

# 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

## 壹、前言

世界衛生組織對安寧療護的定義是指照護威脅生命疾病的病人 (with life threatening illness)，目的是為提升病人及其家屬的生活品質 (improves the quality of life of patients and their families)，並未限定「癌症末期病患」才有接受安寧療護的需要，「非癌症重症末期病患」也有相同的需求，爰此，為維持人之尊嚴，尊重每一個人都有權利依照自己的意願與需求，於生命的末期選擇在安寧緩和醫療的照顧下，安然地走完人生

全民健保保險人(以下稱本保險人)於 85 年開始配合實施安寧居家療護試辦計畫，自民國 89 年開始試辦安寧住院療護計畫，並配合衛生署政策於健保 IC 卡提供安寧意願之註記，並於 98 年 9 月除將試辦計畫正式納入健保常態性支付外，並新增 8 類經醫師專業診斷符合入住安寧療護病房之重症末期患者納入服務對象範圍，讓有意願接受安寧緩和醫療服務之重症末期病人，得依需要，亦有機會接受健保安寧療護。

安寧共同照護之意涵為：「由於各醫療團隊照護面向的不同，因此有不少癌症末期病人於非安寧病房接受醫療照護，然為使所有癌症末期病人皆有機會接受安寧療護面向的照護，因而建立由原診療團隊與安寧療護團隊依癌症末期病人病況需求共同照護病人」。

為使安寧療護理念延伸至更廣泛的非癌症病人，並讓更多的醫護等相關人員、病人及家屬對安寧療護有正確的認知，並進而增加醫護人員之照護技能，擴大安寧療護服務的效益，本保險人除延續行政院衛生署國民健康局照護一般癌症病人外，更擴大收案對象，讓有意願接受安寧緩和醫療服務之重症末期病人，得依需要，亦有機會接受健保安寧療護共同照護，如此台灣將與世界潮流同步以及與 WHO 理念

一致，使國家安寧療護照護進入另一個新里程。

安寧共同照護無論對原醫療團隊或是病人及家屬而言，有許多研究結果發現都呈正面的評價（Higginson,2002；Nielsen,2003；Jack, 2003,2004；Kuin,2004），Higginson 等人以九項指標來評估團隊的成效，包含(1)疼痛控制，(2)其他症狀之控制，(3)病人之焦慮，(4)家屬之焦慮，(5)病人對病情之了解，(6)家屬對病情之了解，(7)病人及家屬間之溝通是否深入及開放，(8)團隊之間對於個案之問題溝通是否即時、正確而深入，(9)病人及家屬是否與團隊成員維持良好之溝通，研究顯示，安寧共同照護可達到下列的成效包括：住院時間縮短、降低醫療成本、止痛藥處方使用的方式與劑量改變、獲得有效症狀控制、疼痛緩解、轉介安寧居家療護比率增加、生活品質提昇、滿意度增加等。（Higginson,2003）

## 貳、現況分析：

98 年全國有 40 家醫院 585 張安寧照護病床，提供健保安寧住院療護服務，申報人數有 5,039 人，健保支出 5.96 億元，平均每件住院天數約為 12 天；另現行有 88 家院所提供安寧居家照護服務，服務人數達 3,944 人，健保支出約 0.43 億元。

另以國人安寧療護利用概況得知，近 3 年來，每年約有近 3,000 人於死亡前曾使用過安寧居家療護，使用人數占死亡人數比率，由 85 年的 0.18%成長至 97 年的 2.09%；安寧住院療護方面，於往生前曾使用過安寧病床的人數，由 89 年的 871 人上升至 97 年的 6,848 人；而使用人數占死亡人數比率亦自 89 年 0.70%成長至 97 年 4.81%。

## 參、計畫目標

- 一、透過安寧共同照護計畫，建立醫院安寧療護推動政策。
- 二、透過安寧共同照護計畫，使住院中（不含入住安寧病房）之

末期病人皆有機會享有安寧療護照護服務。

三、藉由安寧共同照護計畫，提高醫護人員、病人及家屬對安寧療護的認知，並進而增加醫護人員之照護技能。

#### 肆、計畫內容

##### 一、參與試辦醫院及人員資格：

(一)醫院應填具「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」申請書(詳附件 1) 向本保險之分區業務組提出申請經同意後始可申報。

(二)醫院需成立「安寧共同照護小組」，該小組成員與資格：

1. 小組成員需包括安寧共照負責醫師及專任護理人員至少各乙名，視必要得增設社工人員、心理師、宗教師或志工等。
2. 小組成員皆需接受過安寧緩和醫療之相關教育訓練 80 小時以上(教育訓練需包含安寧緩和醫療的介紹、十大疾病病人之舒適照護、末期症狀控制、末期病人及家屬之心理社會與靈性照護、末期病人與遺族之哀傷輔導、安寧療護倫理與法律、溝通議題與安寧療護服務(含住院、居家及共照)相關表單制度與轉介等 7 大主題，且講師群需涵括醫、護、社各專業領域，並含 40 小時安寧病房見習)，每年繼續教育時數醫師及護理人員為 20 小時(含院際案例討論、遠距視訊討論、e-learning 課程等)，並提出相關教育訓練證明，成員更改時，亦須通知本保險之分區業務組，否則不予支付相關費用。
3. 參與試辦之地區醫院過去 3 個月(每季季末計算)平均照護人數達 30 人以上，應設置專任護理人員 1 人，並應依個案增加比率酌增專任護理人員人數；惟照護人數 30

人以下者得以兼任人員任之。

## 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)。

(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. 病人有身心靈症狀亟需安寧共同照護小組介入。

(三)末期運動神經元病患：

1. 末期運動神經元病患，主要症狀有直接相關或間接相關症狀者。

(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(相關收案症狀等條件詳附表 1)：

1. 老年期及初老期器質性精神病態

2. 其他大腦變質

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

三、收案流程：

(一)照會申請：

1. 原則上照會之申請，由原照護團隊醫師開立照會單，且需有原照護醫師簽章。
2. 由原照護團隊針對末期病人病況照會「安寧共同照護小組」，「安寧共同照護小組」經實際評估病人之病況，研擬符合該病人需求之安寧療護照護計畫，並據以提供照護服務，共同照護的流程詳附表 2。

(二)紀錄及登錄安寧共同照護服務內容：

1. 專業人員於訪視及結案時應填寫「安寧共同照護個案收案申請書」(詳附件 3)及照護記錄(安寧共同照護護理人員訪視表及其他專業人員訪視表)(詳附件 4)。
2. 參與本方案之特約醫療院所應依規定內容(詳附件 5) 於 VPN 資訊系統登錄相關資訊。

四、服務項目：安寧共同照護服務內容及記錄(詳附件 6)，各項表單得視病人及家屬需要填寫，包括初步疼痛評估表、持續疼痛評估表、心理社會需要評估、照顧紀錄及靈性需要評估及輔導計畫等表單內容。

五、照護期限：照護期限之計算，以每一個案自接受首次安寧共同照護之日起，於該院所接受安寧共同照護以 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(詳附件 7) 提出專案申請，送本保險人核備。

六、病患照護評估指標：

- (一) 安寧共照後簽署 DNR 前後比率(比較)。
- (二) 收案至結案家屬病情認知(比較)。

(三) 收案至結案病人診斷認知(比較)。

(四) 因死亡結案病人，安寧共照介入天數大於 30 天之比率。

(五) 轉入 ICU 病房比率。

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。

八、結案條件：收案對象有下列情事之一者，於發生日起終止收案。

(一) 問題改善。

- (二) 轉安寧療護病房。
- (三) 轉安寧居家療護。
- (四) 轉一般居家。
- (五) 穩定出院。
- (六) 瀕死出院。
- (七) 死亡。
- (八) 病人拒絕。
- (九) 家屬拒絕。
- (十) 其他。

伍、醫療費用申報及審查原則：

一、申報原則：

- (一) 醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法規定辦理。
- (二) 住院醫療服務點數清單：本方案首次及後續訪視費請併入項次 44：「治療處置費」欄位計算。
- (三) 住院醫療服務醫令清單：項次 13 及 14 醫令執行起迄為必填欄位。

二、審查原則：

- (一) 本保險人分區業務組得不定期實地訪查，若發現個案照護紀錄不實者，本保險人得不予支付該筆訪視費並依相關規定辦理。
- (二) 其餘未規定事項，依全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法規定辦理。

陸、經費來源:本方案各類專業人員訪視費用（P4401B、P4402B、P4403B）於醫院總額一般部門項下支應，採點值浮動方式。

柒、 附件表單包含有：

- 一、 全民健康保險安寧共同照護試辦方案申請書
- 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
- 三、 安寧共同照護個案收案申請書
- 四、 安寧共同照護護理人員訪視表及其他專業人員訪視表
- 五、 安寧共同照護個案登錄系統(VPN) 必要欄位表
- 六、 安寧共同照護服務內容及記錄
- 七、 安寧共同照護延長照護申請書
- 八、 「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」支付標準



## 附表 1

### 一、老年期及初老期器質性精神病態

1. 必要條件：CDR 臨床失智評分量表為一末期(CDR=5)者：病人沒有反應或毫無理解力。認不出人。需旁人餵食，可能需用鼻胃管。吞食困難。大小便完全失禁。長期躺在床上，不能坐也不能站，全身關節攣縮。
2. 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)

### 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。

### 三、心臟衰竭

心衰竭末期應最少符合下列二個指標：

1. CHF NYHA stage III 或 IV – 休息或輕度活動時會喘。
2. 原心臟照顧團隊認為病人很可能在近期內死亡。
3. 經常因嚴重心臟衰竭症狀住院。
4. 雖經最大的醫療處置但仍有極不容易控制的生理或心理症狀如下：
  - (1) 因心律不整而造成的昏厥等嚴重症狀者
  - (2) 曾有心臟停止或心肺復甦術病史
  - (3) 常有不明原因的昏厥
  - (4) 心因性腦栓塞
  - (5) 左心室射出分率(LV ejection fraction)  $\leq 20\%$

### 四、慢性氣道阻塞疾病，他處未歸類者

慢性阻塞性肺病 Chronic Obstructive Pulmonary Disease – COPD

休息時就會喘，且病況持續惡化（如：反覆因肺炎或呼吸衰竭需送至醫院急診或住院），合併以下任一狀況：

1. 即使使用氧氣，然而  $\text{PaO}_2 \leq 55\text{mmHg}$ 、 $\text{PaCO}_2 \geq 50\text{mmHg}$  或  $\text{O}_2$  saturation  $\leq 88\%$ 。
2.  $\text{FEV}_1 \leq 30\%$  of predicted。
3.  $\text{FEV}_1$  持續下降且速度每年大於 40 mL。
4. 六個月內體重減少 10%以上。
5. 休息時心跳超過 100/min。
6. 肺心症或肺病造成之右心衰竭。
7. 合併有其他症狀（如：惡質病、反覆感染、重度憂鬱）或多重合併症。

## 五、肺部其他疾病

Cystic fibrosis, severe fibrotic lung disease 等末期肺病，休息時就會喘，且病況持續惡化（如：反覆因肺炎或呼吸衰竭需送至醫院急診或住院），合併以下任一狀況：

1. 即使使用氧氣，然而  $\text{PaO}_2 \leq 55\text{mmHg}$ 、 $\text{PaCO}_2 \geq 50\text{mmHg}$  或  $\text{O}_2$  saturation  $\leq 88\%$ 。
2.  $\text{FEV}_1 \leq 30\%$  of predicted。
3.  $\text{FEV}_1$  持續下降且速度每年大於 40 mL。
4. 六個月內體重減少 10%以上。
5. 休息時心跳超過 100/min。
6. 肺心症或肺病造成之右心衰竭。
7. 合併有其他症狀（如：惡質病、反覆感染、重度憂鬱）或多重合併症。

## 六、慢性肝病及肝硬化

必要條件：肝病或肝硬化末期，不適合肝臟移植，且：

(1)  $\text{PT} > 5$  sec above control 或  $\text{INR} > 1.5$

(2) Serum albumin  $< 2.5$  g/dl

合併下列任一項症狀：

1. 困難處理之腹水 (Refractory ascites)。
2. 自發性細菌性腹膜炎 (Spontaneous bacterial peritonitis)。
3. 肝腎症候群 (Hepatorenal syndrome)。
4. 肝腦病變合併坐立不安、昏睡和昏迷 (Encephalopathy with asterixis, somnolence, coma)。
5. 復發性食道靜脈瘤出血 (Recurrent variceal bleeding)。
6. 多重器官衰竭 (Multiple organ failure)。
7. 惡病質與消瘦 (Cachexia and asthenia)。

## 七、急性腎衰竭，未明示者

### acute renal failure, unspecified

1. 已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病患。
2. 病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病患可能在近期內死亡。
3. 病人在自由意識的選擇與自主的決定下不願意，或因合併下列疾病狀況之一，不適合繼續接受長期透析治療或接受腎臟移植者：
  - (1)其他重要器官衰竭及危及生命之合併症
  - (2)長期使用呼吸器
  - (3)嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症
  - (4)惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者
  - (5)惡性腫瘤末期患者
  - (6)因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者

## 八、慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者

本項適用主診斷 585 (慢性腎衰竭; chronic renal failure)及 586 (腎衰竭，未明示者; renal failure, unspecified)兩項疾病末期定義

1. 慢性腎臟病至末期腎臟病階段，尚未接受腎臟替代療法病患，屬慢性腎臟病(CKD) 第4, 5期病患( $GFR < 30 \text{ ml/min/1.73m}^2$ )，或已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病患。
2. 病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病患可能在近期內死亡。
3. 病人在自由意識的選擇與自主的決定下不願意，或因合併下列疾病狀況之一，不適合新接受或繼續接受長期透析治療或腎臟移植者：
  - (1)其他重要器官衰竭及危及生命之合併症
  - (2)長期使用呼吸器
  - (3)嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症
  - (4)惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者
  - (5)惡性腫瘤末期患者
  - (6)因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者

附表 2

安寧共同照護流程

