

# 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準 部分診療項目修正草案總說明

依據全民健康保險法第四十一條規定、本署於一百零三年十二月二十四日召開之一百零三年度第三次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂臨時會議」，爰配合修正本支付標準。

修正重點說明如下：

## 一、西醫(第二部)

### (一)第一章基本診療章第一節門診診察費：

1. 調整第一、二、五階段看診人次及第五階段支付點數。

2. 修改註1如下：

(1) 以上1-5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25日計算合理量。

(2) 第6點山地離島地區每月看診日數計算方式：每月實際看診日數不足二十五日(不含二十五日)，應以實際看診日數計；每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日)，得以當月全月日數計。

3. 本節之修訂實施日期自104年2月1日起。

(二)第一章基本診療章第二節住院診察費：調高診療項目「02020B緩和醫療家庭諮詢費」之支付點數，並放寬申報次數為二次，且將急診末期病患納入適應症範圍。

(三)第一章基本診療章第八節：

1. 修訂通則三、收案條件之(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)。及通則五、明定相關醫療團隊

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)。

2.調升安寧住院照護費(每日)支付編號「05601K」、「05602A」、「05603B」之點數並修訂附表二之文字，將其他大腦變質修訂為其他腦變質。

(四)為將手術或處置過程面使用之特殊材料，以包裹支付方式，內含於支付點數或調高材料費得另計比率。本次共增修二項診療項目。包括：

1.診療項目「28030C經內視鏡切片」：調高支付點數並明訂註之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(第二章特定診療第一節檢查)。

2. 診療項目「72050B內視鏡黏膜切除術」：明定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%(第二章特定診療第七節手術)。

(五)第二章特定診療第十節麻醉費：修訂診療項目「96017C」、「96018C」、「96019C」、「96020C」、「96021C」、「96022C」共六項之註文字。

## 二、牙醫(第三部)

(一)第一章門診診察費：

1.調高診療項目「00128C」、「00301C」、「00302C」、「00303C」、「00129C」、「00130C」、「00133C」、「00134C」共八項支付點數並配合特殊醫療服務試辦計畫修訂文字內容。

2. 修訂附表3.1.1牙醫院所感染控制SOP作業考評表之文字。

(二)配合特殊醫療服務試辦計畫修訂「89013C」、「89101C」、「89102C」、「89103C」、「89104C」、「89105C」、「89108C」、「89109C」

、「89110C」、「89111C」、「89112C」、「89113C」共十二項之註文字內容(第三章牙科處置及手術第一節牙體復形)。

(三)配合特殊醫療服務試辦計畫修訂「90001C」、「90002C」、「90003C」、「90019C」、「90020C」、「90015C」、「90016C」、「90017C」、「90018C」、「90112C」共十項之註文字內容並新增「90021C特殊狀況—保護性肢體制約」診療項目(第二節根管治療)。

(四)配合特殊醫療服務試辦計畫，修訂診療編號「91003C」、「91004C」、「91104C」、「91114C」共四項之註文字內容並新增「91015C」、「91016C」、「91017C」、「91018C」、「91103C」共五項診療項目(第三節牙周病學)。

(五)第四節口腔顎面外科：

1.配合特殊醫療服務試辦計畫修訂診療編號「92014C」之註及適應症文字內容並新增「92073C口腔黏膜難症特別處置」診療項目。

2.修訂附表3.3.3「牙醫相對合理門診點數給付原則」之感染管制診察費差額及不適用範圍。

### 三、居家照護(第五部) 住院安寧療護

#### (一)第一章居家照護

1.修訂通則九及增列通則十「為能快速回應病人發生之緊急狀況，申報本章節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」。

2.將原診療項目「05301C」等共二十項支付項目，拆分為機構及在宅，共四十項診療項目等並調升支付點數。

3.增列附表5.1.1居家護理特殊照護項目表之註：「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。

4.增列附表5.1.2 居家護理一般照護項目表中補充文字說明。

## (二)第三章安寧居家照護

- 1.修訂通則二、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)。
2. 將原診療項目「05312C」等共十三項支付項目，拆分為機構及在宅，共二十六項診療項目並調升支付點數。
3. 調升診療項目「05326C」、「05327C」、「05316C」共三項之支付點數並增列前二項診療項目之註3.服務內容需包含臨終訪視、善終準備、遺體護理及家屬哀傷輔導等。

## 四、全民健康保險住院診斷關聯群(第七部)

(一) 修訂第一章Tw-DRGs支付通則六、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，增列荷爾蒙注射療法(99.24，荷爾蒙注射療法始需編處置碼)。

## 五、另「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」

- 1.調高編號「P4401B」、「P4402B」、「P4403B」共三項支付點數。
- 2.放寬首次訪視後3日內入住安寧病房不得申報之限制，改為首次訪視當日入住安寧病房不得申報。
- 3.修改「參與『全民健康保險安寧共同照護試辦方案』病患權利說明暨服務同意書」為「參與『全民健康保險安寧共同照護試辦方案』服務說明書」。

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」配合修正頁碼如下：

| 部                         | 章              | 節             | 修改頁碼               |
|---------------------------|----------------|---------------|--------------------|
| 第二部<br>西醫                 | 第一章<br>基本診療    | 第一節<br>門診診察費  | 第 4-6 頁            |
|                           |                | 第二節<br>住院診察費  | 第 1 頁              |
|                           |                | 第八節<br>住院安寧療護 | 第 1-3 頁            |
|                           | 第二章<br>特定診療    | 第一節 檢查        | 第 82 頁             |
|                           |                | 第七節 手術        | 第 49 頁             |
|                           |                | 第十節 麻醉費       | 第 2 頁              |
|                           |                |               |                    |
| 第三部 牙醫                    | 第一章<br>門診診察費   |               | 第 1-2、4-5 頁        |
|                           | 第三章<br>牙科處置及手術 | 第一節<br>牙體復形   | 第 2-4 頁            |
|                           |                | 第二節<br>根管治療   | 第 5、7-8 頁          |
|                           |                | 第三節<br>牙周病學   | 第 9-11 頁           |
|                           |                | 第四節<br>口腔顎面外科 | 第 13、20、26 頁       |
| 第五部<br>居家照護及精神<br>病患者社區復健 | 第一章 居家照護       |               | 第 1-5 頁            |
|                           | 第三章<br>安寧居家療護  |               | 第 10-11、13-14<br>頁 |

| 部                        | 章                   | 節 | 修改頁碼  |
|--------------------------|---------------------|---|-------|
| 第七部<br>全民健康保險住<br>院診斷關聯群 | 第一章<br>Tw-DRGs 支付通則 |   | 第 4 頁 |

「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」配合修正頁碼如下：  
第 3、8、17、34-35 頁

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正草案

條文對照表

| 修正條文      |  |      |      |      | 現行條文      |        |  |      |      | 說明              |      |      |
|-----------|--|------|------|------|-----------|--------|--|------|------|-----------------|------|------|
| 第二部 西醫    |  |      |      |      | 第二部 西醫    |        |  |      |      | 調整第一、二、五階段門診量人次 |      |      |
| 第一章 基本診療  |  |      |      |      | 第一章 基本診療  |        |  |      |      |                 |      |      |
| 第一節 門診診察費 |  |      |      |      | 第一節 門診診察費 |        |  |      |      |                 |      |      |
| 編號        | 診療項目   | 基層院所 | 地區醫院 | 醫學中心 | 支付點數      | 編號     | 診療項目                                       | 基層院所 | 地區醫院 |                 | 醫學中心 | 支付點數 |
|           | 一 基層院所門診診察費  |      |      |      |           |        | 一 基層院所門診診察費                                |      |      |                 |      |      |
|           | 1.每位醫師每日門診量在 <u>四十</u> 人次以下部分(≤ <u>40</u> )                    |      |      |      |           |        | 1.每位醫師每日門診量在三十人次以下部分(≤30)                  |      |      |                 |      |      |
| 00109C    | 1-1)處方交付特約藥局調劑(1- <u>30</u> 人次)                                | v    |      |      | 320       | 00109C | 1-1)處方交付特約藥局調劑(1-25人次)                     | v    |      |                 |      | 320  |
| 00223C    | 1-2)處方交付特約藥局調劑( <u>31-40</u> 人次)                               | v    |      |      | 250       | 00223C | 1-2)處方交付特約藥局調劑(26-30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       | 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- <u>30</u> 人次)                           | v    |      |      | 320       | 00110C | 3-1)未開處方或處方由本院所自行調劑(1-25人次)                | v    |      |                 |      | 320  |
| 00224C    | 3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑( <u>31-40</u> 人次)                          | v    |      |      | 250       | 00224C | 3-2)未開處方或處方由本院所自行調劑(26-30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       | 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       | 00158C | 5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 | v    |      |                 |      | 555  |
| 00159C    | 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑                     | v    |      |      | 530       | 00159C | 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑 | v    |      |                 |      | 530  |
|           | 2.每位醫師每日門診量超過 <u>四十</u> 人次，但在 <u>六十</u> 人次以下部分( <u>41-60</u> ) |      |      |      |           |        | 2.每位醫師每日門診量超過三十人次，但在五十人次以下部分(31-50)        |      |      |                 |      |      |
| 00111C    | 1)處方交付特約藥局調劑   | v    |      |      | 220       | 00111C | 1)處方交付特約藥局調劑                               | v    |      |                 |      | 220  |
| 00141C    | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑   | v    |      |      | 275       | 00141C | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑                       | v    |      |                 |      | 275  |
| 00112C    | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑  | v    |      |      | 220       | 00112C | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑                          | v    |      |                 |      | 220  |
| 00142C    | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑   | v    |      |      | 250       | 00142C | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑                       | v    |      |                 |      | 250  |
| 00160C    | 5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑                     | v    |      |      | 475       | 00160C | 5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑 | v    |      |                 |      | 475  |
| 00161C    | 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑                     | v    |      |      | 450       | 00161C | 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑 | v    |      |                 |      | 450  |
|           | 3.每位醫師每日門診量超過 <u>六十</u> 人次，但在 <u>八十</u> 人次以下部分( <u>61-80</u> ) |      |      |      |           |        | 3.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)        |      |      |                 |      |      |
| 00113C    | 1)處方交付特約藥局調劑   | v    |      |      | 160       | 00113C | 1)處方交付特約藥局調劑                               | v    |      |                 |      | 160  |
| 00143C    | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑   | v    |      |      | 215       | 00143C | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑                       | v    |      |                 | 215  |      |
| 00114C    | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑  | v    |      |      | 160       | 00114C | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑                          | v    |      |                 | 160  |      |

|        |  |   |  |     |        |   |   |  |     |
|--------|--|---|--|-----|--------|---|---|--|-----|
| 00144C | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑                           | v |  | 190 | 00144C | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑                        | v |  | 190 |
| 00162C | 5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑     | v |  | 415 | 00162C | 5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑  | v |  | 415 |
| 00163C | 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交由本院所自行調劑    | v |  | 390 | 00163C | 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交由本院所自行調劑 | v |  | 390 |
|        | 4.每位醫師每日門診量超過 <u>八十</u> 人次，但在一五〇人次以下部分(81-150) |   |  |     |        | 4.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)       |   |  |     |
| 00115C | 1)處方交付特約藥局調劑                                   | v |  | 70  | 00115C | 1)處方交付特約藥局調劑                                | v |  | 90  |
| 00145C | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑                           | v |  | 125 | 00145C | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑                        | v |  | 145 |
| 00116C | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑                              | v |  | 70  | 00116C | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑                           | v |  | 90  |
| 00146C | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑                           | v |  | 100 | 00146C | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑                        | v |  | 120 |
| 00164C | 5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑     | v |  | 325 | 00164C | 5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑  | v |  | 345 |
| 00165C | 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑     | v |  | 300 | 00165C | 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑  | v |  | 320 |
|        | 5.每位醫師每日門診量超過一五〇人次部分(>150)                     |   |  |     |        | 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  | 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 | 00147C | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑                        | v |  | 105 |
| 00118C | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑                              | v |  | 50  | 00118C | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑                           | v |  | 50  |
| 00148C | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑                           | v |  | 80  | 00148C | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑                        | v |  | 80  |
| 00166C | 5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑     | v |  | 305 | 00166C | 5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑  | v |  | 305 |
| 00167C | 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑     | v |  | 280 | 00167C | 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑  | v |  | 280 |
|        | 6.山地離島地區                                       |   |  |     |        | 6.山地離島地區                                    |   |  |     |
|        | (1)每位醫師每日門診量在五十八人次以下部分(≤50)                    |   |  |     |        | (1)每位醫師每日門診量在五十八人次以下部分(≤50)                 |   |  |     |
| 00119C | 1)處方交付特約藥局調劑                                   | v |  | 300 | 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 | 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 | 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 | 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 | 00168C | 5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑  | v |  | 555 |
| 00169C | 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑     | v |  | 530 | 00169C | 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑  | v |  | 530 |
|        | (2)每位醫師每日門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分(51-70)           |   |  |     |        | (2)每位醫師每日門診量超過五十人次，但在七十人次以下部分(51-70)        |   |  |     |
| 00205C | 1)處方交付特約藥局調劑                                   | v |  | 220 | 00205C | 1)處方交付特約藥局調劑                                | v |  | 220 |
| 00206C | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑                           | v |  | 275 | 00206C | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑                        | v |  | 275 |
| 00207C | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑                              | v |  | 220 | 00207C | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑                           | v |  | 220 |
| 00208C | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑                           | v |  | 250 | 00208C | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑                        | v |  | 250 |

調整第五階段支付點數



|        |   |   |  |     |        |  |   |  |     |
|--------|---|---|--|-----|--------|--|---|--|-----|
| 00209C | 5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑  | v |  | 475 | 00209C | 5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑   | v |  | 475 |
| 00210C | 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑<br>(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)  | v |  | 450 | 00210C | 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑<br>(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)   | v |  | 450 |
| 00211C | 1)處方交付特約藥局調劑  | v |  | 160 | 00211C | 1)處方交付特約藥局調劑   | v |  | 160 |
| 00212C | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑  | v |  | 215 | 00212C | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑   | v |  | 215 |
| 00213C | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑   | v |  | 160 | 00213C | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑  | v |  | 160 |
| 00214C | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑  | v |  | 190 | 00214C | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑   | v |  | 190 |
| 00215C | 5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑  | v |  | 415 | 00215C | 5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑   | v |  | 415 |
| 00216C | 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑<br>(4)每位醫師每日門診量超過一五〇人次部分 (>150)  | v |  | 390 | 00216C | 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑<br>(4)每位醫師每日門診量超過一五〇人次部分 (>150)   | v |  | 390 |
| 00217C | 1)處方交付特約藥局調劑  | v |  | 90  | 00217C | 1)處方交付特約藥局調劑   | v |  | 90  |
| 00218C | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑  | v |  | 145 | 00218C | 2)開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑   | v |  | 145 |
| 00219C | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑   | v |  | 90  | 00219C | 3)未開處方或處方由本院所自行調劑  | v |  | 90  |
| 00220C | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑  | v |  | 120 | 00220C | 4)開具慢性病連續處方並由本院所自行調劑   | v |  | 120 |
| 00221C | 5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑  | v |  | 345 | 00221C | 5)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑   | v |  | 345 |
| 00222C | 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑<br>註：1.以上1-5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 <u>實際看診日數</u> 計；每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日)， <u>以25日計算合理量</u> 。<br>2.第6點山地離島地區每月看診日數計算方式： <u>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。</u><br>3.以上1-6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。<br>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。<br>5.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。<br>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。<br>7.本項支付點數含護理費29-39點。<br>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50人次以下部分之支付點數申報。<br>9.基層診所醫師診治病人後，應交付處方箋給病人，由病人自行選擇調劑之場所。 | v |  | 320 | 00222C | 6)開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上之慢性病連續處方並由本院所自行調劑<br>註：1.以上1-6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)，應以日計；每月實際看診日數二十五日以上者(含二十五日)， <u>得以當月全月日數計。</u><br>2.以上1-6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。<br>3.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。<br>4.處方由本院所自行調劑者，得另申報門診藥事服務費。<br>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申報。<br>6.本項支付點數含護理費29-39點。<br>7.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50人次以下部分之支付點數申報。<br>8.基層診所醫師診治病人後，應交付處方箋給病人，由病人自行選擇調劑之場所。 | v |  | 320 |

修訂看診日數之計算方式

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 | 緩和醫療家庭諮詢費<br>註：<br>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。<br>2. 相關規範：<br>(1)諮詢參與人員：包括主治醫療團隊、病患或病患家屬。<br>(2)諮詢時間：每一個案諮詢時間至少 1 小時。<br>(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。<br>(4)申報規定：<br>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。<br>b.每人每院限申報二次。 | v    | v    | v    |      | 2250 |

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 | 緩和醫療家庭諮詢費<br>註：<br>1.適應症：以現行住院重症病患，且已進入末期狀態者為主。<br>2. 相關規範：<br>(1)諮詢參與人員：包括主治醫療團隊、病患或病患家屬。<br>(2)諮詢時間：每一個案諮詢時間至少 1 小時。<br>(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。<br>(4)申報規定：<br>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。<br>b.每人每院限申報乙次。 | v    | v    | v    |      | 1500 |

1.調升點數

2.適應症增列急診重症病患

3.放寬申報次數為二次

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)。

(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)：

2.其他腦變質

五、本章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，不得另外申報全民健康保險醫療費用支付標準所列項目，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<br>05602A<br>05603B | 安寧住院照護費(每日) |      | v    | v    | 6409<br>6409<br>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.末期大腦變質病患，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.末期大腦變質患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者。

第八節 住院安寧療護

通則：

三、收案條件：

(一)病患或家屬同意接受安寧療護，並簽署選擇安寧緩和醫療意願書或同意書(必要條件)。

(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)：

2.其他大腦變質

五、本章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、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<br>05602A<br>05603B | 安寧住院照護費(每日) |      | v    | v    | 4930<br>4930<br>4930 |

附表

二、其他大腦變質

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.末期大腦變質病患，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.末期大腦變質患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者。

修訂通則  
三、五

調升點  
數

修訂附表

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<br>層<br>院<br>所 | 地<br>區<br>醫<br>院 | 區<br>域<br>醫<br>院 | 醫<br>學<br>中<br>心 | 支<br>付<br>點<br>數 |
|--------|---|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| 28030C | 經內視鏡切片(每一診次)<br>Endoscopic biopsy, each exam.<br><u>註：內含一般材料費及單一使用之拋棄式<br/>生檢針及組織夾費用。</u> | v                | v                | v                | v                | 940              |

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<br>層<br>院<br>所 | 地<br>區<br>醫<br>院 | 區<br>域<br>醫<br>院 | 醫<br>學<br>中<br>心 | 支<br>付<br>點<br>數 |
|--------|---|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| 72050B | 內視鏡黏膜切除術<br>註：<br>1.適應症：<br>(1)超過2公分無莖型之胃腸道息肉或<br>黏膜病灶。<br>(2)早期胃腸道癌症(包括食道、胃、十<br>二指腸、大腸、直腸)。<br>(3)胃腸道黏膜下腫瘤，如類癌<br>(carcinoid)。<br>2.相關規範：不得同時申報之診療項目及<br>編號：28016C、28017C、28030C、<br>28031C、47074C、49014C、47043B、<br>49026C、49023C、73008B、74207C。<br><u>3.內含一般材料費及拋棄式息肉切除環與<br/>先端部固定環費用，得另加計63%。</u> | v                | v                | v                | v                | 8199             |

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<br>層<br>院<br>所 | 地<br>區<br>醫<br>院 | 區<br>域<br>醫<br>院 | 醫<br>學<br>中<br>心 | 支<br>付<br>點<br>數 |
|--------|---|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| 28030C | 經內視鏡切片(每一診次)<br>Endoscopic biopsy, each exam. | v                | v                | v                | v                | 290              |

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<br>層<br>院<br>所 | 地<br>區<br>醫<br>院 | 區<br>域<br>醫<br>院 | 醫<br>學<br>中<br>心 | 支<br>付<br>點<br>數 |
|--------|---|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| 72050B | 內視鏡黏膜切除術<br>註：<br>1.適應症：<br>(1)超過2公分無莖型之胃腸道息肉或<br>黏膜病灶。<br>(2)早期胃腸道癌症(包括食道、胃、十<br>二指腸、大腸、直腸)。<br>(3)胃腸道黏膜下腫瘤，如類癌<br>(carcinoid)。<br>2.相關規範：不得同時申報之診療項目及<br>編號：28016C、28017C、28030C、<br>28031C、47074C、49014C、47043B、<br>49026C、49023C、73008B、74207C。 | v                | v                | v                | v                | 8199             |

1.調升點數  
2.內含過程面特殊材料(單次拋棄式生檢針及組織夾)

內含一般材料費，得按表列點數加計

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

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<br>Semi-opened or semi-closed mask<br>Inhalation general anesthesia<br>— 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<br>2-4 hours,each 30 minutes added   | v    | v    | v    | v    | 895  |
| 96019C | — 四小時以上，每增加30分鐘<br>over 4 hours,each 30 minutes added<br>註：<br>1.限麻醉科專科醫師施行。<br>2.牙科施行本項目須符合下列情況：<br>(1)施行口腔顎面外科開刀房手術。<br>(2)智障、自閉症、重度以上身心障礙病患。<br>(3)罹患全身性重大傷病或極端不合作，恐懼或焦慮的兒童，罹患廣泛的牙疾，無法獲得良好的門診治療，經行為控制無效，無法施行局部麻醉，須以全身麻醉進行牙科治療者，須事前專案向保險人申請。 | v    | v    | v    | v    | 1119 |
| 96020C | 半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法<br>Semi-closed or closed-circulative intratracheal intubation general anesthesia<br>— 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<br>2-4 hours,each 30 minutes added   | v    | v    | v    | v    | 895  |
| 96022C | — 四小時以上，每增加30分鐘<br>over 4 hours,each 30 minutes added<br>註：<br>2.限麻醉科專科醫師施行。<br>2.牙科施行本項目須符合下列情況：<br>(1)施行口腔顎面外科開刀房手術。<br>(2)智障、自閉症、重度以上身心障礙病患。<br>(3)罹患全身性重大傷病或極端不合作，恐懼或焦慮的兒童，罹患廣泛的牙疾，無法獲得良好的門診治療，經行為控制無效，無法施行局部麻醉，須以全身麻醉進行牙科治療者，須事前專案向保險人申請。 | v    | v    | v    | v    | 1119 |

明確定義，避免審查上誤解及爭議。

明確定義，避免審查上誤解及爭議。



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 <u>管制</u> 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 <u>管制</u> 原則「減少飛沫氣霧」執行看診。                        |    |    |    |
| 10.感染 <u>管制</u> 流程製訂 | C.診所須依牙科感染 <u>管制</u> SOP，針對自家診所狀況製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：\_\_\_\_\_

附表 3.1.1 牙醫院所感染控制 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 <u>控制</u> 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 <u>控制</u> 原則「減少飛沫氣霧」執行看診。                        |    |    |    |
| 10.感染 <u>控制</u> 流程製訂 | C.診所須依牙科感染 <u>控制</u> SOP，針對自家診所狀況製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控制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。

院所簽名：\_\_\_\_\_ 審查醫藥專家簽名：\_\_\_\_\_

| 第三章 牙科處置及手術 Dental Treatment & operation                       |   |      |      |      |      | 第三章 牙科處置及手術 Dental Treatment & operation                       |        |  |      |      |      |      |      |
|--|---|------|------|------|------|--|--------|--|------|------|------|------|------|
| 第一節 牙體復形 Operative Dentistry (89001-89013, 89088, 89101-89113) |   |      |      |      |      | 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   | 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<br>Compomer restoration<br>註：1.限恆牙牙根齲齒申報。<br>2.每顆牙一年半內不得重複申報。<br><u>3.應於病歷詳列充填牙面部位。</u>                           | v    | v    | v    | v    | 800  | 89013C | 複合體充填<br>Compomer restoration<br>註：1.限恆牙牙根齲齒申報。<br>2.每顆牙一年半內不得重複申報。  | v    | v    | v    | v    | 800  |
| 89101C   | 特殊狀況之銀粉充填<br>Amalgam restoration<br>— 單面 single surface   | v    | v    | v    | v    | 450  | 89101C | 特殊狀況之銀粉充填<br>Amalgam restoration<br>— 單面 single surface  | v    | v    | v    | v    | 450  |
| 89102C   | — 雙面 two surfaces   | v    | v    | v    | v    | 600  | 89102C | — 雙面 two surfaces  | v    | v    | v    | v    | 600  |
| 89103C   | — 三面 three surfaces<br>註：1.適用於全民健康保險牙醫門診總額<br>特殊醫療服務試辦計畫之適用對象、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。<br>2.應於病歷詳列充填牙面部位。<br>3.申報面數最高以三面為限。 | v    | v    | v    | v    | 750  | 89103C | — 三面 three surfaces<br>註：1.適用於全民健康保險牙醫門診總額<br>特殊醫療服務試辦計畫 <b>特定身心障礙者</b> 、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。<br>2.應於病歷詳列充填牙面部位。<br>3.申報面數最高以三面為限。 | v    | v    | v    | v    | 750  |
| 89104C   | 特殊狀況之前牙複合樹脂充填<br>Anterior teeth composites resin restoration<br>— 單面 single surface                                     | v    | v    | v    | v    | 450  | 89104C | 特殊狀況之前牙複合樹脂充填<br>Anterior teeth composites resin restoration<br>— 單面 single surface  | v    | v    | v    | v    | 450  |
| 89105C   | — 雙面 two surfaces<br>註：1.適用於全民健康保險牙醫門診總額<br>特殊醫療服務試辦計畫之適用對象、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。<br>2.應於病歷詳列充填牙面部位。<br>3.申報面數最高以二面為限。   | v    | v    | v    | v    | 600  | 89105C | — 雙面 two surfaces<br>註：1.適用於全民健康保險牙醫門診總額<br>特殊醫療服務試辦計畫 <b>特定身心障礙者</b> 、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。<br>2.應於病歷詳列充填牙面部位。<br>3.申報面數最高以二面為限。   | v    | v    | v    | v    | 600  |
| 89108C   | 特殊狀況之後牙複合樹脂充填<br>Posterior teeth composite resin restoration<br>— 單面 single surface                                     | v    | v    | v    | v    | 600  | 89108C | 特殊狀況之後牙複合樹脂充填<br>Posterior teeth composite resin restoration<br>— 單面 single surface  | v    | v    | v    | v    | 600  |
| 89109C   | — 雙面 two surfaces   | v    | v    | v    | v    | 800  | 89109C | — 雙面 two surfaces  | v    | v    | v    | v    | 800  |
| 89110C   | — 三面 three surfaces<br>註：1.適用於全民健康保險牙醫門診總額<br>特殊醫療服務試辦計畫之適用對象、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。<br>2.應於病歷詳列充填牙面部位。<br>3.申報面數最高以三面為限。 | v    | v    | v    | v    | 1000   | 89110C | — 三面 three surfaces<br>註：1.適用於全民健康保險牙醫門診總額<br>特殊醫療服務試辦計畫 <b>特定身心障礙者</b> 、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。<br>2.應於病歷詳列充填牙面部位。<br>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<br>註：1.適用於全民健康保險牙醫門診總額<br>特殊醫療服務試辦計畫之適用對象、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。<br>2.應於病歷詳列充填牙面部位。     | v    | v    | v    | v    | 400  | 89111C | 特殊狀況之玻璃離子體充填 Glass Ionomer Cement<br>註：1.適用於全民健康保險牙醫門診總額<br>特殊醫療服務試辦計畫 <b>特定身心障礙者</b> 、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。<br>2.應於病歷詳列充填牙面部位。     | v    | v    | v    | v    | 400  |

加註病歷應記載內容。

配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。

配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。

配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。

配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。



|        |  |   |   |   |   |      |
|--------|--|---|---|---|---|------|
| 89112C | 特殊狀況之前牙三面複合樹脂充填<br>Anterior teeth composite resin restoration<br>註：1.適用於全民健康保險牙醫門診總額<br>特殊醫療服務試辦計畫之適用對象、化療、放射線治療患者之牙醫<br>醫療服務申報。<br>2.應於病歷詳列充填牙面部位。<br>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<br>Compomer restoration<br>註：1.適用於全民健康保險牙醫門診總額<br>特殊醫療服務試辦計畫之適用對象、化療、放射線治療患者之牙醫<br>醫療服務申報。<br>2.限恆牙牙根齲齒申報。<br>3.應於病歷詳列充填牙面部位。   | v | v | v | v | 800  |
| 89112C | 特殊狀況之前牙三面複合樹脂充填<br>Anterior teeth composite resin restoration<br>註：1.適用於全民健康保險牙醫門診總額<br>特殊醫療服務試辦計畫 <b>特定身心障礙者</b> 、化療、放射線治療患者之<br>牙醫醫療服務申報。<br>2.應於病歷詳列充填牙面部位。<br>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<br>Compomer restoration<br>註：1.適用於全民健康保險牙醫門診總額<br>特殊醫療服務試辦計畫 <b>特定身心障礙者</b> 、化療、放射線治療患者之牙<br>醫醫療服務申報。<br>2.限恆牙牙根齲齒申報。   | v | v | v | v | 800  |

配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。

1.配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。  
2.加註病歷應記載內容。

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<br>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。<br>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)<br>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試辦計畫之適用對象無法配合照射X光片不在此限。<br>4.六十天之同一牙位重新治療為同一療程。<br>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<br>Canal enlarge & debridement<br>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試辦計畫之適用對象不在此限。<br>2.已申報斷髓處理，六十天內不得再申報此項費用。<br>3.六十天內不得重覆申報。<br>4.本項目X光片費用已內含。<br>5.麻醉費用內含。  | v    | v    | v    | v    | 410  |
| 90016C | 乳牙根管治療 Milk tooth pulpectomy<br>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。<br>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)。<br>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試辦計畫之適用對象，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。<br>4.九十天內不得重複申報。                         | v    | v    | v    | v    | 1010 |

第二節 根管治療 Endodontics (90001-90020，90088，90091-90098，90112)

| 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<br>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。<br>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)<br>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試辦計畫之 <b>特定身心障礙者</b> 無法配合照射X光片不在此限。<br>4.六十天之同一牙位重新治療為同一療程。<br>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<br>Canal enlarge & debridement<br>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試辦計畫之 <b>特定身心障礙者</b> 不在此限。<br>2.已申報斷髓處理，六十天內不得再申報此項費用。<br>3.六十天內不得重覆申報。<br>4.本項目X光片費用已內含。<br>5.麻醉費用內含。  | v    | v    | v    | v    | 410  |
| 90016C | 乳牙根管治療 Milk tooth pulpectomy<br>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。<br>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)。<br>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試辦計畫之 <b>特定身心障礙者</b> ，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。<br>4.九十天內不得重複申報。                         | v    | v    | v    | v    | 1010 |

配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。

配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。

配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。

|        |  |   |   |   |   |      |        |   |   |   |   |   |      |   |
|--------|--|---|---|---|---|------|--------|---|---|---|---|---|------|---|
| 90017C | 恆牙斷髓處理 tooth pulpotomy<br>註：限全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫 <u>適用對象</u> 之牙醫醫療服務申報。   | v | v | v | v | 600  | 90017C | 恆牙斷髓處理 tooth pulpotomy<br>註：限全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫 <u>特定身心障礙者</u> 牙醫醫療服務申報。  | v | v | v | v | 600  | 配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。<br><br>配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。<br><br><b>1.新增項目</b><br>2.配合特殊醫療服務試辦計畫特定身心障礙者於牙醫治療時，防止因躁動而影響治療品質。<br><br>配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。 |
| 90018C | 乳牙多根管治療 Milk tooth pulpectomy<br>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。<br>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)<br>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試辦計畫之 <u>適用對象</u> ，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。<br>4.九十天內不得重複申報。 | v | v | v | v | 1410 | 90018C | 乳牙多根管治療 Milk tooth pulpectomy<br>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。<br>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)<br>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試辦計畫之 <u>特定身心障礙者</u> ，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。<br>4.九十天內不得重複申報。 | v | v | v | v | 1410 |   |
| 90021C | <u>特殊狀況—保護性肢體制約</u><br><u>Protective physical restraint for the handicapped</u><br>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。<br>2.限全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫 <u>重度以上適用對象</u> 之牙醫醫療服務申報。<br>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<br>Rubber dam appliance<br>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試辦計畫 <u>適用對象</u> 之牙醫醫療服務申報)。<br>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)。<br>3.含張口器費用。  | v | v | v | v | 250  | 90112C | 特殊狀況橡皮障防濕裝置<br>Rubber dam appliance<br>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試辦計畫 <u>特定身心障礙者</u> 牙醫醫療服務申報)。<br>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)。<br>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<br>91004C | 牙結石清除 Scaling<br>- 局部localized<br>- 全口full mouth<br>註：1.限有治療需要之患者每半年最多申報一次。<br>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)<br>3.牙結石清除須作潔牙說明，其後作刷牙復習。<br>4.91003C需依四象限申報。<br>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試辦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。  | v<br>v | v<br>v | v<br>v | v<br>v | 150<br>600   |
| 91015C<br>91016C | 特定牙周保存治療<br>-全口總齒數 9-15 顆<br>-全口總齒數 4-8 顆<br>註：1.限總齒數至少 4 顆且未達 16 顆之患者申報。<br>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。<br>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。<br>4.每 90 天限申報一次。<br>5.申報 91006C~91008C 半年內不得申報本項目，另申報此項 90 天內不得再申報 91003C~91004C、91006C~91008C。 | v<br>v | v<br>v | v<br>v | v<br>v | 2000<br>1000 |

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       |
|------------------|--|--------|--------|--------|--------|------------|
| 91003C<br>91004C | 牙結石清除 Scaling<br>- 局部localized<br>- 全口full mouth<br>註：1.限有治療需要之患者每半年最多申報一次。<br>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)<br>3.牙結石清除須作潔牙說明，其後作刷牙復習。<br>4.91003C需依四象限申報。<br>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試辦計畫之 <b>特定身心障礙者</b> 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。 | v<br>v | v<br>v | v<br>v | v<br>v | 150<br>600 |

配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。

新增項  
新增項

|        |  |   |   |   |   |      |  |                                       |
|--------|--|---|---|---|---|------|--|---------------------------------------|
| 91017C | <p>懷孕婦女牙結石清除-全口</p> <p>註：<u>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。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>3.與其他牙結石清除需間隔3個月。</u></p> <p><u>4.不得同時申報91014C。</u></p>   | Y | Y | Y | Y | 800  |  | 新增項                                   |
| 91018C | <p>牙周病支持性治療</p> <p>註：<u>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90天。</u></p> <p><u>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）。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>4.每90天限申報一次。</u></p> <p><u>5.申報91006C~91008C半年內不得申報本項目，另申報此項90天內不得再申報91003C~91004C、91006C~91008C、91015C~91016C。</u></p> | Y | Y | Y | Y | 1000 |  | 新增項                                   |
| 91103C | <p>特殊狀況牙結石清除-局部</p>  | Y | Y | Y | Y | 150  |  |                                       |
| 91104C | <p>特殊狀況牙結石清除-全口</p> <p>註：</p> <p><u>1.適用全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫之適用對象、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。</u></p> <p><u>2.限有治療需要之患者每九十天最多申報一次。</u></p> <p><u>3.重度以上患者每六十天得申報一次。</u></p> <p><u>4.90天內(重度以上60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)。</u></p>   | Y | Y | Y | Y | 600  | <p>91104C 特殊狀況牙結石清除-全口</p> <p>註：</p> <p><u>1.適用全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫<b>特定身心障礙者</b>、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。</u></p> <p><u>2.限有治療需要之患者每九十天最多申報一次。</u></p> <p><u>3.重度以上患者每六十天得申報一次。</u></p> | <p>新增項</p> <p>配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。</p> |

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

|        |   |   |   |   |   |     |
|--------|---|---|---|---|---|-----|
| 91114C | 特殊牙周疾病控制基本處置<br>註：1.適用全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫 <b>特定身心障礙者</b> 、化療、放射線治療患者之牙醫醫療服務申報。<br>2.牙菌斑偵測及去除維護教導。<br>3.九十天可申報一次。 | v | v | v | v | 250 |
|--------|---|---|---|---|---|-----|

配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。

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

第四節 口腔顎面外科 Oral Surgery (92001~92072, 92088-92089)

第一項 處置及門診手術

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 | 複雜性拔牙 Complicated extraction<br>註：<br>一、依牙醫門診總額支付制度臨床指引申報。<br>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。<br>全身性疾病包含：<br>1.符合全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫之適用對象。<br>2.心臟病必須術前抗生素預防或服用抗凝血劑。<br>3.服用抗凝血劑療程中。<br>4.洗腎病人。<br>5.張口困難(含口腔癌病人)不及 2.5 公分。<br>6.曾經接受器官移植病人。<br>7.凝血障礙或白血球障礙病人。<br>8.經診斷有糖尿病或高血壓患者。<br>9.曾經接受頭頸部放射治療或一年內接受過化學治療。<br>10.愛滋病。<br>11.免疫性疾病，長期服用類固醇病人。<br>12.肝硬化及癌症患者。<br>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試辦計畫之適用對象經安撫無法配合者不在此限）。 | v    | v    | v    | v    | 900  |

| 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 | 複雜性拔牙 Complicated extraction<br>註：<br>一、依牙醫門診總額支付制度臨床指引申報。<br>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。<br>全身性疾病包含：<br>1.唐氏症、自閉症、腦性麻痺、智障、身心精神障礙、癲癇症、多重障礙及染色體異常。<br>2.心臟病必須術前抗生素預防或服用抗凝血劑。<br>3.服用抗凝血劑療程中。<br>4.洗腎病人。<br>5.張口困難(含口腔癌病人)不及 2.5 公分。<br>6.曾經接受器官移植病人。<br>7.凝血障礙或白血球障礙病人。<br>8.經診斷有糖尿病患者。<br>9.曾經接受頭頸部放射治療或一年內接受過化學治療。<br>10.愛滋病。<br>11.免疫性疾病，長期服用類固醇病人。<br>12.肝硬化及癌症患者。<br>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試辦計畫經安撫無法配合之 <b>特定身心障礙者</b> 不在此限）。 | v    | v    | v    | v    | 900  |

1.修訂部分文字及適應症。  
2.配合特殊醫療服務試辦計畫修訂內容修改。

|  |   |  |   |   |   |     |  |      |
|--|---|--|---|---|---|-----|--|------|
| 92073C   | <u>口腔黏膜難症特別處置</u><br><u>Management of difficult oral mucosal disease</u><br>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。<br>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。<br>3.每7天申報乙次，診斷確立起360天內不得申報超過24次。<br>4.病歷應詳實記載並檢附(1)病理切片報告(2年內)或(2)相關血液檢驗報告(2年內)或(3)詳細臨床病歷以為審核。<br>5.不得同時申報92001C、92066C處置。 | Y  | Y | Y | Y | 600 |  | 新增項目 |
| <p>附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則</p> <p>一、實施範圍定義：</p> <p>(一) 醫療費用</p> <p>1.申報之總醫療費用點數(含部分負擔)。</p> <p>2.下列項目費用，不列入計算：</p> <p>(6) 感染控制診察費差額(60點)。</p> <p>(二) 下列牙醫師不適用本原則之折付方式：</p> <p>1.該分區已結算之最近4季浮動點值之平均值超過1.05，則該年度該分區專任牙醫師不適用本原則之折付。</p> |   | <p>附表 3.3.3 牙醫相對合理門診點數給付原則</p> <p>一、實施範圍定義：</p> <p>(一) 醫療費用</p> <p>1.申報之總醫療費用點數(含部分負擔)。</p> <p>2.下列項目費用，不列入計算：</p> <p>(6) 感染控制診察費差額(40點)。</p> <p>(二) 下列牙醫師不適用本原則之折付方式：</p> <p>1.花東地區已結算之最近4季浮動點值之平均超過1.05元，該年度該區之專任醫師。</p> |   |   |   |     |  |      |

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在100人次(含)合理量內者按原支付點數給付，超過100人次者，自第101個人次起，其訪視費依表定超出合理量診療項目給付，請依本章各項超過合理量之護理訪視費支付代碼申報。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在75人次(含)合理量內者按原支付點數給付，超過75人次者，自第76人次起，其訪視費依表定超出合理量診療項目給付。

十、為能快速回應病人發生之緊急狀況，申報本章節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                  | v    | v    | v    | v    | 1,050 |
| 05342C | 2.機構                  | v    | v    | v    | v    | 840   |
|        | 山地離島地區護理訪視費(次)(在合理量內) |      |      |      |      |       |
| 05302C | 1.在宅                  | v    | v    | v    | v    | 1,155 |
| 05343C | 2.機構                  | v    | v    | v    | v    | 924   |
|        | 護理訪視費(次)(超出合理量)       |      |      |      |      |       |
| 05328C | 1.在宅                  | v    | v    | v    | v    | 420   |
| 05344C | 2.機構                  | v    | v    | v    | v    | 420   |
|        | 山地離島地區護理訪視費(次)(超出合理量) |      |      |      |      |       |
| 05329C | 1.在宅                  | v    | v    | v    | v    | 460   |
| 05345C | 2.機構                  | v    | v    | v    | v    | 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                  | v    | v    | v    | v    | 1,455 |
| 05346C | 2.機構                  | v    | v    | v    | v    | 1,164 |
|        | 山地離島地區護理訪視費(次)(在合理量內) |      |      |      |      |       |
| 05304C | 1.在宅                  | v    | v    | v    | v    | 1,601 |
| 05347C | 2.機構                  | v    | v    | v    | v    | 1,280 |
|        | 護理訪視費(次)(超出合理量)       |      |      |      |      |       |
| 05330C | 1.在宅                  | v    | v    | v    | v    | 580   |
| 05348C | 2.機構                  | v    | v    | v    | v    | 580   |
|        | 山地離島地區護理訪視費(次)(超出合理量) |      |      |      |      |       |
| 05331C | 1.在宅                  | v    | v    | v    | v    | 640   |
| 05349C | 2.機構                  | v    | v    | v    | v    | 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                  | v    | v    | v    | v    | 1,755 |
| 05350C | 2.機構                  | v    | v    | v    | v    | 1,404 |
|        | 山地離島地區護理訪視費(次)(在合理量內) |      |      |      |      |       |
| 05306C | 1.在宅                  | v    | v    | v    | v    | 1,931 |
| 05351C | 2.機構                  | v    | v    | v    | v    | 1,544 |
|        | 護理訪視費(次)(超出合理量)       |      |      |      |      |       |
| 05332C | 1.在宅                  | v    | v    | v    | v    | 700   |
| 05352C | 2.機構                  | v    | v    | v    | v    | 700   |

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在100人次(含)合理量內者按原支付點數給付，超過100人次者，自第101個人次起，其訪視費依原支付點數6折，請依本章各項超過合理量之護理訪視費支付代碼申報。

| 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           |      |      |      |      |      |
| 05301C | 護理訪視費(次)(在合理量內)       | v    | v    | v    | v    | 700  |
| 05302C | 山地離島地區護理訪視費(次)(在合理量內) | v    | v    | v    | v    | 770  |
| 05328C | 護理訪視費(次)(超出合理量)       | v    | v    | v    | v    | 420  |
| 05329C | 山地離島地區護理訪視費(次)(超出合理量) | v    | v    | v    | v    | 460  |
|        | 一 資源耗用群為第二類           |      |      |      |      |      |
| 05303C | 護理訪視費(次)(在合理量內)       | v    | v    | v    | v    | 970  |
| 05304C | 山地離島地區護理訪視費(次)(在合理量內) | v    | v    | v    | v    | 1067 |
| 05330C | 護理訪視費(次)(超出合理量)       | v    | v    | v    | v    | 580  |
| 05331C | 山地離島地區護理訪視費(次)(超出合理量) | v    | v    | v    | v    | 640  |
|        | 一 資源耗用群為第三類           |      |      |      |      |      |
| 05305C | 護理訪視費(次)(在合理量內)       | v    | v    | v    | v    | 1170 |
| 05306C | 山地離島地區護理訪視費(次)(在合理量內) | v    | v    | v    | v    | 1287 |
| 05332C | 護理訪視費(次)(超出合理量)       | v    | v    | v    | v    | 700  |
| 05333C | 山地離島地區護理訪視費(次)(超出合理量) | v    | v    | v    | v    | 770  |

1.調升點數  
2.拆分機構非機構

1.調升點數  
2.拆分機構非機構

1.調升點數  
2.拆分機構非機構





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<br>註：含氣切造口處理 Tracheostomy care  |
| 2.留置導尿管護理    | 47014C<br>50022C                               | 留置導尿 Urinal indwelling catheterization<br>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<br>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<br>48002C<br>48003C<br>48004C<br>48005C | 淺部創傷處理-傷口長 5 公分以下者 Wound treatment <5 cm<br>淺部創傷處理-傷口長 5-10 公分者 Wound treatment 5-10 cm<br>淺部創傷處理-傷口長 10 公分以上者 Wound treatment >10 cm<br>深部複雜創傷處理-傷口長 5 公分以下者 Debridment <5 cm<br>深部複雜創傷處理-傷口長 5-10 公分者 Debridment 5-10 cm<br>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<br>(林格兒氏液、Rock 液、生理食鹽水、葡萄糖液、因糖液或血液代用劑等)注射。<br>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<br>49005C<br>49020B<br>49021B<br>49022B | 肛門切除後治療 Post APR wound care<br>人工肛門灌洗 Colostomy irrigation<br>三路灌洗 Three way irrigation<br>迴腸造口永久裝具裝置 Ileostomy, permanent appliance<br>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」2 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 5.1.1 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<br>註：含氣切造口處理 Tracheostomy care  |
| 2.留置導尿管護理    | 47014C<br>50022C                               | 留置導尿 Urinal indwelling catheterization<br>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<br>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<br>48002C<br>48003C<br>48004C<br>48005C | 淺部創傷處理-傷口長 5 公分以下者 Wound treatment <5 cm<br>淺部創傷處理-傷口長 5-10 公分者 Wound treatment 5-10 cm<br>淺部創傷處理-傷口長 10 公分以上者 Wound treatment >10 cm<br>深部複雜創傷處理-傷口長 5 公分以下者 Debridment <5 cm<br>深部複雜創傷處理-傷口長 5-10 公分者 Debridment 5-10 cm<br>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<br>(林格兒氏液、Rock 液、生理食鹽水、葡萄糖液、因糖液或血液代用劑等)注射。<br>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<br>49005C<br>49020B<br>49021B<br>49022B | 肛門切除後治療 Post APR wound care<br>人工肛門灌洗 Colostomy irrigation<br>三路灌洗 Three way irrigation<br>迴腸造口永久裝具裝置 Ileostomy, permanent appliance<br>迴腸膀胱永久裝具裝置 Ileum bladder, permanent appliance  |

增列附表  
5.1.1 註

附表 5.1.2 居家護理一般照護項目表

| 支付標準<br>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                        |   |

附表 5.1.2 居家護理一般照護項目表

| 支付標準<br>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   |
|                               | 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                        |   |

增列文字作補充說明

### 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)。

(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)：

2.其他腦變質

| 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：<br>醫師訪視費用(次)  |      |      |      |      |       |
| <a href="#">05312C</a> | —在宅   | √    | √    | √    | √    | 1,553 |
| <a href="#">05362C</a> | —機構   | √    | √    | √    | √    | 1,242 |
|                        | 醫師訪視費用山地離島地區(次)   |      |      |      |      |       |
| <a href="#">05323C</a> | —在宅   | √    | √    | √    | √    | 1,709 |
| <a href="#">05363C</a> | —機構   | √    | √    | √    | √    | 1,367 |
|                        | 乙類：<br>醫師訪視費用(次)  |      |      |      |      |       |
| <a href="#">05336C</a> | —在宅   | √    | √    | √    | √    | 1,088 |
| <a href="#">05364C</a> | —機構   | √    | √    | √    | √    | 870   |
|                        | 醫師訪視費用山地離島地區(次)   |      |      |      |      |       |
| <a href="#">05337C</a> | —在宅   | √    | √    | √    | √    | 1,196 |
| <a href="#">05365C</a> | —機構   | √    | √    | √    | √    | 956   |
|                        | 註：<br>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。<br>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：<br>護理訪視費(次)   |      |      |      |      |       |
| <a href="#">05313C</a> | —在宅   | √    | √    | √    | √    | 1,650 |
| <a href="#">05366C</a> | —機構   | √    | √    | √    | √    | 1,320 |
|                        | 護理訪視費山地離島地區(次)  |      |      |      |      |       |
| <a href="#">05324C</a> | —在宅   | √    | √    | √    | √    | 1,815 |
| <a href="#">05367C</a> | —機構   | √    | √    | √    | √    | 1,452 |
|                        | 乙類：<br>護理訪視費(次)   |      |      |      |      |       |
| <a href="#">05338C</a> | —在宅   | √    | √    | √    | √    | 1,155 |
| <a href="#">05368C</a> | —機構   | √    | √    | √    | √    | 924   |
|                        | 護理訪視費山地離島地區(次)  |      |      |      |      |       |
| <a href="#">05339C</a> | —在宅   | √    | √    | √    | √    | 1,271 |
| <a href="#">05369C</a> | —機構   | √    | √    | √    | √    | 1,016 |
|                        | —訪視時間一小時以上 (>1小時)   |      |      |      |      |       |
|                        | 甲類：<br>護理訪視費(次)   |      |      |      |      |       |
| <a href="#">05314C</a> | —在宅   | √    | √    | √    | √    | 2,250 |
| <a href="#">05370C</a> | —機構   | √    | √    | √    | √    | 1,800 |
|                        | 護理訪視費山地離島地區(次)  |      |      |      |      |       |
| <a href="#">05325C</a> | —在宅   | √    | √    | √    | √    | 2,475 |
| <a href="#">05371C</a> | —機構   | √    | √    | √    | √    | 1,980 |
|                        | 乙類：<br>護理訪視費(次)   |      |      |      |      |       |
| <a href="#">05340C</a> | —在宅   | √    | √    | √    | √    | 1,575 |
| <a href="#">05372C</a> | —機構   | √    | √    | √    | √    | 1,260 |
|                        | 護理訪視費山地離島地區(次)  |      |      |      |      |       |
| <a href="#">05341C</a> | —在宅   | √    | √    | √    | √    | 1,733 |
| <a href="#">05373C</a> | —機構   | √    | √    | √    | √    | 1,386 |

### 第三章 安寧居家療護

通則：

二、收案條件：

(一)病患或家屬同意接受安寧療護，並簽署選擇安寧緩和醫療意願書或同意書(必要條件)。

(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)：

2.其他大腦變質

| 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：<br>醫師訪視費用(次)  |      |      |      |      |       |
| 05312C | 醫師訪視費用(次)   | √    | √    | √    | √    | 1,035 |
| 05323C | 醫師訪視費用山地離島地區(次)   | √    | √    | √    | √    | 1,139 |
|        | 乙類：<br>醫師訪視費用(次)  |      |      |      |      |       |
| 05336C | 醫師訪視費用(次)   | √    | √    | √    | √    | 725   |
| 05337C | 醫師訪視費用山地離島地區(次)   | √    | √    | √    | √    | 797   |
|        | 註：<br>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。<br>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：<br>護理訪視費(次)   |      |      |      |      |       |
| 05313C | 護理訪視費(次)  | √    | √    | √    | √    | 1,100 |
| 05324C | 護理訪視費山地離島地區(次)  | √    | √    | √    | √    | 1,210 |
|        | 乙類：<br>護理訪視費(次)   |      |      |      |      |       |
| 05338C | 護理訪視費(次)  | √    | √    | √    | √    | 770   |
| 05339C | 護理訪視費山地離島地區(次)  | √    | √    | √    | √    | 847   |
|        | —訪視時間一小時以上 (>1小時)   |      |      |      |      |       |
|        | 甲類：<br>護理訪視費(次)   |      |      |      |      |       |
| 05314C | 護理訪視費(次)  | √    | √    | √    | √    | 1,500 |
| 05325C | 護理訪視費山地離島地區(次)  | √    | √    | √    | √    | 1,650 |
|        | 乙類：<br>護理訪視費(次)   |      |      |      |      |       |
| 05340C | 護理訪視費(次)  | √    | √    | √    | √    | 1,050 |

修訂通則二

1.調升點數  
2.拆分機構非機構

1.調升點數  
2.拆分機構非機構



## 全民健康保險安寧共同照護試辦方案

100年4月1日第一版實施  
102年7月29日第二版修訂  
104年○月○日第三版修訂

### 肆、計畫內容

#### 二、收案對象：

(一) 經原照護團隊成員照會「安寧共同照護小組」後，共同評估符合下列末期病人條件，且病人或家屬同意接受安寧共同照護服務並簽署服務說明書(詳附件2)(必要條件)。

七、支付標準：符合本方案之收案對象，接受安寧共同照護小組提供之完整性照護，醫院得申報共同照護各類專業人員訪視費，支付標準詳附件8。

(一) P4401B 安寧首次共同照護費：每人限申報1次，給付2,025點照護費，安寧共同照護小組(至少含醫師及護理人員)皆需進行訪視，每一個案訪視時間至少1小時，訪視時間應於交班時紀錄並簽名，每位專任護理人員每月合理訪視首次個案數為30人(含)，超過合理量部分，健保不予支付。

(二) P4402B 後續安寧照護團隊照護費(含醫師)(每週)(次)：每次給付1,575點照護費，每週醫師及護理人員之基本訪視次數至少各乙次；團隊相關照護人員視病人病情需要，應予提供，申報費用時應檢附評估與照護紀錄；未滿1週，惟團隊基本訪視次數已達到者，得予申報。每次訪視時間至少30分鐘。

(三) P4403B 後續安寧照護團隊照護費(不含醫師)(每週)(次)：每次給付1,275點照護費，每週護理人員之基本訪視次數至少乙次，團隊相關照護人員視病人病情需要，應予提供，申報費用時應檢附評估與照護紀錄；未滿1週，惟團隊基本訪視次數已達到者，得予申報。每次訪視時間至少30分鐘。

#### 柒、附件表單包含有：

二、參與「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」服務說明書

## 全民健康保險安寧共同照護試辦方案

100年4月1日第一版實施  
102年7月29日第二版修訂

### 肆、計畫內容

#### 二、收案對象：

(一) 經原照護團隊成員照會「安寧共同照護小組」後，共同評估符合下列末期病人條件，且病人或家屬同意接受安寧共同照護服務並簽署服務同意書(詳附件2)(必要條件)。

七、支付標準：符合本方案之收案對象，接受安寧共同照護小組提供之完整性照護，醫院得申報共同照護各類專業人員訪視費，支付標準詳附件8。

(一) P4401B 安寧首次共同照護費：每人限申報1次，給付1350點照護費，安寧共同照護小組(至少含醫師及護理人員)皆需進行訪視，每一個案訪視時間至少1小時，訪視時間應於交班時紀錄並簽名，每位專任護理人員每月合理訪視首次個案數為30人(含)，超過合理量部分，健保不予支付。

(二) P4402B 後續安寧照護團隊照護費(含醫師)(每週)(次)：每次給付1050點照護費，每週醫師及護理人員之基本訪視次數至少各乙次；團隊相關照護人員視病人病情需要，應予提供，申報費用時應檢附評估與照護紀錄；未滿1週，惟團隊基本訪視次數已達到者，得予申報。每次訪視時間至少30分鐘。

(三) P4403B 後續安寧照護團隊照護費(不含醫師)(每週)(次)：每次給付850點照護費，每週護理人員之基本訪視次數至少乙次，團隊相關照護人員視病人病情需要，應予提供，申報費用時應檢附評估與照護紀錄；未滿1週，惟團隊基本訪視次數已達到者，得予申報。每次訪視時間至少30分鐘。

#### 柒、附件表單包含有：

二、參與「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」病患權利說明  
暨服務同意書

附件二

參與「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」服務說明書

壹、服務對象：

經醫師診斷或轉介之末期癌症病患、末期運動神經元疾病患者及下列疾病末期病人包括：老年期及初老期器質性精神病態(失智症)、其他大腦變質、心臟衰竭、慢性氣道阻塞疾病，他處未歸類者、肺部其他疾病、慢性肝病及肝硬化、急性腎衰竭，未明示者、慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者等疾病患者，且病人或家屬同意接受安寧共同照護服務。

貳、安寧共同照護說明：

「安寧共同照護」是指在住院中之病人有安寧療護服務之需求，可由原照護病人之醫療團隊之醫護人員照會同院之「安寧共同照護」醫療團隊，藉由安寧共照團隊人員依病人之病況，提供適宜之安寧照護服務。

參、服務項目：安寧照護團隊評估病人之需求提供以下之服務：

1. 症狀控制：

提供疼痛、呼吸困難、噁心、嘔吐、腹脹便秘、意識混亂、虛弱、肌肉痙攣等常見末期症狀之適當藥物處置之建議。

2. 協助其他療護處置及病患身體照護(如噴霧處置、水腫按摩、腹部按摩、傷口換藥等)；舒適護理指導(如移位、翻身擺位、床上擦澡、床上洗頭、美足護理、放鬆療法、皮膚護理、口腔護理、被動運動)及其他療護指導(如飲食指導、復健指導等)。

3. 協助病人及家屬心理社會靈性需求之照護及轉介(如支持與傾聽、協助生命回顧、協助心願達成、生命意義之討論、人際關係的修復等)。

4. 協助病人及家屬病情認知及重要療護模式之決策(如病情告知之技巧、DNR 簽署決策、管路置入、營養與水分之取捨、及善終與出院準備等)。

5. 促進病人或家屬彼此間的溝通及與醫療團隊間的溝通。

肆、民眾的權益

病人或家屬得隨時要求停止安寧共同照護服務。

本人已充分了解加入全民健康保險安寧共同照護試辦方案病人之權利義務，並同意接受服務。

病人(或代理人)簽章：\_\_\_\_\_ 關係：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

解說醫護人員簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

附件二

參與「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」**病患權利說明暨服務同意書**

壹、**試辦**服務對象：

經醫師診斷或轉介之末期癌症病患、末期運動神經元疾病患者及下列疾病末期病人包括：老年期及初老期器質性精神病態(失智症)、其他大腦變質、心臟衰竭、慢性氣道阻塞疾病，他處未歸類者、肺部其他疾病、慢性肝病及肝硬化、急性腎衰竭，未明示者、慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者等疾病患者；**經原照護團隊醫師評估為末期病人**，且病人或家屬同意接受安寧共同照護服務**並簽署本服務同意書者**。

貳、服務項目：**承辦安寧共同照護**之團隊**應提供下列**之服務：

1. 症狀控制：

**(1) 提供疼痛、呼吸困難、噁心、嘔吐、腹脹便秘、意識混亂等常見末期症狀之適當藥物處置之建議。**

**(2) 對末期運動神經元患者提供疼痛、虛弱、肌肉痙攣等相關症狀之適當藥物處置建議。**

2. 協助其他療護處置及病患身體照護(如噴霧處置、水腫按摩、腹部按摩、傷口換藥等)；舒適護理指導(如移位、翻身擺位、床上擦澡、床上洗頭、美足護理、放鬆療法、皮膚護理、口腔護理、被動運動)及其他療護指導(如飲食指導、復健指導等)。

3. 協助病人及家屬心理社會靈性需求之照護及轉介(如支持與傾聽、協助生命回顧、協助心願達成、生命意義之討論、人際關係的修復等)。

4. 協助病人及家屬病情認知及重要療護模式之決策(如病情告知之技巧、DNR 簽署決策、管路置入、營養與水分之取捨、及善終與出院準備等)。

5. 促進病人或家屬彼此間的溝通及與醫療團隊間的溝通。

參、**試辦計畫支付費用之規定：**

**1. 照護期限之計算，每一個案於收案醫院首次接受安寧共同照護之日起算，以1個月為限，超過1個月者，若病情需要申請延長照護，應經「安寧共同照護小組」診斷並填具安寧共同照護延長照護申請書提出專案申請，送本保險人核備。**

**2. 病人或家屬得隨時要求停止安寧共同照護服務。**

本人已充分了解加入全民健康保險安寧共同照護試辦方案病人之權利義務，並同意接受服務。

病人(或代理人)簽章：關係：\_\_\_\_\_ 日期：年月日

解說醫護人員簽名：日期：年月日

全民健康保險安寧共同照護試辦方案支付標準

通則：

四、首次訪視當日入住安寧病房者，不得申報本方案各項支付標準。

五、

| 編號  | 診療項目   | 地區醫院 | 區域醫院 | 醫學中心 | 支付點數  |
|---|--|------|------|------|-------|
| 一、首次照護：原照護團隊醫師開立照會單，「安寧共同照護小組」進行訪視，且病患已簽署服務同意書。         |  |      |      |      |       |
| P4401B  | 安寧首次共同照護費<br>註：<br>1. 安寧共同照護團隊(至少含醫師及護理人員)皆需進行訪視。<br>2. 每位專任護理人員每月合理訪視首次個案數為 30 人(含)，超過合理量部分，健保不予支付。<br>3. 每一個案訪視時間至少 1 小時，訪視時間起迄於交班時紀錄並簽名。<br>4. 申報本項費用時，應完成醫師診療計畫、原團隊照會單及護理評估與照護計畫紀錄。<br>5. 每人每院限申報乙次。 | V    | V    | V    | 2,025 |
| 二、後續照護：指申報首次照護費後，依病人病情施行之後續安寧共照服務，需與首次共照服務隔 1 週 (≥7 日)。 |  |      |      |      |       |
| P4402B  | 後續安寧照護團隊照護費(含醫師)(每週)(次)<br>註：<br>1. 每週醫師及護理人員基本訪視次數至少各乙次。<br>2. 團隊相關照護人員視病人病情需要，應予提供，申報費用時應檢附評估與照護紀錄。<br>3. 未滿 1 週，惟團隊基本訪視次數已達到者，得予申報。<br>4. 每次訪視時間至少 30 分鐘。   | V    | V    | V    | 1,575 |
| P4403B  | 後續安寧照護團隊照護費(不含醫師)(每週)(次)<br>註：<br>1. 每週護理人員基本訪視次數至少乙次。<br>2. 團隊相關照護人員視病人病情需要，應予提供，申報費用時應檢附評估與照護紀錄。<br>3. 未滿 1 週，惟團隊基本訪視次數已達到者，得予申報。<br>4. 每次訪視時間至少 30 分鐘。  | V    | V    | V    | 1,275 |

全民健康保險安寧共同照護試辦方案支付標準

通則：

四、首次訪視後 3 日內入住安寧病房者，不得申報本方案各項支付標準。

| 編號  | 診療項目  | 地區醫院 | 區域醫院 | 醫學中心 | 支付點數 |
|---|---|------|------|------|------|
| 一、首次照護：原照護團隊醫師開立照會單，「安寧共同照護小組」進行訪視，且病患已簽署服務同意書。         |   |      |      |      |      |
| P4401B  | 安寧首次共同照護費<br>註：<br>6. 安寧共同照護團隊(至少含醫師及護理人員)皆需進行訪視。<br>7. 每位專任護理人員每月合理訪視首次個案數為 30 人(含)，超過合理量部分，健保不予支付。<br>8. 每一個案訪視時間至少 1 小時，訪視時間起迄於交班時紀錄並簽名。<br>9. 申報本項費用時，應完成醫師診療計畫、原團隊照會單及護理評估與照護計畫紀錄。<br>10. 每人每院限申報乙次。 | V    | V    | V    | 1350 |
| 二、後續照護：指申報首次照護費後，依病人病情施行之後續安寧共照服務，需與首次共照服務隔 1 週 (≥7 日)。 |   |      |      |      |      |
| P4402B  | 後續安寧照護團隊照護費(含醫師)(每週)(次)<br>註：<br>5. 每週醫師及護理人員基本訪視次數至少各乙次。<br>6. 團隊相關照護人員視病人病情需要，應予提供，申報費用時應檢附評估與照護紀錄。<br>7. 未滿 1 週，惟團隊基本訪視次數已達到者，得予申報。<br>8. 每次訪視時間至少 30 分鐘。  | V    | V    | V    | 1050 |
| P4403B  | 後續安寧照護團隊照護費(不含醫師)(每週)(次)<br>註：<br>5. 每週護理人員基本訪視次數至少乙次。<br>6. 團隊相關照護人員視病人病情需要，應予提供，申報費用時應檢附評估與照護紀錄。<br>7. 未滿 1 週，惟團隊基本訪視次數已達到者，得予申報。<br>8. 每次訪視時間至少 30 分鐘。   | V    | V    | V    | 850  |

調升點數

調升點數

調升點數