

# 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部 分診療項目修正項目

## 第二部 西醫

### 第一章 基本診療

#### 第一節 門診診察費

通則：

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

註：醫院一般門診診察費支付點數內含10%護理費。

二、本節所稱醫院每日門診合理量依下列計算方式分別設定：

##### (一)醫學中心

$$\left[ \frac{\text{前一年門診量} \times 0.85 \div 270 \times 2}{3} + \frac{\text{急、慢性病床數} \times 3.55}{6} + \frac{\text{專任醫師數} \times 10.71}{6} \right] \times 0.9$$

##### (二)區域醫院

$$\left[ \frac{\text{前一年門診量} \times 0.85 \div 270 \times 2}{3} + \frac{\text{急、慢性病床數} \times 2.60}{6} + \frac{\text{專任醫師數} \times 15.24}{6} \right] \times 0.9$$

註1. 前一年門診量以前二年七月至前一年六月之門診量扣除急診、洗腎、慢性病連續處方箋、居家照護、精神疾病社區復健、預防保健、安寧居家照護、門診論病例計酬、職業傷病、65歲以上接種流行性感感冒疫苗等醫療案件計算。

2. 急、慢性病床應符合全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之規定，並扣除洗腎及急診暫留床；專任醫師應符合醫師法之規定，並扣除牙醫師及中醫師。

3. 急、慢性病床數及專任醫師數以保險人特約醫事機構管理子系統(MA 檔)、特約醫事人員管理子系統(MB 檔)中每月第一日之登錄資料為計算基礎。

三、合併申報醫療費用之醫院，其醫院門診合理量應合併計算。

四、經衛生局登記為醫院但未經評鑑且未同意辦理住診者或評鑑不合格者，門診診察費適用地區醫院類別申報。

五、門診當日開立之檢查醫囑，另排定其他日期實施或轉檢者，檢查當日不得申報診察費，但檢查過程中因病情需要併實施其他診療處置，視為另次診療，申報診察費一次。

六、預防保健服務視病情需要，由同一診治醫師併行其他一般診療，不得另外申報診察費。

七、門診或急診當次轉住院，如仍由同科醫師診治，門診診察費或住院診察費應擇一申報。

八、由同一醫師診療之同日兩次以上之門診相同病情案件，限申報門診診察費一次。

九、全民健康保險醫療辦法第八條規定之同一療程疾病，各療程之診察費限申報一次。

十、本節之各項診察項目中，註有「兒童加成項目」者，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計60%；年齡在六個月至二歲者，依表定點數加計30%；年齡在二歲至六歲者，

依表定點數加計20%。其他未註有兒童加成之診察費項目，三歲(含)以下兒童之門診診察費得依表定點數加計20%。

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20%。

(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17%，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計37%。

(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25%，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計45%。

2. 內科申報本項(四)3.門診診察費項目，得依表定點數加計8%，若同時符合四歲以下兒童加成者，依表定點數加計28%。

(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、感染科及胸腔暨重症加護等科。

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。

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20%。

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20%。

(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7.5%。

(三)婦產科、外科、兒科及內科專科醫師加成方式(詳附表2.1.4~附表2.1.6)：

1. 婦產科、外科、兒科及內科專科醫師申報第一段門診量內之門診診察費得按表定點數加成，其中婦產科及外科專科醫師加成9%、兒科專科醫師加成3%，內科專科醫師加成3.8%。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成。

2. 加成專科別及門診診察費項目定義說明：

(1)外科：包括外科、整形外科、骨科、泌尿科、神經外科。

(2) 第一段門診量內之門診診察費項目：包括編號00109C、00110C、00139C、00140C、00158C、00159C、00119C、00149C、00120C、00150C、00168C、00169C及01023C。

附表2.1.3

基層院所申報門診診察費「三歲以下不分科及四～六歲兒科專科醫師加成20%」與「七十五歲以上者加成7.5%」支付點數之計算

代碼	名稱	支付點數 A	不分科別 三歲以下 及四～六 歲兒科專 科醫師加 成(20%)支 付點數 =A*1.2	不分科別 七十五歲 以上者之 加成 (7.5%)支 付點數 =A*1.075
	<b>一般門診診察費—基層院所門診診察費</b>			
	<b>1. 每位醫師每日門診量在四十人次以下部分 (≤40)</b>			
00109C	1-1) 處方交付特約藥局調劑(1-30人次)	332	398	357
00223C	1-2) 處方交付特約藥局調劑(31-40人次)	250	300	269
00139C	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	355	426	382
00110C	3-1) 未開處方或處方由本院所自行調劑(1-30人次)	332	398	357
00224C	3-2) 未開處方或處方由本院所自行調劑(31-40人次)	250	300	269
00140C	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	330	396	355
00158C	5) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	555	666	597
00159C	6) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	530	636	570
	<b>2. 每位醫師每日門診量超過四十人次，但在六十人次以下部分 (41-60)</b>			
00111C	1) 處方交付特約藥局調劑	220	264	237
00141C	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	275	330	296
00112C	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑	220	264	237
00142C	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	250	300	269
00160C	5) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	475	570	511
00161C	6) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	450	540	484
	<b>3. 每位醫師每日門診量超過六十人次，但在八十人次以下部分 (61-80)</b>			
00113C	1) 處方交付特約藥局調劑	160	192	172
00143C	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	215	258	231
00114C	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑	160	192	172
00144C	4) 開具慢性病連續處方由本院所自行調劑	190	228	204
00162C	5) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	415	498	446

代碼	名稱	支付 點數 A	不分科別 三歲以下 及四~六 歲兒科專 科醫師加 成(20%)支 付點數 =A*1.2	不分科別 七十五歲 以上者之 加成 (7.5%)支 付點數 =A*1.075
00163C	6) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	390	468	419
	<b>4. 每位醫師每日門診量超過八十人次，但在一五〇人次以下部分 (81-150)</b>			
00115C	1) 處方交付特約藥局調劑	70	84	75
00145C	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	125	150	134
00116C	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑	70	84	75
00146C	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	100	120	108
00164C	5) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	325	390	349
00165C	6) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	300	360	323
	<b>5. 每位醫師每日門診量超過一五〇人次部分 (&gt;150)</b>			
00117C	1) 處方交付特約藥局調劑	50	60	54
00147C	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	105	126	113
00118C	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑	50	60	54
00148C	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	80	96	86
00166C	5) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	305	366	328
00167C	6) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	280	336	301
	<b>6. 山地離島地區</b>			
	<b>(1) 每位醫師每日門診量在五十人次以下部分(≤50)</b>			
00119C	1) 處方交付特約藥局調劑(≤50人次)	300	360	323
00149C	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(≤50)	355	426	382
00120C	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑(≤50)	300	360	323
00150C	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(≤50)	330	396	355
00168C	5) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(≤50)	555	666	597
00169C	6) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑(≤50)	530	636	570

代碼	名稱	支付點數 A	不分科別 三歲以下 及四~六 歲兒科專 科醫師加 成(20%)支 付點數 =A*1.2	不分科別 七十五歲 以上者之 加成 (7.5%)支 付點數 =A*1.075
	<b>(2)每位醫師每日門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分(51-70)</b>			
00205C	1) 處方交付特約藥局調劑(51-70)	220	264	237
00206C	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(51-70)	275	330	296
00207C	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑(51-70)	220	264	237
00208C	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(51-70)	250	300	269
00209C	5) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(51-70)	475	570	511
00210C	6) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑(51-70)	450	540	484
	<b>(3)每位醫師每日門診量超過七十人次，但在一五〇人次以下部分(71-150)</b>			
00211C	1) 處方交付特約藥局調劑(71-150)	160	192	172
00212C	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(71-150)	215	258	231
00213C	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑(71-150)	160	192	172
00214C	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(71-150)	190	228	204
00215C	5) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(71-150)	415	498	446
00216C	6) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑(71-150)	390	468	419
	<b>(4)每位醫師每日門診量超過一五〇人次部分(&gt;150)</b>			
00217C	1) 處方交付特約藥局調劑(>150)	90	108	97
00218C	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(>150)	145	174	156
00219C	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑(>150)	90	108	97
00220C	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(>150)	120	144	129
00221C	5) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(>150)	345	414	371
00222C	6) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑(>150)	320	384	344

代碼	名稱	支付點數 A	不分科別 三歲以下 及四~六 歲兒科專 科醫師加 成(20%)支 付點數 =A*1.2	不分科別 七十五歲 以上加成 (7.5%)支 付點數 =A*1.075
	<b>精神科門診診察費－基層診所</b> <b>每位醫師每日門診量在四十五人次以下部分(≤45)</b>			
01031C	1) 處方交付特約藥局調劑	318	382	342
00182C	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	369	443	397
01032C	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑	318	382	342
00183C	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	348	418	374
00184C	5) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	569	683	612
00185C	6) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	548	658	589
	<b>－每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(&gt;45)</b>			
00186C	1) 處方交付特約藥局調劑	164	197	176
00187C	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	218	262	234
00188C	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑	164	197	176
00189C	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	196	235	211
00190C	5) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	436	523	469
00191C	6) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	414	497	445
01023C	高危險早產兒特別門診診察費	425	510	
01015C	急診診察費	521		560
01021C	精神科急診診察費	550		591

附表2.1.6

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

代碼	名稱	支付 點數 A	婦、外專科醫 師看診75歲以 上者加成 16.5%支付點 數=A*1.165	兒科專科醫師 看診75歲以 上者加成10.5% 支付點數 =A*1.105	內科專科醫師 看診75歲以 上者加成11.3% 支付點數 =A*1.113
	<b>一般門診診察費—基層院所門診診察費</b> <b>1. 每位醫師每日門診量在四十人次以下部分</b> <b>(≤40)</b>				
00109C	1-1) 處方交付特約藥局調劑(1-30人次)	332	387	367	370
00139C	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	355	414	392	395
00110C	3-1) 未開處方或處方由本院所自行調劑 (1-30人次)	332	387	367	370
00140C	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	330	384	365	367
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
	<b>6. 山地離島地區</b> <b>(1) 每位醫師每日門診量在五十人次以下部</b> <b>分(≤50)</b>				
00119C	1) 處方交付特約藥局調劑(≤50人次)	300	350	332	334
00149C	2) 開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑(≤50)	355	414	392	395
00120C	3) 未開處方或處方由本院所自行調劑 (≤50)	300	350	332	334
00150C	4) 開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑(≤50)	330	384	365	367
00168C	5) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥 二十八天以上之慢性病連續處方並交付 特約藥局調劑(≤50)	555	647	613	618
00169C	6) 開具連續二次以上調劑，而且每次給藥 二十八天以上之慢性病連續處方並由本 院所自行調劑(≤50)	530	617	586	590



## 第三部 牙醫

### 第三章 牙科處置及手術 Dental Treatment & operation

#### 第三節 牙周病學 Periodontics(91001~91014，91088，91104，91114)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
91017C	懷孕婦女牙結石清除-全口 註： 1. 適用懷孕婦女牙醫醫療服務並於當次病歷記載，懷孕期間每九十天限申報一次。 2. 費用包括牙結石清除、牙菌斑偵測、去除維護教導及新生兒口腔照護及衛教指導。 3. 申報本項後九十天內不得再申報91003C~91004C。 4. 不得同時申報91014C。	V	V	V	V	800

## 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\*23日)】
    - 2.中醫醫療院所專任醫師每月平均每日門診量為**50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**50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)每月上限為三十人次(每月申報日數計算方式：每月申報日數超過二十六日者以二十六日計；另屬全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案認定之醫療資源不足地區，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、B55、B62、B80、B82、B85、B87、B90、B92)上限為六十人次，超出六十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)治療合計申報量在三十一至四十五人次之部分，編號：B42、B44、B46、B54、B56、B57、B61、B63、B81、B83、B84、B86、B88、B89、B91、B93、B94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、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。

## 第一章 門診診察費

編號	診療項目	支付點數
	一般門診診察費 (一)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。	
	1. 每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十人次以下部分( $\leq 50$ )	
A82	-- 看診時聘有護理人員在場服務者	280
A83	-- 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	310
A84	-- 看診時未聘有護理人員在場服務者	270
A85	-- 看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	300
	2. 每位專任中醫師每月看診日平均門診量在五十人次以上部分( $> 50$ )	
A86	-- 看診時聘有護理人員在場服務者	215
A87	-- 看診時聘有護理人員在場服務者，且開具慢性病連續處方	240
A88	-- 看診時未聘有護理人員在場服務者	200
A89	-- 看診時未聘有護理人員在場服務者，但開具慢性病連續處方	230

## 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。	