

「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」

114 年第 3 次會議紀錄

時 間：114 年 9 月 25 日（星期四）下午 2 時

地 點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主 席：陳署長亮好

（下午 4 時 40 分至 5 時 10 分主持，其餘時間由張主任秘書禹斌代理主持）

紀錄：林香君

侯代表重光	侯重光	吳代表清源	吳清源
黃代表雪玲	黃雪玲	陳代表相國	陳相國
林代表富滿	(請假)	李代表飛鵬	李飛鵬
游代表進邦	游進邦	徐代表邦賢	楊文甫(代)
李代表佳珂	李佳珂	羅代表界山	羅界山
陳代表志忠	陳志忠	劉代表淑芬	余文彬(代)
劉代表碧珠	劉碧珠	李代表懿軒	李懿軒
嚴代表玉華	嚴玉華	朱代表世瑋	(請假)
羅代表永達	羅永達	賴代表信亨	賴信亨
謝代表景祥	謝景祥	林代表桂美	林桂美
朱代表文洋	朱文洋	林代表芮祁	林芮祁
朱代表益宏	朱益宏	陳代表淑華	陳淑華
李代表紹誠	沈高輝(代)	楊代表玉琦	楊玉琦
林代表恒立	(請假)	呂代表正華	(請假)
王代表宏育	王宏育	林代表恩豪	林恩豪
黃代表振國	林育正(代)	蔡代表麗娟	蔡麗娟
賴代表俊良	賴俊良	洪代表芳明	洪芳明
顏代表鴻順	顏鴻順	施代表壽全	(請假)
陳代表俊良	陳俊良		

列席單位及人員：

中華民國醫師公會全國聯合會	謝沁妤、蘇慧珂
台灣醫院協會	王秀貞、賴彥伶、顏正婷
中華民國中醫師公會全國聯合會	王逸年
中華民國藥師公會全國聯合會	陳暘
中華民國牙醫師公會全國聯合會	潘佩筠
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
台灣麻醉醫學會	張怡、簡吉聰
中華民國骨科醫學會	盧永昌、許凱嵐
台灣消化系內視鏡醫學會	劉乃仁
中華民國心律醫學會	林罔宏
國立臺灣大學醫學院附設醫院	葉育彰
台灣放射腫瘤學會	梁基安、趙興隆
社團法人中華民國放射線醫學會	黃崇堯
台灣泌尿科醫學會	林雍偉
台灣耳鼻喉頭頸外科醫學會	陳信傑
中華民國心臟學會	陳柏菘
台灣神經外科醫學會	羅偉倫
台灣神經學學會	馮博裕
台灣安寧緩和醫學學會	施至遠
台灣安寧緩和護理學會	邱智鈴
台灣居家醫療醫學會	朱得仁
台灣腦中風醫學會	林浚仁
中華民國神經放射線醫學	請假
台灣神經血管外科與介入治療醫學會	請假
中華民國營養師公會全國聯合會	蔡一賢、劉美媛
台灣復健醫學會	陳思甫

社團法人台灣急診醫學會	李智晃
台灣急診管理學會	請假
台灣外傷醫學會	郭令偉
台灣感染症醫學會	請假
余尚儒醫師專家	請假
湯宏仁副院長專家	請假
台灣乳房醫學會	賴峻毅
乳癌專家小組	黃俊升
中華民國呼吸治療師公會全國聯合會	趙克耘、王鳳葉
社團法人台灣居家護理暨服務協會	曾勤媛
台灣在宅醫療學會	陳英詔、陳家宏
社團法人台灣胸腔暨重症加護醫學會	鄭世隆、周昆達、劉軒吟
台灣內科醫學會	何肇基
台灣慢性阻塞性肺病學會	江啟輝、林鴻銓、莊銘隆、黃亘沅
財團法人醫藥品查驗中心	黃莉茵、張慧如、柯靜華、蔡欣芸、陳詠晴、黃婷伊、侯宗盈
衛生福利部社會保險司	白其怡
衛生福利部全民健康保險會	邱臻麗
本署主任秘書室	張禹斌
本署醫審及藥材組	張淑雅
本署醫務管理組	劉林義、黃珮珊、林右鈞、陳依婕、黃怡娟、成庭甄、王智廣、莊玉芬、楊瑜真、陳世卿、曾琬茜、施沂廷、黃思瑄、何懿庭、高翊庭、楊閻璘、黃胤學、邱宜婷、

周筱妘、蔡政伶、余明臻、
高嘉慧、陳姿吟、蔡孟好、
宋思嫻、施佳呈、黃子柔

壹、主席致詞：略。

貳、確認上次會議紀錄，參閱不宣讀：

決定：確認。

參、優先討論事項

一、增修「非侵入式區域腦／身體血氧飽和監測」等 33 項診療項目案（詳附件 1，P15-P38）。

說明：新增修訂重點如下：

- (一) 新增「非侵入式區域腦／身體血氧飽和監測」(13,976 點)、「關節鏡下旋轉肌腱破裂縫合術」(29,198 點)、「關節鏡下肩關節盂唇修補手術(單一部位肩盂唇修補)」(29,146 點)、「內視鏡及透視鏡導引腸胃道金屬支架置放術」(27,537 點)、「經靜脈心臟再同步治療裝置植入術」(53,950 點)、「植入式心臟節律器參數程控調整作業」(556 點)、「植入式心臟去顫器或再同步治療參數程控調整作業」(822 點)、「非侵入性連續性血壓及血液動力學目標導向監護治療」(11,467 點)、「低/中/高度生物等效劑量質子放射治療」(676,111 點/1,030,540 點/1,266,499 點)計 11 項。
- (二) 修訂 33146B「磁振造影使用 Primovist 造影劑加計」、84038B「人工電子耳(人工耳蝸植入術)」、56037B「深度腦核電生理定位」放寬適應症規範或適用範圍；修訂 59009B-59010B「肢體壓傷伴有創傷性出血」中文名稱並新增 59009B 適用範圍；修訂 27052C「攝護腺特異抗原」併同 12081C「攝護腺特異抗原(EIA/LIA 法)」新增適用範圍；修訂 68060B「經導管二尖瓣緣對緣修補術」增修適應

症等規範；考量 33143B「急性缺血性腦中風機械取栓術」屬手術性質，爰移列至第二部第二章第七節第十五項神經外科手術章節，修改編號為 83106B，原表定點數 45,059 點，修正後為 42,730 點，外加 7%材料費，支付點數為 45,721 點；36022B「乳癌術後低分次照射合併局部加強照射放射治療」等 2 項刪除本項禁忌症規範，共計 12 項。

(三) 修訂 02020B「緩和醫療家庭諮詢費」，考量居家照護及住宿型機構病人接受緩和醫療家庭諮詢需求較高，爰放寬適用範圍擴大至「居家醫療照護收案對象」，併同 02028C「預立醫療照護諮商費」由原第二部第一章第二節「住院及急診觀察床診察費」移列至同部章新增第九節「醫療照護諮詢費」，及修正編號。

(四) 修訂支付規範文字：第二部第二章第一節第二十四項伴隨式診斷通則等 2 項增訂「上傳截止日為申報日之次月月底之日」，配合「急性缺血性腦中風機械取栓術」移至手術章節，修訂 47101B「急性缺血性腦中風處置費」，03053B「核醫病床-病房費」等 4 項支付規範「行政院原子能委員會」修訂為「原子能業務主管機關」、47107B「成功移除長期留置鼻胃管並恢復經口進食」執行人員增列「小兒復健科」專科醫師及「營養師」照護團隊等 8 項。

決議：

(一) 衡酌臨床實務需求，47107B「成功移除長期留置鼻胃管並恢復經口進食」執行人員增列「小兒復健科」專科醫師乙項，改以部訂專科呈現，爰將小兒神經科、小兒復健科整併為「兒科」。

(二) 27052C「攝護腺特異抗原」支付規範註 2.不得同時申報 27052C 係誤植，修正為 12081C；生效後每半年觀察申報情形。

(三) 其餘照案通過。

註：附件 1 修正規定中，26078A 支付點數誤植為 13,976，應為 21430，另為與現行支付標準支付點數格式相同，爰修正支付點數無千分號格式。

肆、報告事項：

一、歷次會議決議事項辦理情形。

決定：

- (一)「有關臺中榮民總醫院提供『急診病人留置急診室超過 24 小時比率』顯著下降之相關執行策略案」(序號 1)，自 112 年 12 月 14 日提案報告列管自今，考量已陸續研擬因應策略及執行相關方案，如 114 年 5 月 1 日調升急診、加護病房及護理相關支付標準、修訂急診品質提升方案、114 年 8 月 1 日新增門診靜脈抗生素治療(OPAT)獎勵方案等，爰本案解除列管。
- (二)「修訂轉診支付標準案」(序號 5)，除提報「全民健康保險醫療給付費用醫院/西醫基層總額研商議事會議」，亦於本會議 115 年進行報告，爰本案繼續列管。
- (三)其餘項目洽悉。

二、新增「急診、急救責任醫院及護理支付標準扣合指標」案。

說明：指標達標之認定條件如下：

- (一)設立於西醫醫療資源不足、醫療資源缺乏或山地離島地區之醫院，逕予撥付各項挹注預算額度。
- (二)「護理人員調薪」指標：「護理人員調薪人數比率」須達 55%，或高於該院急性一般病床護理人員數占率。
- (三)急診相關項目：「急診病人轉出率」、「每季急診轉住院病人滯留急診超過 24 小時之日均人次」、「急診轉住院人次占率」、「急診病人停留超過 24 小時之案件比率」任一指標達

標。

- (四)急救責任醫院加護病房基本診療項目：「檢傷一級病人及完成急診重大疾病照護病人進入加護病房＜6 小時之比率」或「加護病床周轉率」任一指標達標，或高於同層級醫院同儕值中位數。

決定：

- (一)114 年第 3 季指標達標之認定條件比照第 2 季辦理，114 年第 3 季達標者，除該季個別醫院預算額度外，得併計 114 年第 2 季之額度。
- (二)本案 114 年第 4 季指標達標之認定條件及回溯與否，將視實際情形另案研議。

三、修訂「全民健康保險急診品質提升方案」案（[詳附件 2](#)，P39-P58）。

說明：計畫修訂重點如下：

- (一)急診重大疾病照護品質獎勵：P4614B「OHCA 照護獎勵_清醒出院獎勵」支付點數由 30,000 點調升至 35,000 點。
- (二)轉診品質獎勵：
- 1.刪除向上及平行轉診轉出及轉入醫院獎勵；惟保留重症病人直接轉入加護病房（不經轉入醫院之急診）之獎勵。
 - 2.急診向下轉診修訂「限轉入住院病人申報」及增修向下轉診獎勵點數，且轉出轉入醫院等比例調升，各由 2,000 點調升至 3,500 點。
 - 3.新增地區醫院接收區域醫院急診病人下轉住院獎勵。
 - 4.「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」改由轉入醫院申報。
 - 5.所有轉診案件獎勵皆排除同體系醫院間互轉。
- (三)案內方案獎勵費用優先分配於第一線執行人員，並每年提報獎勵費用之運用情形予保險人分區業務組。

(四)本次修正不增加財務支出。

決定：洽悉。另請本署醫務管理組與急診醫學會討論構思呈現架構，半年後預計呈現解決急診壅塞相關執行成果。

四、增修「重大外傷緊急手術及麻醉費加成」案（[詳附件 3](#)，P59-P62）。

說明：計畫修訂重點如下：

(一)加成方式：

- 1.病人從進入急診 2 小時內執行前述特定手術及麻醉得再加成 100%。
- 2.病人從進入急診超過 2 小時且 4 小時內執行前述特定手術及麻醉得再加成 60%。
- 3.案內加成獎勵費用優先分配於第一線執行人員。

(二)治療處置增列緊急加成：

醫療服務支付標準「治療處置」通則增列：「急診病人因緊急傷病而必需立即治療處置者，其『處置費』得按本節所定點數加算百分之二十」。

(三)預估重大外傷緊急手術及麻醉費加成增加 37.3 百萬點，治療處置增列緊急加成增加 117 百萬點。

決定：洽悉，另執行前述特定手術及麻醉時間以麻醉開始時間認定為原則。

五、修訂「全民健康保險門診靜脈抗生素治療獎勵方案」案（[詳附件 4](#)，P63-P67）。

說明：為增加臨床醫師對於抗生素之選擇性、適時提供降階或升階治療及避免過度使用後線廣效性抗生素為增加臨床抗生素使用彈性，爰新增門診靜脈抗生素治療處置費（天）中「使用輸液器 1 日型」，重點如下：

(一)給付項目：

新增「門診靜脈抗生素治療處置費(天)-使用輸液器1日型」-2,133點，內含特殊治療材料(輸液器1日型)費用。

(二)預估一年約1萬人受惠，健保挹注54百萬點，將依程序報衛生福利部核定。

決定：洽悉。

六、修訂「全民健康保險乳癌醫療給付改善(P4P)方案」案。

說明：為降低乳癌對國人的威脅，精進「乳癌照護品質提升方案」，以擴大參與醫院、納入80%新確診乳癌病人為目標，由具備專業診療團隊之醫院進行醫療照護及個案管理，修訂重點如下：

(一)參與資格：需通過國健署「癌症診療品質認證醫院」或每年新診斷乳癌人數達50人以上之醫院，並成立乳癌診療團隊。

(二)收案對象：涵蓋新診斷或首次復發之乳癌病人，且明訂結案條件。

(三)獎勵措施：優先實施「資料登錄獎勵」800~2,000點及「追蹤品質獎勵」每年250點，以建置全國性乳癌照護數據，並研訂20項品質監控指標。

(四)上述調整推估全年增加4,000萬點，預估一年約1.6萬人受惠，將依程序報衛生福利部核定。

決定：本會代表建議重新檢視方案宗旨、參與醫院(人員)資格限制與獎勵措施等，本署將再與乳癌專家小組研議方案內容後，提本會議。

七、新增「全民健康保險高血脂醫療給付改善方案」案(詳附件5，P68-P89)。

說明：為建立動脈粥狀硬化心血管(ASCVD)病人照護模式與個別 LDL-C 治療，以預防或降低復發心血管事件，並減少非必要醫療支出，重點如下：

- (一)收案條件：18 歲以上新發生急性住院事件之出院病人，且經臨床檢查確診為 ASCVD，且風險分級為「非常高風險」或「極高風險」之個案。
- (二)給付項目：新收案照護費(500 點)、年度收案照護費(2,000 點)、成功轉介費(轉出及轉入各 1,000 點)。
- (三)品質獎勵：包含血脂追蹤完成率、LDL-C 控制良率及成功下轉率等指標。
- (四)預估一年 3.4 萬人受惠，健保挹注 112.64 百萬點，將依程序報衛生福利部核定。

決定：洽悉。

伍、討論事項：

- 一、新增「全民健康保險週日及國定假日輕急症中心(UCC)試辦計畫」案（詳附件 6，P90-P101）。

說明：為維護民眾就醫權益、提升整體醫療服務效率並擴大醫療韌性，未來可將「急但不重」病人分流至 UCC，以緩解連假期間急診壅塞，並將急診醫療資源集中於重症病人，重點如下：

- (一)設置地點：不限制六都設置地點數量，優先順序如下：
衛生所(健康服務中心)、未設置急診之地區醫院、大型診所。
- (二)人力配置及診療科別：
 - 1.得以報備支援輪值方式，包括醫師、護理、藥事、醫放或醫檢，各職類人員以基層及非在職人力為主，以維持醫院量能。
 - 2.診療科別：須包含內(兒)、外(骨)，另耳鼻喉科、眼科可視

需求，評估設置或遠距會診。

(三)診療時段：週日及國定假日上午 8 時至 24 時(2 班制)。

(四)支付項目及財務衝擊(以 13 家承作推估)：

- 1.開辦費(114 年至 115 年)：35 萬元/家，約 455 萬元。
- 2.維運費(114 年至 115 年)：140 萬元/家，約 1,820 萬元。
- 3.硬體設備：向衛生福利部申請韌性國家醫療整備計畫補助。
- 4.人力費用：醫師日診 1.5 萬/夜診 2 萬元，其他職類日診 4 千/夜診 6 千(4 天以上連假加倍)，114 年約 156 萬元，115 年約 1,451 萬元。
- 5.醫療費用：依支付標準申報(4 天以上連假加 3 成)，114 年 0.14 億，115 年 1.04 億。

(五)預估一年 3.6 萬件，114 年至 115 年健保挹注 2.8 億點，將依程序報衛生福利部核定。

決議：通過。

二、修訂「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」案（[詳附件 7，P102-P142](#)）。

說明：為增加臨床醫師對於抗生素之選擇性、適時提供降階或升階治療及避免過度使用後線廣效性抗生素，修訂重點如下：

- (一)每日醫療費：新增於目標天數內使用「輸液器 1 日型」支付標準，較未使用者增加 1,102 點。
- (二)機構住民訪視改以在宅支付點數：當日訪視僅提供 1 位機構住民在宅急症照護服務，且同時段未提供居家照護、安寧居家療護、西醫門診巡診服務，得以在宅支付點數申報。
- (三)上述調整推估全年增加 10.17 百萬點，預估一年約 4,000 人受惠，將依程序報衛生福利部核定。

決議：通過。

三、修訂「全民健康保險慢性阻塞性肺病(COPD)醫療給付改善方案」案（[詳附件 8](#)，P143-P164）。

說明：配合慢性阻塞性肺病(COPD)國際照護指引，鼓勵醫療院所參與照護 COPD 病患，期降低急診與住院率，增進生活品質，重點如下：

- (一)修訂點數：調升「新收案、追蹤、年度評估管理」照護費及「肺部復原及呼吸訓練評估費」等各項支付點數為原點數之 1.5 倍。
- (二)人員資格：增列台灣慢性阻塞性肺病學會可辦理 COPD 教育訓練課程，該學會認證之專科醫師，得免除教育訓練課程時數。
- (三)獎勵措施：增刪品質獎勵指標，並調升每例獎勵為 1,000 點。
- (四)簡化流程：修正個案管理流程表、診療項目參考表，並簡化 VPN 必填欄位。
- (五)預估一年 3 萬人受惠，健保挹注 2,574 萬點，將依程序報衛生福利部核定。

決議：通過。

四、修訂「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)」案（[詳附件 9](#)，P165-P190）。

說明：為扶植山地離島地區在地院所及保障醫療量能，修訂重點如下：

- (一)實施策略：醫療服務新增遠距醫療、早期療育及居家醫療照護。
- (二)申請資格：增列承作醫療院所參與計畫前2年內不得有涉全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第44、45條之相關處分。
- (三)申請程序：為保障承作院所權益，增訂IDS計畫修訂公告

日前，已核定之計畫得依公告前之計畫辦理，於次年度修正計畫書內容。

(四) 計畫管理機制：

1. 督導小組成員新增副召集人及當地行政機關(區公所或鄉公所)代表，刪除承作醫療院所代表，併修計畫附件2之評選審查作業文件。
2. 計畫編列經費未超過前年度15%由分區業務組決行，原僅限於計畫期滿，考量實務執行需求，修訂為每年。

(五) 支付方式：

1. 為反應醫事人力投入成本，增訂醫事人員論次支援費用下限。
2. 增訂山地離島地區點值補充費用，適用地區為山地離島地區及嘉義縣大埔鄉、花蓮縣豐濱鄉之保險醫事服務機構，醫療費用每點點值最高補充至1元。

(六) 計畫評核指標：

1. 增訂癌症防治指標，同步修訂各項指標占率。
2. 促進預防保健及癌症防治指標回歸衛生福利部國民健康署、口腔健康司及疾病管制署統計定義，執行情形由保險人每季函請業管各司署提供。

(七) 費用申報支付及審查原則：

1. 新增本計畫服務量不納入支付標準門診診察費合理量計算。
2. 明定本計畫點值結算方式。

決議：

(一) 通過。

- (二) 醫事人員論次支援費用「需分配至少八成以上予提供醫療照護服務之醫事人員」修訂為「優先分配於第一線提供醫療照護服務之醫事人員」；另建議未來應於預算額度內通盤檢討醫事人員論次費用之衡平性。

陸、臨時動議：無。

柒、散會：下午 5 時 40 分

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

第一章 基本診療

第二節 住院及急診觀察床診察費

編號	診療項目	基層 院所	地區 醫院	區域 醫院	醫學 中心	支付 點數
02020B	緩和醫療家庭諮詢費 註： 1.適應症：以現行住院或急診重症病患，且已進入末期狀態者為主。 2.相關規範： (1)諮詢參與人員：包括主治醫療團隊、病患或病患家屬。 (2)諮詢時間：每一個案諮詢時間至少1小時。 (3)諮詢記錄：應有完整的諮詢溝通內容記錄，並應併入病患之病歷記錄留存，記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.另已參與全民健康保險安寧共同照護試辦方案、住院安寧療護及居家安寧照護後，不得再申報。 b.每人每院限申報二次。		√	√	√	2250

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
02028C	預立醫療照護諮商費 註： 1.符合下列任一適應症，且具完全行為能力之病人： (1)六十五歲以上重大傷病病人。 (2)符合安寧療護收案條件者。 (3)臨床失智評估量表(Clinical Dementia Rating, CDR)0.5至1分。 (4)病人自主權利法第十四條第一項第五款所公告之病名。 (5)「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」收案對象。 (6)「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」、「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」收案之六十五歲以上多重慢性病人。 2.相關規範： (1)諮商參與人員：依病人自主權利法之規定辦理。 (2)諮商紀錄：應有每次會議完整之諮商溝通內容紀錄，並應將影本併入病人之病歷紀錄留存，紀錄有參與諮商醫療團隊及病人或家屬簽名，並簽署預立醫療決定。 (3)申報規定： A.當次就醫前已於全民健康保險憑證註記預立醫療決定者，不得申報本項費用。 B.每人終生以申報一次為限。 C.應依病人自主權利法，於申報前完成預立醫療決定上傳至中央主管機關之資料庫，未完成者，本項費用不予支付。	▼	▼	▼	▼	3000

第三節 病房費

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
03053B	核醫病床 --病房費		√	√	√	2236
03099B	--護理費（第一天）		√	√	√	2714
03054B	--護理費（第二天起）		√	√	√	2088
	註：限 行政院原子能委員會 原子能業務主管機關 安全檢查及游離幅射測量合格之核醫病床申報。 。					

第九節 醫療照護諮詢費

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
02020C	<u>緩和醫療家庭諮詢費</u> <u>註：</u> <u>1.適用範圍：符合安寧緩和醫療條例之住院、急診、接受居家醫療照護(含在宅、機構)末期病人，且未曾接受安寧療護服務。</u> <u>2.相關規範：</u> <u>(1)諮詢參與人員：包括主治醫療團隊、病人或病人家屬。</u> <u>(2)諮詢時間：每一個案諮詢時間至少一小時。</u> <u>(3)諮詢紀錄：應有完整的諮詢溝通內容紀錄，並應併入病人之病歷紀錄留存，紀錄並有參與諮詢醫療團隊及病人或家屬簽名。</u> <u>(4)申報規定：</u> <u>a.已參與全民健康保險安寧共同照護試辦方案、住院安寧療護及安寧居家療護之病人，不得再申報。</u> <u>b.每人每院限申報二次。</u>	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>2250</u>

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
02028C	<u>預立醫療照護諮商費</u> <u>註：</u> <u>1.符合下列任一適應症，且具完全行為能力之病人：</u> <u>(1)六十五歲以上重大傷病病人。</u> <u>(2)符合安寧療護收案條件者。</u> <u>(3)臨床失智評估量表(Clinical Dementia Rating, CDR)0.5至1分。</u> <u>(4)病人自主權利法第十四條第一項第五款所公告之病名。</u> <u>(5)「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」收案對象。</u> <u>(6)「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」、「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」收案之六十五歲以上多重慢性病人。</u> <u>2.相關規範：</u> <u>(1)諮商參與人員：依病人自主權利法之規定辦理。</u> <u>(2)諮商紀錄：應有每次會議完整之諮商溝通內容紀錄，並應將影本併入病人之病歷紀錄留存，紀錄有參與諮商醫療團隊及病人或家屬簽名，並簽署預立醫療決定。</u> <u>(3)申報規定：</u> <u>A.當次就醫前已於全民健康保險憑證註記預立醫療決定者，不得申報本項費用。</u> <u>B.每人終生以申報一次為限。</u> <u>C.應依病人自主權利法，於申報前完成預立醫療決定上傳至中央主管機關之資料庫，未完成者，本項費用不予支付。</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>√</u>	<u>3000</u>

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 (12001-12219)

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
12081C	攝護腺特異抗原(EIA/LIA法) PSA(prostate specific antigen) (EIA/LIA) <u>註：</u> <u>1.適用範圍：</u> <u>(1)符合以下任一情形之五十歲以上男性或四十五歲以上有攝護腺癌家族病史男性，得每年檢測PSA一次：</u> <u>A.超音波檢查發現攝護腺腫大者。</u> <u>B.肛門指診發現攝護腺腫大、攝護腺硬塊或表面不規則。</u> <u>(2)PSA值檢查異常者，一週後可再複檢一次，其後得每半年檢測PSA一次；PSA值超過10，得每三個月檢測PSA一次。</u> <u>(3)接受5α-還原酶抑制劑療者，得每半年檢測PSA一次。</u> <u>(4)男性罹患排尿障礙。</u> <u>(5)因疾病接受睪固酮補充療法者應在第三、六、十二個月及之後每年檢測PSA。</u> <u>(6)攝護腺癌確診後之評估與追蹤。</u> <u>2.不得同時申報27052C。</u>	v	v	v	v	400

第十二項 循環機能檢查 Circulative Function Examination (18001-180479)

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
18048B	非侵入式區域腦／身體血氧飽和監測 Non-invasive regional cerebral / somatic oximetry monitoring <u>註：</u> <u>1.適用範圍：</u> <u>(1)心臟手術，包含心瓣膜置換術、心瓣膜附屬組織之修整、心中膈成形術、心房及心室中膈修補、冠狀動脈繞道術。</u> <u>(2)頸動脈手術。</u> <u>(3)心臟、肺臟及肝臟移植手術。</u> <u>2.支付規範：</u> <u>(1)限麻醉科專科醫師執行。</u> <u>(2)執行頻率：每次手術限申報一次。</u> <u>(3)申報時應檢附麻醉紀錄單或監測報告。</u>		Y	Y	Y	13976

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
18049B	<u>非侵入性連續性血壓及血液動力學目標導向監護治療</u> <u>Non-invasive continuous blood pressure and hemodynamic goal directed therapy</u> 註： 1.適用範圍：符合休克（ICD-10-CM：R57.0、R57.1、R57.8）、敗血性休克（ICD-10-CM：R65.21）病人須符合下列所有情況： (1)急診或加護病房內休克病人：MAP<65 mmHg且乳酸值>2 mmol/L。 (2)已接受適當治療後仍持續休克，定義為以下任一情形： A.已接受足量輸液治療（>30 mL/kg） B.需使用Norepinephrine連續輸注劑量介於0.05–0.15 mcg/kg/min以維持血壓。 (3)排除以下任一情況之病人 A.重度休克：需使用Norepinephrine 連續輸注劑量>0.15 mcg/kg/min。 B.晚期休克：休克發生時間已超過六小時，自符合MAP<65 mmHg 且乳酸值>2 mmol/L時起算；或乳酸值>10 mmol/L。 C.已置放動脈導管（arterial catheter）進行其他侵入性血流動力學監測。 2.支付規範： (1)須於病歷詳實記載符合上述納入條件，且無排除條件之理由，並記錄使用治療之情形與療效。 (2)住院期間限申報一次，且四十八小時內不得同時申報其他侵入性血流動力學監測。		Y	Y	Y	11467

第二十項 核子醫學檢查 Radioisotope Scanning

一、造影 Scanning (26001-26078、P2105-P2108)

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
26078A	鐳223治療處置費 Radium-223 treatment 註： 1.適應症：去勢抗性攝護腺癌（castration-resistant prostate cancer），合併有症狀的骨轉移且尚未有臟器轉移者（ICD-10-CM診斷為C61攝護腺惡性腫瘤、C79.5骨骼續發性惡性腫瘤）。 2.執行頻率：每四週一次，每四週為一療程，共六次療程。 3.使用規範及人員資格： (1)操作人員： A.核子醫學科專科醫師。 B.受過核子醫學相關訓練之醫事放射師。 C.受過核子醫學相關訓練之護理師。 (2)上開人員均應符合游離輻射防護法相關規定。 (3)特殊設備要求使用：經原子能委員會<u>原子能業務主管機關</u>評估可操作「鐳-223」之場所，須檢具放射性物質許可證。 (4)費用申報時須檢具癌症治療計畫書、治療去勢抗性攝護腺癌病歷紀錄及骨轉移之影像學報告等資料。 4.本項不含鐳223注射液。		v	v	v	21430

二、試管 Tube Method (27001-27083)

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
27052C	攝護腺特異抗原 PSA(prostate specific antigen) <u>註：</u> <u>1.適用範圍：</u> <u>(1)符合以下任一情形之五十歲以上男性或四十五歲以上有攝護腺癌家族病史男性，得每年檢測PSA一次：</u> <u>A.超音波檢查發現攝護腺腫大者。</u> <u>B.肛門指診發現攝護腺腫大、攝護腺硬塊或表面不規則。</u> <u>(2)PSA值檢查異常者，一週後可再複檢一次，其後得每半年檢測PSA一次；PSA值超過10，得每三個月檢測PSA一次。</u> <u>(3)接受5α-還原酶抑制劑療者，得每半年檢測PSA一次。</u> <u>(4)男性罹患排尿障礙。</u> <u>(5)因疾病接受睪固酮補充療法者應在第三、六、十二個月及之後每年檢測PSA。</u> <u>(6)攝護腺癌確診後之評估與追蹤。</u> <u>2.不得同時申報12081C。</u>	V	V	V	V	400

第二十四項 伴隨式診斷 Companion Diagnostics (30101-30111)

通則：本項各診療項目須按「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」格式，於檢驗（查）申報後一個月內上傳檢驗(查)結果報告，未上傳者本項不予支付，前述上傳截止日為「申報日之次月月底之日」；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳報告，可檢具理由後補上傳。

第二十五項 次世代基因定序 Next Generation Sequencing (30301-30307)

通則：

- 一、各診療項目於檢測前，須於健保資訊網服務系統(VPN)取得 NGS 檢測編號，並於申報時應填報於醫令段「事前審查受理編號」欄位，未填報者不予支付。
- 二、各診療項目檢測結果須於申報後一個月內依指定格式上傳至保險人，未上傳者不予支付，前述上傳截止日為「申報日之次月月底之日」；惟因特殊情形未在規定期限內完成上傳報告，可檢具理由後補上傳。

第二節 放射線診療 X-RAY

第一項 X光檢查費 X-Ray Examination

二、特殊造影檢查 Scanning (33001-33147、P2101-P2104)

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
33143B	急性缺血性腦中風機械取栓術 Fee for neurovascular mechanical endovascular thrombectomy in acute ischemic stroke 註： 1.適應症：急性腦血管缺血性中風病人符合顱內血管支架取栓裝置使用條件，並使用該裝置進行機械性血管內血栓移除術治療，且同時符合下列條件： (1)發作後二十四小時內。 (2)影像診斷為顱內大動脈阻塞，包括內頸動脈、大腦中動脈的第一及第二段、大腦前動脈、基底動脈和脊椎動脈。 (3)美國國衛院腦中風評估表(NIH Stroke Scale)評分≥ 6及≤ 30。 2.禁忌症： (1)蜘蛛網膜下腔出血 (2)腦內出血 (3)硬腦膜下出血/顱內出血 3.支付規範： (1)限接受並通過下列任一學會之相關腦神經血管內介入治療專長訓練與認證之醫師施行： A.中華民國放射線醫學會授權之中華民國神經放射線醫學會 B.台灣神經外科醫學會授權之台灣神經血管外科與介入治療醫學會 C.台灣神經學會授權之台灣腦中風學會 (2)不得同時申報69001B、69002B、69003B。 4.前循環若於發作後八小時至二十四小時執行，申報時須於病歷檢附影像報告(CTP、MR或CTA collaterals)備查。		√	√	√	45059
33146B	磁振造影使用Primovist造影劑加計 Primovist for magnetic resonance imaging – additional payment 註： 1.適應症須符合下列任一條件： (1)肝癌高危險病人（含肝癌根治性治療後）合併AFP>100ng/ml，或AFP>20ng/ml且一年內呈現二倍以上上升趨勢，或PIVKA-II（>40mAU/mL，或<u>>28.4ng/mL</u>）腫瘤標記上升，惟超音波、電腦斷層未偵測到肝癌。 (2)肝硬化或肝癌經治療後病人，電腦斷層顯示疑似肝腫瘤，		√	√	√	5686

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
	但無法確診或排除肝癌。 2.每年以申報一次為限。 3.本項適用於磁振造影。 4.本項不適用其他加成。 5.限放射診斷專科醫師執行。					

第二項 癌症(腫瘤)治療 Cancer Therapy

一、放射線治療 Radiation Therapy (36001-360247)

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
36022B	乳癌術後低分次照射合併局部加強照射放射治療 Hypofractionated irradiation with tumor bed boost 註： 1.禁忌症： (1)淋巴結轉移。 (2)遠端轉移。 (3)化學治療同步進行。 (4)少見之病理形態，如：metaplastic carcinoma、squamous cell carcinoma、sarcoma or adenoid cystic carcinoma。 1.2 本療程採包裹給付，如未執行完成療程，則按「規劃療程總次數」計算核扣點數之比例。 2.3 不得同時申報項目：33090B、36001B、36002B、36004B、36005B、36011B、36012B、36013B、36015B、36018B、36019B、36020B、36021C、37006B、37013B、37014B、37015B、37016B、37030B、37046B。 3.4 本項原則限國民健康署公告「通過癌症診療品質認證醫院名單」申報，如不符資格之院所，須向保險人提出申請，由台灣乳房醫學會與台灣放射腫瘤醫學會共同訪視認證，檢附學會認證證明始得申報。		v	v	v	279986
36023B	乳癌術後低分次照射無合併局部加強照射放射治療 Hypofractionated irradiation without tumor bed boost 註： 1.禁忌症： (1)淋巴結轉移。 (2)遠端轉移。 (3)化學治療同步進行。		v	v	v	246960

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
	(4)少見之病理形態，如：metaplastic carcinoma、squamous cell carcinoma、sarcoma or adenoid cystic carcinoma。 1.2.本療程採包裹給付，如未執行完成療程，則按「規劃療程總次數」計算核扣點數之比例。 2.3.不得同時申報項目：33090B、36001B、36002B、36004B、36005B、36011B、36012B、36013B、36015B、36018B、36019B、36020B、36021C、37006B、37013B、37014B、37015B、37016B、37030B、37046B。 3.4.本項原則限國民健康署公告「通過癌症診療品質認證醫院名單」申報，如不符資格之院所，須向保險人提出申請，由台灣乳房醫學會與台灣放射腫瘤醫學會共同訪視認證，檢附學會認證證明始得申報。					
36025B	<u>低度生物等效劑量質子放射治療</u> <u>Low biological equivalent dose proton radiotherapy</u> <u>註：</u> <u>1.限未滿十九歲者申報。</u> <u>2.適用範圍：須符合下列任一條件：</u> <u>(1)威爾姆氏腫瘤(Wilms' Tumor)、何杰金氏淋巴瘤、神經母細胞瘤接受治癒性照射劑量。</u> <u>(2)非屬上列疾病，以治療所需之生物等效劑量(Biological equivalent dose)於組織或腫瘤對劑量分次的敏感度$\alpha/\beta=10$ Gy時小於40 GyE。限ECOG status≤ 2。</u> <u>3.支付規範：</u> <u>(1)須事前審查。</u> <u>(2)執行頻率：每人每次原發性癌症一生限執行一次。</u> <u>(3)本療程採包裹給付，如未執行完成療程，則按「規劃療程總次數」計算核扣之比例點數。</u> <u>(4)不得同時申報36001B～36024B、37006B～37030B、37046B、37047B。</u>		<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>676111</u>
36026B	<u>中度生物等效劑量質子放射治療</u> <u>Intermediate biological equivalent dose proton radiotherapy</u> <u>註：</u> <u>1.限未滿十九歲者申報。</u> <u>2.適用範圍：須符合下列任一條件：</u> <u>(1)惡性軟組織肉瘤（除骨肉瘤外）、非何杰金氏淋巴瘤、生殖胚芽瘤(Seminoma or Germinoma)接受治癒性照射劑量。</u> <u>(2)非屬上列疾病，以照射治療所需之生物等效劑量(Biological equivalent dose)於組織或腫瘤對劑量分次的敏感度$\alpha/\beta=10$ Gy時大於等於40 GyE而小於72 GyE（限健保申報欄位記載為C、Ph或Pm，且ECOG status≤ 2）。</u> <u>2.支付規範：</u>		<u>v</u>	<u>v</u>	<u>v</u>	<u>1030540</u>

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>(1)須事前審查。</u> <u>(2)執行頻率：每人每次原發性癌症一生限執行一次。</u> <u>(3)本療程採包裹給付，如未執行完成療程，則按「規劃療程總次數」計算核扣之比例點數。</u> <u>(4)不得同時申報36001B～36024B、37006B～37030B、37046B、37047B。</u>					
36027B	<u>高度生物等效劑量質子放射治療</u> <u>High biological equivalent dose proton radiotherapy</u> <u>註：</u> <u>1.限未滿十九歲者申報。</u> <u>2.適用範圍：須符合下列任一條件：</u> <u>(1)中樞神經腫瘤需實施全顱脊髓照射者，或眼部腫瘤、骨肉瘤接受治癒性照射劑量。</u> <u>(2)非屬上列疾病，以治療所需之生物等效劑量(Biological equivalent dose)於組織或腫瘤對劑量分次的敏感度$\alpha/\beta=10$ Gy時大於等於72 GyE(限健保申報欄位記載為C或Ph且ECOG status≤ 2)。</u> <u>2.支付規範：</u> <u>(1)須事前審查。</u> <u>(2)執行頻率：每人每次原發性癌症一生限執行一次。</u> <u>(3)本療程採包裹給付，如未執行完成療程，則按「規劃療程總次數」計算核扣之比例點數。</u> <u>(4)不得同時申報36001B～36024B、37006B～37030B、37046B、37047B。</u>		<u>V</u>	<u>V</u>	<u>V</u>	<u>1266499</u>

第六節 治療處置 Therapeutic Treatment

第一項 處置費 Treatment

一、一般處置 General Treatment (47001-4710810)

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
47101B	急性缺血性腦中風處置費 註：適應症 1.急性缺血性中風病人符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準第六編第八十三條之藥品給付規定第二節心臟血管及腎臟藥物2.1.2血栓溶解劑用於急性缺血性腦中風之使用條件。 2.執行 33143B 83106B者。		v	v	v	14559
47107B	成功移除長期留置鼻胃管並恢復經口進食 註： 1.適應症（須符合下列各項條件）： (1)因腦中風、神經疾病、頭頸部癌症、喉部疾病、老年退化、結構異常等原因，導致吞嚥功能障礙而置入鼻胃管長期留置達三個月以上者。 (2)恢復以口進食並有相關評估紀錄且未重置鼻胃管一個月以上。 2.限由復健科、耳鼻喉科、神經科、 小兒神經科 專科醫師或牙醫師，及語言治療師與營養師組成之照護團隊執行及申報。 3.本項限由執行吞嚥等口腔功能訓練且成功移除長期留置鼻胃管之照護團隊人員申報。 4.申報頻率：每人每年同一傷病限申報一次。		v	v	v	3000
47109B	<u>植入式心臟節律器參數程控調整作業</u> <u>Exam and adjustment of implanted pacemaker</u> 註： <u>1.適用範圍：植入心臟節律器之病人</u> <u>2.支付規範：</u> <u>(1)執行人員：心臟內科、心臟外科醫師、小兒心臟科專科醫師。</u> <u>(2)執行頻率：每年二次，因疾病須執行MRI或手術者，得再申報一次。</u> <u>(3)申報時應檢附：裝置讀值報告，內容包括電池剩餘壽命、導線狀況（電阻、感應、閾值）、調節器設定模式、心律不整紀錄、程控操作報告摘要。</u>		v	v	v	556
47110B	<u>植入式心臟去顫器或再同步治療參數程控調整作業</u> <u>Exam and adjustment of implanted cardioverter defibrillator and cardiac resynchronization therapy devices</u> 註：		v	v	v	822

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>1.適用範圍：植入心臟去顫器(ICD)及再同步治療(CRT)裝置之病人</u> <u>2.支付規範：</u> <u>(1)執行人員：心臟內科、心臟外科醫師、小兒心臟科專科醫師。</u> <u>(2)執行頻率：每年四次，因疾病須執行MRI或手術者，得再申報一次。</u> <u>(3)申報時應檢附：裝置讀值報告，內容包括電池剩餘壽命、導線狀況（電阻、感應、閾值）、調節器設定模式、心律不整紀錄、程控操作報告摘要。</u>					

十、外科處置 General Surgery Treatment (56001-56043)

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
56037B	深部腦核電生理定位 Intraoperative Microelectrode recording of basal ganglia 註：須符合下列條件之一： 1.治療巴金森病深腦刺激電極植入使用。 2.清醒開顱手術須符合下列事項： (1)須檢附術中電生理報告。 (2)不得同時申報支付標準編號56018B。 (3)限神經外科、神經內科或復健科專科醫師施行。 3.原發性肌張力不全(Primary Dystonia)經藥物、肉毒桿菌注射等非手術治療一年以上無效者。 4.遲發性肌張力不全(Tardive dystonia)經藥物、肉毒桿菌注射等非手術治療一年以上無效者，且由二位以上神經外科、神經內科、小兒神經科或復健科專科醫師評估適合接受DBS治療，並經事前審查同意。 <u>5.十八歲以上無法以抗癲癇藥控制病情的頑固型癲癇病人（已服用或曾服用二種以上具適應症並以達有效劑量之抗癲癇藥物至少一年以上，仍無法控制發作），且亦無法以切除手段改善或曾以癲癇切除手術治療失敗。</u>		v	v	v	20081

第三項 高壓氧治療 Hyperbaric Oxygen Therapy (59002-59016)

編號	診療項目	深度 (呎)	時間 (分)	基層 院所	地區 醫院	區域 醫院	醫學 中心	支付 點數
59009B	肢體壓傷伴有創傷性出血 Crush injury with acute traumatic Ischemia 註： 1. <u>須符合以下條件之一：59009B限必須遲延或無法輸血或外科治療患者申報。</u> <u>(1)必須遲延之病人。</u> <u>(2)無法輸血之病人。</u> <u>(3)無法外科治療之病人申報。</u> <u>(4)經緊急適當處置(如：血管腔內手術 Endovascular surgery、血管重建、血管修復、血管繞道、血管吻合、血管內取栓、暫時性血管架接術、筋膜切開減壓手術、清創及其他)後或59010B 治療後仍療效不佳病人。</u> 2. <u>申報時需檢附肢體處置前後照片備查</u> <u>59010B需專案報經保險人同意後實施。</u>	50	120		v	v	v	2400
59010B	肢體壓傷伴有創傷性出血 Crush injury with acute traumatic Ischemia 註： 1.59009B限必須遲延或無法輸血或外科治療患者申報。 2.59010B需事前審查專案報經保險人同意後實施。	33	90		v	v	v	1800

第七節 手術

第三項 筋骨 Musculoskeletal System(64001-642857)

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
64286B	<u>關節鏡下旋轉肌腱破裂縫合術</u> <u>Arthroscopic rotator cuff repair</u> <u>註：</u> <u>1.適用範圍：肩旋轉肌袖破裂（ICD-10-CM：M75.1或S46.0）。</u> <u>2.申報時應檢附關節鏡下手術照片。</u> <u>3.不得同時申報項目：64243B、64244B。</u> <u>4.本項不含氣化棒之費用。</u> <u>5.一般材料費及高壓沖洗套管，得另加計百分之四十五。</u>		V	V	V	29198
64287B	<u>關節鏡下肩關節盂唇修補手術（單一部位肩盂唇修補）</u> <u>Arthroscopic labrum repair</u> <u>註：</u> <u>1.適用範圍：肩旋轉肌袖破裂肩盂唇破裂（ICD-10-CM：S43.0）。</u> <u>2.申報時應檢附關節鏡下手術照片。</u> <u>3.不得同時申報項目：64243B、64244B。</u> <u>4.本項不含氣化棒之費用。</u> <u>5.一般材料費及高壓沖洗套管，得另加計百分之四十三。</u>		V	V	V	29146

第六項 心臟及心包膜(68001-68060~~1~~)

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
68060B	經導管二尖瓣緣對緣修補術 Transcatheter edge-to-edge Mitral valve repair 註： 1.適應症： (1)顯著症狀之重度二尖瓣逆流（經超音波檢查須符合下列任一條件：Central jet MR >40% LA or holosystolic eccentric jet MR/Vena contracta $\geq$ 0.7cm/Regurgitant volume $\geq$ 60 mL/Regurgitant fraction $\geq$ 50%/ERO $\geq$ 0.40cm²），且符合下列任一適應症： A. 因瓣膜結構異常造成之原發性二尖瓣逆流病人 (Primary MR)，須經多科別心臟團隊評估，認定二尖瓣解剖結構適合緣對緣修補，且現有伴隨疾病不至妨礙二尖瓣逆流減少之預期效益。高手術風險之判定應具有下列一項以上手術風險因子，<u>且有兩位心臟外科醫師判定手術風險高，無法接受傳統開心手術進行二尖瓣膜修補或置換</u>： (a)手術後三十天死亡風險評估(STS score)，二尖瓣置換手術<u>達10%以上達8%以上或二尖瓣修補手術達6%以上或二尖瓣修補手術達10%以上</u>。 (b)嚴重主動脈鈣化(Porcelain aorta)。 (c)險惡性胸腔<u>或肺功能不全：FEV1<1公升</u>。 (d)嚴重肝病變/肝硬化 (MELD分數>12)。 (e)重度肺高壓(肺動脈收縮壓高於全身收縮壓三分之二)。 (f)導致體弱不尋常情況，例如右心室功能障礙伴隨重度三尖瓣逆流、<u>接受惡性腫瘤化療</u>、嚴重出血性體質、後天免疫不全症候群(AIDS)、吸入異物高風險。 B. 合併心臟衰竭之繼發性功能二尖瓣逆流(Secondary MR)者，須經多科別心臟團隊評估，符合已接受臨床指南藥物治療之最大容許劑量(GDMT) <u>達六個月以上</u>，但症狀及二尖瓣逆流嚴重度仍持續存在，同時左心室射血率(LVEF)介於<u>20%35%</u>至50%，左心室收縮末期直徑(LVESD) $\leq$ 70mm，<u>肺動脈收縮壓 $\leq$ 70mmHg</u>。 (2)二尖瓣膜結構須符合夾合器適用範圍。 <u>(3)有New York Heart Association Function Class II-IV之心衰竭症狀。</u> <u>(34)排除末期嚴重心臟衰竭、同時伴有嚴重主動脈瓣膜狹窄或閉鎖不全或嚴重三尖瓣膜閉鎖不全、接受惡性腫瘤化療或心源性休克LVEF<20%病人。</u> 2.支付規範：		v	v	v	99428

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
	(1)醫院條件： A.專任之心臟內科、心臟外科醫師。 B.醫院過去三年每年平均或近一年須具三百例以上之心導管(含一百例以上介入心臟導管手術)、一百例經食道心臟超音波及連續五年每年三十例以上二尖瓣膜修復或置換(68015B~68018B)之手術案例。 C.須具下列設備： (a)心導管X光攝影機等級及高效率空氣過濾器至少HEPA-10000等級之複合式(hybrid)手術室。 (b)具3D、4D影像功能之心臟超音波設備。 (c)體外循環設備。 (d)64切片以上之電腦斷層式磁振造影機。 (2)醫師資格須符合下列所有規範： A.心臟內科、心臟外科、心臟介入、兒童心臟科專科醫師。 B.須符合下述操作資格之心臟內科專科醫師及心臟外科專科醫師在場共同操作，隨時提供必要之緊急措施。 C.具有心臟專科醫師五年以上資格。 D.心臟外科醫師須具二十例以上二尖瓣膜手術(68015B~68018B)；心臟內科及兒童心臟科醫師須具五十例以上心臟結構疾病手術及二十例以上心房中膈穿刺術(29031B)；心臟介入專科醫師須具三百例以上心臟介入治療(33076B~33078B經皮冠狀動脈擴張術)。 (3)執行本項手術之醫院及醫師條件應向保險人申請同意。 (4)申報時應檢附手術中心臟超音波及X光影像。 3.不得同時申報：29031B、18047B。 4.一般材料費，得另加計百分之三。 5.須事前審查。					
68061B	<u>經靜脈心臟再同步治療裝置植入術</u> <u>Transvenous cardiac resynchronization therapy devices implantation</u> 註： <u>1.適用範圍：須符合全民健康保險特殊材料給付規定B103-2或B104-1所訂之適應症、禁忌症等之相關規定。</u> <u>2.限心臟內科、心臟外科、小兒心臟科專科醫師執行。</u> <u>3.申報時須檢附裝置左心室導線過程之X光、裝置導線之數值報告及放置完成的X光、二至三條導線之數值報告。</u> <u>4.置換心臟再同步治療裝置(CRT)者，以68041B申報。</u> <u>5.不得同時申報68041B。</u> <u>6.一般材料費，得另加計百分之七。</u>		Y	Y	Y	53950

第九項 消化器 Digestive System

二、胃 Stomach (72001-7205960)

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
72060B	<u>內視鏡及透視鏡導引腸胃道金屬支架置放術</u> <u>Endoscopy and fluoroscopy guided metallic gastroduodenal stent placement</u> <u>註：</u> <u>1.適用範圍須符合下列所有條件：</u> <u>(1)ICD-10-CM：C16.1、C16.2、C16.3、C16.4、C16.5、C16.6、C16.8、C16.9、C49.A2、C17.0、C23、C24.0、C24.1、C24.8、C24.9、C25.0、C25.1、C25.2、C25.4、C25.7、C25.8、C25.9。</u> <u>(2)Stage III或IV惡性腫瘤造成之胃出口狹窄，且一般胃鏡無法通過者。</u> <u>(3)若後續治療計畫有放射治療者不適用。</u> <u>2.支付規範：</u> <u>(1)醫院條件：須有Fluoroscopy透視X光內視鏡室。</u> <u>(2)執行人員資格：限上消化道內視鏡（胃鏡）技術及游離輻射（X光機）操作資格。</u> <u>(3)申報時病歷須檢附惡性胃出口阻塞的臨床佐證（內視鏡及影像學檢查資料）。</u> <u>(4)不得同時申報：47058B、49029B。</u> <u>3.一般材料費，得另加計百分之七十九。</u>		Y	Y	Y	27537

第十五項 神經外科 Neurosurgery (83001-8310~~5~~6)

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
83106B	<u>急性缺血性腦中風機械取栓術</u> <u>Fee for neurovascular mechanical endovascular thrombectomy in acute ischemic stroke</u> <u>註：</u> <u>1.適用範圍：急性腦血管缺血性中風病人符合顱內血管支架取栓裝置使用條件，並使用該裝置進行機械性血管內血栓移除術治療，且同時符合下列條件：</u> <u>(1)發作後二十四小時內。</u> <u>(2)影像診斷為顱內大動脈阻塞，包括內頸動脈、大腦中動脈的第一及第二段、大腦前動脈、基底動脈和脊椎動脈。</u> <u>(3)美國國衛院腦中風評估表(NIH Stroke Scale)評分≥ 6及≤ 30。</u> <u>2.禁忌症：</u> <u>(1)蜘蛛網膜下腔出血。</u> <u>(2)腦內出血。</u> <u>(3)硬腦膜下出血/顱內出血。</u> <u>3.支付規範：</u> <u>(1)限接受並通過下列任一學會之相關腦神經血管內介入治療專長訓練與認證之醫師施行：</u> <u>A.中華民國放射線醫學會授權之中華民國神經放射線醫學會。</u> <u>B.台灣神經外科醫學會授權之台灣神經血管外科與介入治療醫學會。</u> <u>C.台灣神經學會授權之台灣腦中風學會。</u> <u>(2)不得同時申報69001B、69002B、69003B。</u> <u>(3)一般材料費，得另加計百分之七。</u> <u>4.前循環若於發作後八小時至二十四小時執行，申報時須於病歷檢附影像報告(CTP、MR或CTA collaterals)備查。</u>		Y	Y	Y	42,730

第十六項 聽器 Auditory System (84001-84038)

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
84038B	人工電子耳手術(人工耳蝸植入術) 註： 限設有聽語復健治療團隊（包括耳鼻喉科專科醫師或復健專科醫師、聽力師、語言治療師等）之醫院申報，施行本項適應症如下： 1.兒童（未滿十八歲） <u>嬰幼兒（未滿二歲）</u>： (1)兩耳聽力損失呈$\geq 90\text{dB HL}$（0.5、1、2、4K Hz）。 (2)先前使用助聽器三至六個月以上，助聽後開放式語言測試得分（Speech perception score）$< 50\%$，或是噪聲下語詞測驗得分（Word recognition score）$< 30\%$<u>聽能訓練後言語辨識或語言能力無進展。</u> (3)無手術植入電極之禁忌。 2.兒童<u>（二歲以上）</u>及成人（滿二歲以後）： (1)學語後失聰且兩耳聽力損失呈$\geq 70\text{dB HL}$（0.5、1、2、4K Hz）。 (2)先前使用助聽器六個月以上，助聽後開放式語言測試得分（Speech perception score）$< 50\%$，或<u>是噪聲下語詞測驗得分（Word recognition score）$< 30\%$</u>。 (3)無手術植入電極之禁忌。 3.<u>單耳全聾：</u> <u>(1)劣耳聽力損失呈$\geq 80\text{dB HL}$，優耳聽力損失呈$< 30\text{dB HL}$（0.5、1、2、4K Hz）。</u> <u>(2)助聽後單字詞測試中得分低於或等於5%，建議先前使用的跨傳助聽器（CROS）或其他合適的助聽器三個月以上的經驗。</u> <u>(3)無手術植入電極之禁忌。</u> 34.一般材料費及單次使用鑽頭，得另加計百分之六十九。		v	v	v	20,250

全民健康保險急診品質提升方案

101.05.01 第一版公告實施
 102.01.01 第二版公告實施
 104.01.01 第三版公告實施
 104.05.25 第四版公告實施
 105.03.01 第五版公告實施
 108.02.01 第六版公告實施
 111.04.01 第七版公告實施
 112.06.01 第八版公告實施
 112.12.01 第九版公告實施
 113.10.1 第九版公告自 114 年 1 月 1 日實施
 114.00.00 第十版公告實施

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。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，全民健康保險自 101 年起以論質計酬方式，鼓勵醫院重視並提升急重症照護品質及效率。

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)、Nicholas(2020)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)、Adam(2011)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，急診壅塞不僅影響病人的安全，同時也會造成醫療品質的下降。

全民健康保險保險人(以下稱保險人)為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。

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、預算來源：全民健康保險醫院醫療給付費用總額中之「急診品質提升方案」專款項目。

肆、參與資格：須為全民健康保險特約醫院，並依本方案規定據實登錄相關資料者。

伍、計畫構面

- 1、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、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。適用之個案定義及其獎勵條件如下：

(一)急性心肌梗塞：

主診斷碼(ICD-10-CM，以下同)為：~~I21.0-I21.3、I21.9、I21.A1、I21.A9、I22.0-~~

~~I22.1、I22.8-I22.9~~I21.0-I21.3、I22.0-I22.1、I22.8-I22.9之病人，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 wire time < 90 min)。

~~ICD-10-CM(2023年版)：I21.0-I21.3、I21.9、I21.A1、I21.A9、I22.0-I22.1、I22.8-I22.9 (自一百十四年一月一日起適用)。~~

(二)重大外傷：

~~1. 符合下列主診斷碼，ISS≥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.XXXA-T07~~

~~ICD-10-CM(2023年版)：T07.XXXA (自一百十四年一月一日起適用)。~~

~~(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、S99S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92 (前述第7位碼皆須為"A"或"B")~~

~~ICD-10-CM(2023年版)：S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92、S99 (自一百十四年一月一日起適用) (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")~~

~~1. 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、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. 於收治急診之醫院治療後出院：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.經轉院治療後出院：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。
- 3.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。

~~(五)主動脈剝離需緊急開刀：~~

- ~~1.於收治急診之醫院治療後出院：主診斷碼為 I71.00、I71.01、I71.02、I71.03、I71.1、I71.3、I71.5、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。~~
- ~~ICD-10 CM(2023 年版)：I71.00、I71.010、I71.011、I71.012、I71.019、I71.02、I71.03、I71.10、I71.11、I71.12、I71.13、I71.30、I71.31、I71.32、I71.33、I71.50、I71.51、I71.52、I71.8 (自一百十四年一月一日起適用)。~~
- ~~2.經轉院治療後出院：主診斷碼為 I71.00、I71.01、I71.02、I71.03、I71.1、I71.3、I71.5、I71.8，需緊急手術者，於醫院 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。~~
- ~~ICD-10 CM(2023 年版)：I71.00、I71.010、I71.011、I71.012、I71.019、I71.02、I71.03、I71.10、I71.11、I71.12、I71.13、I71.30、I71.31、I71.32、I71.33、I71.50、I71.51、I71.52、I71.8 (自一百十四年一月一日起適用)。~~

2、轉診品質：

為強化急診室重症病人上轉及穩定病人下轉之機制，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人醫療處置。

- (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，須轉診至上二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、食道靜脈瘤出血、敗血症、重大外傷及體表面積>20%之重大燒傷(詳附表一)。
- (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醫院或同層級或下一層級醫院之適當醫療機構。疾病主診斷包括胃腸道出血、大量腸胃道出血、腸阻塞、急性膽囊炎、膽結石併急性膽囊炎併阻塞、膽管炎、急性胰臟炎、肺炎、慢性氣道阻塞、其他蜂窩組織炎及膿瘍、充血性心臟衰竭、發燒、泌尿道感染、腎盂腎炎、慢性腎衰竭、肝硬化，未提及酒精性者、及肝性昏迷(詳附表二)。
- (三)轉診作業

1. 醫院應設有專責辦理轉診作業之窗口。
1. 轉出醫院：向病人說明轉診原因；填寫轉診同意書及轉診單。
2. 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直接轉至加護病房(不經轉入醫院之急診)，可申報之獎勵如下：~~符合向上轉診或平行轉診之病人，可申報之獎勵如下：~~
 - (1) 轉出醫院：每個案獎勵 5,000 點。~~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。~~
 - (2) 轉入醫院：每個案獎勵 5,000 點。~~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。~~
- 2.符合向下轉診之直接轉至住院病人，可申報之獎勵如下：
 - (1)每個案獎勵 ~~7,000~~4,000 點。轉出與轉入醫院各給予 50%。
 - (2)自醫學中心或區域醫院下轉之病人，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)得比照醫學中心或區域醫院標準支付，其差額以「區域醫院/地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵(第一天)」、「區域醫院/地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵(第二天起)」、「地區醫院接受區域醫院急診病人下轉住院獎勵(第一天)」及「地區醫院接受區域醫院急診病人下轉住院獎勵(第二天起)」另行申報。
 - 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」，每次支付 1,000 點，當次住院最多申報 3 次。

3.所有轉診案件獎勵皆排除同體系醫院間互轉。

3、急診處置效率

本項係以各項指標結果進行獎勵，藉以提升急診處置效率，提升急診病人照護品質。

- (1) 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，其中醫令 47105C 及 47106C 依支付標準公告日起實施)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。
- (2) 檢傷一、二、三級急診病人轉入病房<8 小時：每人次給予 50 點獎勵。
- (3) 地區醫院急診病人增加：
 1. 計算基準：以檢傷分類等級申報所有急診病人次計算

2. 計算方式：本年急診人次 > 上年急診人次

3. 地區醫院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：

(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」。

4、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(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 111 年為例：【111 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【110 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。

(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%。

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及申報規定如下(如附表四)：

(1) 急診重大疾病照護品質方面：採每月申報。

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。

1. ~~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)~~

2. 第二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。

3. 第三項 OHCA 完成照護個案：

- (1)於收治急診之醫院治療後出院：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350,000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)

(2)經轉院治療後出院：

A.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，依病人出院實際狀況每季統一補付費用(點數同轉入院所)。

B.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。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。

5. ~~第五項主動脈剝離需緊急開刀且存活出院個案：~~

~~(1)於收治急診之醫院治療後出院，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。~~

~~(2)經轉院治療後出院：~~

~~A.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，每季統一補付費用每一個案15,000點。~~

~~B.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，支付點數15,000點。~~

(2) 轉診品質獎勵方面：採每月申報

1.上轉個案：

(1) 轉出醫院

~~A.以代碼P4603B「急診上轉轉出醫院獎勵」申報，支付點數500點。~~

~~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。~~

~~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。~~

(2) 接受轉診醫院：

~~A.以代碼P4604B「急診上轉轉入醫院獎勵」申報，支付點數500點。~~

~~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。~~

2.下轉個案：

(1)轉出醫院：符合本項轉診之病人，若能直接入住轉入醫院之病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵3,500點，由保險人每季勾稽轉入院所申報P4606B「急診病人直接入住轉入醫院病房獎勵（下轉）」之案件，進行補付作業。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~~

A. 符合轉診之病人，若能直接入住轉入醫院之病房（不經轉入醫院之急診），每個案獎勵 3,500 點。由轉入醫院以代碼P4606B「急診病人直接入住轉入醫院病房獎勵（下轉）」申報，d107「轉入服務機構代號」需填報轉入之院所代號。

B. 以代碼P4611B「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」1,000 點、P4609B-P4610B、P4626B-P4627B「區域醫院/地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵」、P4628B-P4629B「地區醫院接受區域醫院急診病人下轉住院獎勵」。

3.平轉個案：

(1)轉出醫院：

~~A. 以代碼P4607B「急診平轉轉出醫院獎勵」申報，支付點數 500 點。~~

~~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。~~

~~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（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。~~

(2)接受轉診醫院：

~~A. 以代碼P4608B「急診平轉轉入醫院獎勵」申報，支付點數 500 點。~~

~~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。~~

二、本方案之醫令類別，除上述有特別說明（P4616B→P4622B）外，屬門診案件者為「2」、屬住診案件者為「K」。

三、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。

四、結算方式：本方案預算先扣除預估之急診處置效率獎勵費用及補助急診專科醫師人力額度後，按季均分，以浮動點值計算，且每點金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下一季；第四季併同獎勵費用進行每點支付金額計算。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，但每點支付金額不高於1元。

五、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。

六、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。

七、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。

八、獎勵費用優先分配於第一線執行人員，並每年提報獎勵費用之運用情形予保險人分區業務組。

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。

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，依全民健康險保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公分)

健保碼	手術名稱
75805B	剖腹探查術
83036C	硬腦膜外血腫清除術
83037C	急性硬腦膜下血腫清除術
83039B	腦內血腫清除術
73010B	小腸切除術加吻合術
71206B	食道切除再造術
72014B	胃空腸造口吻合術
73017B	結腸全切除術併行直腸切除術及迴腸造口
74206B	Hartmann 氏直腸手術
70001B	脾臟切除術
70002B	脾臟修補術
83080B	顱內壓監視置入
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)

附表一、向上轉診或平行轉診疾病別

診斷碼中文名稱	ICD-10-CM
急性心肌梗塞	I21、I22
急性腦中風	I60-I66、G45 ICD-10-CM(2023年版)： I60-I66、G45、P91.821、P91.822、P91.823、P91.829 (自一百十四年一月一日起適用)
主動脈剝離	I71.00-I71.03
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 I85.01、I85.11。
敗血症	1.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 2.A02.1、A20.7、A21.7、A22.7、A23.0、A23.8、A23.9、A24.1、A26.7、A28.2、A32.7、A39.2、A39.3、A39.4、A42.7、A48.3、A54.86、B00.7、B37.7 3.O75.3、O85、O86.0、O03.37、O03.87、O04.87、O07.37、O08.2、O08.82 4.P36、P37.5
重大外傷	1. T07 ICD-10-CM(2023年版)： T07.XXXA (自一百十四年一月一日起適用) 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"） ICD-10-CM(2023年版)： S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92、S99 (自一百十四年一月一日起適用) (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"）
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

附表二、向下轉診或平行轉診疾病別

診斷碼中文名稱	ICD-10-CM
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、K25.4-K25.6、K26.4-K26.6、K27.4-K27.6、K28.0-K28.2、K28.4-K28.6、K29.01、K29.21、K29.31、K29.41、K29.51、K29.61、K29.71、K29.81、K29.91、K31.811、K50.011、K50.111、K50.811、K50.911、K51.011、K51.211、K51.311、K51.411、K51.511、K51.811、K51.911、K55.21、K57.01、K57.11、K57.13、K57.21、K57.31、K57.33、K57.41、K57.51、K57.53、K57.81、K57.91、K57.93、K65.2
腸阻塞	K56.60、K56.69、K56.7、K31.5、K50.012、K50.112、K50.812、K50.912、K51.012、K51.212、K51.312、K51.412、K51.512、K51.812、K51.912、K56.0、K56.3、K56.5、E84.11
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、K80.4
急性胰臟炎	K85
肺炎	A01.03、A02.22、A37.01、A37.11、A37.81、A37.91、A50.04、A54.84、B01.2、B05.2、B06.81、B25.0、B59、B77.81、J09.X1、J10.00、J10.08、J11.00、J11.08、J12.0、J16.8、J18.0、J18.9、J68.0、J69.0、J69.8、J84.111、J84.117、J84.2、J84.89、J84.9、J85.1、J85.2、J95.851 <u>ICD-10-CM(2023年版)：</u> A01.03、A02.22、A37.01、A37.11、A37.81、A37.91、A50.04、A54.84、B01.2、B05.2、B06.81、B25.0、B59、B77.81、J09.X1、J10.00、J10.08、J11.00、J11.08、J12.0-J16.8(排除 J12.82)、J18.0-J18.9、J68.0、J69.0-J69.8、J84.111-J84.117、J84.2、J84.89-J84.9、J85.1、J85.2、J95.851 <u>(自一百一十四年一月一日起適用)</u>
慢性氣道阻塞	J43、J44、J47
其他蜂窩組織炎及膿瘍	K12.2、L02、L03、L98.3、L05.01、L05.02、K61.0、K61.4、N48.21、N48.22、N73.0、N73.2、N76.4、H00.031、H00.039、H60.00、H60.13、J34.0

診斷碼中文名稱	ICD-10-CM
	ICD-10-CM(2023年版) ：K12.2、L02-L03、L98.3、L05.01-L05.02、K61.0- K61.4、K61.5、N48.21-N48.22、N73.0- N73.2、N76.4、H00.031-H00.039、H60.00-H60.13、J34.0 (自一百十四年一月一日起適用)
充血性心臟衰竭	I50.2-I50.9、I09.81
發燒	R50.2-R50.9
泌尿道感染	N36.0、N36.1、N36.2、N36.4、N36.5、N36.8、N39、N13.9、R31、B37.41、B37.49、N30.00-N30.91、N34.1、N34.2、N41.3
腎盂腎炎	N12、A02.25、D86.84、N10-N12
慢性腎衰竭	N18.1-N18.6
肝硬化，未提及酒精性者	K74.60、K74.69、K74.1-K74.5
肝性昏迷	K72.91、K70.41、K71.11、K72.01、K72.11 ICD-10-CM(2023年版) ：K72.91、K70.41、K71.11、K72.01、K72.11、K76.82 (自一百十四年一月一日起適用)

附表三

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

1、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)

1、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 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。~~

2. 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

3. OHCA(共 1 欄)：出院前 MRS 分數(0-5 分)。

4. OHCA 且轉院治療_轉出院所(共 1 欄)：轉院前心跳數。

5. OHCA 且轉院治療_轉入院所(共 1 欄)：出院前 MRS 分數(0-5 分)。

2、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

1. 接受轉診醫院：轉入時間、轉入醫院代號

3、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)。

附表四 急診重大疾病照護及轉診獎勵給付項目及支付標準

一、急診重大疾病照護品質

編號	項目	點數
P4601B	急性心肌梗塞照護獎勵 註： 1.適用對象：主診斷碼(ICD-10-CM)為：<u>I21.0-I21.3、I21.9、I21.A1、I21.A9、I22.0-I22.1、I22.8-I22.9</u>之急診病人。 ICD-10-CM(2023年版)：I21.0-I21.3、I21.9、I21.A1、I21.A9、I22.0-I22.1、I22.8-I22.9(自一百十四年一月一日起適用)。 2.支付條件及規範：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 wire time < 90 min)。	6,000
P4612B	重大外傷照護獎勵_2小時內進開刀房	10,000
P4613B	重大外傷照護獎勵_4小時內進開刀房 註： 1.適用對象： (1)符合下列主診斷碼且ISS≥16之急診病人：T07、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")、S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92(前述第7位碼皆須為"A"或"B")、S52、S72、S82(前述第7位碼皆須為"A"或"B"或"C")。 ICD-10-CM(2023年版)：T07.XXXA、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")、S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92(前述第7位碼皆須為"A"或"B")、S52、S72、S82、S99(前述第7位碼皆須為"A"或"B"或"C")(自一百十四年一月一日起適用) (2)體表面積>20%之重大燒傷，診斷為下列代碼之急診病人：T31.20-T31.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T32.20-T32.99、T26.00XA-T26.92XA。 2.支付條件及規範：從進入急診後2小時或4小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置(詳附表一)。 3.限擇一申報。	2,000

編號	項目	點數
P4602B	嚴重敗血症照護獎勵 註： 1.適用對象：主診斷或次診斷碼為：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，符合國際嚴重敗血症指引定義之急診敗血症病人。 2.獎勵條件及規範：進入急診後 3 小時內給予第一劑抗生素及 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。	2,000
P4614B	到院前心跳停止(OHCA)於收治急診之醫院治療後出院 —OHCA 照護獎勵_清醒出院	35,000
P4615B	—OHCA 照護獎勵_存活出院	10,000
P4616B	OHCA 經轉院治療後出院 —OHCA 轉出院所照護獎勵	同轉入院所
P4617B	—OHCA 轉入院所照護獎勵_清醒出院	15,000
P4618B	—OHCA 轉入院所照護獎勵_存活出院	5,000
	註： 1.適用對象：主診斷或次診斷碼為 I46.2、I46.8、I46.9 及 R99 之急診病人。 2.支付條件及規範： (1)P4614B、P4615B(於收治急診之醫院治療後出院)：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)。 (2)P4616B~P4618B(經轉院治療後出院)：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。 (3)P4616B 由保險人依轉入院所申報及 VPN 登錄內容進行勾後，依病人出院實際狀況，每季統一補付(點數同轉入院所)。 (4)申報本項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」	

編號	項目	點數
	使用電子病歷交換中心（E.M.R. Exchange Center，EEC）上傳資料。	
P4621B	主動脈剝離於收治急診之醫院治療後出院 —主動脈剝離照護獎勵	30,000
P4622B	主動脈剝離經轉院治療後出院 —主動脈剝離轉出院所照護獎勵	15,000
P4623B	—主動脈剝離轉入院所照護獎勵	15,000
	註： 1.適用對象：主診斷碼為 I71.00、I71.01、I71.02、I71.03、I71.1、I71.3、I71.5、I71.8 之急診病人，需緊急手術者。 ICD-10-CM(2023 年版)：I71.00、I71.010、I71.011、I71.012、I71.019、I71.02、I71.03、I71.10、I71.11、I71.12、I71.13、I71.30、I71.31、I71.32、I71.33、I71.50、I71.51、I71.52、I71.8 (自一十四年一月一日起適用) 2.支付條件及規範： (1)P4621B：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)。 (2)P4622B、P4623B：於醫院 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)。 (3)P4622B 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。	

二、急診轉診品質獎勵

編號	項目	點數
	(一)向上轉診	
	1.轉出醫院	
P4603B	—急診上轉轉出醫院獎勵	500
P4624B	—急診上轉轉出醫院 60 分鐘內轉出獎勵	1,500
—	—重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵（上轉）【本項由保險人勾稽計算】	5,000
	2.接受轉診醫院	

P4604B	—急診上轉轉入醫院獎勵	500
P4619B	—重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵(上轉) 註： 1. 中度或一般級急救責任醫院及地區醫院，轉診至上一級急救責任醫院或區域以上醫院接受專業處理。 2. 適用向上轉診之疾病主診斷如附表二。 3. 轉出醫院之二項獎勵，限擇一申報；轉入醫院之二項獎勵，限擇一申報。	5,000
P4605B	—急診下轉轉出醫院獎勵	2,000
P4611B	—急性醫療醫院醫師訪視獎勵費：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，每次支付1,000點，當次住院最多申報3次。	1,000
—	—急診病人直接入住轉入醫院病房(不經轉入醫院之急診)獎勵(下轉)【本項由保險人勾稽計算】	3,500
P4606B	2. 接受轉診醫院 —急診病人直接入住轉入醫院病房(不經轉入醫院之急診)獎勵(下轉)	3,500
P4611B	—急性醫療醫院醫師訪視獎勵費：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，每次支付1,000點，當次住院最多申報3次。	1,000
P4626B	—區域醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵(第一天)	詳註3
P4609B	—區域醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵(第二天起)	詳註3
P4627B	—地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵(第一天)	詳註3
P4610B	—地區醫院接受醫學中心急診病人下轉住院獎勵(第二天起)	詳註3
P4628B	—地區醫院接受區域醫院急診病人下轉住院獎勵(第一天)	詳註3
P4629B	—地區醫院接受區域醫院急診病人下轉住院獎勵(第二天起)	詳註3
	註： 1. 向下轉診係指重度級或中度級急救責任醫院或區域以上醫院，將已收治一般急診常見疾病的穩定病人轉出至下一級急救責任醫院或下一層級之醫院之適當醫療機構。	

	2.適用向下轉診之疾病主診斷如附表三。 3.P4609B、P4610B、P4626B 及 P4627B、P4628B 及 P4629B 為轉診病人當次住院之基本診療費用，該院層級與醫學中心或區域醫院層級支付標準點數之差額。	
P4607B P4625B —	(三)平行轉診 1.轉出醫院 —急診平轉轉出醫院獎勵 —急診平轉轉出醫院 60 分鐘內轉出獎勵 —重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵(平轉)【本項由保險人勾稽計算】 2.接受轉診醫院 —急診平轉轉入醫院獎勵 —重症病人直接入住轉入醫院加護病房(不經轉入醫院之急診)獎勵(平轉) 註： 1.適用平行轉診之疾病主診斷如附表二、附表三。 2.轉出醫院之三項獎勵，限擇一申報；轉入醫院之二項獎勵，限擇一申報。	500 1,500 5,000 500 5,000

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準 修訂規定

第二部 西醫

第二章 特定診療

第二節 放射線診療

通則：

(前略)

五、X 光片子與紀錄之保留，請依醫療法規定辦理。

六、符合重大外傷之急診病人緊急執行 33075B 及 33144B 之加成方式如下：

(一)2 小時內執行，得按本節所定點數加算百分之百。

(二)超過 2 小時且 4 小時內執行，得按本節所定點數加算百分之六十。

(三)案內加成獎勵費用優先分配於第一線執行人員，並每年提報獎勵費用之運用情形予保險人分區業務組。

(四)重大外傷係指主診斷為 T07.XXXA、[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")]、S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92、S99 (前述第 7 位碼皆須為"A"或"B")]、[S52、S72、S82 (前述第 7 位碼皆須為"A"或"B"或"C")] 或體表面積>20%之重大燒傷主診斷碼為 T31.20-T31.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T32.20-T32.99、T26.00XA-T26.92XA。

~~六~~→七、本節所謂兒童加成項目分為：(以下略)

第二部 西醫

第二章 特定診療

第六節 治療處置

通則：

(前略)

五、同一手術部位或同一病灶同時施行兩種以上之處置時，按其主要處置項目所定點數計算之。

六、符合重大外傷之急診病人緊急執行48014C、48015B、48016B、48017B、48029B及48030B之加成方式如下：

(一)2小時內執行，得按本節所定點數加算百分之百。

(二)超過2小時且4小時內執行，得按本節所定點數加算百分之六十。

(三)案內加成獎勵費用優先分配於第一線執行人員，並每年提報獎勵費用之運用情形予保險人分區業務組。

(四)重大外傷係指主診斷為T07.XXXA、〔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"）〕、S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92、S99（前述第7位碼皆須為"A"或"B"）〕、〔S52、S72、S82（前述第7位碼皆須為"A"或"B"或"C"）〕或體表面積>20%之重大燒傷主診斷碼為T31.20-T31.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T32.20-T32.99、T26.00XA-T26.92XA。

七、急診病人因緊急傷病而必需4小時內立即治療處置者，其「處置費」得按本節所定點數加算百分之二十，但「一般材料費」不得另按比例加算。

~~六~~八、本節所謂兒童加成項目分為：（以下略）

第二部 西醫

第二章 特定診療

第七節 手術

通則：

(前略)

十一、急診病人因緊急傷病而必需立即手術者，其「手術費」得按本節所定點數加算百分之三十，但「手術一般材料費」不得另按比例加算。

十二、符合重大外傷之急診病人緊急執行 64022B、64023B、64024B、64197C、64158B、69038C、64237C、67013B、67002B、67010B、67011B、67022B、67023B、67024B、68036B、68006B、68005B、68001B、69009B、75007B、75009B、75805B、83036C、83037C、83039B、73010B、71206B、72014B、73017B、74206B、70001B、70002B及 83080B 之加成方式如下：

(一)2小時內執行，得按本節所定點數加算百分之百。

(二)超過2小時且4小時內執行，得按本節所定點數加算百分之六十。

(三)案內加成獎勵費用優先分配於第一線執行人員，並每年提報獎勵費用之運用情形予保險人分區業務組。

(四)「手術一般材料費」不得另按比例加算。

(五)重大外傷係指主診斷為T07.XXXA、〔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"）〕、S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92、S99（前述第7位碼皆須為"A"或"B"）〕、〔S52、S72、S82（前述第7位碼皆須為"A"或"B"或"C"）〕或體表面積>20%之重大燒傷主診斷碼為T31.20-T31.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T32.20-T32.99、T26.00XA-T26.92XA。

~~十二~~十三、本節各項手術均為提升兒童加成項目，但「手術一般材料費」不得另按比例加算。加成率如下：病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之百；年齡在六個月以上但未滿二歲者，依表定點數加計百分之八十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之六十，若同時符合緊急傷病必須立即手術者，依加成率合計後一併加成。

第二部 西醫

第二章 特定診療

第十節 麻醉費

通則：

(前略)

六、病人因器官移植及摘取手術、心臟手術、腦部手術、休克或急診而必須立即手術者，同次手術之麻醉費得按所定支付點數加計，其中器官移植及摘取手術得加計百分之百，其他所列手術項目得加計百分之二十，但麻醉材料費及藥劑費不得按比例加算。若同時符合兩類型手術，以加計成數高者計之（如心臟移植手術）。

七、符合重大外傷之急診病人緊急執行 33075B、33144B、48014C、48015B、48016B、48017B、48029B、48030B、64022B、64023B、64024B、64197C、64158B、69038C、64237C、67013B、67002B、67010B、67011B、67022B、67023B、67024B、68036B、68006B、68005B、68001B、69009B、75007B、75009B、75805B、83036C、83037C、83039B、73010B、71206B、72014B、73017B、74206B、70001B、70002B、83080B 之麻醉費加成方式如下：

(一)2小時內執行，得按本節所定點數加算百分之百。

(二)超過2小時且4小時內執行，得按本節所定點數加算百分之六十。

(三)案內加成獎勵費用優先分配於第一線執行人員，並每年提報獎勵費用之運用情形予保險人分區業務組。

(四)重大外傷係指主診斷為T07.XXXA、[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"）]、S02、S12、S22、S32、S42、S62、S92、S99（前述第7位碼皆須為"A"或"B"）]、[S52、S72、S82（前述第7位碼皆須為"A"或"B"或"C"）]或體表面積>20%之重大燒傷主診斷碼為T31.20-T31.99、T20.30XA-T20.39XA、T20.70XA-T20.79XA、T32.20-T32.99、T26.00XA-T26.92XA。

七、八、本節各麻醉項目皆為提升兒童加成項目，意指病人年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之百；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之八十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之六十，惟各麻醉項目另有規定者除外。

全民健康保險門診靜脈抗生素治療獎勵方案

114年8月6日健保醫字第1140117016號公告實施
114.00.00 公告修訂

壹、依據：全民健康保險會（下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項。

貳、計畫說明：

為整合現行住院、急診與門診抗生素治療資源，提供可行之門診靜脈抗生素治療（Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy, OPAT）模式，提升病人醫療可近性並減少住院需求或縮短住院天數以增加醫院病床使用效率，改善現行急診壅塞現況。

參、目標：

- 一、提升醫療可近性：為因感染需長期靜脈抗生素治療之病人提供門診治療選項，減少住院時間，減少對病人工作及生活之影響。
- 二、降低醫療負擔：減少不必要住院，提高醫療機構病床使用效率，降低醫療支出。
- 三、確保醫療品質：透過跨專科醫療團隊，提供整合性治療，提升病人治療成功率，並減少併發症。

肆、預算來源：全民健康保險醫院、西醫基層醫療給付費用總額一般服務「新醫療科技」新增診療項目項下。

伍、參與機構：健保特約之醫學中心、區域醫院、地區醫院與西醫診所。

陸、收案條件：

病情穩定（如無重大併發症風險）且無須住院之病人並符合下列任一適應症

- 一、肺炎（ICD-10-CM：J12-J18、J20-J22、J69.0）。
- 二、尿路感染（ICD-10-CM：N10、N34、N30.0、N30.3、N30.8、N30.9、N39.0）。
- 三、軟組織感染（ICD-10-CM：L03.0、L03.1、L03.2、L03.3、L03.8、L03.9）。
- 四、骨髓炎、脊椎感染、敗血性關節炎、心內膜炎、術後感染、醫療器材相關感染。

柒、給付項目及支付標準

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
39027C	門診靜脈抗生素治療處置費（天） 未使用輸液器 —每天注射1次	v	v	v	v	1031
39028C	—每天注射2次以上	v	v	v	v	1234
39030C	使用輸液器1日型 註： 1.符合下列任一適應症，且病情穩定之病人： (1)肺炎（ICD-10-CM：J12-J18、J20-J22、J69.0）。 (2)尿路感染（ICD-10-CM：N10、N34、N30.0、N30.3、N30.8、N30.9、N39.0）。 (3)軟組織感染（ICD-10-CM：L03.0、L03.1、L03.2、L03.3、L03.8、L03.9）。 (4)骨髓炎、脊椎感染、敗血性關節炎、心內膜炎、術後感染、醫療器材相關感染。 2.須施打符合全民健康保險藥物給付項目及支付標準附件六藥品給付規定第10節抗微生物劑 Antimicrobial agents之藥品。 3.執行頻率：每次治療計畫上限為5天，申報時應於病歷詳載相關治療計畫（治療天數）；因病情需要仍須持續治療者，得再另啟新治療計畫。 4.內含藥事服務費、注射費、護理費及針具等耗材費用。 5.診察費、藥費及檢驗檢查費另計。 6.若治療計畫中斷，則由醫師臨床專業評估延續或重啟計畫。 7.39030C內含特殊治療材料（輸液器1日型）費用，不得另加算申報。	v	v	v	v	2133
39029C	門診靜脈抗生素治療個案管理費 註： 1.符合下列任一適應症，病情穩定且執行門診靜脈抗生素治療處置之病人： (1)肺炎（ICD-10-CM：J12-J18、J20-J22、J69.0）。 (2)尿路感染（ICD-10-CM：N10、N34、N30.0、N30.3、N30.8、N30.9、N39.0）。 (3)軟組織感染（ICD-10-CM：L03.0、L03.1、L03.2、L03.3、L03.8、L03.9）。 (4)骨髓炎、脊椎感染、敗血性關節炎、心內膜炎、術後感染、醫療器材相關感染。 2.同個案每次治療計畫限申報一次，且須於完成當次治療計畫時申報，中斷計畫則不得申報。 3.申報本項費用，應於每次治療計畫中確實掌握病人治療情形，並記載於病歷。	v	v	v	v	500

捌、醫療費用申報及審查原則

- 一、除本方案另有規定外，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、全民健康保險醫療服務費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理醫療費用申報、暫付、審查及核付事宜。
- 二、醫療服務作業流程依全民健康保險醫療辦法第8條、第9條規定辦理。
- 三、醫療服務點數清單及醫令清單填表說明（詳如附表）：

（一）急診及門診病人同院所執行本方案（門診醫療費用點數申報格式）

1.治療計畫第1天

- (1)依就醫情形填報案件分類（d1）。
- (2)特定治療項目（d4-d7）：「DA：門診靜脈抗生素治療（OPAT）」。
- (3)就醫識別碼（d60）：依就醫當下產製之就醫識別碼填報。
- (4)醫令類別為（p3）「2」。
- (5)慢性病連續處方箋、同一療程及排程檢查案件註記（p17）：「2-同一療程案件」。

2.治療計畫第2-5天

- (1)案件分類（d1）：「09」。
- (2)特定治療項目（d4-d7）：「DA：門診靜脈抗生素治療（OPAT）」。
- (3)就醫識別碼（d60）：依治療計畫第2天當下產製之就醫識別碼填報。
- (4)原就醫識別碼（d62）：回填計畫第1天之就醫識別碼。
- (5)醫令類別（p3）：「2」。
- (6)慢性病連續處方箋、同一療程及排程檢查案件註記（p17）：「2-同一療程案件」。

（二）病人出院後同院執行本方案（出院改門診治療）

- 1.住院或急診病人經醫師評估後可改門診治療，則由住院或急診之主治醫師於出院前開立治療計畫。
- 2.出院後應於門診執行治療計畫（門診醫療費用點數申報格式）
 - (1)案件分類（d1）：「09」。

- (2)特定治療項目（d4-d7）：「DA：門診靜脈抗生素治療（OPAT
- (3)就醫識別碼（d60）：依治療計畫第1天當下產製之就醫識別碼填報。
- (4)原就醫識別碼（d62）：回填住院或急診之就醫識別碼。
- (5)醫令類別（p3）：「2」。
- (6)慢性病連續處方箋、同一療程及排程檢查案件註記（p17）：「2-同一療程案件」。

(三)本方案個案管理費須完成當次治療計畫方可申報，請於治療計畫完成日申報（因故中斷治療計畫者不得申報）。

四、申報本方案支付項目，治療計畫等相關資料需存放於病歷備查，未依保險人規定內容登載相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，除核刪方案相關費用外，經確證日起至次年底不納入本方案之獎勵。

玖、訂定與修正程序

本方案由保險人與醫院、西醫基層總額相關團體共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康險保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。

附表 門診靜脈抗生素治療申報方式

OPAT 就醫健保卡事項

就醫情境	治療計畫第1天	計畫第2-5天
門診		
就醫類別	01-西醫門診	AA-同一療程項目屬 "6次以內治療為限者"
急診		
就醫類別	04-急診	AA-同一療程項目屬 "6次以內治療為限者"
出院後執行 OPAT (出院後才可申報)	出院後於門診執行治療計畫第1天至第5天	
就醫類別	AA-同一療程項目屬"6次以內治療為限者"	

OPAT 醫療費用申報

就醫情境	治療計畫第1-5天(第1天和第2-5天分2筆申報)	
	治療計畫第1天	治療計畫第2-5天 (跨月治療結束後請合併申報)
門診或急診執行首日 OPAT		
診察費	診察費僅可列報一筆	不得申報診察費
案件分類	依就醫情形填報案件分類	09
特定治療項目代碼	DA：門診靜脈抗生素治療	DA：門診靜脈抗生素治療
部分負擔代碼	依實際情形填寫	009
就醫識別碼	健保 IC 卡取得之就醫識別碼	依治療計畫第2天取得之就醫識別碼填報
原就醫識別碼	不必填	回填治療計畫第1天之就醫識別碼
就醫序號	健保 IC 卡取得之就醫序號	回填計畫第1天之就醫序號
醫令類別	2	2
慢性病連續處方箋、同一療程及排程檢查案件註記	2：同一療程案件	2：同一療程案件
出院後執行 OPAT (出院後才可申報)	出院後於門診執行治療計畫第1-5天 (限門診醫療費用點數申報格式申報；跨月治療結束後請合併申報)	
診察費	出院時已申報診察費，不得申報診察費	
案件分類	09	
特定治療項目代碼	DA：門診靜脈抗生素治療	
部分負擔代碼	009	
就醫識別碼	依治療計畫第1天取得之就醫識別碼填報	
原就醫識別碼	回填住院或急診之就醫識別碼	
就醫序號	回填住院或急診之就醫序號	
醫令類別	2	
慢性病連續處方箋、同一療程及排程檢查案件註記	2：同一療程案件	

114年全民健康保險高血脂醫療給付改善方案

壹、 依據

全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、 計畫說明

心臟疾病係國人第二大死因，其中以動脈粥狀硬化心血管疾病（atherosclerotic cardiovascular disease, 下稱 ASCVD）最為常見，估計占心血管病例之 85%。若能早期發現，WHO 指出高達 80%的心血管事件與中風可預防。ASCVD 可控風險因子中，低密度膽固醇（LDL-C）與 ASCVD 高度相關，為改善心血管病人之預後，期透過推行本計畫，落實血脂管理臨床路徑以及疾病風險分級，導入目標導向之照護方案，減少心血管事件所造成之次發性事件與死亡，以改善群體健康，優化醫療體系效能。

參、 目的

- 一、透過動脈粥狀硬化心血管風險分級，建立照護模式與個別 LDL-C 治療目標，以促進 ASCVD 病人長期持續地疾病控制，達到心血管事件的預防或復發，並減少非必要醫療支出。
- 二、落實血脂管理臨床路徑，強化心血管風險評估、風險因子控制目標設定、處置及追蹤醫療建議的執行，以提升臨床照護品質。
- 三、藉由疾病管理指導及個案追蹤模式，增強病人自我疾病管理能力，並透過全民健保行動快易通 | 健康存摺 App 及大家醫平台進行雙向管理，使其配合長期心血管風險因子控制。
- 四、本計畫針對經臨床檢查確診為 ASCVD 且風險分級為「非常高」或「極高」之病人，納入照護。本計畫協同現有其他照護方案，未來期望達到三高防治 888（80%三高病人加入照護網、80%收案病人接受生活習慣諮商、80%收案病人達到三高控制）之最終政策目標。

肆、 預算來源

全民健康保險（以下稱本保險）醫院醫療給付費用總額之「醫療給付改善方案」專款項目。

伍、 參與資格

一、參與醫事服務機構資格，須同時符合下列條件：

- (一) 本保險特約醫院。
- (二) 應具備心臟血管專科或神經科專科醫師人力。
- (三) 醫院應設置個案管理人員至少 1 名，應由執業登記於該醫院之醫事人員、具醫務管理或公共衛生背景之非醫事人員擔任，辦理下列事項：
 - 1、協助調查個案健康狀況、聯繫及協調照護計畫。
 - 2、協助個案管理與衛教宣導。

二、執行人員資格：須符合下列條件之一者

- (一) 新加入本方案之個案管理人員，應取得訓練課程 4 學分，並取得證明，已取得糖尿病共照網學分者除外。
- (二) 本計畫訓練課程（附件 1）由中華民國心臟學會、中華民國血脂及動脈硬化學會、臺灣介入性心臟血管醫學會、中華民國糖尿病學會、社團法人中華民國糖尿病衛教學會、社團法人台灣腦中風學會、台灣內科醫學會、台灣家庭醫學醫學會、台灣腎臟醫學會或保險人認可之課程辦理。

三、須向保險人提出申請（申請書如附件 2），經保險人核定後始得參與本計畫。

四、退場機制：

- (一) 參與本計畫之特約醫院，未依所提計畫提供服務或參與本計畫有待改善事項（未依保險人規定內容登錄相關品質資訊，或登錄之任一病人檢查驗數值經保險人審查發現登載不實），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院及醫師，如涉及特管辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人違規者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分

者），應自保險人第一次核定違規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。

陸、 收案條件、照護模式及醫療服務內容

一、 收案條件

(一) 18 歲以上新發生急性住院事件之出院病人並經醫療團隊評估願意配合此防治計畫追蹤項目之保險對象，且經臨床檢查確診為 ASCVD 且風險分級為「非常高」或「極高」之個案（如附件 3 風險分級表）。

■「非常高」風險者

1、 經臨床檢查確診為動脈硬化心血管疾病，包含：

- (1) 急性冠心症或相關病史
- (2) 接受冠狀動脈血管再通術（心導管介入治療或外科冠狀動脈繞道手術）
- (3) 缺血性中風/短暫性腦缺血發作合併動脈硬化相關疾病或病史
- (4) 周邊動脈疾病（曾接受血管再通術、有肢體缺血相關症狀或截肢）

2、 經影像檢查確認有顯著斑塊負擔，定義為 $\geq 50\%$ 直徑狹窄，包含：

- (1) 冠狀動脈血管攝影
- (2) 冠狀動脈或周邊血管電腦斷層攝影
- (3) 頸動脈或周邊血管超音波

■「極高」風險者

1、 冠狀動脈疾病合併下列任一臨床狀況：

- (1) 一年內曾經歷心肌梗塞
- (2) ≥ 2 次心肌梗塞病史
- (3) 多支冠狀動脈阻塞
- (4) 急性冠心症合併糖尿病

2、 周邊動脈疾病合併有

- (1) 冠狀動脈疾病 或
- (2) 頸動脈狹窄

(二) 不得與其他特約醫事服務機構重複收案。

二、 照護模式及醫療服務內容

(一) 收案評估：

照護團隊應向符合收案條件病人解釋本計畫目的及內容，經保險對象同意後始得收案，並依血脂臨床管理路徑（附件 4）提供收案對象完整初始評估（附件 5），根據病人 ASCVD 風險評估結果說明其血脂治療目標（非常高風險：LDL-C < 70 mg/dL；極高風險：LDL-C < 55 mg/dL），同時處置各項可改善心血管風險

因子，包含：血壓、HbA1c、肥胖、抽菸、酒精攝取、飲食、生活型態，提供合適的衛教資源，促進病人自我疾病管理能力。

(二) 追蹤管理

- 1、照護團隊應遵循血脂管理路徑（同附件 4）處置病人，並定期追蹤收案對象其疾病品質指標之改善情形，提供持續性追蹤諮詢，協助監測個案未達標之檢驗檢查項目，提供個案疾病管理衛教（如使用個人健康存摺自我管理、生活型態諮詢、控制其他心血管風險因子等），聯繫及協調個別照護計畫，使收案對象自我照護能力及血脂指標能獲得長期控制。
- 2、個案經起始治療後，於第 6-8 週檢測血脂，評估 LDL-C 是否達標，如達標則至少每 6 個月持續追蹤血脂並持續治療；如未達標則調整治療計畫，並於 1-3 個月內追蹤 LDL-C。
- 3、疾病指標之檢驗數據可採用追蹤管理日前 30 天內之結果做為評估依據，但檢驗日期不得與前次追蹤管理階段或收案評估階段之檢驗日期相同。
- 4、個案病況穩定鼓勵下轉銜接後續相關計畫持續照護。

(三) 結案條件（符合以下任一條件者應予結案，同一院所同一收案對象經結案後一年內因同一急性住院事件不得再收案）

- 1、可歸因於病人者，如長期失聯超過 3 個月以上、拒絕再接受治療、死亡或未能配合醫療團隊建議（如：個案收案已超過一年且任一疾病管理指標皆未有進步者）。
- 2、個案病況穩定下轉：收案後經連續 2 次檢測 LDL-C 皆達標。
- 3、收案追蹤滿 1 年。
- 4、收案院所退出本計畫。

(四) 管理登錄個案

- 1、參與本計畫之特約院所須依照護時程，將收案對象之相關資料（附件 6）上傳至健保資訊網服務系統（VPN）。
- 2、若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、依個人資料保護法之規定，保險對象個人資料應予保密。

柒、 給付項目及支付標準

編號	診療項目	支付點數
P8901B	新收案照護費 1、個案登錄系統必填欄位：建立病人基本資料、收案日期、收案院所、個案基本資料、醫療病史、檢查數據、目標值。 2、收案期間限申報 1 次，於新收案時申報。	500 點
P8902B	年度收案照護費 註： 1、同一病人於同一院所之同一心血管事件僅得申報一次，於收案滿 1 年時申報（或病況穩定未滿 1 年結案時）。 2、本項支付點數包含收案所需執行項目： (1) 個案收案評估。 (2) 告知個案計畫管理流程及收案。 (3) 依臨床路徑風險因子評估（菸癮、運動、飲食、腰圍、BMI、三高），將病人進行 ASCVD 風險分級並依照血脂管理路徑訂定個人 LDL-C 管理目標。 (4) 個案健康指導及衛教：菸癮、運動、飲食。 (5) 個案健康行為及檢驗檢查值上傳 VPN 系統。 (6) 執行衛教、整合性照護、資源連結，提升病人自我照顧能力。 3、完成收案評估、追蹤管理且上傳收案登錄相關資料後，方得申報本項費用。	2,000 點

編號	診療項目	支付點數
	成功轉介費（轉出）	1,000 點
	成功轉介費（轉入）	1,000 點
	註：	
	1、限個案病況穩定下轉，且下轉後 6 個月內 LDL-C 檢測達標，每人限支付一次。	
	2、個案病況穩定下轉後，由「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」、「全民健康保險醫療給付項目及支付標準第八部第二章糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」(以下稱 P4P-DM/CKD/DKD) 或「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」收案照護。	
	3、結案原因為長期失聯(一百八十天以上)、拒絕再接受治療或死亡者，不可申報本項。	
	4、不得同時申報 01034B、00192A、00193C 或本署任一品質提升方案、照護計畫之相關轉診獎勵。	

捌、品質獎勵措施

一、品質獎勵指標：

(一) 血脂追蹤檢測完成率，定義：

- 1、分母：該院所當年度收案個案人數，排除第四季新收案之人數。
- 2、分子：分母病人中，於收案期間內依血脂臨床管理路徑規範時效，完成血脂檢測之人數。

(二) LDL-C 控制良率，定義：

- 1、分母：該院所當年度收案個案人數，排除第四季新收案之人數。
- 2、分子：分母病人中，非常高風險最後一次 LDL 檢驗值 <70mg/dL、極高風險最後一次 LDL 檢驗值 <55mg/dL 之人

數。

(三) 成功下轉率，定義：

1、分母：該院所當年度收案個案中，個案病況穩定之人數。

2、分子：分母病人中，病況穩定病人轉至家庭醫師整合性照護計畫、P4P-DM/CKD/DKD 或全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫收案照護之人數。

二、品質獎勵：

(一) 各醫院依「品質獎勵指標」之三項指標比率分別排序(血脂追蹤檢測完成率、LDL-C 控制良率及成功下轉率皆由高排至低)，再將各指標之序別各乘上三分之一後相加重新排序，排序總和前 15 百分位、>15 百分位且 ≤ 30 百分位之醫院，每個個案數分別支付 1,000 點及 500 點。

(二) 前項獎勵費優先分配予參與方案之醫師及個案管理師等照護團隊人員。

玖、醫療費用申報及審查原則

一、除另有規定外，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

二、點值結算方式：於年度結束後進行全年結算，採浮動點值計算，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、核定與輔導轄區醫事服務機構執行計畫。

壹拾壹、資訊之分享與公開

一、保險人各分區業務組得舉辦計畫執行概況檢討或發表會，由參與本計畫之特約醫院報告，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計畫之醫院名單及相關品質資訊供民眾參考。

壹拾貳、訂定與修正程序

本計畫由保險人與醫院總額相關團體共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。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辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

附件一、 全民健康保險高血脂給付改善方案教育訓練課程

課程名稱	學分
動脈粥狀硬化心血管疾病之診斷與防治-血脂管理路徑之介紹	1
動脈粥狀硬化心血管疾病危險因子管理	1
動脈粥狀硬化心血管疾病血脂管理及病人衛教之技巧	1
血脂異常藥物治療策略與實務指引	1

附件二、 全民健康保險高血脂醫療給付改善方案申請表

院所申請類別: ☐新增 ☐變更(變更者另檢附變更事項前後對照表)

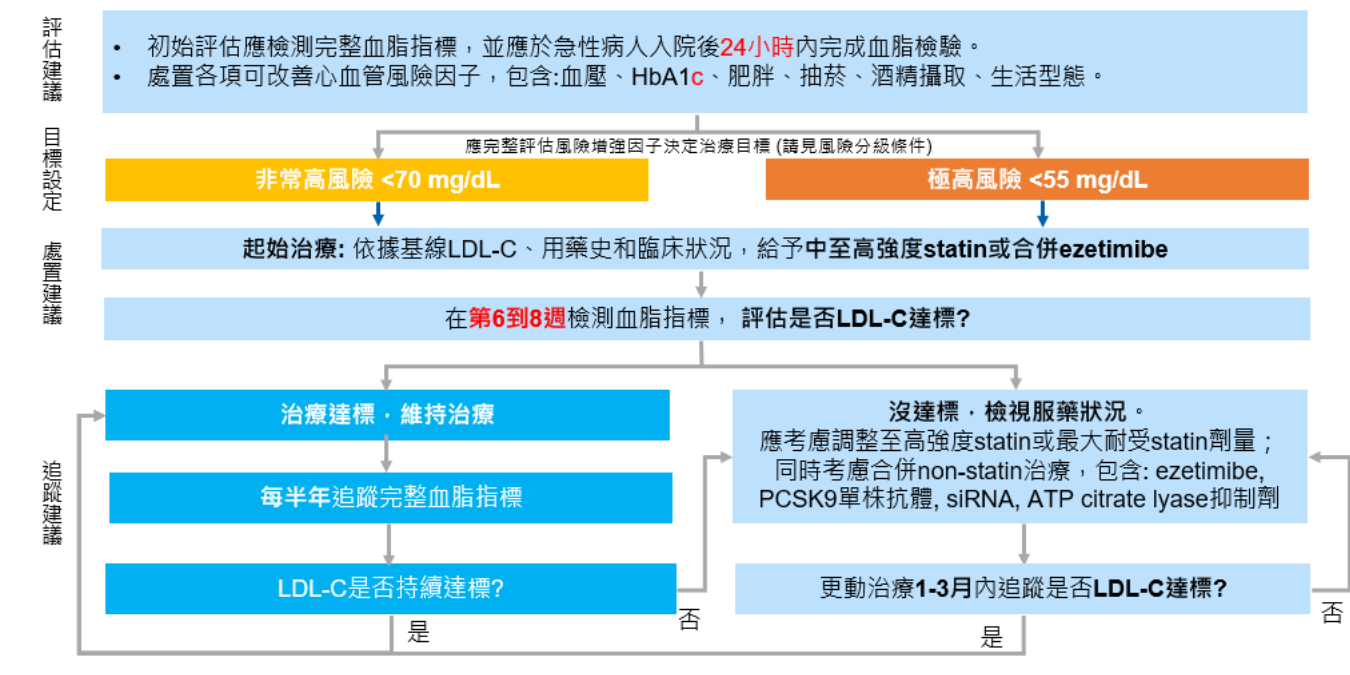
基本資料	醫事機構名稱		醫事機構代號		
	醫事機構負責人				
	計畫聯絡人姓名		計畫聯絡人電話		
	計畫聯絡人 e-mail				
照護團隊名單					
	姓名	身分證字號	職稱	專科別	教育訓練課程資料
					☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他
					☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他
					☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他
					☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他
					☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他
保險醫事服務機構	機構章戳			保險人審意見欄	1 ☐ 審核通過 2 ☐ 不符合規定 3 ☐ 資料不全，請補齊 4 ☐ 其他 日期章戳：
本欄由審查單位填寫					
註： 1、參與照護團隊超過本表欄位時，可自行插入列。 2、參與醫院將申請表送至各分區業務窗口進行後續資料審查前，請務必確認表內所填之所有基本資料正確及完整。					

附件三、ASCVD 風險分級表

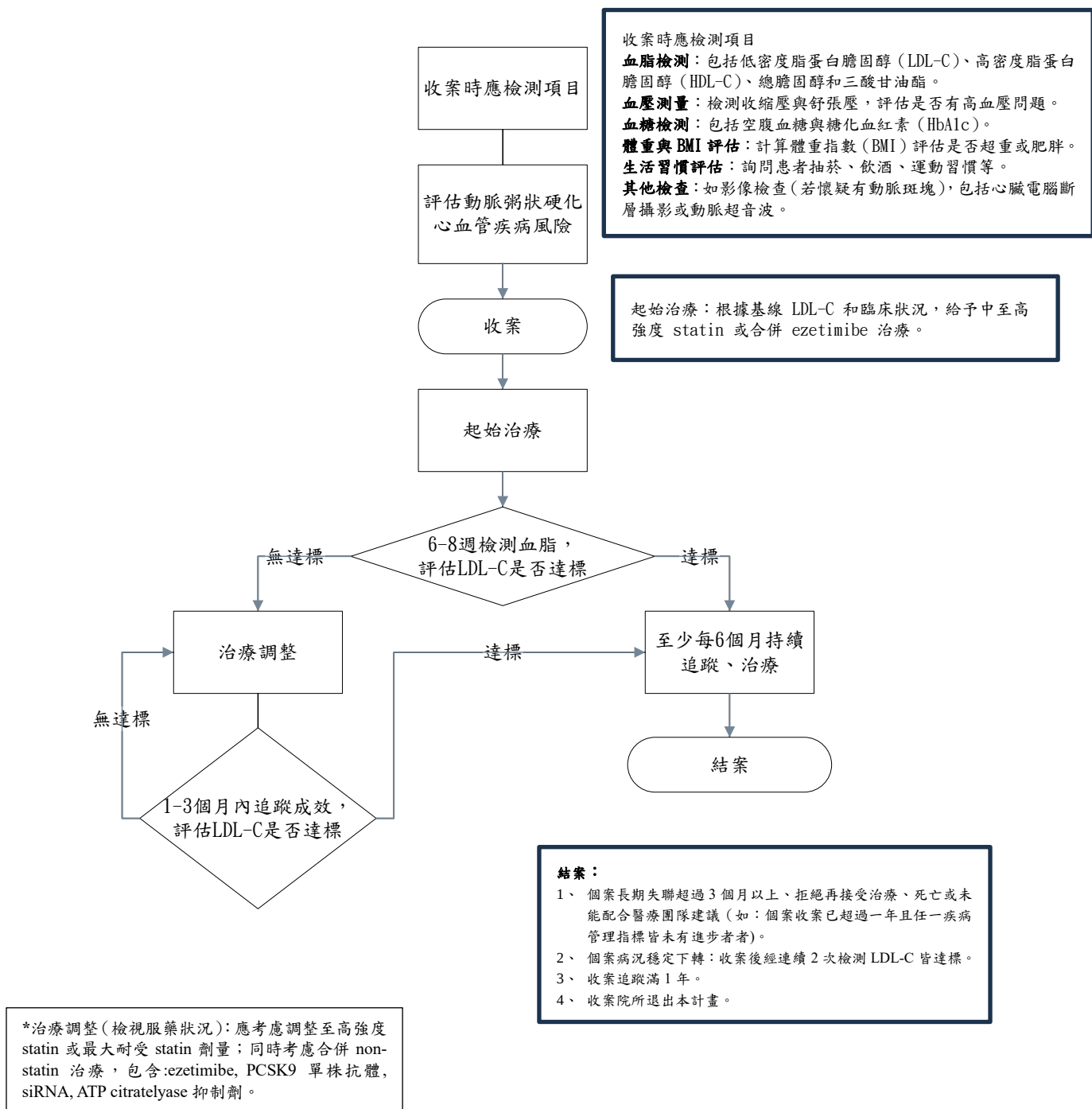
低	中	高	非常高	極高
● 心血管風險因子: (低:一項;中:≥兩項) 1) 高血壓 2) 年齡 (男≥45歲;女≥55歲) 3) 早發性冠心病家族史 (男≤55歲;女≤65歲) 4) HDL-C (男<40 mg/dL;女<50 mg/dL) 5) 抽菸 6) 代謝性症候群 (符合以下至少三項) - 腹部肥胖 (男≥90cm;女≥80cm) - 血壓偏高(≥130/85 mmHg或使用高血壓藥物) - 空腹血糖偏高 (≥100mg/dL或使用糖尿病藥物) - 空腹TG偏高 (≥150mg/dL或使用治療TG血脂藥物) - HDL-C偏低(男<40mg/dL;女<50mg/dL)		● 糖尿病 ● 慢性腎臟病 (進入透析治療前的慢性腎臟病,包括UACR ≥ 30 mg/g or eGFR < 60 mL/min/1.73 m2 至少持續3個月) ● LDL-C ≥190 mg/dL ● 冠狀動脈鈣化分數(CAC) ≥ 400	● 經臨床檢查確診為動脈硬化心血管疾病,包含: 1) 急性冠心症病史 2) 接受血管再通術 (心導管介入治療或外科冠狀動脈繞道手術) 3) 缺血性中風/短暫性腦缺血發作合併動脈硬化相關疾病或病史 4) 周邊動脈疾病 (曾接受血管再通術、有肢體缺血相關症狀或截肢) ● 經影像檢查確認有顯著斑塊負擔,定義為≥50%直徑狹窄率,包含: 1) 冠狀動脈血管攝影 2) 冠狀動脈或周邊血管電腦斷層攝影 3) 頸動脈或周邊血管超音波	● 冠狀動脈疾病合併下列任一臨床狀況: 1) 一年內曾經歷心肌梗塞 2) ≥兩次心肌梗塞病史 3) 多支冠狀動脈阻塞 4) 急性冠心症合併糖尿病 5) 周邊動脈疾病或頸動脈狹窄 ● 周邊動脈疾病合併有 1) 冠狀動脈疾病 或 2) 頸動脈狹窄

附件四、 血脂臨床管理路徑

血脂管理路徑-次級預防



附件五、 個案管理流程表



附件六、 全民健康保險高血脂醫療給付改善方案個案登錄系統（VPN）必要欄位表

一、 新收案必須登錄欄位

(一) 收案日期(YYY/MM/DD)

(二) 收案院所：醫事機構代號、醫師 ID

(三) 個案基本資料：個案身分證號、姓名、性別、出生日期

(四) 醫療病史(附件 7)(請勾選)：

1、 經臨床檢查確診為動脈硬化心血管疾病，包含：

(1) 急性冠心症或相關病史

(2) 接受冠狀動脈血管再通術（心導管介入治療或外科冠狀動脈繞道手術）

(3) 缺血性中風/短暫性腦缺血發作合併動脈硬化相關疾病或病史，勾選以下伴隨情況(目標 LDL-C<70)：

A. 顱內或頸部動脈狹窄。

B. 主動脈弓明顯動脈粥狀硬化(斑塊厚度 $\geq 4\text{mm}$)。

C. 冠狀動脈疾病病史。

(4) 周邊動脈疾病(曾接受血管再通術、有肢體缺血相關症狀或截肢)

2、經影像檢查確認有顯著斑塊負擔，定義為 $\geq 50\%$ 直徑狹窄，包含：

(1) 冠狀動脈血管攝影

(2) 冠狀動脈或周邊血管電腦斷層攝影

(3) 頸動脈或周邊血管超音波

3、冠狀動脈疾病合併下列任一臨床狀況：

(1) 一年內曾經歷心肌梗塞

(2) $\geq$ 兩次心肌梗塞病史

(3) 多支冠狀動脈阻塞

(4) 急性冠心症合併糖尿病

(5) 周邊動脈疾病或頸動脈狹窄

4、周邊動脈疾病合併有

- (1) 冠狀動脈疾病 或
- (2) 頸動脈狹窄

(五) 檢查數據：

1、基本檢查數據：

- (1) 檢查日期
- (2) 身高(cm)、體重(kg)、腰圍(cm)、身體質量指數 BMI (kg/m²)
- (3) 血壓：收縮壓(mmHg)、舒張壓(mmHg)

2、血液檢驗：

- (1) 檢驗日期
- (2) 09005C 空腹血漿葡萄糖或微血管血糖 Fasting plasma glucose or capillary blood sugar
- (3) 09006C 糖化血紅素 HbA1C(符合糖化白蛋白檢驗適應症個案，得以 09139C(糖化白蛋白)替代)
- (4) 空腹血脂 Fasting lipid profile (09001C 總膽固醇 cholesterol, total、09004C 三酸甘油脂 triglyceride(TG)、09043C 高密度脂蛋白膽固醇 HDL cholesterol、09044C 低密度脂蛋白膽固醇 LDL cholesterol)

(六) 目標值

低密度脂蛋白膽固醇：個人目標值___mg/dL (依照血脂管理路徑)〈由系統自動帶入〉

二、 新收案選填登錄欄位：生活型態評估量表各領域總分(附件 8)

三、 追蹤管理必須登錄欄位

(1) 基本檢查數據：

- 1、追蹤管理日期
- 2、身高(cm)、體重(kg)、腰圍(cm)、身體質量指數 BMI (kg/m²)
- 3、血壓：收縮壓(mmHg)、舒張壓(mmHg)

(2) 血液檢驗：

- 1、檢驗日期
- 2、09005C 空腹血漿葡萄糖或微血管血糖 Fasting plasma glucose or capillary blood sugar
- 3、09006C 醣化血紅素 HbA1c(符合醣化白蛋白檢驗適應症個案，得以 09139C(醣化白蛋白)替代)
- 4、空腹血脂 Fasting lipid profile (09001C 總膽固醇 cholesterol, total、09004C 三酸甘油脂 triglyceride(TG)、09043C 高密度脂蛋白膽固醇 HDL cholesterol、09044C 低密度脂蛋白膽固醇 LDL cholesterol)

四、結案必須登錄欄位

(一) 結案日期

(二) 結案原因(請勾選)：

- 1、個案病況穩定下轉：收案後經連續 2 次檢測 LDL-C 皆達標。
- 2、個案長期失聯超過 3 個月以上
- 3、拒絕再接受治療
- 4、死亡
- 5、未能配合醫療團隊建議 (如：個案收案已超過一年且任一疾病管理指標皆未有進步者)。
- 6、收案院所退出本計畫。
- 7、接受轉診院所保險醫事服務機構代號。
- 8、收案追蹤滿 2 年。

附件七、動脈粥狀硬化心血管疾病(ASCVD)疾病診斷碼
ICD-10-CM

缺血性腦中風及短暫性腦缺血 Stroke and TIA(transient ischemic attack)	
	Ischemic stroke
I63.0	Cerebral infarction due to thrombosis of precerebral arteries
I63.1	Cerebral infarction due to embolism of precerebral arteries
I63.2	Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of precerebral arteries
I63.3	Cerebral infarction due to thrombosis of cerebral arteries
I63.4	Cerebral infarction due to embolism of cerebral arteries
I63.5	Cerebral infarction due to unspecified occlusion or stenosis of cerebral arteries
I63.8	Other cerebral infarction
I63.9	Cerebral infarction, unspecified
	TIA
G45.8	Other TIA and related syndromes
G45.9	TIA, unspecified

慢性缺血性心臟病 (ischaemic heart disease, IHD)	
I20.8	Other forms of angina pectoris
I20.9	Angina pectoris, unspecified
I25.1	Atherosclerotic heart disease of native coronary artery
I25.4	Coronary artery aneurysm and dissection
I25.5	Ischemic cardiomyopathy
I25.6	Silent myocardial ischemia
I25.7	Atherosclerosis of coronary artery bypass graft(s) and coronary artery of transplanted heart with angina pectoris
I25.8	Other forms of chronic ischemic heart disease
I25.9	Chronic ischemic heart disease, unspecified

急性冠心症及不穩定性狹心症 ACS (MI, Unstable angina)	
	MI
I21.0	STEMI of anterior wall
I21.1	STEMI of inferior wall
I21.2	STEMI of other site
I21.3	STEMI of unspecified site
I21.4	NSTEMI
I22.0	Subsequent STEMI of anterior wall
I22.1	Subsequent STEMI of inferior wall
I22.2	Subsequent NSTEMI
I22.8	Subsequent STEMI of other site
I22.9	Subsequent STEMI of unspecified site
I23.0	Hemopericardium (complication of MI within 28 days)
I23.1	Atrial septal defect (complication of MI within 28 days)
I23.2	Ventricular septal defect (complication of MI within 28 days)
I23.3	Rupture cardiac wall (complication of MI within 28 days)
I23.4	Chordae tendineae rupture (complication of MI within 28 days)
I23.5	Papillary muscle rupture (complication of MI within 28 days)
I23.6	Thrombosis of atrium, ventricle (complication of MI within 28 days)
I23.7	Postinfarction angina (complication of MI within 28 days)
I23.8	Other complications (complication of MI within 28 days)
I25.2	Old myocardial infarction
	Unstable angina
I20.0	Unstable angina
I20.1	Angina pectoris with documented spasm
I24.0	Acute coronary thrombosis not resulting in AMI
I24.8	Other forms of acute IHD
I24.9	Acute IHD, unspecified

周邊動脈疾病 (Peripheral artery disease, PAD)	
I70.0	Atherosclerosis of aorta
I70.1	Atherosclerosis of renal artery
I70.2	Atherosclerosis of native arteries of the extremities
I70.3	Atherosclerosis of unspecified bypass of extremities
I70.4	Atherosclerosis of autologous vein bypass of extremities
I70.5	Atherosclerosis of nonautologous biological bypass graft(s) of the extremities
I70.6	Atherosclerosis of nonbiological bypass of extremities
I70.7	Atherosclerosis of other bypass of extremities
I70.8	Atherosclerosis of other arteries
I70.9	Other and unspecified atherosclerosis
I74.2	Embolism and thrombosis of arteries of upper extremities
I74.3	Embolism and thrombosis of arteries of lower extremities
I74.4	Embolism and thrombosis of arteries of extremities, unspecified
I73.9	Peripheral vascular disease, unspecified
I75.0	Atheroembolism of extremities
I75.8	Atheroembolism of other sites
I65.0	Occlusion and stenosis of vertebral artery
I65.1	Occlusion and stenosis of basilar artery
I65.2	Occlusion and stenosis of carotid artery
I65.8	Occlusion and stenosis of other precerebral arteries
I65.9	Occlusion and stenosis of unspecified precerebral artery
I66.0	Occlusion and stenosis of middle cerebral artery
I66.1	Occlusion and stenosis of anterior cerebral artery
I66.2	Occlusion and stenosis of posterior cerebral artery
I66.3	Occlusion and stenosis of cerebellar arteries
I66.8	Occlusion and stenosis of other cerebral arteries
I66.9	Occlusion and stenosis of unspecified cerebral artery
I67.2	Cerebral atherosclerosis

附件八、生活型態評估量表

編號	請想一想過去七天，並回答以下問題，你是否：
1	我感覺生活有目標。(是：2分；否：0分)
2	日常飲食我會避免油炸的食物，多以清蒸、水煮、涼拌等烹調方式為主。 (是：1分；否：0分)
3	我有進行了兩次以上(含兩次)的靈性、宗教或民俗信仰活動(例如冥想、靜坐、祈禱、拜拜、參加宗教活動、祭拜家中神明或祖先等。) (是：2分；否：0分)
4	我大部分時間都覺得能夠處理生活的各種壓力？(是：2分；否：0分)
5	我有參加團體聚會或活動(例如運動、社區、社團、學校團體等)？(是：2分；否：0分)
6	我有抽菸、使用電子煙或其他菸品？(是：0分；否：5分)
7	我有和家人或朋友相聚或聊天三次以上？ (是：2分；否：0分)
8	大部分時間，我睡醒後覺得精神很好，有休息夠了？(是：2分；否：0分)
9	我總共花了兩小時以上的時間待在大自然中（例如：城市內外開放空間：公園、森林、海邊等）？ (是：2分；否：0分)
10	大部分時間，我覺得有足夠的時間照顧自己？(是：1分；否：0分)
11	我有嚼檳榔？(是：0分；否：1分)
12	我的飲食大多以原型食物（如新鮮蔬果、全穀、未加工肉類）為主。 (是：1分；否：0分)
	請想一想過去七天，並提供您關於以下問題最好的估計值
13	我總共進行了幾天的肌力訓練？(例如伏地挺身、深蹲、引體向上等) 0、1、2、3、4、5、6、7天(0、1、2分)
14	我總共喝了幾杯含糖飲料？(例如果汁、含糖咖啡或茶、汽水、運動飲料)。 少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10杯或更多(2、0分)

15	我一天中喝下含有酒精的飲料，最多共有幾單位？(1單位酒精=10公克純酒精)  1單位酒精 = 10公克純酒精 酒品容量 (ml) x 酒精濃度 (%) x 0.785 (酒精密度) = 每瓶酒精含量 (公克) <table><tr><td> = 150ml</td><td> 啤酒 5% 254ml </td><td> 含酒精提神飲料 10% 127ml </td><td> 紅酒 12% 106ml </td><td> 米酒 19.5% 65ml </td><td> 烈酒 40% 31ml </td><td> 高粱酒 58% 21ml </td></tr></table>  臺灣生活型態醫學會 製作 參考資料：衛生福利部心理健康司	 = 150ml	 啤酒 5% 254ml 	 含酒精提神飲料 10% 127ml 	 紅酒 12% 106ml 	 米酒 19.5% 65ml 	 烈酒 40% 31ml 	 高粱酒 58% 21ml 
 = 150ml	 啤酒 5% 254ml 	 含酒精提神飲料 10% 127ml 	 紅酒 12% 106ml 	 米酒 19.5% 65ml 	 烈酒 40% 31ml 	 高粱酒 58% 21ml 		
	(女3以下、男4以下，2分、0分) 少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10單位或更多							
16	以有喝酒精飲料的那幾天來算，我每天平均喝幾單位？(如果過去七天都沒有喝酒精飲料，請選「少於1」) (女1以下、男2以下，2分、0分) 少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10單位或更多							
17	我每晚大約睡幾個小時？ 少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10小時或更多(0、3、5分)							
18	我每天大約吃幾份水果？(1份是1拳頭大小或一碗8分滿) 水果一份 約一個拳頭大小，或切塊水果約一碗8分滿   臺灣生活型態醫學會 製作 少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10份或更多(0、1、2分)							
19	我每天坐著的總時間大約有幾小時？ 少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10小時或更多(3、1、0分)							
20	每天平均食用包裝零食(例如薯片、餅乾、糖果、蛋白營養棒等)的包數。 少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10包或更多(2、0分)							

21	每天平均食用蔬菜的份數(1份為可食重約100公克。) 蔬菜一份 約100公克，或半碗至8分滿的煮熟蔬菜   臺灣生活型態醫學會 製作 Taiwan Association of Lifestyle Medicine
	少於1、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10份或更多(0、1、2分)
22	我累積的有氧運動時間，總共有幾分鐘？（例如快走、慢跑等）
	小於30、30、45、60、90、120、150、180、210、240、270、300、大於300分鐘(0、1、2、3、4、5分)

各領域總分計算(每個領域最高10分)

正向社會連結：第1、3、5、7、9題的分數總合_____

身體活動：第13、19、22題的分數總合_____

避免危害物質：第6、11、15、16題的分數總合_____

睡眠與壓力管理：第4、8、10、17題的分數總合_____

營養：第2、12、14、18、20、21題的分數總合_____

整體生活型態分數：_____ (最高 50 分)

整體生活型態分數解釋

解釋	整體生活型態分數	
現在是您與醫師合作的好時機，幫助您養成顯著改善健康的生活習慣。	0-20	低於平均
您有一些不錯的健康習慣，但仍有很多生活方式可調整來改善您的健康，並降低疾病風險。	21-30	平均
您有許多良好的健康習慣，但仍有一些領域可以檢視並嘗試改善。	31-40	非常好
您做得很好，但可以對生活方式進行小調整，以達到更好的整體健康狀態。	41-50	優秀

全民健康保險週日及國定假日輕急症中心(UCC)試辦計畫

114 年 0 月 0 日健保醫字第 0 號公告實施

壹、前言

目前我國因人口老化、床位不足及醫療人力日益短缺等因素，導致急診病人無法及時轉入病房暫留急診，又週日僅不到兩成之西醫診所開診，致相對輕症惟需儘快接受照護處置之病人皆至醫院急診看診，進而造成急診壅塞之問題。為維護民眾就醫權益，本署規劃新增「全民健康保險週日及國定假日輕急症中心(UCC)試辦計畫」，將輕症病人分流，以緩解連假期間急診壅塞，使急診醫療資源集中於重症病人，提升整體醫療服務效率。

貳、計畫目標

- 一、 平時：紓解急診壅塞，分散照護輕急症病人。
- 二、 疫情或特殊緊急狀況：可作為急救中心(站)，以擴大醫療韌性。

參、預算來源

- 一、 基本承作費用：公務預算。
- 二、 硬體設備：六都衛生局申請衛生福利部韌性國家醫療整備計畫補助。
- 三、 人力費用：全民健康保險醫療給付費用總額其他預算。
- 四、 醫療費用：全民健康保險醫療給付費用總額其他預算。

肆、計畫內容(以六都先行試辦)

一、 設置地點(優先順序如下)

- (一)衛生所(健康服務中心)。
- (二)未設置急診之地區醫院。
- (三)大型診所。

二、 人力配置及診療科別

- (一)得以報備支援輪值方式進行，包括醫師、護理人員、藥事人員、醫事放射人員或醫事檢驗人員，由前述職類之公會

全國聯合會與衛生局、各該縣市職類公會共同合作協調排班。各職類人員以基層及非在職人力為主，以維持醫院量能，並為疫情或特殊緊急狀況演練。

(二)診療科別：同時段須包含內(兒)科系及外(骨)科系，另耳鼻喉科、眼科可視需求，評估設置或遠距會診。

三、 診療時段

週日及國定假日上午8時至24時。(2班制)

四、 藥品及儀器設備

(一)需設置簡易檢驗設備(如 POCT、EKG、SpO₂)、簡易 X 光及急救設備(如生產包、縫合包、電擊器)，倘需設置其他儀器設備，需符合特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法等相關法規。若以遠距會診，應於加密之電子資料傳輸網路與電腦設備進行，設備規格需符合附錄。

(二)衛生局協助儲備藥品調度。

五、 服務內容

(一)急診定義：凡需立即給予患者緊急適當之處理，以拯救其生命、縮短其病程、保留其肢體或維持其功能者，並以檢傷分類3、4、5級病人為主。

(二)若病人病況緊急、複雜或屬檢傷分類1、2級者，需設置綠色通道後送醫院。

(三)提供電話諮詢服務(事前來電詢問症狀是否適合前往)，並將電話公開於衛生局、承作院所及保險人網站。

伍、 申請及審核程序

一、 申請程序：承作院所函送申請表、計畫書及相關申請文件(如附件1、2)，依保險人規定時程向保險人分區業務組提出申請(以郵戳為憑)，並副知所屬衛生局。

二、 書面及實地審查：

- (一) 保險人原則上於受理申請1個月內(含例假日)，進行書面審查，並視需要實地審查診療空間、遠距會診設備等是否符合申請文件內容，並得協同當地衛生局實地審查。
- (二) 針對施行地區內各鄉鎮(市/區)，保險人得視預算額度，擇優核定提報計畫。
- (三) 保險人得邀專家及當地衛生局審查申請文件及實地訪查相關設備(急救設備)、診療空間、看(會)診設備。
- (四) 審核結果通知：保險人應將審核結果函復申請者及所轄衛生局。

陸、空間設置

需符合設置地點所屬之設置標準規定，若非屬醫療機構則需符合下列規範：

- 一、 應有獨立診療室及候診場所，並應有適當維護隱私之設施。
- 二、 應有清潔、消毒及手部衛生設備。
- 三、 應依業務內容，備有急救設備及急救藥品等。

柒、給付項目及支付標準

- 一、 基本承作費(114年至115年)：
 - (一) 每開設地點開辦費35萬元。
 - (二) 維運費140萬元(10萬元/月)。
- 二、 硬體設備：向衛生福利部申請韌性國家醫療整備計畫補助。
- 三、 人力費用(若遇4天以上連假則雙倍支付)：

	日診	晚診
醫師	1.5萬元/班/人	2萬元/班/人
護理人員	4,000元/班/人	6,000元/班/人
藥事人員		
醫事放射人員		
醫事檢驗人員		

- 四、 醫療費用(若遇4天以上連假則加3成支付)：
 - (一) 診察費及護理費：

編號	診療項目	基層 院所	地區 醫院	區域 醫院	醫學 中心	支付 點數
XXXXXC	週日及國定假日輕急症中心(UCC)					
	— 診察費	v	v			756
XXXXXC	— 護理費	v	v			124
	註： 本項年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之一百，年齡六個月以上至未滿二歲，依表定點數加計百分之三十，年齡二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十。					

(二) 遠距會診費：

編號	診療項目	基層 院所	地區 醫院	區域 醫院	醫學 中心	支付 點數
XXXXXC	遠距會診費	v	v	v	v	507

(三) 其餘申報項目：依醫療服務、藥物給付項目及支付標準申報，另於基層醫療單位開設，則開放申報限制醫院層級別之項目。

(四) 轉診支付標準：病人病況緊急或複雜，需設置綠色通道送至後援醫院，得依轉診支付標準規定申報。

捌、費用申報、支付及審查原則

一、除本方案另有規定外，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、全民健康保險醫療服務費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理醫療費用申報、暫付、審查及核付事宜。

二、費用申報：由承作院所申報等行政作業。

三、醫療服務點數清單及醫令清單填表說明：

(一) 設置地點為未設置急診之地區醫院、大型診所或衛生所
(由設置點申報)：

1. 門診醫療費用點數申報格式。

申報欄位	說 明
案件分類	000
部分負擔代號	000
就醫序號	000
就醫科別	000

2. 健保卡

(二) 設置地點為外展點：由承作院所攜回申報。

四、 民眾部分負擔比照地區醫院及基層醫療單位急診部分負擔150 元。

五、 每年國定假日及四天以上連假，將另公布於保險人全球資訊網。

玖、退場機制

一、 承作院所違反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暨第四十四及四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者），應自保險人第一次核定違規函所載核定停約或終止特約日起退出執行本計畫之相關條款。

二、 倘實際診療科別與申請時不符合，且經保險人輔導未經改善，則應予以退場。

壹拾、監測指標(每月)

一、 UCC 病人轉診率。

(一) 分子：UCC 病人案件中有轉出至他院(急診或住院)件數總計。

(二) 分母：UCC 病人案件數。

二、 UCC 病人3日內再急診率。

(一) 分子：分母之 UCC 病人且3日內再急診件數。

(二) 分母：UCC 病人件數(排除當次轉診病人)。

三、 急診壅塞醫院檢傷分類3、4、5級病人下降比率。

(一) 該月份件數(A)：急診壅塞醫院檢傷分類3、4、5級病人件數。

(二) 去年同期件數(B)：急診壅塞醫院檢傷分類3、4、5級病人件數。

(三) 公式： $\frac{(A-B)}{B} \times 100\%$ 。

壹拾壹、訂定與修正程序

本計畫由保險人邀集專業團體、主管機關等單位共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。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，並副知健保會。

附件 1、「全民健康保險週日及國定假日輕急症中心(UCC)試辦計

畫」申請表(*為選填)

基本資料	縣市(地區)名稱		遠距會診院所名稱*	
	急診壅塞醫院名稱		急診壅塞醫院 醫事機構代碼	
	設置地點名稱		承作院所 醫事機構代碼	
	後援醫院名稱		後援醫院 醫事機構代碼	
	計畫開始時間		計畫聯絡人姓名	
	計畫聯絡人電話		計畫聯絡人 e-mail	
服務內容	實施科別	必須包含 ☐ 內(兒)、 ☐ 外(骨) ☐ 無 ☐ 有其它科別(可評估需要設置或以遠距方式會診): ☐ 耳鼻喉科 ☐ 實體 ☐ 視訊 ☐ 眼科 ☐ 實體 ☐ 視訊 ☐ 其它:		
檢* 附 資 料	☐ 遠距會診院所合作意向書。			
	☐ 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)。			
	☐ 依資通安全管理法納管對象或衛生福利部基層醫療院所資安防護參考指引訂定之資通安全保護機制。			
章 戳	保險醫事服務機構章戳	保險人審核意見欄 1.行政初審意見: ☐ 審核通過 ☐ 資料不全,請補以下資料: ☐ 審核不通過,原因為: 日期章戳:		
	申請日期:	2.專家審核 ☐ 審核通過 ☐ 資料不全,請補以下資料: ☐ 審核不通過,原因為: 日期章戳:		

附件 2、「全民健康保險週日及國定假日輕急症中心(UCC)試辦計畫」執行計畫內容與格式

- 一、封面：至少應包括縣市(地區)、急診壅塞醫院、設置地點、承作院所及後援醫院名稱、計畫起始時間。
- 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：計畫執行地區急診壅塞情形、醫療資源現況及問題分析。
 - (二)服務內容及執行規劃：含看診流程、急診壅塞醫院與設置地點選擇之理由、空間設置規劃、診療科別、人力排班方式、儀器設備設置規劃、綠色通道後送至後援醫院說明等。
 - (三)其他。

附表、急診定義及適用範圍

一、急診定義：凡需立即給予患者緊急適當之處理，以拯救其生命、縮短其病程、保留其肢體或維持其功能者。

二、適用範圍如下：

- (一)急性腹瀉、嘔吐或脫水現象者。
- (二)急性腹痛、胸痛、頭痛、背痛(下背、腰脇痛)、關節痛或牙痛、需要緊急處理以辨明病因者。
- (三)吐血、便血、鼻出血、咳血、溶血、血尿、陰道出血或急性外傷出血者。
- (四)急性中毒或急性過敏反應者。
- (五)突發性體溫不穩定者。
- (六)呼吸困難、喘鳴、口唇或指端發紺者。
- (七)意識不清、昏迷、痙攣或肢體運動功能失調者。
- (八)眼、耳、呼吸道、胃腸道、泌尿、生殖道異物存留或因體內病變導致阻塞者。
- (九)精神病患者有危及他人或自己之安全，或呈現精神疾病症狀須緊急處置者。
- (十)重大意外導致之急性傷害。
- (十一)應立即處理之法定或報告傳染病。
- (十二)生命徵象不穩定或其他可能造成生命危急症狀者。

附錄、遠距方式會診之設備規格

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，進行影音傳輸。
- (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 xl：

- (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 xl：

- (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。

全民健康保險在宅急症照護試辦計畫

113 年 5 月 24 日健保醫字第 1130110065 號公告訂定

114 年 2 月 3 日健保醫字第 1140101924 號公告修訂

114 年○月○日健保醫字第○○○號公告修訂(草案)

一、 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。

二、 目的

- (一) 提供急症病人適當的居家醫療照護，提供住院的替代服務，避免因急性問題住院，促使醫療資源有效應用。
- (二) 減少照護機構住民因急性問題往返醫院，提供適切的急性照護。
- (三) 強化各級醫療院所垂直性轉銜的合作，提升照護品質。

三、 預算來源

本計畫所列給付項目及支付標準(詳附件 1)、床側檢驗(查)加成費用、回饋獎勵金，由其他預算之「居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務」項目下支應。

四、 醫療服務提供者資格

(一) 申請條件：

1. 參與「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」(以下稱居整計畫)之特約醫事服務機構。
2. 參與「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(以下稱居家照護)及第三章安寧居家療護(以下稱居家安寧)之特約醫事服務機構。
3. 依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(下稱特管辦法)第 21 條規定，報經全民健康保險保險人(以下稱保險人)同意至照護機構提供一般西醫門診服務並參與衛生福利部「減少住宿型機構住民至醫療機構就醫方案」之特約醫事服務機構。

- (二) 本計畫由本保險特約醫事服務機構之醫事人員組成在宅急症共同照護小組(以下稱照護小組)提供醫療服務，其中訪視人員資格

如下：

1. 各類訪視人員(醫師、護理人員、藥事人員、呼吸治療師)以本保險特約醫事服務機構之專任人員為限，醫師須具專科醫師資格。
2. 各類訪視人員首次參加本計畫應接受保險人認可之教育訓練四小時並取得證明(詳附件 2)，始得參與本計畫。
3. 下列訪視人員應於參與本計畫起 1 年內完成下列專業訓練，並由主責特約醫事服務機構檢送證明文件予保險人分區業務組備查：
 - (1) 護理人員：照護小組內至少有一名護理人員需接受長期照顧專業訓練(Level II(含)以上)；每十名護理人員應至少一名須接受長期照顧專業訓練(Level II(含)以上)。
 - (2) 藥事人員：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。
 - (3) 呼吸治療師：收案對象為呼吸器依賴個案者，其呼吸治療師應接受中華民國呼吸治療師公會全國聯合會培訓，取得居家呼吸照護資格證書。
4. 照護小組得視需求加入醫事檢驗師、醫事放射師、營養師或其他醫事人員；是類人員得免接受本計畫所訂之教育訓練。

(三) 本計畫照護小組應符合下列條件：

1. 與後送醫院建立綠色通道，確保病人後送病房需求，並建立各類醫事人員及後送醫院之聯繫窗口，以利連結服務。
2. 應提供各收案院所之聯繫窗口及個案所需之 24 小時電話諮詢專線。
3. 應提供個案健康管理，且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、呼吸治療師或藥事人員擔任。
4. 應提供本計畫所需藥品調劑及送藥服務，並配置適當藥事人員或與特約藥局合作，負責調劑相關業務。

(四) 參與本計畫之特約醫事服務機構及醫事人員於參與計畫日前二

年內，不得有特管辦法第三十八條至第四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)。前述符合申請條件之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。

- (五) 特約醫事服務機構所屬醫師至病人住家或照護機構提供醫療服務，得視為符合醫師法第八條之二所稱應邀出診，不需經事先報准執業所在地主管機關；其他醫事人員應依醫事相關法規報經當地衛生主管機關核准及保險人備查。

五、計畫申請程序

- (一) 符合前述各項資格之照護小組，由主責特約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，須檢附訪視人員教育訓練證明、具體後送機制、當年預計執行案件量、護理人力配置、「減少住宿型機構住民至醫療機構就醫方案」合約書、照護機構同意與醫療院所共同參與本計畫之證明文件等)及通訊診療計畫(附錄 1)，經保險人分區業務組審核同意並副知所在地衛生主管機關(含照護機構資訊及同意照護小組執行通訊診療)後，始可參與本計畫；異動時亦同。醫院及診所僅限參與一個照護小組。
- (二) 因經費有限，保險人分區業務組得審酌照護小組執行能力等情形，擇優限定照護小組辦理本計畫。
- (三) 參與計畫之照護小組應每年提送預計執行之案件量予保險人分區業務組，該分區業務組得視經費使用情形，適當限制照護小組執行案件量，以達經費管控目的。

六、收案對象及收案程序

- (一) 收案對象：經主治醫師評估主診斷為肺炎(ICD-10-CM：J12-J18、J20-J22、J69.0)、尿路感染(ICD-10-CM：N10、N34、N30.0、N30.3、N30.8、N30.9、N39.0)、軟組織感染(ICD-10-CM：L03.0、L03.1、L03.2、L03.3、L03.8、L03.9)，應住院治療但適合在宅接受照護者(收案適應症詳附件 4)，且須符合下列條件之一：

1. 居整計畫、「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、「全民健康保險急性後期整合照護計畫」居家模式且失能(巴氏量表小於 60 分)、居家照護及居家安寧之收案個案(下稱居家個案)。
2. 參與衛生福利部「減少住宿型機構住民至醫療機構就醫方案」且依特管辦法第 21 條規定，報經保險人同意至照護機構提供一般西醫門診服務之機構住民。
3. 急診個案：限失能(巴氏量表小於 60 分)或因疾病特性致外出就醫不便者。

(二) 收案院所限醫院及診所，收案期間主治醫師如有特殊原因，經報保險人分區業務組核定後，得更換主治醫師。

(三) 各照護對象由下列照護小組提供服務：

1. 居家個案：由參與居整計畫、居家照護或居家安寧之特約醫事服務機構組成照護小組提供服務。

2. 照護機構住民：

- (1) 由已參與衛生福利部「減少住宿型機構住民至醫療機構就醫方案」且經保險人同意至該照護機構提供一般西醫門診服務之特約醫事服務機構提供服務，並得與參與居整計畫之居家護理機構組成照護小組提供醫療服務。

- (2) 如該照護機構住民同時為居家個案時，以參與衛生福利部「減少住宿型機構住民至醫療機構就醫方案」之特約醫事服務機構優先提供服務。

3. 急診個案：

- (1) 由參與居整計畫之特約醫事服務機構組成照護小組提供本計畫服務。

- (2) 居家個案由原照護團隊提供服務，原團隊未參與本計畫或個案未被收案者，由參與居整計畫之特約醫事服務機構組成照護小組提供服務。

(四) 收案程序：病人經主治醫師評估符合收案條件者，經完整說明後開立收案申請書(附件 5)且於收案後 24 小時內由健保資訊網服務系統(以下稱 VPN)送保險人備查，並請病人簽署同意書(附件 6)；保險人得視情況實地評估病人之醫療需求。

(五) 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。

(六) 居家個案於本計畫照護期間，原居家醫療照護服務參加計畫不需結案，並於本計畫結束後回歸原居家醫療照護服務計畫之特約醫事服務機構或護理機構持續照護。

(七) 主治醫師於相同時段內，收案以 20 人為上限。

七、 照護內容

主治醫師應整體評估病人之醫療需求，開立在宅急症照護醫囑，並得視醫療需要於病歷註明理由，連結其他醫事人員提供醫療服務。照護內容如下(建議診療項目詳附件 7)：

(一) 醫師

1. 提供在宅急症照護及一般西醫門診診療服務。
2. 按病人病情開立藥品處方，照護期間病人原慢性病藥物服用完畢時，應開立本計畫照護期間所需之慢性病用藥。
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。
4. 醫師應於收案 3 天內及結案當天各完成 1 次實地訪視；醫師未執行實地訪視時，仍應每日以遠距診療方式追蹤病人病情，詳細記載於病歷及 VPN 登打訪視紀錄，註明遠距診療方式供保險人備查。
5. 醫師得依通訊診察治療辦法第十八條第三項規定，經保險人分區業務組核定其通訊診療計畫並報當地衛生主管機關備查後，進行遠距診療及會診。
6. 醫師依通訊診察治療辦法執行遠距診療時，以視訊診療方式為主；山地離島地區或看診時因網路傳輸問題致無法以視訊方式進行診療者，得以電話方式執行並錄音留存。

(二) 護理人員：護理人員於照護期間內應每天實地訪視；提供在宅急症照護及居家護理照護、案家自我照護指導及衛教等。

(三) 呼吸治療師訪視：經主治醫師判斷有明確呼吸照護需求者，由呼吸治療師提供在宅急症呼吸照護及案家自我照護指導。

(四) 藥事人員訪視：經主治醫師判斷有明確藥事照護需求者，由藥事人員提供在宅急症藥事照護。

- (五) 藥品處方調劑服務：病人照護期間所需藥品，應由處方之特約醫事服務機構或同照護小組之特約藥局調劑為原則，如有特殊情形，經病人或其家屬同意後，由護理人員或其他醫事人員代為領藥。
- (六) 檢驗(查)服務：依病人需求提供適當檢驗(查)服務，並得提供床側檢驗(查)服務。
- (七) 個案健康管理：監測生命徵象、穩定健康狀態，並得使用遠端生命徵象相關監控設備；協助病人連結醫療及長期照顧服務資源。
- (八) 24 小時電話諮詢及緊急訪視服務：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，必要時由醫師及護理人員進行緊急訪視，或啟動緊急醫療後送程序。
- (九) 每次實地訪視應詳實製作病歷或紀錄，且須記錄每次實地訪視時間(自到達案家起算，至離開案家為止)。
- (十) 照護小組評估個案有長期照顧服務需求時，應協助轉介各縣市長期照顧管理中心(下稱照管中心)。轉介方式依衛生福利部「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫之收案對象銜接長照服務資源注意事項」辦理([參考衛生福利部中央健康保險署全球資訊網: 首頁/健保服務/健保醫療計畫/全民健康保險在宅急症照護試辦計畫/全民健康保險在宅急症照護試辦計畫/收案對象銜接長照服務資源注意事項](#))；並應確認收案對象是否為長期照顧服務個案後，通知各縣市照管中心評估調整照顧計畫。

八、 給付項目及支付標準

- (一) 每日醫療費、每日護理費、醫事人員訪視費、管理指導費、緊急訪視費及其他費用，依附件 1 給付項目及支付標準支付。
- (二) 呼吸器依賴病人之呼吸器使用及安寧療護個案安寧緩和相關費用，應回歸原計畫申報。
- (三) 使用床側檢驗(查)者，其檢驗(查)依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」所列項目支付點數加計百分之二十支付（加成項目詳附件 1）。

九、 回饋獎勵金

- (一) 每位完成治療結案之在宅急症照護個案，以該疾病照護目標天數內之每日醫療費及每日護理費加總，作為「每件基本點數」；

並以實際照護天數內之每日醫療費、每日護理費及緊急訪視費加總，作為「實際申報點數」。計算方式如下：

1. 每件基本點數： $(\text{每日醫療費} + \text{每日護理費}) \times \text{疾病目標照護天數}$ 。
2. 實際申報點數： $(\text{每日醫療費} + \text{每日護理費}) \times \text{實際照護天數} + \text{緊急訪視費}$ 。

(二) 當「每件基本點數」高於「實際申報點數」時，以下列計算方式支付回饋獎勵點數： $(\text{每件基本點數} - \text{實際申報點數}) \times 80\%$ 。

(三) 以下情形不予支付回饋獎勵金：

1. 完成治療結案後 14 日內轉急診或轉住院者。
2. 照護對象來源為急診個案。
3. 經專業審查不符本計畫收案適應症或收案條件者。

十、醫療費用申報、審查及點值結算

(一) 醫療費用之申報、暫付、審查及核付，除本計畫另有規定外，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) 為確保醫療服務合理性，保險人分區業務組對於收案人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) 本計畫收案經審核不符收案適應症或收案條件者，保險人不予支付費用。

(四) 本計畫照護小組應擇定以下列任一方式申報醫療費用：

1. 由收案院所統一執行本計畫之醫療費用申報。
2. 本計畫給付項目及支付標準所稱「每日護理費」及「護理人員緊急訪視費」由設有居家護理服務項目之護理機構或居家呼吸照護所(以下稱居家護理服務院所)申報(限由一家居家護理服務院所申報)，其餘醫療費用統一由收案院所申報。居家護理服務院所提供呼吸治療師訪視服務者，得一併申報呼吸治療師訪視費。

(五) 健保卡登錄

1. 照護小組實地訪視時，應查驗病人之健保卡〔含虛擬(行動)健保卡〕及身分證明文件，照護第 1 天及結案當天須自備讀卡設

備於健保卡登錄就醫紀錄，24 小時內上傳予保險人備查；照護第 2 天起不須以讀卡設備過卡，惟仍須每日至 VPN 登錄訪視紀錄(附件 8)供保險人備查。

2. 過卡流程如下：

- (1) 由收案院所統一執行醫療費用申報者：照護第 1 天及結案當天均由收案院所過卡〔含虛擬(行動)健保卡〕；醫師採視訊診療者，應使用虛擬(行動)健保卡過卡。
- (2) 由收案院所及居家護理服務院所分別申報者：照護第 1 天及結案當天由收案院所及居家護理服務院所分別過卡〔含虛擬(行動)健保卡〕；醫師採視訊診療者，應使用虛擬(行動)健保卡過卡。
- (3) 過卡之就醫類別第 1 天填報「01 西醫門診」，結案當天填報「AH 居家照護」(不累計就醫序號)。
- (4) 醫師採視訊診療，如病人未綁定、未使用或拒絕使用虛擬(行動)健保卡者，就醫序號請填列「NVIT」。

(六) 醫療費用申報：

1. 由收案院所或居家護理服務院所按月執行本計畫之醫療費用申報，並於門診醫療點數清單填報「案件分類：E1」及任一「特定治療項目代號：EN」。
2. 在宅急症照護相關費用，應於結案後按月申報(同一個案之醫療費用，應統整於一個月份申報)：
 - (1) 「就醫日期」及「治療結束日期」欄位分別填報該案件收案日期及結案(轉院)日期。「診治醫事人員代號」欄位，請填報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、護理人員、呼吸治療師、藥事人員)。
 - (2) 「轉診、處方調劑或特定檢查資源共享案件註記」及「轉診、處方調劑或特定檢查資源共享案件之服務機構代號」欄位分別填報「EN」及收案院所代號。
 - (3) 訪視人員各次訪視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」，呼吸治療師訪視請填「AC 胸腔內科」，藥師訪視免填。

- (4) 申報緊急訪視費時，「醫令執行時間-起/迄」請填至時分，「醫令執行時間-起/迄」未依規定填報，該筆醫令不予支付。
- (5) 本計畫除給付規定及支付標準所列項目，收案院所或居家護理服務院所於申報費用時，仍應填報各項醫令編號、名稱、數量、醫令執行時間及就醫科別等資訊，並於醫令類別填報「4：不計價」、點數填報 0，以利保險人估算實際醫療成本。
- (6) 執行床側檢驗(查)服務時，該筆檢驗(查)醫令之醫令類別請填報「4：不計價」，點數請填 0；符合本計畫附件 1 所列加成項目者，得於「支付成數」填入「120」。
- (7) 護理人員於例假日提供實地訪視者，該日每日護理費醫令之「支付成數」填入「120」；於天然災害停止上班期間提供實地訪視者，「支付成數」填入「150」；並以單筆醫令進行申報；同時符合例假日及天然災害停止上班期間提供實地訪視者，「支付成數」填入「150」。
- (七) 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。
- (八) 特約醫事服務機構於山地離島地區提供服務並申報山地離島地區醫療費用：應於門診醫療服務點數清單之「特定地區醫療服務」欄位填寫「04」，並於「支援區域」填寫山地離島地區之地區代碼。
- (九) 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，並以實際照護天數計算每日醫療費及每日護理費之百分之五計收。
 - 2. 若屬全民健康保險法(以下稱健保法)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%。

(十) 點值結算方式

1. 本計畫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、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務」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；全年預算若有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。
2. 本計畫床側檢驗(查)加成費用及回饋獎勵金：由保險人於年度結束後計算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於 1 元。

十一、 結案條件

個案符合下列任一條件者應予結案：

- (一) 死亡。
- (二) 遷居。
- (三) 拒絕訪視。
- (四) 完成治療或病情改善，無需繼續接受在宅急症照護。
- (五) 轉急診或住院。
- (六) 改由其他院所收案。

十二、 觀察指標(列為次年度是否繼續辦理之參考)

(一) 結案後 3 天內轉急診率

分子：在宅急症照護完成治療結案後 3 天內急診之案件數。

分母：在宅急症照護完成治療結案之案件數。

(二) 結案後 14 天內轉急診率

分子：在宅急症照護完成治療結案後 14 天內急診之案件數。

分母：在宅急症照護完成治療結案之案件數。

(三) 結案後 3 天內轉住院率

分子：在宅急症照護完成治療結案後 3 天內住院之案件數。

分母：在宅急症照護完成治療結案之案件數。

(四) 結案後 14 天內轉住院率

分子：在宅急症照護完成治療結案後 14 天內住院之案件數。

分母：在宅急症照護完成治療結案之案件數。

(五) 緩解完治率

分子：完成治療結案數(排除結案後因同一疾病 3 天內轉住院及轉急診之案件)。

分母：在宅急症照護案數。

(六) 超出計畫目標天數案件比率

分子：超過該疾病目標照護天數之案件數。

分母：在宅急症照護完成治療結案之案件數。

十三、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特約醫事服務機構之參與資格、核定及輔導轄區特約醫事服務機構執行計畫、核發費用。

十四、退場機制

(一) 參與本計畫之特約醫事服務機構，未依排定時間進行實地訪視且未事先通知病人、無故拒絕轉介單位轉介之病人、或參與本計畫有待改善事項，經保險人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暨第四十四及四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)，應自保險人第一次核定違規函所載核定停約或終止特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事服務機構提供本計畫服務之成效，另予考量。

(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，並副知健保會。
- (二) 屬給付項目及支付標準之修正，依健保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告。

「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」給付項目及支付標準

通則：

- 一、 本表限參與本計畫之收案院所或居家護理服務院所申報。
- 二、 除本表給付規定及支付標準所列項目，收案院所於申報費用時，仍應填報各項醫令編號、名稱及數量等資訊，並於醫令類別填報「4：不計價」、點數填報 0。
- 三、 各疾病目標照護天數及上限天數如下：
 - (一)肺炎：目標十天，上限十四天。
 - (二)尿路感染：目標七天，上限九天。
 - (三)軟組織感染：目標七天，上限九天。
- 四、 特約醫事服務機構對同一病人於相同照護期間，僅可擇一最適疾病(主診斷)進行申報。不同適應症者，以照護天數較高之適應症計算之。
- 五、 同一病人照護天數已達本計畫上限天數者，照護小組應予結案或回歸原居家醫療照護服務之特約醫事服務機構或護理機構照護。
- 六、 同一病人結案後七天內由同一照護小組重新收案，或轉由其他照護小組持續本計畫照護者，視為同一件在宅急症照護案件，照護天數不得重新計算；超過上限天數者不予支付費用。
- 七、 原居家個案或照護機構住民經同一醫師訪視後當日由本計畫收案，應申報本計畫每日醫療費，不得重複申報原計畫醫師訪視費或門診診察費。
- 八、 照護小組至病人住家或照護機構評估在宅急症照護需求，如經評估病人不符合收案條件，其醫事人員訪視費或門診診察費應回歸原計畫申報。
- 九、 同一病人於相同照護期間，依主治醫師評估病人實際需求後由呼吸治療師或藥事人員提供訪視。呼吸治療師訪視次數以三次為原則，惟呼吸器依賴病人不在此限；藥事人員訪視次數以 1 次為原則。
- 十、 緊急訪視適應症：適用醫師及護理人員，且訪視時間為下午六時至隔日上午八時。
 - (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) 同一醫師及護理人員對同一病人之緊急訪視，每日各以一人次為限，超過不予支付。
- 十一、 執行本計畫所列床側檢驗(查)加成項目(詳加成項目表)，得依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」表定點數加成計百分之二十。

支付標準表

編號	診療項目	支付點數
	每日醫療費(天)	
	肺炎(第一至十天)	
P8401C	1.在宅	3734
P8402C	2.機構	2800
<u>P8448C</u>	<u>3.在宅-使用輸液器一日型</u>	<u>4836</u>
<u>P8449C</u>	<u>4.機構-使用輸液器一日型</u>	<u>3902</u>
	山地離島地區每日醫療費(肺炎第一至十天)	
P8403C	1.在宅	4929
P8404C	2.機構	3697
<u>P8450C</u>	<u>3.在宅-使用輸液器一日型</u>	<u>6031</u>
<u>P8451C</u>	<u>4.機構-使用輸液器一日型</u>	<u>4799</u>
	肺炎(第十一至十四天)	
P8405C	1.在宅	2800
P8436C	2.機構	2100
	山地離島地區每日醫療費(肺炎第十一至十四天)	
P8437C	1.在宅	3697
P8438C	2.機構	2773
	尿路感染(第一至七天)	
P8406C	1.在宅	2733
P8407C	2.機構	2050
<u>P8452C</u>	<u>3.在宅-使用輸液器一日型</u>	<u>3835</u>
<u>P8453C</u>	<u>4.機構-使用輸液器一日型</u>	<u>3152</u>
	山地離島地區每日醫療費(尿路感染第一至七天)	
P8408C	1.在宅	3608
P8409C	2.機構	2706
<u>P8454C</u>	<u>3.在宅-使用輸液器一日型</u>	<u>4710</u>
<u>P8455C</u>	<u>4.機構-使用輸液器一日型</u>	<u>3808</u>
	尿路感染(第八至九天)	
P8410C	1.在宅	2050
P8439C	2.機構	1538
	山地離島地區每日醫療費(尿路感染第八至九天)	
P8440C	1.在宅	2706

編號	診療項目	支付點數
P8441C	2.機構	2030
	軟組織感染(第一至七天)	
P8411C	1.在宅	3105
P8412C	2.機構	2329
<u>P8456C</u>	<u>3.在宅-使用輸液器一日型</u>	<u>4207</u>
<u>P8457C</u>	<u>4.機構-使用輸液器一日型</u>	<u>3431</u>
	山地離島地區每日醫療費(軟組織感染第一至七天)	
P8413C	1.在宅	4099
P8414C	2.機構	3074
<u>P8458C</u>	<u>3.在宅-使用輸液器一日型</u>	<u>5201</u>
<u>P8459C</u>	<u>4.機構-使用輸液器一日型</u>	<u>4176</u>
	軟組織感染(第八至九天)	
P8415C	1.在宅	2329
P8442C	2.機構	1747
	山地離島地區每日醫療費(軟組織感染第八至九天)	
P8443C	1.在宅	3074
P8444C	2.機構	2306
	註： 1. 每日醫療費所訂點數含診察(含會診、通訊診療)、藥物、藥事服務、檢驗(查)、各項治療處置、特殊材料、個案管理、電子資料處理及行政作業成本等。 <u>2. 訪視人員當日僅提供一位機構住民在宅急症照護，且同時未提供西醫門診巡診服務、居家照護及安寧居家療護等醫療服務時，得以在宅支付點數申報。</u>	
	每日護理費(天)	
P8416C	1.在宅	1755
P8417C	2.機構	1404
	山地離島地區每日護理費(天)	
P8418C	1.在宅	2317
P8419C	2.機構	1854
	目標照護天數外之每日護理費(天) (肺炎第十一至十四天、尿路感染第八至九天、軟組織感染第八至九天)	
P8420C	1.在宅	1316
P8445C	2.機構	1053
	目標照護天數外之山地離島地區每日護理費(天) (肺炎第十一至十四天、尿路感染第八至九天、軟組織感染第八至九天)	
P8446C	1.在宅	1738
P8447C	2.機構	1391

編號	診療項目	支付點數
	註： 1.每日護理費所訂點數含護理人員訪視、護理服務、照護處置、電子資料處理及行政作業成本等。 2.護理人員於下列期間提供實地訪視者，加成方式如下： (1)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)加計百分之二十。 (2)因天然災害停止上班期間加計百分之五十。 (3)同時符合(1)及(2)所列條件者，則加計百分之五十。 <u>3.訪視人員當日僅提供一位機構住民在宅急症照護，且同時段未提供西醫門診巡診服務、居家照護及安寧居家療護等醫療服務時，得以在宅支付點數申報。</u>	
P8421C	醫事人員訪視費 醫師收案評估費(件) 註： 1.同一病人於相同照護期間限報一次。 2.醫師於收案當日完成實地訪視，得申報本項費用。	2640
P8422C	居家藥事照護費(次)	1100
P8423C	1.在宅 2.機構	880
P8424C	山地離島居家藥事照護費(次)	1452
P8425C	1.在宅 2.機構 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. <u>訪視人員當日僅提供一位機構住民在宅急症照護，且同時段未提供西醫門診巡診服務、居家照護及安寧居家療護等醫療服務時，得以在宅支付點數申報。</u>	1162
P8426C	呼吸治療師訪視費(次)	1050
P8427C	1.在宅 2.機構	840
P8428C	山地離島呼吸治療師訪視費(次)	1386
P8429C	1.在宅 2.機構 註： 1. 呼吸治療訪視費所訂點數含呼吸治療處置、電子資料處理及行政作業成本等。 2. <u>訪視人員當日僅提供一位機構住民在宅急症照護，且</u>	1109

編號	診療項目	支付點數
	<u>同時段未提供西醫門診巡診服務、居家照護及安寧居家療護等醫療服務時，得以在宅支付點數申報。</u>	
P8430C	管理指導費 壓傷照護指導費(件) 註： 1.同一病人於相同照護期間限報一次，照護期間產生之壓傷不得申報本項費用。 2.本項支付點數內含三級以上壓傷傷口照護之病人及家屬衛教指導、24 小時諮詢服務等費用，照護小組應將衛教指導情形記載於病歷及 VPN 訪視紀錄。	1000
P8431C	噴霧照護指導費(件) 註： 1.同一病人於相同照護期間限報一次。 2.本項支付點數內含蒸汽吸入、抽痰或咳嗽拍痰之病人及家屬衛教指導及 24 小時諮詢服務費用，照護小組應將衛教指導情形記載於病歷及 VPN 訪視紀錄。	1000
P8432C	氧氣照護指導費(件) 註： 1.同一病人於相同照護期間限報一次。 2.本項支付點數內含氧氣、鼻導管、各式面罩、T 型管、呼吸器等氧氣照護之病人與家屬衛教指導及 24 小時諮詢服務費用，照護小組應將衛教指導情形記載於病歷及 VPN 訪視紀錄。	1000
P8433C	緊急訪視費及其他費用 醫師緊急訪視費(次)	3106
P8434C	護理人員緊急訪視費(次)	2632
P8435C	遠端生命徵象監測費(天) 註： 3. 本項支付點數內含遠端生命徵象監測設備成本(如血壓、血氧、呼吸等)、至案家完成設備架設及設定、教導病人及照顧者使用設備、電子資料處理、醫事人員監測判讀及行政成本等。 4. 照護小組應將遠端監測設備之類型及使用頻率記載於病歷並保留照片備查。	400

床側檢驗(查)加成項目表

下表所列項目依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」表定點數加計百分之二十。

編號	診療項目
08003C	血色素檢查 Hemoglobin (Hb)
08004C	血球比容值測定 Hematocrite (Hct)
08026C	凝血酶原時間 Prothrombin time (一段式) (PT)
08089B	活化凝血時間 ACT test
09002C	血中尿素氮 BUN, blood urea nitrogen
09005C	血液及體液空腹 Glucose-Ante Cibus, AC
09015C	肌酐、血 Creatinine (B) CRTN
09021C	鈉 Na (Sodium)
09022C	鉀 K (Potassium)
09023C	氯 Cl (Chloride)
09041B	血液氣體分析 Blood gas analysis
09059B	乳酸 Lactic Acid (lactate)
09071C	肌酸磷酸酶(MB 同功酶) CK-MB (Creatine phosphokinase-MB)
09099C	心肌旋轉蛋白 I (Troponin I)
12015C	C 反應性蛋白試驗 C.R.P (C-reactive protein) — 免疫比濁法 Nephelometry
12020C	肺炎黴漿菌抗體試驗 (Mycoplasma pneumonia Ab test)
12112B	白蛋白 (免疫比濁法) Albumin (Nephelometry)
12165C	A 群鏈球菌抗原 Streptococcus group A antigen (EIA)
12172C	尿液肺炎球菌抗原 Pneumococcus Ag (urine)
12191C	尿液退伍軍人菌抗原 Legionella pneumophila Ag (urine)
<u>12193C</u>	B 型利納肽(B 型利納利尿肽) Pro-BNP/(BNP)
14058C	呼吸融合細胞病毒試驗 RSV screening test
14064C	腺病毒抗原檢查 Adenovirus Ag test
14065C	流行性感冒 A 型病毒抗原 Influenza A Ag
14066C	流行性感冒 B 型病毒抗原 Influenza B Ag

編號	診療項目
14084C	新型冠狀病毒抗原檢測 SARS-CoV-2 Ag test
17002B	最大吸氣壓及最大吐氣壓 Pi max and Pe max
17017B	全階呼吸量測定 Haloscale respiration
18001C	心電圖 E.K.G. (Electrocardiography)
18005C	超音波心臟圖(包括單面、雙面) Echocardiography (-M-mode and -sector- scan)
19001C	腹部超音波 Abdominal ultrasound (包括肝 liver, 膽囊 gall bladder, 胰 pancreas, 脾 spleen, 下腔靜脈 inferior vena cava, 腹主動脈 abdominal aorta, 腎 kidney 及其他腹部超音波 abdominal others 在內)
19005C	其他超音波 Echo for others
19009C	腹部超音波，追蹤性 Abdominal ultrasound, for follow-up
19012C	頭頸部軟組織超音波(如甲狀腺 thyroid、副甲狀腺 parathyroid、腮腺 parotid) Head and neck soft tissue echo(thyroid,parathyroid,parotid gland)
19014C	乳房超音波
19016C	四肢超音波
24007B	血漿游離鈣測定 Plasma free Ca ⁺⁺
32001C	胸腔檢查(包括各種角度部位之胸腔檢查)第一張 Chest view (including each view of chest film)
32002C	胸腔檢查(包括各種角度部位之胸腔檢查)第二張以後 Chest view (including each view of chest film)
32003C	胸腔後前位及兩側斜位檢查(鋇餐) Chest P - A and both oblique view (with bariummeal)
32026C	X-光透視攝影 Fluoroscopy
57016B	經皮測二氧化碳分壓器或呼氣末二氧化碳分壓器(日) TC PCO ₂ or End tidal CO ₂ monitor (day)

「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」

訪視人員第一年教育訓練課程內容

序號	課程名稱	課程大綱	時數
1	在宅急症照護試辦計畫介紹及申請	試辦計畫說明、計畫申請及醫療費用申報作業。	1
2	在宅急症照護實務運作	各模式之收案流程、處置及照護之介紹(含感染症抗生素使用建議)。	2
3	在宅急症照護之臨床檢驗(查)實務運用、團隊照護機制	1. 常見檢驗(查)、床側檢驗(查)、遠端監測設備之介紹及實務操作、通訊診療實例介紹。 2. 跨團隊照護合作流程、後送機制、緊急事件處理及長照資源銜接之實務介紹。	1

註：

1. 參與本計畫第一年教育訓練以實體課程為限；其中「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫介紹及申請」課程，得由保險人分區業務組以說明會或與相關單位共同辦理。
2. 相關單位欲辦理本計畫教育訓練者，其講師應採用經保險人認可之師資，並檢具詳細課程規劃及師資送保險人審查同意後開課。
3. 前開師資，由保險人或台灣在宅醫療學會辦理培訓作業；取得師資資格者，由保險人公開名單於衛生福利部中央健康保險署全球資訊網，以利相關單位規劃本計畫教育訓練。
4. 本計畫實施前，已接受相當之前述課程內容，經保險人認可者，亦可採認其訓練證明。

提報日期：

基本資料	照護小組名稱		照護小組代號	(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	
小組資料	照護小組醫事機構名稱、醫事機構代號、主治醫師及各類參與人員之科別/身分證號/姓名/醫事人員類別等資料(含個管師)，醫事人員請檢附教育訓練證明文件。			
預定照護對象	☐ 1.居家個案，預定執行案件量： ☐ 2.照護機構住民，預定執行案件量： 照護機構名稱： 照護機構代碼： (檢附醫療院所及照護機構參與「減少住宿型機構住民至醫療機構就醫方案」合約書、照護機構同意與醫療院所共同參與本計畫之證明文件) ☐ 3.急診個案，預定執行案件量：			
計畫內容	服務內容及 流程規劃			
	24 小時諮詢專線			
	個案健康管理措施	如有使用遠端生命徵象監測設備，應一併敘明。		
	病人轉銜合作機制			
	後送機制 (含後送醫院名稱)			
	護理人力配置 (護理人員:病人)			

註：請依「醫療機構通訊診察治療實施計畫書(範本)」(附錄 1)提具通訊診療計畫。

「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」收案適應症

疾病別	收案適應症
肺炎	下列四項應至少符合三項： 1. 臨床症狀：明顯下呼吸道症狀，如(膿)痰、氣促、喘鳴、胸部不適、胸痛或聽診異常(喘鳴音、囉音)；或出現全身症狀如發燒、心跳變快、血壓偏低、意識改變(嗜睡、混亂、瞻妄或不安)、食慾變差等。 2. 實驗室檢查：血液白血球(嗜中性球比例)上升、C 反應蛋白上升、流感或 COVID-19 快篩陽性、肺炎鏈球菌或退伍軍人症尿液抗原陽性。 3. 影像學檢查：X 光發現或超音波之發現（影像備查）。 4. 細菌抹片或培養報告：痰液或血液之有意義發現。
尿路感染	下列四項應至少符合二項： 1. 局部症狀：如解尿灼熱、疼痛、尿少、膿尿且過去一週內，經口服抗生素治療失敗。或腰側敲擊痛。 2. 全身症狀：如發燒、心跳變快、血壓偏低、意識改變(嗜睡、混亂、瞻妄或不安)、食慾變差等。 3. 實驗室檢查：血液白血球(嗜中性球比例)上升、C 反應蛋白上升，尿液常規白血球上升、細菌(Bacteria)、亞硝酸鹽(Nitrite)呈陽性反應。 4. 細菌抹片或培養報告：尿液或血液之有意義發現。
軟組織感染	下列四項應至少符合三項： 1. 局部症狀：如紅腫熱痛，且過去一週內，經口服抗生素治療失敗。 2. 全身症狀：如發燒、心跳變快、血壓偏低、意識改變(嗜睡、混亂、瞻妄或不安)、食慾變差等。 3. 理學檢查：皮膚紅腫、傷口或化膿表現（影像備查）。 4. 實驗室檢查：血液白血球(嗜中性球比例)上升、C 反應蛋白上升。或細菌抹片或培養報告：傷口或血液之有意義發現。

「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」收案申請書

收案機構	名稱：		代號：		照護小組代號：	
收案日期	年	月	日	申請日期	年	月 日
主治醫師			主治醫師 身分證號			
主護理師			主護理師 身分證號			主護理師 所屬院所
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_____					
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					
照顧者	☐ 1.本人 ☐ 2.配偶 ☐ 3.子女 ☐ 4.看護 ☐ 5.其它_____					
決策者	☐ 1.本人 ☐ 2.配偶 ☐ 3.子女 ☐ 4.其他_____					
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					
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					
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 (收案)	ADL 總分： 分					
肌力	上肢(左： 分 右： 分)、下肢(左： 分 右： 分)					
主訴						
第三部分：收案評估						

收案來源	☐ 1.居家個案 ☐ 居家醫療照護整合計畫 ☐ 一般居護 ☐ 居家安寧 ☐ 呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫 ☐ 急性後期整合照護計畫。 ☐ 2.照護機構住民，機構名稱： ☐ 3.醫院急診，來源醫院：
收案適應症	☐ 1.肺炎 ☐ 2.尿路感染 ☐ 3.軟組織感染
收案適應症明細	(一)肺炎 ☐ 1.臨床症狀：下呼吸道症狀如痰、氣促、喘鳴、胸部不適、胸痛或聽診異常；或發燒、心跳變快、血壓偏低、意識改變、食慾變差。 ☐ 2.實驗室檢查：血液白血球或 C 反應蛋白上升、流感或 COVID-19 快篩陽性、肺炎鏈球菌或退伍軍人症尿液抗原陽性。 ☐ 3.影像學檢查：X 光發現或超音波之發現 ☐ 4.細菌抹片或培養報告：痰液或血液之有意義發現。
	(二) 尿路感染 ☐ 1.局部症狀：解尿灼熱、疼痛、尿少、膿尿且過去一週內經口服抗生素治療失敗。或腰側敲擊痛。 ☐ 2.全身症狀：發燒、心跳變快、血壓偏低、意識改變、食慾變差等。 ☐ 3.實驗室檢查：血液白血球或 C 反應蛋白上升，尿液常規白血球上升、Bacteria、Nitrite 陽性反應。 ☐ 4.細菌抹片或培養報告：尿液或血液之有意義發現。
	(三) 軟組織感染 ☐ 1.局部症狀：如紅腫熱痛，且過去一週內，經口服抗生素治療失敗。 ☐ 2.全身症狀：發燒、心跳變快、血壓偏低、意識改變、食慾變差等。 ☐ 3.理學檢查：皮膚紅腫、傷口或化膿表現。 ☐ 4.實驗室檢查：血液白血球或 C 反應蛋白上升。或傷口、血液細菌抹片/培養有意義發現。 上述各疾病別之適應症於收案時，應至少符合 3 項方可收案(尿路感染須符合 2 項)
居家急症治療模式	☐ 1.居家治療 ☐ 2.照護機構治療 ☐ 3.經急診返家治療
第四部分：醫療計畫(第一天)	
主診斷	(填 ICD，限肺炎、泌尿道感染及蜂窩性組織炎：J12-J18、J20-J22、J69.0、N10、N34、N30.0、N30.3、N30.8、N30.9、N39.0、L03.0、L03.1、L03.2、L03.3、L038、L039)
次診斷	
醫療治療計畫	(Admission summary)
新增管路	☐ 鼻胃管 ☐ 尿管 ☐ 靜脈注射
特殊醫囑	☐ 呼吸照護 ☐ 傷口照護 ☐ 遠距生理監測 ☐ 輸液治療 ☐ 其他_____
第五部分：結案評估	

治療經過	(Discharge summary)
長照需求	是否為長照個案 ☐ 1.是長照個案，且已轉介照管中心 ☐ 2.非長照個案(續答下題)： ☐ 2-1.有長照需求，且已轉介照管中心。轉介單位 轉介日期： ☐ 2-2.無長照需求，不須轉介。
結案資訊	結案或轉院日期： 年 月 日 結案時日常生活活動能力：ADL 總分 分。 ☐ 1.緩解完治，聯繫原醫療團隊或門診(巡診)醫師。 ☐ 2.緩解完治，聯繫其他醫療團隊或安排門診。 ☐ 3.中斷治療：病人遷居、拒絕訪視 ☐ 4.轉醫院治療(急診/住院)，轉院院所： ☐ 5.轉其他在宅急症照護小組照護，轉院院所： ☐ 6.死亡

「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」病人同意書

一、 服務說明：

「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」提供感染急症病人在宅/機構醫療服務，由主治醫師整體評估病人的病情，視診療需要連結其他醫師、護理人員、呼吸治療師及藥師等人員提供訪視及視訊診療服務，並協助病人照護期間之送藥服務。

為提供整合性醫療照護服務，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，以提升照護品質及用藥安全。

本計畫提供住院替代服務，至於所購買之商業保險產品其理賠條件，仍須由病人逕向保險公司洽詢。

二、 接受服務意向表達：

本人 ☐同意 ☐不同意 ○○醫院(診所)○○○醫師為本人在宅急症照護之主治醫師，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，並提供實質在宅急症醫療照護。

三、 轉介長期照顧服務意願

本人目前☐是長照個案☐非長照個案，於收案期間☐有長照服務需求☐無長照需求，☐同意☐不同意○○醫院(診所)將本人資料提供居住所在地之長期照顧管理中心以協助後續長期照顧服務連結。

另本人☐已了解「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫之收案對象銜接長照服務資源注意事項」之使用限制(例：不得使用陪同外出等服務)，並同意可依前述注意事項規範於收案期間內彈性使用照顧組合。

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：

「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」建議診療項目

醫療病史 (Medical history)	身體檢查 (Physical examination)
1. 與診斷關聯之症狀、檢驗室結果 Symptoms, laboratory results related to diagnosis 2. 過去慢性病史 Past history 3. 感染病史 History of infections 4. 藥物史 Medication history 5. 周邊血管疾病危險因素 PAD risk factors 6. 結石家族史 GU Stone Family history 7. 現在治療計畫 present treatment plans 8. 藥物 Medications 9. 呼吸支持 Respiratory support 10. 過敏史 Allergy history 11. 現在治療執行方案 Current treatment program 12. 急性併發症 Acute complications 13. 心理社會／經濟因素 Psychosocial/economic factors 14. 菸酒之使用 Tobacco and alcohol use	1. 體溫 Body Tempeture 2. 脈搏 pulses 3. 呼吸 Respiratory 4. 血氧 pulse oximeter 5. 血壓 Blood pressure 6. 體重 weight 7. 足部檢查 Foot examination 8. 皮膚檢查 Skin examination 9. 神經學檢查 Neurological examination 10. 口腔檢查 Oral examination 11. 影像學檢查 Imaging examination*(胸部 X 光或重點式超音波 POCUS)
檢驗室檢查 (Laboratory evaluation)	管理計畫 (Management Plan)
1. 08011C 全套血液檢查 I CBC-I* 2. 08013C 白血球分類計數 WBC differential count* 3. 12015C C 反應蛋白 C-Reactive Protein* 4. 09015C 血清肌酐 Serum creatinine* 5. 09002C 血中尿素氮 BUN, blood urea nitrogen* 6. 09026C 血清麩胺酸丙酮酸轉胺基 SGPT (or ALT) * 7. 09005C 血液葡萄糖 Glucose* 8. 09021C 鈉 Na (Sodium) * 9. 09022C 鉀 K(Potassium) * 10. 06012C 尿液分析 (尿一般檢查) General urine examination* 11. 12172C 尿液肺炎鏈球菌抗原(A) □ 12. 09038C 白蛋白 Albumin□ 13. 13007C 細菌培養鑑定檢查 culture □ 14. 13022B 抗生素敏感性試驗(MIC 法)三菌種以上□ 15. 09041B 血液氣體分析 Blood gas analysis	1. 短期與長期目標 Short-and long-term goals 2. 藥物指導 Medications 3. 吞嚥及營養治療 Swallowing and nutrition therapy(if indicated) □ 4. 管路照護 Tube care 5. 生活型態改變 Lifestyle changes 6. 遠距專科醫師會診(視情況而定)Specialty consultations (as indicated) 7. 遠端生理監測 Remote Patient Monitoring * 8. 家庭照顧者支持 Family caregiver support 9. 協助預約流行感冒疫苗 (influenza vaccine) 接種 (視個別院所情況而定)

☐ 16. 18001C 心電圖(成人)Electrocardiogram (adults) ☐ 17. 10531B 血中藥物濃度測定-Vancomycin Therapeutic drug monitoring-vancomycin ☐ 18. 11001C ABO 血型測定檢驗(A.B.AB.O blood grouping) ☐ 19. 11002C 交叉配合試驗 Crossmatching test ☐	
註： 1. 參照 2018 Taiwan Guidelines for the Management of Pneumonia Taiwan Guidelines for the Management of Pneumonia. 2. 表列檢驗、檢查與服務項目中，「*」註記表示為建議必要執行診療項目，「☐」註記表示為建議得視病人病情（if indicated）為選擇性執行項目。	

「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」訪視紀錄

※一個訪視人員填寫 1 頁，同日有不同醫事人員訪視則填寫不同頁面

日期	年 月 日 (Day1)	年 月 日 (Day2)	年 月 日 (Day3)
時間	: — :	: — :	: — :
訪視人員 類別	☐ 1.醫師 ☐ 2.護理人員 ☐ 3.呼吸治療人員 ☐ 4.藥事人員	☐ 1.醫師 ☐ 2.護理人員 ☐ 3.呼吸治療人員 ☐ 4.藥事人員	☐ 1.醫師 ☐ 2.護理人員 ☐ 3.呼吸治療人員 ☐ 4.藥事人員
訪視 人員			
訪視 類別	☐ 1.實地訪視 ☐ 2.通訊訪視 ☐ 3.緊急訪視	☐ 1.實地訪視 ☐ 2.通訊訪視 ☐ 3.緊急訪視	☐ 1.實地訪視 ☐ 2.通訊訪視 ☐ 3.緊急訪視
生命 徵象	體溫： 脈搏： 呼吸： 血壓： 血氧：	體溫： 脈搏： 呼吸： 血壓： 血氧：	體溫： 脈搏： 呼吸： 血壓： 血氧：
問題、 評估、 計畫 (PAP)			
紀錄上傳 時間			

「(醫療機構名稱)」通訊診察治療實施計畫書(範本)

一、計畫目的/宗旨

二、計畫依據

(醫療機構名稱)依據通訊診察治療辦法規定，針對符合通訊診察治療辦法(下稱本辦法)第 3 條所定下列「特殊情形」(勾選如下，可複選)之病人執行通訊診察治療，茲依據本辦法第 18 條規定，擬具本實施計畫，報請主管機關核准。

- | | |
|---|---|
| ☐ (第 1 款)急性後期照護 | ☐ (第 6 款)疾病末期照護 |
| ☐ (第 2 款)慢性病照護計畫收案病人 | ☐ (第 7 款)矯正機關收容照護 |
| ☐ (第 3 款)長期照顧服務 | ☐ (第 8 款)行動不便照護 |
| ☐ (第 4 款)家庭醫師收治照護 | ☐ (第 9 款)災害、傳染病或其他重大變故照護 |
| ☐ (第 5 款)居家醫療照護 | ☐ (第 10 款)國際醫療照護 |

【填寫說明】

- 1、擬執行特殊情形通訊診療之醫療機構，如欲同時執行 2 種以上之特殊情形之通訊診療服務時，可合併於 1 份計畫書填寫後，陳報衛生局核准；惟本計畫書中「實施計畫」項下特別標註之子項，應依本頁所勾選之特殊情形款次，依序分別撰寫。
- 2、依本辦法第 18 條第 3 項規定，醫療機構所執行之通訊診療，係經中央主管機關或所屬機關(如中央健康保險署等)核定者，得以核定文件替代本實施計畫，陳報地方衛生局備查，無須填寫本實施計畫陳報衛生局核准。另「核定文件」形式不拘，中央主管機關核定公文、契約書或資訊系統核准畫面均可。

三、實施計畫

(一)實施之主責醫師、其他主責醫事人員：

【如勾選多款特殊情形，請複製下列表格、分款填寫】

(請下拉選單擇定)	
1、主責醫師	
部門、執業科別	姓名
2、其他醫事人員之主責人員	
醫事人員類別	姓名(如為其他合作機構人員，請併予敘明機構名稱)
(例如：護理師)	○○○
(例如：物理治療師)	○○○ (A 物理治療所)

【填寫說明】

- 1、主責醫師請敘明執業科別，其他類醫事人員各指定 1 名主責人員即可。
- 2、本辦法第 18 條第 4 項規定，主責醫事人員如有異動，應自事實發生之日起 30 日內報直轄市、縣（市）主管機關備查。

(二)醫療項目：

【如勾選多款特殊情形，請複製下列表格、分款填寫】

(請下拉選單擇定)			
勾選欄	醫療項目(可複選)	勾選欄	醫療項目(可複選)
☐	詢問病情	☐	精神科心理治療
☐	提供醫療諮詢	☐	開立處方(應符合本辦法第 16 條規定始得開立)
☐	診察、診斷、醫囑		
☐	開立檢查、檢驗單	☐	原有處方之調整或指導
☐	會診	☐	衛生教育

使用通訊方式提供醫療項目之服務流程：_____。

【填寫說明】

- 1、醫療項目，限於本辦法第 15 條第 1 項第 1 款至第 9 款內容。
- 2、請敘明醫療項目、服務流程(例如：何時、確認病人身分、收費、使用通訊診療之流程或提供處方箋等方式等)。
- 3、如有合作機構，亦請敘述合作機構如何參與醫療服務。

(三)實施對象：

勾選欄 符合本辦法第 3 條特殊情形(未勾選之欄位得刪除)

☐ **第 1 款：急性後期照護(不得為初診病人)**

為☐緊急外傷病人、☐急性冠心症病人、☐精神疾病急性病人、☐急性腦中風病人、☐慢性阻塞性肺病病人、☐慢性心衰竭病人、☐手術後病人或☐其他需急性後期照護之病人，於離開醫院、診所後三個月內施行之追蹤診療及照護。

勾選其他者，請敘明病人情形及理由：_____。

☐ **第 2 款：慢性病照護計畫收案病人(不得為初診病人)**

指為主管機關或其所屬機關有關慢性病照護計畫收案之病人，因病情需要，施行之診療及照護。

註：如為「中央」主管機關或其所屬機關之照護計畫，則毋須填寫本實施計畫報地方衛生局核准。

☐ **第 3 款：長期照顧服務(不得為初診病人)**

指為與醫療機構訂有醫療服務契約之☐長期照顧服務機構、☐老人福利機構、☐身心障礙福利機構、☐護理機構或☐其他相類機構，就失智、失能或行動不便之機構住民，施行之診療及照護。

註：勾選本欄位者，以下「(五)合作之醫事機構、第六條所定機構或矯正機關」，為必填項目。

☐ **第 4 款：家庭醫師收治照護(不得為初診病人)**

指為主管機關或其所屬機關有關家庭醫師整合性照護計畫，符合參與醫療給付改善方案條件收案之病人，因病情需要由家庭醫師施行之診療及照護。

☐ **第 5 款：居家醫療照護(不得為初診病人)**

指為主管機關或其所屬機關有關居家照護、居家醫療照護整合計畫收案之病人，於執行之醫療團隊醫師診療後三個月內，因病情需要施行之診療及照護。

- ☐ **第 6 款：疾病末期照護(不得為初診病人)**
本款實施對象應符合為減輕或免除末期病人之生理、心理及靈性痛苦，施行之緩解性、支持性診療及照護。
- ☐ **第 7 款：矯正機關收容照護**
本款實施對象應符合為矯正機關收容人，施行之診療及照護。
依本辦法第 18 條第 1 項後段規定，執行本款者，應先徵得矯正機關同意。
註：勾選本欄位者，以下「(五)合作之醫事機構、第六條所定機構或矯正機關」，為必填項目。
- ☐ **第 8 款：行動不便照護(不得為初診病人)**
本款實施對象應符合下列條件，致外出就醫不便之病人，施行之診療及照護：
 - ☐失能(長期照顧服務法第 3 條第 2 款)
 - ☐身心障礙(身心障礙者權益保障法第 5 條)
 - ☐重大傷病(全民健康保險法第 48 條第 1 項第 1 款)
- ☐ **第 9 款：災害、傳染病或其他重大變故照護**
本款所稱災害、傳染病或其他重大變故照護，指為居住地區發生災害防救法第二條第一款所定災害、傳染病防治法第三條第一項所定傳染病，或其他重大變故，未能或不便至醫療機構就診之病人，施行之診療及照護。
- ☐ **第 10 款：國際醫療照護**
本款實施對象應符合為境外之我國或非我國籍病人，施行之諮詢、診療及照護。

【填寫說明】

- 1、本辦法第 20 條第 1 項第 2 款規定，醫師實施通訊診療時，應確認病人身分；第三條第一款至第六款及第八款情形，不得為初診病人。
- 2、請勾選符合本辦法第 3 條之款次，並敘明實施對象來源。

(四)實施期間：

【填寫說明】

申請實施期間，建議至多為 4 年。

(五)合作之醫事機構、第六條所定機構或矯正機關：

1、合作之醫事機構

【如勾選多款特殊情形，請複製下列表格、分款填寫】

(請下拉選單擇定)			
機構名稱	機構類別	地址	聯絡人姓名、電話

2、服務機構 (本辦法第 6 條所定機構或矯正機關)

機構名稱	機構類別	地址	聯絡人姓名、電話
	(請下拉選單擇定)		
	(請下拉選單擇定)		

(六)通訊診療告知同意書

本計畫收案對象將以____(書面/電子)方式簽署同意書，內容如附件。

【填寫說明】

- 1、病患得以書面、電子方式簽署告知同意書。
- 2、上開電子方式，得以電子簽章法所定電子文件、電子簽章或數位簽章方式為之，且須具不可否認性。

(七)個人資料保護及資料檔案安全維護措施

- 1、本實施計畫申請機構是否為「醫院個人資料檔案安全維護計畫實施辦法」第 4 條第 1 項第 1 款所稱之醫院？

- ☐ 是，安全維護計畫業以○年○月○日○○字第○○○號函送貴局備查。
- ☐ 否，惟仍應依個人資料保護法第 18 條辦理安全維護事項，或依同法第 27 條採取採行適當之安全措施。

- 2、本案通訊診療使用之資訊系統，是否涉及病歷資料之傳輸、交換、儲存，或開立處方、檢查、檢驗單：

- ☐ 是；☐ 否 (勾「否」者，免填以下第 3 點)

3、承 2，本案通訊診療所使用涉及「病歷資料之傳輸、交換、儲存，或開立處方、檢查、檢驗單」之資訊系統(名稱：○○○)，已具備個人身分驗證、符合國際標準組織通用之資料傳輸加密機制，並符合醫療機構電子病歷製作及管理辦法之相關規定：

(1) 已實施電子病歷，並函報貴局備查。函報貴局日期文號：○年○月○日○○字第○○○號。

(未曾備查者，請依醫療機構電子病歷製作及管理辦法第 9 條規定，於實施之日起 15 日內，報衛生局備查)

(2) 上述通訊診療之資訊系統，係：

- ☐ 本實施計畫申請機構自行建置；
- ☐ 委託(機構、法人、團體或大學名稱)建置及管理；受託機構已通過中央主管機關認可之資訊安全標準驗證，並訂有書面契約。

【請檢附「委託契約」及「受託機構通過中央主管機關認可之資訊安全標準驗證證明」】

4、其他個資及資安保護措施：

【填寫說明】

- 1、非屬醫院個人資料檔案安全維護計畫實施辦法第 4 條第 1 項第 1 款所稱之醫院者，免填第 3 點。
- 2、通訊診療資訊系統如係委託機構、法人、團體或大學建置及管理，應敘明受託機構名稱，以及符合本部 113 年 3 月 12 日衛部資字第 1132660106 號公告之資訊安全標準驗證規定。
- 3、醫療機構於擬具本計畫書時，應注意通訊診察治療之相關程序，並符合我國個人資料保護法等相關規範。

(八)其他事項

自費醫療項目資訊：

自費醫療項目名稱	收費費額或標準	地方衛生主管機關 核定情形
		☐ 已核定 ☐ 申請中 ☐ 尚未申請
		☐ 已核定 ☐ 申請中 ☐ 尚未申請

【填寫說明】

- 1、申請機構得視計畫實際內容需要，於本項撰寫內容。
- 2、如有新增醫療費用項目時，醫療機構應另依醫療法第 21 條規定，送地方政府衛生局核定。

醫療機構用印：

負責醫師用印：

中華民國 年 月 日

「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」之收案對象銜接長照服務
資源注意事項

衛生福利部 113 年 6 月 24 日訂定

113 年 7 月 11 日修訂

收案對象在宅急症照護期間銜接長照服務資源，注意事項如下：

一、轉介長照服務：在宅急症共同照護小組(以下稱照護小組)應評估收案對象是否有長照服務需求並出具照顧計畫建議，協助轉介及通知收案對象居住地之長期照顧管理中心(下稱照管中心)指定窗口，由指定窗口通知主責照專及進行後續長照服務連結或調整照顧計畫內容，並進行後續聯繫。

二、建立收案群組：照護小組應建立收案對象群組(含照護小組成員、照管中心、社區整合型服務中心個案管理員(下稱 A 個管員)、居家服務單位及家屬)以利即時確認收案對象狀況，若照護期間收案對象病況改變，照護小組應主動通知照管中心及社區整合型服務中心(下稱 A 單位)，以利即時調整照顧計畫內容。

三、在宅急症照護期間之長照服務使用規範：

(一)收案對象之長期照顧服務申請及使用，皆依「長期照顧服務申請及給付辦法」相關規定辦理，惟可於不調整長照服務給付上限額度及部分負擔比例下，由照管中心及 A 單位依收案對象需求，在照護小組之照顧建議範疇內，依下列「長照服務碼別使用規範」新增計畫異動核定照顧組合，並於在宅急症照護期間內可彈性使用照顧組合(可新增例外可申報項目)。

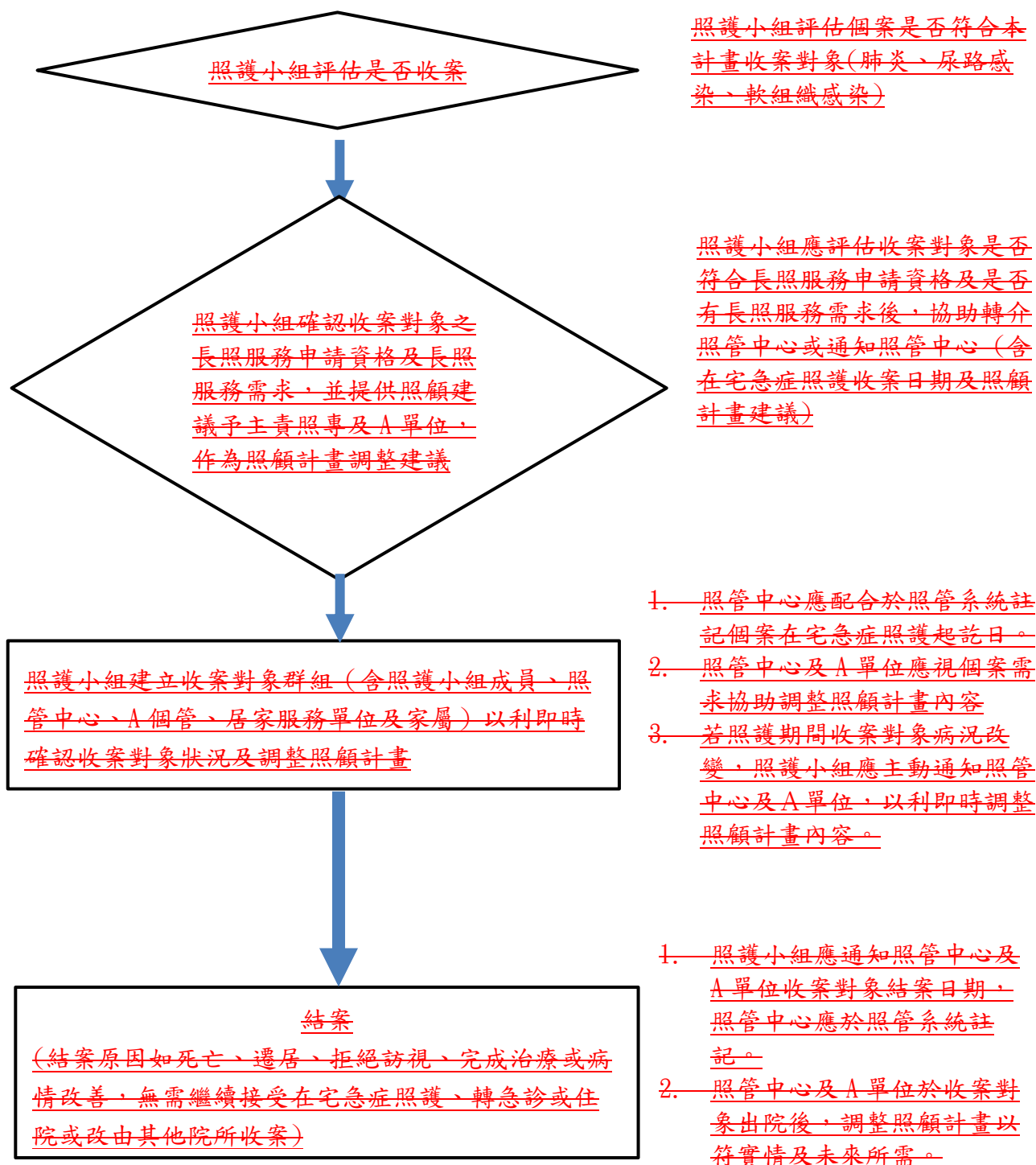
(二)長照服務碼別使用規範如下：

<u>服務項目</u>	<u>使用規範</u>	<u>說明</u>
<u>照顧服務 【僅限未聘請外籍家庭看護工之個案】</u>	<u>僅限使用居家服務【BA 碼-除到宅沐浴車 BA09、BA09a、陪同外 出 BA13 及陪同就醫</u>	<u>在宅急症照護期間，應以居家照顧為主，不建議使用社區式機構服務及外出活動。</u>

<u>服務項目</u>	<u>使用規範</u>	<u>說明</u>
	<u>BA14 外皆可於在宅急症 照護期間內混合使用】</u>	
<u>專業服務</u>	<u>僅限使用 CC01</u>	<u>在宅急症照護期間，應以醫 療服務為主，不應同時使用 長照專業服務(C 碼)，並待 急症照護期間結案後，再依 收案對象照顧計畫需求銜接 長照專業服務進行指導。</u>
<u>交通接送服務</u>	<u>在宅急症照護期間首末 日可使用</u>	<u>收案對象於相同照護期間不 得由其他特約醫事服務單位 申請收案，提醒收案對象於 照護期間內不應使用長照交 通接送服務(DA 碼)。</u>
<u>輔具及居家無障 礙環境改善服務</u>	<u>可使用</u>	
<u>喘息服務</u>	<u>僅限使用居家喘息 (GA09)</u>	<u>在宅急症照護期間，應以居 家喘息為主，不建議使用社 區式機構服務及住宿式機構 服務。</u>
<u>AA 碼</u> <u>【僅限照顧服務 使用者】</u>	<u>一律核定 AA08 晚間服 務及 AA09 假日服務</u>	<u>考量在宅急症照護期間須高 密集照顧服務，故於此期間 內均核定 AA08 晚間服務及 AA09 假日服務，俾利提供 收案對象照顧協助。</u>
<u>其他碼別</u>	<u>SC09 居家短照服務</u>	<u>僅限聘有外籍看護工家庭之 被照顧者可用。</u>
	<u>OT01 營養餐飲服務。</u>	<u>僅限經社會救助法審核認定 之低收入戶、中低收入戶， 或符合領取中低收入老人生 活津貼發給辦法第五條第一 項津貼資格者或身心障礙者</u>

<u>服務項目</u>	<u>使用規範</u>	<u>說明</u>
		<u>生活補助資格者，經照管中心評估符合長照需要等級2至8級且無以下情形之一：</u> <u>(1) 經直轄市、縣(市)政府評估無提供餐飲服務需要或可外出使用共餐服務者。</u> <u>(2) 有吞嚥困難或僅能以無渣流質管灌進食或有特殊餐食需要者，其中特殊餐食係指非盒餐或團體膳食可滿足其需求。</u> <u>(3) 聘有外籍家庭看護工之個案。</u>

「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」之收案對象銜接長照服務
資源服務流程



全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案

106.04.01 第一版實施

107.02.01 第二版實施

115.01.01 第三版實施(草案)

壹、前言

慢性阻塞性肺病(Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 以下稱COPD)是一種慢性發炎所造成的呼吸道阻塞疾病,是可預防也可治療的常見疾病,且為全球重要的致病及致死原因,亦為肺癌主要危險因子之一,造成的社會經濟負擔十分龐大且與日俱增。

然而一般社會大眾對於COPD認知甚少,即使症狀產生也以為只是正常的老化現象,且由於COPD的早期症狀並不明顯,很容易被誤診為其他疾病,如氣喘或感冒,故COPD的診斷率普遍低落,約47.5%。和氣喘不同,COPD的呼吸道阻塞及肺部傷害皆屬於不可逆反應,再加上病程進展緩慢,等到病人無法忍耐而就醫時往往已發展至中後期,延誤了早期治療的先機。

有鑑於此,在COPD病人疾病惡化前,加強此疾病之管理方式,使病人早期診斷並獲得適當治療,減少急症及併發症的發生,不僅能改善病人生活品質,長期而言,亦應能有助整體醫療費用的降低。

本方案藉由醫療資源整合制度之設計,導入提升COPD照護品質之誘因,鼓勵醫療院所設計以病人為中心之完整照護,加強COPD病人之追蹤管理及衛教服務,提供完整且連續性的照護模式,以創造病人、醫療院所及保險人三贏之局面。

貳、目標

- 一、建立以病人為中心之共同照護模式。
- 二、提升 COPD 臨床治療品質。
- 三、降低 COPD 急性及加護病房入住率。
- 四、建立以品質為導向之支付制度。

參、計畫內容

一、參與醫療院所資格

- (一) 第一類院所：需具有三位以上(含)胸腔暨重症專科專(兼)任醫師，且需配置呼吸治療師及個案管理師(如護理師、呼吸治療師或其他醫療相關專業人員)各一名。
- (二) 第二類院所：需具有一位以上(含)家庭醫學科、胸腔暨重症專科、內科、小兒科、耳鼻喉科或神經科之專(兼)任醫師。

二、執行人員資格

(一) 教育訓練資格

1. 新加入本方案之醫師、個案管理師及呼吸治療師，應至少取得6小時課程時數，並取得證明(胸腔暨重症專科醫師、慢性阻塞性肺病專科醫師除外)。
2. 已加入本方案之照護人員，每3年須取得至少6小時課程時數(胸腔暨重症專科醫師、慢性阻塞性肺病專科醫師除外)。
3. 教育訓練課程由台灣內科醫學會/台灣胸腔暨重症加護醫學會/台灣慢性阻塞性肺病學會負責提供。

- (二) 退場機制：參與本方案之院所，其「年度病人追蹤率」小於 12% 者，若經保險

人輔導後，6 個月內仍未改善，自保險人文到日之次月起取消參與方案資格，且半年後始得再申請參與方案，個案數小於10人者除外。

「年度病人追蹤率」操作型定義如下：

- 1.分母：當年度申報新收案(P6011C)或舊個案追蹤(P6012C)之人數。
- 2.分子：分母條件之病人當中，申報上述2項醫令後，當年度內有申報另一次追蹤管理(P6012C)之人數。

三、收案對象(給付對象)

- (一)最近90天曾在同院所診斷為 COPD(主診斷 ICD10: J41-J44)，且要有肺功能的紀錄，符合台灣胸腔暨重症加護醫學會衛生福利部國民健康署(以下稱國健署)公布之台灣肺阻塞臨床照護指引慢性阻塞性肺病臨床治療指引定義，至少就醫達2次(含)以上者，才可收案，當次收案亦須以主診斷收案。
- (二)收案前需與病人解釋本方案之目的及需病人配合定期回診等事項，經病人同意配合後，方得收案並將病人或親屬簽章黏貼於病歷表上或電子病歷內，始得支付疾病管理照護費。
- (三)符合方案收案條件之個案，若已被本方案其他院所或氣喘醫療給付改善方案收案照護者，不得重複收案，俟其結案後，方可收案。

四、結案條件：

- (一)病人因其他重大疾病或死亡因素無法繼續接受本方案管理照護。
- (二)經醫師判斷病情惡化應上轉或穩定應下轉，惟病人不願於本方案參與院所內接受照護，三個月內亦未繼續至原院所接受照護。
- (三)病人失聯超過三個月、拒絕再接受治療、或不願再遵醫囑或聽從衛教。
- (四)院所超過一年未提供病人本方案管理照護。(以本條件結案之病人，一年內不得再由同一院所收案，但院所仍可依現行支付標準申報相關醫療費用。)

五、收案後個案管理及治療流程

(一)照護內容：

- 1.院所須確保收案病人受到適當治療，提供以病人為中心之全功能性照護，除完成優質醫療照顧，亦能延伸至病人返家後的居家疾病諮詢協調與長期追蹤照護。第一類院所及第二類院所詳細之照護內容可參考附件1。
- 2.第二類院所收案之病人，經醫師評估病情符合下列情況者，可轉診至本方案有治療能力之院所進行診治。
 - (1)初始治療反應不佳。
 - (2)有其他重大的共病，如心衰竭或心律不整等。
 - (3)家庭支持系統不足，需其他專業人員(如社工、關懷師...等)介入。
 - (4)病情惡化經初步處置未改善者。
 - (5)生命跡象變化，如發燒超過38度半合併呼吸次數>25次/分鐘或心跳速率大於130/分鐘。
- 3.前項經轉診之原第二類院所病人，經評估病情符合下述條件者，可回診至原院所進行後續照護。
 - (1)病人六個月未發生 COPD 急性惡化。
 - (2)病人已接受過完整肺復原療程。

(3) 病人具自我照護能力。

(二) 詳細之疾病診斷及治療可參照國健署「[慢性阻塞性肺病臨床治療指引](#)」(完整檔案可於台灣胸腔暨重症加護醫學會公布之台灣肺阻塞臨床照護指引(可於台灣胸腔暨重症加護醫學會官網或「自在呼吸健康網」網站下載,網址為 www.asthma-copd.tw)。

(三) 參與本方案院所將使用由台灣胸腔暨重症加護醫學會公益提供之 COPD 病人自我照護教材及輔助工具。

(四) 台灣胸腔暨重症加護醫學會將監測轉診/轉檢流程並提供必要之協助。

六、申請程序及受理資格審查：申請本方案之醫事服務機構應檢附下列資料向保險人分區業務組提出申請，並經保險人審核通過後，始得執行，變更時亦同。

(一) 申請表(如附件3)

(二) 專業團隊名冊(請條列各執行人員之姓名、身分證字號、專業類別、證書字號、教育訓練時數及證明影本)

七、給付項目及支付標準：符合本方案之 COPD 病人，接受以醫師為主導之醫療團隊提供常規性 COPD 之完整性照護，醫療院所得定期申報管理照護費，給付項目及支付標準如附件4。

八、品質資訊之登錄及監測

(一) 參與本方案之特約醫療院所應依保險人規定內容(如附件5)，於健保資訊網服務系統(VPN)登錄個案基本資料及檢驗、檢查結果資訊。

(二) 參與本方案之醫療院所每年需定期依「提升院所 COPD 慢性照護能力與病人生活品質的量化評量表」(如附件6) 自我評量後，於每年年底前上傳保險人之分區業務組備查。

九、醫療費用申報及審查原則

(一) 申報原則：

1. 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(以下稱審查辦法)規定辦理。

2. 門診醫療服務點數清單及醫令清單填表說明：

(1) 屬本方案收案之保險對象，其就診當次符合申報者，於申報費用時，案件分類填報「E1(支付制度試辦計畫)」，特定治療項目代號(一)填報「HF(慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案)」；未符合申報上述醫令者，依一般費用申報原則辦理。

(2) 申報方式：併當月份送核費用申報。

(二) 審查原則

1. 未依保險人規定內容登錄相關品質資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付該筆管理照護費並依相關規定辦理；另該筆疾病管理費被核刪後不得再申報。

2. 其餘未規定事項，依審查辦法規定辦理。

十、獎勵措施：獎勵點數之計算，自參與院所有完整曆年(第一年為4月至12月)資料後，再予核算。自本方案執行第二年起，當年度新參與方案之院所，須於次年方得參與品質獎勵評比。

(一) 品質獎勵指標：

1. 病人完整追蹤率

操作型定義如下：

(1) 分母：當年度該院所照護(含收案及轉入)本方案之所有病人數。

(2) 分子：上述分母條件之病人中，於當年度該院所完成下列條件者之人數。

A. 舊病人且當年度未有轉入、轉出紀錄者：當年度有申報年度評估(P6013C 或 P6014C)，且追蹤管理(P6012C)達3次者。

B. 當年度新收案或有轉入、轉出紀錄者：視當年實際照護季數(結案或轉出日-收案日)，完成下列追蹤管理次數者，視為達成追蹤。

a. 實際照護滿 3 季者，其當年度「追蹤管理(P6012C) + 年度評估(P6013C 或 P6014C)」次數達3 次。

b. 實際照護滿 2 季者，其當年度「追蹤管理(P6012C)」次數達 2 次。

c. 實際照護滿 1 季者，其當年度「追蹤管理(P6012C)」次數達 1 次。

2. 收案病人 COPD 出院後14日內再入院率

(1) 分母：當年度該院所照護(含收案及轉入)本方案之所有因主診斷 COPD 住院後出院之病人人次。

(2) 分子：分母條件之病人當中，出院後 14 日內因主診斷 COPD 再入院之總人次。

3. 收案病人因 COPD 急診就醫比率

(1) 分母：當年度該院所照護(含收案及轉入)本方案之所有病人數。

(2) 分子：分母條件之病人當中，因 COPD 急診就醫之總人數。

4. 收案病人因 COPD 急性住院比率

(1) 分母：當年度該院所照護(含收案及轉入)本方案之所有病人。

(2) 分子：分母條件之病人當中，當年度曾因主診斷 COPD 入住急性病房或加護病房之總人數。

5. 照護涵蓋率：收案病人因COPD入住加護病房比率

(1) 分母：當年度該院二次就醫間隔90天內且主次診斷為 COPD 之人數。~~當年度該院所照護(含收案及轉入)本方案之所有病人數。~~

(2) 分子：分母條件之病人當中，申報本方案支付標準之人數。~~當年度曾因主診斷COPD入住加護病房之總人數。~~

6. 嚴重個案照護涵蓋率(僅醫院層級適用)：收案病人6個月戒菸成功率

(1) 分母：當年度該院二次就醫間隔90天內且主次診斷為 COPD 且因 COPD 使用口服類固醇(ATC 碼前 5碼為 H02AB)或抗生素(ATC 碼前 3 碼為 J01)，或有一次以上因 COPD 於該院住院或急診之人數。~~該年度該院所照護(含收案及轉入)本方案之所有仍有抽菸習慣的病人數。~~

(2) 分子：分母條件之病人當中，申報本方案支付標準之人數。~~自追蹤日向前推算6個月內未吸菸之總個案數。~~

7. 收案病人接受肺部復原評估比率

肺部復原及呼吸訓練治療項目參照附表3。

(1) ~~分母：當年度該院所照護(含收案及轉入)本方案之所有病人數。~~

~~(2)分子：分母條件之病人當中，當年度有執行肺部復原評估(P6015C)之總人數。~~

8. 收案病人接受正確藥物治療比率

~~藥物治療項目參照國健署慢性阻塞性肺病臨床治療指引。~~

~~(1)分母：當年度該院所照護(含收案及轉入)本方案之所有病人數。~~

~~(2)分子：分母條件之病人當中，當年度治療藥物符合國健署慢性阻塞性肺病臨床治療指引之總人數。~~

(二) 獎勵評比方式：

1. 區分第一類醫院所、第二類醫院、第二類基層診所，共3組。
2. 各組院所依上述8項「品質獎勵指標」比率分別排序(「病人完整追蹤率」、「照護涵蓋率」、「嚴重個案照護涵蓋率(僅醫院層級適用)」、「收案病人6個月戒菸成功率」及「收案病人接受肺部復原比率」、「收案病人接受正確藥物治療比率」由高排至低；「收案病人 COPD 出院後14日內再入院率」、「收案病人因 COPD 急診就醫比率」、「收案病人因 COPD 急性住院比率」及「收案病人因 COPD 入住加護病房比率」由低排至高)，計算個別院所6項(醫院)、5項(基層)8項排序序號之平均值，再重新進行總排序。
3. 各組總排序前25%之院所，依該院所所收個案中達成完整追蹤之個案數，每一個案支付51,000點獎勵；當年度新收個案，則依完整追蹤季數，按比例支付，惟第4季新收案個案不納入獎勵。

(三) 符合下述條件之病人，不列入本方案品質獎勵指標及個案獎勵費用之計算：

1. 因非慢性阻塞性肺病相關疾病而導致預期存活期小於六個月者。
2. 長期臥床大於三個月且無進步潛能者。
3. 因神經或肌肉骨骼系統功能下降，而無復健潛能者。
4. 嚴重意識或認知障礙，嚴重精神疾病。
5. 長期呼吸器依賴者。
6. 重度慢性阻塞性肺病之末期階段，經醫師評估短期內無法復原者
7. 若病人或家屬中途無法參予配合意願，即中止治療。
8. 過去一年曾因 COPD 住院 2 次以上者。
9. 同時具有其他重大傷病之患者。
10. 第4季新收案個案。

十一、品質監測指標

(一) 第二類院所應上轉病人比率

1. 分母：第二類院所當年度該院所所有照護(含收案及轉入)本方案病人人數。
2. 分子：分母條件之病人當中，經醫師評估病人「發生急性惡化或其他重大病情」且「該院所無法診治」應上轉之病人人數。

(二) 第一類院所應下轉病人比率

1. 分母：第一類院所當年度該院所所有照護(含收案及轉入)本方案病人人數。
2. 分子：分母條件之病人當中，經醫師評估病情穩定應下轉之病人人數。

(三) 第二類院所應上轉未上轉病人比率

1. 分母：第二類院所當年度該院所，經醫師評估病人「發生急性惡化或其他重

大病情」且「該院所無法診治」應上轉之病人人數。

2.分子：分母條件之病人當中，未上轉病人人數。

(四)第一類院所應下轉未下轉病人比率

1.分母：第一類院所當年度該院所，經醫師評估病情穩定應下轉之病人人數。

2.分子：分母條件之病人當中，未下轉病人人數。

(五)第二類院所應上轉病人因病患意願未上轉比率

1.分母：第二類院所當年度該院所，經醫師評估病人「發生急性惡化或其他重大病情」且「該院所無法診治」應上轉未上轉病人人數。

2.分子：分母條件之病人當中，因病患意願於原院繼續治療之病人人數。

(六)第一類院所應下轉病人因病患意願未下轉比率

1.分母：第一類院所當年度該院所，經醫師評估病情穩定應下轉未下轉病人人數。

2.分子：分母條件之病人當中，因病患意願於原院繼續治療之病人人數。

十二、費用之支付

(一)本方案之疾病管理費用（P6011C、P6012C、P6013C、P6014C、P6015C）及相關品質獎勵措施費用於全民健康保險醫院總額及西醫基層總額之「醫療給付改善方案」專款項下支應。

(二)疾病管理費用按季暫以每點一元支付；年度結束後，疾病管理費用與品質獎勵費用，併上開專款項下其他方案費用，進行全年結算，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

(三)保險人得視實際執行及費用支付情形，召開會議與醫界研議修改本方案之相關內容。

(四)本方案費用建議優先分配於第一線執行人員，參與院所應每年提報方案費用之運用情形予保險人分區業務組。

十三、資訊公開：保險人得公開參與本方案之名單及相關品質資訊供民眾參考，其品質獎勵措施，將於本保險人全球資訊網公開獲得品質獎勵金之院所名單，供參與醫師自行查詢。

肆、方案修正程序：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。

慢性阻塞性肺病照護內容

第一類醫療院所：

由胸腔專科醫師主導醫療照護，以隨時依病人的病情變化需要，追蹤胸部X光、肺功能及主客觀呼吸狀況以評估呼吸功能的進步或惡化。慢性阻塞性肺病個案管理師依據醫師的醫療指示，負責協調COPD照護之跨專科醫療團隊中的資源整合，目標為提供以病人為中心之全功能性照護，達成除了完成優質醫療照顧，亦能延伸至病人返家後的疾病諮詢協調與長期追蹤照護。

1. 應完成照護內容細則：

- (1) 完成慢性阻塞性肺病相關知識及自我照護執行的個人化教育。
- (2) 應完成疾病預防之衛教，如戒菸與疫苗注射相關衛教。
- (3) 訓練完成自我照護的能力及工具使用紀錄（如監測體重、吸入型藥物使用知識、熟悉記錄主客觀呼吸狀況評估）。
- (4) 依診治指引之標準用藥使用順從性與正確性評估。
- (5) 肺部復原運動及分泌物處理之衛教與執行，依病人需要訓練強度，分高強度及低強度復原訓練。
- (6) 參與本方案院所將使用由台灣胸腔暨重症加護醫學會公益提供之COPD病患自我照護教材及輔助工具。
- (7) 台灣胸腔暨重症加護醫學會將監測轉診/轉檢流程並提供必要之協助。

2. 門診照護及疾病照護追蹤

- (1) 門診照護條件：專業照護成員包含有負責慢性阻塞性肺病之胸腔專科醫師一名與專責慢性阻塞性肺病個案管理師，追蹤慢性阻塞性肺病病人的疾病知識維持與照顧行為的執行，視需要強化病人及家屬的知識教育，安排後續檢驗及治療計畫：承作醫院定期回診，若個案有突發性或不預期性疾病病情變化，依狀況個管師協助安排提前看診，或依據慢性阻塞性肺病之胸腔專科醫師指令協助安排相關醫療照護資源。
- (2) 個案管理師：提供看診前電話諮詢與疾病照護追蹤。
- (3) 呼吸治療師：協助執行肺部復原相關醫療處置。
- (4) 回診時，個管師協助檢視個案居家自我照護紀錄，含心跳、血壓、體重，強化教育慢性阻塞性肺病藥物使用之目的。
- (5) 門診時，有藥物劑量調整或變更時，強化教育慢性阻塞性肺病藥物使用之目的，並確保個案在沒有無法使用的情況下，有使用到慢性阻塞性肺病標準用藥。
- (6) 經醫師評估病情符合下述條件者，可轉診至第二類院所進行後續照護。
 - A. 病人六個月未發生COPD急性惡化。
 - B. 病人已接受過完整肺復原療程。
 - C. 病人具自我照護能力。

第二類醫療院所：

由主責醫師主導醫療照護，以隨時依病人的病情變化需要，追蹤胸部X光、肺功能及主客觀呼吸狀況以評估呼吸功能的進步或惡化。目標為提供以病人為中心之全功能性照護，達成除了完成優質醫療照顧，亦能延伸至病人返家後的疾病諮詢協調與長期追蹤照護。

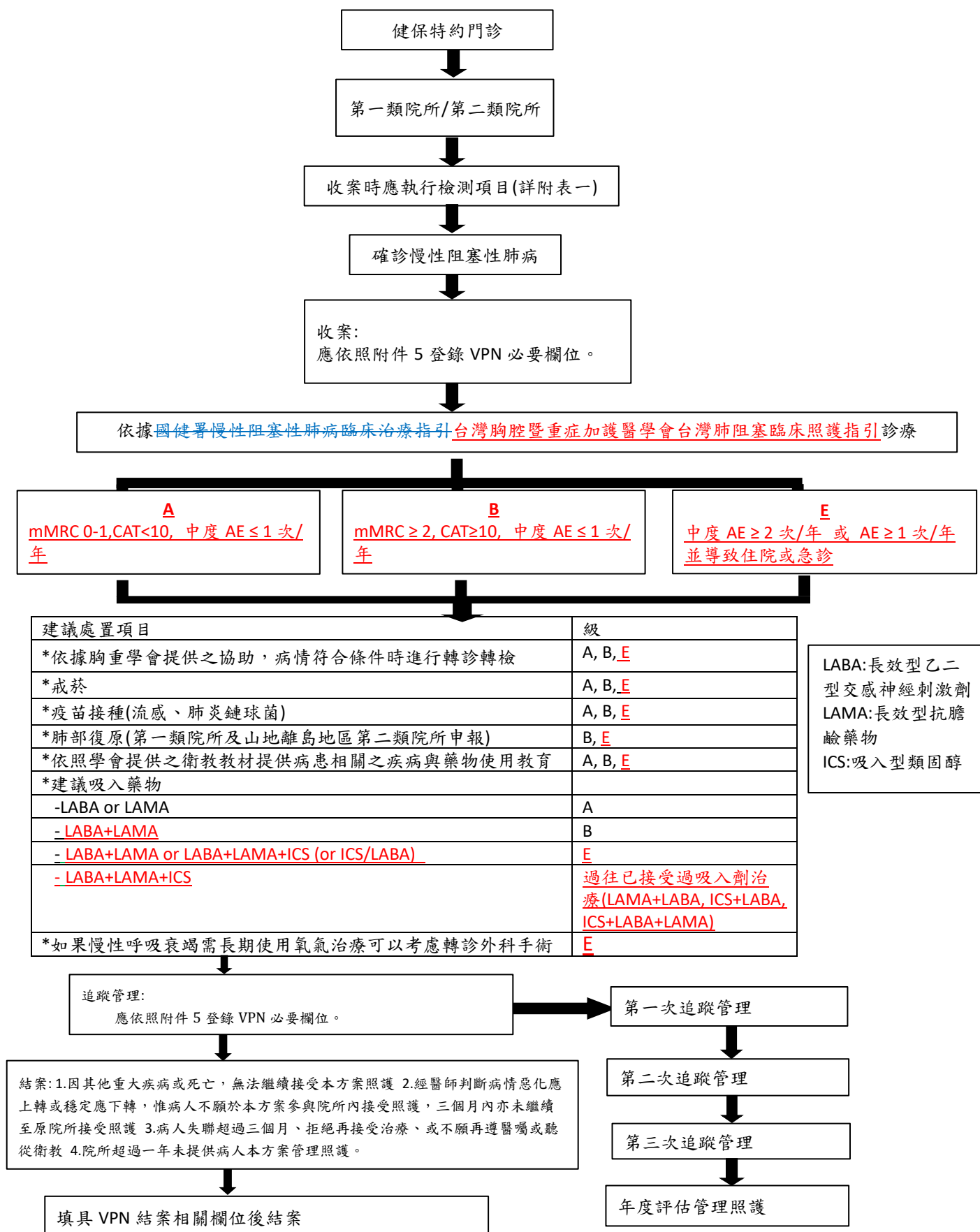
1. 應完成照護內容細則：

- (1) 完成COPD相關知識及自我照護執行的個人化教育。
- (2) 應完成疾病預防之衛教，如戒菸與疫苗注射相關衛教。
- (3) 訓練完成自我照護的能力及工具使用紀錄（如監測體重、吸入型藥物使用知識、熟悉記錄主客觀呼吸狀況評估）。
- (4) 依診治指引之標準用藥使用順從性與正確性評估。
- (5) 參與本方案院所將使用由台灣胸腔暨重症加護醫學會公益提供之COPD病患自我照護教材及輔助工具。
- (6) 台灣胸腔暨重症加護醫學會將監測轉診/轉檢流程並提供必要之協助。

2. 門診照護及疾病照護追蹤

- (1) 門診照護條件：專業照護成員包含有負責COPD之醫師一名，追蹤COPD病人的疾病知識維持與照顧行為的執行，視需要強化病人及家屬的知識教育，安排後續檢驗及治療計畫：定期回診，若個案有突發性或不預期性疾病病情變化，依狀況安排提前看診，或醫師協助安排相關轉診。
- (2) 回診時檢視個案居家自我照護紀錄，含心跳、血壓、體重，強化教育COPD藥物使用之目的。
- (3) 門診時，有藥物劑量調整或變更時，強化教育COPD藥物使用之目的，並確保個案在沒有無法使用的情況下，有使用到COPD標準用藥。
- (4) 經醫師評估病情符合下列情況者，可轉診至有治療能力之本方案參與院所進行診治。
 - 初始治療反應不佳。
 - 有其他重大的共病，如心衰竭或心律不整...等。
 - 家庭支持系統不足，需醫護人員(如社工、關懷師...等)介入。
 - 病情惡化需使用注射型類固醇或抗生素者。
 - 生命跡象變化，如發燒超過38度半合併呼吸次數>25次/分鐘或心跳速率大於130/分鐘。
- (5) 必要之檢查無法執行時，應轉代檢。

收案後個案管理流程表



全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案申請表

院所申請類別：☐新增 ☐變更(變更者另檢附變更事項前後對照表)

基本資料	院所名稱		院所代碼	
	計畫聯絡人姓名		計畫聯絡人電話：	
	計畫聯絡人 e-mail			
申請類型		☐ 第一類院所。 ☐ 第二類院所。		
檢送項目	項 目		審 查 結 果	
	團隊人員組成		☐ 符合 ☐ 未符合 ☐ 其他	
	各類執行人員教育訓練資格		☐ 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

全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案

給付項目及支付標準

- 一、本方案給付項目及支付標準按表訂項目及點數辦理，診察費、相關檢驗檢查及未訂項目按現行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準辦理。
- 二、符合本方案之 COPD 病人，若合併其它疾病且分屬保險人辦理之不同方案收案對象時(例如：糖尿病、高血壓....等，不包括氣喘)，除依本方案支付標準申報外，得再依相關試辦計畫或方案申報費用。

編號	診療項目	支付點數
P6011C	COPD新收案管理照護費 註：照護項目詳附表一，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。轉入病人亦得申報。	4 600 點/次
P6012C	COPD追蹤管理照護費 註1：照護項目詳附表二，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 註2：申報新收案後至少須間隔56天才能申報本項，本項每年最多申報 4 3次，每次至少間隔 7 80天為宜。	2 300 點/次
P6013C	COPD年度評估管理照護費（第一類院所） 註1：照護項目詳附表 二 三，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 註2：追蹤管理後至少須間隔80天才能申報本項，本項限申報 COPD新收案(P6011C)或COPD追蹤管理照護費(P6012C)合計達3次(含)以上之第一類院所始得申報。本項每年限申報一次。	8 1,200 點/次
P6014C	COPD年度評估管理照護費（第二類院所） 註1：照護項目詳附表 二 三，除檢驗檢查項目外，其費用已內含於本項所訂點數內。 註2：追蹤管理後至少須間隔80天才能申報本項，本項限申報 COPD新收案(P6011C)或COPD追蹤管理照護費(P6012C)合計達3次(含)以上之第二類院所始得申報。本項每年限申報一次。	4 600 點/次
P6015C	COPD 病人肺部復原及呼吸訓練評估費 <u>註1：適應症：症狀明顯 (如 mMRC ≥2 或 CAT ≥10)或近一年內有中重度惡化病史(全身性類固醇、急診、住院)。</u> 註 4 2：含肺復原治療評估、戒菸衛教，經專業人員親自實施始可申報。並須將評估項目、現有問題、短及長程治療目標及治療計畫記錄於病歷內。 註 2 3：「第一類院所」或「山地離島地區之第二類院所且配有專任呼吸治療師」始得申報，限每半年申報一次，一年至多兩次。 註 3 4：肺部復原及呼吸訓練項目建議參考附表 三 四執行。	6 900點/次

附表一 COPD 病人新收案診療項目參考表

	病史 (必要項目)	理學檢查及相關檢驗(必要項目)	實驗室檢驗及檢查 (建議項目)	疾病管理照護(必要項目)
完整 性 初診 診察 及 照 護	1. 家族史 2. 抽菸史 3. 職業史 4. COPD 狀況評估： (1) 病人過去一年急性發作* _____次 *急性發作定義: 1) 因呼吸症狀改變造成用藥改變或 2) 因呼吸狀況而導致住院或急診 <u>(1) 過去一年急性惡化發作狀況(勾選)</u> <u>中度惡化*: ☐ 有 ☐ 沒有</u> <u>重度惡化*: ☐ 有 ☐ 沒有</u> <u>*中度惡化的定義：為病情突然惡化而導致額外門診就醫且須使用口服抗生素或造成控制藥物的改變</u> <u>*重度惡化的定義：為病情突然惡化而導致額外住院或急診就醫</u> (2) Spirometry Data (17006C 支氣管擴張劑試驗) a. FEV₁ _____ L; b. FEV₁ _____ % 預估值 c. FEV₁/FVC: _____ % <u>預估值</u> (pre and post-bronchodilator data) (3) 慢性阻塞性肺病評估測試 <u>(擇一填寫)</u> CAT score: _____ mMRC score _____ 5. 過去病史 (1) 氣喘疾病 (2) 肺結核 (3) 職業性肺病 (4) 胸腔手術 (5) <u>高血壓</u> (6) <u>糖尿病</u> <u>(7) 心臟血管疾病史(勾選)</u> ☐ 心衰竭 ☐ 冠狀動脈心臟病 ☐ 心肌梗塞 ☐ 心律不整 (8) <u>骨質疏鬆</u> (9) <u>憂鬱症</u> (10) <u>慢性肝病</u> (11) <u>感染病史</u> (12) <u>其它(註明病因)</u> 6. <u>過去和目前處置：藥劑、自我處理與監測使用吸入劑 或控制藥物(勾選)</u> <u>☐ LABA or LAMA</u> <u>☐ LABA + LAMA</u> <u>☐ ICS/LABA</u> <u>☐ ICS + LABA + LAMA</u> <u>☐ 口服類固醇</u> <u>☐ 其他: _____</u>	1. 身高體重 2. 血壓 3. 心臟脈搏、<u>呼吸、有無喘鳴聲</u> <u>4. 若過去一年曾有 COPD 急性惡化發作，需進行初步心血管狀況評估(勾選):</u> <u>☐ EKG</u> <u>☐ NT-ProBNP</u> <u>☐ Troponin I</u>	1. 08011C 全套血液檢查(WBC、RBC、Hb、Hct、Platelet count、MCV、MCH、MCHC 八項) 2. 08013C 白血球分類計數(WBC differential count) 3. 08010C 嗜酸性白血球計算 (Eosinophil Count) 4. 09005C 血液葡萄糖(Glucose) 5. 18001C 心電圖 (E.K.G) 6. 32001C 胸部 X 光 (包括各種角度部位之胸腔檢查) (Chest view) 7. 17019C 支氣管激發試驗(Bronchial provocation test) 8. 33072B 電腦斷層造影 註：以上所列項目非每位 COPD 病人必要之檢驗檢查，請依病情需要核實申報。	1. 治療計畫 2. 教導病人自我處理治療計畫 (1) 瞭解症狀、嚴重度及自我處理方法 (2) 瞭解治療目標 (3) 瞭解每日使用的治療藥物劑量 (4) COPD 惡化時如何治療或如何尋求諮詢及更進一步的醫療 3. 肺部復原管理諮詢 4. 安排下次門診時間

	7. 家庭狀況 (獨居或有同居者) 主要照護者(註明姓名、關係及聯絡方式)			
--	--	--	--	--

附表二 COPD 病人追蹤暨年度管理管理診療項目參考表

	病史(必要項目)	理學檢查及相關檢驗(必要項目)	檢驗及檢查(建議項目)	疾病管理照護(必要項目)
完整性 複診 診察 及 年 度 評 估 照 護	1. 治療計畫的調整 2. 生活品質狀態評估 3. 戒菸狀況 4. 完成個案照護結果年度評估 4.5. COPD 狀況評估： (1) 病患過去一年急性發作* _____次 * 急性發作定義：1) 因呼吸症狀改變造成用藥增加 或 2) 因呼吸狀況而導致住院或急診的急性發作。 (1) 過去一年急性惡化發作狀況(勾選) 中度惡化*： ☐ 有 ☐ 沒有 重度惡化*： ☐ 有 ☐ 沒有 * 中度惡化的定義：為病情突然惡化而導致額外門診就醫且須使用口服抗生素或造成控制藥物的改變 * 重度惡化的定義：為病情突然惡化而導致額外住院或急診就醫 (2) Spirometry Data (17003C 流量容積圖形檢查或17004B 標準肺量測定) (每年至少執行一次) a. FEV_1 _____ L b. FEV_1 _____ % 預估值 c. FEV_1/FVC _____ % 預估值 (3) (2) 慢性阻塞性肺病評估測試 (擇一填寫) (每年至少執行一次) CAT score _____ mMRC score _____ 5. 目前使用吸入劑或控制藥物 (勾選) ☐ LABA or LAMA ☐ LABA + LAMA ☐ ICS/LABA ☐ ICS + LABA + LAMA ☐ 口服類固醇 ☐ 其他: _____	1. 呼吸頻率 2. 1. 喘鳴聲 3. 心跳頻率 2. 若過去一年曾有 COPD 急性惡化發作，需進行初步心血管狀況評估(勾選)： ☐ EKG ☐ NT-ProBNP ☐ Troponin I	其他依病情需要	1. 治療計畫短期及長期目標之訂定 2. 測試並加強病人執行自我處理治療計畫之能力 3. 併發症之預防 4. 轉介追蹤 5. 精神社會調適 6. 安排下次門診時間

附表三 COPD 病人年度管理診療項目參考表

	病史(必要項目)	理學檢查及相關檢驗(必要項目)	檢驗及檢查(建議項目)	疾病管理照護(必要項目)
完整性複診觀察及年度評估照護	1. 治療計畫的調整 2. 生活品質狀態評估 3. 戒菸狀況 4. 完成個案照護結果年度評估 5. COPD 狀況評估： (1) 病患過去一年急性發作* _____次 * 急性發作定義: 1) 因呼吸症狀改變造成用藥增加或 2) 因呼吸狀況而導致住院或急診的急性發作 <u>(1) 過去一年急性惡化發作狀況(勾選)</u> 中度惡化*: ☐ 有 ☐ 沒有 重度惡化*: ☐ 有 ☐ 沒有 <u>* 中度惡化的定義：為病情突然惡化而導致額外門診就醫且須使用口服抗生素或造成控制藥物的改變</u> <u>* 重度惡化的定義：為病情突然惡化而導致額外住院或急診就醫</u> (2) Spirometry Data (17003C 流量容積圖形檢查或17004B 標準肺量測定) (每年至少執行一次) a. FEV₁ _____ L; b. FEV₁ _____ % 預估值 c. FEV₁/FVC: _____ % 預估值 (3) 慢性阻塞性肺病評估測試 <u>(擇一填寫)</u> (每年至少執行一次) CAT score _____ mMRC score _____ <u>6. 目前使用吸入劑或控制藥物 (勾選)</u> ☐ LABA or LAMA ☐ LABA + LAMA ☐ ICS/LABA ☐ ICS + LABA + LAMA ☐ 口服類固醇 ☐ 其他: _____ <u>7. 過去一年心血管事件病史評估 (勾選)</u> ☐ 心衰竭 ☐ 冠狀動脈心臟病 ☐ 心肌梗塞 ☐ 心律不整	1. 呼吸頻率 2. 1. 喘鳴聲 3. 心跳頻率 <u>2. 若過去一年曾有 COPD 急性惡化發作，需進行初步心血管狀況評估(勾選):</u> ☐ EKG ☐ NT-ProBNP ☐ Troponin I	其他依病情需要	1. 治療計畫短期及長期目標之訂定 2. 測試並加強病人執行自我處理治療計畫之能力 3. 併發症之預防 4. 轉介追蹤 5. 精神社會調適 6. 安排下次門診時間

附表二四 肺部復原及呼吸訓練項目建議參考表

肺復原處置 A

醫令代碼	項目
57010B	呼吸運動（次）
57021C	蒸氣或噴霧吸入治療（每次）
57017B	脈動式或耳垂式血氧飽和監視器（每次）
47045C	體位引流
57003C	氧氣吸入使用費(每小時)
57012B	復原運動（次）

肺復原處置 B

醫令代碼	項目
57010B	呼吸運動（次）
57021C	蒸氣或噴霧吸入治療（每次）
57017B	脈動式或耳垂式血氧飽和監視器（每次）
47090B	高頻胸壁振盪模式呼吸道清潔
57003C	氧氣吸入使用費(每小時)
57012B	復原運動（次）

VPN個案登錄系統必要欄位簡化表

一、新收案(病人姓名、醫師姓名等欄位會自動帶出)

必填欄位：

1. 病人身分證號
2. 新收案日期、門住診別
3. 主治醫師身分證號
4. 基本檢查數據：身高、體重
5. 基本理學檢查：呼吸頻率、有無喘鳴聲、脈搏
6. 家族病史：親屬是否確診亦具COPD
7. 目前使用吸入劑或控制藥物(無/短效支氣管擴張劑/口服支氣管擴張劑/口服減敏藥物/單方長效支氣管擴張劑/複方長效支氣管擴張劑/複方含吸入性類固醇支氣管擴張劑)：(1)LABA or LAMA(2)LABA + LAMA(3)ICS/LABA(4)ICS + LABA + LAMA(5)口服類固醇(6)其他
8. 抽菸史：從未抽菸/已戒菸/未戒菸
目前抽菸包數：
(1)已戒菸：過去包/天/年，戒菸幾年。
(2)未戒菸：包/天/年
9. 過去病史：(1)氣喘疾病(2)肺結核(3)職業性肺病(4)胸腔手術(5)高血壓(6)糖尿病(7)心臟血管疾病史：心衰竭/冠狀動脈心臟病/心肌梗塞/心律不整(8)骨質疏鬆(9)憂鬱症(10)慢性肝病(11)感染病史(12)其它(註明病因)
- ~~9.~~ 10.急性惡化發作頻率：次/過去一年。(包含病情突然惡化時的額外住院或門診/急診就醫、須使用口服抗生素或控制藥物的改變) 過去一年急性惡化發作狀況：有無中度惡化/重度惡化
- ~~10.~~ 11.肺功能(FEV1、FEV1%預估值、FEV1/FVC%預估值、pre and post-bronchodilator test)
- ~~11.~~ 12.慢性阻塞性肺病評估測試(擇一填寫)：CAT分數/mMRC分數
- ~~12.~~ mMRC分數 13.若過去一年曾有COPD急性惡化發作，需進行初步心血管狀況評估：EKG/NT-ProBNP/Troponin I
- ~~13.~~ 14.是否屬可收案但不列入獎勵或監控指標之個案
(1)是/否(填「是」者，第(2)題原因需擇一項填覆)
(2)排除原因：
A.因非慢性阻塞性肺病相關疾病而導預期存活期小於六個月者。
B.長期臥床大於三個月且無進步潛能者。
C.因神經或肌肉骨骼系統功能下降，而無復健潛能者。
D.嚴重意識或認知障礙，嚴重精神疾病。
E.長期呼吸器依賴者。

F. 重度慢性阻塞性肺病之末期階段，經醫師評估短期內無法復原者

G. 若病人或家屬中途無法參予配合意願，即中止治療。

H. 過去一年曾因COPD住院 2 次以上者。

I. 癌症或同時具有其他重大傷病之患者。

15. 疾病管理照護(肺部復原及呼吸訓練評估)：無/有(1)呼吸問題/(2)肺復原照護計畫

二、追蹤管理(病人身分證號、病人姓名、醫師ID、醫師姓名、追蹤管理次數等欄位會自動帶出)

必填欄位：

1. 追蹤管理日期

2. 基本理學檢查：呼吸頻率、有無喘鳴聲、脈搏

3. 急性惡化發作頻率：次/過去一年。(包含病情突然惡化時的額外門診/急診就醫、須使用口服抗生素或控制藥物的改變) 過去一年急性惡化發作狀況：有無中度惡化/重度惡化

4. 肺功能(FEV1、FEV1%預估值、FEV1/FVC%預估值)

5. 4.慢性阻塞性肺病評估測試(擇一填寫)：CAT分數/mMRC分數

6. 5.若過去一年曾有COPD急性惡化發作，需進行初步心血管狀況評估：EKG/NT-ProBNP/Troponin I治療計畫調整：

(1) 是否戒菸成功(戒菸成功指自追蹤日向前推算 6個月內未吸菸)：戒菸成功/未戒菸成功

(2) 是否需調整藥物及劑量：是/否

7. 6.病情變化狀況-第二類院所必填

(1) 是否發生急性惡化原院所無法診治或其他必須至有治療能力之本方案參與院所治療之重大病情：是/否(填「是」者，第(2)題惡化處理方式需擇一項填覆)

(2) 惡化處理方式：

A. 上轉至本方案第一類參與院所

B. 上轉至非本方案之參與院所

C. 轉診至本方案有治療能力之第二類參與院所

D. 病人意願，於原院所繼續照護

E. 非病人意願因素，於原院所繼續照護

F. 個案失聯或拒絕接受治療

8. 7.病情變化狀況-第一類院所必填

(1) 是否COPD及他項重大病情皆已穩定：是/否(填「是」者，第(2)題穩定處理方式需擇一項填覆)

(2) 穩定處理方式：

A. 下轉至本方案第二類參與院所

B. 下轉至非本方案參與院所預計結案

C. 病人意願，於原院所繼續照護

D. 非病人意願因素，於原院所繼續照護

E. 個案失聯或拒絕接受治療

9. ~~8.~~目前使用吸入劑或控制藥物(無/短效支氣管擴張劑/口服支氣管擴張劑/口服減敏藥物/單方長效支氣管擴張劑/複方長效支氣管擴張劑/複方含吸入性類固醇支氣管擴張劑)：(1)LABA or LAMA(2)LABA + LAMA(3)ICS/LABA(4)ICS + LABA + LAMA(5)口服類固醇(6)其他

9. 疾病管理照護(肺部復原及呼吸訓練評估)：無/有(1)呼吸問題/(2)肺復原照護計畫

三、年度評估(身分證號、病人姓名、醫師ID、醫師姓名、追蹤管理次數等欄位會自動帶出)必填欄位：

1. 年度評估日期
2. 基本理學檢查：呼吸頻率→有無喘鳴聲→脈搏
3. 急性惡化發作頻率：次/過去一年。(包含病情突然惡化時的額外門診/急診就醫、須使用口服抗生素或控制藥物的改變)過去一年急性惡化發作狀況：有無中度惡化/重度惡化
4. 肺功能(FEV1、FEV1%預估值、FEV1/FVC%預估值)
5. 慢性阻塞性肺病評估測試(擇一填寫)：CAT分數/mMRC分數
6. mMRC分數若過去一年曾有COPD急性惡化發作，需進行初步心血管狀況評估：EKG/NT-ProBNP/Troponin I
7. 過去一年心血管事件病史評估：心衰竭/冠狀動脈心臟病/心肌梗塞/心律不整
7. ~~8.~~治療計畫調整：

- (1) 是否戒菸成功(戒菸成功指自追蹤日向前推算 6個月內未吸菸)：戒菸成功/未戒菸成功
- (2) 是否需調整藥物及劑量：是/否

8. ~~9.~~病情變化狀況-第二類院所必填

- (1) 是否發生急性惡化原院所無法診治或其他必須至有治療能力之本方案參與院所治療之重大病情：是/否(填「是」者需填覆第(2)題處理方式)
- (2) 惡化處理方式：
 - A.上轉至本方案第一類參與院所
 - B.上轉至非本方案之參與院所
 - C.轉診至本方案有治療能力之第二類參與院所
 - D.病人意願，於原院所繼續照護
 - E.非病人意願因素，於原院所繼續照護
 - F.個案失聯或拒絕接受治療

9. ~~10.~~病情變化狀況-第一類院所必填

- (1) 是否COPD及他項重大病情皆已穩定：是/否(填「是」者需填覆第(2)題處理方式)
- (2) 穩定處理方式：
 - A.下轉至本方案第二類參與院所
 - B.下轉至非本方案參與院所預計結案
 - C.病人意願，於原院所繼續照護
 - D.非病人意願因素，於原院所繼續照護

E.個案失聯或拒絕接受治療

~~10.~~ 11. 目前使用吸入劑或控制藥物(無/短效支氣管擴張劑/口服支氣管擴張劑/口服減敏藥物/單方長效支氣管擴張劑/複方長效支氣管擴張劑/複方含吸入性類固醇支氣管擴張劑)：(1)LABA or LAMA(2)LABA + LAMA(3)ICS/LABA(4)ICS + LABA + LAMA(5)口服類固醇(6)其他

12. 疾病管理照護(肺部復原及呼吸訓練評估)：無/有(1)呼吸問題/(2)肺復原照護計畫

四、結案登錄(結案原因)

1. 因其他重大疾病或死亡，無法繼續接受本方案照護
2. 經醫師判斷病情惡化應上轉或穩定應下轉，惟病人不願於本方案參與院所內接受照護，三個月內亦未繼續至原院所接受照護
3. 病人失聯超過三個月、拒絕再接受治療、或不願再遵醫囑或聽從衛教
4. 院所超過一年未提供病人本方案管理照護。

提升院所 COPD 慢性照護能力與病人生活品質的量化評量表

機構名稱：

自評日期：

年

月

日

評量面向	評量項目	符合打勾	配分	總分	備註
結構面 16%	1.照護人員資格(4%) (1) 第一類院所：具有三位以上(含)胸腔暨重症專科專(兼)任醫師，且配置呼吸治療師及個案管理師各一名。 第二類院所：具有一位以上(含)家庭醫學科、胸腔暨重症專科、內科、小兒科、耳鼻喉科或神經科之專(兼)任醫師。 (2) 參與方案之家醫科、內科、小兒科、耳鼻喉科醫師、神經科醫師、呼吸治療師及個案管理師需接受保險人認可之 COPD 照護教育訓練，新加入方案之醫事人員至少取得6小時課程時數，已加入方案之醫事人員自取得資格日起，每3年須取得6小時課程時數，並取得由台灣胸腔暨重症加護醫學會協調公益提供之教育訓練課程證明。	☐	2		
	2.收案資格(4%) (1) 最近90天內曾在同一醫療院所診斷為 COPD (ICD10: J41-J44) 至少就醫達2次(含)以上者 (2) 診斷 COPD 者，且有肺功能的紀錄	☐ ☐	2 2		
	3.登錄及後續追蹤(4%) (1) 有專責人員負責登錄及追蹤 (2) 負責登錄及追蹤之專責人員需有 COPD 照護相關訓練學分，三年至少6小時	☐ ☐	2 2		
	4.相關設備(4%) (1) 備有肺功能檢測相關設備可供使用(第二類院所為選填項目) (2) 備有 COPD 藥物衛教相關教具	☐ ☐	2 2		
	1.資訊告知(4%) 收案前有向病人解釋參與本方案之目的及需病人配合定期回診等事項，並取得病人或親屬簽章同意書，可供查閱	☐	4		
過程面 62%	2.個案資料管理(4%) (1) 收案病人初診及複診資料 (2) 收案病人資料或電腦建檔	☐ ☐	2 2		
	3.收案個案之病歷或收案紀錄單完整記載病人相關資料，需包含：(12%) (1) 相關病史(家族史,過去病史,處置狀況,抽菸史) (2) 治療計畫的調整 (3) 過去和目前處置	☐ ☐ ☐	4 4 4		
	4.個案資料完整性(22%) (1) 基本資料(ID、姓名、地址、電話等)。 (2) 照護方案新收案時填報下列資料： A.新收案日期 B.AE 發作頻率 D.肺功能 E.COPD 控制狀況(CAT 及 mMRC 問卷)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	2 2 2 2 2		
	(3) 照護方案(追蹤及年度回診時)填報下列資料： A.追蹤管理日期 B.AE 發作頻率 C.住院頻率 D. FEV ₁ 預估值(%) E. COPD 控制狀況(CAT or mMRC 問卷，年度回診時 CAT 必填)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	2 2 2 2 2		

評量 面向	評量項目	符合 打勾	配分	總分	備註
	※ (A~E 皆符合)	☐	2		
結果 面 22%	5病人之追蹤(4%)				
	(1) 告知返診日期	☐	2		
	(2) 具有告知返診日期之記錄	☐	2		
	6.落實推動病人衛教(16%)				
	建立病人 COPD 衛教紀錄，其內容應包含：				
	(1) 認識 COPD	☐	2		
	(2) 治療計畫	☐	2		
	(3) COPD 藥物的認識	☐	2		
	(4) COPD 藥物的使用	☐	2		
	(5) COPD 嚴重度的評估	☐	2		
	(6) 發作時自我處理	☐	2		
	※ (1)~(6)全部符合時	☐	4		
	1.病人追蹤率(6%)				
	(1) 具備病人追蹤率的統計資料可供檢閱	☐	2		
	(2) 一年病人追蹤率大於12%(收案的個案，收案或追蹤後一年內至少完成1次追蹤)	☐	2		
	(3) 失聯超過3個月(≥90天)的個案數評量	☐	2		
	2.品質資料紀錄：有下列資料可供查閱(16%)				
	(1) 病人急性發作次數紀錄	☐	4		
	(2) 病人因 COPD 急診就醫次數紀錄	☐	4		
	(3) 病人因 COPD 住院次數紀錄	☐	4		
	(4) 病人出院14日內因 COPD 再入院之比率	☐	4		
優點：					

醫療機構負責人簽章：

全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫

102 年 11 月 8 日健保醫字第 1020001831 號公告

114 年 0 月 0 日健保醫字第 00000000 號公告

壹、依據：依全民健康保險會各年度全民健康保險醫療費用總額之協議結果。

貳、目的：

- 一、鼓勵有能力、有意願之醫療院所至山地離島地區提供各項健保醫療服務，提升當地保險對象醫療照護可近性。
- 二、藉由醫療資源之整合及社區意識之融入，全面改善山地離島地區整體健保醫療服務品質。

參、施行期間：計畫效期 3 年。

肆、施行地區：本計畫施行地區(如附件 1)：包含 50 個山地離島地區及 2 個適用地區。

伍、預算來源：

- 一、本計畫「醫事人員支援費用」、「特定醫療服務費用」、「健康照護促進及品質提升費」及「評核指標獎勵費」由全民健康保險年度醫療給付費用總額其他預算之「山地離島地區醫療給付效益提升計畫」專款項目下支應；本計畫醫療費用由各總額部門預算支應。
- 二、虛擬(行動)健保卡獎勵金由全民健康保險年度醫療給付費用總額其他預算之「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寬頻補助費用」專款項目下支應。

陸、實施策略：

- 一、經公告之地區，由保險人分區業務組公開徵求有意願、有能力的醫療院所，協助整合當地的醫療院所，提出計畫之申請，提供該地區所需之整合性醫療照護服務。
- 二、計畫承作之醫療院所因應當地之醫療需求，或可協調或整合不同科別專科醫師進行排診，提供當地居民實際需要之專科診療服務，必要時並可於適當地點自設醫療站，提供計畫實施地區需求之醫療服務。
- 三、計畫承作醫療院所應結合當地社區照護資源，將醫療服務(如夜間門診、夜間待診、例假日門診、專科診療、巡迴醫療、定點門診、天然災害加診、遠距醫療、早期療育、居家醫療照護等)及其他醫療健康促進服務(如復健治療、預防保健、衛教宣導、疾病個案管理等)提供予最需要的保險對象，且得因地制宜，針對山地離島地區之特殊背景或特定健康需求局部調整醫療服務模式及提供具有文化敏感性之服務內容，以改善當地特定之健康問題。
- 四、計畫承作醫療院所如提供所施行地區居民緊急或重大疾病門、住診轉診後送服務至該院所者，應予優先處理。

柒、申請資格：

- 一、申請參與計畫之醫療院所須為本保險之特約醫療院所。
- 二、申請參與計畫之健保特約醫療院所，須最近二年未曾涉及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)第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一暨第四十四及四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者)。前述未曾涉及違規情事期間之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。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報計畫之內容另予考量。

捌、申請程序：

- 一、申請流程：保險人分區業務組透過公開徵求，有意願申請參與計畫之健保特約醫療院所，依公告之施行地區提出計畫書，經由評選程序擇定醫療院所至當地提供醫療服務，計畫公開徵求及評選程序(如附件 2)。
- 二、申請所需檢附文件：(如附件 3)。
- 三、當年度於修訂公告日前已核定或已檢附計畫書送至保險人分區業務組審核之計畫，得依公告前之本計畫規定辦理，並於次年度起修正計畫書內容。

玖、計畫管理機制：

- 一、保險人分區業務組成立「山地離島地區醫療給付效益提升計畫督導小組」，負責督導、協調及評估施行地區計畫之執行。
 - (一) 督導小組成員：由保險人分區業務組主管擔任小組召集人及副召集人，並原則聘任施行地區之當地行政機關(區公所或鄉公所)代表、衛生主管機關代表、民意代表或社區意見領袖、醫療團體代表等，擔任督導小組委員，另視需要得有 1 名熟稔當地醫療業務之原住民籍代表擔任。
 - (二) 督導小組委員任期，同計畫執行期間；任期屆滿得續聘之；代表機關或團體出任者，應隨其本職進退。督導小組委員之聘任作業，由保險人分區業務組統籌辦理。
 - (三) 督導小組任務：
 - 1．審核施行地區「計畫執行中心」所提出之計畫執行報告。
 - 2．評估及反映計畫施行地區居民之實際醫療服務需求。
 - 3．施行地區計畫執行情形之監督、考核。
 - 4．施行地區計畫推動之協調、建議。
 - (四) 督導小組委員會議：每年召開一次督導小組委員檢討會議，必要時得召開臨時會議；督導小組委員會議，由召集人召開，並為主席；召集人因故未能出席時，得指定督導小組委員一人為主席。
 - (五) 督導小組委員會議，須有二分之一以上委員出席，決議事項須經出席委員過半數同意行之。

- (六) 督導小組委員會議紀錄，應副知保險人；會議決議事項如涉及施行地區計畫醫療服務項目之增列，應報保險人核定。
- (七) 施行地區計畫每年度經費未超過前年度 15% 之情形，授權由保險人分區業務組決行，並以換文補充方式辦理，副知保險人。若施行地區為原承作醫療院所續作，新一期計畫之第一年經費超過前一期第三年經費 15% 者，應專案報保險人核定後始可執行。
- (八) 施行地區計畫所提供之服務項目，若已由其他機關或計畫支應者，不得於本計畫重複編列同項經費。
- (九) 督導小組委員會議召開之行政作業由保險人分區業務組負責，分區業務組並得派員列席督導小組委員會議。
- (十) 督導小組委員會議必要時得邀請學者專家列席提供業務諮詢及建議，並得支給出席費；該項費用由保險人分區業務組之行政費用支應。
- (十一) 山地離島地區醫療給付效益提升計畫期間以三年為期，期滿後依據捌申請程序辦理公開徵求。

二、各計畫之承作醫療院所應成立「計畫執行中心」，負責執行計畫施行地區醫療資源之協調整合、整體健保醫療服務提供及醫療費用分配作業。

- (一) 計畫執行中心由承作醫療院所就實際執行計畫之相關人員自行編組成立。

- (二) 計畫執行中心任務：

1. 每年一次應向「山地離島地區醫療給付效益提升計畫督導小組」提出計畫執行報告。
2. 協調整合計畫實施地區醫療資源，提供整體健保醫療服務。
3. 負責實際醫療業務之分工及醫療費用之申報、分配作業。

壹拾、支付方式：依施行區域提供之服務給予下列支付方式等。

- 一、「醫事人員支援費用」：係執行本計畫所需醫事人員支援經費。如夜間門診、夜間待診、例假日門診、專科醫師診療、巡迴醫療、定點門診、天然災害加診等論次費用及其他因地制宜所需之醫事人員按月或按診計費。

(一) 各項支援費用以下列金額為編列下限：

1. 夜間門診、例假日門診、專科醫師診療、巡迴醫療、定點門診、天然災害加診等論次支援費用：

承作單位(非在地醫院)	山地鄉(含適用地區)	離島鄉
醫師	7,000	8,000
醫事人員(護理人員、藥事人員等)	1,700	2,000
承作單位(在地醫院)	山地鄉	離島鄉
醫師	6,600	6,600
醫事人員(護理人員、藥事人員等)	1,700	1,700
合作院所(在地診所)	山地鄉	離島鄉
醫師	6,600	6,600
醫事人員(護理人員、藥事人員等)	1,700	1,700
合作院所(在地衛生所)	山地鄉	離島鄉
醫師	4,000	4,000
醫事人員(護理人員、藥事人員等)	1,700	1,700

2. 待診論次支援費用：

人員類別	山地鄉(含適用地區)	離島鄉
醫師	2,000	2,000
醫事人員(護理師、藥師等)	1,000	1,000

(二) 其他因地制宜所需之醫事人員 (24 小時急診、駐島等)按月或按診編列。

(三) 本項費用優先分配於第一線提供醫療照護服務之醫事人員。

二、「特定醫療服務費用」：係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)以外，應保險人指定業務或配合政策執行由本計畫支付之費用。如：

(一) 20 歲至未滿 25 歲山地離島地區婦女子宮頸抹片檢查及針對當地特有健康問題提供之醫療服務等費用。

(二) 早期療育：

1. 承作醫療院所得評估執行地區早期療育需求，因地制宜擇合宜地點採「定點」或「到宅」等方式提供早期治療，並於本計畫編列相關經費(醫事人員類別及各項復健治療支付點數以比照支付標準第二部第四章復健治療為原則)。經本計畫同意給付之服務，不得重複向衛

生福利部社會及家庭署申請「發展遲緩兒童社區療育據點服務實施計畫」。

2. 承作醫療院所視需求得執行衛生福利部國民健康署「兒童發展篩檢服務方案」，並依該方案相關規範辦理，惟該方案補助之「兒童發展篩檢服務費」及「兒童發展篩檢異常個案轉介獎勵費」(即篩檢與轉介費用)，不得於本計畫重複編列。
3. 原依「IDS 計畫辦理早期療育作業修正說明」執行早期療育服務，得適用修正施行前之規定。

(三) 居家醫療服務：

1. 承作醫療院所提供居家醫療服務，需於計畫中說明提供服務之醫事人員、服務項目(如居家照護、居家醫療、重度居家醫療、安寧療護等)及預估之服務人次等。
2. 醫師及護理人員訪視費用(含行政費、雜費等成本)，比照支付標準第五部第一章及第三章之支付點數，由本計畫專款項目經費支應。如與支付標準第五章項目或「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」屬同一事實，且有性質相同給付者，不得重複申報相關費用，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。

(四) 遠距醫療服務：依本署「全民健康保險遠距醫療給付計畫」規範辦理；如有特殊情形，得視當地醫療需求，報經保險人各分區業務組同意後，提供遠距醫療服務。

三、「健康照護促進及品質提升費」：係指為促進施行地區之健康或提升醫療服務品質，提供該地區服務之費用。如衛教宣導、疾病個案管理、其他促進健康照護或提升醫療服務品質之費用。

四、「山地離島地區點值補充費用」：

(一) 適用地區：設立於全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法附表六之山地離島地區及嘉義縣大埔鄉、花蓮縣豐濱鄉之保險醫事服務機構。

(二) 支用內容：適用地區之醫療費用每點點值最高補充至 1 元。

五、「評核指標獎勵費」：

- (一) 為鼓勵承作醫療院所致力提升醫療服務品質及民眾滿意度，以提升當地保險對象醫療照護可近性。
- (二) 評核指標獎勵費以前述三項費用(即醫事人員支援費用、特定醫療服務費用、健康照護促進及品質提升費)實際核付金額總額之一成為核付上限；如有一項以上評核指標未達成，應視評核指標達成比率核付之。
- (三) 該項費用於計畫執行每滿 1 年及計畫期滿之 6 個月內，由本保險人各分區業務組評估指標達成情形後予以核付。
- (四) 評核指標獎勵費支付方式可依各地區特性及執行難易程度局部調整。

壹拾壹、計畫評核指標：

一、本計畫評核指標如附件 4。

二、評核指標執行情形：

- (一) 促進預防保健及癌症防治指標由保險人每季函請衛生福利部國民健康署(以下稱健康署)、口腔健康司及疾病管制署(以下稱疾管署)提供指標數據。
- (二) 除促進預防保健及癌症防治指標外，保險人分區業務組每季定期回報本計畫施行地區評核指標(民眾滿意度每年回報)執行情形。

壹拾貳、費用申報支付及審查原則：

- 一、本計畫預算支用範圍：「醫事人員支援費用」、「特定醫療服務費用」、「健康照護促進及品質提升費」、「評核指標獎勵費」等。
- 二、申報本計畫之醫療費用，醫療費用點數申報格式欄位請依下述填報：
 - (一) 各項醫療服務費用案件之「特定治療項目代號(一)~(四)」任一欄位應填「G9」及「山地離島地區醫療服務計畫代碼」欄位應填寫規定代碼(如附件 5)。
 - (二) 若本計畫案件同時執行其他試辦計畫(如特定疾病之醫療給付改善試辦計畫，即特定治療項目代號 E4~E8 或 N、C、R 等)時，則依各項

試辦計畫申報規定辦理，並於「特定治療項目代號(二)~(四)」任一欄位填「G9」。

三、有關保險人行政協助之代辦業務申報，請依下列相關規範辦理，並於案件之「特定治療項目代號(一)~(四)」任一欄位填報「G9」：

(一) 預防保健服務：請依衛生福利部『醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項』辦理，如該注意事項未規定者，適用或比照全民健康保險相關法令之規定，其費用由健康署公務預算支應，案件分類請申報 A3。另 20 歲至未滿 25 歲山地離島地區婦女子宮頸抹片檢查則由本計畫經費支應。

(二) 流感疫苗接種：請依疾管署相關疫苗接種計畫辦理，其費用由該署公務預算支應，案件分類請申報 D2。

(三) 戒菸服務：請依健康署「戒菸服務補助計畫」辦理，其費用由該署公務預算支應，案件分類請申報 B7。

四、執行計畫之醫療院所可依醫療服務提供情形申報費用(即上述所指「特定治療項目代號(一)~(四)」任一欄位填報「G9」之案件)，該類案件並依院所之權屬別歸入所屬總額部門別且每點以一元支付。

五、本計畫申報之門診診察費不列入門診合理量計算。

六、點值結算方式：本計畫預算按季均分，優先支應「醫事人員支援費用」、「特定醫療服務費用」、「健康照護促進及品質提升費」，每點支付金額以 1 元支付，其次支應「山地離島地區點值補充費用」，依該區每點支付金額最高補至 1 元之點值差值，如預算不足時，以折付比例(折付比例=預算/加總山地離島各醫事機構點值補充費用)撥付。若有結餘，再流用至下季。

壹拾參、相關規範：

一、執行計畫之醫療院所如於當地發現未納保民眾，應填具「全民健康保險山地離島醫療給付效益提升計畫關懷弱勢服務個案登記表」(如附件 6)，併同每月申報費用表單通報保險人分區業務組，以協助納保。保險對象就醫時，如有首次加保、遺失補發或換卡等未及領卡情事，應先行提供所需的醫療照護服務，並填具健保卡例外就醫名冊(如附件 7)自存備查。

二、執行計畫之醫療院所如發現經濟困難無力繳納健保費之弱勢民眾，應協助其至本署全球資訊網「弱勢民眾通報平台」通報，以提供分期繳納、無息紓困基金貸款等欠費協助。

三、執行計畫服務內容時，須配合健保卡上傳作業相關規定如下：

(一) 應查驗病人之健保卡(含虛擬(行動)健保卡) 及身分證明文件，逐次於健保卡登錄就醫紀錄，並於 24 小時內上傳備查；但有不可抗力或因特殊情況經保險人同意者，不在此限。

(二) 醫療院所得使用「居家輕量化 APP」，或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讀取健保卡(含虛擬(行動)健保卡)。

(三) 若因設備或網路連線異常，於費用申報時填寫就醫序號異常代碼 F000 或 F00B(居家輕量藍牙方案之離線認卡)申報。

四、部分負擔收取：本計畫施行地區部分負擔應依據「全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法」辦理；適用地區之門(急)診基本部分負擔比照西醫基層診所收取，若為符合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，部分負擔得予減免 20%。

五、退場機制：

(一)執行計畫之醫療院所於計畫執行期間涉及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或違反醫事法令受衛生主管機關停業處分並依特管辦法第四十四、四十五條停約或終約者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)，應於第一次處分函上所載停約日起終止參與本計畫，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，可另予考量。

(二)倘經終止參與計畫為承作醫療院所，應依據捌申請程序重新辦理公開徵求，承接之醫療院所計畫迄日為原承作醫療院所施行迄日；評選作業期間由保險人分區業務組協調其他健保特約醫療院所暫行提供本計畫之服務。

(三)倘經終止參與計畫為執行計畫之其他醫療院所，得另尋求健保特約醫療

院所合作，並經保險人同意後繼續執行本計畫。

六、執行計畫服務內容時，應將「全民健康保險山地離島地區醫療服務」之標誌或海報及提供服務日期、時間，揭示服務地點之明顯處。

七、保險人分區業務組與承作計畫院所得經雙方合議下修正施行期間。

八、申請本計畫之醫療院所若經保險人各分區業務組審查不同意或終止辦理者，得於收受通知後三十日內，以書面向保險人各分區業務組申請複核，但以一次為限。

九、本計畫由保險人報請主管機關核定後公告實施，如屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。

壹拾肆、附錄：山地離島地區醫療給付效益提升計畫就醫民眾滿意度調查項目及分類方式。

全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫施行地區一覽表

分區業務組別	縣(市)別	山地鄉(區)	離島鄉(島)
臺北	宜蘭縣	大同鄉、南澳鄉	
臺北	新北市	烏來區	
臺北	金門縣		金城鎮、金寧鄉、金沙鎮、烈嶼鄉、金湖鎮、烏坵鄉
臺北	連江縣		南竿鄉、北竿鄉、莒光鄉、東引鄉
北區	桃園市	復興區	
北區	新竹縣	尖石鄉、五峰鄉	
北區	苗栗縣	泰安鄉	
中區	臺中市	和平區	
中區	南投縣	信義鄉、仁愛鄉	
南區	嘉義縣	阿里山鄉、**大埔鄉	
高屏	高雄市	茂林區、桃源區、那瑪夏區	旗津區東沙島、南沙太平島
高屏	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
高屏	澎湖縣		馬公市、湖西鄉、西嶼鄉、

			白沙鄉、望安鄉、七美鄉
東區	花蓮縣	秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉、 **豐濱鄉	
東區	臺東縣	海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達 仁鄉	蘭嶼鄉、綠島鄉
	小計	31 個【29 個山地鄉(區)；2 個 適用地區】	21 個【21 個離島鄉(島)】

註：**適用地區：比照本計畫提供因地制宜之醫療服務及相關規定辦理，惟門(急)診基本部分負擔比照西醫基層診所收取，若為符合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，部分負擔得予減免 20%。

全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫

公開評選暨審核作業

一、緣由：為公正遴選辦理全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫承作醫療院所，辦理公開徵求評選作業。

二、目的：遴選提供優質照護計畫之全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫承作醫療院所。

三、承辦單位：保險人分區業務組

四、計畫執行地區：全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫
- 縣(市) 鄉(區)

五、公告及申請程序：

(一) 公告方式：透過保險人全球資訊網站/公告。

(二) 公告內容：

1. 承作院所：本保險特約醫療院所

2. 計畫執行地區： 縣(市) 鄉(區)

3. 計畫執行期間： 年 月 日至 年 月 日

4. 計畫書撰寫格式及內容

(三) 公告時間：公告天數 30 天(公告日 年 月 日至 年 月 日)。

(四) 計畫書收件截止日期：公告截止日(郵戳或現場收件日為憑)。

六、審核作業程序

(一) 成立審核小組

1. 為求公平公正原則，由學者、計畫執行地區督導單位及分區業務組派員擔任審核委員，由 6 至 10 名組成審核小組，並視需要有 1 名熟稔當地醫療業務之原住民族代表。委員預定名單如下：

(1) 熟稔山地離島之健保計畫案之專家、學者 1~3 位。

(2) 衛生福利部護理及健康照護司 1 人。

(3) 施行區域之行政、衛生主管機關 1~2 人。

(4) 施行區域所轄分區業務組相關主管 3 人。

(5) 得視需要有 1 名熟稔當地醫療業務之原住民族代表。

2.委員遴聘作業時程，於計畫書收件截止日後，參加徵求醫療院所超過 1 家以上時再予辦理。如只有原承作醫療院所 1 家參加徵求，該醫療院所則視為當然承作醫療院所，不辦理遴選作業事宜，僅就該院所提出之計畫予以書面審核並核定。

(二) 遴選作業方式：依審核項目進行評分（括號內為配分比例）

1. 基本資料審核（35%）：醫療院所規模、願景、承作 IDS 計畫之經驗。
2. 書面審核（35%）：計畫書撰寫內容合理性及可執行性。
3. 面談審核（30%）：計畫提報單位簡報並接受審核委員提問。

(三)審核結果公布：以書面公文發布審核結果。

全民健康保險山地離島醫療給付效益提升計畫書撰寫參考格式

書寫格式：

由左而右，由上而下，A 4 版面，楷書 14 號字型，橫式書寫

計畫封面：

至少包含下列項目

- 一、 計畫名稱：XX 縣(市)XX 鄉(區)醫療給付效益提升計畫
- 二、 計畫執行中心：XX 醫療院所
- 三、 提供醫療服務單位：XX 醫院、XX 衛生所、XX 診所...
- 四、 計畫執行期間：中華民國 年 月 日至 年 月 日

目錄：

計畫本文：

至少包含下列章節內容

壹、 前言

請敘述計畫產生之背景，包括計畫實施地區問題狀況、政策或法令依據等。

貳、 計畫目的

請分點具體列述計畫所要達成之目標。

參、 計畫實施地區

請簡明敘述計畫實施地區行政區域名稱。

肆、 計畫實施地區現況分析

本章請依下列五節分別具體列述相關內容。

一、 行政區劃分及人口分布

請具體詳述計畫實施地區行政區劃分情形及面積、戶籍人口數及其性別年齡別分布情形、老年人口比率、原住民族別及所佔人口比率、納保人口數及納保率等，並提供相關統計表(表 1)。

二、 地理環境概況及交通情形

請簡要敘述計畫實施地區地理環境概況（並檢附簡要地圖）、當地對外交通情形、當地距最近醫院所需車程時間等。

三、 當地醫療資源現況

請詳述計畫實施地區所有現存各類醫事服務機構及醫事人員情形，尤其衛生所部分請詳述所有衛生室分布地點及目前常駐醫事人員情形。

四、當地待加強之醫療服務

請依前述各章節現況資料及歷來衛生局所、當地民眾、民意代表或醫療團體反映意見敘述計畫實施地區待加強之醫療服務項目。

伍、計畫執行內容

本章分別具體列述相關內容。

一、計畫整體架構（可用圖示）

請以圖示方式表達整合醫療服務計畫架構，並作簡要說明。

二、醫療服務：(如夜間門診、夜間待診、例假日門診、專科診療、巡迴醫療、定點門診、天然災害加診、遠距醫療、早期療育、居家醫療照護等)，請分項詳述提供之項目及內容，包括各診療地點、預計醫師、護理人員或其他醫事人員之人數、專科醫療照護科別、醫療次數等。

三、其他照護服務：請分項詳述如何結合當地社區照護資源，將其他照護服務（如居家照護、復健治療、預防保健、衛教活動、疾病個案管理等）提供予保險對象及如何針對山地離島地區之特殊背景或特定健康需求作局部調整醫療服務及提供具有文化敏感性之服務內容，以改善當地特定之健康問題

四、山地離島鄉居民緊急或重大疾病門、住診轉診後送服務至承作醫療院所之優先處理作業流程。

陸、財務計畫

本章請以表列方式說明每月各項計畫經費金額及計算基礎。

一、「醫事人員支援費用」：如夜間門診、夜間待診、例假日門診、專科醫師診療、巡迴醫療、定點門診、天然災害加診等論次費用及其他因地制宜所需之醫事人員按月或按診計費。

二、「特定醫療服務費用」：如居家照護加成、20歲至未滿25歲山地離島地區婦女子宮頸抹片檢查及針對當地特有健康問題提供之醫療服務等費用。

三、「健康照護促進及品質提升費」：如衛教宣導、疾病個案管理、電子病

歷查詢使用費、其他促進健康照護或提升醫療服務品質之費用。

四、評核指標獎勵費以前述三項費用(即醫事人員支援費用、特定醫療服務費用、健康照護促進及品質提升費)實際核付金額之一成為核付上限；如有一項以上評核指標未達成，應視評核指標達成比率核付之。

五、本計畫財務計畫表格式如表 2。

柒、經費核付方式

請說明保險人與計畫執行中心及計畫執行中心與各提供醫療服務單位間之經費核付方式暨費用申報須檢送之相關資料等。

捌、追蹤與評估

請敘述民眾滿意度調查之時程及作業方式、計畫執行中心須接受督導小組監督管理等事項。

玖、預期效益

請表列敘述計畫之實施預期將對該地區達成之效益，請依據附件 4 詳列計畫擇定評核指標項目。

計畫書至少須提供之統計表及其格式：

一、 戶籍人口性別及年齡別分布表

XX 鄉人口性別及年齡別分布表

	男性	女性	小計	比率
0 歲至 4 歲				
5 歲至 9 歲				
10 歲至 14 歲				
15 歲至 19 歲				
20 歲至 24 歲				
25 歲至 29 歲				
30 歲至 34 歲				
35 歲至 39 歲				
40 歲至 44 歲				
45 歲至 49 歲				
50 歲至 54 歲				
55 歲至 59 歲				
60 歲至 64 歲				
65 歲至 69 歲				
70 歲至 74 歲				
75 歲至 79 歲				
80 歲以上				
合計				

資料期間及資料來源：

表 2

全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫財務計畫表

支付類別	支付項目	醫事人員 類別	醫事人 員人數	診次費用 (A)	時段(診別)	申請總次數 (每月)(B)	地點及診次 (每月)	說明	其他費用 (C)	每月支付金額 (A+C)*B
醫事人員 支援費用	(範例) 專科門診	(範例) 醫師	(範例) 1		(範例) 上午診	(範例) 60	(範例) A 衛生所 11 診次、B 衛生 所 11 診次			
		(範例) 護理人員	(範例) 1		(範例) 上午診	(範例) 60				
特定醫療 服務費用										
健康照護 促進及品 質提升費										
評核指標獎勵費										

註：上開財務計畫表得依實際編列情形增減項目填列。

全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫評核指標

指標名稱		指標定義	預期目標值設定原則	占率
民眾滿意度(必選)		問卷調查中「對整體醫療服務改善計畫之滿意度」一項，「非常滿意」+「滿意」二項合計所占百分比。	依計畫實施地區目前執行情形，由保險人分區業務組與計畫執行中心協議訂定。	10%
IDS 執行情形(如針對當地特有健康問題提供專業醫療保健服務之目標是否達成，必選)		依該專業醫療保健服務內容個別訂定(如夜間門診、夜間待診、巡迴醫療、定點門診、專科門診診次等)	依計畫實施地區目前執行情形，由保險人分區業務組與計畫執行中心協議訂定。	15%
提升醫療照護指標	居家醫療照護服務案件數(自選)	實際執行居家醫療照護服務案件數合計/符合支付標準第 5 部第 1 章通則二所定居家照護或第 5 部第 3 章通則二所定安寧居家醫療或居家醫療整合照護計畫收案條件之案件數合計 (居家醫療照護定義：包括居家醫療照護整合計畫或支付標準第 5 部第 1 章通則二所定居家照護或第 5 部第 3 章通則二所定安寧居家醫療)	依計畫實施地區目前執行情形，由保險人分區業務組與計畫執行中心協議訂定。	四項至少選二項，合計 20%，占率授權分區與計畫執行中心協議訂定
	專科服務利用率(自選)	專科門診每月平均就診人次/計畫前一年專科門診每月平均就診加成人數		
	衛教宣導活動(自選)	實際提供衛教宣導活動次數/計畫所定衛教宣導活動次數		
	長期照護轉介(自選)	轉介長期照護需求成功之個案數/發現長期照護需求之個案數		
促進預防保健指標	成人預防保健受檢率(必選)	分子：計畫實施地區 40 歲以上民眾利用成人預防保健人數 分母：計畫實施地區 40 歲至 64 歲保險人口數/3 + 計畫實施地區 65 歲以上人口數	依計畫實施地區目前執行情形，由保險人分區業務組與計畫執行中心協議訂定。	三項至少選二項，合計 20%，占率授權分區與計畫執行中心協議訂定
	65 歲以上老人流感注射率(自選)	分子：計畫實施地區 65 歲以上民眾(含長期照顧等機構受照顧者)接種人數 分母：計畫實施地區 65 歲以上人口數		

指標名稱		指標定義	預期目標值設定原則	占率
	B、C 型肝炎篩檢率(自選)	分子：分母中接受 B、C 型肝炎檢查(醫令代碼 L1001C)人數 分母：計畫實施地區符合健康署補助 B、C 型肝炎篩檢者之人數，且排除曾接受 B 型肝炎及 C 型肝炎之相關檢驗者。		
癌症防治指標	大腸癌篩檢率(必選)	分子：計畫實施地區 50-70 歲鄉民近 2 年接受大腸癌篩檢人數 分母：計畫實施地區 50 歲至 70 歲以上人口數	依計畫實施地區目前執行情形，由保險人分區業務組與計畫執行中心協議訂定。	合計 25%，占率授權分區與計畫執行中心協議訂定
	乳癌篩檢率(必選)	分子：計畫實施地區 45-69 歲女性近 2 年乳癌篩檢人數 分母：計畫實施地區 45-69 歲女性人口數		
	子宮頸癌篩檢率(必選)	分子：計畫實施地區 30-69 歲以上女性民眾子宮頸抹片篩檢人數 分母：計畫實施地區 30-69 歲以上女性人口數		
	口腔癌篩檢率(必選)	分子：計畫實施地區當年度接受口腔癌篩檢服務之人數 分母：計畫實施地區 30 歲以上近 4 年提供口腔癌篩檢服務之平均人數。		
配合重要政策業務推動或提供特殊服務，如當地特定疾病個案管理、常規提供牙科門診(含具備治療椅及 X 光設備等)(自訂)		由保險人分區業務組與計畫執行中心協議訂定。	依計畫實施地區目前執行情形，由保險人分區業務組與計畫執行中心協議訂定。	合計 10%，項目數及占率授權分區與計畫執行中心協議訂定

全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫代碼表

分區業務組別	實施地區 (以鄉為單位)	計畫代碼(10 碼)		
臺北	大同鄉	A	09103	3411
	南澳鄉	A	09103	3412
	烏來區	A	09106	3129
	金城鎮	A	09108	9001
	金寧鎮	A	09108	9004
	金沙鎮	A	09108	9002
	金湖鎮	A	09108	9003
	烈嶼鄉	A	09108	9005
	烏坵鄉	A	09205	9006
	南竿鄉	A	09103	9101
	北竿鄉	A	09103	9102
	莒光鄉	A	09103	9103
	東引鄉	A	09103	9104
北區	復興區	B	09209	3213
	尖石鄉	B	09205	3313
	五峰鄉	B	09209	3314
	泰安鄉	B	09111	3518
中區	和平區	C	09201	3621
	仁愛鄉	C	09201	3813
	信義鄉	C	09201	3812
南區	阿里山鄉	D	09205	4018
	大埔鄉	X	09207	4017
高屏	桃源區	E	09203	4226
	那瑪夏區	E	09203	4227
	茂林區	E	09203	4225
	來義鄉	E	09205	4330
	三地門鄉	E	09205	4326
	霧台鄉	E	09205	4327
	瑪家鄉	E	09205	4328
	牡丹鄉	E	09201	4333

分區業務組別	實施地區 (以鄉為單位)	計畫代碼(10 碼)		
高屏	春日鄉	E	09205	4331
	獅子鄉	E	09205	4332
	泰武鄉	E	09201	4329
	琉球鄉	E	09201	4322
	白沙鄉	E	09211	4403
	馬公市	E	09211	4401
	望安鄉	E	09211	4405
	七美鄉	E	09211	4406
	湖西鄉	E	09211	4402
	西嶼鄉	E	09211	4404
	東沙、南沙	X	09102	0210
東區	豐濱鄉	X	09305	4508
	秀林鄉	F	09104	4511
	萬榮鄉	F	09211	4512
	卓溪鄉	F	09101	4513
	延平鄉	F	09109	4612
	海端鄉	F	09209	4613
	金峰鄉	F	09011	4615
	達仁鄉	F	09101	4614
	綠島鄉	F	09111	4611
	蘭嶼鄉	F	09207	4616

全民健康保險

分區業務組

山地離島地區

醫療給付效益提升計畫關懷弱勢服務個案登記表

					編號：	
個案基本資料	姓 名		性別	☐ 男	身分證號	
				☐ 女	出生日期	年 月 日
	戶籍地址					
	聯絡地址					
	聯絡電話	日：	夜：	手機：		
個案狀況及需求 (醫療院所填寫)	情況分類	☐ 未加保 ☐ 欠費 ☐ 無健保 IC 卡 ☐ 情況不明				
	健康狀況	☐ 罹患慢性病 ☐ 罹患急性病 ☐ 其他				
	特殊身分	☐ 孤獨無依老人 ☐ 弱勢兒童 ☐ 低收入戶 ☐ 重大傷病或重度殘障者 ☐ 身心障礙者(中輕度) ☐ 單親且獨自扶養未成年子女(孫子女) ☐ 外籍(大陸)配偶 ☐ 原住民 ☐ 失業				
	家庭狀況	☐ 父母(夫妻)離異 ☐ 家庭失和 ☐ 主要工作者重病(傷)				
	經濟狀況	☐ 家暴、棄養、重大變故 ☐ 其他				
	就醫迫切性	☐ 需門診追蹤治療 ☐ 需住院治療 ☐ 其他：				
	需求 (務必填寫)	**請簡述個案現況問題及希望協助之處**				
	通報院所 /單位		連絡 人員		電話	
				傳真		
(加保情形及協助方式 保險人填寫)	投保 狀況	☐ 未在保(最後轉出日：) ☐ 在保中(在保單位：)				
	欠費 情形	☐ 無 ☐ 有	☐ 移送中，欠費金額：			欠費月份：
			☐ 未移送(含已取得債証)欠費金額：			欠費月份：
	協助方式	☐ 查詢加保及欠費情形 ☐ 辦理加保 ☐ 申辦健保 IC 卡 ☐ 協助辦理分期攤繳 ☐ 協助辦理經困基金貸款			☐ 轉介慈善單位協助 ☐ 愛心專戶補助 ☐ 個案認養 ☐ 其他：	
★為掌握處理時效，請儘速通報保險人分區業務組，以利及時提供相關協助！！ 全民健康保險 分區業務組聯絡窗口：承保 科 ★ TEL：() FAX：()						

全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊

特約醫療院所名稱：

特約醫療院所代號：

就醫日期	就醫類別	姓 名	出生日期	身分證號	連絡電話	無健保原因
	☐ 門、急診 ☐ 住院				公： 宅： 手機：	☐ 已加保未領到卡 ☐ 遺失、毀損換發期間 ☐ 因災害導致健保卡遺失或毀損
	☐ 門、急診 ☐ 住院				公： 宅： 手機：	☐ 已加保未領到卡 ☐ 遺失、毀損換發期間 ☐ 因災害導致健保卡遺失或毀損
	☐ 門、急診 ☐ 住院				公： 宅： 手機：	☐ 已加保未領到卡 ☐ 遺失、毀損換發期間 ☐ 因災害導致健保卡遺失或毀損
	☐ 門、急診 ☐ 住院				公： 宅： 手機：	☐ 已加保未領到卡 ☐ 遺失、毀損換發期間 ☐ 因災害導致健保卡遺失或毀損
	☐ 門、急診 ☐ 住院				公： 宅： 手機：	☐ 已加保未領到卡 ☐ 遺失、毀損換發期間 ☐ 因災害導致健保卡遺失或毀損
	☐ 門、急診 ☐ 住院				公： 宅： 手機：	☐ 已加保未領到卡 ☐ 遺失、毀損換發期間 ☐ 因災害導致健保卡遺失或毀損

註：1.本表由醫療院所自存備查，併同保險對象所持例外就醫之證明文件影本，至少應保存 2 年。2.本表請院所自行印製使用。3.門診、住院醫療費用點數清單就醫序號代碼：已加保未領到卡、遺失、毀損換發期間或因災害導致健保卡遺失或毀損請填 C001。

全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫就醫民眾滿意度調查項目及分類方式

項目	非常滿意%	滿意%	普通%	不滿意%	非常不滿意%
門診醫療服務可用性					
門診時間					
門診地點					
門診次數					
門診科別					
醫療服務適度性					
候診時間					
看診時間					
給予之藥物、檢查或處置					
預防保健、衛教活動服務					
醫療服務接受性					
醫療設備					
醫師服務態度					
護理人員服務態度					
其它人員服務態度					
對當地醫療院所提供之服務					
對整體醫療服務					

調查樣本數：

估計計畫實施地區人口比例：

項目	有%	沒有差別%
IDS 計畫之實施，對您就醫方便性有無幫助？		
IDS 計畫之實施，您對全民健保有無更為滿意？		

調查樣本數：

估計計畫實施地區人口比例：