

# 「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(111.04費用年月份起適用, 111年4月1日)

第十五次修訂(111.10費用年月份起適用, 111年10月1日)

## 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(下稱RCC)、慢性呼吸照護病房(下稱RCW)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、經費來源

- 一、本計畫住院照護階段之照護費用，由醫院總額一般服務預算項下支應；居家照護階段之照護費用，由其他預算項下支應。
- 二、本計畫獎勵費用由醫院總額「鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫」專款預算項下支應。

## 肆、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，提供包括加護病房、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」及本計畫居家照護團隊組成條件(詳附表9.2)。

### (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、RCC、RCW住院階段獎勵項目及費用：

### (一)獎勵項目個案定義：

1.脫離呼吸器案件(A)：當年度該院成功脫離呼吸器之案件(以登錄VPN資料計算)。

2.簽署DNR個案(B)：符合下列任一條件者；同院所同病人限獎勵一次。申報「DNR01」或「DNR」虛擬醫令，院所須留有相關證明文件備查。

(1)當年度該院完成「預立選擇安寧緩和醫療意願書(本人簽署)」，並申報DNR虛擬醫令「DNR01」(大寫)，醫令類別填報G(專案支付參考數值)，「支付成數」、「總量」、「單價」及「點數」等欄位填報「0」之案件。

(2)當年度該院完成「不施行心肺復甦術(Do Not Resuscitate)同意書」，並申報DNR虛擬醫令「DNR」(大寫)，醫令類別填報G(專案支付參考數值)，「支付成數」、「總量」、「單價」及「點數」等欄位填報「0」之案件。

3.臨終前接受緩和醫療照護個案(C)：當年度及過去年度該院曾簽署DNR者(以申報健保卡註記及申報DNR、DNR01者計)，該名個案臨終前14天內未使用CPR；且醫院曾與該名個案家屬進行緩和醫療家庭會議(以365天內曾申報02020B者計)之個案。

(二)獎勵計算：除獎勵個案外，並針對醫院整體表現進行評比，以鼓勵院所積極協助病人脫離呼吸器及提升病人臨終生活品質。

### 1.個案獎勵

(1)以當年度本計畫獎勵費用之三分之一為上限，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

(2)獎勵方式(區分RCC、RCW計算)：

A.脫離呼吸器個案(A)每件獎勵5,000點。

B.簽署DNR個案(B)每件獎勵5,000點。

C.臨終前接受緩和醫療照護個案(C)每件獎勵20,000點。

### 2.醫院評比獎勵

(1)以當年度本計畫獎勵費用之三分之二為上限，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

(2)獎勵方式：

A.區分RCC、RCW二組，以該年度曾申報RCC、RCW住院階段呼吸器依賴P碼醫令且至少執行1件獎勵項目案件之醫院參加評比。

B.評比指標：

各院之脫離呼吸器個案(A)、簽署DNR個案(B)、臨終前接受緩和醫療照護個案(C)占該院本計畫收案個案數(申報本計畫RCC、RCW之P碼之人數)之比率，分別以2:1:3加權計算後，由高至低進行排序。

C.獎勵點數：依下列百分位對照之獎勵點數計算，以該院RCC或RCW收案個案數(申報本計畫RCC、RCW住院階段P碼人數)計算該院總獎勵點數：

<u>醫院排序結果</u>	<u>RCC</u> <u>(每一收案個案)</u>	<u>RCW</u> <u>(每一收案個案)</u>
<u>前25百分位</u>	<u>12,000點</u>	<u>24,000點</u>
<u>前26百分位至前50百分位</u>	<u>9,000點</u>	<u>18,000點</u>
<u>前51百分位至前75百分位</u>	<u>6,000點</u>	<u>12,000點</u>

(三)本獎勵費用採年度結算，由保險人依獎勵計算核定金額。

#### 四、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】、【A7：安養、養護機構院民之居家照護】、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」。				

五、病患轉介之流程：詳附圖。

六、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。

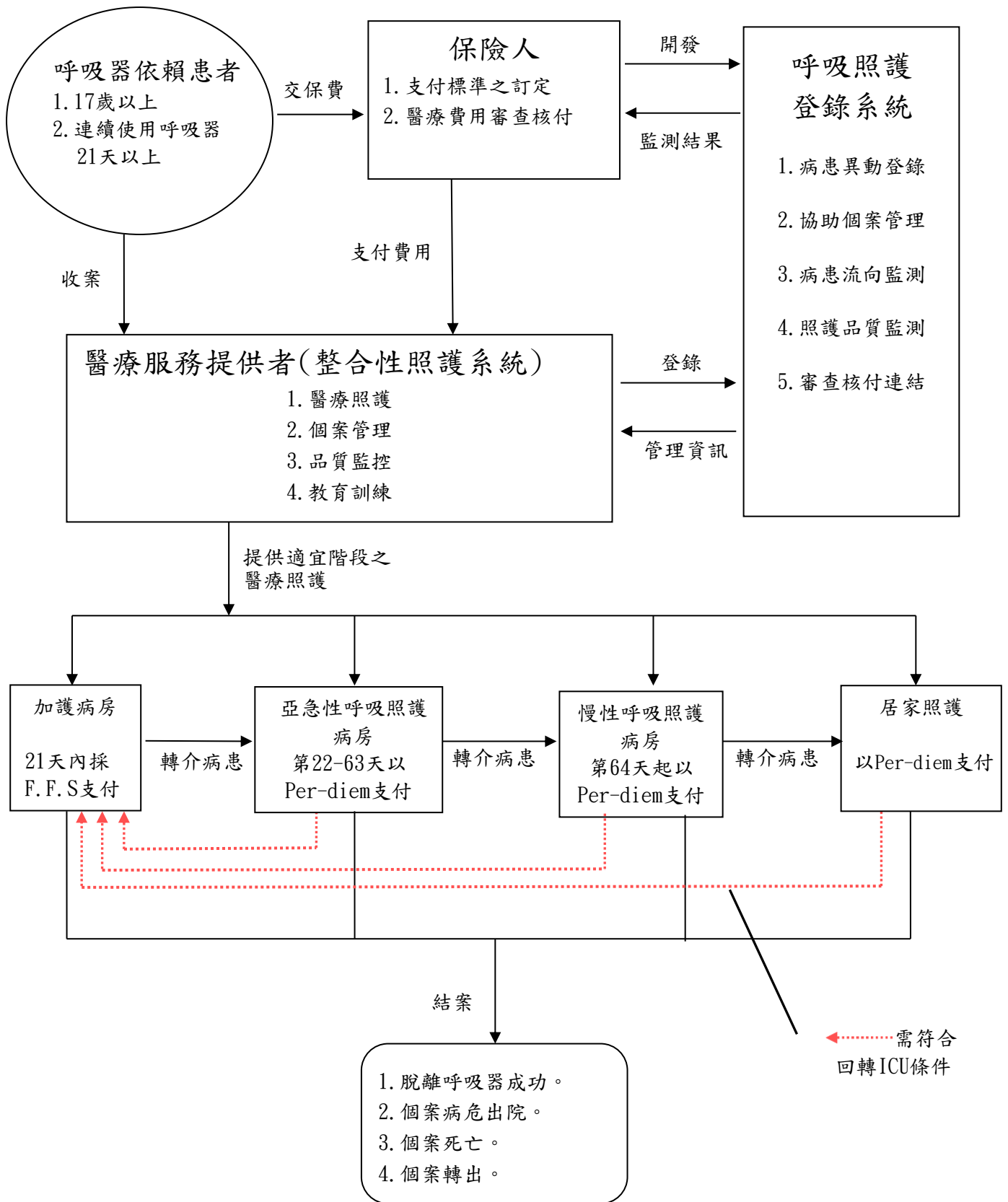
(6)未脫離呼吸器下轉居家照護比率

2、被保險人（或其家屬）之滿意度。

伍、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。

## 相關醫事人員暨設備資料表

亞急性呼吸照護病房  
慢性呼吸照護病房  
居家照護機構

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)、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，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 $\geq$ 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，需進行血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)、連續性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「依長期

照顧服務法設立之住宿式長照機構或設有機構住宿式服務之綜合式長照機構，於設立許可證書載有服務對象含『呼吸器依賴者』」照護者，只需依規定上網登錄，惟若所收個案非由醫院轉回上述地點，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 呼吸器使用條件

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( $\text{PaCO}_2$ 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---居家照護團隊組成條件

人員	條件
(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）。
(五) 其他人員	需要時得設置物理治療人員、職能治療人員、臨床心理師及社會工作人員。
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 各照護階段支付點數及規定

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	<p>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：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>各器官系統呈現不穩定狀況： <ul style="list-style-type: none"> <li>血壓須升壓藥維持，心律不整狀態。</li> <li>腎衰竭表現者，或接受血液透析情況不穩定者。</li> <li>肝衰竭表現者。</li> <li>大量胃腸出血者(指仍觀察是否須外科治療者)。</li> <li>嚴重感染仍尚未控制穩定者。</li> </ul> </li> <li>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。</li> <li>氧氣狀況不穩定者： <p>氧氣濃度(FIO<sub>2</sub>)≥40%且吐氣末端陽壓 PEEP≥10cm H<sub>2</sub>O 仍無法維持 SaO<sub>2</sub> (SpO<sub>2</sub>)≥90% 或PaO<sub>2</sub>≥60mmHg.</p> </li> </ol> <p>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。</p> <p>三、不同醫院之加護病房轉介，依下列原則辦理：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>同層級間轉介，照護日數累計。</li> <li>高層級轉低層級，照護日數累計。</li> <li>低層級轉高層級，照護日數不累計。</li> <li>以上「層級」係指「特約類別」。</li> </ol>
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)	<p><b>醫學中心</b></p> <p>P1005K</p> <p>P1006K</p> <p><b>區域醫院</b></p> <p>P1007A</p> <p>P1008A</p>	<p>論日計酬：</p> <p>第1-21天： 10,647點/日/人</p> <p>第22-42天： 7,991點/日/人</p> <p>第1-21天： 9,660點/日/人</p> <p>第22-42天： 7,256點/日/人</p>	<p>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：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>各器官系統呈現不穩定狀況： <ul style="list-style-type: none"> <li>血壓須升壓藥維持，心律不整狀態。</li> <li>腎衰竭表現者，或接受血液透析情況不穩定者。</li> <li>肝衰竭表現者。</li> <li>大量胃腸出血者(指仍觀察是否須外科治療者)。</li> <li>嚴重感染仍尚未控制穩定者。</li> </ul> </li> <li>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。</li> </ol>

照護階段	病患分類	編號	支付點數	備註
				<p>3. 氧氣狀況不穩定者：            氧氣濃度(FIO<sub>2</sub>) ≥ 40% 且吐氣末端陽壓 PEEP ≥ 10cmH<sub>2</sub>O 仍無法維持            SaO<sub>2</sub>(SpO<sub>2</sub>) ≥ 90% 或 PaO<sub>2</sub> ≥ 60mmHg.</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
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	<p>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：</p> <p>1. 各器官系統呈現不穩定狀況：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 血壓須升壓藥維持，心律不整狀態。</li> <li>• 腎衰竭表現者，或接受血液透析情況不穩定者。</li> <li>• 肝衰竭表現者。</li> <li>• 大量胃腸出血者(指仍觀察是否須外科治療者)。</li> <li>• 嚴重感染仍尚未控制穩定者。</li> </ul> <p>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。</p> <p>3. 氧氣狀況不穩定者：            氧氣濃度(FIO<sub>2</sub>) ≥ 40% 且吐氣末端陽壓 PEEP ≥ 10cm H<sub>2</sub>O 仍無法維持            SaO<sub>2</sub> (SpO<sub>2</sub>) ≥ 90% 或 PaO<sub>2</sub> ≥ 60mmHg.</p> <p>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。</p> <p>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。</p>



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	<p>一、患者符合以下狀況得轉居家照護：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>病人與呼吸器配合良好，且呼吸器設定如下： <ol style="list-style-type: none"> <li>使用穩定的換氣方式。</li> <li>氧氣濃度<math>\leq 40\%</math>。</li> <li>呼吸道最高壓力變化不超過<math>10\text{cm H}_2\text{O}</math>。</li> <li>吐氣末端陽壓(PEEP)<math>\leq 5\text{ cm H}_2\text{O}</math>。</li> <li>不需調整吸氣靈敏度。</li> <li>每日有穩定的脫離時間(&lt;18小時)或完全無法脫離。</li> </ol> </li> <li>病人在使用呼吸器時，完全沒有呼吸困難的感覺。</li> <li>動脈血液氣體分析與酸鹼值均在合理的範圍(<math>\text{PaO}_2 \geq 55\text{mmHg}</math>，<math>\text{PaCO}_2 \leq 55\text{mmHg}</math>，<math>\text{pH} : 7.30 - 7.50</math>)。</li> <li>電解值在正常範圍內。</li> <li>心臟功能正常，且無威脅生命的心律不整出現。</li> <li>甲狀腺、肝、腎功能正常，中樞神經系統功能穩定。</li> <li>適當的營養狀態(<math>\text{Albumin} \geq 3\text{gm}\%</math>)。</li> <li>無急性發炎狀態(體溫不超過<math>38.5^\circ\text{C}</math>，白血球不超過<math>10000/\text{mm}^3</math>)。</li> </ol> <p>二、支付點數含下列各項費用：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>居家呼吸照護小組各類人員訪視費： <ul style="list-style-type: none"> <li>呼吸治療專業人員訪視次數每一個案每月至少二次。</li> <li>護理師訪視次數每一個案每月至少二次。</li> <li>醫師訪視次數每一個案每二個月至少一次。</li> </ul> </li> <li>治療處置費。</li> <li>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。</li> <li>設備供應費：含居家呼吸照護所需一切設備及附件之供應。</li> <li>設備維修費用。</li> </ol> <p>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、2、3、5)申報。</p>

照護階段	病患分類	編號	支付點數	備註
				<p>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。</p> <p>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醫療費用，首次申報費用應檢附訪視紀錄。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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，回第三階段者，以P1012C支付。</p>

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 居家照護階段收案條件(二)之收案標準

### 一、居家個案須符合下列各項生理指標之審查規定：

- (一)  $PCO_2$  exceeds 50 mmHg or when hemoglobin saturation remains  $< 92\%$  while awake.
- (二)  $FVC < 50\%$  predicted or Pimax less than 60 cm  $H_2O$ : Upright and supine position examination, history and examination every three months.
- (三)  $PaCO_2 > 45$ mmHg, 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  $FIO_2$ .

### 二、17歲以下(含)患者得依下列規定審查：

- (一) daytime hypercapnia ( $PCO_2 > 50$ mmHg).
- (二) sleep hypoventilation ( $PCO_2 > 50$  mmHg) accompanied by oxyhemoglobin desaturation  $\leq 92\%$  or a history of recurrent hospitalization for pneumonia or atelectasis.