

討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準新增修訂「進階影像導引插管術」等診療項目案。

說明：

一、依據本署 108 年第 7 次、109 年第 1 次、109 年第 6 次、110 年第 8 次及 111 年第 1 次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議、109 年第 1 次本會議、**門診透析預算 111 年第 1 次研商議事會議**暨衛生福利部 111 年 1 月 12 日偏鄉公費醫師留任計畫工作小組第 7 次會議決議辦理(**附件 1-1~1-8，頁次討 1-6~1-26**)。

二、新增「影像導引氣管內管插管術」等 7 項診療項目，推估增加支出約 207.18 百萬點(**附件 2，頁次討 1-27~1-36**)：

(一)新增「影像導引氣管內管插管術」等 4 項診療項目，詳表一序號 1~4(**附件 2，頁次討 1-25**)：

1. 依 110 年第 8 次及 111 年第 1 次專家諮詢會議結論(同附件 **1-4 及 1-5，頁次討 1-12~1-20**)，本項用於呼吸道傳染性疾病病人，可降低醫護人員感染風險，且可放大困難氣道病人之聲門部位，減少插管所需時間，亦提升處置成功率，爰建議新增本項，並訂有適應症。

2. 現行 96020C「半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法—未滿二小時」配合本項增列以影像導引之適應症，並調升支付點數。

3. 財務評估：

(1) 插管：「疑似或確診空氣或飛沫傳染性疾病」建議支付 2,321 點；「困難氣道或緊急狀況」建議支付 1,484 點。

(2) 全身麻醉：「疑似或確診空氣或飛沫傳染性疾病」建議支付

7,733 點；「困難氣道或緊急狀況」建議支付 6,896 點。

- (3) 以 108 年 47031C 及 96020C 申報件數、成長率及主或次診斷符合適應症之件數占率，扣除替代後推估增加支出 124.80 百萬點，其中醫院總額增加支出 124.78 百萬點、西醫基層增加支出 0.022 百萬點。

(二) 新增「HLA-B*5801 基因檢測」診療項目，詳表一序號 5（**附件 2，頁次討 1-26**）：

1. 依 108 年第 7 次、109 年第 1 次、109 年第 6 次及 111 年第 1 次專家諮詢會議，以及 109 年第 1 次本會議結論（**同附件 1-1 至 1-3 及 1-5 至 1-6，頁次討 1-6~1-11 及討 1-14~1-21**），於 Allopurinol 藥物使用前輔以本項檢測，可降低史帝芬強森氏症候群(SJS)與毒性表皮溶解症(TEN)等嚴重藥物不良反應之發生比率，故建議新增並明定適應症及執行頻率。
2. 109 年第 1 次本會議結論係請提案單位參採與會專家意見，修訂適應症範圍後再提會討論，故提案單位調整適應症及訂定「已連續使用 Allopurinol 一個月以上或曾使用 Allopurinol 累計滿三個月以上者，不予給付」支付規範。
3. 財務評估：建議支付 2,343 點，以 108 年新使用 Allopurinol，扣除替代後推估醫院增加支出 52.47 百萬點。

(三) 新增「內視鏡蝶腭動脈結紮術」診療項目，詳表一序號 6（**附件 2，頁次討 1-26**）：

1. 依 111 年第 1 次專家諮詢會議結論（**同附件 1-5，頁次討 1-14~1-20**），本項對於頑固性的後部鼻部出血，經保守治療無效者，達到良好的止血效果，且侵入性較低後、傷口較小，術後恢復時間較開放手術短，故建議新增並訂定適應症。
2. 財務評估：建議支付 6,934 點，以 108 年主次診斷為鼻出血且申報比照項目 65013B、71018B 或 65063B 之住院案件，推估年

執行量約 121 件，扣除替代後，不增加健保財務支出。

(四)新增「深部小腸內視鏡」，詳表一序號 7 (附件 2，頁次討 1-26)：

1. 依 111 年第 1 次專家諮詢會議結論 (同附件 1-5，頁次討 1-14 ~1-20)，本項利用特殊之外套管協助將小腸鏡伸入深層之空腸進行檢查，主要用於不明原因消化道出血之診斷及治療，對於不明原出血檢查準確度可達七成，爰建議新增並訂定適應症。

2. 財務評估：建議支付 42,721 點，以 108 年符合適應症者及執行率，推估執行量約 709 件，扣除替代後推估醫院增加支出 29.91 百萬點。

三、修訂 50023B「尿路結石體外震波碎石術」等 4 項診療項目之支付規範及支付標準第二部第二章第七節第十三項女性生殖八、自然生產、剖腹產及流產通則，推估增加支出約 13.78 百萬點 (附件 2，頁次討 1-27~1-28)：

(一)修訂 50023B「尿路結石體外震波碎石術」2 項診療項目，詳表二序號 1 及 2 (附件 2，頁次討 1-27)：依偏鄉公費醫師留任計畫工作小組第 7 次會議決議 (同附件 1-8，頁次討 1-24)，考量離島地區專任醫師招募不易，為提高醫療服務可近性，爰修訂支付規範由原「應有專任之泌尿科專科醫師二名以上」，修改為「離島地區醫療機構應有二名以上之泌尿科專科醫師，其中至少一名為專任，實際操作過程專科醫師應在場照護」，本項不增加健保財務支出。

(二)修訂 58011C「連續性可攜帶式腹膜透析-腹膜透析追蹤處置費」2 項診療項目，詳表二序號 3 及 4 (附件 2，頁次討 1-27)：

1. 依門診透析預算 111 年第 1 次研商議事會議決議 (同附件 1-7，頁次討 1-22~1-23)，腹膜透析為每月申報一次，為使門診或

住院執行的院所按實際使用天數依比率申報，修訂支付規範為「患者因故住院仍持續接受腹膜透析治療，費用由住院之院所申報」；另為明確申報方式，修訂支付規範為「患者改變治療模式或停止透析治療，則按比例扣除未治療天數費用」。

2. 本項不增加整體健保財務支出，惟門診透析病人轉至住院治療後之腹膜透析醫療費用，將由透析預算轉為醫院總額支應，以108年門診腹膜透析病人就醫後30日內曾住院，並持續使用腹膜透析，推估醫院增加支出13.16百萬點。

(三) 修訂自然生產、剖腹產及流產通則，詳表二序號5(附件2，頁次討1-27~1-28)：

1. 依111年第1次專家諮詢會議結論(同附件1-5，頁次討1-14~1-20)，逾6成雙胞胎妊娠會出現胎位不正，若自然產過程臨時改成剖腹產，胎兒的併發症風險會增加；另曾因陰道分娩造成四度裂傷併發肛門瘻管之孕婦，後續如再行自然產，容易舊傷復發，不利胎兒出生，故建議剖腹產適應症增列「曾因陰道分娩造成四度裂傷併發肛門瘻管者」及「多胞胎妊娠」。另為明確支付標準，將現行規範訂於審查注意事項之剖腹產適應症，改列於支付標準。
2. 統計109年主次診斷符合適應症者，以具適應症剖腹產及自行要求剖腹產平均醫療費用差額，推估約增加健保支出0.62百萬點。

四、修訂編號47031C「氣管內管插管」等7項之支付規範文字及英文名稱，不增加健保財務支出，重點說明如下：

(一) 47031C「氣管內管插管」，詳表三序號1(附件2，頁次討1-29)：如通過新增「影像導引氣管內管插管術」，因目的與47031C相近，故增列不得同時申報之規範。

(二) 54011C「鼻後部鼻流血處理」、62020C「二氧化碳雷射手

術」及 65072B「鼻雷射手術」，詳表三序號 2~4（**附件 2，頁次討 1-29**）：如通過新增「內視鏡蝶腭動脈結紮術」，因目的與前述三項診療項目相近，故增列不得同時申報之規範。

(三) 28010B「小腸鏡檢查」，詳表三序號 5（**附件 2，頁次討 1-29**）：如通過新增「深部小腸內視鏡」，因目的與 28010B 相近，故增列不得同時申報之規範。

(四) 96020C「半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法-未滿二小時」，詳表三序號 6（**附件 2，頁次討 1-29**）：如通過新增「影像導引氣管內管插管術」等 4 項診療項目，因目的與 96020C 相近，故增列不得同時申報之規範。

(五) 85823B「青光眼導管置入術」，詳表三序號 7（**附件 2，頁次討 1-29**）：修正英文名稱，使支付標準中英文名稱一致。

五、預算來源：本次增修 18 項診療項目及生產通則案，除 58011C 等 2 項診療項目增加 13.16 百萬點，由 111 年醫院總額之專款「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」預算 15 百萬元支應；其他新增修訂事項推估增加支出約 207.80 百萬點（醫院為 207.78 百萬點；西醫基層為 0.022 百萬點），由 111 年醫院總額及西醫基層總額之「新醫療科技」項下新增診療項目預算支應（醫院預算為 273.6 百萬元；西醫基層預算為 58.59 百萬元）。

擬辦：本案經討論後如獲同意，增修支付標準表（**詳附件 3，頁次討 1-35~1-44**），並依程序報請衛生福利部核定後公布實施。

決議：

108 年度第 7 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」

會議紀錄

壹、時間：108 年 8 月 7 日上午 9 點 30 分

貳、地點：台北市信義路 3 段 140 號 9 樓第一會議室

參、主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：沈瑞玲

肆、出席專家：略。

伍、請假專家：略。

陸、列席單位及人員：略。

柒、主席致詞：略。

捌、確認上次會議紀錄：確認。

玖、討論事項：

二、社團法人中華民國風濕病醫學會及臺北榮民總醫院建議新增

「HLA-B*5801 基因檢測」診療項目案，提請討論。

討論重點：

(一) 依 Allopurinol 藥物仿單說明：

1. 未帶有 HLA-B*5801 基因的病患，無論人種，仍可能發生 SJS/TEN 副作用。
2. 現行帶有 HLA-B*5801 基因之病患以 Allopurinol 治療，亦有未發生 SJS/TEN。
3. 長期使用 Allopurinol 沒有不良反應之病人不建議基因檢測，無論是否帶有 HLA-B*5801 基因，發生 SJS 的危險在治療開始之後幾個月最高，基因檢測並不能取代適當的臨床用藥安全監測及病患處置。

(二) 因 Allopurinol 導致藥害之報告每年約 20-30 例，且為藥害排行榜第一名，近年臨床醫師使用 Allopurinol 數量很少，一旦

納入給付，恐有誘發申報之虞，數量應會大於提案單位預估量。

(三) 台灣約有 15% 帶有 HLA-B*5801 基因，但是與未帶有此基因者相比，發生 SJS/TEN 的風險比差距 580.3 倍，可見本項檢測應有其重要性。

(四) 經考量上述三點，專家建議應釐清必須使用 Allopurinol 之適應症及適度限縮需要檢測之族群，針對真正適合的病人檢測，以確實達到減少藥害之效，亦減少對健保財務之影響。

(五) 關於專科別限制部分，考量其他科別患者亦有使用 Allopurinol 之需要，不應限制專科別。

結論：

(一) 適應症範圍、預估執行量及新增本項之必要性等尚有疑義，爰本案保留。建議提案單位收集更多相關資料，修正後再提會討論。

(二) 關於使用 Allopurinol 導致 SJS/TEN 的副作用及與本項基因檢測之相關性，擬請財團法人藥害救濟基金會及臨床專家與會討論。

壹拾、臨時動議：無。

壹拾壹、散會：11 時 30 分。

109 年度第 1 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」
會議紀錄

壹、時間：109 年 1 月 8 日上午 9 點 30 分

貳、地點：台北市信義路 3 段 140 號 9 樓第一會議室

參、主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：沈瑞玲

肆、出席專家：略。

伍、請假專家：略。

陸、列席單位及人員：略。

柒、主席致詞：略。

捌、確認上次會議紀錄：確認。

玖、討論事項：

三、社團法人中華民國風濕病醫學會及臺北榮民總醫院建議新增

「HLA-B*5801 基因檢測」診療項目案(106 年及 107 年醫療院所
申報未列項目)。

討論重點：

- (一) 藥害救濟基金會：Allopurinol 為國內藥害救濟第一名藥物，隨臨床醫師用藥習慣改變，藥物使用量及藥害救濟個案逐年減少，惟有文獻指出其替代用藥 febuxostat 有 major CV risk，預估臨床使用 allopurinol 有可能增加，本項檢測敏感度達 85% 以上，為預防藥害個案發生，建議新增。
- (二) 患者一旦發生 SJS/TEN，臨床尚無有效之治療，致死率高，倖存患者亦有可能伴隨眼部後遺症等副作用。部分患者對替代藥物(benzbromarone 或 febuxostat)治療反應不佳，確有使用 allopurinol 之需求，專家建議如納入給付，為避免浮濫申報，淪為篩檢之用，應審慎訂定適應症範圍。

結論：經與會專家討論後同意新增本項，建議支付點數為 2,163 點，說明如下：

(一) 新使用 allopurinol 前檢測 HLA-B5801 適應症：1.痛風石。2.尿酸製造過多之痛風。3.不適合用促尿酸排泄藥物治療 (benzbromarone)。4.具尿酸成分之尿路結石病史。5.接受化學治療之癌症病患用以預防急性尿酸引起腎病變。

(二) 執行頻率：每人限檢測一次，並需上傳檢測結果至健保雲端系統。

(三) 建議適用層級別：基層院所以上，門住診均可使用。

壹拾、臨時動議：無。

壹拾壹、散會：13 時 00 分。

110 年第 8 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」

會議紀錄

時間：110 年 11 月 10 日上午 9 點 30 分

地點：台北市信義路 3 段 140 號 18 樓禮堂

主持人：李署長伯璋

紀錄：周筱妘

壹、出席專家：略。

貳、請假專家：略。

參、列席單位及人員：略。

肆、主席致詞：略。

伍、確認上次會議紀錄：確認。

陸、報告事項：略。

柒、討論事項：

二、中華民國重症醫學會、社團法人台灣急診醫學會及台灣麻醉醫學會建議新增「進階影像導引插管術」診療項目案。

討論重點：

(一)提案單位表示對於 COVID-19 等呼吸道傳染性病人，本項可降低醫護人員感染風險，其 learning curve 很短，此外，在後疫情時代，遇 OHCA 病人也需很謹慎，爰建議新增本項。

(二)與會專家表示胸腔外科執行手術時，其麻醉困難程度不一，爰建議於適應症「困難氣道」中增列胸腔外科手術；另與會專家表示受疫情影響，本項臨床需求日益增加，多數醫院已購置儀器，且考量項目 47031C「氣管內插管」未訂定禁忌症，故建議不訂定適應症及禁忌症，由醫師依專業判斷及臨床指引進行診療。

(三)同時考量支付點數訂定與適應症範圍，放寬適應症後成本應下降，若仍維持建議支付點數 2,944 點，對健保財務衝擊極大，故本案需重新評估適應症及支付點數後再提會討論。

(四)與會專家表示基層院所應可執行本項目，故建議不限制地區醫院以上執行，並皆同意 47031C「氣管內插管」列為不得併報項目。

結論：經與會專家討論，對於本項目是否訂定適應症及支付點數尚有疑義，爰本署將邀集相關學會共同討論後再提會討論。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：12 時 00 分。

109 年度第 6 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」
會議紀錄

壹、時間：109 年 7 月 8 日上午 9 點 30 分

貳、地點：台北市信義路 3 段 140 號 9 樓第一會議室

參、主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：沈瑞玲

肆、出席專家：略。

伍、請假專家：略。

陸、列席單位及人員：略。

柒、主席致詞：略。

捌、確認上次會議紀錄：確認。

玖、討論事項：

一、社團法人中華民國風濕病醫學會及臺北榮民總醫院建議新增

「HLA-B*5801 基因檢測」診療項目案(106 年及 107 年醫療院所申報未列項目)。

討論重點：

(三) 學會表示痛風患者於基層診所用藥非常普遍，適用層級若改為醫院層級，未符分級醫療原則，惟考量健保資源有限，尊重共擬會議之決議。提案單位所提適應症第 2 點，未明確定義「不適合使用」患者，並建議應敘明已使用藥物達最大耐受劑量，使適應症更臻明確。

(四) 本署查 Allopurinol 仿單，其半衰期為 1~3 小時，發生藥物反應機率亦隨時間遞減，另與會專家及學會表示本項於用藥後檢測，未符臨床用藥指引，提案單位所提適應症第 1 點之妥適性，宜再審酌。

(五) 為避免浮濫開立醫令，與會專家建議應規範檢測後若未開

立 Allopurinol 將不予給付。

(六) 本項如納入給付，是否所有新使用 Allopurinol 個案均須檢測，倘一旦發生藥害，卻未檢測，是否涉及醫療倫理，亦須納入考量。

結論：建議適用類別調整為醫院層級，惟適應症範圍請提案單位參採 與會專家意見，修訂後再提會討論。

壹拾、臨時動議：無。

壹拾壹、散會：13 時 00 分。

111 年第 1 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」

會議紀錄

時間：111 年 1 月 17 日上午 9 點 30 分

地點：台北市信義路 3 段 140 號 18 樓禮堂

主持人：李署長伯璋

紀錄：蔡松蒲

出席專家：略。

無法連結視訊之專家：略。

請假專家：略。

列席單位及人員：略。

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄：確認。

參、報告事項：略。

肆、討論事項：

一、中華民國重症醫學會、社團法人台灣急診醫學會及台灣麻醉醫學會建議新增「進階影像導引插管術」診療項目案。

討論重點：

1. 本案經 110 年第 8 次會議討論，前次與會專家同意新增並建議擴大給付範圍，惟考量擴大適應症將造成財務衝擊，爰本署邀請相關學會共同討論後，訂定適應症及調整支付點數，提本次會議討論。
2. 提案單位之一麻醉醫學會表示，47031C「氣管內插管」甫於 110 年 7 月由 464 點調整為 835 點，惟 96020C「半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法—未滿二小時」未併同調升，僅與 96017C「半開放式或半閉鎖式面罩吸入全身麻醉法—未滿二小時」相差 335 點，故 96020C 應扣除 335 點進行費用校正，而非 835 點。
3. 與會專家表示本項目對麻醉、急診及加護病房具有助益，需

求可能與日俱增，故同意納入健保給付，惟本項目支付點數高，恐造成健保財務衝擊。另緊急狀況所需會診流程，應僅需會診所列 4 個專科別(麻醉科、急診科、胸腔暨重症科、外傷科)之一即可。

4. 考量 96020C 前未配合 47031C 調升支付點數，故與會專家同意「影像導引氣管內管插管之全身麻醉法」費用，由扣除 835 點調整為扣除 464 點；本項目如通過新增，後續醫院執行應確實依適應症申報，善用健保資源。

結論：本案經專家充分討論後同意新增，說明如下：

(一) 項目名稱：影像導引氣管內管插管術 (Video-Assisted Endotracheal Intubation)。

- 疑似或確診空氣或飛沫傳染性疾病。

- 困難氣道或緊急狀況。

(二) 適應症範圍：

1. 傳染性疾病：疑似或確診空氣或飛沫傳染法定傳染病、疑似或確診空氣或飛沫傳染其他傳染病。
2. 困難氣道：頭頸部癌症、甲狀腺癌/副甲狀腺癌、氣道狹窄、頸椎骨關節相關的病變或處置、重大頭頸部外傷、張口困難、肥胖。
3. 緊急狀況：OHCA、緊急插管(醫療流程需有會診紀錄，會診麻醉科、急診科、胸腔暨重症科或外傷科，進行進階影像導引插管術)。

(三) 支付點數：

1. 疑似或確診之空氣或飛沫傳染性疾病：2,321 點。

2. 困難氣道或緊急狀況：1,484 點。

3. 兒科(未滿 19 歲)符合上述困難氣道或緊急狀況者，得比照疑似或確診之空氣或飛沫傳染性疾病適應症支付點數申報。

(四)不得併報項目：

1.本項目增列「不得同時申報 47031C 氣管內管插管」。

2.47031C「氣管內管插管」增列不得同時申報本項目。

(五)96020C「半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法—二小時以內」配合增列以影像導引氣管內插管之適應症，並調升支付點數，列述如下：

—未滿二小時且符合下列適應症以影像導引氣管內插管者

1.疑似或確診之空氣或飛沫傳染性疾病(兒科符合困難氣道或緊急狀況者，得比照本項支付標準點數申報)支付點數 7,733 點

2.困難氣道或緊急狀況支付點數 6,896 點

二、社團法人中華民國風濕病醫學會及臺北榮民總醫院建議新增「HLA-B*5801 基因檢測」診療項目案。

討論重點：

(五)提案單位表示綜整先前 2 次會議結論，修正本項目支付條件及適應症規範，並加入「若病人連續使用 Allopurinol 一個月以上或曾使用 Allopurinol 累計滿三個月以上者，執行本項目則不予給付」，將健保資源優先使用於最有需要的病人上。

(六)與會專家表示本項目有執行之必要，惟為避免濫用，應予以規範，如本項目檢測結果為陰性，應於一定時間內開立 Allopurinol，始符合執行本項目之意義，若未開立前述藥品者，應不予支付；另本項包含 IVD 及 LDT，其中 LDTS 實驗室建議以衛生福利部食品藥物管理署推行之 LDTS 認證，該認證項目含藥物基因體學，以確保檢測品質。

(七)考量本項目檢測係做為開立 Allopurinol 用藥之依據，提案單位及專家建議若經本項目檢測結果為陰性者，一個月內未開立 Allopurinol，則本項檢測健保不予給付。

(八)考量本項目限一生執行一次，檢測結果應於 1 個月內上傳至本署雲端系統，未上傳者，則本項不予給付；另考量本項有檢測品質及實驗室認證等要求，爰建議先開放至醫院層級適用。

結論：本案經專家充分討論後同意新增，說明如下：

(一)項目名稱：HLA-B*5801 基因檢測

(二)適應症範圍：新使用 Allopurinol 前且符合下列任一條件者：

- 1.尿酸製造過多之痛風。
- 2.經促尿酸排泄藥物使用最大耐受劑量後仍無法控制血液尿酸值 6mg/dl 以下，需使用 Allopurinol 者。
- 3.具促尿酸排泄藥物使用禁忌症，如過敏、腎功能不全、肝功能不全等。
- 4.具尿酸成分之尿路結石病史。
- 5.接受化學治療之癌症病患用以預防急性尿酸引起腎病變。

(三)已連續使用 Allopurinol 一個月以上或曾使用 Allopurinol 累計滿三個月以上者，不予給付。

(四)支付點數：2,343 點。

(五)為確保檢測品質，以 LDTS 執行本項目之實驗室須通過衛生福利部食品藥物管理署 LDTS 認證。

(六)專科別限制：不限制專科別。

(七)適用類別：地區醫院以上之醫院。

(八)本項目限一生執行一次，若檢測結果為陰性，且一個月內未開立 Allopurinol 者，不予給付；另檢測後 1 個月若未將檢測結果上傳至本署者，亦不予支付。

三、台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會建議新增「內視鏡蝶顎動脈結紮術」診療項目案。

討論重點：

(一)提案單位表示鼻內手術目前多以內視鏡執行，本項目比起傳統手術較為簡便且傷口小，且按健保署財務預估顯示亦可減少健保財務支出，惟現行支付標準未列有本項，係採比照方式申報。

(二)與會專家表示本項目已屬常規手術，醫院多以未列項方式申報，鮮少與民眾收取自費。

(三)考量本項目執行後，如無法止血，仍需執行 71018B「內上頷動脈結紮」，故建議不得併同申報項目不列入 71018B。

結論：本案經專家充分討論後同意新增，說明如下：

(一)項目名稱：內視鏡蝶腭動脈結紮術 (Endoscopic Sphenopalatine Artery Ligation)。

(二)適應症：頑固性的後鼻出血經保守治療(包括觀察、局部加壓、靜脈止血劑滴注及鼻內填塞止血)無效。

(三)支付點數：6,916 點。

(四)適用類別：限地區醫院以上住院使用。

(五)專科別限制：限耳鼻喉科專科。

(六)費用申報：申報費用需檢附保守治療無效之證明、相關影像學報告或照片。

(七)不得同時申報之診療項目：54011C「鼻後部鼻流血處理」、62020C「二氧化碳雷射手術」及 65072B「鼻雷射手術」。

四、台灣消化系內視鏡醫學會建議新增「經口側深部小腸內視鏡術/經肛側深部小腸內視鏡術」診療項目案。

討論重點：

(一)提案單位表示執行本項目需搭配麻醉及醫材，且病人常有反覆出血的現象，以致病人須多次就醫，過往本項自費對病人的經濟負擔較大，故有納入健保之需要。

(二)與會專家表示深部小腸內視鏡檢查所需時間較長，支付點數

實屬合理。另考量部分慢性小腸出血病人有時會持續性貧血或斷斷續續出血、黑便之情形，故建議酌修適應症並刪除「如不須病理或內視鏡治療，可以膠囊內視鏡取代，但於膠囊內視鏡檢查後，如仍建議病理確診或內視鏡治療可再使用」之贅述。

- (三)就專科別限制部分，若共擬會議代表建議應限部訂專科別，與會專家建議調整為「限內科、外科、兒科專科醫師且具消化系相關次專科」。
- (四)考量臨床上腸胃道出血，如經胃鏡及大腸內視鏡仍無法找出出血原因，極大的可能為小腸出血，故適應症調整為「1次以上胃鏡及大腸內視鏡無法找出出血原因」。另參採與會專家建議本項比照胃鏡(28016C—上消化道泛內視鏡檢查)，列於內視鏡檢查章節，後續再請提案單位提供可能併行之處置項目。

結論：本案經專家充分討論後同意新增，說明如下：

(一)中英文名稱：深部小腸內視鏡(Deep enteroscopy)

(二)適應症範圍：

1. 疑似小腸出血(suspected small bowel bleeding)：慢性消化道出血者高度懷疑小腸病變，經一次以上完整胃鏡及大腸內視鏡檢查，仍無法找出出血原因，且持續性貧血或斷斷續續血便或黑便者。急性消化道不明原因出血經一次以上完整胃鏡及大腸內視鏡檢查後，仍無法找出出血原因，且持續有血便或黑便者。
2. 小腸克隆氏症之診斷或治療(Small bowel Crohn's disease)。
3. Celiac disease 之診斷或追蹤(Assessment of Celiac disease)。
4. 遺傳性腸道息肉症之診斷或治療(Hereditary polyposis syndrome)。

5. 影像學上發現小腸病變需病理學上確診或內視鏡治療者。

6. 小腸淋巴瘤或其他惡性腫瘤之診斷、治療及追蹤。

(三) 支付點數：42,721 點（含拋棄式外套管）。

(四) 適用類別：地區醫院以上住院使用。

(五) 專科別限制：限消化系內視鏡專科、兒科消化學專科及消化內視鏡外科。若共擬會議代表建議應限部訂專科別，則調整為「限內科、外科、兒科專科醫師且需具消化系相關次專科」。

(六) 疑似小腸出血者，須檢附胃鏡及大腸內視鏡檢查報告資料。

(七) 不得同時申報之診療項目：28010B「小腸鏡檢查」。

(八) 請提案單位提供本項目可能併行之處置項目，本署將另案研議。

五、本署建議增修「剖腹產適應症規範」案。

討論重點：

(一) 與會專家表示逾 6 成雙胞胎妊娠會出現胎位不正，若自然產過程臨時改成剖腹產，胎兒的併發症風險會增加；另曾因陰道分娩造成四度裂傷併發肛門瘻管之孕婦，後續如再行自然產，容易舊傷復發，不利胎兒出生，故同意剖腹產適應症增列「曾因陰道分娩造成四度裂傷併發肛門瘻管者」及「多胞胎妊娠」。

(二) 建議婦產科醫學會與國民健康署討論訂定合宜的生產指引或評鑑規範。

結論：

本案經專家充分討論後，剖腹產適應症範圍增列「曾因陰道分娩造成四度裂傷併發肛門瘻管者」及「多胞胎妊娠」2 項適應症。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：12 時 00 分。

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」

109 年第 1 次會議紀錄

時 間：109 年 3 月 12 日（星期四）下午 2 時

地 點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主 席：蔡副署長淑鈴

紀錄：宋兆喻

出席單位、列席單位及人員：略。

一、主席致詞：略。

二、報告事項：略。

三、討論事項：

（一）全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（以下稱支付標準）新增修「HLA-B 5801 基因檢測」等 4 項診療項目案。

決議：修訂重點如下，詳附件 2，P24。

1. 有關中華民國風濕病醫學會及臺北榮民總醫院提案新增「HLA-B 5801 基因檢測」，請提案單位參酌與會代表所提意見，重新評估適應症及支付點數後再議。
2. 同意修訂編號 67001B、67038B「胸壁切除術（小於/≥ 10 公分）」支付規範，增列「胸骨切除術比照申報」文字；併刪除編號 64005B「骨髓炎之死骨切除術或蝶形手術及擴創術（包括：頭骨、顱骨、胸部骨頭、股骨、肋骨、脊椎骨）」中之「胸部骨頭」文字。

全民健康保險醫療給付費用門診透析預算

111 年第 1 次研商議事會議紀錄

時間：111 年 2 月 23 日(星期三)下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂(臺北市信義路三段 140 號、視訊會議為 Microsoft Teams 視訊軟體)

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：賴昱廷

出席代表：略

列席單位及人員：略

壹、主席致詞(略)

貳、確認本會前次會議紀錄

參、報告事項

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之「腹膜透析追蹤處置費」修訂案。

決定：

- 一、依 111 年醫院及西醫基層醫療給付費用總額及其分配方式，111 年度醫院總額專款「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」編列預算 15 百萬，其中依透析服務項目之決定事項略以，自基期減列「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」4.08 百萬元，移列至醫院總額該項專款，其中 4.04 百萬元自醫院門診透析費用減列，0.04 百萬元自西醫基層門診透析費用減列，減列數按季均分減列。
- 二、考量 58028C「全自動腹膜透析機相關費用」業經 109 年第四次共擬會議決議，並於 110 年 3 月 1 日實施，故不另修訂該項支付標準。

三、58011C、58017C「腹膜透析追蹤處置費」，修訂重點如下：

- (一)門診或住院執行院所按實際使用天數申報。
- (二)修改支付規範註3文字為「病人改變治療模式(如腹膜透析改為血液透析)或停止腹膜透析治療者，則按比例扣除腹膜透析未治療天數費用」。
- (三)新增支付規範註4「病人因故住院仍持續接受腹膜透析治療，費用由住院之院所申報」。
- (四)為能確實掌握腹膜透析病人治療情形，建議新增支付規範註5「申報腹膜透析追蹤處置費應確實追蹤病人治療情形，病人由門診轉住院治療，住院醫院應聯繫原腹膜透析診治院所，告知病人住院期間、透析治療方式及儀器使用情形等，並於病歷記載」。

偏鄉公費醫師留任計畫工作小組第 7 次會議紀錄(草案)

時間：111 年 1 月 12 日(星期三)上午 10 時 00 分

地點：本部 3 樓 302 會議室

出席人員：林三齊委員(代理王必勝委員)、徐永年委員、陳震寰委員、
張聖原委員、周碧瑟委員、陳志成委員、李丞華委員、陳永
昌委員

列席人員：

國軍退除役官兵輔導委員會就醫保健處林淑芬、任憶澄

本部附屬醫療及社會福利機構管理會 廖美怡

本部護理及健康照護司 陳青梅、黃玉微

中央健康保險署 韓佩軒

本部醫事司 李簡任技正中月、吳淑慧科長

主席：石次長崇良

紀錄：呂素蘭

壹、主席致詞：略

貳、報告事項：略

參、討論事項：

案由一：研議偏遠地區醫療機構執行診療項目「尿路結石體外震波
碎石術」專案審查其執行資格及申報健保費可行性(報告單
位:健保署)一案，提請討論。

決 議：

(一)考量離島地區對於尿路結石病人之醫療照護需求，如有提供體
外震波碎石術之醫院，至少應有 1 名專任泌尿科專科醫師，另
1 名則得以兼任方式為之。

(二)執行體外震波碎石術後，應有 1 位泌尿科專科醫師留在該離島
醫院處理病人術後相關併發症(例如出血、尿路阻塞等)，確保
病人安全。

(三)上開醫師條件僅限離島地區之醫院適用，請健保署循程序至全
民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議討論。

肆、散會：中午 12 時 30 分

表一、111年建議新增醫療服務給付項目及財務影響評估彙整表(計7項目)

序 號	中文名稱	主要臨床功能及目的	適應症/支付規範	建議支付點數		建議支付 點數(含 一般材料 費) A	被替代項目及替代率				預估 年執行 量 E	預估年增點數 (百萬點) F= ①A*E-B*E ②A*E-B*D ③A*(E-D)+(A-B)*D		
				表定點數	表列 材料 費%		被替代 診療項 目	中文名稱	支付點數 B	替代率 C		醫令 申報量 D (108/109年)		
1	影像導引氣管內管插管術- 疑似或確診之空氣或飛沫 傳染性疾病	影像導引輔助插管搭配拋棄式葉片，增加醫護人員與病人之間的距離，預防呼吸道傳染性疾病透過氣道處置流程感染醫護人員，並減少病人間交叉感染；對於困難氣道病人，可放大病人聲門部位，減少插管所需時間、提升困難氣道處置成功率，降低插管併發症，提升病人舒適度。	<u>1.適應症：</u> <u>(1)疑似或確診空氣或飛沫傳染法定傳染病、疑似或確診空氣或飛沫傳染其他傳染病。</u> <u>(2)兒童（未滿十九歲）符合下列任一情形比照申報：</u> <u>a.困難氣道：頭頸部癌症、甲狀腺癌/副甲狀腺癌、氣道狹窄、頸椎骨關節相關的病變或處置、重大頭頸部外傷、張口困難、肥胖。</u> <u>b.緊急狀況：OHCA、緊急插管(需有會診麻醉科、急診科、胸腔暨重症科或外傷科之會診記錄)。</u> <u>2.不得同時申報：47031C、47106C。</u> <u>3.內含一般材料費及「甦醒球」、「單次拋棄式影像喉頭鏡葉片」比率為百分之四十一。</u>	2,321		2,321	47031C	氣管內管插管	835	25.4%	97,866	24,884 (註1)	36.98	①
2	影像導引氣管內管插管術- 困難氣道或緊急狀況		<u>1.適應症：</u> <u>成人（十九歲以上）：</u> <u>(1)困難氣道：頭頸部癌症、甲狀腺癌/副甲狀腺癌、氣道狹窄、頸椎骨關節相關的病變或處置、重大頭頸部外傷、張口困難、肥胖。</u> <u>(2)緊急狀況：OHCA、緊急插管(需有會診麻醉科、急診科、胸腔暨重症科或外傷科之會診記錄)。</u> <u>2.不得同時申報47031C、47105C。</u>	1,484		1,484	47031C	氣管內管插管	835	14.8%	97,866	14,491 (註2)	9.40	①
3	半閉鎖式或閉鎖循環式氣 管內插管全身麻醉法-未滿 兩小時-以影像導引氣管內 插管-疑似或確診之空氣或 飛沫傳染性疾病	影像導引輔助插管搭配拋棄式葉片，增加醫護人員與病人之間的距離，預防呼吸道傳染性疾病透過氣道處置流程感染醫護人員，並減少病人間交叉感染；對於困難氣道病人，可放大病人聲門部位，減少插管所需時間、提升困難氣道處置成功率，降低插管併發症，提升病人舒適度。	<u>適應症：</u> <u>1.疑似或確診空氣或飛沫傳染法定傳染病、疑似或確診空氣或飛沫傳染其他傳染病。</u> <u>2.兒童（未滿十九歲）符合下列任一情形比照申報：</u> <u>(1)困難氣道：頭頸部癌症、甲狀腺癌/副甲狀腺癌、氣道狹窄、頸椎骨關節相關的病變或處置、重大頭頸部外傷、張口困難、肥胖。</u> <u>(2)緊急狀況：OHCA、緊急插管(需有會診麻醉科、急診科、胸腔暨重症科或外傷科之會診記錄)。</u> <u>3.不得同時申報：96020C、96030C。</u>	5,155	50%	7,733	96020C	半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法-未滿二小時	5,876	2.4%	763,539	18,298 (註3)	33.98	①
4	半閉鎖式或閉鎖循環式氣 管內插管全身麻醉法-未滿 兩小時-以影像導引氣管內 插管-困難氣道或緊急狀況		<u>適應症：</u> <u>成人（十九歲以上）：</u> <u>1.困難氣道：頭頸部癌症、甲狀腺癌/副甲狀腺癌、氣道狹窄、頸椎骨關節相關的病變或處置、重大頭頸部外傷、張口困難、肥胖。</u> <u>2.緊急狀況：OHCA、緊急插管(需有會診麻醉科、急診科、胸腔暨重症科或外傷科之會診記錄)。</u> <u>3.不得同時申報：96020C、96029C。</u>	4,597	50%	6,896	96020C	半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法-未滿二小時	5,876	5.7%	763,539	43,566 (註4)	44.44	①

序 號	中文名稱	主要臨床功能及目的	適應症/支付規範	建議支付點數		建議支付 點數(含 一般材料 費) A	被替代項目及替代率					預估 年執行 量 E	預估年增點數 (百萬點) F= ①A*E-B*E ②A*E-B*D ③A*(E-D)+(A-B)*D	
				表定點數	表列 材料 費%		被替代 診療項 目	中文名稱	支付點數 B	替代率 C	醫令 申報量 D (108/109年)			
5	HLA-B*5801基因檢測	HLA-B*5801基因是Allopurinol藥物引發嚴重藥物不良反應的高危險因子，於Allopurinol藥物使用前輔以本項檢測，可降低史蒂芬森氏症候群(SJS)與毒性表皮溶解症(TEN)等嚴重藥物不良反應之發生比例。	1.適應症：新使用Allopurinol前且符合下列任一條件者： (1)尿酸製造過多之痛風。 (2)經促尿酸排泄藥物使用最大耐受劑量後仍無法控制血液尿酸值6mg/dl以下，需使用Allopurinol者。 (3)具促尿酸排泄藥物使用禁忌症，如過敏、腎功能不全、肝功能不全等。 (4)具尿酸成分之尿路結石病史。 (5)接受化學治療之癌症病患用以預防急性尿酸引起腎病變。 2.已連續使用Allopurinol一個月以上或曾使用Allopurinol累計滿三個月以上者，不予給付。 3.為確保檢測品質，以LDT執行本項檢測，需具衛生福利部核准之實驗室開發檢測施行計畫。 4.限一生執行一次，若檢測結果為陰性，且一個月內未開立Allopurinol者，不予給付；另檢測後1個月若未將檢測結果上傳，亦不予支付。 5.內含一般材料費及檢測套組比率為百分之七十五。	2,343		2,343	12176B	人類白血球抗原 HLA-ABC (單一抗原)	3,285	7.10%	8,868	23,280 (註5)	52.47	②
6	內視鏡蝶腭動脈結紮術	本項目係對於頑固性的後部鼻部出血，經保守治療無效者，達到良好的止血效果，且侵入性較低後、傷口較小，術後恢復時間較開放手術短。	1.適應症：頑固性的後鼻出血經保守治療(包括觀察、局部加壓、靜脈止血劑滴注及鼻內填塞止血)無效。 2.限耳鼻喉科專科醫師執行。 3.申報費用需檢附保守治療無效之證明、相關影像學報告或照片。 4.不得同時申報54011C「鼻後部鼻流血處理」、62020C「二氧化碳雷射手術」及65072B「鼻雷射手術」。	6,732	3%	6,934	65013B 65063B 71018B	多寶副鼻竇手術 單側鼻竇功能內視鏡手術 內上頰動脈結紮	13,548 10,439 9,246	0.5% 9.8% 66.7%	9,652 674 9	121 (註6)	不增加支出	
7	深部小腸內視鏡	利用特殊之外套管協助檢查醫師將小腸鏡伸入深層之迴腸進行檢查，目前主要用於不明原因消化道出血之診斷及治療。檢查準確度可達七成。其它也用於小腸疾病如克隆氏症、Celiac disease之治療評估、遺傳性腸道息肉病患小腸息肉之治療。對於在其它影像學發現疑似小腸病變患者也能提供之診斷上(如切片檢查等)之幫助。	1.適應症(須符合以下任一條件)： (1)疑似小腸出血(suspected small bowel bleeding)：慢性消化道出血者高度懷疑小腸病變，經一次以上完整胃鏡及大腸內視鏡檢查，仍無法找出出血原因，且持續性貧血或斷斷續續血便或黑便者。急性消化道不明原因出血經一次以上完整胃鏡及大腸內視鏡檢查後，仍無法找出出血原因，且持續有血便或黑便者。 (2)小腸克隆氏症之診斷或治療(Small bowel Crohn's disease)。 (3)Celiac disease之診斷或追蹤(Assessment of Celiac disease)。 (4)遺傳性腸道息肉症之診斷或治療(Hereditary polyposis syndrome)。 (5)影像學上發現小腸病變需病理學上確診或內視鏡治療者。 (6)小腸淋巴瘤或其他惡性腫瘤之診斷、治療及追蹤。 2.限住院使用。 3.限消化系內視鏡專科、兒科消化學專科及消化內視鏡外科專科醫師執行。 4.疑似小腸出血者，須檢附胃鏡及大腸內視鏡檢查報告資料。 5.不得同時申報：28010B「小腸鏡檢查」。 6.內含一般材料費及「小腸內視鏡外套管」比率為百分之四十八。	42,721		42,721	28010B	小腸鏡檢查	3,214	15.1%	790	709 (註7)	29.91	③
(1) 7項新增項目 小計													207.18	

註1：考量109年恐受疫情影響，111年件數以108年47031C申報醫令量97,866筆、108年相較於107年之成長率0.7%及主或次診斷符合提案單位建議ICD-10-CM代碼醫令之占率24.9%，約24,884筆(97,866*(1+0.7%)³*24.9%)，推估111年替代率為25.4%(=24,884/97,866)，扣除既有申報點數估算36.98百萬元。

註2：考量109年恐受疫情影響，111年件數以108年47031C申報醫令量97,866筆、108年相較於107年之成長率0.7%及主或次診斷符合提案單位建議ICD-10-CM代碼醫令之占率14.5%，約14,491筆(97,866*(1+0.7%)³*14.5%)，推估111年替代率為14.8%(=14,491/97,866)，扣除既有申報點數估算9.4百萬元。

註3：考量109年恐受疫情影響，111年件數以108年96020C申報醫令量763,539筆、108年相較於107年之成長率4.5%及主或次診斷符合提案單位建議ICD-10-CM代碼醫令之占率2.1%，約18,298筆(763,539*(1+4.5%)³*2.1%)，推估111年替代率為2.4%(=18,298/763,539)，扣除既有申報點數估算33.98百萬元。

註4：考量109年恐受疫情影響，111年件數以108年96020C申報醫令量763,539筆、108年相較於107年之成長率4.5%及主或次診斷符合提案單位建議ICD-10-CM代碼醫令之占率5.0%，約43,566筆(763,539*(1+4.5%)³*5.0%)，推估111年替代率為5.7%(=43,566/763,539)，扣除既有申報點數估算44.44。

註5：將「108年新使用allopurinol者，且前、後1年均未使用benzbromarone」及「新使用allopurinol者，前1年曾使用benzbromarone或Febuxostat者」兩類人數歸戶統計後為23,280人次。預估新增項目111年執行量為23,380人次。另108年未列項申報比照12176B為130次；主診斷為痛風(M10)併同申報醫令碼12176B為501件，合計為631件。108年12176B申報8,868件，推估其中631件由新增項目替代，替代率7.1%(=631/8868)。

註6：以108年住院件數估算，以適應症符合R04.0「鼻出血」且申報傳統診療項目65013B為49件、71018B為6件及65063B為66件，合計共121件。

註7：考量109年恐受疫情影響，111年符合學會建議適應症人數以108年人數(10.54萬人)及零成長率估算約10.54萬人。其中計有119人於當年度曾執行28010B「小腸鏡檢查」。推估111年執行「深部小腸內視鏡」人數約709人(=10.54萬人*0.67%)，其中119人以取代28010B「小腸鏡檢查」計算。108年28010B申報790件，推估其中119件由新增項目替代，替代率為15.1%(=119/790)

表二、111 年建議修訂醫療服務給付項目及財務影響評估彙整表(計 5 項目)

序號	診療 編號	名稱	修訂說明	適應症/相關規範	現行表定點數	建議支 付點數	原支付 點數	預估全國執行量	預估年增點數 (百萬點)
1	50023B	尿路結石體外震波碎石術-第一次	考量離島地區專任醫師招募不易，為提高醫療服務可近性，修	註：(摘錄第 9 點「醫療機構條件」及第 10 點「操作人員資格」如下) 9.醫療機構條件： (1)應為醫院。 (2)應有專任之泌尿科專科醫師二名以上； <u>離島地區醫療機構應有二名以上之泌尿科專科醫師，其中至少一名為專任，實際操作過程專科醫師應在場照護。</u> (3)應有下列經皮腎結石取石術及輸尿管鏡碎石手術設備： A.X 光透視機 B.腎臟鏡 C.輸尿管鏡 D.至少一種經內視鏡碎石機（如氣動式撞擊碎石機超音波碎石機、雷射碎石機、電擊碎石（electrohydraulic lithotripter））。 10.操作人員資格： (1)操作醫師應具泌尿科專科醫師資格，並符合下列資格條件： A.實際操作體外震波碎石機五十例以上之經驗，經服務醫院審查通過，發給證明文件。 B.依操作機型，應有下列相關訓練： a.操作 x 光線定位機型，應有輻射安全證書或輻射防護訓練證明。 b.操作超音波定位機型，應有泌尿系統超音波訓練證明。	26,920				不影響財務支出
2	50024B	尿路結石體外震波碎石術-第二次	訂執行本項之醫療機構「應有專任之泌尿科專科醫師二名以上」限制，增列「離島地區醫療機構應有二名以上之泌尿科專科醫師，其中至少一名為專任，實際操作過程專科醫師應在場照護」之規定，其操作人員資格亦應符合原規定限制。		19,595				
3	58011C	連續性可攜帶式腹膜透析--3.腹膜透析追蹤處置費-(1)連續性可攜帶式腹膜透析	腹膜透析追蹤處置費現行為每月申報，考量病人因病情需要住院治療，住院期間持續接受腹膜透析治療，為使門診或住院執行院所按實際使用	註：1.包括： <u>(1)醫護人員費(nursing care)5235 點。</u> <u>(2)特殊材料費(CAPD special material)440 點。</u> <u>(3)每月醫材消耗品(monthly consumption)1500 點。</u> <u>(4)每月檢查費(monthly laboratory fee)1500 點。</u> 2.每月申報一次。 3.病人因故中途改變治療模式(如腹膜透析改為血液透析)或停止腹膜透析治療者或入院後未使用者，則按比率扣除腹膜透析未治療天數費用。 4.病人因故住院仍持續接受腹膜透析治療，費用由住院之院所申報。 5.申報腹膜透析追蹤處置費應確實追蹤病人治療情形，病人由門診轉住院治療，住院醫院應聯繫原腹膜透析診治院所，告知病人住院期間、透析治療方式及儀器使用情形等，並於病歷記載。	8,675				1.本項修訂內容，並未增加腹膜透析執行量，故不影響整體健保財務支出。惟因涉及門診透析病人轉至住院治療，其住院之醫療費用將由透析轉為醫院總額支應。 2.以 108 年門診腹膜透析病人就醫後 30 日內曾住院，並持續使用腹膜透析，推估醫院增加申報 5,020 件，醫療費用 13.16 百萬點。(註 1、2)
4	58017C	連續性可攜帶式腹膜透析--3.腹膜透析追蹤處置費-(2)全自動腹膜透析	天數依比率申報，且掌握腹膜透析病人治療情形，爰修訂本項支付規範。		8,675				
5		支付標準第二部第二章第七節第十三項女性生殖八、自然生產、剖腹產及流產通則	現行剖腹產適應症規範訂於審查注意事項，為明確支付標準，改列於支付標準第二部第二章第七節第十三項女性生殖	註： <u>剖腹產適應症如下（需符合下列任一情況）：</u> <u>1.Fetal distress（需附胎兒監視器報告）。</u> <u>2.Failure to progress in active labor（產程進展不良）。</u> <u>3.APH（placenta previa,abruptio placenta）（產前出血）。</u> <u>4.Malpresentation（including twin with malpresentation）（胎位不正）。</u>				22(註 3)	0.62

序號	診療編號	名稱	修訂說明	適應症/相關規範	現行表定點數	建議支付點數	原支付點數	預估全國執行量	預估年增點數 (百萬點)
			八、自然生產、剖腹產及流產通則，並依學會建議增列「曾因陰道分娩造成四度裂傷併發肛門瘻管者」及「多胞胎妊娠」。	5.Cord prolapse（臍帶脫垂）。 6.Induction failure（催生失敗者）。 7.Active genital herpes（生殖道疱疹者）。 8.Previous C/S（前次剖腹產）。 請註明前次剖腹產之理由，前次為自行要求剖腹產者，如無特殊理由須再度剖腹產者，僅得以自行要求剖腹產項目申報。 9.Previous uterine surgery（先前有子宮手術者）。 10.Vulvar and/or vaginal condyloma acuminata,diffuse（陰部或陰道長尖形濕疣）。 11.Treatable fetal anomalies（e.g.gastroschisis,omphalocele, hydrocephaly）（胎兒先天不正常可治療者）。 12.Preeclampsia（子癇前症）with Uncorrectable severe preeclampsia、HELLP syndrome、Eclampsia。 13.Extremly premature fetus<1500gm（限有限有 NICU 設備者）（嬰兒體重<1500 公克）。 14.Pelvic deformity（Sequal of poliomyelitis or traffic accident,etc.）（骨盤畸型）。 15.Fetal macrosomia（>4000gm EBW）（胎兒超音波預估體重過重>4000 公克）。 16.Cephalopelvic disproportion（CPD）（胎頭骨盆不對稱）。 17.Obstructive labor（e.g.myoma,ovarian tumor）。 18.Major medical complications（主要內科併發症）。 19.經診斷為 HIV（+）者。 20.曾因陰道分娩造成四度裂傷併發肛門瘻管者。 21.多胞胎妊娠。 22.其他特殊適應症，但須詳細說明。					
(2) 3 項修訂項目 小計									0.62

註 1：以 108 年門診腹膜透析病人就醫後 30 日曾住院之案件中，持續使用腹膜透析，計 5,020 件。

註 2：病人由門診轉住院，支應預算將由透析改為醫院總額，預估醫院總額增加 13.16 百萬點。

1.支付成數<1 之案件：假設個案住院未申報，故以支付成數差額進行費用影響估算，111 年住院約增加 9.08 百萬點

(1)58011C：住院件數 1,720 件，門診申報平均支付成數 0.7255，推估增加 4.58 百萬點。【8,675 點*1,720 件*(1-0.7225)*(1+3.4%)*(1+3.4%)*(1+3.4%)】。

(2)58017C：住院件數 1,607 件，門診申報平均支付成數 0.7076，推估增加 4.51 百萬點。【8,675 點*1607 件*(1-0.7076)*(1+3.4%)*(1+3.4%)*(1+3.4%)】

2.支付成數為 1 之案件：假設病人由門診(透析預算)改住院治療(醫院總額)，門診申報未依比例扣除且住院醫院未申報腹膜透析追蹤處置費相關費用，以平均住院天數估算，111 年住院約增加 4.07 百萬點：

(1)58011C：住院件數 961 件，平均住院天數 7.7 天，推估增加 2.37 百萬點。【8,675 點*961 件*7.7 天/30 天*(1+3.4%)*(1+3.4%)*(1+3.4%)】

(2)58017C：住院件數 732 件，平均住院天數 7.3 天，推估增加 1.71 百萬點。【8,675 點*732 件*7.3 天/30 天*(1+3.4%)*(1+3.4%)*(1+3.4%)】

註 3：

109 年診斷多胞胎計 1,675 人次，申報具適應症剖腹產計 1,660 人次，平均每件醫療費用 46,696 點，自行要求剖腹產計 15 人次(均為醫院層級)，平均每件醫療費用 18,385 點，倘列入剖腹產適應症將增加支出 42.5 萬點[15*(46,696-18,385)]

以 109 年生產個案勾稽前 10 年有生產、主次診斷符合第四度會陰道裂傷者計 83 人次，申報具適應症剖腹產計 76 人次，平均每件醫療費用 43,761 點，自行要求剖腹產者計 7 人次，平均每件醫療費用 15,977 點，倘列入剖腹產適應症將增加支出 19.4 萬點[7*(43,761-15,977)]

醫院：4 人次[4*(43,761-15,977)]；西醫基層：3 人次[3*(43,761-15,977)]

註 3：

(1)109 年診斷多胞胎計 1,675 人次，申報具適應症剖腹產計 1,660 人次，平均每件醫療費用 46,696 點，自行要求剖腹產計 15 人次(均為醫院層級)，平均每件醫療費用 18,385 點，倘列入剖腹產適應症將增加支出 **42.5 萬點** [15*(46,696-18,385)]

(2)以 109 年生產個案勾稽前 10 年有生產、主次診斷符合第四度會陰道裂傷者計 83 人次，申報具適應症剖腹產計 76 人次，平均每件醫療費用 43,761 點，自行要求剖腹產者計 7 人次，平均每件醫療費用 15,977 點，倘列入剖腹產適應症將增加支出 **19.4 萬點** [7*(43,761-15,977)]

表三、111 年建議修訂醫療服務給付項目文字彙整表(計 7 項目)

序號	診療編號	名稱	修訂說明	適應症/相關規範	備註
1	47031C	氣管內管插管	配合新增影像導引氣管內管插管術，其目的與 47031C 相近，兩項不得同時申報。	註：不得同時申報 47105C 、47106C。	修訂支付規範，不增加支出。
2	54011C	鼻後部鼻流血處理	配合新增內視鏡蝶腭動脈結紮術，其目的與 54011C 相近，兩項不得同時申報。	註：不得同時申報 65079B。	修訂支付規範，不增加支出。
3	62020C	二氧化碳雷射手術	配合新增內視鏡蝶腭動脈結紮術，其目的與 62020C 相近，兩項不得同時申報。	註：不得同時申報 65079B。	修訂支付規範，不增加支出。
4	65072B	鼻雷射手術	配合新增內視鏡蝶腭動脈結紮術，其目的與 65072C 相近，兩項不得同時申報。	註：不得同時申報 65079B。	修訂支付規範，不增加支出。
5	28010B	小腸鏡檢查	配合新增深部小腸內視鏡，其目的與 28010B 相近，兩項不得同時申報。	註：不得同時申報 28046B。	修訂支付規範，不增加支出。
6	96020C	半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法-未滿二小時	配合新增半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉法-未滿兩小時-以影像導引氣管內插管-疑似或確診之空氣或飛沫傳染性疾病/困難氣道或緊急狀況，其目的與 96020C 相近，各項目不得同時申報。	註：不得同時申報 96029C 、96030C。	修訂支付規範，不增加支出。
7	85823B	青光眼導管置入術 ~~Ahmed-tube~~ Glaucoma tube shunt surgery	依本署 110 年 10 月特殊材料專家諮詢會議會議紀錄附帶決議，建議修訂英文名稱。		修訂英文名稱，不增加支出。

003-1診療項目成本分析表(校正)

項目名稱：進階影像導引插管術-適用傳染性疾病

執行時間：

提案單位：台灣急診醫學會、台灣麻醉醫學會、中華民國重症醫學會、台灣胸腔暨重症加護醫學會

20

錄案編號：1101002、1101003、1101004

單位：元

直接成本	用人成本	人 員 別	人 數		每人每分鐘 成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計	備註	
		1.主治醫師以上	1		39.1	20	782	1,086	校正醫事人員每人每分鐘成本	
		2.住院醫師								
		3.護理人員	2		7.6	20	304			
		4.醫事人員								
		5.行政人員								
		6.工友、技工								
	不計價材料或藥品成本	品 名	單 位		單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計		
		甦醒球	組		320	1	320	942	依57016B核實申報	
		氣管內管	個		80	1	80			
		Suction tube	條		7	1	7			
		EtCo2 Detector	個		131.25	0	-			
		無菌jelly/潤滑麻醉劑	包		4	1				
		塑膠注射器帶針10CC	支		5	1				
		氣管內管固定帶	條		20	1	20			
		咬口器	個		10	1	10			
		橡皮手套	雙		10.9	3	33			
		醫用口罩	個		0.79	3	2			
		拋棄式全身防護衣	件		250	0	-			
		隔離衣	件		82	0	-			
防護面罩		個		49.4	0	-				
單次拋棄式影像喉頭鏡葉		片		400	1	400				
Endotracheal tube stylet		個		20	1	20				
Etomidate-Lipuro 20-mg		10ml/瓶		180.2	1					
Rocuronium (Esmeron) 50-mg		5ml/瓶		434	1					
2% Xylocaine 5cc	5ml/瓶		50	1	50					
設備費用	名 稱	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本			
	電子式影像喉頭鏡	350,000	7	0.5	20.0	10	24	依57015B核實申報 依32001C、32002C核實申報 依57016B核實申報 按第二部第一章第三節病房費通則四已含設備成本,若為監測心輸出量依18029B、18030B、18046B核實申報		
	Oximeter monitor	100,000	7	0.1	0.0	-				
	Portable X-ray	5,000,000	7	7.3	0.0	-				
	EtCO2 monitor	1,500,000	7	2.2	0.0	-				
	生理監測器	2,000,000	7	2.9	0.0	-				
	小計								10	
	非醫療設備=醫療設備×33.5 %					3				
	房屋折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)			成本小計	
		30	1,521,360	50	0.29	20			5.9	
	維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)×28.7%								5	
直接成本合計									2,052	
作業及管理費用(直接成本×13.1 %)								269		
成本總計								2,321		

003-1診療項目成本分析表(校正)

項目名稱：進階影像導引插管術-困難氣道或緊急狀況

執行時間： 分

提案單位：台灣急診醫學會、台灣麻醉醫學會、中華民國重症醫學會、台灣胸腔暨重症加護醫學會

20

錄案編號：1101002、1101003、1101004

單位：元

直接成本	用人成本	人 員 別	人 數		每人每分鐘 成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計	備註	
		1.主治醫師以上	1		39.1	20	782	1,086	校正醫事人員每人每分鐘 成本	
		2.住院醫師								
		3.護理人員	2		7.6	20	304			
		4.醫事人員								
		5.行政人員								
		6.工友、技工								
	不計價材料或藥品成本	品 名	單 位		單 位 成 本	消耗數量	成本小計	成本合計		
		甦醒球	組		320	0	-	202	依57009B核實申報	
		氣管內管	個		80	1	80		依57016B核實申報	
		Suction tube	條		7	1	7			
		EtCo2 Detector	個		131.25	0	-			
		無菌jelly/潤滑麻醉劑	包		4	1				
		塑膠注射器帶針10CC	支		5	1				
		氣管內管固定帶	條		20	1	20			
		咬口器	個		10	1	10			
		橡皮手套	雙		10.9	3	33			
		醫用口罩	個		0.79	3	2			
		拋棄式全身防護衣	件		250	0	-			非傳染性疾病不適用 非傳染性疾病不適用 非傳染性疾病不適用 改以非拋棄式器材執行 改以非拋棄式器材執行
		隔離衣	件		82	0	-			
		防護面罩	個		49.4	0	-			
		單次拋棄式影像喉頭鏡葉	片		400	0	-			
		Endotracheal tube stylet	個		20	0	-			
		Etomidate-Lipuro 20-mg	10ml/瓶		180.2	1				
		Rocuronium (Esmeron) 50-mg	5ml/瓶		434	1				
	2% Xylocaine 5cc	5ml/瓶		50	1	50				
	設備費用	名 稱	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本		
		電子式影像喉頭鏡	350,000	7	0.5	20.0	10	24	依57015B核實申報 依32001C、32002C核實申報 依57016B核實申報 按第二部第一章第三節病房費通則四已含設備成本,若為監測心輸出量依18029B、18030B、18046B核實申報	
		Oximeter monitor	100,000	7	0.1	0.0	-			
		Portable X-ray	5,000,000	7	7.3	0.0	-			
		EtCO2 monitor	1,500,000	7	2.2	0.0	-			
		生理監測器	2,000,000	7	2.9	0.0	-			
		小計								10
非醫療設備=醫療設備×33.5 %						3				
房屋折舊		平方公尺或坪數	取得成本	使用 年限	每分鐘折舊 金額	佔用時間(分)	成本小計			
30		1,521,360	50	0.29	20	5.9				
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)×28.7%							5			
直接成本合計							1,312			
作業及管理費用(直接成本×13.1 %)							172			
成本總計							1,484			

003-1診療項目成本分析表(本署--校正)

項目名稱：HLA-B*5801基因檢測

錄案編號：108-未-1031(未列項)

單位：元

直接成本	用人成本	人 員 別		人 數		每人每分鐘 成本		耗用時間 (分)		成本小計		成本合計		備註	
		1.主治醫師以上		1		39.1		8		313		433		為作業及管理費 用成本	
		2.住院醫師													
		3.護理人員													
		4.醫事人員		1		8		15		120					
		5.行政人員													
		6.工友、技工													
	不計 價材 料或 藥品 成本	品 名		單 位		單 位 成 本		消耗數量		成本小計		成本合計		以院所採購價 (1567元)並除以 浮動點值平均值 (0.9028)計算	
		採血管與針具		次		7		1		7		1,743			
		管式DNA萃取試劑		次		147		1		1,736					
		分生實驗耗材		批		20		1							
		世基電泳檢測套組		次		1,200		1							
		電泳膠片		片		50		1							
		DNA片段判讀標準液		次		120		1							
		照像用紙		次		30		1							
	試劑成本小計					1,567									
	設備 費用	名 稱		取得成本		使用 年限		每分鐘折舊 金額		佔用時間 (分)		成本小計		合計成本	
		DNA萃取儀		465,000		7		0.6		15		10		26	
		聚合酶連鎖反應器		299,000		7		0.4		15		6			
		核酸定量分析儀		195,000		7		0.3		5		1.3			
影像分析儀		264,000		7		0.4		5		1.8					
小計										19					
非醫療設備=醫療設備 × 7.53 %										1					
房屋 折舊	平方公尺或坪數		取得成本		使用 年限		每分鐘折舊 金額		佔用時間 (分)		成本小計				
	7.5		351,536		50		0.06		23		1.4				
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)× 25%											5				
直接成本合計													2,202		
作業及管理費用(直接成本× 6.4 %)													141		
成本總計													2,343		

F

003-1診療項目成本分析表(校正)

項目名稱：內視鏡蝶頸動脈結紮術

提案單位：台灣耳鼻喉科醫學會

成本分析資料醫事機構名稱：林口長庚醫院

錄案編號：1061021

單位：元

直接成本	用人成本	人 員 別		人 數		每人每分鐘 成本		耗用時間(分)		成本小計		成本合計		備註	
		1.主治醫師以上		1		39.1		60		2,346		5,325		校正耗用時間成本:住院醫師、護理人員	
		2.住院醫師		1		16.5		70		1,155					
		3.護理人員		2		7.6		120		1,824					
		4.醫事人員													
		5.行政人員													
		6.工友、技工													
	不計價材料或藥品成本	品 名		單 位		單 位 成 本		消耗數量		成本小計		成本合計		184	
		STORZ 除霧油		cc		23.00		5		115					
		手術手套		雙		7.30		5		37					
		口罩		個		0.80		5		4					
		75% 消毒Alc Hibitan		c. c.		0.05		100		5					
		滅菌特大大棉球(5粒裝)		包		4.10		1		4					
		勤達醫療紗布塊4"x4"		包		9.70		2		19					
	設備費用	名 稱		取得成本		使用 年限		每分鐘折舊 金額		佔用時間(分)		成本小計		合計成本	
		鼻竇鏡0度		71,165		7		0.1		60		6		606	
		鼻竇鏡30度		74,681		7		0.1		60		7			
		鼻竇鏡45度		74,681		7		0.1		60		7			
		數位化高解析映象系統		1,995,000		7		2.9		60		176			
		鼻竇手術包盤器械		200,000		7		0.3		60		18			
		病人轉運板		26,400		7		0.0		5		0			
		電燒灼器(bipolar)		280,000		7		0.4		60		25			
		電動手術台		907,500		7		1.3		60		80			
天井式手術燈		187,000		7		0.3		60		16					
小計										334					
非醫療設備=醫療設備 ×				28.3 %						95					
房屋折舊		平方公尺或坪數		取得成本		使用 年限		每分鐘折舊 金額		佔用時間(分)		成本小計			
	28		3,584,000		50		0.69		60		41.5				
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)×28.7%											135				
直接成本合計											6,115				
作業及管理費用(直接成本×13.1%)											801				
成本總計											6,916				

回推手術項表定點數、加乘率及支付點數(含一般材料費)

A人力	5,325
B不計價材	184
C設備費+房屋折舊+維修費用	606
D作業及管理費用	801
E回推手術加乘率=B/(A+C+D)	2.73%
F表定點數(A+C+D)	6,732
G手術加乘率=(E無條件進位)	3.00%
H支付點數(含一般材料費)四捨五入=F*(1+G)	6,934

003-1診療項目成本分析表(108年新參數校正)

項目名稱：深部小腸內視鏡
提案單位：台灣消化系內視鏡醫學會
錄案編號：1041012

單位：元

直接成本	用人成本	人員別	人數		每人每分鐘成本	耗用時間(分)	成本小計	成本合計	備註		
		1.主治醫師以上	1		39.1	125	4,888	8,900	校正每人每分鐘成本及耗用時間		
		2.住院醫師	1		16.5	125	2,063				
		3.護理人員	1		7.6	125	950				
		4.醫事人員	1		8	125	1,000				
		5.行政人員									
		6.工友、技工									
	不計價材料或藥品成本	品名	單位		單位成本	消耗數量	成本小計	成本合計			
		小腸內視鏡外套管(Overtube)	支		17963	1	19,897	20,349	以醫院總額部門浮動點值之平均值(109Q2~110Q1為0.9028)計算		
		IV set	set		19	1	19				
		塑膠針筒(20ml)	支		1.8	2	-		特材另計		
		IC針22號	個		10.5	1	-		特材另計		
		Buscopan	amp		15	1	15				
		O2	次		30	1	30				
		鼻翼管	條		14	1	14				
		Pulse or ear oximeter	次		30	1	30				
		Lidocaine spray	PC		1	10	10				
		Cidex OPA	c.c		0.34	200	68				
		N/S 500ml	包		17.1	5	86				
		口罩	Set		1.04	4	4				
手套		Set		1.95	4	8					
隔離衣		件		30	4	120					
紗布	包		8.2	1	8						
Suction bottle	PC		40	1	40						
設備費用	名稱	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間(分)	成本小計	合計成本	校正耗用時間			
	早期癌辨識系統(NBI)內視鏡主機	2,350,000	7	3.5	125	432	8,524				
	早期癌辨識系統(NBI)光源機	1,500,000	7	2.2	125	276					
	內視鏡專用CO2充氣機	370,000	7	0.5	125	68					
	生理監視器	176,000	7	0.3	125	32					
	影像系統專用液晶螢幕	350,000	7	0.5	125	64					
	小腸內視鏡	1,680,000	7	2.5	125	309					
	小腸內視鏡專用幫浦	700,000	7	1.0	125	129					
	內視鏡清洗機	737,000	7	1.1	30	32					
	放射設施及防護裝置	1,200,000	7	1.8	125	220					
	x光透視機	19,000,000	7	27.9	125	3,491					
	小計								5,053		
	非醫療設備=醫療設備×28.3%								1,430		
	房屋折舊	平方公尺或坪數	取得成本	使用年限	每分鐘折舊金額	佔用時間(分)			成本小計		
		395.68	5,816,496	50	1.12	125			140.3		
維修費用=(房屋折舊費用+醫療設備折舊費用+非醫療設備折舊費用)×28.7%						1,901					
直接成本合計								37,773			
作業及管理費用(直接成本×13.1%)								4,948			
成本總計								42,721			

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正規定

第二部 西醫

第二章 特定診療 Specific Diagnosis and Treatment

第一節 檢查 Laboratory Examination

第六項 免疫學檢查 Immunology Examination (12001-1221~~23~~)

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
12213B	<u>HLA-B*5801基因檢測</u> <u>HLA-B 5801 gene typing</u> 註： <u>1.適應症：新使用Allopurinol 前且符合下列任一條件者：</u> <u>(1)尿酸製造過多之痛風。</u> <u>(2)經促尿酸排泄藥物使用最大耐受劑量後仍無法控制血液尿酸值6mg/dl 以下，需使用Allopurinol者。</u> <u>(3)具促尿酸排泄藥物使用禁忌症，如過敏、腎功能不全、肝功能不全等。</u> <u>(4)具尿酸成分之尿路結石病史。</u> <u>(5)接受化學治療之癌症病患用以預防急性尿酸引起腎病變。</u> <u>2.已連續使用Allopurinol一個月以上或曾使用Allopurinol累計滿三個月以上者，不予給付。</u> <u>3.為確保檢測品質，以LDT執行本項檢測，需具衛生福利部核准之實驗室開發檢測施行計畫。</u> <u>4.限一生執行一次，若檢測結果為陰性，且一個月內未開立Allopurinol者，不予給付；另檢測後1個月若未將檢測結果上傳，亦不予支付。</u> <u>5.內含一般材料費及檢測套組比率為百分之七十五。</u>		<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>2343</u>

第二十一項 內視鏡檢查 Endoscopy Examination (28001-280456)

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
28010B	小腸鏡檢查 Enteroscopy <u>註：不得同時申報：28046B。</u>		v	v	v	3375
<u>28046B</u>	<u>深部小腸內視鏡</u> <u>Deep enteroscopy</u> <u>註：</u> <u>1.適應症（須符合以下任一條件）：</u> <u>(1)疑似小腸出血(suspected small bowel bleeding)：慢性消化道出血者高度懷疑小腸病變，經一次以上完整胃鏡及大腸內視鏡檢查，仍無法找出出血原因，且持續性貧血或斷斷續續血便或黑便者。急性消化道不明原因出血經一次以上完整胃鏡及大腸內視鏡檢查後，仍無法找出出血原因，且持續有血便或黑便者。</u> <u>(2)小腸克隆氏症之診斷或治療(Small bowel Crohn's disease)。</u> <u>(3)Celiac disease之診斷或追蹤(Assessment of Celiac disease)。</u> <u>(4)遺傳性腸道息肉症之診斷或治療(Hereditary polyposis syndrome)。</u> <u>(5)影像學上發現小腸病變需病理學上確診或內視鏡治療者。</u> <u>(6)小腸淋巴瘤或其他惡性腫瘤之診斷、治療及追蹤。</u> <u>2.限住院使用。</u> <u>3.限消化系內視鏡專科、兒科消化學專科及消化內視鏡外科專科醫師執行。</u> <u>4.疑似小腸出血者，須檢附胃鏡及大腸內視鏡檢查報告資料。</u> <u>5.不得同時申報：28010B。</u> <u>6.內含一般材料費及「小腸內視鏡外套管」比率為百分之四十八。</u>		<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>42721</u>

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

第一項 處置費 Treatment

一、一般處置 General Treatment (47001~471046)

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
47031C	氣管內管插管 Endotracheal tube insertion 註： 1.麻醉插管不另支付。 2.急救插管比照申報。 3.提升兒童加成項目。 4.屬西醫基層總額部門院所，本項以原支付點數464點申報。 <u>5.不得同時申報：47105C、47106C。</u>	v	v	v	v	835
47105C	<u>影像導引氣管內管插管術</u> <u>Video-Assisted Endotracheal Intubation</u> <u>—疑似或確診之空氣或飛沫傳染性疾病</u> 註： <u>1.適應症：</u> <u>(1)疑似或確診空氣或飛沫傳染法定傳染病、疑似或確診空氣或飛沫傳染其他傳染病。</u> <u>(2)兒童（未滿十九歲）符合下列任一情形：</u> <u>A.困難氣道：頭頸部癌症、甲狀腺癌/副甲狀腺癌、氣道狹窄、頸椎骨關節相關的病變或處置、重大頭頸部外傷、張口困難、肥胖。</u> <u>B.緊急狀況：OHCA、緊急插管(需有會診麻醉科、急診科、胸腔暨重症科或外傷科之會診紀錄)。</u> <u>2.不得同時申報47031C、47106C。</u> <u>3.內含一般材料費及「甦醒球」、「單次拋棄式影像喉頭鏡葉片」比率為百分之四十一。</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>2321</u>
47106C	<u>—困難氣道或緊急狀況</u> 註： <u>1.適應症：</u> <u>成人（十九歲以上）：</u> <u>(1)困難氣道：頭頸部癌症、甲狀腺癌/副甲狀腺癌、氣道狹窄、頸椎骨關節相關的病變或處置、重大頭頸部外傷、張口困難、肥胖。</u> <u>(2)緊急狀況：OHCA、緊急插管(需有會診麻醉科、急診科、胸腔暨重症科或外傷科之會診紀錄)。</u> <u>2.不得同時申報：47031C、47105C。</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>1484</u>

四、泌尿系統處置 Urinary Treatment (50001-50036)

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
50023B	尿路結石體外震波碎石術 Extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL) for urolithiasis 第一次 first time		v	v	v	26920
50024B	第二次 second time 註：1.包括下列項目 including following items (1)治療費 treatment fee (2)一般材料費及特材費（不得再申報電擊棒之特材費用） general material fee & special material fee (3)機器維護費 machine maintenance fee (4)手術費 operation fee 2.第二次係指三十日內實施之第二次。 3.本項以「側」為給付單位，同側不同病灶之部位同日施行治療，以治療乙次計。 4.同日施行兩側治療，另一側以第二次計。 5.三十日內同側第三次以上（含第三次）治療，應檢具X光片專案申請，經保險人同意後施行，費用比照第二次申報。 6.申報費用應檢附當次暨前次實施體外電震波腎臟碎石術（ESWL）紀錄影本憑核。 7.麻醉費得另外申報。 8.完全鹿角結石之第一次治療，須事前專案申請並詳細說明其必要性。 9.醫療機構條件： (1)應為醫院。 (2)應有專任之泌尿科專科醫師二名以上； <u>離島地區醫療機構應有二名以上之泌尿科專科醫師，其中至少一名為專任，實際操作過程專科醫師應在場照護。</u> (3)應有下列經皮腎結石取石術及輸尿管鏡碎石手術設備： A.X光透視機 B.腎臟鏡 C.輸尿管鏡 D.至少一種經內視鏡碎石機（如氣動式撞擊碎石機超音波碎石機、雷射碎石機、電擊碎石（electrohydraulic lithotripter））。 10.操作人員資格： (1)操作醫師應具泌尿科專科醫師資格，並符合下列資格條件： A.實際操作體外震波碎石機五十例以上之經驗，經服務醫院審查通過，發給證明文件。 B.依操作機型，應有下列相關訓練： a.操作 x 光線定位機型，應有輻射安全證書或輻射防護訓練證明。 b.操作超音波定位機型，應有泌尿系統超音波訓練證明。	v	v	v	19595	

八、耳鼻喉處置 E.N.T. Treatment (54001-54045)

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
54011C	鼻後部鼻流血處理 Complicated epistaxis (Post.) <u>註：不得同時申報：65079B。</u>	v	v	v	v	1130

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

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
58009B	連續性可攜帶式腹膜透析 Continuous ambulatory peritoneal dialysis, CAPD 1.初次CAPD病人指導費，CAPD instruction 註：1.限以經專案向保險人申請同意後之醫院申報。 2.限病人初次腹膜透析申報。 3.包括病人專門技術訓練，家屬指導及教材給予。		v	v	v	2847
58010B	2.CAPD病人輸液連接管更換材料費 CAPD single unit P.D. set transfer material fee 註：1.包括輸液管組更換準備包、導管管夾、輸液連接管、腹膜透析引流袋。 2.限術後使用CAPD病人申報。 3.植管當次四周內以申報一次為原則，若有特殊阻塞或感染需更換管路者，得另申報一次，最多以二次為限。 3.腹膜透析追蹤處置費 Peritoneal Dialysis Follow up therapy		v	v	v	600
58011C	(1)連續性可攜帶式腹膜透析 CAPD	v	v	v	v	8675
58017C	(2)全自動腹膜透析 Automated peritoneal dialysis 註：1.包括： (1)醫護人員費 (nursing care) 5235點。 (2)特殊材料費 (CAPD special material) 440點。 (3)每月醫材消耗品 (monthly consumption) 1500點。 (4)每月檢查費 (monthly laboratory fee) 1500點。 2.每月申報一次。 3.病人因故中途改變治療模式(如腹膜透析改為血液透析)或停止腹膜透析治療或入院後未使用者，則按比率扣除腹膜透析未治療天數費用。 4.病人因故住院仍持續接受腹膜透析治療，費用由住院之院所申報。 5.申報腹膜透析追蹤處置費應確實追蹤病人治療情形，病人由門診轉住院治療，住院醫院應聯繫原腹膜透析診治院所，告知病人住院期間、透析治療方式及儀器使用情形等，並於病歷記載。	v	v	v	v	8675
58028C	(3)全自動腹膜透析機相關費用-每日(APD daily fee) 註：1.限長期使用全自動腹膜透析治療病人申報。 2.每日每一病人限申報一次。包含租金、保養、維修及管理 等費用。	v	v	v	v	67
58012B	4.連續性可攜帶式腹膜透析導管植入術。 CAPD,Tenckhoff catheter implantation 註：1.限以經專案向保險人申請同意後之醫院申報。 2.包含手術費及一般材料費。		v	v	v	4284

第七節 手術

第一項 皮膚 Integumentary System (62001-62072，63017)

註：本項編號 63017 與「第二項 乳房」為共同項目。

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
62020C	二氧化碳雷射手術 CO2 laser operation 註： <u>1.屬西醫基層總額部門院所，除山地離島地區外，限由專任醫師開立處方及執行始可申報。</u> <u>2.不得同時申報：65079B。</u>	v	v	v	v	3213

第四項 呼吸器 Respiratory System

一、鼻 Nose (65001-6507~~8~~9)

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
65072B	鼻雷射手術 Nasal laser surgery 註： <u>1.須檢附經藥物治療三個月以上無效之證明。</u> <u>2.不得同時申報：65079B。</u>		v	v	v	3108
<u>65079B</u>	<u>內視鏡蝶腭動脈結紮術</u> <u>Endoscopic Sphenopalatine Artery Ligation</u> 註： <u>1.適應症：頑固性的後鼻出血經保守治療(包括觀察、局部加壓、靜脈止血劑滴注及鼻內填塞止血)無效。</u> <u>2.限耳鼻喉科專科醫師執行。</u> <u>3.申報費用需檢附保守治療無效之證明、相關影像學報告或照片。</u> <u>4.不得同時申報：54011C、62020C及65072B。</u> <u>5.一般材料費，得另加計百分之三。</u>		<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>6732</u>

第十三項 女性生殖

八、自然生產、剖腹產及流產 Deliverysection、Cesarean & Abortion (81001-81037)

通則：

剖腹產適應症如下（需符合下列任一情況）：

1.Fetal distress（需附胎兒監視器報告）。

2.Failure to progress in active labor（產程進展不良）。

3.APH（placenta previa,abruptio placenta）（產前出血）。

4.Malpresentation（including twin with malpresentation）（胎位不正）。

5.Cord prolapse（臍帶脫垂）。

6.Induction failure（催生失敗者）。

7.Active genital herpes（生殖道疱疹者）。

8.Previous C/S（前次剖腹產）。請註明前次剖腹產之理由，前次為自行要求剖腹產者，如無特殊理由須再度剖腹產者，僅得以自行要求剖腹產項目申報。

9.Previous uterine surgery（先前有子宮手術者）。

10.Vulvar and/or vaginal condyloma acuminata,diffuse（陰部或陰道長尖形濕疣）。

11.Treatable fetal anomalies（e.g.gastroschisis,omphalocele, hydrocephaly）（胎兒先天不正常可治療者）。

12.Preeclampsia（子癇前症）with Uncorrectable severe preeclampsia、HELLP syndrome、Eclampsia。

13.Extremly premature fetus<1500gm（限有有限有 NICU 設備者）（嬰兒體重<1500 公克）。

14.Pelvic deformity（Sequal of poliomyelitis or traffic accident,etc.）（骨盤畸型）。

15.Fetal macrosomia（>4000gm EBW）（胎兒超音波預估體重過重>4000 公克）。

16.Cephalopelvic disproportion（CPD）（胎頭骨盆不對稱）。

17.Obstructive labor（e.g.myoma,ovarian tumor）。

18.Major medical complications（主要內科併發症）。

19.經診斷為 HIV（+）者。

20.曾因陰道分娩造成四度裂傷併發肛門瘻管者。

21.多胞胎妊娠。

22.其他特殊適應症，但須詳細說明。

第十七項、視器 Visual System

五、虹膜及睫狀體 Iris & Ciliary body (85801～85823)

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
85823B	青光眼導管置入術 ~~Ahmed~~ Glaucoma tube shunt surgery		v	v	v	9168

第十節 麻醉費 (96000~96030)

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
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 — 未滿二小時 under 2 hours	v	v	v	v	3917
96029C	— 未滿二小時-以影像導引氣管內插管-疑似或確診空氣或飛沫傳染性疾病	v	v	v	v	5155
96030C	— 未滿二小時-以影像導引氣管內插管-困難氣道或緊急狀況	v	v	v	v	4597
96021C	— 二小時至四小時，每增加三十分鐘 2-4 hours,each 30 minutes added	v	v	v	v	895
96022C	— 四小時以上，每增加三十分鐘 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~~「半閉鎖式或閉鎖循環式氣管內插管全身麻醉」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。 <u>3.96020C 不得同時申報：96029C、96030C。</u> <u>4. 96029C 適應症：</u> (1)疑似或確診空氣或飛沫傳染法定傳染病、疑似或確診空氣或飛沫傳染其他傳染病。 (2)兒童（未滿十九歲）符合下列任一情形： <u>A.困難氣道：頭頸部癌症、甲狀腺癌/副甲狀腺癌、氣道狹窄、頸椎骨關節相關的病變或處置、重大頭頸部外傷、張口困難、肥胖。</u> <u>B.緊急狀況：OHCA、緊急插管（需有會診麻醉科、急診科、胸腔暨重症科或外傷科之會診紀錄）。</u> <u>(3)不得同時申報：96020C、96030C。</u> <u>5. 96030C適應症：</u> <u>成人（十九歲以上）：</u> (1)困難氣道：頭頸部癌症、甲狀腺癌/副甲狀腺癌、氣道狹窄、頸椎骨關節相關的病變或處置、重大頭頸部外傷、張口困難、肥胖。 (2)緊急狀況：OHCA、緊急插管（需有會診麻醉科、急診						

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
	<u>科、胸腔暨重症科或外傷科之會診紀錄)。</u> <u>(3)不得同時申報：96020C、96029C。</u>					

討論事項

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險急診品質提升方案」，提請討論。

說明：資料後補。

一、依據本署 110 年 8 月 19 日及 111 年 3 月 1 日「修訂全民健康保險急診品質提升方案（下稱急診方案）討論會議」會議決議辦理（會議紀錄詳附件 1、2，頁次討 2-3～2-8）。

二、本署於 110 年 8 月 19 日召開「修訂急診品質提升方案討論會議」，決議略以，考量急診品質提升方案已實施近 10 年，獎勵架構及獎勵指標已不完全符合現行醫療實務需求，爰各學協會共識同意，由社團法人台灣急診醫學會（下稱急診醫學會）主責，依現行急診醫療之臨床需求及利用情形，重新檢視並研議急診方案之獎勵架構及計算方式。本署於 111 年 3 月 1 日召開「修訂急診品質提升方案第二次討論會議」，就急診醫學會提送之方案修訂草案進行討論，各學協會共識急診方案修訂內容，摘要如下（方案修訂對照表詳附件 3，頁次討 2-9～2-38）：

（一）急診重大疾病照護品質獎勵：

1. 新增主動脈剝離需緊急手術相關獎勵項目：

(1) 新增主動脈剝離需緊急開刀，於 4 小時內進入開刀房，且存活出院之個案，獎勵 30,000 點。

(2) 新增主動脈剝離需緊急開刀，於地區醫院 2 小時內轉出且轉入醫院於 2 小時內進入開刀房，且存活出院之個案，轉入及轉出院所各獎勵 15,000 點。

2. 新增申報到院前心跳停止(OHCA)相關獎勵之急救責任醫院，應依衛生福利部公告之「到院前心跳停止（OHCA）病摘交換欄位與格式之標準規範」使用電子病歷交換中心（E.M.R. Exchange Center，EEC）上傳資料。

(二) 轉診品質獎勵：

1. 新增符合向上轉診或平行轉診之病人，且能於60分鐘內轉出，轉出院所獎勵1,500點。
2. 新增符合本方案急診轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），獎勵轉出與轉入醫院各5,000點。
3. 前開第1項、第2項與原有之「急診上、平轉轉出醫院獎勵」(P4603B、P4607B)、「急診上、平轉轉入醫院獎勵」(P4604B、P4608B)，不得重複獎勵。

(三) 急診處置效率：

1. 僅保留原方案之「完成急診重大疾病照護病人進入加護病房＜6小時」每人次5,000點獎勵，以及「地區醫院急診病人增加獎勵」；刪除其他觀察指標、壅塞指標、效率指標以及維持獎、進步獎之規範。
2. 新增下列二項獎勵項目：
 - (1) 急性呼吸衰竭於急診緊急插管病人進入加護病房＜6小時，每人次5,000點獎勵。另本項將依本會議之討論案第一案（增修「進階影像導引插管術」等診療項目案）決議，增訂影像導引氣管內管插管之醫令。
 - (2) 新增檢傷一、二、三級急診病人轉入病房＜8小時，每人次50點獎勵。

(四) 補助急診專科醫師人力：維持原方案內容。

(五) 新增「醫院總獎勵金額須分配適當比例給參與本方案的員工」文字，以獎勵實際提供醫療服務者之辛勞。

(六) 附表一「緊急搶救手術或處置」增列健保碼 33144B（血管阻塞術-Lipiodol）。

三、預算來源及財務影響：

(一) 預算來源：111 年醫院總額專款項目「急診品質提升方案」編列 300 百萬元支應。

(二) 財務影響評估(詳附件 4，頁次討 2-39~2-40)：以 109 年申報資料推估：增訂獎勵項目總計增加約 144.2 百萬點；原方案保留之獎勵項目，獎勵約 161.0 百萬點，總計約 305.2 百萬點。

擬辦：本案如經確認同意，依程序報請衛生福利部核定後本署公告實施。

決議：

修訂急診品質提升方案討論會會議紀錄

時間：110 年 8 月 19 日（星期四）上午 9 時 30 分

地點：本署 9 樓第一會議室（視訊會議）

主席：李署長伯璋

紀錄：宋宛蓁

出席人員：（*表示以視訊方式參加）

台灣急診醫學會

黃集仁、陳健驊、張玉芬

社團法人台灣急診管理學會

陳維恭*

台灣外傷醫學會

康世晴*

台灣醫院協會

林佩菽、簡明志*、劉碧珠*、
王斯弘、吳心華、嚴正婷、
曹祐豪、周貝珊

國立臺灣大學醫學院附設醫院

柯昭穎*

長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院 王豐林*、詹逸凌*、胡明琛

台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人簡定國*
馬偕紀念醫院

衛生福利部醫事司

卓琍萍*

本署醫務管理組

張禹斌、吳科屏、韓佩軒、
陳依婕、王智廣、陳玫吟、
詹文成、高嘉慧

壹、主席致詞：略。

貳、討論事項：修訂急診品質提升方案，就社團法人台灣急診醫學會及國立台灣大學醫學院附設醫院建議方案增修訂獎勵項目及指標定義進行討論。

參、 會議決議：

- 一、 急診品質提升方案自 101 年起辦理，考量方案之獎勵架構及諸多獎勵指標，已不完全符合現行醫療實務需求，爰各學協會共識同意，由急診醫學會主責，依現行急診醫療之臨床需求及利用情形，與台灣醫院協會、台灣急診管理學會、台灣外傷醫學會等單位共同重新檢視並研議急診品質提升方案之獎勵架構、指標定義及計算方式等。
- 二、 倘急診醫學會就方案研訂需要本署提供方案相關統計資料及成效或其他協助，請與本署醫務管理組聯繫。
- 三、 本署將依急診醫學會後續提送之急診品質提升方案草案，再行召開會議凝聚共識後，依方案增修訂程序辦理後續事宜。

散會：10 時 10 分

修訂急診品質提升方案第二次討論會會議紀錄

時間：111 年 3 月 1 日（星期二）上午 10 時整

地點：本署 9 樓第一會議室

主席：李署長伯璋

紀錄：宋宛蓁

出席人員：

台灣急診醫學會

黃集仁、陳健驊、王斯弘、
張玉芬

社團法人台灣急診管理學會

陳維恭

台灣外傷醫學會

吳哲侃

台灣醫院協會

阮祺文、林佩菽、蔡光超、
王斯弘、許雅淇、周貝珊、
吳心華

國立臺灣大學醫學院附設醫院

顏瑞昇

長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院

詹逸凌

台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人

簡定國

馬偕紀念醫院

衛生福利部醫事司

李中月、卓琍萍

本署醫務管理組

張禹斌、游慧真、韓佩軒、
陳依婕、劉立麗、陳玫吟、
詹文成

壹、主席致詞：略。

貳、討論事項：修訂全民健康保險急診品質提升方案

就台灣急診醫學會提送之全民健康保險急診品質提升方案修訂
內容進行討論。

參、會議決議：

（一）急診重大疾病照護品質獎勵：

1. 同意新增下列主動脈剝離需緊急手術相關獎勵項目：

（1）新增主動脈剝離需緊急開刀，於4小時內進入開刀房，且存活出

院之個案，獎勵30,000點。

(2) 新增主動脈剝離需緊急開刀，於地區醫院2小時內轉出且轉入醫院於2小時內進入開刀房，且存活出院之個案，轉入及轉出院所各獎勵15,000點。

2. 同意醫事司建議本方案申報到院前心跳停止(OHCA)相關獎勵之急救責任醫院，應依衛生福利部公告之「到院前心跳停止（OHCA）病摘交換欄位與格式之標準規範」使用電子病歷交換中心（E.M.R. Exchange Center，EEC）上傳資料。

(二) 轉診品質獎勵：

1. 同意新增下列二項轉診獎勵措施：

(1) 新增符合向上轉診或平行轉診之病人，且能於60分鐘內轉出，轉出院所獎勵1,500點。

(2) 新增符合本方案急診轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），獎勵轉出與轉入醫院各5,000點。另同意與會代表建議，直接進入轉入醫院之心導管室或開刀房後再進入加護病房者，亦可獲本項獎勵。

2. 前開第1項、第2項與原有之「急診上、平轉轉出醫院獎勵」(P4603B、P4607B)、「急診上、平轉轉入醫院獎勵」(P4604B、P4608B)，不得重複獎勵。

(三) 急診處置效率：

1. 確認保留原方案之「完成急診重大疾病照護病人進入加護病房＜6小時」每人次5,000點獎勵，以及「地區醫院急診病人增加獎勵」；刪除其他觀察指標、壅塞指標、效率指標以及維持獎、進步獎之規範。

2. 同意新增下列二項獎勵項目：

(1)急性呼吸衰竭於急診緊急插管病人進入加護病房＜6小時，每人
次5,000點獎勵。另本項將依本署111年3月10日全民健康保險醫療
服務給付項目及支付標準共同擬訂會議111年第1次會議之討論案
第一案（增修「進階影像導引插管術」等診療項目案）決議，增
訂影像導引氣管內管插管之醫令。

(2)新增檢傷一、二、三級急診病人轉入病房＜8小時，每人次50點
獎勵。

(四) 補助急診專科醫師人力：確認維持原方案內容。

(五) 新增「醫院總獎勵金額須分配適當比例給參與本方案的員工」
文字，以獎勵實際提供醫療服務者之辛勞。

(六) 有關台灣外傷醫學會提出，醫師施做肝臟、胰臟、骨盆腔等
部位之血管阻塞術，非申報本方案附表一中所列之健保碼
33075B(血管阻塞術)，建議依實際醫療需求增訂醫令一事，
請台灣外傷醫學會會後補充建議新增之醫令，本署將一併綜
整後，提至 111 年 3 月 10 日全民健康保險醫療服務給付項目
及支付標準共同擬訂會議 111 年第 1 次會議討論。

肆、 散會：11時13分

補充說明：本署已於 111 年 3 月 2 日接獲台灣外傷醫學會回復，該會
建議附表一增列健保碼 33144B（血管阻塞術-Lipiodol），本署將一併
提至 111 年 3 月 10 日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同
擬訂會議 111 年第 1 次會議討論。

急診品質提升方案修訂內容對照表

本署 111 年 3 月 1 日「修訂全民健康保險急診品質提升方案第二次討論會」決議內容	原方案(現行實施中之方案)
壹、前言 中央衛生主管機關為加速醫院急診部門檢傷分類作業，參採國外經驗，於 99 年公告施行急診五級檢傷分類基準，期快速檢定病人病況危急與嚴重度，讓真正急重症患者，能及時獲得緊急醫療服務，挽回寶貴的生命。<u>為確保急診重大疾病照護品質、落實以品質導向提升急診病人處置效率，全民健康保險(以下稱全民健保)自 101 年起以論質計酬方式，鼓勵醫院重視並提昇急重症照護品質及效率。</u> 依據美國醫療機構評鑑聯合會(Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 簡稱 JCAHO)的報告，超過 53% 延誤治療的警訊事件(sentinel event)是發生在急診，而因急診壅塞所造成的事件就占了 31%。Chalfin(2007)、<u>Nicholas(2020)</u> 等的報告，急診重症病人如果無法在 6 小時內入住加護病房，結果不僅住院天數會因此拉長，病人的死亡率也會增高(從 8.4% 上升至 10.7%)。Richardson(2006)、<u>Adam(2011)</u> 等的報告，在壅塞時段，相同疾病嚴重的病人有較高的死亡。Sprivulis(2006) 等的報告，壅塞時段，急診病人在第 2 天及第 7 天的病人死亡率增加了 30%。顯示，急診醫療品質的低落，不僅影響病人的安全，<u>同時也會造成醫療品質的下降。</u>	壹、前言 中央衛生主管機關為加速醫院急診部門檢傷分類作業，參採國外經驗，於 99 年公告施行急診五級檢傷分類基準，期快速檢定病人病況危急與嚴重度，讓真正急重症患者，能及時獲得緊急醫療服務，挽回寶貴的生命。~~一、全民健康保險(以下稱全民健保)亦配合於 99 年 1 月 1 日起調增檢傷分類之急診診察費支付標準，並將夜間急診診察費用加成率由 2 成提高為 5 成，期盼醫院能因而提升急診照護之品質。~~ ~~然而，國內多數醫學中心急診壅塞情形仍為外界及媒體關切，又依據全民健保 99 年 4 月至 100 年 3 月急救責任醫院相關統計，檢傷分類第 4 級及第 5 級病患病況較不危急，醫師可於 1 小時以後看診之病人，約占全部之 25%，此類病人應儘速加以紓解；第 1 級至第 3 級病況危急之病人急需住院個案中，仍有 17% 患者未於 6 小時內入住；急診病人滯留超過 24 小時者，檢傷分類第 1 級約占該類檢傷總病人次之 4.16%，又 23 家重度急救責任醫院檢傷分類計有 11 家占率大於 5%；顯示，醫院對於急診人力之安排，適時提供病人住院照護及適切的轉介作業流程未達相當的品質，除急診部門醫事人員工作負荷增加，並因而影響到急重症病患的醫療照護；急診服務品質仍有待進一步研擬改善之需要。~~

本署 111 年 3 月 1 日「修訂全民健康保險急診品質提升方案第二次討論會」決議內容	原方案(現行實施中之方案)
全民健康保險保險人(以下稱保險人)<u>為</u>加強急重症之醫療照護百年衛生醫療改革計畫，邀集主管機關、急診醫學會、急診管理學會及相關專科醫學會共同研擬本方案，並與醫界協商，以論質計酬方式，期提升急重症照護品質<u>及效能，適切滿足民眾就醫需求，保障全體國民生命安全與健康。</u>	依據美國醫療機構評鑑聯合會(Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 簡稱 JCAHO)的報告，超過 53%延誤治療的警訊事件(sentinel event)是發生在急診，而因急診壅塞所造成的事件就占了 31%。Chalfin(2007)等的報告，急診重症病人如果無法在 6 小時內入住加護病房，結果不僅住院天數會因此拉長，病人的死亡率也會增高(從 8.4% 上升至 10.7%)。Richardson(2006)等的報告，在壅塞時段，相同疾病嚴重度的病人有較高的死亡。Sprivulis(2006)等的報告，壅塞時段，急診病人在第 2 天及第 7 天的病人死亡率增加了 30%。顯示，急診醫療品質的低落，不僅影響病人的安全，<u>更對有限的醫療資源造成一種無形的浪費。</u> 全民健康保險保險人(以下稱保險人)<u>已加強宣導輕症病人不要到醫院急診外，並依主管機關有關</u>加強急重症之醫療照護百年衛生醫療改革計畫，邀集急診醫學會、急診管理學會、主管機關及相關專科醫學會共同研擬本方案，並與醫界協商，以論質計酬方式，期提升急重症照護品質，<u>縮短病人在急診室留置之時間。</u>
貳、目標 一、確保重大疾病照護品質。 二、落實品質導向轉診制度。 三、提升急診病人處置效率。	貳、目標 一、確保重大疾病照護品質。 二、落實品質導向轉診制度。 三、提升急診病人處置效率。
參、經費來源： 全民健康保險醫院醫療給付費用總額中之「急診品質	參、經費來源： 全民健康保險醫院醫療給付費用總額中之「急診品質提

本署 111 年 3 月 1 日「修訂全民健康保險急診品質提升方案第二次討論會」決議內容	原方案(現行實施中之方案)
提升方案」專款項目。	升方案」專款項目。
肆、參與資格： 須為全民健保特約醫院，並依本方案規定據實登錄相關資料者。	肆、參與資格： 須為全民健保特約醫院，並依本方案規定據實登錄相關資料者。
伍、計畫構面 一、急診重大疾病照護品質： 針對急性心肌梗塞、重大外傷、嚴重敗血症患、到院前心跳停止及主動脈剝離需緊急開刀病人，訂定到院一定時間內接受必要治療處置之標準及獎勵。 (一)急性心肌梗塞： 主診斷碼(ICD-10-CM，以下同)為：I21.0-I21.3、I22.0-I22.1、I22.8-I22.9 之病患，從進入急診後經檢查適合者，於 90 分鐘內接受緊急介入性心導管治療(診療項目為 33076B 至 33078B 經皮冠狀動脈擴張術)之個案(door to <u>wire</u> time < 90 min)。 (二)重大外傷： 1. 符合下列主診斷碼，ISS $\geq$ 16 之急診病人，從進入急診後 2 或 4 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置(詳附表一)之個案。 主診斷碼： (1)T07 (2)S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79 (前述第 7 位碼皆	伍、計畫構面 一、急診重大疾病照護品質： 針對急性心肌梗塞、重大外傷、嚴重敗血症患及到院前心跳停止病人，訂定到院一定時間內接受必要治療處置之標準及獎勵 (一)急性心肌梗塞： 主診斷碼(ICD-10-CM，以下同)為：I21.0-I21.3、I22.0-I22.1、I22.8-I22.9 之病患，從進入急診後經檢查適合者，於 90 分鐘內接受緊急介入性心導管治療(診療項目為 33076B 至 33078B 經皮冠狀動脈擴張術)之個案(door to ~~balloon~~ time < 90 min)。 (二)重大外傷： 1. 符合下列主診斷碼，ISS $\geq$ 16 之急診病人，從進入急診後 2 或 4 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置(詳附表一)之個案。 主診斷碼： (1)T07 (2)S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79 (前述第 7 位碼皆須

本署 111 年 3 月 1 日「修訂全民健康保險急診品質提升方案第二次討論會」決議內容	原方案(現行實施中之方案)
須為"A") (3)S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92 (前述第 7 位碼皆須為"A"或"B") (4)S52、S72、S82 (前述第 7 位碼皆須為"A"或"B"或"C") 2. 體表面積>20%之重大燒傷，診斷為下列代碼，從進入急診後 2 或 4 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置(詳附表一)之個案。 主 診 斷 碼： T31.20-T31.99 、 T20.30XA-T20.39XA 、 T20.70XA-T20.79XA 、 T32.20-T32.99 、 T26.00XA-T26.92XA (三)嚴重敗血症： 主診斷或次診斷碼如下所列，符合國際嚴重敗血症指引定義之急診敗血症病人，從進入急診後 3 小時內給與予第一劑抗生素及 6 小時內完成敗血症治療組套(sepsis bundle)同時申報：09059B 乳酸檢查(或 09135B 乳酸-丙酮酸檢查)、收縮壓，及至少完成 13016B 及「13001C 至 13026C 中之任 1 項」細菌學及黴菌檢查之個案。 主診斷或次診斷碼：A40.0、A40.1、A40.3、 A40.8、A40.9、A41.01、 A41.02、A41.1、A41.2、	為"A") (3)S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92 (前述第 7 位碼皆須為"A"或"B") (4)S52、S72、S82 (前述第 7 位碼皆須為"A"或"B"或"C") 2. 體表面積>20%之重大燒傷，診斷為下列代碼，從進入急診後 2 或 4 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置(詳附表一)之個案。 主診斷碼：T31.20-T31.99、T20.30XA-T20.39XA、 T20.70XA-T20.79XA 、 T32.20-T32.99、T26.00XA-T26.92XA (三)嚴重敗血症： 主診斷或次診斷碼如下所列，符合國際嚴重敗血症指引定義之急診敗血症病人，從進入急診後 3 小時內給與予第一劑抗生素及 6 小時內完成敗血症治療組套(sepsis bundle)同時申報：09059B 乳酸檢查(或 09135B 乳酸-丙酮酸檢查)、收縮壓，及至少完成 13016B 及「13001C 至 13026C 中之任 1 項」細菌學及黴菌檢查之個案。 主診斷或次診斷碼：A40.0、A40.1、A40.3、A40.8、 A40.9、A41.01、A41.02、 A41.1、A41.2、A41.3、A41.4、

本署 111 年 3 月 1 日「修訂全民健康保險急診品質提升方案第二次討論會」決議內容	原方案(現行實施中之方案)
A41.3、A41.4、A41.50、A41.51、A41.52、A41.53、A41.59、A41.81、A41.89、A41.9、R65.10、R65.11、R65.20、R57.1、R57.8、R65.21 (四)到院前心跳停止(OHCA)： 1. 主診斷或次診斷碼為 I46.2、I46.8、I46.9 及 R99，且出院時意識清醒(次診斷碼申報虛擬碼 I600000- I600003 者)或存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)之個案。 2. <u>申報本項 OHCA 獎勵之急救責任醫院，應依衛生福利部公告之「到院前心跳停止(OHCA)病摘交換欄位與格式之標準規範」使用電子病歷交換中心(E.M.R. Exchange Center, EEC)上傳資料。</u> (五)到院前心跳停止(OHCA)且轉院治療： 1. 主診斷或次診斷碼為 I46.2、I46.8、I46.9 及 R99，於地區醫院急救恢復自發性循環後，因醫療需要轉診至其他適當醫院，並於 1 小時內完成緊急處置或入住加護病房，且出院時意識清醒(次診斷碼申報虛擬碼 I600000- I600003 者)或存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、	A41.50、A41.51、A41.52、A41.53、A41.59、A41.81、A41.89、A41.9、R65.10、R65.11、R65.20、R57.1、R57.8、R65.21 (四)到院前心跳停止(OHCA)： 主診斷或次診斷碼為 I46.2、I46.8、I46.9 及 R99，且出院時意識清醒(次診斷碼申報虛擬碼 I600000- I600003 者)或存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)之個案。 (五)到院前心跳停止(OHCA)且轉院治療： 主診斷或次診斷碼為 I46.2、I46.8、I46.9 及 R99，於地區醫院急救恢復自發性循環後，因醫療需要轉診至其他適當醫院，並於 1 小時內完成緊急處置或入住加護病房，且出院時意識清醒(次診斷碼申報虛擬碼 I600000- I600003 者)或存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)之個案。

本署 111 年 3 月 1 日「修訂全民健康保險急診品質提升方案第二次討論會」決議內容	原方案(現行實施中之方案)
F、G、H、I、J、L 者)之個案。 <u>2. 申報本項 OHCA 獎勵之急救責任醫院，應依衛生福利部公告之「到院前心跳停止 (OHCA) 病摘交換欄位與格式之標準規範」使用電子病歷交換中心 (E.M.R. Exchange Center, EEC) 上傳資料。</u> <u>(六)主動脈剝離需緊急開刀：</u> <u>主診斷碼為 I71.00、I71.01、I71.02、I71.03、I71.1、I71.3、I71.8、I71.5，需緊急手術者，於 4 小時內進入開刀房，且存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)之個案。</u> <u>(七)主動脈剝離需緊急開刀且轉院治療：</u> <u>主診斷碼為 I71.00、I71.01、I71.02、I71.03、I71.1、I71.3、I71.8、I71.5，需緊急手術者，於地區醫院 2 小時內轉出且轉入醫院於 2 小時內進入開刀房，且存活出院(轉歸代碼為 1、3、5、D、E、F、G、H、I、J、L 者)之個案。</u> 二、轉診品質： 為強化急診室重症病患上轉及穩定病患下轉之機制，針對符合轉診品質保證之個案，給予轉出及轉入醫院獎勵，希望透過有品質的轉診機制，使各急救責任醫院能各司其職，於第一時間依其能力完成病患醫療處置。	二、轉診品質： 為強化急診室重症病患上轉及穩定病患下轉之機制，針對符合轉診品質保證之個案，給予轉出及轉入醫院獎勵，希望透過有品質的轉診機制，使各急救責任醫院能各司其職，於第一時間依其能力完成病患醫療處置。

本署 111 年 3 月 1 日「修訂全民健康保險急診品質提升方案第二次討論會」決議內容

(一)向上或平行轉診：中度或一般級急救責任醫院及地區醫院，因重大疾病之緊急狀況，醫院照護能力未符需求，須轉診至上一級或同層級急救責任醫院或區域以上醫院接受專業處理。疾病主診斷包括急性心肌梗塞，急性腦中風、主動脈剝離、重大外傷須緊急手術、嚴重敗血症等(詳附表二)。

(二)向下或平行轉診：重度級或中度級急救責任或區域以上醫院，為讓病床更有效率運用，將已收治一般急診常見疾病的穩定病人轉出至同等級或下一級急救責任院或同層級或下一層級之醫院之適當醫療機構。疾病主診斷包括上消化道出血，肺炎，泌尿道感染、肝硬化或肝昏迷、鬱血性心臟衰竭、軟組織之蜂窩組織炎等(詳附表三)。

(三)轉診作業

- 1.醫院應設有專責辦理轉診作業之窗口。
- 2.轉出醫院：向病人說明轉診原因；填寫轉診同意書及轉診單。
- 3.轉入醫院：接收醫院要同意，並提供必要醫療照護；填寫處置情形轉診回覆單。

(四)獎勵方式：

- 1.符合向上轉診或平行轉診之病人可申報之獎勵如下：

原方案(現行實施中之方案)

(一)向上或平行轉診：中度或一般級急救責任醫院及地區醫院，因重大疾病之緊急狀況，醫院照護能力未符需求，須轉診至上一級或同層級急救責任醫院或區域以上醫院接受專業處理。疾病主診斷包括急性心肌梗塞，急性腦中風、主動脈剝離、重大外傷須緊急手術、嚴重敗血症等(詳附表二)。

(二)向下或平行轉診：重度級或中度級急救責任或區域以上醫院，為讓病床更有效率運用，將已收治一般急診常見疾病的穩定病人轉出至同等級或下一級急救責任院或同層級或下一層級之醫院之適當醫療機構。疾病主診斷包括上消化道出血，肺炎，泌尿道感染、肝硬化或肝昏迷、鬱血性心臟衰竭、軟組織之蜂窩組織炎等(詳附表三)。

(三)轉診作業

- 1.醫院應設有專責辦理轉診作業之窗口。
- 2.轉出醫院：向病人說明轉診原因；填寫轉診同意書及轉診單。
- 3.轉入醫院：接收醫院要同意，並提供必要醫療照護；填寫處置情形轉診回覆單。

(四)獎勵方式：

- 1.符合向上轉診或平行轉診之病人，每個案獎勵~~1,000~~點。~~轉出與轉入醫院各給予50%。~~

本署 111 年 3 月 1 日「修訂全民健康保險急診品質提升方案第二次討論會」決議內容

原方案(現行實施中之方案)

(1)轉出醫院以下列 3 項獎勵，擇一支付：

- A.每個案獎勵 500 點。
- B.能於 60 分鐘內轉出，每個案獎勵 1,500 點。
- C.符合上述轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵 5,000 點，由保險人每季勾稽轉入醫院申報資料後，統一進行差額補付。

(2)轉入醫院以下列 2 項獎勵，擇一支付：

- A.每個案獎勵 500 點。
- B.符合上述轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵 5,000 點。由轉入醫院以代碼 P4619B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（上轉）」或 P4620B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（平轉）」申報，且住診申報格式 d107「轉入服務機構代號」需填報轉診來源院所代號。

2.符合向下轉診之病人，可申報之獎勵如下：

- (1)每個案獎勵 4,000 點。轉出與轉入醫院各給予 50%。
- (2)自醫學中心下轉之病患，得另申報以下費

2.符合向下轉診之病人，可申報之獎勵如下：

- (1)每個案獎勵 4,000 點。轉出與轉入醫院各給予 50%。
- (2)自醫學中心下轉之病患，得另申報以下費用：
 - A.轉入醫院該次住院之基本診療費用(包括：急性病房病房費、護理費、醫師診察費及藥事服務費)得比照醫學中心標準支付，其差額以「醫學中心急診病患下轉住院獎勵」另行申報：區域醫院支付代碼 P4609B，地區醫院支付代碼 P4610B)。
 - B.轉出醫院之主治醫師至轉入醫院探訪病人，直接與轉入醫院團隊成員溝通病情者，可申報「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費(支付代碼 P4611B)」，每次支付 1,000 點，每次住院最多申報 3 次。

本署 111 年 3 月 1 日「修訂全民健康保險急診品質提升方案第二次討論會」決議內容	原方案(現行實施中之方案)
用： A.轉入醫院該次住院之基本診療費用(包括：急性病房病房費、護理費、醫師診察費及藥事服務費)得比照醫學中心標準支付，其差額以「醫學中心急診病患下轉住院獎勵」另行申報：區域醫院支付代碼 P4609B，地區醫院支付代碼 P4610B)。 B.轉出醫院之主治醫師至轉入醫院探訪病人，直接與轉入醫院團隊成員溝通病情者，可申報「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費(支付代碼 P4611B)」，每次支付 1,000 點，每次住院最多申報 3 次。 三、急診處置效率 本項係以各項指標<u>結果進行</u>獎勵，藉以提升急診處置效率，<u>提升急診病人照護品質</u>。 (一)<u>完成急性呼吸衰竭於急診緊急插管(門診案件分類為 02，插管代碼為 47031C、47105C、47106C(依 111.3.10 共擬會議討論案第 1 案新增「影像導引氣管內管插管術」決議增修訂))之病人進入加護病房 < 6 小時，或完成急診重大疾病照護之病人進入加護病房 < 6 小時：每人次給予 5,000 點獎勵。倘同時符合緊急插管及重大疾病之案件，以重大疾病計算。</u> (二)檢傷一、二、三級急診病人轉入病房 < 8 小時：<u>每人</u>	三、急診處置效率 本項係以各項~~效率~~指標<u>為基礎加以比較</u>獎勵，藉以提升急診處置效率，<u>舒緩急診的壅塞</u>。 (一)<u>觀察指標：</u> 1. <u>非外傷病人檢傷分類各級住院比率</u> <u>定——義</u>：<u>大於等於 18 歲非外傷病人住院(包含普通病房及加護病房)</u> <u>計算基準</u>：<u>由急診治療後住入同一醫院比率</u> <u>計算方式</u>：<u>分子：大於等於 18 歲非外傷該級住院人次</u> <u>分母：大於等於 18 歲非外傷該級病人次</u>

本署 111 年 3 月 1 日「修訂全民健康保險急診品質提升方案第二次討論會」決議內容

次給予50點獎勵。

(三)地區醫院急診病人增加

計算基準：以檢傷分類等級申報所有急診病人人次計算

計算方式：本年急診人次 > 上年急診人次

獎勵方式：每增加 1 人次支給 500 點獎勵。針對新成立之地區醫院，急診增加人次採下列方式計算：

1. 有基期可比較之月份：計算較基期相同月份增加之人次。
2. 無基期可比較之月份：以該月份之「月平均人次」減「基期月份之月平均人次」，乘以「無基期月份數」。

原方案(現行實施中之方案)

~~(大於等於 18 歲非外傷該級住院人次 / 大於等於 18 歲非外傷該級病人次) * 100%~~

~~2. 外傷病人檢傷分類各級住院比率~~

~~定義：處置碼介於 48001C-48035C 之外傷病人住院(包含普通病房及加護病房)~~

~~計算基準：由急診治療後住入同一醫院比率~~

~~計算方式：分子：外傷病人該級住院人次
分母：外傷病人該級病人次~~

~~(外傷病人該級住院人次 / 外傷病人該級病人次) * 100%~~

~~3. 兒科病人檢傷分類各級住院比率~~

~~定義：小於 18 歲非外傷病人住院(包含普通病房及加護病房)~~

~~計算基準：由急診治療後住入同一醫院比率~~

~~計算方式：分子：小於 18 歲非外傷病人該級住院人次
分母：小於 18 歲非外傷病人該級病人次~~

~~(小於 18 歲非外傷病人各級住院人次 / 小於 18 歲非外傷病人各級病人次) * 100%~~

~~(二)壅塞指標：急診病人停留超過 24 小時之比率~~

~~計算基準：病人到院時間-病人離院或住院時間~~

~~計算方式：分子：急診病人停留超過 24 小時病人次~~

本署 111 年 3 月 1 日「修訂全民健康保險急診品質提升方案第二次討論會」決議內容	原方案(現行實施中之方案)
	~~分母：所有急診病人次~~ ~~(急診停留超過 24 小時病人次/所有急診病人次)*100%~~ (三)效率指標 3.1 完成急診重大疾病照護病人進入加護病房< 6 小時之人次 <u>計算基準</u>：完成急診重大疾病照護病人轉入加護病房時間-其到達急診時間< 6 小時 <u>計算方式</u>：完成急診重大疾病照護於六小時內轉入加護病房病人次 3.2 檢傷一、二、三級急診病人轉入病房< 8 小時之比率 <u>計算基準</u>：病人轉入同一家醫院病房時間-病人到達急診時間< 8 小時 <u>計算方式</u>：分子：檢傷一、二、三級病人 8 小時內住院人次 分母：檢傷一、二、三級病人住院人次 (檢傷一、二、三級 8 小時內住院人次/檢傷一、二、三級病人住院人次)*100% 3.3 檢傷四、五級急診病人離開醫院< 4 小時之比率 <u>計算基準</u>：~~病人離院時間-病人到達急診時間< 4 小時~~ 率

本署 111 年 3 月 1 日「修訂全民健康保險急診品質提升方案第二次討論會」決議內容	原方案(現行實施中之方案)
	~~計算方式：分子：檢傷四、五級病人 4 小時內出院人次~~ ~~分母：檢傷四、五級級病人出院人次~~ ~~(檢傷四、五級病人 4 小時內出院人次/檢傷四、五級病人出院人次)*100%~~ 3.4 地區醫院急診病人增加 ~~計算基準：以檢傷分類等級申報所有急診病人次計算~~ ~~計算方式：本年急診人次 > 上年急診人次~~ (四)急診處置效率獎勵方式 1. ~~維持獎：壅塞指標小於或等於 1%，且當年度轉出比率低於同級醫院之 50 百分位之醫院，若當年度效率指標 3.2 及 3.3，均維持在同級醫院前 25 百分位，給予 20 點乘以當年度急診檢傷一、二、三級病人次合計數獎勵，若單項指標達到，則給予 1/2 獎勵。~~ 2. ~~進步獎：~~ (1) ~~壅塞指標大於 1% 之醫院：~~ A. ~~效率指標 3.2 及 3.3 較前一年度進步 8% 以上：二項指標均達到者，每一醫院獎勵 10 點乘以當年度急診檢傷一、二、三級病人次合計數，若有單項指標達到，則給予 1/2 獎勵。~~ B. ~~效率指標 3.2 及 3.3 較前一年度進步 10% 以~~

本署 111 年 3 月 1 日「修訂全民健康保險急診品質提升方案第二次討論會」決議內容	原方案(現行實施中之方案)
四、補助急診專科醫師人力 (一)補助醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務： 1. 同體系醫院間(含委託經營)之支援不予補助，包括： 同法人醫院體系、國軍退除役官兵輔導委員會醫院體系、國軍醫院體系、衛生福利部醫院體系、同醫學院附設醫院體系、同縣市政府所屬醫院體系、同醫院總	~~上：二項指標達到者，每一醫院獎勵30點乘以當年度急診檢傷一、二、三級病人次合計數，若有單項指標達到，則給予1/2獎勵。~~ ~~(2)效率指標3.4(地區醫院當年急診人次較上年增加)：~~每增加1人次支給500點獎勵。針對新成立之地區醫院，急診增加人次採下列方式計算： A.有基期可比較之月份：計算較基期相同月份增加之人次。 B.無基期可比較之月份：以該月份之「月平均人次」減「基期月份之月平均人次」，乘以「無基期月份數」。 ~~3.效率指標 3.1(完成急診重大疾病照護病人進入加護病房<6小時)：每人~~次給予 5,000 點獎勵。 四、補助急診專科醫師人力 (一)補助醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務： 1. 同體系醫院間(含委託經營)之支援不予補助，包括： 同法人醫院體系、國軍退除役官兵輔導委員會醫院體系、國軍醫院體系、衛生福利部醫院體系、同醫學院附設醫院體系、同縣市政府所屬醫院體系、同醫院總分院

本署 111 年 3 月 1 日「修訂全民健康保險急診品質提升方案第二次討論會」決議內容	原方案(現行實施中之方案)
分院(院區)。若對保險人認定有異議，醫院可舉證非屬同體系醫院，經保險人分區業務組同意後認定。 2. 補助方式： (1) 以急診專科醫師支援急診之班次計算，每人每次每月補助上限3萬點。 (2) 支援人力計算方式：以全院每月急診專科醫師支援急診服務班次之總和，每15班算1人次(1班至少8小時)。支援不足1人次則依班次比例核算。 (3) 派出支援醫院與接受支援醫院皆可接受本項補助。 3. 支援規定： 支援醫師均應依醫事法規相關規定向當地衛生主管機關辦理報備支援，並請醫師考量負擔能力提供支援服務。 (二)補助地區醫院增聘急診專科醫師人力： 1. 補助方式： 當年度地區醫院每增聘1名急診專科醫師執行急診業務，每人每月補助3萬點。 2. 增聘急診專科醫師人數計算方式： (1) 該地區醫院當年每月平均執業登記急診專科醫師人數與前一年每月平均執業登記急診專科醫師人數相比較。以 104 年為例：【104 年每月 10 日該院有效執業	(院區)。若對保險人認定有異議，醫院可舉證非屬同體系醫院，經保險人分區業務組同意後認定。 2. 補助方式： (1) 以急診專科醫師支援急診之班次計算，每人每次每月補助上限3萬點。 (2) 支援人力計算方式：以全院每月急診專科醫師支援急診服務班次之總和，每15班算1人次(1班至少8小時)。支援不足1人次則依班次比例核算。 (3) 派出支援醫院與接受支援醫院皆可接受本項補助。 3. 支援規定： 支援醫師均應依醫事法規相關規定向當地衛生主管機關辦理報備支援，並請醫師考量負擔能力提供支援服務。 (二)補助地區醫院增聘急診專科醫師人力： 1. 補助方式： 當年度地區醫院每增聘1名急診專科醫師執行急診業務，每人每月補助3萬點。 2. 增聘急診專科醫師人數計算方式： (1) 該地區醫院當年每月平均執業登記急診專科醫師人數與前一年每月平均執業登記急診專科醫師人數相比較。以 104 年為例： 【104 年每月 10 日該院有效執業登記急診專科醫師人數總和÷12 個月】減【103 年每

本署 111 年 3 月 1 日「修訂全民健康保險急診品質提升方案第二次討論會」決議內容	原方案(現行實施中之方案)
登記急診專科醫師人數總和÷12 個月】減【103 年每月 10 日該院有效執業登記急診專科醫師人數總和÷12 個月】 (2)增聘醫師未滿 1 人則依比例核算。 (三)前述兩項補助合計，每家醫院全年申請上限為 1,800,000 點，超過點數不予補助。 (四)本補助不適用對象： 1.「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」、「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」之保障醫院。 2.「全民健康保險跨層級醫院合作計畫」補助之門診支援服務。 3.衛生福利部醫事司「醫學中心或重度級急救責任醫院支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」及「緊急醫療資源不足地區改善計畫」之補助醫師或補助開診費用。 (五)地區醫院醫療利用監測指標： 1.接受本方案補助之急診專科醫師急診看診量： (1)指標定義： 當年度接受補助之地區醫院支援及增聘急診專科醫師，平均每位醫師每月急診申報件數。	月 10 日該院有效執業登記急診專科醫師人數總和÷12 個月】 (2)增聘醫師未滿 1 人則依比例核算。 (三)前述兩項補助合計，每家醫院全年申請上限為 1,800,000 點，超過點數不予補助。 (四)本補助不適用對象： 1.「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」、「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」之保障醫院。 2.「全民健康保險跨層級醫院合作計畫」補助之門診支援服務。 3.衛生福利部醫事司「醫學中心或重度級急救責任醫院支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」及「緊急醫療資源不足地區改善計畫」之補助醫師或補助開診費用。 (五)地區醫院醫療利用監測指標： 1.接受本方案補助之急診專科醫師急診看診量： (1)指標定義： 當年度接受補助之地區醫院支援及增聘急診專科醫師，平均每位醫師每月急診申報件數。 (2)目標值：大於去年同期值。 2.接受醫學中心、區域醫院下轉急診案件之七日

本署 111 年 3 月 1 日「修訂全民健康保險急診品質提升方案第二次討論會」決議內容	原方案(現行實施中之方案)
(2)目標值：大於去年同期值。 2.接受醫學中心、區域醫院下轉急診案件之七日內回轉比率： (1)指標定義： 分子：地區醫院接受醫學中心、區域醫院下轉之急診案件，七日內回轉醫學中心、區域醫院之急診件數。 分母：地區醫院接受醫學中心、區域醫院下轉急診件數。 (2)目標值：不超過 3%。 <u>五、醫院總獎勵金額須分配適當比例給參與本方案的員工。</u>	內回轉比率： (1)指標定義： 分子：地區醫院接受醫學中心、區域醫院下轉之急診案件，七日內回轉醫學中心、區域醫院之急診件數。 分母：地區醫院接受醫學中心、區域醫院下轉急診件數。 (2)目標值：不超過3%。
陸、醫療費用申報、支付及審查 一、急診重大疾病照護及轉診品質獎勵申報規定如下 (一)急診重大疾病照護品質方面：採每月申報，醫令類別為「2」。 1.第一項急性心肌梗塞疾病完成照護個案：以代碼 P4601B「急性心肌梗塞照護獎勵」申報，支付點數 6,000 點。 2.第二項重大外傷疾病完成照護個案：進入急診後 2 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置者，以代碼 P4612B「重大外傷照護獎勵_2 小時內」申報，支付點數 10,000 點；	陸、醫療費用申報、支付及審查 一、急診重大疾病照護及轉診品質獎勵申報規定如下 (一)急診重大疾病照護品質方面：採每月申報，醫令類別為「2」。 1.第一項急性心肌梗塞疾病完成照護個案：以代碼 P4601B「急性心肌梗塞照護獎勵」申報，支付點數 6,000 點。 2.第二項重大外傷疾病完成照護個案：進入急診後 2 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置者，以代碼 P4612B「重大外傷照護獎勵_2 小時內」申報，支付點數 10,000 點；進入急診後 4 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處

本署 111 年 3 月 1 日「修訂全民健康保險急診品質提升方案第二次討論會」決議內容	原方案(現行實施中之方案)
進入急診後 4 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置者以代碼 P4613B「重大外傷照護獎勵_4 小時內」申報，支付點數 2,000 點。(兩者擇一申報) 3. 第三項嚴重敗血症疾病完成照護個案：以代碼 P4602B「嚴重敗血症照護獎勵」申報，支付點數 2,000 點。 4. 第四項 OHCA 完成照護個案：出院時意識清醒者以代碼 P4614B「OHCA 照護獎勵_清醒出院」申報，支付點數 30,000 點；存活出院者以代碼 P4615B「OHCA 照護獎勵_存活出院」申報，支付點數 10,000 點(兩者擇一申報) 5. 第五項 OHCA 且轉院治療完成照護個案： (1)轉出院所：以代碼P4616B「OHCA轉出院所照護獎勵」申報，醫令類別填報G，支付點數填報0，d55「轉往之醫事服務機構」需填報轉往之院所代號。由保險人依轉入院所申報及VPN登錄內容進行勾稽後，依病患出院實際狀況每季統一補付費用(點數同轉入院所)。 (2)轉入院所：以病人出院時狀態申報，清醒出院者以代碼P4617B「OHCA轉入院所照護獎勵_清醒出院」申報，支付點數15,000	置者以代碼 P4613B「重大外傷照護獎勵_4 小時內」申報，支付點數 2,000 點。(兩者擇一申報) 3. 第三項嚴重敗血症疾病完成照護個案：以代碼 P4602B「嚴重敗血症照護獎勵」申報，支付點數 2,000 點。 4. 第四項 OHCA 完成照護個案：出院時意識清醒者以代碼 P4614B「OHCA 照護獎勵_清醒出院」申報，支付點數 30,000 點；存活出院者以代碼 P4615B「OHCA 照護獎勵_存活出院」申報，支付點數 10,000 點(兩者擇一申報) 5. 第五項 OHCA 且轉院治療完成照護個案： (1)轉出院所：以代碼P4616B「OHCA轉出院所照護獎勵」申報，醫令類別填報G，支付點數填報0，d55「轉往之醫事服務機構」需填報轉往之院所代號。由保險人依轉入院所申報及VPN登錄內容進行勾稽後，依病患出院實際狀況每季統一補付費用(點數同轉入院所)。 (2)轉入院所：以病人出院時狀態申報，清醒出院者以代碼P4617B「OHCA轉入院所照護獎勵_清醒出院」申報，支付點數15,000點；存活出院者以代碼P4618B「OHCA轉入院所照護獎勵_存活出院」申報，支付點數5,000點。

本署 111 年 3 月 1 日「修訂全民健康保險急診品質提升方案第二次討論會」決議內容	原方案(現行實施中之方案)
點；存活出院者以代碼P4618B「OHCA轉入院所照護獎勵_存活出院」申報，支付點數5,000點。P4617B及P4618B兩者不得同時申報，且住診申報格式d107「轉入服務機構代號」需填報轉診來源院所代號。 6. <u>第六項主動脈剝離需緊急開刀且存活出院個案：進入急診後 4 小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置，且存活出院者，以代碼 P4621B「主動脈剝離照護獎勵」申報，支付點數 30,000 點。</u> 7. <u>第七項主動脈剝離需緊急開刀經轉院治療且存活出院個案：</u> (1)<u>轉出院所：2小時內轉出者，以代碼P4622B「主動脈剝離轉出院所照護獎勵」申報，醫令類別填報G，支付點數填報0，d55「轉往之醫事服務機構」需填報轉往之院所代號。由保險人依轉入院所申報及VPN登錄內容進行勾稽病人出院時為存活出院者，每季統一補付費用15,000點。</u> (2)<u>轉入院所：2小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置且存活出院者，以代碼P4623B「主動脈剝離轉入院所照護獎勵」申報，住診申報格式d107「轉入服務機構代號」需填報轉診來源院所代號，支付點</u>	P4617B及P4618B兩者不得同時申報，且住診申報格式d107「轉入服務機構代號」需填報轉診來源院所代號。

本署 111 年 3 月 1 日「修訂全民健康保險急診品質提升方案第二次討論會」決議內容	原方案(現行實施中之方案)
<u>數15,000點。</u> (二) 轉診品質獎勵方面： 1. 上轉個案：採每月申報，醫令類別為「2」。 (1) 轉出醫院： <u>A. 以代碼 P4603B「急診上轉轉出醫院獎勵」申報，支付點數 500 點。</u> <u>B. 於 60 分鐘內轉出者，以代碼 P4624B「急診上轉轉出醫院 60 分鐘內轉出獎勵」申報，支付點數 1,500 點。</u> <u>C. 符合本項轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵 5,000 點，由保險人每季勾稽轉入院所申報 P4619B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（上轉）」之案件，進行補付作業，按轉出醫院已申報前開第 A、B 項獎勵，補付獎勵差額。</u> (2) 接受轉診醫院： <u>A. 以代碼 P4604B「急診上轉轉入醫院獎勵」申報，支付點數 500 點。</u> <u>B. 符合轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵 5,000 點。由轉入醫院以代碼 P4619B「重症病人直接入住轉</u>	(二) 轉診品質獎勵方面： 1. 上轉個案：採每月申報，醫令類別為「2」。 (1) 轉出醫院：以代碼 P4603B「急診上轉轉出醫院獎勵」申報，支付點數 500 點。 (2) 接受轉診醫院：以代碼 P4604B「急診上轉轉入醫院獎勵」申報，支付點數 500 點。 2. 下轉個案：採每月申報，醫令類別為「2」。 (1) 轉出醫院：以代碼 P4605B「急診下轉轉出醫院獎勵」申報，支付點數 2,000 點及 P4611B「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」1,000 點。 (2) 接受轉診醫院：以代碼 P4606B「急診下轉轉入醫院獎勵」申報，支付點數 2,000 點及 P4609B-P4610B「醫學中心急診病患下轉住院獎勵」。 3. 平轉個案：採每月申報，醫令類別為「2」。 (1) 轉出醫院：以代碼 P4607B「急診平轉轉出醫院獎勵」申報，支付點數 500 點。 (2) 接受轉診醫院：以代碼 P4608B「急診平轉轉入醫院獎勵」申報，支付點數 500 點。

本署 111 年 3 月 1 日「修訂全民健康保險急診品質提升方案第二次討論會」決議內容	原方案(現行實施中之方案)
<u>入醫院加護病房獎勵（上轉）」申報，d107「轉入服務機構代號」需填報轉入之院所代號。</u> 2. 下轉個案：採每月申報，醫令類別為「2」。 (1)轉出醫院：以代碼P4605B「急診下轉轉出醫院獎勵」申報，支付點數2,000點及P4611B「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」1,000點。 (2)接受轉診醫院：以代碼P4606B「急診下轉轉入醫院獎勵」申報，支付點數2,000點及P4609B-P4610B「醫學中心急診病患下轉住院獎勵」。 3. 平轉個案：採每月申報，醫令類別為「2」。 (1)轉出醫院： <u>A.以代碼 P4607B「急診平轉轉出醫院獎勵」申報，支付點數 500 點。</u> <u>B.於 60 分鐘內轉出者，以代碼 P4625B「急診平轉轉出醫院 60 分鐘內轉出獎勵」申報，支付點數 1,500 點。</u> <u>C.符合本項轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵 5,000 點，由保險人每季勾稽轉入院所申報 P4620B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵</u>	

本署 111 年 3 月 1 日「修訂全民健康保險急診品質提升方案第二次討論會」決議內容	原方案(現行實施中之方案)
<u>(平轉)」之案件，進行補付作業，按轉出醫院已申報前開第 A、B 項獎勵，補付獎勵差額。</u> (2)接受轉診醫院： <u>A.以代碼 P4608B「急診平轉轉入醫院獎勵」申報，支付點數 500 點。</u> <u>B.符合轉診之重症病人，若能直接入住轉入醫院之加護病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵 5,000 點。由轉入醫院以代碼 P4620B「重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵（平轉）」申報，d107「轉入服務機構代號」需填報轉入之院所代號。</u> 二、年度結束後4月底前，辦理前一年度急診處置效率獎勵、急診專科醫師人力補助結算作業，急診專科醫師人力補助以撥入接受支援之地區醫院為原則。本方案各項獎勵以每點1元為上限，若有超支，則以浮動點值支付。 三、醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。 四、經保險人審查發現登載不實者，除不支付方案相關費用外，經確證日起至次年底不納入本方案之獎勵。	二、年度結束後4月底前，辦理前一年度急診處置效率獎勵、急診專科醫師人力補助結算作業，急診專科醫師人力補助以撥入接受支援之地區醫院為原則。本方案各項獎勵以每點1元為上限，若有超支，則以浮動點值支付。 三、醫療費用申報、暫付、審查及核付，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。 四、經保險人審查發現登載不實者，除不支付方案相關費用外，經確證日起至次年底不納入本方案之獎勵。

本署 111 年 3 月 1 日「修訂全民健康保險急診品質提升方案第二次討論會」決議內容	原方案(現行實施中之方案)
五、未達醫學中心評鑑基準急診48小時置留率三年「達零或小於同儕平均值」之目標，經主辦機關調降其醫院評鑑合格類別或註銷評鑑合格資格者，當年度不予撥付急診處置效率獎勵金。	五、未達醫學中心評鑑基準急診48小時置留率三年「達零或小於同儕平均值」之目標，經主辦機關調降其醫院評鑑合格類別或註銷評鑑合格資格者，當年度不予撥付急診處置效率獎勵金。
柒、品質資訊之登錄 一、參加本方案醫院應依規定，於保險人健保資訊網服務系統之 VPN 登載急診重大疾病照護品質及轉診品質相關資料，格式如附表四（建置於健保資訊網服務系統），如健保相關資料未及時登錄或登錄不全者，不予支付相關費用。 二、醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務中，地區醫院（接受支援醫院）應於每月申報時，一併將接受醫師支援明細資料登錄於健保資訊網服務系統 VPN 中。 三、有關資料登錄作業，因重大行政或系統問題導致延誤或錯誤者，由保險人分區業務組衡酌處理，且同醫院一年不得超過1次。	柒、品質資訊之登錄 一、參加本方案醫院應依規定，於保險人健保資訊網服務系統之 VPN 登載急診重大疾病照護品質及轉診品質相關資料，格式如附表四（建置於健保資訊網服務系統 https://10.253.253.243/iwpe0000/iwpe0000s01.aspx），如健保相關資料未及時登錄或登錄不全者，不予支付相關費用。 二、醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務中，地區醫院（接受支援醫院）應於每月申報時，一併將接受醫師支援明細資料登錄於健保資訊網服務系統 VPN 中。 三、有關資料登錄作業，因重大行政或系統問題導致延誤或錯誤者，由保險人分區業務組衡酌處理，且同醫院一年不得超過1次。
捌、資訊之分享與公開 一、保險人各分區業務組得舉辦方案執行概況檢討或發表會，由參與本方案之特約醫院報告，藉以進行計畫執行成果檢討及經驗交流。 二、保險人得公開參與本方案之醫院名單及相關品質	捌、資訊之分享與公開 一、保險人各分區業務組得舉辦方案執行概況檢討或發表會，由參與本方案之特約醫院報告，藉以進行計畫執行成果檢討及經驗交流。 二、保險人得公開參與本方案之醫院名單及相關品質資

本署 111 年 3 月 1 日「修訂全民健康保險急診品質提升方案第二次討論會」決議內容	原方案(現行實施中之方案)
資訊供民眾參考。 三、參與醫院所獲得本方案之獎勵金，應用於改善急診工作人力或病人服務。保險人得要求參與醫院提報獎勵金之運用情形並得酌情予以公開。	訊供民眾參考。 三、參與醫院所獲得本方案之獎勵金，應用於改善急診工作人力或病人服務。保險人得要求參與醫院提報獎勵金之運用情形並得酌情予以公開。
玖、訂定與修正程序 本方案之修訂，屬給付項目及支付標準者，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。	玖、訂定與修正程序 本方案之修訂，屬給付項目及支付標準者，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

本署 111 年 3 月 1 日「修訂全民健康保險急診品質提升方案第二次討論會」決議內容

附表一、緊急搶救手術或處置

健保碼	手術名稱
33075B	血管阻塞術
33144B	血管阻塞術-Lipiodol
64197C	肌腱切開或筋膜切開
64158B	斷肢再接手術
69038C	末稍血管修補及吻合術併血管移植
64237C	骨骼外固定器裝置術
67013B	氣管支氣管傷修補術
67002B	開胸探查術
67010B	肺單元切除術
67011B	肺楔狀或部份切除術
67022B	全肺切除及胸廓成形術或支氣管成形術
67023B	一葉肺葉切除
67024B	肺全切除術
68036B	體外循環維生系統(ECMO)建立
68006B	探查性開心術
68005B	心臟縫補術
68001B	探查性心包膜切開術
69009B	動脈縫合
75007B	縫肝術（肝損傷縫合，小於5公分）
75009B	縫肝術（複雜肝損傷之縫合或大於5

原方案(現行實施中之方案)

附表一、緊急搶救手術或處置

健保碼	手術名稱
33075B	血管阻塞術
64197C	肌腱切開或筋膜切開
64158B	斷肢再接手術
69038C	末稍血管修補及吻合術併血管移植
64237C	骨骼外固定器裝置術
67013B	氣管支氣管傷修補術
67002B	開胸探查術
67010B	肺單元切除術
67011B	肺楔狀或部份切除術
67022B	全肺切除及胸廓成形術或支氣管成形術
67023B	一葉肺葉切除
67024B	肺全切除術
68036B	體外循環維生系統(ECMO)建立
68006B	探查性開心術
68005B	心臟縫補術
68001B	探查性心包膜切開術
69009B	動脈縫合
75007B	縫肝術（肝損傷縫合，小於5公分）
75009B	縫肝術（複雜肝損傷之縫合或大於5公分）
75805B	剖腹探查術

本署 111 年 3 月 1 日「修訂全民健康保險急診品質提升方案第二次討論會」決議內容			原方案(現行實施中之方案)		
		公分)		83036C	硬腦膜外血腫清除術
	75805B	剖腹探查術		83037C	急性硬腦膜下血腫清除術
	83036C	硬腦膜外血腫清除術		83039B	腦內血腫清除術
	83037C	急性硬腦膜下血腫清除術		73010B	小腸切除術加吻合術
	83039B	腦內血腫清除術		71206B	食道切除再造術
	73010B	小腸切除術加吻合術		72014B	胃空腸造口吻合術
	71206B	食道切除再造術		73017B	結腸全切除術併行直腸切除術及迴腸造口
	72014B	胃空腸造口吻合術		74206B	Hartmann 氏直腸手術
	73017B	結腸全切除術併行直腸切除術及迴腸造口		70001B	脾臟切除術
	74206B	Hartmann 氏直腸手術		70002B	脾臟修補術
	70001B	脾臟切除術		83080B	顱內壓監視置入
	70002B	脾臟修補術		64022B 至 64024B	四肢切斷術
	83080B	顱內壓監視置入		48014C-48017C、 48029B-48030B	皮面創傷處理(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒膿瘍之處理及換藥)
	64022B 至 64024B	四肢切斷術			
	48014C-48017C、 48029B-48030B	皮面創傷處理(火、燙、電、凍、藥品燒灼傷及燒膿瘍之處理及換藥)			
附表二、向上轉診或平行轉診疾病別			附表二、向上轉診或平行轉診疾病別		
診斷碼中文名稱	ICD-10-CM		診斷碼中文名稱	ICD-10-CM	
急性心肌梗塞	I21.0-I21.3、I22.0-I22.1、I22.8-I22.9		急性心肌梗塞	I21.0-I21.3、I22.0-I22.1、I22.8-I22.9	
急性腦中風	I63-I66		急性腦中風	I63-I66	

本署 111 年 3 月 1 日「修訂全民健康保險急診品質提升方案第二次討論會」決議內容		原方案(現行實施中之方案)	
主動脈剝離	I71.00-I71.02	主動脈剝離	I71.00-I71.02
食道靜脈瘤出血	主診斷需為肝硬化 K70.0、K70.10、 K70.11、K70.2、K70.30、 K70.31、K70.40、K70.41、K70.9、 K73.0、 K73.1、K73.2、K73.8 K73.9、K74.0、K74.1、K74.2、K74.3、K74.4、K74.5、K74.60、K74.69、K75.4、K75.81、K76.0、K76.89、K76.9； 或門脈高壓 K76.6，且次診斷為 I85.11。	食道靜脈瘤出血	主診斷需為肝硬化 K70.0、K70.10、 K70.11、K70.2、K70.30、 K70.31、K70.40、K70.41、K70.9、 K73.0、 K73.1、K73.2、K73.8 K73.9、K74.0、K74.1、K74.2、K74.3、K74.4、K74.5、K74.60、K74.69、K75.4、K75.81、K76.0、K76.89、K76.9； 或門脈高壓 K76.6，且次診斷為 I85.11。
敗血症	A40.0、A40.1、A40.3、A40.8、A40.9、A41.01、A41.02、A41.1、A41.2、A41.3、A41.4、A41.50、A41.51、A41.52、A41.53、A41.59、A41.81、A41.89、A41.9、R65.10、R65.11、R65.20、R57.1、R57.8、R65.21	敗血症	A40.0、A40.1、A40.3、A40.8、A40.9、A41.01、A41.02、A41.1、A41.2、A41.3、A41.4、A41.50、A41.51、A41.52、A41.53、A41.59、A41.81、A41.89、A41.9、R65.10、R65.11、R65.20、R57.1、R57.8、R65.21
重大外傷	1.T07 2.S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79（前述第 7 位碼皆須為"A"） 3.S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92（前述第 7 位碼皆須為"A"或"B"） 4.S52、S72、S82（前述第 7 位碼皆須為"A"或"B"或"C"）	重大外傷	1.T07 2.S00-S01、S03-S11、S13-S17、S19-S21、S23-S51、S53-S61、S63-S71、S73-S81、S83-S91、S93-S99、T79（前述第 7 位碼皆須為"A"） 3.S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92（前述第 7 位碼皆須為"A"或"B"） 4.S52、S72、S82（前述第 7 位碼皆須為"A"或"B"或"C"）

本署 111 年 3 月 1 日「修訂全民健康保險急診品質提升方案第二次討論會」決議內容			原方案(現行實施中之方案)		
體表面積 >20% 之重大燒傷	T31.20-T31.99 、 T32.20~T32.99 、 T20.30XA-T20.39XA 、 T20.70XA-T20.79XA 、 T26.00XA~T26.92XA		體表面積 >20% 之重大燒傷	T31.20-T31.99 、 T32.20~T32.99 、 T20.30XA-T20.39XA 、 T20.70XA-T20.79XA 、 T26.00XA~T26.92XA	
附表三、向下轉診或平行轉診疾病別			附表三、向下轉診或平行轉診疾病別		
診斷碼中文名稱	ICD-10-CM		診斷碼中文名稱	ICD-10-CM	
胃腸道出血	K92.2		胃腸道出血	K92.2	
大量腸胃道出血	K25.0-K25.2、K31.82、 K26.0-K26.2、K27.0-K27.2		大量腸胃道出血	K25.0-K25.2、K31.82、 K26.0-K26.2、K27.0-K27.2	
腸阻塞	K56.60、K56.69、K56.7		腸阻塞	K56.60、K56.69、K56.7	
急性膽囊炎、膽結石併急性膽囊炎併阻塞	K80.00、K80.01、K80.11-K80.13、 K80.18-K80.21、K80.30-K80.37、 K80.40-K80.47、K80.50、K80.51、 K80.60-K80.67、K80.70、K80.71、 K80.80、K80.81、K81.0-K81.2、 K81.9、K82.0-K82.4、K82.8、K82.9		急性膽囊炎、膽結石併急性膽囊炎併阻塞	K80.00、K80.01、K80.11-K80.13、 K80.18-K80.21、K80.30-K80.37、 K80.40-K80.47、K80.50、K80.51、 K80.60-K80.67、K80.70、K80.71、 K80.80、K80.81、K81.0-K81.2、 K81.9、K82.0-K82.4、K82.8、K82.9	
膽管炎	K74.3、K80.3、K83.0		膽管炎	K74.3、K80.3、K83.0	
急性胰臟炎	K85		急性胰臟炎	K85	
肺炎	J18.9		肺炎	J18.9	

本署 111 年 3 月 1 日「修訂全民健康保險急診品質提升方案第二次討論會」決議內容		原方案(現行實施中之方案)	
慢性氣道阻塞	J44	慢性氣道阻塞	J44
其他蜂窩組織炎及膿瘍	K12.2、L02-L03、L98.3	其他蜂窩組織炎及膿瘍	K12.2、L02-L03、L98.3
充血性心臟衰竭	I50.2-I50.9	充血性心臟衰竭	I50.2-I50.9
發燒	R50.9	發燒	R50.9
泌尿道感染	N36.0、N36.1、N36.2、N36.4、N36.5、 N36.8、N39、N13.9、R31	泌尿道感染	N36.0、N36.1、N36.2、N36.4、 N36.5、N36.8、N39、N13.9、R31
腎盂腎炎	N12	腎盂腎炎	N12
慢性腎衰竭	N18.4、N18.5、N18.6	慢性腎衰竭	N18.4、N18.5、N18.6
肝硬化，未提及酒精性者	K74.60、K74.69	肝硬化，未提及酒精性者	K74.60、K74.69
肝性昏迷	K72.91	肝性昏迷	K72.91
附表四：		附表四	
全民健康保險急診品質方案 獎勵個案登錄系統(VPN)必要欄位表 一、基本資料 1. 院所代碼、2.病人 ID、3.出生日期、4.進入急診時間(年月日時分) 二、急診重大疾病照護品質必登欄位 1.急性心肌梗塞(共 2 欄)：治療項目醫令代碼(33076B		全民健康保險急診品質方案 獎勵個案登錄系統(VPN)必要欄位表 一、基本資料 1. 院所代碼、2.病人 ID、3.出生日期、4.進入急診時間(年月日時分) 二、急診重大疾病照護品質必登欄位 1.急性心肌梗塞(共 2 欄)：治療項目醫令代碼(33076B 至	

本署 111 年 3 月 1 日「修訂全民健康保險急診品質提升方案第二次討論會」決議內容	原方案(現行實施中之方案)
至 33078B 任一項)、開始執行時間。 2.重大外傷(共 3 欄): ISS 量表分數、治療項目醫令代碼(詳附表一任一項)、開始執行時間。 3.嚴重敗血症(共 11 欄):收縮壓、治療項目醫令代碼及開始時間如下 (1) 抗生素藥品代碼、給藥時間 (2) 09059B 或 09135B、開始執行時間 (3) 13016B、開始執行時間 (4) 13001C 至 13026C 中任一檢查項目、開始執行時間 4. OHCA(共 1 欄): 出院前 MRS 分數(0-5 分)。 5. OHCA 且轉院治療_轉出院所(共 1 欄):轉院前心跳數。 6. OHCA 且轉院治療_轉入院所(共 1 欄):出院前 MRS 分數(0-5 分)。 三、轉診獎勵品質必登欄位 1.轉出醫院:轉出時間、轉出醫院代號 2.接受轉診醫院:轉入時間、轉入醫院代號	33078B 任一項)、開始執行時間。 2.重大外傷(共 3 欄): ISS 量表分數、治療項目醫令代碼(詳附表一任一項)、開始執行時間。 3.嚴重敗血症(共 11 欄):收縮壓、治療項目醫令代碼及開始時間如下 (5) 抗生素藥品代碼、給藥時間 (6) 09059B 或 09135B、開始執行時間 (7) 13016B、開始執行時間 (8) 13001C 至 13026C 中任一檢查項目、開始執行時間 4. OHCA(共 1 欄): 出院前 MRS 分數(0-5 分)。 5. OHCA 且轉院治療_轉出院所(共 1 欄):轉院前心跳數。 6. OHCA 且轉院治療_轉入院所(共 1 欄): 出院前 MRS 分數(0-5 分)。 三、轉診獎勵品質必登欄位 1.轉出醫院:轉出時間、轉出醫院代號 2.接受轉診醫院:轉入時間、轉入醫院代號

本署 111 年 3 月 1 日「修訂全民健康保險急診品質提升方案第二次討論會」決議內容	原方案(現行實施中之方案)
四、急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務必登欄位 1.費用年月、2.接受支援(地區)醫院業務組別、3.接受支援(地區)醫院名稱、4.接受支援(地區)醫院代號、5.支援醫師 ID、6.支援醫師姓名、7.派出支援醫院代號、8.派出支援醫院名稱、9.支援班次數、10.支援開始時間(年月日時分)、11.支援結束時間(年月日時分)。	四、急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務必登欄位 1.費用年月、2.接受支援(地區)醫院業務組別、3.接受支援(地區)醫院名稱、4.接受支援(地區)醫院代號、5.支援醫師 ID、6.支援醫師姓名、7.派出支援醫院代號、8.派出支援醫院名稱、9.支援班次數、10.支援開始時間(年月日時分)、11.支援結束時間(年月日時分)。

修訂急診品質提升方案之財務影響評估

獎勵項目		以 109 年資料推估獎勵情形
1. 急診重大疾病照護品質獎勵	(1)急性心肌梗塞、重大外傷、嚴重敗血症及 OHCA	63.6 百萬
	(2)增主動脈剝離	0.2 百萬 (註 1)
2. 轉診品質獎勵	(1)急診上、下、平轉獎勵	33.3 百萬 (註 2)
	(2)增上、平轉病人 60 分鐘內轉出醫院獎勵	5.8 百萬 (註 3)
	(3)增急診轉診之重症病人直接入住轉入醫院加護病房獎勵	47.8 百萬 (註 4)
3. 急診處置效率獎勵	(1)完成急診重大疾病照護病人進入加護病房 < 6 小時獎勵	39.1 百萬
	(2)地區醫院急診病人增加獎勵	19.3 百萬
	(3)增急診緊急插管病人進入加護病房 < 6 小時獎勵	51.0 百萬 (註 5)
	(4)增檢傷一、二、三級急診病人轉入病房 < 8 小時獎勵	39.4 百萬 (註 6)
4. 補助急診專科醫師人力		5.7 百萬
總計		305.2 百萬

註 1、統計 109 年以主診斷碼 I71.00、I71.01、I71.02、I71.03、I71.1、I71.3、I71.8、I71.5 就醫之急診案件，計 2,645 件 (2,031 人)，同一清單編號下有申報動脈與靜脈手術章節 (醫令前三碼為 690) 者，計 5 件 (5 人)，每件獎勵 30,000 點，總計獎勵 0.2 百萬點。

註 2、因第 2 項之(1)、(2)、(3)不得重複獎勵，故本項已扣除符合(2)及(3)之案件。

註 3、統計 109 年申報 P4603B(急診上轉轉出醫院獎勵)、P4607B(急診平轉轉出院所獎勵)，且同一清單編號下有申報急診起迄醫令者，其急診時間於 60 分鐘內之案件，且扣除轉院同日申報加護病房者，計 3,839 件 (3,829 人)，每件獎勵 1,500 點，總計獎勵 5.8 百萬點。

- 註 4、現行申報資料難以判斷個案是否轉診後直接入住加護病房。統計 109 年申報 P4604B(急診上轉轉入醫院獎勵)、P4606B(急診下轉轉入醫院獎勵)及 P4608B(急診平轉轉入醫院獎勵)者，轉入同日有申報加護病床病房費項目(03014A、03025B、03017A、03010E、03011F、03012G)，計 4,778 件 (4,742 人)，每件獎勵 10,000 點，總計獎勵 47.8 百萬點。
- 註 5、統計 109 年申報急診緊急插管(醫令 47031C)，且同一清單編號有申報「ER」急診起迄時間，且急診時間於 6 小時內之急診案件，且緊急插管同日有申報加護病床病房費項目(03014A、03025B、03017A、03010E、03011F、03012G)者，計 13,053 件 (12,758 人)，經扣除前開案件符合第 3(1)項重大疾病之案件後，計 10,201 件 (10,061 人)，每件獎勵 5,000 點，總計獎勵 51.0 百萬點。
- 註 6、統計 109 年檢傷一、二、三級急診病人轉入病房 < 8 小時者，總計 788,127 件，每件獎勵 50 點，總計獎勵 39.4 百萬點。

討論事項

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關修訂「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」（下稱思覺失調方案），納入「精神科病人出院後急性後期照護服務」精神並擴大收案條件及照護服務案，提請討論。

說明：

- 一、依據本署 111 年 2 月 21 日「修訂全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案(下稱思覺失調方案)討論會」會議決議（**附件 1，頁次討 3-4～3-8**）辦理。
- 二、案係緣於衛生福利部心理及口腔健康司(下稱心口司)於全民健康保險醫療給付總額中長期改革計畫提出「強化精神照護體系」行動方案，爭取 111 年全民健康保險預算辦理「精神科病人出院後急性後期照護服務」，經衛生福利部公告 111 年醫院醫療給付費用總額及其分配，決定事項之一為新增 60 百萬元，將「精神科病人出院後急性後期照護服務」納入思覺失調方案。
- 三、本署參考心口司「全民健康保險精神科病人出院後急性後期照護服務試辦計畫」草案所提出院後病人及居家訪視照護服務等內容，修訂思覺失調方案並邀集精神相關醫學會、醫院及西醫基層總額受託單位及心口司討論方案修訂內容，經綜整與會代表意見，研擬修訂內容如下：

(一)擴大收案條件：

1. 收案條件增訂「前一年診斷為思覺失調症且至少就醫 2 次以上者」，以及當年度新診斷病人(當年度新診斷為思覺失調症且至少就醫 2 次以上者)。
2. 排除條件調整為僅排除「精神科慢性病房住院中病患」。

(二)新增高風險病人定義：

1. 前 1 年曾以主診斷 ICD-9-CM：295；ICD-10-CM：F20、F25

強制住院者。

2. 依心口司建議新增：

(1) 前 1 年因思覺失調症住院 2 次以上者。

(2) 就醫紀錄載有施暴史之病人。

(三) 提升財務誘因及放寬獎勵門檻：

1. 調升發現費(500 點調升至 650 點)及管理照護費(由 400~600 點調升至 400~1,200 點)。

2. 新增發現確診費(650 點)，以鼓勵醫師發掘新診斷思覺失調症病人。

3. 新增居家追蹤訪視費(1,500 點/次)，使非固定就醫病人穩定就醫，限一年申報 4 次。

4. 新增出院後追蹤訪視費(3,000 點/次)，以提升醫院執行出院病人之追蹤訪視之意願，並訂有「3 個月內至多申報 6 次，且其中 3 次須與公共衛生護士或心理衛生社工或關懷訪視員共同訪視」之規定。

(四) 修訂品質獎勵方式：

1. 新增「社區關懷訪視共訪比率」等 5 項指標。

2. 刪除「平均每月精神科門診就診次數」指標。

3. 調整原「精神科不規則門診比率」為「精神科規則門診比率」。

4. 上述指標共分為「收案品質評量獎勵指標」、「出院後追蹤品質獎勵指標」、「收案品質參考指標」等 3 類。

四、 預算來源及財務影響：

(一) 以醫院及西醫基層總額之「醫療給付改善方案」專款支應：

1. 111 年本專款預算醫院總額 1,495.1 百萬元(包含 111 年新增「精神科病人出院後急性後期照護服務」納入本方案之 60 百萬元)；西醫基層為 805 百萬元。

2. 111 年本方案預算：109 年執行數 53.4 百萬元 (負成長爰不計成

長率)及 111 年本方案增編 60 百萬元，推估 111 年預算約為 113.4 百萬元，其中醫院為 112.2 百萬元，西醫基層為 1.2 百萬元。

(二)財務影響 (附件 2，頁次討 3-9~3-10)：本次方案修訂內容，推估費用共約 110.71 百萬點，說明如下：

- 1.發現費及發現確診費：約 13.11 百萬點。
- 2.管理照護費：約 41.17 百萬點。
- 3.居家及出院後追蹤訪視費：約 10.62 百萬點。
- 4.長效針劑獎勵：約 7.94 百萬點。
- 5.品質獎勵費：約 37.87 百萬點。

擬辦：修正後思覺失調症方案如附件 3 (頁次討 3-11~3-21)，本案經討論後如獲同意，擬依程序報請衛生福利部核定後，本署公告實施。

決議：

修訂全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案討論會議 會議紀錄

時 間：111 年 2 月 17 日（星期四）下午 2 時

地 點：本署 9 樓第一會議室

主 席：張組長禹斌

紀錄：陳玫吟

台灣精神醫學會

蔡長哲、郭錫卿

台灣兒童青少年精神醫學會

陳質采

台灣醫院協會

周國旭、藍祚鴻、陳思羽、
吳亞筑、許雅琪、吳心華、
顏正婷

中華民國醫師公會全國聯合會

羅浚暄、吳春樺

衛生福利部心理及口腔健康司

姚依玲、楊子慧

本署醫務管理組

張禹斌、黃兆杰、韓佩軒、
陳依婕、劉立麗、宋宛蓁
陳玫吟、詹文成

壹、主席致詞：略。

貳、討論事項：修訂全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案內
容

決議：

一、擴大收案條件：

（一）收案條件由原「領有重大傷病卡之思覺失調症者」，擴大為「領有重大傷病卡之思覺失調症或前一年診斷為思覺失調症且至少就醫2次以上者」，並增訂當年度新診斷病人(當年度新診斷為思覺失調症且至少就醫2次以上者)為收案對象。

（二）排除條件由原「精神科慢性病房住院中病患」或「同時領有2

張以上不同疾病之重大傷病卡者」，調整為僅排除「精神科慢性病房住院中病患」。

二、新增高風險病人定義：

- (一) 同意新增前1年曾以主診斷 ICD-9-CM：295；ICD-10-CM：F20、F25強制住院者。
- (二) 同意依衛生福利部心理及口腔健康司(下稱心口司)建議新增：
 - 1. 前一年因思覺失調症住院2次以上者。
 - 2. 就醫紀錄載有施暴史之病人。
- (三) 另心口司建議增列「不規則就醫病人精神科拿藥未滿8個月者」，考量與本方案固定就醫、未固定就醫、久未就醫之分類相似，爰不另定義為高風險病人。

三、提升財務誘因及放寬獎勵門檻

- (一) 同意調升發現費(500點調升至650點)、管理照護費調整如下表；另新增發現確診費(650點)、居家追蹤訪視費(1,500點/次)。

支付項目	原方案	調整後
管理照護費	1. 一般病人400點 2. 高風險病人600點	1. 固定就醫一般病人400點 2. 固定就醫高風險病人600點 3. 未固定就醫、久未就醫或新診斷之一般病人800點 4. 未固定就醫、久未就醫或新診斷之高風險病人1200點

- (二) 依心口司建議，調整新增「出院後追蹤訪視費」之費用，以提升醫院完成出院病人之追蹤訪視之意願，每次訪視支付3,000點/次(3個月內至多申報6次，且其中3次須與公共衛生護士或心理衛生社工或關懷訪視員共同訪視)，本署後續將分列「出院後追蹤訪視費-共訪」及「出院後追蹤訪視費-非共訪」2項支付標準於計畫中。

四、調整方案相關指標：

(一)收案品質評量獎勵指標：

1. 同意刪除「平均每月精神科門診就診次數」指標。
2. 同意修訂原「精神科不規則門診比率」為「精神科規則門診比率」，改為正面表述。
3. 「符合長效針劑指引適合個案運用長效針劑比率」：因該指引尚未完成，爰本次修訂暫不列入新增指標。
4. 調整後「收案品質獎勵指標」如附表1，共計4項指標，爰各指標權值調整為25%。

(二)出院後追蹤品質獎勵指標：

1. 同意新增「公共衛生關懷訪視共訪比率」，惟考量醫院可能與公共衛生護士或心理衛生社工或關懷訪視員共訪，指標項目名稱修正為「社區關懷訪視共訪比率」。
2. 同意新增「出院後90日內轉入社區資源或回門診就醫比率」，並依健保資料庫可獲取之資料調整操作型定義。
3. 同意新增「出院後轉規則門診比率」，另與會代表建議可將領精神病慢性處方箋之病人列入為規則門診。
4. 調整後「出院後追蹤品質獎勵指標」共3項，如附表2。

(三)收案品質參考指標：

1. 同意新增「因轉診結案且後續無就醫比率」及「住院率」，以觀察病人後續流向。
2. 「居家訪視後規則門診比率」：考量本方案居家治療及門診不可併存，指標計算恐有疑義，爰不新增本項指標。
3. 調整後指標共7項，如附表3。

參、臨時動議：無

肆、散會：下午3時15分

附表 1、收案品質獎勵指標

指標項目	操作型定義		正負向	目標值	指標權值
	分子	分母			
<u>精神科規則門診比率</u>	<u>精神科門診間隔未滿 30 天人次</u>	<u>收案總人次</u>	<u>正</u>	<u>較上年度增加</u>	<u>20%</u>
六個月內精神科急性病房再住院率	半年住院二次以上人數(含跨院)	收案總住院人數	負	較上年度減少	20%
急診使用人次比率	急診(含非精神科急診)人次(含跨院)	收案總人數	負	較上年度減少	20%
失聯結案率	因失聯結案人數	總收案人數	負	較上年度減少	20%

附表 2、出院追蹤品質獎勵指標

指標項目	操作型定義		正負向	目標值	指標權值
	分子	分母			
<u>社區關懷訪視共訪比率</u>	<u>期間共訪至少 3 次之個案數</u>	<u>高風險病人當年度入住急性病房出院後追蹤訪視個案數</u>	<u>正</u>	<u>100%</u>	<u>200 點/人</u>
<u>出院後 90 日內轉入社區資源或回門診就醫比率</u>	<u>出院後 90 日內轉介至居家治療、社區復健機構或回門診就醫</u>	<u>高風險病人當年度入住急性病房出院後追蹤訪視個案數</u>	<u>正</u>	<u>較上年度增加</u>	<u>200 點/人</u>
<u>出院後轉規則門診比率</u>	<u>病人出院後門診就醫間隔未滿 30 天之人數</u>	<u>高風險病人當年度入住急性病房出院後追蹤訪視個案數</u>	<u>正</u>	<u>較上年度增加</u>	<u>200 點/人</u>

附表 3、收案品質參考指標

指標項目	操作型定義		正負向	目標值	指標權值
	分子	分母			
強制住院發生人次比率	強制就醫人次	收案總人數	負	較上年度減少	參考
固定就醫病人精神科急性病房平均住院天數	固定就醫病人精神科急性病房總住院天數(含跨院)	固定就醫病人總收案人數	負	較上年度減少	參考
固定就醫病人精神科急性病房住院人次比率	固定就醫病人精神科急性病房住院人次(含跨院)	固定就醫病人總收案人數	負	較上年度減少	參考
固定就醫且一般病人佔率之年度增加率	固定就醫且屬一般病人人數	思覺失調症門住診歸戶病人數	正	較上年度增加	參考
高風險病人規則門診比率	高風險病人門診就醫間隔未滿 30 天(含診療追蹤後就醫)人次	高風險病人總人次	正	較上年度增加	參考
<u>因轉診結案且後續無就醫比率</u>	<u>後續無就醫人數</u>	<u>因轉診結案人數</u>	負	<u>較上年度減少</u>	<u>參考</u>
<u>住院率</u>	<u>一年內因思覺失調症住院人數</u>	<u>收案總人數</u>	負	<u>較上年度減少</u>	<u>參考</u>

思覺失調症醫療給付改善方案-財務推估

一、醫療給付改善方案預算：

單位：百萬元(點)

項目	醫院	西醫基層	合計
110 總預算	1,368	655	2,023
111 年總預算 (含 111 年心口司中長程計畫建議於 醫療給付改善方案專款增編預算)	1,495.1 (60)	805	2,300.1
109 年思覺失調症方案執行數	52.2	1.2	53.4

註：醫療給付改善方案預算係為所有醫療給付改善方案共用

二、推估修正思覺失調症方案費用：

(一)推估放寬收案條件新增人數約 1.9 萬人。

註：1.放寬收案條件，增加前一年診斷為思覺失調症且至少就醫 2 次(含)以上者，以 109 年就醫兩次

	人數	收案率	備註
109 年符合收案人數	91,431	-	
109 年實際收案人數	60,713	66.4%	
111 年預估符合收案人數 ^{註 1、2}	113,857	-	
111 年預估實際收案人數	79,700	70%	預估收案率提升至 70% 推估收案人數

以上非領有重大傷病卡人數 22,426 人推估。

2.因 109 年符合收案人數及實際收案人數相較 108 年均為負成長，爰以零成長推估 111 年符合收案人數及實際收案人數。

(二)推估各項支付項目調整後之花費預算約 110.71 百萬點，推估 111 年方案預算約為 113.4 百萬元(醫院為 112.2 百萬元，西醫基層為 1.2 百萬元)，應足以支應。

支付項目	定義	符合資格人數	預算推估 (百萬點)
發現費	收案對象屬未固定就醫或久未就醫者，650 點/人	19,128	12.43 ^{註 1}
發現確診費	收案對象屬新診斷病人(當年度新診斷為思覺失調症且至少就醫 2 次(含)以上者)，650 點/人	1,049	0.68 ^{註 2}
管理照護費	1. 固定就醫一般病人 400 點/人 2. 固定就醫高風險病人 600 點/人 3. 未固定就醫、久未就醫或新診斷之一般病人 800 點/人 4. 未固定就醫、久未就醫或新診斷之高風險病人 1200 點/人	1. 固定就醫一般病 55,431 2. 固定就醫高風險病人 5,236 3. 未固定就醫、久未就醫或新診斷之一般病人 17,462 4. 未固定就醫、久未就醫或新診斷之高風險病人 1,570	41.17 ^{註 3}
居家追蹤訪視費	針對未固定就醫及久未就醫且未住院之病人，1,500 點/次(1 年至多申報	1,913	5.74 ^{註 4}

支付項目	定義	符合資格人數	預算推估 (百萬點)
	4 次)		
出院後追蹤 訪視費	針對高風險病人當年度入住急性病房出院者，3,000 點/次(3 個月內至多申報 6 次)	1,084	4.88 ^{註 5}
長效針劑注射獎勵措施	每新增 1 名連續施打 4 個月以上長效針劑之收案個案 固定就醫 1,000 點；未固定就醫、久未就醫或新診斷病人 1,500 點獎勵	固定就醫 5,388 非屬固定就醫 1,701	7.94 ^{註 6}
品質獎勵費	1. 收案品質獎勵費：依照指標達成率(20%~100%)計算，一般病人 600 點、高風險病人 900 點 2. 「出院追蹤品質獎勵費」600 點 (3 項出院追蹤品質獎勵指標，每項 200 點)	一般病人 72,926 高風險病人 6,775	37.87 ^{註 7}
		出院追蹤 1,084	
總計			110.71

- 註：1. 依 109 年收案人數比率屬未固定就醫或久未就醫者約占 24%，推估 111 年預估收案人數中符合領取發現費人數。
2. 以 109 年就醫兩次以上非領有重大傷病卡人數(22,426)相較 108 年就醫兩次以上非領有重大傷病卡人數(21,377)，推估新診斷病人數。
3. 以 109 年各類病人占收案人數占比推算 111 年收案人數之各類病人人數：
- (1). 固定就醫一般病人 69.55%
 - (2). 固定就醫高風險病人 6.57%
 - (3). 未固定就醫、久未就醫或新診斷之一般病人 21.91%
 - (4). 未固定就醫、久未就醫或新診斷之高風險病人 1.97%
- p.s.因無新診斷病人資料爰新診斷病人以前一年未固定就醫、久未就醫數據估算。
4. 以 109 年收案人數比率屬未固定就醫或久未就醫者約占 24%，另以 10%病人估算進行居家追蹤訪視 1,913 人，平均每人每年 2 次推估費用。
5. 以 109 年思覺失調病人住院率 16%推估 111 年收案且可能住院人數約 12,752 人，以 109 年方案收案高風險病人 8.5%占率推估屬高風險病人約 1,084 人，另以平均 50%訪視追蹤率及 3 次訪視費推估費用。
6. 以 109 年方案內符合連續施打長效針劑人數(8,592)占方案內曾施打長效針劑人數(13,378)占比 64.2%，推估若施打長效針劑者由原 22%(13,378/60,178)提升至 40%(79,700 人*40%=31,880 人)，符合連續施打人數 20,467 人，扣除曾施打人數(13,378)為獎勵人數 7,089 人，另以 109 年固定及非固定就醫人數比例 76:24，推估人數分別為 5,388 人及 1,701 人。
7. 以 109 年院所實際指標達成率推估 111 年收案人數之獎勵金：
- (1). 收案品質獎勵費
 - A. 一般病人:79,700*91.5%(109 年一般病人占收案人數比率)*74%(109 年一般病人平均指標達成率)*600=32,378,922
 - B. 高風險病人:79,700*8.5%(109 年高風險病人占收案人數比率)*83%(109 年高風險病人平均指標達成率)*900=5,060,551
 - (2). 出院後追蹤獎勵費:以 109 年思覺失調病人住院率 16%推估 111 年收案且可能住院人數約 12,752 人，以 109 年方案收案高風險病人 8.5%占率推估約 1,084 人，以平均達標 2 項指標推估獎勵金 1,084*2*200=433,600

全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案(草案)

111.XX.XX 第六版修訂草案

壹、計畫目的：

- 一、鼓勵醫療院所將財務誘因由量之競爭，逐步轉化為醫療品質之提升。
- 二、鼓勵醫師發掘病人，主動積極介入治療，使思覺失調症患者能固定規則接受治療，提高病患治療之依從性。
- 三、促使醫療院所提高思覺失調症疾病之醫療照護品質，以提昇病患之生活功能與品質、降低社會成本。

~~貳、計畫目標：醫療照護品質指標項目三年進步率總體達 10%。~~貳、收案對象：

- 一、領有重大傷病卡之思覺失調症(~~疾病診斷碼為 ICD-9-CM：295；ICD-10-CM：F20、F25~~)或前一年診斷為思覺失調症且至少就醫 2 次以上者(主診斷碼皆為 ICD-9-CM：295；ICD-10-CM：F20、F25)：

(一) 固定就醫病人：

1. 定義：病人前一年於精神科拿藥 ≥ 8 次，且於特定醫療院所之精神科就醫次數，大於其全年精神科就醫次數 60%。
2. 收案方式：由全民健康保險保險人（以下稱保險人）分區業務組定期產製名單交給該特定醫療院所收案。

(二) 未固定就醫病人：病人前一年於精神科就醫次數(含門住診)未明顯集中於某特定醫療院所(即固定就醫以外及久未就醫以外之病人)。(三) 久未就醫病人：病人前一年連續六個月以上無精神科就醫(含門住診)資料者。二、新診斷病人：當年度新診斷為思覺失調症且至少就醫 2 次以上者(主診斷碼皆為 ICD-9-CM：295；ICD-10-CM：F20、F25)。三、~~二~~排除條件：

- ~~(一)精神科慢性病房住院中病人。~~
- ~~(二)同時領有 2(含)張以上不同疾病之重大傷病卡者。~~

~~肆、收案標準：~~

~~一、固定就醫病人：~~

~~(一) 定義：病患前一年於精神科拿藥 ≥ 8 次，且於特定醫療院所之精神科就醫次數，大於其全年精神科就醫次數60%。~~

~~(二) 收案方式：由全民健康保險保險人（以下稱保險人）分區業務組定期產製名單交給該特定醫療院所收案。~~

~~二、未固定就醫病人：~~

~~(一) 定義：病患前一年於精神科就醫次數(含門住診)未明顯集中於某特定醫療院所(即固定就醫以外及久未就醫以外之病人)。~~

~~(二) 收案方式：由保險人分區業務組定期產製名單交參與本方案醫療院所收案。~~

~~三、久未就醫病人：~~

~~(一) 定義：病患前一年連續六個月以上無精神科就醫(含門住診)資料者。~~

~~(二) 收案方式：由保險人分區業務組定期產製名單交參與本方案醫療院所收案。~~

參、 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、死亡。

二、入監服刑。

三、失聯 26 個月以上(~~連續2個月未於收案醫療院所就診者~~)。

四、因轉診結案。

肆、 費用支付方式：

一、 確認收案人數

(一) 固定就醫病人：由參與本方案院所於年度開始前，與保險人分區業務組確認應收案名單；除有正當理由外，需全數收案，不得選擇病患，收案率需 $\geq 80\%$ 。收案院所應按月上傳新收案名單。

(二) 未固定就醫、久未就醫、新診斷病人：收案院所應按月上傳新收案名單。

(三) 個案收案月數之計算，收、結案當月均納入計算。

二、病人群組風險校正：

(一) 高風險病人(high risk patient, HRP)：(符合下列定義之一者)

1. 定義：

(1) 病患前 1 年曾因下列情形，門、住診就醫次數合計大於 3 次（不含切帳）者：

~~(1)~~A.以主診斷 ICD-9-CM：295；ICD-10-CM：F20、F25 入住急性病房者。

~~(2)~~B.或以損傷(含自殺)及中毒(ICD-9-CM：800-999、E_CODE；ICD-10-CM：S00-T88、V00-Y99)於門、住診就醫者。

(2) 前 1 年曾以主診斷 ICD-9-CM：295；ICD-10-CM：F20、F25 強制住院者(案件分類 B1：精神病嚴重病人送醫及住院案件)。

(3) 前一年因思覺失調症住院 2 次以上者。

(4) 就醫紀錄載有施暴史之病人。

2. 支付相對風險權值(relative risk)：1.5。

(二) 一般病人(general patient, GP)：

1. 定義：非屬高風險病人。

2. 支付相對風險權值(relative risk)：1。

三、費用核付：

~~(一)~~(一)發現費：為鼓勵早期介入，早期治療，以避免發病或減緩發病之嚴重度，且能輔導未規則就醫者積極尋求醫療協助，收案對象屬未固定就醫或久未就醫者，每一個案增加支付發現費 ~~500~~650 點，每一個案每一院所支付以一次為限，且跨院所不得重複收案。

(二) 發現確診費：為發掘病人，主動介入積極治療，收案對象屬新診斷病人，每一個案支付發現確診費 650 點，每一個案每一院所支付以一次為限，且跨院所不得重複收案。

~~(一)~~(三)個案管理照護費：~~一般病人以每人每年 1000 點為個案管理照護~~

~~費支付基準，高風險病人依病人群組相對風險權值加權計算，1000點*1.5=1500點。~~

1. 固定就醫病人以每人每年 400 點為管理照護費支付基準；未固定就醫病人、久未就醫病人及新診斷病人以每人每年 800 點為管理照護費支付基準。另依病人群組之風險權值加權計算：一般病人*1，高風險病人*1.5

~~1.2. 基本承作費：以「個案管理照護費」之 40% 計算，~~固定就醫病人收案率未達 80% 者，本項不予支付。

- (1) 自個案收案當月起計算至年底，按一年所占月份數比例支付基本承作費；醫療院所上傳收案名單，由保險人分區業務組依實際情形辦理核付。

- (2) 計算公式=A+B+C+D

~~一般病人收案總人月數/12*個案管理照護費(1000點)*40%+~~

~~高風險病人收案總人月數/12*個案管理照護費(1500點)*40%~~

A. 固定就醫之一般病人：收案總人月數/12*400 點

B. 固定就醫之高風險病人：收案總人月數/12*600 點

C. 未固定就醫病人、久未就醫病人或新診斷病人之一般病人：
收案總人月數/12*800 點

D. 未固定就醫病人、久未就醫病人或新診斷病人之高風險病人：
收案總人月數/12*1200 點

(四) 居家追蹤訪視費：

1. 適用條件：針對未固定就醫及久未就醫且未住院之病人。
2. 服務內容：提供居家訪視(限一年申報4次)。
3. 申報費用時應檢附訪視紀錄(含精神症狀及心理健康狀況評估、藥物使用狀況、評估日常生活安排能力、家屬照顧個案狀態)，給付項目及支付標準如附表2。
4. 停止訪視條件：
 - (1) 病人轉回門診就醫、轉介至精神居家治療或全民健康保險居

家醫療照護整合計畫。

(2) 病人因病情轉變而住院。

(五) 出院後追蹤訪視費：

1. 適用條件：針對前述高風險病人當年度入住急性病房出院者，由該入住醫院負責追蹤，並應按月上傳出院後追蹤名單。
2. 服務內容：提供居家訪視(訪視期為出院後 3 個月內，訪視次數以 6 次為限，且其中 3 次須與公共衛生護士或心理衛生社工或關懷訪視員共同訪視)。
3. 申報費用時應檢附訪視紀錄(含精神症狀及心理健康狀況評估、藥物使用狀況、評估日常生活安排能力、家屬照顧個案狀態)，給付項目及支付標準如附表 2。
4. 停止訪視條件：
 - (1) 病人轉回門診就醫、轉介至精神居家治療、全民健康保險居家醫療照護整合計畫、社區復健機構、社區心理衛生中心、社會福利機構或公共衛生體系持續照護者。
 - (2) 病人因病情轉變而再住院。

~~(三)~~(六)長效針劑注射獎勵措施：依當年度新增連續施打長效針劑個案人數計算，每新增加 1 人，固定就醫個案獎勵點數 1,000 點；~~非~~未固定就醫~~及~~、久未就醫~~個案~~或新診斷病人獎勵點數 1,500 點。

1. 連續施打定義為「長效針劑連續施打 4 個月以上」。
2. 新增定義為「前一年未施打長效針劑或施打未滿 4 個月者」。

~~(一)2.~~(七)品質獎勵費：~~以「個案管理照護費」之 60% 計算。~~

~~(H)1.~~1.由保險人分區業務組辦理照護品質指標評量，依照醫療院所年度達成情形，於年度結束後核付。

~~(2)2.~~2.醫療院所以上年度自身基礎值為比較基礎，各項品質指標依一般病人組及高風險病人組分別計算及獎勵。

~~(3)3.~~3.~~目標權值達成度 ≥ 60% 始可獎勵。~~收案品質獎勵金額依照目標權值達成度計算，給予品質獎勵費之 20%、40%、60%、80%、100%

獎勵。

計算公式=一般病人數*~~個案管理照護費(1000點)*60%~~600點*一般病人目標權值達成度 +高風險病人數*~~個案管理照護費(1500點)*60%~~900點*高風險病人目標權值達成度。照護品質評量之指標項目、目標值及權值如附表 1。

4.出院追蹤品質獎勵費：當年度參與出院後追蹤照護服務之院所得依照目標權值達成度計算，給予出院追蹤品質獎勵費。

計算公式= 達成該指標目標值，給予出院後追蹤訪視達 3 次之病人數*200 點。品質評量之指標項目、目標值及權值如附表 1。

~~(四)~~(八)上開費用核付作業，不併醫療費用申報，由保險人分區業務組依計畫執行結果核定金額後，於追扣補付系統辦理帳務處理。

伍、計畫申請方式：

參與本方案之醫療院所應檢附計畫書向保險人分區業務組提出申請，經保險人分區業務組同意後實施。

陸、經費來源：

於醫院總額及西醫基層總額之專款項目「醫療給付改善方案」項下支應，如施行結果超過該專款預算數時，採點值浮動方式處理。

柒、參與本方案之醫療院所應成立專責窗口，負責接收收案名單及連繫等相關事宜，院方應依個人資料保護法之規定，負保險對象資料保密之責。

捌、績效評估：

參與本方案之醫療院所全年醫療照護品質指標執行結果，於次年 2 月份時進行總評，各參與院所全年品質指標權值達成度需 $\geq 40\%$ 。未達成之院所應提改善計畫，由所屬保險人分區業務組據以評量其是否得以續辦之資格。

附表1 全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案品質評量指標

指標分類	指標項目	操作型定義		正負向	目標值	指標權值
		分子	分母			
收案品質獎勵指標	~~1.平均每月精神科門診就診次數~~	~~精神科門診就醫人次~~	~~收案總人數*12~~	~~正~~	~~較上年度增加或≥ 1^{**2}~~	~~20%~~
	<u>2.精神科規則門診比率</u>	<u>精神科門診間隔未滿30天人次</u>	<u>收案總人次</u>	<u>正</u>	<u>較上年度增加</u>	<u>25%</u>
	~~3.六個月內精神科急性病房再住院率~~	~~半年住院二次以上人數(含跨院)~~	~~收案總住院人數~~	~~負~~	~~較上年度減少~~	~~25%~~
	<u>4.急診使用人次比率</u>	<u>急診(含非精神科急診)人次(含跨院)</u>	<u>收案總人數</u>	<u>負</u>	<u>較上年度減少</u>	<u>25%</u>
	~~5.失聯結案率~~	~~因失聯結案人數~~	~~總收案人數~~	~~負~~	~~較上年度減少~~	~~25%~~
出院追蹤品質獎勵指標	<u>5.社區關懷訪視共訪比率</u>	<u>期間共訪至少3次之個案數</u>	<u>高風險病人當年度入住急性病房出院後追蹤訪視個案數</u>	<u>正</u>	<u>100%</u>	<u>200點/人</u>
	<u>6.出院後90日內轉入社區資源或回門診就醫比率</u>	<u>出院後90日內轉介至居家治療、社區復健機構或回門診就醫</u>	<u>高風險病人當年度入住急性病房出院後追蹤訪視個案數</u>	<u>正</u>	<u>較上年度增加</u>	<u>200點/人</u>
	<u>7.出院後轉規則門診比率</u>	<u>病人出院後門診就醫間隔未滿30天之人數</u>	<u>高風險病人當年度入住急性病房出院後追蹤訪視個案數</u>	<u>正</u>	<u>較上年度增加</u>	<u>200點/人</u>
收案品質參考指標	~~6.8.強制住院發生人次比率~~	~~強制就醫人次~~	~~收案總人數~~	~~負~~	~~較上年度減少~~	~~參考~~
	~~7.9.固定就醫病人精神科急性病房平均住院天數~~	~~固定就醫病人精神科急性病房總住院天數(含跨院)~~	~~固定就醫病人總收案人數~~	~~負~~	~~較上年度減少~~	~~參考~~
	~~8.10.固定就醫病人精神科急性病房住院人次比率~~	~~固定就醫病人精神科急性病房住院人次(含跨院)~~	~~固定就醫病人總收案人數~~	~~負~~	~~較上年度減少~~	~~參考~~
	<u>9.11.固定就醫且一般病人佔率之年度增加率</u>	<u>固定就醫且屬一般病人人數</u>	<u>思覺失調症門住診歸戶病人數</u>	<u>正</u>	<u>較上年度增加</u>	<u>參考</u>
	~~10.12.高風險病人規則門診比率~~	~~高風險病人門診就醫間隔未滿30天(含診療追蹤後就醫)人次~~	~~高風險病人總人次~~	~~正~~	~~較上年度增加~~	~~參考~~
	<u>13.因轉診結案且後續無就醫比率</u>	<u>後續無就醫人數</u>	<u>因轉診結案人數</u>	<u>負</u>	<u>較上年度減少</u>	<u>參考</u>
	<u>14.住院率</u>	<u>一年內因思覺失調症住院人數</u>	<u>收案總人數</u>	<u>負</u>	<u>較上年度減少</u>	<u>參考</u>

備註:

~~1.指標項目年度自身比，以各醫療院所上年度全年值為比較基礎。~~

~~2.第1項指標若平均每月精神科門診就診次數 ≥ 1 ，即達目標值。分子需包含處方箋釋出個案、分母排除轉診結案個案。~~

附表2 居家追蹤訪視及出院後追蹤訪視之給付項目及支付標準

<u>編號</u>	<u>診療項目</u>	<u>支付點數</u>
P7401C	<u>居家追蹤訪視費(次)</u> <u>註：</u> <u>1. 針對未固定就醫及久未就醫且未住院之病人。</u> <u>2. 訪視次數每一病人一年至多申報 4 次，申報費用時應檢附訪視紀錄(含精神症狀及心理健康狀況評估、藥物使用狀況、評估日常生活安排能力、家屬照顧個案狀態)並由病人或病人家屬簽名。</u> <u>3. 所訂點數已包括人事費、精神醫療治療費及其他雜項成本，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，不得申報其他費用。</u>	1,500 點
P7402B	<u>出院後追蹤訪視費(次)-共訪</u> <u>註：</u> <u>1. 針對高風險病人當年度入住急性病房出院者。</u> <u>2. 本項限與公共衛生護士或心理衛生社工或關懷訪視員共同訪視始可申報。</u> <u>3. 訪視次數每一病人出院後 3 個月內至多申報 6 次，且與 P7403B 合計出院後 3 個月內至多申報 6 次。</u>	3,000 點

	4. <u>申報費用時應檢附訪視紀錄(含精神症狀及心理健康狀況評估、藥物使用狀況、評估日常生活安排能力、家屬照顧個案狀態)並由病人或病人家屬簽名。</u> 5. <u>所訂點數已包括人事費、精神醫療治療費及其他雜項成本，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，不得申報其他費用。</u>	
<u>P7403B</u>	<u>出院後追蹤訪視費(次)-非共訪</u> <u>註：</u> 1. <u>針對高風險病人當年度入住急性病房出院者。</u> 2. <u>訪視次數每一病人出院後 3 個月內至多申報 3 次，且與 P7402B 合計出院後 3 個月內至多申報 6 次。</u> 3. <u>申報費用時應檢附訪視紀錄(含精神症狀及心理健康狀況評估、藥物使用狀況、評估日常生活安排能力、家屬照顧個案狀態)並由病人或病人家屬簽名。</u> 4. <u>所訂點數已包括人事費、精神醫療治療費及其他雜項成本，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，不得申報其他費用。</u>	<u>3,000 點</u>

附表 3 病人評估表(參考)

[illegible]

*以下評估多項皆有者綜合考量，採較嚴重者

臨床病況(近一週)	出現頻率	生活影響	合計
1.精神病症狀 ☐ 幻聽 ☐ 妄想 ☐ 邏輯障礙 ☐ 聯結障礙	☐ 1.無 ☐ 2.偶而 ☐ 3.隔1-2天 ☐ 4.每天數小時 ☐ 5.幾乎持續	☐ 1.無 ☐ 2.僅一些想法意念 ☐ 3.僅態度或心情改變 ☐ 4.影響其多數決定,判斷 ☐ 5.致行為改變	
2.情緒症狀: ☐ 急躁 ☐ 憂鬱 ☐ 混亂	☐ 1.無 ☐ 2.偶而 ☐ 3.隔1-2天 ☐ 4.每天數小時 ☐ 5.幾乎持續	☐ 1.無 ☐ 2.僅稍微波動 ☐ 3.態度改變,表情明顯 ☐ 4.影響其多數決定,判斷 ☐ 5.致行為改變	
3.負性症狀: ☐ 社交退縮 ☐ 情感遲滯 ☐ 思考遲頓	☐ 1.無 ☐ 2.偶而 ☐ 3.隔1-2天 ☐ 4.每天數小時 ☐ 5.幾乎持續	☐ 1.無 ☐ 2.僅稍微障礙 ☐ 3.僅態度或心情改變 ☐ 4.影響多數決定判斷 ☐ 5.致行為或日常功能改變	
4.功能退化:	☐ 1.無 ☐ 2.發生六個月以內 ☐ 3.已一年以內 ☐ 4.已一至三年 ☐ 5.已三年以上	☐ 1.無 ☐ 2.少數IADL差 ☐ 3. ADL可,半數IADL差 ☐ 4. ADL部份差,多數IADL差 ☐ 5.個人衛生ADL皆差	
危險評估	出現頻率	生活影響(近一個月)	
5.干擾行為: ☐ 怪異,儀式 ☐ 破壞,污染 ☐ 吵鬧,噪音 ☐ 其他: _____	☐ 1.無 ☐ 2.偶而 ☐ 3.隔1-2天 ☐ 4.每天數小時 ☐ 5.幾乎持續	☐ 1.無 ☐ 2.沒什麼影響 ☐ 3.輕微影響周圍 ☐ 4.顯著影響周圍 ☐ 5.極嚴重影響周圍	
6.自傷 ☐ 直接受精神症狀影響(如命令式幻聽) ☐ 非上述 共發生: _____次(全算)	☐ 1.無 ☐ 2.以前有,兩年內無 ☐ 3.兩年內有,六個月內無 ☐ 4.六個月內有 ☐ 5.一個月內有	☐ 1.無 ☐ 2.僅有一些想法意念 ☐ 3.有計畫或準備性動作 ☐ 4.有危險行為(如開快車) ☐ 5.有具體自傷行為	
7.他傷: ☐ 直接受精神症狀影響 ☐ 非上述 共發生: _____次(全算)	☐ 1.無 ☐ 2.以前有,兩年內無 ☐ 3.兩年內有,六個月內無 ☐ 4.六個月內有 ☐ 5.一個月內有	☐ 1.無 ☐ 2.僅有一些想法意念 ☐ 3.有計畫或口頭威脅 ☐ 4.有破壞物品或粗暴行為 ☐ 5.有傷人行為	

8.物質濫用： ☐ 酒 ☐ 安眠鎮定 ☐ 幻覺劑 ☐ 其他	☐ 1.無 ☐ 2.以前有，半年內無 ☐ 3.近一個月，約每週1-2天 ☐ 4.近一個月，約每週4-5日 ☐ 5.近一個月，幾乎每天有	☐ 1.功能毫無影響 ☐ 2.精神或注意力有影響，一般工作尚可 ☐ 3.損及工作能力，身體健康無礙 ☐ 4.損及身體健康(如:肝功能，嚴重戒斷，胃出血等) ☐ 5.損及日常生活功能	
就醫型態與支持	態度觀念	行為(最近三個月)	
9.病人治療態度	☐ 1.病識感良好 ☐ 2.承認有某種精神病，但不完全正確 ☐ 3.承認有某些情緒或精神問題(症狀)，但不是病 ☐ 4.承認有某些非精神疾病 ☐ 5.不承認有任何毛病	☐ 1.主動配合，門診及服藥規則 ☐ 2.大致配合，偶有中斷或自行減藥 ☐ 3.被動接受，常需提醒 ☐ 4.要密切督導始接受治療 ☐ 5.拒絕任何形式之治療	
10.家人支持度 關鍵支持者：	☐ 1.治療及疾病知識良好 ☐ 2.認為病人有精神病，但治療觀念不足 ☐ 3.雖認為病人精神疾，但明顯低估其嚴重度或治療之必要性 ☐ 4.雖認為病人有精神疾病，但不想處理 ☐ 5.不認為病人任何毛病	☐ 1.主動積極協助病人就醫 ☐ 2.大致配合，偶有中斷或自行減藥 ☐ 3.大致配合，但客觀能力上有困難，有心無力 ☐ 4.很被動，常無法提供協助 ☐ 5.無親屬或幾乎拒絕任何形式之合作支持	
	以上總分		
GAF：	CGI-S： ☐ 1.無 ☐ 2.不確定 ☐ 3.輕 ☐ 4.中度 ☐ 5.顯著 ☐ 6.嚴重 ☐ 7.極重		

六個月內治療計畫與意願：

治療／個管目標	治療方案／計畫	病人意見	家人意見
醫師：	個管師：	評估日期：	/ /

討論事項

第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第一章「居家照護」及同部第三章「安寧居家療護」增訂緊急訪視加成暨提高山地離島醫事人員訪視費用案，提請討論。

說明：

- 一、依據本署 110 年 7 月 1 日「居家照護及居家醫療照護整合計畫支付規範及行政作業整合討論會議」暨 111 年 1 月 12 日「修訂全民健康保險居家醫療照護整合計畫溝通會議」決議辦理（**附件 1、2，頁次討 4-3~4-7**）。
- 二、查現行全民健康保險居家醫療照護整合計畫（下稱居整計畫）針對符合適應症者（生命徵象不穩、譫妄或意識狀態不穩定等），訂有夜間、深夜及例假日緊急訪視加成 40%~70%之規定，而居家照護及安寧居家療護未訂有緊急訪視費用，另山地離島地區之醫事人員訪視費用相較一般地區高約 1 成，考量居家照護及安寧居家療護收案個案亦有緊急訪視之需求，且山地離島地區交通不便訪視不易、成本較高，增修支付標準如下：
 - （一）比照現行居整計畫緊急訪視加成規定，增列於支付標準第五部第一章居家照護及第三章安寧居家療護通則。
 - （二）依修訂居整計畫溝通會議決議，居家照護及安寧居家療護之山地離島地區護理及醫師訪視費用再調高 2 成，共 32 項。
- 三、另支付標準第五部第一章附表 5.1.1 居家護理特殊照護項目表所列 48004C、48005C「深部複雜創傷處理」，依病人之實際需要並由醫師開立醫囑者得另行核實申報，故本項目不列入護理訪視費資源耗用群分類計算，爰為避免申報爭議修訂附表及備註，本項目執行人員資格依各類醫事人員專門職業法規認定。

四、財務影響（附件 3，頁次討 4-8～4-11）：

（一）緊急訪視加成：依 109 年及 110 年訪視費醫令執行時間，符合前開加成區間者，109 年計 27,582 件、16.5 百萬點，110 年計 30,199 件、18.27 百萬點。另統計 110 年居整計畫訪視執行時間符合加成者，實際申報緊急加成占率約 6.4%，故以 110 年申報情形及成長率 10.76%，推估 111 年緊急訪視加成約增加 1.29 百萬點 $[=18.27 \text{ 百萬點} \times (1+10.76\%) \times 6.4\%]$ 。

（二）山地離島訪視費調升點數：統計山地離島地區訪視費相關醫令申報情形，109 年計 32 件、4 萬點，110 年計 43 件、5.4 萬點。以 110 年申報費用及成長率推估 111 年山地離島地區訪視費再調高 2 成約增加 1.5 萬點。

（三）綜上，本次支付標準增修合計增加支出約 1.31 百萬點，研擬由 111 年其他總額「居家照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務」項下 7,300 百萬元支應(其中為增訂緊急訪視加成編列 5 百萬元)。

擬辦：修訂後支付標準如附件 4（頁次討 4-12～4-19），本案如經確認同意，擬依程序陳報衛生福利部公告實施。

決議：

「居家照護」及「居家醫療照護整合計畫」
支付規範及行政作業整合討論會議紀錄

時間：110 年 7 月 1 日（星期四）14 時

地點：本署 9 樓第一會議室（視訊會議）

主席：張組長禹斌

紀錄：蔡孟臻

出席人員：

中華民國中醫師公會全國聯合會

林親怡

中華民國呼吸治療師公會全國聯合會

林育如、楊玲玲

中華民國診所協會全國聯合會

陳俊宏

中華民國醫師公會全國聯合會

王維昌、洪德仁、黃振國

中華民國藥師公會全國聯合會

李懿軒、李莉君

中華民國護理師護士公會全國聯合會

紀淑靜、吳孟嬪

台灣在宅醫療學會

余尚儒、陳英詔

台灣安寧照顧協會

蘇文浩、嚴從毓

台灣安寧緩和醫學學會

彭仁奎、張賢政

台灣安寧緩和護理學會

謝玉玲、邱智鈴

台灣老年學暨老年醫學會

陳英仁

台灣居家醫療醫學會

郭啓昭、林恒立、方光宗

台灣長照護理學會

陳麗絹

台灣家庭醫學醫學會

施錦泉、李祥和

台灣胸腔暨重症加護醫學會

陳志強、謝煒銘

台灣復健醫學會

李紹誠、王維弘

台灣醫院協會

翁文能、謝景祥

台灣護理學會

陳靜敏、陳綉琴

社團法人台灣居家護理暨服務協會

曾勤媛、邱青莢

本署醫務管理組

吳科屏、韓佩軒、張作貞、

陳依婕、黃奕瑄、許博淇、

蔡金玲、周筱妘、蔡孟好

肆、 主席致詞：略。

伍、 討論事項：

- (一) 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第一章居家照護（下稱居家照護）與全民健康保險居家醫療照護整合計畫（下稱居整計畫）行政作業流程整合修訂。
- (二) 整併居家照護及居整計畫之可行性。

陸、 會議結論：

- (一) 將「因疾病特性致外出就醫不便者」納入居家照護收案條件。
- (二) 居家照護評估量表統一以巴氏量表執行。
- (三) 為避免重複收案，居家照護和居整計畫統一於收案後二週內，將收案個案相關資料登錄本署系統備查。
- (四) 考量病人病情變化，居家照護及居整計畫之收案照護期限統一修訂為一年，若病情需要得依現有規定申請延長照護。
- (五) 修正居家照護醫師訪視人次限制之單位計量等文字。
- (六) 同時執行居家照護和安寧居家療護之護理人員，其每月訪視人次由 75 人次調升至 100 人次；另有關僅執行安寧療護之護理訪視次數調整建議，將擇期召開安寧療護支付規範討論會議。
- (七) 修訂居家照護個案訪視次數規定，醫師部分增列「至少每三個月訪視 1 次」；護理人員部分，多數與會人員建議放寬現行每月訪視以 2 次為限之限制，惟考量放寬訪視頻率恐造成財務衝擊，本署將再行研議。
- (八) 有關居家照護增列個案管理費、緊急訪視加成、調升訪視費等建議，牽涉總額問題，應有相對應預算支應，本署將納入爭取 111 年預算參考。
- (九) 本次會議主要針對行政流程相關規定進行討論，其他意見將納入居整計畫或居家照護個別檢討；另請護理團體針對居家照護整併至居整計畫表示意見，供本署研議。

柒、 與會人員發言摘要如附件

捌、 臨時動議：無

散會：15 時 53 分

修訂「全民健康保險居家醫療照護整合計畫(下稱居整計畫)」溝通 會議紀錄

時間：111年1月12日（星期三）下午2時

地點：衛生福利部中央健康保險署18樓禮堂

主席：李伯璋署長

紀錄：黃奕瑄

出席單位及人員：

中華民國醫師公會全國聯合會

黃啟嘉 王維昌

台灣醫院協會

翁文能 林佩菽

劉碧珠 陳志強

中華民國藥師公會全國聯合會

李懿軒 劉亮君

中華民國護理師護士公會全國

紀淑靜 呂郁芳

聯合會

中華民國診所協會全國聯合會

黃致仰

台灣家庭醫學醫學會

孫文榮 潘恆嘉

台灣護理學會

陳靜敏 陳綉琴

台灣在宅醫療學會

陳英詔 張凱評

台灣居家醫療醫學會

郭啟昭

台灣安寧緩和醫學學會

張賢政

台灣安寧緩和護理學會

謝玉玲 顏聆朱

台灣居家護理暨服務協會

曾勤媛 邱青莢

衛生福利部長期照顧司

楊雅嵐 陳念桂

本署

醫務管理組

張禹斌 游慧真 李雨育 張作貞

呂姿曄 崔允馨 米珮菱 林寓煥

陳怡靜 吳庭沂 李宛臻 施百謙

曾婉筑

臺北業務組 李如芳 謝永慈

北區業務組 王慈錦 林巽音

中區業務組 李哲宇

南區業務組 蔡玉淇

高屏業務組 黃美能 黃蕙凌

東區業務組 石惠文

壹、主席致詞：(略)

貳、討論事項：

一、山地離島居家醫療照護醫事人員訪視費用調高 2 成。

決議：

- (一) 同意居家醫療照護山地離島地區訪視費用調高 2 成(包含全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第一章及第三章之山地離島訪視費用)。
- (二) 其他各界建議調高訪視費(包含醫療資源不足地區、沒有自來水到的地區住民、夜間訪視加成等)，考量恐造成財務衝擊須審慎評估，將於本年度研議修訂居整計畫支付項目及金額，並向全民健康保險會爭取 112 年總額預算支應。

二、新增虛擬(行動)健保卡「綁定程序」及「協助綁定獎勵金」及「申報指標獎勵金」、建議使用「居家輕量藍牙 APP」、新增「申報異常代碼」監測指標案。

決議：

- (一) 同意居整計畫新增虛擬(行動)健保卡獎勵項目及執行面規範。另虛擬(行動)健保卡為獎勵方案，如不使用仍可參加居整計畫提供居家醫療照護服務。
- (二) 獎勵項目考量試辦初期，獎勵方案調整為：
 1. 「協助綁定獎勵金」：無論一般地區或山地離島地區均以每人 200 點支應。
 2. 「申報指標獎勵金」：
 - (1) 獎勵指標占率定義：醫事機構(含交付機構)當年度以虛擬(行動)健保卡申報本計畫之件數/ 醫事機構機構(含交付機構)當年度申報本計畫之件數。
 - (2) 第一階段($25\% \leq \text{占率} < 50\%$)：當年度累計收案 ≥ 10 人且有提供病人居家醫療照護之特約醫事服務機構，每家機構獎勵 5,000 點。

- (3) 第二階段($50\% \leq \text{占率} < 70\%$)：提供居整計畫申報案件，一般地區每件獎勵 20 點、山地離島地區每件獎勵 40 點；當年度累計收案 ≥ 10 人且有提供病人居家醫療照護之特約醫事服務機構，每家機構再獎勵 10,000 點。
- (4) 第三階獎勵金($\text{占率} \geq 70\%$)每家獎勵：當年度累計收案 ≥ 10 人且有提供病人居家醫療照護之特約醫事服務機構，每家機構再獎勵 10,000 點。

三、其他相關規範及文字酌修案。

決議：

(一) 同意修訂以下相關規範：

1. 新增「居整計畫團隊得協助符合開立長照司『居家失能個案家庭醫師照護方案』之收案個案開立『長期照護醫師意見書』(開立及費用申報規範依現行長照司「居家失能個案家庭醫師照護方案」規定辦理)。
2. 刪除「未完成用藥整合需結案措施」，用藥整合獎勵措施不變。
3. 增訂違規處分「醫事人員」2 年內不得參與本計畫。
4. 明訂「照護團隊逾 6 個月未提供居家醫療照護之病人，應予結案」規範。
5. 餘為文字酌修。

(二) 長照司「長期照護醫師意見書」：請長照司後續修訂「居家失能個案家庭醫師照護方案」或討論執行面細節時(如：開立醫師意見書或長照特約單位資格之放寬、醫師意見書之開立及費用申報撥付等)，應邀請醫療服務提供者代表共同研議，以符合醫事人員所需。

(三) 有關中華民國藥師公會全國聯合會建議調整「藥事照護服務」相關規範、中華民國護理師護士公會全國聯合會所提「居家精神護理」及增加其他醫事人員訪視(如物理治療師等)等，考量相關修訂可能造成財務影響須審慎評估，爰將於本年度研議修訂居整計畫支付項目及金額，並爭取 112 年總額預算支應。

參、散會：16 時

居家照護、安寧居家訪視執行時間符合加成之情形

	108年		109年		110年	
類別	件數	加成點數	件數	加成點數	件數	加成點數
安寧醫訪	954	476,955	544	286,836	626	346,991
安寧護訪	3,002	1,873,718	2,381	1,545,677	2,750	1,831,497
居護醫訪	4,804	2,630,548	6,428	3,590,850	7,029	3,986,924
居護護訪	16,344	9,878,851	18,229	11,067,328	19,794	12,099,723
總計	25,104	14,860,072	27,582	16,490,690	30,199	18,265,135

成長率10.76%

居整計畫緊急訪視申報件數

	執行時間為加成區間		執行時間非加成區間		總計	執行時間為 加成區間之 總件數 (C=A+B)	實際申報加 成占率 (D=A/C)
	有申報加成 (A)	無申報加成 (B)	有申報加成	無申報加成			
108年合計	1,587	24,171	456	633,578	659,792	25,758	6.16%
安寧	80	2,454	20	75,987	78,541	2,534	3.16%
醫訪	1,298	15,006	378	243,925	260,607	16,304	7.96%
護訪	209	6,711	58	313,666	320,644	6,920	3.02%
109年合計	1,546	29,255	551	630,413	661,764	30,800	5.02%
安寧	297	2,831	18	83,461	86,607	3,128	9.49%
醫訪	1,036	20,112	453	277,187	298,788	21,148	4.90%
護訪	213	6,312	80	269,765	276,370	6,525	3.26%
110年合計	2,219	32,469	97	637,573	672,358	34,688	6.40%
安寧	338	2,382	13	81,642	84,375	2,720	12.43%
醫訪	1,564	23,518	40	287,781	312,903	25,082	6.24%
護訪	317	6,569	44	268,150	275,080	6,886	4.60%

111年居家照護、安寧居家療護緊急訪視加成預估1.29百萬點。[=18,265,135*(1+10.76%)*6.40%]

居家照護、安寧居家療護山地離島訪視費申報情形

項目 代碼	項目名稱	原醫令 點數 (A)	調整後點數 (B=A*1.2)	差額 (C=B-A)	109年		110年	
					申報 件數 (D)	增加 點數 (E=C*D)	申報 件數 (F)	增加 點數 (G=C*F)
合計					32	8,036	43	10,821
05302C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群第一類(在合理量內)1.在宅	1,155	1,386	231	26	6,006	35	8,085
05343C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群第一類(在合理量內)2.機構	924	1,109	185	0	0	0	0
05329C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群第一類(超出合理量)1.在宅	460	552	92	0	0	0	0
05345C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群第一類(超出合理量)2.機構	460	552	92	0	0	0	0
05304C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第二類(在合理量內)1.在宅	1,601	1,921	320	1	320	0	0
05347C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第二類(在合理量內)2.機構	1,280	1,536	256	0	0	0	0
05331C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第二類(超出合理量)1.在宅	640	768	128	0	0	0	0
05349C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第二類(超出合理量)2.機構	640	768	128	0	0	0	0
05306C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第三類(在合理量內)1.在宅	1,931	2,317	386	0	0	0	0
05351C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第三類(在合理量內)2.機構	1,544	1,853	309	0	0	0	0
05333C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第三類(超出合理量)1.在宅	770	924	154	0	0	0	0
05353C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第三類(超出合理量)2.機構	770	924	154	0	0	0	0
05322C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(在合理量內)1.在宅	2,261	2,713	452	0	0	0	0
05355C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(在合理量內)2.機構	1,808	2,170	362	0	0	0	0

項目代碼	項目名稱	原醫令點數(A)	調整後點數(B=A*1.2)	差額(C=B-A)	109年		110年	
					申報件數(D)	增加點數(E=C*D)	申報件數(F)	增加點數(G=C*F)
05335C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(超出合理量)1.在宅	900	1,080	180	0	0	0	0
05357C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(超出合理量)2.機構	900	1,080	180	0	0	0	0
05308C	山地離島地區醫師訪視費(次)1.在宅	1,709	2,051	342	5	1,710	8	2,736
05359C	山地離島地區醫師訪視費(次)2.機構	1,367	1,640	273	0	0	0	0
05310C	山地離島地區醫師訪視費(次)1.在宅—醫師應同一承辦居家照護業務機構之請當日個案在五個以上者，自第五個個案起其訪視費依本項申報	660	792	132	0	0	0	0
05361C	山地離島地區醫師訪視費(次)2.機構—醫師應同一承辦居家照護業務機構之請當日個案在五個以上者，自第五個個案起其訪視費依本項申報	660	792	132	0	0	0	0
05323C	甲類醫師訪視費用-山地離島地區(次)-在宅	1,709	2,051	342	0	0	0	0
05363C	甲類醫師訪視費用-山地離島地區(次)-機構	1,367	1,640	273	0	0	0	0
05337C	乙類醫師訪視費用山地離島地區(次)-在宅	1,196	1,435	239	0	0	0	0
05365C	乙類醫師訪視費用山地離島地區(次)-機構	956	1,147	191	0	0	0	0
05324C	甲類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間1小時以內(≤1小時)-山地離島地區	1,815	2,178	363	0	0	0	0
05367C	甲類護理訪視費(次)-機構:訪視時間1小時以內(≤1小時)-山地離島地區	1,452	1,742	290	0	0	0	0
05339C	乙類護理訪視費山地離島地區(次)-在宅:訪視時間1小時以內(≤1小時)	1,271	1,525	254	0	0	0	0
05369C	乙類護理訪視費山地離島地區(次)-機構:訪視時間1小時以內(≤1小時)	1,016	1,219	203	0	0	0	0
05325C	甲類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間1小時以上(>1小時)-山地離島地區	2,475	2,970	495	0	0	0	0
05371C	甲類護理訪視費(次)-機構:訪視時間1小時以上(>1小時)-山地離島地區	1,980	2,376	396	0	0	0	0

項目 代碼	項目名稱	原醫令 點數 (A)	調整後點數 (B=A*1.2)	差額 (C=B-A)	109年		110年	
					申報 件數 (D)	增加 點數 (E=C*D)	申報 件數 (F)	增加 點數 (G=C*F)
乙類護理訪視費山地離島地區								
05341C	(次)-在宅:訪視時間1小時以上(>1 小時)	1,733	2,080	347	0	0	0	0
乙類護理訪視費山地離島地區								
05373C	(次)-機構:訪視時間1小時以上(>1 小時)	1,386	1,663	277	0	0	0	0

擷取條件：

1.支付標準第五部第一章、第三章山地離島訪視費相關醫令。

2.任一特定治療項目代碼不為EC、醫令類別不為4。

以110年申報費用及成長率34.66%，推估111年山地離島訪視費調高2成將增加1.5萬點。

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：

- 一、本章限經主管機關核准設有居家護理服務業務項目之醫事服務機構或護理機構申報。
- 二、收案條件；收案對象需符合下列各項條件：
 - (一)病人只能維持有限之自我照顧能力，即清醒時，百分之五十以上活動限制在床上或椅子上。
 - (二)有明確之醫療與護理服務項目需要服務者。
 - (三)罹患慢性病需長期護理之病人或出院後需繼續護理之病人。
- 三、收案對象屬住院個案，須經診治醫師評估，由診治醫師開立居家照護醫囑單，由診治醫院直接收案或轉介至其他設有居家護理服務部門之保險醫療機構或護理機構收案；非住院個案符合前條所列收案條件者，可向設有居家護理服務部門之保險醫療機構或護理機構申請。
- 四、保險醫療機構或護理機構受理申請後，經書面審查符合收案條件者，應排定訪視時間，符合保險收案條件者，應查驗保險對象保險憑證、身分條件及居家照護醫囑單(自開立日起三十日內有效，其中非住院個案應由照護機構之執業醫師或契約醫院之醫師訪視評估，開立居家照護醫囑單)等文件，並於保險憑證登錄就醫紀錄，嗣後於每月第一次訪視時登錄一次，並應於登錄後二十四小時內，將之上傳予保險人備查；其不符合收案條件者，應即拒絕收案。
- 五、保險醫療機構或護理機構應擬訂完整居家照護計畫，並於收案後二週內(如遇例假日得順延之)，連同居家照護申請書、居家照護醫囑單影本，送保險人備查，保險人得視情況實地評估其需要性。
- 六、每一個案收案期限以一年為限，每次訪視應有詳實之訪視紀錄，若病情需要申請延長照護，應經醫師診斷填具居家照護申請書送保險人備查；照護期限之計算，新收個案以收案日起算；申請延長照護個案以申請日起算(於原照護期限內申請者，以接續日起算)。同一照護機構同一個案，於照護期限截止日起三十日內再申請照護者，應以延長照護申請，不得以新個案申請。
- 七、照護項目以附表5.1.1居家護理特殊照護項目表及表5.1.2居家護理一般照護項目表為限；施行特殊照護項目者，申報費用時，應填報項目編號、名稱及數量。
- 八、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一百人次為合理量(含同時執行第五部第三章安寧居家療護乙類【社區安寧】)；超過一百人次者，自第一百零一人次起，屬超出合理量。
- 九、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二十四小時電話諮詢服務。

十、緊急訪視適應症與加成方式：適用醫師訪視費、護理人員訪視費。

(一)適應症：

1. 生命徵象不穩定。
2. 呼吸喘急持續未改善。
3. 譫妄或意識狀態不穩定。
4. 急性疼痛發作。

5. 發燒或突發性體溫不穩定。
6. 急性腹瀉。
7. 須立即處理之管路問題。
8. 其他經醫師評估有立即前往需要者。

(二)除已有長期醫囑之須立即處理之管路問題項外，其他項適應症須先由醫師就病人病情進行評估後，決定適當醫事人員至案家緊急訪視，緊急訪視相關醫囑應載於訪視紀錄。

(三)同一醫事人員對同一病人之緊急訪視，每日以一人次為限，超過不予支付。

(四)加成方式：

1. 以抵達案家時起算，若離開案家時跨不同加成區間逾30分鐘，則以較高加成區間計算。
2. 夜間(下午五點到晚上十點)加計百分之五十。
3. 深夜(晚上十時至隔日早上八時)加計百分之七十。
4. 例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之四十。
5. 同時符合夜間及例假日，則加計百分之五十；同時符合深夜及例假日，則加計百分之七十。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
05302C	— 資源耗用群為第一類 山地離島地區護理訪視費(次)(在合理量內) 1.在宅	V	V	V	V	~~1155~~ <u>1386</u>
05343C	2.機構	V	V	V	V	~~924~~ <u>1109</u>
05329C	山地離島地區護理訪視費(次)(超出合理量) 1.在宅	V	V	V	V	~~460~~ <u>552</u>
05345C	2.機構	V	V	V	V	~~460~~ <u>552</u>
05304C	— 資源耗用群為第二類 山地離島地區護理訪視費(次)(在合理量內) 1.在宅	V	V	V	V	~~1601~~ <u>1921</u>
05347C	2.機構	V	V	V	V	~~1280~~ <u>1536</u>
	山地離島地區護理訪視費(次)(超出合理量)					

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
05331C	1.在宅	v	v	v	v	~~640~~ <u>768</u>
05349C	2.機構	v	v	v	v	~~640~~ <u>768</u>
	—資源耗用群為第三類 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	~~1931~~ <u>2317</u>
05351C	2.機構	v	v	v	v	~~1544~~ <u>1853</u>
	山地離島地區護理訪視費(次)(超出合理量)					
05333C	1.在宅	v	v	v	v	~~770~~ <u>924</u>
05353C	2.機構	v	v	v	v	~~770~~ <u>924</u>
	—資源耗用群為第四類 山地離島地區護理訪視費(次)(在合理量內)					
05322C	1.在宅	v	v	v	v	~~2261~~ <u>2713</u>
05355C	2.機構	v	v	v	v	~~1808~~ <u>2170</u>
	山地離島地區護理訪視費(次)(超出合理量)					
05335C	1.在宅	v	v	v	v	~~900~~ <u>1080</u>
05357C	2.機構	v	v	v	v	~~900~~ <u>1080</u>
	醫師訪視費(次) 山地離島地區醫師訪視費(次)					
05308C	1.在宅	v	v	v	v	~~1709~~ <u>2051</u>
05359C	2.機構	v	v	v	v	~~1367~~ <u>1640</u>
	—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~~ <u>792</u>
05361C	2.機構	v	v	v	v	~~660~~ <u>792</u>

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-傷口長五公分以下者 Wound treatment <5 cm 淺部創傷處理-傷口長五至十公分者 Wound treatment 5-10 cm 淺部創傷處理-傷口長十公分以上者 Wound treatment >10 cm ~~深部複雜創傷處理-傷口長五公分以下者 Debridment <5 cm~~ ~~深部複雜創傷處理-傷口長五至十公分者 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、因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-傷口長五公分以下者」及48005C「深部複雜創傷處理-傷口長五至十公分者」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。~~

註：依病人之實際需要由醫師開立醫囑者，得另提供48004C「深部複雜創傷處理-傷口長五公分以下者」及48005C「深部複雜創傷處理-傷口長五至十公分者」二項照護服務，並得核實申報。

第三章 安寧居家療護

通則：

一、申報本章各項費用之保險醫事服務機構需向保險人提出申請經同意後始可申報，並依醫事人員教育訓練資格分為甲、乙兩類：

(一) 甲類：

1. 設有安寧居家療護小組，小組內須包括安寧療護專責醫師、社工師及專任護理師等至少一名，且小組成員皆需受過安寧療護教育訓練八十小時(含四十小時病房見習)以上，另繼續教育時數為每年二十小時，小組成員更改時亦須通知保險人各分區業務組。
2. 地區醫院(含)層級以下，且過去三個月內，平均每月每位護理人員訪視次數在三十人次(含)以下之院所，其安寧居家療護小組內之「專任護理師」得以「專責護理師」為之；「專責」係指專門負責特定安寧業務，另可執行其他業務。

(二) 乙類：

1. 醫師及護理人員皆需接受安寧療護教育訓練十三小時(教育訓練課程如附表)及臨床見習八小時(其中至少於安寧病房見習二小時，以視訊及 e-learning 方式進行亦可)，始得提供社區安寧照護服務。醫師及護理人員每訪視一位居家病人可抵免見習時數二小時。
2. 辦理本項業務之基層診所，應以現行辦理安寧緩和醫療之醫院為後援醫院，後援醫院資格如下：
 - (1) 設有安寧病房或聘有安寧緩和醫學專長之醫師及護理人員。
 - (2) 設專門窗口負責個案管理。
3. 每年繼續教育時數為四小時(以視訊及 e-learning 方式進行亦可)。

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) 急性譫妄(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)。

三、服務項目：

- (一)訪視、一般診療與處置。
- (二)末期狀態病患及其家屬心理、社會及靈性等方面問題之照護。

四、收案及核備程序：

- (一)收案對象需經院所甲類安寧居家療護小組專責醫師評估或乙類醫師評估，開立「安寧居家療護收案申請書」(申請書一式二聯，第一聯送保險人備查、第二聯院所備查)，始得申請收案；保險服務機構或護理機構應擬定完整居家照護計畫，並於收案後二週內(如遇例假日得順延之)，檢具安寧居家療護收案申請書，送保險人各分區業務組備查，保險人各分區業務組得視情況實地評估其需要性。經核定不符收案條件者，保險人不支付費用，相關費用由院所自行處理。
- (二)保險醫事服務機構或護理機構受理申請後，經書面審查符合收案條件者，應排定訪視時間，符合保險收案條件者，應查驗保險對象保險憑證、身分證明文件及居家照護醫囑單(非住院個案應由照護機構之執業醫師或契約醫院之醫師訪視評估，開立居家照護醫囑單)等文件，並於保險憑證登錄就醫紀錄，嗣後於每月第一次訪視時登錄一次，並應於登錄後二十四小時內，將之上傳予保險人備查；其不符合收案條件者，應即拒絕收案。
- (三)對保險人各分區業務組核定結果如有異議，自核定通知之日起六十日內，應依序循申復及爭議審議途徑申請複核或審議，不得以新個案重新申請送核，否則不予受理。
- (四)安寧居家療護收案及延長照護申請案件，回歸一般醫療費用抽審作業。

五、照護期限：

(一)每一個案收案期限以四個月為限，每次訪視應有詳實之訪視紀錄，若病情需要申請延長照護，應經醫師診斷填具安寧居家療護收案申請書送保險人分區業務組備查。

(二)照護期限之計算，新收個案以收案日起算；申請延長照護個案以申請日起算(於原照護期限內申請者，以接續日起算)。同一照護機構同一個案，於照護期限截止日起三十日內再申請照護者，應以延長照護申請並以接續日起算，每次延長照護以三個月為限，不得以新個案申請。

六、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安寧療護專業人員二十四小時電話諮詢服務。

七、本章節「訪視時間」之計算，自到達病患家中起算，至離開病患家中為止，且訪視時間應記錄於訪視紀錄內，並請患者或其家屬簽章。

八、緊急訪視適應症與加成方式：適用醫師訪視費、護理人員訪視費。

(一)適應症：

1. 生命徵象不穩定。
2. 呼吸喘急持續未改善。
3. 譫妄或意識狀態不穩定。
4. 急性疼痛發作。
5. 發燒或突發性體溫不穩定。
6. 急性腹瀉。
7. 須立即處理之管路問題。
8. 其他經醫師評估有立即前往需要者。

(二)除已有長期醫囑之須立即處理之管路問題項外，其他項適應症須先由醫師就病人病情進行評估後，決定適當醫事人員至案家緊急訪視，緊急訪視相關醫囑應載於訪視紀錄。

(三)同一醫事人員對同一病人之緊急訪視，每日以一人次為限，超過不予支付。

(四)加成方式：

1. 以抵達案家時起算，若離開案家時跨不同加成區間逾30分鐘，則以較高加成區間計算。
2. 夜間(下午五點到晚上十點)加計百分之五十。
3. 深夜(晚上十時至隔日早上八時)加計百分之七十。
4. 例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之四十。
5. 同時符合夜間及例假日，則加計百分之五十；同時符合深夜及例假日，則加計百分之七十。

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
05323C	甲類： 醫師訪視費用山地離島地區(次) —在宅	V	V	V	V	~~1709~~ <u>2051</u>
05363C	—機構	V	V	V	V	~~1367~~ <u>1640</u>
05337C	乙類： 醫師訪視費用山地離島地區(次) —在宅	V	V	V	V	~~1196~~ <u>1435</u>
05365C	—機構	V	V	V	V	~~956~~ <u>1147</u>
05324C	—訪視時間一小時以內 (≤1 小時) 甲類： 護理訪視費山地離島地區(次) —在宅	V	V	V	V	~~1815~~ <u>2178</u>
05367C	—機構	V	V	V	V	~~1452~~ <u>1742</u>
05339C	乙類： 護理訪視費山地離島地區(次) —在宅	V	V	V	V	~~1271~~ <u>1525</u>
05369C	—機構	V	V	V	V	~~1016~~ <u>1219</u>
05325C	—訪視時間一小時以上 (>1小時) 甲類： 護理訪視費山地離島地區(次) —在宅	V	V	V	V	~~2475~~ <u>2970</u>
05371C	—機構	V	V	V	V	~~1980~~ <u>2376</u>
05341C	乙類： 護理訪視費山地離島地區(次) —在宅	V	V	V	V	~~1733~~ <u>2080</u>
05373C	—機構	V	V	V	V	~~1386~~ <u>1663</u>

討論事項

第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（下稱支付標準）第二部第一章第八節住院安寧療護、第五部第三章安寧居家療護及全民健康保險安寧共同照護試辦方案（下稱安寧共照）之收案對象範圍案，提請討論。

說明：

- 一、依監察院 108 年 11 月 26 日院台內字第 1081930969 號函（**附件 1，頁次討 5-4～5-7**）及本署 110 年 10 月 7 日安寧療護支付標準修訂討論會議決議（**附件 2，頁次討 5-8～5-11**）及衛生福利部癌症防治政策委員會 110 年第 4 次會議決議（**附件 3，頁次討 5-12～5-15**）辦理。
- 二、本署近年陸續接獲監察院、醫事機構及安寧療護相關學協會反映有部分疾病或末期病人因現行支付標準之規範限制（收案對象限癌症末期、末期運動神經元及八大非癌末期病人），無法獲得其所需之健保安寧療護服務，建議本署研議擴大安寧療護之收案條件。
- 三、為檢討安寧療護相關支付標準，使健保給付更契合臨床實務需要，本署前於 110 年 10 月 7 日召開「安寧療護支付標準修訂討論會議」，並邀請安寧相關學會、中華民國醫師公會全國聯合會及台灣醫院協會等團體就收案條件修訂建議進行討論，摘要決議如下：
 - （一）各單位皆共識同意擴大安寧療護收案對象，並認同提供末期病人安寧療護有助於減少整體健保醫療費用支出。
 - （二）建議增列收案對象：
 - 1、末期骨髓增生不良症候群(MDS)。
 - 2、末期衰弱老人。

3、病人自主權利法第 14 條所列症狀者：

(1) 第二至四款：不可逆轉之昏迷狀況、永久植物人狀態、極重度失智。

(2) 第五款之 12 類疾病。

4、罕見或其他疾病預估生命受限者。

四、綜上，前述增修對象包含衰弱老人、昏迷、永久植物人及因特定疾病預估生命受限者，考量該類病人臨床上確有接受安寧療護之需要，且安寧療護服務有助於減少非必要之健保醫療費用支出，爰研擬修訂支付標準之住院安寧療護、安寧居家療護及安寧共照之收案條件，增列前述四大類病人。其財務影響如下：

(一) 本次修訂各類安寧療護之收案對象，推估增加之醫療費用約 1873.3 萬點，包含安寧住院及安寧共照約 1558.7 萬點，安寧居家約 314.6 萬點（附件 4，頁次討 5-16～5-18）。

(二) 考量本案修訂擴大之收案對象人數有限，且安寧療護服務亦涉及醫院之安寧醫療量能以及病人或家屬之意願等各種因素，另安寧療護服務之擴大推展將有助於減少生命末期病人之加護病房、呼吸器依賴或侵入性治療等醫療資源耗用，應可降低整體健保醫療費用支出。

五、另查安寧居家療護及安寧共照皆訂有安寧醫事人員資格規範，惟住院安寧療護未明列前述相關規範，依醫院設置基準表之安寧病房設置規範（附件 5，頁次討 5-19～5-20）「安寧病房應有接受安寧教育訓練之相關專責專科醫師一人以上，安寧病房之醫師、護理人員、社工人員皆須接受安寧療護教育訓練八十小時（含）以上」。考量安寧療護教育訓練資格規範之一致性，爰研擬將前述人員資格規範明訂於支付標準住院安寧療護之通則。

擬辦：本案經討論後如獲同意，擬修訂支付標準住院安寧療護（附件 6，頁次討 5-21～5-27）、安寧居家療護（附件 7，頁次討 5-28～5-35）及安寧共同照護試辦方案（附件 8，頁次討 5-36～5-68），並依程序報請衛生福利部核定後公布實施。

決議：

監察院 函

地址：100 臺北市忠孝東路一段2號
聯絡人：曾莉雯
電話：(02)23413183分機202
傳真：(02)23584265
電子郵件：lwtseng@cy.gov.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國108年11月26日
發文字號：院台內字第1081930969號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如文 (10819309690-0-0.docx)

主旨：為WHO對安寧療護的定義，並未限制疾病種類及病程，另安寧緩和醫療條例規定其服務對象為末期病人，亦未限制疾病種類，然貴部中央健康保險署透過給付機制，將安寧療護之服務對象限制於癌症、運動神經元及8大非癌症之末期病人；又貴部現行委託財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會辦理之新制醫院評鑑，所列評量方法及參考之佐證資料，無法確實發現醫院應予改善問題，均核有違失等情，爰依法提案糾正，請轉飭所屬確實檢討改善，於2個月內見復。(108內正42)

說明：

- 一、本案經108年11月19日本院內政及少數民族委員會第5屆第65次會議審查及決議通過。
- 二、監察法第25條規定：「行政院或有關部會接到糾正案後，應即為適當之改善與處置，並應以書面答覆監察院，如逾2個月仍未將改善與處置之事實答覆監察院時，監察院得質問之。」

三、移送文件：糾正案文1份。

正本：衛生福利部

副本：國家發展委員會、衛生福利部中央健康保險署（被糾正機關）、本院統計室、綜合規劃室（以上均含附件）、內政及少數民族委員會



監察院調查意見(節錄)：

本案經調閱衛生福利部(下稱衛福部)、國立成功大學醫學院附設醫院(下稱成大醫院)等機關卷證資料，並於民國(下同)108年7月1日詢問衛福部薛次長瑞元等機關人員，復於108年9月6日、9月27日分別赴臺北市立聯合醫院(下稱市立聯合醫院)中興院區及成大醫院辦理履勘及座談，茲綜整調查意見如下：

一、按WHO對安寧療護的定義，係指對有嚴重健康上痛苦的重度病人，提供積極、整體性之照護，並未限制疾病種類及病程。次按安寧緩和醫療條例第3條之規定，安寧療護之服務對象為末期病人，亦未限制疾病種類。然衛福部中央健康保險署(下稱健保署)制定之全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(下稱健保醫療費用支付標準)，透過給付機制，將安寧療護之服務對象限制於癌症、運動神經元及8大非癌症之末期病人；又病人自主權利法(下稱病主法)已經實施，但對安寧療護之收案條件卻未修訂，致病主法第14條第1項第2至5款之疾病族群仍收案困難，即使符合臨床條件時仍無法接受安寧療護，形成有意願者獲得服務之障礙，侵害病人善終權益，核有違失；另國內8大非癌症病人仍未普及利用安寧療護服務，衛福部應予檢討改進：

(一)按WHO對於安寧療護的定義，係指對不分年齡而有嚴重健康上痛苦的重度病人，提供積極、整體性之照護，特別是瀕臨生命末期的病人，其目的是為提升病人及其家屬的生活品質。次按安寧緩和醫療條例第3條之規定，安寧緩和醫療係為減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦，施予緩解性、支持性之醫療照護，以增進其生活品質。依上述WHO之定義，安寧療護之服務對象未限定癌症、運動神經元及8大非癌之病人，亦非限於末期病人才有接受安寧療護的需要¹；另依安寧緩和醫療條例之規定，末期病人如有意願，應讓其有機會接受安寧療護，維護其生命品質，該規定亦未限制疾病種類。

(二)全民健保於85年辦理安寧居家照護試辦計畫時，服務對象僅限於癌症末期病人，嗣92年9月新增末期運動神經元患者，98年9月將8大非癌症者納入。是以，目前全民健保收案條件限於癌症末期病人、末期運動神經元患者及主要診斷為下列疾病，且已進入末期狀態之8大非癌症者，包括：

- 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。

(三)病人自主權利法(下稱病主法)於今(108)年1月6日施行，民眾可以「預立醫療決定」，醫師經醫療評估確認病情無法恢復，可依病人預立意願，終止、撤除、不進行維持生命的治療或人工營養。病主法之適用對象，必須符合5種臨床條件，包括末期病人、處於不可逆轉的昏迷狀況、永久植物人狀態、極重度失智、病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法等²。上述病人得選擇接受或拒絕

¹ 成大醫院蔡瑞鴻醫師於本案108年9月27日履勘期間進行簡報分享：曾有大腸癌病人，初診後即因嚴重感染，被他科判定無法再做化學治療，因此轉介到安寧門診討論安寧療護，經過一段時間調養，體力逐漸恢復，病人也有信心想再嘗試化學治療，在接受化學治療後腫瘤得到控制，直到2年後才去世。從本案例知，安寧療護介入之服務對象，不應限於臨終病人，有些有嚴重健康上痛苦的病人，亦可依其意願獲得安寧療護之全人照護。

² 病人自主權利法第14條規定：

的治療，亦擴展至包含心肺復甦術、機械式維生系統（如機械通氣或體外循環維生系統）、血液製品、為特定疾病而設的專門治療（如透析治療）、重度感染時所給予的抗生素、人工營養及流體餵養等任何有可能延長病人生命的必要醫療及照護措施。而醫療機構或醫師，仍得就其自身專業判斷，決定是否依照預立醫囑，替病人不施行或撤除這些維生治療。在高齡化時代，衰弱病人人數增加，但病主法實施後，醫師可依病人預立意願，終止、撤除、不進行維持生命的治療或灌食，此類病人亦可能有安寧療護之需要，但健保對安寧療護之收案條件卻未修訂，致病主法第14條第1項第2至5款之疾病族群仍收案困難，即使符合第2至5款臨床條件時，仍無法接受安寧療護。

(四)另據衛福部之統計資料，106年國人不幸死亡人數為160,823人，癌症死亡人數為48,037人，死亡前曾利用安寧療護服務者有29,278人，占死亡人數60.95%，而8大非癌症慢性病患死亡人數為20,405人，利用安寧療護服務者2,901人，僅占14.21%，遠低於癌症病患死亡前之利用率。8大非癌症病人仍未普及利用安寧療護服務。

(五)國內目前已有醫院推動全院落實安寧療護理念，推派各科醫護人員完成安寧療護課程，各科醫護人員已具備安寧療護概念，且提供安寧療護服務之對象更不限定於癌症、運動神經元患者及8大非癌病人或末期病人，各科之病人經專業評估有接受安寧療護需要即依病人意願適時提供安寧療護服務，倘病人符合健保收案條件則申報健保費用，縱不符合健保收案條件，醫院亦本於社會責任，依專業評估結果提供安寧療護服務，但不申報費用而由醫院自行吸收。

(六)安寧療護之介入，是在病人面對威脅生命的疾病過程中，提供支持系統，增進病人及其家屬的生活品質。按WHO的定義，只要是「有嚴重健康上的痛苦（serious health-related suffering）的病人」，即可接受安寧療護，收案條件不限年齡、疾病，且英、美、歐洲等先進國家安寧療護之服務對象，亦無疾病區別。惟依現行健保署規範，收案條件須為癌症、運動神經元及8大非癌末期病人，不符國際潮流，甚至已限縮安寧緩和醫療條例以不分疾病別之末期病人之規範，健保給付收案條件之規範，已形成部分有意願接受安寧療護病患之障礙，侵害病人善終權益。

(七)綜上，WHO對安寧療護的定義，係指對不分年齡之有嚴重健康上痛苦的重度病人，特別是瀕臨生命末期的病人提供積極、整體性之照護，並未限制疾病種類及病程。至安寧緩和醫療條例第3條之規定，安寧緩和醫療之服務對象為末期病人，亦未限制疾病種類。然健保署制定之健保醫療費用支付標準，透過給付機制，將安寧療護之服務對象限制於癌症、運動神經元及8大非癌症之末期病人；又病主法已經實施，但健保署對安寧療護之收案條件卻未修訂，致病主法第14條第1項第2至5款之疾病族群仍收案困難，即使符合第2至5款臨床條件時，有些病患仍無法接受安寧療護，形成部分有意願接受安寧療護病患之障礙，侵害病人善終權益，核有違失；另國內8大非癌症病人仍未普及利用安寧療護服務，衛福部應予檢討改進。

病人符合下列臨床條件之一，且有預立醫療決定者，醫療機構或醫師得依其預立醫療決定終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養之全部或一部：

一、末期病人。

二、處於不可逆轉之昏迷狀況。

三、永久植物人狀態。

四、極重度失智。

五、其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形。

前項各款應由二位具相關專科醫師資格之醫師確診，並經緩和醫療團隊至少二次照會確認。醫療機構或醫師依其專業或意願，無法執行病人預立醫療決定時，得不施行之。

前項情形，醫療機構或醫師應告知病人或關係人。

醫療機構或醫師依本條規定終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養之全部或一部，不負刑事與行政責任；因此所生之損害，除有故意或重大過失，且違反病人預立醫療決定者外，不負賠償責任。

安寧療護支付標準修訂討論會議會議紀錄(節錄)

時 間：110 年 10 月 7 日（星期四）上午 9 時 30 分

地 點：本署 9 樓第一會議室（視訊會議）

主 席：李署長伯璋 紀錄：張玉婷/吳亮穎

出席人員：（*表示以視訊方式參加）

台灣安寧緩和醫學學會

彭仁奎、黃馨蓀*、陳怡蓉*

台灣安寧緩和護理學會

謝玉玲*、邱智鈴*、鄭適芬、
王湘怡*

台灣安寧照顧協會

蘇文浩、嚴從毓*

台灣醫院協會

林佩菽、林明慧*、劉碧珠*、
謝景祥*、許馨文*、吳心華、
許雅淇*、顏正婷*、吳亞筑*

中華民國醫師公會全國聯合會

王維昌*、張賢政、黃瑋絜*

台灣臨床心理學會

呂宜峰、何詩君*

中華民國醫務社會工作協會

莊東憲、鍾清惠

衛生福利部醫事司

郭威中、葉子平*

本署企劃組

王宗曦、詹孟樵

本署醫審及藥材組

蔡佳倫

本署醫務管理組

張禹斌、游慧真、韓佩軒、
陳依婕、許博琪、宋思嫻、
劉志鴻、蔡松蒲、詹文成、
高嘉慧、蔡孟好、張艾琪

1. 主席致詞：略。

2. 討論事項：

為使安寧療護之給付更契合臨床實務需求並回應各界建議，本次會議就安寧療護相關支付標準進行討論：

1. 擴大安寧療護之收案對象及範圍。
2. 安寧療護病人同時施予緩解性化療之合宜性及執行種類方式。
3. 安寧療護病人於安寧居家(機構或住宅)執行腹水抽吸及更換 CVP 管線之合宜性。
4. 調整居家安寧療護之訪視次數、支付點數及支付方式。
5. 修訂 02020B「緩和醫療家庭諮詢費」支付規範納入病人自主權利法之「預立醫療照護諮商(ACP)」。

1. 會議結論：

1. 擴大安寧緩和醫療收案對象：

1. 多數與會單位表示同意，並認為健保投資在安寧緩和醫療，將減少健保不必要的支出。

本署將評估財務影響，研議是否爭取相對應之預算。

2. 建議增列收案對象：

1. 末期骨髓增生不良症候群。
2. 末期衰弱老人。
3. 病人自主權利法第 14 條第五款之 12 類罕見疾病。
4. 病人自主權利法第 14 條第二至四款。
5. 罕見疾病預估生命受限者。
6. 先天染色體異常疾病預估生命受限者。
7. 先天畸形者預估生命受限者。
8. 源於周產期的病況預估生命受限者。
9. 兒童期發病之神經退化性疾病，預估無法活至成年者。
10. 染色體異常，預估無法活至成年者。
11. 嚴重之先天腦部異常，預估無法活至成年者。

1. 住院安寧病人同時施予緩解性化療、安寧居家(機構或住宅)病人執行腹水抽吸或更換 CVP 管線之合宜性：安寧病人於住院過渡階段建議可同時施行緩解性化療，可採逐案審查或事前審查方式管理；另居家階段建議開放腹水抽吸處置，如限制需「配置攜帶式超音波」，則建議額外給付超音波費用。另考量病人安全，安寧居家階段暫不建議開放更換 CVP 管線。
2. 調整安寧居家支付：建議提升醫師與護理訪視費及其他專業人員處置費，並可審酌與現行健保一般居護及長照支付點數之衡平性，另多數代表不建議將社工、心理師納入包裹方式給付，因現行給付方式較能彰顯各專業人員付出。
3. 預立醫療照護諮商(ACP)是否納入 02020B「緩和醫療家庭諮詢費」：出席專家認為，因 ACP 是由預立醫療照護諮商團隊進行，與執行「緩和醫療家庭諮詢」之醫療團隊組成不同，且簽署 ACP 之對象多為一般民眾，非屬醫療服務，不建議將 ACP 納入健保緩和和家庭諮詢費範疇，建議政府另外爭取財源支應 ACP。
4. 本署將依會議結論，研議修訂安寧療護相關支付標準，並提至全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議討論。

1. 散會：上午 11 時 50 分

與會代表發言摘要（按議題及發言單位第一次發言順序）

提案 1：擴大安寧療護之收案對象及範圍：

1. 台灣醫院協會：

1. 醫院協會於本會議前已與三個層級討論凝聚共識，本案雖係立意良善，但明年總額沒有編列預算，故暫不贊成擴大收案對象，並建議預算編列後再來擴大收案。
2. 建議先就擴大收案對象進行財務影響評估，此外亦應考量安寧緩和醫療費用預估應會減少健保整體財務支出(如加護病房、呼吸器使用及侵入性檢查、治療)，目前評估收案對象一年約增加 662 人，費用 6,303 萬點，如癌症末期病人選擇安寧療護，相對可省下更多醫療費用支出。

1. 中華民國醫師公會全國聯合會：

1. 臨床較少使用末期衰弱老人（R54）為主或次診斷，故恐低估人數；另財務上可能高估，因大部分的末期病人併有多重器官衰竭，可能已符合現行收案條件，爰建議財務預估應排除符合目前收案條件者。
2. 安寧共照及住院安寧醫療服務量能有限，且病人不會同時使用三種安寧照護，故財務上應是有限度的增加，安寧居家則可能會增加支出，尤其是主診斷碼為 R54 病人。
3. 接受安寧療護的病人，其降低的醫療費用(如 RCC、RCW、居家呼吸器等費用)應大於安寧療護的支出。如擴大收案對象，建議於施行後一段時間後評估是否對病人整體醫療費用有減少。
4. 本會與安寧醫學會曾出版「衰弱老人安寧緩和醫療照護指引」，衰弱老人常合併失智症或多重器官老化，如符合相關臨床指標者可考慮提供安寧療護。
5. 居整計畫現已有衰弱老人的個案，末期病人於安寧緩和條例有其定義，分成安寧照護及緩和醫療，安寧照護定義為 6 個月內即將過世的人，有些老人有疾病但不一定 6 個月內往生，就會以一般的照護方式，直至最後 6 個月才會收入安寧療護階段，最後去世也不一定是因為他的疾病而是衰老，故衰老可能為未來死亡原因。
6. 病人 6 個月內如果沒有去世，可以解除安寧療護回到居家照護階段，如果後續有問題時亦可再收案。

1. 台灣安寧照顧協會：

永久植物人（R40.3）實際人數可能更多，故恐低估其與急重度失智症（CDR 3 分以上）之安寧居家費用。

2. 台灣安寧緩和醫學學會：

1. 末期衰弱老人常併有多重慢性病，本會同意收案對象新增末期衰弱老人，並贊成擴大收案對象，使末期病人生活品質提升並緩解家屬壓力，以降低社會成本，減少整體醫療支出。
2. 醫院安寧團隊執行安寧療護或停止透析、撤除維生醫療等處置，希望可藉由品質保留款予以鼓勵，得以被醫院看到我們的貢獻，並期望有更多愛心醫師從事安寧工作。

1. 台灣安寧緩和護理學會：

1. 擴大收案對象後人數應不致增加太多，因個案仍需符合安寧緩和醫療條例。
2. 因安寧居家介入後可降低病人經常住院之花費，實際上可以減少整體醫療費用，故建議擴大安寧收案條件。
3. 對於衰弱老人如果再送至醫院未必能提供良好的生活品質，應由安寧療護適時介入，使其能自然地在家往生。

癌症防治政策委員會 110 年第 4 次會議紀錄

時間：110年12月21日（星期二）上午10時

地點：線上會議(Cisco Webex Meetings)，會議號：912695630

實體會議衛生福利部209會議室

主席：陳部長時中(石次長崇良代理)

紀錄：廖宏綸

出席委員：王委員正旭、吳委員榮達、邱委員弘毅、侯委員明鋒、梁委員雲、許委員銘能、陳委員立宗、陳委員秀熙、陳委員潤秋、湯委員澡薰、趙委員玉華、蔡委員英美、蔡委員森田、蔡委員麗娟、盧委員瑞芬、賴委員裕和、賴委員瓊如。

請假委員：王委員秀紅、何委員景良、梁委員賡義、陳委員鴻震、彭委員瑞鵬、潘委員文涵、戴委員桂英。

列席人員：

本部醫事司

劉副司長玉菁、陳研究員凱徨

本部護理及健康照護司

蔡副司長閻閻、黃技正玉微

本部社會救助及社工司

張簡副研究員益宗

本部心理及口腔健康司

廖科長敏桂

本部長期照顧司

楊專門委員雅嵐

本部科技發展組

陳科長惠娟、李研究員顯揚、

劉約聘高級研究員興鋒

衛生福利部中央健康保險署

黃參議兆杰、王視察志廣

衛生福利部食品藥物管理署

張副組長志旭、鄧科長書芳

衛生福利部社會及家庭署

江科長幸子

衛生福利部國家中醫藥研究所

曾博士育慧、林博士睿珊

國家衛生研究院

洪處長文俊、劉所長滄梧

衛生福利部國民健康署

吳署長昭軍、賈副署長淑麗、

邀請之專家學者

王主任秘書怡人、林組長莉茹、
劉簡任技正家秀、徐科長翠霞、
陳科長美如、黃科長巧文
蔡理事長兆勳、許副所長志成、
劉柯副所長俊、張名譽研究員憶壽
、賴助理教授維淑

一、主席致詞：(略)。

二、確認上次會議紀錄：確認。

三、110年第3次會議決議事項及其追蹤情形：

決定：

- (一) 上次會議決議追蹤案共5案，1案繼續追蹤，4案解除列管。
- (二) 第一案：健保署已修訂安寧居家療護通則之「機構」定義，增列住宿式長照機構及榮譽國民之家給付。本案解除列管。
- (三) 第二案：癌症放射線治療病人之病情變化快速，臨床實務確有定期追蹤、評估及治療需要，但調整健保總額有一定的程序，請健保署持續研商。本案繼續追蹤。
- (四) 第三案：謝謝健保署對癌症與非癌症病人、接受與未接受安寧療護等類病人於生命末期死亡前半年或1年的醫療費用分析，今日有國衛院分析報告討論安寧的政策白皮書，也有費用上的分析，報告完後，請委員深入討論，如有任何問題再列入追蹤。本案先解除列管。
- (五) 第四案：子宮頸癌發生率趨勢為下降，而HPV疫苗效果需要等20年後，若短期發生率要下降，仍以抹片篩檢為主，找到癌前病變及原位癌，以降低發生率。經資料分析HPV疫苗嚴重不良事件發生率沒有顯著增加，未來完成108-110年度的分析報告再進行說明。台灣國一女生施打HPV疫苗已超過8成，此情況對男性已具保護力，至於男性施打HPV疫苗的效益後續將再評估。本案解除列管。

- (六) 第五案：未來在癌症研究的癌別選擇，希望不是單純的研究興趣，需要協助國家癌症防治的政策，請國衛院在癌別選擇時，要搭配國健署的癌症防治重點，並考量到國人癌症治療所面臨的問題，邀請國健署共同參與。本案解除列管。

四、專題報告：

- (一) 許副所長志成、賴助理教授維淑、蔡理事長兆勳（國民健康署委託國家衛生研究院）報告「臺灣安寧療護政策白皮書」

決定：

1. 請健保署研議「全面性安寧緩和醫療介入，非僅限於特定疾病」及「早期安寧緩和療護」給付，並「分析8大非癌疾病的費用」與「如何再擴大提升接受安寧療護利用率」，可搭配病人自主權利法第16條，依法擴大給付的族群。
2. 目前有關安寧照護品質的監測與機構評鑑，分別是醫院評鑑與癌症醫院認證，醫院評鑑是比較全面性，而安寧照護非僅癌症病人，也包括非癌症病人安寧照護，如何將品質監測與機構訪視或評鑑結合，請醫事司與國健署積極研議規劃。
3. 不論是評鑑或是品質監測，目標是讓生命末期的病人能得到好的照護，適度以品質提升作為給付之依據，相信健保會的委員也會支持。
4. 有關本案請相關單位準備資料，由國健署彙整另排本部高階主管會議向部長報告。

- (二) 劉柯副所長俊、張名譽教授憶壽（本部科技發展組委託國家衛生研究院）報告「第三期癌症研究跨機構合作平台及其整合應用-台灣常見癌症病人之共病症、競爭存活風險分析及國際比較研究」

決定：洽悉。

五、臨時動議：

案由：請國健署提報如何因應疫情衝擊之四癌篩檢率下降，鼓勵高風險的民眾篩檢。(提案委員：邱弘毅)

決議：列入下一次會議報告。

六、委員及各單位發言摘要詳如附件

七、散會：中午12時12分。

擴大安寧療護收案對象及範圍之財務預估

一、擴大收案對象之安寧療護預估增加費用

(一)109 年各類安寧療護服務使用人數及占率：

	住院安寧	安寧共照	安寧居家	歸戶總計
使用人數(人)	14,923	51,108	14,158	61,458
占率	24%	83%	23%	100%
平均每人醫療費用(點)	87,389	3,082	20,695	28,556

註：

1.醫療費用統計說明：

(1)住院安寧係申報編號 05601K、05602A、05603B 費用(申請費用+部分負擔)。

(2)安寧居家係申報第五部第三章所有醫令案件(非以案件分類 A5)費用(申請費用+部分負擔)。

(3)安寧共照係申報編號 P4401B-P4403B 費用(醫令費用總計)。

2.占率係以各類安寧療護服務使用人數/歸戶總計人數。

(二)經詢問並綜整各學協會收案條件修訂意見，並以 109 年住院申報之轉歸為 4(死亡)或 A(病危自動出院)且當次有下列主次診斷之住院案件個案，或有死亡退保紀錄，且退保日前 1 年內有符合下列主次診斷之門住診案件個案(即符合條件者)進行歸戶，預估每年增加人數，以 109 年各類安寧療護平均每人醫療費用分別預估可能增加健保財務如下：

建議新增對象／ICD-10-CM	一年預估人數(人)	預估財務影響(萬點)
1.末期骨髓增生不良症候群(MDS)／D46.9	符合條件人數：70 人 住院：70*24%=17 人 共照：70*83%=58 人 居家：70*23%=16 人	住院 148.6 萬點 共照 17.9 萬點 居家 33.1 萬點 合計 199.6 萬點

建議新增對象／ICD-10-CM	一年預估人數（人）	預估財務影響（萬點）
2.末期衰弱老人／R54	符合條件人數：87 人 住院：87*24%=21 人 共照：87*83%=72 人 居家：87*23%=20 人	住院 183.5 萬點 共照 22.2 萬點 居家 41.4 萬點 合計 247.1 萬點
3.病人自主權利法第 14 條第二至四款： (1)不可逆轉之昏迷 (2)永久植物人 (3)極重度失智（CDR 3 分以上）	(1) 不可逆轉之昏迷：尚無法預估。 (2) 永久植物人：符合條件人數 6 人 住院：6*24%=1 人 共照：6*83%=5 人 居家：6*23%=1 人 (3) 極重度失智：依失智症防治照護政策綱領暨行動方案 2.0 統計資料，失能程度 5 項以上占 31.6%，3-4 項占 12.1%，推估約需 424 人。 住院：424*24%=102 人 共照：424*83%=352 人 居家：424*23%=98 人	(1) 尚無法預估。 (2) 永久植物人： 住院：8.7 萬點 共照：1.5 萬點 居家：2.1 萬點 合計：12.3 萬點 (3) 極重度失智： 住院：891.4 萬點 共照：108.5 萬點 居家：202.8 萬點 合計：1202.7 萬點
4.病人自主權利法第 14 條第五款之 12 類罕見疾病： (1)囊狀纖維化症 (2)亨丁頓氏舞蹈症 (3)脊髓小腦退化性動作協調障礙 (4)脊髓性肌肉萎縮症 (5)肌萎縮性側索硬化症 (6)多發性系統萎縮症 (7)裘馨氏肌肉失養症 (8)肢帶型肌失養症 (9)Nemaline 線狀肌肉病變 (10)原發性肺動脈高壓 (11)遺傳性表皮分解性水泡症 (12)先天性多發性關節攣縮症	符合條件人數：75 人 住院：75*24%=18 人 共照：75*83%=62 人 居家：75*23%=17 人	住院：157.3 萬點 共照：19.1 萬點 居家：35.2 萬點 合計：211.6 萬點
5.罕見疾病或其他預估生命受限者 (1) 罕見疾病預估生命受限者 (2) 先天染色體異常疾病、先天畸形預估生命受限者 (3) 源於周產期的病況預估生命受限者	尚無法預估生命受限者人數	尚無法預估。

建議新增對象／ICD-10-CM	一年預估人數（人）	預估財務影響（萬點）
(4) 染色體異常預估無法活至成年者 (5) 嚴重之先天腦部異常預估無法活至成年者		

(三)綜上，本案新增收案對象，推估醫院總額增加支出 1,558.7 萬點（住院及共照）、其他部門增加支出 314.6 萬點（居家）。惟符合收案條件者，並非皆會使用安寧療護。

二、109 年病人死亡有無接受安寧療護服務之醫療費用分析：

(一)八大非癌末期及癌症末期病人，死亡前 3 個月及 1 個月有使用安寧療護者之醫療費用皆相較未使用者低：

1、八大非癌末期病人：死亡前 3 個月及 1 個月有使用安寧療護者，相較未使用者平均每人醫療費用分別減少約 0.8 萬點及 3.7 萬點。

2、癌症末期病人：死亡前 3 個月及 1 個月有使用安寧療護者，相較未使用者平均每人醫療費用分別減少約 6.5 萬點及 4.4 萬點。

(二)依本署統計資料顯示，安寧療護推動有助於減少末期病人生命終段資源耗用，進而降低整體健保醫療費用支出。

疾病別	109 年	死前已使用安寧療護者 人數、醫療費用(點/人)				未使用安寧者 人數、醫療費用(點/人)		平均每人 差異點數 (點/人)
		人數	安寧費用	非安寧費用	費用合計	人數	費用合計	
八大非癌	死亡前 3 個月	733	24,067	148,320	172,387	1,462	180,733	8,346
	死亡前 1 個月	1,720	8,703	34,529	43,232	3,436	80,683	37,451
癌症	死亡前 3 個月	6,053	48,501	170,770	219,271	12,063	283,868	64,597
	死亡前 1 個月	16,785	16,980	40,985	57,965	16,001	101,514	43,549

第三條附表(一)醫院設置基準表

項目	設置 基準	區分	醫院	備 註
一、名稱			1. 某某醫院。 2. 某某綜合醫院。 3. 某某專科醫院。	1. 設置內科、外科、兒科、婦產科、麻醉科、放射線科等六科診療科別以上，得使用綜合醫院名稱。 2. 綜合醫院於同一基地另行單獨設立專供診治兒童之綜合醫院者，得免設兒科診療科別，繼續使用綜合醫院之名稱。 3. 設置特定範圍診療業務所必需之相關診療科別，始得使用該特定分科之專科醫院名稱。
二、診療科別			1. 設一科或數科。 2. 得設中醫、牙醫部門。	1. 科別，依專科醫師分科及甄審辦法所定分科或細分科登記設置。 2. 專科醫師分科及甄審辦法未規定之分科或細分科，醫院得依需要登記設置。但細分科之登記設置，應經依前點規定登記設置之診療科別，始得登記設置其細分科。 3. 依前點規定登記設置之診療科別，開業執照不予登載。 4. 設中醫部門者，其人員及醫療服務設施等標準，本表未規定者，準用中醫醫院設置標準表規定辦理。 5. 設牙醫部門者，應有牙醫治療台一以上，其人員及醫療服務設施等標準，本表未規定者，準用牙醫醫院設置標準表規定辦理。

			(4)血品放射光照設備。		
	(十) 安寧病房		1.得設安寧病房。 2.病房設施： (1)應為可區隔之區域。 (2)應有供病人坐浴或臥浴之浴廁設備；病室內可提供者，則免設。 (3)可供面談及供家屬與瀕死病人最後相聚或默禱助念及家屬度過急性哀傷之獨立空間。 (4)視需要設置活動治療室。 (5)應有污物污衣室。 3.應設病室並符合下列規定： (1)應有浴廁設備，並有扶手及緊急呼叫系統。 (2)每一病室至多設四床；每床最小面積（不含浴廁）應有七點五平方公尺；如設單床病室者，每床最小面積（不含浴廁）應有九點三平方公尺。 (3)床尾與牆壁間之距離至少一點二公尺。 (4)床邊與鄰床之距離至少一公尺。 (5)床邊與牆壁距離至少零點八公尺。 (6)床與床之間，應備有隔離視線之屏障物。 (7)每床應具有床頭櫃及與護理站之呼叫器。 (8)病床應有床欄並可調整高低。 (9)每床應有醫用氣體及抽吸設備。 4.可提供下列儀器設備：輸液幫浦、病患自控式止痛裝置、床旁便盆器、翻身／擺位器材及各式枕頭與床墊、超音波噴霧器、搬運推床及床旁洗頭器具等。 5.可提供病人日常活動場所，按病床數計，平均每床應有四點五平方公尺以上（同一平面有戶外活動場所者，得免設）。	1.如非獨立區域之安寧病房，其病室內應為安寧病床，且仍應有第二點第三項、第四項設施。 2.安寧病房應有曾接受安寧療護教育訓練之相關專責專科醫師一人以上。 3.安寧病房醫師、護理人員、社工人員皆需受過安寧療護教育訓練八十小時(含)以上。	
	(十一) 嬰兒病房		1.得設嬰兒病房。 2.每床最小面積應有三點四平方公尺。 3.床邊與鄰床之距離至少應有一公尺以上。 4.應配置下列儀器設備： (1)呼吸與心臟監測器(可全院共用)。 (2)醫用氣體及抽吸設備（可全院共用）。 (3)急救設備（包括甦醒袋、甦醒罩、喉頭鏡、氣管內管、急救藥物等	1.每二十床嬰兒病床應有專責兒科專科醫師一人以上。 2.人員配置能提供二十四小時持續性之照顧。 3.備有嬰兒病房日誌及工作手冊。	

通則：

- 一、安寧療護是以完整的醫療團隊，運用積極的醫療措施及護理照顧，儘可能緩解病人因得到威脅生命疾病所造成之身、心、靈痛苦，以提升病人與家屬的生活品質。
- 二、本節各項目限經核准設有安寧療護住院病床之醫事服務機構申報，並應符合醫療機構設置標準附表（一）醫院設置基準表之安寧病房設置規範，安寧病房應有曾接受安寧教育訓練之相關專責專科醫師一人以上，安寧病房之醫師、護理人員、社工人員皆需受過安寧療護教育訓練八十小時(含)以上。另繼續教育訓練時數為每年二十小時，並提供相關教育訓練證明予保險人各分區業務組。

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) 符合下列任一疾病之病人：

1. 癌症末期病人：

(1) 確定病人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

A. 高血鈣（Hypercalcinemia）

B. 脊髓壓迫（Spinal Cord compression）

C. 急性疼痛（Acute pain）

D. 嚴重呼吸困難（Dyspnea severe）

E. 惡性腸阻塞（Malignant bowel obstruction）

F. 出血（Bleeding）

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

H. 嚴重嘔吐（Vomiting severe）

I. 發燒，疑似感染（Fever R/O Infection）

J. 癲癇發作（Seizure）

K. 急性譫妄（Delirium，acute）

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

2. 末期運動神經元病人：

(1) 末期運動神經元病人，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。

A. 直接相關症狀：虛弱及萎縮、肌肉痙攣、吞嚥困難、呼吸困難。

B. 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) 末期運動神經元病人，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者。

3. 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
- (9) 末期骨髓增生不良症候群(MDS)
- (10) 末期衰弱老人

4. 病人自主權利法第 14 條所列症狀者：

- (1) 第 14 條第二至四款：不可逆轉之昏迷狀況、永久植物人狀態、極重度失智
- (2) 第 14 條第五款之 12 類罕見疾病

5. 罕見疾病或其他預估生命受限者

- 四、住院照護費之計算，凡住院之日，不論何時進院，均作一天論，出院之日，不論何時出院，其出院當日不予計算。
- 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。
- 六、本標準第二部第二章第二節第二項放射線治療、第六節第一項處置費 47091B「淋巴水腫照護-徒手淋巴引流」及第六節第二項血液透析治療等特定診療項目，得另行申報費用，惟該類案件採逐案審查。
- 七、病人屬癌症骨轉移病人並有頑固性之骨疼痛者、高血鈣末期病人，經心理、社會、靈性層面評估，需要繼續降低血鈣者，及癌症骨轉移病人經評估為病理性骨折之高危險群者，得另行核實申報雙磷酸鹽類（bisphosphonate）或 RANK Ligand 抑制劑（denosumab），於使用期間需有成效評估紀錄備查，惟使用該類藥物需符合全民健康保險藥品給付之規定並採逐案審查。
- 八、當申報本章節之病人住院日數大於 30 天以上者，且占該院當月總照護人數 50% 以上者，採逐案審查。
- 九、以本章節支付標準申報之個案不適用本標準第七部全民健康保險住院診斷關聯群 (Tw-DRGs)。

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

附表

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. 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) 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. 末期腦變質病人，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. 末期腦變質病人，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 $\text{O}_2 \text{ saturation} \leq 88\%$ 。
2. $\text{FEV}_1 \leq 30\%$ of predicted。
3. 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 $\text{O}_2 \text{ saturation} \leq 88\%$ 。
2. $\text{FEV}_1 \leq 30\%$ of predicted。
3. 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) $\text{PT} > 5 \text{ sec above control}$ 或 $\text{INR} > 1.5$

(2) $\text{Serum albumin} < 2.5 \text{ g/dl}$

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 asterix, 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)病人。
2. 病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病人可能在近期內死亡。
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) 惡性腫瘤末期病人
 - (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人，屬慢性腎臟病 (CKD) 第 4，5 期病人(GFR < 30 ml/min/1.73m²)，或已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病人。
2. 病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病人可能在近期內死亡。
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) 惡性腫瘤末期病人
 - (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

九、末期骨髓增生不良症候群（MDS）

Myelodysplastic syndromes 骨髓分化不良症候群，若治療後血球持續長期低下，應長期輸血且合併臨床之不適症狀，經原團隊診治後評估為末期病人。
ICD-10-CM 代碼：D46 (D46.0~D46.Z)

十、末期衰弱老人

1. 由老年醫學/神經或精神醫學等相關專科醫師評估病人為末期。
2. 參考Supportive & Palliative Care Indicators Tool（SPICT）評估符合收案條件者。
3. 不願意使用呼吸器維生者，病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：
 - (1) 電解質不平衡(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) 急性譫妄(Acute delirium)
 - (9) 瀕死狀態(Predying state)
4. ICD-10-CM 代碼：R54

十一、病人自主權利法第 14 條所列症狀

1. 第14條第二至四款：
 - (1) 不可逆轉之昏迷狀況
 - (2) 永久植物人狀態（ICD-10-CM代碼: R40.3）
 - (3) 極重度失智（CDR 3分以上）
2. 第14條第五款：其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況(現行12類罕見疾病及 ICD-10-CM代碼)
 - (1) 囊狀纖維化症：E84.9
 - (2) 亨丁頓氏舞蹈症：G90.3
 - (3) 脊髓小腦退化性動作協調障礙：G11.0、G11.1、G11.2、G11.3、G11.4、G11.8、G11.9、G31.2、G32.81、G32.89、G60.2、R27.0、R27.8
 - (4) 脊髓性肌肉萎縮症：G12.9
 - (5) 肌萎縮性側索硬化症：G12.21
 - (6) 多發性系統萎縮症：G90.3
 - (7) 裘馨氏肌肉失養症：G71.0
 - (8) 肢帶型肌失養症：G71.0
 - (9) Nemaline線狀肌肉病變：G71.2
 - (10) 原發性肺動脈高壓：I27.0
 - (11) 遺傳性表皮分解性水泡症：Q81.0、Q81.1、Q81.2、Q81.8、Q81.9
 - (12) 先天性多發性關節攣縮症：Q74.3

十二、罕見疾病或其他預估生命受限者

1. 罕見疾病(衛生福利部國民健康署公告罕見疾病名單暨 ICD-10-CM 編碼一覽表)，預估生命受限者。
2. 先天染色體異常疾病、先天畸形(依本署全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第二條附表一之重大傷病項目第八類染色體異常、先天性畸形者)，預估生命受限者。
3. 源於周產期的病況 (P00-P96)，預估生命受限者。
4. 染色體異常 (如 Trisomy 13、Trisomy 18、或其他染色體異常合併多重器官先天異常：Q91.0~Q91.7、Q97.0~Q97.9)，預估無法活至成年者。
5. 嚴重之先天腦部異常 (如無腦症：Q00.0、神經系統先天性畸形：Q07.9)，預估無法活至成年者。

第三章 安寧居家療護

通則：

一、申報本章各項費用之保險醫事服務機構需向保險人提出申請經同意後始可申報，並依醫事人員教育訓練資格分為甲、乙兩類：

(一)甲類：

- 1.設有安寧居家療護小組，小組內須包括安寧療護專責醫師、社工師及專任護理師等至少一名，且小組成員皆需受過安寧療護教育訓練八十小時(含四十小時病房見習)以上，另繼續教育時數為每年二十小時，小組成員更改時亦須通知保險人各分區業務組。
- 2.地區醫院(含)層級以下，且過去三個月內，平均每月每位護理人員訪視次數在三十人次(含)以下之院所，其安寧居家療護小組內之「專任護理師」得以「專責護理師」為之；「專責」係指專門負責特定安寧業務，另可執行其他業務。

(二)乙類：

- 1.醫師及護理人員皆需接受安寧療護教育訓練十三小時(教育訓練課程如附表)及臨床見習八小時(其中至少於安寧病房見習二小時，以視訊及 e-learning 方式進行亦可)，始得提供社區安寧照護服務。醫師及護理人員每訪視一位居家病人可抵免見習時數二小時。
- 2.辦理本項業務之基層診所，應以現行辦理安寧緩和醫療之醫院為後援醫院，後援醫院資格如下：
 - (1) 設有安寧病房或聘有安寧緩和醫學專長之醫師及護理人員。
 - (2) 設專門窗口負責個案管理。
- 3.每年繼續教育時數為四小時(以視訊及 e-learning 方式進行亦可)。

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)符合下列任一疾病之病人：

6. 癌症末期病人：

- (1) 確定病人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
 - M. 高血鈣 (Hypercalcemia)
 - N. 脊髓壓迫 (Spinal Cord compression)
 - O. 急性疼痛 (Acute pain)
 - P. 嚴重呼吸困難 (Dyspnea severe)
 - Q. 惡性腸阻塞 (Malignant bowel obstruction)
 - R. 出血 (Bleeding)
 - S. 腫瘤 (塊) 潰瘍 (Ulcerated mass 如 breast cancer, buccal cancer)
 - T. 嚴重嘔吐 (Vomiting severe)
 - U. 發燒，疑似感染 (Fever R/O Infection)

V. 癲癇發作 (Seizure)

W. 急性瞻妄 (Delirium, acute)

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

7. 末期運動神經元病人：

(1) 末期運動神經元病人，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。

C. 直接相關症狀：虛弱及萎縮、肌肉痙攣、吞嚥困難、呼吸困難。

D. 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) 末期運動神經元病人，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者。

8. 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

(9) 末期骨髓增生不良症候群(MDS)

(10) 末期衰弱老人

9. 病人自主權利法第 14 條所列症狀者：

(1) 第 14 條第二至四款：不可逆轉之昏迷狀況、永久植物人狀態、極重度失智

(2) 第 14 條第五款之 12 類罕見疾病

罕見疾病或其他預估生命受限者

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

(四) 病人之自我照顧能力及活動狀況需符合 ECOG scale (Eastern Cooperative Oncology Group Scale) 二級以上(對照 Patient Staging Scales, PS, Karnofsky: 50-60)。

三、服務項目：

(一) 訪視、一般診療與處置。

(二) 末期狀態病人及其家屬心理、社會及靈性等方面問題之照護。

四、收案及核備程序：

(一) 收案對象需經院所甲類安寧居家療護小組專責醫師評估或乙類醫師評估，開立「安寧居家療護收案申請書」(申請書一式二聯，第一聯送保險人備查、第二聯院所備查)，始得申請收案；保險服務機構或護理機構應擬定完整居家照護計畫，並於收案後二週內(如遇例假日得順延之)，檢具安寧居家療護收案申請書，送保險人

各分區業務組備查，保險人各分區業務組得視情況實地評估其需要性。經核定不符收案條件者，保險人不支付費用，相關費用由院所自行處理。

(二)保險醫事服務機構或護理機構受理申請後，經書面審查符合收案條件者，應排定訪視時間，符合保險收案條件者，應查驗保險對象保險憑證、身分證明文件及居家照護醫囑單(非住院個案應由照護機構之執業醫師或契約醫院之醫師訪視評估，開立居家照護醫囑單)等文件，並於保險憑證登錄就醫紀錄，嗣後於每月第一次訪視時登錄一次，並應於登錄後二十四小時內，將之上傳予保險人備查；其不符合收案條件者，應即拒絕收案。

(三)對保險人各分區業務組核定結果如有異議，自核定通知之日起六十日內，應依序循申復及爭議審議途徑申請複核或審議，不得以新個案重新申請送核，否則不予受理。

(四)安寧居家療護收案及延長照護申請案件，回歸一般醫療費用抽審作業。

五、照護期限：

(一)每一個案收案期限以四個月為限，每次訪視應有詳實之訪視紀錄，若病情需要申請延長照護，應經醫師診斷填具安寧居家療護收案申請書送保險人分區業務組備查。

(二)照護期限之計算，新收個案以收案日起算；申請延長照護個案以申請日起算(於原照護期限內申請者，以接續日起算)。同一照護機構同一個案，於照護期限截止日起三十日內再申請照護者，應以延長照護申請並以接續日起算，每次延長照護以三個月為限，不得以新個案申請。

六、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安寧療護專業人員二十四小時電話諮詢服務。

七、本章節「訪視時間」之計算，自到達病人家中起算，至離開病人家中為止，且訪視時間應記錄於訪視紀錄內，並請病人或其家屬簽章。

八、本章節診療項目「機構」係指依「護理機構分類設置標準」、「老人福利機構設立標準」、「長期照顧服務機構設立標準」、「身心障礙福利機構設施及人員配置標準」及「國軍退除役官兵輔導委員會各榮譽國民之家組織準則」等法規命令設置立案之老人安養、養護機構、護理之家、住宿式長照機構、身心障礙福利機構之住宿機構或榮譽國民之家。

附表

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. 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) 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) 急性譫妄(Acute delirium)
 - (9) 瀕死狀態(Predying state)

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. 末期腦變質病人，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) 急性譫妄(Acute delirium)
 - (9) 瀕死狀態(Predying state)
2. 末期腦變質病人，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 $\text{O}_2 \text{ saturation} \leq 88\%$ 。
2. $\text{FEV}_1 \leq 30\%$ of predicted。
3. 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 $\text{O}_2 \text{ saturation} \leq 88\%$ 。
2. $\text{FEV}_1 \leq 30\%$ of predicted。
3. 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) $\text{PT} > 5 \text{ sec above control}$ 或 $\text{INR} > 1.5$

(2) $\text{Serum albumin} < 2.5 \text{ g/dl}$

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)病人。
2. 病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病人可能在近期內死亡。
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) 惡性腫瘤末期病人
 - (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人，屬慢性腎臟病 (CKD) 第 4，5 期病人(GFR < 30 ml/min/1.73m²)，或已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病人。
2. 病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病人可能在近期內死亡。
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) 惡性腫瘤末期病人
 - (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

九、末期骨髓增生不良症候群（MDS）

Myelodysplastic syndromes 骨髓分化不良症候群，若治療後血球持續長期低下，應長期輸血且合併臨床之不適症狀，經原團隊診治後評估為末期病人。

ICD-10-CM 代碼：D46 (D46.0~D46.Z)

十、末期衰弱老人

1. 由老年醫學/神經或精神醫學等相關專科醫師評估病人為末期。
2. 參考Supportive & Palliative Care Indicators Tool（SPICT）評估符合收案條件者。
3. 不願意使用呼吸器維生者，病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：
 - (10) 電解質不平衡(Electrolyte imbalance)
 - (11) 急性疼痛(Acute pain)
 - (12) 嚴重呼吸困難(Severe dyspnea)
 - (13) 惡性腸阻塞(Malignant bowel obstruction)
 - (14) 嚴重嘔吐(Severe vomiting)
 - (15) 發燒，疑似感染(Fever, suspect infection)
 - (16) 癲癇發作(Seizure)
 - (17) 急性譫妄(Acute delirium)
 - (18) 瀕死狀態(Predying state)
4. ICD-10-CM 代碼：R54

十一、病人自主權利法第 14 條所列症狀

1. 第14條第二至四款：
 - (4) 不可逆轉之昏迷狀況
 - (5) 永久植物人狀態（ICD-10-CM代碼: R40.3）
 - (6) 極重度失智（CDR 3分以上）
2. 第14條第五款：其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況(現行12類罕見疾病及 ICD-10-CM代碼)
 - (13) 囊狀纖維化症：E84.9
 - (14) 亨丁頓氏舞蹈症：G90.3
 - (15) 脊髓小腦退化性動作協調障礙：G11.0、G11.1、G11.2、G11.3、G11.4、G11.8、G11.9、G31.2、G32.81、G32.89、G60.2、R27.0、R27.8
 - (16) 脊髓性肌肉萎縮症：G12.9
 - (17) 肌萎縮性側索硬化症：G12.21
 - (18) 多發性系統萎縮症：G90.3
 - (19) 裘馨氏肌肉失養症：G71.0
 - (20) 肢帶型肌失養症：G71.0
 - (21) Nemaline線狀肌肉病變：G71.2
 - (22) 原發性肺動脈高壓：I27.0
 - (23) 遺傳性表皮分解性水泡症：Q81.0、Q81.1、Q81.2、Q81.8、Q81.9
 - (24) 先天性多發性關節攣縮症：Q74.3

十二、罕見疾病或其他預估生命受限者

- 6.罕見疾病(衛生福利部國民健康署公告罕見疾病名單暨 ICD-10-CM 編碼一覽表)，預估生命受限者。
- 7.先天染色體異常疾病、先天畸形(依本署全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第二條附表一之重大傷病項目第八類染色體異常、先天性畸形者)，預估生命受限者。
- 8.源於周產期的病況 (P00-P96)，預估生命受限者。
- 9.染色體異常 (如 Trisomy 13、Trisomy 18、或其他染色體異常合併多重器官先天異常：Q91.0~Q91.7、Q97.0~Q97.9)，預估無法活至成年者。
- 10.嚴重之先天腦部異常 (如無腦症：Q00.0、神經系統先天性畸形：Q07.9)，預估無法活至成年者。

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 日第一版修訂
104 年 2 月 1 日第二版修訂
104 年 8 月 1 日第三版修訂
111 年 0 月 0 日第四版修訂

壹、前言

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，並配合衛生福利部政策於健保 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病人納入服務對象範圍。

另為更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。

貳、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）或急診診療中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。

參、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(詳附件一) 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，且講師群需含括醫、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：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(詳附件二)（必要條件）。

(一)癌症末期病人：

1. 確定病人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。

(二)末期運動神經元病人：

1. 末期運動神經元病人，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. 末期運動神經元病人，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者。

(三)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
9. 末期骨髓增生不良症候群(MDS)
10. 末期衰弱老人

(四) 病人自主權利法第 14 條所列症狀者：

1.第14條第二至四款：不可逆轉之昏迷狀況、永久植物人
狀態、極重度失智

2.第14條第五款之12類疾病

(五) 罕見疾病或其他預估生命受限者

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」(詳附件三)及照護紀錄(安寧共同照護護理人員訪視表及其他專業人員訪視表)(詳附件四)。
2. 參與本方案之特約醫療院所應依規定內容(詳附件五)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紀錄(詳附件六)，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（詳附件七）提出專案申請，送保險人核備。

六、病人照護評估指標：

- (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照護費，支付標準詳附件八。

(一) P4401B 安寧首次共同照護費：每人限申報1次，支付點數為2,025點。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)：每次支付1,575點。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):

每次支付1,275點，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。

肆、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，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。

(二) 住院醫療服務點數清單：本方案首次及後續照護費請併入「治療處置費」欄位計算。

(三) 住院醫療服務醫令清單：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照護費並依相關規定辦理。

(二) 其餘未規定事項，依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。

伍、經費來源:本方案各類專業人員照護費用(P4401B、P4402B、P4403B)

於醫院總額一般部門項下支應，採點值浮動方式。

陸、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」服務說明

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紀錄

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) 急性譫妄(Acute delirium)
 - (9) 瀕死狀態(Predying state)

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. 末期腦變質病人，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) 急性譫妄(Acute delirium)
 - (9) 瀕死狀態(Predying state)
2. 末期腦變質病人，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 O_2 saturation $\leq 88\%$ 。
2. $\text{FEV}_1 \leq 30\%$ of predicted。
3. 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 O_2 saturation $\leq 88\%$ 。
2. $\text{FEV}_1 \leq 30\%$ of predicted。
3. 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) $\text{PT} > 5 \text{ sec above control}$ 或 $\text{INR} > 1.5$

(2) Serum albumin $< 2.5 \text{ g/dl}$

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)病人。
2. 病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病人可能在近期內死亡。
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) 惡性腫瘤末期病人
 - (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人，屬慢性腎臟病(CKD)第4，5期病人(GFR < 30 ml/min/1.73m²)，或已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病人。
2. 病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病人可能在近期內死亡。
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) 惡性腫瘤末期病人
 - (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

九、末期骨髓增生不良症候群（MDS）

Myelodysplastic syndromes 骨髓分化不良症候群，若治療後血球持續長期低下，應長期輸血且合併臨床之不適症狀，經原團隊診治後評估為末期病人。

ICD-10-CM 代碼：D46

十、末期衰弱老人

10. 由老年醫學/神經或精神醫學等相關專科醫師評估病人為末期。

11. 參考 Supportive & Palliative Care Indicators Tool（SPICT）評估符合收案條件者。

12. 不願意使用呼吸器維生者，病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：

(19) 電解質不平衡(Electrolyte imbalance)

(20) 急性疼痛(Acute pain)

(21) 嚴重呼吸困難(Severe dyspnea)

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

(23) 嚴重嘔吐(Severe vomiting)

(24) 發燒，疑似感染(Fever, suspect infection)

(25) 癲癇發作(Seizure)

(26) 急性譫妄(Acute delirium)

(27) 瀕死狀態(Predying state)

十一、病人自主權利法第 14 條所列症狀

1. 第 14 條第二至四款：

(7) 不可逆轉之昏迷狀況

(8) 永久植物人狀態（ICD-10-CM代碼: R40.3）

(9) 極重度失智（CDR 3分以上）

2. 第 14 條第五款之 12 類疾病(病名及 ICD-10-CM 代碼)：

(25) 囊狀纖維化症：E84.9

(26) 亨丁頓氏舞蹈症：G90.3

(27) 脊髓小腦退化性動作協調障礙：G11.0、G11.1、G11.2、G11.3、G11.4、

G11.8、G11.9、G31.2、G32.81、G32.89、G60.2、R27.0、R27.8

(28) 脊髓性肌肉萎縮症：G12.9

(29) 肌萎縮性側索硬化症：G12.21

(30) 多發性系統萎縮症：G90.3

(31) 裘馨氏肌肉失養症：G71.0

(32) 肢帶型肌失養症：G71.0

(33) Nemaline線狀肌肉病變：G71.2

(34) 原發性肺動脈高壓：I27.0

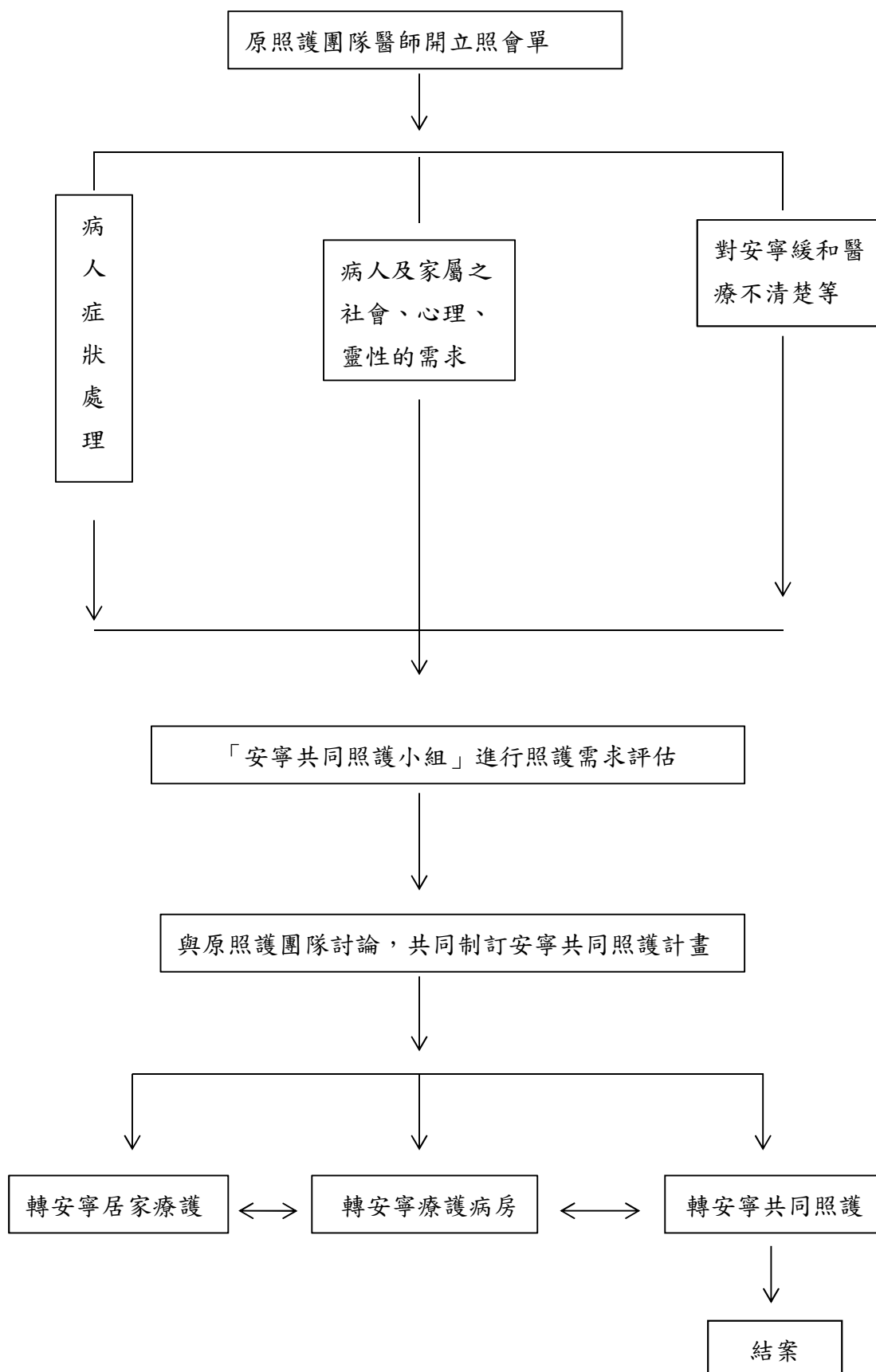
(35) 遺傳性表皮分解性水泡症：Q81.0、Q81.1、Q81.2、Q81.8、Q81.9

(36) 先天性多發性關節攣縮症：Q74.3

十二、罕見疾病或其他預估生命受限者

- 11.罕見疾病（衛生福利部國民健康署公告罕見疾病名單暨 ICD-10-CM 編碼一覽表），預估生命受限者。
- 12.先天染色體異常疾病、先天畸形(依本署全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第二條附表一之重大傷病項目第八類染色體異常、先天性畸形者)，預估生命受限者。
- 13.源於周產期的病況（P00-P96），預估生命受限者。
- 14.染色體異常(如 Trisomy 13、Trisomy 18、或其他染色體異常合併多重器官先天異常：Q91.0~Q91.7、Q97.0~Q97.9)，預估無法活至成年者。
- 15.嚴重之先天腦部異常（如無腦症：Q00.0、神經系統先天性畸形：Q07.9），預估無法活至成年者。

附表 2
安寧共同照護流程



全民健康保險安寧共同照護試辦方案申請書

本院所申請參加全民健康保險安寧共同照護試辦方案，並同意遵照本方案內容及相關健保法規之規範

此致

衛生福利部中央健康保險署

申請資料：

醫事機構代號：

醫事機構名稱：

醫事機構負責人：

計畫聯絡人：

聯絡電話：

聯絡人電子信箱：

醫事機構特約章戳

(醫事機構印章)

(負責醫師印章)

中 華 民 國 年 月 日

備註：申請時，請檢送申請書、團隊專科證書影本(及受訓認證證明影本)，並請寄送至健保署各分區業務組。

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人、末期運動神經元病人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，未明示者等病人，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(不含入住安寧病房)或急診診療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人身體照護(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

文件編號		版次	02

安寧共同照護個案收案申請書

基本資料					☐ 新收案 ☐ 重新收案	
科別		病房床號		病歷號		收案日期 _____年____月____日
姓名		☐ 男 ☐ 女	生日：_____年____月____日		身分證號	
主診斷					ICD 前 3 碼 ☐ ☐ ☐	
轉移部位	☐ 無 ☐ 不確定 ☐ 肺 ☐ 肝 ☐ 腦 ☐ 骨骼 ☐ 脊髓 ☐ 其他_____					
收案時 DNR 簽署狀態		☐ 未簽署 ☐ 已簽署（如已簽署，則請於照護結案右下方填寫簽署日期）				
1.收案時，病人對診斷認知： ☐ 知道 ☐ 不知道 ☐ 懷疑或半知半解 ☐ 無法評估 2.收案時，病人對病情及預後認知： ☐ 知道 ☐ 不知道 ☐ 懷疑或半知半解 ☐ 無法評估 3.收案時，家屬對病情及預後認知： ☐ 知道 ☐ 不知道 ☐ 懷疑或半知半解 ☐ 無法評估						

※是否已預立遺囑或指定醫療決策代理人：☐是 ☐否 ☐其他_____

※所指定之醫療決策代理人：姓名：_____關係：_____其聯絡方式_____

※婚姻狀態：☐已婚 ☐未婚 ☐喪偶 ☐離婚 ☐其他_____

※教育程度：☐大學以上 ☐大學 ☐專科 ☐高中(職) ☐國(初)中 ☐小學 ☐自修 ☐不識字

※宗教信仰：☐佛教☐道教☐基督教☐天主教☐一貫道☐天帝教☐一般民間信仰☐其他_____

※現在職業：_____

※過去職業：_____

※簡要家系圖：

※原主治醫師姓名：_____

※主要照顧者（日）：_____

（夜）：_____

※緊急聯絡者姓名：_____

（電話）：_____

（手機）：_____

照 護 結 案			
結案日期	_____年____月____日	結案原因	☐ 問題改善 ☐ 轉安寧病房 ☐ 轉安寧居家 ☐ 轉一般居家 ☐ 穩定出院 ☐ 瀕死出院 ☐ 死亡 ☐ 病人拒絕 ☐ 家屬拒絕 ☐ 其他_____
※結案時，下面 3 題資料若與收案時完全相同者請於此處勾選： ☐ （若勾選者，本欄以下 3 題得免重複填） 1.結案時，病人對診斷認知： ☐ 知道 ☐ 不知道 ☐ 懷疑或半知半解 ☐ 無法評估 2.結案時，病人對病情及預後認知： ☐ 知道 ☐ 不知道 ☐ 懷疑或半知半解 ☐ 無法評估 3.結案時，家屬對病情及預後認知： ☐ 知道 ☐ 不知道 ☐ 懷疑或半知半解 ☐ 無法評估			
結案時 DNR 簽署狀態		☐ 未簽署 ☐ 已簽署	DNR 簽署日期 _____年____月____日

結案後追蹤日期及內容：

※共照護理人員簽章：_____

備註：安寧共同照護相關表單，請醫院妥善保存(10 年)，以備審計及相關單位查核。

安寧共同照護護理人員訪視表

病歷號		姓名		照護日期	____年____月____日	時間	自 ____:____ 至 ____:____

問題與症狀評估

1.主要症狀：病人 ECOG：____分（請填入 0-4 分）

a. 疼痛強度____分，請填入 0-10 分；若疼痛強度無法評估則請填答『99』）

For (cancer) pain：☐Acetaminophen ☐NSAID ☐Tramadol ☐Demerol ☐Codeine ☐Morphine ☐Fentanyl ☐Adjuvant（目前用藥）☐其他_____

For breakthrough pain：☐無☐有_____

b. 便秘：嚴重度____分

c. 呼吸困難：嚴重度____分

d. 噁心嘔吐：嚴重度____分

e. 譫妄躁動：嚴重度____分

左列症狀請依評估時病人實際情形給予評值（0-4 分；若無法評估則請填答『9』）

0 分：無此症狀。 1 分：輕微，偶而發生，尚未造成病人困擾。

2 分：中度，已造成病人困擾，或因而限制了病人部分活動。

3 分：嚴重，時常發生，限制日常活動或明顯影響其注意力。

4 分：很嚴重，持續不斷，讓病人無法忍受。

2.其他症狀：

☐意識不清☐虛弱疲倦☐食慾不振☐口腔潰瘍☐腹瀉☐腹脹☐腹水☐腸阻塞☐打嗝☐咳嗽☐上腔靜脈壓迫症候群☐水腫

☐血尿☐貧血☐黃疸☐皮膚癢☐大小便失禁☐尿液滯留☐裏急後重☐腫瘤潰瘍傷口☐出血☐暈眩☐吞嚥困難☐脊髓壓迫

☐壓瘡☐感染☐發燒☐失眠☐瀕死症狀☐其他_____

3.心理社會問題：

病人：☐情緒困擾 ☐疾病認知與適應困難 ☐家庭互動溝通問題 ☐經濟資源支持系統缺乏 ☐心願未了與後事準備缺乏

☐無法評估 ☐其他_____

家屬：☐情緒困擾 ☐疾病認知與適應困難 ☐家庭互動溝通問題 ☐經濟資源支持系統缺乏 ☐心願未了與後事準備缺乏

☐無法評估 ☐其他_____

4.靈性宗教需求：

病人：☐存在的孤獨隔絕感☐面對死亡的焦慮與恐懼☐對生命意義與價值的疑慮☐對生命去向(死後)不確定☐放不下☐罪惡感

☐無法評估 ☐其他_____

家屬：☐存在的孤獨隔絕感☐面對死亡的焦慮與恐懼☐對生命意義與價值的疑慮☐對生命去向(死後)不確定☐放不下☐罪惡感

☐無法評估 ☐其他_____

照護計畫與療護

1.疼痛治療藥物之建議：☐無 ☐有

For (cancer) pain：☐Acetaminophen ☐NSAID ☐Tramadol ☐Codeine☐Morphine☐Fentanyl ☐Adjuvant ☐其他_____

For breakthrough pain：☐無 ☐有_____

預防/處理便秘措施：☐無 ☐灌腸 ☐藥物/其他_____

2.協助其他症狀處置之建議：

☐藥物治療，如_____ ☐緩解性化療 ☐緩解性放療

療護處置：☐噴霧處置 ☐水腫按摩 ☐腹部按摩 ☐傷口換藥 ☐其他_____

療護指導：☐飲食指導 ☐復健指導 ☐其他指導_____

舒適護理：☐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

☐其他_____

3.心理社會問題照護：病人：☐支持與傾聽 ☐轉介 ☐提供適當處置

家屬：☐支持與傾聽 ☐轉介 ☐提供適當處置

4.靈性宗教需求照護：病人：☐生命回顧☐生命意義的討論☐人際關係的修復連結☐宗教信仰的加深☐宗教儀式實行

☐後事交代☐協助心願達成☐轉介☐其他_____

家屬：☐生命回顧☐生命意義的討論☐人際關係的修復連結☐宗教信仰的加深☐宗教儀式實行

☐後事交代☐協助心願達成☐轉介☐其他_____

5.協助病情認知：病人：☐診斷 ☐病情與預後 ☐DNR 簽署 家屬：☐診斷 ☐病情與預後 ☐DNR 簽署

6.協助療護模式決策：

管路置入取捨(☐Endotracheal tube ☐NG tube ☐Foley ☐Chest tube/pigtail☐PEG/Gastrostomy/Jejunostomy

☐Tracheostomy ☐other_____)

營養與水分取捨(☐TPN ☐IV fluid ☐blood transfusion ☐other_____)

藥物取捨 (☐antibiotics ☐sedatives ☐opioids ☐steroids ☐other_____)

檢查取捨 (☐影像檢查 ☐血液檢查 ☐病理切片 ☐其他_____)

死亡準備 (☐瀕死症狀評估與護理☐遺體護理☐臨終照顧場所_____ ☐其他_____)

出院準備 (☐本院安寧住院 ☐本院安寧居家 ☐本院一般居家☐他院安寧住院 ☐他院安寧居家☐他院一般住院

☐他院一般居家 ☐安養院 ☐護理之家☐其他_____)

7.轉介：☐社工師☐物理/職能治療師☐靈性照顧人員☐心理師☐安寧居家護理師☐精神科醫師☐中醫師☐營養師

☐輔助治療師(藝術/音樂/芳香) ☐其他_____

8.溝通：

溝通對象：☐病人 ☐親屬_____ ☐非親屬_____

溝通原醫護團隊：☐主治醫師 ☐住院醫師 ☐護理長 ☐主護護理師 ☐社工 ☐其他_____

共照護人員簽署：_____

安寧共同照護其他專業人員訪視表

安寧團隊：☐醫師 ☐社工人員 ☐心理師 ☐靈性照顧人員☐其他_____

病歷號		姓名		照護日期	____年____月____日	時間	自□□:□□至□□:□□
照 護 計 畫 與 療 護 建 議	1. 醫師紀錄： _____ _____ _____ _____ _____ 2. 疼痛治療藥物之建議：☐無 ☐有（請詳述藥名、途徑、劑量、頻次） _____ _____ _____ _____ _____ 3. 其他症狀處置之建議：☐無 ☐有 _____ _____ _____ 4. 心理社會問題照護：病人：☐支持與傾聽 ☐轉介 ☐提供適當處置_____ 家屬：☐支持與傾聽 ☐轉介 ☐提供適當處置_____ 5. 靈性宗教需求照護：病人：☐生命回顧 ☐生命意義的討論 ☐人際關係的修復連結 ☐宗教信仰的加深☐宗教儀式實行☐後事交代☐協助心願達成 ☐轉介☐其他_____ 家屬：☐生命回顧 ☐生命意義的討論 ☐人際關係的修復連結 ☐宗教信仰的加深☐宗教儀式實行☐後事交代☐協助心願達成 ☐轉介☐其他_____ 6. 協助病情認知：病人：☐診斷 ☐病情與預後 ☐DNR 簽署 家屬：☐診斷 ☐病情與預後 ☐DNR 簽署 7. 協助其他療護模式決策：☐無 ☐有 _____ _____ _____ 專業人員簽署：_____						

全民健康保險安寧共同照護試辦方案

安寧共同照護個案登錄系統(VPN)必要欄位表

- 一、新收案(身分證號、病人姓名、醫師ID、醫師姓名等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位：
1. 科別、病房床號、病歷號、新收案日期、個案性別、出生日期、ICD前3碼、主診斷(1：癌症末期病人；2：末期運動神經元病人；3：老年期及初老期器質性精神病態；4：其他腦變質；5：心臟衰竭；6：慢性氣道阻塞，他處未歸類者；7：肺部其他疾病；8：慢性肝病及肝硬化；9：急性腎衰竭，未明示者；10：慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者)、轉移部位(1.無；2.不確定；3.肺；4.肝；5.腦；6.骨髓；7.脊髓；8.其他)
 2. 基本評估照護指標：收案時DNR簽署狀態：(1：未簽署；2：已簽署)、收案時，病人對診斷認知：(1：知道；2：不知道；3：懷疑或半知半解；4：無法評估)、收案時，病人對病情及預後認知(1：知道；2：不知道；3：懷疑或半知半解；4：無法評估)、收案時，家屬對病情及預後認知(1：知道；2：不知道；3：懷疑或半知半解；4：無法評估)
- 二、延長照護(身分證號、病人姓名、醫師ID、醫師姓名等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位：
1. 延長照護日期、個案性別、出生日期、ICD前3碼、主診斷(1：癌症末期病人；2：末期運動神經元病人；3：老年期及初老期器質性精神病態；4：其他腦變質；5：心臟衰竭；6：慢性氣道阻塞，他處未歸類者；7：肺部其他疾病；8：慢性肝病及肝硬化；9：急性腎衰竭，未明示者；10：慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者)、轉移部位(1.無；2.不確定；3.肺；4.肝；5.腦；6.骨髓；7.脊髓；8.其他)。
 2. 醫療品質指標：疼痛控制(疼痛對病人之影響)_____ (0-10)；呼吸困難狀況(呼吸困難對病人的影響)：(0：沒有發生呼吸困難；1:偶而有一些呼吸困難，但仍可執行日常作息；2：呼吸困難已造成困擾並因而限制了部份日常活動與作息；3：時常發生呼吸困難令病人無法忍受，作息與注意力明顯受影響；4：持續不斷呼吸困難現象)。
- 三、結案(身分證號、病人姓名、醫師ID、醫師姓名等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位：
1. 結案日期
 2. 結案原因：1：問題改善。2：轉安寧療護病房。3：轉安寧居家療護。4：轉一般居家。5：穩定出院。6：瀕死出院。7：死亡。8：病人拒絕。9：家屬拒絕。10：轉入ICU病房。11：其他。
 3. 結案時評估照護指標：結案時DNR簽署狀態：(1：未簽署；2：已簽署)、結案時，病人對診斷認知：(1：知道；2：不知道；3：懷疑或半知半解；4：無法評估)、結案時，病人對病情及預後認知(1：知道；2：不知道；3：懷疑或半知半解；4：無法評估)、結案時，家屬對病情及預後認知(1：知道；2：不知道；3：懷疑或半知半解；4：無法評估)
 4. 結案時DNR簽署日期

安寧共同照護服務內容及紀錄

姓名：_____ 性別：_____
 出生：_____年_____月_____日
 床號：_____
 病歷號：_____

服務項目及內容	已執行日期/ 時間及說明	未執行理由	簽名
一、基本身體照顧： (請用紅筆圈選適用病人的措施)			
向原照護團隊及家屬教導與示範之照護，原照護團隊每日須執行之常規項目如下： 1.身體清潔：洗頭、洗澡、會陰沖洗、導尿管護理、口腔護理 2.舒適護理（並向家屬示範）：翻身、擺位、移位、抱病人上下床及輪椅，按摩、皮膚護理、被動運動、穿脫衣服、冷熱敷 3.身體治療（並向家屬示範）：灌食、抽痰、超音波0.45%生理食鹽水蒸氣吸入、換尿布、排痰 4.惡性腫瘤潰瘍/壓瘡等傷口處理：_____ 5.其他：_____			
二、身體檢查及評估： (請簡要記錄異常發現)			
1.頭、頸部檢查及評估，發現：_____ 2.胸腔、肺檢查及評估，發現：_____ 3.腹部檢查及評估，發現：_____ 4.背部檢查及評估，發現：_____ 5.四肢檢查及評估，發現：_____ 6.會陰部檢查及評估，發現：_____ 7.意識狀態評估，發現：_____ 8.其他：_____			
三、症狀評估及療護方法、藥物指導： (請簡要記錄評估、指導與療護內容，依需求進一步使用相關表單)			
1.疼痛：_____ ☐ 初步與 ☐ 持續疼痛評估表 2.吞嚥困難：_____ 3.食慾障礙：_____ 4.口臭/口乾/口腔潰瘍：_____ 5.頭暈：_____ 6.上腔靜脈壓迫症候群：_____ 7.體溫障礙/發燒：_____ 8.打嗝：_____ 9.噁心/嘔吐：_____ 10.呼吸困難：_____ 11.咳嗽：_____ 12.便秘/腹瀉：_____ 13.腹脹/腹水/腸阻塞：_____ 14.裏急後重(tenesmus pain)：_____ 15.大小便失禁：_____ 16.尿滯留：_____ 17.水腫/脫水：_____ 18.淋巴水腫：_____ 19.皮膚癢：_____ 20.失眠/睡眠障礙：_____ 21.意識混淆/譫妄：_____ 22.倦怠：_____ 23.瀕死症狀：_____ 24.出血：_____ 25.電解質不平衡：_____ 26.脊髓神經壓迫：_____			

27.焦慮/憂鬱/麻木不仁：_____			
28.憤怒：_____			
29.其他：_____			
四、心理療護：(若需詳細描述，請填寫「安寧療護心理社會需要評估及照顧記錄單」)			
1.心理需要之評估與處理：如：疾病認知與適應困難、情緒困擾、自殺意圖、預期性哀傷、死亡議題等 2.傾聽及陪伴病人，使病人感覺被瞭解，被接受 3.協助病人與家屬之互動與溝通 4.瞭解病人與家屬的餘生期待，醫療抉擇，並協助完成之 5.協助處理未了心願 6.協助安排後事 7.引導病人作「鬆弛治療」、「想像治療」、「遊戲治療」、「芳香治療」、「藝術治療」等 8. DNR 的簽署 9.其他：_____			
五、靈性療護：(若需詳細描述，請填寫「安寧療護靈性需要評估及輔導記錄單」)			
1. 引導病人作「緬懷治療」及「意義治療」：引導對生命意義與價值的肯定 2. 協助病人與家人親友的四道人生：道謝、道歉、道愛、道別 3. 天、人、物、我、關係的修復與連結 4.宗教諮商：對死後的世界不畏懼、信仰的加深、存在性孤獨與隔絕感的緩解、宗教儀式的實行 5.其他：_____			
六、病人社會層面及家屬的療護：(若需詳細描述，請填寫「安寧療護心理社會需要評估及照顧記錄單」)			
1.經濟問題評估及轉介 2.家中其他需要照顧者（如小孩、老人）之安排及轉介 3.協助家屬與醫院、學校（若病人為學生）、工作場所（若病人仍在工作）之間的聯繫及協調 4.家屬身體症狀與情緒問題的評估及諮商 5.家屬與病人之間、家屬與家屬之間意見不同與溝通出現問題之協調 6.家屬各種問題之回答 7.傾聽及陪伴家屬，使其感到被瞭解，被接受 8.協助原團隊與家屬召開家庭會議 9.高危險傷慟家屬之評估及傷慟輔導轉介 10.其他：_____			
七、瀕死症狀評估、死亡準備及遺體護理：(請同時填寫安寧療護善終準備記錄單)			
1.向原照護團隊及家屬教導與示範「瀕死症狀評估」與「遺體護理」 2.死亡準備及家屬喪葬事宜之諮商 3.其他：_____			
八、共照與原照護團隊的共同合作與討論			
1. 醫療方針的倫理思辨：如：管路置入、營養與水分、藥物與檢查之取捨、末期鎮定藥物的種類與劑量等 2. 後續照護轉介：出院準備、轉安寧病房、轉安寧居家等 3.其他：_____			

備註：本表為必填表單，請簡要具體記錄本次訪視之評估及照護內容，若有進一步之問題評估，請依附件六-1 至六-4 表單詳細描述與紀錄，另前述表單皆可連續使用。

安寧療護初步疼痛評估表

附件六-1
(選擇性表格)

姓名：_____	性別：_____
出生：____年____月____日	
床號：_____	
病歷號：_____	

診斷：_____

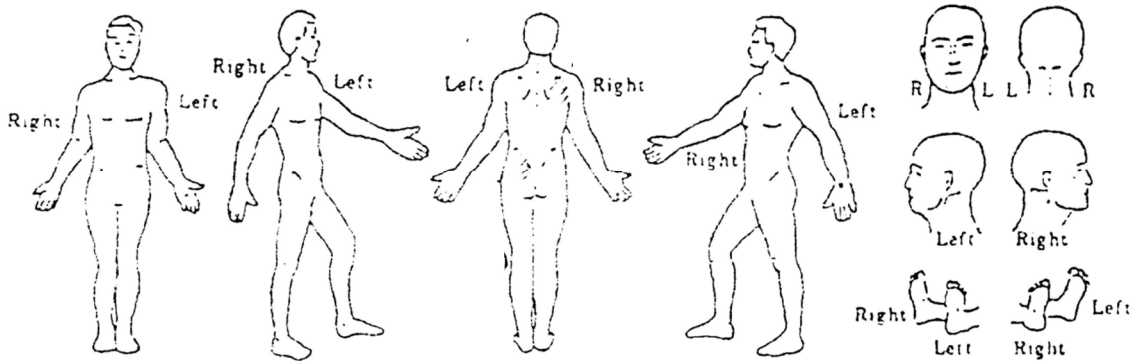
轉移部位：_____

評估日期：____/____/____ 評估者：_____

※ 目前意識狀態： 清醒 嗜睡 半昏迷 昏迷(昏迷指數：E__M__V__)

※ 疼痛反應： 逃避按壓 呻吟 愁眉苦臉 屈身 不敢移動 其他

※ 請標示疼痛部位，並附帶標示“疼痛強度/疼痛性質”(請參考下列提示，如左鎖骨之疼痛為“8/ , , ”)(請標明“深層(內)”“淺層(外)”及延伸部位)



疼痛強度： 不痛 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 痛不欲生(學齡期以下兒童較不適用)

目前疼痛度_____最痛時_____最輕時_____可忍受度_____

疼痛性質： 刺痛 刀割痛 鈍痛 悶痛 抽痛 壓痛 燒灼痛 感覺異常痛 戳痛 其他_____

※ 從什麼時候開始痛_____疼痛發生頻率_____

每次疼痛持續時間_____一天當中最痛的時刻為_____

※ 緩解疼痛的辦法： 按摩 熱敷 冷敷 不動 不碰觸 其他方式_____

※ 加重疼痛的因素： 按摩 觸碰 移動 咳嗽 進食 其他_____

※ 因痛而伴隨發生之症狀(如噁心等)：_____

※ 因痛造成之影響：睡眠_____一般活動_____

食慾_____注意力_____

情緒(如憤怒、哭泣、自殺意圖)_____

人際關係(如暴躁、易怒、不安等)_____

其他_____

※ 其他附註說明：病人對於疼痛的特殊表達方式

姓名：_____性別：_____
 出生：____年____月____日
 床號：_____
 病歷號：_____

安寧療護持續疼痛評估表

日期	時間	疼痛 強度 (0-10)	處 方 藥物劑量、時間、途徑	呼吸 (分)	意識 狀態	其他 如副作用、情緒及治療後之反應等（加註護理方法）	簽名

藥物滴定紀錄

日期	藥物	按時給藥一天總劑量	p.r.n.給藥一天總劑量	全天給藥總劑量

※ 副作用請填寫代碼如下：

1.呼吸抑制； 2.鎮靜作用； 3.頭暈； 4.噁心； 5.嘔吐； 6.流汗
 7.便秘； 8.欣快感； 9.口乾； 10.皮膚紅疹； 11.其他（請註明）

※ 其他護理方法，如：想像治療、鬆弛治療、音樂治療、娛樂治療、
 寵物治療、芳香治療、指壓按摩、TENS 等。

安寧療護心理社會需要評估及照顧紀錄

姓名：_____ 性別：____ 出生：____年____月____日 床號：_____ 病歷號：_____			第一主要照顧者		第二主要照顧者		
			姓名：_____ 地址：_____ 電話：_____ 年齡：____歲 性別 ☐ 男 ☐ 女 與病人關係：_____		姓名：_____ 地址：_____ 電話：_____ 年齡：____歲 性別 ☐ 男 ☐ 女 與病人關係：_____		
編號	日期/ 時間	問題情境	病人 (描述病人問題)	簽名	日期/ 時間	家屬(請指名) (請描述特定家屬問題)	簽名
		病情認知問題					
		情緒問題					
		意見分歧					
		家中有人意見特別強硬					
		缺乏溝通及溝通障礙					
		病人與家人關係障礙					
		無法作決定					
		經濟困難					
		遺產問題					
		後事處理問題					
		孤立隔離退縮					

病歷號：_____

安寧療護靈性需要評估及輔導紀錄

(選擇性表格)

姓名：_____

床號：_____

病歷號：_____

初次記錄日期：____年____月____日

記錄者：_____

一 般 資 料					
			病 人	主要照顧者	其他家人
信仰/教派、宗派					
常去的教堂/廟宇					
熟悉的神父/牧師/師父之姓名					
電話					
是否希望有靈性關懷人員探訪			是：_____ 否	是：_____ 否	是：_____ 否
是否希望轉介靈性關懷人員			是：_____ 否	是：_____ 否	是：_____ 否
宗教對他的重要性 極重要 重要 不重要 不知					
是否祈禱/念佛/默想 常常 不常 從不					
是否需要宗教禮儀			是：_____ 否	是：_____ 否	是：_____ 否
是否需要宗教音樂及書籍			是：_____ 否	是：_____ 否	是：_____ 否
靈性上的助力(Strength)			靈性上的困擾(Distress)		
編號	日期/ 時間	說明	編號	日期/ 時間	說明
		生命有意義與價值			生命無意義無價值
		痛苦有意義			痛苦無意義
		死亡有意義			恐懼死亡
		相信死後生命			無助
		認			無希望、絕望
		安祥/平安			怨天
		有希望			尤人
		能寬恕及被寬恕			憂鬱
		衝突化解與和好			罪惡感
		接受生命的限度			不甘心
		其他			不放心
					憤怒
					麻木
					孤立隔絕
					恩怨未化解
					不能寬恕
					自憐
					自殺意圖
					其他

姓名：_____性別：____
 出生：____年____月____日
 床號：_____
 病歷號：_____

安寧療護靈性需要評估 及輔導紀錄（續頁）

靈性需要及處置計畫				
病 人			家 屬(請指名)	
需 要: _____ (請編號) _____ _____ _____			_____ _____ _____ _____	
處置計畫:(請編號，此編號與需要編號一致)				
追 蹤 記 錄				
日期/時間	需要 編號	計劃 編號	描述處置過程及病人/家屬反應	簽 名

病人姓名：_____

病歷號：_____

床號：_____

安寧療護 善終準備紀錄單

(選擇性表格)

家屬代表：_____ 地址：_____ 電話：_____

一、身體方面：	日期/時間	已作	未作（理由）	簽名
1 教導家屬作瀕死症狀之評估				
2 教導家屬為病人沐浴淨身				
3 教導家屬作遺體護理				
○若眼睛未閉，用膠紙貼住眼睛，等屍僵後再除去				
○若嘴巴未闔，用紗繃托綁下頷，毛巾捲軸墊住下巴				
○用紙尿布墊在褲內以盛接大小便				
○用熱毛巾淨身				
○換穿乾淨壽衣				
二、心理方面	日期/時間	已作	未作（理由）	簽名
1 聆聽病人最後心聲				
2 教導家屬如何與病人溝通				
3 教導家屬如何陪伴病人的死亡過程				
4 協助處理病人未了心願				
5 協助高危險哀傷家屬（病人的幼年子女、高年父母、及過分依賴的配偶）經歷哀傷歷程				
6 協助家屬之間彼此溝通				
三、靈性方面：	日期/時間	已作	未作（理由）	簽名
1 協助家屬按病人原有宗教信仰作死亡前的宗教準備（如：天主教徒的終傳聖事，佛教徒需準備彌陀被，助唸團等）				
2 協助病人處理良心上的不平安（如：人際衝突、恩怨）				
3 協助病人肯定死後的歸宿				
四、喪葬準備	日期/時間	已作	未作（理由）	簽名
1 教導家屬死亡診斷書之取得				
2 教導家屬葬儀社、殯儀館之連絡				
3 教導家屬區公所埋葬證明之取得				
4 教導家屬火葬或土葬之準備				
5 若病人為基督徒（天主教或基督教），教導家屬在教堂舉行喪禮之準備				

安寧共同照護延長照護申請書

附件七

病歷號：

保險對象 姓名				性別 ☐ 男 ☐ 女	出生 日期	年 月 日	受理 日期	年 月 日
身分證 字號				原受理編號			受理 編號	
聯絡	地址：					電話		
主診斷 ICD-9-CM			疾病名稱					
收案條件	☐ 1.癌症末期 ☐ 2.末期運動神經元 ☐ 3.老年期及初老期器質性精神病態 ☐ 4.其他腦變質 ☐ 5.心臟衰竭 ☐ 6.慢性氣道阻塞，他處未歸類者 ☐ 7.肺部其他疾病 ☐ 8.慢性肝病及肝硬化 ☐ 9.急性腎衰竭，未明示者 ☐ 10.慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者				收案日期	年 月 日		
					本次收案 核定日期	起日	年 月 日	
						迄日	年 月 日	
					日常生活 功能評估	ECOG (0-4)：_____		

第一聯：保險人核備
第二聯：院所備查

一、病人主要症狀：

1.癌症末期病人：

- ☐高血鈣 ☐脊髓壓迫 ☐急性疼痛 ☐嚴重呼吸困難 ☐惡性腸阻塞 ☐出血 ☐腫瘤潰瘍 ☐嚴重嘔吐
☐發燒，疑似感染 ☐癲癇發作 ☐急性瞻妄 ☐急性精神壓力，如自殺意圖

2.末期運動神經元病人：

- ☐虛弱及萎縮 ☐肌肉痙攣 ☐吞嚥困難 ☐呼吸困難 ☐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 ☐便秘 ☐流口水

3.老年期及初老期器質性精神病態：

- ☐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 ☐病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：☐電解值不平衡 ☐急性疼痛 ☐嚴重呼吸困難 ☐惡性腸阻塞 ☐嚴重嘔吐 ☐發燒，疑似感染 ☐癲癇發作 ☐急性瞻妄 ☐瀕死狀態

4.其他腦變質：

- ☐嚴重神經疾病如：☐嚴重中風 ☐嚴重腦傷 ☐末期腦變質病人，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：電解值不平衡 ☐急性疼痛 ☐嚴重呼吸困難 ☐惡性腸阻塞 ☐嚴重嘔吐 ☐發燒，疑似感染 ☐癲癇發作 ☐急性瞻妄 ☐瀕死狀態 ☐末期腦變質病人，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者

5.心臟衰竭：

- ☐CHF NYHA stage III 或 IV – 休息或輕度活動時會喘 ☐原心臟照顧團隊認為病人很可能在近期內死亡 ☐經常因嚴重心臟衰竭症狀住院 ☐因心律不整而造成的昏厥等嚴重症狀者 ☐曾有心臟停止或心肺復甦術病史 ☐常有不明原因的昏厥 ☐心因性腦栓塞 ☐左心室射出分率 $\leq 20\%$

6.慢性氣道阻塞，他處未歸類者：

- ☐即使使用氧氣，然而 $PaO_2 \leq 55\text{mmHg}$ 、 $PaCO_2 \geq 50\text{mmHg}$ 或 $O_2 \text{ saturation} \leq 88\%$ ☐FEV1 $\leq 30\%$ of predicted ☐FEV1 持續下降且速度每年大於 40 ml ☐6 個月內體重減少 10% 以上 ☐休息時心跳超過 100/min ☐肺心症或肺病造成之右心衰竭 ☐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

7.肺部其他疾病：

- ☐即使使用氧氣，然而 $PaO_2 \leq 55\text{mmHg}$ 、 $PaCO_2 \geq 50\text{mmHg}$ 或 $O_2 \text{ saturation} \leq 88\%$ ☐FEV1 $\leq 30\%$ of predicted ☐FEV1 持續下降且速度每年大於 40 ml ☐6 個月內體重減少 10% 以上 ☐休息時心跳超過 100/min ☐肺心症或肺病造成之右心衰竭 ☐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

安寧共同照護延長照護申請書

附件七

病歷號：

8.慢性肝病及肝硬化：

- ☐肝病或肝硬化末期，不適合肝臟移植，且(1)PT > 5 sec above control 或 INR > 1.5 (2)Serum albumin < 2.5 g/dl
☐PT>5sec above control 或 INR>1.5 ☐Serum albumin<2.5g/dl ☐困難處理之腹水 ☐自發性細菌性腹膜炎 ☐肝腎症候群
☐肝腦病變合併坐立不安、昏睡和昏迷 ☐復發性食道靜脈瘤出血 ☐多重器官衰竭 ☐惡病質與消瘦

9.急性腎衰竭，未明示者：

- ☐已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病人 ☐病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病人可能在近期內死亡 ☐其他重要器官衰竭及危及生命之合併症 ☐長期使用呼吸器 ☐嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症 ☐惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者 ☐惡性腫瘤末期病人 ☐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。

10.慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者：

- ☐慢性腎臟病至末期腎臟病階段，尚未接受腎臟替代療法病人，屬慢性腎臟病(CKD) 第4、5期病人(GFR < 30 ml/min/1.73m²)，或已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病人 ☐病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病人可能在近期內死亡 ☐其他重要器官衰竭及危及生命之合併症 ☐長期使用呼吸器 ☐嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症 ☐惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者 ☐惡性腫瘤末期病人 ☐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 ☐其他：_____

二、醫囑：

- 1.疼痛控制：☐PCA ☐其他_____
- 2.其他處置：☐噴霧 ☐氧氣 ☐排便 ☐造瘻口 ☐傷口 ☐尿管 ☐胃管 ☐氣切管 ☐其他留置管 ☐檢驗 ☐其他處理
- 3.藥物處方：_____
- 4.轉介：☐社工人員 ☐臨床心理師 ☐物理/職能治療師 ☐專業靈性照顧人員

三、病人之身體照護：

- 1.需定期更換：☐止痛藥匣 ☐尿管 ☐胃管 ☐氣切管 ☐其他留置管：_____
- 2.指導並協助家屬：☐褥瘡傷口換藥 ☐留置管護理 ☐造瘻口護理：_____ ☐口腔護理 ☐灌食調理進食 ☐灌腸 ☐人工血管護理 ☐更換尿袋/點滴瓶技巧 ☐抽痰/扣背排痰/噴霧治療技巧 ☐淋巴水腫按摩技巧 ☐洗頭、洗澡、會陰沖洗 ☐肢體活動及翻身擺位避免壓瘡 ☐被動運動及病人移位 ☐皮膚護理按摩 ☐指導家屬照顧個案維持日常生活功能所需知識、技能及必要之家庭安全設備 ☐其他護理項目：_____

四、病人與家屬心理社會諮詢與照護：☐死亡與瀕死調適 ☐憂鬱 ☐焦慮 ☐其他_____

五、病人及家屬靈性宗教需求之照護：☐生命意義與價值探尋 ☐靈性平安 ☐宗教儀式進行 ☐其他_____

六、善終準備：_____

七、醫療品質指標：

- ☐疼痛控制(疼痛對病人之影響)：_____ (0-10)
- ☐呼吸困難狀況(呼吸困難對病人的影響)：☐0:沒有發生呼吸困難 ☐1:偶而有一些呼吸困難，但仍可執行日常作息 ☐2:呼吸困難已造成困擾並因而限制了部份日常活動與作息 ☐3:時常發生呼吸困難令病人無法忍受，作息與注意力明顯受影響 ☐4.持續不斷呼吸困難現象

八、其他：_____

保險醫事服務機構	機構章戳
名稱：	
代號：	
地址：	
電話：	
申請日期： 年 月 日	

醫師簽名：

護理人員簽名：

全民健康保險安寧共同照護試辦方案支付標準

通則：

- 一、本方案支付標準已包括安寧共同照護團隊之醫師診察及護理費，各項安寧相關之診療、處置費不得再予申報（不得再申報項目係指本方案附件六「安寧共同照護服務內容及紀錄」各項服務項目及內容），亦不得以其他名目向保險對象收取費用。
- 二、以本方案支付標準申報之個案，不適用「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第七部全民健康保險住院診斷關聯群。
- 三、「後續安寧照護團隊照護費」以週為申報單位，惟仍應視病人病情需要，有提供服務才得申報，並非住院期間每週固定支付此一費用。
- 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。

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，且病人已簽署服務同意書。					
P4401B	安寧首次共同照護費 註： 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。 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。 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。 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。 5. 每人每院限申報乙次。	V	V	V	2025

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) 註： 1. 每週醫師及護理人員基本訪視次數至少各乙次。 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。 3. 未滿1週，惟團隊基本訪視次數已達到者，得予申報。 4. 每次訪視時間至少30分鐘。	v	v	v	1575
P4403B	後續安寧照護團隊照護費(不含醫師)(每週)(次) 註： 1. 每週護理人員基本訪視次數至少乙次。 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。 3. 未滿1週，惟團隊基本訪視次數已達到者，得予申報。 4. 每次訪視時間至少30分鐘。	v	v	v	1275

討論事項

第 六 案

提案單位：本署醫務管理組

案由：全民健康保險居家醫療照護整合計畫(下稱本計畫)修訂案。

說明：

一、依本署與中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、衛生福利部長期照顧司及居家醫療照護相關學協會等於111年1月12日召開修訂「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」溝會議結論辦理（附件1，頁次討6-3～6-6）。

二、本計畫修訂重點摘述如下（修訂對照表如附件2，頁次討6-7～6-37）：

（一）調高居家醫療照護山地離島地區訪視費用2成：

1. 山地離島地區所有醫事人員訪視費用均調高兩成(以醫師訪視費為例，自 1,709 點調高至 2,051 點)。
2. 居整計畫所需費用，以 110 年訪視費用申報約 1,143 萬點及訪視次數成長率推估，111 年需約 1,800 萬點（附件 3，頁次討 6-38）。

（二）新增虛擬(行動)健保卡綁定規範及獎勵金（財務評估如附件4，頁次討6-39～6-40）：

1. 預算來源：其他部門「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路寬頻補助費用」之「提升院所智慧化醫療資訊機制」支應。
2. 「協助綁定獎勵金」：每人 200 點支付且限獎勵一次，約 1,797 萬點。
3. 「申報指標獎勵金」共分 3 階段：
 - (5) 以計算申報占率進行獎勵：醫事機構(含交付機構)當年度以虛擬(行動)健保卡申報本計畫之件數/ 醫事機構機構(含交付機構)當年度申報本計畫之件數。

- (6) 第一階段($25\% \leq \text{占率} < 50\%$)：提供本計畫申報案件，一般地區每件獎勵 10 點、山地離島地區每件獎勵 20 點；當年度累計收案 ≥ 10 人且有提供病人居家醫療照護之特約醫事服務機構，每家機構獎勵 5,000 點，約 1,387 萬點。
- (7) 第二階段($50\% \leq \text{占率} < 70\%$)：提供本計畫申報案件，一般地區每件獎勵 20 點、山地離島地區每件獎勵 40 點；當年度累計收案 ≥ 10 人且有提供病人居家醫療照護之特約醫事服務機構，每家機構再獎勵 10,000 點，約 2,648 萬點。
- (8) 第三階獎勵金(占率 $\geq 70\%$)：當年度累計收案 ≥ 10 人且有提供病人居家醫療照護之特約醫事服務機構，每家機構再獎勵 10,000 點，約 1,533 萬點。

4. 合計虛擬(行動)健保卡獎勵需 7,365 萬點。

(三) 其他相關規範及文字酌修：

1. 新增「照護團隊得協助符合開立長照司『居家失能個案家庭醫師照護方案』之收案個案開立『長期照護醫師意見書』」(開立及費用申報規範依現行長照司「居家失能個案家庭醫師照護方案」規定辦理)。
2. 刪除「未完成用藥整合需結案措施」，用藥整合獎勵措施不變。
3. 增訂違規處分「醫事人員」2 年內不得參與本計畫」。
4. 明訂「照護團隊逾 6 個月未提供居家醫療照護之病人，應予結案」規範。
5. 餘為文字酌修。

擬辦： 本案如獲同意，將依程序報請衛生福利部核定後公布實施。

決議：

修訂「全民健康保險居家醫療照護整合計畫(下稱居整計畫)」溝通 會議紀錄

時間：111年1月12日（星期三）下午2時

地點：衛生福利部中央健康保險署18樓禮堂

主席：李伯璋署長 紀錄：黃奕瑄

出席單位及人員：

中華民國醫師公會全國聯合會	黃啟嘉	王維昌
台灣醫院協會	翁文能	林佩菽

劉碧珠 陳志強

中華民國藥師公會全國聯合會	李懿軒	劉亮君

中華民國護理師護士公會全國	紀淑靜	呂郁芳

聯合會

中華民國診所協會全國聯合會	黃致仰

台灣家庭醫學醫學會	孫文榮	潘恆嘉

台灣護理學會	陳靜敏	陳綉琴

台灣在宅醫療學會	陳英詔	張凱評

台灣居家醫療醫學會	郭啟昭

台灣安寧緩和醫學學會	張賢政

台灣安寧緩和護理學會	謝玉玲	顏聆朱

台灣居家護理暨服務協會	曾勤媛	邱青莢

衛生福利部長期間照顧司	楊雅嵐	陳念桂

本署

醫務管理組

張禹斌 游慧真 李雨育

張作貞 呂姿曄 崔允馨

米珮菱 林寓煥 陳怡靜

吳庭沂 李宛臻 施百謙

曾婉筑

臺北業務組

李如芳 謝永慈

北區業務組

王慈錦 林巽音

中區業務組
南區業務組
高屏業務組
東區業務組

李哲宇
蔡玉淇
黃美能 黃蕙凌
石惠文

壹、主席致詞：(略)

貳、討論事項：

一、山地離島居家醫療照護醫事人員訪視費用調高 2 成。

決議：

- (一) 同意居家醫療照護山地離島地區訪視費用調高 2 成(包含全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第一章及第三章之山地離島訪視費用)。
- (二) 其他各界建議調高訪視費(包含醫療資源不足地區、沒有自來水到的地區住民、夜間訪視加成等)，考量恐造成財務衝擊須審慎評估，將於本年度研議修訂居整計畫支付項目及金額，並向全民健康保險會爭取 112 年總額預算支應。

二、新增虛擬(行動)健保卡「綁定程序」及「協助綁定獎勵金」及「申報指標獎勵金」、建議使用「居家輕量藍牙 APP」、新增「申報異常代碼」監測指標案。

決議：

- (一) 同意居整計畫新增虛擬(行動)健保卡獎勵項目及執行面規範。
另虛擬(行動)健保卡為獎勵方案，如不使用仍可參加居整計畫提供居家醫療照護服務。

(二) 獎勵項目考量試辦初期，獎勵方案調整為：

1. 「協助綁定獎勵金」：無論一般地區或山地離島地區均以每人 200 點支應。

2. 「申報指標獎勵金」：

- (1) 獎勵指標占率定義：醫事機構(含交付機構)當年度以虛擬(行動)健保卡申報本計畫之件數/ 醫事機構機構(含交付機構)當年度

申報本計畫之件數。

- (2) 第一階段($25\% \leq \text{占率} < 50\%$)：當年度累計收案 ≥ 10 人且有提供病人居家醫療照護之特約醫事服務機構，每家機構獎勵 5,000 點。
- (3) 第二階段($50\% \leq \text{占率} < 70\%$)：提供居整計畫申報案件，一般地區每件獎勵 20 點、山地離島地區每件獎勵 40 點；當年度累計收案 ≥ 10 人且有提供病人居家醫療照護之特約醫事服務機構，每家機構再獎勵 10,000 點。
- (4) 第三階獎勵金(占率 $\geq 70\%$)每家獎勵：當年度累計收案 ≥ 10 人且有提供病人居家醫療照護之特約醫事服務機構，每家機構再獎勵 10,000 點。

三、其他相關規範及文字酌修案。

決議：

(一) 同意修訂以下相關規範：

1. 新增「居整計畫團隊得協助符合開立長照司『居家失能個案家庭醫師照護方案』之收案個案開立『長期照護醫師意見書』」(開立及費用申報規範依現行長照司「居家失能個案家庭醫師照護方案」規定辦理)。
2. 刪除「未完成用藥整合需結案措施」，用藥整合獎勵措施不變。
3. 增訂違規處分「醫事人員」2 年內不得參與本計畫。
4. 明訂「照護團隊逾 6 個月未提供居家醫療照護之病人，應予結案」規範。
5. 餘為文字酌修。

(二) 長照司「長期照護醫師意見書」：請長照司後續修訂「居家失能個案家庭醫師照護方案」或討論執行面細節時(如：開立醫師意見書或長照特約單位資格之放寬、醫師意見書之開立及費用申報撥付等)，應邀請醫療服務提供者代表共同研議，以符合醫事人員所需。

(三) 有關中華民國藥師公會全國聯合會建議調整「藥事照護服務」相關規範、中華民國護理師護士公會全國聯合會所提「居家精神護理」及增加其他醫事人員訪視(如物理治療師等)等，考量相關修訂可能造成財務影響須審慎評估，爰將於本年度研議修訂居整計畫支付項目及金額，並爭取 112 年總額預算支應。

參、散會：16 時

「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」修正草案條文對照表			附件 2
111 年原條文	111 年 1 月 12 日溝通會議共識版本		
	建議修訂條文	修正說明	
一、計畫依據 全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。	(維持原條文)		
二、計畫目的 (一)提升因失能或疾病特性致外出就醫不便病人之醫療照護可近性，減少病人因行動不便委請他人向醫師陳述病情領藥之情形。 (二) 鼓勵醫事服務機構連結社區照護網絡，提供住院替代服務，降低住院日數或減少不必要之社會性住院。 (三)改善現行不同類型居家醫療照護片段式的服務模式，以提供病人整合性之全人照護。		修訂施行期間	
三、預算來源 <u>本計畫個案管理費及附件 1 所列給付項目及支付標準之醫療費用由其他預算之「居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務」項下支應，其餘醫療費用由各部門總額預算支應。</u>	三、預算來源 (一) 本計畫個案管理費及附件 1 所列給付項目及支付標準之醫療費用由其他預算之「居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務」項下支應，其餘醫療費用由各部門總額預算支應。 (二) <u>虛擬(行動)健保卡獎勵金由其他部門預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路寬頻補助費用」之「提升院所智慧化醫療資訊機制」支應。</u>	1. 新增(二)虛擬(行動)健保卡獎勵金預算來源。 2. 分項條列。	
四、醫療服務提供者資格 (一) 由本保險特約醫事服務機構組成整合性照護團隊（以下稱照護團隊），提供含括「居家醫療」、「重度居家醫療」及「安寧療護」三照護階段，並依其執業人員專長提供各階段之服務項目。照護團隊應提供團隊內、外轉診服務，確保病人轉介與後送就醫之需求，並應建立各類訪視人員之聯繫窗口，以利連結服務。	(維持原條文)		
(二) 訪視人員資格： 1、各類訪視人員以本保險特約醫事服務機構之執業人員為限，提供呼吸照護及安寧療護等居家醫療照護，應具備各該項目之服務資格。 2、醫師：須具專科醫師資格；惟經保險人分區業務組審酌區域居家醫療服務資源後同意之醫師，不在此限。 3、中醫師：執業 2 年以上（含）之中醫師，自 109 年起執行本計畫之中醫師均須經中醫師公會全聯會培訓，取得中醫師居家醫療照護資格證書。 4、藥師：具藥事人員 2 人（含）以上之特約藥局或特約醫療院所之執業藥師，並經中華民國藥師公會全國聯合會培訓，取得居家藥事照護資格證書；惟位處本保險山地離島（附件 2）與醫療資源缺乏地區之特約藥局或特約醫療院所，不受藥事人員 2 人以上之限制。	(維持原條文)		
(三) 照護團隊應有個案管理人員負責協調、溝通及安排相關事宜；個案管理人員可由醫師、護理人員、呼吸治療人員或社會工作人員擔任。 (四) 病人之居家醫療主治醫師可由西醫師或中醫師擔任。	(維持原條文)		
(五) <u>特約醫事服務機構於參與計畫日起前二年內，不得有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者）；終約者亦同。前述違規期間之認定，以第一次處分函所載處分日起算。</u>	(五) <u>特約醫事服務機構及醫事人員於參與計畫日起前二年內，不得有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者）；終約者亦同。前述違規期間之認定，以第一次處分函所載處分日起算。</u>	1. 增訂醫事人員兩年內不得有違規情事之文字。 2. 分區業務組反映部分遭處分停約之醫事人員仍持續支援其他醫事機構提供居家醫療服務，爰建議增列醫事人員規範。	
(六) 特約醫事服務機構所屬醫師、中醫師至病人住家提供醫療服務，得視為符合醫師法所稱應邀出診，不需經事先報准；其他訪視人員至病人住家提供醫療服務，	(維持原條文)		

111 年原條文	111 年 1 月 12 日溝通會議共識版本	
	建議修訂條文	修正說明
須依法令規定事前報經當地衛生主管機關核准及保險人同意。 (七) 符合前述各項資格之照護團隊，由主責醫事服務機構向保險人分區業務組提出參與計畫申請書（附件 3，須檢附具體之照護團隊內、外轉診服務計畫與後送機制）。經保險人分區業務組資格審核同意後，始可參與本計畫；異動時亦同。		
五、服務區域 以申請收案之特約醫事服務機構所在地 10 公里之範圍為原則，但本保險山地離島地區與醫療資源缺乏地區，及報經保險人分區業務組認定之特殊情形，不在此限，惟仍應以鄰近之特約醫事服務機構就近收案提供服務為原則。	(維持原條文)	
六、收案條件 (一) 居家醫療階段：限居住於住家（不含照護機構），且經照護團隊醫事人員評估有明確醫療需求，因失能或疾病特性致外出就醫不便者。病人之子女或照顧者、民眾因各種因素無暇接送就醫之長者或幼童等不符合前述收案條件者，如有就醫需求，應循一般程序就醫。 1、失能：指巴氏量表(Barthel ADL Index) 小於 60 分。 2、因疾病特性致外出就醫不便：指所患疾病雖不影響運動功能，但外出就醫確有困難者，如重度以上失智症、遺傳性表皮分解性水皰症（泡泡龍）病人等。	(維持原條文)	
(二) 重度居家醫療階段：除第(一)款條件外，另應符合「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」（以下稱醫療服務支付標準）第五部第一章居家照護之收案條件；使用呼吸器相關服務之病人，另應符合「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫」（以下稱呼吸器依賴患者照護計畫）居家照護階段之收案條件。 (三) 安寧療護階段：除第(一)款條件外，另應符合醫療服務支付標準第五部第三章安寧居家療護之收案條件。	(維持原條文)	
(四) 居家中醫醫療服務：本計畫居家醫療、重度居家醫療、安寧療護階段之病人，需要中醫輔助醫療協助者。 (五) 居家藥事照護：本計畫居家醫療、重度居家醫療、安寧療護階段之病人，經居家醫療主治醫師判斷其專業能力無法處理之末期病患管制藥品使用諮詢、特殊劑型用藥指導（例如注射筆針劑型、吸入劑型等）。	(維持原條文)	
(六) 基於給付不重複之原則，行動不便病人(一般)居家照護、呼吸器依賴患者居家照護、末期病患安寧居家療護之收案對象，應自原照護計畫結案，始得於本計畫收案。 (七) 同一病人於相同照護期間，其他特約醫事服務機構不得再申請收案。	(維持原條文)	
七、結案條件 (一) 病人死亡、遷居、病情改善無需繼續接受居家醫療照護、入住照護機構、拒絕訪視、收案期間住院逾 30 日或改由其他院所收案等，應予結案。 (二) <u>居家醫療主治醫師未提供實質整合照護（實質整合照護係指照護團隊提供完整居家醫療照護，進行用藥整合）：</u> 1、 <u>居家醫療主治醫師應透過「健保醫療資訊雲端查詢系統」查詢病人(不含安寧療護階段)近期之就醫與用藥資訊，於收案後 12 個月內完成用藥整合，以提升照護品質及用藥安全，若未於 12 個月內完成用藥整合者，應予結案。</u> 2、 <u>本計畫 108 年 5 月 30 日修正前已收案之病人(不含安寧療護階段)，應自該次修正公告後 12 個月內完成用藥整合，未於 12 個月內完成者，應予結案。</u> 3、 <u>同一居家醫療主治醫師對前二款病人，於結案後一年內不得再申請提供居家</u>	七、結案條件 (一)病人死亡、遷居、病情改善無需繼續接受居家醫療照護、入住照護機構、拒絕訪視、收案期間住院逾 30 日或改由其他院所收案等，應予結案。 (二) <u>照護團隊逾6個月未提供居家醫療照護之病人，由保險人逕行結案；如個案結案後須居家醫療照護服務，仍可再次收案。</u>	1. 刪除用藥整合需結案措施：各界反映用藥整合受到醫師開立藥品專科之限制及民眾就醫習慣難改變，且本署已經推動「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」，建議本計畫相關用藥整合需結案措施刪除。 2. 原訂於問答集明訂之逾4個月未提供病人居家醫療照護應予以結案，建議修訂於計畫並由本署於系統自動結案。

111 年原條文	111 年 1 月 12 日溝通會議共識版本	
	建議修訂條文	修正說明
<u>醫療照護。</u> (三) <u>照護團隊未提供居家醫療照護之病人，應予結案。</u>		3. 未來配合行政措施：由保險人每月統計收案未提供訪視服務個案名單，於 VPN 回饋特約醫事機構，並考量初期輔導，若逾6個月未提供居家醫療照護之個案，由本署系統自動結案。 ◆原問答輯：依計畫第九點(二)規定，居家醫療主治醫師每3個月至少訪視病人1次，以確認病人病情變化，故如照護團隊逾4個月未提供病人居家醫療照護，應予以結案。
八、收案及審核程序 (一)收案來源： 1、住院病人：經主治醫師評估，由出院準備服務轉介至參與本計畫之特約醫事服務機構收案；接受轉介機構之醫師得配合出院準備服務到院評估病人之居家醫療照護需求。 2、非住院病人： (1) 由參與本計畫之特約醫事服務機構直接評估收案。 (2) 由病人或其家屬向參與本計畫之特約醫事服務機構提出申請，或由各縣市長期照顧管理中心（及合約居家服務單位）、衛生局（所、室）、社會局（處）等轉介至參與本計畫之醫事服務機構評估收案。	(維持原條文)	
(二)收案程序： 1、病人經訪視人員評估符合收案條件，開立收案申請書（附件4），並擬訂居家醫療照護計畫（含照護期間、照護內容、訪視頻率等），並於收案後二週內(如遇例假日得順延之)，由 <u>健保資訊網服務系統(以下稱 VPN)送保險人備查</u> ，保險人得視情況實地評估病人之醫療需求。但病人如需使用呼吸器相關服務，應先依呼吸器依賴患者照護計畫規定事先報經保險人核准，及登錄 VPN 呼吸照護系統。	(二)收案程序： 1、病人經訪視人員評估符合收案條件，開立收案申請書（附件4），並擬訂居家醫療照護計畫（含照護期間、照護內容、訪視頻率等），並於收案後二週內(如遇例假日得順延之)，至健保資訊網服務系統(以下稱 VPN)登錄，紙本申請書留存於個案病歷備查，保險人得視情況實地評估病人之醫療需求。但病人如需使用呼吸器相關服務，應先依呼吸器依賴患者照護計畫規定事先報經保險人核准，及登錄 VPN 呼吸照護系統。	1. 文字酌修。調整為「至健保資訊網服務系統(以下稱 VPN)登錄，紙本申請書留存於個案病歷備查」。 2. 附件 4 申請書另新增協助虛擬(行動)健保卡綁定之相關欄位。
2、 <u>為利居家醫療主治醫師整合病人用藥，收案前應向病人或其家屬說明，請其簽署同意書(附件 5)；本計畫修正公告前已收案之病人亦應簽署同意書。病人如欲維持原就醫模式，無法配合用藥整合，則不予收案，已收案者應予結案。</u>	2、 <u>為利居家醫療主治醫師整合病人用藥(係指照護團隊提供完整居家醫療照護，進行用藥整合)，執行用藥整合之主治醫師應於收案前應向病人或其家屬說明，請其簽署同意書(附件 5)。</u>	考量用藥整合為獎勵措施，如執行用藥整合之主治醫師應於收案前說明；並刪除無法配合用藥整合應予以結案措施之說明。
3、特約醫事服務機構應擇一最適照護階段收案提供照護，收案期間病人病情轉變，可彈性調整照護階段，無須結案後重新收案，但應於 1 週內（含例假日）於 VPN 登錄異動。 4、居家醫療主治醫師於照護階段轉換或照護期滿應重新評估，且每 3 個月至少訪視一次，以確認病人病情變化，適時調整醫囑。	(維持原條文)	
	5、 <u>為解決現行全民健康保險憑證（以下稱健保卡）寫入時間緩慢，減輕醫護人員居家訪視時攜帶沉重設備等問題，特約醫事服務機構得協助收案個案綁定虛擬(行動)健保卡，並應於綁定前向病人或其家屬說明並取得同意。</u>	本項新增。配合本署推動虛擬(行動)健保卡，新增特約醫事機構得取得病人同意後協助病人綁定虛擬(行動)健保卡。

111 年原條文	111 年 1 月 12 日溝通會議共識版本	
	建議修訂條文	修正說明
(三)照護期間之計算，新收病人以收案日起算；若病情需要申請延長照護者，須俟上次照護期間屆滿前30日內始得申請，並以接續日起算。同一特約醫事服務機構同一病人，於照護期間截止日起 <u>30日</u> 內再申請照護者，應以延長照護申請，不得以新病人申請；不符合收案條件者應即結案。	(三)照護期間之計算，新收病人以收案日起算；若病情需要申請延長照護者，須俟上次照護期間屆滿前 30 日內始得申請，並以接續日起算。同一特約醫事服務機構同一病人，於照護期間截止日起 <u>二週內(如遇例假日得順延之)</u> 再申請照護者，應以延長照護申請，不得以新病人申請；不符合收案條件者應即結案。	文字酌修。配合 110 年 8 月 31 日修訂，本計畫與支付標準第五部第一章一般居護收案流程一致，新收案及延續收案均調整為兩週內將資料上傳。
(四)特約醫事服務機構應依居家醫療主治醫師醫囑，擬訂居家醫療照護計畫以及排定訪視時間。訪視時，應查驗病人之 <u>全民健康保險憑證（以下稱健保卡）</u> 、身分證明文件，及自備讀卡設備逐次於健保卡登錄就醫紀錄，並於24小時內上傳予保險人備查；但有不可抗力或因特殊情況經保險人同意者，不在此限。	(四) 特約醫事服務機構應依居家醫療主治醫師醫囑，擬訂居家醫療照護計畫以及排定訪視時間。訪視時，應查驗病人之 <u>健保卡（含虛擬(行動)健保卡)</u> 、身分證明文件，及自備讀卡設備逐次於健保卡登錄就醫紀錄，並於 24 小時內上傳予保險人備查；但有不可抗力或因特殊情況經保險人同意者，不在此限。	配合本署推動虛擬(行動)健保卡，建議針對查驗病人健保卡之文字加強說明。
<u>(五)特約醫事服務機構參與本計畫後之新收病人均應於本計畫收案，原有病人於照護期滿應轉為本計畫病人。</u>	(刪除本條文)	建議刪除(五)，考量(一般)居家照護、呼吸器依賴患者居家照護、末期病患安寧居家療護等於支付標準及其他計畫仍持續辦理，無須限制所有個案皆需轉換於本計畫收案。
九、照護內容 居家醫療主治醫師應整體評估病人之醫療需求，開立居家醫療照護醫囑，並得視醫療需要於病歷註明照會理由，連結其他訪視人員提供醫療服務。本計畫之「居家醫療」、「重度居家醫療」及「安寧療護」三照護階段之照護內容，包括： (一)醫師訪視： 1、提供一般西醫門診診療服務，但不包括手術、麻醉、血液透析、復健診療、慢性精神疾病居家治療等特定診療服務。 2、一般藥品處方箋用藥，得按病人病情需要，每次開給足夠用量。 3、醫師開立藥品處方時，應透過健保醫療資訊雲端查詢系統，即時查詢病人近期之用藥資訊，避免重複處方，以提升病人用藥安全及品質。 (二)中醫師訪視：提供針灸、中藥與傷科指導；如為居家西醫主治醫師連結之病人，應與居家西醫主治醫師討論決定治療計畫(含治療療程)。 (三)護理人員訪視：提供居家護理一般照護、特殊照護、臨終照護及案家自我照護指導等。 (四)呼吸治療人員訪視：提供居家呼吸照護及案家自我照護指導。 (五)藥師訪視：提供居家藥事照護。 (六)其他專業人員訪視：視需要由心理師或社會工作人員訪視。 (七)藥品處方調劑服務：病人所需藥品，得由處方之特約醫療院所提供調劑與送藥服務，或由家屬持健保卡及處方箋至特約藥局或原處方院所調劑領藥。病人獨居時，應提供適當之藥事服務。 (八)個案健康管理：穩定健康狀態、連結醫療及長期照顧服務資源。輔導新收病人查詢健康存摺(應經病人、監護人或其指定代理人同意)，以協助訪視人員掌握病人就醫資訊，提升醫療安全與效益。 (九)24小時電話諮詢服務：於病人發生緊急狀況時，提供病人及其家屬24小時醫療專業諮詢服務，必要時應啟動緊急醫療後送程序。 (十)每次訪視應詳實製作病歷或紀錄，且須記錄每次訪視時間（自到達案家起算，至離開案家為止），並請病人或其家屬簽章；另應製作病人之居家醫療照護紀錄留存於案家，以利與其他訪視人員或長期照顧服務人員提供整合性之居家照護服務。	(維持原條文)	

111 年原條文	111 年 1 月 12 日溝通會議共識版本	
	建議修訂條文	修正說明
	<u>(十一)為減輕醫師提供到宅服務所需攜帶設備之重量，特約醫事機構得使用「居家輕量藍牙 APP」，以藍牙讀卡機取代健保 IC 卡專屬讀 卡機、以智慧型手機或平板取代筆記型電腦，至個案家中看診及讀取健保卡(含虛擬(行動)健保卡)。</u>	本項新增， 配合推動虛擬(行動)健保卡，建議參與本計畫之醫事機構得搭配使用「居家輕量藍牙 APP」進行居家訪視。
	<u>(十二)開立「長期照護醫師意見書」：本計畫收案個案同時符合長照司「居家失能個案家庭醫師照護方案」之「長期照護醫師意見書」開立條件，得由照護團隊內西醫師協助開立長期照護醫師意見書開立「長期照護醫師意見書」(開立及費用申報規範依現行長照司「居家失能個案家庭醫師照護方案」規定辦理)。</u>	本項新增。照護團隊應協助符合開立長期照護醫師意見書之個案，開立長期照護醫師意見書；開立醫師意見書。
十、醫療費用申報、支付及審查原則 (一)醫療費用之申報、暫付、審查及核付，除另有規定外，悉依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」辦理。	(維持原條文)	
(二)為確保醫療服務合理性，對於收案人數及訪視次數高於同儕之特約醫事服務機構，必要時得啟動專案審查。 (三)本計畫收案及延長照護案件之醫療費用，經審核不符收案條件者，保險人不予支付費用。	(維持原條文)	
(四)醫療費用申報： 1、特約醫事服務機構執行本計畫之醫療費用應按月申報，並於門診醫療服務點數清單依下列規定填報「案件分類」及「特定治療項目代號」欄位。 (1)居家醫療階段：案件分類E1，任一特定治療項目代號EC。 (2)重度居家醫療階段：案件分類A1，任一特定治療項目代號EC。 (3)安寧療護階段：案件分類A5，任一特定治療項目代號EC。 (4)居家中醫醫療服務：案件分類31，任一特定治療項目代號EC。 (5)居家藥事照護： A.特約醫療院所：案件分類依照護階段填報E1、A1或A5，任一特定治療項目代號EC。 B.特約藥局：案件分類E，任一原處方服務機構之特定治療項目代號EC。 2、其他欄位依居家照護案件，採同一療程每月申報一次： (1)「就醫日期」及「治療結束日期」欄位分別填報該月第一次訪視日期及該月最後一次訪視日期。「診治醫事人員代號」欄位，請填報該月第一次訪視人員身分證號（若同日訪視人員一人以上者，優先填報順序為醫師、中醫師、護理人員、呼吸治療人員、其他專業人員、藥師）。	(維持原條文)	新增第 5 項：考量新增「協助保險對象綁定虛擬健保卡獎勵金」及「虛擬(行動)健保卡申報指標獎勵金」，為利區隔山地離島地區服務案件，新增支付規範以利辨識。
(2)訪視人員各次訪視費應逐筆填報醫令代碼、執行時間-起/迄、執行醫事人員代號及就醫科別。前述就醫科別，醫師、中醫師訪視請以該次訪視實際提供之診療最適科別填報，護理人員訪視請填「EA居家護理」，呼吸治療人員訪視請填「AC胸腔內科」，其他專業人員與藥師訪視免填。 (3)呼吸器使用(P5406C)自使用日起算，轉出日不予計算，申報時「醫令執行時間-起/迄」請填至年月日。 (4)申報緊急訪視時，「醫令執行時間-起/迄」請填至時分，「支付成數」請依加成數填報(非加成時段請填100)；「醫令執行時間-起/迄」未依規定填報，該筆醫令不予加成。非申報緊急訪視時，「支付成數」請勿填報。如該次訪視為緊急訪視，應於「自費特材群組序號」填入「ECE」。 3、如可歸責於特約醫事服務機構申報資料錯誤，導致點值核付錯誤時，特約醫事服務機構需自行負責。	(維持原條文)	

111 年原條文	111 年 1 月 12 日溝通會議共識版本													
	建議修訂條文	修正說明												
4、本計畫之各類醫師訪視費由其專任或兼任之特約醫院或診所申報，護理人員、呼吸治療人員、藥師及其他專業人員訪視費由其專任或兼任之特約醫事服務機構於業務範圍內申報。居家藥事照護費、藥費、藥事服務費、檢驗(查)費由提供服務之特約醫事服務機構依規定申報，不得由護理機構申報，否則不予支付。														
	<u>5、特約醫事機構於山地離島地區提供服務並申報山地離島地區訪視費用：應於「特定地區醫療服務」欄位填寫「○○」，並於「支援區域」填寫山地離島地區之地區代碼。</u>	針對申報山地離島地區訪視分用者，於申報時填列「特定地區醫療服務」及「支援區域」，以利辨別並計算獎勵金。												
(五) 給付項目及支付標準： 1、個案管理費： (1) 申請收案之特約醫事服務機構應負責提供個案健康管理及 24 小時電話諮詢服務，惟前述服務可由照護團隊合作提供。 (2) 每名病人每年支付 600 點：由保險人於年度結束後計算並支付收案之特約醫事服務機構；未滿一年者，按月比例支付。年度間由 2 家以上特約醫事服務機構收案者，如於同一月份結案並重新收案，當月個案管理費，不論實際收案天數，支付首家結案機構及最終收案機構各 50%。 (3) 收案期間如連續三個月未提供病人居家醫療照護，則不予支付該區間之個案管理費。	(維持原條文)													
2、各照護階段之給付項目及支付標準原則如下： <table><tr><th>照護階段</th><th>給付項目</th><th>支付標準</th></tr><tr><td>居家醫療</td><td>醫師訪視 中醫師訪視 藥師訪視</td><td>訪視費論次計酬 藥費、藥事服務費核實 檢驗（查）費核實 針灸治療核實</td></tr><tr><td>重度居家醫療</td><td>醫師訪視 中醫師訪視 護理人員訪視 呼吸治療人員訪視 藥師訪視 其他專業人員訪視</td><td>訪視費論次計酬 藥費、藥事服務費核實 檢驗（查）費核實 呼吸器使用論日計酬 緩和醫療家庭諮詢費論次計酬 針灸治療核實</td></tr><tr><td>安寧療護</td><td>醫師訪視 中醫師訪視 護理人員訪視 呼吸治療人員訪視 藥師訪視 其他專業人員訪視</td><td>訪視費論次計酬 藥費、藥事服務費核實 檢驗（查）費核實 呼吸器使用論日計酬 病患自控式止痛論次計酬 針灸治療核實</td></tr></table> 備註： 1. 各照護階段內之給付項目應依病人病情實際需要提供，並非照護階段內各類訪視人員訪視均須提供。 2. 本計畫申報之中醫針灸治療處置費不列入全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準合理量計算。	照護階段	給付項目	支付標準	居家醫療	醫師訪視 中醫師訪視 藥師訪視	訪視費論次計酬 藥費、藥事服務費核實 檢驗（查）費核實 針灸治療核實	重度居家醫療	醫師訪視 中醫師訪視 護理人員訪視 呼吸治療人員訪視 藥師訪視 其他專業人員訪視	訪視費論次計酬 藥費、藥事服務費核實 檢驗（查）費核實 呼吸器使用論日計酬 緩和醫療家庭諮詢費論次計酬 針灸治療核實	安寧療護	醫師訪視 中醫師訪視 護理人員訪視 呼吸治療人員訪視 藥師訪視 其他專業人員訪視	訪視費論次計酬 藥費、藥事服務費核實 檢驗（查）費核實 呼吸器使用論日計酬 病患自控式止痛論次計酬 針灸治療核實	(維持原條文)	
照護階段	給付項目	支付標準												
居家醫療	醫師訪視 中醫師訪視 藥師訪視	訪視費論次計酬 藥費、藥事服務費核實 檢驗（查）費核實 針灸治療核實												
重度居家醫療	醫師訪視 中醫師訪視 護理人員訪視 呼吸治療人員訪視 藥師訪視 其他專業人員訪視	訪視費論次計酬 藥費、藥事服務費核實 檢驗（查）費核實 呼吸器使用論日計酬 緩和醫療家庭諮詢費論次計酬 針灸治療核實												
安寧療護	醫師訪視 中醫師訪視 護理人員訪視 呼吸治療人員訪視 藥師訪視 其他專業人員訪視	訪視費論次計酬 藥費、藥事服務費核實 檢驗（查）費核實 呼吸器使用論日計酬 病患自控式止痛論次計酬 針灸治療核實												

111 年原條文	111 年 1 月 12 日溝通會議共識版本	
	建議修訂條文	修正說明
3、各類訪視人員訪視費、夜間及例假日緊急訪視加成、呼吸器使用費、緩和醫療家庭諮詢費及病患自控式止痛處置及材料費(Patient-Controlled Analgesia, 以下稱 PCA)等，依附件 1 之給付項目及支付標準支付。 4、藥事服務費、藥費、檢驗（查）費及針灸治療費等：依醫療服務支付標準及「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」規定支付。 5、各類訪視人員每人服務人次上限如下，超過的部分不予支付訪視費用，惟緊急訪視人次不納入計算：	(維持原條文) (維持原條文)	1. 提案 1 支付標準修訂：建議將各項山地離島地區訪視費用均調高 2 成。 2. 財務影響評估：本計畫及支付標準第五第一章及第三章之山地離島地區相關訪視費用調整，預估約需 1,895 萬元： (1) 109 年共訪視 36,927 次，醫令點數共申報 60,240,201 點，加兩成約需 1,205 萬點 (2) 110 年 1-9 月共訪視 34,963 次，醫令點數共申報 55,939,225 點，推估全年申報 74,585,669 點(55,939,225 點/9 個月*12 個月)，加兩成約需 1,500 萬點。 (3) 綜上，將 1,500 萬點*成長率(以 110 年-109 年訪視費用成長率 0.25 推估，111 年約需 1,875 萬元。
(1) 醫師：每日訪視人次以 8 人次為原則，且每月以 180 人次為限。 (2) 中醫師：每日訪視人次以 8 人次為原則，且每月以 180 人次為限。 (3) 護理人員：每月訪視人次以 100 人次為限(含安寧療護)，僅執行安寧療護以 45 人次為限。 (4) 呼吸治療人員：每月訪視人次以 60 人次為限。 (5) 藥師、其他專業人員：每月訪視人次以 45 人次為限。 (6) 為確保照護品質，各類訪視人員執行本計畫之每月服務人次上限，與執行醫療服務支付標準第五部第一章居家照護及第三章安寧居家療護，以及呼吸器依賴患者照護計畫之服務人次歸戶合併計算。	(維持原條文)	
(六) 部分負擔計收規定： 1、保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條居家照護規定計收，處方用藥另依門診藥品部分負擔規定計收。 2、若屬全民健康保險法第四十八條所列重大傷病、分娩、山地離島地區就醫情形之一，保險對象免自行負擔費用。 3、若屬全民健康保險法第四十三條第四項所訂醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，保險對象應自行負擔費用得予減免 20%。	(維持原條文)	
(七) 值結算方式： 1、本計畫個案管理費及附件 1 所列給付項目及支付標準之醫療費用：其他預算之「居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務」按季均分，採浮動點值計算，每點支付金額不高於 1 元；當季預算如有結餘，則流用至下季。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付	(維持原條文)	

[illegible]

111 年原條文	111 年 1 月 12 日溝通會議共識版本	
	建議修訂條文	修正說明
	<u>分母：居家醫療照護總就醫件數。</u>	視。 2. 為瞭解醫師未實際至案家進行居家訪視問題，經統計 109 年本計畫 1,602 家醫事機構申報本計畫就醫案件共 540,042 件，其中申報異常代碼共 927 家(58%)，申報 134,401 件(25%) 3. 本署前於 110 年 4 月 7 日函請各學協會至個案家中提供醫療服務仍應依規定登錄健保卡及上傳就醫紀錄在案。 4. 為解決偏遠地區無法連線問題，將推動虛擬(行動)健保卡及就醫識別碼，故增列本項監測指標，以利瞭解異常代碼申報較多院所之遭遇困難並協助改善。 5. 考量本指標需搭配虛擬(行動)健保卡上線，爰於本次公告執行 6 個月後進行監測。
十二、品質獎勵措施 為提升居家醫療照護品質，特約醫事服務機構提供病人實質整合照護者，予以調高個案管理費。收案滿 13 個月(含)以上之病人，符合下列獎勵要件時，不論當年度收案期間，個案管理費均為 2,000 點；跨年度收案時亦同。 (一)病人(不含安寧療護階段)收案滿 12 個月後，由照護團隊提供完整照護，未於西醫門診(不含急診及照護團隊轉診之未開立藥品案件)就醫者。 (二)本計畫 108 年 5 月 30 日修正前，已收案之病人(不含安寧療護階段)，自該次修正公告日起 12 個月後，未於西醫門診(不含急診及照護團隊轉診之未開立藥品案件)就醫者。	十二、獎勵措施 <u>一、為提升居家醫療照護品質，特約醫事服務機構提供病人實質整合照護者，予以調高個案管理費。收案滿 13 個月(含)以上之病人，符合下列獎勵要件時，不論當年度收案期間，個案管理費均為 2,000 點；跨年度收案時亦同。</u> (一)病人(不含安寧療護階段)收案滿 12 個月後，由照護團隊提供完整照護，未於西醫門診(不含急診及照護團隊轉診之未開立藥品案件)就醫者。 (二)本計畫108年5月30日修正前，已收案之病人(不含安寧療護階段)，自該次修正公告日起12個月後，未於西醫門診(不含急診及照護團隊轉診之未開立藥品案件)就醫者。	調整項次及獎勵措施名稱。
	<u>二、「協助保險對象綁定虛擬(行動)健保卡獎勵金」，特約醫事服務機構於收案時協助保險對象綁定虛擬(行動)健保卡且符合下列條件者，每名保險對象限獎勵一次：</u> (一) <u>須在「居家醫療照護整合收案申請書」勾選個案由特約醫事服務機構協助綁定並取得個案或家屬同意，並將佐證資料留存於病歷備查(需協助拍攝虛擬(行動)健保卡之相片、已完成綁定畫面截圖等)。</u> (二) <u>特約醫事機構需於當年度收案期間有以虛擬(行動)健保卡方式申報該保險對象資料且成功。</u> (三) <u>協助每名保險對象綁定虛擬(行動)健保卡獎勵費用 200 點。</u> (四) <u>已綁定保險對象因手機故障/更換手機再重新綁定、已於本計畫結案後再由其他醫事機構重新收案並協助綁定、已由其他計畫(如：全民健康保險遠距醫療給付計畫)特約院所協助綁定等情形，不予重複獎勵。</u> <u>本項獎勵金由保險人每季計算，並支付予收案特約醫事服務機構。</u>	1. 配合本年度推動虛擬(行動)健保卡，新增「協助保險對象綁定虛擬(行動)健保卡獎勵金」。 2. 「協助保險對象綁定虛擬(行動)健保卡獎勵金」財務影響評估： (1) 以 109 年 1683 家參與院所收案約 7.2 萬人推估(一般地區 6.9 萬人、IDS 區 0.3 萬人)：一般地區需約 689 萬點、IDS 區需約 66 萬點，合計需 756 萬點。 (2) 以 110 年 1659 家參與院所收案約 9.0 萬人推估(一般地區 8.6 萬人、IDS 區 0.4 萬人)：一般地區需約 856 萬元、IDS 區需約 8.5 萬人，合計需 1,797 萬點。

111 年原條文	111 年 1 月 12 日溝通會議共識版本																									
	建議修訂條文	修正說明																								
	三、「<u>虛擬(行動)健保卡申報指標獎勵金</u>」：促進院所宣導及協助民眾綁定<u>虛擬(行動)健保卡之推廣意願，提供虛擬(行動)健保卡申報成功之達成獎勵額度</u>： (一) <u>獎勵指標定義</u>： <u>醫事機構(含交付機構)當年度以虛擬(行動)健保卡申報本計畫之件數</u> <u>醫事機構機構(含交付機構)當年度申報本計畫之件數</u> (二) <u>獎勵條件與費用</u>： 1. <u>第一階段(25%≤占率<50%)：提供本計畫申報案件，一般地區每件獎勵10點、山地離島地區每件獎勵20點；當年度累計收案≥10人且有提供病人居家醫療照護之特約醫事服務機構，每家機構獎勵5,000點。</u> 2. <u>第二階段(50%≤占率<70%)：提供本計畫申報案件，一般地區每件獎勵20點、山地離島地區每件獎勵40點；當年度累計收案≥10人且有提供病人居家醫療照護之特約醫事服務機構，每家機構再獎勵10,000點。</u> 3. <u>第三階獎勵金(占率≥70%)：當年度累計收案≥10人且有提供病人居家醫療照護之特約醫事服務機構，每家機構再獎勵10,000點。</u>	◇ 配合本年度推動虛擬(行動)健保卡，新增「<u>虛擬(行動)健保卡申報指標獎勵金</u>」。 ◇ 額外獎勵部分針對持續提供居家醫療照護服務之醫事機構獎勵金： ◇ 110 年月共 1,412 家機構累計收案 7.5 萬人，平均每家機構收案 53 人，各機構收案百分位值： <table><tr><th>收案人數百分位</th><th>累計收案人數</th></tr><tr><td>P10</td><td>1</td></tr><tr><td>P20</td><td>3</td></tr><tr><td>P30</td><td>5</td></tr><tr><td>P40</td><td>9</td></tr><tr><td>P50</td><td>14</td></tr><tr><td>P60</td><td>23</td></tr><tr><td>P70</td><td>39</td></tr><tr><td>P80</td><td>76</td></tr><tr><td>P90</td><td>156</td></tr><tr><td>P95</td><td>264</td></tr><tr><td>P99</td><td>637</td></tr></table> ◇ 綜上，考量試辦初期，建議累計收案 10 人以上且有提供服務者，作為額外獎勵要件。 ◇ 「<u>虛擬(行動)健保卡申報指標獎勵金</u>」財務影響評估： ◇ 110 年費用推估 1. 第一階段 (25% ≤ 占率 <50%)：需約 1,387 萬點。 2. 第二階段 (50% ≤ 占率 <70%)：需約 2,648 萬點。 3. 第三階獎勵金 (占率 ≥ 70%)：需約 1,533 萬點。	收案人數百分位	累計收案人數	P10	1	P20	3	P30	5	P40	9	P50	14	P60	23	P70	39	P80	76	P90	156	P95	264	P99	637
收案人數百分位	累計收案人數																									
P10	1																									
P20	3																									
P30	5																									
P40	9																									
P50	14																									
P60	23																									
P70	39																									
P80	76																									
P90	156																									
P95	264																									
P99	637																									
十三、計畫管理機制 (一) 保險人負責總體計畫架構之研訂、協調與修正。 (二) 保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之參與資格、輔導轄區醫事服務機構執行計畫、計算指標與核發費用。 (三) 參與本計畫之醫事服務機構負責提供病人連續性之整合醫療照護。	(維持原條文)																									
十四、退場機制 (一) 參與本計畫之醫事服務機構，未依排定時間進行訪視且未事先通知病人、無故拒絕轉介單位或保險人轉介之病人、或參與本計畫有待改善事項，經保險人 2 次通知限期改善而未改善者，應自保險人通知終止執行本計畫日起退出	(維持原條文)																									

111 年原條文	111 年 1 月 12 日溝通會議共識版本	
	建議修訂條文	修正說明
本計畫。經保險人終止計畫參與資格者，一年內不得再申請參與本計畫。 （二）參與本計畫之醫事服務機構如涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者），應自保險人第一次處分函所載停約日起退出執行本計畫。 （三）特約醫事服務機構如經保險人分區業務組審查不符合參與資格或應終止參與資格，得於通知送達日起 30 日內，以書面向保險人分區業務組申請複核，但以一次為限。		
十五、計畫修訂程序 （一）本計畫視需要檢討，由保險人邀集醫療專業團體、主管機關等單位共同修訂後，報請主管機關核定後公告實施，並送健保會備查。 （二）屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告。	(維持原條文)	
十六、附則 （一）特約醫事服務機構至病人住家提供本保險居家醫療照護，得併行提供保險人代辦之醫療服務(如預防保健等)，其服務範圍與支付標準悉依各業務主管機關之規定辦理。 （二）本計畫施行期間，與現行醫療服務支付標準第五部第一章居家照護及第三章安寧居家療護，以及呼吸器依賴患者照護計畫雙軌併行。本計畫分二期逐步整合與推廣，每期三年，期滿應評估全面導入醫療服務支付標準。 （三）附錄： 1、基本日常生活功能：巴氏量表(Barthel ADL index)。 2、末期病患主要症狀表(符合安寧療護收案條件時填寫)。	(維持原條文)	

通則：

- 一、醫令代碼屬 P 碼者，限參與本計畫之特約醫事服務機構申報。
- 二、居家護理特殊照護項目如附表 1，居家護理一般照護項目如附表 2，居家照護治療材料表如附表 3；施行特殊照護項目及使用治療材料者，申報費用時，應填報項目編號、名稱及數量。
- 三、特約醫事服務機構對同一病人於相同期間，僅可擇一最適照護階段提供照護，不可跨照護階段收案。
- 四、照護階段內之服務項目，由收案之特約醫事服務機構協調照護團隊合作提供，不得重複提供。例如：重度居家醫療階段之呼吸器依賴患者，所需護理訪視服務，應由主責護理人員提供全人照護，而非分別派遣多名護理人員進行訪視。
- 五、呼吸器依賴患者每月實際醫療費用未達 27,000 點時，以 27,000 點扣除其他機構申報之醫療費用後，支付提供呼吸器之特約醫事服務機構；照護期間不足一個月時，依相同原則，按實際照護天數以每日 900 點計算支付。前述醫療費用不含中醫師訪視費、安寧療護醫師訪視費、安寧療護護理訪視費、其他專業人員處置費、緩和醫療家庭諮詢費、臨終病患訪視費、PCA、藥費、藥事服務費及附表 3 備註所列特殊材料。
- 六、醫師訪視當日如於門診由同一醫師診治，醫師訪視費、門診診察費應擇一申報。
- 七、醫事人員至病人住家或配合出院準備服務到院評估居家醫療服務需求，如經評估病人不符合收案條件，不予支付當次訪視費。
- 八、緊急訪視適應症與加成方式：適用醫師訪視費(不含中醫師)、護理人員訪視費及呼吸治療人員訪視費。

(一) 適應症：

1. 生命徵象不穩定。
2. 呼吸喘急持續未改善。
3. 譫妄或意識狀態不穩定。
4. 急性疼痛發作。
5. 發燒或突發性體溫不穩定。
6. 急性腹瀉。
7. 須立即處理之管路問題。
8. 其他經醫師評估有立即前往需要者。

(二) 除已有長期醫囑之須立即處理之管路問題項外，其他項適應症須先由醫師就病人病情進行評估後，決定適當醫事人員至案家緊急訪視，緊急訪視相關醫囑應載於訪視紀錄。

(三) 同一醫師對同一病人之緊急訪視，每日以一人次為限，超過不予支付。

(四) 加成方式：

1. 以抵達案家時起算，若離開案家時跨不同加成區間逾 30 分鐘，則以較高加成區間計算。
2. 夜間(下午五點到晚上十點)加計百分之五十。
3. 深夜(晚上十時至隔日早上八時)加計百分之七十。
4. 例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之四十。
5. 同時符合夜間及例假日，則加計百分之五十；同時符合深夜及例假日，則加計百分之七十。

編號	診療項目	支付點數
	醫師訪視費	
	居家醫療、重度居家醫療：	
05307C	醫師訪視費(次)	1553
05308C	山地離島地區醫師訪視費(次)	~~1709~~ <u>2051</u>
	甲類安寧療護：	
05312C	醫師訪視費(次)	1553
05323C	醫師訪視費山地離島地區(次)	~~1709~~ <u>2051</u>
	乙類安寧療護：	
05336C	醫師訪視費(次)	1088
05337C	醫師訪視費山地離島地區(次)	~~1196~~ <u>1435</u>
	註：醫師訪視費所訂點數含診察、處方、護理、電子資料處理及行政作業成本等。	
	醫師訪視費	
	居家醫療、重度居家醫療	
05307C	醫師訪視費(次)	1553
05308C	山地離島地區醫師訪視費(次)	~~1709~~ <u>2051</u>
	甲類安寧療護：	
05312C	醫師訪視費(次)	1553
05323C	醫師訪視費山地離島地區(次)	~~1709~~ <u>2051</u>
	乙類安寧療護：	
05336C	醫師訪視費(次)	1088
05337C	醫師訪視費山地離島地區(次)	~~1196~~ <u>1435</u>
	註：	

編號	診療項目	支付點數
	1.醫師訪視費所訂點數含診察、處方、護理、電子資料處理及行政作業成本等。 2.重度居家醫療、安寧療護如需護理人員隨行訪視，應額外申報護理人員訪視費。	
P5408C	中醫師訪視費(次)	1553
P5409C	山地離島地區中醫師訪視費(次) 註：中醫師訪視費所訂點數含診察(含傷科指導)、處方、護理、電子資料處理及行政作業成本等。	1709 <u>2051</u>
P5413C	醫師評估出院病人居家醫療照護需求(次) 註： 1. 限醫院院外醫師、中醫師配合出院準備服務到院評估申報。 2. 同一病人每次住院之醫師、中醫師到院評估至多各申報1次。 3. 經居家西醫主治醫師連結之病人，中醫師到院評估應經居家西醫主治醫師邀請，始得申報。	1553
	護理人員訪視費 重度居家醫療： —資源耗用群為第一類	
05301C	護理訪視費(次)	1050
05302C	山地離島地區護理訪視費(次)	1155 <u>1386</u>
	—資源耗用群為第二類	
05303C	護理訪視費(次)	1455
05304C	山地離島地區護理訪視費(次)	1601 <u>1921</u>
	—資源耗用群為第三類	
05305C	護理訪視費(次)	1755
05306C	山地離島地區護理訪視費(次)	1931 <u>2317</u>
	—資源耗用群為第四類	
05321C	護理訪視費(次)	2055
05322C	山地離島地區護理訪視費(次)	2261 <u>2713</u>
	甲類安寧療護：	

編號	診療項目	支付點數
	—訪視時間一小時以內 (≤ 1 小時)	
05313C	護理訪視費(次)	1650
05324C	護理訪視費山地離島地區(次)	1815
		<u>2178</u>
	—訪視時間一小時以上 (> 1 小時)	
05314C	護理訪視費(次)	2250
05325C	護理訪視費山地離島地區(次)	2475
		<u>2970</u>
	乙類安寧療護：	
	—訪視時間一小時以內 (≤ 1 小時)	
05338C	護理訪視費(次)	1155
05339C	護理訪視費山地離島地區(次)	1271
		<u>1525</u>
	—訪視時間一小時以上 (> 1 小時)	
05340C	護理訪視費(次)	1575
05341C	護理訪視費山地離島地區(次)	1733
	註：	<u>2080</u>
	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. 護理訪視費所訂點數含訪視、護理服務、治療處置、代採檢體及送檢、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. 訪視時間應記錄於訪視紀錄內，並請患者病人或其家屬簽章。	
	呼吸治療人員訪視費	
	—非侵襲性呼吸器依賴患者-使用鼻導管(nasal prong)或面罩等	
P5401C	呼吸治療人員訪視費(次)	1050
P5402C	山地離島地區呼吸治療人員訪視費(次)	1155
		<u>1386</u>
	—侵襲性呼吸器依賴患者-使用氣切管或氣管內管插管等	
P5403C	呼吸治療人員訪視費(次)	1455
P5404C	山地離島地區呼吸治療人員訪視費(次)	1601

編號	診療項目	支付點數
	註： 1. 限訪視呼吸器依賴患者申報。 2. 呼吸治療人員提供侵襲性呼吸器依賴患者呼吸照護時，護理人員不得再以提供氣切護理申報資源耗用群為第二類以上之護理訪視費。	<u>1921</u>
P5411C	居家藥事照護費(次)	1100
P5412C	山地離島地區居家藥事照護費(次) 註： 1. 居家藥事照護費所訂點數含用藥評估、用藥分裝、餘藥檢核、藥事服務、電子資料處理及行政作業成本等。 2. 每次服務應由居家醫療主治醫師視病人醫療需要評估連結。	~~1210~~ <u>1452</u>
05315C	其他專業人員處置費 (次)：限社會工作人員或心理師	1050
P5405C	山地離島地區其他專業人員處置費(次)：限社會工作人員或心理師 註：限訪視呼吸器依賴患者、臨終末期病患申報。諮商心理師限訪視末期病患。	~~1155~~ <u>1386</u>
P5406C	呼吸器使用(天) 註： 1. 限呼吸器依賴患者申報。 2. 呼吸器使用期間，自使用日起算，轉出日不予計算。	590
P5407C	緩和醫療家庭諮詢費 註： 1. 限重度居家醫療階段申報。 2. 適應症：以進入末期狀態病患為主。 3. 相關規範： (1)諮詢參與人員：包括主治醫療團隊、病患或家屬。 (2)諮詢時間：每一個案病人諮詢時間至少 1 小時。 (3)諮詢記紀錄：應有完整的諮詢溝通內容紀錄，並應併入病患之病歷及紀錄留存，紀錄並有參與諮詢醫療團隊及病患或家屬簽名。 (4)申報規定： a.病患已參與全民健康保險安寧共同照護試辦方案、住院安寧療護或居家安寧照護，不得再申報此項費用。 b.出院病患住院期間已接受緩和醫療家庭諮詢服務(項	2250

編號	診療項目	支付點數
	目代碼 02020B)，不得再申報此項費用。 c.同一照護團隊對同一照護對象病人限申報二次。 d.由居家醫療主治醫師執業之醫事服務機構申報此項費用。	
05326C	臨終病患訪視費	5000
05327C	山地離島地區臨終病患訪視費	~~5500~~ <u>6600</u>
	註： 1. 限訪視臨終病患，且 ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group Scale)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、乙兩類安寧療護醫事人員皆可申報。 3. 服務內容需包含臨終訪視、善終準備及家屬哀傷輔導等。	
05316C	病患自控式止痛處置及材料費(Patient-Controlled Analgesia, PCA) 註：限訪視臨終末期病患，所訂點數含 PCA 幫浦注射費、PCA 裝置(set)、 PCA 袋(bag)等。每一個案病患每月限申報二次。	1890

附表 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、因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 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

附表 3. 居家照護治療材料表

特材代碼	特材品名
NDN01	頭皮針
NDN04	靜脈留置針
CLS04	精密輸液套 (PRECISION ADMINISTRATION SET)
CEE01	延長管 (EXTENSION SET (T-CONNECTOR))
WDD08	人工生物化學覆蓋物 (ARTIFICIAL BIOCHEMICAL COVERING MATERIAL)
(免填報)	肛管(RECTAL TUBE)、小量灌腸器
	鼻胃管 (N-G TUBE)
	導尿包、導尿管(FOLY CATHETER)、蓄尿袋(URINE BAG)
	敷料類(紗布、棉墊、棉枝、棉棒、棉籤、棉片、膠帶)
	普通點滴套(IV SET)
	注射筒器、針頭、靜脈帽(IV CAP)、人工薄膜(OP-SITE)
	抽吸導管 (SUCTION TUBE)
	灌食空針 (FEEDING SYRINGE)
	生理食鹽水、蒸餾水
	優碘(AQ-BETA IODINE)、優碘軟膏、酒精
	KY-JELLY
	手套、口罩、紙治療巾
	壓舌板
	尿糖試紙、血糖試紙、痰液收集器

註：矽質二叉留置導尿管、矽質鼻胃管、PVC 氣切管、矽質氣切管及胃造口術管路衛材(須由醫師操作更換)等特殊材料，依病人之實際需要並由醫師開立醫囑者得另行申報，支付品項以全民健康保險藥物給付項目及支付標準收載之特殊材料品項為限。

全民健康保險山地離島地區一覽表

縣(市)別	山地鄉(區)	離島鄉(島)
宜蘭縣	大同鄉、南澳鄉	
新北市	烏來區	
桃園市	復興區	
新竹縣	尖石鄉、五峰鄉	
苗栗縣	泰安鄉	
臺中市	和平區	
南投縣	信義鄉、仁愛鄉	
嘉義縣	阿里山鄉	
高雄市	茂林區、桃源區、那瑪夏區	東沙島、南沙太平島
屏東縣	三地門鄉、霧台鄉、瑪家鄉、泰武鄉、來義鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉	琉球鄉
花蓮縣	秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉	
臺東縣	海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉	蘭嶼鄉、綠島鄉
澎湖縣		馬公市、湖西鄉、西嶼鄉、白沙鄉、望安鄉、七美鄉
金門縣		金城鎮、金寧鄉、金沙鎮、烈嶼鄉、金湖鎮、烏坵鄉
連江縣		南竿鄉、北竿鄉、莒光鄉、東引鄉

參與「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」申請書

基本資料	照護團隊名稱		照護團隊代號	(由保險人填入)
	主責機構		機構代碼	
	負責人		聯絡人	
	聯絡電話		email	
配套措施	藥品處方調劑方式	☐ 處方院所調劑後送藥 ☐ 交付處方箋 ☐ 其他：(請說明)		
	24 小時諮詢專線			
	個案健康管理措施			
	病人轉銜合作機制			
	轉診後送機制			

本院(所)及團隊內醫事服務機構同意於執行計畫期間，依照本計畫及全民健康保險法等相關規定，提供保險對象居家醫療照護。

此致 衛生福利部中央健康保險署

└─┘

└─┘

└─┘
醫事服務機構印信

└─┘
負責人印章

中華民國

年

月

日

居家醫療照護團隊組成清單

序號	醫事服務機構名稱	機構代號	縣市鄉鎮	層級別	居家服務項目	醫事人員數				聯絡人	聯絡電話
						醫師	護理人員	呼吸治療人員	其他專業人員		
1											

備註：

1. 主責機構請列序號 1，其餘團隊組成之醫事服務機構則依序編號。
2. 層級別：依評鑑結果分為醫學中心、區域醫院、地區醫院；其餘醫事服務機構(藥局除外)稱基層院所。
3. 應檢附照護團隊之合作契約或證明文件。

全民健康保險居家醫療照護整合計畫收案申請書

☐1 申請收案 ☐2 申請收案複核 ☐3 申請延長照護 ☐4 申請延長照護複核 ☐5 照護階段轉換

收案日期	年 月 日	前次核定迄日	年 月 日	申請日期	年 月 日
收案機構	名稱： 代號：			照護團隊	代號：
第一部分：基本資料					
病人姓名		性別	☐ 1 男 ☐ 2 女	出生日期	年 月 日
身分證號		電話	(日) (夜)		
居住地址					
居住狀況	☐ 1 獨居 ☐ 2 家人同住 ☐ 3 親友同住 ☐ 4 其他				
常用語言	☐ 1 國語 ☐ 2 台語 ☐ 3 客家語 ☐ 4 原住民族語 ☐ 5 其他				
虛擬(行動)健保卡	☐ 1 無 ☐ 2 由照護團隊於 年 月 日協助綁定虛擬(行動)健保卡。				
主要聯絡人	與病人關係： 聯絡電話/手機：				
社會福利身分別	☐ 1 無 ☐ 2 低收入戶 ☐ 3 中低收入戶 ☐ 4 榮民 ☐ 5 原住民 ☐ 6 領有身心障礙證明				
第二部分：健康狀況					
意識狀態	☐ 1 清醒 ☐ 2 嗜睡 ☐ 3 混亂 ☐ 4 呆滯(木僵) ☐ 5 昏迷(或植物人) ☐ 6 其他				
情緒狀態	☐ 1 平穩 ☐ 2 憂鬱 ☐ 3 焦慮 ☐ 4 無法評估				
理解能力	☐ 1 良好 ☐ 2 僅可理解簡單句子或關鍵字 ☐ 3 無法理解 ☐ 4 無法評估				
表達方式	☐ 1 語言 ☐ 2 肢體表達 ☐ 3 溝通輔具 ☐ 4 無法表達 ☐ 5 無法評估				
呼吸(可複選)	☐ 1 自行呼吸 ☐ 2 使用氧氣 ☐ 3 使用侵襲性呼吸器 ☐ 4 使用非侵襲性呼吸器 ☐ 5 使用氣切管或氣管內管插管 ☐ 6 其他				
進食	☐ 1 由口進食 ☐ 2 鼻胃管灌食 ☐ 3 靜脈注射 ☐ 4 其他				
排泄	☐ 1 自行排泄 ☐ 2 需協助排泄 ☐ 3 大小便失禁 ☐ 4 存留導尿管 ☐ 5 腸造口 ☐ 6 其他				

本申請書自開立日起 14 日內有效，逾期不予受理申請。

皮膚狀況	☐ 1 完整 ☐ 2 損傷(部位： 大小： X X 等級： 類別： ☐ 擦傷、割傷 ☐ 術後傷口 ☐ 燒燙傷 ☐ 壓瘡 ☐ 其他慢性傷口：)
日常生活活動能力	ADL 總分： 分(請檢附 60 天內有效巴氏量表，細項如附錄 1)
肌力	上肢(左： 分 右： 分)、下肢(左： 分 右： 分)
疾病史	
第三部分：收案評估	
收案來源	☐ 1 住院病人，轉介醫院代碼 ☐ 2 非住院病人(病患或家屬自行申請) ☐ 3 非住院病人(衛生局、社會局、長照管理中心等轉介病患)
收案條件	☐ 1 有明確醫療需求 ☐ 2 外出就醫不便，原因： ☐ 失能(ADL<60) ☐ 疾病特性： ☐ 其他 ☐ 3 符合「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第 5 部第 1 章居家照護收案條件 ☐ 4 符合「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫」居家照護階段之收案條件 ☐ 5 符合「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第 5 部第 3 章安寧療護收案條件(續答附錄 2 末期病患主要症狀表) (條件 1、2 為必要條件)
照護階段	☐ 1 居家醫療 ☐ 2 重度居家醫療 ☐ 3 安寧療護(續答 A~C) A.疼痛評估(0-10)： B.ECOG(0-4)： C.安寧緩和意願書或同意書簽署： ☐ 是 ☐ 否
其他照護需求評估	☐ 1 有長期照顧服務需求，轉介至 ☐ 2 有居家中醫醫療需求，轉介至 ☐ 3 有居家西醫醫療需求，轉介至
第四部分：醫囑	
疾病診斷	主診斷：□□□□□□病名 次診斷 1：□□□□□□病名 次診斷 2：□□□□□□病名 次診斷 3：□□□□□□病名

全民健康保險居家醫療照護整合計畫 病人用藥整合同意書

一、 服務說明：

「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」提供因失能或疾病特性致外出就醫不便病人居家醫療照護服務。由居家醫療主治醫師整體評估病人的病情，視診療需要連結其他醫師、中醫師、護理人員、呼吸治療師、藥師、心理師及社工等人員提供訪視服務。

為提供整合性之居家醫療照護服務，居家醫療主治醫師將透過「健保醫療資訊雲端查詢系統」查詢病人近期之就醫與用藥資訊，於收案 12 個月內協助整合病人門、住診等用藥，以提升照護品質及用藥安全。

病人如欲維持原門診就醫習慣，無法配合居家醫療主治醫師整合用藥、提供實質居家醫療照護，則不符合本計畫之收案條件。

二、 接受服務意向表達：

本人 ☐同意 ☐不同意 ○○醫院(診所)○○醫師為本人居家醫療主治醫師，於本人簽署同意書日起至結案日止，可透過衛生福利部中央健康保險署建置之「健保醫療資訊雲端查詢系統」，查詢本人就醫之醫療費用申報資料及健保卡上傳就醫資料，協助整合本人用藥及提供實質居家醫療照護。

此致 ○○醫院(診所)

立書同意人：

出生年月日：民國____年____月____日

身分證號：

代理人：

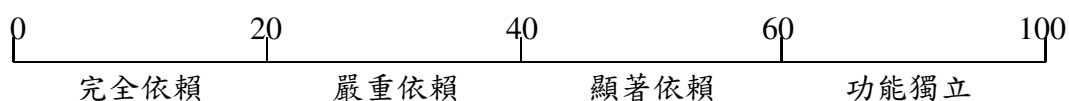
與病人之關係：

身分證號：

附錄 1、基本日常生活功能：巴氏量表(Barthel ADL index)

評估日期：_____年_____月_____日

項 目	分數	內 容 說 明
1. 進食	10□ 5□ 0□	自己在合理時間(約 10 秒鐘吃一口)可用筷子取食眼前的食物。若需進食輔具時，應會自行穿脫。 需別人幫忙穿脫輔具或只會用湯匙進食。 無法自行取食或耗費時間過長。
2. 個人衛生	5□ 0□	可以自行洗手、刷牙、洗臉及梳頭。 需要他人部份或完全協助。
3. 上廁所	10□ 5□ 0□	可自行上下馬桶、穿脫衣服、不弄髒衣服、會自行使用衛生紙擦拭。 需要協助保持姿勢的平衡、整理衣服或用衛生紙。 無法自己完成。
4. 洗澡	5□ 0□	能獨立完成(不論是盆浴或沐浴)，不需別人在旁。 需別人協助。
5. 穿脫衣服	10□ 5□ 0□	能自己穿脫衣服、鞋子，自己扣釦子、上拉鍊或綁鞋帶。 在別人協助下，可自己完成一半以上的動作。 不會自己做。
6. 大便控制	10□ 5□ 0□	不會失禁，能自行灌腸或使用塞劑。 偶爾會失禁(每週不超過一次)，需要他人協助使用灌腸或塞劑。 失禁，無法自己控制且需他人處理。
7. 小便控制	10□ 5□ 0□	能自己控制不會有失禁，或能自行使用並清潔尿套、尿袋。 偶爾會失禁(每週不超過一次)或尿急(無法等待放好便盆或及時趕到廁所)或需要他人協助處理尿套。 失禁，無法自己控制且需他人處理。
8. 平地行走	15□ 10□ 5□ 0□	使用或不使用輔具，皆可獨立行走 50 公尺以上。 需他人稍微扶持或口頭指導才能行走 50 公尺以上。 雖無法行走，但可以操作輪椅(包括轉彎、進門及接近桌子、床沿)並可推行輪椅 50 公尺以上。 完全無法自行行走，需別人幫忙推輪椅。
9. 上下樓梯	10□ 5□ 0□	可自行上下樓梯，可使用扶手、拐杖等輔具。 需他人協助或監督才能上下樓梯。 無法上下樓梯。
10. 移位	15□ 10□ 5□ 0□	整個過程可獨立完成。 移動身體時需要稍微協助、給予提醒、安全監督。 可以自行坐起，但從床上坐起時或移動身體時需要他人協助。 不會自己移動。
總分		



附錄 2、末期病患主要症狀表(符合安寧療護收案條件時填寫)

1.癌症末期病患： ☐高血鈣 ☐脊髓壓迫 ☐急性疼痛 ☐嚴重呼吸困難 ☐惡性腸阻塞 ☐出血 ☐腫瘤潰瘍☐嚴重嘔吐 ☐發燒，疑似感染 ☐癲癇發作 ☐急性譫妄 ☐急性精神壓力，如自殺意圖
2.末期運動神經元病患： ☐虛弱及萎縮 ☐肌肉痙攣 ☐吞嚥困難 ☐呼吸困難 ☐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 ☐便秘 ☐流口水
3.老年期及初老期器質性精神病態： ☐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 ☐病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：☐電解值不平衡 ☐急性疼痛 ☐嚴重呼吸困難 ☐惡性腸阻塞 ☐嚴重嘔吐 ☐發燒，疑似感染 ☐癲癇發作 ☐急性譫妄 ☐瀕死狀態
4.其他大腦變質： ☐嚴重神經疾病如：☐嚴重中風 ☐嚴重腦傷 ☐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：電解值不平衡 ☐急性疼痛 ☐嚴重呼吸困難 ☐惡性腸阻塞 ☐嚴重嘔吐 ☐發燒，疑似感染 ☐癲癇發作 ☐急性譫妄 ☐瀕死狀態 ☐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
5.心臟衰竭： ☐CHF NYHA stage III 或 IV–休息或輕度活動時會喘 ☐原心臟照顧團隊認為病人很可能在近期內死亡 ☐經常因嚴重心臟衰竭症狀住院 ☐因心律不整而造成的昏厥等嚴重症狀者 ☐曾有心臟停止或心肺復甦術病史 ☐常有不明原因的昏厥 ☐心因性腦栓塞 ☐左心室射出分率$\leq 20\%$
6.慢性氣道阻塞，他處未歸類者： ☐即使使用氧氣，然而$\text{PaO}_2 \leq 55\text{mmHg}$、$\text{PaCO}_2 \geq 50\text{mmHg}$或$\text{O}_2 \text{ saturation} \leq 88\%$ ☐$\text{FEV}_1 \leq 30\%$ of predicted ☐FEV_1持續下降且速度每年大於40 ml ☐6個月內體重減少10%以上 ☐休息時心跳超過100/min ☐肺心症或肺病造成之右心衰竭 ☐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
7.肺部其他疾病： ☐即使使用氧氣，然而$\text{PaO}_2 \leq 55\text{mmHg}$、$\text{PaCO}_2 \geq 50\text{mmHg}$或$\text{O}_2 \text{ saturation} \leq 88\%$ ☐$\text{FEV}_1 \leq 30\%$ of predicted ☐FEV_1持續下降且速度每年大於40 ml ☐6個月內體重減少10%以上 ☐休息時心跳超過100/min ☐肺心症或肺病造成之右心衰竭 ☐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
8.慢性肝病及肝硬化： ☐肝病或肝硬化末期，不適合肝臟移植，且(1)$\text{PT} > 5 \text{ sec above control}$ 或 $\text{INR} > 1.5$ (2)$\text{Serum albumin} < 2.5 \text{ g/dl}$ ☐$\text{PT} > 5\text{sec above control}$或$\text{INR} > 1.5$ ☐$\text{Serum albumin} < 2.5\text{g/dl}$ ☐困難處理之腹水 ☐自發性細菌性腹膜炎 ☐肝腎症候群 ☐肝腦病變合併坐立不安、昏睡和昏迷 ☐復發性食道靜脈瘤出血 ☐多重器官衰竭 ☐惡病質與消瘦

9.急性腎衰竭，未明示者：

☐已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病患 ☐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 ☐其他重要器官衰竭及危及生命之合併症 ☐長期使用呼吸器 ☐嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症 ☐惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者 ☐惡性腫瘤末期患者 ☐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

10.慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者：

☐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 ☐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 ☐其他重要器官衰竭及危及生命之合併症 ☐長期使用呼吸器 ☐嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症 ☐惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者 ☐惡性腫瘤末期患者 ☐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 ☐其他：

附表 3_110 年居家醫療照護之山地離島訪視費用調高 2 成財務推估(居整計畫)：

支付標準 編號	名稱	原醫令 單價 (A)	建議調整後 醫令單價 (B)	訪視次數 (C)	加兩成全年所 需費用 (D=C*(B-A))	111 年所需費用 以 110 年 25% 成長率推估
	合計			34,862	11,432,686	17,920,488
05308C	山地離島地區醫師訪視費 (次)1.在宅	1,709	2,051	22,674	7,749,973	9,687,466
05323C	甲類醫師訪視費用-山地 離島地區(次)-在宅	1,709	2,051	329	112,452	140,565
05337C	乙類醫師訪視費用山地離 島地區(次)-在宅	1,196	1,435	256	61,235	76,544
P5409C	山地離島地區中醫師訪視 費	1,709	2,051	608	207,814	259,768
05302C	山地離島地區護理訪視費 (次)-資源耗用群第一類(在 合理量內)1.在宅	1,155	1,386	3,899	900,669	1,125,836
05304C	山地離島地區護理訪視費 (次)-資源耗用群為第二類 (在合理量內)1.在宅	1,601	1,921	4,729	1,514,226	1,892,782
05306C	山地離島地區護理訪視費 (次)-資源耗用群為第三類 (在合理量內)1.在宅	1,931	2,317	1,166	450,309	562,887
05322C	山地離島地區護理訪視費 (次)-資源耗用群為第四類 (在合理量內)1.在宅	2,261	2,713	66	29,845	37,307
05324C	甲類護理訪視費(次)-在宅: 訪視時間 1 小時以內(≤1 小時)-山地離島地區	1,815	2,178	110	39,930	49,913
05325C	甲類護理訪視費(次)-在宅: 訪視時間 1 小時以上(>1 小 時)-山地離島地區	2,475	2,970	74	36,630	45,788
05339C	乙類護理訪視費山地離島 地區(次)-在宅:訪視時間 1 小時以內(≤1 小時)	1,271	1,525	522	132,692	165,866
05341C	乙類護理訪視費山地離島 地區(次)-在宅:訪視時間 1 小時以上(>1 小時)	1,733	2,080	365	126,509	158,136
05327C	臨終病患訪視費山地離島 地區	5,500	6,600	64	70,400	88,000

備註:

- 1.建議調整後醫令單價以原醫令單價加 2 成計算。
- 2.醫令點數另包含居整計畫緊急訪視費用加成後點數。
- 3.擷取條件：案件分類為特定治療項目任一為 EC 且醫令為居家醫療相關訪視醫令者。

附表 4-1、110 年居家醫療照護整合計畫收案人數、申報件數及點數

特約類別	機構數	收案人數			申報件數			申報點數		
		一般地區	IDS 地區	合計	一般地區	IDS 地區	合計	一般地區	IDS 地區	合計
醫學中心	19	5,137	36	5,173	31,888	159	32,047	136,891,456	647,205	137,538,661
區域醫院	67	10,395	159	10,553	58,963	505	59,468	188,722,744	1,445,251	190,167,995
地區醫院	121	3,440	344	3,784	33,289	3,707	36,996	100,556,509	9,792,736	110,349,245
基層診所	981	29,801	2,376	32,177	170,336	16,700	187,036	343,881,764	38,985,899	382,867,663
藥局	7	-	-	-	36	-	36	39,600	-	39,600
居護所	458	36,811	1,312	38,123	208,669	5,924	214,593	533,512,828	16,438,084	549,950,912
呼吸治療所	6	41	-	41	357	-	357	4,641,301	-	4,641,301
合計	1659	85,625	4,227	89,852	503,539	26,995	530,533	1,308,246,203	67,309,175	1,375,555,377

- 備註:
- 1.資料擷取中央健保署三代倉儲系統門診清單及交付機構清單檔案，特定治療項目任一為 EC 案件
 - 2.申報件數為以 OP_CASE 進行計算(排除補報、慢性病連續處方領藥、同一療程、洗腎或 BC 肝藥品拆報等案件。
 - 3.收案人數以該個案戶籍且投保於 IDS 區個案、申報件數及點數以申報居整計畫山地離島地區訪視費用計算。
 - 4.申報點數為申請點數+部分負擔。
 - 5.收案人數及申報件數點數為全年推估件數(以 110 年 1-9 月資料計算每月收案、申報人數及點數後推估全年。

附表 4-2、110 年居家醫療照護整合計畫虛擬(行動)健保卡獎勵費用推估(低推估)												
特約類別	機構數	收案個案綁訂獎勵金每人 200 點	第一階段(25%≤占率<50%)				第二階段(50%≤占率<70%)				第三階段獎勵金(占率≥70%)且照護≥10人，每家1萬	總獎勵
			件數獎勵			照護≥10人，每家5千點	件數獎勵			照護≥10人，每家1萬點		
			一般地區 (每件10點)	IDS 地區 (每件20點)	合計		一般地區 (每件20點)	IDS 地區 (每件40點)	合計			
醫學中心	19	1,034,667	318,880	3,173	322,053	95,000	637,760	6,347	644,107	180,000	180,000	2,455,827
區域醫院	67	2,110,667	589,627	10,107	599,733	335,000	1,179,253	20,213	1,199,467	670,000	670,000	5,584,867
地區醫院	121	756,800	332,893	74,133	407,027	605,000	665,787	148,267	814,053	1,180,000	1,180,000	4,942,880
基層診所	981	6,435,467	1,703,360	334,000	2,037,360	4,905,000	3,406,720	668,000	4,074,720	8,780,000	8,780,000	35,012,547
藥局	7	-	360	-	360	35,000	720	-	720	70,000	70,000	176,080
居護所	458	7,624,533	2,086,693	118,480	2,205,173	2,290,000	4,173,387	236,960	4,410,347	4,390,000	4,390,000	25,310,053
呼吸治療所	6	8,267	3,573	-	3,573	30,000	7,147	-	7,147	60,000	60,000	168,987
合計	1,659	17,970,400	5,035,387	539,893	5,575,280	8,295,000	10,070,773	1,079,787	11,150,560	15,330,000	15,330,000	73,651,240

備註:

- 1.收案個案綁訂獎勵金為一般地區收案人數*100 點、IDS 區收案人數*200 點
- 2.總獎勵=個案綁訂獎勵金+三階段獎勵

討論事項

第七案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關修訂「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫(下稱呼吸器計畫)，針對居家照護階段放寬收案地點及明訂居家審查核減費用標的案，提請討論。

說明：

- 一、依據名揚護理之家 110 年 3 月 26 日名揚字第 110018 號函(副本)及廣鄉長照社團法人附設私立慈輝住宿長照機構 110 年 6 月 3 日慈輝字第 110-056 號函辦理。
- 二、案係緣於本署各分區業務組前依本署 110 年 2 月 22 日健保醫字第 1100032758 號函向轄區機構重申，呼吸器計畫之居家照護階段個案「收案地點」限在宅或入住於開業執照載有居家護理服務的特約護理之家，並自 110 年 7 月起核扣不符規定之費用。惟陸續接獲多家機構及民眾強烈反彈，綜整反映意見如下：
 - (一)收案地點若屬「非特約之一般護理之家」，希望健保服務仍可進入：
 - 1.現行一般護理之家已無法再申請提供「居家護理」服務，原已收住呼吸器依賴個案之前述護理之家，無從向本保險特約。
 - 2.民眾反映現行特約護理之家照護品質良莠不齊，且短時間內不易找到合適且符合計畫收案資格之機構，病人希望留住原一般護理之家（非特約）。
 - (二)收案地點若屬「住宿式長照機構」，希望健保服務仍可進入：
 - 1.名揚護理之家(本保險特約醫事服務機構)刻正依衛生福利部政策，規劃轉型為住宿式長照機構，惟是類機構不符合呼吸器計畫收案地點，故 110 年 3 月 26 日函請衛福部釋疑。
 - 2.衛福部回復摘要如下（如附件 1，頁次討 7-5）：
 - (1)長期照顧服務法(下稱長服法)自 106 年施行後，收住身心失

能者均須依據長服法規定設立，即未來無新設立護理之家或老人福利機構（安養型除外）。

(2) 住宿式長照機構之設立標準，對於收住呼吸器依賴者，係參考一般護理之家規範而訂。

三、本署考量現因疫情病人轉換機構不易，並為避免病人因機構轉型所致權益受損，爰規劃放寬計畫「收案地點」，並通知各分區業務組於本計畫修訂前，自費用年月 110 年 7 月（含）起至 111 年 6 月 30 日止不符計畫收案地點者，輔導結案並暫緩核扣費用，並調查現入住於符合護理機構分類設置標準收住呼吸器依賴個案之非特約護理之家收案人數。

四、另衛生福利部長期照顧司(下稱長照司)針對住宿式長照機構之呼吸器依賴病人是否有相關補助及護理及健康照護司(下稱照護司)就一般護理之家能否收住呼吸器病人等事宜，說明如下：

(一)長照司（如附件 2，頁次討 7-6）：無針對住宿式長照機構收治呼吸器依賴病人，訂有之相關長照補助費用。

(二)照護司（如附件 3，頁次討 7-7~7-8）：

1. 依據護理機構分類設置標準第 3 條附表二護理之家設置基準規定，一般護理之家開業執照未載有「含收住呼吸器依賴個案」，仍得收住呼吸器依賴病人，惟收住個案人數應符合該設置標準所訂之相應人員及設施設備等配置安排。
2. 若為支付呼吸器計畫需要，照護司可請各縣市主管機關加強輔導，收住呼吸器依賴個案之一般護理之家，不論是否達 4 床，皆請向當地主管機關登記呼吸器依賴個案床數，以利管理。
3. 提供開業執照載有「含收住呼吸器依賴個案」之一般護理之家清冊供本署參考。

五、經比對資料，入住於非特約機構個案數共 89 人，收住情形綜

整如下：

- (一)開業執照載有「含收住呼吸器依賴個案」之非特約一般護理之家：收住呼吸器依賴病人之機構共 6 家，收住呼吸器依賴病人 18 人。
- (二)開業執照未載有「含收住呼吸器依賴個案」之非特約一般護理之家：收住呼吸器依賴病人之機構共 47 家，收住呼吸器依賴病人 63 人。
- (三)住宿式長照機構：收住呼吸器依賴病人之機構共 5 家，收住呼吸器依賴病人 8 人。

六、綜上，考量一般護理之家及住宿式長照機構之設立(置)標準皆可收住呼吸器依賴病人，惟為保障病人權益，收住機構應符合該設置標準所訂之相應人員及設施設備等配置安排，並經當地主管機關同意，本案建議放寬計畫「收案地點」，除在宅或入住於特約護理之家外，另納入包括「長期照顧服務機構設立標準」之住宿式長照機構及開業執照載有「含收住呼吸器依賴個案」之一般護理之家。

七、費用估算：呼吸器依賴居家照護階段 111 年係以其他預算「居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務」支應，全年經費 7,300 百萬元，因本次放寬「收案地點」之收住個案皆為目前暫緩核扣之申報個案，且非放寬服務提供者資格，爰不造成財務影響。

八、另考量現行計畫居家照護階段，支付規範所載「...未記載訪視紀錄者，予以核扣訪視醫療費用。」實有未清楚定義「訪視醫療費用」範圍之疑義，為避免爭議情形發生，擬修正計畫支付規範文字為「...未記載訪視紀錄或記載不全者，予以核扣當日論日計酬醫療費用。」，以明確定義審查核減標的。

擬辦：修正後「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫（如附件 4，頁次討 7-9～7-32），本案經討論後如獲同意，將依程序報請衛生福利部核定後公布實施。

決議：

衛生福利部 函

機關地址：115204 台北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：劉倍孜
聯絡電話：(02)8590-7717
傳真：(02)8590-6090
電子郵件：lc0123@mohw.gov.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國110年4月6日
發文字號：衛部顧字第1100010293號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：文字 /

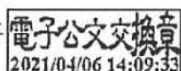
主旨：有關貴機構函詢依據長期照顧服務法(以下稱長服法)設立之住宿式長照機構是否得收住呼吸器依賴服務使用者，及是否為「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻支付方式計畫」(以下稱呼吸器支付計畫)之給付對象，復如說明，請查照。

說明：

- 一、復貴機構110年3月26日名揚字第110018號函。
- 二、鑑於長服法自106年6月3日正式施行，又長服法施行後，收住身心失能者均須依據長服法規定設立；查住宿式長照機構之設立標準，已明定對於收住呼吸器依賴服務使用者之設施設備及人力配置，故依據長服法設立之住宿式長照機構，符合設立標準中收住呼吸器依賴服務使用者之規定，即得收住該類服務使用者。
- 三、次查上開所述收住呼吸器依賴服務使用者之設立標準係參考一般護理之家對於收住呼吸器依賴服務使用者之寢室、工作站之設施設備，及業務負責人資格、護理師資格及其人力比、相關專責專科醫師及呼吸治療師等規範，此原則本部業向呼吸器支付計畫之主管機關本部中央健康保險署說明。
- 四、至貴機構詢問住宿式長照機構是否為呼吸器支付計畫之給付對象，基於各項計畫之補助對象、資格及限制等，仍應尊重各項補助計畫主管機關之認定，副本抄送本部中央健康保險署，請該署卓處逕復貴機構。

正本：名揚護理之家

副本：衛生福利部中央健康保險署



有關住宿式長照機構中之呼吸器依賴病人是否有相關補助預算(如於長照基金編列相關預算)及服務項目疑義一節，政府為減輕長期入住機構者之經濟負荷，已採取賦稅減免及專案補助方式，說明如下：

一、 長期照顧特別扣除額：為減輕中低所得家庭照顧身心失能者之租稅負擔，財政部 108 年 7 月 24 日修正公布「所得稅法」第 17 條，增訂長期照顧特別扣除額，每人每年定額扣除 12 萬元，自 108 年 1 月 1 日起符合聘僱外籍家庭看護工、長照失能等級第 2 至 8 級且使用長照給付及支付基準服務、入住住宿式服務機構達 90 天，以及在家自行照顧等資格者皆適用。

二、 入住住宿式機構補助：

(一) 住宿式服務機構使用者補助方案：為緩解使用機構者及其家屬照顧及經濟負荷，政府除採取賦稅減免方式，另考量特別扣除額對於較低所得者無法受益或受益較少，爰此，本部對於住宿式服務機構使用者予以專案補助，凡補助年度入住一般護理之家、精神護理之家、除安養床外之老人福利機構、身心障礙機構、國軍退除役官兵輔導委員會所屬榮譽國民之家自費失能養護床或自費失智養護床、依兒童及少年福利與權益保障法委託安置於兒童及少年安置及教養機構且領有身心障礙手冊/證明及提供住宿式服務之長期照顧服務機構等本方案規定之機構滿 90 天以上，所得稅率未達 20%等，補助金額按綜合所得稅稅率級距採階梯性補助，1 年最高可領取 6 萬元之補助。

(二) 對於經濟弱勢失能老人、身心障礙者之補助：長期照顧十年計畫 2.0 提供中低收入失能老人機構公費安置每月給予 2 萬 2,000 元補助。領有身心障礙證明/手冊者，可依身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助辦法第 2 條規定申請補助。

綜上，為促使醫療資源有效應用，鑑於提供住宿式服務之長期照顧服務機構，可提供身心失能持續已達或預期達六個月以上者出院轉銜服務，包含使用呼吸器依賴病人，爰此，建議健保署將住宿式長照機構納入「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫之居家照護特約機構，以達計畫避免長期依賴呼吸器患者佔用急性病房或甚至加護病房的情形之本意。

表單單號：1101126746

申請時間：110/11/26 11:44:38

衛生福利部 請辦單(護理及健康照護司)

收文單位：

■ 護理及健康照護司 ■ 醫事司

請辦事由：

一、依據本署「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫辦理。二、查本計畫規定，居家照護階段個案收案地點限在宅或入住於本保險特約護理之家，本署刻正研議計畫收案地點放寬等事宜，爰請貴司協助就以下問題提供相關資料及說明：(一)開業執照未載有「含收住呼吸器依賴個案」之一般護理之家得否收住呼吸器依賴病人。(二)承上，如否，請協助提供開業執照載有「含收住呼吸器依賴個案」之一般護理之家機構名單。三、請惠於文到後一週內回復，請查照見復。

※請惠予//前回復資料。

速 別 最速件

發文單位

中央健康保險署
(1100046092)

申請人

分 機

(02)27065866

發文單位附件

回復意見：

一、護理機構分類設置標準第3條附表二護理之家設置基準規定，一般護理之家收住呼吸器依賴個案人數，不得逾機構許可床數二分之一；且一般護理之家收住呼吸器依賴個案達4床以上者，須符合一定人員及設施設備配置規定。爰一般護理之家開業執照未載有「含收住呼吸器依賴個案」，仍得收住呼吸器依賴病人，若經計算其收住呼吸器依賴個案人數，未有相應之人員及設施設備等配置安排，則以違反護理機構分類設置標準規定處辦。

二、若為辦理全民健康保險呼吸器依賴個案照護相關費用支付需要，考量事涉受照護者之權益，並有跨司署之行政管理必要，本司可請各直轄市及縣(市)主管機關加強輔導轄內一般護理之家，若有收住呼吸器依賴個案者，不論是否達4床以上，皆請向當地主管機關登記呼吸器依賴個案床數，以利管理。

三、檢送全國開業中有登記收住呼吸器依賴個案床一般護理之家清冊供參。

向上陳核或
會辦處理

決 行 是

* 結案方式

回復申請人

附 件 檔

20211129-全國開業中有登記收住呼吸器依賴個案床一般護理之家清冊.xls_(蔡明翰
110/12/01 08:00:08)

[清冊] 全國開業中的一般護理之家，有登記收住呼吸器依賴個案床者

資料時間：2021年11月29日

資料來源：醫事管理系統

	序號	機構名稱	機構代碼	縣市別	一般護理之家-一般床-許可數	一般護理之家-一般床-開放數	一般護理之家-收住呼吸器依賴個案床-許可數	一般護理之家-收住呼吸器依賴個案床-開放數	日間照護-開放數
登記呼吸器4床以上 全國計11家	1	禾馨護理之家	7433051101	新竹縣	145	143	23	23	0
	2	清泉醫院附設護理之家	7403100020	臺中市	161	161	20	20	0
	3	嘉義縣私立長松護理之家	7440030032	嘉義縣	36	36	20	20	0
	4	安康護理之家	7446011166	臺東縣	23	23	20	20	0
	5	安歆護理之家	7437130514	彰化縣	42	42	18	18	0
	6	財團法人豐榮護理之家	7231050022	新北市	255	255	12	12	0
	7	本堂澄清醫院附設護理之家	7336180018	臺中市	66	66	10	10	0
	8	悅榕護理之家	7405310211	臺南市	140	140	10	10	0
	9	義大醫療財團法人附設義大護理之家	7207120015	高雄市	155	100	10	10	0
	10	慈祐醫院附設護理之家	7435040044	苗栗縣	84	72	10	10	0
	11	遠東護理之家	7431050713	新北市	84	84	4	4	0
登記呼吸器1至3床 全國計6家	12	佛教慈濟醫療財團法人附設台中慈濟護理之家	7203090016	臺中市	447	447	3	3	16
	13	全恩護理之家	7441020552	臺南市	43	43	3	3	0
	14	新中興醫院附設護理之家	7612041029	新竹市	32	32	3	3	0
	15	天主教仁慈醫療財團法人附設新竹仁慈護理之家	7733060517	新竹縣	92	92	3	3	0
	16	民權護理之家	7431050679	新北市	18	44	2	2	0
	17	臺北縣私立慈和護理之家	7431050697	新北市	86	86	2	2	0

「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫

保險人(89 年 5 月 2 日)

第一次修訂(89 年 6 月 27 日)

第二次修訂(89 年 8 月 19 日)

第三次修訂(91 年 11 月 01 日)

第四次修訂(99.01 費用月份起適用，98 年 07 月 24 日)

第五次修訂(99.01 費用月份起適用，98 年 11 月 06 日)

第六次修訂(99.09 費用月份起適用，99 年 08 月 10 日)

第七次修訂(102.01 費用月份起適用，101 年 11 月 22 日)

第八次修訂(102.08 費用月份起適用，102 年 07 月 29 日)

第九次修訂(104 年 5 月 25 日)

第十次修訂(105.04 費用月份起

適用，105 年 4 月 1 日)

第十一次修訂(108.04 費用月份起適用，108 年 4 月 1 日)

第十二次修訂(109.08 費用月份起適用，109 年 8 月 1 日)

第十三次修訂(110.07 費用月份起適用，110 年 7 月 1 日)

第十四次修訂草案(111.XX 費用年月份起適用)

壹、前言

我國由於慢性照護的發展緩慢，因此長期依賴呼吸器患者佔用急性病房或甚至加護病房的情形時有所聞。為有效利用加護病房之資源，提升重症病患照護品質，避免因不當的利用加護病床致急症患者面臨一床難求的窘境，行政院衛生署(衛生福利部前身)於 87 年提出「改善醫院急診重症醫療計畫」，訂定「急性呼吸治療病床」及「呼吸照護病床」之設置標準，並責由全民健康保險保險人(以下稱保險人)研訂相關醫療費用支付標準，以落實計畫之推行。

為促使醫療資源有效應用，保險人研擬從支付制度改革，由現行論量計酬改為論日、論人計酬等前瞻性支付制度，並導入管理式照護模式，然而呼吸器依賴患者從急性、亞急性到慢性等階段，臨床上的變化非常多樣，而國內對於呼吸器使用者臨床預後、照護方式及成本、醫療利用狀況及醫療品質指標等，尚缺乏完整的資料，為此，保險人特邀請台灣胸腔暨重症加護醫學會各方面的臨床專家及學者組成「工作小組」，借重其專業及臨床實務經驗，共同規劃研訂呼吸器依賴患者之照護模式及支付方式，在規劃支付方式之過程，除廣泛蒐集各國近期實施之支付制度外，並考量本國以下現況，訂定本計畫：

- 一、制度面上本國現有之組織架構如醫療組織、財務、體制是否能充分配合。
- 二、財務風險分攤之能力及責任歸屬。

三、藉支付機制提升照護體系運作的效率之誘因。

四、呼吸器依賴患者之特性如費用、利用率的分析及發生率、盛行率等流行病學之考量)。

由於至目前為止，我國尚無以特定疾病按時程多元支付之實際運作經驗，如能透過本計畫之運作及評估，找出缺點防治之道，並提出呼吸器依賴患者最具成本效益之支付制度之建議，使呼吸器依賴患者獲得整體性、高品質之照護，以為未來規劃其他疾病論日或論人計酬支付制度之參考，是本計畫規劃之最大期許。

貳、計畫目的

一、改善現行論量計酬之支付方式，加強醫療院所進行垂直性及水平性服務整合的誘因，以利提供呼吸器依賴病患完整性的醫療保健服務，並提升照護品質。

二、鼓勵醫療院所引進管理式照護，藉由設立亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房或發展呼吸器依賴病患之居家照護模式，以降低長期使用呼吸器病人占用加護病房或急性病房之情況，促使醫療資源合理使用。

三、評估不同階段之支付方式，包括論日計酬及論人計酬，對於呼吸器依賴患者之醫療照護品質及成效之影響，以做為日後全面辦理時品質監控及支付方式設計之參考。

參、計畫內容

一、參與計畫醫院之資格

(一)鼓勵組成整合性照護系統，提供含括加護病房、亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房及居家照護各階段照護。

(二)設置基準

各階段特約醫事服務機構需符合衛生福利部「醫療機構設置標準」及本計畫支付標準附表 9.2 規定設置。

(三)申請書格式

由各參與之特約醫療機構檢附「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫申請書(附件一)向保險人分區業務組提出申請。

(四)其他

各參與之特約醫療機構應設有個案管理人制度，由專任或兼任之個案管理人員負責協調、溝通及個案管理安排事宜。個案管理人員可由醫師、呼吸治療人員、護理人員或社工人員擔任。

二、 給付項目及支付標準：詳附件二

三、 醫療費用之申報

(一)參與計畫之申報

1、 第一到第三階段以住院案件申報，第四階段以門診案件申報。

(1). 第一到第三階段使用呼吸器之各病房異動皆應「獨立」切帳申報。

(2). 第三階段未結案之個案至少須每60天始得申報乙次。

(3). 第四階段未結案之個案按月申報。

2、 住院醫療費用點數申報格式總表段支付制度計畫案件醫療費用點數=點數清單申請費用點數（欄位 IDd85）+部分負擔點數（欄位 IDd84）

3、 門診及住院醫療點數申報格式填報：

(1). 總表段之申報類別：請填報【1：送核】

(2). 點數清單段之給付類別：請填報【9：呼吸照護】

(3). 第一階段者，除申報類別填【1：送核】、案件分類【4：支付制度試辦計畫案件】、給付類別填【9：呼吸照護】外，其餘依論量計酬之現行申報方式申報；病患於本階段使用呼吸器但＜21 天即轉出至亞急性呼吸照護病房或慢性呼吸照護病房時，仍依上述規定申報，餘應暫緩申報，俟確認病患使用呼吸器滿 21 天為呼吸器依賴患者，或脫離呼吸器滿 5 天非屬呼吸器依賴患者後，依相關規定申報。

(4). 第二階段~第三階段者，除申報類別填【1：送核】、案件分類【4：支付制度試辦計畫案件】、給付類別請填【9：呼吸照護】外，其他欄位申報方式如下：

住院醫療費用點數申報格式點數清單段欄位填報：

A. 欄位 IDd66「診察費點數」-欄位 IDd82「嬰兒費點數」分項費用欄位：將醫令清單醫令類別「4」實際發生之醫療費用，比照論病例計酬案件之歸屬方式申報。

B. 合計點數（欄位IDd83）及部分負擔點數（欄位IDd84）比照論病例計酬案件之方式申報。

C. 醫療費用點數合計(欄位IDd86、88、90、92、94、96、98)：比照論病例計酬案件之方式申報。醫療費用點數之計算（住院第61、63、65、67、69、71、73欄）比照論病例計酬案件之方式申報。

D. 申請點數(欄位IDd85)。

(A) 若：定額申報費用>合計點數

則：[申請點數]欄位=定額申報費用-部分負擔點數

(B) 若：亞急性呼吸照護病房定額申報費用<亞急性呼吸照護病房合計點數

則：[申請點數]欄位=(定額申報費用-部分負擔點數)+1/3*(合計點數-定額申報費用)

(C) 欄位 IDd87、89、91、93、95、97、99部分負擔欄位：比照論病例計酬案件之方式申報，其他欄位比照現行申報方式。

(D) 同一月份同一個案申報二次以上者，流水號請連續編號。

(5). 第四階段者，除申報類別填【1：送核】、案件分類【A1：居家照護】、【A6：護理之家之居家照護】、給付類別請填【9：呼吸照護】、就醫科別【AC：胸腔內科】外，其他欄位申報方式如下：

A. 「就醫日期」及「治療結束日期」欄位分別填報該月第一次訪視日期及該月最後一次訪視日期。

B. [申請點數]欄位=定額申報費用-部分負擔點數。

4、門診及住院醫療費用點數醫令清單段填報說明：

(1). 第一階段之申報：以論量計酬申報。

(2). 第二階段~第三階段之申報：

A. 定額醫令項目：醫令類別請填「2」，請集中於實際醫療費用醫令項目之前申報，並填列執行起迄日期。

B. 實際醫療費用醫令項目：醫令類別請填「4」，並填列執行起迄日期。

(3). 第四階段之申報：

A. 定額醫令項目：醫令類別請填「2」，請集中於實際醫療費用醫令項目之前申報。

B. 實際醫療費用醫令項目：醫令類別請填「4」。

C. 「總量」欄位填列實際申報天數。

(二)住院未參與計畫之申報：各病房異動皆應「獨立」切帳申報

病房	費用清單			醫令清單	
	申報類別	案件分類	給付類別	醫令代碼	醫令類別
ICU 呼吸器使用>21天	送核	依現行論量計酬申報方式申報	9	實際醫療費用醫令項目	依現行論量計酬申報方式申報
				申報時病患仍使用呼吸器但<21天，應暫緩申報，俟確認病患使用呼吸器滿21天為呼吸器依賴患者，或脫離呼吸器滿5天非屬呼吸器依賴患者後，依規定申報。	
亞急性呼吸照護病房	送核	依現行論量計酬申報方式申報	9	實際醫療費用醫令項目	依現行論量計酬申報方式申報
慢性呼吸照護病房	送核	依現行論量計酬申報方式申報	9	P1011-2C	2
				得另核實項目	1、2、3
				實際醫療費用醫令項目	依現行論病例計酬申報方式申報
				1.「實際醫療費用」>「P 碼」+「得另核實項目」時，「申請金額+部分負擔」=「P 碼」+「得另核實項目」 2.當「實際醫療費用」<「P 碼」+「得另核實項目」時，「申請金額+部分負擔」=「實際醫療費用」。	
一般病房(含經濟病房)	送核	依現行論量計酬申報方式申報	9	P1005K- P1012C	2
				得另核實項目	1、2、3
				實際醫療費用醫令項目	依現行論病例計酬申報方式申報
				1. 一般病房費用「實際醫療費用」>「P 碼」+「得另核實項目」時，「申請金額+部分負擔」=「P 碼」+「得另核實項目」 2. 當「實際醫療費用」<「P 碼」+「得另核實項目」時，「申請金額+部分負擔」=「實際醫療費用」。	

四、病患轉介之流程：詳附圖。五、品質監控指標

(一) 結構指標

- 1、照護小組各類照護人員之專業資格。
- 2、照護小組各類照護人員與病患之比例。
- 3、照護小組各類照護人員再教育狀況。

(二) 過程指標

- 1、照護小組各類照護人員之照護及在職教育品質。
- 2、內部品質監控指標：
 - (1)個案完整登錄比率。
 - (2)疾病嚴重度。
- 3、呼吸器依賴病患之個案管理與出院規劃完整性。

(三) 結果指標：(以下之指標均以出院日為準)

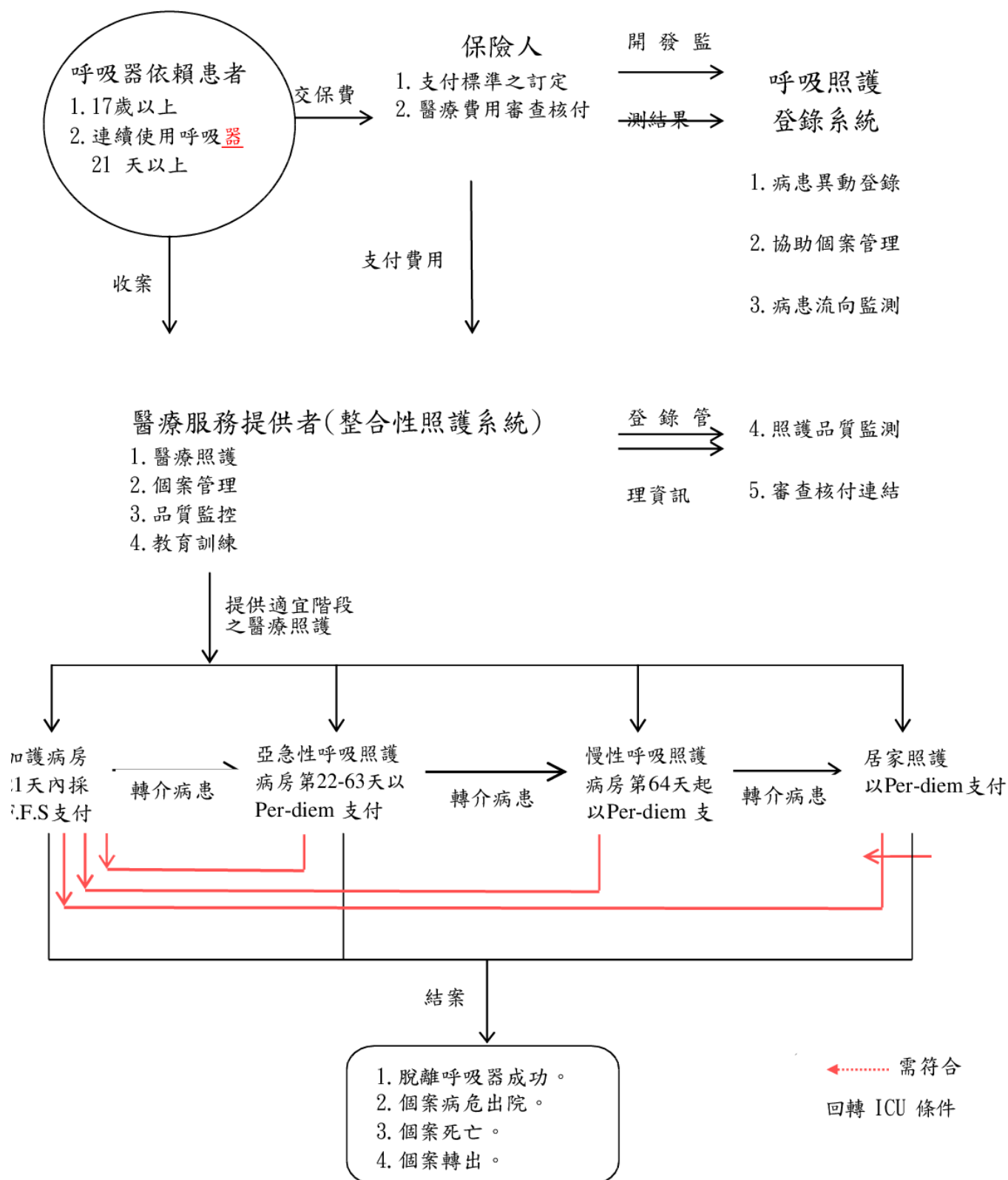
1、品質監控指標

- (1) 平均住院日（不適用慢性呼吸照護病房）
- (2) 平均呼吸器使用日（不適用慢性呼吸照護病房）
- (3) 回轉率。
- (4) 死亡率。
- (5) 呼吸器脫離成功率。
- (6) 未脫離呼吸器下轉居家照護比率

2、被保險人（或其家屬）之滿意度。

肆、計畫修正程序：本方案之修訂，屬給付項目及支付標準者，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附圖、呼吸器依賴患者整合性照護流程圖



附件一 特約醫療機構參與「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護」前瞻性支付方式計畫申請書

壹、整合性照護系統醫療機構名單

整合性照護系統								各照護階段病床數（床）					
醫療機構名稱	醫療機構代號	整合關係(勾選)		層級(勾選)				加護病房				亞急性呼吸 照護病房	慢性呼 吸照 護 病 房
		主要負責 醫院	系統內其他 醫療機構	醫學 中心	區域 醫院	地區 醫院	居家照 護機構	甲 級	乙 級	丙 級	丁 級		

第一聯 保險人存查
第二聯 醫院存底

備註：1.主要負責機構需將整合性照護系統內所有醫療機構全數填列，系統內其他醫療機構只需填列自家機構及主要負責醫院。

2.整合關係依在整合性照護系統(IDS)內主要負責醫院或系統內其他醫療機構以勾選方式填送。

3.本計畫鼓勵組成整合性照護系統，未組成之院所得不填報整合關係欄位之醫療機構資料。

貳、 配合措施：

一、 個案管理人措施

個案管理人姓名： 學歷：

經歷：

聯絡電話：

職掌： 1.
2.

二、 個案轉介措施

三、 系統內醫院輔導措施

四、 醫療品質確保措施

參、 預期達成效益

本申請書連同醫事人員暨設備資料表共 頁
請惠予核定為荷。此致
保險人
發文日期： 年 月 日
發文字號： 字第 號
申請醫療機構名稱及代號：
負責人： 簽章 院所經辦人： 簽章

備註：本申請書一式二聯由特約醫療機構填寫，經醫療機構負責人簽章後，逕寄本保險之分區辦理。

亞急性呼吸照護病房
慢性呼吸照護病房
居家照護機構

相關醫事人員暨設備資料表

全 頁，第 頁

序 號	職稱 代碼 *	專任或兼任(勾選)		姓 名	身分證字號	出 生 年 月 日	執業執照字號	設 備	
		專任	兼任					名 稱	型 號

*職稱代碼：1: 胸腔專科醫師, 2:住院醫師, 3:護理人員, 4:病患服務員, 5:呼吸治療人員, 6:其他

附件二「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」

計畫給付項目及支付標準

第一章 呼吸器依賴患者全面納管

通則：

- 一、收案條件：呼吸器依賴患者係指連續使用呼吸器 21 天(含)以上，呼吸器使用中斷時間未符合脫離呼吸器成功之定義者，皆視為連續使用。其使用呼吸器之處置項目需為 57001B (侵襲性呼吸輔助器使用)、57002B(負壓呼吸輔助器使用)或 57023B (非侵襲性陽壓呼吸治療如 Nasal PAP、CPAP、Bi-PAP)，惟使用 57023B 之呼吸器依賴患者，須由加護病房或亞急性呼吸照護病房使用 57001B 或 57002B 後，因病情好轉改用 57023B 之呼吸器依賴患者；或居家照護階段，經醫師診斷為肌萎縮性脊髓側索硬化症(ALS, Amyotrophic Lateral Sclerosis；ICD-10-CM：G12.21)、先天性肌肉萎縮症(Congenital Muscular Dystrophy；ICD-10-CM：G71.2、G71.0)、~~神經~~肌肉萎縮症(Spinal muscular atrophy;ICD-10-CM：G12.9)或龐貝氏症(肝醣儲積症第二型 Pompe disease;ICD-10-CM：E74.02)，且領有重大傷病證明並符合附表 9.5 之收案標準者，再經本保險人分區業務組審查符合醫療必須使用呼吸器處置項目 57023B (非侵襲性陽壓呼吸治療如 Bi-PAP，排除 Nasal PAP、CPAP) 之呼吸器依賴患者。註：呼吸器使用條件詳附表 9.1。
- 二、所有呼吸器依賴個案，自其連續使用呼吸器超過 21 天起，所有異動（轉入、轉出及結案狀況等）特約醫事服務機構應於 5 日（工作日）內上網登錄(含本計畫公告實施日前已開始使用呼吸器之所有個案)，未於 5 日內登錄者，自登錄日起才支付費用，若登錄不實者，費用不予支付，惟不可歸責於醫院者，不在此限，並由原登錄不實或未登錄者扣回相關點數。
- 三、脫離呼吸器成功之病患應改依本計畫以外支付標準申報，脫離呼吸器成功之定義：脫離呼吸器 ≥ 5 日，5 日中之第 1 日，若使用呼吸器小於 6 小時(不含)，則當日可視為未使用呼吸器(得計算為 5 日之第 1 日)；惟連續中斷之第 2~5 日必需是完全沒有使用呼吸器才能視為脫離成功。

四、結案條件：

- (一) 脫離呼吸器成功。
- (二) 個案病危出院。
- (三) 個案死亡。
- (四) 個案轉出。

註：嘗試脫離呼吸器但未成功之患者，在嘗試脫離期間，應累計其照護日數及呼吸器使用日數。

五、病患不論是否於同一特約醫事服務機構之住院、出院、轉入轉出次數，多次入住慢性呼吸照護病房或一般病房(含經濟病床)之照護日數均採論病人歸戶累計計算。

六、收治呼吸器依賴患者之院所應積極協助病患嘗試脫離呼吸器，一般病房

(含經濟病床)或慢性呼吸照護病房收治之個案，在本次呼吸器依賴期間，非曾依規定階段由上游病房下轉者，均應提出事前核備，否則費用不予支付，依規定提出事前核備經專業審查認定確為長期呼吸器依賴患者，後續轉至其他病房得免事前核備，惟病患送事前核備結果如有後續追蹤之必要

(如後續病況緩和時可再次嘗試脫離呼吸器等)，或經保險人分區業務組認定需加強審查者，應配合再次提出事前核備。

註：上游病房係指下列條件之一

- (一) 經保險人核准之亞急性呼吸照護病房。
- (二) 前述亞急性呼吸照護病房所屬醫療機構設立之加護病房。
- (三) 經保險人分區業務組依據 weaning rate 或 dependent rate 等條件認定之加護病房。

七、法定傳染病、燒傷病患或經疾病管制署感染控制措施規定建議入住隔離或特殊設備病房或罕見疾病病患得採核實申報醫療費用，惟仍需依本章通則二之規定辦理。

第二章 整合性照護

第一節 住院照護階段

通則：

一、符合下列(一)或(二)項條件者，需適用本節支付標準：

(一)事先報經保險人核准。

(二)收治符合呼吸器依賴病患定義之一般病床。

(三)17 歲以上呼吸器依賴患者。若符合前二項條件惟未滿 17 歲需申請本支付標準者，可向保險人各分區業務組申請專案認定，若經同意應依本節通則規定申報醫療費用，未選擇依本章規定辦理者，當其滿 17 歲時，特約醫事服務機構應改依本章規定辦理。

註：年齡之認定採實際發生「費用年月」減「出生年月」計算，計算後取其「年」，若「月」為負值，則「年」減 1，17 歲以上係指前述計算結果大於等於 17。

二、各階段特約醫事服務機構需符合衛生福利部「醫療機構設置標準」，17 歲以下患者選擇適用本節支付標準規定者，亦應符合上述設置標準，惟其中病床若符合醫療機構設置標準嬰兒床或兒科病床之規定者，視同符合規定。

三、本計畫鼓勵組成整合性照護系統(IDS, Integrated Delivery System)，提供含括加護病房、亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房各階段照護；各照護階段之支付標準及規定如附表 9.3 及 9.4，其中亞急性呼吸照護病房及慢性呼吸照護病房階段所訂點數已含本保險醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準所訂相關醫療支付點數，除施行血液透析

(58001C)、腹膜透析(58002C)(含透析液及特材)、連續性可攜帶式腹膜透析(58009B-58012B、58017C、58028C)(含透析液)、氣管切開造口術

(56003C)、緊急手術、施行安寧療護共同照護費(P4401B-P4403B)及緩和醫療家庭諮詢費(02020B)外，不得申報其他費用。

四、經醫生診斷為 Myasthenia gravis(重症肌無力症，ICD-10-CM：

G70.00;G70.01)且領有重大傷病證明者，經神經內科專科醫師認定，需進鉀漿交換術或輸血治療之病人，除依通則三規定及申報血液灌洗(58003C-58006C)、連續性動靜脈血液過濾術(58007C)、血漿置換術(58008C)、腹水移除透析(58013C)、連續性全靜脈血液過濾術(每日)(58014C)、血小板分離術(58015C)、二重過濾血漿置換療法(58016C)、連續全靜脈血液過濾透析術(每三日)(58018C)、緩慢低效率每日血液透析過濾治療(58030B)、輸血費(93001-93023)、輸血技術費(94001-94005)、抗感染安全尖端導管(CPC03A4703AR、CPC03A5123AR)等項目外，不得申報其他費用。

五、所有個案皆需依階段下轉(STEP DOWN CARE)之原則辦理，各階段若未依病情及本節通則規定入住，則依下階段或適宜入住階段之費用支付，並累計各階段照護日數：

(一) 「加護病房階段」：除符合延長加護病房照護之狀況者外，照護日數最長為 21 天，主治醫師須隨時依患者病情判斷下轉，嘗試進行呼吸器脫離。

1. 應下轉而未下轉者，自應下轉日起每日醫療支付點數核扣標準如下：

(1) 醫學中心每日核扣6,710點

(2) 區域醫院每日核扣5,810點

(3) 地區教學醫院每日核扣3,750點

(4) 地區醫院每日核扣2,960點

2. 以上「應下轉而未下轉之部分」住院日數應累計於其應下轉之階段，第 1 日至 42 日累計於亞急性呼吸照護病房，亞急性呼吸照護病房累計超過 42 天部分累計於慢性呼吸照護病房。

(二) 「亞急性呼吸照護病房階段」：

1. 照護日數最長為42天(含嘗試脫離期間)，未依患者病情及本規定下轉，自應下轉日起醫療支付點數以慢性呼吸照護病房或適宜入住階段標準支付。

2. 加護病房下轉至本階段個案，若下轉後合計使用呼吸器日數未達呼吸器依賴患者定義即脫離成功、轉出或死亡(含自動出院)者，其於本階段之支付點數仍按本階段支付標準支付。

3. 亞急性呼吸照護病房合計醫療服務點數大於定額時，除定額外，得加計申報『「合計醫療服務點數」減「定額」』之三分之一。

(三) 「慢性呼吸照護病房階段」：支付標準及規定如附表 9.3。

六、呼吸器依賴個案於嘗試脫離呼吸器期間若仍住在亞急性呼吸照護病房或慢性呼吸照護病房，得按亞急性呼吸照護病房或慢性呼吸照護病房支付標準申報，嘗試脫離呼吸器但未成功之患者，在嘗試脫離期間，應累計其照護日數及呼吸器使用日數，呼吸器脫離成功者，即應轉出至一般病房。

七、因亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房滿床得轉至一般病房，採論量計酬並以病患適宜入住階段之費用為上限支付，餘應按本節支付標準規定入住各階段病房，病患俟後由一般病房再回轉至慢性呼吸照護病房、亞急性呼吸照護病房者，應累計其使用呼吸器之照護日數。

八、本整合性照護凡轉入各階段之日，不論何時，均作一天論，轉出該階段或出院之日，不論何時，其當日不予計算支付點數。

第二節 居家照護階段

通則：

一、適用本節之支付標準需事先報經保險人核准。二、收案條件須符合下列(一)或(二)項條件：

(一) 呼吸器依賴患者係指連續使用呼吸器 21 天(含)以上，呼吸器使用中斷時間未符合脫離呼吸器成功之定義者，皆視為連續使用。其使用呼吸器之處置項目需為 57001B (侵襲性呼吸輔助器使用)、57002B(負壓呼吸輔助器使用)或 57023B (非侵襲性陽壓呼吸治療如 Nasal PAP、CPAP、Bi-

PAP)，惟使用 57023B 之呼吸器依賴患者，須由加護病房或亞急性呼吸照護病房使用 57001B 或57002B 後，因病情好轉改用 57023B 之呼吸器依賴患者。

(二) 經醫師診斷為肌萎縮性脊髓側索硬化症(ALS, Amyotrophic Lateral Sclerosis；ICD-10-CM：G12.21)、先天性肌肉萎縮症(Congenital Muscular Dystrophy；ICD-10-CM：G71.2、G71.0)、脊髓肌肉萎縮症

(Spinal muscular atrophy。ICD-10-CM： G12.9)或龐貝氏症(肝醣儲積症第二型 Pompe disease；ICD-10-CM：E74.02)，且領有重大傷病證明並符合附表 9.5 之收案標準者；病患經專業審查同意收案後，每年評估 1 次，3 年以後除有特殊理由，原則不再評估。

三、特約醫事服務機構需按附表 9.2 辦理並向當地衛生主管機關核備。

四、符合本節收案條件之患者，因病情需要回轉加護病房或慢性呼吸照護病房時，視同符合住院照護階段收案條件，並適用本計畫第二章第一節相關規定。

五、支付標準及規定如附表 9.3 及 9.4 本階段所訂點數已含本保險醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準所訂相關醫療支付點數，除施行安寧居家照護外，不得申報其他費用。

六、呼吸器依賴個案若係由醫院轉回家中或健保特約之一般護理之家或開業執照載有含收住呼吸器依賴個案之一般護理之家或住宿式長照機構照護者，只需依規定上網登錄，惟若所收個案非由醫院轉回居家或護理之家上述地點，則應由醫師評估其使用呼吸器之必要性，並檢具評估報告，送保險人分區業務組審查同意後上網登錄。未依規定辦理者，醫療費用不予支付。

附表 9.1

臨床上使用呼吸器的目的如下：

一、生理上的目的：

- (一)支持肺氣體交換
- (二)藉減輕呼吸肌肉負擔而降低呼吸功率

二、臨床上的目的

- (一)矯正低血氧症
- (二)矯正急性呼吸性酸血症
- (三)緩解呼吸窘迫
- (四)避免或矯正肺塌陷
- (五)矯正通氣肌肉疲乏
- (六)允許使用鎮定劑或肌肉鬆弛劑

基於以上的目的，使用呼吸器最主要的適應症就是急性呼吸衰竭，而急性呼吸衰竭的臨床表現可以是無法獲得足夠動脈氧氣濃度或維持足夠的肺泡換氣量或兩者皆有。因此，使用呼吸器的臨床認定條件應為如下：

一、呼吸停止。

二、急性通氣衰竭(PaCO_2 上升，且大於 55mmHg，伴隨酸血症， $\text{pH} < 7.20$)。

三、即將急性通氣衰竭：如每分鐘呼吸次數 > 35 次、自發性通氣量太小、呼吸驅動力不穩定、呼吸肌收縮力或耐力不足等。

四、嚴重低血氧症。

附表 9.2

全民健康保險呼吸照護---居家照護設置基準	
人員	設置標準
(一) 醫師	1. 由胸腔專科醫師、重症專科醫師、內科專科醫師、新生兒科醫師、兒童胸腔科醫師、兒童重症科醫師或兒科專科醫師至少一名（專任或兼任）可提供每位病患至少每二個月一次，每次至少一小時之訪視。 2. 前述新生兒科醫師、兒童胸腔科醫師或兒童重症科醫師，限訪視未滿17歲之呼吸器依賴患者。 3. 前述兒科專科醫師限訪視「全民健康保險醫療資源缺乏地區」之未滿17歲呼吸器依賴患者。
(二) 呼吸治療人員	由呼吸治療人員（專任或兼任，惟月個案數逾30名時，應至少有一名專任）可提供每位病患每個月至少二次，每次至少一小時之訪視。
(三) 護理人員	至少一名專責訪視護理人員，可提供每位病患每個月至少二次，每次至少二小時之訪視。若每名專責訪視護理人員每月訪視超過四十五次後，則需增加一名。
(四) 個案管理人員	由醫師、呼吸治療人員、護理人員或社會工作人員擔任（專任或兼任）
備註： 1、 本項居家照護應由醫師指導之團隊提供服務。 2、 呼吸治療人員依呼吸治療師法規定辦理，並具有二年（含）以上臨床呼吸治療工作經驗者（不含六個月受訓期間） 3、 專責訪視護理人員至少一名具備二年以上內外科臨床經驗。	

附表 9.3

照護階段	病患分類	編號	支付點數	備註
加護病房 (照護日數 ≤21日)	急性呼吸 衰竭期		論量計酬	一、 患者符合以下狀況，得延長加護病房照護，每次以7日為原則： - 各器官系統呈現不穩定狀況： - 血壓須升壓藥維持，心律不整狀態。 - 腎衰竭表現者，或接受血液透析情況不穩定者。 - 肝衰竭表現者。 - 大量胃腸出血者(指仍觀察是否須外科治療者)。 - 嚴重感染仍尚未控制穩定者。 - 外科術後，2週內須再為相同原因手術者，或手術後巨大開放性傷口仍未穩定。 - 氧氣狀況不穩定者： 氧氣濃度(FIO₂)≥40%且吐氣末端陽壓 PEEP≥10cmH₂O 仍無法維持 aO₂(SpO₂)≥90%或 PaO₂≥60mmHg. 二、 各器官衰竭狀態已獲得控制時，應下轉亞急性呼吸照護病床積極脫離呼吸器。 三、 不同醫院之加護病房轉介，依下列原則辦理： - 同層級間轉介，照護日數累計。 - 高層級轉低層級，照護日數累計。 - 低層級轉高層級，照護日數不累計。 - 以上「層級」係指「特約類別」。
亞急性呼吸照護病床(照護日數≤42日)	呼吸器長期患者(積極嘗試脫離呼吸器患者)	醫學中心 P100 5K P100 6K	論日計酬： 第1-21天： 10,647點/日/人 第22-42天： 7,991點/日/人 第1-21天： 9,660點/日/人 第22-42天：	一、 患者符合以下狀況，得回轉加護病房照護，每次以7日為原則： - 各器官系統呈現不穩定狀況： - 血壓須升壓藥維持，心律不整狀態。 - 腎衰竭表現者，或接受血液透析情況不穩定者。 - 肝衰竭表現者。 - 大量胃腸出血者(指仍觀察是否須外科治療者)。 - 嚴重感染仍尚未控制穩定者。 - 外科術後，2週內須再為相同原因手術者，或手術後巨大開放性傷口仍未穩

照護階段	病患分類	編號	支付點數	備註
			7,256點/日/人	定。 3.氧氣狀況不穩定者： 氧氣濃度(FIO₂)≥40%且吐氣末端陽壓 PEEP≥10cmH₂O 仍無法維持 aO₂(SpO₂)≥90%或 PaO₂≥60mmHg. 二、符合以上狀況回轉加護病房照護者，病情好轉，應依患者病情下轉適當之照護階段，下轉亞急性呼吸照護病床者，累計回轉前亞急性呼吸照護病床之照護日數。 三、病況若不適合積極嘗試脫離呼吸器者，不應轉入亞急性呼吸照護病床。 四、專業認定未積極嘗試脫離且無其他醫學上特殊理由之亞急性呼吸照護病床病患，以下一階段慢性呼吸照護病房費用給付。 五、本階段病患若有醫學上理由認定無須嘗試脫離呼吸器時，改以慢性呼吸照護病房費用支付。
慢性呼吸 照護病房	呼吸器依賴患者(經判斷不易脫離呼吸器者)	P1011C P1012C	論日計酬： 第1-90天： 4,451點/日/人 第91天以後： 3,674點/日/人	一、患者符合以下狀況，得回轉加護病房照護，每次以7日為原則： 1.各器官系統呈現不穩定狀況： •血壓須升壓藥維持，心律不整狀態。 •腎衰竭表現者，或接受血液透析情況不穩定者。 •肝衰竭表現者。 •大量胃腸出血者(指仍觀察是否須外科治療者)。 •嚴重感染仍尚未控制穩定者。 2.外科術後，2週內須再為相同原因手術者，或手術後巨大開放性傷口仍未穩定。 3.氧氣狀況不穩定者： 氧氣濃度(FIO₂)≥40%且吐氣末端陽壓 PEEP≥10cmH₂O 仍無法維持 aO₂(SpO₂)≥90%或 PaO₂≥60mmHg. 二、符合以上狀況回轉加護病房照護者，病情好轉，應回慢性呼吸照護病房，並累計回轉前慢性呼吸照護病房之照護日數。 三、本階段申報項目，需依病患入住慢性呼吸照護病房或一般病房(含經濟病床)之照護日數累計計算。

照護階段	病患分類	編號	支付點數	備註
				四、「本階段審查原則：依據全民健康保險醫療費用審查注意事項審查原則辦理」。
居家照護	呼吸器依賴患者(經判斷不易脫離呼吸器者)	P1015C P1016C	論日計酬： 900點/日/人 310點/日/人	一、患者符合以下狀況得轉居家照護： 1. 病人與呼吸器配合良好，且呼吸器設定如下： a. 使用穩定的換氣方式。 b. 氧氣濃度$\leq 40\%$。 c. 呼吸道最高壓力變化不超過10cm H₂O。 d. 吐氣末端陽壓(PEEP)≤ 5 cm H₂O。 e. 不需調整吸氣靈敏度。 f. 每日有穩定的脫離時間(<18小時)或完全無法脫離。 2. 病人在使用呼吸器時，完全沒有呼吸困難的感覺。 3. 動脈血液氣體分析與酸鹼值均在合理的範圍(PaO₂≥ 55mmHg，PaCO₂≤ 55mmHg，pH：7.30 - 7.50) 4. 電解值在正常範圍內。 5. 心臟功能正常，且無威脅生命的心律不整出現。 6. 甲狀腺、肝、腎功能正常，中樞神經系統功能穩定。 7. 適當的營養狀態(Albumin≥ 3 gm%) 8. 無急性發炎狀態(體溫不超過38.5℃，白血球不超過10000/mm³) 二、支付點數含下列各項費用： 1. 居家呼吸照護小組各類人員訪視費： 呼吸治療專業人員訪視次數每一個案每月至少二次。 護理師訪視次數每一個案每月至少二次。 醫師訪視次數每一個案每二個月至少一次。 2. 治療處置費。 3. 治療材料費：含居家呼吸照護治療處置時所需治療材料之使用或更換。 4. 設備供應費：含居家呼吸照護所需一切設備及附件之供應。 5. 設備維修費用。 三、收案時，個案已自備呼吸器等設備，以P1016C(支付點數含備註二-1、

照護階段	病患分類	編號	支付點數	備註
				2、3、5)申報。 四、上項代採之檢體，委託代檢機構應以保險特約醫事服務機構或保險人指定之醫事檢驗機構為限。 五、應確實記載訪視個案之訪視紀錄，訪視時間應記錄於訪視紀錄內，並請患者或其家屬簽章，未記載訪視紀錄或記載不全或品質不佳者，予以核扣當日論日計酬訪視醫療費用，首次申報費用應檢附訪視記錄。 六、申請本項給付者，不得再申請本保險醫療服務給付項目及支付標準第五部第一章居家照護之支付。 七、患者得依病情需要回轉加護病房或慢性呼吸照護病房，回轉加護病房者須符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準加護病床使用適應症，不符合適應症而回轉者，以 P1012C 支付。 八、回轉加護病房照護者，病情好轉，應回第三階段或第四階段，回第三階段

附表 9.4

項目名稱	編號	支付點數
醫學中心亞急性呼吸照護病房病床費/天	03012GA	1,638
醫學中心亞急性呼吸照護病房護理費/天	03049GA	2,457
區域醫院亞急性呼吸照護病房病床費/天	03013HA	1,218
區域醫院亞急性呼吸照護病房護理費/天	03050HA	1,827
慢性呼吸照護病房病床費/天	03003BA	404
慢性呼吸照護病房護理費/天	03028BA	451
呼吸治療人員訪視	05303CA	970
居家使用呼吸器/天	54007C1	590

註：本表所訂點數已含於定額內，申報費用時，應填報項目編號、名稱、數量及金額，醫令類別填4，本表未列者，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準其他章節規定辦理。

附表 9.5

收案標準

一、居家個案須符合下列各項生理指標之審查規定：

- (一) PCO₂ exceeds 50 mm Hg or when hemoglobin saturation remains < 92% while awake.
- (二) FVC < 50% predicted or Pimax less than 60 cm H₂O: Upright and supine position examination , history and examination every three months.
- (三) PaCO₂ > 45mmHg, with morning headache, abdomen paradox, and orthopnea
- (四) Sleep oximetry demonstrates oxygen saturation less than or equal to 88% for at least five continuous minutes, done while breathing the member' s usual FI0₂.

二、17 歲以下(含)患者得依下列規定審查：

- (一) daytime hypercapnia (PCO₂>50mmHg).

討論事項

第 八 案

提案單位：本署醫務管理組

案由：全民健康保險遠距醫療給付計畫(下稱本計畫)修訂案。

說明：

一、依本署邀集專家、實際執行遠距醫療之醫療機構、醫界團體、科技部及衛生福利部相關單位於110年11月29日召開「遠距醫療與因應疫情之視訊診療未來發展方向及建議」座談會結論辦理(附件1，頁次討8-5～8-16)。

二、本計畫修訂重點摘述如下(修訂對照表如附件2，頁次討8-17～8-30)：

(一)新增施行地區：

1.醫療資源缺乏地區(111年共77個，納入後較現行增加71個地區)。

2.110年以前試辦遠距醫療相關計畫之施行地區(不影響地區數)。

3.衛生福利部110-111年度「偏遠地區遠距醫療建置計畫」之網絡醫院與急診醫療站，得申請執行本計畫，惟其所在地區不列入本計畫施行地區，且非於施行地區之醫療院所僅限急診遠距會診。

4.財務影響評估：

(1)專科門診遠距會診費：以每地區(131個)均有1家機構參與計畫，每週開3診，每診5千元推估，約需1.02億元。

(2)急診遠距會診費：

A.以檢傷分類第一級急診診察費2,340元，每地區每年急診會診100人次推估，約需0.3億元。

B.依衛生福利部推估「偏遠地區遠距醫療建置計畫」經費，約需0.15億元。

(3) 綜上，111 年約需 1.47 億元。

(二) 新增會診科別：心臟內科、腸胃科、神經內科、胸腔科。

(三) 新增實施場域：

1. 衛生福利部 110-111 年度「偏遠地區遠距醫療建置計畫」之網絡醫院與急診醫療站。
2. 本計畫施行地區之照護機構(包含政府立案之老人安養、養護機構或身心障礙福利機構、護理之家、長照機構)。
3. 山地離島地區之「全民健康保險居家醫療照護整合計畫(居整計畫)」收案個案住家。

(四) 放寬計畫申請及審核程序：

1. 放寬同一施行地區僅 1 家在地院所得執行之限制。
2. 簡化申請審核作業流程：
 - (1) 110 年已核定執行之特約院所：
 - A. 未變更執行內容者，得具函向保險人分區業務組申請延續辦理本計畫。
 - B. 欲變更執行內容者，申請變更計畫書，不受公開徵求 2 個月之限制。
 - (2) 原參與衛生福利部相關遠距醫療試辦計畫之醫療院所：申請執行本計畫，不受公開徵求 2 個月之限制，並得簡化成立審查小組之審查程序。
 - (3) IDS 計畫、居整計畫之承作院所：申請執行本計畫，得簡化成立審查小組之審查程序。

(五) 新增在地院所門診診察費加成：

1. 在地院所提供遠距醫療服務，門診診察費按申報點數加計一成支付。
2. 以每地區(131 個)均有 1 家機構參與計畫，每月就醫 12 件，每件診察費以 358 點(基層院所門診診察費合理量 1-30 人)推估，

全年約需 67.5 萬點。

(六) 新增虛擬(行動)健保卡綁定規範及獎勵金 (財務評估如附件3，
頁次討8-31)：

1. 預算來源：其他部門「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路寬頻補助費用」之「提升院所智慧化醫療資訊機制」支應。
2. 「協助綁定獎勵金」：每人 200 點支付且限獎勵一次，約 247.4 萬點。
3. 「申報指標獎勵金」共分 3 階段：
 - (1) 以計算申報占率進行獎勵：
 - A. 在地院所與遠距會診費以論服務量申報之遠距院所：醫事機構當年度以虛擬(行動)健保卡申報本計畫之件數/ 醫事機構機構當年度申報本計畫之件數。
 - B. 遠距會診費以論診次申報之遠距院所：醫事機構當年度論次費用申報使用虛擬(行動)健保卡之人次/ 醫事機構當年度論次費用申報之診療人次。
 - (2) 第一階段($25\% \leq \text{占率} < 50\%$)：提供本計畫申報案件，一般地區每件獎勵 10 點、山地離島地區每件獎勵 20 點；當年度有提供病人遠距醫療之特約醫事機構，每家機構獎勵 5,000 點，約 170 萬點。
 - (3) 第二階段($50\% \leq \text{占率} < 70\%$)：提供本計畫申報案件，一般地區每件獎勵 20 點、山地離島地區每件獎勵 40 點；當年度有提供病人遠距醫療之特約醫事機構，每家機構再獎勵 10,000 點，約 340 萬點。
 - (4) 第三階獎勵金($\text{占率} \geq 70\%$)：當年度有提供病人遠距醫療之特約醫事機構，每家機構再獎勵 10,000 點，約 262 萬點。
4. 合計虛擬(行動)健保卡獎勵需 1,020 萬點。

(七)其他相關規範及文字酌修：

- 1.新增在地院所至照護機構執行本計畫所提供醫療服務，須符合全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法相關規定。
- 2.新增計畫附件 1：「全民健康保險遠距醫療給付計畫」施行地區一覽表。
- 3.計畫附件 3「全民健康保險遠距醫療給付計畫專科門診遠距會診費(論診次)申請」，新增「虛擬健保卡人次」欄位及說明。
- 4.餘為文字酌修。

擬辦： 本案如獲同意，將依程序報請衛生福利部核定後公布實施。

決議：

「遠距醫療與因應疫情之視訊診療未來發展方向及建議」座談會

會議紀錄

時間：110 年 11 月 29 日（星期一） 下午 2 時

地點：本署 18 樓禮堂

主席：李伯璋署長

紀錄：崔允馨

出席專家：

黃勝堅總院長(請假)、李偉強主任、邱冠明院長、潘延健總執行長、
溫明賢副院長、周德陽院長、黃瑞仁院長、王中敬副院長(請假)、
邱仲慶院長(請假)、鍾飲文院長、侯明鋒教授(請假)、
王植熙院長(請假)、陳星助主任秘書、王功亮院長

出席單位及人員：

中華民國醫師公會全國聯合會：黃啟嘉常務理事、吳國治常務理事、
黃佩宜

中華民國中醫師公會全國聯合會：陳博淵副秘書長、陳冠仁副執行長、
王逸年

台灣醫院協會：陳瑞瑛顧問、林佩菽副秘書長、吳心華

台灣醫學中心協會：洪啟盛醫師、陳宜慶主任、許雅琪

中華民國區域醫院協會：劉碧珠秘書長、許世欣副院長、顏正婷辦公
室主任

台灣社區醫院協會：吳淑芬監事、蔡味娟副院長、吳亞筑

臺北市立聯合醫院：柯明中外科部部長、朱昭美主任

醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會亞東紀念醫院：黃裔貽主任

振興醫療財團法人振興醫院：曾家琳副主任、曾淑秋醫務專員

高柏森耳鼻喉科診所：劉珊吟護理長

長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院：祝孔聖行政主辦

中國醫藥大學附設醫院：林文元醫師、吳毓銘管理師

國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院：馬惠明副院長、張善涵執行
秘書

天主教中華聖母修女會醫療財團法人天主教聖馬爾定醫院：黃勝雄副
院長

奇美醫療財團法人奇美醫院：蔡岡廷主任、施貞伶主任

長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院：賴正皓專員

佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院：張菁育副主任

台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人台東馬偕紀念醫院：卓秀霞課長

衛生福利部臺東醫院成功分院：黃朱岑護理長

科技部：簡榮村科管師

衛生福利部社會保險司：蔡季君研究員、周雯雯副研究員

衛生福利部醫事司：彭美珍專門委員、廖宜昱技士

衛生福利部護理及健康照護司：張震遠約聘助理研究員、曾晨

衛生福利部全民健康保險會：盛培珠技正、劉于鳳科員

衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會：邱麗君約用專員、
陳亭妤約用專員

本署臺北業務組：劉玉娟組長

本署北區業務組：倪意梅科長、施美瑄科員

本署中區業務組：視訊出席

本署南區業務組：視訊出席

本署高屏業務組：視訊出席

本署東區業務組：視訊出席

本署醫務管理組：張禹斌組長、黃兆杰參議、游慧真副組長、李雨育
專門委員、張作貞專門委員、呂姿曄科長、黃奕瑄
視察、崔允馨科員、米珮菱助理員、吳庭沂辦事員、
陳怡靜辦事員、施百謙、曾婉筑

一、主席致詞：(略)

二、報告事項：

全民健康保險遠距醫療給付計畫、因應 COVID-19 疫情視訊診療
之說明及執行現況（中央健康保險署）

三、討論事項及發言重點摘要：

提案一：遠距醫療(醫師對醫師之遠距會診)之施行地區、會診科
別、實施場域、看診模式等面向是否放寬。

一、施行地區：

(一) 醫師公會全聯會：

2018 年世界醫師會中提出遠距醫療倫理聲明，提到遠距
醫療不應被視為相等於面對面醫療，站在對病患的照護
上來講，親自診療還是普世核心價值。

(二) 鐘飲文院長(高醫大附設中和紀念醫院)：

贊成施行地區五個方向，惟長照失能個案適用全國，依
今日說明是將遠距醫療跟視訊診療切開來看，長照個案
分散在偏遠地區及都市，這部分需考量是否放在視訊診
療。

(三) 李偉強主任(臺北榮民總醫院)：

遠距醫療開放的地區、機構、人員對象，需由醫事司開
放法規限制，本次會議能討論的部分為那些項目可以納
入健保給付。

(四) 衛生福利部醫事司：

今天的議題是在給付的部分，法源有醫師法跟醫療法，往下延伸通訊診察治療辦法。按照通訊診察治療辦法，今天會議所提項目及對象與辦法是沒有出入的。

(五) 邱冠明院長(亞東紀念醫院)：

- 1、建議通訊診察治療辦法可考量放寬國際醫療及自費門診部分。
- 2、遠距醫療是對弱勢或離島偏鄉醫療平權的機會，希望繼續開放，可採預算制或每季價量調控方式管控。

(六) 王功亮院長(台東馬偕紀念醫院)：

- 1、台東地區遠距醫療的成功，仰賴於縣長推動、5G 建設以及健保給付等各方面的支持，改善偏鄉離島人力不足情形。
- 2、醫院可能沒有該專科醫師，但當地開業診所所有提供該專科之情形，建議審核上要小心。

(七) 陳星助主任秘書(花蓮慈濟醫院)：

- 1、遠距醫療四大趨勢包括，民眾需求、多元發展(傳統醫療會診外，包含遠距傷口照護、長照等)、有一定門檻(如網路基礎建設及通訊軟體，包含儲存空間紀錄病歷資料等)，及由論量朝向論質發展。
- 2、建議偏遠地區持續傳統模式(限地區、限科別)之論量支付，創新模式(如傷口照護、出院追蹤或病人的篩檢)用論人或論質去評估，而特殊疾病以研究計畫支持，有療效的再納入給付。

(八) 周德陽院長(中國醫藥大學附設醫院)：

建議先釐清醫療資源不足地區之定義，按偏僻程度開放遠距。

(九) 潘延健總執行長(長庚醫療財團法人行政中心)：

- 1、認同遠距醫療擴大開放，定義一開始已說明是屬於山地離島或偏鄉地區。
- 2、台灣山地離島多，提供醫療時要打破地域及時間限制，遠距醫療克服了地域限制，未來朝向不受時間限制，打破專診模式，達到以病人為中心且可減少總額負擔。
- 3、在 COVID-19 疫情下，很多院所對於提供視訊診療已做好準備，接下來就是去評估篩選真的不足或是沒有這類醫療服務的地區。

(十) 臺大醫院雲林分院：

- 1、遠距醫療的重要目的是要虛實整合，透過實體的門診加上遠距醫療達到全民健康覆蓋與健康平權之目標：可近性、連續性及高品質。
- 2、為達到前述目標，整體上建議可朝地區、場域及專科三大方向思考遠距醫療擴大範圍：
 - (1) 地區：除了原來的山地離島，法規尚有偏僻地區、醫療資源缺乏地區、醫療資源不足地區等，建議醫事司、健保署研議逐步擴大。
 - (2) 場域：民眾非於醫療缺乏地區，但所在場域缺乏醫療資源，如照護機構、矯正機關。
 - (3) 專科：部分民眾非屬於前 2 項區域，但因疾病所需專科特性(如移植、罕病)，致取得醫療困難。

(十一) 張禹斌組長(中央健康保險署)：

本次座談會蒐集之意見，彙整後提供醫事司作為法規修訂之參考。可朝馬副院長(臺大醫院雲林分院)所述三大方向、鐘院長所述長照失能個案不宜放在遠距醫療，

及王院長所述如納入專科不足醫院需小心等方向去做思考。

二、會診科別：

(一) 醫師公會全聯會：

- 1、全聯會支持遠距醫療是未來趨勢，但如能面對面診療仍應優先，遠距醫療應屬特例而非常態，也要確定是基層醫療不能提供在地服務的區域，建議衛生福利部建立一個專章來發展台灣特色的遠距醫療。
- 2、我們希望基層醫療能夠做到全人醫療、社區關懷，這些是無法用遠距達成的，部分遠距醫療亦為醫療經濟考量，因偏鄉可能醫師支援意願低，或醫療資源不足以支撐頻繁的居家醫療，才以遠距取代。
- 3、偏鄉或年長者社會經濟地位較低，無能力支持遠端設備及操作，且偏鄉網路不佳，推動 B2C 遠距醫療有困難，建議逐步擴大，如為 B2B 情形應可開放較多科別。

(二) 台灣社區醫院協會：

基層的家醫科醫師應該有能力可以處理，如果有特別的情形還是可以轉診，目前應該無全面開放所有科別會診的必要。

(三) 溫明賢副院長(林口長庚紀念醫院)：

遠距專科會診係為解決偏鄉地區基層醫療無法解決之情形(如急診、疑難雜症)，對於慢性、高齡、不方便行動病人，贊成階段性開放會診科別。

(四) 李偉強主任(臺北榮民總醫院)：

目前討論的遠距醫療鎖定在 B2B 會診模式，係以科技彌補距離，且依健保署報告內容目前執行量少，病人數不

足將影響醫療院所參與意願，故建議應適當放寬會診科別，打破限制，可先開放主專科，再逐步放寬次專科。

(五) 潘延健總執行長(長庚醫療財團法人行政中心)：

- 1、遠距醫療科別開放應是出自於對民眾之考量，如有疑慮，可考慮搭配條件限制(如不得為初診)。
- 2、另應思考在地端已有的科別進行遠距會診是否適當，可能與原本推動遠距醫療之初衷不同，複雜病症需要會診大醫院之狀況又不一樣，建議再做釐清。

(六) 邱冠明院長(亞東紀念醫院)：

建議授權於在地醫師決定需遠距會診的科別，如以防弊角度來看，可考慮採分區限額，用預算制、額度制、逐季討論之方式管控，基本上支持開放科別。

(七) 王功亮院長(台東馬偕紀念醫院)：

建議科別應慎重開放，如開放多科別時，儀器設備需要到何種等級，且很多技巧上不是我們想像的這麼容易，實際操作面要看到底需要哪些科，另開放婦產科要小心私密性的問題。

(八) 臺大醫院雲林分院：

- 1、如為單純遠距會診，可逐步增加科別，如目前試辦的心臟內科、肝膽腸胃科、傷口照護等，到部分地區或是診所沒辦法提供的科別，包括神經科、精神科等。
- 2、難罕門診(如移植、小兒神經科、遺傳諮詢)可以用健保特約的方式，將科別訂出，在專科缺乏的醫院以 B2B、B2C 的方式來執行。
- 3、長照的部分由機構合作院所定期駐診的醫師來啟動，可以保證品質，另財源的部份，健保給付到什麼層面？長照如何跟健保切割？是很棘手的問題。

(九) 張禹斌組長(中央健康保險署)：

依各單位建議，會診科別宜依就診端之需求啟動，今年是第一年執行，若要開放，會考慮設計條件放寬部分科別，不一次全面開放，另相關意見將提供醫事司參考。

三、實施場域與看診模式：

(一) 李伯璋署長：

- 1、看診模式放寬要小心，醫療有醫療的專業，這種開放問題我們承擔不起這樣的風險。
- 2、依現在健保給付的方式，想要全部都納入給付，事實上是很可怕的資源使用，整體來說在座各位都是醫療體系，重要的是你們覺得要怎麼去管理比較好，遠距醫療不宜盲目開放，預算仍應做有效運用。

(二) 李偉強主任(臺北榮民總醫院)：

- 1、通訊診察治療辦法除了山地離島地區之外，已開放五大類別病人得採通訊診療，基本上法令當中沒有限定它的位置，此應為健保是否納入給付之問題。
- 2、通訊診察治療辦法已施行 3 年，建議可先去瞭解是否已有實務經驗或地方衛生主管機關實際管理方式，我覺得適當管理是需要的。

(三) 劉玉娟組長(中央健康保險署臺北業務組)

- 1、補充說明，通訊診察治療辦法特殊情形有五款規定，指的是當發生特殊情形的時候，才會去符合所謂機構之外的一些場域。
- 2、回到其母法，醫師法第 11 條提到「醫師非親自診察，不得施行治療、開給方劑或交付診斷書，除非有特殊、急迫，得由直轄市、縣(市)主管機關指定之醫師，以通

訊方式，囑由衛生醫療機構護理人員、助產人員」，母法是選定醫療機構。

(四) 衛生福利部醫事司：

- 1、已在蒐集各界意見研擬修法，主要目的是針對以後非本國籍、沒有健保的境外病人，如何讓他有需求尤其是要開處方的時候可以執行，會就通訊診察治療辦法第三條第二項，再做相關的修法，來排除第二款第五目的限制，這是目前的進度。
- 2、有關遠距醫療之對象、場域、科別，通訊診察治療辦法無限制，就是按照健保給付來討論。

(五) 醫師公會全聯會：

通訊診察治療辦法第七條第三項有提到，通訊診療過程，醫師應於醫療機構內實施，建議修法時一併納入考量。

(六) 鐘飲文院長(高醫大附設中和紀念醫院)：

- 1、衛生福利部已開放試辦之心臟內科、胃腸科及傷口照護納入，應比較沒有問題，而其他科別建議由需求面提出，在計畫書完整敘明，健保署分區業務組審核。
- 2、照護機構確實有傷口照護之需求，建議開放施行地區照護機構之傷口照護；另病人住所、矯正機關限於設備、醫療、實際執行層面、醫療紀錄、法律(如病人或家屬錄音)等問題，現階段建議暫緩開放。

(七) 台北市立聯合醫院：

實務上執行居家醫療時，部份情況下需要會診其他科別，這部份費用目前是由醫院吸收，是否可每年給予醫院或醫師遠距會診額度。

(八) 潘延健總執行長(長庚醫療財團法人行政中心)：

現在是以 107 年的通訊診察治療辦法為依據，超出法律的範圍不應由健保給付，建議提供部分的試辦方案，蒐集更多明確的經驗，再來討論該不該開放及如何開放。

(九) 張禹斌組長(中央健康保險署)：

- 1、如照護機構提出具體可行之計畫書，可納入實施場域，但需審慎評估，至於病人住家明年暫不新增。
- 2、暫維持現行計畫會診模式，持續蒐集經驗。

四、其他：

(一) 鐘飲文院長(高醫大附設中和紀念醫院)：

- 1、遠距設備的補助，應非由健保署經費支應，另部份意見屬傷口處置支付標準，是否應由另外的程序處理。
- 2、如要開放前開項目，應先評估經費或預算需求，才能評量可行性與需求。
- 3、建議優先考慮三管與傷口脫鉤，因實質照護上應屬不同範疇，另傷口處置部分，因屬新增支付標準，且傷口超過 10 公分，理論上應該到醫院處理，在照護機構儀器設備不足，能否妥善處理尚有疑慮，宜暫緩考量。

(二) 黃瑞仁院長(臺大醫院雲林分院)：

- 1、三管的照護應與傷口脫鉤，避免人力浪費，且會與原來執行三管照護的居家護理人員衝突，此應屬不同專業，應慎重考慮。
- 2、傷口處置支付標準部份，有些傷口確實超過 10 公分，且可增加整形外科醫師參與意願，另就臺大醫院雲林分院執行遠距智慧傷口的經驗，將傷口照護好，再衛教如何避免壓瘡，才能夠真正解決住民的問題。

(三) 衛生福利部護理及健康照護司：

有關「專科護理師於醫師監督下執行醫療業務辦法」放寬傷口照護範圍部分，將帶回研議。

(四) 張禹斌組長(中央健康保險署)：

- 1、B、C 肝用藥之處方專科資格已放寬。
- 2、專科護理師傷口照護範圍，因涉及辦法修正，請照護司及醫事司研究。
- 3、傷口照護支付部分建議循「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」新增診療項目及現有診療項目修訂之程序提出申請，可再做研議。

提案二：疫情結束後，視訊診療(醫師對病人之遠距診察) 納入常態性給付面臨之相關問題。

一、李偉強主任(臺北榮民總醫院)：

(一) 目前的視訊診療是疫情嚴重時，在緊急狀況下，由傳染病防治法授權的迫切作法。

(二) 在實務面上的建議包括：

- 1、適用對象：初診病人宜採面對面診療，且在這次疫情期間之視訊診療，醫療院所係提供穩定慢性病人回診為主，而國外保險對象可待醫事司修法後，再做考量。
- 2、追蹤頻率：如果是以慢性病為主的時候，追蹤頻率不應該高，否則會有浮濫之嫌。
- 3、虛擬健保卡：在病人無法到現場的狀況下，健保卡反而成為一種限制，推動虛擬健保卡亦為另一項超前部署。
- 4、領取處方箋及藥品：目前電子處方箋應尚未合法，且涉及諸多事項，另回院領藥、送藥到宅、郵寄處方等，為現行已在執行的方式。

- (三) 視訊診療不管在國內或國外，都是一個替代性的方案，建議先以部分專案(如糖尿病照護、傷口照護)進行試辦，再慢慢擴展至其他部分。而在疫情發生時，可作為備胎，緩和慢性病醫療需求。
- (四) 應先完善法規框架，如病歷安全、處方箋及領藥規範，再來考慮是否納入健保給付，其他可交由自由市場，讓民眾自費決定是否要接受。

二、醫師公會全聯會：

視訊診療應屬特例而非常態。在疫情的時候，不是將視訊診療普遍化的時機，反而是推行分級醫療的好時機，讓民眾認知到穩定的慢性病應回歸社區，醫院負責處理重症。

三、邱冠明院長(亞東紀念醫院)：

- (一) 目前討論視訊診療的資訊、支付及物流，在物流(處方箋及藥品交付)這塊，藥事法相關規定仍有很大限制。
- (二) 開放國際醫療、境外國人之自費視訊診療，可減少交通與時間成本，應有其需求存在，讓醫界留下一個發展的機會。

四、散會：下午 4 時。

現行條文	建議修訂條文	修訂說明
一、計畫依據 全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項。 二、計畫目的 (一)提升山地離島、偏僻地區民眾之專科門診可近性。 (二)充實在地醫療資源，落實醫療在地化。	(同現行條文)	
三、預算來源 遠距會診費由其他預算之「推動促進醫療體系整合計畫」項下支應；其餘醫療費用由各總額部門預算支應。	三、預算來源 <u>(一)遠距會診費由其他預算之「推動促進醫療體系整合計畫」項下支應；其餘醫療費用由各總額部門預算支應。</u> <u>(二)虛擬(行動)健保卡獎勵金由其他預算之「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路寬頻補助費用」之「提升院所智慧化醫療資訊機制」項下支應。</u>	1. 新增(二)虛擬(行動)健保卡獎勵金預算來源。 2. 分項條列。
四、施行地區 (一)全民健康保險法所稱山地離島地區。 (二)衛生福利部試辦遠距醫療相關計畫之施行地區，惟限 109 年以前(含)已核定之計畫。	四、施行地區(附件 1) (一)全民健康保險法所稱山地離島地區<u>及醫療資源缺乏地區</u>。 (二)衛生福利部試辦遠距醫療相關計畫之施行地區，惟限 <u>110</u> 年以前(含)已核定之計畫。 <u>(三)衛生福利部 110-111 年度「偏遠地區遠距醫療建置計畫」所訂 14 處急重症轉診網絡之網絡醫院與急診醫療站，得申請執行本計畫，惟其所在地區不列入本計畫施行地區，且非於施行地區之醫療院所僅限急診遠距會診。</u>	1. 依 110 年 11 月 29 日「遠距醫療與因應疫情之視訊診療未來發展方向及建議」座談會建議「釐清相關法規所列偏鄉地區定義，按偏僻程度納入計畫」，並配合衛生福利部遠距及前瞻 2.0 計畫，修訂本項。 2. 查法規所列偏鄉地區定義如下： (1) 通訊診察治療辦法所訂偏僻地區(計 116 個)：係參據 106 年西醫醫療資源不足地區改善方案施行地區，定義如下： A. 醫人比超過 2,600 人之地區。 B. 各縣市衛生局提供名單。 C. 排除 IDS 計畫之地區。 D. 屬醫人比低於 2,600 之地區，其巡迴點僅限當地衛生主管機關或保險人分區業務組認定者。 (2) 健保醫療資源缺乏地區(111 年計 77 個)，定義如下： A. 近一年醫人比或近三年平均醫人比超過 4,300 人之地區。 B. 人口密度低於全國平均人口密度 1/5 之地區。 C. 經保險人認定特殊情況，報主管機關專案核定之地區。 (3) 考量前述定義之偏僻程度，且計畫預算有限，故優先納入 111 年醫療資源缺乏地區。 3. 修訂後計畫施行地區計 131 個，含 50 個山地離島地區、77 個醫療資源缺乏地區，與 4 個衛生福利部遠距計畫施

現行條文	建議修訂條文	修訂說明
		行地區。 4. 財務影響評估： (1) 專科門診遠距會診費：以每地區均有 1 家機構參與計畫，每週開 3 診，每診 5 千元推估，約需 1.02 億元。 (2) 急診遠距會診費： A. 以檢傷分類第一級急診診察費 2,340 元，每地區每年急診會診 100 人次推估，約需 0.3 億元。 B. 依衛生福利部推估「偏遠地區遠距醫療建置計畫」經費，約需 0.15 億元。 (3) 綜上，111 年約需 1.47 億元。
五、 施行期間 自保險人公告日起至 110 年 12 月 31 日止。	五、施行期間 自<u>保險人公告日起實施</u>。	修訂計畫施行期間。
六、 參與計畫醫療院所、醫師資格 (一) 遠距端：透過視訊通訊方式診察病人，給予診療建議，並有會診紀錄。 1、醫事服務機構(以下稱遠距院所)：特約醫院、基層診所。 2、醫師(以下稱遠距醫師)：以前述特約院所執業之專科醫師為限。 (二) 在地端：親自診察病人、施行治療、開立醫囑，並有看診紀錄。 1、醫事服務機構(以下稱在地院所)：本計畫施行地區內之特約醫院、基層診所，或「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS 計畫)」承作醫療院所。 2、醫師(以下稱在地醫師)：以前述特約院所執業之醫師為限。 (三) 遠距院所及在地院所於參與計畫日起前 2 年內，不得有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)；終止特約者亦同。前述違規期間之認定，以第一次處分函所載處分日起算。惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。	六、參與計畫醫療院所、醫師資格 (一) 遠距端：透過視訊通訊方式診察病人，給予診療建議，並有會診紀錄。 1、醫事服務機構(以下稱遠距院所)：特約醫院、基層診所。 2、醫師(以下稱遠距醫師)：以前述特約院所執業之專科醫師為限。 (二) 在地端：親自診察病人、施行治療、開立醫囑，並有看診紀錄。 1、醫事服務機構(以下稱在地院所)： <u>(1)本計畫施行地區內之特約醫院及基層診所。</u> <u>(2)「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS 計畫)」承作醫療院所。</u> <u>(3)山地離島地區之「全民健康保險居家醫療照護整合計畫(居整計畫)」收案個案居家訪視服務。</u> <u>(4)衛生福利部 110-111 年度「偏遠地區遠距醫療建置計畫」之網絡醫院與急診醫療站。</u> 2、醫師(以下稱在地醫師)：以前述特約院所執業之醫師為限。 (三) 遠距院所及在地院所於參與計畫日起前 2 年內，不得有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)；終止特約者亦同。前述違規期間之認定，以第一次處分函所載處分日起算。惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。	1. 新增衛生福利部 110-111 年度「偏遠地區遠距醫療建置計畫」之網絡醫院與急診醫療站得為在地醫療機構。 2. 考量本計畫 111 年預算額度(1.7 億元)，及山地離島地區醫師專科較為不足，部分個案仍有會診其他科別之需要，本署建議放寬山地離島地區居家醫療照護整合計畫收案個案居家訪視服務(在地端)，得進行遠距醫療會診。
七、 服務內容 (一) 遠距醫師透過視訊通訊方式與在地醫師共同診察病人、給予診療建議，由在地醫師開立醫囑，提供當地缺乏且民眾迫切需要之專科醫療或急診診療。 (二) 實施地點以醫療院所或衛生所(室)或 IDS 計畫承作醫療院所自設之醫療站為限，應於加密之電子資料傳輸網路與固定電腦設備(排除行動裝置)進行，且應注意資訊安全與病人隱私。	七、服務內容 (一) 遠距醫師透過視訊通訊方式與在地醫師共同診察病人、給予診療建議，由在地醫師開立醫囑，提供當地缺乏且民眾迫切需要之專科醫療或急診診療。 (二) 實施地點<u>以下列場域為限：</u> <u>1、醫療院所或衛生所(室)。</u> <u>2、IDS 計畫承作醫療院所自設之醫療站。</u> <u>3、衛生福利部 110-111 年度「偏遠地區遠距醫療建置計畫」之網絡醫院</u>	1. 新增偏遠地區遠距醫療建置計畫」之網絡醫院與急診醫療站、本計畫施行地區之照護機構、山地離島地區之居整計畫收案個案住家為本計畫實施場域。 2. 依 110 年 11 月 29 日「遠距醫療與因應疫情之視訊診療未來發展方向及建議」座談會建議，納入照護機構之遠

現行條文	建議修訂條文	修訂說明
(三) 應製作看(會)診紀錄，併同病歷保存，並註明以視訊方式進行看(會)診。 (四) 醫療院所及醫師執行本計畫所提供醫療服務須符合醫療法、醫師法及相關法令規定。 (五) 遠距會診實施科別： 1、限眼科、耳鼻喉科、皮膚科，急診遠距會診不在此限。 2、實施方式及科別應依執行計畫辦理，如有異動，應報經保險人分區業務組同意。 (六) 遠距會診實施方式： 1、專科門診遠距會診(限眼科、耳鼻喉科及皮膚科)： (1) 於一般門診提供會診服務：遠距院所於現行已開設之門診診次，同時接受一般門診診療及遠距會診。 (2) 開設專門遠距門診提供會診服務：遠距院所開設專門遠距門診，接受遠距會診。 (七) 急診遠距會診(不限科別)：當病人需立即給予緊急適當之處理，且經在地醫師判斷在地院所專科醫師不足需緊急會診情形下，由在地院所聯繫遠距院所進行急診遠距會診。	<u>與急診醫療站。</u> <u>4、本計畫施行地區之照護機構(包含政府立案之老人安養、養護機構或身心障礙福利機構、護理之家、長照機構)。</u> <u>6、山地離島地區之居整計畫收案個案住家。</u> <u>7、應於加密之電子資料傳輸網路與固定電腦設備(排除行動裝置)進行，於照護機構及居整計畫收案個案住家執行時應備有行動遠距設備，且應注意資訊安全與病人隱私。</u> (三) 應製作看(會)診紀錄，併同病歷保存，並註明以視訊方式進行看(會)診。 (四) 醫療院所及醫師執行本計畫所提供醫療服務須符合醫療法、醫師法及相關法令規定；<u>在地院所至照護機構執行本計畫所提供醫療服務，須符合全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法相關規定。</u> (五) 遠距會診實施科別： 1、限眼科、耳鼻喉科、皮膚科、<u>心臟內科、腸胃科、神經內科、胸腔科</u>，急診遠距會診不在此限。 2、實施方式及科別應依執行計畫辦理，如有異動，應報經保險人分區業務組同意。 (六) 遠距會診實施方式： 1、專科門診遠距會診(限眼科、耳鼻喉科、<u>皮膚科、心臟內科、腸胃科、神經內科、胸腔科</u>)： (1)於一般門診提供會診服務：遠距院所於現行已開設之門診診次，同時接受一般門診診療及遠距會診。 (2)開設專門遠距門診提供會診服務：遠距院所開設專門遠距門診，接受遠距會診。 (七) 急診遠距會診(不限科別)：當病人需立即給予緊急適當之處理，且經在地醫師判斷在地院所專科醫師不足需緊急會診情形下，由在地院所聯繫遠距院所進行急診遠距會診。	距會診及衛生福利部已試辦之胃腸科、心臟內科。 3. 另經檢視各地區 IDS 子計畫提供遠距會診服務相關科別，尚包括神經內科及胸腔科，故本次一併納入計畫範圍。
八、申請及審核程序 (一)申請程序：在地院所於本計畫公開徵求 2 個月內，以書面函檢附地方衛生主管機關核備函、遠距院所合作意向書及 10 份執行計畫書（如附件 1），向保險人分區業務組提出申請（以郵戳為憑），逾時概不受理。 (二)資格及實地審查：保險人分區業務組應於受理申請 2 週內(含例假日)，進行資格審查，並視需要實地審查診療空間、遠距會診設備等是否符合執行計畫書內容。 (三)執行計畫審查： 1、由保險人分區業務組成立審查小組，由 5 至 9 名委員組成，就具有相關專業之專家學者、保險人分區業務組、地方衛生主管機關派任或聘任，其中外聘專家學者人數不得少於三分之一。審查方式得以書面或會議為之。 2、針對施行地區內各鄉鎮(市/區)，保險人得視預算額度，由分區業務組擇優核定 1 家在地院所執行計畫。	八、申請及審核程序 (一)申請程序：在地院所於本計畫公開徵求 2 個月內，以書面函檢附地方衛生主管機關核備函、遠距院所合作意向書及 10 份執行計畫書（如附件 <u>2</u>），向保險人分區業務組提出申請（以郵戳為憑），逾時概不受理。 (二)資格及實地審查：保險人分區業務組應於受理申請 2 週內(含例假日)，進行資格審查，並視需要實地審查診療空間、遠距會診設備等是否符合執行計畫書內容。 (三)執行計畫審查： 1、由保險人分區業務組成立審查小組，由 5 至 9 名委員組成，就具有相關專業之專家學者、保險人分區業務組、地方衛生主管機關派任或聘任，其中外聘專家學者人數不得少於三分之一。審查方式得以書面或會議為之。 2、針對施行地區內各鄉鎮(市/區)，保險人得視預算額度，由分區業務組擇優核定 <u>1 家在地院所執行計畫，各鄉鎮(市/區)以核定 1 家在地院所為原則。</u> <u>(1)經分區業務組評估因地形區隔、幅員廣大致交通不便(如離島同鄉鎮不同島嶼、山地地形區隔不同村落等)，有不同在地院所提供服</u>	1. 考量 110 年實務執行上遇有部分地區因地形區隔、交通不便等狀況，需由不同在地院所提供遠距醫療服務之情形，修訂計畫核定原則，同意分區業務組得視預算額度及當地實際情形進行核定。 2. 配合納入衛生福利部遠距醫療相關計畫之醫療院所，修訂該等院所不受「每地區核定 1 家在地院所為原則」之限制。 3. 為確保本計畫執行之延續性，並考量參與 IDS 計畫、居整計畫、衛生福利部相關遠距醫療試辦計畫之醫療院所，相關計畫已訂有申請及審核作業程序，故新增簡化申請及審核程序之條件。

現行條文	建議修訂條文	修訂說明																														
(四)審核結果通知：保險人應於受理申請 2 個月內函復特約醫事服務機構核定結果。	<u>務需求之鄉鎮，得視當地實際醫療需求，核定不同在地院所執行計畫。</u> <u>(2)原參與衛生福利部相關遠距醫療試辦計畫之醫療院所，得不受此限制。</u> (四) 審核結果通知：保險人應於受理申請 2 個月內函復特約醫事服務機構核定結果。 <u>(五)簡化申請及審核程序之條件：</u> <u>1、110 年經保險人分區業務組核定同意執行本計畫之特約院所：</u> <u>(1)未變更執行內容(在地院所、遠距院所、遠距會診科別及實施方式)，且未有本計畫第十三項之情事，且符合本計畫規定者，得具函向保險人分區業務組申請延續辦理本計畫。</u> <u>(2)欲變更執行內容者，應以書面函檢附變更後之計畫書，向保險人分區業務組提出申請，不受公開徵求 2 個月之限制。</u> <u>2、原參與衛生福利部相關遠距醫療試辦計畫之醫療院所：申請執行本計畫，不受公開徵求 2 個月之限制，並得簡化成立審查小組之審查程序。</u> <u>3、IDS 計畫、居整計畫之承作院所：申請執行本計畫，得簡化成立審查小組之審查程序。</u>																															
九、 給付項目及支付標準： (一)遠距會診費：由遠距院所申報，其費用由本計畫預算支應。 1、專科門診遠距會診費：限眼科、耳鼻喉科及皮膚科申報，依執行計畫所列看診模式，採論服務量或論診次支付。 <table> <tr> <th>編號</th><th>診療項目</th><th>支付點數</th></tr> <tr> <td>P6606C</td><td>專科門診遠距會診費 -論服務量 註：限於診間門診診療同時接受遠距會診者申報。</td><td>500/人次</td></tr> <tr> <td>P6607C</td><td>-論診次 註： 1.限開設遠距醫療門診接受遠距會診者申報。 2.每診次至少三小時，同時段可接受多點遠距會診，但不得提供診間門診診療。 3.每診合理看診人次，由醫療院所視臨床需要協調開診。 4.開診前如無預約掛號病人，應取消當次遠距醫療門診。 5.開診三個月後，每診平均看診人次≤5 人，應檢討開診必要性或調降開診頻率。</td><td>5000/診次</td></tr> </table> 2、急診遠距會診費：不限科別，採論服務量支付，支付標準如下： <table> <tr> <th>編號</th><th>診療項目</th><th>支付點數</th></tr> <tr> <td>P6601C</td><td>急診遠距會診費 -檢傷分類第一級</td><td>2,340</td></tr> </table>	編號	診療項目	支付點數	P6606C	專科門診遠距會診費 -論服務量 註：限於診間門診診療同時接受遠距會診者申報。	500/人次	P6607C	-論診次 註： 1.限開設遠距醫療門診接受遠距會診者申報。 2.每診次至少三小時，同時段可接受多點遠距會診，但不得提供診間門診診療。 3.每診合理看診人次，由醫療院所視臨床需要協調開診。 4.開診前如無預約掛號病人，應取消當次遠距醫療門診。 5.開診三個月後，每診平均看診人次≤5 人，應檢討開診必要性或調降開診頻率。	5000/診次	編號	診療項目	支付點數	P6601C	急診遠距會診費 -檢傷分類第一級	2,340	九、給付項目及支付標準： (一)遠距會診費：由遠距院所申報，其費用由本計畫預算支應。 1、專科門診遠距會診費：<u>限眼科、耳鼻喉科、皮膚科、胃腸科、心臟內科、神經內科、胸腔科</u>，依執行計畫所列看診模式，採論服務量或論診次支付。 <table> <tr> <th>編號</th><th>診療項目</th><th>支付點數</th></tr> <tr> <td>P6606C</td><td>專科門診遠距會診費 -論服務量 註：限於診間門診診療同時接受遠距會診者申報。</td><td>500/人次</td></tr> <tr> <td>P6607C</td><td>-論診次 註： 6.限開設遠距醫療門診接受遠距會診者申報。 7.每診次至少三小時，同時段可接受多點遠距會診，但不得提供診間門診診療。 8.每診合理看診人次，由醫療院所視臨床需要協調開診。 9.開診前如無預約掛號病人，應取消當次遠距醫療門診。 10.開診三個月後，每診平均看診人次≤5 人，應檢討開診必要性或調降開診頻率。</td><td>5000/診次</td></tr> </table> 2、急診遠距會診費：不限科別，採論服務量支付，支付標準如下： <table> <tr> <th>編號</th><th>診療項目</th><th>支付點數</th></tr> <tr> <td>P6601C</td><td>急診遠距會診費 -檢傷分類第一級</td><td>2,340</td></tr> </table>	編號	診療項目	支付點數	P6606C	專科門診遠距會診費 -論服務量 註：限於診間門診診療同時接受遠距會診者申報。	500/人次	P6607C	-論診次 註： 6.限開設遠距醫療門診接受遠距會診者申報。 7.每診次至少三小時，同時段可接受多點遠距會診，但不得提供診間門診診療。 8.每診合理看診人次，由醫療院所視臨床需要協調開診。 9.開診前如無預約掛號病人，應取消當次遠距醫療門診。 10.開診三個月後，每診平均看診人次≤5 人，應檢討開診必要性或調降開診頻率。	5000/診次	編號	診療項目	支付點數	P6601C	急診遠距會診費 -檢傷分類第一級	2,340	1. 新增胃腸科、心臟內科、神經內科、胸腔科得申報專科門診遠距會診費。 2. 考量遠距會診較實體門診耗時，且在地醫師執行遠距醫療前需接受教育訓練，新增在地院所執行遠距醫療之門診診察費加計一成。 3. 財務影響評估： (1) 110 年 3 月至 10 月，在地院所申報遠距醫療就醫案件計 16 家、1,519 件，推估每院所每月就醫件數約 12 件。 (2) 以每地區均有 1 家機構參與計畫，每月就醫 12 件，每件診察費以 358 點(基層院所門診診察費合理量 1-30 人)推估，約需 67.5 萬點。
編號	診療項目	支付點數																														
P6606C	專科門診遠距會診費 -論服務量 註：限於診間門診診療同時接受遠距會診者申報。	500/人次																														
P6607C	-論診次 註： 1.限開設遠距醫療門診接受遠距會診者申報。 2.每診次至少三小時，同時段可接受多點遠距會診，但不得提供診間門診診療。 3.每診合理看診人次，由醫療院所視臨床需要協調開診。 4.開診前如無預約掛號病人，應取消當次遠距醫療門診。 5.開診三個月後，每診平均看診人次≤5 人，應檢討開診必要性或調降開診頻率。	5000/診次																														
編號	診療項目	支付點數																														
P6601C	急診遠距會診費 -檢傷分類第一級	2,340																														
編號	診療項目	支付點數																														
P6606C	專科門診遠距會診費 -論服務量 註：限於診間門診診療同時接受遠距會診者申報。	500/人次																														
P6607C	-論診次 註： 6.限開設遠距醫療門診接受遠距會診者申報。 7.每診次至少三小時，同時段可接受多點遠距會診，但不得提供診間門診診療。 8.每診合理看診人次，由醫療院所視臨床需要協調開診。 9.開診前如無預約掛號病人，應取消當次遠距醫療門診。 10.開診三個月後，每診平均看診人次≤5 人，應檢討開診必要性或調降開診頻率。	5000/診次																														
編號	診療項目	支付點數																														
P6601C	急診遠距會診費 -檢傷分類第一級	2,340																														

現行條文				建議修訂條文				修訂說明
	P6602C	-檢傷分類第二級	1,300		P6602C	-檢傷分類第二級	1,300	
	P6603C	-檢傷分類第三級	788		P6603C	-檢傷分類第三級	788	
	P6604C	-檢傷分類第四級	584		P6604C	-檢傷分類第四級	584	
	P6605C	-檢傷分類第五級	507		P6605C	-檢傷分類第五級	507	
3、遠距院所接受遠距會診之案件，不列入區域級(含)以上醫院門診減量措施計算。				3、遠距院所接受遠距會診之案件，不列入區域級(含)以上醫院門診減量措施計算。				
(二)在地院所提供各項醫療服務、藥物費用：依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」、「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」規定申報，由所屬之總額部門預算支應。				(二)在地院所提供各項醫療服務、藥物費用：依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」、「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」規定申報，由所屬之總額部門預算支應； <u>門診診察費按申報點數加計一成支付，加成費用由本計畫預算支應。</u>				
十、 醫療費用申報、支付及審查原則				十、 醫療費用申報、支付及審查原則				新增遠距院所如以虛擬(行動)健保卡就醫時，就醫序號填報方式說明。
(一)醫療費用之申報、暫付、審查及核付，除另有規定外，悉依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」辦理。				(一)醫療費用之申報、暫付、審查及核付，除另有規定外，悉依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」辦理。				
(二)申報原則：醫療費用由在地院所按月申報，遠距會診費由遠距院所按月申報。				(二)申報原則：醫療費用由在地院所按月申報，遠距會診費由遠距院所按月申報。				
(三)醫療服務點數清單及醫令清單填表說明：				(三)醫療服務點數清單及醫令清單填表說明：				
1、遠距院所：				1、遠距院所：				
(1)申報專科門診遠距會診費、急診遠距會診費之論服務量：				(1)申報專科門診遠距會診費、急診遠距會診費之論服務量：				
♢門診醫療費用點數清單段：				♢門診醫療費用點數清單段：				
申報欄位		說 明		申報欄位		說 明		
案件分類		07：遠距醫療		案件分類		07：遠距醫療		
特定治療項目代號(任一)		GC：遠距醫療給付計畫		特定治療項目代號(任一)		GC：遠距醫療給付計畫		
部分負擔代號		009：本署其他規定免部分負擔者		部分負擔代號		009：本署其他規定免部分負擔者		
就醫序號		TM01：遠距醫療		就醫序號		TM01：遠距醫療		
就醫科別		依實際會診科別填寫		就醫科別		依實際會診科別填寫		
♣門診醫療費用醫令清單段：除申報急診遠距會診費、專科門診遠距會診費(論服務量)外，需另申報 1 筆虛擬醫令，填寫說明如下。				♣門診醫療費用醫令清單段：除申報急診遠距會診費、專科門診遠距會診費(論服務量)外，需另申報 1 筆虛擬醫令，填寫說明如下。				
申報欄位		說 明		申報欄位		說 明		
醫令類別		G：專案支付參考數值		醫令類別		G：專案支付參考數值		
藥品(項目)代號		TMP01：提供遠距會診		藥品(項目)代號		TMP01：提供遠距會診		
執行醫事人員代號		填寫遠距院所之醫師身分證號		執行醫事人員代號		填寫遠距院所之醫師身分證號		
委託或受託執行轉代檢醫事機構代號		填寫在地院所醫事機構代號		委託或受託執行轉代檢醫事機構代號		填寫在地院所醫事機構代號		
醫令調劑方式		6：遠距醫療		醫令調劑方式		6：遠距醫療		
(2)申報專科門診遠距會診費-論診次：申請時應逐次填寫遠距會診費申請表（附件 2），於次月 20 日前將資料上傳至健保資訊服務網系統(VPN)，並郵寄申請表至保險人分區業務組。				(2)申報專科門診遠距會診費-論診次：申請時應逐次填寫遠距會診費申請表（附件 3），於次月 20 日前將資料上傳至健保資訊服務網系統(VPN)，並郵寄申請表至保險人分區業務組。				
2、在地院所：申報醫療服務、藥物費用。				2、在地院所：申報醫療服務、藥物費用。				
(1)門診醫療費用點數清單段：				(1)門診醫療費用點數清單段：				

現行條文			建議修訂條文			修訂說明
	申報欄位	說明		申報欄位	說明	
	特定治療項目代號(任一)	GC：遠距醫療給付計畫		特定治療項目代號(任一)	GC：遠距醫療給付計畫	
(2)門診醫療費用醫令清單段：除申報醫療服務、藥物費用外，需另申報 1 筆虛擬醫令，填寫說明如下。			(2)門診醫療費用醫令清單段：除申報醫療服務、藥物費用外，需另申報 1 筆虛擬醫令，填寫說明如下。			
	申報欄位	說明		申報欄位	說明	
	醫令類別	G：專案支付參考數值		醫令類別	G：專案支付參考數值	
	藥品(項目)代號	TMR01：接受遠距會診		藥品(項目)代號	TMR01：接受遠距會診	
	執行醫事人員代號	填寫遠距院所之醫師身分證號		執行醫事人員代號	填寫遠距院所之醫師身分證號	
	委託或受託執行轉代檢醫事機構代號	填寫遠距院所醫事機構代號		委託或受託執行轉代檢醫事機構代號	填寫遠距院所醫事機構代號	
	醫令調劑方式	6：遠距醫療		醫令調劑方式	6：遠距醫療	
3、如可歸責於特約醫事服務機構申報案件分類等資料錯誤，導致點值核付錯誤時，特約醫事服務機構需自行負責。			3、如可歸責於特約醫事服務機構申報案件分類等資料錯誤，導致點值核付錯誤時，特約醫事服務機構需自行負責。			
(四)審查原則：			(四)審查原則：			
1、涉及特定專科別之診療項目及藥物，在地醫師參採具各該專科資格遠距醫師建議後之處方，視同符合健保給付規定。			1、涉及特定專科別之診療項目及藥物，在地醫師參採具各該專科資格遠距醫師建議後之處方，視同符合健保給付規定。			
2、特約醫事服務機構應依所提執行計畫內容提供遠距會診服務，超過計畫內容之部分，保險人不予支付費用。			2、特約醫事服務機構應依所提執行計畫內容提供遠距會診服務，超過計畫內容之部分，保險人不予支付費用。			
3、本計畫所訂之各項給付費用，如與其他公務預算支應之計畫，屬同一事實，且受有性質相同給付者，不得重複申報或請領。經查證有重複之情事，不予受理費用申請或追回已核發之款項。			3、本計畫所訂之各項給付費用，如與其他公務預算支應之計畫，屬同一事實，且受有性質相同給付者，不得重複申報或請領。經查證有重複之情事，不予受理費用申請或追回已核發之款項。			
(五)保險對象應自行負擔之醫療費用：依保險對象就醫之在地院所層級計收。			(五)保險對象應自行負擔之醫療費用：依保險對象就醫之在地院所層級計收。			
1、保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條規定計收。			1、保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條規定計收。			
2、若屬全民健康保險法第四十八條所列重大傷病、分娩、山地離島地區就醫情形之一，保險對象免自行負擔費用。			2、若屬全民健康保險法第四十八條所列重大傷病、分娩、山地離島地區就醫情形之一，保險對象免自行負擔費用。			
3、若屬全民健康保險法第四十三條第四項所訂醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，保險對象應自行負擔費用得予減免 20%。			3、若屬全民健康保險法第四十三條第四項所訂醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，保險對象應自行負擔費用得予減免 20%。			
(六)點值結算方式：本計畫之遠距會診費併其他預算之「推動促進醫療體系整合計畫」項下其他計畫計算，預算按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於 1 元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。			(六)點值結算方式：本計畫之遠距會診費併其他預算之「推動促進醫療體系整合計畫」項下其他計畫計算，預算按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於 1 元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。			
十一、 監測指標			(同現行條文)			
(一) 門診遠距會診當次轉診(轉出)率						
1、 分子：在地院所門診(不含急診)遠距會診當次轉診(轉出)件數						
2、 分母：在地院所門診(不含急診)遠距會診件數						
(二) 急診：24 小時內重返急診率						
1、 分子：急診遠距會診後 24 小時內重返急診人數						
2、 分母：急診遠距會診人數						
(三) 專科門診-論診次：每診看診人次						
1、 分子：看診人次合計						
2、 分母：總診次						

現行條文	建議修訂條文	修訂說明										
(四) 專科門診-論服務量：每月看診人次 1、 分子：看診人次合計 2、 分母：服務月份數	十二、 獎勵措施 <u>(一)「協助保險對象綁定虛擬(行動)健保卡獎勵金」：在地院所於遠距醫療時協助保險對象綁定虛擬(行動)健保卡且符合下列條件者，每名保險對象限獎勵一次：</u> <u>1、協助個案綁定虛擬(行動)健保卡，應取得個案或家屬同意，並將佐證資料留存於病歷備查(需協助拍攝虛擬(行動)健保卡之相片、已完成綁定畫面截圖等)。</u> <u>2、當次遠距醫療案件應以虛擬(行動)健保卡方式申報該保險對象資料且成功，且需申報 1 筆虛擬醫令，填寫說明如下。</u> <table><tr><th>申報欄位</th><th>說明</th></tr><tr><td>醫令類別</td><td>G：專案支付參考數值</td></tr><tr><td>藥品(項目)代號</td><td>TMV01：協助綁定虛擬(行動)健保卡</td></tr><tr><td>執行醫事人員代號</td><td>填寫在地院所之醫師身分證號</td></tr><tr><td>醫令調劑方式</td><td>6：遠距醫療</td></tr></table> <u>3、協助每名保險對象綁定虛擬(行動)健保卡獎勵費用 200 點。</u> <u>4、如原已綁定保險對象因手機故障/更換手機再重新綁定、由本計畫其他在地院所協助綁定或由其他計畫(如：全民健康保險居家醫療照護整合計畫)特約院所協助綁定等情形，不予重複獎勵。</u> <u>5、本項獎勵金由保險人每季計算，並支付予在地院所。</u> <u>(二)「虛擬(行動)健保卡申報指標獎勵金」：促進院所宣導及協助民眾綁定虛擬(行動)健保卡之推廣意願，提供虛擬(行動)健保卡申報成功之達成獎勵額度：</u> <u>1、獎勵指標定義：</u> <u>(1)在地院所與遠距會診費以論服務量申報之遠距院所：</u> <u>醫事機構當年度以虛擬(行動)健保卡申報本計畫之件數</u> <u>醫事機構當年度申報本計畫之件數</u> <u>(2)遠距會診費以論診次申報之遠距院所：</u> <u>醫事機構當年度論次費用申報使用虛擬(行動)健保卡之人次</u> <u>醫事機構當年度論次費用申報之診療人次</u> <u>註：遠距醫療個案需有以虛擬(行動)健保卡查詢健保醫療資訊雲端查詢系統之紀錄。</u> <u>2、獎勵條件與費用</u> <u>(1)第一階段(25%≤占率<50%)：提供本計畫申報案件，一般地區每件獎勵 10 點、山地離島地區每件獎勵 20 點；當年度有提供病人遠距醫療之特約醫事機構，每家機構獎勵 5,000 點。</u> <u>(2)第二階段(50%≤占率<70%)：提供本計畫申報案件，一般地區每件獎勵 20 點、山地離島地區每件獎勵 40 點；當年度有提供病人遠距醫療之特約醫事機構，每家機構再獎勵 10,000 點。</u> <u>(2)第三階段(占率≥70%)：當年度有提供病人遠距醫療之特約醫事機構，每家機構再獎勵 10,000 點。</u>	申報欄位	說明	醫令類別	G：專案支付參考數值	藥品(項目)代號	TMV01：協助綁定虛擬(行動)健保卡	執行醫事人員代號	填寫在地院所之醫師身分證號	醫令調劑方式	6：遠距醫療	1. 本項新增。 2. 配合 111 年推動虛擬(行動)健保卡，新增「協助保險對象綁定虛擬(行動)健保卡獎勵金」及「虛擬(行動)健保卡申報指標獎勵金」。 3. 「協助保險對象綁定虛擬(行動)健保卡獎勵金」財務影響評估： (1) 110 年 3 月至 11 月，在地院所申報遠距醫療就醫案件計 18 家、1,275 人，推估每院所每月就醫人數約 8 人。 (2) 以每地區均有 1 家機構參與計畫，每月協助綁定 8 人計算，約需 247.4 萬點。 4. 「虛擬(行動)健保卡申報指標獎勵金」財務影響評估： (1) 110 年 3 月至 11 月，在地院所申報遠距醫療就醫案件計 18 家、2,019 件，推估每院所每月就醫件數約 12 件；遠距院所申報遠距會診費案件計 15 家、781 件，推估每院所每月就醫件數約 6 件。 (2) 以每地區均有在地院所及遠距院所各 1 家參與計畫(在地端、遠距端各 131 家)推估： A. 1.第一階段(25%≤占率<50%)：需約 170 萬點。 B. 2.第二階段(50%≤占率<70%)：需約 340 萬點。 C. 3.第三階獎勵金(占率≥70%)：需約 262 萬點。
申報欄位	說明											
醫令類別	G：專案支付參考數值											
藥品(項目)代號	TMV01：協助綁定虛擬(行動)健保卡											
執行醫事人員代號	填寫在地院所之醫師身分證號											
醫令調劑方式	6：遠距醫療											

現行條文	建議修訂條文	修訂說明
	<u>3、本項獎勵金由保險人於年度結束後計算，並支付符合獎勵條件之特約醫事服務機構(含在地院所及遠距院所)。</u>	
十二、 計畫管理機制 （一）保險人負責本計畫之研訂與修正。 （二）保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之參與資格、核定及輔導轄區醫事服務機構之執行計畫、計算指標與核發費用。 （三）醫事服務機構負責依執行計畫提供遠距會診服務。	十三、 計畫管理機制 (同現行條文)	項次變更
十三、 退場機制 （一）參與本計畫之特約醫事服務機構，未依所提計畫提供遠距會診服務、或參與本計畫有待改善事項，經保險人 2 次通知限期改善而未改善者、或一年內因相同事由經保險人通知限期改善累計達 3 次者，應自保險人通知終止執行本計畫日起退出本計畫。 （二）參與本計畫之特約醫事服務機構如涉及特管辦法第三十八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者），應自保險人第一次處分函所載停約日起退出執行本計畫，惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。 （三）前項處以停約之特約院所，經保險人同意依特管辦法第四十二條規定抵扣者，得繼續參加本計畫，但遠距院所不得提供受處分之診療科別之遠距會診服務。 （四）特約醫事服務機構如經保險人分區業務組審查不符合參與資格或應終止參與資格，得於通知送達日起 30 日內，以書面向保險人分區業務組申請複核，但以一次為限。	十四、 退場機制 (同現行條文)	項次變更
十四、 計畫修訂程序 本計畫視需要檢討，由保險人邀集醫療專業團體、主管機關等單位共同修訂後，屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序報請主管機關核定後公告實施，餘屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告；並送健保會備查。	十五、 計畫修訂程序 (同現行條文)	項次變更

附件 1、「全民健康保險遠距醫療給付計畫」施行地區一覽表

分區	縣市	鄉鎮區	分類	分區	縣市	鄉鎮區	分類	分區	縣市	鄉鎮區	分類	分區	縣市	鄉鎮區	分類
臺北	新北市	烏來區	1	北區	苗栗縣	泰安鄉	1	南區	臺南市	七股區	2	高屏	屏東縣	枋山鄉	2
		石碇區	2			南庄鄉	2			將軍區	2			恆春鎮	3
		坪林區	2			西湖鄉	2			北門區	2			馬公市	1
		石門區	2			造橋鄉	2			楠西區	2			湖西鄉	1
		平溪區	2			三灣鄉	2			南化區	2			白沙鄉	1
		雙溪區	2			獅潭鄉	2			左鎮區	2			西嶼鄉	1
		貢寮區	2		臺中市	和平區	1			龍崎區	2			望安鄉	1
		萬里區	2			大安區	2			大內區	2			七美鄉	1
	宜蘭縣	大同鄉	1	中區	彰化縣	線西鄉	2	高屏	高雄市	茂林區	1	東區	花蓮縣	秀林鄉	1
		南澳鄉	1			福興鄉	2			桃源區	1			萬榮鄉	1
		冬山鄉	2			芬園鄉	2			那瑪夏區	1			卓溪鄉	1
		五結鄉	2			埔鹽鄉	2			東沙島	1			鳳林鎮	2
		三星鄉	2			田尾鄉	2			南太平島	1			玉里鎮	2
		金城鎮	1			芳苑鄉	2			田寮區	2			壽豐鄉	2
	金門縣	金沙鎮	1		南投縣	溪州鄉	2			永安區	2			光復鄉	2
		金湖鎮	1			信義鄉	1			六龜區	2			豐濱鄉	2
		金寧鄉	1			仁愛鄉	1			甲仙區	2			瑞穗鄉	2
		烈嶼鄉	1			鹿谷鄉	2			杉林區	2			富里鄉	2
		烏坵鄉	1			中寮鄉	2			內門區	2		臺東縣	綠島鄉	1
		南竿鄉	1		雲林縣	魚池鄉	2		高屏	三地門鄉	1			延平鄉	1
	連江縣	北竿鄉	1			國姓鄉	2			霧臺鄉	1			海端鄉	1
		莒光鄉	1			大埤鄉	2			瑪家鄉	1			達仁鄉	1
		東引鄉	1			臺西鄉	2			泰武鄉	1			金峰鄉	1
						元長鄉	2			來義鄉	1			蘭嶼鄉	1
北區	桃園市	復興區	1	南區	嘉義縣	斗六市	3		屏東縣	春日鄉	1			成功鎮	2
		觀音區	2			虎尾鎮	3			獅子鄉	1			卑南鄉	2
	新竹縣	尖石鄉	1			阿里山鄉	1			牡丹鄉	1			大武鄉	2
		五峰鄉	1			六腳鄉	2			琉球鄉	1			太麻里鄉	2
		新埔鎮	2			東石鄉	2			萬巒鄉	2			東河鄉	2
		橫山鄉	2			番路鄉	2			竹田鄉	2			長濱鄉	2
		芎林鄉	2			大埔鄉	2			崁頂鄉	2			鹿野鄉	2
		寶山鄉	2			鹿草鄉	2			車城鄉	2			池上鄉	2
		北埔鄉	2							滿州鄉	2			關山鎮	3
		峨眉鄉	2												

註：計 131 個地區，分類：1-山地離島地區、2-111 年醫療資源缺乏地區、
3-衛生福利部試辦遠距醫療相關計畫之施行地區。

附件 2、「全民健康保險遠距醫療給付計畫」執行計畫內容與格式

一、封面：至少應包括計畫名稱(包含計畫執行地區)、計畫執行院所、提供遠距會診服務院所、計畫執行期間。

二、書寫格式：以 word 建檔，A4 版面，由上而下，由左而右，標楷體 14 號字型，橫式書寫。

三、計畫內容至少應包括：

(一)前言：背景、計畫執行地區地理環境與交通情形、醫療資源現況及問題分析、醫療機構現況

(二)計畫目的

(三)服務內容及執行規劃(含看診流程、遠距會診設備規格、實施地點、實施科別、預估服務量等)

(四)與遠距院所之合作機制

(五)預期效益(量化)：含監測指標目標值

(六)經費：說明每月所需遠距會診費及計算基礎

四、檢附資料

(一)地方衛生主管機關核備函影本

(二)遠距院所合作意向書

(三)遠距會診診療空間與設備照片數張(須清晰可見整體空間及內部配置)

註：

一、申請至照護機構執行本計畫，請檢附照護機構基本資料及服務時間。

二、居整計畫照護團隊申請執行本計畫，請敘明團隊內執行院所(遠距端、在地端)、收案個案所在地(地理環境及交通情形)、個案須執行遠距會診原因。

附件 3、全民健康保險遠距醫療給付計畫專科門診遠距會診費(論診次)申請表

年 月

頁數:第

頁共

頁

受 理 日 期		受 理 編 號									
醫事服務機構名稱		醫 事 服 務 機 構 代 號									
編號	請領人姓名	請 領 人 身 分 字 號	支 付 別	日期	診次別	在地院所名 稱及代號	診療 人次	<u>虛擬健保 卡人次</u>	申請 點數	核 減 額	核 定 額
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
本頁小計											
總 表	項 目 支付別		申請 次數	診療 人次	每次申 請點數	申請點數 總數	核減 次數	核減點數	核定 次數	核定 點數	
	P6607C				5000						
	總計										
負責醫師姓名:			一、本項專科門診遠距會診服務應經當地衛生主管機關同意，並報經保險人分區業務組同意始得給付。								
醫事服務機構地址:			二、編號：每月填送均自 1 號起編。診次別：填寫上午、下午、夜間。診療人次：填寫當次診療之人次。 <u>虛擬健保卡人次：填寫當次就醫使用虛擬(行動)健保卡查詢健保醫療資訊雲端查詢系統之人次。</u>								
電話:			三、支付別： P6607C（專科門診遠距會診費-論診次，每次）								
印信:			四、總表欄：於最後一頁填寫。								
			五、填寫時請依同一支付別集中申報，同一請領人姓名亦應集中申報。本申請表應按月連同門診費用申報寄保險人分區業務組，惟請另置於信封內，並於信封上註明「遠距會診費(論診次)申請表」。								

附錄、衛生福利部遠距醫療試辦計畫執行醫院之遠距醫療設備規格(參考資料)

一、遠距醫療門診系統一套，包含：

1. 遠端控制工作站 Remote Control station x1

- (1) 操作系統 Operating System: Windows 或 iOS
- (2) Processor: Intel Core i5 or greater
- (3) Video capture: Webcam
- (4) Installed memory (RAM): 4 GB or greater
- (5) Hard Disk Drive : 500 GB 或以上
- (6) Speakers and Microphone: analog or digital headset
- (7) 可控制主機攝影機功能：包含變焦、點對點、遠端攝像機控制(FECC)，全屏視圖，子母畫面（PIP）等雙向音頻/視頻影音顯示
- (8) 具 ≥ 24 "診斷用 Monitor，供醫生遠端診療使用
- (9) 提供 ≥ 56 " 4k UHD TV Monitor x1，供影像同步觀察及會診使用

2. 控制站操作介面及功能 Control Station Interface x2

- (1) 可控制捕捉圖像和視頻，調整亮度，變焦，對焦，音量和麥克風增益和靜音
- (2) 以有線 Internet 或 Wi-Fi 網路從遠端遙控連線，低控制頻寬可小於 300kbps，並使用 TCP /UDP 數據傳輸控制協定雙向通信顯示
- (3) 具動態頻寬自動測調整及視頻自動品質優化功能
- (4) 具智能化雲端網路連線，提供安全連接至指定之遠距醫療設備
- (5) 可遠端遙控主機雙鏡頭攝影機，做上下傾斜、左右移動及遠近變焦攝影，
上下傾斜角度： $+27/-65$ 度；
左右移動角度： ± 170 度；
遠近變焦攝影放大倍數：26X 倍
- (6) 可操作遠距醫療系統執行，如：捕捉圖像和動態影像，調整亮度，輸入/輸出調節變焦，對焦，音量和畫中畫及影音錄影功能
- (7) 具遠端游標指示功能，可提供及時標示出 ROI 感興趣的區域進行指導教學討論

3. 雲端網路連線監控功能 Connection Function x2

- (1) 具雲端網路連線及監控技術：可透過雲端計算，快速連線至指定遠距醫療系統，進影音傳輸
- (2) 具優化連接軟體，自動管理高度變化的網路環境
- (3) 具全天候主動監控功能，含狀態警報，日常維護和軟體更新等，可作維護一個恆定的連線狀態系，以提供設備的正常運行時間和服務監控
- (4) 連線資料隱私加密需求：採用 RSA 密鑰和 256 位 AES 對稱加密組合方式。
- (5) 數據安全性-具 HIPAA 標準為基礎的數據安全性和管理功能

4. 移動式遠距醫療設備主機 Mobile Telemedicine Cart x1

- (1) 主機高低調整距離 147cm 到 198cm
- (2) 內置可充電電池組，不插電可操作 7 小時以上
- (3) 具輔助影像輸入端子：2 組以上
- (4) 具遠端控制台 15" LCD 顯示螢幕及控制板：可顯示雙向影音、調整聲音大小等功能
- (5) 具雙耳式耳機與電話聽筒
- (6) 具電子式聽診器

5. 攜帶型遠端控制平板 Mobile iPad x1

- (1) 操作系統 Operating System：Apple iOS 10 以上
- (2) Display：≥9.7 吋 LED 背光 Multi-Touch 多點觸控顯示器，採用 IPS 技術
- (3) 2048 x 1536 像素，264 ppi 解析度或以上
- (4) Memory (RAM)：128GB or greater
- (5) 可控制主機攝影機功能：包含變焦、點對點、遠端攝像機控制(FECC)，全屏視圖，子母畫面 (PIP) 等雙向音頻/視頻影音顯示

6. 需提供醫生遠端連線操作控制帳號 ≥5 組

7. 高提供無線雙頻 4G 路由器及 4G SIM 卡一組，供遠距連線使用

二、數位五官檢查鏡組一套，包含：

1. 手持式數位五官鏡一組，含

- (1) 主機 x1：僅需更換鏡頭，即可切換耳鏡、口腔鏡、鼻咽內視鏡、皮膚鏡等，供醫師遠端診斷。

- a. 具 500 萬畫素高解析畫面及 3.5"全彩 LCD 觸控螢幕，可按一快速鍵即可立即擷像
 - b. 影像輸出為：AV 端子及 Mini USB 輸出介面，並可經由遠距醫療設備主機連線同步輸出至遠端控制工作站，供醫生遠端診斷
 - c. 全新電池可持續使用 3 小時，可直接使用 mini USB 充電
- (2) 耳鏡 x1：可觀察中耳積水、耳道及鼓膜病變
- (3) 口腔鏡 x1：可觀察口腔病變
- (4) 鼻咽內視鏡 x1：可觀察喉嚨發炎病變
 - a. 軟式鼻咽內視鏡 x2
 - b. 硬式鼻咽內視鏡 x2
- (5) 皮膚鏡 x1：可觀察皮膚病變
- (6) 提供數位相機一台可記錄大區域皮膚病變
- 2. 自動對焦免散瞳眼底鏡一組，包含：
 - (1) 主機：僅需更換鏡頭，即可切換眼底鏡、裂隙燈鏡頭及眼表鏡，供醫師遠端觀察眼睛病變。
 - (2) 具 500 萬畫素高解析畫面及 3.5"全彩 LCD 觸控螢幕，可按一快速鍵即可立即擷像
 - (3) 影像輸出為：AV 端子及 Mini USB 輸出介面，並可經由遠距醫療設備主機連線同步輸出至遠端控制工作站，供醫生遠端診斷
 - (4) 全新電池可持續使用 3 小時，可直接使用 mini USB 充電
 - (5) 眼底鏡具 ≥ 45 度廣角視野，屈光度 -20 到+20D
 - (6) 具檢查用下巴支架
 - (7) 裂隙燈：裂隙尺寸 0.2*10 mm，濾鏡：藍/綠
 - (8) 眼前鏡：視角 21 度，工作範圍：56-65 mm
 - (9) 提供眼壓計 x1 組，具開機自我測試、單鍵操作測量、液晶螢幕顯示眼壓值 IOP 及電池狀況等功能
- 3. 皮膚科冷凍噴槍

附件 3、111 年遠距醫療給付計畫虛擬(行動)健保卡獎勵費用推估

類別	機構數		遠距個案 綁訂獎勵 金，每人 200 點	第一階段(25%≤ 占率<50%)				第二階段(50%≤ 占率<70%)				第三階獎勵 金(占率≥ 70%)且有提 供遠距醫 療，每家 1 萬點	總獎勵
	一般 地區	IDS 地區		件數獎勵			有提供遠 距醫療，每 家 5 千點	件數獎勵			有提供遠距 醫療，每家 1 萬點		
				一般地 區 (每件 10 點)	IDS 地區 (每件 20 點)	合計		一般地區 (每件 20 點)	IDS 地區 (每件 40 點)	合計			
在地院所	81	50	2,474,400	116,640	144,000	260,640	655,000	233,280	288,000	521,280	1,310,000	1,310,000	6,531,320
遠距院所	81	50	-	58,320	72,000	130,320	655,000	116,640	144,000	260,640	1,310,000	1,310,000	3,665,960
合計	162	100	2,474,400	174,960	216,000	390,960	1,310,000	349,920	432,000	781,920	2,620,000	2,620,000	10,197,280

註：總獎勵=個案綁訂獎勵金+三階段獎勵

討論事項

第九案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」(下稱本計畫)，提請討論。

說明：

一、依據本署 111 年 2 月 21 日召開修訂「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」討論會議決議辦理。

二、本計畫建議修訂重點如下：

(一)為利指標定義具一致性，本計畫失智症定義，比照本署「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」醫療品質資訊項目及「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」之失智症定義辦理，爰修正如下：

1. 增加次診斷。

2. 刪除診斷碼 F05 (Delirium due to known physiological condition，已知生理狀況引起的譫妄)。

3. G91(水腦症)是否刪除，後續將俟本署醫審及藥材組函請相關公、協會提供專業意見定案後，配合修訂。

4. 本計畫修訂後之失智症定義為主、次診斷碼(ICD-10-CM)：F01-F04、F1027、F1097、F1327、F1397、F1827、F1897、F1927、F1997、G30、G31 及 G91。

(二)放寬本計畫「失智症門診家庭諮詢費」給付條件及修訂醫師教育訓練內容：

1. 「失智症門診家庭諮詢費」，不內含於門診整合初診或複診診察費中，得另外申報。每次諮詢服務時間 15 分鐘(含)以上，未達 30 分鐘者，申報 P5201C；每次諮詢服務時間 30 分鐘(含)以上者，申報 P5202C。

2.為利醫師提供上述諮詢服務，本計畫醫師教育訓練內容增列失智症基礎訓練(內含於原教育訓練 6 小時課程之內)，已參與之醫師不需重新參加，課程內容請台灣神經學學會和相關學會研議。

(三)鼓勵醫院開設「整合照護門診模式」，避免多重慢性病人重複、不當治療用藥或處置，自 111 年 7 月 1 日起取消「未開設整合門診照護模式」(即整合式照護模式註記為 X 者)。

(四)申請醫院資格及退場機制增列全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法第 44 條至第 45 條規定。

(五)「複診診察費」申報期限由原 180 天延長至 200 天(即須於門診整合初診後 200 天內申報)。

擬辦：本計畫修訂全文詳附件 (頁次討 9-3~9-15)，後續依程序報請衛生福利部公告實施並副知全民健康保險會。

決議：

附件、醫院以病人為中心門診整合照護計畫

106 年 2 月 9 日健保醫字第 1060001379 號公告修訂

107 年 6 月 21 日健保醫字第 1070008162 號公告修訂

108 年 3 月 14 日健保醫字第 1080003099 號公告修訂

111 年 0 月 00 日健保醫字第 0000000000 號公告修訂

壹、計畫依據

依各年度全民健康保險醫療給付費用總額之協議結果辦理。

貳、計畫說明

多重慢性病人乃是我國醫療照護系統中最重要的資源使用者，且隨著我國人口結構的逐年老化，多重慢性病的盛行率將逐年升高，其醫療照護課題也將愈趨重要。就提高慢性醫療照護品質及控制醫療成本的觀點而言，如何改變現行醫療照護模式，使成為適合多重慢性病患之整合性醫療照護模式，乃當務之急。

參、目的

- 一、提供多重慢性病人適切、效率、良好品質的醫療服務，避免重複、不當治療用藥或處置，影響病人安全。
- 二、配合總額支付制度，提供整合式照護服務，促成醫院各專科醫療之適當整合。
- 三、對於病情穩定之病人，逐步落實分級醫療、促進層級間之轉診，以提升醫療資源使用效率。

肆、預算來源

由全民健保年度醫療給付費用總額其他預算「推動促進醫療體系整合計畫」項下支應，以 2.5 億元為上限。

伍、執行方式

申請計畫之醫院(或整合團隊)可選擇需開設整合照護門診採行下列模式(可複選)，並檢附計畫書(附件 1)，向保險人各分區業務組提出申請，自保險人各分區業務組審查通過之月份開始實施。

- 一、非開設整合照護門診模式：同一保險對象如同一日於參與計畫醫院就診多科，並由最後就診醫師整合開藥及處置者，得僅收一次部分負擔，惟不得申報本計畫之門診整合初診診察費、複診診察費，其餘相關醫療費用申報、支付及審查依現行規定處理。

二、開設整合照護門診模式

一、申請及審查程序：

(一)參與計畫之醫院(或整合團隊)：

- 1.(一)參與計畫醫院(或整合團隊)應先行報備整合門診之門診時刻表、診次及醫師等，並將相關資料上傳健保資訊網服務系統(VPN)，如有異動，重新報備並更新VPN資料。
 - 2.(二)醫學中心平日看診日每日至少開診2個診次，區域醫院平日看診日每日至少1個診次，地區醫院不限診次，並於門診時刻表及明顯處張貼說明。
 - 3.(三)若服務內容變動，應檢附修訂後計畫書向各分區業務組報備。
- (二)(四)承作醫師資格：不限專科別，但須完成6小時教育訓練課程(附件2)，並取得證明。

三、(五)申請醫院資格：醫院於執行申請年之前一年起，無全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法（以下稱特管辦法）第二十八條至第四十條或第44條至第45條中各條等歸因於醫院總額所列違規情事之一且經保險人處分者（以第一次處分函所載停約或終止特約日期間認定，含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者）。惟為保障保險對象就醫權益，保險人各分區業務組得視違規情節及醫院所提計畫之內容，可另予考量。

(三)二、收案對象：

- 1.(一)保險對象最近3個月符合下列條件之一者，得予以收案照護：
 - (1)1.給藥日份 ≥ 28 天之案件中，最近3個月申報之主診斷中有3種(含)以上慢性病，並經2位(含)以上醫師看診者。
 - (2)2.最近3個月至少申報2次(含)以上慢性病連續處方箋且最近3個月申報之慢性病連續處方箋用藥之藥品品項數合計達10種(含)以上，並經2位(含)以上醫師看診者。
 - (3)3.保險人建議應納入門診整合者。
- 註：前開慢性病係指主診斷為本保險公告之慢性疾病範圍者。
- 2.(二)保險對象或家屬同意接受整合照護服務且簽署本服務同意書者(附件3)，始得收案。
 - 3.(三)同一個案不能同時被2家院所收案，收案時，須向病人說明應配合定期回診等事項。

三、收案程序：

(四)(一)初診須完成周全性評估及照護計畫，周全性評估之內容及工具如**附件 4** (若有相關版權問題請醫院自行申請)。

(五)(二)個案登錄及管控作業：

- 1.個案經醫師評估符合收案條件並簽署同意書後始得收案，醫事服務機構必須上傳個案資料至「全民健康保險醫院以病人為中心門診整合照護計畫」之個案登錄子系統，其必要欄位如**附件5**。承作醫師須透過參與醫院向保險人各分區業務組申請，始能登入個案登錄子系統(網址：<https://medvpn.nhi.gov.tw/>，VPN服務項目/試辦計畫資料維護/基本資料維護)。
- 2.個案之首次資料登錄，應於保險對象實際就診日當日填報「收案日期」，方得收案。經保險人勾稽收案日期與申報門診整合初診診察費日期不符者，不予支付。

(六)(三)同一分區業務組轄區醫院，得選擇採院際共同整合照護方式，並依下列規定辦理：

- 1.推派單一醫院為主責醫院，負責提送計畫書、保險人聯繫窗口、經費撥付等事宜。
- 2.應於計畫書內一併檢送各整合醫院之參加同意書。
- 3.整合團隊於計畫執行期間若發生個別醫院退出情形，須由主責醫院向轄區分區業務組提出申請。
- 4.整合團隊之個別醫院，於計畫執行期間亦受本計畫「柒、退場機制」規範。

三、申請醫院資格

~~醫院於執行年之前一年起，無全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法（以下稱特管辦法）第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一且經保險人處分者（以第一次處分函所載停約或終止特約日認定，含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者）。惟為保障保險對象就醫權益，保險人各分區業務組得視違規情節及醫院所提計畫之內容，可另予考量。~~

陸、費用申報及支付方式

一、本計畫之給付項目及支付標準：

(一)門診整合診察費

- 1.限開設整合照護門診模式申報。
- 2.診察費依看診階段(初診、複診)支付，支付標準如下：
 - (1) 門診整合初診診察費1,500點(支付標準編號 P5203C)，須完成周全性評估及照護計畫後申報。

(2) 門診整合複診診察費1,000點(支付標準編號 P5204C)，須依下列規定辦理：

- ①限門診整合初診後半年200天內申報。
 - ②同一照護對象最多可申報2次。
 - ③含照護計畫之修正與調整。
- 3.申報本計畫之門診整合診察費者，不得另申報醫院門診診察費。
- 4.本計畫個案整合完竣結束後，則回歸一般門診(一般案件，不納入本計畫)診察費回歸醫院總額一般服務預算，依一般門診診察費支付，不納入本計畫支應。
- 5.失智症家庭諮詢費用已內含於初診或複診診察費中，不另支付。
- 6.醫師提供整合照護，應於個案之就醫當日病歷中，由負責整合之醫師於其診斷下，簡述整合之科別、疾病別或藥品、處置或檢查類別等並檢附周全性評估相關資料，以備查核。未於病歷中載明以上整合方式並檢附相關資料者，不得申報整合照護模式註記。

(二)失智症門診照護家庭諮詢費用

- 1.保險對象參與本計畫開設整合照護門診模式且於整合期間，如經參與計畫醫院申報門診整合診察費之個案，則本項費用已內含於門診整合初診或複診診察費中，不得另外申報。
- 2.本計畫失智症病患經神經科或精神科專科醫師確診，經評估有諮詢需要，且患者之失智症評估結果，符合臨床失智症評量表(Clinical Dementia Rating,CDR)值 ≥ 1 或簡易心智量表(Mini-Mental State Examination, MMSE) ≤ 23 者，醫院得提供諮詢服務，申報本項費用。
- 3.每次諮詢須填報諮詢溝通內容及規定(附件6)，併入病人病歷紀錄留存。
- 4.支付點數：
- (1)每次諮詢服務時間15分鐘(含)以上，未達30分鐘者：支付300點，申報編號 P5201C。
 - (2)每次諮詢服務時間30分鐘(含)以上：支付500點，申報編號 P5202C。
 - (3)同院每位病人每年最多支給2次費用。

註：前項「諮詢服務時間」不包括醫師診療及失智症評估量表填報時間。

二、特約醫事服務機構門診醫療服務點數申報格式之點數清單段及醫令清單段填表說明：

~~(一) 非開設整合照護門診模式：同日多科就診，且僅收一次部分負擔者，門診醫療服務點數申報格式清單段之「整合式照護模式註記」(欄位ID：d13)應填「X」。~~

~~(二)~~ **(一)** 開設整合照護門診模式：_

1. 屬本計畫收案之照護對象，其就診當次符合申報初診及複診診察費者，於申報費用時，門診醫療服務點數申報格式清單段之案件分類應填「E1」、整合式照護計畫註記(欄位ID：d13)填寫方式如下：

(1) 給藥日份 $\geq$ 28天之案件中，最近3個月申報之主診斷中有3種(含)以上慢性病，並經2位(含)以上醫師看診者，應填「Q」。

(2) 最近3個月至少申報2次(含)以上慢性病連續處方箋且最近3個月申報之慢性病連續處方箋用藥之藥品品項數合計達10種(含)以上，並經2位(含)以上醫師看診者，應填「R」。

(3) 保險人建議應納入門診整合者者，應填「S」。

2. 醫令類別應填「0」。

3. 其餘依一般費用申報原則辦理。

~~(三)~~ **(二)** 失智症門診照護家庭諮詢費用：醫令類別應填「0」，醫令執行時間起迄請填報諮詢服務時間至年月日時分。本項併門診醫療費用申報，非當日執行，請比照排程檢查案件作業方式申報。

三、本計畫之預算，按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

四、審查原則

(一) 依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理。

(二) 申報本計畫支付項目，相關資料需存放於病歷備查，未依保險人規定內容登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，不予支付該筆費用並依相關規定辦理。

柒、退場機制

醫院於計畫執行期間因違反特管辦法第~~三十八~~**38**條至第~~四十~~**40**條**或第44條至第45條等歸因於醫院總額所列違規情事，致受停約**或終止特約**致受停約**處分者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)，以第一次處分函**日期**所載停約或終止特約**起始**日起同步終止**參與**本**項**計畫，惟為保險對象醫療照護之延續性，分區業務組得視違規情節，可另予考量。凡經終止本計畫者，各項支付費用不予核付。

捌、執行配套措施

一參與本計畫之醫院(或整合團隊)目標管理點數額度調整：由保險人各分區業務組與轄區醫院依現行作業原則共同議定，惟對於本計畫之效益應予考量。

二計畫管理機制：

- (一)保險人研議總體計畫架構模式、指標之開發與計算、行政授權與協調。
- (二)保險人各分區業務組受理及輔導轄區醫院申請計畫與觀察輔導醫院之執行，並得進行實地訪視瞭解其計畫實際執行情形。
- (三)各計畫參與醫院提出計畫之申請，推動整合照護模式，並參與保險人各分區成果分享活動。
- (四)保險人各分區業務組如審查發現整合照護個案病歷中未載明整合方式，或整合後仍發現有重複用藥或處置時，得核扣該個案之門診整合診察費，並依情況，請醫院提出說明或改善措施及列為下年度參與本計畫之資格參考。

三監測指標：以收案個案照護滿1年之各項指標與收案前1年比較。

- (一)指標 1：照護對象每人西醫門診醫療費用^註。
- (二)指標 2：照護對象每人西醫門診申報件數。
- (三)指標 3：照護對象每人西醫門診藥品品項數。
- (四)指標 4：照護對象每人門診潛在不當用藥數 (PIM)。(以 2015 年 Beer's criteria 計算)
- (五)指標 5：照護對象每人門診急診申報件數(案件分類 02)。
- (六)指標 6：照護對象每人住院次數。(依入院日期歸戶計算。)

註：前述「西醫門診醫療費用」範圍，係指西醫醫院門診、西醫基層門診及門診透析之申請點數加部分負擔，包含交付機構之申報點數

加部分負擔，且排除下列之案件：1.中醫門診、牙醫門診、代辦案件、居家照護與精神疾病社區復健。2.慢性病連續處方箋調劑、診察費為0之案件件數不計。

玖、計畫實行評估

- 一保險人分區業務組得不定時至參與計畫醫院實地訪查或以立意抽樣審查方式確定計畫內容是否落實，以作為未來是否准予續辦之考量。
- 二保險人定期進行整體執行成效之評估，作為研修參考。
- 三本計畫所核付之款項，請參與醫院應用於鼓勵執行本計畫之整合單位或相關人員。

拾、訂定與修正程序

本計畫由保險人報請主管機關核定後公告實施，並送副知全民健康保險會備查。屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。

【附件1】

_____醫院(院所代號：_____)

申請____年「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」

提報日期：

一、計畫書封面：至少包含計畫名稱、計畫執行單位。

二、書寫格式：以 word 建檔，A4版面，由上而下，由左而右，標楷體14號字型，橫式書寫。

三、計畫書撰寫說明：計畫書(含電子檔)內容應包含下列：

(一)整合**照護**門診**照護**模式：應敘明**開設之**整合門診名稱、照護目的及內容。

☐非開設整合照護門診模式(得僅填列(三)至(七))

☐開設整合照護門診模式

(二)請敘明以上整合門診之門診時刻表、診次及醫師等，並將相關資料上傳至健保資訊網服務系統(VPN)(請檢附最新應診時刻表、網路相關說明及張貼處照相等資料供參，如有異動，須重新報備保險人各分區業務組，並更新 VPN 資料)。

(三)本計畫照護對象之掛號、看診、用藥諮商標準作業流程。

(四)整合門診或主責醫師如會診他科醫師，綜合評量發現有用藥處置重複情形，請敘明聯繫處理之方式。

(五)辦理本計畫除醫師外，其他醫事人員參與情形說明：

(六)辦理醫師及醫事人員整合照護相關教育訓練：

(預訂辦理日期及次數)

(七)整合照護宣導方式：

四、整合式照護醫療需求評估方式說明。

【附件2】

醫院以病人為中心門診整合照護計畫

醫師教育訓練內容

- 一、不限專科別，均須接受6小時教育訓練合格後(實體或網路課程)，才能參與本計畫。
- 二、課程內容如下：
 - (一)全人整合醫療理念。
 - (二)門診整合實務。
 - (三)多重用藥與不適當用藥評估原則。
 - (四)周全性評估與照護計畫擬訂。
 - (五)失智症基礎訓練。
- 三、各相關學會均得辦理教育訓練，授課講師可依授課時數抵免。

**醫院以病人為中心門診整合照護計畫
照護對象「用藥整合」暨「整合照護服務」同意書**

為保障您的用藥安全，多科掛號之困擾，本院參與中央健康保險署「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」，藉由醫院的整合門診，透過「健保醫療資訊雲端查詢系統」查詢您近期之就醫與用藥資訊，協助整合門、住診等用藥，除了節省您寶貴時間，更可提升您就醫品質。

本計畫鼓勵您於同一醫院接受整合照護服務，您如欲維持原門診就醫習慣，無法配合西醫主治醫師整合用藥、提供實質醫療照護，則不符合本計畫之收案條件。

我同意參加門診整合照護服務，○○醫院○○醫師為本人西醫主治醫師，於本人簽署同意書日起至結案日止，配合醫師整合用藥，提供實質醫療照護，並可透過中央健康保險署建置之「健保醫療資訊雲端查詢系統」，查詢本人就醫之醫療費用申報資料。

此致 ○○醫院

立書同意人：

出生年月日：民國____年____月____日

身分證號：

代理人：

與照護對象之關係：

身分證號：

【附件4】

醫院以病人為中心門診整合照護計畫

周全性評估工具內容

須至少包含下列評估重點(評估量表僅供參考)

- 一、日常生活功能：建議巴氏日常生活量表（Barthel Index）或(Instrumental Activities of Daily Living, IADL)
- 二、衰弱程度：建議社區民眾健康行為調查綜合問卷或臨床衰弱量表(Clinical Frailty Scale，CFS)。
- 三、失智程度：建議簡易心智狀態問卷調查表(SPMSQ)或簡易失智量表(MMSE)或早期快篩簡易失智量表(AD8)。
- 四、憂鬱狀態：建議老人憂鬱量表(GDS)或憂鬱量表(CES-D scale)。
- 五、用藥整理：除須記載實際使用情況及重複用藥、建議以潛在不當用藥(Beers criteria)評估。
- 六、營養量表(MNA-SF)。

醫院以病人為中心門診整合照護計畫

個案登錄系統必要欄位

一、新收案必登錄欄位如下：新收案日期、照護對象身分證號、照護對象姓名、照護對象性別、照護對象出生日期、醫師身分證號、醫師姓名及照護對象類別。照護對象類別如下：

Q：給藥日份 ≥ 28 天之案件中，最近3個月申報之主診斷中有3種(含)以上慢性病，並經2位(含)以上醫師看診者。

R：最近3個月至少申報2次(含)以上慢性病連續處方箋且最近3個月申報之慢性病連續處方箋用藥之藥品品項數合計達10種(含)以上，並經2位(含)以上醫師看診者。

S：保險人建議應納入門診整合者。

二、追蹤管理必登錄欄位如下：照護對象身分證號、照護對象姓名、照護對象複診次數、照護對象複診日期、醫師身分證號、醫師姓名。

三、結案（或轉診）日期必須登錄欄位如下：照護對象身分證號、照護對象姓名、照護對象複診次數、醫師身分證號、醫師姓名。

（一）結案（或轉診）日期。

（二）結案原因：

1：已完成申報初診診察費及2次複診診察費。

2：轉診進入其他院所。

3：長期失聯(≥ 180 天)。

4：拒絕再接受收案。

5：死亡。

6：保險對象未執行本計畫照護超過半年者。

7：醫院因歇業、停業、違約等因素退出本計畫。

8：其他：_____ (應敘明原因)

（三）接受轉診院所保險醫事服務機構代號：_____

【附件6】

失智症門診照護諮詢溝通記載內容及規定如下：

- 一、照護對象姓名及臨床失智症評量表(CDR)或簡易心智量表(MMSE)評量結果。
- 二、依需要簡要敘述病況、照護技巧指導、藥物或營養諮詢、家屬心理支持、社會資源運用等內容。
- 三、諮詢服務之日期及起迄時間至分。
- 四、提供服務者職稱及簽章(除醫師外，亦包含社工師或其他醫事人員)。
- 五、接受諮詢服務者簽章及其與照護對象之關係(接受諮詢服務者包括照護對象或主要照護者，且至少有1位家屬參與)。

註：

- 1.失智症定義：主、次診斷代碼(ICD-10-CM)為 F01-F04、F1027、F1097、F1327、F1397、F1827、F1897、F1927、F1997、G30、G31 及 G91。
- 2.諮詢服務時間不包括醫師診療及失智症評估量表填報時間。

討論事項

第十案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關 111 年度「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案（草案）（下稱即時方案（草案）」（**附件 1，頁次討 10-5～10-53**），提請討論。

說明：

- 一、依111年1月26日衛部健字第1113360011號公告「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」（下稱總額預算）（**附件2，頁次討10-54～10-65**）及111年2月24日修訂「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案（草案）」溝通會議紀錄（**附件3，頁次討10-66～10-67**）辦理。
- 二、111年度總額預算之其他部門項下新增「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」項目15億元，除原用於補助院所提升網路頻寬費用及支付即時方案資料上傳獎勵費外，另增加提升智慧化資訊機制之獎勵（**同附件2，頁次討10-54～10-65**）。
- 三、為辦理「提升院所智慧化資訊機制」獎勵，及配合「111年使用者付費精神下全民健康保險部分負擔改革方案」，規劃於即時方案草案，增加下列獎勵項目：
 - （一）配合「111年使用者付費精神下全民健康保險部分負擔改革方案」，於公告實施前，完成「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式及填表說明」及「特約交付機構醫療費用點數申報格式及填表說明」改版獎勵。
 - （二）綁定「虛擬健保卡及就醫」獎勵，其獎勵規範依「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」及「全民健康保險遠距醫療給付計畫」規定辦理。
 - （三）「居家輕量藍牙 APP 就醫資料介接(寫入)院所端醫療資

訊系統(HIS)」獎勵。

(四)「就醫識別碼(健保卡資料上傳格式)」改版、上傳即時性及完整性等獎勵。

四、上開「居家輕量藍牙 APP 就醫資料介接(寫入)院所端醫療資訊系統(HIS)」及「就醫識別碼(健保卡資料上傳格式)」改版、上傳即時性及完整性等獎勵項目，本署前於111年2月24日邀集醫界相關學會，召開修訂即時方案(草案)溝通會議，就該二項獎勵內容進行溝通討論，會議結論摘述如下：

(一)「居家輕量藍牙 APP 就醫資料介接(寫入)院所端醫療資訊系統(HIS)」：

健保署提供本項獎勵可以讓醫界更有動力，強化居家醫療服務，經瞭解本項資訊介接費用約介於 5,000 元至 6,000 元，在預算經費有限下，建議健保署可匡列本項獎勵總金額，支付點數上限為 6,000 點/家，以年度方式結算，若超過匡列預算，則採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於 1 元。

(二)「就醫識別碼(健保卡資料上傳格式)」改版、上傳即時性及完整性獎勵：

1. 為避免發生保險對象持處方箋(彩色列印)至多個藥局重複調劑，及提供簡單明確鍵值，以對應處方資訊、檢驗(查)、影像等資料，提升資料正確性，爰規劃健保卡資料即時性上傳(獎勵時間需在一小時內)。
2. 惟考量醫院層級，健保卡上傳資料量大，補正資料亦多，建議本項獎勵上傳時間，應將醫院和基層層級分別訂定，醫院層級即時性獎勵時間建議為6小時內，基層則依原規劃時效內上傳即可給予獎勵費用。

五、本署依上開會議結論修正「居家輕量藍牙 APP 就醫資料介接(寫入)院所端醫療資訊系統(HIS)」及「就醫識別碼(健保卡資料上傳格式)」獎勵內容，摘述如下：

(一)居家輕量藍牙 APP 就醫資料介接(寫入)院所端醫療資訊系統(HIS)獎勵：

1. 需於111年12月31日前完成安裝本署「醫療資料傳輸共通介面 API」及將居家輕量藍牙 APP 就醫資料介接(寫入)院所端醫療資訊系統(HIS)。
2. 本項預算上限1,200萬元，每家院所給付最高點數為6,000 點，如完成家數大於2,000家，則在本項預算限額下，採浮動點值，全年結算，每點支付金額不高於1元。

(二)「就醫識別碼(健保卡資料上傳格式)」獎勵項目，包括改版費(每家最高 7,000 點)、上傳即時性(每家最高 3,000 點)、上傳急診及病床資料完整性(每家最高 4,000 點)，獎勵指標及方式(詳附件 4，頁次討 10-68~10-70)。

六、財務評估：

(一)獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用合計 1,020,943,731 元，說明如下：

1. 獎勵上傳資料: 以 109 年網路頻寬補助成長率 23.6%推估，111 年所需經費為 797,332,108 元。
2. 網路頻寬補助以 109 年網路頻寬補助成長率 31.3%推估，111 年所需經費為 223,611,623 元。

(二)提升院所智慧化資訊機制及配合「111 年使用者付費精神下全民健康保險部分負擔改革方案」獎勵費用合計 444,816,000 元，說明如下：

- 1.特約醫事服務機構完成門診醫療費用點數申報格式改版獎勵費，以 110 年本署特約醫事服務機構數（28,841 家）*每家獎勵費 2,000 元估算，計 57,682,000 元。
- 2.綁定「虛擬健保卡及就醫」，依「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」及「全民健康保險遠距醫療給付計畫」規定辦理，預估經費 80,000,000 元。
- 3.居家輕量藍牙 APP 就醫資料介接(寫入)院所端醫療資訊(HIS)獎勵費，110 年參與居家醫療照護整合計畫院所家數為 3047 家，以 3,000 家估算，每家獎勵費 4,000 點，計 12,000,000 元。
- 4.「就醫識別碼(健保卡資料上傳格式)」獎勵費合計 295,134,000 元，說明如下：

(1)特約醫事機構家數計算區間：110.9.1~110.12.1。

(2)改版費:以上傳健保卡資料之特約醫事機構家數（29,335 家）*每家改版獎勵費最高 7,000 元，計 205,345,000 元。

(3)上傳即時性：以上傳健保卡資料之特約醫事機構總家數（29,335 家）*每家獎勵費 3,000 元估算，計 88,005,000 元。

(4)上傳急診資料完整性：以上傳健保卡資料(急診)之家數(419 家)*每家獎勵費 2,000 元估算，計 838,000 元。

(5)病床完整性：以上傳健保卡資料(住院)之家數（473 家）*每家獎勵費 2,000 元估算，計 946,000 元。

(三)上開提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用共計 1,465,759,732 元。

擬辦：本案提報本會議通過，再函報衛生福利部核定後公告實施。

決議：

「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」

修正草案對照表

修正方案	現行方案	說明
	一、依據：全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額辦理。	未修正。
	二、目的：為鼓勵特約醫事服務機構提升網路頻寬，以利即時、迅速查詢病患於不同醫事機構間之醫療資訊，供處方參考，以確保保險對象就醫安全，以及提升醫療服務效率。	未修正。
三、預算來源： (一)111 年全民健康保險「醫院」醫療給付費用總額之「網路頻寬補助費用」專款項目 2 億元，用於補助醫院提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。 (二)111 年全民健康保險「西醫基層」醫療給付費用總額之「網路頻寬補助費用」專款項目 2.53 億元，用於補助西醫基層診所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。 (三)111 年全民健康保險「牙醫門診」醫療給付費用總額之「網路頻寬補助費用」專款項目 1.68 億元，用於補助牙醫院所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。 (四)111 年全民健康保險「中醫門診」醫療給付費用總額之「網路頻寬補助費用」專款項目 0.98 億元，用於補助中醫院所提升網路頻寬之	三、預算來源： (一)全民健康保險「醫院」醫療給付費用總額之「網路頻寬補助費用」專款項目 1.27 億元，用於補助醫院提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。 (二)全民健康保險「西醫基層」醫療給付費用總額之「網路頻寬補助費用」專款項目 2.14 億元，用於補助西醫基層診所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。 (三)全民健康保險「牙醫門診」醫療給付費用總額之「網路頻寬補助費用」專款項目 1.36 億元，用於補助牙醫院所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。 (四)全民健康保險「中醫門診」醫療給付費用總額之「網路頻寬補助費用」專款項目 0.81 億元，用於補助中醫院所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」；	依 111 年 1 月 26 日衛部健字第 1113360011 號公告「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，本方案 111 年全年經費為 22.19 億元。

修正方案	現行方案	說明
「固接網路及行動網路月租費」； (五)<u>111 年</u>全民健康保險醫療給付費用總額之其他預算「<u>提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構之網路頻寬補助費用</u>」<u>15 億元</u>，用於補助院所外其他醫事服務機構提升網路頻寬之「<u>固接網路及行動網路月租費</u>」及支付資料上傳及提升智慧化資訊機制獎勵金。如各部門總額「網路頻寬補助費用」專款項目預算不足時，由本項預算支應。	(五)全民健康保險醫療給付費用總額之其他預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」項目 9.80 億元，用於補助院所外其他醫事服務機構提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」及支付資料上傳獎勵金。如各部門總額「網路頻寬補助費用」專款項目預算不足時，由本項預算支應。	
	四、適用對象及其條件： (一)固接網路： 1.保險人特約醫事服務機構應選擇申請裝設所需光纖電路之速率頻寬。 2.特約醫事服務機構需檢送申請表（附件 1）或採電子申請，由保險人分區業務組核定後辦理。 (二)行動網路(Mobile Data Virtual Private Network, MDVPN)： 1.適用對象為事先經保險人同意提供居家醫療照護、或至醫療資源不足地區、山地離島地區等，非於院所內提供醫療服務之特約醫事服務機構。 2.申請數量以 1 組為原則，經分區業務組瞭解特約醫事服務機構有實際業務需要者，最多可申請 2	未修正。

修正方案	現行方案	說明
	組。 3.特約醫事服務機構需檢送申請表(附件2),由保險人分區業務組核定後辦理。	
五、支付項目及標準： (一)特約醫事服務機構之「固接網路」網路月租費： 1.按月先行依電信公司提供特約醫事服務機構繳交網路頻寬之月租費證明書據(繳款人需為該特約醫事服務機構含機構代號)金額核實支付，但費用高於各層級特約醫事服務機構之支付上限者，其超過部分，不予支付。 2.依保險人與電信公司合約折扣率計算之頻寬月租費為上限，<u>111</u>年各層級特約醫事服務機構支付上限如下，詳附件3。 (1)醫學中心：企業型光纖50M，月租費5萬4,561元。 (2)區域醫院：企業型光纖20M，月租費4萬5,201元。 (3)地區醫院：企業型光纖10M，月租費2萬5,857元。 (4)基層診所及其他醫事服務機構：一般型光纖6M/2M，月租費1,691元；107年12月31日以前(含)已申請參加本方案企業型或專業型光纖	五、支付項目及標準： (一)特約醫事服務機構之「固接網路」網路月租費： 1.按月先行依電信公司提供特約醫事服務機構繳交網路頻寬之月租費證明書據(繳款人需為該特約醫事服務機構含機構代號)金額核實支付，但費用高於各層級特約醫事服務機構之支付上限者，其超過部分，不予支付。 2.依保險人與電信公司合約折扣率計算之頻寬月租費為上限，110年各層級特約醫事服務機構支付上限如下，詳附件3。 (1)醫學中心：企業型光纖50M，月租費5萬4,561元。 (2)區域醫院：企業型光纖20M，月租費4萬5,201元。 (3)地區醫院：企業型光纖10M，月租費2萬5,857元。 (4)基層診所及其他醫事服務機構：一般型光纖6M/2M，月租費1,691元；107年12月31日以前(含)已申請參加本方案企業型或專業型光纖	修正年度為111年。

修正方案	現行方案	說明
電路頻寬之基層診所及其他醫事服務機構， <u>111</u> 年網路月租費支付上限為專業型光纖 1M 月租費 1,980 元。	電路頻寬之基層診所及其他醫事服務機構，110年網路月租費支付上限為專業型光纖 1M 月租費 1,980 元。	
(二) 特約醫事服務機構之「行動網路」網路月租費： 1. 依電信公司提供特約醫事服務機構該季繳交網路頻寬之月租費證明書據（繳款人需為該特約醫事服務機構含機構代號）金額核實支付。 2. 支付上限：依保險人與電信公司合約之無線網路-MDVPN 4G 優惠月租費率計算之，並依優惠方案所訂之最高收費金額為上限。<u>111</u>年 4G 優惠方案支付上限 799 元、<u>5G 優惠方案支付上限 599 元</u>，詳附件 4。	(二) 特約醫事服務機構之「行動網路」網路月租費： 1. 依電信公司提供特約醫事服務機構該季繳交網路頻寬之月租費證明書據（繳款人需為該特約醫事服務機構含機構代號）金額核實支付。 2. 支付上限：依保險人與電信公司合約之無線網路-MDVPN 4G 優惠月租費率計算之，並依優惠方案所訂之最高收費金額為上限。109 年 4G 優惠方案支付上限 799 元，詳附件 4。	修正年度為 111 年及新增 5G 費用。
(三) <u>獎勵資料上傳項目</u>：特約醫事服務機構須於「報告日期(或實際檢查日期)後之 24 小時內」或「費用年月」之次月底前上傳下列資料，否則不予列計。上傳格式公布於保險人全球資訊網之健保服務專區之健保與就醫紀錄查詢項下。 1. 上傳檢驗(查)結果： (1) 獎勵項目：如附件 5。非獎勵上傳之檢驗(查)項目，仍可依規定格式上傳，惟不列入即時上傳檢驗(查)結果獎勵金之計算。	(三) 資料上傳獎勵：特約醫事服務機構須於「報告日期(或實際檢查日期)後之 24 小時內」或「費用年月」之次月底前上傳下列資料，否則不予列計。上傳格式公布於保險人全球資訊網之健保服務專區之健保與就醫紀錄查詢項下。 1. 上傳檢驗(查)結果： (1) 獎勵項目：如附件 5。非獎勵上傳之檢驗(查)項目，仍可依規定格式上傳，惟不列入即時上傳檢驗(查)結果獎勵金之計算。 (2) 獎勵條件：附件 5 獎勵項	修正名稱

修正方案	現行方案	說明
(2)獎勵條件：附件 5 獎勵項目：須於報告日期 24 小時內將其檢驗(查)結果上傳；如屬健保卡補卡案件，且健保卡刷卡日期時間大於報告日期時間，須於補卡後 24 小時內上傳；如屬轉(代)檢案件，須於實際收到報告日期 24 小時內上傳。 (3)支付方式：「報告型資料」者，每筆即時上傳醫令獎勵 5 點；「非報告型資料」者，每筆即時上傳醫令獎勵 1 點。 2.即時上傳醫療檢查影像及影像報告： (1)獎勵項目及支付方式：如附件 5-1。 (2)獎勵條件：醫療檢查影像及影像報告須於下列期限上傳，方符合獎勵條件。 ①醫療檢查影像：須於實際檢查日期後之 24 小時內上傳影像；如屬健保卡補卡案件，且健保卡刷卡日期時間大於實際檢查日期時間，須於補卡後 24 小時內上傳；如屬轉(代)檢案件，須於實際收到影像日期 24 小時內上傳。 ②影像報告：須於報告日期 24 小時內將其影像報告上傳；如屬健保卡補卡案件，且健保卡刷卡日期時間大於報告日期	目：須於報告日期 24 小時內將其檢驗(查)結果上傳；如屬健保卡補卡案件，且健保卡刷卡日期時間大於報告日期時間，須於補卡後 24 小時內上傳；如屬轉(代)檢案件，須於實際收到報告日期 24 小時內上傳。 (3)支付方式：「報告型資料」者，每筆即時上傳醫令獎勵 5 點；「非報告型資料」者，每筆即時上傳醫令獎勵 1 點。 2.即時上傳醫療檢查影像及影像報告： (1)獎勵項目及支付方式：如附件 5-1。 (2)獎勵條件：醫療檢查影像及影像報告須於下列期限上傳，方符合獎勵條件。 ①醫療檢查影像：須於實際檢查日期後之 24 小時內上傳影像；如屬健保卡補卡案件，且健保卡刷卡日期時間大於實際檢查日期時間，須於補卡後 24 小時內上傳；如屬轉(代)檢案件，須於實際收到影像日期 24 小時內上傳。 ②影像報告：須於報告日期 24 小時內將其影像報告上傳；如屬健保卡補卡案件，且健保卡刷卡日期時間大於報告日期時間，須於補卡後 24 小	

修正方案	現行方案	說明
時間，須於補卡後 24 小時內上傳；如屬轉(代)檢案件，須於實際收到報告日期 24 小時內上傳。 3.上傳出院病歷摘要：每筆獎勵 5 點。 4.上傳人工關節植入物資料：每筆獎勵 5 點。 (1)醫令項目：詳附件 6。 (2)每筆上傳內容：包括 body height 、 body weight、ASA(麻醉危險分級)、Surgical Approach(側別/術別/入路途徑)、特材條碼等。 5.居家訪視健保卡登錄暨上傳資料：每次獎勵 5 點。 (1)醫令項目詳附件 7。 (2)保險醫事服務機構將提供保險對象之居家訪視服務登錄於健保卡後，於 24 小時內，經由健保資訊網線路上傳予保險人，每次居家訪視獎勵 5 點。 6.特定醫令申報執行起迄時間資料：每筆獎勵 1 點。 (1)醫令項目詳附件 8。 (2)保險醫事服務機構向保險人申報之門住診醫療費用中，於醫令清單段申報特定醫令之「執行時間-起」及「執行時間-迄」，每筆獎勵 1 點。 (3)資料如經保險人查屬不實，核發之獎勵金將予以追扣。	時內上傳；如屬轉(代)檢案件，須於實際收到報告日期 24 小時內上傳。 3.上傳出院病歷摘要：每筆獎勵 5 點。 4.上傳人工關節植入物資料：每筆獎勵 5 點。 (1)醫令項目：詳附件 6。 (2)每筆上傳內容：包括 body height 、 body weight、ASA(麻醉危險分級)、Surgical Approach(側別/術別/入路途徑)、特材條碼等。 5.居家訪視健保卡登錄暨上傳資料：每次獎勵 5 點。 (1)醫令項目詳附件 7。 (2)保險醫事服務機構將提供保險對象之居家訪視服務登錄於健保卡後，於 24 小時內，經由健保資訊網線路上傳予保險人，每次居家訪視獎勵 5 點。 6.特定醫令申報執行起迄時間資料：每筆獎勵 1 點。 (1)醫令項目詳附件 8。 (2)保險醫事服務機構向保險人申報之門住診醫療費用中，於醫令清單段申報特定醫令之「執行時間-起」及「執行時間-迄」，每筆獎勵 1 點。 (3)資料如經保險人查屬不實，核發之獎勵金將予以追扣。	

修正方案	現行方案	說明
<u>(四) 為辦理「提升院所智慧化資訊機制」獎勵，及配合「111年使用者付費精神下全民健康保險部分負擔改革方案」獎勵項目：</u> <u>1. 配合「111年使用者付費精神下全民健康保險部分負擔改革方案」，於方案公告實施前完成「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式及填表說明」及「特約交付機構醫療費用點數申報格式及填表說明」改版者，獎勵每家2,000點。</u> <u>2. 「虛擬健保卡就醫」之居家整合照護及遠距醫療申報案件之獎勵指標詳「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」及「全民健康保險遠距醫療給付計畫」規定。</u> <u>3. 居家輕量藍牙 APP 就醫資料介接(寫入)院所端醫療資訊系統(HIS)獎勵：</u> <u>完成安裝本署「醫療資料傳輸共通介面 API」，並將醫療院所於居家輕量藍牙 APP 產生的民眾就醫資料批次下載至院所端醫療資訊系統(HIS)內。</u> <u>(1) 獎勵費：每家最高 6,000 點。</u> <u>(2) 需完成事項：於 111 年 12 月 31 日前完成安裝本署「醫療資料傳輸共通介面 API」及將居家輕量藍</u>		新增

修正方案	現行方案	說明
<u>牙 APP 就醫資料介接(寫入)院所端醫療資訊系統(HIS)。</u> <u>(3)完成定義：</u> <u>①安裝本署「醫療資料傳輸共通介面 API」，以本署系統之紀錄為依據。</u> <u>②居家輕量藍牙 APP 就醫資料介接(寫入)院所端醫療資訊系統(HIS)，院所檢附相關佐證資料，函至本署為憑。前開函文及佐證資料需於 111 年 12 月 31 日前送達本署。</u> <u>(4)獎勵方式：本項預算上限 1,200 萬元，每家院所給付最高點數為 6,000 點，如完成家數大於 2,000 家，則在本項預算限額下，採浮動點值，全年結算，每點支付金額不高於 1 元。</u> <u>4.「就醫識別碼（健保卡資料上傳格式）」改版獎勵指標：保險特約醫事服務機構配合安裝讀卡機控制軟體（Windows 版）5.1.5 版本以上、虛擬健保卡醫事機構正式版 SDK-v2.4.0 以上，並改以「健保卡資料上傳格式 2.0」版本，上傳每日就醫紀錄。</u> <u>(1)改版費：每家最高 7,000 點</u> <u>①基本獎勵：111 年 12 月 31 日前完成上傳作業，每家 4,000 點，於 111 年 11 月 30 日前完成者，始能參加「(2)上傳即時性、完整性獎勵」。</u>		

修正方案	現行方案	說明
<u>②額外獎勵：</u> <u>A. 預檢作業：111 年 9 月 30 日前完成預檢作業，每家額外獎勵費用 1,000 點。</u> <u>B.上傳作業：111 年 10 月 31 日前完成，每家額外獎勵費用 2,000 點。</u> <u>③計算方式：</u> <u>A.預檢作業：111 年 9 月 30 日前以「健保卡資料上傳格式 2.0」預檢作業上傳「就醫識別碼」之各項「就醫類別」(*註)需預檢成功至少 6 件。</u> <u>B.上傳作業：111 年 10 月 31 日前完成「健保卡資料上傳格式 2.0」相關軟體建置，並以該格式執行每日之就醫資料上傳成功。</u> <u>(2)上傳即時性、完整性獎勵：每家最高 7,000 點。</u> <u>①定義：111 年 11 月 30 日前完成「健保卡資料上傳格式 2.0」上傳成功之額外獎勵。</u> <u>A.即時性：每家最高 3,000 點。</u> <u>B.完整性：每家最高 4,000 點。</u> <u>②計算方式：</u> <u>A.資料計算區間：111 年 12 月 1 日至 31 日之每日就醫紀錄資料。</u> <u>B.即時性與完整性之計算方式詳附件 9。</u>		

修正方案	現行方案	說明
(五)結算方式： 1.網路月租費： (1)屬各總額部門之醫事機構，由各該部門「網路頻寬補助費用」專款項目支應，如預算不足時，由其他預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」支應。 (2)其他醫事機構，由其他預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」項目中支應。 2.資料上傳獎勵費：由其他預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」項目中支應，採浮動點值，按季以每點 1 元暫付，全年結算，每點支付金額不高於 1 元。	(四)結算方式： 1.網路月租費： (1)屬各總額部門之醫事機構，由各該部門「網路頻寬補助費用」專款項目支應，如預算不足時，由其他預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」支應。 (2)其他醫事機構，由其他預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」項目中支應。 2.資料上傳獎勵費：由其他預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」項目中支應，採浮動點值，按季以每點 1 元暫付，全年結算，每點支付金額不高於 1 元。	變更項次(四)修正為(五)。
	(五)保險人為利特約醫事服務機構查詢及傳送資料，相對應需增加之網路頻寬費用：依政府採購法及相關規定，辦理採購、簽約及核銷程序後覈實支付。	未修正。
	六、本方案由保險人報請主管機關核定後公告實施，並送全民健康保險會備查。屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。	未修正。

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案（草案）

- 一、 依據：全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額辦理。
- 二、 目的：為鼓勵特約醫事服務機構提升網路頻寬，以利即時、迅速查詢病患於不同醫事機構間之醫療資訊，供處方參考，以確保保險對象就醫安全，以及提升醫療服務效率。

三、 預算來源：

- (一) 111年全民健康保險「醫院」醫療給付費用總額之「網路頻寬補助費用」專款項目2億元，用於補助醫院提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。
- (二) 111年全民健康保險「西醫基層」醫療給付費用總額之「網路頻寬補助費用」專款項目2.53億元，用於補助西醫基層診所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。
- (三) 111年全民健康保險「牙醫門診」醫療給付費用總額之「網路頻寬補助費用」專款項目1.68億元，用於補助牙醫院所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。
- (四) 111年全民健康保險「中醫門診」醫療給付費用總額之「網路頻寬補助費用」專款項目0.98億元，用於補助中醫院所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。
- (五) 111年全民健康保險醫療給付費用總額之其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」項目15億元，用於補助院所外其他醫事服務機構提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」及支付本方案資料上傳及提升智慧化資訊機制獎勵金。如各部門總額「網路頻寬補助費用」專款項目預算不足時，由本項預算支應。

四、 適用對象及其條件：

(一) 固接網路：

1. 保險人特約醫事服務機構應選擇申請裝設所需光纖電路之速率頻寬。
2. 特約醫事服務機構需檢送申請表（附件1）或採電子申請，由保險人分區業務組核定後辦理。

(二) 行動網路(Mobile Data Virtual Private Network, MDVPN)：

1. 適用對象為事先經保險人同意提供居家醫療照護、或至醫療資源不足地區、山地離島地區等，非於院所內提供醫療服務之特約醫事服務機構。

2. 申請數量以1組為原則，經分區業務組瞭解特約醫事服務機構有實際業務需要者，最多可申請2組。
3. 特約醫事服務機構需檢送申請表（附件2），由保險人分區業務組核定後辦理。

五、 支付項目及標準：

（一）特約醫事服務機構之「固接網路」網路月租費：

1. 按月先行依電信公司提供特約醫事服務機構繳交網路頻寬之月租費證明書據（繳款人需為該特約醫事服務機構含機構代號）金額核實支付，但費用高於各層級特約醫事服務機構之支付上限者，其超過部分，不予支付。
2. 依保險人與電信公司合約折扣率計算之頻寬月租費為上限，111年各層級特約醫事服務機構支付上限如下，詳附件3。
 - (1)醫學中心：企業型光纖50M，月租費5萬4,561元。
 - (2)區域醫院：企業型光纖20M，月租費4萬5,201元。
 - (3)地區醫院：企業型光纖10M，月租費2萬5,857元。
 - (4)基層診所及其他醫事服務機構：一般型光纖6M/2M，月租費1,691元；107年12月31日以前(含)已申請參加本方案企業型或專業型光纖電路頻寬之基層診所及其他醫事服務機構，111年網路月租費支付上限為專業型光纖1M月租費1,980元。

（二）特約醫事服務機構之「行動網路」網路月租費：

1. 依電信公司提供特約醫事服務機構該季繳交網路頻寬之月租費證明書據（繳款人需為該特約醫事服務機構含機構代號）金額核實支付。
2. 支付上限：依保險人與電信公司合約之無線網路-MDVPN 4G優惠月租費率計算之，並依優惠方案所訂之最高收費金額為上限。111年4G優惠方案支付上限799元、5G優惠方案支付上限599元，詳附件4。

（三）獎勵資料上傳項目：特約醫事服務機構須於「報告日期(或實際檢查日期)之上傳時效內」或「費用年月」之次月底前上傳下列資料，否則不予列計。上傳格式公布於保險人全球資訊網之健保服務專區之健保與就醫紀錄查詢項下。

1. 上傳檢驗（查）結果：
 - (1) 獎勵項目：如附件5及按「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」規定，須上傳檢驗(查)結果之診療項目。非獎勵上傳之檢驗（查）項目，仍可依規定格式上傳，惟不列入上傳檢驗（查）結果

獎勵金之計算。

(2) 獎勵條件：須於報告日期之時效內將其檢驗(查)結果上傳。

①如屬健保卡補卡案件，且健保卡刷卡日期時間大於報告日期時間，須於補卡後於時效內上傳；如屬轉(代)檢案件，須於實際收到報告日期時效內上傳。

②如報告日期(或健保卡刷卡日期時間、實際收到報告日期)在住院期間，須於住院期間或出院後於時效內上傳。

(3) 支付方式：「報告型資料」者，每筆上傳醫令獎勵5點；「非報告型資料」者，每筆上傳醫令獎勵1點。

(4) 上傳時效及獎勵計算：

①24小時內(或住院期間)：以獎勵點數之100%計算。

②逾24小時但於3日內：以獎勵點數之50%計算。

2. 上傳醫療檢查影像及影像報告：

(1) 獎勵項目及支付方式：如附件5-1。

(2) 獎勵條件：醫療檢查影像及影像報告須於下列時效內上傳，方符合獎勵條件。

①醫療檢查影像：須於實際檢查日期後之時效內上傳影像；如屬健保卡補卡案件，且健保卡刷卡日期時間大於實際檢查日期時間，須於補卡後之時效內上傳；如屬轉(代)檢案件，須於實際收到影像日期之時效內上傳。

②影像報告：須於報告日期之時效內將其影像報告上傳；如屬健保卡補卡案件，且健保卡刷卡日期時間大於報告日期時間，須於補卡後之時效內上傳；如屬轉(代)檢案件，須於實際收到報告日期之時效內上傳。

(3)上傳時效及獎勵計算：

①24小時內：以獎勵點數之100%計算。

②逾24小時但於3日內：以獎勵點數之50%計算。

③上傳出院病歷摘要：每筆獎勵5點。

3. 上傳人工關節植入物資料：每筆獎勵5點。

(1) 醫令項目：詳附件6。

(2) 每筆上傳內容：包括body height、body weight、ASA(麻醉危險分級)、Surgical Approach (側別/術別/入路途徑)、特材條碼等。

4. 居家訪視健保卡登錄暨上傳資料：每次獎勵5點。

- (1) 醫令項目詳附件7。
- (2) 保險特約醫事服務機構將提供保險對象之居家訪視服務登錄於健保卡後，於24小時內，經由健保資訊網線路上傳予保險人，每次居家訪視獎勵5點。
5. 特定醫令申報執行起迄時間資料：每筆獎勵1點。
 - (1) 醫令項目詳附件8。
 - (2) 保險特約醫事服務機構向保險人申報之門住診醫療費用中，於醫令清單段申報特定醫令之「執行時間-起」及「執行時間-迄」，每筆獎勵1點。
 - (3) 資料如經保險人查屬不實，核發之獎勵金將予以追扣。
- (四)配合「111年使用者付費精神下全民健康保險部分負擔改革方案」，

提升智慧化資訊獎勵項目：

1. 配合「111年使用者付費精神下全民健康保險部分負擔改革方案」，於方案公告實施前完成「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式及填表說明」及「特約交付機構醫療費用點數申報格式及填表說明」改版者，獎勵每家2,000點。
2. 「虛擬健保卡就醫」之居家整合照護及遠距醫療申報案件之獎勵指標詳「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」及「全民健康保險遠距醫療給付計畫」規定。
3. 居家輕量藍牙APP就醫資料介接(寫入)院所端醫療資訊系統(HIS)獎勵：完成安裝本署「醫療資料傳輸共通介面 API」，並將醫療院所於居家輕量藍牙 APP 產生的民眾就醫資料批次下載至院所端醫療資訊系統(HIS)內。
 - (1) 獎勵費：每家最高6,000點。
 - (2) 需完成事項：於111年12月31日前完成安裝本署「醫療資料傳輸共通介面API」及將居家輕量藍牙APP就醫資料介接(寫入)院所端醫療資訊系統(HIS)。
 - (3) 完成定義：
 - ① 安裝本署「醫療資料傳輸共通介面API」，以本署系統之紀錄為依據。
 - ② 居家輕量藍牙APP就醫資料介接(寫入)院所端醫療資訊系統(HIS)，院所檢附相關佐證資料，函至本署為憑。前開函文及佐證資料需於111年12月31日前送達本署。

(4) 獎勵方式：本項預算上限1,200萬元，每家院所給付最高點數為6,000點，如完成家數大於2,000家，則在本項預算限額下，採浮動點值，全年結算，每點支付金額不高於1元。

4. 「就醫識別碼（健保卡資料上傳格式）」改版獎勵指標：保險特約醫事服務機構配合安裝讀卡機控制軟體（Windows版）5.1.5版本以上、虛擬健保卡醫事機構正式版SDK-v2.4.0以上，並改以「健保卡資料上傳格式2.0」版本，上傳每日就醫紀錄。

一、改版費：每家最高7,000點

(一)基本獎勵：111年12月31日前完成上傳作業，每家4,000點，於111年11月30日前完成者，始能參加「(2)上傳即時性、完整性獎勵」。

(二)額外獎勵：

1. 預檢作業：111年9月30日前完成預檢作業，每家額外獎勵費用1,000點。

2. 上傳作業：111年10月31日前完成，每家額外獎勵費用2,000點。

③ 計算方式：

A. 預檢作業：111年9月30日前以「健保卡資料上傳格式2.0」預檢作業上傳「就醫識別碼」之各項「就醫類別」（*註）需預檢成功至少6件。

B. 上傳作業：111年10月31日前完成「健保卡資料上傳格式2.0」相關軟體建置，並以該格式執行每日之就醫資料上傳成功。

***註：就醫類別**

00-指定就醫之門診	AI-同日同醫師看診（第二次以後）
01-西醫門診	AJ-透析門診療程第二次(含)以後(新增)
02-牙醫門診	AK-急診留觀(1100701起)
03-中醫門診	BA-急診當次轉住院之入院
04-急診	BB-出院
05-住院	BC-急診中、住院中執行項目
06-門診轉診就醫	BD-急診離院
07-門診手術後之回診	BE-職業傷害或職業病之住院
08-住院患者出院之回診	BF-繼續住院依規定分段結清者,切帳申報時
09-透析門診(新增)	(如長期住院60天以上切帳)需登錄一筆BF不
AA-同一療程項目以6次以內治療為限者	須累計就醫序號,並連線即時查保

AB-同一療程項目屬"非"6次以內治療為限者	BG-門診當次轉住院之入院
AC-預防保健	CA-其他規定不須累計就醫序號即不扣除就醫次數者
AD-職業傷害或職業病 門(急)診	DA-門診轉出
AE-慢性病連續處方箋領藥	DB-門診手術後需於7日內之1次回診
AF-藥局調劑	DC-住院患者出院後需於7日內之1次回診
AG-排程檢查	EA-床號變更/轉床
AH-居家照護(第二次以後)	

二、上傳即時性、完整性獎勵：每家最高7,000點。

① 定義：111年11月30日前完成「健保卡資料上傳格式2.0」上傳成功之額外獎勵。

A. 即時性：每家最高 3,000 點。

B. 完整性：每家最高 4,000 點。

② 計算方式：

A. 資料計算區間：111 年 12 月 1 日至 31 日之每日就醫紀錄資料。

B. 即時性與完整性之計算方式詳附件 9。

(五) 結算方式：

1. 網路月租費：

(1) 屬各總額部門之醫事機構，由各該部門「網路頻寬補助費用」專款項目支應，如預算不足時，由其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」項目中支應。

(2) 其他醫事機構，由其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」項目中支應。

2. 獎勵資料上傳項目：由其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」項目中支應，採浮動點值，按季以每點1元暫付，全年結算，每點支付金額不高於1元。

3. 配合「111年使用者付費精神下全民健康保險部分負擔改革方案」，提升智慧化資訊獎勵項目：由其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」項目中支應，採浮動點值，按季以每點1元暫付，全年結算，每點支付金額不高於1元。

(六) 保險人為利特約醫事服務機構查詢及傳送資料，相對應需增加之網路頻寬費用：依政府採購法及相關規定，辦理採購、簽約及核銷程序後覈實支付。

六、 本方案由保險人報請主管機關核定後公告實施，並送全民健康保險會備查。
屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。

附件 1

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案固接網路申請表

一、特約醫事服務機構名稱：代號：

二、特約層級別：☐醫學中心 ☐區域醫院 ☐地區醫院

☐基層診所 ☐其他（ ）

三、參加本方案申裝之網路頻寬 型光纖 M、月租費 元。

另參加前裝設之網路頻寬 、月租費 元。

四、參加起始日期： 年 月。

五、是否承接其他醫事服務機構之固接網路：☐是 ☐否，如承接固接網路者，請填寫下列資料：

（一）原特約醫事服務機構名稱 。

（二）原特約醫事服務機構代號 。

（三）承接日期 年 月 日。（註：承接日期應於參與起始日期當月或以後）

（四）原特約醫事服務機構是否參加本方案☐是 ☐否；如填寫「是」者，請填寫下列資料：

☐以承接上月份最後一日作固接網路網路月租費計算分界之日期。

☐以承接當月份最後一日作固接網路網路月租費計算分界之日期。

六、聯絡人姓名：電話：傳真：

E-MAIL：

七、特約醫事服務機構及負責人印章：

☐本機構已取得當事人同意，同意衛生福利部中央健康保險署將本次固接網路申請資料，提供予電信公司，供後續連繫固接網路線路安裝事宜。

（請注意下列事項：

1. 承接固接網路之醫事服務機構，需向保險人申請參加本方案及向電信公司辦

理繳款人變更(繳款人需為該特約醫事服務機構含機構代號)，始支付方案費用。

2. 醫事服務機構需於健保特約在約期間內，始支付方案費用。

3. 線路資料： AT (本欄供電信公司使用)

附件 2

全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案行動網路申請表

一、特約醫事服務機構名稱：代號：

二、特約層級別：☐醫學中心 ☐區域醫院 ☐地區醫院

☐基層診所 ☐其他（ ）

三、參加本方案申裝之行動網路類型☐4G、月租費 元。

四、參加起始日期： 年 月。

五、因應何類業務需申請行動網路：

☐居家醫療照護服務

☐西醫醫療資源不足地區改善方案

☐中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案

☐牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案

☐山地離島地區醫療給付效益提昇計畫

☐其他(請敘明業務需求)

六、申請數量：☐1組 ☐2組(如申請2組，請敘明原因及檢附相關佐證資料：

)

七、是否承接其他醫事服務機構之行動網路：☐是 ☐否，如承接者，請填寫下列資料：

(一) 原特約醫事服務機構名稱 。

(二) 原特約醫事服務機構代號 。

(三) 承接日期 年 月 日。(註：承接日期應於參與起始日期當月或以後)

(四) 原特約醫事服務機構是否參加本方案☐是 ☐否；如填寫「是」者，請填寫下列資料：

☐以承接上月份最後一日作固接網路網路月租費計算分界之日期。

☐以承接當月份最後一日作固接網路網路月租費計算分界之日期。

八、聯絡人姓名： 電話： 傳真：

E-MAIL：

九、特約醫事服務機構及負責人印章：

(請注意下列事項：請勿變更帳單週期，以免影響貴院(所)方案結算權益。

附件 3

特約醫事服務機構之「固接網路」網路月租費上限：依保險人與電信公司合約折扣率計算之頻寬月租費為上限(以 111 年為例)

特約層級別	網路頻寬	網路月租費支付上限
醫學中心	企業型 FTTB 50M	54,561 元
區域醫院	企業型 FTTB 20M	45,201 元
地區醫院	企業型 FTTB 10M	25,857 元
診所及其他醫事服務機構	一般型 FTTB 6M/2M	1,691 元

註1：107年12月31日以前(含)已申請參加本方案企業型或專業型光纖網路頻寬之基層診所及其他醫事服務機構，111年網路月租費支付上限為專業型光纖1M 月租費1,980元。

2．註2：保險人與電信公司合約折扣率計算之頻寬月租費如有調整，將另行通知特約醫事服務機構。

附件 4

特約醫事服務機構之「行動網路」網路月租費：依保險人與電信公司合約之無線網路-MDVPN 4G、5G 優惠月租費率計算之，並依優惠方案所訂之最高收費金額為上限(以 111 年為例)

方案類型	優惠月租費率 (元/月)	最高收費金額 (單位：新台幣元)	方案內容
4G	175	799 元	1. 方案數據服務通信費以「KB」計費，月租費可抵扣1GB。 2. 超過部分之資料通信費以每月實際傳送 KB 數量另計，每 KB 0.00023元。
<u>5G</u>	<u>=</u>	<u>599 元</u>	1. <u>本方案使用既有頻寬，不另收頻寬（1M=500M 元）使用費。</u> 2. <u>本案免收新增組員設定費、組員異動費優惠。</u>

註：保險人與電信公司合約之無線網路-MDVPN 4G、5G 優惠月租費率及最高收費金額如有調整，將另行通知特約醫事服務機構。

獎勵醫事服務機構上傳檢驗（查）結果之項目

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
1	06012C	尿一般檢查（包括蛋白、糖、尿膽元、膽紅素、尿沈渣、比重、顏色、混濁度、白血球酯酶、潛血、酸鹼度及酮體）	1
2	06013C	尿生化檢查（包括蛋白、糖、尿膽元、膽紅素、比重、顏色、混濁度、酸鹼度、白血球酯酶及酮體）	1
3	06505C	懷孕試驗—酵素免疫法	1
4	07009C	糞便一般檢查（包括外觀、蟲卵、潛血反應、硬度、顏色、消化能力、紅、白血球、粘液等）	1
5	08002C	白血球計數	1
6	08003C	血色素檢查	1
7	08004C	血球比容值測定	1
8	08005C	紅血球沈降速度測定	1
9	08006C	血小板計數	1
10	08011C	全套血液檢查 I（八項）	1
11	08013C	白血球分類計數	1
12	08026C	凝血酶原時間 Prothrombin time(一段式)	1
13	08036C	部份凝血活酶時間	1
14	09001C	總膽固醇	1
15	09002C	血中尿素氮	1
16	09004C	三酸甘油脂	1
17	09005C	血液及體液葡萄糖	1
18	09006C	醣化血紅素	1
19	09011C	鈣	1
20	09012C	磷	1
21	09013C	尿酸	1
22	09015C	肌酸酐、血	1
23	09016C	肌酐、尿	1
24	09017C	澱粉酶、血	1
25	09021C	鈉	1
26	09022C	鉀	1
27	09023C	氯	1
28	09025C	血清麩胺酸苯醋酸轉氨基酶	1
29	09026C	血清麩胺酸丙酮酸轉氨基酶	1
30	09027C	鹼性磷酸酶	1
31	09029C	膽紅素總量	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
32	09030C	直接膽紅素	1
33	09031C	麩胺轉酸酶	1
34	09032C	肌酸磷化酶	1
35	09033C	乳酸脫氫酶	1
36	09038C	白蛋白	1
37	09040C	全蛋白	1
38	09041B	血液氣體分析	1
39	09043C	高密度脂蛋白－膽固醇	1
40	09044C	低密度脂蛋白－膽固醇	1
41	09046B	鎂	1
42	09064C	解脂酶	1
43	09071C	肌酸磷酸酶(MB 同功酶)	1
44	09099C	心肌旋轉蛋白 I	1
45	09106C	游離甲狀腺素免疫分析	1
46	09112C	甲狀腺刺激素免疫分析	1
47	11001C	ABO 血型測定檢驗	+
48	11002C	交叉配合試驗	+
49	11003C	RH (D) 型檢驗	+
50	11004C	不規則抗體篩檢	+
51	12007C	α－胎兒蛋白檢驗	1
52	12015C	C 反應性蛋白試驗－免疫比濁法	1
53	12021C	癌胚胎抗原檢驗	1
54	12081C	攝護腺特異抗原 (EIA/LIA 法)	1
55	12111C	微白蛋白 (免疫比濁法)	1
56	12184C	去氧核糖核酸類定量擴增試驗	1
57	12185C	核糖核酸類定量擴增試驗	1
58	12193C	B 型利納利尿胜肽原(B 型利納利尿胜肽)	1
59	12202C	C 型肝炎病毒核酸基因檢測－即時聚合酶連鎖反應法	1
60	13006C	排泄物，滲出物及分泌物之細菌顯微鏡檢查	1
61	13007C	細菌培養鑑定檢查 (包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定，抗酸菌除外)	1
62	13008C	細菌培養鑑定檢查 (包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定，抗酸菌除外)，對同一檢體合併實施一般培養及厭氧性培養時加算二分之一	1
63	13016B	血液培養	1
64	13023C	細菌最低抑制濃度快速試驗	1
65	13025C	抗酸性濃縮抹片染色檢查	1
66	13026C	抗酸菌培養(限同時使用固態培養基及具自動化偵測功能之	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
		液態培養系統)	
67	14032C	B 型肝炎表面抗原	1
68	14033C	B 型肝炎表面抗體	1
69	14035C	B 型肝炎 e 抗原檢查 HBeAg	1
70	14051C	C 型肝炎病毒抗體檢查	1
71	15001C	體液細胞檢查	3
72	17008B	睡眠多項生理檢查	2
73	18001C	心電圖	2
74	18010B	頸動脈聲圖檢查	2
75	18015B	極度踏車運動試驗	2
76	18019C	攜帶式心電圖記錄檢查	2
77	18020B	心導管——側	2
78	18022B	冠狀動脈攝影	2
79	20001C	腦波檢查睡眠或清醒	2
80	20019B	感覺神經傳導速度測定	2
81	20023B	F 波	2
82	25003C	第三級外科病理	3
83	25004C	第四級外科病理	3
84	25006B	冰凍切片檢查	3
85	25012B	免疫組織化學染色(每一抗體)	3
86	25024C	第五級外科病理	3
87	25025C	第六級外科病理	3
88	26025B	壓力與重分佈心肌斷層灌注掃描	2
89	26029B	全身骨骼掃描	2
90	26072B	正子造影-全身	2
91	28002C	鼻咽喉內視鏡檢查	2
92	28023C	肛門鏡檢查	2
93	30022C	特異過敏原免疫檢驗	1
94	33005B	乳房造影術	2
95	33012B	靜脈注射泌尿系統造影術（點滴注射）	2
96	33074B	單純性血管整形術	2
97	33075B	血管阻塞術	2
98	33076B	經皮冠狀動脈擴張術——一條血管	2
99	33077B	經皮冠狀動脈擴張術——二條血管	2
100	08010C	嗜酸性白血球計算	1
101	12031C	免疫球蛋白 E	1
102	17003C	流量容積圖形檢查	2
103	17004C	標準肺量測定（包括 FRC 測定）	2

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
104	17006C	支氣管擴張劑試驗	2
105	17019C	支氣管激發試驗	2
106	14065C	流行性感冒 A 型病毒抗原	1
107	14066C	流行性感冒 B 型病毒抗原	1
108	18008C	杜卜勒氏血流測定(週邊血管)	2
109	09125C	濾泡刺激素免疫分析	1
110	09126C	黃體化激素免疫分析	1
111	12033B	補體 3—單向免疫擴散法	1
112	12034B	補體 3—免疫比濁法	1
113	12035B	補體 3(活化測定)—單向免疫擴散法	1
114	12036B	補體 3(活化測定)—免疫比濁法	1
115	12037B	補體 4—單向免疫擴散法	1
116	12038B	補體 4—免疫比濁法	1
117	27013B	濾胞刺激素放射免疫分析	1
118	27014B	黃體化激素放射免疫分析	1
119	15017C	婦科細胞檢查	3
120	09042C	攝護腺酸性磷酸酶	1
121	09111C	甲狀腺球蛋白	1
122	12022C	乙型人類絨毛膜促性腺激素	1
123	12052B	β2-微球蛋白	1
124	12072B	淋巴球表面標記-癌症腫瘤檢驗	1
125	12075B	白血球表面標記≤10 種	1
126	12077C	CA-125 腫瘤標記(EIA/LIA 法)	1
127	12078C	CA-153 腫瘤標記(EIA/LIA 法)	1
128	12079C	CA-199 腫瘤標記(EIA/LIA 法)	1
129	12080B	SCC 腫瘤標記(EIA/LIA 法)	1
130	12109B	成人 T 淋巴白血病病毒抗體	1
131	12120B	腫瘤多胜酶抗原	1
132	12163B	第一型人類嗜 T 細胞抗體(定性)	1
133	12182C	去氧核糖核酸類定性擴增試驗	1
134	12183C	核糖核酸類定性擴增試驗	1
135	12186C	染色體轉位基因重組之南方墨點法分析	1
136	12187C	短片段重覆序列多型性分析	1
137	12188C	染色體轉位融合基因之反轉錄聚合酶連鎖反應分析	1
138	12194B	代謝產物串聯質譜儀分析	1
139	12195B	Her-2/neu 原位雜交	3
140	12196B	HLA-B 1502 基因檢測	1
141	12198C	游離攝護腺特異抗原	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
142	12199B	人類組織相容複合物 I 類鏈相關基因 A 抗體篩檢	1
143	12203B	C 型肝炎病毒核酸基因檢測-一般聚合酶連鎖反應法	1
144	12204B	白血球表面標記 11-20 種	1
145	12205B	白血球表面標記 21-30 種	1
146	12206B	白血球表面標記 31 種以上	1
147	12207B	白血病即時定量聚合酶連鎖反應法	1
148	12208B	生長刺激表達基因 2 蛋白(ST2)	1
149	14046B	EB 病毒囊鞘免疫球蛋白 G.M.A.(IFA 法)	1
150	25007B	細胞遺傳學檢查	3
151	25021B	染色體檢查(特殊)	3
152	27010B	絨毛膜促性腺激素—乙亞單體	1
153	27030B	攝護腺酸性磷酸鹽酵素放射免疫分析	1
154	27049C	甲—胎兒蛋白	1
155	27050C	胚胎致瘤抗原	1
156	27051B	β-2 微球蛋白	1
157	27052C	攝護腺特異抗原	1
158	27053C	CA-125 腫瘤標記	1
159	27054B	CA-153 腫瘤標記	1
160	27055C	CA-199 腫瘤標記	1
161	27056B	抗-SCC 腫瘤標記	1
162	27059B	甲狀腺球蛋白	1
163	27076B	腫瘤多肽抗原	1
164	27083B	游離攝護腺特異抗原	1
165	30101B	肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變體外診斷醫療器材檢測 (IVD)	3
166	06001C	酸鹼度反應	+
167	06003C	尿蛋白	1
168	06005C	尿膽素原	1
169	06006C	尿膽紅素	1
170	06008C	班尼迪克特反應	1
171	06009C	尿沉渣	1
172	06010C	本周氏蛋白試驗	1
173	06011B	乳糜尿之確定	1
174	06014B	酸鹼度(酸鹼儀)	1
175	06015C	亞硝酸鹽檢驗	1
176	06016B	脂肪染色	1
177	06017B	白血球酯酶	1
178	06503B	尿滲透壓檢驗	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
179	06504C	懷孕試驗－乳膠凝集法	1
180	06508B	紫質類檢驗	1
181	06509B	Porphobilinogen 檢驗	1
182	06510C	巴拉刈定性檢驗	1
183	06511C	四次尿糖	1
184	06512B	尿液糞紫質檢驗	1
185	06513B	尿液新陳代謝障礙檢測	1
186	07001C	糞便潛血化學法	1
187	07002C	糞便中膽紅素	1
188	07003C	阿米巴檢驗（直接法）	1
189	07004C	澱粉質染色	1
190	07005C	中性脂肪染色	1
191	07006C	脂肪酸染色	1
192	07007C	酸鹼值	1
193	07008C	糞便中尿膽素原	1
194	07010B	胰蛋白酶	1
195	07012C	寄生蟲卵－濃縮法	1
196	07013C	寄生蟲卵－計數法	1
197	07015C	還原物質測定	1
198	07017B	APT 檢測試驗	1
199	07018C	糞便白血球檢查	1
200	08001C	紅血球計數	1
201	08007C	血中寄生蟲檢查	1
202	08008C	網狀紅血球計數	1
203	08009C	紅血球形態	1
204	08012C	全套血液檢查II(七項)	1
205	08014C	血液一般檢查（白血球，紅血球及血色素）	1
206	08015C	紅斑性狼瘡細胞	1
207	08016C	紅斑性狼瘡因子	1
208	08017B	血清黏度	1
209	08021C	血塊收縮試驗	1
210	08022B	纖維蛋白原測定（定性）	1
211	08024B	纖維蛋白原測定(免疫比濁法)	1
212	08025B	凝血酶時間	1
213	08027B	骨髓細胞形態判讀	1
214	08028B	胚胎血色素量值	1
215	08029B	H血紅素檢查	1
216	08030C	血紅素電泳	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
217	08031B	紅血球脆性試驗	1
218	08032B	漢姆斯酸性血清試驗	1
219	08033B	自動溶血試驗	1
220	08034B	毛細管抵抗測定	1
221	08035C	血漿凝固時間	1
222	08037B	纖維蛋白降解產物－ 定性	1
223	08038B	纖維蛋白降解產物－ 定量	1
224	08039B	半定量血塊收縮試驗	1
225	08040B	變性血色素檢查	1
226	08041B	糖水試驗	1
227	08042C	骨髓鐵染色	1
228	08043C	蘇丹 B 染色	1
229	08044B	白血球鹼性磷酸酶染色	1
230	08045B	凝塊溶解試驗	1
231	08046B	硫酸魚精蛋白副凝固試驗	1
232	08047B	過氧化酶染色	1
233	08048B	特異性酯酶染色	1
234	08049B	非特異性酯酶染色	1
235	08050B	酸性磷酸酶染色	1
236	08051B	肝糖染色試驗	1
237	08052B	胚胎血色素染色	1
238	08053B	漢斯氏體染色	1
239	08054B	血色素 A2 測定	1
240	08055B	凝血酶原消耗試驗	1
241	08056B	部份凝血激酶取代試驗	1
242	08057B	第二因子測定	1
243	08058B	第五因子測定	1
244	08059B	第七因子測定	1
245	08060B	第八因子測定	1
246	08061B	第九因子測定	1
247	08062B	第十因子測定	1
248	08063B	尿素溶解試驗	1
249	08064B	凝血酶原轉化試驗（包括測Ⅲ、Ⅶ、Ⅹ）	1
250	08065B	終端去氧轉化酶染色	1
251	08066B	優球蛋白溶解時間	1
252	08067B	第八因子之抑制因子	1
253	08068B	凝血酶時間矯正試驗	1
254	08069B	血小板凝集試驗	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
255	08071B	細胞化學染色	1
256	08072B	抗凝血 III	1
257	08073B	Isopropanol HR stability test	1
258	08075C	血液滲透壓	1
259	08076B	鋅化原紫質檢查	1
260	08077B	蛋白 C	1
261	08078B	$\alpha 2$ 抗胞漿素	1
262	08079B	D 雙合體試驗	1
263	08080B	第十一因子測定	1
264	08081B	第十二因子測定	1
265	08082C	全套血液檢查 III(五項)	1
266	08083C	平均紅血球血紅素量	1
267	08084C	平均紅血球血紅素濃度	1
268	08085B	血漿黏度	1
269	08086B	全血黏度	1
270	08087B	尿液纖維蛋白原分解物含量	1
271	08088B	混合性凝血酶原時間	1
272	08090B	血漿血色素電泳	1
273	08091B	等電點血色素電泳分析	1
274	08092B	混合性部份凝血活酶時間	1
275	08093B	不穩定性血紅素	1
276	08094B	尿甘酸化物酶染色	1
277	08103B	第九因子之抑制因子	1
278	09018B	粘性蛋白	1
279	09019B	r -球蛋白	1
280	09020C	鐵	1
281	09024C	二氧化碳	1
282	09028C	酸性磷酸酶	1
283	09034B	酚四溴鈉試驗	1
284	09035C	總鐵結合能力	1
285	09036B	腦磷脂膽固醇結合試驗	1
286	09037C	血氨	1
287	09039C	球蛋白	1
288	09047B	銅	1
289	09048B	鋅	1
290	09050B	乳糖	1
291	09051C	葡萄糖六磷酸脫氫酶	1
292	09052B	香莢杏仁酸定量	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
293	09053B	17 酮類固醇類	1
294	09054B	17 氫氧根腎上腺酮	1
295	09055B	尿動情激素	1
296	09057B	胺基左旋醣酸	1
297	09058B	胺基左旋醣酸脫氫酵素	1
298	09060B	丙銅酸	1
299	09061B	肌酸磷化同功酶	1
300	09062B	乳酸脫氫同功酶	1
301	09063B	D 型木糖吸收試驗	1
302	09065B	蛋白電泳分析	1
303	09066B	脂蛋白電泳分析	1
304	09067B	鹼性磷酸酯電泳分析	1
305	09068B	澱粉酶電泳分析	1
306	09069B	血清醛縮酶	1
307	09070B	羥基丁酸鹽脫氫酶	1
308	09072B	異枸橼酸去氫酶	1
309	09073B	維生素 A 定量	1
310	09074B	維生素 C 定量	1
311	09075B	後腎上腺髓素	1
312	09076B	5-核酸解酶	1
313	09077B	兒茶酚胺測定	1
314	09079C	麝香混濁反應	1
315	09080C	硫酸鋅混濁反應	1
316	09081C	殘餘氯定量	1
317	09082B	蔗糖溶血分析	1
318	09083B	乙醯膽鹼酶	1
319	09084B	β 脂蛋白	1
320	09085C	白胺酸胺酶	1
321	09086C	N－乙醯胺基葡萄糖甘酶	1
322	09087B	甲狀腺素結合容量	1
323	09088B	先天代謝異常有關之酵素定量檢查	1
324	09089B	有機酸定量檢查	1
325	09095B	總脂肪	1
326	09096B	胺基酸定性檢查	1
327	09097B	G6PD 定量	1
328	09100B	尿液蛋白電泳	1
329	09101B	蔗糖確認試驗	1
330	09102B	腺甘脫胺酶	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
331	09103C	胰島素免疫分析	1
332	09104C	胎盤生乳激素免疫分析	1
333	09105C	黃體脂酮免疫分析	1
334	09107C	游離三碘甲狀腺素免疫分析	1
335	09108C	生長激素免疫分析	1
336	09109C	17-氫氧基黃體脂酮免疫分析	1
337	09110B	骨原蛋白免疫分析	1
338	09113C	皮質素免疫分析	1
339	09114B	醛類脂醇酵素免疫分析	1
340	09115B	降血鈣素免疫分析	1
341	09116B	抗利尿激素免疫分析	1
342	09117C	甲狀腺原氨酸免疫分析	1
343	09118B	碳-副甲狀腺素免疫分析	1
344	09119B	促腎上腺皮質素免疫分析	1
345	09120C	催乳激素免疫分析	1
346	09121C	睪丸酯醇免疫分析	1
347	09122C	Intact 副甲狀腺素免疫分析	1
348	09123B	MM-副甲狀腺素免疫分析	1
349	09124B	血漿腎素活性免疫分析	1
350	09127C	二氫基春情素免疫分析	1
351	09128C	C-胜鏈胰島素免疫分析	1
352	09129C	維生素 B12 免疫分析	1
353	09130C	葉酸免疫分析	1
354	09131C	春情素醇酵素免疫分析	1
355	09132B	胃泌激素免疫分析	1
356	09133B	環磷酸腺酞酸免疫分析	1
357	09134C	糞便潛血免疫分析	1
358	09135B	乳酸 — 丙酮酸檢查	1
359	09136B	缺糖型式運鐵蛋白之分析	1
360	09137B	血清酮體定量分析	1
361	09138C	直接及總膽紅素比值	1
362	09139C	醣化白蛋白(GA)	1
363	10001B	銀	1
364	10002B	鋁	1
365	10003B	砷	1
366	10004B	金	1
367	10005B	鎘	1
368	10006B	鈷	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
369	10007B	鉻	1
370	10008B	汞	1
371	10009B	錳	1
372	10010B	鎳	1
373	10011B	鈾	1
374	10012B	鋅(原子吸收光譜法)	1
375	10501C	卡巴馬平	1
376	10502B	二苯妥因	1
377	10503B	甲乙琥珀亞胺	1
378	10504B	滅殺除癌	1
379	10505B	普卡因胺	1
380	10506B	立克菌星	1
381	10507B	乙苯嘧啶二酮	1
382	10508B	水楊酸	1
383	10509B	茶鹼	1
384	10510C	發爾波克	1
385	10511C	長葉毛地黃	1
386	10512B	Amikacin	1
387	10515B	力多卡因	1
388	10516B	奎尼丁	1
389	10517B	Disopyramide	1
390	10518B	健大黴素	1
391	10519B	托不拉黴素	1
392	10520C	鋰鹽	1
393	10521B	Imipramine	1
394	10522B	血中藥物濃度測定 — Cyclosporine-A	1
395	10523B	血中藥物濃度測定-二苯環丙氨	1
396	10524B	血中藥物濃度測定 — Desipramine	1
397	10525B	血中藥物濃度測定 — Phenobarbital (luminal)	1
398	10526B	血中藥物濃度測定 — Diazepam (valium)	1
399	10527B	苯重氮基鹽類濃度(定量)	1
400	10529B	血中藥物濃度測定-普潘奈	1
401	10530B	血中藥物濃度測定 — Dibekacin	1
402	10531B	血中藥物濃度測定 — Vancomycin	1
403	10532B	血中藥物濃度測定-氯黴素	1
404	10533B	血中藥物濃度測定-康絲菌素	1
405	10534B	血中藥物濃度測定 — Nortriptyline	1
406	10535B	血中藥物濃度測定-三環抗鬱劑	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
407	10536B	血中藥物濃度測定-FK-506	1
408	10537C	Sirolimus 全血濃度測定	1
409	10801B	毒物試驗（定性）	1
410	10802B	巴比妥酸鹽	1
411	10803B	乙醯對氨基酚	1
412	10804B	一氧化碳血紅素	1
413	10805B	氰化物	1
414	10806B	甲醇	1
415	10807B	乙醇	1
416	10808B	高鐵血紅素	1
417	10809B	血中農藥中毒濃度測定	1
418	10810B	安非他命檢測(免疫分析)	1
419	10811B	嗎啡檢測(免疫分析)	1
420	10812B	古柯鹼檢測(免疫分析)	1
421	10813B	大麻檢測(免疫分析)	1
422	10814B	天使塵檢測(免疫分析)	1
423	10815B	有機磷濃度確認分析	1
424	10816B	乙醯膽鹼酶紅血球(定量)	1
425	10817B	乙醇-酒後非駕駛	1
426	10818B	乙醇-酒後駕駛	1
427	10819C	殺鼠藥分析	1
428	11005B	不規則抗體鑑定	1
429	11006B	不規則抗體之沖出及鑑定	1
430	11007B	血小板抗體	1
431	11008B	特殊血型-Lewis antigen	1
432	11009B	特殊血型-D、E、C、e、c	1
433	11010B	特殊血型— 特殊血型三大群以上	1
434	11011B	輸血反應探測	1
435	11012B	HLA 符合試驗	+
436	12001C	梅毒試驗	1
437	12002B	傷寒凝集試驗	1
438	12003C	抗鏈球菌溶血素 O 效價測定—溶血抑制法	1
439	12004C	抗鏈球菌溶血素 O 效價測定— 免疫比濁法	1
440	12005B	鏈球菌激酶試驗	1
441	12006B	布魯氏菌凝集素試驗	1
442	12008B	冷凝集反應	1
443	12009C	類風濕性關節炎因子試驗-乳膠凝集法	1
444	12010C	類風濕性關節炎因子試驗—被動血球凝集法	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
445	12011C	類風濕性關節炎因子試驗－免疫比濁法	1
446	12012B	冷凝球蛋白	1
447	12013C	C反應性蛋白試驗－乳膠凝集法	1
448	12014C	C反應性蛋白試驗－免疫擴散法	1
449	12016C	砂眼披衣菌抗原－酵素免疫法	1
450	12017B	砂眼披衣菌抗原－螢光法	1
451	12018C	梅毒螺旋體抗體試驗	1
452	12019B	螢光梅毒螺旋體抗體吸附試驗	1
453	12020C	肺炎黴漿菌抗體試驗	1
454	12023B	人體阿米巴體抗體檢驗	1
455	12024B	免疫球蛋白G－單向免疫擴散法	1
456	12025B	免疫球蛋白G－免疫比濁法	1
457	12026B	免疫球蛋白A－單向免疫擴散法	1
458	12027B	免疫球蛋白A－免疫比濁法	1
459	12028B	免疫球蛋白M－單向免疫擴散法	1
460	12029B	免疫球蛋白M－免疫比濁法	1
461	12030B	免疫球蛋白D	1
462	12032B	補體1定量	1
463	12039B	補體-5定量	1
464	12040B	α 1- 抗胰蛋白酶－單向免疫擴散法	1
465	12041B	α 1- 抗胰蛋白酶－免疫比濁法	1
466	12042B	α 1- 粘液蛋白（免疫比濁法）	1
467	12043B	α 2- 巨球蛋白－單向免疫擴散法	1
468	12044B	α 2- 巨球蛋白－免疫比濁法	1
469	12053C	抗核抗體(間接免疫螢光法)	1
470	12056B	粒腺體抗體	1
471	12060C	DNA 抗體	1
472	12064B	可抽出的核抗體測定－Ro/La 抗體	1
473	12066B	基底膜帶抗體	1
474	12067B	細胞間質抗體	1
475	12068C	甲狀腺球蛋白抗體	1
476	12070B	冷凝纖維蛋白原	1
477	12071B	淋巴球表面標記－T細胞及B細胞定量	1
478	12073C	淋巴球表面標記－感染性疾病檢驗	1
479	12074B	淋巴球表面標記－免疫性疾病檢驗	1
480	12076B	淋巴球表面標記－其他疾病	1
481	12086C	人類白血球抗原－HLA-B27	1
482	12097B	庫姆氏血中多項抗體檢驗（直接法）	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
483	12098B	庫姆氏血中多項抗體檢驗（間接法）	1
484	12099B	庫姆氏血中單項 IgG 抗體檢驗	1
485	12100B	庫姆氏血中單項 C3 抗體檢驗	1
486	12126B	肺炎雙球菌抗原(乳膠凝集法)	1
487	12128B	腦膜炎雙球菌抗原(乳膠凝集法)	1
488	12129C	腦脊髓液快速測定	1
489	12130B	沙門氏菌抗原	1
490	12131B	志賀氏菌抗原	1
491	12132B	肺炎披衣菌(TWAR)抗原	1
492	12133B	抗 $\beta 2$ 醣蛋白 I 抗體	1
493	12134C	甲狀腺過氧化酶抗體	1
494	12135B	抗角質抗體	1
495	12136B	DNA 分析	1
496	12137B	肌肉炎自體抗體組合	1
497	12138B	腎絲球基底膜抗體	1
498	12139B	腦脊髓液新隱形球菌藥物濃度試驗	1
499	12140B	T3+DR+, T3+DR-	1
500	12141B	劉氏 3+8+抗原, 劉氏 3+8-細胞	1
501	12142B	劉氏 2+15+抗原, 劉氏 2+15-細胞	1
502	12143B	抗原依靠性補體細胞毒殺試驗	1
503	12144B	自然毒殺細胞活力試驗	1
504	12145B	直接細胞毒殺試驗	1
505	12146B	免疫球蛋白 G1 量	1
506	12147B	免疫球蛋白 G2 量	1
507	12148B	免疫球蛋白 G3 量	1
508	12149B	免疫球蛋白 G4 量	1
509	12150B	胺基酸定量檢查	1
510	12151C	同半胱胺酸	1
511	12152B	In vitro IgG, A, M synthesis	1
512	12153B	混合淋巴球雙向培養	1
513	12154B	可抽出之核抗體 Jo-1	1
514	12155B	可抽出之核抗體 KI,KU(免疫擴滲分析法)	1
515	12156B	Ribosomal-P 抗體	1
516	12157B	腦脊髓液免疫球蛋白免疫電泳	1
517	12158B	尿液免疫球蛋白免疫電泳	1
518	12159B	尿液免疫固定電泳分析	1
519	12160B	免疫球蛋白 κ/λ	1
520	12161B	白血球介質-2	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
521	12162B	組織壞死因子	1
522	12164B	脂蛋白 a	1
523	12165C	A 群鏈球菌抗原	1
524	12166B	腦膜炎雙球菌抗原	1
525	12167B	組織胞漿菌抗體檢查	1
526	12168B	芽生菌抗體檢查	1
527	12169B	球孢子菌抗體檢查	1
528	12170B	麴菌抗體檢查	1
529	12171B	抗嗜中性球細胞質抗體	1
530	12172C	尿液肺炎球菌抗原	1
531	12173B	可抽出的核抗體測定— Sm/RNP 抗體	1
532	12174B	可抽出的核抗體測定— Scl-70 抗體	1
533	12175B	淋巴球變形反應—抗原刺激	1
534	12176B	人類白血球抗原 — HLA-ABC(單一抗原)	1
535	12177B	人類白血球抗原 — HLA-DR(單一抗原)	1
536	12178C	腎上腺抗體	1
537	12179C	Aspergillus 抗原測定	1
538	12180C	穀醯酸脫梭酶抗體	1
539	12181C	乙醯膽鹼抗體	1
540	12189C	肺炎披衣菌 IgM	1
541	12190C	肺炎披衣菌 IgG	1
542	12191C	尿液退伍軍人菌抗原	1
543	12192C	前降鈣素原	1
544	12197B	血中藥物濃度測定-Everolimus	1
545	12200B	人類白血球群體反應性抗體百分比篩檢試驗	1
546	12201B	抗環瓜氨酸月太抗體	1
547	13002B	阿米巴抗體凝集試驗	1
548	13004B	白喉毒力試驗	1
549	13005B	披衣菌檢查（定性）	1
550	13012C	抗酸菌培養	1
551	13013C	抗酸菌鑑定檢查	1
552	13014B	抗酸菌藥物敏感性試驗—三種藥物以下	1
553	13015C	抗酸菌藥物敏感性試驗—四種藥物以上	1
554	13017C	KOH 顯微鏡檢查	+
555	13019B	試管抗藥性試驗	1
556	13020C	抗生素敏感性試驗(MIC 法) 一菌種【抗微生物藥劑最低抑菌濃度 MIC】	1
557	13021B	抗生素敏感性試驗(MIC 法) 二菌種【抗微生物藥劑最低抑	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
		菌濃度 MIC】	
558	13022B	抗生素敏感性試驗(MIC 法) 三菌種以上【抗微生物藥劑最低抑菌濃度 MIC)】	1
559	13024C	結核菌檢驗	1
560	13028B	困難梭狀桿菌抗原快速檢驗 (GDH)	1
561	13029B	困難梭狀桿菌毒素 A、B 快速檢驗 (Toxin A/B)	1
562	14001B	病毒分離及鑑定	1
563	14002B	腺病毒補體結合抗體	1
564	14003B	巨大細胞病毒抗體 補體結合法	1
565	14004B	巨大細胞病毒抗體 酵素免疫法	1
566	14005C	單純疱疹病毒 I II 補體結合抗體(各項)	1
567	14006B	麻疹病毒抗原	1
568	14007B	麻疹病毒 IgM 抗體	1
569	14008B	麻疹病毒補體結合抗體	1
570	14009C	腮腺炎病毒補體結合抗體	1
571	14010B	呼吸道融合病毒抗原	1
572	14011B	呼吸道融合病毒補體結合抗體	1
573	14012B	水痘帶狀疱疹病毒補體結合抗體	1
574	14013B	水痘帶狀疱疹病毒 IgM 抗體	1
575	14014B	肺炎漿胞菌補體結合抗體	1
576	14015B	副流行性感冒病毒 1 型抗原	1
577	14016B	副流行性感冒病毒 2 型抗原	1
578	14017B	副流行性感冒病毒 1 型補體結合抗體	1
579	14018B	副流行性感冒病毒 2 型補體結合抗體	1
580	14019B	副流行性感冒病毒 3 型補體結合抗體	1
581	14020B	流行性感冒 A 型病毒補體結合抗體	1
582	14021B	流行性感冒 B 型病毒補體結合抗體	1
583	14022B	日本腦炎病毒補體結合抗體	1
584	14023B	柯沙奇 B 型病毒抗體(每項)	1
585	14024B	柯沙奇 B 型病毒補體結合抗體(B1-B6)	1
586	14025C	腸內病毒 70 抗體	1
587	14026C	輪狀病毒抗原	1
588	14027C	輪狀病毒抗體	1
589	14028B	呼腸弧病毒抗體	1
590	14029B	小兒麻痺病毒第 1.2.3 型抗體各項	1
591	14030C	B 型肝炎表面抗原	1
592	14031C	B 型肝炎表面抗原	1
593	14034C	B 型肝炎 e 抗原檢查 HBeAg—RPHA 法	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
594	14036C	B 型肝炎 E 抗體檢查	1
595	14037C	B 型肝炎核心抗體檢查	1
596	14038C	B 型肝炎核心抗體免疫球蛋白 M 檢查 (EIA/LIA 法)	1
597	14039C	A 型肝炎抗體免疫球蛋白 M 檢查 (EIA/LIA 法)	1
598	14040C	A 型肝炎抗體	1
599	14041B	D 型肝炎抗體檢查	1
600	14042B	弓漿蟲 IgG 抗體	1
601	14043B	德國麻疹血球凝集抗體效價 (H I 法)	1
602	14047B	EB 病毒核抗原抗體	1
603	14048B	巨細胞病毒核抗原抗體	1
604	14052B	單純疱疹病毒 IgM 抗體	1
605	14053B	單純疱疹病毒-1 或-2 抗原	1
606	14054B	腮腺炎病毒 IgM 抗體	1
607	14056B	腸病毒 71 型-IgM 抗體快速檢驗試驗	1
608	14058C	呼吸融合細胞病毒試驗	1
609	14059B	巨細胞病毒抗原檢查	1
610	16002C	腹水分析	1
611	16003C	胸水分析	1
612	16004C	胃液分析	1
613	16006C	腦脊髓液分析	1
614	16008C	關節囊液分析--常規檢查	1
615	16013C	關節囊液分析--偏光鏡檢查	1
616	27005B	游離甲狀腺素指數分析	1
617	27009B	胎盤生乳激素放射免疫分析	1
618	27012B	春情素醇放射免疫分析	1
619	27015C	胰島素放射免疫分析	1
620	27016B	胃泌激素放射免疫分析	1
621	27017B	鐵蛋白放射免疫分析	1
622	27018B	A 型肝炎放射免疫分析	1
623	27019B	二氫基春情素放射免疫分析	1
624	27020B	黃體脂酮放射免疫分析	1
625	27022B	C 一胜鍊胰島素放射免疫分析	1
626	27024B	碳一端副甲狀腺素放射免疫分析	1
627	27025B	MM 一副甲狀腺素放射免疫分析	1
628	27026B	Intact 副甲狀腺素放射免疫分析	1
629	27028B	維生素 B12 放射免疫分析	1
630	27029B	葉酸放射免疫分析	1
631	27033C	B 型肝炎表面抗原放射免疫分析	1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
632	27034B	B型肝炎表面抗體放射免疫分析	1
633	27035B	B型肝炎e抗原放射免疫分析	1
634	27036B	B型肝炎e抗體放射免疫分析	1
635	27037B	B型肝炎核心抗體放射免疫分析	1
636	27040B	A型肝炎免疫球蛋白M放射免疫分析	1
637	27043B	普卡因醯胺放射免疫分析	1
638	27058B	甲狀腺球蛋白抗體	1
639	27063B	脂蛋白酶元B分析	1
640	27064B	脂蛋白酶元A1分析	1
641	30102B	肺癌表皮生長因子受體(EGFR)突變實驗室自行研發檢測(LDT)	3
642	30103B	PD-L1 免疫組織化學染色	3
643	30104B	All-RAS 基因突變分析	3

註1：報告類別代碼說明：1：檢體檢驗報告；2：影像報告；3：病理報告。

註2：報告類別代碼「1」屬於「非報告型資料」；報告類別代碼「2」及「3」屬於「報告型資料」。

獎勵醫事服務機構上傳醫療檢查影像及影像報告之項目

附件 5-1

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別	每筆醫令獎勵金額(點)
1	33070B	電腦斷層造影－無造影劑	2	15
2	33071B	電腦斷層造影－有造影劑	2	15
3	33072B	電腦斷層造影－有/無造影劑	2	15
4	33084B	磁共振造影－無造影劑	2	15
5	33085B	磁共振造影－有造影劑	2	15
6	34004C	齒顎全景 X 光片攝影	無報告有影像	2
7	28016C	上消化道泛內視鏡檢查	2	7
8	28017C	大腸鏡檢查	2	7
9	18005C	超音波心臟圖（應包含醫令代碼 18006C（杜卜勒氏超音波心臟圖）或 18007C（杜卜勒氏彩色心臟血流圖）之影像報告）	2	7
10	18006C	杜卜勒氏超音波心臟圖	2	7
11	18007C	杜卜勒氏彩色心臟血流圖	2	7
12	18033B	經食道超音波心圖	2	7
13	18041B	周邊動靜脈血管超音波檢查	2	7
14	19001C	腹部超音波	2	7
15	19002B	術中超音波	2	7
16	19003C	婦科超音波	2	7
17	19005C	其他超音波	2	7
18	19007C	超音波導引(為組織切片，抽吸、注射等)	2	7
19	19009C	腹部超音波，追蹤性	2	7
20	19010C	產科超音波	2	7
21	19012C	頭頸部軟組織超音波	2	7
22	19014C	乳房超音波	2	7
23	19015C	男性外生殖器官超音波	2	7
24	19016C	四肢超音波	2	7
25	19017C	經尿道(直腸)超音波檢查	2	7
26	19018C	嬰幼兒腦部超音波	2	7
27	20013C	頸動脈超音波檢查	2	7
28	20026B	穿顱都卜勒超音波檢查	2	7
29	21008C	膀胱掃描	2	7
30	23504C	超音波檢查(B 掃描)	2	7
31	23506C	微細超音波檢查	無報告有影像	2

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別	每筆醫令獎勵金額(點)
32	32001C	胸腔檢查（包括各種角度部位之胸腔檢查）	2	7
33	32002C	胸腔檢查（包括各種角度部位之胸腔檢查）	2	7
34	32006C	腎臟、輸尿管、膀胱檢查	2	7
35	32007C	腹部檢查（包括各種姿勢之腹部檢查）	2	7
36	32008C	腹部檢查（包括各種姿勢之腹部檢查）	2	7
37	01271C	環口全景 X 光初診診察	無報告有影像	2
38	32009C	頭顱檢查（包括各種角度部位之頭顱檢查）	2	7
39	32010C	頭顱檢查（包括各種角度部位之頭顱檢查）	2	7
40	32011C	脊椎檢查（包括各種角度部位之頸椎、胸椎、腰椎、薦椎、尾骨及薦髂關節等之檢查）	2	7
41	32012C	脊椎檢查（包括各種角度部位之頸椎、胸椎、腰椎、薦椎、尾骨及薦髂關節等之檢查）	2	7
42	32013C	肩部骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2	7
43	32014C	肩部骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2	7
44	32015C	上肢骨各處骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2	7
45	32016C	上肢骨各處骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2	7
46	32017C	下肢骨各處骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2	7
47	32018C	下肢骨各處骨頭及關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2	7
48	32022C	骨盆及髖關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2	7
49	32023C	骨盆及髖關節檢查（包括各種角度與部位之檢查）	2	7
50	01272C	年度初診 X 光檢查	無報告有影像	2
51	01273C	高齦齒罹患率族群年度初診 X 光片檢查	無報告有影像	2
52	00315C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之環口全景 X 光初診診察	無報告有影像	2
53	00316C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之年度初診 X 光檢查	無報告有影像	2
54	00317C	符合牙醫門診加強感染管制實施方案之高齦齒罹患率族群年度初診 X 光片檢查	無報告有影像	2
55	34006B	顳顎關節 X 光攝影（單側）	無報告有影像	2
56	34005B	測顱 X 光攝影	無報告有影像	2

註 1：醫令代碼 34004C(齒顎全景 X 光片攝影)、01271C(環口全景 X 光初診診察)、23506C(微細超音波檢查)、01272C(年度初診 X 光檢查)、01273C(高齦齒罹患率族群年度初診 X 光片檢

查)、00315C(符合牙醫門診加強感染管制實施方案之環口全景 X 光初診診察)、00316C(符合牙醫門診加強感染管制實施方案之年度初診 X 光檢查)、00317C(符合牙醫門診加強感染管制實施方案之高齶齒罹患率族群年度初診 X 光片檢查)、34006B(顳顎關節 X 光攝影(單側))及 34005B(測顳 X 光攝影)因無報告,故僅須上傳醫療檢查影像,每筆醫令獎勵 2 點。

註 2: 醫令代碼 18006C (杜卜勒氏超音波心臟圖) 或 18007C (杜卜勒氏彩色心臟血流圖) 之影像報告併入醫令代碼 18005C 之影像報告,故醫令代碼 18006C (杜卜勒氏超音波心臟圖) 或 18007C (杜卜勒氏彩色心臟血流圖) 無須再單獨上傳醫療檢查影像報告。

附件 6

獎勵醫事服務機構上傳人工關節植入物之項目

項次	醫令代碼	中文名稱	報告類別
1	64164B	全膝關節置換術	4
2	64169B	部份關節置換術併整形術只置換股骨髁或脛骨高丘或半膝關節或只換髌骨	4
3	64202B	人工全膝關節再置換	4
4	64162B	全股關節置換術	4
5	64170B	部份關節置換術併整型術一只置換髌白或股骨或半股關節或半肩關節（半肩關節不納入收載）	4
6	64258B	人工半髌關節再置換術	4
7	64201B	人工全髌關節再置換	4

附件 7

獎勵居家訪視健保卡登錄暨上傳資料之醫令項目

項次	醫令代碼	中文名稱
1	05301C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第一類(在合理量內)1.在宅
2	05302C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群第一類(在合理量內)1.在宅
3	05303C	護理訪視費(次)-資源耗用群島為第二類(在合理量內)1.在宅
4	05304C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第二類(在合理量內)1.在宅
5	05305C	護理訪視費(次)-資源耗用群第三類(在合理量內)1.在宅
6	05306C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第三類(在合理量內)1.在宅
7	05307C	醫師訪視費(次)1.在宅
8	05308C	山地離島地區醫師訪視費(次)1.在宅
9	05309C	醫師訪視費(次)1.在宅－醫師應同一承辦居家照護業務機構之請，當日訪視個案數在五個以上者，自第五個個案起其訪視費依本項申報
10	05310C	山地離島地區醫師訪視費(次)1.在宅－醫師應同一承辦居家照護業務機構之請當日個案在五個以上者，自第五個個案起其訪視費依本項申報
11	05321C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(在合理量內)1.在宅
12	05322C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(在合理量內)1.在宅
13	05328C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第一類(超出合理量)1.在宅
14	05329C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群第一類(超出合理量)1.在宅
15	05330C	護理訪視費(次)-資源耗用群島為第二類(超出合理量)1.在宅
16	05331C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第二類(超出合理量)1.在宅
17	05332C	護理訪視費(次)-資源耗用群第三類(超出合理量)1.在宅
18	05333C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第三類(超出合理量)1.在宅
19	05334C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(超出合理量)1.在宅
20	05335C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(超出合理量)1.在宅
21	05342C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第一類(在合理量內)2.機構
22	05343C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群第一類(在合理量內)2.機構
23	05344C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第一類(超出合理量)2.機構
24	05345C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群第一類(超出合理量)2.機構
25	05346C	護理訪視費(次)-資源耗用群島為第二類(在合理量內)2.機構
26	05347C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第二類(在合理量內)2.機構
27	05348C	護理訪視費(次)-資源耗用群島為第二類(超出合理量)2.機構
28	05349C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第二類(超出合理量)2.機構
29	05350C	護理訪視費(次)-資源耗用群第三類(在合理量內)2.機構
30	05351C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第三類(在合理量內)2.機構
31	05352C	護理訪視費(次)-資源耗用群第三類(超出合理量)2.機構

項次	醫令代碼	中文名稱
32	05353C	護理訪視費(次)-資源耗用群第三類(超出合理量)2.機構
33	05354C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(在合理量內)2.機構
34	05355C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(在合理量內)2.機構
35	05356C	護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(超出合理量)2.機構
36	05357C	山地離島地區護理訪視費(次)-資源耗用群為第四類(超出合理量)2.機構
37	05358C	醫師訪視費(次)2.機構
38	05359C	山地離島地區醫師訪視費(次)2.機構
39	05360C	醫師訪視費(次)2.機構—醫師應同一承辦居家照護業務機構之請，當日訪視個案數在五個以上者，自第五個個案起其訪視費依本項申報
40	05361C	山地離島地區醫師訪視費(次)2.機構—醫師應同一承辦居家照護業務機構之請當日個案在五個以上者，自第五個個案起其訪視費依本項申報
41	05404C	居家治療醫師診治費（次）
42	05405C	居家治療醫師診治費-同一醫師，應同一承辦居家治療業務之醫療機構之請，當日診治個案數在五個以上者，自第五個個案起其診治費依本項申報。
43	05406C	居家治療其他專業人員處置費（次）
44	05312C	甲類醫師訪視費用(次)-在宅
45	05362C	甲類醫師訪視費用(次)-機構
46	05323C	甲類醫師訪視費用-山地離島地區(次)-在宅
47	05363C	甲類醫師訪視費用-山地離島地區(次)-機構
48	05336C	乙類醫師訪視費用(次)-在宅
49	05364C	乙類醫師訪視費用(次)-機構
50	05337C	乙類醫師訪視費用山地離島地區(次)-在宅
51	05365C	乙類醫師訪視費用山地離島地區(次)-機構
52	05313C	甲類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間 1 小時以內(≤ 1 小時)
53	05366C	甲類護理訪視費(次)-機構:訪視時間 1 小時以內(≤ 1 小時)
54	05324C	甲類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間 1 小時以內(≤ 1 小時)-山地離島地區
55	05367C	甲類護理訪視費(次)-機構:訪視時間 1 小時以內(≤ 1 小時)-山地離島地區
56	05338C	乙類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間 1 小時以內(≤ 1 小時)
57	05368C	乙類護理訪視費(次)-機構:訪視時間 1 小時以內(≤ 1 小時)
58	05339C	乙類護理訪視費山地離島地區(次)-在宅:訪視時間 1 小時以內(≤ 1 小時)
59	05369C	乙類護理訪視費山地離島地區(次)-機構:訪視時間 1 小時以內(≤ 1 小時)
60	05314C	甲類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間 1 小時以上(>1 小時)
61	05370C	甲類護理訪視費(次)-機構:訪視時間 1 小時以上(>1 小時)
62	05325C	甲類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間 1 小時以上(>1 小時)-山地離島地區
63	05371C	甲類護理訪視費(次)-機構:訪視時間 1 小時以上(>1 小時)-山地離島地區
64	05340C	乙類護理訪視費(次)-在宅:訪視時間 1 小時以上(>1 小時)

項次	醫令代碼	中文名稱
65	05372C	乙類護理訪視費(次)-機構:訪視時間 1 小時以上(>1 小時)
66	05341C	乙類護理訪視費山地離島地區(次)-在宅:訪視時間 1 小時以上(>1 小時)
67	05373C	乙類護理訪視費山地離島地區(次)-機構:訪視時間 1 小時以上(>1 小時)
68	05326C	臨終病患訪視費
69	05327C	臨終病患訪視費山地離島地區
70	05315C	其他專業人員處置費(次)-在宅:目前僅限於社會工作人員或心理師
71	05374C	其他專業人員處置費(次)-機構:目前僅限於社會工作人員或心理師
72	P5401C	呼吸治療人員訪視費－非侵襲性呼吸器依賴患者-使用鼻導管(nasal prong)或面罩等 呼吸治療人員訪視費(次)
73	P5402C	呼吸治療人員訪視費－非侵襲性呼吸器依賴患者-使用鼻導管(nasal prong)或面罩等 山地離島地區呼吸治療人員訪視費(次)
74	P5403C	呼吸治療人員訪視費－侵襲性呼吸器依賴患者-使用氣切管或氣管內管插管等 呼吸治療人員訪視費(次)
75	P5404C	呼吸治療人員訪視費－侵襲性呼吸器依賴患者-使用氣切管或氣管內管插管等 山地離島地區呼吸治療人員訪視費(次)
76	P5405C	山地離島地區其他專業人員處置費(次):限社會工作人員或心理師
77	05303CA	呼吸治療人員訪視費
78	P4101C	藥事居家照護費
79	P4102C	偏遠地區藥事居家照護費
80	P30005	到宅牙醫服務(每乙案)論次費用
81	P30006	牙醫特殊醫療服務計畫到宅訪視費

附件 8

獎勵醫事服務機構申報特定醫令執行起迄時間資料之項目

項次	醫令代碼	中文名稱
1	18005C	超音波心臟圖(包括單面、雙面)
2	18006C	杜卜勒氏超音波心臟圖
3	18033B	經食道超音波心圖
4	18037B	胎兒、臍帶、或孕期子宮動脈杜卜勒超音波
5	18038B	骨盆腔杜卜勒超音波
6	18041B	周邊動靜脈血管超音波檢查
7	18043B	冠狀動脈血管內超音波
8	18044B	負荷式心臟超音波心臟圖
9	19001C	腹部超音波
10	19002B	術中超音波
11	19003C	婦科超音波
12	19004C	鼻竇超音波檢查
13	19005C	其他超音波
14	19007C	超音波導引(為組織切片，抽吸、注射等)
15	19008B	超音波導引下肝內藥物注入治療
16	19009C	腹部超音波，追蹤性
17	19010C	產科超音波
18	19011C	高危險妊娠胎兒生理評估
19	19012C	頭頸部軟組織超音波(如甲狀腺 thyroid、副甲狀腺 parathyroid、腮腺 parotid)
20	19014C	乳房超音波
21	19015C	男性外生殖器官超音波
22	19016C	四肢超音波
23	19017C	經尿道(直腸)超音波檢查
24	19018C	嬰兒腦部超音波
25	20013C	頸動脈超音波檢查
26	20026B	穿顱都卜勒超音波檢查（顱內血管超音波檢查）
27	23503C	超音波檢查（ A 掃瞄）
28	23504C	超音波檢查（ B 掃瞄）
29	23506C	微細超音波檢查
30	28029C	內視鏡超音波
31	28040B	支氣管內視鏡超音波
32	28041B	支氣管內視鏡超音波導引縱膈淋巴節定位切片術
33	28042B	支氣管內視鏡超音波導引週邊肺組織採檢切片術
34	28043B	電子式內視鏡超音波
35	28044B	細徑(迷你)探頭式內視鏡超音波
36	28016C	上消化道泛內視鏡檢查

➤ **即時性：每家最高 3,000 點**

1. 屬於就醫類別範圍A(註*)，成功上傳比率 $\geq 80\%$ 。(獎勵 2,000 點)

分子：成功上傳就醫類別範圍A資料之上傳時間-就醫日期時間。

分母：成功上傳就醫類別範圍A之總件數。

2. 屬於就醫類別範圍B(註*)，成功上傳比率 $\geq 80\%$ 。(獎勵 2,000 點)

分子：成功上傳就醫類別範圍B資料之上傳時間-就醫日期時間

分母：成功上傳就醫類別範圍B之總件數。

3. 屬於就醫類別範圍C(註*)，成功上傳比率 $\geq 80\%$ 。(獎勵 1,000 點)

分子：成功上傳就醫類別範圍C資料之上傳時間為當日 23：59 前。

分母：成功上傳就醫類別範圍C之總件數。

➤ **完整性：每家最高 4,000 點**

1. 急診資料上傳完整性：每家 2,000 點

定義：急診進出資料上傳完整性之比率：就醫類別為【04-急診】時，AK-急診留觀、BD-急診離院、BA-急診轉住院及BE-職業傷害或職業病之住院上傳比率 $\geq 80\%$ 。

✧ 分子：就醫類別【AK-急診留觀】、【BD-急診離院】、【BA-急診轉住院】及【BE-職業傷害或職業病之住院】，其【原就醫識別碼(M16)】欄位資料，為就醫類別【04-急診】之【就醫識別碼(M15)】欄位資料件數加總。

✧ 分母：就醫類別為【04-急診】之總件數。

2. 病床資料上傳完整性：每家 2,000 點

定義：申報之病床號資料比對就醫類別範圍C(註*)及就醫類別AJ之上傳之【病床號(M50)】欄位資料，比對正確資料比率 $\geq 80\%$ 。

✧ 分子：就醫類別範圍C之上傳之【病床號(M50)】欄位資料比對申報資料正確件數。

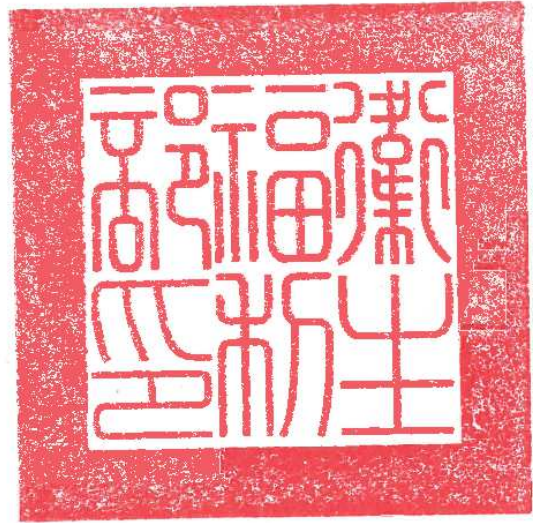
✧ 分母：醫療費用申報病床號資料件數

*註

就醫類別範圍 A(非醫院 ≤ 1 小時； 醫院 ≤ 6 小時)	就醫類別範圍 B(非醫院 ≤ 4 小 時；醫院 ≤ 6 小時)	就醫類別範圍 C(當日 23:59)
01-西醫門診 04-急診 06-門診轉診就醫 07-門診手術後之回診 08-住院患者出院之回診 <u>09-透析門診</u> BD-急診離院 BA-急診當次轉住院之入院 AE-慢性病連續處方箋領藥 AF-藥局調劑 AI-同日同醫師看診(第二次以後)	02-牙醫門診 03-中醫門診 AA-同一療程項目以 6 次以內治 療為限者 AB-同一療程項目屬"非"6 次以 內治療為限者 <u>AJ-透析門診療程第二次(含) 以後</u>	05-住院 AK-急診留觀 BB-出院 BE-職業傷害或職業病之住 院 BF-繼續住院依規定分段結 清者 BG-門診當次轉住院之入院 DC-住院患者出院後需於 7 日內之 1 次回診 EA-床號變更/轉床

衛生福利部 公告

發文日期：中華民國111年1月26日
發文字號：衛部健字第1113360011號
附件：如公告事項一(附件一至五共5件)



主旨：公告111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式。

依據：「全民健康保險法」第61條暨111年1月6日衛部保字第1100153541號函、111年1月12日衛部保字第1101260374號函。

公告事項：

一、111年度全民健康保險牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院醫療給付費用成長率與其他預算額度及相關分配，核定結果如下：

(一)整體醫療給付費用總額約8,095.62億元，較其110年度核定總額成長3.320%。

(二)四部門醫療給付費用總額相關分配(含地區預算)與其他預

算如下：

- 1、牙醫門診醫療給付費用總額約49,518.3百萬元，較其110年度核定總額成長2.756%，其中一般服務成長率為1.843%，專款項目全年經費為1,738.8百萬元(附件一)。
- 2、中醫門診醫療給付費用總額約29,690.7百萬元，較其110年度核定總額成長4.208%，其中一般服務成長率為4.176%，專款項目全年經費為979.8百萬元(附件二)。
- 3、西醫基層醫療給付費用總額約154,644.1百萬元，較其110年度核定總額成長2.744%，其中一般服務成長率為1.831%，專款項目全年經費為7,930.1百萬元，門診透析服務成長率為4.689%(附件三)。
- 4、醫院醫療給付費用總額約559,129.2百萬元，較其110年度核定總額成長3.504%，其中一般服務成長率為3.049%，專款項目全年經費為34,538.7百萬元，門診透析服務成長率為2.015%(附件四)。
- 5、其他預算額度為16,579.2百萬元，由中央健康保險署管控(附件五)。

二、111年度全民健康保險醫療給付費用總額之計算公式如下：

(一) 111年度全民健保醫療給付費用總額 = [110年度部門別醫療給付費用 $\times$ (1 + 111年度部門別醫療給付費用成長率)] 之合計 + 111年度其他預算醫療給付費用

(二)111年度全民健保醫療給付費用總額成長率=(111年度核定之全民健保醫療給付費用總額－110年度核定之全民健保醫療給付費用總額)/110年度核定之全民健保醫療給付費用總額

註：

- 1、部門別為牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；另「其他預算」採協定各項目之全年經費。
- 2、西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

部長陳時中

111 年度全民健康保險其他預算及其分配

一、總額協商結論：

(一)111 年度其他預算增加 426 百萬元，預算總額度為 16,579.2 百萬元，由中央健康保險署管控，各細項分配，如表 5。

(二)請中央健康保險署依協定事項辦理以下事宜：

- 1.屬計畫型項目，應提出具體實施方案(含預定達成目標及預期效益之評估指標)，其中延續型計畫應於 110 年 11 月底前完成，新增項目原則於 110 年 12 月底前完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。
- 2.請於 111 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目應包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效並納入 112 年度總額協商考量。

二、預算分配相關事項：

(一)基層總額轉診型態調整費用：

- 1.全年經費 800 百萬元。
- 2.優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。
- 3.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)持續檢討經費動支條件，建立長期效益評估指標，並監測病人流向(包含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)及評估執行效益。
 - (2)提出「基層總額轉診型態調整費用」之未來規劃與期程(含退場)。
 - (3)上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」，於 111 年 7 月底前提出專案報

告。

(二)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：

- 1.全年經費 605.4 百萬元。
- 2.請中央健康保險署定期檢討山地離島地區醫療利用情形，並精進執行方案；另請儘速推動山地鄉論人計酬試辦計畫。

(三)居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務：

- 1.全年經費 7,300 百萬元。
- 2.本項醫療點數以每點 1 元支付為原則，費用若有超支，依全民健康保險法第 62 條規定採浮動點值處理。
- 3.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)為強化精神社區復健照護體系，請整體檢討精神疾病社區復健相關支付標準之合理性，及精神復健機構於健保政策下之定位。
 - (2)檢討居家醫療訪視費支付標準之合理性，並朝分級支付方向調整，以鼓勵急重症、緊急往返及困難疾病之照護。
 - (3)訂定反映居家醫療照護品質及效益之績效指標(如減少急診、住院之醫療利用等)，於 111 年 7 月底前將執行結果提全民健康保險會報告。

(四)支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費：全年經費 290 百萬元。

(五)支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款項目不足之經費：

- 1.全年經費 1,900 百萬元。

- 2.請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用，於協商 112 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥新科技等之財源之一。

(六)推動促進醫療體系整合計畫：

- 1.全年經費 450 百萬元。
- 2.持續辦理「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「急性後期整合照護計畫」、「跨層級醫院合作計畫」及「遠距醫療會診」，請中央健康保險署檢討執行情形及辦理方式，以提升執行成效。
- 3.因應新興傳染性疾病，請中央健康保險署儘速研議遠距醫療會診執行及管理策略，並審慎規劃及執行急重症轉診網絡之遠距會診醫療服務。

(七)調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費：

- 1.全年經費 1,000 百萬元。
- 2.經費之支用，依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理。

(八)提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用：

- 1.全年經費 1,500 百萬元。
- 2.四部門總額「網路頻寬補助費用」專款項目經費如有不足，由本項預算剩餘款支應。
- 3.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)於協商 112 年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。
 - (2)確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，於 111 年 7 月底前提全民健康保險會報告。
- 4.新增提升院所智慧化資訊機制：

執行目標：提升檢驗所(與西醫基層診所合併計算)資料上傳率達 50%。

預期效益之評估指標：西醫基層於 20 類檢查(驗)同病人 28 天內再檢查率，較 108 年下降 10%。

(九)提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫：

- 1.全年經費 1,653.8 百萬元。
- 2.請中央健康保險署持續檢討本計畫醫療利用情形，並加強執行面監督。

(十)腎臟病照護及病人衛教計畫：

- 1.全年經費 450 百萬元。
- 2.持續推動初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案、慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫。
- 3.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)積極提升初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率。
 - (2)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並訂定醫療利用及成效評估指標，以利後續監測。

(十一)提升保險服務成效：

- 1.全年經費 600 百萬元。
- 2.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)精進提升保險服務成效之評估指標，以反映實施成效及節流效益。
 - (2)於協商 112 年度總額前檢討實施成效，及預算編列之妥適性，提出節流效益並納入該年度總額預算財

源。

(3)請於 111 年 7 月底前提出成效評估報告。

(十二)提升用藥品質之藥事照護計畫：

1.全年經費 30 百萬元。

2.執行目標：年度預計服務達 3 萬人次。

預期效益之評估指標：收案保險對象使用藥品品項數，較照護前(108 年)下降 10%。

表 5 111 年度其他預算協定項目表

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
其他預算(全年計畫經費)			- 屬計畫型項目，應提出具體實施方案(含預定達成目標及預期效益之評估指標)，其中延續型計畫應於110年11月底前完成，新增項目原則於110年12月底前完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。 - 請於111年7月底前提報執行情形，延續性項目應包含前1年成效評估檢討報告；實施成效並納入下年度總額協商考量。
基層總額轉診型態調整費用	800.0	-200.0	- 優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。 - 請中央健康保險署辦理下列事項： (1)持續檢討經費動支條件，建立長期效益評估指標，並監測病人流向(包含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)及評估執行效益。 (2)提出「基層總額轉診型態調整費用」之未來規劃與期程(含退場)。 (3)上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」，於111年7月底前提出專案報告。
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	605.4	-50.0	請中央健康保險署定期檢討山地離島地區醫療利用情形，並精進執行方案；另請儘速推動山地鄉論人計酬試辦計畫。
居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務	7,300.0	756.0	- 本項醫療點數以每點1元支付為原則，費用若有超支，依全民健康保險法第62條規定採浮動點值處理。 - 請中央健康保險署辦理下列事項： (1)為強化精神社區復健照護體系，請整體檢討精神疾病社區復健相關支付標準之合理性，及精神復健機構

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			於健保政策下之定位。 (2)檢討居家醫療訪視費支付標準之合理性，並朝分級支付方向調整，以鼓勵急重症、緊急往返及困難疾病之照護。 (3)訂定反映居家醫療照護品質及效益之績效指標(如減少急診、住院之醫療利用等)，於111年7月底前將執行結果提全民健康保險會報告。
支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費	290.0	0.0	
支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款項目不足之經費	1,900.0	-950.0	請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用，於協商112年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥新科技等之財源之一。
推動促進醫療體系整合計畫	450.0	50.0	1.持續辦理「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「急性後期整合照護計畫」、「跨層級醫院合作計畫」及「遠距醫療會診」，請中央健康保險署檢討執行情形及辦理方式，以提升執行成效。 2.因應新興傳染性疾病，請中央健康保險署儘速研議遠距醫療會診執行及管理策略，並審慎規劃及執行急重症轉診網絡之遠距會診醫療服務。
調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費	1,000.0	0.0	經費之支用，依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理。

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
提升院所智慧化資訊機制(111年新增項目)、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用	1,500.0	520.0	1.四部門總額「網路頻寬補助費用」專款項目經費如有不足，由本項預算剩餘款支應。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)於協商112年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。 (2)確實依退場期程(110~114年)規劃退場之執行方式，於111年7月底前提全民健康保險會報告。 3.新增提升院所智慧化資訊機制： 執行目標：提升檢驗所(與西醫基層診所合併計算)資料上傳率達50%。 預期效益之評估指標：西醫基層於20類檢查(驗)同病人28天內再檢查率，較108年下降10%。
提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	1,653.8	0.0	請中央健康保險署持續檢討本計畫醫療利用情形，並加強執行面監督。
腎臟病照護及病人衛教計畫	450.0	0.0	1.持續推動初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案、慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)積極提升初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率。 (2)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並訂定醫療利用及成效評估指標，以利後續監測。
提升保險服務成效	600.0	300.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.精進提升保險服務成效之評估指標，以反映實施成效及節流效益。 2.於協商112年度總額前檢討實施成效，及預算編列之妥適性，提出節流

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			效益並納入該年度總額預算財源。 3. 請於111年7月底前提出成效評估報告。
提升用藥品質之藥事照護計畫	30.0	0.0	執行目標：年度預計服務達3萬人次。 預期效益之評估指標：收案保險對象使用藥品品項數，較照護前(108年)下降10%。
總 計	16,579.2	426.0	

修訂「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患 就醫資訊方案（草案）」溝通會議會議紀錄

時間：111 年 2 月 24 日（四）上午 10 時

地點：本署 9 樓第 2 會議室

主席：李伯璋署長

紀錄：陳逸嫻

出席人員：(職稱略)

中華民國醫師公會全國聯合會

黃啟嘉、黃佩宜

中華民國中醫師公會全國聯合會

陳博淵、黃澤宏、施丞修

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

林敬修、施奕含

台灣醫院協會

林佩菽、吳心華

台灣醫學中心協會

許雅淇、莊又丞

中華民國區域醫院協會

申斯靜

台灣社區醫院協會

葉蓮瑛、周貝珊

本署署長室

黃珮珊、洪佳蘭

本署資訊組

吳淑慧、黃淑玲、黃俊欽、

翁慧萍

本署醫務管理組

張禹斌、黃兆杰、林右鈞、

鍾欣穎、黃奕瑄、陳世卿、

林育慈、林寓煥、張雅惠

壹、主席致詞：略

貳、提案討論

一、新增居家輕量藍牙 APP 就醫資料介接(寫入)院所端醫療資訊 系統(HIS)獎勵費

(一) 討論重點：

1. 健保署提供本項獎勵可以讓醫界更有動力，強化居家醫療服務，經瞭解本項資訊介接費用約介於 5,000 元至 6,000 元，本次規劃獎勵費 3,000 點/家，似有不足。
2. 在預算經費有限下，建議健保署可研擬下列意見之可行性：
 - (1) 本項獎勵費原規劃 3,000 點/家，以 110 年 12 月底參加居家醫療照護整合計畫家數 3,047 家，推估獎勵費用約 900 萬，建議本項在預算可支應下，調高支付點數，上限為 6,000 點/家，並匡列預算，

以年度方式結算，若超過匡列預算，則採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於 1 元。

(2) 設定獎勵指標，以完成時間及家數為基準，依完成時間給予不同獎勵費用，以鼓勵院所積極參與並完成本項資訊改版作業，若獎勵效果良好，亦可做為爭取明年預算之依據。

(二) 結論：本署將依醫界建議研議調整獎勵內容，並提全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議討論。

二、「就醫識別碼（健保卡資料上傳格式）」改版獎勵指標

(一) 討論重點：

1. 健保署因屢次發生保險對象持處方箋(彩色列印)至多個藥局重複調劑及無簡單明確鍵值可對應處方資訊、檢驗(查)、影像資料 致雲端醫療資訊呈現錯誤資料，所以規劃就醫類別範圍 A(附件)之健保卡資料需在一小時內上傳，惟醫療院所實務面操作會有相當難度，尤其是醫院層級，爰建議如下：

(1) 醫學中心門診診次多，診次結束時間亦不相同，亦常會在門診結束後補正就診資料，又因傳輸資料量大，避免資訊負荷過載，爰多於離峰時段採批次（一次性）上傳資料，若需配合本項獎勵指標規定之時效內上傳，醫院上傳資料之頻率將增加，再加上原本例行的資料上傳，除對頻寬承載量將造成負載，恐致造成醫療院所之行政作業負擔。

(2) 如為避免保險對象使用彩色列印處方箋重複調劑，建議可考量予保險對象相對責任，如重複領藥，第二次應改為自費等，如此資料就可不需即時上傳。

(3) 因醫院健保卡上傳資料量大，補正資料亦多，爰建議本方案健保卡資料即時性之上傳獎勵時間，醫院和西醫基層分別訂定，醫院層級健保卡上傳即時性獎勵時間建議改為 6 小時內上傳即可給予獎勵費用。

(二) 結論：醫院層級健保卡上傳即時性獎勵時間改為 6 小時內上傳即可給予獎勵費用，其餘不變，並將提全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議討論。

就醫識別碼（健保卡資料上傳格式）改版獎勵指標

保險特約醫事服務機構配合安裝讀卡機控制軟體（Windows版）5.1.5 版本以上、虛擬健保卡醫事機構正式版SDK-v2.4.0 以上，並改以「健保卡資料上傳格式 2.0」版本，上傳每日就醫紀錄。

一、改版費：每家最高7,000點

（一）基本獎勵：111年12月31日前完成上傳作業，每家4,000點，於111年11月30日前完成者，始能參加「(2)上傳即時性、完整性獎勵」。

（二）額外獎勵：

1.預檢作業：111年9月30日前完成預檢作業，每家額外獎勵費用1,000點。

2.上傳作業：111年10月31日前完成，每家額外獎勵費用2,000點。

二、計算方式：

（一）預檢作業：111年9月30日前以「健保卡資料上傳格式2.0」預檢作業上傳「就醫識別碼」之各項「就醫類別」（*註）需預檢成功至少6件。

（二）上傳作業：111年10月31日前完成「健保卡資料上傳格式2.0」相關軟體建置，並以該格式執行每日之就醫料上傳成功。

*註：就醫類別

00-指定就醫之門診	AI-同日同醫師看診（第二次以後）
01-西醫門診	AJ-透析門診療程第二次(含)以後(新增)
02-牙醫門診	AK-急診留觀(1100701起)
03-中醫門診	BA-急診當次轉住院之入院
04-急診	BB-出院
05-住院	BC-急診中、住院中執行項目
06-門診轉診就醫	BD-急診離院
07-門診手術後之回診	BE-職業傷害或職業病之住院
08-住院患者出院之回診	BF-繼續住院依規定分段結清者,切帳申報時(如長期住院 60 天以上切帳)
09-透析門診(新增)	

AA-同一療程項目以 6 次以內治療為限者	需登錄一筆BF不須累計就醫序號 ,並連線即時查保
AB-同一療程項目屬"非"6 次以內治療為限者	BG-門診當次轉住院之入院
AC-預防保健	CA-其他規定不須累計就醫序號即不扣除就醫次數者
AD-職業傷害或職業病 門(急)診	DA-門診轉出
AE-慢性病連續處方箋領藥	DB-門診手術後需於 7 日內之 1 次回診
AF-藥局調劑	DC-住院患者出院後需於 7 日內之 1 次回診
AG-排程檢查	EA-床號變更/轉床
AH-居家照護 (第二次以後)	

三、上傳即時性及完整性

(一)即時性：每家最高 3,000 點

1. 屬於就醫類別範圍A(註*)，成功上傳比率 $\geq 80\%$ 。(獎勵 2,000 點)

✧分子：成功上傳就醫類別範圍A資料之上傳時間-就醫日期時間。

✧分母：成功上傳就醫類別範圍A之總件數。

- 2.屬於就醫類別範圍B(註*)，成功上傳比率 $\geq 80\%$ 。(獎勵 2,000 點)

✧分子：成功上傳就醫類別範圍B資料之上傳時間-就醫日期時間

✧分母：成功上傳就醫類別範圍B之總件數。

- 3.屬於就醫類別範圍C(註*)，成功上傳比率 $\geq 80\%$ 。(獎勵 1,000 點)

✧分子：成功上傳就醫類別範圍C資料之上傳時間為當日 23：59前。

✧分母：成功上傳就醫類別範圍C之總件數。

(二) 完整性：每家最高 4,000 點

1. 急診資料上傳完整性：每家 2,000 點

定義：急診進出資料上傳完整性之比率：就醫類別為【04-

急診】時，AK-急診留觀、BD_急診離院、BA-急診轉住院及BE-職業傷害或職業病之住院上傳比率 $\geq 80\%$ 。

◇分子：就醫類別【AK-急診留觀】、【BD-急診離院】、【BA-急診轉住院】及【BE-職業傷害或職業病之住院】，其【原就醫識別碼(M16)】欄位資料，為就醫類別【04-急診】之【就醫識別碼(M15)】欄位資料件數加總。

◇分母：就醫類別為【04-急診】之總件數。

2. 病床資料上傳完整性：每家 2,000 點

定義：申報之病床號資料比對就醫類別範圍C(註*)及就醫類別AJ之上傳之【病床號(M50)】欄位資料，比對正確資料比率 $\geq 80\%$ 。

◇ 分子：就醫類別範圍C之上傳之【病床號(M50)】欄位資料比對申報資料正確件數。

◇ 分母：醫療費用申報病床號資料件數

*註

就醫類別範圍 A(<u>非醫院</u> ≤1小時；醫院≤6小時)	就醫類別範圍 B(<u>非醫院</u> ≤4小時；醫院≤6小時)	就醫類別範圍 C(當日23:59)
01-西醫門診 04-急診 06-門診轉診就醫 07-門診手術後之回診 08-住院患者出院之回診 <u>09-透析門診</u> BD-急診離院 BA-急診當次轉住院之入院 AE-慢性病連續處方箋領藥 AF-藥局調劑 AI-同日同醫師看診(第二次以後)	02-牙醫門診 03-中醫門診 AA-同一療程項目以6次以內治療為限者 AB-同一療程項目屬"非"6次以內治療為限者 <u>AJ-透析門診療程第二次(含)以後</u>	05-住院 AK-急診留觀 BB-出院 BE-職業傷害或職業病之住院 BF-繼續住院依規定分段結清者 BG-門診當次轉住院之入院 DC-住院患者出院後需於7日內之1次回診 EA-床號變更/轉床

討論事項

第十一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：新增「全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫」案，提請討論。

說明：

- 一、依據中央健康保險署111年3月3日「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額111年第1次研商議事會議決議」辦理。
- 二、本計畫係對代謝症候群病人提供疾病危險因子如菸、檳及過重等之指導，並視需要轉銜各相關系統(含健康署現行機制所補助之介入防治措施)。計畫內容概述如下(方案草案詳如附件1，頁次討11-3～11-19)：
 - (一) 參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求：有申辦成人預防保健服務之本保險特約西醫診所，具有家醫科、內科專科醫師、有申辦成健或糖尿病共同照護網認證之醫師資格者免參與本計畫訓練課程。
 - (二) 收案條件：20歲至64歲符合代謝症候群指標任3項者，每一診所收案人數上限為100名。
 - (三) 服務內容：
 1. 收案評估：參與本計畫之特約西醫診所應向代謝症候群患者解釋本計畫內容，並確實告知患者收案。依個案情況，擬定流程完整的照護目標及策略，交付「代謝症候群疾病管理紀錄表」衛教指引予收案個案，進行自我管理。
 2. 追蹤管理：定期追蹤收案個案之代謝症候群五大指標之改善情形，未達標準值之檢驗檢查項目，應至少追蹤1次。如個案合併有其他慢性病危險因子(如菸、酒、檳榔)，得併提供個案衛教指導或協助轉介衛生福利部國民健康署合約戒菸機構或戒檳服務醫院執行戒除服務。

3. 年度評估：依收案個案代謝症候群五大指標之改善情形，擬定次年度照護目標及策略並建檔。
- (四) 評核指標：包含代謝症候群改善率(含腰圍、醣化血紅素、血壓、三酸甘油脂、低密度脂蛋白膽固醇及戒菸等指標改善情形)、完整照護達成率及介入成效率等指標。
- (五) 給付項目及支付標準：含收案評估費、追蹤管理費、年度評估費、獎勵費(檢驗檢查上傳率、新發現個案獎勵、照顧個案進步獎勵、實際提供戒菸治療服務)等項。有關戒菸服務相關費用及獎勵，均由國民健康署支應。
- (六) 計畫管理機制、退場機制、計畫修訂程序，均依現行全民健康保險相關規定辦理。

三、 預算來源及財務影響：

- (一) 本計畫以西醫基層總額之「代謝症候群防治計畫」專款3.08億元支應。
- (二) 財務影響：
1. 本計畫除國民健康署提供之實際戒菸服務獎勵費每1醫師500元獎勵外，其餘支付標準及獎勵費，均以點值計算。
 2. 支付點數、獎勵金點數及實際財務影響請健保署評估。

四、 本署意見：

- (一) 因健康署草案內容未訂支付點數及獎勵金點數，爰本署無法協助進行財務評估。
- (二) 如以111年3月3日全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額111年第1次研商議事會議，中華民國醫師公會全國聯合會提出之計畫草案所訂支付點數及獎勵金點數，財務評估如附件2，(頁次討11-20)。
- (三) 有關附件3新增「疾病管理指引」建檔項目，請健康署提供各欄位定義及填報內容(同附件1，頁次討11-15~11-17)。

擬辦：本案如經確認同意，依程序由健保署提報健保會議討論。

決議：

全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫(草案)

○○○年○月○日健保醫字第○○○○○○○○○號公告修正

壹、計畫依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、計畫說明

代謝症候群被認為與腦血管疾病、心臟病、糖尿病、高血壓等慢性疾病的併發症密切相關，將比一般族群增加 6 倍糖尿病風險、4 倍高血壓風險、3 倍高血脂風險、2 倍腦中風及心臟病風險。

代謝症候群與飲食、生活習慣息息相關，若能積極導正，就可免於心血管疾病的威脅。預防代謝症候群最好的方法就是改變生活型態，如規律的生活作息、健康飲食、規律運動等；不吸菸或適量使用酒精；多攝取高纖、低油、低鹽與低糖的食品，藉此達到減重及減腰圍等，減少罹患慢性疾病為主要目標。

如能針對代謝症候群個案早期介入，由醫事服務機構早期發現代謝症候群患者，協助個案追蹤管理，透過醫療人員指導，引導代謝症候群者改變飲食及生活型態，就可進一步預防或延緩慢性病之發生，以達有效慢性病之防治。

透過推行本計畫，結合疾病前期之危險因子防治，藉由醫療人員指導增進病人自我健康管理識能，期能實達慢性病防治之目的，減輕後續健保醫療資源負擔並提升給付效率。

參、計畫目的

一、藉由衛教及個案追蹤管理方式，提升代謝症候群患者自我健康照護。

二、以民眾健康為導向，透過罹病前期介入，改變生活型態及壓力調適，進而降低罹患慢性病之風險。

三、透過醫療人員指導，增進病人自我疾病管理識能，奠定自身疾病由病人與醫師共同管理責任之基礎。

四、強化代謝症候群個案篩檢後之介入與個案管理措施，減少國人由疾病初期發展為慢性病病人。

五、防治慢性病危險因子，由根本降低國人罹患慢性病風險。

肆、經費來源

全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中「代謝症候群防治計畫」專款項目。

伍、計畫施行期間

自公告日起實施至當年底。

陸、參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求

一、有申辦成人預防保健服務之本保險特約西醫診所。

二、具有家醫科、內科專科醫師、有申辦成健或糖尿病共同照護網認證之醫師資格者免參與本計畫訓練課程，中華民國醫師公會全國聯合會、台灣內科醫學會及台灣家庭醫學醫學會可辦理教育訓練課程提供有需要者(核心課程如附件1)。完成4小時教育訓練課程時數，並取得訓練認證。若於年度內未取得訓練認證之醫師，須退出本計畫，保險人將不予支付該醫師當年度之相關費用。

三、參與本計畫之特約西醫診所或醫師參與計畫之日起前2年內，不得有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行

處分者)；終止特約者亦同。前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約或終止特約日起算。惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。

四、符合前述各項資格之特約西醫診所，向保險人分區業務組提出參與計畫申請書(附件2)。經保險人分區業務組資格審核同意後，自保險人分區業務組核定日始參與本計畫。

柒、收案條件與服務內容、結案條件

一、收案條件：

(一) 年齡為20~64歲之保險對象，符合下列代謝症候群指標任三項者：

1. 腰圍：男性 ≥ 90 公分，女性 ≥ 80 公分或身體質量指數(kg/m^2)BMI ≥ 27 。
2. 飯前血糖值(AC)： $\geq 100\text{mg/dl}$ ，或已使用藥物治療。
3. 血壓值：收縮壓 $\geq 130\text{mmHg}$ ，舒張壓 $\geq 85\text{mmHg}$ ，或已使用藥物治療。
4. 三酸甘油脂值(TG)： $\geq 150\text{mg/dl}$ ，或已使用藥物治療。
5. 高密度脂蛋白膽固醇值(HDL)：男性 $< 40\text{mg/dl}$ ，女性 $< 50\text{mg/dl}$ ，或已使用藥物治療。

(二) 本計畫收案期限自公告日起至10月底止。

(三) 每一診所收案人數上限為100名。收案名單須登錄於健保資訊網服務系統(VPN)查詢，不得為全民健康保險各醫療給付改善方案收案名單或與其他特約醫事服務機構重複收案。

二、服務內容

(一) 收案評估

1. 參與本計畫之特約西醫診所應向代謝症候群患者解釋本計畫內容，並確實告知患者收案。
2. 代謝症候群患者之相關資料管理(附件3):
 - (1) 包含基本資料、生活習慣及相關檢測資料(含代謝症候群指標)。
 - (2) 依不同狀況收案個案情況，擬定流程完整的照護目標及策略，個案管理資訊化、衛教資料齊全且定期更新，注重個案評估及追蹤，並定期對收案個案舉辦相關課程。
 - (3) 依收案個案評估情形，交付「代謝症候群疾病管理紀錄表」衛教指引(附件4)，含營養諮詢、健康諮詢、血壓自我管理(722紀錄，參考附件5)等，予收案個案進行自我管理。

(二) 追蹤管理：

1. 定期追蹤收案個案之代謝症候群五大指標之改善情形，提供持續性的電話諮商或訪視追蹤管理、協助進行個案健康評估、聯繫及協調照護計畫、規劃個案健康管理與疾病預防衛教(如其他預防保健項目、四癌篩檢之重要性等)。以使收案個案認知進步，照護行為及代謝控制也能獲得顯著的改善。
2. 個案於收案評估時，未達標準值之檢驗檢查項目，應至少追蹤1次。
3. 如個案合併有其他慢性病危險因子(如菸、酒、檳榔)，得併提供個案衛教指導或協助轉介衛生福利部國民健康署合約戒菸機構或戒檳服務醫院執行戒除服務

(參考資料：衛生福利部國民健康署健康九九網站
<https://health99.hpa.gov.tw/>)。

4. 依個案管理情形資料建檔(附件3)。

(三) 年度評估：

1. 依收案個案代謝症候群五大指標之改善情形，擬定次年度照護目標及策略。

2. 依個案年度評估結果資料建檔(附件3)。

(四) 結案條件(符合以下任一條件者可結案，同一院所同一收案對象經結案後1年內不得再收案)

1. 個案經介入管理後，經個案管理評估已非代謝症候群患者。

2. 病情變化無法繼續接受本計畫之照護者。

3. 個案拒絕或失聯 ≥ 3 個月。

4. 個案死亡。

(五) 管理登錄個案

1. 將代謝症候群患者之相關資料上傳至健保資訊網服務系統 VPN(同附件3)。

2. 參與本計畫之特約西醫診所未依保險人規定完整登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付相關費用，並依相關規定辦理。

3. 參與本計畫之特約西醫診所應依個人資料保護法之規定，保險對象個人資料應予保密。

捌、評核指標

參與本計畫之特約西醫診所，依下列指標達成情形，核發獎勵費用。

一、代謝症候群改善率(70分)

- (一) 診所收案個案之腰圍(男性 ≥ 90 公分，女性 ≥ 80 公分)減少3公分以上或身體質量指數 BMI(≥ 27)，下降1以上，且人數 ≥ 5 人以上，得10分。
- (二) 診所收案個案之醣化血紅素，原 $>7.5\%$ 下降10%，且人數 ≥ 5 人以上，得10分。
- (三) 診所收案個案之血壓，收縮壓140mmHg 以上降至130mmHg 以下，及舒張壓90mmHg 以上降至80mmHg 以下(得以722紀錄之血壓為原則，722紀錄須附存病歷)，且人數 ≥ 5 人以上，得15分。
- (四) 診所收案個案之三酸甘油脂，原200mg/dl 以上降到150mg/dl 以下，且人數 ≥ 5 人以上，得10分。
- (五) 診所收案個案之低密度脂蛋白膽固醇，原130mg/dl 以上下降10%，且人數 ≥ 5 人以上，得15分。
- (六) 診所收案之吸菸個案經醫療人員用藥或衛教指導後，期末自訴未再吸菸者，或受轉介戒菸服務個案經戒菸服務醫事機構評估為戒菸成功者(於3個月或6個月戒菸結果追蹤7天內無吸菸者)，且人數 ≥ 5 人以上，得10分(戒菸服務及費用，仍由國民健康署補助計畫支應)。
- (七) 執行方式：由收案診所於當年度收案時同時上傳風險控制項目及檢驗值(前測)，並於12月底前上傳再次檢驗結果(後測)，超過繳交期限者，檢測值以缺失計算。

二、完整照護達成率 $\geq 30\%$ (15分)

(一) 分子：診所申報年度評估費人數

(二) 分母：診所收案個案人數

三、介入成效率 $\geq 30\%$ (15分)

(一) 分子：個案經收案照護後，任何一項代謝症候群指標已達標並已不符代謝症候群患者人數。

(二) 分母：診所收案個案人數

玖、給付項目及支付標準：

一、收案評估費：

(一) 每人支付○○○點(支付代碼 P○○○○○)，同一個案同一院所僅得申報一次，代謝症候群相關之檢查檢驗項目(三酸甘油酯○點、低密度脂蛋白膽固醇○點、醣化血紅素○點、總膽固醇○點)費用已包含於本項所訂點數。

(二) 完成收案評估且收案後，才得申請本項費用。

二、追蹤管理費

(一) 每人支付○○○點(支付代碼 P○○○○○)，追蹤管理項目詳本計畫第二項服務內容，除檢驗檢查項目由西醫基層總額一般服務預算支應外，其餘費用已內含於本項所訂點數內。

(二)申報收案評估費後至少須間隔12週才能申報本項費用，每年度最多申報3次，每次間隔至少12週。

(三) 同一個案於全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫收案者，不得重複支付該計畫個案管理費及本項費用為原則。

三、年度評估費：

(一) 每人支付○○○點(支付代碼 P○○○○○)，年度評估項目詳本計畫第二項服務內容，除檢驗檢查項目由西醫基層總額一般服務預算支應外，其餘費用已內含於本項所訂點數內。

(二)申報追蹤管理費後至少須間隔12週才能申報本項費用，每年度最多申報1次。

(三) 結案原因為失聯、死亡或拒絕收案者，不得申報本項費用。

四、獎勵費：

(一) 參與計畫診所參與計畫年度檢驗檢查上傳率 $\geq 50\%$ 且品質指標得分排序前75%之診所，核付獎勵費○○○點。

(二) 因本計畫收案評估而新發現40歲以下保險對象具腦血管疾病、心臟病、糖尿病、高血壓、高血脂，且開始追蹤治療者，每個案獎勵○○○點，同一個案僅得獎勵一次。

1. 新發現定義：保險對象於收案評估前2年，於該收案診所門診就醫紀錄之主次診斷未申報前述疾病之國際疾病分類代碼。

2. 本項費用以診所為單位，每年撥付1次；由保險人分區業務組於年度結束，經審查通過後一個月內撥付費用。相關之必要欄位需填寫完整，填寫不實或資料欄位以符號取代文字者，則核扣該筆獎勵金。

(三) 照顧個案進步獎勵：個案於收案評估檢測「未達標準」之代謝症候群指標，於年度評估時，任一指標達下列條件者，每一個案獎勵○○○點，同一個案僅得獎勵1次：

1. 腰圍：減少3%以上。
2. 飯前血糖：下降10%以上。
3. 血壓：收縮壓降至130mmHg 以下，舒張壓降至85mmHg 以下。
4. 三酸甘油脂：下降10%以上。
5. 低密度脂蛋白膽固醇：下降10%以上。

(四) 參與本計畫之特約西醫診所內醫師參與戒菸治療服務訓練(6小時線上+2小時實體)取得證書，且與國民健康署簽訂戒菸服務補助合約者，或已取得戒菸治療服務證書並與國民健康署簽訂戒菸服務補助合約且首次執行戒菸服務者(即不曾向 HPA 申請過戒菸服務費用)，依實際提供戒菸治療服務醫師數每位獎勵500元(本項獎勵經費由國民健康署支應)。

二、當次個案追蹤管理，如未提供其他各項醫療服務、藥物費用，不得依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」、「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」規定申報，亦不得向收案個案收取部分負擔費用。

三、點值結算方式：

本計畫收案評估費、追蹤管理費、年度評估費及獎勵費採浮動點值計算，每點支付金額不高於1元；當季預算如有結餘，則流用至下季。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

壹拾、計畫管理機制

一、保險人負責本計畫之研訂與修正。

- 二、保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之參與資格、核定及輔導轄區醫事服務機構執行計畫。

壹拾壹、退場機制

- 一、參與本計畫之特約西醫診所，未依所提計畫提供個案管理服務、或參與本計畫有待改善事項，經保險人2次通知限期改善而未改善者、或一年內因相同事由經保險人通知限期改善累計達3次者，應自保險人通知終止執行本計畫日起退出本計畫。
- 二、參與本計畫之特約西醫診所如涉及特管辦法第三十八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者），應自保險人第一次處分函所載停約日起退出執行本計畫，惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。
- 三、特約西醫診所如經保險人分區業務組審查不符合參與資格或應終止參與資格，得於通知送達日起30日內，以書面向保險人分區業務組申請複核，但以一次為限。

壹拾貳、計畫修訂程序

本計畫視需要檢討，由保險人邀集醫療專業團體、主管機關等單位共同修訂後，屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序報請主管機關核定後公告實施，餘屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告；並送健保會備查。

【附件 1】全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫教育訓練課程

課程名稱	學分數
代謝症候群之篩檢與診斷? — 台灣代謝症候群流行病學與防治	1
代謝症候群防治計畫執行介紹	1
代謝症候群防治之危險因子管理	1
代謝症候群防治之飲食管理及指導病人技巧	1

【附件 2】全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫申請表

診所申請類別：☐新增 ☐變更(變更者另檢附變更事項前後對照表)

基本資料	診所名稱			診所醫事機構代碼			
	計畫聯絡人姓名			計畫聯絡人電話：			
	計畫聯絡人 e-mail						
審核項目	項目			審查結果		備註	
	成人預防保健服務			☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他			
	參與本計畫相關醫事人員資料表			☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他			
	認證書面資料影本			☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他			
保險醫事服務機構	機構章戳			保險人審核意見欄	1 ☐ 審核通過 2 ☐ 不符合規定 3 ☐ 資料不全，請補齊 4 ☐ 其他 日期章戳：		本欄由審查單位填寫
	申請日期： 年 月 日						

【附件 3】全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫收案個案資料 建檔欄位

一、新收案，必須登錄欄位：

(一) 新收案日期(YYY/MM/DD)

(二) 收案診所：醫事機構代碼、醫師 ID、醫師姓名

(三) 個案基本資料：個案身分證號、姓名、性別、出生日期

(四) 危險因子：

1. 抽煙：1.無、2.偶爾交際應酬、3.平均一天約吸一包菸(含以下)、4.
平均一天約吸一包菸以上

2. 酒：1.無、2.偶爾交際應酬、3.經常喝酒

3. 檳榔：1.無、2.偶爾交際應酬、3.經常嚼或習慣在嚼(平均>1 顆/天)

(五) 伴隨疾病：1.無；2.糖尿病；3.高血壓；4.心臟血管疾病；5.高血脂症；
9.其他

(六) 檢查數據：檢查日期(YYY/MM/DD)、身高(cm)、體重(kg)、腰圍(cm)、
飯前血糖值(mg/dl)、收縮壓(mmHg)(若為 722 血壓請附註，並登錄最
高數值的一次)、舒張壓(mmHg)(若為 722 血壓請附註，並登錄最高數
值的一次)、三酸甘油脂值(mg/dl)、高密度脂蛋白膽固醇值(mg/dl)、身
體質量指數 BMI (kg/m^2)、低密度脂蛋白膽固醇值(mg/dl)、糖化血紅
素(%)、總膽固醇值(mg/dl)

(七) 慢性疾病風險值：冠心病(%;1.高、2.中、3.低)、糖尿病(%;1.高、2.中、
3.低)、高血壓(%;1.高、2.中、3.低)、腦中風(%;1.高、2.中、3.低)、心
血管不良事件(%;1.高、2.中、3.低)

(八) 疾病管理指引：

1. 戒菸：1.戒菸指導、2.戒菸服務、3.同意轉介戒菸醫院/診所

2. 戒檳：1.戒檳指導、2.戒檳服務、3.同意轉介戒檳班醫院/診所

3. 節制飲酒：目標：

4. 控制腰圍：1.腰圍目標值：公分、2.體重目標值：公斤

5. 注意飲食熱量：1.熱量目標值大卡/天、2.減少油炸物、3.減少甜食、3.減少鹽、3.減少含糖飲料、5.其他。

6. 規律運動：運動目標值(每週 5 天,每次 30 分鐘中等費力運動)。

二、追蹤管理(收案診所、個案基本資料、登錄次數等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位：

(一) 追蹤管理日期(YYY/MM/DD)

(二) 追蹤方式：1.電話諮商、2.訪視

(三) 追蹤項目：1.營養諮詢、2.運動計畫、3. 營養諮詢及運動計畫

(四) 危險因子：

1. 抽煙：1.無、2.偶爾交際應酬、3.平均一天約吸一包菸(含以下)、4.平均一天約吸一包菸以上

2. 酒：1.無、2.偶爾交際應酬、3.經常喝酒

3. 檳榔：1.無、2.偶爾交際應酬、3.經常嚼或習慣在嚼(平均>1 顆/天)

(五) 伴隨疾病：1.無；2.糖尿病；3.高血壓；4.心臟血管疾病；5.高血脂症；9.其他

(六) 檢查數據：檢查日期(YYY/MM/DD)、身高(cm)、體重(kg)、腰圍(cm)、收縮壓(mmHg)(若為 722 血壓請附註，並登錄最高數值的一次)、舒張壓(mmHg)(若為 722 血壓請附註，並登錄最高數值的一次)、身體質量指數 BMI (kg/m²)，及收案評估未達標準之檢驗檢查項目

(七) 慢性疾病風險值：冠心病(%)、糖尿病(%)、高血壓(%)、腦中風(%)、心血管不良事件(%)

三、年度評估/結案(收案診所、個案基本資料、登錄次數等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位：

(一) 年度評估/結案日期(YYY/MM/DD)

(二) 危險因子：

1. 抽煙：1.無、2.偶爾交際應酬、3.平均一天約吸一包菸(含以下)、4.平均一天約吸一包菸以上

2. 酒：1.無、2.偶爾交際應酬、3.經常喝酒

3. 檳榔：1.無、2.偶爾交際應酬、3.經常嚼或習慣在嚼(平均>1 顆/天)

(三) 伴隨疾病：1.無；2.糖尿病；3.高血壓；4.心臟血管疾病；5.高血脂症；
9.其他

(四) 檢查數據：檢查日期(YYYY/MM/DD)、身高(cm)、體重(kg)、腰圍(cm)、
飯前血糖值(mg/dl)、收縮壓(mmHg)(若為 722 血壓請附註，並登錄最高數值的一次)、舒張壓(mmHg)(若為 722 血壓請附註，並登錄最高數值的一次)、三酸甘油脂值(mg/dl)、高密度脂蛋白膽固醇值(mg/dl)、身體質量指數 BMI (kg/m²)，及收案評估未達標準之檢驗檢查項目

(五) 慢性疾病風險值：冠心病(%)、糖尿病(%)、高血壓(%)、腦中風(%)、
心血管不良事件(%)

(六) 結案原因：1.個案經介入管理後，經個案管理評估已非代謝症候群患者、2.病情變化無法繼續接受本計畫之照護者、3.個案拒絕或失聯 ≥ 3 個月、4.個案死亡、5.年度評估(尚未結案)。

(七) 疾病管理指引：

1. 戒菸：1.戒菸指導、2.戒菸服務、3.同意轉介戒菸醫院/診所

2. 戒檳：1.戒檳指導、2.戒檳服務、3.同意轉介戒檳班醫院/診所

3. 節制飲酒：目標：

4. 控制腰圍：1.腰圍目標值：公分、2.體重目標值：公斤

5. 注意飲食熱量：1.熱量目標值大卡/天、2.減少油炸物、3.減少甜食、
3.減少鹽、3.減少含糖飲料、5.其他。

6. 規律運動：運動目標值(每週 5 天,每次 30 分鐘中等費力運動)。

備註：

參與方案之醫師需透過醫事服務機構行文至保險人分區業務申請，待保險人分區業務組核准後，始能登入健保資訊網服務系統(VPN)傳輸個案資料。

一、 醫師進入保險人資訊網服務系統網頁後登入試辦方案登錄系統後，可以點選個案管理選項，進行個案資料之登錄、維護及查詢事項。

二、 保險人分區業務組需確實將參與診所名單登錄於 HMA 系統。

三、 診所需請資訊廠商修改其自行維護的畫面，並將個案資料以批次經本系統上傳至健保資訊網服務系統(VPN)。

【附件4】全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫疾病管理紀錄表
(交付收案個案)

代謝症候群疾病管理紀錄表

病人姓名 _____ ☐ 收案評估 / ☐ 結案評估 _____ 年 _____ 月 _____ 日

基本資料與生活習慣	得到慢性病的風險	
1. 身高：_____公分	項目	風險程度
2. 體重：_____公斤	冠心病	☐ 高 ☐ 中 ☐ 低
3. 運動： ☐ 1. 無 ☐ 2. 偶爾 ☐ 3. 經常(每週3次，1次30分鐘)	糖尿病	☐ 高 ☐ 中 ☐ 低
4. 抽菸： ☐ 1. 無 ☐ 2. 偶爾 ☐ 3. 經常	高血壓	☐ 高 ☐ 中 ☐ 低
5. 飲酒： ☐ 1. 無 ☐ 2. 偶爾 ☐ 3. 經常	腦中風	☐ 高 ☐ 中 ☐ 低
6. 檳榔： ☐ 1. 無 ☐ 2. 偶爾 ☐ 3. 經常	心血管不良事件	☐ 高 ☐ 中 ☐ 低

代謝症候群五大指標(參考值)

- ☐ 腰圍：_____公分 (男性 $\geq$ 90公分，女性 $\geq$ 80公分)
- ☐ 飯前血糖值：_____mg/dl ($\geq$ 100mg/dl)
- ☐ 血壓：收縮壓_____mmHg、舒張壓_____mmHg (收縮壓 $\geq$ 130mmHg，舒張壓 $\geq$ 85mmHg)
- ☐ 三酸甘油脂值：_____40mg/dl ($\geq$ 150mg/dl)
- ☐ 高密度脂蛋白膽固醇值：_____40mg/dl (男性 $<$ 40mg/dl，女性 $<$ 50mg/dl)
- ☐ 身體質量指數(kg/m²)BMI：_____ ($\geq$ 27)

疾病管理指引

- ☐ 戒菸(>10支/日或尼古丁成癮度>4分可轉介)
☐ 戒菸指導 ☐ 戒菸服務 ☐ 同意轉介戒菸醫院/診所
- ☐ 戒檳(>100顆/3個月可轉介)
☐ 戒檳指導 ☐ 戒檳服務 ☐ 同意轉介戒檳班醫院/診所
- ☐ 節制飲酒，目標：
- ☐ 控制腰圍，目標值：公分、體重目標值：公斤
- ☐ 注意飲食熱量，目標值大卡/天
 盡量減少☐ 油炸物☐ 甜食☐ 鹽☐ 含糖飲料☐ 其他。
- ☐ 規律運動，目標值：每週5天，每次30分鐘中等費力運動。
- ☐ 量血壓：指導722量測。
- ☐ 其他叮嚀：

診所，建議回診日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※本表請參照國民健康署提供之「代謝症候群管理計畫照護流程與指導手冊」執行。

【附件5】血壓「722紀錄」

血壓「722 紀錄」

※正確測量血壓7-2-2(請-量-量)

1. 量血壓前30分鐘，勿抽菸、勿喝含咖啡因或酒精飲料。
2. 建議：
 - (1)回診前，量測血壓7天。
 - (2)每天早晚量2次：起床1小時內的吃飯及吃藥前，晚上睡前1小時內。
 - (3)每次連續量2遍，每遍中間要隔1至2分鐘。

我的名字 。

天數		第1天	第2天	第3天	第4天	第5天	第6天	第7天	我的回診日期 月 日
○月/○日		/	/	/	/	/	/	/	
一 早 起 床 血 壓	第1遍								
	第2遍								
晚 上 睡 前 血 壓	第1遍								
	第2遍								

範例：收縮壓140mmHg，舒張壓60mmHg，格子內寫「140/60」。

全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫經費評估表(按111.3.1本署修改之計畫內容估算)

總經費(A) 308,000,000

(一)基本收案費用：

項目	費用	人/次	小計
收案評估費	900	1	900
追蹤管理費	200	1	200
年度評估費	500	1	500
每收案個案每年費用(以執行期間6個月估計)(B)			1,600

(二)獎勵費推估：

1.基本獎勵費：檢驗檢查上傳率≥50%且品質指標排序前75%之診所

假設參與診所數	假設達成家數	達成獎勵	經費預估(C)
1,656	1,242	10,000	12,420,000

2.慢性疾新發個案獎勵費

20~39歲人口數	假設達成人數	獎勵費/每人	經費預估(D)
6,570,713	165,591	150	24,838,667

109年20-39歲曾診斷為高血壓、高血脂或糖尿病人數計364,378人。

3.照顧個案進步獎勵費

收案人數	假設達成人數	獎勵費/每人	經費預估(E)
165,591	165,591	500	82,795,556

檢查項目	支付點數
血糖	50
三酸甘油酯	120
高密度脂蛋白膽固醇	200
低密度脂蛋白膽固醇	250
糖化血紅素 HbA1c	200
總膽固醇	70

成健診所數	6,496
總數(人)	10,589
具內科專科	2,955
具家醫科專科	2,577
通過成健訓練	2,147
具糖尿病共同照護網認證	1,945
具上述任一資格	7,412

註：

1.成健診所數、成健診所執登醫師111.2.18擷取

2.109年申報案件類別為A3成人預防保健目醫令為成人預防保健項目之歸戶院所數為5,375家

以浮動點值0.8計算申報點數上限(F=A/0.8)：	385,000,000
扣除基本獎勵費剩餘點數(G=F-C)：	372,580,000
每個案每年費用(收案+新發獎勵+進步獎勵)(H= B+ D+E)：	2,250
預計可收案人數(I=G/H)：	165,591
可參與計畫診所數(以每診所收案數上限100估計)：	1,656
每診所可收案人數(以6,496家成健診所均參與計畫估計)：	25

討論事項

第十二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：新增「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」。

說明：資料後補。