

檔 號：

保存年限：

# 中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市安和路一段29號9樓

承辦人：洪郁涵

電話：(02)2752-7286#152

傳真：(02)2771-8392

電子信箱：yuhan327@tma.tw

受文者：如正、副本收受者

發文日期：中華民國104年2月12日

發文字號：全醫聯字第1040000255號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明

主旨：有關基層門診診察費、調劑(門診藥事服務費)等項目，衛生福利部業發布修正「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，除第三部牙醫及第七部全民健康保險住院診斷之修正規定，自中華民國一百零四年一月一日生效外，餘自中華民國一百零四年二月一日生效，茲檢送發布令影本(含法規規定)1份，請 查照。

說明：依據衛生福利部104年2月12日衛部保字第1041260110C號函辦理(如附件)。

正本：各縣市醫師公會、西醫基層醫療服務審查執行會各分會  
副本：



理事長蘇清泉

2020年12月

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部 函

地址：11558台北市南港區忠孝東路六段488  
號

傳 真：02-85906048

聯絡人及電話：周小姐02-85906745

電子郵件信箱：hpwwchou@mohw.gov.tw

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國104年2月12日

發文字號：衛部保字第1041260110C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)1份(1041260110C-1.rar、1041260110C-2.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104年2月12日以衛部保字第1041260110號令修正發布，除第三部牙醫及第七部全民健康保險住院診斷關聯群之修正規定，自中華民國一百零四年一月一日生效外，其餘自中華民國一百零四年二月一日生效，茲檢送發布令影本(含法規規定)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、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、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、衛生福利部中央健康保險署

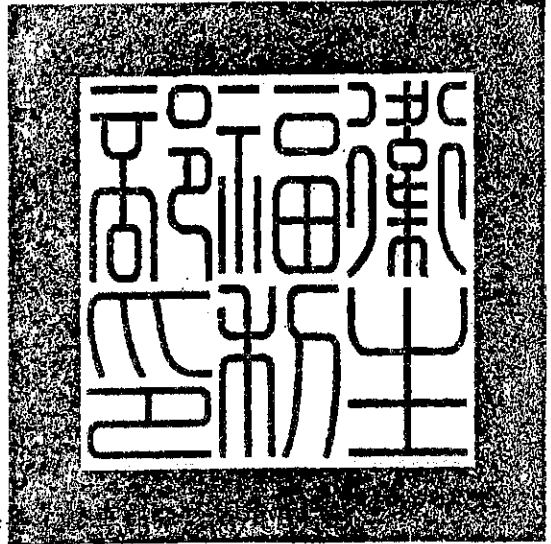
副本：本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會(均含附件)



部長 蔣丙煌

1900

## 衛生福利部 令



發文日期：中華民國104年2月12日  
發文字號：衛部保字第1041260110號  
附件：「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標

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，除第三部牙醫及第七部全民健康保險住院診斷關聯群之修正規定，自中華民國一百零四年一月一日生效外，其餘自中華民國一百零四年二月一日生效。

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 蔣丙煌

# 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

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 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)	V				320
00223C	1-2)處方交付特約藥局調劑(31-40人次)	V				250
00139C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	V				355
00110C	3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑 (1-30人次)	V				320
00224C	3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑 (31-40人次)	V				250
00140C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	V				330
00158C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	V				555
00159C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	V				530
	2.每位醫師每日門診量超過四十人次，但在六十人次以下部分(41-60)					
00111C	1)處方交付特約藥局調劑	V				220
00141C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	V				275
00112C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	V				220
00142C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	V				250
00160C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	V				475
00161C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	V				450
	3.每位醫師每日門診量超過六十人次，但在八十人次以下部分(61-80)					
00113C	1)處方交付特約藥局調劑	V				160
00143C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	V				215
00114C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	V				160
00144C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	V				190

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
00162C	5)開具連續二次以上調劑,而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	V				415
00163C	6)開具連續二次以上調劑,而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交由本院所自行調劑	V				390
	4.每位醫師每日門診量超過八十人次,但在一五〇人次以下部分(81-150)					
00115C	1)處方交付特約藥局調劑	V				70
00145C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	V				125
00116C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	V				70
00146C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	V				100
00164C	5)開具連續二次以上調劑,而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	V				325
00165C	6)開具連續二次以上調劑,而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	V				300
	5.每位醫師每日門診量超過一五〇人次部分(>150)					
00117C	1)處方交付特約藥局調劑	V				50
00147C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	V				105
00118C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	V				50
00148C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	V				80
00166C	5)開具連續二次以上調劑,而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	V				305
00167C	6)開具連續二次以上調劑,而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	V				280
	6.山地離島地區					
	(1)每位醫師每日門診量在五十八人次下部分(≤50)					
00119C	1)處方交付特約藥局調劑	V				300
00149C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	V				355
00120C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	V				300
00150C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	V				330
00168C	5)開具連續二次以上調劑,而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	V				555
00169C	6)開具連續二次以上調劑,而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	V				530

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
	(2)每位醫師每日門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分(51-70)					
00205C	1)處方交付特約藥局調劑	V				220
00206C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	V				275
00207C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	V				220
00208C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	V				250
00209C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	V				475
00210C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑	V				450
	(3)每位醫師每日門診量超過七十人次，但在一五〇人次以下部分(71-150)					
00211C	1)處方交付特約藥局調劑	V				160
00212C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	V				215
00213C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	V				160
00214C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	V				190
00215C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	V				415
00216C	6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交由本院所自行調劑	V				390
	(4)每位醫師每日門診量超過一五〇人次部分(>150)					
00217C	1)處方交付特約藥局調劑	V				90
00218C	2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	V				145
00219C	3)未開處方或處方由本院所自行調劑	V				90
00220C	4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑	V				120
00221C	5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑	V				345
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	V				320
	註：1.以上第1至5點每月看診日數計算方式： 每月實際看診日數不足二十五日(不含二十五日)，應以實際看診日數計；每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日)，以二十五日計算合理量。 2.第6點山地離島地區每月看診日數計算方式：					



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
	<p>每月實際看診日數不足二十五日(不含二十五日),應以實際看診日數計;每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日),得以當月全月日數計。</p> <p>3.以上第1至6點限向衛生局登記為診所(不含中醫診所及牙醫診所)之特約醫事服務機構申報。</p> <p>4.處方交付特約藥局調劑或未開處方者,不得申報藥事服務費。</p> <p>5.處方由本院所自行調劑者,得另申報門診藥事服務費。</p> <p>6.偏遠地區因所在地無特約藥局,交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑,得比照處方箋交付特約藥局調劑申報。</p> <p>7.本項支付點數含護理費29-39點。</p> <p>8.山地離島地區經總額受託單位與保險人共同協議認定之特殊地區院所得除外,以山地離島地區五十人次以下部分之支付點數申報。</p> <p>9.基層診所醫師診治病人後,應交付處方箋給病人,由病人自行選擇調劑之場所。</p>					

## 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
02020B	<p>緩和醫療家庭諮詢費</p> <p>註：</p> <p>1.適應症：以現行住院或急診重症病患，且已進入末期狀態者為主。</p> <p>2. 相關規範：</p> <p>(1)諮詢參與人員：包括主治醫療團隊、病患或病患家屬。</p> <p>(2)諮詢時間：每一個案諮詢時間至少一小時。</p> <p>(3)諮詢記錄：應有完整的諮詢溝通內容記錄，並應併入病患之病歷記錄留存，紀錄並有參與諮詢醫療團隊及病患或家屬簽名。</p> <p>(4)申報規定：</p> <p>a.另已參與全民健康保險安寧共同照護試辦方案、住院安寧療護及居家安寧照護後，不得再申報。</p> <p>b.每人每院限申報二次。</p>		v	v	v	2250

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	
			醫師調劑	藥事調劑					
05202B	門診藥事服務費（診所及藥局部分） 每人每日80件內 （山地離島地區每人每日100件內） —一般處方給付（7天以內）  —慢性病處方給藥13天以內  —慢性病處方給藥14-27天  —慢性病處方給藥28天以上	v						48	
05203C				v				33	
05204D			v					14	
05223B			v					48	
05224C					v			33	
05225D				v				14	
05206B			v					59	
05207C					v			35	
05208D				v				24	
05210B			v					69	
05211C					v			45	
05212D				v				35	
05234D		門診藥事服務費（診所及藥局部分） 每人每日81-100件內 （山地離島地區每人每日101-120件內）	v		v				18

## 第八節 住院安寧療護

通則：

三、收案條件：

(一)符合安寧緩和醫療條例得接受安寧緩和醫療照護之末期病人(必要條件)。

(二)癌症末期病患：

1. 確定病患對各種治癒性治療效果不佳(必要條件)。

2. 居家照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。

3. 病情急劇轉變造成病人極大不適時，如

(1)高血鈣(Hypercalcemia)

(2)脊髓壓迫(Spinal Cord compression)

(3)急性疼痛(Acute pain)

(4)嚴重呼吸困難(Dyspnea severe)

(5)惡性腸阻塞(Malignant bowel obstruction)

(6)出血(Bleeding)

(7)腫瘤(塊)潰瘍(Ulcerated mass 如 breast cancer, buccal cancer)

(8)嚴重嘔吐(Vomiting severe)

(9)發燒，疑似感染(Fever R/O Infection)

(10)癲癇發作(Seizure)

(11)急性瞻妄(Delirium, acute)

(12)急性精神壓力，如自殺意圖(Acute Psychological distress, Suicide attempt)

(三)末期運動神經元病患：

1. 末期運動神經元病患，不接受呼吸器處理，主要症狀有直接相關及/或間接相關症狀者。

(1)直接相關症狀：虛弱及萎縮、肌肉痙攣、吞嚥困難、呼吸困難。

(2)間接相關症狀：睡眠障礙、便秘、流口水、心理或靈性困擾、分泌物及黏稠物、低效型通氣不足、疼痛。

2. 末期運動神經元患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者。

(四)主要診斷為下列疾病，且已進入末期狀態者(相關入住症狀等條件詳附表)：

1. 老年期及初老期器質性精神病態

2. 其他腦變質

3. 心臟衰竭

4. 慢性氣道阻塞，他處未歸類者

5. 肺部其他疾病

6. 慢性肝病及肝硬化

7. 急性腎衰竭，未明示者

8. 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

五、本節住院照護費所訂點數已包括醫師診察費、護理費、病床費、相關醫療團隊照護費(包含如社工師、心理師、物理治療師、職能治療師等安寧療護相關人員之照護費用)、各項診療、處置費、藥劑費、藥事服務費、特殊材料費及其他雜項成本，如不計價藥材成本、建築與設備成本、水電費支出、廢棄物處理、電子資料處理及行政作業成本等，不得另外申報本標準所列項目，亦不得以其他名目向保險對象收取費用。

編號	診療項目	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
05601K	安寧住院照護費(每日)			v	6409
05602A			v		6409
05603B		v			6409

## 附表

### 二、其他腦變質

嚴重神經疾病如：嚴重中風，嚴重腦傷，Multiple sclerosis, Parkinson's disease, Huntington's disease 等退化性疾病末期，合併以下狀況：

1. 末期腦變質病患，不需使用呼吸器維生者，病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：
  - (1) 電解值不平衡(Electrolyte imbalance)
  - (2) 急性疼痛(Acute pain)
  - (3) 嚴重呼吸困難(Severe dyspnea)
  - (4) 惡性腸阻塞(Malignant bowel obstruction)
  - (5) 嚴重嘔吐(Severe vomiting)
  - (6) 發燒，疑似感染(Fever, suspect infection)
  - (7) 癲癇發作(Seizure)
  - (8) 急性瞻妄(Acute delirium)
  - (9) 瀕死狀態(Predying state)
2. 末期腦變質患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者。

## 第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

### 第一節 檢查 Laboratory Examination

#### 第二十一項 內視鏡檢查 Endoscopy Examination (28001-28039)

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
28030C	經內視鏡切片(每一診次) Endoscopic biopsy, each exam. 註：內含一般材料費及單一使用之拋棄式生檢針及組織夾費用。	v	v	v	v	940

## 第四節 復健治療 Rehabilitation Therapy

### 第四項 語言治療 Communication Therapy (44001~44016)

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
44001A	簡單Simple：指治療項目一項以上，合計治療時間未滿30分鐘之簡單治療。			V	V	240
44002B			V			210
44003C		V				145
44004A	中度Moderate：指治療項目二項以上，合計治療時間超過30分鐘至40分鐘以內之中度治療。			V	V	320
44005B			V			280
44011C		V				265
44006C		V				190
44013A	中度-複雜：指治療項目三項以上，合計治療時間超過40分鐘至50分鐘以內之中度治療。			V	V	480
44014B			V			420
44015C		V				400
44016C		V				290
44007A	複雜Complicated：指治療項目四項以上，合計治療時間超過50分鐘以上之複雜治療。			V	V	600
44008B			V			525
44012C		V				500
44009C	備註： 1.治療項目 ST 1. 聽能瞭解訓練 Auditory comprehension training ST 2. 口語訓練 Verbal production ST 3. 輔導溝通法 Augmentative communication system ST 4. 認讀訓練 Reading training ST 5. 書寫訓練 Writing training ST 6. 視知覺訓練 Visual perception ST 7. 高階層認知訓練 High level cognitive function training ST 8. 觸覺肌動法 Tactile stimulation ST 9. 口腔動作訓練 Oral Tx. ST 10. 發音部位法 Phonetic placement ST 11. 聽辨訓練 Auditory discrimination ST 12. 節律訓練 Rhythm training ST 13. 視聽迴饋法 Audiovisual feedback monitoring ST 14. 語言分析 Acoustu analysis ST 15. 其他經保險人核可者 2.44011C、44012C、44015C限復健科專科醫師開設之基層院所或基層院所聘有專任之復健專科醫師者申請。	V				360

## 第七節 手術

### 第七項 消化器 Digestive System

#### 三、胃 Stomach (72001-72050)

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
72050B	<p>內視鏡黏膜切除術</p> <p>註：</p> <p>1.適應症：</p> <p>(1)超過 2 公分無莖型之胃腸道息肉或黏膜病灶。</p> <p>(2)早期胃腸道癌症(包括食道、胃、十二指腸、大腸、直腸)。</p> <p>(3)胃腸道黏膜下腫瘤，如類癌(carcinoid)。</p> <p>2.相關規範：不得同時申報之診療項目及編號： 28016C、28017C、28030C、28031C、47074C、49014C、47043B、49026C、49023C、73008B、74207C。</p> <p>3.內含一般材料費及拋棄式息肉切除環與先端部固定環費用，得另加計 63%。</p>		v	v	v	8199



第十節 麻醉費 (96000~96026)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
96017C	半開放式或半閉鎖式面罩吸入全身麻醉法 Semi-opened or semi-closed mask Inhalation general anesthesia — 二小時以內 under 2 hours	v	v	v	v	3582
96018C	— 二小時至四小時，每增加30分鐘 2-4 hours,each 30 minutes added	v	v	v	v	895
96019C	— 四小時以上，每增加30分鐘 over 4 hours,each 30 minutes added	v	v	v	v	1119
	註： 1.限麻醉科專科醫師施行。 2.牙科施行本項目須符合下列情況： (1)施行口腔顎面外科開刀房手術。 (2)智障、自閉症、重度以上身心障礙病患。 (3)兒童罹患全身性重大傷病或極端不合作，恐懼或焦慮，罹患廣泛的牙疾（含阻生齒）且無法獲得良好的門診治療，經行為控制無效，無法施行局部麻醉，須以全身麻醉進行牙科治療者，須事前專案向保險人申請。					
96020C	半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法 Semi-closed or closed-circulative intratracheal intubation general anesthesia — 二小時以內 under 2 hours	v	v	v	v	3917
96021C	— 二小時至四小時，每增加30分鐘 2-4 hours,each 30 minutes added	v	v	v	v	895
96022C	— 四小時以上，每增加30分鐘 over 4 hours,each 30 minutes added	v	v	v	v	1119
	註： 1.限麻醉科專科醫師施行。 2.牙科施行本項目須符合下列情況： (1)施行口腔顎面外科開刀房手術。 (2)智障、自閉症、重度以上身心障礙病患。 (3)兒童罹患全身性重大傷病或極端不合作，恐懼或焦慮，罹患廣泛的牙疾（含阻生齒）且無法獲得良好的門診治療，經行為控制無效，無法施行局部麻醉，須以全身麻醉進行牙科治療者，須事前專案向保險人申請。					

### 第三部 牙醫

#### 第一章 門診診察費

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
00128C	一重度以上特定身心障礙(非精神疾病)者診察費 限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」 適用對象之牙醫醫療服務申報。	√	√	√	√	520
00301C	一中度特定身心障礙(非精神疾病)者診察費 限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」 適用對象之牙醫醫療服務申報。	√	√	√	√	420
00302C	一中度以上精神疾病患者診察費 註：1.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。 2.限精神病及精神分裂之患者。	√	√	√	√	320
00303C	一輕度特定身心障礙者(非精神疾病)及失能老人診察費 註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。	√	√	√	√	320
00129C	符合加強感染管制之牙科門診診察費 1.每位醫師每日門診量在二十人次以下部份(≤20) 一處方交付特約藥局調劑	√	√	√	√	285
00130C	一未開處方或處方由本院所自行調劑	√	√	√	√	285
00133C	2.山地離島地區 一處方交付特約藥局調劑	√	√	√	√	305
00134C	一未開處方或處方由本院所自行調劑	√	√	√	√	305
	註：1.牙醫特約醫事服務機構須依「牙醫院所感染管制 SOP 作業細則」執行，並依附表 3.1.1「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」自行評分，自評合格者應將考評表函送至保險人所轄分區業務組，並於次月開始申報之。惟經抽查不合格者自文到次月起不得申報，三個月後得申請複查，通過者於文到次月起得再行申報。 2.初次申報此項時，附上「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」以為核備。 3.處方交付特約藥局調劑或未開處方者，不得					

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
	申報藥事服務費。 4.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。 5.偏遠地區因所在地無特約藥局，交付慢性病連續處方箋至其他特約醫院或衛生所調劑，得比照處方箋交付特約藥局調劑。 6.本項支付點數含護理費 29-39 點。					

附表 3.1.1 牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表

B.軟體方面

項目	評分標準	自評	訪評	備註
1.完備病人預警防範措施	C.看診前詢問病人病史。			
	B.符合C，詢問病人詳細全身病史，並完整登載病歷首頁。			
	A.符合B，並依感染管制原則如「公筷母匙」、「單一劑量」、「單一流程」等執行看診。			
2.適當個人防護措施	C.牙醫師看診及牙醫助理人員跟診時穿戴口罩、手套及清潔之工作服。			
	B.符合C，視狀況穿戴面罩或眼罩。			
	A.符合B，並依感染管制原則「減少飛沫氣霧」執行看診。			
10.感染管制流程製訂	C.診所須依牙科感染管制SOP，針對自家診所狀況，制訂看診前後感染控制流程、器械滅菌消毒流程及紀錄表。			
	B.符合C，診所定期全員宣導及遵循。			
	A.符合B，完備紀錄存檔。			

註一：在巡迴醫療，特殊醫療照顧，矯正機關內，若無法在當地委託清運公司處理醫療廢棄物時，應將醫療廢棄物依據牙醫院所感染管制SOP作業細則步驟三貯存容器與規定，並將醫療廢棄物置於密閉5°C以下之冷藏箱自行運送至原來醫療院所，委由清運公司處理。

院所陪檢醫師簽名：\_\_\_\_\_ 審查醫藥專家簽名：\_\_\_\_\_

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

第一節 牙體復形 Operative Dentistry (89001-89013, 89088, 89101-89113)

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
89013C	複合體充填 Compomer restoration 註：1.限恆牙牙根齲齒申報。 2.每顆牙一年半內不得重複申報。 3.應於病歷詳列充填牙面部位。	v	v	v	v	800
	特殊狀況之銀粉充填 Amalgam restoration					
89101C	— 單面 single surface	v	v	v	v	450
89102C	— 雙面 two surfaces	v	v	v	v	600
89103C	— 三面 three surfaces 註：1.適用於「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。	v	v	v	v	750
	特殊狀況之前牙複合樹脂充填 Anterior teeth compositeresin restoration					
89104C	— 單面 single surface	v	v	v	v	450
89105C	— 雙面 two surfaces 註：1.適用於「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以二面為限。	v	v	v	v	600
	特殊狀況之後牙複合樹脂充填 Posterior teeth composite resin restoration					
89108C	— 單面 single surface	v	v	v	v	600
89109C	— 雙面 two surfaces	v	v	v	v	800

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
89110C	一三面 three surfaces 註：1.適用於「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。	v	v	v	v	1000
89111C	特殊狀況之玻璃離子體充填 Glass Ionomer Cement 註：1.適用於「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。	v	v	v	v	400
89112C	特殊狀況之前牙三面複合樹脂充填 Anterior teeth composite resin restoration 註：1.適用於「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。 2.應於病歷詳列充填牙面部位。 3.申報面數最高以三面為限。	v	v	v	v	1050
89113C	特殊狀況之複合體充填 Compomer restoration 註：1.適用於「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。 2.限恆牙牙根齲齒申報。 3.應於病歷詳列充填牙面部位。	v	v	v	v	800

第二節 根管治療 Endodontics (90001-90021, 90088, 90091-90098, 90112)

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
90001C	恆牙根管治療 (單根) Endodontics	v	v	v	v	1010
90002C	恆牙根管治療 (雙根) Endodontics	v	v	v	v	2010
90003C	恆牙根管治療 (三根以上) Endodontics	v	v	v	v	3010
90019C	恆牙根管治療 (四根) Endodontics	v	v	v	v	4010
90020C	恆牙根管治療 (五根(含)以上) Endodontics 註：1.本項費用包括X光費用、局部麻醉、斷髓治療、根管沖洗、換藥、擴大及根管充填等各有關治療項目費用在內。 2.本項目於全部治療過程完畢併加90015C專案申報；如未完成，改以90015C申報。(期間限申報一次診療費) 3.申報費用時，需附治療前與治療後X光片以為審核；「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象無法配合照射X光片不在此限。 4.六十天之同一牙位重新治療為同一療程。 5.如同牙位九十天內重覆申報90001、90002C、90003C、90019C、90020C者，則以支付點數最高者申報。	v	v	v	v	5010
90015C	根管開擴及清創 Canal enlarge & debridement 註：1.單獨申報此費用時，需檢附未完成充填前X光片以為審核。「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象不在此限。 2.已申報斷髓處理，六十天內不得再申報此項費用。 3.六十天內不得重覆申報。 4.本項目X光片費用已內含。 5.麻醉費用內含。	v	v	v	v	410

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
90016C	<p>乳牙根管治療 Milk tooth pulpectomy</p> <p>註：1.本項費用包括X光費用、局部麻醉、拔髓治療、根管沖洗、換藥、擴大及根管充填等各有關治療項目費用在內。</p> <p>2.本項目於全部治療過程完畢併加90015C專案申報（如已申報90005C，六十天內不得再併加90015C申報）；如未完成，改以90015C申報。（期間限申報一次診療費）。</p> <p>3.申報費用時，需附治療前與治療後X光片以為審核。「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象，如情況特殊無法配合，得不在此限，但應於病歷詳細記錄原因。</p> <p>4.九十天內不得重複申報。</p>	v	v	v	v	1010
90017C	<p>恆牙斷髓處理 tooth pulpotomy</p> <p>註：限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報。</p>	v	v	v	v	600
90018C	<p>乳牙多根管治療 Milk tooth pulpectomy</p> <p>註：1.本項費用包括X光費用、局部麻醉、拔髓治療、根管沖洗、換藥、擴大及根管充填等各有關治療項目費用在內。</p> <p>2.本項目於全部治療過程完畢併加 90015C專案申報（如已申報90005C，六十天內不得再併加90015C申報）；如未完成，改以 90015C申報。（期間限申報一次診療費）</p> <p>3.申報費用時，需附治療前與治療後X光片以為審核。「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象，如情況特殊無法配合，得不在此限，但應於病歷詳細記錄原因。</p> <p>4.九十天內不得重複申報。</p>	v	v	v	v	1410



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
90021C	特殊狀況—保護性肢體制約 Protective physical restraint for the handicapped 註：1.治療時需使用束縛帶於身心障礙者的四肢以防止躁動。 2.限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」重度以上適用對象之牙醫醫療服務申報。 3.須檢附病患或監護人同意書及接受治療患者使用束縛帶的診療照片乙張。	v	v	v	v	300
90112C	特殊狀況橡皮障防濕裝置 Rubber dam appliance 註：1.治療需要時，需使用橡皮障防濕裝置費(限「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」適用對象之牙醫醫療服務申報)。 2.使用橡皮障防濕裝置時，需檢附X光片或相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)佐證(X光片或相片費用已內含)。 3.含張口器費用。	v	v	v	v	250

第三節 牙周病學 Periodontics (91001~91018, 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
91003C	牙結石清除 Scaling — 局部localized	v	v	v	v	150
91004C	— 全口full mouth	v	v	v	v	600
註：1.限有治療需要之患者每半年最多申報一次。 2.半年內全口分次執行之局部結石清除，均視為同一療程，其診察費僅給付一次。同療程時間內若另申報全口牙結石清除術，則刪除同療程內已申報之局部牙結石清除費用。(同限象不得重覆申報) 3.牙結石清除須作潔牙說明，其後作刷牙復習。 4.91003C需依四象限申報。 5.十三歲以下兒童（「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象除外）非全口性牙周病者不得申報全口牙結石清除，病歷上應詳實記載備查；申報91003C或91004C需附相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)或X光片以為審核。						
91015C	特定牙周保存治療 -全口總齒數 9-15 顆	v	v	v	v	2000
91016C	-全口總齒數 4-8 顆	v	v	v	v	1000
註：1.限總齒數至少 4 顆且未達 16 顆之患者申報。 2.申報費用時，需附當次牙菌斑控制紀錄及一年內囊袋深度紀錄（其中全口總齒數 9-15 顆者，至少 4 顆牙齒有測量部位囊袋深度超過 5mm(含)以上；全口總齒數 4-8 顆者，至少 2 顆牙齒有測量部位囊袋深度超過 5mm(含)以上。）及治療前全口 X 光片（限咬翼片或根尖片，須符合患者口腔現況，X 光片費用另計）以為審核。 3.本項主要執行牙周檢查、牙菌斑控制紀錄及去除指導，並視患者病情提供全口牙結石清除、齒齦下刮除或牙根整平之治療。 4.每九十天限申報一次。 5.申報 91006C~91008C 半年內不得申報本項目，另申報此項九十天內不得再申報 91003C~91004C、91006C~91008C。						

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.與其他牙結石清除需間隔三個月。 4.不得同時申報91014C。	V	V	V	V	800
91018C	牙周病支持性治療 註：1.限經「全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」核備之醫師，執行院所內已完成第三階段(P4003C)患者之牙醫醫療服務，且需與第二階段(P4002C)間隔九十天。 2.申報費用時，需附當次牙菌斑控制紀錄及一年內囊袋深度紀錄以為審核(其中至少一顆牙齒有測量部位囊袋深度超過5mm(含)以上)。 3.本項主要執行牙結石清除、牙菌斑偵測及去除維護教導，並視患者病情提供齒齦下刮除或牙根整平之治療。 4.每九十天限申報一次。 5.申報91006C~91008C半年內不得申報本項目，另申報此項九十天內不得再申報91003C~91004C、91006C~91008C、91015C~91016C。	V	V	V	V	1000
91103C 91104C	特殊狀況牙結石清除 -局部 -全口 註： 1.適用於「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。 2.限有治療需要之患者每九十天最多申報一次。 3.重度以上患者每六十天得申報一次。 4.九十天內(重度以上六十天內)全口分次執行之局部結石清除，均視為同一療程，其診察費僅給付一次。同療程時間內若另申報全口牙結石清除術，則刪除同療程內已申報之局部牙結石清除費用(同象限不得重覆申報)。	V V	V V	V V	V V	150 600

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
91114C	特殊牙周疾病控制基本處置 註：1.適用於「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。 2.牙菌斑偵測及去除維護教導。 3.九十天可申報一次。	v	v	v	v	250

第四節 口腔顎面外科 Oral Surgery (92001~92073, 92088-92089)

第一項 處置及門診手術

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
92014C	<p>複雜性拔牙 Complicated extraction</p> <p>註： 一、依牙醫門診總額支付制度臨床指引申報。 二、全身性疾病患者或六十五歲以上患者或第三大白齒可依本項申報。 全身性疾病包含： 1.符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象。 2.心臟病必須術前抗生素預防或服用抗凝血劑。 3.服用抗凝血劑療程中。 4.洗腎病人。 5.張口困難(含口腔癌病人)不及 2.5 公分。 6.曾經接受器官移植病人。 7.凝血障礙或白血球障礙病人。 8.經診斷有糖尿病或高血壓患者。 9.曾經接受頭頸部放射治療或一年內接受過化學治療。 10.愛滋病。 11.免疫性疾病，長期服用類固醇病人。 12.肝硬化及癌症患者。 三、需檢附術前X光片以為審核(X光片及局部麻醉費用已內含，「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之適用對象經安撫無法配合者不在此限)。</p>	V	V	V	V	900
92073C	<p>口腔黏膜難症特別處置 Management of difficult oral mucosal disease</p> <p>註：1.限經臨床特徵或病理報告確診為特殊口腔黏膜難症疾病患者申報。 2.限口腔顎面外科、口腔病理專科醫師或經口腔癌統合照護計畫核備醫師申報。 3.每七天申報乙次，診斷確立起三百六十天內不得申報超過二十四次。 4.病歷應詳實記載並檢附(1)病理切片報告(二年內)或(2)相關血液檢驗報告(二年內)或(3)詳細臨床病歷以為審核。 5.不得同時申報92001C、92066C處置。</p>	V	V	V	V	600

附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則

一、實施範圍定義：

(一) 醫療費用

1. 申報之總醫療費用點數(含部分負擔)。

2. 下列項目費用，不列入計算：

(6) 感染管制診察費差額(55點)。

(二) 下列牙醫師不適用本原則之折付方式：

1. 該分區已結算之最近四季浮動點值之平均值超過 1.05 元，則該年度該分區專任牙醫師不適用本原則之折付。

## 第四部 中 醫

### 第三章 藥品調劑費

編號	診療項目	支付點數
A31	藥品調劑費 — 修習中藥課程達適當標準之藥師調劑	23
A32	— 中醫師親自調劑	13
	註：1.未開藥者不得申報藥品調劑費。 2.修習中藥課程達適當標準之藥師調劑者，須先報備，經證明核可後申報。	

## 第五部 居家照護及精神病患者社區復健

### 第一章 居家照護

通則：

- 九、院所申報護理訪視費，每位居家護理人員每月訪視個案數以100人次(含)為合理量；超過100人次者，自第101個人次起，屬超出合理量。若同時執行第五部第三章安寧居家療護乙類(社區安寧)，則每位居家護理人員每月訪視個案數以75人次(含)為合理量，超過75人次者，自第76人次起，屬超出合理量。
- 十、為能快速回應病人發生之緊急狀況，申報本章之保險醫事服務機構或護理機構應提供居家照護專業人員24小時電話諮詢服務。

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
	一資源耗用群為第一類					
	護理訪視費(次)(在合理量內)					
05301C	1.在宅	√	√	√	√	1050
05342C	2.機構	√	√	√	√	840
	山地離島地區護理訪視費(次)(在合理量內)					
05302C	1.在宅	√	√	√	√	1155
05343C	2.機構	√	√	√	√	924
	護理訪視費(次)(超出合理量)					
05328C	1.在宅	√	√	√	√	420
05344C	2.機構	√	√	√	√	420
	山地離島地區護理訪視費(次)(超出合理量)					
05329C	1.在宅	√	√	√	√	460
05345C	2.機構	√	√	√	√	460
	一資源耗用群為第二類					
	護理訪視費(次)(在合理量內)					
05303C	1.在宅	√	√	√	√	1455
05346C	2.機構	√	√	√	√	1164
	山地離島地區護理訪視費(次)(在合理量內)					
05304C	1.在宅	√	√	√	√	1601
05347C	2.機構	√	√	√	√	1280
	護理訪視費(次)(超出合理量)					
05330C	1.在宅	√	√	√	√	580
05348C	2.機構	√	√	√	√	580
	山地離島地區護理訪視費(次)(超出合理量)					
05331C	1.在宅	√	√	√	√	640
05349C	2.機構	√	√	√	√	640
	一資源耗用群為第三類					
	護理訪視費(次)(在合理量內)					
05305C	1.在宅	√	√	√	√	1755
05350C	2.機構	√	√	√	√	1404



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
	山地離島地區護理訪視費(次)(在合理量內)					
05306C	1.在宅	√	√	√	√	1931
05351C	2.機構	√	√	√	√	1544
	護理訪視費(次)(超出合理量)					
05332C	1.在宅	√	√	√	√	700
05352C	2.機構	√	√	√	√	700
	山地離島地區護理訪視費(次)(超出合理量)					
05333C	1.在宅	√	√	√	√	770
05353C	2.機構	√	√	√	√	770
	一資源耗用群為第四類					
	護理訪視費(次)(在合理量內)					
05321C	1.在宅	√	√	√	√	2055
05354C	2.機構	√	√	√	√	1644
	山地離島地區護理訪視費(次)(在合理量內)					
05322C	1.在宅	√	√	√	√	2261
05355C	2.機構	√	√	√	√	1808
	護理訪視費(次)(超出合理量)					
05334C	1.在宅	√	√	√	√	820
05356C	2.機構	√	√	√	√	820
	山地離島地區護理訪視費(次)(超出合理量)					
05335C	1.在宅	√	√	√	√	900
05357C	2.機構	√	√	√	√	900
	註：1.資源耗用群分類：					
	第一類：需居家護理一般照護項目之病人					
	第二類：需居家護理特殊照護群組任一組之病人					
	第三類：需居家護理特殊照護群組任二組之病人					
	第四類：需居家護理特殊照護群組任三組及以上之病人					
	2.所訂點數含訪視、護理服務、治療處置、代採檢體及送檢之檢查費、治療材料及電子資料處理等費用在內。					
	3.上項代採之檢體，委託代檢機構應以保險醫事服務機構或保險人指定之醫事檢驗機構為限。					
	4.視訪時間應記錄於訪視紀錄內，並請患者或其家屬簽章。					
	5.訪視次數每一個案每月以二次為限，出院後新收個案當次之訪視，不計算於當月訪視次數內；依病情需要多於二次者，申報費用時應檢附護理計畫，並詳述理由。					

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	醫師訪視費(次)					
05307C	1.在宅	V	V	V	V	1553
05358C	2.機構	V	V	V	V	1242
	山地離島地區醫師訪視費(次)					
05308C	1.在宅	V	V	V	V	1709
05359C	2.機構	V	V	V	V	1367
	—同一醫師，應同一承辦居家照護業務機構之請，當日訪視個案在五個以上者，自第五個個案起，其訪視費依本項申報。					
05309C	1.在宅	V	V	V	V	600
05360C	2.機構	V	V	V	V	600
	—山地離島地區同一醫師，應同一承辦居家照護業務機構之請，當日訪視個案在五個以上者，自第五個個案起，其訪視費依本項申報。					
05310C	1.在宅	V	V	V	V	660
05361C	2.機構	V	V	V	V	660
	註： 1.訪視次數每一個案每二個月以一次為限，若病人病情有顯著變化，需要多於一次者，申報費用時應檢附訪視紀錄，並詳述理由。 2.每位醫師訪視個案數，每日以八個為限；每月以一百八十個為限。 3.訪視醫師，以與保險人特約之保險醫事服務機構之醫師為限。					

附表 5.1.1 居家護理特殊照護項目表

特殊照護群組	支付標準 編 號	診 療 項 目
1.氣切護理	56004C	換造口器 Change tracheostomy set 註：含氣切造瘻口處理 Tracheostomy care
2.留置導尿管護理	47014C 50022C	留置導尿 Urinal indwelling catheterization 更換腎臟引流或膀胱引流管 Catheter change
3.留置鼻胃管護理	47017C	胃管插入(或更換) Insertion of nasogastric tube 註：更換胃管(Change N-G tube)比照申報。
4.膀胱灌洗	50012C	膀胱灌洗 Bladder irrigation
5.三、四期壓瘡傷口護理	48001C 48002C 48003C 48004C 48005C	淺部創傷處理-傷口長 5 公分以下者 Wound treatment <5 cm 淺部創傷處理-傷口長 5-10 公分者 Wound treatment 5-10 cm 淺部創傷處理-傷口長 10 公分以上者 Wound treatment >10 cm 深部複雜創傷處理-傷口長 5 公分以下者 Debridment <5 cm 深部複雜創傷處理-傷口長 5-10 公分者 Debridment 5-10 cm 註：傷口程度分期係採用國際腸造瘻治療協會及美國國家褥瘡學會的分類法；本項護理含傷口評估、淺部或深部創傷縫合、接紮、擴創處理、教導家屬換藥技巧及預防其他部位壓瘡發生；糖尿病足末梢動靜脈阻塞之皮膚潰爛護理比照申報。訪視紀錄請註明處置日期和部位。
6.大量液體點滴注射	39004C	大量液體點滴注射 IV drip (林格兒氏液、Rock 液、生理食鹽水、葡萄糖液、困糖液或血液代用劑等)注射。 註：含靜脈留置針設立，觀察病患對注射藥物之反應、教導家屬觀察注射部位之狀況及維護靜脈點滴之通暢。
7.造口護理	49004C 49005C 49020B 49021B 49022B	肛門切除後治療 Post APR wound care 人工肛門灌洗 Colostomy irrigation 三路灌洗 Three way irrigation 迴腸造口永久裝具裝置 Ileostomy, permanent appliance 迴腸膀胱永久裝具裝置 Ileum bladder, permanent appliance

註：48004C「深部複雜創傷處理-傷口長 5 公分以下者」及 48005C「深部複雜創傷處理-傷口長 5-10 公分者」二項診療項目，依病人之實際需要並由醫師開立醫囑者得另行核實申報。

附表 5.1.2 居家護理一般照護項目表

支付標準 編號	診 療 項 目
(免填報)	小量注射：如肌肉注射、皮下注射、靜脈注射
	靜脈點滴加藥
	藥物敏感反應試驗(Cytomack test, Penicillin test 等)
	濕氣吸入治療 Humidity inhalation、呼吸道抽吸 Suction、體位引流 Postural drainage
	被動性關節運動 Passive R.O.M.
	置入器皮下注射(port-A)及護理
	小換藥(10 公分以下) Change dressing small (<10 cm)
	中換藥(10-20 公分) Change dressing medium (10-20 cm)
	大換藥(20 公分以上) Change dressing large (>20 cm)
	拆線-傷口在 10cm 以下 Remove Stiches <10 cm
	拆線-傷口在 10cm 以上 Remove Stiches >10 cm
	一般導尿、更換尿袋、尿管護理、拔除尿管之膀胱訓練
	口腔護理
	塞劑給予、糞嵌塞清除 Cleaning fecal impaction
	甘油灌腸 Glycerin enema(大小量灌腸比照本項)
	礦物油留置灌腸 Retension enema(留置灌腸比照本項)
一般身體檢查、護理指導(含胰島素注射及傷口照顧指導)	
酒精拭浴 Alcohol packing、薄荷擦拭 Menthol packing	
會陰沖洗 Perineal irrigation care	
其它護理項目	

### 第三章 安寧居家療護

通則：

二、收案條件：

(一)符合安寧緩和醫療條例得接受安寧緩和醫療照護之末期病人(必要條件)。

(二)癌症末期病患：

1. 確定病患對各種治癒性治療效果不佳(必要條件)。

2. 居家照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。

3. 病情急劇轉變造成病人極大不適時，如

(1) 高血鈣(Hypercalcemia)

(2) 脊髓壓迫(Spinal Cord compression)

(3) 急性疼痛(Acute pain)

(4) 嚴重呼吸困難(Dyspnea severe)

(5) 惡性腸阻塞(Malignant bowel obstruction)

(6) 出血(Bleeding)

(7) 腫瘤(塊)潰瘍(Ulcerated mass 如 breast cancer, buccal cancer)

(8) 嚴重嘔吐(Vomiting severe)

(9) 發燒，疑似感染(Fever R/O Infection)

(10) 癲癇發作(Seizure)

(11) 急性瞻妄(Delirium, acute)

(12) 急性精神壓力，如自殺意圖(Acute Psychological distress, Suicide attempt)

(三)末期運動神經元病患：

1. 末期運動神經元病患，不接受呼吸器處理，主要症狀有直接相關及/或間接相關症狀者。

(1) 直接相關症狀：虛弱及萎縮、肌肉痙攣、吞嚥困難、呼吸困難。

(2) 間接相關症狀：睡眠障礙、便秘、流口水、心理或靈性困擾、分泌物及黏稠物、低效型通氣不足、疼痛。

2. 末期運動神經元患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者。

(四)主要診斷為下列疾病，且已進入末期狀態者(相關症狀等條件詳附表)：

1. 老年期及初老期器質性精神病態

2. 其他腦變質

3. 心臟衰竭

4. 慢性氣道阻塞，他處未歸類者

5. 肺部其他疾病

6. 慢性肝病及肝硬化

7. 急性腎衰竭，未明示者

8. 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

(五)經醫師診斷或轉介之末期狀態病患，其病情不需住院治療，但仍需安寧居家療護者。

(六)病人之自我照顧能力及活動狀況需符合 ECOG scale (Eastern Cooperative Oncology Group Scale) 2 級以上(對照 Patient Staging Scales, PS, Karnofsky: 50-60)。

編號	診療項目	基層診所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	甲類： 醫師訪視費用(次)					
05312C	—在宅	√	√	√	√	1553
05362C	—機構	√	√	√	√	1242
	醫師訪視費用山地離島地區(次)					
05323C	—在宅	√	√	√	√	1709
05363C	—機構	√	√	√	√	1367
	乙類： 醫師訪視費用(次)					
05336C	—在宅	√	√	√	√	1088
05364C	—機構	√	√	√	√	870
	醫師訪視費用山地離島地區(次)					
05337C	—在宅	√	√	√	√	1196
05365C	—機構	√	√	√	√	956
	註： 1. 訪視次數每一個案每週以乙次為原則，若病人病情有顯著變化，需要多於每週乙次者，申報費用時應檢附訪視記錄，並詳述理由。 2. 每位醫師每月訪視次數以四十五次為限。					
	—訪視時間一小時以內 (≤1 小時)					
	甲類： 護理訪視費(次)					
05313C	—在宅	√	√	√	√	1650
05366C	—機構	√	√	√	√	1320
	護理訪視費山地離島地區(次)					
05324C	—在宅	√	√	√	√	1815
05367C	—機構	√	√	√	√	1452
	乙類： 護理訪視費(次)					
05338C	—在宅	√	√	√	√	1155
05368C	—機構	√	√	√	√	924
	護理訪視費山地離島地區(次)					
05339C	—在宅	√	√	√	√	1271
05369C	—機構	√	√	√	√	1016

編 號	診 療 項 目	基 層 診 所	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數
	一訪視時間一小時以上 (>1小時)					
	甲類：					
	護理訪視費(次)					
05314C	—在宅	√	√	√	√	2250
05370C	—機構	√	√	√	√	1800
	護理訪視費山地離島地區(次)					
05325C	—在宅	√	√	√	√	2475
05371C	—機構	√	√	√	√	1980
	乙類：					
	護理訪視費(次)					
05340C	—在宅	√	√	√	√	1575
05372C	—機構	√	√	√	√	1260
	護理訪視費山地離島地區(次)					
05341C	—在宅	√	√	√	√	1733
05373C	—機構	√	√	√	√	1386
	註：					
	1.護理人員訪視次數每一個案每週以二次為原則，若病人病情有顯著變化，需要多於每週二次者，申報費用時應檢附訪視記錄，並詳述理由。					
	2.每位護理人員每月訪視次數以四十五次為限。					
	3.護理訪視費所訂點數含訪視、護理服務、治療處置、代取藥、代採檢體及送檢之檢查費、治療材料及電子資料處理等費用在內。					

編號	診療項目	基層診所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
05326C	臨終病患訪視費	v	v	v	v	5000
05327C	臨終病患訪視費山地離島地區 註： 1.限訪視臨終病患，且 ECOG 大於三級以上(含三級)之病患，實際訪視時間在二小時以上(含二小時)，始得申報此項費用，每位病患申報訪視次數僅限一次。 2.甲乙兩類醫事人員皆可申報。 3.服務內容需包含臨終訪視、善終準備及家屬哀傷輔導等。	v	v	v	v	5500
05315C 05374C	其他專業人員處置費(次)：目前僅限於社會工作人員或心理師 —在宅 —機構 註： 1. 現暫定為社會工作人員或心理師。訪視次數每一個案每週以乙次為原則，若病人病情有顯著變化，需要多於每週乙次者，申報費用時應檢附訪視記錄，並詳述理由。 2. 每位專業人員每月訪視次數以四十五次為限。	v	v	v	v	1050 840
05316C	病患自控式止痛處置及材料費 (Patient- Controlled Anagesia, PCA) 註： 1. 所訂點數含 PCA 幫浦注射費、PCA 裝置(set)、PCA 袋(bag)等。 2. 每一個案每月限申報二次。	v	v	v	v	1890



## 第七部 全民健康保險住院診斷關聯群 (Taiwan Diagnosis Related Groups, Tw-DRGs)

### 第一章 Tw-DRGs 支付通則

三、下列案件不適用本部支付標準：

(十二) 複雜性多重骨盆腔器官脫垂，須同時施行骨盆腔多器官重建手術之個案。處置碼為：(684+7077+7050)、(6859+7077+7050)、(7050+6922+7092)、(7079+6922+7092)，有或無合併(5979、595)，共計八組。

六、各案件依全民健康保險住院診斷關聯群分類表認定 Tw-DRG 後，依下列原則計算 Tw-DRG 支付點數：

(六) 下列項目得另行核實申報不含於 DRG 支付點數，其點數亦不得計入本通則六所稱實際醫療服務點數計算。

3. 次診斷為癌症及性態未明腫瘤之個案核實申報之化療、放療費用，應符合下列三項要件：

(2) 處置碼包括化療(99.25，化療注射劑始需編處置碼)、荷爾蒙注射療法(99.24，荷爾蒙注射療法始需編處置碼)或放療(92.2X)。