修正附表 2.1.2.1、2.1.2.2、2.1.4-2.1.5及 2.1.6。

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					
	一醫院門診診察費(不含牙科門診)					
	1.醫學中心及區域醫院					
00154A	1)處方交付特約藥局調劑		v	v		286
00155A	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v		316
00156A	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		v	v		286
00157A	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v		292
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		v	v		520
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		v	v		497
	2.地區醫院					
00101B	1)處方交付特約藥局調劑		v			286
00131B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v			316
00102B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		v			286
00132B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v			292
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		v			520
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		v			497
	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		v	v	v	286
00135B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	316
00106B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		v	v	v	286
00136B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	292
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		v	v	v	520
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		v	v	v	497
	4.金門馬祖地區					
00107B	1)處方交付特約藥局調劑		v	v	v	288
00137B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	339

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					
	一醫院門診診察費(不含牙科門診)					
	1.醫學中心及區域醫院					
00154A	1)處方交付特約藥局調劑			v	v	260
00155A	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑			v	v	287
00156A	3)未開處方或處方由本院所自行調劑			v	v	260
00157A	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑			v	v	265
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			v	v	505
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			v	v	483
	2.地區醫院					
00101B	1)處方交付特約藥局調劑			v		260
00131B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑			v		287
00102B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑			v		260
00132B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑			v		265
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			v		505
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			v		483
	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		v	v	v	260
00135B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	287
00106B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑		v	v	v	260
00136B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑		v	v	v	265
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		v	v	v	505
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		v	v	v	483
	4.金門馬祖地區					
00107B	1)處方交付特約藥局調劑		v	v	v	262
00137B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑		v	v	v	308

00108B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	288	00108B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	262
00138B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v	v	v	316	00138B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v	v	v	287
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	v	v	v	542	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	v	v	v	526
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	v	v	v	520	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	v	v	v	505
01015C	急診診察費 註： 1.急診定義及適用範圍如附表2.1.1。 2.本項支付點數含護理費46-73點。 3.夜間(晚上十時至隔日早上六時)加計百分之五十、例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之二十，同時符合夜間及例假日者，則僅加計百分之五十；屬西醫基層總額部門院所，例假日加成維持原週六之中午十二時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時加計百分之二十規定。 4.山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加計百分之三十，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加計百分之八十。 5.地區醫院得依表定點數加計百分之十九。 6.本項年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之一百，其餘年齡為兒童加成項目，依本節通則十規定辦理。 7.地區醫院之兒科專科醫師申報得加計百分之五十，其餘專科醫師申報六歲以下兒童者，得加計百分之五十。 8.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數521點申報。	v	v		667	01015C	急診診察費 註： 1.急診定義及適用範圍如附表2.1.1。 2.本項支付點數含護理費46-73點。 3.夜間(晚上十時至隔日早上六時)加計百分之五十、例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之二十，同時符合夜間及例假日者，則僅加計百分之五十；屬西醫基層總額部門院所，例假日加成維持原週六之中午十二時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時加計百分之二十規定。 4.山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加計百分之三十，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加計百分之八十。 5.地區醫院得依表定點數加計百分之十九。 6.本項年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之一百，其餘年齡為兒童加成項目，依本節通則十規定辦理。 7.地區醫院之兒科專科醫師申報得加計百分之五十，其餘專科醫師申報六歲以下兒童者，得加計百分之五十。	v	v		521
00201B	急診診察費(按檢傷分類) 檢傷分類第一級	v	v	v	1800	00201B	急診診察費(按檢傷分類) 檢傷分類第一級	v	v	v	1800
00202B	檢傷分類第二級	v	v	v	1000	00202B	檢傷分類第二級	v	v	v	1000
00203B	檢傷分類第三級	v	v	v	776	00203B	檢傷分類第三級	v	v	v	606
00204B	檢傷分類第四級	v	v	v	449	00204B	檢傷分類第四級	v	v	v	449
00225B	檢傷分類第五級 註： 1.檢傷分類依衛生福利部規定。 2.地區醫院得就本項費用與01015C急診診察費擇一申報，惟採行後一年始得變更。 3.夜間(晚上十時至隔日早上六時)加計百分之五十、例假日(週六零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之二十，同時符合夜間及例假日者，則僅加計百分之五十。 4.山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加計百分之三十，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加計百分之八十。 5.地區醫院申報檢傷分類第四、五級之急診診察費得依表定點數加計百分之十九。 6.內含護理費比率為百分之三十二點零四。 7.本項年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之一百，其餘年齡為兒童加成項目，依本節通則十規定辦理。 8.兒科專科醫師申報得加計百分之五	v	v	v	390	00225B	檢傷分類第五級 註： 1.檢傷分類依衛生福利部規定。 2.地區醫院得就本項費用與01015C急診診察費擇一申報，惟採行後一年始得變更。 3.夜間(晚上十時至隔日早上六時)加計百分之五十、例假日(週六零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之二十，同時符合夜間及例假日者，則僅加計百分之五十。 4.山地離島及符合衛生福利部公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院加計百分之三十，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加計百分之八十。 5.地區醫院申報檢傷分類第四、五級之急診診察費得依表定點數加計百分之十九。 6.內含護理費比率為百分之三十二點零四。 7.本項年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之一百，其餘年齡為兒童加成項目，依本節通則十規定辦理。 8.兒科專科醫師申報得加計百分之五	v	v	v	390

	十，其餘專科醫師申報六歲以下兒童者，得加計百分之五十。				
	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.醫院 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
01023C	高危險早產兒特別門診診察費 註： 1.限出生時二千公克以下的早產兒於二歲前之特別門診追蹤治療，並限由小兒科專科醫師親自執行。 2.本支付點數含護理費49-65點。 3.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數425點申報。	v	v	v	468

	十，其餘專科醫師申報六歲以下兒童者，得加計百分之五十。				
	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.醫院 1)處方交付特約藥局調劑	v	v	v	280
00178B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v	v	v	332
01019B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	v	v	v	280
00179B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v	v	v	310
00180B	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	v	v	v	550
00181B	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	v	v	v	528
01023C	高危險早產兒特別門診診察費 註： 1.限出生時2000公克以下的早產兒於二歲前之特別門診追蹤治療，並限由小兒科專科醫師親自執行。 2.本支付點數含護理費49-65點。	v	v	v	425

附表 2.1.2.1

醫學中心及區域醫院申報門診診察費四歲(含)以下兒童加成及科別加成支付點數之計算

附表 2.1.2.1

醫學中心及區域醫院申報門診診察費四歲(含)以下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	不分科別四歲以下兒童加成(20%)支付=A*1.2	婦兒外科加成		內科加成	
				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.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
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

代碼	名稱	支付點數 A	不分科別四歲以下兒童加成(20%)支付=A*1.2	婦兒外科加成	
				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
	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	260	312	304	356
00155A	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	287	344	336	393
00156A	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	260	312	304	356
00157A	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	265	318	310	363
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	505	606	591	692
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	483	580	565	662
	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	260	312	304	356

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	00135B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	287	344	336	393
00106B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	286	343	335	392	306	363	00106B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	260	312	304	356
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	00136B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	265	318	310	363
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	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	505	606	591	692
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	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	483	580	565	662
4.金門馬祖地區								4.金門馬祖地區					
00107B	1)處方交付特約藥局調劑	288	346	337	395	308	366	00107B	1)處方交付特約藥局調劑	262	314	307	359
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	00137B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	308	370	360	422
00108B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	288	346	337	395	308	366	00108B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	262	314	307	359
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	00138B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	287	344	336	393
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	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	526	631	615	721
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	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	505	606	591	692
精神科門診診察費								精神科門診診察費					
一每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)								一每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)					
1.醫院								1.醫院					
01018B	1)處方交付特約藥局調劑	308	370					01018B	1)處方交付特約藥局調劑	280	336		
00178B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	365	438					00178B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	332	398		
01019B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	308	370					01019B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	280	336		
00179B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	341	409					00179B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	310	372		
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	680					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	550	660		
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	653					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	528	634		

	—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							
00187C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	218	262							
00188C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	164	197							
00189C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	196	235							
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							
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							
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	468	562	548	641	501	594			

	—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							
00187C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	218	262							
00188C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	164	197							
00189C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	196	235							
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							
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							
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	425	510	497						582

附表2.1.2.2

地區醫院申報門診診察費四歲(含)以下兒童加成、科別加成及夜間加成支付點數之計算

附表2.1.2.2

地區醫院申報門診診察費四歲(含)以下兒童加成、科別加成及夜間加成支付點數之計算

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	同時符合兒童加成及夜間加成支付點數 =A*1.35	同時符合兒童加成及夜間加成支付點數 =A*1.45	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	同時符合兒童加成及夜間加成支付點數 =A*1.7	科別加成支付點數 =A*1.1	同時符合兒童加成及夜間加成支付點數 =A*1.2	同時符合兒童加成及夜間加成支付點數 =A*1.3
	一般門診診察費 —醫院門診診察費(不含牙科門診)										
	2.地區醫院										
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
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
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
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
	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	329	386	415	400	458	486	372	429	458
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	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		
			科別加成支付點數 =A*1.15	同時符合兒童加成及夜間加成支付點數 =A*1.35	同時符合兒童加成及夜間加成支付點數 =A*1.45	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	同時符合兒童加成及夜間加成支付點數 =A*1.7	科別加成支付點數 =A*1.23	同時符合兒童加成及夜間加成支付點數 =A*1.43	同時符合兒童加成及夜間加成支付點數 =A*1.53
	一般門診診察費 —醫院門診診察費(不含牙科門診)										
	2.地區醫院										
00101B	1)處方交付特約藥局調劑	260	299	351	377	364	416	442	320	372	398
00131B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	287	330	387	416	402	459	488	353	410	439
00102B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	260	299	351	377	364	416	442	320	372	398
00132B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	265	305	358	384	371	424	451	326	379	405
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	505	581	682	732	707	808	859	621	722	773
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	483	555	652	700	676	773	821	594	691	739
	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	260	299	351	377	364	416	442	320	372	398
00135B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	287	330	387	416	402	459	488	353	410	439
00106B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	260	299	351	377	364	416	442	320	372	398
00136B	4)開具慢性病連續處方並由	265	305	358	384	371	424	451	326	379	405

	本院所自行調劑																						
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												
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												
4.金門馬祖地區																							
00107B	1)處方交付特約藥局調劑	288	331	389	418	403	461	490	374	432	461	00107B	1)處方交付特約藥局調劑	262	301	354	380	367	419	445	322	375	401
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	00137B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	308	354	416	447	431	493	524	379	440	471
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	00108B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	262	301	354	380	367	419	445	322	375	401
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	00138B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	287	330	387	416	402	459	488	353	410	439
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	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	526	605	710	763	736	842	894	647	752	805
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	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	505	581	682	732	707	808	859	621	722	773
精神科門診診察費																							
一每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)																							
1.醫院																							
01018B	1)處方交付特約藥局調劑	308	354	416	01018B	1)處方交付特約藥局調劑	280	322	378														
00178B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	365	420	493	00178B	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	332	382	448														
01019B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	308	354	416	01019B	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	280	322	378														
00179B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	341	392	460	00179B	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	310	357	419														
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	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	550	633	743														
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	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	528	607	713														
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	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	00187C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	218	251	294														
00188C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	164	189	221	00188C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	164	189	221														
00189C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	196	225	265	00189C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	196	225	265														
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	436	501	589	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	436	501	589														

	處方並交付特約藥局調劑																		
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															
01023C	高危險孕產兒特別門診診察費	468	538	632		655	749		608	702									

	處方並交付特約藥局調劑																		
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															
01023C	高危險孕產兒特別門診診察費	425	489	574		595	680		523	608									

附表 2.1.4

基層院所專科醫師別申報第一段合理量內門診診察費加成支付點數之計算

代碼	名稱	支付點數 A	婦、外、內、兒專科醫師加計 13% 支付點數 =A*1.13	整形外、骨、泌尿、神經外專科醫師加計 10% 支付點數 =A*1.1	其餘科別專科醫師加計 9% 支付點數 =A*1.09
	一般門診診察費— 基層院所門診診察費 1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分(≤40)				
00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30 人次)	358	405	394	390
00197C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30 人)	381	431	419	415
00198C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-40 人)	375	424	413	409
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30 人次)	358	405	394	390
00199C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30 人)	356	402	392	388
00200C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-40 人)	350	396	385	382
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	627	611	605
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	599	583	578
	6.山地離島地區 (1)每位醫師每日門診量在五十大人次以下部分(≤50)				
00230C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30 人)	358	405	394	390
00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50 人)	352	398	387	384
00232C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30 人)	381	431	419	415
00233C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-50 人)	375	424	413	409

附表 2.1.4

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

代碼	名稱	支付點數 A	婦外專科醫師加計 9% 支付點數 =A*1.09	兒科專科醫師加計 3% 支付點數 =A*1.03	內科專科醫師加計 3.8% 支付點數 =A*1.038
	一般門診診察費— 基層院所門診診察費 1.每位醫師每日門診量在四十人次以下部分(≤40)				
00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30 人次)	358	390	369	372
00197C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30 人)	381	415	392	395
00198C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-40 人)	375	409	386	389
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30 人次)	358	390	369	372
00199C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30 人)	356	388	367	370
00200C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-40 人)	350	382	361	363
00158C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	555	605	572	576
00159C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	530	578	546	550
	6.山地離島地區 (1)每位醫師每日門診量在五十大人次以下部分(≤50)				
00230C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30 人)	358	390	369	372
00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50 人)	352	384	363	365
00232C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30 人)	381	415	392	395
00233C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-50 人)	375	409	386	389

00234C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	358	405	394	390
00235C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50人)	352	398	387	384
00236C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	356	402	392	388
00237C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-50人)	350	396	385	382
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	627	611	605
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	599	583	578
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	425	480	468	463

00234C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	358	390	369	372
00235C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50人)	352	384	363	365
00236C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	356	388	367	370
00237C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-50人)	350	382	361	363
00168C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(≤50)	555	605	572	576
00169C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑(≤50)	530	578	546	550
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	425	463	438	441

附表 2.1.5

基層院所申報專科醫師別加成併兒童加成第一段門診診察費支付點數之計算

代碼	名稱	支付點數 A	婦、外、內、兒專科醫師看診三歲(含)以下兒童加計 20% 支付點數 =A*1.2	兒專科醫師看診六歲(含)以下兒童加計 20% 支付點數 =A*1.2	除婦、外、內、兒科外，其他專科醫師看診三歲(含)以下兒童加計 30% 支付點數 =A*1.3	基層社科並科醫師看診三歲(含)以下兒童加計 20% 支付點數 =A*1.2
	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	476	462	465	462
00197C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	507	491	495	491
00198C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-40人)	375	499	484	488	484
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人次)	358	476	462	465	462
00199C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	356	473	459	463	459
00200C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-40人)	350	466	452	455	452
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	738	716	722	716

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、內、兒專科醫師看診三歲(含)以下兒童加計 20% 支付點數 =A*1.2	兒專科醫師看診六歲(含)以下兒童加計 23% 支付點數 =A*1.23	內專科醫師看診三歲(含)以下兒童加計 23.8% 支付點數 =A*1.238
	一般門診診察費—基層院所門診診察費 1. 每位醫師每日門診量在四十人次以下部分(≤40)				
00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30人次)	358	462	440	443
00197C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	491	469	472
00198C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-40人)	375	484	461	464
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人次)	358	462	440	443
00199C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	356	459	438	441
00200C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-40人)	350	452	431	433
00158C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	555	716	683	687

00159C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	530	<u>705</u>	<u>684</u>	<u>689</u>	<u>684</u>	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)							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	<u>476</u>	<u>462</u>	<u>465</u>	<u>462</u>	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	<u>468</u>	<u>454</u>	<u>458</u>	<u>454</u>	00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50人)	352	454	433	436
00232C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	<u>507</u>	<u>491</u>	<u>495</u>	<u>491</u>	00232C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30人)	381	491	469	472
00233C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-50人)	375	<u>499</u>	<u>484</u>	<u>488</u>	<u>484</u>	00233C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-50人)	375	484	461	464
00234C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人)	358	<u>476</u>	<u>462</u>	<u>465</u>	<u>462</u>	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	<u>468</u>	<u>454</u>	<u>458</u>	<u>454</u>	00235C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50人)	352	454	433	436
00236C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	356	<u>473</u>	<u>459</u>	<u>463</u>	<u>459</u>	00236C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30人)	356	459	438	441
00237C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-50人)	350	<u>466</u>	<u>452</u>	<u>455</u>	<u>452</u>	00237C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-50人)	350	452	431	433
00168C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(≤50)	555	<u>738</u>	<u>716</u>	<u>722</u>	<u>716</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	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	<u>705</u>	<u>684</u>	<u>689</u>	<u>684</u>	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	<u>565</u>	<u>548</u>	<u>553</u>	<u>548</u>	01023C	高危險早產兒特別門診診察費	425	548	523	526

附表 2.1.6

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

代碼	名稱	支付點數 A	婦、外、內	鑿形外、	基餘科別專
			專科醫師看診七十五歲以上者加計 20.5% 支付點數 =A*1.205	神經外科醫師加計 17.5% 支付點數 =A*1.175	科醫師看診七十五歲以上者加計 16.5% 支付點數 =A*1.165
	一般門診診察費— 基層院所門診診察費 1. 每位醫師每日門 診量在四十人次以 下部分(≤40)				
00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30 人次)	358	431	421	417
00197C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30 人)	381	459	448	444
00198C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-40 人)	375	452	441	437
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30 人次)	358	431	421	417
00199C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30 人)	356	429	418	415
00200C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-40 人)	350	422	411	408
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	669	652	647
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	639	623	617
	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	431	421	417
00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50 人)	352	424	414	410
00232C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30 人)	381	459	448	444
00233C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-50 人)	375	452	441	437
00234C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30 人)	358	431	421	417
00235C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50 人)	352	424	414	410
00236C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30 人)	356	429	418	415
00237C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-50 人)	350	422	411	408

附表 2.1.6

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

代碼	名稱	支付點數 A	婦、外專科醫師看診七十五歲以上者加計 16.5% 支付點數 =A*1.165	兒科專科醫師看診七十五歲以上者加計 10.5% 支付點數 =A*1.105	內科專科醫師看診七十五歲以上者加計 11.3% 支付點數 =A*1.113
				一般門診診察費— 基層院所門診診察費 1. 每位醫師每日門 診量在四十人次以 下部分(≤40)	
00109C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30 人次)	358	417	396	398
00197C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30 人)	381	444	421	424
00198C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-40 人)	375	437	414	417
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30 人次)	358	417	396	398
00199C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30 人)	356	415	393	396
00200C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-40 人)	350	408	387	390
00158C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	555	647	613	618
00159C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	530	617	586	590
	6.山地離島地區 (1)每位醫師每日門 診量在五十人次以 下部分(≤50)				
00230C	1-1)處方交付特約藥局調劑(1-30 人)	358	417	396	398
00231C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-50 人)	352	410	389	392
00232C	2-1)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(1-30 人)	381	444	421	424
00233C	2-2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(31-50 人)	375	437	414	417
00234C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30 人)	358	417	396	398
00235C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(31-50 人)	352	410	389	392
00236C	4-1)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(1-30 人)	356	415	393	396
00237C	4-2)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(31-50 人)	350	408	387	390

00168C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(≤50)	555	<u>669</u>	<u>652</u>	<u>647</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
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	<u>639</u>	<u>623</u>	<u>617</u>	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

第二節 住院診察費						第二節 住院診察費						調升住院會診費及一般病床、燒傷病床、加護病床、隔離病床、新生兒中重度、高危險妊娠等之住院診察費支付點數(共十五項), 調幅百分之五。	
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
02005B	住院會診費 註： 1.本項會診費，除急診期間外，每一保險對象每次住院最多限申報五次。 2.急診處暫留床病患，以申報一次為限。	v	v	v		429	02005B	住院會診費 註： 1.本項會診費，除急診期間外，每一保險對象每次住院最多限申報五次。 2.急診處暫留床病患，以申報一次為限。		v	v	v	409
02006K 02007A 02008B	一般病床住院診察費(天) 註： 1.經濟病床及急性精神病床比照申報。 2.留置急診處暫留床二日以上者，自第二天起比照申報。			v	v	468 442 398	02006K 02007A 02008B	一般病床住院診察費(天) 註： 1.經濟病床及急性精神病床比照申報。 2.留置急診處暫留床二日以上者，自第二天起比照申報。			v	v	446 421 379
02010B	燒傷病床住院診察費(天) 註：本項兒童加成方式：病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之一百二十；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計百分之九十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之八十。	v	v	v		802	02010B	燒傷病床住院診察費(天) 註：本項兒童加成方式：病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之一百二十；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計百分之九十；年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之八十。	v	v	v		764
02011K 02012A 02013B	加護病床住院診察費(天) 註：精神科加護病床、燒傷中心及骨髓移植隔離病床比照申報。			v	v	1925 1729 1536	02011K 02012A 02013B	加護病床住院診察費(天) 註：精神科加護病床、燒傷中心及骨髓移植隔離病床比照申報。			v	v	1833 1647 1463
02014K 02015A 02016B	隔離病床住院診察費(天) 註：核醫病床得比照申報。			v	v	495 462 407	02014K 02015A 02016B	隔離病床住院診察費(天) 註：核醫病床得比照申報。			v	v	471 440 388
02017K 02018A 02019B	新生兒中重度住院診察費(天) 註：本項非兒童加成項目。			v	v	819 777 710	02017K 02018A 02019B	新生兒中重度住院診察費(天) 註：本項非兒童加成項目。			v	v	780 740 676
02024B	高危險妊娠住院診察費 註： 適應症： 1.妊娠二十二週至三十二週早產病患。 2.四十歲(含)以上初產婦。 3.BMI≥35之初產婦。 4.嚴重妊娠高血壓。 5.前置胎盤患者。 6.多胞胎。 7.胎兒生長遲緩或胎兒發育異常者(IUGR)或胎盤功能異常者。 8.妊娠合併內科疾病：心臟病、糖尿病、甲狀腺疾病、腎臟疾病(NS,IgA,ESRD)、免疫性疾病(SLE)、血小板低下症。 9.白血病。 10.血友病(Coagulopathy)。 11.愛滋病。 12.產後大出血者。 13.胎盤早期剝離。 14.合併接受外科手術者。 15.雙胞胎輸血症候群。	v	v	v		1493	02024B	高危險妊娠住院診察費 註： 適應症： 1.妊娠二十二週至三十二週早產病患。 2.四十歲(含)以上初產婦。 3.BMI≥35之初產婦。 4.嚴重妊娠高血壓。 5.前置胎盤患者。 6.多胞胎。 7.胎兒生長遲緩或胎兒發育異常者(IUGR)或胎盤功能異常者。 8.妊娠合併內科疾病：心臟病、糖尿病、甲狀腺疾病、腎臟疾病(NS,IgA,ESRD)、免疫性疾病(SLE)、血小板低下症。 9.白血病。 10.血友病(Coagulopathy)。 11.愛滋病。 12.產後大出血者。 13.胎盤早期剝離。 14.合併接受外科手術者。 15.雙胞胎輸血症候群。	v	v	v		1422

第三節 病房費						第三節 病房費						一、調升一般病床、經濟病床、嬰兒病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床、精神科加護病床、燒傷病房、燒傷加護病床、急診觀察床、核醫病床、骨髓移植隔離病床、加護病床等之護理費支付點數(共二十八項),調幅百分之五。 二、調升隔離病床之護理費支付點數(共三項),調幅百分之二十七點六五。 三、經濟病床之護理費(共六項)調升百分之五後,再調升其與急性一般病床點數差值之半。		
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
03001K	急性一般病床(床/天) --病房費				v	598	03001K	急性一般病床(床/天) --病房費				v	598	03002A 532 03004B 532 03026K --護理費 790 03027A 696 03029B 654 註:護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。
03002A				v		532	03002A				v	532		
03004B			v			532	03004B			v		532	03026K --護理費 790 03027A 696 03029B 623 註:護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。	
03026K			v		v	790	03026K			v	v	752		
03027A					v	696	03027A				v	663	03029B 623 註:護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。	
03029B				v		654	03029B			v		623		
03005K	經濟病床(床/天) --病房費				v	336	03005K	經濟病床(床/天) --病房費				v	336	03006A 302 03008B 302 03030K --護理費 561 03031A 495 03033B 441 註:1.指每一病室設四床(不含四床)以上之病床。 2.護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。
03006A				v		302	03006A			v		302		
03008B			v			302	03008B			v		302	03030K --護理費 561 03031A 495 03033B 217 註:1.指每一病室設四床(不含四床)以上之病床。 2.護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。	
03030K			v		v	561	03030K			v	v	316		
03031A					v	495	03031A				v	279	03033B 217 註:1.指每一病室設四床(不含四床)以上之病床。 2.護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。	
03033B				v		441	03033B			v		217		
03009K	嬰兒病床(床/天) --病房費				v	1187	03009K	嬰兒病床(床/天) --病房費				v	1187	03023A 1083 03024B 1083 03034K --護理費 2188 03035A 1995 03036B 1866 註:1.指足月出生四個月內或早於三十五週出生之早產兒出生後矯正年齡五個月內之嬰兒(正常新生兒除外)因疾病而需特別觀察治療者,或因早產需要特別養育者,以入住時之年齡判定。 2.限無家屬照顧,二十四小時由醫護人員照顧者。 3.本項非兒童加成項目。 4.非註1之嬰兒住院者,以急性一般病床申報費用。
03023A				v		1083	03023A			v		1083		
03024B			v			1083	03024B			v		1083	03034K --護理費 2188 03035A 1995 03036B 1777 註:1.指足月出生四個月內或早於三十五週出生之早產兒出生後矯正年齡五個月內之嬰兒(正常新生兒除外)因疾病而需特別觀察治療者,或因早產需要特別養育者,以入住時之年齡判定。 2.限無家屬照顧,二十四小時由醫護人員照顧者。 3.本項非兒童加成項目。 4.非註1之嬰兒住院者,以急性一般病床申報費用。	
03034K			v		v	2188	03034K			v	v	2084		
03035A					v	1995	03035A				v	1900	03036B 1777 註:1.指足月出生四個月內或早於三十五週出生之早產兒出生後矯正年齡五個月內之嬰兒(正常新生兒除外)因疾病而需特別觀察治療者,或因早產需要特別養育者,以入住時之年齡判定。 2.限無家屬照顧,二十四小時由醫護人員照顧者。 3.本項非兒童加成項目。 4.非註1之嬰兒住院者,以急性一般病床申報費用。	
03036B				v		1866	03036B			v		1777		
03055K	精神急性一般病床(床/天) --病房費				v	598	03055K	精神急性一般病床(床/天) --病房費				v	598	03056A 532 03057B 532 03058K --護理費 790 03059A 696 03060B 654 註:護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。
03056A				v		532	03056A			v		532		
03057B			v			532	03057B			v		532	03058K --護理費 790 03059A 696 03060B 623 註:護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。	
03058K			v		v	790	03058K			v	v	752		
03059A					v	696	03059A				v	663	03060B 623 註:護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。	
03060B				v		654	03060B			v		623		
03061K	精神急性經濟病床(床/天) --病房費				v	336	03061K	精神急性經濟病床(床/天) --病房費				v	336	03062A 302 03063B 302 03064K --護理費 561 03065A 495 03066B 441 註:1.指每一病室設四床(不含四床)以上之病床。 2.護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。
03062A				v		302	03062A			v		302		
03063B			v			302	03063B			v		302	03064K --護理費 561 03065A 495 03066B 217 註:1.指每一病室設四床(不含四床)以上之病床。 2.護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。	
03064K					v	561	03064K				v	316		
03065A					v	495	03065A				v	279	03066B 217 註:1.指每一病室設四床(不含四床)以上之病床。 2.護理費為偏鄉醫院及符合全日平均護病比之加成項目。	
03066B				v		441	03066B			v		217		
03014A	精神科加護病床(床/天) --病房費				v	1305	03014A	精神科加護病床(床/天) --病房費				v	1305	03025B 1305 03037A --護理費 2056 03039B 1903
03025B				v		1305	03025B			v		1305		
03037A				v	v	2056	03037A			v	v	1958	03039B 1812	
03039B				v		1903	03039B			v		1812		

03016B	燒傷病房(床/天)		v	v	v	1246	03016B	燒傷病房(床/天)		v	v	v	1246
03040B	--病房費		v	v	v	1308	03040B	--病房費		v	v	v	1246
03017A	燒傷加護病床(床/天)					6495	03017A	燒傷加護病床(床/天)					6495
03041A	--病房費		v	v		10229	03041A	--病房費		v	v		9742
	--護理費		v	v				--護理費		v	v		
	註：1. C.V.P.處理費、矽砂床、監視器等費用已包括在所訂點數內，不得另計。 2. 呼吸器、電擊、氧氣及C.V.P.置入等另按實際使用申報。 3. 適應症：二度燒傷，燒傷面積成人大於全身20%，兒童大於10%；或三度燒傷，燒傷面積成人大於全身10%，兒童大於5%。 4. 申報費用時應檢附病歷摘要，並保存病人入出院時皮表處理之彩色照片，以備審核。							註：1. C.V.P.處理費、矽砂床、監視器等費用已包括在所訂點數內，不得另計。 2. 呼吸器、電擊、氧氣及C.V.P.置入等另按實際使用申報。 3. 適應症：二度燒傷，燒傷面積成人大於全身20%，兒童大於10%；或三度燒傷，燒傷面積成人大於全身10%，兒童大於5%。 4. 申報費用時應檢附病歷摘要，並保存病人入出院時皮表處理之彩色照片，以備審核。					
03073A	急診觀察床(床/天)					367	03073A	急診觀察床(床/天)					367
03074B	--病房費(第一天)		v	v		306	03074B	--病房費(第一天)		v	v		306
03075A	--護理費(第一天)		v	v		439	03075A	--護理費(第一天)		v	v		418
03076B	--病房費(第二天起)		v			365	03076B	--病房費(第二天起)		v			348
03018A	--病房費(第二天起)		v	v		167	03018A	--病房費(第二天起)		v	v		167
03019B	--護理費(第二天起)		v			167	03019B	--護理費(第二天起)		v			167
03042A	--病房費(第二天起)		v	v		175	03042A	--病房費(第二天起)		v	v		167
03043B	--護理費(第二天起)		v			151	03043B	--護理費(第二天起)		v			144
	註：1. 急診留觀或待床病人，入住滿六小時始得申報。 2. 留置超過一日(二十四小時)者，比照住院病房費申報方式，依算進不算出原則計算。 3. 僅作注射點滴、輸血或休息者，不予支付。 4. 山地離島地區病患因故無法後送而須於衛生所(室)留觀者，依03019B及03074B「病床費」、03043B及03076B「護理費」申報。							註：1. 急診留觀或待床病人，入住滿六小時始得申報。 2. 留置超過一日(二十四小時)者，比照住院病房費申報方式，依算進不算出原則計算。 3. 僅作注射點滴、輸血或休息者，不予支付。 4. 山地離島地區病患因故無法後送而須於衛生所(室)留觀者，依03019B及03074B「病床費」、03043B及03076B「護理費」申報。					
03020B	隔離病床(床/天)					960	03020B	隔離病床(床/天)					960
03044B	1. 普通隔離病床		v	v	v	1225	03044B	1. 普通隔離病床		v	v	v	960
03021B	--病房費		v	v	v	1989	03021B	--病房費		v	v	v	1989
03045B	--護理費		v	v	v	2539	03045B	--護理費		v	v	v	1989
	2. 正壓隔離病床							2. 正壓隔離病床					
	註：指對免疫缺乏之重症患者，具有保護免於受外界感染源侵犯之特殊設計之病床。							註：指對免疫缺乏之重症患者，具有保護免於受外界感染源侵犯之特殊設計之病床。					
03051B	3. 負壓隔離病床		v	v	v	1989	03051B	3. 負壓隔離病床		v	v	v	1989
03052B	--病房費		v	v	v	2539	03052B	--病房費		v	v	v	1989
	--護理費		v	v	v			--護理費		v	v	v	
	註：指對患有具傳染性疾病之病人，能夠不讓其病源體散布於社區或醫院內之特殊設計之病床。							註：指對患有具傳染性疾病之病人，能夠不讓其病源體散布於社區或醫院內之特殊設計之病床。					
03053B	核醫病床					2236	03053B	核醫病床					2236
03054B	--病房費		v	v	v	2088	03054B	--病房費		v	v	v	1989
	--護理費		v	v	v			--護理費		v	v	v	
	註：限行政院原子能委員會安全檢查及游離輻射測量合格之核醫病床申報							註：限行政院原子能委員會安全檢查及游離輻射測量合格之核醫病床申報					
03022K	骨髓移植隔離病床(床/天)					5337	03022K	骨髓移植隔離病床(床/天)					5337
03046K	--病房費					8404	03046K	--病房費					8004
	--護理費							--護理費					

編號	診療項目	丁	丙	乙	甲	支付 點 數	編號	診療項目	丁	丙	乙	甲	支付 點 數
		級	級	級	級				級	級	級	級	
03010E	加護病床 ICU (床/天)				v	2852	03010E	加護病床 ICU (床/天)				v	2852
03011F	--病房費			v		2406	03011F	--病房費			v		2406
03012G			v			2406	03012G			v			2406
03047E	--護理費				v	4716	03047E	--護理費				v	4491
03048F				v		3978	03048F				v		3789
03049G			v			2975	03049G			v			2833
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。							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。						

第四節 精神科慢性病房住院照護費與日間住院治療費

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
04001A	一般慢性精神病床住院照護費(床/天)			v	v	922
04002B			v			806

第四節 精神科慢性病房住院照護費與日間住院治療費

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	醫學中心	支付點數	
04001A	一般慢性精神病床住院照護費(床/天)			v	v	816
04002B			v			714

調升一般慢性精神性床住院照護費(共二項)。

第六節 調劑							第六節 調劑							一、調升醫院門診藥事服務費(共八項)、住院藥事服務費(共六項)支付點數,調幅百分之十。 二、調升診所及藥局門診藥事服務費,每人每日八十件內(山地離島地區每人每日一百件內,調升六點(共十二項);每人每日八十一至一百件內(山地離島地區每人每日一百零一至一百二十件內),調升百分之十(共一項)。				
編號	診療項目	特約藥局	基層院所 醫自藥師 醫調劑	院所 藥員 事調劑	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數	編號	診療項目	特約藥局	基層院所 醫自藥師 醫調劑	院所 藥員 事調劑		地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
05201A	門診藥事服務費(醫院部分)								05201A	門診藥事服務費(醫院部分)								
05226B	—一般處方給藥(七天以內)					v	v	61	05226B	—一般處方給藥(7天以內)					v	v	55	
05222A	—慢性病處方給藥十三天						v	54	05222A	—慢性病處方給藥13天以					v	v	49	
05227B	以內					v		61	05227B	內					v	v	55	
05205A	—慢性病處方給藥十四至						v	54	05205A	—慢性病處方給藥14-27天					v	v	49	
05228B	二十七天						v	70	05228B						v	v	64	
05209A	—慢性病處方給藥二十八						v	63	05209A	—慢性病處方給藥28天以					v	v	57	
05229B	天以上					v		83	05229B	上					v	v	75	
								77									70	
05202B	門診藥事服務費(診所及藥局部分)								05202B	門診藥事服務費(診所及藥局部分)								
05203C	每人每日八十件內	v						54	05203C	每人每日80件內	v						48	
05204D	(山地離島地區每人每日一百件內)		v					39	05204D	(山地離島地區每人每日100件內)		v					33	
	—一般處方給付(七天以內)							20		—一般處方給付(7天以內)							14	
05223B	—慢性病處方給藥十三天							54	05223B	—慢性病處方給藥13天以							48	
05224C	以內							39	05224C	內							33	
05225D								20	05225D								14	
05206B	—慢性病處方給藥十四至							65	05206B	—慢性病處方給藥14-27天							59	
05207C	二十七天							41	05207C								35	
05208D	—慢性病處方給藥二十八							30	05208D	—慢性病處方給藥28天以							24	
05210B	天以上							75	05210B	上							69	
05211C								51	05211C								45	
05212D								41	05212D								35	
05234D	門診藥事服務費(診所及藥局部分)							20	05234D	門診藥事服務費(診所及藥局部分)							18	
	每人每日八十一至一百件內(山地離島地區每人每日一百零一至一百二十件內)									每人每日81-100件內(山地離島地區每人每日101-120件內)								
05213K	住院藥事服務費(天)							56	05213K	住院藥事服務費(天)								
05214A	—非單一劑量處方							43	05214A	—非單一劑量處方								51
05215B								39	05215B								39	
05216K	—單一劑量處方							114	05216K	—單一劑量處方								104
05217A								99	05217A								90	
05218B								87	05218B								79	
	註:									註:								
	1.精神科日間住院病患申報藥事服務費,應以該病患實際日間住院治療之日數為限;至院外適應治療期間,不得再申報本項費用。									1.精神科日間住院病患申報藥事服務費,應以該病患實際日間住院治療之日數為限;至院外適應治療期間,不得再申報本項費用。								
	2.留置急診處暫留床二日以上者,自第二天起比照申報。									2.留置急診處暫留床二日以上者,自第二天起比照申報。								
	3.精神科日間住院病患及留置急診處暫留床病患不得申報單一劑量藥事服務費。									3.精神科日間住院病患及留置急診處暫留床病患不得申報單一劑量藥事服務費。								

第二章 特定診療
第一節 檢查

第十四項 神經系統檢查 Neurological Test (20001-20044)

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
20044B	<p>多次入睡睡眠檢查 Multiple Sleep Latency Test(MSLT)</p> <p>註： 1.適應症： (1)疑似猝睡症之診斷與追蹤。 (2)疑似原發性嗜睡症之診斷。 (3)以下二項情況不適用： A.不得作為阻塞性睡眠呼吸中止症起初評估或診斷的工具，或接受治療後的療效評估。 B.不得作為例行性內科或神經系統疾病(除猝睡症)、失眠症、晝夜節律失調的嗜睡度評估。 2.支付規範： (1)每人每年限執行一次。 (2)限胸腔內科、神經內科、精神科、耳鼻喉科、兒童神經科及兒童胸腔科醫師執行。 (3)申報時須檢附本項檢查報告。</p>		√	√	√	7623

第二部 西醫
第二章 特定診療
第一節 檢查

第十四項 神經系統檢查 Neurological Test (20001-20043)

一、新增神經系統檢查診療項目「多次入睡睡眠檢查」(編號20044B)，支付點數7,623點。
二、新增內視鏡檢查診療項目「耳內視鏡檢查」(編號28045B)，支付點數645點。
三、新增其他檢查診療項目「高解析度食道壓力檢查」(編號30526B)，支付點數11,663點。

第二十一項 內視鏡檢查 Endoscopy Examination (28001-28045)

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
28045B	<p>耳內視鏡檢查 Otoendoscopy</p> <p>註： 1.適應症： (1)外耳道狹窄或異物。 (2)中耳或外耳道腫瘤。 (3)聽脂瘤。 (4)慢性中耳炎或積液性中耳炎，且需評估耳科手術者。 2.禁忌症：外耳道閉鎖。 3.支付規範： (1)限耳鼻喉科專科醫師執行。 (2)限手術前後各執行一次。 (3)申報時檢附之病歷紀錄須包含鼓膜、耳道、中耳腔影像。</p>		√	√	√	645

第二十一項 內視鏡檢查 Endoscopy Examination (28001-28044)

第二十五項 其他檢查 Other Test (30501-30526)

第二十五項 其他檢查 Other Test (30501-30525)

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
30526B	<p><u>高解析度食道壓力檢查</u> High Resolution Esophageal Manometry</p> <p>註： 1.適應症： (1)<u>吞嚥困難，經上消化道內視鏡檢查或食道攝影檢查評估後，疑似食道蠕動功能異常疾病（如食道弛緩不能症者）。</u> (2)<u>難治性之胃食道逆流症狀（持續的灼燒心、胃酸逆流、不明原因胸痛、慢性咳嗽、氣喘、喉嚨異物感或聲音沙啞），經相關專科醫師診查後，經上消化道內視鏡或二十四小時食道酸鹼度測定檢查後，且經藥物（如質子幫浦抑制劑，PPI）治療八週以上反應不佳者。</u> (3)<u>十八歲以下兒童及嬰兒胃食道逆流症狀（如持續性嘔吐、灼燒心或胃酸逆流、不明原因胸痛、慢性咳嗽、難治性兒童氣喘、喉嚨異物感、聲音沙啞、嬰幼兒呼吸中止或心搏過慢），經相關專科醫師診治四週以上反應不佳者。</u> (4)<u>十八歲以下兒童及嬰兒因吞嚥困難，進行胃造瘻術（gastrostomy）之術前評估。</u> (5)<u>食道蠕動功能異常疾病（如食道弛緩不能症）接受內視鏡治療或手術治療後之評估。</u> (6)<u>胃食道逆流症患者接受外科逆流手術治療前之評估，及術後仍有符合前述症狀之追蹤。</u></p> <p>2.禁忌症： (1)<u>造成食道管腔狹窄或阻塞之良性食道疾病或惡性食道腫瘤。</u> (2)<u>食道破裂。</u> (3)<u>食道出血。</u> (4)<u>急性上呼吸道感染。</u></p> <p>3.支付規範： (1)<u>執行頻率：每人每年限執行一次，如有接受內視鏡或手術治療者，則最多可執行二次。</u> (2)<u>限內科、外科、兒科、耳鼻喉科及復健科醫師執行。</u> (3)<u>不得同時申報30506B食道機能檢查。</u> (4)<u>內含一般材料費及「微晶片導管」材料費。</u></p>	√	√	√	√	11663

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment						第六節 治療處置 Therapeutic Treatment							
第二項 透析治療 Dialysis Therapy (58001~58031)						第二項 透析治療 Dialysis Therapy (58001~58031)							
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病人指導費, CAPD instruction 註: 1.限以經專案向保險人申請同意後之醫院申報。 2.限病人初次腹膜透析申報。 3.包括病人專門技術訓練, 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病人指導費, CAPD instruction 註: 1.限以經專案向保險人申請同意後之醫院申報。 2.限病人初次腹膜透析申報。 3.包括病人專門技術訓練, 家屬指導及教材給予。		v	v	v	2847
58010B	2.CAPD病人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病人申報。 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。		v	v	v	600	58010B	2.CAPD病人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病人申報。 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。		v	v	v	600
58011C	3.腹膜透析追蹤處置費 Peritoneal Dialysis Follow up therapy (1)連續性可攜帶式腹膜透析CAPD	v	v	v	v	8675	58011C	3.腹膜透析追蹤處置費 Peritoneal Dialysis Follow up therapy (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.病人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.病人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
58028C	(3)全自動腹膜透析機相關費用-每日(APD daily fee) 註: 1.限長期使用全自動腹膜透析治療病人申報。 2.每日每一病人限申報一次。包含租金、保養、維修及管理費用。	v	v	v	v	67	58028C	(3)全自動腹膜透析機相關費用 (APD monthly fee) 註: 1.限居家長期使用全自動腹膜透析治療病人申報。 2.每月每一病人限申報一次。包含租金、保養、維修及管理費用。 3.病人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

修正透析治療診療項目編號58028C 點數及支付規範: 放寬不限居家病人申報, 並由按「月」改為按「日」支付, 爰支付點數由2,000點(每月), 修正為每日 67點(每日)。

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，應申報本節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、個別專任醫師申報針灸、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四十五人次以內：
 - 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)申報量在三十一至四十五人次之部分，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)申報量在四十六人次以上之部分，第四章至第六章各診療項目支付點數以零計。
 - (二)除前項每月看診日平均申報量上限四十五人次以內，另依下列規範第四章針灸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：
 - 1.其中內含中度複雜性針灸：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：每位專任醫師每月上限為七十人次，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

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、A84、A85。
 - 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、A88、A89。
 - (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、針灸、傷科、脫臼整復及針灸合併傷科治療不得同時申報，針灸、傷科及脫臼整復如同時治療處置，應申報針灸合併傷科治療(編號：B80、B81、B82、B83、B84、B85、B86、B87、B88、B89、B90、B91、B92、B93、B94)。
- 四、針灸、傷科及脫臼整復需連續治療者，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、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療合計申報量限四十五人次以內，其中內含複雜性傷科處置(編號：B55、B56、B57、B82、B83、B84、B87、B88、B89、B92、B93、B94)每位專任醫師每月上限為六十人次，超過六十人次部分改以通則七範圍醫令計算(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)。
- 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、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置費(編號：B41、B43、B45、B53、B62、B80、B85、B90)每位專任醫師每月上限為一百五十人次，超出一百五十人次部分者五折支付。
- 七、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療合計申報量在三十人次以下者，按表訂點數支付，在三十一至四十五人次之部分，編號：B42、B44、B46、B54、B61、B63、B81、B86、B91者，九折支付，四十六人次以上，編號：B41、B42、B43、B44、B45、B46、B53、B54、B55、B56、B57、B61、B62、B63、B80、B81、B82、B83、B84、B85、B86、B87、B88、B89、B90、B91、B92、B93、B94者，支付點數以零計。
- 八、中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療合計申報量=(當月針灸、傷科、脫臼整復及針灸(合併傷科)治療處置總人次/當月專任中醫師總看診日數)。
- 九、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、脫臼整復及針灸(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。
- 十、三歲(含)以下兒童之門診診察費得依表定點數加計百分之二十。

一、新增通則二
(三)、按現行
實務作業增
列文字「合併
申報醫療費
用之醫院，其
醫院門診合
理量應合併
計算」，以臻
明確。另補列
本項之(一)內
申報編號。
二、配合本次各
章診療項目
及編號之增
修、修正通則
三、五、六、
七、八及九之
相關診療項
目編號或章
名及合理量
規定。

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。								
八、三歲(含)以下兒童之門診診察費得依表定點數加計百分之二十。								
第四章 針灸治療處置費 <u>通則：</u> <u>一、本章治療處置費用均內含材料費。</u> <u>二、複雜性針灸治療之審查：抽審病歷視醫療院所與前一年申報附表 4.4.1、附表 4.4.2 及附表 4.4.3 所列疾病與去年同期相較之成長率，必要時得予全審。</u>			第四章 針灸治療			一、修正章名及通則，將原列於各診療項目之一致性規定及原附表 4.4.1 規定改列於通則。 二、按不同適應症及治療方式增修「中度複雜性針灸治療」(編號 D05、D06)及「高度複雜性針灸治療」(編號 D07、D08)等診療項目共四項，並明列支付規範。 三、配合前項增修診療項目，修正診療項目編號及新增附表 4.4.1「中度複雜性針灸適應症」、4.4.2「特殊疾病」、4.4.3「高度複雜性針灸適應症」。		
編號	診療項目	支付點數	編號	診療項目	支付點數			
D01	一般針灸		B41	針灸治療處置費(含材料費)				
	一另開內服藥	227		一另開內服藥	227			
D02	一未開內服藥	227	B42	一未開內服藥	227			
	電針治療			電針治療				
D03	一另開內服藥	227	B43	一另開內服藥	227			
D04	一未開內服藥	227	B44	一未開內服藥	227			
D05	中度複雜性針灸	327	B45	複雜性針灸治療	307			
	一另開內服藥	327		一另開內服藥				
D06	一未開內服藥	327	B46	一未開內服藥	307			
	註： 1.適應症： (1)附表 4.4.1 所列疾病。 (2)無附表 4.4.1 所列疾病，但有附表 4.4.2 所列特殊疾病者。 2.支付規範： (1)須針灸二個(含)以上部位：頭頸部、軀幹部或四肢，任兩部位或以上。 (2)須合併以下任一輔助治療：拔罐治療、放血治療、刮痧治療、熱療(含紅外線治療)、艾灸治療、電療或眼部特殊針灸。 (3)治療時間合計十分鐘以上。			註 1：申報與審查方式依附表 4.4.1 規定辦理。 註 2：本項申報適應症請詳附表 4.4.2。				
D07	高度複雜性針灸	427						
	一另開內服藥	427						
D08	一未開內服藥	427						
	註： 1.適應症： (1)附表 4.4.3 所列疾病。 (2)中度複雜性針灸適應症(附表 4.4.1)合併有附表 4.4.2 特殊疾病。 2.支付規範： (1)須針灸二個(含)以上部位：頭頸部、軀幹部或四肢，任兩部位或以上。 (2)須合併以下任一輔助治療：拔罐治療、放血治療、刮痧治療、熱療(含紅外線治療)、艾灸治療、電療或眼部特殊針灸。 (3)治療時間合計二十分鐘以上。							

第五章 傷科治療處置費

通則：

一、限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。

二、本章治療處置費用均內含材料費。

三、複雜性傷科之審查：

(一)病歷記載應依規定書寫，脫臼患者需檢附影像紀錄(照相或錄影，含術前、術中、術後)、骨折患者需檢附術前影像紀錄(照相或錄影)及術後 X 光紀錄。

(二)抽審病歷視醫療院所與前一年申報附表 4.4.2、附表 4.5.1 至表 4.5.4 所列疾病與去年同期相較之成長率，必要時得予全審。

編號	診療項目	支付點數
E01	一般傷科	
E01	—另開內服藥	227
E02	—未開內服藥	227
	註： 1.標準作業程序 (1)四診八綱辨證。 (2)診斷。 (3)理筋手法。 2.適應症 (1)急性性扭、挫、瘀傷：踝扭傷、腰扭傷、頸部扭傷等。 (2)肌腱炎：網球肘、棒球肩、腕部橈側腕鞘炎等。 (3)關節病變：類風濕性關節炎、退化性關節炎、僵直性關節炎、痛風、冰凍肩(凝肩)等。	
E03	中度複雜性傷科—療程第一次	
E03	—另開內服藥	427
E04	—未開內服藥	427
	註： 1.適應症： (1)附表 4.5.1 所列疾病。 (2)無附表 4.5.1 所列疾病，但有附表 4.4.2 所列特殊疾病者。 2.支付規範： (1)須合併以下任一輔助治療：藥薰治療、拔罐治療、刮痧治療、電療、熱療(含紅外線治療)、膏布治療或夾板固定治療。 (2)治療時間合計十分鐘以上。 (3)療程第二次-第六次以一般傷科(E01、E02)申報。	
	高度複雜性傷科—起始次	
	通則： 1.起始次治療處置：係指該病人受傷部位初次到醫療院所做之治療處置。 2.後續治療處置以一般傷科(E01、E02)申報。 3.須合併以下任一輔助治療：藥薰治療、拔罐治療、刮痧治療、電療、熱療(含紅外線治療)、膏布治療或夾板固定治療。 4.治療時間合計二十分鐘以上。	
E05	1.多部位損傷—起始次	
E05	—另開內服藥	877
E06	—未開內服藥	877
	註：適應症詳附表 4.5.2。	

第五章 傷科治療

通則：限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。

編號	診療項目	支付點數
	傷科治療處置費(含材料費)	
B53	—另開內服藥	227
B54	—未開內服藥	227
	註： 1.標準作業程序 (1)四診八綱辨證。 (2)診斷。 (3)理筋手法。 2.適應症 (1)急性性扭、挫、瘀傷：踝扭傷、腰扭傷、頸部扭傷等。 (2)肌腱炎：網球肘、棒球肩、腕部橈側腕鞘炎等。 (3)關節病變：類風濕性關節炎、退化性關節炎、僵直性關節炎、痛風、冰凍肩(凝肩)等。	
	複雜性傷科治療	
B55	—另開內服藥	307
B56	—未開內服藥	307
B57	—骨折、脫臼整復第一線復位處置治療	477
	註： 1、申報與審查方式依附表 4.5.1 規定辦理。 2、本項申報適應症詳附表 4.5.2。 3、B57「骨折、脫臼整復第一線復位處置治療」係指該患者受傷部位初次到醫療院所做接骨、復位之處理治療，且不得與 B61 併同申報。	

一、修正章名及通則，將原列於各診療項目之一致性規定及原附表 4.5.1 規定改列於通則。
二、按不同適應症及治療方式增修「中度複雜性傷科治療療程第一次處置治療」(編號 E03、E04)及「高度複雜性傷科」(編號 E05-E12)等診療項目共十項，並明列支付規範。
三、配合前項增修診療項目，修正本章診療項目編號及新增 4.5.1「高度複雜性傷科治療(多部位損傷)適應症」、4.5.4「高度複雜性傷科治療(脫臼)適應症」、4.5.5「高度複雜性傷科治療(骨折)適應症」。

<p>E07 E08</p> <p>2.中度複雜性傷科合併特殊疾病一起始次 --另開內服藥</p> <p>E09 E10</p> <p>3.脫臼整復復位一起始次 --另開內服藥 --未開內服藥</p> <p>E11 E12</p> <p>4.骨折復位一起始次 --另開內服藥 --未開內服藥</p>	<p>註： 1.適應症詳附表4.5.3。 2.起始次定義含再次復位。</p> <p>註： 1.適應症詳附表4.5.4。 2.起始次定義含再次接骨。</p>	<p>877 877</p> <p>1177 1177</p> <p>1277 1277</p>																																																								
<p>第六章 脫臼整復費治療處置</p> <p>通則：限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。</p>			<table border="1"> <thead> <tr> <th>編號</th> <th>診療項目</th> <th>支付點數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>B61</td> <td>脫臼整復費(含材料費) --同療程第一次就醫</td> <td>327</td> </tr> <tr> <td>B62</td> <td>--同療程複診，另開內服藥</td> <td>227</td> </tr> <tr> <td>B63</td> <td>--同療程複診，未開內服藥</td> <td>227</td> </tr> </tbody> </table>	編號	診療項目	支付點數	B61	脫臼整復費(含材料費) --同療程第一次就醫	327	B62	--同療程複診，另開內服藥	227	B63	--同療程複診，未開內服藥	227	<p>一、本章刪除。 二、本章原診療項目整併於第五章傷科治療診療項目。</p>																																										
編號	診療項目	支付點數																																																								
B61	脫臼整復費(含材料費) --同療程第一次就醫	327																																																								
B62	--同療程複診，另開內服藥	227																																																								
B63	--同療程複診，未開內服藥	227																																																								
<p>第六章 針灸合併傷科治療處置費</p> <p>通則： 一、限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。 二、本章各診療項目適用其內含單項針灸或傷科診療項目於第四章、第五章所列各項規範。 三、本章治療處置費用均內含材料費。</p>			<p>第八章 針灸(合併傷科)治療</p> <p>通則：1.限未設民俗調理之中醫醫院、中醫診所及西醫醫院附設中醫部門申報。 2.以下各診療項目適用其內含單項診療項目之各項規範</p>	<p>一、修正章次、章名及診療項目編號。 二、配合第五章傷科治療之修正，新增F03-F68共六十四項診療項目。</p>																																																						
<p>F01 F02</p> <p>F03 F04 F05</p> <p>F06 F07 F08</p> <p>F09 F10 F11</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>編號</th> <th>診療項目</th> <th>支付點數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>F01</td> <td>一般針灸合併一般傷科 --另開內服藥</td> <td>227</td> </tr> <tr> <td>F02</td> <td>--未開內服藥</td> <td>227</td> </tr> <tr> <td>F03</td> <td>一般針灸合併中度複雜性傷科 --療程第一次</td> <td>427</td> </tr> <tr> <td>F04</td> <td>--療程第二至六次--另開內服藥</td> <td>227</td> </tr> <tr> <td>F05</td> <td>--療程第二至六次--未開內服藥</td> <td>227</td> </tr> <tr> <td>F06</td> <td>一般針灸合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷) --起始次</td> <td>877</td> </tr> <tr> <td>F07</td> <td>--後續治療--另開內服藥</td> <td>227</td> </tr> <tr> <td>F08</td> <td>--後續治療--未開內服藥</td> <td>227</td> </tr> <tr> <td>F09</td> <td>一般針灸合併高度複雜性傷科(2.中度複雜性傷科合併特殊疾病) --起始次</td> <td>877</td> </tr> <tr> <td>F10</td> <td>--後續治療--另開內服藥</td> <td>227</td> </tr> <tr> <td>F11</td> <td>--後續治療--未開內服藥</td> <td>227</td> </tr> </tbody> </table>	編號	診療項目	支付點數	F01	一般針灸合併一般傷科 --另開內服藥	227	F02	--未開內服藥	227	F03	一般針灸合併中度複雜性傷科 --療程第一次	427	F04	--療程第二至六次--另開內服藥	227	F05	--療程第二至六次--未開內服藥	227	F06	一般針灸合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷) --起始次	877	F07	--後續治療--另開內服藥	227	F08	--後續治療--未開內服藥	227	F09	一般針灸合併高度複雜性傷科(2.中度複雜性傷科合併特殊疾病) --起始次	877	F10	--後續治療--另開內服藥	227	F11	--後續治療--未開內服藥	227	<p>227 227</p> <p>427 227 227</p> <p>877 227 227</p> <p>877 227 227</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>編號</th> <th>診療項目</th> <th>支付點數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>B80</td> <td>針灸(合併傷科)治療(含材料費) --另開內服藥</td> <td>227</td> </tr> <tr> <td>B81</td> <td>--未開內服藥</td> <td>227</td> </tr> <tr> <td>B82</td> <td>針灸(合併複雜性傷科)治療(含材料費) --另開內服藥</td> <td>307</td> </tr> <tr> <td>B83</td> <td>--未開內服藥</td> <td>307</td> </tr> <tr> <td>B84</td> <td>--骨折、脫臼整復第一線復位處置治療</td> <td>477</td> </tr> </tbody> </table>	編號	診療項目	支付點數	B80	針灸(合併傷科)治療(含材料費) --另開內服藥	227	B81	--未開內服藥	227	B82	針灸(合併複雜性傷科)治療(含材料費) --另開內服藥	307	B83	--未開內服藥	307	B84	--骨折、脫臼整復第一線復位處置治療	477	
編號	診療項目	支付點數																																																								
F01	一般針灸合併一般傷科 --另開內服藥	227																																																								
F02	--未開內服藥	227																																																								
F03	一般針灸合併中度複雜性傷科 --療程第一次	427																																																								
F04	--療程第二至六次--另開內服藥	227																																																								
F05	--療程第二至六次--未開內服藥	227																																																								
F06	一般針灸合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷) --起始次	877																																																								
F07	--後續治療--另開內服藥	227																																																								
F08	--後續治療--未開內服藥	227																																																								
F09	一般針灸合併高度複雜性傷科(2.中度複雜性傷科合併特殊疾病) --起始次	877																																																								
F10	--後續治療--另開內服藥	227																																																								
F11	--後續治療--未開內服藥	227																																																								
編號	診療項目	支付點數																																																								
B80	針灸(合併傷科)治療(含材料費) --另開內服藥	227																																																								
B81	--未開內服藥	227																																																								
B82	針灸(合併複雜性傷科)治療(含材料費) --另開內服藥	307																																																								
B83	--未開內服藥	307																																																								
B84	--骨折、脫臼整復第一線復位處置治療	477																																																								

F12	一般針灸合併高度複雜性傷科(3.脫臼) --起始次	1177			
F13	--後續治療—另開內服藥	227			
F14	--後續治療—未開內服藥	227			
F15	一般針灸合併高度複雜性傷科(4.骨折) --起始次	1277			
F16	--後續治療—另開內服藥	227			
F17	--後續治療—未開內服藥	227			
F18	電針合併一般傷科 --另開內服藥	227	B85	電針(合併傷科)治療(含材料費) --另開內服藥	227
F19	--未開內服藥	227	B86	--未開內服藥	227
F20	電針合併中度複雜性傷科 --療程第一次	427	B87	電針(合併複雜性傷科)治療(含材料費) --另開內服藥	307
F21	--療程第二至六次—另開內服藥	227	B88	--未開內服藥	307
F22	--療程第二至六次—未開內服藥	227	B89	--骨折、脫臼整復第一線復位處置治療	477
F23	電針合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷) --起始次處置治療	877			
F24	--後續治療—另開內服藥	227			
F25	--後續治療—未開內服藥	227			
F26	電針合併高度複雜性傷科(2.中度複雜性傷科 合併特殊疾病) --起始次	877			
F27	--後續治療—另開內服藥	227			
F28	--後續治療—未開內服藥	227			
F29	電針合併高度複雜性傷科(3.脫臼) --起始次	1177			
F30	--後續治療—另開內服藥	227			
F31	--後續治療—未開內服藥	227			
F32	電針合併高度複雜性傷科(4.骨折) --起始次	1277			
F33	--後續治療—另開內服藥	227			
F34	--後續治療—未開內服藥	227			
F35	中度複雜性針灸合併一般傷科 --另開內服藥	327	B90	複雜性針灸(合併傷科)治療(含材料費) --另開內服藥	307
F36	--未開內服藥	327	B91	--未開內服藥	307
F37	中度複雜性針灸合併中度複雜性傷科 --療程第一次	427	B92	複雜性針灸(合併複雜性傷科)治療(含材料費) --另開內服藥	307
F38	--療程第二至六次—另開內服藥	327	B93	--未開內服藥	307
F39	--療程第二至六次—未開內服藥	327	B94	--骨折、脫臼整復第一線復位處置治療	477
F40	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(1.多部位 損傷) --起始次	877		註：B84、B89、B94 係指該患者受傷部位 初次到醫療院所做針灸合併接骨、復位 之處理治療，且不得與 B57、B61 併同 申報。	
F41	--後續治療—另開內服藥	327			
F42	--後續治療—未開內服藥	327			
F43	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(2.中度 複雜性傷科合併特殊疾病) --起始次	877			
F44	--後續治療—另開內服藥	327			
F45	--後續治療—未開內服藥	327			
F46	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(3.脫臼) --起始次	1177			
F47	--後續治療—另開內服藥	327			
F48	--後續治療—未開內服藥	327			
F49	中度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(4.骨折) --起始次	1277			
F50	--後續治療—另開內服藥	327			
F51	--後續治療—未開內服藥	327			

F52	高度複雜性針灸合併一般傷科 --另開內服藥	427
F53	--未開內服藥	427
F54	高度複雜性針灸合併中度複雜性傷科 --療程第一次	427
F55	--療程第二至六次--另開內服藥	427
F56	--療程第二至六次--未開內服藥	427
F57	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(1.多部位損傷) --起始次	877
F58	--後續治療--另開內服藥	427
F59	--後續治療--未開內服藥	427
F60	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(2.中度複雜性傷科合併特殊疾病) --起始次	877
F61	--後續治療--另開內服藥	427
F62	--後續治療--未開內服藥	427
F63	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(3.脫臼) --起始次	1177
F64	--後續治療--另開內服藥	427
F65	--後續治療--未開內服藥	427
F66	高度複雜性針灸合併高度複雜性傷科(4.骨折) --起始次	1277
F67	--後續治療--另開內服藥	427
F68	--後續治療--未開內服藥	427

第七章 其他

編號	診療項目	支付點數
B71	脈診儀檢查費	500
B72	舌診儀檢查費	500
	註： 1.適應症：附表 4.7 所列疾病。 2.支付規範： (1)申報使用輔助診斷，應依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載(應附有輔助診斷檢查圖像及判讀報告)。 (2)B71、B72 每項每位病人每月限申報一次。 3.申報資格： (1)申報本項支付標準之中醫師及中醫特約醫事服務機構均應經中醫總額受託單位審查認定合格。 (2)前項經審查認定合格之中醫特約醫事服務機構及中醫師應每年提出申請計畫，經核可後始得申報，惟研究教學目的不得申報。 (3)前項中醫特約醫事服務機構限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。 (4)限執業滿四年之專任中醫師申報。	

第七章 其他

編號	診療項目	支付點數
B71	脈診儀檢查費	500
B72	舌診儀檢查費	500
	註：1.申報本項支付標準之中醫師及中醫特約醫事服務機構均應經中醫總額受託單位審查認定合格。 2.前項經審查認定合格之中醫特約醫事服務機構及中醫師應每年提出申請計畫，經核可後始得申報。 3.前項中醫特約醫事服務機構限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。 4.申報使用輔助診斷，應依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載(應附有輔助診斷檢查圖像及判讀報告)。 5.B71、B72 每項每位病人每月限申報一次。	

修正診療項目編號B71及B72之支付規範，增列可申報之中醫師資格及新增適應症附表4.7「舌診儀、脈診儀檢查適應症」。

第八章 特定疾病門診加強照護

通則：

- 四、看診醫師應對當次看診患者提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，並以標準作業流程與處置完成診療。(詳附表 4.8.1)
- 七、病患經加強照護病程穩定後，應教育病患自我照護，改按一般服務提供醫療照護；(1)小兒氣喘疾病門診加強照護穩定之指標詳附表 4.8.2 說明。(2) 腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷門診以巴氏量表測量連續二季未改善之患者應改按一般服務提供服務。

附表 4.4.1 中度複雜性針灸適應症

ICD-10-CM	中文病名
G43	偏頭痛
G50	三叉神經疾患
G51	顏面神經疾患
G52	其他腦神經疾患
G90	自主神經系統疾患
G54	神經根及神經叢疾患
G61	發炎性多發神經病變
G62	其他及為明示之多發神經病變
G63	歸類於他處疾病所致之多發神經病變
G65	發炎性及毒性多發神經病變後遺症
M13.0	多發性關節炎
M15	多關節病變
M20	手指及(足)趾後天性變形
M21	其他後天性肢體變形
M66	滑膜及肌腱自發性破裂
H02	眼瞼其他疾患
H04	淚道系統之疾患
H05	眼窩疾患
H52	屈光及調節作用疾患
H10	結膜炎
H20	虹膜睫狀體炎
H25	老年性白內障
H26	其他白內障

附表 4.4.2 特殊疾病

一、衛生福利部公告之罕見疾病。

二、下表所列疾病：

ICD-10-CM	中文病名
A15	呼吸道結核病
B01	水痘
B02	帶狀疱疹
B05	麻疹
B06	德國麻疹
B20	人類免疫不全病毒疾病
B97.2	歸類於他處冠狀病毒所致的疾病
B97.3	歸類於他處反轉錄病毒所致的疾病
D65	瀰漫性血管內凝血症
D66	遺傳性第VIII凝血因子缺乏症
D67	遺傳性第IX凝血因子缺乏症
D68	其他凝血缺乏
D69	紫斑症及其他出血性病變
D70	嗜中性白血球缺乏症
D82	與其他重大缺陷相關的免疫缺乏症
D83	常見多樣性免疫缺乏症

第九章 特定疾病門診加強照護

通則：

- 四、看診醫師應對當次看診患者提供完整的診療，依中醫四診及辨證原則於病歷中詳細記載，並以標準作業流程與處置完成診療。(詳附表 4.9.1)
- 七、病患經加強照護病程穩定後，應教育病患自我照護，改按一般服務提供醫療照護；(1)小兒氣喘疾病門診加強照護穩定之指標詳附表 4.9.2 說明。(2) 腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷門診以巴氏量表測量連續二季未改善之患者應改按一般服務提供服務。

附表 4.4.1 複雜性針灸申請給付及支付原則

- 一、複雜性針灸適應症之定義需為附表 4.4.2 所列病名。
- 二、費用申報與審查相關規定：
 - 按全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法辦理執行審查。
 - 抽審病歷視醫療院所與前一年申報附表 4.4.2 所列疾病與去年同期相較之成長率，必要時得予全審。

附表 4.4.2 複雜性針灸適應症

ICD-9-CM	ICD-10-CM	中文病名
140-208	C00-C96	惡性腫瘤(衍生出的相關符合針灸適應症)
225	D33	腦瘤併發神經功能障礙(73)
290	F03-F05	(一) 老年期及初老年期器質性精神病態【限由精神科或神經科專科醫師開具之診斷書並加註專科醫師證號】
293.1	F05	(二) 亞急性譫妄
294	F02、F04、F09	(三) 其他器質性精神病態
295	F20、F21、F25	(四) 思覺失調症
296	F30-F39	(五) 情感性精神病
297	F22、F23、F24	(六) 妄想狀態
299	F84	(七) 源自兒童期之精神病
小兒麻痺、腦性麻痺所引起之神經、肌肉、骨骼、肺臟等之併發症者(其身心障礙等級在中度以上者)。		
045.1	A80	(一) 急性脊髓灰白質炎併有其他麻痺者
343	G80	(二) 嬰兒腦性麻痺
344+138	G82-G83+B91	(三) 其他麻痺性徵候群(急性脊髓灰白質炎之後期影響併有提及麻痺性徵候群)
358.0	G70	重症肌無力症
脊髓損傷或病變所引起之神經、肌肉、皮膚、骨骼、心肺、泌尿及腸胃等之併發症者(其身心障礙等級在中度以上者)		
806	S14.1+S12.0-S12.6、S24.1+S22.0、S34.1+S22.0-S32.0	(一) 脊柱骨折，伴有脊髓病灶
952	S14.1、S24.1、S34.1	(二) 無明顯脊椎損傷之脊髓傷害
336	G95	(三) 其他脊髓病變
急性腦血管疾病		
430	I60	(一) 蜘蛛膜下腔出血
431、432	I61、I62	(二) 腦內出血
433、434	I65、I66、I63	(三) 腦梗塞
435-437	G45、G46、I67	(四) 其他腦血管疾病
345	G40	癲癇
332	G20、G21	帕金森病
334	G11、G94	脊髓小腦症
851	S01.9、S06.3	腦裂傷及挫傷

配合修正章次，修正第九章為第八章及附表編號。

配合第四章之修正，刪除原附表 4.4.1、修正原附表 4.4.2 及表序，新增附表 4.4.2「特殊疾病適應症」、4.4.3「高度複雜性針灸適應症」。

D84	其他免疫缺乏症	852	S01.9、S06.4- S06.6	受傷後之蜘蛛網膜下、硬腦膜下 及硬腦膜外出血
E04	其他非毒性甲狀腺腫	950	S04.01-S04.04	視神經及神經徑之損傷
E05	甲狀腺毒症	953	S14.2、S14.3、 S24.2、S34.2、 S34.4	神經根級脊神經叢之損傷
E06	甲狀腺炎	954	S14.5、S24.3、 S24.4、S24.8、 S24.9、S34.5、 S34.6、S34.8、 S34.9	肩及骨盆以外之軀幹神經損傷
E10	第一型糖尿病	955	S44.0-S44.5、 S44.8-S44.9、 S54.0-S54.3、 S54.8-S54.9、 S64.0-S64.4、 S64.8-S64.9	肩及上肢末梢神經之損傷
E11	第二型糖尿病	956	S74.0-S74.2、 S74.8-S74.9、 S84.0-S84.2、 S84.8-S84.9、 S94.0-S94.3、 S94.8-S94.9	骨盆及下肢末梢神經損傷
E13	其他特定糖尿病			
E15	非糖尿病的低血糖性昏迷			
E28	卵巢功能障礙			
F90	注意力不足過動症			
F95	抽搐症			
I20	心絞痛			
I21	ST 段上升之心肌梗塞 (STEMI) 與非 ST 段上 升之心肌梗塞 (NSTEMI)			
I22	竊發性 ST 段上升之心肌梗塞 (STEMI) 與非 ST 段上升之心肌梗塞 (NSTEMI)			
I23	ST 段上升之心肌梗塞 (STEMI) 與非 ST 段上 升之心肌梗塞 (NSTEMI) 後造成之併發症 (二十 八天內)			
I24	其他急性缺血性心臟病			
I25	慢性缺血性心臟病			
I26	肺栓塞			
I27	其他肺性心臟病			
I28	其他肺血管疾病			
I42	心肌病變			
I50	心臟衰竭			
I71	主動脈瘤及剝離			
I73	其他末梢血管疾病			
I74	動脈栓塞及血栓症			
I80	靜脈炎及血栓靜脈炎			
I82	其他靜脈栓塞及血栓			
I89	其他非感染性之淋巴管和淋巴結疾患			
J44	慢性阻塞性肺病			
J45	氣喘			
J93	氣胸及氣漏			
J96	呼吸衰竭，他處未歸類			
J98	其他呼吸衰竭			
K72	肝衰竭，他處未歸類者			
K74	肝纖維化及硬化			
K80	膽結石			
L10	天疱瘡			
L11	其他棘層鬆解性疾患			
L12	類天疱瘡			
L40	乾癬			
L51	多形性紅斑			
L52	結節性紅斑			
L89	壓迫性潰瘍			
L94	其他局限性結締組織疾患			
L97	下肢非壓迫性慢性潰瘍，他處未歸類者			
M33	皮多肌炎			
M34	全身性硬化症(硬皮症)			
M35	結締組織其他全身性侵犯			
M35.0	乾燥症候群(Sjogren 氏)			
M35.00	乾燥症候群			
N18	慢性腎臟疾病			
N19	腎衰竭			
O10-O16、 O20-O29	妊娠			
R64	惡病質			

附表 4.4.3 高度複雜性針灸適應症

ICD-10-CM	中英文病名
A80	急性脊髓灰白質炎
C00-C96	惡性腫瘤(衍生出的相關符合針灸適應症)
D32	腦膜良性腫瘤
D33	腦瘤併發神經功能障礙
D48	Neoplasm of uncertain behavior of other and unspecified sites
D48	其他及未明示部位性態未明之腫瘤
D49	性態未明之腫瘤
F02、F04、F09	其他器質性精神病態
F03-F05	老年期及初老年期器質性精神病態限由精神科或神經科專科醫師開具之診斷書並加註專科醫師證號
F05	亞急性錯妄
F20、F21、F25	思覺失調症
F22、F23、F24	妄想狀態
F30-F39	情感性精神病
F84	源自兒童期之精神病
F80	特定的言語及語言發展障礙症
F82	特定的動作功能發展障礙症
G11、G94	脊髓小腦症
G12	脊髓性肌萎縮症及相關症候群
G20、G21	帕金森病
G35	多發性硬化症
G36	其他急性瀰漫性脫髓鞘
G40	癲癇
G45、G46、I67	其他腦血管疾病
G70	重症肌無力症
G71	肌肉特發性疾患
G80	嬰兒腦性麻痺
G81	偏癱
G82-G83-B91	其他麻痺性徵候群(急性脊髓灰白質炎之後期影響併有提及麻痺性徵候群)
G91	水腦症
G93.0	腦囊腫
G93.1	缺血性腦損傷，他處未歸類者
G93.2	良性顱內高壓
G93.3	病毒感染後疲勞症候群
G93.4	其他及未明示腦病變
G93.5	腦壓迫
G93.6	腦水腫
G93.7	雷氏症候群
H30	脈絡膜視網膜發炎
H31	其他脈絡膜疾患
H33	視網膜退化及裂孔
H34	視網膜血管阻塞
H35	視網膜其他疾患
H36	歸類於他處疾病所致之視網膜疾患
H40	青光眼
H42	歸類於他處疾病所致之青光眼
H43	玻璃體疾患
H46	眼球神經炎
H47	視(第二)神經及視路之其他疾患
H49	痙攣性斜視
H50	其他斜視
H51	其他雙側眼運動疾患
H53	視覺障礙
H54	失明及低視力
H55	眼球震顫及不規則眼球運動
I60	蜘蛛膜下腔出血
I61、I62	腦內出血
I65、I66、I63	腦梗塞
M45	偽真性脊椎炎
M62.3	截癱性不動症候群
M99.0	節段及體結構功能障礙

M99.1	(脊椎)複雜性半脫位		
M99.2	神經管半脫位性狹窄		
M99.3	神經管骨性狹窄		
M99.4	神經管結締組織狹窄		
M99.5	神經管椎間盤狹窄		
M99.6	椎間孔骨性及半脫位性狹窄		
M99.7	椎間孔結締組織及椎間盤狹窄		
Q11	無眼症、小眼畸形及巨眼畸形		
Q13	前段眼先天性畸形		
Q12	先天性水晶體畸形		
Q14	後段眼先天性畸形		
Q15	眼其他先天性畸形		
S01.9、S06.3	腦裂傷及挫傷		
S01.9、S06.4-S06.6	受傷後之蜘蛛網膜下、硬腦膜下及硬腦膜外出血		
S04.01-S04.04	視神經及神經徑之損傷		
S14.1、S24.1、S34.1	無明顯脊椎損傷之脊髓傷害		
S14.1-S12.0-S12.6、 S24.1-S22.0、 S34.1-S22.0-S32.0	脊柱骨折，伴有脊髓病灶		
S14.2、S14.3、 S24.2、S34.2、S34.4	神經根級脊神經叢之損傷		
S14.5、S24.3、 S24.4、S24.8、 S24.9、S34.5、 S34.6、S34.8、S34.9	肩及骨盆以外之軀幹神經損傷 胸、腰推、寰和骨盆神經損傷		
S44.0-S44.5、S44.8- S44.9、S54.0- S54.3、S54.8- S54.9、S64.0- S64.4、S64.8-S64.9	肩及上肢末梢神經之損傷		
S74.0-S74.2、S74.8- S74.9、S84.0- S84.2、S84.8- S84.9、S94.0- S94.3、S94.8-S94.9	骨盆及下肢末梢神經損傷		
P91	其他新生兒腦狀態障礙		

附表 4.5.1 中度複雜性傷科適應症

ICD-10-CM	中文病名
G45、G46	其他腦血管疾病
G54	神經根及神經叢疾患
G61	發炎性多發神經病變
G62	其他及未明示之多發神經病變
G63	歸類於他處疾病所致之多發神經病變
G65	發炎性及毒性多發神經病變後遺症
G81	偏癱
G90	自主神經系統疾患
G91	水腦症
G93.0	腦囊腫
G93.1	缺氧性腦損傷，他處未歸類者
G93.2	良性顱內高壓
G93.3	病毒感染後疲勞症候群
G93.4	其他及未明示腦病變
G93.5	腦壓迫
G93.6	腦水腫
I60	蛛絲膜下腔出血
I61、I62	腦內出血
I65、I66、I63	腦梗塞
I67	其他腦血管疾病
M13.0	多發性關節炎
M15	多關節病症
M20	手指及(足)趾後天性變形
M21	其他後天性肢體變形
M40	脊椎後彎症及脊椎前彎症
M41	脊椎側彎症
M42	脊椎骨軟骨症
M43	其他變形性背部病變
M45	僵直性脊椎炎
M46	其他發炎性脊椎病變
M47	退化性脊椎炎
M48	其他脊椎病變
M50	頸椎椎間盤疾患
M51	胸椎、胸腰椎及腰薦椎椎間盤疾患
M53	其他背部病變，他處未歸類者
M62.3	纖維性不動症候群
M66	滑膜及肌腱自發性破裂
M80	骨質疏鬆症伴有病理性骨折
M87	骨壞死
M88	變形性骨炎 [骨 Paget (氏)病]
M90.5	歸類於他處疾病所致之骨壞死
M90.6	腫瘤疾病引起之變形性骨炎
M95.2	頭部其他後天性變形
M95.3	頭部後天性變形
M95.4	胸部及肋骨之後天性變形
M95.5	骨盆後天性變形
M95.8	肌肉骨骼系統，其他特定之後天性變形
M95.9	肌肉骨骼系統之後天性變形
M96	術中及術後併發症及肌肉骨骼系統疾患，他處未歸類者
M99.0	節段及體結構功能障礙
M99.1	(脊椎)複雜性半脫位
M99.2	神經管半脫位性狹窄
M99.3	神經管骨性狹窄
M99.4	神經管結締組織狹窄
M99.5	神經管椎間盤狹窄
M99.6	椎間孔骨性及半脫位性狹窄

附表 4.5.1 複雜性傷科申請給付及支付原則

- 一、 複雜性傷科適應症之定義需為附表 4.5.2 所列之傷病病名。
- 二、 費用申報與審查相關規定：
 1. 院所每月專任中醫師平均申報上限為六十人次，超出部分依現行支付標準支付。
 2. 按全民健康保險醫療費用申報與核付及服務審查辦法辦理執行審查。
 3. 病歷記載應依規定書寫。
 4. 申報診療項目時，主診斷碼需符合附表 4.5.2 所列之適應症。
 5. 抽查病歷視醫療院所與前一年申報附表 4.5.2 所列疾病與去年同期相較之成長率，必要時得予全審。

附表 4.5.2 複雜性傷科適應症

ICD-9-CM	ICD-10-CM	中文病名
71119	M02.39	雷特病之關節病變及有關病態，多處部位
71129	M35.2	畢賽微候群之關節病變，多處部位
71639	M13.89	更年期關節炎，多處部位
71659	M13.0	未明示之多發性關節病變或多發性關節炎，多處部位
71689	M12.89	其他明示之關節病變，多處部位
71699	M12.9	未明示之關節病變，多處部位
71809	M24.10	關節軟骨疾患，多處部位
71849	M24.50	關節緊縮，多處部位
71859	M24.60	關節粘連，多處部位
71889	M24.80	其他關節障礙，他處未歸類，多處部位
71899	M24.9	未明示之關節障礙，多處部位
71939	M12.39	復發性風濕，多處部位
71949	M25.50	關節痛，多處部位
71959	M25.60	關節僵直，他處未歸類者，多處部位
71979	R26.2	行走障礙，多處部位
71999	M25.9	未明示之關節疾患，多處部位
7338	(S42、S49、S52、S59、S62、S72、S82、S92)	癒合不良及不癒合之骨折
73381	(S42、S49、S52、S59、S62、S72、S82、S92)	癒合不良之骨折
73382	(S42、S49、S52、S59、S62、S72、S82、S92)	不癒合之骨折
8000-8004	S02.0	顱骨穹窿骨折
80100-80149	S02.1	顱骨底部骨折
802.0 及 802.2	S02.2、S02.6	臉骨骨折
8024	S02.4	顱骨及上頷骨骨折，閉鎖性
8026	S02.3	眶底閉鎖性骨折
8028	S02.8-S02.9	其他顏面骨閉鎖性骨折
8030-8034	S02.8-S02.9	其他及性質不明之顱骨骨折
8040-8044	S02.9	多處骨折，侵及顱骨或顏面骨者
80500-80508	S12.0-S12.9	脊柱骨折，閉鎖性
8060 及 8062	S12.0-S12.6、S22.0	頸椎骨折，閉鎖性，
8064	S32.0	腰椎骨折，閉鎖性
8066	S32.1-S32.2	骶骨及尾骨骨折，閉鎖性
8068	S12.9、S22.0、S32.0-S32.1	未明示之脊柱骨折，閉鎖性
8070	S22.3-S22.4	肋骨閉鎖性骨折

配合第五章診療項目之增修，刪除原附表 4.5.1，修正原附表 4.5.2 及表序，另新增 4.5.2「高度複雜性傷科治療(多部位損傷)適應症」、4.5.3「高度複雜性傷科治療(脫臼)適應症」、4.5.4「高度複雜性傷科治療(骨折)適應症」。

M99.7	椎間孔結構組織及椎間盤狹窄
S14.1+S12.0-S12.6、 S24.1+S22.0、 S34.1+S22.0-S32.0	脊柱骨折，伴有脊髓病變
S14.1、S24.1、S34.1	無明顯脊椎損傷之脊髓傷害
S01.9、S06.3	腦裂傷及挫傷
S01.9、S06.4-S06.6	受傷後之蜘蛛網膜下、硬腦膜下及硬腦膜外出血
S04.01-S04.04	視神經及神經之損傷
S14.2、S14.3、 S24.2、S34.2、S34.4	神經根級脊神經叢之損傷
S14.5、S24.3、	肩及骨盆以外之軀幹神經損傷
S24.4、S24.8、 S24.9、S34.5、 S34.6、S34.8、S34.9	胸交感神經系統的損傷、胸、腹部，下背部和骨盆水平神經損傷
S44.0-S44.5、S44.8- S44.9、S54.0-S54.3、 S54.8-S54.9、S64.0- S64.4、S64.8-S64.9	肩及上肢末梢神經之損傷
S74.0-S74.2、S74.8- S74.9、S84.0-S84.2、 S84.8-S84.9、S94.0- S94.3、S94.8-S94.9	骨盆及下肢末梢神經損傷

附表 4.5.2 高度複雜性傷科(多部位損傷)適應症

ICD-10-CM	中文病名
M02.39	雷特病之關節病變及有關病態，多處部位
M35.2	畢賽徵候群之關節病變，多處部位
M13.89	更年期關節炎，多處部位
M13.0	未明示之多發性關節病變或多發性關節炎，多處部位
M12.89	其他明示之關節病變，多處部位
M12.9	未明示之關節病變，多處部位
M24.10	關節軟骨疾患，多處部位
M24.50	關節緊縮，多處部位
M24.60	關節粘連，多處部位
M24.80	其他關節障礙，他處未歸類者，多處部位
M24.9	未明示之關節障礙，多處部位
M12.39	復發性風濕，多處部位
M25.50	關節痛，多處部位
M25.60	關節僵直，他處未歸類者，多處部位
R26.2	行走障礙，多處部位
M25.9	未明示之關節疾患，多處部位
T14.8	軀幹多處挫傷
S40.019A	上肢多處挫傷
S70.10XA-S70.12XA、 S80.10XA-S80.12XA	下肢多處挫傷
T14.8	下肢挫傷及其他與未明示位置之挫傷，多處位置挫傷，他處未歸類者
S47	肩及上臂多處位置壓傷
S47	上肢多處位置壓傷
S77.0、S77.1、S87.0、 S87.8、S97.0、S97.1、 S97.8	下肢多處壓傷
S77.2	多處及未明示位置之壓傷
S77.20XA	多處位置壓傷，他處未歸類者
T07	其他明示位置之損傷，包括多處

8072	S22.2	胸骨閉鎖性骨折
8074	S22.5	連枷胸(多條肋骨塌陷性骨折)
8075	S12.9	喉部及氣管閉鎖性骨折
808.0	S32.3-S32.9	骨盆骨折
8080	S32.4	髌骨閉鎖性骨折
8082	S32.5	恥骨閉鎖性骨折
8084-80843	S32.3、S32.6、 S32.810-S32.811	骨盆其他明示部位之閉鎖性骨折
80849	S32.89	骨盆之其他骨折，閉鎖性
809.0	S22.9	診斷欠明之軀幹骨骨折
8090	S22.9	軀幹骨骨折，閉鎖性
81000-81003	S42.001-S42.036	鎖骨閉鎖性骨折
81100-81103	S42.101-S42.199	肩胛骨骨折
81109	S42.113、S42.116	其他之肩胛骨骨折，閉鎖性
81200-81209	S42.201-S42.296	肱骨上端閉鎖性骨折
8122	S42.301-S42.399	肱骨骨幹或未明示部位之閉鎖性骨折
8124	S42.1-S42.4	肱骨下端骨折，閉鎖性
81241-81249	S42.101-S42.496	肱骨踝上骨折，閉鎖性
81300-81308	S52.101-S52.189	橈骨及尺骨上端閉鎖性骨折
8132-81323	S52.201-S52.399	橈骨及尺骨骨幹閉鎖性骨折
8134-81344	S52.501-S52.699	橈骨及尺骨下端閉鎖性骨折
8138-81383	S52.90-S52.92	橈骨及尺骨之閉鎖性骨折
81400-81409	S62.001-S62.186	腕骨骨折
81500-81509	S62.201-S62.399	掌骨骨折
81600-81603	S62.501-S62.669	一個或多個手指骨骨折
8170	S62.90-S62.92	手骨之多處閉鎖性骨折
8190	S42.90-S42.92、 S52.90-S52.92、 S22.20、S22.39、 S22.49	多發性骨折，侵及兩側上肢及上肢與肋骨和胸骨者，閉鎖性
82000-82009	S72.001-S72.099	股骨頸骨折
8202-82022	S72.101-S72.26	經由粗隆之骨折，閉鎖性
8208	S72.001-S72.009	未明示部位之股骨頸骨折，閉鎖性
8210-82129	S72.301-S72.499	股骨骨折，閉鎖性
8220	S82.001-S82.099	閉鎖性髌骨之骨折
8230-82302	S82.101-S82.199	脛骨與腓骨之上端閉鎖性骨折
8232	S82.201-S82.299、 S82.401-S82.499	脛骨與腓骨骨幹之閉鎖性骨折
82320	S82.201-S82.299	僅脛骨骨幹閉鎖性骨折
82321	S82.401-S82.499	僅腓骨骨幹閉鎖性骨折
82322	S82.201-S82.299、 S82.401-S82.499	脛骨與腓骨骨幹之閉鎖性骨折
8238	S82.201-S82.209、 S82.401-S82.409	脛骨與腓骨未明示部位之閉鎖性骨折
82380	S82.201-S82.209	僅脛骨未明示部位之閉鎖性骨折
82381	S82.401-S82.409	僅腓骨未明示部位之閉鎖性骨折
82382	S82.201-S82.209+ S82.401-S82.409	脛骨與腓骨未明示部位之閉鎖性骨折
8240-8248	S82.51-S82.66	閉鎖性踝骨骨折
8250	S92.001-S92.066	閉鎖性跟骨骨折
8252-82529	S92.101-S92.5	其他跗骨及蹠骨之骨折，閉鎖性
8260	S92.401-S92.919	閉鎖性一個或多個腳趾骨骨折

附表 4.5.3 高度複雜性傷科(脫臼)適應症

ICD-10-CM	中文病名
S43.0-S43.3、S53.0-S53.1、S63.0、S63.1-S63.2、S73.0、S83.21-S83.24、S83.001A-S83.096A、S83.101A-S83.196A、S93.0、S93.3、S13.1-S13.2、S33.1-S33.3、S23.1-S23.2、S43.2、S33.30XA-S33.39XA	脫臼
S03.0-S03.1、S13.0-S13.2、S23.0-S23.2、S33.0-S33.3、S43.0-S43.3、S53.0-S53.1、S63.0-S63.2、S73.0、S83.0、S83.1、S93.0、S93.1、S93.3	脫臼之後期影響

附表 4.5.4 高度複雜性傷科(骨折)適應症

ICD-10-CM	中文病名
(S42、S52、S62、S72、S82、S92)-第 7 位碼 P、Q、R	癒合不良及不癒合之骨折
S02.0+S06	顱骨穹窿骨折
S02.1+S06	顱骨底部骨折
S02.2、S02.6	臉骨骨折
S02.4	顱骨及上頷骨骨折,閉鎖性
S02.3	眶底閉鎖性骨折
S02.8-S02.9	其他顱面骨閉鎖性骨折
S02.8-S02.9+S06	其他及性質不明之顱骨骨折
S02.9+S06	多處骨折,涉及顱骨或顱面骨者
S12.0-S12.9	脊柱骨折,閉鎖性
S14.1、S24.1	頸椎骨折,閉鎖性,
S34.1	胸椎骨折,閉鎖性
S34.1	恥骨及尾骨骨折,閉鎖性
S14.1	未明示之脊柱骨折,閉鎖性
S22.3-S22.4	肋骨閉鎖性骨折
S22.2	胸骨閉鎖性骨折
S22.5	連枷胸(多條肋骨塌陷性骨折)
S12.9	喉部及氣管閉鎖性骨折
S32.3-S32.9	骨盆骨折
S32.4	髌骨閉鎖性骨折
S32.5	恥骨閉鎖性骨折
S32.3、S32.6、S32.810A-S32.811A	骨盆其他明示部位之閉鎖性骨折
S32.89XA	骨盆之其他骨折,閉鎖性
S22.9	診斷欠明之軀幹骨骨折
S22.9XXA	軀幹骨骨折,閉鎖性
S42.001A-S42.036A	鎖骨閉鎖性骨折
S42.101A-S42.199A	肩胛骨骨折
S42.113A、S42.116A	其他之肩胛骨骨折,閉鎖性
S42.201A-S42.296A	肱骨上端閉鎖性骨折
S42.301A-S42.399A	肱骨骨幹或未明示部位之閉鎖性骨折
S42.1-S42.4	肱骨下端骨折,閉鎖性
S42.101A-S42.496A	肱骨踝上骨折,閉鎖性
S52.101A-S52.189A	橈骨及尺骨上端閉鎖性骨折
S52.201A-S52.399A	橈骨及尺骨骨幹閉鎖性骨折
S52.501A-S52.699A	橈骨及尺骨下端閉鎖性骨折
S52.90XA-S52.92XA	橈骨及尺骨之閉鎖性骨折
S62.001A-S62.186A	腕骨骨折
S62.201A-S62.399A	掌骨骨折
S62.501A-S62.669A	一個或多個手指骨骨折
S62.90XA-S62.92XA	手骨之多處閉鎖性骨折

8270	S82.90-S82.92	閉鎖性下肢之其他多處及診斷欠明之骨折
8280	T07	閉鎖性多處骨折,侵及兩側下肢,下與上肢及下肢與肋骨和胸骨者
8290	T14.8	閉鎖性未明示部位之骨折
8310、8320、8330、8340、8350、8360、8363、8365、8370、8380、8390、8392、8394、8396	S43.0-S43.3、S53.0-S53.1、S63.0、S63.1-S63.2、S73.0、S83.21-S83.24、S83.001-S83.096、S83.101-S83.196、S93.0、S93.3、S13.1-S13.2、S33.1-S33.3、S23.1-S23.2、S43.2、S33.30-S33.39	脫臼
9228	T14.8	軀幹多處挫傷
9238	S40.019	上肢多處挫傷
9244	S70.10-S70.12、S80.10-S80.12	下肢多處挫傷
9248	T14.8	下肢挫傷及其他與未明示位置之挫傷,多處位置挫傷,他處未歸類者
92709	S47	肩及上臂多處位置壓砸傷
9278	S47	上肢多處位置壓砸傷
9288	S77.0、S77.1、S87.0、S87.8、S97.0、S97.1、S97.8	下肢多處壓砸傷
929.0	S77.2	多處及未明示位置之壓砸傷
9290	S77.20	多處位置壓砸傷,他處未歸類者
9050	S02	顱骨及面骨骨折之後期影響
9051	(S12.9、S22.0、S22.9、S32.9)	脊柱及軀幹骨折之後期影響,未提及脊髓病灶者
9052	S42.2-S42.9、S52.9、S62.9	上肢骨折後期影響
9053	S72.0-S72.2、S72.8-S72.9、S79.0-S79.1	股骨頭骨折後期影響
9054	(S72.3-S72.4、S82.0-S82.6、S82.8-S82.9、S89.0-S89.3、S92.0-S92.9)	下肢骨折後期影響
9055	T07	多處及未明示骨折之後期影響
9056	S03.0-S03.1、S13.0-S13.2、S23.0-S23.2、S33.0-S33.3、S43.0-S43.3、S53.0-S53.1、S63.0-S63.2、S73.0、S83.0、S83.1、S93.0、S93.1、S93.3	脫臼之後期影響
9598	T07	其他明示位置之損傷,包括多處

S42.90XA-S42.92XA、S52.90XA-S52.92XA、S22.20XA、S22.39XA、S22.49XA	多發性骨折，侵及兩側上肢及上肢與肋骨和胸骨者，閉鎖性
S72.001A-S72.099A	股骨頭骨折
S72.101A-S72.26XA	經由粗隆之骨折，閉鎖性
S72.001A-S72.009A	未明示部位之股骨頭骨折，閉鎖性
S72.301A-S72.499A	股骨骨折，閉鎖性
S82.001A-S82.099A	閉鎖性髌骨之骨折
S82.101A-S82.199A	脛骨與腓骨之上端閉鎖性骨折
S82.201A-S82.299A、S82.401A-S82.499A	脛骨與腓骨幹之閉鎖性骨折
S82.201A-S82.299A	僅脛骨幹閉鎖性骨折
S82.401A-S82.499A	僅腓骨幹閉鎖性骨折
S82.201A-S82.299A+S82.401A-S82.499A	脛骨與腓骨幹之閉鎖性骨折
S82.201A-S82.209A、S82.401A-S82.409A	脛骨與腓骨未明示部位之閉鎖性骨折
S82.201A-S82.209A	僅脛骨未明示部位之閉鎖性骨折
S82.401A-S82.409A	僅腓骨未明示部位之閉鎖性骨折
S82.201A-S82.209A+S82.401A-S82.409A	脛骨與腓骨未明示部位之閉鎖性骨折
S82.51XA-S82.66XA	閉鎖性踝骨折
S92.001A-S92.066A	閉鎖性跟骨骨折
S92.101A-S92.56XA	其他跗骨及跖骨之骨折，閉鎖性
S92.401A-S92.919A	閉鎖性一個或多個腳趾骨骨折
S82.90XA-S82.92XA	閉鎖性下肢之其他多處及診斷欠明之骨折
T07	閉鎖性多處骨折，侵及兩側下肢，下與上肢及下肢與肋骨和胸骨者；多處及未明示骨折之後期影響
T14.8	閉鎖性未明示部位之骨折
S02+第7位碼S	顱骨及面骨骨折之後期影響
(S12.9、S22.0、S22.9、S32.9)+第7位碼S	脊柱及軀幹骨折之後期影響，未提及脊髓病灶者
S42.2-S42.9、S52.9、S62.9	上肢骨折後期影響
S72.0-S72.2+第7位碼S	股骨頭骨折後期影響
(S72.3-S72.4、S82.0-S82.6、S82.9、S92.0-S92.9)+第7位碼S	下肢骨折後期影響

附表 4.7 舌診儀、脈診儀檢查適應症

疾病分類	適應症(ICD-10-CM)	診斷標準
心血管循環系統疾病	1.心臟衰竭(I50; I11.0; I13; I97.13; O75.4; I09.81)	左心室射出率 \leq 35%；左心室射出率介於36%-50%，合併典型心臟衰竭症狀；左心室射出率 $>$ 50%，合併典型心臟衰竭症狀，且經心臟專科醫師確診者。
	2.急性冠狀動脈疾病(I24)	3個月內曾因胸痛接受心導管檢查，確診有冠狀動脈阻塞或置入支架者。
	3.深層靜脈栓塞(I82)	靜脈超音波檢查或靜脈攝影檢查確診者。
	4.心律不整(I47; I49; R00)	經心臟專科醫師確診者。
肝膽腸胃消化系統疾病	1.肝硬化(K70; K71; K74)	經肝臟超音波檢查或肝組織切片診斷為肝硬化者。
	2.消化性潰瘍(K25-K28)	經腸胃道內視鏡確定診斷者。
	3.大腸激躁症(K58)	至少三個月(連續或反覆發作)有以下五項中符合兩項以上的條件： (1)排便次數改變(每天三次以上或每週少於三次)。 (2)大便形態改變(硬塊或稀便、水便)。 (3)排便感覺改變(如必須用力，急便，或是感覺排不乾淨)。 (4)大便中帶黏液。 (5)腹脹。
	4.急性肝炎(B15-B19)	經肝臟超音波檢查或實驗室檢查確立診斷者。
肺部呼吸系統	1.慢性阻塞性肺病(J44)	慢性阻塞性肺病：肺功能檢查確診者(FEV1/FVC \leq 70%)。
	2.氣喘(J45)	病史、理學檢查及實驗室的檢查，各方面的資料綜合判斷確立診斷者。
腎泌尿系統	1.慢性腎衰竭(N18.3; N18.4; N18.5)	Stage III：中度慢性腎衰竭 eGFR：30-59 ml/min/1.73 m ² ；Stage IV：重度慢性腎衰竭 eGFR：15-29 ml/min/1.73 m ² ；Stage V：末期腎臟病變 eGFR：<15 ml/min/1.73 m ² 。
	2.腎或泌尿道結石(N20-N23)	影像學(超音波或電腦斷層)確診者。
免疫系統	1.全身性紅斑狼瘡(M32)	經風濕免疫科專科醫師確診者。
	2.類風濕性關節炎(M05; M06; M08)	
	3.全身性硬化症(M34)	
耳鼻喉系統	過敏性鼻炎(J30)	常見的臨床症狀為早上起床之後連續性打噴嚏、流鼻水及易鼻塞等三大症狀，其它常見的合併症狀有鼻子癢、眼睛癢、眼睛紅或是喉嚨常常有搔癢感。這些症狀再加上典型的過敏病史(包括家族

配合第七章診療項目之修正，新增附表 4.7「舌診儀、脈診儀檢查適應症」。

		史)、理學檢查與過敏病的實驗室檢查(包括嗜酸性白血球與 IgE 的總量、特異性 IgE 抗體、或過敏原皮膚試驗)就可確定診斷。		
內分泌系統	1.糖尿病(E08-E11; E13; O24)	符合以下四項之一者: (1)糖化血色素(HbA1c) \geq 6.5%。 (2)二次以上空腹血漿葡萄糖濃度 \geq 126mg/dl。 (3)葡萄糖耐量試驗二小時血漿葡萄糖濃度 \geq 200mg/dl。 (4)典型糖尿病症狀, 譬如:多尿、多渴、多食, 無法解釋的體重減輕, 加上任意血漿葡萄糖濃度 \geq 200mg/dl。		
	2.甲狀腺功能亢進或低下(E02; E03; E05)	實驗數據符合且有典型臨床表現者。		
神經精神系統	1.重度憂鬱症(F32; F33)	符合 DSM-IV 診斷標準, 經精神科醫師診斷者。		
	2.精神分裂症(F20; F21; F25)	符合 DSM-IV 診斷標準, 經精神科醫師診斷者。		
	3.腦中風(G45.0-G46.8; I60-I68)	臨床表現符合, 經神經科醫師診斷, 並有影像學依據者。		
	4.帕金森氏症(G20; G21)	經神經科醫師診斷者。		
	5.失智症(F01-F03; G30; G31)	經神經科醫師診斷者。		
腫瘤系統	惡性腫瘤(癌症)(C00-C96)	經腫瘤專科醫師診斷, 有影像學與病理切片依據者。		
婦產科疾病	1.子宮肌瘤(D25)	經婦產科醫師診斷, 並有影像學依據者(超音波或磁振造影等)。		
	2.子宮內膜異位症(N80)	有內診、超音波記錄或腹腔鏡檢查, 經婦產科醫師診斷者。		
	3.不孕症(N46; N97)	結婚一年內有正常之性行為仍無法懷孕, 經婦產科醫師診斷者。		
附表 4.8.1 標準作業流程 附表 4.8.2 小兒氣喘疾病門診加強照護穩定之指標			附表 4.9.1 標準作業流程 附表 4.9.2 小兒氣喘疾病門診加強照護穩定之指標	配合學次調整, 修正附表序號。